

郡 市 医 師 会 長 殿

公益社団法人 宮 城 県 医 師 会
会 長 佐 藤 和 宏
(公 印 省 略)

医療保険関係通知文の送付について

本会活動の推進には、日頃より格段のご指導ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、医療保険関係について、日本医師会より別添のとおり通知がありましたので、
下記の通知文をご送付申し上げます。
つきましては、貴会におかれましても本件についてご承知おきいただきますとともに、
貴会会員への周知等、特段のご高配を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

- ・ 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について
(日医発第 2042 号 保険)
- ・ 光ディスク等又は紙レセプトによる請求を行う医療機関・薬局に関する実態把握
(アンケート調査) について (日医発第 2067 号 保険)
- ・ 令和 5 年 4 月 1 日からの診療報酬上の特例措置について
(日医発第 2069 号 保険)

担当：総務部総務課
TEL 022-227-1591
FAX 022-266-1480
E-mail: mma@miyagi.med.or.jp

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
長 島 公 之
(公印省略)

保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う
実施上の留意事項について

令和 4 年 12 月 23 日付け日医発第 1867 号（保険）「中医協答申書について」により、令和 4 年 12 月 23 日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会におきまして、厚生労働大臣より諮問のありました「医療DXの基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務付けに係る経過措置」並びに「医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱い及び医薬品の安定供給に係る取組の推進に向けた診療報酬上の加算の取扱いについて」に関しまして、「答申書」が中医協会長より厚生労働大臣あてに提出された旨、ご報告申し上げたところであります。

この答申を踏まえ、今般、添付資料のとおり、オンライン資格確認の導入義務付けに係る経過措置に関する課長通知「保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について」が発出されましたので、ご連絡申し上げます。

なお、経過措置対象の医療機関については、猶予届出書を令和 5 年 3 月 31 日までに提出する必要がありますので、届出漏れの無いよう、ご周知方よろしくお願い申し上げます。

また、周知広報資料も作成されておりますので、周知の際にご活用ください。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【添付資料】

1. 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について
(令 5.1.27 保連発 0127 第 1 号・保医発 0127 第 3 号 厚生労働省保険局医療介護連携政策課長・医療課長・歯科医療管理官)
2. 周知広報資料

保連発 0127 第 1 号
保医発 0127 第 3 号
令和 5 年 1 月 27 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

殿

厚生労働省保険局医療介護連携政策課長
（ 公 印 省 略 ）
厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）
厚生労働省保険局歯科医療管理官
（ 公 印 省 略 ）

保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う
実施上の留意事項について

今般、令和 5 年 1 月 17 日に、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令の一部を改正する省令（令和 5 年厚生労働省令第 3 号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部を改正する告示の一部を改正する告示（令和 5 年厚生労働省告示第 8 号）が公布され、公布日から施行及び適用されることとされたところである。

その実施に伴う留意事項は次のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう保険医療機関・薬局、審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

記

第 1 趣旨

医療DXの基盤となるオンライン資格確認については、マイナンバーカード1枚で医療機関を受診することで健康・医療に関する多くのデータに基づいたより良い医療を受けることが可能となるなど様々なメリットがある。こうしたメリットを踏まえ、保険医療機関・薬局については、令和 5 年 4 月からオンライン資格確認の導入が原則義務化されたところであり、まずはこれに向けて更なる導入の加速化を図ることとし

ている。

その上で、今般、オンライン資格確認の導入の原則義務化について、令和4年度末時点で、やむを得ない事情がある保険医療機関・薬局については、期限付きの経過措置を設けることとした。

第2 改正の内容

1 オンライン資格確認の導入の原則義務化の経過措置

令和4年度末時点で、やむを得ない事情がある保険医療機関・薬局について、以下のとおり、期限付きの経過措置を設ける。経過措置対象の保険医療機関・薬局は、あらかじめ、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）を経由して、地方厚生（支）局に猶予届出書を届け出ること。（具体的な届出方法については、「3 猶予届出書の届出について」を確認すること。）

（オンライン資格確認の経過措置について）

| やむを得ない事情 | 期限 |
|---|---|
| (1) 令和5年2月末までにシステム事業者と契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関・薬局（システム整備中） | システム整備が完了する日まで （遅くとも令和5年9月末まで） |
| (2) オンライン資格確認に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関・薬局（ネットワーク環境事情） | オンライン資格確認に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されてから6か月後まで |
| (3) 訪問診療のみを実施する保険医療機関 | 訪問診療のオンライン資格確認（居宅同意取得型）の運用開始（令和6年4月日途）まで |
| (4) 改築工事中、臨時施設の保険医療機関・薬局 | 改築工事が完了するまで 臨時施設が終了するまで |
| (5) 廃止・休止に関する計画を定めている保険医療機関・薬局 | 廃止・休止するまで （遅くとも令和6年秋まで） |
| (6) その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局 | 特に困難な事情が解消されるまで |

(1) 令和5年2月末までにシステム事業者と契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関・薬局（システム整備中）

関係者それぞれがオンライン資格確認の原則義務化に向け取組を加速させてきたが、PC・ルーター不足やシステム事業者の人材不足等により、システム整備が完了しない施設が一定数見込まれる。

こうした状況を踏まえ、当該施設については、オンライン資格確認に必要な体制

の整備を行うシステム事業者との間で当該体制の整備に係る契約（令和5年2月28日までに締結されたものに限る。）を締結している保険医療機関・薬局を対象に、システム整備が完了するまで（遅くとも令和5年9月30日まで）の経過措置を設ける。

当該施設については、猶予届出書に、システム事業者との契約日（遅くとも令和5年2月28日まで）及びシステム整備が完了する見込み（予定月。遅くとも令和5年9月30日まで。）を記入すること。必要な添付書類は、契約書・注文書の写しなどシステム事業者と契約したことが確認できる書類である。

なお、システム整備中であることを理由とした経過措置は、期限を区切って更にオンライン資格確認の導入を加速化することを目指したものであることから、保険医療機関・薬局やシステム事業者、導入支援事業者においては、その趣旨を踏まえ、更なる導入に向けた取組を行い、令和5年9月30日までにシステム整備を完了させることが重要である。

(2) オンライン資格確認に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関・薬局

オンライン資格確認には、オンライン資格確認に接続可能な光回線（IP-VPN 接続方式）のネットワーク環境が必要であるが、離島・山間地域や、施設がある建物によっては、こうしたネットワーク環境が敷設されていない施設がある。

こうした状況を踏まえ、当該施設については、オンライン資格確認に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備された後、オンライン資格確認のシステム整備を完了させる猶予期間として、オンライン資格確認に接続可能な光回線が整備されてから6か月後までの経過措置を設ける。

当該施設については、猶予届出書に、オンライン資格確認に必要な光回線のネットワークの整備状況及び既に整備されている場合には整備された時期を記入すること。

なお、オンライン資格確認を用いるには、インターネット回線を用いる方法（IP-SEC+IKE 方式）も可能である。オンライン資格確認に接続可能な光回線が使用できない場合には、こうした方式による導入が望ましいこと。

(3) 訪問診療のみを実施する保険医療機関

厚生労働省では、居宅におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）の構築を進めている。こうした状況を踏まえ、訪問診療のみを実施する保険医療機関については、居宅同意取得型の運用開始（令和6年4月1日）までの経過措置を設ける。

当該施設については、猶予届出書に、訪問診療のみを実施する保険医療機関（在宅医療のみを実施する医療機関であって、「在宅医療のみを実施する医療機関に係る保険医療機関の指定の取扱いについて」（平成28年3月4日保医発0304第16号）の2に規定する要件を全て満たす保険医療機関をいう。）であることを記入すること。

（参考資料）

- ・「在宅医療のみを実施する医療機関に係る保険医療機関の指定の取扱いについて」（平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 16 号）

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-SeisakuJouhou-12400000-Hokenkyoku/0000114874.pdf>

(4) 改築工事中、臨時施設の保険医療機関・薬局

改築工事中、臨時施設については、オンライン資格確認を導入できないやむを得ない事由であると考えられる。改築工事中、臨時施設の期間中の施設については、「改築工事が完了するまで」「臨時施設が終了するまで」の経過措置を設ける。

当該施設については、猶予届出書に、改築工事又は臨時施設の開始日及び改築工事又は臨時施設の終了予定日を記入すること。

(5) 廃止・休止に関する計画を定めている保険医療機関・薬局

国は、マイナンバーカードと保険証の一体化を加速し、令和 6 年秋の保険証廃止を目指すこととしている。こうした状況を踏まえ、令和 6 年秋までの廃止・休止を決めている場合については、オンライン資格確認を導入できないやむを得ない事由であると考えられる。（具体的な廃止、休止時期が定まっていない場合は該当しない。）

令和 6 年秋までの廃止・休止を決めている施設については、廃止・休止に関する計画を提出の上、廃止・休止の間までの経過措置を設ける。

当該施設については、猶予届出書に、廃止又は休止予定日を記入すること。

(6) その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局

オンライン資格確認の導入義務化の例外措置（※）又は上記(1)～(5)の類型と同視できるか個別に判断するバスケットクローズの経過措置を設ける。

（※）現在紙レセプトでの請求が認められている保険医療機関・薬局（手書きでレセプトを作成している保険医療機関・薬局又は電子請求の義務化時点で 65 歳以上の医師等の保険医療機関・薬局）

「特に困難な事情」は、例えば、以下の場合が想定される。個々の事例について疑義が生じた場合には、地方厚生（支）局を通じて厚生労働省保険局医療介護連携政策課保険データ企画室に照会する。

ア．自然災害等により継続的に導入が困難となる場合

イ．高齢の医師等でレセプト取扱件数が少ない場合

（目安として、令和 5 年 4 月時点で常勤の医師等が高齢であって、月平均レセプト件数が 50 件以下であること。）

ウ．その他例外措置又は上記(1)～(5)の類型と同視できる特に困難な事情がある場合

当該施設については、猶予届出書にア～ウのうち特に困難な事情として該当するものを選択して記入すること。困難な事情を確認できる書類がある場合はその書類を添付することができる。

なお、イと記入した場合は、(ア)常勤の医師等のうち最も若い者の令和5年4月時点の年齢及び(イ)特に困難な事情(※(ア)の年齢が70歳以上である場合は記載不要)を記入すること。月平均レセプト件数が50件以下であることについては、地方厚生(支)局において、令和3年12月から令和4年11月までにNDBに取り込まれた請求実績を基に確認することとしていること。個々の保険医療機関・薬局が該当するか否かについては、保険医療機関・薬局の所在地を所管する地方厚生(支)局に照会すること。

ウと記入した場合は、その具体的な内容を記入すること。例えば、上記(1)～(5)又はア・イの条件を満たす項目と同視できる事情を複数抱えている場合(「常勤の医師等が65～69歳でレセプト件数が月平均50件を若干超える」かつ「令和7年以内に閉院を予定している」といった場合等)は、個別判断がされ、経過措置の対象となる場合があること。

また、特にイ又はウと記入して届出を行った場合には、経過措置の対象となるかについて個別の判断を要するため、確認の後、保険医療機関・薬局に経過措置の対象とならない旨の連絡をする場合があることについて留意すること。

2 オンライン資格確認の経過措置

保険医療機関・薬局が、患者からオンライン資格確認を求められた場合に応じる義務については、訪問診療若しくは訪問薬剤管理指導又はオンライン診療若しくはオンライン服薬指導の場合には、居宅同意取得型の運用開始(令和6年4月目途)までの経過措置を設ける。

3 猶予届出書の届出について

経過措置対象の保険医療機関・薬局は、あらかじめ、支払基金を経由して、保険医療機関・薬局の所在地を所管する地方厚生(支)局に原則オンラインで、猶予届出書(別添2)を令和5年3月31日までに届け出ること。

経過措置対象の保険医療機関・薬局は、上記(1)～(6)の類型に必要な書類を添付すること。ただし、やむを得ない事情(書類をPDFに変換する機能等を有しない場合を含む。)によって必要な書類が添付できない場合には、届出の事後に、速やかに必要な書類を支払基金を経由して地方厚生(支)局に提出すること。

(1) 「オンライン資格確認医療機関等向けポータルサイト」のフォームによる届出

保険医療機関・薬局は、支払基金が運営する「オンライン資格確認医療機関等向けポータルサイト」のフォームにより届出を行うことができること。

(2) 郵送による届出

(1)による届出・資料の添付が困難な場合には、届出・資料の添付は、紙媒体の猶予届出書(別添2)を支払基金(別添3)に送付することで、保険医療機関・薬局の所在地を所管する地方厚生(支)局に対して行うことができること。

猶予届出書の様式は、厚生労働省のHP（※）等において、ダウンロードすることが可能であること。

（※） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html#onsk_gimuka

上記のとおり送付されなかった猶予届出書は、有効な届出として取り扱われないことがあること。紙媒体により届出を行った場合、内容の不備等に係る確認に特に時間を要し、補正の求め等に遅れが生じる可能性があること。

4 地方厚生（支）局・支払基金との情報共有

地方厚生（支）局は、療養の給付に関して必要があるときは、支払基金に対して、必要な資料の提供を求めることができること。

支払基金は、オンライン資格確認の体制整備を促進するため必要があるときは、地方厚生（支）局に対して、必要な資料の提供を求めることができること。

（別添1）官報

（別添2）猶予届出書の様式

（別添3）郵送による届出を行う場合の送付先

○厚生労働省令第三号

健康保険法(大正十一年法律第七十号)第七十条第一項及び第七十二条第一項(これらの規定を同法第八十五条第九項、第八十五条の二第五項、第八十六条第四項、第一百零一条第七項及び第四百九条において準用する場合を含む。)の規定に基づき、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令の一部を改正する省令の一部を定める。

令和五年一月十七日

厚生労働大臣 加藤 勝信

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令の一部を改正する省令

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令(令和四年厚生労働省令第二百二十四号)の一部を次のように改正する。

附則を附則第一条とし、同条に見出しとして「(施行期日)」を付し、同条に次のただし書を加える。ただし、附則第三条の規定は、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令の一部を改正する省令(令和五年厚生労働省令第三号)の公布の日から施行する。

附則に次の三条を加える。

(受給資格の確認等に係る経過措置)

第二条 第一条の規定による改正後の保険医療機関及び保険医療養担当規則(以下「新療担規則」という。)第三条第二項から第四項までの規定及び第二条の規定による改正後の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(以下「新薬担規則」という。)第三条第二項から第四項までの規定(新薬担規則第十一條において読み替えて適用する場合を含む。)は、次の表の上欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局であつて、あらかじめ、その旨を電磁的記録(電子的方式、磁気的方式その他の他人の知覚によつては認識することができない方式で作られる記録であつて、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。)に記録し電子情報処理組織を使用して提出する方法その他の適切な方法により地方厚生局長又は地方厚生支局長(以下「地方厚生支局長等」という。)に届け出たものについて、同表の下欄に掲げる期間においては、適用しない。

| | |
|--|--|
| <p>一 患者が健康保険法(大正十一年法律第七十号)第三条第十三項に規定する電子資格確認(以下「電子資格確認」という。)によつて保険医療機関及び保険医療養担当規則第一条に規定する療養の給付又は保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第一条に規定する療養の給付(以下「療養の給付」という。)を受ける資格があることの確認を受けることができる体制を整備している事業者との間で当該体制の整備に係る契約(令和五年二月二十八日まで締結されたものに限る。)を締結している保険医療機関又は保険薬局であつて、当該事業者による当該体制の整備に係る作業が完了していないもの</p> | <p>上欄の体制の整備に係る作業が完了する日又は令和五年九月三十日のいずれか早い日までの間</p> |
| <p>二 電子資格確認に必要な電気通信回線(光回線に限る。)が整備されていない保険医療機関又は保険薬局</p> | <p>上欄の電気通信回線が整備された日から起算して六月が経過した日までの間</p> |
| <p>三 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護のみを行う保険医療機関</p> | <p>居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護のみを行う場合に於て患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける</p> |

| | |
|--|--|
| <p>四 改築の工事中である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行っている保険医療機関又は保険薬局</p> | <p>当該改築の工事中である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行っている間</p> |
| <p>五 廃止又は休止に関する計画を定めている保険医療機関又は保険薬局</p> | <p>廃止又は休止するまでの間</p> |
| <p>六 その他患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができる体制を整備することが特に困難な事情がある保険医療機関又は保険薬局</p> | <p>上欄の特に困難な事情が解消されるまでの間</p> |

2 新療担規則第三条第二項の規定及び新薬担規則第三条第二項の規定(新薬担規則第十一条において読み替えて適用する場合を含む。)は、保険医療機関又は保険薬局(前項の規定の適用を受けるものを除く。)が次の各号に掲げる療養の給付を担当する場合において、次の各号に掲げる場合に於て患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができる仕組みの運用が開始されるまでの期間、適用しない。

- 一 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護又は居宅における薬学的管理及び指導を行う場合
- 二 電話又は情報通信機器を用いた診療又は薬学的管理及び指導を行う場合
- 三 保険医療機関又は保険薬局は、第一項の届出を行う際、当該届出の内容を確認できる必要な資料を添付するものとする。ただし、同項の届出を行うに当たり、資料の添付を併せて行うことができないうことについてやむを得ない事情がある場合には、当該届出の事後において、速やかに地方厚生支局長等に提出するものとする。
- 四 第一項の届出は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地を管轄する地方厚生支局長又は地方厚生支局の分室がある場合においては、当該分室を経由して行うものとする。(準備行為)

第三条 前条第一項の表の上欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局は、この省令の施行の日前においても、同条の規定の例により、その届出を行うことができる。

(資料の提供)

第四条 地方厚生支局長等は、療養の給付に必要と認めるときは、審査支払機関に対し、新療担規則第三条第二項から第四項までの規定及び新薬担規則第三条第二項から第四項までの規定(新薬担規則第十一条において読み替えて適用する場合を含む。)並びに前二条に必要と認められる資料の提供を求めることができる。

2 社会保険診療報酬支払基金法(昭和二十三年法律第二百二十九号)による社会保険診療報酬支払基金は、保険医療機関又は保険薬局において患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができる体制を整備できるよう、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第六十四号)第二十四条第一号に規定する業務及びこれに附帯する業務並びに同法附則第一条の三第一項各号に掲げる業務を行うため、地方厚生支局長等に対して、前二条に規定する届出を行った保険医療機関又は保険薬局の名称及び所在地その他の必要な資料の提供を求めることができる。

附則

この省令は、公布の日から施行する。

○厚生労働省告示第八号

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十五条の規定に基づき、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する告示の一部を改正する告示を次のように定める。

令和五年一月十七日

厚生労働大臣 加藤 勝信

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び療担規則並びに薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する告示の一部を改正する告示

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び療担規則並びに薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する告示（令和四年厚生労働省告示第二百六十八号）の一部を次のように改正する。
附則を附則第一条とし、同条に見出しとして「（適用日）」を付し、同条に次のただし書を加える。
ただし、附則第三条の規定は、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び療担規則並びに薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する告示の一部を改正する告示（令和五年厚生労働省告示第八号）の告示の日から適用する。

附則に次の三条を加える。

（受給資格の確認等に係る経過措置）

第二条 第一条の規定による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（以下「新療担基準」という。）第三条第二項から第四項までの規定及び第二十六条第二項から第四項までの規定は、次の表の上欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局であつて、あらかじめ、その旨を電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の人の知覚によつては認識することができない方式で作られる記録であつて、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）に記録し電子情報処理組織を使用して提出する方法その他の適切な方法により地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に届け出たものについて、同表の下欄に掲げる期間においては、適用しない。

| | |
|--|--|
| <p>一 患者が健康保険法（大正十一年法律第七十号）第三条第十三項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）によつて高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）による療養の給付（以下「療養の給付」という。）を受ける資格があること（確認を受けることができる体制の整備に係る事業を行う者との間で当該体制の整備に係る契約（令和五年二月二十八日まで締結されたものに限る。）を締結している保険医療機関又は保険薬局であつて、当該事業者による当該体制の整備に係る作業が完了していないもの）</p> | <p>上欄の体制の整備に係る作業が完了する日又は令和五年九月三十日のいずれか早い日までの間</p> |
| <p>二 電子資格確認に必要な電気通信回線（光回線に限る。）が整備されていない保険医療機関又は保険薬局</p> | <p>上欄の電気通信回線が整備された日から起算して六月が経過した日までの間</p> |
| <p>三 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護のみを行う保険医療機関</p> | <p>居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護のみを行う場合に於て患者が電子資格確認によつて療養の給付を受けることができること（確認を受けることができる仕組みの運用が開始されるまでの間）</p> |
| <p>四 改築の工事中である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行っている保険医療機関又は保険薬局</p> | <p>当該改築の工事中である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行っている間</p> |
| <p>五 廃止又は休止に関する計画を定めている保険医療機関又は保険薬局</p> | <p>廃止又は休止するまでの間</p> |
| <p>六 その他患者が電子資格確認によつて療養の給付を受け備えることができる体制を整備することが特に困難な事情がある保険医療機関又は保険薬局</p> | <p>上欄の特に困難な事情が解消されるまでの間</p> |

2 新療担基準第三条第二項の規定及び第二十六条第二項の規定は、保険医療機関又は保険薬局（前項の規定の適用を受けるものを除く。）が次の各号に掲げる療養の給付を担当する場合において、次の各号に掲げる場合にあつて患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができる仕組みの運用が開始されるまでの期間、適用しない。

一 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護又は居宅における薬学的管理及び指導を行う場合

二 電話又は情報通信機器を用いた診療又は薬学的管理及び指導を行う場合

3 保険医療機関又は保険薬局は、第一項の届出を行う際、当該届出の内容を確認できる必要な資料を添付するものとする。ただし、同項の届出を行うに当たり、資料の添付を併せて行うことができないことについてやむを得ない事情がある場合には、当該届出の事後において、速やかに地方厚生局長等に提出するものとする。

4 第一項の届出は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合においては、当該分室を経由して行うものとする。

（準備行為）

第三条 前条第一項の表の上欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局は、この告示の適用の日前においても、同条の規定の例により、その届出を行うことができる。

（資料の提供）

第四条 地方厚生局長等は、療養の給付に関して必要があると認めるときは、審査支払機関に対し、新療担基準第三条第二項から第四項までの規定及び第二十六条第二項から第四項までの規定並びに前二条に関して必要な資料の提供を求めることができる。

2 社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第二百二十九号）による社会保険診療報酬支払基金は、保険医療機関又は保険薬局において患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができる体制を整備できるよう、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四号）第二十四条第一号に規定する業務及びこれに附帯する業務並びに同法附則第一条の三第一項各号に掲げる業務を行うため、地方厚生局長等に対して、前二条に規定する届出を行った保険医療機関又は保険薬局の名称及び所在地その他の必要な資料の提供を求めることができる。

附 則

この告示は、告示の日から適用する。

(別添2)

オンライン資格確認導入の猶予届出書

I. 保険医療機関・薬局の基本情報

| | | | |
|-----------|-------------------------------|----------------|--|
| ① 名称 | | ② 電話番号(ハイフンなし) | |
| ③ 所在地 | 〒 | (都道府県) | |
| ④ 保険機関コード | 都道府県番号 点数表番号 医療機関(薬局)コード(7ケタ) | (複数ある場合) | |

II. 届出内容

| | | |
|--|--|-------------|
| ⑤ 該当するオンライン資格確認導入の猶予類型 | | |
| <ul style="list-style-type: none">・第1号: 令和5年2月末までにシステム事業者と契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関・薬局(システム整備中)・第2号: オンライン資格確認に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関・薬局(ネットワーク環境事情)・第3号: 訪問診療のみを実施する保険医療機関・第4号: 改築工事中、臨時施設の保険医療機関・薬局・第5号: 廃止・休止に関する計画を定めている保険医療機関・薬局・第6号: その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局 | | |
| ⑥ ⑤の回答に応じた補足事項 | | |
| ・第1号 | システム事業者との契約日 (遅くとも2023年2月末) | 西暦 年 月 日 |
| | 作業完了見込み時期 (遅くとも2023年9月末) | 西暦 2023 年 月 |
| ・第2号 | 光回線のネットワークの整備状況(1.整備されていない/2.整備された) (2の場合 整備された時期 西暦 年 月 日) | |
| ・第3号 | 訪問診療のみを実施する保険医療機関である。(1.はい) | |
| ・第4号 | 工事又は臨時施設開始日 | 西暦 年 月 日 |
| | 工事又は臨時施設終了予定日 | 西暦 年 月 日 |
| ・第5号 | 廃止又は休止予定日 (遅くとも2024年秋) | 西暦 年 月 日 |
| ・第6号 | 特に困難な事情として、右の状況にある。 <ul style="list-style-type: none">・ア: 自然災害等により継続的に導入が困難である場合・イ: 高齢の医師等でレセプト取扱件数が少ない場合(※以下に年齢等を記載) (目安:2023年4月時点で常勤の医師等が高齢であって、月平均レセプト件数が50件以下) (1) 常勤の医師等のうち最も若い者の2023年4月時点の年齢 歳 (2) 特に困難な事情(※(1)の年齢が70歳以上である場合は記載不要)・ウ: その他導入義務の例外措置(院内等の電子化が進んでいない状況)又は第1号～第5号と同視できる特に困難な事情がある場合(※以下に具体的な内容を記載) | |
| ⑦ 備考 | | |

上記のとおり届け出ます。

西暦 年 月 日

厚生(支)局長 殿

開設者名

(住所 〒)

(記入等に当たっての留意点)

- ・ 青色セル部分に必要な記載を行った上、社会保険診療報酬支払基金を經由して原則オンラインで事前届出を行うこと。
- ・ ①欄から③欄までは、保険医療機関・保険薬局指定申請書により届け出た記載内容を記入すること。
- ・ ④欄には、該当の保険機関コード(先頭から順に該当の都道府県番号(2桁)、点数表番号(1桁)、医療機関(薬局)コード(7桁))を記入すること。また、1つの保険医療機関又は保険薬局として、複数の保険機関コードを有する場合は、当該コードについても付記すること。

・ 【都道府県番号】 北海道01、青森02、岩手03、宮城04、秋田05、山形06、福島07、茨城08、栃木09、群馬10、埼玉11、千葉12、東京13、神奈川14、新潟15、富山16、石川17、福井18、山梨19、長野20、岐阜21、静岡22、愛知23、三重24、滋賀25、京都26、大阪27、兵庫28、奈良29、和歌山30、鳥取31、島根32、岡山33、広島34、山口35、徳島36、香川37、愛媛38、高知39、福岡40、佐賀41、長崎42、熊本43、大分44、宮崎45、鹿児島46、沖縄47

・ 【点数表番号】 医科 1、歯科 3、調剤(薬局) 4

- ・ ⑤欄には「第1号～第6号」のうち届け出る猶予類型を選択して記入すること。
- ・ ⑥欄には⑤欄の回答に応じて補足事項を記入すること。特に

・ 第2号の場合、光回線のネットワークの整備状況について「1.整備されていない/2.整備された」のうち該当するものを選択して記入すること。また、光回線のネットワークが整備されてから間もない(6か月以内)場合には、「2.整備された」と記入した上で、光回線のネットワークが整備された時期を記入すること。

・ 第3号の場合、訪問診療のみを実施する保険医療機関であることを確認し、「1.はい」を選択して記入すること。

・ 第6号の場合、「ア～ウ」のうち特に困難な事情として該当するものを選択して記入すること。その際、「イ」と記入した場合は、(1)常勤の医師等のうち最も若い者の2023年4月時点の年齢及び(2)特に困難な事情(※(1)の年齢が70歳以上である場合は記載不要)を記載欄に記入すること。

また、「ウ」と記入した場合は、その具体的な内容を記載欄に記入すること。例えば、第1号～第5号又は第6号の「ア・イ」の条件を満たす項目と同視できる事情を複数抱えている場合(「常勤の医師等が65～69歳でレセプト件数が月平均50件を若干超える」かつ「令和7年以内に閉院を予定している」といった場合等)は、個別判断がされ、経過措置の対象となる場合があること。

なお、特に「イ」又は「ウ」と記入して届出を行った場合には、経過措置の対象となるかについて個別の判断を要するため、確認の後、保険医療機関・薬局に経過措置の対象とならない旨の連絡をする場合があることについて留意すること。

(添付書類について)

- ・ 届出を行う際、併せて⑤欄で回答した猶予類型に応じて以下の書類を添付すること(原則オンライン)。ただし、やむを得ない事情がある場合(書類をPDFに変換する機能等を有しないなどオンラインで添付できない場合を含む。)には、その旨を届出書の⑦欄に記入し、届出の事後において、速やかに提出すること。

・ 第1号: 契約書や注文書の写しなどシステム事業者と契約したことが確認できる書類

・ 第6号: 困難な事情を確認できる書類がある場合はその書類(の写し)

- ・ なお、書類漏れ等の不備がある場合は、届出書を返戻する場合があること。

(別添3) 郵送による届出を行う場合の送付先

「オンライン資格確認医療機関等向けポータルサイト」による届出・資料の添付が困難な場合には、届出・資料の添付は、猶予届出書（紙媒体）を支払基金に送付することで、保険医療機関・薬局の所在地を所管する地方厚生（支）局に対して行うことができること。

(送付先)

〒105-0004 東京都港区新橋2丁目1番3号

社会保険診療報酬支払基金 医療情報化支援助成課 行

(留意事項)

- ・ 猶予届出書の様式は、厚生労働省のHP（※）等において、ダウンロードすることが可能であること。

（※） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html#onsk_gimuka

- ・ Excel ファイルには、自動チェック機能等を入れており、保険医療機関・薬局の側で、セルの追加・削除等を行わないこと。
- ・ 必要な記載をすべて行った上で、送付すること。
- ・ 封筒の表面には、赤字で「猶予届出書在中」と記載すること。

オンライン資格確認の「経過措置」の猶予届出を 医療機関等向けポータルサイトのフォーム等で受付開始しました

令和5年4月からオンライン資格確認の導入が原則義務付けられているところ、令和4年度末時点で、やむを得ない事情がある保険医療機関・薬局に、期限付きの経過措置を設けることについて、令和5年1月17日付で、省令の一部を改正する省令を公布しました。

経過措置対象の保険医療機関・薬局は、**事前に届出を行う**必要があります。

本経過措置はやむを得ない事情に限定して対象を明確化し、最小限に留めるものとしていることから、引き続き、**システム事業者との調整や導入作業のご対応をできるだけ早期**にお願いします。

具体的な詳細については、厚生労働省HPや医療機関等向けポータルサイトのオンライン資格確認の原則義務化に関する特設ページ等をご確認ください。

オンライン資格確認の「経過措置」の猶予届出について

医療機関等向けポータルサイトでオンライン資格確認の経過措置の猶予届出の受付を開始しました。やむを得ない事情がある保険医療機関・薬局においては下記を確認し、**遅くとも令和5年3月31日まで**に猶予届出を提出してください。（やむを得ない事情については、本紙の裏面をご確認ください）

<猶予届出については、原則下記のオンラインにてご提出ください>

医療機関等向けポータルサイトフォームでの届出

1. 医療機関等向けポータルサイトトップページ上部右の「既にアカウントをお持ちの方はログイン」ボタンをクリックし、ログインしてください。
2. ログイン後、マイページから「**オンライン資格確認導入の猶予届出**」をクリックしてください。
3. 届出理由を選択し、選択した猶予類型に紐づく情報を入力してください。

※猶予届出の提出には、医療機関等向けポータルサイトのアカウント登録が必要です。

医療機関等向けポータルサイトでの届出が困難な場合、郵送でのお届けが可能です。

1. 猶予届出書の様式を、厚生労働省HP又は医療機関等向けポータルサイト等から、ダウンロードしてください。
2. 必要事項をすべて記載してください。（必要に応じて添付書類もご用意ください）
3. 社会保険診療報酬支払基金へ猶予届出書（紙媒体）を郵送してください。

（送付先）

〒105-0004

東京都港区新橋2丁目1番3号

社会保険診療報酬支払基金 医療情報化支援助成課 行

※郵送の際、封筒の表面には、赤字で「**猶予届出書在中**」と記載してください。

義務化特設ページ▼

**猶予届出の提出方法や記載事項等の詳細は、医療機関等向けポータルサイトの
オンライン資格確認の原則義務化に関する特設ページ等をご確認ください。**



経過措置の対象となる保険医療機関・薬局は裏面へ ▶▶▶

オンライン資格確認の「経過措置」対象となる保険医療機関・薬局

<経過措置とするやむを得ない事情>

| やむを得ない事情 | 期限 |
|---|--|
| (1)令和5年2月末までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関、薬局（システム整備中） | システム整備が完了する日まで (遅くとも令和5年9月末まで) ※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和5年9月末事業完了まで継続 |
| (2)オン資に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関、薬局（ネットワーク環境事情） | オン資に接続可能な光回線のネットワークが整備されてから6ヶ月後まで ※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和6年3月末事業完了まで継続 |
| (3)訪問診療のみを提供する保険医療機関 | 訪問診療のオン資（居宅同意取得型）の運用開始（令和6年4月目途）まで ※ 訪問診療等におけるオン資の導入に係る財政支援は、令和6年3月末補助交付まで実施 |
| (4)改築工事中、臨時施設の保険医療機関、薬局 | 改築工事が完了するまで 臨時施設が終了するまで ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象 |
| (5)廃止・休止に関する計画を定めている保険医療機関、薬局 | 廃止・休止まで (遅くとも令和6年秋まで) ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象 |
| (6)その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局 ・自然災害等により継続的に導入が困難となる場合 ・高齢の医師等でレセプト取扱件数が少ない場合（目安として、令和5年4月時点で常勤の医師等が高齢であって、月平均レセプト件数が50件以下である） ・その他例外措置又は(1)～(5)の類型と同視できる特に困難な事情がある場合 | 特に困難な事情が解消されるまで ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象 |

令和5年3月末までにシステム改修が完了しない見込みの場合は、令和5年2月末までにシステム事業者と契約締結いただき、遅くとも令和5年3月31日までに上記の経過措置(1)の届出をご提出いただく必要があります。

システム事業者との契約がお済みでない保険医療機関・薬局は、まず、システム事業者にご連絡し、お見積をご依頼いただき、提示されたお見積をご確認の上、早期にシステム事業者への発注をお願いします。

オンライン資格確認導入に関する手続き・各種申請は 医療機関等向けポータルサイトで確認できます

お問合せ先：オンライン資格確認等コールセンター

✉ contact@iryohokenjyoho-portalsite.jp

☎ 0800-0804583（通話無料）月～金 8：00～18：00
（いずれも祝日を除く）土 8：00～16：00



オンライン資格確認の原則義務化/経過措置に関する情報を公開中！

医療機関ポータル

検索

日医発第 2067 号（保険）
令和 5 年 2 月 1 日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
長 島 公 之
（公印省略）

光ディスク等又は紙レセプトによる請求を行う医療機関・薬局に関する
実態把握（アンケート調査）について

日々、地域医療の確保にご尽力いただき、感謝申し上げます。

今般、厚生労働省において、今後の企画立案に活用することを目的として、標記のアンケート調査を実施する旨、連絡がありましたので、取り急ぎご案内申し上げます。

本調査は、社会保険診療報酬支払基金の審査支払業務において、令和 4 年 7 月処理時点の光ディスク等又は紙レセプトによる請求を行っていた医療機関・薬局から、無作為抽出により選ばれた医療機関を調査対象とし、無記名によるアンケート調査としております。

調査の詳細につきましては、添付資料をご確認いただきますようお願いいたします。

いまだ、新型コロナウイルス感染症の流行が収束せず、日々、通常診療に併せて発熱患者の対応など、地域医療の確保にご尽力いただき、多忙を極められておられるものと存じますので、調査へのご協力は、対象となった医療機関のご判断にお任せしたいと考えておりますので、会員の先生方よりご照会等ございました場合には、よろしくご対応いただきますようお願い申し上げます。

<添付資料>

光ディスク等又は紙レセプトによる請求を行う医療機関・薬局に関する実態把握
（アンケート調査）について（協力依頼）

（令 5.1.31 事務連絡 厚生労働省保険局医療介護連携政策課）

事務連絡
令和5年1月31日

公益社団法人 日本医師会 御中

厚生労働省保険局医療介護連携政策課

光ディスク等又は紙レセプトによる請求を行う医療機関・薬局に関する
実態把握（アンケート調査）について（協力依頼）

保険医療行政の運営につきまして、日頃から格別のご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。さて、今般、今後の企画立案に活用することを目的として、標記の実態把握（アンケート調査）を実施することとし、令和5年2月上旬に下記のとおり調査対象施設へ調査票を送付いたします。

日々の診療などで多忙を極めておられる状況であるとは存じますが、是非ともご協力賜りますようお願い申し上げます。

本調査票は、厚生労働省が社会保険診療報酬支払基金から審査支払業務の一環として提供を受けた情報に基づき、令和4年7月処理時点において光ディスク等又は紙レセプトによる請求を行っていた医療機関・薬局のうち、無作為に抽出された医療機関・薬局に送付しているものですが、調査対象となった医療機関におかれましては、有効回答率向上のためにご回答いただけますよう、会員等の方々に対し、ご周知方ご協力を賜りたくご依頼申し上げます。

記

- 趣旨
：光ディスク等又は紙レセプトによる請求を行う医療機関・薬局に関する実態把握
- 調査対象：光ディスク等又は紙レセプトによる請求機関 各 4,000 機関
- 送付物（郵送）：依頼書、アンケート用紙、返信用封筒
- 所要時間：5分程度
- 回答方法：返信用封筒による返送又はWebフォームによる回答（無記名）
- 回答期限：令和5年2月28日（火） ※郵送の場合、必着
- 調査会社（再受託先）：うるるBPO

また、本調査の趣旨等についてご不明の点があれば、サービスデスクメールアドレス (seikyusupport@qunie.com) (受託事業者・株式会社クニエ運営) までお問い合わせいただけますようお願い申し上げます。

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
長 島 公 之
(公印省略)

令和 5 年 4 月 1 日からの診療報酬上の特例措置について

令和 4 年 12 月 23 日付け日医発第 1867 号（保険）「中医協答申書について」により、令和 4 年 12 月 23 日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会におきまして、厚生労働大臣より諮問のありました「医療DXの基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務付けに係る経過措置」並びに「医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱い及び医薬品の安定供給に係る取組の推進に向けた診療報酬上の加算の取扱いについて」に関しまして、「答申書」が中医協会長より厚生労働大臣あてに提出された旨、ご報告申し上げたところであります。

この答申を踏まえ、今般、添付資料のとおり、関係告示が公布され、併せて関係通知等が発出されましたので、ご連絡申し上げます。

なお、詳細につきましては、厚生労働省ホームページ「令和 5 年 4 月 1 日からの診療報酬上の措置について」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00043.html)からもご確認いただけます。

また、医療情報・システム基盤整備体制充実加算における「令和 5 年 12 月 31 日までに電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を開始する旨の届出」についても、その届出方法、届出期間等が示されておりますので、併せてご連絡申し上げます。（詳細につきましては、添付資料⑥-1、⑥-2をご参照ください。）

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【添付資料】

令和 5 年 4 月 1 日からの診療報酬上の特例措置について
(令 5.1.31 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

<関係告示・通知等>

- ① 診療報酬の算定方法の一部を改正する件
(令 5.1.31 令和 5 年厚生労働省告示第 16 号 厚生労働大臣)
- ② 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件
(令 5.1.31 令和 5 年厚生労働省告示第 17 号 厚生労働大臣)
- ③ 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件

(令5.1.31 令和5年厚生労働省告示第18号 厚生労働大臣)

- ④ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件

(令5.1.31 令和5年厚生労働省告示第19号 厚生労働大臣)

- ⑤ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算、後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算、一般名処方加算及び地域支援体制加算の取扱いについて

(令5.1.31 保医発0131第5号 厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官)

- ⑥-1 医療情報・システム基盤整備体制充実加算における「令和5年12月31日までに電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を開始する旨の届出」の取扱いについて

(令5.1.31 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

- ⑥-2 (別添7様式2の5) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に係る届出書

令和 5 年 1 月 31 日

地 方 厚 生（ 支 ） 局 医 療 課

都道府県民生主管部（局）

国民健康保険主管課（部） 御中

都道府県後期高齢者医療主管部（局）

後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

令和 5 年 4 月 1 日からの診療報酬上の特例措置について

標記については、令和 4 年 12 月 23 日の中央社会保険医療協議会答申を踏まえ、本日、関係法令の告示等が行われたところです。

本改正の経緯及び概要は下記のとおりですので、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に対して周知いただきますようご協力をお願いします。

記

- 1 医療 DX の推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置について
別紙 1 のとおり
- 2 医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置について
別紙 2 のとおり

< 厚生労働省ホームページ（令和 5 年 4 月 1 日からの診療報酬上の措置について） >

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00043.html

< 関係告示・通知 >

- ・ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和 5 年厚生労働省告示第 16 号）
- ・ 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和 5 年厚生労働省告示第 17 号）
- ・ 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和 5 年厚生労働省告示第 18 号）
- ・ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件（令和 5 年厚生労働省告示第 19 号）
- ・ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算、後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算、一般名処方加算及び地域支援体制加算の取扱いについて（令和 5 年 1 月 31 日付け保医発 0131 第 5 号）
- ・ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算における「令和 5 年 12 月 31 日までに電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を開始する旨の届出」の取扱いについて（令和 5 年 1 月 31 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）
- ・ 令和 5 年 4 月 1 日からの診療報酬上の特例措置に関する疑義解釈資料の送付について（令和 5 年 1 月 31 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）

(別紙 1)

医療 DX の推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置 について

1 改正の趣旨

医療 DX の推進のためのオンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、保険医療機関における初診時及び再診時並びに保険薬局における調剤時について、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 の評価を見直すとともに、再診時に診療情報を活用して診療等を実施することについて、新たな評価を行う特例措置を講ずることとする。

また、あわせて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（以下「オンライン請求」という。）を更に普及する観点から、当該加算の算定要件を見直す特例措置を講ずることとする。

（令和 5 年 12 月 23 日 中医協答申）

2 改正の概要

(1) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に適合する保険医療機関を受診した患者に対し、初診を行った場合における評価を見直す。

(2) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に適合する保険医療機関を受診した患者に対し、再診を行った場合における評価を新設する。

(3) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に適合する保険薬局において調剤を行った場合における評価を見直す。

(4) オンライン資格確認等システムを導入した保険医療機関・保険薬局が、オンライン請求を行っていない場合において、オンライン請求を令和 5 年 12 月 31 日までに開始する旨を地方厚生局長等に届け出た場合には、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定可能とする。

※ 算定を希望する保険医療機関・保険薬局においては「医療情報・システム基盤整備体制充実加算における「令和 5 年 12 月 31 日までに電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を開始する旨の届出」の取扱いについて」（令和 5 年 1 月 31 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）を参照すること。

(5) 上記特例措置については、令和 5 年 4 月から 12 月まで（9 か月間）限定的に適用する。

(別紙 2)

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置について

1 改正の趣旨

医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、患者への適切な薬剤の処方や、保険薬局の地域における協力促進などの観点から、保険医療機関・保険薬局に対する加算について、特例措置を講ずることとする。(令和5年12月23日 中医協答申)

2 改正の概要

- (1) 医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、一般名処方を推進することにより、保険薬局において、銘柄によらず供給・在庫の状況に応じ調剤できることで、患者に適切に医薬品を提供する観点から、医療機関の処方に関する「一般名処方加算」の評価を見直す。
- (2) 医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、入院患者への医薬品提供に関する「後発医薬品使用体制加算」について、後発医薬品の使用促進を図りながら、医薬品の安定供給に資する取組を実施する場合の評価を見直す。
- (3) 医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、診療所の院内処方に関する「外来後発医薬品使用体制加算」について、後発医薬品の使用促進を図りながら、医薬品の安定供給に資する取組を実施場合の評価を見直す。
- (4) 医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、地域医療への貢献の観点から、薬局での調剤に関する「地域支援体制加算」について、後発医薬品の使用促進を図りながら、保険薬局が地域において協力しつつ医薬品の安定供給に資する取組を実施する場合の要件及び評価を見直す。
- (5) 上記特例措置については、令和5年4月から12月まで(9か月間) 限定的に適用する。

※ 算定に必要な要件については、関係告示及び「医療情報・システム基盤整備体制充実加算、後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算、一般名処方加算及び地域支援体制加算の取扱いについて」(令和5年1月31日付け保医発0131第5号)を参照すること。

診療報酬の算定方法の一部を改正する件

○厚生労働省告示第十六号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十六条第二項（同法第四百四十九条において準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十一条第一項の規定に基づき、診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の一部を次の表のように改正し、令和五年四月一日から適用する。

令和五年一月三十一日

厚生労働大臣 加藤 勝信

(傍線部分は改正部分)

| 改正後 | 改正前 |
|--|--|
| <p>別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 (略)</p> <p>第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 (略)</p> <p>第1節 初診料</p> <p>区分 A000 初診料 288点 注1～4 (略)</p> <p>5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。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、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注1のただし書に規定する場合にあっては、125点）を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、107点（注1のただし書に規定する場合にあっては、93点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注15までに規定する加算は算定しない。</p> <p>6～15 (略)</p> <p>第2節 再診料</p> <p>区分</p> | <p>別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 (略)</p> <p>第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 (略)</p> <p>第1節 初診料</p> <p>区分 A000 初診料 288点 注1～4 (略)</p> <p>5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。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、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注1のただし書に規定する場合にあっては、125点）を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、107点（注1のただし書に規定する場合にあっては、93点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注14までに規定する加算は算定しない。</p> <p>6～15 (略)</p> <p>第2節 再診料</p> <p>区分</p> |

A 0 0 1 再診料 73点

注 1 ・ 2 (略)

3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注 1 の規定にかかわらず、2 つ目の診療科に限り、37 点（注 2 に規定する場合にあっては、27 点）を算定する。この場合において、注 4 から注 8 まで及び注 10 から注 18 までに規定する加算は算定しない。

4 ～ 8 (略)

9 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をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注 8、注 12、注 13 及び注 15 から注 18 までに規定する加算は算定しない。

10 ～ 17 (略)

18 再診に係る十分な情報を取得する体制として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再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 として、月 1 回に限り 2 点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。

A 0 0 2 外来診療料 74点

注 1 ～ 4 (略)

5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した

A 0 0 1 再診料 73点

注 1 ・ 2 (略)

3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注 1 の規定にかかわらず、2 つ目の診療科に限り、37 点（注 2 に規定する場合にあっては、27 点）を算定する。この場合において、注 4 から注 8 まで及び注 10 から注 17 までに規定する加算は算定しない。

4 ～ 8 (略)

9 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をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注 8、注 12、注 13 及び注 15 から注 17 までに規定する加算は算定しない。

10 ～ 17 (略)

(新設)

A 0 0 2 外来診療料 74点

注 1 ～ 4 (略)

5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した

場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り37点（注2から注4までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注10までに規定する加算は算定しない。

6～9 （略）

10 再診に係る十分な情報を取得する体制として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再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。

A003 （略）

第2部 入院料等

通則

（略）

第1節 （略）

第2節 入院基本料等加算

区分

A200～A242—2 （略）

A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）

1～3 （略）

注 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含む。）又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定で

場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り37点（注2から注4までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注9までに規定する加算は算定しない。

6～9 （略）

（新設）

A003 （略）

第2部 入院料等

通則

（略）

第1節 （略）

第2節 入院基本料等加算

区分

A200～A242—2 （略）

A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）

1～3 （略）

注 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含む。）又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定で

きるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。ただし、この注本文の規定にかかわらず、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入院している患者については、この注本文に規定する基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 後発医薬品使用体制加算1 67点

ロ 後発医薬品使用体制加算2 62点

ハ 後発医薬品使用体制加算3 57点

A244～A252 (略)

第3節～第5節 (略)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

通則

(略)

第1節 医学管理料等

区分

B000・B001 (略)

B001-2 小児科外来診療料(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注18に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に

きるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

A244～A252 (略)

第3節～第5節 (略)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

通則

(略)

第1節 医学管理料等

区分

B000・B001 (略)

B001-2 小児科外来診療料(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域

掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合には、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合には、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

4 (略)

B001-2-2～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注18に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料

連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合には、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合には、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

4 (略)

B001-2-2～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。

2は、算定しない。

- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注18に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点
注1・2 (略)

- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注18に規定する加算を除く。）及び区分番号A002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）は、算定しない。

B001-2-9 地域包括診療料（月1回）
1・2 (略)
注1 (略)

- 2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注18に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並び

- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点
注1・2 (略)

- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料は、算定しない。

B001-2-9 地域包括診療料（月1回）
1・2 (略)
注1 (略)

- 2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章

に第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C001—2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002—2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

B001—2—10 認知症地域包括診療料（月1回）

1・2 (略)

注1 (略)

2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注18に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001—2—2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C001—2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002—2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬

第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C001—2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002—2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

B001—2—10 認知症地域包括診療料（月1回）

1・2 (略)

注1 (略)

2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001—2—2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C001—2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002—2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番

(区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

B001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注18に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅲ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

4 (略)

号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

B001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅲ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

4 (略)

B 0 0 1 - 2 - 12 外来腫瘍化学療法診療料

1・2 (略)

注1 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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料（注6から注8まで及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料（注4から注6まで及び注18に規定する加算を除く。）、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料（注7から注10までに規定する加算を除く。）、区分番号B 0 0 1の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。

2～7 (略)

B 0 0 1 - 3 ~ B 0 1 8 (略)

第2節・第3節 (略)

第2部～第4部 (略)

第5部 投薬

通則

(略)

第1節 (略)

第2節 処方料

区分

F 1 0 0 処方料

1～3 (略)

B 0 0 1 - 2 - 12 外来腫瘍化学療法診療料

1・2 (略)

注1 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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料（注6から注8まで及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料（注4から注6までに規定する加算を除く。）、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料（注7から注9までに規定する加算を除く。）、区分番号B 0 0 1の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。

2～7 (略)

B 0 0 1 - 3 ~ B 0 1 8 (略)

第2節・第3節 (略)

第2部～第4部 (略)

第5部 投薬

通則

(略)

第1節 (略)

第2節 処方料

区分

F 1 0 0 処方料

1～3 (略)

注1～10 (略)

11 注9の規定にかかわらず、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投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注9に規定する基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 外来後発医薬品使用体制加算1 7点

ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 6点

ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 4点

第3節・第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

1～3 (略)

注1～8 (略)

9 注7の規定にかかわらず、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、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 9点

ロ 一般名処方加算2 7点

第6節 (略)

第6部～第13部 (略)

第3章 (略)

第4章 経過措置

1～4 (略)

5 第1章又は第2章の規定にかかわらず、区分番号A001の注18、区分番号A002の注10、区分番号A243の注ただし

注1～10 (略)

(新設)

第3節・第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

1～3 (略)

注1～8 (略)

(新設)

第6節 (略)

第6部～第13部 (略)

第3章 (略)

第4章 経過措置

1～4 (略)

(新設)

書、区分番号F100の注11及び区分番号F400の注9の規定による加算は、令和5年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。

6 第1章の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、初診に係る十分な情報を取得する体制として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初診を行った場合は、区分番号A000の注15中「4点」とあるのは「6点」とする。

別表第二

歯科診療報酬点数表

[目次]

第1章・第2章 (略)

第3章 経過措置

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

(略)

第1節 (略)

第2節 再診料

区分

A002 再診料

1・2 (略)

注1～6 (略)

7 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をした場合は、再診料を算定する。ただし、この場合において、注10に規定する加算は算定しない

8・9 (略)

10 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯

(新設)

別表第二

歯科診療報酬点数表

[目次]

第1章・第2章 (略)

(新設)

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

(略)

第1節 (略)

第2節 再診料

区分

A002 再診料

1・2 (略)

注1～6 (略)

7 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をした場合は、再診料を算定する。

8・9 (略)

(新設)

科診療を実施している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は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。

第2部 (略)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B000からB000-3まで～B004-1-5 (略)

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

- 2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注13に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料2は、算定できない。
- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注13に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料1は、算定できない。

第2部 (略)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B000からB000-3まで～B004-1-5 (略)

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

- 2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注13に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定できない。
- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注13に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定できない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料 297点
注1・2 (略)

3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料(注13に規定する加算を除く。)及び区分番号A002に掲げる再診料(注10に規定する加算を除く。)は、算定できない。

B004-1-8 外来腫瘍化学療法診療料
1・2 (略)

注1 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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料(注5、注7、注8及び注13に規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる再診料(注3、注5、注6及び注10に規定する加算を除く。)又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料の3は、別に算定できない。

2～7 (略)

B004-2～B018 (略)
第2部～第4部 (略)
第5部 投薬

通則
(略)

第1節 (略)

B004-1-7 外来放射線照射診療料 297点
注1・2 (略)

3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000(注13に規定する加算を除く。)に掲げる初診料及び区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

B004-1-8 外来腫瘍化学療法診療料
1・2 (略)

注1 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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料(注5、注7、注8及び注13に規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる再診料(注3、注5及び注6に規定する加算を除く。)又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料の3は、別に算定できない。

2～7 (略)

B004-2～B018 (略)
第2部～第4部 (略)
第5部 投薬

通則
(略)

第1節 (略)

| | |
|------|---|
| | 第2節 処方料 |
| 区分 | |
| F100 | 処方料 |
| | 1・2 (略) |
| | 注1～8 (略) |
| | 9 <u>注8の規定にかかわらず、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投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注8に規定する基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u> |
| | イ <u>外来後発医薬品使用体制加算1</u> 7点 |
| | ロ <u>外来後発医薬品使用体制加算2</u> 6点 |
| | ハ <u>外来後発医薬品使用体制加算3</u> 4点 |
| | 第3節・第4節 (略) |
| | 第5節 処方箋料 |
| 区分 | |
| F400 | 処方箋料 |
| | 1・2 (略) |
| | 注1～6 (略) |
| | 7 <u>注6の規定にかかわらず、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、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</u> |
| | イ <u>一般名処方加算1</u> 9点 |
| | ロ <u>一般名処方加算2</u> 7点 |
| | 第6節 (略) |
| | 第6部～第14部 (略) |
| | <u>第3章 経過措置</u> |

| | |
|------|--------------|
| | 第2節 処方料 |
| 区分 | |
| F100 | 処方料 |
| | 1・2 (略) |
| | 注1～8 (略) |
| | (新設) |
| | 第3節・第4節 (略) |
| | 第5節 処方箋料 |
| 区分 | |
| F400 | 処方箋料 |
| | 1・2 (略) |
| | 注1～6 (略) |
| | (新設) |
| | 第6節 (略) |
| | 第6部～第14部 (略) |
| | (新設) |

1 第1章又は第2章の規定にかかわらず、区分番号A002の注10、区分番号F100の注9及びF400の注7の規定による加算は、令和5年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。

2 第1章の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、初診に係る十分な情報を取得する体制として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初診を行った場合は、区分番号A000の注13中「4点」とあるのは「6点」とする。

別表第三

調剤報酬点数表

[目次] (略)

通則

(略)

第1節 調剤技術料

区分

00 調剤基本料 (処方箋の受付1回につき)

1～3 (略)

注1～5 (略)

6 注5又は注12に該当する場合であって、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薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2点を更に所定点数に加算する。

7～11 (略)

12 注5の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合には、注5に規定する基準に係る区分に従い、次に掲げる点数(注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80

別表第三

調剤報酬点数表

[目次] (略)

通則

(略)

第1節 調剤技術料

区分

00 調剤基本料 (処方箋の受付1回につき)

1～3 (略)

注1～5 (略)

6 注5に該当する場合であって、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薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2点を更に所定点数に加算する。

7～11 (略)

(新設)

に相当する点数)を所定点数に加算する。

イ 地域支援体制加算 1

(1) 後発医薬品調剤体制加算 1 又は 2 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 40点

(2) 後発医薬品調剤体制加算 3 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 42点

ロ 地域支援体制加算 2

(1) 後発医薬品調剤体制加算 1 又は 2 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 48点

(2) 後発医薬品調剤体制加算 3 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 50点

ハ 地域支援体制加算 3

(1) 後発医薬品調剤体制加算 1 又は 2 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 18点

(2) 後発医薬品調剤体制加算 3 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 20点

ニ 地域支援体制加算 4

(1) 後発医薬品調剤体制加算 1 又は 2 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 40点

(2) 後発医薬品調剤体制加算 3 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 42点

0 1 (略)

第 2 節～第 4 節 (略)

0 1 (略)

第 2 節～第 4 節 (略)

第5節 経過措置

- 1 平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注8、区分番号15の2の注7及び区分番号15の3の注7の規定は適用しない。
- 2 区分番号00の注12の規定による加算は、令和5年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。
- 3 第2節の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（区分番号10の2の注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、同区分番号の注6中「3点」とあるのは「4点」とする。

第5節 経過措置

平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注8、区分番号15の2の注7及び区分番号15の3の注7の規定は適用しない。

(新設)

(新設)

基本診療料の施設基準等の一部を改正する件

○厚生労働省告示第十七号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）の一部を次の表のように改正し、令和五年四月一日から適用する。

令和五年一月三十一日

厚生労働大臣 加藤 勝信

| 改正後 | 改正前 |
|--|---|
| <p>第八 入院基本料等加算の施設基準等</p> <p>一 三十五の二の二 (略)</p> <p>三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準</p> <p>(1) (3) (略)</p> <p>(4) 後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する施設基準</p> <p>イ 後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>ロ 医薬品の供給が不足した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。</p> <p>ハ ロの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって授与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>三十五の四 三十六 (略)</p> <p>第十一 経過措置</p> <p>一 三十 (略)</p> <p>三十一 令和五年十二月三十一日までに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第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を開始する旨の届出を行っている保険医療機関については、同日までの間に限り、第三の三の七の(1)に該当するものとみなす。</p> | <p>第八 入院基本料等加算の施設基準等</p> <p>一 三十五の二の二 (略)</p> <p>三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準</p> <p>(1) (3) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>三十五の四 三十六 (略)</p> <p>第十一 経過措置</p> <p>一 三十 (略)</p> <p>(新規)</p> |

特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件

○厚生労働省告示第十八号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）の一部を次の表のように改正し、令和五年四月一日から適用する。

令和五年一月三十一日

厚生労働大臣 加藤 勝信

| 改正後 | 改正前 |
|---|---|
| <p>第七 投薬</p> <p>一～三 (略)</p> <p>四 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) <u>医科点数表区分番号F100に掲げる処方料の注11及び</u> <u>歯科点数表区分番号F100に掲げる処方料の注9に規定</u> <u>する施設基準</u></p> <p>イ <u>外来後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保</u> <u>険医療機関であること。</u></p> <p>ロ <u>医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更</u> <u>等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること</u> <u>。</u></p> <p>ハ <u>ロの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によつて</u> <u>投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場</u> <u>合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療</u> <u>機関の見やすい場所に掲示していること。</u></p> <p>五 <u>医科点数表区分番号F400に掲げる処方箋料の注9及び歯</u> <u>科点数表区分番号F400に掲げる処方箋料の注7に規定する</u> <u>一般名処方加算の施設基準</u> <u>薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医</u> <u>薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十</u> <u>分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所</u> <u>に掲示していること。</u></p> <p>第十五 調剤</p> <p>一～三 (略)</p> <p>四 地域支援体制加算の施設基準</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) <u>調剤基本料の注12に規定する施設基準</u></p> | <p>第七 投薬</p> <p>一～三 (略)</p> <p>四 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>第十五 調剤</p> <p>一～三 (略)</p> <p>四 地域支援体制加算の施設基準</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(新設)</p> |

イ 地域支援体制加算に係る届出を行つている保険薬局であること。

ロ 後発医薬品調剤体制加算に係る届出を行つている保険薬局であること。

ハ 当該保険薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局（同一グループの保険薬局を除く。）に対する在庫状況の共有、医薬品の融通などを行つていること。

ニ ハの取組に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。

四の二〜十三（略）

第十七 経過措置

一〜三（略）

四 令和五年十二月三十一日までに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第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を開始する旨の届出を行つている保険薬局については、同日までの間に限り、第十五の九の五の(1)に該当するものとみなす。

四の二〜十三（略）

第十七 経過措置

一〜三（略）

（新設）

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件

○厚生労働省告示第十九号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号ただし書の規定に基づき、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第九十三号）の一部を次のように改正し、令和五年四月一日から適用する。

令和五年一月三十一日

厚生労働大臣 加藤 勝信

(傍線部分は改正部分)

| 改正後 | 改正前 |
|--|--|
| <p>別表</p> <p>1 (略)</p> <p>2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数(ロに掲げる点数の費用を除く。)の費用が含まれるものとする。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A200-2、A204-2、A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで、A234-3からA242-2まで、<u>A243の注ただし書</u>、A244(2に限る。)及びA246からA251までに掲げる費用</p> <p>(3)~(iii) (略)</p> <p>3~20 (略)</p> | <p>別表</p> <p>1 (略)</p> <p>2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数(ロに掲げる点数の費用を除く。)の費用が含まれるものとする。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A200-2、A204-2、A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで、A234-3からA242-2まで、A244(2に限る。)及びA246からA251までに掲げる費用</p> <p>(3)~(iii) (略)</p> <p>3~20 (略)</p> |

保医発 0131 第 5 号
令和 5 年 1 月 31 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

殿

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（ 公 印 省 略 ）

医療情報・システム基盤整備体制充実加算、後発医薬品使用体制加算、
外来後発医薬品使用体制加算、一般名処方加算及び地域支援体制加算の取扱いについて

標記について、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和 5 年厚生労働省告示第 16 号）、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和 5 年厚生労働省告示第 17 号）、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和 5 年厚生労働省告示第 18 号）及び「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件」（令和 5 年厚生労働省告示第 19 号）が告示され、本年 4 月 1 日より適用されることとなったことに伴い、下記の通知の一部をそれぞれ別添 1 から別添 4 までの新旧対照表のとおり改正し、同日から適用するので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に対し周知徹底を図られたい。

- 「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」
(令和4年3月4日保医発 0304 第1号) (別添1)
- 「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4年3月4日保医発 0304 第2号) (別添2)
- 「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4年3月4日保医発 0304 第3号) (別添3)
- 「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」
(令和4年3月18日保医発 0318 第2号) (別添4)

別添 1

○ 「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」（令和4年3月4日保医発 0304 第1号） 新旧対照表

（下線部分は改正部分）

>

| 改 正 後 | 改 正 前 |
|--|--|
| <p>別添 1</p> <p style="text-align: center;">医科診療報酬点数表に関する事項</p> <p>第 1 章 基本診療料</p> <p> 第 1 部 初・再診料</p> <p> 第 1 節 初診料</p> <p> A 0 0 0 初診料</p> <p> (1)～(28) (略)</p> <p> (29) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア～ウ (略)</p> <p> <u>エ アにかかわらず、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初診を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り6点を算定する。</u></p> <p> <u>ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を算定する。</u></p> | <p>別添 1</p> <p style="text-align: center;">医科診療報酬点数表に関する事項</p> <p>第 1 章 基本診療料</p> <p> 第 1 部 初・再診料</p> <p> 第 1 節 初診料</p> <p> A 0 0 0 初診料</p> <p> (1)～(28) (略)</p> <p> (29) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア～ウ (略)</p> <p> (新設)</p> |

第2節 再診料

A001 再診料

(1)～(3) (略)

(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(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。)について、患者の意思に基づき、別の診療科(医療法上の標榜診療科のことをいう。)を再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。)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18」までに規定する加算は、算定できない。

(5)～(14) (略)

(15) 「注18」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算3は、再診時に診療情報を活用して質の高い診療を実施す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を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、当該患者に係る診療情報を取得等した上で診療を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、月1回に限り2点を算定する。

ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資

第2節 再診料

A001 再診料

(1)～(3) (略)

(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(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。)について、患者の意思に基づき、別の診療科(医療法上の標榜診療科のことをいう。)を再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。)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17」までに規定する加算は、算定できない。

(5)～(14) (略)

(新設)

格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した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の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。また、同一月に区分番号A000の「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定した場合にあつては算定できない。

- (16) 「注18」に規定する加算の算定に当たっては、他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。

A002 外来診療料

(1)～(6) (略)

- (7) 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。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再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療を受けた場合を除く。）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10」までに規定する加算は、算定できない。

(8)～(12) (略)

- (13) 「注10」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算3は、再診時に診療情報を活用して診療を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣

(新設)

A002 外来診療料

(1)～(6) (略)

- (7) 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。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再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療を受けた場合を除く。）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9」までに規定する加算は、算定できない。

(8)～(12) (略)

(新設)

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、当該患者に係る診療情報を取得した上で診療を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、月1回に限り算定する。

ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。また、同一月に区分番号A000の「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定した場合にあっては算定できない。

(14) 「注10」に規定する加算の算定に当たっては、他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。

A003 (略)

第2部 入院料等

第1節 (略)

第2節 入院基本料等加算

A200～A242-2 (略)

A243 後発医薬品使用体制加算

(1) (略)

(2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が75%以上、85%以上又は90%以上で

(新設)

A003 (略)

第2部 入院料等

第1節 (略)

第2節 入院基本料等加算

A200～A242-2 (略)

A243 後発医薬品使用体制加算

(1) (略)

(2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が75%以上、85%以上又は90%以上で

あるとともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、後発医薬品使用体制加算の注本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たしている保険医療機関に入院している患者については、令和5年12月31日までの間に限り、後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する加算を入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

A 2 4 4～A 2 5 2 （略）

第3節・第4節 （略）

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第1節 医学管理料等

B 0 0 0・B 0 0 1 （略）

B 0 0 1－2 小児科外来診療料

(1)・(2) （略）

(3) 当該患者の診療に係る費用は、「注4」の小児抗菌薬適正使用支援加算、区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料及び区分番号「A 0 0 2」外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、区分番号「A 0 0 0」初診料の医療情報・シス

あるとともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

A 2 4 4～A 2 5 2 （略）

第3節・第4節 （略）

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第1節 医学管理料等

B 0 0 0・B 0 0 1 （略）

B 0 0 1－2 小児科外来診療料

(1)・(2) （略）

(3) 当該患者の診療に係る費用は、「注4」の小児抗菌薬適正使用支援加算、区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料及び区分番号「A 0 0 2」外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、区分番号「A 0 0 0」初診料の機能強化加算、

テム基盤整備体制充実加算1及び2、区分番号「A001」再診料及び区分番号「A002」外来診療料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算3、区分番号「A000」初診料の機能強化加算、通則第3号の外来感染対策向上加算、通則第4号の連携強化加算、通則第5号のサーベイランス強化加算、区分番号「B001-2-2」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料、区分番号「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号「B010」診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号「B011」連携強化診療情報提供料並びに区分番号「C000」往診料(往診料の加算を含む。)を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する。

(4)～(12) (略)

B001-2-2～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

(1)～(7) (略)

(8) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合であって、「A000」初診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算1及び2並びに区分番号「A001」再診料及び区分番号「A002」外来診療

通則第3号の外来感染対策向上加算、通則第4号の連携強化加算、通則第5号のサーベイランス強化加算、区分番号「B001-2-2」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料、区分番号「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号「B010」診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号「B011」連携強化診療情報提供料並びに区分番号「C000」往診料(往診料の加算を含む。)

を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する。

(4)～(12) (略)

B001-2-2～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

(1)～(7) (略)

(新設)

料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算3の算定要件を満たす場合は、併算定できる。

B001-2-8 外来放射線照射診療料

(1)～(5) (略)

(6) 外来放射線診療料を算定した場合であって、区分番号「A000」初診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算1及び2並びに区分番号「A001」再診料及び区分番号「A002」外来診療料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算3の算定要件を満たす場合は、併算定できる。

B001-2-9 地域包括診療料

(1)～(8) (略)

(9) 地域包括診療料を算定する場合であって、区分番号「A001」再診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算3の算定要件を満たす場合は、併算定できる。

B001-2-10 認知症地域包括診療料

(1)～(5) (略)

(6) 認知症地域包括診療料を算定する場合であって、「A001」再診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算3の算定要件を満たす場合は、併算定できる。

B001-2-11～B015 (略)

第2節 (略)

第2部～第4部 (略)

第5部 投薬

第1節 (略)

第2節 処方料

B001-2-8 外来放射線照射診療料

(1)～(5) (略)

(新設)

B001-2-9 地域包括診療料

(1)～(8) (略)

(新設)

B001-2-10 認知症地域包括診療料

(1)～(5) (略)

(新設)

B001-2-11～B015 (略)

第2節 (略)

第2部～第4部 (略)

第5部 投薬

第1節 (略)

第2節 処方料

F 1 0 0 処方料

(1)～(15) (略)

(16) 「注9」の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす診療所において投薬を行った場合には、令和5年12月31日までの間に限り、「注11」に規定する外来後発医薬品使用体制加算を算定する。

第3節 (略)

第5節 処方箋料

F 4 0 0 処方箋料

(1)～(15) (略)

(16) 「注7」の規定にかかわらず、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薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合には、令和5年12月31日までの間に限り、「注9」に規定する一般名処方加算を算定する。

なお、一般名処方加算1及び2の取扱いについては、「注7」と同様である。

第6節 (略)

第6部～第13部 (略)

第3章 (略)

別添2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

F 1 0 0 処方料

(1)～(15) (略)

(新設)

第3節 (略)

第5節 処方箋料

F 4 0 0 処方箋料

(1)～(15) (略)

(新設)

第6節 (略)

第6部～第13部 (略)

第3章 (略)

別添2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第1節 初診料

A000 初診料

(1)～(20) (略)

(21) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

ア～ウ (略)

エ アにかかわらず、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初診を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り6点を算定する。

ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を算定する。

第2節 再診料

A002 再診料

(1)～(7) (略)

(8) 「注10」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算3は、再診時に診療情報を活用して質の高い診療を実施す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を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、当該患者に係る診療情報を取得した上で診療を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、月1回に限り2点を算定する。

ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格

第1節 初診料

A000 初診料

(1)～(20) (略)

(21) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

ア～ウ (略)

(新設)

第2節 再診料

A002 再診料

(1)～(7) (略)

(新設)

確認により当該患者に係る診療情報を取得等した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の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。また、同一月に区分番号A000の「注13」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定した場合にあつては算定できない。

(9) 「注10」に規定する加算の算定に当たっては、他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。

第2部 (略)

第2章・第3章 (略)

別添3

調剤報酬点数表に関する事項

<調剤技術料>

区分00 (略)

1・2 (略)

3 地域支援体制加算

地域支援体制加算は、かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域医療に貢献する薬局の体制等を評価するものであり、調剤基本料の区分によらない共通の施設要件（一定の開局時間、在宅体制整備等）及び調剤基本料の区分により一定の差がある実績等を満たした上で必要な届出を行った場合に算定できる。ただし、特別調剤基本料を算定している保険薬局においては、地域支援体制加算の所定点数を100分の80にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

なお、「注5」の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定め

(新設)

第2部 (略)

第2章・第3章 (略)

別添3

調剤報酬点数表に関する事項

<調剤技術料>

区分00 (略)

1・2 (略)

3 地域支援体制加算

地域支援体制加算は、かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域医療に貢献する薬局の体制等を評価するものであり、調剤基本料の区分によらない共通の施設要件（一定の開局時間、在宅体制整備等）及び調剤基本料の区分により一定の差がある実績等を満たした上で必要な届出を行った場合に算定できる。ただし、特別調剤基本料を算定している保険薬局においては、地域支援体制加算の所定点数を100分の80にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

る施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合には、令和5年12月31日までの間に限り、「注12」の加算を算定する。
ただし、特別調剤基本料を算定している保険薬局においては、所定点数を100分の80にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

4～8 (略)

9 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」(100分の80)及び「注4」(100分の50)のうち該当するものを乗じ、小数点以下第一位を四捨五入する。次に「注5」又は「注12」(地域支援体制加算)、「注6」(連携強化加算)、「注7」(後発医薬品調剤体制加算)及び「注8」(後発医薬品減算)のうち該当するもの(特別調剤基本料を算定する保険薬局においては、「注5」又は「注12」及び「注7」の所定点数に100分の80を乗じ、それぞれ小数点以下第一位を四捨五入する。)の加算等を行う。ただし、当該点数が3点未満になる場合は、3点を算定する。

区分01 (略)

<薬学管理料>

区分10の2 調剤管理料

(1)～(10) (略)

(11) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

ア～ウ (略)

エ アにかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合に、令和5年12月31日までの間に限り、医療情報・システム基盤整備体制

4～8 (略)

9 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」(100分の80)及び「注4」(100分の50)のうち該当するものを乗じ、小数点以下第一位を四捨五入する。次に「注5」(地域支援体制加算)、「注6」(連携強化加算)、「注7」(後発医薬品調剤体制加算)及び「注8」(後発医薬品減算)のうち該当するもの(特別調剤基本料を算定する保険薬局においては、「注5」及び「注7」の所定点数に100分の80を乗じ、それぞれ小数点以下第一位を四捨五入する。)の加算等を行う。ただし、当該点数が3点未満になる場合は、3点を算定する。

区分01 (略)

<薬学管理料>

区分10の2 調剤管理料

(1)～(10) (略)

(11) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

ア～ウ (略)

(新設)

充実加算1として6月に1回に限り4点を算定する。ただし、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を取得等した場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を算定する。

区分10の3～区分30 (略)

区分10の3～区分30 (略)

○ 「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4年3月4日保医発 0304 第2号) 新旧対照表

(下線部分は改正部分)

| 改 正 後 | 改 正 前 |
|---|---|
| <p>別添 1</p> <p style="text-align: center;">初・再診料の施設基準等</p> <p>第 1～第 1 の 7 (略)</p> <p>第 1 の 8 医療情報・システム基盤整備体制充実加算</p> <p>1 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関する施設基準 (1)～(3) (略)</p> <p><u>(4) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていない保険医療機関が、令和 5 年 12 月 31 日までにこれを開始する旨について、地方厚生(支)局長に届け出た場合は、同日までの間に限り、(1)を満たしているものとみなす。</u></p> <p>2 届出に関する事項</p> <p><u>(1) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。</u></p> <p><u>(2) なお、1の(4)の届出は、別添 7 の様式 2 の 5 を用いること。</u></p> <p><u>(3) 令和 5 年 4 月 10 日までに当該届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月 1 日に遡って算定することができるものとする。</u></p> | <p>別添 1</p> <p style="text-align: center;">初・再診料の施設基準等</p> <p>第 1～第 1 の 7 (略)</p> <p>第 1 の 8 医療情報・システム基盤整備体制充実加算</p> <p>1 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関する施設基準 (1)～(3) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> |

第2～第5 (略)

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

第1～第26の2 (略)

第26の2の2 後発医薬品使用体制加算

1 後発医薬品使用体制加算の施設基準

(1)～(5) (略)

(6) 後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する点数を算定する場合には、上記(1)から(5)までのほか、以下の基準を満たすこと。

ア 後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

イ 医薬品の供給が不足した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。

ウ イの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

2 届出に関する事項

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3を用いること。

なお、後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する点数の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよ

第2～第5 (略)

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

第1～第26の2 (略)

第26の2の2 後発医薬品使用体制加算

1 後発医薬品使用体制加算の施設基準

(1)～(5) (略)

(新設)

2 届出に関する事項

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3を用いること。

く、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 26 の 3 ～ 第 27 （略）

第 26 の 3 ～ 第 27 （略）

別添 3

○ 「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4年3月4日保医発 0304 第3号) 新旧対照表

(下線部分は改正部分)

| 改 正 後 | 改 正 前 |
|---|---|
| <p>別添 1</p> <p style="text-align: center;">特掲診療料の施設基準等</p> <p>第 1～第 36 の 2 (略)</p> <p>第 36 の 3 外来後発医薬品使用体制加算</p> <p>1 外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準 (1)～(5) (略)</p> <p><u>(6) 「注 11」に規定する点数を算定する場合には、上記(1)から(5)までのほか、以下の基準を満たすこと。</u></p> <p style="margin-left: 20px;"><u>ア 外来後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p> <p style="margin-left: 20px;"><u>イ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。</u></p> <p style="margin-left: 20px;"><u>ウ イの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u></p> <p>2 届出に関する事項 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 38 の 3 を用いること。</p> | <p>別添 1</p> <p style="text-align: center;">特掲診療料の施設基準等</p> <p>第 1～第 36 の 2 (略)</p> <p>第 36 の 3 外来後発医薬品使用体制加算</p> <p>1 外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準 (1)～(5) (略)</p> <p style="margin-left: 20px;">(新設)</p> <p>2 届出に関する事項 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 38 の 3 を用いること。</p> |

なお、「注11」に規定する点数の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第36の4 一般名処方加算

1 一般名処方加算に関する施設基準

「注9」に規定する一般名処方加算を算定する場合は、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

2 届出に関する事項

「注9」に規定する一般名処方加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第37～第91 （略）

第92 地域支援体制加算

1 地域支援体制加算に関する施設基準

(1)～(24) （略）

(25) 「注12」の加算を算定する場合には、上記(1)から(24)までのほか、以下の基準を満たすこと。

ア 後発医薬品調剤体制加算に係る届出を行っていること。

イ 当該保険薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局（同一グループの保険薬局を除く。）に対する在庫状況の共有、医薬品の融通などを行っていること。

ウ 上記イの取組に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。

2 （略）

（新設）

第37～第91 （略）

第92 地域支援体制加算

1 地域支援体制加算に関する施設基準

(1)～(24) （略）

（新設）

2 （略）

第 92 の 2～第 97 の 2 (略)

第 97 の 3 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

- 1 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関する施設基準
(1)～(3) (略)
(4) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていない保険薬局が、令和 5 年 12 月 31 日までにこれを開始する旨について、地方厚生(支)局長に届け出た場合は、同日までの間に限り、(1)を満たしているものとみなす。
- 2 届出に関する事項
 - (1) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。
 - (2) なお、1の(4)の届出は、別添 2 の様式 86 を用いること。
 - (3) 令和 5 年 4 月 10 日までに当該届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月 1 日に遡って算定することができるものとする。

第 98～第 103 (略)

第 92 の 2～第 97 の 2 (略)

第 97 の 3 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

- 1 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関する施設基準
(1)～(3) (略)
(新設)
- 2 届出に関する事項
医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。
(新設)
(新設)

第 98～第 103 (略)

- 「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」(令和4年3月18日保医発0318第2号) 新旧対照表

(下線部分は改正部分)

| 必 出 後 | 必 出 前 |
|---|---|
| <p>別添 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について</p> <p>第1・第2 (略) 第3 費用の算定方法 1 診療報酬の算定 (1)～(2) (略) (3) 診断群分類点数表等により算定される診療報酬診断群分類点数表には、医科点数表に掲げる費用のうち、①に掲げる費用(②に掲げる点数の費用を除く。)が含まれるものとする。なお、②に掲げる点数の費用のほか、診断群分類点数表に含まれていない費用については、医科点数表又は歯科点数表により算定する。 ① (略) ② ①に掲げる費用から除かれる費用 ア (略) イ 入院基本料等加算のうち、A200-2急性期充実体制加算、A204-2臨床研修病院入院診療加算、A205救急医療管理加算からA206在宅患者緊急</p> | <p>別添 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について</p> <p>第1・第2 (略) 第3 費用の算定方法 1 診療報酬の算定 (1)～(2) (略) (3) 診断群分類点数表等により算定される診療報酬診断群分類点数表には、医科点数表に掲げる費用のうち、①に掲げる費用(②に掲げる点数の費用を除く。)が含まれるものとする。なお、②に掲げる点数の費用のほか、診断群分類点数表に含まれていない費用については、医科点数表又は歯科点数表により算定する。 ① (略) ② ①に掲げる費用から除かれる費用 ア (略) イ 入院基本料等加算のうち、A200-2急性期充実体制加算、A204-2臨床研修病院入院診療加算、A205救急医療管理加算からA206在宅患者緊急</p> |

入院診療加算まで、A208乳幼児加算・幼児加算からA213看護配置加算まで、A219療養環境加算からA233-2栄養サポートチーム加算まで、A234-3患者サポート体制充実加算からA242-2術後疼痛管理チーム加算まで、A243後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する加算、A244病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）及びA246入退院支援加算からA251排尿自立支援加算までの費用

ウ～サ （略）

2・3 （略）

第4 （略）

入院診療加算まで、A208乳幼児加算・幼児加算からA213看護配置加算まで、A219療養環境加算からA233-2栄養サポートチーム加算まで、A234-3患者サポート体制充実加算からA242-2術後疼痛管理チーム加算まで、A244病棟薬剤業務実施加算（2に限る。）及びA246入退院支援加算からA251排尿自立支援加算までの費用

ウ～サ （略）

2・3 （略）

第4 （略）

事務連絡
令和5年1月31日

地方厚生（支）局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

医療情報・システム基盤整備体制充実加算における「令和5年12月31日までに電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を開始する旨の届出」の取扱いについて

標記について、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算、後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算、一般名処方加算及び地域支援体制加算の取扱いについて」（令和5年1月31日保医発0131第5号）により、「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4年3月4日保医発0304第2号。以下、「基本通知」という。）及び「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4年3月4日保医発0304第3号。以下、「特掲通知」という。）が改正され、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に「電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていない保険医療機関が、令和5年12月31日までにこれを開始する旨について、地方厚生（支）局長に届け出た場合は、同日までの間に限り、（1）※を満たしているものとみなす。」の記載が追加されたところであるが、当該届出について、下記のとおり取り扱うこととしたので、その取扱いについて遺漏ないように、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に対し周知徹底を図られたい。

※電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。

記

1. 届出方法について

届出に当たっては、保険医療機関の場合は、基本通知別添7の様式2の5、保険薬局の場合は特掲通知別添2の様式86を記入の上、原則電子ファイルにてonline-seikyu@mhlw.go.jpに送付すること。やむを得ず、紙媒体にて届出を行う場合は、保険医療機関・薬局の所在地を所管する地方厚生（支）局に郵送により送付すること。なお、様式については、下記のURLよりダウンロードして使用すること。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00044.html

2. 届出期間について

当該届出については、令和5年3月1日より届出可能とする。令和5年4月から医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する場合、届出期限は令和5年4月10日とされているが、地方厚生（支）局等の窓口は4月1日以降に届出が集中し、混雑が予想されることから、原則令和5年3月31日までに届出を提出すること。

また、当該届出に基づき、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する場合、令和5年4月届出分を除き、届出の翌月からの算定となることから、当該届出の最終期限は令和5年12月1日となるため、留意すること。

3. その他

本事務連絡に記載のない事項については、別途疑義解釈等でお示しする。

様式2の5

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準に係る届出書

| | |
|-----------|---|
| 保険医療機関名 | |
| 保険医療機関コード | |
| 保険医療機関等区分 | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 医科診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 |
| 現在の請求方法 | <input type="checkbox"/> 光ディスク等 <input type="checkbox"/> 紙レセプト |
| 住所 | |
| 届出年月日 | 令和5年 月 日 |

基本診療料の施設基準等(平成二十年厚生労働省告示第六十二号)第十一の三十一に規定する届出を行う場合は、□に、「✓」を記入の上、開始見込み時期を記入すること

| | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> 令和5年12月31日までに電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を開始する予定である。 | |
| 開始見込み | 令和5年 月 |

上記のとおり届け出ます。

令和 5 年 月 日

殿

開設者名

住所

〒

〒 [] - []