

医療保険部からのお知らせ

1 後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の選定療養について(別添参照)

令和6年10月1日より、長期収載品の処方等又は調剤について選定療養の仕組みが導入されます。

長期収載品の使用について、銘柄名処方の場合で患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合や、一般名処方の場合は選定療養の対象となります。ただし、医療上の必要性があると認められる場合(例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方(後発品への変更不可)をした場合)や薬局に後発医薬品の在庫がない場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合については、選定療養とはならず、保険給付の対象となります。保険給付と選定療養の負担に係る範囲として、選定療養の場合には長期収載品と後発医薬品の価格差を踏まえ、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までが保険給付の対象となります。

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について(その1)

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。ただし、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。

2 マイナ保険証利用率の把握について(別添参照)

① レセプト件数ベース利用率(2か月後に把握可能)

＝マイナ保険証の利用者数の合計 ÷ レセプト枚数

② オンライン資格確認件数ベース利用率(1か月後に把握可能)

＝マイナ保険証の利用件数 ÷ オンライン資格確認等システム利用数

- ・マイナ保険証利用率には2種類あり①(レセプト件数ベース)が基本ですが、②の方が迅速に把握できるため来年1月までに限り②を用いることもできます。
- ・医療DX推進体制整備加算について、令和6年10月から「マイナ保険証利用実績に関する基準」が適用され、3段階の点数に見直しされます。
- ・利用率は支払基金から毎月通知されます。
- ・「医療機関向け総合ポータルサイト」にログインし確認することも可能です。

3 オンラインによる返戻再請求の実施について（別添参照）

オンライン請求医療機関において、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ことになります。

4 診療報酬請求の手引の訂正について

令和6年版診療報酬請求の手引において、以下の項目を訂正いたします。

【医学管理】

p.32：「小児う蝕の継続的長期管理の流れ」の右下記載で一部削除

病名：部位（歯冠修復終了歯）、C管理中

～ 省略 ～

・~~Ce管 [30]~~—~~口管強 [+48]~~—

・F洗 [+40]：4歳以上継続的指導管理中
1回限り（27頁参照）

・実地指1 [80] 又は実地指2 [100]

・F局 [100]：3ヵ月ごと ~~口管強は月1回~~

【処置・手術】

p.81：下から6行目以降で一部削除

◇初期の根面う蝕（根C）に罹患している患者の場合[80](120)(34、197頁参照)

~~2. エナメル質初期う蝕管理料を算定した場合は、算定できない。~~

【歯冠修復・欠損補綴】

p.169：上から20行目以降で下線部を追加（疑義解釈その7により）

◇歯科技工士連携加算（届出必要）（付34参照）

◇歯科技工士連携加算1（歯技連1）[+50]（+75 又は+85）

◇歯科技工士連携加算2（歯技連2）[+70]（+105 又は+119）

【在宅医療】

p.185：下から9行目で下線部を追加

◇歯科訪問診療 ⇒ ◇歯科訪問診療料

p.198：下から19行目以降で一部削除

8. 歯周病検査、P部検、摂食機能療法（訪問診療で実施されるものに限る）、
歯周基本検査、SPT、P重防、口菌検1 ~~→2~~、バイオ除、在口衛、歯清は所
定点数に含まれ、別に算定できない。

【索引】

索引8：ページの訂正

薬物塗布・・・88 ⇒ 81



保険ニュース

THE HOKEN NEWS

No. 554

令和6年9月27日

埼玉県歯科医師会医療保険部

保険診療・請求には一定のルールがあります。「保険ニュース」は会員の皆様に有益な情報をお届けします。

☆☆電子処方箋の導入について☆☆

電子処方箋とは、電子的に処方箋の運用を行う仕組みです。その情報が、電子処方箋管理サービスに登録されることで、医師・歯科医師・薬剤師は、複数の医療機関や薬局で処方調剤された直近の情報を参照することや重複投薬、併用禁忌のチェック等をリアルタイムで行えるようになります。また、患者はマイナポータルサイトや電子版お薬手帳アプリ等から処方の閲覧が可能になります。

さらに、医療DX推進体制整備加算（医DX）の施設基準の一つに「電子処方箋を発行する体制を有していること」とあります。令和7年4月以降に医DXの算定を行う場合は、電子処方箋の導入が必要不可欠となります。

電子処方箋の導入作業は、以下の4ステップになります。

1. 準備開始 ➤ 2. システム業者へ発注 ➤ 3. 導入・運用準備 ➤ 4. 補助金の申請

1. 準備開始

①見積依頼 ➡ システム業者に依頼

②電子署名を行うための準備（HPKIカードの発行申請） ➡ 歯科医師ごとに申請
HPKI（Healthcare Public Key Infrastructure）とは、厚生労働省が定めた唯一の医療従事者の資格を証明できる電子認証です。

HPKIカードの発行申請は、一般財団法人医療情報システム開発センター（MEDIS）にて行います。



MEDIS

(1) 必要書類

a 電子証明書発行申請書：MEDISのホームページよりダウンロード

b 住民票：申請日の3ヵ月以内のもの

c 本人確認資料のコピー：運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等のいずれか

d 印鑑登録証明書：申請日の6ヵ月以内のもの

e 国家資格免許書のコピー：コピーの適当な空欄に実印で押印

f 写真：申請日の6ヵ月以内に撮影したもの（パスポート申請用写真の規格）

(2) 費用：26,950円（税込）

有効期限は誕生日が基準となり、発行日から5回目または6回目の誕生日です。

更新費用は、新規発行費用と同額です。

③HPKIカードの発行申請完了の登録 ➡ ポータルサイトで登録

現在、HPKIカードが手元に届くまでには2～3ヵ月を要していますので、申請はできるだけ早めに行うことをお勧めします。

2. システム業者へ発注

①発注 ➡ システム業者に発注

②HPKIカード読取用のICカードリーダー購入 ➡ 各医療機関で対応

③電子処方箋利用申請 ➡ ポータルサイトで登録

3. 導入・運用準備

①導入

- (1) 電子処方箋対応版ソフト（ソフト）の提供 ➡ システム事業者で対応
- (2) パソコンの設定・業務上の操作確認 ➡ 各医療機関で対応
- (3) 運用開始日の入力 ➡ ポータルサイトで登録

②運用準備

- (1) 自施設での運用方法を確認 ➡ 各医療機関で対応
- (2) 患者向け掲示物の準備 ➡ 各医療機関で対応

4. 補助金の申請

ソフトの導入完了後、または運転開始後に申請できます。

①必要書類の受領/準備（領収書等） ➡ システム業者から受領

②補助金申請 ➡ ポータルサイト及び埼玉県電子申請システムで申請

(1)金額

事業額の最大 3/4（厚生労働省：1/2、埼玉県：1/4）となります。
具体的な金額は、導入するシステムの種類で異なりますので、
厚生労働省及び埼玉県のホームページでご確認ください。



厚生労働省

埼玉県

(2)申請期限

厚生労働省：令和7年9月30日（ソフトの導入期限：令和7年3月31日）

ソフトの導入が完了していれば、HPKIカードの保有前でも申請が可能です。

申請の際には「導入日」の記載が必要となりますので、システム業者と相談、調整を行ってください。

埼玉県：令和7年1月31日（ソフトの導入期限：同日）

交付要件として、厚生労働省の補助金の交付決定を受けている必要があります。

埼玉県の申請期限まであと4ヵ月です。厚生労働省の補助金の交付決定にも時間を要しますので、ソフトの導入及び補助金の申請は早めに行うことをお勧めします。

なお、補助金は事前交付ではなく精算払いです。したがって、添付書類には「領収書（写）」と「領収書内訳書（写）」が必要となります。

電子処方箋の導入に関する詳細は、厚生労働省ホームページ「電子処方箋導入に向けた準備作業の手引き」をご参照ください。

また、電子処方箋導入セルフチェックリストもありますので、併せてご活用ください。



電子処方箋導入に向けた
準備作業の手引き



セルフチェックリスト

お知らせ

1. 医DXの施設基準について

「医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈（その1）」により、医DXに関して、レセプト件数ベース（対象月：5、6、7月）及びオンライン資格確認件数ベース（対象月：6、7、8月）マイナ保険証利用率が、全て5%未満の場合は医DX1～3の基準を満たさないため、10月分の算定ができません。

ただし、施設基準の辞退届の提出は、必要ありませんのでご注意ください。

マイナ保険証利用率は、医療機関等向け総合ポータルサイトにてご確認ください。

医療DX推進体制整備加算及び医療情報取得加算の見直し

中 医 協 総 - 9
6 . 7 . 1 7

令和6年6月～9月

医療DX推進体制整備加算	8点
医療DX推進体制整備加算（歯科）	6点
医療DX推進体制整備加算（調剤）	4点

※初診時に所定点数を加算

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）
～中略～

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。（令和6年10月1日から適用）

令和6年10月～

医療DX推進体制整備加算 1	11点
医療DX推進体制整備加算 1（歯科）	9点
医療DX推進体制整備加算 1（調剤）	7点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**十分な実績**を有していること。

（新）マイナポータル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こと。

医療DX推進体制整備加算 2	10点
医療DX推進体制整備加算 2（歯科）	8点
医療DX推進体制整備加算 2（調剤）	6点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**必要な実績**を有していること。

（新）マイナポータル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こと。

医療DX推進体制整備加算 3	8点
医療DX推進体制整備加算 3（歯科）	6点
医療DX推進体制整備加算 3（調剤）	4点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**実績**を有していること。

マイナ保険証利用率（案）（注）利用率は通知で規定

利用率実績	令和6年7・8月～	令和6年10・11月～
適用時期	令和6年10月～	令和7年1月～
加算 1	15%	30%
加算 2	10%	20%
加算 3	5%	10%

※ 適用時期の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いる。ただし、令和6年10月～令和7年1月は、適用時期の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を用いることもできる。

※ 令和7年4月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附意見書を踏まえ、本年末を目途に検討、設定。

令和6年6月～11月

初診時	医療情報取得加算 1（現行の保険証の場合）	3点
	医療情報取得加算 2（マイナ保険証の場合）	1点
再診時（3月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算 3（現行の保険証の場合）	2点
	医療情報取得加算 4（マイナ保険証の場合）	1点

調剤時（6月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算 1（現行の保険証の場合）	3点
	医療情報取得加算 2（マイナ保険証の場合）	1点

令和6年12月～

初診時	医療情報取得加算	1点
再診時（3月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算	1点

調剤時（12月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算	1点

令和6年7月30日

都道府県歯科医師会
社会保険担当役員 各位

公益社団法人 日本歯科医師会
常務理事 大杉和司

医療 DX 推進体制整備加算及び医療情報取得加算の見直しについて

平素より本会会務運営に格別なるご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、7月17日付・日歯社保情報ネット-No.240717にてお知らせしておりますとおり、同日に開催された第592回中医協総会において、医療DXに係る診療報酬上の評価の取り扱いとして、標題記載の加算の見直しが答申されました。その概要を整理しましたので、貴会会員への周知方につきご協力のほどお願い申し上げます。

表 医療 DX 推進体制整備加算及び医療情報取得加算の見直し

医療DX推進体制整備加算	令和6年6月～9月	令和6年10月～
	<p>医療DX推進体制整備加算(歯科) 6点</p> <p>※初診時に所定点数を加算</p> <p>【施設基準】(要旨)</p> <p>～中略～</p> <p>(6) マイナバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。(令和6年10月1日から適用)</p>	<p>医療DX推進体制整備加算 1 (歯科) 9点</p> <p>【施設基準】(要旨)</p> <p>(6) マイナバーカードの健康保険証利用について、十分な実績を有していること。</p> <p>(新) マイナポータル上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こと。</p> <p>医療DX推進体制整備加算 2 (歯科) 8点</p> <p>【施設基準】(要旨)</p> <p>(6) マイナバーカードの健康保険証利用について、必要な実績を有していること。</p> <p>(新) マイナポータル上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こと。</p> <p>医療DX推進体制整備加算 3 (歯科) 6点</p> <p>【施設基準】(要旨)</p> <p>(6) マイナバーカードの健康保険証利用について、実績を有していること。</p>
医療情報取得加算	令和6年6月～11月	令和6年12月～
	<p>初診時 医療情報取得加算 1 (現行の保険証の場合) 3点</p> <p>医療情報取得加算 2 (マイナ保険証の場合) 1点</p> <p>再診時 (3月に1回に限り算定)</p> <p>医療情報取得加算 3 (現行の保険証の場合) 2点</p> <p>医療情報取得加算 4 (マイナ保険証の場合) 1点</p>	<p>初診時 医療情報取得加算 1点</p> <p>再診時 (3月に1回に限り算定)</p> <p>医療情報取得加算 1点</p>

※ 令和7年4月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年末を目途に検討、設定。

■ 医療 DX 推進体制整備加算

本加算では、マイナ保険証の利用実績に係る施設基準を令和 6 年 10 月 1 日から適用する旨の経過措置が設けられていたところ、今回の答申により、令和 6 年 10 月からマイナ保険証の利用実績やマイナポータル の医療情報等に基づく患者からの健康管理に係る相談対応に応じて、新たに 3 つの評価区分が設けられました。同加算 1 は 9 点、同加算 2 は 8 点、同加算 3 は 6 点となります。なお、令和 7 年 4 月以降の利用率の実績要件は、中医協附帯意見を踏まえて、令和 6 年末を目途に検討、設定することとされました。

見直しのポイントとして「適用時期によって参照する利用率実績が異なる点」があげられます。以下の 2 つの利用率が用いられます。

① レセプト件数ベース利用率（2 か月後に把握可能）

= マイナ保険証の利用者数の合計 ÷ レセプト枚数

② オンライン資格確認件数ベース利用率（1 か月後に把握可能）

= マイナ保険証の利用件数 ÷ オンライン資格確認等システムの利用件数

（例 1）令和 6 年 10 月に本加算 3 を算定する場合

① 令和 6 年 5、6、7 月のいずれかの月のレセプト件数ベース利用率が 5%以上

又は

② 令和 6 年 6、7、8 月のいずれかの月のオンライン資格確認件数ベース利用率が 5%以上

のどちらかの条件を満たす必要がある。

（例 2）令和 7 年 1 月に本加算 2 を算定する場合

① 令和 6 年 8、9、10 月のいずれかの月のレセプト件数ベース利用率が 20%以上

又は

② 令和 6 年 9、10、11 月のいずれかの月のオンライン資格確認件数ベース利用率が 20%以上

のどちらかの条件を満たす必要がある。

このように、令和 6 年 10 月から令和 7 年 3 月までの各月で、利用率実績を参照する対象の 3 か月が変わることに留意してください。

今後、支払基金から各医療機関に利用率実績が通知されてまいります。利用率に応じて、加算 1、2、3 のいずれかを算定していただくことになりますが、利用率が変動したことによる加算（1～3）の区分変更については施設基準の届出は不要です。

なお、現在、支払基金から各医療機関に通知されている利用率は「レセプト件数ベース利用率」です。

■ 医療情報取得加算

令和 6 年 12 月 2 日から現行の健康保険証の発行が終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行することを踏まえて、現行の同加算 1～4 の評価を見直し、令和 6 年 12 月から初診時 1 点、再診時（3 月に 1 回に限り算定）1 点となります。

以上です。

医療 DX 推進体制整備加算及び医療情報取得加算の見直しについては、日歯メールマガジン-[No.832 24/07/29]にも掲載しています。また、8 月 1 日発行の日歯広報でも掲載する予定ですので是非参考にしてください。

(参考)

◆医療 DX 推進体制整備加算の施設基準（歯科関係抜粋）

- (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) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。

(経過措置 令和7年3月31日まで)

- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。

(経過措置 令和7年9月30日まで)

- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。(令和6年10月1日から適用)

- (7) 医療DX推進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・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に掲示していること。

- (8) (7)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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

(経過措置 令和7年5月31日まで)

◆医療情報取得加算の施設基準

- (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(以下「オンライン資格確認」という。)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) 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。
- (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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと

令和６年９月５日

都道府県歯科医師会
社会保険担当役員 各位

公益社団法人 日本歯科医師会
常務理事 大杉 和司

**「医療情報取得加算及び医療ＤＸ推進体制整備加算の取扱いに関する
疑義解釈資料の送付について（その１）」について**

平素より本会会務運営に格別なるご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、厚生労働省より９月３日付にて、「医療情報取得加算及び医療ＤＸ推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その１）」が発出されましたので、取り急ぎ、ご連絡いたします。

歯科診療報酬点数表関係は（別添２）となっております。

歯科診療報酬点数表関係
(医療D X推進体制整備加算)

【医療D X推進体制整備加算】

問 1　すでに医療D X推進体制整備加算の施設基準を届け出ている保険医療機関は、令和6年10月1日からの医療D X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D X推進体制整備加算の施設基準を届け出ている保険医療機関は、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医療機関において、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D X推進体制整備加算を算定できないこと。

問 2　保険医療機関は、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

<https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm>

問 3　保険医療機関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D X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 4　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 5 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。

医療保険部からのお知らせ

1 後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の選定療養について(別添参照)

令和6年10月1日より、長期収載品の処方等又は調剤について選定療養の仕組みが導入されます。

長期収載品の使用について、銘柄名処方の場合で患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合や、一般名処方の場合は選定療養の対象となります。ただし、医療上の必要性があると認められる場合(例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方(後発品への変更不可)をした場合)や薬局に後発医薬品の在庫がない場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合については、選定療養とはならず、保険給付の対象となります。保険給付と選定療養の負担に係る範囲として、選定療養の場合には長期収載品と後発医薬品の価格差を踏まえ、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までが保険給付の対象となります。

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について(その1)

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のか。

(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。ただし、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。

2 マイナ保険証利用率の把握について(別添参照)

① レセプト件数ベース利用率(2か月後に把握可能)

＝マイナ保険証の利用者数の合計 ÷ レセプト枚数

② オンライン資格確認件数ベース利用率(1か月後に把握可能)

＝マイナ保険証の利用件数 ÷ オンライン資格確認等システム利用数

- ・マイナ保険証利用率には2種類あり①(レセプト件数ベース)が基本ですが、②の方が迅速に把握できるため来年1月までに限り②を用いることもできます。
- ・医療DX推進体制整備加算について、令和6年10月から「マイナ保険証利用実績に関する基準」が適用され、3段階の点数に見直しされます。
- ・利用率は支払基金から毎月通知されます。
- ・「医療機関向け総合ポータルサイト」にログインし確認することも可能です。

事務連絡
令和 6 年 7 月 12 日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
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）

厚生労働省保険局医療課

長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する
疑義解釈資料の送付について（その１）

長期収載品の処方等又は調剤に関する事項については、「「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揭示事項等」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 においてお示ししているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添のとおり取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、保険医療機関・薬局、審査支払機関等に対し周知徹底を図られたい。

【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) 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を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でしょうか。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) 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) 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のか。

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) 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。

（答）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）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のか。

（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。

【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でよいのか。

(答) 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) 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。

事 務 連 絡
令和 6 年 8 月 21 日

地 方 厚 生（支）局 医 療 課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
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）

厚生労働省保険局医療課

長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する
疑義解釈資料の送付について（その 2）

長期収載品の処方等又は調剤に関する事項については、「「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揭示事項等」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 においてお示ししているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義解釈資料を別添のとおり取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、保険医療機関・薬局、審査支払機関等に対し周知徹底を図られたい。

【処方箋の記載について】

問1 「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。

(答)「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。

問2 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。

(答) そのとおり。

問3 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。

(答) そのとおり。

問4 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ものの、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。

(答) 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。

問5 「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。

(答) 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。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html

【診療報酬明細書の記載について】

問6 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、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。

(答) 記載不要。

【公費負担医療について】

問7 生活保護受給者である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ことになるのか。

(答) 【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】

「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。

【長期収載品の処方等が医療扶助の支給対象になる場合】

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。

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。

項番	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	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用
177		長期収載品の選定 療養に関する取扱い	<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こと。</p> <p>なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。</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歯科医師が判断する場合。</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。</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、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。</p> <p>④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包装ができないなど、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>※記載は制度が施行となる令和6年10月からとする。</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、 違ってお示しする。			
				820101320	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		
				820101321	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		
				820101322	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		
				820101323	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		
				820101324	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		
178		プログラム医療機器の 評価療養に関する取扱い	「器評」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。	820000095	（器評）		
				820101251	第1段階承認後のプログラム医療機器		※
				820101252	チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器		※
179		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。	820101253	（器選）		※
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		※

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

令和 6 年 6 月 27 日
 関東管区行政評価局


労災保険を使って歯科診療を行う場合、 消費税が非課税となることを周知 —行政改善推進会議の審議結果を踏まえ埼玉労働局にあっせん—

総務省関東管区行政評価局は、以下の行政相談を端緒に、関東管区行政評価局行政改善推進会議で審議した結果を踏まえ、令和 6 年 6 月 27 日、厚生労働省埼玉労働局にあっせんしました。

行政相談

勤務中の事故で前歯を折ったため、労災保険を使ってセラミックのクラウンをかぶせる治療を行った。治療費を一旦全額自己負担し、その後、労働基準監督署に労災保険の請求を行ったところ、請求額のうち消費税相当額が支給されなかった。

労働基準監督署に相談しながら治療・請求を行ったのに満額支給されないのはおかしい。

当局の調査で分かったこと

- 健康保険・国民健康保険などの公的医療保険が適用されない診療は、「自由診療」と呼ばれる。医療機関が自由診療を行う場合、通常は消費税相当額を徴収する。
- 労災保険が適用される診療は、原則健康保険に準じており、通常、消費税は非課税となる。
- 医療機関が窓口で誤って消費税相当額を徴収した場合、患者が労災保険の請求を行うと、支給額から消費税相当額が差し引かれてしまう。
- 労働局・労働基準監督署は、患者や歯科医院に対し、労災診療は消費税が非課税となることを説明していない。
- 歯科医院は労災保険非指定の医療機関が多い上、労災保険診療を扱う機会が少ないこともあり、誤って消費税相当額を徴収したり、診療単価が本来 1 点 12 円のところ、1 点 10 円で計算してしまうなどの事例が発生している。

患者にとっても歯科医院にとってもよいことだね！

行政改善推進会議の審議結果を踏まえ埼玉労働局にあっせん

埼玉労働局は、行政改善推進会議の意見を踏まえ、他県の労働局の取組を参考に、管内の歯科医院に対し、労災保険の請求手続と併せて、労災保険が適用される診療は、通常、消費税が非課税となることを周知する必要がある。

労災保険制度の概要

- 労災保険は、労働者の業務上の事由又は通勤による労働者の傷病等に対して必要な保険給付を行う制度である。
- 労災保険指定医療機関では、患者は無料で治療が受けられる。非指定の医療機関で治療を受けた場合は、患者が治療費を一旦全額自己負担し、その後、労働基準監督署に請求すれば支給される。
- 労災保険を適用する場合の治療費は、厚生労働省が定める「労災診療費算定基準」に基づき算定される。内容は基本的に社会保険診療に準ずるが、診療単価は、社会保険診療の1点10円に対し1点12円（注）とされており、初診料等も社会保険診療より高い額が設定されている。
（注）法人税が非課税とされている医療機関は11.5円
- 欠損した歯にクラウンをかぶせるなどの一部の治療については、原則として1本8万円を上限に、保険適用外の材料を使用することができる。

埼玉労働局の説明

- ・ 労災保険の請求のため、患者から労働基準監督署に提出される領収書等の中には、消費税相当額が表示されているものがある。そのような場合、労災保険で消費税相当額を支給することはできないため、消費税相当額を差し引いて支給する。
- ・ 歯冠補修等で保険適用外の治療を行った場合、労災保険指定医療機関であっても、非指定の医療機関と同様、患者が治療費を一旦全額自己負担し、労働基準監督署に請求することになるが、そのような場合、通常は治療費に消費税相当額は含まれていない。
- ・ 歯科医院から問合せがあった際は、審査結果によっては請求額全額が支給されない場合があることを説明しているが、労災診療は、通常、消費税が非課税となることは説明していない。
- ・ 非指定医療機関の中には、診療報酬を誤って1点10円で計算しているものもみられる。このような場合、患者が医療機関に支払った金額を基に審査を行っており、訂正の依頼等を行っていない。

埼玉県歯科医師会の説明

- ・ 県内のほとんどの歯科医院が労災保険非指定であり、労災保険を使った診療を行う機会が少ないため、労災保険の制度や手続について、詳しく承知していない歯科医院が多いと思われる。
- ・ 公的医療保険が適用されない、いわゆる自由診療の場合、通常は消費税相当額を徴収するため、歯科医院が労災保険制度について十分な知識を有していない場合、労災保険診療でも消費税相当額を徴収してしまう可能性がある。

行政改善推進会議の主な意見

患者と歯科医院との間で無用なトラブルが発生しないよう、労働局から管内の歯科医院に対し、労災保険の請求手続と併せて、労災保険が適用される診療は、通常、消費税が非課税となることを周知する必要があると考えられる。

（本件に関する連絡先）

関東管区行政評価局 総務行政相談部 首席行政相談官室
電話：048-600-2300（代表）

(参考)

行政改善推進会議とは

行政相談を端緒として、行政の制度・運営に係るものの改善について、民間有識者の意見を聴取し、その公平性、中立性及び的確性の一層の確保を図り、国民的立場に立った行政の改善を推進することを目的に設置（令和6年2月1日に行政苦情救済推進会議から名称を変更）

関東管区行政評価局行政改善推進会議の構成員

（座長） 利根 忠博（埼玉県法人会連合会相談役、埼玉県経営者協会名誉会長）

（構成員） 大野 茂利（株式会社テレビ埼玉取締役報道制作局長）

加村 啓二（弁護士、埼玉調停協会連合会顧問、埼玉県公安委員会委員長）

砂生 敏一（株式会社埼玉新聞社編集局長）

外山 公美（NPO 法人政策マネジメント研究所 理事長、日本オンブズマン学会名誉理事長）

南 靖武（関東行政相談委員連合協議会会長、東京行政相談委員協議会会長）

山口 洋子（特定非営利活動法人男女共同参画こしがやともろう理事）

労災保険非指定(歯科)医療機関の皆様へ

本パンフレットは主に労災指定を受けていない歯科医療機関に向けて労災診療費の請求の際の要点をまとめたものです。

労災患者については、健康保険等は使用できず、労災保険非指定医療機関で診療を受けた場合は、一旦窓口で **10割を負担** したうえで、労災患者が所轄労働基準監督署に費用請求することとなります。

1. 労災診療費の算定

労災診療費の額は、健康保険法の歯科診療報酬点数表の点数により、

労災診療単価(1点12円)

を乗じて算定できます。

※非課税医療機関は1点11.5円(小数点以下切捨て)です。

※他保険と異なり10円未満の端数を**四捨五入**することはできません。

労災独自に金額を設定している項目については、労災特例の金額で算定することができ、主なものは以下のとおりです。(R6.6以降の診療)

【初診時】 3,850円

(時間外、休日、深夜加算は健康保険に準じる)

【再診時】 1,420円

2. 労災請求に必要な手続き

労災患者自身が労働基準監督署に直接請求しますので、**以下①～④**の対応をお願いします。

①「療養の費用」請求書の証明

労災患者が持参する「療養の費用」請求書(様式第7(1)号又は様式第16号の5(1))の医療機関記入欄への記入(証明)をお願いします。

②診療報酬明細書の交付

労災特例以外の診療については、健康保険に準拠するため、健康保険で使用する診療報酬明細書の添付をお願いします。

③領収書の交付

「療養の費用」請求書にかかる証明料(文書料)は労災給付対象外となっています。

④歯科補綴明細書の記載(*)

*保険適用外の材料を使用した場合、補綴の審査に必要となります。必要事項を記載してください。金額(算定根拠)については、(税込・税別)どちらかに○をしてください。

* 上記④補綴明細書は労災患者が監督署より入手するものです。(詳細は次項参照)

3. 保険適用外の材料を用いた補綴等の取扱い

労災独自に給付対象としているものとして、通達により、保険適用外材料（オールセラミック、ハイブリッドセラミック、メタルボンド）は原則1本8万円を上限として認められています。

当該費用（8万円）には歯冠修復にあつては歯冠形成（支台築造を含む。）以降、欠損補綴にあつては補綴時診断以降を含みます。

なお、労災給付は個別に審査の上、支給可否を判断しており、結果により、給付対象外として自己負担となる場合がありますので、歯冠補綴等で上記保険適用外の材料を使用する場合は、労災患者と十分に相談していただきますようお願いいたします。

※ 平成21年9月1日付け基労補発0901第1号

「労災診療費における歯冠補修及び欠損補綴の取扱いについて」

※ 労災保険が適用される診療は、原則健康保険に準じており、通常、消費税は非課税となります。

4. 労災保険指定医療機関の指定申請について

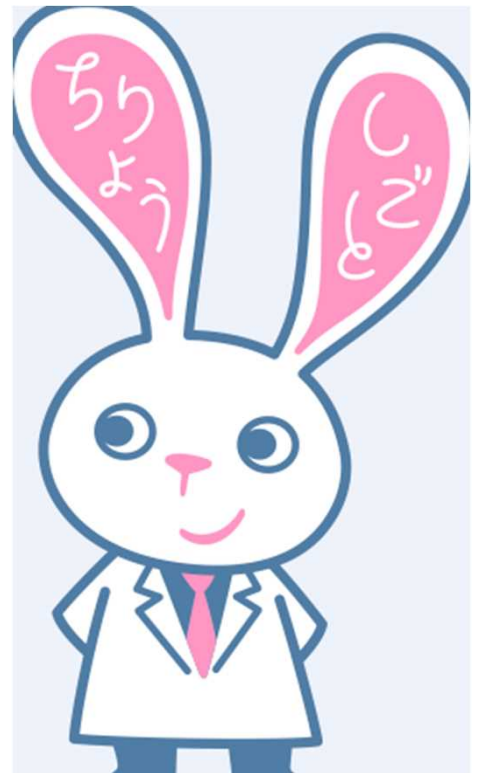
指定医療機関の指定を受けることにより、埼玉労働局（診療費担当）に直接、レセプト請求（保険診療費）することができます。

指定申請手続きについては、埼玉労働局ホームページ（労災指定医療機関）で検索してください。

5. その他

労災特例は価格改定があるため、適用時点の価格に注意してください。

制度の詳細や価格については厚生労働省HPのサイト内検索より、「労災診療費算定基準」などで確認できます。



労災保険指定(歯科)医療機関の皆様へ

1. 労災診療費の算定

労災診療費の額は、健康保険法の歯科診療報酬点数表の点数により、以下の労災診療単価を乗じて計算します。

課税医療機関	1点 12円
非課税医療機関	1点 11.5円(小数点以下切捨て)

労災独自に金額を設定している項目については、労災特例の金額で算定することができ、主なものは以下のとおりです。

なお、労災特例の価格改定が行われた際は通知をしておりますので、適用時点の金額で請求願います。(R6.6以降の診療)

【初診時】初診料 3,850円 (時間外、休日、深夜加算は健康保険に準じる)
【再診時】再診料 1,420円

2. 保険診療分の請求手続きについて

レセプト請求による手続きとなります。

埼玉労働局労災補償課診療費担当部門に下表の請求書等の提出をしてください。

① 「(労働者災害補償保険)診療費請求書」(診機様式第1号)

② 「診療費請求内訳書(入院外用)」(診機様式第3号)

③ 診療報酬明細書(通常、健康保険に請求するもの)

※ 労災特例以外の診療については、健康保険に準拠するため、健康保険で使用する診療報酬明細書の添付をお願いしています。

当該労災患者の初回請求時には労災患者が下表の請求書を持参しますので、添付の上請求してください。

【初診時】	療養の給付請求書(様式第5号又は様式第16号の3) ※ 療養の給付取扱料2,000円を80番コードで請求可
【転医始診時】	指定病院等(変更)届(様式第6号又は様式第16号の4)

【初回、初診分の請求時】

※ 転医時は算定不可

療養の給付請求書取扱料 2,000円

3. 保険適用外の材料を用いた補綴等の取り扱い

労災独自に給付対象としているものとして、通達により、保険外材料（オールセラミック、ハイブリッドセラミック、メタルボンド）は原則1本8万円を上限として認められています。

当該費用（8万円）には歯冠修復にあつては歯冠形成（支台築造を含む。）以降、欠損補綴にあつては補綴時診断以降を含みます。

なお、労災給付は個別に審査の上、支給可否を判断していることから、結果により、給付対象外として自己負担となる場合がありますので、**歯冠補綴等で上記保険適用外の材料を使用する場合は**、労災患者と十分に相談していただきますようお願いします。

※平成21年9月1日付け基労補発0901第1号

「労災診療費における歯冠補修及び欠損補綴の取扱いについて」

※ 労災保険が適用される診療は、原則健康保険に準じており、通常、消費税は非課税となります。

4. 保険適用外の材料を用いた補綴等の請求手続き

上記3により保険適用外の材料を使用した場合、レセプト請求ではなく、労災患者より治療費を全額徴収し、労災患者自身から労働基準監督署へ当該費用（療養費用）を請求する手続きです。以下①～③の対応をお願いします。

①「療養の費用」請求書の証明（*）

労災患者が持参する「療養の費用」請求書（様式第7（1）号又は様式第16号の5（1））の医療機関記入欄への記入（証明）をお願いします。

②領収書の交付

※「療養の費用」請求にかかる証明（文書料）を求められたときは、無償でこれを行うこととされています（労災保険指定医療機関療養担当規程第6項）。証明料は労災給付対象外です。

③歯科補綴明細書の記載

保険適用外の材料を使用した場合、補綴の審査に必要となります。必要事項を記載してください。金額（算定根拠）については、（税込・税別）どちらかに○をしてください。

5. 参考

上記2（保険診療分）及び上記3（保険適用外）の両方が存在する場合（混合診療）における手続きについてまとめた表（以下参照）。

区分	手続き	請求者	請求先
保険診療分	レセプト請求	医療機関	埼玉労働局 （診療担当部門）
保険適用外の材料を使用した場合	労災患者が費用自己負担し、費用請求（*）	労災患者	所轄労働基準監督署

* 労災患者が領収書原本、補綴明細書（労災患者が監督署より入手するもの）を添付し、請求します。

【問合わせ先】

埼玉労働局労働基準部労災補償課 048-600-6207

埼玉県歯科医師会

埼玉労働局

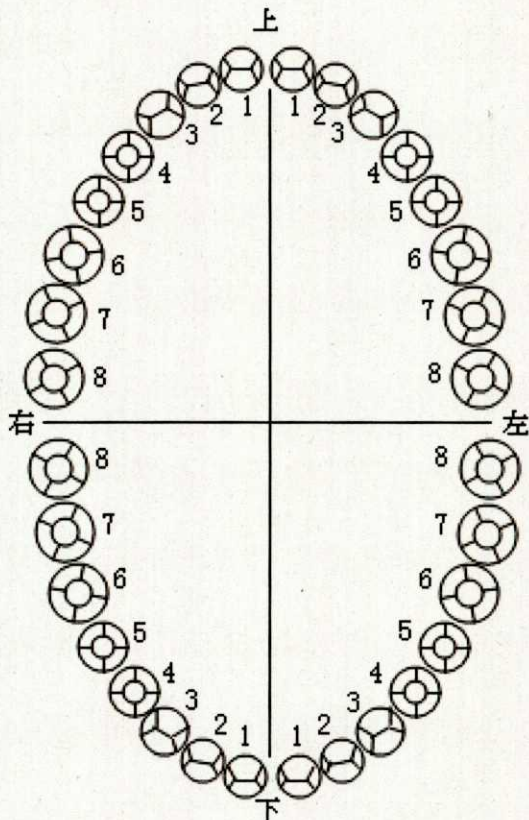
歯科補綴明細書

傷病の概要
(内容を詳しく)

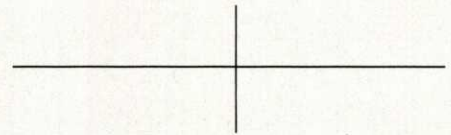
診断 (レ線)

処置及び手術

補綴法の内容について記入して下さい。



(1) 補綴部位



(2) 補綴の方法

(冠. SK. JK.ブリッジ.
有床義歯～局部義歯・総義歯)

(3) 補綴物の材料

(4) 支台 (維持) 装置の種類

(5) 支台築造材料

(6) 金額 (算定根拠)

円 (税込・税別) × 本

(7) 設計理由

(8) 料金設定 (どれかに○)

受診している保険 (健保, 労災, その他)
にかかわらず同一設定

2 受診している保険により異なる設定理由

◆消費税は、非課税です。労災保険給付対象ではありませんのでご注意ください。