

参考資料【電話や情報通信機器を用いた時限的・特例的な取扱い】

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その10）（R2年4月10日）

1. 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施について
（略）初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方をする場合には、（略）A000初診料の注2に規定する214点を算定すること
 ＜事務連絡留意事項（抜粋）＞
 届出なし。
 実施状況を都道府県に毎月報告
 再診の場合：電話再診料 73点
 患者の基礎疾患の情報が把握できない場合は、処方日数は7日まで
 薬剤管理指導料「1」の薬剤の処方は不可
 研修：必要なし
- 2（略）
3. 慢性疾患※1）を有する定期受診患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療及び処方を行う場合について
 （略）電話や情報通信機器を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、（略）B000-2 147点を月1回に限り算定できることとする

※1）特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料

【情報通信機器を用いた診療】

2020年度改定との比較

①削除項目

A003オンライン診療料（月1回）

C002在宅時医学総合管理料 注12 オンライン診療料

I106精神科在宅患者支援管理料 注6 精神科オンライン在宅管理料

②新設項目

A000初診料、A001再診料、A002外来診療料

③修正

医学管理料

削除：B001-2-9 地域包括診療料

B001-2-10 認知症地域包括診療料 注4A003オンライン診療料と併せて100点を算定する

B001-3 生活習慣病管理料

新設：他資料参照

C002在宅時医学総合管理料

C002-2施設入居時等医学総合管理料

**A000初診料 注1（略）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。 要届出
通則（2） p9、p725、p774、p1279**

ア 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という。）に沿って情報通信機器を用いた診療を行った場合に算定する。（略）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。

イ 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。（略）

ウ （略）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。

（イ）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

（ロ）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

エ （略）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。（略）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。

オ（略）当該診療がオンライン指針に沿った適切な診療である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、（略）当該処方がオンライン指針に沿った適切な処方である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。

カ 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

キ 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

A001再診料 注1（略）情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む（略）：73点 要届出 P4
注（2）情報通信を用いた再診については、（略）外来管理加算は算定できない。

A002外来診療料 注1（略）情報通信機器を用いた再診を行った場合には、73点を算定する 要届出 p6

情報通信機器を用いた診療の点数一覧 ①

			点数
点数改定 2020年度 改定で100 点の項目	B000 特定疾患療養管理料	1.診療所の場合	196
		2.許可病床数が100床未満の病院の場合	128
		3.許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	76
	B001-5 小児科療養指導料		235
	B001-6 てんかん指導料		218
	B001-7 難病外来指導管理料		235
	B001-27 糖尿病透析予防指導管理料		305
		特定地域	152
	C 101 在宅自己注射指導管理料	1.複雑な場合	1,070
		2.イ月27回以下の場合	566
新設		2.ロ月28回以上の場合	653
	B001 特定疾患治療管理料	1-イウィルス疾患指導料1	209
		1-ロウィルス疾患指導料2	287
	B001-8 皮膚科特定疾患指導管理料	イ (Ⅰ)	218
		ロ (Ⅱ)	87
	B001-9 外来栄養食事指導料	イ (1) 初回	235
		イ (2) 2回目以降	180
		ロ (1) 初回	225
		ロ (1) 2回目以降	170

情報通信機器を用いた診療の点数一覧 ②

			点数
新設	B001-18 小児悪性腫瘍患者指導管理料		479
	B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料		174
	B001-23 がん患者指導管理料	イ	435
		ロ	174
		ハ	174
		ニ	261
	B001-24 外来緩和ケア管理料		252
		特定地域	131
	B001-25 移植後患者指導管理料	イ臓器移植後の場合	261
		ロ造血幹細胞移植後の場合	261
	B001-31 腎代替療法指導管理料		435
	B 001-2-3 乳幼児育児栄養指導料		113
	B 001-3-2 ニコチン依存症管理料	1ニコチン依存管理料1 ロ 2～4回目 (2)	155
	B 001-9 療養・就労両立支援指導料	1 初回	696
		2 2回目以降	348
	B 005-6 がん治療連携計画策定料2		261
	B 005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料		435
	B 005-8 肝炎インターフェロン治療計画料		609
	B 008-2 薬剤総合評価調整管理料		218

参考資料 在宅医療における臨時的対応①

◆ 前月に在医総管等のうち「月2回以上訪問診療を行っている場合」を算定していた患者の場合

通常

月2回訪問の在医総管等

訪問診療

訪問診療

訪問診療を実施せず、電話等による診療を実施



月1回訪問の在医総管等

訪問診療

訪問診療

電話診療

又は

管理料無し

訪問診療

電話診療

訪問診療

電話診療

新型コロナウイルスの感染が拡大している間

1) 令和2年4月のみの特例的な取扱い

3月

月2回訪問の在医総管等

訪問診療

訪問診療



4月

月2回訪問の在医総管等を算定可

訪問診療

電話診療

又は

月2回訪問の在医総管等を算定可

電話診療

電話診療

2) 5月以降の臨時的な取扱い

5月以降

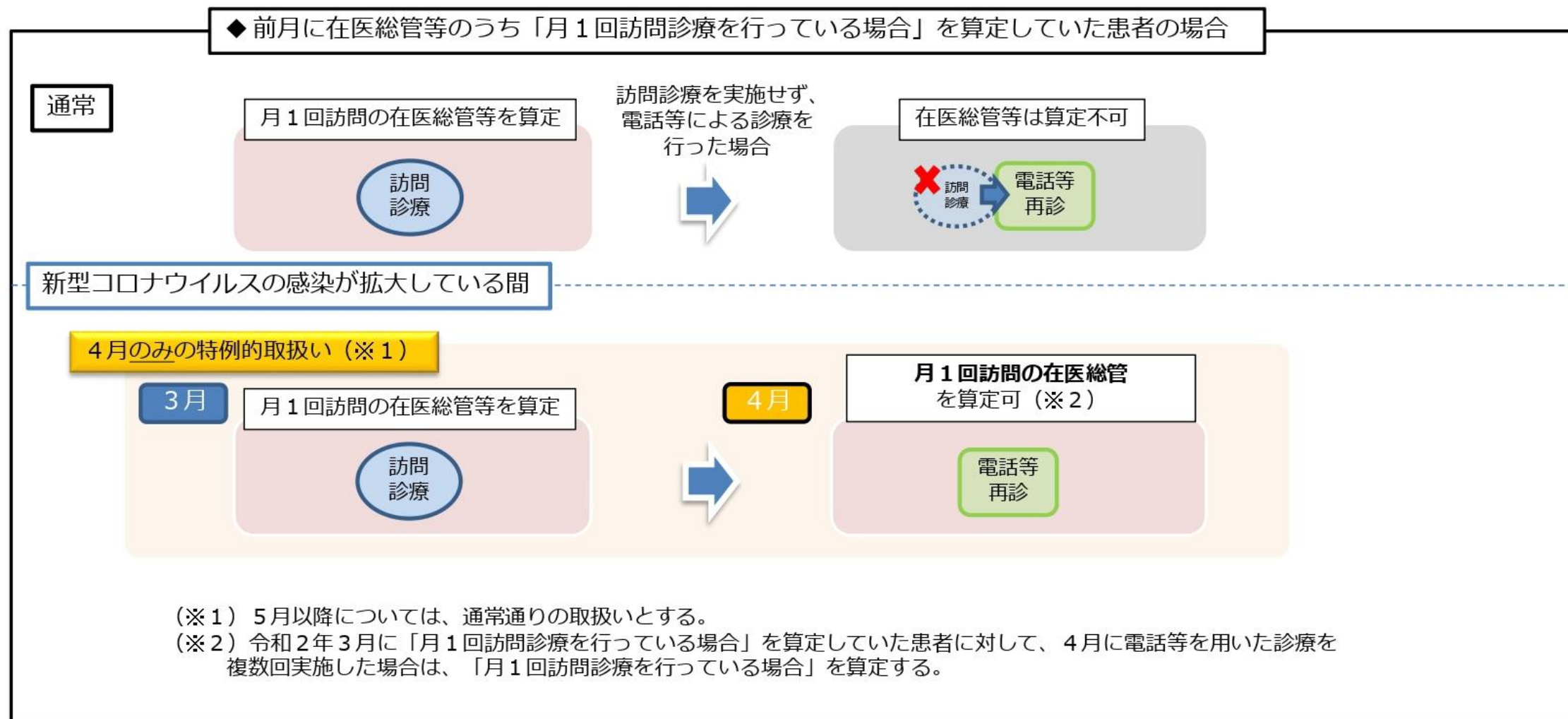
当月に限り、月2回訪問の在医総管等を算定可

訪問診療

電話診療

(注) 2月以上連続で、訪問診療1回＋電話等再診1回となった場合、2月日以降は、診療計画を変更し、月1回訪問の管理料を算定する。

参考資料 在宅医療における臨時的対応②



【在宅医療におけるオンライン診療】

C002在宅時医学総合管理料 p287、p321-328

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た場合の評価が新設

- ・ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療の場合
 - 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 単一建物診療患者が1人の場合 3,029点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,685点
 - ③ ①及び②以外の場合 880点 - ロ 病床を有しない場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合 2,789点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,565点
 - ③ ①及び②以外の場合 820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
 - （1） 単一建物診療患者が1人の場合 2,569点
 - （2） 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,465点
 - （3） （1）及び（2）以外の場合 780点
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
 - （1） 単一建物診療患者が1人の場合 2,029点
 - （2） 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,180点
 - （3） （1）及び（2）以外の場合 660点

- ・ 月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた診療の場合
 - 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 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,515 点
 - ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 843 点
 - ③ ①及び②以外の場合 440 点
 - ロ 病床を有しない場合
 - ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,395 点
 - ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 783 点
 - ③ ①及び②以外の場合 410 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
 - （1） 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,285 点
 - （2） 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 733 点
 - （3） （1）及び（2）以外の場合 390 点
 - 3 1 及び 2 に掲げるもの以外の場合
 - （1） 単一建物診療患者が 1 人の場合 1,015 点
 - （2） 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 590 点
 - （3） （1）及び（2）以外の場合 330 点

C002-2 施設入居時等医学総合管理料：上記と同様な扱い

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その67）令和4年3月4日厚生労働省保険局医療課

1. 電話や情報通信機器を用いた初診の実施について

（略）当該施設基準の届出を行っていない保険医療機関において、電話や情報通信機器を用いた診療が行われた場合にあっては、コロナ特例による 214 点を引き続き算定しても差し支えない。ただし、この場合であっても診療報酬改定後の施設基準に準じた体制の整備に最大限努めること。

2. 電話や情報通信機器を用いた再診の実施について

（略）当該施設基準の届出を行っていない保険医療機関において、当該診療が行われた場合にあっては、コロナ特例による電話等再診料等を引き続き算定しても差し支えない。なお、この場合であっても診療報酬改定後の施設基準に準じた体制の整備に最大限努めること。

B001-2 小児科外来診療料 各点数：変更なし p 185、p235-236、p888、p947

注1 小児科を標榜する保険医療機関で、届出は必要なし

注3 従来の時間外加算・休日加算・深夜加算等に加えて（新）外来感染対策向上加算、（新）連携強化加算、（新）サーベイランス強化加算、（新）連携強化診療情報提供料の併算定可

注4 小児抗菌薬適正使用支援加算 要件：変更なし 点数：変更なし（80点）

B009 診療情報提供料（Ⅰ） 250点 p201、p269-274

注1～注6，注8～注18：変更なし

注7の変更） 保険医療機関が、（略）小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者、（略）障害児である患者又はアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通園又は通学する（略）保育所又は（略）学校（大学を除く。）等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等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。

(新) B011 連携強化診療情報提供料 150点 p203、p275-276、p893、p959-960

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関※¹において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関※²から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関※²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（※略）に、提供する保険医療機関※¹ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

2 注1に該当しない場合であって、（略）外来機能報告対象病院等（略）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。）から紹介された患者について、当該患者を紹介した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（※略）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

3 注1又は注2に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準※³を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した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（※略）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

4 注1から注3までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準※⁴を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（略）に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）について、当該患者を紹介した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（※略）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

5 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準^{※5}を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した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（※略）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（別に厚生労働大臣が定める施設基準^{※5}を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準^{※5}を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、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にあっては、月1回）に限り算定する。

6 B009に掲げる診療情報提供料（I）（略）を算定した月は、別に算定できない。

※A000初診料を算定する日は算定不可。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。

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。

他の医療機関^{※2}：次のいずれかに係る届出を行っていること。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。）、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。）

施設基準^{※3}：イ 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。ロ 次のいずれかに係る届出を行っていること。① 地域包括診療加算 ② 地域包括診療料③ 小児かかりつけ診療料 ④ 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。）⑤ 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。）

施設基準^{※4}：イ 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。ロ 次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。① 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院 ② てんかん支援拠点病院

施設基準^{※5}：当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること

通則

(1) 略

(2) 診療状況を示す文書については、次の事項を記載し、患者又は提供する保険医療機関に交付すること。(略)

ア 患者の氏名、生年月日、連絡先

イ 診療情報の提供先保険医療機関名

ウ 診療の方針、患者への指導内容、検査結果、投薬内容その他の診療状況の内容

エ 診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名

(3) 略

(4) 「次回受診する日の予約を行った場合」については、次回受診する日を診療録に記載すること。(略)

(5) 次回受診する日の予約を行った上で、初診時に連携強化診療情報提供料を算定した場合は、次回受診時に予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

(6) ～ (8) 略

紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

連携強化診療情報提供料の新設

- 外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅲ）について、
- 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
 - 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価を行う。

現行	改定後
<p>【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p> <p>[対象患者]</p> <p>1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者</p> <p>2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者</p>	<p>(改) 【連携強化診療情報提供料】 150点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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人につき月1回に限り算定する。</p> <p>[対象患者]</p> <p>1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者</p> <p>2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者</p> <p>3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者</p>

(新)

地域の診療所等

紹介受診重点医療機関



連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

注番号	紹介元	患者	紹介先 (紹介元に診療情報を提供した場合に、 <u>連携強化診療情報提供料が算定可能</u>)	算定回数の制限
1	かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり	—	禁煙	<u>月に1回</u>
2	<u>以下のいずれか</u> ・ <u>200床未満の病院</u> ・ <u>診療所</u>	—	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>紹介受診重点医療機関</u> ・ <u>禁煙</u>	
3	—	—	以下のいずれも満たす ・ かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり ・ 禁煙	
4	—	<u>難病（疑い含む）の患者</u>	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>難病診療拠点病院又は難病診療分野別拠点病院</u> ・ <u>禁煙</u>	
		<u>てんかん（疑い含む）の患者</u>	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>てんかん支援拠点病院</u> ・ <u>禁煙</u>	
5	—	妊娠中の患者	—	3月に1回
6	産科又は産婦人科を標榜	妊娠中の患者	禁煙	月に1回
	—		以下のいずれも満たす ・ 産科又は産婦人科を標榜 ・ 妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備している	