

## 療養の給付と直接関係ないサービス等 について

1. 「関東信越厚生局ホームページ」より



2. 「令和8年度診療報酬改定・施設基準の届出様式」をクリック  
HP 上部、青色の9個の区分が示されている一つ



3. 令和8年度診療報酬改定に係る関係法令等（厚生労働省ホームページ）をクリック  
HP 最下部、「4 令和8年度診療報酬改定関連資料について」  
一つ目、「令和8年度診療報酬改定に係る関係法令等」



4. 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について  
（通知）（令和8年3月5日保医発0305第6号）（0529訂正後）  
HP 上部、  
「第3 関係法令・通知等(1) 共通」  
「1. 算定方法・施設基準」  
二行目「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」  
**医科点数表（0619訂正後）PDFをクリック**  
「医科診療報酬点数表に関する事項」

医科診療報酬点数表に関する事項

<通則>

- 1 1人の患者について療養の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料又は第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。
- 2 基本診療料は、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射の注射手技料等）を含んでいる。
- 3 特掲診療料は、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。
- 4 基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する告示」（令和8年厚生労働省告示第70号）による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 5 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和8年厚生労働省告示第71号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 6 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和8年厚生労働省告示第69号）による改正後の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。
- 7 特掲診療料に掲げられている診療行為を行うに当たっては、医療安全の向上に資するため、当該診療行為を行う医師等の処遇を改善し負担を軽減する体制の確保に努めること。
- 8 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。
- 9 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

- 10 所定点数は、特に規定する場合を除き、注に規定する加算を含まない点数を指す。
- 11 区分番号は、例えば「A000」初診料における「A000」を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、「A000」のみ記載する。
- 12 施設基準の取扱いに関する通知について、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発 0305 第7号）を「基本診療料施設基準通知」、  
「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発 0305 第8号）を「特掲診療料施設基準通知」という。
- 13 健康診断、検診及び予防接種等（以下この通則において「健診等」という。）の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」に該当する場合に、別途徴収できる。
- 14 健診等に関する疾病（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。）に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、同一日に1回の受診で保険診療を行う場合の初診料及び再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。また、当該疾病に対して、当該保険医療機関において、同一日又は翌日以降の別の受診において保険診療を行う場合には、「A000」初診料は算定できないが、「A001」再診料又は「A002」外来診療料は、それぞれの規定に従い算定できる。
- 15 14に規定する場合においては、14の規定により算定できない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であって健診等に含まれないもの（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。）を、特に必要と認め保険診療として実施する場合には、この限りではない。
- 16 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、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。
- 17 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（14及び15の規定により算定できないこととされているものを除く。）について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。

## 第1章 基本診療料

### 第1部 初・再診料

#### <通則>

- 1 同一の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）を除く。）において、2以上の傷病に罹っている患者について、それぞれの傷病につき同時に初診又は再診を行った場合においても、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は1回に限り算定するものであること。

同一の保険医療機関において、2人以上の保険医（2以上の診療科にわたる場合も含む。）が初診又は再診を行った場合においても、同様であること。

ただし、初診料の「注5」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の医療法施行令第3条の2第1項及び第2項に規定する診療科を初診として受診した場合並びに再診料の「注3」及び外来診療料の「注5」に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病で別の診療科を再診として受診した場合の2つ目の診療科については、この限りでない。

- 2 初診又は再診が行われた同一日であるか否かにかかわらず、当該初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げる場合には、これらに要する費用は当該初診料又は再診料若しくは外来診療料に含まれ、別に再診料又は外来診療料は算定できない。

ア 初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合

イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合

ウ 初診又は再診の際検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来た場合

- 3 医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療に属する診療科に係る傷病につき入院中の患者が歯又は口腔の疾患のために歯科において初診若しくは再診を受けた場合、又は歯科診療に係る傷病につき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療科において初診若しくは再診を受けた場合等、医科診療と歯科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科において初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定することができる。

ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合には、主たる診療科においてのみ初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。

- 4 医療法（昭和23年法律第205号）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る場合は、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の注5及び注6に規定する加算並びに外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）は算定できない。また、入院中の患者が当該入院の原因となった傷病につき、診療を受けた診療科以外の診療科で、入院の原因となった傷病以外の傷病につき再診を受けた場合においても、再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。なお、この場合において、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の注5及び注6に規定する加算並びに外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）以外の検査、治療等の費用の請求については、診療報酬明細書は入院用を用いること。

- 5 初診又は再診において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合

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つては算定できない。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つた場合に、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ることが求められる」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) 自覚的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。）している期間中においては、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」にあつては、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