

## 基本診療料

### 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

1. 紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲について、現行の特定機能病院及び一般病床 200 床以上の地域医療支援病院から、「紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」のうち一般病床 200 床以上の病院にも拡大する。

2. 定額負担の金額を以下のとおり変更する。

【初診の場合】

医科 5,000 円 ⇒ 7,000 円

【再診の場合】

医科 2,500 円 ⇒ 3,000 円

3. 定額負担を求める患者の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除する。

【初診の場合】

医科 200 点

【再診の場合】

医科 50 点

4. 除外要件（定額負担を求めないことができる患者の要件）について、以下のとおり見直す。

【初診・再診共通】

「その他、保険医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」について、急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められないことを明確化する。

【初診の場合】

「自施設の他の診療科を受診している患者」を「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に見直す。

【再診の場合】

「自施設の他の診療科を受診している患者」、「医科と歯科との間で院内紹介された患者」、「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」、「地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者」及び「治験協力者である患者」を削除する。

5. 疑義解釈（その10）

【紹介状なしで受診する場合等の定額負担等】

問9 ある診療科において紹介状なし受診時の定額負担の対象となった患者が、同一病院において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を紹介状なしで初診として受診した場合、この2つ目の診療科における定額負担及び保険外併用療養費はどのような取扱いになるのか。

(答) 紹介状なしで複数科を受診し、それぞれ初診に該当する場合には、各診療科の受診について除外要件に該当しない限り、それぞれの診療科において定額負担を徴収する必要がある。このとき、2つ目の診療科における初診に係る所定点数から控除する点数については、区分番号「A000」初診料の注5のただし書に規定する点数を上限とすること。

なお、他の保険医療機関に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者に係る再診についても、これに準じた取扱いとすること。

[点数マスタ]

初診減算コード

111015370	(選) 病床数が200以上の病院初診(200点減算)	▲200点
111015470	(選) 病床数が200以上の病院初診(186点減算)	▲186点
111015570	(選) 病床数が200以上の病院初診(144点減算)	▲144点

111015670	(選) 病床数が200以上の病院初診 (125点減算)	▲125点
111015770	(選) 病床数が200以上の病院初診 (107点減算)	▲107点
111015870	(選) 病床数が200以上の病院初診 (93点減算)	▲93点

## 再診減算コード

112026270	(選) 病床数が200以上の病院再診 (50点減算)	▲50点
112026370	(選) 病床数が200以上の病院再診 (37点減算)	▲37点
112026470	(選) 病床数が200以上の病院再診 (27点減算)	▲27点

## 医学管理等の初診・再診コード

113044670	(選) 病床数が200以上の病院初診 (医学管理等) (200点減算)	▲200点
113044770	(選) 病床数が200以上の病院再診 (医学管理等) (50点減算)	▲50点

## [算定方法]

算定するコードを手入力します。

加算マスタですので、手技料(初診・再診料等)の剤内に入力します。

減算コードのため加算料算定のための診療種別区分(初診加算料等)での入力はできません。

## ■初・再診対応表

		情報通信機器
初診料	288点 111015370:▲200点	251点 111015370:▲200点
初診料(低紹介率)	214点 111015370:▲200点	186点 111015470:▲186点
初診料(特定妥結率)	214点 111015370:▲200点	186点 111015470:▲186点
初診料(同一日2科目)	144点 111015570:▲144点	125点 111015670:▲125点
初診料(同一日2科目・低紹介率)	107点 111015770:▲107点	93点 111015870:▲93点
初診料(同一日2科目・特定妥結率)	107点 111015770:▲107点	93点 111015870:▲93点
外来診療料	74点 112026270:▲50点	73点 112026270:▲50点
外来診療料(文書紹介申出)	55点 112026270:▲50点	55点 112026270:▲50点
外来診療料(特定妥結率)	55点 112026270:▲50点	55点 112026270:▲50点
外来診療料(同一日2科目)	37点 112026370:▲37点	37点 112026370:▲37点
外来診療料(文書紹介申出)	27点 112026470:▲27点	27点 112026470:▲27点
外来診療料(特定妥結率)	27点 112026470:▲27点	27点 112026470:▲27点

## [入力方法]

## 例1 初診(一般)

入力コード	名称	数量・点数
111000110	* 初診料	
111015370	(選) 病床数が200以上の病院初診 (200点減算)	88 × 1 88

※ 288点 - 200点 = 88点

## 例2 初診(低紹介率)・情報通信機器(一般)

入力コード	名称	数量・点数
111014310	*S 初診料(文書による紹介がない患者)(情報通信機器)	
820100990	F オンライン診療の適切な実施に関する診療である(初診料)	
111015470	(選) 病床数が200以上の病院初診 (186点減算)	

※ 186点 - 186点 = 0点

## 例3 再診(一般)

ORCA Project

Copyright (C) 2022 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

入力コード	名称	数量・点数
112011310	* 外来診療料	
112026270	(選) 病床数が200以上の病院再診(50点減算)	24 × 1 24

※ 74点 - 50点 = 24点

例4 医学管理等(小児科外来診療料)

入力コード	名称	数量・点数
113003810	*C 小児科外来診療料(処方箋を交付しない)再診時	
113044770	(選) 病床数が200以上の病院再診(医学管理等)(50点減算)	474 × 1 474

※ 524点 - 50点 = 474点

[診療費明細書]

減算する点数をマイナスで表記します。

上記[入力方法]例2の場合

No. 42

診療費明細書

1頁

診療日 令和4年10月3日

内科

発行日 令和4年10月3日

氏名 てすと 患者

様

保険種類 国保

患者番号 00001

負担割合 3割

診療区分	名 称	単 価	日・回	合 計
初・再診料	*初診料(文書による紹介がない患者)(情報通信機器)	1860	1	1,860
	* (選) 病床数が200以上の病院初診(186点減算)	-1860	1	-1,860
	以下余白			

オンライン資格確認等システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の見直し

令和5年4月より、保険医療機関・保険薬局に、オンライン資格確認等システムの導入が原則として義務付けられること等を踏まえ、オンライン資格確認等システムを通じた患者情報等の活用に係る現行の評価を廃止し、初診時等に患者の薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して診療等を実施し質の高い医療を提供する体制及び健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等による患者情報の取得の効率化を考慮した評価体系とし、令和4年10月から適用する。

◆電子的保健医療情報活用加算【廃止】(令和4年9月まで)

111015170	電子的保健医療情報活用加算(初診)	7点
111015270	電子的保健医療情報活用加算(初診)(診療情報等の取得が困難等)	3点
112024610	電子的保健医療情報活用加算(再診)	4点
112024810	電子的保健医療情報活用加算(外来診療料)	4点

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算【新設】【初診時、月1回】

[算定要件]

初診に係る十分な情報を取得する体制として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を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合に

っては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。

※小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、小児かかりつけ診療料及び外来腫瘍化学療法診療料についても同様。

#### [施設基準]

#### 第1の8 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

##### 1 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関する施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (3) 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
  - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
  - イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

##### 具体的な例

- ・ 当該保険医療機関のホームページへの掲載
- ・ 自治体、地域医師会等のホームページ又は広報誌への掲載
- ・ 医療機能情報提供制度等への掲載

#### [点数マスタ]

111015970	医療情報・システム基盤整備体制充実加算1（初診）	4点
111016070	医療情報・システム基盤整備体制充実加算2（初診）	2点
113045070	医療情報・システム基盤整備体制充実加算1（医学管理等）	4点
113045170	医療情報・システム基盤整備体制充実加算2（医学管理等）	2点

初診は加算マスタ、医学管理等は手技マスタです。

#### [算定方法]

- ・ 施設基準としてオンライン資格確認システムにて運用開始日の登録を行うことが望ましい。

※実際に運用を開始した日から算定可能

別紙：厚生労働省ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000760048.pdf>

- ・ 算定するコードを手入力します。  
医療情報・システム基盤整備体制充実加算2（2点）を算定する要件（主なもの）
  - ・ 薬剤情報等を取得し活用した場合
  - ・ 薬剤情報等を取得しようとしたが情報がなかった場合

医療情報・システム基盤整備体制充実加算1（4点）を算定する要件（主なもの）

- ・ 薬剤情報等未取得しなかった場合
- ・ 薬剤情報等未取得しようとしたが患者の同意が得られなかった場合
- ・ 薬剤情報等未取得しようとしたが患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合
- ・ 薬剤情報等未取得しようとしたが患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合

施設基準は満たしているが算定できない場合

- ・ 情報通信機器を用いて初診を行う場合
- ・ 往診で初診を行う場合

#### [入力方法]

ORCA Project

Copyright (C) 2022 ORCA Management Organization Co., Ltd. All rights reserved.

## 例1 初診

加算マスタのため初診料の剤内入力します。

入力コード	名称
111000110	* 初診料
111013770	機能強化加算（初診）
111014870	外来感染対策向上加算（初診）
111014970	サーベイランス強化加算（初診）
111016070	医療情報・システム基盤整備体制充実加算2（初診）

## 例2 医学管理等（小児科外来診療料の場合）

手技マスタのため単剤として入力します。

入力コード	名称
113003710	*C 小児科外来診療料（処方箋を交付しない）初診時
113028870	機能強化加算（初診）（小児科外来診療料）
113033790	外来感染対策向上加算（医学管理等）
113033890	連携強化加算（医学管理等）
113033990	サーベイランス強化加算（医学管理等）
.130	* 管理料
113045170	医療情報・システム基盤整備体制充実加算2（医学管理等）

## 〔初診時間診票〕

別紙様式54（<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000985121.pdf>）を参考とすること。（以下疑義解釈より）

問7 区分番号「A000」初診料の注15に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、別紙様式54を参考とした初診時間診票は、区分番号「A000」初診料を算定する初診において用いることでよいか。

〔答〕よい。その他小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、小児かかりつけ診療料及び外来腫瘍化学療法診療料を算定する診療においても、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定するときには、別紙様式54を参考とした初診時間診票を用いること。

問8 区分番号「A000」初診料の注15に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、初診時間診票の項目について別紙様式54を参考とするとあるが、当該様式と同一の表現であることが必要か。また、当該様式にない項目を問診票に追加してもよいか。

〔答〕別紙様式54は初診時の標準的な問診票（紙・タブレット等媒体を問わない。以下「問診票」という。）の項目等を定めたものであり、必ずしも当該様式と同一の表現であることを要さず、同様の内容が問診票に含まれていればよい。

また、必要に応じて、当該様式にない項目を問診票に追加することも差し支えない。

なお、患者情報の取得の効率化の観点から、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により情報を取得等した場合、当該方法で取得可能な情報については問診票の記載・入力を求めない等の配慮を行うこと。

問9 区分番号「A000」初診料の注15に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、初診時間診票の項目について別紙様式54を参考とするとあるが、令和4年10月1日より新たな問診票を作成し使用する必要があるか。

〔答〕必ずしも新たな問診票を作成することは要しないが、別紙様式54に示された問診票の項目等が、医療機関において既に使用している問診票に不足している場合は、不足している内容について別紙として作成し、既に使用している問診票とあわせて使用すること。