

医業経営情報

REPORT

Available Information Report for Medical Management

医業経営

診療情報連携を活かす

診療所の新加算実務ガイド

1 電子的診療情報連携の制度と背景

2 施設基準・算定ルールと届出実務

3 診療所への収支影響と導入の判断

4 患者対応・安全管理・地域連携の実務

2026

11

NOV

税理士法人　森田会計事務所

医業
情報レポート

01　電子的診療情報連携の制度と背景

1　旧加算の再編と診療所の対応

令和８年６月、医療 DX 推進体制整備加算と医療情報取得加算が廃止され、電子的診療情報連携体制整備加算が新設されました。これにより診療所は、情報を診療に活用できる体制を確認し、施設基準に合う区分を届け出ることになります。

そこで、本号では、医科診療所の初診料・再診料に係る加算を対象に、制度、施設基準と請求、収支、院内運用の順に解説します。なお、入院医療や歯科・調剤への加算は解説の対象に含めていません。

■図１：旧加算の再編と新しい評価

令和８年度診療報酬改定　Ⅲ－３　医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価－①

電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

➢ 医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。



現行

【医療DX推進体制整備加算】

初診時（月に１回）	（医科）	（歯科）	（調剤）
・医療DX推進体制整備加算１	12点	11点	10点
・医療DX推進体制整備加算２	11点	10点	８点
・医療DX推進体制整備加算３	10点	８点	６点
・医療DX推進体制整備加算４	10点	９点	
・医療DX推進体制整備加算５	９点	８点	
・医療DX推進体制整備加算６	８点	６点	

※　医科・歯科は初診料、調剤は調剤基本料

【医療情報取得加算】

初診時
・医療情報取得加算　１点
再診時（３月に１回に限り算定）
・医療情報取得加算　１点
調剤時（12月に１回に限り算定）
・医療情報取得加算　１点



改定後

【電子的診療情報連携体制整備加算】
初診時（月に１回）
・電子的診療情報連携体制整備加算１／２／３
15点／９点／４点
再診時（月に１回）
・電子的診療情報連携体制整備加算　２点

【電子的歯科診療情報連携体制整備加算】
初診時（月に１回）
・電子的歯科診療情報連携体制整備加算１／２　９点／４点
再診時は医科と同様

【電子的調剤情報連携体制整備加算】
調剤基本料（月に１回）
・電子的調剤情報連携体制整備加算　８点

厚生労働省：「令和８年度診療報酬改定の概要 全体概要版」

旧加算の届出は引き継がれず、新たな届出が必要です。その際、設備の導入予定だけで判断せず、使用できる機能と運用開始状況を確認する必要があります。なお、新加算の取得に伴う請求上の制限については第２章、収支の比較は第３章で解説します。

情報連携の目的は、他院の処方や検査等を確認し、診療判断に使える状態を整えることにあります。取得を検討する際には、複数の医療機関を受診する患者の状況や、照会に要する時間も把握し、自院で優先する機能を明確にしておくとよいでしょう。

2　３段階の評価と取得区分

初診時の評価は加算１・２・３の３区分です。共通基準を満たしたうえで、追加要件の適合数によって区分が決まります。ただし、マイナ保険証利用率 30%以上は、全区分に共通する条件です。

■取得区分と追加要件の関係

区分	満たす基準	初診点数
加算３	共通基準	４点
加算２	共通基準＋追加要件Ａ・Ｂ・Ｃのいずれか	９点
加算１	共通基準＋追加要件Ａ・Ｂ・Ｃの全て	15 点

A は電子処方箋等、B は所定の電子カルテ、C は診療情報の共有です。共通基準を満たし、電子処方箋だけに対応した場合は加算２となります。各要件の内容と、接続要件に関する当面の取扱いについては第２章で確認します。

3　診療情報を取得・活用する仕組み

オンライン資格確認は保険資格等を確かめるための仕組みです。その仕組みで取得した薬剤情報等を診察室で確認し、診療に使えるようにすることが目的です。なお、電子カルテは自院の診療記録を管理する仕組みであり、共通基準のみで取得する加算３では必須ではありません。

他院と情報を共有する機能は、追加要件Ｂ・Ｃとして第２章で確認します。

■図２：受付で得た情報を診療と連携へつなぐ



厚生労働省：「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」を基に作成

受付端末を設置していても、医師が診察室で情報を確認できなければ、診療への活用はできません。そこで、患者の同意を確認する手順と、医師が必要な情報へアクセスする手順をつなげることが必要となります。共通基準のみで判断する加算３では、電子カルテがない場合でも閲覧する場面を、初診時の問診、服薬内容の確認、他院への紹介など、自院で照会が生じる場面から選び、受付と医師で確認方法を共有することができます。

場面ごとに閲覧する情報の種類と確認する担当者を決めておくと、診察の流れを止めずに情報を活用でき、患者への説明も統一されます。確認方法は手順書に記載し、職員間で共有しておくと効率よく診療に結びつけることができます。

4　マイナ保険証利用率の算定方法

マイナ保険証の利用率は、社会保険診療報酬支払基金から報告されるレセプト件数ベースの値を用います。算定月の 3 か月前の値が基本ですが、その前月または前々月の値にも代えられます。例えば 11 月分であれば、6・7・8 月のいずれかを採用します。

■図３：11 月の算定と利用率の対象月

＜３か月のうち、30%以上の月を一つ採用する＞



厚生労働省：「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」を基に作成

判定には報告値を用い、窓口で集計したカード利用回数は使いません。採用した月、報告値、確認日、確認者を記録し、報告資料の原本を保存します。複数の月が基準を満たす場合であっても、請求判定に使った月が分かるようにしておきます。

■利用率を判定するための記録例

記録項目	保存する内容
算定月	令和８年 11 月
対象となる月	令和８年６月・７月・８月の報告資料
採用月と値	上記のうち 30%以上を満たす月と報告された利用率
確認記録	確認日、確認者、請求設定の反映日

対象月の利用率がいずれも 30%未満なら、本加算は算定できません。利用率未達による辞退届は不要ですが、請求担当者は自動算定を停止する必要があります。全区分に同じ利用率要件があるため、下位区分への変更はできません。

例えば、報告値が 6 月 28%、7 月 31%、8 月 29%なら、11 月には 7 月の 31%を採用することができます。3 か月の平均値で判定する制度ではないため、各月の報告値で判定します。

翌月は対象月が一つ進み、12 月分であれば 7・8・9 月となります。毎月初めに報告資料を確認し、適用する利用率と請求設定を更新する必要があります。11 月に採用した 7 月の値を 12 月にも使う場合は、12 月の判定記録として改めて残します。報告資料が未着なら受領状況を問い合わせるとよいでしょう。

地域連携ネットワークの利用実績は、利用率とは別の頻度と猶予で管理します（第 4 章にて詳述）。一方、利用率は毎月の請求に直結するため、月初の確認作業として請求担当者の業務手順に組み込んでおく必要があります。担当者の不在に備え、代行者も決めておき、判定の記録は請求設定の変更履歴と併せて保管します。

医業情報レポート

02　施設基準・算定ルールと届出実務

1　共通基準と追加要件の確認

まず全区分に必要な共通基準を確認します。診療所では、端末やソフトの有無だけでなく、患者への明細書交付、相談対応、情報の活用、掲示まで点検する必要があります。

■共通基準を確認する７項目

項目	診療所で確認する内容
オンライン請求	電子情報処理組織による診療報酬請求を行う
明細書	診療報酬の項目・点数等を記載した詳細な明細書を無償で交付する
資格確認	オンライン資格確認を行う体制と運用開始日の登録を確認する
情報活用	取得した診療情報等を診察室等で活用して診療する
利用率	適用できるレセプト件数ベース利用率が 30%以上である
健康相談	マイナポータルの医療情報等に基づく健康管理の相談に応じる
院内とウェブの掲示	情報活用、医療 DX の取組み、明細書の無料交付を掲示する

掲示は院内とウェブの両方が原則です。自ら管理するホームページ等がない場合はウェブ掲載の例外がありますが、院内掲示は省くことができません。受付や待合室で患者の目に入る位置かを確かめたうえで、ホームページの記載内容と照合します。

健康管理の相談は、担当者と医師への引継ぎ方をあらかじめ院内で決めておきます。利用率と相談体制は、基準を満たしていれば地方厚生局へ個別に届け出る必要はありませんが、根拠を院内で示すことができるようにします。利用率の確認方法は第 1 章の「4　マイナ保険証利用率の算定方法」を参照してください。

■追加要件Ａ・Ｂ・Ｃの判定

要件	満たす体制
Ａ　電子処方箋等	電子処方箋を発行する、又は院内調剤した薬剤情報を登録する体制
Ｂ　所定の電子カルテ	安全管理ガイドライン準拠と、電子処方箋・情報共有の接続要件を全て満たすもの、又は厚労省認証製品
Ｃ　診療情報の共有	国等の電子カルテ情報共有サービスを活用する、又は所定の地域連携ネットワークと自院の届出・掲示要件を満たす体制

B の情報共有サービスとの接続要件には、当面の間、基準を満たすとみなす取扱いがありますが、全国で運用が始まった場合に備えて速やかに導入するべきでしょう。また、所定の地域連携を満たす場合にも接続要件のみなしが示されています。認証製品については、5 月 22 日の疑義解釈とその後の公表内容を確認する必要があります。

追加要件 A の電子処方箋は、令和 5 年 1 月 26 日から稼働した基本機能への対応で判断します。発行・応需、処方・調剤情報の登録と閲覧、重複投与・併用禁忌のチェックが含まれます。

拡張機能に未対応でも、現時点では基本機能に対応した発行体制があれば足ります。

2　初診・再診の点数と算定上限

本加算は、各患者について月１回に限り算定できます。初診の点数は届出区分で異なり、再診は全区分で２点です。

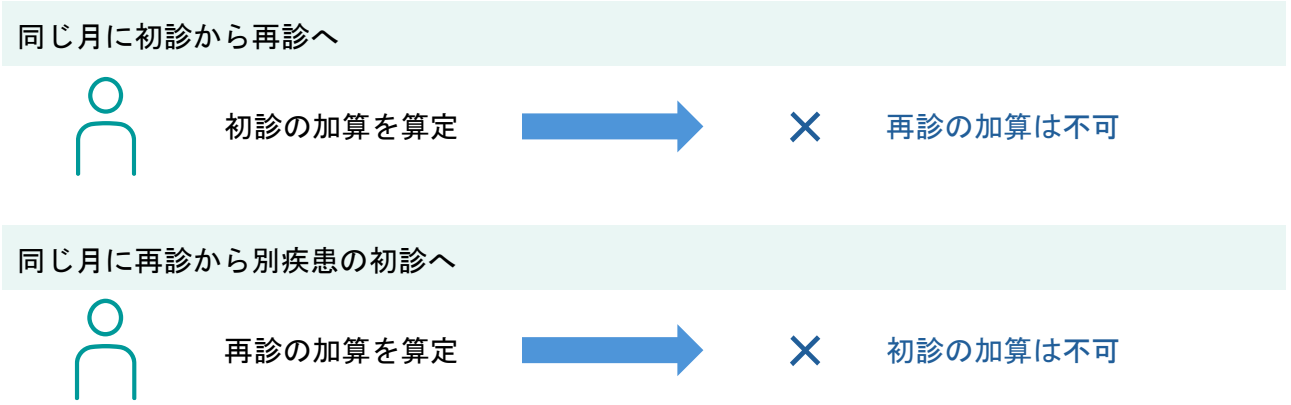
■初診・再診の点数と診療報酬額

区分	加算１	加算２	加算３
初診　月１回	15 点／150 円	９点／90 円	４点／40 円
再診　月１回	２点／20 円	２点／20 円	２点／20 円

同月における同一患者の初診時と再診時双方で加算を算定することはできません。再診時の加算を算定した後、別の疾患で初診になった場合であっても、初診時の加算は算定できません。

診療科や病名だけで対象を分けず、患者単位で当月の算定履歴を確認する必要があります。

■図４：同一患者の同月算定で確認する２つの順序



出典：厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その 4）」別添１問４を基に作成

明細書発行体制等加算の停止

本加算を届け出た医療機関は、明細書発行体制等加算１点を算定できません。この制限は届出に伴うもので、本加算を算定した患者やその受診日に限らず、届出後の全再診に適用されます。このため、本加算を算定しない患者や月内２回目以降の再診でも、明細書加算の自動算定を停止します。なお、明細書の無償交付は共通基準の一つであるため、引き続き必要です。

電話等による再診、訪問診療や自費診療は加算対象に含めません。包括的な診療料や在宅医療 DX 情報活用加算等は、それぞれの算定条件で判断することになりますので、請求担当者は、基本診療料の種類と当月の履歴を確認して対象を抽出する必要があります。

例えば、月内の初回算定日を患者番号に結び付けて管理すると、診療科や担当医が変わっても重複を防げます。月途中の届出や設定変更時は、変更前後の請求を分けて点検します。明細書は無償交付の印刷設定を残したまま、明細書発行体制等加算の点数設定だけを外し、変更後は明細書の印刷内容とレセプトの点数を数件抽出して照合し、意図しない加算が残っていないかを確かめます。

3　届出と算定開始前の確認

新規取得は別添７の様式１の６等、管轄厚生局が案内する最新版で届け出ます。初診料分を届け出ていれば、再診料分の追加届出は不要です。

■算定開始前の確認資料と担当

確認資料	担当の例	確認する内容
届出様式と控え	院長・事務責任者	区分、共通基準、追加要件、提出先、算定開始日
システムの回答書	院長・事業者	機能、接続要件、運用開始状況、みなしの適用、費用
利用率報告	事務責任者	採用月と報告値、基準の充足
院内・ウェブ掲示	受付責任者	明細書、情報活用、医療 DX の取組み
テスト請求	請求担当者	月１回、初再診の重複防止、明細書加算の停止

電子処方箋の接続要件は、原則として、運用開始日の登録と厚労省ウェブサイトでの対応施設の公表まで確認する必要があります。システム導入が完了し、必要なカードリーダーを購入して利用申請も済んでいる場合は、HPKI カード取得待ちでも接続要件を満たす当面の取扱いがありますので、適用の根拠を残し、カード取得後は速やかに運用開始日を登録し、発行・情報登録を進めるとよいでしょう。

届出の控えと添付資料は、受理状況と算定開始予定日が分かる案内とともに保管します。差戻しがあれば、修正箇所と再提出日を記録しておく必要があります。算定開始時期は提出日ではなく、管轄厚生局の取扱いで判断し、自動算定の開始日をそれに合わせます。

4　請求設定と届出後の変更管理

■請求前に試す代表的なケース

ケース	確認する結果
同月の初診後に再診	初診時の加算のみとし、再診時は重ねない
同月の再診後に別疾患の初診	再診時の加算のみとし、初診時は重ねない
本加算を算定しない再診	届出後の明細書発行体制等加算が付かない
利用率未達の月	本加算の自動算定が停止する

加算２・３から上位区分へ変更する場合の辞退届は不要ですが、改めて届出が必要となります。機能変更や接続停止で基準を満たすか不明になった場合は、請求担当者へ連絡し、届出や算定停止の要否を確認します。辞退届が不要とされているのは利用率未達の場合であり、他の基準を欠く場合も同じ扱いになるとは限りません。

テスト請求は事業者が案内する方法で行い、診療明細とレセプトの両方を確認します。想定と異なる点数が付いたときは、患者の算定履歴、基本診療料、マスター設定の順に原因を調べ、修正後に同じケースを再確認する必要があります。また、確認日と担当者を記録し、請求開始前に院長または事務責任者が結果を確認します。不具合が見つかった場合は事業者へ修正を依頼し、対応結果も記録し、届出控えとともに保管しておきます。

医 業
情報レポート

03　診療所への収支影響と導入の判断

1　患者数と来院回数を分けた集計

収支予測を計算する際は、本加算を算定できる患者数と、明細書発行体制等加算を算定していた延べ回数を分けて集計します。本加算は患者ごとに月 1 回であり、同じ人数でも月内の来院回数が多い診療所ほど、明細書加算の減収が大きくなります。

■同じ月の請求データから抽出する３つの数値

数値	集計する内容
初診対象人数	初診時の本加算を算定できる患者を月ごとに重複なく数える
再診対象人数	再診時の本加算を算定できる患者。同月の初診時算定者と重複させない
明細書加算の延べ回数	新加算を届け出なければ算定できる明細書発行体制等加算の回数

まずは直近 3 か月程度のデータを月別に抽出し、対象人数と回数の定義を統一します。その際、初診時の本加算を算定する患者が同じ月に再診した分も、比較対象の明細書加算回数に含めます。また、平均値だけにまとめず、繁忙月と通常月の差も残しておくようにします。

例えば、同じ患者が同月に 3 回再診を受けた場合、本加算は患者ごとに月 1 回のため再診対象人数は 1 人ですが、明細書加算は受診ごとに算定するため、未届出なら算定できた延べ回数は 3 回となります。なお、初診など明細書加算を算定できない受診は回数に含めません。

2　新規取得による月額収支の計算

新規取得の試算は、新加算を届け出ておらず、明細書発行体制等加算を算定している診療所を想定しています。新加算の収入から、届出により失う明細書加算の収入と、追加の月額費用を差し引いて算定します。

■新規取得による月額収支の変化

計算する要素	月額の算式
新加算の収入	初診点数×初診対象人数×10 円　　＋２点×再診対象人数×10 円
明細書加算の減収	従来の算定回数×10 円
追加費用	追加保守料、サービス利用料等
月額差	新加算収入－明細書加算の減収－追加費用

旧制度で算定していた期間と比較する場合は、医療 DX 推進体制整備加算等の廃止影響も別に計算します。新規届出による差と制度改定全体の差を混在させると、導入効果を過大又は過小に見積もってしまうことにもなりかねません。また、初期費用は月額差と分け、初年度の資金支出として扱うようにします。試算に用いた前提は記録し、算定開始後の実績と比較できるようにしておきます。

■図５：来院回数によって変わる新規取得の収支

「加算収入」と「差引額」を分けて判断

新規取得：未届出で明細書発行体制等加算を算定している診療所との比較

新加算収入 － 明細書加算の減収 － 追加費用＝ 新規取得による月額収支の変化

共通の仮定：初診 300 人 ＋ 再診 1,000 人（重複なし）
加算 3 の収入：４点×300 人×10 円 ＋ ２点×1,000 人×10 円 ＝ 32,000 円

ケース 1：従来の明細書加算 2,000 回	ケース 2：従来の明細書加算 3,500 回
32,000 円 － 20,000 円	32,000 円 － 35,000 円
＋12,000 円／月	−3,000 円／月
追加費用 5,000 円なら、差引＋7,000 円	追加費用を控除する前でもマイナス

上位化は別計算：明細書加算の減収をもう一度引かない
初診 300 人なら　加算３→２：＋15,000 円／月　加算２→１：＋18,000 円／月

※人数・回数・費用は仮定。再診の点数は上位化しても２点。初期費用は別途考慮。厚生労働省の点数表・留意事項通知に基づく計算例

厚生労働省：「医科診療報酬点数表」
「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」を基に作成（数値は仮定）

図の人数・回数・費用はあくまでも仮定ですので、自院の実績と見積額に置き換えて計算してみましょう。例えば、初診対象 300 人、再診対象 1,000 人（重複なし）の場合、加算 3 の収入は月 3 万 2,000 円となります。

①ケース１：明細書加算が月 2,000 回の場合

明細書加算の減収は月 2 万円で、追加費用を引く前の差は月 1 万 2,000 円です。追加保守料等が月 5,000 円なら、月額差は 7,000 円、12 か月同じ条件が続けば年 8 万 4,000 円となります。

②ケース２：明細書加算が月 3,500 回の場合

対象人数が同じでも、明細書加算の減収は月 3 万 5,000 円となり、追加費用を引く前から月 3,000 円のマイナスとなります。再診の 2 点は患者ごとに月 1 回、明細書加算の 1 点は受診ごとに算定するため、来院回数が多いと減収が上回る結果となります。このような場合、情報確認や地域連携の必要性も検討し、既存設備の活用と更新時期を調整する必要があります。

③上位区分へ変更する場合の増収額

すでに新加算を届け出ている場合、明細書加算の減収を引く必要はありません。増える収入は初診分だけで、再診はどの区分も 2 点です。初診対象 300 人なら、加算 3 から 2 では月 1 万 5,000 円、 2 から 1 は月 1 万 8,000 円の差となります。年額差は同じ人数が 12 か月続く場合、それぞれ 18 万円、21 万 6,000 円になります。

3　診療機能に合わせた費用対効果

初診が多い診療所は区分ごとの初診収入差を、継続通院が中心の診療所は失われる明細書加算の回数を中心に比較します。その際、収入差に加え、診療に必要な連携機能と職員の作業時間も判断材料にします。

■図６：費用と負担を分けて比較する



本レポート作成（導入・更新費用の整理例）

見積りは、機器・ソフトの導入費、保守・ネットワーク等の継続費、説明・点検・記録に要する時間に分けます。既存契約で使える機能と、追加料金が発生する機能を確認し、同じ期間の収入差と比較します。支払時期が先行する場合は、収支と資金繰りを別に確認します。

初期費用を回収する期間は、初期費用を追加費用控除後の月額差で割って求めます。月額差がゼロまたはマイナスなら、この方法では回収期間を求めることはできません。また、患者数、利用率、保守料金が変われば試算を更新する必要があります。

さらに、回収期間を比較するときは、購入とリースの支払条件をそろえ、契約期間中の総額も確認します。その際、途中解約、更新時の改修費、データ移行費が見積りに含まれるかを確かめます。職員の作業時間については支払を伴う費用と分けて記録し、二重計上を避けるようにします。

4　月次の実績確認と投資判断

■院長へ報告する月次項目

確認分野	記録する内容	判断する事項
請求実績	初再診別の対象人数、算定額、返戻・査定	予定との差、集計漏れや請求誤り
追加費用	保守・サービス利用料、点検等の作業時間	見積りとの差と契約見直し
診療上の活用	情報を確認した診療場面、連携上の必要性	業務の改善と必要な機能
投資の進捗	初期費用、支払日、更新時期	導入時期、上位区分の検討

月次報告では、想定額と実績額を同じ定義で並べ、差が出た理由を記録しておきます。施設基準の適合確認は第２章、日々の運用と地域連携の記録は第４章の資料を参照するとよいでしょう。投資を見送る場合も、診療に必要な機能の確保と請求の適正性は別に確認する必要があります。報告の様式は毎月そろえ、前月との比較を容易にします。

医業情報レポート

04　患者対応・安全管理・地域連携の実務

1　受付・診察・会計の役割分担

以下の役割分担は院内運用の例であり、電子的診療情報連携体制整備加算の算定要件ではありませんが、受付は資格確認と閲覧同意の案内、医師は必要な情報の確認と診療への活用、会計は患者単位の月内履歴と請求設定の確認を担うなどして、加算の運用をサポートする体制を確立しておく必要があります。

■図７：受付から診察、会計までの担当



本レポート作成（院内の役割分担例）

患者には、例えば「他の医療機関のお薬などの情報を確認し、診療に役立てるための体制を整えています」と説明します。利用率の目標を理由に同意を急がせず、操作が難しい患者には職員が案内し、閲覧できない場合の確認方法も手順書に記載しておきます。

電子処方箋は、院外処方なら原則として電子処方箋または引換番号付き紙処方箋を発行し、処方情報を登録します。院内処方なら調剤した薬剤情報を登録します。処方を行う全医師が発行できることが原則ですが、当面の間は、常勤医師２名以上（常勤医師が１名のみの場合は１名以上）が発行できればよいとされています。なお、発行できない医師は引換番号付き紙処方箋を用いることになります。

2　安全管理と障害時対応の整備

院長と担当者は、閲覧権限、委託先の保守範囲、バックアップ、障害時の連絡先と代替手順を事前に確認します。職員ごとに権限を設定し、退職・異動時はアカウントを更新します。

契約書には、機能、追加料金、データ移行・返却、障害対応の範囲を明記します。代替手順には、診療に必要な情報の確認、紙での記録、復旧後の入力や登録、請求確認の担当を定めます。障害中の算定可否は、障害の内容と適用通知に照らして確認します。

復旧時は、実際の診療端末で閲覧・登録ができることを確かめてから通常運用へ戻し、停止中の記録と登録済みデータを照合して未入力や二重登録がないかを確認します。照合の結果と確認者を記録し、次回の障害対応に備えて代替手順を見直します。

3　地域連携を継続する確認体制

追加要件Ｃ（診療情報の共有）に地域連携ネットワークを用いる場合は、あらかじめネットワークの規模と機能、自院の届出、掲示、利用実績を確認しておかなければなりません。

なお、他院への情報共有と他院の情報の閲覧のいずれも要件として認められます。

■図８：電子カルテ情報を必要時に閲覧できる連携



＜チャットだけの連絡とは区別する＞

厚生労働省：「疑義解釈資料の送付について（その８）」別添１問１を基に作成

■地域連携ネットワークの要件

確認する範囲	必要な内容
ネットワークの規模	参加医療機関 10 以上、うち情報開示病院２以上。 登録患者 1,000 人以上または年間新規登録 100 人以上
運営主体の公表	参加医療機関名と登録患者数をウェブ公表。届出には１年以内の公表数値を用いる
自院の届出	検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準を届け出る
機能と記録	電子カルテ情報を共有し、参加機関が随時閲覧できる。 単純なチャット等だけでは足りない

■利用と掲示、公表の更新頻度

項目	頻度	確認する内容
共有・閲覧	概ね２か月に１回以上	いずれかの受診患者の情報を共有または閲覧
自院の掲示	概ね３か月に１回更新	共有又は閲覧した実績がある全ての相手機関名
運営主体の公表	少なくとも年１回更新	参加医療機関名、登録患者数、公表日

利用実績の猶予は加入月から 3 か月後の月末までです。５月 31 日以前の加入は９月末、７月加入は 10 月末、８月加入は 11 月末までで、７月加入なら 11 月から実績を管理します。猶予中でも他の基準は必要で、共有実績ができたら相手機関名を速やかに掲示します。

提供側は情報の範囲と日時を記録しておく必要があります。閲覧側は受けた情報を保管するか、閲覧情報と閲覧者名を含むアクセスログを１年間記録します。

運営事務局が記録する場合は、検索に必要な患者情報と依頼方法を決め、必要時に取り寄せられるか定期的に確認し、記録の保存場所と担当者は手順書に明記しておきます。

4　11 月の運用点検と担当の確認

11 月の点検では、届出時の体制が現在も維持されているかを確認します。施設基準と請求設定の記録を照合し、接続状況や担当者の変更が反映されているかを点検します。

■11 月の点検に用いる５つの確認項目

分野	確認する内容	担当の例
施設基準	届出区分と共通基準・追加要件の根拠。11 月に使う利用率の採用月と報告値	院長・事務責任者
請求	初再診の同月重複防止、月 1 回の設定、明細書加算の停止	請求担当者
地域連携	猶予終了日、利用日、相手機関、掲示と運営主体の公表日	連携・受付担当
収支	新規取得又は上位化の収入差、減収、追加費用、見積りとの差	事務責任者
運用	処方・登録手順、権限、障害時連絡、代行者、次回確認日	院長・各担当

未確認の項目には担当者と期限を決めます。基準を満たさない可能性がある事項は、設備投資の判断を待たずに請求担当者へ連絡し、算定の要否を先に確認する必要があります。

手順書は 1 枚にまとめ、受付から会計までの担当、電子処方箋の発行・登録、利用率の確認、情報共有の記録、障害時の連絡先を記載します。通知やシステムが更新されたら該当箇所を直し、変更日と確認者を残し、月次の収支報告と併せて、院長が次回の点検日を確認できるようにしておきます。

■図９：厚生労働省の公式資料を確認する入口

制度の確認は、厚生労働省の公式資料から　　確認基準日：2026 年 10 月 4 日

改定の公式資料一覧
QRコードから確認

告示・通知
算定ルール・施設基準・留意事項

疑義解釈
公表日と問番号を確認

訂正資料
当初版ではなく訂正後を照合

地方厚生局の案内
届出様式・提出先・算定開始時期

厚生労働省：「令和８年度診療報酬改定について」を基に作成（QR コードは公表ページへのリンク）

制度の確認は令和 8 年 10 月 4 日時点の公表資料に基づき、疑義解釈は 9 月 25 日公表分まで確認しています。発行・請求時は、図 9 の QR コードから公表ページを開き、追加通知と訂正の有無を確認してください。

■参考資料

厚生労働省：「令和８年度診療報酬改定について」

「令和８年度診療報酬改定の概要 全体概要版」

「医科診療報酬点数表」（A000 注 16・A001 注 19）

「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」

「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」

「疑義解釈資料の送付について」（その２・４・５・６・７・８・12））

関東信越厚生局：「基本診療料の届出一覧 令和８年度診療報酬改定」

医業経営情報レポート

診療情報連携を活かす診療所の新加算実務ガイド

【著 者】日本ビズアップ株式会社
【発 行】税理士法人　森田会計事務所
〒630-8247　奈良市油阪町 456 番地　第二森田ビル 4F
TEL 0742-22-3578　　FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複写することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。