

日 薬 業 発 第 84 号

令 和 8 年 5 月 29 日

都道府県薬剤師会担当役員 殿

日 本 薬 剤 師 会

副 会 長 森 昌 平

令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

平素より、本会会務に格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正につきましては、令和 8 年 5 月 7 日付け日薬業発第 55 号にてお知らせしたところですが、今般、別添のとおり追加の通知等の一部訂正について連絡がありましたのでお知らせいたします。

つきましては、貴会会員へご周知下さいますようお願い申し上げます。

(別添)

令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

(令和 8 年 5 月 29 日付け事務連絡、厚生労働省保険局医療課)

< 抄 >

事 務 連 絡
令和 8 年 5 月 29 日

関 係 団 体 御中

厚生労働省保険局医療課

令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

標記につきまして、別紙のとおり、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)及び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)あて連絡するとともに別添団体各位に協力を依頼しましたので、貴団体におかれましても、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

事務連絡
令和8年5月29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

令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添8までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和8年3月5日付官報（号外第46号）及び令和8年3月27日付官報（号外第71号）に掲載された令和8年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添9のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

- ・「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」（令和8年3月5日保医発 0305 第6号）（別添1）
~~「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8年3月5日保医発 0305 第7号）（別添2）~~
- ・「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について」（令和8年3月5日保医発 0305 第8号）（別添3）
~~「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」（令和8年3月5日保医発 0305 第3号）（別添4）~~
~~「特定保険医療材料の定義について」（令和8年3月5日保医発 0305 第4号）（別添5）~~
- ・「「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8年3月27日保医発 0327 第2号）（別添6）
- ・「「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」の一部改正について」（令和8年3月27日保医発 0327 第6号）（別添7）
- ・「「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の一部改正について」（令和8年3月27日保医発 0327 第7号）（別添8）

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
(令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 6 号)

別添 1

医科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

第 1 部 初・再診料

第 2 節 再診料

A 0 0 1 再診料

(8) 電話等による再診

ア 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。

なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成 30 年 3 月 31 日以前に、3 月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、~~付 5~~の規定にかかわらず、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。

第 2 部 入院料等

<通則>

- 8 入院初日又は入院した日とは、特に規定する場合を除き、第 2 部通則~~5~~7に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

第 1 節 入院基本料

A 1 0 0 一般病棟入院基本料

- (3) 「注 3」の加算に係る入院期間の起算日は、第 2 部通則~~5~~7に規定する起算日とする。

A 1 0 2 結核病棟入院基本料

- (5) 「注 4」の加算に係る入院期間の起算日は、第 2 部通則~~5~~7に規定する起算日とする。

A 1 0 3 精神病棟入院基本料

- (1) 精神病棟入院基本料は、「注 1」の入院基本料、「注 2」の特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算並びに「注~~9~~10」の夜勤時間特別入院基本料から構成され、「注 1」の

調剤報酬点数表に関する事項

<調剤技術料>

区分 00 調剤基本料

9 在宅薬学総合体制加算

(1) 在宅薬学総合体制加算 1 は、在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制が整備されているとして、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（支）局長に届け出た保険薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費（以下「在宅患者訪問薬剤管理指導料等」という。）を算定する患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合に算定できる。

(2) 在宅薬学総合体制加算 2 は、在宅患者に対する高度な薬学的管理及び指導を行うために必要な体制が整備されており、かつ高度な薬学的管理及び指導に係る十分な実績を有するものとして、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（支）局長に届け出た保険薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費等を算定する患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合であって、単一建物診療患者が 1 人又は単一建物居住者が 1 人の場合はイ、それ以外の場合はロを算定できる。

(3)～(6) (略)

(7) 次のア又はイに該当する保険薬局において、ウ又はエの患者であって、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定するものが提出する処方箋を受け付けて調剤を行う場合は、当該患者の単一建物診療患者数又は単一建物居住者数にかかわらず、在宅薬学総合体制加算 2 のイを算定できる。

ア 地方厚生（支）局長に在宅薬学総合体制加算 1 に係る届出を行った保険薬局のうち、直近 1 年間ににおける在宅患者訪問薬剤管理指導料の 1、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、単一建物居住者が 1 人の場合の居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うものに限り、情報通信機器を用いるものを除く。）及び介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うものに限り、情報通信機器を用いるものを除く。）についての算定回数（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った場合を含む。）の合計が、在宅患者訪問薬剤管理指導料等に占める割合にかかわらず、計 480 回以上であるもの。

イ 地方厚生（支）局長に在宅薬学総合体制加算 2 に係る届出を行った保険薬局

ウ 「特掲診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）の別表第 8 の 2（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者）に該当する以下の患者（別表第 8 の 2）

(イ) 次に掲げる疾患に罹患している患者

- ・ 末期の悪性腫瘍
- ・ スモン
- ・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病
- ・ 後天性免疫不全症候群
- ・ 脊髄損傷
- ・ 真皮を越える褥瘡

(ロ) 次に掲げる状態の患者

- ・ 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態
- ・ 在宅血液透析を行っている状態
- ・ 在宅酸素療法を行っている状態
- ・ 在宅中心静脈栄養法を行っている状態
- ・ 在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態
- ・ 在宅自己導尿を行っている状態
- ・ 在宅人工呼吸を行っている状態
- ・ 植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
- ・ 肺高血圧症であって、プロスタグランジン I2 製剤を投与されている状態
- ・ 気管切開を行っている状態
- ・ 気管カニューレを使用している状態
- ・ ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
- ・ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

エ 「特掲診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）の別表第 8 の 3（在宅時医学総合管理料の注 10（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。））に該当し、本通知別添 1 第 2 章第 2 部「C 0 0 2」在宅時医学総合管理料及び「C 0 0 2－2」施設入居時等医学総合管理料の(23)に規定する状態にある以下の患者

(別表第 8 の 3)

(イ) 要介護三以上の状態又はこれに準ずる状態

介護保険法第 7 条に規定する要介護状態区分における要介護 3、要介護 4 若しくは要介護 5 である状態又は障害者総合支援法における障害支援区分において障害支援区分 2 以上と認定されている状態をいう。

(ロ) 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難が見られ、介護を必要とする認知症の状態

医師が「認知症高齢者の日常生活自立度」におけるランクⅢ以上と診断した状態をいう。

(ハ) 頻回の訪問看護を受けている状態

週 1 回以上訪問看護を受けている状態をいう。

(二) 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態

訪問診療又は訪問看護において、注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特掲診療料の施設基準等第 4 の 1 の 6 (3) に掲げる処置のうち、ヨからレまで及びツ

からフまでに規定する処置を除く。)を受けている状態をいう。

(ホ) 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設
に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態

特定施設、認知症対応型共同生活介護事業所、特別養護老人ホーム、障害者総合
支援法第5条第11項に規定する障害者支援施設等に入居又は入所する患者で
あって、医師による文書での指示を受け、当該施設に配置された看護職員による
注射又は処置を受けている状態をいう。処置の範囲はエの例による。

(ヘ) 麻薬の投薬を受けている状態

医師から麻薬の投薬を受けている状態をいう。

(ト) その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管
理を必要とする状態

以下のいずれかに該当する患者の状態をいう。

① 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川
崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧
血、血友病、血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨
系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症、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（同条第3項に規定する小児慢性
特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）及び同法第56条の
6第2項に規定する障害児に該当する状態である15歳未満の患者

② 出生時の体重が1,500g未満であった1歳未満の患者

③ 「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが10
以上である患者

④ 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づ
き、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特
掲診療料の施設基準等第4の1の6(3)に掲げる処置のうち、ヨからコまでに
規定する処置をいう。）を行っている患者

(8) 在宅薬学総合体制加算2のイの算定に当たっては、算定しようとする保険薬局が(7)
のア又はイのいずれに該当するかを調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、算
定対象の患者が(7)のウ又はエのうちいずれの状態に該当するかを調剤報酬明細書の
摘要欄に記載すること。

12 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、小数点以下第一位を四捨五入する。次に「注5」の地域支援・医薬品供給対応体制加算、「注6」の連携強化加算、「注7」のバイオ後続品調剤体制加算、「注8」の後発医薬品減算、「注12」の在宅薬学総合体制加算1、「注13」の在宅薬学総合体制加算2、「注14」の電子的調剤情報連携体制整備加算及び「注15」の門前薬局等立地依存減算のうち該当するもの（特別調剤基本料Aを算定する保険薬局においては、「注5」の地域支援・医薬品供給対応体制加算、「注7」のバイオ後続品調剤体制加算、「注12」の在宅薬学総合体制加算1及び「注13」の在宅薬学総合体制加算2の所定点数に100分の1

0 を乗じ、それぞれ小数点以下第一位を四捨五入する。) の加算等を行う。ただし、当該点数が 3 点未満になる場合は、3 点を算定する。

<薬学管理料>

区分 10 の 3 服薬管理指導料

4 服薬管理指導料 4

(4) 服薬管理指導料「4 のロ」の留意点

エ 在宅患者訪問薬剤管理指導料又は服薬管理指導料「4 のロ」を月 2 回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定回数は週 1 回を限度とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 から 3 までと合わせて週 2 回かつ月 8 回に限り算定できる。

14 服薬管理指導料の特例（手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局が算定する服薬管理指導料）

(1) 「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、3 月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料（服薬管理指導料 3 並びに服薬管理指導料 4 のイのうち介護老人福祉施設等の患者に係るもの、同 4 のロ及びハに係るものを除く。）の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合が 50% 以下である保険薬局であること。算定回数の割合は小数点以下を四捨五入して算出する。

区分 15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

(8) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴等に薬学管理料の通則（4）の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

イ 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医と連携する他の保険医から緊急予め定めた訪問の計画以外の要請があった日付及び当該要請の内容並びに当該要請に基づき訪問薬剤管理指導を実施した旨

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について

(令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 8 号)

第 1 特掲診療料の施設基準等

- 4 特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 2 条第 1 号に規定する育児休業、同条第 2 号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第 23 条第 2 項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第 24 条第 1 項の規定により同項第 2 号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項若しくは第 3 項、第 23 条の 3 又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第 2 届出に関する手続き

- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付すこと。

（中略）

口腔機能実地指導料

（口実地）第 号

第 4 経過措置等

表 1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

（中略）

- ・ 充実管理加算 1（脂質異常症を主病とする場合）（令和 8 年 3 月 31 日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）の注 4 又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注 4 に係る届出を行っている保険医療機関については、令和 9 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 充実管理加算 2（脂質異常症を主病とする場合）
- ・ 充実管理加算 1（高血圧症を主病とする場合）（令和 8 年 3 月 31 日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）の注 4 又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注 4 に係る届出を行っている保険医療機関については、令和 9 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 充実管理加算 2（高血圧症を主病とする場合）
- ・ 充実管理加算 1（糖尿病を主病とする場合）（令和 8 年 3 月 31 日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）の注 4 又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注 4 に係る届出を行っている保険医療機

- ① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
- ③ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ④ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑤ 育児・介護休業法第23条第1項若しくは第3項、第23条の3又は第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

第79の7 外科医療確保特別加算

1 外科医療確保特別加算の施設基準

(4) 当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること。

ア 当該診療科の経験を5年以上有する常勤（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週31時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項、第23条の3又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であることをいう。）の医師が6名以上配置されていること。

イ チーム制又は交代勤務制を導入していること。

ウ 当該診療科に配置されている常勤の医師については、医療法第123条第1項に規定する特定対象医師であるかどうかにかかわらず、特定対象医師について医療法第123条第1項及び第2項に規定するものと同様の休息時間を確保すること。また、特定対象医師について同条第3項に規定するものと同様の休息時間を確保するよう配慮していること。

第88の2 調剤基本料2

2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点

(9) 保険薬局が開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直した場合であっても、各厚生局のホームページに公表されている「コード内容別医療機関一覧表」において指定年月日に変更されない限り、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、令和8年6月1日以降も1月当たりの処方箋の受付回数が継続的に1,800枚以下である保険薬局は、1の（1）のウの（ロ）に該当するものとみなす。

第89 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準（処方箋集中率等の状況によらず例外的に調剤基本料1を算定することができる保険薬局）

2 届出に関する事項

(3) 令和8年3月31日において、現に改正前の基本診療料施設基準通知の別添3の別紙2の「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局が、調剤基本料の注1ただし書に②規定に係る届出を行っている場合は、令和10年5月31日までの間、なお効力を有するものとする。

第 92 地域支援・医薬品供給対応体制加算

2 地域支援・医薬品供給対応体制加算 2

(3) 地域医療への貢献に係る十分な体制として、以下のアからコまでの要件を満たすこと。

コ 地域医療に関連する取組の実施として以下を満たすこと。

(ヘ) 次に掲げるセルフメディケーション関連機器のうち少なくとも 3 つについて、患者の求めに応じて使用できるよう設置していること。

- ① 体重計
- ② 体温計
- ③ 血圧測定器
- ④ 体組成計（体脂肪率、BMI 等を含むもの）
- ⑤ 血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメータ）
- ⑥ 握力計
- ⑦ 骨密度測定器
- ⑧ 心電計

第 97 調剤管理料の注 3 及び注 4 に規定する保険薬局（手帳の活用実績が少ない保険薬局）

- 1 「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、3 月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料（服薬管理指導料 3 並びに服薬管理指導料 4 のイのうち介護老人福祉施設等の患者に係るもの、同 4 のロ及びハに係るものを除く。）の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合が 50% 以下である保険薬局であること。この場合において、小数点以下は四捨五入すること。
- 2 手帳の活用実績は、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の「2 調剤基本料 2 の施設基準に関する留意点」の（1）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年 5 月 1 日から当年 4 月 30 日までの~~服薬管理指導料~~の実績をもって該当性を判断し、当年 6 月 1 日から翌年 5 月 31 日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の「2 調剤基本料 2 の施設基準に関する留意点」の（1）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。

第 97 の 2 服薬管理指導料の注 1 に規定する保険薬局

- 1 かかりつけ薬剤師として必要な指導等を行う保険薬剤師は、次の要件を全て満たすこと。
 - (1) 以下に掲げる勤務経験等を有していること。
 - イ 当該保険薬局に週 31 時間以上（31 時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第 23 条第 1 項若しくは第 3 項、第 23 条の 3又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該保険薬剤師（労働者に限る。）の所定労働時間が短縮された場合にあつては週 24 時間以上かつ週 4 日以上）勤務している。
 - (2) 以下のいずれかの要件を満たすこと。
 - ア 当該保険薬局に勤務する~~常勤の~~週 31 時間以上勤務する保険薬剤師（派遣労働者である者を含み、産前産後休業中、育児休業中又は介護休業中の者を除く。）について、当該保険薬局に継続的に在籍し、週 31 時間以上勤務している期間（産前産後休業、育児休業又

は介護休業から復職した保険薬剤師の休業前の在籍期間を含む。)が平均して1年以上であること。

第99 服薬管理指導料の注17に規定する保険薬局(手帳の活用実績が少ない保険薬局)

- 1 「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、3月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料(服薬管理指導料3並びに服薬管理指導料4のイのうち介護老人福祉施設等の患者に係るもの、同4のロ及びハに係るものを除く。)の算定回数の割合が50%以下である保険薬局であること。この場合において、小数点以下は四捨五入すること。
- 2 手帳の活用実績は、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年5月1日から当年4月30日までの~~服薬管理指導料~~の実績をもって該当性を判断し、当年6月1日から翌年5月31日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分（「参考」を踏まえ、いずれかに○を付ける）	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	調剤基本料 3 - ハ
	()	特別調剤基本料 A
2 保険薬局指定日	指定年月日	令和 年 月 日
	指定期開始	令和 年 月 日
3 届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）		
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められない場合）	
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）	
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出	
□	その他（ ）	
4 調剤基本料の注 1 ただし書への該当の有無	☐ 該当（様式 87 の 2 に記入） ☐ 非該当	
5 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係（特別調剤基本料 A への該当性）		
(1)	ア 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無	☐ なし→（2）へ ☐ あり→別紙 1 を添付すること
	イ 特別な関係のある医療機関の処方箋集中率の合計 ※別紙 1 の⑪A の数字を記載すること	%
	ウ 経過措置の該当性 I ～Ⅳのいずれかに該当する場合は「該当」に☑すること	☐ 該当 ☐ 非該当
	I 平成 28 年 9 月 30 日以前から、病院である保険医療機関と特別な関係にあった場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	II 平成 30 年 3 月 31 日以前から、診療所である保険医療機関と特別な関係にあった場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	III 平成 30 年 3 月 31 日以前に当該保険薬局の開局に係る手続きが相当程度進捗していた場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	IV 令和 8 年 3 月 4 日以前に当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合 （①と②において両方「該当」に☑している場合に限る）	☐ 該当 ☐ 非該当
	①令和 8 年 3 月 5 日以降も当該診療所が所在し続けている場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	②令和 8 年 3 月 5 日以降も新たに他の保険医療機関と特別な関係を有しない場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	(2)	保険薬局の敷地内のオンライン診療受診施設の有無
	オンライン診療受診施設が、医療計画におけるへき地に所在する保険薬局に設置されている	☐ 該当 ☐ 非該当
(3)	特別調剤基本料 A の該当性（ア、イいずれも非該当→「6」へ）	
	ア 次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・ 4 について「非該当」に☑をしている場合	☐ 該当 ☐ 非該当

	・ 5 (1) アについて「あり」に☑をしている場合 ・ 5 (1) イについて 50%超である場合 ・ 5 (1) ウについて「非該当」に☑をしている場合	
	イ 5 (2)について「あり」に☑している場合であって、へき地に所在する薬局でないこと	☐該当 ☐非該当

6 処方箋の受付回数及び集中度等※同一の敷地又は建物にある複数の保険医療機関は1の保険医療機関と扱う

期間： 年 月 ～ 年 月 (か月間①)

処方箋集中度第一位の保険医療機関名	i :	処方箋集中度第二位の保険医療機関名	ii :	処方箋集中度第三位の保険医療機関名	iii :
-------------------	-----	-------------------	------	-------------------	-------

(1) 処方箋受付回数等

ア 処方箋受付回数の計算

当該保険薬局で受け付けた全ての処方箋の受付回数				② 回	
i からの受付回数	②-i 回	ii からの受付回数	②-ii 回	iii からの受付回数	②-iii 回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算の対象となった患者の全ての処方箋の受付回数				③ 回	
i からの受付回数	③-i 回	ii からの受付回数	③-ii 回	iii からの受付回数	③-iii 回
一月の処方箋の受付回数 = (②-③) / ①				④ 回	
i からの受付回数	④-i 回	ii からの受付回数	④-ii 回	iii からの受付回数	④-iii 回

イ 処方箋集中度の計算

情報通信機器を用いた服薬指導を受けた患者の全ての処方箋の受付回数				⑤ 回	
i からの受付回数	⑤-i 回	ii からの受付回数	⑤-ii 回	iii からの受付回数	⑤-iii 回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の全ての処方箋の受付回数				⑥ 回	
i からの受付回数	⑥-i 回	ii からの受付回数	⑥-ii 回	iii からの受付回数	⑥-iii 回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の全ての処方箋の受付回数				⑦ 回	
i からの受付回数	⑦-i 回	ii からの受付回数	⑦-ii 回	iii からの受付回数	⑦-iii 回
介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症高齢者グループホームの入居者に係る全ての処方箋の受付回数				⑧ 回	
i からの受付回数	⑧-i 回	ii からの受付回数	⑧-ii 回	iii からの受付回数	⑧-iii 回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が1人の場合の患者の処方箋の受付回数				⑨ 回	
i からの受付回数	⑨-i 回	ii からの受付回数	⑨-ii 回	iii からの受付回数	⑨-iii 回
処方箋集中度 ※計算は以下のとおり					
$\textcircled{10}n = \frac{\textcircled{2}n - (\textcircled{5}n + \textcircled{6}n + \textcircled{7}n + \textcircled{8}n - \textcircled{9}n)}{\textcircled{2} - (\textcircled{5} + \textcircled{6} + \textcircled{7} + \textcircled{8} - \textcircled{9})}$					
i からの処方箋集中度	⑩-i %	ii からの処方箋集中度	⑩-ii %	iii からの処方箋集中度	⑩-iii %

ウ	処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋集中度の合計(⑩-i ~ iiiの合計)	% (⑪)
(2) 同一グループ内の処方箋受付回数等 (調剤基本料3への該当性)		
ア	薬局グループへの所属の有無	☐ 所属なし (個店) → (3) へ ☐ 所属あり (薬局グループ名:)
イ	⑩-i が 85% 超	☐ 該当 ☐ 非該当
ウ	1月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計	回
エ 調剤基本料3イ~ハの該当性 (いずれかの区分の該当に☑すること)		
調剤基本料3イ (以下のいずれかに該当があれば該当に☑すること)		☐ 該当
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「該当」に☑をしている場合 ・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合		☐ 該当
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合 ・「5」の(1)ウについて「該当」に☑している場合		☐ 該当
調剤基本料3ロ		
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「該当」に☑をしている場合 ・ウが 40 万回以上の場合		☐ 該当
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・ウが 40 万回以上の場合 ・「5」の(1)ウについて「該当」に☑している場合		☐ 該当
調剤基本料3ハ		
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「非該当」に☑している場合 ・ウが 40 万回以上の場合 ・④が 4000 回以下又は⑪が 70% 以下		☐ 該当
(3) 処方箋の集中状況等 (調剤基本料2の該当性)		
ア	④が 4000 回超かつ⑪が 70% 超	☐ 該当 ☐ 非該当 → 「イ」へ
イ	④が 1800 回超かつ⑩-i が 85% 超	☐ 該当 ☐ 非該当 → 「ウ」へ
ウ	I ~ Vのすべてに該当すること	☐ 該当 ☐ 非該当 → 「エ」へ
	I 当該保険薬局の指定日が令和8年6月1日以降である	☐ 該当 ☐ 非該当
	II 特別区又は政令指定都市に所在する	☐ 該当 ☐ 非該当
	III 当該保険薬局から 500m 以内に他の保険薬局がある	☐ 該当 ☐ 非該当
	IV ④が 600 回超かつ 1800 回以下である	☐ 該当 ☐ 非該当
	V ⑩-i が 85% 超である	☐ 該当 ☐ 非該当
エ	④-i が 4000 回超	☐ 該当 ☐ 非該当 → 「オ」へ
オ	以下の⑫と④-i を合計した処方箋受付回数が 4000 回超	☐ 該当 ☐ 非該当 → 「(4)」へ
	ア 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数	施設

	イ アの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計	⑫	回
(4)	4、5(3)ア若しくはイ又は6(2)エ若しくは(3)アからオまでのいずれも該当しない(調剤基本料1の該当性)	☐ 該当	
7	門前薬局等立地依存減算の該当性 ((1)に該当、かつ、(2)又は(3)に該当があれば該当に☑すること)	☐ 該当	
(1)	当該保険薬局の指定日が令和8年6月1日以降である	☐ 該当	☐ 非該当
(2)	門前薬局の該当性		
	ア 6(3)ウのⅡとⅢのいずれにも該当する	☐ 該当	☐ 非該当
	イ ⑩-i が85%超である	☐ 該当	☐ 非該当
	ウ 次の①から③までのいずれかに該当する	☐ 該当	☐ 非該当
	① 200床以上の保険医療機関から100m以内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険薬局が2以上ある	☐ 該当	☐ 非該当
	② 周囲50m以内に他の保険薬局が2以上ある	☐ 該当	☐ 非該当
	③ 周囲50m以内にある他の保険薬局が②に該当する	☐ 該当	☐ 非該当
(3)	医療モール等の該当性		
	ア ⑩-i が85%超である	☐ 該当	☐ 非該当
	イ 保険医療機関と同一の敷地又は建物に所在する	☐ 該当	☐ 非該当

[記載上の注意]

- 「2」については、地方厚生局ホームページに掲載されている「コード内容別医療機関一覧表」を確認の上記載する。
- 「3」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料1等から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 「3」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。
- 「3」については、令和8年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和8年度改定に伴う届出」と記載する。
- 「4」については、調剤基本料の注1ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「該当」に☑を記入し、様式87の2を添付する。
- 「6」については、処方箋集中率第1位の保険医療機関が同一敷地内又は同一建物内に所在する場合は「医療モール」と記載し、別紙2に各保険医療機関名等を記載する。
- 「6」②については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める。
- 「6(2)ア」については、グループ内で統一したグループ名を記載する。
- 「6(2)ウ」については、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年4月末時点でグループに属している保険薬局の④の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載する。

[illegible]

医療モール等の施設基準に係る届出書添付書類

	医療モ ール全体	処方箋集 中率 1 位	処方箋集 中率 2 位	処方箋集 中率 3 位	処方箋集 中率 4 位	処方箋集 中率 5 位	処方箋集 中率 6 位	処方箋集 中率 7 位	処方箋集 中率 8 位
保険医療機関又は敷地若しくは建物の名称									
ア 処方箋受付回数の計算									
処方箋受付回数 (②)	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋受付回数 (③)	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
一月の処方箋の受付回数 (④) = (②－③) / ①	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
イ 処方箋集中度									
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋受付回数 (⑤)	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の処方箋受付回数 (⑥)	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の処方箋受付回数 (⑦)	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは介護医療院、高齢者の居住の安定確保に関する法律で定めるサービス付き高齢者向け住宅又は老人福祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム若しくは認知症高齢者グループホームに入居する患者に係る処方箋受付回数 (⑧)	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が 1 人の場合の処方箋受付回数 (⑨)	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
処方箋集中度⑩ ※⑩N = $\frac{②N - (⑤N + ⑥N + ⑦N + ⑧N - ⑨N)}{② - (⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧ - ⑨)}$		%	%	%	%	%	%	%	%

欄が不足する場合には複写し作成すること

バイオ後続品調剤体制加算に係る届出添付文書

(1) バイオ後続品を適切に保管し、調剤する体制が整備されていること	☐
(2) 当該保険薬局において調剤したバイオ医薬品（バイオ後続品のあるものに限る。）の規格単位数量及び当該バイオ後続品の規格単位数量を合算した数量に占める当該バイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上となるバイオ医薬品の成分数	
(3) 当該保険薬局において調剤したバイオ医薬品の成分数	
(4) バイオ後続品の調剤を積極的に行っている旨を掲示していること	☐

バイオ医薬品成分名	①バイオ後続品調剤数量	②バイオ先行品調剤数量	③バイオ後続品調剤割合 →①/ (①+②)	④80%以上調剤割合成分 ※③が80%以上の場合 ☒
アダリムマブ（遺伝子組換え）				☐
インスリンアスパルト（遺伝子組換え）				☐
インスリングルガリン（遺伝子組換え）				☐
インスリンリスプロ（遺伝子組換え）				☐
エタネルセプト（遺伝子組換え）				☐
ソマトロピン（遺伝子組換え）				☐
テリパラチド（遺伝子組換え）				☐
フィルグラスチム（遺伝子組換え）				☐

〔記載上の注意〕
(2)及び(3)のバイオ医薬品の成分については、当該保険薬局において調剤実績のある成分のみ計算に含める。
①及び②については、当該保険薬局の実態を適切に反映した任意の月数又は期間における実績を記入すること。

(別添 6)

「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 8 年 3 月 27 日保医発 0327 第 2 号)

別添 1

「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 1

診療報酬請求書等の記載要領

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第 3 診療報酬明細書の記載要領(様式第 3)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ネ 「人工歯」の項について

人工歯料は、点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、「人工歯」の項の記載は上欄左から右へ記載する。なお、書ききれない場合は、中欄から下欄へ順に点数及び回数を記載する。

ヘ 「修理」の項について

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法以外の修理歯冠補綴物修理は、点数及び回数を記載する。

(29) 歯科矯正について

全体の「その他」欄に記載する。(項番 178~188)

ア 歯科矯正における帯環及びダイレクトボンドブラケット並びに可撤式装置及び固定式装置は、それぞれ点数と装着料を合算した点数を記載する。

イ 植立は点数を記載する。また、アンカースクリュー脱落后の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合は、点数を記載する。(項番 158184)

Ⅳ 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第 2 調剤報酬明細書の記載要領(様式第 5)

2 調剤報酬明細書に関する事項

(26) 「加算料」、「調剤基本料」、「時間外等加算」及び「薬学管理料」欄について

ア 通則

各欄又は「摘要」欄への調剤行為等の名称（以下この項において単に「名称」という。）、回数及び点数の記載方法は、次のイからオまでのとおりであること。また、名称、回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は、別表Ⅰ「調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」のとおりであること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰ又は別表Ⅳの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「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」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰ又は別表Ⅳ（令和8年6月1日適用の旨が表示されたコードに限る。）のコードについては、令和8年10月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。

書面による請求を行う場合においては、名称について、別表Ⅴ「調剤行為名称等の略号一覧」に示す略号を使用して差し支えないこと。

別表Ⅰ 調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

項番	区分	調剤行為 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8年 6月1日 適用
1	00	同日に複数の医療機関が交付した同一患者の処方箋を受け付けた際に、2回目以降の受付に対して調剤基本料の減算規定を適用しない場合（注3に該当しない場合）	同日の異なる時刻に処方箋を複数受け付けた場合は、処方箋を受け付けた年月日及び時刻をそれぞれ記載すること。	850100486	処方箋受付年月日(調剤基本料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100065	処方箋受付時刻(同日1回目受付):hh"時"mm"分"		
				851100066	処方箋受付時刻(同日2回目以降受付):hh"時"mm"分"		
2	00	在宅薬学総合体制加算2のイ	(「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」別添3の9(7)に該当する場合)別添3の9(7)ア及びビに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	842100124	在宅薬学総合体制加算1を届け出ており、所定の算定項目の算定回数の総計が直近一年間で480回以上の保険薬局、算定回数****回		※
				820101939	在宅薬学総合体制加算2を届け出ている保険薬局		※
				820101940	該当する疾患(在宅薬学総合体制加算2のイ):末期の悪性腫瘍		※
				820101941	該当する疾患(在宅薬学総合体制加算2のイ):スモン		※
				820101942	該当する疾患(在宅薬学総合体制加算2のイ):難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病		※
				820101943	該当する疾患(在宅薬学総合体制加算2のイ):後天性免疫不全症候群		※
				820101944	該当する疾患(在宅薬学総合体制加算2のイ):脊髄損傷		※
				820101945	該当する疾患(在宅薬学総合体制加算2のイ):真皮を縫える損傷		※
				820101946	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅自己連続換行式肺臓循環を行っている状態		※
				820101947	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅血液透析を行っている状態		※
				820101948	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅酸素療法を行っている状態		※
				820101949	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅中心静脈栄養法を行っている状態		※
				820101950	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態		※
				820101951	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅自己過尿を行っている状態		※
				820101952	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅人工呼吸を行っている状態		※
				820101953	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):挿入型脳脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態		※
				820101954	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):肺高血圧症であって、プロスタグランジン2製剤を投与されている状態		※
				820101955	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):気管切開を行っている状態		※
				820101956	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):気管カニューレを使用している状態		※
				820101957	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態		※
				820101958	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):人工肛門又は人工膀胱を設置している状態		※
				820101959	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):1-1 要介護3		※
				820101960	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):1-2 要介護4		※
				820101961	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):1-3 要介護5		※
				820101962	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):1-4 障害支援区分2以上		※
				820101963	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):2-1 ランク3a		※
				820101964	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):2-2 ランク3b		※
				820101965	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):2-3 ランク4		※
				820101966	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):2-4 ランクM		※
				820101967	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):3 帰回の訪問看護を受けている状態		※
				820101968	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態		※
				820101969	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):5 施設に入院し、看護職員による処置を受けている状態		※
				820101970	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):6 療養処置を受けている状態		※
				820101971	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):7-1 脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者		※
				820101972	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):7-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者		※
				820101973	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):7-3 「超重症児(者)」・「超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者		※
				820101974	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):7-4 家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者		※
3	01	薬剤調製料(内服薬)	(配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合) 「配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合」、「内服用固形剤(錠剤、カプセル剤、散剤等)と内服用液剤の場合」、「内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合」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。「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	820100367	薬剤調製料(内服薬):配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合		
				820100368	薬剤調製料(内服薬):内服用固形剤(錠剤、カプセル剤、散剤等)と内服用液剤の場合		
				820100369	薬剤調製料(内服薬):内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合		
4	01	自家製剤加算	(自家製剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき)算定理由が明確となるように記載すること。 (医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合)調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名を記載すること。 (医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合)調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。	830100438	算定理由(自家製剤加算):*****		
				830100908	調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名(自家製剤加算):*****		
				820101255	調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情(自家製剤加算):医薬品の供給上の問題		
				830100909	調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情(自家製剤加算):その他:*****		

項番	区分	調剤行為 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8年 6月1日 適用
4 5 6	01	自家製剤加算 計量混合調剤加 算	(同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、自家製剤加算及び計量混合調剤加算を算定した場合であつて「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき) 算定理由が明確となるように記載すること。	830100439	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(自家製剤加算); *****		
				830100441	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(計量混合調剤加算); *****		
5 6 7	01	時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外加算の特 例	処方箋を受け付けた年月日及び時刻を記載すること。	850100366	処方箋受付年月日(時間外加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100035	処方箋受付時刻(時間外加算):hh"時"mm"分"		
				850100367	処方箋受付年月日(休日加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100368	処方箋受付年月日(深夜加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100036	処方箋受付時刻(深夜加算):hh"時"mm"分"		
				850100369	処方箋受付年月日(時間外加算の特例):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100037	処方箋受付時刻(時間外加算の特例):hh"時"mm"分"		
6 7	1002	調剤時残薬調整 加算	6日分以下相当の調剤日数の変更を行う場合には、残薬が7日分を超えないにもかかわらず調整する必要性を記載すること。 さらに、「変更のあった主な薬剤名」の記載をすること。	820101907	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):高価医薬品のため		※
				820101908	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):治療終了予定日との日数調整のため		※
				820101909	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):投与間隔が長い薬剤のため		※
				830100982	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):その他薬学的専門的観点:*****		※
				830100983	調整した残薬日数が6日分以下の場合、変更のあった主な薬剤名(調剤時残薬調整加算):****		※
7 8	1002	調剤時残薬調整 加算のイ	処方箋が交付される前に処方内容を処方医に相談した年月日を記載すること。	850100600	相談年月日(調剤時残薬調整加算のイ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
8 9	1002	薬学的有害事象 等防止加算	処方医に連絡・確認を行った内容の要点を記載すること。	820101910	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):同種・同効の併用薬との重複投薬		※
				820101911	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):併用薬・飲食物等との相互作用		※
				820101912	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):過去のアレルギー歴、副作用歴		※
				820101913	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):年齢や体重による影響		※
				820101914	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):肝機能、腎機能等による影響		※
				820101915	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):授乳・妊婦への影響		※
				830100984	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):その他薬学的観点から必要と認める事項:*****		※
9 10	1002	薬学的有害事象 等防止加算のイ	処方箋が交付される前に処方医に対する相談(残薬調整に係るものを除く。)を行った年月日を記載すること。 薬剤の変更内容について選択し記載すること。	850100601	相談年月日(薬学的有害事象等防止加算のイ):(元号)yy"年"mm"月"d d"日"		※
				820101916	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):同種同効薬への変 更		※
				820101917	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):剤形の変更		※
				820101918	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):用量の変更		※
				820101919	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):用法の変更		※
				830100985	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):その他:*****		※
10 11	1003	特定薬剤管理指 導加算2	当該患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850100372	情報提供を行った年月日(特定薬剤管理指導加算2):(元号)yy"年"mm "月"dd"日"		
11 12	1003	特定薬剤管理指 導加算3ロ	(医薬品の供給の状況を踏まえ説明を行った場合) 調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名を記載すること。	830100445	患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関名(特定薬剤管理指導加算2):*****		
11 12	1003	特定薬剤管理指 導加算3ロ		830100910	調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名(特定薬剤管理指導加算3):*****		
12 13	1003	吸入薬指導加算	対象となる吸入薬の調剤年月日及び吸入薬の名称を記載すること。	850100480	吸入薬の調剤年月日(吸入薬指導加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100446	吸入薬の名称(吸入薬指導加算):*****		
13 14	1003	かかりつけ薬剤師 フォローアップ加 算	電話等により、服薬状況、残薬状況等の継続的な確認及び必要な指導等を個別に実施した年月日を記載すること。	850100602	フォローアップ年月日(かかりつけ薬剤師フォローアップ加算):(元号)yy "年"mm"月"dd"日"		※
14 15	1003	かかりつけ薬剤 師訪問加算	患者で訪問指導を行った年月日を記載すること。	850100604	訪問指導年月日(かかりつけ薬剤師訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"d d"日"		※

項番	区分	調剤行為 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8年 6月1日 適用
45 18	14の4	調剤後薬剤管理 指導料1	当該患者に糖尿病用剤を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190255	情報提供を行った年月日(調剤後薬剤管理指導料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100911	糖尿病用剤を処方した保険医療機関名(調剤後薬剤管理指導料1): *****		
46 17	14の4	調剤後薬剤管理 指導料2	当該患者に循環器用薬等を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190256	情報提供を行った年月日(調剤後薬剤管理指導料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100912	循環器用薬等を処方した保険医療機関名(調剤後薬剤管理指導料2): *****		
47 19	10の3	服薬管理指導料	(在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者)について、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われ、服薬管理指導料を算定する場合) 算定年月日を記載すること。	850100374	算定年月日(服薬管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
48 19	10の3	服薬管理指導料 3	服薬管理指導料3の対象患者の入所する施設類型について選択し記載すること。(介護医療院又は介護老人保健施設)に入所中の患者については、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準第20条第4号ハに係る処方箋を交付した場合に限る。)	820101258	服薬管理指導料3:介護老人福祉施設(特養)に入所している患者		
				820101259	服薬管理指導料3:短期入所生活介護(ショートステイ)を受けている患者		
				820101260	服薬管理指導料3:介護医療院に入所している患者		
				820101261	服薬管理指導料3:介護老人保健施設(老健)に入所している患者		
49 20	14の2	外来服薬支援料 1	外来服薬支援料1の「注1」又は「注2」のどちらに該当するかを記載し、服薬管理を実施した年月日、保険医療機関の名称を記載すること。 なお、保険医療機関の名称については、注1の場合においては、服薬支援の必要性を確認した保険医療機関の名称を、注2の場合においては情報提供をした保険医療機関の名称をそれぞれ記載すること。	820100793	外来服薬支援料1:注1		
				820100794	外来服薬支援料1:注2		
				850100370	服薬管理を実施した年月日(外来服薬支援料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100442	保険医療機関の名称(外来服薬支援料1):*****		
20 21	14の2	外来服薬支援料 2	(同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、外来服薬支援料2を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき) 算定理由が明確となるように記載すること。	830100776	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(外来服薬支援料2): *****		
24 22	14の2	施設連携加算	特に重点的な服薬管理の支援を行うことが必要な理由を選択し記載すること。	820101262	算定理由(施設連携加算):施設入所時であって、服用している薬剤が多いため		
				820101263	算定理由(施設連携加算):新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となったため		
				820101264	算定理由(施設連携加算):患者が服薬している薬剤に関する副作用・体調の変化等における当該施設職員からの相談があったため		
22 23	14の3	服用薬剤調整支 援料1	減薬の提案を行った年月日、保険医療機関の名称及び保険医療機関における調整前後の薬剤種類数を記載すること。	850100371	減薬の提案を行った年月日(服用薬剤調整支援料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100443	保険医療機関名(服用薬剤調整支援料1):*****		
				842100122	調整前の種類数(服用薬剤調整支援料1):*****		
				842100123	調整後の種類数(服用薬剤調整支援料1):*****		
23 24	14の3	服用薬剤調整支 援料2	処方医に文書を用いて提案した年月日を記載すること。	850100616	提案年月日(服用薬剤調整支援料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
24 25	10の3 15の3 15の3 15の3	服薬管理指導料 4のロ及びハ 在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料 在宅患者緊急時 等共同指導料 服薬情報等提供 料(服薬情報等提 供料3を除く)	(調剤を行っていない月に服薬管理指導料4のロ及びハ、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料又は服薬情報等提供料(服薬情報等提供料3を除く)を算定する場合) 情報提供又は訪問の対象となる調剤の年月日及び投薬日数を記載すること。	基本料・薬学管理 料レコード 「前回調剤年月日」	(元号)yy"年"mm"月"dd"日調剤	○	
				基本料・薬学管理 料レコード 「前回調剤数量」	ddd"日分投薬"	○	
25 26	15	在宅患者訪問薬 剤管理指導料	(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。 (1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	842100071	単一建物診療患者人数(在宅患者訪問薬剤管理指導料):*****		
				820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100371	訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100372	当該建築物戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下		
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
26 27	15 15の2	在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料	(訪問薬剤管理指導を主に実施している保険薬局(以下「在宅基幹薬局」という。))に代わって連携する他の薬局(以下「在宅協力薬局」という。))が訪問薬剤管理指導を実施し、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合) 在宅基幹薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付及び在宅協力薬局名を記載すること。	850100379	(在宅基幹薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100448	(在宅基幹薬局)在宅協力薬局名(在宅患者訪問薬剤管理指導料): *****		
				850100380	(在宅基幹薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100449	(在宅基幹薬局)在宅協力薬局名(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料): *****		
27 28	15 15の2	在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料	(在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導(この場合においては、介護保険における居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を含む。)を実施した場合であって、処方箋が交付されていた場合) 在宅協力薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付を記載すること。	850100381	(在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100382	(在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
28 29	15 15の2 15の3	在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料 在宅患者緊急時 等共同指導料	(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム))の入所者であって末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合) 訪問薬剤管理指導等を実施した日付を記載すること。	850190257	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※	
				850190259	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※	
				850190261	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者緊急時共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※	
29 30	15の2	在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料1 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料2	(末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者に対して実施する場合であって、1と2及び服薬管理指導料4のハ)を合わせて月8回を超えて算定する場合) 当該訪問が必要であった理由を選択し記載すること。	820101265	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍患者に対する麻薬の処方	※	
				820101266	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍患者に対する麻薬以外の処方	※	
				820101267	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍以外の患者に対する麻薬の処方	※	
				830100913	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):その他:*****	※	
				820101268	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍患者に対する麻薬の処方	※	
				820101269	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍患者に対する麻薬以外の処方	※	
				820101270	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍以外の患者に対する麻薬の処方	※	
				830100914	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):その他:*****	※	

項番	区分	調剤行為 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8年 6月1日 適用
30 31	15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2	(在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定する場合) 直近の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定した年月日を記載すること。	850100383	直近算定年月日(訪問薬剤管理指導):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
31 32	15の2	夜間訪問加算 休日訪問加算 深夜訪問加算	処方箋を受け付けた年月日及び時刻、訪問指導した年月日及び時刻を記載すること。	850190262 851100071 850190263 851100072 850190264 851100073 850190265 851100074 850190266 851100075 850190267 851100076 820101271 820101272	保険医から訪問指示があった年月日(夜間訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 保険医から訪問指示があった時刻(夜間訪問加算):hh"時"mm"分" 訪問指導年月日(夜間訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 訪問指導時刻(夜間訪問加算):hh"時"mm"分" 保険医から訪問指示があった年月日(休日訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 保険医から訪問指示があった時刻(休日訪問加算):hh"時"mm"分" 訪問指導年月日(休日訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 訪問指導時刻(休日訪問加算):hh"時"mm"分" 保険医から訪問指示があった年月日(深夜訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 保険医から訪問指示があった時刻(深夜訪問加算):hh"時"mm"分" 訪問指導年月日(深夜訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 訪問指導時刻(深夜訪問加算):hh"時"mm"分" 訪問が必要であった理由(夜間・休日・深夜訪問加算):末期の悪性腫瘍患者であるため 訪問が必要であった理由(夜間・休日・深夜訪問加算):注射による麻薬の投与が必要な患者であるため		
32 33	15の4	退院時共同指導料	指導年月日、共同して指導を行った患者が入院する保険医療機関の保険医等の氏名及び保険医療機関の名称並びに退院後の在宅医療を担う保険医療機関の名称を記載すること。	850100385 830100450 830100451 830100452	指導年月日(退院時共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 患者が入院している保険医療機関の保険医等の氏名(退院時共同指導料):**** 患者が入院している保険医療機関名(退院時共同指導料):***** 退院後の在宅医療を担う保険医療機関名(退院時共同指導料):*****		
33 34	15の5	服薬情報等提供料3	情報提供先の保険医療機関の名称及び診療科名を記載すること。 なお、情報提供先の保険医療機関の名称について、複数の保険医療機関に対して服薬情報等の提供を行った場合は各保険医療機関の名称を記載すること。診療科名については、同一保険医療機関の複数の診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合に各診療科名を記載すること。	830100638 830100639	情報提供先の保険医療機関名(服薬情報等提供料3):***** 情報提供先の診療科名(服薬情報等提供料3):*****		
34 35	15の8	在宅移行初期管理料	(計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前であって別の日に患家を訪問して実施した場合) 訪問を実施した日付について、記載すること。 特に重点的な服薬支援を行う必要があると判断した対象患者を選択し記載すること。	850190270 820101289 820101290 820101291 820101292 820101293	訪問を実施した年月日(在宅移行初期管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 対象患者(在宅移行初期管理料):認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者 対象患者(在宅移行初期管理料):障害児である18歳未満の患者 対象患者(在宅移行初期管理料):6歳未満の乳幼児 対象患者(在宅移行初期管理料):末期のがん患者 対象患者(在宅移行初期管理料):注射による麻薬の投与が必要な患者		
35 36	15の9	訪問薬剤管理医師同時指導料	算定の対象となる訪問指導を行った年月日を記載すること。また、同時訪問した保険医の保険医療機関の名称を記載すること。	850100608 830100987	訪問指導年月日(訪問薬剤管理医師同時指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 同時訪問した保険医の保険医療機関の名称(訪問薬剤管理医師同時指導料):*****	※	※
36 37	15の10	複数名薬剤管理指導訪問料	算定の対象となる訪問指導を行った年月日を記載すること。 また、処方医が複数名訪問が必要であると判断した趣旨について、処方箋の記載により確認した旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	850100610 820101937 820101938	訪問指導年月日(複数名薬剤管理指導訪問料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 処方箋記載により確認(複数名薬剤管理指導訪問料) 疑義照会により確認(複数名薬剤管理指導訪問料)	※	※
37 38	—	一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品又はバイオ後続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又はバイオ後続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」、「後発医薬品又はバイオ後続品なし」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。	820100373 820100374 820100375 820100376	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:患者の意向 後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:保険薬局の備蓄 後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:後発医薬品又はバイオ後続品なし 後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:その他		
38 39	—	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。 ②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、単に剤形のお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。	820101325 820101326 820101324	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(処方箋の「変更不可(医療上必要)」欄に「レ」又は「×」の記載があった場合等) 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したため 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		
39 40	—	長期の旅行等特殊の事情がある場合に、日数制限を超えて投与された場合	長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認められ、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与された場合は、処方箋の備考欄に記載されている長期投与の理由について、「海外への渡航」、「年末・年始又は連休」又は「その他」からもっとも当てはまるものをひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は具体的な理由を記載すること。	820100795 820100796 830100453	長期投与の理由:海外への渡航(年末・年始又は連休に該当するものは除く。) 長期投与の理由:年末・年始又は連休 長期投与の理由:その他理由:*****		

項番	区分	調剤行為 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8年 6月1日 適用
40 41	—	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る機能・効果を有する貼付剤(ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。)が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る機能・効果を有する貼付剤(ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。以下同じ。)が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、処方医が当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨について、処方箋の記載により確認した旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	820100377	処方箋記載により確認(63枚を超えて鎮痛・消炎に係る貼付剤が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)		
				820100378	疑義照会により確認(63枚を超えて鎮痛・消炎に係る貼付剤が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)		
44 42	—	栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、手術後の患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した旨又は経管により栄養補給を行っている患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した旨、処方医が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した理由について処方箋の記載により確認した患者はその旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	820101929	処方箋記載により確認(栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)		※
				820101930	疑義照会により確認(栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)		※
42 43	—	介護保険に相当するサービスを行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合	居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費により訪問指導を行った日を記載すること。 要支援度及び要介護度(月末時点)を選択し、記載すること。	850190271	訪問指導年月日(居宅療養管理指導費等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820101294	要支援1		
				820101295	要支援2		
				820101296	要介護1		
				820101297	要介護2		
				820101298	要介護3		
				820101299	要介護4		
				820101300	要介護5		
43 44	—	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		
44 45	—	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。

※「記載事項」欄の記載事項は、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「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」J」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。

別表Ⅴ 調剤行為名称等の略号一覧

項番	区分	項目	略称	記載欄
1	区分番号01	麻薬加算を算定した場合	麻	「加算料」欄
2	区分番号01	向精神薬加算を算定した場合	向	「加算料」欄
3	区分番号01	覚醒剤原料加算を算定した場合	覚原	「加算料」欄
4	区分番号01	毒薬加算を算定した場合	毒	「加算料」欄
5	区分番号01	薬剤調製料に係る時間外加算を算定した場合	薬時	「加算料」欄
6	区分番号01	薬剤調製料に係る休日加算を算定した場合	薬休	「加算料」欄
7	区分番号01	薬剤調製料に係る深夜加算を算定した場合	薬深	「加算料」欄
8	区分番号01	薬剤調製料に係る時間外加算の特例を算定した場合	薬特	「加算料」欄
9	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合	調時	「加算料」欄
10	区分番号01	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合	調休	「加算料」欄
11	区分番号01	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合	調深	「加算料」欄
12	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合	調特	「加算料」欄
13	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合	自	「加算料」欄
14	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合：錠剤を分割する場合（100分の20に該当する場合）	分自	「加算料」欄
15	区分番号01	計量混合調剤加算を算定した場合	計	「加算料」欄
16	区分番号01	予製剤加算を算定した場合	予	「加算料」欄
17	区分番号01	無菌製剤処理加算を算定した場合	菌	「加算料」欄
18	区分番号00	調剤基本料1の場合	基A	「調剤基本料」欄
19	区分番号00	調剤基本料2の場合	基B	「調剤基本料」欄
20	区分番号00	調剤基本料3のイの場合	基C	「調剤基本料」欄
21	区分番号00	調剤基本料3のロの場合	基D	「調剤基本料」欄
22	区分番号00	調剤基本料3のハの場合	基E	「調剤基本料」欄
23	区分番号00	特別調剤基本料Aの場合	特基A	「調剤基本料」欄
24	区分番号00	特別調剤基本料Bの場合	特基B	「調剤基本料」欄
25	区分番号00	調剤基本料注3（受付2回目以降）に該当する場合	同	「調剤基本料」欄
26	区分番号00	調剤基本料注4（未妥結減算等）に該当する場合	妥減	「調剤基本料」欄
27	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算1を算定した場合	地支A	「調剤基本料」欄
28	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算2を算定した場合	地支B	「調剤基本料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
29	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算3を算定した場合	地支C	「調剤基本料」欄
30	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算4を算定した場合	地支D	「調剤基本料」欄
31	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算5を算定した場合	地支E	「調剤基本料」欄
32	区分番号00	連携強化加算を算定した場合	連強	「調剤基本料」欄
33	区分番号00	バイオ後続品調剤体制加算を算定した場合	バ後体	「調剤基本料」欄
34	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算4を算定した場合：100分の10に該当する場合	地敷D	「調剤基本料」欄
35	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算5を算定した場合：100分の10に該当する場合	地敷E	「調剤基本料」欄
36	区分番号00	バイオ後続品調剤体制加算を算定した場合：100分の10に該当する場合	バ後体敷	「調剤基本料」欄
37	区分番号00	調剤基本料注8（後発医薬品減算）に該当する場合	後減	「調剤基本料」欄
38	区分番号00	在宅薬学総合体制加算1を算定した場合	在総A	「調剤基本料」欄
39	区分番号00	在宅薬学総合体制加算2イを算定した場合	在総Bイ	「調剤基本料」欄
40	区分番号00	在宅薬学総合体制加算2ロを算定した場合	在総Bロ	「調剤基本料」欄
41	区分番号00	在宅薬学総合体制加算1を算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷A	「調剤基本料」欄
42	区分番号00	在宅薬学総合体制加算2イを算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷Bイ	「調剤基本料」欄
43	区分番号00	在宅薬学総合体制加算2ロを算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷Bロ	「調剤基本料」欄
44	区分番号00	電子的調剤情報連携体制整備加算を算定した場合	薬DX	「調剤基本料」欄
45	区分番号00	調剤基本料の加減算を行うと3点以下になり3点を算定した場合	基一定	「調剤基本料」欄
46	区分番号00	門前薬局等立地依存減算に該当する場合	門減	「調剤基本料」欄
47	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数2回のうち、1回目の調剤を行う場合	リ1/2	「時間外等加算」欄
48	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数2回のうち、2回目の調剤を行う場合	リ2/2	「時間外等加算」欄
49	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数3回のうち、1回目の調剤を行う場合	リ1/3	「時間外等加算」欄
50	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数3回のうち、2回目の調剤を行う場合	リ2/3	「時間外等加算」欄
51	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数3回のうち、3回目の調剤を行う場合	リ3/3	「時間外等加算」欄
52	区分番号00	調剤基本料に係る時間外加算を算定した場合	時	「時間外等加算」欄
53	区分番号00	調剤基本料に係る休日加算を算定した場合	休	「時間外等加算」欄
54	区分番号00	調剤基本料に係る深夜加算を算定した場合	深	「時間外等加算」欄
55	区分番号00	調剤基本料に係る時間外加算の特例を算定した場合	特	「時間外等加算」欄
56	区分番号01	薬剤調製料に係る夜間・休日等加算を算定した場合	夜	「時間外等加算」欄
57	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調時	「時間外等加算」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
58	区分番号01	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調休	「時間外等加算」欄
59	区分番号01	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調深	「時間外等加算」欄
60	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調特	「時間外等加算」欄
61	区分番号10の2	調剤管理料の調剤時残薬調整加算を算定した場合	調残	「薬学管理料」欄
62	区分番号10の2	調剤管理料の薬学的有害事象等防止加算を算定した場合	調有	「薬学管理料」欄
63	区分番号10の2	調剤管理料を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	調管	「薬学管理料」欄
64	区分番号10の3	服薬管理指導料1イを算定した場合：3月以内に再度処方箋と手帳を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合	薬Aイ	「薬学管理料」欄
65	区分番号10の3	服薬管理指導料1ロを算定した場合：3月以内に再度処方箋と手帳を持参し、1イ以外の場合	薬Aロ	「薬学管理料」欄
66	区分番号10の3	服薬管理指導料2イを算定した場合：3月を超えて再度処方箋を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合	薬Bイ	「薬学管理料」欄
67	区分番号10の3	服薬管理指導料2イを算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合（手帳なし）	薬Bイ無	「薬学管理料」欄
68	区分番号10の3	服薬管理指導料2ロを算定した場合：初めて処方箋を持参した患者等、来局した患者において、2イ以外の場合	薬Bロ	「薬学管理料」欄
69	区分番号10の3	服薬管理指導料2ロを算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参し、2イ以外の場合（手帳なし）	薬Bロ無	「薬学管理料」欄
70	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：薬剤師が地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護老人福祉施設に入所している患者又は短期入所生活介護若しくは介護予防短期入所生活介護を受けている患者を訪問し、対面により必要な指導等を行った場合	薬Cア	「薬学管理料」欄
71	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：薬剤師が介護医療院又は介護老人保健施設に入所している患者を訪問し、対面で必要な指導を行った場合	薬Cイ	「薬学管理料」欄
72 70	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を提出した患者（手帳あり）	薬C再	「薬学管理料」欄
73	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を提出した患者（手帳なし）	薬C無	「薬学管理料」欄
74	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を提出した患者以外	薬C	「薬学管理料」欄
75 71	区分番号10の3	服薬管理指導料4イを算定した場合：3月以内に再度処方箋を提出した患者（手帳あり）	薬Dイ再	「薬学管理料」欄
76 72	区分番号10の3	服薬管理指導料4イを算定した場合：介護老人福祉施設等の患者	薬Dイ施	「薬学管理料」欄
77 73	区分番号10の3	服薬管理指導料4ロを算定した場合：在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なもの	薬Dロ	「薬学管理料」欄
78 74	区分番号10の3	服薬管理指導料4ハを算定した場合：ロのうち、患者の急変等に伴い行った場合	薬Dハ	「薬学管理料」欄
79 75	区分番号10の3	服薬管理指導料4ニを算定した場合：イからハまで以外（手帳あり3月以内に再度処方箋を提出した患者（手帳なし））	薬Dニ無	「薬学管理料」欄
80 76	区分番号10の3	服薬管理指導料4ニを算定した場合：イからハまで以外（手帳なし3月を超えて又は初めて処方箋を提出した患者）	薬Dニ無	「薬学管理料」欄
81 77	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	特1A	「薬学管理料」欄
82 78	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	特1B	「薬学管理料」欄
83 79	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	特1C	「薬学管理料」欄
84 80	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり））	特1オA	「薬学管理料」欄
85 81	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし））	特1オB	「薬学管理料」欄
86 82	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者以外）	特1オC	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
87 83	区分番号10の3	服薬管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
88 84	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算1のイを算定した場合	特管Aイ	「薬学管理料」欄
89 85	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算1のロを算定した場合	特管Aロ	「薬学管理料」欄
90 86	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算2を算定した場合	特管B	「薬学管理料」欄
91 87	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算3のイを算定した場合	特管Cイ	「薬学管理料」欄
92 88	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算3のロを算定した場合	特管Cロ	「薬学管理料」欄
93 89	区分番号10の3	服薬管理指導料の乳幼児服薬指導加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
94 90	区分番号10の3	服薬管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
95 91	区分番号10の3	服薬管理指導料の吸入薬指導加算を算定した場合	吸	「薬学管理料」欄
96 92	区分番号10の3	服薬管理指導料のかかりつけ薬剤師フォローアップ加算を算定した場合	薬FU	「薬学管理料」欄
97 93	区分番号10の3	服薬管理指導料のかかりつけ薬剤師訪問加算を算定した場合	薬訪	「薬学管理料」欄
98 94	区分番号14の2	外来服薬支援料1を算定した場合	支A	「薬学管理料」欄
99 95	区分番号14の2	外来服薬支援料2を算定した場合	支B	「加算料」欄
100 96	区分番号14の2	外来服薬支援料2を算定した場合:在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	支B	「薬学管理料」欄
101 97	区分番号14の2	施設連携加算を算定した場合	施連	「薬学管理料」欄
102 98	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料1を算定した場合	剤調A	「薬学管理料」欄
103 99	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料2を算定した場合	剤調B	「薬学管理料」欄
104 100	区分番号14の4	調剤後薬剤管理指導料1を算定した場合	調後A	「薬学管理料」欄
105 101	区分番号14の4	調剤後薬剤管理指導料2を算定した場合	調後B	「薬学管理料」欄
106 102	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料1を算定した場合	訪A	「薬学管理料」欄
107 103	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料2を算定した場合	訪B	「薬学管理料」欄
108 104	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料3を算定した場合	訪C	「薬学管理料」欄
109 105	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
110 106	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
111 107	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
112 108	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
113 109	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
114 110	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定した場合	緊訪A	「薬学管理料」欄
115 111	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定した場合	緊訪B	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
+16 112	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
+17 113	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
+18 114	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
+19 115	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
+29 116	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の在宅中心静脈栄養加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
+21 117	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の夜間訪問加算を算定した場合	夜訪	「薬学管理料」欄
+22 118	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の休日訪問加算を算定した場合	休訪	「薬学管理料」欄
+23 119	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の深夜訪問加算を算定した場合	深訪	「薬学管理料」欄
+24 120	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を「注10」に基づき算定した場合	感訪	「薬学管理料」欄
+25 121	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合	緊共	「薬学管理料」欄
+26 122	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
+27 123	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
+28 124	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
+29 125	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
+30 126	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の在宅中心静脈栄養加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
+31 127	区分番号15の4	退院時共同指導料を算定した場合	退共	「薬学管理料」欄
+32 128	区分番号15の5	服薬情報等提供料1を算定した場合	服A	「薬学管理料」欄
+33 129	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のイを算定した場合	服Bイ	「薬学管理料」欄
+34 130	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のロを算定した場合	服Bロ	「薬学管理料」欄
+35 131	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のハを算定した場合	服Bハ	「薬学管理料」欄
+36 132	区分番号15の5	服薬情報等提供料3を算定した場合	服C	「薬学管理料」欄
+37 133	区分番号15の7	経管投薬支援料を算定した場合	経	「薬学管理料」欄
+38 134	区分番号15の8	在宅移行初期管理料を算定した場合	在初	「薬学管理料」欄
+39 135	区分番号15の9	訪問薬剤管理医師同時指導料を算定した場合	医同	「薬学管理料」欄
+40 136	区分番号15の10	複数名薬剤管理指導訪問料を算定した場合	調複	「薬学管理料」欄
+41 137	区分番号40	調剤ベースアップ評価料	調べ	「薬学管理料」欄
+42 138	区分番号41	調剤物価対応料	調物	「薬学管理料」欄

※略称については、「**麻**」等と四角囲みをし記載することとするが、電子計算機の場合は、口を省略しても差し支えないこと。

「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 8 年 3 月 27 日保医発 0327 第 6 号)

別添

第 3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第 2、第 2
の 2 及び第 3 並びに医薬品等告示関係）

23 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給に関する事項

~~(8) 本制度に基づき、前歯部の金属歯冠修復の提供を行った保険医療機関は、毎年
定期的に金合金又は白金加金の支給の実施状況について地方厚生（支）局長に報
告するものとする。~~

24 金属床による総義歯の提供に関する事項

~~(9) 本制度に基づき、金属床総義歯の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に
金属床総義歯に係る費用を含めた金属床総義歯の実施状況について地方厚生
（支）局長に報告するものとする。~~

25 う蝕に罹患している患者の指導管理に関する事項

~~(8) 本制度に基づき、継続管理の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的にフッ
化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を含めた継続管理の実施状況について
地方厚生（支）局長に報告するものとする。~~

第 4 療担規則第 11 条の 3 第 1 項及び療担基準第 11 条の 3 の厚生労働大臣が定める報告
事項（掲示事項等告示第 4 関係）

1 健康保険法第 63 条第 2 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 64 条第 2 項に規
定する評価療養、患者申出療養及び選定療養（金属床による総義歯の提供、う蝕に罹
患している患者の指導管理、前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の
支給、医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解及び
長期収載品の処方等又は調剤を除く。）に関する事項

(別紙様式 23)

近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給の実施（変更）報告書

上記について報告します。

令和 年 月 日

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

地方厚生（支）局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

販 売 名	対象患者数 (実人数)	対象患者数 (延べ人数)	患者からの徴収額

注1 「患者からの徴収額」は、近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に係る特別の料金として医療機関内に掲示した金額を記入すること。

注2 「患者からの徴収額」が社会的にみて妥当適切な範囲の額であることを示す資料として、近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の購入価格を示す資料を添付すること。

注3 本報告については、直近2ヶ月間（6月1日～7月31日）の実施状況を記載すること。

(別添 8)

「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の一部改正について

(令和 8 年 3 月 27 日保医発 0327 第 7 号)

改 正 後	現 行
2 療養の給付と直接関係ないサービス等 療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。 (5) その他 ア～ウ (略) <u>エ 在留外国人の診療に当たり必要となる多言語対応に要する費用(通訳の手配料や翻訳機の使用料等)</u> オ～キ (略) <u>ク 選定療養における予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料(診察日の直前にキャンセルした場合に限る。なお、診察の予約に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。)</u> ケ～ス (略) <u>セ 予約やオンライン診療の受診に係るシステム利用料 等</u>	2 療養の給付と直接関係ないサービス等 療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。 (5) その他 ア～ウ (略) (新設) エ～カ (略) (新設) キ～サ (略) (新設)

(参考：改正後全文)

療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

2 療養の給付と直接関係ないサービス等

療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。

(5) その他

- ア 保険薬局における患家等への調剤した医薬品の持参料及び郵送代
- イ 保険医療機関における患家等への処方箋及び薬剤の郵送代
- ウ 日本語を理解できない患者に対する通訳料
- エ 在留外国人の診療に当たり必要となる多言語対応に要する費用（通訳の手配料や翻訳機の使用料等）
- オ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送代
- カ 院内併設プールで行うマタニティスイミングに係る費用
- キ 患者都合による検査のキャンセルに伴い使用することのできなくなった当該検査に使用する薬剤等の費用（現に生じた物品等に係る損害の範囲内に限る。なお、検査の予約等に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。）
- ク 選定療養における予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料（診察日の直前にキャンセルした場合に限る。なお、診察の予約に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。）
- ケ 院内託児所・託児サービス等の利用料
- コ 手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等
- サ 有床義歯等の名入れ（刻印・プレートの挿入等）
- シ 画像・動画情報の提供に係る費用（区分番号「B 0 1 0」診療情報提供料（Ⅱ）を算定すべき場合を除く。）
- ス 公的な手続き等の代行に係る費用
- セ 予約やオンライン診療の受診に係るシステム利用料 等

官報掲載事項の一部訂正

【令和 8 年 3 月 5 日（号外第 46 号）】

○ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第 69 号）

該当箇所	誤	正
別表第二 第 2 章 第 12 部 歯冠修復 及び欠損補綴	6 区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注 8 に規定する歯科診療特別対応加算 1、歯科診療特別対応加算 2 又は歯科診療特別対応加算 3 を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第 12 部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。	6 区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注 9 に規定する歯科診療特別対応加算 1、歯科診療特別対応加算 2 又は歯科診療特別対応加算 3 を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第 12 部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

【令和 8 年 3 月 27 日（号外第 71 号）】

○ 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等の一部を改正する告示（厚生労働省告示第 116 号）

該当箇所	誤	正
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 第四 療担規則 第十一条の三 第一項及び療担基準第十一条の三の厚生労働大臣が定める報告事項	一 健康保険法第六十三条第二項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第二項に規定する評価療養、患者申出療養及び選定療養（第三第十三号及び第十四号に規定する療養を除く。）に関する事項	一 健康保険法第六十三条第二項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第二項に規定する評価療養、患者申出療養及び選定療養（第三第七号から第九号まで、第十三号及び第十四号に規定する療養を除く。）に関する事項