

日本医師会の見解

- リフィル処方導入は、令和4年度の予算編成における厚生労働大臣と財務大臣の改定率折衝で異例の導入となった。
これにより改定財源が捻出された部分もあるが、リフィル処方の是非について中医協できちんとした議論をする場面もなかった点は、非常に残念な結果であった。
- 財政制度等審議会の2021年12月の答申では「医療機関の通院負担」を減らすことをリフィル処方導入の狙いとしているが、その考え方には誤解がある。
そもそも不要な再診はない。慢性疾患であっても病状は変化し、何らかの身体的症状が出た時には、かなり悪化している可能性もある。また、生活習慣病になる方は、自身の生活管理が苦手な人が多い傾向にある。だからこそ、医師が定期的に医学管理を行い、適切な処方期間を考えており、これが再診の持つ意味。
- また、医師法によって処方権を持つのは医師にのみである。今回の両大臣合意でも「医師の処方により」行うものであることが明示されている。
- リフィル処方を行う場合も、これまでどおり処方日数に制限はないので、あくまでも医師が患者さんの状態によって判断することになるが、現行制度においても投薬日数は医師の裁量とされており、日数制限がなくとも医師は適切な医学管理を行うため、無制限には処方を行わないのが実情。
- 日本医師会は、医師が定期的に患者さんを診察して医学的管理を行うことが、まさに「安心・安全で質の高い医療」であると考えている。
また、これまで繰り返し主張してきたとおり、長期処方にはリスクがあることから、不適切な長期処方は是正すべきである。
リフィル処方は、患者さんの健康に大きく関わることにつながるため、医学管理の重要性を鑑み、慎重の上にも慎重に、そして丁寧にご検討いただきますよう、日本医師会として周知し続けたい。



Ⅱ. 令和4年度診療報酬改定

⑤ オンライン診療

オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

➤ 令和4年1月26日の中央社会保険医療協議会総会において示された、オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る、公益委員の考えは次のとおり。

1. 今回改定においては、オンライン診療について、令和2年度診療報酬改定における見直しに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う時限的・特例的な対応（以下、「時限的・特例的な対応」という。）が令和2年4月から実施されたことに伴う影響、さらに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、「指針」という。）の見直しが行われたこと等を踏まえて議論が行われてきた。
2. これらの議論を踏まえ、
 - **1号側**からは、算定要件及び施設基準は、見直しが行われた「指針」に基づいて設定するべきであり、「指針」を超える制限を設けるべきではないとの意見があった。また、点数の水準については、対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、対面診療と同等の水準とすることも含め、相当程度の引き上げが必要との意見があった。
 - **2号側**からは、算定要件及び施設基準は、「指針」を踏まえつつ、オンライン診療が対面診療の補完であることも考慮し、診療報酬において必要な設定を行うべきとの意見があった。具体的には、**対面診療の実効性を担保するため、一定時間内に通院又は訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないように、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持することが必要**との意見があった。また、点数水準については、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえ、対面診療と同等の評価は行い得ず、「**時限的・特例的な対応**」として**設定された水準を基本として設定すべき**という意見があった。
3. 算定要件及び施設基準については、「指針」に基づいて見直しを行うことが今回の検討の前提であり、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、オンライン診療が活用されてきたことも踏まえれば、**患者が適切にオンライン診療を受けられることができる環境を整備することが重要**となる。一方、オンライン診療の質を確保し、医師が必要と判断した場合にはオンライン診療ではなく、対面診療が行われることも重要である。
4. 以上を踏まえると、**オンライン診療の算定要件及び施設基準については、「指針」の規定を前提とし、その趣旨を明確化する観点から設定すべき**である。「指針」において、「対面診療を適切に組み合わせ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オンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有することを求めることが適切**である。これらも含め、「指針」に準拠した診療の実施を要件化することを前提として、**医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については要件として設定しないことが適切**である。なお、今後、オンライン診療の実態の把握・検証が可能となるよう、**施設基準の定例報告において、オンライン診療の実態についての報告項目を盛り込むなど、必要な対応を講じるべき**である。
5. 点数水準については、「時限的・特例的な対応」の初診料が214点に設定され、対面診療の場合の初診料288点と比較して、約74%の水準となっている。
6. **オンライン診療に係る初診料については、対面診療の点数水準と「時限的・特例的な対応」の点数水準の中間程度の水準とすることが適当**である。
7. **オンライン診療に係る医学管理料の点数水準についても、オンライン診療の初診料の対面診療に対する割合と整合的に設定することが適当**である。
8. 今後、**今回改定の影響を調査・検証**し、オンライン診療に係る適切な評価等の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

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



[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。

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

▶ 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。

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）

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

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

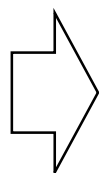
情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

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で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で実施した場合の評価を新設する。

改定前

【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）	3,029点	1,685点	880点
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）	1,515点	843点	440点

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

※ 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）	3,029点	1,685点	880点	2,789点	1,565点	820点	2,569点	1,465点	780点	2,029点	1,180点	660点
	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）	1,515点	843点	440点	1,395点	783点	410点	1,285点	733点	390点	1,015点	590点	330点
施設入居時等医学総合管理料		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～
	①月2回以上訪問 （重症患者）	3,900点	3,240点	2,880点	3,600点	2,970点	2,640点	3,300点	2,700点	2,400点	2,450点	2,025点	1,800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）	2,249点	1,265点	880点	2,069点	1,175点	820点	1,909点	1,105点	780点	1,549点	910点	660点
	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）	1,125点	633点	440点	1,035点	588点	410点	955点	553点	390点	775点	455点	330点	

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

情報通信機器を用いた在宅管理に係る算定要件の見直し

- ▶ 在宅時医学総合管理料の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における要件について、情報通信機器を用いた診療の見直しにあわせて、以下の見直しを行う。
 - ・ 事前の対面診療の期間を3月とされていたところ、廃止する。
 - ・ 複数の医師がチームで診療を行う場合について、要件を見直す。

改定前

在宅時医学総合管理料

〔算定要件〕

ウ オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、在宅時医学総合管理料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、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。

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。

改定後

在宅時医学総合管理料

〔算定要件〕

(削除)

工 情報通信機器を用いた診療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又は施設入居時等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情報通信機器を用いた診療による医学管理を行っても差し支えない。

※施設入居時等医学総合管理料、精神科オンライン在宅管理料も同様

情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し

外来栄養食事指導料の要件の見直し

- ▶ 初回から情報通信機器等を用いて栄養食事指導を行った場合の評価を見直す。

改定前

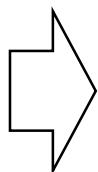
【外来栄養食事指導料】	
イ 外来栄養食事指導料 1	
(1) 初回	260点
(2) 2回目以降	
①対面で行った場合	200点
②情報通機器を用いた場合	180点
□ 外来栄養食事指導料 2	
(1) 初回	250点
(2) 2回目以降	190点

【算定要件】

注3 イの(2)の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

注4 □については、診療所において、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、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

(新設)



改定後

【外来栄養食事指導料】	
イ 外来栄養食事指導料 1	
(1) 初回	
①対面で行った場合	260点
②情報通機器等を用いた場合	235点
(2) 2回目以降	
①対面で行った場合	200点
②情報通機器等を用いた場合	180点
□ 外来栄養食事指導料 2	
(1) 初回	
①対面で行った場合	250点
②情報通機器等を用いた場合	225点
(2) 2回目以降	
①対面で行った場合	190点
②情報通機器等を用いた場合	170点

【算定要件】

注4 イの(1)の②及び(2)の②については、点、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

注5 □の(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

注6 □の(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

日本医師会の見解

- 今回の診療報酬改定では、前回改定でのオンライン診療料の見直しに加え、新型コロナウイルスの感染拡大に伴う特例的な対応が実施されたことに伴う影響や、さらに厚生労働省医政局でとりまとめられた「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しが行われたこと等を踏まえ、中医協で議論が行われました。
- 日本医師会としては、オンライン診療は、対面診療の補完であることから、対面診療の実効性を担保するために、一定時間内の通院や訪問可能な患者さんに利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に行う医療機関によって地域医療に悪影響が生じないように、オンライン診療の実施割合に係る上限設定を維持すべきと主張してきました。
- 点数についても、触診・打診・聴診など、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえれば、対面診療と同等の評価とすることはあり得ないと、主張を重ねました。
- しかし、利便性を優先する支払側との溝は埋まらず、最終的には公益委員の裁定に委ねる決着となり、結果、「指針」に準拠した算定要件や施設基準とすべく、医療機関と患者さんとの間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限は設定しないことになりました。
- また、点数は、現行のコロナ特例の初診料214点と、対面診療の場合の初診料288点の中間程度とされ、医学管理料の点数も、同様の考え方で設定されました。
- その一方で、日本医師会の指摘により、中医協の答申書附帯意見に「今回改定による影響の調査・検証を行い、運用上の課題が把握された場合は速やかに必要な対応を検討する」と明示されました。
- 今後、オンライン診療が対面診療と適切に組み合わせた上で実施されるよう注視しつつ、患者さんの安心・安全が損なわれたり、地域医療の秩序を混乱させるような事象が生じたりした場合には、期中であっても、速やかに診療報酬要件の見直しを要請していきたいと考えています。
- 日本医師会は、オンライン診療が営利追求の市場になることを認めません。心あるかかりつけ医の先生方の診療の助けになるよう、必要な軌道修正も見据えつつ、対応していく所存です。
- 他方、日本医師会は、オンライン診療を導入しておられる先生方、またこれから導入されようとしている先生方に対し、より安心してオンライン診療をご利用いただけるよう「オンライン診療導入の手引き」を作成し、また運用上のセキュリティ対策等についてもサポートをして参ります。

Ⅱ. 令和4年度診療報酬改定

⑥ 機能強化加算、地域包括診療加算

【改定前】 地域包括診療加算・診療料

	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	診療所
包括範囲	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(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。		
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。) 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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

地域包括診療加算の見直し

地域包括診療加算(診療料)の見直し

1. 地域包括診療加算(診療料)の対象疾患に、慢性心不全又は慢性腎臓病を追加する。(高血圧症、糖尿病、脂質異常症、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。))及び認知症の6疾病のうち、2つ以上(疑いは除く。)を有する者)
2. 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。
3. 患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能なことを周知することとする。

地域包括診療料・加算の見直し

地域包括診療料・地域包括診療加算の見直し

- 地域包括診療料等について、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、
 - 地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。
 - 患者に対する生活面の指導については、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えないこととする。
 - 患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能なることを周知することとする。

改定前

【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。

地域包括診療加算2を算定した場合のメリット

- 機能強化加算（初診時に80点の加算）が算定可能となる。
- 連携強化診療情報提供料（旧：診療情報提供料（Ⅲ））の算定が可能となる。
- 地域包括診療加算を算定している患者については、処方料、薬剤料、処方箋料における多剤投与減算（7種類以上）の適用から除外される。

地域包括診療加算 届出様式

地域包括診療加算に係る届出書添付書類①

様式2の3

地域包括診療加算に係る施設基準(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

①	診療所名	
②	研修を修了した医師の氏名	
③	健康相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
④	院外処方を行う場合の連携薬局名	
⑤	敷地内が禁煙であること	<input type="checkbox"/>
⑥	介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している	<input type="checkbox"/>
⑥-2	■下記のいずれか一つを満たす	—
	居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供	<input type="checkbox"/>
	地域ケア会議に年1回以上出席	<input type="checkbox"/>
	居宅介護支援事業所の指定	<input type="checkbox"/>
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	<input type="checkbox"/>
	介護サービス事業所の併設	<input type="checkbox"/>
	介護認定審査会に参加	<input type="checkbox"/>
	主治医意見書に関する研修会を受講	<input type="checkbox"/>
	医師が介護支援専門員の資格を有している	<input type="checkbox"/>
⑦	■下記のいずれか一つを満たす	—
	時間外対応加算1、2又は3の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>
	退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であること	<input type="checkbox"/>

地域包括診療加算 届出様式

地域包括診療加算に係る届出書添付書類②

様式2の3

地域包括診療加算1に係る施設基準(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

⑧	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	□
	連携医療機関名	
⑨	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)(注1のイの場合に限る。)又は往診料を算定した患者の数の合計	人
⑨-2	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	%

地域包括診療加算2に係る施設基準(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

⑩	在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の連絡体制を確保している	□
---	----------------------------------	---

[記載上の注意]

1. 研修受講した修了証の写し(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。
2. ⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
3. ⑥-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。
4. ⑦について、確認できる資料の写しを添付のこと。
5. 届出する地域包括診療加算の区分に従い、⑧及び⑨又は⑩のいずれかを選択して記入すること。
6. 本届出は、2年以内に再度届け出ることとし、届出の際には、直近の研修の修了証の写し(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。

地域包括診療料・加算の研修要件について

⇒ 新規届出の際には、日医eラーニングをご活用下さい。

- 地域包括診療加算および地域包括診療料の施設基準を満たすためには、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症を含む複数の慢性疾患の指導に係る研修であり、服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれ、継続的に2年間で通算20時間以上の研修を修了していることが必要。
- 日本医師会生涯教育制度を利用する場合は、カリキュラムコードとして「29 認知能の障害」、「74 高血圧症」、「75 脂質異常症」、「76 糖尿病」を、それぞれ1時間以上必ず受講する必要があるが、上記4つのカリキュラムコードを含め、当該研修についてはeラーニングによる受講でも差し支えないことが令和4年6月29日付厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その15）」の間3により示された。
(例：地域包括診療加算の新規届出を行う医療機関が、上記4つのカリキュラムコードについて、座学研修の代わりに日医eラーニングを利用して単位取得した場合であっても、当該加算の施設基準である「慢性疾患の指導に係る適切な研修」に該当するものとして評価されることになった。)

⇒ 「新型コロナウイルス感染症における臨時的な取り扱い」は現在も有効です。

(新型コロナウイルス感染症における臨時的な取り扱い)

施設基準を満たすためには、継続的に2年毎に通算20時間以上の研修を修了し、研修修了に関する届出も2年毎に行うことが必要とされていますが、**新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、当該研修が中止される等のやむを得ない事情により、研修に係る施設基準を満たせない場合は、届出を辞退する必要はなく、引き続き算定することが可能です。**なお、研修が受けられるようになった場合には、速やかに研修を受講し、遅滞なく届出を行う必要があるとされております。

【改定前】 機能強化加算

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。