

施設基準等の事務手引（令和4年4月版） 追補(3)

令和5年（2023年）3月 社会保険研究所

以下の告示、通知、事務連絡等により、本書の内容に一部改正、訂正、追加情報等がありましたので、追補いたします。

- 令和4年11月30日 保医発1130第2号 「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」等の一部改正について
- 令和4年12月7日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 令和4年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて
- 令和4年12月21日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その35）
- 令和5年1月12日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その37）
- 令和5年1月13日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その39）
- 令和5年3月7日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 令和5年度における外来データ提出加算等の取扱いについて
- 令和5年3月10日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 令和4年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて
- 令和5年3月13日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて
- 令和5年3月14日 厚生労働省告示第70号 使用薬剤の薬価（薬価基準）及び特掲診療料の施設基準等の一部を改正する告示

〔令和5年4月1日からの診療報酬の特例措置関係〕

- 令和5年1月31日 厚生労働省告示第16号 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17号 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18号 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件
- 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、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
- 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ついて
- 厚生労働省保険局医療課事務連絡 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
- 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

目 次

診療報酬の特例措置と新規項目

- 1** 令和5年4月1日からの診療報酬の特例措置
 - ①** 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（令和5年4月～12月実施） 2
 - 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（令和5年4月～12月実施） 12
 - (1) 一般名処方加算 12
 - (2) 後発医薬品使用体制加算・外来後発医薬品使用体制加算 13
 - (3) 地域支援体制加算（調剤） 15
- 2** 医療材料の保険適用 17

既存項目の告示・通知・事務連絡等による改正・疑義解釈資料の追加等

- 3** 項目新設等に伴う改正等 18
- 4** Q & A（疑義解釈資料） 30
- 5** 経過措置の取扱い 33
- 6** その他の関係事務連絡 37

1 令和5年4月1日からの診療報酬の特例措置

オンライン資格確認に伴うマイナンバーカードを用いない場合の診療情報取得に係る医療機関等の負荷・手間を考慮し、オンライン資格確認等システムの導入・普及を徹底していく観点及び医薬品の供給が不安定ななか、患者への適切な薬剤処方の実施や薬局の地域における協力を促進等していく観点から、令和5年（2023年）4月から12月まで診療報酬・調剤報酬について特例措置が講じられることになりました。

令和5年4月1日からの診療報酬等の特例措置についての詳しい解説は、[Web医療と介護](#)を参照ください。

医科の令和5年度特例措置——初診時の加算を見直し、再診時について新たに評価

<https://info.shaho.co.jp/iryou/column/202302/15219>

歯科の令和5年度特例措置——歯科初診料の加算を見直し、歯科再診料を新たに評価

<https://info.shaho.co.jp/iryou/column/202302/15213>

調剤報酬の令和5年度特例措置——医薬品安定供給に資する取組みに応じて地域支援体制加算をさらに評価

<https://info.shaho.co.jp/iryou/column/202302/15212>

中医協がオンライン導入の原則義務付けの経過措置や診療報酬引上げを答申（12月23日）

<https://info.shaho.co.jp/iryou/trend/202212/15077>

① 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（令和5年4月～12月実施）

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、令和4年（2022年）10月に新設された「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」（[追補（2）](#)参照）について、令和5年（2023年）4月から12月までの9か月間、特例措置として、初診時（初診料）・調剤時（調剤管理料）の評価が見直されるとともに、再診時（再診料・外来診療料）の評価が新設されることとなりました（医療情報・システム基盤整備体制充実加算3）。再診時の具体的な対応として、薬剤情報の確認や、その他必要に応じて健診情報等の確認を行う旨が規定されています。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算3は、加算1・2と同じ施設基準を満たす保険医療機関で算定できます（届出は、不要です）。

[A000／歯科A000 初診料] [A001／歯科A002 再診料] [A002 外来診療料]

			現行（令和4年10月～）	特例措置（令和5年4月～12月）
初診	マイナンバーカードを利用しない場合	加算1	4点	6点
	診療情報等の取得に同意しない場合			
	診療情報提供書（紹介状）持参なしの場合	加算2	2点	
	マイナンバーカードを利用する場合			
	診療情報提供書（紹介状）持参ありの場合			2点
再診	マイナンバーカードを利用しない場合	加算3	加算なし	2点 新設
	診療情報等の取得に同意しない場合			
	診療情報提供書（紹介状）持参なしの場合		加算なし	
	マイナンバーカードを利用する場合			
	診療情報提供書（紹介状）持参ありの場合			加算なし
算定限度			月1回	月1回

[調剤10の2 調剤管理料]

			現行（令和4年10月～）	特例措置（令和5年4月～12月）
調剤 (薬局)	マイナンバーカードを利用しない場合	加算1	3点	4点
	診療情報等の取得に同意しない場合			
	マイナンバーカードを利用する場合	加算2	1点	1点
算定限度			6月に1回	6月に1回

※適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局を除く

あわせてオンライン請求をさらに普及する観点から、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、令和5年12月31日までの間に限り、「オンライン請求を行っていること」の要件を満たすものとみなされ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定できることとなりました。

令和5年12月31日までにオンライン請求を開始する旨の届出についての主な取扱いは、次のとおりです。

届出様式	「医療情報・システム基盤整備体制充実加算のオンライン請求要件に係る特例措置について」よりダウンロード https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00044.html		
	保険医療機関	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（様式2の5）〔Excel〕	
	保険薬局	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（様式86）〔Excel〕	
届出方法	online-seikyu@mhlw.go.jp あてにエクセルファイルを送付 ※ファイル名の最初に「保険医療機関コード（7桁の数字）」を記入		
届出期限	令和5年4月診療分	令和5年3月1日から令和5年4月10日まで ※原則令和5年3月31日までに届出	
	令和5年5月診療分～令和5年12月診療分	算定を行う月の前月最初の開庁日の翌日から当月最初の開庁日まで	

A000 初診料 / A001 再診料 / A002 外来診療料

施設基準告示 第三・三の七 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準

- (1) 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を行っていること。**【経過措置三十一】**
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (2)の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

施設基準告示 第十五 経過措置

新設

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。

取扱い通知 別添1 第1の8 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) 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。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (3) 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

新設

- (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。

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。

新設

- (2) なお、1の(4)の届出は、別添7の様式2の5【→本追補10枚目】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。

● A000 初診料

診療報酬

注15 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、**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。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、**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点を所定点数に加算する。

（経過措置）

新設

- 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。

留意事項通知

新設

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。

● A001 再診料

診療報酬

新設

注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っては、この限りでない。

（経過措置）

新設

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。

留意事項通知

新設

(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。

新設

(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

診療報酬

新設

注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っては、この限りでない。

（経過措置）

新設

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。

留意事項通知

新設

(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。

新設

(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。

● 歯科A000 初診料

診療報酬

注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。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、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点を所定点数に加算する。

(経過措置)

新設

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。

留意事項通知

新設

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。

● 歯科A002 再診料

診療報酬

新設

注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。

(経過措置)

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。

留意事項通知

新設

(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。

新設

(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。

調剤10の2 調剤管理料

施設基準告示 第十五・九の五 調剤管理料の注6に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準

- (1) 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を行っていること。【経過措置四】
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (2)の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

施設基準告示 第十七 経過措置

新設

四 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。

取扱い通知 別添1 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) 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。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行う必要があることに留意すること。
- (3) 次に掲げる事項について、当該保険薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該保険薬局に来院した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤等を行うこと。

新設

(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。

新設

- (2) なお、1の(4)の届出は、別添2の様式86【→本追補11枚目】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。

● 調剤10の2 調剤管理料

診療報酬

注6 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（注3【重複投薬・相互作用等防止加算→1547頁】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、**医療情報・システム基盤整備体制充実加算1**として、6月に1回に限り3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患者に係る薬剤情報を取得等した場合には、**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点を所定点数に加算する。

（経過措置）

新設

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。

留意事項通知

新設

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。

※特例措置に伴う改正については、上記のほか新旧対照（本追補18枚目～）を参照ください。

関係事務連絡 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

「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5年1月31日・厚生労働省保険局医療課事務連絡〈別紙1〉）

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。

関係事務連絡 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

（令和5年1月31日・厚生労働省保険局医療課事務連絡）

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、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。

疑義解釈資料 令和4年改定 「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）より

【医科・歯科】

問1 「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。

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。

問2 問1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。

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を審査支払機関に提出していればよい。

問3 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。

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。
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。

問4 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を行った結果、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。

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。

【医科】

問5 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医師が情報通信機器を用いて再診を行う場合、往診及び訪問診療で再診を行う場合は算定できるか。

答 算定できない。

【歯科】

問3 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。

答 差し支えない。

問6 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3の算定にあたっては、「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。」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。

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。

問7 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。

答 算定できない。

【調剤】

問1 「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）による改正後の「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）において、「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薬局については、同日までの間に限り、第15の9の5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薬局において、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。

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。

問2 問1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。

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を審査支払機関に提出していればよい。

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	☐ 病院 ☐ 医科診療所 ☐ 歯科診療所
現在の請求方法	☐ 光ディスク等 ☐ 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

☐ 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

三

様式86

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

保険薬局名	
保険薬局コード	
現在の請求方法	☐ 光ディスク等 ☐ 紙レセプト
住所	
届出年月日	令和5年 月 日

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)第十七の四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

☐ 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

〒

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（令和5年4月～12月実施）

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、令和5年（2023年）4月から12月までの9か月間、特例措置が講じられることとなりました。

※特例措置に伴う改正については、下記のほか新旧対照（本追補18枚目～）を参照ください。

(1) 一般名処方加算

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、一般名処方加算の評価が見直されました。
新設された施設基準を満たす保険医療機関で、特例措置の点数を算定できます（届出は、不要です）。

[F400／歯科F400 処方箋料]

	現行	特例措置（令和5年4月～12月）
一般名処方加算1 （後発医薬品が存在するすべての医薬品が一般名処方されている場合）	7点	9点
一般名処方加算2 （交付した処方箋に1品目でも一般名処方が含まれている場合）	5点	7点

	特例措置（令和5年4月～12月）
施設基準	〇薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合、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、見やすい場所に掲示

銘柄名処方	一般名処方
原則、当該銘柄を用いて調剤	有効成分が同一であれば、どの医薬品も調剤可能
〇〇〇錠 20mg 2錠 （銘柄名＋剤形＋含量） 1日2回 朝食後・就寝前 ○日	【般】 ファモチジン錠 20mg 2錠 （一般的名称＋剤形＋含量） 1日2回 朝食後・就寝前 ○日分

投薬 F400・注9 歯科F400・注7

一般名処方加算の特例措置 新 特

施設基準告示 第七・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

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。

取扱い通知 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。

診療報酬

注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

（経過措置）

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。

留意事項通知

(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。

※歯科F400・注7の診療報酬は、本追補27枚目を参照

(2) 後発医薬品使用体制加算・外来後発医薬品使用体制加算

後発医薬品使用体制加算（1047頁）、外来後発医薬品使用体制加算（1047頁）について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の推進を図りながら、医薬品の安定供給に資する取り組みを実施する場合の評価が見直されました。

後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算を届け出ている保険医療機関で、追加された施設基準も満たす場合に、特例措置の点数を算定できます（届出は、不要です）。

[A243／歯科A243 後発医薬品使用体制加算]

	後発医薬品の調剤数量割合	現行	特例措置（令和5年4月～12月）
後発医薬品使用体制加算1	90%以上	47点	67点
後発医薬品使用体制加算2	85%以上	42点	62点
後発医薬品使用体制加算3	75%以上	37点	57点

※入院期間中1回、入院初日に算定

[F100／歯科F100 処方料]

	後発医薬品の調剤数量割合	現行	特例措置（令和5年4月～12月）
外来後発医薬品使用体制加算1	90%以上	5点	7点
外来後発医薬品使用体制加算2	85%以上	4点	6点
外来後発医薬品使用体制加算3	75%以上	2点	4点

特例措置（令和5年4月～12月）		
	後発医薬品使用体制加算	外来後発医薬品使用体制加算
施設基準※	① 「後発医薬品使用体制加算」届出保険医療機関 ② 医薬品の供給が不足した場合に、治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制 ③ ②の体制に関する事項、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、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、見やすい場所に掲示	① 「外来後発医薬品使用体制加算」届出診療所 ② 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 ③ ②の体制に関する事項、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、変更する場合には患者に十分に説明することについて、見やすい場所に掲示

※後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算の施設基準にあらたに追加

A243 歯科A243 後発医薬品使用体制加算

施設基準告示 第八・三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準

新設

(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【A243→373頁】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。

取扱い通知 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

新設

- (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【→374頁】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

〔略〕

新設

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。

診療報酬

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 |

（経過措置）

新設

- 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。

留意事項通知

(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、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。

F100 歯科F100 処方料

施設基準告示 第七・四 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準

新設

- (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
- イ 外来後発医薬品使用体制加算【F100・注11→1052頁】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、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。
 - 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。

取扱い通知 第36の3 外来後発医薬品使用体制加算

1 外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準

新設

- (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【→1052頁】のほか、以下の基準を満たすこと。
- 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。
 - 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。
 - 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。

2 届出に関する事項

〔略〕

新設

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。

診療報酬

新設

注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

(経過措置)

新設

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。

留意事項通知

新設

(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。

※歯科F100・注9の診療報酬は、本追加27枚目を参照

(3) 地域支援体制加算(調剤)

地域医療への貢献の観点から、地域支援体制加算(1531頁)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り組みを実施する場合の要件及び評価が見直されました。

地域支援体制加算と後発医薬品調剤体制加算を届け出ている保険薬局で、追加の施設基準も満たす場合に、特例措置の点数を算定できます(届出は、不要です)。

[調剤00 調剤基本料]

		現行	特例措置(令和5年4月～12月)	
			後発医薬品調剤体制加算1または2を算定	後発医薬品調剤体制加算3を算定
調剤基本料1を算定	地域支援体制加算1	39点	40点	42点
	地域支援体制加算2	47点	48点	50点
調剤基本料1以外を算定	地域支援体制加算3	17点	18点	20点
	地域支援体制加算4	39点	40点	42点

※特別調剤基本料を算定している場合は、100分の80に相当する点数を加算

		特例措置(令和5年4月～12月)
施設基準※	① 「地域支援体制加算」届出保険薬局	② 「後発医薬品調剤体制加算」届出保険薬局
	③ 地域の保険医療機関・同一グループではない保険薬局に対する在庫状況の共有、医薬品融通など※を実施	
		※取り組みの例
		●地域の薬局間での医薬品備蓄状況の共有と医薬品の融通
		●医療機関への情報提供(医薬品供給の状況、自局の在庫状況)、処方内容の調整
		●医薬品の供給情報等に関する行政機関(都道府県、保健所等)との連携
		④ ③の取り組みを実施していることについて見やすい場所に掲示

※地域支援体制加算の施設基準にあらたに追加

施設基準告示 第十五・四 地域支援体制加算の施設基準

新設

(5) 調剤基本料の注12に規定する施設基準

- イ 地域支援体制加算【調剤00・注5→1532頁】に係る届出を行っている保険薬局であること。
- ロ 後発医薬品調剤体制加算【調剤00・注7→1548頁】に係る届出を行っ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っていること。
- 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。

取扱い通知 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

新設

- (25) 「注12」の加算を算定する場合には、上記(1)から(24)まで【→1532頁】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。

診療報酬

新設

注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【→1532頁】に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2【特別調剤基本料】に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局【→1520頁】において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80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

（経過措置）

新設

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。

留意事項通知

〔略〕

新設

なお、「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、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。

疑義解釈資料

令和4年改定

「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〈別添4〉）より

問3 今般の地域支援体制加算に係る特例措置において、「当該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。）に対して在庫状況の共有、医薬品の融通などを行っていること」が施設基準として設けられているが、どのような取組が求められているのか。

答 施設基準で求められる取組としては、後発医薬品の使用促進を図りながら、地域の保険医療機関・保険薬局との連携の下で、薬局で必要な調剤を行うための情報共有や医薬品の融通、医師との処方内容の調整など、医薬品の安定供給に資する対応である。具体的には、地域の実情に応じて対応すべきものであり、例えば、次に掲げる取組が考えられるが、現下の不安定な医薬品供給の状況を踏まえれば、このような取組は、自薬局の周辺地域の保険医療機関や同一グループ以外の保険薬局と連携すべきものであり、地域における開かれた取組であることが求められる。また、この観点から、災害時の医薬品供給の対応のように、都道府県、保健所等の行政機関を介した情報共有等の連携体制に参加する取組も今回の対応として有用であると考えられる。

（例）

- ・地域の薬局間での医薬品備蓄状況の共有と医薬品の融通
- ・医療機関への情報提供（医薬品供給の状況、自局の在庫状況）、処方内容の調整
- ・医薬品の供給情報等に関する行政機関（都道府県、保健所等）との連携

なお、特例措置は時限的なものであるが、上記のような地域における取組を促し、それを定着させるための措置であることを踏まえると、特例措置が終了した後でもこのような取組を継続して行うべきものであること。

関係事務連絡 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

「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5年1月31日・厚生労働省保険局医療課事務連絡〈別紙2〉）

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ができることで、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する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）時限的に適用する。

※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。

【2】 医療材料の保険適用

令和4年（2022年）12月1日から新たな医療材料が保険適用されています。本書に関連する項目は、次のとおりです。

○ アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテル

【概要】

点数	24,720点（「K548・1 高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの」の所定点数を準用）
対象	「K548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）」届出保険医療機関
医療機関	複数の高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルを設置 または1種類のみの高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの導入施設で過去2年間25例以上の使用実績

【関係通知】

留意事項通知【本書1245頁「K548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）」に係る留意事項通知に以下を追加】

- (3) アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルを用いて経皮的冠動脈形成術を施行する場合には、本区分の「1」の高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるものに掲げる所定点数を準用して算定する。なお、区分番号「K548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）」に関する施設基準に係る届出を行っており、かつ既に複数の高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルを設置している又は1種類のみの高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの導入施設で過去2年間25例以上の使用実績のある保険医療機関で使用された場合のみ算定できる。 ㊦
- (4) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K546」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K547」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K548」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「K549」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。 ㊦
 - ア 過去の実施時期
 - イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル、アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数
 - ウ 今回、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）を実施する理由及び医学的根拠
- (5) 経皮的冠動脈形成術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。 ㊦

3 項目新設等に伴う改正等

○ 新旧対照

（令和5年4月からの特例措置に関する変更点については、**太い点線の下線**または**特**印を付しました）
（二重下線は、令和4年10月改定による変更点です（**追補(2)**参照））

頁	該当箇所	改正前	改正後
基本診療料の施設基準等			
初・再診料			
33	診療報酬 A000 初診料	右欄 上から 14行目	注14
34		右欄 下から 1行目	注15
36	診療報酬 A001 再診料	左欄 上から 13行目	注17
		右欄 上から 4行目	注18
37		右欄 下から 1行目	注18
	診療報酬 A002 外来診療料	右欄 上から 2行目	注10
		右欄 下から 1行目	注10

頁	該当箇所	改正前	改正後
			あつては、この限りでない。 【経過措置】 ㊦ ㊧ (経過措置) 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。 ㊦ ㊧
入院基本料等加算			
【47】 A243 後発医薬品使用体制加算			
374	施設基準告示	上から12行目	〔次行に追加する〕 (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。
	取扱い通知	右欄下から4行目	〔次行に追加する〕 (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。
		右欄下から3行目	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。 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。

頁	該当箇所	改正前	改正後
375	診療報酬	左欄 下から 2行目	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。
			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。【経過措置】</u> 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 （経過措置） 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。 ㊦ ㊧
	留意事項通知	左欄 下から 3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。
			(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。

頁	該当箇所	改正前	改正後
歯科の初・再診料			
640	診療報酬 歯科A000 初診料	右欄 上から 4行目	〔次行に追加する〕 (経過措置) 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。 ㊦ ㊧
	診療報酬 歯科A002 再診料	右欄 下から 15行目	注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。 注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。 <u>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。</u>
641		右欄 下から 1行目	〔次行に追加する〕 注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であっても、この限りでない。【経過措置】 ㊦ ㊧ (経過措置) 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。 ㊦ ㊧
特掲診療料の施設基準等			
医学管理等			
【21】 B001-2・注4 小児抗菌薬適正使用支援加算〔小児科外来診療料〕			
769	診療報酬	左欄 下から 7行目	注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、 <u>注10及び注15</u> に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5 <u>及び</u> 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 <u>及び注9</u> に規定する加算 注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、 <u>注10及び注15</u> に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、 <u>注6 <u>及び注18</u></u> に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8 <u>から注10まで</u> に規定する加算
【26】 B001-2-7 歯科B004-1-6 外来リハビリテーション診療料			
778	診療報酬 B001-2-7	右欄 上から 3行目	注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 <u>(注15に規定する加算を除く。)</u> 、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。 注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 <u>(注15に規定する加算を除く。)</u> 、区分番号A001に掲げる再診料 <u>(注18に規定する加算を除く。)</u> 、区分番号A002に掲げる外来診療料 <u>(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、算定しない。

頁	該当箇所	改正前	改正後
778	診療報酬 B001-2-7	右欄 下から 6行目	注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。
779	留意事項通知	右欄 下から 1行目	〔次行に追加する〕(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」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。㊦ ㊧
	診療報酬 歯科B004-1-6	右欄 上から 3行目	注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。
		右欄 下から 5行目	注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。
【27】 B001-2-8 歯科B004-1-7 外来放射線照射診療料			
780	診療報酬 B001-2-8	右欄 上から 3行目	注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。
781	留意事項通知	右欄 下から 1行目	〔次行に追加する〕(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」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。㊦ ㊧

頁	該当箇所		改正前	改正後
781	診療報酬 歯科B004-1-7	右欄 上から 4行目	注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。	注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。
【28】 B001-2-9 地域包括診療料				
784	診療報酬	左欄 上から 3行目	注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	注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
785	留意事項通知	右欄 下から 1行目	〔次行に追加する〕	(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。 ㊦ ㊧
【29】 B001-2-10 認知症地域包括診療料				
786	診療報酬	左欄 下から 8行目	注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	注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
	留意事項通知	右欄 下から 1行目	〔次行に追加する〕	(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。 ㊦ ㊧
【30】 B001-2-11 小児かかりつけ診療料				
789	診療報酬	左欄 下から 3行目	注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	注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
【31】 B001-2-12 歯科B004-1-8 外来腫瘍化学療法診療料				
793	診療報酬 B001-2-12	左欄 上から 10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A000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A001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A002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B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。	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A001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A002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B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。

頁	該当箇所	改正前	改正後
794	診療報酬 歯科B004-1-8	左欄 上から 10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。
在宅医療			
【付】 在宅医療に規定する患者等			
947	施設基準告示 別表第九	右欄 下から 1行目	ボソリチド製剤 エレヌマブ製剤 アバロパラチド酢酸塩製剤 カプラシズマブ製剤 乾燥濃縮人C1-インアクチペーター製剤 フレマネズマブ製剤 メトトレキサート製剤 〔追補(2)で追加〕
投薬			
□ F100/F400 処方料 処方箋料			
1047	診療報酬 F100 処方料	右欄 下から 1行目	注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。【経過措置】 ㊦ 特 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 （経過措置） 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。 ㊦ 特
1049	留意事項通知	右欄 下から 1行目	〔次行に追加する〕 (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。 ㊦ 特

頁	該当箇所	改正前	改正後
1050	診療報酬 F400 処方箋料	右欄 下から 1行目	〔次行に追加する〕 注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。【経過措置】 ㊦ ㊧ イ 一般名処方加算1 9点 ロ 一般名処方加算2 7点 (経過措置) 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。 ㊦ ㊧
	留意事項通知	左欄 下から 3行目	〔次行に追加する〕 (12) 「注7」に規定する一般名処方加算は、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。 なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。 また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱い【内服薬の種類】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。
		右欄 下から 1行目	〔次行に追加する〕 (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。 ㊦ ㊧

頁	該当箇所	改正前	改正後
【2】 F100・注9 歯科F100・注9 外来後発医薬品使用体制加算			
1052	施設基準告示	上から12行目	〔次行に追加する〕 (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 ⑧ 特 イ 外来後発医薬品使用体制加算【F100・注11】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、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。 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。
1053	取扱い通知	右欄下から4行目	〔次行に追加する〕 (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。 ⑧ 特 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。 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。 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。
		右欄下から3行目	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。 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。 <u>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。</u>
手術			
【1-10-12】 K598 両心室ペースメーカー移植術			
1255	留意事項通知	左欄上から3行目	(1) 両心室ペースメーカー移植術は、左右の心室を電氣的に刺激することにより、重症心不全患者の心臓リズムを補正すると同時に、左右の心室間伝導障害を軽減し、血行動態を改善することを目的に実施されるものであり、十分な薬物治療にもかかわらず改善のみられないQRS幅120ms以上及び左室駆出率35%以下の重症心不全に対して、症状の改善を目的に行われた場合に算定する。 (1) 両心室ペースメーカー移植術は、左右の心室を電氣的に刺激することにより、重症心不全患者の心臓リズムを補正すると同時に、左右の心室間伝導障害を軽減し、血行動態を改善することを目的に実施されるものであり、 <u>次のいずれかの心不全</u> に対して、 <u>治療が行われた場合に算定する。</u> <u>ア</u> 十分な薬物治療にもかかわらず改善のみられないQRS幅120ms以上及び左室駆出率35%以下の <u>NYHAクラスⅢ又はⅣ（中等度、重度）の心不全患者の</u> 症状改善

頁	該当箇所		改正前	改正後
				イ 至適薬物療法が行われているペースメーカーの適応及び高頻度に心室ペーシングに依存することが予想される左室駆出率50%以下の患者の症状改善又は心不全進行（増悪）遅延
歯科・投薬				
1477	診療報酬 歯科F100 処方料	右欄 上から 9行目	〔次行に追加する〕	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。【経過措置】 ㊦ ㊧ 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 （経過措置） 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。 ㊦ ㊧
1478	診療報酬 歯科F400 処方箋料	右欄 下から 1行目	〔次行に追加する〕	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。【経過措置】 ㊦ ㊧ イ 一般名処方加算1 9点 ロ 一般名処方加算2 7点 （経過措置） 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。 ㊦ ㊧
調剤				
【1】調剤00 調剤基本料				
1517	診療報酬 調剤00 調剤基本料	右欄 下から 1行目	〔次行に追加する〕	注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【特別調剤基本料】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に相当する点数）を所定点数に加算する。【経過措置】 ㊦ ㊧ 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

頁	該当箇所	改正前	改正後
			(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 (経過措置) 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。 ㊦ ㊧
1517	留意事項通知	右欄下から4行目 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。<u>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。</u>	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。<u>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。</u> <u>なお、「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、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。</u>

頁	該当箇所	改正前	改正後
1518	留意事項通知 調剤00 調剤基本料	右欄 上から 9行目	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。
【1-(4)】調剤00・注15 地域支援体制加算			
1532	施設基準告示	下から 1行目	〔次行に追加する〕 (5) 調剤基本料の注12に規定する施設基準 ㊦ ㊧ イ 地域支援体制加算に係る届出を行っている保険薬局であること。 ロ 後発医薬品調剤体制加算【調剤00・注7→1548頁】に係る届出を行っ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っていること。 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。
1536	取扱い通知	左欄 上から 21行目	〔次行に追加する〕 (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。
【7】調剤15 在宅患者訪問薬剤管理指導料			
1565	診療報酬	右欄 下から 5行目	平成24年 〔追補(2)で改正〕 1. 平成24年
各地方厚生(支)局・都府県事務所等一覧			
1622	関東信越厚生局 千葉事務所	【令和5年(2023年)3月20日(月)移転】	
	所在地	〒260-0013 千葉市中央区中央3-3-8 日進センタービル7階	〒260-0024 千葉市中央区中央港 1-12-2 千葉港湾合同庁舎5階
	電話番号	043-379-2716	043-382-8101 (審査課)

4 Q & A（疑義解釈資料）

疑義解釈資料（その35・37・39）（厚生労働省保険局医療課事務連絡）により、施設基準の取扱い等が示されています（施設基準に関連する疑義解釈資料の概要は次のとおりです（取扱いは事務連絡を参照））。

B001・32 一般不妊治療管理料		
年間実施件数	新規届出については、届出前6月以内の実施件数が10例以上であれば届出可	その37・問8
	保険医療機関の新規開設の場合、診療実績を除く項目を記入のうえ届出を行った場合に限り、届出月から最大6か月、算定可	その37・問9
歯科D011-3 咬合圧検査		
歯科用咬合力計	「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」（令和4年12月 日本歯科医学会）を参照	その35・問1

疑義解釈資料**756頁 医学管理等【17】 B001・32 一般不妊治療管理料 / B001・33 生殖補助医療管理料**

その37（令和5年1月12日・事務連絡）

【患者及びパートナーへの説明・同意について】

問1 一般不妊治療管理料や生殖補助医療管理料の算定要件のうち、治療計画に係る患者及びパートナーへの説明・同意の取得について、どのように考えればよいか。

答 「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日付け事務連絡。以下、「3月31日事務連絡」という。）別添2問8【→759頁】、問9【→759頁】及び問30【→760頁】を参照すること。

【一般不妊治療管理料】

問8 区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料の施設基準において、「当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。」とされているが、保険医療機関が当該管理料の新規届出を行う場合について、どのように考えればよいか。

答 保険医療機関が当該管理料について新規届出を行う場合については、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数である10例以上であれば届出可能。

問9 問8において、保険医療機関を新規に開設し診療実績がない場合については、どのように考えればよいか。

答 新規に医療機関を開設し診療実績がない場合については、様式5の11【→847頁】の診療実績を除く項目を記入の上、届出を行った場合に限り、当該様式を届け出た日の属する月から最大6か月の間は、当該管理料を算定可能とする。6か月を超えて当該管理料を算定する場合は、改めて届出を行うこと。なお、再度の届出にかかる診療実績の考え方については、問8のとおり。

【生殖補助医療管理料】

問2 当該患者又はそのパートナーのうち女性の年齢が生殖補助医療の開始日において43歳未満である場合に限るとされているが、42歳の時点で治療を開始し、治療中に43歳となった場合については、保険診療で実施可能か。

答 治療中に43歳に達した場合であっても、43歳に達した日を含む1回の治療（胚移植を目的とした治療計画に基づく一連の治療をいう。）については保険診療で実施可能。

問6 3月31日事務連絡別添2問37【→761頁】の例において、A病院で生殖補助医療に係る計画的な医学管理を行っている患者に対し、当該計画に基づき、Bクリニックが診療及び自己注射に関する指導管理を行った場合、Bクリニックにおいて生殖補助医療管理料は算定可能か。また、Bクリニックにおいて初診料又は再診料、処置、検査又は投薬等に係る項目、及び在宅自己注射指導管理料については算定可能か。

答 生殖補助医療管理料は算定不可。また、初診料又は再診料、処置、検査又は投薬等に係る項目、及び在宅自己注射指導管理料については、要件を満たした場合にはそれぞれ算定可能。

947頁 医学管理等【付】 C101 在宅自己注射指導管理料

その37（令和5年1月12日・事務連絡）

問5 3月31日事務連絡別添2問37【→761頁】における「排卵準備等のための外来診療（頻度の高い投薬等）」について、Bクリニックが排卵誘発のための在宅自己注射に関する指導管理を行った場合も含まれるか。

答 含まれる。

1291頁 手術【1-13】-9】 K890-4 採卵術 / K917-3 胚凍結保存管理料

その37 (令和5年1月12日・事務連絡)

【採卵術】

問3 3月31日事務連絡別添2問47【→1294頁】について、医学的な判断により複数回採卵を実施する場合の「患者の身体的な負担にも配慮しつつ、必要な範囲内で実施すべき点に留意すること」の具体的な内容如何。

答 生殖補助医療管理料の算定要件に基づいて、少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について、それまでに実施された治療の結果等も踏まえて、適切に確認すること。また、少なくとも6月に1回以上、必要に応じて治療計画の見直しを適切に行うこと。

なお、治療計画の見直しを行った場合には、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得るとともに、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。

問4 問3において、治療計画の見直しが必要とされた場合、当該患者又はそのパートナーのうち女性の年齢が43歳である場合には、以降の診療についてはどのような取扱いとなるか。

答 女性の年齢が生殖補助医療の開始日において43歳以上となるため、保険診療の適用外となる。

【胚凍結保存管理料】

問7 3月31日事務連絡別添2問65【→1295頁】において、令和4年4月1日より前から凍結保存されている初期胚又は胚盤胞については、「2 胚凍結保存維持管理料」を算定することとされているが、その場合に当該管理料の算定期間はどのように考えるのか。

答 この場合においては凍結保存の開始日に関わらず、「2 胚凍結保存維持管理料」を算定した日から3年を限度として算定できる。

【保険外の診療の取扱い】

問10 保険診療により作成した凍結胚が残っている場合であっても、医学的判断により保険外の診療として、受精卵・胚に対する保険外の診療を実施する必要がある場合について、

① 保険診療により作成した凍結胚を用いずに、保険外の診療として改めて採卵から胚移植までの診療を行うことは可能であると考えてよいか。

② ①の場合、保険診療により作成した凍結胚について、「【K917-3】2 胚凍結保存維持管理料」を算定することは可能か。

答 それぞれ以下のとおり。

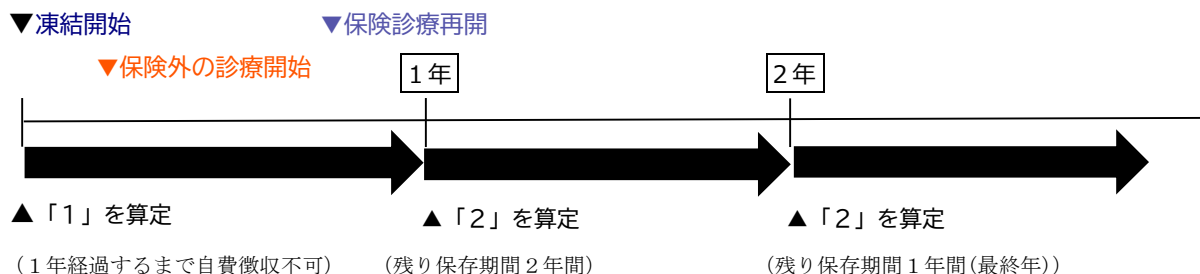
① よい。

② 「1 胚凍結保存管理料 (導入時)」の算定要件となる胚凍結保存の開始日から1年以内は、当該管理料による評価が行われているため、「2 胚凍結保存維持管理料」は算定不可。また、当該期間において患者及びそのパートナーに対し凍結保存及び必要な医学管理に関する費用負担を求めてはならない。

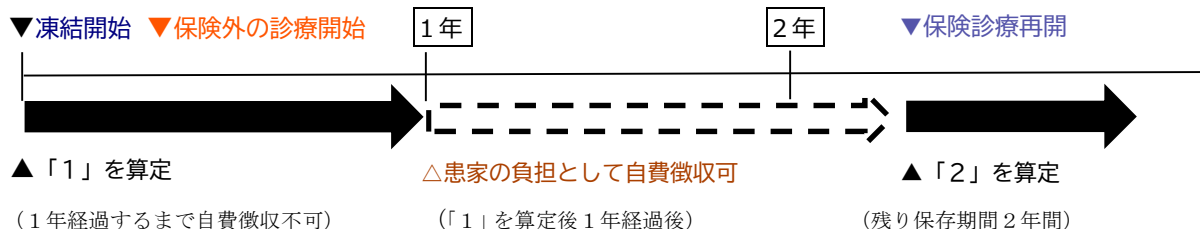
胚凍結保存の開始日から1年以上を経過した後、保険外の診療から保険診療へ再度移行する場合については、患者及びそのパートナーの次の不妊治療に向けた意向を確認の上、保険診療で治療計画を作成して生殖補助医療の受診を開始し、再度、算定要件を満たすこととなった時点から算定可。

※算定イメージ 【問10】

[1年を経過しない間に、保険診療を中断し、再開した場合]



[1年以上保険外の診療を行った場合]



問11 問10において、保険診療で得られた残余凍結胚は、その後保険診療を再開したときに保険診療として使用してよいか。

答 残余凍結胚に対しては保険外の診療が行われていないため可能。ただし、この場合であっても、回数制限に係る実施回数のカウントにおいては、以前の保険診療における実施回数も含まれる。

【その他】

問12 保険外の診療（先進医療等の保険外併用療養に該当しないもの）で不妊治療を行う際に、保険診療により作成した凍結胚を使用してよいか。また、年齢制限や、回数制限のため保険診療が終了し、以降は保険外の診療で不妊治療を継続する場合は、どのように考えるか。

答 生殖補助医療管理料において作成する治療計画では、保険診療において生殖補助医療を実施することを前提に、採卵術から胚移植術までの診療過程を記載することになるため、あらかじめ、保険外の診療で使用することを念頭に置いた採卵等に係る治療計画を作成することは認められず、保険診療で作成した凍結胚を保険外の診療で用いることは不可。

ただし、上記以外の事例であって、治療の経過によってやむを得ず、年齢制限や回数制限を超えた時点で凍結胚が残っている場合は、当該凍結胚を廃棄せず、以降の保険外の診療に使用することは差し支えない。

1470頁 歯科・検査【2】 歯科D011-3 咬合圧検査

その35（令和4年12月21日・事務連絡〈別添2・歯科〉）

問1 区分番号「D011-3 咬合圧検査」の施設基準通知において、「当該保険医療機関内に歯科用咬合力計を備えていること。」とあるが、具体的にどのようなものがあるか。

答 「「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」（令和4年12月日本歯科医学会）を参照すること。

1542頁 調剤【2】 調剤01 薬剤調整料

その39（令和5年1月13日・事務連絡〈別添2・調剤〉）
【自家製剤加算】

問1 新型コロナウイルスや季節性インフルエンザの感染拡大の状況において、解熱鎮痛薬、咽頭痛治療薬、鎮咳薬等（以下「解熱鎮痛薬等」という。）の需要が増加する一方、供給が限定されているため、保険薬局において、小児に対する解熱鎮痛薬等の処方に対応するに当たり、細粒、ドライシロップ等の製剤の不足している場合において、処方医と薬剤師が相談の上、錠剤を粉砕し、賦形剤を加えて、用法・用量に従って調剤した上で交付した場合、自家製剤加算を算定できるのか。

答 「医療用解熱鎮痛薬等の在庫逼迫に伴う協力依頼」（令和5年1月13日付け厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課事務連絡）の記の3において、細粒、ドライシロップ等の小児への投与に適した解熱鎮痛薬等の製剤が不足し、やむを得ない場合には、必要に応じて処方医と薬剤師が相談の上、錠剤を粉砕し乳糖などで賦形して散剤にするなどの取組についても考慮することとされていることから、当該事例において自家製剤加算を算定して差し支えない。なお、このような場合には、レセプトの摘要欄に「小児用の〇〇（注：当該薬剤の一般名）の不足のため」等のやむを得ない事情を記載すること。

また、この場合の薬剤料については、当該薬剤の実際の投与量に相当する分を請求するようにされた。

5 経過措置の取扱い

次の項目について、令和5年（2023年）4月1日以降も算定する場合、令和5年4月14日までに届出が必要です（取扱いは事務連絡を参照）。

A249・1 精神科急性期医師配置加算1
A300・注11 重症患者対応体制強化加算(救命救急入院料) A301・注6 重症患者対応体制強化加算(特定集中治療室管理料)
A308-3 地域包括ケア病棟入院料
E通則5 画像診断管理加算3 I002-3 救急患者精神科継続支援料 J038・注2・ロ 導入期加算2(人工腎臓)

関係事務連絡

令和4年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて

(令和5年3月10日・厚生労働省保険局医療課事務連絡)

基本診療料及び特掲診療料の施設基準並びにその届出に関する手続きについては、「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）、「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）により示しているところであるが、当該通知の第4表1【→21・690頁】及び表2【→22・692頁】に掲げる項目であって、その項目を令和5年〔2023年〕4月1日以降も引き続き算定する場合に届出が必要とされているもの等について別紙のとおり取りまとめたので、届出漏れ等が生じないよう、その取扱いについて遺漏なきようご対応をお願いしたい。

また、別紙の届出対象について、令和5年4月14日までに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ので、併せてご対応をお願いしたい。

なお、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い（その26）」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の1(2)【→1588頁】に該当する保険医療機関等については、1(2)に該当する前に満たしていた診療実績等に係る要件について、施設基準等を満たしていない場合であっても、直ちに施設基準を取り下げる必要はないことに留意されたい。ただし、その場合であっても、通知に基づき届出は行う必要がある。

令和5年3月31日まで経過措置の施設基準

(別紙)

令和5年4月1日以降も算定する場合に届出が必要なもの

○基本診療料

区分	項番	届出対象	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準	届出が必要な様式※
入院基本料等加算	1	精神科急性期医師配置加算1 【A249】	令和4年3月31日時点で旧医科点数表A311に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和5年3月31日までの間に限り、精神保健指定医配置に係る基準を満たしているものとする。【→412頁】	精神科急性期医師配置加算1	別添7の様式40の13
	2	精神科急性期医師配置加算1 【A249】	令和4年3月31日時点で現に精神科急性期医師配置加算1の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和5年3月31日までの間に限り、精神保健指定医配置に係る基準を満たしているものとする。【追補(2)→70枚目】	精神科急性期医師配置加算1	別添7の様式40の13
特定入院料	3	救命救急入院料の注11等に規定する重症患者対応体制強化加算 【A300・注11／A301・注6】	急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、A200-2 急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の7にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。【→439・450頁】	救命救急入院料の注11等に規定する重症患者対応体制強化加算	別添7の様式42の7
	4	地域包括ケア病棟入院料（一般病床に限る。） （令和4年4月1日以降に右記施設基準に関して別添7の様式50を届け出ている医療機関を除く） 【A308-3】	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間に限り、なお従前の例によることことができる。【→544頁】 ※在宅要件（在宅療養支援病院又は在宅療養後方支援病院、訪問看護ステーションにかかる要件）又は救急要件（第二次救急医療機関又は救急告示にかかる要件）のどちらかのみ満たしていればよい。	地域包括ケア病棟入院料	別添7の様式50

○特掲診療料

区分	項番	届出対象	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準	届出が必要な様式※
画像診断	5	画像診断管理加算3に関する施設基準【E通則5】	令和4年3月31日時点で画像診断管理加算3の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理に係る要件を満たしているものとする。【→1025頁】	画像診断管理加算3	別添2の様式32
精神科専門療法	6	救急患者精神科継続支援料【I002-3】	令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、人員配置に係る基準を満たしているものとする。【→1137頁】	救急患者精神科継続支援料	別添2の様式44の6
処置	7	人工腎臓にかかる導入期加算2【J038・注2・ロ】	令和4年3月31日時点で導入期加算2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、2の(2)のイ、ウ及びエの基準を満たしているものとする。【→1178頁】	人工腎臓にかかる導入期加算2	別添2の様式2の2

※医療機関の負担軽減等の観点から、施設基準毎の全届出様式の届出を求めるのではなく、必要最小限の様式の届出を求めるもの。

(参考)

令和5年4月1日以降も算定するに当たり注意が必要なもの等

○基本診療料

区分	項番	対象	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準
初再診療料	1	初診料の注2及び注3、外来診療料の注2及び注3に規定する保険医療機関【A000/A002】	紹介割合及び逆紹介割合の計算等については、令和5年4月1日から適用する。【→35・38頁】	初診料又は外来診療料
	2	連携強化加算【A000・注12/A001・注16】	令和5年3月31日までの間に限り、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の医療機関に対する、感染症の発生状況等の報告に係る要件を満たすものとする。【→48頁】	連携強化加算
入院基本料・特定入院料	3	地域一般入院基本料【A100・2】 専門病院入院基本料（13対1）【A105・3】 障害者施設等入院基本料【A106】 特殊疾患入院管理料【A306】 特殊疾患病棟入院料【A309】 緩和ケア病棟入院料【A310】 （全て許可病床数200床以上に限る）	令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床以上のものにあっては、令和5年3月31日までの間、データ提出加算に係る要件を満たすものとする。【→137・184・189・500・559・564頁】	地域一般入院基本料 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 （全て許可病床数200床以上に限る）
入院基本料等加算	4	急性期充実体制加算【A200-2】	外来を縮小する体制における、紹介割合・逆紹介割合の要件及び、紹介受診重点医療機関については、令和5年4月1日以降に適用するものとする。【→235頁】	急性期充実体制加算
	5	急性期充実体制加算	公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院について、令和5年3月31日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。【→235頁】	急性期充実体制加算
	6	診療録管理体制加算【A207】	令和4年3月31日において、現に診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が400床以上のものに限る。）については、令和5年3月31日までの間、専任の医療情報システム安全管理責任者の設置及び情報セキュリティに関する研修に係る要件を満たしているものとみなす。【→249頁】	診療録管理体制加算

区分	項番	対象	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準
入院基本料等加算	7	感染対策向上加算2【A200-2・2】	令和4年3月31日において、旧医科点数表A234-2の感染防止対策加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、専任の薬剤師及び専任の臨床検査技師の適切な研修に係る基準を満たすものとする。【→336頁】	感染対策向上加算2
	8	感染対策向上加算の注2に規定する指導強化加算【A200-2・注2】	令和5年3月31日までの間に限り、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていることに係る要件を満たすものとする。【→338頁】	感染対策向上加算の注2に規定する指導強化加算
	9	感染対策向上加算の注3に規定する連携強化加算【A200-2・注3】	令和5年3月31日までの間に限り、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況等の報告に係る要件を満たすものとする。【→338頁】	感染対策向上加算の注3に規定する連携強化加算
特定入院料	10	回復期リハビリテーション入院料5・6（旧点数）【A308】	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション入院料5又は6の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間に限り、改正前の点数表に従い算定を行うことができる。【→515頁】	回復期リハビリテーション病棟入院料5（新点数）
歯科	11	歯科点数表の初診料の注1【歯科A000・注1】	令和4年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、「歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。」「職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修を実施していること。」の基準を満たしているものとみなす。【→642頁】	歯科点数表の初診料の注1
	12	地域歯科診療支援病院歯科初診料【歯科A000・2】	令和4年3月31日において、現に歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、「歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。」の基準を満たしているものとみなす。【→645頁】	地域歯科診療支援病院歯科初診料

○特掲診療料

区分	項番	対象	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準
処置・手術	13	処置等の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準【J通則5/K通則12】	令和4年3月31日時点で時間外加算1等の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、当直回数の基準を満たしているものとする。【→1199頁】	処置等の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準
歯科	14	在宅療養支援歯科診療所1	令和4年3月31日において、現に在宅療養支援歯科診療所1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、「過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計18回以上算定していること。」の基準を満たしているものとみなす。【→1459頁】	在宅療養支援歯科診療所1

区分	項番	対象	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準
調剤報酬	15	地域支援体制加算の施設基準 【調剤00・注5】	①令和4年3月末日時点で調剤基本料1を算定していた保険薬局であって、令和4年4月から調剤基本料3のハを算定することとなったものについては、令和5年3月末日までは、調剤基本料1を算定している保険薬局とみなし、要件を満たせば地域支援体制加算1・2を算定可能。 ②令和4年3月末時点で従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしているとして地域支援体制加算の届出を行っているものについては、令和5年3月末日までは「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしていることとする。 【→1536頁】	地域支援体制加算

関係事務連絡

令和4年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて

（令和4年12月7日・厚生労働省保険局医療課事務連絡）

基本診療料の施設基準等並びにその届出に関する手続きについては、「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）により示しているところであるが、当該通知の「第4 経過措置等」の「1」の表1及び表2【→21頁】に掲げる項目であって、その項目を令和5年1月1日以降も引き続き算定する場合に届出が必要とされているものについて、別紙のとおり取りまとめたので、届出漏れ等が生じないよう、医療機関へ事前の周知を行うなどご対応をお願いしたい。

また、別紙の届出対象について、令和5年1月18日までに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ので、併せてご対応をお願いしたい。

なお、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い（その26）」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の1(2)【→1588頁】に該当する保険医療機関等については、1(2)に該当する前に満たしていた診療実績等に係る要件について、施設基準等を満たしていない場合であっても、直ちに施設基準を取り下げる必要はないことに留意されたい。ただし、その場合であっても、通知に基づき届出は行う必要がある。

令和4年12月31日まで経過措置の施設基準

（別紙）

令和5年1月1日以降も算定する場合に届出が必要なもの

○基本診療料

区分	項番	届出対象 (令和4年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関)	経過措置に係る要件(概要)	引き続き算定する施設基準	届出が必要な様式※
入院基本料	1	急性期一般入院料1における重症度、医療・看護必要度の施設基準 注）ただし、令和4年3月31日時点で、許可病床数200床以上400床未満の保険医療機関の急性期一般入院料1の病棟であって、重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行っている病棟に限る	令和4年3月31日時点で現に急性期一般入院料1を届け出ている病棟（許可病床200床以上400床未満の保険医療機関に限る）については、令和4年12月31日までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価に係る基準を満たしているものとみなす。	急性期一般入院料1における重症度、医療・看護必要度の施設基準	別添7の様式10

※医療機関の負担軽減等の観点から、施設基準毎の全届出様式の届出を求めるのではなく、必要最小限の様式の届出を求めるもの

6 その他の関係事務連絡

795頁 医学管理等【32】 B001-3・注4 外来データ提出加算
 903頁 在宅医療【5】 C002・注13／C002-2・注7／C003・注7 在宅データ提出加算
 1065頁 リハビリテーション【1】 H001・注5／H001-2・注7／H002・注7／H003・注5
 リハビリテーションデータ提出加算

関係事務連絡

令和5年度における外来データ提出加算等の取扱いについて

(令和5年3月7日・厚生労働省保険局医療課事務連絡)

外来医療等におけるデータ提出に係る評価として令和4年度診療報酬改定で新設された、区分番号「B001-3」生活習慣病管理料の注4、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料の注13、区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料の注7、区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料の注7、区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の注5、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料の注7、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料の注7、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の注7及び区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料の注5に規定するデータ提出加算等については、「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」にその手続きの取扱いについて、お示しているところです。

当該データの作成に当たっては、レセプトコンピューター等の改修を伴うことから、外来データ等の提出に係る「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査実施説明資料（令和5年3月6日時点版）」を作成し下記のとおり掲載しましたので、

貴管下の保険医療機関等の関係者に周知いただきますようお願いいたします。

なお、本資料に記載している内容及び方法については、今後変更となる可能性がありますのでご注意ください。

記

掲載先【厚生労働省ホームページ】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 令和4年度診療報酬改定について

その他、関連情報

2023年（令和5年度）外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査実施説明資料【3, 257KB】

373頁 入院基本料等加算【45】 A243 後発医薬品使用体制加算
1051頁 投薬【2】 F100・注9 外来後発医薬品使用体制加算
1539頁 調剤【1-（6）】 調剤00・注7 後発医薬品調剤体制加算
注8 後発医薬品減算

関係事務連絡

後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて

（令和5年3月13日・厚生労働省保険局医療課事務連絡）

後発医薬品の製造販売業者が業務停止命令を受けたことなどに伴い、後発医薬品の供給停止や出荷調整が頻発し、これらの製品を使用されていた保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）を中心に、代替後発医薬品を入手することが困難となっている状況にあることを踏まえ、「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」（令和4年9月29日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「令和4年9月事務連絡」という。）において、令和5年3月31日までの間、一部の供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品について、後発医薬品使用体制加算等における実績要件である後発医薬品の使用（調剤）割合を算出する際に、算出対象から除外しても差し支えないものとする取扱いを講じたところである。

厚生労働省としては、可能な限り早期に安定供給ができるよう、各製造販売業者に対して早期の供給回復、引き続きの安定供給や増産等の対応をお願いしているところであるが、依然として後発医薬品の供給停止や出荷調整が続く、代替後発医薬品の入手が困難な状況となっていることを踏まえ、臨時的な診療報酬の取扱い等について、下記のとおり取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関等に対し周知徹底を図られたい。

記

1. 供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いについて

（1）後発医薬品使用体制加算等における後発医薬品の使用割合等に係る要件の取扱いについて

- ① 小林化工株式会社及び日医工株式会社に対する医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）による行政処分等を契機として令和5年〔2023年〕1月1日時点で供給が停止されていると医政局医薬産業振興・医療情報企画課に報告があった医薬品（以下「供給停止品目」という。）のうち、別添2-1〔略〕及び別添2-2〔略〕に示す供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品使用体制加算」、「外来後発医薬品使用体制加算」、「後発医薬品調剤体制加算」及び「調剤基本料」注8に規定する減算（後発医薬品減算）（以下「加算等」という。）における実績要件である後発医薬品の使用（調剤）割合（以下「新指標の割合」とい

う。）を算出する際に、算出対象から除外しても差し支えないものとする。

当該取扱いについては、令和5年4月診療分から適用することとし、令和5年9月30日を終期とする。

- ② ①の取扱いを行う場合においては、別添2-1及び別添2-2に示す全ての品目について、新指標の割合の算出対象から除外することとし、一部の成分の品目のみ算出対象から除外することは認められない。

また、①の取扱いについては、1月ごとに適用できることとし、加算等の施設基準について、直近3月の新指標の割合の平均を用いる場合においては、当該3月に①の取扱いを行う月と行わない月が混在しても差し支えないこととする。

なお、カットオフ値の算出については、今回の臨時的な取扱いの対象とはしないこととし、新指標の割合について①の取扱いを行った場合においても、カットオフ値については従前通り算出し、加算等の施設基準の実績要件を満たすかどうか確認すること。

- ③ 新指標の割合を算出するに当たって、①の取扱いを採ることにより後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算及び後発医薬品調剤体制加算の実績要件を満たす、又は後発医薬品減算に該当しない保険医療機関等は、各月の新指標の割合等を記録するとともに、別紙様式（後発医薬品使用体制加算は様式1-1、外来後発医薬品使用体制加算は様式1-2、後発医薬品調剤体制加算等は様式1-3）〔略〕を用いて各地方厚生（支）局に報告を行うこと。

なお、この場合において前月と加算等の区分に変更が生じなくとも報告の対象となることに留意する。

また、①の取扱いを行った上で加算等の区分に変更が生じる場合又は基準を満たさなくなる場合には、「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日保医発第0304第2号）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日保医発第0304第3号）に従い、しかるべく変更等の届出を行う必要がある。その際、後発医薬品の使用割合等については、①の取扱いにより算出した割合を記載しても差し支えないこととする。

(2) (1)の③の報告時期について

(1)の①の取扱いを一部でも採ることにより加算等の対象となる保険医療機関等に係る同③の報告を行う時期は次のとおりとする。なお、各期限までに報告が間に合わない場合には、事前に各地方厚生（支）局に相談すること。

- ① 令和5年4月～令和5年6月診療分の加算等の算定に係る実績について、(1)の①の取扱いを実施した保険医療機関等：令和5年6月30日（金）までに、令和4年12月～令和5年5月診療における実績等について報告

- ② 令和5年7月～令和5年9月診療分の加算等の算定に係る実績について、(1)の①の取扱いを実施した保険医療機関等：令和5年9月29日（金）までに、令和5年3月～令和5年8月診療における実績等について報告（上記の①の報告を実施した場合も報告すること。）

2. その他の診療報酬の取扱いについて

別添1のとおりとする。

（別添1）

【共通】

問1 1(1)の①の取扱いにおいて、新指標の割合の算出対象から除外する際に、本事務連絡の別添2に示す品目ではなく、令和4年9月29日に発出された事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」の別添2の品目を除外対象とすることは可能か。

答 本年1月1日時点の状況を踏まえて本事務連絡の別添2に示す品目を示していることから、4月診療分以降の加算等の実績要件を判断するに当たっては、昨年12月の新指標の使用割合については令和4年9月事務連絡の別添2に示す品目を除外して、本年1月から3月の新指標の使用割合については本事務連絡の別添2-1に示す品目を除外して、本年4月以降の新指標の使用割合については本事務連絡の別添2-2に示す品目を除外して算出することができる。

【医科】

問2 1(1)の①の取扱いの対象となる医薬品について、一般名処方を行った場合、一般名処方加算1及び2は算定できるか。

答 算定可。なお、今回の臨時的な取扱いについては、加算等の施設基準における新指標の割合の算出等に係るものであり、一般名処方加算における後発医薬品のある医薬品の取扱いを変更するものではない。

以上

※新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについての追加情報は、社会保険研究所ウェブサイト「追補・訂正表」「診療報酬関連情報ナビ」に随時掲載していますので、参照ください。

<https://www.shaho.co.jp/publication/addendum/>

➡【参考資料】新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて

<https://www.shaho.co.jp/publication/navi/> ➡ 

なお、新型コロナウイルス感染症は、令和5年（2023年）5月8日から感染症法上の位置づけが5類感染症に変更されることになりました。医療提供体制は、入院措置を原則とした行政の関与を前提とした限られた医療機関による特別な対応から、幅広い医療機関による自律的な通常の対応に移行されます。

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について（情報提供）

（令和5年3月10日・厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）

〔次ページに上記事務連絡別紙2（参考資料）より「診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し）」を掲載〕

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について

（令和5年3月17日・厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）

診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し①）

- 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴い、令和5年5月8日以降、以下の考え方の下、診療報酬上の特例について見直しを行う。
- また、冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行う。その上で、令和6年度診療報酬改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行う。

対応の方向性・考え方		現行措置（主なもの）	位置づけ変更後（令和5年5月8日～）	医療体制の状況等を検証しながら判断	R6改定において恒常的な感染症対策への見直し
外来	空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価 その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ	300点 【院内の感染対策が要件】	① 300点 【対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に8月末までに移行】 又は、 ② 147点 【①に該当せず、院内感染対策を実施】		
	届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し 位置付け変更に伴い、医療機関が実施する入院調整等を評価	250点 （3月は147点） 【発熱外来の標榜・公表が要件】	— （R5.3月末に終了）		
		950点 【初診含めコロナ患者への診療】 ※ロナブリーブ投与時の特例（3倍）あり	147点 【初診時含めコロナ患者への療養指導（注）】 ※ロナブリーブ投与時の特例（3倍）は終了 （注）家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導		
在宅	緊急往診は、重症化率の変化に伴う必要性の低下を踏まえて見直し 介護保険施設等での療養を支援する観点から同施設等に対する緊急往診は引き続き評価	2,850点 【緊急の往診】	950点 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診に限り2,850点を継続	医療体制の状況等を検証しながら判断	R6改定において恒常的な感染症対策への見直し
			950点 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】		
	往診時等の感染対策を引き続き評価	300点 【コロナ疑い/確定患者への往診】	（引き続き評価）		

診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し②）

対応の方向性・考え方		現行措置（主なもの）	位置づけ変更後（令和5年5月8日～）	医療体制の状況等を検証しながら判断	R6改定において恒常的な感染症対策への見直し
入院	入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等による業務・人員配置の効率化等を踏まえて見直し 介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟以外での要介護者の受入を評価	①重症患者 ICU等の入院料: 3倍 （+8,448～+32,634点/日） ②中等症患者等 救急医療管理加算: 4～6倍 （3,800～5,700点/日）	①重症患者 ICU等の入院料: 1.5倍 （+2,112～+8,159点/日） ②中等症患者等（急性期病棟等） 救急医療管理加算: 2～3倍 （1,900～2,850点/日） ※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（+950点/日）		
		コロナ回復患者を受け入れた場合 750点/日 （さらに+1,900点は30日目まで、その後、+950点は90日目まで）	コロナ回復患者を受け入れた場合 750点/日 （60日目まで。さらに14日目までは+950点）		
	必要な感染対策を引き続き評価	250～1,000点/日 （感染対策を講じた診療）	（引き続き評価）		
		300点/日 （個室での管理）	（引き続き評価）		
歯科	コロナ患者への歯科治療を引き続き評価	250点/日 （必要な感染予防策を講じた上でリハビリテーションを実施）	（引き続き評価）	医療体制の状況等を検証しながら判断	R6改定において恒常的な感染症対策への見直し
		298点 （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）	（引き続き評価）		
調剤	コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価	訪問対面500点、電話等200点 （自宅・宿泊療養患者に薬剤を届けた上での訪問対面/電話等による服薬指導の特例）	（引き続き評価） ※自宅・介護保険施設等への対応を評価 ※薬局におけるコロナ治療薬の交付は服薬管理指導料: 2倍（+59点又は+45点）	医療体制の状況等を検証しながら判断	R6改定において恒常的な感染症対策への見直し