

都道府県医師会長 殿

日本医師会長
松本吉郎
（公印省略）

中医協答申書について

（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 日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会において、厚生労働大臣より
諮問されました「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」に関しまして、本日開催されました中医協総会に
おきまして、下記「答申書」が中医協小塩会長より加藤厚生労働大臣あてに提出されましたので
ご報告申し上げます。

答申書等関係資料につきましては、厚生労働省ホームページ（中医協資料）
（https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00172.html）をご参照下さい。

記

1. 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）

別添	答申書附帯意見
別紙 1 - 1	医科診療報酬点数表
別紙 1 - 2	歯科診療報酬点数表
別紙 1 - 3	調剤報酬点数表
別紙 2	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）
別紙 3	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）

< 添付資料 >

1. 個別改定項目について（令和 4 年 12 月 23 日 中医協 総 - 5）
2. 「個別改定項目について」の補足説明資料（令和 4 年 12 月 23 日 中医協 総 - 6）

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]</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>ロ 一般名処方加算2 7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

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> イ <u>後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u> ロ <u>医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。</u> ハ <u>イ及びロの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u></p>	<p>[施設基準] 第8 入院基本料等加算の施設基準等 35の3 後発医薬品使用体制加算の施設基準 (新設)</p>
--	---

3. 医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用促進を図りながら、医薬品の安定供給に資する取組を実施する場合の評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【処方料】 [算定要件]</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算1 5点</p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 4点</p> <p>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></p> <p><u>ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 6点</u></p> <p><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]</p> <p>5 <u>第1章又は第2章の規定にかかわらず、区分番号A001の注18、区分番号A002の注10、区分番号A243の注ただし書、区分番号F100の注11及び区分番号F400の注9の規定による加算は、令和5年12月31日までの間に限り、算定</u></p>	<p>【処方料】 [算定要件]</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算1 5点</p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 4点</p> <p>ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 2点</p> <p>(新設)</p> <p>[経過措置]</p> <p>(新設)</p>

できるものとする。

[施設基準]

第7 投薬

4 外来後発医薬品使用体制加算の
施設基準

(4) 医科点数表区分番号F100に
掲げる処方料の注11及び歯科点数
表区分番号F100に掲げる処方
料の注9に規定する施設基準

イ 外来後発医薬品使用体制加算
に係る届出を行っている保険医
療機関であること。

ロ 医薬品の供給が不足した場合
に、医薬品の処方等の変更等に関
して十分な対応ができる体制が
整備されていること。

ハ イ及びロの体制に関する事項
並びに医薬品の供給状況によっ
て投与する薬剤を変更する可能
性があること及び変更する場合
には患者に十分に説明すること
について、当該保険医療機関の見
やすい場所に掲示していること。

[施設基準]

第7 投薬

4 外来後発医薬品使用体制加算の
施設基準

(新設)

4. 医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、地域医療への貢献の観点から、地域支援体制加算について、後発医薬品の使用促進を図りながら、保険薬局が地域において協力しつつ医薬品の安定供給に資する取組を実施する場合の要件及び評価を見直す。

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

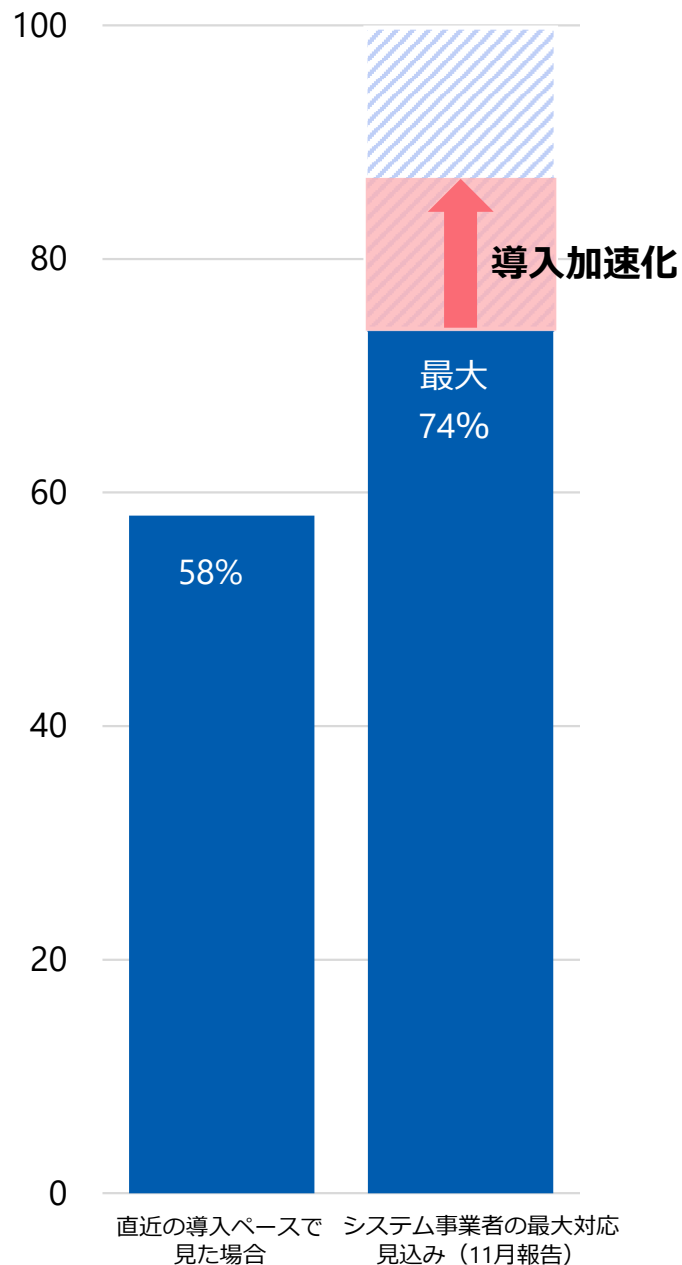
※令和6年4月メドで資格確認限定型・居宅同意取得型の運用を開始することとしており、こうした状況を踏まえ、今後、必要な見直しを行う。

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)	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とともに、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

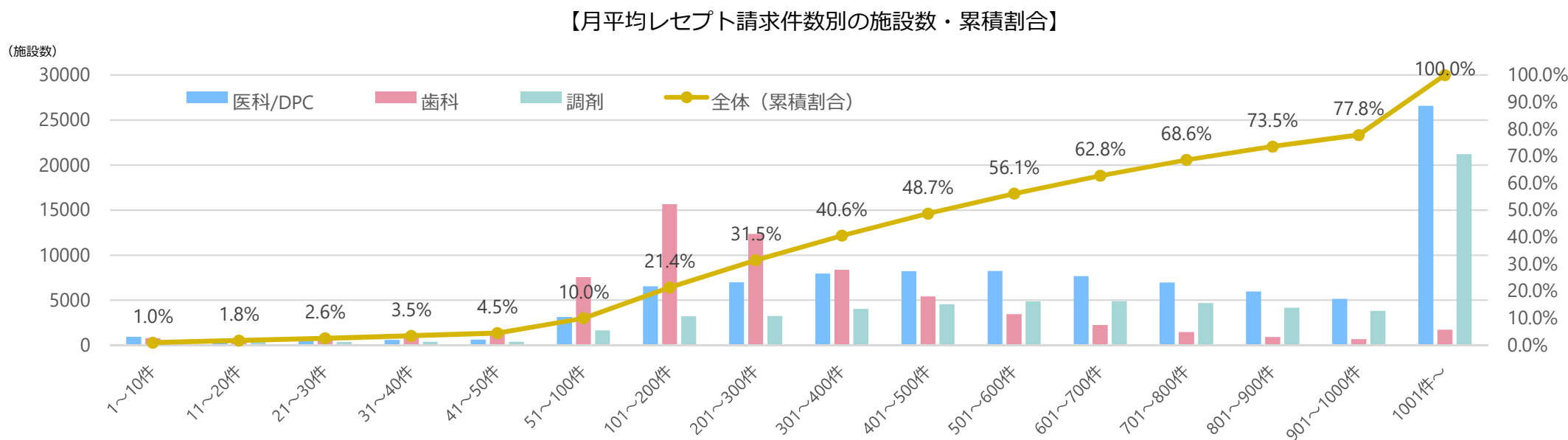
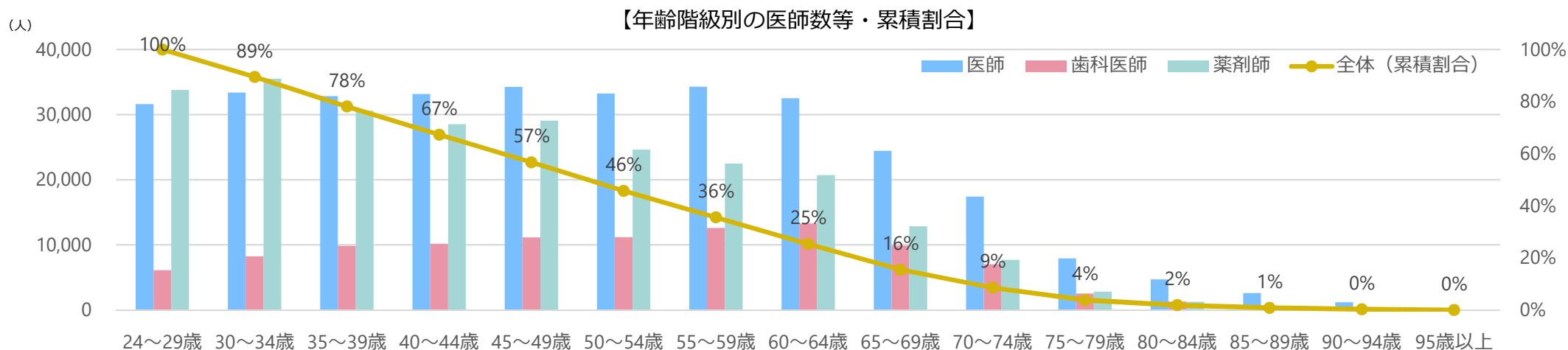
- 国は、マイナンバーカードと保険証の一体化を加速し、令和6年秋の保険証廃止を目指すとしている。
- 令和6年秋までの廃止・休止決めている場合は、オンライン資格確認の導入がやむを得ない事由であると考えられる。（具体的な廃止、休止時期が定まっていない場合には該当しない。）
- 令和6年秋までの廃止・休止を決めている施設については、廃止・休止に関する計画を提出の上、「廃止・休止の間まで」の経過措置を設ける。
- 当該施設については、令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象となる。

(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添付で示している

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