
外 来

外来/診療所における診療報酬改定ポイント

1. (前述) (新設) 外来感染対策向上加算による**診療所の感染対策強化**
2. 「紹介受診重点医療機関(200床以上)」の病院において紹介状無し初診患者からの**定額負担徴収を拡大**。一方で上記病院は入院料や診療情報提供料で評価
3. **地域包括診療・加算の対象疾患拡充**(慢性腎臓病、心不全の管理)すると共に、予防接種に関する相談への対応を要件化
4. 小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の**時間外対応の要件緩和**
5. **初診料機能強化加算の要件厳格化**
6. **生活習慣病管理料の要件見直し**とデータ提出
7. 外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して指導を行った場合を評価。
8. **継続診療加算の要件見直し**
9. 一定期間内に処方箋を反復利用できる**リフィル処方箋**の仕組みの導入
10. **オンライン資格確認システム**の活用を評価
11. (後述) **オンライン診療料/医学管理料**の大幅な変更

外来医療等に係る評価の主な見直し①

【外来医療の機能分化】

1. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し等

- ✓ 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から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直し
- ✓ 当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直し
- ✓ 紹介受診重点医療機関入院診療加算の新設

2. 紹介割合等に基づく初診料等減算の見直し

- ✓ 紹介患者・逆紹介患者の受診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・外来診療料について、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を対象に追加
- ✓ 「紹介率」・「逆紹介率」について、「紹介割合」「逆紹介割合」と名称を変更し、実態を踏まえ算出方法・基準を変更

【かかりつけ医機能の評価】

1. 地域包括診療料・加算の見直し

- ✓ 慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、対象疾患に慢性心不全及び慢性腎不全を追加

2. 連携強化診療情報提供料の新設

- ✓ かかりつけ医機能を有する医療機関等が、他医療機関の求めに応じて診療情報を提供した場合について、連携強化診療情報提供料と名称を変更するとともに、算定上限回数を月1回に変更
- ✓ 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価

3. 機能強化加算の見直し

- ✓ 評価を行うかかりつけ医機能を明確化
- ✓ 診療実績や、地域における保健・福祉サービス機能について、要件に追加

4. 小児かかりつけ診療料の見直し

- ✓ 時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直し

5. 生活習慣病管理料の見直し

- ✓ 投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直し

外来医療等に係る評価の主な見直し②

【リフィル処方箋の仕組み】

1. リフィル処方箋の仕組み新設

- ✓ 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる仕組みを設け、処方箋の様式を見直し

2. 処方箋料における減算規定緩和

- ✓ リフィル処方箋により、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しない

【オンライン資格確認の活用推進】

1. 電子的保健医療情報活用加算の新設

- ✓ オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価として、電子的保健医療情報活用加算を新設

【外来等におけるデータ提出の評価】

1. 外来データ提出加算等の新設

- ✓ 生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設

①紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

第1 基本的な考え方

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から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

第2 具体的な内容

紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する仕組みについて、以下の見直しを行う。

1. 紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲について、現行の特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院から、「**紹介受診重点医療機関**（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」（※）のうち**一般病床200床以上の病院**にも拡大する。

2. 定額負担を求める患者の初診・再診について、以下の点数を**保険給付範囲から控除**する。

【初診の場合】 医科：200点 歯科：200点、【再診の場合】 医科 50点 歯科 40点

3. **定額負担の金額**を以下のとおり変更する。

【初診の場合】 医科：7,000円 歯科：5,000円、【再診の場合】 医科 3,000円 歯科 1,900円

4. 除外要件（定額負担を求めないことができる患者の要件）について、以下のとおり見直す。

【初診・再診共通】 急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められないことを明確化する。

【初診の場合】 「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に見直す。

【再診の場合】 「自施設の他の診療科を受診している患者」、「医科と歯科との間で院内紹介」、「特定健康診査等の結果により精密検査受診の指示」、「地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく」及び「治験協力者である患者」を削除する。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- 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から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度	見直し後
<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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） <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる</p> <p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円 ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円 	<p>[対象病院]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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） <p>※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる</p> <p>[定額負担の額]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診：医科 7,000円、 歯科 5,000円 ・ 再診：医科 3,000円、 歯科 1,900円 <p>[保険給付範囲からの控除]</p> <p>外来機能の明確化のための例外的・限定的な取扱いとして、定額負担を求める患者（あえて紹介状なしで受診する患者等）の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診：医科 200点、 歯科 200点 ・ 再診：医科 50点、 歯科 40点

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	定額負担 7,000円				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">医療保険から支給（選定療養費） 7,000円</td> <td style="text-align: center;">患者負担 3,000円</td> </tr> </table>	医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)</td> <td style="text-align: center;">患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)</td> </tr> </table>	医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円				
医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)				

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用。**また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

[対象患者]

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
 - ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、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、当該医療機関を受診した患者
- ※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。
- ※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

「定額負担を求めなくても良い場合」 ※初診・再診共通

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

[初診の場合]

- ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

[再診の場合]

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ② 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ③ 災害により被害を受けた患者
- ④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して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、当該医療機関を受診した患者であり、現行制度における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため、要件から削除。

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用。**

【I - 4 外来医療の機能分化等 - ③】

③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

第1 基本的な考え方

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から、紹介患者・逆紹介患者の受診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・外来診療料について、要件を見直す。

第2

具体的な内容

1. **紹介・逆紹介患者の受診割合が低い場合**において**初診料及び外来診療料が減算**となる対象病院に、**一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関**を追加する。

2. 初診料及び外来診療料における「**紹介率**」・「**逆紹介率**」について、**実態に即した算出方法**、**項目の定義及び基準**を見直す。

※ 紹介割合及び逆紹介割合の計算については、下記のとおりとする。

$$\text{紹介割合 (\%)} = \frac{\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}}{\text{初診の患者数}} \times 100$$

$$\text{逆紹介割合 (\%)} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}} \times 1,000$$

※ 紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

$$\text{紹介率} = \frac{\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

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①

- 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から、紹介患者・逆紹介患者の受診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・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点 外来診療料の注2、3 55点
(情報通信機器を用いた初診については186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)	<u>紹介受診重点医療機関</u> (<u>一般病床200床未満を除く</u>)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準	<u>紹介割合50%未満 又は</u> <u>逆紹介割合30%未満</u>			<u>紹介割合40%未満 又は</u> <u>逆紹介割合20%未満</u>
<u>紹介割合 (%)</u>	(紹介患者数+救急患者数) / 初診患者数 × 100			
<u>逆紹介割合 (‰)</u>	<u>逆紹介患者数 / (初診+再診患者数) × 1,000</u>			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 • 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	<u>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。以下を除く。</u> • <u>救急搬送者、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</u>			
紹介患者の数	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)。 • <u>情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。</u>			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 • <u>B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。</u> • <u>情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。</u>			
救急搬送者の数	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。			

④外来在宅共同指導料の新設

第1 基本的な考え方

通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が、患家において共同して必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

外来医療を継続的に受けている患者が在宅医療に移行するに当たり、**患家等において、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が連携して、当該患者に対する指導等を実施した場合に、在宅での療養を担う医療機関が算定する外来在宅共同指導料1** 及び **外来医療を担っていた医療機関が算定する外来在宅共同指導料2** を新設する。

(新) 外来在宅共同指導料 1 400点

外来在宅共同指導料 2 600点

[対象患者]

外来において継続的に診療（**継続して4回以上外来を受診**）を受けている患者であって、在宅での療養を行う患者 他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム 又は サービス付き高齢者向け住宅 その他施設等に入院若しくは入所する患者については、対象とはならない。

[算定要件]

(1) **外来在宅共同指導料1** については、**保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者** について、**当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医**が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、**患者1人につき1回**に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。

(2) 外来在宅共同指導料2については、1の場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、1回に限り算定する。なお、当該保険医療機関の保険医が、**在宅での療養上必要な説明及び指導を情報通信機器を用いて行った場合**においても算定できる。

【I - 4 外来医療の機能分化等 - ⑤】

⑤紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

第1 基本的な考え方

外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から「紹介受診重点医療機関」及びかかりつけ医機能を有する医療機関等が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 現行の**診療情報提供料（Ⅲ）**について、名称を「**連携強化診療情報提供料**」に変更するとともに、かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合であって、紹介元の医療機関からの求めに応じて診療情報の提供を行った場合の**当該提供料の算定上限回数を月1回**までに変更する。

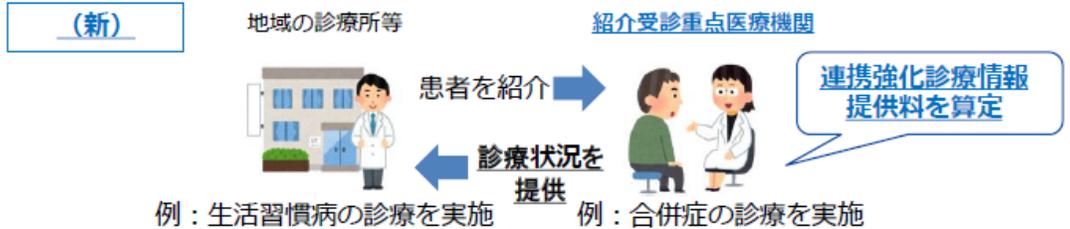
2. 地域の診療所等が「**紹介受診重点医療機関**」に対して患者の紹介を行い、紹介先の「紹介受診重点医療機関」においても継続的に当該患者に対する診療を行う場合であって、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

連携強化診療情報提供料の新設

- ▶ 外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅲ）について、
 - 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
 - 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価を行う。

現行	改定後
<p>【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点</p> <p>[算定要件]</p> <p>他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。</p> <p>[対象患者]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者 2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者 	<p><u>(改)</u> 【<u>連携強化診療情報提供料</u>】 150点</p> <p>[算定要件]</p> <p>他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき<u>月1回</u>に限り算定する。</p> <p>[対象患者]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者 2 <u>紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者</u> 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者



連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

注番号	紹介元	患者	紹介先 (紹介元に診療情報を提供した場合に、 連携強化診療情報提供料が算定可能)	算定回数の制限
1	かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり	-	禁煙	月に1回
2	以下のいずれか ・ 200床未満の病院 ・ 診療所	-	以下のいずれも満たす ・ 紹介受診重点医療機関 ・ 禁煙	
3	-	-	以下のいずれも満たす ・ かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり ・ 禁煙	
4	-	難病（疑い含む）の患者	以下のいずれも満たす ・ 難病診療拠点病院又は難病診療分野別拠点病院 ・ 禁煙	
		てんかん（疑い含む）の患者	以下のいずれも満たす ・ てんかん支援拠点病院 ・ 禁煙	
5	-	妊娠中の患者	-	
6	産科又は産婦人科を標榜	妊娠中の患者	禁煙	月に1回
	-		以下のいずれも満たす ・ 産科又は産婦人科を標榜 ・ 妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備している	

①地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

第1 基本的な考え方

地域包括診療料等について、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、対象疾患を見直すとともに、成人に対する予防接種の増加を踏まえ、予防接種に関する相談への対応を要件に追加する。

第2 具体的な内容

1. **地域包括診療料等**の対象疾患に、**慢性心不全及び慢性腎臓病**を追加する。
2. 患者に対する生活面の指導については、必要に応じ、医師の指示を受けた**看護師や管理栄養士、薬剤師**が行っても差し支えないこととする。
3. 患者からの**予防接種に係る相談に対応することを要件**に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能なことを周知することとする。

②小児かかりつけ診療料の見直し

第1 基本的な考え方

小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直す。

第2 具体的な内容

小児かかりつけ診療料について、診療時間外における対応体制の整備の状況によって施設基準を細分化し、当該体制に応じた評価体系とする。

改 定 案	現 行
【小児かかりつけ診療料】 1 小児かかりつけ診療料 1 イ 処方箋を交付する場合 (1) 初診時 641点 (2) 再診時 448点 ロ 処方箋を交付しない場合 (1) 初診時 758点 (2) 再診時 566点 2 小児かかりつけ診療料 2 イ 処方箋を交付する場合 (1) 初診時 630点 (2) 再診時 437点 ロ 処方箋を交付しない場合 (1) 初診時 747点 (2) 再診時 555点	【小児かかりつけ診療料】 1 処方箋を交付する場合 イ 初診時 631点 ロ 再診時 438点 2 処方箋を交付しない場合 イ 初診時 748点 ロ 再診時 556点

【施設基準】(2) 小児かかりつけ診療料 2

(2) 次のいずれかの基準を満たしていること。

ア 区分番号「A001」の注10に規定する**時間外対応加算3**に係る届出を行っていること。

イ 在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、**休日又は夜間の診療を年6回以上**の頻度で行っている

小児かかりつけ診療料の見直し

- 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直す。

現行	改定後
<p>【小児かかりつけ診療料】</p> <p>1 処方箋を交付する場合 イ 初診時 631点 □ 再診時 438点</p> <p>2 処方箋を交付しない場合 イ 初診時 748点 □ 再診時 556点</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> 小児科外来診療料に係る届出を行っていること。 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上の頻度で行っていること イ~エ (略) オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること 時間外対応加算1又は2に係る届出を行っていること。 	<p>【小児かかりつけ診療料】</p> <p><u>(改) 1 小児かかりつけ診療料1</u> イ 処方箋を交付する場合 (1) 初診時 <u>641点</u> (2) 再診時 <u>448点</u> □ 処方箋を交付する場合 (1) 初診時 <u>758点</u> (2) 再診時 <u>566点</u></p> <p><u>(改) 2 小児かかりつけ診療料2</u> イ 処方箋を交付する場合 (1) 初診時 <u>630点</u> (2) 再診時 <u>437点</u> □ 処方箋を交付する場合 (1) 初診時 <u>747点</u> (2) 再診時 <u>555点</u></p> <p>[施設基準] (共通)</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>小児科を標榜</u>している医療機関であること。 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目のうち、<u>2つ</u>以上に該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> (削除) ア~ウ (略) エ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医 <u>又は小学校若しくは中学校の学校医</u>に就任していること <p>(小児かかりつけ診療料1) 時間外対応加算1又は2に係る届出を行っていること。</p> <p>(小児かかりつけ診療料2) <u>次のいずれかを満たしていること。</u> <u>ア 時間外対応加算3に係る届出を行っていること。</u> <u>イ 在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。</u></p>

耳鼻咽喉科処置の見直し

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算等の新設

- 耳鼻咽喉科処置について、小児に対する診療及び様々な処置の組合せを適切に評価する観点から、新たな評価を行う。また、小児の耳鼻咽喉科領域における薬剤耐性（AMR）対策を推進する観点から、抗菌薬の適正使用について新たな評価を行う。

（新）耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 60点（1日につき）

[算定要件]

- **耳鼻咽喉科を標榜**する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、**6歳未満**の乳幼児に対して、**耳鼻咽喉科処置を行った場合は、所定点数に加算**する。

（新）耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点（月1回に限り）

[算定要件]

- 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、**急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎**により受診した**6歳未満**の乳幼児に対して、**耳鼻咽喉科処置を行った場合**であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 薬剤耐性（AMR）対策アクションプランに位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかると研修会等に定期的に参加していること。
- (3) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

耳鼻咽喉科処置の評価の見直し

- 耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。

耳処置 25点 → **27点** 鼻処置 14点 → **16点** 口腔、咽頭処置 14点 → **16点**

アレルギー性鼻炎免疫療法に係る評価

- アレルギー性鼻炎免疫療法治療に係る評価を新設する。

(新) アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料 (月1回に限る)	1月目	280点
	2月目以降	25点

[算定要件]

- 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、**入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者**に対して、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、**治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上で、アレルギー免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定**する。
- 「1月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。
- アレルギー免疫療法を開始する前に、治療内容、期待される効果、副作用等について文書を用いた上で患者に説明し、同意を得ること。また、説明内容の要点を診療録に記載する。
- 学会によるガイドライン等を参考にすること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に**アレルギーの診療に従事した経験を3年以上有する常勤医師が1名以上**配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（アレルギーの診療に従事した経験を3年以上有する医師に限る。）を2名以上組み合わせることでも可。
- (2) **アレルギー免疫療法に伴う副作用が生じた場合に対応できる体制**が整備されていること。
- (3) 院内の見やすい場所にアレルギー免疫療法を行っている旨の掲示をするなど、**患者に対して必要な情報提供**がなされていること。

高度難聴指導管理料の見直し

- 高齢化の進展や認知症患者の増加を踏まえ、難聴患者に対する生活指導等を推進する観点から、高度難聴指導管理料について要件を見直す。

現行	改定後
<p>【高度難聴指導管理料】 [算定要件] 注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。</p> <p>[施設基準] 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。 (1) (略) (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。 (中略)</p>	<p>【高度難聴指導管理料】 [算定要件] 注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については<u>年</u>1回に限り算定する。</p> <p>[施設基準] 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。 (1) (略) (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。 (中略) <u>また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。</u></p>

⑤機能強化加算の見直し

第1 基本的な考え方

地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関の体制について、診療実態も踏まえた適切な評価を行う観点から、機能強化加算について要件を見直す。

第2 具体的な内容

機能強化加算を算定する保険医療機関が、地域の医療提供体制において担うべきかかりつけ医機能を明確化する。

[算定要件]

イ **機能強化加算を算定する医療機関**においては、かかりつけ医機能を担う医療機関として、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。

※患者の他院受診／処方医薬品の把握、専門医等への紹介、健康診断の管理、時間外対応の情報提供等

[施設基準] 以下のいずれか

- ・ **地域包括診療加算1、地域包括診療料1、若しくは小児かかりつけ医診療料**の届出をしていること。
- ・ 地域包括診療加算2または地域包括診療料2を届出を行っていて、以下の**いずれも**満たしていること。
 - ① **地域包括診療料2または同加算2を算定した患者が3人以上**
 - ② **在宅患者訪問診療料（Ⅰ）「1」、（Ⅱ）、往診料を算定した患者の数の合計が3人以上**
- ・ **第9在宅療養支援診療所1（1）若しくは（2）** = 支援診1, 2
- ・ **第9在宅療養支援診療所1（3）**であって、以下の**いずれか**を満たしていること。 = 支援診3
 - ① **過去1年間の緊急の往診の実績が3件以上**
 - ② **過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上**
又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上

⑤機能強化加算の見直し

第2 具体的な内容

[施設基準]

(3) 地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応として、以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置していること。

ア 介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び**要介護認定に係る主治医意見書の作成**を行っていること。

イ **警察医**として協力していること。

ウ 母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条及び第13条に規定する**乳幼児の健康診査**（市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること。

エ 予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項に規定する**予防接種（定期予防接種）**を実施していること。

オ **幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医**に就任していること。

カ 「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する**地域ケア会議に出席**していること。

キ 通いの場や講演会等の市町村が行う**一般介護予防事業に協力**していること。

(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、**当該医療機関の見やすい場所及びホームページ等**に掲示していること。
(中略)

機能強化加算の見直し①

- 地域においてかかりつけ医機能を有する医療機関の体制について、診療実態も踏まえた適切な評価を行う観点から、機能強化加算について要件を見直す。

現行

【機能強化加算】

[算定要件]

- 外来医療における適切な役割分担を図り、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。

[施設基準]

- (1) (略)
- (2) 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に掲示する等の取組を行っていること。

改定後

【機能強化加算】

[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。
 - 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。
 - 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
 - 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
 - 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
 - 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]

- (1) 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- (2) (略)
- (3) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。

機能強化加算の見直し②

現行		改定後	
届出・実績	次のいずれかの届出	次のいずれかを満たしていること。	
	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算 地域包括診療料 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算1/地域包括診療料1の届出を行っていること。 <p>(参考：地域包括加算1/診療料1の施設基準) 以下の全てを満たしていること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が、10人以上であること。 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。 	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算2/地域包括診療料2の届出を行っていること。 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算2/地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。 在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上。
届出・実績	小児かかりつけ診療料	<ul style="list-style-type: none"> 小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。 	
	<ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料 <p>(在支診又は在支病に限る)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料/施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。 <p>(参考：機能強化型の在支診又は在支病の施設基準) 以下のいずれにも該当していること。 過去1年間において、</p> <ul style="list-style-type: none"> (在支診の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)。 (在支病の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)又は在支診からの緊急受入の実績が31件以上。 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が4件以上(連携型の場合、当該医療機関で2件以上)。 	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料/施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。 以下のいずれかを満たしていること。 過去1年間において、 <ul style="list-style-type: none"> (在支診の場合) 緊急往診の実績3件以上。 (在支病の場合) 緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が3件以上。 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が1件以上。
配置医師	-	<ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。 ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成 イ 警察医として協力 ウ 乳幼児健診を実施 エ 定期予防接種を実施 オ 幼稚園の園医等 カ 地域ケア会議に出席 キ 一般介護予防事業に協力 	

⑫処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

第1 基本的な考え方

症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。

第2 具体的な内容

リフィル処方箋について、具体的な取扱いを明確にするとともに、処方箋様式をリフィル処方箋に対応可能な様式に変更する（別紙）。

[対象患者]

(1) 医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者

[留意事項]

(1) 保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。

(2) **リフィル処方箋の総使用回数**の上限は**3回**までとする。また、**1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間**とする。

(3) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

(4) リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内とする。 等

⑬処方箋料の見直し

第1 基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な処方薬を評価する観点から、リフィル処方箋により処方を行った場合について、処方箋料の要件を見直す。

第2 具体的な内容

リフィル処方箋により、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合は、**処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しない**こととする。

特定機能病院、地域医療支援病院、外来受診重点医療機関等の減算規定も緩和

改定案	現行
<p>【処方箋料】 [算定要件] 注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上</p> <p><u>の投薬を行った場合（処方箋の複数回（3回までに限る。）の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</u></p>	<p>【処方箋料】 [算定要件] 注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上</p> <p>の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p>

処方箋等の見直し

処方箋様式の見直しについて

- 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式を見直す。

The image shows the original, more complex layout of a Japanese prescription form (処方箋) with multiple sections and a grid for medication details.



The image shows the revised prescription form layout. Key changes are highlighted with red dashed boxes:

- A new field: **リフィル可 (回)**
- Instructions for the '備考' (Remarks) section: 「変更不可」横に「レ」又は「X」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。
- Instructions for the '調剤実施回数' (Dispensing frequency) section: 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「X」を記載すること。)
- Fields for dispensing dates: 1回目調剤日 (年月日), 2回目調剤日 (年月日), 3回目調剤日 (年月日), 次回調剤予定日 (年月日).

リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

- リフィル処方箋により、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しないこととする。

現行

【処方箋料】
[算定要件]

注2

区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

改定後

【処方箋料】
[算定要件]

注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の場合 **（処方箋の複数回（3回までに限る。）の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）**には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

⑬生活習慣病管理料の見直し

第1 基本的な考え方

生活習慣病患者に対する治療計画に基づいた治療管理及び生活習慣病の管理における多職種連携を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 生活習慣病患者に対する生活習慣に関する総合的な治療管理については、**看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない**ことを、生活習慣病管理料の算定に当たっての留意事項に明記する。
2. **糖尿病又は高血圧症の患者**について管理方針を変更した場合に、**患者数の定期的な記録を求めない**こととする。
3. 生活習慣病患者は、患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、**投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外**する。

改定案	現行
【生活習慣病管理料】	【生活習慣病管理料】
1 脂質異常症を主病とする場合 570点	1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ 脂質異常症を主病とする場合 650点
2 高血圧症を主病とする場合 620点	ロ 高血圧症を主病とする場合 700点
3 糖尿病を主病とする場合 720点	ハ 糖尿病を主病とする場合 800点
	2 1以外の場合
	イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点
	ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点
	ハ 糖尿病を主病とする場合

⑫外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等を算定する場合におけるデータ提出に係る新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料及び疾患別リハビリテーション料において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

【生活習慣病管理料】

[算定要件]

当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の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は、**外来データ提出加算として、50点**

[施設基準]

- (1) 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制
- (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

【在宅時医学総合管理料】

[算定要件]

在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- イ 在宅患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制
- ロ データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

- ▶ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

- 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、生活習慣病の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は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
- データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

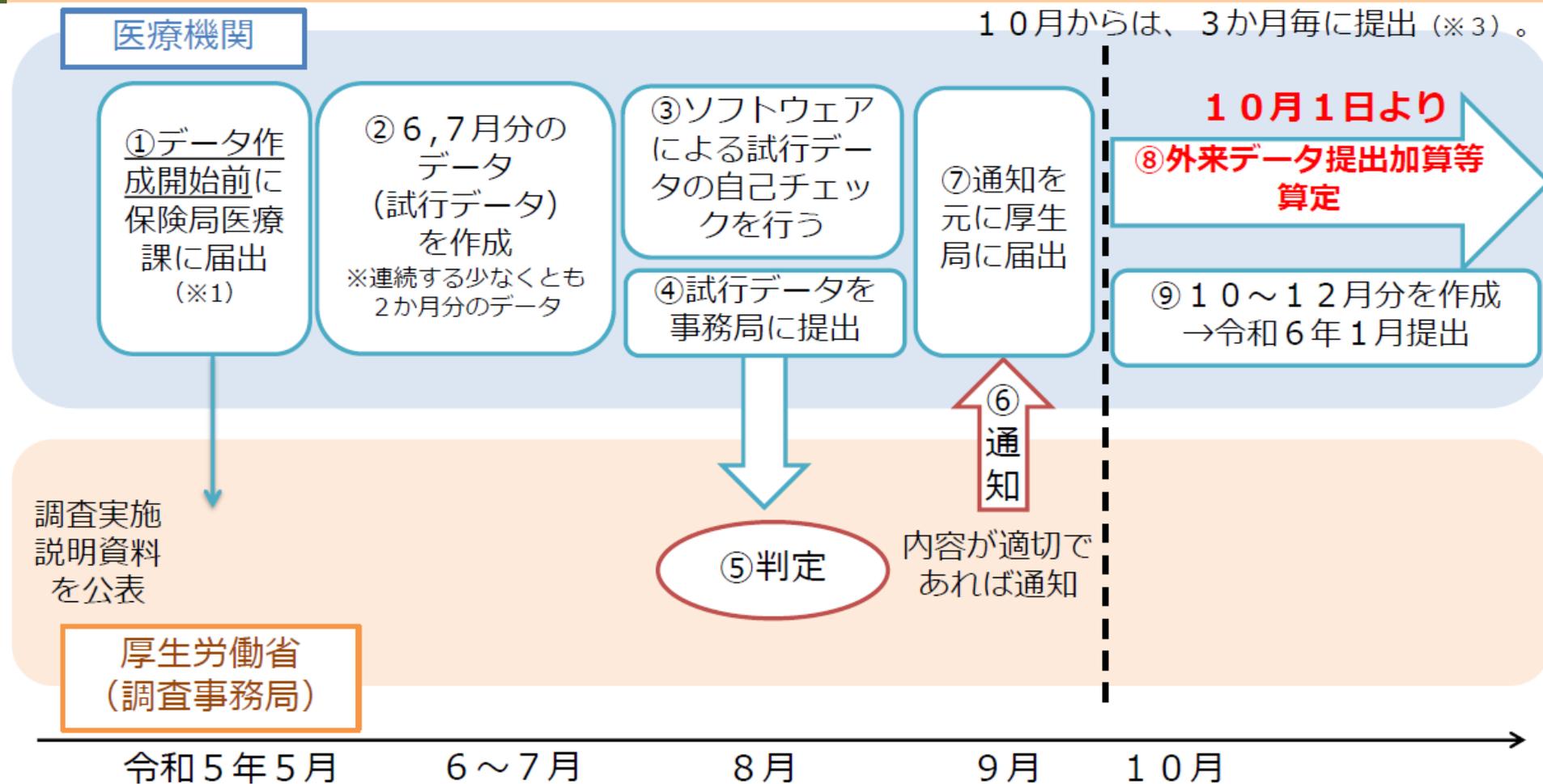
(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

※ 在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



※1 5/20までに厚生局を
経由して届出（施設の状態
により若干時期が異なる）

※2 自己チェック用のソフトは厚生労
働省が追って作成・配付。医療機関側
で提出前にチェックを実施（必須）。

※3 提出データについては、より詳細な点
検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、
データの追加提出を求める場合がある。

【Ⅲ－２医療における ICT の利活用・デジタル化への対応－⑬】

⑬オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. **オンライン資格確認システム**を通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設する。

(新) 初診料 注14 電子的保健医療情報活用加算 7点

再診料 注18 電子的保健医療情報活用加算 4点

外来診療料 注10 電子的保健医療情報活用加算 4点

[対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、**月1回**に限りそれぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

オンライン資格確認の準備作業について

- オンライン資格確認の導入にあたっての補助
 - ・ **顔認証付きカードリーダーの無償提供**（病院3台まで、診療所等1台）
 - ・ それ以外の費用（①資格確認端末等の導入、②ネットワーク環境の整備、③レセプトコンピュータ等の既存システムの改修等）へは**補助金を交付**（令和5年3月末までに設置準備を完了した場合。なお、上限額及び補助割合が機関種別等によって異なる）。
- オンライン資格確認導入に関する**手続き・各種申請**・QA
医療機関等における導入状況・患者向けの**周知広報素材**等
その他お問い合わせ
 - ➡ 医療機関等向けポータルサイト
 - ➡ 厚生労働省ホームページ
 - ➡ オンライン資格確認等コールセンター

医療機関等向けポータルサイト



医療機関ポータル 検索

厚生労働省ホームページ



オンライン資格確認 検索

オンライン資格確認等コールセンター

✉ contact@iryohokenjyoho-portal.jp

☎ 0800-0804583（通話無料）月～金 8:00～18:00
（いずれも祝日を除く） 土 8:00～16:00

これからオンライン資格確認の導入をされる方へ

■ まずは、顔認証付きカードリーダーをお申し込みください！

これからオンライン資格確認を導入される方は、「医療機関等向けポータルサイト」へのアカウント登録を行い、同サイトよりご希望の顔認証付きカードリーダーをお申し込みください。



■ システム業者へのご連絡をお願いします。

顔認証付きカードリーダーを申し込んだ後は、システム業者へのご連絡や各種申請手続きが必要となります。詳しくは「準備作業の手引き」をご確認いただき、手順に沿って導入準備を行ってください。（右の二次元バーコードよりアクセスいただけます）



オンライン資格確認導入に向けた
準備作業の手引き

■ 運用開始の準備ができれば、「運用開始日」の登録を行ってください！