

① 医療 DX の基盤となるオンライン資格確認の導入の原則義務付けに係る経過措置について

第1 基本的な考え方

令和5年4月から保険医療機関・保険薬局にオンライン資格確認の導入が原則として義務付けられているところ、「答申書附帯意見」（令和4年8月10日中央社会保険医療協議会答申書別添）を踏まえ、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・保険薬局については、期限付きの経過措置等を設けることとする。

第2 具体的な内容

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（令和4年厚生労働省令第124号）（以下「療担規則等改正省令」という。）の改正関係

- 療担規則等改正省令による改正後の保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第3条第2項から第4項までの規定等は、次の表の左欄に係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、同表の右欄に掲げる期間においては、適用しないこととする。（療担規則等改正省令附則第2条第1項関係）

<p>一 患者がオンライン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</p>	<p>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月末のいずれか早い日までの間</p>
---	---

<p>二 オンライン資格確認に必要な電気通信回線（光回線に限る。）が整備されていない保険医療機関又は保険薬局</p>	<p>左欄の電気通信回線が整備された日から6か月後までの間</p>
<p>三 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護のみを行う保険医療機関</p>	<p>居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護のみを行う場合にあって患者がオンライン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</p>
<p>四 改築の工事中である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行っている保険医療機関又は保険薬局</p>	<p>当該改築の工事中である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行っている間</p>
<p>五 廃止又は休止に関する計画を定めている保険医療機関又は保険薬局</p>	<p>廃止又は休止するまでの間</p>
<p>六 その他患者がオンライン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</p>	<p>左欄の特に困難な事情が解消されるまでの間</p>

(参考) 療担規則等改正省令による改正後の保険医療機関及び保険医療養担当規則第3条第2項から第4項までの規定等の内容

ア. 保険医療機関及び保険薬局は、患者の受給資格を確認する際、患者がマイナンバーカードを健康保険証として利用するオンライン資格確認による確認を求めた場合は、オンライン資格確認によって受給資格の確認を行わなければならないこととする。

イ. 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及び保険薬局については、オンライン資格確認導入の原則義務付けの例外とする。

ウ. 保険医療機関及び保険薬局（イの保険医療機関及び保険薬局を除く。）は、患者がマイナンバーカードを健康保険証として利用するオンライン資格確認による確認を求めた場合に対応できるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならないこととする。

2. 療担規則等改正省令による改正後の保険医療機関及び保険医療養担当規則第3条第2項規定等（上記参考アの内容）は、保険医療機関又は保険薬局（1の保険医療機関又は保険薬局を除く。）が次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オンライン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、適用しないこととする。（療担規則等改正省令附則第2条第2項関係）
 - 一 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護又は居宅における薬学的管理及び指導を行う場合
 - 二 電話又は情報通信機器を用いた診療又は薬学的管理及び指導を行う場合
3. 保険医療機関又は保険薬局は、1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、当該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。（療担規則等改正省令附則第2条第3項関係）
4. 1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は、当該分室を経由して行うものとする。（療担規則等改正省令附則第2条第4項関係）
5. 1の表の左欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局は、療担規則等改正省令の施行（令和5年4月1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こととする。（療担規則等改正省令附則第3条関係）
6. 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、1の参考の内容及び1から3までの内容に関して必要な資料の提供を求めることができることとする。

また、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オンライン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られ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）における医療機関等情報化補助業務を行うため、地方厚生局長等に対して、1又は5の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こととする。（療担規則等改正省令附則第4条関係）

- (※) 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部を改正する告示（令和4年厚生労働省告示第268号）についても同様の改正を行う。

② 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

第1 基本的な考え方

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。

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。

第2 具体的な内容

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. 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。

改 定 案	現 行
<p>【初診料】 [算定要件]</p> <p>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等の提供を受けた場合にあつては、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。</p> <p>[経過措置]</p> <p><u>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「●点」とする。</u></p>	<p>【初診料】 [算定要件]</p> <p>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等の提供を受けた場合にあつては、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。</p> <p>(新設)</p>

【再診料】

[算定要件]

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●点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。

※ 外来診療料も同様。

[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。

【初診料及び再診料】

[施設基準]

第3 初・再診料の施設基準等
3の7 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。
(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。

【再診料】

[算定要件]

(新設)

[経過措置]

(新設)

【初診料】

[施設基準]

第3 初・再診料の施設基準等
3の7 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。
(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。

[経過措置]

31 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。

【小児科外来診療料】

[算定要件]

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、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定す

(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。

[経過措置]

(新設)

【小児科外来診療料】

[算定要件]

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、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する

る場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

※ 外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料及び外来腫瘍化学療法診療料についても同様。

4. 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準を満たした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。また、オンライン資格確認等システムを導入した保険薬局が、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、本加算を算定可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【調剤管理料】 [算定要件] 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等を取得等した場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</p> <p>[経過措置] 2 <u>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「●点」とする。</u></p> <p>[施設基準] 第15 調剤 9の5 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。</p>	<p>【調剤管理料】 [算定要件] 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等を取得等した場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</p> <p>[経過措置] (新設)</p> <p>[施設基準] 第15 調剤 9の5 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。</p>

(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。

[経過措置]

4 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を開始する旨の届出を行っている保険薬局については、令和5年12月31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。

(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。

[経過措置]

(新設)

③ 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

第1 基本的な考え方

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。

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。

第2 具体的な内容

1. 医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、一般名処方を推進することにより、保険薬局において、銘柄によらず供給・在庫の状況に応じ調剤できることで、患者に適切に医薬品を提供する観点から、一般名処方加算の評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【処方箋料】 〔算定要件〕 注7 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。</p> <p>イ 一般名処方加算1 7点 ロ 一般名処方加算2 5点</p> <p>9 <u>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。</u></p> <p>イ 一般名処方加算1 ●点</p>	<p>【処方箋料】 〔算定要件〕 注7 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。</p> <p>イ 一般名処方加算1 7点 ロ 一般名処方加算2 5点</p> <p>(新設)</p>

<p>□ <u>一般名処方加算2</u> ●点</p>	
<p>[経過措置] <u>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。</u></p>	<p>[経過措置] (新設)</p>
<p>[施設基準] 第七 投薬 <u>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</u> <u>薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医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。</u></p>	<p>[施設基準] 第七 投薬 (新設)</p>

2. 医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、後発医薬品使用体制加算について、後発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組を実施する場合の評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【後発医薬品使用体制加算】 [算定要件] 1 後発医薬品使用体制加算 1 47点 2 後発医薬品使用体制加算 2 42点 3 後発医薬品使用体制加算 3 37点 注 別に厚生労働大臣が定める施設</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】 [算定要件] 1 後発医薬品使用体制加算 1 47点 2 後発医薬品使用体制加算 2 42点 3 後発医薬品使用体制加算 3 37点 注 別に厚生労働大臣が定める施設</p>

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

●点

ロ 後発医薬品使用体制加算 2

●点

ハ 後発医薬品使用体制加算 3

●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。

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。

[経過措置]

(新設)

<p>[施設基準] 第8 入院基本料等加算の施設基準等 35の3 後発医薬品使用体制加算の施設基準 (4) <u>後発医薬品使用体制加算の注</u> <u>ただし書に規定する施設基準</u> イ <u>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> ロ <u>医薬品の供給が不足等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。</u> ハ <u>イ及び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。</u></p>	<p>[施設基準] 第8 入院基本料等加算の施設基準等 35の3 後発医薬品使用体制加算の施設基準 (新設)</p>
--	---

3. 医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、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。

改 定 案	現 行
<p>【処方料】 [算定要件]</p> <p>注9 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、当該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 5点 ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 4点 ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 2点</p> <p>11 <u>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。</u></p> <p><u>イ 外来後発医薬品使用体制加算1 ●点</u> <u>ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 ●点</u> <u>ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 ●点</u></p> <p>[経過措置]</p> <p>5 <u>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</u></p>	<p>【処方料】 [算定要件]</p> <p>注9 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、当該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 5点 ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 4点 ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 2点</p> <p>(新設)</p> <p>[経過措置]</p> <p>(新設)</p>

できるものとする。

[施設基準]

第7 投薬

4 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準

(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十分な対応ができる体制が整備されていること。

ハ イ及び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。

[施設基準]

第7 投薬

4 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準

(新設)

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、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。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [算定要件]</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域支援体制加算1 39点 ロ 地域支援体制加算2 47点 ハ 地域支援体制加算3 17点 ニ 地域支援体制加算4 39点</p> <p>12 <u>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、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 地域支援体制加算1</u> (1) <u>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 ●点</u> (2) <u>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 ●点</u></p> <p><u>ロ 地域支援体制加算2</u> (1) <u>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 ●点</u></p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件]</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域支援体制加算1 39点 ロ 地域支援体制加算2 47点 ハ 地域支援体制加算3 17点 ニ 地域支援体制加算4 39点</p> <p>(新設)</p>

(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 ●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 ●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 ●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 ●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 ●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。

[施設基準]

第15 調剤

4 地域支援体制加算の施設基準

(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に係る届出を行っている保険薬局であること。

ハ 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

[経過措置]

(新設)

[施設基準]

第15 調剤

4 地域支援体制加算の施設基準

(新設)

などを行っていること。

二 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。