

外来医療の機能化・強化等

外来医療のポイント

外来医師過多区域における新規開業を抑制。機能分化と「かかりつけ医機能」の評価が進む見込みです。特定機能病院等からの紹介患者を初診で受け入れた場合を評価する「特定機能病院等紹介患者受入加算」が新設されます。地域包括診療加算等において、要介護＋1疾患を対象に。生活習慣病管理料では、一部の医学管理料が包括外となり、また眼科・歯科との連携が評価され、療養計画書の患者署名が不要になるなど簡素化も図られます。一方で、外来データ提出加算は充実管理加算として組み替えられ、減算となっています。

- 外来医師過多区域における開業規制:開業時は6ヶ月前に事前届出をし、地域医療(夜間、救急、在宅)への貢献が求められる。従わない場合は開業が3年間に限定され、**初診料の機能強化加算、地域包括診療料・加算、在宅療養支援診療所の届け出が不可**
- 紹介受入の評価:「**特定機能病院等紹介患者受入加算**」(60点)を新設。200床未満の病院等が紹介を受けて初診を行った場合を評価
- 地域包括診療料の拡充:地域包括診療料、地域包括診療加算等において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病＋要介護被保険者を対象とする。
- 生活習慣病管理料の見直し:生活習慣病と関連の乏しい一部の管理料が包括外に。療養計画書の患者署名が不要に。**「眼科(歯科)医療機関連携強化加算」**(60点)を新設
- 外来データ提出加算を疾病別に細分化し、「**充実管理加算**」(30点等)に変更(減算 50点→30,20,10点)
- 特定疾患療養管理料の見直し:特定疾患療養管理料の対象から消化性潰瘍患者への非ステロイド性抗炎症薬の投与患者を除外
- 時間外対応加算の引き上げ:5, 4, 3, 1点→7, 5, 4, 2点
- 外来機能分化: **特定機能病院等の逆紹介割合基準を引き上げ(+20%)**、直近1年以内12回以上再診患者を減算

7. 外来医療の機能分化・強化等に係る全体像

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点や、かかりつけ医機能に係る体制整備を推進する観点等を踏まえた、外来医療の機能分化・強化等に係る見直しの全体像は以下のとおり。



特定機能病院等

外来機能分化・連携

紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

- ・ 紹介割合・逆紹介割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、**逆紹介割合の基準を引き上げる**。
- ・ 外来診療料の減算となる対象患者について、**直近1年以内に12回以上再診を行った患者を加える**。

連携強化診療情報提供料の対象拡大

- ・ 共同で継続的に治療管理を担う際の評価について、対象患者と医療機関を拡大する。



地域の診療所等

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。

その他

療養・就労両立支援指導料の見直し

- ・ 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について、**対象患者を拡大し、算定可能な期間の延長し、評価を引き上げる**。

処方箋料の見直し

- ・ 一般名処方加算の評価を見直す。バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。

かかりつけ医機能の強化

地域包括診療加算等の見直し

- ・ 対象疾患を有する要介護高齢者等への**対象患者の拡大、連携薬局の要件の見直し等**を行う。

機能強化加算の見直し

- ・ **業務継続計画を策定すること、外来/在宅データ提出加算の届出が望ましいこと**を要件とする。

時間外対応体制加算の充実

- ・ 時間外対応加算の名称を変更し、評価を引き上げる。

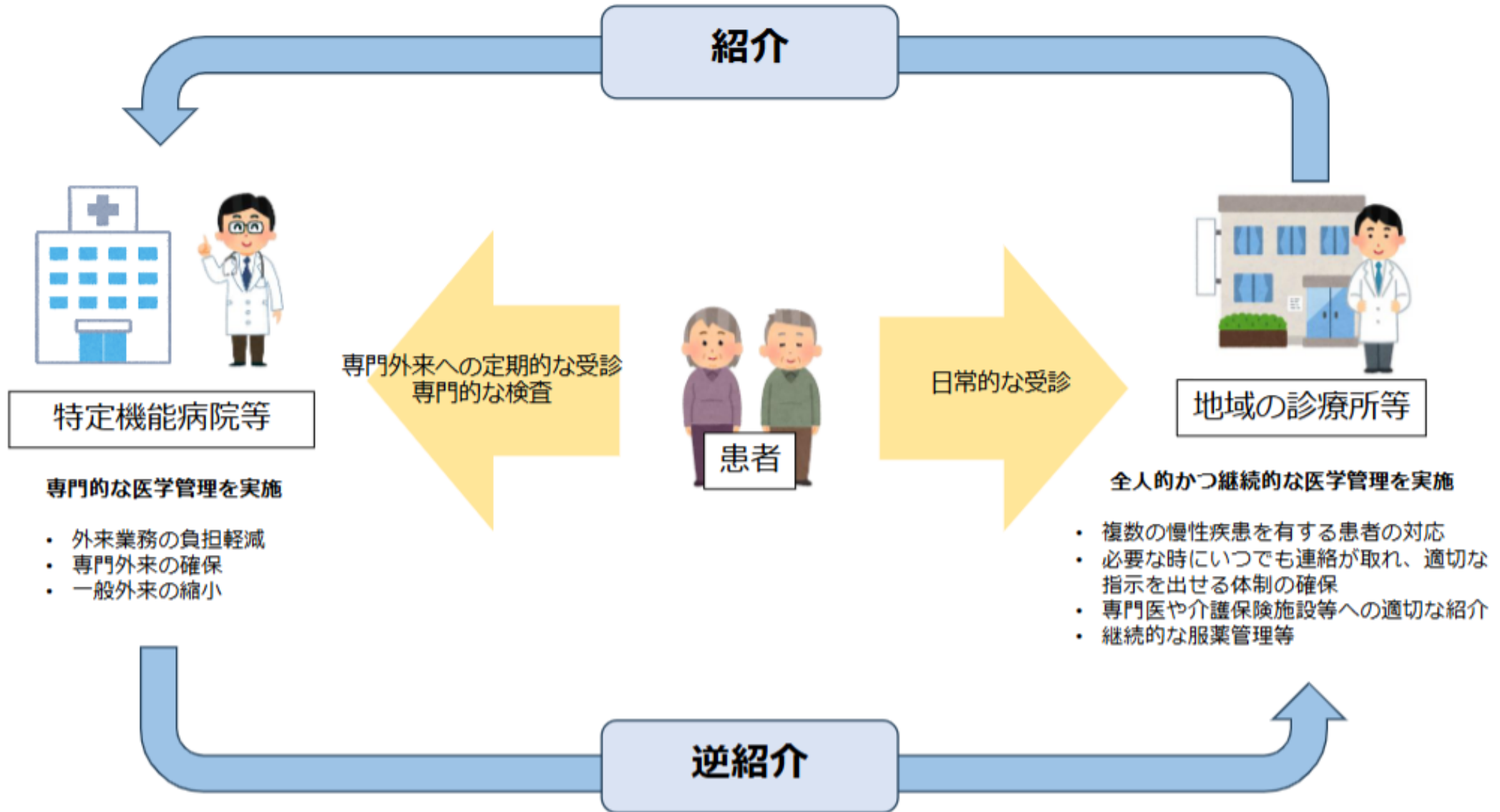
生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

- ・ 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の**包括範囲の見直し、糖尿病患者の眼科・歯科連携に係る評価の新設等**を行う。

特定疾患療養管理料の見直し

- ・ 対象疾患を見直す。（非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合には、**胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の対象から除外**）

外来医療の機能分化のイメージ



外来医師過多区域に関する対応

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	改定後
<p>【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)</p>	<p>【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。</p>

(参考)

○ **医療法（昭和23年法律第205号）【令和8年4月1日施行時点】**

第三十条の十八の六 都道府県知事は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるものがある場合において、当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域があると認めるときは、当該区域を指定するものとする。

(中略)

6 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむ得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請することができる。

○ **健康保険法（大正11年法律第70号）【令和8年4月1日施行時点】**

(保険医療機関の期限付指定)

第六十八条の二 厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかった場合、同条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかった場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる。

2 前項の規定により期限が付された第六十三条第三項第一号の指定については、前条第二項の規定は、適用しない。

特定機能病院等紹介患者受入加算の新設 連携強化診療情報提供料の組み合わせの拡大

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。

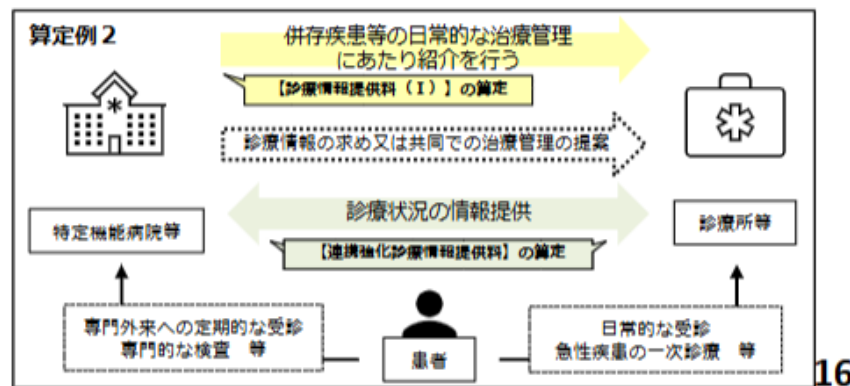
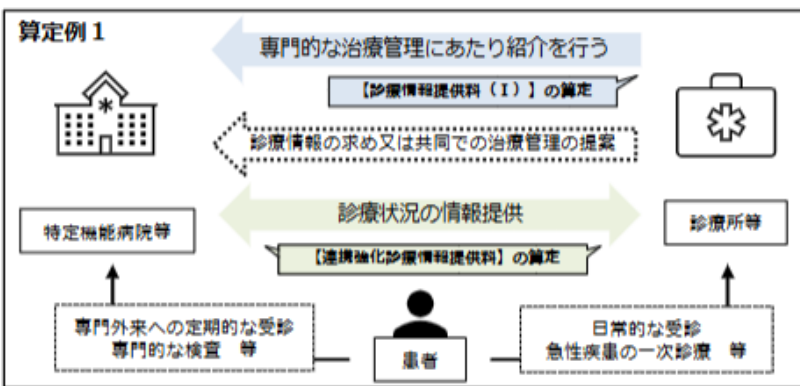
(新) 特定機能病院等紹介患者受入加算 60点

【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。



【点数】

- 特定機能病院等紹介患者受入加算 **60点<新設>**

- 連携強化診療情報提供料 150点 (変更なし)

特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関、許可病床400床以上（一般病床200床未満を除く） 初診料・外来診療料の減算

- 逆紹介割合の基準引き上げ
- 直近1年以内に12回以上再診を行った患者が減算対象の患者に追加

（参考）初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定

初診料の注2、3 **216点**

(情報通信機器を用いた初診については188点)

外来診療料の注2、3 **56点**

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算の対象患者	【初診料】 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 【外来診療料】 以下のいずれかに該当する患者 <ul style="list-style-type: none"> 一般病床200床未満の病院又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者（緊急その他やむを得ない事情がある患者を除く。） 当該病院において過去1年間に12回以上外来診療料を算定した患者（ただし、過去1年間に、紹介を行った医療機関との連携により、遠隔連携診療料又は連携強化診療情報提供料を算定している患者、緊急その他やむを得ない事情がある患者及び専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者は、減算の対象にはならない。） 			
減算規定の基準 (前年度1年間)	紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合50%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合40%未満	
紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診の患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}) \times 1,000$			
初診の患者数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数を、以下を除く。 ・ 救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した患者			
再診の患者数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数を、以下を除く。 ・ 救急搬送された患者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者 ・ 転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者			
紹介患者数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数を、 ・ B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急患者数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数を、			

166

初診料及び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

紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

- 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、**逆紹介割合の基準を引き上げる。**

	紹介割合の基準	逆紹介割合の基準
特定機能病院	(現行) 50%未満 → (改定後) 50%未満	(現行) 30%未満 → (改定後) 50%未満
地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	(現行) 50%未満 → (改定後) 50%未満	(現行) 30%未満 → (改定後) 50%未満
紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	(現行) 50%未満 → (改定後) 50%未満	(現行) 30%未満 → (改定後) 50%未満
許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)	(現行) 40%未満 → (改定後) 40%未満	(現行) 20%未満 → (改定後) 40%未満

- 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等において外来診療料が減算となる対象患者について、**直近1年以内に12回以上再診を行った患者を加える。**

現行	改定後
【外来診療料】 【算定要件】 ○減算の対象となる患者 他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者（緊急その他やむを得ない事情がある患者を除く。） ※患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、減算分に相当する療養部分について、適定療養としてその費用を患者から徴収することができる。	【外来診療料】 【算定要件】 ○減算の対象となる患者 ア 他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者（緊急その他やむを得ない事情がある患者を除く。） ※患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、減算分に相当する療養部分について、適定療養としてその費用を患者から徴収することができる。 イ 当該病院において過去1年間に12回以上外来診療料（同一日の複数科受診によるもの以外）を算定した患者 ただし、次の患者を除く ① 過去1年間に、紹介を行った医療機関との連携により、「B005-11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者 ② 緊急その他やむを得ない事情がある患者 ③ 専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者 ※②又は③に該当する場合には、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 ※イに該当する患者は、原則として他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行うことが望ましい。

(参考) 紹介状なしで受診する場合等の患者定額負担
 【対象病院】
 ・ 特定機能病院
 ・ 地域医療支援病院 (一般病床200床以上に限る)
 ・ 紹介受診重点医療機関 (一般病床200床以上に限る)

<今改定では変更なし>

【定額負担の額】
 ・ 初診: 医科 7,000円
 ・ 再診: 医科 3,000円

【対象患者】
 ・ 初診 他の保険医療機関等からの紹介なしで受診した患者
 ・ 再診 当該病院等が逆紹介の申出を行ったにもかかわらず当該病院を受診した患者

168

初診料の機能強化加算

外来データ提出加算・在宅データ提出加算届出の努力義務化、BCP策定の要件化(経過措置:~2027年5月31日)

機能強化加算の見直し

機能強化加算の要件の見直し及び名称変更

- 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。

(参考) 初診料・小児かかりつけ診療料 (初診時)

機能強化加算 80点

- 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めた、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。
(平成30年度診療報酬改定において新設)

[主な算定要件]

- ・ 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観点からかかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、(略)初診料を算定する場合に、加算することができる。
- ・ 必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
 - (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、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。
 - (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
 - (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
 - (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
 - (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

[主な施設基準]

- ・ 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
- ・ 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。
- ・ 次のいずれかにおける届出を行っている。
 - ア 地域包括診療加算 イ 地域包括診療料 ウ 小児かかりつけ診療料 エ 在宅時医学総合管理料 (在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る)
 - オ 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)
- ・ 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掲示する等の取組を行っていること。
- ・ **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。**
- ・ **「医療機関(災害拠点病院以外)における災害対応のためのBCP作成の手引き」等を参考に、医療機関の実情に応じて、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。**
- ・ **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。

18

【点数】

- ・ 機能強化加算 80点(変更なし)
- ・ **BCPの策定が要件化**

生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の見直し(全体概要)

▶ 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ころを不要とする。**

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。**

170

【点数】

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)
 - 脂質異常症が主病 610点(変更なし)
 - 高血圧症が主病 660点(変更なし)
 - 糖尿病が主病 760点(変更なし)

- 生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点(変更なし)

- 眼科医療機関連携強化加算 60点**
- 歯科医療機関連携強化加算 60点**

- 充実管理加算**
 - 加算1 30点**
 - 加算2 20点**
 - 加算3 10点**

(※外来データ提出加算50点から改編)

生活習慣病管理料(Ⅱ)の包括範囲から除外される医学管理等

- 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	(参考) 引き続き包括範囲外である医学管理料等
下肢創傷処置管理料	・ 外来栄養食事指導料
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。)	・ 集団栄養食事指導料
特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、高度離隔指導管理料、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、乳腺炎薬症化学予防ケア・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	・ 糖尿病合併症管理料
時間外対応・救急対応に関する医学管理	・ がん性疼痛緩和指導管理料
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	・ 外来緩和ケア管理料
情報提供等に関連する評価	・ 糖尿病透析予防指導管理料
傷病手当金受取交付料、療養費同受取交付料	・ 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

- 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。

現行	改定後
<p>【生活習慣病管理料(Ⅰ)】【生活習慣病管理料(Ⅱ)】</p> <p>注1 (中略)ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる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。</p> <p>【施設基準】 (新設)</p>	<p>【生活習慣病管理料(Ⅰ)】【生活習慣病管理料(Ⅱ)】</p> <p>注1 (中略)ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、区分番号C101に掲げる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。</p> <p>【施設基準】 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注1に規定する厚生労働大臣が定める薬剤 インスリン製剤 グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤 チルゼパチド製剤</p>

【点数】

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)
脂質異常症が主病 610点(変更なし)
高血圧症が主病 660点(変更なし)
糖尿病が主病 760点(変更なし)

- 生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点(変更なし)

- 眼科医療機関連携強化加算 60点
- 歯科医療機関連携強化加算 60点

- 充実管理加算
加算1 30点
加算2 20点
加算3 10点

(※外来データ提出加算50点から改編)

診療実績データの提出に係る評価の見直し

診療実績データの提出に係る評価の見直し

- ▶ 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、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、評価及び評価体系を見直す。

(新) 充実管理加算

- 1 充実管理加算1 30点
- 2 充実管理加算2 20点
- 3 充実管理加算3 10点

[施設基準] (概要・抜粋)

- ・ 脂質異常症/糖尿病/高血圧を主病として生活習慣病管理料1又は2を算定する患者について、届出時点における直前の厚生労働省保険局医療課が別途通知する集計期間の実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位20%であること(充実管理加算1)
- ・ 上記実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位50%であること(充実管理加算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。(共通)

[経過措置] (概要)

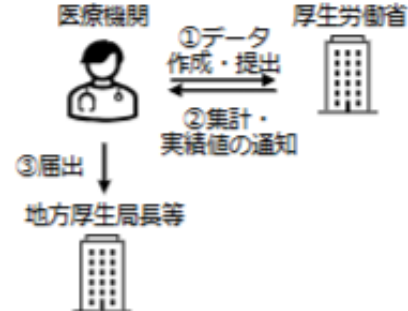
- ・ 令和8年3月31日時点において現に外来データ提出加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関にあっては、充実管理加算1の実績値に係る要件を満たすものとする。

各疾患の指標

脂質異常症	糖尿病	高血圧
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 継続受診を行う患者の割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ 継続受診を行う患者の割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続受診を行う患者の割合

※ 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



【点数】

- ・ 生活習慣病管理料(Ⅰ)
 - 脂質異常症が主病 610点(変更なし)
 - 高血圧症が主病 660点(変更なし)
 - 糖尿病が主病 760点(変更なし)

- ・ 生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点(変更なし)

- ・ 眼科医療機関連携強化加算 60点
- ・ 歯科医療機関連携強化加算 60点

- ・ 充実管理加算
 - 加算1 30点
 - 加算2 20点
 - 加算3 10点

(※外来データ提出加算50点から改編)

外来様式1の見直し

外来様式1の見直し

- 医療機関の業務負担の軽減の観点から、調査項目の簡素化を行うとともに、データに基づく適切な評価を推進する観点から観点から、調査項目の新設を行う。

削除する項目

外来データ提出加算・充実管理加算

身長	脳卒中の初発の種類(既往含む)
体重	脳卒中の初発以外の発症(診断)年月
入院の有無	慢性腎臓病の診断年月
入院時のICD10コード	高尿酸血症の有無
脂質異常症-診断年月	高尿酸血症の診断年月
リスク分類・LDLコレステロール	尿酸値
糖尿病-診断年月	高血圧症-診断年月
血糖コントロール(HbA1c)	血圧分類
慢性合併症:網膜症	リスク層
慢性合併症:腎症	収縮期血圧
慢性合併症:神経障害	拡張期血圧
急性大動脈解離の有無(初発)	喫煙区分
急性大動脈解離の初発の発症年月	1日の喫煙本数
急性冠症候群の初発の種類(既往含む)	喫煙年数
急性冠症候群の初発の種類(既往含む)	急性冠症候群の初発の種類(既往含む)

新設する項目

外来データ提出加算・充実管理加算

認知症の有無	特定健康診査の受診の有無
介護保険制度における主治医意見書の作成の有無	特定健康診査の受診日

在宅データ提出加算

NRS
ブリストルスケール
褥瘡の状態
がんステージ分類
TNM分類

在宅データ提出加算

別表第8の3に掲げる患者の状態

【点数】

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)
 - 脂質異常症が主病 610点(変更なし)
 - 高血圧症が主病 660点(変更なし)
 - 糖尿病が主病 760点(変更なし)
 - 生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点(変更なし)
 - 眼科医療機関連携強化加算 60点
 - 歯科医療機関連携強化加算 60点
 - 充実管理加算
 - 加算1 30点
 - 加算2 20点
 - 加算3 10点
- (※外来データ提出加算50点から改編)

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
	身長 削除
	体重 削除
	喫煙区分 削除
	1日の喫煙本数 削除
	喫煙年数 削除
介護情報	高齢者情報
	要介護度
傷病情報	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード 削除
	修飾語コード 削除
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	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
	診断年月 削除
	血糖コントロール 削除
	慢性合併症：網膜症 削除
	慢性合併症：腎症 削除
高血圧症	慢性合併症：神経障害 削除
	高血圧症の有無
	自院管理の有無
	診断年月 削除
	血圧分類 削除
	リスク層 削除
脂質異常症	収縮期血圧 削除
	拡張期血圧 削除
	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
診断年月 削除	
	リスク分類 削除
	LDLコレステロール 削除
脳卒中	脳卒中の有無（既往含む）
	脳卒中の初発の種類（既往含む） 削除
	脳卒中の初発の発症（診断）年月
	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）
	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月 削除
急性冠症候群	急性冠症候群の有無（既往含む）
	急性冠症候群の初発の種類（既往含む） 削除
	急性冠症候群の初発の発症（診断）年月
	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
心不全	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離	急性大動脈解離の有無（既往含む） 削除
	急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月 削除
	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月
慢性腎臓病	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月 削除
高尿酸血症	高尿酸血症の有無 削除
	高尿酸血症の診断年月 削除
	尿酸値 削除

※共通項目は、「外来データ提出加算」、「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。

- 新たに届出を行う場合、最短で令和8年5月20日に届出を行い、令和8年10月から算定開始。
 - この場合、令和8年10月～令和10年3月までは「充実管理加算3」を算定する。
 - 令和10年4月からは、実績に基づいて充実管理加算1～3のいずれかを算定する。

(参考) 新規に届出を行う場合のスケジュール①

令和8年10月からデータの提出を開始する場合のスケジュール

	令和8年6月～7月	8月	9月	10月	令和8年11月～令和9年9月	令和9年10月～令和10年3月	令和10年4月～
令和8年5月20日までに様式7の10を提出	試行データ作成	試行データ提出	様式7の11届出	算定開始	継続的なデータ提出	実績値及び基準値の確定 →医療機関へ通知	実績に基づく加算の算定開始
算定できる加算(※1)				充実管理加算3			充実管理加算1～3

※1 令和7年10月から令和8年9月までの間継続してデータの提出している医療機関については、令和9年度より実績に基づく加算の算定が可能となる。

令和9年4月からデータの提出を開始する場合のスケジュール(※2)

	令和8年12月～令和9年1月	2月	3月	4月	令和9年5月～令和10年3月	4月～9月	10月～
令和8年11月20日までに様式7の10を提出	試行データ作成	試行データ提出	様式7の11届出	算定開始	継続的なデータ提出	実績値の確定 →医療機関へ通知	実績に基づく加算の算定開始
算定できる加算				充実管理加算3			充実管理加算1～3

※2 基準値の集計は年1回のみ実施するが、実績値の集計については、新規にデータ提出を行う医療機関への対応として、年に2回実施することを予定している。

(参考) 新規に届出を行う場合のスケジュール②

様式7の10の提出時期	充実管理加算3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
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
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
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
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)。

特定疾患療養管理料の見直し

特定疾患療養管理料の見直し

- 特定疾患療養管理料及び処方料・処方箋料の特定疾患処方管理加算の対象となる疾病について、**消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合には、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の対象から除外**する。

現行

【特定疾患療養管理料】
〔施設基準〕
別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患
処方管理加算に規定する疾患
(中略)
胃潰瘍
十二指腸潰瘍

(中略)

改定後

【特定疾患療養管理料】
〔施設基準〕
別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患
処方管理加算に規定する疾患
(中略)
**胃潰瘍及び十二指腸潰瘍（消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌
である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除
く。）**
(中略)

【点数】

- 特定疾患療養管理料
225点(変更なし)

地域包括診療加算等の見直し（全体概要）

- 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、適切な服薬指導の実施を推進する観点から、対象患者や要件を見直す。
- 1. 評価体系及び対象患者の見直し
 - 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。
 - 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
 - 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. 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、薬剤適正使用連携加算の算定を可能**とする。
- 5. 医療資源の少ない地域に配慮した医師配置要件の見直し
 - 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。
- 6. 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。
- 7. 残薬対策・服薬管理等に係る要件の見直し
 - 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。
 - 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。



178

【点数】

- 地域包括診療加算1
 - **認知症あり** 38点(変更なし)
 - **その他** 28点(変更なし)
- 地域包括診療加算2
 - **認知症あり** 31点(変更なし)
 - **その他** 21点(変更なし)
- 地域包括診療料1
 - **認知症あり** 1,682点(+1点)
 - **その他** 1,661点(+1点)
- 地域包括診療料2
 - **認知症あり** 1,614点(+1点)
 - **その他** 1,601点(+1点)
- 薬剤適正使用連携加算 30点(変更なし)
- **外来データ提出加算 10点<新設>**

地域包括診療加算・診療料

地域包括診療料の増点(再診療の増点に伴う)、対象患者の見直し

地域包括診療加算等の見直し①

地域包括診療加算等の評価体系の見直し

- 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。

現行		改定後	
・認知症地域包括診療加算1	38点	・地域包括診療加算1 認知症を有する患者等の場合	38点
・地域包括診療加算1	28点	その他の慢性疾患等を有する患者の場合	28点
・認知症地域包括診療加算2	31点	・地域包括診療加算2 認知症を有する患者等の場合	31点
・地域包括診療加算2	21点	その他の慢性疾患等を有する患者の場合	21点
・認知症地域包括診療料1	1,681点	・地域包括診療料1 認知症を有する患者等の場合	1,682点
・地域包括診療料1	1,660点	その他の慢性疾患等を有する患者の場合	1,661点
・認知症地域包括診療料2	1,613点	・地域包括診療料2 認知症を有する患者等の場合	1,614点
・地域包括診療料2	1,600点	その他の慢性疾患等を有する患者の場合	1,601点

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。)

【点数】

- ・ 地域包括診療加算1
 - 認知症あり 38点(変更なし)
 - その他 28点(変更なし)
- ・ 地域包括診療加算2
 - 認知症あり 31点(変更なし)
 - その他 21点(変更なし)
- ・ 地域包括診療料1
 - 認知症あり 1,682点(+1点)
 - その他 1,661点(+1点)
- ・ 地域包括診療料2
 - 認知症あり 1,614点(+1点)
 - その他 1,601点(+1点)

- ・ 薬剤適正使用連携加算 30点(変更なし)

- ・ 外来データ提出加算 10点
＜新設＞

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

- 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。**

現行

【地域包括診療加算】 【地域包括診療料】
 【算定要件】
 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
 (イ)～(ハ) (略)
 (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。

②～⑤ (略)
 (ホ)～(ル) (略)

改定後

【地域包括診療加算】 【地域包括診療料】
 【算定要件】
 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
 (イ)～(ハ) (略)
 (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。

②～⑤ (略)
 (ホ)～(ル) (略)

認知症患者への診断後支援の推進

- 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。**

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、本人ミニツ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。

【点数】

- 地域包括診療加算1
 - **認知症あり** 38点(変更なし)
 - **その他** 28点(変更なし)
- 地域包括診療加算2
 - **認知症あり** 31点(変更なし)
 - **その他** 21点(変更なし)
- 地域包括診療料1
 - **認知症あり** **1,682点(+1点)**
 - **その他** **1,661点(+1点)**
- 地域包括診療料2
 - **認知症あり** **1,614点(+1点)**
 - **その他** **1,601点(+1点)**
- 薬剤適正使用連携加算 30点(変更なし)
- **外来データ提出加算 10点 <新設>**

地域包括診療加算等の見直し③

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、**薬剤適正使用連携加算の算定を可能**とする。

現行

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】(薬剤適正使用連携加算)
【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)
 - ① 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
 - ② 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
 - ③ 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

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】(薬剤適正使用連携加算)
【算定要件】

- 算定対象患者(以下のいずれかに該当する患者)
 - ・ 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
 - ・ **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
 - ③ 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

医療資源の少ない地域に配慮した医師配置要件の見直し

- 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。

現行

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】
【施設基準】

- (9) 以下のいずれか1つを満していること。
- ア 時間外対応加算1、2、3又は4の届出を行っていること。
 - イ 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。



改定後

【地域包括診療加算】【地域包括診療料】
【施設基準】

- (9) 以下のいずれか1つを満していること。
- ア 時間外対応加算1、2、3又は4の届出を行っていること。
 - イ 常勤換算2名以上(「**基本診療料の施設基準等**」別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては1.4人以上)の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。

81

【点数】

- 地域包括診療加算1
 - **認知症あり** 38点(変更なし)
 - **その他** 28点(変更なし)
- 地域包括診療加算2
 - **認知症あり** 31点(変更なし)
 - **その他** 21点(変更なし)
- 地域包括診療料1
 - **認知症あり** **1,682点(+1点)**
 - **その他** **1,661点(+1点)**
- 地域包括診療料2
 - **認知症あり** **1,614点(+1点)**
 - **その他** **1,601点(+1点)**

- 薬剤適正使用連携加算 30点(変更なし)

- **外来データ提出加算 10点**
<新設>

地域包括診療加算等の見直し④

データ提出に係る評価の新設

- ▶ 地域包括診療加算及び地域包括診療料について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、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 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。

【点数】

- 地域包括診療加算1
 - 認知症あり 38点(変更なし)
 - その他 28点(変更なし)
- 地域包括診療加算2
 - 認知症あり 31点(変更なし)
 - その他 21点(変更なし)
- 地域包括診療料1
 - 認知症あり **1,682点(+1点)**
 - その他 **1,661点(+1点)**
- 地域包括診療料2
 - 認知症あり **1,614点(+1点)**
 - その他 **1,601点(+1点)**
- 薬剤適正使用連携加算 30点
(変更なし)
- **外来データ提出加算 10点**
<新設>

残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の服薬管理等に係る要件の見直し

- ▶ 地域包括診療加算及び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。
- ▶ 地域包括診療加算及び地域包括診療料の算定患者への**処方箋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。

現行

【地域包括診療加算】 【地域包括診療料】
【算定要件】
オ 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及びオンライン資格確認を活用して、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。必要に応じ、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。

(ハ)～(ル) (略)

改定後

【地域包括診療加算】 【地域包括診療料】
【算定要件】
オ 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、患者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。

(ハ)～(ル) (略)

在宅時医学総合管理料等の要件の新設

- ▶ 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。

現行

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】
【算定要件】
(新設)

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】
【施設基準】
患者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。

残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し

- ▶ 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、処方箋様式の備考欄のうち、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、「**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**」ことも**保険医療機関が指示できるよう見直す**。

【点数】

- 地域包括診療加算1
 - **認知症あり** 38点(変更なし)
 - **その他** 28点(変更なし)
- 地域包括診療加算2
 - **認知症あり** 31点(変更なし)
 - **その他** 21点(変更なし)
- 地域包括診療料1
 - **認知症あり** **1,682点(+1点)**
 - **その他** **1,661点(+1点)**
- 地域包括診療料2
 - **認知症あり** **1,614点(+1点)**
 - **その他** **1,601点(+1点)**
- 薬剤適正使用連携加算 30点(変更なし)
- **外来データ提出加算 10点**
<新設>

(参考)地域包括診療加算の施設基準 (一部、抜粋・改編)

1. 診療所である
2. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(以下「担当医」という。)を配置
認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい
3. 院内掲示とHPへの掲載(健康相談・予防接種相談・介護保険利用相談を実施している旨、ケアマネ等からの相談に対応すること、
患者の状態に応じ28日以上投薬・リフィル処方箋の交付が可能なこと)
4. 院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携
5. 当院の敷地内禁煙
6. 要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか1つを満たしている(抜粋)
 - イ 居宅療養管理指導又は、短期入所療養介護等を提供した実績がある
 - エ 担当医が地域ケア会議に年1回以上出席している
 - カ 担当医が介護認定審査会の委員の経験を有する。
 - キ 主治医意見書の研修会を受講している
7. 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(連携医療機関の協力を得て行うものを含む)
8. 以下のいずれか1つを満たしている。
 - ア 時間外対応体制加算1~4のいずれかの届出を行っている
 - イ 常勤換算2名(医療資源の少ない地域は1.4人)以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師である
 - ウ 在宅療養支援診療所である
9. 以下のいずれか1つを満たしている。
 - ア 担当医がサービス担当者会議に参加した実績がある
 - イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績がある
 - ウ 介護支援専門員と対面又はICTを用いた相談の機会を設けている(対面が望ましい)
10. 以下すべてを満たしている。
 - ア 直近1年間に当院での継続的な外来診療を経て、在宅医療に移行した患者が3人以上(在支診は10人)
 - イ 直近1ヶ月に初診、再診、往診、訪問診療を実施した患者のうち、往診・訪問診療の患者の割合が70%未満
11. ACPIに関する指針を定めている。
12. 地域で不足する医療機能にかかる提要の要請に応じず指定が3年以内とされた医療機関でないこと

地域包括診療加算1(28点)

1~12の要件全て満たす

地域包括診療加算2(21点)

1~6、8、9、11、12の要件を満たす

時間外対応体制加算の充実

時間外対応体制加算の充実

- 休日・夜間等の問い合わせや受診へ対応する体制整備を更に推進する観点から、時間外対応加算について、**評価を引き上げ、名称を時間外対応体制加算に変更する。**

現行

【時間外対応加算】 [算定要件]

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。

イ	時間外対応加算1	5点
ロ	時間外対応加算2	4点
ハ	時間外対応加算3	3点
ニ	時間外対応加算4	1点



改定後

【時間外対応体制加算】 [算定要件]

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。

イ	時間外対応体制加算1	7点
ロ	時間外対応体制加算2	5点
ハ	時間外対応体制加算3	4点
ニ	時間外対応体制加算4	2点

【点数・要件】

イ 時間外対応体制加算1 7点(+2点)

- 診療時間以外の時間において、患者/家族から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該診療所の常勤医師・看護師・准看護師等により常時対応できる体制にあること。

ロ 時間外対応体制加算2 5点(+1点)

- 診療時間以外の時間において、…(中略)…原則当該診療所の非常勤医師・看護師・准看護師等により常時対応できる体制にあること。

ハ 時間外対応体制加算3 4点(+1点)

- 診療時間以外の夜間の数時間は、…(中略)…原則として当該診療所の常勤医師・看護師・准看護師等により常時対応できる体制にあること。
- 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮する。

ニ 時間外対応体制加算4 2点(+1点)

- 診療時間以外の夜間の数時間は、…(中略)…当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により対応できる体制にあること。
- 複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は、当該診療所を含め最大で3つまでとする。

療養・就労両立支援指導料の見直し

対象疾患・要件の見直し

- 対象疾患の定めを廃止し、**疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な患者であって、就業の継続に配慮が必要なものに算定可能**とする。

現行

【療養・就労両立支援指導料】
【算定要件】

- 算定の対象となる患者
別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者
悪性新生物
脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患
肝疾患（経過が慢性なものに限る。）
心疾患
糖尿病
若年性認知症
難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病その他これに準ずる疾患



改定後

【療養・就労両立支援指導料】
【算定要件】

- 算定の対象となる患者
疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な入院中の患者以外の患者であって、就業の継続に配慮が必要なもの

- 2回目以降の指導について、3月以上の期間に渡って継続されている実態を踏まえ、**算定可能な期間を3月から6月に見直す**。
- 医療機関が受け取る勤務情報について、**患者が作成した「治療と仕事の両立支援カード」が、事業者の確認を経て医療機関に提供された場合においても算定可能**とする。

評価の見直し

- 就労の状況を考慮した療養上の指導及び相談支援を更に推進する観点から、その評価を引き上げる。

現行

1 初回	800点
2 2回目以降	400点
相談支援加算	50点



改定後

1 初回	850点
2 2回目以降	500点
相談支援加算	400点

185

【点数】

- 療養・就労両立支援指導料
 - 初回 **850点(+50点)**
 - 2回目以降 **500点(+100点)**
 - 相談支援加算 **400点(+350点)**

(参考) 療養・就労両立支援指導料の概要

B001-9 療養・就労両立支援指導料

- 1 初回 850点
- 2 2回目以降（初回算定日の属する月又はその翌月から起算して6月を限度） 500点



療養・就労両立支援指導料は、就労中の患者の療養と就労の両立支援のため、患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書（当該患者が作成し事業者が確認を行った文書を含む。）の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して、療養上の指導を行うこと及び当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医等（注）に就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合を評価するもの。

（注）労働安全衛生法に規定する産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者、衛生推進者、労働者の健康管理等を行う保健師

※ 事業場の産業医等への就労と療養の両立に必要な情報を記載した文書（産業医が主治医に依頼する職場復帰等に関する意見書を含む。）の作成に係る評価を含むことから、当該指導料を算定する場合、算定を行った月内において、当該文書の発行に係る費用を、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できない。

対象となる患者

疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な入院中の患者以外の患者であって、就業の継続に配慮が必要なもの



相談支援加算 400点

当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に算定する。

【施設基準】

専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置していること。なお、当該職員は「患者サポート体制充実加算」に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、当該職員は、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。

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	

一般名処方加算の減点、バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方も評価対象へ

処方箋料の見直し

処方箋料の見直し

- 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。

現行	改定後
<p>【処方箋料】 注1～5 (略)</p> <p>6 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において、薬剤の一般的な名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 10点 ロ 一般名処方加算2 8点</p> <p>7・8 (略)</p>	<p>【処方箋料】 注1～5 (略)</p> <p>6 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において、薬剤の一般的な名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 8点 ロ 一般名処方加算2 6点</p> <p>7・8 (略)</p>

- バイオ後続品の使用促進の観点から、一般名処方加算について、**バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。**
- 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。**

現行	改定後
<p>【処方箋料】 【算定要件】</p> <p>(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。</p>	<p>【処方箋料】 【算定要件】</p> <p>(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」薬剤料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。</p>

【点数】

- 一般名処方加算1 8点(▲2点)
- 一般名処方加算2 6点(▲2点)

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

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

- 長期処方及びリフィル処方箋による処方の活用を適切に推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、**長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることを患者に周知することについて、以下の管理料等の要件に追加する。**

- ・ 特定疾患療養管理料
- ・ 皮膚科特定疾患指導管理料
- ・ 婦人科特定疾患治療管理料
- ・ 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料
- ・ 二次性骨折予防継続管理料
- ・ 小児科外来診療料

(参考) 引き続き要件である管理料等

- ・ 地域包括診療加算
- ・ 地域包括診療料
- ・ 生活習慣病管理料 (I)
- ・ 生活習慣病管理料 (II)



改定後

[算定要件]

患者の状態に応じ、28日以上 of 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とともに、患者から求められた場合に、患者の状態を踏まえて適切に対応を行うこと。

[施設基準]

患者の状態に応じ、28日以上 of 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。

- リフィル処方箋の患者認知度を向上する観点から、処方箋様式にリフィル処方箋に関する説明を追記する。

改定後

※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋

在宅陽圧呼吸療法指導管理料の見直し

在宅陽圧呼吸療法指導管理料の対象患者の見直し

- 質の高い在宅持続陽圧呼吸療法の提供を推進する観点から、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2について、**対象患者の無呼吸低呼吸指数の基準を引き下げるとともに、1日平均使用時間に係る要件を新設**する。

現行

【在宅陽圧呼吸療法指導管理料】
在宅陽圧呼吸療法指導管理料2 250点
[算定要件]
(1)・(2) (略)
(3) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象患者は、以下のいずれかの基準に該当する患者とする。
ア・イ (略)
ウ 以下の(イ)から(ハ)までの全ての基準に該当する患者。ただし、無呼吸低呼吸指数が40以上である患者については、(ロ)の要件を満たせば対象患者となる。
(イ) 無呼吸低呼吸指数(1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。)が20以上
(ロ)・(ハ) (略)
(4)・(5) (略)
(新設)



改定後

【在宅陽圧呼吸療法指導管理料】
在宅陽圧呼吸療法指導管理料2 **240点**
[算定要件]
(1)・(2) (略)
(3) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象患者は、以下のいずれかの基準に該当する患者とする。
ア・イ (略)
ウ 以下の(イ)から(ハ)までの全ての基準に該当する患者。ただし、無呼吸低呼吸指数が**30**以上である患者については、(ロ)の要件を満たせば対象患者となる。
(イ) 無呼吸低呼吸指数(1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。)が**15**以上
(ロ)・(ハ) (略)
(4)・(5) (略)
(6) **(3)のウの要件に該当する患者であって、CPAP療法を実施している睡眠時無呼吸症候群の診断が得られている入院中の患者以外の患者については、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な機器を活用した上で、当該指導管理を実施する月の前月から数えて3月の間、すべての月で1月当たりの1日平均使用時間が1時間未満である場合には、当該指導管理料を算定しないこと。なお、この場合であっても、在宅療養指導管理材料加算は算定できる。**

【点数】

- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 2,250点(変更なし)
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 **240点(▲10点)**
- 遠隔モニタリング加算 150点(変更なし)
- 持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算 15点<新設>**

在宅陽圧呼吸療法指導管理料の見直し

持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算の新設

- 質の高い在宅持続陽圧呼吸療法の提供を推進する観点から、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2について、**使用時間等をモニタリング可能な体制を有し、適切な指導管理を行っている場合の評価として、持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算を新設**する。

現行

【在宅陽圧呼吸療法指導管理料】
在宅陽圧呼吸療法指導管理料2 250点
(新設)

[算定要件]
(1)~(6) (略)
(新設)

[施設基準]
(新設)



改定後

【在宅陽圧呼吸療法指導管理料】
在宅陽圧呼吸療法指導管理料2 240点
注2 2について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合は、持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算として15点を所定点数に加算する。

[算定要件]
(1)~(6) (略)
(7) 持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算の算定に当たっては、該保険医療機関においてCPAP療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者について、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等をモニタリングした上で、CPAP療法の1日平均使用時間を診療録に記載すること。

[施設基準]
(1) 当該保険医療機関においてCPAP療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者について、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な機器を活用して、定期的なモニタリングを行っていること。
(2) 当該月の直近3月以内において、当該保険医療機関がCPAP療法の指導管理を行う入院中の患者以外の患者の延べ管理月数に占める、CPAP療法の1日使用時間が4時間以上の日が20日以上である管理月数の割合が4割以上であること。

【点数】

- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 2,250点(変更なし)
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 **240点(▲10点)**
- 遠隔モニタリング加算 150点(変更なし)
- 持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算 15点<新設>**

短期滞在手術等基本料1の減算

短期滞在手術等基本料1の見直し

短期滞在手術等基本料1の見直し

短期滞在手術等基本料1について、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。

現行	改定後
【短期滞在手術等基本料1】 イ 主として入院で実施されている手術を行った場合 (略) □ イ以外の場合 (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 1,588点 (2) (1) 以外の場合 1,359点	【短期滞在手術等基本料1】 イ 主として入院で実施されている手術を行った場合 (略) □ イ以外の場合 (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 795点 (2) (1) 以外の場合 680点

(参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料1の対象手術等

〔「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合の対象手術等〕

- D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として)
- D 2 9 1-2 小児食物アレルギー負荷検査
- K 0 0 6 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 4 長径十二センチメートル以上 (六歳未満に限る。)
- K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 10 手根骨内異物除去術
- K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 11 中手骨内異物除去術
- K 0 6 8 半月板切除術
- K 0 6 8-2 半月板切除術 (関節鏡下)
- K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの
- K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
- K 2 8 2 水晶体再建術 3 計画的後嚥切開を伴う場合
- K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満
- K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上 K 5 0 8 気管支狭窄拡張術 (気管支鏡によるもの)
- K 5 1 0 気管支腫瘍摘出術 (気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
- K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
- K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
- K 8 4 1-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの
- K 8 4 1-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの
- K 8 4 1-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの

〔「ロ」イ以外の場合の対象手術等〕

- K 0 0 5 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部) 3 長径四センチメートル以上 (六歳未満に限る。)
- K 0 0 6 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 3 長径六センチメートル以上十二センチメートル未満 (六歳未満に限る。)
- K 0 0 8 腋臭症手術
- K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 7 手軟部腫瘍摘出術
- K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手部ガングリオン摘出術
- K 0 9 3 手根管開放手術
- K 0 9 3-2 手根管開放手術 (内視鏡下)
- K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
- K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
- K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
- K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
- K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
- K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
- K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
- K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの
- K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 (遠視シャント閉塞又は高度狭窄の場合)
- K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 (その他の場合)
- K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
- K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
- K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
- K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
- K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
- K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。)
- K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
- K 8 2 3-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)

【点数】

1 短期滞在手術等基本料1 (日帰りの場合)

イ 主として入院で実施されている手術を行った場合

(1) 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点 (変更なし)

(2) (1) 以外の場合

2,718点 (変更なし)

ロ イ以外の場合

(1) 麻酔を伴う手術を行った場合 **795点 (▲793点)**

(2) (1) 以外の場合

680点 (▲679点)

オンライン診療

オンライン診療における診療報酬改定のポイント

看護師等との連携によるモデルが明確化。訪問看護と同時、または訪問看護とは別に看護師等が患家を訪問してオンライン診療を補助する場合の「訪問看護遠隔診療補助料」(265点)が新設されます。また、検査や処置を行った場合の実施料(100点~150点)も新設され、より実践的な運用が可能になります

- **D to P with N(訪問看護遠隔診療補助料)**:訪問看護と同時または別途、看護師等が患家でオンライン診療を補助する場合の評価(265点)を新設
- 検査・処置の評価:訪問した看護師等が検査・処置を行った場合の「**看護師等遠隔診療検査実施料**」(100点/150点)等を新設。
- 適正化: 医療DX推進体制整備加算等の廃止・再編(電子的診療情報連携体制整備加算へ)

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。

200

【点数】

(医療機関)

訪問看護遠隔診療補助料

265点(1日につき) <新設>

看護師等遠隔診療検査実施料

イ 1種類の場合 100点 <新設>

ロ 2種類の場合 150点 <新設>

看護師等遠隔診療注射実施料

100点 <新設>

看護師等遠隔診療処置実施料

イ 1種類の場合 100点 <新設>

ロ 2種類の場合 150点 <新設>

(訪問看護ステーション)

訪問看護遠隔診療補助料

2,650円(1日につき) <新設>

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。

【点数】

(医療機関)

訪問看護遠隔診療補助料

265点(1日につき) <新設>

看護師等遠隔診療検査実施料

イ 1種類の場合 100点 <新設>

ロ 2種類の場合 150点 <新設>

看護師等遠隔診療注射実施料

100点 <新設>

看護師等遠隔診療処置実施料

イ 1種類の場合 100点 <新設>

ロ 2種類の場合 150点 <新設>

(訪問看護ステーション)

訪問看護遠隔診療補助料

2,650円(1日につき) <新設>

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。

202

【点数】

（医療機関）

訪問看護遠隔診療補助料
265点（1日につき）＜新設＞

看護師等遠隔診療検査実施料
イ 1種類の場合 100点＜新設＞
ロ 2種類の場合 150点＜新設＞

看護師等遠隔診療注射実施料
100点＜新設＞

看護師等遠隔診療処置実施料
イ 1種類の場合 100点＜新設＞
ロ 2種類の場合 150点＜新設＞

（訪問看護ステーション）
訪問看護遠隔診療補助料
2,650円（1日につき）＜新設＞

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、特定保険医療材料は別途算定可		



(※) 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）	✓ 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 ✓ 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
(B) 予定された訪問看護がない場合	✓ 医師の診察の補助の目的で訪問した場合

【点数】

（医療機関）

訪問看護遠隔診療補助料
265点(1日につき) <新設>

看護師等遠隔診療検査実施料

- イ 1種類の場合 **100点 <新設>**
- ロ 2種類の場合 **150点 <新設>**

看護師等遠隔診療注射実施料
100点 <新設>

看護師等遠隔診療処置実施料

- イ 1種類の場合 **100点 <新設>**
- ロ 2種類の場合 **150点 <新設>**

（訪問看護ステーション）

訪問看護遠隔診療補助料
2,650円(1日につき) <新設>

オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、チェックリストのウェブサイト等への掲示及び医療広告ガイドラインの遵守等を追加するとともに、向精神薬の処方実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療に当たって、向精神薬を処方する場合には、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うことを要件とする。

現行

【情報通信機器を用いた診療】 【施設基準】

- 1 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ものとして、以下のア～ウを満たすこと。
ア～ウ (略)
エ 情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイト等に掲示していること。
(新設)
(新設)
(新設)



改定後

【情報通信機器を用いた診療】 【施設基準】

- 1 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ものとして、以下のア～カを満たすこと。
ア～ウ (略)
エ 以下について、当該保険医療機関のウェブサイトに掲示していること。
(イ) 情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方を行わないこと
(ロ) 当該保険医療機関での**対応状況を記入した「オンライン診療指針」の遵守の確認をするためのチェックリスト**
オ **医療広告ガイドラインを遵守**していること。また、当該保険医療機関のウェブサイトを作成する際には、「医療広告規制におけるウェブサイト等の事例解説書」を参考にすること。
カ **向精神薬を処方するに当たり、電子処方箋管理サービスの重複投薬等チェック機能を用いること**。ただし、電子処方箋を導入していない場合には、令和10年5月31日までの間に限り、オンライン資格確認等システム又は医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークのいずれかを用いて薬剤情報を確認することとしても差し支えない。

遠隔電子処方箋活用加算(10点) <新設>

救急時医療情報取得加算(50点) <新設>

電子処方箋の活用の推進

遠隔電子処方箋活用加算の新設

- ▶ オンライン診療の更なる利便性の向上と、電子処方箋システムを活用した質の高い処方箋を評価する観点から、情報通信機器を用いた医学管理において重複投薬等チェックを行い、電子処方箋を発行する場合について、新たな評価を行う。

(新) 遠隔電子処方箋活用加算 10点

[算定要件]

- 情報通信機器を用いた医学管理を実施した場合であって、以下のアからウを満たした場合に月に1回に限り算定できる。
 - ア 電子処方箋管理サービスを用いて最新の薬剤情報を確認し、処方情報の登録時に重複投薬等チェック機能を活用すること。
 - イ 患者に対し、調剤を行う保険薬局を事前に確認し、当該保険薬局が電子処方箋に対応する体制があることを確認すること。
 - ウ 電子処方箋(引換番号が印字された紙の処方箋を除く。)を発行すること。

[施設基準]

- 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。
- 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。
- 電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること。



救急時医療情報取得加算の新設(再掲)

- ▶ 救急外来医学管理料を算定する意識障害の患者に対し、**救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋管理サービスを活用し、当該患者の診療情報を取得した場合の評価を新設**する。

(新) 救急時医療情報取得加算 50点

[算定要件]

- 救急外来医学管理料を算定する意識障害の患者(JCSⅡ-10以上若しくはGCS12点以下の患者又は無動症の患者)に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋管理サービスを用いて、最新の診療情報を取得した場合に、月1回に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

- 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して、以下のアからウまでの全てを満たしていること。
 - ア 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。
 - イ 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。
 - ウ 電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること。
- 救急時医療情報閲覧機能を有していること。



19

【点数】

遠隔電子処方箋活用加算 10点

<新設>

救急時医療情報取得加算 50点

<新設>

遠隔連携診療料の評価の拡大①

遠隔連携診療料の見直し①

- D to P with D によるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。

現行

【遠隔連携診療料】

- | | |
|--------------|------|
| 1 診断を目的とする場合 | 750点 |
| 2 その他の場合 | 500点 |

注1 1については、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において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

2 2については、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において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。



改定後

【遠隔連携診療料】

- | | |
|-----------|------|
| 1 外来診療の場合 | 900点 |
| 2 訪問診療の場合 | 900点 |
| 3 入院診療の場合 | 900点 |

注1 1については、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において、**対面診療を行っている入院中の患者以外の患者**であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**診断又は治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす別に厚生労働大臣が定めるものに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、**3月に1回**に限り算定する。

2 2については、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において、**在宅で療養を行っている患者であって通院が困難な患者**のうち、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、**3月に1回**に限り算定する。

3 3については、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において、**入院中の患者**であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の入院中に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、**3月に1回**に限り算定する。

203

【点数】

遠隔連携診療料

- 1 外来診療の場合 900点(変更)
- 2 訪問診療の場合 900点(変更)
- 3 入院診療の場合 900点(変更)

遠隔連携診療料の評価の拡大②

遠隔連携診療料の見直し②

- D to P with D によるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。

	対象患者	遠隔診療を行う保険医療機関
外来診療 の場合	・ 指定難病の患者※1	難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院又は難病医療協力病院
	・ てんかんの患者※1※2	てんかん診療拠点機関
	・ 希少がんの患者※1	特定機能病院又は都道府県がん診療連携拠点病院
	・ 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者※1	特定機能病院又は小児入院医療管理料1を届け出た保険医療機関
	・ 医療的ケア児（者）	
	・ 悪性腫瘍の患者（治療中のものに限る） ・ 膠原病の患者（治療中のものに限る） ・ 慢性維持透析の患者	対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関
訪問診療 の場合	・ 標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者	対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関
	・ 医療的ケア児（者）	
	・ 外来緩和ケア管理料の対象患者	外来緩和ケア管理料を届け出た保険医療機関
入院診療 の場合	・ 指定難病の患者	難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院又は難病医療協力病院
	・ 希少がんの患者	特定機能病院又は都道府県がん診療連携拠点病院
	・ 日本臓器移植ネットワークに臓器移植希望者として登録された患者	
	・ 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者	特定機能病院又は小児入院医療管理料1を届け出た保険医療機関
	・ 標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者	対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関

注) 青字の対象患者については、当該保険医療機関が人口の少ない地域に所在する場合に限る。

※1 診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。

※2 外傷性のてんかん（診断を目的とした場合に限る。）及び知的障害を有する者に係るものを含む。

情報通信機器を用いた外来栄養食事指導料の見直し

2回目以降、情報通信機器を用いた指導時間が20分に満たない場合でも算定可能な点数の新設

情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し

情報通信機器又は電話による追加的な指導の評価

- 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料について、2回目以降に情報通信機器又は電話により追加的な指導を行った場合の区分を新設する。

現行

【外来栄養食事指導料】

9 外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料1

- (1) 初回 (略)
- (2) 2回目以降
 - ① 対面で行った場合 200点
 - ② 情報通信機器等を用いた場合 180点
(新設)

ロ 外来栄養食事指導料2

- (1) 初回 (略)
- (2) 2回目以降
 - ① 対面で行った場合 190点
 - ② 情報通信機器等を用いた場合 170点
(新設)

改定後

【外来栄養食事指導料】

9 外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料1

- (1) 初回 (略)
- (2) 2回目以降
 - ① 対面で行った場合 200点
 - ② 情報通信機器を用いた場合※電話は廃止 180点
 - ③ (1)の①又は②の追加的な指導を行った場合 50点

ロ 外来栄養食事指導料2

- (1) 初回 (略)
- (2) 2回目以降
 - ① 対面で行った場合 190点
 - ② 情報通信機器を用いた場合※電話は廃止 170点
 - ③ (1)の①又は②の追加的な指導を行った場合 45点



【算定要件】

管理栄養士が(1)の患者に対し、対面又は情報通信機器を用いて指導を実施した上で、**2回目以降、情報通信機器又は電話を活用した追加的な指導を行った場合に算定できる**。なお、**指導時間にかかわらず、必要な指導が行われた場合は算定可能**である。

- 情報通信機器による指導の実施に当たって、事前に対面による指導と情報通信機器による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する場合に加えて、対面又は情報通信機器のいずれかによる指導計画を作成した場合も算定可能であることを明確化する。

【点数】

外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料1

(1) 初回

- ① 対面で行った場合 260点
- ② 情報通信機器を用いた場合 235点

(2) 2回目以降

- ① 対面で行った場合 200点
- ② 情報通信機器を用いた場合 180点
(※電話は廃止)

③(1)の①又は②の追加的な指導を行った場合 50点<新設>

ロ 外来栄養食事指導料2

(1) 初回

- ① 対面で行った場合 250点
- ② 情報通信機器を用いた場合 225点

(2) 2回目以降

- ① 対面で行った場合 190点
- ② 情報通信機器を用いた場合 170点
(電話は廃止)

③(1)の①又は②の追加的な指導を行った場合 45点<新設>

情報通信機器を用いた療養指導の見直し

在宅療養指導料の見直し

- 情報通信機器を用いた療養指導について、対面と組み合わせた実施を適切に推進することにより、患者のセルフケア支援の充実や負担軽減を図る観点から、在宅療養指導料の算定対象者のうち、在宅自己注射指導管理料を算定している患者及び慢性心不全の患者に係る要件を見直す。

現行

【在宅療養指導料】
13 在宅療養指導料 170点

【算定要件】

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回(初回の指導を行った月にあつては、月2回)に限り算定する。

2 (略)

改定後

【在宅療養指導料】
13 在宅療養指導料
イ 初回
対面で行った場合 170点
□ 2回目以降
(1) 対面で行った場合 170点
(2) 情報通信機器を用いた場合 148点



【算定要件】

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者(□の(2)については、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において、第2部第2節第1款在宅療養指導管理料のうちC101在宅自己注射指導管理料を算定している患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に限る。)に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、□については月1回(イを算定する月にあつては、イと□を合算して月2回)に限り算定する。

2 (略)



【点数】

在宅療養指導料

イ 初回 170点(変更なし)

□ 2回目以降

(1)対面で行った場合 170点
(変更なし)

(2)情報通信機器を用いた場合 148点
<新設>

(□(2)の要件)

- 対象患者:在宅自己注射指導管理料を算定している患者、退院後1ヵ月以内で、1年以内に心不全による入院が2回以上あった慢性心不全の患者
- 看護師等が30分以上指導を行う
- 事前に対面による指導と情報通信機器を使用した指導を組み合わせた指導計画計画を作成し、実施
- 概ね3回に1回は対面による指導を実施