

目 次

調剤報酬点数表編

通 則	13	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	92
(参考) 公害医療における調剤報酬算定表	18	在宅患者緊急時等共同指導料	96
第1節 調剤技術料	22	退院時共同指導料	100
調剤基本料	22	服薬情報等提供料	101
薬剤調製料	51	経管投薬支援料	104
内服薬	51	在宅移行初期管理料	104
屯服薬	52	訪問薬剤管理医師同時指導料	105
浸煎薬	53	複数名薬剤管理指導訪問料	106
湯薬	53	第3節 薬剤料	113
注射薬	53	使用薬剤料	113
外用薬	55	第4節 特定保険医療材料料	116
第2節 薬学管理料	61	特定保険医療材料	116
調剤管理料	61	第5節 その他	123
服薬管理指導料	65	調剤ベースアップ評価料	123
外来服薬支援料	80	調剤物価対応料	124
服用薬剤調整支援料	84	第6節 経過措置	125
調剤後薬剤管理指導料	85	(参考) 分割調剤について	126
在宅患者訪問薬剤管理指導料	86		

疑 義 解 釈 編

調剤報酬点数表の取扱い	132	薬学的有害事象等防止加算	151
第1. 調剤報酬点数表		2 服薬管理指導料	151
通則		麻薬管理指導加算	155
横断的事項	132	特定薬剤管理指導加算1	155
一般名処方及び後発医薬品への変更調剤	132	特定薬剤管理指導加算2	156
第1節 調剤技術料		特定薬剤管理指導加算3	156
1 調剤基本料	133	手帳の活用実績が相当程度あると認められない	
妥結率等に係る報告	135	保険薬局が算定する服薬管理指導料	157
連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算	136	かかりつけ薬剤師フォローアップ加算	157
地域支援・医薬品供給対応体制加算	138	かかりつけ薬剤師指導料, かかりつけ薬剤師	
連携強化加算	141	包括管理料	158
分割調剤	142	3 外来服薬支援料	159
分割処方	143	一包化加算	159
リフィル処方箋による調剤	143	4 服用薬剤調整支援料	160
在宅薬学総合体制加算	143	5 調剤後薬剤管理指導料	160
電子的調剤情報連携体制整備加算	144	6 在宅患者訪問薬剤管理指導料等	160
門前薬局等立地依存減算	146	小児特定加算	161
2 薬剤調製料	146	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	162
浸煎薬, 湯薬	147	在宅中心静脈栄養法加算	162
無菌製剤処理加算	147	7 在宅患者緊急時等共同指導料等	162
時間外加算等, 夜間・休日等加算	147	8 服薬情報等提供料	162
自家製剤加算	148	9 経管投薬支援料	162
計量混合調剤加算	149	10 在宅移行初期管理料	162
第2節 薬学管理料		11 その他	163
1 調剤管理料	150	第3節 薬剤料	
重複投薬・相互作用等防止加算	150	使用薬剤料	163
調剤時残薬調整加算	150	一体的な構造関係	168
第2. 保険外併用療養費・療養の給付と直接関係ないサービス		一体的な経営関係	169
1. 評価療養	164	保険医及び保険薬剤師の登録	169
2. 療養担当規則関係	165	電子的表示による掲示	169
保険調剤等に係る一部負担金の支払いにおける		3. 長期収載品	170
ポイント提供	165	医療上の必要性について	170
衛生材料等の支給	165	薬局における医療上の必要性の判断について	170
経済上の利益の提供による誘引の禁止	166	一般名処方について	171
領収証	167	院内処方その他の処方について	171
明細書	167		
療養の給付と直接関係ないサービス等	168		

後発医薬品を提供することが困難な場合について	171	入院中の患者以外の患者に対する注射について	172
公費負担医療について	171	医療費控除について	173
処方箋の記載について	172	包括される薬剤料について	173
診療報酬明細書の記載について	172		
第3. 他医療機関の受診	173		
<参考>医科診療報酬点数表等	174		
1. 基本診療料	174	湿布薬, 貼付剤	180
紹介率の低い医療機関の初診料・外来診療料等	174	リフィル処方	181
総合入院体制加算及び急性期充実体制加算	174	4. 注射	181
2. 医学管理等	174	5. 処置	181
二次性骨折予防継続管理料	176	人工腎臓	181
3. 投薬	176	6. 診療報酬明細書の記載要領	181
向精神薬多剤投与	178	7. DPC	181
うがい薬	180	退院時処方の取扱い	181
薬剤使用に関する保険診療上の取扱い	183		
附 ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱い	335		

薬剤使用に関する点数表の解釈編

医科点数表(抄)	338	歯科点数表(抄)	614
第2章 特掲診療料		第2章 特掲診療料	
第1部 医学管理等	340	第1部 医学管理等	615
第2部 在宅医療	455	第2部 在宅医療	674
第5部 投薬	573	第5部 投薬	703
第6部 注射	600	第6部 注射	713

関係法規・通知編

細目次	722		
1 療養担当規則	725	5 処方箋・調剤録等	968
2 使用医薬品・保険外併用療養費等	788	6 薬局機能等	1014
3 施設基準		7 麻薬等の取扱い	1070
(1)保険薬局に係る施設基準	819	8 介護保険との調整	1080
(2)薬剤に関連する保険医療機関の施設基準	863	9 参考資料	1098
4 記載要領等	904		

索引

索引	1102
----	------

調剤報酬点数表

通 則

- 1 投薬の費用は、第1節から第3節まで及び第5節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 第1節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の薬剤調製料は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。
- 3 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この表において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前2号により算定した所定点数及び第4節の所定点数を合算した点数により算定する。

（根拠法令）

- ◇ 調剤報酬は、健康保険法第76条第2項及び高齢者の医療の確保に関する法律第71条第1項の規定に基づく告示「診療報酬の算定方法」の別表第三に、「調剤報酬点数表」として定められている。この点数表は、健康保険法・高齢者医療確保法のほか国民健康保険法及び感染症法等に基づく各種公費負担医療においても、これによることとされている。ただし、「公害健康被害補償法」に基づく公害医療における調剤報酬算定表は、別に定められている。

（調剤報酬の算定方法）

- ◇ 調剤報酬は次によって算定する。
請求点数＝調剤技術料＋薬学管理料＋薬剤料＋特定保険医療材料料＋その他

（1）調剤技術料

調剤技術料は調剤基本料、薬剤調製料及び加算料からなっている。

- (ア) 調剤基本料は、処方箋の受付1回につき、施設基準に係る区分に従い、それぞれの所定点数を算定する。施設基準を満たすとして届け出た以外の保険薬局は、特別調剤基本料Bを算定する。

同一患者から異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、1回目は所定点数を算定し、2回目以降は所定点数の100分の80を算定する。

調剤基本料の施設基準は、①処方箋の受付回数、②特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合、③特定の保険医療機関との間での不動産の賃貸借取引の有無、④当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率等に応じて区分されている。また、取引価格の妥結率が5割以下である又はかかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を行っていない等の保険薬局は、所定点数の100分の50を算定する。

なお、14日分を超える投薬に係る処方箋のうち、長期保存が困難等の理由により分割調剤を行った場合は、2回目以降の調剤について、1分割調剤につき5点を算定する。また、初めて後発医薬品を服用等する患者に分割調剤を行った場合は、2回目の調剤に限り5点を算定する。

それ以外の場合で、患者の服薬管理が困難である等の理由により、医師が処方時に指示した場合には、薬局で分割調剤を実施する（処方医は、処方箋の備考欄に分割日数及び分割回数を記載する）。2回目以降の調剤時は、患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行う。この場合、調剤基本料、薬剤調製料及び薬学管理料（服薬情報等提供料を除く。）については、所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

リフィル処方箋による調剤を行う場合は、所定の要件（後述）を満たせば、調剤技術料及び薬学管理料を算定できる。

- (イ) 薬剤調製料は内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）、屯服薬、浸煎薬、湯薬、注射薬、外用薬の6区分に分かれている。

内服薬の薬剤調製料は1剤を1単位とし、3剤までを限度として、投与日数にかかわらず1剤につき24点を算定する。ただし、内服用滴剤を調剤した場合は、投与日数にかかわらず1調剤につき10点を算定する。

屯服薬については、剤数にかかわらず21点を算定する。

浸煎薬については、3調剤までを限度として、1調剤につき190点を算定する。

湯薬については、3調剤までを限度として、7日分以下190点、8日分以上28日分以下は7日目以下190点で8日目以上は1日分につき10点、29日分以上400点を算定する。

注射薬については、調剤数にかかわらず26点を算定する。

外用薬については、3調剤までを限度として、1調剤につき10点とさ

(参考) 処方箋様式 (令和 8 年 6 月施行)

処 方 箋									
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)									
公費負担者番号				保 険 者 番 号					
公費負担医療の受給者番号				被保険者資格に係る記号・番号		(扶番)			
患 者	氏 名				保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日		明大 昭和 年 月 日 男・女		電 話 番 号				
	区 分		被保険者		被扶養者		保 険 医 氏 名		
						都道府県番号		点数表番号	医療機関コード
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を計りて4月以内に保険薬局に提出すること。	
処 方	変更不可 (医療上必要)	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更は差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。						
	リフィル可 ☐ (回) リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋								
備 考	保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)								
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) ☐ 保険医療機関へ延薬照会した上で調剤 ☐ 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供								
	調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) □1回目調剤日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)								
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				公費負担医療の受給者番号					

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、A列5番を標準とする。
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「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」と読み替えるものとする。

様式第二号の二(第三十三条関係)

処方箋の記載上の注意事項 (記載要領通知)

- 「患者」欄について
 - 氏名
投薬を受ける者の姓名を記載する。
 - 生年月日
投薬を受ける者の生年月日を記載する。
 - 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。
 - 区分
該当するものを○で囲む。
 - 「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)局長に届けた所在地及び名称を記載する。
 - 「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。
 - 「保険医氏名[㊞]」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。
- 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

通 則

処 方 箋									
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)									
分割指示に係る処方箋 分割の 回目									
公費負担者番号				保 険 者 番 号					
公費負担医療の受給者番号				被保険者資格に係る記号・番号		(扶番)			
患 者	氏 名				保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日		明大 昭和 年 月 日 男・女		電 話 番 号				
	区 分		被保険者		被扶養者		保 険 医 氏 名		
						都道府県番号		点数表番号	医療機関コード
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を計りて4月以内に保険薬局に提出すること。	
処 方	変更不可 (医療上必要)	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更は差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。						
	保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)								
備 考	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) ☐ 保険医療機関へ延薬照会した上で調剤 ☐ 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供								
	調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号				
	保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				公費負担医療の受給者番号				

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、A列5番を標準とする。
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「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」と読み替えるものとする。

様式第二号の二(第三十三条関係)

分割指示に係る処方箋 (別紙)

(発行保険医療機関情報)	
処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先	
電話番号	FAX番号
その他の連絡先	

(受付保険薬局情報)	
1 回目を受け付けた保険薬局	
名称	
所在地	
保険薬剤師氏名	㊞
調剤年月日	
2 回目を受け付けた保険薬局	
名称	
所在地	
保険薬剤師氏名	㊞
調剤年月日	
3 回目を受け付けた保険薬局	
名称	
所在地	
保険薬剤師氏名	㊞
調剤年月日	

様式第二号の二

第1節 調剤技術料

区分

00 調剤基本料（処方箋の受付1回につき）

1 調剤基本料 1	47点
2 調剤基本料 2	30点
3 調剤基本料 3	
イ	25点
ロ	20点
ハ	37点
4 特別調剤基本料 A	5点

（受付回数等）

- (1) 調剤基本料は、患者等が提出する処方箋の枚数に関係なく処方箋受付1回につき算定する。なお、分割調剤を行う場合は、「注9」[42頁]から「注11」により算定し、リフィル処方箋による調剤を行う場合は、「(リフィル処方箋による調剤)」[44頁]により算定する。 留
- (2) 同一患者から同一日に複数の処方箋（リフィル処方箋を含む。）を受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方箋又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方箋については一括して受付1回と数える。
ただし、同一の保険医療機関から交付された場合であっても、歯科の処方箋については歯科以外の処方箋と歯科の処方箋を別受付として算定できる。 留
- (3) 複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を同時にまとめて受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え2回以上とする。また、この場合において、当該受付のうち、1回目は調剤基本料の所定点数を算定し、2回目以降は「注3」により調剤基本料の所定点数を100分の80にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。なお、当該「注3」の規定は、「注9」から「注11」までの分割調剤に係る処方箋には適用しない。 留

（調剤基本料の算定手順）

- ◇ 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、小数点以下第一位を四捨五入する。次に「注5」の地域支援・医薬品供給対応体制加算、「注6」の連携強化加算、「注7」のバイオ後続品調剤体制加算、「注8」の後発医薬品減算、「注12」の在宅薬学総合体制加算1、「注13」の在宅薬学総合体制加算2、「注14」の電子的調剤情報連携体制整備加算及び「注15」の門前薬局等立地依存減算のうち該当するもの（特別調剤基本料Aを算定する保険薬局においては、「注5」の地域支援・医薬品供給対応体制加算、「注7」のバイオ後続品調剤体制加算、「注12」の在宅薬学総合体制加算1及び「注13」の在宅薬学総合体制加算2の所定点数に100分の10を乗じ、それぞれ小数点以下第一位を四捨五入する。）の加算等を行う。ただし、当該点数が3点未満になる場合は、3点を算定する。 留

（調剤基本料1に関する施設基準）

- (1) 調剤基本料2、調剤基本料3及び特別調剤基本料Aのいずれにも該当しない保険薬局であって、調剤基本料に係る届出を行う保険薬局である。なお、調剤基本料の注1のただし書の施設基準に該当する保険薬局（「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局）は、調剤基本料2、調剤基本料3及び特別調剤基本料Aの基準にかかわらず調剤基本料1となる。
- (2) 処方箋集中率が85%を超え、処方箋の受付回数が1月に600回を超える保険薬局（都市部に所在し、かつ、当該保険薬局の敷地境界線からの水平距離が500メートル以内の区域内に、他の保険薬局の敷地境界線が含まれるものに限る。）であっても、令和8年5月31日において、現に処方箋の受付回数が1月に1,800枚以下であるとして届け出ている保険薬局であって、その後も1月の処方箋の受付回数が継続的に1,800枚以下である場合は、調剤基本料1となる。 留

（調剤基本料2に関する施設基準）

次のいずれかに該当する保険薬局であって、調剤基本料に係る届出を行う保険薬局である（調剤基本料3のイ若しくはロ又は特別調剤基本料Aに該当するものを除く。）。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、処方箋の受付1回につき、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、本文の規定にかかわらず、調剤基本料1により算定する。

状況に応じた手順書等を作成し、当該保険薬局の職員に対して共有している。

- (5) 災害時においては、オンライン資格確認等システムの「緊急時医療情報・資格確認機能（災害時医療情報閲覧）」（災害時モード）を用いることにより、被災により手帳やマイナ保険証を確認することができない患者であっても薬剤情報等の把握が可能となり、更に電子処方箋管理サービスへの調剤情報の登録により直近の薬剤情報が充実することを念頭に置いて、平時よりこれらのシステムの活用に努める。

- (6) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うために以下の体制が整備されている。

ア 「オンライン服薬指導の実施要領について」（令和4年9月30日付け薬生発0930第1号）の別添（以下「オンライン服薬指導の実施要領」という。）の第4の(4)に基づき、必要な通信環境を確保する。

イ オンライン服薬指導の実施要領の第4の(5)に基づき、薬局内の保険薬剤師に対して、必要な知識を習得させるための研修を実施する。

ウ 最新の厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照し、また、「[薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト]」及び「[薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～薬局・事業者向け～]」等について」（令和5年10月13日付け医政参発1013第2号・医薬総発1013第1号医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官・薬局総務課長通知）の別添1、別添2及び別添4を活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う。

- (7) 要指導医薬品及び一般用医薬品を販売している。ただし、要指導医薬品等は単に最低限の品目を有していればよいものではなく、購入を希望して来局する者が症状等に応じて必要な医薬品が選択できるよう、新型インフルエンザ等感染症等の発生時に必要となる様々な種類の医薬品及び検査キット（薬事承認を受けたものに限る。）を取り扱うべきである。なお、取り扱う要指導医薬品等の選択に当たっては、健康増進支援薬局の届出要件とされている48薬効群を参考にする。 ㊦

（連携強化加算の施設基準に関する留意点）

- ◇ 「（連携強化加算に関する施設基準）」の(3)〔40頁〕について、厚生局の届出のウェブサイトに掲載される一覧に当該ウェブサイトへのリンクを掲載したのみでは、行政機関又は薬剤師会等が情報提供していることには該当しない。 ㊦

（調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関）

- ◇ 当該特別調剤基本料Aを算定する保険薬局と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関であって、当該保険薬局における当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が5割を超えるものであること。

（特掲診療料の施設基準等 第十五・四の三）

（バイオ後続品調剤体制加算）

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号。以下「薬担規則」という。）第7条の2第2号に規定するバイオ後続品（インスリン製剤を除く。）を調剤した場合には、バイオ後続品調剤体制加算として、**50点**（特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において調剤した場合には、**100分の10に相当する点数**）を所定点数に加算する。

- (1) バイオ後続品調剤体制加算は、バイオ後続品を調剤し、また患者に適切に説明することができる保険薬局の体制を評価するものであり、バイオ後続品（インスリン製剤を除く。）を調剤した場合に算定することができる。 ㊦

- (2) 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の効能又は効果が異なるバイオ医薬品の一般的名称が記載された処方箋を受け付けた保険薬局の保険薬剤師は、後発医薬品の調剤と同様に、適切な対応を行う。 ㊦

- (3) 先行バイオ医薬品について処方箋に銘柄名の記載がなされた場合は、保険薬局において処方医に事前に確認することなくバイオ後続品に変更して調剤すること（変更調剤）はできないことに留意する。 ㊦

- (4) 特別調剤基本料Aを算定している保険薬局においては、バイオ後続品調剤体制加算の所定点数を100分の10にし、小数点以下第一位を四捨五入した点

8 薬担規則第7条の2第1号に規定する後発医薬品（以下この表において「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から5点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。

9 14日分を超える投薬に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保

数を算定する。

留

(5) バイオ後続品調剤体制加算は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

留

（バイオ後続品調剤体制加算の施設基準）

◇ バイオ医薬品の適切な保管及び患者への適切な説明を行うことができる保険薬局であって、バイオ後続品の調剤を行うにつき必要な体制が整備されているものであること。（特掲診療料の施設基準等 第十五・五）

（バイオ後続品調剤体制加算に関する施設基準）

- (1) 当該保険薬局において調剤したバイオ医薬品（バイオ後続品のあるものに限る。以下本項において同じ。）の規格単位数量及び当該バイオ後続品の規格単位数量を合算した数量に占める当該バイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上となるバイオ医薬品の成分の数が、当該保険薬局において調剤実績のあるバイオ医薬品の成分数の60%以上であることが望ましい。
- (2) バイオ後続品の調剤を積極的に行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示する。

特

（調剤基本料の「注8」に規定する保険薬局）

- (1) 後発医薬品の調剤数量割合が5割以下の保険薬局（処方箋受付回数が1月に600回以下の場合を除く。）である場合は、調剤基本料を5点減算する。なお、詳細な施設基準については、特掲診療料施設基準通知を参照する。
- (2) 処方箋受付回数が1月に600回以下に該当するか否かの取扱いについては、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数〔23頁「調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)〕に準じて取り扱う。

留

（調剤基本料の注8に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局）

- (1) 以下のいずれかに該当する保険薬局は調剤基本料を5点減算する。ただし、処方箋受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除くものとする。
 - ア 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が50%以下である。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものを除く。
 - イ 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合について、毎年8月1日現在で届出書の記載事項について行う報告等を通じ、直近1年間に地方厚生（支）局長への報告を行っていない。
- (2) 「当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないもの」とは、直近1月間の当該保険薬局における処方箋受付回数のうち、先発医薬品の変更不可の記載がある処方箋の受付回数が50%以上の場合のことをいう。この場合の処方箋受付回数は、「（調剤基本料2の施設基準に関する留意点）」の(1)〔23頁〕に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。
- (3) (1)のアの後発医薬品の調剤数量割合に基づく当該減算への該当性については、直近3月間の当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合をもって翌月に判断し、該当する場合は、翌々月から調剤基本料を減算する。
- (4) (1)のイの直近1年間に地方厚生（支）局長に報告を行っていない保険薬局に該当した場合は、当該報告を行った場合には、報告を行った月の翌月より、当該保険薬局に該当しないものとして取り扱う。

特

（分割調剤の通則）

- (1) 「注9」又は「注10」に係る分割調剤を行う場合は、調剤基本料は初回のみ算定し、2回目以降については「注9」又は「注10」のとおり算定するが、異なる保険薬局で分割調剤を行う場合は、各保険薬局においてそれぞれ

険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10の2に掲げる調剤管理料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。）は算定しない。

10 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10の2に掲げる調剤管理料、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。）は算定しない。

11 医師の分割指示に係る処方箋受付（注9及び注10に掲げるものを除く。）において、1回目の調剤については当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる薬剤調製料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料（区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料を除く。）は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

調剤基本料を算定できる。

留

- (2) 「注9」、「注10」又は「注11」に係る分割調剤のうち、複数の分割調剤を同一の保険薬局において同一日に行う場合にあっては、「注11」の分割調剤に係る点数により算定する。

留

（長期保存の困難性等の理由による分割調剤）

- (1) 「注9」の分割調剤については、14日分を超える投薬に係る処方箋によって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要がある、分割調剤を行った場合で、1処方箋の2回目以降の調剤を同一の保険薬局において2回目以降行った場合に算定する。
- (2) 「注9」に係る分割調剤を行う場合は、処方箋の受付時に、当該処方箋を発行した医療機関等に対し照会を行うとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録等に記入する。

留

（後発医薬品の試用のための分割調剤）

- (1) 「注10」の分割調剤については、後発医薬品への変更が可能な処方箋を提出した患者の同意に基づき、処方箋に記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により分割調剤を行った場合で、同一の保険薬局において1処方箋の2回目の調剤を行った場合に限り算定する。この場合において、2回目の調剤を行う際には、先発医薬品から後発医薬品への変更による患者の体調の変化、副作用が疑われる症状の有無等を確認するとともに、患者の意向を踏まえ、後発医薬品又は変更前の先発医薬品の調剤を行う。なお、その際に、所定の要件を満たせば、調剤管理料、服薬管理指導料及び外来服薬支援料2を算定できる。
- (2) 「注10」に係る分割調剤を行った場合は、処方箋を発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録等に記入する。また、2回目の調剤の際に、患者の意向により変更前の先発医薬品の調剤を行った場合も、処方箋を発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、先発医薬品に再変更した理由等の必要な事項を調剤録等に記入する。

留

留

- (3) 1処方箋について、「注9」の長期保存の困難性等の理由による分割調剤の2回目以降の調剤と「注10」の後発医薬品の試用のための分割調剤の2回目の調剤を同一の保険薬局において同一日に行う場合にあっては、いずれか一方の分割調剤に係る点数のみを算定する。

（医師の指示による分割調剤）

- (1) 「注11」については、医師の分割指示に係る処方箋（「注9」の長期保存の困難性等の理由による分割調剤及び「注10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に該当する場合を除く。）により、患者の同意の下、分割調剤を行った場合に算定する。
- (2) 調剤基本料及びその加算、薬剤調製料及びその加算並びに薬学管理料については、当該分割調剤を行う保険薬局が当該処方箋において分割調剤を実施しない場合に算定する点数をそれぞれ合算し、分割回数で除した点数を当該調剤時に算定する。当該点数は、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。ただし、服薬情報等提供料については、分割回数で除していない点数を算定できる。
- (3) 「注11」の医師の指示による分割調剤の場合、保険薬局の保険薬剤師は、以下を実施する。
- ア 分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、処方箋受付前に、継続的な薬学的管理及び指導のため、当該処方箋の1回目の調剤から全ての調剤が完了するまで、同一の保険薬局に処方箋を持参するべきである旨を説明する。
- イ 患者に対し、次の自局への処方箋持参の意向の有無及び予定時期を確

留

- イ 長期処方（28日分以上）の場合 **60点**
 ロ イ以外の場合 **10点**

2 1 以外の場合 **10点**

注1 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

- 2 1 については、服用時点が同一である内服薬は、投与日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については算定しない。

3 患者又はその家族等から収集した情報等に基づいて残薬が確認された患者において、処方医の指示又は処方医に対する照会の結果に基づき、残薬の調整のために7日分以上相当の調剤日数の変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、調剤時残薬調整加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、保険薬剤師が患者の服薬状況等により必要性があると判断し、処方医の指示又は処方医に対する照会の結果に基づき、6日分以下相当の調剤日数の変更が行われた場合には、その理由を調剤報酬明細書に記載することで算定可能とする。

- イ 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者その他厚生労働大臣が定める患者（以下この表において「在宅患者」という。）へ処方箋が交付される前に処

の製造販売後安全管理の基準に関する省令（平成16年厚生労働省令第135号）第2条第3項に規定するものをいう。以下同じ。）に基づき製造販売業者が策定した医薬品に限る。）、薬剤服用歴等に基づき、受け付けた処方箋の処方内容について、薬学的分析及び評価を行った上で、患者ごとに薬剤服用歴への記録その他必要な薬学的管理を行った場合に算定できる。 留

- (2) 調剤管理料は、同一患者の1回目の処方箋受付時から算定できる。 留
- (3) 調剤管理料1は、1回の処方箋受付について、4剤以上ある場合についても、3剤として算定する。 留
- (4) 内服薬について、隔日投与等の指示により患者が服用しない日がある場合における調剤管理料1は、実際の投与日数により算定する。 留
- (5) 調剤管理料2は、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。また、調剤管理料1を算定した場合は、調剤管理料2は算定することができない。 留
- (6) 調剤管理料については、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。 留
- (7) 同一保険薬局で同一処方箋を分割調剤（調剤基本料の「注9」の薬剤の保存が困難である等の理由による分割調剤又は「注10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に限る。）した場合は、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定する。 留
- (8) 調剤基本料の「注11」の医師の指示による分割調剤における2回目以降の調剤を行う場合には、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、その結果を処方医に情報提供する。この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。また、処方医に対して情報提供した内容の要点を薬剤服用歴等に記載する。
- ・残薬の有無
 - ・残薬が生じている場合はその量及び理由
 - ・患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無
 - ・副作用が疑われる場合はその原因の可能性のある薬剤の推定 留

（調剤時残薬調整加算）

- (1) 調剤時残薬調整加算は、薬剤服用歴等や患者又はその家族等から収集した情報等に基づき、残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況が確認された患者において、処方医に対して照会を行い、7日分以上相当の調剤日数の変更が行われた場合に、処方箋受付1回につき算定する。調剤日数の変更は、患者が次回受診日等を考慮して意図的に残薬を生じさせているのかなど、残薬調整の必要性を患者又はその家族等に確認してから行うこととし、単に7日分以上の残薬があったことをもって機械的に行ってはならない。

ただし、薬剤師が患者の服薬状況等により必要性があると判断し、処方医に対する照会の結果に基づき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調剤報酬明細書に記載することで算定可能とする。この場合において、次回受診日（調剤日）を患者又はその家族等に確認した上で、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患者又はその家族等に説明するとともに、これらの概要を薬剤服用歴へ記録しなければならない。

認知機能に問題が無い患者等について、継続的に同じような内容の処方箋の発行を受けているため残薬が7日分を超えるまで待つことが合理的な状況において、6日分以下相当の処方日数の変更を行う場合には算定できない。また、処方医が同意していることのみをもって6日分以下相当の処方日数の変更を行う場合も算定できない。 留

- (2) 処方箋の「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供」の欄に

方内容を処方医に相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合 50点

□ 在宅患者について調剤日数の変更が行われた場合（イの場合を除く。） 50点

ハ 区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料の注1に規定するかかりつけ薬剤師により調剤日数の変更が行われた場合（イ及びロの場合を除く。） 50点

ニ イからハまで以外の場合 30点

その旨の指示があり、薬剤服用歴等や患者又はその家族等から収集した情報等に基づき、残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況が確認された患者においては、7日分以上相当の減数調剤を行った場合に、処方箋受付1回につき算定する。調剤日数の変更は、患者が次回受診日等を考慮して意図的に残薬を生じさせているのかなど、残薬調整の必要性を患者又はその家族等に確認してから行うこととし、単に7日分以上の残薬があったことをもって機械的に行ってはならない。

ただし、薬剤師が患者の服薬状況等により必要性があると判断し、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調剤報酬明細書に記載する。この場合において、次回受診日（調剤日）を患者又はその家族等に確認した上で、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患者又はその家族等に説明するとともに、これらの概要を薬剤服用歴へ記録しなければならない。

認知機能に問題が無い患者等について、継続的に同じような内容の処方箋の発行を受けているため残薬が7日分を超えるまで待つことが合理的な状況において、6日分以下相当の処方日数の変更を行う場合には算定できない。また、処方医が同意していることのみをもって6日分以下相当の処方日数の変更を行う場合も算定できない。

なお、残薬を確認した結果、減数調剤を行うに当たって、調剤する医薬品の調剤日数又は数量を「0」とすることはできない。 留

(3) 調剤時残薬調整加算は、次のいずれかにより算定する。

ア 調剤時残薬調整加算のイは、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、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者において、処方箋の交付前に処方しようとする医師へ処方に係る提案を行い、当該提案に基づく処方内容の処方箋を受け付けた場合に算定する。

イ 調剤時残薬調整加算のロは、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、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者において、(1)又は(2)を実施した場合に算定する。

ウ 調剤時残薬調整加算のハは、服薬管理指導料「1のイ」又は「2のイ」を算定する患者において、(1)又は(2)を実施した場合に算定する。

エ 調剤時残薬調整加算のニは、アからウまで以外の場合において、(1)又は(2)を実施した場合に算定する。 留

(4) 残薬が確認され、調剤する医薬品の数量を減らした場合は、次に掲げる内容について実施する。

ア 患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の投与量、患者への説明内容等について、原則、翌営業日までに当該減数調剤に係る処方箋を発行した保険医療機関に情報提供する。なお、電子処方箋管理サービスのコメント機能に当該内容を記載することにより、処方医が当該情報を確認できる場合には、当該記載をもって処方医への情報提供に代えることができる。

イ 患者に対して次回受診時に処方医へ残薬の状況を報告することを促す。

ウ 手帳を用いて服薬管理指導を行う場合には当該手帳に記載する。

エ 処方医に連絡・確認した内容の要点、変更した医薬品の品目名と数量等を、薬剤服用歴等に記載する。 留

(5) 当該加算を算定する場合においては、残薬が生じる理由を分析するとともに、処方医に対して連絡・確認する際に必要に応じてその理由を処方医に情報提供する。 留

(6) 「7日分以上相当」とは、内服薬等、日数単位で処方される医薬品については、調剤日数を7日分以上減じた場合を指す。屯服薬においては7回分以上、外用薬においては1回使用量に鑑みて7回分以上の使用量のことをいう。また、隔日投与等の指示により患者が服用しない日がある医薬品の場合は、実際に服薬する日数によるものとする。 留

(別紙様式2)

服用薬剤調整支援料2に係る情報提供書

情報提供先保険医療機関名：

科 殿

令和 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電 話

(F A X)

保険薬剤師氏名

印

患者氏名

性別 (男・女) 生年月日 年 月 日生 (歳)

住所

電話番号

以下の薬剤について、ご検討のほど宜しくお願い致します。

対象薬剤：

ご相談内容：(事前電話相談の有無： 有・無)

1 受診中の他の保険医療機関、診療科等に関する情報

番号	保険医療機関名	診療科	疾患名 等
1			
2			
3			

2 現在服用中の薬剤の一覧 ※必要に応じて手帳等の写しを添付

医薬品名	服用目的	服用開始時期	「1」の処方医療機関の番号

医師の指示による 入院前中止薬	
自己調節している薬	
3 患者の服薬状況 (アドヒアランス及び残薬等)	
服薬管理者 (当てはまるものに☑)	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 介助者 ☐ その他 ()
服薬状況に関する留意点	
退院時の処方の際に お願いしたいこと	
4 併用薬剤等 (要指導・一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。) の情報	
5 その他	

【記載上の注意】

- 1 保険医療機関への情報提供にあたっては、「1」、「2」及び「3」を記載した上で、必要に応じて「4」又は「5」により、患者の処方状況を報告すること。
- 2 服薬管理を行っている者について、あてはまる項目に☑を付けること
- 3 必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載すること。
- 4 必要に応じて、総紙に記載して添付すること。
- 5 必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること。

調剤報酬点数表の取扱い

第1. 調剤報酬点数表

通則

【横断的事項】

(問) オンライン会議システムやe-learning形式等を活用し、研修を実施することは可能か。

(答) 可能。なお、オンライン会議システム、動画配信やe-learning形式を活用して研修を実施する場合は、それぞれ以下の点に留意すること。

〈オンライン会議システムを活用した実施に係る留意点〉

○出席状況の確認

(例)

- ・ 受講生は原則として、カメラをオンにし、講義中、事務局がランダムな時間でスクリーンショットを実施し、出席状況を確認すること。
- ・ 講義中、講師等がランダムにキーワードを表示し、受講生に研修終了後等にキーワードを事務局に提出させること。

○双方向コミュニケーション・演習方法

(例)

- ・ 受講生からの質問等については、チャットシステムや音声発信を活用すること。
- ・ ブレイクアウトルーム機能を活用してグループごとに演習を実施後、全体の場に戻って受講生に検討内容を発表させること。

○理解度の確認

(例)

- ・ 確認テストを実施し、課題を提出させること。

〈動画配信又はe-learning形式による実施に係る留意点〉

○研修時間の確保・進捗の管理

(例)

- ・ 主催者側が、受講生の学習時間、進捗状況、テスト結果を把握すること。
- ・ 早送り再生を不可とし、全講義の動画を視聴しなければレポート提出ができないようにシステムを構築すること。

○双方向コミュニケーション

(例)

- ・ 質問を受け付け、適宜講師に回答を求めるとともに、質問・回答について講習会のWebページに掲載すること。
- ・ 演習を要件とする研修については、オンライン会議システムと組み合わせて実施すること。

○理解度の把握

(例)

- ・ 読み飛ばし防止と理解度の確認のため、講座ごとに知識習得確認テストを設定すること。

(令 6. 3.28 医療課事務連絡別添6「調剤」問1)

【一般名処方及び後発医薬品への変更調剤】

(問1) 先発医薬品と後発医薬品に承認効能の相違がある場合(後発医薬品の一部効能の欠如)、効能の違いを無視して調剤することは可能か。

(答) 効能の違いを無視して調剤することはできない。

(平14. 4.11 医療課事務連絡1第2節(7)問2)

(平16. 3.30 医療課事務連絡1第2節(6)問2)

(問2) 一般名で記載された場合、錠剤ではなくカプセル剤、又は細粒剤ではなく顆粒剤を患者の同意が得られれば、調剤してもよいか。

(答) 一般名処方では、通常「一般名」+「剤形」+「含量」で標記されるので、剤形の記入漏れ、及び徐放性製剤など一般名処方では判断できない場合などは、医師に照会すること。

(平14. 4.11 医療課事務連絡1第2節(7)問5)

(平16. 3.30 医療課事務連絡1第2節(6)問4)

(問3) 類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤に関して、変更調剤後の薬剤料が変更前のものと比較して同額以下であり、かつ、患者の同意が得られた場合、以下の例についても、処方医に事前に確認することなく変更調剤することが可能と考えてよいか。

(注:「↓」の上側が処方箋の記載内容、下側が調剤する内容を示す。)

先発医薬品(10mg錠剤)	1錠
(「錠剤を粉砕すること」との指示あり)	
1日1回 朝食後	
↓	
後発医薬品(散剤)	10mg
1日1回 朝食後	

(答) 差し支えない。

(平22. 4.30 医療課事務連絡「調剤」問1)

(問4) 処方箋の交付にあたり、後発医薬品のある医薬品を一般名処方で行った場合、保険医療機関では「該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなす」とされているが、保険薬局において当該処方箋を調剤する際にも、最も低い薬価の後発医薬品を調剤しなければならないのか。

(答) 患者と相談の上、当該薬局で備蓄している後発医薬品の中から選択することで差し支えない。

(平24. 3.30 医療課事務連絡「調剤」その他問2)

(問5) 一般名処方による処方箋を受け付け、先発医薬品もしくは後発医薬品のいずれを調剤した場合であっても、実際に調剤した医薬品の名称等に関する処方箋発行医療機関への情報提供は必要か。

(答) 必要となる。ただし、当該医療機関との間であらかじめ合意が得られている場合には、当該合意に基づく方法

で情報提供することで差し支えない。

(平24. 3.30 医療課事務連絡「調剤」その他問3)

第1節 調剤技術料

1 調剤基本料

(問6) 一般名処方の場合、当該調剤に係る処方箋を発行した保険医療機関に、情報提供することとされているが、すべてのケースで実施される必要はなく、例えば医療機関との合意に基づき、保険薬局で調剤した薬剤が前回の来局時に調剤した薬剤と同一である場合には、保険薬局から保険医療機関へ改めて情報提供する必要はないものとしてよい。

(答) よい。

(平24. 4.20 医療課事務連絡「調剤」その他問1)

(問7) 後発医薬品への変更調剤において、処方医から含量規格や剤形に関する変更不可の指示がなく、かつ、変更調剤後の薬剤料が変更前と同額以下である場合に限り、含量規格が異なる後発医薬品または類似する別剤形の後発医薬品に変更できるが、一般名で記載された処方箋により、先発医薬品を調剤する場合にも、含量規格や剤形の変更は可能か。

(答) 含量規格が異なる医薬品または類似する別剤形の医薬品への変更については、後発医薬品へ変更調剤する場合に限り認められる。変更調剤は、後発医薬品の使用促進のための一環として導入されている措置であることから、一般名処方に基づき、先発医薬品を調剤する場合は対象とされていない。

(平24. 4.20 医療課事務連絡「調剤」
後発医薬品の変更調剤問1)

(問8) 処方箋に含量規格や剤形に関する変更不可の指示がなく、変更調剤後の薬剤料が変更前と同額以下であれば「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」に変更できるが、一般名処方に基づいて後発医薬品を調剤する際に、該当する先発医薬品が複数存在し、それぞれ薬価が異なる場合には、変更前の薬剤料についてどのように考えるべきか。

(答) 一般名で記載された先発医薬品に該当していれば、いずれの先発医薬品の薬剤料と比較するものであっても差し支えない。ただし、患者が当該一般名に該当する先発医薬品を既に使用している場合は、当該医薬品の薬剤料と比較すること。

(平24. 4.20 医療課事務連絡「調剤」
後発医薬品の変更調剤問2)

(問9) 処方箋において変更不可とされていない処方薬については、後発医薬品への変更調剤は認められているが、基礎的医薬品への変更調剤は行うことができるか。

(答) 基礎的医薬品であって、それらが基礎的医薬品に指定される以前に変更調剤が認められていたもの（「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等）については、従来と同様に変更調剤を行うことができる。なお、その際にも「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」（平成24年3月5日付け保医発0305第12号）に引き続き留意すること。

(平30. 5.25 医療課事務連絡「調剤」
後発医薬品の変更調剤問1)

(問1) 妥結率に規定する「当該保険医療機関又は保険薬局において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第495号）に記載されている医療用医薬品の薬価総額」の購入元の対象については、そもそも妥結率の報告が、薬価調査において障害となる妥結率が低い保険医療機関や保険薬局の評価の適正化を目的としたものであり、薬価調査において対象としていない、卸売販売業者（薬事法（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）以外との取引価格の妥結状況の報告を求めることは想定されていないことから、卸売販売業者のみと理解してよい。

(答) 貴見のとおり。

なお、医薬品メーカー等から直接医薬品を購入する場合も想定されるが、その場合においても、当該メーカー等が卸売販売業の許可を取得している場合は購入元の対象となることに留意されたい。

(平26. 9. 5 医療課事務連絡「調剤」問1)

(問2) 新規に指定された保険薬局（遡及指定が認められる場合を除く。）が、新規指定時に調剤基本料の施設基準を届出後、一定期間を経て、処方箋受付回数の実績の判定をした際に、算定している調剤基本料の区分が変わらない場合は、施設基準を改めて届け出る必要はないと考えてよい。

(答) 貴見のとおり。

なお、新規指定時に届け出た調剤基本料の区分から変更になった場合は速やかに届け出ること。

(平28. 3.31 医療課事務連絡「調剤」問2)

(問3) 既に指定を受けている保険薬局がある薬局グループに新たに属することになり、その結果、調剤基本料3の施設基準の要件に該当することになった場合は、年度の途中であっても調剤基本料の区分を変更するための施設基準を改めて届け出る必要があるか。

(答) 既に指定を受けている保険薬局としては、調剤基本料は4月1日から翌年3月末日まで適用されているので、同一グループに新たに所属したことをもって改めて届け出ることとは不要であり、所属する前の調剤基本料が算定可能である。なお、次年度の調剤基本料の区分は、当年3月1日から翌年2月末日までの実績に基づき判断し、現在の区分を変更する必要がある場合は翌年3月中に調剤基本料の区分変更の届出を行うこと。

(平28. 3.31 医療課事務連絡「調剤」問3)

(問4) 同一グループ内の処方箋受付回数を計算する際、2月末時点に所属する保険薬局のうち、前年3月1日以降に所属することになった保険薬局については、処方箋受付回数を計算する際に同一グループに所属する以前の期間も含めて計算することによりか。

(答) 貴見のとおり。前年3月1日から当年2月末の処方箋受付回数をもとに計算すること。

(平28. 3.31 医療課事務連絡「調剤」問4)

薬剤使用に関する保険診療上の取扱い

(予防注射)

- ◇ ジフテリア疑似症に対する血清注射は認めて差し支えない。(昭18. 8.23 保険発277)
- ◇ 破傷風血清については、特に感染の危険があると認められる場合は、発病前といえども注射を行って差し支えない。(昭24. 7. 7 保険発223)
(昭25. 6.10 保険発105)
(昭28. 8.18 保険発180)
- ◇ 麻疹に対する血液注射は単に予防的に行うことは給付外とするが、家庭内に麻疹患者発生し、これと共に未感染者あるときはその感染は必然的とみられるので、この場合は給付すべきものとする。点数はG000皮下、筋肉内注射の点数による。(昭26. 9.15 保険発227)
- ◇ 社会保険診療に際し麻疹患者の同一家族が感染のおそれある場合、家族内に麻疹患者発生せる場合は未感染者に感染することは必然的とみられるので、この場合血液注射は認められているが、これと同様の効果あるガンマグロブリンの併用は認め難く何れか一方によるべきものとする。(昭30. 4. 4 保険発73)
- ◇ 寮等の場合で炊事場や便所等が共同使用のため同一家族内の発生と異なる場合にも麻疹に対する発病防止の注射は認められる。(昭33. 4. 8 保険発41)
- ◇ 百日咳の予防として行う血液注射は、百日咳患者が家庭に発生した場合、上記の麻疹に準じて取り扱ってよい。(昭27. 5.26 保険発138)
- ◇ BCG 潰瘍（たとえ2次伝染等でも）は給付の対象となる。(昭29. 2. 9 保険発24)
- ◇ BCG 接種後に生じたケロイドは、化膿や瘢痕収縮による機能障害をおこす等で治療を要すると認められる場合には保険給付を認められるが、単なる瘢痕の整形等については認められない。(昭31. 8.27 保険発151)

(血液代等)

- ◇ 親子、夫婦、兄弟等親族の者が自ら血液を提供したようなときは、療養費を支給することは妥当とは認められない。(昭24. 5.24 保文発924)
- ◇ 給血者が得られなくて特に移送費を要した場合、その事由が絶対的なものであれば、移送費も加えて療養費払いとするのも止むを得ない。(昭30. 2.10 保険発28)

(著しき不行跡)

- ◇ カルモチン常用者が慣行量では睡眠の目的を達しないため、更に多量に服用し中毒症状を起した場合、健康保険法第61条後段に該当するか否かについては、薬品の習慣作用は個人的に差異があり、又本人の故意と認められない場合もあって、自制を求むるに無理な点もあるから給付するものとする。(昭25. 8. 9 保険発160)

(治療の必要のない場合)

- ◇ 被保険者が身体の異和を訴えて診察を求めた診断の結果、異常を認めず治療の必要のない場合、或いは妊娠であるとき、初診料の請求は認められるが、治療を要しないものに対しての投薬については行うべきではないから保険給付は認められない。(昭25.11. 8 保険発224)

(重複診療)

- ◇ 被保険者が同一疾病により同日に甲、乙両医師に診療を受けた場合、又は甲医師の診療を受けその診療に基いて投薬を受けた期間内に更に乙医師の診療を受けた場合（乙医師の診察の結果も甲医師と同一疾病である）、乙医師の診察、施療施術は、実情を調査のうえ止むを得ない事情があるときは、これを給付とするが、薬剤の投与の重複の部分については、これを支給しないよう指導すべきである。(昭32. 3.29 保険発42)

(巡回診療等)

- 1 大学等の巡回診療班の班員である保険医が巡回診療に於て保険診療した被保険者又は被扶養者に対して処方箋を発行すること並びにこの際発行された処方箋により保険薬局が調剤することは、巡回診療班が各地で診療に従事する当該場所が保険医療機関として指定を受けたものであれば、両者とも認められる。
- 2 保険医が偶々旅行し、その際知人等を診療し、処方箋を発行することは、保険診療として認められない。(昭35. 9.30 保文発8495)

(患者持参の薬剤)

- ◇ 被保険者等が持参した薬剤を投与（注射を含む。）し、手技（技術）料のみを請求することは、特殊な場合（ハブ咬傷の治療に当り、市町村役場から無償で交付された抗毒素血清を注射した場合等一昭35.2.6保険発14）を除き、認められないものである。(昭38. 4.11 保文発189)

(医薬品再評価の終了した医薬品の取扱い)

- ◇ 医薬品再評価の終了した医薬品の取扱いは、再評価の結果有用性を示す根拠のないものと判定された以外の医薬品は、その用法及び用量並びに効能又は効果（以下「効能効果等」という。）は再評価の結果により認められた効能効果等によることとされている。(昭48.11.26 保険発103)

(有効性及び安全性の確認された医薬品の取扱い)

- 1 保険診療における医薬品の取扱いについては、厚生大臣が承認した効能又は効果、用法及び用量（以下「効能効果等」という。）によることとされているが、有効性及び安全性の確認された医薬品（副作用報告義務期間又は再審査の終了した医薬品をいう。）を薬理作用に基づいて処方した場合の取扱いについては、学術上誤りなきを期し一層の適正化を図る。
- 2 診療報酬明細書の医薬品の審査に当たっては、厚生大臣の承認した効能効果等を機械的に適用することによって都道府県の間においてアンバランスを来すことのないようにする。(昭55. 9. 4 保険発69)

(抗 HBs 人免疫グロブリン製剤)

- 1 医療機関、試験研究機関、検査所等の被用者が業務上の事由により、HBs 抗原陽性の血液による汚染を受けて、本製剤を用いた場合は、健康保険の給付の対象とはならないものである。

等による確認の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

- 2 本製剤は患者には小分けせずに瓶のまま渡すものであることから、薬剤料は瓶単位で算定する。
- 3 本製剤の重要な基本的注意において「本剤の投与は、長鎖脂肪酸代謝異常症に精通した医師又はその指導のもとで行うこと。」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

(令 8. 5.19 保医発0519 4)

(インレビックカプセル100mg)

- ◇ 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「血小板数5万/mm³未満の患者又は好中球数1000/mm³未満の患者に対して本剤の投与を開始した場合の有効性及び安全性に関する情報は限られているため、「17.臨床成績」の項の内容を熟知した上で、ベネフィット・リスクを考慮して、本剤の投与の可否を慎重に検討すること。」とされているので、使用に当たっては十分留意する。

(令 8. 5.19 保医発0519 4)

(ゾルゲンスマ髄注)

- 1 ゾルゲンスマ髄注については、日本小児神経学会の「ゾルゲンスマ髄注 適正使用指針」に従い使用するとともに、当該指針の施設要件等に準拠した、副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な医療機関で使用するよう十分留意する。
- 2 本品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異が確認された患者に投与すること。」「2歳以上の患者に投与すること。」及び「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により抗AAV9抗体が陰性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、以下を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
 - ・SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日
 - ・本品の投与日齢
 - ・抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日
- 3 本品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「18歳以上の患者については、臨床所見の発現の有無、他のSMA治療薬による治療歴の有無等を踏まえ、他の治療選択肢について十分検討し、本品投与のリスクとベネフィットを考慮した上で投与の必要性を判断すること。」とされているので、使用に当たっては十分留意する。
- 4 本品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「SMN2遺伝子のコピー数が4以上の臨床所見が発現する前の患者については、無治療経過観察及び他のSMA治療薬による治療の選択肢についても十分検討し、本品投与のリスクとベネフィットを考慮した上で投与の必要性を判断すること。」とされているので、使用に当たっては十分留意する。
- 5 本品の投与に当たっては、脊髄性筋萎縮症の診断、治療、及び不具合・有害事象発現時の対応に十分な知識と経験を有し、製造販売業者が実施する本品の適正使用に関する講習を修了した複数名の医師による連携のもと判断し、行う。

(令 8. 5.19 保医発0519 4)

(オルミエント内用懸濁液2mg/mL)

- 1 本製剤は、既に薬価収載後1年以上経過している「オルミエント錠1mg、同錠2mg及び同錠4mg」(以下「既収載品」という。)と有効成分が同一であり、今般、既収載品において小児における用法・用量が追加されたことに伴い、小児等が服用しやすい内用懸濁液剤として承認された剤形追加医薬品であることから、揭示事項等告示第10第2号(一)に規定する新医薬品に係る投薬期間制限(14日間を限度とする。)は適用されない。
- 2 本製剤は患者には小分けせずに瓶のまま渡すものであることから、薬剤料は瓶単位で算定する。

(令 8. 5.19 保医発0519 4)

(ゴリムマブBS皮下注50mgシリンジ「F」)

- 1 本製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。
- 2 本製剤はゴリムマブ製剤であり、本製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。
- 3 本製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。

(令 8. 5.19 保医発0519 4)

(トシリズマブBS点滴静注80mg「MA」、同点滴静注200mg「MA」及び同点滴静注400mg「MA」)

- 1 既存治療で効果不十分な関節リウマチ(関節の構造的損傷の防止を含む)及び既存治療で効果不十分な多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎
 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「過去の治療において、少なくとも1剤の抗リウマチ薬による適切な治療を行っても、効果不十分な場合に投与すること。」と記載されているので、使用に当たっては十分留意する。
- 2 既存治療で効果不十分な全身型若年性特発性関節炎
 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「過去の治療において、副腎皮質ステロイド薬による適切な治療を行っても、効果不十分な場合に投与すること。」と記載されているので、使用に当たっては十分留意する。
- 3 悪性腫瘍治療に伴うサイトカイン放出症候群
 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤の投与にあたっては、学会のガイドライン等の最新の情報を参考に適応患者を選択し、その他の対症療法の実施とともに使用すること。」と記載されているので、使用に当たっては、十分留意する。

(令 8. 5.19 保医発0519 4)

(ラヴィクティ内用液1.1g/mL)

- ◇ 本製剤は患者には小分けせずに瓶のまま渡すものであることから、薬剤料は瓶単位で算定する。

(令 8. 5.19 保医発0519 4)

附 ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱い

ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて

(平12.10.31 保険発180)

(最終改正；令 4.10.31 保医発1031 5)

標記については、ヘリコバクター・ピロリの存在確認のための検査が保険適用となるまでの間、「ヘリコバクター・ピロリ除菌に係る薬剤の保険上の取扱いについて」（平成12年9月14日保険発第156号）により取り扱うこととしてきたところであるが、今般、当該検査が保険適用となることに伴い、ヘリコバクター・ピロリ感染胃・十二指腸潰瘍患者の診断及び除菌治療に関する保険適用上の取扱いについては、今後、下記のとおりとすることとしたので、関係者に対し周知徹底を図られたく通知する。

なお、この通知は、平成12年11月1日から適用することとし、従前の平成12年9月14日保険発第156号は平成12年10月31日限り廃止する。

記

1 対象患者

ヘリコバクター・ピロリ感染症に係る検査については、以下に掲げる患者のうち、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に限り算定できる。

- ① 内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者
- ② 胃MAL Tリンパ腫の患者
- ③ 特発性血小板減少性紫斑病の患者
- ④ 早期胃癌に対する内視鏡的治療後の患者
- ⑤ 内視鏡検査において胃炎の確定診断がなされた患者

2 除菌前の感染診断

(1) 除菌前の感染診断については、次の7項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、①から⑥までの検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1項目に限り算定できる。また、⑦の検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者について、胃粘膜に同感染症特有の所見が認められているなど、同感染症を強く疑う特有の所見がある場合に、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1項目に限り算定できる。なお、この場合において、医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

- ① 迅速ウレアーゼ試験
- ② 鏡検法
- ③ 培養法
- ④ 抗体測定
- ⑤ 尿素呼吸試験
- ⑥ 糞便中抗原測定
- ⑦ 核酸増幅法

(2) (1)に掲げる①及び②の検査を同時に実施した場合又は④、⑤及び⑥のうちいずれか2つの検査を同時に実施した場合にあっては、(1)の規定にかかわらずそれぞれの所定点数（①+②、④+⑤、④+⑥、⑤+⑥）を初回実施に限り算定することができる。

3 除菌の実施

2の感染診断により、ヘリコバクター・ピロリ陽性であることが確認された対象患者に対しては、ヘリコバクター・ピロリ除菌及び除菌の補助が薬事法上効能として承認されている薬剤を薬事法承認事項に従い、3剤併用・7日間投与し除菌治療を行うこと。

4 除菌後の潰瘍治療

除菌終了後の抗潰瘍剤投与については、薬事法承認事項に従い適切に行うこと。

5 除菌後の感染診断（除菌判定）

- (1) 除菌後の感染診断については、3の除菌終了後4週間以上経過した患者に対し、ヘリコバクター・ピロリの除菌判定のために2に掲げる検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果、ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1項目に限り算定できる。
- (2) 2に掲げる④から⑥の検査を同時に実施した場合は、(1)の規定にかかわらず主たる2つの所定点数を初回実施に限り算定することができる。
- (3) 除菌後の感染診断の結果、ヘリコバクター・ピロリ陽性の患者に対し再度除菌を実施した場合は、1回に限り再除菌に係る費用及び再除菌後の感染診断に係る費用を算定することができる。

6 感染診断実施上の留意事項

- (1) 静菌作用を有する薬剤について
ランソプラゾール等、ヘリコバクター・ピロリに対する静菌作用を有するとされる薬剤が投与されている場合については感染診断の結果が偽陰性となるおそれがあるので、除菌前及び除菌後の感染診断の実施に当たっては、当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了後2週間以上経過していることが必要である。
- (2) 抗体測定について
除菌後の感染診断を目的として抗体測定を実施する場合については、3の除菌終了後6ヶ月以上経過した患者に対し実施し、かつ、除菌前の抗体測定結果との定量的な比較が可能である場合に限り算定できる。

7 診療報酬明細書への記載について

- (1) 1の対象患者①及び⑤において、内視鏡検査等で確定診断した際の所見・結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (2) 1の対象患者①及び⑤において、健康診断として内視鏡検査を行った場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載すること。
- (3) 2の除菌前感染診断及び5の除菌後感染診断において、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対し再度検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に各々の検査法及び検査結果について記載すること。
- (4) 5の除菌後感染診断を算定する場合には、診療報酬明細

薬剤使用に関する点数表の解釈編

●医科点数表（抄）

第2章 特掲診療料	338
第1部 医学管理等	340
第2部 在宅医療	455
第5部 投 薬	573
第6部 注 射	600

●歯科点数表（抄）

第2章 特掲診療料	614
第1部 医学管理等	615
第2部 在宅医療	674
第5部 投 薬	703
第6部 注 射	713

「医科点数表」「歯科点数表」はそれぞれ小社別書『医科点数表の解釈』『歯科点数表の解釈』の「点数表編」を基に作成しています。各書の「法令編」及び巻末附録は本書には掲載されておりませんので、施設基準等の詳細は『医科点数表の解釈』『歯科点数表の解釈』をご参照ください。なお、次の施設基準等は本書の「関係法規・通知編」に掲載されていますのでご利用ください。

ウイルス疾患指導料の注2・注3	在宅患者訪問褥瘡管理指導料
がん性疼痛緩和指導管理料	持続血糖測定器加算
がん患者指導管理料	抗悪性腫瘍剤処方管理加算
外来緩和ケア管理料	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算
移植後患者指導管理料	一般名処方加算
二次性骨折予防継続管理料	外来化学療法加算
外来腫瘍化学療法診療料	無菌製剤処理料
連携充実加算	
がん薬物療法体制充実加算	
薬剤管理指導料	
薬剤総合評価調整管理料の注3	

特掲診療料

医科点数表（抄）

第2章 特掲診療料

（特掲診療料について）

- (1) 1人の患者について療養の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料又は第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。 褒
- (2) 特掲診療料は、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。 褒
- (3) 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和8年厚生労働省告示第71号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。 褒
- (4) 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和8年厚生労働省告示第69号）による改正後の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせで標榜する場合も含むものである。 褒
- (5) 特掲診療料に掲げられている診療行為を行うに当たっては、医療安全の向上に資するため、当該診療行為を行う医師等の処遇を改善し負担を軽減する体制の確保に努める。 褒
- (6) 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。 褒
- (7) 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。 褒
- (8) 所定点数は、特に規定する場合を除き、「注」に規定する加算を含まない点数を指す。 褒
- (9) 区分番号は、例えばA000初診料におけるA000を指す。なお、以下「区分番号」という記載は省略し、A000のみ記載する。 褒
- (10) 施設基準の取扱いに関する通知について、「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）を「基本診療料施設基準通知」、 「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）を「特掲診療料施設基準通知」という。 褒

（特掲診療料の性格と内容）

- (1) 特掲診療料は、特殊な診療行為についての費用であるが、基本診療料が基本的な医療行為及び通常初診時、再診時又は入院時に行われる基本的な診療行為に対する費用であるのに対し、基本診療料として、一括支払うことが妥当でない特別の診療行為に対して個別的な評価をなし、個々に点数を設定し、それらの診療行為を行った場合は、個々にそれらの費用を算定することとしているのである。
- (2) 特掲診療料に掲げられている診療行為を行った場合は、特に規定されている場合を除き、基本診療料と特掲診療料とをあわせて算定する。

（特掲診療料の点数の準用）

磁 基本診療料に含ませることが妥当でない特別の診療行為であって、特掲診療料の各部に掲げられていないものは、特掲診療料の各部に掲げられている診療行為のうちで最も近似する診療行為の所定点数を準用してその費用を算定することになっている。

しかし、いかなる診療行為の所定点数を準用して算定するかは、全国的に統一された基準で行う必要があるため、そのつど当局に内議のうえ、決定されることになっている。

(算定回数の単位について)

磁 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する。

費

(同一月に算定できない医学管理等)

磁 第1部に規定するB000特定疾患療養管理料、B001特定疾患治療管理料の「1」ウイルス疾患指導料、同「4」小児特定疾患カウンセリング料、同「5」小児科療養指導料、同「6」てんかん指導料、同「7」難病外来指導管理料、同「8」皮膚科特定疾患指導管理料、同「17」慢性疼痛疾患管理料、同「18」小児悪性腫瘍患者指導管理料及び同「21」耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料並びに第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料及び第8部精神科専門療法に掲げるI004心身医学療法は特に規定する場合を除き同一月に算定できない。

費

(特定保険医療材料について)

- (1) 特掲診療料の各部において、特定保険医療材料を算定する場合には、特定保険医療材料の材料価格を10円で除して得た点数となるが、この場合において端数が生じた場合は端数を四捨五入して得た点数とする。(令 8. 3. 5 保医発 0305 1)
- (2) 特定保険医療材料以外の保険医療材料については、当該保険医療材料を使用する手技料の所定点数に含まれており、別途算定できない。また、特定保険医療材料以外の保険医療材料を処方箋により給付することは認められない。さらに、保険医療材料を患者に持参させ、又は購入させてはならない。(令 8. 3. 5 保医発 0305 1)

(特掲診療料に関する事務連絡)

問 カンファレンス等の実施について、複数のカンファレンス等を同時に実施することは可能か。

答 それぞれの要件を満たしていれば可能である。ただし、実施の記録の管理を適切に行うこと。(令 4. 3.31 その1・問253)

問 オンライン会議システムやe-learning形式等を活用し、研修を実施することは可能か。

答 可能。なお、オンライン会議システム、動画配信やe-learning形式を活用して研修を実施する場合は、それぞれ以下の点に留意すること。

＜オンライン会議システムを活用した実施に係る留意点＞

○ 出席状況の確認

(例)

- ・ 受講生は原則として、カメラをオンにし、講義中、事務局がランダムな時間でスクリーンショットを実施し、出席状況を確認すること。
- ・ 講義中、講師等がランダムにキーワードを表示し、受講生に研修終了後等にキーワードを事務局に提出させること。

○ 双方向コミュニケーション・演習方法

(例)

- ・ 受講生からの質問等については、チャットシステムや音声発信を活用すること。
- ・ ブレイクアウトルーム機能を活用してグループごとに演習を実施後、全体の場に戻って受講生に検討内容を発表させること。

○ 理解度の確認

(例)

- ・ 確認テストを実施し、課題を提出させること。

＜動画配信又はe-learning形式による実施に係る留意点＞

○ 研修時間の確保・進捗の管理

(例)

- ・ 主催者側が、受講生の学習時間、進捗状況、テスト結果を把握すること。
- ・ 早送り再生を不可とし、全講義の動画を視聴しなければレポート提出ができないようにシステムを構築すること。

○ 双方向コミュニケーション

(例)

- ・ 質問を受け付け、適宜講師に回答を求めるとともに、質問・回答について講習会のWebページに掲載すること。
- ・ 演習を要件とする研修については、オンライン会議システムと組み合わせて実施すること。

○ 理解度の把握

(例)

- ・ 読み飛ばし防止と理解度の確認のため、講座ごとに知識習得確認テストを設定すること。(令 4. 3.31 その1・問257)

関係法規・通知編

1	療養担当規則	725
2	使用医薬品・保険外併用療養費等	788
3	施設基準	
	(1)保険薬局に係る施設基準	819
	(2)薬剤に関連する保険医療機関の施設基準	863
4	記載要領等	904
5	処方箋・調剤録等	968
6	薬局機能等	1014
7	麻薬等の取扱い	1070
8	介護保険との調整	1080
9	参考資料	1098

◎：省令・告示

○：通知

●：事務連絡・その他

※下線部は令和8年度改定に係るもの

1 療養担当規則

- ◎保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭32.4.30省令16／最終改正；令8.3.5省令21）……………725
- ◎保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭32.4.30省令15／最終改正；令8.3.5省令21）……………727
- ◎保険医療機関及び保険医療養担当規則第3条第1項第四号等に規定する厚生労働大臣が定める方法（令6.11.29告示351／最終改正；令7.9.18告示245）……………738
- ◎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（昭58.1.20告示14／最終改正；令8.3.5告示67）……………739
- 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3条第1項第四号及び第26条第1項第五号に規定する厚生労働省保険局長が定める方法（令6.11.29保発1129 2／最終改正；令7.9.18保発0918 8）……………749
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について〈平6.3〉（平6.3.16保発26／最終改正；平12.3.31保発56）……………750
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について〈平6.8〉（平6.8.5保発97）……………751
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について〈平8〉（平8.3.8保発22／最終改正；令6.3.5保発0305 15）……………752
- 保険薬局の指定について（平28.3.31医療課事務連絡／最終改正；令6.3.5医療課事務連絡）……………754
- 保険薬局の保険医療機関からの独立性に関する取扱いの明確化について（平20.3.31医療課事務連絡）……………754
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について〈平20〉（平20.3.19保医発0319001）……………756
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について〈平22〉（平22.3.5保医発0305 11）……………757
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について〈平24.3〉（平24.3.5保医発0305 11）……………757
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正に伴う実施上の留意事項について〈平24.9〉（平24.9.14保医発0914 1）……………758
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について〈平26〉（平26.3.5保医発0305 10）……………758
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について〈令5〉（令5.1.27保連発0127 1他／最終改正；令6.2.22保連発0222 1他）……………760
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について〈令8〉（令8.3.5保医発0305 5）……………763
- 処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について（平24.3.5保医発0305 12）……………765
- 現下の医療用医薬品の供給状況における変更調剤の取扱い

- について（令6.3.15医療課事務連絡）……………766
- 処方せんの「変更不可」欄の取扱い等について（平26.3.31医療課事務連絡）……………766
- 内服薬及び外用薬の投与量について（平14.4.4保医発0404001）……………767
- 「新指標の割合の算出に当たって対象となる後発医薬品」等について（令8.3.5保医発0305 12）……………767
- 後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて（令8.3.5医療課事務連絡）……………778
- 「診療報酬における加算等の算定対象等となるバイオ後続品」について（令8.3.5保医発0305 13）……………779
- 医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について（令8.3.5保発0305 18）……………782

2 使用医薬品・保険外併用療養費等

- ◎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18.3.6告示107／最終改正；令8.5.29告示230）……………788
- 「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（平18.3.13保医発0313003／最終改正；令8.3.27保医発0327 6）……………791
- ◎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（平18.9.12告示495／最終改正；令8.3.27告示116）806
- ◎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（平18.9.12告示498／最終改正；令8.3.27告示117）……807
- ◎保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平18.9.12告示496／最終改正；令8.3.27告示116）810
- 長期収載品の処方等又は調剤について（令6.3.27保医発0327 11／最終改正；令8.3.27保医発0327 9）……………811
- 長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法について（令6.7.12医療課事務連絡／最終改正；令8.3.27医療課事務連絡）……………812
- 「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について〈平18〉（平18.9.29保医発0929002）……………816
- 評価療養に係る費用の消費税の取扱いについて（平19.2.23医療課事務連絡）……………816
- 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17.9.1保医発0901002／最終改正；令8.3.27保医発0327 7）……………816

3 施設基準

- (1)保険薬局に係る施設基準
 - ◎特掲診療料の施設基準等〈通則及び調剤点数表届出関連部分〉（平20.3.5告示63／最終改正；令8.5.29告示229）……819
 - 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〈同上〉（令8.3.5保医発0305 8）……………825
- (2)薬剤に関連する保険医療機関の施設基準
 - ◎特掲診療料の施設基準等〈(1)以外の薬剤関連部分〉……863
 - 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〈同上〉……………869

- ◎基本診療料の施設基準等〈通則及び薬剤関連部分〉(平20.3.5告示62/最終改正; 令8.3.5告示70) …… 886
- 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〈同上〉(令8.3.5保医発0305 7) …… 889

4 記載要領等

- 診療報酬請求書等の記載要領等について(昭51.8.7保険発82/最終改正; 令8.3.27保医発0327 2) …… 904
- 処方せんへの保険薬剤師の記名の取扱いについて(平26.7.17医療課事務連絡) …… 937
- 民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律等の施行等について(平17.3.31医政発0331009他/最終改正; 平28.3.31医政発0331 30他) 937
- 診療録に貼付等する書面の電磁的記録による保存について(平25.7.30医療課事務連絡) …… 939
- 診療録等の保存を行う場所について(平14.3.29医政発0329003他/最終改正; 平25.3.25医政発0325 15他) …… 939
- 「診療録等の保存を行う場所について」の一部改正について〈平22〉(平22.2.1医政発0201 2他) …… 941
- 「診療録等の保存を行う場所について」の一部改正について〈平25〉(平25.3.25医政発0325 15他) …… 941
- オンライン資格確認等, レセプトのオンライン請求及び健康保険組合に対する社会保険手続きに係る電子申請システムに係るセキュリティに関するガイドライン(令2.10.5保連発1005 1/最終改正; 令6.1.12保連発0112 3) …… 942
- ◎療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭51.8.2省令36/最終改正; 令6.3.29内閣府・厚生労働省令11) …… 943
- ◎療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第1条第2項並びに附則第3条の3第1項及び第4条の2第1項の規定に基づき子ども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定めるもの(平6.10.14告示345/最終改正; 令5.11.30子ども家庭庁・厚生労働省告示4) …… 947
- 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令及び介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する命令の一部を改正する命令等の公布について(令5.11.30老発1130 1他) …… 947
- 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令の一部改正に伴う実施上の留意事項について(令5.12.26保発1226 4/最終改正; 令7.5.28保発0528 1) 948
- 保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織等を用いた費用の請求等に関する取扱いについて(平18.4.10保総発0410001/最終改正; 令6.9.27保連発0927 1他) …… 955
- 調剤報酬請求に対する審査の実施について(平18.3.10保発0310001/最終改正; 平24.2.1保発0201 6) …… 964
- 健康保険組合における調剤報酬の審査及び支払に関する事務の取扱いについて(平19.1.10保発0110001/最終改正; 平22.10.21保発1021 5) …… 964
- 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して子ども家庭庁長官及び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子ども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項, 方式及び規格について(令8.4.27保発0427 3他) …… 966
- 保険者へ請求する診療(調剤)報酬明細書情報等の仕様について(令8.4.27医療介護連携政策課事務連絡) …… 967

5 処方箋・調剤録等

- 新医薬制度の実施について(昭31.3.13薬発94) …… 968

- 処方せんに関する取扱い等について(昭50.1.24保険発2) …… 969
- 小包装の薬価基準収載医薬品の供給確保について(昭59.6.2保文発581) …… 970
- 小包装医薬品の円滑な供給について(昭59.6.2薬発414) …… 970
- 小包装の薬価基準収載医薬品の供給確保について(平4.3.27保文発225) …… 970
- 小包装医薬品の円滑な供給について(平4.3.27薬発293) …… 971
- 処方せん受入れ準備体制の整備のためのファクシミリの利用について(平元.11.15薬企48他) …… 972
- 薬事法の一部を改正する法律等の施行等について(平21.5.8薬食発0508003/最終改正; 令4.6.27薬生発0627 11) …… 972
- 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22.1.29医政発0129 3他) …… 977
- 電子メール等による処方内容の電送等について(平26.2.5薬食総発0205 1) …… 984
- 電子処方箋管理サービスの運用について(令4.10.28薬生発1028 1他/最終改正; 令6.12.18医薬発1218 1他) …… 984
- 電子処方箋管理サービスにおける重複投薬等チェックを踏まえた対応について(令7.12.19医薬総発1219 1他) …… 991
- 電子版お薬手帳ガイドラインについて(令5.3.31薬生総発0331 1) …… 994
- 保険薬局の分割調剤及び調剤録の取扱いについて(令2.11.10保医発1110 1) …… 1004
- オンライン服薬指導の実施要領について(令4.3.31薬生発0331 17/最終改正; 令4.9.30薬生発0930 1) …… 1004
- オンライン服薬指導における処方箋の取扱いについて(令4.3.31医薬・生活衛生局総務課他事務連絡/最終改正; 令4.9.30医薬・生活衛生局総務課他事務連絡) …… 1006
- オンライン服薬指導の実施要領に係るQ & Aについて(令4.9.30医薬・生活衛生局総務課事務連絡) …… 1007
- 調剤された薬剤の薬局からの配送等について(令4.3.31医薬・生活衛生局総務課他事務連絡) …… 1007
- (参考) 処方箋及び調剤録の取扱いについて …… 1009

6 薬局機能等

- 調剤薬局の取扱いについて(昭57.5.27薬発506他) …… 1014
- 調剤薬局の取扱いについて(昭57.5.27薬企25他) …… 1014
- 薬局業務運営ガイドラインについて(平5.4.30薬発408) …… 1015
- 薬局業務運営ガイドラインについて(平5.4.30薬企37) …… 1015
- 薬局機能情報提供制度の改正について(令5.11.1医薬発1101 2) …… 1019
- 薬局機能情報提供制度の考え方及び報告に当たっての留意点について(令5.11.1医薬総発1101 2) …… 1021
- 薬剤師法施行規則の一部を改正する省令の施行について(平19.3.30薬食発0330027) …… 1028
- 薬事法施行規則の一部を改正する省令の施行等について(平24.8.22薬食発0822 2) …… 1030
- 医薬品, 医療機器等の品質, 有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則の一部を改正する省令等の施行等について(平29.9.26薬生発0926 10) …… 1031
- 薬局及び店舗販売業の店舗における明確な区別の考え方について(平29.3.31薬生総発0331 1) …… 1033

- 薬局と店舗販売業の併設等に関するQ & Aについて（平29.3.31医薬・生活衛生局総務課他事務連絡）……………1034
- 「薬局の求められる機能とあるべき姿」の公表について（平26.1.21薬食総発0121 1）……………1034
- 患者のための薬局ビジョン（平27.10.23厚生労働省公表）……………1037
- 薬事法及び薬剤師法の一部を改正する法律等の施行等について（平26.3.10薬食発0310 1）……………1041
- 薬局医薬品の取扱いについて（平26.3.18薬食発0318 4／最終改正；令5.11.17医薬発1117 1）……………1057
- 薬剤の使用方法に関する実技指導の取扱いについて（平26.3.19医政医発0319 2他）……………1059
- 医療用医薬品購入の取引がある医薬品卸売販売業者に関する相談窓口の設置等について（平26.3.25医政経発0325 3）……………1060
- 医療機器の分割販売について（平26.4.11薬食監麻発0411 3）……………1062
- 調剤業務のあり方について（平31.4.2薬生総発0402 1）……………1062
- 緊急避妊薬を調剤・販売する薬剤師及び販売する薬局・店舗販売業の店舗について（令7.9.18医薬総発0918 2他／最終改正；令8.3.31医薬総発0331 2他）……………1063
- 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則の一部を改正する省令の施行等について（令5.3.31薬生発0331 14）……………1065
- 「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」及び「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～薬局・事業者向け～」等について（令5.10.13医政参発1013 1他／最終改正；令7.5.14医政参発0514 3他）……………1065
- 災害発生時における保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて（令8.3.31保医発0331 2）……………1068

7 麻薬等の取扱い

- 麻薬及び向精神薬取締法施行規則の一部を改正する省令の制定について（令3.7.5薬生発0705 2）……………1070
- 麻薬及び向精神薬取締法施行規則の一部を改正する省令の制定について（令3.7.5薬生監麻発0705 2）……………1072
- 塩酸メチルフェニデート（リタリン）その他向精神薬の適正使用、処方せんに係る疑義照会の徹底等について（平19.9.21薬食発0921003）……………1074
- 薬局における処方せん確認の徹底等に係る留意点について（平19.9.21医薬食品局総務課事務連絡）……………1075
- 塩酸メチルフェニデート製剤の使用にあたっての留意事項について（平19.10.26薬食総発1026001他／最終改正；平25.12.20薬食総発1220 1他）……………1075

- メチルフェニデート塩酸塩製剤（コンサータ錠18mg、同錠27mg及び同錠36mg）の使用にあたっての留意事項について（令元.9.4薬生総発0904 1他）……………1076
- リスデキサンフェタミンメシル酸塩製剤の使用にあたっての留意事項について（平31.3.26薬生総発0326 1他）……………1077
- 向精神薬等の処方せん確認の徹底等について（平22.9.10薬食総発0910 1）……………1078
- 在宅医療のために処方されるバルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器に入った麻薬注射薬の取扱いについて（平10.12.22医薬麻1854）……………1079
- 在宅医療の推進のための麻薬の取扱いの弾力化について（平18.3.31薬食監麻0331001）……………1079

8 介護保険との調整

- ◎指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平12.2.10告示19／最終改正；令8.3.13告示87）……………1080
- ◎指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平11.3.31省令37／最終改正；令6.12.27省令164）……………1081
- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平12.3.1老企36／最終改正；令8.5.8老高発0508 1他）……………1084
- ◎指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平18.3.14告示127／最終改正；令8.3.13告示87）……………1088
- 医療保険と介護保険の給付調整……………1089
- ◎要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合（平20.3.27告示128／最終改正；令8.3.27告示119）……………1089
- 医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について（平18.4.28保医発0428001他／最終改正；令8.3.27老老発0327 2他）……………1092
- 薬局等勤務薬剤師の介護支援専門員等との兼務について（平11.9.8医薬企91他）……………1097
- 特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて（平18.3.31保医発0331002／最終改正；令8.3.27保医発0327 5）……………1097

9 参考資料

- 日本薬剤師会「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン（第2版）」（平23.4.15）……………1098

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則

(昭32.4.30 厚生省令第16号)
(最終改正; 令8.3.5 厚生労働省令第21号)

(療養の給付の担当の範囲)

第1条 保険薬局が担当する療養の給付及び被扶養者の療養(以下単に「療養の給付」という。)は、薬剤又は治療材料の支給並びに居宅における薬学的管理及び指導とする。

(療養の給付の担当方針)

第2条 保険薬局は、懇切丁寧に療養の給付を担当しなければならない。

(適正な手続の確保)

第2条の2 保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続及び療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第2条の3 保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、次の各号に掲げる行為を行ってはならない。

- 一 保険医療機関若しくは医療法(昭和23年法律第205号)第2条の2第2項に規定するオンライン診療受診施設(以下「オンライン診療受診施設」という。)(別に厚生労働大臣が定める要件に該当するものを除く。以下この号において同じ。))と一体的な構造とし、又は保険医療機関若しくはオンライン診療受診施設と一体的な経営を行うこと。
- 二 保険医療機関若しくは保険医又はオンライン診療受診施設に対し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、金品その他の財産上の利益を供与すること。
- 2 前項に規定するほか、保険薬局は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

(経済上の利益の提供による誘引の禁止)

第2条の3の2 保険薬局は、患者に対して、第4条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険薬局における商品の購入に係る対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、当該患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。

2 保険薬局は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。

(掲示)

第2条の4 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、第4条の3第2項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

2 保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(処方箋の確認等)

第3条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であった者並びにこれらの者の被扶養者である患者(以下単に「患者」という。)から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法(大正11年法律

第70号。以下「法」という。)第63条第3項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師(以下「保険医等」という。)が交付した処方箋であること及び次に掲げるいずれかの方法によって療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によって療養の給付を受ける資格があることの確認を行うことができない患者であって、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。

- 一 保険医等が交付した処方箋
- 二 法第3条第13項に規定する電子資格確認(以下「電子資格確認」という。)
- 三 患者の提出し、又は提示する資格確認書
- 四 当該保険薬局が、過去に取得した当該患者の被保険者又は被扶養者の資格に係る情報(保険給付に係る費用の請求に必要な情報を含む。)を用いて、保険者に対し、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法により、あらかじめ照会を行い、保険者から回答を受けて取得した直近の当該情報を確認する方法(当該患者が当該保険薬局から療養の給付(居宅における薬学的管理及び指導に限る。))を受けようとする場合であって、当該保険薬局から電子資格確認による確認を受けてから継続的な療養の給付を受けている場合に限る。)
- 五 その他厚生労働大臣が定める方法
- 2 患者が電子資格確認により療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることを求めた場合における前項の規定の適用については、同項中「次に掲げるいずれかの」とあるのは「第二号又は第四号に掲げる」と、「事由によって」とあるのは「事由によって第二号又は第四号に掲げる方法により」とする。

3 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)附則第3条の4第1項の規定により同項に規定する書面による請求を行っている保険薬局及び同令附則第3条の5第1項の規定により届出を行った保険薬局については、前項の規定は、適用しない。

4 保険薬局(前項の規定の適用を受けるものを除く。))は、第2項に規定する場合において、患者が電子資格確認によって療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならない。

(要介護被保険者等の確認)

第3条の2 保険医療機関等は、患者に対し、居宅療養管理指導その他の介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第1項に規定する居宅サービス又は同法第8条の2第1項に規定する介護予防サービスに相当する療養の給付を行うに当たっては、同法第12条第3項に規定する被保険者証の提示を求めるなどにより、当該患者が同法第62条に規定する要介護被保険者等であるか否かの確認を行うものとする。

(患者負担金の受領)

第4条 保険薬局は、被保険者又は被保険者であった者については法第74条の規定による一部負担金並びに法第86条の

処方箋

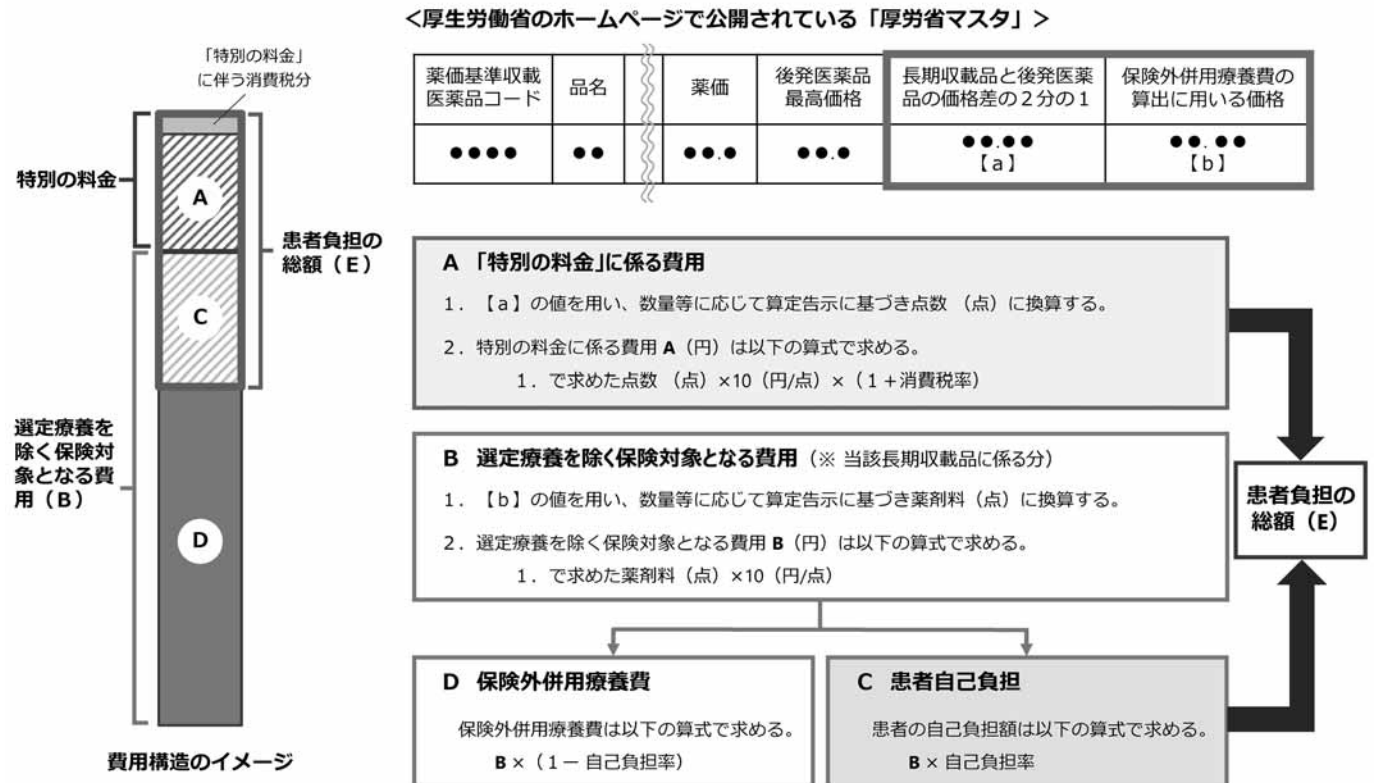
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号										保険者番号										
公費負担医療の受給者番号										被保険者資格に係る記号・番号								(枝番)		
患者	氏名										保険医療機関の所在地及び名称									
	生年月日		明大昭平令		年月日						電話番号									
	区分		被保険者		被扶養者						保険医氏名								㊞	
												都道府県番号				点数表番号		医療機関コード		
交付年月日				令和 年 月 日						処方箋の使用期間		令和 年 月 日						特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。		
処方	変更不可 (医療上必要)	患者希望		個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。																
					リフィル可 ☐ (回) ※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋															
備考	保険医署名		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。																	
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供																			
調剤実施回数(調剤回数に応じて、 ☐ に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) ☐ 1回目調剤日(年 月 日) ☐ 2回目調剤日(年 月 日) ☐ 3回目調剤日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)																				
調剤済年月日				令和 年 月 日						公費負担者番号										
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名										公費負担医療の受給者番号										

備考

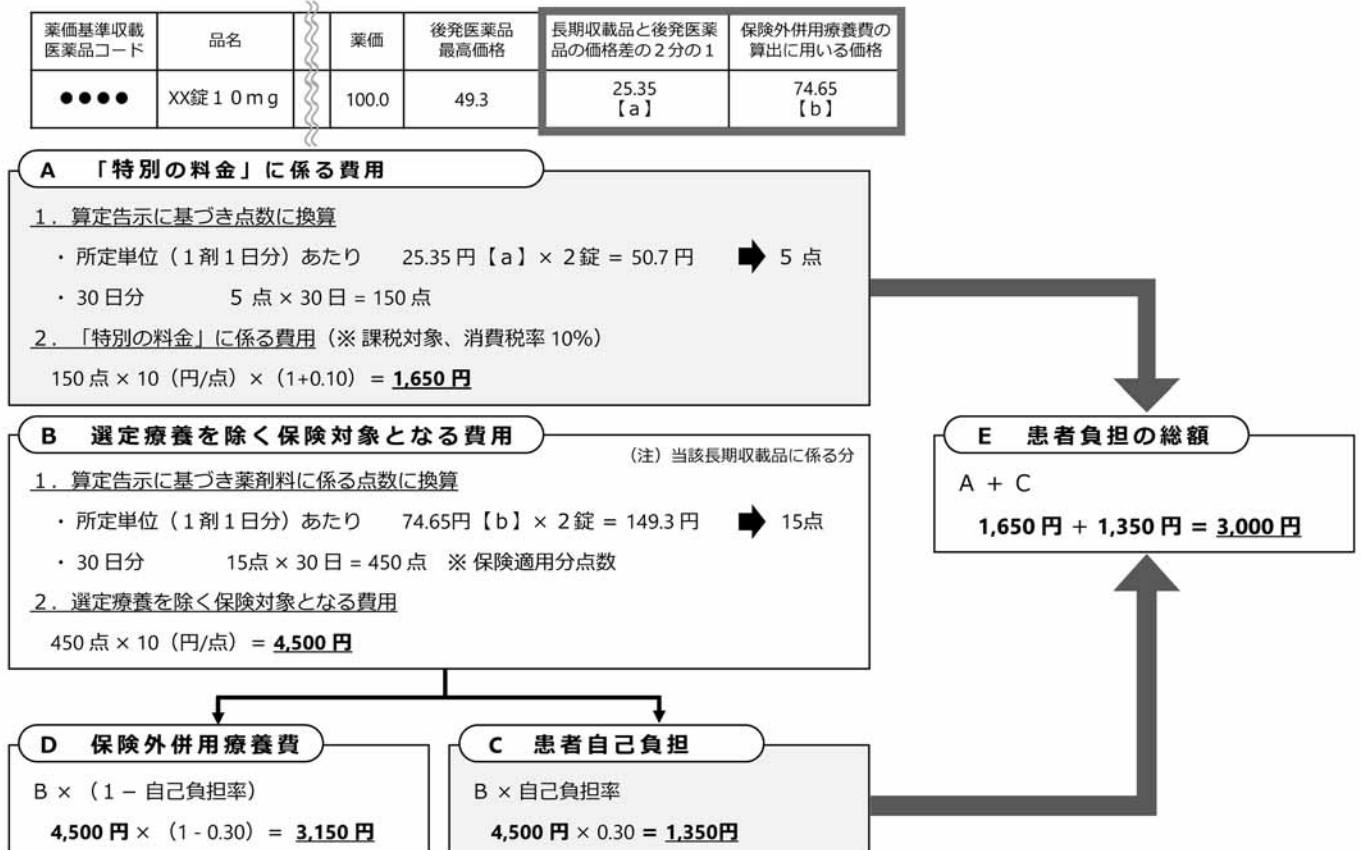
1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

別添 1 長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法（イメージ）



別添 2 計算の具体例（イメージ）

XX錠 10mg（内服薬）、1日2錠 30日分に係る費用（自己負担率が3割の場合）は以下のとおり計算される。
ただし、「厚労省マスタ」における該当行は表のとおりとする。



別添 1 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出

電子計算機を使用してこども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定める方式に従って電子情報処理組織の使用による費用の請求を（ 開始 ・ 変更 ）することに関し、届け出ます。
なお、オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティー・ポリシー）を策定した上で、審査支払機関のオンライン請求システム利用規約に同意します。

令和 年 月 日
住所
開設者／代表者
氏名
(審査支払機関名) 御中

医療機関（薬局・指定訪問看護ステーション）コード							点 数 表 区 分	医科・DPC・歯科・調剤・訪問看護						
保険医療機関（薬局・訪問看護ステーション）名							電 話 番 号							
保険医療機関（薬局・訪問看護ステーション）所在地							郵便番号			—				
レセコンのプログラム名称							請求開始・変更年月	令和 年 月 請求分から						
レセコンのソフトメーカー名（プログラムの作成者の氏名）							パソコンの基本ソフト（OS）・ブラウザ							
電 気 通 信 回 線	I P - V P N接続（IPv4）						I P - V P N接続（IPv6） （お客さまID： ） ☐ オンライン資格確認と同一回線 ☐ オンライン資格確認と異なる回線				※受付欄			
	I S D N ダイヤルアップ接続 （ — — ）						インターネット接続 I P s e c + I K E提供事業者名 （ ）							
備 考														

- 作成要領
- この様式は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者が電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は使用しているプログラム等を変更する場合、審査支払機関に医科、DPC、歯科、調剤及び訪問看護別に作成し提出する。
 - 電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
 - 「点数表区分」欄には、医科、DPC、歯科、調剤及び訪問看護の別を○で囲む。
 - 「医療機関（薬局・指定訪問看護ステーション）コード」、「保険医療機関（薬局・訪問看護ステーション）名」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局・訪問看護ステーション）所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関・保険薬局又は指定訪問看護事業者の指定申請書で届け出た記載内容を記入する。
 - 「レセコンのプログラム名称」欄には、レセコンのソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
 - 「レセコンのソフトメーカー名」欄には、レセコンのソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
 - 「請求開始・変更年月」欄には、電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療（調剤）報酬又は訪問看護療養費の請求年月を記入する。
 - 「パソコンの基本ソフト（OS）・ブラウザ」欄には、オンライン請求システムの送信機器の基本ソフト名及びブラウザ名を記入する。
- ＜記載例＞
- OS：Windows11 ブラウザ：Microsoft Edge
- 「電気通信回線」欄には、電気通信回線への接続方法がI P - V P N接続（IPv4）、I P - V P N接続（IPv6）、ダイヤルアップ接続（訪問看護は対象外）または、インターネット接続（IPsec+IKE）の別を○で囲む。
なお、ダイヤルアップ接続（I S D N）の場合は、専用電話番号、インターネット接続（IPsec+IKE）の場合は、提供事業者名を記入する。また、I P - V P N接続（IPv6）の場合は、オンライン資格確認と同一回線または、異なる回線の□にチェック「✓」し、「CAF」又は「COP」から始まる「お客さまID」（11～13桁の英数字）を記入する。
 - 本届出をオンライン申請する場合は、前項までに準じるものとする。

イの確認により改善がみられないことを確認した場合には、必要に応じ、当該医薬品卸売販売業者に対して改めて改善指導を実施するとともに、改善が進まない理由等について顛末書を徴収し、更に改善を促す。

2 医薬品卸売販売業者名等の公表

経済課は、1の行政指導によっても当該医薬品卸売販売業者が改善を行わなかった場合であって、価格交渉を促進するために広く関係者に対し情報提供を行うことが必要と判断した場合には、当該医薬品卸売販売業者名及び第3の1(1)の行政指導の対象行為を公表する。

3 台帳への記録

行政指導等を実施した場合には、その内容を台帳に記録し、保存する。

第4 施行

本運用方針は、保険薬局等への平成26年4月納入分にかかる取引から適用する。

医療用医薬品購入の取引がある医薬品卸売販売業者に 関する相談窓口の設置について

【連絡先】

電話 番 号：03-5253-1111（内線2598、2536）

ファックス番号：03-3507-9041

厚生労働省医政局経済課

【相談を受ける対象施設】

- ・ 保険薬局

別紙1

厚生労働省 医政局 経済課 流通指導官 宛（FAX：03-3507-9041）

保険薬局等と医療用医薬品購入の取引がある 卸売販売業者に関する相談票

受付年月日：平成 年 月 日		受付№：
保険薬局名：		
保険医療機関名：		（許可病床数： 床）
ご担当者氏名：		
ご連絡先：（ ） -		
卸売販売業者名：		
支店（営業所）名：		
【具体的な内容】		

※受付年月日及び受付№は厚生労働省で記入いたします。

※相談内容の事実関係を確認するため、提出頂いた相談票（別紙1）は、原則としてそのまま卸売販売業者へ送付します。正確を期すための取扱いであり、ご了承願います。

- ・ 保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る）

【相談を受ける内容】

医療用医薬品購入の取引がある医薬品卸売販売業者に関する相談

例）

- ・ 価格提示を依頼しても全く提示されない。
- ・ 価格交渉を要請しても全く対応してもらえない。
- ・ 「妥結しなければいわゆる未妥結減算が適用される」ということを明示した交渉を行っている。
- ・ 「妥結率の根拠となる資料」を提出してもらえない。

など

なお、価格交渉における個別の価格水準に関する相談は、当事者間の問題であり、厚生労働省は対応できかねますので、ご了承願います。

※相談される際には、内容を正確に把握するため、電話に加え、別紙1の相談票により詳細な情報をファックスにてご提供願います。

※相談内容の事実関係を確認するため、提出頂いた相談票（別紙1）は、原則としてそのまま卸売販売業者へ送付します。正確を期すための取扱いであり、ご了承願います。

※卸売販売業者からは、厚生労働省が送付した相談票に対する回答書（別紙2）を提出いただきます。当該回答書は、原則としてそのまま保険薬局等へ送付します。正確を期すための取扱いであり、ご了承願います。

別紙2

厚生労働省 医政局 経済課 流通指導官 宛（FAX：03-3507-9041）

保険薬局等と医療用医薬品購入の取引がある 卸売販売業者に関する相談に対する回答書

回答受理年月日：平成 年 月 日		受付№：
卸売販売業者名：		
支店（営業所）名：		
ご担当者氏名：		
ご連絡先：（ ） -		
【卸売販売業者からの回答】		

※回答受理年月日及び受付№は厚生労働省で記入いたします。

※卸売販売業者からは、厚生労働省が送付した相談票に対する回答書（別紙2）を提出いただきます。当該回答書は、原則としてそのまま保険薬局等へ送付します。正確を期すための取扱いであり、ご了承願います。

令和7年度
薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト

事業者確認用

*以下項目は令和7年度中にすべての項目で「はい」にマルが付くよう取り組んでください。
*「いいえ」の場合、令和7年度中の対応目標日を記入してください。

	チェック項目	(日付)		備考
		確認日	目標日	
1 体制構築	事業所内に、医療情報システム等の提供に係る管理責任者を設置している。(1-①)	はい・いいえ (/)	(/)	
	医療情報システム全般について、以下を実施している。 リモートメンテナンス（保守）している機器の有無を確認した。(2-②)	はい・いいえ (/)	(/)	
	薬局に製造業者/サービス事業者による医療情報セキュリティ開示書（MDS/SDS）を提出した。(2-③)	はい・いいえ (/)	(/)	
	利用者の職種・担当業務別の情報区分毎のアクセス利用権限を設定している。※管理者権限対象者の明確化を行っている(2-④)	はい・いいえ (/)	(/)	
	退職者や使用していないアカウント等、不要なアカウントを削除または無効化している。(2-⑤)	はい・いいえ (/)	(/)	
	セキュリティパッチ（最新ファームウェアや更新プログラム）を適用している。(2-⑥)	はい・いいえ (/)	(/)	
	パスワードは英数字、記号が混在した8文字以上とし、定期的に変更している。※二要素認証、または13文字以上の場合は定期的な変更は不要(2-⑦)	はい・いいえ (/)	(/)	
2 医療情報システムの管理・運用	パスワードの使い回しを禁止している。(2-⑧)	はい・いいえ (/)	(/)	
	USBストレージ等の外部接続機器や情報機器に対して接続を制限している。(2-⑨)	はい・いいえ (/)	(/)	
	二要素認証を装着している。または令和9年度までに実装予定である。(2-⑩)	はい・いいえ (/)	(/)	
	サーバについて、以下を実施している。 アクセスログを管理している。(2-⑪)	はい・いいえ (/)	(/)	
	バックグラウンドで動作している不要なソフトウェア及びサービスを停止している。(2-⑫)	はい・いいえ (/)	(/)	
	端末PCについて、以下を実施している。 バックグラウンドで動作している不要なソフトウェア及びサービスを停止している。(2-⑬)	はい・いいえ (/)	(/)	
	ネットワーク機器について、以下を実施している。 接続元制限を実施している。(2-⑭)	はい・いいえ (/)	(/)	

事業者名： _____

- 各項目の考え方や確認方法等については、「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～医療機関等・事業者向け～」をご覧ください。
- 各チェック項目に記載された番号はチェックリストマニュアルのアウトラインに対応しています。

令和7年度版
薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト

薬局確認用

*立入検査時、本チェックリストを確認します。令和7年度中にすべての項目で「はい」にマルが付くよう取り組んでください。
*「いいえ」の場合、令和7年度中の対応目標日を記入してください。

別添1

	チェック項目	確認日	目標日	備考
		はい・いいえ (/)	(/)	
1 体制構築	医療情報システム安全管理責任者を設置している。(1-①)	はい・いいえ (/)	(/)	
	医療情報システム全般について、以下を実施している。 サーバ、端末PC、ネットワーク機器の台帳管理を行っている。(2-①)	はい・いいえ (/)	(/)	
	リモートメンテナンス（保守）を利用している機器の有無を事業者等に確認した。(2-②)※事業者と契約していない場合には、記入不要	はい・いいえ (/)	(/)	
	事業者から製造業者/サービス事業者による医療情報セキュリティ開示書（MDS/SDS）を提出してもらう。(2-③)	はい・いいえ (/)	(/)	
	※事業者と契約していない場合には、記入不要 利用者の職種・担当業務別の情報区分毎のアクセス利用権限を設定している。※管理者権限対象者の明確化を行っている(2-④)	はい・いいえ (/)	(/)	
	退職者や使用していないアカウント等、不要なアカウントを削除または無効化している。(2-⑤)	はい・いいえ (/)	(/)	
	セキュリティパッチ（最新ファームウェアや更新プログラム）を適用している。(2-⑥)	はい・いいえ (/)	(/)	
	パスワードは英数字、記号が混在した8文字以上とし、定期的に変更している。※二要素認証、または13文字以上の場合は定期的な変更は不要(2-⑦)	はい・いいえ (/)	(/)	
2 医療情報システムの管理・運用	パスワードの使い回しを禁止している。(2-⑧)	はい・いいえ (/)	(/)	
	USBストレージ等の外部記録媒体や情報機器に対して接続を制限している。(2-⑨)	はい・いいえ (/)	(/)	
	二要素認証を装着している。または令和9年度までに実装予定である。(2-⑩)	はい・いいえ (/)	(/)	
	サーバについて、以下を実施している。 アクセスログを管理している。(2-⑪)	はい・いいえ (/)	(/)	
	バックグラウンドで動作している不要なソフトウェア及びサービスを停止している。(2-⑫)	はい・いいえ (/)	(/)	
	端末PCについて、以下を実施している。 バックグラウンドで動作している不要なソフトウェア及びサービスを停止している。(2-⑬)	はい・いいえ (/)	(/)	
	ネットワーク機器について、以下を実施している。 接続元制限を実施している。(2-⑭)	はい・いいえ (/)	(/)	
3 インシデント発生に備えた対応	インシデント発生時における組織内と外部関係機関（事業者、厚生労働省、警察等）への連絡体制図がある。(3-①)	はい・いいえ (/)	(/)	
	インシデント発生時に診療を継続するために必要な情報を検討し、データやシステムのバックアップの実施と復旧手順を確認している。(3-②)	はい・いいえ (/)	(/)	
	サイバー攻撃を想定した事業継続計画（BCP）を策定している。(3-③)	はい・いいえ (/)	(/)	
4 規程類の整備	上記1-3のすべての項目について、具体的な実施方法を運用管理規程等に定めている。(4-①)	はい・いいえ (/)	(/)	

- 各項目の考え方や確認方法等については、「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～医療機関等・事業者向け～」をご覧ください。
- 各チェック項目に記載された番号はチェックリストマニュアルのアウトラインに対応しています。

索引

項目の記載頁は通常の専用数字で示してあるが、その項目が調剤報酬点数表で主要項目として掲げられている頁はゴシック体（太字）で示した。また、関係法規・通知に関する頁はイタリック体（斜字）で示した。

なお、医科・歯科の診療報酬点数表中の診療行為項目については、項目名の末尾に㊦・㊧と表記した。

(英数)	
1%リタリン散	204
16キロメートルを超える歯科訪問診療㊦	679
16キロメートルを超える場合の取扱い（在宅患者緊急時等共同指導料）	100
16キロメートルを超える場合の取扱い（在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料）	95
16キロメートルを超える場合の取扱い（在宅患者訪問薬剤管理指導料）	91
24時間閉局	147
2カ所開設の場合の歯科訪問診療料㊦	685
B型肝炎母子感染防止に係る保険診療上の取扱い	187
dl-メチルエフェドリン塩酸塩	56
dl-メチルエフェドリン塩酸塩（調剤料）㊦	576
DPC	181
H ₂ 遮断剤	54, 119
H ₂ 遮断剤（薬剤料）㊦	569
HCGモチダ注射用	298
HMG注射用	298
HMG注用	298
l-メチルエフェドリン塩酸塩	56
N-アセチルプロカインアミド（特定薬剤治療管理料）㊦	344
pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）・ボルヒアルロニダーゼ アルファ製剤	54, 118
pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤	54, 119
pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤（在宅自己注射指導管理料）㊦	533
pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤（薬剤料）㊦	569
uFSH注用	298
βブロッカー（精密持続点滴注射加算）㊦	601

(ア)	
アーチスト錠	195
アイケアミニ点眼液	214
アイザベイ硝子体内注射液	325
アイセントレス錠	206
アイソボリン点滴静注用	202
アイモビグ皮下注	289
アイリーア硝子体内注射液	298
アウイクリ注	316
アガルシダーゼ アルファ製剤	54, 120
アガルシダーゼ アルファ製剤（薬剤料）㊦	569
アガルシダーゼ ベータ製剤	54, 120
アガルシダーゼ ベータ製剤（薬剤料）㊦	569
アカルボースOD錠	208, 213, 226
アカルボース錠	203, 208, 226
アキラルックス点滴静注	282
アクイブタ錠	329
アクーゴ脳内移植用注	331
悪性腫瘍特異物質治療管理料㊦	347
悪性腫瘍特異物質治療管理料㊦	635
アクテムラ点滴静注用	205
アクテムラ皮下注	223
アクトスOD錠	210
アクトス錠	210
アクトヒブ	306
アクブラ静注用	187
アコファイド錠	224
アコファイド錠100mg	177, 224
アジスロマイシンカプセル小児用	226, 228

アジスロマイシン細粒小児用	226, 228, 230
アジスロマイシン錠	226, 228, 229
アジスロマイシン小児用	226
亜硝酸アミル（調剤料）㊦	576
アジョビ皮下注	289, 300
アジルバ顆粒	290
アジンマ静注用	329
アスピリン錠	206
アスピリン腸溶錠	206
アスファネート錠	206
アスホターゼ アルファ製剤	54, 119
アスホターゼ アルファ製剤（在宅自己注射指導管理料）㊦	533
アスホターゼ アルファ製剤（薬剤料）㊦	569
アセナピンマレイン酸塩（処方料）㊦	579
アセノバル徐放錠	315
アセリオ静注液	225
アダリムマブBS皮下注	283, 291, 308
アダリムマブ製剤	54, 119
アダリムマブ製剤（在宅自己注射指導管理料）㊦	532
アダリムマブ製剤（薬剤料）㊦	569
アディノバイト静注用	235
アディノバイト静注用キット	235, 267
アドシルカ錠	209
アドセトリス点滴静注用	265
アドトラザ皮下注	303, 311
アドベイト静注用キット	275
アドレナリン製剤	54, 119
アドレナリン製剤（在宅自己注射指導管理料）㊦	529, 532
アドレナリン製剤（薬剤料）㊦	569
アナエブリ皮下注	322
アニフロルマブ製剤	54, 121
アニフロルマブ製剤（在宅自己注射指導管理料）㊦	533
アニフロルマブ製剤（薬剤料）㊦	534
アバタセプト製剤	54, 119
アバタセプト製剤（在宅自己注射指導管理料）㊦	530, 533
アバタセプト製剤（薬剤料）㊦	569
アパダムターゼ アルファ・シナキサダムターゼ アルファ製剤	54, 121
アパダムターゼ アルファ・シナキサダムターゼ アルファ製剤（在宅自己注射指導管理料）㊦	533
アパダムターゼ アルファ・シナキサダムターゼ アルファ製剤（薬剤料）㊦	534
アバルグルコシダーゼ アルファ製剤	54, 120
アバルグルコシダーゼ アルファ製剤（薬剤料）㊦	569
アバロパラチド酢酸塩製剤	54, 120
アバロパラチド酢酸塩製剤（在宅自己注射指導管理料）㊦	533
アバロパラチド酢酸塩製剤（薬剤料）㊦	569
アビガン錠	314
アビスタンディン注射用	217
アピドラ注	208
アブリンジン（特定薬剤治療管理料）㊦	344
アプレピタントカプセル	276
アベクマ点滴静注	294
アボカイン皮下注	221
アボネックス筋注	227
アポモルヒネ塩酸塩製剤	54, 119
アポモルヒネ塩酸塩製剤（在宅自己注射指導管理料）㊦	532
アポモルヒネ塩酸塩製剤（薬剤料）㊦	569
アボルブカプセル	232
アマージ錠	204

アマリール	191, 210
アマリールOD錠	218, 221
アミオダロン塩酸塩錠	203
アミオダロン塩酸塩速崩錠	203
アミオダロン（特定薬剤治療管理料）㊦	344
アミティーザカプセル	221
アミトリプチリン塩酸塩（処方料）㊦	578
アミノ配糖体抗生物質（特定薬剤治療管理料）㊦	344, 345
アミノバクト顆粒	195
アミノマイラン配合顆粒	208
アミノメルク顆粒	195
アムヴトラ皮下注	299
アムノレイク錠	199
アモキサピン（処方料）㊦	578
アモバルビタール（処方料）㊦	578
アラバ錠	196
アリケイス吸入液	287
アリセプトD錠	301
アリセプト細粒	300
アリセプト錠	301
アリセプトドライシロップ	301
アリセプト内服ゼリー	301
アリッサ配合錠	315
アリドネパッチ	303
アリピプラゾール（処方料）㊦	579
アリロクマブ製剤	54, 120
アリロクマブ製剤（在宅自己注射指導管理料）㊦	533
アリロクマブ製剤（薬剤料）㊦	569
アルギU顆粒	190
アルグルコシダーゼ アルファ製剤	54, 120
アルグルコシダーゼ アルファ製剤（薬剤料）㊦	569
アルケラン静注用	193
アルブラゾラム（処方料）㊦	578
アルブロスタジルアルファデクス製剤	217
アルベカシン硫酸塩注射液	206, 220
アルンブリグ錠	285
アレセンサカプセル	228
アレモ皮下注	308
アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料㊦	378
アロフィセル注	291
アロマシン錠	194
アンカロン錠	203
アンサー20注	185
安全性情報	34, 35, 76
安全性速報（在宅患者訪問薬剤管理指導料）㊦	519
アンピロキシカム製剤	205

(イ)

イエスカルタ点滴静注	285
医学管理等	174
医学管理等㊦	340
イカチバント製剤	54, 120
イカチバント製剤（在宅自己注射指導管理料）㊦	533
イカチバント製剤（薬剤料）㊦	569
医科と共通の投薬㊦	703
医科連携訪問加算㊦	684
イクセキズマブ製剤	54, 120
イクセキズマブ製剤（在宅自己注射指導管理料）㊦	533
イクセキズマブ製剤（薬剤料）㊦	569
イグザレルトドライシロップ	284
育児休業	70
イクセロンパッチ	217
医師の指示による分割調剤	43