



# 2026年診療報酬改定の詳細解説

株式会社リンクアップラボ 酒井 麻由美

# 機能強化加算

## 機能強化加算の見直し

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むよりの確で質の高い診療機能を評価する趣旨を踏まえ、**機能強化加算について、新たに以下を要件とする。**

- **外来データ提出加算、在宅データ提出加算の届出**を行っていることが望ましい。
- **業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。**また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。
- **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。**

### 外来医師過多区域に関する対応

- 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。

#### 現行

【機能強化加算】  
[施設基準]  
三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準  
(1)~(3) (略)  
(新設)



#### 改定後

【機能強化加算】  
[施設基準]  
三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準  
(1)~(3) (略)  
**(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。**  
※ **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、在宅療養支援診療所についても同様。**

# 生活習慣病管理料

# 生活習慣病管理料 (I) (II)

	<p>生活習慣病管理料 (I) 月1回 脂質異常症を主病とする場合 610点 高血圧症を主病とする場合 660点 糖尿病を主病とする場合 760点</p>	<p>生活習慣病管理料 (II) 月1回 333点</p>
対象患者	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者	
対象医療機関	許可病床数が200床未満の病院又は診療所	
<p>包括範囲 (算定月に併算定不可)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来管理加算 (ただし、算定日とは別日であれば算定可)</li> <li>第1部医学管理等 (ただし、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料は併算定可能。)</li> <li>第3部検査</li> <li>第6部注射</li> <li>第13部病理</li> </ul> <p><b>血液検査等を少なくとも 6月に1回以上実施</b></p>	<p><b>出来高項目の追加</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来管理加算 (ただし、算定日とは別日であれば算定可)</li> <li>第1節医学管理料等 (ただし、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料、ニコチン依存症管理料、療養・就労両立支援指導料、プログラム医療機器等指導管理料、診療情報提供料 (I)、電子的診療情報評価料、診療情報提供料 (II)、診療情報連携共有料、連携強化診療情報提供料、薬剤情報提供料は併算定可能。)</li> </ul>
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。</li> <li>糖尿病を主病とする場合にあっては、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。</li> <li>治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行うこと。(総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。)</li> <li>学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。</li> <li>算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意のもと必要な協力をを行う。</li> <li>糖尿病の患者について、年1回程度眼科受診を指導し、歯周病の診断と治療のため、歯科受診を促すこと。</li> </ul>	
(療養計画書)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(初回)療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受ける。<b>署名は不要に</b></li> <li>(継続)療養計画書は、内容に変更があった場合又は概ね4月に1回は交付する。</li> <li>電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。</li> </ul>	
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。</li> <li>28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応が可能であること院内掲示する。</li> </ul>	

## ② 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

➤ 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を以下のとおり見直す。

### 1. 包括範囲の見直し

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、**医学管理の実施を適切に推進する観点から、医学管理料等に関する包括範囲を見直す。**
- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病を主病とする患者に対して、併存する糖尿病以外の疾患に関する在宅自己注射指導管理を適切に推進する観点から、**糖尿病に対する適応のある薬剤以外の薬剤にかかる在宅自己注射指導管理料の算定を可能**とする。

### 2. 糖尿病患者の眼科・歯科連携に係る評価の新設

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病の重症化予防を推進する観点から、眼科又は歯科を標榜する他の医療機関との連携を行う場合の評価を新設する。

#### **（新）眼科医療機関連携強化加算 60点（年1回）**

[算定要件]

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合に算定する。



#### **（新）歯科医療機関連携強化加算 60点（年1回）**

[算定要件]

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合に算定する。



### 3. 生活習慣病管理料(Ⅰ)の要件見直し

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)について、原則として、**必要な血液検査等を少なくとも6月に1回以上は行うことを要件**とする。

### 4. 療養計画書の負担軽減

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の療養計画書について、患者及び医療機関の負担を軽減する観点から、**患者の署名を受けるとを不要**とする。

### 5. 外来データ提出加算の見直し

- 外来データ提出加算について、生活習慣病に関連するガイドライン等に沿った診療を行う医療機関を高く評価する観点から、**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提出した医療機関のうち、質の高い生活習慣病管理に係る実績を有する医療機関に対する評価を新設する**とともに、提出を求めるデータの簡素化等を踏まえ評価等を見直す。

# 2026年診療報酬改定・Q&A

2026年3月23日 「疑義解釈（その1）」より

**Q33** 「B001-3」生活習慣病管理料（Ⅰ）及び「B001-3-3」生活習慣病管理料（Ⅱ）について、「予約診療を実施している保険医療機関については、患者と相談の上、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行うこと。また、**予約診療を実施していない保険医療機関については、患者と相談の上、次回受診する日を決めること。**」とあるが、**患者の都合により次回受診する日付が確定しない場合の対応如何。**

**A33** 次回受診する日について患者と十分な相談を行ってもなお、当該患者の都合により予約又は受診を行う日付が確定しない場合についても、**次回の受診が必要な時期について、患者に対して十分な指導を行うこと。**

**Q34** 「B001-3」生活習慣病管理料（Ⅰ）の算定留意事項通知の(11)について、「**他の医療機関で実施した血液検査等の結果を参照できる場合等**はこの限りではない。この場合、当該検査等の結果を診療録に記載すること。」とあるが、**特定健康診査その他の健康診断等において血液検査等を受けている患者について、当該検査の結果を参照できる場合も含まれるのか。**

**A34** 含まれる。

2026年5月8日 「疑義解釈（その5）」より

**Q12** 生活習慣病管理料（Ⅱ）に新設された、眼科医療機関連携強化加算と歯科医療機関連携強化加算について、当該加算の対象となる眼科や歯科への紹介に当たって、**診療情報提供料（Ⅰ）を併せて算定することは可能か。また、これらの算定が同月であっても算定可能か。**

**A12** **算定可能。**なお、この場合、診療情報提供料（Ⅰ）は、眼科又は歯科を標榜する他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の情報提供を行った場合に算定し、眼科医療機関連携強化加算及び歯科医療機関連携強化加算は、次回診療時に、当該他の保険医療機関への受診状況について確認した場合に算定することとなる。また、同一患者につき、眼科医療機関への紹介及び歯科医療機関への紹介を行った場合には、同一月内であっても、それぞれの加算を算定して差し支えない。なお、当該眼科及び歯科が同一の保険医療機関において標榜されている場合であっても、それぞれ算定可能である。

## ② 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、新たに以下の医学管理料等について、その実施を適切に推進する観点から、当該管理料の包括範囲から除く。

生活習慣病に関連する総合的な治療管理の範囲を超えて、必要な患者に別途行われるべき医学管理	<p>(参考)</p> <p>引き続き包括範囲外である医学管理料等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来栄養食事指導料</li> <li>・ 集団栄養食事指導料</li> <li>・ 糖尿病合併症管理料</li> <li>・ がん性疼痛緩和指導管理料</li> <li>・ 外来緩和ケア管理料</li> <li>・ 糖尿病透析予防指導管理料</li> <li>・ 慢性腎臓病透析予防指導管理料</li> <li>・ ニコチン依存症管理料</li> <li>・ 療養・就労両立支援指導料</li> <li>・ プログラム医療機器等指導管理料</li> <li>・ 診療情報提供料（Ⅰ）</li> <li>・ 電子的診療情報評価料</li> <li>・ 診療情報提供料（Ⅱ）</li> <li>・ 診療情報連携共有料</li> <li>・ 連携強化診療情報提供料</li> <li>・ 薬剤情報提供料</li> </ul>
<u>下肢創傷処置管理料</u>	
生活習慣病とは直接的な関係の乏しい疾患に関する医学管理（特定の疾病を主病とする患者のみに算定できるものを除く。）	
<u>特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、高度難聴指導管理料、喘息治療管理料、がん患者指導管理料、植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、二次性骨折予防継続管理料、外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、認知症専門診断管理料、肝炎インターフェロン治療計画料</u>	
時間外対応・救急対応に関する医学管理	
<u>地域連携夜間・休日診療料、救急外来医学管理料、救急救命管理料</u>	
情報提供等に関連する評価	
<u>傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料</u>	

地域包括診療加算

# 地域包括診療加算等の見直し（全体概要）

	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 28点 地域包括診療加算2 21点 (1回につき)
	病院	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"> <li>・(再診料の) 時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、夜間・早朝等加算及び医療情報取得加算</li> <li>・外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算</li> <li>・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)・連携強化診療情報提供料</li> <li>・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。)</li> <li>・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)</li> <li>・<u>外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(Ⅱ)</u></li> <li>・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</li> </ul>	
対象疾患	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。)又は、認知症の6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。 <u>認知症に係る研修を修了していることが望ましい。</u>	
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・原則として院内処方を行う。</li> <li>・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。</li> <li>・当該点数を算定している場合は、7割投与の減算規定の対象外とする。</li> <li>・<u>28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示。</u></li> </ul>	
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等</li> </ul>	
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険に係る相談を受ける旨、<u>介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応可能な旨の院内掲示。</u></li> <li>・主治医意見書の作成を行っていること。</li> <li>・<u>サービス担当者会議への参加、地域ケア会議への参加、介護支援専門員との相談の機会を設けていること のいずれかを満たすこと。</u> 等</li> </ul>	
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。)</li> <li>・外来診療から訪問診療への移行に係る実績を有していること。(地域包括診療料1及び地域包括診療加算1に限る。)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記のすべてを満たす。</li> <li>①地域包括ケア病棟入院料等の届出</li> <li>②在宅療養支援病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記のすべてを満たす。</li> <li>①時間外対応加算1の届出</li> <li>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</li> <li>③在宅療養支援診療所</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記のうちいずれか1つを満たす。</li> <li>①時間外対応加算1～4の届出</li> <li>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</li> <li>③在宅療養支援診療所</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</u></li> <li>・<u>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。</u></li> </ul>	

## 地域包括診療加算等の見直し（全体概要）

### 1. 評価体系及び対象患者の見直し

- 認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料を統合
- 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等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。**

### 2. 連携薬局の要件の見直し

- 24時間対応薬局の情報提供の要件が、**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. 認知症患者への診断後支援の推進

- 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. 薬剤適正使用連携加算の見直し

- 地域包括診療加算及び地域包括診療料は**対象疾患が異なれば複数の医療機関で算定可能**になった。
- そのため、**他の保険医療機関にも併せて通院する患者について、薬剤適正使用連携加算が算定可能**になった。

### 5. 外来データ提出加算の新設

- 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. 残薬対策・服薬管理等に係る要件の見直し

- 診療の際、患家における**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。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。

## 地域包括診療加算等の見直し

### 1. 評価体系及び対象患者の見直し

- 認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料を統合

#### <改定前>

・ <u>認知症地域包括診療加算 1</u>	38点
・ 地域包括診療加算 1	28点
・ <u>認知症地域包括診療加算 2</u>	31点
・ 地域包括診療加算 2	21点
・ <u>認知症地域包括診療料 1</u>	<u>1,681点</u>
・ 地域包括診療料 1	<u>1,660点</u>
・ <u>認知症地域包括診療料 2</u>	<u>1,613点</u>
・ 地域包括診療料 2	<u>1,600点</u>

#### <改定後>

・ 地域包括診療加算 1	
<u>認知症を有する患者等の場合</u>	38点
<u>その他の慢性疾患等を有する患者の場合</u>	28点
・ 地域包括診療加算 2	
<u>認知症を有する患者等の場合</u>	31点
<u>その他の慢性疾患等を有する患者の場合</u>	21点
・ 地域包括診療料 1	
<u>認知症を有する患者等の場合</u>	<u>1,682点</u>
<u>その他の慢性疾患等を有する患者の場合</u>	<u>1,661点</u>
・ 地域包括診療料 2	
<u>認知症を有する患者等の場合</u>	<u>1,614点</u>
<u>その他の慢性疾患等を有する患者の場合</u>	<u>1,601点</u>



## 地域包括診療加算等の見直し

### 1. 評価体系及び対象患者の見直し

- 地域包括診療加算等の対象患者を以下のとおり拡大する

#### <認知症を有する患者等の場合>

以下の全てを満たす患者が対象となる。

(イ)認知症を有するもの**又は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（要介護被保険者、居宅要支援被保険者）であるもの**

(ロ)認知症以外の1以上の疾病（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薬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

#### <その他の慢性疾患等を有する患者>

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。）若しくは認知症の6疾病のうち2以上（疑いを除く。）の疾患を有する患者**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患を有しており、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**（いずれの疾病にも、疑いは含まない。）

## 地域包括診療加算等の見直し

### 2. 連携薬局の要件の見直し

- 24時間対応薬局の情報提供の要件が、**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。**

#### <改定前>

当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(二)院外処方を行う場合は以下のとおりとする。

- ①調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。

#### <改定後>

当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(二)院外処方を行う場合は以下のとおりとする。

- ①調剤について**24時間対応できる体制を整えている**薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。**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、当該保険医療機関において緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている場合にあっては、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くても差し支えない。**



## 参考

## 処方箋料の見直し

同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは原則として認められていないが、**緊急やむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて、明確化する。**

## ＜改定前＞

## 【処方箋料】

## 〔算定要件〕

(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。  
また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

## ＜改定後＞

## 【処方箋料】

## 〔算定要件〕

(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。**ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F000」調剤料及び「F100」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F200」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。**

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

## 地域包括診療加算等の見直し

### 3. 認知症患者への診断後支援の推進

- 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。

＜改定後＞【地域包括診療加算】 【地域包括診療料】

[算定要件]

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。**

## 地域包括診療加算等の見直し

### 4. 薬剤適正使用連携加算の見直し

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点を所定点数に加算

- 地域包括診療加算及び地域包括診療料は**対象疾患が異なれば複数の医療機関で算定可能**になった。そのため、**他の保険医療機関にも併せて通院する患者について、薬剤適正使用連携加算が算定可能**になった。

#### <改定前>

薬剤適正使用連携加算の算定要件

##### ○算定対象患者

他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所した患者

##### ○算定要件（以下の全てを満たす場合）

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こと

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処方内容について情報提供を受けること

②の処方内容において、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①よりも減少していること

#### <改定後>

薬剤適正使用連携加算の算定要件

##### ○算定対象患者（以下のいずれかに該当）

他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所した患者

**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**

##### ○算定要件（以下の全てを満たす場合）

①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こと**

②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ること

③②の処方内容において、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①よりも減少していること



## 地域包括診療加算等の見直し

### 5. 外来データ提出加算の新設

- 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。

#### (新) 外来データ提出加算 10点

[算定要件] (概要・抜粋)

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、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点を所定点数に加算する。

地域包括診療加算等における外来データ提出加算の届出に係るスケジュール (※1)

令和8年12月～令和9年1月

～令和8年 11月20日	令和9年12月 ～令和10年1月	2月	3月	4月～
様式7の10 (※2) 届出	試行データ作成 (※3)	試行データ提出	様式7の11 (※4) 届出	算定開始

※1 例として、令和8年11月20日までに様式7の10の届出を行った場合のスケジュールを示している。

※2 外来データ提出加算の届出を希望する医療機関は、様式7の10を地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出を行う。令和8年度及び令和9年度における届出の期限は、令和8年11月20日、令和9年2月22日、5月20日、8月20日、11月22日又は令和10年2月21日を予定(詳細は別途厚生労働省保険局医療課より発出される事務連絡等を参照。)

※3 様式7の10の届出期限である月の翌月から起算して2月分の試行データを外来医療等調査事務局が提供するチェックプログラムによりエラーチェックを実施したうえで、提出ファイルを作成し、指定する提出期限までに外来医療等調査事務局に提出する。

※4 試行データが適切に作成及び提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、外来医療等調査事務局から各医療機関の担当者宛てに電子メールにて事務連絡を送信する。その後、様式7の11を用いて、地方厚生(支)局長宛て届出を行う。届出が受理された翌月の1日(月の最初の開庁日に届出を行った場合は当月1日)から加算の算定が可能となる。

## 地域包括診療加算等の見直し

### 6. 残薬対策・服薬管理等に係る要件の見直し

- 診療の際、患家における**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。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。

#### 【地域包括診療加算】【地域包括診療料】

##### 〔算定要件〕

才当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(イ) (略)

(ロ) 他の保険医療機関と連携**並びに**オンライン資格確認**及び電子処方箋システム等**を活用して、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。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。**

# 残薬対策に関する主な改定項目

## 処方時の対応

### ● 処方時の残薬確認

- ・在宅医療等においては、患家での残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを求める。

### ● 処方箋様式の見直し

- ・処方箋様式に指示欄を設け、予め医師が指示していれば、「調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関に情報提供する」ことを可能とする。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応

- 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
- 調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供

## 調剤時の対応

### ● 薬局による残薬の確認と調整の評価

- ・調剤報酬に、残薬を発見して調剤する薬剤を減量したときのの評価 **(新) 調剤時残薬調整加算**を新設

## 在宅訪問時の対応

### ● 訪問看護の情報連携推進（訪問看護の運営基準での明確化）

- ・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規定する。
- ・服薬状況については、**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。

### ● かかりつけ薬剤師による残薬の確認

- ・かかりつけ薬剤師の患家への訪問による服薬管理、残薬状況の確認等の推進を行うため、**(新)かかりつけ薬剤師訪問加算**を新設



外来データ提出加算・充実管理加算

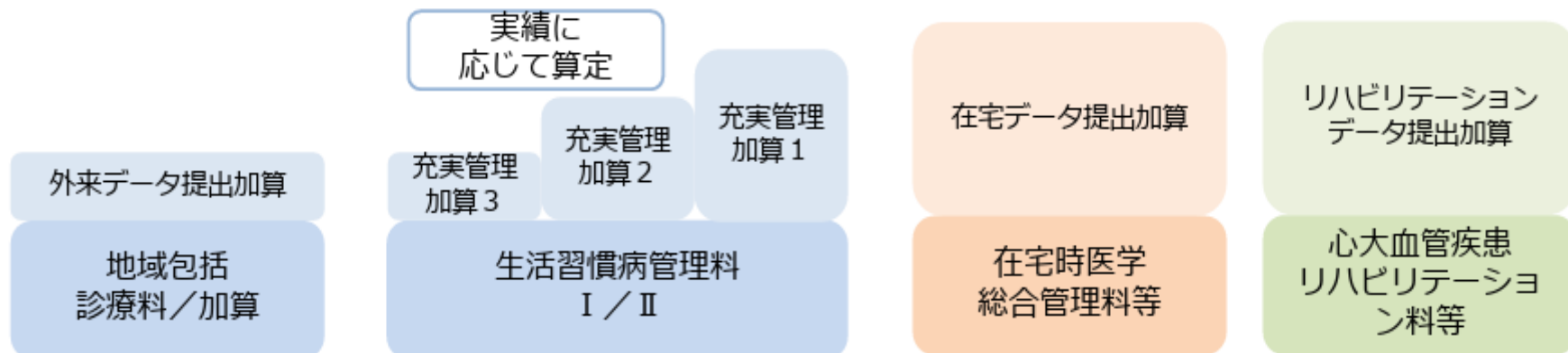
# 診療実績データの提出に係る評価の見直し

	改定前	改定後
生活習慣病管理料	外来データ提出加算 50点	充実管理加算1 30点 充実管理加算2 20点 充実管理加算3 10点
地域包括診療料 地域包括診療加算	新設	外来データ提出加算 10点
疾患別リハビリ	リハビリテーション データ提出加算 50点	リハビリテーション データ提出加算 50点
在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合 管理料	在宅データ提出加算 50点	在宅データ提出加算 50点

同一月の併算定不可

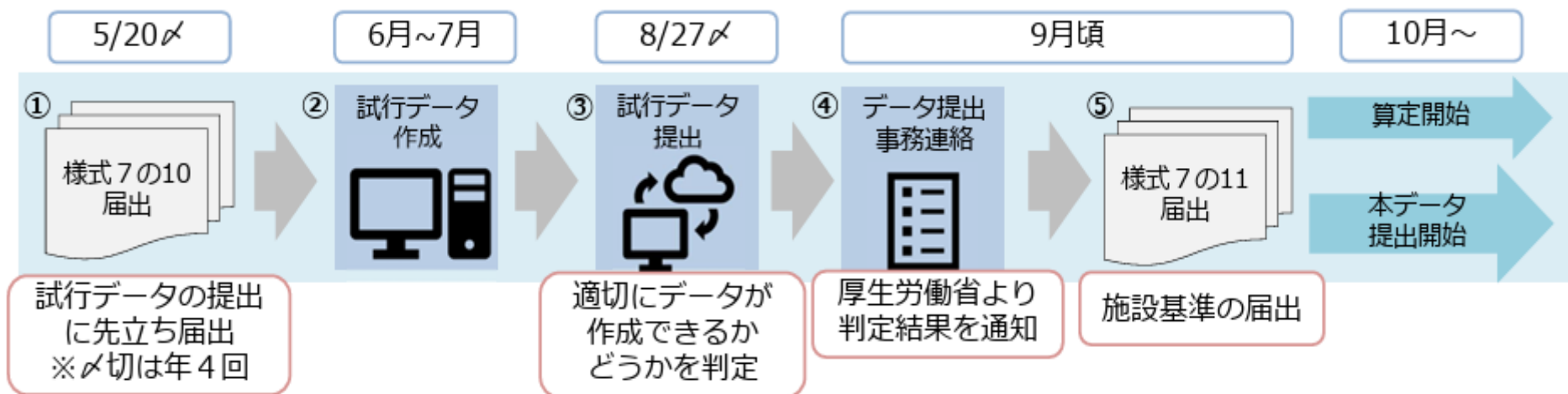
# 外来データ提出加算等の概要

## 外来データ提出加算等の概要



## 算定までの流れ（概要）

※ 令和8年5月20日までに様式7の10の届出を行った場合のスケジュール



# 外来データ提出加算等について

厚生労働省が実施する「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（外来医療等調査）」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。

名称	本体（算定可能）となる診療報酬		点数 (月1回)	提出の要件化
外来データ 提出加算	A001 B001-2-9 A000	再診料（地域包括診療料加算1、2）注13 地域包括診療料1、2注4 初診料（機能強化加算）注10	10点	なし
充実管理 加算	B001-3 B001-3-3	生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）注4 充実管理加算1～3（脂質異常症を主病） 充実管理加算1～3（高血圧症を主病） 充実管理加算1～3（糖尿病を主病）	10～30点	なし
在宅データ 提出加算	C002 C002-2 C003	在宅時医学総合管理料注13 施設入居時等医学総合管理料注5 在宅がん医療総合診療料注7	50点	あり (※次頁参照)
リハビリ テーション データ 提出加算	H000 H001 H001-2 H002 H003	心大血管疾患リハビリテーション料注6 脳血管疾患等リハビリテーション料注8 廃用症候群リハビリテーション料注8 運動器リハビリテーション料注8 呼吸器リハビリテーション料注6	50点	なし

# 外来データ提出加算等が要件化されている施設基準

名称	本体（算定可能）となる診療報酬	点数 (月1回)	提出の要件化
在宅データ 提出加算	C002 C002-2 C003 在宅時医学総合管理料 注1 施設入居時等医学総合管理料 注1 在宅がん医療総合診療料 注7	50点	あり (※次頁参照)

- 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から、次年度の1月までに在宅データ提出加算に係る提出を行うこと。

# 各データの項目について

共通項目※

患者情報	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
認知症情報	認知症の有無
要介護度情報	要介護度
	日常生活自立度(高齢者情報)
傷病情報	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

外来データ提出加算・充実管理加算特有の項目

外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
	診療科コード
糖尿病	糖尿病の有無
	自院管理の有無
高血圧症	高血圧症の有無
	自院管理の有無
脂質異常症	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
生活習慣病管理料の主病	生活習慣病管理料の主病
脳卒中	脳卒中の有無(既往を含む)
急性冠症候群	急性冠症候群の有無(既往を含む)
心不全	心不全の有無
慢性腎臓病	慢性腎臓病の有無
介護保険	介護保険制度における主治医意見書の作成の有無

特定健診	特定健診の有無
	特定保健診の有無

※共通項目は「外来データ提出加算・充実管理加算」「在宅データ提出加算」、「リハビリテーションデータ提出加算」それぞれの項目に共通する項目となる。

# 各データの項目について

在宅データ提出加算特有の項目	療養情報	在宅療養を始めた年月 療養を行っている場所
	開始前情報	訪問診療開始前の往診日または外来受診日
	訪問の状況	訪問診療日
		主たる訪問診療を行う医療機関
		単一建物診療患者数
		訪問看護日
		自院での実施の有無
		自院診断の有無
		ICD10コード
		傷病名コード
	救急受診の状況	修飾語コード
		傷病名
		救急受診日
		受診先
	入院の状況	受診経路
		転帰
		入院年月日 退院年月日

在宅データ提出加算特有の項目	入院の状況	受診先
		ICD10コード
		傷病名コード
		修飾語コード
	短期入所の状況	主病名
		入所年月日
		退所年月日
	往診の状況	短期入所利用サービス
		往診日
		主たる訪問診療を行う医療機関
		ICD10コード
		傷病名コード
		修飾語コード
		傷病名
		患者の状況
	患者の状況（別表第8の3）	
	パーセルインデックス	
	排泄の状況	
	排尿の状況	
	低栄養の有無	
摂食・嚥下障害の有無		
経管・経静脈栄養の状況		

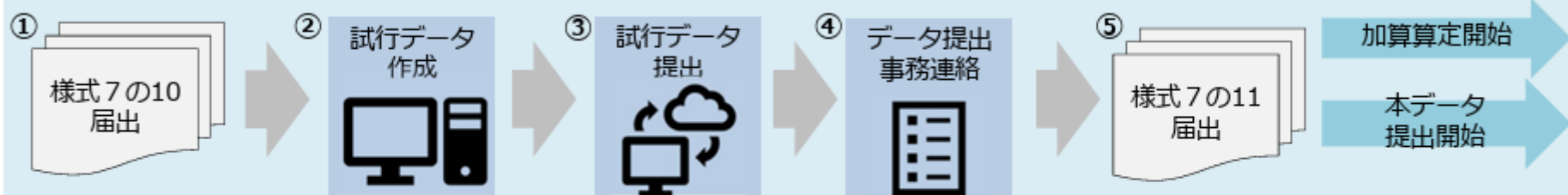
リハビリテーションデータ提出加算特有の項目	外来受診情報	受診年月日
		初診の有無
		他院による紹介の有無
		診療科コード
	受診の状況	開始年月日
		リハビリテーションが必要となった主病名の発症年月日
		標準的算定日数を超えた年月日
		ICD10コード
		傷病名コード
		修飾語コード
		傷病名
	退院	退院年月日
	患者の状況	パーセルインデックス
FIM		
訓練内容	訓練内容	

# 外来データ提出加算等の施設基準

- (1) 厚生労働省が毎年実施する「外来医療等調査」に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び厚生労働省が外来医療等調査の一部事務を委託する外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず1名指定すること。
- (2) 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。
- (3) 診療記録（過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理につき、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」に準拠した体制であることが望ましい。
- (5) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (6) 患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- (7) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

なお、(1)～(7)は「様式7の10」の届出時点で満たすことは必須でなく、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、外来医療等調査事務局から事務連絡が届いたのち、「様式7の11」を届出する時点で満たしていれば良い。(P.8「外来データ提出加算等算定開始までの流れ」のスライドを参照)

# 外来データ提出加算等算定開始までの流れ



## ①様式7の10の届出

外来データ提出加算等の届出を希望する医療機関は、様式7の10を地方厚生（支）局医療課長を經由して、厚生労働省保険局医療課長に届出を行う。令和8年度における届出の期限は、令和8年5月20日、8月20日、11月20日、令和9年2月22日。

※外来データ提出加算は令和8年11月20日（第3回）が初回の試行回となる点に留意。

## ②試行データの作成、③試行データの提出

様式7の10の届出期限である月の翌月から起算して2箇月分（4回目のスケジュールのみ届出期限である月とその翌月の2箇月分）の試行データを外来医療等調査事務局が提供するチェックプログラムによりエラーチェックを実施した上で、提出ファイルを作成し、指定する提出期限までに外来医療等調査事務局に提出する（厚生労働省が様式7の10を受領後、外来医療等調査事務局から各医療機関の連絡担当者宛てに試行データ作成に係る案内メールを送信する）。

## ④データ提出事務連絡

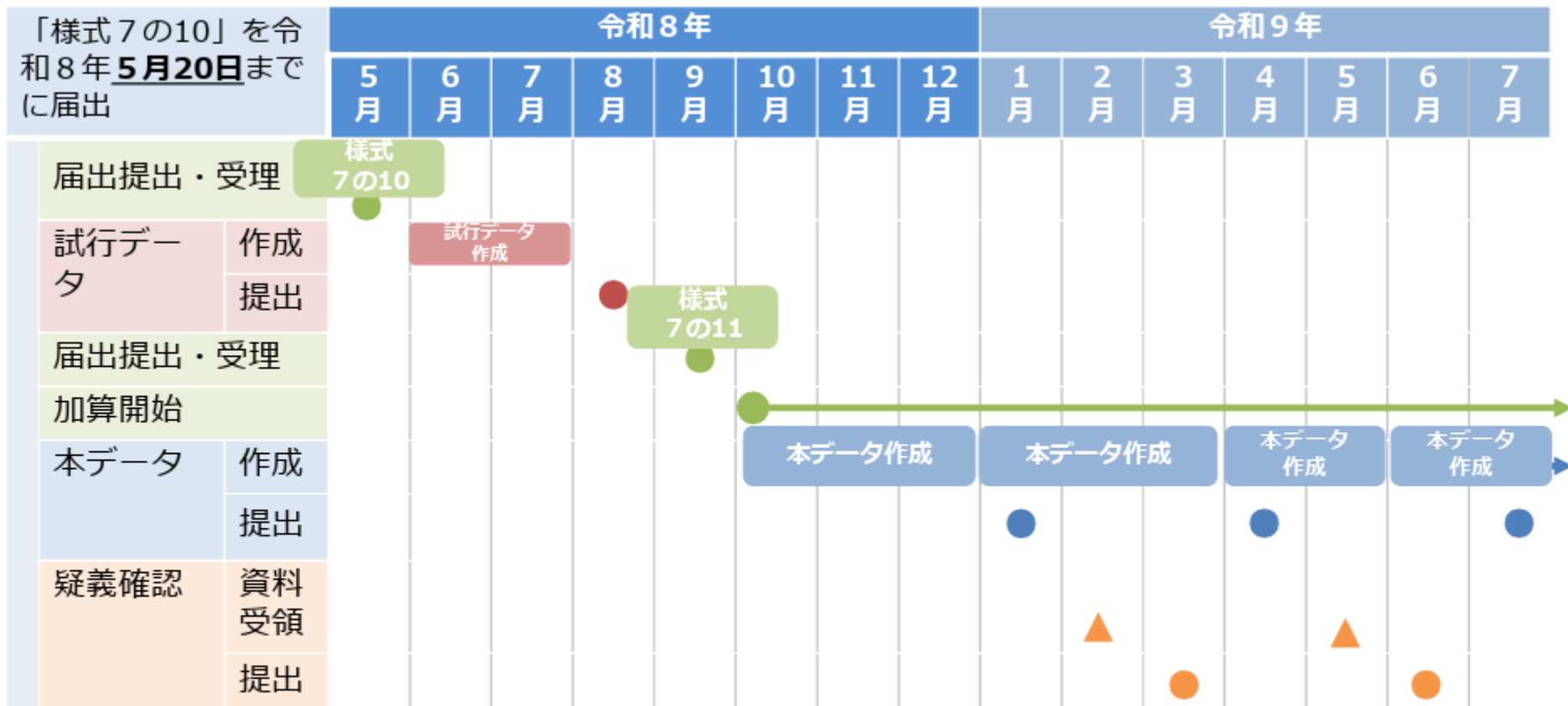
試行データが適切に作成及び提出された場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、外来医療等調査事務局から各医療機関の担当者宛てに電子メールにて事務連絡（データ提出事務連絡）を送信する。

## ⑤様式7の11の届出から本データ提出開始

様式7の11を用いて、保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生（支）局 各都府県事務所又は指導監査課宛てに届出を行う。届出が受理された月の翌月の1日（月の最初の開庁日に届出を行った場合は当月1日）から加算開始となり、算定が開始される月の属する四半期(※)分の本データから作成・提出することとなる。なお、本データ作成用のチェックプログラムは、厚生労働省が様式7の11を受領後、外来医療等調査事務局から各医療機関の連絡担当者宛てに案内メールを送信する。

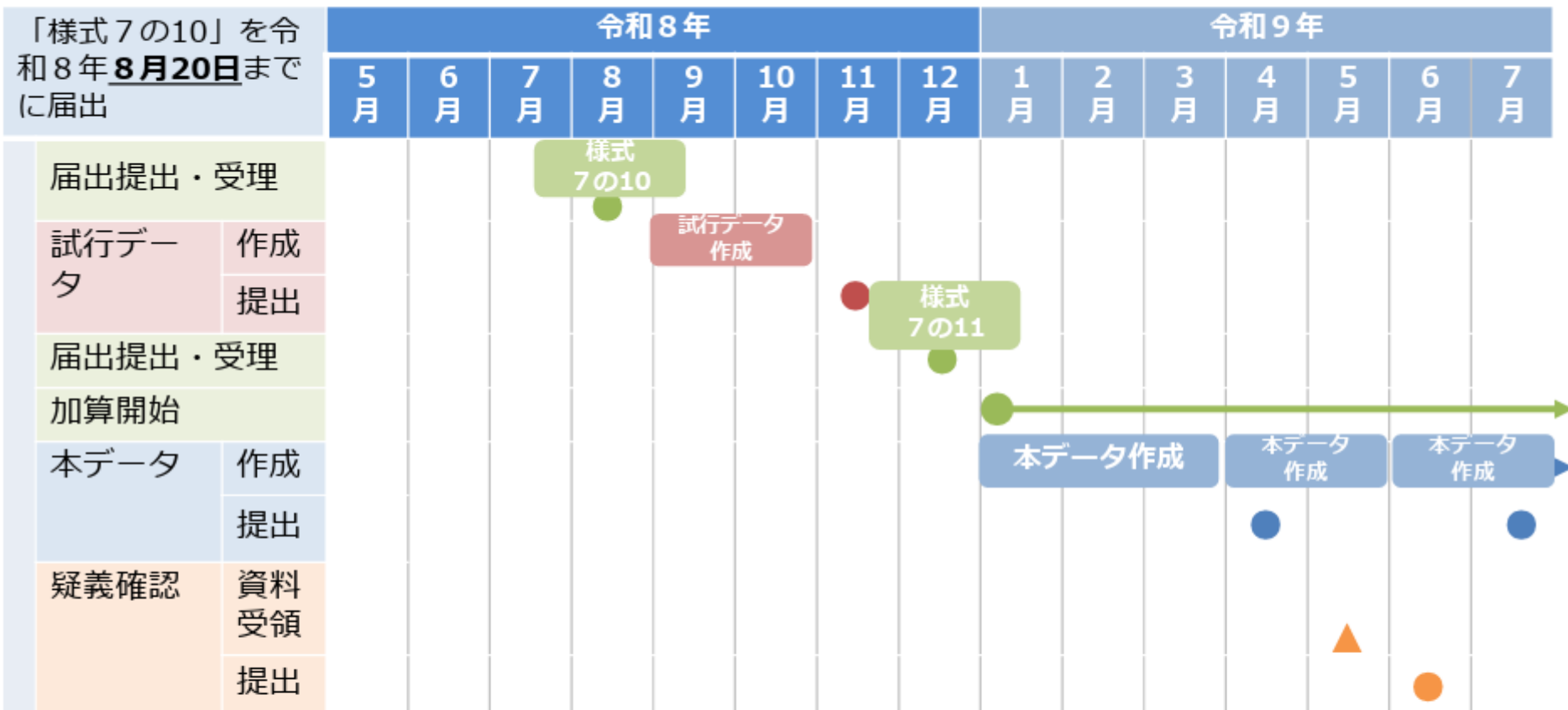
(※) 第1四半期は、4月、5月。第2四半期は6月～9月となる点に留意。

# 令和8年度提出スケジュール



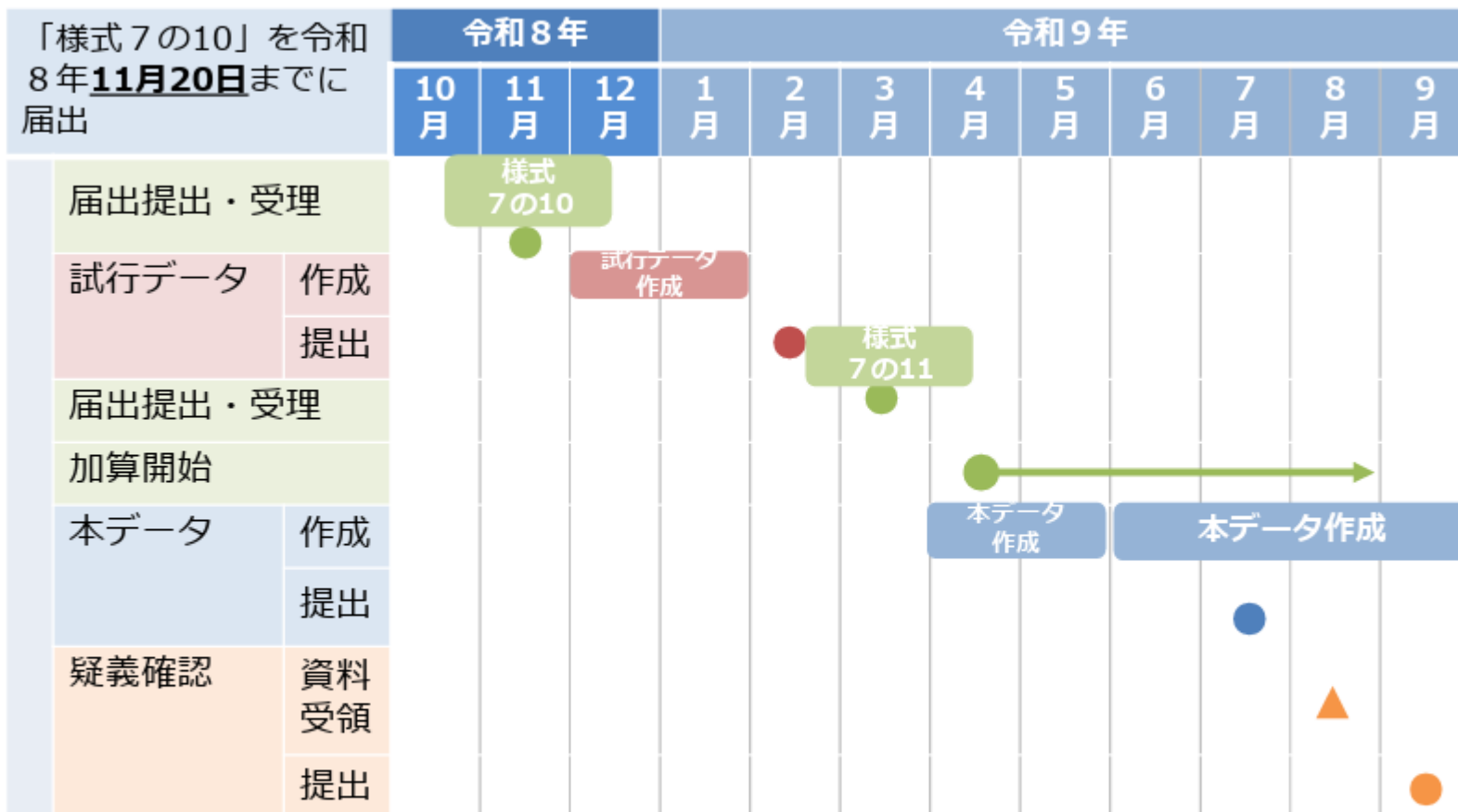
- 本表における加算開始時期及び本データ作成時期は、あくまで最短のスケジュールを示したものであり、様式7の11の届出時期によって異なることに注意すること。
- 詳細な日程については、後述スライド「②③試行データ作成および提出」「④⑤データ提出事務連絡以降 様式7の11の届出」参照のこと。
- 外来データ提出加算の「様式7の10」の届出は「11月20日まで」の届出から可能となる。  
(p.13 様式7の10を参照のこと)

# 令和8年度提出スケジュール



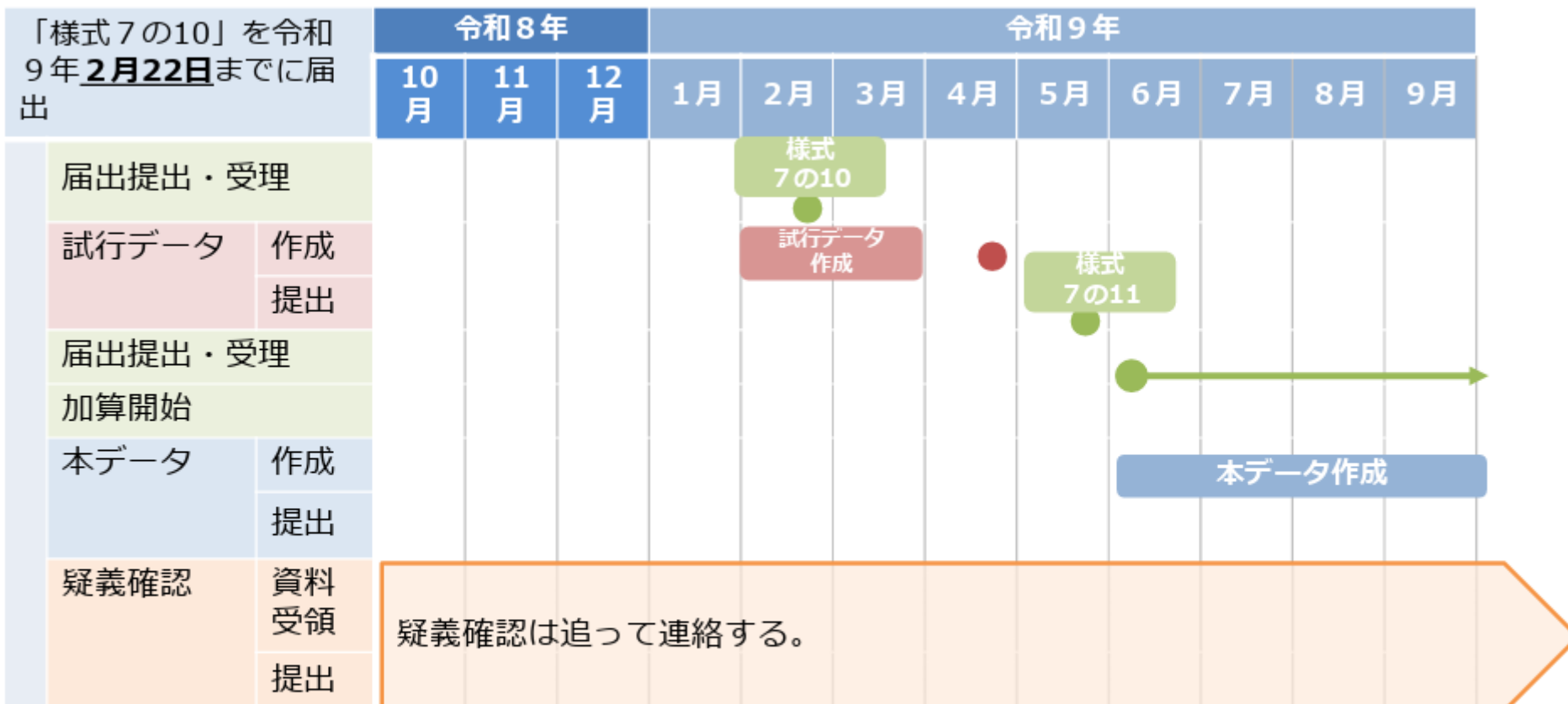
- 本表における加算開始時期及び本データ作成時期は、あくまで最短のスケジュールを示したものであり、様式7の11の届出時期によって異なることに注意すること。
- 詳細な日程については、後述スライド「②③試行データ作成および提出」「④⑤データ提出事務連絡以降 様式7の11の届出」参照のこと。
- 外来データ提出加算の「様式7の10」の届出は「11月20日まで」の届出から可能となる。  
(p.12 様式7の10を参照のこと)

# 令和8年度提出スケジュール



- 本表における加算開始時期及び本データ作成時期は、あくまで最短のスケジュールを示したものであり、様式7の11の届出時期によって異なることに注意すること。
- 詳細な日程については、後述スライド「②③試行データ作成および提出」「④⑤データ提出事務連絡以降 様式7の11の届出」参照のこと。

# 令和8年度提出スケジュール



- 本表における加算開始時期及び本データ作成時期は、あくまで最短のスケジュールを示したものであり、様式7の11の届出時期によって異なることに注意すること。
- 詳細な日程については、後述スライド「②③試行データ作成および提出」「④⑤データ提出事務連絡以降 様式7の11の届出」参照のこと。

# ①様式7の10の届出\_様式7の10の記載方法について

様式7の10  
 外来/在宅/リハビリテーションデータ提出加算及び充実管理加算  
 データ提出開始届出書

1. 材料データ作成開始日  
 令和 年 月 日

2. 外来医療等調査事務局と常時連絡可能な担当者

担当者1	所属部署	
	役職	
	氏名	
	電話番号	
	E-mail	
担当者2	所属部署	
	役職	
	氏名	
	電話番号	
	E-mail	

3. 届出を行う項目

<input type="checkbox"/>	外来データ提出加算(地域包括診療加算)
<input type="checkbox"/>	外来データ提出加算(地域包括診療科)
<input type="checkbox"/>	充実管理加算
<input type="checkbox"/>	在宅データ提出加算
<input type="checkbox"/>	リハビリテーションデータ提出加算

【記載上の注意】  
 1 試行データ作成開始日には、試行データの作成を開始する月の初日を記載すること(例えば、令和8年5月20日の提出期限に合わせて本届出書を提出する場合は、作成する試行データは令和8年6月及び7月のデータとなるため、本欄には令和8年6月1日と記載する。)  
 2 担当者については原則2名記載すること。なお、担当者が1名の場合はこの限りではない。  
 3 「外来医療等調査事務局と常時連絡可能な担当者」のE-mailは、厚生労働省保険局医療課及び調査事務局からの電子メールを担当者が常時確認できるものを記載すること。

【届出上の注意】  
 1 データの届出を希望する保険医療機関は、令和8年5月20日、8月20日、11月20日、令和9年2月22日、5月20日、8月20日、11月22日又は令和10年2月21日までに、本届出書について、地方法生(支)局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること(外来データ提出加算については、令和8年11月20日、令和9年2月22日、5月20日、8月20日、11月22日又は令和10年2月21日までに提出すること。)  
 2 様式7の12の届出を行った保険医療機関が再度本届出を行う場合は、本届出書にデータを継続的かつ適切に届出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付すること

上記のとおり届出を行います。

令和 年 月 日
保険医療機関コード
保険医療機関の名称
保険医療機関の所在地住所及び名称
開設者名
厚生労働省保険局医療課長 殿

○試行データの作成開始日を記載すること。  
 (例) 8月20日/切の第2回目試行データの提出スケジュールで届出を行う場合は、試行データ作成は9月、10月の2月となるので、「令和8年9月1日」と記載する。

○担当者については原則2名を記載すること。  
 なお、担当者が1名のみの場合はこの限りではない。  
 ※外来医療等調査事務局において担当者登録が完了した際、登録完了及び調査案内のメールが各医療機関の連絡担当者宛に送信される。

○届出を希望する加算にチェックをつける。  
 (例) 外来と在宅の届出をする場合は「外来データ提出加算」と「在宅データ提出加算」にチェックをする。

保険医療機関の名称、及び所在地住所の記載に漏れが無いが、提出前に十分確認すること。

○様式7の10は、地方厚生(支)局医療課に提出すること。  
 (厚生労働本省に直接送付しないこと。)

○様式7の10の届出後に担当者に変更が生じた場合は、後述「調査に関する連絡」の記載通り、手続きを行うこと。(再度様式7の10を用いて届出を行う必要はない。)

○試行データの作成のタイミング(第1回~第4回)は、様式7の10の届出時期によって変わるため留意すること。

## ②③ 試行データ作成および提出

- ・年度4回試行データ提出スケジュールが設けられている。各回で定められている試行データ作成対象月分のデータを各回の提出期限までに提出すること。（以下参照）
- ・本データと比較して、調査内容及び提出方法に違いはなく、本データの仕様の通りに作成すること。（作成対象症例のうち、抽出した数症例を試行データとする等は認められない。）
- ・作成する試行データの対象期間は2か月分となる。

提出スケジュール	様式7の10届出期限	試行データ作成対象月	試行データ提出期限（オンライン）
第1回目	令和8年 5月20日（水）	令和8年 6月、7月	令和8年8月27日（木） 12時00分00秒まで （配送：令和8年8月26日（水））
第2回目	令和8年 8月20日（木）	令和8年 9月、10月	令和8年11月26日（木） 12時00分00秒まで （配送：令和8年11月25日（水））
第3回目	令和8年 11月20日（金）	令和8年12月、 令和9年1月	令和9年2月25日（木） 12時00分00秒まで （配送：令和9年2月24日（水））
第4回目	令和9年 2月22日（月）	令和9年 2月、3月※	令和9年4月30日（金） 12時00分00秒まで （配送：令和9年4月28日（水））

※ 第4回目のみ、データ作成対象月が様式7の10届出期限の月を含めた2か月分になっていることに注意すること。

## ④⑤データ提出事務連絡以降 様式7の11の届出

1. 試行データ提出後、データ提出の実績が認められた場合、「データ提出事務連絡」が発出される。その後、様式7の11の届出が可能となる。
2. 保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生（支）局 各都府県事務所 又は指導監査課へ様式7の11届出後、外来医療等調査事務局に情報提供される
3. 「2」の情報を基に外来医療等調査事務局においてマスタ精査を行い、本データ作成に係るソフト等を連絡担当者宛にメールにて連絡

### 留意事項

- 厚生労働省が様式7の11受領後、外来医療等調査事務局から医療機関の連絡担当者宛に、チェックプログラムについて、案内メールを送信する
- 様式7の11届出後、本データ作成に係る案内まで2～3週間要するため、届出から案内までタイムラグが発生する
- 加算は、様式7の11が受理された月の翌月の1日（月の最初の開庁日に届出を行った場合は当月1日）から算定開始となる。本データの提出は、算定が開始される月の属する四半期分のデータが対象となる（一部異なる月もあるため、詳細は次頁参照）
- 令和8年5月31日以前に外来データ提出加算の試行データを合格した施設は令和8年度6月1日以降、充実管理加算のみ届出が可能である

## ⑤様式7の11届出以降から本データ提出開始\_スケジュール

様式7の11 受理日	算定 開始月	本データ作成開始 対象月	本データ 提出期限（オンライン）
～令和8年 4月1日(水)	令和8年 4月～	令和8年 4月、5月分	令和8年 7月30日（木） 12時00分00秒まで （配送：令和8年7月29日（水））
～令和8年 5月1日(金)	令和8年 5月～		
～令和8年 6月1日(月)	令和8年 6月～	令和8年 6月～9月分	令和8年 10月29日（木） 12時00分00秒まで （配送：令和8年10月28日（水））
～令和8年 7月1日(水)	令和8年 7月～		
～令和8年 8月3日(月)	令和8年 8月～		
～令和8年 9月1日(火)	令和8年 9月～		
～令和8年 10月1日(木)	令和8年 10月～	令和8年 10月～12月分	令和9年 1月28日（木） 12時00分00秒まで （配送：令和9年1月27日（水））
～令和8年 11月2日(月)	令和8年 11月～		
～令和8年 12月1日(火)	令和8年 12月～		
～令和9年 1月4日(月)	令和9年 1月～	令和9年 1月～3月分	令和9年 4月30日（金） 12時00分00秒まで （配送：令和9年4月28日（水））
～令和9年 2月1日(月)	令和9年 2月～		
～令和9年 3月1日(月)	令和9年 3月～		
～令和9年 4月1日(木)	令和9年 4月～	令和9年 4月、5月分	令和9年 7月下旬予定
～令和9年 5月6日(木)	令和9年 5月～		

# 診療実績データの提出に係る評価の見直し

## <改定前>

外来データ提出加算 50点



## <改定後>

充実管理加算1 30点 (届出医のうち上位20%)  
 充実管理加算2 20点 (届出医のうち上位50%)  
 充実管理加算3 10点

### [経過措置] (概要)

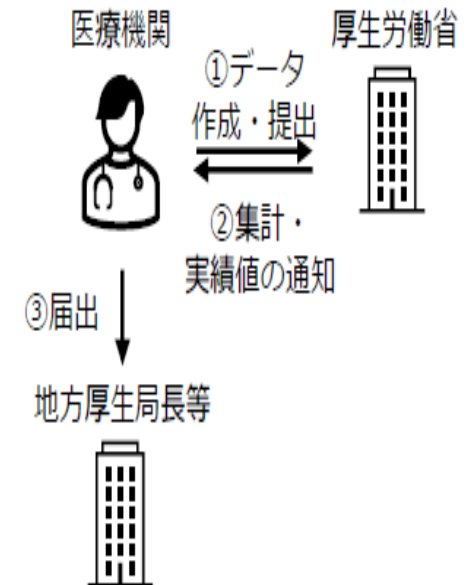
- 令和8年3月31日時点において現に外来データ提出加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関にあっては、充実管理加算1の実績値に係る要件を満たすものとする。

### 各疾患の指標

脂質異常症	糖尿病	高血圧
<ul style="list-style-type: none"> <li>継続して投薬による脂質異常症の治療管理を行う患者のうち集計期間中に、脂質異常症に係る検査を実施又は特定健康診査を受診した患者の割合</li> <li>継続受診を行う患者の割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>集計期間中に、HbA1cに係る検査を実施又は特定健康診査を受診した患者の割合</li> <li>集計期間中に、眼科医療機関連携強化加算又は歯科医療機関連携強化加算を算定した患者の割合</li> <li>継続受診を行う患者の割合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>継続受診を行う患者の割合</li> </ul>

※ 各指標の上下限値の処理・標準化を行った上で実績値を算出する

### 届出のイメージ



# 充実管理加算の算定について

## ●実績値による算定

- 充実管理加算 1～3 は、各医療機関の脂質異常症、高血圧症、糖尿病に係る実績値により、届出可能な加算を定める。
- 保険局医療課より実績値に係る通知を連絡する。本集計結果を様式 7 の 11 とともに地方厚生局へ届出を行った上で算定を行うこと。

## ●充実管理加算を届出ている施設が外来データ提出加算を届出を行う際の届出

- 既に「B001-3」生活習慣病管理料（Ⅰ）及び「B001-3-3」生活習慣病管理料（Ⅱ）の注 4 に規定する充実管理加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関において、新たに外来データ提出加算（地域包括診療加算及び地域包括診療料）の施設基準の届出を行う場合、あらためて様式 7 の 10 の届出を行う必要がある。
- なお、既に充実管理加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関においては、外来データ提出加算に係る様式 7 の 10 が地方厚生（支）局に受理された月の属する四半期分（※）の充実管理加算に係る本データをもって外来データ提出加算に係る試行データとみなす。ただし、当該本データについては、充実管理加算の対象患者に加え、外来データ提出加算の対象患者も含めて作成する必要がある。

※ 令和 8 年 9 月 30 日までに当該届出が受理された場合は、同年 10 月～12 月分

## 各種届出のスケジュール(まとめ)

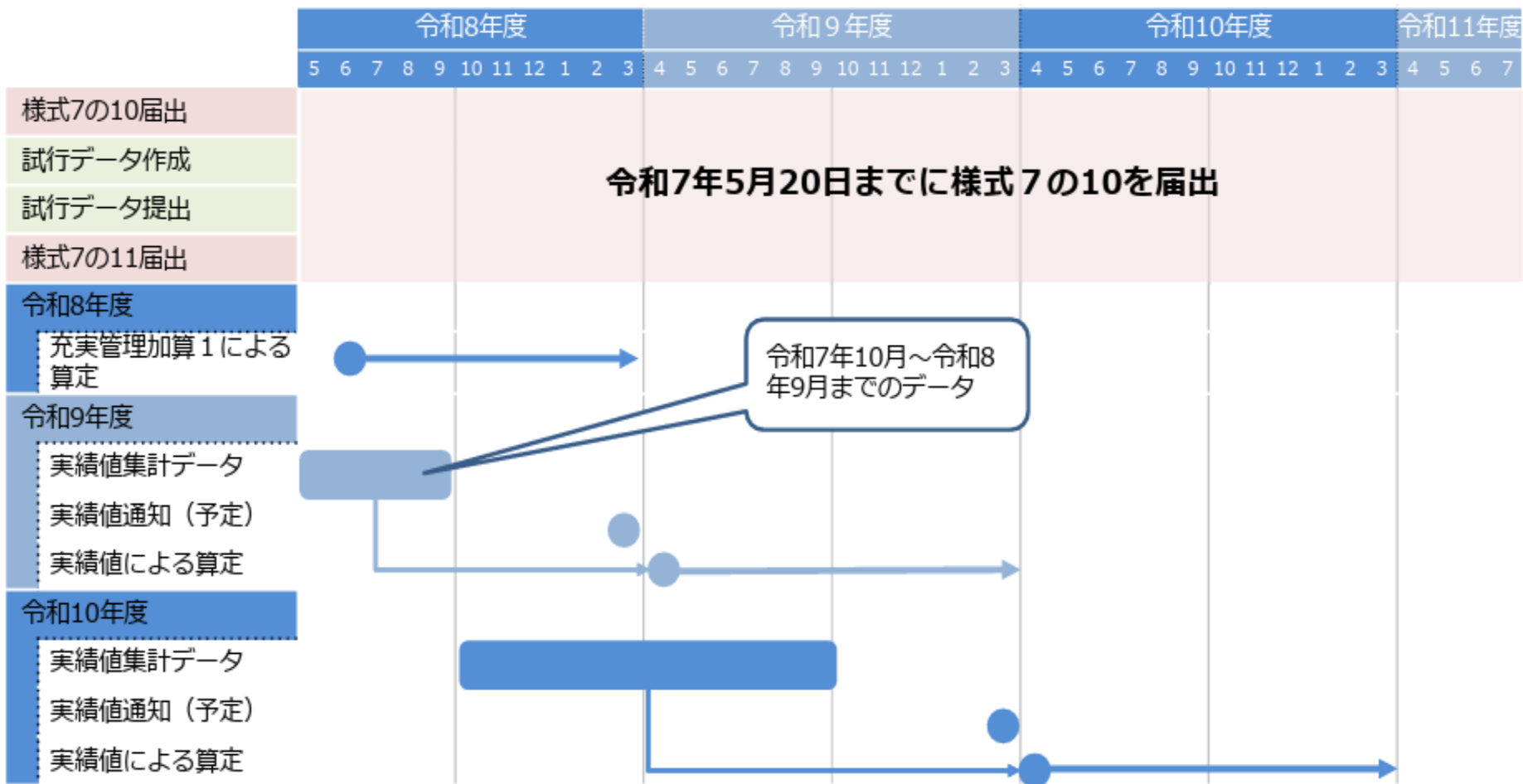
No	様式7の10の提出期間	充実管理加算の 算定開始時期(※1)	実績値の集計対象期間	実績に基づく加算の 算定開始時期
1	令和7年5月20日 (既に終了)	令和7年10月 (※2) (既に開始)	令和7年10月～令和8年9月 (令和9年度評価分) 令和8年10月～令和9年9月 (令和10年度評価分)	令和9年4月
2	令和7年11月20日 (既に終了)	令和8年4月 (※2)	令和8年4月～令和9年3月 (令和9年度評価分) 令和8年10月～令和9年9月 (令和10年度評価分)	令和9年10月
3	令和8年5月20日	令和8年10月	令和8年10月～令和9年9月 (令和10年度評価分) 令和9年10月～令和10年9月 (令和11年度評価分)	令和10年4月
4	令和8年11月20日	令和9年4月	令和9年4月～令和10年3月 (令和10年度評価分) 令和9年10月～令和10年9月 (令和11年度評価分)	令和10年10月

※1 試行データを適切に作成・提出したものと認められ、様式7の11の届出を行った場合の最短の算定開始時期。なお、令和8年3月31日において、現に生活習慣病管理料（Ⅰ）又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に係る届出を行っている保険医療機関については、充実管理加算1に係る実績要件に該当するものとみなす。

※2 令和8年5月31日までは外来データ提出加算（生活習慣病管理料）。

# 充実管理加算の算定例

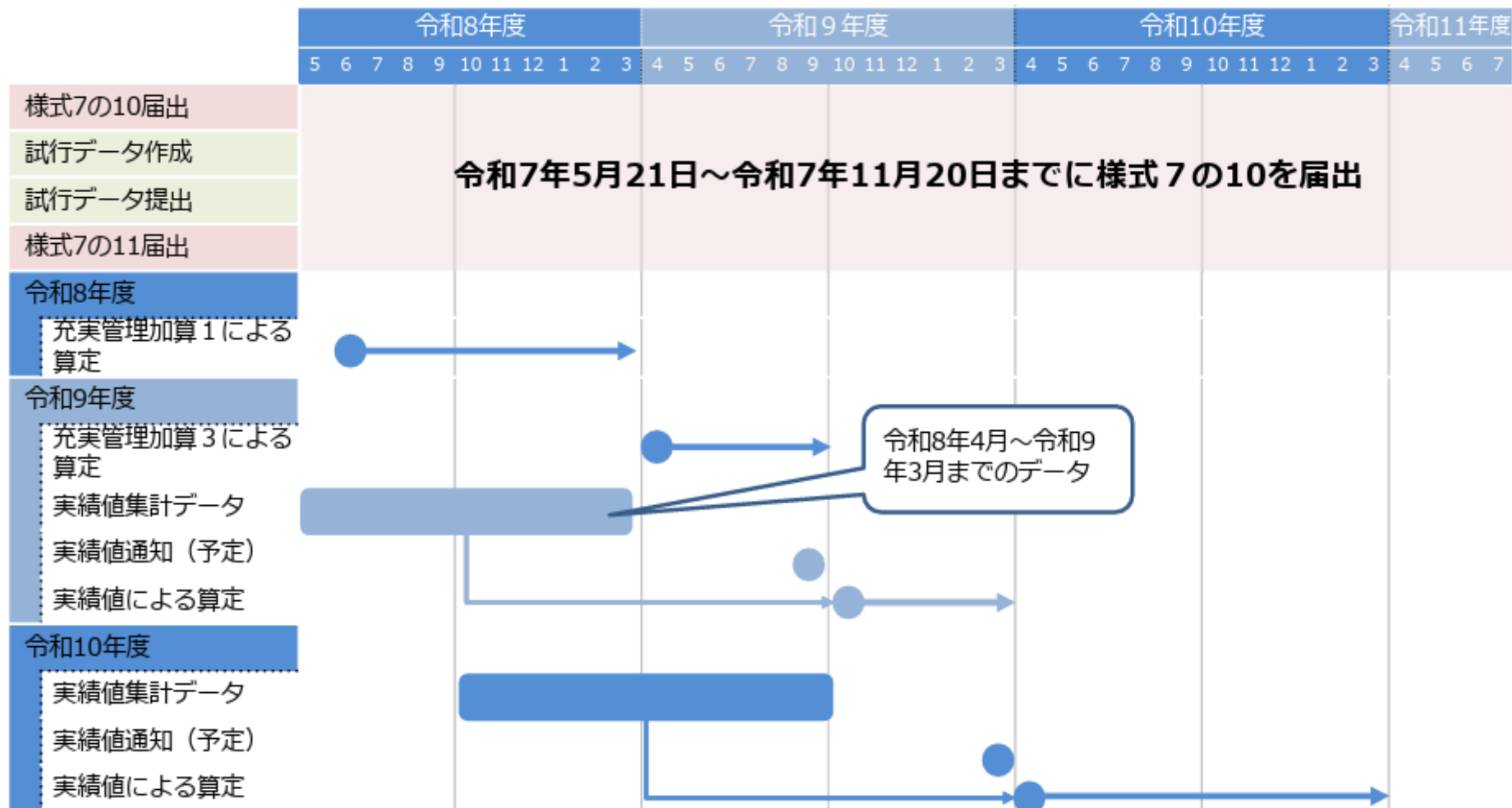
## 1の例



- 本表における本データ提出の例については、「**令和7年5月20日までに**外来データ提出加算の様式7の10を届け出た」場合のスケジュールを想定したものである。この場合、**令和9年4月から実績値による算定**となる。

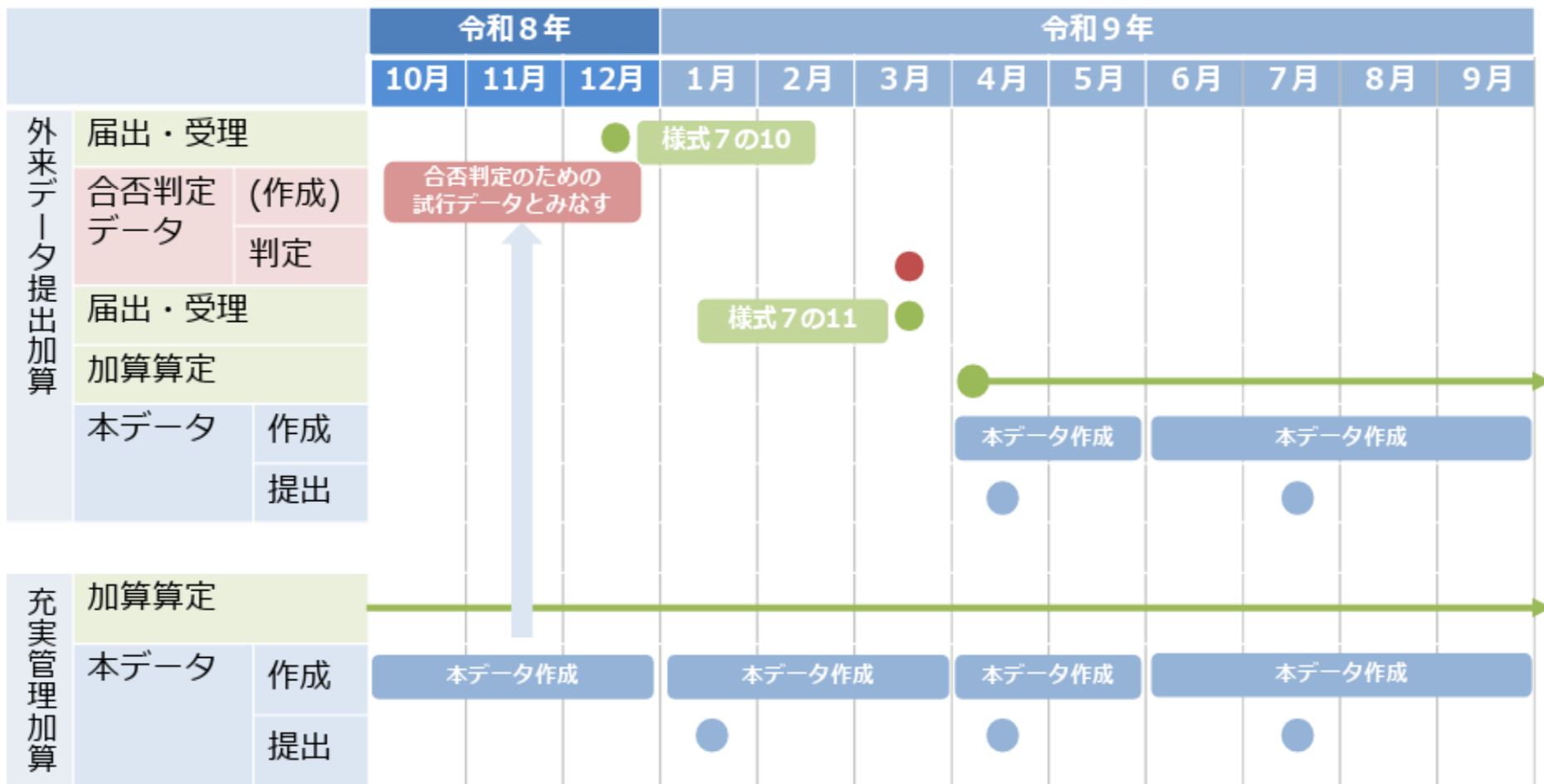
# 充実管理加算の算定例

## 2の例



- 本表における本データ提出の例については、「令和7年5月21日～令和7年11月20日までに外来データ提出加算の様式7の10を届け出た」場合のスケジュールを想定したものである。この場合、令和9年10月から実績値による算定となる。

# 充実管理加算を届出ている施設が外来データ提出加算を届出を行う際の届出例



- 充実管理加算の本データを外来データ提出加算の試行データとみなすため、当該本データについては、充実管理加算の対象患者に加え、外来データ提出加算の対象患者も含めて作成する必要がある。
- 外来様式1は外来データ提出加算と充実管理加算それぞれ作成するのではなく、「外来データ提出加算+充実管理加算」として1つのデータを作成する。

# データ提出に遅延等が認められた場合の取扱いについて

## ●データの提出（疑義確認に係る再提出も含む。）の遅延等

データの提出（疑義確認に係る再提出も含む。）に遅延等が認められた場合（不合格の場合）は、データ提出締切月の翌々月以降について、当該加算は算定できない。

※「遅延等」とは、以下を指す。

- ①提出遅延又は未提出：定められた提出期限までに提出されていない。
- ②提出方法不備：定められた提出方法で提出されていない。
- ③提出データ不備：定められた形式で提出されていない（提出すべきデータが格納されていない、または不足している場合を含む。）。

**算定ができなくなった月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合（合格の場合）は、翌々月以降について、算定ができる。**

## ●各調査年度において、累積して3回データ提出の遅延等が認められた場合

各調査年度において、累積して3回データ提出の遅延等が認められた場合は、適切な提出が行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月（提出締切月）に速やかに変更の届出を行う（様式7の12の提出）こととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定できない。

**再度データ提出を行う場合は、様式7の10の手続きから開始すること。**

# 2026年診療報酬改定・Q&A

## 【外来データ提出加算及び充実管理加算】

2026年3月23日 「疑義解釈（その1）」より

Q4	既に「B001-3」生活習慣病管理料（Ⅰ）及び「B001-3-3」生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に規定する充実管理加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関において、新たに外来データ提出加算（地域包括診療加算及び地域包括診療料）の施設基準の届出を行う場合、 <b>改めて様式7の10の届出を行う必要があるか。</b>
A4	<b>改めて様式7の10の届出を行う必要がある。</b> なお、既に充実管理加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関においては、様式7の10の届出の期限後の直近の外来試行データの作成対象月のデータをもって、外来試行データに代えることができる。
Q5	<b>外来データ提出加算（地域包括診療加算及び地域包括診療料）を新たに算定する場合、具体的にどのような手続きを行う必要があるか。</b>
A5	<b>令和8年11月20日までに様式7の10の届出を行い、試行データ提出の実績が認められた保険医療機関として厚生労働省保険局医療課より事務連絡があった保険医療機関であって、令和9年4月1日までに様式7の11の届出を行った保険医療機関においては、同月から算定が可能となる。</b> 詳細は、厚生労働省保険局医療課より発出される事務連絡を参照されたい。

## 【充実管理加算】

2026年4月20日 「疑義解釈（その3）」より

Q7	「令和8年3月31日において現に生活習慣病管理料(Ⅰ)又は生活習慣病管理料(Ⅱ)の注4に係る届出を行っている保険医療機関については、 <b>令和9年3月31日までの間に限り、2の(1)のア、3の(1)のア及び4の(1)のアを満たしているものとする。</b> 」とあるが、 <b>令和8年3月31日時点において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に規定する外来データ提出加算を算定している必要があるか。</b>
A7	充実管理加算に係る当該経過措置については、令和8年4月1日から生活習慣病管理料（Ⅰ）又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に規定する外来データ提出加算を算定できるよう、試行データが適切に提出されているものとして厚生労働省保険局医療課より通知を受けた上で、 <b>令和8年3月31日までに様式7の11の届出を行い、地方厚生局への手続きを終えていればよく、3月に外来データ提出加算を算定している必要はない。</b>

# 電子的診療情報連携体制整備加算

# 電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

## 電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

- 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、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。



### 現行

#### 【医療DX推進体制整備加算】

初診時（月に1回）	（医科）	（歯科）	（調剤）
・医療DX推進体制整備加算 1	12点	11点	10点
・医療DX推進体制整備加算 2	11点	10点	8点
・医療DX推進体制整備加算 3	10点	8点	6点
・医療DX推進体制整備加算 4	10点	9点	
・医療DX推進体制整備加算 5	9点	8点	
・医療DX推進体制整備加算 6	8点	6点	

※ 医科・歯科は初診料、調剤は調剤基本料

#### 【医療情報取得加算】

初診時	
・医療情報取得加算	1点
再診時（3月に1回に限り算定）	
・医療情報取得加算	1点
調剤時（12月に1回に限り算定）	
・医療情報取得加算	1点

使ってみよう！  
マイナ保険証



### 改定後

#### 【電子的診療情報連携体制整備加算】

初診時（月に1回）	
・電子的診療情報連携体制整備加算 1 / 2 / 3	15点 / 9点 / 4点

#### 再診時（月に1回）

・電子的診療情報連携体制整備加算	2点
------------------	----

#### 【電子的歯科診療情報連携体制整備加算】

初診時（月に1回）	
・電子的歯科診療情報連携体制整備加算 1 / 2	9点 / 4点
再診時は医科と同様	

#### 【電子的調剤情報連携体制整備加算】

調剤基本料（月に1回）	
・電子的調剤情報連携体制整備加算	8点

## 電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

### 電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

[施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) [診療報酬明細書を患者に無償で交付](#)していること。
- (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (4) 医師又は歯科医師が、[オンライン資格確認等システム](#)を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (5) [マイナ保険証利用率](#)が、[30%以上](#)であること。
- (6) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
- (7) 明細書発行に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項等について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイトに掲載していること。
- (8) [電子処方箋](#)を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電子処方箋システムに登録する体制を有していること。
- (9) 以下のアからウの全て又はエを満たす[電子カルテを有していること](#)。
  - ア 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」に準拠した体制であること。
  - イ 電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。
  - ウ 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。
  - エ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品であること。
- (10) アを満たす又はイ及びウを満たすこと。
  - ア 国等が提供する[電子カルテ情報共有サービス](#)により取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
  - イ [地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク](#)であって、以下の（イ）から（ハ）の全てを満たすものを活用する体制を有していること。
    - (イ) 当該ネットワークに参加している保険医療機関の数が10以上であり、そのうち診療情報を開示している病院の数が2以上であること。
    - (ロ) 登録患者数が1,000人以上であること又は新規登録患者数が年間100人以上であること。
    - (ハ) 当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表していること。
  - ウ 以下の（イ）及び（ロ）を満たすこと。
    - (イ) 診療情報提供料（I）の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準を届け出ていること。
    - (ロ) 当該ネットワークに参加していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

電子的診療情報連携体制整備加算1	(1)～(10)の全て
電子的診療情報連携体制整備加算2	(1)～(7)の全てかつ (8)～(10)のいずれか
電子的診療情報連携体制整備加算3	(1)～(7)の全て

# 2026年診療報酬改定・Q&A

## 【電子的診療情報連携体制整備加算】

2026年3月23日 「疑義解釈（その1）」より

**Q3** 令和8年5月31日において現に医療DX推進体制整備加算及び診療録管理体制加算の施設基準を届け出ている保険医療機関が、**同年6月1日以降に電子的診療情報連携体制整備加算を算定する場合は、改めて届出を行う必要があるか**

**A3** 改めて届出を行う必要がある。

## 【電子的診療情報連携体制整備加算】

2026年4月21日 「疑義解釈（その4）」より

**Q1** 電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する**体制とは具体的にどのような体制を指すか。**

**A1** 院外処方を行う場合には、**原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていること**を指し、院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていることを指す。

**Q2** 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準について、「**電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。**」とあるが、具体的には何を指すか。

**A2** **電子処方箋の運用開始日が登録され、厚生労働省ウェブサイトにおいて電子処方箋対応施設として公表されている状態**を指す。なお、運用開始日の登録に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトから運用開始日入力を行うこと。

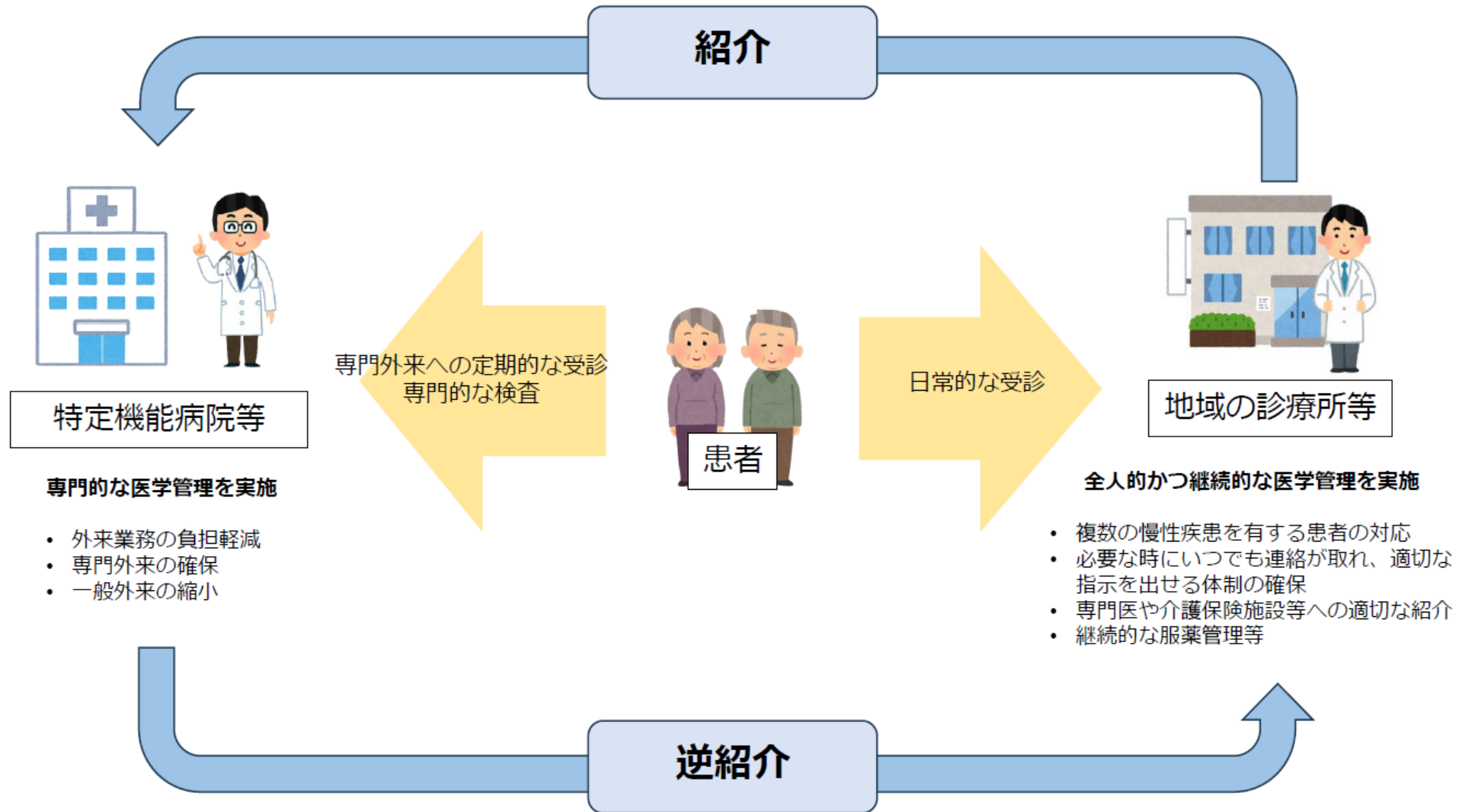
**Q3** 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準について、「**電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。**」とあるが、具体的には何を指すか

**A3** **電子カルテ情報共有サービスの運用開始日が登録され、厚生労働省ウェブサイトにおいて電子カルテ情報共有サービス対応施設として公表されている状態**を指す。なお、運用開始日の登録に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトに示されている方法で入力を行うこと。

※ 現在、ポータルサイトでの入力機能及び厚生労働省ウェブサイトにおける公表ページは準備中のため、**準備が整い次第、詳細については両サイトで公表予定。**

# 大病院からの逆紹介受入の評価

## 外来医療の機能分化のイメージ



# 特定機能病院等とかかりつけ医機能を担う医療機関との連携の推進

## 特定機能病院等紹介患者受入加算の新設

- 特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を、診療所又は許可病床数が200床未満の病院が行った場合の評価を新設する。

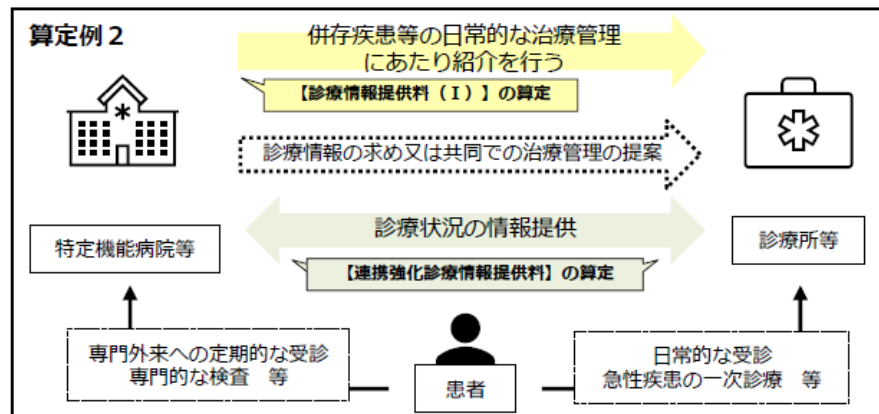
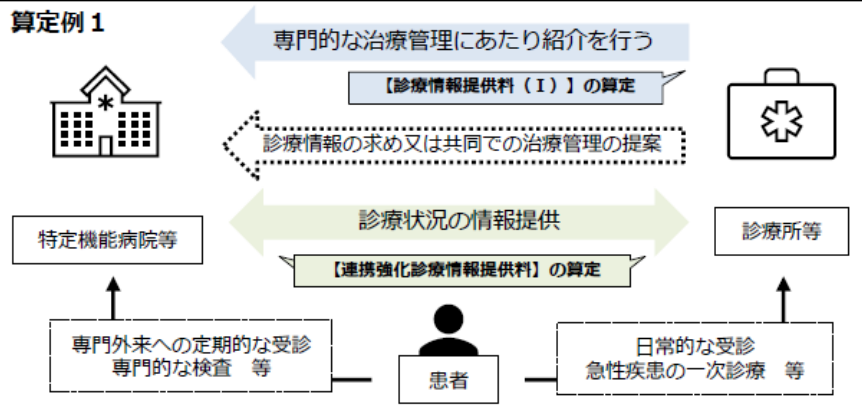
### (新) 特定機能病院等紹介患者受入加算 60点

[算定要件]

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、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、所定点数に加算する。

## 連携強化診療情報提供料の見直し

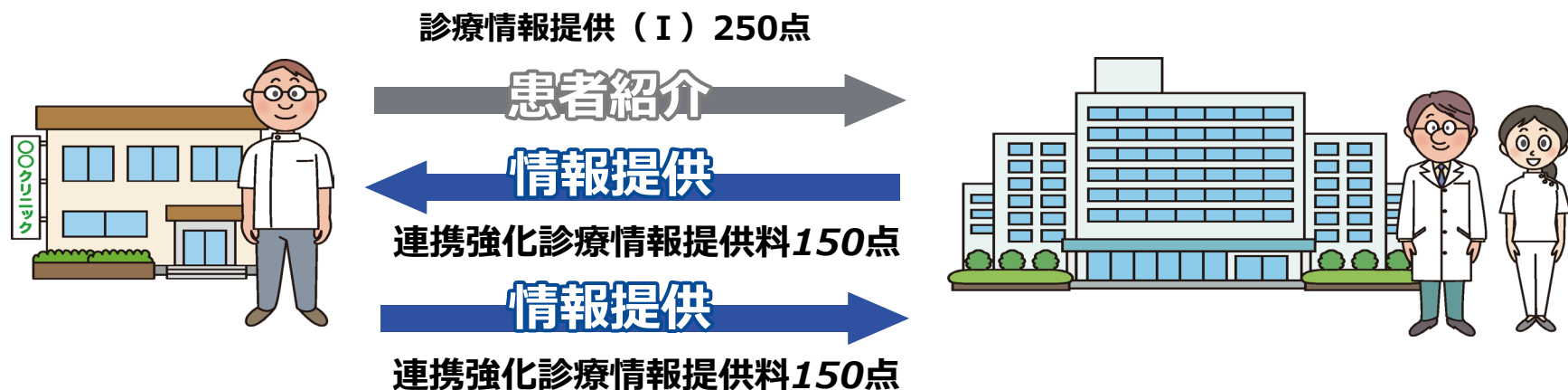
- 病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携しながら共同で継続的に治療管理を行う取組を推進する観点から、連携強化診療情報提供料の評価体系を見直す。
  - 算定対象医療機関を、**特定機能病院等並びに許可病床数200床未満の病院及び診療所等に拡大し、紹介元及び紹介先医療機関のいずれの診療情報提供においても算定可能**とする。
  - 他の医療機関からの求めに応じた情報提供を行った場合のほか、**病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行うにあたり必要な情報提供を行った場合においても算定可能**とする。
  - 算定可能回数について、一律に、患者1人につき**3月に1回**へと見直す。



# 外来機能分化(2人主治医制・連携強化診療情報提供料)

## B011 連携強化診療情報提供料 150点 (月1回)

- 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 (⇒共同で治療管理を行なうことを医療機関との間で合意に基づいた紹介であって)**、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 (⇒3月に1回)**に限り算定する。



- イ 診療所又は許可病床数が200床未満の病院
- 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）、外来機能報告対象病院等  
許可病床数が400床以上である病院（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）

健診・予防接種の受診後の初再診料

# 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

- 健康診断、検診及び予防接種等（健診等）の受診後に、健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合について、当該保険診療に係る初再診料等の算定方法を明確化する。
  - 健診等の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」として別途徴収できることを明確化する。
  - 健診等受診後に、健診等に関する疾病について、同日に1回の受診で保険診療を行う場合、現行の初診料の取扱いと同様に、再診料及び外来診療料（再診料等）は算定できないことを明確化する。
  - 健診等受診後に、健診等に関する疾病について、別受診で保険診療を行う場合には、現行の保険診療における再診料の取扱いと同様に、再診料等を算定することを明確化する。

## ◆ 健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合

（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。）

		健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
		同日に1回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
当該保険医療機関において保険診療の受診をしたことのない患者		初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	
保険医療機関に通院し、 保険診療で精査中・治療中の患者 (例：糖尿病で通院)	精査中・治療中の疾病と関連する健診等 (例：特定健診後に糖尿病の保険診療を実施)	初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	
	精査中・治療中の疾病と関連しない健診等 (例：〇△がん検診後に〇△がんに関する保険診療を実施)	初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	

(※) 再診料等の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を保険診療として実施する場合（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。）には、この限りではない。

- 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、診療報酬を算定できる。
- 当該健診等の結果、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（上記で算定不可とされているものを除く。）について、診療報酬を算定できる。

## ◆ 健診等と直接関係のない疾病に対して保険診療を実施する場合

		健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
		同日に1回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
当該保険医療機関において保険診療の受診をしたことのない患者		初診料を算定	初診料を算定	
保険医療機関に通院し、 保険診療で精査中・治療中の患者 (例：糖尿病で通院)	精査中・治療中の疾病と関連する健診等 (例：特定健診後に足関節捻挫の保険診療を実施)	再診料等を算定	再診料等を算定	
	精査中・治療中の疾病と関連しない健診等 (例：がん検診に足関節捻挫の保険診療を実施)	再診料等を算定	再診料等を算定	

# 精神医療

# 通院・在宅精神療法の見直し

## 通院・在宅精神療法の見直し

- 精神保健指定医が実施する、初診における 30 分以上の通院・在宅精神療法について、新たに評価を行うとともに、初診における 60 分以上の通院・在宅精神療法について、評価を見直す。

### 現行

#### 【通院・在宅精神療法】

##### 1 通院精神療法

- 初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合
  - (1) 精神保健指定医による場合 600点
  - (2) (1) 以外の場合 550点
- ハ イ及びロ以外の場合 (略)



### 改定後

#### 【通院・在宅精神療法】

##### 1 通院精神療法

- 初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合
    - (1) 60分以上の場合
      - ① 精神保健指定医による場合 **650点**
      - ② ① 以外の場合 550点
    - (2) 精神保健指定医による30分以上60分未満の場合 550点**
  - ハ イ及びロ以外の場合 (略)
- ※在宅精神療法についても同様の見直しを行う

- 非精神保健指定医による通院・在宅精神療法について、評価を見直す。

### 改定後

#### 【通院・在宅精神療法】

注13 (概要) 非精神保健指定医による通院・在宅精神療法において、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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。ただし、当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注9に規定する心理支援加算は別に算定できない。

#### 【施設基準】

いずれかを満たすこと

- (1) 以下のいずれかを満たす医療機関において実施されていること。
- 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている
  - 常時対応型施設又は病院群輪番型施設として指定を受けている
  - 精神病床を有する特定機能病院
  - 急性期病院精神病棟入院基本料を届け出ている病院

(2) 以下を全て満たす医師により行われていること。

- 令和8年5月31日時点において、精神医療に20年以上従事していること。
- 過去1年間に医療観察法対象者を診察している又は精神科医療に関する行政機関の業務（保健所又は児童相談所の嘱託医、障害支援区分の市町村の審査会委員、その他精神保健医療に関し行政機関に雇用、委託又は委嘱されて実施する業務）を行っていること。

## 【通院・在宅精神療法】

- |            |   |
|------------|---|
| <b>問83</b> | 「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の「注 12」について、算定留意事項において、「再診においてオンライン精神療法を行う場合には、当該患者に対して、情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去 1 年以内の期間に、対面診療又は「注 12」に定める情報通信機器を用いた精神療法（キの要件を満たす初診のものに限る）を行っていること。」とあるが、対面診療又は「注 12」に定める情報通信機器を用いた精神療法（キの要件を満たす初診のものに限る）のいずれかを過去 1 年以内の期間に行っている必要があるということか。 |
| <b>答83</b> | そのとおり。  |
| <b>問84</b> | 「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の「注13」に関する施設基準において、「令和 8 年 5 月 31 日時点において、精神医療に20 年以上従事していること。」とあるが、具体的にはどのようなものが「精神医療に従事していること」に該当するか。   |
| <b>問84</b> | 常態として、以下の業務に従事している期間が該当する。 <ul style="list-style-type: none"><li>・保険医療機関において主として精神科の診療業務を行っている</li><li>・精神保健福祉センター等の行政機関において主として精神保健医療にかかる業務に従事している</li><li>・これらの業務と精神保健医療に関する教育・研究等の業務を兼務している</li></ul>  |

# 早期診療体制充実加算の見直し

## 早期診療体制充実加算の見直し

- 精神疾患の早期発見及び早期からの重点的な診療を更に推進する観点から、早期診療体制充実加算の要件及び評価を見直す。

### 改定後

	加算1 (病院・診療所)	加算2 (病院)	加算3 (診療所)
(1) 精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合	50点	20点	15点
(2) (1) 以外の場合	15点	15点	10点

[施設基準] (一部抜粋)

- 初診、30分以上の診療等の診療実績

	加算1	加算2	加算3
過去6か月間の30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数/通院・在宅精神療法の算定回数	≥ 5 %	≥ 5 %	≥ 2 %
(過去6か月間の「初診日に60分以上」の通院・在宅精神療法の算定回数 + 「初診日に30分以上60分未満」の通院・在宅精神療法の算定回数 / 2) / 勤務する医師数	≥ 60	—	≥ 24

- 時間外診療、精神科救急医療の提供等

(1) 加算1及び2の施設基準 アからウまでのいずれかを満たすこと。

ア 常時対応型施設又は身体合併症救急医療確保事業において指定

イ 病院群輪番型施設であって、時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上又は外来対応件数が年10件以上

ウ 外来対応施設) 又は時間外対応加算1の届出かつ精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

(2) 加算3の施設基準 以下のいずれかを満たすこと

(イ) 常時対応型施設若しくは病院群輪番型施設として指定を受けている又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている病院(以下この項において連携病院という。)と連携し、以下の①から③を満たしていること。

① 1年に1回以上、連携病院に入院中の患者に対して共同指導を行うことで、退院時共同指導料1又は精神科退院時共同指導料1を算定している。

② 通院している患者への時間外や休日の対応及び緊急時の入院受け入れを連携病院が行うこと、連携病院から退院した患者を当該診療所において受け入れる等、相互に連携しており、緊急患者の受け入れに当たっては、連携病院が当該診療所に対して、常時連絡できる連絡先を伝えていること。こうした内容を含め、明確に連携していることを示す文書を取り交わしていること。

③ 連携している病院名及び連絡先を診療所内に掲示していること。なお、当該診療所は必要に応じて、連携病院からの問い合わせ等に対応すること。

(ロ) (1) を満たすこと。

## 心理支援加算の見直し

- ▶ 対象疾患を神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に拡大するとともに、実施者に係る要件及び施設基準を新たに設ける。

### 現行

- 【通院・在宅精神療法】  
心理支援加算 250点（月2回まで）  
初回算定日の属する月から起算して2年を限度
- 対象患者  
心的外傷に起因する症状を有する患者
  - 実施する公認心理師  
精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師
  - 実施内容等
    - ・対面による心理支援を30分以上実施
    - ・精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。
    - ・実施に当たっては、医師は心理支援が必要とされる理由等について診療録に記載すること。



### 改定後

- 【通院・在宅精神療法】  
心理支援加算 **280点**（月2回まで）  
初回算定日の属する月から起算して2年を限度
- 対象患者  
**心理に関する支援を要する神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害の患者**
  - 実施する公認心理師  
精神科を担当する医師の指示を受けた、精神科を標榜する保険医療機関において、**週1日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を1年以上行った経験のある公認心理師**（他の精神科を標榜する保険医療機関においても勤務する場合は、それらの勤務を合算する。）
  - 実施内容等
    - ・対面による心理支援を30分以上実施
    - ・精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。
    - ・実施に当たっては、医師は心理支援が必要とされる理由等について診療録に記載すること。
- 【施設基準】**  
**当該保険医療機関内に専任の常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。**

## 質の高い精神医療の評価

### 児童思春期支援指導加算の見直し

- 児童思春期の精神疾患患者の受入体制を更に確保する観点から、児童思春期支援指導加算の要件及び評価を見直す。

#### 現行

##### 【児童思春期支援指導加算】

- イ 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。）  
1,000点
- イ以外の場合
  - (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 450点
  - (2) (1)以外の場合 250点



#### 改定後

##### 【児童思春期支援指導加算】

- イ 児童思春期支援指導加算 1
    - (1) 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。） **1,100点**
    - (2) (1)以外の場合
      - ① 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 **490点**
      - ② ①以外の場合 **290点**
  - 児童思春期支援指導加算 2
    - (1) 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。） **500点**
    - (2) (1)以外の場合
      - ① 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から**1年以内**の期間に行った場合 **400点**
      - ② ①以外の場合 **100点**
- 【施設基準】（抜粋）
- 児童思春期支援指導加算 2の施設基準
    - ・ 当該保険医療機関が過去3か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が、**月平均4人以上**であること。

### 臨床心理技術者に係る経過措置の見直し

- 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。

# 情報通信機器を用いた精神療法の見直し

## 情報通信機器を用いた精神療法の見直し

- 「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」の策定を踏まえ、指針に沿った形で行われている 初診からの精神療法について新たに評価を行う とともに、要件を見直す。

### 現行

#### 【通院精神療法】

- イ (略)  
 □ 初診料を算定する初診の日に行った場合  
 ハ イ及び□以外の場合  
 (1) 30分以上 (精神保健指定医による場合) 357点  
 (2) 30分未満 (精神保健指定医による場合) 274点

### 改定後

#### 【通院精神療法】

- イ (略)  
 □ 初診料を算定する初診の日に行った場合  
(1) 60分以上 (精神保健指定医による場合) 566点  
(2) 30分以上 (精神保健指定医による場合) 479点  
 ハ イ及び□以外の場合  
 (1) 30分以上 (精神保健指定医による場合) 357点  
 (2) 30分未満 (精神保健指定医による場合) 274点

#### [算定要件] (初診において行う場合)

- 当該保険医療機関と連携体制を構築する精神保健福祉センター、保健所及び市区町村機関等が訪問指導等を行っている未治療者、治療中断者又はひきこもりの者等に対して行うこと。
- 患者自身に受診希望があること。
- 診察時に患者の側に精神保健福祉センター、保健所及び市区町村の当該患者に対して訪問指導等を行っている医師、保健師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等の精神保健福祉に携わる専門職がいる状況であり、十分な情報収集や情報共有が可能であること。
- オンライン精神療法を10症例以上の経験を有する医師が診察を行うこと。

#### [施設基準] (一部抜粋)

診療所においては、精神科救急医療確保事業において常時対応型施設若しくは病院群輪番型施設として指定を受けている又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている病院 (以下この項において連携病院という。) と連携し、以下を満たすことでも時間外対応に係る要件を満たすこととする。

- 1年に1回以上、連携病院に入院中の患者に対して共同指導を行うことで、退院時共同指導料1又は精神科退院時共同指導料1を算定していること。
- 当該診療所に通院している患者への時間外や休日の対応及び緊急時の入院受け入れを連携病院が行うこと、連携病院から退院した患者を当該診療所において受け入れること等、相互に連携しており、緊急患者の受け入れに当たっては、連携病院が当該診療所に対して、常時連絡できる連絡先を伝えていること。こうした内容を含め、明確に連携していることを示す文章を取り交わしていること。
- 連携している病院名及び連絡先を診療所内に掲示していること。

# 訪問診療

# ① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し

## 在宅医療充実体制加算の新設及び在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の廃止

- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、在宅医療充実体制加算に名称を変更した上で、要件及び評価を見直す。

### 現行

#### 【在宅時医学総合管理料】

##### 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	400点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	200点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	100点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	85点
(5) (1)から(4)まで以外の場合	75点

#### 【施設入居時等医学総合管理料】

##### 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	300点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	150点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	75点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	63点
(5) (1)から(4)まで以外の場合	56点

#### 【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

##### 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 100点

#### 【ターミナルケア加算】

##### 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 1,000点

#### 【在宅がん医療総合診療料】

##### 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 150点

#### 【施設基準】

在宅緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。

### 改定後

#### 【在宅時医学総合管理料】

##### 在宅医療充実体制加算

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	<u>800点</u>
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>400点</u>
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	<u>200点</u>
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	<u>170点</u>
(5) (1)から(4)まで以外の場合	<u>150点</u>

#### 【施設入居時等医学総合管理料】

##### 在宅医療充実体制加算

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	<u>600点</u>
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>300点</u>
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	<u>150点</u>
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	<u>126点</u>
(5) (1)から(4)まで以外の場合	<u>112点</u>

#### 【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

##### 在宅医療充実体制加算 200点

#### 【ターミナルケア加算】

##### 在宅医療充実体制加算 2,000点

#### 【在宅がん医療総合診療料】

##### 在宅医療充実体制加算 300点

#### 【施設基準】

地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。



## 在宅医療充実体制加算の新設②

### 在宅医療充実体制加算の施設基準

➤ **地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療**を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。

[具体的な要件の概要]

充実した人員等の体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅医療を担当する<b>常勤換算医師数が3名以上かつ常勤医師数が2名以上配置</b>していること。</li> <li>○ 機能強化型の在支診・病であって、<b>自院単独で24時間連絡体制及び往診体制を確保</b>していること。</li> </ul>
看取り・緩和ケア等の提供機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 過去1年間で、緊急往診の実績を<b>30件以上かつ看取りの実績を30件以上有</b>すること。</li> <li>○ <b>緩和ケア研修を修了している常勤の医師</b>が、在宅医療を担当していること。</li> <li>○ 末期の悪性腫瘍等の患者自らが注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、オピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。</li> <li>○ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師が在宅医療を担当していること。</li> <li>○ 看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示等、患者への必要な情報提供を行うこと。</li> </ul>
重症患者の診療体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 当該保険医療機関が在宅医療を提供する患者のうち、「<b>別表第8の2</b>」に<b>該当する重症度の高い患者が2割以上</b>であること。</li> <li>○ 訪問診療を担当する時間について常勤換算した<b>医師数1人当たりの、訪問診療を実施する患者の実人数が100人以下</b>であること。</li> </ul>
I C Tを活用した多職種連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>在宅医療情報連携加算に係る届出を行っていること。</b></li> </ul>
医師等の教育実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 過去2年度以内に、以下のいずれかの実績があること。<b>(在宅医療に携わるものに限る。)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・大学の医学部医学科の単位認定を目的とした<b>地域医療実習生</b>の受入</li> <li>・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設として、<b>地域医療の研修を目的とした研修医</b>の受入</li> <li>・<b>内科領域、総合診療領域又は小児科領域</b>の専門研修基幹施設又は専門研修連携施設として、<b>専門研修を目的とした専攻医</b>の受入</li> <li>・地域枠等の卒業後に都道府県内で<b>一定期間医師として就業する契約を当該都道府県と締結している医師又はこれに準ずる医師</b>（研修医を含む。）の受入</li> </ul> </li> </ul>
在宅データの提出	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>在宅データ提出加算に係る届出を行っていることが望ましいこと。</b></li> </ul>

# (参考) 在宅療養支援診療所・病院の施設基準

	在宅療養支援診療所			在宅療養支援病院		
	機能強化型		従来型	機能強化型		従来型
	単独型	連携型		単独型	連携型	
全ての 在支診・在支 病の基準	① 24時間の連絡応需体制 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑦ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑧ 介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい ⑨ <u>業務継続計画の策定</u>			① 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満 ② 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること		
機能強化型 在支診・在支 病に追加で求 める基準	① 在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上 ② 過去1年間の緊急往診の実績が10件以上	① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上 ② 過去1年間の緊急往診の実績が連携内で10件以上、かつ、各医療機関で4件以上 ③ <u>自院での連続する24時間の往診体制を月に4回以上確保</u>	① 在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上 ② 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績が10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上 ② 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績が10件以上、かつ各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	④ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが4件以上 ⑤ 在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい ⑥ 3月に2,100回以上訪問診療を実施する場合、在宅データ提出加算の届出	④ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが4件以上 ⑤ 在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい ⑥ 3月に2,100回以上訪問診療を実施する場合、在宅データ提出加算の届出

## 在宅療養支援診療所・病院の見直し①

### 連携型機能強化型在宅療養支援診療所の細分化

- 連携型機能強化型在宅療養支援診療所において、地域の24時間医療提供体制を支える医療機関を更に評価する観点から、平時から訪問診療等を行っている医師により、時間外往診体制を確保している施設と、それ以外の施設に評価を分ける。

#### 現行

【連携型機能強化型在宅療養支援診療所】

他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（中略）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア・イ （略）

ウ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。（後略）

エ～ツ （略）



#### 改定後

【連携型機能強化型在宅療養支援診療所】

他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（中略）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれかに該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア 以下の要件のいずれにも該当すること。

①・② （略）

③ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。また、当該保険医療機関において普段から訪問診療等（往診担当日の前日又はそれ以前において当該保険医療機関の診療録を閲覧できる医師であって、必要に応じて往診の対象となる患者の診療方針等について訪問診療を行う医師と共有している、当該保険医療機関からの往診経験を10回以上有する往診担当医師を含む。）を行う医師による、連続する24時間の往診体制を月に4回以上確保していること。（後略）

④～⑱ （略）

イ 以下の要件のいずれにも該当すること。

※現行と同様

※ 機能強化型在宅療養支援診療所としての点数（往診加算、在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料）は、今後はアのみが対象となり、イの場合（現行の機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準のうちアを満たさない場合は在宅療養支援診療所としての点数を算定する。

なお、アが連携型機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準を満たすためには、引き続き、ア・イのいずれと連携することも可能。

## 在宅療養支援診療所・病院の見直し②

### 第三者による連絡体制・往診体制の代行に係る要件の明確化

- 安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、**第三者（株式会社等）の利用によって24時間連絡体制及び往診体制を確保する場合に係る要件を明確化する。**

#### 現行

【単独型機能強化型在宅療養支援診療所】  
診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア (略)

イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

ウ 当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。（後略）

エ～ツ (略)

#### 改定後

【単独型機能強化型在宅療養支援診療所】  
診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア (略)

イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。**また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、当該保険医療機関において当該コールセンター等からの連絡を24時間受ける体制を確保していること。**

ウ 当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。  
（中略）**なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合であっても、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談し、診療方針等の共有を行っている者に限られるものであり、それ以外の者が往診することは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時1人以下であること。**

エ～ツ (略)

※ 他の在宅療養支援診療所及び病院においても同様。

## 在宅療養支援診療所・病院の見直し③

### 業務継続計画の策定

- 災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、在宅療養支援診療所・病院の要件に、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを追加する。

#### 現行

【在宅療養支援診療所・病院】  
【施設基準】  
(新設)



#### 改定後

【在宅療養支援診療所・病院】  
【施設基準】  
「BCP策定の手引き」(厚生労働省在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業専門家委員会作成)等を参考に、当該保険医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において在宅医療の提供を行う患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画(以下この項において「業務継続計画」という。)を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

### 看取り数等の報告要件の削除

- 業務の簡素化を図る観点から、看取り数等の報告に係る要件を削除する。

#### 現行

【在宅療養支援診療所・病院】  
【施設基準】  
年に1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。



#### 改定後

【在宅療養支援診療所・病院】  
【施設基準】  
(削除)

## 【在宅療養支援診療所・病院】

**問88** 「患者の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。」とあるが、**氏名を明らかにせずに説明することは可能か。**

**答88** **不可。**当該保険医療機関（連携型機能強化型在宅療養支援診療所・病院の場合は連携体制を構築するいずれかの保険医療機関）において雇用契約のない医師を当該文書に掲載することも認められない。

**問89** 「やむを得ない事由により患者に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るもの」によって往診体制を確保することとされているが、**面談はどのように実施すればよいか。**

**答89** 往診担当日の前日以前に、往診医が当該保険医療機関に直接訪問することによる**対面での面談又は当該保険医療機関が開催若しくは参画するカンファレンスへの対面での出席**により、実施すること。なお、カンファレンスには、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院の施設基準に「当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月 1 回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。」として定めるカンファレンスを含む。

**問90** 「やむを得ない事由により患者に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るもの」によって往診体制を確保することとされているが、**診療方針等の共有とは具体的にどのような情報を共有するのか。**

**答90** **以下を含むものであること。**

- ・ 当該保険医療機関が訪問診療を実施している患者の診療情報（特に直近の訪問診療日に増悪があった患者や往診担当日に急変の可能性のある患者については、その詳細）や今後の診療方針等
- ・ 緊急時の入院医療機関の連絡先等、地域ごとの医療提供体制に関する特有の情報
- ・ 当該保険医療機関における物品（医療材料等）や電子カルテの使用方法等、診療を実施する上で必要な事項

## 【在宅療養支援診療所・病院】

**問91** 「当該診療所において、患家の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。（中略）なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るものとし、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時 1 人以下であること。」とあるが、**患家に文書で提供している往診担当医についても、事前の面談は必要か。**

**答91** 往診担当医が**当該保険医療機関において訪問診療等に従事している、又は訪問診療等に従事している医師と同じ保険医療機関内で日常的に対話をしている医師以外の医師**の場合は、面談が必要。面談の実施方法及び共有すべき内容については、患家に事前に氏名を提供していない往診医の場合（問88 及び問89）と同様とする。

## 【連携型在宅療養支援診療所・病院】

**問92** 特掲診療料の施設基準通知第9の1の（2）のアの③に定める、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の24 時間往診体制の要件における「往診担当日の前日又はそれ以前において当該保険医療機関の診療録を閲覧できる医師であって、必要に応じて往診の対象となる患者の診療方針等について訪問診療を行う医師と共有している、当該保険医療機関からの往診経験を10 回以上有する往診担当医師」が往診を担当する場合、診療方針等の共有とは具体的にどのような情報を共有するのか。

**答92** 以下を含むものであること。

- ・ 当該保険医療機関が訪問診療を実施している患者の診療情報（特に直近の訪問診療日に増悪があった患者や往診担当日に急変の可能性のある患者については、その詳細）や今後の診療方針等
- ・ 緊急時の入院医療機関の連絡先等、地域ごとの医療提供体制に関する特有の情報
- ・ 当該保険医療機関における物品（医療材料等）や電子カルテの使用方法等、診療を実施する上で必要な事項

# 在宅医療情報連携加算の見直し

## 使用可能なICTの要件等の明確化

- 在宅医療情報連携加算について、適切な情報連携体制を整備する観点から、使用することができるICTの要件等について、明確化を行う。

### 現行

#### 【在宅医療情報連携加算】 〔施設基準〕

- (1) 連携機関とICTを用いて共有し、当該情報について常に確認できる体制を有している医療機関であること。  
(新設)
- (3) 地域において、連携機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には、連携体制を構築すること。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。
- (2)・(4)・(5) (略)

※ 在宅歯科医療情報連携加算についても同様。

### 改定後

#### 【在宅医療情報連携加算】 〔施設基準〕

- (1) 連携機関とICTを用いて共有し、当該情報について常に確認できる体制を有している医療機関であること。
- (2) (1)の体制は、以下の全ての要件を満たすものであること。
  - ア 記録された患者の診療情報等については、連携機関間の協議に基づき、一元的に管理されたサーバーで保管されていること。
  - イ 診療情報等の共有について、患者、その家族又は連携機関（以下「参加者」という。）のうち、患者が同意した者のみにおいて、保管された当該情報の共有がICTを用いて行われるものであること。
  - ウ 参加者の範囲を随時設定することが可能であること。なお、情報の内容に応じて、参加者のうち情報共有される者の範囲を任意に設定できるICTを用いることが望ましい。
  - エ 参加者が、保管された当該情報について、常時、閲覧・取得を行うことが可能であること。なお、保管された当該情報が、患者ごとに、時系列で速やかに表示されるICTを用いること。
  - オ 参加者が、常時、必要な診療情報等を共有できること。なお、文字情報の共有だけではなく、画像・映像の共有等の機能を有するICTを用いることが望ましい。
  - カ 体制の整備にあたっては、一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会（HISPRO）が公表している「医療情報連携において、SNSを利用する際に気を付けるべき事項」におけるプライベートSNSに係る事項を参考とすること。
  - キ 安全な通信環境を確保するために、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参考とすること。
- (4) 地域において、連携機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には当該体制を運営する関係者の間で定めた取り決めに基づき、連携体制を構築すること。なお、連携体制が煩雑なものとならないよう、地域で同一の連携体制を構築することが望ましい。
- (3)・(5)・(6) (略)



# 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し

## 月2回以上訪問診療区分における重症患者割合要件の新設

- 患者の医療・介護の状態を踏まえた適切な訪問診療の提供を推進する観点から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の「月2回以上訪問診療を行っている場合（難病等を除く。）」の算定に当たって、月2回以上の訪問診療を行う患者数に占める重症度の高い患者（別表第8の2）と包括的支援加算の対象患者（別表第8の3）のいずれかに該当する患者割合が2割以上であることを要件に追加する。

### 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】

注16 月2回以上訪問診療を行っている場合（1のイの(2)、1のイの(3)、1のロの(2)、1のロの(3)、2のロ、2のハ、3のロ及び3のハ）について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、月1回訪問診療を行っている場合（それぞれ1のイの(4)、1のイの(4)、1のロの(4)、1のロの(4)、2のニ、2のニ、3のニ及び3のニ）を算定する。

#### 【別に厚生労働大臣が定める基準】

以下のいずれかに該当すること。

- 直近3か月に、在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月未満であること。
- 直近3か月に、在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月以上であり、次を満たすこと。

$$\left[ \begin{array}{l} \text{在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の} \\ \text{「別に厚生労働大臣が定める状態の患者} \\ \text{〈別表第8の2に該当する患者〉に対し、} \\ \text{月2回以上訪問診療を行っている場合」の算定回数} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{l} \text{在宅患者訪問診療料を} \\ \text{月2回以上算定し、} \\ \text{包括的支援加算を算定する患者の} \\ \text{延べ訪問診療月数} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{l} \text{在宅がん医療総合診療料} \\ \text{を算定する患者の} \\ \text{延べ訪問診療月数} \end{array} \right] \geq 0.2$$

（注1）

注1 ただし、当該保険医療機関において、4か月前から1年前までの間に3月以上連続して訪問診療を行った後、当該保険医療機関の外来を直近3か月のうち1月以上を含む連続した3月受診した患者数がある場合は、当該患者数に3月を乗じた月数を差し引くことができる。

※ 当該基準の該当可否については、毎年2月、5月、8月及び11月に確認し、変更がある場合は同月中に速やかに届出を行うこと。

## 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

### (参考) 重症度の高い患者等

#### 重症度の高い患者 (別表第8の2)

- 1 次に掲げる疾患に罹患している患者  
末期の悪性腫瘍、スモン、指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を越える褥瘡
- 2 次に掲げる状態の患者  
在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態、在宅血液透析を行っている状態、在宅酸素療法を行っている状態、在宅中心静脈栄養法を行っている状態、在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態、在宅自己導尿を行っている状態、在宅人工呼吸を行っている状態、植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態、肺高血圧症であってプロスタグランジンI<sub>2</sub>製剤を投与されている状態、気管切開を行っている状態、気管カニューレを使用している状態、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

#### 包括的支援加算の対象患者 (別表第8の3)

以下のいずれかに該当する患者

- 要介護3以上に相当する患者
- 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者
- 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- 麻薬の投薬を受けている患者
- 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

# 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

## (参考) 令和8年度改定事項と在医総管・施設総管の関係

② 連携型機能強化型在支診の細分化

③ 第三者による連絡体制・往診体制の代行に係る要件の明確化

	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)					連携型機能強化型在支診 (往診体制未確保)・ 従来型在支診・在支病					その他				
	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~	1人	2~9人	10人~19人	20人~49人	50人~
<b>在宅時 医学総合管理料</b>																				
①月2回以上訪問 (難病等)	5,385	4,485	2,865	2,400	2,110	4,985	4,125	2,625	2,205	1,935	4,585	3,765	2,385	2,010	1,765	3,285	2,820	1,785	1,500	1,315
②月2回以上訪問	4,485	2,385	1,185	1,065	905	4,085	2,185	1,085	970	825	3,685	1,985	985	875	745	2,735	1,460	735	655	555
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	3,014	1,670	865	780	660	2,774	1,550	805	720	611	2,554	1,450	765	679	578	2,014	1,165	645	573	487
④月1回訪問	2,745	1,485	765	670	575	2,505	1,365	705	615	525	2,285	1,265	665	570	490	1,745	980	545	455	395
⑤(うち2月日は情報通信機器を用いた診療)	1,500	828	425	373	317	1,380	768	395	344	292	1,270	718	375	321	275	1,000	575	315	264	225
<b>施設入居時等 医学総合管理料</b>																				
①月2回以上訪問 (難病等)	3,885	3,225	2,865	2,400	2,110	3,585	2,955	2,625	2,205	1,935	3,285	2,685	2,385	2,010	1,765	2,435	2,010	1,785	1,500	1,315
②月2回以上訪問	3,185	1,685	1,185	1,065	905	2,885	1,535	1,085	970	825	2,585	1,385	985	875	745	1,935	1,010	735	655	555
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,234	1,250	865	780	660	2,054	1,160	805	720	611	1,894	1,090	765	679	578	1,534	895	645	573	487
④月1回訪問	1,965	1,065	765	670	575	1,785	975	705	615	525	1,625	905	665	570	490	1,265	710	545	455	395
⑤(うち2月日は情報通信機器を用いた診療)	1,110	618	425	373	317	1,020	573	395	344	292	940	538	375	321	275	760	440	315	264	225

① 月2回区分における重症患者割合要件の新設

オンライン診療

# D to P with N のオンライン診療の評価に係る全体像（イメージ）

(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）

(B) 予定された訪問看護がない場合

① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合

- 【医療機関で算定】
- 情報通信機器を用いた診療
  - 訪問看護の費用**（在宅患者訪問看護・指導料等）

- 【医療機関で算定】
- 情報通信機器を用いた診療
  - 訪問看護遠隔診療補助料**（在宅患者訪問看護・指導料は算定不可）

② 訪問看護の指示を受けた訪問看護STの看護師等の場合

- 【医療機関で算定】
- 情報通信機器を用いた診療
- 【訪看STで算定】
- 指定訪問看護の費用**（訪問看護療養費）

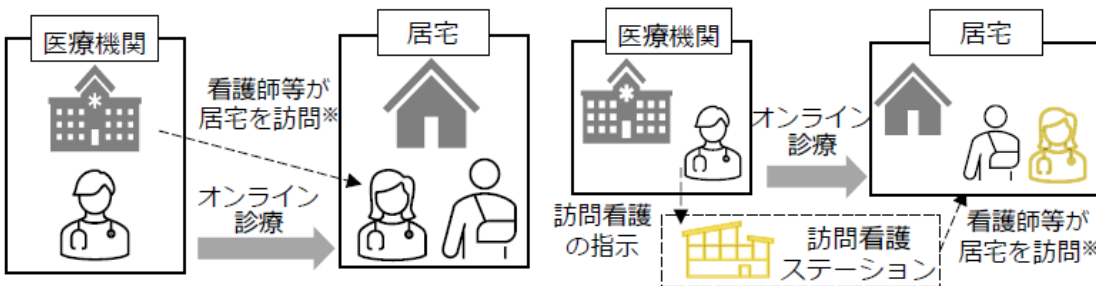
- <医療保険の訪問看護対象者>
- 情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】
  - 訪問看護遠隔診療補助料** 【訪看STで算定】
- <医療保険の訪問看護対象者以外の場合>
- 情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】
  - 訪問看護遠隔診療補助料** 【医療機関で算定 ※合議精算】

検査：[看護師等遠隔診療検査実施料](#)（第3節生体検査料、第4節診断穿刺・検体採取料） [第1節検体検査料は別途算定可](#)  
 注射：[看護師等遠隔診療注射実施料](#)  
 処置：[看護師等遠隔診療処置実施料](#) **薬剤料、特定保険医療材料料は別途算定可**

① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合

② 訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等の場合

(※) 看護師等が患者の居宅を訪問する場合における、訪問看護との関係



状況	想定される事例
(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 訪問時に緊急に医師の診察が必要であると判断した場合</li> <li>✓ 予め訪問看護と医師の診察を同時刻に予定している場合</li> </ul>
(B) 予定された訪問看護がない場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医師の診察の補助の目的で訪問した場合</li> </ul>

## D to P with N のオンライン診療の評価の明確化①

### 訪問看護遠隔診療補助料の新設

- 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、訪問看護を同時に実施しない場合であって、看護師等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) 訪問看護遠隔診療補助料（1日につき） 265点

#### [留意事項通知（主なもの）]

- 訪問看護遠隔診療補助料は、保険医療機関の医師が、情報通信機器を用いた診療に際し、当該保険医療機関の看護師等が行う指定訪問看護・指導又は訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護計画書に基づいて行う指定訪問看護以外の場面で、在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断した場合に、患者の同意を得て、看護師等が患家を訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合に、月に1回に限り算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等により規定する場合を除く。）については、算定しない。
- 訪問看護遠隔診療補助料は、看護師等が患者と同席の下で行う診療のうちア又はイの場合における看護師等による訪問を評価するものである。
  - ア 医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関自身が当該診療時に看護師等を患家に訪問させる場合
  - イ 医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、当該保険医療機関と連携する訪問看護ステーションによる訪問を併用して行われる場合
- 当該点数を算定する場合、「C005」在宅患者訪問看護・指導料、「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、「C007」訪問看護指示料、「I012」精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費は別に算定できないが、「C005-2」在宅患者訪問点滴注射管理指導料は算定できる。
- 緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに対して行う場合については、患者又は家族等の患者の看護等に当たる者が、当該保険医療機関に対し緊急に直接診療を求め、当該保険医療機関の医師が、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断し、可及的速やかに患家に看護師等を訪問させて診療の補助を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に情報通信機器を用いた診療を行った場合には算定できない。
- 注1に規定する訪問看護ステーションの看護師等が訪問し診療の補助を行う場合、次の点に留意すること。
  - ア 患家への訪問は当該保険医療機関の依頼と患者の同意に基づき行われるものであることから、訪問にあたって訪問看護指示書の交付は不要。
  - イ 患家において行う情報通信機器を用いて行う診療の補助については、診療時に医師が情報通信機器を用いて指示を行う等の方法により、医師の指示に基づいて行うものであること。
  - ウ 当該点数は訪問看護ステーションからの訪問を評価したものであることから、当該診療報酬については、保険医療機関と訪問看護ステーションの間で合議の上、費用の精算を行うものとする。
  - エ 第3部検査等を含む当該診療の補助に伴う診療報酬の請求については、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### [施設基準]

- 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。

## D to P with N のオンライン診療の評価の明確化②

### 訪問看護遠隔診療補助料の新設②

- 訪問看護指示書の有効期間内の利用者について、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外で、主治医が情報通信機器を用いた診療に際し、看護職員が利用者と同席の下で緊急に診療を受ける必要があると判断した場合に、利用者の同意を得て、訪問看護ステーションの看護職員が訪問し、診療の補助を行うことに係る評価を新設する。

### (新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき) 2,650円

#### [留意事項通知 (主なもの)]

- 主治医から訪問看護指示書を受けた利用者の訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、主治医が情報通信機器を用いた診療に際し、看護職員が利用者と同席の下で緊急に診療を受ける必要があると判断した場合に、利用者の同意を得て、看護職員が訪問し、診療の補助を行うことについて評価するものであること。
- 訪問看護ステーションの利用者に対して、看護職員が訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合に訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、月に1回に限り算定する。
- 同一日に訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費、訪問看護ターミナルケア療養費、訪問看護ベースアップ評価料及び訪問看護物価対応料は算定できない。
- 1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。また、同一の利用者について、保険医療機関において医科点数表の区分番号C005-1-3に掲げる訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合には、算定できないこと。
- 主治医の求めに応じて、主治医の指示により、訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合における情報通信機器を用いた診療に際し、居宅を訪問し診療の補助を行った場合に算定するものであり、訪問看護指示書の有効期間内にある者のみが算定できる。有効な訪問看護指示書の交付を受けていない利用者については、当該所定額を算定できず、保険医療機関において医科点数表の区分番号C005-1-3に掲げる訪問看護遠隔診療補助料を算定するものであること。
- 居宅を訪問し診療の補助を実施した日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。指示を行った主治医は、指示内容を診療録に記録すること。
- 必要な場合は訪問看護指示の変更を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。
- オンライン指針に沿って診療及び診療の補助を行った場合に算定する。

#### [施設基準]

- 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保険医療機関と連携しながら診療の補助を行う体制が整備されていること。

## D to P with N のオンライン診療の評価の明確化③

### 算定方法の明確化

- 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、在宅患者訪問看護・指導料等との併算定方法や、検査及び処置等の算定方法を明確化する。

#### 現行

【在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料】  
[算定要件（通知）]  
(新設)

#### 改定後

【在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料】  
[算定要件（通知）]  
(36) 訪問看護・指導の実施時に当該保険医療機関の保険医が情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料は算定できる。なお、この場合においても、訪問看護・指導の実施時間は十分に確保すること。

#### (新) 看護師等遠隔診療検査実施料

イ 1種類の場合 100点      ロ 2種類の場合 150点

[算定要件]

- 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第3節又は第4節に掲げる検査を実施した場合は、看護師等遠隔診療検査実施料として、第3節又は第4節の各区分の所定点数に代えて、1日につき、いずれかを算定する。

#### (新) 看護師等遠隔診療注射実施料 100点

[算定要件]

- 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第1節に掲げる注射を実施した場合は、看護師等遠隔診療注射実施料として、第1節の各区分の所定点数に代えて1日につき、算定する。ただし、第9部通則第9号に規定する看護師等遠隔診療処置実施料のロを算定する場合は算定しない。

#### (新) 看護師等遠隔診療処置実施料

イ 1種類の場合 100点      ロ 2種類の場合 150点

[算定要件]

- 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第1節に掲げる処置を実施した場合は、看護師等遠隔診療処置実施料として、第1節の各区分の所定点数に代えて、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを算定する。

# 2026年診療報酬改定・Q&A

## 【第3部検査 第1節検体検査料 第1款検体検査実施料】 2026年4月1日 「疑義解釈（その2）」より

**問62** 「C005」在宅患者訪問看護・指導料、「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料又は「C005-1-3」訪問看護遠隔診療補助料の算定日に、看護師又は准看護師という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、**患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医療機関の看護師又は准看護師が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、第1節第1款検体検査実施料を算定することが可能か。**

**答62** 可能。

## 【訪問看護遠隔診療補助料等】 2026年5月8日 「疑義解釈（その5）」より

**Q13** 区分番号「C002」在宅時医学総合管理料及び区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料について、情報通信機器を用いた診療を行う在宅診療計画を策定し、当該診療を実施した場合、情報通信機器を用いた診療に係る基本診療料は、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問169において、別に算定できないとされているが、情報通信機器を用いた診療に際し、看護師等が患家を訪問し、医師の指示で看護師等遠隔診療検査実施料、看護師等遠隔診療注射実施料及び看護師等遠隔診療処置実施料の対象となる検査、注射又は処置を実施した場合、看護師等遠隔診療検査実施料、看護師等遠隔診療注射実施料又は看護師等遠隔診療処置実施料をそれぞれ算定できるか。また、訪問看護遠隔診療補助料は算定できるか。

**A13** 情報通信機器を用いた場合の再診料は別途算定可能であり、看護師等遠隔診療検査実施料、看護師等遠隔診療注射実施料又は看護師等遠隔診療処置実施料は要件を満たした場合にはそれぞれ算定できる。**ただし、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に包括されている処置については算定できない。また、計画的な診療に当たるため、訪問看護遠隔診療補助料は算定できない。**  
なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問169は廃止する。

## 【看護師等遠隔診療検査実施料等】

Q14

保険医療機関が表示する診療時間内に**患者が当該保険医療機関を受診した際に、やむを得ない事情等により医師が不在であった場合であって**、当該保険医療機関の保険医が当該患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、当該保険医の指示により、当該保険医療機関の看護師等が、看護師等遠隔診療検査実施料、看護師等遠隔診療注射実施料又は看護師等遠隔診療処置実施料の対象となる検査、注射又は処置を実施した場合には、それぞれ当該検査、注射又は処置に係る所定点数に代えて看護師等遠隔診療検査実施料、看護師等遠隔診療注射実施料又は看護師等遠隔診療処置実施料を算定するのか。

A14

そのとおり。

# まとめ（クリニック・外来）

## 1. かかりつけ医機能を意識した対応

- ・機能強化加算の算定
- ・時間外対応加算への挑戦（オンコール当番設定）
- ・地域包括診療加算の算定（かかりつけ医機能で求められている内容が要件：将来対策）
- ・地域包括診療料への挑戦（高齢：地域包括診療料／高齢以外：生活習慣病管理料）

## 2. 通えない、通いづらい患者さんへどのように対応するのか

- ・在宅医療　　・オンライン診療
- ・訪問看護との連携：介護保険で訪問看護を組み込みオンラインでの対応
- ・高齢家庭の増加に対応すべく、介護認定の推進（ケアマネとの連携）、介護サービスの設定

## 3. 大病院含む病院との連携強化

- ・逆紹介を受けるべく、当院の機能を紹介するパンフレット等を病院の連携室に提示

## 4. 電子カルテ含むICTへの対応強化

- ・外来データ提出が拡大していく（紙カルテによるデータ作成は非効率）
- ・看護師、医事スタッフの確保にもつながる

## 5. 人財確保のための対応

- ・ベースアップ評価料は必須

## 6. 今後の改定は総力戦

- ・全職員で改革を進めるために、これからの改革の流れと改定内容を知る。
- ・患者さんの不安や気持ちに寄り添う対応（全スタッフ）



リンクアップラボ

<http://linkuplabo.com/>

酒井 麻由美

✉ linkup@linkuplabo.com

〒812-0013

福岡市博多区博多駅東2-8-28博多Qビル4階

TEL:092-409-9783 FAX:092-409-9784

# 0100 物価対応料

## 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。

### 改定後

#### (新) 物価対応料（1日につき）

※ 1及び2の点数について、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。

1. 外来・在宅物価対応料	初診時	再診時等	訪問診療時
	2点	2点	3点
2. 入院物価対応料	14日内	15～30日内	31日以上
有床診療所入院基本料 1	72点	56点	48点
有床診療所入院基本料 2	65点	49点	44点
有床診療所入院基本料 3	48点	45点	42点
有床診療所入院基本料 4	65点	51点	43点
有床診療所入院基本料 5	58点	44点	40点
有床診療所入院基本料 6	43点	40点	38点
有床診療所療養病床入院基本料A	28点		
有床診療所療養病床入院基本料B	25点		
有床診療所療養病床入院基本料C	22点		
有床診療所療養病床入院基本料D	17点		
有床診療所療養病床入院基本料E	15点		