

中央社会保険医療協議会 総会（第 535 回） 議事次第

令和4年12月23日(金) 9:30～
於 オンライン開催

議 題

○個別改定項目について

【追加】

○答申附帯意見案について

○答申について

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] 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] 6 <u>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] 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 <u>一般名処方加算1 ●点</u></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> <u>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。</u> <u>ロ 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> <u>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] 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] (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。

「個別改定項目について」 の補足説明資料

- 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
- 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
- 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

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

原則義務化の経過措置（案）

- 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・薬局は、期限付きの経過措置を設けてはどうか。

※対象の保険医療機関・薬局は、地方厚生(支)局に原則オンラインで事前届出を行う（支払基金とも情報共有）

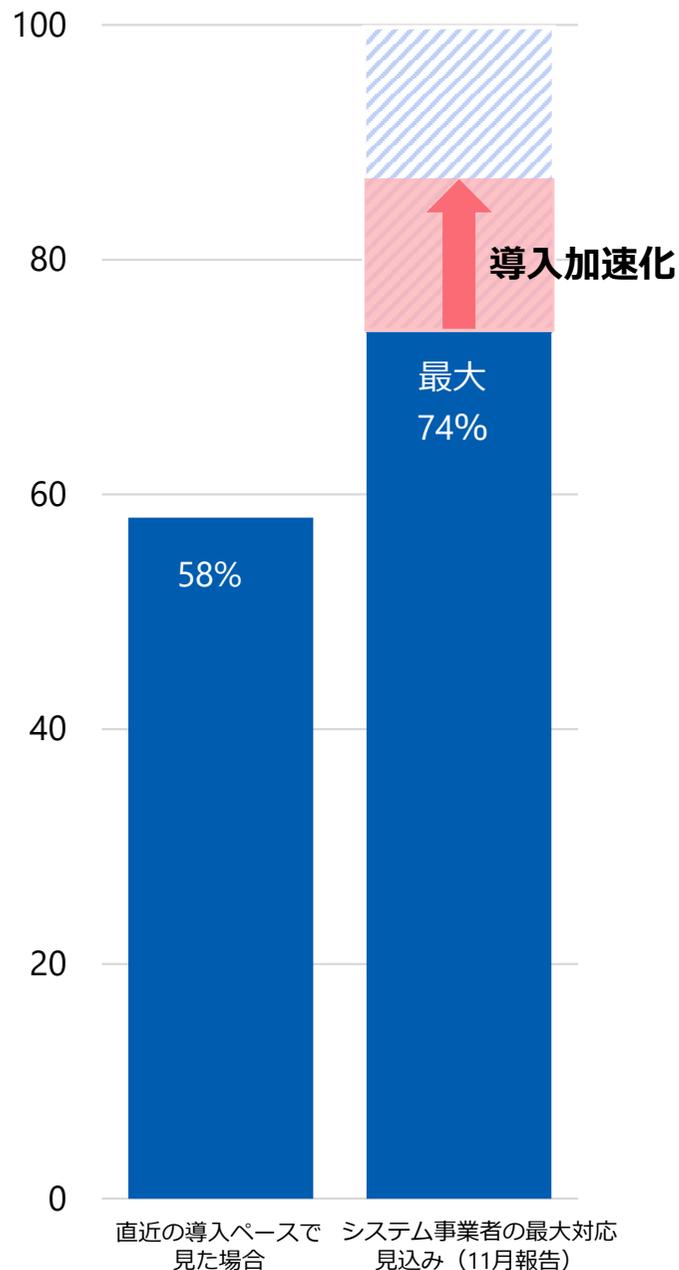
※令和6年4月メドで資格確認限定型・居宅同意取得型の運用を開始することとしており、こうした状況を踏まえ、今後、必要な見直しを行う。

やむを得ない事情	期限
(1) 令和5年2月末までにベンダーと契約締結したが、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） ※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和5年9月末事業完了まで継続
(2) オン資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）	オン資に接続可能な光回線のネットワークが 整備されてから6ヶ月後まで ※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和6年3月末事業完了まで継続
(3) 訪問診療のみを提供する保険医療機関	訪問診療のオン資（居宅同意取得型）の 運用開始（令和6年4月）まで ※ 訪問診療等におけるオン資の導入に係る財政支援は、令和6年3月末補助交付まで実施
(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 ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象
(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・休止まで （遅くとも令和6年秋まで） ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象
(6) その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局 ※ 例外措置又は(1)～(5)の類型と同視できるか個別判断	特に困難な事情が解消されるまで ※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象

※上記のほか、患者から電子資格確認を求められた場合に応じる義務について、訪問診療等・オンライン診療の場合の経過措置（居宅同意取得型の運用開始（令和6年4月）まで）を設ける。

オンライン資格確認導入の更なる徹底に向けた取組

令和5年3月末時点の導入見込み率



1. 令和5年3月末までの更なる導入加速化

- 令和4年内に、システム事業者の名称と年度末導入見込み率を公表。
- 猶予の医療機関等は、令和5年3月末までの届出（改修完了予定月を含む）を義務付け。

2. それ以降の更なる導入加速化

- 令和4年内に、システム事業者に対して（令和5年3月末までに改修が完了しない事業者は）令和5年6月末までの導入見込み率の提出を要請。
- 令和5年6月末までに達成できないとする事業者については、導入支援事業者との連携を強力に促し、令和5年9月末までの導入完了を目指す。

※ 令和5年9月末までの導入完了に向けて、診療報酬の加算の特例（令和5年4月～12月）も検討

医療DXの基盤となるオンライン資格確認について（案）

	種類	本人確認	ネットワーク
保険医療機関、薬局	資格確認や健康・医療情報を取得・活用できる仕組み 【現行のオンライン資格確認】 (令和5年4月原則義務化)	顔認証付きカードリーダー + マイナンバーカードと顔認証又はPIN入力	閉域回線を利用 (IP-VPN方式又はIPsec+IKE方式)
経過措置の対象施設 システム整備中 ネットワーク環境事情 訪問診療のみ 改築工事中・臨時施設 廃止・休止 その他特に困難な事情	資格確認や健康・医療情報を取得・活用できる仕組み 【現行のオンライン資格確認】	顔認証付きカードリーダー + マイナンバーカードと顔認証又はPIN入力	
	資格確認のみを行う簡素な仕組み 【資格確認限定型】 (令和6年4月MD運用開始)	汎用カードリーダー モバイル端末 + マイナンバーカードと施設における本人確認	閉域回線を利用※ (Webサービス経由)
	資格確認や健康・医療情報を取得・活用できる仕組み 【居宅同意取得型】 (令和6年4月MD運用開始)	モバイル端末 + マイナンバーカードとPIN入力（初回のみ）	
紙レセプト医療機関・薬局 柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術所など	資格確認のみを行う簡素な仕組み 【資格確認限定型】 (令和6年4月MD運用開始)	汎用カードリーダー モバイル端末 + マイナンバーカードと施設における本人確認	
訪問診療、訪問看護、オンライン診療など	資格確認や健康・医療情報を取得・活用できる仕組み 【居宅同意取得型】 (令和6年4月MD運用開始)	モバイル端末 + マイナンバーカードとPIN入力（初回のみ）	

※インターネット回線で専用ポータルサイトを經由してオン資システムに接続。ポータルサイトとオン資システムの間は閉域回線。

経過措置の考え方（その1）（案）

(1) 令和5年2月末までにベンダーと契約締結したが、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

- 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/ルーター不足やベンダー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。また、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としている。
- 当該施設については、ベンダーの「システム整備が完了するまで（遅くとも令和5年9月末まで）」の経過措置を設けてはどうか。
※当該施設は、システム整備が完了する見込み（予定月）を届出で報告。
- 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和5年9月末事業完了まで継続。
- 併せて、引き続き、システム整備を加速させるため、「システム事業者導入促進協議会※1」を活用して、ベンダーへの働きかけを強化していく。

※1）大手システムベンダー、導入支援事業者、カードリーダーベンダーの参加に加え、一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）、日本歯科コンピューター協会、医療機関等ONSを通じて、中小システムベンダーや自機関で導入等している医療機関・薬局、個人事業主に呼びかけ。

経過措置の考え方（その2）（案）

(2) オン資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。また、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としている
- 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を設けて、「オン資に接続可能な光回線が整備されてから6ヶ月後まで」の経過措置を設けてはどうか。併せて、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、これらの方式による導入が望ましいことを働きかけていく。
- 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和6年3月末事業完了まで継続。

（参考）現在、光回線の整備率は、令和3年3月末で99.3%（未整備39万世帯）である。国は、令和9年度末（2027年度末）までに99.9%（未整備5万世帯）とすることを旨とする。未整備世帯についても光ファイバを必要とする全地域の整備を目指す、としている。（令和2年度末ブロードバンド基盤整備率調査（総務省調査（令和4年1月公表））、デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和4年6月閣議決定））

（参考）IP-VPN接続は閉域（クローズド）ネットワークであり、インターネットを経由しない方式を指す。IPsec+IKEを用いたインターネット接続は、オープンなインターネット環境の中、通信経路を暗号化して送信することにより、IP-VPN接続と同等のセキュリティを確保したものの、どちらの接続方式であっても、通信経路の機密性として、同等のセキュリティが確保されている。

経過措置の考え方（その3）（案）

(3) 訪問診療のみを提供する保険医療機関

- 訪問診療のみを行う施設※₁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※₂）の構築（令和6年4月の運用開始を想定）を進めている。また、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としている。
- 当該施設については、居宅同意取得型の運用開始（令和6年4月）までの経過措置を設けてはどうか。
- 訪問診療等におけるオン資の導入に係る財政支援は、令和6年3月末補助交付まで実施。

(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の導入が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」の経過措置を設けてはどうか。
- 当該施設については、令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象となる。

※1) 「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月厚生労働省通知）

※2) モバイル端末を用いて患者の自宅等で資格確認や薬剤情報等の提供に関する同意を取得し、施設等でオンライン資格確認等システムを利用する仕組み。

経過措置の考え方（その4）（案）

(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

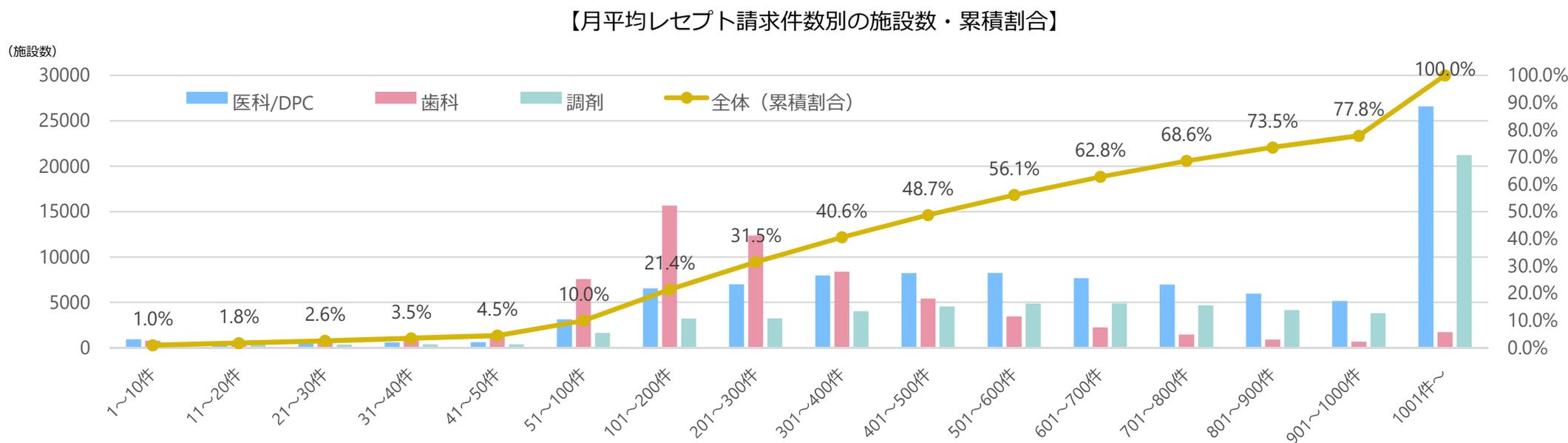
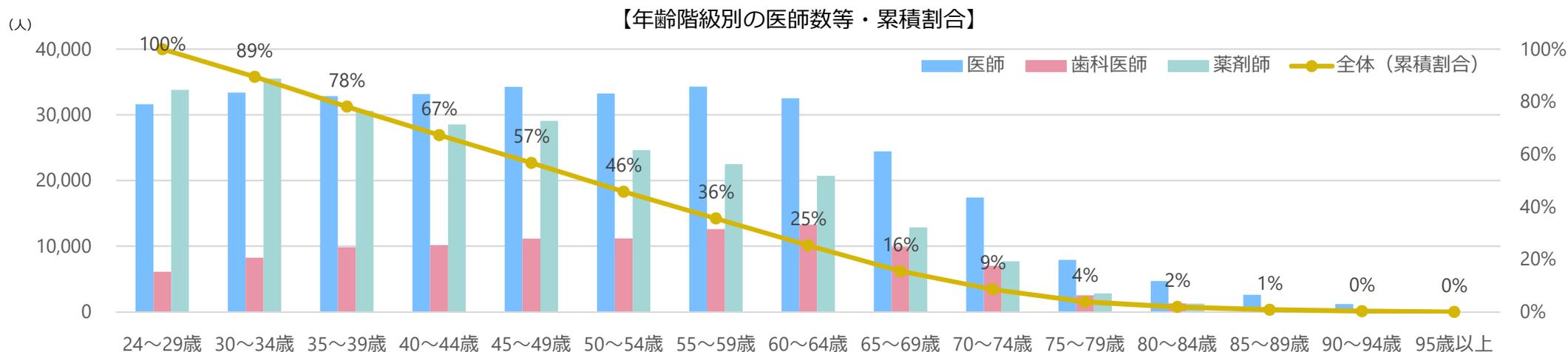
- 国は、マイナンバーカードと保険証の一体化を加速し、令和6年秋の保険証廃止を目指すとしている。
- 令和6年秋までの廃止・休止決めている場合は、オンライン資格確認の導入がやむを得ない事由であると考えられる。（具体的な廃止、休止時期が定まっていない場合には該当しない。）
- 令和6年秋までの廃止・休止を決めている施設については、廃止・休止に関する計画を提出の上、「廃止・休止の間まで」の経過措置を設けてはどうか。
- 当該施設については、令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象となる。

(6) その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局

- 例外措置又は(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てはどうか。
- 「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データ企画室に照会する。
 - 自然災害等により継続的に導入が困難となる場合
 - 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）
 - その他例外措置又は(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、令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象となる。

(参考) 高齢の医師等でレセプト取扱件数が少ない場合

- 常勤の医師等が高齢であって、月平均レセプト件数が50件以下である場合を、「特に困難な事情」の目安としてはどうか。
 (参考) 1日のレセプト件数が2~3件以下であるとすると、月平均約50件以下となる。該当施設は全体の4.5% (医科で3.4%、歯科で7.5%、調剤で3.2%)



※医師・歯科医師・薬剤師統計（令和2年）を基に作成（医師数等は病院・診療所・薬局の従事者数）、NDBから集計したデータ（令和3年12月~令和4年11月取込分）を基に作成

**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**

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

- 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、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」について、**(1) 初診時・調剤時の評価を見直す**とともに、**(2) 再診時についても新たに評価**を行う特例措置を講ずる。
- また、あわせてオンライン請求を更に普及する観点から、**(3) 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。
- これらの特例措置を令和5年4月から12月まで(9か月間)時限的に適用する。

医療情報・システム基盤整備充実体制加算

※ 本加算で、医療機関・薬局に求められる取組・体制は、次ページ

(1) 初診時・調剤時の加算の特例

施設基準を満たす保険医療機関・保険薬局において、初診又は調剤を行った場合における評価の特例

・初診料(医科・歯科)

医療情報・システム基盤整備体制充実加算1(マイナンバーカードの利用なし) **4点** → **●点**

・調剤管理料(調剤)

医療情報・システム基盤整備体制充実加算1(マイナンバーカードの利用なし) **3点**(6月に1回) → **●点**

(2) 再診時の加算の特例

施設基準を満たす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設ける

・再診料

(新) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3(マイナンバーカードの利用なし) **●点**(1月に1回)

(3) 加算要件の特例(オンライン請求の要件)

現行の加算は、オンライン請求を行っていることが要件となっているが、オンライン請求を令和5年12月31日までに開始する旨の届出を行っている保険医療機関・保険薬局は、令和5年12月31日までの間に限り、この要件を満たすものとみなす。

		現行の加算	特例措置(令和5年4~12月)
初診	マイナンバーカードを利用しない	4点	●点
	〃 利用する	2点	2点
再診	マイナンバーカードを利用しない	-	●点
	〃 利用する場合	-	-
調剤	マイナンバーカードを利用しない	3点	●点
	〃 利用する場合	1点	1点

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

(続き)

【医療機関・薬局に求められること】

今般の特例で新たに設定



初診時等における診療情報取得・活用体制の充実

再診時における診療情報取得・活用体制の充実

【施設基準】（初診時・再診時共通）

- 次の事項を当該医療機関・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。
 - ① オンライン請求を行っていること。
 - ② オンライン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。
- （*）①は今回の特例措置で、R5.12.31日までにオンライン請求を開始することを地方厚生局長等に届け出た場合には要件を満たしたものとみなす。

【算定要件】

- 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（通知）

（※）具体的の対応として問診票の標準的項目を規定（通知）

診療情報を取得・活用する効果（初診・調剤）

医療機関

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。
- ✓ 特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。

問診票の標準的項目を新たに通知で示している

問診票（初診時）

- 今日の症状
- 過去の病気
- 他の医療機関の受診歴
- 処方されている薬
- 特定健診の受診歴
- アレルギーの有無
- 妊娠・授乳の有無
- ……

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

オン資により
確認可能

薬局

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬や相互作用の確認が可能になる。
- ✓ 特定健診の検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。

（※）再診時の具体の対応として、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を規定予定（通知）

診療情報を取得・活用する効果（再診）

医療機関

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。

再診時の確認等について通知で示す予定

再診時の確認事項

- ・ 薬剤情報
- ・ その他、必要に応じて健診情報等

**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**

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（全体像）

- 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。
- この特例措置は、令和5年4月から12月まで（9か月間）時限的に適用する。

特例措置の全体像

	現行の加算	特例措置 (イメージ)
診療報酬	処方箋料の関係 一般名処方加算1 <u>7点</u> 一般名処方加算2 <u>5点</u>	<u>+●点</u>
	入院基本料等の関係（※入院初日） 後発医薬品使用体制加算1（90%以上） <u>47点</u> 後発医薬品使用体制加算2（85%以上） <u>42点</u> 後発医薬品使用体制加算3（75%以上） <u>37点</u>	<u>+●点</u>
	処方料の関係 外来後発医薬品使用体制加算1（90%以上） <u>5点</u> 外来後発医薬品使用体制加算2（85%以上） <u>4点</u> 外来後発医薬品使用体制加算3（75%以上） <u>2点</u>	<u>+●点</u>
調剤報酬	調剤基本料の関係（特別調剤基本料を算定している場合は80/100に相当する点数） 地域支援体制加算1 <u>39点</u> 地域支援体制加算2 <u>47点</u> 地域支援体制加算3 <u>17点</u> 地域支援体制加算4 <u>39点</u>	<u>+●点</u>

※特例措置は、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、適切な提供に資する取組を実施した場合が対象（要件を追加）。

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 (①)

①一般名処方加算

一般名処方加算について、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調剤できることで対応の柔軟性を増し、患者に安定的に薬物治療を提供する観点から、一般名処方加算の評価の特例措置を講ずる。(特例期間：令和5年4～12月)

・処方箋料

一般名処方加算1 7点 + 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は ●点
一般名処方加算2 5点 + 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は ●点

[算定要件]

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に一般名処方加算2を、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を算定する。

[追加の施設基準]

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。

一般名処方のイメージ

銘柄名処方

原則、当該銘柄を用いて調剤

○○○錠 20mg 2錠
(銘柄名 + 剤形 + 含量)

1日2回 朝食後・就寝前 ○日分



一般名処方

有効成分が同一であれば、どの後発医薬品も調剤可能

【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

②後発医薬品使用体制加算

後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、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の特例措置を講ずる（令和5年4月～12月）。

・後発医薬品使用体制加算（入院初日）

後発医薬品使用体制加算 1 (90%以上)	47点	+	下記「追加の施設基準」を満たしている場合は	●点
後発医薬品使用体制加算 2 (85%以上)	42点	+	下記「追加の施設基準」を満たしている場合は	●点
後発医薬品使用体制加算 3 (75%以上)	37点	+	下記「追加の施設基準」を満たしている場合は	●点

[既存の施設基準]

- ① 薬剤部門等が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の使用を決定する体制が整備された病院又は有床診療所であること。
- ② 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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数が、後発医薬品使用体制加算 1 にあっては90%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算 3 にあっては75%以上であること。
- ③ 当該医療機関において調剤した薬剤の規格単位数に占める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の割合が50%以上であること。
- ④ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

[追加の施設基準]

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) (1) 及び (2) の体制に関する事項及び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。

③ 外来後発医薬品使用体制加算

外来後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、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の特例措置を講ずる（令和5年4月～12月）。

・ 処方料

外来後発医薬品使用体制加算 1 (90%以上)	5点	+	下記「追加の施設基準」を満たしている場合は	●点
外来後発医薬品使用体制加算 2 (85%以上)	4点	+	下記「追加の施設基準」を満たしている場合は	●点
外来後発医薬品使用体制加算 3 (75%以上)	2点	+	下記「追加の施設基準」を満たしている場合は	●点

[既存の施設基準]

- ① 薬剤部門等が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の使用を決定する体制が整備された病院又は有床診療所であること。
- ② 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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数が、外来後発医薬品使用体制加算 1 にあつては90%以上、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあつては85%以上、外来後発医薬品使用体制加算 3 にあつては75%以上であること。
- ③ 当該医療機関において調剤した薬剤の規格単位数に占める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の割合が50%以上であること。
- ④ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

[追加の施設基準]

- (1) 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。
- (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十分な対応ができる体制が整備されていること。
- (3) (1) 及び (2) 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。

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 (④)

④地域支援体制加算

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評価の特例措置を講ずる。(令和5年4月~12月)

調剤基本料 1 を算定している保険薬局

- ・地域支援体制加算 1 39点
- ・地域支援体制加算 2 47点

調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局

- ・地域支援体制加算 3 17点*
- ・地域支援体制加算 4 39点*

(1) 後発医薬品調剤体制加算 1 又は 2 を算定する場合 + 下記の「追加の施設基準」を満たす場合

- ・地域支援体制加算 1 ●点
- ・地域支援体制加算 2 ●点
- ・地域支援体制加算 3 ●点*
- ・地域支援体制加算 4 ●点*

(2) 後発医薬品調剤体制加算 3 を算定する場合 + 下記の「追加の施設基準」を満たす場合

- ・地域支援体制加算 1 ●点
- ・地域支援体制加算 2 ●点
- ・地域支援体制加算 3 ●点*
- ・地域支援体制加算 4 ●点*

(* 特別調剤基本料を算定している場合は増点後の80/100に相当する点数)

[追加の施設基準]

- (1) 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。
- (2) 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。
- (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、医薬品融通などを行っていること。
- (4) (3) *に係る取組を実施していることについて当該薬局の見やすい場所に掲示していること。

※取組の例

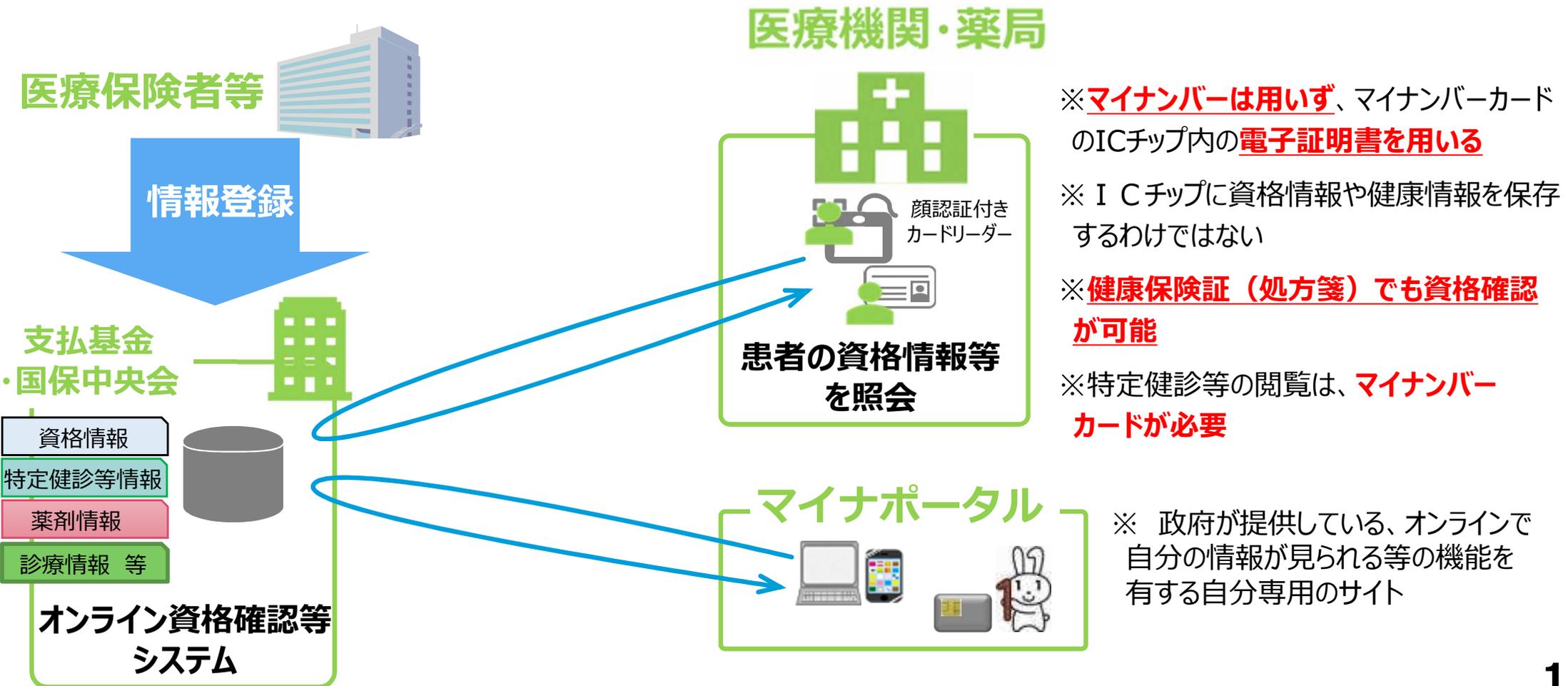
- ・地域の薬局間での医薬品備蓄状況の共有と医薬品の融通
- ・医療機関への情報提供(医薬品供給の状況、自局の在庫状況)、処方内容の調整
- ・医薬品の供給情報等に関する行政機関(都道府県、保健所等)との連携

(参考) 後発医薬品調剤体制加算 1 (後発医薬品の調剤数量割合80%以上)	21点
後発医薬品調剤体制加算 2 (後発医薬品の調剤数量割合85%以上)	28点
後発医薬品調剤体制加算 3 (後発医薬品の調剤数量割合90%以上)	30点

参考資料 (医療DX対応について)

オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

- ① 医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できる**ようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による**事務コストが削減**。
- ② マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を受けられる環境に**。（マイナポータルでの閲覧も可能）



オンライン資格確認のメリット

患者

- ・マイナンバーカードを用いて、**特定健診情報等、薬剤情報、医療費通知情報を閲覧**できます。本人が同意をすれば、医療関係者と共有し、**より良い医療を受けることが出来る**ようになります。
- ・限度額適用認定証等がなくても、**窓口での限度額以上の一時的な支払いが不要**となります。（従来は、一時的に支払いをした後に還付を受けるか、事前に医療保険者等に限度額適用認定証等を申請する必要がありました。）
- ・転職等のライフイベント後でも、**健康保険証としてずっと使うことができます**（医療保険者等への加入の届出は引き続き必要です）。国民健康保険や後期高齢者医療に加入している際の**定期的な保険証の更新が不要**になります。また、**高齢受給者証（70歳から75歳になるまでの間、自己負担割合を示す証明書）の持参が不要**になります。
- ・顔認証により本人確認と保険証確認が同時に行われ、**受付が円滑**になります。保険医療機関等の窓口での資格確認がシステム化されることで、待ち時間が減少することがあります。

医療機関・薬局

- ・病院システムへの資格情報の**入力の手間が軽減され、誤記リスクが減少**します。
- ・正しい資格情報の確認ができないことでレセプト請求後に返戻されていましたが、オンラインでの即時の資格確認により**レセプトの返戻を回避でき、患者等への確認事務が減少**します。**未収金の減少**につながります。
- ・マイナンバーカードを持っている患者の同意を得て、**薬剤情報、特定健診情報等を閲覧**することが出来るようになり、**より正確な情報に基づく適切な医療を提供**することが出来ます。
- ・**災害時**には、マイナンバーカードを持っていない患者であっても、薬剤情報、特定健診情報等を閲覧することが可能となります。（患者の同意は必要です。）
- ・被保険者証の資格確認がシステム化されることで、窓口の混雑が緩和されます。

保険者

- ・**資格喪失後の被保険者証の使用が抑制**されます。
- ・資格喪失後の被保険者証の使用や被保険者番号の誤記による**過誤請求の事務処理負担（資格喪失や異動後の資格情報の照会、医療保険者間調整、本人への請求等の事務作業）が減少**します。
- ・限度額適用認定証等の適用区分や負担割合等が保険医療機関等に正確に伝わり、**レセプトにかかる保険医療機関等との調整が減少**します。
- ・**限度額適用認定証等の申請にかかる事務手続きや認定証等の発行が減少**します。

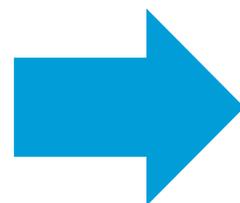
メリット：災害時における薬剤情報・特定健診等情報の閲覧

通常時は、薬剤情報・特定健診等情報を閲覧するには、本人がマイナンバーカードによる本人確認をした上で同意した場合に限られます。

災害時は、特別措置として、**マイナンバーカードによる本人確認ができなくても、薬剤情報・特定健診等情報の閲覧ができます。**

(災害時)

- ・薬を家に置いて避難してきた・・・
- ・避難所で持ってきた薬を飲みきってしまった・・・
- ・かかりつけ医以外のところで受診することに・・・



薬剤情報等の閲覧により、よりよい医療を提供できる

災害時



災害時、厚生労働省保険局にて、災害の規模等に応じて薬局の範囲及び期間を定める



特別措置として、マイナンバーカードによる本人確認を不要とする



資格確認端末で照会



特定健診情報				
氏名	厚労太郎	性別	男	
		年齢	50歳	
身体計測	身長	170.08	中性脂肪	140
	体重	63.6	HDLコレステロール	125
	腹囲	79.5	LDLコレステロール	154
血圧等	BMI	21.8	空腹時血糖	97
	血圧	67-106	HbA1C	5.1
肝機能検査	GOT(AST)	23	糖化血球	120
	GPT(ALT)	22	CRP	0.07
	LDH	160	RF定量	3未満

通常時と同様の画面が閲覧可能

「オンライン資格確認」に関する取組について

「経済財政運営と改革の基本方針2022」（令和4年6月7日閣議決定）を踏まえ、
8月10日の中央社会保険医療協議会（中医協）において、答申・公表。

① **保険医療機関・薬局にオンライン資格確認の導入を原則義務化**（療養担当規則等(省令)改正。令和5年4月施行）

※ 例外：「現在紙レセプトでの請求が認められている医療機関・薬局」（全体の約4%）
（電子請求の義務化時点で65歳以上*・手書き請求） *75歳以上程度の医師

② **医療情報化支援基金による医療機関・薬局向け補助の拡充**（中医協で公表）

※ 診療所等に対する定額補助の実施及び病院に対する補助上限の引き上げ

③ **診療報酬上の加算の取扱いの見直し**（令和4年10月から施行）

※ 今般の医療DXの基盤となるオンライン資格確認の義務化を踏まえ、オンライン資格確認導入に伴う医療の質の向上を評価する新たな仕組みに改める。

※ マイナ保険証利用時には、利用しない場合よりも、患者負担が小さくなる仕組みとする。

(参考) レセプトの請求状況

○ 診療報酬の請求については、電子請求（オンラインでの請求又は光ディスクでの請求）が義務付けられているが、

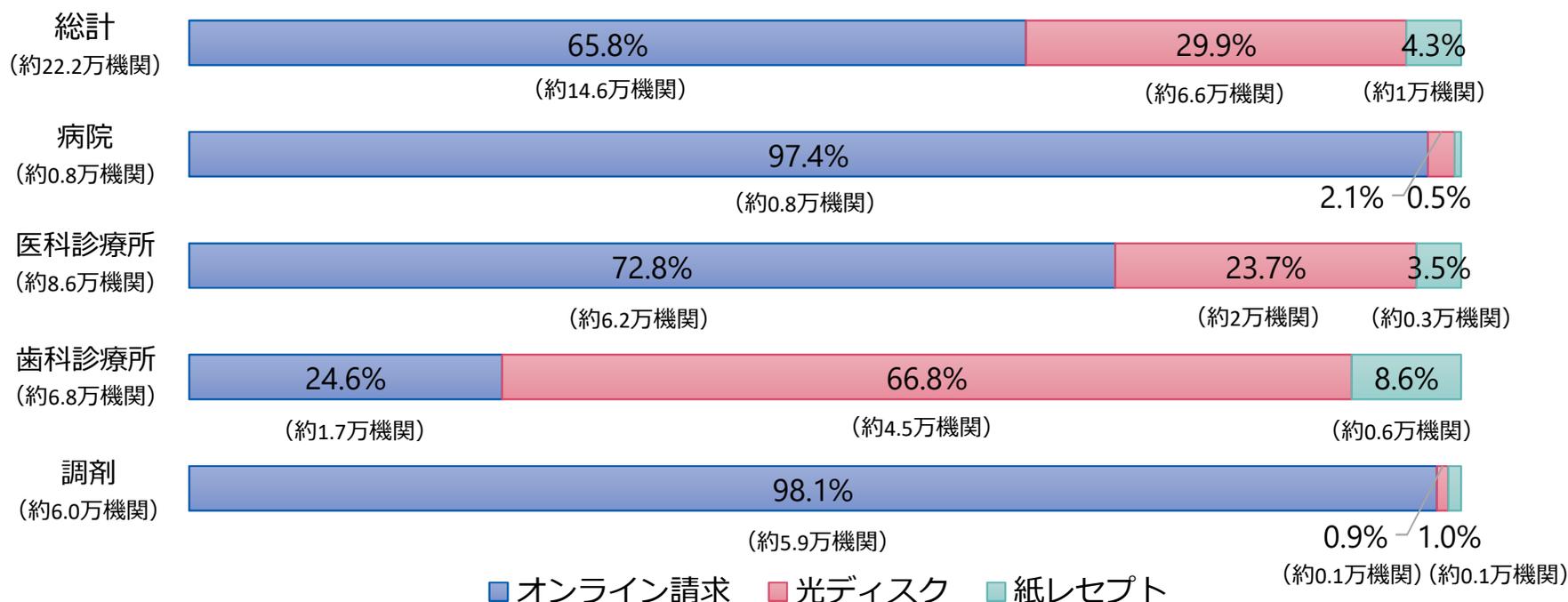
① 手書きでレセプトを作成している医療機関・薬局や

② 電子請求の義務化時点で65歳以上の医師等※の医療機関・薬局 ※現時点で75歳以上程度

については、当該義務の例外として紙レセプトでの請求が認められている。

⇒ 現在、全医療機関・薬局のうち約66%はオンラインでの請求、約30%は光ディスクでの請求、約4%は紙での請求。

【レセプトの請求状況】



※四捨五入等の関係上、合計が不一致の場合がある。施設数はレセプト請求機関ベース、令和4年3月時点。

医療情報化支援基金による医療機関・薬局への補助の見直し

- **顔認証付きカードリーダーは、医療機関・薬局に無償提供**（病院 3 台まで、診療所等 1 台）
- **それ以外の費用は、補助を拡充※1**（病院向けに補助上限の引上げ・診療所等向けに定額補助の実施）

※1 オンライン資格確認の導入を原則として義務化することに伴い、閣議決定を行った令和4年6月7日から令和4年12月末までに顔認証付きカードリーダーを申し込むとともに、令和5年2月末までにシステム事業者との契約を結んだ医療機関・薬局を対象（上記申込期限は最も遅いケースであり、医療機関等はより早期の申込や契約が必要。）（従前どおり、令和5年3月末までに事業完了、同年6月末までに交付申請が必要）

	顔認証付き カードリーダー の申込時期	病院			大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が 月4万回以上の薬局)	診療所 薬局(大型チェーン 薬局以外)
顔認証付きカードリーダー 提供台数		3台まで無償提供			1台無償提供	1台無償提供
その他の費用 の補助内容	①令和3年4月 ～令和4年 6月6日	1台導入する場合 105万円を 上限に補助 ※事業額の210.1万円を 上限に、その 1/2 を補助	2台導入する場合 100.1万円を 上限に補助 ※事業額の200.2万円を 上限に、その 1/2 を補助	3台導入する場合 95.1万円を 上限に補助 ※事業額の190.3万円を 上限に、その 1/2 を補助	21.4万円を 上限に補助 ※事業額の42.9万円 を上限に、その 1/2 を 補助	32.1万円を 上限に補助 ※事業額の42.9万円を上 限に、その 3/4 を補助
	②令和4年 6月7日～	210.1万円 を 上限に補助 ※事業額の420.2万円を 上限に、その 1/2 を補助	200.2万円 を 上限に補助 ※事業額の400.4万円を 上限に、その 1/2 を補助	190.3万円 を 上限に補助 ※事業額の380.6万円を 上限に、その 1/2 を補助	同上	基準とする事業額 42.9万円を上限に 実費補助

※ その他の費用：(1)マイナンバーカードの読取・資格確認等のソフトウェア・機器の導入、(2)ネットワーク環境の整備、(3)レセプトコンピュータ、電子カルテシステム等の既存システムの改修等。

※ 消費税分（10%）も補助対象であり、上記の上限額は、消費税分を含む費用額

※ 令和3年3月末までに顔認証付きカードリーダーを申し込んだ医療機関・薬局については上限額まで実費を補助する特例を実施

※ ①の期間にカードリーダーを申し込んだ施設において、オンライン資格確認の運用が進んでいない状況に鑑み、迅速な運用を促進する観点から、令和4年6月7日から令和5年1月末までに運用開始した施設については、別途の補助を実施する（補助金交付済の施設を除く。別途の補助の内容は、①と②の差額とする）。

※ 補助の見直しについて。病院：過半数以上の病院が事業額の上限を超過していることを踏まえ、現行の補助上限額を見直し（補助率は1/2を維持）。診療所・薬局（大型チェーン薬局以外）：経営規模を踏まえ、実費補助とする。大型チェーン薬局：補助基準内にほぼ収まっていることから、現状を維持。

医療DXを推進し、医療機関・薬局において診療情報を取得・活用し質の高い医療を実施する体制の評価

- 令和5年度より、保険医療機関・薬局に、医療DXの基盤となるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されることを踏まえ、当該システムを通じた患者情報の活用に係る現行の評価を廃止。
- その上で、医療DXの推進により、国民が医療情報の利活用による恩恵を享受することを推進する観点から、初診時等における情報の取得・活用体制の充実及び情報の取得の効率性を考慮した評価を新設。

オンライン資格確認等システムを通じた情報活用に係る現行の評価の廃止

○ 電子的保健医療情報活用加算

【医科・歯科】 マイナ保険証を利用する場合 7点（初診） 4点（再診） / 利用しない場合 3点（初診）
 【調剤】 マイナ保険証を利用する場合 3点（月1回） / 利用しない場合 1点（3月に1回）



初診時等における診療情報取得・活用体制の充実に係る評価の新設（令和4年10月～）

（新）医療情報・システム基盤整備体制充実加算

- 1 施設基準を満たす医療機関で初診を行った場合 **4点**
- 2 1であって、オンライン資格確認等により情報を取得等した場合 **2点**
 ※調剤は、1 **3点（6月に1回）**、2 **1点（6月に1回）**

医療機関・薬局に求められること

【施設基準】

- 次の事項を当該医療機関・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（対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局）。
 - ① オンライン資格確認を行う体制を有していること。（厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと）
 - ② 患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用（※）して診療等を行うこと。

【算定要件】

- 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（留意事項通知）

（※）この情報の取得・活用の具体的な方法として、上記にあわせて、初診時の問診票の標準的項目を新たに定めることを予定（薬局については、文書や聞き取りにより確認する項目を定めるとともに、当該情報等を薬剤服用歴に記録することを求める予定）

診療情報を取得・活用する効果（例）

医療機関	問診票の標準的項目を新たに定める（イメージ）	薬局
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 薬剤情報により、<u>重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握</u>できる。 ✓ 特定健診結果を<u>診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。</u> 	<p>問診票（初診時）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 今日の状態 ● 他の医療機関の受診歴 ● 過去の病気 ● 処方されている薬 ● 特定健診の受診歴 ● アレルギーの有無 ● 妊娠・授乳の有無 ● …… <p>※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 薬剤情報により、<u>重複投薬や相互作用の確認が可能になる。</u> ✓ 特定健診の<u>検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。</u>

今後、閲覧可能な情報が増えること等によって、正確な情報をより効率的に取得・活用可能となり、更なる医療の質の向上を実現

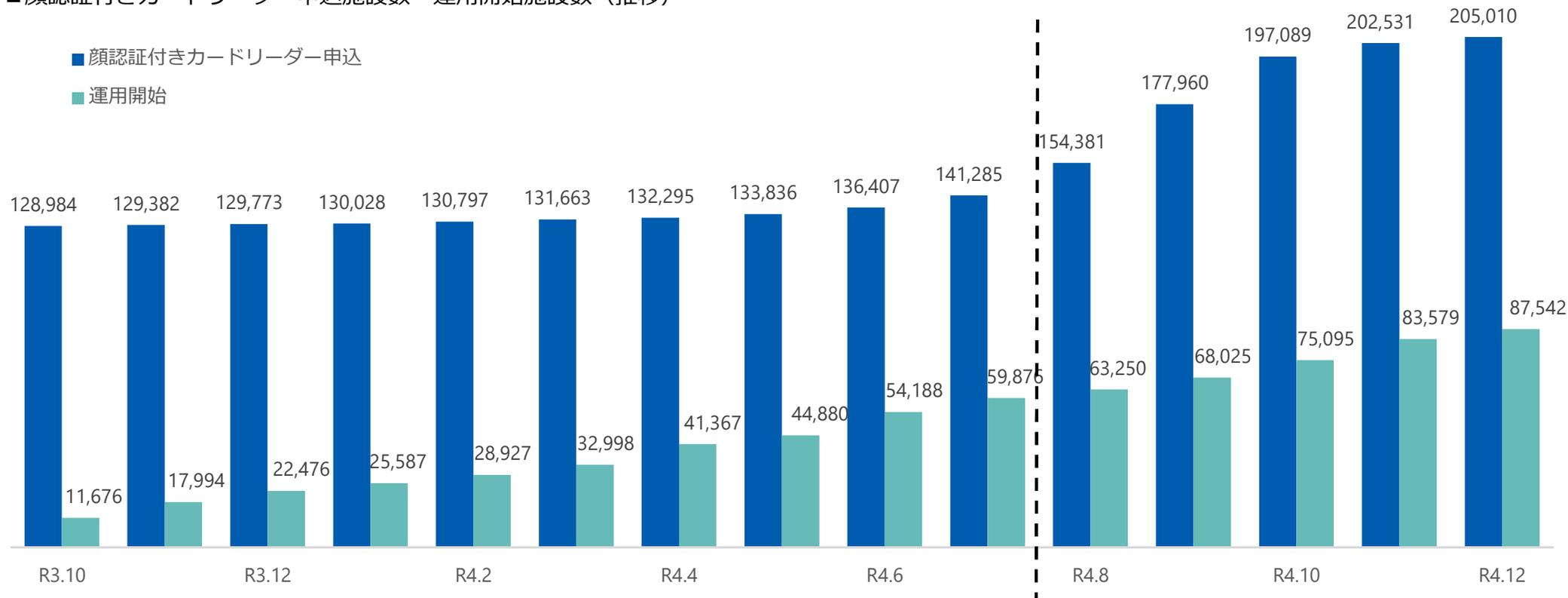
答申書の附帯意見について（令和4年8月10日）

- 1 関係者それぞれが令和5年4月からのオンライン資格確認の導入の原則義務化に向けて取組を加速させること。その上で、令和4年末頃の導入の状況について点検を行い、地域医療に支障を生じる等、やむを得ない場合の必要な対応について、その期限も含め、検討を行うこと。
- 2 今回新設された医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関し、その評価の在り方について、算定状況や導入状況も踏まえつつ、患者・国民の声をよく聴き、取得した医療情報の活用による医療の質の向上の状況について調査・検証を行うとともに、課題が把握された場合には速やかに対応を検討すること。
- 3 オンライン資格確認を医療DXの基盤として、今後、患者の同意の下でいかすことができる患者の健康・医療情報が拡大し、さらに安心・安全でより良い医療が受けられる環境が整備されていくということが、患者・国民に広く浸透するよう、関係者が連携して周知を図っていくこと。

オンライン資格確認の導入の原則義務化に向けた取組

- 医療関係団体（日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会）により設置された「オンライン資格確認推進協議会」と厚生労働省が連携して、**オンライン説明会を実施（8/24）**。
- 都道府県担当者や地域の関係団体への**地域ごとでの説明会を開催（8月以降計42回厚生労働省から直接実施）**。**都道府県単位での顔認証付きカードリーダー申し込みのとりまとめを求めるとともに、市・郡単位での申込状況を公表し取組を後押し**
- 「システム事業者導入促進協議会」**を、デジタル庁・経済産業省とも連携して、**集中的に開催（計3回6/10、8/23、11/2）**。改修完了に向けた導入計画の策定を依頼など、**システム事業者向けに働きかけを強化**。

■顔認証付きカードリーダー申込施設数・運用開始施設数（推移）



医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況

(2022/12/18時点)

1. 顔認証付きカードリーダー申込数

206,051施設 **(89.6%)** / 229,953施設

※義務化対象施設に対する割合：**96.5%**

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	97.8%	97.9%
内科診療所	88.4%	95.2%
歯科診療所	86.0%	97.3%
薬局	94.5%	97.4%

参考：全施設数

病院	8,189
内科診療所	89,796
歯科診療所	70,517
薬局	61,451

2. 準備完了施設数 (カードリーダー申込数の内数)

106,569施設 **(46.3%)** / 229,953施設

※義務化対象施設に対する割合：**49.9%**

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	60.7%	60.8%
内科診療所	35.5%	38.3%
歯科診療所	36.8%	41.7%
薬局	71.2%	73.3%

3. 運用開始施設数 (準備完了施設数の内数)

89,893施設 **(39.1%)** / 229,953施設

※義務化対象施設に対する割合：**42.1%**

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	52.1%	52.2%
内科診療所	27.4%	29.6%
歯科診療所	30.0%	34.0%
薬局	64.8%	66.8%

注) 義務化対象施設数は、社会保険診療報酬支払基金にレセプト請求している医療機関・薬局の合計 (213,438施設) で算出 (紙媒体による請求を行っている施設を除く。令和4年9月診療分)

【参考：健康保険証の利用の登録】

37,165,287件 カード交付枚数に対する割合 **52.9%**

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】

有効申請枚数： 約8,020万枚 (人口比：63.7%)
 交付実施済数： 約7,021万枚 (人口比：55.8%)

都道府県別の運用開始状況（施設類型別・12月18日時点）

	病院	医科診療所	歯科診療所	薬局
①	岩手(78.3%)	宮崎(42.1%)	鳥取(63.6%)	岡山(81.6%)
②	鳥取(72.1%)	石川(40.0%)	宮崎(60.7%)	富山(80.5%)
③	富山(71.7%)	鹿児島(39.8%)	福井(54.5%)	岩手(80.3%)
④	愛媛(68.9%)	富山(39.7%)	岩手(51.7%)	青森(77.5%)
⑤	山形(68.7%)	長野(38.5%)	富山(51.1%)	福井(75.8%)

④3	千葉(43.6%)	京都(23.2%)	大阪(25.8%)	山梨(55.8%)
④4	大阪(43.5%)	神奈川(22.1%)	群馬(25.4%)	群馬(55.5%)
④5	神奈川(42.2%)	徳島(21.7%)	千葉(24.7%)	佐賀(53.3%)
④6	東京(39.8%)	東京(21.7%)	神奈川(23.2%)	大分(52.0%)
④7	茨城(39.1%)	島根(17.2%)	東京(20.8%)	徳島(46.8%)
合計	52.1%	27.4%	30.0%	64.8%

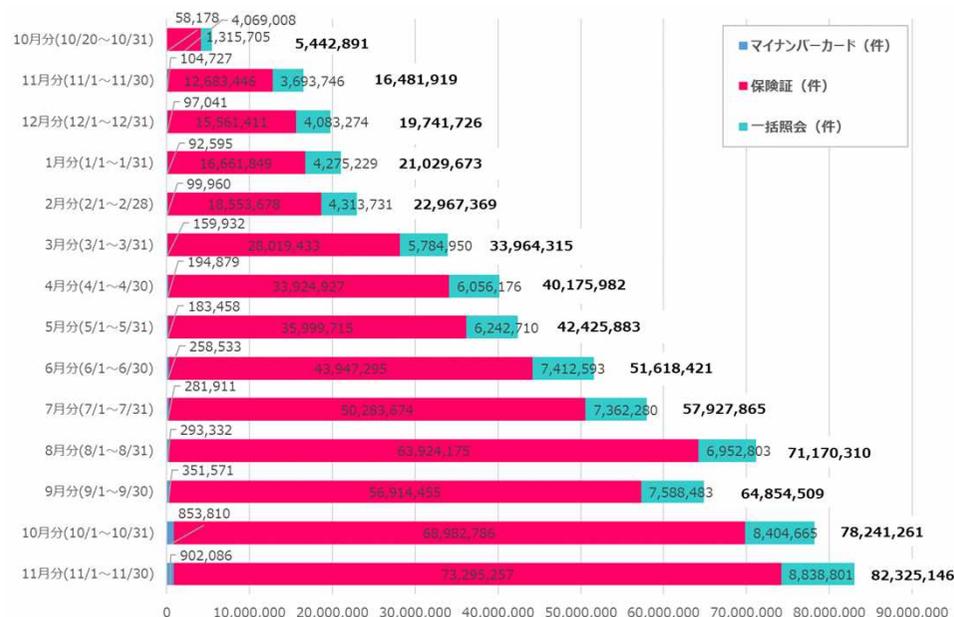
オンライン資格確認の利用状況①

- 本格運用開始から11月末までの期間で、オンライン資格確認等システムを活用した資格確認が約6.1億件行われた。
(マイナンバーカードによるもの：約390万件、保険証によるもの：約5億2,000万件、一括照会によるもの：約8,200万件)

■ 運用開始施設における資格確認の利用件数

※ 一括照会：医療機関等が事前に予約患者の保険資格が有効かどうか等、オンライン資格確認等システムに一括して照会すること

期間	合計 (件)	マイナンバーカード (件)	保険証 (件)	一括照会 (件)
10月分(10/20~10/31)	5,442,891	58,178	4,069,008	1,315,705
11月分(11/1~11/30)	16,481,919	104,727	12,683,446	3,693,746
12月分(12/1~12/31)	19,741,726	97,041	15,561,411	4,083,274
1月分(1/1~1/31)	21,029,673	92,595	16,661,849	4,275,229
2月分(2/1~2/28)	22,967,369	99,960	18,553,678	4,313,731
3月分(3/1~3/31)	33,964,315	159,932	28,019,433	5,784,950
4月分(4/1~4/30)	40,175,982	194,879	33,924,927	6,056,176
5月分(5/1~5/31)	42,425,883	183,458	35,999,715	6,242,710
6月分(6/1~6/30)	51,618,421	258,533	43,947,295	7,412,593
7月分(7/1~7/31)	57,927,865	281,911	50,283,674	7,362,280
8月分(8/1~8/31)	71,170,310	293,332	63,924,175	6,952,803
9月分(9/1~9/30)	64,854,509	351,571	56,914,455	7,588,483
10月分(10/1~10/31)	78,241,261	853,810	68,982,786	8,404,665
11月分(11/1~11/30)	83,036,144	902,086	73,295,257	8,838,801
総計	609,078,268	3,932,013	522,821,109	82,325,146



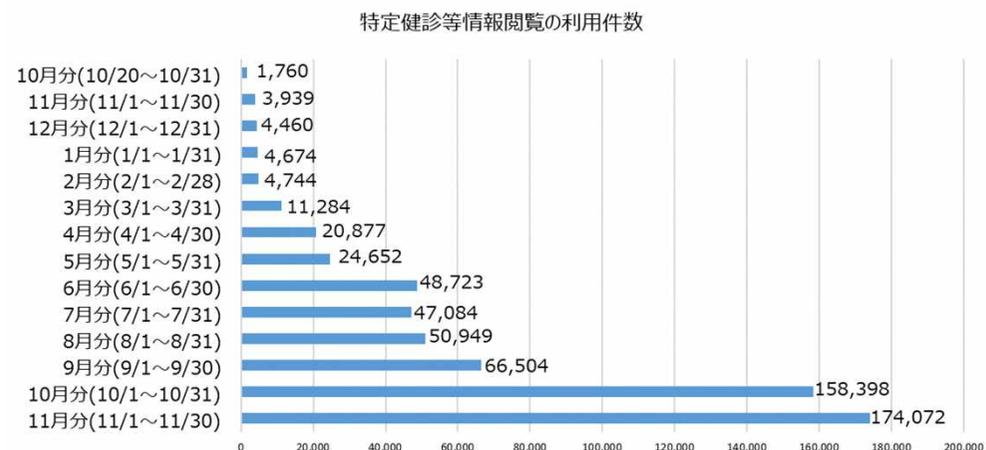
【11月分の内訳】

	合計 (件)	マイナンバーカード (件)	保険証 (件)	一括照会 (件)
病院	10,499,654	129,492	4,045,189	6,324,973
医科診療所	21,111,553	237,092	20,359,638	514,823
歯科診療所	6,267,300	141,489	4,172,780	1,953,031
薬局	45,157,637	394,013	44,717,650	45,974
総計	83,036,144	902,086	73,295,257	8,838,801

オンライン資格確認の利用状況②

■ 特定健診等情報・薬剤情報の利用件数 ※ マイナンバーカードを持参した患者で特定健診等情報、薬剤情報の閲覧に同意をし、医療機関・薬局が利用した件数

期間	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
10月分(10/20~10/31)	1,760	4,294	—
11月分(11/1~11/30)	3,939	7,436	—
12月分(12/1~12/31)	4,460	11,942	—
1月分(1/1~1/31)	4,674	13,630	—
2月分(2/1~2/28)	4,744	18,584	—
3月分(3/1~3/31)	11,284	32,866	—
4月分(4/1~4/30)	20,877	64,423	—
5月分(5/1~5/31)	24,652	68,895	—
6月分(6/1~6/30)	48,723	129,235	—
7月分(7/1~7/31)	47,084	133,012	—
8月分(8/1~8/31)	50,949	157,056	—
9月分(9/1~9/30)	66,504	199,072	11,531
10月分(10/1~10/31)	158,398	429,617	77,831
11月分(11/1~11/30)	174,072	435,973	98,263
総計	622,120	1,706,035	187,625



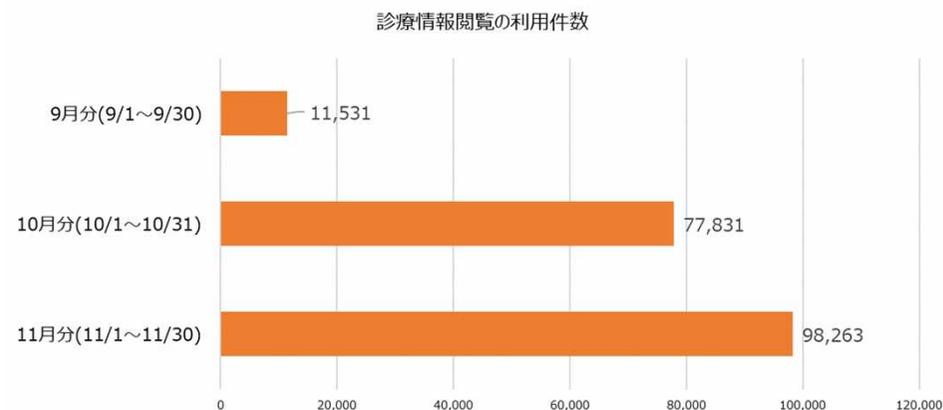
【11月分の内訳】

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	15,981	25,195	15,871
医科診療所	36,786	176,387	21,724
歯科診療所	16,788	31,061	2,163
薬局	104,517	203,330	58,505
総計	174,072	435,973	98,263



■ マイナポータルでの特定健診等情報・薬剤/診療情報の閲覧件数

期間	特定健診等情報 (件)	薬剤/診療情報 (件)
10月分(10/21~10/31)	4,655	8,760
11月分(11/1~11/30)	9,985	20,656
12月分(12/1~12/31)	7,698	18,174
1月分(1/1~1/31)	11,919	29,407
2月分(2/1~2/28)	12,097	35,403
3月分(3/1~3/31)	11,087	35,564
4月分(4/1~4/30)	7,843	23,723
5月分(5/1~5/31)	7,126	23,364
6月分(6/1~6/30)	8,548	34,608
7月分(7/1~7/31)	10,679	68,238
8月分(8/1~8/31)	7,776	51,248
9月分(9/1~9/30)	7,928	52,566
10月分(10/1~10/31)	10,754	56,719
11月分(11/1~11/30)	8,570	61,543
総計	126,665	519,973



マイナンバーカードと健康保険証の一体化（保険証の廃止）

- マイナンバーカードは、社会全体のデジタル化を進めるための最も重要なインフラ。このインフラを活用し、国民にマイナンバーカード1枚で受診していただくことで、健康・医療に関する多くのデータに基づいた、よりよい医療を受けていただけることが可能となる。
- **「マイナンバーカードと健康保険証の一体化」を進めるため、令和6年秋に保険証の廃止を目指す。**
- 保険証の廃止に向けては、細部にわたりきめ細かく環境を整備する必要がある。また、医療を受ける国民、医療を提供する医療機関関係者などの理解が得られるよう、丁寧に取り組んでいく。
- 具体的に、以下2つの課題に取り組む。

1. 訪問診療・柔整あはき等にオンライン資格確認を導入

- 訪問診療等の居宅における資格確認の仕組みの構築。
- 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師の施術所等に資格情報のみを取得できる簡素な仕組みの構築。

（オンライン資格確認義務化の例外医療機関等について、簡素な仕組みを導入し、必要な資格確認を行える方向で検討。）

⇒ 事業者のシステム改修及び利用機器の導入支援（173億円）、支払基金・国保中央会のオンライン資格確認等システムの改修（51億円）、保険者等のシステム改修（56億円）を実施。

※上記の予算は、厚生労働省において第二次補正予算に計上。

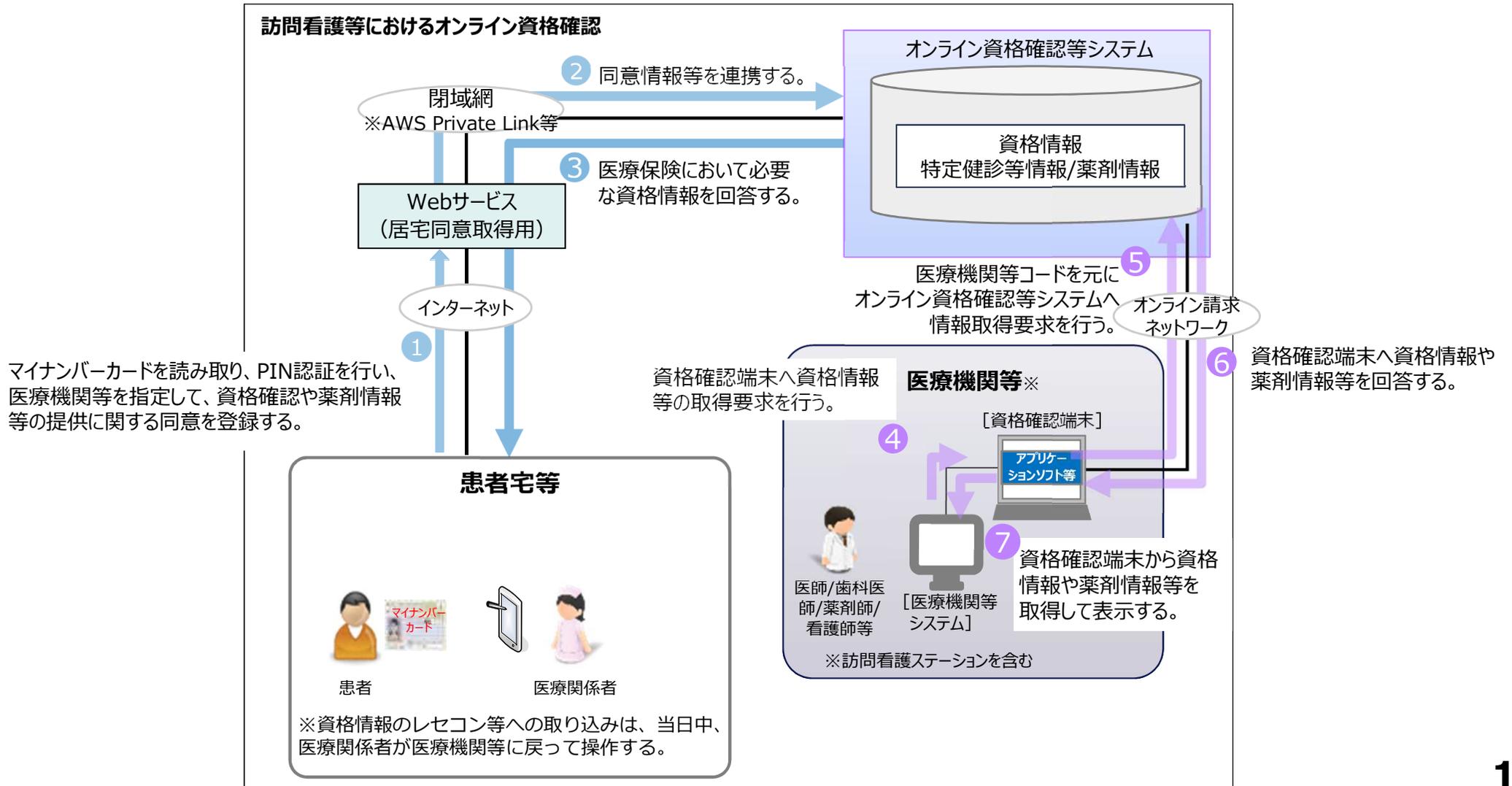
2. マイナンバーカードの取得の徹底

- 保険証の廃止に当たっては、マイナンバーカード取得の徹底に加え、カードの手続き・様式の見直しの検討が必要。

※ 何らかの事情により手元にマイナンバーカードがない方が必要な保険診療等を受ける際の事務手続などについては、今後「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」において検討を進める。

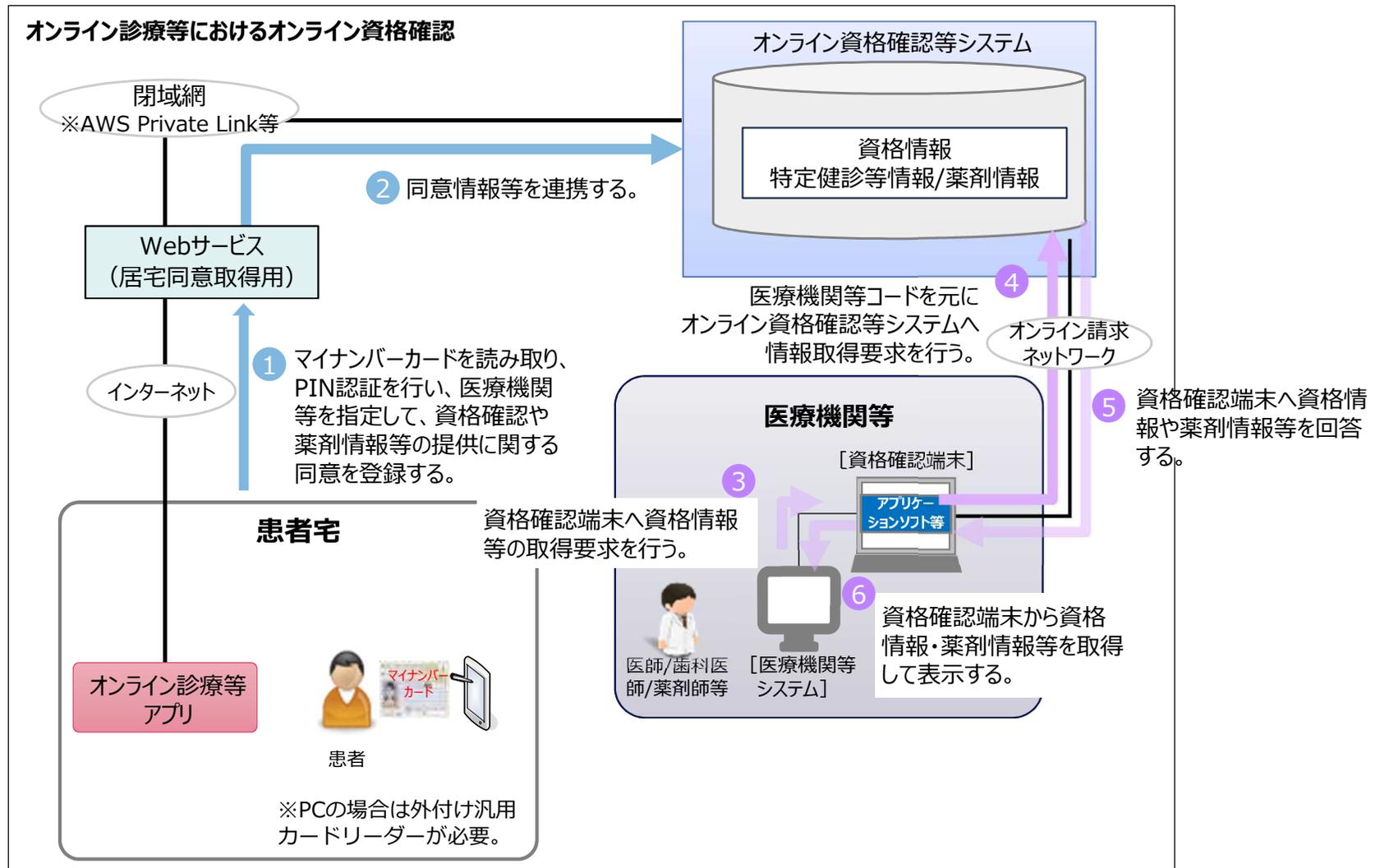
訪問看護等におけるオンライン資格確認の仕組み案（概要）

- 初回訪問時は、資格確認や薬剤情報等の提供に関する同意は、医療関係者が持参したモバイル端末等を用いて実施する。
- 2回目以降は、訪問看護等では医療関係者が患者宅等を訪問することから、患者のなりすましリスクが低いことを踏まえ、医療機関等で資格の有効性確認を行う仕組みとする。また、薬剤情報等は、診療が行われている間の提供について同意を得たうえで、情報を取得する仕組みとする。



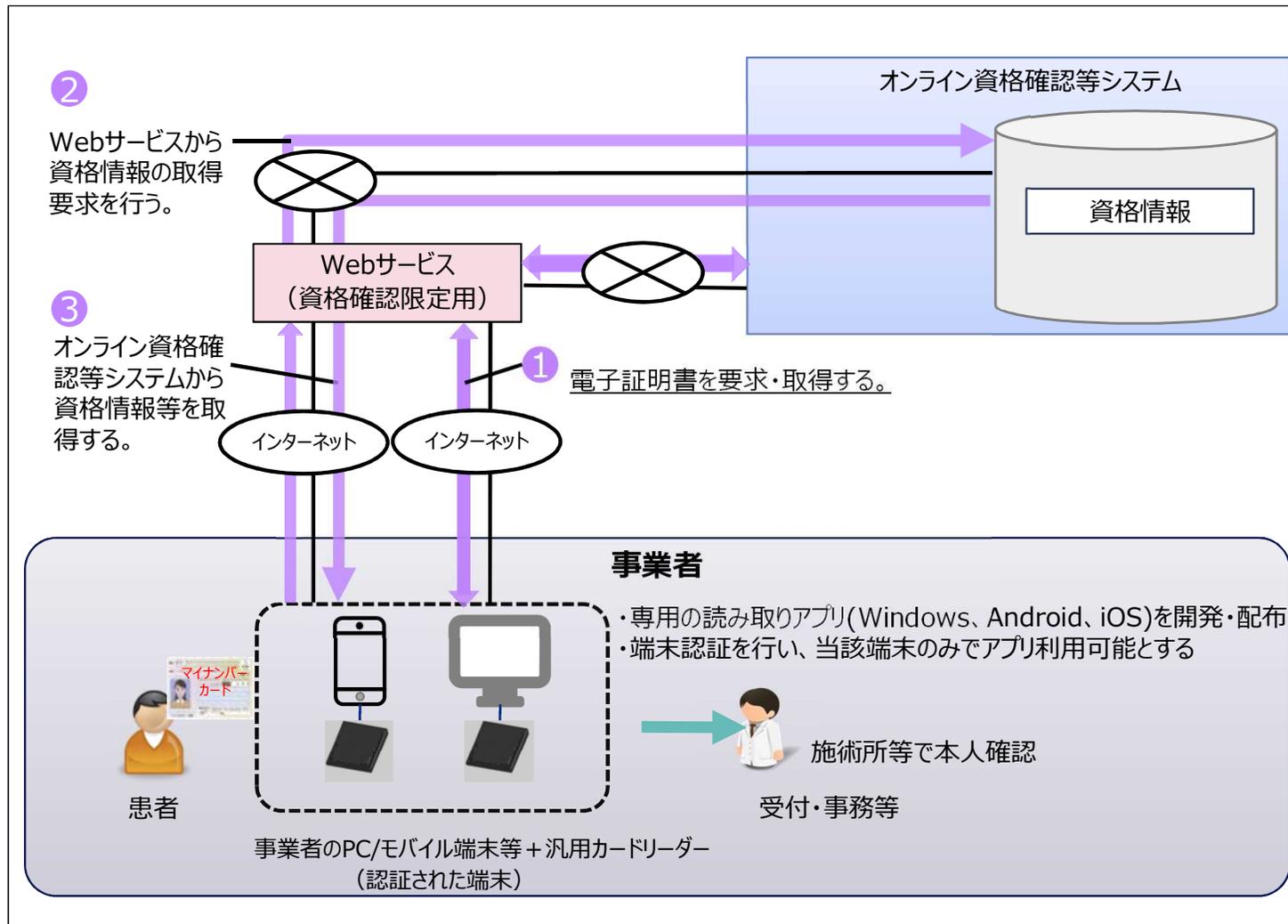
オンライン診療等におけるオンライン資格確認の仕組み案（概要）

- 資格確認や薬剤情報等の提供に関する同意は、患者本人のモバイル端末またはPCを用いて実施[※]する。
 なお、資格確認及び薬剤情報等の提供に関する同意は、通常の外來診療と同様に、医療機関等を利用する都度行う仕組みとする。
- ※ Webサービス（居宅同意取得用）へのアクセスは、オンライン診療等アプリとAPI連携を行う。また、患者本人がWebサービス（居宅同意取得用）へ直接アクセス可能な仕組みも実装予定。



柔整あはき等におけるオンライン資格確認の簡素な仕組み案（イメージ図、未定稿）

- 診療を行わない**柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師の施術所や健診・保健指導実施機関を対象**に、現在利用している保険証の資格情報の代替として、**必要な資格情報のみ**を取得できる簡素な仕組みの構築する。
- また、**オンライン資格確認義務化の例外医療機関等**についても、この簡素な仕組みを導入し、必要な資格確認を行える方向で検討する。
- 患者の医療・健康情報は取得せず、資格情報のみの取得となることから、4桁の暗証番号入力なしを基本とする仕組みとする。



※現時点のイメージを表したものであり、技術的な検討を行っているもの。今後変更の可能性あり。

中医協 総-3-2
4 . 1 2 . 2 3

中医協 総-4
4 . 1 2 . 2 1
(一部改変)

参考資料

(医療DXに関する診療報酬上の 評価について)

1. 医療DXの推進について
2. 診療報酬上の評価について
3. 論点

診療情報取得・活用体制の充実について

- 令和4年度10月以降、初診時等における診療情報取得・活用体制の充実に係る評価については、オンライン資格確認等による情報の取得を推進してきた。制度改正に基づく医療機関における負担などについてのヒアリング結果は下記のとおり。

オンライン資格確認等の使用前 ～2022年8月上旬

医療情報・システム基盤整備体制充実加算
導入前のアンケート
(令和4年8月3日中医協資料より抜粋)

- **初診時**において、問診票により**現病歴、受診歴、既往歴、手術歴、アレルギー情報、薬剤情報、妊娠の有無等**を確認している。
- 患者が**内服薬を覚えていない**、**受診歴を申告してもらえない**等で、**問診では正確な情報把握が難しい場合がある**。
- **薬剤情報**は、患者がお薬手帳を持参されれば必ず確認しているが、**持参を忘れることもある**。
- **特定健診情報**は、健診を受けていない場合もあるため、**必ずしも全ての患者に確認できていないが、健診を受けているかの情報が得られれば診療に有用と考えられる**。

2022年10月以降

情報の取得・活用の具体的方法として、初診時の問診票の標準的項目を新たに定めたところ。

(別紙様式 54)

初診時の標準的な問診票の項目等

医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する医療機関は、当該医療機関の受診患者に対する初診時問診票の項目について、以下を参考とすること。

- マイナ保険証による診療情報取得に同意したか
- 他の医療機関からの紹介状を持っているか
- 本日受診した症状について
 - ・・・症状の内容、発症時期、経過 等
- 現在、他の医療機関に通院しているか
 - ・・・医療機関名、受診日、治療内容 等
- 現在、処方されている薬があるか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能）
 - ・・・薬剤名、用量、投薬期間 等
- これまでに大きな病気にかかったことがあるか（入院や手術を要する病気等）
 - ・・・病名、時期、医療機関名、治療内容 等
- この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能）
 - ・・・受診時期、指検事項 等
- これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがあるか
 - ・・・原因となったもの、症状 等
- 現在、妊娠中又は授乳中であるか（女性のみ）
 - ・・・妊娠週数 等

※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和4年9月上旬現在の状況

なお、問診票の項目とは別に、以下の内容についても問診票等に記載すること。

- 当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関）であること。
- マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。

(記載例)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

オンライン資格確認等により、薬剤情報、健診情報、受診情報を効率的に入手可能。

オンライン資格確認システム導入後の 医療機関に対するヒアリング結果

- 初診時の標準的問診票を定めたが、マイナンバーカードを用いない場合、特に処方薬の情報などを正確に記載してもらうのには時間がかかり、支援する手間も大きい。
- 新たに定められた標準的問診項目は、以前から使用していた問診項目よりも増えているため、記入に時間がかかる。
- マイナンバーカードによる確認は、後発品名も確実に確認できるので、利用価値が高い。
- 特に薬剤情報については、マイナンバーカードによる確認は医療機関側でなく患者の負担軽減にもつながっている。
- 特定健診の情報が利用できることで患者からの聞き取りで得られなかった情報が補完できた。
- 情報の取得において、患者によりオンライン資格確認等システムと問診を使い分ける必要があり、対応に負担を感じる。
- 紙の問診表の保存、管理にもコストを要する。
- 再診時においても、定期的な薬剤情報の確認が必要であるため、このシステムの活用が有効である。

マイナ保険証の活用による、医療DXの推進

○ オンライン資格確認等システムを用いた薬剤情報の確認

マイナンバーカードの健康保険証利用で/
過去のデータに基づく診療・薬の処方
受けられるようになりました！

顔認証付きカードリーダーで同意をすると、初めての医療機関でも、今までに使った正確な薬の情報やご自身の過去の受診歴・診療情報を踏まえた健康状況が医師と共有でき※1、より多くの情報に基づいた、診療を受けることが可能となります。

患者様の同意のもと医師が閲覧できる情報

特定健診情報

40歳から74歳までの方を対象に、メタボリックシンドロームに着目して行われる健診結果の情報です。
※75歳以上の方の健診情報は、後期高齢者健診情報です。

メタボ健診とも呼ばれているよ。

診療/薬剤情報

医療機関を受診した際の診療情報※2および薬局等で受け取ったお薬の情報※3です。

※2 医療機関名、受診歴、診療年月日、診療行為名（放射線治療、画像診断、病理診断、医学管理等、在宅医療のうち在宅療養指導管理料、処置のうち人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流）などが対象です。

※3 注射・点滴等も含む薬剤情報です

同意画面のイメージ ※4

▼特定健診情報

(40歳以上対象)
過去の健診情報を当機関に提供することに同意しますか。

この情報はあなたの診療や健康管理のために使用します。

同意する

同意しない

▼診療/薬剤情報

過去の診療・お薬情報を当機関に提供することに同意しますか。

この情報はあなたの診療や健康管理のために使用します。

同意する

同意しない

マイナンバーカード 保険証

検索

※1 同意に基づいて、医療機関からオンライン資格確認実施機関に特定健診情報等を照会し、医療機関へ提供されます。
※4 同意画面はイメージです。



マイナカードの保険証利用

マイナンバーカードの健康保険証利用により、初診に限らず再診時にも、他院での処方も含めた過去の診療・薬剤情報を取得可能

→効率的で質の高い医療の提供の推進

<閲覧イメージ：薬剤情報一覧>

薬剤情報										
氏名	厚労太郎			性別	男		年齢	50歳		
診療年月日	診療科	処方日	処方薬の名称	処方単位	処方回数	内服/点眼/外用/注射	薬名(商品名)	薬名(一般名)	数量	単位
10月	外来	5日	-	-	-	内服	ガスターD錠20mg	ガスターD錠	20錠	錠
10月	外来	5日	-	-	-	内服	プロブレン錠12 12mg	プロブレン錠	12錠	錠
10月	外来	5日	-	-	-	外用	ソングロン-VG軟膏0.12%	ソングロン-VG軟膏	5g	g
10月	外来	5日	-	-	-	注射	アリアゾナ10錠	アリアゾナ注射液	10錠	錠
10月	薬局	6日	6日	1日1回朝食後	-	内服	アースト錠10mg	アースト錠	10錠	錠
10月	薬局	6日	6日	-	飲み/強い薬は1日2錠	内服	ロキソプロフェンNa錠60mg	ロキソプロフェンナトリウム水和物錠	23錠	錠
10月	薬局	18日	18日	1日3回食後	-	内服	ファジジンカ/カル10mg	ファジジンカ/カル	30錠	錠
10月	薬局	30日	30日	1日1回夕食後	-	内服	トースト錠2mg	トースト錠	10錠	錠
11月	入院	5日	-	-	-	内服	カンタリー錠250mg	カンタリー錠	25錠	錠

薬剤情報：レセプト情報を元にした3年分の情報が参照可能
(※資格確認等システムの環境設定で診療情報表示をしない場合には、薬剤情報のみを表示)

(参考) レセプトの請求状況

○ 診療報酬の請求については、電子請求（オンラインでの請求又は光ディスクでの請求）が義務付けられているが、

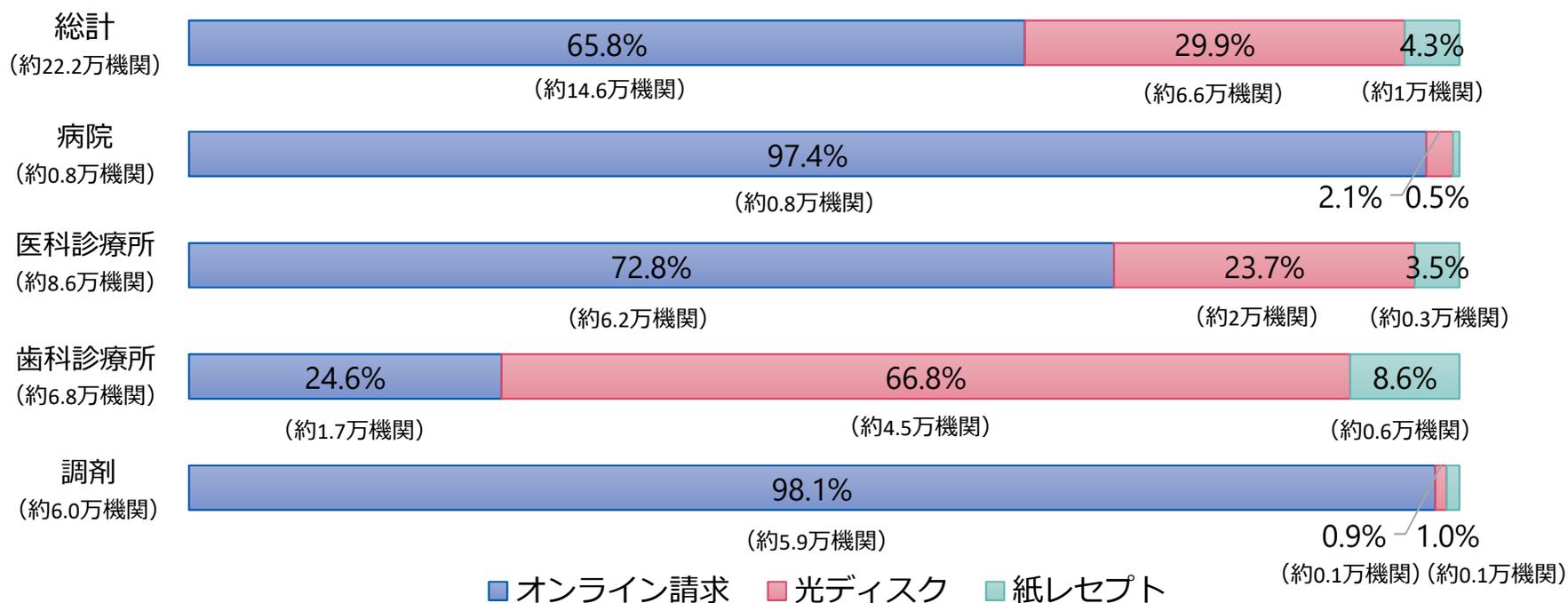
① 手書きでレセプトを作成している医療機関・薬局や

② 電子請求の義務化時点で65歳以上の医師等※の医療機関・薬局 ※現時点で75歳以上程度

については、当該義務の例外として紙レセプトでの請求が認められている。

⇒ 現在、全医療機関・薬局のうち約66%はオンラインでの請求、約30%は光ディスクでの請求、約4%は紙での請求。

【レセプトの請求状況】



※四捨五入等の関係上、合計が不一致の場合がある。施設数はレセプト請求機関ベース、令和4年3月時点。

1. 医療DXの推進について
2. 診療報酬上の評価について
3. 論点

医療DXを推進し、医療機関・薬局において診療情報を取得・活用し質の高い医療を実施する体制の評価

- ▶ 令和5年度より、保険医療機関・薬局に、医療DXの基盤となるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されることを踏まえ、当該システムを通じた患者情報の活用に係る現行の評価を廃止。
- ▶ その上で、医療DXの推進により、国民が医療情報の利活用による恩恵を享受することを推進する観点から、初診時等における情報の取得・活用体制の充実及び情報の取得の効率性を考慮した評価を新設。

オンライン資格確認等システムを通じた情報活用に係る現行の評価の廃止

○ 電子的保健医療情報活用加算

【医科・歯科】 マイナ保険証を利用する場合 7点（初診） 4点（再診） / 利用しない場合 3点（初診）
 【調剤】 マイナ保険証を利用する場合 3点（月1回） / 利用しない場合 1点（3月に1回）



初診時等における診療情報取得・活用体制の充実に係る評価の新設（令和4年10月～）

（新）医療情報・システム基盤整備体制充実加算

- 1 施設基準を満たす医療機関で初診を行った場合 **4点**
- 2 1であって、オンライン資格確認等により情報を取得等した場合 **2点**
 ※調剤は、1 **3点（6月に1回）**、2 **1点（6月に1回）**

医療機関・薬局に求められること

【施設基準】

- 次の事項を当該医療機関・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（対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局）。
 - ① オンライン資格確認を行う体制を有していること。（厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと）
 - ② 患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用（※）して診療等を行うこと。

【算定要件】

- 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（留意事項通知）

（※）この情報の取得・活用の具体的な方法として、上記にあわせて、初診時の問診票の標準的項目を新たに定めることを予定（薬局については、文書や聞き取りにより確認する項目を定めるとともに、当該情報等を薬剤服用歴に記録することを求める予定）

診療情報を取得・活用する効果（例）

医療機関	問診票の標準的項目を新たに定める（イメージ）	薬局
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 薬剤情報により、<u>重複投薬を適切に避けられる</u>ほか、<u>投薬内容から患者の病態を把握</u>できる。 ✓ 特定健診結果を<u>診療上の判断や薬の選択等に生かす</u>ことができる。 	<p>問診票（初診時）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 今日の状態 ● 他の医療機関の受診歴 ● 過去の病気 ● 処方されている薬 ● 特定健診の受診歴 ● アレルギーの有無 ● 妊娠・授乳の有無 ● …… <p>※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 薬剤情報により、<u>重複投薬や相互作用の確認が可能</u>になる。 ✓ 特定健診の<u>検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能</u>になる。

今後、閲覧可能な情報が増えること等によって、正確な情報をより効率的に取得・活用可能となり、更なる医療の質の向上を実現

答申書の附帯意見について（令和4年8月10日）

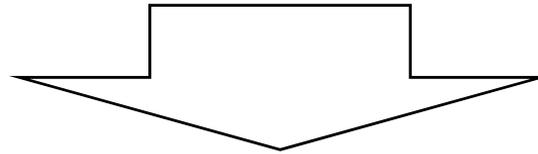
- 1 関係者それぞれが令和5年4月からのオンライン資格確認の導入の原則義務化に向けて取組を加速させること。その上で、令和4年末頃の導入の状況について点検を行い、地域医療に支障を生じる等、やむを得ない場合の必要な対応について、その期限も含め、検討を行うこと。
- 2 今回新設された医療情報・システム基盤整備体制充実加算に関し、その評価の在り方について、算定状況や導入状況も踏まえつつ、患者・国民の声をよく聴き、取得した医療情報の活用による医療の質の向上の状況について調査・検証を行うとともに、課題が把握された場合には速やかに対応を検討すること。
- 3 オンライン資格確認を医療DXの基盤として、今後、患者の同意の下でいかすことができる患者の健康・医療情報が拡大し、さらに安心・安全でより良い医療が受けられる環境が整備されていくということが、患者・国民に広く浸透するよう、関係者が連携して周知を図っていくこと。

1. 医療DXの推進について
2. 診療報酬上の評価について
3. 論点

医療情報・システム基盤整備体制充実加算等に関する課題と論点

(医療情報・システム基盤整備体制充実加算をめぐる各種課題について)

- 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・保険薬局において、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手続きに一定の負荷・手間が大きい。また、再診時においても定期的に薬剤情報等を確認する必要がある。
- 導入義務化の期限が近づいており、また、経過措置が設けられた場合であっても、なるべく早い対応を促していくことが重要である。
- オンライン請求を行っていない保険医療機関等については、オンライン資格確認等システムの導入義務化に併せ、オンライン請求を行う体制整備が必要となっている。



【論点】

- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、初診の評価をどのように考えるか。例えば、初診や調剤※について一定期間に限り、評価を見直すことについてどのように考えるか。
※医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、調剤に関しては6月に1回の算定となっている。
- 再診時についても、一定期間に限り、評価を見直すことについてどのように考えるか。
- オンライン請求を行っていない保険医療機関・保険薬局においても、オンライン資格確認等システムの導入義務化に併せ、一定期間に限り、オンライン請求の導入を促すことについてどのように考えるか。

參考資料

	医科	歯科	調剤
【3】初診時・調剤時等における患者情報の確認	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>初診時</u>において、問診票により<u>現病歴、受診歴、既往歴、手術歴、アレルギー情報、薬剤情報、妊娠の有無等</u>を確認している。 ○ 患者が内服薬を覚えていない、受診歴を申告してもらえない等で、<u>問診では正確な情報把握が難しい場合がある</u>。 ○ <u>薬剤情報</u>は、患者がお薬手帳を持参されれば必ず確認しているが、<u>持参を忘れることもある</u>。 ○ <u>特定健診情報</u>は、健診を受けていない場合もあるため、<u>必ずしも全ての患者に確認できていないが、健診を受けているかの情報が得られれば診療に有用と考えられる</u>。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>初診時</u>において、問診票により<u>現病歴、受診歴、既往歴、アレルギー情報、易出血性、薬剤情報、妊娠の有無等</u>を確認している。 ○ 抜歯時期を検討する際に、薬の投薬時期や頻度等を確認する。治療方針が決まった時に、より詳細に聞く場合もある。 ○ 患者がお薬手帳を忘れた場合には、<u>正確な薬剤情報の確認は次回診療以降に行うことになる</u>。 ○ マイナ保険証から確認できない情報は問診票で確認している。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者の服薬状況等については、お薬手帳や聞き取りにより必ず確認するが、<u>院内で使用された薬剤情報などは、正確な情報把握が難しい場合がある</u>。 ○ 検査値の情報は処方内容の確認や服薬指導に有用であるが、<u>患者が情報を把握しておらず確認できない場合も多い</u>。 ○ <u>マイナ保険証では確認できない情報もあり、お薬手帳とともに活用することで、薬剤に関する質の高い情報が得られる</u>。
【4】オンライン資格確認等システム導入に対する患者の声	<ul style="list-style-type: none"> ○ 活用できている患者からは、<u>情報取得の効果について概ね肯定的な意見</u>を得られている。 ○ マイナ保険証を持参していても、<u>点数が高くなることを知って同意を得られない場合がある</u>。 ○ 院内掲示していてもまだ内容を理解していない患者も多く、医療者からの説明や活用の呼びかけが大事だと感じる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者から、電子的保健医療情報活用加算に関する批判的な意見等は聞いていない。 ○ 政府広報が積極的になって以降、マイナ保険証を持っている患者が増えたように思う。 ○ 受付のチラシをみて、マイナンバーカードを持っていた人が提示することもあり、<u>院内掲示の効果を感じる</u>。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者自身にとっては、<u>薬剤情報等を共有することによるメリットがわかりづらく、意義を感じるできない場合も多い</u>。 ○ 意義やメリットについて患者に理解していただけるよう、<u>もっと周知・広報することが必要</u>。

標準的な問診票の項目等について

(別紙様式 54)

初診時の標準的な問診票の項目等

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、当該医療機関の受診患者に対する初診時間問診票の項目について、以下を参考とすること。

- マイナ保険証による診療情報取得に同意したか
- 他の医療機関からの紹介状を持っているか
- 本日受診した症状について
 - ・・・症状の内容、発症時期、経過 等
- 現在、他の医療機関に通院しているか
 - ・・・医療機関名、受診日、治療内容 等
- 現在、処方されている薬があるか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能*）
 - ・・・薬剤名、用量、投薬期間 等
- これまでに大きな病気にかかったことがあるか（入院や手術を要する病気等）
 - ・・・病名、時期、医療機関名、治療内容 等
- この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能*）
 - ・・・受診時期、指摘事項 等
- これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがあるか
 - ・・・原因となったもの、症状 等
- 現在、妊娠中又は授乳中であるか（女性のみ）
 - ・・・妊娠週数 等

※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和4年9月上旬現在の状況

なお、問診票の項目とは別に、以下の内容についても問診票等に記載すること。

- 当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関）であること。
- マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。

(記載例)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

中医協 総-3-3
4 . 1 2 . 2 3

中医協 総-5
4 . 1 2 . 2 1
(一部改変)

参考資料

(医薬品の安定供給問題を踏まえた
診療報酬上の対応について)

1. 医薬品の安定供給問題について
2. 診療報酬上の評価について
3. 論点

医薬品の「欠品・出荷停止」「限定出荷」の状況について

○ 全体の28.2%、後発品では41.0%で出荷停止、限定出荷が発生。

安定供給確保に関するアンケート調査概要（2022年8月末時点）

-結果の概況- n = (223社、15,036品目)

【全体概要】

2022年8月末 調査結果		総計		先発品		後発品		その他の医薬品	
		品目数	構成比	品目数	構成比	品目数	構成比	品目数	構成比
通常出荷		10,802	71.8%	4,389	93.6%	5,484	59.0%	929	88.1%
出荷停止		1,099	7.3%	52	1.1%	997	10.7%	50	4.7%
限定 出 荷	自社事情	665	4.4%	58	1.2%	578	6.2%	29	2.7%
	他社品の影響	2,261	15.0%	159	3.4%	2,058	22.1%	44	4.2%
	その他	209	1.4%	31	0.7%	175	1.9%	3	0.3%
	小計	3,135	20.8%	248	5.3%	2,811	30.3%	76	7.2%
出荷停止・限定出荷 小計		4,234	28.2%	300	6.4%	3,808	41.0%	126	11.9%
合計		15,036	100.0%	4,689	100.0%	9,292	100.0%	1,055	100.0%

※ 出荷停止1,099品目のうち、7社683品目は行政処分を受けた会社によるもの

《参考（昨年（2021年8月末時点）の調査結果（一部抜粋））》

欠品・出荷停止、 出荷調整 小計	3,143	20.4%	204	4.4%	2,890	29.4%	49	5.1%
---------------------	-------	-------	-----	------	-------	-------	----	------

【カテゴリー別：限定出荷と出荷量について】

	通常出荷量 (A)		出荷量減少 (B)		出荷量支障 (C)		合計	
先発品	197	79.4%	27	10.9%	24	9.7%	248	100.0%
後発品	2,176	77.4%	369	13.1%	266	9.5%	2,811	100.0%
その他の医薬品	64	84.2%	9	11.8%	3	3.9%	76	100.0%
合計	2,437	77.7%	405	12.9%	293	9.3%	3,135	100.0%

※ 通常出荷量 (A) : 100%以上の出荷量
 出荷量減少 (B) : 80%以上、100%未満の出荷量
 出荷量支障 (C) : 80%未満の出荷量

【カテゴリー別：「出荷停止」、「限定出荷」の構成比】

2022年8月末 調査結果	出荷停止		限定出荷	
	品目数	構成比	品目数	構成比
先発品	52	4.7%	248	7.9%
後発品	997	90.7%	2,811	89.7%
その他の医薬品	50	4.6%	76	2.4%
総計	1,099	100.0%	3,135	100.0%

【カテゴリー別：限定出荷の要因（自社事情、他社品の影響）分析】

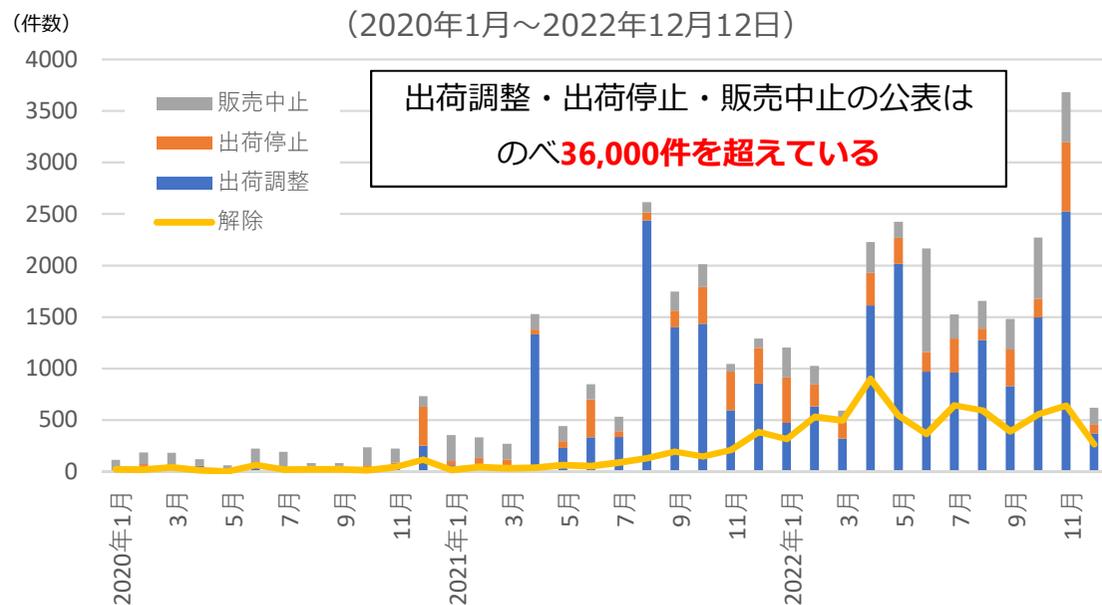
2022年8月末 調査結果	限定出荷							
	自社事情		他社品の影響		その他		合計	
先発品	58	8.7%	159	7.0%	31	14.8%	248	7.9%
	23.4%		64.1%		12.5%		100.0%	
後発品	578	86.9%	2,058	91.0%	175	83.7%	2,811	89.7%
	20.6%		73.2%		6.2%		100.0%	
その他の 医薬品	29	4.4%	44	2.0%	3	1.5%	76	2.4%
	38.2%		57.9%		3.9%		100.0%	
合計	665	100.0%	2,261	100.0%	209	100.0%	3,135	100.0%
	21.2%		72.1%		6.7%		100.0%	

医療用医薬品の供給に関する状況

- 2021年以降、医療用医薬品の供給は、出荷の調整・停止や販売中止が相次いでおり、出荷調整等の影響のために代替となる医薬品の確保等の業務が増大しており、医療機関・薬局・医薬品卸の大きな負担となっている。
- 出荷調整等の情報は製薬企業からその都度公表するとともに、医療機関・薬局へ周知されているが、ほぼ毎日情報が更新されており、そのたびに対応が必要である。

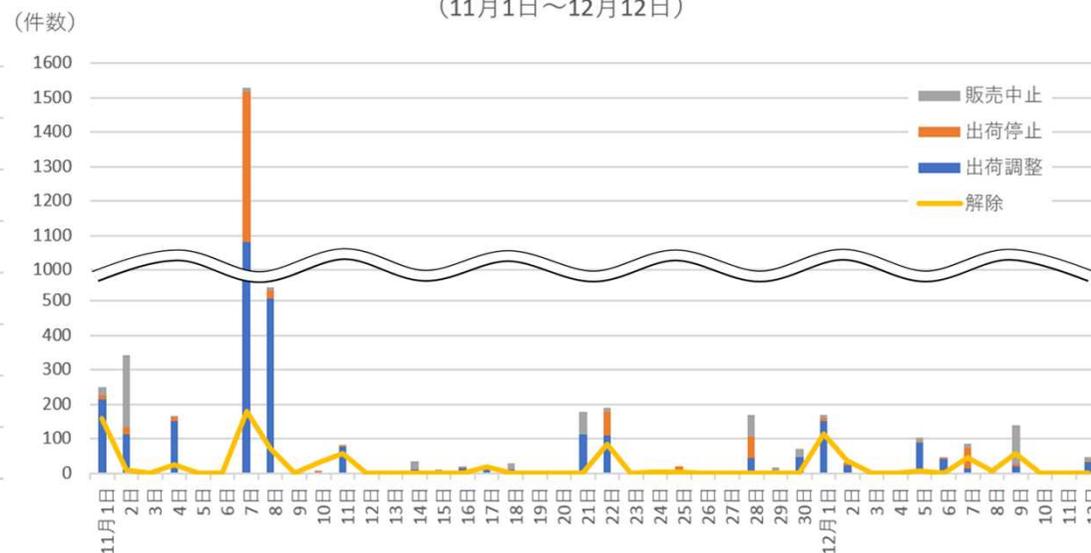
医薬品供給に関する情報の公表状況

(2020年1月～2022年12月12日)



医薬品供給に関する情報の公表状況

(11月1日～12月12日)



出所：一般社団法人asTasが運営している医療用医薬品供給状況データベース※ (<https://drugshortage.jp/index.php>) を利用し、保険局医療課にて作成。

※各医薬品の成分、規格、包装単位ごとに供給に関する情報を掲載。

<出荷調整等の情報を受けた対応の例>

医薬品卸MSとの連絡

FAXで届く欠品連絡票の整理

電話による欠品連絡の情報整理

薬局における医薬品の供給問題の影響①

○医薬品の出荷調整等が増加しており、現下の医薬品供給問題による薬局への負担感は悪化。

具体的には、薬局ごとに平均で200品目を超える医薬品が入手困難となっている。

(日本薬剤師会の緊急アンケートでは、各薬局に平均で1,289品目の備蓄がある中で229品目が入手困難)

○令和4年12月現在の供給問題による負担感

●1年前と比較して**約89%の薬局において悪化**と回答

(251薬局/283薬局)

1年前と比較した負担感

かなり悪化している	33.5% (95件)
悪化している	55.1% (156件)
改善されてきている	8.8% (25件)
特段問題なし	0.3% (1件)
分からない	2.1% (6件)

○出荷調整等で入手しにくい医薬品の品目数 (有効回答：281件)

・取り扱っている**先発医薬品**数：平均750品目

→そのうち、**入手困難な医薬品数は、平均105品目**

・取り扱っている**後発医薬品**数：平均539品目

→そのうち、**入手困難な医薬品数は、平均124品目**

入手困難な医薬品の例

アセトアミノフェン (解熱消炎鎮痛剤)

ジメモルファンリン酸塩 (鎮咳剤)

ブチルスコポラミン臭化物 (鎮けい剤)

カルバマゼピン (抗てんかん剤)

ハロペリドール (精神安定剤)

L-アスパラギン酸カリウム (カリウム製剤)

トラネキサム酸 (抗炎症剤)

チペピジンヒベンズ酸塩 (鎮咳去痰剤)

L-カルボシステイン (去たん剤)

ニフェジピン徐放錠 (血管拡張剤)

バルプロ酸ナトリウム (抗てんかん剤)

アルプラゾラム (抗不安剤)

など

薬局における医薬品の供給問題の影響②

- 医薬品に供給に大きな問題が生じている状況で、薬局では日常的に追加的な業務負担（1日当たり平均98.1分）が発生している。

○今回の供給問題が薬局における業務への影響

- **約99%の薬局において追加業務負担あり**と回答（283薬局／286薬局）

追加的に発生している業務の内容と時間（1日平均）

薬局における追加業務負担（各薬局1日平均）

	98.1分	283薬局
在庫管理に関する対応 （在庫数の増加に伴う管理負担の増加、在庫確認回数の増加など）	29.2分	274薬局
発注・納品に関する対応 （発注作業の回数増加、確認作業の増加など）	29.4分	281薬局
患者への説明 （供給状況や不足薬・変更薬に関する追加説明、苦情対応の増加など）	20.1分	272薬局
医師への対応 （処方変更・処方日数の相談、変更調剤の情報提供、入荷・在庫状況の共有など）	17.0分	266薬局
その他	30.1分	54薬局

各業務の状況

「その他」の具体例

- ・ 求めている医薬品を購入できる卸の探索
- ・ MSやMRとの話し合いによる在庫確保
- ・ 他薬局との協力対応、在庫の融通の交渉
- ・ 医師への在庫情報の提供
- ・ レセコンデータの更新、修正作業
- ・ スタッフへの採用医薬品の変更などの周知徹底
- ・ 患者への不足薬の郵送や配達回数の増加
- ・ 薬局内での供給情報の共有
- ・ メーカー等からの情報の把握・整理

など

※日本薬剤師会 医薬品の供給状況に関する緊急アンケート結果より（実施期間：令和4年12月2日～7日、回答数：286薬局）

医薬品の供給状況に対応するための医療機関・薬局の協力

- 医薬品供給が不安定な中であっても、医薬品を必要とする患者に安定的に提供できるよう、地域の医療機関と薬局の間での情報共有が行われている例がある。

地域の薬局間での情報共有の例

在宅医療推進のための薬局の機能強化事業のご案内

一般社団法人 医薬品供給者協会
共有システム-在来特別委員会

医療用品共有システム

在宅支援薬局情報サイト

*他職種の方に、取扱品目と薬局の機能がわかります

➤ 医療用品共有システム ◀

- 今なら薬局の登録利用料は無料!
- 薬局間での、医薬品・医療材料等の在庫情報の共有および分割販売
- 医療用麻薬の在庫を掲載・閲覧
*分割販売は届出済みのグループ内のみ
- 業者が行う約13,000品目の『分割販売』の利用可能
- 事業提供者の取扱品目数(2016/07/16現在)
医療材料: 10024 医薬品: 3911**
** 外用700、眼科と注射150、内服2970、向精神薬100、後発医薬品1200を含む

災害時の緊急医薬品検索にも利用しますので、必ずご登録ください!

※ 本事例は在宅医療推進のための薬局機能強化事業において、医療用品共有システムを活用して情報共有や薬局間相互での医薬品融通を行っている

地域の薬局間で在庫情報等を共有し、必要に応じて融通しあうなど、安定的な医薬品の提供体制の構築に努めている。

病院から近隣の薬局への情報共有の例

病院薬剤部 ■院内への周知内容について

From: [Redacted]

Date: 2022/02/25 9:12

To: [Redacted]

CC: [Redacted]

近隣調剤薬局
薬局長の先生御机下

平素より大変お世話になっております。[Redacted]病院薬剤部 薬務室の[Redacted]です。院内に周知済みの内容についてお知らせいたします。

＜出荷調整等＞
・プリミドン錠250mg「日医工」→一時処方停止
・プリミドン細粒99.5%「日医工」
プリミドンを成分とする製品は上記の2製品のみであるため、流通が安定化するまでは、他成分代替薬への切替えや、他の治療法への変更をご検討くださいますようお願いいたします。

・ジェイゾロフト00錠25mg・50mg
新規患者への処方は控えていただき、他剤への変更が可能な患者においては切り替えもご検討ください

・オゼンピック皮下注 0.25mg SD・0.5mg SD・1.0mg SD →今後、出荷停止・欠品が発生する見込み
新規患者への処方は控えていただき、現在使用中の患者へは代替薬への変更や処方数を減らす等、ご検討ください。

出荷調整等は逼迫具合に合わせて、随時、院内に周知しているところではありますが、出来る限り入手に努めていただきますようお願い申し上げます。
どちらの薬局様も、流通状況が厳しい中、ご対応いただいていることは十分承知しておりますが、何卒よろしくお願いたします。

.....
[Redacted]病院 薬剤部 薬務室
.....
一薬務室共通アドレス

院内の医薬品の入荷や処方の状況等について、近隣の薬局と情報共有し、患者に安定的に医薬品の提供ができるように努めている。

薬局から近隣の医療機関への情報共有の例

薬局在庫状況 2022/12/14

ツムラ梧棲湯エキス顆粒 (医療用)	255 g	(1日2回で51日分)
カロナール錠 200 200mg	440 錠	
カロナール錠 300 300mg	622 錠	
カロナール錠 500 500mg	44 錠	
トランサミン 合計	0 錠・カプセル	
トランサミン錠 250mg「YD」	0 錠	
トランサミンカプセル 250mg	0 カプセル	
ロキソニン錠60mg 合計	1158 錠	
ロキソニン錠 60mg	47 錠	
ロキソプロフェンNa錠 60mg「サワイ」	100 錠	
ロキソプロフェンNa錠 60mg「KO」	8 錠	
ロキソプロフェンNa錠 60mg「トーフ」	1003 錠	
ムコダイン錠500mg 合計	671 錠	
カルボシステイン錠 500mg「トーフ」	183 錠	
カルボシステイン錠 500mg「サワイ」	300 錠	
ムコダイン錠 500mg	188 錠	
オノンカプセル 合計	1232 カプセル	(1日4Capで308日分)
オノンカプセル 112.5mg	24 カプセル	
ブランドカストカプセル 112.5mg「トーフ」	1208 カプセル	
ユニフィルLA錠 200mg 合計	329 錠	
テオフィリン徐放U錠 200mg「トーフ」	288 錠	
ユニフィルLA錠 200mg	41 錠	原材料輸入できず出荷停止中
ユニフィルLA錠 400mg 合計	117 錠	
テオフィリン徐放U錠 400mg「トーフ」	117 錠	
ユニフィルLA錠 400mg	0 錠	100mg/200mgの余液を受けて出荷調整
テオドール錠200mg 合計	291 錠	
テオフィリン徐放錠 200mg「日医工」	29 錠	
テオフィリン徐放錠 200mg「サワイ」	262 錠	

医薬品の供給状況に合わせて医師が適切に処方できるよう、入手困難となっている品目の在庫状況について、薬局から近隣の医療機関に情報共有している。

医薬品の不安定供給に関する医療機関へのヒアリング

- ヒアリングを行い、医薬品供給が不安定であっても、標準的な治療を提供するために実施している取組について、いくつかの病院および診療所に聴取した。代表的な御意見・取組は下記のとおり。

入院医療に対するヒアリング結果

- ◆ 欠品が多く、通常使っている医薬品と異なるため、追加的な説明が必要になり、それでも患者の不安が拭いきれない。
- ◆ 供給不安のため、卸売業者から購入できる量に制限があり、調達は以前よりも相当時間がかかっている。
- ◆ 特定の医薬品（例：PPI）が欠品のため、仕方なく、クリニカルパスを変更して、別の成分の薬（例：H2ブロッカー）を使っている。
- ◆ ある抗がん剤が欠品であったため、通常のレジメン（抗がん薬の組み合わせ）から変更しなければならず、患者への説明に苦慮した。

院外処方（処方箋）に関するヒアリング結果

- ◆ 薬局における医薬品の在庫状況が週ごとで変わるため、これまでの処方から一般名処方に極力変更するようにしている。
- ◆ 出荷停止等の影響で処方した医薬品が薬局に在庫がなく、何度も処方箋を書き直さなければならない。
- ◆ 処方した医薬品が、近隣の薬局に在庫があるのか、患者のかかりつけの薬局に医薬品があるのか、その都度確認しなければならない。
- ◆ 医師の処方後に、窓口で、処方された医薬品がある薬局を確認し、患者さんに案内しているため、事務員の体制を強化している。
- ◆ 医薬品を変更すると同じ成分であっても、調子が悪くなったという患者がある程度いるため、通常よりも丁寧に説明しなければならない。

院内処方に関するヒアリング結果

- ◆ 卸に発注する際に、多くのものが欠品になっており、必要な医薬品が手に入らない。特に後発医薬品の割合を維持するのが大変である。
- ◆ 毎月、入手できる医薬品が異なるため、院内における処置のマニュアルなどを変更する必要がある。
- ◆ 特定の医薬品が入手できず、患者からのクレームが非常に多い。

後発医薬品の供給不安に対する取組

後発医薬品メーカーの薬機法違反を契機として、同社製品の出荷が停止又は縮小し、その影響により他社品目についても出荷調整が行われ、医薬品の入手が困難な状況が発生。さらに、医療現場が、正確な供給状況が把握できず、医薬品の確保に不安を感じて平時よりも多くの注文を行うことによって、さらに需給がひっ迫する事態が生じている。

これまでの対応

- 製造販売企業から医療機関・薬局等への**各医薬品の供給情報の提供を徹底**（令和2年12月）
- 日本製薬団体連合会において、**限定出荷や欠品等の全体状況を調査・公表**（令和3年11月～）
- 供給量に関する実態調査を踏まえ、供給量が十分な製品については、製薬企業に対して**限定出荷の解除を依頼**するとともに、医療関係者にこれらの医薬品に関する正確な供給状況を共有し、購入量に関する一定の目安をお示しするなどの対応を実施（令和4年3月）
- 医薬品の供給不安時において、供給状況を速やかに医療現場等にお伝えすることができるよう、国が製薬企業等から報告を受けた情報を整理し、公表する規定を盛り込んだ感染症法等の改正案が今国会にて可決

今後実施する追加対応

- 令和5年度薬価改定において、不採算品再算定の特例を実施した医薬品について、**安定供給を製薬企業に求める**とともに、そのフォローアップを実施。
- 製薬業界と国とで連携しつつ、**各医薬品の正確な供給状況について、できる限り迅速に把握・提供**する取組を実施。
- 上記に加え、安定供給に向けた産業構造を含めた課題について「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」において議論、検討を実施。

1. 医薬品の安定供給問題について
2. 診療報酬上の評価について
3. 論点

医療機関・薬局での後発医薬品の使用促進に関する現行の評価 【診療報酬の加算】

一般名処方加算

医療機関での院外処方での評価

一般名処方加算 1 (処方箋の全ての品目)	7点
〃 2 (処方箋の少なくとも1品目)	5点

外来後発医薬品使用体制加算

診療所での院内処方での評価

外来後発医薬品使用体制加算 1 (90%以上)	5点
〃 2 (85%以上)	4点
〃 3 (75%以上)	2点

後発医薬品使用体制加算

入院での医薬品使用での評価

後発医薬品使用体制加算 1 (90%以上)	47点
〃 2 (85%以上)	42点
〃 3 (75%以上)	37点

後発医薬品調剤体制加算

薬局での調剤の評価

後発医薬品調剤体制加算 3 (90%以上)	30点
〃 2 (85%以上)	28点
〃 1 (80%以上)	21点

地域医療に貢献する薬局の評価

- かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、医薬品の備蓄、在宅医療への参画、多職種との連携などを通じて地域医療に貢献する薬局の体制等を地域支援体制加算として評価している。

【地域支援体制加算の施設基準】

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

(1 薬局当たりの年間の回数)

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅薬剤管理の実績 24回以上
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。
- ④ 服薬情報等提供料の実績 12回以上
- ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席

(①～⑧は処方箋受付1万回当たりの年間回数、⑨は薬局当たりの年間の回数)

- ① 夜間・休日等の対応実績 400回以上
- ② 麻薬の調剤実績 10回以上
- ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上
- ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上
- ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上
- ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回以上
- ⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績 24回以上
- ⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上
- ⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席

調剤基本料1

地域支援体制加算1 39点

①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。

地域支援体制加算2 47点

地域支援体制加算1の要件を満たした上で、①～⑨のうち3つ以上を満たすこと。

調剤基本料1以外

地域支援体制加算3 17点

麻薬小売業者の免許を受けている上で、①～⑨のうち④及び⑦を含む3つ以上を満たすこと。

地域支援体制加算4 39点

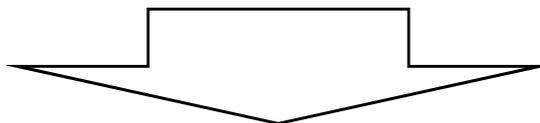
①～⑨のうち、8つ以上を満たすこと。

1. 医薬品の安定供給問題について
2. 診療報酬上の評価について
3. **論点**

医薬品の安定供給についての課題及び論点

(医薬品の安定供給に係る取組について)

- 2021年以降、医療用医薬品の供給は、出荷の調整・停止や販売中止が相次いでおり、出荷調整等の影響のために代替となる医薬品の確保等の業務が増大しており、医療機関・薬局の大きな負担となっている。
- 出荷調整等の情報は製薬企業からその都度公表するとともに、医療機関・薬局へ周知されているところであるが、ほぼ毎日情報が更新されており、そのたびに対応を求められている現状がある。
- 医薬品供給が不安定な中であっても、医薬品を必要とする患者に安定的に提供できるよう、医療機関と薬局の間での情報共有が行われている。



【論点】

- 急激な原材料費の高騰、安定供給問題に対応するため、一定期間に限り、患者への丁寧な説明及び適切な薬剤の処方・調剤を行う体制を推進する観点から、一般名による処方の更なる推進を評価することについてどのように考えるか。
- 医薬品の不安定な供給状況を踏まえ、一定期間に限り、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評価することについてどのように考えるか。その際、上述の一般名処方だけでなく、入院、院内処方である場合にもどのように考えるか。
- 現下の医薬品の不安定な供給状況を踏まえ、一定期間に限り、保険薬局が地域の医療機関・薬局と連携して行う医薬品の安定供給に資する取組を評価することについてどのように考えるか。

答申書附帯意見（案）

- 1 まず令和5年4月のオンライン資格確認の原則義務化に向けて、更なる導入の加速化を図ること。その上で、本経過措置は真にやむを得ない事情に限定して対象を明確化し、最小限に留めるものであるという前提の下、延長を行わないこと。契約を締結したがシステム整備未完了の場合の経過措置の適用に当たっては、保険医療機関及び保険薬局、システム事業者並びに導入支援事業者に対し、当該経過措置は期限を区切って更に導入を加速化することを目指したものであるという趣旨の周知徹底を図るとともに、更なる導入に向けた取組を行い、令和5年9月末までにシステム整備を完了させること。また、その他特に困難な事情がある場合については、具体例を明確化し、特に限定的に扱うこと。
- 2 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る初診時・調剤時の追加的な加算、再診時の加算及び加算に係るオンライン請求要件の緩和並びに一般名処方、後発品使用体制に係る加算及び薬局における地域支援体制に係る加算の上乗せ措置については、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中、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特例的に措置されているものであることを踏まえ、令和5年12月末までの措置とし、延長は行わないこと。また、オンライン請求の導入やその体制整備もあわせて強力に促進すること。
- 3 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る評価の特例については、本年8月10日の附帯意見2に照らして、患者・国民の声の聴取と医療の質の向上の状況に係る調査・検証についてまだ行われていないとの指摘を踏まえ、同附帯意見2と合わせて、早急に患者・国民の声を丁寧かつ幅広く聴き、初診時・調剤時及び今回追加された再診時において、取得した医療情報の活用による医療の質の向上の状況等について十分に調査・検証を行うとともに、課題が把握された場合には速やかに中医協へ報告の上、対応を検討すること。

- 4 医療情報・システム基盤整備体制充実加算が、創設後、短期間のうちに見直しが行われることを踏まえ、改めて、医療 DX の基盤となるオンライン資格確認について、患者がマイナンバーカードを用いて医療機関等を受診することで、健康・医療情報に関する多くのデータに基づいた安心・安全でより良い医療を受けることが可能になるなど、様々なメリットがあることについて、広く患者・国民が理解し、実感できるように、関係者が連携して周知等に取り組んでいくこと。

- 5 一般名処方、後発品使用体制に係る加算及び薬局における地域支援体制に係る加算の上乗せ措置について、医薬品の適切な提供に資する医療現場の取組状況をよく把握するとともに、不安定供給の対応を患者・国民に負担させるという問題の指摘を踏まえ、患者・国民の声をよく聴き、その実施状況及び安定供給問題への対応状況について調査・検証を行い、課題が把握された場合には速やかに中医協に報告の上、対応を検討すること。その際、供給が不安定な中であっても、医薬品を必要とする患者に安定的に医薬品を供給できる方策について、患者負担との関係も念頭に置きつつ、安定供給問題の根本的解決に向けて、有識者検討会の議論も踏まえながら、十分かつ早期に検討すること。また、医薬品の適正使用を含め、限りある医療資源を有効に活用する取組を積極的に推進すること。

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>
---	---

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	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
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	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
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	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
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	廃止又は休止するまでの間
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	左欄の特に困難な事情が解消されるまでの間

（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「6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2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。

※ 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「4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。 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> <u>イ 一般名処方加算1 9点</u></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。 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>ロ 一般名処方加算2 7点</u></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

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。

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> <u>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。</u> <u>ロ 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> <u>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 7点</u> <u>ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 6点</u> <u>ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 4点</u></p> <p>[経過措置] 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] (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 40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 42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 48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 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。

[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。

「個別改定項目について」 の補足説明資料

- 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
- 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
- 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

**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**

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・薬局は、期限付きの経過措置を設ける。

※対象の保険医療機関・薬局は、地方厚生(支)局に原則オンラインで事前届出を行う(支払基金とも情報共有)

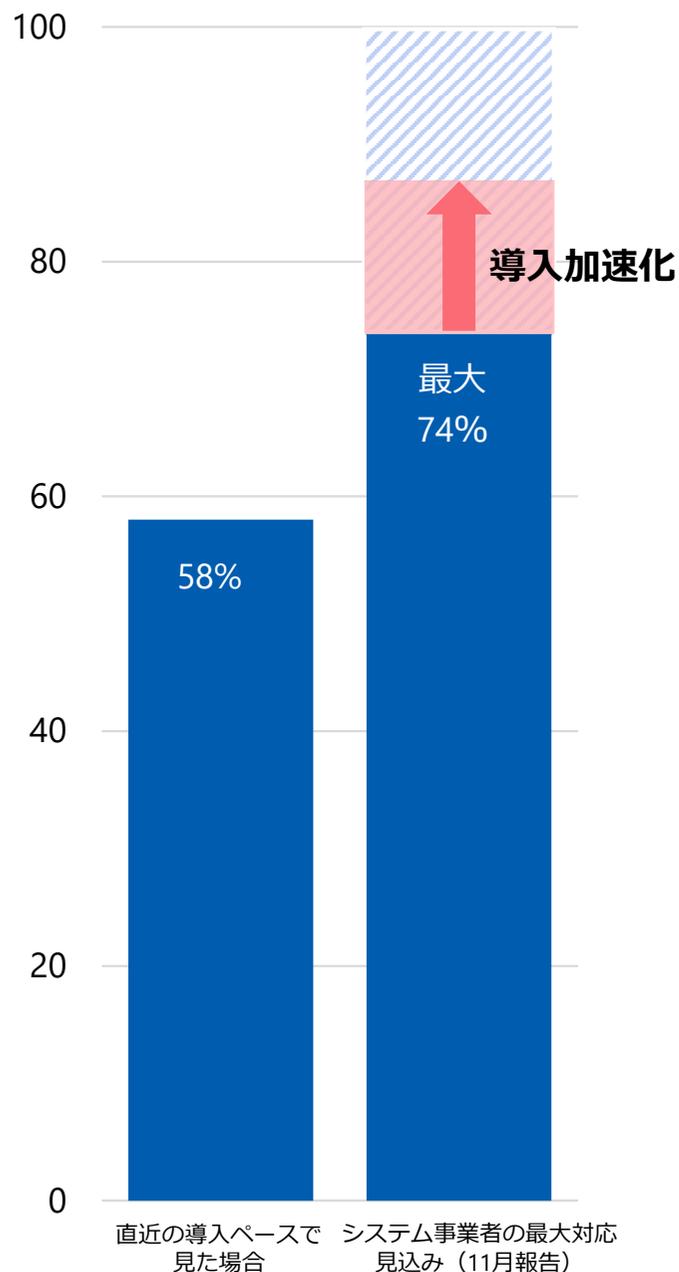
※令和6年4月メドで資格確認限定型・居宅同意取得型の運用を開始することとしており、こうした状況を踏まえ、今後、必要な見直しを行う。

やむを得ない事情	期限
(1) 令和5年2月末までにベンダーと契約締結したが、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)	<p>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)</p> <p>※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和5年9月末事業完了まで継続</p>
(2) オン資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)	<p>オン資に接続可能な光回線のネットワークが 整備されてから6ヶ月後まで</p> <p>※ 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和6年3月末事業完了まで継続</p>
(3) 訪問診療のみを提供する保険医療機関	<p>訪問診療のオン資(居宅同意取得型)の 運用開始(令和6年4月)まで</p> <p>※ 訪問診療等におけるオン資の導入に係る財政支援は、令和6年3月末補助交付まで実施</p>
(4) 改築工事中、臨時施設の保険医療機関、薬局	<p>改築工事が完了するまで 臨時施設が終了するまで</p> <p>※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象</p>
(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	<p>廃止・休止まで (遅くとも令和6年秋まで)</p> <p>※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象</p>
(6) その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局 ※ 例外措置又は(1)~(5)の類型と同視できるか個別判断	<p>特に困難な事情が解消されるまで</p> <p>※ 令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象</p>

※上記のほか、患者から電子資格確認を求められた場合に応じる義務について、訪問診療等・オンライン診療の場合の経過措置(居宅同意取得型の運用開始(令和6年4月)まで)を設ける。

オンライン資格確認導入の更なる徹底に向けた取組

令和5年3月末時点の導入見込み率



1. 令和5年3月末までの更なる導入加速化

- 令和4年内に、システム事業者の名称と年度末導入見込み率を公表。
- 猶予の医療機関等は、令和5年3月末までの届出（改修完了予定月を含む）を義務付け。

2. それ以降の更なる導入加速化

- 令和4年内に、システム事業者に対して（令和5年3月末までに改修が完了しない事業者は）令和5年6月末までの導入見込み率の提出を要請。
- 令和5年6月末までに達成できないとする事業者については、導入支援事業者との連携を強力に促し、令和5年9月末までの導入完了を目指す。

※ 令和5年9月末までの導入完了に向けて、診療報酬の加算の特例（令和5年4月～12月）も行う

医療DXの基盤となるオンライン資格確認について

	種類	本人確認	ネットワーク
保険医療機関、薬局	資格確認や健康・医療情報を取得・活用できる仕組み 【現行のオンライン資格確認】 (令和5年4月原則義務化)	顔認証付きカードリーダー + マイナンバーカードと顔認証又はPIN入力	閉域回線を利用 (IP-VPN方式又はIPsec+IKE方式)
経過措置の対象施設 システム整備中 ネットワーク環境事情 訪問診療のみ 改築工事中・臨時施設 廃止・休止 その他特に困難な事情	資格確認や健康・医療情報を取得・活用できる仕組み 【現行のオンライン資格確認】	顔認証付きカードリーダー + マイナンバーカードと顔認証又はPIN入力	
	資格確認のみを行う簡素な仕組み 【資格確認限定型】 (令和6年4月MD運用開始)	汎用カードリーダー モバイル端末 + マイナンバーカードと施設における本人確認	閉域回線を利用※ (Webサービス経由)
	資格確認や健康・医療情報を取得・活用できる仕組み 【居宅同意取得型】 (令和6年4月MD運用開始)	モバイル端末 + マイナンバーカードとPIN入力(初回のみ)	
紙レセプト医療機関・薬局 柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術所など	資格確認のみを行う簡素な仕組み 【資格確認限定型】 (令和6年4月MD運用開始)	汎用カードリーダー モバイル端末 + マイナンバーカードと施設における本人確認	
訪問診療、訪問看護、オンライン診療など	資格確認や健康・医療情報を取得・活用できる仕組み 【居宅同意取得型】 (令和6年4月MD運用開始)	モバイル端末 + マイナンバーカードとPIN入力(初回のみ)	

※インターネット回線で専用ポータルサイトを經由してオン資システムに接続。ポータルサイトとオン資システムの間は閉域回線。

経過措置の考え方（その1）

(1) 令和5年2月末までにベンダーと契約締結したが、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

- 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/ルーター不足やベンダー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。また、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としている。
- 当該施設については、ベンダーの「システム整備が完了するまで（遅くとも令和5年9月末まで）」の経過措置を設ける。
※当該施設は、システム整備が完了する見込み（予定月）を届出で報告。
- 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和5年9月末事業完了まで継続。
- 併せて、引き続き、システム整備を加速させるため、「システム事業者導入促進協議会※1」を活用して、ベンダーへの働きかけを強化していく。

※1）大手システムベンダー、導入支援事業者、カードリーダーベンダーの参加に加え、一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）、日本歯科コンピューター協会、医療機関等ONSを通じて、中小システムベンダーや自機関で導入等している医療機関・薬局、個人事業主に呼びかけ。

経過措置の考え方（その2）

(2) オン資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。また、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としている
- 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を設けて、「オン資に接続可能な光回線が整備されてから6ヶ月後まで」の経過措置を設ける。併せて、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、これらの方式による導入が望ましいことを働きかけていく。
- 医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和6年3月末事業完了まで継続。

（参考）現在、光回線の整備率は、令和3年3月末で99.3%（未整備39万世帯）である。国は、令和9年度末（2027年度末）までに99.9%（未整備5万世帯）とすることを旨とする。未整備世帯についても光ファイバを必要とする全地域の整備を目指す、としている。（令和2年度末ブロードバンド基盤整備率調査（総務省調査（令和4年1月公表））、デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和4年6月閣議決定））

（参考）IP-VPN接続は閉域（クローズド）ネットワークであり、インターネットを経由しない方式を指す。IPsec+IKEを用いたインターネット接続は、オープンなインターネット環境の中、通信経路を暗号化して送信することにより、IP-VPN接続と同等のセキュリティを確保したものの、どちらの接続方式であっても、通信経路の機密性として、同等のセキュリティが確保されている。

経過措置の考え方（その3）

(3) 訪問診療のみを提供する保険医療機関

- 訪問診療のみを行う施設※₁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※₂）の構築（令和6年4月の運用開始を想定）を進めている。また、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とされている。
- 当該施設については、居宅同意取得型の運用開始（令和6年4月）までの経過措置を設ける。
- 訪問診療等におけるオン資の導入に係る財政支援は、令和6年3月末補助交付まで実施。

(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の導入が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、令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象となる。

※ 1) 「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月厚生労働省通知）

※ 2) モバイル端末を用いて患者の自宅等で資格確認や薬剤情報等の提供に関する同意を取得し、施設等でオンライン資格確認等システムを利用する仕組み。

経過措置の考え方（その4）

(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

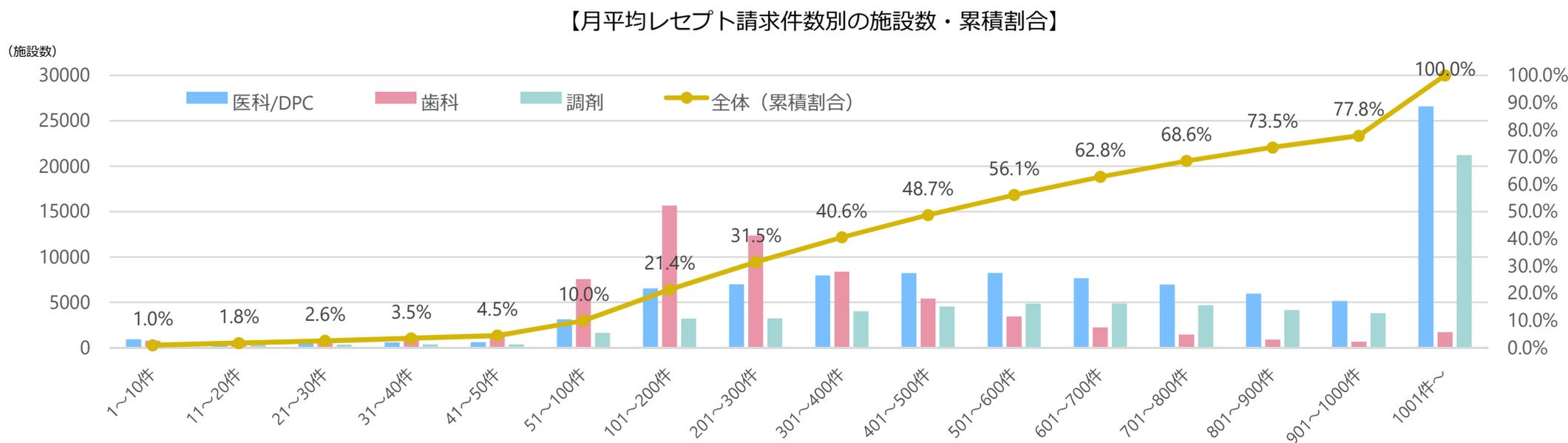
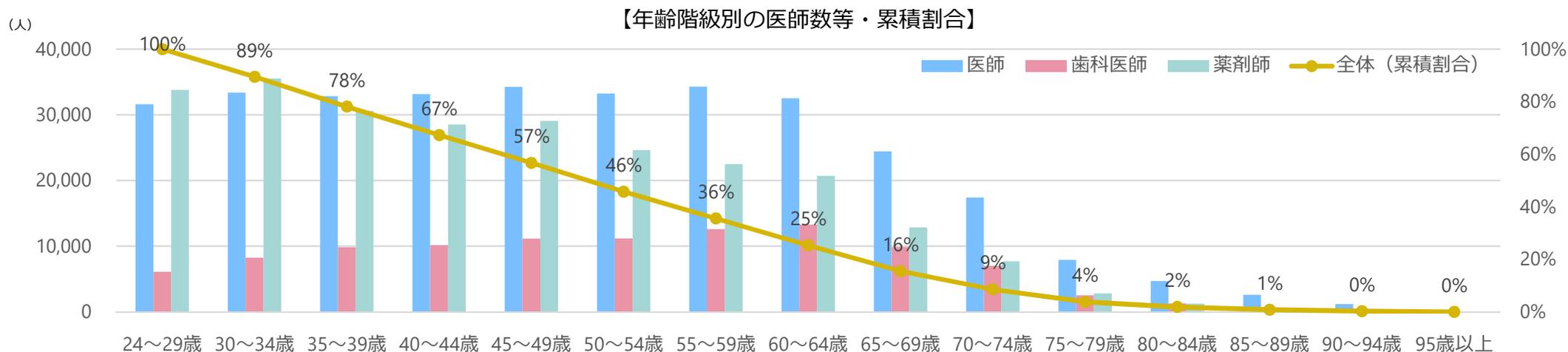
- 国は、マイナンバーカードと保険証の一体化を加速し、令和6年秋の保険証廃止を目指すとしている。
- 令和6年秋までの廃止・休止決めている場合は、オンライン資格確認の導入がやむを得ない事由であると考えられる。（具体的な廃止、休止時期が定まっていない場合には該当しない。）
- 令和6年秋までの廃止・休止を決めている施設については、廃止・休止に関する計画を提出の上、「廃止・休止の間まで」の経過措置を設ける。
- 当該施設については、令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象となる。

(6) その他特に困難な事情がある保険医療機関・薬局

- 例外措置又は(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。
- 「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データ企画室に照会する。
 - 自然災害等により継続的に導入が困難となる場合
 - 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）
 - その他例外措置又は(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、令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象となる。

(参考) 高齢の医師等でレセプト取扱件数が少ない場合

- 常勤の医師等が高齢であって、月平均レセプト件数が50件以下である場合を、「特に困難な事情」の目安とする。
 (参考) 1日のレセプト件数が2~3件以下であるとすると、月平均約50件以下となる。該当施設は全体の4.5% (医科で3.4%、歯科で7.5%、調剤で3.2%)



※医師・歯科医師・薬剤師統計(令和2年)を基に作成(医師数等は病院・診療所・薬局の従事者数)、NDBから集計したデータ(令和3年12月~令和4年11月取込分)を基に作成

**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**

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

- 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、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」について、**(1) 初診時・調剤時の評価を見直す**とともに、**(2) 再診時についても新たに評価**を行う特例措置を講ずる。
- また、あわせてオンライン請求を更に普及する観点から、**(3) 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。
- これらの特例措置を令和5年4月から12月まで(9か月間)時限的に適用する。

医療情報・システム基盤整備充実体制加算

※ 本加算で、医療機関・薬局に求められる取組・体制は、次ページ

(1) 初診時・調剤時の加算の特例

施設基準を満たす保険医療機関・保険薬局において、初診又は調剤を行った場合における評価の特例

・初診料(医科・歯科)

医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 (マイナンバーカードの利用なし) **4点 → 6点**

・調剤管理料(調剤)

医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 (マイナンバーカードの利用なし) **3点(6月に1回) → 4点**

(2) 再診時の加算の特例

施設基準を満たす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設ける

・再診料

(新) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 (マイナンバーカードの利用なし) **2点(1月に1回)**

(3) 加算要件の特例(オンライン請求の要件)

現行の加算は、オンライン請求を行っていることが要件となっているが、オンライン請求を令和5年12月31日までに開始する旨の届出を行っている保険医療機関・保険薬局は、令和5年12月31日までの間に限り、この要件を満たすものとみなす。

		現行の加算	特例措置(令和5年4~12月)
初診	マイナンバーカードを利用しない	4点	6点
	〃 利用する	2点	2点
再診	マイナンバーカードを利用しない	-	2点
	〃 利用する場合	-	-
調剤	マイナンバーカードを利用しない	3点	4点
	〃 利用する場合	1点	1点

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

(続き)

【医療機関・薬局に求められること】

今般の特例で新たに設定



初診時等における診療情報取得・活用体制の充実

再診時における診療情報取得・活用体制の充実

【施設基準】（初診時・再診時共通）

- 次の事項を当該医療機関・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。
 - ① オンライン請求を行っていること。
 - ② オンライン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。
- （*）①は今回の特例措置で、R5.12.31日までにオンライン請求を開始することを地方厚生局長等に届け出た場合には要件を満たしたものとみなす。

【算定要件】

- 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（通知）

（※）具体的の対応として問診票の標準的項目を規定（通知）

診療情報を取得・活用する効果（初診・調剤）

医療機関

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。
- ✓ 特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。

問診票の標準的項目を新たに通知で示している

問診票（初診時）

- 今日の状態
- 過去の病気
- 他医療機関の受診歴
- 処方されている薬
- 特定健診の受診歴
- アレルギーの有無
- 妊娠・授乳の有無
- ……

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

オンラインにより
確認可能

薬局

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬や相互作用の確認が可能になる。
- ✓ 特定健診の検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。

（※）再診時の具体の対応として、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を規定予定（通知）

診療情報を取得・活用する効果（再診）

医療機関

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。

再診時の確認等について通知で示す予定

再診時の確認事項

- 薬剤情報
- その他、必要に応じて健診情報等

**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**

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（全体像）

- 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。
- この特例措置は、令和5年4月から12月まで（9か月間）時限的に適用する。

特例措置の全体像

	現行の加算	特例措置
診療報酬	処方箋料の関係 一般名処方加算1 <u>7点</u> 一般名処方加算2 <u>5点</u>	<u>+2点</u>
	入院基本料等の関係（※入院初日） 後発医薬品使用体制加算1（90%以上） <u>47点</u> 後発医薬品使用体制加算2（85%以上） <u>42点</u> 後発医薬品使用体制加算3（75%以上） <u>37点</u>	<u>+20点</u>
	処方料の関係 外来後発医薬品使用体制加算1（90%以上） <u>5点</u> 外来後発医薬品使用体制加算2（85%以上） <u>4点</u> 外来後発医薬品使用体制加算3（75%以上） <u>2点</u>	<u>+2点</u>
調剤報酬	調剤基本料の関係（特別調剤基本料を算定している場合は80/100に相当する点数） 地域支援体制加算1 <u>39点</u> 地域支援体制加算2 <u>47点</u> 地域支援体制加算3 <u>17点</u> 地域支援体制加算4 <u>39点</u>	<u>+1点</u> 又は <u>+3点</u>

※特例措置は、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、適切な提供に資する取組を実施した場合が対象（要件を追加）。

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 (①)

①一般名処方加算

一般名処方加算について、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調剤できることで対応の柔軟性を増し、患者に安定的に薬物治療を提供する観点から、一般名処方加算の評価の特例措置を講ずる。(令和5年4~12月)

・処方箋料

一般名処方加算1 7点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 9点 (+2点)
一般名処方加算2 5点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 7点 (+2点)

[算定要件]

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に一般名処方加算2を、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を算定する。

[追加の施設基準]

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。

一般名処方のイメージ

銘柄名処方

原則、当該銘柄を用いて調剤

〇〇〇錠 20mg 2錠
(銘柄名 + 剤形 + 含量)

1日2回 朝食後・就寝前 ○日分



一般名処方

有効成分が同一であれば、どの後発医薬品も調剤可能

【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

②後発医薬品使用体制加算

後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、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の特例措置を講ずる（令和5年4月～12月）。

・後発医薬品使用体制加算（入院初日）

後発医薬品使用体制加算 1 (90%以上) 47点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 67点 (+20点)

後発医薬品使用体制加算 2 (85%以上) 42点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 62点 (+20点)

後発医薬品使用体制加算 3 (75%以上) 37点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 57点 (+20点)

[既存の施設基準]

- ① 薬剤部門等が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の使用を決定する体制が整備された病院又は有床診療所であること。
- ② 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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数が、後発医薬品使用体制加算 1 にあっては90%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算 3 にあっては75%以上であること。
- ③ 当該医療機関において調剤した薬剤の規格単位数に占める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の割合が50%以上であること。
- ④ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

[追加の施設基準]

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) (1) 及び (2) の体制に関する事項及び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。

③外来後発医薬品使用体制加算

外来後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、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の特例措置を講ずる（令和5年4月～12月）。

・処方料

外来後発医薬品使用体制加算 1 (90%以上) 5点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 7点 (+ 2点)
外来後発医薬品使用体制加算 2 (85%以上) 4点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 6点 (+ 2点)
外来後発医薬品使用体制加算 3 (75%以上) 2点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 4点 (+ 2点)

[既存の施設基準]

- ① 薬剤部門等が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の使用を決定する体制が整備された病院又は有床診療所であること。
- ② 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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数が、外来後発医薬品使用体制加算 1 にあつては90%以上、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあつては85%以上、外来後発医薬品使用体制加算 3 にあつては75%以上であること。
- ③ 当該医療機関において調剤した薬剤の規格単位数に占める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の割合が50%以上であること。
- ④ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

[追加の施設基準]

- (1) 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。
- (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十分な対応ができる体制が整備されていること。
- (3) (1) 及び (2) 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。

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 (④)

④地域支援体制加算

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評価の特例措置を講ずる。(令和5年4月~12月)

調剤基本料1を算定している保険薬局

- ・地域支援体制加算1 39点
- ・地域支援体制加算2 47点

調剤基本料1以外を算定している保険薬局

- ・地域支援体制加算3 17点*
- ・地域支援体制加算4 39点*

(1) 後発医薬品調剤体制加算1又は2を算定する場合 → 下記の「追加の施設基準」を満たす場合 (+1点)

- ・地域支援体制加算1 40点
- ・地域支援体制加算2 48点
- ・地域支援体制加算3 18点*
- ・地域支援体制加算4 40点*

(2) 後発医薬品調剤体制加算3を算定する場合 → 下記の「追加の施設基準」を満たす場合 (+3点)

- ・地域支援体制加算1 42点
- ・地域支援体制加算2 50点
- ・地域支援体制加算3 20点*
- ・地域支援体制加算4 42点*

(※特別調剤基本料を算定している場合は増点後の80/100に相当する点数)

[追加の施設基準]

- (1) 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。
- (2) 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。
- (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、医薬品融通などを行っていること。
- (4) (3) ※に係る取組を実施していることについて当該薬局の見やすい場所に掲示していること。

※取組の例

- ・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

(参考) 後発医薬品調剤体制加算1 (後発医薬品の調剤数量割合80%以上) 21点
後発医薬品調剤体制加算2 (後発医薬品の調剤数量割合85%以上) 28点
後発医薬品調剤体制加算3 (後発医薬品の調剤数量割合90%以上) 30点

令和 4 年 12 月 23 日

厚生労働大臣

加藤 勝信 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 小塩 隆士

答 申 書

(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、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の取扱い及び医薬品の安定供給に係る取組の推進に向けた診療報酬上の加算の取扱いについて)

令和 4 年 12 月 21 日付け厚生労働省発保 1221 第 2 号をもって諮問のあった件について、別紙 1 - 1 から別紙 3 までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

答申書附帯意見

- 1 まずは令和5年4月のオンライン資格確認の原則義務化に向けて、更なる導入の加速化を図ること。その上で、本経過措置は真にやむを得ない事情に限定して対象を明確化し、最小限に留めるものであるという前提の下、延長を行わないこと。契約を締結したがシステム整備未完了の場合の経過措置の適用に当たっては、保険医療機関及び保険薬局、システム事業者並びに導入支援事業者に対し、当該経過措置は期限を区切って更に導入を加速化することを目指したものであるという趣旨の周知徹底を図るとともに、更なる導入に向けた取組を行い、令和5年9月末までにシステム整備を完了させること。また、その他特に困難な事情がある場合については、具体例を明確化し、特に限定的に扱うこと。
- 2 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る初診時・調剤時の追加的な加算、再診時の加算及び加算に係るオンライン請求要件の緩和並びに一般名処方、後発品使用体制に係る加算及び薬局における地域支援体制に係る加算の上乗せ措置については、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中、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特例的に措置されているものであることを踏まえ、令和5年12月末までの措置とし、延長は行わないこと。また、オンライン請求の導入やその体制整備もあわせて強力に促進すること。
- 3 医療情報・システム基盤整備体制充実加算に係る評価の特例については、本年8月10日の附帯意見2に照らして、患者・国民の声の聴取と医療の質の向上の状況に係る調査・検証についてまだ行われていないとの指摘を踏まえ、同附帯意見2と合わせて、早急に患者・国民の声を丁寧かつ幅広く聴き、初診時・調剤時及び今回追加された再診時において、取得した医療情報の活用による医療の質の向上の状況等について十分に調査・検証を行うとともに、課題が把握された場合には速やかに中医協へ報告の上、対応を検討すること。

- 4 医療情報・システム基盤整備体制充実加算が、創設後、短期間のうちに見直しが行われることを踏まえ、改めて、医療 DX の基盤となるオンライン資格確認について、患者がマイナンバーカードを用いて医療機関等を受診することで、健康・医療情報に関する多くのデータに基づいた安心・安全でより良い医療を受けることが可能になるなど、様々なメリットがあることについて、広く患者・国民が理解し、実感できるように、関係者が連携して周知等に取り組んでいくこと。

- 5 一般名処方、後発品使用体制に係る加算及び薬局における地域支援体制に係る加算の上乗せ措置について、医薬品の適切な提供に資する医療現場の取組状況をよく把握するとともに、不安定供給の対応を患者・国民に負担させるという問題の指摘を踏まえ、患者・国民の声をよく聴き、その実施状況及び安定供給問題への対応状況について調査・検証を行い、課題が把握された場合には速やかに中医協に報告の上、対応を検討すること。その際、供給が不安定な中であっても、医薬品を必要とする患者に安定的に医薬品を供給できる方策について、患者負担との関係も念頭に置きつつ、安定供給問題の根本的解決に向けて、有識者検討会の議論も踏まえながら、十分かつ早期に検討すること。また、医薬品の適正使用を含め、限りある医療資源を有効に活用する取組を積極的に推進すること。

別紙1-1 医科診療報酬点数表

【令和5年4月1日施行】

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>別表第一 医科診療報酬点数表 [目次] (略) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 (略) 第1節 初診料 区分 A000 初診料 288点 注1～4 (略) 5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点(注1のただし書に規定する場合にあっては、125点)を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、107点(注1のただし書に規定する場合にあっては、93点)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注15までに規定する加算は算定しない。</p>	<p>別表第一 医科診療報酬点数表 [目次] (略) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 (略) 第1節 初診料 区分 A000 初診料 288点 注1～4 (略) 5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点(注1のただし書に規定する場合にあっては、125点)を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、107点(注1のただし書に規定する場合にあっては、93点)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注14までに規定する加算は算定しない。</p>

6～15 (略)
第2節 再診料

区分

A001 再診料 73点

注1・2 (略)

3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点（注2に規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注18までに規定する加算は算定しない。

4～8 (略)

9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8、注12、注13及び注15から注18までに規定する加算は算定しない。

10～17 (略)

18 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。

A002 外来診療料 74点

6～15 (略)
第2節 再診料

区分

A001 再診料 73点

注1・2 (略)

3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点（注2に規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注17までに規定する加算は算定しない。

4～8 (略)

9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8、注12、注13及び注15から注17までに規定する加算は算定しない。

10～17 (略)

(新設)

A002 外来診療料 74点

注1～4 (略)

5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り37点(注2から注4までに規定する場合にあっては、27点)を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注10までに規定する加算は算定しない。

6～9 (略)

10 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。

A003 (略)

第2部 入院料等

通則

(略)

第1節 (略)

第2節 入院基本料等加算

区分

A200～A242—2 (略)

A243 後発医薬品使用体制加算(入院初日)

1～3 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医

注1～4 (略)

5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り37点(注2から注4までに規定する場合にあっては、27点)を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注9までに規定する加算は算定しない。

6～9 (略)

(新設)

A003 (略)

第2部 入院料等

通則

(略)

第1節 (略)

第2節 入院基本料等加算

区分

A200～A242—2 (略)

A243 後発医薬品使用体制加算(入院初日)

1～3 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医

療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。ただし、この注本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、この注本文に規定する基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 後発医薬品使用体制加算1 67点

ロ 後発医薬品使用体制加算2 62点

ハ 後発医薬品使用体制加算3 57点

A 2 4 4～A 2 5 2 (略)

第3節～第5節 (略)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

通則

(略)

第1節 医学管理料等

区分

B 0 0 0・B 0 0 1 (略)

B 0 0 1－2 小児科外来診療料（1日につき）

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A 0 0 0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A 0 0 1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

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。

A 2 4 4～A 2 5 2 (略)

第3節～第5節 (略)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

通則

(略)

第1節 医学管理料等

区分

B 0 0 0・B 0 0 1 (略)

B 0 0 1－2 小児科外来診療料（1日につき）

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A 0 0 0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A 0 0 1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A 0 0

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

4 (略)

B001-2-2～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料、

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

4 (略)

B001-2-2～B001-2-6 (略)

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料、

注18に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。

- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注18に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点
注1・2 (略)

- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注18に規定する加算を除く。）、及び区分番号A002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）、は、算定しない。

B001-2-9 地域包括診療料（月1回）
1・2 (略)
注1 (略)

- 2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注18に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げ

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。

- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点
注1・2 (略)

- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料は、算定しない。

B001-2-9 地域包括診療料（月1回）
1・2 (略)
注1 (略)

- 2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連

る地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

1・2 (略)

注1 (略)

2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注18に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、

携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

1・2 (略)

注1 (略)

2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、

区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。)及び第5部投薬(区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

B001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注18に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅲ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む)を除き、

C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。)及び第5部投薬(区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 (略)

B001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅲ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む)を除き、

)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

4 (略)

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

1・2 (略)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号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。

2～7 (略)

B001-3～B018 (略)

第2節・第3節 (略)

第2部～第4部 (略)

第5部 投薬

通則

(略)

第1節 (略)

第2節 処方料

診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

4 (略)

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

1・2 (略)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号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。

2～7 (略)

B001-3～B018 (略)

第2節・第3節 (略)

第2部～第4部 (略)

第5部 投薬

通則

(略)

第1節 (略)

第2節 処方料

区分

F 1 0 0 処方料

1～3 (略)

注1～10 (略)

11 注9の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注9に規定する基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 外来後発医薬品使用体制加算1 7点

ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 6点

ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 4点

第3節・第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F 4 0 0 処方箋料

1～3 (略)

注1～8 (略)

9 注7の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 9点

ロ 一般名処方加算2 7点

第6節 (略)

第6部～第13部 (略)

第3章 (略)

第4章 経過措置

区分

F 1 0 0 処方料

1～3 (略)

注1～10 (略)

(新設)

第3節・第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F 4 0 0 処方箋料

1～3 (略)

注1～8 (略)

(新設)

第6節 (略)

第6部～第13部 (略)

第3章 (略)

第4章 経過措置

1～4 (略)

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。

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。

1～4 (略)

(新設)

(新設)

別紙1-2 歯科診療報酬点数表

【令和5年4月1日施行】

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>別表第二 歯科診療報酬点数表 [目次] 第1章・第2章 (略) <u>第3章 経過措置</u> 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 (略)</p> <p> 第1節 (略) 第2節 再診料</p> <p>区分 A002 再診料 1・2 (略) 注1～6 (略) 7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。<u>ただし、この場合において、注11に規定する加算は算定しない</u></p> <p> 8～10 (略) <u>11 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</u></p>	<p>別表第二 歯科診療報酬点数表 [目次] 第1章・第2章 (略) (新設)</p> <p> 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 (略)</p> <p> 第1節 (略) 第2節 再診料</p> <p>区分 A002 再診料 1・2 (略) 注1～6 (略) 7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。</p> <p> 8～10 (略) (新設)</p>

実加算1として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。

第2部 (略)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B000からB000-3まで～B004-1-5 (略)

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料(注13に規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる再診料(注10に規定する加算を除く。)及び外来リハビリテーション診療料2は、算定できない。

3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料(注13に規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる再診料(注10に規定する加算を除く。)及び外来リハビリテーション診療料1は、算定できない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料

注1・2 (略)

3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算

第2部 (略)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B000からB000-3まで～B004-1-5 (略)

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料(注13に規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定できない。

3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料(注13に規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定できない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料

注1・2 (略)

3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算

して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000（注13に規定する加算を除く。）に掲げる初診料及び区分番号A002に掲げる再診料（注10に規定する加算を除く。）は、算定できない。

B004-1-8 外来腫瘍化学療法診療料

1・2 (略)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注5、注7、注8及び注13に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注3、注5、注6及び注10に規定する加算を除く。）又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料の3は、別に算定できない。

2～7 (略)

B004-2～B018 (略)

第2部～第4部 (略)

第5部 投薬

通則

(略)

第1節 (略)

第2節 処方料

区分

F100 処方料

して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000（注13に規定する加算を除く。）に掲げる初診料及び区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

B004-1-8 外来腫瘍化学療法診療料

1・2 (略)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注5、注7、注8及び注13に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注3、注5及び注6に規定する加算を除く。）又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料の3は、別に算定できない。

2～7 (略)

B004-2～B018 (略)

第2部～第4部 (略)

第5部 投薬

通則

(略)

第1節 (略)

第2節 処方料

区分

F100 処方料

1・2 (略)

注1～8 (略)

9 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。

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 5点

第3節・第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

1・2 (略)

注1～6 (略)

7 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。

イ 一般名処方加算1 9点

ロ 一般名処方加算2 7点

第6節 (略)

第6部～第14部 (略)

第3章 経過措置

1 第1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。

1・2 (略)

注1～8 (略)

(新設)

第3節・第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

1・2 (略)

注1～6 (略)

(新設)

第6節 (略)

第6部～第14部 (略)

(新設)

2 第1章の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、区分番号A000の注13中「4点」とあるのは「6点」とする。

別紙 1 - 3 調剤報酬点数表

【令和 5 年 4 月 1 日施行】

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>別表第三 調剤報酬点数表 〔目次〕 (略) 通則 (略)</p> <p style="text-align: center;">第 1 節 調剤技術料</p> <p>区分</p> <p>0 0 調剤基本料 (処方箋の受付 1 回につき)</p> <p style="padding-left: 2em;">1 ~ 3 (略)</p> <p style="padding-left: 2em;">注 1 ~ 5 (略)</p> <p style="padding-left: 4em;">6 注 5 又は注 12 に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2 点を更に所定点数に加算する。</p> <p style="padding-left: 2em;">7 ~ 11 (略)</p> <p style="padding-left: 2em;"><u>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、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 style="padding-left: 2em;">イ <u>地域支援体制加算 1</u></p> <p style="padding-left: 4em;">(1) <u>後発医薬品調剤体制加算 1 又は 2 に係る</u></p>	<p>別表第三 調剤報酬点数表 〔目次〕 (略) 通則 (略)</p> <p style="text-align: center;">第 1 節 調剤技術料</p> <p>区分</p> <p>0 0 調剤基本料 (処方箋の受付 1 回につき)</p> <p style="padding-left: 2em;">1 ~ 3 (略)</p> <p style="padding-left: 2em;">注 1 ~ 5 (略)</p> <p style="padding-left: 4em;">6 注 5 に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2 点を更に所定点数に加算する。</p> <p style="padding-left: 2em;">7 ~ 11 (略)</p> <p style="padding-left: 2em;">(新設)</p>

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

01 (略)

第2節～第4節 (略)

第5節 経過措置

1 平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注8、区分番

01 (略)

第2節～第4節 (略)

第5節 経過措置

平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注8、区分番号1

号15の2の注7及び区分番号15の3の注7の規定は適用しない。

2 区分番号00の注12の規定による加算は、令和5年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。

3 第2節の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（区分番号10の2の注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、同区分番号の注6中「3点」とあるのは「4点」とする。

5の2の注7及び区分番号15の3の注7の規定は適用しない。

(新設)

(新設)

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（令和四年厚生労働省令第百二十四号）

【令和五年四月一日施行（附則第三条の規定のみ公布日施行）】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前		
<p style="text-align: center;">附 則</p> <p>（施行期日）</p> <p>第一条 この省令は、令和五年四月一日から施行する。ただし、附則第三条の規定は、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（令和五年厚生労働省令 号）の公布の日から適用する。</p> <p>（受給資格の確認等に係る経過措置）</p> <p>第二条 第一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。）第三条第二項から第四項までの規定及び第二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。）第三条第二項から第四項までの規定（新薬担規則第十一条において読み替えて適用する場合を含む。）は、次の表の上欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局であつて、あらかじめ、その旨を電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の知覚によつては認識することができない方式で作られる記録であつて、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、同表の下欄に掲げる期間においては、適用しない。</p> <table border="1" data-bbox="291 1316 1097 1404"> <tr> <td data-bbox="291 1316 806 1404"> 一 患者が健康保険法（大正十一年法律第七十号）第三条第十三項に規定する </td> <td data-bbox="806 1316 1097 1404"> 上欄の体制の整備に係る作業が完了する </td> </tr> </table>	一 患者が健康保険法（大正十一年法律第七十号）第三条第十三項に規定する	上欄の体制の整備に係る作業が完了する	<p style="text-align: center;">附 則</p> <p>この省令は、令和五年四月一日から施行する。</p> <p>（新設）</p>
一 患者が健康保険法（大正十一年法律第七十号）第三条第十三項に規定する	上欄の体制の整備に係る作業が完了する		

<p>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一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一条に規定する療養の給付（以下「療養の給付」という。）を受けられ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（令和五年二月二十八日まで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つて、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>日又は令和五年九月三十日のいずれか早い日までの間</p>
<p>一 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</p>	<p>上欄の電気通信回線が整備された日から起算して六月が経過した日までの間</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つて患者が電子資格確認によつて療養の給付を受けられる資格があることの確認を受けられ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つてい</p>	<p>当該改築の工事中である施設又は臨時の</p>

る保険医療機関又は保険薬局	施設において診療又は調剤を行っている間
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	廃止又は休止するまでの間
六 その他患者が電子資格確認によつ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	上欄の特に困難な事情が解消されるまでの間

2 新療担規則第三条第二項の規定及び新薬担規則第三条第二項の規定（新薬担規則第十一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つて患者が電子資格確認によつ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。

- 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、第一項の届出を行う際、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。

4 第一項の届出は、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。

(準備行為)

第三条 前条第一項の表の上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。

(新設)

(資料の提供)

第四条 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、新療担規則第三条第二項から第四項までの規定、新薬担規則第三条第二項から第四項までの規定(新薬担規則第十一条において読み替えて適用する場合を含む。)並びに前二条に関して必要な資料の提供を求めることができる。

(新設)

2) 社会保険診療報酬支払基金法(昭和二十三年法律第百二十九号)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(平成元年法律第六十四号)第二十四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一条の三第一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、前二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。

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（令和四年厚生労働省告示第二百六十八号）

【令和五年四月一日施行（附則第三条の規定のみ公布日施行）】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前		
<p>附則 (適用日)</p> <p>第一条 この告示は、令和五年四月一日から適用する。ただし、附則第三条の規定は、<u>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の一部を改正する告示（令和五年厚生労働省告示 号）の公示の日から適用する。</u></p> <p>(受給資格の確認等に係る経過措置)</p> <p>第二条 第一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「<u>新療担基準</u>」という。）<u>第三条第二項から第四項までの規定及び第二十六条第二項から第四項までの規定は、次の表の上欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局であつて、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つては認識することができない方式で作られる記録であつて、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「<u>地方厚生局長等</u>」という。）に届け出たものについて、同表の下欄に掲げる期間においては、適用しない。</u></p> <table border="1" data-bbox="291 1321 1099 1404"> <tr> <td data-bbox="291 1321 808 1404"> 一 患者が健康保険法（大正十一年法律第七十号）<u>第三条第十三項に規定する</u> </td> <td data-bbox="808 1321 1099 1404"> 上欄の体制の整備に係る作業が完了する </td> </tr> </table>	一 患者が健康保険法（大正十一年法律第七十号） <u>第三条第十三項に規定する</u>	上欄の体制の整備に係る作業が完了する	<p>附則</p> <p>この告示は、令和五年四月一日から適用する。</p> <p>(新設)</p>
一 患者が健康保険法（大正十一年法律第七十号） <u>第三条第十三項に規定する</u>	上欄の体制の整備に係る作業が完了する		

<p>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（昭和五十七年法律第八十号）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（令和五年二月二十八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つて、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>日又は令和五年九月三十日のいずれか早い日までの間</p>
<p>一 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</p>	<p>上欄の電気通信回線が整備された日から起算して六月が経過した日までの間</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つ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</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</p>

	は調剤を行っている間
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	廃止又は休止するまでの間
六 その他患者が電子資格確認によつ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	上欄の特に困難な事情が解消されるまでの間

2 新療担基準第三条第二項の規定及び第二十六条第二項の規定は、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つて患者が電子資格確認によつ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。

- 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、第一項の届出を行う際、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。

4 第一項の届出は、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。

（準備行為）

第三条 前条第一項の表の上欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局

（新設）

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。

(資料の提供)

第四条 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、新療担基準第三条第二項から第四項までの規定及び第二十六条第二項から第四項までの規定並びに前二条に関して必要な資料の提供を求めることができる。

2 社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第百二十九号）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つ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（平成元年法律第六十四号）第二十四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一条の三第一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、前二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。

(新設)