

日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

2026年度調剤報酬改定（告示・通知） ーポイント解説ー

作成：日医工株式会社 MPSグループ

参考資料： 2026年5月29日「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」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001705942.pdf>
 2026年3月5日 「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示 別表第三（調剤点数表）」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001665294.pdf>
 2026年3月5日 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）_別添3(調剤点数表)」(0529訂正後)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001707253.pdf>
 2026年3月5日 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）_様式（調剤）」(0501訂正後)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001697758.pdf>
 2026年3月5日 「特掲診療料の一部を改正する件」（告示）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001675855.pdf>
 2026年3月5日 「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（通知）」(0529訂正後)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001707256.pdf>

※2026年5月29日発出の事務連絡による追記は**青太字+下線**で記載しました

資料No.20260601-2214-1

本資料は、2026年5月29日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

- 本資料は、厚生労働省および関連する部署が発出する資料をもとに作成した資料です。
- 本資料は、自社医薬品の製品プロモーションに関する内容は記載していません。
- 資料中に薬剤の一般名（成分名）が記載される場合がございますが、自社医薬品を意図した記載ではございません。
- 本資料に引用された図などについては、引用元のポリシーなどを遵守し記載しております。
- 引用された資料等で許諾が必要な場合には、所定の手続きを行い許諾を受けております。
- 本資料には、著作権等がございます。
二次使用につきましては、ご相談等、承りますので下記フォームからお問い合わせください。
なお、フォームの送付のみで使用を許諾するものではございませんのでご注意ください。

- 疑義解釈の内容は、別途作成しております資料を併せてご確認ください

	項目		項目
4 6	2026年度調剤報酬改定の背景 ・薬局を取り巻く主な環境変化 ・2026年度診療報酬改定率 ・2026年度診療報酬改定全体の基本方針	33 35	残薬対策、薬剤調整業務の評価の見直し ・評価の再編 ・処方箋様式の変更 ・処方提案評価の見直し
		36 39	かかりつけ薬剤師評価の見直し
7	物価上昇や賃金上昇への対応	40	インフルエンザ吸入薬指導の評価
8 17	「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	41	調剤報酬の簡素化（オンライン服薬指導）
18 25	地域の医薬品供給拠点として求められる機能に応じた評価 <u>・地域支援・医薬品供給対応体制加算</u> ・バイオ後続品調剤体制加算	42 45	在宅患者訪問薬剤管理指導の推進 ・実効性の改善 ・在宅患者のポリファーマシー対策 ・複数名による訪問薬剤管理指導の評価
26 28	<u>地域において在宅訪問等を積極的に担う薬局の評価</u>	46 49	医薬品に関連する見直し <u>その他の見直し</u>
29	薬剤調製料関係（無菌製剤処理加算）		
30	医療DXやICT連携を活用する薬局の体制の評価	50	経過措置一覧
31 32	調剤管理料の見直し	51	まとめ

※青太字+下線：2026年5月29日事務連絡により追加

※青字+下線：事務連絡によらない追加

本資料は、2026年5月29日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

①薬局の役割変化への期待

- ・「患者のための薬局ビジョン」から10年が経ち、薬局は「病院の近く（門前）」から「患者さんの身近な相談役（かかりつけ）」、そして「地域全体を支える存在」へと変化が求められています
- ・今回の改定では、患者さんと直接向き合う対人業務や、地域で求められる役割をどのように果たしていくかがポイントとなります

②高齢化社会の進展と医療の未来

- ・高齢化率が上昇する一方で、医療従事者の減少が予想される2040年問題を見据え、在宅医療の重要性が増しています
- ・医療従事者が減る中で、地域ごとの医療格差をなくし、患者さんが住み慣れた場所で安心して医療を受けられるよう、薬局がどう貢献するかが問われています

③経営環境の変化への対応

- ・物価高騰や光熱費の上昇など、薬局の経営を圧迫する要因が増えています
- ・また、医療を支える人材を確保するためにも、賃上げへの対応が急務となっています

○診療報酬改定率 + 3.09%のうち、+ 0.25%が通常の改定分で、残りの大部分は、賃上げや物価高騰への対応など、特定の目的のために使われる「特例分」として財源が分配されています

		改定率	概要	
薬価等改定率合計		▲0.87%		
診療報酬本体合計		+3.09%		
	通常分		医科　：　歯科　：　調剤 1　：　1.1　：　0.3 (0.28%　：　0.31%　：　0.08%)	
	特例分	賃上げ	+1.70% (2年度平均)	・2026度と2027度で、それぞれ+3.2%分のベースアップ° (看護補助者及び事務職員についてはそれぞれ 5.7%) 【対象】医療従事者（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・ <u>薬局の勤務薬剤師、事務職員、</u> 歯科技工所等で従事する者もベースアップの対象に）
		物価対応	+0.76% (2年度平均)	・診療報酬に特別な項目を設定することにより対応 病院 +0.49%　医科診療所 +0.10%　歯科診療所 +0.02% <u>保険薬局 +0.01%</u>
		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）
		経営悪化の緊急対応分	+0.44%	病院 +0.40%　医科診療所 +0.02%　歯科診療所 +0.01% <u>保険薬局 +0.01%</u>
		適正化分	▲0.15%	・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
	全体改定率		+2.22%	

本資料は、2026年5月29日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

○今回の改定は、大きく分けて以下の4つの視点から見直しや新しい評価が導入されています

【重点課題】

**（１）物価や賃金、人手不足等の
医療機関等を取りまく環境の変化への対応**

**（２）2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と
地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進**

（３）安心・安全で質の高い医療の推進

**（４）効率化・適正化を通じた
医療保険制度の安定性・持続可能性の向上**

- 【背景】○物価高騰で薬局の運営コストが増加しています
○薬剤師や事務職員の賃上げも喫緊の課題です

- 【対応】○物価高騰の対応として「調剤物価対応料」が、賃上げの財源として「調剤ベースアップ評価料」が新設されました

調剤物価対応料（3か月に1回に限り） 1点（2027年6月以降は2点）

- ◎全薬局対象（届出不要）

調剤ベースアップ評価料（処方箋受付1回につき） 4点（2027年6月以降は8点）

- ◎得られた収入は、賃金改善にあてる
◎届出が必要

薬局に勤務する職員を対象とした賃金改善が必要です

「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

【背景】○薬局が特定の医療機関に依存せず、地域全体で患者さんを支える「面分業」をさらに進める必要があります

○また、これまでの改定で厳しくなった薬局の経営状況への対応も求められています

【対応】○調剤基本料 1、3ハは「面分業推進＋緊急対応」として2点引き上げ、2、3イ、3ロは「緊急対応」として1点引き上げ、特別調剤基本料は点数が維持されました

調剤基本料1	47点	(+2点)	(面分業推進＋緊急対応)
調剤基本料2	30点	(+1点)	(緊急対応)
調剤基本料3イ	25点	(+1点)	(緊急対応)
調剤基本料3ロ	20点	(+1点)	(緊急対応)
調剤基本料3ハ	37点	(+2点)	(面分業推進＋緊急対応)
特別調剤基本料A	5点	(±0点)	
特別調剤基本料B	3点	(±0点)	

**ただし、処方箋受付回数や集中率基準の見直しが行われています
「処方箋受付回数」「集中率」の再確認が必要です**

【背景】○薬局の実際の業務内容をより正確に評価するため、処方箋受付回数の計算方法が見直されました

【対応】○これまで除外されていた在宅・介護の処方箋（単一建物「2～9人の場合」「10人以上の場合」）が受付回数に含まれることになりました

○これにより、集合住宅などへの訪問が多い薬局では、受付回数が増加し、調剤基本料の区分が変わる可能性があります。

処方箋受付回数のイメージ

■ 改定前から受付回数に含める処方箋 ■ 在宅・介護の処方箋（単一建物「2～9人」「10人～」） ■ 時間外加算等の処方箋

0 500 1,000 1,500 2,000 2,500

改定前



処方箋受付回数1,600回

改定後



処方箋受付回数1,600 + 600 = 2,200回（集中率により、調剤基本料2に該当する可能性あり）

集合住宅等への訪問が多い薬局は処方箋受付回数をご確認ください

【背景】○高齢者施設からの処方箋が多い薬局では、集中率が実態よりも低く評価されてしまう課題がありました

【対応】○集中率の計算から、特定の高齢者施設等（特養、老健、介護医療院、サ高住など）に入所・入居する患者さんの処方箋は除外されることになりました（ただし、単一建物で1人の患者さんの処方箋は計算に含みます）

○これにより、高齢者施設からの処方箋が多い薬局では、集中率が上昇する可能性があります

【見直しのイメージ】

特定の医療機関
2,000回

特定の医療機関 2,000回	他の医療機関 200回	高齢者施設等 500回
-------------------	----------------	----------------

集中度74%

改定後

特定の医療機関
2,000回

特定の医療機関 2,000回	他の医療機関 200回
-------------------	----------------

集中度**91%**

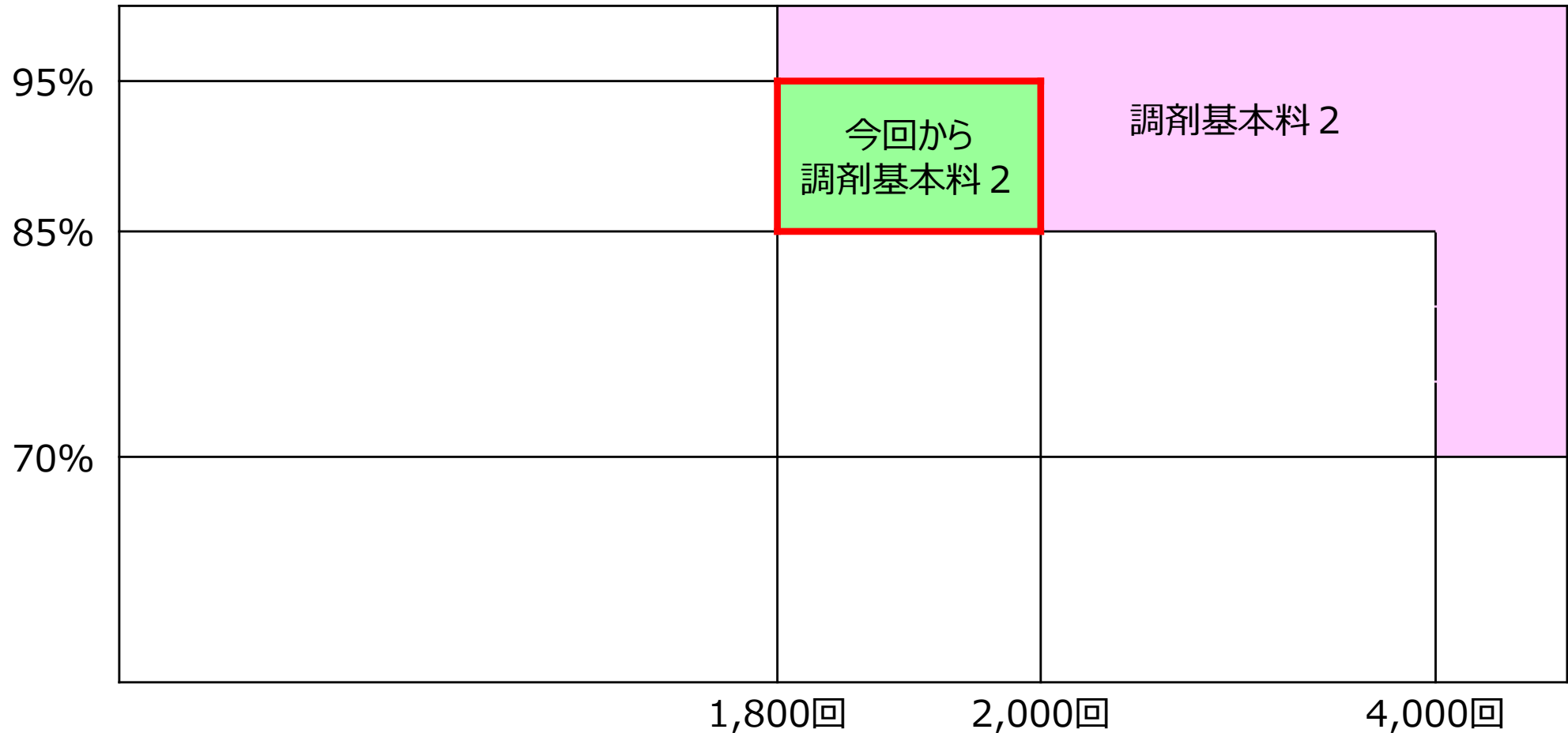
（調剤基本料2に該当）

高齢者施設等の処方箋受付が多い薬局は集中度をご確認ください

【背景】○集中率の高い薬局では損益率が高いことが示されていました

【対応】○処方箋受付回数1,800回超かつ集中率85%超～95%以下の薬局も調剤基本料 2 の対象に含まれました

○これにより、調剤基本料 2 の対象となる薬局が増加することが見込まれます



受付回数1,800回～2,000回の薬局は集中率をご確認ください

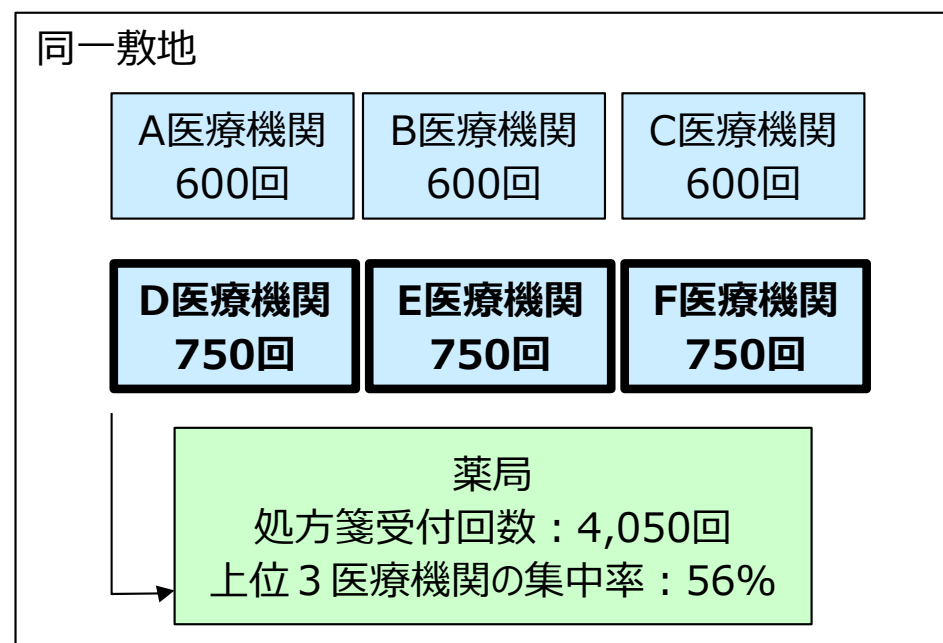
本資料は、2026年5月29日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

【背景】○医療モールなど、一つの建物や敷地内に複数の医療機関がある場合、集中度の計算が実態と合わないという課題がありました

【対応】○集中度では、同一建物内や同一敷地内にある複数の医療機関からの処方箋はまとめて「1つの医療機関」とみなして計算することになりました

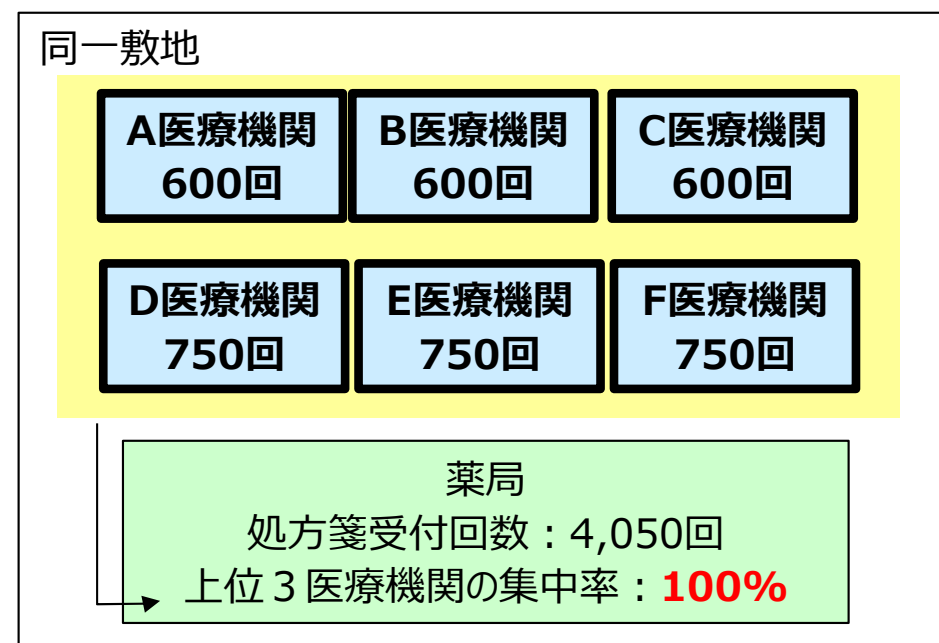
○これにより、主に医療モールや医療ビレッジ内の薬局では、集中度が大幅に上昇し、調剤基本料の区分が変わる可能性があります

【見直しのイメージ】



(調剤基本料 1)

改定後



(調剤基本料2に該当)

医療モールや医療ビレッジ内の薬局は集中度をご確認ください

【背景】○医療資源が少ないへき地で、医薬品供給を支える薬局への配慮が求められています

【対応】○へき地医療のために都道府県が認めた自治体立の診療所と、同じ建物内又は敷地内にある薬局で、周囲4km以内に他の薬局がない場合は、処方箋の受付回数や集中率に関わらず、調剤基本料1が算定できるようになります

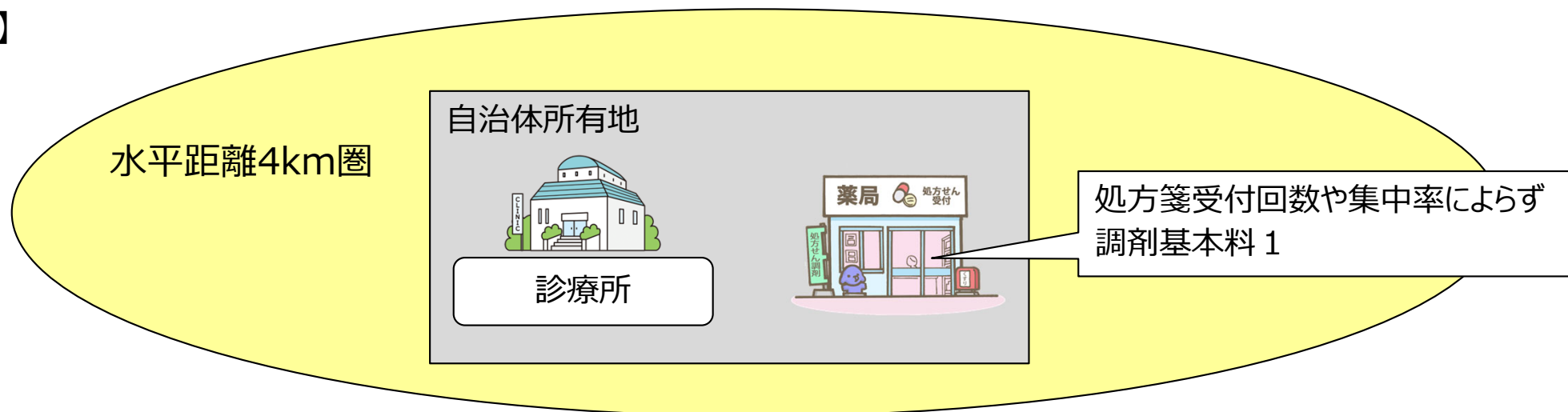
○これは、へき地での医薬品供給を安定させるための特別な措置です

特別な関係の診療所と同一建物内にある薬局

◎へき地医療のために都道府県に認められた「自治体所有の土地にある診療所」又は「自治体立診療所」と同一建物内・同一敷地内 + 水平距離4km以内に他薬局なし

⇒調剤基本料 1

【例】



【背景】○都市部や医療モールでの薬局の乱立を抑え、地域に貢献する薬局を適切に評価するため、新規開局に関する基準が厳しくなりました

【対応】○都市部（東京23区＋政令指定都市）に新規開局する薬局で、特定の条件（受付回数600回超、集中率85%超、近隣に他薬局あり）を満たすと、調剤基本料2が適用されます
○「門前薬局等立地依存減算」が新設され、特別調剤基本料A以外の薬局で、都市部で条件を満たす場合や医療モールなどで集中率85%超の場合に適用されます

都市部＝特別区（東京都23区）＋政令指定都市

※いずれも既存薬局には経過措置あり

◎受付回数**600回超**＋集中率**85%超**＋水平距離**500m以内に他薬局あり** ⇒**調剤基本料 2**

【特別調剤基本料A以外の薬局】

◎水平距離**500m以内に他薬局あり**＋集中率**85%超**

＋（①**200床以上病院の門前（100m以内）かつ他薬局 2 以上**

又は ②**周囲50m以内に他薬局2以上**

又は ③**周囲50m以内の他薬局が②に該当** ）

⇒**門前薬局等立地依存減算（▲15点）**

医療モール等【特別調剤基本料A以外の薬局】

※既存薬局には経過措置あり

◎集中率**85%超** ＋ **同一建物内・同一敷地内薬局**

⇒**門前薬局等立地依存減算（▲15点）**

調剤基本料 3口、3八

◎「同一グループ薬局店舗数300以上」を削除し、同一グループ合算処方箋受付回数のみで評価

同一敷地内にオンライン診療受診施設を設置

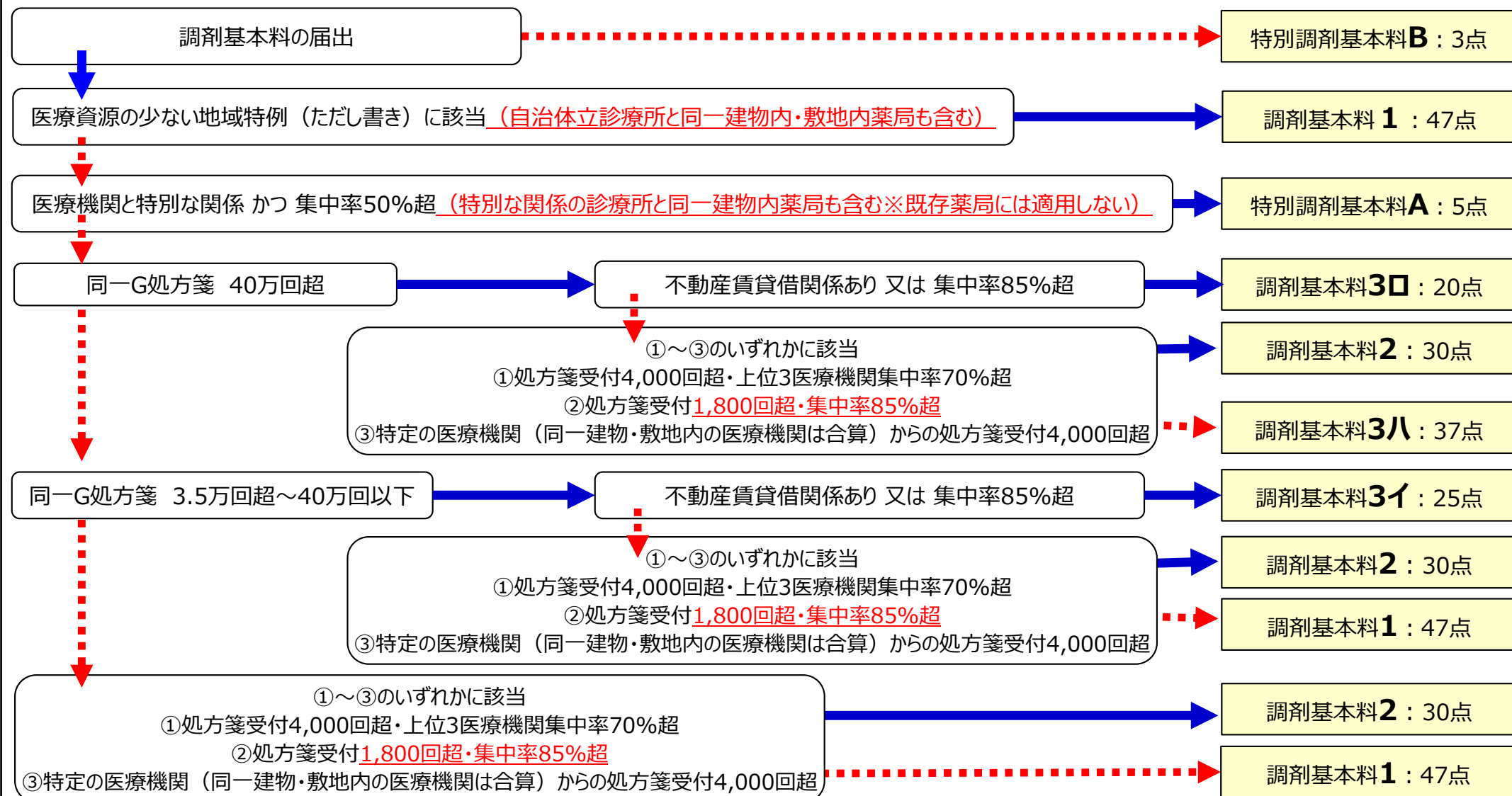
◎特別調剤基本料Aに該当

診療所と同一建物内にある薬局の取扱い

◎集中率が50%超の場合特別調剤基本料Aに該当

（既存薬局は、新たに他の医療機関と特別な関係を持たない限り、遡っての適用は行わない）

調剤基本料判定フローチャート



※【集中度】医療モール・医療ビレッジ内の複数の医療機関は1つの医療機関とみなす

※【2026年6月以降開局（都市部）】・調剤基本料2の基準に「④近隣に薬局あり・受付回数600回超・集中度85%超」追加
・（調剤基本料1～3）既存薬局多数地域で集中度85%超は15点減算

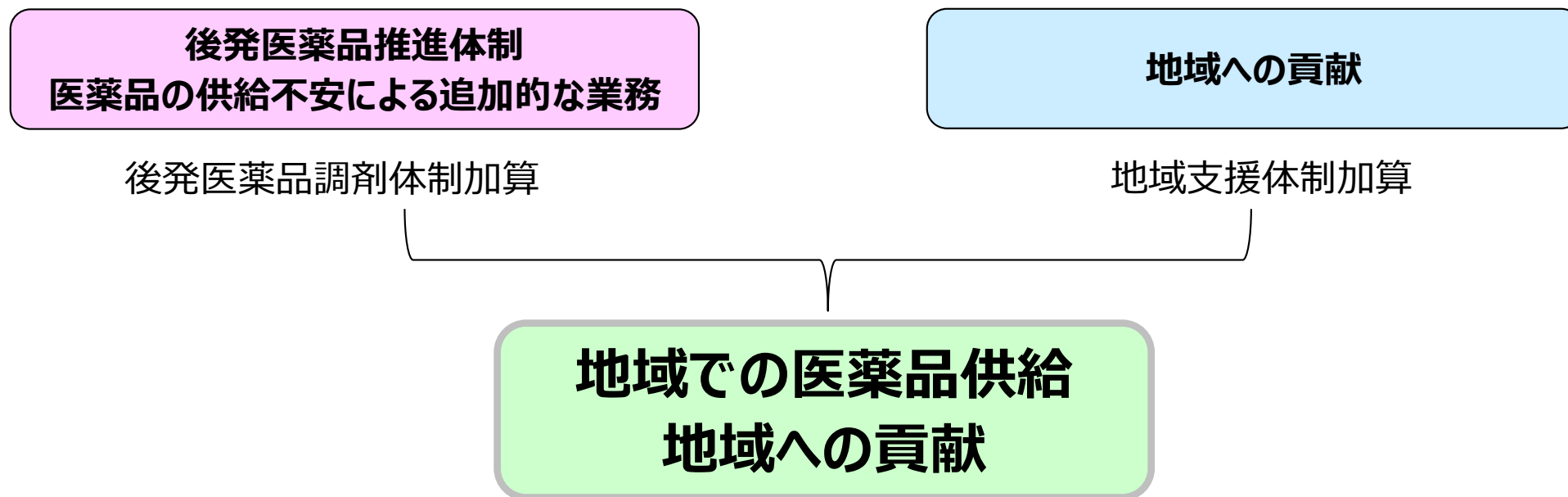
※【2026年6月以降開局（医療モール等）】・（調剤基本料1～3）同一建物・敷地内かつ集中度85%超は15点減算

調剤基本料の加算の見直し

【背景】○医薬品の供給不安が続く中で、薬局には安定した医薬品供給体制の構築が求められています

○また、地域医療への貢献も重要な役割です

【対応】○「後発医薬品調剤体制加算」と「地域支援体制加算」が再編され、「地域支援・医薬品供給対応体制加算」が新設されました



（新） 地域支援・医薬品供給対応体制加算

医薬品流通改善ガイドラインに基づく対応と後発品使用が必須となります

○ 医薬品供給対応体制と、後発品使用率による加算1を基本として、地域医療の貢献に係る体制と実績を満たすことにより加算2～5が適用されます

改定前		改定後
後発医薬品調剤体制加算 1 : 21点 2 : 28点 3 : 30点		地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 27点 (安定供給 + 後発品使用85%以上)
調剤基本料 1	地域支援体制加算 1 32点	地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 59点 (新加算 1 + 体制基準 + 実績基準 (旧加算1))
	地域支援体制加算 2 40点	地域支援・医薬品供給対応体制加算 3 67点 (新加算 1 + 体制基準 + 実績基準 (旧加算2))
調剤基本料 1 以外	地域支援体制加算 3 10点	地域支援・医薬品供給対応体制加算 4 37点 (新加算 1 + 体制基準 + 実績基準 (旧加算3))
	地域支援体制加算 4 32点	地域支援・医薬品供給対応体制加算 5 59点 (新加算 1 + 体制基準 + 実績基準 (旧加算4))

本資料は、2026年5月29日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

【対応】○加算 1 ～ 5 には、医薬品流通改善ガイドラインを踏まえ、他薬局への医薬品分譲実績などが必要とされ、重要供給確保医薬品の備蓄も努力義務として求められます

【加算 1 の施設基準】＜医薬品流通改善ガイドラインを踏まえた基準＞

- 医薬品の計画的な調達や在庫管理
- **直近1年間に他薬局への医薬品分譲実績**（同一グループ薬局への分譲は含まない）
⇒伝票、譲渡書又は別紙様式4-1を用いて行い、分譲後2年間保存
- 処方箋に記載された医薬品が入手困難な場合の適切な対応
⇒患者へ他薬局紹介時は別紙様式4-2を使い、受け取った薬局は2年間保存
- 重要供給確保医薬品（内用薬・外用薬）の1か月程度分の備蓄（努力義務）
- 個々の医薬品の価値や流通コストを無視した値引き交渉を慎む
（原則、全品目単品単価交渉）
- 頻回配送・休日夜間配送・急配の過度な依頼を慎む
- 厳格な温度管理を要する医薬品や、在庫調整を目的とした返品を慎む
- 地域の医療機関・薬局等と連携し、取扱品目の情報共有や、事前の取決め（望ましい）

- 【対応】○後発医薬品調剤体制加算を踏まえた基準については、数量シェア基準が85%以上に一本化されました
- カットオフ値基準は、削除されました

【加算 1 の施設基準】＜後発医薬品調剤体制加算を踏まえた基準＞

- 後発医薬品数量シェア85%以上
 - ・2026年3月末時点で後発医薬品調剤体制加算を届出していた薬局は、2027年5月末まで経過措置
 - ・出荷停止等を踏まえた臨時的な取扱いは、品目が見直され、2026年9月末まで延長
- 後発医薬品推進の掲示（薬局の内外）

※カットオフ値の基準は廃止

地域医療の貢献に係る体制 (地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 ～ 5 の体制基準)

○体制基準に、「調剤室の面積」や「薬事未承認の試薬や検査サービス等の非提供」、「セルフメディケーション関連機器の設置」が要件に追加されました

下線：2026年度改定による変更点

ア 医薬品等供給体制 (ア) 1,200品目以上備蓄 (イ) 在庫状況の共有、医薬品の融通 (ウ) 医療材料、衛生材料供給体制 (エ) 麻薬小売業の免許 オ—(集中率85%超の場合)— 後発品割合70%以上 (オ) 取扱い医薬品の情報の随時提示 <u>(カ) 調剤室の面積が16平方メートル以上 (2026年6月以降に開設・改築・増築する場合のみ)</u>	イ 休日、夜間を含む調剤・相談応需体制 (ア) 開局時間 ・平日8時間以上／1日 ・土曜日または日曜日のどちらか一定時間 ・週45時間以上 (イ) 開局時間外の対応（連携を含む） (ウ) 相談対応体制 ・夜間休日対応体制の整備 ・緊急連絡先等を文書提示、薬局外掲示 (エ) 休日、夜間を含む調剤在宅体制の周知	ウ 在宅連携体制 (ア) 診療所・病院・訪問看護ステーションとの連携 (イ) 介護・福祉サービスとの連携 (ウ) 在宅実績年24回以上（薬局当たり） ※施設入所者等、同一建物診療患者2人以上もカウントされる (エ) 在宅の届出、研修、掲示 エ 医療安全の取組 (ア) PMDAメディナビ登録 (イ) プレアボイド事例報告 (ウ) 副作用報告実施体制
オ かかりつけ薬剤師の届出 (服薬管理指導料注1の届出) カ 薬歴の作成	キ 管理薬剤師要件 (イ) 薬局勤務経験5年 <u>(1年を上限に医療機関勤務経験を含むことができる)</u> (ロ) 当該保険薬局に、週31時間以上勤務 (ハ) 当該保険薬局に継続在籍1年	ク 調剤従事者等の資質の向上のための定期的な研修計画策定と実施
コ 地域医療の取組 (ア) OTC販売（48薬効群の取扱い） (イ) 健康相談、健康教室等 (ウ) 緊急避妊薬の備蓄、相談・調剤 <u>又は販売</u> 体制 (エ) 敷地内禁煙 (オ) たばこ、喫煙器具販売禁止 <u>(カ) 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> <u>(キ) 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</u> 患者の求めに応じて使用できるよう設置 ①体重計 ⑤パルスオキシメータ ②体温計 ⑥握力計 ③血圧測定器 ⑦骨密度測定器 ④体組成計 (体脂肪率、BMI等を含むもの) ⑧心電計（2026年5月29日事務連絡により追加）		

本資料は、2026年5月29日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

- 実績基準は9項目となり、加算3・加算5の基準項目数は「7項目以上」となりました
- 各項目の実績基準回数に変更はありません
- 下線：2026年度改定による変更点

		改 定 前	改 定 後
[処方箋受付回数1万回当たり回数] 調剤基本料1（加算2・3）/調剤基本料1以外（加算4・5）		加算 1・3：3項目以上 1:かかりつけ実績必須 3:かかりつけ実績・在宅実績必須 加算 2・4：8項目以上	加算2・4：3項目以上 2:かかりつけ実績必須 4:かかりつけ実績・在宅実績必須 加算3・5： <u>7項目以上</u>
① 薬剤調製料の時間外等加算、夜間・休日等加算		40回以上/400回以上	40回以上/400回以上
② 薬剤調製料の麻薬調剤加算	名称変更	1回以上/10回以上	1回以上/10回以上
③ 薬学的有害事象等防止加算、調剤時残薬調整加算		20回以上/40回以上	20回以上/40回以上
④ かかりつけ薬剤師の指導実績（服薬管理指導料1のイ、2のイ）		20回以上/40回以上	20回以上/40回以上
⑤ 外来服薬支援料 1		1回以上12回以上/	1回以上/12回以上
⑥ 服用薬剤調整支援料 1、2（削除）		1回以上/1回以上	（削除）
⑥ 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、介護予防居宅療養管理指導費 （単一建物診療患者が1人の場合）		24回以上/24回以上	24回以上/24回以上
⑦ 服薬情報等提供料		30回以上/60回以上	30回以上/60回以上
⑧ 小児特定加算		1回以上/1回以上	1回以上/1回以上
⑨ 認定薬剤師による地域の多職種連携会議への出席 （薬局当たり）		1回以上/5回以上	1回以上/5回以上

バイオ後続品使用促進のための評価

【背景】○バイオ後続品の使用促進は、医療費の適正化に貢献しますが、保管コストや在庫リスク、患者さんへの丁寧な説明が必要となるため、薬局への評価が求められていました

【対応】○バイオ後続品の調剤体制や説明への評価が新設されました

○療担や薬担でもバイオ後続品の使用促進に関する規定が追加されます

＜バイオ後続品調剤体制加算 50点（インスリン製剤を除くバイオ後続品を調剤した場合）＞

- ・バイオ医薬品の適切な保管と患者への説明が可能な体制
- ・自局でのバイオ後続品数量割合80%以上となる成分数が、
自局で調剤実績のあるバイオ医薬品成分数の60%以上であることが望ましい
- ・バイオ後続品の調剤を積極的に行っていることの掲示（薬局の内外）

（留意事項通知）
先行バイオ医薬品の銘柄名処方時は、事前確認なくバイオ後続品に変更調剤できない

（その他、バイオ後続品に関連する見直し）

（医療機関・薬局）療担、薬担の改定

バイオ後続品の使用促進に関する規定を追加

- 一般名処方時には、
 - ・後発品又はバイオ後続品の説明を適切に行わなければならない
 - ・後発品又はバイオ後続品を調剤するよう努めなければならない

（医療機関）一般名処方加算

対象薬剤に「バイオ後続品のあるバイオ医薬品」を追加

（薬局）特定薬剤管理指導加算3のロ

算定できる場合に、「バイオ医薬品の一般名処方又はバイオ後続品の銘柄処方時にバイオ後続品の説明」を追加

バイオ後続品の説明を行うための準備が必要です

【背景】○在宅医療の需要が増加する中で、薬局には高度な在宅訪問薬剤管理指導を含め、在宅医療提供体制の整備が求められています

【対応】○在宅薬学総合体制加算は、特に個人宅への訪問がより評価される仕組みになりました

○重症度の高い患者への対応は居住場所（自宅・施設）にかかわらず評価されます

【施設基準見直しのポイント＜加算1＞】

- ◎薬局当たり在宅訪問実績が 24回 ⇒ **48回**
- ◎かかりつけ薬剤師の届出必須

算定にあたってはレセプトに患者さんの状態などの記載が求められます

【施設基準見直しのポイント＜加算2＞】

◎**直近1年間の個人宅訪問実績、割合の基準追加**

「計240回以上 かつ 割合20%超」又は「計480回以上 かつ 割合10%超」

◎直近1年間の実績基準（選択）に「**（在宅患者）麻薬管理指導の実績10回以上」「無菌製剤処理実績1回以上**」追加（従来の「乳幼児・医療的ケア児の在宅実績6回以上」を含めた3要件のうちいずれかを満たすこと）

◎体制基準から「麻薬の備蓄＋無菌製剤処理設備」は削除

◎**勤務薬剤師数が「2名以上」⇒「常勤換算3名以上」**＋急変等対応のために**開局時間中は2名以上の常駐**

	改定前	改定後
加算1	15点	・30点 （【単一建物診療患者（居住者）1人の場合の在宅実績480回以上の薬局】が在宅訪問を行っている末期がん患者等に対しては加算2の100点を算定）
加算2	50点	・単一建物診療患者（居住者）1人の場合 又は 在宅訪問を行っている末期がん患者等：100点 ・単一建物診療患者（居住者）2人以上の場合で末期がん者等以外の患者：50点

該当患者は次ページ参照

個人宅訪問と重症度の高い患者さんへの訪問の取組が求められています

在宅薬学総合体制加算 2 のイの対象患者① (特掲診療料の施設基準告示の別表第 8 の 2)

(イ) 次に掲げる疾患に罹患している患者

- ・末期の悪性腫瘍
- ・スモン
- ・難病法第五条第一項に規定する指定難病
- ・後天性免疫不全症候群
- ・脊髄損傷
- ・真皮を越える褥瘡

医科の点数では下記項目を算定している患者が該当します

- ・在宅時医学総合管理料 1 のイ (1)
- ・在宅時医学総合管理料 1 のロ (1)
- ・在宅時医学総合管理料 2 のイ
- ・在宅時医学総合管理料 3 のイ
- ・施設入居時等医学総合管理料 1 のイ (1)
- ・施設入居時等医学総合管理料 1 のロ (1)
- ・施設入居時等医学総合管理料 2 のイ
- ・施設入居時等医学総合管理料 3 のイ

(ロ) 次に掲げる状態の患者

- ・在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態
- ・在宅血液透析を行っている状態
- ・在宅酸素療法を行っている状態
- ・在宅中心静脈栄養法を行っている状態
- ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態
- ・在宅自己導尿を行っている状態
- ・在宅人工呼吸を行っている状態
- ・植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
- ・肺高血圧症で、プロスタグランジンI2製剤を投与されている状態
- ・気管切開を行っている状態
- ・気管カニューレを使用している状態
- ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

在宅薬学総合体制加算 2 のイの対象患者②

(特掲診療料の施設基準告示の別表第 8 の 3)

医科の点数では「包括的支援加算」を算定している患者が該当します

- (イ) 要介護 3、要介護 4 若しくは要介護 5 又は障害支援区分 2 以上
- (ロ) 医師が「認知症高齢者の日常生活自立度」におけるランクⅢ以上と診断した状態
- (ハ) 週 1 回以上訪問看護を受けている状態
- (ニ) 訪問診療又は訪問看護において、注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特掲診療料の施設基準等第 4 の 1 の 6 (3) に掲げる処置のうち、ヨからレまで及びツからフまでに規定する処置を除く。）を受けている状態
- (ホ) 特定施設、認知症対応型共同生活介護事業所、特別養護老人ホーム、障害者支援施設等に入居又は入所する患者で、医師による文書での指示を受け、当該施設に配置された看護職員による注射又は処置を受けている状態（処置の範囲は（二）の例による。）
- (ヘ) 医師から麻薬の投薬を受けている状態
- (ト) 以下のいずれかに該当する患者の状態
 - ① 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症、児童福祉法第 6 条の 2 第 1 項に規定する小児慢性特定疾病（同条第 3 項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）及び同法第 56 条の 6 第 2 項に規定する障害児に該当する状態である 15 歳未満の患者
 - ② 出生時の体重が 1,500 g 未満であった 1 歳未満の患者
 - ③ 「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが 10 以上である患者
 - ④ 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特掲診療料の施設基準等第 4 の 1 の 6 (3) に掲げる処置のうち、ヨからコまでに規定する処置をいう。）を行っている患者

【背景】○小児、特に15歳未満の患者さんへの薬剤調製では、体重に応じた投与量調整など、より専門的な対応が必要です

【対応】○評価が高い区分の年齢範囲が6歳未満から15歳未満へ拡大され、15歳未満の中心静脈栄養法輸液の評価が引き上げられます

	改定前	改定後
中心静脈栄養法輸液	6歳未満 137点 上記以外 69点	15歳未満 237点 上記以外 69点
抗悪性腫瘍剤	6歳未満 147点 上記以外 79点	15歳未満 147点 上記以外 79点
麻薬	6歳未満 137点 上記以外 69点	15歳未満 137点 上記以外 69点

小児への無菌製剤処理の対応強化が期待されます

- 【課題】○電子処方箋システムの活用や、ICT連携による質の高い医療提供が求められています
- 【対応】○医療DX体制の評価に、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が要件に追加され、電子的調剤情報連携体制整備加算に名称変更されました
- 医療DX推進体制整備加算、医療情報取得加算は廃止されます

【見直しのポイント】

- ◎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**を要件に追加
- ◎電子カルテ情報共有サービス要件の経過措置延長
(ただし、「国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。」が追記されています)
- ◎3段階評価から1段階評価に
- ◎マイナ保険証利用率基準は**30%以上**（改定前の加算3の基準を踏襲）

改 定 前			改 定 後
医療DX推進体制整備加算 1（マイナ保険証利用率 70%以上）	10点		電子的調剤情報連携体制整備加算 8点 (マイナ保険証利用率 30%以上)
医療DX推進体制整備加算 2（マイナ保険証利用率 50%以上）	8点		
医療DX推進体制整備加算 3（マイナ保険証利用率 30%以上）	6点		
医療情報取得加算（調剤管理料）			(廃止)

対人業務評価（薬学管理料）の見直し

- ・調剤管理料
- ・残薬対策等

【背景】○薬剤師が患者さんと直接向き合う「対人業務」としての薬学的管理の質を適切に評価することが課題とされていました

【対応】○内服薬の調剤管理料は、4区分から「28日分以上」と「27日以下」の2区分に再編されます
○また、6種類以上の内服薬が処方されている患者の情報の一元的な管理を評価した調剤管理加算は廃止されます

改定前	改定後
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）	
・7日分以下の場合 4点 ・8日分以上14日分以下の場合 28点 ・15日分以上28日分以下の場合 50点 ・29日分以上の場合 60点	→ 27日分以下の場合 10点 → 28日分以上の場合 60点
内服薬以外の場合	
4点	10点
調剤管理加算	
6種類以上内服薬が処方されている患者 ・初めて処方箋を持参した場合 3点 ・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	(廃止)

処方日数によらない対人業務の実施が求められます

【課題】○かかりつけ薬剤師の推進や、効果的な残薬対策、薬剤調整の取り組みが重要視されています

【対応】○これまでの重複投薬・相互作用等防止加算などが廃止され、残薬調整や薬学的知見に基づく

有害事象防止の取り組みに対し、新たな評価が導入されました

○外来患者さんの場合、かかりつけ薬剤師が実施するかどうかで点数が異なります

○また、処方箋様式も残薬調整に対応できるよう見直されます

薬学的有害事象等防止加算

在宅患者に実施又は外来でかかりつけ薬剤師が実施：50点、その他：30点

●服用薬剤の一元的管理に基づく重複投薬等の薬剤調整を実施（残薬調整以外）

調剤時残薬調整加算

在宅患者に実施又は外来でかかりつけ薬剤師が実施：50点、その他：30点

●患者・家族等から残薬状況の聞き取りを行い、7日以上相当の残薬調整を実施

・「7日以上相当」とは、屯服薬は7回分以上、外用薬は1回使用量を基準として7回分以上

・6日分以下相当の調整は、高額な医薬品で患者負担の軽減の必要性が高いことや薬学的専門的な観点による場合でレセプトに理由を記載することで算定可

●原則、翌営業日までに処方元に情報提供（電子処方箋管理サービスのコメントも可）

●お薬手帳に記載

本資料は、2026年5月29日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

処方箋様式の変更（残薬調整）

【対応】○薬局で残薬を確認した場合に、処方医と連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋の備考欄に「調剤する薬剤を減量した上で医療機関に情報提供する」という指示が追加されます（処方箋に指示がない場合は、照会が必要）

処方箋の指示による減数調剤では、日数や数量を「0」にすることはできず、必要な場合には、処方医へ照会することとされています

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。)		
	☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤	☐ 保険医療機関へ情報提供	☒ 削除
	☒ 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する		

- ①処方箋の指示確認
- ②患者に残薬の聞き取り

- ③減量して調剤
(処方箋にチェックがない場合は照会必要)
- ④説明
- ⑤お薬手帳に減量したことを記載

- ⑥処方医に情報提供
(原則、翌営業日までに)



残薬が多い患者の確認と、処方元との密な連携がより重要となります

処方提案評価（服用薬剤調整支援料2）の見直し

【背景】○服用薬剤調整は、単に薬剤数を減らすだけでなく、患者さんの状態に合わせたより質の高い調整が求められています

【対応】○薬剤数を減らすことだけにとどまらない、幅広い薬剤調整の提案も対象となります
○かかりつけ薬剤師が実施する場合にのみ評価対象となり、ポリファーマシー対策に関する十分な研修の受講等が求められます（**2027年6月1日から算定開始**）

服用薬剤調整支援料2

- ◎減薬によらない薬剤調整提案も含む
- ◎研修を修了したかかりつけ薬剤師による実施

具体的に求められる業務

- 評価の実施は別紙様式2を使い、薬歴に保存（以下をすべて実施）
- ・患者・家族等からの主観的情報の聴取
- ・検査値等の客観的情報の収集
- ・患者の生活状況と意向に関する情報の聴取
- ・各薬剤の治療効果と有害事象の評価
- ・調整後の観察計画と対応案の立案

【定義】

- ・日本老年薬学会の提供する老年薬学服薬総合評価研修会を修了したかかりつけ薬剤師
- 又は
- ・日本老年薬学会が定める老年薬学認定薬剤師であるかかりつけ薬剤師

改 定 前	改 定 後
重複投薬等の解消実績のある薬局 110点	1,000点
その他の場合 90点	
・3か月に1回に限り	・6か月に1回に限り ・かかりつけ薬剤師1人につき月4回まで

高齢者を中心に、ポリファーマシー対策や服薬の簡素化を推進するため、かかりつけ薬剤師の専門性がより重要になります

対人業務評価（薬学管理料）の見直し

- ・かかりつけ薬剤師業務の再編 等
- ・調剤報酬の簡素化

【背景】○かかりつけ薬剤師の本来の役割である、患者さんへの継続的な薬学的管理が求められています

【対応】○「かかりつけ薬剤師指導料」などが廃止され、「服薬管理指導料」の中に統合・整理されました

○基本的な服薬管理指導業務の評価は変わりませんが、調剤後のフォローアップや、患者さんのご自宅への訪問による残薬整理など、より踏み込んだ業務は、かかりつけ薬剤師が実施した場合にのみ評価されるようになります

服薬管理指導料 1（3月以内再来局かつ手帳持参）

イ：かかりつけ薬剤師が実施した場合（要届出） 45点

└調剤後フォローアップの実施（**かかりつけ薬剤師フォローアップ加算 50点**）

└患家訪問による残薬状況の確認、整理等の実施（**かかりつけ薬剤師訪問加算 230点**）

ロ：かかりつけ薬剤師以外が実施した場合 45点

服薬管理指導料 2（3月以降再来局又は手帳なし）

イ：かかりつけ薬剤師が実施した場合（要届出） 59点

└調剤後フォローアップの実施（**かかりつけ薬剤師フォローアップ加算 50点**）

└患家訪問による残薬状況の確認、整理等の実施（**かかりつけ薬剤師訪問加算 230点**）

ロ：かかりつけ薬剤師以外が実施した場合 59点

基本的な服薬管理指導業務の評価は同じですが、フォローアップや患家訪問による残薬整理等はかかりつけ薬剤師による実施のみ評価されます

【対応】○かかりつけ薬剤師の勤務時間や在籍期間が緩和され、かかりつけ薬剤師の裾野が広がりました
○その一方で、薬局の基準が追加され、常勤薬剤師の平均在籍期間要件又は管理薬剤師要件を満たす必要があります

【見直しのポイント】

＜かかりつけ薬剤師要件＞

- ◎勤務時間要件の緩和（週32時間以上⇒週31時間以上）
- ◎在籍期間の緩和（継続して1年以上⇒継続して**6か月以上**）
- ◎保険薬局勤務経験、認定取得、地域活動、プライバシー配慮要件は変更なし

＜薬局基準の追加（①又は②）＞

- ① **常勤週31時間以上勤務する薬剤師（派遣も含む）の平均在籍期間1年以上（期間は週31時間以上勤務している期間）**
- ② **管理薬剤師が当該薬局に継続して3年以上在籍**

・2026年5月末までに現行のかかりつけ薬剤師を届出た薬局は2026年11月末まで経過措置

※かかりつけ薬剤師として同意を得られた場合の同意書は不要となった代わりに、お薬手帳の薬剤師名の近くに「かかりつけ」の文字を記入し、コピー等を薬局で保管

かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局の推進と必要な業務の実施

【背景】○かかりつけ薬剤師が、患者さんに対してより積極的な対人業務を行うことが期待されています

○かかりつけ薬剤師が実施した業務を適切に評価することも求められています

【対応】○かかりつけ薬剤師が実施する調剤後のフォローアップや患家訪問による残薬確認等の業務に対し評価が新設されました

かかりつけ薬剤師フォローアップ加算

●患者・家族等の求めに応じて、服薬期間中のフォローアップを個別に実施

【対象】直近6か月以内に外来服薬支援料 1、服用薬剤調整支援料 1・2、調剤時残薬調整加算、薬学的有害事象等防止加算を算定している患者

かかりつけ薬剤師訪問加算

●患家に訪問して、残薬の整理、服用薬の管理方法の指導等を行い、保険医療機関に情報提供

【対象外】外来服薬支援料 1、施設連携加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料、服薬情報等提供料、薬局薬剤師が実施する居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者

かかりつけ薬剤師による、よりきめ細やかな患者支援が期待されます

【背景】○インフルエンザ吸入薬の指導は、慢性疾患の吸入薬と同様に丁寧な服薬指導や感染対策により実施されていますが、特別な評価は設定されていませんでした

【対応】○吸入薬指導加算（30点）の対象にインフルエンザウイルス感染症患者在が追加されます

【ポイント】

- ◎インフルエンザウイルス感染症患者の場合は、薬剤師による看視のもとで吸入させる
- ◎算定間隔は「3月に1回」から「6月に1回」に変更
- ◎在宅患者にオンラインでの服薬指導を行った場合は算定不可



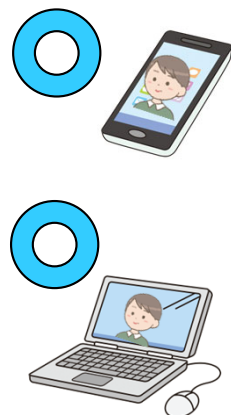
**インフルエンザ吸入薬についても
適切な指導を行うことが求められます**

- 【対応】○これまで別々に評価されていた在宅患者さんへのオンライン服薬指導も、「服薬管理指導料4」に統合・整理されます
- なお、それぞれの業務で算定できる加算や算定回数に変更はありません

改 定 前		改 定 後	
服薬管理指導料 4		服薬管理指導料4	
イ：3月以内に再度処方箋提出	45点	イ（原則3月以内に再度処方箋提出）	45点
ロ：上記以外	59点	二（イ・ロ・ハ以外の場合）	59点
在宅患者オンライン薬剤管理指導料	59点	ロ（在宅患者に行った場合（ハの場合を除く）	59点
在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料	59点	ハ（在宅患者の急変時に行った場合）	59点



薬剤師



オンライン服薬指導



患者

対人業務評価（薬学管理料）の見直し ・在宅業務

【背景】○現行の算定間隔である「中6日以上」に対し、在宅患者さんへの訪問薬剤管理指導をより柔軟かつ円滑に実施できるよう提案されていました

【対応】○在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定間隔は「中6日以上」から「週1回を限度」に変更されます

【改定前】○算定間隔6日以上

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3 ★ 前回 訪問	4	5	6	7
			6日以上			
8	9	10	11	12	13	14
	×	○				
	不可	可				
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

【改定後】○週1回を限度

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
← 週1回（日曜から土曜までの1週間） →						
		★ 前回				
8	9	10	11	12	13	14
	○					
	可					
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

週単位の柔軟な訪問ができるようになります

本資料は、2026年5月29日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

在宅患者のポリファーマシー対策

【背景】○在宅患者さんのポリファーマシー（多剤服用）対策や残薬対策を強化するため、医師と薬剤師が連携して患者さんを支援することが重要とされました

【対応】○主に個人宅で在宅療養を行っている患者さんに、在宅担当医と同時に訪問し、薬学的管理指導を行った場合の評価として「訪問薬剤管理医師同時指導料」が新設されました

【訪問薬剤管理医師同時指導料 150点（6月に1回）のイメージ】



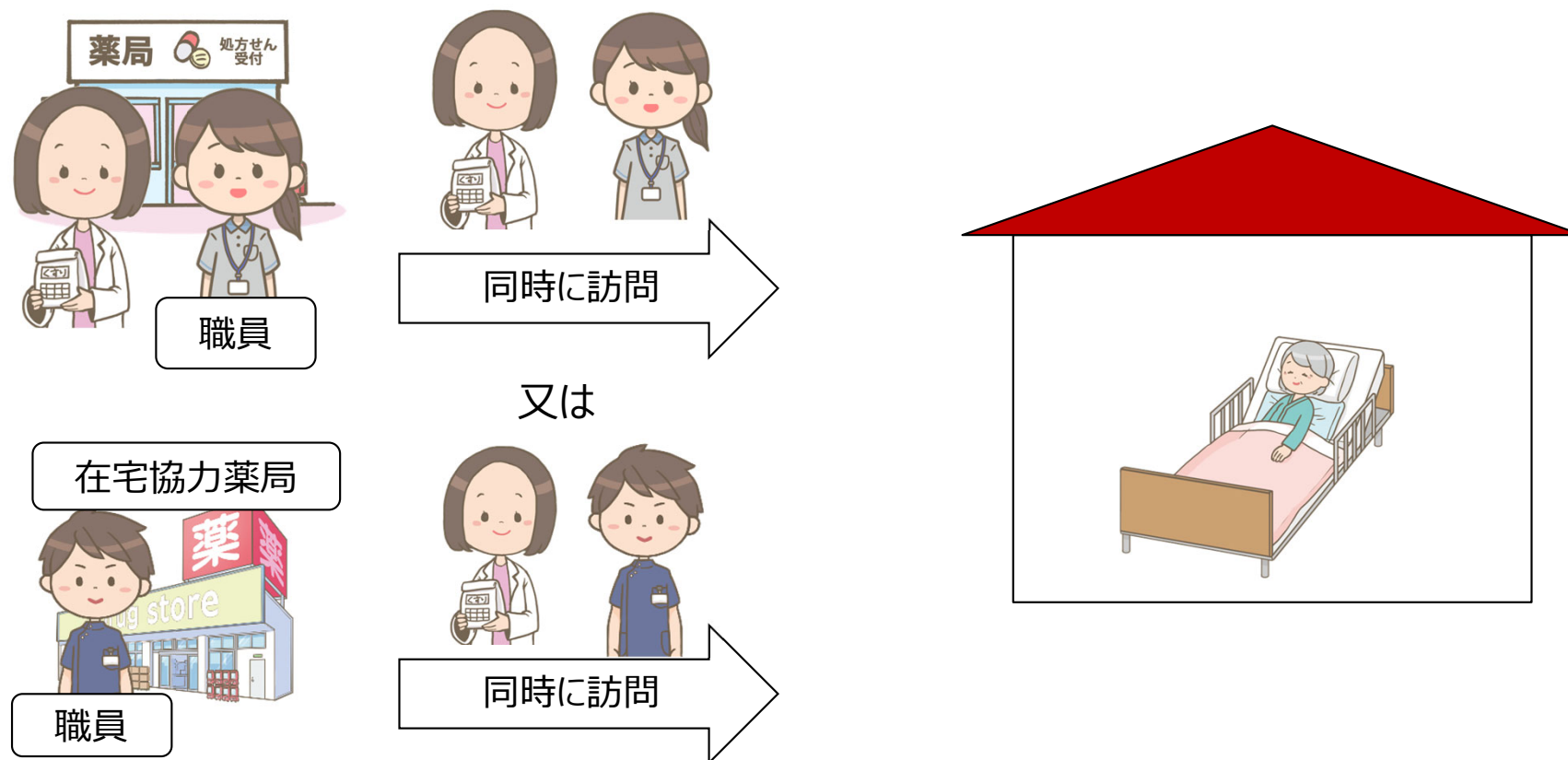
個人宅への在宅訪問とともに在宅担当医との連携の強化が求められます

複数名による訪問薬剤管理指導の評価

【背景】○行動面で運動興奮などが見られる患者さんなど、薬剤師1人での訪問が難しいケースに対応するため、複数名での訪問に対する評価が求められていました

【対応】○主に個人宅で在宅療養を行い、行動面での運動興奮等が見られる患者さんに対する複数名訪問に対する評価として「複数名薬剤管理指導訪問料」が新設されました

【複数名薬剤管理指導訪問料 300点のイメージ】



個人宅への在宅訪問の注力と在宅協力薬局との連携体制も重要です

医薬品に関連する見直し その他の見直し

【背景】○医療費の増加を抑えるために、後発医薬品の使用促進や、医薬品給付の適正化を進めることが必要とされています

【対応】○2026年6月から、長期収載品を希望して選択した場合の特別の料金が「差額の1/4」から「差額の1/2」に引き上げられます

○OTC類似薬を含めた薬剤の自己負担額が見直され、薬剤料の1/4が特別の料金として設定されます（2027年3月から開始予定）

【ポイント】

<長期収載品の選定療養>

◎自己負担額の見直しは、2026年6月から

◎対象薬剤は、薬価改定に伴い見直し（厚労省サイトでリストが公開されています）

<OTC類似薬>

◎開始見込み時期（2027年3月～）は、

財務省「令和8年度社会保障関係予算のポイント」（P19）に記載

https://www.mof.go.jp/policy/budget/budger_workflow/budget/fy2026/seifuan2026/13.pdf

◎対象成分案は提示されていますが、具体的な剤形等はこれから検討されます

患者さんの自己負担額に影響するため、丁寧な説明が求められます

	見直しの概要
減数調剤の明確化	●「減数調剤」＝用法・用量の変更は行わずに投与日数等を減らす調剤 ●調剤日数を「0」とすることはできない（必要な場合には医師へ照会）
リフィル処方箋	●患者・家族等から質問を受けた場合に丁寧に説明を行う、の追加 ●次回来局予定日に患者が来局しない、連絡がつかない場合は必要に応じ処方医に情報提供を行う、の追加
連携強化加算	●災害時にオンライン資格確認システムや電子処方箋管理サービスが活用できるよう平時からシステム活用に努めること、の追加 ●施設基準で取扱いが求められている体外診断用医薬品（検査キット）について「薬事承認を受けたものに限る。」の追記
時間外加算	●時間外調剤に係る特別の料金の徴収を行う場合には、時間外加算を算定できない、の追加 ※選定療養の対象範囲に「緊急性のない保険薬局が表示する開局時間以外の時間における調剤」が追加され、掲示等の対応を行うことで特別の料金の徴収可（特別の料金は時間外加算の点数相当額を標準とする）
薬剤服用歴記載項目	●「残薬状況」の記載を「服薬状況」の項目から独立 ●残薬がないときはその旨を記載すること、の追加

	見直しの概要
服薬管理指導料	●残薬を確認した場合の記録に「電子処方箋管理サービス等」追加 ●ポリファーマシー対策について、「日本版抗コリン薬リスクスケール」や「高齢者施設の服薬簡素化提言」に準じた対応を行う、の追加 ●フォローアップに「AI活用」の記載追加（内容や送信時期は薬剤師が確認したうえで送信するなど、患者個々の状況に応じて対応するなどの留意点あり） ●情報提供の内容に「バイオ後続品」追加
服薬管理指導料 3	●情報提供対象の明確化（患者又は看護者又は患者の薬剤を管理している施設職員）
外来服薬支援料 2	●外部委託を実施する場合の規定の追加
調剤後薬剤管理指導料	●算定が認められない日の追加（調剤と同日、その次の処方箋受付日）
在宅患者訪問薬剤管理指導料	●休日・夜間対応体制の整備と患者に連絡先・緊急時の注意事項等を文書で提供、の追加
在宅移行初期管理料	●算定可能月の拡大（定期訪問開始月又はその前月） ●算定不可患者の追加（かかりつけ薬剤師訪問加算算定患者）

○今回の改定では、特に調剤基本料や地域支援・医薬品供給対応体制加算など、既存の薬局に大きな影響が出ないよう、様々な「経過措置」が設けられています

項目	経過措置	判定日	経過措置満了日
調剤基本料注1ただし書き (医療資源の少ない地域)	○令和 6 年 3 月 31 日において、現に令和 6 年度診療報酬改定前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和12年 5 月 31 日までの間、なお効力を有するものとする。	2024年3月31日	2030年5月31日
	○令和 8 年 3 月 31 日において、現に令和 8 年度診療報酬改定前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和14年 5 月 31 日までの間、なお効力を有するものとする	2026年3月31日	2032年5月31日
調剤基本料 2	○令和 8 年 5 月 31 日において、現に処方箋の受付回数が 1 月当たり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 月当たりの処方箋の受付回数が継続的に1,800枚以下であるものについては、当面の間、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合を85%以下とみなす。	2026年5月31日	当面の間
特別調剤基本料A (特別な関係の診療所と同一建物内)	○告示日において当該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。）が所在している保険薬局については、告示日以降、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に限り、当面の間、第十五の一の(6)のイに該当しないものとする。	告示日	当面の間
門前薬局等立地依存減算	○令和 8 年 5 月 31 日において現に健康保険法第六十三条第三項第一号の指定を受けている保険薬局については、当面の間、第十五の五の六に該当しないものとする。	2026年5月31日	当面の間
地域支援・医薬品供給対応体制加算 (後発医薬品シェア)	○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 ）のロに該当するものとみなす。	2026年3月31日	2027年5月31日

○今回の改定では、薬局が地域医療の中で果たす役割をさらに強化するため、様々な見直しが行われました

1. 物価高騰や賃上げに対応する評価（調剤物価対応料、調剤ベースアップ評価料）が新設されました。
2. 調剤基本料が見直され、特に都市部の門前薬局には厳しい評価が、地域に貢献する薬局が高く評価されることとなりました
3. 後発医薬品だけでなく、医薬品全体の安定供給体制を評価する「地域支援・医薬品供給対応体制加算」が新設され、バイオ後続品の使用促進への評価も導入されました
4. かかりつけ薬剤師の評価体系が変わり、より実践的な対人業務（フォローアップ、訪問）が重視されるようになりました
5. 残薬対策や薬剤調整に関する評価が強化され、処方箋様式も変更されます
6. 在宅訪問の算定間隔が緩和され、医師との同時訪問や複数名での訪問が評価されるようになりました
7. 電子処方箋システム活用など、ICT連携を活用する薬局の体制が、引き続き重要です

**今回の改定は、薬局が「患者さんのための薬局」として、
地域医療に深く関わっていくための大きな一歩となります**



日医工がお届けする
医療行政情報

スタジー
Stu-GE

医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける
テーマ別
情報一覧

- 診療報酬改定に関連する速報情報
- 調剤報酬改定に関連する速報情報
- 認定薬局制度等（地域連携薬局・専門医療機関連携薬局）の情報
- DPC／PDPS制度に関連する情報
- その他 医療行政に関連する情報など

会員登録は **無料**
いますぐ、会員登録を!!

QRコードからスマートフォンで簡単登録



URLからパソコンで簡単入力

<http://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>

会員特典①

メールマガジンの配信
（希望者）

会員特典②

会員限定コンテンツ
の閲覧