

◎2024年10月・12月改定による公式テキストの差替え

P86

【調剤基本料欄】		項目/算定要件等	点数	略号
▼令和6年10月～				
医療DX推進体制整備加算1	令和6年7月・8月のマイナ保険証の利用率	15%以上	7点	薬DXA
医療DX推進体制整備加算2		10%以上	6点	薬DXB
医療DX推進体制整備加算3		5%以上	4点	薬DXC
▼令和7年1月～				
医療DX推進体制整備加算1	令和6年10月・11月のマイナ保険証の利用率	30%以上	7点	薬DXA
医療DX推進体制整備加算2		20%以上	6点	薬DXB
医療DX推進体制整備加算3		10%以上	4点	薬DXC

P88

調剤管理料の加算	医療情報取得加算1	令和6年 11月まで	オンライン資格確認体制等の施設基準に適合した保険薬局で調剤を行った場合（6月に1回）	3点	医情A
	医療情報取得加算2		1であって、オンライン資格確認により患者に係る薬剤情報等を取得した場合（6月に1回）	1点	医情B
	医療情報取得加算	令和6年 12月～	オンライン資格確認体制等の施設基準に適合した保険薬局で調剤を行った場合（12月に1回）	1点	医情

## 5) 医療DX推進体制整備加算（調剤基本料の加算）

注13 医療DX推進に係る体制とし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（注2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DX推進体制整備加算として、月1回に限り当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 医療DX推進体制整備加算1	7点
ロ 医療DX推進体制整備加算2	6点
ハ 医療DX推進体制整備加算3	4点

## 10 医療DX推進体制整備加算

- (1) 医療DX推進体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報、薬剤情報等を調剤に実際に活用できる体制を有するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入するなど、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を評価するものであり、処方箋受付1回につき当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、患者1人につき同一月に2回以上調剤を行った場合においても、月1回のみ算定とする。
- (2) 医療DX推進体制整備加算を算定する保険薬局では、以下の対応を行う。
  - ア オンライン資格確認等システムを通じて取得した患者の診療情報、薬剤情報等を閲覧及び活用し、調剤、服薬指導等を行う。
  - イ 患者の求めに応じて、電子処方箋（「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知）に基づく電子処方箋をいう。）を受け付け、当該電子処方箋に基づき調剤するとともに、紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録する。
- (3) 医療DX推進体制整備加算は特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

### 施設基準

#### 【第15 調剤】

#### 5の4 医療DX推進体制整備加算の施設基準 省略

#### 【第95の2 医療DX推進体制整備加算】

##### 1 医療DX推進体制整備加算1に関する施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬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。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (3) オンライン資格確認等システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用できる体制を有していること。
- (4) 「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋（以下「電子処方箋」という。）により調剤する体制を有していること。
- (5) 電磁的記録により薬剤服用歴等を管理する体制を有していること。ただし、紙媒体で受け付けた処方箋、情報提供文書等を紙媒体のまま保管することは差し支えない。なお、保険薬局における医療DXによる情報活用等の観点から、オンライン資格確認、薬剤服用歴等の管理、レセプト請求業務等を担う当該保険薬局内の医療情報システム間で情報の連携が取られていることが望ましい。

- (6) 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
- (7) 医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率（同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。）が、令和6年10月1日から同年12月31日までの間においては15%以上であること。
- (8) (7) について、令和7年1月1日以降においては、「15%」とあるのは「30%」とする。
- (9) (7) について、医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- (10) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い医療を提供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に掲示していること。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。
  - (イ) オンライン資格確認等システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用している保険薬局であること。
  - (ロ) マイナンバーカードの健康保険証利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険薬局であること。
  - (ハ) 電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスを活用するなど、医療DXに係る取組を実施している保険薬局であること。
- (11) (10) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、ホームページ等を有しない保険薬局については、この限りではない。
- (12) 最新の厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照し、また、「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」及び「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～薬局・事業者向け～」等について（令和5年10月13日付け医政参発1013 第2号・医薬総発1013 第1号医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官・医薬局総務課長通知）の別添1、別添2及び別添4を活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。
- (13) マイナポータルでの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。

## 2 医療DX推進体制整備加算2に関する施設基準

- (1) 1の(1)から(6)まで及び(10)から(13)までの基準を満たすこと。
- (2) 医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和6年10月1日から同年12月31日までの間においては10%以上であること。
- (3) (2) について、令和7年1月1日以降においては、「10%」とあるのは「20%」とすること。
- (4) (2) について、医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

## 3 医療DX推進体制整備加算3に関する施設基準

- (1) 1の(1)から(6)まで及び(10)から(12)までの基準を満たすこと。
- (2) 医療DX推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、令和6年10月1日から同年12月31日までの間においては5%以上であること。
- (3) (2) について、令和7年1月1日以降においては、「5%」とあるのは「10%」とすること。
- (4) (2) について、医療DX推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ

保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

#### 4 届出に関する事項

- (1) 医療DX推進体制整備加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式 87の3の6を用いること。
- (2) 1の(4)については、令和7年3月31日までの間に限り、1の(6)については令和7年9月30日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。
- (3) 医療DX推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(7)から(9)まで及び(13)、2の(1)のうち1の(13)に係る基準及び2の(2)から(4)まで並びに3の(2)から(4)までについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長への届出を行う必要はないこと。
- (4) 令和7年9月30日までの間に限り、1の(8)の(ハ)の事項について、掲示を行っているものとみなす。
- (5) 1の(9)については、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。
- (6) 医療DX推進体制整備加算の施設基準のうち、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率の基準については、令和6年10月1日から令和7年1月31日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、医療DX推進体制整備加算を算定する月の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率(同月におけるマイナ保険証による資格確認件数を同月のオンライン資格確認等システムの利用件数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。)を用いることができる。
- (7) (6)について、医療DX推進体制整備加算を算定する月の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

#### 厚生労働省Q&A ～医療DX推進体制整備加算～(令和6年3月28日 別添6)

(問)	医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い医療を提供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に掲示していること。」とされており、(イ)から(ハ)までの事項が示されているが、(イ)から(ハ)までの事項は別々に掲示する必要があるか。また、掲示内容について、参考にするものはあるか。
(答)	まとめて掲示しても差し支えない。また、掲示内容については、以下の URL に示す様式を参考にされたい。
	◎オンライン資格確認に関する周知素材について 周知素材について(これらのポスターは医療DX推進体制整備加算の掲示に関する施設基準を満たします。) <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html</a>
(問)	医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「マイナンバーカードの健康保険証利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険薬局であること。」を当該保険薬局の見やすい場所に掲示することとしているが、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる」については、具体的にどのような取組を行い、また、どのような掲示を行えばよいか。
(答)	保険薬局において「マイナ保険証をお出しください」等、マイナ保険証の提示を求める案内や掲示(前問に示す掲示の例を含む。)を行う必要があり、「保険証をお出しください」等、単に従来の保険証の提示のみを求める案内や掲示を行うことは該当しない。

#### 厚生労働省Q&A ～医療DX推進体制整備加算～(令和6年4月12日 別添4)

(問)	医療DX推進体制整備加算の算定要件として、「紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録」することとされているが、保険薬局において1週間分の調剤結果をまとめて登録するような場合でも要件を満たすか。
(答)	不可。処方医への疑義照会を踏まえた薬剤の変更等を含め、最新の薬剤情報を活用できるようにするため、調剤後速やかに調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録すること。

## 厚生労働省Q&A ～医療DX推進体制整備加算～（令和6年9月3日 別添3）

（問）	すでに医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出ている保険薬局は、令和6年10月1日からの医療DX推進体制整備加算の評価の見直し及びマイナ保険証利用率要件の適用に伴い、施設基準の届出を改めて行う必要があるか。
（答）	すでに医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出ている保険薬局は、届出直しは不要であること。ただし、すでに施設基準を届け出た保険薬局において、マイナ保険証利用率要件が基準に満たない場合には、10月1日以降、医療DX推進体制整備加算を算定できないこと。
（問）	各保険薬局は、自らの「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」・「オンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率」をどのように把握すればよいか。
（答）	社会保険診療報酬支払基金から毎月中旬頃に電子メールにより通知される予定である。なお、「医療機関等向け総合ポータルサイト」にログインして確認することも可能である。 （参考）医療機関等向け総合ポータルサイト <a href="https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm">https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm</a>
（問）	保険薬局の責めによらない理由により、マイナ保険証利用率が低下することも考えられ、その場合に医療DX推進体制整備加算が算定できなくなるのか。
（答）	「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」・「オンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率」ともに、その時点で算出されている過去3か月間で最も高い率を用いて算定が可能である。
（問）	社会保険診療報酬支払基金から通知されたマイナ保険証利用率を確認次第、月の途中から当該利用率に応じた当該加算の算定を行うことは可能か。
（答）	通知されたマイナ保険証利用率に基づく当該加算の算定は、翌月の適用分を通知しているため、翌月1日から可能。
（問）	当該加算の施設基準通知において、「医療DX推進体制整備加算を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。」、及び「医療DX推進体制整備加算を算定する月の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。」とあるが、具体的にはどのように用いることができるのか。
（答）	例えば令和6年10月分の当該加算算定におけるマイナ保険証利用率については、同年7月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が適用されるが、同年5月あるいは6月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることが出来る。また、令和6年10月から令和7年1月までの経過措置期間においては、例えば令和6年10月分の当該加算算定において、同年8月のオンライン資格確認件数ベースの利用率を用いることができるが、同年6月あるいは7月のオンライン資格確認件数ベースの利用率を用いることが出来る。

## ③医療情報取得加算（1年に1回限り）

医療情報取得加算 1点

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、医療情報取得加算として、1年に1回に限り1点を所定点数に加算する。

- ア 医療情報取得加算は、オンライン資格確認を導入している保険薬局において、患者に係る十分な情報を活用して調剤を実施すること等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薬局において調剤した場合に、医療情報取得加算として、1年に1回に限り1点を算定する。
- イ 医療情報取得加算を算定する保険薬局においては、以下の事項について薬局内に掲示するとともに、原則として、ウェブサイトに掲載し、必要に応じて患者に対して説明する。
- （イ）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- （ロ）当該保険薬局に処方箋を提出した患者に対し、診療情報、薬剤情報その他必要な情報を取得・活用して調剤を行うこと。
- ウ 医療情報取得加算を算定する保険薬局においては、「10の3」服薬管理指導料の2（3）イ（イ）から（ホ）までに示す事項を参考に、患者から調剤に必要な情報を取得し、薬剤服用歴等に記載すること。

施設基準

## 第97の3 医療情報取得加算

## 1 医療情報取得加算に関する施設基準

- （1）電子情報処理組織を使用した診療報酬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。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行う必要があることに留意すること。
- （3）次に掲げる事項について、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。
- ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- イ 当該保険薬局に来局した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤等を行うこと。
- （4）（3）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、ホームページ等を有しない保険薬局については、この限りではない。

## 2 届出に関する事項

- （1）医療情報取得加算に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。
- （2）1の（4）については、令和7年5月31日までの間に限り、基準を満たしているものとみなす。

## 厚生労働省Q &amp; A～医療情報取得加算～（令和6年3月28日・5月10日）

（問）	令和6年度診療報酬改定前の医療情報・システム基盤整備体制充実加算1又は2を算定した場合において、医療情報取得加算1又は2をいつから算定できるか。（令和6年3月28日 別添6）
（答）	医療情報取得加算は、診療報酬改定に伴い、加算の名称が変更された点数であり、算定期間の取扱いは改訂前の医療情報・システム基盤整備体制充実加算から引き継ぐ。例えば、令和6年5月に医療情報・システム基盤整備体制充実加算1を算定した場合は、6月経過後に医療情報取得加算1又は2を算定できる。
（問）	医療情報取得加算1又は2について、6月に1回に限り所定点数に加算することとされているが、同一患者が複数の保険医療機関から交付された処方箋を受け付けた場合に、医療機関ごとに算定できるか。（令和6年5月10日 別添5）
（答）	算定不可。患者につき6月に1回に限り算定する

## ◎ポイント — 医療情報取得加算 **削除**

- 医療情報取得加算 1 (6 ヶ月に 1 回 3 点)  
⇒マイナンバーカードを活用して調剤を行わない場合
- 医療情報取得加算 2 (6 ヶ月に 1 回 1 点)  
⇒マイナンバーカードを活用して調剤を行った場合



ウ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号、第7号又は第8号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。また、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の調剤報酬請求項目と区別して記載すること。**厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第12号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「器選」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。**

33	一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合	一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合	その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品なし」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。
34	長期収載品の選定療養に関する取扱い	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	理由を記載すること。 ※記載は制度が施行となる令和6年10月からとする。

↓ 下記に変更

33	<b>一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合</b>	その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品なし」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。
34	長期収載品の選定療養に関する取扱い (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)	理由のうち、該当するものを記載すること。 ①医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断したため ・長期収載品と後発医薬品で薬事承認された効能・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又は歯科医師が判断する場合。 ・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又は歯科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。 ・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、医師又は歯科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。 ・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。 ②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、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断する場合。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。 ③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。

◆新たに「39」を追加

39	プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。
----	-----------------------	--

## ◎ 長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養について

(令和6年10月1日～)

令和6年度の調剤報酬改定で、服薬管理指導料の加算として新設された「特定薬剤管理指導加算3の口 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合」について、対象となる医薬品及び費用の計算方法について厚生労働省より順次公示されてきました。10月1日の本格的な実施を前に、下記の通り制度の概要及び考え方等を下記にまとめました。



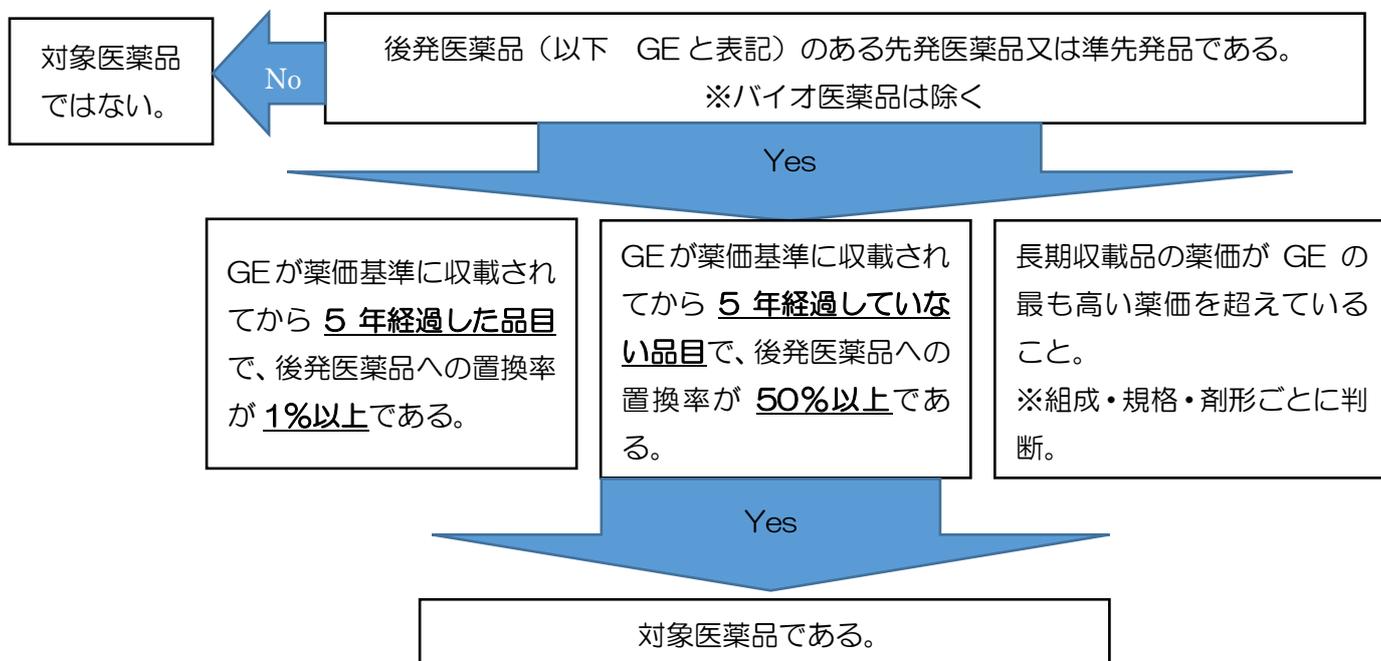
### 長期収載品対象医薬品の考え方

※対象医薬品リスト(厚労省マスタ)

(参考) 令和6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

- ★ 長期収載品とは、既に特許が切れているか審査機関が終了し、同じ効能・効果をもつ後発医薬品が発売されている医薬品のことである。



### 選定療養の適用についての考え方

- ★ 長期収載品の選定療養制度とは、医療上必要があると認められる場合等は長期収載品を従来通り保険給付とするが、それ以外の場合に患者が長期収載品を希望する場合は、選定療養費(先発医薬品と後発医薬品の価格差の4分の1相当の料金)を特別料金として患者に支払わせる制度

### ○ 医療上の必要があると判断する場合とは

(1) 長期収載品とGEで薬事上の効能・効果に差異があり、長期収載品の処方の必要性を医師が認めた場合	(2) GE服用時に副作用又は相互作用等の発現、先発医薬品との治療効果の差異を認め、安全性の観点から医師が必要性を認めた場合	(3) 学会のガイドラインで、GEへの切り替えをしないことを推奨しており、医師が長期収載品の処方の必要性を認めた場合	(4) 飲みにくさや一包装の適性等の剤形上の理由で、長期収載品を処方する医療上の必要性を認める場合
--	--	--	---

※ (4)については、医師等への疑義照会は要せず、薬剤師が判断するケースもあるが、医療機関への情報提供は必ず行う。

○ 後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、GE の提供が困難な場合

当該保険医療機関又は保険薬局において、GE の提供が困難であるか否かで判断する。

○ 公費負担医療について

対象外はなし。公費負担医療の対象患者の場合も、患者の希望で長期収載品を提供した場合は選定療養の対象となる。医療上の必要性が認められる場合は、保険給付となる。

厚生労働省Q & A～長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する～令和6年7月12日 別添

(問1)	<p><b>【医療上の必要性について】</b> 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。</p>
(答)	<p>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。</p> <p>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 添付文書検索サイト：<a href="https://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch/">https://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch/</a> 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」：<a href="https://www.jga.gr.jp/2023/09/14/230914_effectiveness.pdf">https://www.jga.gr.jp/2023/09/14/230914_effectiveness.pdf</a></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
(問2)	<p>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。</p>
(答)	<p>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。</p>

(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)	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。
(問4)	<p>【薬局における医療上の必要性の判断について】</p> <p>「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いについて」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こと。」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。</p>
(答)	<p>それぞれの場合について、考え方は次のとおりである。</p> <p>○ 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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> <p>○ 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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
(問5)	<p>【一般名処方について】</p> <p>「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こと。」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。</p>
(答)	問1の後段に記載する通り。
(問6)	<p>【院内処方その他の処方について】</p> <p>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</p>

	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)	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こと。
(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)	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)	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、入院と同様に取り扱う。
(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)	そのとおり。
(問10)	<b>【後発医薬品を提供することが困難な場合について】</b> 「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によいか。
(答)	そのとおり。
(問11)	<b>【公費負担医療について】</b> 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)	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)	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。

厚生労働省Q & A～長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する～令和6年8月21日 別添

(問1)	<p><b>【処方箋の記載について】</b>  「変更不可（医療上必要）」欄及び「患者希望」欄の双方に「✓」又は「×」がついた場合、保険薬局においてはどのような取扱いになるか。</p>
(答)	<p>「変更不可（医療上必要）」欄及び「患者希望」欄の双方に「✓」又は「×」がつくことは、通常は想定されず、医療機関のシステムにおいても双方に「✓」又は「×」を入力することはできないと考えられるが、仮にそのような場合があれば、保険薬局から処方医師に対して疑義照会を行う等の対応を行うこと。なお、医療機関では、「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、「「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載した場合においては、「患者希望」欄には「✓」又は「×」は記載しないこと。」としているところであり、医療上の必要性がある場合は、「変更不可（医療上必要）」欄にのみ「✓」又は「×」を記載すること。</p>
(問2)	<p>令和6年10月1日前に処方された長期収載品であって、保険薬局に10月1日以降に処方箋が持ち込まれた場合は制度施行前の取扱いとなるのか。</p>
(答)	<p>そのとおり。</p>
(問3)	<p>令和6年10月1日前に処方された長期収載品であって、保険薬局に10月1日以降に2回目以降の調剤のためにリフィル処方箋や分割指示のある処方箋が持ち込まれた場合は制度施行前の取扱いとなるのか。</p>
(答)	<p>そのとおり。</p>
(問4)	<p>令和6年10月1日以降に旧様式の処方箋で処方された長期収載品であって、後発品変更不可にチェックがあるが、理由について記載がされていないものについてどう扱えばよいか。</p>
(答)	<p>保険薬局から処方医師に対して疑義照会を行う等の対応を行うこと。</p>
(問5)	<p>「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」（平成18年厚生労働省告示第107号）第三の十四（三）において、「後発医薬品のある先発医薬品の処方等又は調剤に係る費用徴収その他必要な事項を当該保険医療機関及び当該保険薬局内の見やすい場所に掲示しなければならないものとする。」とされているが、掲示内容について参考にするものはあるか。</p>
(答)	<p>院内及びウェブサイトに掲示する内容については、以下のURLに示すポスターを参考にされたい。  <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html</a></p>
(問6)	<p><b>【診療報酬明細書の記載について】</b>  医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関及び保険薬局については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないとされているが、医療上の必要性等により長期収載品を処方等又は調剤した場合の理由は記載が必要となるのか。</p>
(答)	<p>記載不要。</p>
(問7)	<p><b>【公費負担医療について】</b>  生活保護受給者の患者が長期収載品を希望した場合は、どのように取り扱うのか。</p>
(答)	<p><b>【長期収載品の処方等が医療扶助の支給対象にならない場合】</b>  「生活保護法第五十二条第二項の規定による診療方針及び診療報酬」（昭和34年厚生省告示第125号）第2に基づき、生活保護受給者については、長期入院選定療養以外の選定療養は医療扶助の支給対象とはならないとしている。このため、生活保護受給者である患者が、医療上必要があると認められないにもかかわらず、単にその嗜好から長期収載品の処方等又は調剤を希望する場合は、当該長期収載品は医療扶助の支給対象とはならないため、生活保</p>

	<p>護法（昭和 25 年法律第 144 号）第 34 条第 3 項に基づき、後発医薬品処方等又は調剤を行うこととなる。</p> <p><b>【長期収載品の処方等が医療扶助の支給対象になる場合】</b></p> <p>長期収載品の処方等を行うことに医療上必要があると認められる場合は、当該長期収載品は医療扶助の支給対象となる。</p>
(問 8)	生活保護受給者である患者が、単にその嗜好から長期収載品を選択した場合、「特別の料金」を徴収するのか。
(答)	生活保護受給者である患者について、医療上の必要性があると認められず、かつ、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可能である場合は、長期収載品を医療扶助又は保険給付の支給対象として処方等又は調剤することはできないため、当該患者が単にその嗜好から長期収載品を希望した場合であっても、後発医薬品を処方等又は調剤することとなる。そのため、「特別の料金」を徴収するケースは生じない

### 計算方法の概要

(参考) 令和 6 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費用の計算方法について

○ 患者の診療費の構造（長期収載品を選択した場合）



### 患者負担総額

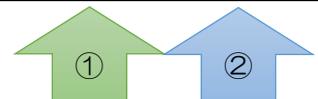
※ ① 「長期収載品と GE の価格差の 4 分の 1」、② 「保険外療養費の算出に用いる価格」：対象医薬品リスト（厚労省マスタ）で示す数値



★厚労省マスタは左記の QR コードよりダウンロード可。

### 厚労省マスタ表示例

薬価基準収載 医薬品コード	品名	成分名	規格	メーカー名	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
1139010F1 024	イーケブラ 錠 250mg	レベチラ セタム	250mg 1 錠	ユーシーピ ージャパン	76.1	28.2	11.98	64.12



## 計算例

- ★ イーケプラ錠 250mg 1日2回（1回1錠） 朝・夕食後 40日分  
自己負担割合 3割の場合

### a. 選定療養による「特別料金」の費用計算

1. 所定点数（1剤1日分） 11.98 (①) ×2錠=23.96 点数化：23.96÷10=2.396→2点  
40日分：2点×40=80点
- 2.a 選定療養による「特別料金」の費用算出 80点×10（金額に換算する）=800円  
800円×1.1（課税対象のため、消費税を加算）=880円（患者負担額 I）

### b. 選定療養を除く保険対象の費用計算

1. 所定点数（1剤1日分） 64.12 (②) ×2錠=128.24 点数化 128.24÷10=12.824→13点  
40日分：13点×40=520点（保険適用分）
- 2.b 選定療養を除く保険対象の費用算出  
520点×10（金額に換算する）=5,200円



### C. 患者自己負担額

(b × 自己負担割合)

$$5,200 \text{円} \times 0.30 = 1,560 \text{円 (患者負担額 II)}$$

### d. 保険外併用療養費

(b × (1 - 自己負担割合))

$$5,200 \text{円} \times (1 - 0.30) = 3,640 \text{円}$$

### 患者負担額

(a + c)

$$880 \text{円} + 1,560 \text{円} = 2,440 \text{円}$$



一般社団法人  
専門士検定協会