に、使用した薬剤の費用については第２章第２部第３節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については同第４節特定保険医療材料料により、当該保険医療機関において算定する。なお、当該薬剤の費用は、継続的な医学管理を行う必要がある場合に算定するものとし、「Ａ０００」初診料の算定のみの場合にあっては算定できない。また、同様に当該看護師等が検査のための検体採取等を実施した場合には、当該保険医療機関において、第２章第３部第１節第１款検体検査実施料を算定するとともに、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。

６　算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの１週間又は月の初日から月の末日までの１か月を単位として算定する。

第１節　初診料

Ａ０００　初診料

（１）　特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、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場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った医療機関において初診料を算定する。

（２）　「注１」のただし書に規定する情報通信機器を用いた診療については、以下のアからキまでの取扱いとする。

ア　厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という。）に沿って情報通信機器を用いた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。

イ　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、オンライン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。

ウ　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。

(イ)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

(ロ)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

エ　オンライン指針において、「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。

オ　情報通信機器を用いた診療を行う際には、オンライン指針に沿って診療を行い、オンライン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、当該診療がオンライン指針に沿った適切な診療である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、オンライン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、当該処方がオンライン指針に沿った適切な処方である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。

カ　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。

キ　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。

（３）　患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっても初診料を算定できる。

（４）　自他覚的症状がなく健康診断及び検診等（以下この項において「健診等」という。）を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。

ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できること。

（５）　（４）にかかわらず、健診等で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。

（６）　労災保険、健診等、自費等（医療保険給付対象外）により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあっては、当該保険医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。

（７）　「注２」又は「注３」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの文書による紹介がなく、初診を行った場合は、「注１」の規定にかかわらず「注２」又は「注３」の所定点数を算定する（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）。この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注１」との差額に相当する療養部分について選定療養として、その費用を患者から徴収することができる。なお、保健所及び市町村等の医師が、健康診断等の結果に基づき治療の必要性を認め、当該患者に対し必要な診療が可能な保険医療機関を特定し、当該保険医療機関あてに文書による紹介を行った患者については、紹介のある患者とみなすことができる。

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」にあっては、紹介割合の実績が 50%未満又は逆紹介割合の実績が 50‰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。）及び紹介受診重点医療機関（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のうち同法第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をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）をいい、「注３」にあっては、紹介割合の実績が 40％未満又は逆紹介割合の実績が 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紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200 床未満の病院を除く。）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。また、新規に対象となる保険医療機関については、届出前３か月間の実績を有していること。）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。なお、令和８年３月 31 日時点で、現に逆紹介割合の実績に係る基準を満たしていた病院にあっては、令和９年３月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

※　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。

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。

ア　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。）とする。

イ　再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、「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。）とする。

ウ　紹介患者数については、他の保険医療機関（特別の関係（第２部通則７の（３）に規定する「特別の関係」をいう。以下同じ。）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（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）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、「Ｂ００５－11」遠隔連携診療料又は「Ｂ０１１」連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。）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。

（８）　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 床未満の病院を除く。）及び許可病床の数が 400 床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。以下同じ。）は、紹介割合及び逆紹介割合を別紙様式 28 により、毎年 10 月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する６か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の４月１日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。

（９）　許可病床の数が 400 床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）のうち、前年度１年間の紹介割合の実績が 40%未満又は逆紹介割合の実績が 40‰未満の保険医療機関の取扱いについては、（８）と同様であること。

(10)　「注４」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年９月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。

(11)　妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添１の第２の５を参照のこと。

(12)　(11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。

(13)　現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。

ただし、「注５」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（１つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。以下同じ。）について、新たに別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。以下同じ。）を初診として受診した場合（１つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。以下、同じ。）は、現に診療継続中の診療科を除く診療科１つに限り、同ただし書の所定点数を算定できる。また、診療継続中以外の患者であって、同一日に他の傷病で２以上の診療科を初診として受診する場合においても、２つ目の診療科に限り、同ただし書の所定点数を算定できる。この場合において、「注６」から「注 16」までに規定する加算は、算定できない。なお、患者が専門性の高い診療科を適切に受診できるよう保険医療機関が設置した総合外来等については、診療科とみなさず、総合外来等を受診後、新たに別の診療科を受診した場合であっても同ただし書の所定点数は算定できない。

(14)　患者が任意に診療を中止し、１月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として取り扱う。なお、この場合において、１月の期間の計算は、例えば、２月 10 日～３月９日、９月 15 日～10 月 14 日等と計算する。

(15)　(14)にかかわらず、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の

診療は、初診として取り扱わない。

(16)　Ａ保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、Ｂ保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、次のように取り扱うものとする。（「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の（５）から（７）までを参照。）

ア　Ｂ保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合

Ｂ保険医療機関においては、診療情報提供料、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するＡ保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

イ　Ｂ保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受けた場合

Ｂ保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定できる。

(17)　乳幼児加算

初診料を算定しない場合には、特に規定する場合を除き、「注６」の乳幼児加算は、算定できない。

(18)　時間外加算

ア　各都道府県における医療機関の診療時間の実態、患者の受診上の便宜等を考慮して一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前８時前と午後６時以降（土曜日の場合は、午前８時前と正午以降）及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休診日とする保険医療機関における当該休診日とする。

ただし、午前中及び午後６時以降を診療時間とする保険医療機関等、当該標準によることが困難な保険医療機関については、その表示する診療時間以外の時間をもって時間外として取り扱うものとする。

イ　アにより時間外とされる場合においても、当該保険医療機関が常態として診療応需の態勢をとり、診療時間内と同様の取扱いで診療を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。

ウ　保険医療機関は診療時間を分かりやすい場所に表示する。

エ　時間外加算は、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により時間外に診療が開始された場合は算定できない。

オ　時間外加算を算定する場合には、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(19)　休日加算

ア　休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和 23 年法律第 178 号）第３条に規定する休日をいう。なお、１月２日及び３日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日は、休日として取り扱う。

イ　休日加算は次の患者について算定できるものとする。

（イ）　客観的に休日における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関を受診した患者

①　地域医療支援病院

②　救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第８号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③　「救急医療対策の整備事業について」（昭和 52 年医発第 692 号）に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

（ロ）　当該休日を休診日とする保険医療機関に、又は当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間以外の時間に、急病等やむを得ない理由により受診した患者（上記(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間内に受診した患者を除く。）

ウ　休日加算を算定する場合には、時間外加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(20)　深夜加算

ア　深夜加算は、初診が深夜に開始された場合に算定する。ただし、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により深夜に診療が開始された場合は算定できない。なお、深夜とは、いずれの季節においても午後 10 時から午前６時までの間をいう。

イ　いわゆる夜間開業の保険医療機関において、当該保険医療機関の診療時間又は診療態勢が午後 10 時から午前６時までの間と重複している場合には、当該重複している時間帯における診療については、深夜加算は算定できない。

ウ　深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。

（イ）　客観的に深夜における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関を受診した患者

①　地域医療支援病院

②　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③　「救急医療対策の整備事業について」に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

（ロ）　自己の表示する診療時間が深夜を含んでいない保険医療機関に、又は自己の表示する診療時間が深夜にまで及んでいる保険医療機関の当該表示する診療時間と重複していない深夜に、急病等やむを得ない理由により受診した患者（上記(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を診療時間としている保険医療機関に受診した患者を除く。）

エ　深夜加算を算定する場合には、時間外加算、休日加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(21)　時間外加算の特例

ア　当該特例の適用を受ける保険医療機関（以下「時間外特例医療機関」という。）とは、客観的に専ら夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第 30 条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。

①　地域医療支援病院

②　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③　「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

イ　別に厚生労働大臣が定める時間とは、当該地域において一般の保険医療機関が概ね診

療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）とし、その標準は、概ね午前８時前と午後６時以降（土曜日の場合は、午前８時前と正午以降）から、午後 10 時から午前６時までの間を除いた時間とする。

ウ　時間外特例医療機関において、休日加算又は深夜加算に該当する場合においては、時間外加算の特例を算定せず、それぞれ休日加算、深夜加算を算定する。また、時間外加算の特例を算定する場合には、時間外加算又は夜間・早朝等加算は算定しない。

(22)　小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜の診療に係る特例

ア　夜間、休日及び深夜における小児診療体制の一層の確保を目的として、小児科を標榜する保険医療機関（小児科以外の診療科を併せて有する保険医療機関を含む。）について、６歳未満の乳幼児に対し、夜間、休日又は深夜を診療時間とする保険医療機関において夜間、休日又は深夜に診療が行われた場合にも、それぞれ時間外加算、休日加算又は深夜加算を算定できることとするものである。なお、診療を行う保険医が、小児科以外を担当する保険医であっても算定できるものであること。

イ　夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間とは、当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）とし、その標準は、概ね午前８時前と午後６時以降（土曜日の場合は、午前８時前と正午以降）から、午後 10 時から午前６時までの間を除いた時間とする。

ウ　休日加算の対象となる休日、深夜加算の対象となる深夜の基準は、「注７」に係る休日、深夜の基準の例によるものとする。

エ　時間外加算、休日加算、深夜加算及び夜間・早朝等加算の併算定に係る取扱いは、「注７」の場合と同様である。

(23)　夜間・早朝等加算

ア　夜間・早朝等加算は、病院勤務医の負担の軽減を図るため、軽症の救急患者を地域の身近な診療所において受け止めることが進むよう、診療所の夜間・早朝等の時間帯における診療を評価するものである。

イ　表示する診療時間とは、保険医療機関が診療時間として地域に周知している時間であって、来院した患者を常に診療できる体制にある時間又は計画的に訪問診療を行う時間をいう。この場合において、患者が来院したとしても、診療を受けることのできない時間（定期的に学校医、産業医の業務として保険医療機関を不在とする時間や、地域活動や地域行事に出席するとして保険医療機関を不在とする時間を含む。）は表示する診療時間に含まない。また、診療時間として表示している時間であっても、訪問診療に要する時間以外に、常態として当該保険医療機関に医師が不在となる場合は、表示する診療時間に含めない。

ウ　夜間・早朝等とは、午後６時（土曜日にあっては正午）から午前８時までの間（深夜（午後 10 時から午前６時までの間）及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間とする。

エ　「Ｃ０００」往診料を算定した場合にも、初診料に加えて夜間・早朝等加算を算定できる。

オ　夜間・早朝等加算は、当該加算の算定対象となる時間に受付を行った患者について算定するものであり、多数の患者の来院による混雑や、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により当該加算の算定対象となる時間に診療が開始された場合は算定できない。

カ　診療所の夜間・早朝等の時間帯の診療を評価した夜間・早朝等加算は、主として、保険医療機関が診療応需の態勢を解いた後において、急患等やむを得ない事由により診療を求められた場合には再び診療を行う態勢を準備しなければならないことを考慮して設けられている時間外加算、深夜加算、休日加算とは明確に区分されるものである。

キ　「Ｄ２８２－３」コンタクトレンズ検査料、「Ｉ０１０」精神科ナイト・ケア、「Ｊ０３８」人工腎臓の「注１」に規定する加算又は「Ｊ０３８－２」持続緩徐式血液濾過の「注１」に規定する加算を算定する場合においては、夜間・早朝等加算は算定しない。

(24)　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、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むより的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保険医療機関においては、かかりつけ医機能を有する医療機関として、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。

（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。

(25)　外来感染対策向上加算

「注 11」に規定する外来感染対策向上加算は、診療所における、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画、空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で発熱患者等の外来診療等を実施する体制の確保を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る体制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において初診料を算定する場合に、患者１人につき月１回に限り加算することができる。

(26)　発熱患者等対応加算

「注 11」ただし書に規定する発熱患者等対応加算は、(25)の外来感染対策向上加算を算定している場合であって、発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下

で診療を行った場合に算定する。

(27)　連携強化加算

「注 12」に規定する連携強化加算は、（25）の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算１を算定する保険医療機関に対し、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場合に算定する。

(28)　サーベイランス強化加算

「注 13」に規定するサーベイランス強化加算は、（25）の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、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場合に算定する。

(29)　抗菌薬適正使用体制加算

「注 14」に規定する抗菌薬適正使用体制加算は、(25) の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加し、使用する抗菌薬のうち Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上又は当該サーベイランスに参加する診療所全体の上位 30%以内である場合に算定する。

(30)　電子的診療情報連携体制整備加算

「注 16」に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有することを基本とし、電子処方箋、電子カルテ及び電子カルテ情報共有サービスの導入並びにサイバーセキュリティ対策の推進等、医療機関間で情報連携し質の高い医療を提供するための国等が進める医療ＤＸに係る体制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）局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、月１回に限り当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。当該加算に係る届出を行った保険医療機関は、「Ａ００１」再診料の「注 11」明細書発行体制等加算は算定できない。

第２節　再診料

Ａ００１　再診料

（１）　再診料は、診療所又は一般病床の病床数が 200 床未満の病院において、再診の都度（同一日において２以上の再診があってもその都度）算定できる。

（２）　「注１」に規定する情報通信機器を用いた再診については、「Ａ０００」初診料の（２）の取扱いと同様である。ただし、この場合にあっては外来管理加算は算定できない。

（３）　「注２」に規定する保険医療機関の取扱いについては、「Ａ０００」初診料の(10)から(12)までと同様である。

（４）　２以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該１日につき１回に限り算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、患者の意思に基づき、別の診療科を再診として受診した場合は、現に診療継続中の診療科１つに限り、「注３」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注４」から「注８」まで、「注 10」から「注 20」までに規定する加算は、算定できない。

（５）　Ａ傷病について診療継続中の患者が、Ｂ傷病に罹り、Ｂ傷病について初診があった場合、当該初診については、初診料は算定できないが、再診料を算定できる。

（６）　再診料における時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例加算及び夜間・早朝等加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。

（７）　外来管理加算

ア　外来管理加算は、処置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。

イ　外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

［提供される診療内容の事例］

１　問診し、患者の訴えを総括する。

「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」

２　身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。

「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」

３　これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。

「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、○○さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いですよ。」

４　患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

ウ　診察に当たっては、イに規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。

エ　外来管理加算は、標榜する診療科に関係なく算定できる。ただし、複数科を標榜する保険医療機関において、外来患者が２以上の傷病で複数科を受診し、一方の科で処置又は手術等を行った場合は、他科において外来管理加算は算定できない。

オ　「Ｃ０００」往診料を算定した場合にも、再診料に加えて外来管理加算を算定できる。

カ　投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。また、多忙等を理由に、イに該当する診療行為を行わず、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。

キ　「注８」の厚生労働大臣が別に定める検査とは、第２章第３部第３節生体検査料のう

ち、次の各区分に掲げるものをいう。

超音波検査等

脳波検査等

神経・筋検査

耳鼻咽喉科学的検査

眼科学的検査

負荷試験等

ラジオアイソトープを用いた諸検査

内視鏡検査

（８） 電話等による再診

ア　当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。

なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成 30 年３月 31 日以前に、３月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、エの規定にかかわらず、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。

イ　電話又はビデオ通話による再診（聴覚障害者である患者に係る再診に限り、ファクシミリ又は電子メール等によるものを含む。）は、患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要のある場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合に限り算定する。ただし、電話又はビデオ通話による指示等が、同一日における初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる場合、時間おきに病状の報告を受ける内容のものである場合等は、再診料を算定できない。また、ファクシミリ又は電子メール等による再診については、再診の求めに速やかに応じた場合に限り算定できるものとし、この場合においては、診療録に当該ファクシミリ等の送受信の時刻を記載するとともに、当該ファクシミリ等の写しを添付すること。

ウ　乳幼児の看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、「注４」の乳幼児加算を算定する。

エ　時間外加算を算定すべき時間、休日、深夜又は夜間・早朝等に患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算を算定する。ただし、ファクシミリ又は電子メール等による再診については、これらの加算は算定できない。

オ　当該再診料を算定する際には、第２章第１部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。ただし、急病等で患者又はその看護に当たっている者から連絡を受け、治療上の必要性から、休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関の受診を指示した上で、指示を行った同日に、受診先の医療機関に対して必要な診療情報を文書等（ファクシミリ又は電子メールを含む。）で

提供した場合は、「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）を算定できる。

（イ）地域医療支援病院

（ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

（ハ）「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

カ　当該再診料を算定する際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

（９）　時間外対応体制加算

ア　時間外対応体制加算は、地域の身近な診療所において、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、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価するものである。

イ　当該加算を算定するに当たっては、当該保険医療機関において、算定する区分に応じた対応を行うとともに、緊急時の対応体制や連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の交付、診察券への記載等の方法により患者に対して周知すること。

ウ　電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合には、外来診療、往診、他の医療機関との連携又は緊急搬送等の医学的に必要と思われる対応を行うこと。

エ　なお、電話等による再診の場合であっても、時間外対応体制加算の算定が可能であること。

(10)　健康保険法における療養の給付又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）における療養の給付と労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）における療養補償給付を同時に受けている場合の再診料（外来診療料を含む。）は、主たる疾病の再診料（外来診療料を含む。）として算定する。なお、入院料及び往診料は、当該入院あるいは往診を必要とした疾病に係るものとして算定する。

(11)　地域包括診療加算

ア　地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、慢性疾患を有する患者に対し、患者又はその家族等の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出を行うことができる。

イ　認知症を有する患者等とは、以下のすべてを満たすものをいう。

（イ）　認知症を有するもの又は介護給付（介護保険法第十八条に定める介護給付をいう。以下同じ。）若しくは予防給付（介護保険法第十八条に定める予防給付をいう。以下同じ。）を受けている要介護被保険者等（介護保険法第六十二条に定める要介護被保険者等をいう。以下同じ。）であるもの。

（ロ）　認知症以外の疾病（疑いを除く。）を有するもの。

（ハ）　同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないもの。

①　１処方につき５種類を超える内服薬があるもの。

②　１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて３種類を超えて含むもの。

なお、①の内服薬数の種類数は錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、１銘柄ごとに１種類として計算する。また、②の抗うつ薬、抗精神病薬、抗

不安薬及び睡眠薬の種類数は「Ｆ１００」処方料の１における向精神薬の種類と同様の取扱いとする。

また、その他の慢性疾患等を有する患者とは、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。以下この項において同じ。） 若しくは認知症の６疾病（以下この項において単に「６疾病」という。）のうち２以上（疑いを除く。）の疾病を有する患者又は脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全若しくは慢性腎臓病のいずれかの疾病を有しており、かつ介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等である患者をいう。いずれの疾病にも、疑いは含まない。

なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（６疾病のうち１又は２疾病及びイの(ロ)の疾病）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該加算又は地域包括診療料を算定可能とする。

ウ　当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該加算を算定する。なお、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒、その他療養を行うに当たっての問題点等に係る生活面の指導については、必要に応じて、当該医師の指示を受けた看護師、管理栄養士又は薬剤師が行っても差し支えない。

エ　患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。

オ　当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

（イ）　患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。

（ロ）　他の保険医療機関との連携並びにオンライン資格確認及び電子処方箋システム等の活用により患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。また、当該情報に基づき、薬物有害事象のリスクの低減、患者の服薬アドヒアランスの向上や服薬負担の軽減のために処方内容の調整を行う必要がある場合には、当該他の保険医療機関へ処方の変更を依頼するなどにより、処方内容の調整を行うこと。併せて、患家における残薬の状況を患者又はその家族等から聴取し、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。なお、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

（ハ）　当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、(ニ)の場合に限り院外処方を可能とする。

（ニ）　院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

①　調剤について薬局と連携していること（以下、当該薬局を「連携薬局」という。）。連携薬局については、24 時間対応できる体制を整えている薬局であること。ただし、当該保険医療機関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

れている場合にあっては、当該連携薬局について、24 時間対応できる体制が整備されていなくても差し支えない。

② 原則として、院外処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること。

③ 当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該加算を算定している旨を、処方箋に添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

④ 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けることでもよい。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合も、当該患者に対し、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。

⑤ 診療録にお薬手帳若しくは保険薬局からの文書のコピーを添付又は当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

（ホ） 当該患者に対し、標榜時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制を有し、連絡先について情報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこと。

（ヘ） 当該患者に対し、健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に記載するとともに、患者に提供し、評価結果を基に患者の健康状態を管理すること。

（ト） 当該患者に対し、必要に応じ、要介護認定に係る主治医意見書を作成すること。

（チ） 必要に応じ、患者の予防接種の実施状況を把握すること等により、当該患者からの予防接種に係る相談に対応すること。

（リ） 患者の同意について、当該加算の初回算定時に、別紙様式 47 を参考に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。ただし、直近１年間に４回以上の受診歴を有する患者については、別紙様式 47 を参考に診療の要点を説明していれば、同意の手続きは省略して差し支えない。なお、当該医療機関自ら作成した文書を用いることでよい。

（ヌ） 当該加算を算定する場合は、投薬の部に掲げる「７種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。

（ル） 認知症の患者に対し本加算を算定する場合であって、当該患者の病状から、患者への説明及び患者の同意について、患者の家族等への説明及び当該患者の家族等による同意による方が適切と考えられる場合には、当該部分について「患者」を「患者の家族等」と読み替えるものとする。

カ 当該医療機関において、院内掲示により以下の対応が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。

（イ） 健康相談を行っていること。

（ロ） 介護保険に係る相談を行っていること。

（ハ） 予防接種に係る相談を行っていること。

キ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護保険法第７条第５項に規定する介護

支援専門員及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 28 号）第３条第１項に規定する相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

ク　患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。

ケ　キ及びク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。

コ　抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康･生活衛生局感染症対策部感染症対策課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。

サ　地域包括診療加算１を算定する医療機関においては、往診又は訪問診療を提供可能であること。往診又は訪問診療の対象の患者には、24 時間対応可能な連絡先を提供し、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、往診、外来受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこと。特掲診療料施設基準通知の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の(１)に規定する在宅療養支援診療所以外の診療所においては以下の（ロ）、在宅療養支援診療所以外の診療所については以下の全てについて、連携する他の保険医療機関とともに行うことも可能であること。

（イ）　24 時間の連絡体制

（ロ）　連絡を受けて行う往診又は外来診療の体制

シ　診療を担当する医師は、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員又は若年性認知症支援コーディネーターと連携し、ピアサポート活動、本人ミーティング又は一体的支援事業等の認知症患者の診断後支援に係る取組について、必要に応じて、認知症患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい。

(12)　外来データ提出加算

ア　外来データ提出加算は、厚生労働省が毎年実施する「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」（以下「外来医療等調査」という。）に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したものである。

イ　当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、地域包括診療加算を現に算定している患者について、データを提出する外来診療に限り算定する。

ウ　データの提出を行っていない場合又はデータの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降について、算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省が調査の一部事務を委託する調査事務局宛てに、調査実施説明資料に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。

　また、算定ができなくなった月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合は、翌々月以降について、算定ができる。

エ　データの作成は３月単位で行うものとし、作成されたデータには第１月の初日から第３月の末日までにおいて対象となる診療に係るデータが全て含まれていなければならない。

オ　イの「データ提出の実績が認められた保険医療機関」とは、データの提出が厚生労働省保険局医療課において確認され、その旨を通知された保険医療機関をいう。

カ　同一月に「Ｂ００１－３」の「注４」又は「Ｂ００１－３－３」の「注４」に規定する充実管理加算を算定した場合にあっては、外来データ提出加算は算定できない。

(13)　薬剤適正使用連携加算

「注 12」に規定する地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院若しくは介護老人保健施設に入所していたもの又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けているものについて、以下の全てを満たす場合に、３月に１回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下(13)において「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。

ア　患者の同意を得て、他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。その際、他の保険医療機関等に入院又は入所する患者については、当該情報提供を入院又は入所までに行うこと。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。

イ　当該他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。

ウ　他の保険医療機関等に入院又は入所していた患者については、退院又は退所後１か月以内に、他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者については、当該情報提供から３月以内に、ア又はイを踏まえて調整した処方内容について、他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。

エ　以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。

(イ)　ウで他の保険医療機関等から情報提供された処方内容のうち、内服薬の種類数

(ロ)　アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数

(14)　再診料における外来感染対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算及び抗菌薬適正使用体制加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。ただし、同一月に「Ａ０００」の「注 11」、医学管理等の部の通則３、在宅医療の部の通則５又は「Ｉ０１２」に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合にあっては算定できない。

(15)　電子的診療情報連携体制整備加算

「注 19」に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有することを基本とし、電子処方箋、電子カルテ及び電子カルテ情報共有サービスの導入並びにサイバーセキュリティ対策の推進等、医療機関間で情報連携し質の高い医療を提供するための国等が進める医療ＤＸに係る体制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）局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合に、月１回に限り所定点数に加算する。当該加算に係る届出を行った保険

医療機関は、「注 11」に規定する明細書発行体制等加算は算定できない。

(16)　「注 20」に規定する看護師等遠隔診療補助加算は、「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）に規定されるへき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、前回の対面診療を実施した日から起算して、３月以内に限り算定する。

Ａ００２　外来診療料

（１）　外来診療料は、医療機関間の機能分担の明確化、請求の簡素化を目的として設定されたものであり、一般病床の病床数が 200 床以上の病院において算定する。

（２）　「注１」のただし書に規定する情報通信機器を用いた診療については、「Ａ０００」初診料の（２）の取扱いと同様である。

（３）　「注２」又は「注３」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、以下のいずれかに該当する患者については、「注１」の規定にかかわらず、「注２」又は「注３」の所定点数を算定する。アに該当する患者については、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注１」との差額に相当する療養部分について、選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。イに該当する患者については、（４）のイ又はウに該当しない限り、原則として他の病院（一般病床の病床数が 200 床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行うことが望ましい。

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等が低い保険医療機関とは、「Ａ０００」初診料の（７）と同様である。

ア　他の病院（一般病床の病床数が 200 床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者（緊急その他やむを得ない事情がある患者を除く。）

イ　当該病院において過去１年間に 12 回以上外来診療料（「注１」から「注４」までに限る。）を算定した患者

（４）　（３）のイの患者のうち、以下のいずれかに該当する者については、（３）の規定にかかわらず、「注１」の所定点数を算定する。なお、イ又はウに該当する場合には、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　過去１年間に、紹介を行った医療機関との連携により、「Ｂ００５－11」遠隔連携診療料又は「Ｂ０１１」連携強化診療情報提供料を算定している患者

イ　緊急その他やむを得ない事情がある患者

ウ　専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者

（５）　特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関のうち、前年度１年間の紹介割合の実績が 50％未満又は逆紹介割合の実績が 50‰未満の保険医療機関においては、紹介割合及び逆紹介割合を別紙様式 28 により、毎年 10 月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する６か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の４月１日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。なお、令和８年３月 31 日時点で、現に逆紹介割合の実績に係る基準を満たしている保険医療機関にあっては、令和９年３月 31 日までの間に限り、当該基準を満たすもの

とみなす。

（６） 許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関を除く。）のうち、前年度１年間の紹介割合の実績が 40％未満又は逆紹介割合の実績が 40‰未満の保険医療機関の取扱いについては、（５）と同様であること。なお、令和８年３月 31 日時点で、現に逆紹介割合の実績に係る基準を満たしている保険医療機関にあっては、令和９年３月 31 日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

（７） 「注４」に規定する保険医療機関の取扱いについては、「Ａ０００」初診料の(10)から(12)までと同様である。

（８） 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、患者の意思に基づき、別の診療科を再診として受診した場合は、現に診療継続中の診療科１つに限り、「注５」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注６」のただし書及び「注７」から「注 11」までに規定する加算は、算定できない。

（９） 外来診療料の取扱いについては、「Ａ００１」再診料の場合と同様である。ただし、電話等による再診料及び外来管理加算は算定できない。

(10) 包括されている検査項目に係る検査の部の款及び注に規定する加算は、別に算定できない。ただし、検査の部の第１節第１款検体検査実施料の通則３に規定する加算は、検査の部において算定することができる。

(11) 外来診療料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれず、別に算定できる。なお、当該検査項目が属する区分（尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料の２区分）の判断料について、当該区分に属する検査項目のいずれをも行わなかった場合は、当該判断料は算定できない。

(12) 外来診療料には、包括されている処置項目に係る薬剤料及び特定保険医療材料料は含まれず、処置の部の薬剤料及び特定保険医療材料料の定めるところにより別に算定できる。また、熱傷に対する処置についても別に算定できる。

(13) 爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、後部尿道洗浄（ウルツマン）、義眼処置、矯正固定、変形機械矯正術、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置は外来診療料に含まれ別に算定できない。

(14) 電子的診療情報連携体制整備加算

「注 10」に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有することを基本とし、電子処方箋、電子カルテ及び電子カルテ情報共有サービスの導入並びにサイバーセキュリティ対策の推進等、医療機関間で情報連携し質の高い医療を提供するための国等が進める医療ＤＸに係る体制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）局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合に、月１回に限り所定点数に加算する。

(15) 「注 11」に規定する看護師等遠隔診療補助加算は、「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）に規定されるへき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、前回の対面診療を実施した日から起算して、３月以内に限り算定する。