保医発 0131 第５号
令和５年１月 31 日

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

厚生労働省保険局医療課長
（　公　印　省　略　）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（　公　印　省　略　）

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

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

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

別 添 1

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

（下線部分は改正部分）

改　正　後	改　正　前
別添１ 医科診療報酬点数表に関する事項 第１章　基本診療料 第１部　初・再診料 第１節　初診料 Ａ０００　初診料 （１）～(28)　（略） (29)　医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア～ウ　（略） エ　アにかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、令和５年 12 月 31 日までの間に限り、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１として、月１回に限り６点を算定する。 ただし、健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算２として、月１回に限り２点を算定する。	別添１ 医科診療報酬点数表に関する事項 第１章　基本診療料 第１部　初・再診料 第１節　初診料 Ａ０００　初診料 （１）～(28)　（略） (29)　医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ア～ウ　（略） （新設）

第２節　再診料

Ａ００１　再診料

（１）～（３）　（略）

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

（５）～(14)　（略）

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

ただし、健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資

第２節　再診料

Ａ００１　再診料

（１）～（３）　（略）

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

（５）～(14)　（略）

（新設）

格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。また、同一月に区分番号Ａ０００の「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定した場合にあっては算定できない。	
(16)　「注18」に規定する加算の算定に当たっては、他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。	（新設）
Ａ００２　外来診療料	Ａ００２　外来診療料
（１）～（６）　（略）	（１）～（６）　（略）
（７）　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（１つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（１つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科１つに限り、「注５」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注６」のただし書及び「注７」から「注10」までに規定する加算は、算定できない。	（７）　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（１つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（１つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科１つに限り、「注５」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注６」のただし書及び「注７」から「注９」までに規定する加算は、算定できない。
（８）～(12)　（略）	（８）～(12)　（略）
(13)　「注10」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算３は、再診時に診療情報を活用して診療を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣	（新設）

が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、当該患者に係る診療情報を取得した上で診療を行った場合に、令和５年 12 月 31 日までの間に限り、月１回に限り算定する。 ただし、健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。また、同一月に区分番号Ａ０００の「注 15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定した場合にあっては算定できない。	
(14)　「注 10」に規定する加算の算定に当たっては、他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。	（新設）
Ａ００３　（略）	Ａ００３　（略）
第２部　入院料等	第２部　入院料等
第１節　（略）	第１節　（略）
第２節　入院基本料等加算	第２節　入院基本料等加算
Ａ２００～Ａ２４２－２　（略）	Ａ２００～Ａ２４２－２　（略）
Ａ２４３　後発医薬品使用体制加算	Ａ２４３　後発医薬品使用体制加算
（１）　（略）	（１）　（略）
（２）　後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が 75％以上、85％以上又は 90％以上で	（２）　後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が 75％以上、85％以上又は 90％以上で

あるとともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。なお、後発医薬品使用体制加算の注本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たしている保険医療機関に入院している患者については、令和５年 12 月 31 日までの間に限り、後発医薬品使用体制加算の注ただし書に規定する加算を入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。	あるとともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
Ａ２４４～Ａ２５２　（略）	Ａ２４４～Ａ２５２　（略）
第３節・第４節　（略）	第３節・第４節　（略）
第２章　特掲診療料	第２章　特掲診療料
第１部　医学管理等	第１部　医学管理等
第１節　医学管理料等	第１節　医学管理料等
Ｂ０００・Ｂ００１　（略）	Ｂ０００・Ｂ００１　（略）
Ｂ００１－２　小児科外来診療料	Ｂ００１－２　小児科外来診療料
（１）・（２）　（略）	（１）・（２）　（略）
（３）　当該患者の診療に係る費用は、「注４」の小児抗菌薬適正使用支援加算、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料及び区分番号「Ａ００２」外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、区分番号「Ａ０００」初診料の医療情報・シス	（３）　当該患者の診療に係る費用は、「注４」の小児抗菌薬適正使用支援加算、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料及び区分番号「Ａ００２」外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、区分番号「Ａ０００」初診料の機能強化加算、

テム基盤整備体制充実加算１及び２、区分番号「Ａ００１」再診料及び区分番号「Ａ００２」外来診療料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算３、区分番号「Ａ０００」初診料の機能強化加算、通則第３号の外来感染対策向上加算、通則第４号の連携強化加算、通則第５号のサーベイランス強化加算、区分番号「Ｂ００１－２－２」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「Ｂ００１－２－５」院内トリアージ実施料、区分番号「Ｂ００１－２－６」夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号「Ｂ０１０」診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号「Ｂ０１１」連携強化診療情報提供料並びに区分番号「Ｃ０００」往診料（往診料の加算を含む。）を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ 85 点、250 点、580 点又は 230 点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ 65 点、190 点、520 点又は 180 点を算定する。	通則第３号の外来感染対策向上加算、通則第４号の連携強化加算、通則第５号のサーベイランス強化加算、区分番号「Ｂ００１－２－２」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「Ｂ００１－２－５」院内トリアージ実施料、区分番号「Ｂ００１－２－６」夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号「Ｂ０１０」診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号「Ｂ０１１」連携強化診療情報提供料並びに区分番号「Ｃ０００」往診料（往診料の加算を含む。）を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ 85 点、250 点、580 点又は 230 点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ 65 点、190 点、520 点又は 180 点を算定する。
（４）～(12)　（略）	（４）～(12)　（略）
Ｂ００１－２－２～Ｂ００１－２－６　（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	Ｂ００１－２－７　外来リハビリテーション診療料
（１）～（７）　（略）	（１）～（７）　（略）
（８）　外来リハビリテーション診療料１及び２を算定している場合であって、「Ａ０００」初診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算１及び２並びに区分番号「Ａ００１」再診料及び区分番号「Ａ００２」外来診療	（新設）

料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算３の算定要件を満たす場合は、併算定できる。	
Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料	Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料
（１）～（５）　（略）	（１）～（５）　（略）
（６）　外来放射線診療料を算定した場合であって、区分番号「Ａ０００」初診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算１及び２並びに区分番号「Ａ００１」再診料及び区分番号「Ａ００２」外来診療料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算３の算定要件を満たす場合は、併算定できる。	（新設）
Ｂ００１－２－９　地域包括診療料	Ｂ００１－２－９　地域包括診療料
（１）～（８）　（略）	（１）～（８）　（略）
（９）　地域包括診療料を算定する場合であって、区分番号「Ａ００１」再診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算３の算定要件を満たす場合は、併算定できる。	（新設）
Ｂ００１－２－10　認知症地域包括診療料	Ｂ００１－２－10　認知症地域包括診療料
（１）～（５）　（略）	（１）～（５）　（略）
（６）　認知症地域包括診療料を算定する場合であって、「Ａ００１」再診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算３の算定要件を満たす場合は、併算定できる。	（新設）
Ｂ００１－２－11～Ｂ０１５　（略）	Ｂ００１－２－11～Ｂ０１５　（略）
第２節　（略）	第２節　（略）
第２部～第４部　（略）	第２部～第４部　（略）
第５部　投薬	第５部　投薬
第１節　（略）	第１節　（略）
第２節　処方料	第２節　処方料

Ｆ１００　処方料	Ｆ１００　処方料
（１）～(15)　（略）	（１）～(15)　（略）
(16)　「注９」の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす診療所において投薬を行った場合には、令和５年 12 月 31 日までの間に限り、「注 11」に規定する外来後発医薬品使用体制加算を算定する。	（新設）
第３節　（略）	第３節　（略）
第５節　処方箋料	第５節　処方箋料
Ｆ４００　処方箋料	Ｆ４００　処方箋料
（１）～(15)　（略）	（１）～(15)　（略）
(16)　「注７」の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合には、令和５年 12 月 31 日までの間に限り、「注９」に規定する一般名処方加算を算定する。 なお、一般名処方加算１及び２の取扱いについては、「注７」と同様である。	（新設）
第６節　（略）	第６節　（略）
第６部～第 13 部　（略）	第６部～第 13 部　（略）
第３章　（略）	第３章　（略）
別添２	別添２
歯科診療報酬点数表に関する事項	歯科診療報酬点数表に関する事項
第１章　基本診療料	第１章　基本診療料
第１部　初・再診料	第１部　初・再診料

第１節　初診料	第１節　初診料
Ａ０００　初診料	Ａ０００　初診料
（１）～(20)　（略）	（１）～(20)　（略）
(21)　医療情報・システム基盤整備体制充実加算	(21)　医療情報・システム基盤整備体制充実加算
ア～ウ　（略）	ア～ウ　（略）
エ　アにかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、令和５年 12 月 31 日までの間に限り、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１として、月１回に限り６点を算定する。 ただし、健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算２として、月１回に限り２点を算定する。	（新設）
第２節　再診料	第２節　再診料
Ａ００２　再診料	Ａ００２　再診料
（１）～（７）　（略）	（１）～（７）　（略）
（８）　「注 10」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算３は、再診時に診療情報を活用して質の高い診療を実施する体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、当該患者に係る診療情報を取得した上で診療を行った場合に、令和５年 12 月 31 日までの間に限り、月１回に限り２点を算定する。 ただし、健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格	（新設）