

保医発 0131 第 5 号
令和 5 年 1 月 31 日

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

殿

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（ 公 印 省 略 ）

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

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

- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
(令和4年3月4日保医発 0304 第1号) (別添1)
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
(令和4年3月4日保医発 0304 第2号) (別添2)
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
(令和4年3月4日保医発 0304 第3号) (別添3)
- ・「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」
(令和4年3月18日保医発 0318 第2号) (別添4)

別添 1

○ 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日保医発 0304 第1号） 新旧対照表

（下線部分は改正部分）

>

改 正 後	改 正 前
<p>別添 1</p> <p style="text-align: center;">医科診療報酬点数表に関する事項</p> <p>第 1 章 基本診療料</p> <p> 第 1 部 初・再診料</p> <p> 第 1 節 初診料</p> <p> A 0 0 0 初診料</p> <p> (1)～(28) (略)</p> <p> (29) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア～ウ (略)</p> <p> <u>エ アにかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り6点を算定する。</u></p> <p> <u>ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を算定する。</u></p>	<p>別添 1</p> <p style="text-align: center;">医科診療報酬点数表に関する事項</p> <p>第 1 章 基本診療料</p> <p> 第 1 部 初・再診料</p> <p> 第 1 節 初診料</p> <p> A 0 0 0 初診料</p> <p> (1)～(28) (略)</p> <p> (29) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア～ウ (略)</p> <p> (新設)</p>

第2節 再診料

A001 再診料

(1)～(3) (略)

(4) 2以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該1日につき1回に限り算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病(1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。)について、患者の意思に基づき、別の診療科(医療法上の標榜診療科のことをいう。)を再診として受診した場合(1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。)は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注3」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注4」から「注8」まで、「注10」から「注18」までに規定する加算は、算定できない。

(5)～(14) (略)

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

ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資

第2節 再診料

A001 再診料

(1)～(3) (略)

(4) 2以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該1日につき1回に限り算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病(1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。)について、患者の意思に基づき、別の診療科(医療法上の標榜診療科のことをいう。)を再診として受診した場合(1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。)は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注3」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注4」から「注8」まで、「注10」から「注17」までに規定する加算は、算定できない。

(5)～(14) (略)

(新設)

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

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

A002 外来診療料

(1)～(6) (略)

- (7) 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注5」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注6」のただし書及び「注7」から「注10」までに規定する加算は、算定できない。

(8)～(12) (略)

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

(新設)

A002 外来診療料

(1)～(6) (略)

- (7) 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注5」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注6」のただし書及び「注7」から「注9」までに規定する加算は、算定できない。

(8)～(12) (略)

(新設)

が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、当該患者に係る診療情報を取得した上で診療を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、月1回に限り算定する。

ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。また、同一月に区分番号A000の「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定した場合にあっては算定できない。

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

A003 (略)

第2部 入院料等

第1節 (略)

第2節 入院基本料等加算

A200～A242-2 (略)

A243 後発医薬品使用体制加算

(1) (略)

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

(新設)

A003 (略)

第2部 入院料等

第1節 (略)

第2節 入院基本料等加算

A200～A242-2 (略)

A243 後発医薬品使用体制加算

(1) (略)

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

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

A 2 4 4～A 2 5 2 （略）

第3節・第4節 （略）

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第1節 医学管理料等

B 0 0 0・B 0 0 1 （略）

B 0 0 1－2 小児科外来診療料

(1)・(2) （略）

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

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

A 2 4 4～A 2 5 2 （略）

第3節・第4節 （略）

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第1節 医学管理料等

B 0 0 0・B 0 0 1 （略）

B 0 0 1－2 小児科外来診療料

(1)・(2) （略）

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

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

(4)～(12) (略)

B001-2-2～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

(1)～(7) (略)

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

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

(4)～(12) (略)

B001-2-2～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

(1)～(7) (略)

(新設)

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

B001-2-8 外来放射線照射診療料

(1)～(5) (略)

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

B001-2-9 地域包括診療料

(1)～(8) (略)

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

B001-2-10 認知症地域包括診療料

(1)～(5) (略)

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

B001-2-11～B015 (略)

第2節 (略)

第2部～第4部 (略)

第5部 投薬

第1節 (略)

第2節 処方料

B001-2-8 外来放射線照射診療料

(1)～(5) (略)

(新設)

B001-2-9 地域包括診療料

(1)～(8) (略)

(新設)

B001-2-10 認知症地域包括診療料

(1)～(5) (略)

(新設)

B001-2-11～B015 (略)

第2節 (略)

第2部～第4部 (略)

第5部 投薬

第1節 (略)

第2節 処方料

F 1 0 0 処方料

(1)～(15) (略)

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

第3節 (略)

第5節 処方箋料

F 4 0 0 処方箋料

(1)～(15) (略)

(16) 「注7」の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合には、令和5年12月31日までの間に限り、「注9」に規定する一般名処方加算を算定する。

なお、一般名処方加算1及び2の取扱いについては、「注7」と同様である。

第6節 (略)

第6部～第13部 (略)

第3章 (略)

別添2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

F 1 0 0 処方料

(1)～(15) (略)

(新設)

第3節 (略)

第5節 処方箋料

F 4 0 0 処方箋料

(1)～(15) (略)

(新設)

第6節 (略)

第6部～第13部 (略)

第3章 (略)

別添2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第1節 初診料

A000 初診料

(1)～(20) (略)

(21) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算
ア～ウ (略)

エ アにかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、令和5年12月31日までの間に限り、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り6点を算定する。

ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を算定する。

第2節 再診料

A002 再診料

(1)～(7) (略)

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

ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格

第1節 初診料

A000 初診料

(1)～(20) (略)

(21) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算
ア～ウ (略)

(新設)

第2節 再診料

A002 再診料

(1)～(7) (略)

(新設)

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

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

第2部 (略)

第2章・第3章 (略)

別添3

調剤報酬点数表に関する事項

<調剤技術料>

区分00 (略)

1・2 (略)

3 地域支援体制加算

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

なお、「注5」の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定め

(新設)

第2部 (略)

第2章・第3章 (略)

別添3

調剤報酬点数表に関する事項

<調剤技術料>

区分00 (略)

1・2 (略)

3 地域支援体制加算

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

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

4～8 (略)

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

区分01 (略)

<薬学管理料>

区分10の2 調剤管理料

(1)～(10) (略)

(11) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

ア～ウ (略)

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

4～8 (略)

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

区分01 (略)

<薬学管理料>

区分10の2 調剤管理料

(1)～(10) (略)

(11) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

ア～ウ (略)

(新設)

充実加算1として6月に1回に限り4点を算定する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を算定する。

区分10の3～区分30 (略)

区分10の3～区分30 (略)

○ 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和4年3月4日保医発 0304 第2号) 新旧対照表

(下線部分は改正部分)

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

第2～第5 (略)

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

第1～第26の2 (略)

第26の2の2 後発医薬品使用体制加算

1 後発医薬品使用体制加算の施設基準

(1)～(5) (略)

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

ア 後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

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

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

2 届出に関する事項

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

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

第2～第5 (略)

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

第1～第26の2 (略)

第26の2の2 後発医薬品使用体制加算

1 後発医薬品使用体制加算の施設基準

(1)～(5) (略)

(新設)

2 届出に関する事項

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

く、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 26 の 3 ～ 第 27 （略）

第 26 の 3 ～ 第 27 （略）

別添 3

○ 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和4年3月4日保医発 0304 第3号) 新旧対照表

(下線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>別添 1</p> <p style="text-align: center;">特掲診療料の施設基準等</p> <p>第 1～第 36 の 2 (略)</p> <p>第 36 の 3 外来後発医薬品使用体制加算</p> <p>1 外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準</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><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><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><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>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>(新設)</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>

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

第36の4 一般名処方加算

1 一般名処方加算に関する施設基準

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

2 届出に関する事項

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

第37～第91 （略）

第92 地域支援体制加算

1 地域支援体制加算に関する施設基準

(1)～(24) （略）

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

ア 後発医薬品調剤体制加算に係る届出を行っていること。

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

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

2 （略）

（新設）

第37～第91 （略）

第92 地域支援体制加算

1 地域支援体制加算に関する施設基準

(1)～(24) （略）

（新設）

2 （略）

第 92 の 2～第 97 の 2 (略)

第 97 の 3 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

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

第 98～第 103 (略)

第 92 の 2～第 97 の 2 (略)

第 97 の 3 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

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

第 98～第 103 (略)

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

(下線部分は改正部分)

必 出 後	必 出 前
<p>別添 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について</p> <p>第1・第2 (略)</p> <p>第3 費用の算定方法</p> <p>1 診療報酬の算定</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>(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。</p> <p>① (略)</p> <p>② ①に掲げる費用から除かれる費用</p> <p>ア (略)</p> <p>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)</p> <p>第3 費用の算定方法</p> <p>1 診療報酬の算定</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>(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。</p> <p>① (略)</p> <p>② ①に掲げる費用から除かれる費用</p> <p>ア (略)</p> <p>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）