

歯科点数表の解釈（令和4年4月版）追補

（令和5年2月・社会保険研究所）

① 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に係る改正【療担規則関係】（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，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係る改正→本追補9頁以降参照）

以下の省令・告示・通知・事務連絡により，本書の内容に変更が生じたので，ここに追補します。

- ・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1月17日 厚生労働省令第3号）
- ・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（令和5年1月17日 厚生労働省告示第8号）
- ・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5年1月27日 保連発0127第1・保医発0127第3号）

頁	箇所	現 行	改定後
531	右段上から 4行目後	<p>※後ろに1行空け，以下を追加する。</p> <p>改正省令附則（令和4年9月5日 厚生労働省令第124号／改正；令和5年1月17日 厚生労働省令第3号）</p> <p>（施行期日）</p> <p>第1条 この省令は，令和5年4月1日から施行する。ただし，附則第3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5年厚生労働省令第3号）の公布の日から施行する。</p> <p>（受給資格の確認等に係る経過措置）</p> <p>第2条 第1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3条第2項から第4項までの規定及び第2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3条第2項から第4項までの規定（新薬担規則第11条において読み替えて適用する場合を含む。）は，次の表の上【編注；左】欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局であって，あらかじめ，その旨を電磁的記録（電子的方式，磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって，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【右】欄に掲げる期間においては，適用しない。</p>	
		<p>1 患者が健康保険法（大正11年法律第70号）第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）によって保険医療機関及び保険医療養担当規則第1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1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又は保険薬局</p>	<p>上【左】欄の体制の整備に係る作業が完了する日又は令和5年9月30日のいずれか早い日までの間</p>

	<p>であって、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>	
2	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	上【左】欄の電気通信回線が整備された日から起算して6月が経過した日までの間
3	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	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あって患者が電子資格確認によっ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間
4	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	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
5	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	廃止又は休止するまでの間
6	その他患者が電子資格確認によっ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	上【左】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3条第2項の規定及び新薬担規則第3条第2項の規定（新薬担規則第11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あって患者が電子資格確認によっ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。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>3 保険医療機関又は保険薬局は、第1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。</p> <p>4 第1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。</p> <p>（準備行為）</p> <p>第3条 前条第1項の表の上【左】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。</p> <p>（資料の提供）</p> <p>第4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、新療担規則第3条第2項から第4項までの規定及び新薬担規則第3条第2項から第4項までの規定（新薬担規則第11条において読み替えて適用する場合を含む。）並びに前2条に関して必要な資料の提供を求めることができる。</p> <p>2 社会保険診療報酬支払基金法（昭和23年法律第129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っ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64号）第24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1条の3第1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2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</p>		

		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。												
540	右段下から 1行目後	<p>※後ろに1行空け、以下を追加する。</p> <p>改正告示附則（令和4年9月5日 厚生労働省告示第268号／改正；令和5年1月17日 厚生労働省告示第8号）</p> <p>（適用日）</p> <p>第1条 この告示は、令和5年4月1日から適用する。ただし、附則第3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（令和5年厚生労働省告示第8号）の告示の日から適用する。</p> <p>（受給資格の確認等に係る経過措置）</p> <p>第2条 第1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3条第2項から第4項までの規定及び第26条第2項から第4項までの規定は、次の表の上【左】欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局であって、あらかじめ、その旨を電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、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【右】欄に掲げる期間においては、適用しない。</p> <table border="1"> <tr> <td>1 患者が健康保険法（大正11年法律第70号）第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）によって高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80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の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又は保険薬局であって、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</td> <td>上【左】欄の体制の整備に係る作業が完了する日又は令和5年9月30日のいずれか早い日までの間</td> </tr> <tr> <td>2 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</td> <td>上【左】欄の電気通信回線が整備された日から起算して6ヶ月が経過した日までの間</td> </tr> <tr> <td>3 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</td> <td>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あって患者が電子資格確認によっ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間</td> </tr> <tr> <td>4 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</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>5 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</td> <td>廃止又は休止するまでの間</td> </tr> <tr> <td>6 その他患者が電子資格確認によっ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</td> <td>上【左】欄の特に困難な事情が解消されるまでの間</td> </tr> </table>	1 患者が健康保険法（大正11年法律第70号）第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）によって高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80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の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又は保険薬局であって、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	上【左】欄の体制の整備に係る作業が完了する日又は令和5年9月30日のいずれか早い日までの間	2 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	上【左】欄の電気通信回線が整備された日から起算して6ヶ月が経過した日までの間	3 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	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あって患者が電子資格確認によっ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間	4 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	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	5 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	廃止又は休止するまでの間	6 その他患者が電子資格確認によっ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	上【左】欄の特に困難な事情が解消されるまでの間
1 患者が健康保険法（大正11年法律第70号）第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）によって高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80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の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又は保険薬局であって、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	上【左】欄の体制の整備に係る作業が完了する日又は令和5年9月30日のいずれか早い日までの間													
2 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	上【左】欄の電気通信回線が整備された日から起算して6ヶ月が経過した日までの間													
3 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	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あって患者が電子資格確認によっ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間													
4 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	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													
5 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	廃止又は休止するまでの間													
6 その他患者が電子資格確認によっ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	上【左】欄の特に困難な事情が解消されるまでの間													

		<p style="text-align: center;">険薬局</p> <p>2 新療担基準第3条第2項の規定及び第26条第2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って患者が電子資格確認によっ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。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>3 保険医療機関又は保険薬局は、第1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。</p> <p>4 第1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。</p> <p>(準備行為)</p> <p>第3条 前条第1項の表の上【左】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。</p> <p>(資料の提供)</p> <p>第4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3条第2項から第4項までの規定及び第26条第2項から第4項までの規定並びに前2条に関して必要な資料の提供を求めることができる。</p> <p>2 社会保険診療報酬支払基金法（昭和23年法律第129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っ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64号）第24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1条の3第1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2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。</p>
545	右段下から1行目	<p>※以下の通知を追加する。末尾に本追補19・20頁掲載の様式を追加する。</p> <p style="text-align: center;">〔通知〕</p> <p style="text-align: center;">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</p> <p style="text-align: right;">（令5.1.27 保連発0127第1号・保医発0127第3号）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">記</p>

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月目途）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月目途）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 **【845 頁掲載】** 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）**【略】**
- (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1日）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られ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【略】

（別添 2）猶予届出書の様式【本追補 19・20 頁掲載】

（別添 3）郵送による届出を行う場合の送付先

（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。

② 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、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係る改正【点数表・留意事項通知・施設基準関係】

以下の告示・通知・事務連絡により、本書の内容に変更が生じたので、ここに追補します。

<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和5年1月31日 厚生労働省告示第16号）【令和5年4月1日適用】 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和5年1月31日 厚生労働省告示第17号）【令和5年4月1日適用】 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和5年1月31日 厚生労働省告示第18号）【令和5年4月1日適用】 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）【令和5年4月1日適用】 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 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 医療課事務連絡）
--

頁	箇所	現 行	改定後
23	左段下から 14行目	<p>12 削除</p> <p>13 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歯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初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。【後略】</p> <p>※令和4年9月の追補による修正後の記述</p>	<p>12 削除</p> <p>13 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歯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初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。【中略】</p> <p>【編注「別表第二第3章経過措置の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。】</p>
23	右段下から 13行目	<p>（医療情報・システム基盤整備体制充実加算）</p> <p>ア 【中略】</p> <p>ウ 初診時の標準的な問診票の項目は別紙様式5に定めるとおりであり、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、患者に対する初診時間診票の項目について、別紙様式5を参考とする。 【留】</p> <p>（令4.9.5 保医発0905 第1号）</p>	<p>（医療情報・システム基盤整備体制充実加算）</p> <p>ア 【中略】</p> <p>ウ 初診時の標準的な問診票の項目は別紙様式5に定めるとおりであり、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、患者に対する初診時間診票の項目について、別紙様式5を参考とする。</p> <p>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。</p> <p>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</p>

		<p>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。 [留] (令4.9.5 保医発0905 第1号) (令5.1.31 保医発0131 第5号)</p> <p>〔中略〕</p> <p>答 必ずしも新たな問診票を作成することは要しないが、別紙様式5に示された問診票の項目等が、医療機関において既に使用している問診票に不足している場合は、不足している内容について別紙として作成し、既に使用している問診票と併せて使用すること。 (令4.9.5「歯科」問9)</p> <p>※令和4年9月の追補による修正後の記述</p>	<p>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。 [留] (令4.9.5 保医発0905 第1号) (令5.1.31 保医発0131 第5号)</p> <p>〔中略〕</p> <p>答 必ずしも新たな問診票を作成することは要しないが、別紙様式5に示された問診票の項目等が、医療機関において既に使用している問診票に不足している場合は、不足している内容について別紙として作成し、既に使用している問診票と併せて使用すること。 (令4.9.5「歯科」問9)</p> <p>問 区分番号「A000」初診料の注13に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、別紙様式5を参考とした初診時間問診票を用いて問診を行う場合、問診項目の「この1年間で健診を受診したか」について歯科健診を含んでも差し支えないか。</p> <p>答 差し支えない。 (令5.1.31「歯科」問3)</p>
25	左段下から6行目	<p>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。</p> <p>※令和4年9月の追補による修正後の記述</p>	<p>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。</p>
27	左段上から1行目	<p>10 削除</p> <p>※令和4年9月の追補による修正後の記述</p>	<p>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っては、この限りでない。</p> <p>〔編注「別表第二第3章経過措置の1」；第1章〔中略〕の規定にかかわらず、区分番号A002の注10〔中略〕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。〕</p>
	右段上から8行目後	<p>※後ろに1行空け、以下を追加する。</p> <p>(医療情報・システム基盤整備体制充実加算)</p> <p>(1) 「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</p>	

		<p>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。</p> <p>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。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。[留]</p> <p style="text-align:right">(令5.1.31 保医発0131第5号)</p> <p>(2) 「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。[留]</p> <p style="text-align:right">(令5.1.31 保医発0131第5号)</p> <p>(厚生労働大臣が定める施設基準)</p> <p>○ 別に厚生労働大臣が定める施設基準は、巻末の法令編「基本診療料の施設基準等」(平成20年3月厚生労働省告示第62号)の第三の「三の七」を参照。</p> <p>■医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関する事務連絡</p> <p>問 区分番号「A001【編注; A002】」再診料の注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について、患者が診療情報の取得に同意しなかった場合の算定は、どのようにすればよいか。また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいか。</p> <p>答 いずれの場合も、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3を算定する。</p> <p>なお、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。(令5.1.31「歯科」問4)</p> <p>問 区分番号「A001【A002】」再診料の注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について、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した結果、前回の診察から薬剤情報等の変更がなかった場合について、どのように考えればよいか。</p> <p>答 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3を算定する。(令5.1.31「歯科」問5)</p> <p>問 区分番号「A001【A002】」再診料の注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の算定にあつては、「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。」とされているが、確認する健診情報等についてどのように考えればよいか。</p> <p>答 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3を算定する日に実施する歯科診療に必要な健診情報等(歯科健診を含む。)を確認する。(令5.1.31「歯科」問6)</p> <p>問 区分番号「A001【A002】」再診料の注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について、施設基準を満たす医療機関の歯科医師が歯科訪問診療で再診を行う場合は算定できるか。</p> <p>答 算定できない。(令5.1.31「歯科」問7)</p>	
91	左段下から10行目	<p>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。)について、当該基準に</p>	<p>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。<u>以下この区分番号にお</u></p>

		<p>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。</p>	<p>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。<u>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。</u></p> <p><u>イ 後発医薬品使用体制加算 1</u> 67 点</p> <p><u>ロ 後発医薬品使用体制加算 2</u> 62 点</p> <p><u>ハ 後発医薬品使用体制加算 3</u> 57 点</p> <p>【編注「別表第一第4章経過措置の5」；第1章【中略】の規定にかかわらず、【中略】区分番号A243の注ただし書【中略】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。】</p>
右段下から 9行目	(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量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が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、ここでいう入院初日とは、第2部通則5【通則4】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。 [留]	(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量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が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、 <u>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。</u> ここでいう入院初日とは、第2部通則5【通則4】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。 [留] <u>(令5.1.31 保医発0131第5号)</u>	
148 左段上から 14行目	<p>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。</p> <p>※令和4年9月の追補による修正後の記述</p>	<p>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。)<u>及び外来リハビリテーション診療料2は、算定できない。</u></p>	

	左段下から 20 行目	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 A 000 に掲げる初診料（注 13 に規定する加算を除く。）、区分番号 A 002 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。 ※令和 4 年 9 月の追補による修正後の記述	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 A 000 に掲げる初診料（注 13 に規定する加算を除く。）、区分番号 A 002 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。
	右段下から 23 行目後	※以下を追加する。 (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【A002】」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。 [留] (令 5. 1. 31 保医発 0131 第 5 号)	
149	左段上から 3 行目	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 A 000（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 A 002 に掲げる再診料は、算定できない。 ※令和 4 年 9 月の追補による修正後の記述	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 A 000 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 A 002 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。
	右段上から 5 行目後	※以下を追加する。 (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【A002】」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。 [留] (令 5. 1. 31 保医発 0131 第 5 号)	
	左段上から 20 行目	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 000 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 A 002 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 B 004-1-3 に掲げるがん患者指導管理料の 3 は、別に算定できない。 ※令和 4 年 9 月の追補による修正後の記述	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 000 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 A 002 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 B 004-1-3 に掲げるがん患者指導管理料の 3 は、別に算定できない。
228	右段下から 1 行目後	※以下を追加する。 (3) 「注 9【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診療所において投薬を行	

		<p>った場合には、令和5年12月31日までの間に限り、「注11【注9】」に規定する外来後発医薬品使用体制加算を算定する。</p> <p style="text-align: right;">[留]</p> <p style="text-align: right;">(令5.1.31 保医発0131第5号)</p>		
229	左段上から 2行目後	<p>※後ろに1行空け、以下を追加する。</p> <p>9 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。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算1 7点</p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 6点</p> <p>ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 4点</p> <p>【編注「別表第二第3章経過措置の1」；【前略】第2章の規定にかかわらず、【中略】区分番号F100の注9【中略】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。】</p>		
232	左段下から 1行目後	<p>※後ろに1行空け、以下を追加する。</p> <p>7 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、薬剤の一般的な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。</p> <p>イ 一般名処方加算1 9点</p> <p>ロ 一般名処方加算2 7点</p> <p>【編注「別表第二第3章経過措置の1」；【前略】第2章の規定にかかわらず、【中略】区分番号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。】</p>		
	右段上から 21行目	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>(一般名処方加算)〈医科〉</p> <p>◇ 「注7【注6】」に規定する一般名処方加算は、【中略】</p> <p>また、一般名処方を行った場合の(6)【(処方箋料)〈医科〉の(5)】の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。 [留]</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>(一般名処方加算)〈医科〉</p> <p>(1) 「注7【注6】」に規定する一般名処方加算は、【中略】</p> <p>また、一般名処方を行った場合の(6)【(処方箋料)〈医科〉の(5)】の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。 [留]</p> <p>(2) 「注7【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な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【注7】」に規定する一般名処方加算を算定する。</p> <p>なお、一般名処方加算1及び2の取扱いについては、「注7【注6】」と同様である。 [留]</p> <p style="text-align: right;">(令5.1.31 保医発0131第5号)</p> <p>(一般名処方加算の施設基準)</p> <p>○ 別に厚生労働大臣が定める施設基準は、巻末の法令</p> </td> </tr> </table>	<p>(一般名処方加算)〈医科〉</p> <p>◇ 「注7【注6】」に規定する一般名処方加算は、【中略】</p> <p>また、一般名処方を行った場合の(6)【(処方箋料)〈医科〉の(5)】の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。 [留]</p>	<p>(一般名処方加算)〈医科〉</p> <p>(1) 「注7【注6】」に規定する一般名処方加算は、【中略】</p> <p>また、一般名処方を行った場合の(6)【(処方箋料)〈医科〉の(5)】の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。 [留]</p> <p>(2) 「注7【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な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【注7】」に規定する一般名処方加算を算定する。</p> <p>なお、一般名処方加算1及び2の取扱いについては、「注7【注6】」と同様である。 [留]</p> <p style="text-align: right;">(令5.1.31 保医発0131第5号)</p> <p>(一般名処方加算の施設基準)</p> <p>○ 別に厚生労働大臣が定める施設基準は、巻末の法令</p>
<p>(一般名処方加算)〈医科〉</p> <p>◇ 「注7【注6】」に規定する一般名処方加算は、【中略】</p> <p>また、一般名処方を行った場合の(6)【(処方箋料)〈医科〉の(5)】の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。 [留]</p>	<p>(一般名処方加算)〈医科〉</p> <p>(1) 「注7【注6】」に規定する一般名処方加算は、【中略】</p> <p>また、一般名処方を行った場合の(6)【(処方箋料)〈医科〉の(5)】の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。 [留]</p> <p>(2) 「注7【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な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【注7】」に規定する一般名処方加算を算定する。</p> <p>なお、一般名処方加算1及び2の取扱いについては、「注7【注6】」と同様である。 [留]</p> <p style="text-align: right;">(令5.1.31 保医発0131第5号)</p> <p>(一般名処方加算の施設基準)</p> <p>○ 別に厚生労働大臣が定める施設基準は、巻末の法令</p>			

			編「特掲診療料の施設基準等」(平成20年月厚生労働省告示第63号)の第七の「五」を参照。
430	上から7行目	【前略】・令和4年12月21日厚生労働省保険局医療課「事務連絡」より抜すい【後略】 ※令和5年1月の追補による修正後の記述	【前略】・令和4年12月21日・令和5年1月31日厚生労働省保険局医療課「事務連絡」より抜すい【後略】
438	左段下から26行目後	<p>※令和4年9月追補の「○医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の末尾に以下を追加する。</p> <p>(問) 「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)による改正後の「基本診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第62号)において、「令和5年12月31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1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3の3の7の(1)に該当するものとみなす。」とされたが、当該届出を行った保険医療機関において、令和5年12月31日までに、電子情報処理組織の使用による請求が開始されていない場合について、どのように考えればよいか。 (令5.1.31「歯科」問1)</p> <p>(答) 令和5年12月31日時点で電子情報処理組織の使用による請求が開始されていない場合については、届出時点で医療情報・システム基盤整備体制充実加算の要件を満たさなかったものとして取り扱う。</p> <p>(問) 問1【上記】について、「電子情報処理組織の使用による請求を開始」とは、どのような状況を指すのか。 (令5.1.31「歯科」問2)</p> <p>(答) 「保険医療機関又は保険薬局に係る光ディスク等を用いた費用の請求等に関する取扱いについて」(平成18年4月10日保総発第0410第1号(最終改正;令和3年12月3日保連発1203第1号))別添「電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領の別添1 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出【941頁参照】」を審査支払機関に提出していればよい。</p>	
606	上から2行目	(平20.3.5 厚生労働省告示第62号) (最終改正;令4.9.5 厚生労働省告示第270号) ※令和4年9月の追補による修正後の記述	(平20.3.5 厚生労働省告示第62号) (最終改正;令5.1.31 厚生労働省告示第17号)
625	左段上から12行目後	<p>※以下を追加する。</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 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。 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。 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>	
635	左段上から13行目後	<p>※以下を追加する。</p> <p>三十一 令和5年12月31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1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>	
641	上から2行目	(令4.3.4 保医発0304第2号)	(令4.3.4 保医発0304第2号)

		(最終改正; 令4.9.5 保医発0905 第1号) ※令和4年9月の追補による修正後の記述	(最終改正; 令5.1.31 保医発0131 第5号)
647	左段上から 4行目	<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</p> <p>(1) 【中略】</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>※令和4年9月の追補による修正後の記述</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</p> <p>(1) 【中略】</p> <p>(4) <u>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>(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。</p> <p>(2) <u>なお、1の(4)の届出は、別添7の様式2の5 【本追補20頁掲載】を用いること。</u></p> <p>(3) <u>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>【編注 以下、令和5年1月31日 医療課事務連絡「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」より、本施設基準の届出に関する記述を抜粋；</p> <p>1. 届出方法について</p> <p><u>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 【中略】を記入の上、原則電子ファイルにて onlineiseiky@mhllw.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。</u></p> <p><u>https://www.mhllw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00044.html</u></p> <p>2. 届出期間について</p>

			<p>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。</p> <p>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。】</p>
695	左段下から 9行目	<p>2 届出に関する事項</p> <p>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。</p>	<p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>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。</p> <p>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>
724	下段	※本追補20頁の様式を追加する。	
732	上から2行 目	(平20.3.5 厚生労働省告示第63号) (最終改正;令4.3.4 厚生労働省告示第56号)	(平20.3.5 厚生労働省告示第63号) (最終改正;令5.1.31 厚生労働省告示第18号)
736	右段上から 25行目後	<p>※以下を追加する。</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っ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>	
745	上から2行目	(令4.3.4 保医発0304第3号)	(令4.3.4 保医発0304第3号) (最終改正;令5.1.31 保医発0131第5号)
763	右段上から3行目	<p>2 届出に関する事項</p> <p>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>(6) 「注11【注9】」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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>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>なお、「注11【注9】」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。</p> <p>第36の4 一般名処方加算</p> <p>1 一般名処方加算に関する施設基準</p> <p>「注9【注7】」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。</p> <p>2 届出に関する事項</p>

(別添2)

オンライン資格確認導入の補予届出書

I. 保険医療機関・薬局の基本情報

① 名称	② 電話番号(NAI/FAXなし)
③ 所在地	(都道府県)
④ 保険機関コード	(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補予類型

- ・第1号: 令和5年2月未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
・第2号	作業完了見込み時期 (遅くとも2023年9月末)	西暦	年	月	月
・第3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)	西暦	年	月	日
・第4号	訪問診療のみを実施する保険医療機関である。(1)はい	西暦	年	月	日
・第5号	特に困難な事情として、右の状況にある。	西暦	年	月	日

- ・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号と同程で特に困難な事情がある場合(※以下に具体的な内容を記載)

・第6号

上記のとおり届け出ます。

西暦 年 月 日

開設者名

厚生(支)局長 殿

(住所)

「注9【注7】」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。

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

(記入等に当たった際の留意点)

・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経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)、点検番号(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

・【点検番号】 医科 1、歯科 3、調剤(薬局) 4
 ・⑤欄には「第1号～第6号」のうち届け出る種別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いない(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「イ」の条件を満たす項目と同様の事情を複数掲げている場合(「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要する場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欄で回答した種別に応じた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ります。