

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A000	(新) 初診料(情報通信機器を用いた場合) 251点 [算定要件] (1)保険医療機関において初診を行った場合に算定する。 <u>ただし、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、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。</u> (2)情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。 (3)情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。 (4)情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。 ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名 イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意 (5) 当該指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。 (6)情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 (7)情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。 (8)情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、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こと。 (2)厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。			
A000	【初診料】	【初診料】		
	[算定要件] 注2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。)、地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。)(同法第7条第2項第5号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)の数が200未満であるものを除く。))及び外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。)(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。))に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、 214点 を算定する。	[算定要件] 注2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。))及び地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。)(同法第7条第2項第5号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)に係るものの数が200未満の病院を除く。))に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。		
A000	【初診料】	【初診料】		
	[算定要件] (6) (中略) また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合(以下「 紹介割合 」という。)等が低い保険医療機関とは、「注2」にあつては、 紹介割合の実績が30%未満又は逆紹介割合の実績が30%未満 の特定機能病院、地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。)(一般病床の数が200床未満の病院を除く。)) 及び外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下同じ。)(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200床未満であるものを除く。)) をいい、「注3」にあつては、 紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満 の許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び 外来機能報告対象病院等並びに 一般病床の数が200床未満の病院を除く。)をいう。	[算定要件] (6) (中略) また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合(以下「 紹介率 」という。)等が低い保険医療機関とは、「注2」にあつては、 紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。)(一般病床の数が200床未満の病院を除く。)) (ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。)をいい、「注3」にあつては、 紹介率の実績が40%未満の許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。)) (ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。)をいう。		
	紹介割合及び逆紹介割合 の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間(ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間)とし、当該期間の 紹介割合及び逆紹介割合 の実績が基準を上回る場合には、 紹介割合等 が低い保険医療機関とはみなされない。 ※ 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。 紹介割合(%) = (紹介患者数+救急患者数) ÷ 初診の患者数 × 100 逆紹介割合(%) = 逆紹介患者数 ÷ (初診の患者数+再診の患者数) × 1,000 なお、初診の患者数、 再診の患者数 、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、 それぞれ次に掲げる数をいう。	紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間(ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間)とし、当該期間の 紹介率又は逆紹介率 の実績が基準を上回る場合には、 紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。 ※ 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。 紹介率 = (紹介患者数+救急患者数) ÷ 初診の患者数 逆紹介率 = 逆紹介患者数 ÷ 初診の患者数 なお、初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、 特定機能病院は「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月15日)(健政発第98号)」により、地域医療支援病院及び「注3」に規定する病院は「医療法の一部を改正する法律の施行について(平成10年5月19日)(健政発第639号)」により定めるものとする。		
	ア 初診の患者数については、 <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患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。)</u> とする。 イ 再診の患者数については、 <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(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患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者、区分番号「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及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者の数を除く。)</u> とする。	<u>ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「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の数(夜間又は休日に受診したものの数を除く。)」とする。また、地域医療支援病院及び「注3」に規定する病院における初診の患者数については、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患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。)</u> とする。		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
	ウ 紹介患者数については、他の保険医療機関(特別の関係にある保険医療機関を除く。)から診療情報提供書の提供を受け、紹介先保険医療機関において医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数とする。 エ 逆紹介患者数については、診療(情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。)に基づき他の保険医療機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者(開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除き、区分番号「B005－11」遠隔連携診療料又は区分番号「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。)の数とする。 オ 救急患者数については、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(搬送された時間を問わない。)とする。 ※(6)における紹介割合及び逆紹介割合の計算等については、令和5年4月1日から適用する。 ※ 外来診療料についても同様。			
A000 注10	【機能強化加算】	【機能強化加算】		
	〔算定要件〕 (23) 機能強化加算 ア「注10」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、<u>専門医療機関への受診の要否の判断等を含む</u>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、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(支)局長に届け出た診療所又は許可病床数が200床未満の病院において初診料(「注5」のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を除く。)を算定する場合に、加算することができる。 イ 機能強化加算を算定する医療機関においては、<u>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。</u> <u>(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。</u> <u>(ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。</u> <u>(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。</u> <u>(ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。</u> <u>(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。</u> 〔施設基準〕 三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準 <u>(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。</u> <u>(2) (略)</u> <u>(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。</u> <u>(2) 次のいずれかを満たしていること。</u> ア 区分番号「A001」の注12に規定する<u>地域包括診療加算1に係る届出を行っていること。</u> イ 以下のいずれも満たすものであること。 <u>(イ) 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算2に係る届出を行っていること。</u> <u>(ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。</u> <u>① 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算2を算定した患者が3人以上</u> <u>② 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、区分番号「C001－2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が3人以上</u> ウ 区分番号「B001－2－9」に掲げる<u>地域包括診療料1に係る届出を行っていること。</u> エ 以下のいずれも満たすものであること。 <u>(イ) 区分番号「B001－2－9」に掲げる地域包括診療料2に係る届出を行っていること。</u> <u>(ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。</u> <u>① 区分番号「B001－2－9」に掲げる地域包括診療料2を算定した患者が3人以上</u> <u>② 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、区分番号「C001－2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が3人以上</u> オ 区分番号「B001－2－11」に掲げる<u>小児かかりつけ診療料に係る届出を行っていること。</u> カ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002－2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(1)若しくは(2)に該当する診療所又は第14の2在宅療養支援病院の1(1)若しくは(2)に該当する病院であること。 キ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002－2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所並びに第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしていること。 (イ) 第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第9在宅療養支援診療所と同様である。 <u>① 第9在宅療養支援診療所の1(1)コに掲げる過去1年間の緊急の往診の実績が3件以上</u> <u>② 第9在宅療養支援診療所の1(1)サに掲げる過去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</u> <u>(ロ) 第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第14の2在宅療養支援病院と同様である。</u> <u>① 第14の2在宅療養支援病院の1(1)シ①に掲げる過去1年間の緊急の往診の実績又は1(1)シ②に掲げる在宅療養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の合計が直近1年間で3件以上</u> <u>② 第14の2在宅療養支援病院の1(1)スに掲げる過去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</u>	(23) 機能強化加算 「注10」に規定する機能強化加算は、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、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(支)局長に届け出た診療所又は許可病床数が200床未満の病院において初診料(「注5」のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を除く。)を算定する場合に、加算することができる。 (新設) 〔施設基準〕 三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準 (新設) (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。 (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。 ア 区分番号「A001」の注12に規定する<u>地域包括診療加算</u> (新設) イ 区分番号「B001－2－9」に掲げる<u>地域包括診療料</u> エ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所(区分番号「B004」退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。))又は在宅療養支援病院(区分番号「C000」往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。)に限る。) オ 区分番号「C002－2」に掲げる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。)		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
	(3) <u>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。</u> <u>ア 介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び必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。</u> <u>イ 警察医として協力していること。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> (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) 2 届出に関する事項 (1) 機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。 (2) 令和4年3月31日時点で機能強化加算に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、1の(2)のイの(ロ)、エの(ロ)及びキ、(3)並びに(4)の基準を満たしているものとする。	(新設) (3) 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に掲示していること。(中略) 2 届出に関する事項 機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。 (新設)		
A001	(新) 再診料(情報通信機器を用いた場合) 73点 外来診療料(情報通信機器を用いた場合) 73点			
	〔算定要件〕 (1) 保険医療機関(許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。)において再診を行った場合(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情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。)に算定する。 (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。 (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。 (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。 ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名 イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意 (5) 当該指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。 (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 (7) 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。 (8) 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、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こと。 (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。 (※) 外来診療料(情報通信機器を用いた場合)についても同様。			
新設	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。 (※) 初診の場合であっても、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の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3点を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。			

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
新設	(新) 紹介受診 重点医療機関入院診療加算(入院初日) 800 点			
	[算定要件] (1) 外来機能報告対象病院等(医療法第 30 条の 18 の4第1項第2号の規定に基づき、同法第 30 条の 18 の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が 200 未満であるものを除く。)である保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定 点数に加算する。 (2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。			
新設	(新) 外来在宅共同指導料 1 外来在宅共同指導料 1 400 点 2 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、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の保険医と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、患者1人につき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。			
新設	(新) 外来感染対策向上加算 6点			
	[算定要件] 組織的な感染防止対策につき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。)において診療を行った場合は、外来感染対策向上加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。			
	(※) 以下を算定する場合において算定可能とする(ただし、以下の各項目において外来感染対策向上加算を算定した場合には、同一月に他の項目を算定する場合であっても当該加算を算定することはできない。)。 ア 初診料 イ 再診料 ウ 小児科外来診療料 エ 外来リハビリテーション診療料 オ 外来放射線照射診療料 カ 地域包括診療料 キ 認知症地域包括診療料 ク 小児かかりつけ診療料 ケ 外来腫瘍化学療法診療料 コ 救急救命管理料 サ 退院後訪問指導料 シ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ) ス 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料 セ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 ソ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 タ 在宅患者訪問薬剤管理指導料 チ 在宅患者訪問栄養食事指導料 ツ 在宅患者緊急時等カンファレンス料 テ 精神科訪問看護・指導料			

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
	【施設基準】 (1)専任の院内感染管理者が配置されていること。 (2)当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。 (3)当該部門において、医療有資格者が適切に配置されていること。 (4)感染防止対策につき、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関又は地域の医師会と連携すること。 (5)診療所であること。 (6)感染防止に係る部門(以下「感染防止対策部門」という。)を設置していること。この場合において、第20の1の(1)のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。 (7)(6)に掲げる部門内に、専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が院内感染管理者として配置されており、感染防止に係る日常業務を行うこと。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。 (8)感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容が整備されていること。 (9)(7)に掲げる院内感染管理者により、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書(マニュアル)を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。 (10)(7)に掲げる院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。			
	(11)(7)に掲げる院内感染管理者は、少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年2回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること。 (12)院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言等を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておく ど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っていること。 (13)(7)に掲げる院内感染管理者は、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。 (14)当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。 (15)新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。 (16)新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。 (17)「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。 (18)新興感染症の発生時等や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。 (19)区分番号A234-2に掲げる感染対策向上加算に係る届出を行っていない診療所であること。			
新設	(新) 外来感染対策向上加算 連携強化加算 3点			
	【算定要件】 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき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診療を行った場合は、連携強化加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。			
	【施設基準】 (1)他の保険医療機関(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)との連携体制を確保していること。 (2)外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 (3)連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。			
新設	(新) サーベイランス強化加算 1点			
	【算定要件】 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき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診療を行った場合は、サーベイランス強化加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。			
	【施設基準】 (1)地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。 (2)外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 (3)院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。 (※)連携強化加算及びサーベイランス強化加算の算定については、1の(※)と同様の取扱いとする。			
新設	(新) 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 60点			
	【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、区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合は、耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、1日につき60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号J113の注に規定する乳幼児加算は別に算定できない。 2. 耳鼻咽喉科領域における 6歳未満の乳幼児に対する 抗菌薬適正使用 に係る評価を新設する。			
新設	(新) 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80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、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、区分番号J095からJ115-2までに掲げる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、療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。			
	【施設基準】 (1)抗菌薬の適正な使用を推進するための体制が整備されていること。 (2)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。			