

初診料、再診料、外来診療料、 オンライン診療料

初診料 **改**

282点

初診料は、初めて診察が行われた日に算定します。同一医療機関で同一日に他の傷病について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141点を算定できます。

2018年度改定（以下、今回の改定）では、**機能強化加算や妊婦加算の新設**などが行われています。

▶ 機能強化加算 **新** **届**

80点

専門医療機関への受診の要否などを含めた、初診時におけるかかりつけ医機能を評価した新設加算です。初診料だけではなく、小児かかりつけ診療料の初診時にも算定可能です。

ただし、対象となる医療機関は、地域包括診療加算などのかかりつけ医機能を評価した診療報酬を届け出ている診療所又は許可病床200床未満の病院です。また、2つ目の診療料の初診料には加算できません。

【主な施設基準】

- ・診療所又は許可病床200床未満の病院。
- ・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（同）のいずれかの届出。
- ・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。

再診料 **改**

72点

再診料は診療所及び一般病床200床未満の病院で、初診以外の診療が行われた場合に算定します。同一医療機関において同一日に複数の診療科を再診受診した場合は、2つ目の診療科に限り36点を算定できます。

今回の改定では、**妊婦加算の新設、地域包括診療加算の見直し**などが行われています。また、電話再診については、患者等から治療上の意見を求められて指示をした場合に算定可能であることを明確にするため、「**定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない**」ことになりました（ただし、2018年3月

末以前に、3カ月以上継続して定期的に電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者は、一連の診療が終了するまでは算定可）。

- ▶ 時間外対応加算1 **届** 5点
- ▶ 時間外対応加算2 **届** 3点
- ▶ 時間外対応加算3 **届** 1点

診療所において、夜間・休日の問い合わせや診療に対応する体制を評価しています。「1」は自院単独で常時対応できる体制、「2」は準夜帯は自院で対応、「3」は複数の診療所の連携によって対応する場合があります。

- ▶ 明細書発行体制等加算 1点

診療所のみを対象とした加算です。レセプトオンライン請求又は電子媒体請求を行っている診療所で、明細書を無料発行している場合に加算できます。

- ▶ 外来管理加算 52点

慢性疼痛疾患管理、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療、別に定められた検査を行わずに、計画的な医学管理を行った場合、再診料に加算できます。

算定にあたっては「丁寧な問診と詳細な身体診察」を行うこととされており、「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」は算定できません。

- ▶ 地域包括診療加算1 **改** **届** 25点
- ▶ 地域包括診療加算2 **改** **届** 18点

主治医機能を評価した加算です。診療所のみが対象で、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち、2つ以上（疑いは除く）の疾患を有する患者に対し、主治医が療養上の指導や服薬管理、健康管理、介護保険への対応、在宅医療の提供と24時間対応などを行っている場合に算定できます（主な算定要件等は10頁参照）。

また、同加算を算定している患者は、7種類以上の内服薬の投薬時における減算の対象外となります。

今回の改定では**点数が2区分されるとともに、一部の施設基準の緩和**、さらに**薬剤適正使用連携加算（11頁参照）の新設**などが行われています。

▶ **認知症地域包括診療加算1改** **35点**
▶ **認知症地域包括診療加算2改** **28点**

認知症患者に対する主治医機能を評価した診療所のみの加算です。その名称からもわかるように、地域包括診療加算の“認知症版”とも言え、同加算の届出を行っている医療機関が対象です。

「認知症以外に1以上の疾患を有する患者（疑いを除く）」に対し、療養上の指導や診療を行った場合に算定できます（主な算定要件等は11頁参照）。

今回の改定では、**点数が2区分される**とともに**一部の施設基準の緩和、薬剤適正使用連携加算（11頁参照）の新設**などが行われています。

外来診療料 **73点**

一般病床が200床以上の病院では、再診料ではなく外来診療料を算定します。所定点数には、次の検査や処置が包括されています。同一医療機関において同一日に複数の診療科を再診受診した場合は、2つ目の診療科に限り36点を算定できます。

今回の改定では、**妊婦加算が新設**されています。

【外来診療料に包括される検査・処置】

尿中一般物質定性半定量検査／尿中特殊物質定性定量検査／尿沈渣（鏡検法）（フローサイトメトリー法）／糞便検査／血液形態・機能検査（HbA1c、TK活性、TdT、骨髓像及び造血器腫瘍細胞抗原検査〔一連につき〕を除く）／創傷処置（100cm²未満のもの及び100cm²以上500cm²未満のもの）／皮膚科軟膏処置（100cm²以上500cm²未満のもの）／膀胱洗浄／腔洗浄／眼処置／睫毛除去／耳処置／耳管処置／鼻処置／口腔、咽頭処置／間接喉頭鏡下喉頭処置／ネブライザー／超音波ネブライザー／介達牽引／消炎鎮痛等処置

紹介率等による初診料等の減算 **改** **届**

初診料・外来診療料には、紹介率や逆紹介率が一定水準以下の病院を対象にした減算規定があります。今回の改定では、この減算対象となる病院が「**500床以上**」から「**400床以上**」に拡大されています。

具体的には、①紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の特定機能病院及び許可病床**400床以上**の地域医療支援病院、②紹介率40%未満かつ逆紹介率30%

未満の許可病床**400床以上**の病院（一般病床200床未満の病院は除く）——となります。

①、②いずれかに該当する病院で文書による紹介がない患者に初診を行った場合は、初診料が209点（同一医療機関、同一日における2つ目の診療科の場合は104点）に減算され、他医療機関への紹介を申し出たにもかかわらず受診した再診患者の場合は、外来診療料が54点（同26点）に減算されます。ただし、患者に十分な情報提供を行い、患者の選択と同意があった場合には、保険外併用療養費における選定療養として、通常の初診料及び外来診療料との差額相当分の費用を患者から徴収することが認められています。

また、これらに該当する病院では一部の薬剤（下記参照）を除き、30日分以上の投薬時の処方料、処方箋料、薬剤料が減算されますが、この減算措置についても、今回の改定により「**所定点数の60%で算定**」から「**所定点数の40%で算定**」に厳格化されています。

【30日分以上投薬時の減算措置から除外される薬剤】

- ①薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合。
- ②薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合。
- ③薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合。
- ④薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全その他の卵巣機能不全に対して用いた場合。
- ⑤薬効分類の小分類が合成ビタミンD製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合。
- ⑥薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合。
- ⑦薬効分類が抗ウイルス剤のもので、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者に対して用いた場合。
- ⑧薬効分類が血液製剤類のもので、血友病の者に対して用いた場合。
- ⑨薬効分類がその他の腫瘍用薬のもので、慢性骨髄性白血病に対して用いた場合。
- ⑩①から⑨までの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、①から⑨までに該当する疾患に対して用いた場合。

【届】 妥結率等による初・再診料等の減算

初診料、再診料及び外来診療料には、許可病床200床以上の病院に対して、医療用医薬品の取引価格の妥結率に応じた減算措置が設けられています。

これまでは「妥結率が50%以下の場合」が対象でしたが、今回の改定では、これに加え「妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない医療機関」についても減算対象になり、名称も「特定妥結率初診料」「同再診料」「同外来診療料」に改められました。ただし、「単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況」については、2018年11月末までは報告されているものとみなす経過措置が設けられています。

なお、減算後の点数は初診料が209点（同一医療機関、同一日における2つ目の診療科の場合は104点）、再診料が53点（同26点）、外来診療料が54点（同26点）と、いずれも変更はありません。

【妥結率・単品単価契約率・一律値引き契約等の扱い】

<妥結率の計算式>

卸売販売業者と当該医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数×薬価を合算したもの）／当該医療機関において購入された医療用医薬品の薬価総額

<単品単価契約率の計算式>

単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額／卸売販売業者と当該医療機関の間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

<一律値引き契約に係る状況の取り扱い>

一律値引き契約とは、一定割合以上（次の計算式で5割以上）の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。

（一定割合の計算式）

総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額／卸売販売業者と当該医療機関の間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

※妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、所定様式により、毎年10月1日から11月末日までに、同年4月1日から9月30日までの期間における実績を地方厚生局へ報告することとし、11月末日までの報告に基づく特定妥結率初診料等は、12月1日から翌年11月末日まで適用する。

【届】 オンライン診療料 70点(月1回)

今回の改定では、ビデオ通話など情報通信機器を活用した診療が新たに評価されています。ただし、あくまで対面診療を補完するものという位置づけであり、対象になるのは慢性疾患などの比較的病状が安定した継続受診の患者で、初診時は算定できません。

【主な算定要件】

- ・連続する3カ月は算定できない。
- ・初診料、再診料、外来診療料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定する月は算定できない。
- ・患者の同意を得た上で、対面診療とオンライン診察を組み合わせた診療計画を作成する。計画には、患者の急変時における対応等も記載する。
- ・連続する3カ月間に対面診療が1度も行われない場合は算定できない。
- ・算定可能な患者は、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、在宅時医学総合管理料、精神科在宅患者支援管理料の算定対象となる患者で、これらの管理料等の最初の算定月から6カ月以上経過し、かつ最初の6カ月の間、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、これらの管理料等の最初の算定月から6カ月以上経過している場合は、直近12カ月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行ってればよい）。
- ・オンライン診察を行う医師は、オンライン診療料の対象となる管理料等の診療を行う医師と同じである。
- ・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。
- ・オンライン診察は、当該医療機関内において行う。
- ・オンライン診療料の算定月は「医学管理等」は算定できない。
- ・オンライン診察時に投薬の必要性を認めた場合は、処方料又は処方箋料は別に算定できる。
- ・オンライン診察時の情報通信機器の運用に要する費用は、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。

【主な施設基準】

- ・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体制を有する。
- ・オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に対面診察が可能な体制（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料の対象患者は除く）。
- ・1カ月当たりの再診料、外来診療料、オンライン診療料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（Ⅱ）の算定回数に占めるオンライン診療料の算定回数の割合が1割以下。



Q：オンラインによる診察を行う患者が、二つの医療機関に別々に受診しており、それぞれの医療機関で同一の医師がオンライン診療を行った場合、それぞれの医療機関において算定要件を満たしている場合は、両者の医療機関でオンライン診療料を算定可能ですか。

A：それぞれの医療機関で要件を満たしていれば、算定可能です。

Q：オンライン診察を行うにあたり、情報通信機器を医療機関に設置した上で、医師の自宅などへ画像情報等を転送し、オンライン診察を行う場合も算定可能ですか。

A：不可です。オンライン診察を行う医師は、当該医師が所属する医療機関においてオンライン診察を行う必要があります。



Q：オンライン診療料に係る施設基準において、「緊急時に概ね30分以内に当該医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること」とありますが、算定対象となる患者に対して、厳密に30分以内に診察できる体制がなければ、施設基準の要件を満たさないのでですか。

A：「緊急時に概ね30分以内に当該医療機関が対面による診察が可能な体制」とは、日常的に通院・訪問による診療が可能な患者を対象とするものであれば構いません。

大病院外来受診時の定額負担 **改** **届**

保険外併用療養費制度における選定療養の一つとして、紹介状なしで大病院を外来受診した際の定額負担制度があります。他の医療機関からの紹介なしに受診した患者には、初診の場合は5,000円以上（歯科は3,000円以上）を、再診の場合で他の医療機関に対して文書による紹介を行う旨の申し出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者には2,500円以上（歯科は1,500円以上）の金額を徴収することが義務付けられています。

今回の改定では、この対象となる病院が「特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院」から「特定機能病院及び**許可病床400床以上**の地域医療支援病院」に拡大されました。

初診料・再診料・外来診療料の時間外・休日・深夜加算一覧

		時間内	時間外	休日	深夜	
初診料 282点	一般	加算	加算なし	+85点	+250点	+480点
		加算後の点数	282点	367点	532点	762点
	6歳未満・妊婦	加算	+75点	+200点	+365点	+695点
		加算後の点数	357点	482点	647点	977点
再診料 72点	一般	加算	加算なし	+65点	+190点	+420点
		加算後の点数	72点	137点	262点	492点
	6歳未満・妊婦	加算	+38点	+135点	+260点	+590点
		加算後の点数	110点	207点	332点	662点
外来診療料 73点	一般	加算	加算なし	+65点	+190点	+420点
		加算後の点数	73点	138点	263点	493点
	6歳未満・妊婦	加算	+38点	+135点	+260点	+590点
		加算後の点数	111点	208点	333点	663点

注1) 時間外とは概ね8時前と18時以降（土曜のみ8時前と正午以降）、休日とは日曜・祝日・振替休日・1月2～3日・12月29～31日、深夜とは概ね22時～翌6時。ただし、これらの時間帯であっても表示診療時間内の場合、加算は算定できない。

注2) 小児科標榜医療機関で夜間等に6歳未満の乳幼児に診療を行った場合、**産科又は産婦人科標榜医療機関で夜間等に妊婦に診療を行った場合は**、表示診療時間内であっても時間外、休日、深夜加算を算定できる。

注3) 時間外特例医療機関が時間外に診療を行った場合は、初診は230点（6歳未満又は妊婦は345点）、再診は180点（6歳未満又は妊婦は250点）を加算し、通常の時間外加算は算定しない。

注4) 診療所において表示診療時間内であっても、時間外、休日、深夜に初診・再診を行った場合は、夜間・早朝等加算50点を算定できる。