

診療報酬点数表 改正点の解説

令和8年6月版 医科・調剤

目次

第1部 改定のあらまし及び個別改定項目

第1部 改定のあらまし及び個別改定項目	5
① 改定のあらまし	6
② 「個別改定項目について」による改定項目一覧（※令和8年2月13日・中央社会保険医療協議会資料総-1目次より構成）	8
③ 「個別改定項目について」にもとづく改定内容（区分番号・診療行為別）	
① 全般的・横断的事項	11
② 医科・基本診療料	17
③ 医科・特掲診療料	26
④ 調剤報酬	35
⑤ 訪問看護療養費	38
④ 資料（①諮問書・②答申書）	40

第2部 点数表 新旧対照表

① 医科診療報酬点数表	44
第1章 基本診療料	44
[A] 第1部 初・再診料	44
通則	44
第1節 初診料	44
第2節 再診料	47
[A] 第2部 入院料等	54
通則	54
第1節 入院基本料	56
第2節 入院基本料等加算	87
第3節 特定入院料	117
第4節 短期滞在手術等基本料	167
第2章 特掲診療料	175
[B] 第1部 医学管理等	175
通則	175
第1節 医学管理料等	176
第2節 削除	
第3節 特定保険医療材料料	233
[C] 第2部 在宅医療	234
通則	234
第1節 在宅患者診療・指導料	235
第2節 在宅療養指導管理料	272
第3節 薬剤料	285
第4節 特定保険医療材料料	285
[D] 第3部 検査（改正部分）	286
通則	286
第1節 検体検査料	286
第2節 削除〔略〕	
第3節 生体検査料	293
第4節 診断穿刺・検体採取料	296
第5節 薬剤料〔略〕	
第6節 特定保険医療材料料〔略〕	
[E] 第4部 画像診断	297
通則	297
第1節 エックス線診断料	298
第2節 核医学診断料	301
第3節 コンピューター断層撮影診断料	304

第4節 薬剤料	307
第5節 特定保険医療材料料	307
[F] 第5部 投薬	308
通則	308
第1節 調剤料	308
第2節 処方料	309
第3節 薬剤料	310
第4節 特定保険医療材料料	311
第5節 処方箋料	311
第6節 調剤技術基本料	313
[G] 第6部 注射	314
通則	314
第1節 注射料	315
第2節 薬剤料	318
第3節 特定保険医療材料料	319
[H] 第7部 リハビリテーション	320
通則	320
第1節 リハビリテーション料	320
第2節 薬剤料	333
[I] 第8部 精神科専門療法	334
通則	334
第1節 精神科専門療法料	334
第2節 薬剤料	356
[J] 第9部 処置	357
通則	357
第1節 処置料	358
第2節 処置医療機器等加算	375
第3節 薬剤料	375
第4節 特定保険医療材料料	376
[K] 第10部 手術（改正部分）	377
通則	377
第1節 手術料	380
第2節 輸血料	404
第3節 手術医療機器等加算	406
第4節 薬剤料〔略〕	
第5節 特定保険医療材料料〔略〕	
[L] 第11部 麻酔	409
通則	409
第1節 麻酔料	409
第2節 神経ブロック料	414
第3節 薬剤料	416
第4節 特定保険医療材料料	416
[M] 第12部 放射線治療	417
通則	417
第1節 放射線治療管理・実施料	417
第2節 特定保険医療材料料	423
[N] 第13部 病理診断	424
通則	424
第1節 病理標本作製料	424
第2節 病理診断・判断料	426
[O] 第14部 その他	428
通則	428
第1節 ベースアップ評価料等	428
第2節 物価対応料	444

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料	458	第五 病院の入院基本料の施設基準等.....	534
〔老健〕 第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項	458	第六 診療所の入院基本料の施設基準等.....	547
〔老健〕 第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項	459	第七 削除	
第4章 経過措置（改正部分）	461	第八 入院基本料等加算の施設基準等.....	548
改正告示 前文.....	462	第九 特定入院料の施設基準等.....	562
2 調剤報酬点数表	463	第十 短期滞在手術等基本料の施設基準等.....	579
通則.....	463	第十一 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について厚生労働大臣が定める施設基準等.....	579
第1節 調剤技術料.....	463	第十二 経過措置.....	579
第2節 薬学管理料.....	467	別表.....	581
第3節 薬剤料.....	485	3 特掲診療料の施設基準等	591
第4節 特定保険医療材料料.....	485	第一 届出の通則.....	591
第5節 その他.....	485	第二 施設基準の通則.....	591
第6節 経過措置.....	485	第三 医学管理等.....	591
3 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法	486	第四 在宅医療.....	601
通則.....	486	第五 検査.....	608
01 訪問看護基本療養費.....	486	第六 画像診断.....	611
01-2 精神科訪問看護基本療養費.....	493	第七 投薬.....	613
02 訪問看護管理療養費.....	500	第八 注射.....	613
03 訪問看護情報提供療養費.....	504	第九 リハビリテーション.....	613
04 包括型訪問看護療養費.....	505	第十 精神科専門療法.....	615
05 訪問看護ターミナルケア療養費.....	506	第十一 処置.....	617
06 訪問看護遠隔診療補助料.....	507	第十二 手術.....	618
07 訪問看護ベースアップ評価料.....	508	第十二の二 麻酔.....	622
08 訪問看護物価対応料.....	511	第十三 放射線治療.....	622
4 療養担当規則等	512	第十三の二 歯冠修復及び欠損補綴.....	624
(1) 保険医療機関及び保険医療養担当規則.....	512	第十四 歯科矯正.....	624
(2) 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則.....	518	第十四の二 病理診断.....	624
(3) 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準.....	519	第十四の三 その他.....	625
(4) 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準.....	521	第十五 調剤.....	626
(5) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養.....	524	第十六 削除	
(6) 保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法.....	525	第十七 経過措置.....	629
(7) 入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準.....	526	別表.....	630
第3部 関係告示	527	4 健康保険及び国民健康保険の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額	638
1 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等	528	5 後期高齢者医療の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額	640
2 基本診療料の施設基準等	529	6 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等	642
第一 届出の通則.....	529	7 訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等	643
第二 施設基準の通則.....	529		
第三 初・再診料の施設基準等.....	529	第4部 関係通知	647
第三の二 入院基本料又は特定入院料を算定せず、短期滞在手術等基本料3を算定する患者.....	533	1 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	648
第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準.....	533	別添1 医科診療報酬点数表に関する事項.....	648
第四の二 歯科点数表第一章第二部入院料等通則第6号ただし書に規定する基準.....	533	通則.....	648
第四の三 医科点数表第一章第二部入院料等通則第11号及び歯科点数表第一章第二部入院料等通則第9号に掲げる厚生労働大臣が定める基準.....	533	第1章 基本診療料	649
		[A] 第1部 初・再診料.....	649
		通則.....	649
		第1節 初診料.....	650
		第2節 再診料.....	654
		[A] 第2部 入院料等.....	659
		通則.....	659
		第1節 入院基本料.....	662
		第2節 入院基本料等加算.....	673
		第3節 特定入院料.....	700
		第4節 短期滞在手術等基本料.....	721
		第2章 特掲診療料	723
		通則.....	723
		[B] 第1部 医学管理等.....	723
		通則.....	723

第1節	医学管理料等	724
第2節	削除	
[C] 第2部	在宅医療	769
通則		769
第1節	在宅患者診療・指導料	770
第2節	在宅療養指導管理料	794
第3節	薬剤料	809
第4節	特定保険医療材料料	810
[D] 第3部	検査	810
通則		810
第1節	検体検査料	812
第2節	削除	
第3節	生体検査料	849
第4節	診断穿刺・検体採取料	870
[E] 第4部	画像診断	872
通則		872
第1節	エックス線診断料	873
第2節	核医学診断料	876
第3節	コンピューター断層撮影診断料	881
[F] 第5部	投薬	883
通則		883
第1節	調剤料	883
第2節	処方料	884
第3節	薬剤料	886
第5節	処方箋料	886
第6節	調剤技術基本料	888
[G] 第6部	注射	888
通則		888
第1節	注射料	889
第2節	薬剤料	892
[H] 第7部	リハビリテーション	892
通則		892
第1節	リハビリテーション料	894
[I] 第8部	精神科専門療法	905
通則		905
第1節	精神科専門療法料	905
第2節	薬剤料	924
第3節	経過措置	924
[J] 第9部	処置	924
通則		924
処置料		925
[K] 第10部	手術	944
通則		944
第1節	手術料	949
第2節	輸血料	989
第3節	手術医療機器等加算	991
[L] 第11部	麻酔	993
通則		993
第1節	麻酔料	994
第2節	神経ブロック料	998
[M] 第12部	放射線治療	999
通則		999
第1節	放射線治療管理・実施料	999
[N] 第13部	病理診断	1003
通則		1003
第1節	病理標本作製料	1004
第2節	病理診断・判断料	1006
[O] 第14部	その他	1007
通則		1007
第1節	ベースアップ評価料等	1007
第2節	物価対応料	1008

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料	1008
通則	1009
[老健] 第1部 併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項	1009
[老健] 第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項	1009
別添3 調剤報酬点数表に関する事項	1010
〈通則〉	1010
〈調剤技術料〉	1010
〈薬学管理料〉	1013
〈薬剤料〉	1025
〈特定保険医療材料料〉	1025
〈その他〉	1025
別表	1025
② 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて	1028
[A000～] 別添1 初・再診料の施設基準等	1031
[A100～] 別添2 入院基本料等の施設基準等	1036
[A200～] 別添3 入院基本料等加算の施設基準等	1047
[A300～] 別添4 特定入院料の施設基準等	1078
[A400～] 別添5 短期滞在手術等基本料の施設基準等	1102
届出書（一覧）	1102
③ 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて	1106
[B] 医学管理等	1116
[C] 在宅医療	1132
[D] 検査	1140
[E] 画像診断	1146
[F] 投薬	1149
[G] 注射	1149
[H] リハビリテーション	1149
[I] 精神科専門療法	1156
[J] 処置	1161
[K] 手術	1165
[L] 麻酔	1189
[M] 放射線治療	1190
[N] 病理診断	1194
調剤	1195
[O] その他（処遇改善・ベースアップ評価料）	1203
別添2 届出書（様式一覧）	1213
④ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額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	1218
⑤ 訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて	1225

令和8年3月5日公布・告示・発出の主な法令・通知等（●を付したものを本書に収録）

- 〔省令〕 ●保険医療機関及び保険医療費担当規則等の一部を改正する省令（厚生労働省令第21号）
- 〔告示〕 ●高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（厚生労働省告示第67号）
- 〔告示〕 ●療担規則及び葉担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する告示（厚生労働省告示第68号）
- 〔通知〕 医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について（保発0305第18号）
- 〔通知〕 保険医の使用医薬品（揭示事項等告示第6関係）及び保険薬剤師の使用医薬品（揭示事項等告示第14関係）に係る留意事項について（保医発0305第11号）
- 〔通知〕 保険医療機関及び保険医療費担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について（保医発0305第5号）
- 〔告示〕 ●診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第69号）〔医科及び調剤・新旧対照表形式〕
- 〔通知〕 ●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（保医発0305第6号）
- 〔通知〕 「新指標の割合の算出に当たって対象となる後発医薬品」等について（保医発0305第12号）
- 〔通知〕 「診療報酬における加算等の算定対象等となるバイオ後続品」について（保医発0305第13号）
- 〔事務連絡〕 後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて（事務連絡）
- 〔告示〕 ●基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第70号）
- 〔通知〕 ●基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（保医発0305第7号）
- 〔告示〕 ●特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第71号）
- 〔通知〕 ●特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（保医発0305第8号）
- 〔告示〕 使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部を改正する件（厚生労働省告示第72号）
- 〔通知〕 使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について（保医発0305第10号）
- 〔告示〕 特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件（厚生労働省告示第73号）
- 〔通知〕 特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について（保医発0305第1号）
- 〔通知〕 特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う特定保険医療材料（使用歯科材料）の算定について（保医発0305第2号）
- 〔通知〕 特定診療報酬算定医療機器の定義等について（保医発0305第3号）
- 〔通知〕 特定保険医療材料の定義について（保医発0305第4号）
- 〔事務連絡〕 特定保険医療材料及び医療機器保険適用希望書（希望区分B）に記載する機能区分コードについて（事務連絡）
- 〔告示〕 ●入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準の一部を改正する件（厚生労働省告示第76号）
- 〔告示〕 ●入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第77号）
- 〔告示〕 ●健康保険及び国民健康保険の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額及び後期高齢者医療の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の一部を改正する告示（厚生労働省告示第66号）
- 〔通知〕 入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の実施上の留意事項について（保医発0305第16号）
- 〔通知〕 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて（保医発0305第17号）
- 〔通知〕 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（保発0305第20号）
- 〔告示〕 ●訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第74号）〔新旧対照表形式〕
- 〔告示〕 ●訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第75号）
- 〔通知〕 ●訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて（保医発0305第9号）
- 〔通知〕 ●訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額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（保発0305第19号）

第1部

改定のあらまし 及び 個別改定項目

1 改定のあらまし	6
2 「個別改定項目について」による改定項目一覧	8
※令和8年2月13日・中央社会保険医療協議会資料 総-1目次より構成	
3 「個別改定項目について」にもとづく改定内容 (区分番号・診療行為別)	
① 全般的・横断的事項.....	11
② 医科・基本診療料.....	17
③ 医科・特掲診療料.....	26
④ 調剤報酬.....	35
⑤ 訪問看護療養費.....	38
4 資料	
① 諮問書 (令和8年1月14日).....	40
② 答申書 (令和8年2月13日).....	40

1 改定のあらまし 令和8年度診療報酬

診療報酬改定

1. 診療報酬 +3.09% (令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度+2.41% (国費2,348億円程度 (令和8年度予算額。以下同じ。))、令和9年度+3.77%) (注) 令和8年6月施行

- ※1 うち、賃上げ分 +1.70% (2年度平均。令和8年度+1.23%、令和9年度+2.18%)
 - ・医療現場での生産性向上の取り組みと併せ、令和8年度及び令和9年度にそれぞれ3.2% (看護補助者、事務職員は5.7%) のベアを実現するための措置
 - ・うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応
- ※2 うち、物価対応分 +0.76% (令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度+0.55%、令和9年度+0.97%)
 - ・特に、令和8年以降の物価上昇への対応として+0.62% (令和8年度+0.41%、令和9年度+0.82%) を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。(病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%)
 - ・また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院(大学病院を含む)が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応
- ※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09% (入院時の食費基準額の引き上げ(40円/食)、光熱水費基準額の引き上げ(60円/日))
 - ・患者負担の引き上げ：食費は原則40円/食(低所得者は所得区分等に応じて20~30円/食)、光熱水費は原則60円(指定難病患者等は据え置き)
- ※4 うち、令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%
 - ・配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持(病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%)
- ※5 うち、後発医薬品への置き換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取り組み強化等による効率化 ▲0.15%
- ※6 うち、※1~5を除く改定分 +0.25%
各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

2. 薬価等

- ①薬価 ▲0.86% (国費▲1,052億円程度) (令和8年4月施行)
- ②材料価格 ▲0.01% (国費▲11億円程度) (令和8年6月施行)
- 合計 ▲0.87% (国費▲1,063億円程度)

3. 診療報酬制度関連事項

- ① 令和9年度における更なる調整及び令和10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ② 賃上げの実効性確保のための対応
- ③ 医師偏在対策のための対応
- ④ 更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

- ① 令和8年度薬価制度改革及び令和9年度の薬価改定の実施
- ② 費用対効果評価制度の更なる活用

改定について

令和 8 年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- ▶ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ▶ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性（抄）

(1)物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応【重点課題】

【具体的方向性】

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取り組み

(2)2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性】

- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 「治し、支える医療」の実現
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取り組み
- 医師の地域偏在対策の推進

(3)安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
- 質の高いリハビリテーションの推進
- 重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価
- 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
- イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4)効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取り組みによる医薬品の適正使用等の推進
- 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

② 「個別改定項目について」による改定項目一覧

中央社会保険医療協議会資料 総-1 (令和8年2月13日) 目次

I. 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

I-1 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応

- ①物件費の高騰を踏まえた対応
- ②入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し
- ③入院時の食事療養に係る見直し

I-2-1 医療従事者の処遇改善

- ①賃上げに向けた評価の見直し
- ②夜勤を含む負担の軽減及び処遇改善に資する計画の明確化

I-2-2 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進

- ①ICT等の活用による看護業務効率化の推進
- ②A207-2 医師事務作業補助体制加算の見直し
- ③医療機関等における事務等の簡素化・効率化
- ④様式9の見直し〔入院料横断的事項〕

I-2-3 タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進

- ①多職種が専門性を発揮して病棟において協働する体制に係る評価の新設 [A215]

I-2-4 医師の働き方改革の推進/診療科偏在対策

- ①医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進 [A252・K通則23]
- ②処置J通則5及び手術K通則12の休日・時間外・深夜加算1の見直し

I-2-5 診療報酬上求める基準の柔軟化

- ①やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し
- ②感染対策向上加算等における専従要件の見直し
- ③常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し
- ④質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進
- ⑤疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進

II. 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

II-1 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備

- ①急性期病院一般入院基本料等の新設 [A100・1/A103・1]
- ②重症度、医療・看護必要度の見直し
- ③A200急性期総合体制加算の新設
- ④A104特定機能病院入院基本料の見直し
- ⑤A301特定集中治療室管理料の見直し
- ⑥A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料の見直し
- ⑦A300救命救急入院料の見直し
- ⑧A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の見直し
- ⑨地域包括医療病棟 [A304] の見直し
- ⑩回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し [A308等]
- ⑪A101療養病棟入院基本料の見直し
- ⑫障害者施設等入院基本料等 [A106等] の見直し

- ⑬A106障害者施設等入院基本料における看護補助者に係る加算の見直し

- ⑭入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

- ⑮DPC/PDPSの見直し

- ⑯A400短期滞在手術等基本料の見直し

- ⑰A218地域加算の見直し

- ⑱看護補助者に係る加算の名称の見直し

II-1-2 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価

- ①医療資源の少ない地域の対象地域の見直し
- ②人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設
- ③歯科巡回診療に係る適切な推進〔歯科〕

II-2-1 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援(緊急入院等)を担う医療機関の評価

- ①協力医療機関が協力対象施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し
- ②包括期入院医療における充実した後方支援の評価
- ③地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し [A308-3]

II-2-2 円滑な入退院の実現

- ①入退院支援加算等の見直し
- ②B005-1-2 介護支援等連携指導料の見直し
- ③回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者に対する退院支援の推進
- ④感染対策向上加算等における専従要件の見直し→I-2-5-②

II-2-3 リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進

- ①リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進
- ②質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進→I-2-5-④
- ③口腔状態に係る課題を抱えた患者についての歯科医療機関との連携の推進
- ④入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進

II-3 かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価

- ①A000注10機能強化加算の見直し
- ②B001-3 生活習慣病管理料 (I) 及びB001-3-3 生活習慣病管理料 (II) の見直し
- ③B000特定疾患療養管理料の見直し
- ④地域包括診療加算等の見直し
- ⑤A001〔再診料〕注10時間外対応体制加算の充実
- ⑥歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の要件並びに評価の見直し〔歯科〕
- ⑦継続的・効果的な歯周病治療の推進〔歯科〕
- ⑧かかりつけ薬剤師の推進〔調剤報酬〕

II-4-1 大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進

- ①A000初診料及びA002外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し
- ②特定機能病院等からの紹介を受けて行う初診に対する評価の新設
- ③B011連携強化診療情報提供料の見直し

II-5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ①適正な訪問看護の推進
- ②指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し
- ③保険医療機関及び保険医療費担当規則の見直し

Ⅱ-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価

- ①在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し
- ②C000注9 住診時医療情報連携加算の見直し
- ③退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設 [B007-3]
- ④連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し
- ⑤在宅療養支援診療所・病院の見直し
- ⑥在宅時医学総合管理料等及び在宅療養支援診療所等の見直し
- ⑦C第2節第2款在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し
- ⑧医師と薬剤師の同時訪問の推進
- ⑨残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し [B001-2-9等・指定訪問看護]
- ⑩へき地診療所における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の見直し
- ⑪質の高い在宅歯科医療の提供の推進 [歯科]
- ⑫在宅薬学総合体制加算の見直し [調剤報酬]
- ⑬在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し及び複数名薬剤管理指導訪問料の新設 [調剤報酬]

Ⅱ-5-2 重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価

- ①過疎地域等に配慮した評価の見直し [訪問看護基本療養費/精神科訪問看護基本療養費/C005/C005-1-2/I012]
- ②難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護に係る評価の見直し
- ③訪問看護におけるICTを用いた医療情報連携の推進 [訪問看護管理療養費/C005/C005-1-2]
- ④地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価
- ⑤乳幼児加算の評価の見直し [訪問看護基本療養費/C005/C005-1-2]
- ⑥訪問看護管理療養費の見直し
- ⑦同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し [訪問看護基本療養費/精神科訪問看護基本療養費/C005-1-2/I012]
- ⑧包括型訪問看護療養費の新設

Ⅱ-6 人口・医療資源の少ない地域への支援

- ①医療資源の少ない地域の対象地域の見直し→Ⅱ-1-2-①
- ②人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設→Ⅱ-1-2-②
- ③へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し→Ⅱ-5-1-⑩
- ④歯科巡回診療に係る適切な推進 [歯科] →Ⅱ-1-2-③

Ⅱ-7 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組

Ⅱ-7-1 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進→Ⅰ-2-2

Ⅱ-7-2 タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進→Ⅰ-2-3

- ①多職種が専門性を発揮して病棟において協働する体制に係る評価の新設→Ⅰ-2-3

Ⅱ-8 医師の地域偏在対策の推進

- ①医療資源の少ない地域の対象地域の見直し→Ⅱ-1-2-①
- ②人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設→Ⅱ-1-2-②
- ③外来医師過多区域に関する対応

Ⅲ. 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ-1 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

- ①B001-9 療養・就労両立支援指導料の見直し
- ②健康診断等の受診後における初再診料等の算定方

法の明確化

- ③手術等の医療技術の適切な評価
- ④高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設 [K939-4]
- ⑤全身麻酔の評価の見直し
- ⑥遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し
- ⑦D006-4 遺伝学的検査の見直し
- ⑧迅速なフィブリノゲン測定に係る評価の新設 [D006-4]
- ⑨質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑩D217骨塩定量検査の算定要件の見直し
- ⑪近視進行抑制薬の処方に係る検査の見直し [D眼科学的検査通則2]
- ⑫D026注4 検体検査管理加算の見直し
- ⑬カルタヘナ法に基づく医学管理の推進
- ⑭慢性心不全の再入院予防の評価の新設 [B001-10]
- ⑮J038人工腎臓の評価の見直し
- ⑯K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の適正化
- ⑰医療機関間連携による腹膜透析管理の推進 [C102]

Ⅲ-1-1 身体的拘束の最小化の推進

- ①身体的拘束最小化の取組の更なる推進 [入院料]
- ②A247認知症ケア加算の見直し

Ⅲ-1-2 医療安全対策の推進

- ①A234医療安全対策加算の見直し

Ⅲ-2 アウトカムにも着目した評価の推進

- ①リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し [A308]
- ②入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化

Ⅲ-2-1 アウトカムにも着目した評価の推進

- ①A245データ提出加算の届出を要件とする入院料の見直し
- ②診療実績データの提出に係る評価の見直し [B001-3注4/B001-3-3注4]
- ③C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及びD237終夜睡眠ポリグラフィーの見直し

Ⅲ-3 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価

- ①医療DX推進体制整備加算等の見直し

Ⅲ-3-1 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進

- ①オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し
- ②オンライン診療における電子処方箋の活用の推進

Ⅲ-3-2 外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進

- ①オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し→Ⅲ-3-1-①
- ②D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化
- ③B005-11遠隔連携診療料の評価の拡大
- ④オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し→Ⅲ-3-1-①
- ⑤オンライン診療における電子処方箋の活用の推進→Ⅲ-3-1-②
- ⑥情報通信機器等を用いたB001-9 外来栄養食事指導料の見直し
- ⑦情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設 [B005-14/C110-2]
- ⑧情報通信機器を用いた療養指導の見直し [B001-13]
- ⑨情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設→Ⅲ-3-2-⑦

Ⅲ-4 質の高いリハビリテーションの推進

- ①B006-3 退院時リハビリテーション指導料の算定要件の見直し
- ②医療機関外におけるH000～H003疾患別リハビリテーション料の上限単位数の見直し
- ③H000～H003疾患別リハビリテーション料の算定

- 単位数上限緩和対象患者の見直し
- ④H000～H003疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し
- ⑤H003-2 リハビリテーション総合計画評価料の見直し [H003-4]
- ⑥H007-4 リンパ浮腫複合的治療料の評価の見直し
- Ⅲ-4-1 発症早期からのリハビリテーション介入の推進
- ①発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリテーションの適切な評価 [H000～H003]
- Ⅲ-4-2 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実
- ①発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリテーションの適切な評価→Ⅲ-4-1-①
- Ⅲ-5-1 救急医療の充実
- ①救急外来医療に係る評価の再編
- ②C004-2 救急患者連携搬送料の見直し
- Ⅲ-5-2 小児・周産期医療の充実
- ①A303・1 母体・胎児集中治療管理料の見直し
- ②A302新生児特定集中治療室管理料の見直し
- ③小児の成人移行期医療に係る受入の推進 [B001・7]
- ④小児医療に係る高額な検査・薬剤への対応
- ⑤A221-3 産科管理加算の新設
- ⑥療養病棟入院基本料の見直し→Ⅱ-1-1-⑪
- ⑦無菌製剤処理加算の見直し [調剤報酬]
- Ⅲ-5-3 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価
- ①B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料の見直し
- ②D006-19がんゲノムプロファイリング検査及びB011-5がんゲノムプロファイリング評価提供料に係る要件の見直し
- ③人口減少地域におけるM001・3 IMRTの施設基準の見直し
- ④B001・23がん患者指導管理料の見直し
- ⑤遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る評価の見直し [D006-18/B001・23]
- ⑥閉鎖接続器具を用いた抗がん剤投与時の評価の新設 [G020注2]
- ⑦非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し
- ⑧療養病棟入院基本料の見直し→Ⅱ-1-1-⑪
- Ⅲ-5-4 質の高い精神医療の評価
- ①精神病棟における多職種協働の推進
- ②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する小規模多機能病院に係る評価の新設 [A255]
- ③A230-4 精神科リエゾンチーム加算の見直し
- ④A230-5 精神科慢性身体合併症管理加算の新設
- ⑤精神疾患の特定入院料における包括範囲の見直し
- ⑥A311注5 精神科救急医療体制加算の見直し
- ⑦A311 精神科救急急性期医療入院料等 [A311-3]
- ⑧A311 精神科救急急性期医療入院料等 [A311-3]の見直し
- ⑨A103 精神病棟入院基本料の見直し
- ⑩A249 精神科急性期医師配置加算の見直し
- ⑪I002 通院・在宅精神療法の見直し
- ⑫精神保健福祉士の病棟の専従要件の見直し
- ⑬I002注9 心理支援加算の見直し
- ⑭I003-2 認知療法・認知行動療法の見直し
- ⑮臨床心理技術者に係る経過措置の見直し
- ⑯I002注10 児童思春期支援指導加算の見直し
- ⑰I002注11 早期診療体制充実加算の見直し
- ⑱情報通信機器を用いた精神療法の見直し [I002注12]
- Ⅲ-5-5 難病患者等に対する適切な医療の評価
- ①K914 脳死臓器提供管理料の見直し
- ②臓器移植手術に係る評価の新設 [K通則22]

- ③K922・3 臍帯血移植の見直し
- ④抗HLA抗体検査の算定要件の見直し [D014・47]
- Ⅲ-6 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- ①感染症に係る検査の見直し
- ②A234-2 感染対策向上加算の見直し
- ③結核に係る入院医療提供体制の確保
- ④A209 特定感染症入院医療管理加算及びA220-2 特定感染症患者療養環境特別加算の見直し
- Ⅲ-7 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- Ⅲ-8 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化 [調剤報酬]
- ①調剤基本料の見直し
- ②特別調剤基本料Aの見直し
- ③地域支援体制加算の見直し
- ④調剤管理料の見直し
- ⑤重複投薬・相互作用等防止加算等の見直し
- ⑥かかりつけ薬剤師の推進→Ⅱ-3-⑧
- ⑦吸入薬指導加算の見直し
- ⑧服用薬剤調整支援料の見直し
- ⑨調剤報酬体系の簡素化に向けた見直し

Ⅳ. 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

- Ⅳ-1 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- ①F400 処方箋料の見直し
- ②A243-2 バイオ後続品使用体制加算の見直し
- ③医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設
- ④医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設及び後発医薬品調剤体制加算の廃止 [調剤報酬]
- ⑤バイオ後続品使用促進に係る薬局体制整備の推進 [調剤報酬/療担/薬担]
- ⑥長期収載品の選定療養の更なる活用
- Ⅳ-2 費用対効果評価制度の活用
- Ⅳ-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- Ⅳ-3-1 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- ①実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化
- Ⅳ-4 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- Ⅳ-4-1 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方への在り方への対応
- ①A250 薬剤総合評価調整加算の見直し
- ②オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し→Ⅲ-3-1-①
- ③オンライン診療における電子処方箋の活用の推進→Ⅲ-3-1-②
- ④残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し
- ⑤長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し
- Ⅳ-4-2 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率かつ安全で有効な使用の促進
- ①薬剤総合評価調整加算の見直し→Ⅳ-4-1-①
- ②A244 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し
- ③医師と薬剤師の同時訪問の推進→Ⅱ-5-1-⑧
- Ⅳ-4-3 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進
- ①栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化
- Ⅳ-4-4 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進→Ⅲ-3-1
- Ⅳ-5 外来医療の機能分化と連携→Ⅱ-4
- Ⅳ-6 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価→Ⅲ-3

3 「個別改定項目について」にもとづく改定内容（区分番号・診療行為別）

1 全般的・横断的事項

・ I 1 ①等は「個別改定項目について」における項番

物件費の高騰を踏まえた対応 I 1 ①	
基本的な考え方	これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加を踏まえ、初・再診料等及び入院基本料等について必要な見直しを行う。また、令和8年度及び令和9年度における物件費の更なる高騰に対応する観点から、その担う医療機能も踏まえつつ、物価高騰に対応した新たな評価を行う。
具体的な内容（要旨）	1. 医科診療報酬 (1)診療所については、初・再診料、有床診療所入院基本料等について、所要の点数の引上げを行う。 (2)病院については、診療所の初・再診料の引上げと同じ点数を病院の初・再診料において引き上げるとともに、入院料はその機能に応じて、所要の点数を引き上げる。 ※初再診料が包括されるその他の点数、訪問診療料及びその他の入院料等についても同様に対応する。 (3)高度機能医療等を担う特定機能病院及び急性期病院一般入院基本料等については、(2)に加えて、物価高の影響を受けやすいことを踏まえた点数とする。 3. 調剤報酬 調剤基本料を引き上げる。 4. 訪問看護療養費 訪問看護療養費を引き上げる。また、新設する包括型訪問看護療養費についても同様の対応を行う。 5. 物価対応料 令和8年度及び令和9年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料・調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。 【医科】【新】0100物価対応料 【調剤】【新】04調剤物価対応料 【訪問看護】【新】08訪問看護物価対応料
入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し I 1 ②	
基本的な考え方	食材料費や光熱・水道費の上昇等を踏まえ、入院時の食費及び光熱水費の基準額を引き上げる。
具体的な内容（要旨）	1. 入院時食事療養（Ⅰ）・（Ⅱ）の費用の額及び入院時生活療養（Ⅰ）・（Ⅱ）のうち食事の提供たる療養の費用の額について、それぞれ1食当たり40円引き上げる。 2. 入院時生活療養（Ⅰ）・（Ⅱ）のうち温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養の費用の額について、1日当たり60円引き上げる。
入院時の食事療養に係る見直し I 1 ③	
基本的な考え方	入院時の食事療養の質の向上を図る観点から、おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食について新たな評価を行うとともに、多様なニーズに対応できるよう、特別料金の支払を受けることができる食事の要件を見直す。
具体的な内容（要旨）	1. 入院時食事療養費に係る食事療養等の特別食加算の対象として、おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食を新たに評価する。 2. 入院患者の多様なニーズに対応できるよう、特別料金の支払を受けることができる食事について、以下の見直しを行う。 (1)基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる追加的な費用について標準額を削除し、保険医療機関が柔軟に妥当な額を設定できることとする。 (2)患者の自由な選択と同意に基づき、行食事やハラル食等の宗教に配慮した食事を提供した場合も、特別の料金の支払いを受けることができることを明確化する。
賃上げに向けた評価の見直し I 2-1 ①	
基本的な考え方	看護職員、病院薬剤師その他医療関係職種の確実な賃上げを更に推進するとともに、令和6年度診療報酬改定で入院基本料や初・再診料により賃上げ原資が配分された職種についても他の職種と同様に賃上げ措置の実効性が確保される仕組みを構築する観点から、賃上げに係る評価を見直す。
具体的な内容（要旨）	1. 入院医療、外来医療及び在宅医療等の医療提供体制を支える、保険医療機関に勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、賃上げの対象となる職員に係る要件及び評価を見直す。 2. 0001外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び0002外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）並びに歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。また、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。 3. 夜勤職員の確保を行う観点から、0000看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による収入を、夜勤手当の増額に用いることを可能とする。 4. 継続的な賃上げに係る評価を行う観点から、入院基本料等の評価を見直す。（各入院基本料等の見直しについては、「I-1 物件費の高騰を踏まえた対応」を参照。） 5. 令和6年度及び令和7年度において賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関を区別する観点から、入院基本料等に減算規定を新設する。 6. （略・歯科） 7. 調剤報酬において、薬局の薬剤師及び事務職員等の確実な賃上げを図る観点から、40調剤ベースアップ評価料を新設

	<p>する。また、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。</p> <p>8. 訪問看護ステーションに勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な質上げを実施する観点から、07訪問看護ベースアップ評価料について、評価を見直す。また、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。</p>
<p>夜勤を含む負担の軽減及び処遇改善に資する計画の明確化 I 2-1 ②</p>	
基本的な考え方	看護職員の夜勤負担を組織的に軽減することを促す観点から、看護職員夜間配置加算等において、夜勤に係る負担の軽減や処遇の改善に資する計画を立案し、体制の整備が促進されるよう要件を明確化する。
具体的な内容(要旨)	医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていることに加え、夜勤を含む負担の軽減及び処遇の改善に関する事項も含めて計画を作成するよう要件化する。
<p>ICT等の活用による看護業務効率化の推進 I 2-2 ①/II 7-1 ①</p>	
基本的な考え方	看護業務において、ICT機器等を活用することで業務の更なる効率化や負担軽減を推進する観点から、見守り、記録及び医療従事者間の情報共有に関し、業務効率化に有用なICT機器等を組織的に活用した場合に、入院基本料等に規定する看護要員の配置基準を柔軟化する。
具体的な内容(要旨)	ICT機器等の活用により看護要員の業務を軽減したうえで、適切に患者の看護を行うことができる体制がある場合は、看護職員に対する看護師の比率等について、1割以内の減少である場合は、入院基本料等の基準を満たすものとして、所定点数を算定できるよう見直す。
<p>医療機関等における事務等の簡素化・効率化 I 2-2 ③/II 7-1 ①</p>	
基本的な考え方	医療機関等における医療DXへの対応及び業務の簡素化を図る観点から、診療に係る様式の簡素化や署名・記名押印の見直し、施設基準等に係る届出や報告事項を見直す。
具体的な内容(要旨)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療DXへの対応を見据え、既存の様式も含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図る。 2. 入院診療計画書のような業務負担の大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や運用の見直しを行うとともに、各種様式の署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。 3. 施設基準等届出のオンライン化を引き続き進めるとともに、円滑にオンライン化が進むよう、届出様式の削減や届出項目を最小化する。 4. 施設基準等の適合性や診療報酬に関する実績を確認するために、毎年、地方厚生(支)局長や厚生労働省に報告を求めている様式について、他に代替方法がないものや次期報酬決定に必要なものを限定するとともに、添付書類の省略等の簡素化を図る。 5. (略・歯科)
<p>医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進 (K通則23・A252) I 2-4 ①</p>	
基本的な考え方	外科医師の減少等に対応するため、診療科偏在による医師数の減少が課題となっている診療科の医師の勤務環境・処遇の改善を図りつつ、高度な医療を提供する医療機関等への新たな評価〔K通則23〕を行う。また、特定地域医療提供機関及び連携型特定地域医療提供機関において、医師の働き方改革を更に推進しつつ、勤務環境・処遇改善等により、医師の診療科偏在を解消して医療提供体制を確保する観点から、A252地域医療体制確保加算の要件を見直す。
具体的な内容(要旨)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 若手の医師数が減少しており、かつ、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、当該診療科の医師を対象として勤務環境・処遇改善を行うとともに、研修体制を整えている医療機関を新たに評価する〔A252〕。 2. 特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の、時間外・休日労働時間の上限に係る基準を見直す〔A252〕。 3. 地域の基幹的な医療機関において、高度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境の改善を図った上で、当該手術を実施した場合の加算を新設する。 【新】K通則23外科医療確保特別加算(1回につき)
<p>常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し I 2-5 ③</p>	
基本的な考え方	一般職の職員の勤務時間、休暇等に関する法律に規定されている1日当たり勤務時間を踏まえ、常勤職員の柔軟な配置を促進する観点から、常勤職員の常勤要件に係る所定労働時間数を見直す。
具体的な内容(要旨)	常勤職員の常勤要件に係る所定労働時間数の基準を32時間から31時間に見直す。
<p>疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進 I 2-5 ⑤</p>	
基本的な考え方	より柔軟なリハビリテーション提供体制の構築を促進するとともに、病棟内に限らず専門性を活かした指導等を推進する観点から、疾患別リハビリテーションや病棟の業務に専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が従事できる業務の範囲を広げるとともに、明確化する。
具体的な内容(要旨)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1日18単位が標準とされている従事者1人当たりの実施単位数について、当該従事者がH000～H003疾患別リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法〔H008〕以外の業務に従事した場合、その従事した時間20分につき1単位とみなし、当該実施単位数に加えることを算定要件に加える。 2. H000～H003疾患別リハビリテーション料に規定する専従の療法士について、従事する業務を追加するとともに、兼任の取扱い等を見直す。 3. A304地域包括医療病棟入院料、A308回復期リハビリテーション病棟入院料及びA308-3地域包括ケア病棟入院料に規定する専従の療法士等について、従事することのできる業務内容を追加する。 4. 地域包括医療病棟、回復期リハビリテーション病棟及びA308-3地域包括ケア病棟入院料に規定する専従の療法士等は、当該病棟に入院している患者の退院に向けた指導等について、屋外など、配置された病棟以外での業務に従事可能であることを明確化する。

	5. 療法師士の配置を規定する病棟内に、A308回復期リハビリテーション入院医療管理料又はA308-3 地域包括ケア病棟入院医療管理料がある場合、専従の療法師士の兼任が可能であることを明確化する。
DPC/PDPSの見直し II 1-1 ⑮	
基本的な考え方	DPC/PDPSについて、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定、医療機関別係数の設定及び算定ルールの見直し等の所要の措置を講ずる。
医療資源の少ない地域の対象地域の見直し II 1-2 ①/II 6 ①/II 8 ①	
基本的な考え方	医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に行う観点から、医療資源の少ない地域の対象となる地域及び経過措置を見直す。
具体的な内容(要旨)	1. 医療資源の少ない地域について、令和5年医療施設静態調査等の直近の統計を用いて見直しを行う。 2. 対象地域の見直し以前に当該地域で入院料等の届出を行っていた医療機関に対する経過措置について、医療資源の少ない地域に配慮した施設基準等による届出を行っている医療機関の運営の安定性を担保する観点から、その期間を延長する。
人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設 II 1-2 ②/II 6 ②/II 8 ②	
基本的な考え方	人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、地域の外来・在宅医療の確保に係る支援を行い、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制を有する医療機関について、新たな評価を行う。
具体的な内容(要旨)	1. 人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、人口20万人未満かつ人口密度が200人/平方キロメートル未満である二次医療圏及び離島等の地域において、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行うとともに、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制を有する医療機関における入院医療の提供に係る評価を新設する。 2. 上記医療機関が情報通信機器を用いた医学管理を行った場合の評価を新設する。 【新】A254医療提供機能連携確保加算(入院初日) 600点 【新】B通則8 医療提供機能連携確保加算 50点(月1回) 3. 離島における入院医療の応需体制の確保をさらに推進する観点から、A218-2 離島加算の評価を引き上げる。
協力医療機関が協力対象施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し II 2-1 ①	
基本的な考え方	介護保険施設や在宅医療機関の後方支援を行うに当たり、実効性のある連携関係を保ちつつ業務効率化を図る観点から、協力医療機関に対して求めている協力対象施設との情報共有・カンファレンスの頻度を見直す。
具体的な内容(要旨)	A253協力対象施設入所入院加算及びC000往診料の注10に掲げる介護保険施設等連携往診加算の施設基準における、協力医療機関と介護保険施設とで行うカンファレンスの頻度について、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回に見直す。
リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進 II 2-3 ①	
基本的な考え方	リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進する観点から、A233リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件を見直す。また、地域包括医療病棟【A304】の注11リハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様の見直しを行う。更に、地域包括ケア病棟【A308-3】においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする【注14】。
具体的な内容(要旨)	1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件及び施設基準を見直すとともに、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2を新設する。あわせて、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様の見直しを行う。 2. 地域包括ケア病棟における質の高いリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、地域包括ケア病棟においてもA308-3注14リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする。また、当該加算を算定する患者について、B001・10入院栄養食事指導料及びB011-6 栄養情報連携料の算定を可能とする。
口腔状態に係る課題を抱えた患者についての歯科医療機関との連携の推進 II 2-2-3 ③	
基本的な考え方	入院患者が有する口腔状態の課題への質の高い対応を推進する観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関が歯科医療機関とあらかじめ連携体制を構築し、口腔状態の課題を有する入院患者が歯科診療を受けられるよう連携を行った場合について、新たな評価を行う。
具体的な内容(要旨)	歯科医療機関との連携体制を構築している保険医療機関において、入院中の治療が必要と判断された口腔状態の課題を抱える患者に対し、連携している歯科医療機関との間で手配を行い、患者が入院中に歯科診療を受けた場合の評価を新設する。 【新】A233-3 口腔管理連携加算 600点
入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進 II 2-2-3 ④	
基本的な考え方	医科歯科連携を推進し入院患者の口腔管理を充実させる観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関からの依頼に基づき入院患者に対して歯科訪問診療を実施した場合について、新たな評価を行う。
具体的な内容(要旨)	保険医療機関の歯科医師が、連携体制を構築している他の保険医療機関からの依頼に基づき、口腔状態に係る課題を抱える入院患者に対して、歯科訪問診療を行った場合の評価を新設する。 【新】歯科点数表 医科連携訪問加算 500点
地域包括診療加算等の見直し II 3 ④	
基本的な考え方	地域包括診療加算等について、対象疾患を有する要介護高齢者等への継続的かつ全人的な医療を推進する観点や、適切な服薬管理の実施を推進する観点から、対象患者や要件を見直す。

<p>具体的な内容 (要旨)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A001〔再診料〕注12地域包括診療加算、A001旧注13認知症地域包括診療加算、B001-2-9地域包括診療料及び旧B001-2-10認知症地域包括診療料の対象患者に、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全又は慢性腎臓病のいずれかの疾患を有しており、かつ、介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者等である患者を追加する。また、簡素化の観点から、認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料について、地域包括診療加算及び地域包括診療料と統合した評価体系に見直す。 2. 地域包括診療加算及び地域包括診療料を算定する保険医療機関の連携薬局について、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤の院内処方が可能な体制が整備されている保険医療機関に限り、24時間対応の体制が整備されていなくてもよいものとする。 3. 地域包括診療加算及び地域包括診療料について、担当医が、地域包括支援センター等と連携し、認知症患者の診断後支援に係る取組について、患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい旨を明記する。 4. 地域包括診療加算及び地域包括診療料を算定し、他の保険医療機関にも併せて通院する患者について、処方内容、薬歴等に基づく相談・提案を当該他の医療機関に行い、当該患者が使用する薬剤の種類数が減少した場合においても、A001注14薬剤適正使用連携加算の算定を可能とする。 5. 地域包括診療加算及び地域包括診療料について、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。 6. 医療資源の少ない地域においても、慢性疾患を有する患者に対する継続的かつ全人的な医療に係る評価を更に推進する観点から、当該地域において、地域包括診療加算及び地域包括診療料の医師配置に関する要件を緩和する。
<p>保険医療機関及び保険医療費担当規則の見直し II 5 ③</p>	
<p>基本的な考え方</p>	<p>健康保険事業の健全な運営を確保する観点から、療養担当規則において、保険医療機関が、特定の訪問看護ステーション等を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、財産上の利益を收受することを禁止する規定を新たに設ける。</p>
<p>具体的な内容 (要旨)</p>	<p>保険医療機関が、次に掲げるサービスを提供する事業者等を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、金品その他財産上の利益を收受することを禁止する規定を新たに設ける。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護 ・指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護 ・指定認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護及び指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護並びに指定介護予防認知症対応型共同生活介護 ・指定在宅介護支援及び指定介護予防支援 ・介護保険施設 ・上記の事業者等と併せて利用する事業者であって、上記の事業者等と特別の関係にある事業者等
<p>医師と薬剤師の同時訪問の推進 II 5-1 ⑧/IV 4-2 ③</p>	
<p>基本的な考え方</p>	<p>在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、医師及び薬剤師が同時訪問することについて、新たな評価を行う。</p>
<p>具体的な内容 (要旨)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 訪問診療を行う医師と訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、在宅患者を同時訪問することについて、新たな評価を行う。 【新】C012-2訪問診療薬剤師同時指導料（6月に1回） 300点 2. 調剤報酬において、訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、訪問診療を行う医師と同時訪問することについて、新たな評価を行う。 【新】調剤報酬点数表 15-9訪問薬剤管理医師同時指導料（6月に1回） 150点
<p>残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し〔医科及び指定訪問看護〕II 5-1 ⑨</p>	
<p>基本的な考え方</p>	<p>患者における残薬の整理や適切な服薬管理の実施を推進する観点から、地域包括診療加算等並びにC002在宅時医学総合管理料及びC002-2施設入居時等医学総合管理料の要件を見直すとともに、指定訪問看護の運営基準において残薬対策に係る取組を明確化する。</p>
<p>具体的な内容 (要旨)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A001〔再診料〕注12地域包括診療加算及びB001-2-9地域包括診療料について、診療の際、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件とする。 2. 地域包括診療加算及び地域包括診療料の算定患者への処方薬を把握し管理する手段の一つとして、電子処方箋システムの活用が含まれることを明確化する。 3. 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料において、診療の際、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件とする。 4. 指定訪問看護の提供に当たり、服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認も含めて利用状況等の把握を行う必要があることを明確化する。また、服薬状況について、主治医への情報提供とともに、薬局への情報提供を行うことが望ましいことを規定する。
<p>外来医師過多区域に関する対応 II 8 ③</p>	
<p>基本的な考え方</p>	<p>改正医療法に基づき都道府県知事が行う、地域で不足している医療機能等に係る医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関は、地域医療への寄与が不十分との位置付けであることを踏まえ、当該医療機関についてはA000注10機能強化加算、A001注12地域包括診療加算及びB001-2-9地域包括診療料の対象としない等、評価を見直す。</p>
<p>具体的な内容 (要旨)</p>	<p>地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関について、機能強化加算、地域包括診療加算、地域包括診療料及びB001-2-11小児かかりつけ診療料の算定並びに在宅療養支援診療所の届出を不可とする。</p>
<p>カルタヘナ法に基づく医学管理の推進 III 1 ③</p>	
<p>基本的な考え方</p>	<p>カルタヘナ法を遵守した薬剤投与や医学管理を推進する観点から、新たな評価〔A220-3〕及びB001・2特定薬剤治療管理料の対象薬剤の見直しを行う。</p>

具体的な内容 (要旨)	1. カルタヘナ法に基づく医学管理を目的として、入院中の個室管理を行った場合の評価を新設する。 【新】A220-3 特定薬剤治療環境特別加算（1日につき）300点 2. 特定薬剤治療管理料において、カルタヘナ法に基づく管理が必要な薬剤に係る評価を行う。
医療DX推進体制整備加算等の見直し III 3 ①/IV 6	
基本的な考え方	医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、診療録管理体制加算、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。
具体的な内容 (要旨)	1. 医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算を廃止し、診療録管理体制加算におけるサイバーセキュリティ対策に係る要件を見直した上で、初診料、再診料、外来診療料及び入院料の加算として、電子的診療情報連携体制整備加算を新設する。 2. 在宅医療DX情報活用加算の電子カルテ情報共有サービスに係る要件の経過措置を延長する。
D to P with N のオンライン診療の評価の明確化 III 3-2 ②	
基本的な考え方	D to P with N によるオンライン診療の適正な推進の観点から、診療時の看護職員の訪問に関する評価、訪問看護療養費等との併算方法や、検査及び処置等の算定方法を明確化する。
具体的な内容 (要旨)	1. D to P with N によるオンライン診療について、在宅患者訪問看護・指導料等との併算定ルールを明確化する。 2. 訪問看護を同時に実施しない場合であって、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護師等」という。）が患家に訪問する場合の訪問及び診療の補助に係る評価を新設する。 【新】C005-1-3 訪問看護遠隔診療補助料（1日につき）265点 【新】訪問看護療養費 06訪問看護遠隔診療補助料（1日につき）2,650円 3. D to P with N によるオンライン診療について、検査及び処置等の算定方法を明確化し、D to P with N による検査及び処置の評価を新設する。
非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し III 5-3 ⑦	
基本的な考え方	末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者等に対する質の高い緩和ケアを評価する観点から、緩和ケアに係る評価の対象に末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者を加えた上で、緩和ケア病棟入院料の包括範囲を見直す。
具体的な内容 (要旨)	1. A226-2 緩和ケア診療加算、B001・24 外来緩和ケア管理料及びC108 在宅麻薬等注射指導管理料等 [C161/C166] の対象に、末期呼吸器疾患患者並びに末期腎不全患者を加える。 2. A310 緩和ケア病棟入院料の対象患者に、透析の差し控えや中断を選択した終末期の末期腎不全患者を追加する。 3. 緩和ケア病棟入院料について、L第2節 神経ブロックを包括範囲から除外する。
臨床心理技術者に係る経過措置の見直し III 5-4 ⑮	
基本的な考え方	公認心理師の養成状況を踏まえ、臨床心理技術者に係る経過措置を見直す。
具体的な内容 (要旨)	臨床心理技術者等を公認心理師とみなす経過措置について、令和10年5月31日をもって終了する。
医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設 IV 1 ③	
基本的な考え方	後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関及び薬局において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制について、新たな評価を行う。
具体的な内容 (要旨)	「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」等の内容を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制を有している医療機関に対する評価を新設するとともに、A243 後発医薬品使用体制加算及びF100注8 外来後発医薬品使用体制加算を廃止する。 【新】A243 地域支援・医薬品供給対応体制加算 【新】F100注8 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算
バイオ後続品使用促進に係る薬局体制整備の推進 IV 1 ⑤	
基本的な考え方	バイオ後続品の使用を促進する観点から、薬局におけるバイオ後続品の調剤体制の整備及び患者への説明について、新たな評価を行う。
具体的な内容 (要旨)	1. 2. → 「④ 調剤報酬」を参照 3. 「保険医療機関及び保険医療費担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」に、バイオ後続品の使用促進に係る規定を追加する。
長期収載品の選定療養の更なる活用 IV 1 ⑥	
基本的な考え方	長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の見直しを行う。
具体的な内容 (要旨)	患者の希望により長期収載品を使用する場合、長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を患者負担としているが、これを価格差の2分の1相当に引き上げる。
残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し IV 4-1 ④	
基本的な考え方	保険薬局において、患家に残薬があることを確認した場合に、保険医療機関と保険薬局が連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋様式を見直す。

① 医科診療報酬点数表 新旧対照表

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>通則</p>	<p>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5のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注5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。</p> <p>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。</p> <p>3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）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。</p>	
<p>第1節 初診料</p> <p>A000 初診料</p>	<p>A000 初診料 291点</p> <p>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。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、253点を算定する。</p> <p>注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。）、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。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の5第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるも</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>のを除く。)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本文の規定にかかわらず、216点(注1のただし書に規定する場合にあっては、188点)を算定する。</p> <p>注3 病院である保険医療機関(許可病床(医療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。)の数が400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の5第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。)及び一般病床の数が200未満であるものを除く。)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本文の規定にかかわらず、216点(注1のただし書に規定する場合にあっては、188点)を算定する。</p> <p>注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率(当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。)に記載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。)に占める卸売販売業者(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。)と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。)に関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(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、216点(注1のただし書に規定する場合にあっては、188点)を算定する。</p> <p>注5 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146点(注1のただし書に規定する場合にあっては、127点)を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、108点(注1のただし書に規定する場合にあっては、94点)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注16までに規定する加算は算定しない。</p> <p>注6 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、乳幼児加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注7又は注8に規</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注7 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、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。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つては、夜間であつ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、230点（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、345点）を所定点数に加算する。</p> <p>注8 小児科を標榜する保険医療機関（注7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内の時間に限る。）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7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。</p> <p>注9 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（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、50点を所定点数に加算する。ただし、注7のただし書又は注8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。</p> <p>注10 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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。</p> <p>注11 組織的な感染防止対策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。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合は、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注12 注11本文に該当する場合であつて、感染症対策に関する医療機関間の連携体制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において初診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注13 注11本文に該当する場合であつて、感染防止対策に資する情報を提供する体制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</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前																		
【注の削除】	<p>け出た保険医療機関において初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注14 注11本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況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において初診を行った場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、<u>月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>(削る)</p>	<p>← 月に1回</p>																		
【注の追加】	<p>注15 保険医療機関（診療所又は許可病床数が200床未満である病院に限る。）において、<u>特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が400床以上の病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合は、特定機能病院等紹介患者受入加算として、60点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>注15 <u>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十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(新設)</p>																		
【注の削除】	<p>(削る)</p>	<p>注16 医療DX推進に係る体制とし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、<u>医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り、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。</u></p> <table border="0"> <tr><td>イ</td><td>医療DX推進体制整備加算1</td><td>12点</td></tr> <tr><td>ロ</td><td>医療DX推進体制整備加算2</td><td>11点</td></tr> <tr><td>ハ</td><td>医療DX推進体制整備加算3</td><td>10点</td></tr> <tr><td>ニ</td><td>医療DX推進体制整備加算4</td><td>10点</td></tr> <tr><td>ホ</td><td>医療DX推進体制整備加算5</td><td>9点</td></tr> <tr><td>ヘ</td><td>医療DX推進体制整備加算6</td><td>8点</td></tr> </table>	イ	医療DX推進体制整備加算1	12点	ロ	医療DX推進体制整備加算2	11点	ハ	医療DX推進体制整備加算3	10点	ニ	医療DX推進体制整備加算4	10点	ホ	医療DX推進体制整備加算5	9点	ヘ	医療DX推進体制整備加算6	8点
イ	医療DX推進体制整備加算1	12点																		
ロ	医療DX推進体制整備加算2	11点																		
ハ	医療DX推進体制整備加算3	10点																		
ニ	医療DX推進体制整備加算4	10点																		
ホ	医療DX推進体制整備加算5	9点																		
ヘ	医療DX推進体制整備加算6	8点																		
【注の追加】	<p>注16 医療DX推進に係る体制とし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、<u>電子的診療情報連携体制整備加算として、月1回に限り、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。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料の注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u></p> <table border="0"> <tr><td>イ</td><td>電子的診療情報連携体制整備加算1</td><td>15点</td></tr> <tr><td>ロ</td><td>電子的診療情報連携体制整備加算2</td><td>9点</td></tr> <tr><td>ハ</td><td>電子的診療情報連携体制整備加算3</td><td>4点</td></tr> </table>	イ	電子的診療情報連携体制整備加算1	15点	ロ	電子的診療情報連携体制整備加算2	9点	ハ	電子的診療情報連携体制整備加算3	4点	<p>(新設)</p>									
イ	電子的診療情報連携体制整備加算1	15点																		
ロ	電子的診療情報連携体制整備加算2	9点																		
ハ	電子的診療情報連携体制整備加算3	4点																		
<p>第2節 再診料</p> <p>A001 再診料 【点数の見直し】</p>	<p>A001 再診料 <u>76点</u></p> <p>注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床</p>	<p>A001 再診料 <u>75点</u></p>																		

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>に係るものの数が200以上のものを除く。)において再診を行った場合(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再診を行った場合を含む。)に算定する。</p> <p>注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関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(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、56点を算定する。</p> <p>注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、39点(注2に規定する場合にあっては、29点)を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注20までに規定する加算は算定しない。</p> <p>注4 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。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。</p> <p>注5 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、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点(6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点)を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7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、180点(6歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点)を所定点数に加算する。</p> <p>注6 小児科を標榜する保険医療機関(区分番号A000に掲げる初診料の注7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内の時間に限る。)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5の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する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(診療所に限る。)が、午後6時(土曜日においては正午)から午前8時までの間(深夜及び休日を除く)、休日又は深夜であって、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、50点を所定点数に加算する。ただし、注5のただし書又は注6に規定する場合にあっては、この限りでない。</p> <p>注8 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、52点を所定点数</p>	<p>注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関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(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、55点を算定する。</p> <p>注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、38点(注2に規定する場合にあっては、28点)を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注20までに規定する加算は算定しない。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>に加算する。</p> <p>注9 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8、注12、注13及び注15から注20までに規定する加算は算定しない。</p>	
【注の見直し】	<p>注10 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。</p>	
	<p>イ 時間外対応体制加算1 7点</p> <p>ロ 時間外対応体制加算2 5点</p> <p>ハ 時間外対応体制加算3 4点</p> <p>ニ 時間外対応体制加算4 2点</p>	<p>イ 時間外対応加算1 5点</p> <p>ロ 時間外対応加算2 4点</p> <p>ハ 時間外対応加算3 3点</p> <p>ニ 時間外対応加算4 1点</p>
【注の見直し】	<p>注11 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を満たす保険医療機関（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、1点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注16及び区分番号A001に掲げる再診料の注19に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は別に算定できない。</p>	<p>注11 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を満たす保険医療機関（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、1点を所定点数に加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注12 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、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域包括診療加算1</p> <p>(1) 認知症を有する患者等の場合 38点</p> <p>(2) その他の慢性疾患等を有する患者の場合 28点</p> <p>ロ 地域包括診療加算2</p> <p>(1) 認知症を有する患者等の場合 31点</p> <p>(2) その他の慢性疾患等を有する患者の場合 21点</p>	<p>注12 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、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るものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域包括診療加算1 28点 (新設)</p> <p>ロ 地域包括診療加算2 21点 (新設)</p>
【注の削除】	<p>(削る)</p>	<p>注13 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（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 認知症地域包括診療加算1 38点</p> <p>ロ 認知症地域包括診療加算2 31点 (新設)</p>
【注の追加】	<p>注13 注12の場合において、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保険医療機関</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の見直し】</p>	<p>において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況及び診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、月1回に限り10点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注14 注12の場合において、他の保険医療機関に入院した患者、介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設に対して、薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報提供を行い、適切な連携を実施するとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後若しくは退所後1月以内又は当該情報提供から3月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、3月に1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注15 組織的な感染防止対策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。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で再診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注16 注15本文に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制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において再診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注17 注15本文に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制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において再診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注18 注15本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況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において再診を行った場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>注14 注12又は注13の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。</p>
<p>【注の削除】</p>	<p>(削る)</p>	<p>← 月に1回</p> <p>注19 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十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>注19 医療DX推進に係る体制とし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保険</p>	<p>(新設)</p>

1 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める提示事項等

(平成18年厚生労働省告示第107号)

○令和8年3月5日厚生労働省告示第68号

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第19条第1項本文及び第21条第九号ただし書並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第19条第1項本文の規定に基づき、療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める提示事項等の一部を改正する告示を次のように定める。

①【令和8年4月1日適用】

改正後	改正前
<p>第六 療担規則第19条第1項本文及び療担基準第19条第1項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品</p> <p>使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）の別表に記載されている医薬品（令和9年4月1日以降においては別表第1に記載されている医薬品を除く。）並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ、別表第2に記載されている医薬品、治療の一環として用いられるワクチン（別表第3に記載されている医薬品に限る。）及び感染症による危機への対応として特に重要な医薬品（別表第4に記載されている医薬品に限る。）</p>	<p>第六 療担規則第19条第1項本文及び療担基準第19条第1項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品</p> <p>使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）の別表に記載されている医薬品（令和7年10月1日以降においては別表第1に記載されている医薬品を、令和8年4月1日以降においては別表第2に記載されている医薬品を除く。）並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第3に記載されている医薬品（令和8年4月1日以降においては別表第4に記載されている医薬品を除く。）</p>

別表第1から別表第4までを次のように改める。[略]

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める提示事項等

(平成18年厚生労働省告示第107号)

②【令和8年6月1日適用】

改正後	改正前
<p>第十一 療担規則第21条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合</p> <p>一 (略)</p> <p>二 歯科点数表の第2章第13部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の規定により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行うゴールドンハー症候群（鯉弓異常症を含む。）、鎖骨頭蓋骨異形成、トリーチャ・コリンズ症候群、ビエール・ロバン症候群、ダウン症候群、ラッセル・シルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウイデーマン症候群、顔面半側萎縮症、先天性ミオパチー、筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、顔面半側肥大症、エリス・ヴァンクレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、ブラダー・ウィリー症候群、顔面裂（横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。）、大理石骨病、色素失調症、口腔・顔面・指趾症候群、メビウス症候群、歌舞伎症候群、クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ピンダー症候群、スティックラー症候群、小舌症、頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭角指症を含む。）、骨形成不全症、フリーマン・シェルドン症候群、ルビンスタイン・ティビ症候群、染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、6歯以上の先天性部分無歯症、CHARGE症候群、マーシャル症候群、成長ホルモン分泌不全性低身長症、ポリエックス症候群（XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。）、リング18症候群、リンパ管腫、全前脳胞症、クラインフェルター症候群、偽性低アルドステロン症、ソトス症候群、線維性骨異形成症、スタージ・ウェーバー症候群、ケルビズム、偽性副甲状腺機能低下症、Ekman-Westborg-Julin症候群、常染色体重複症候群、グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）、巨大静脈奇形（頭部口腔咽頭びまん性病変）、毛髪・鼻・指節症候群（Tricho-Rhino-Phalangeal症候群）、クリッペル・ファイル症候群（先天性頸椎癒合症）、アラジール症候群、高IgE症候群、エーラス・ダンロス症候群、ガードナー症候群（家族性大腸ポリポーシス）、原発性低リン血症性くる病、ロイス・ディーンズ症候群若しくはその他顎・口腔の先天異常に起因した咬合異常、3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常又は18歳未満の患者であって、連続した3歯以上の先天性欠如歯に起因した咬合異常における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合</p> <p>三 (略)</p>	<p>第十一 療担規則第21条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合</p> <p>一 (略)</p> <p>二 歯科点数表の第2章第13部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の規定により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行うゴールドンハー症候群（鯉弓異常症を含む。）、鎖骨頭蓋骨異形成、トリーチャ・コリンズ症候群、ビエール・ロバン症候群、ダウン症候群、ラッセル・シルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウイデーマン症候群、顔面半側萎縮症、先天性ミオパチー、筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、顔面半側肥大症、エリス・ヴァンクレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、ブラダー・ウィリー症候群、顔面裂（横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。）、大理石骨病、色素失調症、口腔・顔面・指趾症候群、メビウス症候群、歌舞伎症候群、クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ピンダー症候群、スティックラー症候群、小舌症、頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭角指症を含む。）、骨形成不全症、フリーマン・シェルドン症候群、ルビンスタイン・ティビ症候群、染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、6歯以上の先天性部分無歯症、CHARGE症候群、マーシャル症候群、成長ホルモン分泌不全性低身長症、ポリエックス症候群（XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。）、リング18症候群、リンパ管腫、全前脳胞症、クラインフェルター症候群、偽性低アルドステロン症、ソトス症候群、線維性骨異形成症、スタージ・ウェーバー症候群、ケルビズム、偽性副甲状腺機能低下症、Ekman-Westborg-Julin症候群、常染色体重複症候群、グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）、巨大静脈奇形（頭部口腔咽頭びまん性病変）、毛髪・鼻・指節症候群（Tricho-Rhino-Phalangeal症候群）、クリッペル・ファイル症候群（先天性頸椎癒合症）、アラジール症候群、高IgE症候群、エーラス・ダンロス症候群若しくはガードナー症候群（家族性大腸ポリポーシス）若しくはその他顎・口腔の先天異常に起因した咬合異常又は3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合</p> <p>三 (略)</p>

2 基本診療料の施設基準等 (平成20年厚生労働省告示第62号) 【令和8年6月1日適用】

○令和8年3月5日厚生労働省告示第70号による改正

第一 届出の通則

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十までに規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。
- 四 届出については、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこととする。

第二 施設基準の通則

- 一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

第三 初・再診料の施設基準等

- 一 医科初診料の注7及び注8、医科再診料の注6、外来診療料の注9並びに歯科初診料の注7の時間外加算等に係る厚生労働大臣が定める時間

当該地域において一般の保険医療機関がおおむね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜（午後十時から午前六時までの時間をいう。）及び休日を除く。）
- 一の二 医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準

次のいずれかに該当する保険医療機関であること。

 - (1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率（診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の初診料の注4に規定する医療用医薬品の取引価格の妥結率をいう。以下同じ。）が五割以下であること。

- (2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率並びに医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。

一の三 医科初診料、医科再診料及び外来診療料の情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

- (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) 向精神薬を適正に使用するために必要な体制が整備されていること。

二 医科初診料及び医科再診料の夜間・早朝等加算の施設基準

- 一週当たりの診療時間が三十時間以上であること。

三 医科初診料に係る厚生労働大臣が定める患者

- 他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）

三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準

- (1) 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - イ 区分番号A001の注12に規定する地域包括診療加算
 - ロ 区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 - ハ 区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料
 - ニ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所（医科点数表の区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。）又は在宅療養支援病院（区分番号C000に掲げる往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。）に限る。）
 - ホ 区分番号C002-2に掲げ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。）
- (3) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、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揭示する等の取組を行っていること。
- (4) 健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。
- (5) 以下に掲げる届出を行っていることが望ましいこと。
 - イ 区分番号A001の注13に規定する外来データ提出加算
 - ロ 区分番号B001-2-9の注4に規定する外来データ提出加算
 - ハ 区分番号B001-3の注4に規定する充実管理加算
 - ニ 区分番号B001-3-3の注4に規定する充実管理加算
 - ホ 区分番号C002の注13に規定する在宅データ提出加算（C002-2の注5の規定により準用する場合を含む。）
 - ヘ 区分番号C003の注7に規定する在宅データ提

3/2

基本診療料の施設基準等（告示）

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

<通則>

- 1 1人の患者について療養の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料又は第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。
- 2 基本診療料は、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮下、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射の注射手技料等）を含んでいる。
- 3 特掲診療料は、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。
- 4 基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等」の改正する告示（令和8年厚生労働省告示第70号）による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 5 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等」の改正する告示（令和8年厚生労働省告示第71号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 6 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和8年厚生労働省告示第69号）による改正後の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）及び本通知において規定する診療料については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療料名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。
- 7 特掲診療料に掲げられている診療行為を行うに当たっては、医療安全の向上に資するため、当該診療行為を行う医師等の処遇を改善し負担を軽減する体制の確保に努めること。
- 8 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的署名を含む。）がある場合には印は不要である。
- 9 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によつて、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認定証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

保 険 委 0305 第 6 号
令 和 8 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） 長
国民健康保険課（部） 長
都道府県後期高齢者医療主管部（局） 長
後期高齢者医療主管課（部） 長

厚生労働省 保険局 医療課長
(公 印 省 略)

厚生労働省 保険局 借科医療管理官
(公 印 省 略)

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」（令和8年厚生労働省告示第69号）等が公布され、令和8年6月1日より適用されることとなつたところであるが、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、借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等及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

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」（令和6年3月5日保 険 委 0305 第 4 号）は、令和8年5月31日限り廃止する。

- 10 所定点数は、特に規定する場合を除き、注に規定する加算を含まない点数を指す。
- 11 区分番号は、例えば「A000」初診における「A000」を指す。なお、以下区分番号と
いう記載は省略し、「A000」のみ記載する。
- 12 施設基準の取扱いに関する通知について、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手
続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発 0305 第7号）を「基本診療料施設基準通知」、
「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日
保医発 0305 第8号）を「特掲診療料施設基準通知」という。
- 13 健康診断、検診及び予防接種等（以下この通則において「健診等」という。）の費用は、「療
養の給付と直接関係ないサービス等」に該当する場合に、別途徴収できる。
- 14 健診等に関する疾病（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断され
た疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。）に対して、健診等を実施した保険医の属する
保険医療機関において、同一日に1回の受診で保険診療を行う場合の初診料及び再診料（外来診
療料を含む。）は算定できない。また、当該疾病に対して、当該保険医療機関において、同一日
又は翌日以降の別の受診において保険診療を行う場合には、「A000」初診料は算定できない
が、「A001」再診料又は「A002」外来診療料は、それぞれ別の規定に従い算定できる。
- 15 14に規定する場合においては、14の規定により算定できない費用が含まれる特掲診療料及び当
該費用を併せて算定できない特掲診療料についても算定できない。ただし、第3部検査、第4部
画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第9部処置、第10部手術、第
11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部病理診断に掲げる診療であって健診等に含まれないも
の（当該診療の費用が他の特掲診療料に含まれる場合を含む。）を、特に必要と認め保険診療と
して実施する場合には、この限りではない。
- 16 健診等の結果、疾病又はその疑いがあると診断された患者について、治療方針を確立する等の
ために検査を行う必要がある場合には、当該検査が当該健診等の一環としてあらかじめ計画又は
予定されていたものではないことが客観的に明らかである場合に限り、当該検査に係る費用につ
いて、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。
- 17 健診等の結果、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、当該治療に係る費用（14及
び15の規定により算定できないこととされているものを除く。）について、医療保険給付対象と
して診療報酬を算定できる。

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以上の診療料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5」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条の第2第1項及び第2項に規定する診療料を初診
料として受診した場合並びに再診料の「注3」及び外来診療料の「注5」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料を再診料として受診した場合の2つ目の診療料
については、この限りでない。
- 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と、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料に係る傷病につき入院中の
患者が歯又は口腔の疾患のために歯科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料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、それぞれの診療料にお
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、主たる診療料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。）している期間中においては、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の注
5及び注6に規定する加算並びに外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）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再診を受けた場合におい
ても、再診
外の診療料で、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。）（ただし、再診料の注5及び注6に規定する加算並びに外来診療料の注8及び注9に
規定する加算を除く。）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。
- 5 初診又は再診において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外
の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合

[A] 第1章基本診療料 第1部初・再診料

提供した場合は、「B009」診療情報提供料（I）を算定できる。

(イ) 地域医療支援病院
 (ロ) 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 (ハ) 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院詳細番組制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

カ 当該再診料を算定する際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

(9) 時間外対応体制加算

ア 時間外対応体制加算は、地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価するものである。

イ 当該加算を算定するに当たっては、当該保険医療機関において、算定する区分に応じた対応を行うとともに、緊急時の対応体制や連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の交付、診察券への記載等の方法により患者に対して周知すること。

ウ 電話等による相談の結果、緊急対応が必要と判断された場合には、外来診療、往診、他の医療機関との連携又は緊急搬送等の医学的に必要と思われる対応を行うこと。

エ なお、電話等による再診の場合であっても、時間外対応体制加算の算定が可能であること。

(10) 健康保険法における療養の給付又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）における療養の給付と労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）における療養補給給付を同時に受けている場合の再診料（外来診療料を含む。）は、主たる疾病の再診料（外来診療料を含む。）として算定する。なお、入院料及び往診料は、当該入院あるいは往診を必要とした疾病に係るものとして算定する。

(11) 地域包括診療加算

ア 地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、慢性疾患を有する患者に対し、患者又はその家族等の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出を行うことができる。

イ 認知症を有する患者等とは、以下のすべてを満たすものをいう。

- (イ) 認知症を有するもの又は介護給付（介護保険法第十八条に定める介護給付をいう。以下同じ。）若しくは予防給付（介護保険法第十八条に定める予防給付をいう。以下同じ。）を受けている要介護被保険者等（介護保険法第六十二条に定める要介護被保険者等をいう。以下同じ。）であるもの。
 - (ロ) 認知症以外の疾病（疑いを除く。）を有するもの。
 - (ハ) 同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投票も受けていないもの。
 - ① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの。
 - ② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの。
- なお、①の内服薬数の種類数は錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。また、②の抗うつ薬、抗精神病薬、抗

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

(8) 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（電話又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）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。

なお、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。ただし、平成30年3月31日以前に、3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については、当該医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、オの規定にかかわらず、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。

イ 電話又はビデオ通話による再診（職掌障害者である患者に係る再診に限り、フアクシミリ又は電子メール等によるものを含む。）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がある場合であって、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、電話又はビデオ通話による指示等が、同一日における初診又は再診に付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は、再診料を算定できない。また、フアクシミリ又は電子メール等による再診については、再診の求めに連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、診療録に当該フアクシミリ等の送受信の時刻を記載するとともに、当該フアクシミリ等の写しを添付すること。

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4」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、フア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。

オ 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。ただし、急病等で患者又はその看護に当たっている者から連絡を受け、治療上の必要性から、休日又は夜間における救急医療の確保のために診察を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関の受診を指示した上で、指示を行った同日に、受診先の医療機関に対して必要な診療情報を文書等（フアクシミリ又は電子メールを含む。）で

[A] 第1章基本診療料 第1部初・再診療

不安薬及び睡眠薬の種類数は「F100」処方料の1における向精神薬の種類と同様の取扱いとする。

また、その他の慢性疾患等を有する患者とは、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。以下この項において同じ。）若しくは認知症の6疾病（以下この項において単に「6疾病」という。）のうち2以上（疑いを除く。）の疾病を有する患者又は脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全若しくは慢性腎臓病のいずれかの疾病を有しており、かつ介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等である患者をいう。いずれの疾病にも、疑いは含まない。

なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（6疾病のうち1又は2疾病及びBの（ロ）の疾病）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該加算又は地域包括診療料を算定可能とする。

ウ 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加算を算定する。なお、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒、その他療養を行うに当たったっての問題点等に係る生活面の指導については、必要に応じて、当該医師の指示を受けた看護師、管理栄養士又は薬剤師が行っても差し支えない。

エ 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーを入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。

オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
 (イ) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。

(ロ) 他の保険医療機関との連携並びにオンライン資格確認及び電子処方箋システム等の活用により患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。また、当該情報に基づき、薬物有害事象のリスクの低減、患者の服薬アドヒアランスの向上や服薬負担の軽減のために処方内容の調整を行う必要がある場合には、当該他の保険医療機関へ処方の変更を依頼するなどにより、処方内容の調整を行うこと。併せて、患家における残薬の状況を患者又はその家族等から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。なお、担当医の指示を受けた看護職員等が情報把握を行うことも可能であること。

(ハ) 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、(ニ)の場合に限り院内処方を可能とする。

(ニ) 院内処方を行う場合は、以下のとおりとする。

① 調剤については薬局と連携していること（以下、当該薬局を「連携薬局」という。）。連携薬局については、24時間対応できる体制を整えている薬局であること。ただし、当該保険医療機関の特性に応じて緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛消炎剤、血圧降下剤、気管支拡張剤等の薬剤について、院内処方が可能ないし原則が整備さ

[A] 第1章基本診療料 第1部初・再診療

れている場合にあつては、当該連携薬局について、24時間対応できる体制が整備されていないと差し支えない。

② 原則として、院外処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること。

③ 当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該加算を算定している旨を、処方箋に添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

④ 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けられることでもよい。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合も、当該患者に対し、事務的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。

⑤ 診療録にお薬手帳若しくは保険薬局からの文書のコピーを添付又は当該点数の算定時の投票内容について診療録に記載すること。

(ホ) 当該患者への電話等による問い合わせに対応可能な体制を有し、連絡先について情報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこと。

(ハ) 当該患者に対し、健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に記載するとともに、患者に提供し、評価結果を基に患者の健康状態を管理すること。

(ト) 当該患者に対し、必要に応じ、要介護認定に係る主治医意見書を作成すること。

(チ) 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。

(リ) 患者の同意について、当該加算の初回算定時に、別紙様式47を参考に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。ただし、直近1年間に4回以上の受診歴を有する患者については、別紙様式47を参考に診療の要点を説明していれば、同意の手続きは省略して差し支えない。なお、当該医療機関自ら作成した文書を用いることでもよい。

(ス) 当該加算を算定する場合は、投票の部に掲げる「7種類以上の内服薬の投票を行う場合」の規定は適用しないものであること。

(ル) 認知症の患者に対し本加算を算定する場合であつて、当該患者の病状から、患者への説明及び患者の同意について、患者の家族等への説明及び当該患者の家族等による同意による方が適切と考えられる場合には、当該部分について「患者」を「患者の家族等」と読み替えるものとする。

カ 当該医療機関において、院内掲示により以下の対応が可能なることを周知し、患者の求めがあつた場合に適切に対応すること。

(イ) 健康相談を行っていること。

(ロ) 介護保険に係る相談を行っていること。

(ハ) 予防接種に係る相談を行っていること。

キ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護保険法第7条第5項に規定する介護

支援専門員及び職者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項に規定する相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

ク 患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することなどについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

ケ キ及びクに掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

コ 抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。

カ 地域包括診療加算1を算定する医療機関においては、往診又は訪問診療を提供可能であること。往診又は訪問診療の対象の患者には、24時間対応可能な連絡先を提供し、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、往診、外来受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこと。特掲診療料施設基準通知の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所以外の診療所においては以下の(ロ)、(ロ)、在宅療養支援診療所以外の診療所については以下の全てについて、連携する他の保険医療機関とともに行うことも可能であること。

(イ) 24時間の連絡体制

(ロ) 連絡を受けて行う往診又は外来診療の体制

シ 診療を担当する医師は、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員又は若年性認知症支援コーディネーターと連携し、ピアサポート活動、本人ミーティング又は一体的支援事業等の認知症患者の診断後支援に係る取組について、必要に応じて、認知症患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい。

(12) 外来データ提出加算

ア 外来データ提出加算は、厚生労働省が毎年実施する「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」（以下「外来医療等調査」という。）に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したものである。

イ 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、地域包括診療加算を現に算定している患者について、データを提出する外来診療に限り算定する。

ウ データの提出を行っていない場合又はデータの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降について、算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省が調査の一部事務を委託する調査事務局宛てに、調査実施説明資料に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。

また、算定ができなくなつた月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合は、翌々月以降について、算定ができる。

エ データの作成は3月単位で行うものとし、作成されたデータには1月の初日から第3月の末日までにおいて対象となる診療に係るデータが全て含まれていなければならない。

オ イの「データ提出の実績が認められた保険医療機関」とは、データの提出が厚生労働省保険局医療課において確認され、その旨を通知された保険医療機関をいう。

カ 同一月に「B001-3」の「注4」又は「B001-3-3」の「注4」に規定する充実管理加算を算定した場合には、外来データ提出加算は算定できない。

(13) 薬剤適正使用連携加算

「注12」に規定する地域包括診療加算を算定する患者であつて、他の保険医療機関に入院若しくは介護老人保健施設に入所していたもの又は他の保険医療機関の外県において継続的に診療を受けているものについて、以下の全てを満たす場合に、3月に1回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下(13)において「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。

ア 患者の同意を得て、他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。その際、他の保険医療機関等に入院又は入所する患者については、当該情報提供を入院又は入所までに行ふこと。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。

イ 当該他の保険医療機関等から処方内容について照会があつた場合には、適切に対応すること。

ウ 他の保険医療機関等に入院又は入所していた患者については、退院又は退所後1か月以内に、他の保険医療機関の外県において継続的に診療を受けている患者については、当該情報提供から3月以内に、ア又はイを踏まえて調整した処方内容について、他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。

エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、毛服は含まずに算出すること。

(イ) ウで他の保険医療機関等から情報提供された処方内容のうち、内服薬の種類数

(ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数

(14) 再診料を用いた外来感染対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算及び抗菌薬適正使用体制加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。ただし、「A000」の「注11」、医学管理等の通則3、在宅医療の部の通則5又は「1012」に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合には算定できない。

(15) 電子的診療情報連携体制整備加算

「注19」に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬利情報等を実際の診療に活用できる体制を有することを基本とし、電子処方箋、電子カルテ及び電子カルテ情報共有サービスの導入並びにサイバーセキュリティ対策の推進等、医療機関間で情報連携し質の高い医療を提供するための国等が進める医療DXに係る体制を評価するものであり、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）局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合に、月1回に限り所定点数に加算する。当該加算に係る届出を行った保険