

# 重 要

令和8年5月29日

保険薬局薬剤師 殿

愛媛大学医学部附属病院薬剤部  
薬剤部長 田中 守

## 栄養剤の保険適用のための処方理由の記載について

平素は、当院の薬剤業務に対するご理解とご協力を賜り誠にありがとうございます。

令和8年度診療報酬改定において、栄養保持を目的とした一部の「たん白アミノ酸製剤」について、保険給付の対象となる患者の要件および、処方箋・レセプトへの理由記載が必要であることが明確化されました。

令和8年6月1日からの改定に対応する運用をお知らせいたします。

### ■栄養保持を目的とした医薬品(令和8年3月現在)

・イノラス配合経腸用液	・エネーボ配合経腸用液	・インシュア・H
・インシュア・リキッド	・ツインライン NF 配合経腸用液	・ラコール NF 配合経腸用液

### ■理由

・術後患者（日付） ・経管栄養（日付） ・病態管理上、医薬品の栄養剤が必要であるため
--

### ■理由の記載場所

・処方箋の「処方」欄の最上部に表示

※厚生労働省の事務連絡では、理由を処方箋の「備考」欄に記載するとされていますが、「備考」欄への記載と読み替えてご対応いただきますようお願いいたします。

以下の資料をご確認ください。

1. 別紙資料:院外処方箋（別紙 ①）
2. 参考資料:令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について  
P.317、別紙2 診療録等の記載上の注意事項、  
第5 処方箋の記載上の注意事項 8「備考」欄について

(中略)

(12) 栄養保持を目的とした医薬品を投与する場合は、手術後の患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合はその旨又は経管により栄養補給を行っている患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合はその旨、処方医が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した場合はその理由を記載すること。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001700249.pdf>

保険薬局各位のご理解ご協力を賜りますよう、よろしくお申し上げます。

連絡先 愛媛大学医学部附属病院 薬剤部 電話 089-960-5738 (調剤室)
---

(この処方せんは、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	

患者ID	10000490	保険医療機関の所在地及び名称	愛媛大学医学部附属病院 愛媛県東温市志津川
氏名	患者1049	電話番号	(089)964-5111
生年月日	昭和33年04月01日	性別	男
年齢	68歳 1カ月	保険医氏名	薬剤部医師(確認用) 印

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08年05月28日	処方せんの使用期間	令和08年05月31日	備考
-------	-------------	-----------	-------------	----

変更不可(医療上必要)	患者希望	備考
-------------	------	----

処方	備考
----	----

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  
に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄  
に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患  
者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。

**【栄養保持】病態管理上、医薬品の栄養剤が必要**

RP01 【ハコ味】エンシュア・H 250ml 1回1個(1日3個)  
1日3回(朝、昼、夕)食後 14日分 以下余白

※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

保険医署名	身長	160cm
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。)	体重	60kg
□ 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)	測定日	2026/01/28
□ 次回調剤予定日( 年 月 日) □ 次回調剤予定日( 年 月 日)	体表面積	1.622m <sup>2</sup>

調剤済年月日	公費負担者番号
--------	---------

保険薬局の所在地及び名称	公費負担医療の受給者番号
保険薬剤師氏名	

処方せん取り扱い上の注意

患者氏名 患者1049

「処方せん」の有効期限は **令和08年05月31日** です。

- 記載の有効期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることが出来ません。
- 「処方せん」の再発行はできません。
- 事前に「処方せん」をFAXで送った場合でも、**保険薬局でのお薬の受け取りには、「処方せん」が必要**です。

★保険薬局薬剤師の方へ

【FAX番号 ①FAXコーナー:089-964-7458 ②薬剤部調剤室:089-960-5733】

I 疑義照会について 平日8:30~17:00 ①へ 時間外(土・日・祝日・平日時間外) ②へ

\*時間外の疑義照会は、事前に薬剤部へご連絡後、FAXを送信すること。

II 後発医薬品の変更時の情報提供について 初回のみ ①へ

\*初回の情報提供には処方せんを含む本用紙をコピーし、下記コメントに記載すること。

\*2回目以降は『お薬手帳』を利用すること。

III 処方せん上の略号について

(混) 以上を混合せよ。(粉) 右記の薬品を粉砕せよ。(包) 以上を1包化せよ。

(全) 交付全量を記載している薬品 ①-1回量もしくは1日量を記載している薬品

(濁) 簡易懸濁法が可能な薬品

検査値 (90日以内に測定歴のある検査値を表示しています。)

WBC	HGB	Plt	INR	AST	ALT	TB	血清Cr	eGFR	CK	CRP	K	HbA1c	ALB

おくすり伝言板

eGFR値(mL/min/1.73m<sup>2</sup>)は数値に(体表面積÷1.73)を掛けた値を用いて利用して下さい。

★ 処方医から保険薬局薬剤師へのコメント 第一内科 薬剤部医師(確認用)

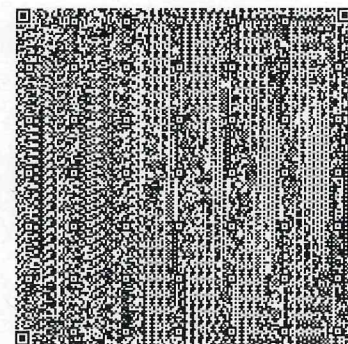
□フィードバック不要(チェックが入っている場合は当院へ情報のフィードバックは不要です)

※処方医からのコメントがある場合は必要に応じてFAXコーナーに処方せんを含む本用紙のコピーを使用してフィードバックをお願いします。

薬局名 \_\_\_\_\_ 薬剤師名 \_\_\_\_\_ 連絡先(Tel・Fax) \_\_\_\_\_

保険薬局薬剤師からのコメント(後発医薬品情報提供を含む)

必要な連携に伴う個人(患者)情報の提供・共有について  
□同意あり □同意なし



(この処方せんは、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	

患者ID	10000440	保険医療機関の所在地及び名称	愛媛大学医学部附属病院 愛媛県東温市志津川
氏名	患者1044	電話番号	(089)964-5111
生年月日	昭和28年03月26日	性別	女
年齢	73歳 2カ月	保険医氏名	薬剤部医師(確認用) 印

区分		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08年05月28日	処方せんの使用期間	令和08年05月31日	備考	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
-------	-------------	-----------	-------------	----	---------------------------------------

変更不可(医療上必要)	患者希望	処方	備考
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 に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄 に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患 者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。			

【栄養保持】術後患者(2023-05-01)

RP01 【ハニ味】エンシュア・H 250ml 1回1個(1日3個)  
1日3回(朝、昼、夕)食前 14日分

RP02 【腎】γ-GNF配合経腸用液(200mL)経管 1回1袋(1日1袋)  
1日1回(昼)食後 14日分  
以下余白



☐ サフィール可 (一回)

※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

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。	高一	身長	160cm
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。)		体重	60Kg	
☐ 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)		測定日	2026/03/25	
次回調剤予定日( 年 月 日) 次回調剤予定日( 年 月 日)		体表面積	1.622㎡	
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。)		麻薬施用者番号		患者住所
☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 薬剤を減量した上で保険医療機関へ情報提供				

調剤済年月日		公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	
保険薬剤師氏名			

### 処方せん取り扱い上の注意

患者氏名 患者1044

「処方せん」の有効期限は **令和08年05月31日** です。

- 記載の有効期限を過ぎた場合、保険薬局でお薬を受け取ることが出来ません。
- 「処方せん」の再発行はできません。
- 事前に「処方せん」をFAXで送った場合でも、**保険薬局でのお薬の受け取りには、「処方せん」が必要**です。

#### ★保険薬局薬剤師の方へ

【FAX番号 ①FAXコーナー:089-964-7458 ②薬剤部調剤室:089-960-5733】

- 疑義照会について 平日8:30~17:00 ①← 時間外(土・日・祝日・平日時間外) ②へ  
\*時間外の疑義照会は、事前に薬剤部へご連絡後、FAXを送信すること。
- 後発医薬品の変更時の情報提供について 初回のみ ①へ  
\*初回の情報提供には処方せんを含む本用紙をコピーし、下記コメントに記載すること。  
\*2回目以降は『お薬手帳』を利用すること。
- 処方せん上の略号について  
(混)→以上を混合せよ。(粉)→右記の薬品を粉砕せよ。(包)→以上を1包化せよ。  
(全)→交付全量を記載している薬品 ①→1回量もしくは1日量を記載している薬品  
(濁)→簡易懸濁法が可能な薬品

検査値 (90日以内に測定歴のある検査値を表示しています。)

WBC	HGB	Plt	INR	AST	ALT	TB	血清Cr	eGFR	CK	CRP	K	HbA1c	ALB

eGFR値(mL/min/1.73m<sup>2</sup>)は数値に(体表面積÷1.73)を掛けた値を用いて利用して下さい。

### おくすり伝言板

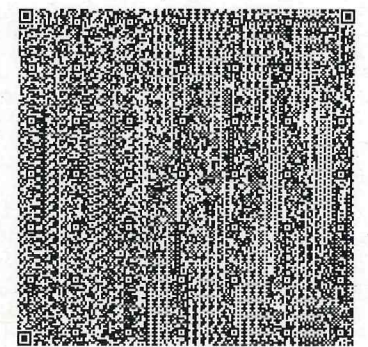
★ 処方医から保険薬局薬剤師へのコメント 第一内科 薬剤部医師(確認用)

☐ フィードバック不要(チェックが入っている場合は当院へ情報のフィードバックは不要です)

※ 処方医からのコメントがある場合は必要に応じてFAXコーナーに処方せんを含む本用紙のコピーを使用してフィードバックをお願いします。

薬局名 \_\_\_\_\_ 薬剤師名 \_\_\_\_\_ 連絡先(Tel・Fax) \_\_\_\_\_

保険薬局薬剤師からのコメント(後発医薬品情報提供を含む)



必要な連携に伴う個人(患者)情報の提供・共有について  
☐ 同意あり ☐ 同意なし