

1. 令和8年度診療報酬改定の概略
2. 診療報酬改定に至る道筋
3. 令和8年度診療報酬改定のポイント
  - ① 全体項目
  - ② 個別項目(外来、在宅、オンライン診療)
4. 診療報酬改定を踏まえたクリニック(外来、在宅)の戦略方針
5. まとめ

## 賃上げ・物価高騰対策

---

## 賃上げ・物価高騰対策のポイント

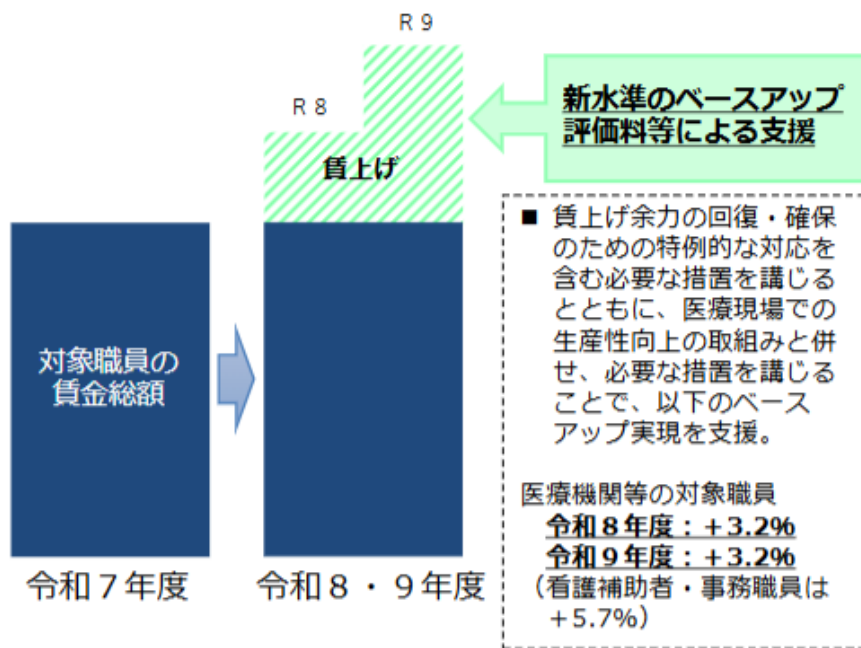
全職種(看護補助者・事務職は+5.7%、その他+3.2%)の賃上げを目指し、「ベースアップ評価料」が組み替えられ、大幅に増点。また、物価高騰対応として「物価対応料」が新設され、初再診や入院基本料に加点。入院時食事療養は1食40円、入院時生活療養の光熱水費基準は1日60円引き上げられる

- **再診料、入院基本料の加算**: 物価高対策、賃上げ原資として再診療、入院基本料を加算
- **ベースアップ評価料の大幅増点**: 対象を医療機関に勤める全職種に拡充  
**外来・在宅ベースアップ評価料(I)**: 旧来の外来・在宅ベースアップ評価料を包含して、初診時6点→17点、再診時2点→4点、訪問診療時28点→79点(同一建物外)等へ引き上げ。  
**入院ベースアップ評価料**: 旧来の入院ベースアップ評価料は入院基本料等に振り返られた上で、新たに令和8年度、9年度対策として上限が165点から250点(R9年度は500点)へ拡大され、夜勤手当への充当も可能に。また令和6年度、7年度に賃上げを実施していない場合は減算
- **物価対応料の新設**: 物価高に対応するべく新設。令和9年度は倍増予定  
**外来・在宅物価対応料**: 初診時2点、再診時2点、訪問診療時3点  
**入院物価対応料**: 急性期一般1 58点、急性期病院A 66点、療養1 18点等
- **食事・光熱水費**: 入院時食事療養費の基準額を1食40円、光熱水費基準を1日60円引き上げ。

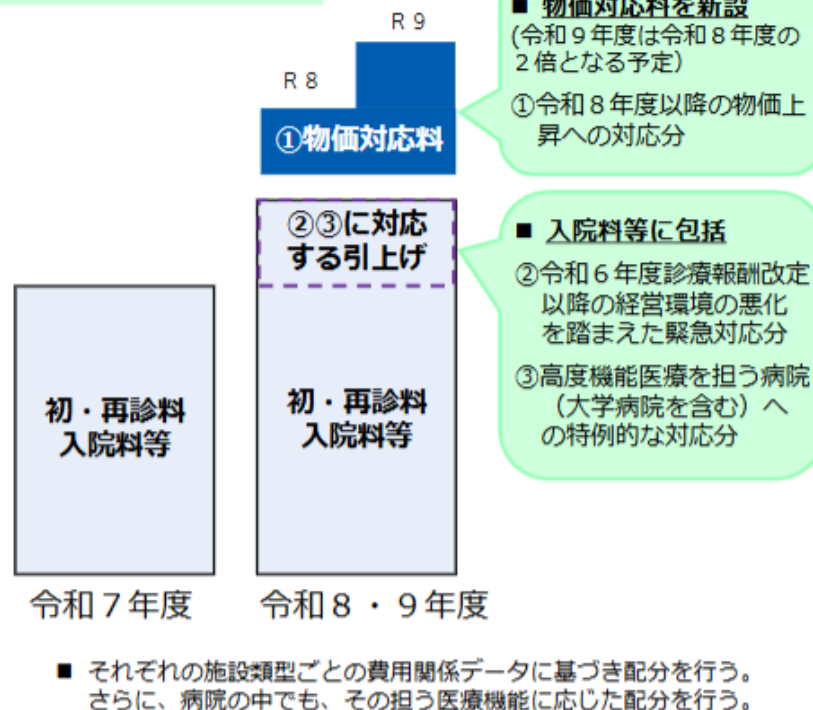
## 賃上げ・物価対応に係る全体像

### 【基本的な考え方】

#### 賃上げ対応



#### 物価対応



### 【令和8年度以降の対応】

- 令和8年度の医療機関の経営状況等について調査を実施。
- 実際に支給される給与(賞与を含む)に係る賃上げ措置の実績について詳細な把握を行う。

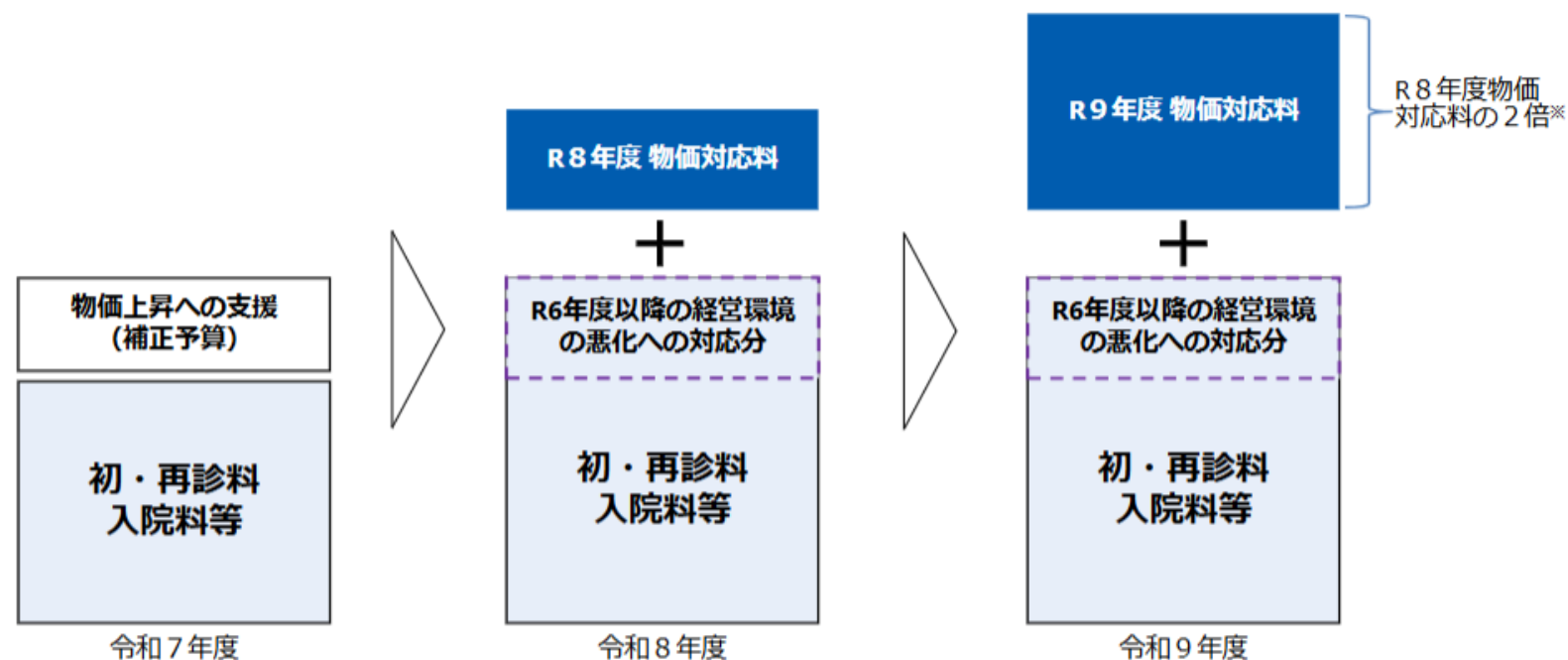


- 実際の経済・物価の動向が令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合は、令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整(特例的対応分を除く)を行う。

## 物件費の高騰を踏まえた対応の全体像

### 基本的な方針

- **令和8年度以降の物価上昇への対応については**、段階的に対応する必要があることを踏まえ、初・再診料等及び入院料等とは別に、初・再診時等及び入院料等の算定時に算定できる、**物価対応料を新設**する。
- **令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については**、令和8年度改定時に、**初・再診料等及び入院料等の評価に含める**。



※ 実際の経済・物価の動向がR8年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施 27

### 【点数】

- 物価対応料(1日につき)
- 1 外来・在宅物価対応料
  - イ 初診時 2点 (R9年度は4点)
  - ロ 再診時 2点 (R9年度は4点)
  - ハ 訪問診療時 3点 (R9年度は6点)
- 2 入院物価対応料(一部、抜粋)
  - イ 急性期病院A一般入院料 66点 (132点)
  - ニ 急性期一般入院料1 58点 (116点)
  - ヨ 療養病棟入院料1入院料1 18点 (36点)
  - イミ 精神病棟入院基本料10対1 13点 (26点)
  - イス 特定機能病院7対1 84点 (168点)
  - ハケ 地域包括医療病棟入院料1 49点 (98点)
  - ハモ 回復期リハ病棟入院料1 19点 (38点)
  - ニハ 地域包括ケア病棟入院料1(40日以内) 27点 (54点)

## 再診料、入院基本料等の見直し

### 物件費の高騰等を踏まえた対応③

#### 入院基本料等の見直し

- 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や、継続的な賃上げに係る評価を行う必要があることを踏まえ、基本診療料等について点数を引き上げる。

現行		改定後	
【初診料】	291点	【初診料】	291点
【再診料】	75点	【再診料】	76点
【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料 1	1,688点	【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料 1	1,874点
【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料 1 入院料 1	1,964点	【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料 1 入院料 1	2,035点
【精神病棟入院基本料】 10対1入院基本料 1	1,306点	【精神病棟入院基本料】 10対1入院基本料 1	1,471点
【特定機能病院入院基本料】 特定機能病院入院基本料 7対1入院基本料（一般病棟）	1,822点	【特定機能病院入院基本料】 特定機能病院A入院基本料 7対1入院基本料（一般病棟）	2,146点
【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料	3,050点	【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料 1 入院料 1	3,367点
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 回復期リハビリテーション病棟入院料 1	2,229点	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 回復期リハビリテーション病棟入院料 1	2,346点
【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料 1 (40日以内)	2,838点	【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料 1 (40日以内)	2,955点

※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。

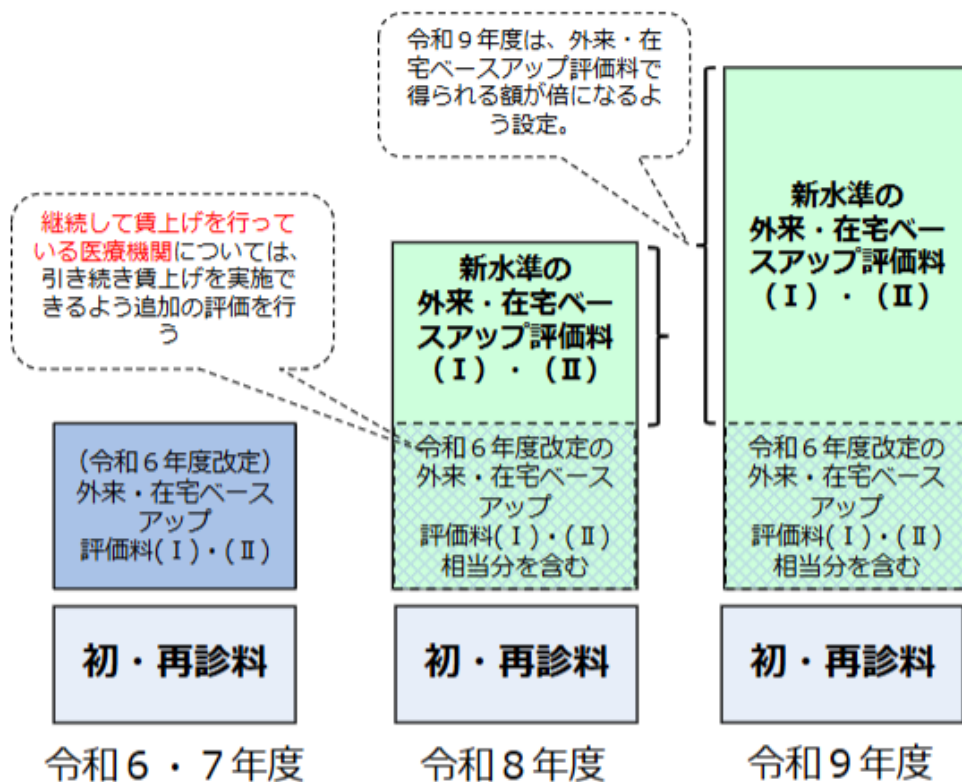
#### 【点数】(一部、抜粋)

- 再診料 **76点(+1点)**
- 地域包括診療料1 **1,661点(+1点)**
- 地域包括診療料2 **1,601点(+1点)**
- 小児かかりつけ診療料1  
(再診時・処方箋交付) **459点(+1点)**
- 小児かかりつけ診療料1  
(再診時・処方箋交付しない) **577点(+1点)**
- 小児科外来診療料  
(再診時・処方箋交付) **411点(+1点)**
- 小児科外来診療料  
(再診時・処方箋交付しない) **529点(+1点)**
- 在宅患者訪問診療料(I)1  
イ 同一建物居住者以外 **890点(+2点)**
- 在宅患者訪問診療料(I)1  
ロ 同一建物居住者 **215点(+2点)**
- 在宅患者訪問診療料(I)2  
イ 同一建物居住者以外 **886点(+2点)**
- 在宅患者訪問診療料(I)2  
ロ 同一建物居住者 **189点(+2点)**

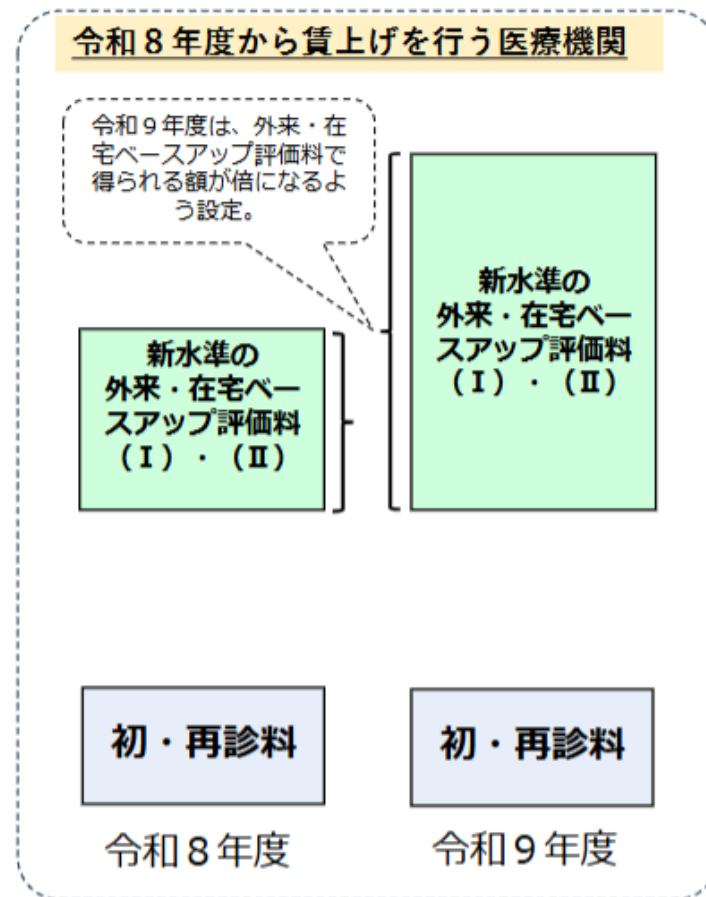
## 令和8年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【外来・在宅】

- ▶ 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関における賃上げ対応は、①新たな賃上げ目標に対応するための外来・在宅ベースアップ評価料の水準等の見直し、②令和6年度改定の外来・在宅ベースアップ評価料に相当する追加的評価の新設の2つの観点から、対応を行う。
- ▶ 令和9年度においては、①に相当する点数を倍増する。

### 令和7年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



### 令和8年度から賃上げを行う医療機関



## 賃上げに向けた評価の見直し①

### 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の見直し

- ▶ 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関において、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、ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大した上で、評価を見直す。

現行		改定後	
【外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)】		【外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)】	
1 初診時	6点	1 初診時	17点
2 再診時等	2点	2 再診時等	4点
3 訪問診療時		3 訪問診療時	
イ 同一建物居住者等以外の場合	28点	イ 同一建物居住者等以外の場合	79点
ロ イ以外の場合	7点	ロ イ以外の場合	19点
【算定要件】(抜粋) 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき、(中略)所定点数を算定する。		【算定要件】(抜粋) 当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき、(中略)所定点数を算定する。	
【施設基準】(抜粋) 主として医療に従事する職員が勤務していること。		【施設基準】(抜粋) 当該保険医療機関に勤務する職員がいること。	

- ▶ 全てのベースアップ評価料について、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。
- ▶ 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。

	令和8年6月～令和9年5月		令和9年6月～	
	新たに賃上げを行う施設	継続的賃上げ実施施設	新たに賃上げを行う施設	継続的賃上げ実施施設
初診時	17点	23点	34点	40点
再診時	4点	6点	8点	10点
訪問診療時 (同一訪問診療時以外)	79点	107点	158点	186点
訪問診療時 (同一訪問診療時)	19点	26点	38点	45点

### 【点数】

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

#### <新たに賃上げを行う施設>

- 1 初診時 17点(+11点) →R9 34点
- 2 再診時等 4点(+2点) →R9 8点
- 3 訪問診療時
  - イ 同一建物居住者等以外  
79点(+51点) →R9 158点
  - ロ イ以外の場合  
19点(+12点) →R9 38点

#### <継続的賃上げ実施施設>

- 1 初診時 23点(+17点) →R9 40点
- 2 再診時等 6点(+4点) →R9 10点
- 3 訪問診療時
  - イ 同一建物居住者等以外  
107点(+79点) →R9 186点
  - ロ イ以外の場合  
26点(+19点) →R9 45点

## 賃上げに向けた評価の見直し②

### 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の見直し

- ▶ 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関において、賃金のさらなる改善が必要である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、評価を見直す。

現行			改定後	
【外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)】				
1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1		⇒	1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	8点		イ 初診又は訪問診療を行った場合	8点
□ 再診時等	1点		□ 再診時等	1点
~			~	
8 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8			<b>12※</b> 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) <b>12</b>	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	64点		イ 初診又は訪問診療を行った場合	<b>96点</b>
□ 再診時等	8点		□ 再診時等	<b>12点</b>
			※令和9年6月以降は、24区分まで拡大する。	

- ▶ 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。
- ▶ 全てのベースアップ評価料について、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。

	令和8年6月~令和9年5月				令和9年6月~			
	新たに賃上げを行う施設		継続的賃上げ実施施設		新たに賃上げを行う施設		継続的賃上げ実施施設	
	イ	ロ	イ	ロ	イ	ロ	イ	ロ
区分1	8点	1点	16点	2点	8点	1点	16点	2点
...	...	...	...	...	...	...	...	...
区分12	96点	12点	160点	20点	96点	12点	128点	16点
...	-	-	-	-	...	...	...	...
区分24	-	-	-	-	192点	24点	256点	32点

11

### 【点数】

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

#### <新たに賃上げを行う施設>

- 9 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)9
    - イ 初診又は訪問診療を行った場合 72点
    - ロ 再診時等 9点
  - ...
  - 12 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12
    - イ 初診又は訪問診療を行った場合 96点
    - ロ 再診時等 12点
- (R9年6月以降は、24区分まで拡大)

#### <継続的賃上げ実施施設>

- 1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
    - イ 初診又は訪問診療を行った場合 16点
    - ロ 再診時等 2点
  - ...
  - 9 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)9
    - イ 初診又は訪問診療を行った場合 120点
    - ロ 再診時等 15点
  - ...
  - 12 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12
    - イ 初診又は訪問診療を行った場合 160点
    - ロ 再診時等 20点
- (R9年6月以降は、24区分まで拡大)

## ベースアップ評価料に関する主な変更点① (内容)

➤ ベースアップ評価料の算定要件・施設基準について、以下の変更を行う。

現行	改定後
○賃上げの目標 令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%、計4.5%の賃上げを目指す	○賃上げの目標 令和8年度に3.2% (看護補助者・事務職員は5.7%)、令和9年度にさらに3.2% (看護補助者・事務職員は5.7%) の賃上げを目指す
○対象となる施設 保険医療機関、訪問看護ステーション	○対象となる施設 保険医療機関、 <b>保険薬局</b> 、訪問看護ステーション
○対象となる職員 主として医療に従事する職員 (医師、歯科医師、専ら事務作業を行う事務職員等を除く。) 例) 薬剤師・看護師・看護補助者 等	○対象となる職員 <b>当該保険医療機関に勤務する職員</b> (40歳以上の医師・歯科医師・薬局薬剤師、業務委託により勤務する者を除く。経営者、法人役員を含まない。) 例) 左記の対象職員に加え、 <b>40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師、事務職員</b> 等
○ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法 (入院B U評価料の場合) 12か月の対象職員の給与総額 (賞与、法定福利費等を含む) の1月あたりの平均値の2.3%  (外来・在宅B U評価料(Ⅱ)、訪看B U評価料(Ⅱ)) の場合) 12か月の対象職員の給与総額 (賞与、法定福利費等を含む) の1月あたりの平均値の1.2%	○ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法 (入院B U評価料の場合) 以下を合計したもの ◆医師・歯科医師以外 「 <b>月額賃金総額</b> 」(基本給等と、時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計) に、定められた率 (賃上げ目標×1.29) を乗じた額 ◆40歳未満の医師・歯科医師 常勤・非常勤 (22時間以上) ごとの人数に、定められた額を乗じた額 (外来・在宅B U評価料(Ⅱ)、訪看B U評価料(Ⅱ)) の場合) <b>上記を2で割ったもの</b>
○ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲 基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分	○ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲 基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分 ※恒常的に夜間を含む交代制勤務を取っている職員に支払う夜勤手当は、毎月支払われる手当に準じて、基本給等に含めて良いこととする。
○賃金の改善 (賃上げ実績) の判断材料 「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分	○賃金の改善 (賃上げ実績) の判断材料 ※現行と同様の考え方だが、次のように明確化する。 「賃金改善前 (令和8年3月又は5月時点) の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分

## ベースアップ評価料に関する算出方法の概要

### ベースアップ評価料の区分決定における「賃金改善算定基礎額」の算出方法

- 入院B U評価料、外来・在宅B U評価料(Ⅱ)、訪問看護B U評価料(Ⅱ)等では、届出時に、区分決定のために、「賃金改善算定基礎額」(=ベースアップ評価料により当該医療機関に支払われる見込みとなる賃金改善原資の月当たりの総額に相当)の算出が必要。  
※外来・在宅B U評価料(Ⅰ)、訪問看護B U評価料(Ⅰ)、調剤B U評価料では算出は不要。
- 「賃金改善算定基礎額」は、対象職員の月額賃金総額、40歳未満の医師・歯科医師数に基づいて算出する。



- 「賃金改善算定基礎額」を、B U評価料の算定見込み回数(入院では延べ入院患者数、外来では初診料・再診料等算定回数)で割ることにより、届け出ることのできる区分が決定される。

### ベースアップ評価料の実績報告に含めることのできる賃金改善額の範囲

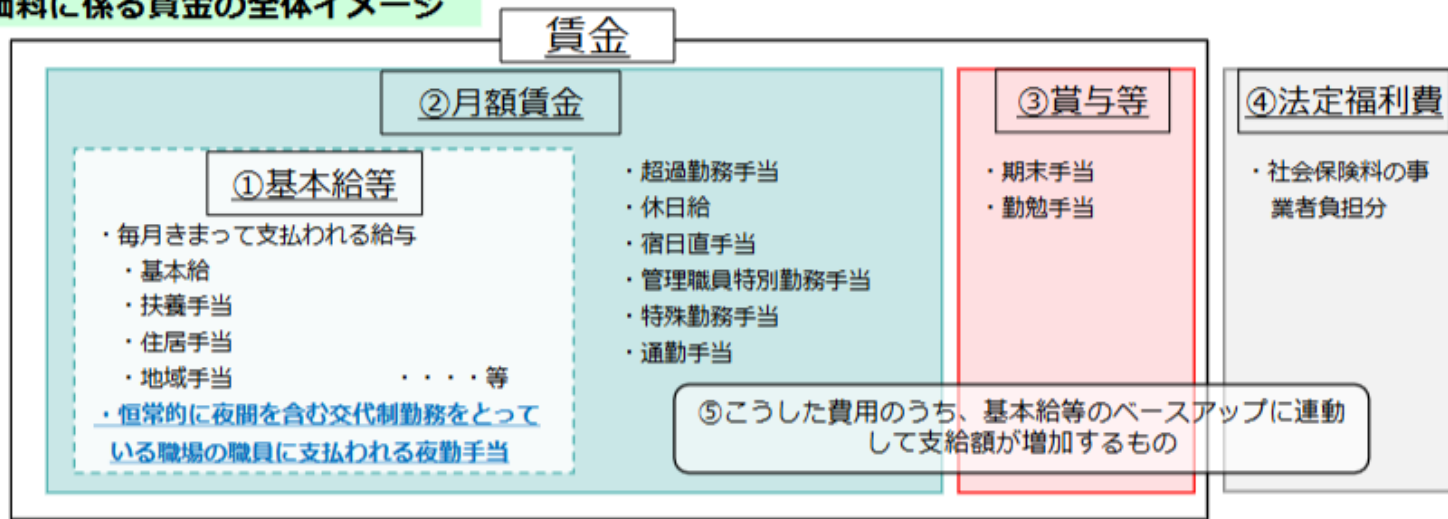
- 評価料により得られる収入は、対象職員の「基本給等の引上げ(ベア等)」及び「ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分を含む)等の増加分」に用いる。
- 令和8年度診療報酬改定より、恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当の増加額についても、毎月決まって支払われる手当に準じて、基本給等に含めることができる。

## 賃金に関する用語の定義

### 賃金に関する用語の定義について

- 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料における、「基本給等」「月額賃金」の定義は、下記の図の範囲のものである。
- 届出時には、区分決定のための賃金改善算定基礎額の算出に当たって、②月額賃金を用いる。
- 本評価料で得られる収入については、①基本給等の引上げ、⑤それに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分を含む。）の増加分に充てることとなっている。
  - その際、恒常的に夜間を含む交代制勤務をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、毎月支払われる手当に準じて①基本給等に含めて差し支えない。
  - 賃金改善中間報告書、賃金改善実績報告書においては、①⑤の増加額を報告することとなる。

### 本評価料に係る賃金の全体イメージ



## 継続的に賃上げを実施する保険医療機関への評価

### 令和7年度以前から継続的に賃上げを実施した保険医療機関への評価

- ▶ 令和7年度以前から継続的に賃上げを実施し、ベースアップ評価料を届け出ている医療機関等については、令和8年度診療報酬改定後も、令和6年度改定でのベースアップ評価料の評価を踏まえた報酬額が設定される。

#### 継続的に賃上げを実施した保険医療機関

- 令和8年3月31日時点でベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関
- 令和8年度の対象職員（医師・歯科医師を除く。）の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、令和6年3月時点と比較した場合に、5.5%（看護補助者、事務職員については、8%）に相当する水準以上のペア等を行った保険医療機関
- 令和9年度の対象職員（医師・歯科医師を除く。）の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、令和6年3月時点と比較した場合に、8.7%（看護補助者、事務職員については、13.7%）に相当する水準以上のペア等を行った保険医療機関

等

#### 外来の場合

- 外来・在宅ベースアップ評価料が段階的に設定され、左記の条件に該当する場合には高い点数となる。

#### 入院の場合

- 入院料の評価に、令和6年度以降のベースアップ評価料に相当する部分が含まれている。
- ※ このため、左記の条件に該当しない医療機関については、入院料の減算額が設定されている。

#### 令和8年3月までにベースアップ評価料を届け出ていなかったが、相当する賃上げを行った場合の届出方法

- 基本給等総額の改善額について、令和6年3月時点との比較を算出して【様式98】に記載して届け出る。
- 基本給等総額の改善額については、保険医療機関の勤務職員（医師・歯科医師を除く）について、「看護補助者・事務職員」と「それ以外」の両群で求められる水準（令和8年度であれば、令和6年3月の基本給等総額に対し、前者が5.5%、後者が8%）が異なっているが、両群を合わせた改善額が、両群に求められる額の合計以上となっていればよい。

## ベースアップ評価料に関する主な変更点②（手続き）

➤ ベースアップ評価料を届け出る際の様式や運用面について、以下の変更を行う。

現行	改定後
<p>○届出時の提出書類 保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画(賃金改善計画書)を作成し、新規届出時及び毎年6月において地方厚生(支)局に届出を行う</p>	<p>○届出時の提出書類 各評価料に必要な情報(対象職員・評価区分の算出)のみを入力する届出書添付書類の作成・提出のみ <u>(賃金改善計画書は作成不要)</u></p>
<p>○区分変更時の届出 毎年3、6、9、12月に区分計算を新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行う</p>	<p>○区分変更時の届出 「<u>対象職員の数</u>」又は「<u>3月毎の外来・在宅ベースアップ評価料(I)</u>」及び「<u>歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)</u>」の算定回数」が1割以上変動し、<u>区分再計算をした場合に区分の変化がある場合のみ</u></p>
<p>○実績等の報告 毎年8月に、前年度における賃金改善の取組状況を評価するために「賃金改善実績報告書」を作成し、地方厚生(支)局長に報告</p>	<p>○実績等の報告 毎年8月に、<u>当該年度における賃金改善の状況</u>を評価するため「<u>賃金改善中間報告書</u>」を作成し、地方厚生(支)局長に報告 算定した年度の翌年の8月に、<u>前年度における賃金改善の取組状況</u>を評価するために「<u>賃金改善実績報告書</u>」を作成し、地方厚生(支)局長に報告</p>
<p>○同一法人内の複数医療機関の通算 (新設)</p>	<p>○同一法人内の複数医療機関の通算 <u>同一の給与体系に基づく保険医療機関を複数有している法人</u>においては、<u>法人内の複数保険医療機関を通算</u>して、区分計算に必要な「賃金改善算定基礎額」の算出や実績報告時に提出する「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」の作成が可能とする</p>
<p>○届出様式の統合 【様式93】看護職員処遇改善評価料 【様式97】入院ベースアップ評価料 それぞれの評価料において、様式の届出が必要</p>	<p>○届出様式の統合 【<u>様式97</u>】<u>看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料</u> ・様式を1つに統一 ・様式内で<u>各評価料における区分計算も自動で算出</u>できる</p>



医療DX

---

## 医療DXにおける診療報酬改定のポイント

既存の「医療DX推進体制整備加算」、「医療情報取得加算」が廃止・再編され、新たに「電子的診療情報連携体制整備加算」(初診時15点等)が新設。マイナ保険証利用や電子処方箋、電子カルテ情報共有サービスの活用が要件化。また、見守りセンサーや音声入力等のICT機器を組織的に活用し業務効率化を図ることで、看護職員の配置基準を1割以内で変動させても基準充足と見なしたり、医師事務補助の配置を緩和する等の柔軟な取り扱いが導入される

- 「電子的診療情報連携体制整備加算」への再編:  
「医療DX推進体制整備加算」等を廃止し、「**電子的診療情報連携体制整備加算**」を新設。初診時15点(加算1)、再診時2点、入院時160点等。マイナ保険証利用、電子処方箋、電子カルテ情報共有サービス等が要件化
- 看護配置基準の緩和:  
急性期病棟を中心に、見守り、記録、情報共有にICT機器(カメラ、音声入力、インカム、チャットツール等)を組織的に活用する場合、**看護職員等の配置基準を1割以内で変動**させても基準を満たすものとして扱う特例を新設。
- 医師事務作業補助者の緩和:  
生成AIやRPA等を活用する場合、**医師事務作業補助者1人を最大1.3人**として計算可能になります

## 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			
<b>【医療DX推進体制整備加算】</b>			
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			
<b>【医療情報取得加算】</b>			
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		



改定後	
<b>【電子的診療情報連携体制整備加算】</b>	
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
<b>【電子的歯科診療情報連携体制整備加算】</b>	
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	
<b>【電子的調剤情報連携体制整備加算】</b>	
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

使ってみよう！  
マイナ保険証



### 【点数】

#### 初診料

電子的診療情報連携体制加算  
15点(月1回) <新設>

電子的診療情報連携体制加算2  
9点(月1回) <新設>

電子的診療情報連携体制加算3  
4点(月1回) <新設>

#### 再診料

電子的診療情報連携体制加算  
2点(月1回) <新設>

※明細書発行体制加算の併算定不可

## 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)】

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

- (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) マイナポータル上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。

### 【共通項目】(加算3の要件)

- オンライン請求を実施
- 明細書を患者に無償で交付
- オンライン資格確認実施の体制
- オンライン資格確認システムで診療情報を閲覧・活用できる
- マイナ保険証利用率30%以上
- 患者からの健康相談に対応
- 院内やウェブサイトに掲示



### 【加算1:下記のすべてに対応】

### 【加算2:下記のいずれかに対応】

- 電子処方箋を発行する体制
- 要件を満たす電子カルテを有している
- 電子カルテ情報共有サービスか、地域の診療情報の共有・閲覧できるネットワークへの参加

## 在宅医療DX情報活用加算

### 【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】

#### ① 医療DX推進体制整備加算等の見直し

##### 第1 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。

##### 第2 具体的な内容

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。

### 【在宅医療DX情報活用加算】

[施設基準(通知)]

第14の5 在宅医療DX情報活用加算

1・2 (略)

#### 3 届出に関する事項

(1) (略)

(2) 1の(5)については、**当面の間、当該基準を満たしているものとみなす。**ただし、保険医療機関は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。