

厚生関連資料

今月の資料 (国法律, 国政省令, 国告示, 国通知, 国事務連絡, 国その他)

他	官報の正誤 (9/9 官報).....	p.57
事	令和 8 年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱い (9/10 保険局医療課)	p.57
通	医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取扱い (保医発 0914・1)	p.60
告	医療法等の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備等に関する告示 (9/18 告示 355) ...	p.60
事	疑義解釈資料の送付 (その 13) (9/25 保険局医療課)	p.60
事	後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱い (9/28 保険局医療課).....	p.60
令	保険医療機関及び保険医療費担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正 (9/30 省令 143)	p.61
告	健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備に関する告示 (9/30 告示 360)	p.62
告	厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正 (9/30 告示 364)	p.64
通	要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養 (保医発 0930・6)	p.64
通	「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」等の一部改正 (保医発 0930・2)	p.71
他	支払基金における審査の一般的な取扱い (医科) (9/30 支払基金)	p.72

* 本欄で示す“p.00”は、原則“診療点数早見表 (DPC 点数早見表) 2026 年度版”ページ数です。

他

官報の正誤

令和 8 年 9 月 9 日 官報

【解説】「特定保険医療材料及びその材料価格 (材料価格基準) の一部改正等」(5 月 29 日告示第 232 号) の正誤が官報に掲載

されました。

(本誌 6 月号 p.63 中段下から 3 行目, 下線部)

訂正)

244 シルクエラスチン使用創傷被覆材

事

令和 8 年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱い

令和 8 年 9 月 10 日
保険局医療課事務連絡

【解説】令和 8 年 10 月 1 日以降も引き続き算定する場合に届出が必要なものが取りまとめられました。また、次の届出対象について、令和 8 年 10 月 14 日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月 1 日に遡って算定することができますとされています。

令和 8 年 10 月 1 日以降も算定する場合に届出が必要なもの

○基本診療料

区分	項目	届出対象 (令和 8 年 3 月 31 日において下記施設基準を届出していた保険医療機関)	経過措置に係る要件 (概要)	令和 8 年 10 月 1 日以降、算定する施設基準	届出が必要な様式 ※
入院基本料	1	一般病棟入院基本料 (急性期一般入院料 6、地域一般入院基本料及び特別入院基本料を除く)	令和 8 年 3 月 31 日において、現に急性期一般入院基本料 (急性期一般入院料 6 を除く) に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和 8 年 9 月 30 日までの間は令和 8 年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなす。	急性期一般入院基本料 1 急性期一般入院基本料 2 急性期一般入院基本料 3 急性期一般入院基本料 4 急性期一般入院基本料 5	別添 7 別添 7 の様式 10
	2	療養病棟入院料 2	令和 8 年 3 月 31 日において現に令和 6 年度医科点数表の療養病棟入院料 2 を届け出ている保険医療機関については、令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り、第 5 の 3 の (1) のハ (※) に該当するものとみなす。 (※) 当該病棟の入院患者のうち医療区分 3 の患者と医療区分 2 の患者との合計が 6 割以上である。	療養病棟入院料 2	別添 7 別添 7 の様式 6 の 2
	3	特定機能病院入院基本料 (令和 8 年 3 月 31 日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の診療報酬の算定方法 (以下「旧算定方法」という) A104 特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る) (7 対 1 入院基本料に限る) に係る届出を行っている病棟に限る)	令和 8 年 3 月 31 日において、現に 7 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る)) に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、7 対 1 入院基本料 (特定機能病院 A 入院基本料、特定機能病院 B 入院基本料又は特定機能病院 C 入院基本料) (一般病棟に限る) の重症度、医療・看護必要度の基準を令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り満たすものとみなす。	特定機能病院 A 入院基本料 (一般病棟に限る) (7 対 1 入院基本料に限る) 特定機能病院 B 入院基本料 (一般病棟に限る) (7 対 1 入院基本料に限る) 特定機能病院 C 入院基本料 (一般病棟に限る) (7 対 1 入院基本料に限る)	別添 7 別添 7 の様式 10

	4	専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る）	令和8年3月31日において、現に7対1入院基本料（専門病院入院基本料）に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和8年9月30日までの間は令和8年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものである。	専門病院入院基本料	別添7 別添7の 様式10
入院基本料等加算	5	総合入院体制加算1～3 急性期充実体制加算	令和8年3月31日において現に総合入院体制加算1若しくは2又は急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、令和8年9月30日までの間に限り、1の(1)の基準を満たしているものとみなす。 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算1又は急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、1の(10)のうち急性期総合体制加算1から5に係る基準を、現に総合入院体制加算2の届出を行っている保険医療機関については1の(10)のうち急性期総合体制加算3から5に係る基準を、現に総合入院体制加算3の届出を行っている保険医療機関については1の(10)のうち急性期総合体制加算5に係る基準を令和8年9月30日までの間に限り満たしているものとみなす。	急性期総合体制加算1 急性期総合体制加算2 急性期総合体制加算3 急性期総合体制加算4 急性期総合体制加算5	別添7 別添7の 様式10
特定入院料	6	地域包括医療病棟入院料（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」A304地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っている病棟に限る）	令和8年3月31日において現に地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、第9の6の4の(2)〔(1)のチに限る〕（※）に該当するものとみなす。 （※）次のいずれかに該当する。 ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の割合に係る指数が1割9分以上の病棟である。 ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合に係る指数が1割8分以上の病棟である。	地域包括医療病棟入院料2	別添7 別添7の 様式10
	7	回復期リハビリテーション病棟入院料2	令和8年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料2に係る届出を行っている病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、第9の10の(3)のロ（※）に該当するものとみなす。 （※）リハビリテーションの効果に係る実績の指数が32以上である。	回復期リハビリテーション病棟入院料2	別添7 別添7の 様式49
	8	回復期リハビリテーション病棟入院料3	令和8年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料3に係る届出を行っている病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、第9の10の(4)のロ（※）に該当するものとみなす。 （※）休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有している。	回復期リハビリテーション病棟入院料3	別添7 別添7の 様式49 の2
	9	回復期リハビリテーション病棟入院料4	令和8年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料4に係る届出を行っている病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、第9の10の(5)のロ（※1）に該当するものとみなす。 （※1）リハビリテーションの効果に係る実績の指数が32以上である。 令和8年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料4に係る届出を行っている病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、第9の10の(5)のイ〔(4)のロに限る〕（※2）に該当するものとみなす。 （※2）休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有している。	回復期リハビリテーション病棟入院料4	別添7 別添7の 様式49 別添7の 様式49 の2

○特掲診療料

区分	項番	届出対象（令和8年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関）	経過措置に係る要件（概要）	令和8年10月1日以降、算定する施設基準	届出が必要な様式※
医学管理等	1	外来腫瘍化学療法診療料1	令和8年3月31日時点で外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関については、令和8年9月30日までの間、1の(12)（※）の基準を満たしているものとする。 （※）患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されている。	外来腫瘍化学療法診療料1	別添2 別添2の 様式39
手術	2	周術期栄養管理実施加算	令和8年3月31日時点で総合入院体制加算又は急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、令和8年9月30日までの間に限り、1の(3)（※）の基準を満たしているものとみなす。 （※）A200急性期総合体制加算に係る届出を行っている保険医療機関である。	周術期栄養管理実施加算	別添2 別添2の 様式87 の45

※医療機関の負担軽減等の観点から、施設基準毎の全届出様式の届出を求めるのではなく、必要最小限の様式の届出を求めるもの。

令和8年10月1日以降も算定するに当たり注意が必要なもの等（参考）

○基本診療料

区分	項番	対象	経過措置に係る要件（概要）	令和8年10月1日以降、算定する施設基準
----	----	----	---------------	----------------------

入院基本料	1 急性期一般入院料 1	令和 8 年 3 月 31 日において、現に急性期一般入院料 1 に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、急性期病院一般入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準を令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り満たすものとみなす。	急性期病院 A 一般入院料 急性期病院 B 一般入院料
	2 結核病棟入院基本料 (7 対 1 入院基本料に限る)	令和 8 年 3 月 31 日において、現に 7 対 1 入院基本料 (結核病棟入院基本料) に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和 8 年 9 月 30 日までの間は令和 8 年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなす。	結核病棟入院基本料
	3 急性期一般入院料 6 特定機能病院入院基本料 (結核病棟に限る) (7 対 1 入院基本料に限る) 特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る) (10 対 1 入院基本料に限る) 専門病院入院基本料 (10 対 1 入院基本料に限る) 地域一般入院料 1	令和 8 年 3 月 31 日時点で急性期一般入院料 6、7 対 1 入院基本料 [特定機能病院入院基本料 (結核病棟入院基本料に限る)], 10 対 1 入院基本料 [特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る), 専門病院入院基本料] 及び地域一般入院料 1 の届出を行っている病棟にあつては、令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り、令和 8 年度改定前の「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 6 年 3 月 5 日保医発第 0305 第 5 号。以下「令和 8 年度改定前の基本診療料施設基準通知」という)の別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I 又は II に係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。	急性期一般入院料 6 特定機能病院入院基本料 (結核病棟に限る) (7 対 1 入院基本料に限る) 特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る) (10 対 1 入院基本料に限る) 専門病院入院基本料 (10 対 1 入院基本料に限る) 地域一般入院料 1
	4 特定機能病院入院基本料の注 5 及び専門病院入院基本料の注 3 に規定する看護必要度加算	令和 8 年 3 月 31 日において、現に看護必要度加算 1、2 又は 3 を算定するものであつて、旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす場合は、令和 8 年 9 月 30 日まではそれぞれ令和 8 年度改定後の看護必要度加算 1、2 又は 3 の基準を満たすものとみなす。	看護必要度加算 1 看護必要度加算 2 看護必要度加算 3
	5 専門病院入院基本料の注 4 及び特定一般病棟入院料の注 5 に規定する一般病棟看護必要度評価加算	令和 8 年 3 月 31 日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟にあつては、令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り、令和 6 年度改定前の基本診療料施設基準通知の別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I 又は II に係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。	一般病棟看護必要度評価加算
入院基本料等加算	6 急性期看護補助体制加算	令和 8 年 3 月 31 日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあつては、令和 8 年 9 月 30 日までの間は、令和 8 年度改定後の急性期看護補助体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。	急性期看護補助体制加算
	7 看護職員夜間配置加算	令和 8 年 3 月 31 日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあつては、令和 8 年 9 月 30 日までの間、令和 8 年度改定後の看護職員夜間配置加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。	看護職員夜間配置加算
	8 看護補助加算 1	令和 8 年 3 月 31 日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあつては、令和 8 年 9 月 30 日までの間、令和 8 年度改定後の看護補助加算 1 の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。	看護補助加算 1
	9 病棟薬剤業務実施加算の注 2 に規定する薬剤業務向上加算	令和 8 年 3 月 31 日において現に急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り、4 の(6)の基準を満たしているものとみなす。	薬剤業務向上加算
特定入院料	10 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	令和 8 年 3 月 31 日時点で脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあつては、令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り、令和 8 年度改定前の基本診療料施設基準通知の別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I 又は II に係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
	11 地域包括ケア病棟入院料	令和 8 年 3 月 31 日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り、第 9 の 11 の 2 の(1)のハに該当するものとみなす。	地域包括ケア病棟入院料 1 地域包括ケア病棟入院医療管理料 1 地域包括ケア病棟入院料 2 地域包括ケア病棟入院医療管理料 2 地域包括ケア病棟入院料 3 地域包括ケア病棟入院医療管理料 3 地域包括ケア病棟入院料 4 地域包括ケア病棟入院医療管理料 4
	12 精神科地域包括ケア病棟入院料	令和 8 年 3 月 31 日において現に令和 6 年度医科点数表における精神科地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り、第 9 の 15 の(1)並びに(3)のイ及びニからへまでを満たすこととする。	精神科急性期治療病棟入院料 2
	13 特定一般病棟入院料の注 7 に規定する入院料	令和 8 年 3 月 31 日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関にあつては、令和 8 年 9 月 30 日までの間、令和 6 年度改定後の当該入院料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものである。	特定一般病棟入院料 (地域包括ケア 1)

○特掲診療料

区分	対象	経過措置に係る要件 (概要)	令和 8 年 10 月 1 日以降、算定する施設基準
在宅医療	1 在宅患者訪問看護・指導料の注 19 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注 8 の規定により準用する場合を含む) に規定する訪問看護医療情報連携加算	6 の(6)については、令和 8 年 9 月 30 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。	訪問看護医療情報連携加算

通

医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取扱い

令和8年9月14日
保医発 0914 第1号

(p.638 左段下から 13 行目の次に挿入)

- カペシタビン【内服薬】：原則、「術後乳癌」に対して使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.639 左段 8 行目の次に挿入)

- ジメチルポリシロキサン【内服薬（内服液）】：原則、「上部消化管造影撮影時における有粘性粘液の除去」に対して使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.639 左段下から 18～17 行目、下線部訂正・追加)

- デスモプレシン酢酸塩水和物【内服薬】
- (1) 原則、「中枢性尿崩症」（以下略）
 - (2) 原則、「中枢性尿崩症」に対して使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.640 左段 30～33 行目、下線部訂正・追加)

- メトトレキサート【内服薬】

- (1) 原則、「多発性筋炎・皮膚筋炎」（以下略）

- (2) 原則、「小児非感染性慢性ぶどう膜炎」に対して使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.654 右段 14 行目の次に挿入)

- グルカゴン【注射薬】：原則、「腹部骨盤コンピューター断層撮影（CT/MRI）時の蠕動抑制」に対して使用した場合、当該使用事例を審査上認める。
- グルカゴン（遺伝子組換え）【注射薬】：原則、「腹部骨盤コンピューター断層撮影（CT/MRI）時の蠕動抑制」に対して使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.655 右段 30 行目の次に挿入)

- ビロリン酸テクネチウム（^{99m}Tc）注射液（放射性医薬品基準）【注射薬】：原則、「心シンチグラムによる心疾患の診断」に使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

原則、「心シンチグラムによる心疾患の診断」に使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

- フィルグラスチム（遺伝子組換え）【注射薬】：原則、「免疫抑制療法（腎移植、肝臓移植、心臓移植、肺移植、脾移植）に伴う好中球減少症」に対して使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

- プチルスコポラミン臭化物【注射薬】：原則、「腹部骨盤コンピューター断層撮影（CT/MRI）時の蠕動抑制」に対して使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

(p.656 右段 1 行目の次に挿入)

- レノグラスチム（遺伝子組換え）【注射薬】：原則、「免疫抑制療法（肝臓移植、心臓移植、肺移植、脾移植）に伴う好中球減少症」に対して使用した場合、当該使用事例を審査上認める。

告

医療法等の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備等に関する告示

令和8年9月18日
告示第355号

【解説】2027年4月1日適用です。

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の一部改正（第8条）

(p.1645 右段 6 行目、下線部訂正)

2 特別の療養環境の提供に関する基準

- (2) 特別の療養環境に係る病床数は、（後略）

イ 当該保険医療機関の所在地を含む区域（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう）（以下略）

基本診療料の施設基準等の一部改正（第9条）

(p.1183 右段 20～21 行目、下線部訂正)

6 の 3 超急性期脳卒中加算の施設基準等

(1) 超急性期脳卒中加算の施設基準

イ 次のいずれかに該当すること。

② 次のいずれにも該当すること。

- 1 当該保険医療機関（別表第6の2に掲げる地域又は医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第5項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第2項第12号に規定する区域（以下略）

事

疑義解釈資料の送付（その13）

令和8年9月25日
保険局医療課事務連絡

別添1 医科診療報酬点数表関係

【一般不妊治療管理料】

問1 B001「32」一般不妊治療管理料、B001「33」生殖補助医療管理料及びK838-2 精巣内精子採取術の施設基準における「国が示す不妊症に係る医療機関

の情報提供に関する事業に協力する」とは、具体的には何を指すのか。

答 現時点では、令和8年9月3日にことも家庭庁成育局母子保健課より発出された事務連絡「不妊症に係る医療機関の情報提供に関する協力依頼について」が示

す事業に協力することを指す。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付（その29）」（令和7年9月16日事務連絡）別添の問4（p.1374 左段下から13～6行目）は廃止する。

事

後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱い

令和8年9月28日
保険局医療課事務連絡

【解説】地域支援・医薬品供給対応体制加算等の実績要件である、後発医薬品の使用割合算出の対象除外となる臨時的取扱いが、9月末とされていましたが、2027年3月末まで延長されました。

1. 供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱い

地域支援・医薬品供給対応体制加算等における後発医薬品の使用割合等に係る要件の取扱い

- ① 厚生労働省医政局医薬産業振興企画課が公表した、「医療用医薬品供給状況報告」の集計結果を踏まえ、別添2(略)に示す医薬品と同一成分・同一剤形の医薬品については、医科診療報酬点数表の「地域支援・医薬品供給対応体制加算」及び「地域支援・外来医薬品供給対応体制加算」、歯科診療報酬点数表の「地域支援・医薬品供給対応体制加算」及び「地域支援・外来医薬品供給対応体制加算」並びに調剤報酬点数表の「地域支援・医薬品供給対応体制加算」及び「調剤基本料」注8に規定する減算(後発医薬品減算)(以下「加算等」という)における実績要件である後発医薬品の使用(調剤)割合(以下「新指標の割合」という)を算出する際に、算出対象から除外しても差し支えないものとする。

当該取扱いについては、令和8年10月診療・調剤分から適用することとし、令和9年3月31日を終期とする。

- ② ①の取扱いを行う場合においては、別

添2(略)に示す全ての品目について、新指標の割合の算出対象から除外することとし、一部の成分の品目のみ算出対象から除外することは認められない。

また、①の取扱いについては、1月ごとに適用できることとし、加算等の施設基準について、直近3月の新指標の割合の平均を用いる場合においては、当該3月に①の取扱いを行う月と行わない月が混在しても差し支えないこととする。

- ③ ①の取扱いを行った上で加算等の区分に変更が生じる場合又は基準を満たさなくなる場合には、「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」(令和8年3月5日保医発0305第7号)及び「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」(令和8年3月5日保医発0305第8号)に従い、しかるべく変更等の届出を行う必要がある。その際、後発医薬品の使用割合等については、①の取扱いにより算出した割合を記載しても差し支えないこととする。

2. その他の診療報酬の取扱い

別添1のとおりとする。

(別添1)【共通】

問1 1の①の取扱いにおいて、新指標の

割合の算出対象から除外する際に、本事務連絡の別添2(略)に示す品目ではなく、令和8年3月5日に発出された事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱い」(以下「令和8年3月事務連絡」という)の別添2(略)の品目を除外対象とすることは可能か。

答 本事務連絡は令和8年10月1日から適用されることを踏まえ、本年9月診療・調剤分までの加算等の施設基準を判断するに当たっては、令和8年3月事務連絡の別添2(略)に示す品目を除外し、本年10月診療・調剤分以降については本事務連絡の別添2(略)に示す品目を除外する。

【医科】

問2 1の①の取扱いの対象となる医薬品について、一般名処方を行った場合、一般名処方加算1及び2は算定できるか。

答 施設基準を満たす場合は算定可。なお、今回の臨時的な取扱いについては、地域支援・医薬品供給対応体制加算等の施設基準における新指標の割合の算出等に係るものであり、一般名処方加算における後発医薬品のある医薬品の取扱いを変更するものではない。

令

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正

令和8年9月30日
省令第143号

【解説】OTC類似薬の一部保険外療養の導入に伴う療養担当規則等の改正により、処方箋様式の変更などが行われました。2027年3月1日施行です。

(p.1624 左段4行目、下線部訂正)

(揭示)

第2条の6 保険医療機関は、(中略)第5条の3の2第4項及び第5条の4第3項に規定する(後略)

(p.1624 右段23行目～下から16行目、下線部訂正)

(一部負担金等の受領)

第5条 保険医療機関は、(中略)についての費用の額〔保険医療機関から同項第6号に規定する一部保険外療養(以下「一部保険外療養」という)を受けた場合(当該一部保険外療養と併せて同項第3号に規定する評価療養(以下「評価療養」という)、同項第4号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という)

又は同項第5号に規定する選定療養(以下「選定療養」という)を受けた場合を含む)にあつては、当該費用の額から法第86条第3項第1号ロに規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額〕に法第74条第1項各号に掲げる場合の区分に応じ、(中略)被扶養者については法第76条第2項、第85条第2項、第85条の2第2項又は第86条第2項第1号若しくは第3項第1号イの費用の額の算定の例により算定された費用の額〔保険医療機関から一部保険外療養を受けた場合(当該一部保険外療養と併せて評価療養、患者申出療養又は選定療養を受けた場合を含む)にあつては、当該費用の額から法第86条第3項第1号ロに規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額〕から法第110条の規定による家族療養費として(後略)

2 保険医療機関は、(中略)評価療養、患者申出療養、選定療養又は一部保険外療

養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第86条第2項若しくは第3項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額〔保険医療機関から一部保険外療養を受けた場合(当該一部保険外療養と併せて評価療養、患者申出療養又は選定療養を受けた場合を含む)にあつては、当該費用の額から法第86条第3項第1号ロに規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額〕を超える金額の支払を受けることができる。(後略)

(p.1625 右段下から32～29行目、下線部訂正・追加)

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第5条の4 (略)

2 保険医療機関は、一部保険外療養に関して第5条第2項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じ

て厚生労働大臣の定める基準に従わなければならない。

3 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、第1項の療養（一部

保険外療養を除く）の内容（後略）
4（略）

(p.1629「様式第2号 処方箋」, p.1630「様式第2号の2 処方箋」中、「処方」欄、下線部訂正)

処方	変更不可（医療上必要）	患者希望	一部保険外療養	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。 一部保険外療養の対象医薬品を処方した場合には、「一部保険外療養」の欄に、特別の料金の対象である場合は「○」を、特別の料金の対象外である場合は「―」を記載すること。 (以下略)
----	-------------	------	---------	--

告

健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備に関する告示

令和8年9月30日
告示第360号

【解説】OTC類似薬の一部保険外療養の導入に伴い、関連告示の改正が行われました。
2027年3月1日施行です。

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の一部改正（第3条）

(次の箇所において、「患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養」に訂正)

該当箇所	項目名
p.1635 右段 10～11 行目	第1の2
p.1635 右段 16～17 行目、 22～23 行目	第1の3「1」「2」
p.1635 右段下から17～16 行目、 下から11～10 行目	第1の4「1」「2」
p.1664 左段下から12～11 行目	第5
p.1665 左段 8～9 行目	第7「1」

(p.1635 左段下から9～8 行目、下線部訂正)

厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養（中略）第2条第15号及び第3条に掲げるもの

(p.1635 左段下から2 行目～右段6 行目、下線部訂正)

第1の1の3 療担規則第5条第2項、薬担規則第4条第2項並びに療担基準第5条第2項及び第26条の4第2項の厚生労働大臣が定める額

1 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第2条第15号の処方等又は調剤の場合

第1の1の2に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第2条第15号に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という）のある同号に規定する新医薬品等（以下「先発医薬品」という）の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に2分の1を乗

じて得た価格に当該薬価の規格単位ごとに数えた数量を乗じて得た額（その額が10円未満であるときは、これを10円に切り上げ、10円以上であって5円未満の端数があるときは、これを切り捨て、10円以上であって5円以上10円未満の端数があるときは、これを10円に切り上げるものとする）

2 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第3条の処方又は調剤の場合

第1の1の2に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第3条に規定する別に厚生労働大臣が定めるものの薬価に4分の1を乗じて得た価格に当該薬価の規格単位ごとに数えた数量を乗じて得た額（その額が10円未満であるときは、これを10円に切り上げ、10円以上であって5円未満の端数があるときは、これを切り捨て、10円以上であって5円以上10円未満の端数があるときは、これを10円に切り上げるものとする）

(p.1657 右段下から24～22 行目、下線部訂正・追加)

14 後発医薬品のある先発医薬品の処方等又は調剤に関する基準

(1) 当該処方等又は調剤は、次に掲げる要件を満たす場合に行われるものに限られるものとする。

ホ 当該後発医薬品のある先発医薬品が、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第3条の処方又は調剤として処方又は調剤される場合に該当しないこと。

(2) 療担規則第5条第2項、(中略)第1の1の3第1号に規定する額とする。

(p.1664 左段7 行目の次に挿入)

第3の2 療担規則第5条の4第1項、薬担規則第4条の3第1項並びに療担基準第5条の4第1項及び第26条の6第1項の一部保険外療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準

1 通則

- (1) 療養は、適切に行われる体制が整っている等保険医療機関及び保険薬局が特別の料金を徴収するのにふさわしいものでなければならないものとする。
- (2) 当該療養は、患者への情報提供を前提とし、患者の同意がなされたものに限られるものとする。

2 要指導医薬品〔医薬品医療機器等法第4条第5項第3号に規定する要指導医薬品をいう。(1)チ及びリにおいて同じ〕又は一般用医薬品〔同項第4号に規定する一般用医薬品をいう。(1)チにおいて同じ〕との代替性が特に高い薬剤の処方又は調剤に関する基準

(1) 当該処方又は調剤は、次に掲げる要件に該当しない場合に行われるものに限られるものとする。

イ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者への処方又は調剤

ロ がん又はがん治療に関連して生じた状態への処方又は調剤

ハ 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第1項に規定する指定難病若しくは児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病又は指定難病若しくは



は小児慢性特定疾病の治療に関連して生じた状態への処方又は調剤

ニ 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条第1項に規定する公費負担医療その他の国が行う特定の障害、特定の疾病等に対する医療の給付における処方又は調剤

ホ 入院時の処方

ヘ 処置等に伴う処方又は調剤（当該処置等後14日以内分の処方又は調剤に限る）

ト 医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤

チ 要指導医薬品又は一般用医薬品の効能及び効果として承認されていない効能及び効果を目的として行う処方又は調剤

リ 要指導医薬品又は一般用医薬品の使用が特に困難である場合における処方又は調剤

(2) 療担規則第5条第2項、薬担規則第4条第2項並びに療担基準第5条第2項及び第26条の4第2項の規定により受け取る金額は、第1の1の3第2号に規定する額とする。

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の一部改正（第4条）

(p.1675 左段下から17行目、下線部訂正)

厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養

(p.1677 左段下から14行目の次に挿入)

第3条 健康保険法第63条第2項第6号及び高齢者医療確保法第64条第2項第6号に規定する一部保険外療養は、要指導医薬品（医薬品医療機器等法第4条第5項第3号に規定する要指導医薬品をいう）又は一般用医薬品（同項第4号に規定する一般用医薬品をいう）との代替性が特に高い薬剤であって別に厚生労働大臣が定めるものの処方又は調剤（別に厚生労働大臣が定める場合を除く）とする。

保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法の一部改正（第5条）

(p.1678 左段「別表第2」中、最下枠の次に新規枠を挿入、左欄2～3行目、下線部訂正)
別表第2

(略)	(略)
厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養（平成18年厚生労働省告示第495号）（後略）	左欄の療養に係る所定点数から（略）
厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第3条に規定する要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い薬剤の処方又は調剤に係る療養	左欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第1 F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、別に厚生労働大臣が定める医薬品の薬価に4分の1を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数

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一部改正（第6条）

(p.1678 右段7～8行目、下線部訂正)

1 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養（以下略）

(p.1681 右段18行目の次に挿入)

9の3 告示第2条第15号に規定する別に厚生労働大臣が定める場合

ニ 後発医薬品のある先発医薬品が、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第3条の処方又は調剤として処方又は調剤される場合に該当しないこと。

(p.1681 右段21行目、下線部訂正)

9の4 保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成18年厚生労働省告示第496号）別表第2の同法第2条第15号に規定する後発医薬品のある同号に規定する新医薬品等の処方等又は調剤に係る療養の項の右欄に掲げる診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数

(p.1681 右段28行目の次に挿入)

9の5 告示第3条に規定する別に厚生労働大臣が定める医薬品

9の7イからニまでに規定する医薬品のうち、要指導医薬品（医薬品医療機器等法第4条第5項第3号に規定する要指導医薬品をいう。第9号の6チにおいて同じ）又は一般用医薬品（同項第4号に規定する一般用医薬品をいう。第9号の6チにおいて同じ）とその有効成分、各有効成分の1日最大分量及び投与経路が同一性を有するもの

9の6 告示第3条に規定する別に厚生労働大臣が定める場合

イ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者への処方又は調剤

ロ がん又はがん治療に関連して生じた状態への処方又は調剤

ハ 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第1項に規定する指定難病若しくは児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病又は指定難病若しくは小児慢性特定疾病の治療に関連して生じた状態への処方又は調剤

ニ 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条第1項に規定する公費負担医療その他の国が行う特定の障害、特定の疾病等に対する医療の給付における処方又は調剤

ホ 入院時の処方

ヘ 処置等に伴う処方又は調剤（当該処置等後、14日以内分の処方又は調剤に限る）

ト 医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤

チ 要指導医薬品又は一般用医薬品の効能及び効果として承認されていない効能及び効果を目的として行う処方又は調剤

リ 要指導医薬品又は一般用医薬品の使用が特に困難である場合における処方又は調剤

9の7 保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法別表第2に規定する要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い薬剤の処方又は調剤の項の右欄に掲げる診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数

イ 別表第1区分番号F200に掲げる薬剤

ロ 別表第2区分番号F200に掲げる薬剤

ハ 別表第3区分番号20に掲げる使用薬剤料

9の8 保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法別表第2に規定する別に厚生労働大臣が定める医薬品9の5に規定する医薬品

診療報酬の算定方法の一部改正（第7条）
 （次の箇所において、「患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養」に訂正）

該当箇所
p.19 右段下から13～12行目
p.19 右段下から9～8行目

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（第8条）

（「DPC 点数早見表」p.399 右段下から18～3行目、下線部訂正）

1 診療報酬の算定方法（中略）同項第4号に規定する患者申出療養、同項第5号に規定する選定療養及び同項第6号に規定する一部保険外療養を除く（中略）、同項第4号に規定する患者申出療養、同項第5号に規定する選定療養及び同項第6号に規定する一部保険外療養を除く（後略）

二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養（以下略）

厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正（第9条）

（次の箇所において、「患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養」に訂正）

該当箇所	項目名
p.1684 右段 31～32 行目	第1「1」
p.1684 右段下から26～25行目	第1「2」
p.1685 左段 10～11 行目	第1「3」
p.1685 左段 14～15 行目	第1「4」

告

厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正

令和8年9月30日
告示第364号

【解説】10月1日から適用されます。

（p.1691 右段下から22行目の次に挿入）

29 歯科用 OCT 画像診断装置を用いた不顕性齲蝕の検出率の向上及び管理療法

イ 対象となる負傷、疾病又はそれらの症状

シェーグレン症候群

ロ 施設基準

（1）主として実施する医師に係る基準

- ① 専ら歯科診療に従事し、当該診療科について5年以上の経験を有する。
- ② 歯科保存専門医である。

（2）保険医療機関に係る基準

- ① 歯科を標榜している。

② 実施診療科において、常勤の歯科医師が2名以上配置されている。

③ 歯科衛生士が配置されている。

④ 医療機器保守管理体制が整備されている。

⑤ 医療安全管理委員会が設置されている。

通

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養

令和8年9月30日
保医発 0930 第6号

第1 制度の概要

1 本制度の趣旨

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品（以下「対象医薬品」という）の処方又は調剤については、医療保険制度の持続可能性を確保する観点から、適正な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑みその要する費用のうち一部を保険給付の対象としないものとする一部保険外療養（以下単に「一部保険外療養」という）に位置付け、患者が対象医薬品の処方又は調剤を受ける場合は、原則として特別の料金をお支払いいただくこととした。ただし、引き続き必要な医療を確保する観点から、後述する一定の者・療養においては、一部保険外療養の対象とはせず、特別の料金を求めない取扱いとする。

2 対象医薬品

一部保険外療養における対象医薬品は、要指導医薬品又は一般用医薬品と成分、投与経路が同一で、一日最大用量が異ならな

い医療用医薬品とし、一部保険外療養の施行時点の対象医薬品の一覧は、「要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象医薬品等について」（令和8年9月30日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）において示したところである。

なお、一部保険外療養における対象医薬品については、原則として毎年4月1日に対象医薬品の一覧を更新することとしている（毎年3月頃に事前に公表する予定）。

3 特別の料金

一部保険外療養における特別の料金は、対象医薬品の薬価に4分の1を乗じて得た価格に投薬全量乗じて得た額とする。具体的な計算方法については、「要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養における費用の計算方法について」（令和8年9月30日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）において示したとこ

ろである。

4 一部保険外療養の対象

一部保険外療養においては、対象医薬品を使用する場合は、原則として特別の料金をお支払いいただくものであるが、以下の場合に対象医薬品を使用する際は、一部保険外療養の対象とはせず、特別の料金を求めない。なお、以下の者・療養の該当性に係る具体的な考え方は、別紙を参照する。

一部保険外療養の対象とならない場合

1	18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者への処方又は調剤
2	がん又はがん治療に関連して生じた状態への処方又は調剤
3	指定難病若しくは小児慢性特定疾病（18歳から20歳までの者に限る）又は指定難病若しくは小児慢性特定疾病に関連して生じた状態への処方又は調剤
4	国の公費負担医療における処方又は調剤
5	入院時の処方（退院時処方を含む）
6	侵襲を伴う検査、処置又は手術に伴う処方又は調剤（当該検査等後、14日以内分の処方又は調剤に限る）
7	医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方

	又は調剤
8	類似の要指導医薬品又は一般用医薬品において承認されている効能・効果では対応できない状態への処方又は調剤
9	要指導医薬品又は一般用医薬品の使用が特に困難である場合における処方又は調剤（妊婦、妊娠している可能性がある者又は授乳婦が、代替性が特に高い要指導医薬品又は一般用医薬品を服用できない場合の処方又は調剤をいう）

その他、薬剤料が包括される在宅時医学総合管理料等を算定し、院内処方を行った場合については、対象医薬品に係る薬剤料が生じないことから、一部保険外療養には該当せず、特別の料金の対象外となる。

5 長期収載品の選定療養との関係

一部保険外療養の対象医薬品であって長期収載品でもある医療用医薬品については、一部保険外療養の対象となり特別の料金の対象となる場合は、長期収載品の選定療養（患者の自己の選択に係る長期収載品の使用について、当該長期収載品と後発医薬品の薬価の差額の一定割合について特別の料金として費用徴収を行うもの。『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）参照）には該当せず、長期収載品の選定療養の特別の料金の対象外となる。他方で、上記第1の4に該当し、一部保険外療養の対象とならず、特別の料金の対象外である場合であっても、患者の自己の選択で長期収載品を使用する場合は、長期収載品の選定療養の特別の料金の対象となる。

第2 処方箋様式に関する事項

1 令和9年3月の改正の趣旨

(1) 令和9年3月1日より、対象医薬品の処方又は調剤について、一部保険外療養の仕組みを導入することとされた。

これに伴い、対象医薬品について、一部保険外療養の特別の料金の対象であるか、対象外であるかが処方箋において明確になるよう、令和9年3月1日付けで処方箋様式の改正を行う。

(2) 処方箋様式上、「一部保険外療養」欄を新設し、対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象である場合は「○」を、特別の料金の対象外である場合は「―」を対象医薬品ごとに記載することとする（図表1）。処方箋における対象医薬品の記載方法については、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）別紙2の第5「処方箋の記載上の注意事項」においても示しているため、参照する。

(3) 保険医療機関は、必要に応じ、一部保険外療養の対象医薬品の使用により特別の料金が生じることの情報提供や、患者からの特別の料金の対象か対象外かの質問等に対する説明を、患者に行うことが適当である。なお、本制度は、対象医薬品の処方を控えることを意図するものではなく、処方医においては、本制度の対象医薬品か否かに関わらず、引き続き、個々の患者の症状等に応じて、最適な薬剤を処方する。

(4) 保険薬局の薬剤師は、対象医薬品の調剤に当たっては、処方箋の「一部保険外療養」欄に「○」の記載があれば一部保

険外療養の特別の料金の支払いを受け、「一」の記載の場合は、特別の料金の対象外とする。処方箋に対象医薬品が記載されている場合において、「一部保険外療養」欄に「○」又は「―」が記載されていない場合は、処方医に疑義照会を行う。ただし、当該処方箋を持参した患者が「18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者への処方又は調剤」又は「妊婦、妊娠している可能性がある者又は授乳婦が、代替性が特に高い要指導医薬品又は一般用医薬品を服用できない場合の処方又は調剤」に該当する場合は、当該患者の年齢等を確認することにより、一部保険外療養の特別の料金の対象外であることが明らかであることから、疑義照会を行うことなく、一部保険外療養の特別の料金は求めなくてよい。この場合においても、事後的に処方医に報告をする。

2 処方箋に係る長期収載品の選定療養との関係

(1) 第1の5のとおり、一部保険外療養の対象医薬品であって長期収載品でもある医療用医薬品については、

- ・一部保険外療養の特別の料金の対象である場合は、長期収載品の選定療養の特別の料金の対象外
- ・一部保険外療養の特別の料金の対象外である場合で、患者の自己の選択で長期収載品を使用する場合は、長期収載品の選定療養の特別の料金の対象

という関係のため、同一の対象医薬品について、一部保険外療養と長期収載品の選定療養が重複して適用されることはない。

図表1 一部保険外療養の対象医薬品（長期収載品非該当）の場合の処方箋記入例

変更不可（医療上必要）	患者希望	一部保険外療養	処方欄	処方箋の見方
		○	対象医薬品名（一般名処方含む）	一部保険外療養の特別の料金の対象
		―	対象医薬品名（一般名処方含む）	一部保険外療養の特別の料金の対象外

図表2 一部保険外療養の対象医薬品であり長期収載品でもある場合の処方箋記入例

変更不可（記載上必要）	患者希望	一部保険外療養	処方欄	処方箋の見方
	×	○	長期収載品名	一部保険外療養の特別の料金の対象
×		○	長期収載品名	長期収載品の選定療養の特別の料金の対象外
		○	長期収載品名	長期収載品の選定療養の特別の料金の対象外
	×	―	長期収載品名	一部保険外療養の特別の料金の対象外
×		―	長期収載品名	一部保険外療養の特別の料金の対象外
		―	長期収載品名	一部保険外療養の特別の料金の対象外
		―	長期収載品名	長期収載品の選定療養の特別の料金の対象（患者が後発医薬品に切り替えた場合を除く）

※ 「変更不可（医療上必要）」及び「患者希望」欄のいずれにも「✓」又は「×」の記載がない場合は、後発医薬品へ変更可能。

(2) 処方医が一部保険外療養の対象医薬品である長期収載品を銘柄名処方する場合は、処方箋の記載の手順は、「一部保険外療養」欄に、一部保険外療養の特別の料金の対象である場合は「○」を、特別の料金の対象外である場合は「一」を記載の上、長期収載品の使用について「変更不可（医療上必要）」又は「患者希望」いずれかに該当する場合は、「変更不可（医療上必要）」又は「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載することになる（図表2）。

(3) 保険薬局の薬剤師においては、「一部保険外療養」欄に「○」の記載があれば、「変更不可（医療上必要）」又は「患者希望」欄の記載に関わらず一部保険外療養の特別の料金の支払いを受ける。

「一部保険外療養」欄に「一」の記載がある場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外であり、その上で「患者希望」欄に「✓」又は「×」の記載がある又は「変更不可（医療上必要）」及び「患者希望」欄のいずれにも「✓」又は「×」の記載がなく保険薬局における調剤の段階で患者が長期収載品を希望した場合は、長期収載品の選定療養の特別の料金の支払いを受ける。

3 経過措置

保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令（令和8年厚生労働省令第143号）の施行の際現にある同令第1条の規定による改正前の保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）の様式（以下「改正前処方箋」という）については、当分の間、これを書き等で修正することにより、使用することができる。

改正前処方箋を使用し、対象医薬品を処方する場合は、処方する対象医薬品名の近傍に「一部保険外療養」として、一部保険外療養の特別の料金の対象である場合は「○」を、特別の料金の対象外である場合は「一」を記載すること等により、医薬品ごとに、当該判断が保険薬局へ明確に伝わるようにする。

また、令和9年3月1日より前に対象医薬品が処方され、同日以降に当該処方箋が保険薬局に提出された場合（リフィル処方箋や分割指示のある処方箋の2回目以降の調剤を含む）は、当該処方箋の取扱いは制度施行前の取扱いと、一部保険外療養の特別の料金の対象とはならない。

第3 診療報酬明細書

保険医療機関は、対象医薬品を一部保険外療養の対象とせず処方する場合は、診療報酬明細書にその理由を記載しなければならない。詳細は、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）を参照する。

第4 特別の料金の支払い

一部保険外療養の対象医薬品の処方又は調剤を行う場合は、院内処方の場合は保険医療機関において、院外処方の場合は保険薬局において、一部保険外療養の特別の料金として、対象医薬品の薬価に4分の1を乗じて得た価格に投薬全量に乗じて得た額の支払いを患者から受ける。

保険医療機関又は保険薬局は、特別の料金の支払いを受けるに当たっては、処方又は調剤する医療用医薬品が要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高いことから、一部保険外療養として薬剤費の4分の1を特別の料金としてお支払いいただくことについて説明を行うことが適当である。なお、第1の4の一部保険外療養の対象とならない場合に該当する場合は、特別の料金の対象外であるため患者への説明等は不要であるが、第2の1の(3)のとおり、処方医においては、診察時に、患者からの特別の料金の対象か対象外かの質問等に対し、患者に説明を行うことが適当である。

その他、特別の料金の支払い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」の第3の32を参照する。

（別紙）要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象とならない場合の考え方

1. はじめに

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品（以下「対象医薬品」という）の処方又は調剤に係る一部保険外療養（以下単に「一部保険外療養」という）は、医療保険制度の持続可能性を確保する観点から、患者が対象医薬品の処方又は調剤を受ける場合は、原則として特別の料金をお支払いいただくものである。ただし、引き続き必要な医療を確保する観

点から、後述する一定の者・療養においては、一部保険外療養の対象とはせず、特別の料金を求めないこととする。

一部保険外療養の特別の料金の対象か、対象外かの判断は、対象医薬品の処方時に保険医療機関・処方医によって行われるものであり、その判断となる基準について、下記のとおり定めることとした。

2. 特別の料金の対象・対象外の考え方

一部保険外療養については、対象医薬品の処方又は調剤を受ける場合は、原則として特別の料金の対象となるが、下記（1）から（9）までのいずれかに該当する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となることから、保険医療機関・処方医は、対象医薬品の処方を行う場合は、これらに該当するかについて確認する。

(1) 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者への処方又は調剤

18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者に対して対象医薬品を使用する場合については、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。

なお、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者に該当するかは処方時に判断することとし、調剤時に18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間ではなくなった場合（当該3月31日を過ぎて4月1日以降となった場合）においても、引き続き特別の料金の対象外として取り扱う。また、4月1日に18歳となる者の取扱いについては、民法（明治29年法律第89号）第143条を踏まえ、前日の3月31日に満18歳になったものとして取り扱う。

(2) がん又はがん治療に関連して生じた状態への処方又は調剤

・基本的な考え方

がんの治療中に、がん又はがん治療に関連して生じた状態に対して対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。なお、がん患者であっても、当該がん又はがん治療に関連して生じた状態以外の症状に対して対象医薬品を使用する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外とはならず、特別の料金の対象となる。

・特別の料金の対象外となる範囲

「がんの治療中」とは、確定診断されたがん（悪性腫瘍を含む）を有する患者のうち、単に診断歴を有することのみをもって



判断するのではなく、当該がん又はその治療に関連して生じた状態に対し、現に治療行為を伴う診療を継続的に受けている場合又は治療開始に向けて具体的な治療計画の下で継続的な診療管理を受けている場合をいう。そのため、例えば、患者が、疼痛を訴えている場合において、がんの可能性が疑われるものの、がんの確定診断に至っていない段階においては、「がんの治療中」には該当せず、当該疼痛に対する対象医薬品の処方、特別の料金の対象となる。

「がんの治療中に、がん又はがん治療に関連して生じた状態」とは、具体的には、がんの治療中に生じたがんによる症状、薬物療法、放射線療法、手術療法に伴う副作用又は有害事象その他がん治療に関連する状態をいう。当該状態に対して対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。

・具体的な考え方

1 診断名に「がん」と直接表記されない悪性腫瘍（脳腫瘍、骨肉腫、白血病、悪性リンパ腫など）の取扱い

悪性腫瘍も「がん」に含まれる。

2 「がん治療中」に該当する場合

具体例としては、以下のとおり。

- ・外来にて抗がん剤等の薬物療法を継続的に受けている場合
- ・病理検査等によりがんと診断され、術前化学療法又は手術に向けた診療計画が既に決定されている場合
- ・菌状肉腫などの皮膚悪性リンパ腫に対し、ステロイド外用薬、抗ヒスタミン薬を使用する場合

3 「がん治療中」に該当しない場合

具体例としては、以下のとおり。

- ・過去にがんの診断歴はあるが、現在は再発なく、定期受診のみ継続している場合
- ・がん術後で、定期的な画像検査等による経過観察を受けているものの、がんに対する薬物療法等の治療行為は終了している場合
- ・がんの疑い、再発疑いで精査中の場合
- ・前がん病変の状態でがんの診断ではない場合

4 特別の料金の対象外となる「がん又はがん治療に関連して生じた状態」の具体例

具体例としては、以下のとおり。

- ・がん治療薬の副作用の支持療法（便秘、口内炎、皮膚障害等）を受けている場合

- ・がん治療に伴う好中球減少期の発熱、感染疑いの場合に使用するかぜ薬、解熱鎮痛剤を処方する場合

- ・緩和ケアを受けている場合

5 特別の料金の対象外となる「がん又はがん治療に関連して生じた状態」には該当しない場合の具体例

具体例としては、以下のとおり。

- ・がん治療中だが、がん治療との関連が薄い症状（花粉症、水虫、黴菌等）の場合
- ・がん治療中だが、がん治療に伴わない一般的な症状（便秘、風邪、腰痛等）の場合
- ・過去にがんの診断歴があるものの、当該がんの治療中ではない患者について、対象医薬品を使用する場合。

なお、(7)で後述する「医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤」の「特別の料金の対象外となる範囲」など、他の特別の料金の対象外となる場合に該当する場合は、特別の料金の対象外となる。

6 がん治療終了後の取扱い

がん治療終了後に対象医薬品を使用する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外とはならず、特別の料金の対象となる。

がん治療により生じた後遺症に対する治療を行う場合であっても、原因となったがんそのものの治療が終了している場合は、同様に一部保険外療養の特別の料金の対象となる。

ただし、当該後遺症に対する対象医薬品の使用（手術後の便秘症に酸化マグネシウムを長期使用する場合、慢性移植片対宿主病で免疫抑制剤などの全身療法の治療歴（直近1年間）があり、保湿剤を長期使用する場合等）が、(7)で後述する「医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤」の「特別の料金の対象外となる範囲」など、他の特別の料金の対象外となる場合に該当する場合は、特別の料金の対象外となる。

(3) 指定難病若しくは小児慢性特定疾病（18歳から20歳までの者に限る）又は指定難病若しくは小児慢性特定疾病に関連して生じた状態への処方又は調剤

・基本的な考え方

指定難病若しくは18歳から20歳までの

小児慢性特定疾病（以下「指定難病等」という）又は指定難病等に関連して生じた状態に対して対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。なお、指定難病等患者であっても、当該指定難病等又は当該指定難病等に関連して生じた状態以外の症状に対して対象医薬品を使用する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外とはならず、特別の料金の対象となる。

・特別の料金の対象外となる範囲

指定難病等の患者であって、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）に基づく医療受給者証又は指定難病登録者証若しくは児童福祉法（昭和22年法律第164号）に基づく医療受給者証又は小児慢性特定疾病登録者証を有する者に係る指定難病等又は指定難病等に関連して生じた状態に対する対象医薬品の処方、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。

指定難病等であることの確認は、医療受給者証又は指定難病登録者証又は小児慢性特定疾病登録者証を用いて行う。

ただし、当面の間（令和9年度末まで）は、医療受給者証又は指定難病登録者証を有していなくても、後述する患者が指定難病であることを客観的に確認できる一定の書類を示した場合は、指定難病又は指定難病に関連して生じた状態に対する対象医薬品の処方について、一部保険外療養の特別の料金の対象外とする。

・具体的な考え方

1 医療受給者証又は指定難病登録者証を有していなくても、患者が指定難病であることを客観的に確認できる一定の書類の具体例

当面の間、医療受給者証又は指定難病登録者証に加え、指定難病であることの確認に用いることのできる「患者が指定難病であることを客観的に確認できる一定の書類」とは、具体的には以下のとおり。いずれも写しを含む。

- ・特定医療費（指定難病）の支給認定を行わない旨の通知書（指定難病の診断基準は満たしているものの、重症度基準を満たさないこと等を理由として支給認定を行わない旨が記載された通知書をいう）

※ 指定難病の診断基準を満たさないこと（指定難病には該当しないこと）を理由として支給認定を行わない旨が記載された通知書など、当該通知書から指定

難病であることを確認できないものは含まれない。

- ・臨床調査個人票
- ・臨床調査個人票を作成中である旨を記載した書類

臨床調査個人票を作成中である旨を記載した書類とは、患者本人の臨床調査個人票を作成する難病指定医と同一の医師が作成し、臨床調査個人票が交付されるまでの間の確認書類として用いるものである。なお、当該書類については、別添様式（略）を用いることとする。

なお、上記書類以外の、例えば、医師による紹介状や診療録への記載等については、指定難病であることの確認の正確性や本制度の運用の統一性の担保の観点から、特別の料金の対象外とする確認書類としては用いない。

2 難病指定されていない慢性疾患への処方に対する取扱い

(7)で後述する「医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤」の「特別の料金の対象外となる範囲」に該当する場合など、他の特別の料金の対象外となる場合に該当する場合は、特別の料金の対象外となるが、これらの疾患は指定難病等には該当しないため、指定難病等として特別の料金の対象外となる場合には該当しない。

(4) 国の公費負担医療における処方又は調剤

国の公費負担医療において対象医薬品を処方又は調剤する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。

国の公費負担医療については、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条第1項に規定する公費負担医療のみならず、国が法律等（法律に限られない）によりその要綱等を定め実施しているものをいい、国以外の地方自治体等が地方単独事業として行っているものは含まれない。

保険医療機関は、各国の公費負担医療の受給者証や患者による国の公費負担医療の対象者である旨の客観的資料の提示により確認することとする。

なお、特別の料金の対象外となるのは、国の公費負担医療において対象医薬品を処方又は調剤する場合であり、国の公費負担医療の対象者であっても当該国の公費負担医療が助成等の対象としていない他の症状

等に対して対象医薬品を使用する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外とはならず、特別の料金の対象となる。

※療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令に規定されている主な国の公費負担医療の例

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律、戦傷病者特別援護法、母子保健法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律、石綿による健康被害の救済に関する法律又は特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法等による公費負担医療

(5) 入院時の処方（退院時処方を含む）

入院時に対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。なお、この場合の「入院時」には退院時の処方も含まれる。

入院中の患者が、他の保険医療機関を受診した場合の取扱いについては、当該他の医療機関において処方又は処方箋を交付した場合は、「入院時」には該当せず、当該処方又は処方箋の交付は、一部保険外療養の特別の料金の対象となる。

(6) 侵襲を伴う検査、処置又は手術に伴う処方又は調剤（当該検査等後、14日以内分の処方又は調剤に限る）

・基本的な考え方

侵襲を伴う検査、処置又は手術（以下「検査等」という）後、同日に対象医薬品を処方した場合は、14日以内分の処方に限り、一部保険外療養の特別の料金の対象外とする。15日以上分の処方を行う場合又は14日以内分の処方又は調剤を行った後に追加で処方又は調剤を行った場合は、特別の料金の対象となる。

なお、侵襲性の有無に関わらず、検査、処置又は手術中に対象医薬品を使用する場合は、対象医薬品の処方又は調剤に該当しないことから、一部保険外療養の特別の料金の対象外である。

・特別の料金の対象外となる範囲

一部保険外療養の特別の料金の対象外となるのは、外来で実施される以下の検査等が主要因となって生じた症状に対し、対象医薬品を使用する場合とする。

医科診療報酬点数表においては、第3部「検査」のうち、生検、穿刺その他の侵襲を伴う検査、第9部「処置」及び第10部「手術」とし、歯科診療報酬点数表においては、

第3部「検査」のうち侵襲を伴う検査、第8部「処置」、第9部「手術」、第12部「歯冠修復及び欠損補綴」及び第13部「歯科矯正」とする。

上記検査等が主要因ではなく、対象医薬品を使用する目的となる症状が当該検査等以前から生じていた場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象となる。また、検査等の実施中に使用された対象医薬品については特別の料金の対象外となる。

・具体的な考え方

1 特別の料金の対象外となる侵襲を伴う検査、処置又は手術に伴う対象医薬品の使用の具体例

具体例としては、以下のとおり。

- ・抜歯手術に伴って生じた抜歯創の疼痛に対し、疼痛管理を目的として新たに鎮痛薬を使用する場合
- ・皮膚生検後に生検部位に生じた急性疼痛に対し、疼痛管理を目的として新たに鎮痛薬を使用する場合
- ・褥瘡に対する外科的デブリードマン、切開又は排膿の実施後に、当該処置に伴う創傷管理を目的として新たに外用薬を使用する場合
- ・骨折に対する非観血的整復術の実施後に、当該整復処置に伴う急性疼痛に対し疼痛管理を目的として新たに鎮痛薬を使用する場合

2 特別の料金の対象外となる侵襲を伴う検査、処置又は手術に伴う対象医薬品の使用に該当せず、特別の料金の対象となる具体例

具体例としては、以下のとおり。

- ・鼻処置を実施したアレルギー性鼻炎の患者に対して、抗アレルギー薬が処方される場合
- ・小外科処置後の再診時に、創部とは異なる部位の慢性的な疼痛に対して湿布薬が使用される場合
- ・手の創傷に対する縫合等を実施した患者に対して、当該処置に伴う創傷管理への対応ではなく便通改善を目的として下剤が使用される場合
- ・大腸内視鏡検査前に検査の実施を目的として下剤が使用される場合
- ・ギブスシーネ固定等の捻挫処置を実施した患者に対して、当該捻挫による疼痛に対し鎮痛薬が使用される場合
- ・造影検査（硫酸バリウム）後に便秘の予防を目的として下剤が使用される場合



3 上部消化管内視鏡検査実施中に炭酸水素ナトリウムが使用される場合や日帰りの短期手術中に消毒用エタノールが使用される場合など、侵襲を伴う検査、処置又は手術の実施中に対象医薬品を使用する場合の取扱い

検査等の実施中に対象医薬品を使用する場合は、「対象医薬品の処方又は調剤」には該当しないことから、特別の料金の対象外となる。

4 大腸内視鏡検査前に検査目的として下剤が処方される場合など、検査等の実施に必要な対象医薬品を事前に処方する場合の取扱い

特別の料金の対象となる。検査等の実施に必要な対象医薬品の使用は、検査等を主要因として生じた症状に対する使用には該当しない。また、検査等の実施前に処方されることから、処方時点では実際に検査等が実施されるか否かを確認することが困難である。このため、特別の料金の対象となる。

5 検査等を行う前から症状が存在し、当該症状に対して対象医薬品の処方を受けていた患者について、検査等後同日に同一成分の対象医薬品を処方する場合の取扱い

特別の料金の対象となる。検査等を行う前から同一症状に対して対象医薬品が処方されている場合には、当該処方が検査等に伴って生じた症状への対応によるものか判別することが困難であることから、特別の料金の対象となる。

6 検査等前から症状が存在し、医療用医薬品の処方を受けていた患者について、検査等後に当該医薬品と同一の薬効を有する別成分の対象医薬品を新たに処方する場合の取扱い

特別の料金の対象となる。処置前から当該症状が存在する場合には、処方する医療用医薬品の有効成分が異なる場合であっても、当該処方が検査等に伴って生じた症状への対応によるものか判別することが困難であることから、特別の料金の対象となる。

7 検査等を実施した日には処方せず、翌日以降に対象医薬品を処方した場合の取扱い

特別の料金の対象となる。侵襲を伴う検査、処置又は手術と同日に、当該医療行為に伴って生じた症状への対応として対象医薬品を新たに処方する場合は、特別の料金

の対象外となるが、翌日以降の対象医薬品の処方は、特別の料金の対象となる。

8 リハビリテーションの実施に伴う処方をする場合の取扱い

特別の料金の対象となる。侵襲を伴う検査、処置又は手術と同日に、当該医療行為に伴って生じた症状への対応として対象医薬品を新たに処方する場合は、特別の料金の対象外となるが、リハビリテーションの実施に伴う処方は、特別の料金の対象となる。

(7) 医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤

・基本的な考え方

医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。

・特別の料金の対象外となる範囲

一部保険外療養の特別の料金の対象外となる場合は、医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合であって、以下のいずれかに該当する場合である。

① 内服薬

年間を通じた継続使用がなされ、年間処方日数がおおむね 50 週（1 年）である。

② 外用薬

以下のいずれかに該当する。

・点眼薬について、通年性のアレルギー性結膜炎等の治療のため、医師の指示の下で毎日使用し、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合

・ヘパリン類似物質及び尿素について、アトピー性皮膚炎の治療のため、医師の指示の下で毎日使用し、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合

・ステロイド外用薬について、再燃を繰り返すアトピー性皮膚炎に対し、プロアクティブ療法として、医師の指示の下で年間を通じた継続使用の実績が認められる場合

また、当面の間（令和 10 年度末まで）は、上記に加え、以下についても特別の料金の対象外とする。

・鎮痛消炎外用薬について、慢性かつ重度の疾患〔例：変形性膝関節症における

Kellgren-Lawrence (KL) 分類の Grade 4〕に対して、医師が年間を通じた疼痛管理として、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合

・皮膚保湿剤、皮膚保護剤及び角化症治療剤について、症状等が十分に改善せず、免疫抑制剤等による全身療法を直近 1 年以内に併用した治療歴がある場合であって、医師の指示の下で毎日使用し、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合

外用薬については、上記のいずれかに該当しない場合は、仮に年間を通じた処方が行われていた場合であっても、一部保険外療養の特別の料金の対象となることに留意する。

なお、上記に該当するかを判断するに当たっては、一部保険外療養の施行前の服薬歴を考慮することが可能である。

・具体的な考え方

1 内服薬の年間処方日数がおおむね 50 週であるかどうかの基準

「年間処方日数がおおむね 50 週（1 年）」に該当するかは、一律に 50 週の処方実績を求めるのではなく、半年間の対象医薬品の使用の継続が確認され、対象医薬品の年間を通じた長期使用（直近の実績を含めおおむね 50 週の継続）が医療上必要であると医師が認めている状態であれば、一部保険外療養の特別の料金の対象外と判断して構わない。

他方で、医師が対象医薬品の年間を通じた長期使用が必要であると判断しても

・初診時を含め、過去半年間の使用の継続が、診療情報提供書、お薬手帳、オンライン資格確認による薬剤情報等、診療時に患者が示す情報において確認できない場合は、少なくとも半年間の対象医薬品の使用実績が生じるまでの間は、当該対象医薬品の処方については、一部保険外療養の特別の料金の対象となる。

・半年間の使用継続がなされた時点で以降の対象医薬品の処方が自動的に一部保険外療養の特別の料金の対象外とされるのではなく、半年経過時点において、今後も対象医薬品の年間を通じた長期使用の医療上の必要性が存在することが必要である（例えば、半年経過時点で、残り半年以内に対象医薬品の処方が不要になると見込まれる場合は、引き続き特別の料金の対象とする）。

に留意する。

2 外用薬における年間を通じた継続使用の実績が認められる場合の基準

「年間を通じた継続使用の実績が認められる場合」に該当するかは、内服薬と同様に一律に年間の処方実績を求めるのではなく、半年間の対象医薬品の使用の継続が確認され、対象医薬品の年間を通じた長期使用〔直近の実績を含めおおむね50週（1年）の継続〕が医療上必要であると医師が認めている状態と判断して構わない。

3 長期使用の服薬期間の確認の取扱い

「半年間」の服薬歴については、自保険医療機関での服薬歴に限られるものではなく、診療情報提供書、お薬手帳、オンライン資格確認による薬剤情報等、診療時に患者が示す情報を踏まえ、過去の診療経過又は服薬歴を加味することが可能である。例えば、他保険医療機関で4か月間継続して治療・処方を受けた後、自保険医療機関で2か月間治療・処方を継続している場合には、他保険医療機関での治療歴を合わせて6か月程度の使用実績と判断して構わない。

なお、過去の服薬歴の確認に当たっては、医師に対して過去の服薬歴を網羅的に確認することを求めるものではなく、患者が示す情報を踏まえ、判断することで足りる。

また、オンライン資格確認による薬剤情報については、レセプト情報の反映に一定の期間を要することにより半年間の直近の使用実績を確認できない場合であっても、当該確認できない期間を除く半年間の服薬歴から継続的な使用実績が確認できる場合には、半年間の使用の実績があるものとして取り扱って構わない。

4 屯服薬の取扱い

特別の料金の対象となる。

特別の料金の対象外とする「医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合」については、対象医薬品について計画的に毎日服用する場合をその対象としている。

そのため、急性の症状に対して対症療法的に使用される屯服薬については、定期的な処方を行っている場合であっても、特別の料金の対象となる。

5 対象医薬品を一定の期間に反復して使用しているが、年間を通じた継続使用ではない場合の取扱い

特別の料金の対象となる。

特別の料金の対象外とする長期使用とは、年間を通じて症状が持続し、計画的に毎日服用する場合をいう。季節性アレルギー性鼻炎その他特定の期間に限って反復的に症状が出現する場合や、慢性疾患であっても症状に応じて月に数日など一定の期間に限って対象医薬品を反復的に使用する場合には、複数年にわたり繰り返し使用している場合であっても特別の料金の対象となる。

少なくとも服用開始から半年間にわたり、症状の持続又は反復と対象医薬品の継続的又は反復的な使用が確認された場合は、当該医薬品を通年で使用すること〔直近の実績を含め少なくとも50週（1年）の継続〕が医療上必要であると医師が認めている場合に該当すれば、特別の料金の対象外となる。

6 患者の入院や仕事等の事情により、通院や服用に中断が生じた場合の取扱い

一時的に対象医薬品が使用されていない期間が生じた場合であっても、中断前の処方終了日から1ヶ月以内に、同一病名又は同一症状に対して対象医薬品の処方が再開された場合には、長期使用の継続性を損なわないものとして取り扱う。

中断期間が1ヶ月を超える場合であっても、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合は継続性を損なわないものとして引き続き特別の料金の対象外として取り扱う。

7 対象医薬品と同じ成分の要指導医薬品又は一般用医薬品を一時的に服用している場合の取扱い

要指導医薬品又は一般用医薬品の使用状況については医師において把握することが困難であることから、年間を通じた継続使用の実績は、医療用医薬品の使用歴のみで判断する取扱いとする。

8 長期に使用している対象医薬品について、剤形（錠剤、OD錠、ドライシロップ等）が変更されたが、同一成分の使用を継続している場合の取扱い

剤形が変更されても、同一成分の使用であれば、引き続き、特別の料金の対象外とする。

9 アトピー性皮膚炎へのステロイド外用薬の使用について、普段はプロアクティブ療法を行っているが、一部の部位で急性増悪を認める場合の取扱い

全体としてプロアクティブ療法による長

期管理の一環としてステロイド外用薬を使用している場合は、急性増悪部位への追加使用についても、特別の料金の対象外となる。また、ステロイド外用薬の強さを変更することが診療ガイドラインに位置づけられている治療法であることから別のステロイド外用薬の対象医薬品に変更した場合であっても、特別の料金の対象外となる。

10 皮膚保湿剤・皮膚保護剤・角化症治療剤について、症状等が十分に改善せず、免疫抑制剤等による全身療法を併用した治療歴がある場合であって、医師の指示の下で毎日使用し、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合にある「免疫抑制剤等」の取扱い

特別の料金の対象外となる。この場合の全身療法とは、免疫抑制剤、経口JAK阻害薬又は生物学的製剤の投与による治療をいう。

(8) 類似の要指導医薬品又は一般用医薬品において承認されている効能・効果では対応できない状態への処方又は調剤

・基本的な考え方

要指導医薬品又は一般用医薬品において承認されている効能・効果では対応できない状態に対して、当該要指導医薬品又は一般用医薬品と代替性が特に高い対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外とする。

※ 必要な受診を行った上で、結果的に対象医薬品を使用する場合に特別の料金をご負担いただく本制度においては、その対象医薬品は、要指導医薬品又は一般用医薬品と成分、投与経路が同一で、一日最大用量が異ならない、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品としており、対象医薬品と要指導医薬品又は一般用医薬品とで治療目的が明らかに異なる場合等を除き、原則として効能・効果は対応するものとして整理した。

・特別の料金の対象外となる範囲

一部保険外療養の特別の料金の対象外となる場合の、対象医薬品と効能・効果の一覧については、「要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象医薬品等について」（令和8年9月30日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）において示しているため、当該一覧に記載の対象医薬品について、当該一覧に記載の効能・効果を目的に処方する場合は、特別の料金の対象外とし、当該一覧に該当しない

場合は、特別の料金の対象とする。

具体例

フェキソフェナジン塩酸塩	
医療用医薬品の効能・効果	一般用医薬品の効能・効果
アレルギー性鼻炎、蕁麻疹、皮膚疾患（湿疹・皮膚炎、皮膚そう痒症、アトピー性皮膚炎）に伴うそう痒	花粉、ハウスダスト（室内塵）などによる次のような鼻のアレルギー症状の緩和：くしゃみ、鼻水、鼻づまり

この場合、一般用医薬品において、「蕁麻疹、皮膚疾患（湿疹・皮膚炎、皮膚そう痒症、アトピー性皮膚炎）に伴うそう痒」は効能・効果として認められていないことから、医療用医薬品のフェキソフェナジン塩酸塩を、これらの効能・効果を目的に処方する場合は、特別の料金の対象外となる。

・具体的な考え方

- 1 対象医薬品について、一部保険外療養の対象となる効能・効果と対象外となる効能・効果の双方を有する患者に処方する場合の取扱い

医師が対象外となる効能・効果に対する

治療目的として処方する場合は、当該対象医薬品の使用は特別の料金の対象外となる。

2 アトピー性皮膚炎に対するヘパリン類似物質の取扱い

実臨床においてアトピー性皮膚炎に伴う皮脂欠乏症、進行性指掌角皮症として広く使用されている場合については、一般用医薬品の効能・効果に含まれる手指のあれ、ひび、乾皮症と実質的に対応するものと整理しており、特別の料金の対象となる。

ただし、アトピー性皮膚炎への保湿剤の使用については、(7)「医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤」に記載のとおり、医師の指示の下で毎日使用し、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合は、特別の料金の対象外となることに留意する。

- (9) 要指導医薬品又は一般用医薬品の使用が特に困難である場合における処方又は調剤（妊婦、妊娠している可能性がある

者又は授乳婦が、代替性が特に高い要指導医薬品又は一般用医薬品を服用できない場合の処方又は調剤をいう）

要指導医薬品又は一般用医薬品の添付文書において、妊婦、妊娠している可能性がある者又は授乳婦について「服用しないこと」等と記載されているものと同じ成分の医療用医薬品を処方する場合は、特別の料金の対象外とする。

該当する対象医薬品の一覧については、「要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象医薬品等について」を参照する。

また、妊婦、妊娠している可能性がある者、授乳婦であることを確認する方法としては、本人申告（問診票）を基本とするが、必要に応じて、患者が示す母子健康手帳、診療録等の情報に基づき、医師が判断する。

※ 一部保険外療養の取扱いに係る他の通知・事務連絡は次月号に掲載予定です。

通

「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」等の一部改正

令和8年9月30日
保医発 0930 第2号

【解説】10月1日から適用されます。

(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」の一部改正

(p.480 左段 19 行目の次に挿入)

→穿刺液・採取液検査

- (15) CXCL10（髄液）は、HTLV-1 関連脊髄症の疾患活動性評価の目的で、以下のア又はイのいずれかに該当する患者において ELISA 法により測定した場合に、原則として1年に1回に限り、本区分の「14」リン酸化タウ蛋白の所定点数と「15」アミロイドβ42/40比の所定点数を合算した点数を準用して算定する。ただし、治療内容を変更した場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り更に算定できる。なお、いずれの場合も、算定に当たっては以下のア又はイいずれの対象患者に該当するか及び医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア 新たに HTLV-1 関連脊髄症と診断された患者

イ 既に HTLV-1 関連脊髄症と診断されている患者のうち、疾患活動性が

「高」又は「中」と評価された患者

(令8保医発 0305・6, 0930・2)

(p.535 右段下から 23 行目の次に挿入)

→ PCR-rSSO 法により抗酸菌核酸多項目同時検出（計 28 項目以上）を実施した場合

喀痰又は培養菌中の DNA 検出を目的として、PCR-rSSO 法により抗酸菌核酸多項目同時検出（計 28 項目以上）を実施した場合に、一連の治療につき1回に限り、本区分の「25」の「ロ」SARS-CoV-2 核酸検出を含まないものの所定点数を準用して算定する。

ア 以下の（イ）又は（ロ）のいずれかに該当する患者において実施した場合に限り算定できる。なお、算定に当たっては対象患者及び医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（イ）BCG 膀胱内注入療法後であって、発熱等の症状があり結核菌と BCG 株の鑑別が必要な患者

（ロ）肺結核及び肺非結核性抗酸菌症のいずれかが疑われる患者

イ 以下の施設基準を満たした保険医療機関で実施した場合に限り算定できる。感

染症に係る診療を専ら担当する常勤の医師（専ら感染症に係る診療の経験を5年以上有するものに限る）が1名以上又は臨床検査を専ら担当する常勤の医師（専ら臨床検査を担当した経験を5年以上有するものに限る）が1名以上配置されている。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。

(令8保医発 0930・2)

(別添2)「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」の一部改正

(p.1053 右段下から 15 行目、下線部訂正)

→血管内手術用カテーテルの算定

ク 血栓除去用カテーテル

- e 経皮的血栓除去用・破砕吸引型のうち、血栓を吸引するためのカテーテルと、血栓の吸引を補助するためのワイヤーからなるものについては、（以下略）

他

支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）

令和8年9月30日
社会保険診療報酬支払基金

【解説】「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」10事例が示され、これまでのと合わせて881事例となりました。

【医学管理等】

872. 小児運動器疾患指導管理料（足関節捻挫）

足関節捻挫に対する B001「28」小児運動器疾患指導管理料の算定は、原則として認められない。

【検査】

873. EEG8（熱性痙攣）

熱性痙攣における D235 脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む）（EEG8）の算定については、原則として認められる。

874. 片側の眼球ろうに対する精密眼底検査（両）

片側の眼球ろうに対する D255 精密眼底検査（両）の算定は、原則として認められない。

875. 単なる糖尿病網膜症等に対する眼底カメラ撮影

単なる糖尿病網膜症に対する D256 眼底

カメラ撮影「3」自発蛍光撮影法の場合、並びに網膜前膜に対する D256 眼底カメラ撮影「2」蛍光眼底法の場合、「3」自発蛍光撮影法の場合の算定は、原則として認められない。

【画像診断】

876. 脳挫傷に対する造影剤使用加算（MRI）

脳挫傷に対する造影剤使用加算（MRI）及び当該撮影に使用した造影剤の算定は、原則として認められない。

【注射】

877. 術中異常高血圧症の傷病名がない場合のニカルジピン塩酸塩【注射液】

- ① 術中異常高血圧症の傷病名がない場合の手術時におけるニカルジピン塩酸塩【注射液】（ペルジピン注射液 2mg 等）の算定は、原則として認められる。
- ② 術中異常高血圧症の傷病名がない場合のニカルジピン塩酸塩【注射液】（ペルジピン注射液 2mg 等）の算定は、手術翌日以降、原則として3日間まで認められる。

878. 乳癌のがん化学療法時のペグフィログラスチム（遺伝子組換え）

乳癌のがん化学療法時において、傷病名に「発熱性好中球減少症の発症抑制」がない患者に対するペグフィログラスチム（遺伝子組換え）（ジールスタ皮下注 3.6mg）の算定は、原則として認められる。

【手術】

879. 脳動脈瘤手術クリップ

一時的な周囲血管の血流遮断時に使用した脳動脈瘤手術クリップの算定は、原則として認められない。

880. 合成吸収性癒着防止材

次の手術に対する合成吸収性癒着防止材の算定は、原則として認められる。

- (1) K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術
- (2) K718-2 腹腔鏡下虫垂切除術「1」虫垂周囲膿瘍を伴わないもの

【病理診断】

881. 病理組織標本作製（皮膚）

同一疾患における「皮膚」に対する N000 病理組織標本作製の臓器数は、原則として1臓器まで認められる。