

令和8年度  
診療報酬改定

令和8年4月

公益社団法人 福岡県医師会

# 目次

総論	3
各論	8
1. 外来	
賃金・物価対応（初・再診料関連の見直し）	8
初診・再診料等の見直し（全体像）	12
外来ベースアップ評価料（I）の見直し	15
医療DX推進体制整備加算等の見直し（電子的診療情報連携体制整備加算の新設）	20
機能強化加算の見直し	22
外来医師過多区域に関する対応	23
地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し	25
時間外対応加算の見直し	28
生活習慣病管理料、特定疾患療養管理料の見直し	29
外来データ提出加算の見直し	33
処方箋関係の見直し	36
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の新設	39
特定機能病院等紹介患者受入加算の新設および連携強化診療情報提供料の見直し	40
健診等受診後の初再診料等の算定方法の明確化	42
療養・就労両立支援指導料の見直し	44
2. オンライン診療	
オンライン診療の施設基準の見直し	46
遠隔電子処方箋活用加算の新設	47
遠隔連携診療料の評価の拡大	48

3. 在宅	
在宅医療	49

4. 入院	
入院料における物賃対応について	63
急性期・高度急性期入院医療	68
包括期・慢性期入院医療	79
精神科入院医療	86
入院（共通事項）	88

5. 経過措置・附带意見・届出	
経過措置	98
附带意見	103
届出について	106

令和8年度診療報酬改定疑義照会について 121

# 令和8年度診療報酬改定

令和8年3月26日日医資料  
『令和8年度診療報酬改定について』  
及び

令和8年3月25日九州厚生局資料  
『令和8年度診療報酬改定に伴う施設基準の届出等について(医科)』より

令和8年4月  
公益社団法人福岡県医師会



1

## はじめに

- ※ 本資料は現時点での「令和8年度 診療報酬改定の概要」をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。  
算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は病院と比較して事務職員が少ない診療所向けの内容に重点を置いております。病院に関する項目については厚生労働省の説明資料等もあわせてご参照ください。
- ※ 本資料は、HP掲載後に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

2

## <目次>

### 総論

スライド番号

改定率について	5
---------	---

### 外来

賃金・物価対応(初・再診料関連の見直し)	15
初診・再診料等の見直し(全体像)	23
外来ベースアップ評価料(I)の見直し	30
医療DX推進体制整備加算等の見直し(電子的診療情報連携体制整備加算の新設)	39
機能強化加算の見直し	43
外来医師過多区域における対応	46
地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し	49
時間外対応加算の見直し	55
生活習慣病管理料、特定疾患療養管理料の見直し	58
外来データ提出加算の見直し	65
処方箋関係の見直し	72
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の新設	77
特定機能病院等紹介患者受入加算の新設および連携強化診療情報提供料の見直し	80
健診等受診後の初再診料等の算定方法の明確化	84
療養・就労両立支援指導料の見直し	88

3

### オンライン診療

オンライン診療の施設基準の見直し	91
遠隔電子処方箋活用加算の新設	93
遠隔連携診療料の評価の拡大	95

### 在宅

在宅医療	98
------	----

### 入院

入院料における物賃対応について	126
急性期・高度急性期入院医療	135
包括期・慢性期入院医療	157
精神科入院医療	171
入院(共通事項)	175

### 経過措置／附带意見／届出

経過措置	195
附带意見	206
届出について	211

4

# 改定率等について

5

## 大臣折衝事項について

令和8年度 診療報酬改定率について	
<b>1. 診療報酬 +3.09%</b>	
※1 うち、賃上げ分	+1.70%
※2 うち、物価対応分	+0.76%
※3 うち、食費・光熱水費分	+0.09%
※4 うち、令和6年度改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分	+0.44%
※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化	▲0.15%
※6 うち、※1～5以外の分 各科改定率(医科+0.25% : 歯科+0.31% : 調剤+0.08%)	+0.25%
<b>2. 薬価等 ▲0.87%</b>	
薬価	▲0.86%
材料価格	▲0.01%

6

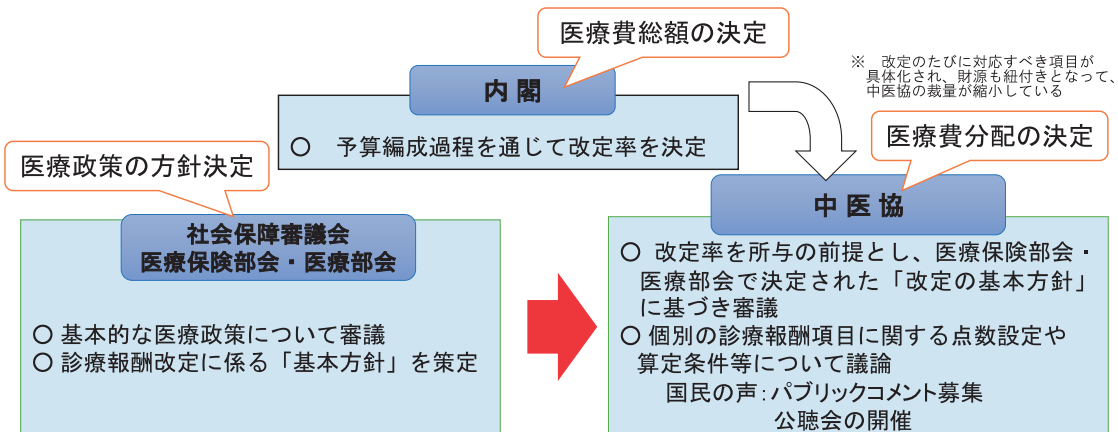
## 最近の診療報酬改定率の推移

	H26(2014)	H28(2016)	H30(2018)	R2(2020)	R4(2022)	R6(2024)	R8(2026)
診療報酬	+0.73%	+0.49%	+0.55%	+0.55%	+0.43%	+0.88%	+3.09
うち (消費税対応分) +0.63%				勤務医の き方改革への 特例的な対応 +0.08%	看護の処遇改善 +0.20%	看護職員その他医療関係職 種について、ペアを実施して いくための特例的な対応 +0.61%	賃上げ分 +1.70%
					リフィル処方箋の導入・ 活用促進による効率化 ▲0.10%		入院時の食費基準額の 引き上げ(1食当たり30円)の 対応 +0.06%
					不妊治療の保険適用 +0.20%	生活習慣病を中心とした管 理料、処方箋料等の再編等 の効率化・適正化 ▲0.25%	
					小児の感染防止対策に 係る加算措置の期限到 来 ▲0.10%		後発品への置換えの進展を踏ま えた処方や調剤に係る評価の適 正化、実態を踏まえた在宅医療・ 訪問看護関係の評価の適正化、 長期処方・リフィル処方の取組強 化等による効率化 ▲0.15%
うち本体	+0.10%	+0.49%	+0.55%	+0.47%	+0.23%	+0.46%	+0.25%
業価等	▲0.63%	▲1.33%	▲1.74%	▲1.01%	▲1.37%	▲1.00%	▲0.87%
ネット	+0.10%	▲0.84%	▲1.19%	▲0.46%	▲0.94%	▲0.12%	+2.22%

7

## 診療報酬改定のプロセス

- ① 予算編成過程を通じて内閣が改定率を決める
- ② 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)が「診療報酬改定の基本方針」を策定
- ③ ①②を踏まえ、中医協において、個々の具体的な診療報酬点数の設定を決める



※ 診療報酬改定は、中医協でエビデンスに基づく評価がなされ、さらには前回の改定結果を調査・検証した上で、次回改定で修正するという流れが確立している

8

## 令和8年度診療報酬改定の基本方針の概要

### 改定に当たっての基本認識

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

### 改定の基本的視点と具体的方向性

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

##### 【重点課題】

##### 【具体的方向性】

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物価費の高騰を踏まえた対応
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
  - ・ 医療従事者の処遇改善
  - ・ 業務の効率化に資する ICT、AI、IoT等の利活用の推進
  - ・ タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
  - ・ 医師の働き方改革の推進/診療科偏在対策
  - ・ 診療報酬上求める基準の柔軟化

等

#### (3) 安心・安全で質の高い医療の推進

##### 【具体的方向性】

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

等

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

##### 【具体的方向性】

- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 「治し、支える医療」の実現
  - ・ 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能(緊急入院等)を担う医療機関の評価
  - ・ 円滑な入院の実現
  - ・ リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
- 医師の地域偏在対策の推進

等

#### (4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

##### 【具体的方向性】

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

等

9

## 中医協における令和8年度診療報酬改定に向けた審議

### ◎ 前回改定「答申書」附帯意見(28項目)に基づく検討

- ・ 検証調査(7項目)、医療法人経営情報データベースシステム(MCBD)、医療経済実態調査、薬価調査、特定保険医療材料価格調査
- ・ 医療を取り巻く状況、医療提供体制・地域医療構想、賃上げ、物価対応、医療法等改正、入院時の食費・光熱水費、医療DX、長期収載品の選定療養、外来、入院、在宅、個別事項
- ・ 薬価制度、保険医療材料制度、費用対効果評価制度
- ・ 再生医療等製品の保険適用等

[総会: 64回]

[薬価専門部会: 22回][保険医療材料専門部会: 9回]

[費用対効果評価専門部会: 8回][診療報酬改定結果検証部会: 6回]

[薬価部会・費用対効果部会合同部会: 3回]

[費用対効果部会・薬価部会・材料部会合同部会: 3回]

[調査実施小委員会: 4回]

[調査専門組織]

- ・ 医療技術評価分科会: 2回

- ・ 入院・外来医療等の調査・評価分科会: 16回

- ・ 医療機関等における消費税負担に関する分科会: 2回

国民の声: パブリックコメント、公聴会(石川県を中心とした北陸地方)



※2年度で延べ119回開催

令和8年2月13日 厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案を答申

(附帯意見: 28項目)

10

# 中医協 委員名簿

令和7年11月5日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員 7名	鳥潟美夏子 松本真人 永井幸子 高町晃司 奥田好秀 鈴木順三 伊藤徳宇	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県桑名市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員 7名	江澤和彦 茂松茂人 黒瀬 巖 小阪真二 太田圭洋 大杉和司 森 昌平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 全国自治体病院協議会副会長 日本医療法人協会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員 6名	飯塚敏晃 ◎小堀隆士 笠木映里 永瀬伸子 本 田 文 子 城山英明	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授
4. 専門委員 10名	田島健一 木澤晃代 上田克彦 小松知子 藤原尚也 越後園子 荒川隆治 守田恭彦 前田 桂 青木幸生	佐賀県白石町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 神奈川歯科大学全身管理歯科学口座障害者歯科学分野教授 中外製薬株式会社 執行役員 渉外調査担当 第一三共株式会社 渉外部 渉外部長 株式会社バイタルケーエスケー・ホールディングス代表取締役社長 ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社 バイスプレジデント 丸木医科機器株式会社参与

◎印：会長

11

## 中医協を中心とした令和8年度診療報酬改定の流れ①

<p>〔中医協 医療を取り巻く状況、医療提供体制・地域医療構想〕 令和7年4月23日、8月27日、10月29日 人口動態、医療需要、医療費、医療機関の経営状況などのデータが提示・その都度更新され、医療を取り巻く状況は、極めて厳しく、過去に例のない危機的な経営状況に陥っていることが明白になった</p>
<p>〔中医協 医療経済実態調査〕 令和7年11月26日 医療経済実態調査結果の報告 令和7年12月 3日 医療経済実態調査結果に対する両側の見解</p>
<p>〔中医協 薬価調査・保険医療材料価格調査〕 令和7年12月 3日 薬価調査・特定保険医療材料価格調査(速報値) 《平均乖離率》薬価：約4.8%(前回:6.0%)、特定保険医療材料：約1.3%(前回:2.5%)</p>
<p>〔中医協 診療報酬改定に関する基本的見解〕 令和7年12月10日 令和8年度診療報酬改定に関する両側の基本的な見解 令和7年12月12日 令和8年度診療報酬改定について 中医協としてとりまとめ厚生労働大臣に意見具申(両論併記)</p>
<p>〔医療保険部会・医療部会〕 令和7年12月12日 令和8年度診療報酬改定の基本方針 《改定の基本的視点と具体的方向性》 (1)物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応【重点課題】 (2)2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進 (3)安心・安全で質の高い医療の推進 (4)効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上</p>

12

## 中医協を中心とした令和8年度診療報酬改定の流れ②

### 【厚生労働大臣】

令和8年1月14日 中医協に対して①②に基づき答申を行うよう諮問  
 ①12月24日の予算大臣折衝を踏まえ内閣が決定した改定率等  
 ②12月9日の医療保険部会・医療部会が策定した「改定の基本方針」  
 中医協におけるこれまでの議論の整理を公表し、パブリックコメントを募集

### 【内閣】

令和7年12月24日の予算大臣折衝を踏まえ改定率等を決定  
 本体部分の上げは10回連続、3%台の高水準になるのは平成8年度改定以来  
 本体と薬価等の改定率を差し引いたネットがプラスになるのは平成26年度改定以来

### 【中医協】

令和8年1月14日～20日 パブリックコメント募集(768人から延べ5,808件の意見)  
 令和8年1月19日 公聴会をオンライン形式で石川県と中心とした北陸地方で開催  
 (公募による意見発表希望者から公益委員が選定した10名から発表)  
 令和8年1月23・28日・30日 個別改定項目(短冊)を集中審議  
 令和8年2月13日 中医協として厚生労働大臣に答申(附帯意見26項目)

令和8年6月1日 施行(薬価改定:令和8年4月1日 施行)

13

## 中医協における主な審議項目

### 【外来】

- ◇ かかりつけ医機能に係る評価、生活習慣病に係る評価、外来機能の分化の推進
- ◇ 療養・就労両立支援指導料、情報通信機器を用いた診療

### 【入院】

- ◇ 急性期入院医療、高度急性期入院医療
- ◇ 慢性期入院医療・身体的拘束
- ◇ 包括期入院医療、入退院支援、看護職員の確保と働き方等
- ◇ 回復期リハビリテーション病棟、リハビリテーション、病棟における多職種連携
- ◇ 特定機能病院入院基本料、医師の診療科偏在、働き方改革、地域加算、病院薬剤師
- ◇ 多職種配置と医療機関の機能、総合入院体制加算と急性期充実体制加算
- ◇ 重症度、医療・看護必要度

### 【在宅】

- ◇ 訪問診療・往診等、訪問看護
- ◇ 歯科訪問診療、薬局における訪問薬剤管理指導

### 【個別項目】

- ◇ 後発医薬品・バイオ後続品の使用体制、服用薬剤調整支援等の評価 ◇ 精神医療 ◇ 敷地内薬局
- ◇ 移植医療 ◇ がん対策・難病対策・透析医療・緩和ケア ◇ 入院から外来への移行
- ◇ 長期収載品の選定療養 ◇ データ提出加算 ◇ 業務の簡素化 ◇ 届出や算定方法の明確化
- ◇ 小児・周産期医療、感染症対策、医療安全、災害医療 ◇ 人口・医療資源の少ない地域、救急医療
- ◇ 技術的事項 ◇ 医薬品その他 ◇ 医療DX ◇ 残薬対策 ◇ 近視進行抑制薬の処方に係る検査

### 【その他】

- ◇ 賃上げ ◇ 物価対応 ◇ 入院時の食費・光熱水費 ◇ 医療法等改正を踏まえた対応
- ◇ 再生医療等製品の保険適用 ◇ 消費税対応の上乗せ点数の見直し ◇ 被災地特例措置
- ◇ スマートフォンでのマイナ保険証の利用開始に伴う資格確認方法の所要の見直し

14

## 賃金・物価対応(初・再診料関連の見直し)

15

### 令和8年度診療報酬改定について(令和7年12月24日大臣折衝事項)

#### 1. 診療報酬 +3.09% (R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%) (R8年6月施行)

##### 賃金対応(ベースアップ評価料等)

- ※1 うち、賃上げ分 **+1.70%** (2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%)
  - ・ 医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%(看護補助者、事務職員は5.7%)のペアを実現するための措置
  - ・ うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

- ※2 うち、物価対応分 **+0.76%** (2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%)
  - ・ 特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%(R8年度+0.41%、R9年度+0.82%)を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。(病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%)
  - ・ また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院(大学病院を含む)が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

##### 物価対応(初・再診料等)

- ※3 うち、食費・光熱水費分 **+0.09%** (入院時の食費基準額の引上げ(40円/食)、光熱水費基準額の引上げ(60円/日))
  - ・ 患者負担の引上げ：食費は原則40円/食(低所得者は所得区分等に応じて20~30円/食)、光熱水費は原則60円(指定難病患者等は据え置き)

- ※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 **+0.44%**
  - ・ 配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持(病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%)

- ※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 **▲0.15%**

- ※6 うち、※1~5以外分 **+0.25%** 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

16

## 賃上げに向けた評価の見直しのポイント

### ① ベースアップ評価料の評価体系の変更

- 外来・在宅ベースアップ評価料について、**継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価**を行う。
- 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。

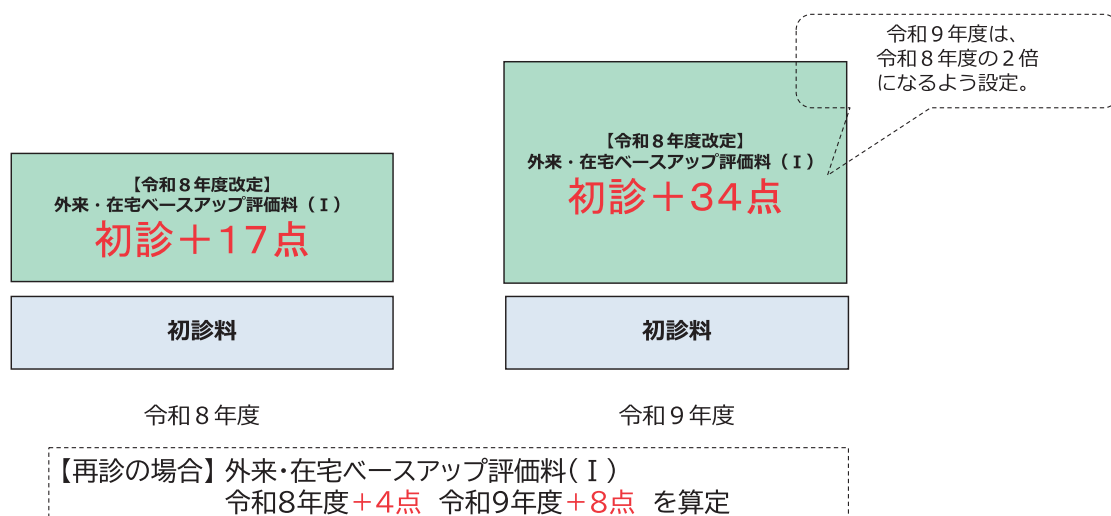
### ② ベースアップ評価料の対象の拡大

- 入院医療、外来医療及び在宅医療等の医療提供体制を支える、保険医療機関等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、**ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大**する。
  - 事務職員、40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師も対象とする。（経営者、役員等は除く。）

17

## 賃上げに係る評価【外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ】のイメージ①

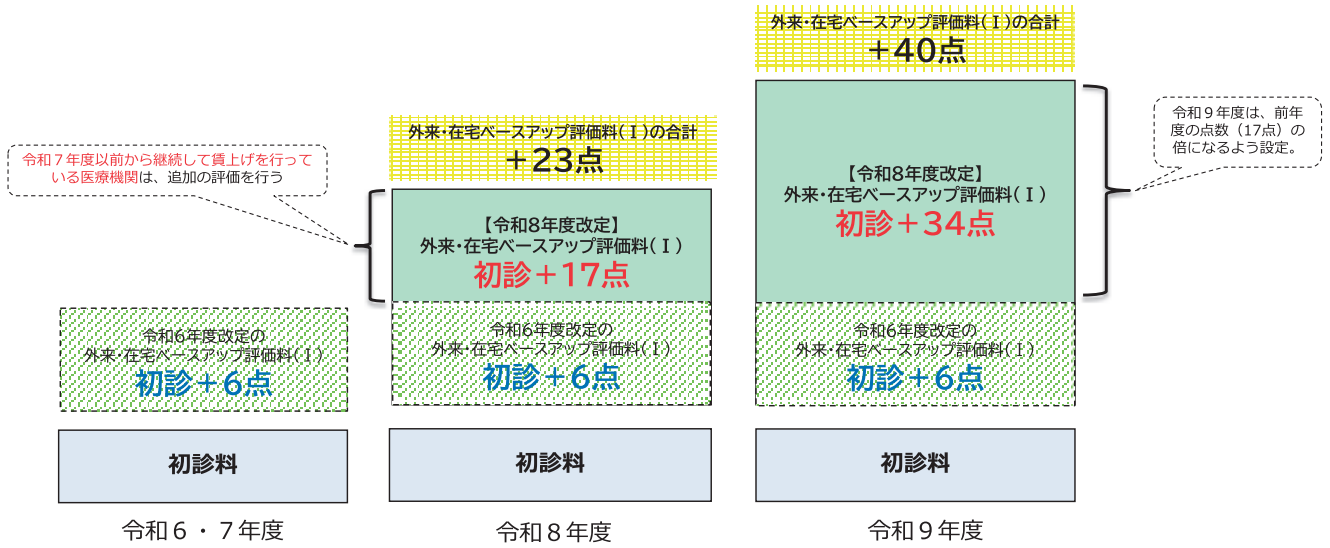
令和7年度以前にベースアップ評価料を算定しておらず、令和8年度から新たにベースアップ評価料を算定して賃上げを行う医療機関の場合



18

## 賃上げに係る評価【外来・在宅ベースアップ評価料 I】のイメージ②

令和7年度以前からベースアップ評価料を算定している医療機関(=継続的に賃上げを行っている医療機関)の場合

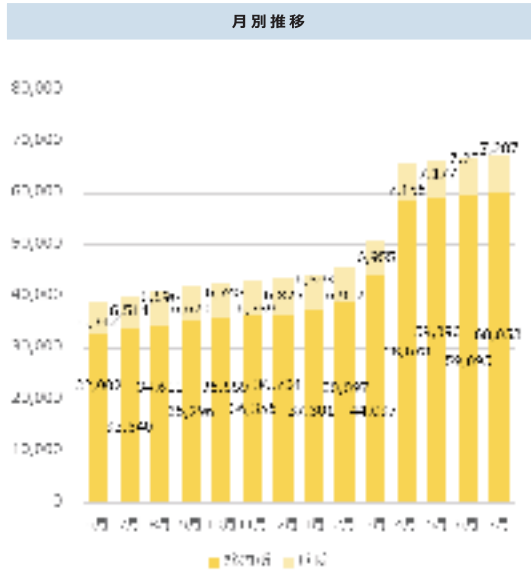


【再診の場合】外来・在宅ベースアップ評価料(I)  
令和6・7年度+2点 令和8年度+6点(2点+4点) 令和9年度+10点(2点+8点) を算定

## 外来・在宅ベースアップ評価料 ( I ) の届出状況

診調組 入-2  
7. 8. 21

○ 外来・在宅ベースアップ評価料 ( I ) は、病院の約9割、診療所の約4割が届出を行っている。



届出受理医療機関割合 (令和7年7月7日時点)

医療機関数	届出受理数	届出受理割合	
病院	8,045	7,207	89.6%
診療所	154,904	60,053	38.8%
有床診療所	5,339	2,703	50.6%
医科診療所	84,035	33,830	40.3%
歯科診療所	65,530	23,520	35.9%
<b>合計</b>	<b>162,949</b>	<b>67,260</b>	<b>41.3%</b>

出典：保険局医療課調べ (保険医療機関等管理システムより集計)

出所：令和8年1月14日 中医協 総-5

令和8年度診療報酬改定について(令和7年12月24日大臣折衝事項))(再掲)

1. 診療報酬 +3.09% (R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%) (R8年6月施行)

賃金対応(ベースアップ評価料等)

※1 うち、賃上げ分 +1.70% (2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%)  
 ・医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%(看護補助者、事務職員は5.7%)のペアを実現するための措置  
 ・うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※2 うち、物価対応分 +0.76% (2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%)  
 ・特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%(R8年度+0.41%、R9年度+0.82%)を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。(病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%)  
 ・また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院(大学病院を含む)が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

物価対応(初・再診料等)

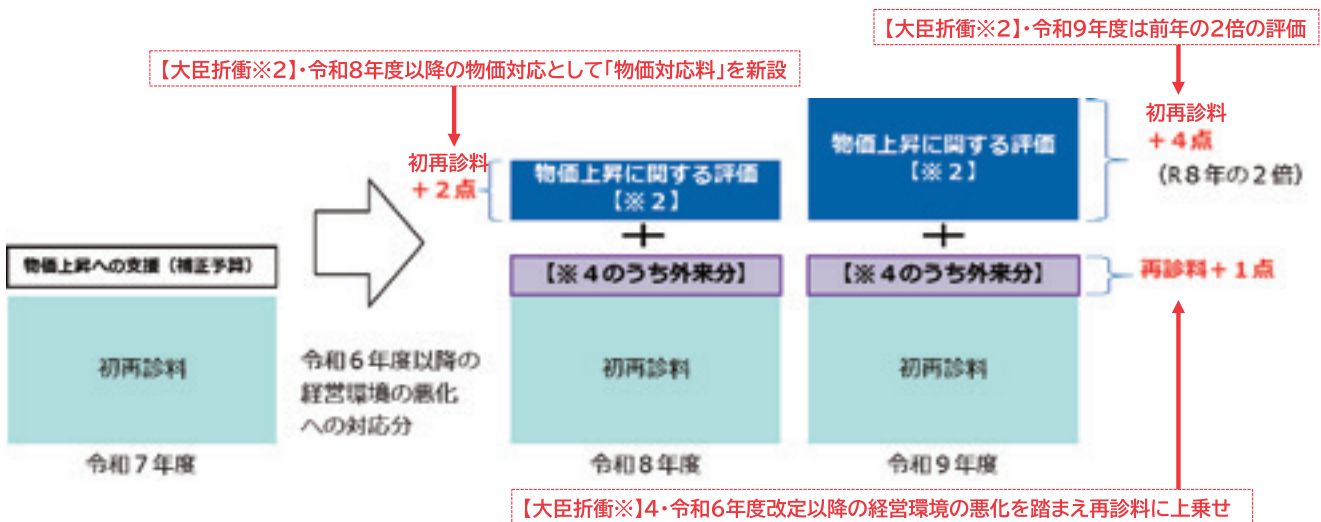
※3 食費・光熱水費分 +0.09% (入院時の食費基準額の引上げ(40円/食)、光熱水費基準額の引上げ(60円/日))  
 患者負担の引上げ：食費は原則40円/食(低所得者は所得区分等に応じて20~30円/食)、光熱水費は原則60円(指定難病患者等は据え置き)

※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%  
 ・配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持(病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%)

※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 ▲0.15%

※6 うち、※1~5以外分 +0.25% 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

物価上昇への対応に関わる評価【物価対応料+再診料の引き上げ】



## 初診・再診料等の見直し(全体像)

23

### 初診料の見直し①

#### 初診料①(物質対応)

項目		改定前	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等
初診料本体		291点	291点	291点	変更なし
		<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	
物質 対応	①外来・在宅物価対応料(新設)	-	2点 (+2点)	4点 (+4点)	・大臣折衝※2 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
	外来・在宅 ベースアップ 評価料(Ⅰ)	6点	23点 (+17点)	40点 (+34点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
	③令和8年度より 算定する 医療機関の場合	-	17点 (+17点)	34点 (+34点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
R7年度以前からベースアップ評価料を算定 している医療機関の上乗せ分		-	25点	44点	①+②
R8年6月よりベースアップ評価料を算定 する医療機関の上乗せ分		-	19点	38点	①+③

24

## 初診料の見直し②

### 初診料②（加算）

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
機能強化加算(施設基準変更)	80点	80点	点数に変更なし。施設基準にBCP(災害発生時等における医療機関の業務継続計画)の策定等を追加
医療情報取得加算(廃止)	1点	—	電子的診療情報連携体制整備加算へ統合
医療DX推進体制整備加算(廃止)	加算1 加算2 加算3 加算4 加算5 加算6	— — — — — —	電子的診療情報連携体制整備加算へ統合
電子的診療情報連携体制整備加算(新設)	加算1 加算2 加算3	15点 9点 4点	これまでの医療DX推進体制整備加算や、医療情報取得加算を本点数に統合
特定機能病院等紹介患者受入加算(新設)	—	60点	特定機能病院等から紹介された患者に対する初診を、診療所又は許可病床数200床未満の病院が行った場合の評価を新設

25

## 再診料の見直し①

### 再診料①（物質対応）

項目	改定前	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等		
再診料本体	75点	76点	76点	・大臣折衝※4		
<b>+</b> <b>+</b> <b>+</b>						
物質 対応	①外来・在宅物価対応料(新設)	—	2点 (+2点)	4点 (+4点)	・大臣折衝※2 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価	
	外来・在宅 ベースアップ 評価料(I)	②令和7年度以前から 算定している 医療機関の場合	2点	6点 (+4点)	10点 (+8点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
		③令和8年度より 算定する 医療機関の場合	—	4点 (+4点)	8点 (+8点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
R7年度以前からベースアップ評価料を算定している医療機関の上乗せ分		—	8点	14点	①+②	
R8年6月よりベースアップ評価料を算定する医療機関の上乗せ分		—	6点	12点	①+③	

26

## 再診料の見直し②

### 再診料②(加算)

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
外来管理加算	52点	52点	変更なし
時間外対応加算(名称変更と増点) 加算1 加算2 加算3 加算4	5点 4点 3点 1点	7点 5点 4点 2点	名称を 時間外対応加算から、 時間外対応体制加算に変更し、評価を引き上げる
地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算 (評価体系の変更、対象患者の追加、加算の新設等)	28点/21点 38点/31点	28点/21点 38点/31点	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象患者に、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全又は慢性腎臓病のいずれかの疾患を有しており、かつ、介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者等である患者等を追加する。</li> <li>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。</li> <li>残薬対策として、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。</li> <li>外来データ提出加算を新設する。</li> </ul>
医療情報取得加算(廃止)	1点	—	電子的診療情報連携体制整備加算へ統合
電子的診療情報連携体制整備加算(新設)	—	2点	これまでの医療DX推進体制整備加算や、医療情報取得加算を本点数に統合

27

## 小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の見直し①

### 初診時(物質対応)

項目		改定前	R8.6~	R9.6~	見直しの概要等
小児科外来診療料	① 処方箋交付	604点	604点(変更なし)		変更なし
	② ①以外	721点	721点(変更なし)		
小児かかりつけ医診療料1	処方箋交付する場合	652点	652点(変更なし)		
	処方箋交付しない場合	796点	796点(変更なし)		
小児かかりつけ医診療料2	処方箋交付する場合	641点	641点(変更なし)		
	処方箋交付しない場合	758点	758点(変更なし)		

+            +            +

物質 対応	外来・在宅物価対応料(新設)		—	2点 (+2点)	4点 (+4点)	<ul style="list-style-type: none"> <li>大臣折衝※2</li> <li>令和9年度は令和8年度の2倍の評価</li> </ul>
	外来・在宅 ベースアップ 評価料(I)	令和7年度以前から 算定している 医療機関の場合	6点	23点 (+17点)	40点 (+34点)	<ul style="list-style-type: none"> <li>大臣折衝※1</li> <li>令和9年度は令和8年度の2倍の評価</li> </ul>
		令和8年度より 算定する 医療機関の場合	—	17点 (+17点)	34点 (+34点)	<ul style="list-style-type: none"> <li>大臣折衝※1</li> <li>令和9年度は令和8年度の2倍の評価</li> </ul>

28

## 小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の見直し②

### 再診時（物質対応）

項目		改定前	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等
小児科外来診療料	① 処方箋交付	410点	411点(+1点)		・大臣折衝※4
	② ①以外	528点	529点(+1点)		
小児かかりつけ医診療料1	処方箋交付する場合	458点	459点(+1点)		
	処方箋交付しない場合	576点	577点(+1点)		
小児かかりつけ医診療料2	処方箋交付する場合	447点	448点(+1点)		
	処方箋交付しない場合	565点	566点(+1点)		

+ + +

物質対応	外来・在宅物価対応料(新設)		—	2点 (+2点)	4点 (+4点)	・大臣折衝※2 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
	外来・在宅 ベースアップ 評価料(I)	令和7年度以前から 算定している 医療機関の場合	2点	6点 (+4点)	10点 (+8点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
		令和8年度より 算定する 医療機関の場合	—	4点 (+4点)	8点 (+8点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価

29

## 外来ベースアップ評価料(I)の見直し

30



## 外来ベースアップ評価料（I）に関する主な変更点①

現行	改定後
<p>【賃上げの目標】</p> <p>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</p>	<p>【賃上げの目標】</p> <p>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</p>
<p>【対象となる職員】</p> <p>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。）</p> <p>例）薬剤師・看護師・看護補助者 等</p>	<p>【対象となる職員】</p> <p>当該保険医療機関に勤務する職員（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。）</p> <p>例）左記の対象職員に加え、 40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師、事務職員 等</p>

33

## 外来ベースアップ評価料（I）に関する主な変更点②（手続き）

現行	改定後
<p>【届出時の提出書類】</p> <p>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】</p> <p>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 （賃金改善計画書は作成不要）</p>
<p>【実績等の報告】</p> <p>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】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>毎年8月に、当該年度における賃金改善の状況を評価するために「賃金改善中間報告書」を作成し、地方厚生（支）局長に報告</li> <li>算定した年度の翌年の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</li> </ul>
<p>【同一法人内の複数医療機関の通算】</p> <p>（新設）</p>	<p>【同一法人内の複数医療機関の通算】</p> <p>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においては、法人内の複数保険医療機関を通算して、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>

34

## ベースアップ評価料に関する手続きの概要

**ベースアップ評価料を届け出る場合に必要手続きの流れ**

> 令和8年度にベースアップ評価料による賃金改善を行う場合には、算定を開始する前月までに届出を行う。  
 > 算定する年度の8月に賃金改善中間報告書、翌年度の8月に賃金改善実績報告書を提出する必要がある。

令和8年				令和9年											
～	3月	～	6月	～	8月	～	12月	～	3月	～	6月	～	8月	～	12月
				R7年度 実績報告書								R8年度 実績報告書			
届出書				R8年度 中間報告書								R9年度 中間報告書			
賃金改善の実施（令和8年度）															
				4月～翌年3月								6月～翌年5月			
												* 届出書			

> 届出書、賃金改善中間報告書、賃金改善実績報告書に記載を要する主な事項は次の通り。  
 > 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出る場合は、申請時点では、評価料の対象職員のみが分かれば申請が可能。  
 > 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料を届け出る場合であっても、申請時点では「月額賃金総額」や「延べ入院患者数」等が分かれば申請できる。（今改定から、申請時点での「賃金改善計画書」の添付は不要）  
 ※ただし、外来ベースアップ評価料（Ⅰ）を令和8年度から継続して算定する場合には、令和9年度の届出書の提出は不要。

届出書	中間報告書	報告書
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）</li> <li>・ 対象職員数</li> <li>○ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）</li> <li>・ 入院ベースアップ評価料</li> <li>・ 初再診料等の算定回数、延べ入院患者数</li> <li>・ <b>月額賃金総額</b></li> <li>・ 対象職員数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ベースアップ評価料の算定収入額</li> <li>・ 対象職種ごとの常勤換算数</li> <li>・ <b>基本給等総額（給与改善前・後）</b></li> <li>・ 賞与の月数の変化</li> </ul> <p style="font-size: small;">※対象職種を指定して報告： 医師・歯科医師・看護職員・看護補助者・事務職員</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ベースアップ評価料の算定収入額</li> <li>・ 対象職種ごとの常勤換算数</li> <li>・ <b>基本給等総額（給与改善前・後）</b></li> <li>・ 賞与の月数の変化</li> </ul> <p style="font-size: small;">※対象職員の合計及び、一部の対象職種の内訳について報告</p>

> 算定期間内に、区分計算時に必要な項目の大きな変動（**対象職員数の1割以上の変動**、3月ごとのベースアップ評価料の**算定回数**の**1割以上の変動**）があり、**再計算をした場合に区分の変化がある場合には**、区分変更の届出が必要。

## 外来ベースアップ評価料（Ⅰ）届出様式の見直しについて

8 年 5 月 11 日 届出番号: 00000000000000000000

**○ 必要記載項目**

1 保険医療機関コード 1234567  
 保険医療機関名 日医クリニック

2 届出を行う評価料

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）  
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

3 外来医療等の実施の有無

外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（医科）  
 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（歯科）

4 対象職員（常勤換算）数 30 人

※ 対象職員とは、自保険医療機関に勤務する職員をいう。  
 （ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。）  
 ※ 本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。  
 ※ ○より大きい数であればよい。

**外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出には「様式95」を使用します。**

40歳以上の医師、歯科医師、業務委託により勤務する者を除いた職員数を常勤換算で入力します。

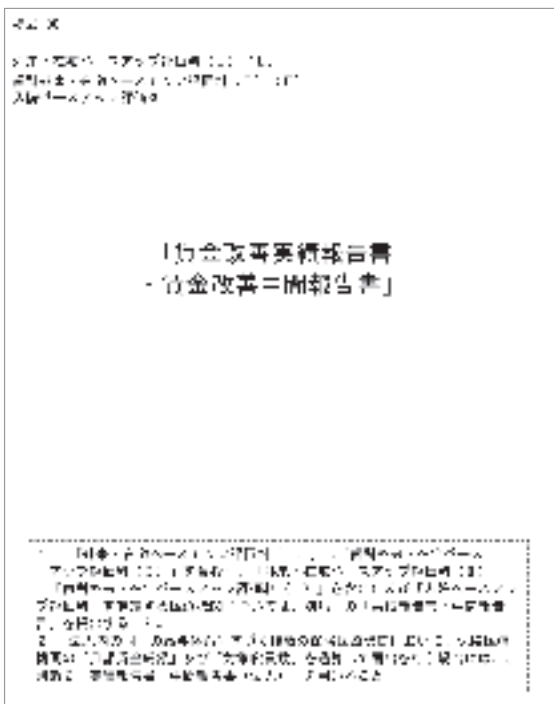
例：常勤1名、パート4名の職員  
 （パート4名は全員が半日勤務の場合）

常勤1名 + （非常勤4名 × 0.5） = 3名

賃金改善計画書の作成が不要になったため、必要な記載事項は以上です。

残りの部分は該当する項目にチェックを入れるのみです。

## ベースアップ評価料 報告様式の見直しについて



「中間報告」と「実績報告」は共通の様式となっており「様式100」を使用します。

令和8年6月から今回の改定後のベースアップ評価料の算定を開始した場合

### 令和8年8月の提出書類

- ① 令和8年6月～7月の実績に係る「資金改善中間報告書」

### 令和9年8月の提出書類

- ① 令和8年6月～令和9年5月の実績に係る「資金改善実績報告書」
- ② 令和9年6月～7月の実績に係る「資金改善中間報告書」

37

## ベースアップ評価料 詳細な情報について



ベースアップ評価料に関しては、厚生労働省HPに特設ページが設けられておりますが、この資料の作成時点においては、令和6年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料に関する情報が掲載されております。

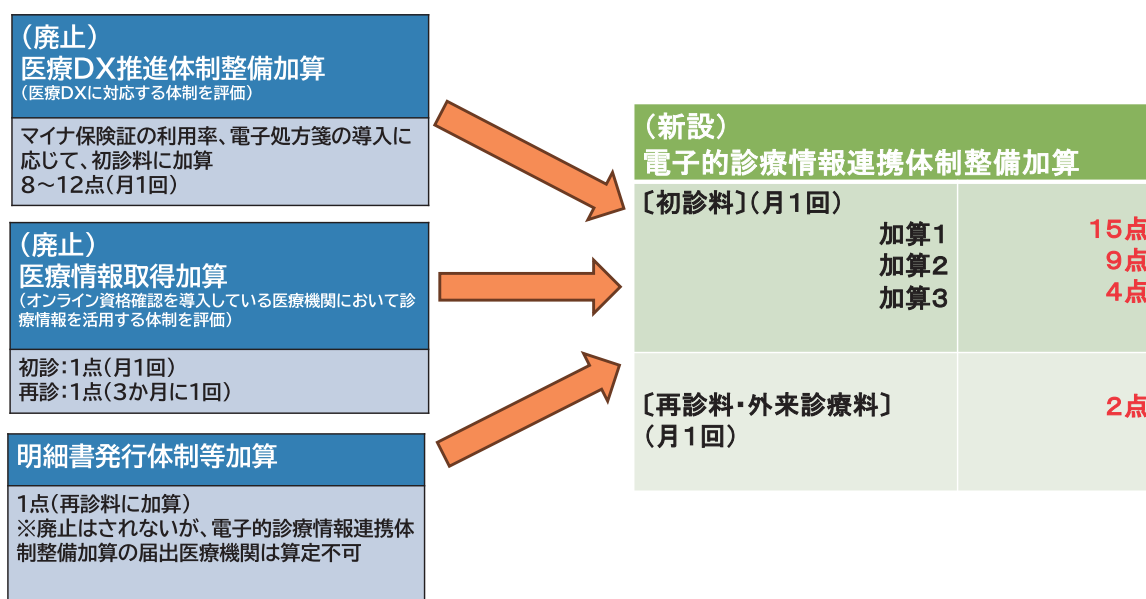
詳しい情報は追って公開予定とされております。

38

## 医療DX推進体制整備加算等の見直し (電子的診療情報連携体制整備加算の新設)

39

### 医療DX推進体制整備加算等の見直し(今回改定のイメージ)



40

## 電子的診療情報連携体制整備加算（施設基準）

### 施設基準

		初診料			再診料 (2点)
		加算1 (15点)	加算2 (9点)	加算3 (4点)	
(1)	オンライン請求	○	○	○	○
(2)	明細書発行	○	○	○	○
(3)	オンライン資格確認	○	○	○	○
(4)	オンライン資格確認で取得した診療情報を閲覧・活用する体制	○	○	○	○
(5)	マイナ保険証利用率 (30%以上)	○	○	○	○
(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	○	○	○	○
(7)	DX推進体制等の院内掲示及びウェブサイトへの掲載	○	○	○	○
(8)	電子処方箋	○	(8)から(10)のいずれか1つ		
(9)	電子カルテ	○			
(10)	診療情報の共有	○			

41

令和8年度診療報酬改定 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

## 電子的診療情報連携体制整備加算の新設

### 電子的診療情報連携体制整備加算の新設

【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

42

## 機能強化加算の見直し

43

## 機能強化加算の見直しについて

### 【点数に変更なし】

○現行と同様 **80点**

### ○新設項目

#### 【外来医師過多区域に関する対応】

○改正医療法に基づき都道府県知事が行う、地域で不足している医療機能等に係る医療提供の要請に**応じず**、保険医療機関の指定が**3年以内**とされた医療機関は、地域医療への寄与が不十分との位置付けであることを踏まえ、当該医療機関については機能強化加算の**対象としない**。

#### 【データ提出加算の届出が望ましい旨の追加】

○以下に掲げる届出を行っていることが望ましい。

- |                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| ① 再診料の外来データ提出加算      | ⑤ 在宅時医学総合管理料の在宅データ提出加算    |
| ② 地域包括診療料の外来データ提出加算  | ⑥ 施設入居時等医学総合管理料の在宅データ提出加算 |
| ③ 生活習慣病管理料(Ⅰ)の充実管理加算 | ⑦ 在宅がん医療総合管理料の在宅データ提出加算   |
| ④ 生活習慣病管理料(Ⅱ)の充実管理加算 |                           |

### 【BCPの策定】

○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。

※令和8年3月31日において**現に機能強化加算の届出を行っている保険医療機関**については、**令和9年5月31日までの間**に限りBCPの策定については**該当するものとみなす**。

44

## 機能強化加算について

### 初診料・小児かかりつけ診療料（初診時） 機能強化加算 80点

#### 【算定要件】

- ・ 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。

#### 【施設基準】（下線部新設）

- ・ 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。](#)

45

## 外来医師過多区域に関する対応

46

## 外来医師過多区域に関する対応(今回改定の経緯)

令和7年6月13日 閣議決定【骨太の方針2025】

医師の地域間・診療科間の偏在への対応については、経済的インセンティブや規制的手法といった地域の医療機関の支え合いの仕組みを含めた総合的な対策のパッケージを順次実施し、その効果を検証する。



令和7年12月12日公布 医療法等の一部を改正する法律(令和7年法律第87号)の概要(令和8年4月施行)

【外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保】

- 都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- 要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

47

## 外来医師過多区域に関する対応(今回改定について)

### <基本的な考え方>

改正医療法に基づき都道府県知事が行う、地域で不足している医療機能等に係る医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関については、機能強化加算や地域包括診療加算等の算定等を不可とする

### <具体的な内容>

以下の算定・届出を不可とする

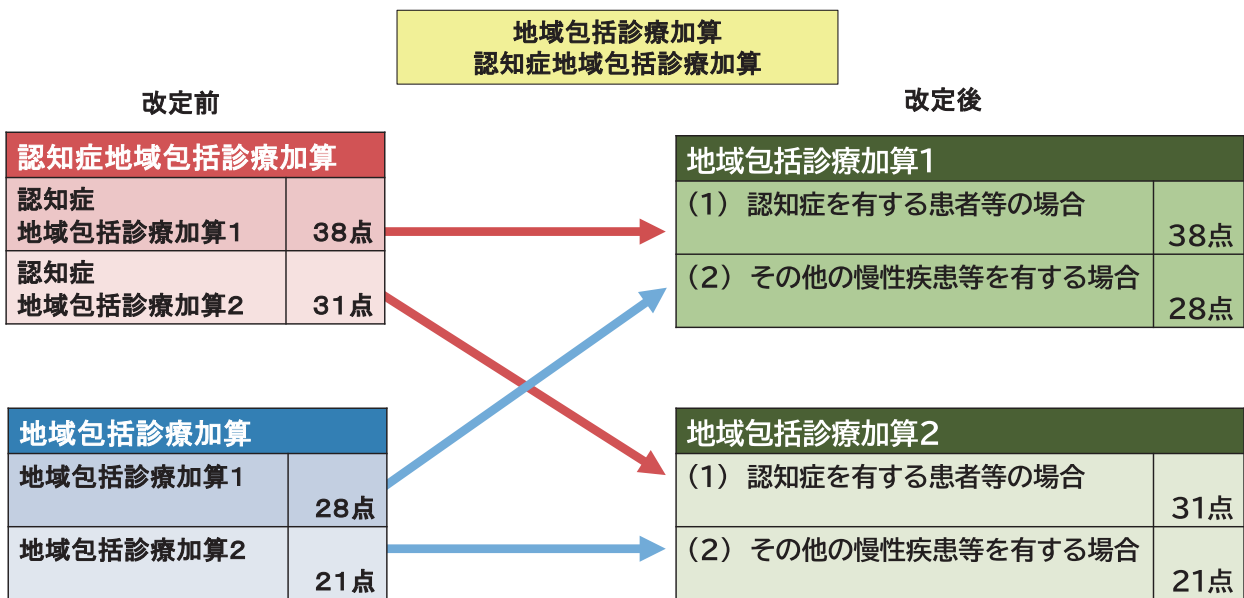
- 機能強化加算、
- 地域包括診療加算、
- 地域包括診療料及び
- 小児かかりつけ診療料の算定
- 並びに在宅療養支援診療所の届出

48

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し

49

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し（今回改定のイメージ①）



50

## 地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(今回改定のイメージ ②)

改定前		改定後	
<b>認知症地域包括診療料</b>		<b>地域包括診療料1</b>	
認知症地域包括診療料1	1,681点	イ 認知症を有する患者等の場合	1,682点
認知症地域包括診療料2	1,613点	ロ その他の慢性疾患等を有する場合	1,661点
<b>地域包括診療料</b>		<b>地域包括診療料2</b>	
地域包括診療料1	1,660点	イ 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	ロ その他の慢性疾患等を有する場合	1,601点

51

## 地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(対象患者の拡大 ①)

※地域包括診療料及び認知症地域包括診療料についても同様

<b>改定前</b> <b>認知症地域包括診療加算</b> (①～③のすべてを満たす者)  ① 認知症を有するもの ② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する ③ 1処方につき5種類超の内服薬又は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種類超のいずれの投薬も受けていない	➔	<b>改定後</b> <b>地域包括診療加算</b> (1) 認知症を有する患者等の場合 (①～③のすべてを満たす者)  ① 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 ② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する ③ 1処方につき5種類超の内服薬又は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種類超のいずれの投薬も受けていない
<b>改定前</b> <b>地域包括診療加算</b>  ● 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)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者	➔	<b>改定後</b> <b>地域包括診療加算</b> (2) その他の慢性疾患等を有する場合  ● 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)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者  ● 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病のいずれかの疾患を有し、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

52

## 地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(対象患者の拡大①)

**対象患者拡大の例** 高血圧症を有する要支援の患者さんの場合

改定前	
地域包括診療加算(28点/21点)	
×	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)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者



改定後	
地域包括診療加算 (2) その他の慢性疾患等を有する場合(28点/21点)	
×	● 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)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者
○	● 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病のいずれかの疾患を有し、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

改定前	
認知症地域包括診療加算(38点/31点) (①～③のすべてを満たす者)	
×	① 認知症を有するもの
○	② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する
	③ 1処方につき5種類超の内服薬又は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種類超のいずれの投薬も受けていない



改定後	
地域包括診療加算 (1) 認知症を有する患者等の場合(38点/31点) (①～③のすべてを満たす者)	
○	① 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
○	② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する
○	③ 1処方につき5種類超の内服薬又は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種類超のいずれの投薬も受けていない

53

## 地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(その他)

### ① 連携薬局要件の緩和

院外処方を行う場合は、24時間対応できる体制を整えている薬局と連携している必要があるが、当該医療機関の特性に応じて、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛消炎剤、血圧降下剤、気管支拡張剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている保険医療機関であれば、連携薬局については、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

### ② 望ましい要件の追加

地域包括診療加算・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が明記された

### ③ 薬剤適正使用連携加算(3月に1回 30点)の対象患者拡大

地域包括診療料・加算等の算定患者が入院、あるいは介護老人保健施設に入所した場合に、入院・入所先と連携し、薬剤の種類数が減少した場合の評価である「薬剤適正使用連携加算」について、他の保険医療機関の外来を継続的に受診している患者についても算定可能とする

### ④ データ提出加算(月1回 10点)の新設

地域包括診療加算及び地域包括診療料について、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価が新設された

### ⑤ 残薬対策の追加

- ・ 診療の際、患者における残薬を確認した上で、状況に応じて、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

### ⑥ 医療資源の少ない地域における医師配置要件の緩和

医療資源の少ない地域においては、常勤換算2名以上の医師配置要件を、1.4人以上に緩和する

54

## 時間外対応加算の見直し

55

## 時間外対応加算の見直し

### 点数と名称の見直し

- ▶ 患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少や、病院勤務医の負担軽減に繋がる取組を更に推進するため、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 <b>体制</b> 加算 1	<u>7点</u>
ロ	時間外対応 <b>体制</b> 加算 2	<u>5点</u>
ハ	時間外対応 <b>体制</b> 加算 3	<u>4点</u>
ニ	時間外対応 <b>体制</b> 加算 4	<u>2点</u>

56

## 時間外対応体制加算の施設基準(抜粋)

### 施設基準の変更はなし

- (1)時間外対応体制加算1の施設基準  
診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、当該診療所の**常勤**の医師、看護職員又は事務職員等により、**常時対応**できる体制がとられていること。
- (2)時間外対応体制加算2の施設基準  
診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、当該診療所の**非常勤**の医師、看護職員又は事務職員等が、**常時、電話等により対応**できる体制がとられていること。
- (3)時間外対応体制加算3の施設基準  
診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、**標榜時間外の夜間の数時間**は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。
- (4)時間外対応体制加算4の施設基準  
診療所(連携している診療所を含む。)を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による**連携により対応**する体制がとられていること。(当番日については、**標榜時間外の夜間の数時間**は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。)

57

## 生活習慣病管理料、特定疾患療養管理料の見直し

58

## 生活習慣病関連の評価の見直し①

### 生活習慣病関連の評価

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
生活習慣病管理料(Ⅰ) ・脂質異常症 ・高血圧症 ・糖尿病 眼科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設) 歯科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設)	610点 660点 760点 — —	610点 660点 760点 60点 60点	原則として、必要な血液検査等を少なくとも6か月に1回行う
生活習慣病管理料(Ⅱ) 眼科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設) 歯科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設)	333点 — —	333点 60点 60点	生活習慣病とは関係のない管理料等は、(Ⅱ)の包括範囲から除外する (悪性腫瘍特異物質治療管理料、地域連携夜間・休日診療料、傷病手当金意見書交付料等)

### その他、生活習慣病管理料(Ⅰ)および(Ⅱ)に共通する見直し

- ✓ 療養計画書への患者署名を不要にする
- ✓ 糖尿病を主病とする患者について、糖尿病の薬剤以外の薬剤については、在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする

59

## 生活習慣病関連の評価の見直し②

### 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

※下線部は今回追加されたもの

区分番号B001の2に掲げる特定薬剤治療管理料、  
区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料、  
 区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、  
 区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、  
区分番号B001の14に掲げる高度難聴指導管理料、  
区分番号B001の16に掲げる喘息治療管理料、  
 区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、  
 区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、  
区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料、  
 区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、  
区分番号B001の26に掲げる挿入型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、  
 区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、  
区分番号B001の29に掲げる乳腺炎重症化予防ケア・指導料、  
区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料、  
区分番号B001の36に掲げる下肢創傷処置管理料、  
 区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、  
区分番号B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料、  
区分番号B001-2-6に掲げる救急外来医学管理料、

区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、  
区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、  
 区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、  
 区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、  
区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料、  
区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料、  
区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料、  
区分番号B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料、  
区分番号B005-8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、  
 区分番号B005-14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、  
区分番号B006に掲げる救急救命管理料、  
 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、  
 区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、  
 区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、  
 区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料、  
 区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料、  
 区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料、  
区分番号B012に掲げる傷病手当金意見書交付料及び  
区分番号B013に掲げる療養費同意書交付料

60

### 生活習慣病関連の評価の見直し③

#### 眼科医療機関連携強化加算／歯科医療機関連携強化加算の新設

- 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

[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は、眼科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

#### （新）歯科医療機関連携強化加算 60点

[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は、歯科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

61

### 生活習慣病関連の評価の見直し④

#### 在宅自己注射指導管理料の見直し

##### 改定前

生活習慣病管理料（Ⅰ）  
生活習慣病管理料（Ⅱ）

糖尿病を主病とする場合にあつては、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。



##### 改定後

生活習慣病管理料（Ⅰ）  
生活習慣病管理料（Ⅱ）

糖尿病を主病とする場合にあつては、別に厚生労働大臣が定める薬剤（インスリン製剤等）を投与している場合であつて、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。

糖尿病の患者であっても、インスリン製剤など糖尿病の薬剤（※）以外の薬剤であれば、在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする

※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

62

## 生活習慣病関連の評価の見直し⑤

### 外来データ提出加算の見直し

※現行の外来データ提出加算について、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

#### 改定前

生活習慣病管理料(Ⅰ)  
生活習慣病管理料(Ⅱ)

外来データ提出加算 50点



#### 改定後

生活習慣病管理料(Ⅰ)  
生活習慣病管理料(Ⅱ)

#### 充実管理加算

脂質異常症	高血圧症	糖尿病
加算1 30点	加算1 30点	加算1 30点
加算2 20点	加算2 20点	加算2 20点
加算3 10点	加算3 10点	加算3 10点

#### 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

63

## 特定疾患療養管理料の評価の見直し

### 特定疾患療養管理料

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
特定疾患療養管理料 診療所 病院(100床未満) 病院(100床以上200床未満)	225点 147点 87点	225点 147点 87点	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(NSAIDs)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

64

# 外来データ提出加算の見直し

## 生活習慣病管理料に係る外来データ提出加算の見直し

※現行の外来データ提出加算について、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

改定前
生活習慣病管理料（Ⅰ） 生活習慣病管理料（Ⅱ）
外来データ提出加算 50点



改定後		
生活習慣病管理料（Ⅰ） 生活習慣病管理料（Ⅱ）		
充実管理加算		
脂質異常症	高血圧症	糖尿病
加算1 30点 加算2 20点 加算3 10点	加算1 30点 加算2 20点 加算3 10点	加算1 30点 加算2 20点 加算3 10点

<施設基準>

加算1	・十分な実績を有していること ・データを継続的かつ適切に提出する必要な体制の整備
加算2	・相当の実績を有していること ・データを継続的かつ適切に提出する必要な体制の整備
加算3	・データを継続的かつ適切に提出する必要な体制の整備

## 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"> <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**

## 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)

**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

**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**

別表第8の3に掲げる患者の状態
-----------------

## (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。

69

## (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の提出期間	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)。

70

## 地域包括診療加算等に係る外来データ提出加算について

### 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8年12月 ～令和9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。

## 処方箋関係の見直し

## 処方箋料の見直し

〔処方箋料の見直し項目〕

○一般名処方加算が**減点**

○処方箋料について

項目	改定前	改定後	見直しの概要
処方箋料			
内服薬6種類以内	60点	60点	・一般名処方加算の見直し
内服薬7種類以上等	32点	32点	
向精神薬の多剤投与	20点	20点	・バイオ医薬品の一般名処方を行う場合も一般名処方加算の対象とする
一般名処方加算1	10点	8点	
一般名処方加算2	8点	6点	

○上記見直しは令和8年度診療報酬改定率決定時の予算大臣折衝における大臣合意によるもの

※5 後発医薬品への置換えの進展を踏まえた**処方**や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、**長期処方・リフィル処方**の取組強化等による効率化 ▲0.15%

73

## 長期処方・リフィル処方に関する院内掲示について①

〔院内掲示が求められる項目について〕

○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について、

**院内掲示**が求められる項目は以下の項目が追加となった。

○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

（※ 地域包括診療加算・診療料、認知症地域包括診療加算・診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）については、令和6年度改定で実施済み）

改定前	改定後(赤線部分が追加)
地域包括診療加算・診療料	地域包括診療加算・診療料
※認知症地域包括診療加算・診療料	生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）
生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）	<b>特定疾患療養管理料</b>
	<b>皮膚科特定疾患指導管理料</b>
	<b>婦人科特定疾患治療管理料</b>
	<b>耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料</b>
	<b>二次性骨折予防継続管理料</b>
	<b>小児科外来診療料</b>

※認知症地域包括診療加算・診療料は地域包括診療加算・診療料へ統合

74

## 長期処方・リフィル処方に関する院内掲示について②

○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の院内掲示の例

日本医師会メンバーズルームに掲載

( [https://www.med.or.jp/japanese/members/iryoyr06kaitei/03-2innaikeiji\\_nitii.pptx](https://www.med.or.jp/japanese/members/iryoyr06kaitei/03-2innaikeiji_nitii.pptx) )

### 投薬についての当院からのお知らせ


当院では、患者さんの状態に応じ、

- ・28日以上長期処方を行うこと
- ・リフィル処方せんを発行すること

のいずれも対応も可能です。

※ なお、長期処方やリフィル処方せんの交付が対応可能かは、患者さんの病状に応じて、担当医が判断いたします。

【処方箋の発行】  
 処方箋は、医師が患者さんの状態を診察し、処方する際に発行します。  
 処方箋には、処方する薬剤の名称、剤形、用量、用法、回数、期間などが記載されています。  
 処方箋は、患者さんが薬局で薬剤を調剤する際に提示する必要があります。



医院

75

## 処方箋様式の見直し

### 〔処方箋様式見直し項目①〕

#### ①リフィル処方箋の定義を記載

※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

### 〔処方箋様式見直し項目②〕

②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。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応  
 (特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)

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に情報提供

### 〔薬局における減量についての補足〕

○医師が残薬対応について処方箋にチェックした場合に薬局で減量できるのは、内服であれば日数、外用薬であれば量や枚数を減らすのみ。

○1回あたりの数量、1日あたりの回数は減らせない。

○医薬品の品目そのものを減らすことはできない。

76

## 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の新設

77

### 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の新設

➤ 後発医薬品の使用が定着しつつある一方、後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、**医薬品の安定供給に資する体制を有している医療機関に対する評価を新設するとともに、外来後発医薬品使用体制加算を廃止**する。

廃止		➔	新点数	
<b>改定前</b>			<b>改定後</b>	
外来後発医薬品使用体制加算1	8点		地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1	8点
外来後発医薬品使用体制加算2	7点		地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2	7点
外来後発医薬品使用体制加算3	5点		地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3	5点



78

## 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の新設（主な施設基準）

### 【主な施設基準】

- ・診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- ・当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、  
加算1にあつては90%以上、  
加算2にあつては85%以上90%未満、  
加算3にあつては75%以上85%未満であること。
- ・後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を掲示していること。
- ・医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。当該体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて掲示していること。
- ・個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- ・医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- ・厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- ・医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

79

## 特定機能病院等紹介患者受入加算の新設 および 連携強化診療情報提供料の見直し

80

## 大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関の連携

### イメージ



#### 【大病院の改定】

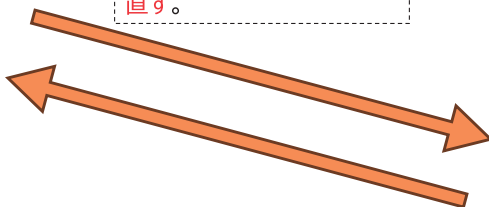
- ① 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、逆紹介割合の基準を引き上げる。
- ② 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等において初診料及び外来診療料が減算となる対象患者について、直近1年以内に12回以上再診を行った患者を加える。

#### 【連携を評価】

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。

#### 【診療所／中小病院の改定】

診療所又は許可病床数が200床未満の病院が、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



81

## 特定機能病院等紹介患者受入加算の新設

### 診療所（または200床未満の病院）

#### （新） 特定機能病院等紹介患者受入加算 60点 （初診料の加算）

#### 〔算定要件〕

診療所又は許可病床数が200床未満である病院において、

- ・ 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。）
- ・ 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を評価



82

## 連携強化診療情報提供料の見直し

### 連携強化診療情報提供料 150点（点数に変更なし）

#### 1. 算定対象医療機関の見直し

⇒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を対象とし、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。

⇒紹介元や紹介先に求められていた以下の施設基準に係る届出は不要とする

- ・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
- ・在宅時医学総合管理料/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。）

#### 2. 複数主治医制の評価

⇒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ことについて、医療機関との間で合意を行い、当該合意に基づいた紹介であることを確認した上で情報提供を行った場合においても算定可能とする。

#### 3. 算定可能回数

⇒患者1人につき3月に1回と見直す。

83

## 健診等受診後の初再診料等の算定方法の明確化

84

## 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①

➤ 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。

85

## 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②

◆ 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。

86

### 健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化③

◆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	

87

療養・就労両立支援指導料の見直し

88

## 療養・就労両立支援指導料の見直し

### 【療養・就労両立支援指導料の見直し項目】

#### ○療養・就労両立支援指導料

項目	改定前		改定後	見直し項目
1 初回	800点	➔	850点	○全ての項目で点数が <b>増点</b>
2 2回目以降	400点		500点	
※相談支援加算	50点		400点	○算定要件の <b>緩和</b> (対象疾患の定めを廃止)
<情報通信機器を用いて行った場合>			740点	○算定可能期間の <b>延長</b> (3月→6月)
1 初回	696点		435点	
2 2回目以降	348点			

#### 【算定要件等】

- ① 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。
- ② **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。
- ③ 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6月を限度に見直す**。

89

令和8年度診療報酬改定 Ⅲ-1 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価-①

### （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**

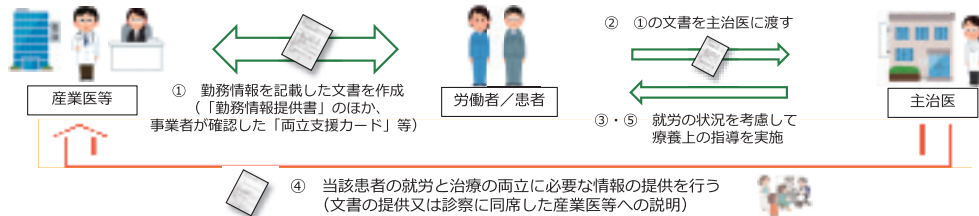


➤ 療養・就労両立支援指導料は、就労中の患者の療養と就労の両立支援のため、患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書（当該患者が作成し事業者が確認を行った文書を含む。）の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して、療養上の指導を行うこと及び当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医等（注）に就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合を評価するもの。

（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。 出所：厚生労働省 令和8年度診療報酬改定説明資料

90

## オンライン診療の施設基準の見直し

91

### オンライン診療の施設基準の見直し

#### 【情報通信機器を用いた診療】(下線部新設) [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」の遵守の確認の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。

92

## 遠隔電子処方箋活用加算の新設

93

### 遠隔電子処方箋活用加算の新設

**〔遠隔電子処方箋活用加算の新設〕**

○電子処方箋を発行する場合について、新たな評価が新設。

<b>遠隔電子処方箋活用加算</b>	<b>10点</b>
--------------------	------------

○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	<b>電子処方箋</b> (引換番号が印字された紙の処方箋を除く。)を <b>発行</b> すること。

○施設基準

(1)	院外処方を行う場合には、原則として、 <b>電子処方箋を発行</b> し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し <b>処方情報の登録</b> を行っていること。
(2)	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 <b>電子処方箋管理サービスに登録</b> を行っていること。
(3)	<b>電子処方箋対応医療機関</b> であることを <b>ウェブサイト</b> で <b>掲示</b> していること。

94

## 遠隔連携診療料の評価の拡大

95

### 遠隔連携診療料の評価の拡大①

〔遠隔連携診療料見直し項目①〕

○増点及び項目の細分化

改定前項目	点数		改定後項目	点数
【遠隔連携診療料】		➔	【遠隔連携診療料】	
1 診断を目的とする場合	750点		1 外来診療の場合	900点
2 その他の場合	500点		2 訪問診療の場合	900点
			3 入院診療の場合	900点

○改定後各項目の対象患者(※対象疾患は次ページ) いずれも3月に1回算定可能

1 外来診療の場合	・対面診療を行っている入院中の患者以外の患者
2 訪問診療の場合	・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
3 入院診療の場合	・入院中の患者

96

## 遠隔連携診療料の評価の拡大②

### 〔遠隔連携診療料見直し項目②〕

#### ○改定後の対象患者、遠隔診療を行う保険医療機関

	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※ <sup>1</sup>	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※ <sup>1</sup> ※ <sup>2</sup>	てんかん診療拠点機関
	・ 希少がんの患者※ <sup>1</sup>	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※ <sup>1</sup>	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 ・ 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	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	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。

※<sup>1</sup> 診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。

※<sup>2</sup> 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。

97

## 在宅医療

98

## 在宅医療における物質対応

項目	改定前	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等
在宅患者訪問診療料(Ⅰ)				+2点
1 在宅患者訪問診療料1				
イ 同一建物居住者等以外の場合	888点	890点	890点	
ロ 同一建物居住者の場合	213点	215点	215点	
2 在宅患者訪問診療料2				
イ 同一建物居住者等以外の場合	884点	886点	886点	
ロ 同一建物居住者の場合	187点	189点	189点	

+                      +                      +

物質 対応	外来・在宅物価対応料〔訪問診療時〕(新設)	—	3点	6点	令和9年度は 令和8年度の2倍の評価
	令和7年度以前から 算定している医療機関の場合				令和9年度は 令和8年度の2倍の評価
	イ 同一建物居住者等以外の場合 ロ イ以外の場合	28点 7点	107点 26点	186点 45点	
	令和8年度より 算定する医療機関の場合				令和9年度は 令和8年度の2倍の評価
	イ 同一建物居住者等以外の場合 ロ イ以外の場合	— —	79点 19点	158点 38点	

※在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料についても同様

99

## 在宅医療DX情報活用加算

改定後

➤ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者が対象

**在宅医療DX情報活用加算1**                      **11点**

**在宅医療DX情報活用加算2**                      **9点**

[施設基準(医科医療機関)](要旨)

- 在宅医療DX情報活用加算1に関する施設基準
  - オンライン請求を行っていること。
  - オンライン資格確認を行う体制を有していること。
  - 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。
  - 電子処方箋を発行する体制を有していること。
  - 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。
  - 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。
    - 医師が居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して、計画的な医学管理の下に、訪問して診療を実施している保険医療機関であること。
    - マイナ保険証の利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。
  - (6)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- 在宅医療DX情報活用加算2に関する施設基準
  - (4)(電子処方箋を発行する体制を有していること。)以外の基準を満たすこと。
- 経過措置
  - (5)(電子カルテ情報共有サービス)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。

100

**（参考）**  
**連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の見直し①**  
 現行の在支診の施設基準

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保      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 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成      ⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑨ 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 ※連携型の機能強化型在宅療養支援診療所は、連携医療機関が全体として24時間連絡体制及び往診体制を確保していればよい		
機能強化型 在支診・在支病の基準	在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	
	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いずれか4件以上	過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上	
	地域において24時間体制での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		
	各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。		

【機能強化型在支診である場合に評価される点数】

- ・往診料の注1加算（緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算）、在宅ターミナルケア加算
- ・在宅患者訪問診療料の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      ・在宅がん医療総合診療料

**連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の見直し②**

【背景】

- ・ 前回改定の検証調査において、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の1週間当たりの連絡体制及び往診体制を取っている時間を確認したところ、常時の場合と、極めて短い場合に分かれていることが示された。
- ・ そこで、24時間の在宅医療提供体制を地域で面として確保する観点から、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所については、地域の24時間往診体制への貢献の度合いに応じて、よりきめ細かく評価することとされた。



【改定の概要】

現行の連携型の機能強化型在宅療養支援診療所のうち、普段から訪問診療を行っている医師（※）による**24時間の往診体制を月4回以上確保**していない診療所は、以下の点数について、機能強化型在支診の点数ではなく、**通常の在支診の点数を算定**することとなった。

※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。

【見直しの対象となる点数】

- ・ 往診料の注1の加算（緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算）
- ・ 往診料の在宅ターミナルケア加算
- ・ 在宅患者訪問診療料の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
- ・ 在宅がん医療総合診療料

## 算定のイメージ

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所のうち、  
普段から訪問診療を行っている医師による  
24時間の往診体制を月4回以上確保していない診療所

	機能強化型在宅診療・在宅病 (病床あり)					機能強化型在宅診療・在宅病 (病床なし)					在宅診療・在宅病					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点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点	
②月2回以上訪問	4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点	
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点	
④月1回訪問	2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点	
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点	
<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点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点	
②月2回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点	
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点	
④月1回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点	
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点	

103

## 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

### 【背景】

- NDBデータによると、月2回以上訪問診療を実施している65歳以上の患者のうち、要介護3以上の患者など、特別な管理を要する患者さんに対する訪問診療を評価する「包括的支援加算」の算定患者割合を医療機関ごとに見ると、50%以上の医療機関が69%程度存在した一方で、10%以下の医療機関も13%程度みられた。一方で、患者の居住場所により、居宅及び施設に分類したところ、傾向に大きな差は見られなかった。
- そこで、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・施設入居時等医学総合管理料の評価について、患者さんの状態等を勘案した評価を行うこととされた。



### 【改定の概要】

在宅時医学総合管理料・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、以下のいずれかの要件を満たすこと。

(以下の基準を満たさない場合、「月1回訪問診療を行っている場合」の点数を算定する)

#### 【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。

- ① 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。
- ② 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。
  - 「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月2回以上の訪問診療を行う患者数の2割以上であること。

104

## （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）

- 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
- 次に掲げる状態の患者  
在宅自己連続携帯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

105

## 算定のイメージ

月2回区分における重症患者割合要件の新設	機能強化型在宅・在支病（病床あり）					機能強化型在宅・在支病（病床なし）					従来型在宅・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～
在宅時 医学総合管理料																				
①月2回以上訪問（難病等）	5,385点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点
③（うち1回は情報通信機器を用いた診療）	3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点
④月1回訪問	2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点
⑤（うち2月目は情報通信機器を用いた診療）	1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点
施設入居時等 医学総合管理料																				
①月2回以上訪問（難病等）	3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
③（うち1回は情報通信機器を用いた診療）	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④月1回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
⑤（うち2月目は情報通信機器を用いた診療）	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点

※ 矢印は各要件を満たさない場合に算定する区分を示す。

106

## その他の在宅医療の主な見直し ①

- **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、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の要件及び評価を見直した上で、在宅医療充実体制加算に名称を変更する。
- **往診時医療情報連携加算の見直し**  
地域における 24 時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、被支援側が機能強化型の在宅療養支援診療所・病院以外である場合においても算定可能とする。
- **在宅療養支援診療所・病院の見直し**
  - 安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、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。
  - 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、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを要件に追加する。
- **へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し**  
へき地における在宅医療の提供体制を確保する観点から、在宅患者の時間外対応体制について、医師の派遣元の保険医療機関が担うことで確保している場合においては、へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定を可能とする。

107

## その他の在宅医療の主な見直し ②

- **医師と薬剤師の同時訪問の推進**  
在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、訪問診療を行う医師と訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、在宅患者を同時訪問することについて、新たな評価を行う。
- **残薬対策に係る在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し**  
患者における残薬の整理や適切な服薬管理の実施を推進する観点から、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に追加する。
- **在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し**  
患者ごとの適切な医療提供を推進する観点から、全ての在宅療養指導管理材料加算について、算定要件を「3月に3回」に統一する。

等

108

## 在宅医療充実体制加算の新設①

### 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	改定後
<p>【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</p> <p>(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</p> <p>【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</p> <p>(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</p> <p>【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</p> <p>【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</p> <p>【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</p> <p>【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。</p>	<p>【在宅時医学総合管理料】 <b>在宅医療充実体制加算</b></p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <b>800点</b> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>400点</b> (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <b>200点</b> (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <b>170点</b> (5) (1)から(4)まで以外の場合 <b>150点</b></p> <p>【施設入居時等医学総合管理料】 <b>在宅医療充実体制加算</b></p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <b>600点</b> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>300点</b> (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <b>150点</b> (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 <b>126点</b> (5) (1)から(4)まで以外の場合 <b>112点</b></p> <p>【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】 <b>在宅医療充実体制加算 200点</b></p> <p>【ターミナルケア加算】 <b>在宅医療充実体制加算 2,000点</b></p> <p>【在宅がん医療総合診療料】 <b>在宅医療充実体制加算 300点</b></p> <p>【施設基準】 <b>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。</b></p>

109

## 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</b>配置していること。</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</b>かつ看取りの実績を<b>30件以上</b>有すること。</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」に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働施設として、<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<b>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>

110

## 往診時医療情報連携加算の見直し

### 往診時医療情報連携加算の見直し

- ▶ 地域における24時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、往診時医療情報連携加算について、被支援側が機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外である場合においても算定可能とする。

#### 現行

【往診料 往診時医療情報連携加算】  
在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。

#### 改定後

【往診料 往診時医療情報連携加算】  
在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（**在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって機能強化型以外の**保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。

〔往診時医療情報連携加算を算定可能な組み合わせの整理〕

		支援側の医療機関（＝往診時医療情報連携加算を算定）		
		単独型機能強化型	連携型機能強化型	従来型在支診・病
被支援側の医療機関 （＝平時の訪問診療を 実施）	単独型機能強化型	単独で24時間体制を確保しており、想定されない。		
	連携型機能強化型	連携内で24時間体制を確保することが評価に含まれている。		
	従来型在支診・病	○	○	○
	その他	○	○	○

## 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して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して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）

※ 他の在宅療養支援診療所及び病院においても同様。

#### 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して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して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時間受けられる体制を確保していること。**  
ウ 当該診療所において、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。（中略）**なお、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、患者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）

## 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	改定後
【在宅療養支援診療所・病院】 【施設基準】 (新設)	【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ずること。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	改定後
【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。	【在宅療養支援診療所・病院】 【施設基準】 (削除)

113

## へき地診療所における在宅時医学総合管理料等の見直し

### へき地診療所における常勤医師要件の緩和

- へき地における在宅医療の提供体制を確保する観点から、在宅患者の時間外対応体制について、医師の派遣元の保険医療機関が担うことで確保している場合においては、へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定を可能とする。

現行	改定後
【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】 【施設基準】 1 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関する施設基準 (1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。 ア (略) イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。	【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】 【施設基準】 1 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関する施設基準 (1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。 ア (略) イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。ただし、当該保険医療機関が「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定するへき地診療所であって、在宅医療を担当する医師が、緊急時の連絡体制及び24時間診療体制の確保において当該へき地診療所と連携するへき地医療拠点病院又は医療提供機能連携確保加算を算定する別の保険医療機関においても勤務している場合においては、常勤でなくても差し支えない。

114

## 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	改定後
<p>【在宅医療情報連携加算】 【施設基準】</p> <p>(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)</p> <p>(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は、この限りでない。</p> <p>(2)・(4)・(5) (略)</p> <p>※ 在宅歯科医療情報連携加算についても同様。</p>	<p>【在宅医療情報連携加算】 【施設基準】</p> <p>(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。</p> <p>(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、<b>一元的に管理されたサーバーで保管されていること。</b> 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、<b>患者が同意した者のみに、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。</b> ウ <b>参加者の範囲を随時設定することが可能</b>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、<b>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</b>であること。なお、保管された当該情報が、<b>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。</b> オ 参加者が、<b>常時、必要な診療情報等を共有</b>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。</p> <p>(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<b>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。</b></p> <p>(3)・(5)・(6) (略)</p>



## 協力医療機関が施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

### 協力対象施設入所者入院加算等における施設基準の見直し

- 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の注10に掲げる**介護保険施設等連携往診加算**の施設基準における、協力医療機関と介護保険施設とで行う**カンファレンスの頻度**について、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、**ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回**に見直す。

現行	改定後
<p>【協力対象施設入所者入院加算】 【介護保険施設等連携往診加算】 【施設基準】</p> <p>○ ICTによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。</p> <p><b>(ICTによる情報連携をしている場合)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ICTを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。</li> <li>当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、<b>年3回以上</b>の頻度でカンファレンスを実施していること。</li> </ul> <p><b>(ICTによる情報連携をしていない場合)</b></p> <p>当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、<b>1月に1回以上</b>の頻度でカンファレンスを実施していること。</p>	<p>【協力対象施設入所者入院加算】 【介護保険施設等連携往診加算】 【施設基準】</p> <p>○ ICTによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。</p> <p><b>(ICTによる情報連携をしている場合)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ICTを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。</li> <li>当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、<b>年1回以上</b>の頻度でカンファレンスを実施していること。</li> </ul> <p><b>(ICTによる情報連携をしていない場合)</b></p> <p>当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、<b>年に3回以上</b>の頻度でカンファレンスを実施していること※。</p> <p>※当該介護保険施設等において、<b>入所者の入院を年に2件以上</b>受け入れており、その都度適切な情報共有が行われている場合には、カンファレンスの実施は<b>年に1回以上</b>の頻度であれば良い。</p>

## 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
【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)	【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) <b>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。</b> ※ <b>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。</b>

- (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、理由等がやむを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。

## (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 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 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 <b>業務継続計画の策定</b>		③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制	⑦ 訪問栄養指導を行うことが可能な体制の整備		
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 <b>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</b>	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	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つては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	
	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	④ 過去1年間の看取りの実績が連携内で4件以上かつ、各医療機関において、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2件以上	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	④ 過去1年間の看取りの実績が連携内で4件以上かつ、各医療機関において、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2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		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		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			

※ 青字は令和8年度改定において要件の追加又は明確化を行ったもの。

## 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）

##### 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

#### 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

別表第8の3に掲げる患者の状態
-----------------

119

## 医師と薬剤師の同時訪問の推進

医科

### 訪問診療薬剤師同時指導料の新設

- 在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、訪問診療を行う医師と訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、在宅患者を同時訪問することについて、新たな評価を行う。

**（新） 訪問診療薬剤師同時指導料（6月に1回） 300点**

#### 【算定要件】

- 当該保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、他の保険医療機関又は保険薬局において在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）を算定する患者に対し、計画的に訪問診療を実施している保険医である医師と、訪問薬剤管理指導を行っている別の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が、事前に当該患者の同意を得た上で、患者に同時に訪問し処方調整等の必要な対応を共同して行った場合に算定する。
- 患者の生活実態に即した薬物療法の最適化を図る観点から、患者における残薬・服薬状況の確認、副作用の早期兆候把握、剤形・用法の変更等を患者において医師と薬剤師が協議し、必要に応じて、医師による処方設計の見直し及び薬剤師による即応的な薬学的支援を実施すること。
- 医師と薬剤師の協議の結果、処方内容に変更がない場合であっても当該指導料を算定することができる。
- 医師及び薬剤師が共同して行った指導の内容及び医師が処方薬の調整を行っていればその要点等について、診療録に記載すること。
- 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする。

調剤

### 訪問薬剤管理医師同時指導料の新設

**（新） 訪問薬剤管理医師同時指導料（6月に1回） 150点**

#### 【算定要件】

- 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対し、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を実施している保険薬剤師が、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医と同時に患者を訪問し、薬学的管理指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。
- 算定対象患者は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（いずれも個人宅への訪問の場合に限る。）を算定する患者とする。
- 同時に訪問を行う「訪問診療を実施している保険医療機関の保険医」は、所属する保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、当該患者の主治医であるものとする。
- 在宅患者緊急時等共同指導料又は在宅移行初期管理料に係る必要な指導等を同日に行った場合は、算定しない。

120

## 残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し

### 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	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】 【算定要件】 (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】 【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。

121

## 在宅療養指導管理材料加算の見直し

### 在宅療養指導管理材料加算の見直し

- 患者ごとの適切な医療提供を推進する観点から、全ての在宅療養指導管理材料加算について、算定要件を「3月に3回」に統一する。

現行	改定後
【在宅療養指導管理材料加算】 【算定要件】 通則 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。	【在宅療養指導管理材料加算】 【算定要件】 通則 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、 <b>3月に3回</b> に限り算定する。

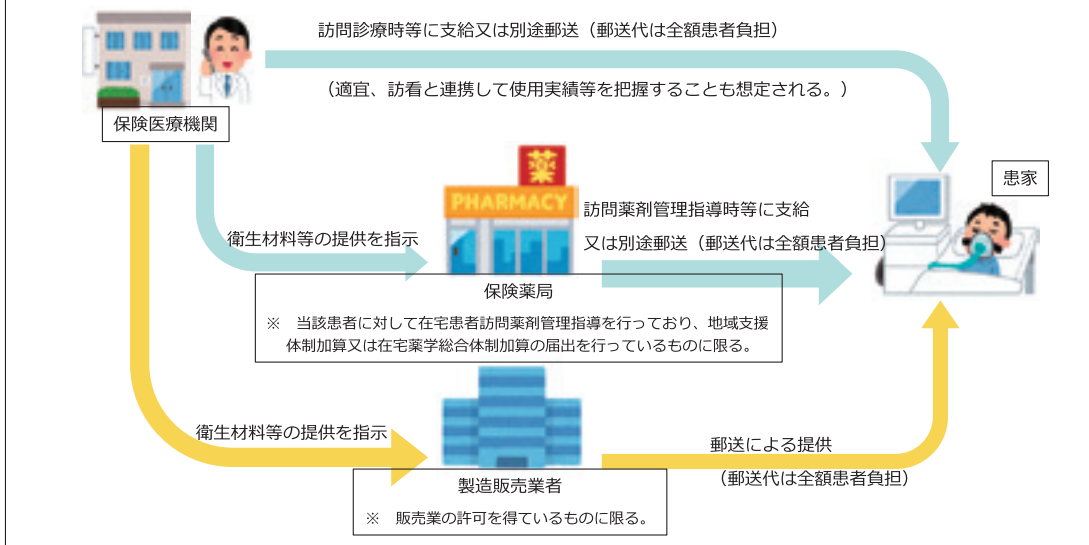
在宅療養指導管理材料加算の一覧		改定前	改定後
C151 注入器加算 C153 注入器用注射針加算 C154 紫外線殺菌機加算 C155 自動腹膜灌流装置加算 C156 透析液供給装置加算 C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 C164 人工呼吸器加算	C166 携帯型ディスプレイサブル注入ポンプ加算 C167 疼痛管理用送信機加算 C168 携帯型精密輸液ポンプ加算 C168-2 携帯型精密ネブライザー加算 C169 気管切開患者用人工鼻加算 C170 排痰補助装置加算 C173 横隔神経電気刺激装置加算 C175 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算	月1回算定	3月に3回算定可能
C152 間歇注入シリリンシポンプ加算 C152-2 持続血糖測定器加算 C152-3 経腸投薬用ポンプ加算	C152-4 持続皮下注入シリリンシポンプ加算 C161 注入ポンプ加算	2月に2回算定可能	
通則3 乳幼児呼吸管理材料加算 C150 自己血糖測定器加算 C157 酸素ボンベ加算 C158 酸素濃縮装置加算 C159 液化酸素装置加算 C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 C163 特殊カテーテル加算	C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 C171 在宅酸素療法材料加算 C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算 C172 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算 C174 在宅ハイフローセラピー装置加算	3月に3回算定可能	

122

## 在宅で使用する衛生材料等の提供ルールの見直し

### 在宅で使用する衛生材料等の提供ルールの見直し

- 医師が支給を決定した衛生材料及び特定保険医療材料について、医療機関や薬局からの送付だけでなく、**医師の指示に基づき製造販売業者（販売業の許可を得ているものに限る。）から自宅に直接郵送できる**こととする。



123

## 退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

### 退院後訪問栄養食事指導料の新設

- 入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後に、入院保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、患者又はその家族等に対して、退院後の在宅における栄養管理や食生活に関する指導を行った場合の評価を新設する。

#### **（新）退院後訪問栄養食事指導料（1回につき） 530点**

##### [対象患者]

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる**特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者**

##### [算定要件]

- 保険医療機関を退院した対象患者に対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、**当該保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、当該保険医療機関を退院した日から起算して1月以内（退院日を除く。）の期間に限り、4回を限度として算定する。**
- この場合において、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。



124