

日 薬 業 発 第 377 号  
平成 30 年 3 月 27 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

平成 30 年度診療報酬改定に関する通知の発出について（その 2、その 3）

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

平成 30 年度診療報酬（調剤報酬）改定に伴う関係通知が発出されたことにつきましては、平成 30 年 3 月 5 日付け日薬業発第 359 号にてお知らせいたしましたが、今般、厚生労働省保険局医療課より、下記のとおりレセプトの記載要領等に関する通知等が発出されたとの連絡がありました。

これら関係通知につきましては厚生労働省ホームページからも入手できますので、貴会会員へご周知下さいますようお願い申し上げます。

#### 記

1. 平成 30 年度診療報酬改定に関する通知の発出について（その 2）
  - 「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（厚生労働省保険局医療課長ほか、平成 30 年 3 月 20 日保医発 0320 第 2 号）
2. 平成 30 年度診療報酬改定に関する通知の発出について（その 3）
  - 「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（厚生労働省保険局医療課長ほか、平成 30 年 3 月 26 日保医発 0326 第 5 号・抄）
  - 「薬価基準の一部改正等について」の一部改正等について（通知）（厚生労働省保険局医療課長、平成 30 年 3 月 26 日保医発 0326 第 8 号）

以上

事務連絡  
平成30年3月20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)  
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)  
(別記)関係団体

御中

厚生労働省保険局医療課

平成30年度診療報酬改定関連通知等について(その2)

平成30年度診療報酬改定に係る関連通知等については別紙のとおり発出されておりますので、その取扱いに遺漏なきよう、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

なお、当該通知等及び関連省令・告示については、厚生労働省ホームページに掲載されておりますことを申し添えます。

(別紙)

名称	番号・日付
複数手術に係る費用の特例について	平成30年3月20日 保医発0320第1号
「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	平成30年3月20日 保医発0320第2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の一部改正法等に伴う実施上の留意事項について	平成30年3月20日 保医発0320第3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患者について	平成30年3月20日 保医発0320第4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5項第三の規定に基づき厚生労働大臣が実施する調査について	平成30年3月20日 保医発0320第5号
歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について	平成30年3月20日 保医発0320第6号

保医発0320第2号  
平成30年3月20日

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

】 殿

厚生労働省保険局医療課長  
（公印省略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官  
（公印省略）

「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

標記については、今般、「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」（平成17年9月1日保医発第0901002号）の一部を下記のように改めるので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に対し周知徹底を図られたい。

記

2の一部を次の表のように改正する。

改正後	現行
<p>2 療養の給付と直接関係ないサービス等</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) その他</p> <p>ア 保険薬局における患家への調剤した医薬品の持参料</p> <p>イ 日本語を理解できない患者に対する通訳料</p> <p>ウ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送料</p> <p>エ 院内併設プールで行うマタニティースイミングに係る費用</p> <p>オ 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。)</p> <p>カ 院内託児所・託児サービス等の利用料</p> <p>キ 手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等</p> <p>ク 有床義歯等の名入れ(刻印・プレートの挿入等)</p> <p>ケ <u>画像・動画情報の提供に係る費用(区分番号「B010」診療情報提供料(Ⅱ)を算定すべき場合を除く。)</u></p> <p>コ <u>公的な手続き等の代行に係る費用 等</u></p>	<p>2 療養の給付と直接関係ないサービス等</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) その他</p> <p>ア 保険薬局における患家への調剤した医薬品の持参料</p> <p>イ 日本語を理解できない患者に対する通訳料</p> <p>ウ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送料</p> <p>エ 院内併設プールで行うマタニティースイミングに係る費用</p> <p>オ 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。)</p> <p>カ 院内託児所・託児サービス等の利用料</p> <p>キ 手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等</p> <p>ク 有床義歯等の名入れ(刻印・プレートの挿入等) <u>等</u></p>

(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

保険医療機関等において保険診療を行うに当たり、治療（看護）とは直接関連のない「サービス」又は「物」について、患者側からその費用を徴収することについては、その適切な運用を期するため、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」（平成4年4月8日老健第79号）、「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」（平成14年厚生労働省告示第99号）、「『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『選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成14年3月18日保医発第0318001号）及び「保険医療機関等において患者から求めることができる実費について」（平成12年11月10日保険発第186号）において、その取扱いを示してきたところであるが、今般、下記のとおり、その取扱いを明確化することとしたので、その徹底につき、御配慮願いたい。

あわせて、入院中の患者など既に治療が開始されている患者からの費用徴収については、保険医療機関等に十分な配慮を求めるよう、その徹底につき、御配慮願いたい。

なお、「保険医療機関等において患者から求めることができる実費について」（平成12年11月10日保険発第186号）は、平成17年8月31日限り廃止する。

### 記

#### 1 費用徴収する場合の手続について

療養の給付と直接関係ないサービス等については、社会保険医療とは別に提供されるものであることから、もとより、その提供及び提供に係る費用の徴収については、関係法令を遵守した上で、保険医療機関等と患者の同意に基づき行われるものであるが、保険医療機関等は、その提供及び提供に係る費用の徴収に当たっては、患者の選択に資するよう次の事項に留意すること。

- (1) 保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に費用徴収に係るサービス等の内容及び料金について患者にとって分かりやすく揭示しておくこと。なお、揭示の方法については、「『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』の制定に伴う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）第1の2(5)に示す揭示例によること。
- (2) 患者からの費用徴収が必要となる場合には、患者に対し、徴収に係るサービスの内容や料金等について明確かつ懇切に説明し、同意を確認の上徴収すること。この同意の確認は、徴収に係るサービス内容及び料金を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うものであること。ただし、この同意書による確認は、費用徴収の必要が生じるごとに逐次行う必要はなく、入院に係る説明等の際に具体的な内容及び料金を明示した同意書により包括的に確認する方法で差し支えないこと。なお、このような場合でも、以後別途費用徴収する事項が生じたときは、その都度、同意書により確認すること。

また、徴収する費用については、社会的にみて妥当適切なものとする。

- (3) 患者から費用徴収した場合は、他の費用と区別した内容のわかる領収証を発行すること。
- (4) なお、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」及び「『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』の制定に伴う実施上の留意事項について」に示したとおり、「お世話料」「施設管理料」「雑費」等の曖昧な名目での費用徴収は認められないので、改めて留意されたいこと。

## 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。

### (1) 日常生活上のサービスに係る費用

- ア おむつ代、尿とりパット代、腹帯代、T字帯代
- イ 病衣貸与代（手術、検査等を行う場合の病衣貸与を除く。）
- ウ テレビ代
- エ 理髪代
- オ クリーニング代
- カ ゲーム機、パソコン（インターネットの利用等）の貸出し
- キ MD、CD、DVD各プレイヤー等の貸出し及びそのソフトの貸出し
- ク 患者図書館の利用料 等

### (2) 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用

- ア 証明書代  
(例) 産業医が主治医に依頼する職場復帰等に関する意見書、生命保険等に必要な診断書等の作成代 等
- イ 診療録の開示手数料（閲覧、写しの交付等に係る手数料）
- ウ 外国人患者が自国の保険請求等に必要な診断書等の翻訳料 等

### (3) 診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用

- ア 在宅医療に係る交通費
- イ 薬剤の容器代（ただし、原則として保険医療機関等から患者へ貸与するものとする。）  
等

### (4) 医療行為ではあるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用

- ア インフルエンザ等の予防接種、感染症の予防に適応を持つ医薬品の投与
- イ 美容形成（しみとり等）
- ウ 禁煙補助剤の処方（ニコチン依存症管理料の算定対象となるニコチン依存症（以下「ニコチン依存症」という。）以外の疾病について保険診療により治療中の患者に対し、スクリーニングテストを実施し、ニコチン依存症と診断されなかった場合であって、禁煙補助剤を処方する場合に限る。）
- エ 治療中の疾病又は負傷に対する医療行為とは別に実施する検診（治療の実施上必要と判断し検査等を行う場合を除く。） 等

### (5) その他

- ア 保険薬局における患者への調剤した医薬品の持参料

- イ 日本語を理解できない患者に対する通訳料
- ウ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送代
- エ 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
- オ 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。）
- カ 院内託児所・託児サービス等の利用料
- キ 手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等
- ク 有床義歯等の名入れ（刻印・プレートの挿入等）
- ケ 画像・動画情報の提供に係る費用（区分番号「B010」診療情報提供料（Ⅱ）を算定すべき場合を除く。）
- コ 公的な手続き等の代行に係る費用 等

### 3 療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないもの

療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないものとしては、具体的には次に掲げるものが挙げられること。

#### （1）手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用

##### ア 入院環境等に係るもの

（例）シーツ代、冷暖房代、電気代（ヘッドホンステレオ等を使用した際の充電に係るもの等）、清拭用タオル代、おむつの処理費用、電気アンカ・電気毛布の使用料、在宅療養者の電話診療、医療相談、血液検査など検査結果の印刷費用代 等

##### イ 材料に係るもの

（例）衛生材料代（ガーゼ代、絆創膏代等）、おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、手術に通常使用する材料代（縫合糸代等）、ウロバッグ代、皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾、医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等、医師の指示によるスポイト代、散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック代 等

##### ウ サービスに係るもの

（例）手術前の剃毛代、医療法等において設置が義務付けられている相談窓口での相談、車椅子用座布団等の消毒洗浄費用、インターネット等より取得した診療情報の提供、食事時のとろみ剤やフレーバーの費用 等

#### （2）診療報酬の算定上、回数制限のある検査等を規定回数以上に行った場合の費用（費用を徴収できるものとして、別に厚生労働大臣の定めるものを除く。）

#### （3）新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用

##### ア 薬事法上の承認前の医薬品・医療機器（治験に係るものを除く。）

##### イ 適応外使用の医薬品（評価療養を除く。）

##### ウ 保険適用となっていない治療方法（先進医療を除く。） 等

#### 4 その他

上記1から3までに掲げる事項のほか、費用徴収する場合の具体的取扱いについては、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」及び「『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』の制定に伴う実施上の留意事項について」を参考にされたい。

なお、上記に関連するものとして、入院時や松葉杖等の貸与の際に事前に患者から預託される金銭（いわゆる「預り金」）については、その取扱いが明確になっていなかったところであるが、将来的に発生することが予想される債権を適正に管理する観点から、保険医療機関が患者から「預り金」を求める場合にあっては、当該保険医療機関は、患者側への十分な情報提供、同意の確認や内容、金額、精算方法等の明示などの適正な手続を確保すること。

事務連絡  
平成30年3月26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)  
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)  
(別記)関係団体

} 御中

厚生労働省保険局医療課

平成30年度診療報酬改定関連通知等について(その3)

平成30年度診療報酬改定に係る関連通知等については別紙のとおり発出されておりますので、その取扱いに遺漏なきよう、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

なお、当該通知等及び関連省令・告示については、厚生労働省ホームページに掲載されておりますことを申し添えます。

(別紙)

名称	番号・日付
「診療報酬請求書の記載要領等について」等の一部改正について	平成30年3月26日 保医発0326第5号
「訪問看護計画書の記載要領等について」の一部改正について	平成30年3月26日 保医発0326第6号
DPC制度への参加等の手続きについて	平成30年3月26日 保医発0326第7号
「薬価基準等の一部改正について」等の一部改正等について	平成30年3月26日 保医発0326第8号
「厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の制定等に伴う実施上の留意事項及び先進医療に係る届出等の取扱いについて」の一部改正について	平成30年3月26日 医政発0326第2号 薬生発0326第1号 保発0326第1号
「健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に規定する患者申出療養の実施上の留意事項及び申出等の取扱いについて」の一部改正について	平成30年3月26日 医政発0326第3号 薬生発0326第2号 保発0326第2号
「厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の制定等に伴う手続き等の取扱いについて」の一部改正について	平成30年3月26日 医政研発0326第1号 薬生薬審発0326第1号 薬生機審発0326第1号 保医発0326第10号
「健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に規定する患者申出療養の申出等の手続の細則について」の一部改正について	平成30年3月26日 医政研発0326第2号 薬生薬審発0326第2号 薬生機審発0326第2号 保医発0326第11号
傷病名コードの統一の推進について	平成30年3月26日 事務連絡

<抄>

保医発0326第5号  
平成30年3月26日

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

） 殿

厚生労働省保険局医療課長  
（公印省略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官  
（公印省略）

「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

標記について、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成30年厚生労働省告示第43号）等が公布され、平成30年4月1日より適用されることに伴い、下記の通知の一部を別添1から別添3のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

記

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）の一部改正について

別添2 「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330007号）の一部改正について

別添3 「訪問看護療養費請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330008号）の一部改正について

## IV 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

### 第1 調剤報酬請求書に関する事項（様式第4）

#### 1 「平成 年 月分」欄について

調剤年月又は外来服薬支援料若しくは退院時共同指導料を算定した年月（以下「調剤年月等」という。）を記載すること。したがって、調剤年月等の異なる調剤報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの調剤年月分等について調剤報酬請求書を作成すること。なお、調剤年月等の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

#### 2 「薬局コード」欄について

それぞれの薬局について定められた薬局コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。

#### 3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例） 別記 全国健康保険協会理事長  
千代田区長  
東京都知事

#### 4 「平成 年 月 日」欄について

調剤報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

#### 5 「保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名、 印 」欄について

（1） 保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名については、保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については開設者から調剤報酬につき委任を受けている場合は、保険薬局の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

（2） 「印」については、当該様式に、予め保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取り扱うものであること。また、保険薬局自体で調剤報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労をはぶくため、保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

#### 6 「医療保険」欄について

（1） 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「処方せん受付回数」欄には明細書の受付回数の合計を、「点数」欄には明細書の「請求」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「一部負担金」欄の「保険」の項に係る「一部負担金」の項の合計を記載すること。

なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

- (3) 「①合計」欄には、「医保（七〇以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（七〇以上七割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（六歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。なお、処方箋受付回数及び点数については、記載を省略して差し支えない。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

## 7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には、区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (5) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

## 8 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る

明細書分を記載すること。

公費負担医療が2種の場合、例えば、感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法に係る分とを併せて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載して当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、1枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、2件ないし3件となること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「請求」欄の「公費②」の項の記載を省略した明細書については、請求欄の「公費①」の項に記載した点数が、当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合には、生活保護法に係る点数は「請求」欄の「保険」の項の点数をも合計して記載すること。

## 9 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る請求分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」により示すとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「①」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計し、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

## 10 「②合計」欄について

「公費と医保の併用」、「公費と公費の併用」及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

## 11 「総件数①+②」欄について

「①合計」及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

## 12 その他

- (1) 請求に係る月の処方箋受付回数を「備考」欄に記載すること。
- (2) 服薬情報等提供料、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を算定した月とその基となる調剤月が異なる場合は、「処方せん受付回数」は調剤月について計上すること。また、長期投薬若しくは後発医薬品に係る分割調剤の調剤基本料を算定する場合、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤を行う場合又は服薬情報等提供料、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、服用薬剤調整支援料、外来服薬支援料若しくは退院時共同指導料のみの算定を行っている場合は、「件数」としては1件、「受付回数」としては0件として計上すること。

### 第1の2 調剤報酬請求書に関する事項（様式第9）

調剤報酬請求書に関する事項については、次に掲げる事項を除き、第1の例によること。なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えるものであること。

#### 1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 「件数」欄、「処方せん受付回数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄については、第1の6の(2)と同様であること。この場合、第1の6の(2)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と読み替えるものであること。
- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「後期高齢九割」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

#### 2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には、区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。  
なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数

は2件となること。

- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (5) 「一部負担金」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

## 第2 調剤報酬明細書の記載要領（様式第5）

### 1 調剤報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとする。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 同一患者につき、同一医療機関の保険医が交付した処方箋に係る調剤分については、一括して1枚の明細書に記載すること。ただし、歯科と歯科以外の診療科の処方箋については、それぞれ別の明細書に記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については、処方箋に基づく調剤分に係る明細書とは別とし、それぞれ単独の明細書とすること。
- (4) 1枚の処方箋の使用期間が次月にまたがる場合については、当該処方箋に係る調剤実行為を行った月の調剤分として請求すること。
- (5) 服薬情報等提供料は、算定の対象となる情報提供を実施した月の分として請求すること。
- (6) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、算定の対象となる訪問薬剤管理指導を実施した月の分として請求すること。
- (7) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も同様とすること。なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。

- (8) 1枚の明細書に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、調剤年月等、薬局コード、患者氏名、保険種別（例：1社・国 1単独 2本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。
- (9) 電子計算機の場合は、以下によること。
- ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢より○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えないこと。
- イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。
- ウ 用紙下端の空白部分は、OCR処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。
- エ 電子計算機用のOCR関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成9年8月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。
- オ 記載する文字は、JISX0208において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

## 2 調剤報酬明細書に関する事項

- (1) 「平成 年 月分」欄について  
調剤年月等を記載すること。
- (2) 「都道府県番号」欄について  
別添2の設定要領の別表2に掲げる都道府県番号表に従い、保険薬局の所在する都道府県の番号を記載すること。
- (3) 「薬局コード」欄について  
それぞれの薬局について定められた薬局コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。
- (4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について  
ア 「保険種別1」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。
- |   |       |
|---|-------|
| 健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。）   | 1 社・国 |
| 公費負担医療（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職者医療との併用の場合を除く。） | 2 公費  |
| 後期高齢者医療                                       | 3 後期  |
| 退職者医療   | 4 退職  |
- （注）退職者医療には、健康保険法附則第3条に規定する特定健保組合に係るものは該当し

ないこと。

イ 「保険種別2」欄については、「保険種別1」欄のそれぞれについて、以下の左の別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

単独	1 単独
1種の公費負担医療との併用	2 2併
2種以上の公費負担医療との併用	3 3併

(注) 公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業(審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。)を含むこと。

ウ 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、未就学者である患者は「4」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこととする。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者(世帯主)と被保険者(その他)の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者(世帯主(高齢受給者を除く。))は「2」、被保険者(その他(未就学者である患者及び高齢受給者を除く。))は「6」を○で囲むこととし、それ以外(未就学者である患者及び高齢受給者を除く。)はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「2 本外」(若しくは「2 本」)、「4 六外」(若しくは「4 六」)、「6 家外」(若しくは「6 家」)、「8 高外一」(若しくは「8 高一」)又は「0 高外7」(若しくは「0 高7」)の項のみを印刷したものをを使用することとしても差し支えないこと。

2 本人外来	2 本外
4 未就学者外来	4 六外
6 家族外来	6 家外
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来	8 高外一
0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来	0 高外7

(注) 高齢受給者一般・低所得者のうち、平成20年2月21日保発第0221003号別紙に定める特例措置により1割負担となる者と、適用を受けない2割負担の者の判別については、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、特段の記載は必要ない。

エ 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

- (ア) 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。
- (イ) 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

(5) 「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号8桁(国民健康保険については6桁)を記載すること(別添2「設定要領」の第1を参照)。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

イ 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療のみの場合は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

(6) 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、( )の中に給付割合を記載すること。

ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 被保険者証等の「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。

イ 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「-」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。また、当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を( )で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、( )を省略しても差し支えないこと。

なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号・番号を記載すること。

(8) 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

ア 調剤券等に記入されている公費負担者番号8桁を記載すること（別添2「設定要領」の第2を参照）。

イ 別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療を「第1公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担医療を「第2公費」という。）記載すること。

ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第2公費として取り扱うものとする。

(9) 「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について

調剤券等に記入されている受給者番号7桁を、第1公費については「公費負担医療の受給者番号①」欄に、第2公費については「公費負担医療の受給者番号②」欄に記載すること（別添2「設定要領」の第3を参照）。

(10) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ 性別は該当するものを○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「1 男」、「2 女」と記載しても差し支えないこと。

ウ 生年月日は以下によること。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載すること。

(イ) 電子計算機の場合は元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」と記載すること。

エ 電子レセプトによる請求を行う場合は、アによる姓名と別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

(11) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「1 職務上」、「2 下船後3月以内」又は「3 通勤災害」のうち該当するものを○で囲むこと。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」については、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲むこと。

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、それぞれ1枚の明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(12) 「特記事項」欄について

該当するものについては、Ⅱの第3の2の(13)と同様とすること。

(13) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について

ア 保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。  
また、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

イ 麻薬を調剤した場合は、麻薬小売業の免許番号を欄の下部に「麻：○○○○○○○○号」と記載すること。

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄、「都道府県番号」欄、「点数表番号」欄及び「医療機関コード」欄について

処方箋を発行した保険医（以下「処方医」という。）が診療に従事する保険医療機関の所在地、名称、都道府県番号、点数表番号及び医療機関コードを処方箋に基づいて記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に所在地及び名称をカタカナで記載しても差し支えないこと。

(15) 「保険医氏名」欄について

処方医である医師又は歯科医師の姓名を記載すること。

なお、同一医療機関で同一患者に対し、異なる医師又は歯科医師が処方箋を発行した場合には、当該欄に当該処方医の姓名を1の項から順番に記載すること。処方箋を発行した医師又は歯科医師の数が10人を超えた場合は、「摘要」欄に11以降の番号を付して医師又は歯科医師の姓名を記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には姓と名の間にスペースをとること。

(16) 「受付回数」欄について

ア 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第1公費及び第2公費に係る処方箋の受付回数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の処方箋の受付回数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る処方箋の受付回数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る処方箋の受付回数を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る処方箋の受付回数が第1公費に係る処方箋の受付回数と同じ場合は、第2公費に係る処方箋の受付回数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 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交付された処方箋を同一日に受け付けた場合は、複数診療科に係るものであっても枚数にかかわらず受付回数は1回となること。ただし、歯科診療に係る処方箋とそれ以外の処方箋についてはこの限りでない。また、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤に係る調剤基本料を算定する調剤、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤並びに服薬情報等提供、在宅患者訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急時等共同指導、服用薬剤調整支援料、外来服薬支援及び退院時共同指導は、受付回数としては計上しないこと。

(17) 「医師番号」欄から「加算料」欄について

「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合であっても、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。感染症法と生活保護法との併用の場合は生活保護法に係る調剤が該当するものであること。

(18) 「医師番号」欄について

当該処方箋を発行した医師又は歯科医師の「保険医氏名」欄の該当番号を記載すること。ただし、処方箋を発行した医師又は歯科医師が1枚の明細書において1名の場合は、番号の記載を省略しても差し支えないこと。

(19) 「処方月日」欄について

処方箋が交付された月日を記載すること。

(20) 「調剤月日」欄について

保険薬剤師が調剤した月日を記載すること。

なお、「処方月日」欄の月と調剤した月とが同一の場合は、月の記載を省略しても差し支えないこと。

(21) 「処方」欄について

ア 所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）ごとに調剤した医薬品名、用量（内服薬及び湯薬については、1日用量、

内服用滴剤、注射薬及び外用薬（ただし、湿布薬を除く。）については、投薬全量、屯服薬については1回用量及び投薬全量）、剤形及び用法（注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。）を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せて記載すること。また、湿布薬の用量については、湿布薬の枚数としての投薬全量を記載するとともに、湿布薬の枚数としての1日用量又は投与日数を併せて記載すること。

ただし、服用時点が同一であっても投薬日数が異なる内服薬に係る調剤及び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、それぞれ別の欄（線により区切られた部分をいう。以下同じ。）に記載すること。

イ 異なる調剤日に調剤を行った場合又は同一処方を変えた医師が発行した場合であっても、調剤数量以外の処方内容が同一である場合には1欄の記載のみで差し支えないこと。

ウ 医薬品名は原則として調剤した薬剤の名称、剤形及び含量を記載すること。

エ 剤形は「内服」、「内滴」、「屯服」、「浸煎」、「湯」、「注射」、「外用」と記載すること。

オ 医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局については、所定単位当たりの薬剤料が175円以下の場合は医薬品名、規格、用量の記載を省略しても差し支えないが、剤形及び用法は記載すること。

なお、次の場合は医薬品名、規格、用量、剤形、用法を記載するものであること。

(ア) 嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、自家製剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算及び計量混合調剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）を算定した場合

(イ) 同一処方箋により、2以上の医薬品を用いて内服薬を調剤した場合であって、別剤として調剤料を算定した場合

カ 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスプレイザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針及び「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年3月厚生労働省告示第61号）の別表のIに規定されている特定保険医療材料）を支給した場合は、他の処方とは別の欄に名称及びセット数等を記載すること。この場合、剤形は「材料」とすること。また、支給月日は「調剤月日」欄に、支給回数は「調剤数量」欄に、単位材料料は「単位薬剤料」欄に、材料料は「薬剤料」欄にそれぞれ記載すること。

キ 同一明細書の同一「処方」欄において、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、当該「処方」欄の公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。

ク 電子計算機の場合は、カタカナで記載しても差し支えないこと。

ケ 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1条第4号又は第6号に係る医薬品を投与した場合は、IIの第3の2の(20)の力の(ウ)の例により「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

## (22) 「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の1単位（内服薬にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）当たりの薬剤料を記載すること。

なお、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、行を改めて公費負担医療に係る薬

剤料を記載し、当該薬剤料にアンダーラインを付すか、又はその左側に「\*」を付すこと。

(23) 「調剤数量」欄について

ア 「処方」欄記載の処方内容に係る調剤の単位数（内服薬及び湯薬にあつては投薬日数、内服用滴剤、浸煎薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあつては調剤回数）を調剤月日ごとに記載すること。

イ 分割調剤の場合は以下によること。

(ア) 長期投薬に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に  $\frac{\square}{\square}$  の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、 $\frac{\square}{\square}$  に代えて「B」と記載することも差し支えないものであること。

(イ) 後発医薬品に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に  $\frac{\square}{\square}$  の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、 $\frac{\square}{\square}$  に代えて「T」と記載することも差し支えないものであること。

(ウ) 医師の分割指示に係る分割調剤を行う場合は、単位数及び医の記号を付した総単位数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、医に代えて「D」と記載することも差し支えないものであること。

(24) 「調剤料」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調剤料の点数を記載すること。ただし、調剤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、長期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調剤料から前回までに請求した調剤料の点数を減じた点数を記載すること。

(25) 「薬剤料」欄について

「処方」欄の所定単位当たりの薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数を記載すること。

(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

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、平成30年10月調剤分以降、「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。

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Ⅱ「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。

#### イ 「加算料」欄について

(ア) 嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、自家製剤加算、計量混合調剤加算、予製剤加算又は無菌製剤処理加算を算定した場合は、当該名称を記載して加算点数（無菌製剤処理加算においては加算点数に日数を乗じた点数）の合計点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあつては「0」）を記載すること。

また、一包化加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、同加算を算定する点数に対応する投薬日数が分かるように、原則として、当該日数が「調剤数量」欄に記載されている剤の欄に（当該日数の剤が複数ある場合は、いずれかの1欄にのみ）、一包化加算に係る点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあつては「0」）を記載すること。

ただし、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、これに該当する場合であっても、これらの加算はどちらか1欄にのみ記載すること。

(イ) 一包化加算については、上記（ア）のほか、当該加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、一包化を行った全ての剤の「加算料」欄に名称を記載すること。

(ウ) 調剤基本料に対応する加算点数、夜間・休日等加算及び在宅患者調剤加算に係る点数については本欄には記載しないこと。

(エ) 電子計算機の場合は、麻等の口を省略して記載しても差し支えないこと。以下、麻等の略号を使用する場合について同様であること。

(オ) 1行で記載できない場合は、同欄において行を改めて記載しても差し支えないこと。

#### ウ 「調剤基本料」欄について

(ア) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る調剤基本料（地域支援体制加算の施設基準の届出を行った場合等にあつては、調剤基本料に地域支援体制加算、後発医薬品調剤体制加算1、後発医薬品調剤体制加算2若しくは後発医薬品調剤体制加算3又は区分番号00の注3若しくは注6を適用して算出した点数。）に処方箋受付回数に乗じた点数、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を行った場合は算定可能な分割調剤の回数に5点に乗じた点数及び在宅患者調剤加算の算定回数に15点に乗じた点数を合算した点数を記載すること。

また、記載した点数の上部に該当する調剤基本料及びその加算等について、名称を記載すること。さらに、在宅患者調剤加算を算定した場合は名称及びその回数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

(イ) 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する調剤基本料及びその加算等の名称及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「調剤基本料」欄に記載すること。

#### エ 「時間外等加算」欄について

(ア) 調剤基本料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算若しくは時間外加算の特例又は調剤料に係る夜間・休日等加算（かかりつけ薬剤師包括管理料を基礎額とする場合を含む。）

を算定した場合（ただし、医師の指示による分割調剤の場合を除く。）は、名称を「保険」の項の上欄に記載すること。

- (イ) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る時間外等の加算点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

#### オ 「薬学管理料」欄について

- (ア) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の上欄には、算定した薬学管理料（薬学管理料の加算を含む。以下同じ。）の名称と回数を下記により記載すること。

- ① 薬剤服用歴管理指導料を算定した場合は該当する名称を記載してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算又は乳幼児服薬指導加算を算定した場合は、薬剤服用歴管理指導料の回数の次にそれぞれ名称及び回数を記載すること。
- ② かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算又は乳幼児服薬指導加算を算定した場合は、かかりつけ薬剤師指導料の回数の次に、それぞれ名称及び回数を記載すること。
- ③ かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ④ 外来服薬支援料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ⑤ 服用薬剤調整支援料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ⑥ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」、「2」又は「3」を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算又は乳幼児加算を算定した場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料の回数の次に併せてそれぞれ名称及び回数を記載すること。
- ⑦ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算又は乳幼児加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び回数を記載すること。
- ⑧ 在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算又は乳幼児加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び回数を記載すること。
- ⑨ 退院時共同指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ⑩ 服薬情報等提供料1又は服薬情報提供料2を算定した場合は、該当する名称及びその回数を記載すること。
- ⑪ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

- (イ) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る薬学管理料の合計点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

- (ウ) 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する薬学管理料又は加算の名称及び回

数を記載しても差し支えないが、合計点数は「薬学管理料」欄に記載すること。

(27) 「摘要」欄について

ア 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には、「摘要」欄に 介 の記号を付して居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の合計算定回数を記載すること。

イ その他請求内容について特記する必要があるればその事項を記載すること。

ウ 「摘要」欄に記載しきれない場合においては、「処方」欄下部の余白部分に必要事項を記載しても差し支えないこと。

(28) 「公費分点数」欄について

ア 「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る調剤報酬点数を記載することとするが、調剤報酬点数が「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

イ 医療保険と併用される公費負担医療において、医療保険単独の処方の場合は「公費分点数」欄には、「0」と記載すること。なお、公費負担医療の併用の場合も同様とすること。

ウ 「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と異なる公費負担医療が2種以上あるときは、「公費分点数」欄を縦に区分し、左から順次「第1公費」、「第2公費」の順で当該公費に係る調剤報酬点数を記載すること。なお、「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ調剤報酬点数の公費負担医療がある場合は、縦に区分すること及び調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

エ 「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものについては、公費でないものとみなして記載すること。

(29) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

ア 「請求」欄には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る合計点数(分割調剤に係るものについては当該分割調剤の分割調剤技術料、薬剤料及び特定保険医療材料の合計点数を、それ以外については「調剤報酬点数」欄、「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄の合計点数を計算し、それぞれ合算したものをいう。(30)において同じ。)を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 医療保険(高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定

疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示があつた者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）に係る「一部負担金額」の項については、以下によること。

健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であつて限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示があつた者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療に係る「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ア) 高額療養費が現物給付された者に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

(イ) 健康保険法施行令第43条第1項並びに同条第5項、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の4第1項並びに同条第3項又は高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第16条第1項並びに同条第3項の規定が適用される者の場合は、これらの規定により算定した額（この額に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

(ウ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ニ、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号ニに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号ニに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。

(エ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ハに掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号ハに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号ハに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。

(オ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

(カ) 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合は、減額後の一部負担

金の金額を記載して「円」を○で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

- エ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合はアの（ア）により記載した額を、金額の記載を要しないもの場合は10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法との併用の場合には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載すること。

また、障害者総合支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用（高額療養費が現物給付された場合に限る。）の場合に10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付化された者に係るものを除く。）と感染症法との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、難病法による特定医療又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の2割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該2割相当の額（「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合は、10円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないもの場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の額。）を「一部負担金額」の項に記載すること。

### (30) その他

- ア 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

イ 特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号等によらず、次の記載要領によること。

(ア) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者総合支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

(イ) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。

(ウ) 生活保護法に係る処方箋受付回数は「受付回数」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「受付回数」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「受付回数」欄の「公費②」の項に記載すること。

(エ) 生活保護法に係る調剤基本料は「調剤基本料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「調剤基本料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「調剤基本料」欄の「公費②」の項に記載すること。

(オ) 生活保護法に係る調剤基本料の時間外等加算は「時間外等加算」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「時間外等加算」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「時間外等加算」欄の「公費②」の項に記載すること。

(カ) 生活保護法に係る薬学管理料は「薬学管理料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「薬学管理料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る分は「薬学管理料」欄の「公費②」の項に記載すること。

(キ) 「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、生活保護法に係る医師番号等を記載すること。

(ク) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者総合支援法に係る調剤報酬点数を記載することとするが、生活保護法に係る調剤報酬点数と同じものがある場合は、縦に2区分すること及び当該調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(ケ) 生活保護法に係る合計点数は「請求」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数は「請求」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法に係る合計点数は「請求」欄の「公費②」の項に記載すること。

ウ 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1条第5号又は第7号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該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。また、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1条第5号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の調剤報酬請求項目と区別して記載すること。

エ 70歳以上で「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円以上）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅣであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。

オ 70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅢであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。

- カ 70歳以上で「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅠ又はⅡであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。
- キ 特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置にかかわらず、「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の2（4）に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合には、「特記事項」欄に「二割」と記載すること。
- ク 自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。
- ケ 高齢者医療確保法第50条第2号に該当する者（65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が75歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が2分の1とならない場合）には、「摘要」欄に「障害」と記載すること。
- コ 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1条第5号の2又は第7号の2に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。
- サ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。
- シ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。
- ス 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。
- セ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。
- ソ 70歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

タ 医師の分割指示に係る分割調剤を行った場合は、「医師番号」欄、「処方月日」欄及び「調剤月日」欄に当該分割調剤に係る医師番号、処方月日及び調剤月日を記載すること。また、「処方」欄に指示された分割回数及び当該分割調剤が何回目の分割調剤に相当するかを記載するほか、当該分割調剤における調剤基本料及びその加算等の名称及び点数、調剤料及びその加算の名称及び点数、薬学管理料及びその加算の名称及び点数を記載するとともに、分割調剤技術料（当該分割調剤における調剤基本料及びその加算等、調剤料及びその加算並びに薬学管理料の点数を合算し、当該合算点数を分割指示回数で除し、小数点以下第一位を四捨五入して得た点数をいう。）を併せて記載すること。

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
1	01	調剤料(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) 「調剤技術上の必要性」、「内服用固形剤と内服用液剤」、「服用方法が異なる」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 820100368 820100369 830100001	調剤技術上の必要性 内服用固形剤と内服用液剤 服用方法が異なる その他:(具体的な理由を記載)
2	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) その事由を記載すること。		—
3	01	一包化加算 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、一包化加算、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) その事由を記載すること。		—
4	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月日及び時間等当該加算を算定した事由が明確にわかるよう記載すること。		—
5	14の2	外来服薬支援料	服薬管理を支援した日、服薬支援に係る薬剤の処方医の氏名及び保険医療機関の名称を記載すること。		—
6	14の3	服用薬剤調整支援料	減薬の提案を行った日、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。		—
7	10 13の2 13の3	薬剤服用歴管理指導料 かかりつけ薬剤師指導料 かかりつけ薬剤師包括管理料	(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的投薬が行われ、薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合) 算定日を記載すること。		—
8	15の2 15の3 15の5	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	(調剤を行っていない月に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又は服薬情報等提供料を算定した場合) 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。		—
9	15	在宅患者訪問薬剤管理指導料	(月に2回以上算定する場合) それぞれ算定の対象となる訪問指導を行った日を記載すること。		—
			(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。	820100103 820100371 820100372 820100094	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 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
10	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「サポート薬局」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、サポート薬局名及びやむを得ない事由等を記載すること。		—
11	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サポート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) サポート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。		—
12	15の4	退院時共同指導料	指導日並びに共同して指導を行った保険医等の氏名及び保険医療機関の名称を記載すること。なお、保険医等の氏名及び保険医療機関の名称については、算定対象となる患者が入院している保険医療機関とともに当該患者の退院後の在宅医療を担う保険医療機関についても記載するものであること。		—
13	—	一般名処方が行われた医薬品について後発医薬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	後発医薬品を調剤しなかった理由:患者の意向 後発医薬品を調剤しなかった理由:保険薬局の備蓄 後発医薬品を調剤しなかった理由:後発医薬品なし 後発医薬品を調剤しなかった理由:その他
14	—	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を転記すること。		—
15	—	70枚を超えて湿布薬が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	70枚を超えて湿布薬が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、処方医が当該湿布薬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 820100378	処方箋記載により確認 疑義照会により確認

※「記載事項」欄における括弧書きは、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。

別表Ⅱ 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	嚔下困難者用製剤加算を算定した場合	困	「加算料」欄
2	区分番号01	一包装加算を算定した場合	包	「加算料」欄
3	区分番号01	麻薬加算を算定した場合	麻	「加算料」欄
4	区分番号01	向精神薬加算を算定した場合	向	「加算料」欄
5	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
6	区分番号01	毒薬加算を算定した場合	毒	「加算料」欄
7	区分番号01	調剤料に係る時間外加算を算定した場合	時	「加算料」欄
8	区分番号01	調剤料に係る休日加算を算定した場合	休	「加算料」欄
9	区分番号01	調剤料に係る深夜加算を算定した場合	深	「加算料」欄
10	区分番号01	調剤料に係る時間外加算の特例を算定した場合	特	「加算料」欄
11	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合	自	「加算料」欄
12	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
13	区分番号01	予製剤加算を算定した場合	予	「加算料」欄
14	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
15	区分番号00	調剤基本料1の場合	基A	「調剤基本料」欄
16	区分番号00	調剤基本料2の場合	基B	「調剤基本料」欄
17	区分番号00	調剤基本料3のイの場合	基C	「調剤基本料」欄
18	区分番号00	調剤基本料3のロの場合	基D	「調剤基本料」欄
19	区分番号00	特別調剤基本料の場合	基E	「調剤基本料」欄
20	区分番号00	注3に該当する場合	妥減	「調剤基本料」欄
21	区分番号00	地域支援体制加算を算定した場合	地支	「調剤基本料」欄
22	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算1を算定した場合	後A	「調剤基本料」欄
23	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算2を算定した場合	後B	「調剤基本料」欄
24	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算3を算定した場合	後C	「調剤基本料」欄
25	区分番号00	注6に該当する場合	後減	「調剤基本料」欄
26	区分番号00	在宅患者調剤加算を算定した場合	在	「調剤基本料」欄
27	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
28	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
29	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
30	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
31	区分番号01	調剤料に係る夜間・休日等加算を算定した場合	夜	「時間外等加算」欄
32	区分番号10	調剤基本料1を算定する保険薬局において、薬剤服用歴管理指導料(41点)を算定した場合：6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参した患者に対する算定	薬A	「薬学管理料」欄
33	区分番号10	調剤基本料1を算定する保険薬局において、薬剤服用歴管理指導料(53点)を算定した場合：6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参していない患者に対する算定	薬B	「薬学管理料」欄
34	区分番号10	調剤基本料1を算定する保険薬局において、薬剤服用歴管理指導料(53点)を算定した場合：6月以内に再度処方箋を持参した患者以外の患者に対する算定	薬C	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
35	区分番号10	調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局において、薬剤服用歴管理指導料の注1ただし書き(53点)により算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参した患者に対する算定	薬他A	「薬学管理料」欄
36	区分番号10	調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局において、薬剤服用歴管理指導料の注1ただし書き(53点)により算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参していない患者に対する算定	薬他B	「薬学管理料」欄
37	区分番号10	調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局において、薬剤服用歴管理指導料の注1ただし書き(53点)により算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参した患者以外の患者に対する算定	薬他C	「薬学管理料」欄
38	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料3(41点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参した患者に対する算定	薬3A	「薬学管理料」欄
39	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料3(41点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参していない患者に対する算定	薬3B	「薬学管理料」欄
40	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料3(41点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参した患者以外の患者に対する算定	薬3C	「薬学管理料」欄
41	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例(13点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参した患者に対する算定	薬特A	「薬学管理料」欄
42	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例(13点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参し、かつ手帳を持参していない患者に対する算定	薬特B	「薬学管理料」欄
43	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特例(13点)を算定した場合:6月以内に再度処方箋を持参した患者以外の患者に対する算定	薬特C	「薬学管理料」欄
44	区分番号10	薬剤服用歴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
45	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のイを算定した場合	防A	「薬学管理料」欄
46	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のロを算定した場合	防B	「薬学管理料」欄
47	区分番号10	薬剤服用歴管理指導料の特定薬剤管理指導加算を算定した場合	特管	「薬学管理料」欄
48	区分番号10	薬剤服用歴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
49	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合	薬指	「薬学管理料」欄
50	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師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
51	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のイを算定した場合	防A	「薬学管理料」欄
52	区分番号10	かかりつけ薬剤師指導料の重複投薬・相互作用等防止加算のロを算定した場合	防B	「薬学管理料」欄
53	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算を算定した場合	特管	「薬学管理料」欄
54	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師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
55	区分番号13の3	かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合	薬包	「薬学管理料」欄
56	区分番号14の2	外来服薬支援料を算定した場合	支	「薬学管理料」欄
57	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料を算定した場合	剤調	「薬学管理料」欄
58	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
59	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
60	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
61	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
62	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
63	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合	緊訪	「薬学管理料」欄
64	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
65	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
66	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
67	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
68	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
69	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

項番	区分	項目	略称	記載欄
70	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
71	区分番号15の5	服薬情報等提供料2を算定した場合	服B	「薬学管理料」欄
72	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1を算定した場合	在防A	「薬学管理料」欄
73	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料2を算定した場合	在防B	「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。

## 診療録等の記載上の注意事項

## 第1 一般的事項

- 1 診療録、歯科診療録及び処方箋（以下「診療録等」という。）の様式については、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」（昭和32年厚生省令第15号）によるものであること。保険薬局に分割調剤を指示する場合は、様式第二号の二を用いる（ただし、平成30年9月30日までの間は、なお従前の例によることができる）こと。
- 2 処方箋の用紙は、A列5番を標準とすること。なお、診療録及び歯科診療録の用紙については、用紙の大きさに特段の定めはないが、A列4番とすることが望ましいものであること。
- 3 医療保険単独の者に係る診療録等については公費負担医療に係る欄は空欄のままとし、公費負担医療単独の者に係る診療録等については療養の給付に係る欄は空欄のままとして差し支えないこと。
- 4 公費負担医療に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのは公費負担医療の担当医療機関と、「保険医氏名」とあるのは公費負担医療の担当医氏名と読み替えるものであること。

## 第2 診療録等の記載上の注意事項（共通）

## 1 「公費負担者番号」欄について

- (1) 医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記載すること（別添2「保険者番号、公費負担者番号・公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領（以下「設定要領」という。）の第2を参照）。
- (2) 1種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、当該公費負担医療に係る分は左上部の該当欄に記載すること（以下左上部の該当欄に記載される公費負担医療を「第1公費」という。）。
- (3) 2種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第1公費」とし、後順位の公費負担医療に係る分は右下部の該当欄（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第2公費」という。）。
- (4) 公費負担医療単独の場合は、左上部の該当欄に記載すること。
- (5) 公費負担医療のみが2種併用される場合は、第1公費に係るものは左上部の該当欄に、第2公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は左上部の該当欄に、障害者総合支援法に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

- (6) 同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号が変更となった場合は、変更前の公費負担医療に係る分は第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分は第2公費として取り扱うものとする。

なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

## 2 「公費負担医療の受給者番号」欄について

- (1) 医療券等に記入されている受給者番号7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第3を参照）。

- 18 「備考」欄について  
保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載する。
- 19 「月日」欄について  
受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載する。
- 20 「療法・処置」欄について  
受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに療法及び処置について必要な事項を記載する。
- 21 「点数」欄について  
受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数を記載する。
- 22 「負担金徴収額」欄について  
医療機関において徴収した負担金の額を記載する。
- 23 「食事療養・生活療養算定額」欄について  
受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載する。
- 24 「標準負担額」欄について  
食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載する。
- 25 その他  
「受診者」欄を右欄に配置換えをする等は差し支えない。

#### 第5 処方箋の記載上の注意事項

- 1 「患者」欄について
  - (1) 氏名  
投薬を受ける者の姓名を記載すること。
  - (2) 生年月日  
投薬を受ける者の生年月日を記載すること。
  - (3) 男・女  
投薬を受ける者の性別について該当するものを○で囲むこと。
  - (4) 区分  
該当するものを○で囲むこと。
- 2 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について  
保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。
- 3 「電話番号」欄について  
保険医療機関の電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- 4 「保険医氏名<sup>㊟</sup>」欄について  
処方箋を発行した保険医（以下「処方医」という。）が署名するか、又は処方医の姓名を記載し、押印すること。
- 4の2 「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」欄について  
「都道府県番号」欄には、保険医療機関の所在する都道府県番号2桁（診療報酬明細書に記載する都道府県番号と同様の番号）を記載すること。「点数表番号」欄には、医科は1を、歯科は3を記載すること。「医療機関コード」欄には、それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁（診療報酬明細書に記載する医療機関コードと同様の番号）を記載すること。また、健康保険法第63条第3項第2号及び第3号に規定する医療機関については、「医療機関コード」欄に「9999999」の

7 桁を記載すること。

5 「交付年月日」欄について

患者に処方箋を交付した年月日を記載すること。

6 「処方箋の使用期間」欄について

(1) 交付の日を含めて4日以内の場合は、記載する必要がないこと。

(2) 患者の長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合に、交付の日を含めて3日以内又は交付の日を含めて4日を超えた日より調剤を受ける必要がある場合には、年月日を記載すること。  
この場合において、当該処方箋は当該年月日の当日まで有効であること。

(3) 様式第二号の二に基づく処方箋（以下「分割指示に係る処方箋」という。）の場合は、分割の1回目に係る使用期限を記載することとし、当該使用期限が交付の日を含めて4日以内の場合は、記載する必要がないこと。

7 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

(1) 医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名（屋号）を付加しないこと。

なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、2以上の規格単位がある場合には、当該規格単位を併せて記載すること。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

(2) 分量は、内服薬については1日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については1回分量を記載すること。

(3) 用法及び用量は、1回当たりの服用（使用）量、1日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。特に湿布薬については、1回当たりの使用量及び1日当たりの使用回数、又は投与日数を必ず記載すること。

なお、分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数（回数）を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数（回数）を付記すること。

(4) 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスプレイザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針又は「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年3月厚生労働省告示第61号）の別表のIに規定されている特定保険医療材料）を保険薬局より支給させる場合は名称及びセット数等を記載すること。

(5) 処方医が処方箋に記載した医薬品の一部又はすべてについて後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。

(6) 処方医が処方箋に記載した医薬品のうち(5)に基づいて「変更不可」欄に「✓」又は「×」

を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形（※）の後発医薬品への変更にし支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。

ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

(7) なお、内服薬の処方箋への記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」（平成22年1月29日付医政発0129第3号・薬食発0129第5号）も参考にされたい。

## 8 「備考」欄について

(1) 保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。

(2) 麻薬を処方する場合には、麻薬取締法第27条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。

(3) 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、必要最小限の範囲において、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日を超えて投与した場合は、その理由を記載すること。

(4) 未就学者である患者の場合は「6歳」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者の場合は「高一」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって7割給付の患者の場合は「高7」と記載すること。

(5) 処方医が、処方箋に記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

なお、後発医薬品を処方する際に、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載する場合においては、その理由を記載すること。

(6) 入院中の患者以外の患者に対する処方について、患者の服薬管理が困難である等の理由により、保険薬局に分割調剤を指示する場合には、分割の回数及び当該分割ごとの調剤日数を記載すること。

なお、この場合において、保険薬局に指示しておくべき事項等があれば具体的に記載すること。

(7) 1処方につき70枚を超えて湿布薬を投与する場合は、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。

(8) 保険薬局が調剤時に患者の残薬を確認した際に、当該保険薬局に対して、「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」すること又は「保険医療機関へ情報提供」することを指示する場合には、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載すること。

(9) 地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は地域包括診療料若しくは認知症地域包

括診療料を算定している患者について、保険薬局に対してその旨を情報提供するに当たって、処方箋への書面の添付によらない場合には、当該加算を算定している旨を本欄に記載すること。

9 「分割指示に係る処方箋」について

- (1) 分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に対応するかを右上の所要欄に記載すること。
- (2) 別紙の発行保険医療機関情報には、保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載すること。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載すること。

10 その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方箋に以下の事項を記載すること。

(1) 「調剤済年月日」欄について

処方箋が調剤済となった場合の年月日を記載すること。その調剤によって、当該処方箋が調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方箋に記載すること。

(2) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について

保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

(3) 「保険薬剤師氏名 ㊦」欄について

調剤を行った保険薬剤師が署名するか又は保険薬剤師の姓名を記載し、押印すること。

(4) その他次の事項を「備考」欄又は「処方」欄に記入すること。

ア 処方箋を交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方箋に記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容

イ 医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容

- (5) 分割指示に係る処方箋に基づき調剤した場合は、別紙の「受付保険薬局情報」欄に保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入すること。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えないこと。

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

厚生労働省保険局医療課長  
( 公 印 省 略 )

「薬価基準等の一部改正について」等の一部改正等について

標記については、今般、「薬価基準等の一部改正について」（平成 8 年 9 月 6 日付け保険発第 53 号）等の一部を下記のとおり改正し、平成 30 年 4 月 1 日から適用するので、貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底をお願いします。

記

- 1 「薬価基準等の一部改正について」（平成 8 年 9 月 6 日付け保険発第 126 号）の記の II を次の表のように改める。

改正後	現 行
II 薬価基準の一部改正に伴う留意事項について バクトロバン鼻腔用軟膏の保険適用上の取扱い 一 本製剤は、各病室の入り口に速乾式手洗い液等の消毒液（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）に対して有効な消毒液に限る。）が設置されており、手洗い等の適切な MRSA	II 薬価基準の一部改正に伴う留意事項について バクトロバン鼻腔用軟膏の保険適用上の取扱い 一 本製剤は、各病室の入り口に速乾式手洗い液等の消毒液（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）に対して有効な消毒液に限る。）が設置されており、手洗い等の適切な MRSA

<p>感染対策がとられている保険医療機関において、次の(一)及び(二)に掲げる患者の保菌する鼻腔内の MRSA の除菌に使用した場合に算定するものであること。</p> <p>なお、鼻腔内に MRSA を保菌する(二)の患者については、速やかに易感染患者から隔離するなど、易感染患者との接触を絶つ措置を講ずること。</p> <p>(一) MRSA 感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者(易感染患者)</p> <p>(二) 易感染患者から隔離することが困難な入院患者</p> <p>二 本製剤の使用に当たっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、必要最小限の期間(三日間程度)の投与にとどめ、漫然と長期にわたり使用しないこと。</p> <p>三 (二)の患者に対する使用に当たっては、やむを得ず、二名以下の患者が収容されている病室に(一)の患者とともに入院している者に対して使用した場合に限り算定できるものであること。</p> <p>その場合、(二)の患者の使用に係る薬剤料は(一)の患者の分として算定し、(一)の患者の診療報酬明細書の摘要欄に(二)の患者に投与した旨を記載すること。また、(一)の患者の診療録に(二)の患者に本製剤を投与した内容及び「<u>易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与</u>」と記載すること。</p> <p>四 本製剤の使用に当たっては、(一)及び(二)のいずれの患者に対しても十分に説明し、同意を得て使用すること。</p>	<p>感染対策がとられている保険医療機関において、次の(一)及び(二)に掲げる患者の保菌する鼻腔内の MRSA の除菌に使用した場合に算定するものであること。</p> <p>なお、鼻腔内に MRSA を保菌する(二)の患者については、速やかに易感染患者から隔離するなど、易感染患者との接触を絶つ措置を講ずること。</p> <p>(一) MRSA 感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者(易感染患者)</p> <p>(二) 易感染患者から隔離することが困難な入院患者</p> <p>二 本製剤の使用に当たっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、必要最小限の期間(三日間程度)の投与にとどめ、漫然と長期にわたり使用しないこと。</p> <p>三 (二)の患者に対する使用に当たっては、やむを得ず、二名以下の患者が収容されている病室に(一)の患者とともに入院している者に対して使用した場合に限り算定できるものであること。</p> <p>その場合、(二)の患者の使用に係る薬剤料は(一)の患者の分として算定し、(一)の患者の診療報酬明細書の摘要欄に(二)の患者に投与した旨を記載すること。また、(一)の患者の診療録に(二)の患者に本製剤を投与した内容を<u>その氏名とともに</u>記載すること。</p> <p>四 本製剤の使用に当たっては、(一)及び(二)のいずれの患者に対しても十分に説明し、同意を得て使用すること。</p>
---	---

2 「使用薬剤の薬価(薬価基準)の一部改正について」(平成12年11月17日付け保険発第190号)の記のⅡの1を次の表のように改める。

改正後	現 行
<p>1 ゼフィックス錠100の保険適応上の取扱い</p> <p>(1) 本製剤の投与終了後、ウイルス再増殖に伴い、肝機能の悪化もしくは肝炎の重症化が認められることがあるので、その旨を患者に説</p>	<p>1 ゼフィックス錠100の保険適応上の取扱い</p> <p>(1) 本製剤の投与終了後、ウイルス再増殖に伴い、肝機能の悪化もしくは肝炎の重症化が認められることがあるので、その旨を患者に説</p>

<p>明し、患者が自己の判断で投与を中止しない様に十分指導すること。また、本剤の投与を終了する場合には、投与終了後少なくとも4カ月間は、原則として2週間ごとに患者の臨床症状と臨床検査値（HBV-DNA、ALT（GPT）及び必要に応じ総ビリルビン）を観察し、その後も観察を続けること。</p> <p>(2) 本製剤は、B型慢性肝炎の治療に十分な知識と経験を持つ医師のもとで使用された場合に算定できるものであること。</p> <p>(3) 本製剤の使用に当たっては、B型肝炎ウイルスの増殖を伴う肝機能の異常の確認が前提であり、HBV-DNA、DNAポリメラーゼ又はHBe抗原によりウイルスの増殖を確認した年月日（<u>検査実施年月日</u>）及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p><u>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</u></p>	<p>明し、患者が自己の判断で投与を中止しない様に十分指導すること。また、本剤の投与を終了する場合には、投与終了後少なくとも4カ月間は、原則として2週間ごとに患者の臨床症状と臨床検査値（HBV-DNA、ALT（GPT）及び必要に応じ総ビリルビン）を観察し、その後も観察を続けること。</p> <p>(2) 本製剤は、B型慢性肝炎の治療に十分な知識と経験を持つ医師のもとで使用された場合に算定できるものであること。</p> <p>(3) 本製剤の使用に当たっては、B型肝炎ウイルスの増殖を伴う肝機能の異常の確認が前提であり、HBV-DNA、DNAポリメラーゼ又はHBe抗原によりウイルスの増殖を確認した年月日及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p>
---	---

3 「使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について」（平成13年8月31日付け保医発第224号）の記のⅡの4を次の表のように改める。

改正後	現行
<p>4 リツキサン注10mg/mLの保険適用上の取扱い等</p> <p>(1) リツキサン注10mg/mLの保険適用上の取扱い</p> <p>① 本製剤は、緊急時に十分措置できる医療施設において、造血器腫瘍、自己免疫疾患、ネフローゼ症候群及び慢性特発性血小板減少性紫斑病の治療、並びに腎移植あるいは肝移植に対して十分な経験を持つ医師のもとで、本剤の投与が適切と判断される症例についてのみ投与すること。</p> <p>② 本剤投与の適応となる造血器腫瘍の診断は、病理診断に十分な経験を持つ医師により行うこと。</p> <p>(2) 診療報酬請求上の取扱い</p>	<p>4 リツキサン注10mg/mLの保険適用上の取扱い等</p> <p>(1) リツキサン注10mg/mLの保険適用上の取扱い</p> <p>① 本製剤は、緊急時に十分措置できる医療施設において、造血器腫瘍、自己免疫疾患、ネフローゼ症候群及び慢性特発性血小板減少性紫斑病の治療、並びに腎移植あるいは肝移植に対して十分な経験を持つ医師のもとで、本剤の投与が適切と判断される症例についてのみ投与すること。</p> <p>② 本剤投与の適応となる造血器腫瘍の診断は、病理診断に十分な経験を持つ医師により行うこと。</p> <p>(2) 診療報酬請求上の取扱い</p>

<p>CD20 陽性の B 細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下の CD20 陽性の B 細胞性リンパ増殖性疾患に用いる場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、CD20 陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。</p> <p><u>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</u></p>	<p>CD20 陽性の B 細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下の CD20 陽性の B 細胞性リンパ増殖性疾患に用いる場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、CD20 陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。</p>
---	---

4 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正に伴う留意事項について」（平成 16 年 6 月 25 日付け保医発第 0625001 号）の記の 2 の (1) を次の表のように改める。

改正後	現 行
<p>(1) ハーセプチン注射用 60</p> <p>① 本薬剤の使用上の注意において、(ア)本薬剤は緊急時に十分な対応が可能な施設及び癌化学療法に十分な経験を持つ医師のもとで、使用上の注意等を遵守の上、投与すること、(イ)HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施することとされているので、使用に当たっては十分留意すること。</p> <p>② 診療報酬明細書の摘要欄に HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日について記載すること。</p> <p><u>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</u></p> <p>③ 既記載のハーセプチン注射用 150 についても、①及び②と同様の取扱いとすること。</p>	<p>(1) ハーセプチン注射用 60</p> <p>① 本薬剤の使用上の注意において、(ア)本薬剤は緊急時に十分な対応が可能な施設及び癌化学療法に十分な経験を持つ医師のもとで、使用上の注意等を遵守の上、投与すること、(イ)HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施することとされているので、使用に当たっては十分留意すること。</p> <p>② 診療報酬明細書の摘要欄に HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日について記載すること。</p> <p>③ 既記載のハーセプチン注射用 150 についても、①及び②と同様の取扱いとすること。</p>

5 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正について」（平成 18 年 6 月 1 日付け保医発第 0601001 号）の記の 2 の (2) を次の表のように改める。

改正後	現 行
<p>(2) ニコチネル TTS10、ニコチネル TTS20、ニコチネル TTS30</p> <p>① 本薬剤の薬剤料については、ニコチン依</p>	<p>(2) ニコチネル TTS10、ニコチネル TTS20、ニコチネル TTS30</p> <p>① 本薬剤の薬剤料については、ニコチン依</p>

存症管理料の算定に伴って処方された場合に限り算定できることとする。また、処方箋による投薬の場合においては、処方箋の「備考」欄に「ニコチン依存症管理料の算定に伴う処方である。」と記載すること。

- ② ①にかかわらず、ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合に限り、当該禁煙治療に要した本剤の薬剤料を、入院している保険医療機関において算定して差し支えない。

当該薬剤料の算定に当たっては、外来で実施されていた禁煙治療の内容を十分に踏まえ、継続して計画的な禁煙指導を行うために本剤が処方された場合に算定が認められるものであり、突然の休薬等に伴う単なる離脱症状への対応等として本剤が処方された場合には、算定は認められないこと。

また、診療報酬請求の際には、診療報酬明細書の摘要欄に、「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」と記載すること。

なお、入院の期間は、ニコチン依存症管理料の算定期間である 12 週間には含めないものとし、また、当該入院中の処方については、ニコチン依存症管理料を算定できる治療回数である 5 回には含めない。

存症管理料の算定に伴って処方された場合に限り算定できることとする。また、処方せんによる投薬の場合においては、処方せんの「備考」欄に「ニコチン依存症管理料の算定に伴う処方である。」と記載すること。

- ② ①にかかわらず、ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合に限り、当該禁煙治療に要した本剤の薬剤料を、入院している保険医療機関において算定して差し支えない。

当該薬剤料の算定に当たっては、外来で実施されていた禁煙治療の内容を十分に踏まえ、継続して計画的な禁煙指導を行うために本剤が処方された場合に算定が認められるものであり、突然の休薬等に伴う単なる離脱症状への対応等として本剤が処方された場合には、算定は認められないこと。

また、診療報酬請求の際には、診療報酬明細書の摘要欄に、「外来においてニコチン依存症管理料を算定する患者に対し、禁煙治療を継続するために処方した。」と記載すること。

なお、入院の期間は、ニコチン依存症管理料の算定期間である 12 週間には含めないものとし、また、当該入院中の処方については、ニコチン依存症管理料を算定できる治療回数である 5 回には含めない。

6 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正について」（平成 20 年 4 月 18 日付け保医発第 0418002 号）の記の 2 の (3) を次の表のように改める。

改正後	現 行
(3) チャンピックス錠 0.5mg、チャンピックス錠 1 mg	(3) チャンピックス錠 0.5mg、チャンピックス錠 1 mg

① 本製剤の薬剤料については、ニコチン依存症管理料の算定に伴って処方された場合に限り算定できることとする。また、処方箋による投薬の場合においては、処方箋の「備考」欄に「ニコチン依存症管理料の算定に伴う処方である。」と記載すること。

② 「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」（平成 18 年厚生労働省告示第 107 号）第 10 第 2 号(一)に規定する 14 日の投薬期間制限のため、ニコチン依存症管理料の算定日以外の日に、ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者に対して「禁煙治療のための標準手順書」に基づき本剤が処方された場合においても、①と同様の取扱いとする。

③ ①にかかわらず、ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合に限り、当該禁煙治療に要した本剤の薬剤料を、入院している保険医療機関において算定して差し支えない。

当該薬剤料の算定に当たっては、外来で実施されていた禁煙治療の内容を十分に踏まえ、継続して計画的な禁煙指導を行うために本剤が処方された場合に算定が認められるものであること。

また、診療報酬請求の際には、診療報酬明細書の摘要欄に、「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」と記載すること。

なお、入院の期間は、ニコチン依存症管理料の算定期間である 12 週間には含めないものとし、また、当該入院中の処方については、ニコチン依存症管理料を算定でき

① 本製剤の薬剤料については、ニコチン依存症管理料の算定に伴って処方された場合に限り算定できることとする。また、処方せんによる投薬の場合においては、処方せんの「備考」欄に「ニコチン依存症管理料の算定に伴う処方である。」と記載すること。

② 「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」（平成 18 年厚生労働省告示第 107 号）第 10 第 2 号(一)に規定する 14 日の投薬期間制限のため、ニコチン依存症管理料の算定日以外の日に、ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者に対して「禁煙治療のための標準手順書」に基づき本剤が処方された場合においても、①と同様の取扱いとする。

③ ①にかかわらず、ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合に限り、当該禁煙治療に要した本剤の薬剤料を、入院している保険医療機関において算定して差し支えない。

当該薬剤料の算定に当たっては、外来で実施されていた禁煙治療の内容を十分に踏まえ、継続して計画的な禁煙指導を行うために本剤が処方された場合に算定が認められるものであること。

また、診療報酬請求の際には、診療報酬明細書の摘要欄に、「外来においてニコチン依存症管理料を算定する患者に対し、禁煙治療を継続するために処方した。」と記載すること。

なお、入院の期間は、ニコチン依存症管理料の算定期間である 12 週間には含めないものとし、また、当該入院中の処方につ

る治療回数である5回には含めない。	いては、ニコチン依存症管理料を算定できる治療回数である5回には含めない。
-------------------	--------------------------------------

7 「使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について」（平成23年9月12日付け保医発0912第1号）の記の2の(4)を次の表のように改める。

改正後	現 行
<p>(4) シンポニー皮下注 50mg シリンジ</p> <p>① 本薬剤の関節リウマチへの使用に当たっては、効能・効果に関連する使用上の注意に「過去の治療において、少なくとも1剤の抗リウマチ薬（生物製剤を除く）等による適切な治療を行っても、疾患に起因する明らかな症状が残る場合に投与すること。」と記載されているので、十分留意すること。</p> <p>② 本薬剤の潰瘍性大腸炎への使用に当たっては、原則として生物製剤も含めた他の薬物療法で効果不十分な場合に本薬剤の使用を検討すること。</p> <p>③ 本薬剤の潰瘍性大腸炎への投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名及び使用期間</p> <p>イ 本薬剤の投与が必要と判断した理由（削除）</p> <p>④ 本薬剤はゴリムマブ製剤であり、本薬剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を算定できるものであること。</p> <p>⑤ 本薬剤については針付注入器一体型のキットであるので、医科点数表区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を算定す</p>	<p>(4) シンポニー皮下注 50mg シリンジ</p> <p>① 本薬剤の関節リウマチへの使用に当たっては、効能・効果に関連する使用上の注意に「過去の治療において、少なくとも1剤の抗リウマチ薬（生物製剤を除く）等による適切な治療を行っても、疾患に起因する明らかな症状が残る場合に投与すること。」と記載されているので、十分留意すること。</p> <p>② 本薬剤の潰瘍性大腸炎への使用に当たっては、原則として生物製剤も含めた他の薬物療法で効果不十分な場合に本薬剤の使用を検討すること。</p> <p>③ 本薬剤の潰瘍性大腸炎への投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名及び使用期間</p> <p>イ 本薬剤の投与が必要と判断した理由</p> <p>④ <u>本薬剤の潰瘍性大腸炎への継続使用に当たっては、本薬剤を開始した月の翌月以降の診療報酬明細書の摘要欄に、本薬剤を開始した診療年月を記載すること。</u></p> <p>⑤ 本薬剤はゴリムマブ製剤であり、本薬剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合は、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）<u>以下「医科点数表」という。）</u>区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を算定できるものであること。</p> <p>⑥ 本薬剤については針付注入器一体型のキットであるので、医科点数表区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を算定す</p>

る場合、医科点数表区分番号「C151」注入器加算及び「C153」注入器用注射針加算は算定できないものであること。	る場合、医科点数表区分番号「C151」注入器加算及び「C153」注入器用注射針加算は算定できないものであること。
--	--

8 「使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について」（平成 24 年 5 月 29 日付け保医発第 0529 第 1 号）の記の 2 の (2) を次の表のように改める。

改正後	現 行
<p>(2) ザーコリカプセル 200mg 及び同 250mg</p> <p>本薬剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性又は ROS1 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性又は ROS1 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。</p> <p><u>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</u></p>	<p>(2) ザーコリカプセル 200mg 及び同 250mg</p> <p>本薬剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性又は ROS1 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性又は ROS1 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。</p>

9 「使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について」（平成 24 年 5 月 29 日付け保医発第 0529 第 1 号）の記の 2 の (4) を次の表のように改める。

改正後	現 行
<p>(4) ポテリジオ点滴静注 20mg</p> <p>本薬剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「CCR4 抗原は、フローサイトメトリー又は免疫組織化学染色法により検査を行い、陽性であることが確認されている患者のみに投与すること。」とされているので、CCR4 陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。</p> <p><u>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</u></p>	<p>(4) ポテリジオ点滴静注 20mg</p> <p>本薬剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「CCR4 抗原は、フローサイトメトリー又は免疫組織化学染色法により検査を行い、陽性であることが確認されている患者のみに投与すること。」とされているので、CCR4 陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。</p>

10 「使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について」（平成 25 年 5 月 24 日付け保医

発第 0524 第 4 号) の記の 2 の (2) を次の表のように改める。

改正後	現 行
<p>(2) アコファイド錠 100mg</p> <p>① 本剤は、「機能性ディスぺプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できること。また、その場合には、診療報酬明細書の傷病名に「機能性ディスぺプシア」を用いること。</p> <p>② 本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「上部消化管内視鏡検査等により、胃癌等の悪性疾患を含む器質的疾患を除外すること」とされているので、器質的疾患を有する場合には算定できないものであること。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を摘要欄に記入すること。</p> <p><u>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</u></p>	<p>(2) アコファイド錠 100mg</p> <p>① 本剤は、「機能性ディスぺプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できること。また、その場合には、診療報酬明細書の傷病名に「機能性ディスぺプシア」を用いること。</p> <p>② 本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「上部消化管内視鏡検査等により、胃癌等の悪性疾患を含む器質的疾患を除外すること」とされているので、器質的疾患を有する場合には算定できないものであること。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を摘要欄に記入すること。</p>

11 「使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について」（平成 26 年 4 月 17 日付け保医発 0417 第 4 号）の記の 2 の (2) を次の表のように改める。

改正後	現 行
<p>(2) ザルティア錠 2.5mg 及び同 5mg</p> <p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を摘要欄に記入すること。</p> <p><u>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月</u></p>	<p>(2) ザルティア錠 2.5mg 及び同 5mg</p> <p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を摘要欄に記入すること。</p>

<p><u>日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</u></p>	
--	--

12 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（平成 26 年 9 月 2 日付け保医発 0902 第 1 号）の記の 4 の (1) を次の表のように改める。

改正後	現 行
<p>(1) アレセンサカプセル 20mg 及び同 40mg</p> <p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。</p> <p><u>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</u></p>	<p>(1) アレセンサカプセル 20mg 及び同 40mg</p> <p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。</p>

13 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（平成 27 年 2 月 23 日付け保医発 0223 第 2 号）の記の 2 の (3) を次の表のように改める。

改正後	現 行
<p>(3) ゼルボラフ錠 240mg</p> <p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、<i>BRAF</i> 遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、<i>BRAF</i> 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。</p> <p><u>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</u></p>	<p>(3) ゼルボラフ錠 240mg</p> <p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、<i>BRAF</i> 遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、<i>BRAF</i> 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。</p>

14 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（平成 27 年 11 月 27 日付け保医発 1127 第 2 号）の記の 3 の (1) を次の表のように改める。

改正後	現 行
<p>(1) アレセンサカプセル 150mg</p> <p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。</p> <p><u>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</u></p>	<p>(1) アレセンサカプセル 150mg</p> <p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。</p>

15 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（平成 28 年 5 月 24 日付け保医発 0524 第 1 号）の記の 3 の (1) から (3) までを次の表のように改める。

改正後	現 行
<p>(1) タグリッソ錠 40mg 及び同 80mg</p> <p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、EGFR T790M 変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR T790M 変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。</p> <p><u>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</u></p> <p>(2) タフィンラーカプセル 50mg 及び同 75mg</p> <p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、<i>BRAF</i> 遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、<i>BRAF</i> 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。</p> <p><u>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月</u></p>	<p>(1) タグリッソ錠 40mg 及び同 80mg</p> <p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、EGFR T790M 変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR T790M 変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。</p> <p>(2) タフィンラーカプセル 50mg 及び同 75mg</p> <p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、<i>BRAF</i> 遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、<i>BRAF</i> 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。</p>

<p><u>日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</u></p> <p>(3) メキニスト錠 0.5mg 及び同 2mg</p> <p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、<i>BRAF</i> 遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、<i>BRAF</i> 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。</p> <p><u>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</u></p>	<p>(3) メキニスト錠 0.5mg 及び同 2mg</p> <p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、<i>BRAF</i> 遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、<i>BRAF</i> 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。</p>
---	--

16 「ミカトリオ配合錠の保険適用に係る留意事項について」（平成 28 年 12 月 26 日付け保医発 1226 第 8 号）の記以下を次の表のように改める。

改正後	現 行
<p>1 ミカトリオ配合錠については、厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課において適正使用の指針が定められ、今般、別添のとおり連絡されているところであるので、使用に当たっては十分留意すること。</p> <p>2 原則として、テルミサルタン 80mg、アムロジピン 5mg 及びヒドロクロロチアジド 12.5mg を 8 週間以上、同一用法・用量で継続して併用し、安定した血圧コントロールが得られている場合に、本製剤への切り替えを検討すること。</p> <p>3 本製剤への切り替えに当たっては、次の事項を切り替えた月の診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>(1) テルミサルタン 80mg、アムロジピン 5mg 及びヒドロクロロチアジド 12.5mg の併用療法として使用していた品名及び使用期間</p> <p>(2) テルミサルタン 80mg、アムロジピン 5mg 及びヒドロクロロチアジド 12.5mg の併用療法における血圧コントロールの状況及び安定した血圧コントロールが得られていると</p>	<p>1 ミカトリオ配合錠については、厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課において適正使用の指針が定められ、今般、別添のとおり連絡されているところであるので、使用に当たっては十分留意すること。</p> <p>2 原則として、テルミサルタン 80mg、アムロジピン 5mg 及びヒドロクロロチアジド 12.5mg を 8 週間以上、同一用法・用量で継続して併用し、安定した血圧コントロールが得られている場合に、本製剤への切り替えを検討すること。</p> <p>3 本製剤への切り替えに当たっては、次の事項を切り替えた月の診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>(1) テルミサルタン 80mg、アムロジピン 5mg 及びヒドロクロロチアジド 12.5mg の併用療法として使用していた品名及び使用期間</p> <p>(2) テルミサルタン 80mg、アムロジピン 5mg 及びヒドロクロロチアジド 12.5mg の併用療法における血圧コントロールの状況及び安定した血圧コントロールが得られていると</p>

<p>判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日 (削除)</p>	<p>判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日 <u>4 本製剤の継続使用に当たっては、本製剤へ切り替えた月の翌月以降の診療報酬明細書の摘要欄に、本製剤へ切り替えた診療年月を記載すること。</u></p>
---	---

17 「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」（平成 29 年 8 月 29 日付け保医発 0829 第 8 号）の記の 3 の (3) を次のように改める。

改正後	現 行
<p>(3) スピンラザ髄注 12mg 本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1 遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2 遺伝子のコピー数が 1 以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1 遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2 遺伝子のコピー数が 1 以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 <u>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</u></p>	<p>(3) スピンラザ髄注 12mg 本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1 遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2 遺伝子のコピー数が 1 以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1 遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2 遺伝子のコピー数が 1 以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p>

18 「メトトレキサート注射剤の保険請求上の取扱いについて」（平成 20 年 10 月 23 日付け保医発第 1023001 号）を廃止する。

19 「アガルシダーゼ ベータ（遺伝子組換え）製剤の保険請求上の取扱いについて」（平成 21 年 2 月 10 日付け保医発第 0210001 号）を廃止する。