

日 薬 業 発 第 116 号

令 和 8 年 6 月 22 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 29 日付け日薬業発第 84 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 6 月 19 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 6 月 19 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6月19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5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）、令和8年3月18日付官報（号外第56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6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）
- ~~・「訪問看護ステーションの基準に係る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9号）（別添4）~~
- ・「「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5）

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 2 章 特掲診療料

第 3 部 検査

第 3 節 生体検査料

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー

(4) 「3 1 及び 2 以外の場合」の「ロ 保険医療機関内で又は訪問して実施するもの」

ア 以下のいずれかの場合に、1 月に 1 回を限度として算定する。なお、「C 1 0 7 - 2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り 2 回、翌月以後は 1 月に 1 回を限度として算定できる。

(イ) 他の検査により睡眠中無呼吸発作の明らかな患者に対して睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として行った場合及び睡眠中多発するてんかん発作の患者又はうつ病若しくはナルコレプシーであって、重篤な睡眠、覚醒リズムの障害を伴うものの患者に対して行った場合。ただし、①から④までに掲げる検査の全て（睡眠時呼吸障害の疑われない患者については①のみ）を当該患者の睡眠中 8 時間以上連続して当該保険医療機関内で測定し、記録すること。

- ① 脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図
- ② 鼻又は口における気流の検知
- ③ 胸壁及び腹壁の換気運動記録
- ④ パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定

(ロ) 問診、身体所見 ~~又は及び~~他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用した場合。ただし、当該検査を実施するに当たっては、患家に医師、看護師又は臨床検査技師が訪問し、患者に電極等の装着を行った上で、(イ)の①から④までに掲げる検査の全てを当該患者の睡眠中 8 時間以上連続して測定し、記録すること。この場合、「注 2」に規定する交通費は実費とし、「C 0 0 0」往診料等は算定できない。

~~当該検査を実施するに当たっては、(イ)の①から④までに掲げる検査の全て（睡眠時呼吸障害の疑われない患者については(イ)のみ）を当該患者の睡眠中 8 時間以上連続して測定し、記録する。~~

別添 3

調剤報酬点数表に関する事項

別表 1

服薬管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

			服薬管理指導料 1イ※ ¹ ・2イ	服薬管理指導料 1ロ・2ロ	服薬管理指導料 3	服薬管理指導料 4イ・4ニ	服薬管理指導料 4ロ・4ハ	在宅患者訪問薬剤管理指導料 1	在宅患者訪問薬剤管理指導料 2・3	在宅患者緊急時等共同指導料	在宅患者緊急時等共同指導料	訪問薬剤管理医師同時指導料
項目		算定回数										
調剤管理料等の加算	調剤時残薬調整加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	薬学的有害事象等防止加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
在宅患者訪問薬剤管理指導料の加算	特定薬剤管理指導加算 1	処方箋受付ごと	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算 2	月 1 回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算 3	1 回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
	乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
	吸入薬指導加算	6 月に 1 回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師フォローアップ加算※ ¹	3 月に 1 回まで	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師訪問加算※ ¹	6 月に 1 回まで	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	麻薬管理指導加算	1 回ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	乳幼児加算	1 回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
	小児特定加算	1 回ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	1 回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
	在宅中心静脈栄養法加算	1 回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
外来服薬支援料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
外来服薬支援料 2		処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×

服用薬剤調整支援料 1	月 1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料 2 ※ ¹	6 月に 1 回まで	○	×	×	○	○	○	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料 1	月 1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料 2	月 1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服薬情報等提供料 1	月 1 回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料 2	月 1 回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料 3	3 月に 1 回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
経管投薬支援料	1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
在宅移行初期管理料	1 回まで	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×
複数名薬剤管理指導訪問料※ ²	1 回ごと	×	×	×	×	×	○	×	○	×	×	×

※ 1 はかかりつけ薬剤師のみ算定可能

※ 2 は単一建物診療患者 1 名のみ算定可能

※ 3 は、かかりつけ薬剤師が指導や訪問等を実施し、その後の服薬管理指導を当該保険薬局の他の保険薬剤師が実施した場合については、併算定可能

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 1

特掲診療料の施設基準等

第 60 の 3 の 3 培養ヒト角膜内皮細胞移植術

1 培養ヒト角膜内皮細胞移植術に関する施設基準

- (3) 日本眼科学会と日本角膜移植学会が作成した「ネルテペンドセル使用要件等基準（第 2 版）」等関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていること。

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（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（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。

第 104 看護職員処遇改善評価料

1 看護職員処遇改善評価料の施設基準

- (8) (7) について、「看護職員等の数」は、2 の (1) の届出を行う月の直近 3 月の期間の各月 1 日時点における看護職員等の数の平均の数値を用いること。「延べ入院患者数」は、2 の (1) の届出を行う月の直近 3 月の期間の 1 月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

また、前回届け出た時点と比較して、「看護職員等の数」及び又は「延べ入院患者数」に 1 割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合には、算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

服薬管理指導料の注 1 の施設基準に係る届出書添付書類

1	かかりつけ薬剤師として服薬管理指導を行う（服薬管理指導料「1のイ」及び「2のイ」を算定する）の保険薬剤師の氏名等（該当する□には、「✓」を記入し、必要な書類を添付すること。） ※適宜、行を増やすこと。						
	かかりつけ薬剤師業務 を実施する者の氏名	保険薬局 勤務経験	短時間 勤務	週あたりの勤務 時間及び日数	当該薬局での 継続在籍期間	研修	地域活動
①		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐
②		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐
③		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐
④		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐
⑤		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐
2	ア 当該保険薬局に <u>週31時間以上</u> 勤務する <u>常勤保険</u> 薬剤師の継続在籍平均期間					年 月 (☐ 1年以上)	
	イ 当該保険薬局の管理薬剤師が、当該保険薬局に継続して在籍している期間					年 月 (☐ 3年以上)	
3	患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮している。					☐ 該当 ☐ 非該当	
4	服用薬剤調整支援料2に規定する研修を受けた保険薬剤師がいる場合は、当該保険薬剤師の氏名等 ※適宜、行を増やすこと。						
	保険薬剤師名	薬剤師名簿 登録番号		研修修了者登録番号 (老年薬学認定薬剤師登録番号)		有効期間 (認定期限)	
①							
②							

【記載上の注意】

- 「保険薬局勤務経験」については、施設基準の届出時点における保険薬剤師としての保険薬局勤務経験の年数を記載すること。ただし、保険医療機関で薬剤師としての勤務経験が1年以上ある場合は、1年を上限として当該勤務経験の期間に含めることができる。
- 「短時間勤務」については、育児・介護休業法第23条第1項、同法第23条第3項又は同法第24条の規定による措置の該当性について記入すること。なお、「短時間勤務」に該当する保険薬剤師のみで当該届出を提出することはできない。
- 「週あたりの勤務時間・日数」については、保険薬剤師の1週間当たりの平均勤務時間及び平均勤務日数を記載すること。
- 「当該薬局での継続在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの保険薬剤師の継続在籍期間を記載すること。ただし、継続在籍期間は、週31時間以上勤務した期間のみを通算すること。
- 「研修」については、薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していることを確認できる文書を添付すること。
- 「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までに過去1年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。

- 7 2のア（常勤週31時間以上勤務する保険薬剤師の継続在籍平均期間）については、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いて計算すること。また、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については、当該保険薬局に継続的に在籍している期間に休業前の在籍期間を含めること。
- 8 日本老年薬学会の提供する老年薬学服薬総合評価研修制度の研修修了書又は日本老年薬学会認定薬剤師の認定証の写しを添付すること。

「賃金改善実績報告書・ 賃金中間報告書（調剤）」

1. 調剤ベースアップ評価料を算定する保険薬局については、別添1の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
2. 法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、保険薬局の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

(保険薬局) _____ (令和 _____ 年度分)

保険薬局コード	
保険薬局名	

I. 提出書類の種類 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 賃金改善中間報告書
- ☐ 賃金改善実績報告書

II. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和 _____ 年 _____ 月	～	令和 _____ 年 _____ 月		ヶ月
--------------------	---	--------------------	--	----

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和 _____ 年 _____ 月	～	令和 _____ 年 _____ 月		ヶ月
--------------------	---	--------------------	--	----

III. ベースアップ評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 調剤ベースアップ評価料による収入の実績額		円
--------------------------	--	---

- 基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。
- ※ 「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
- ※ (9)のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること
- 対象職員とは、当該保険薬局に勤務する職員をいう。
- ※ ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。

【ベースアップ評価料対象職種について】

IV. ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(4) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(5) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(6) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(7) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【（5）－（6）】		円
(8) ベア等による賃金増率【（7）÷（6）】		%
(9) 上記（8）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

V-1. 事務職員の基本給等総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(12) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1か月分）【（11）－（12）】		円
(14) ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
(15) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(16) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-2. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(17) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(18) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(19) 令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(20) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（18）－（19）】		円
(21) ベア等による賃金増率【（20）÷（19）】		%
(22) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(23) 前年度の賞与の支給月数		か月

VI. 保険調剤による収入の割合

(24) 保険調剤による収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(25) 全ての収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(26) 保険調剤による収入の割合【（24）／（25）】		%

※ 保険調剤による収入の総額：調剤報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものの総額（労災保険に係るものを除く）。

※（25）については、店舗販売業を併設している保険薬局であり、かつ保険調剤に従事する職員と店舗販売業に従事する職員を明瞭に分けることができない店舗についてのみ、保険調剤以外の収入を計上すること。これに該当しない場合は、（24）と同額を入力すること。

VII. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(27) ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）】		円
(28) 対象職員全体の賃金改善実績額における、保険調剤分（算定期間分）【（７）×（26）×（算定期間）】		円
(29) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額（算定期間分）【（９）×（算定期間）】		円
(30) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（28）＋（29））－（27）】		円
(31) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか		賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 1 「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）
- 2 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。
- 3 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 4 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

(保険薬局) _____ (令和 _____ 年度分)

保険薬局コード	
保険薬局名	
同一グループ保険薬局名	
同一グループ保険薬局数	

I. 提出書類の種類 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 賃金改善中間報告書
- ☐ 賃金改善実績報告書

II. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和		年		月	～	令和		年		月
----	--	---	--	---	---	----	--	---	--	---

	ヶ月
--	----

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和		年		月	～	令和		年		月
----	--	---	--	---	---	----	--	---	--	---

	ヶ月
--	----

III. ベースアップ評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 調剤ベースアップ評価料による収入の実績額		円
--------------------------	--	---

- 基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。
- ※ 「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
- ※ (9)のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いた額も必ず記載すること
- 対象職員とは、当該保険薬局に勤務する職員をいう。
- ※ ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。

【ベースアップ評価料対象職種について】

IV. ベースアップ評価料対象職員(全体)の月額賃金総額に係る事項

(4) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		人
(5) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		円
(6) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(7) 基本給等総額に係る賃金改善実績額(ベア実績額)(1か月分)【(5)－(6)】		円
(8) ベア等による賃金増率【(7)÷(6)】		%
(9) 上記(8)以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いた額		円

V-1. 事務職員の基本給等総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		円
(12) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額(ベア実績額)(1か月分)【(11)－(12)】		円
(14) ベア等による賃金増率【(13)÷(12)】		%
(15) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(16) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-2. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(17) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(18) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(19) 令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(20) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（18）－（19）】		円
(21) ベア等による賃金増率【（20）÷（19）】		%
(22) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(23) 前年度の賞与の支給月数		か月

VI. 保険調剤による収入の割合

(24) 保険調剤による収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(25) 全ての収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(26) 保険調剤による収入の割合【（24）／（25）】		%

※ 保険調剤による収入の総額：調剤報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものの総額（労災保険に係るものを除く）。

※（25）については、店舗販売業を併設している保険薬局であり、かつ保険調剤に従事する職員と店舗販売業に従事する職員を明瞭に分けることができない店舗についてのみ、保険調剤以外の収入を計上すること。これに該当しない場合は、（24）と同額を入力すること。

VII. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(27) ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）】		円
(28) 対象職員全体の賃金改善実績額における、保険調剤分（算定期間分）【（７）×（26）×（算定期間）】		円
(29) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額（算定期間分）【（９）】		円
(30) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（28）＋（29））－（27）】		円
(31) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか		賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 1 「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）
- 2 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。
- 3 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 4 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

(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 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

II 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 2)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

- (20) 「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について

カ 「投薬」欄について

(オ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 2 条第 16 号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合は、「摘要」欄に「薬選 (近視)」と記載し、薬剤名を記載すること。

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

- (21) 「処方」欄について

シ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 2 条第 16 号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合は、「薬選 (近視)」と記載し、「摘要」欄に薬剤名を記載すること。

- (24) 「薬剤調製料 調剤管理料」欄について

「処方」欄に掲げる調剤を行った際の調剤数量に応じた薬剤調製料及び調剤管理料の点数を記載すること。ただし、薬剤調製料及び調剤管理料が算定できない場合又は医師の指示による分割調剤の場合は、「0」を記載すること。

なお、内服薬及び湯薬について、14 日分を超える投薬又は後発医薬品に係る分割調

剤を同一薬局において行う場合には、第1回目の調剤から通算した日数に対応する薬剤調製料及び調剤管理料から前回までに請求した薬剤調製料及び調剤管理料の点数を減じた点数を記載すること。

また、内服薬が長期処方（28日分以上）されている患者であって、減数調剤を行うことにより、実際の調剤する内服薬の投与日数が1日分以上かつ27日分以下となり、調剤管理料1のイを算定する場合については、減数調剤を実施した年月日、減数調剤を実施した薬剤名及び調整前の日数を「摘要」欄に記載すること。

(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

ウ 「調剤基本料」欄について

（ウ） 近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品のみを調剤する場合は、調剤基本料を算定できないため、合計点数に計上しないこと。

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	同日に複数の保険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統計が直近一年間で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		※
			〔「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)エの対象の患者を選択して記載すること。なお、9(7)ウに規定するものについては、以下のとおりであること。	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		※
			(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	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	820101946	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態		※
				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		※
			・補込型脳・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 ₁₂ 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	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):在宅自己導尿を行っている状態		※
			〔「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)エの対象の患者を選択して記載すること。なお、9(7)エに規定するものについては、以下のとおりであること。	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):補込型脳・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 ₁₂ 製剤を投与されている状態		※
			〔1 要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態〕 1-1 要介護3 1-2 要介護4 1-3 要介護5 1-4 障害支援区分2以上	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		※
			〔2 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上〕 2-1 ランクⅢa 2-2 ランクⅢb 2-3 ランクⅣ 2-4 ランクM	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		※
			〔3 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上〕 2-1 ランクⅢa 2-2 ランクⅢb 2-3 ランクⅣ 2-4 ランクM	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		※
			〔4 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上〕 2-1 ランクⅢa 2-2 ランクⅢb 2-3 ランクⅣ 2-4 ランクM	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		※
			〔5 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上〕 2-1 ランクⅢa 2-2 ランクⅢb 2-3 ランクⅣ 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 頻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 施設に入居し、看護職員による処置を受けている状態		※
			〔6 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上〕 2-1 ランクⅢa 2-2 ランクⅢb 2-3 ランクⅣ 2-4 ランクM	820101970	該当する状態(在宅薬学総合体制加算2のイ):6 麻薬投薬を受けている状態		※
				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		※
			〔7 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〕 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 7-2 出生時体重が1、500g未満であった1歳未満の患者 7-3 「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 7-4 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、経管栄養等の処置を行っている患者	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)・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		※
				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		
				830100001	薬剤調製料(内服薬):その他理由:*****		
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。	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):*****		
			〔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。	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
5	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。	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); *****		
6	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"		
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):高額医薬品のため		※
				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):****		※
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"		※
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:*****		※
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。	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		※
			薬剤の変更内容について選択し記載すること。	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:*****		※
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"		
				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):*****		
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。	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):*****		
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):*****		
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"		※
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
16	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): *****		
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): *****		
18	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		
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		
20	14の2	外来服薬支援朝 料1	外来服薬支援朝料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	外来服薬支援朝料1:注1		
				820100794	外来服薬支援朝料1:注2		
				850100370	服薬管理を実施した年月日(外来服薬支援朝料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100442	保険医療機関の名称(外来服薬支援朝料1):*****		
21	14の2	外来服薬支援朝 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、外来服薬支援朝料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(外来服薬支援朝料2): *****		
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		
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(服用薬剤調整支援朝料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100443	保険医療機関名(服用薬剤調整支援朝料1):*****		
				842100122	調整前の種類数(服用薬剤調整支援朝料1):*****		
				842100123	調整後の種類数(服用薬剤調整支援朝料1):*****		
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(服用薬剤調整支援朝料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
25	10の3 15の2 15の3 15の5	服薬管理指導料 4の口及びハ 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の口及びハ、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)を算定した場合) 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 料コード 「前回調剤数量」	ddd"日分投薬"	○	
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		
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): *****		
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		
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	※	
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	※	

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
				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:*****		※
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		
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	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		
				851100071	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"		
				850190263	訪問指導年月日(夜間訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100072	訪問指導時刻(夜間訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190264	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		
				851100073	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"		
				850190265	訪問指導年月日(休日訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100074	訪問指導時刻(休日訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190266	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		
				851100075	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"		
				850190267	訪問指導年月日(深夜訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100076	訪問指導時刻(深夜訪問加算):hh"時"mm"分"		
			当該訪問が必要であった理由を選択し記載すること。	820101271	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		
				820101272	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		
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	指導年月日(退院時共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100450	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):****		
				830100451	患者が入院している保険医療機関名(退院時共同指導料):*****		
				830100452	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):*****		
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	情報提供先の保険医療機関名(服薬情報等提供料3):*****		
				830100639	情報提供先の診療科名(服薬情報等提供料3):*****		
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者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性があると判断した対象患者を選択し記載すること。	850190270	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		
				820101289	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		
				820101290	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		
				820101291	対象患者(在宅移行初期管理料):6歳未満の乳幼児		
				820101292	対象患者(在宅移行初期管理料):末期のがん患者		
				820101293	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		
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	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		※
				830100987	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):*****		※
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建目について、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	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		※
				820101937	処方箋記載により確認(複数名薬剤管理指導訪問料)		※
				820101938	疑義照会により確認(複数名薬剤管理指導訪問料)		※
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	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		
				820100374	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		
				820100375	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		
				820100376	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		
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事実上承認された効能・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、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ・学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師又は歯科医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ・後発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	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)		
				820101326	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		
				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		

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	—	長期の旅行等特殊の事情がある場合に、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」から最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	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。)		
				820100796	長期投与の理由:年末・年始又は連休		
				830100453	長期投与の理由:その他理由:*****		
41	—	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・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・消炎に係る効能・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)		
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)		※
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		
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		
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		
46	10の2	調剤管理料	(内服薬が長期処方(28日以上)されている患者であって、減数調剤を行うことにより、実際の調剤する内服薬の投与日数が1日分以上かつ27日分以下となり、調剤管理料1のイを算定する場合)減数調剤を実施した年月日、減数調剤を実施した薬剤名及び調整前の日数を記載すること。	850100617	減数調剤を実施した年月日(調剤管理料1のイ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				830100999	減数調剤を実施した薬剤名(調剤管理料1のイ):****		※
				842100125	調整前の日数(調剤管理料1のイ):****"日分"		※
47	-	近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品を調剤する場合	(厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第16号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合)薬剤名を記載すること。	830101000	薬剤名(近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品):*****		※

※「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」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 イ を算定した場合	調残 A	「薬学管理料」欄
62	区分番号10の2	調剤管理料の調剤時残薬調整加算ロを算定した場合	調残B	「薬学管理料」欄
63	区分番号10の2	調剤管理料の調剤時残薬調整加算ハを算定した場合	調残C	「薬学管理料」欄
64	区分番号10の2	調剤管理料の調剤時残薬調整加算ニを算定した場合	調残D	「薬学管理料」欄
62 65	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 イ を算定した場合	調有 A	「薬学管理料」欄
66	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ロを算定した場合	調有B	「薬学管理料」欄
67	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ハを算定した場合	調有C	「薬学管理料」欄
68	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ニを算定した場合	調有D	「薬学管理料」欄
63 69	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
70	区分番号10の2	調剤管理料1イを算定した場合：内服薬が長期処方(28日分以上)されている患者であって、減数調剤を行うことにより、実際の調剤する内服薬の投与日数が1日分以上かつ27日分以下となり、当該点数を算定する場合かつ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	調管減	「薬学管理料」欄
64 71	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 72	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 73	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 74	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 75	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 76	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 77	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合	薬C	「薬学管理料」欄
71 78	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
72 79	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
73 80	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
74 81	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
75 82	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（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
76 83	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（3月を超えて又は初めて処方箋を提出した患者）	薬Dニ	「薬学管理料」欄
77 84	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
78 85	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
79 86	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

項番	区分	項目	略称	記載欄
90 97	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才A	「薬学管理料」欄
91 98	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才B	「薬学管理料」欄
92 99	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才C	「薬学管理料」欄
93 90	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
94 91	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
95 92	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
96 93	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
97 94	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
98 95	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
99 96	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
90 97	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
91 98	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
92 99	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
93 100	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
94 101	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
95 102	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
96 103	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
97 104	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
98 105	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
99 106	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
100 107	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
101 108	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
102 109	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
103 110	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
104 111	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
105 112	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
106 113	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
107 114	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
108 115	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

項番	区分	項目	略称	記載欄
+09 116	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
+10 117	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
+11 118	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
+12 119	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
+13 120	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
+14 121	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
+15 122	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
+16 123	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法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
+17 124	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
+18 125	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
+19 126	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
+20 127	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
+21 128	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
+22 129	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
+23 130	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
+24 131	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
+25 132	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
+26 133	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法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
+27 134	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
+28 135	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
+29 136	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
+30 137	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
+31 138	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
+32 139	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
+33 140	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
+34 141	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
+35 142	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
+36 143	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
+37 144	区分番号40	調剤ベースアップ評価料	調べ	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
138 145	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。

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
別表第一 A 3 0 8 回復 期リハビリテ ーション病棟 入院料（1 日 につき）	4 回復期リハビリテーション病棟入院 料 1 を算定する病棟について、別に厚 生労働大臣が定める施設基準を満た す場合は、回復期リハビリテーション 強化体制加算として、患者 1 人につき 1 日につき 80 点を所定点数に加算す る。	4 回復期リハビリテーション病棟入院 料 1 を算定する病棟について、別に厚 生労働大臣が定める施設基準を満た すものとして地方厚生局長等に届け 出た病棟に入院している患者（別に厚 生労働大臣が定める回復期リハビリ テーションを要する状態にあるもの に限る。）について、回復期リハビリ テーション強化体制加算として、患者 1 人につき 1 日につき 80 点を所定点 数に加算する。

○ 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第 70 号）

該当箇所	誤	正
第三十五の四 病棟薬剤業務 実施加算 (3) 病棟薬剤 業務実施加算 3 の施設基準	ロ 病棟薬剤業務実施加算 1 に係る施 設基準の届出を行っている保険医療 機関であること。	ロ 病棟薬剤業務実施加算 1 <u>又は 2</u> に 係る施設基準の届出を行っている保 険医療機関であること。

【令和 8 年 3 月 18 日（号外第 56 号）】

○ 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第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件（厚生労働省告示第 97 号）

該当箇所	誤	正
------	---	---

別表第 1			薬剤	番号
		56	<u>ファビピラビル（当該薬剤の注意事項等情報として公表された効能又は効果及び用法又は用量（令和 6 年 6 月 24 日に、医薬品医療機器等法第 14 条第 13 項の規定により、既に承認された効能又は効果及び用法又は用量の変更について承認されたものに限る。）に係るものに限る。）</u>	2438

【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揭示事項等 第七 療担規則 第十九条第一項ただし書及び療担基準第十九条第一項ただし書の厚生労働大臣が定める場合		一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第一条第四号及び <u>第二条第十六号</u> に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合