

診療報酬関連情報

後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の選定療養

2024年(令和6年)7月12日

厚生労働省保険局医療課通知、事務連絡

【編注】厚労省は7月12日、2024年10月診療分から導入される予定の標記の取扱いについて通知しました。

長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合(長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む)の医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合とは次の通りです。

- ①長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。
- ②当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。
- ③学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。
- ④後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれません。

以上に該当する場合は、院内処方・院外処方共に、レセプトの摘要欄に上記の理由を入力・記載する必要があります。

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対象医薬品リストは下記掲載。

(参考) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html

文末に「提要P.〇」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年(令和6年)6月改定版の該当ページです。



1. 長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法(2024年7月12日、厚生労働省保険局医療課事務連絡)

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における保険外併用療養費及び特別の料金の額については、「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」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について(平成18年3月13日保医発第0313003号)の第3の30(4)及び(8)(編注:提要P.1571、1572)

においてお示ししているところであるが、その具体的な計算方法は次のとおりである。

記

第1 計算方法の概要

1 基本的な考え方

- 患者の診療に係る費用は、大きく次の(1)及び(2)から構成される。
 - (1) 選定療養による「特別の料金」となる費用(長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1に相当する費用)
 - (2) 選定療養を除く保険対象となる費用(保険外併用療養費と患者自己負担の

合計額)

- 患者負担の総額は、(1)である選定療養による「特別の料金」と、(2)のうち「患者自己負担」の合計となる。
 - 費用の計算に用いる数値のうち、医薬品の規格単位ごとの、「長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1」と、「保険外併用療養費の算出に用いる価格」については、厚生労働省ホームページで公表している対象医薬品リスト（以下「厚労省マスタ」という）において示す数値を用いる。
- 2 計算の手順
- 1の基本的な考え方を踏まえた計算の手順は次のようなイメージとなる。
 - (1) 選定療養による「特別の料金」となる費用（長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1に相当する費用）
 - ① 長期収載品の規格単位ごとの「長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1」の価格を用い（厚労省マスタで「長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1に相当する費用」として公表）（単位：円）
 - ② ①の価格に基づき、数量等を踏まえ診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号。以下「算定告示」という）の例により薬剤料に係る点数を算定（単位：点）
 - ③ ②に10円を乗じた額に消費税分を加える。（単位：円）
 - (2) 選定療養を除く保険対象となる費用（保険外併用療養費と患者自己負担の合計額）
 - ① 長期収載品の規格単位ごとの「選定療養を除く保険対象となる費用」に係る価格を用い（厚労省マスタで「保険外併用療養費の算出に用いる価格」として公表）（単位：円）
 - ② ①の価格に基づき、数量等を踏まえ算定告示の例により薬剤料に係る点数を算定（単位：点）
 - ③ ②の長期収載品の薬剤料に係る点数に10円を乗じる。（単位：円）^(※)
 - ④ ③に、患者に応じた自己負担率を

乗じた額が「患者自己負担」となり（単位：円）、③に、1から自己負担率を控除した率を乗じた額が「保険外併用療養費」となる。

(※) 当該長期収載品に係る分

(3) 患者負担の総額

- 2(2)④で求めた「患者自己負担」の額に2(1)③で求めた額を加えた額が「患者負担の総額」となる。

第2 詳細な計算方法

(1) 「特別の料金」に係る費用の計算方法

「特別の料金」に係る費用は、以下のとおり計算する。

1. 第1の2(1)①で公表されている「長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1」の額を用い、算定告示の例により「特別の料金」に係る点数を算定する。なお、点数は算定告示における所定単位ごとに算定するため、以下の点に留意する。
2. ア 所定単位に選定療養の対象となる長期収載品が複数含まれる場合にあつては、各長期収載品について「長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1」（当該長期収載品が内服薬の場合、1日の処方等又は調剤における数量を乗じた額）を合算した上で点数を算定する。
- イ 所定単位に選定療養の対象となる長期収載品以外の医薬品が含まれる場合にあつては、当該選定療養の対象となる長期収載品以外の医薬品の規格単位ごとの薬価（当該医薬品が内服薬の場合、1日の処方等又は調剤における数量を乗じた額）を合算した上で点数を算定する。
- ウ 選定療養の対象となる所定単位が複数存在する場合は、所定単位ごとに点数を算定し、当該算定後に各点数を合算する。
3. 「特別の料金」は消費税の課税対象であるところ、「長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1」の額、及びこの額を用いて算定した点数には消費税分は含まれていないため、上記1. で算定した

点数に10円を乗じて得た額に消費税分を加え、「特別の料金」に係る費用（以下「A」という）を求める。

<p>算式</p> <p>「特別の料金」に係る費用(A)</p> $= \text{「特別の料金」に係る点数} \times 10 \times (1 + \text{消費税率}) (\text{円})$
--

(2) 選定療養を除く保険対象となる費用の計算方法

選定療養を除く保険対象となる費用は、以下のとおり計算されるものである。

- 第1の2(2)①で公表されている「保険外併用療養費の算出に用いる価格」を用いて算定告示の例により薬剤料に係る点数を算定する。この場合において、第2の(1)1. ア～ウに記載の点に留意する。
- 上記1. で算定した「選定療養の対象となる長期収載品の薬剤料に係る点数」に、10円を乗じて得た額が、「選定療養を除く保険対象となる費用（以下「B」という）」である。

<p>算式</p> <p>選定療養を除く保険対象となる費用(B)</p> $= \text{選定療養の対象となる長期収載品の薬剤料に係る点数} \times 10 (\text{円})$

3. 患者自己負担の計算方法

上記で求めたBに自己負担率を乗じ、保険対象となる費用のうち患者自己負担（以下「C」という）を求める。

<p>算式</p> $\text{患者自己負担(C)} = B \times \text{自己負担率} (\text{円})$

(参考) 保険外併用療養費の計算方法

Bに1から自己負担率を控除した率を乗じると、保険外併用療養費となる。

<p>算式</p> $\text{保険外併用療養費} = B \times (1 - \text{自己負担率}) (\text{円})$
--

(3) 患者負担の総額の計算方法

患者負担の総額は、(1)で求めたAと(2)で求めたCの合計となる。

第3 厚労省マスタについて

厚労省マスタにおける「長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1」及び「保険外併用療養費の算出に用いる価格」については、診療報酬の算出に当たってのシステムの関係により、以下のとおり、小数点以下の計算を調整した数値を公表する。

(1) 「長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1」

長期収載品と後発医薬品（該当する後発医薬品のうち最も薬価が高いもの）の価格差の4分の1の数値は、価格差の4分の1が小数を含む場合、小数第3位を四捨五入したものを用いる。ただし、薬価基準における長期収載品の規格単位が10（例：インジゲン液10%（規格単位10% 10mL））の品目については、小数第2位を四捨五入したものを用いる。

<p>(計算例)</p> <p>長期収載品の規格単位ごとの薬価 = 100.0円</p> <p>後発医薬品の規格単位ごとの薬価 = 49.3円の場合、</p> <p>価格差の1/4は、$(100.0 - 49.3) \times 1/4 = 12.675$であり、公表する数値は小数第3位を四捨五入した12.68円となる。</p>
--

(2) 「保険外併用療養費の算出に用いる価格」

長期収載品の規格単位ごとの薬価から、上記(1)で計算した価格を控除した価格を用いる。

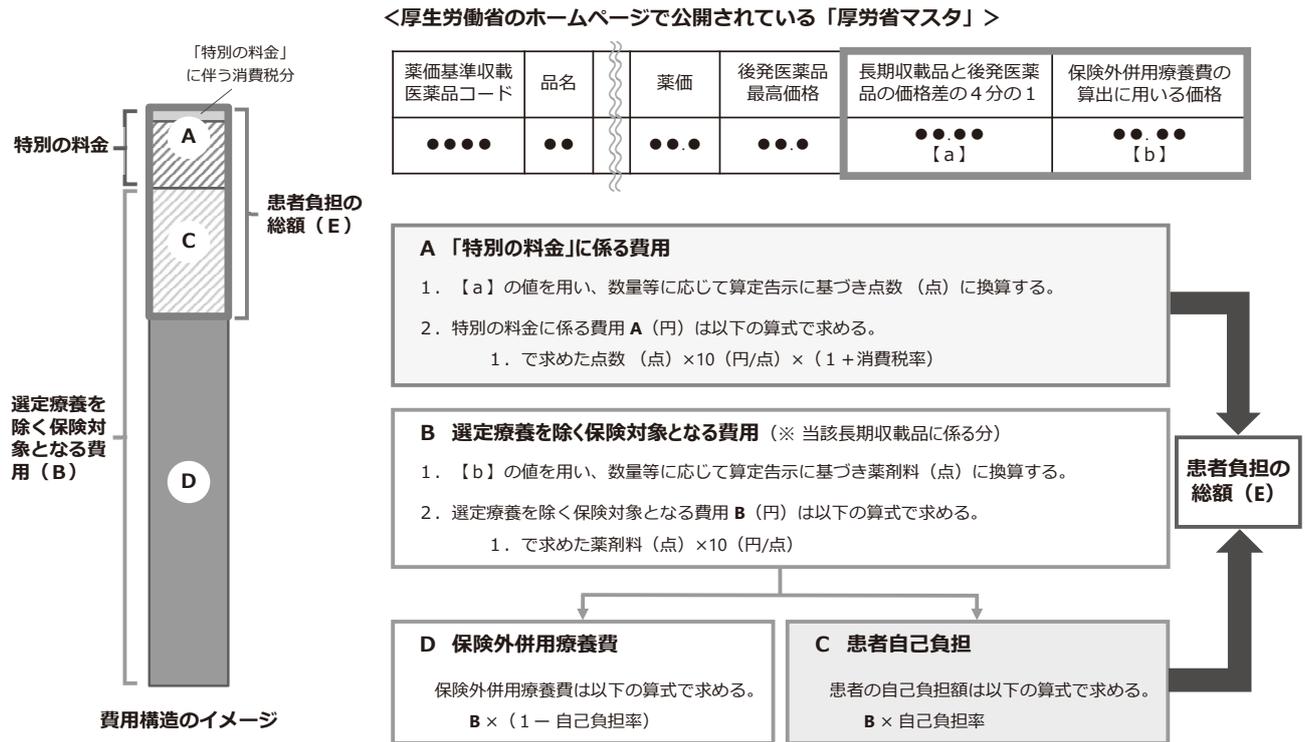
<p>(計算例)(1)の場合</p> $100.0 - 12.68 = 87.32 \text{円となる。}$

(参考)

- 別添1 長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法（イメージ）
- 別添2 計算の具体例（イメージ）
- 厚労省マスタ https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html



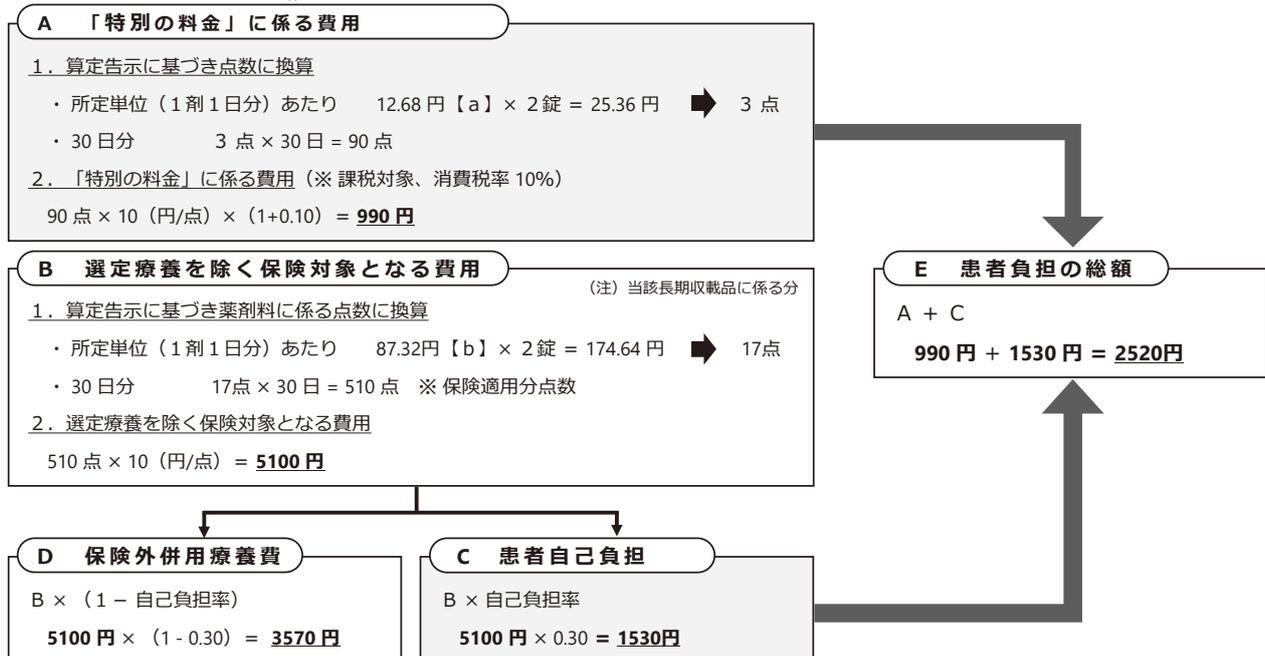
別添1 長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法 (イメージ)



別添2 計算の具体例 (イメージ)

XX錠 10mg (内服薬)、1日2錠 30日分に係る費用 (自己負担率が3割の場合) は以下のとおり計算される。ただし、「厚労省マスタ」における該当行は表のとおりとする。

薬価基準収載医薬品コード	品名	薬価	後発医薬品最高価格	長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1	保険外併用療養費の算出に用いる価格
●●●●	XX錠 10mg	100.0	49.3	12.68 [a]	87.32 [b]



2. 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正（2024年7月12日、保医発0712第1号）

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）

区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
	<p>長期収載品の選定療養に関する取扱い</p>	<p>(長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む） 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載する。 なお、医療上の必要性については以下のとおり。 ①長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。 ②当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。 ※記載は制度が施行となる令和6年10月からとする。</p>	<p>※レセプト電算処理システム用コード、レセプト表示文言（理由の具体例）については、追ってお示しする。</p> <p>820101320</p> <p>820101321</p> <p>820101322</p> <p>820101323</p> <p>820101324</p>	<p>長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため</p> <p>患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため</p> <p>学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため</p> <p>剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため</p> <p>後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため</p>

(令和6.7.12) (提要P.1697、訂正)

3. 長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料(その1)(2024年7月12日、厚生労働省保険局医療課事務連絡)

【医療上の必要性について】

問1 医療上の必要があると認められるのは、どのような場合が想定されるのか。

答1 保険医療機関の医師又は歯科医師(以下、医師等)において、次のように判断する場合が想定される。

- ①長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合(※)であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師等が判断する場合。

(※) 効能・効果の差異に関する情報が掲載されているサイトの一例

PMDAの添付文書検索サイト：<https://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch/>

日本ジェネリック製薬協会が公開する「効能効果、用法用量等に違いのある後発医薬品リスト」：https://www.jga.gr.jp/2023/09/14/230914_effectiveness.pdf

- ②当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師等が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。
- ③学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師等が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。
- ④後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。

また、保険薬局の薬剤師においては、

- ①、②及び③に関して、医療上の必要性について懸念することがあれば、医師等に疑義照会することが考えられ、
- また、④に関しては、医師等への疑義照会は要さず、薬剤師が判断することも考

えられる。なお、この場合においても、調剤した薬剤の銘柄等について、当該調剤に係る処方箋を発行した保険医療機関に情報提供すること。

問2 治療ガイドライン上で後発医薬品に切り替えないことが推奨されている場合については、長期収載品を使うことについて、医療上の必要性が認められるということによいか。例えば、「てんかん診療ガイドライン2018」(一般社団法人日本神経学会)では、「後発医薬品への切り替えに関して、発作が抑制されている患者では、服用中の薬剤を切り替えないことを推奨する」、「先発医薬品と後発医薬品の治療的同等性を検証した質の高いエビデンスはない。しかし、一部の患者で、先発医薬品と後発医薬品の切り替えに際し、発作再発、発作の悪化、副作用の出現が報告されている」とされているところ、この場合に医療上の必要性は認められるか。

答2 医師等が問1の③に該当すると判断し、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合であれば、保険給付となる。

問3 使用感など、有効成分等と直接関係のない理由で、長期収載品の医療上の必要性を認めることは可能か。

答3 基本的には使用感などについては医療上の必要性としては想定していない。

なお、医師等が問1の①～④に該当すると判断し、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合であれば、保険給付となる。

【薬局における医療上の必要性の判断について】

問4 「長期収載品の処方等又は調剤について」(令和6年3月27日保医発0327第11号)の「第1 処方箋様式に関する事項」の「3 長期収載品を銘柄名処方する場合における取扱について」の(4)において、「処方の段階では後発医薬品も使用可能としていたが、保険薬局の薬剤師において、患者が服用しにくい剤形である、長期収載品と後発医薬品で効能・効果の差異がある等、後発医薬品では適切な服用等が困難であり、長期収載品を服用すべきと判断した場合には、医療上必要がある場合に該当し、保険給付とすることも想定される」とあるが、このような場合には処方医へ疑義照会することなく、薬剤師の上記判断に基づいて、従来通りの保険給付が可能と

いう理解でよいか。

また、医師等が後発医薬品を銘柄名処方した場合であって、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されていない場合に、長期収載品を調剤する医療上の必要があると考えられる場合は、処方医へ疑義照会することなく、薬剤師の判断で従来通りの保険給付は可能か。

答4 それぞれの場合について、考え方は次のとおりである。

○医師等が長期収載品を銘柄名処方し、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されていない場合に、薬剤師として長期収載品を調剤する医療上の必要があると考える場合

- ・医療上の必要性の判断の観点から、問1において保険薬局の薬剤師について記載するとおりの取扱いとなる。

○医師等が後発医薬品を銘柄名処方し、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されていない場合に、薬剤師として長期収載品を調剤する医療上の必要があると考える場合

- ・変更調剤に該当するところ、「現下の医療用医薬品の供給状況における変更調剤の取扱いについて」（令和6年3月15日厚生労働省保険局医療課事務連絡）において、当面の間、疑義照会なく、変更調剤できることとしている。
- ・その上で、医療上の必要性の判断の観点から、問1において保険薬局の薬剤師について記載するとおりの取扱いとなる。

【一般名処方について】

問5 「長期収載品の処方等又は調剤について」の「第1処方箋様式に関する事項」の「4一般名処方する場合における取扱いについて」の(2)において「一般名処方の処方箋を保険薬局に持参した患者が長期収載品を希望した場合には、選定療養の対象となる」とあるが、一般名処方された患者が薬局で長期収載品を希望し、薬剤師がその理由を聴取した際に、患者希望ではあるものの、患者の疾病に関し、長期収載品と後発医薬品における効能・効果等の違いがある等の医療上の理由と考えられる場合には、保険薬局の判断で従来通りの保険給付とすることは可能か。

答5 問1の後段に記載する通り。

【院内処方その他の処方について】

問6 院内処方用の処方箋がない医療機関において「医療上の必要性」により長期収載品を院内処方して保険給付する場合、単に医師等がその旨の判断をすれば足りるのか。あるいは「医療上の必要性」について、何らかの記録の作成・保存が必要なのか。

答6 診療報酬を請求する際に、「〔診療報酬請求書等の記載要領等について〕」等の一部改正について（令和6年7月12日保医発0712第1号）の別表Iを踏まえ、診療報酬請求書等の「摘要」欄に理由を選択して記載する。

問7 院内採用品に後発医薬品がない場合は、「後発医薬品を提供することが困難な場合」に該当すると考えて保険給付してよいか。

答7 患者が後発医薬品を選択することが出来ないため、従来通りの保険給付として差し支えない。

なお、後発医薬品の使用促進は重要であり、外来後発医薬品使用体制加算等を設けているところ、後発医薬品も院内処方できるようにすることが望ましい。

問8 長期収載品の選定療養について、入院は対象外とされているが、入院期間中であって、退院間際に処方するいわゆる「退院時処方」については、選定療養の対象となるのか。

答8 留意事項通知において「退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う」とされているところであり、入院と同様に扱う。

問9 在宅医療において、在宅自己注射を処方した場合も対象となるか。

答9 そのとおり。

【後発医薬品を提供することが困難な場合について】

問10 「当該保険医療機関又は保険薬局において、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合」について、出荷停止、出荷調整等の安定供給に支障が生じている品目かどうかで判断するのではなく、あくまで、現に、当該保険医療機関又は保険薬局において、後発医薬品を提供することが困難かどうかで判断するということがよいか。

答10 そのとおり。

【公費負担医療について】

問11 医療保険に加入している患者であって、

かつ、国の公費負担医療制度により一部負担金が助成等されている患者が長期収載品を希望した場合について、長期収載品の選定療養の対象としているか。

答11 長期収載品の選定療養の制度趣旨は、医療上必要があると認められる場合等は、従来通りの保険給付としつつ、それ以外の場合に患者が長期収載品を希望する場合は、選定療養の対象とすることとしたものであることから、今般、対象外の者は設けておらず、国の公費負担医療制度の対象となっている患者が長期収載品を希望した場合についても、他の患者と同様に、長期収載品の選定療養の対象となる。

なお、医療上必要があると認められる場合に該当する場合は、従来通りの保険給付として差し支えない。

問12 医療保険に加入している患者であって、かつ、こども医療費助成等のいわゆる地方単独の公費負担医療の対象となっている患者が長期収載品を希望した場合について、長期収載品の選定療養の対象としているか。

答12 長期収載品の選定療養の制度趣旨は、医療上必要があると認められる場合等は、従来通りの保険給付としつつ、それ以外の場合に患者が長期収載品を希望する場合は、選定療養の対象とすることとしたものであることから、今般、対象外の者は設けておらず、こども医療費助成等のいわゆる地方単独の公費負担医療が対象となっている患者が長期収載品を希望した場合についても、他の患者と同様に、長期収載品の選定療養の対象となる。

なお、医療上必要があると認められる場合に該当する場合は、従来通りの保険給付として差し支えない。

【参考】長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対象医薬品について（2024年4月19日、厚生労働省保険局医療課事務連絡）

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対象医薬品について 長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養については、「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」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正につい

て」（令和6年3月27日保医発0327第10号）及び「長期収載品の処方等又は調剤について」（令和6年3月27日保医発0327第11号）において、その取扱いを示したところ、その対象となる具体的な医薬品について、下記のとおりである。

1. 対象医薬品の考え方について

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養において、対象とする医薬品については、次の(1)から(3)までを全て満たすものとする。なお、詳細については「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」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の第3の30(2)及び(3)で示したとおりであり、併せて参照する。

(1) 後発医薬品のある先発医薬品（いわゆる「準先発品」を含む）である（バイオ医薬品を除く）。

(2) 後発医薬品が収載された年数及び後発品置換え率の観点から、組成及び剤形区分が同一であって、次のいずれかに該当する品目である。

①後発医薬品が初めて薬価基準に収載されてから5年を経過した品目（後発品置換え率が1%未満のものは除く）

②後発医薬品が初めて薬価基準に収載されてから5年を経過しない品目のうち、後発品置換え率が50%以上のもの

(3) 長期収載品の薬価が、後発医薬品のうち最も薬価が高いものの薬価を超えている。この薬価の比較にあたっては、組成、規格及び剤形ごとに判断するものである。

2. 対象医薬品リストについて

1の考え方に基づき、長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対象医薬品についてリストを作成し、次のとおり厚生労働省ホームページで公表しているため、参照されたい。

なお、処方等又は調剤の場面における選定療養の適用にあたっては、医療上必要があると認められる場合や、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当するかどうかを考慮して、判断する必要がある。

（参考）https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html

患者のみならずへ

令和6年10月からの
医薬品の自己負担の新たな仕組み

■ 後発医薬品(ジェネリック医薬品)があるお薬で、
先発医薬品の処方希望される場合は、
特別の料金をお支払いいただけます。

■ この機会に、後発医薬品の積極的な利用を
お願いいたします。

- ・ 後発医薬品は、先発医薬品と有効成分が同じで、同じように使っていただけるお薬です。
- ・ 先発医薬品と後発医薬品の薬価の差額の4分の1相当を、特別の料金として、医療保険の患者負担と合わせてお支払いいただけます。
- ・ 先発医薬品を処方・調剤する医療上の必要があると認められる場合は、特別の料金は要りません。

新たな仕組みについて

特別の料金の対象となる
医薬品の一覧はこちらへ



後発医薬品について

後発医薬品(ジェネリック医薬品)
に関する基本的なこと



※QRコードから厚生労働省HPの関連ページにアクセスできます。

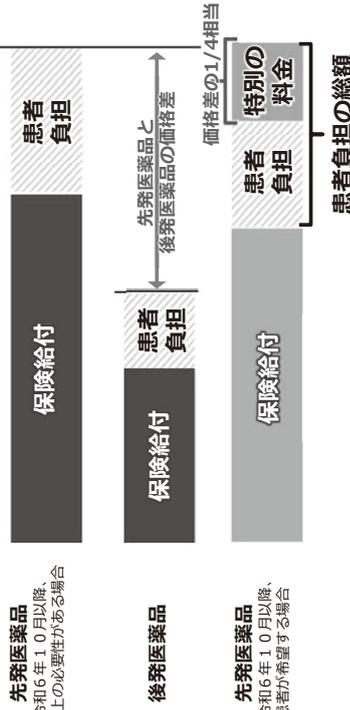
将来にわたり国民皆保険を守るため
皆さまのご理解とご協力をお願いいたします



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

特別の料金の計算方法

先発医薬品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を特別の料金としてお支払いいただけます。
例えば、先発医薬品の価格が1錠100円、後発医薬品の価格が1錠60円の場合、
差額40円の4分の1である10円を、通常の1〜3割の患者負担とは別にお支払いいただけます。



- ※「特別の料金」は課税対象であるため、消費税分を加えてお支払いいただけます。
- ※端数処理の関係などで特別の料金が4円以下にならない場合もあります。詳しくは厚生労働省HPをご覧ください。
- ※後発医薬品がいくつか存在する場合は、薬価が一番高い後発医薬品の価格差で計算します。
- ※薬剤料以外の費用(診療・調剤の費用)はこれまでも変わりがありません。

Q&A

Q1. すべての先発医薬品が「特別の料金」を支払う対象となりますか。

A. いわゆる長期収載品(ちようきしゆさいひん)と呼ばれる、同じ成分の後発医薬品がある先発医薬品が対象となります。

Q2. なぜ「特別の料金」を支払わなくてはならないのですか。

A. みなさまの保険料や税金でまかなわれる医療保険の負担を公平にし、将来にわたり国民皆保険を守っていくため、国は、価格の安い後発医薬品への置き換えを進めています。そのため、医療上の必要性がある場合を除き、より価格の高い一部の先発医薬品を希望される場合には、「特別の料金」としてご負担をお願いすることとなりました。これにより、医療機関・薬局の収入が増えるわけではなく、保険給付が減少することにより医療保険財政が改善されますので、ご理解と協力をお願いします。

Q3. どのような場合に「特別の料金」を支払うことになりますか。

A. 例えば、「使用感」や「味」など、お薬の有効性に関係のない理由で先発医薬品を希望する場合に「特別の料金」をご負担いただけます。過去に当該後発医薬品において副作用が出たことがある場合等は、医師、歯科医師、薬剤師等にご相談ください。

Q4. 流通の問題などにより、医療機関や薬局に後発医薬品の在庫がない場合には「特別の料金」が発生しますか。

A. 流通の問題などにより、医療機関や薬局に後発医薬品の在庫がない場合には、「特別の料金」を支払う必要はありません。

2024年10月以降も光ディスク等を用いた請求を 継続する場合の届出

2024年10月以降も光ディスク等を用いた請求を継続する場合は、2024年8月31日までに「猶予届出書 兼 オンライン請求への移行計画書」の提出が必要になります。

継続する医療機関においては、期限までに医療機関等向け総合ポータルサイトから、オンラインで届出を行う必要があります。

やむを得ない事情により、フォームからの提出が困難な場合は、紙媒体の猶予届出書（次ページ参照）を社会保険診療報酬支払基金本部事業統括部事業サポート課及び京都府国民健康保険団体連合会のいずれに対しても提出することも可能です。ただし、紙媒体による提出を行った場合、内容の不備等に係る確認処理に特に時間を要する可能性があることに留意してください。

・医療機関等向け総合ポータルサイト

【重要】光ディスク等請求に係る猶予届出兼オンライン請求への移行計画書の提出について

<https://x.gd/PLZCZ> ➔



・郵送の場合の提出先

○社会保険診療報酬支払基金本部事業統括部事業サポート課

〒105-0004 東京都港区新橋2丁目1番3号

○京都府国民健康保険団体連合会

〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下る 水銀屋町620番地COCON烏丸内

現在、**光ディスク等**で請求を行っている

2024年3月末までにオンライン請求に移行

できない | できる

2024年9月末までにオンライン請求に移行

できない | できる

猶予届出・移行計画の提出が必要

猶予届出等は不要

※ 届出は医療機関等向け総合ポータルサイトの届出フォームから、**8月31日**までにお願いします。

※ 9月末までにオンライン請求に移行する予定でも、移行が10月以降にずれ込むおそれがある場合は、念のため提出をご検討ください。

※ オンライン請求を開始するには、その2月前の20日までに医療機関等向け総合ポータルサイトからオンライン請求の利用申請等が必要です。

※ 期限までに廃止する場合も届出等は不要です。

様式第1号

光ディスク等を用いた請求に係る滯り届出書
兼 オンライン請求への移行計画書

(別添2)

I. 保険医療機関・薬局の基本情報

① 名称	〒	③ 保険機関コード	〒	④ 所在地	(都道府県)
② 電話番号					

II. 届出内容

⑤ 光ディスク等を用いた請求の継続を希望する期間 ※ 最大で届出を行った翌年の9月末まで ※ 1年更新制であり、改めて届出・移行計画書の提出を行うことで更新可能。	西暦	年	月	日
---	----	---	---	---

III. 移行計画

⑥ 現時点でオンライン請求に移行できない理由(ア～ウから選択) ア 外部委託などにより請求を行っているため、レセプトコンピュータを保有していない イ オンライン資格確認の経過措置に該当するやむを得ない事情(※以下から1つ選択)がある ウ その他() <input type="checkbox"/> 光回線のネットワークが未整備の離島・山間地域や建物に所在 <input type="checkbox"/> 改築工事・臨時施設 <input type="checkbox"/> 休廃止に関する計画を定めている <input type="checkbox"/> その他特異に困難な事情がある
⑦ 現時点で検討しているオンライン請求を行うことができる体制の整備予定時期 (ア～エから選択) ア 本年12月末までの時期 イ 来年3月末までの時期 ウ 来年9月末までの時期 エ その他() 例: 来年9月末までに休廃止予定であるなど

⑧ レセプトコンピュータ・請求用端末の状況(ア～ウから選択) ア オンライン請求に対応可能(確認済み) イ 改修・調達が必要(西暦 年 月 月対応予定) ウ 改修・調達の要否を確認中
⑨ ネットワークの整備状況(ア～ウから選択) ア 整備済み イ 契約済み・未整備(西暦 年 月 月対応予定) ウ 見積もり依頼中・検討中
⑩ 各種届出の状況 ⑪ オンライン請求の利用申請(済み/未実施) ⑫ 電子証明書の発行申請(済み/未実施) ※ オンライン資格確認請求から請求する場合は、発行済みの電子証明書を使用する場合は含む。
⑬ 備考

上記のとおり届け出ます。

西暦 年 月 日

開設者名

審査支払機関

御中

住所 〒

メールアドレス:

- (記入等に当たった際の留意点)
- 青色セル部分に必要な記載を行った上、あらかじめ(2024年8月31日までに)、原則として医療機関等向け総合ポータルサイトを経由して審査支払機関に届出を行うこと。
 - ①・②・④欄には、保険医療機関・保険薬局指定申請書により届け出た記載内容を記入すること。
 - ③欄には、該当の保険機関コード(先頭から順に該当の都道府県番号(2桁)、点数表番号(1桁)、医療機関(薬局)コード(7桁))を記入すること。
 - 【都道府県番号】北海道01、青森02、岩手03、宮城04、秋田05、山形06、福島07、茨城08、栃木09、群馬10、埼玉11、千葉12、東京13、神奈川14、新潟15、富山16、石川17、福井18、山梨19、長野20、岐阜21、静岡22、愛知23、三重24、滋賀25、京都26、大阪27、兵庫28、奈良29、和歌山30、鳥取31、島根32、岡山33、広島34、山口35、徳島36、香川37、愛媛38、高知39、福岡40、佐賀41、長崎42、熊本43、大分44、宮崎45、鹿児島46、沖縄47
 - 【点数表番号】 医科 1、歯科 3、調剤(薬局) 4
 - ⑥・⑦欄には「ア～ウ」又は「ア～エ」のうち該当するものを選択して記入すること。⑥欄で「ア」を選択した場合には、記入欄に外部委託先の名称を記入し、「イ」を選択した場合には、該当する事情を1つ選択し、⑦欄で「その他」を選択した場合には、記入欄にその具体的な内容を記入すること。
 - ⑧・⑨欄には「ア～ウ」のうち該当するものを選択して記入すること。「イ」を選択した場合には、記入欄に「対応・整備予定時期」を記入すること。
 - ⑩欄には、⑪⑫のそれぞれについて、「済み」又は「未実施」を選択して記入すること。

2024年(令和6年)度診療報酬改定関連通知の一部訂正

2024年(令和6年)7月11日、7月31日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

【編注】厚労省は7月11日、7月31日、標記について事務連絡しました。

文末に「提要P.○」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年(令和6年)6月改定版の該当ページです。

1. 医科診療報酬点数表に関する事項

【第2章 特掲診療料】

【第2部 在宅医療】

【第2節 在宅療養指導管理料】

→在宅療養指導管理料の一般的事項

- (3) また、医師は、(2)の訪問看護計画書等を基に衛生材料等を支給する際、保険薬局(当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、地域支援体制加算又は在宅薬学総合体制加算の届出を行っているものに限る)に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができる。

(令和6.7.11)(提要P.409、左段下から10行目、下線部訂正)

2. 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

第4 経過措置等

表3 施設基準が改正された入院基本料等(届出を必要としないもの)
介護障害連携加算1及び2

(令和6.7.11)(提要P.1295、左段下から10行目、削除)

【第5部 投薬】

【第5節 処方箋料】

→F400 処方箋料

- (16) 「注8」において、「直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、調剤報酬点数表「00」調剤基本料の4に規定する特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別の関係を有する場合」とは、以下のいずれにも該当する医療機関が処方箋を交付する場合をいう。
- ア、イ (略)

ウ 当該特別な関係を有する保険薬局の当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割を超えている。なお、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合については、特掲診療料施設基準通知の第88の2の2の(3)の取扱いに準じる。

(令和6.7.31)(提要P.586、右段上から29行目、下線部追加)

【入院基本料の届出に関する事項】

- 3 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5及び様式12から様式12の10までを用いる。ただし、有床診療所(療養病床に限る)の特別入院基本料の届出は、別添7の様式12を用い、有床診療所(一般病床に限る)の介護障害連携加算の届出は、別添7の様式12の3を用い、有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添7の様式12の8を用いる。また、有床診療所の在宅復帰機能強化加算の届出は入院基本料の届出とは別に行うこととし、一般病床については別添7の様式12の9を用い、療養病床については別添7の様式12の10を用いる。

(令和6.7.11)(提要P.1120、右段下から1~2行目、削除)

【ハイケアユニット入院医療管理料】

2 ハイケアユニット入院医療管理料2に関する施設基準

- (1) (中略) なお、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のB項目の患者の状況等については、ハイケアユニット用特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準の対象から除外するが、当該評価票を用いて評価を行っている。

(令和6.7.11)(提要P.1210、左段下から12行目、訂正)

【地域包括ケア病棟入院料】

11の2 地域包括ケア病棟入院料の「注5」に規定する看護補助体制充実加算の施設基準

- (1) 看護補助体制充実加算1の施設基準
ア～オ (略)
カ 11の(1)から(4)までを満たしている。
- (2) 看護補助体制充実加算2の施設基準
(1)のイからホカを満たすものである。
- (3) 看護補助体制充実加算3の施設基準
(1)のウ、エ及びエカを満たすものである。
(令和6.7.11) (提要P.1252、左段上から28～36行目、訂正及び下線部追加)

3. 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い

第4 経過措置等

表3 施設基準の改正された特掲診療料 (届出が必要でないもの)
皮膚悪性腫瘍切除術(皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る)

(令和6.7.11) (提要P.1489、左段上から27行目、削除)

表4 施設基準等の名称が変更されたが、令和6年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であれば新たに届出が必要でないもの

センチネルリンパ節加算	→	皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算
-------------	---	---------------------

(令和6.7.11) (提要P.1489、右段下から13行目の次に下線部追加)

地域包括診療料

【届出に関する事項】

- (2) 令和6年3月31日において現に地域包括診療料の届出を行っている保険医療機関については、令和6年9月30日までの間に限り、1の(3)、(9)又は及び(11)を満たしているものとする。
(令和6.7.11) (提要P.1317、右段上から17行目、訂正)

《40 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)》

→1 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が2名以上勤務している。ただし、そのうち

1名は、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴(又は講師歴)を有する。なお、~~第38の1の(11)の例により、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の1の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。ただし、(以下略)。~~

(令和6.7.31) (提要P.1377、左段下から5行目～2行目、削除及び追加)

- (5) 言語聴覚療法のみを実施する場合において、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、上記基準にかかわらず、脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) の基準を満たすものとする。

ア 専任の常勤医師が1名以上勤務している。なお、~~第38の1の(11)の例により、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の1の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。~~

(令和6.7.31) (提要P.1378、左段上から25行目～29行目、削除及び追加)

《第40の2 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)》

→1 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務している。なお、~~第38の1の(11)の例により、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の1の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。~~

(令和6.7.31) (提要P.1378、右段上から24行目～28行目、削除及び追加)

- (6) 言語聴覚療法のみを実施する場合において、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、上記基準にかかわらず、脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) の基準を満たすものとする。

ア 専任の常勤医師が1名以上勤務してい

る。なお、~~第38の1の(1)の例により、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の1の(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。~~

(令和6.7.31) (提要P.1379、左段上から16行目～19行目、削除及び追加)

《第41 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅲ)》

→1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準

(1) 第40の2の1の(1)を満たしている。

(令和6.7.31) (提要P.1379、左段下から11行目～10行目、下線部追加)

《第42 運動器リハビリテーション料 (Ⅰ)》

→1 運動器リハビリテーション料 (Ⅰ) に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務している。なお、~~第38の1の(1)の例により、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている運動器リハビリテーションの経験を有する専任の非常勤医師を、第38の1の(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。なお、(後略)。~~

(令和6.7.31) (提要P.1380、右段上から5行目～10行目、削除及び追加)

《第43 運動器リハビリテーション料 (Ⅲ)》

→1 運動器リハビリテーション料 (Ⅲ) に関する施設基準

(1) ~~第42の1の(1)を満たしている。~~当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務している。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の1の(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。

(令和6.7.31) (提要P.1381、右段下から29行目、削除及び追加)

《第44 呼吸器リハビリテーション料 (Ⅰ)》

→1 呼吸器リハビリテーション料 (Ⅰ) に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務している。なお、~~第38の1の(1)の例により、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の非常勤医師を、第38の1の(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。~~

(令和6.7.31) (提要P.1382、左段上から12行目～17行目、削除及び追加)

《第45 呼吸器リハビリテーション料 (Ⅱ)》

→1 呼吸器リハビリテーション料 (Ⅱ) に関する施設基準

(1) ~~第44の1の(1)を満たしている。~~当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務している。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の1の(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。

(令和6.7.31) (提要P.1382、右段上から26行目、削除及び追加)

→1 難病患者リハビリテーション料に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が勤務している。なお、~~第38の1の(1)の例により、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の1の(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。~~

(令和6.7.31) (提要P.1384、右段上から13行目～16行目、削除及び追加)

→1 障害児(者)リハビリテーション料に関する施設基準

(2) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務している。なお、~~第38の1の(1)の例により、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を、第38の1の(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。~~

(令和6.7.31) (提要P.1385、左段下から21行目～17行目、削除及び追加)

→1 がん患者リハビリテーション料に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務している。なお、第38の1の(1)の例により、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る）を、第38の1の(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれも満たす者のことをいう。

(令和6.7.31) (提要P.1386、左段下から31行目～23行目、削除及び追加)

→1 認知症患者リハビリテーション料に関する施設基準

(1) 認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務している。なお、第38の1の(1)の例により、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る）を、第38の1の(1)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれかの者をいう。

(令和6.7.31) (提要P.1387、右段上から2行目～10行目、削除及び追加)

4. 厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）

区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
A311 A311-2 A311-3 A315	精神科救急 急性期医療 入院料 精神科急性 期治療病棟 入院料 精神科救急 ・合併症入 院料 精神科地域 包括ケア病 棟入院料の 非定型抗精 神病薬加算	非定型、定型を含めて投与している 向精神病薬をすべて記載する。	830100045	向精神病薬名（非定型抗精神病薬 加算（精神科救急急性期医療入院 料））；*****
			830100046	向精神病薬名（非定型抗精神病薬 加算（精神科急性期治療病棟入院 料））；*****
			830100047	向精神病薬名（非定型抗精神病薬 加算（精神科救急・合併症入院 料））；*****
			830100922	向精神病薬名（非定型抗精神病薬加 算（精神科地域包括ケア病棟入院 料））；*****
C108-4	在宅悪性腫瘍患者共同 指導管理料	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料在宅 麻薬等注射指導管理料（悪性腫瘍の 場合）又は在宅腫瘍化学療法注射指 導管理料を算定する保険医療機関と 連携して指導管理を行った年月日及 び連携して指導管理を行った保険医 療機関名を記載する。	850100146	連携指導管理年月日（在宅悪性腫 瘍患者共同指導管理料）；(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
			830100102	連携指導保険医療機関名（在宅悪 性腫瘍患者共同指導管理料）；** ***

区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト 電算処理 システム 用コード	左記コードによるレセプト表示文言
		(在宅悪性腫瘍等患者の療養在宅麻薬注射又は在宅腫瘍化学療法注射に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く))薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載する。	医薬品コード	(医薬品名を表示する)㊦
			特定器材コード	(特定器材名を表示する)㊦

(令和6.7.11) (提要P.1674、1662、訂正)

検査料の点数の取扱い

2024年(令和6年)7月31日 保医発0731第3号

【編注】厚労省は7月31日、標記について通知しました。

文末に「提要P.○」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年(令和6年)6月改定版の該当ページです。

【第3部 検査】

【第1節 検体検査料】

【第1款 検体検査実施料】

【D012 感染症免疫学的検査】

→「42」の(1→3) - β - D - グルカン

発色合成基質法、比濁時間分析法又はELISA法により、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。

なお、本検査を「23」のカンジダ抗原定性、同半定量、同定量、「30」のアスペルギルス抗原、「32」のD-アラビニトール、「34」のクリプトコックス抗原半定量又は「35」のクリプトコックス抗原定性、アスペルギルスIgG抗体(ただし、慢性進行性肺アスペルギルス症と侵襲性肺アスペルギルス症の併存が疑われる患者

に対して本検査を実施した場合を除く)と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(令6保医発0731・3)(提要P.490、右段上から28行目に下線部追加)

→アスペルギルスIgG抗体(390点)(準用点数の追加)

アスペルギルスIgG抗体は、ELISA法により、慢性進行性肺アスペルギルス症又はアレルギー性気管支肺アスペルギルス症が疑われる患者に対して測定した場合に、D012感染症免疫学的検査の「42」(1→3) - β - D - グルカンの所定点数2回分を合算した点数を準用して算定する。

なお、本検査は、関連学会の定める指針に従って実施する。

(令6保医発0731・3)(提要P.492、右段上から24行目の次に追加)

施設基準等の定例報告等(8月30日締切)

2024年(令和6年)度の施設基準等の定例報告等の締切は8月30日となっています。

下記の近畿厚生局のホームページにアクセスしていただき、STEP1～STEP3の手順のとおり報告様式を作成してください。

なお、施設基準のある点数を算定している全ての医療機関は「施設基準の適合性の確認」を行ってください。

※病院・有床診療所 → 全ての医療機関について「病院・医科(有床診療所)施設基準の適合性の確認について(報告)」の提出が必要です。

※無床診療所 → 要件を満たしていない施設基準がある場合に限り、「医科(無床診療所)施設基準の適合性の確認について(報告)」の提出が必要です。

・近畿厚生局>保険医療機関・保険薬局・柔道整復師・訪問看護事業者
のみなさまへ>医科に係る定例報告等について

<https://x.gd/0oMx9> →



「特定保険医療材料の定義について」の一部改正

2024年(令和6年)7月31日 保医発0731第1号

【編注】厚労省は7月31日、標記について通知しました。

文末に「提要P.○」とあるのは、2024年5月26日に発行した当会『社会保険診療提要』2024年(令和6年)6月改定版の該当ページです。

→133 血管内手術用カテーテルの定義

(3) 末梢血管用ステントセット

【機能区分の定義】

ア (略)

イ 橈骨動脈穿刺対応型

次のいずれにも該当する。

i 橈骨動脈から末梢動脈まで送達可能な性能及び必要な200cm以上のカテーテル長を有している。

ii ウに該当しない。

(令6保医発0731・1) (提要P.1015、左段下から6行目、削除及び追加)

支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)

2024年(令和6年)7月31日 社会保険診療報酬支払基金

【編注】支払基金は7月31日、「審査の一般的な取扱い事例」14を追加しました。

「取扱いを作成した根拠等」の詳細は、社会保険診療報酬支払基金トップページ>診療報酬の審査>審査結果の差異に対する取組>審査の取扱いが統一された事例>支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)>支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)でご確認ください。

(第14回・2024年7月31日分)

【投薬】

224 アコチアミド塩酸塩水和物錠 (支払基金統一事例)

次の傷病名が併存する場合の機能性ディスペプシアに対するアコチアミド塩酸塩水和物錠(アコファイド錠)の算定は、原則として認められない。

- (1) 胃・十二指腸潰瘍
- (2) 胃癌
- (3) 胃癌術後(全摘)

225 ラパチニブトシル酸塩水和物の単独投与

ラパチニブトシル酸塩水和物(タイケルブ錠)の単独投与^{*}は、原則として認められない。

^{*}カペシタビン又はアロマターゼ阻害剤との併用が確認できない場合

226 狭心症等に対するユビデカレノン

次の傷病名に対するユビデカレノン(ノイキノン錠等)の算定は、原則として認められない。

- (1) 狭心症
- (2) 虚血性心疾患
- (3) 高血圧性心疾患
- (4) 心臓弁膜症

227 静脈血栓症に対するベラプロストナトリウム

静脈血栓症に対するベラプロストナトリウム(プロサイリン錠等)の算定は、原則として認められない。

228 肝硬変に対するラクツロース又はラクチロール水和物散 (支払基金統一事例)

肝硬変に対するラクツロース(ラクツロース・シロップ60%等)又はラクチロール水和物散(ポルトラック原末)の算定は、原則として認められない。

229 1型糖尿病(インスリン抵抗性の記載がある場合を含む)に対する糖尿病治療剤(DPP-4阻害薬、SGLT2阻害薬、SU薬、GLP-1作動薬)

1型糖尿病(インスリン抵抗性の記載がある

場合を含む) に対する次の糖尿病治療剤の算定は、原則として認められない。

- (1) DPP-4 阻害薬
- (2) SGLT2 阻害薬 (1 型糖尿病に適応のある薬剤を除く)
- (3) スルホニル尿素 (SU) 薬
- (4) GLP-1 作動薬

230 ヘリコバクター・ピロリ感染症に対して二次除菌としてレセプト上確認ができない場合のメトロニダゾール (支払基金統一事例)

ヘリコバクター・ピロリ感染症に対して二次除菌としてレセプト上確認ができない場合のメトロニダゾール (フラジール内服錠) の算定は、原則として認められない。

231 胃癌に対するプロトンポンプ・インヒビター (PPI) 【内服薬】

胃癌に対するプロトンポンプ・インヒビター (PPI) 【内服薬】 の算定は、原則として認められない。

232 逆流性食道炎に対するラベプラゾールナトリウム 1日40mg

内視鏡検査等がレセプトで確認ができない場合の、逆流性食道炎に対するラベプラゾールナトリウム (パリエット錠) 1日40mgの算定は、原則として認められない。

233 アミノレバンEN配合散又はヘパンED配合内用剤

肝性脳症がない、次の傷病名に対するアミノレバンEN配合散又はヘパンED配合内用剤の算定は、原則として認められない。

- (1) 肝硬変
- (2) アルコール性肝硬変
- (3) 慢性肝炎
- (4) C型慢性肝炎

234 マジンドール錠

高度肥満症 (病的肥満を含む) の診断がない場合のマジンドール錠 (サノレックス錠) の算定は、原則として認められない。

235 躁病に対するゾルピデム酒石酸塩

不眠症の傷病名がない、躁病に対するゾルピデム酒石酸塩 (マイスリー錠等) の算定は、原則として認められない。

236 パーキンソン症候群に対するカベルゴリン

パーキンソン症候群に対するカベルゴリン (カバサル等) の算定は、原則として認めら

れない。

237 がん性皮膚潰瘍に対するメトロニダゾール

がん性皮膚潰瘍に対するメトロニダゾール (フラジール内服錠) の算定は、原則として認められない。

238 プロピペリン塩酸塩

① 次の傷病名に対するプロピペリン塩酸塩 (バップフォー錠) の算定は、原則として認められない。

- (1) 前立腺肥大症
- (2) 尿閉
- (3) 急性膀胱炎、膀胱炎
- (4) 急性前立腺炎、前立腺炎
- (5) 夜尿症

② 神経因性膀胱に対するプロピペリン塩酸塩 (バップフォー錠) の算定は、頻尿、尿失禁の傷病名の記載がない場合であっても、原則として認められる。

239 抗アレルギー薬の併用投与 (支払基金統一事例)

次の抗アレルギー薬の併用投与は、原則として認められる。

- (1) 抗ヒスタミン作用を持つ第1世代1種類と第2世代1種類
- (2) 抗ヒスタミン作用を持つもの1種類と抗ヒスタミン作用を持たないもの1種類
- (3) 抗ヒスタミン作用を持たないもの (作用機序の異なる) 2種類
- (4) 皮膚科領域における抗ヒスタミン作用を持つ抗アレルギー薬1種類と抗ヒスタミン作用を持たない抗アレルギー薬 (作用機序の異なる) 2種類の3種類

240 ウベニメクス

① 維持強化化学療法剤を併用投与している場合の急性骨髄性白血病に対するウベニメクス (ベスタチンカプセル) の算定は、原則として認められる。

② 維持強化化学療法剤を併用投与している場合の次の傷病名に対するウベニメクス (ベスタチンカプセル) の算定は、原則として認められない。

- (1) 急性リンパ性白血病
- (2) 骨髄異形成症候群

241 喉頭炎等に対するプロカテロール塩酸塩水和物 【外用薬】

次の傷病名に対するプロカテロール塩酸塩水和物（メプチン吸入液等）（外用薬）の算定は、原則として認められない。

- (1) 喉頭炎
- (2) 急性気管支炎（成人）
- (3) 肺炎

242 急性気管支炎等に対するチオトロピウム臭化物水和物

次の傷病名に対するチオトロピウム臭化物水和物（スピリーバ吸入用カプセル18 μ g）の算定は、原則として認められない。

- (1) 急性気管支炎
- (2) 喘息性気管支炎
- (3) 気管支喘息
- (4) 気管支拡張症

243 アレルギー性結膜炎に対する広範囲抗菌点眼剤

ステロイド点眼剤の投与がある場合のアレルギー性結膜炎に対する広範囲抗菌点眼剤（クラビット点眼液等）の算定は、原則として認められない。

【注射】

244 プロトンポンプ・インヒビター（PPI）の内服薬及び注射薬の併用投与

プロトンポンプ・インヒビター（PPI）の内服薬及び注射薬の併用投与は、原則として認められない。

245 肝性脳症改善アミノ酸注射液（支払基金統一事例）

- ①肝硬変かつ高アンモニア血症に対する肝性脳症改善アミノ酸注射液（アミノレバン点滴静注等）の算定は、原則として認められる。
- ②次の傷病名に対する肝性脳症改善アミノ酸注射液（アミノレバン点滴静注等）の算定は、原則として認められない。
 - (1) 肝硬変
 - (2) アルコール性肝硬変
 - (3) 慢性肝炎
 - (4) C型慢性肝炎

246 プロトンポンプ・インヒビター（PPI）【注射薬】

次の傷病名に対するプロトンポンプ・インヒビター（PPI）【注射薬】の算定は、原則として認められない。

- (1) 逆流性食道炎
- (2) 出血のない胃潰瘍
- (3) 胃癌

【処置】

247 皮膚科光線療法（赤外線又は紫外線療法）

次の傷病名に対するJ054皮膚科光線療法「1」赤外線又は紫外線療法の算定は、原則として認められる。

- (1) 湿疹・皮膚炎（急性・慢性）
- (2) 脂漏性湿疹・皮膚炎
- (3) アトピー性皮膚炎
- (4) 痒疹
- (5) 乾癬
- (6) 掌蹠膿疱症
- (7) 尋常性白斑
- (8) 凍瘡
- (9) 円形脱毛症
- (10) 尋常性ざ瘡
- (11) 帯状疱疹

248 皮膚科光線療法と皮膚科軟膏処置の併算定

次の場合におけるJ053皮膚科軟膏処置とJ054皮膚科光線療法との併算定は、原則として認められる。

- (1) 同一部位で別疾患
- (2) 別部位で同一疾患

【手術】

249 経皮的冠動脈形成術等に対するアミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン【注射薬】（支払基金統一事例）

K546 経皮的冠動脈形成術、K548経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）及びK549経皮的冠動脈ステント留置術に対するアミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン【注射薬】（ウログラフィン注）の算定は、原則として認められない。

【検査】

250 血中微生物検査

次の傷病名に対するD005「7」血中微生物検査の算定は、原則として認められる。

- (1) フィラリア症
- (2) トリパノソーマ症
- (3) マラリア

251 IV型コラーゲン、P-III-P、IV型コラーゲン・7S（支払基金統一事例）

- ①次の傷病名に対するD007「36」IV型コラー

ゲン、「39」プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド (P-Ⅲ-P) 又は「42」Ⅳ型コラーゲン・7Sの算定は、原則として認められる。

- (1) アルコール性肝炎
- (2) 非アルコール性脂肪性肝炎
- (3) 原発性胆汁性胆管炎
- (4) 自己免疫性肝炎
- (5) 肝硬変

②次の傷病名に対するD007「36」Ⅳ型コラーゲン、「39」プロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド (P-Ⅲ-P) 又は「42」Ⅳ型コラーゲン・7Sの算定は、原則として認められない。

- (1) 慢性肝炎疑い
- (2) 肝機能障害・肝障害 (疑い含む)
- (3) 脂肪肝 (疑い含む)
- (4) アルコール性肝炎疑い
- (5) 非アルコール性脂肪性肝炎疑い
- (6) 原発性胆汁性胆管炎疑い
- (7) 自己免疫性肝炎疑い
- (8) 肝細胞癌 (疑い含む)

252 慢性肝炎疑いに対するヒアルロン酸

慢性肝炎疑いに対するD007「46」ヒアルロン酸の算定は、原則として認められない。

253 経過観察時における二次性高血圧症等がない高血圧症のみに対するレニン活性等(支払基金統一事例)

経過観察時における二次性高血圧症等がない高血圧症のみに対する次の検査の算定は、原則として認められない。

- (1) D008「8」レニン活性
- (2) D008「10」レニン定量
- (3) D008「14」コルチゾール
- (4) D008「15」アルドステロン
- (5) D008「15」アルドステロン (尿)
- (6) D008「29」カテコールアミン分画
- (7) D008「37」カテコールアミン
- (8) D008「45」メタネフリン・ノルメタネフリン分画

254 糖尿病疑い、耐糖能異常疑いに対するIRI(支払基金統一事例)

次の傷病名に対するD008「8」インスリン(IRI)の算定は、原則として認められない。

- (1) 糖尿病疑い
- (2) 耐糖能異常疑い

255 C-ペプチド(CPR)の算定間隔(支払基金統一事例)

糖尿病確定診断後の患者の外来受診時におけるD008「12」C-ペプチド(CPR)の算定間隔は、原則として3カ月とする。

256 骨粗鬆症疑いに対するⅠ型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTX)(支払基金統一事例)

骨粗鬆症疑いに対するD008「25」Ⅰ型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTX)の算定は、原則として認められない。

257 T S A bの連月の算定

D014「40」T S A bの連月の算定は、原則として認められない。

258 免疫グロブリン(IgG、IgA、IgM)(支払基金統一事例)

関節リウマチ疑い及び関節リウマチの経過観察に対するD015「4」免疫グロブリン(IgG、IgA、IgM)の算定は、原則として認められる。

また、算定間隔は、原則として3カ月に1回とする。

259 IgG4(支払基金統一事例)

①次の傷病名に対するD014「41」IgG4の算定は、原則として認められる。

- (1) ミクリッツ病
- (2) 自己免疫性膵炎
- (3) 後腹膜線維症
- (4) リーデル甲状腺炎
- (5) キュットネル腫瘍
- (6) IgG4関連疾患のみ

②治療中(ステロイド投与初期)のD014「41」IgG4の連月の算定は原則として認められる。

③経過観察時のD014「41」IgG4の算定は、原則として3カ月に1回認められる。

④次の傷病名に対するD014「41」IgG4算定は、原則として認められない。

- (1) 胆嚢炎
- (2) 腎臓病
- (3) 肺炎
- (4) 肝疾患
- (5) 後腹膜炎
- (6) 硬膜炎

260 爪白癬の診断確定時の微生物学的検査(支払基金統一事例)

爪白癬の診断確定時の次の微生物学的検査の算定は、原則として認められる。

- (1) D017排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査「3」その他のもの
- (2) D018細菌培養同定検査「5」その他の部位からの検体
- (3) D018細菌培養同定検査「6」簡易培養

261 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（その他のもの）

次の傷病名に対する便検体によるD017排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査「3」その他のものの算定は、原則として認められる。

- (1) トリコモナス
- (2) アメーバ赤痢
- (3) 胃結核
- (4) カンピロバクター腸炎
- (5) 腸管スピロヘータ症
- (6) 腸結核、結核性下痢

262 気管支喘息に対する細菌培養同定検査及び細菌薬剤感受性検査

気管支喘息に対するD018細菌培養同定検査及びD019細菌薬剤感受性検査「1」1菌種、「2」2菌種又は「3」3菌種以上の算定は、原則として認められない。

263 標準語音聴力検査

①次の傷病名に対するD244自覚的聴力検査「2」標準語音聴力検査の算定は、原則として認められる。

- (1) 難聴
- (2) 突発性難聴

②顔面神経麻痺に対するD244自覚的聴力検査「2」標準語音聴力検査の算定は、原則として認められない。

264 ことばのききとり検査

①次の傷病名に対するD244自覚的聴力検査「2」ことばのききとり検査の算定は、原則として認められる。

- (1) 難聴
- (2) 突発性難聴

②次の傷病名に対するD244自覚的聴力検査「2」ことばのききとり検査の算定は、原則として認められない。

- (1) 顔面神経麻痺
- (2) めまい
- (3) 耳管狭窄症

265 後迷路機能検査

①次の傷病名に対するD244自覚的聴力検査「4」後迷路機能検査（種目数にかかわらず一連につき）の算定は、原則として認められる。

- (1) 難聴
- (2) 突発性難聴
- (3) メニエール病

②次の傷病名に対するD244自覚的聴力検査「4」後迷路機能検査（種目数にかかわらず一連につき）の算定は、原則として認められない。

- (1) 中耳炎
- (2) 耳管狭窄症
- (3) 顔面神経麻痺

266 中耳機能検査

①中耳炎に対するD244自覚的聴力検査「6」中耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）の算定は、原則として認められる。

②次の傷病名に対するD244自覚的聴力検査「6」中耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）の算定は、原則として認められない。

- (1) めまい
- (2) メニエール病
- (3) 顔面神経麻痺
- (4) 突発性難聴

【画像診断】

267 コンピューター断層撮影（CT撮影）（支払基金統一事例）

①次の傷病名等に対するE200コンピューター断層撮影（CT撮影）の算定は、原則として認められる。

- (1) 乳癌
- (2) 乳癌の術前
- (3) 化学療法後
- (4) 四肢悪性腫瘍疑い
- (5) 単純撮影のない虫垂炎（初診時）
- (6) 単純撮影のない肺炎疑い（初診時）
- (7) 内視鏡検査のない大腸癌疑い
- (8) 内視鏡検査のない胃癌疑い

②次の傷病名に対するE200コンピューター断層撮影（CT撮影）の算定は、原則として認められない。

- (1) 気管支炎

(2) 単純撮影のない急性胃炎(初診時)

交換法時のE200「1」CT撮影の算定は、原則として認められない。

268 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法時のCT撮影

J043-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル

コラテジェン筋注用4mgの削除

2024年(令和6年)7月31日

厚生労働省告示第258号

【編注】医薬品医療機器等法第23条の26第5項の規定に基づき行われた、アンジェス株式会社から取下げされた「コラテジェン筋注用4mg(ベペルミノゲンペルプラスミド)」が2024年7月31日付で薬価基準から削除されました。

「ハートシート」の保険診療上の取扱い

2024年(令和6年)7月25日 保医発0725第4号

【編注】再生医療等製品「ハートシート」(ヒト(自己)骨格筋由来細胞シート/テルモ株式会社)については、「医薬品の製造等の承認の整理について」(昭和46年6月29日薬発第588号)に基づく承認整理の届書が提出されたことにより、材料価格基準から削除されます。これに伴う材料価格基準等の一部改正は、準備中とのことです。

「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」等に関するQ&A

2024年（令和6年）6月14日

厚生労働省医政局医事課 事務連絡

【編注】現行制度の下で医師から診療放射線技師、臨床検査技師及び臨床工学技士へのタスク・シフト／シェアが可能な業務の具体例やタスク・シフト／シェアを推進するに当たっての留意点等については「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」（令和3年9月30日付医政発0930第16号通知）により示されています。

厚労省は6月14日、上記通知に関する質疑応答集（Q&A）について事務連絡しました。

問1 血管造影・画像下治療における医師の補助として、カテーテルやガイドワイヤー等を使用できる状態に準備する行為や、医師に手渡しする行為、カテーテル及びガイドワイヤー等を保持する行為、医師が体内から抜去したカテーテル及びガイドワイヤー等を清潔トレイ内に安全に格納する行為等の医行為に該当しない補助行為は、清潔区域への立入り方法等について医師・看護師の十分な指導を受けた診療放射線技師が行うことが可能であるとされている。

これらの行為については、心臓・血管カテーテル検査、治療に従事する臨床検査技師、臨床工学技士を含む他の医療関係職種が、同様に清潔区域への立入り方法等について医師・看護師の十分な指導を受けたうえで行う

ことが可能であると解してよいか。

答1 問題ない。

問2 診療放射線技師は、下部消化管検査のために肛門に挿入したカテーテルから注入した造影剤及び空気を吸引する行為は実施可能とされているが、肛門から当該カテーテルを抜去する行為は実施可能か。

答2 診療放射線技師は、下部消化管検査のための肛門へのカテーテルの挿入、当該カテーテルからの造影剤及び空気の注入、撮像、当該カテーテルからの造影剤及び空気の吸引、肛門からの当該カテーテルの抜去までを一連の行為として行うことができる。

また、画像誘導放射線治療のために肛門に挿入されたカテーテルの抜去についても一連の行為として行うことができる。

返戻再請求のオンライン化について

【編注】 オンライン請求医療機関においては、2024年10月以降、オンラインによる返戻のみとなります。

1. オンライン請求医療機関・薬局における返戻再請求のオンライン化についてのご案内

- 令和5年4月以降、オンライン請求医療機関・薬局については、原則オンラインにより返戻再請求を行うこととされています（令和6年9月末までは、やむを得ない場合に経過措置の届出を行うことにより紙による返戻再請求が可能）。
- オンライン請求医療機関・薬局において、令和6年9月末に紙による返戻レセプトの送付が終了となり^{※1}、10月以降はオンラインによる返戻レセプト（返戻ファイル^{※2}）のみとなります。返戻再請求についてもオンラインで行っていただく必要があります。
- **返戻ファイルのダウンロード期間は3か月**（具体的な例は下表参照）となりますので、期間内にオンライン請求システムから返戻ファイルをダウンロードいただき、オンラインによる返戻再請求を実施いただきますようお願いいたします^{※3}。
- なお、紙のみで送付される返戻レセプトについては、令和6年10月以降も引き続き紙による返戻再請求を行っていただくこととなります。

審査支払機関からの返戻送付月	紙返戻の送付	オンラインによる返戻	オンライン請求システム上でのダウンロード期限	(参考) 診療月	(参考) 原請求実施月 (オンライン請求システムにおける請求期間)
令和6年9月上旬	あり	あり	令和6年11月末	令和6年7月	令和6年8月 (8月5日～10日)
令和6年10月上旬	なし	あり	令和6年12月末	令和6年8月	令和6年9月 (9月5日～10日)
令和6年11月上旬	なし	あり	令和7年1月末	令和6年9月	令和6年10月 (10月5日～10日)

※1 電子情報処理組織等を用いた費用の請求等に関する取扱いについて（令和5年1月23日付保連発0123第1号） <https://www.mhlw.go.jp/ntent/12400000/001042816.pdf>

※2 返戻ファイルは、再審査分の返戻ファイルも含まれます。

※3 原請求をオンラインで実施していない医療機関・薬局（猶予届出を提出することで光ディスク等による請求及び紙レセプトによる請求を継続している医療機関・薬局）においては、令和6年10月以降においても紙媒体で返戻レセプトが送付されます。

4

2. 医療機関・薬局にてご対応いただきたいこと

- 返戻再請求をオンラインで実施するためには、レセプトコンピュータ（以下「レセコン」）がオンラインによる返戻再請求に対応しているかご確認いただく必要があります。
- まずはレセコンのシステムベンダにご確認・ご相談いただき、必要に応じてレセコンの改修を行うなど、オンラインによる返戻再請求を実施できるよう準備をお願いいたします。

**返戻再請求をオンラインで行うことができるよう、
各医療機関・薬局にて必要な対応をお願いいたします。**



1. 現在ご使用のレセコンのシステムの確認

- ・ 現在ご使用のレセコンのシステムが、オンラインによる返戻再請求に対応しているかご確認をお願いいたします。令和6年10月以降はオンライン請求医療機関・薬局に対する紙媒体での返戻レセプトの送付を終了することとしており、経過措置も終了するため、それまでにオンラインによる返戻再請求に対応できるようにしていただく必要があります。



2. システムベンダへのサポートの依頼

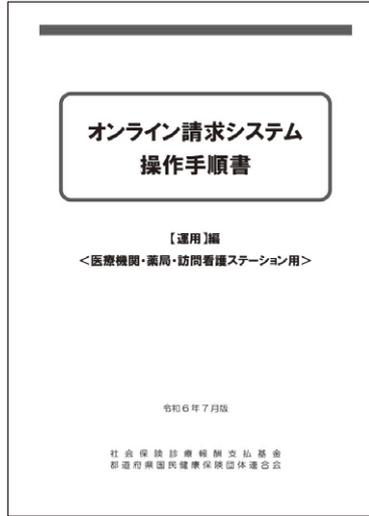
- ・ 現在ご使用のレセコンのシステムがオンラインによる返戻再請求に対応しているかの確認やシステムの改修、レセコンやオンライン請求用端末の操作説明を受けるといった場合に、必要に応じてシステムベンダにサポートを依頼してください。

6

3.【参考】オンライン請求に関する資料

3-1. 返戻再請求をオンラインで実施する具体的なシステム操作の方法 (1/4)

- オンライン請求システム操作手順書※は、オンライン請求システムにおける請求事務の流れ及び各ステップにおける操作方法を詳細に説明した資料になります。実際にオンライン返戻再請求を実施する際の具体的な手順については、操作手順書を参照ください。
- 次ページ以降、操作手順書を元に簡潔にオンライン返戻再請求に係る操作方法をまとめていますので、ご活用ください。



オンライン請求システム操作手順書目次

- ・オンライン請求システムの流れ (請求・確認試験)
- ・Web画面によるレセプト訂正の流れ
- ・返戻再請求の流れ (請求・保険者の再請求等・確認試験)
- ・はじめに
- 1. 請求 (受付) などの運用期間
- 2. ネットワークに接続する・ネットワークから切断する
- 3. ログインする
- 4. トップページ画面構成
- 5. レセプトデータをWebサイトへ請求する …本資料P10, 11の内容
- 6. レセプトデータを訂正する (支払基金のみの機能)
- 7. 再審査等請求をWebサイトから行う
- 8. 各種帳票等をダウンロードする
- 9. 返戻レセプトをダウンロードする …本資料P9の内容
- 10. レセプトデータの確認試験を実施する
- 11. お知らせを確認する
- 12. マニュアルを閲覧する
- 13. Q&A
- 14. 訂正可能な項目
- ・問合せ先

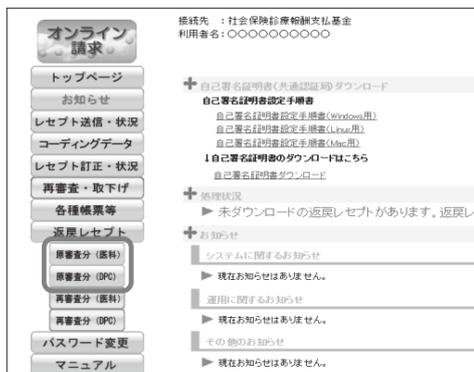
※ 支払基金HP 保険医療機関・保険薬局に係るオンライン請求>7. オンライン請求>オンライン請求システム操作手順書
<https://www.ssk.or.jp/seikyushiharai/iryokikan/index.html#cms07> 8

3.【参考】オンライン請求に関する資料

3-1. 返戻再請求をオンラインで実施する具体的なシステム操作の方法 (2/4)

<返戻ファイルのダウンロード※>

- ① 画面左の【返戻レセプト】ボタンをクリックし、【原審査分 (医科)】・【再審査分 (医科)】または【原審査分 (DPC)】・【再審査分 (DPC)】ボタンをクリックします。
※医療機関 (歯科)、薬局の場合、【原審査分】・【再審査分】ボタンが表示されます。
- ② レセプトデータの【ダウンロード】ボタンをクリックします。
- ③ Microsoft Edge (Chromium) の場合、画面右上部にダウンロード状況及び結果が表示されます。



返戻レセプトダウンロード (医科)

直近3か月分の返戻レセプトがダウンロードできます。

順番	処理年月	返戻レセプト件数	ダウンロード日	ダウンロード
1	令和6年2月	1	未ダウンロード	ダウンロード
2	令和6年1月	1	未ダウンロード	ダウンロード
3	令和6年12月	1	未ダウンロード	ダウンロード

*画面キャプチャは医科・DPCにおける原審査分のものを例示しています。

※ 詳細はオンライン請求システム操作手順書P342-345 (第9章 返戻レセプトをダウンロードする 9.1 審査支払機関からの返戻レセプトをダウンロードする) をご参照ください。 9

3.【参考】オンライン請求に関する資料 3-2.参考情報等

■ オンライン請求に関する情報については下記も併せてご参照ください。

掲載場所	URL	HPに掲載されている情報
厚生労働省HP	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190624_00001.html	<ul style="list-style-type: none"> 関係通知等 リーフレット・周知資料等 FAQ・問合せ先
支払基金HP (オンライン請求)	https://www.ssk.or.jp/seikyushiharai/iryokikan/index.html	<ul style="list-style-type: none"> オンライン請求の流れ 受付・事務点検ASP 既存の請求とオンライン請求との違い オンライン請求の手続きについて 確認試験・接続試験に係る届出等 オンライン請求(操作手順書等) 振込額明細データ オンラインによる返戻再請求・再審査等請求 オンライン請求に関するQ&A 各種ファイル等のダウンロードページ オンライン請求システムの稼働時間等
支払基金HP (オンライン請求システムに関するQ&A)	https://www.ssk.or.jp/go/shitsumon/online/index.html	<ul style="list-style-type: none"> オンライン請求システムに関するQ&A(概要・制度・セキュリティ・費用・準備・PC・ネットワーク・届出・電子証明書・初期設定・システム(医療機関・薬局)) オンラインによる請求前の資格確認に係る質疑応答集
国保中央会HP(オンライン請求)	https://www.kokuho.or.jp/system/online/	<ul style="list-style-type: none"> お知らせ等 システムベンダ等向け接続試験
オンライン請求システムサポートサイト	https://onlineseikyu.jp/	<ul style="list-style-type: none"> ネットワーク及びシステムについての運用情報 請求(受付)・確認試験などの運用期間 困ったときは(Q&A) 問合せ先

12

3.【参考】オンライン請求に関する資料 3-2.参考情報等

■ オンライン請求システム等に関するお問合せは以下をご参照ください。

ご質問のカテゴリ	問合せ窓口
オンライン請求システムの操作、オンライン請求用端末の設定(電子証明書のインストール方法を含む)に関するお問合せ	<ul style="list-style-type: none"> オンライン請求システムヘルプデスク 0120-60-7210(通話無料) <p>5日から7日,11日,12日…8時から21時 休日(土曜日、日曜日及び祝日)を含む 8日から10日…8時から24時 休日(土曜日、日曜日及び祝日)を含む 13日から月末…9時から17時 休日(土曜日、日曜日及び祝日)を含む ※年末年始(12月29日から1月3日)を除く</p>
ネットワーク回線に関するお問合せ	<ul style="list-style-type: none"> ネットワークサポートデスク 0120-220-571(通話無料) <p>1日から4日,11日から月末…9時から17時 休日(土曜日、日曜日及び祝日)を含む 5日から7日…8時から21時 休日(土曜日、日曜日及び祝日)を含む 8日から10日…8時から24時 休日(土曜日、日曜日及び祝日)を含む ※年末年始(12月29日から1月3日)を除く</p>
電子レセプトに関するお問合せ(記録条件仕様、受付・事務点検に係るASP等)	<ul style="list-style-type: none"> 【社保分のお問合せ】 最寄りの審査事務センター・分室 審査事務センター・分室一覧(支払基金HP): https://www.ssk.or.jp/shibu/index.html 【国保分のお問合せ】 国民健康保険団体連合会 ※照会先の担当部署・電話番号等については、医療機関・薬局所在の都道府県国民健康保険団体連合会HPを参照ください。

13

【オンライン請求を行う保険医療機関・薬局向け】

(別添2)

オンラインによる返戻再請求の実施についてのご案内

令和5年4月以降、オンライン請求医療機関・薬局については、原則オンラインにより返戻再請求を行うこととされています。

オンライン請求医療機関・薬局において、令和6年9月末に紙による返戻レセプトの送付が終了し、10月以降はオンラインによる返戻のみとなります。返戻再請求についてもオンラインで行っていただく必要がございます※1。

※1 紙のみで送付される返戻レセプトについては、令和6年10月以降も引続き紙による返戻再請求を行っていただくこととなります。

医療機関・薬局にてご対応いただきたいこと

- 返戻再請求をオンラインで実施するためには、現在使用中のレセプトコンピュータ(以下「レセコン」)がオンラインによる返戻再請求に対応しているかをご確認ください。
- まずは、レセコンのシステムベンダにご確認・ご相談いただき、必要に応じてレセコンの改修を行うなど、オンラインで返戻再請求を実施できるよう準備をお願いいたします。

レセコンのシステムの確認

現在ご使用のレセコンのシステムが、オンラインによる返戻再請求に対応しているかをご確認をお願いいたします。

システムベンダへのサポート依頼

システムの操作説明の依頼等、必要に応じて現在ご使用のレセコンのシステムベンダにサポートを依頼してください。

オンラインによる返戻再請求に係る事務の流れ

- 返戻ファイルのダウンロード方法等、返戻再請求を行う際のオンライン請求システムの操作手法については、下表の厚生労働省HP※2に掲載の資料「[オンライン請求を行う保険医療機関・薬局向け]返戻再請求のオンライン化についてのご案内」に掲載しています。
- より具体的なオンライン請求システムの操作手順については、下表の支払基金HP※3に掲載の「オンライン請求システム操作手順書」をご確認ください。

※2 厚生労働省HP 保険医療機関・薬局におけるオンライン請求等>リーフレット・冊子と資料等>(2) 返戻再請求のオンライン化

※3 支払基金HP 保険医療機関・薬局に係るオンライン請求>7. オンライン請求>オンライン請求システム操作手順書

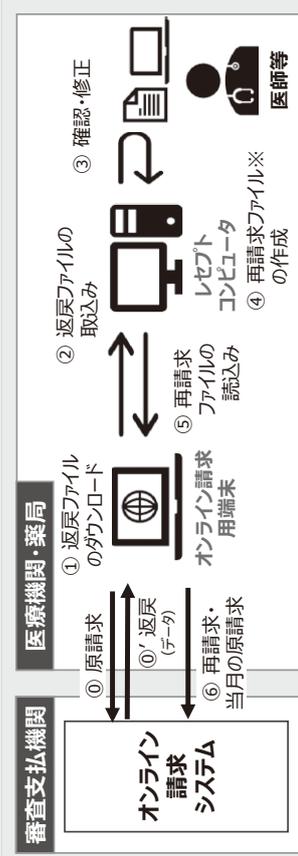
オンライン請求に関する詳しい情報については、下記も併せてご参照ください。

掲載場所	URL
厚生労働省HP	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsu/ite/bunnya/90000190624_00001_1.html
支払基金HP (オンライン請求)	https://www.ssk.or.jp/seikyushiharai/iry/okikan/index.html
支払基金HP (オンライン請求システムに関するQ&A)	https://www.ssk.or.jp/gohitsumon/onlinene/index.html
国保中央倉庫HP (オンライン請求)	https://www.kokuho.or.jp/system/online/
オンライン請求システムサポートサイト	https://onlinesseikyuu.jp/

(裏面)

オンラインによる返戻再請求実施手順 (代表的な例)

以下では、オンラインによる返戻再請求にあたっての事務の概要をお示ししています。



※再請求の際は、再請求の記録条件仕様に基いたレセプトデータの作成が必要となります。

【事務の流れ】

① 返戻レセプト (再審査等返戻レセプトを含む) があることを確認する。

※ オンライン請求を実施されている場合、直近3か月分のうち、未ダウンロードの返戻レセプトがあれば、オンライン請求システムへのログイン後トップページ画面の「処理状況」欄に、「未ダウンロードの返戻レセプト」があります。返戻レセプトデータの「原簿宣言分」(または「再審査分」) からダウンロードして下さい。此と表示されます。この通知で返戻がなされたことを確認できます。

② オンライン請求用端末を使用して、オンライン請求システムから返戻ファイルを取得する。

※ 返戻レセプト (返戻ファイル) のダウンロード期間は3か月となります。期間内にオンライン請求システムから返戻ファイルのダウンロードをお願いします。

(参考) 紙返戻の送付終了時期及び返戻ファイルのダウンロード期限

審査支払機関からの返戻送付月	紙返戻の送付	オンラインによる返戻	オンライン請求システム(オンライン請求システム)上のダウンロード期限	診療月	原請求実施月(オンライン請求システムにおける請求期間)
令和6年9月上旬	あり	あり	令和6年11月末	令和6年7月	令和6年8月(8月5日～10日)
令和6年10月上旬	なし	あり	令和6年12月末	令和6年8月	令和6年9月(9月5日～10日)
令和6年11月上旬	なし	あり	令和7年1月末	令和6年9月	令和6年10月(10月5日～10日)

③ ダウンロードした返戻ファイルを、レセコンへ取り込む。

※ オンライン請求用端末とレセコンが分離している場合には、端末間のデータの移動が必要となります。

④ 返戻ファイルの確認と修正を行う。

⑤ レセコンで該当するレセプト (入力データ) を修正し、再請求用のレセプトデータ (以下、再請求データ) を作成する。

⑥ 再請求ファイルをオンライン請求用端末で読み込む。

⑦ 再請求ファイルについて、当月請求のレセプトと併せて、オンライン請求用端末からオンライン請求システムへ送信し、再請求を行う。



(裏面)