

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は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

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、看護師等という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。

A 0 0 2 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、「A 0 0 0」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、「A 0 0 0」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、「B 0 0 5－11」遠隔連携診療料又は「B 0 1 1」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つては、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つては、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、看護師等という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。