

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）時限的に適用する。

(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) 三 (略)</p> <p>(4) 医科点数表区分番号F100に掲げる処方料の注11及び 歯科点数表区分番号F100に掲げる処方料の注9に規定 する施設基準</p> <p>イ 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。</p> <p>ロ 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。</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つて 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 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。</p> <p>五 医科点数表区分番号F400に掲げる処方箋料の注9及び歯 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 一般名処方加算の施設基準</p> <p>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 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。</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) 四 (略)</p> <p>(5) 調剤基本料の注12に規定する施設基準</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) 三 (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) 四 (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っては、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っては算定できない。

(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は、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</p> <p>(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="padding-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="padding-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="padding-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</p> <p style="padding-left: 20px;">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</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p style="padding-left: 20px;">(新設)</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p style="padding-left: 20px;">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)

別添 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。

