

# 令和8年度診療報酬改定の概要 【調剤】

## 厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

# 令和8年度診療報酬改定について（令和7年12月24日大臣折衝事項）

## 1. 診療報酬 +3.09%（R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%）（R8年6月施行）

※1 うち、賃上げ分 +1.70%（2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%）

- ・ 医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のベアを実現するための措置
- ・ うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※2 うち、物価対応分 +0.76%（2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%）

- ・ 特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%（R8年度+0.41%、R9年度+0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、**保険薬局+0.01%**）
- ・ また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09%（入院時の食費基準額の引上げ（40円/食）、光熱水費基準額の引上げ（60円/日））

- ・ 患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得区分等に応じて20～30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%

- ・ 配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持（病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、**保険薬局+0.01%**）

※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 ▲0.15%

※6 うち、※1～5以外の分 +0.25% 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、**調剤+0.08%**

## 2. 薬価等

薬価： ▲0.86%（R8年4月施行）  
材料価格： ▲0.01%（R8年6月施行）  
合計： ▲0.87%

## 3. 診療報酬制度関連事項

- ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ②賃上げの実効性確保のための対応
- ③医師偏在対策のための対応
- ④更なる経営情報の見える化のための対応

## 4. 薬価制度関連事項

- ① R8年度薬価制度改革及びR9年度の薬価改定の実施
- ②費用対効果評価制度の更なる活用

# 令和8年度調剤報酬改定の主なポイント

## 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための評価体系の見直し

### 「患者のための薬局ビジョン」を踏まえた調剤基本料の見直し

- ・ 面分業促進のため、一部の調剤基本料について評価引上げ
- ・ 小規模乱立抑制のため、都市部にて処方箋受付回数が少なく処方箋集中率が高い新規開設薬局の評価引下げ
- ・ 都市部の薬局過密地域において、薬局を新規開設した場合の評価引下げ
- ・ 調剤基本料30・ハに関して、同一グループの店舗数300以上の区分撤廃
- ・ 医療モール関係薬局の評価見直し（同一建物内・同一敷地内にある複数医療機関に係る処方箋集中率の計算方法見直し、同一建物内・敷地内に医療機関がある新規開設薬局の評価引下げ）
- ・ 同一建物内に診療所がある場合に特別調剤基本料Aの適用を除外する規定の撤廃
- ・ へき地医療対策が必要な地域における自治体運営診療所敷地内の薬局に対する評価見直し

### 地域における医薬品提供体制の整備に係る評価の見直し

- ・ 地域支援・医薬品供給対応体制加算への改称及び評価の見直し
- ・ 後発医薬品調剤体制加算の撤廃

### 薬局による在宅医療提供体制の整備促進に係る評価の見直し

- ・ 在宅薬学総合体制加算の要件強化及び評価の引上げ

### バイオ後続品使用促進のための体制評価

- ・ バイオ後続品調剤体制加算の新設

### 医療DX関係

- ・ 電子的調剤情報連携体制整備加算への改称、評価区分の一本化
- ・ 医療情報取得加算の廃止

## 安心・安全で質の高い医療の推進のための薬局・薬剤師業務の対人業務における評価の見直し

### かかりつけ薬剤師の包括的評価から実績重視の評価への転換

- ・ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料を廃止
- ・ 代わりに、電話等による患者フォローアップや、残薬調整に係る患者訪問、服薬状況等に係る総合的な管理及び評価の実施等、かかりつけ薬剤師としての服薬管理指導の実務に対する評価を実施
- ・ かかりつけ薬剤師に関連する施設基準の見直し

### 調剤管理料の見直し

- ・ 調剤管理料の日数区分の見直し
- ・ 調剤管理加算の廃止

### 薬局薬剤師による在宅患者訪問薬剤管理指導の促進

- ・ 医師と薬剤師が患者へ同時訪問した場合の評価の新設
- ・ 在宅訪問薬剤管理指導料の算定間隔に関し、「中6日以上」から「週1回」に見直し
- ・ 複数名で訪問した場合の評価の新設

### その他、対人業務に関する見直し

- ・ 吸入薬指導加算の評価対象にインフルエンザの吸入薬を追加
- ・ バイオ後続品の品質等に関する説明を実施した場合の評価を設定
- ・ 残薬対策の強化を目的とした要件の見直し及び評価の引上げ（処方箋上で、残薬量を勘案した減数調剤を行う旨の指示を可能とする様式の見直し）

## その他

### 物価上昇や賃金上昇に対する対応

- ・ 物価高及び賃上げに対応するための評価の新設

### 選定療養

- ・ 夜間休日における調剤の選定療養化

### 薬剤調製料関係

- ・ 無菌製剤処理加算の増点対象を15歳未満の小児に拡大

### 調剤報酬の簡素化

- ・ 在宅患者オンライン薬剤管理指導料と服薬管理指導料との一本化

### 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則関係

- ・ バイオ後続品使用促進に関する記載の追加
- ・ ポイント等患者への経済上の利益提供や、介護施設等からの見返り要求による患者誘因の禁止の明確化（再周知）

# 薬局ビジョン策定後の状況

○ 『患者のための薬局ビジョン ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～』（平成27年10月23日）の策定後、処方箋集中率が高い薬局（いわゆる門前薬局）の割合はむしろ増加し、薬局が医療モールを経営する事例があるなど、目標達成の目処が立たないまま10年が経過した。

西暦（年）

2015

## ■ 患者のための薬局ビジョンの作成

薬局の目指すべき姿として、面分業の推進を提示（**2025年までにすべての薬局がかかりつけ薬局の機能を持つこと、2035年には立地も地域へ移行すること**）

## ■ 処方箋集中率が高い薬局数（いわゆる門前薬局数）の推移

処方箋集中率	2015*1	2024*2
95%以上薬局割合	14.0%	17.3%
85%以上薬局割合	32.5%	39.3%

2016

## ■ H28診療報酬改定 かかりつけ薬剤師指導料 新設

診療報酬において、かかりつけ薬剤師を評価

\* 1) 平成27年7月1日の厚生局届出より保険局医療課作成(n=45,147)

\* 2) 令和6年8月1日の厚生局届出より保険局医療課作成(n=60,086)

約10年

診療報酬改定では都度、対物業務から対人業務へ切り替えてきた。

2025

現在：いわゆる門前型薬局や医療モール型薬局の設立が続出



薬局ビジョン策定後、10年経過したが、多くの薬局は依然として、**立地に依存しており、このままでは地域への移行も全く進まないおそれ**

目標

2035年 立地も地域へ 地域で暮らす患者本位の医療分業の実現



※生成AIにより作成

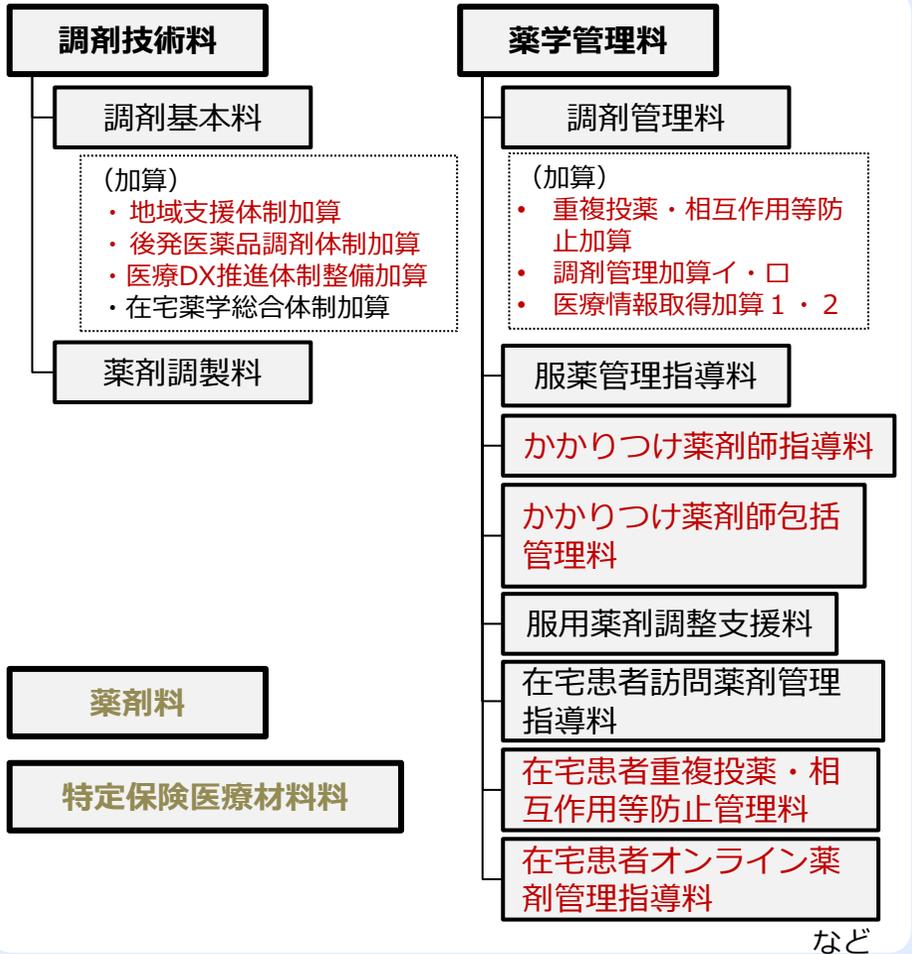
# 調剤報酬の体系（令和8年改定後）

## 薬局・薬剤師業務の評価体系

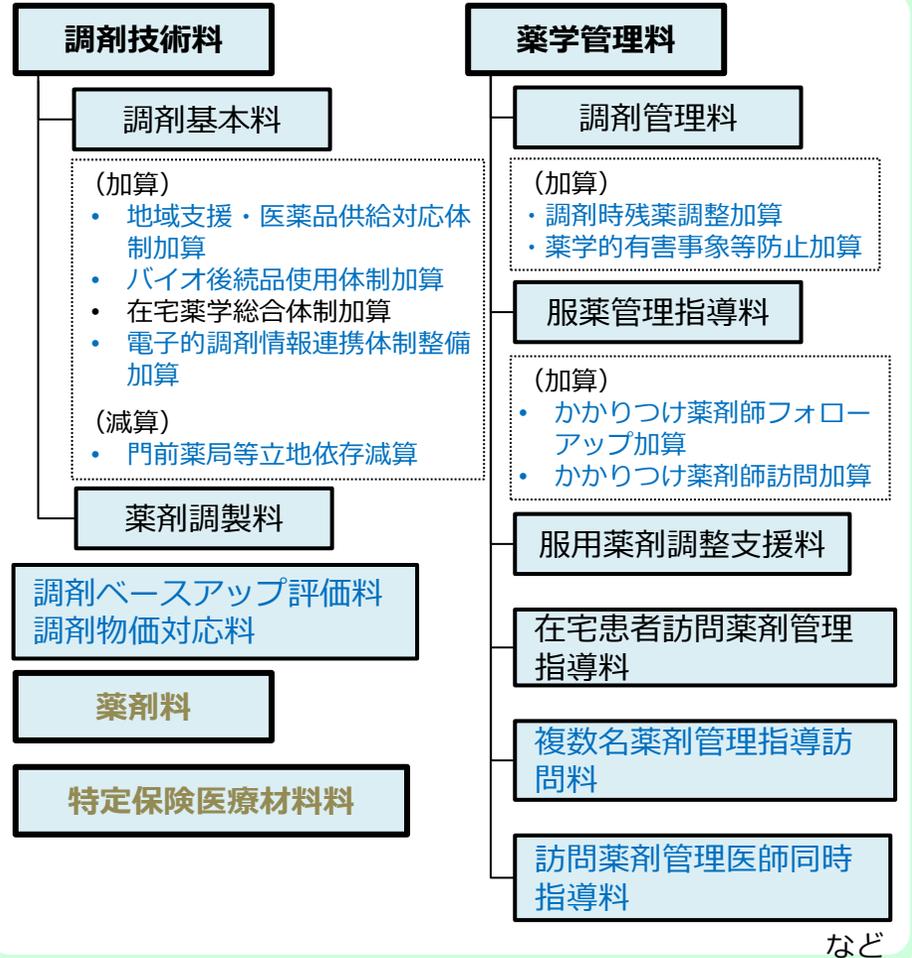
### <調剤報酬の構成>

※改正点を中心に掲載

#### 改定前



#### 改定後



## 調剤報酬改定の概要

1. 物価や賃金上昇に対する対応
2. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
  - ①調剤基本料の見直し
  - ②調剤基本料の加算の見直し
3. 質の高い医療の推進のための薬局・薬剤師業務の対人業務の評価の見直し
  - ①かかりつけ薬剤師に関する評価の見直し
  - ②服薬指導に関する評価の見直し
  - ③在宅訪問薬剤管理指導に関する評価の見直し
  - ④調剤管理料の見直し
- 4 その他の改定事項
- 5 地方厚生局への届出と報告

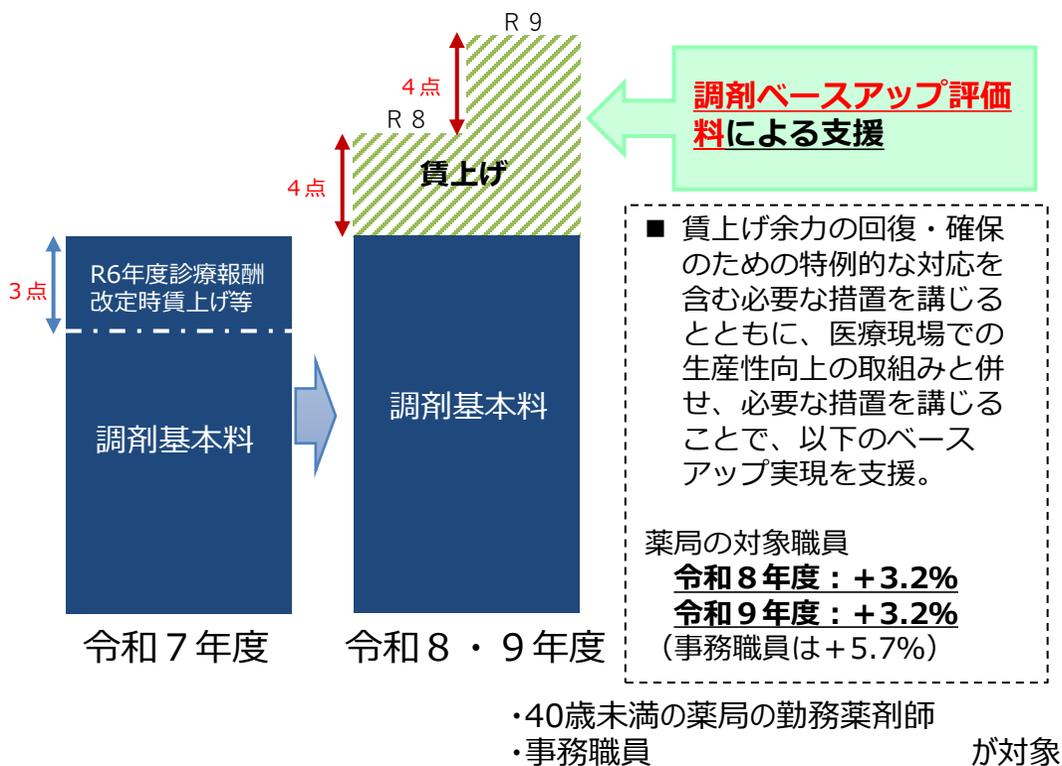
## 調剤報酬改定の概要

1. 物価や賃金上昇に対する対応
2. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
  - ①調剤基本料の見直し
  - ②調剤基本料の加算の見直し
3. 質の高い医療の推進のための薬局・薬剤師業務の対人業務の評価の見直し
  - ①かかりつけ薬剤師に関する評価の見直し
  - ②服薬指導に関する評価の見直し
  - ③在宅訪問薬剤管理指導に関する評価の見直し
  - ④調剤管理料の見直し
- 4 その他の改定事項
- 5 地方厚生局への届出と報告

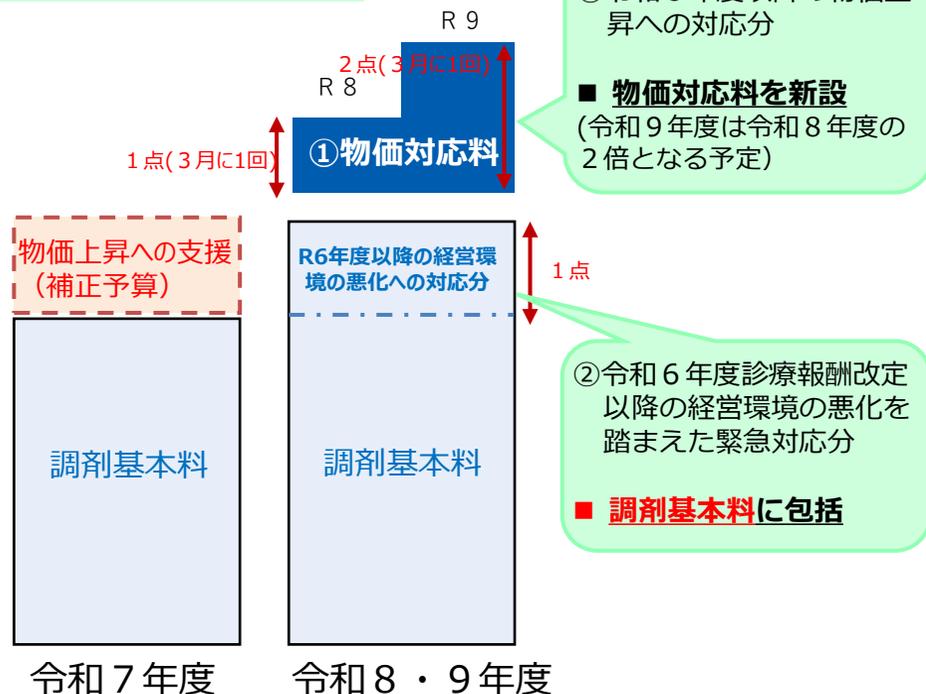
# 1. 賃上げ・物価対応に係る全体像

## 【基本的な考え方】

### 賃上げ対応



### 物価対応



## 【令和8年度以降の対応】

- 令和8年度の**保険薬局**の経営状況等について調査を実施。
- 実際に支給される給与（賞与を含む）に係る賃上げ措置の実績について詳細な把握を行う。



- 実際の経済・物価の動向が令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合は、令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整（特例的な対応分を除く）を行う。

## 賃上げに向けた評価の見直しと物件費の高騰を踏まえた対応

### 賃上げ

- 調剤報酬において、保険薬局の薬剤師及び事務職員等の確実な賃上げを図る観点から、調剤ベースアップ評価料を新設する。

#### (新) 調剤ベースアップ評価料 4点

##### [算定要件]

- (1) 当該保険薬局において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき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**、所定点数を算定する。
- (2) 令和9年6月以降においては、所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。

##### [施設基準]

- (1) 当該保険薬局に勤務する職員がいること。
- (2) 対象職員の賃金の改善を実施するにつき必要な体制が整備されていること。



### 物価高騰対応

- 令和8年度及び令和9年度の物価上昇に段階的に対応するため、調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。

#### (新) 調剤物価対応料 1点

##### [算定要件]

保険薬局において、処方箋を提出した患者に対して調剤した場合に、**3月に1回に限り**、所定点数を算定する。ただし、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。



## 調剤報酬改定の概要

1. 物価や賃金上昇に対する対応
2. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
  - ①調剤基本料の見直し
  - ②調剤基本料の加算の見直し
3. 質の高い医療の推進のための薬局・薬剤師業務の対人業務の評価の見直し
  - ①かかりつけ薬剤師に関する評価の見直し
  - ②服薬指導に関する評価の見直し
  - ③在宅訪問薬剤管理指導に関する評価の見直し
  - ④調剤管理料の見直し
- 4 その他の改定事項
- 5 地方厚生局への届出と報告

# 薬局の体制に係る評価の見直し

## ➤ 薬局の体制に係る評価を見直す。

### 調剤基本料

- 面分業推進の観点から調剤基本料 1, 3八の引上げ
- 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応として、各調剤基本料（特別調剤基本料A・Bを除く）の引上げ

調剤基本料 1	45点	→	<b>47点</b>
調剤基本料 2	29点	→	<b>30点</b>
調剤基本料 3 イ	24点	→	<b>25点</b>
調剤基本料 3 口	19点	→	<b>20点</b>
調剤基本料 3 八	35点	→	<b>37点</b>
特別調剤基本料A	5点	→	5点
特別調剤基本料B	3点	→	3点

- 処方箋集中率の計算において、医療モール内の複数保険医療機関は1つの医療機関とみなすことに変更
- 同一グループの店舗数300以上の区分撤廃
- 特別調剤基本料Aの同一建物内に診療所がある場合の除外規定を撤廃（既存薬局への遡及的な適用はしない）等

#### <都市部（※）等への新規出店抑制>

令和8年6月以降に新規開設する薬局に以下を適用

- 都市部に立地し、小規模かつ処方箋集中率が高い場合は調剤基本料 2
- **門前薬局等立地依存減算 ▲15点**  
（都市部の門前薬局・密集薬局や、医療モール内薬局で処方箋集中率が高い場合減算）

※**都市部とは** 特別区・政令指定都市を指す。

ただし、半径500m以内に他の保険薬局が無い地点は除く。

### 一定の機能を有する薬局の体制の評価

- 地域での医薬品供給を通じた適切な医療提供体制構築の充実を促進する観点から、後発医薬品調剤体制加算と地域支援体制加算を統合し、地域支援・医薬品供給対応体制加算を新設

地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 【新設】 **27点**

【調剤基本料1の薬局】

地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 32点 → **59点**

地域支援・医薬品供給対応体制加算 3 40点 → **67点**

【調剤基本料1以外の薬局】

地域支援・医薬品供給対応体制加算 4 10点 → **37点**

地域支援・医薬品供給対応体制加算 5 32点 → **59点**

- バイオ後続品の使用促進の観点から、バイオ後続品を調剤する体制の評価を新設

**（新）バイオ後続品調剤体制加算 50点（バイオ後続品調剤時）**

- 医療DX推進体制整備加算を廃止し、電子的調剤情報連携体制整備加算として一本化と電子処方箋システムによる重複投薬等チェックを行う体制の評価を新設

**（新）電子的調剤情報連携体制整備加算 8点（月に1回）**

- 在宅訪問を十分に行うための体制を整備する薬局を、実績に基づき評価（※在宅患者の処方箋に基づく対応の場合の加算）

在宅薬学総合体制加算 1 15点 → **30点**

在宅薬学総合体制加算 2 **イ（個人宅）** 50点 → **100点**

在宅薬学総合体制加算 2 **口（施設）** 50点 → **50点**

## 調剤報酬改定の概要

1. 物価や賃金上昇に対する対応
2. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
  - ①調剤基本料の見直し
  - ②調剤基本料の加算の見直し
3. 質の高い医療の推進のための薬局・薬剤師業務の対人業務の評価の見直し
  - ①かかりつけ薬剤師に関する評価の見直し
  - ②服薬指導に関する評価の見直し
  - ③在宅訪問薬剤管理指導に関する評価の見直し
  - ④調剤管理料の見直し
- 4 その他の改定事項
- 5 地方厚生局への届出と報告

# 調剤基本料の見直し

## 調剤基本料の見直し

- 薬局ビジョンを踏まえ、調剤基本料を見直すとともに、都市部<sup>注1</sup>の門前薬局や、医療モール内薬局であって処方箋集中率が85%超の新規開設（令和8年6月1日以降に開設）の薬局に対する減算（**門前薬局等立地依存減算 ▲15点**）を新設。
- 面分業推進の観点から処方箋集中率85%以下である調剤基本料1と調剤基本料3ハの点数を上げ。

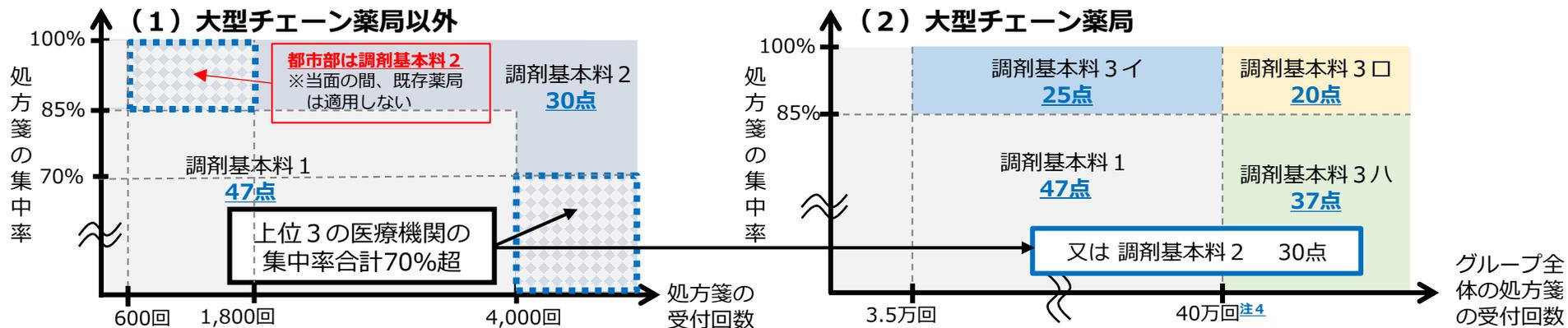
		処方箋受付回数等及び処方箋集中率		点数	
調剤基本料1	調剤基本料2・3、特別調剤基本料以外			47点	
調剤基本料2	① <sup>注2</sup> 都市部において、処方箋受付回数が600回超1,800回以下かつ処方箋集中率 <sup>注3</sup> が85%超 ② 処方箋受付回数が1,800回超かつ処方箋集中率が85%超 ③ 処方箋受付枚数が4,000回超かつ上位3の医療機関の処方箋集中率の合計70%超 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超			30点	
調剤基本料3	イ	同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超~40万回かつ処方箋集中率85%超		25点	
	ロ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超かつ処方箋集中率85%超 <sup>注4</sup>		20点	
	ハ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超かつ処方箋集中率85%以下 <sup>注4</sup>		37点	
特別調剤基本料A	いわゆる同一敷地内薬局	5点	特別調剤基本料B	調剤基本料の届出がない薬局	3点

注1) 都市部とは、**特別区・政令指定都市の地域**を指す。ただし、半径500m以内に他の保険薬局が無い地点は除く。

注2) 当面の間、既存の薬局（令和8年5月31日までに開設し、改定後も継続して処方箋受付回数1,800回以下の薬局に限る。）には適用しない。

注3) **医療モール内（医療ビレッジ内を含む）の複数の医療機関については、1つの医療機関とみなして処方箋集中率を計算する。**

注4) 令和8年度の調剤報酬の改定にて、「**同一グループの保険薬局の数が300以上**」の基準は廃止した。



## 調剤基本料における大規模チェーン薬局区分の見直し

- ▶ 調剤基本料3のロ及びハの施設基準から、同一グループの薬局店舗数が300以上であることを削除する。

### 現行

#### 【調剤基本料】

(4) 調剤基本料3のロの施設基準

同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える**又は同一グループの保険薬局の数が三百以上の**グループに属する保険薬局（（6）に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。

イ・ロ（略）

(5) 調剤基本料3のハの施設基準

同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える**又は同一グループの保険薬局の数が三百以上の**グループに属する保険薬局（（2）、（4）のロ又は（6）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。

下線部削除

### 改定後

#### 【調剤基本料】

(4) 調剤基本料3のロの施設基準

同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局（（6）に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。

イ・ロ（略）

(5) 調剤基本料3のハの施設基準

同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局（（2）、（4）のロ又は（6）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。



# 処方箋集中率の計算方法の見直し

- 処方箋集中率の計算に当たっては、医療モール内（医療ビレッジ内も含む）に複数の医療機関が所在している場合、当該複数の医療機関を1つの医療機関と見なす（医療モールに所在する複数の医療機関を1つの医療機関と見なす）。

## 現行

### 【調剤基本料2】

[施設基準（通知）]

(3) 処方箋集中率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。ただし、処方箋集中率を算出する際に、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋の受付回数は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び同一期間内に受け付けた全ての処方箋の受付回数に含めない。

## 改定後

### 【調剤基本料2】

[施設基準]

(3) 処方箋集中率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。ただし、一つの建物内又は一つの敷地内に複数の保険医療機関がある場合においては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算し、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数と見なして、処方箋集中率を算出する。

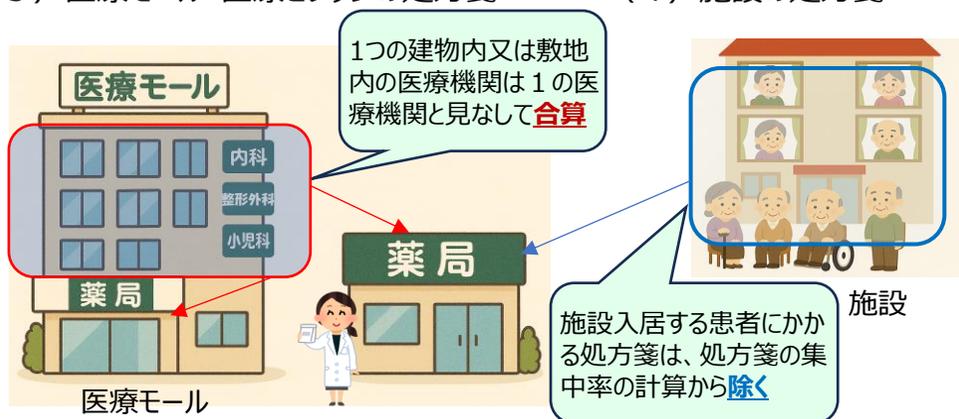
(4) (3)の計算に当たり、次のいずれかに該当する処方箋は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数のいずれからも除く。

ア～ウ 略

エ 介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは介護医療院、高齢者の居住の安定確保に関する法律で定めるサービス付き高齢者向け住宅又は老人福祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム若しくは認知症高齢者グループホームに入居する患者に係る処方箋（ただし、単一建物診療患者又は単一建物居住者が1人の場合の処方箋は除く。）

(3) 医療モール・医療ビレッジの処方箋

(4) 施設の処方箋



# 門前薬局等立地に依存する薬局に対する評価の見直し

## 門前薬局等立地依存減算

- ▶ 令和8年6月1日以降に新規開設する薬局について、既に多数の薬局が所在する地域又は医療モール内に立地する場合において、特定の医療機関からの処方箋集中率が高い場合は減算する。

### (新) 門前薬局等立地依存減算 ▲15点

#### 【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める薬局において調剤をした場合には、門前薬局等立地依存減算として、調剤基本料から15点を減算する

#### 【施設基準】

次のいずれかに該当する保険薬局（特別調剤基本料Aを算定しているものを除く。）であること。

(1) 次のイからハまでのいずれにも該当する保険薬局であること。

イ 都市部に所在し、かつ、水平距離500m以内に他の保険薬局があること。

ロ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が85%を超えること。

ハ 次のいずれかに該当すること。

① 200床以上の保険医療機関の敷地境界線からの水平距離が100m以内の区域内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険薬局が2以上所在する。

② 当該保険薬局の周囲50mの区域内に、他の保険薬局が2以上所在する。

③ 当該保険薬局の周囲50mの区域内に所在する他の保険薬局が②に該当する。

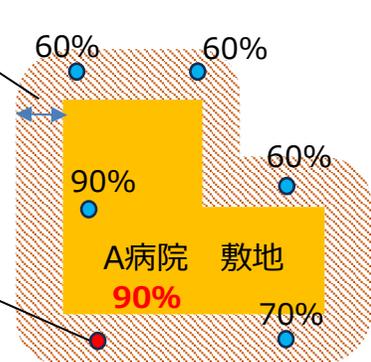
(2) 次のイ及びロに該当する保険薬局であること。

イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が85%を超えること。

ロ 保険医療機関と同一の敷地内又は建物内に所在すること。

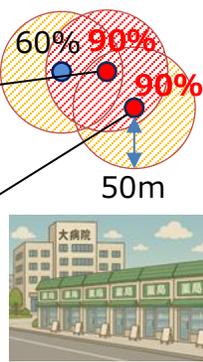
病院の敷地境界線から100m以内の範囲

集中率85%超、病院の敷地境界線から100m以内の範囲に、他の薬局が2つ以上ある  
→減算(①)



集中率85%超、自薬局の半径50m以内に他の薬局が2つ以上ある  
→減算(②)

集中率85%超、半径50m以内に②の薬局がある  
→減算(③)



医療モール内であって、集中率が85%以上  
→減算

#### 【経過措置】

令和8年5月31日において現に保険指定を受けている薬局については、当面の間、門前薬局等立地依存減算の施設基準に該当しないものとする

# 特別調剤基本料Aの見直し①

## 地域の実情を踏まえた敷地内薬局の見直し

- へき地等において、地方自治体の所有する土地に所在する診療所の敷地内に所在する保険薬局である場合、特別調剤基本料Aが算定されていたが、周囲に他の保険薬局がない等の場合は、調剤基本料1を算定することとする。

### 現行

#### 【調剤基本料】

#### [施設基準]

- 二 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準
- (1) 基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在すること。
- (2) 当該保険薬局が所在する特定の区域内における保険医療機関（歯科医療のみを担当するものを除く。）について、許可病床数が200床未満であり、その数が10以下であること。ただし、当該保険薬局において、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が7割を超える場合については、当該保険医療機関は、当該特定の区域内に所在するものとみなす。

### 改定後

#### 【調剤基本料】

#### [施設基準]

- 二 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準次のいずれかに該当する保険薬局であること。
- (1) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。
  - イ 基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在すること。
  - 当該保険薬局が所在する特定の区域内における保険医療機関（歯科医療のみを担当するものを除く。）について、許可病床数が200床未満であり、その数が10以下であること。ただし、当該保険薬局において、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が7割を超える場合については、当該保険医療機関は、当該特定の区域内に所在するものとみなす。
- 八 処方箋受付回数が一月に2,500回を超えないこと。
- (2) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。
  - イ 当該保険薬局が**地方公共団体の所有する土地に所在する保険医療機関（診療所に限る。）又は地方公共団体の開設する保険医療機関と同一の土地又は建物に所在**すること。
  - イに規定する保険医療機関がへき地の医療の提供のために必要な診療所として**都道府県知事に認められたもの**であること。
- 八 **当該保険薬局から水平距離4 Km以内に他の保険薬局がない**こと。

医療資源の少ない地域（イメージ）

最も近い薬局まで車で30分  
(徒歩5時間)

1ヵ月当たりの  
処方箋受付枚数：  
約400枚



※薬局が村有地で不動産契約した場合に特別な関係となる

## 特別調剤基本料Aの見直し②

### 医薬分業の観点からの敷地内薬局の適正化

- ▶ 特別調剤基本料Aの施設基準における、薬局と同一の建物内に診療所が所在する場合は特別調剤基本料Aを算定しない旨の除外規定を削除する。
- ▶ 特別調剤基本料Aの施設基準において、薬局と同一の敷地内にオンライン診療受診施設を設置する場合に、特別調剤基本料Aを算定する旨の規定を新設する。

#### 現行

##### 【調剤基本料】

##### [特別調剤基本料Aの施設基準]

医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している薬局（当該薬局の所在する建物内に医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該医療機関に係る処方箋による調剤の割合が五割を超えること。

#### 下線部削除



#### 改定後

##### 【調剤基本料】

##### [特別調剤基本料Aの施設基準]

次のいずれかの要件を満たす保険薬局であること。

イ 医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該医療機関に係る処方箋による調剤の割合が五割を超えること。

□ **同一敷地内においてオンライン診療受診施設を設置していること。**ただし、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（平成十八年三月六日厚生労働省告示第百七号）第十二条の二に定める要件に該当する場合※を除く。

※ 薬局が医療計画における無医地区又は準無医地区に所在する場合

#### [経過措置]

令和8年3月4日において保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。以下この号において「当該保険医療機関」という。）が現に所在していた場合であって、同年3月5日以降、新たに他の保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しない場合かつ当該保険医療機関が所在し続ける場合に限り、当該保険薬局については、当面の間、第十五の一の(6)のイに該当しないものとみなす。



→ 特別調剤基本料A

- 医療法改正により、オンライン診療受診施設という新たな施設類型が生まれることから、医薬分業に関する療担規則及び薬担規則の規定やその趣旨を踏まえ、オンライン診療受診施設の保険薬局内での開設の是非や取り扱い等に関して、両者の独立性、患者の特定の保険薬局への誘導及び経済上の利益の提供による誘引といった観点から整理する必要がある。

## 薬局以外に開設する場合

公民館・郵便局・  
駅ナカブース・  
職場・介護事業所  
等



## 薬局内に開設する場合



論点	保険薬局と保険医療機関の関係に関する現行の取り扱い	保険薬局内にオンライン受診施設を開設する場合の課題
①独立性	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 薬担規則※では健康保険事業の健全な運営の確保の観点から、保険薬局は保険医療機関と一体的な構造・経営が禁止されている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 保険薬局内で患者が保険医療機関による診療を受ける状況となることについて、独立性の観点から、あり方を整理する必要があるのではないか。</li> </ul>
②特定の保険薬局への誘導	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 療担規則**では保険医療機関が特定の保険薬局へ誘導することが禁止されている。</li> <li>● 薬担規則では保険薬局が当該薬局への誘導の対償として、保険医療機関又は保険医に対し金品その他の財産上の利益を供与することが禁止されている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 薬局内で患者が受けたオンライン診療にて発行された処方箋は、概ね当該薬局で調剤されると想定される。保険薬局でのオンライン診療受診施設は、当該薬局で調剤を受けるよう誘導する効果を生むことを踏まえ、あり方を整理する必要があるのではないか。</li> </ul>
③経済上の利益の提供による誘引	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 薬担規則※では、事業者又はその従業員に対し、患者を紹介する対価として金品その他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することが禁止されている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 保険薬局が、自らオンライン診療受診施設を開設しない場合でも、オンライン診療受診施設を運営する事業者にも場所を提供する場合、事業者にも経済上の利益を提供し患者が自己の保険薬局にて調剤を受けるよう誘引する効果を生じることを踏まえ、あり方を整理する必要があるのではないか。</li> </ul>

※ 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） ※※ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）  
注）医療法上は、オンライン診療受診施設の設置場所の制限はなく、保険薬局内にオンライン診療受診施設を設置することも可能。

## 調剤報酬改定の概要

1. 物価や賃金上昇に対する対応
2. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
  - ①調剤基本料の見直し
  - ②調剤基本料の加算の見直し
3. 質の高い医療の推進のための薬局・薬剤師業務の対人業務の評価の見直し
  - ①かかりつけ薬剤師に関する評価の見直し
  - ②服薬指導に関する評価の見直し
  - ③在宅訪問薬剤管理指導に関する評価の見直し
  - ④調剤管理料の見直し
- 4 その他の改定事項
- 5 地方厚生局への届出と報告

# 後発医薬品調剤体制加算の見直し

- ▶ 後発医薬品の使用が定着しつつある一方、医薬品の供給不安により追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制について、新たな評価を新設する

## 現行

### 【後発医薬品調剤体制加算】

- 後発医薬品調剤体制加算 1（80%以上） 21点
- 後発医薬品調剤体制加算 2（85%以上） 28点
- 後発医薬品調剤体制加算 3（90%以上） 30点



## 改定後

### 【後発医薬品調剤体制加算】

**削除**

後発医薬品の使用割合については、地域支援・医薬品供給対応体制加算の基礎要件とする

## 【参考】

### （新）地域支援・医薬品供給対応体制加算 1

#### 〔算定要件〕

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、地域支援・医薬品供給対応体制加算として、27点を所定点数に加算する。

#### 〔施設基準〕

- (1) 地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準
  - イ 地域における **医薬品の安定供給を確保** するために必要な体制を有していること。
  - 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 **85%以上** であること。

- (1) 医薬品の安定供給に向けた計画的な調達や在庫管理を行うこと。
- (2) 他の保険薬局に医薬品を分譲した実績（同一グループは含めない）があること。
- (3) 医薬品供給不安等により、迅速な医薬品入手が困難な場合は、入手可能な保険薬局を探し、在庫を確認の上、患者を紹介や、処方医に処方変更変更の可否を照会する等適切な対応をすること。
- (4) 重要供給確保医薬品のうち内用薬及び外用薬であるものは1ヶ月程度の備蓄をするよう努めること。
- (5) 原則として、単品単価交渉の実施をしていること。
- (6) 卸売販売業者への頻回配送・休日夜間配送・急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- (7) 温度管理を要する医薬品や在庫調整を目的とした卸売販売業者への医薬品の返品は慎むこと。
- (8) 地域の保険医療機関や保険薬局、医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目についての情報共有や、事前の取り決めを行っておくことが望ましい。

# 地域支援体制加算の見直し

➤ 地域での医薬品供給を通じた適切な医療提供体制の構築を促進する観点から、地域支援体制加算の要件を見直す。

## 現行

### 【調剤基本料】

[施設基準]

#### 【調剤基本料1の薬局】

- ・地域支援体制加算1 32点
- ・地域支援体制加算2 40点

#### 【調剤基本料1以外の薬局】

- ・地域支援体制加算3 10点
- ・地域支援体制加算4 32点

## 改定後

### 【調剤基本料】

[施設基準]

- ・地域支援・医薬品供給対応体制加算1 27点

#### 【調剤基本料1の薬局】

- ・地域支援・医薬品供給対応体制加算2 59点
- ・地域支援・医薬品供給対応体制加算3 67点

#### 【調剤基本料1以外の薬局】

- ・地域支援・医薬品供給対応体制加算4 37点
- ・地域支援・医薬品供給対応体制加算5 59点

〔経過措置〕令和8年3月31日において現に後発医薬品調剤体制加算1、2又は3に係る届出を行っている保険薬局については、令和9年5月31日までの間に限り、第十五の四の(1)の口に該当するものとみなす。

<新設の加算と、算定要件>

既存の地域支援体制加算1～4の要件 (地域医療への貢献に対する要件)		地域支援・医薬品供給対応体制加算1の要件 ( <u>医薬品の安定供給に資する要件</u> )		新規の加算
-		○		➡ 地域支援・医薬品供給対応体制加算1 <u>27点</u>
地域支援体制加算1	○	+	○	➡ 地域支援・医薬品供給対応体制加算2 <u>59点</u>
地域支援体制加算2	○	+	○	➡ 地域支援・医薬品供給対応体制加算3 <u>67点</u>
地域支援体制加算3	○	+	○	➡ 地域支援・医薬品供給対応体制加算4 <u>37点</u>
地域支援体制加算4	○	+	○	➡ 地域支援・医薬品供給対応体制加算5 <u>59点</u>

# 地域支援体制加算の見直し

## ○地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準 ( (4) のウは薬局当たりの年間の回数)

青字：変更・新規の要件

<p>(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績 (下記の要件)</p> <p>(2) 地域における医薬品等の供給拠点としての対応                  ア 十分な数の医薬品の備蓄、周知 (医療用医薬品1200品目)                  イ 薬局間連携による医薬品の融通等                  ウ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制                  エ 麻薬小売業者の免許                  オ 取り扱う医薬品に係る情報提供体制  <b>カ</b> <u>調剤室の面積が16平方メートル以上確保されていること (令和8年6月以降に開設・改築・増築する場合のみ適用)</u></p> <p>(3) 休日、夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制                  ア 一定時間以上の開局                  イ 休日、夜間の開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制                  ウ 当該薬局を利用する患者からの相談応需体制                  エ 夜間・休日の調剤、在宅対応体制 (地域の輪番体制含む) の周知</p> <p>(4) 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応                  ア 診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携                  イ 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制                  ウ 在宅薬剤管理の実績 24回以上                  エ 在宅に係る研修の実施</p>	<p>(5) 医療安全に関する取組の実施                  ア プレアボイド事例の把握・収集                  イ 医療安全に資する取組実績の報告                  ウ 副作用報告に係る手順書を作成</p> <p>(6) かかりつけ薬剤師が服薬管理指導を行う旨の届出</p> <p>(7) 患者毎に服薬指導の実施、薬剤服用歴の作成</p> <p>(8) 管理薬剤師要件 (薬局経験5年以上、常勤、当該薬局在籍1年以上)</p> <p>(9) 研修計画の作成、学会発表などの推奨</p> <p>(10) 患者のプライバシーに配慮、椅子に座った状態での服薬指導</p> <p>(11) 地域医療に関連する取組の実施                  ア 一般用医薬品及び要指導医薬品等 (基本的な48薬効群) の販売                  イ 健康相談、生活習慣に係る相談の実施                  ウ 緊急避妊薬の調剤 <b>又は販売</b> を含む女性の健康に係る対応                  エ 当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱い                  オ たばこの販売禁止 (併設する医薬品店舗販売業の店舗を含む)  <b>カ</b> <u>セルフメディケーション関連機器の設置 (少なくとも3つ)</u>  <b>キ</b> <u>薬事未承認の研究用試薬・検査サービスを提供していないこと</u></p>
--	--

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

## ○上記の (1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績 (①～⑧は処方箋1万枚当たりの年間回数、⑨は薬局当たりの年間の回数)

要件	基本料1	基本料1以外
①夜間・休日等の対応実績	40回以上	400回以上
②麻薬の調剤実績	1回以上	10回以上
③調剤時残薬調整加算及び薬学的有害事象等防止加算の算定実績	20回以上	40回以上
④服薬管理指導料1のイ及び2のイ (かかりつけ薬剤師) の算定実績	20回以上	40回以上
⑤外来服薬支援料1の実績	1回以上	12回以上
⑥単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績	24回以上	24回以上
⑦服薬情報等提供料に相当する実績	30回以上	60回以上
⑧小児特定加算の算定実績	1回以上	1回以上
⑨薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議への出席	1回以上	5回以上

【調剤基本料1の薬局】

- ・ **地域支援・医薬品供給対応体制加算2 59点**  
④を含む3つ以上
- ・ **地域支援・医薬品供給対応体制加算3 67点**  
①～⑨のうち7つ以上

【調剤基本料1以外の薬局】

- ・ **地域支援・医薬品供給対応体制加算4 37点**  
④、⑥を含む3つ以上
- ・ **地域支援・医薬品供給対応体制加算5 59点**  
①～⑨のうち7つ以上

# 在宅薬学総合体制加算について

- 在宅薬学総合体制加算の要件を見直すとともに、在宅薬学総合体制加算2について、単一建物診療患者又は単一建物診居住者が1人（個人宅）の場合とそれ以外の訪問薬剤指導時の評価を区分する。

## 現行

### 【調剤基本料】

1 在宅薬学総合体制加算 1	15点
2 在宅薬学総合体制加算 2	50点

## 改定後

### 【調剤基本料】

1 在宅薬学総合体制加算 1	30点
2 在宅薬学総合体制加算 2	
<b>(新) イ 単一建物診療患者が1人又は単一建物居住者が1人の場合</b>	
	100点
<b>(新) ロ イ以外の場合</b>	
	50点

個人宅への在宅訪問時の評価100点を新設

〔算定要件〕

- 在宅薬学総合体制加算は、在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制を評価するものであり、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合に算定できる。
- 在宅薬学総合体制加算2については、十分な実績を有する薬局とする。

## ○在宅薬学総合体制加算 1

- 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出
- 訪問薬剤管理指導の実績 **48回以上/年**
- 開局時間外における在宅業務対応  
(在宅協力薬局との連携含む)
- 在宅業務実施体制に係る地域への周知
- 在宅業務に関する研修（認知症・緩和医療・ターミナルケア）及び学会等への参加
- 医療材料及び衛生材料の供給体制
- 麻薬小売業者の免許の取得
- 服薬管理指導料の「注1」に規定する服薬管理指導を行う旨の届出**

## ○在宅薬学総合体制加算 2

- 加算1の施設基準を全て満たすこと
- ア又はイのいずれかを満たすこと**

	個人宅の訪問薬剤指導実績	訪問薬剤指導の実績のうち、個人宅の占める割合
ア	240回以上	2割以上
イ	480回以上	1割以上

- ア、イ又はウの要件への適合
  - 訪問時の医療用麻薬に関する指導実績10回/年**
  - 無菌製剤処理加算の算定実績1回/年**
  - 小児在宅患者に対する体制（在宅訪問薬剤管理指導等に係る小児特定加算及び乳幼児加算の算定回数合計 6回以上/年）
- 常勤換算で3名以上の保険薬剤師が勤務しており、開局時間中は原則2名以上の薬剤師が常駐**
- 高度管理医療機器販売業の許可

# バイオ後続品調剤体制加算について

## バイオ後続品調剤体制加算

- バイオ後続品使用促進の観点から、バイオ後続品調剤体制を整備している薬局の体制を評価を新設する。

### (新) バイオ後続品調剤体制加算 50点



#### 〔主な算定要件〕

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。

#### 〔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が可能であり、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こと。

#### 〔施設基準（通知）〕

- (1) 当該保険薬局において調剤したバイオ後続品のあるバイオ医薬品の規格単位数量及びバイオ後続品の規格単位数量について、成分ごとに合算し、これに占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上となる成分の数が、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こと。

# 医療DX推進体制整備加算等の見直し

➤ 医療DX関連施策を踏まえ、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。

## 現行

### 【医療情報取得加算】

注6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤を行った場合は、医療情報取得加算として、1年に1回に限り1点を所定点数に加算する。

### 【医療DX推進体制整備加算】

注13 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ	医療DX推進体制整備加算1	10点
ロ	医療DX推進体制整備加算2	8点
ハ	医療DX推進体制整備加算3	6点



## 改定後

### 【医療情報取得加算】

**注6 削除**

### 【電子的調剤情報連携体制整備加算】

注13 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生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。）において調剤を行った場合は、**電子的調剤情報連携体制整備加算**として、**月1回に限り、8点**を所定点数に加算する。

### 【施設基準(通知)】

(7) 電子的調剤情報連携体制整備加算を算定する月の3月前の件数ベースマイナ保険証利用率が、**30%以上**である。



## 調剤報酬改定の概要

1. 物価や賃金上昇に対する対応
2. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
  - ①調剤基本料の見直し
  - ②調剤基本料の加算の見直し
3. 質の高い医療の推進のための薬局・薬剤師業務の対人業務の評価の見直し
  - ①かかりつけ薬剤師に関する評価の見直し
  - ②服薬指導に関する評価の見直し
  - ③在宅訪問薬剤管理指導に関する評価の見直し
  - ④調剤管理料の見直し
- 4 その他の改定事項
- 5 地方厚生局への届出と報告

# 薬局における服薬指導等の業務に対する主な見直し項目

## かかりつけ薬剤師の推進

- **かかりつけ薬剤師指導料を廃止し、実施した指導等に基づく評価の新設・見直し**
  - ・かかりつけ薬剤師の電話等による服薬状況や残薬状況等の継続的な確認を評価
    - ➔ **かかりつけ薬剤師フォローアップ加算（50点）**の新設
  - ・かかりつけ薬剤師の患家への訪問による服薬管理、残薬状況の確認等の実施、医療機関への情報提供を評価
    - ➔ **かかりつけ薬剤師訪問加算（230点）**の新設
  - ・多剤服用患者について、服用状況の一元的、継続的な把握を通じて、包括的な薬物治療の評価・介入を実践する取組を評価
    - ➔ **服用薬剤調整支援料2（1,000点）**の見直し

## 訪問薬剤管理指導の推進

- **在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し**
  - ・在宅患者訪問薬剤管理指導料の**算定間隔6日以上から週1回算定**に見直し
- **医師と同時訪問した際の評価**
  - ・ポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、医師及び薬剤師による同時訪問を評価
    - ➔ **訪問薬剤管理医師同時指導料（150点）**の新設
- **複数名で訪問した際の評価**
  - ・行動面での運動興奮等がみられる患者に対する複数名訪問を評価
    - ➔ **複数名薬剤管理指導訪問料（300点）**の新設

## 残薬対策・一元的管理の推進

- **残薬調整した場合の評価の新設**
  - ・患者又はその家族等から残薬状況の聞き取りを行い、残薬調整を実施した場合を評価
    - ➔ **調剤時残薬調整加算（50点※/30点）**の新設
  - ・服用薬剤の一元的管理に基づく薬剤調整を評価
    - ➔ **薬学的有害事象等防止加算（50点※/30点）**の新設

## 服薬指導の評価の充実

- **吸入薬指導加算の対象疾患の拡大**
  - ・**インフルエンザ患者に対する吸入薬指導も評価**
- **バイオ後続品の説明時の評価**
  - ・バイオ後続品の選択に係る患者への説明を評価
    - ➔ **特定薬剤管理指導料3口**の評価対象に追加
- **乳幼児の無菌製剤処理加算の対象を小児まで拡大**
  - ・**6歳未満から15歳未満への対象年齢の引き上げ**

## 調剤報酬改定の概要

1. 物価や賃金上昇に対する対応
2. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
  - ①調剤基本料の見直し
  - ②調剤基本料の加算の見直し
3. 質の高い医療の推進のための薬局・薬剤師業務の対人業務の評価の見直し
  - ①かかりつけ薬剤師に関する評価の見直し
  - ②服薬指導に関する評価の見直し
  - ③在宅訪問薬剤管理指導に関する評価の見直し
  - ④調剤管理料の見直し
- 4 その他の改定事項
- 5 地方厚生局への届出と報告

# かかりつけ薬剤師に対する評価の見直し

➤ かかりつけ薬剤師機能の普及及び患者によるかかりつけ薬剤師の選択を促進する観点から、かかりつけ薬剤師に対する評価を見直す。

## 現行

### 【かかりつけ薬剤師指導料】

かかりつけ薬剤師が、保険医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行った場合 76点

### 【服薬管理指導料】

- 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 45点
- 1以外の患者の場合 59点
- 3・4 (略)



## 改定後

### 【かかりつけ薬剤師指導料】

(削除)

### 【服薬管理指導料】

1 原則3月以内に再度処方箋を持参し手帳を提示した患者に対して行った場合

**かかりつけ薬剤師が行った場合**

**45点**

**イ以外の場合**

**45点**

2 1の患者以外の患者に対して行った場合

**かかりつけ薬剤師が行った場合**

**59点**

**イ以外の場合**

**59点**

3~4 (略)

(主な算定要件)

- 1のイ及び2のイについては、患者又はその家族等が選択する、当該保険薬局の特定のかかりつけ薬剤師が当該患者(継続的及び一元的に服薬管理しているものに限る。)又はその家族等に対して必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。なお、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。
- 1のロ及び2については、かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。なお、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。
- 1の患者であって手帳を提示しないものに対して、必要な指導等を行った場合は、2により算定する。

(留意事項通知)

ウ 患者又はその家族等から選択され、同意を取得した際は、当該患者の持つ手帳に1の(5)のイの(イ)の①から④までの事項及び薬剤師の氏名の近傍に「**かかりつけ**」の文字を記入し、これらが**記載されたページのコピー等を当該保険薬局において保管**し、当該患者の薬剤服用歴等にその旨を記載すること。

(施設基準通知)

1 かかりつけ薬剤師として必要な指導等を行う保険薬剤師は、次の要件を全て満たすこと。

(1) 以下に掲げる勤務経験等を有していること。

ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として**3年以上の保険薬局勤務経験**がある。(保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を1年以上有する場合、1年を上限として勤務経験の期間に含めることができる。)

イ 当該保険薬局に**週31時間以上**(育児休業、介護休業等による措置が講じられ、当該保険薬剤師の所定労働時間が短縮された場合にあっては週24時間以上かつ週4日以上)勤務している。

ウ 施設基準の届出時点において、**当該保険薬局に継続して6か月以上在籍**している。(産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職する場合(休業前と同一の保険薬局である場合に限る。))は、休業前の在籍期間を合算することができる。)

(2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。

(3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

かかりつけ薬剤師として必要な指導等を行う保険薬剤師の要件

2 施設基準の届出時点において、以下のいずれの要件も満たしていること

(1) 以下の**いずれか**を満たすこと。

ア 当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師(派遣労働者である者を含み、産前産後休業中、育児休業中又は介護休業中の者を除く。)について、当該保険薬局の在籍期間(産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職した保険薬剤師の休業前の在籍期間を含む。)が**平均して1年以上**であること。

イ 当該保険薬局の**管理薬剤師が、当該保険薬局に継続して3年以上**在籍していること。

(2) 患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。

※令和8年5月31日までに「かかりつけ薬剤師指導料」に係る施設基準の届出を行っている場合は、同年11月30日までの間は2(1)を満たすものとみなす。

# かかりつけ薬剤師による残薬解消に向けたフォローアップの評価の新設

▶ かかりつけ薬剤師が継続的な服薬指導や患者を訪問しての残薬対策を実施した場合の加算を新設する。

**(新) 注13 かかりつけ薬剤師フォローアップ加算 50点 (3月に1回)**

**(新) 注14 かかりつけ薬剤師訪問加算 230点 (6月に1回)**

[対象患者]

服薬管理指導料 1 のイ又は 2 のイを算定しており、複数の医療機関に係る処方箋を当該薬局に提出している患者

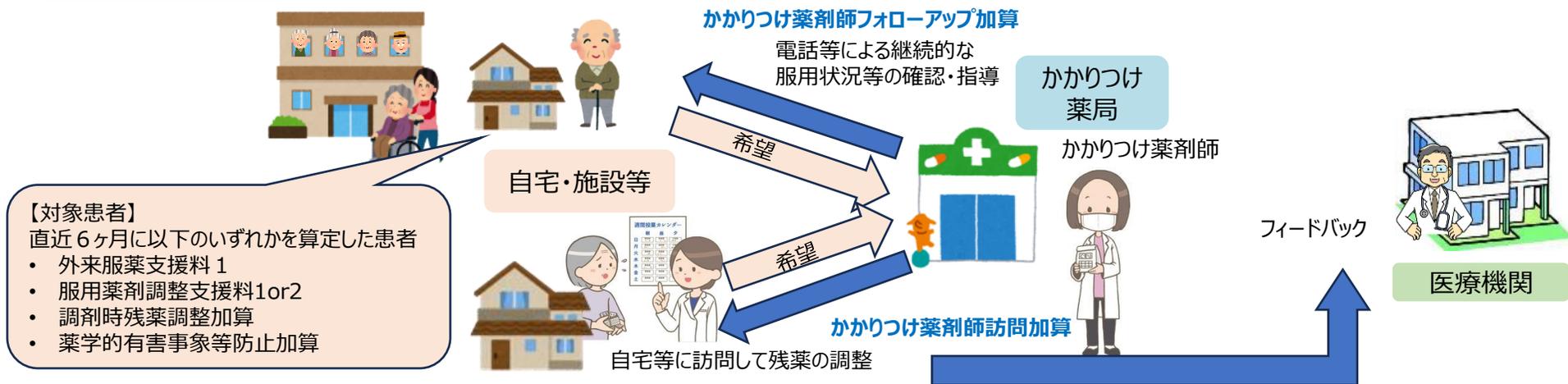
[算定要件]

注13

区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料 1、区分番号14の3に掲げる服用薬剤調整支援料 1 若しくは 2 又は区分番号10の2に掲げる調剤管理料の調剤時残薬調整加算若しくは薬学的有害事象等防止加算を算定したものに対して、患者又はその家族等の求めに応じて、前回の調剤後、当該患者が再度処方箋を持参するまでの間に、**かかりつけ薬剤師が電話等により、服薬状況や残薬状況等の継続的な確認及び必要な指導等を実施**していた場合

注14

患者又はその家族等の求めに応じて、**患者に訪問して、服用薬の服薬管理、残薬状況の確認等を行い、その結果を保険医療機関に情報提供**した場合



# かかりつけ薬剤師によるポリファーマシー患者への包括的介入の評価

## 服用薬剤調整支援料2の見直し

- 服用薬剤調整支援料2について、かかりつけ薬剤師が患者に対し薬物療法の適正化支援を実施することを算定要件とするとともに、その評価を見直す。

### 現行

【服用薬剤調整支援料】  
 服用薬剤調整支援料2  
 イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合 110点  
 □ イ以外の場合 90点

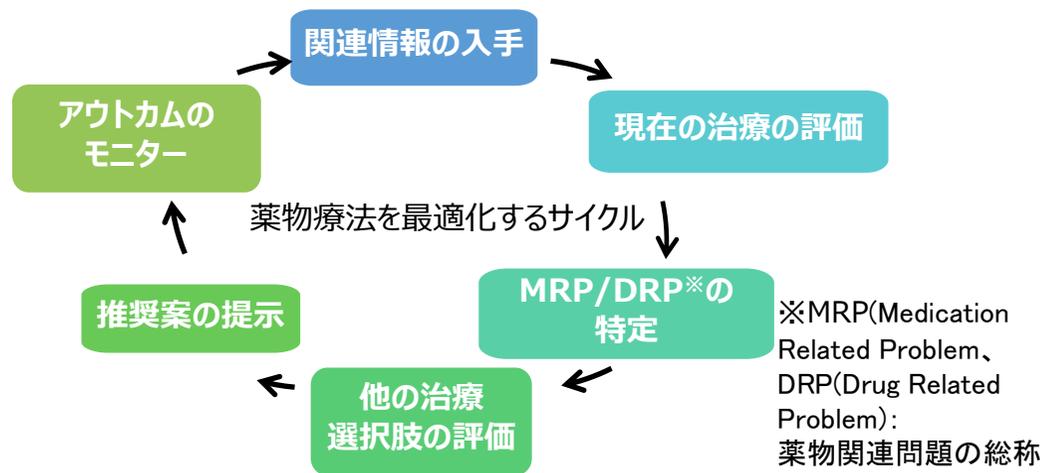
〔算定要件〕  
 複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。

### 改定後

【服用薬剤調整支援料2】  
 服用薬剤調整支援料2 **1,000点**  
 [算定要件]  
 複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者について、患者又はその家族等の求めに応じ、**かかりつけ薬剤師（患者の服薬状況等に係る総合的な管理及び評価を行うために必要な研修を受けたものに限る。）が、当該患者の服用中の薬剤を継続的及び一元的に把握した結果、服用中の薬剤の調整を必要と認める場合であって、必要な評価等を実施した上で、処方医に対して、当該調整について文書を用いて提案した場合**には、同一の患者に対して6月に1回に限り、かかりつけ薬剤師1人につき月4回まで所定点数を算定できる。  
 [適用日]  
 令和9年6月1日から適用する

### 具体的に必要な実施事項(留意事項通知)

- ア 薬物治療に関する患者又はその家族等からの主観的情報の聴取
- イ 検査値等の薬物治療に必要な客観的情報の収集
- ウ 服薬支援に必要な患者の生活状況及び意向に関する情報の聴取
- エ 各服用薬剤がもたらす治療効果及び有害事象の評価
- オ 解決すべき薬剤関連問題の特定及び整理
- カ 服用薬剤調整後の観察計画及び対応案の立案



## 調剤報酬改定の概要

1. 物価や賃金上昇に対する対応
2. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
  - ①調剤基本料の見直し
  - ②調剤基本料の加算の見直し
3. 質の高い医療の推進のための薬局・薬剤師業務の対人業務の評価の見直し
  - ①かかりつけ薬剤師に関する評価の見直し
  - ②服薬指導に関する評価の見直し
  - ③在宅訪問薬剤管理指導に関する評価の見直し
  - ④調剤管理料の見直し
- 4 その他の改定事項
- 5 地方厚生局への届出と報告

## 吸入薬指導加算について

### インフルエンザの吸入薬指導の評価

- ▶ インフルエンザ患者に対する吸入薬指導について、慢性疾患に対する吸入薬指導と同様に評価する。

#### 現行

##### 【吸入薬指導加算】

##### 〔算定要件〕

喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合に算定

30点/3月に1回まで

#### 改定後

##### 【吸入薬指導加算】

##### 〔算定要件〕

**吸入薬の投薬が行われている患者に対して**、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合に算定

30点/**6月に1回**まで



# バイオ後続品使用促進に係る服薬指導の評価

- ▶ バイオ後続品の使用を促進する観点から、バイオ後続品の選択に係る患者への説明を評価する。

## 現行

### 【特定薬剤管理指導加算3】

- イ 特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合 5点
- 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合 10点

#### 〔主な算定要件〕

- (3)「□」については、以下の場合をいう。
- ・後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合
  - ・医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合



## 改定後

### 【特定薬剤管理指導加算3】

- イ 特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合 5点
- 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合 10点

#### 〔主な算定要件〕

- (3)「□」については、以下の場合をいう。
- ・後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合
  - ・医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合
  - ・バイオ医薬品の一般名処方による処方箋の交付を受けた患者又はバイオ後続品が処方された患者に対して、バイオ後続品の品質、有効性、安全性等について説明を行った場合

## 調剤報酬改定の概要

1. 物価や賃金上昇に対する対応
2. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
  - ①調剤基本料の見直し
  - ②調剤基本料の加算の見直し
3. 質の高い医療の推進のための薬局・薬剤師業務の対人業務の評価の見直し
  - ①かかりつけ薬剤師に関する評価の見直し
  - ②服薬指導に関する評価の見直し
  - ③在宅訪問薬剤管理指導に関する評価の見直し
  - ④調剤管理料の見直し
- 4 その他の改定事項
- 5 地方厚生局への届出と報告

# 訪問薬剤管理指導の円滑な実施に向けた見直し

## 在宅訪問薬剤管理指導料の見直し

- 在宅訪問薬剤管理指導料の算定間隔に関し、「中6日以上」から「週1回」に見直すとともに、夜間休日の連絡体制の整備を要件に追加する。

### 現行

#### 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

[算定要件（通知）]

(8) 薬剤管理指導料を合わせて月2回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定する日の間隔は6日以上とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者オンライン薬剤管理指導料と合わせて週2回かつ月8回に限り算定できる。

(9)～(13) 略

**（新設）**



### 改定後

#### 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

[算定要件（通知）]

(8) 在宅患者訪問薬剤管理指導料及び服薬管理指導料「4の□」を合わせて月2回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）の算定回数は、**週1回を限度**とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、服薬管理指導料「4の□」と合わせて週2回かつ月8回に限り算定できる。

(9)～(12) 略

(13) 当該保険薬局又は在宅協力薬局との連携により、**休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び訪問薬剤管理指導に対応できるよう**、原則として初回の訪問薬剤管理指導時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該保険薬局の保険薬剤師と連絡がとれる連絡先電話番号や、緊急時の注意事項（在宅協力薬局との連携により、休日、夜間を含む開局時間外に調剤及び訪問薬剤管理指導に対応できる体制を整備している保険薬局においては、在宅協力薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。）等について、**事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付すること**。また、やむを得ない事由により、患者又はその家族等からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返しの連絡を行うこと。

# 医師と薬剤師の同時訪問の推進

## 訪問薬剤管理医師同時指導料

- ▶ 在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、医師及び薬剤師による患家への同時訪問に対する評価を新設する。



### (新) 訪問薬剤管理医師同時指導料

150点



#### [算定要件]

在宅での療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、当該患者の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を実施している保険薬剤師が、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医と同時に訪問を行うとともに、薬学的管理及び指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。

保険医：所属する保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定する当該患家の患者の主治医

#### [算定対象患者]

訪問薬剤管理医師同時指導料に規定する患者

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している（単一建物診療患者が1人の場合）
- (2) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者（単一建物居住者が1人の場合に限る。）
- (3) 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、単一建物居住者が1人の場合に限る。）を算定している患者
- (4) 介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、単一建物居住者が1人の場合に限る。）を算定している患者

# 複数名による訪問薬剤管理の評価の新設

## 複数名薬剤管理指導訪問料

- 行動面での運動興奮等がみられる状態にある患者に対する保険薬剤師による訪問薬剤管理指導において、薬剤管理指導のために他の者（薬剤師以外の者も含む。）と同時に複数名で患者宅に訪問する場合の評価を新設する。

### (新) 複数名薬剤管理指導訪問料

300点



#### [対象患者]

通院が困難な患者のうち、医師が複数名訪問の必要性があると認めるもの

#### [算定要件]

在宅での療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、当該患者の訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、患者又はその家族等に同意を得て、当該保険薬局又は在宅協力薬局に勤務する職員とともに複数名で訪問した上で、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。

#### [算定対象患者]

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者（単一建物診療患者が1人の場合に限る。）
- (2) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者（単一建物診療患者が1人の場合に限る。）
- (3) 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、単一建物居住者が1人の場合に限る。）を算定している患者
- (4) 介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、単一建物居住者が1人の場合に限る。）を算定している患者

※「複数名訪問の必要性」については、保険薬局の保険薬剤師が訪問薬剤管理指導を行うに当たっての利便性に基づく理由によるものではなく、患者が興奮又は攻撃性を示すこと等により、保険薬剤師単独での訪問では当該指導の実施が担保できないおそれがある場合など、当該指導の安全かつ確実な実施を確保する観点から判断されるものであること。

## 調剤報酬改定の概要

1. 物価や賃金上昇に対する対応
2. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
  - ①調剤基本料の見直し
  - ②調剤基本料の加算の見直し
3. 質の高い医療の推進のための薬局・薬剤師業務の対人業務の評価の見直し
  - ①かかりつけ薬剤師に関する評価の見直し
  - ②服薬指導に関する評価の見直し
  - ③在宅訪問薬剤管理指導に関する評価の見直し
  - ④調剤管理料の見直し
- 4 その他の改定事項
- 5 地方厚生局への届出と報告

## 調剤管理料について

- 内服薬の調剤に係る調剤管理料を、長期処方（28日以上）とそれ以外（27日分以下）との2区分に見直す。

### 現行

#### 【調剤管理料】

- 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）を調剤した場合（1剤につき）
  - イ 7日分以下の場合 4点
  - ロ 8日分以上14日分以下の場合 28点
  - ハ 15日分以上28日分以下の場合 50点
  - ニ 29日分以上の場合 60点
- 1以外の場合 4点

### 改定後

#### 【調剤管理料】

- 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（1剤につき）
  - イ 長期処方（28日以上）の場合 **60点**
  - ロ イ以外（27日分以下）の場合 **10点**
- 1以外の場合 **10点**



- 調剤管理加算を廃止する。

### 現行

#### 【調剤管理加算】

- 複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は2回目以降の利用において処方内容が変更された場合であって、当該患者が服用中の薬剤について必要な薬学的分析を行った場合の評価。

#### 調剤管理料 調剤管理加算

- イ 初めて処方箋を持参した場合 3点
- ロ 2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合 3点

### 改定後

#### (削除)



# 残薬調整を実施した場合の評価（新設）

## 調剤時残薬調整加算

- 実効性の高い残薬対策を評価する観点から残薬調整に係る
- 評価項目を新設する。

### （新）調剤時残薬調整加算



#### 【算定患者】

調剤管理料を算定する患者であって、飲み残した医薬品や飲み忘れた医薬品（残薬）が確認されたもの

#### 【算定要件】

患者又はその家族等からの情報等に基づいて残薬が確認された患者において、残薬の調整のために処方医の指示の下に、7日分以上相当の調剤日数の変更が行われた場合、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 在宅患者へ処方箋を交付する前に処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	<b>50点</b>
ロ 在宅患者に対して実施した場合（イの場合を除く。）	<b>50点</b>
ハ 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（イ又はロの場合を除く。）	<b>50点</b>
ニ イからハまで以外の場合	<b>30点</b>

※ 6日分以下の調剤日数変更についてはその理由を調剤報酬明細書に明記する必要がある。

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)
氏名	保険医療機関の所在地及び名称
生年月日	電話番号
区分	被保険者 被扶養者
交付年月日	令和 年 月 日
処方箋の使用期間	令和 年 月 日
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）への変更と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 <input type="checkbox"/> ( 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。
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。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供	
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。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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	公費負担医療の受給者番号
保険業薬剤師氏名	

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応

- 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、保険医療機関へ情報提供**

## 薬剤調整を実施した場合の評価（新設）

### 薬学的有害事象等防止加算

- 服用薬剤の一元管理に基づく薬剤調整に係る評価項目を新設する。

#### （新）薬学的有害事象等防止加算

[主な算定要件]

[対象患者]

調剤管理料を算定する患者であって、処方医に確認すべき点（残薬に係るものを除く。）がある処方箋が交付された患者。

[算定要件]

薬剤服用歴、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に基づく電磁的記録をもって作成された処方箋の仕組みを用いた重複投薬の確認等に基づき、処方医に対する照会（残薬調整に係るものを除く。）の結果、処方に変更が行われた場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。



イ 在宅患者へ処方箋を交付する前に処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
ロ 在宅患者について処方に変更が行われた場合（イの場合を除く）	50点
ハ かかりつけ薬剤師による照会の結果、処方に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

## 重複投薬・相互作用等防止加算等の見直しについて

- 調剤時残薬調整加算と薬学的有害事象等防止加算の新設に伴い、重複投薬・相互作用等防止加算を廃止する。

### 現行

#### 【重複投薬・相互作用等防止加算】

- イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
- ロ 残薬調整に係るものの場合 20点

#### 【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】

1 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合

- イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
- ロ 残薬調整に係るものの場合 20点

2 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合

- イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
- ロ 残薬調整に係るものの場合 20点

### 改定後

#### 【重複投薬・相互作用等防止加算】

(削除)

#### 【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】

(削除)



## 調剤報酬改定の概要

1. 物価や賃金上昇に対する対応
2. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
  - ①調剤基本料の見直し
  - ②調剤基本料の加算の見直し
3. 質の高い医療の推進のための薬局・薬剤師業務の対人業務の評価の見直し
  - ①かかりつけ薬剤師に関する評価の見直し
  - ②服薬指導に関する評価の見直し
  - ③在宅訪問薬剤管理指導に関する評価の見直し
  - ④調剤管理料の見直し
- 4 その他の改定事項
- 5 地方厚生局への届出と報告

# 小児用薬剤の無菌製剤処理に対する評価の見直し

## 無菌製剤処理加算の見直し

- 15歳未満の小児に対しても無菌製剤処理における投与量調整が発生すること等を踏まえ、評価対象を拡大するとともに、中心静脈栄養法用輸液の無菌製剤処理に対する評価を引き上げる。

### 現行

#### 【薬剤調製料】

注2 注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、1日につきそれぞれ69点、79点又は69点（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、1日につきそれぞれ137点、147点又は137点）を所定点数に加算する。

### 改定後

#### 【薬剤調製料】

注2 注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、1日につきそれぞれ69点、79点又は69点（15歳未満の小児の場合にあつては、1日につきそれぞれ237点、147点又は137点）を所定点数に加算する。



## 調剤報酬の簡素化

### オンライン関連の指導料の見直し

- オンライン薬剤管理指導について、簡素化の観点から調剤報酬における評価の整備を行う。

#### 現行

- 【在宅患者訪問薬剤管理指導料  
在宅患者オンライン薬剤管理指導料】 59点
- 【在宅患者訪問薬剤管理指導料  
在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料】 59点



#### 改定後

(削除)

(削除)

#### 【服薬管理指導料】

- 1～3 (略)
- 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合
- イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合 45点
- ロ 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して行った場合(ハの場合を除く。) 59点
- ハ ロのうち、患者の状態の急変等に伴い行った場合 59点
- ニ イからハまでの患者以外の患者に対して行った場合 59点



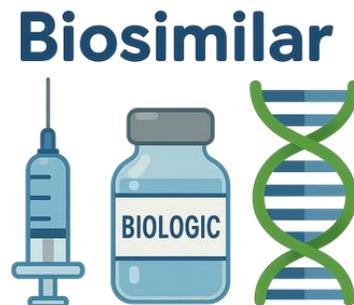
# 保険医療機関及び保険医療養担当規則等

- バイオ後続品の使用を促進する観点から、保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正を行う。

## 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（令和8年3月5日）

### 【第4 バイオ後続品の調剤の体制に関する事項】

- 1 **保険薬局は、バイオ後続品の備蓄に関する体制その他のバイオ後続品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならないものとしたこと。**
- 2 保険薬剤師は、保険医がバイオ医薬品の一般的名称を記載する処方箋を交付したときは、患者に対して、バイオ後続品に関する説明を適切に行わなければならないものとしたこと。この場合において、保険薬剤師は、バイオ後続品を調剤するよう努めなければならないものとしたこと。
- 3 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の効能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、適切な対応を行うこと。
- 4 バイオ医薬品を含む注射薬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含量違い又は類似する別剤形の後発医薬品に変更して調剤すること **（変更調剤）はできない**ことに留意すること。



## 選定療養（薬剤師及び薬局に関係があるもの）

- ▶ 長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の見直しを行う。

### 現行

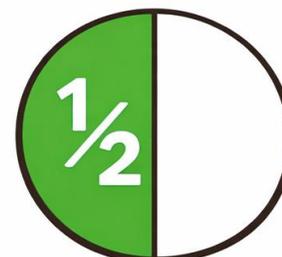
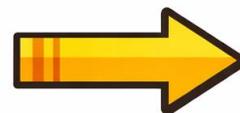
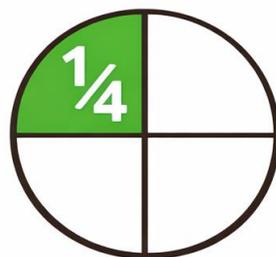
#### 【長期収載品の選定療養の患者負担額】

後発医薬品のある先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に**四分の一**を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額

### 改定後

#### 【長期収載品の選定療養の患者負担額】

後発医薬品のある先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に**二分の一**を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額



- ▶ 時間外の選定療養について、薬局においても特別の料金の徴収を可能とする。

### 現行

#### 【厚生労働大臣が定める評価療養、患者申出療養及び選定療養】

3 保険医療機関が表示する診療時間以外における診療

### 改定後

#### 【厚生労働大臣が定める評価療養、患者申出療養及び選定療養】

3 保険医療機関**又は保険薬局**が表示する診療時間**又は開店時間**以外の時間における診察等

# 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

## 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

➤ 保険給付の適正化の観点から、栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の要件を以下の通り見直す。

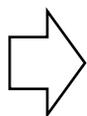
入院中の患者以外の患者に対して、薬効分類がたん白アミノ酸製剤に分類される医薬品のうち、効能又は効果が「一般に、手術後患者の栄養保持」であるものであって、用法及び用量に経口投与が含まれる栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合については、

- **手術後の患者**である場合は**その旨**
- **経管により栄養補給を行っている患者**である場合は**その旨**
- **必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師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患者**に投薬する場合は**その理由**

を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで保険給付の対象とする。

### 現行

【第5部 投薬】  
通則  
1～5 (略)  
(新設)



### 改定後

【第5部 投薬】  
通則  
1～5 (略)

**6** 入院中の患者以外の患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は算定しない。ただし、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師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患者に投薬する場合はその理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

栄養保持を目的とした医薬品 (2026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     | ・エンシュア・H      |
| ・エンシュア・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 |

## 調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
  - ①医療従事者の賃上げ
  - ②調剤基本料等の体制評価
2. 質の高い在宅業務の推進
3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・  
薬剤師業務の評価の見直し
4. その他の改定事項
5. 地方厚生局への届出と報告

# 施設基準の届出について

## ◆ 新たに施設基準が創設されたもの（算定するために届出が必要）

- 調剤ベースアップ評価料
- 地域支援・医薬品供給対応体制加算
- 在宅薬学総合体制加算 2 イ・ロ
- バイオ後続品調剤体制加算
- 服薬管理指導料の注 1

## ◆ 施設基準が改正されたもの（過去の届出内容から変更がない限り、届出不要）

- 調剤基本料：  
→ 区分等の変更がない場合は届出不要、門前薬局等立地依存減算(※調剤基本料と共に届出)
- 在宅薬学総合体制加算 1：  
→ 区分の変更がない場合は届出不要  
→ 令和8年6月1日より新たな施設基準に基づき算定する場合は、令和8年6月1日（最初の開庁日）までに届出が必要

## ◆ 施設基準等の名称が変更されたが、令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であれば新たに届出が必要でないもの

- 電子的調剤情報連携体制整備加算

# 施設基準の届出における主な実績要件の取扱い

## 新規の場合

	①施設基準	②主な要件	③実績要件の判断期間	④適用期間	⑤届出様式
1	調剤基本料	<ul style="list-style-type: none"> <li>処方箋受付回数</li> <li>処方箋集中度</li> </ul>	指定当初は要件なし、その後3か月の実績（特別調剤基本料等に該当する場合を除く）	～翌年5月末日まで	様式84
2	地域支援・医薬品供給対応体制加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅患者への指導実績</li> <li>服薬情報等提供料 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品の調剤数量の割合については直近3か月の実績</li> <li>その他の項目については直近1年の実績</li> </ul>		様式87の3 + 様式87の3の2
3	在宅薬学総合体制加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅患者への指導実績</li> </ul>	直近1年の実績		様式87の3の5

## 継続の場合

	①施設基準	②主な要件	③実績要件の判断期間	④適用期間	⑤届出のタイミング
1	調剤基本料	<ul style="list-style-type: none"> <li>処方箋受付回数</li> <li>処方箋集中度</li> </ul>	前年5月1日から当年4月末日までの1年の実績（毎年5月に判断）	当年6月1日から翌年5月末日まで	区分変更時
2	地域支援・医薬品供給対応体制加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅患者への指導実績</li> <li>服薬情報等提供料 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品の調剤数量の割合については直近3か月の実績</li> <li>前年5月1日から当年4月末日までの1年の実績（毎年5月に判断）</li> </ul>		
3	在宅薬学総合体制加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅患者への指導実績</li> </ul>	前年5月1日から当年4月末日までの1年の実績（毎年5月に判断）		

## 減算に係る実績要件の取扱い

	①減算	②主な要件	③実績要件の判断期間	④減算期間	⑤届出方法
1	未妥結減算 (調剤基本料の注4に係る減算)	①妥結率 ②妥結率、 <b>医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況を未報告</b>	①4月1日から9月末日までの実績 ②11月末までに報告	<b>翌年6月1日から翌々年5月末日</b> (次年度) ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	様式85
2	かかりつけ減算 (調剤基本料の注4に係る減算)	かかりつけ機能に係る基本的な業務の算定回数	<b>前年5月1日から当年4月末日までの1年の実績</b> (毎年5月に判断)	<b>当年6月1日から翌年5月末日</b> (次年度) ※算定回数の実績を満たした場合は、対象期間であっても減算の対象外となる	届出不要 (随時、自局で判断)  ※定例報告により状況を確認
3	手帳減算 (服薬管理指導料の注13)	手帳持参患者の割合	<b>前年5月1日から当年4月末日までの1年の実績</b> (毎年5月に判断)	※手帳減算については直近3か月の割合が50%を上回った場合は減算の対象外となる。	
4	後発医薬品減算 (調剤基本料の注8)	①後発医薬品の調剤数量の割合 ②定例報告を未提出	①直近3か月 (毎月判断)	①次月 ②次回報告月まで ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	
5	門前薬局等立地依存減算 (調剤基本料の注15)	①多数の薬局が所在する地区または医療モールに係る立地 ②処方箋集中率	<b>前年5月1日から当年4月末日までの1年の実績</b> (毎年5月に判断)	<b>当年6月1日から翌年5月末日</b> (次年度) ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	様式84 (調剤基本料の届出書にて届出)

「定例報告」は、**8月**に行う報告を指す。

# 保険医療機関等電子申請・届出等システム 施設基準等届出のオンライン申請

- 各厚生(支)局あての申請・届出の一部については、オンライン申請が可能となっています。オンライン申請のメリットをご確認いただき、ぜひご利用をお願いします。

## オンライン申請の特徴

- **いつでも申請可能で、即時受付されます。**  
サービス時間内（月曜日～土曜日（8時～21時））であれば、いつでも提出可能です。  
また、オンライン申請した内容は即時に受付され、審査状況の確認が可能です。
- **時間・費用が効率化できます。**  
紙の申請様式を作成する時間や郵送にかかる時間が削減できます。  
郵送費用が節約でき、ペーパーレス化を図ることができます。
- **再提出のリスクを軽減できます。**  
システムが入力漏れや入力誤り等の最低限の入力チェック機能を備えているため、申請を行う前の点検が容易になり、差戻し等のリスクを軽減できます。

**保険医療機関等の指定に係る各種届出、324施設基準の届出がオンライン申請可能です**

※R8.1.26時点

## ➤ 実際の画面イメージ（ログイン→届出選択）

### ログイン

ログイン情報を入力してください。

ユーザID

45M00002X

パスワード

.....

ログイン

※ パスワードを忘れた方は[こちら](#)

トップ > 施設基準の届出等

### 施設基準の届出等

#### 届出・申請書を選択する

##### ● 種類

- 保険医療機関・保険薬局の指定等に関する申請・届出
- 施設基準等の届出
- 施設基準に係る辞退届
- 酸素の購入価格の届出

##### ● 対象

- 1. 種別
  - 医科
  - 歯科
  - 薬局

##### ■ 2. 届出名称 必須

「施設基準名を入力」またはプルダウンで選択する

- 保存されたデータ
  - 情報通信機器を用いた診療に係る基準
  - 機能強化加算
  - 外来感染対策向上加算
  - 連携強化加算
  - サーベイランス強化加算
  - 抗菌薬適正使用体制加算

戻る

- 専用画面からログインし、申請したい届出等を検索後、作成する様式等を選択をします。
- 様式によっては添付にて申請を行っていただくものもございます。

トップ > 施設基準の届出等 > 時間外対応加算 1

### 時間外対応加算 1

#### 届出状況

作成中

#### 様式を選択する

順番	届出書類	提出する	状態	操作
1	別添7 基本診療料の施設基準等に係る届出書	<input checked="" type="checkbox"/>	未入力	入力 <input type="button" value="D"/>
2	様式2 時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類	<input type="checkbox"/>	未入力	入力 <input type="button" value="D"/>

#### 添付書類を選択する

順番	届出書類	操作	ファイル名
1	添付書類	ファイル選択 <input type="button" value="D"/>	-----
2	添付書類	ファイル選択 <input type="button" value="D"/>	-----

## ➤ 実際の画面イメージ（時間外対応加算の届出）

様式 2

時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出 ※該当するものに○	・時間外対応加算 1 ・時間外対応加算 2 ・時間外対応加算 3 ・時間外対応加算 4
2 標榜診療科	
3 当該診療所の対応医師の氏名	
4 対応する常勤の職員数	(            ) 名
5 当該診療所の標榜診療時間	
6 あらかじめ患者に伝えてある電話に回答できない場合の体制 ※該当するものに○ (複数可)	医師の携帯・自宅電話へ転送
	留守録による応答後、速やかにコールバック
	その他 {
7 他の医療機関との連携 ※3	連携医療機関名
8 患者への周知方法 (電話番号、連携医療機関等)	
8 備考	

➔

トップ > 施設基準の届出等 > 時間外対応加算 1 > 様式2 時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

**様式2 時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類**

前回の届出情報をコピーする  ※このボタンを押下すると、以前にオンライン上で申請して受理された同一施設基準の届出情報を入力欄に自動表示します。なお、診療報酬改定等により様式が変更された場合、届出情報を自動表示することはできません。様式変更後にオンライン上で申請を行い受理されていれば、それ以降のオンライン申請時は届出情報を自動表示が可能です。

2 標榜診療科

標榜診療科 1

標榜診療科 2

標榜診療科 3

標榜診療科 4

標榜診療科 5

3 当該診療所の対応医師の氏名

氏名 1

氏名 2

氏名 3

氏名 4

氏名 5

4 対応する常勤の職員数

職員数  名

5 当該診療所の標榜診療時間

標榜診療時間 1

標榜診療時間 2

6 あらかじめ患者に伝えてある電話に回答できない場合の体制  
※該当するものに「✓」（複数可）

医師の携帯・自宅電話へ転送  
該当する場合「✓」をする

留守録による応答後、速やかにコールバック

➤ 紙の届出様式と同じものをオンライン申請画面にて作成いただき、そのまま各厚生（支）局へ届出を行うことが可能なため、郵送等のご負担が解消されます。

➤ 申請内容が電子で保管されるため、申請書の控えを紙で保存する必要はなくなります。

# 保険医療機関等電子申請・届出等システム 施設基準等届出のオンライン申請

- ▶ オンライン申請を行う「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の利用方法は、各厚生（支）局のホームページに詳細を示しておりますので、ご参照ください。

## オンライン申請の利用方法

- 「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の利用にあたっては、オンライン請求ネットワークへ接続された端末と、専用のID・パスワードが必要です。ID・パスワードが分からない場合、再発行が可能ですので各厚生（支）局のホームページのチャットボットからお問い合わせください。

↓ ↓詳しくは、管轄の各厚生（支）局のホームページをご参照ください↓ ↓



## システム解説動画

- 厚生労働省のYoutube公式チャンネル内の再生リスト「保険医療機関等電子申請・届出等システムについて」では、システム利用のためのセットアップ手順を動画形式で確認できます。また、よく使われる手続きを例に、オンライン申請の詳細な手順を、実際の操作画面と併せて解説しております。

↓ ↓下記のURLからぜひ動画をご覧ください↓ ↓

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWgSb6dLP4zmNropige5BoOp>



## 施設基準の届出について

### お願い

- 令和8年6月1日から算定を行うためには、**令和8年5月7日から6月1日（必着）**までに、届出を行う保険薬局等の所在地を管轄する地方厚生（支）局の都道府県事務所へ届出が必要となりますので、ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。

