

社保研究部だより

薬剤長期収載品の選定療養費の取り扱い②(10月1日から)

長期収載品の選定療養費制度が10月から始まる。前号に、取り扱いについて詳細を解説した。薬剤長期収載品の選定療養費制度の計算方法を紹介する。

ただし、計算が必要となるのは院内処方に限られる。さらに院内処方選定療養費制度の対象は、薬効が同じものについて先発医薬品・後発医薬品ともに備え、患者が先発医薬品を希望した場合など極めてまれなケースとなる(9/15付け参照)。

選定療養となった場合の計算方法

後発医薬品のある先発医薬品で長期収載されている薬剤を処方した場合、後発医薬品との差額の1/4を患者から徴収する。具体的な計算方法は、以下のとおり。

A. 選定療養の「特別の料金」に係る費用

①厚労省が示す、「対象医薬品リスト」*の「長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1【a】」の価格に基づき、診療報酬の算出方法と同様の方法で薬剤料の点数を算出(点)

*「対象医薬品リスト」において歯科医院で使用頻度の高いものを抽出し、協会HP「会員ページ」に掲載している。

②①に10円を乗じ、消費税分を加える(円)

B. 選定療養を除く保険対象となる費用

①「対象医薬品リスト」にある、「保険外併用療養費の算出に用いる価格【b】」に基づき、薬剤料の点数を算出(点)

②①に10円を乗じる

E. 患者負担の総額

Bで求めた額に自己負担率を乗じ、1の位を四捨五入する(C)。AとCを合計し、長期収載品にかかる患者負担の総額となる(E)。

レセプト記載

・長期収載品を選定療養の対象としない場合

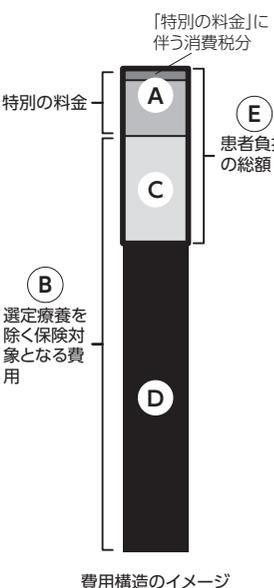
長期収載品を選定療養の対象としない場合は、院内および院外処方ともにレセプト「摘要」欄にその理由を記載する。その場合の摘要欄記載の一覧も協会HP

表 選定療養の計算例

例) 内服薬：ジスロマック錠250mg 1日3錠3日分投与の場合(患者負担率：3割)

「対象医薬品リスト」

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
614...028	ジスロマック錠250mg	158.9	90.5	【a】 17.10	【b】 141.80



A 「特別の料金」に係る費用

①17.10【a】×3-15=36.3円 36.3÷10=3.63点(端数切り上げ) 4点+1点=5点 5点×3日分=15点

②15点×10円=150円 150円×1.1(消費税率)=165円

B 選定療養を除く保険対象となる費用(長期収載品に係る分)

①141.80【b】×3-15=410.4円 410.4÷10=41.04点(端数切り上げ) 42点+1点=43点 43点×3日分=129点

②129点×10円=1290円

C 保険外併用療養費・患者自己負担
B×自己負担率
1290円×0.3=387円→390円

D 保険外併用療養費・保険者支払い
B×(1-自己負担率)
1290円×0.7=903円→900円

E 患者負担の総額
A + C
165円+390円=555円

【参照】ジスロマック錠250mgが保険適用の場合の自己負担額
158.9×3-15=461.7円 461.7÷10=46.17点(端数切り上げ) 47点+1点=48点 48点×3日分=144点
144点×10円=1440円 1440円×0.3=432円→430円
(差) 555円-430円=125円

「会員ページ」に掲載している。

・長期収載品を選定療養の対象とする場合(院内処方、注射で使用する場合)

対象となる長期収載品名の後に「(選)」と記載する。選定療養に係る額を除いた薬価から算出した点数を記載する(表中B①参照)。

【院内処方レセプト記載例】
ジスロマック錠 250mg (選) 3錠 43×3

公費・生活保護の取扱い

国の公費負担医療制度や大阪府の公費負担医療(こども・ひとり親・重度障害)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、選定療養に係る費用は公費適用とならず、自己負担となる(7月12日付疑義解釈その1)。

生活保護受給者は、長期収載品の処方など医療上の必要があると認められる場合は、長期収載品であっても、医療扶助の支給対象となる。ただ、患者希望による長期収載品の処方については医療扶助の支給対象とはならず、この場合後発医薬品を処方する。つまり「特別の料金」を徴収するケースは生じない(8月21日付疑義解釈その2)。

(参照：厚生労働省HP)



医療DX推進体制整備加算の変更について(10月1日から)

10月1日から医療DX推進体制整備加算(以下、医DX)がマイナ保険証の利用実績等に応じた区分に再編される。現在、施設基準を届け出た医療機関において初診料に6点を加算しているが、10月以降はマイナ保険証の利用率に応じて医DX1は9点、医DX2は8点、医DX3は6点となる。2025年1月に利用率の基準が引き上げとなり(表1)、それ以降については本年末を目途に検討される。

▶マイナ保険証の利用率について

マイナ保険証の利用率は、加算を算定する3カ月前から5カ月前のうち最も高い月の「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」を用いる。ただし経過措置として2025年1月までは、2カ月前から4カ月前の「オ

ンライン資格確認ベースマイナ保険証利用率」を用いることもできる(表2)。なお、利用率は支払基金から毎月メールで通知される。医療機関等向け総合ポータルサイトで確認することもできる。

利用率の算出方法

①レセプト件数ベースマイナ保険証利用率
=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マイナ保険証利用率
=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

▶施設基準の変更について

医DX1、2については施設基準の要件に「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こと」が追加された。すでに施設基準を届出ている場合は届出直し不要だが、届出ているにもかかわらず基準に満たない場合は算定できない。

表2 参照可能なマイナ保険証利用率の実績

	①レセ件数ベース	②オン資ベース
10月	5~7月	6~8月
11月	6~8月	7~9月
12月	7~9月	8~10月
1月	8~10月	9~11月
2月	9~11月	(経過措置終了)

参照可能な月のうち最も高い数値を用いる
2024年1月までは①と②のうちいずれか高い方を用いることができる

医療情報取得加算の変更について(12月1日から)

現在マイナ保険証と現行保険証で区別されていた加算(医情)が一括化され、初診時・再診時ともに1点の加算となる。再診時は、3月に1回。①オンライン請求を行っている②オンライン資格確認を行う体制を有している③必要な診療情報を取得・活用して診療する旨を院内掲示する——施設基準を満たせば算定できる(届出は不要)。

~11月		12月~	
初診時	医情1(保険証) 3点 医情2(マイナ) 1点	初診時	医情 1点
再診時 3月1回	医情3(保険証) 2点 医情4(マイナ) 1点	再診時 3月1回	医情 1点

表1 医DX1, 2, 3の所定点数とマイナ保険証利用率

~9月	適用時期	2024年 10月~12月	2025年 1月~3月
医DX 6点	医DX1(9点)	15%	30%
	医DX2(8点)	10%	20%
	医DX3(6点)	5%	10%