



一般社団法人
保険薬局経営者連合会

薬経連フォーラム2026

淘汰圧を乗り越えよ！ ～薬局は適者生存の時代へ～

私たちは地域にとって「なくてはならない存在」へと進化する！

2026年6月21日（日） OPEN 12:00～
START 12:30～

会場：品川フロントビル会議室 東京都港区港南 2-3-13 B1（JR 品川駅 港南口徒歩3分）

配布資料

薬経連フォーラム2026

淘汰圧を乗り越えよ！

～薬局は適者生存の時代へ～

私たちは地域にとって「なくてはならない存在」へと進化する！

一般社団法人 保険薬局経営者連合会 会長 山村 真一

淘汰圧とは、需要が消えることではない。
需要の満たされ方が変わることである。

淘汰圧 (Selection pressure) とは

生物学や進化論において用いられる用語である。

気候変動、外敵の出現、あるいは食糧の枯渇といった
過酷な環境変化 (= 淘汰圧) が起きたとき、
従来の形態や生態のままでいようとする種は滅びる。

一方で、その変化に適応するよう
自らの姿や生き方を「進化」させた個体だけが生き残る。
そして、次代へと命を繋ぐことができる
というのが自然界の掟である。

失敗の本質

日本軍の組織論的研究

戸部良一 寺本義也
鎌田伸一 杉之元孝生
村井友秀 野中郁次郎

中公文庫



『失敗の本質』が教えているのは、
組織は失敗から学べないのではなく、
成功から抜け出せないということだ！

日本軍は、かつて有効だった戦い方に
適応し過ぎた結果、環境が変わっても
その戦い方を捨てられなかった。

これは薬局業界にもそのまま当てはまるのではないか。

処方箋を受け、正確に調剤し、報酬改定に
適応していく・・・というのがこれまでの薬局の
成功原型であった。

これから問われるのは、過去の成功原型を
守り続ける力ではない。必要に応じて棄却し、
新しい薬局機能へ自己革新できる力だ！

写真を撮る人が減った訳ではない。
しかしフィルムメーカーの明暗は分かれた。



Kodakは「フィルム会社」として生き残ろうとした。
富士フイルムは「写真フィルムで培った技術を使って、何者になれるか」を問い直した。





処方箋枚数、コロナ禍除き初の減少

25年度・日薬調査、分業率は横ばい82.2%

2026/5/27

日本薬剤師会は27日、2025年度調剤分の「保険調剤の動向」（速報値）を公表した。処方箋受取率（医薬分業率）の全国平均は、前年と比べ0.1ポイント増の82.2%とほぼ横ばいだった。調剤点数は前年を3.5%上回った一方、処方箋枚数は0.8%減で約695万枚少なくなった。処方箋枚数が減少に転じたのは20年度のコロナ禍を除き初とみられる。

※処方箋枚数は8億5730万4704枚（0.8%減）

いつかこの時が来ることは分かっていた
いよいよその時代が来た！
果たして処方箋を待つだけの薬局モデルは、これからも成り立つのか？

薬局の危機は、薬の需要減少ではない

高齢化、慢性疾患、軽い不調、予防、在宅、介護、薬と健康相談への需要は、これからも続く

しかし、その需要を
誰が、どこで、どの方法で満たすのかは変わる

淘汰圧とは、薬の需要の消滅ではなく、
“いつもの薬局”を介さない供給方法の拡大である

医療DX普及の加速化！

いよいよ“基盤化”の段階へ
生活者の医療アクセスの入口も変わる

薬局は、処方箋の後工程にとどまるのか。
それとも、
地域の健康アクセスのポジションを
勝ち取れるのか・・・

未来のヘルスケア医療の基盤へ

提携の全体像

*NHS prescription charge rules apply where a medicine is sold

薬局が
「病気になる前」の生活者に関わるなら、
ワクチン接種は自然な延長線上にある

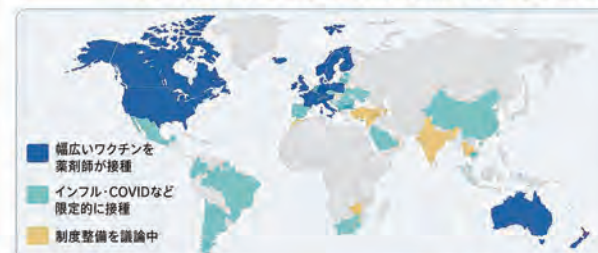
薬局は、薬を渡す場所から、予防を支える場所へ

病気になってから来る場所ではなく、
病気になる前から頼れる場所へ

その象徴の一つが、薬剤師によるワクチン接種である

世界では、薬剤師によるワクチン接種は“特別”ではない！

～インフルエンザや新型コロナを中心に、薬局・薬剤師が接種の担い手になっている国は着実に広がっている～



56 か国で
薬局ベースの
ワクチン接種 (PBV) が実施

29 か国で
薬剤師が
『処方＋接種』まで担う

44 か国で
複数の対象群への
接種権限

21 か国で
思春期への接種、
16 か国で小児への
接種も可能

代表例

米国 英国 カナダ オーストラリア
ポルトガル フランス ニュージーランド

これらの国では、地域の薬局が“身近な接種拠点”として機能

なお、60 か国では
まだ正式な法的枠組みが未整備

客観的に見ると、世界では“薬剤師がワクチンを打つ”ことは、もはや珍しい話ではない

出典：FIP (International Pharmaceutical Federation) 2025/2026報告書に基づく要約

薬局には、
地域住民との継続的な接点という強みがある

薬とセルフケアの専門性
受診勧奨と医療機関への橋渡し
高齢者・家族・介護者との関係性
日常の小さな変化に気づける距離感

足りないのは、その強みを発揮するための
処方箋の外側に向けた
顧客サービスメニューである
そして、その実装を支える
制度上の裁量拡大である。

What is your pharmacy's specialty?



ご清聴ありがとうございました！ yamaroman@gmail.com

薬局未来デザインプロジェクト

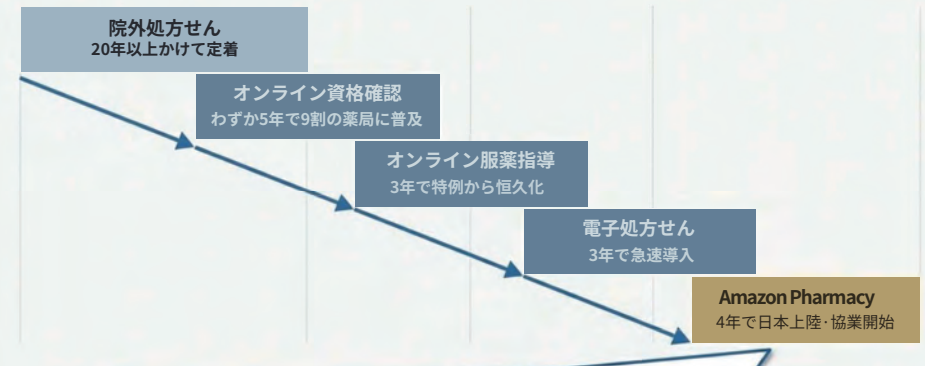
Pharmacy 2041

現場の声から紐解く、15年後の「生存戦略」と「新たな価値」

全国薬局アンケートの結果報告と考察
2026年6月21日@品川フロントビル

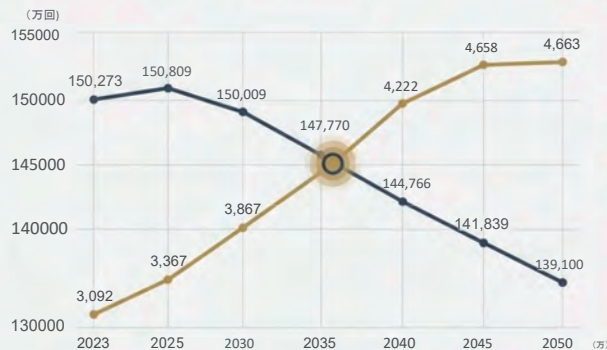
保険薬局経営者連合会 理事 阿達 昌亮

想像を超えるスピードで崩れる「立地」の優位性



従来の薬局の武器であった「門前（医療機関への近さ）」という絶対的優位性は、電子処方せんとプラットフォームの参入により、急速に無効化されつつある。

外来需要のピークアウトと在宅需要の最大化



2041年の日本

人口1億1000万人/高齢化率35%/
現役世代1100万人急減

外来医療需要

今後減少へ転じる（ピークアウト済）

在宅医療需要

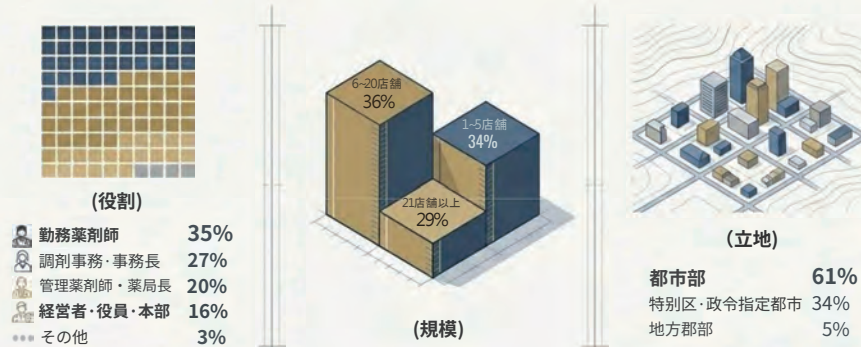
2040年に最大化へ

「待っていれば患者が来る」時代の完全な終焉。

社会構造の変化は、薬局に「受動的拠点」から「能動的インフラ」への転換を強制している。

What is your specialty?

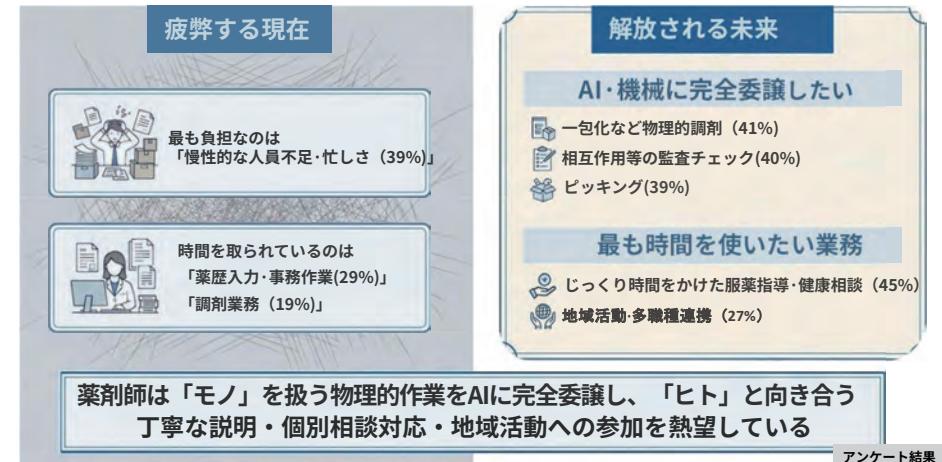
アンケート回答者240名の構成（役割・規模・立地）



このアンケートは、「都市部・中小規模薬局」の切実な声を反映している。

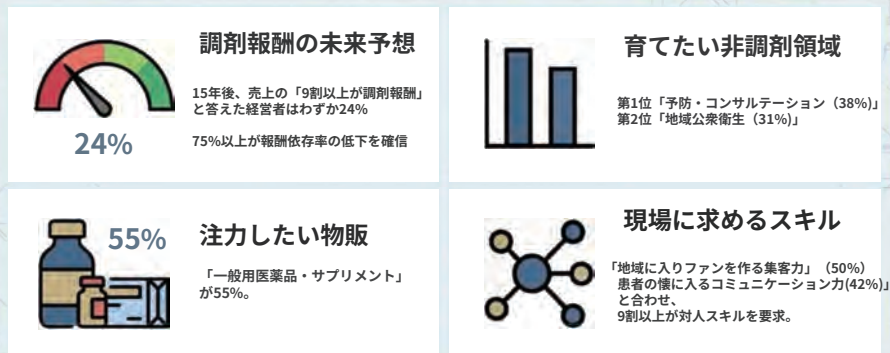
アンケート結果

薬剤師：AIを「パートナー」とし、関係性の構築へ



アンケート結果

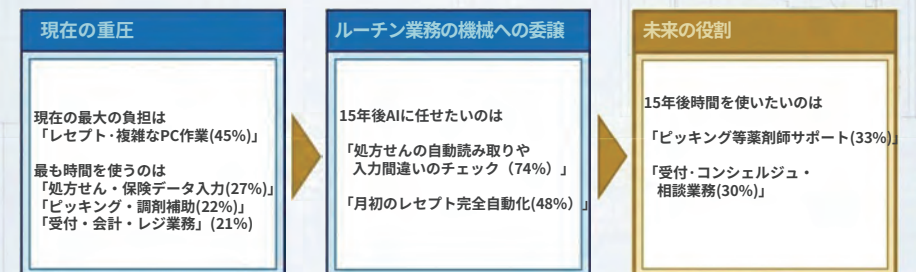
経営者：調剤報酬依存からの脱却と新規開拓分野への投資



経営陣は「待つビジネス」から「自ら仕掛け、ファンを作るビジネス」を狙っている。

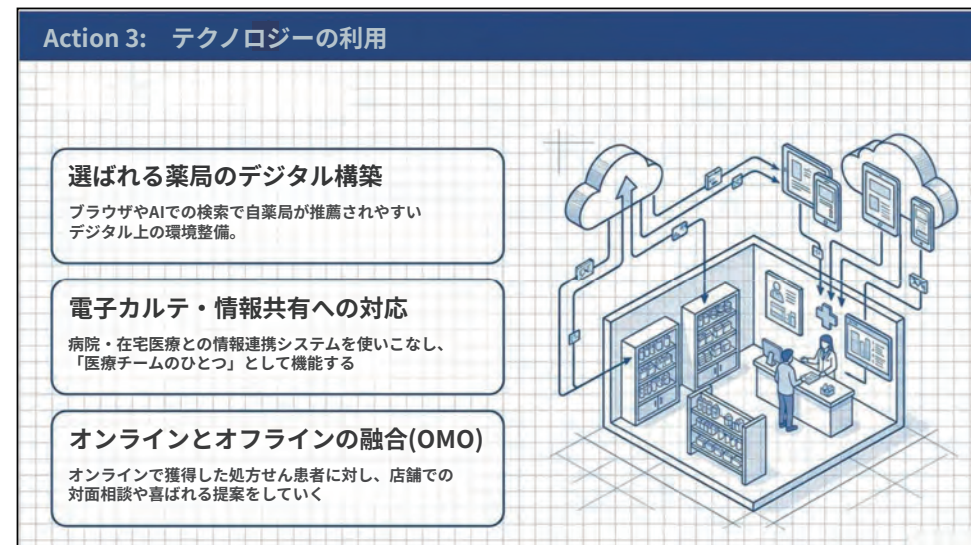
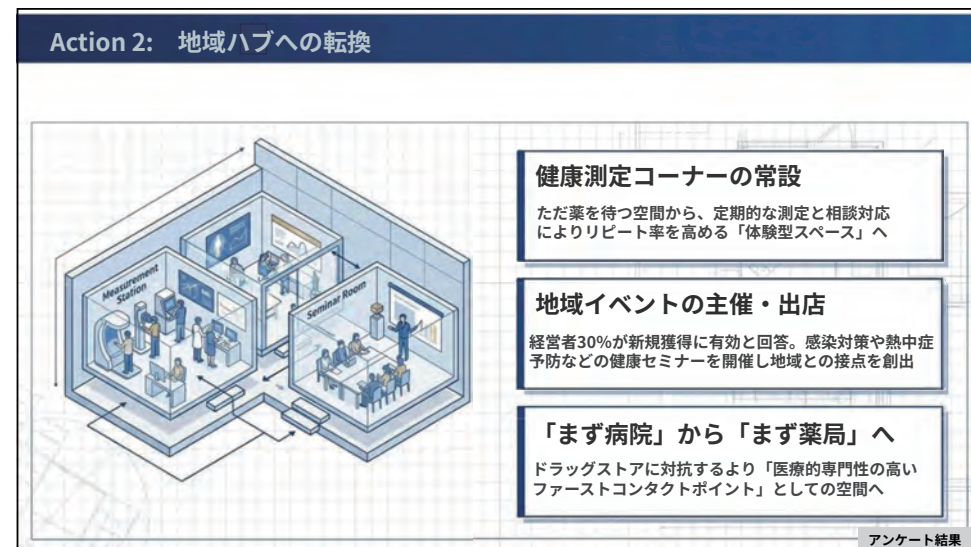
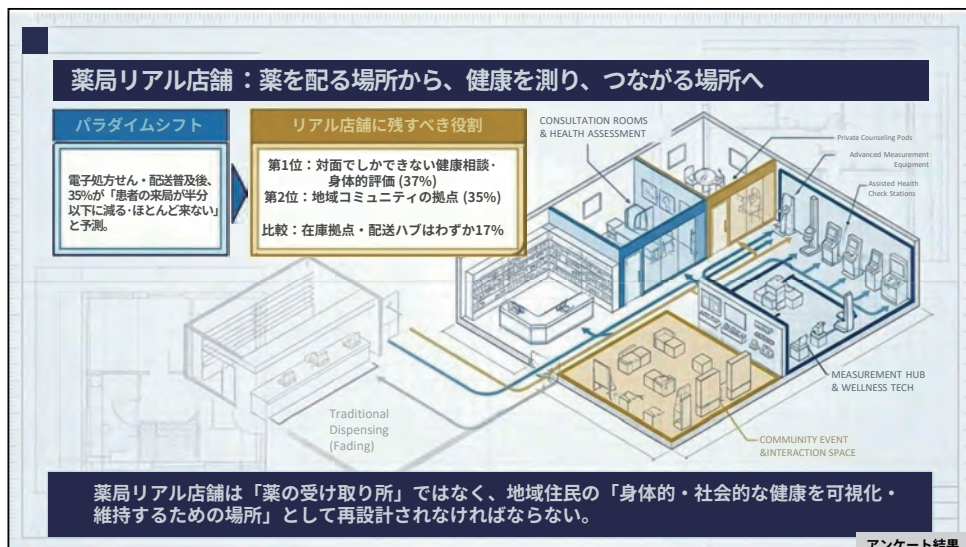
アンケート結果

調剤事務：入力作業員から「コンシェルジュ」へ



事務員はデータの入力者から、患者と最初に接し体験価値を高める「薬局の顔（コンシェルジュ）」へと役割を再定義する。

アンケート結果



回答から考えられる、薬局の「生存戦略」

「利便性」での競争不可

ドラッグストア、コンビニ、Amazon等の選択肢が溢れる中では、「近いから」という立地価値は消滅する。来局自身が目的となる「目的地（Hub）」化が必須。

「スケール・価格」での競争不可

巨大資本による投資や価格競争には勝てない。強みは地域への「深いつながり」と、離れたがたい「対人関係」に昇華される。

「機械的作業」からの脱却

現場の薬剤師・事務も「作業をAIに渡し、人間特有の高付加価値業務に専念したい」という明確な意思を持っている。

「対人価値」と
「地域ハブ」への転換は、
単なる理想論ではない。

薬局が
DS・コンビニ・アマゾンに
包囲された中で導き出された、
唯一の合理的な
「生存戦略」である。



2030年の覇権争いと薬局の「絶対領域」

情報通信・IT (LINE/Docomo等)	【一気通貫のオンライン医療】 強み＝オンライン利便性・予約～配送 弱み＝オフライン接点・リアルな物理的ケア
ドラッグストア	【医療と生活のトータルサポート】 強み＝日用品/食品網羅、ヘルスクエア・ハブ戦略 弱み＝処方箋対応の人員不足
コンビニエンスストア	【生活圏内での受取ハブ】 強み＝24時間・圧倒的拠点数 弱み＝医療的な専門介入の限界
保険薬局	【地域密着のファーストコンタクト医療】

薬局の勝ち筋は、IT企業の「利便性」やDSの「スケール」と戦うことではない。急性期患者への一次対応、高度な医薬品管理、対面での顔の見える関係構築という「専門性×オフラインの極地」を制することである。

薬局は「処方せんの出口」から「地域医療の入口」へ The Pharmacy 2041

15年後の2041年単なる「調剤マシン」や「おくすりの受取所」としての薬局は淘汰される

しかし、データとテクノロジーが極まる時代だからこそ、
患者は「高度な専門性に基づいた、体温のある対面ケア」を熱望する

電子処方せんやAIは、薬局を破壊するものではない。薬局から「作業」を取り除き、
医療人としての本来の価値を解放するためのインフラである

それは、地域に生きる人々の「身体的・社会的健康の伴走者」として、
薬局が自らの存在意義を再定義し、今後も活躍するための最善策である



続・高額薬価医薬品不動態在庫問題

新たな薬局機能と制度設計の提言のために
不動態在庫問題から制度設計へ

保険薬局経営者連合会 理事
株式会社えひめ薬局 堀尾郁夫

不動態在庫が生まれる3つの課題（昨年報告より）



包装の問題

包装単位と処方日数の
不一致ため、余剰在庫
が発生する



患者の限定性

使用患者が少なく、
転医・死亡・副作用等で
処方中止となり、在庫
が動かなくなる



在庫リスク

高額薬価医薬品は
在庫融通が難しく、
薬局単独で高額な損失
を抱えがち

高額薬価医薬品により薬局の在庫リスクが増大し
廃棄リスクが一部の薬局へ集中
不動態在庫は経営と医療の質の低下の両面に影響

高額薬価医薬品不動態在庫問題における 新たな薬局機能と制度設計の提言のために

問題の本質

高額薬価医薬品不動態在庫問題は、単なる「在庫問題」ではなく「構造的リスク問題」。
薬局経営だけでなく、医療提供体制全体の課題として捉える必要がある。

高額医薬品在庫・廃棄費用の単独負担、キャッシュフロー圧迫、経営基盤の脆弱化
地域薬局の撤退・空白化、医療アクセスの悪化、地域格差の拡大

リスク分散メカニズムの不在

現状：薬局単独で高額医薬品の在庫リスクを負担しており、リスク分散の仕組みが
確立されていない。

課題：自助・共助による対応策では限界があり、国の支援制度（公助）が無い。

個別努力から仕組みへ、薬剤から患者管理へ

保険薬局経営者連合会としての3つの提案

- ① 箱出し調剤の制度化
- ② 委託在庫の導入
- ③ スペシャリティ医薬品管理

提言① 箱出し調剤の制度化

・包装単位と処方日数が不一致

箱出し調剤の課題

ケースA

処方数 = 箱単位

例: 1日1錠30日分処方 → 30錠包装

→ 箱出しで調剤完了

ケースB

処方数 < 箱単位

例: 1日1錠14日分処方 → 30錠包装

→ 箱出し+残余16錠

ケースC

処方数 > 箱単位

例: 1日1錠56日分処方 → 30錠包装

→ 複数箱対応+残余4錠

提言① 箱出し調剤の課題

処方日数の柔軟な設定

具体例) 肺高血圧治療薬の患者が入院、退院時に他の処方薬と違う日数で処方
高額な肺高血圧治療薬は箱の規格日数で処方できる

高額薬価医薬品は処方実態に合った小包装を標準とすべき(製薬企業の課題)

- ・7日分包装を理想とし、14日、28日包装も可能
- ・一調剤は、用法用量の箱単位処方とする
- ・一箱分で薬価を決めるのもひとつの方法

箱出し調剤のメリット

トレーサビリティ確保と薬剤の情報提供の平準化

調剤記録の標準化: 電子的記録・追跡可能な体制

高額薬価医薬品

薬剤名	適応疾患	単位	値段	包装形態
ヘムライブラ皮下注150mg	血友病	1バイアル	121万7,985円	1バイアル
ニンラーロカプセル0.5mg	多発性骨髄腫	1カプセル	2万4023.7円	3カプセル
ニンラーロカプセル2.3mg	多発性骨髄腫	1カプセル	9万8306.4円	1カプセル
ニンラーロカプセル3mg	多発性骨髄腫	1カプセル	12万5,640円	1カプセル
ニンラーロカプセル4mg	多発性骨髄腫	1カプセル	16万3865.4円	1カプセル
ミチーガ皮下注用30mg	アトピー性皮膚炎	1バイアル	6万7112円	1バイアル
ミチーガ皮下注用60mg	アトピー性皮膚炎	1シリンジ	11万6,426円	1シリンジ
ジャクスタビッドカプセル5mg	ホモ接合体家族性高コレステロール血症	1カプセル	8万1160.4円	14カプセル入り瓶 28カプセル入り瓶
ジャクスタビッドカプセル10mg	ホモ接合体家族性高コレステロール血症	1カプセル	9万2815.6円	14カプセル入り瓶 28カプセル入り瓶
ジャクスタビッドカプセル20mg	ホモ接合体家族性高コレステロール血症	1カプセル	10万5,6610.9円	14カプセル入り瓶 28カプセル入り瓶

提言② 委託在庫の導入

委託在庫モデルの特徴

委託保管制度

製薬企業が薬局に委託在庫を保管し、薬局が患者への交付・管理を担う

未使用回収・再流通

未使用分の回収と正規再流通を可能にする制度設計

リスク分散

製薬企業・薬局でリスクを按分し、単独負担を回避

在庫の流れ

委託保管→引当→交付→未使用分回収

お金の流れ

交付時に決済し、未使用分は決済免除

提言② 委託在庫の課題

- ・所有権は？（製薬メーカーとし、卸、薬局は預かりとする）
- ・開封後の返品は可能か？
- ・未開封での温度管理、品質管理の条件は何か？
- ・バラ錠の場合はどうか？

- ⇒ 製薬メーカー・卸との協議
- ⇒ 高額薬価は幾らからか？
- ⇒ 薬局における品質管理の証明書を提出
（保管温度等、薬局内での保管状況を誓約）

（参考）委託在庫医薬品の具体例

- ・ラゲブリオ、パキロビッド（国からの委託、既に経験済み）

提言③ スペシャリティ医薬品管理モデル

スペシャリティ医薬品管理のイメージ⇒高額薬価＆高度管理が必要な希少疾患

専門的な薬物管理

高額薬価医薬品、高度管理医薬品の専門的な管理と患者支援を提供

リスク管理

重篤副作用の早期発見と対応体制の構築

患者支援（継続的なフォローアップ）

治療継続性の確保と生活支援の提供

対象薬品（タグリッソ錠、リムパーザ錠、デュピクセント皮下注など）

がん治療薬/希少疾患治療薬/生物学的製剤などの高額薬価医薬品の中で、
在庫管理および患者指導に関して専門的な知識が必要な医薬品。

提言③ スペシャリティ医薬品管理モデル

導入計画

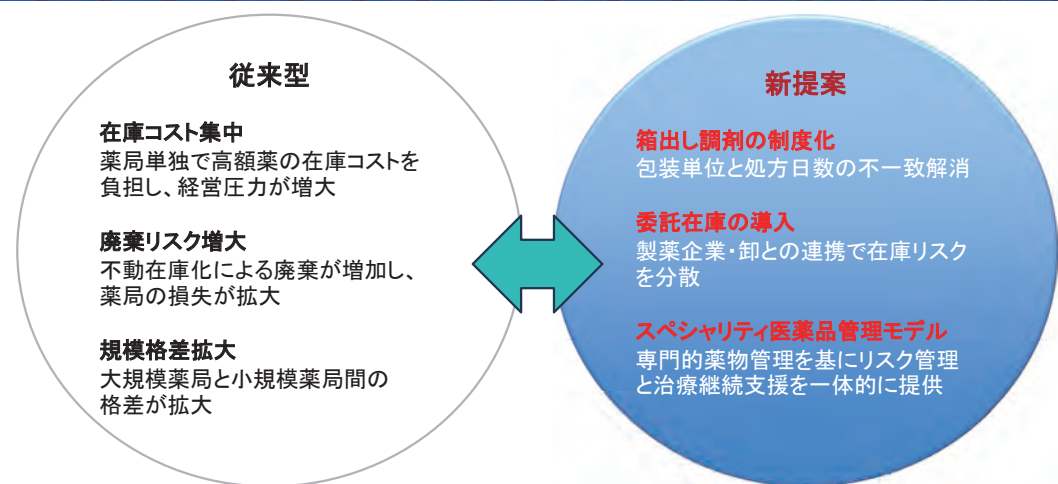
- ・モデル薬局指定
- ・段階的導入
- ・地域バランス確保
- ・評価指標の設定

⇒実証試験を経て全国展開（行政と協議）

- ・高額薬価医薬品から高度患者管理へ、リスク管理の拡張
- ・高額薬対応評価（仮）を新設し調剤報酬で適切に評価してはどうか
高リスク患者
重篤副作用リスク患者の早期発見と管理
薬物管理の最適化
多剤併用時の相互作用チェックと適正使用の促進

制度設計の転換

「高額薬価医薬品の備蓄義務」から「対応可能体制・実績評価」へ



リスク分散の考え方 自助・共助・公助の進化版

自助モデル（個別最適化）

調剤プロセス最適化：処方審査・薬剤管理の効率化
箱出し運用：包装単位での調剤実施
在庫管理強化：需要予測・適正在庫維持

共助モデル（地域連携）

共同在庫プール：薬局間の在庫融通
地域融通：緊急時の薬品調達
返品再流通：未使用薬の有効活用
（⇒アクションリストに関わる）

公助モデル（制度支援）

委託在庫支援：国による制度設計・資金支援
成果連動評価：実績に基づく評価体系
データ基盤整備：情報共有システム構築

薬局が潰れることは、地域の医療アクセスが崩れることである

高額薬価医薬品不動態在庫問題の課題は単なる在庫問題ではなく、
経営リスク＋医療リスク＋医療アクセス問題

経営リスク：高額在庫・廃棄費用の単独負担

医療リスク：供給不確実性・治療中断

アクセスリスク：地域薬局の撤退・空白化

淘汰圧を乗り越えよ！

～薬局は適者生存の時代へ～

私たちは地域にとって「なくてはならない存在」へと進化する！

ご清聴ありがとうございました

薬局バリューアップ構想 ～ゲーミフィケーションというアプローチ！～



Nobuyasu Sugimoto from 株式会社わかば



薬局に求められる役割は？

薬を渡す？服薬指導？
健康相談？在宅支援？

地域との接点を持ち続けること。
元気なうちから関わる存在へ
「通いたくなる薬局」を目指して。



現在地

薬局経営の「現在地」

人口減少・調剤報酬改定・薬価改定・
異業種の参戦・患者志向の変化・インフレ
—— 薬局を取り巻く環境は急速に変化

「患者を待つ薬局」から「患者が集まる薬局」へ
—— 今こそ、経営モデルの根本的な変革が求められている

薬局の「隠れた強み」

顔なじみの患者の
“いつも通り”を知っている

薬局に来るたびに変化がある人の方が少ない
変化に気付けるのは、変化していない状態を知っているから

「あれ？なんかいつもと違うな。」
薬剤師は、患者の“小さな変化”に気付ける貴重な専門職

認知症予防は薬局の「勝機」

窓口での何気ない会話から
認知機能低下(MIC)を察知可能
日常的な患者接点が早期発見を実現

予防・進行抑制・早期発見が薬局の使命
かかりつけ薬局として地域医療を支える
適切な受診勧奨で重症化防止に貢献



なぜ既存のイベント施策は失敗するのか？

問題① 01

集客の難しさ

告知しても集客できず、開催しても参加者がごく少数にとどまる。

問題② 02

イベントは一過性

単発で終わり。習慣化・継続につながらない。

問題③ 03

費用対効果が不明

参加者の継続率が低く効果が出ないし、薬局の収益化も不鮮明。

着目したのは、 国民的ゲーム「ぷよぷよ」

データ

- 1989年誕生
- 累計販売本数：13億8000万本
- ターゲット層：老若男女

単なる「ゲーム」にとどまらない
新たな可能性
誰もが知っているブランド力が、
薬局変革の切り札になる



認知機能トレーニング専用



製品開発の背景と特徴

- ✓ 高齢者でも操作できるシンプルな設計
- ✓ 医療・介護の専門家が監修
- ✓ 過度な精神的負荷を抑えた設計
- ✓ 反応速度・注意力・判断力を科学的にトレーニング

これは「ゲーム」 ではなく「健康習慣」

ぶよぶよトレーナーは科学的根拠に
基づく認知機能への介入ツール

- ✓ 作業記憶・処理速度・注意力への直接的な科学的介入
- ✓ 大学との共同実証実験によるエビデンス確立プロジェクト進行中
- ✓ 継続的なプレイが「健康習慣」として定着する設計
- ✓ 日常の中に溶け込む、無理のない認知症予防アプローチ



誰でも遊べる驚きのUI/UX設計



- 01 テンキーとスペースキーのみで操作
- 02 3タップで即起動
- 03 スピード調整
(ゆっくり・ふつう・はやい)
- 04 難易度プリセット完備

【動画】百聞は一見にしかず

実際のプレイ映像（約1分）
をご覧ください。



薬局のメリット①：認知症予防のフロントドア

01 メリット

調剤待ち時間を活用し、ぶよぶよトレーナーで脳の健康状態をその場でチェック。患者の負担なく継続的なモニタリングが可能。

02 メリット

スコアの時系列データを蓄積・可視化し、認知機能の変化を客観的に把握。データに基づく個別サポートを実現。

03 メリット

スコア変化を早期に検知し、適切な受診勧奨と早期介入を実施。薬局が認知症予防の最前線拠点となる。

薬局のメリット②：圧倒的な患者接点の増加

01 ポイント

従来は処方箋時のみの「点」の接点。来局機会は限られ、患者との関係構築が困難な状況。

02 ポイント

ゲームをきっかけに定期来局する「線」の接点へ。継続的な来局が自然な習慣として定着。

03 ポイント

相談頻度の増加により「かかりつけ薬局」としての地位を強化。信頼関係が強化し患者LTVが向上。

薬局のメリット③：地域コミュニティの創出

01 ポイント

「ぶよぶよ倶楽部」構想：薬局主催の定期開催イベントで高齢者が集まるコミュニティを形成

02 ポイント

チーム対抗戦・ランキング発表による活性化：参加者同士の競争と交流が継続来局の動機に

03 ポイント

薬局を「仲間ができる居場所」へ変革：処方箋に依存しない新たな集患・信頼構築の拠点に

経営面でのインパクト



01 患者LTV向上

02 来局頻度の増加

03 口コミ・紹介の発生

04 「楽しい薬局」で地域シェア1位へ

収益モデル①

地域コミュニティモデル

「ぶよぶよ倶楽部」会員制度を薬局主導で展開し、持続的な地域密着型収益を実現

- ✓ 参加費による会費収入を確保
- ✓ オリジナル会員証の発行で帰属意識と愛着を醸成
- ✓ スタンプカードで定期来局を自然に促進
- ✓ 倶楽部会員との信頼関係構築が処方箋預かりへの自然な流れを形成

収益モデル②

高齢者施設へのBtoBモデル

デイサービス・介護施設向けに
「ぶよぶよトレーナー」を販売・保守する法人向けモデル

- ✓ レクリエーションのマンネリ化解消と介護人材不足への即戦力対応
- ✓ 初期導入費＋月額サブスクリプションによる安定的な継続収益を実現
- ✓ 施設スタッフの負担を軽減しながら、入居者の認知機能維持に貢献
- ✓ 導入実績が薬局の信頼性向上にも直結し、地域施設との連携強化へ

収益モデル③

成果連動型民間委託契約方式（PFS）

行政の健康・認知症対策への予算を活用した

成果報酬型の官民連携モデル（PFS）により、保険外収益を確保

- ✓ 認知症対策の成果連動型契約として薬局が公的健康促進拠点に
- ✓ 横須賀市・三条市など先進自治体からの関心と連携推進
- ✓ 成果に応じた報酬設計で行政と薬局がWin-Winの関係を構築
- ✓ 保険外収益の新たな柱として経営安定化に貢献

地域包括ケアの「中心」へ

ぶよぶよトレーナーは「入り口」

認知症予防をきっかけに築いた患者との信頼関係を土台に、栄養指導・フレイル対策・自費健康相談など多彩なサービスへと展開

処方箋に依存しない、次世代のハイブリッド経営体へと進化していく



薬局バリューアップ

処方箋は「病気になってから」生まれる。
地域との繋がりは「元気なうちから」作れる。

大切なのは「ゲームを売ること」ではなく、
患者が「通いたくなる理由づくり」。

薬局が地域の健康拠点として選ばれるために、
今こそ一歩を踏み出す。



ご清聴ありがとうございました



処方箋を待つ薬局か、
地域から選ばれる薬局か



ぶよぶよトレーナーは、
その最初の一手になる可能性



持続可能なゲーミフィケーションを

2026年6月21日

調剤報酬新築プロジェクト

「見えない仕事」から「社会を支える機能」へ

2026年6月21日品川フロントビル会議室

保険薬局経営者連合会 / 理事: 福田 幸彦

 THERAPEUTIC PHARMACY

調剤報酬新築プロジェクトとは

 THERAPEUTIC PHARMACY

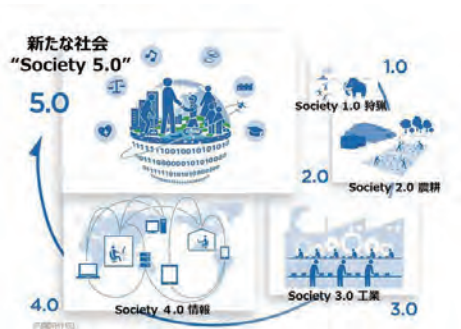
患者主体の
わかりやすい
調剤報酬を新築する

- ✓ 技術料が複雑化しすぎている
- ✓ 同じ薬が薬局によって自己負担金が違う理由が説明できない
- ✓ 国民への説明責任が果たせてない
- ✓ 利用者目線で作られた報酬体系に変える必要がある



調剤報酬新築の基本概念

 THERAPEUTIC PHARMACY



- Society 5.0時代を見据えた改定への提言
- 調剤報酬は薬剤費以外の技術料をインフラフィ/インテリジェンスフィの2階建てのわかりやすい報酬体系を構築する
- 患者には薬剤費に応じた支払のみを求め、報酬体系を患者に理解していただきやすくする

2階建ての報酬体系 + 薬剤料

 THERAPEUTIC PHARMACY

セイフティマネジメント
インテリジェンスフィ

知的技術料

療養担当規則
機能・ICT・DX化
インフラフィ

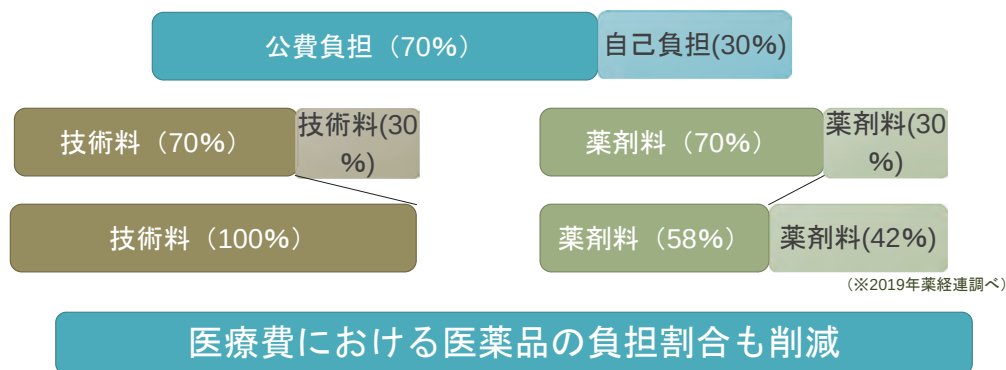
薬局機能料

- 技術料の包括化
(インフラフィ+インテリジェンスフィ)
(素案¥2200ー)
- 患者には薬剤費のみの負担を求め、患者負担金は薬剤費の**42%**とする
(薬剤費の**42%**は現状の患者負担金**30%**に相当)
(※2019年薬経連調べ)

※2026年当薬局平均でも全国平均を用いても概ね42%程度になる

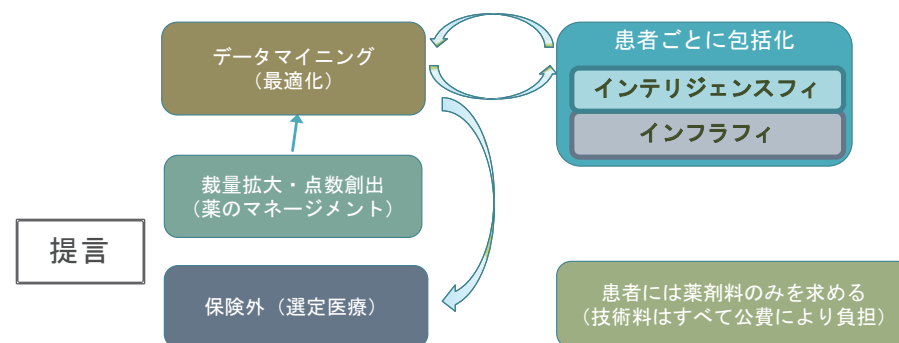
患者負担は薬剤料のみ

THERAPEUTIC PHARMACY



技術料は常にマイニング

THERAPEUTIC PHARMACY



過去の提言の一例

THERAPEUTIC PHARMACY

- **薬剤調整料の見直し**
剤の考えを廃止し、1薬品毎に日数にかかわらず20点
- **地域CDTM**
事前プロトコルを制度に組み込む、さらにその延長として、情報提供料の点数の一元化や類似医薬品への変更調剤
- **エマージェンシーコネクト**
処方箋による調剤、OTCとは異なる、緊急時にかかりつけの患者に対して次回受診までをつなぐ第3の販売ルート

ドラスティックな改定は非現実的

THERAPEUTIC PHARMACY



version.2026

2026年調剤報酬改定や中医協などで現在議論されている事項



version.202X

小幅修正を重ねて、患者、薬局、国、3方良しの改定



version.薬経連

説明責任を果たす今は全く異なる報酬体系 (テセウスの船)

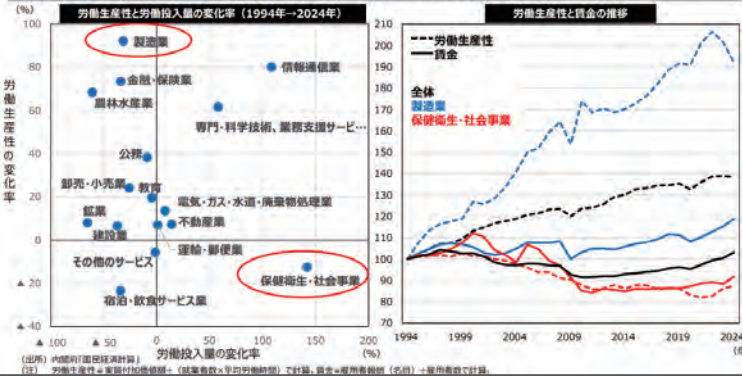
現状の課題

THERAPEUTIC PHARMACY

産業構造と労働生産性

令和6年4月17日
財政制度分科会資料（再掲）

- 産業毎の状況を確認すると、過去30年間の実質付加価値額の増加に大きく寄与したのは製造業や医療・介護等を含む保健衛生・社会事業。ただし、製造業の労働投入量は減少したが、保健衛生・社会事業の労働投入量は急拡大。その結果、製造業では、労働生産性が過去30年間で90%超上昇するものの、医療・介護産業においては、むしろ生産性が低下。
- 労働供給制約が強まる中で、人口増加期に作り上げられた経済社会システムを中長期的に持続可能な構造へと転換していくことは避けられない。生産性が伸び悩むまま労働投入を集中させてきた医療・介護産業が、成長型経済の実現に寄与していくためには、より少ない労働投入量で質の高いサービスを提供可能とするなど、効率的で持続可能な産業構造への転換が不可欠である。

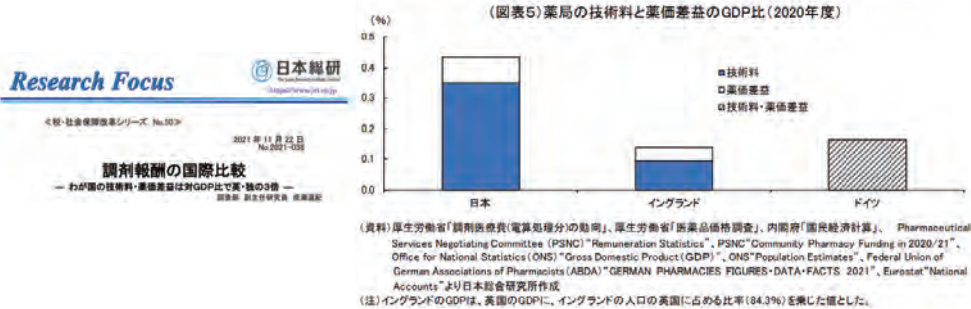


現状の課題

THERAPEUTIC PHARMACY

(2) 比較と考察

このようにわが国の薬局のコストの対GDP比は、他の2国と比べ突出して高い（図表5）。



(資料)厚生労働省「調剤報酬費(電算処理分)の動向」、厚生労働省「医薬品価格調査」、内閣府「国民経済計算」、Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC) "Remuneration Statistics", PSNC "Community Pharmacy Funding in 2020/21", Office for National Statistics (ONS) "Gross Domestic Product (GDP)", ONS "Population Estimates", Federal Union of German Associations of Pharmacists (ABDA) "GERMAN PHARMACIES FIGURES-DATA-FACTS 2021", Eurostat "National Accounts" より日本薬学会研究所作成

(注) イングランドのGDPは、英国のGDPに、イングランドの人口の英国に占める比率(84.3%)を乗じた値とした。

「薬局の活用で社会的生産性向上を目指す」

THERAPEUTIC PHARMACY

薬剤師により国民全体の
生産性向上をはかる

- ☑ 医療機関への受診による社会的生産性の低下
- ☑ 早期発見による重症化予防としての生産性低下の抑制
- ☑ 医薬品流通拠点として運用するには？



支払いの主体を整理

THERAPEUTIC PHARMACY

項目	基本概念	支払いの主体
調剤報酬	- 国民皆保険の中で患者が等しく受けられるサービス - 国としてのインフラ	- 国の医療費 - 患者一部負担金
付加価値	OTCや食品、検体測定など地域のニーズのサービスや薬局独自のサービス	患者
行政連携	- 休日診療や災害時対応 - 薬剤師によるワクチン接種や簡易検査	地域行政

なぜ簡素が必要なのか

THERAPEUTIC PHARMACY

簡素化を訴える理由

患者が理解しやすい会計の明瞭化、患者主導での会計システムの構築
複雑化しすぎている報酬体系は、今後の見直しがしづらくなる。

なぜ簡素化が
必要なのか

患者視点として

報酬体系の
再構築の視点

受診による社会的生産性の低下

THERAPEUTIC PHARMACY



医療機関を受診するのにかかる時間は、受付から会計まで平均して約1時間～1時間半

待ち時間: 約30分～1時間（約6割が1時間未満）

診察時間: 約5分～10分（約7割が10分未満）

移動や会計などを含めると半日近くかかることもある。

参考：厚生労働省受療行動調査



軽症や不安による受診

- ・薬局へのファーストアクセス

慢性疾患

- ・リフィルの推進
- ・オンライン診療の推進

早期発見や重症化の予防

THERAPEUTIC PHARMACY



過去1年間に必要な受診ができなかった人は全体で約14.2%。未受診経験者の約20%～40%がその理由として「仕事が忙しくて時間がない」ことを挙げており、特に現役世代（20～50代）で顕著な傾向があるというデータも

参考：楽天インサイト

早期発見

- ・簡易検査の実施
- ・受診推奨

重症化予防

- ・食事や水分摂取などの健康相談
- ・フォローアップも含めた副作用の早期発見
- ・トリプルワーマーの防止



医薬品の流通拠点として運用するには？

THERAPEUTIC PHARMACY



- ・備蓄すべきは医療用医薬品に限ったものではない
- ・利ざやによって備蓄を増やすことは現実的には不可能
- ・箱だし調剤であればロスが減らすことは可能だろうか？



高額医薬品供給安定化加算

THERAPEUTIC PHARMACY

低頻度・少人数患者のために保有する高額薬の
在庫リスクを薬価と使用実績から点数化する

処方箋受付毎2
点



評価対象の考え方

THERAPEUTIC PHARMACY

低頻度・高額・少人数患者という3条件で絞る

1. 高額

薬価 $\geq$ 1,000円

薬価が一定以上で、1品目あたりの買入拘束が大きい。

2. 低頻度

半年で1~3回

よく出る薬ではなく、出るかどうか定かでない。

3. 少人数

患者数1~3人

特定患者のために在庫抱えやすい。今段階データでは対象品目は少ない。

候補品目を抽出

薬価の5%を評価

点数へ換算

2点案

注意：ここでの「5%」は利益率ではなく、備蓄に伴う資金拘束・不動在庫化・期限切れ等のリスク評価係数。

高額薬は「調剤した瞬間」だけでなく、「備蓄して待っている時間」にもリスクと資金拘束がある。

解析対象

THERAPEUTIC PHARMACY

6か月

3店舗の月間売上

3,042品目

品目数

18,263件

処方せん発行件数

2.66億円

実調剤薬価総額

※ 処方せん近似件数は「患者×調剤日」件数として集計。
※ 薬価は薬品ごとの単位薬価、薬価総額は実際の調剤数量を反映した金額

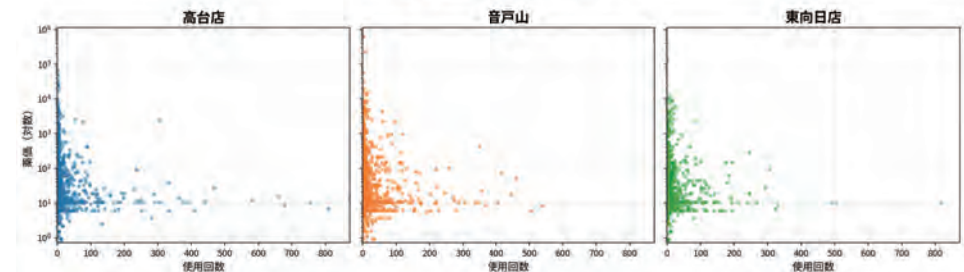
店舗	品目数	患者日件数	薬価中央値	薬価最大
高台店	1,101	8,538	17.2円	63,802円
音戸山	1,113	5,638	17.4円	1,150,216円
東向日店	828	4,087	18.2円	125,123円

薬価中央値は3店舗でほぼ同じ。一方で、最大薬価が店舗差を大きく作る。

使用回数×薬価：プロット傾向は近似

THERAPEUTIC PHARMACY

薬価 × 使用回数：3店舗比較



多くの品目は低薬価に集中。
ただし低回数帯に高額薬が乗る。

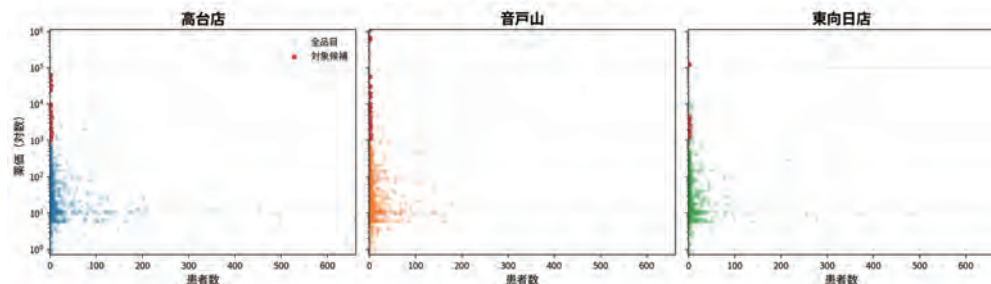
音戸山は上方向への外れ値が突出。

「特殊な薬局だけ」ではなく、構造は各店舗で共通。

患者数×薬価：少人数患者に高額薬

THERAPEUTIC PHARMACY

薬価 × 患者数：対象候補の位置



薬価1,000円以上・使用回数1～3回の対象候補
は
今回のデータではすべて患者数1～3人以内。

対象群の定義：低頻度・高額・少人数患者

THERAPEUTIC PHARMACY

主定義

薬価	使用回数	患者数	対象割合
1,000円以上	半年で1～3回	1～3人	薬価の5%

対象は71品目

対象薬価合計
3,044,619.5円

実調剤薬価総額の11.2%

3店舗合計で、低頻度高額薬の対象品目数は少ない。

この金額に5%をかけ、備蓄リスク相当額とする。

品目数は少ないが、実際の薬剤費では約1割を占める。

主定義で抽出した対象品目

THERAPEUTIC PHARMACY

薬価1,000円以上・半年1～3回・患者数1～3人

対象薬の特徴

全71品目

今回のデータでは、薬価1,000円以上・1～3回の品目は全て患者数1～3人以内。

店舗差

音戸山が突出

少人数患者向けの自費医薬が点数集積に大きく影響。

店舗	対象品目	対象薬価合計	5%点数 半年	半年1枚あたり	年換算
高台店	23	259,607円	1,298点	0.15点	0.30点
音戸山	27	2,613,462円	13,067点	2.32点	4.64点
東向日店	21	171,551円	858点	0.21点	0.42点
3店舗合計	71	3,044,620円	15,223点	0.83点	1.67点

3店舗合計では年換算1.67点/枚

対象医薬品上位例

THERAPEUTIC PHARMACY

店舗	薬品名	回数	患者数	薬価
音戸山	エンスプリング皮下注120mgシリンジ	2	1	1,150,216円
音戸山	ヒフデュラ配合皮下注シリンジ	1	1	665,026円
東向日店	オンボー皮下注100mgオートインジェクター	2	1	125,123円
高台店	ベンリスタ皮下注200mgオートインジェクター	1	1	26,873円
音戸山	ノルデイトロビン フレックスプロ注10mg	2	1	57,431円

上位品目だけでも、少人数・低頻度・高薬価という構造が確認できる。

薬局の裁量や努力だけで吸収するには限界がある。

薬価関値を変えても必要点数は大きく変わらない

薬価関値	必要点数
1,000円以上	1.67
3,000円以上	1.63
5,000円以上	1.60
10,000円以上	1.57

案件	対象品目	年数
案件1,000円以上	71	1.67%
案件5,000円以上	34	1.63%
案件5,000円以上	22	1.60%
案件10,000円以上	14	1.57%

薬価閾値を上げて、必要点数はほとんど下らない。
これは、備蓄リスクの本体が「低頻度かつ超高額」の少数薬にあることを示す。

5%は過大補填ではなく、資金拘束・期限切れ・不動産在庫化リスクを控えめに評価する係数。

偏差5%評価を1枚あたり点数に換算

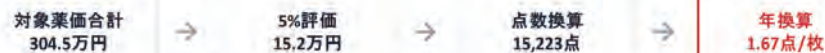
店舗名	偏差5%評価を1枚あたり点数に換算
豊後店	0.30
彦山	2.04
東向店	0.42

低頻度高額薬は実調剤金額の約1割を占める

Category	Percentage (%)
通病薬	9.5%
買付山	12.4%
事務日誌	7.2%

店舗	対象品目	5%点数(半年)	年換算/枚
高台店	23	1,298点	0.30点
香戸山	27	13,067点	4.64点
東向日店	21	858点	0.42点
3店舗合計	71	15,223点	1.67点

薬価1,000円以上・半年1～3回の低頻度高額薬に、薬価の5%を備蓄リスクとして評価



低頻度・高額医薬品の備蓄に伴う資金拘束や不動産在庫化リスクを、薬価の5%相当として評価した場合、年換算で1処方せんあたり約1.67点となる。したがって2点と定義した。

	後発1 (80%) 21点	後発2 (85%) 28点	後発3 (90%) 30点
地域支援1 32点	53点 (Δ16)	60点 (Δ1)	62点 (Δ3)
地域支援2 40点	61点 (Δ24)	68点 (Δ1)	70点 (Δ3)
地域支援3 10点	31点 (Δ4)	38点 (Δ1)	40点 (Δ3)
地域支援4 32点	53点 (Δ15)	60点 (Δ1)	62点 (Δ3)

1から3点の減算は、高額医薬品の備蓄リスクを吸収する原資を削り、結果として**備蓄継続の困難性を高める可能性がある。**

地域支援・医薬品供給対応加算				
加算 1	加算 2	加算 3	加算 4	加算 5
27点	59点	67点	37点	59点

基本料	+ 2
物価高騰	+ 1 (翌年+2)
ベースアップ	+ 4 (翌年+ 8)
医療DX	- 2 ~ + 2

まとめ：お金の話

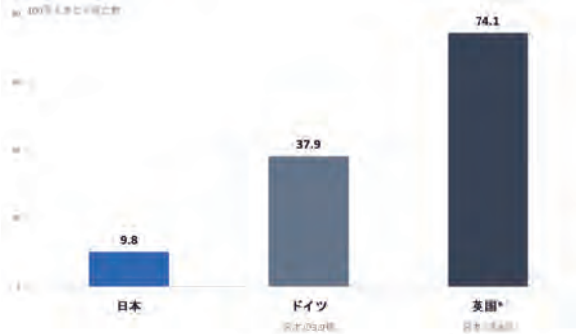
項目	基本概念	支払いの主体
調剤報酬	- 国民皆保険の中で患者が等しく受けられるサービス - 国としてのインフラ	- 国の医療費 - 患者一部負担金
付加価値	OTCや食品、検体測定など地域のニーズのサービスや薬局独自のサービス	患者
行政連携	- 休日診療や災害時対応 - 薬剤師によるワクチン接種や簡易検査	地域行政

お金の価値は人によって変わるのはその人が今までどんな体験をしたか

体験が在宅に生きる

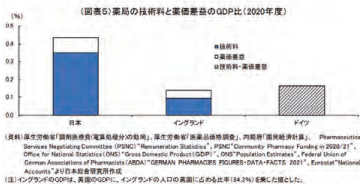
日本は英独に比べ、薬剤性の健康被害死亡が少ない

WHO死亡データベースに基づく「薬剤性有害事象関連死亡率」2019年・粗死亡率



* England単独の国際比較可能な同定義データではなく、WHO Mortality Databaseの英国値を代替指標として使用。出典: Koyama T. et al., Drug Safety, 2024 / WHO Mortality Database, 2019。

(2) 比較と考察
このように11か国の薬物のコストの対行100円は、他の2国と比べて突出して高い(図表5)。



今回の調剤報酬改定に込めた思いと期待

厚生労働省保険局医療課
薬剤管理官 清原宏真

1

本日のお話

■令和8年度診療報酬改定の前夜

■令和8年度調剤報酬の概要

■最後に

2

はじめに（最近の話）

■施行直前の通知

- 在宅薬学総合体制加算2イ算定の対象拡大
- 地域支援・医薬品供給対応体制加算のセルメ関連機器追加
- 残薬調整後に長期処方でなくなった場合も、調剤管理料1イを算定
- 薬担規則の揭示は、一定の条件下で電子的表示も可 など

■処方箋枚数が実質的に初めて前年割れ

■OTC類似薬の一部保険外療養に関する法案成立

3

一部保険外療養の創設

趣旨・概要

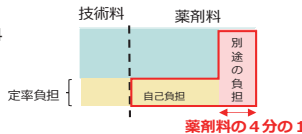
- ①医療用医薬品の給付を受ける患者とOTC医薬品で対応している患者との公平性の確保
②現役世代を中心とする保険料負担上昇の抑制
の観点から行うもの。
- OTC医薬品（要指導医薬品又は一般用医薬品）との代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑みその要する費用のうち一部を保険給付の対象としないものとする療養として厚生労働大臣が定めるもの（「一部保険外療養」という。）を創設。（令和9年3月施行を想定）

○ 別途の負担の対象となる医薬品の範囲・別途の負担の設定

対象医薬品の範囲：77成分（約1,100品目）

主な対応症状は、鼻炎、胃痛・胸やけ、便秘、解熱・痛み止め、風邪症状全般、腰痛・肩こり、みずむし、口内炎、皮膚のかゆみ・乾燥肌 等。

別途の負担：対象薬剤の薬剤費の1/4



○ 配慮が必要な者

子ども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮を検討。

※上記の事項については、告示事項。

※選定療養に係る「別途の負担」には別途消費税がかかっている。

※上記の事項に係る厚生労働大臣の定める在り方等について検討し、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする検討規定を法附則で規定。

4

■令和 8 年度診療報酬改定の前夜

■令和8年度調剤報酬の概要

■最後に

近年の診療報酬・薬価等改定率の推移

	診療報酬	薬価等	【参考】診療報酬+薬価等
平成20年度	+0. 38%	▲1. 2%	▲0. 82%
平成22年度	+1. 55%	▲1. 36%	+0. 19%
平成24年度	+1. 379%	▲1. 375%	+0. 004%
平成26年度	通常改定分	+0. 1%	▲1. 36%
	消費税対応分	+0. 63%	+0. 73%
	合計	+0. 73%	▲0. 63%
平成28年度	+0. 49%	▲1. 82%	▲1. 33%
平成30年度	+0. 55%	▲1. 74%	▲1. 19%
令和元年度 (消費税率引上げに伴う対応)	通常改定分	±0%	▲0. 95%
	消費税対応分	+0. 41%	+0. 47%
	合計	+0. 41%	▲0. 48%
令和2年度	+0. 55% ① ②を除く改定分 +0. 47% ② 働き方改革のための特例的な対応 +0. 08%	▲1. 01%	▲0. 46%
令和4年度	+0. 43% ① ②～⑤を除く改定分 +0. 23% ② 看護の処遇改善のための特例的な対応 +0. 20% ③ リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化 ▲0. 10% ④ 不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0. 20% ⑤ 小児の感染防止対策に係る加算措置(医科分)の期限到来 ▲0. 10%	▲1. 37%	▲0. 94%
令和6年度	+0. 88% ① ②～④を除く改定分 +0. 46% (うち40歳未満活動性医師、事務職員等の賃上げ対応 +0. 28%程度) ② 看護職員その他の医療関係職種等の賃上げ対応 +0. 61% ③ 入院時の食費基準額の引上げ +0. 06% ④ 管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0. 25%	▲1. 00%	▲0. 12%

診療報酬改定の流れ

- 診療報酬改定は、
- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
 - ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
 - ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施される。

医療費総額の決定 骨太(6/13)
→予算案(12/26)

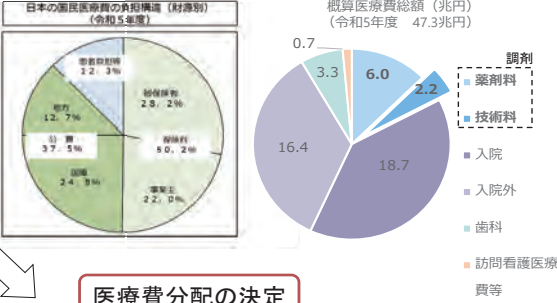
内閣

- 予算編成過程を通じて改定率を決定

医療政策の方針決定

社会保障審議会
医療保険部会・医療部会
とりまとめ(12/9)

- 基本的な医療政策について審議
○ 診療報酬改定に係る「基本方針」を策定



医療費分配の決定

中央社会保険医療協議会
答申(2/13)

- 社会保障審議会が決定された「基本方針」に基づき審議
○ 個別の診療報酬項目に関する点数設定や算定条件等について議論

骨太方針2025 (令和7年6月13日)

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

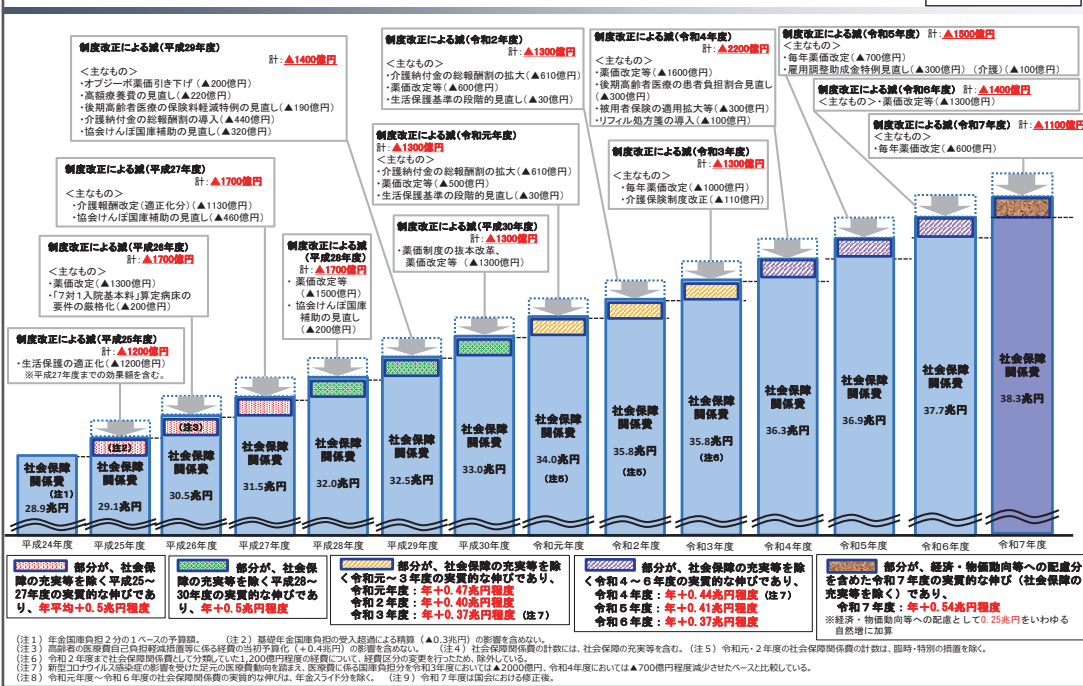
1. 「経済・財政新生計画」の推進
(「経済・財政新生計画」に基づく今後の取組方針)

予算編成においては、2027年度までの間、骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続しつつ、日本経済が新たなステージに移行しつつあることが明確になる中で、経済・物価動向等を踏まえ、各年度の予算編成において適切に反映する。とりわけ社会保障関係費²⁰⁴については、医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ、これまでの改革を通じた**保険料負担の抑制努力も継続**しつつ、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。具体的には、**高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算**する。

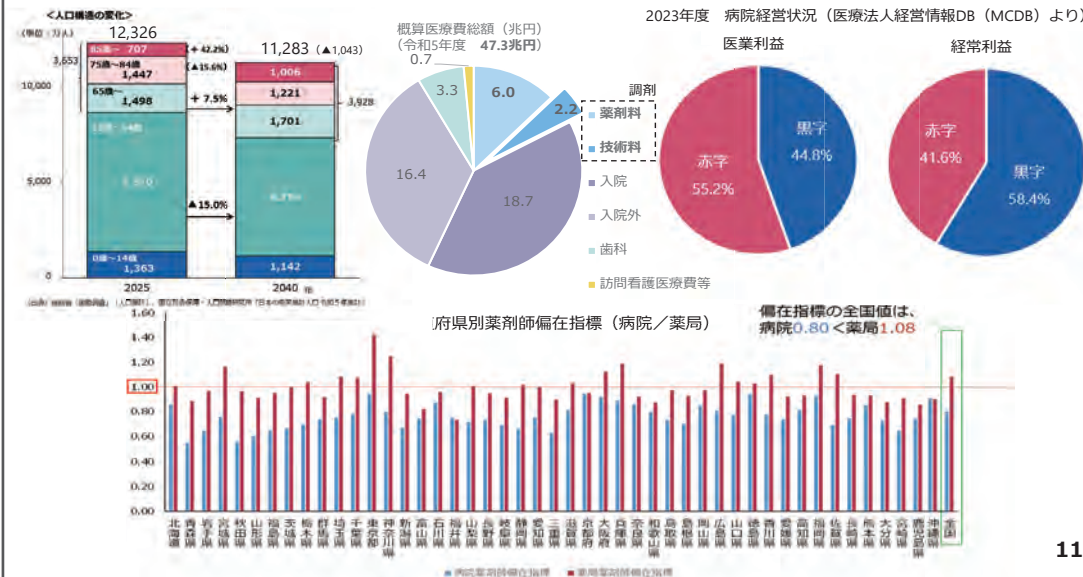
<脚注>

204 社会保障関係費の伸びの要因として高齢化と高度化等が存在する。

令和7年4月23日
財政制度分科会資料



○ 少子高齢化の進展による労働者人口の減少、物価・賃金上昇等の社会環境が大きく変化し、病院の赤字拡大が大きな課題となるなかで、皆保険制度の持続を考慮した上での医療保険費の配分を考えるとき、薬局・薬剤師の職場・地域偏在の課題について、薬局のあるべき姿を見据えてどう考えるか。



資料V-1-4

- いびゆる自然増**
(経済・物価動向等への配慮を含む)
+6,500億円程度

概算要求
+4,000億円程度

年金スライド分
保育給付の増※1

人口構造の変化に伴う変動分

制度改革・効率化等
▲1,300億円程度

乗備定
(うち最低乗備の引上げなどの充実策
[高額療養費の見直し
後期高齢者医療の患者負担の見直し
被用者保険の適用拡大])

▲600億円
+300億円)
▲200億円
▲100億円
▲100億円 等

**実施を見合わせ、
本年秋までに改めて
検討し決定**
(国会において
予算を増額修正)

令和7年度当初予算
38.3兆円程度
(+5,600億円程度)

社会保障の充実等(※3)
+300億円程度

(経済・物価動向等への配慮)

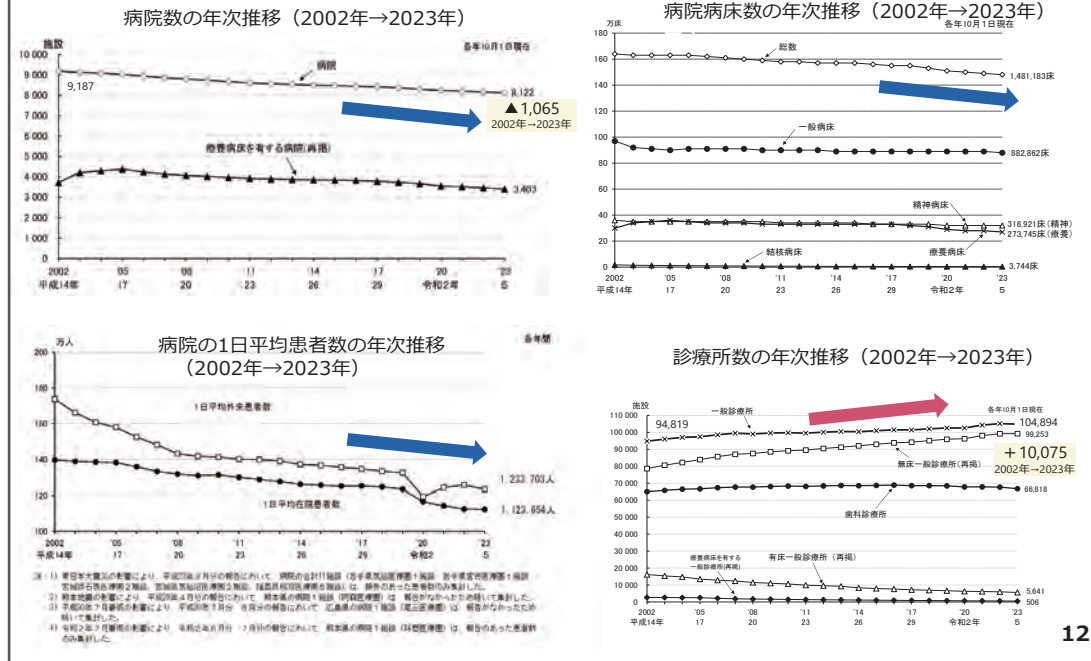
年金スライド分(+1.9%) +2,200億円程度
人事院勧告等を踏まえた保育給付の増(※1) +300億円程度

(その他)
児童手当・児童扶養手当の拡充 +200億円
保育所1歳児クラスの職員配置改善 +100億円
生活扶助の見直し +20億円 等

令和6年度
37.7兆円程度

※1 R6人事院勧告の影響により子どものための教育・保育給付が概算要求後に上振れ
※2 機械的に試算した「高齢化による増」(年金スライド分を含む)は+4,900億円程度
※3 高等教育の負担軽減における多子世帯無償化の開始に伴う影響分

令和7年6月25日 中医協総会資料より



外来医師過多区域に関する対応

外来医師過多区域に関する対応

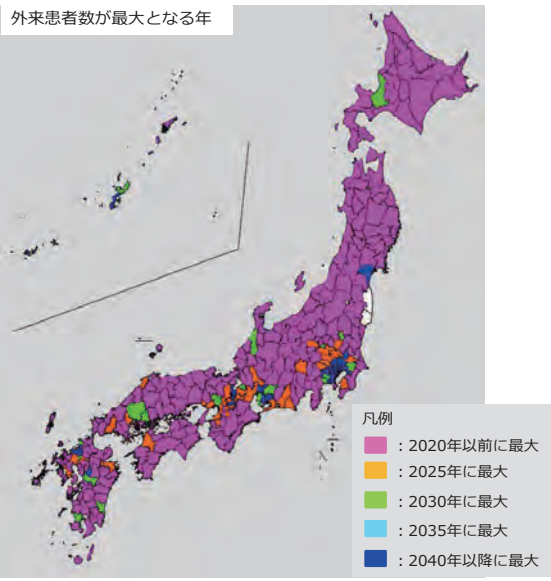
地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関について、機能強化加算、地域包括診療加算、地域包括診療料及び小児かかりつけ診療料の算定並びに在宅療養支援診療所の届出を不可とする。

現行	改定後
【機能強化加算】 【施設基準】 三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準 (1)～(3) (略) (新設)	【機能強化加算】 【施設基準】 三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準 (1)～(3) (略) (4) 健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。 ※ 地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅療養支援診療所についても同様。

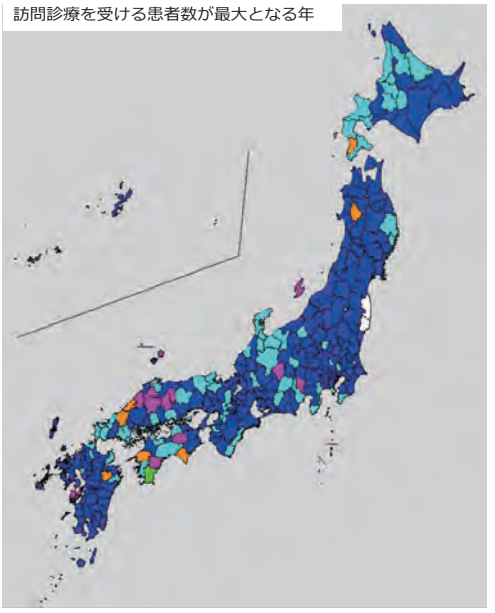
(参考)
○ 医療法(昭和23年法律第205号)【令和8年4月1日施行時点】
第三十条の十八の六 都道府県知事は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるものがある場合において、当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域があると認めるときは、当該区域を指定するものとする。
(中略)
6 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請することができる。
○ 健康保険法(大正11年法律第70号)【令和8年4月1日施行時点】
(保険医療機関の期限付指定)
第六十八条の二 厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかった場合、同条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかった場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる。
2 前項の規定により期限が付された第六十三条第三項第一号の指定については、前条第二項の規定は、適用しない。

医療需要の変化 -外来患者と訪問診療を受ける患者-

外来患者数が最大となる年

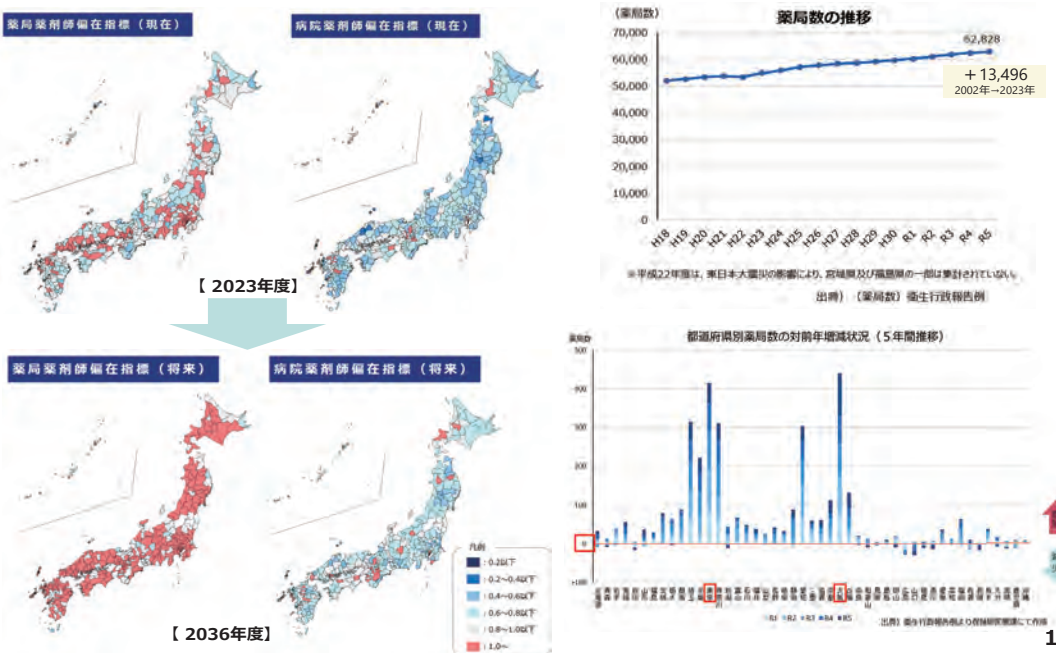


訪問診療を受ける患者数が最大となる年

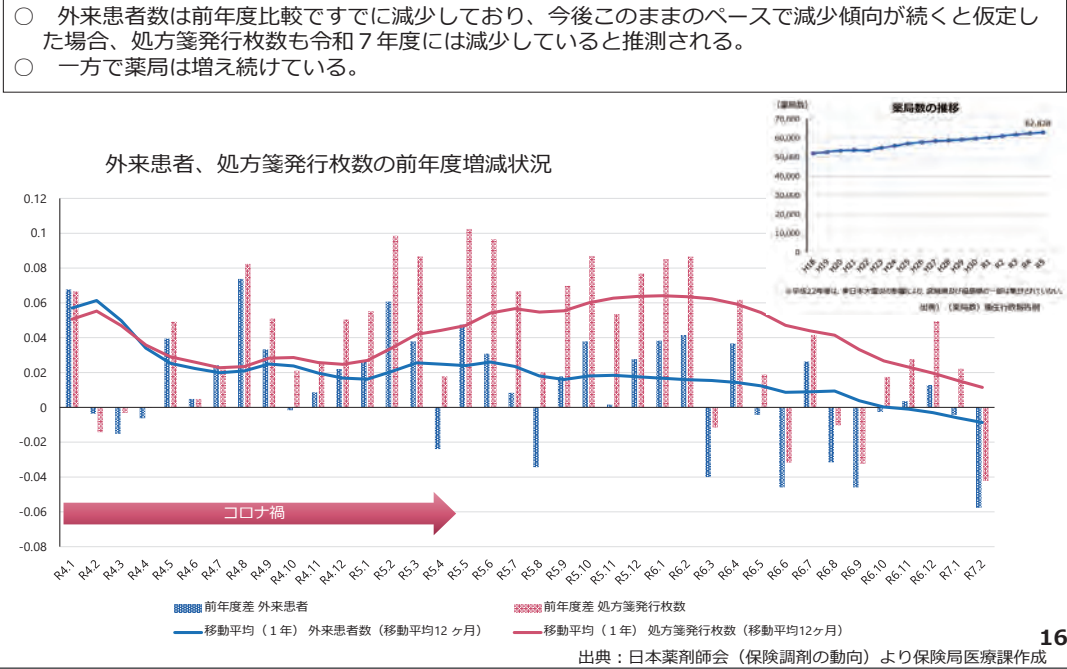


出典：厚生労働省「患者調査」(2017年)、総務省「住民基本台帳人口」(2018年)、「人口推計」(2017年)及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く二次医療圏について集計。

薬局を取り巻く状況



薬局を取り巻く状況



薬局を取り巻く状況

- コロナ禍の影響以外で、初めて処方箋枚数が前年を割る（対前年比▲0.8%）。

保険調剤の動向「全保険(社保+国保+後期高齢者)」									
件数	件数	対前年比	枚数	枚数	対前年比	調剤点数	調剤点数	対前年比	調剤点数
北海道	28,247,093	98.0%	32,547,545	97.2%	37,283,814	102.2%			
青森県	7,725,461	99.1%	9,079,019	98.4%	9,197,713	102.6%			
岩手県	7,275,828	99.7%	8,321,754	99.2%	8,661,647	103.4%			
宮城県	14,222,727	100.7%	16,794,416	103.1%	16,691,037	103.4%			
秋田県	6,056,622	98.9%	7,006,899	98.4%	7,733,324	101.4%			
山形県	6,667,513	98.8%	7,702,360	98.0%	7,440,959	102.0%			
福島県	10,573,840	99.9%	12,170,950	99.2%	12,405,427	102.4%			
茨城県	15,577,000	99.9%	18,032,099	99.9%	18,979,774	103.0%			
栃木県	10,625,047	100.7%	12,504,232	99.9%	12,011,322	104.0%			
群馬県	9,724,881	100.1%	11,491,902	99.3%	11,994,542	103.3%			
埼玉県	40,585,544	100.1%	47,595,532	99.9%	44,644,100	104.0%			
千葉県	34,496,046	100.1%	39,790,557	99.5%	38,782,357	103.9%			
東京都	89,797,923	100.1%	105,156,397	99.4%	98,411,168	103.3%			
神奈川県	57,405,858	99.8%	66,879,653	99.1%	62,853,099	103.8%			
新潟県	12,956,947	99.3%	14,979,917	98.7%	14,527,867	104.5%			
富山県	5,162,229	100.5%	5,989,622	99.7%	6,670,812	104.5%			
石川県	5,651,453	100.9%	6,630,721	99.9%	7,535,629	106.9%			
福井県	3,996,876	102.3%	3,999,865	101.3%	4,599,215	102.5%			
山梨県	4,816,453	99.7%	5,581,401	99.1%	5,361,813	103.2%			
長野県	11,552,018	100.3%	13,201,685	99.7%	14,262,203	103.4%			
岐阜県	11,411,643	99.4%	13,587,719	98.5%	12,653,353	102.9%			
静岡県	21,808,594	99.9%	25,009,933	99.7%	22,919,867	102.5%			
愛知県	41,785,948	100.6%	50,125,093	99.7%	45,456,345	104.3%			
三重県	10,053,081	101.1%	11,824,884	100.2%	11,307,386	104.8%			
滋賀県	7,680,002	99.3%	8,683,176	98.3%	8,243,427	103.9%			
大津市	12,387,727	101.3%	14,730,787	100.4%	16,325,202	104.3%			
大阪府	48,801,004	100.5%	58,912,992	99.6%	57,127,943	103.5%			
兵庫県	32,144,479	99.4%	38,266,966	98.4%	36,666,392	103.0%			
奈良県	6,771,284	99.9%	8,026,490	99.1%	7,147,642	103.8%			
和歌山県	4,787,501	99.7%	5,708,233	98.8%	6,020,495	103.8%			
鳥取県	2,993,122	99.2%	3,553,341	98.9%	3,734,651	102.4%			
島根県	4,242,195	100.6%	5,025,992	99.8%	5,063,560	103.0%			
岡山県	9,394,777	99.6%	11,302,274	98.9%	10,441,965	102.6%			
広島県	16,742,426	99.9%	20,050,501	99.9%	19,493,752	103.5%			
山口県	8,670,466	100.0%	10,362,690	99.2%	9,763,752	103.5%			
徳島県	3,700,919	100.1%	4,418,608	99.2%	4,743,202	102.3%			
香川県	5,489,011	99.4%	6,619,748	98.4%	6,967,509	103.0%			
愛媛県	7,007,113	101.0%	8,387,735	100.0%	8,639,947	104.0%			
高知県	3,557,518	99.0%	4,158,117	98.4%	4,781,977	101.8%			
福岡県	32,208,517	101.4%	38,165,290	99.4%	34,698,328	104.1%			
佐賀県	5,008,928	100.4%	6,856,412	99.3%	5,825,039	103.8%			
長門県	8,103,772	99.1%	9,582,965	98.2%	9,341,539	102.4%			
熊本県	10,245,473	100.1%	12,178,758	99.3%	11,278,815	104.6%			
大分県	6,789,046	100.5%	8,074,195	99.7%	8,178,550	104.1%			
宮崎県	6,564,846	98.4%	7,771,588	97.5%	7,316,418	102.6%			
鹿児島県	9,451,610	100.3%	11,262,729	99.5%	10,459,072	104.3%			
沖縄県	7,066,265	99.3%	8,018,603	98.6%	8,151,155	104.3%			
計	728,175,175	100.0%	857,304,704	99.2%	831,168,079	103.5%			

保険調剤の動向「全保険(社保+国保+後期高齢者)」

件数	件数	対前年比	枚数	枚数	対前年比	調剤点数	調剤点数	対前年比	調剤点数
北海道	28,247,093	98.0%	32,547,545	97.2%	37,283,814	102.2%			
福岡県	32,268,571	100.4%	38,968,259	99.4%	34,898,529	104.1%			
佐賀県	5,008,928	100.4%	6,856,412	99.3%	5,825,039	103.8%			
長門県	8,103,772	99.1%	9,582,965	98.2%	9,341,539	102.4%			
熊本県	10,245,473	100.1%	12,178,758	99.3%	11,278,815	104.6%			
大分県	6,789,046	100.5%	8,074,195	99.7%	8,178,550	104.1%			
宮崎県	6,564,846	98.4%	7,771,588	97.5%	7,316,418	102.6%			
鹿児島県	9,451,610	100.3%	11,262,729	99.5%	10,459,072	104.3%			
沖縄県	7,066,265	99.3%	8,018,603	98.6%	8,151,155	104.3%			
計	728,175,175	100.0%	857,304,704	99.2%	831,168,079	103.5%			

注：本表に係る数値は、基金統計月報及び国保連合会審査支払業務統計による。

出典：日本薬剤師会（保険調剤の動向） 2026.5.27公表

17

財政制度等審議会・財政制度分科会

- 財務大臣の諮問機関。12月に予算編成等の建議をとりまとめ。財政制度分科会は特に予算編成や社会保障、税制などの具体的な政策を議論。
- 11月5日分科会 → 12月2日「令和8年度予算の編成等に関する建議」
https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20251105/03.pdf

【改革の方向性（案）】＜調剤関係抜粋＞

- ・ **薬剤師と薬局の増加**に歯止めがかからないのは、希少な医療資源の適正配分の観点からも問題。産業構造の改革が急務である。
- ・ **調剤報酬**については、過去の改定率を大きく超えて実際の技術料が伸びてきたことも踏まえれば、**適正化の方向で検討**すべき。
- ・ 処方箋受付回数多寡にかかわらず、処方箋の集中度が高い薬局は、調剤基本料1の適用対象から除外する方向性を徹底すべき。
- ・ 調剤基本料に係る加算は抜本的に見直す。役割を終えた**後発医薬品調剤体制加算は廃止**することとし、地域支援体制加算については、調剤基本料1の薬局への優遇を廃しつつ、地域フォーミュラリへの参画や、OTC薬の普及啓発、リフィル処方の促進などを評価対象に加え、**地域の医療資源の有効活用や薬剤安定供給の拠点としての機能を重点的に評価**できる加算に再編すべき
- ・ 対人業務を評価することとされている薬学管理料の中でのメリハリ付けが不十分であることを踏まえ、**調剤管理料の適正化**と併せ、**残薬管理**をはじめとした**患者本位の服薬指導**を重点的に評価すべき。

18

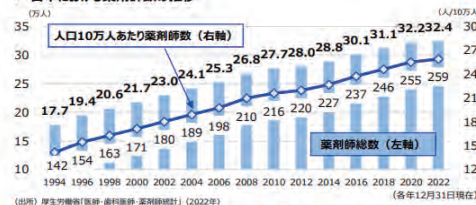
財政制度等審議会・財政制度分科会（令和7年11月5日開催）資料

調剤薬局をめぐる状況

- 日本の薬剤師数は一貫して増加しており、その結果、先進国の中でも人口あたりの薬剤師数が際立って多い水準に達している。医療関係職種におけるタスクシフト・シェアの進展を考慮するとしても、人口減少が進む中で、この人数が適正であるかにはなお疑問が残る。
- また、薬剤師数の増加に伴い調剤薬局も増加の一途を辿っているが、小規模な施設が乱立し、診療所や病院の近隣に群集する現状は、業界の非効率性を象徴している。今後は、薬局の集約化や大規模化に向けた取組が不可欠である。

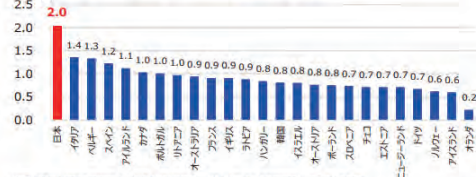
◆ 薬剤師数の推移

✓ 日本における薬剤師数の推移



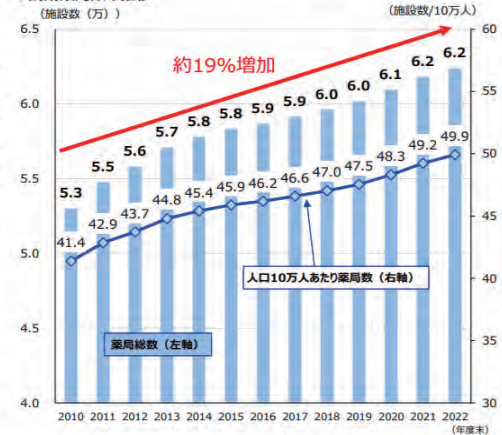
（出所）厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2022年）

✓ 人口千人あたり薬剤師数の国際比較（2022年度）



（出所）OECD Data Explorer（2025年4月15日閲覧）（注）データが「practicing」（現職中）の数値。

◆ 調剤薬局数の推移



（出所）厚生労働省「調剤薬局数統計」；総務省「人口推計」

【改革の方向性（案）】

- 薬剤師と薬局の増加に歯止めがかからないのは、希少な医療資源の適正配分の観点からも問題。産業構造の改革が急務である。

19

理論武装しないと相当厳しい

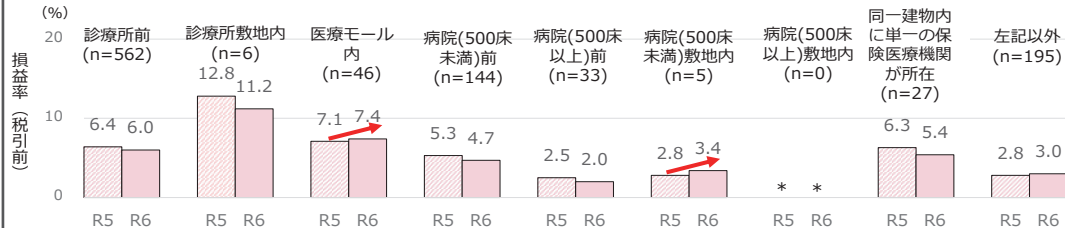
薬局立地別の損益率

中医協 総-2
7. 11. 28

- 令和6年度改定後の損益率は医療モール内および病院（500床未満）敷地内の薬局（特別調剤基本料A算定薬局を除く）で増加していた。
- 医療モール内、診療所敷地内の薬局（特別調剤基本料A算定薬局を除く）の損益率が高かった。

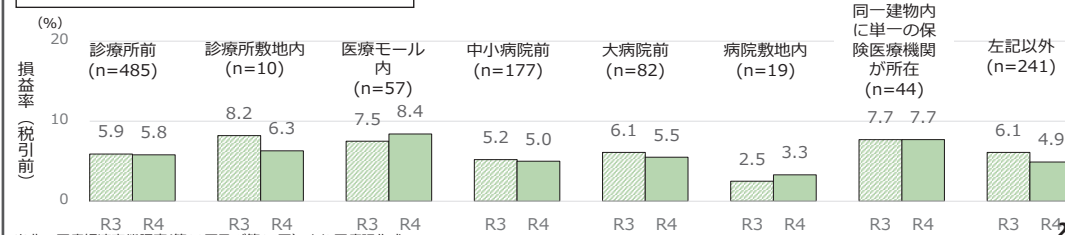
第25回医療実態調査（今回の調査）

※ 損益率は新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出
※ 特別調剤基本料Aを算定している薬局は除いて算出



（参考）第24回医療実態調査（前回の調査）

※ 損益率は新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出



出典：医療経済実態調査(第23回及び第24回) より医療課作成

21

医薬分業

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 厚生労働省

第1 はじめに

1 医薬分業のこれまでの経緯

○ 医薬分業とは、**医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担し国民医療の質的向上を図る**ものであり、医師が患者に処方箋を交付し、薬局の薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行うことで有効かつ安全な薬物療法の提供に資するものである。

○ 我が国では、医薬分業の推進により、処方箋受取率（外来患者に係る院外処方割合を示すいわゆる医薬分業率）が昭和50年頃から徐々に上昇し、平成26年度には68.7%に至っている。

○ **医薬分業の意義**としては、**薬局の薬剤師が患者の状態や服用薬を一元的・継続的に把握し、処方内容をチェックすることにより、複数診療科受診による重複投薬、相互作用の有無の確認や、副作用・期待される効果の継続的な確認ができ、薬物療法の安全性・有効性が向上**することがまず挙げられる。例えば、処方内容のチェックに関しては、薬局が受け付ける年間7.9億枚の処方箋のうち約4,300万枚相当の処方箋について薬剤師から医師への疑義照会が実施されている（平成25年度）。また、院内処方に比べ、患者が薬をもらうための待ち時間の短縮が図られるとともに、薬の効果、副作用等について丁寧な服薬指導が可能となっている。さらに、約9割の薬局は交付する医薬品の減量を行っており、そのきっかけは薬剤師から患者への提案が約4割であるなど、残薬の解消にも貢献している。

○ また、**後発医薬品の使用促進や、薬剤師の在宅医療への積極的な取組、専ら医学的観点からの処方の推進が図られることにより、医療保険財政の効率化等にも貢献**している。

22

健康保険法

（基本的理念）

第二条

健康保険制度については、これが**医療保険制度の基本**をなすものであることにかんがみ、高齢化の進展、疾病構造の変化、社会経済情勢の変化等に対応し、その他の医療保険制度及び後期高齢者医療制度並びにこれらに密接に関連する制度と併せてその在り方に関して常に検討が加えられ、その結果に基づき、**医療保険の運営の効率化、給付の内容及び費用の負担の適正化並びに国民が受ける医療の質の向上**を総合的に図りつつ、実施されなければならない。

（社会保険医療協議会への諮問）

第八十二条 厚生労働大臣は、第七十条第一項（第八十五条第九項、第八十五条の二第五項、第八十六条第四項、第一百零七項及び第一百四十九条において準用する場合を含む。）若しくは第三項若しくは第七十二条第一項（第八十五条第九項、第八十五条の二第五項、第八十六条第四項、第一百零七項及び第一百四十九条において準用する場合を含む。）の厚生労働省令を定めようとするとき、又は第六十三条第二項第三号若しくは第五号若しくは**第七十六条第二項**（これらの規定を第一百四十九条において準用する場合を含む。）の定めをしようとするときは、中央社会保険医療協議会に諮問するものとする。ただし、第六十三条第二項第三号の定めのうち高度の医療技術に係るものについては、この限りでない。

23

令和6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体制評価の見直し

- ▶ **調剤基本料の評価の見直し**
 - ・ 地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から調剤基本料の引上げ
 - ・ 調剤基本料2の算定対象拡大による適正化（1月における処方箋の受付回数4,000回を超え、かつ、処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が7割を超える薬局）
- ▶ **かかりつけ機能に係る薬局の評価（地域支援体制加算）の見直し**
 - ・ 薬局の地域におけるかかりつけ機能を適切に評価する観点から要件を強化
 - ・ 他の体制評価に係る評価を踏まえた点数の見直し
- ▶ **新興感染症等に対応できる薬局の評価（連携強化加算）の見直し**
 - ・ 改正感染症法の第二種指定指定医療機関の指定要件を踏まえた見直し
- ▶ **医療DXの推進**
 - ・ 医療DXに対応する体制（電子処方箋、マイナ保険料利用率、電子カルテ情報共有サービス、電子薬歴等）を確保している場合の評価を新設
- ▶ **その他の見直し**
 - ・ 特別調剤基本料の区分新設（いわゆる同一敷地内薬局、調剤基本料の届出がない薬局に区別）
 - ・ いわゆる同一敷地内薬局の評価見直し

質の高い在宅業務の推進

- ▶ **在宅業務に係る体制評価**
 - ・ ターミナルケア、小児在宅医療に対応した訪問薬剤管理指導の体制を整備している薬局の評価を新設
- ▶ **ターミナル期の患者への対応に係る評価充実**
 - ・ 医療用麻薬を注射で投与されている患者を月8回の定期訪問ができる対象に追加（介護報酬も同様の対応）
 - ・ ターミナル期の患者の緊急訪問の回数を月4回から原則月8回に見直し
 - ・ ターミナル期の患者を夜間・休日・深夜に緊急訪問した場合の評価新設
 - ・ 医療用麻薬の注射剤を希釈しないで無菌調製した場合の評価追加
- ▶ **在宅患者への薬学的管理及び指導の評価の拡充**
 - ・ 処方箋交付前の処方提案に基づく処方変更に係る評価新設
 - ・ 退院直後などの計画的な訪問が始まる前に患者を訪問して多職種と連携した薬学的管理・指導を行った場合の評価新設
- ▶ **高齢者施設の薬学的管理の充実**
 - ・ ①ショートステイの利用者への対応、②介護療養院、介護老人保健施設の患者に対して処方箋が交付された場合の対応の評価新設（服薬管理指導料3）
 - ・ 施設入所時等に服薬支援が必要な患者に指導等を行った場合の評価新設

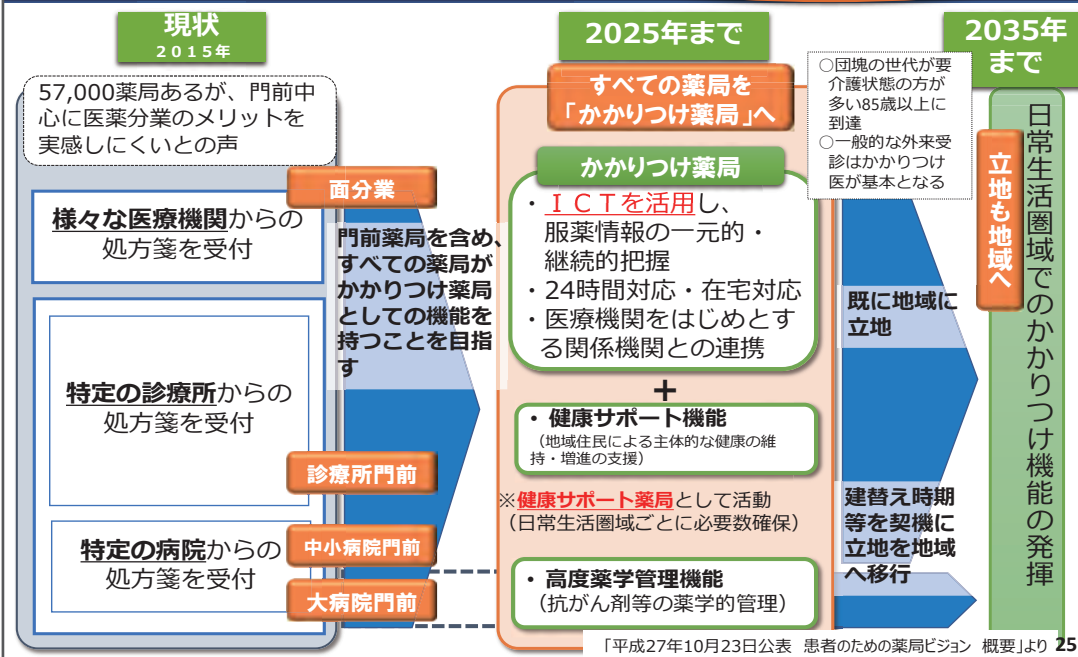
かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・薬剤師業務の評価の見直し

- ▶ **かかりつけ薬剤師業務の評価の見直し**
 - ・ 休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能とする見直し
 - ・ かかりつけ薬剤師と連携して対応する薬剤師の範囲見直し（複数名可）
 - ・ かかりつけ薬剤師指導料等を算定している患者に対して吸入指導を実施した場合の評価、調剤後のフォローアップ業務の評価が算定可能となるよう見直し
- ▶ **調剤後のフォローアップ業務の推進**
 - ・ 糖尿病患者の対象薬剤拡大（インスリン製剤等→糖尿病薬）
 - ・ 慢性心不全患者へのフォローアップの評価を新設
- ▶ **医療・介護の多職種への情報提供の評価**
 - ・ 介護支援専門員に対する情報提供の評価を新設
 - ・ リアル処方箋調剤に伴う医療機関への情報提供の評価を明確化
- ▶ **メリハリをつけた服薬指導の評価**
 - ・ ハイスケジュールの服薬指導（特定薬剤管理指導加算1）における算定対象となる時点等の見直し
 - ・ 特に患者に対して重点的に丁寧な説明が必要となる場合における評価（特定薬剤管理指導加算3）を新設（①医薬品リスク管理計画に基づく説明資料の活用等の安全性に関する特段の情報提供の場合、②長期収載品の選定療養、供給不足による医薬品の変更の説明をした場合の評価）
- ▶ **調剤業務に係る評価（自家製剤加算）の見直し**
 - ・ 嚥下困難者用製剤加算を廃止し飲みやすくするための製剤上の調製を行った場合の評価を、自家製剤加算での評価に一本化
 - ・ 供給不足によりやむを得ず錠剤を粉砕等する場合でも加算が算定できるよう見直し

24

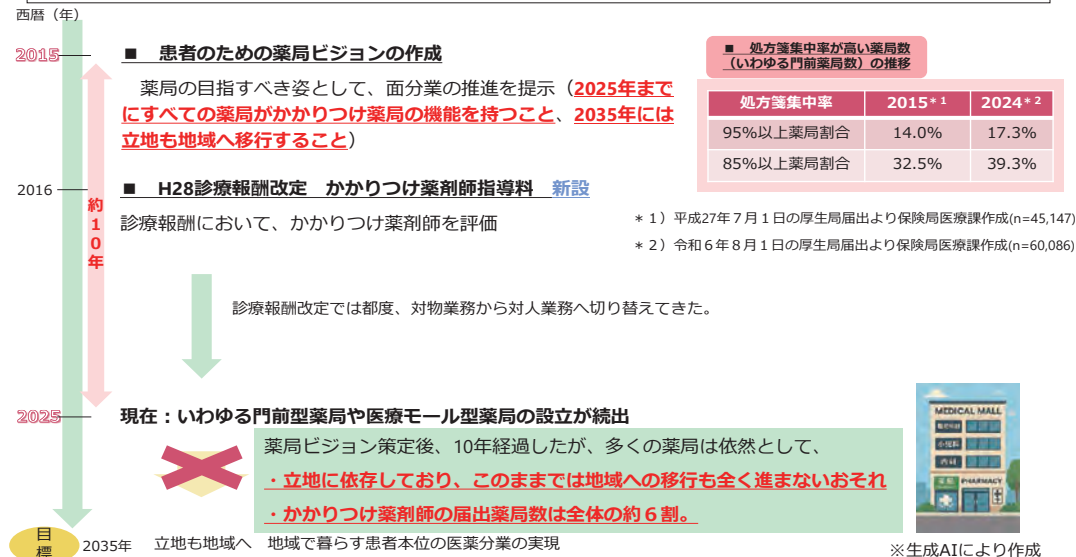
薬局再編の全体像

～ 立地 から 機能 へ～



薬局ビジョン策定後の状況

〇『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。



対応方針；

他職種等に理解される業務へ

- ・ 地域偏在、職域偏在への対応
- ・ 時代に合わせた業務内容の組み替え
- ・ 人的業務の明確化
- ・ 在宅医療への強化
- ・ かかりつけ薬剤師、薬局の普及策

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%）のペ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

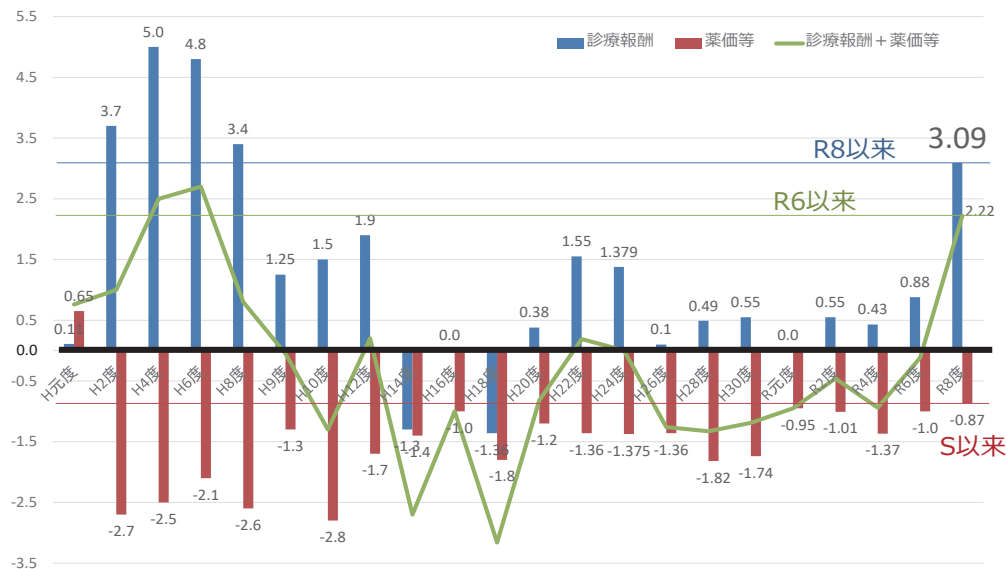
- ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ② 賃上げの実効性確保のための対応
- ③ 医師偏在対策のための対応
- ④ 更なる経営情報の見える化のための対応

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

近年の診療報酬・薬価等改定率の推移

改定率 (%)



29

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
 - ・ 小規模孤立抑制のため、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
 - ・ 複数日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）

30

本日のお話

令和 8 年度診療報酬改定の前夜

令和8年度調剤報酬の概要

最後に

31

令和 8 年度診療報酬改定

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

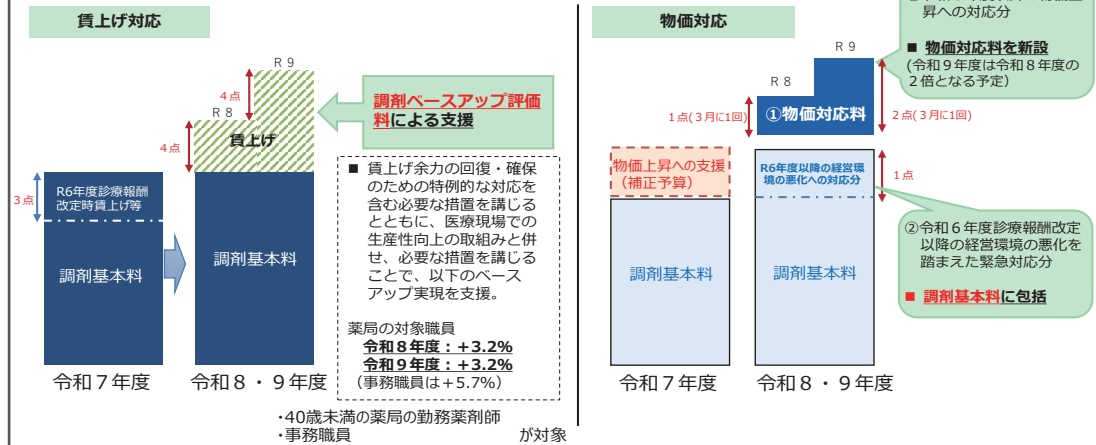
32

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

1. 賃上げ・物価対応に係る全体像

【基本的な考え方】



【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。

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

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ハの引上げ - 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	→ 47点
調剤基本料2	29点	→ 30点
調剤基本料3イ	24点	→ 25点
調剤基本料3ロ	19点	→ 20点
調剤基本料3ハ	35点	→ 37点
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 ■ 駅前薬局等立地依存減算 ▲15点 (都市部の駅前薬局・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 | ロ（施設） | 50点 → 50点 |

令和8年度診療報酬改定

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

令和8年度診療報酬改定 Ⅲ－8地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化

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^{注1}の門前薬局や、医療モール内薬局であって処方箋集中度が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調剤基本料1と調剤基本料3ハの点数を引上げ。

処方箋受付回数等及び処方箋集中度		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 ^{注2} 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度 ^{注3} が85%超 ② 処方箋受付回数が1,800回超かつ処方箋集中度が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度の合計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度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度85%超 ^{注4}	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度85%以下 ^{注4}	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（医療ビル内を含む）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度を計算する。**

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。

（1）大型チェーン薬局以外

（2）大型チェーン薬局

グループ全体の処方箋の受付回数

38

令和8年度診療報酬改定 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 39	令和8年度診療報酬改定 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 <table><thead><tr><th>現行</th><th>改定後</th></tr></thead><tbody><tr><td>【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</td><td>【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</td></tr></tbody></table> 【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、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。 ロ 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うことが望ましい。 40	現行	改定後	【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	【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
現行	改定後				
【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	【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				

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	改定後
【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	【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 （医薬品の安定供給に資する要件）	新規の加算
－	○	地域支援・医薬品供給対応体制加算1 27点
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 59点
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 67点
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 37点
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 59点

41

在宅薬学総合体制加算について①

- 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	改定後
【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	【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 <u>（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 100点</u> <u>（新）ロ イ以外の場合 50点</u>

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
- 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
ア 訪問時の医療用麻薬に関する指導実績10回／年
イ 無菌製剤処理加算の算定実績1回／年
ウ 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の合計 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

43

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

（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） （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 カ 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） （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 （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	（5）医療安全に関する取組の実施 ア プレアホイド事例の把握、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 （6）かかりつけ薬剤師が服薬管理指導を行う旨の届出 （7）患者毎に服薬指導の実施、薬剤服用歴の作成 （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） （9）研修計画の作成、学会発表などの推奨 （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 （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 緊急避妊薬の調剤又は販売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） 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） 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こと
--	--

- 体温計
- 体温計
- 血圧測定器
- 体組成計（体脂肪率、BMI等を含むもの）
- 血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメータ）
- 握力計
- 骨密度測定器
- 心電図

- 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

42

在宅薬学総合体制加算について②

在宅薬学総合体制加算追加的措置

- 個人宅以外（高齢者施設等）においても重症度の高い患者等に対して訪問薬剤指導を実施している保険薬局の取組が後退することを防止する観点から、以下の追加的措置を行う。

【在宅薬学総合体制加算】

…施設基準を満たし届出を実施した保険薬局にて、在宅訪問薬剤管理指導に係る処方箋を受け付け調剤した際に算定可能な加算

- 在宅薬学総合体制加算1 30点
- 在宅薬学総合体制加算2
（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 100点
（新）ロ イ以外の場合 50点

※在宅薬学総合体制加算2の施設基準の（2）

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

以下の要件を満たす場合は、個人宅以外であっても、在宅薬学総合体制加算2のイ（100点）を算定できることとする。

＜施設要件＞

- 在宅薬学総合体制加算1を届け出ている保険薬局のうち、個人宅の患者に対する訪問薬剤管理指導等に係る算定回数が、直近1年間で480回以上であること。（在宅薬学総合体制加算2の要件であるところの、「訪問薬剤指導の実績のうち、個人宅等の占める割合」の要件は求めない。）
- 在宅薬学総合体制加算2を届け出ている保険薬局であること。

＜算定要件＞

- 次のいずれかに該当する患者から、訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導に係る処方箋を受け付けて、調剤を実施したとき
・重症度の高い患者（特掲診療料の施設基準等（厚生労働省告示）別表第8の2）
・包括的支援加算の対象患者（特掲診療料の施設基準等（厚生労働省告示）別表第8の3）

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（令和8年3月5日保医発0305第6号）5月29日訂正

44

令和8年度診療報酬改定 II-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－⑥	
医科 (参考) 重症度の高い患者等	
重症度の高い患者（別表第8の2） 1 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、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 2 次に掲げる状態の患者 在宅自己連続携帯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、肺高血圧症であって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	特掲診療料の施設基準等（厚生労働省告示） 在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料
包括的支援加算の対象患者（別表第8の3） 以下のいずれかに該当する患者 - 要介護3以上に相当する患者 - 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者 - 月4回以上の訪問看護を受ける患者 - 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者 - 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者 - 麻薬の投薬を受けている患者 - 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者	包括的支援加算
45	

令和8年度診療報酬改定	
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	
46	

令和8年度診療報酬改定	
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者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
※ 在宅患者の場合又はかかりつけ薬剤師が実施する場合	
47	

令和8年度診療報酬改定	
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	
48	

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	改定後
【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】 1 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 2 1以上の患者の場合 59点 3・4 (略)	【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 イ かかりつけ薬剤師が行った場合 45点 ロ 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 イ かかりつけ薬剤師が行った場合 59点 ロ イ以外の場合 59点 3～4 (略)
(主な算定要件) 1 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。 2 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。 3 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つては週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した場合は（休業前と同一の保険薬局である場合に限り。）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。	(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バ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。）

49

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

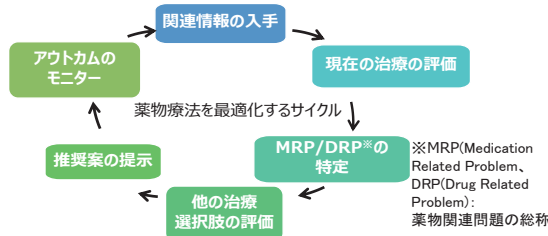
服用薬剤調整支援料2の見直し

- 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	改定後
【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 ロ イ以外の場合 90点	【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つて、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

具体的に必要の実施事項(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



※MRP(Medication Related Problem、DRP(Drug Related Problem)：薬物関連問題の総称

51

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家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。

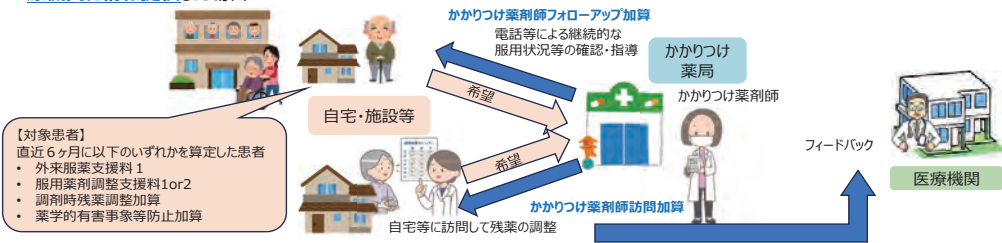
(新) 注13 **かかりつけ薬剤師フォローアップ加算** 50点 (3月に1回)

(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對して、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、**患家に訪問して、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



50

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②

服用薬剤調整支援料2（留意事項）

【服用薬剤総合評価における薬剤師要件】

- ① かかりつけ薬剤師であること
- ② 次のいずれかに該当すること
- 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修了者**
 - 日本老年薬学会の定める**老年薬学認定薬剤師**

【参考（研修受講資格）】

- ① 薬剤師免許を有し、臨床における**実務経験が5年以上**あること
- ② 次のいずれかの認定を有すること
- 公益社団法人薬剤師認定制度認証機構が認証する生涯研修認定制度（G）による認定薬剤師のうちの、薬物療法に係る幅広い知識を確認するための試験合格を経て認定された者であつて、老年薬学会が認めた認定制度によるもの（2026/03時点では**G25 JPALS認定薬剤師CLLレベル6のみ該当**）
 - 一般社団法人日本医療薬学会が認定する**地域薬学ケア専門薬剤師**または、**薬物療法専門薬剤師**
- ③ **薬剤師生涯学習達成度確認試験に合格**していること

(関連資料)

- ◆「ポリファーマシー対策のための持参薬鑑別評価シート開発に関する研究」で作成された「おくり問診票」
- ◆「日本版抗コロナ薬リスクスケール」や「高齢者施設の服薬簡素化提言」（日本老年医学会及び日本老年薬学会作成）

(経過措置) 令和8年6月1日から令和9年5月31日までの間は算定できない。

52

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

53

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の口」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の口」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に、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。

54

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者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

55

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。

56

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日分以上）とそれ以外（27日分以下）との2区分に見直す。

現行	改定後
【調剤管理料】 1 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 2 1以外の場合 4点	【調剤管理料】 1 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 <u>長期処方（28日分以上）の場合</u> <u>60点</u> ロ <u>イ以外（27日分以下）の場合</u> <u>10点</u> 2 <u>1以外の場合</u> <u>10点</u>

- 調剤管理加算を廃止する。

現行		改定後
【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 □ 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	➡	（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	50点
ロ 在宅患者に対して実施した場合（イの場合を除く。）	50点
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。）	50点
ニ イからハまで以外の場合	30点

※ 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。

[illegible]

残薬対策に関する主な改定項目

```
graph TD
    A[処方時の対応] --> B[処方時の残薬確認]
    B --> C[薬局による残薬の確認と調整の評価]
    C --> D[調剤時の対応]
    D --> E[在宅訪問時の対応]
    E --> A
```

処方時の対応

- **処方時の残薬確認**
 - 地域包括診療加算及び地域包括診療料において、診療の際、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件。
 - 地域包括診療加算及び地域包括診療料の算定患者への処方薬を把握し管理する手段の一つとして、電子処方箋システムの活用が含まれることを明確化。
 - 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料において、診療の際、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件。
- **処方箋様式の見直し**
 - ・ 処方箋様式に指示欄を設け、予め医師が指示していれば、「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」ことを可能とする。

調剤時の対応

- **薬局による残薬の確認と調整の評価**
 - ・ 調剤報酬に、残薬を発見して調剤する薬剤を減量したときの評価（新）調剤時残薬調整加算を新設

※）残薬調整後に長期処方でなくなった場合も、調剤管理料 1 イを算定可

在宅訪問時の対応

- **訪問看護の情報連携推進**（訪問看護の運営基準での明確化）
 - ・ 指定訪問看護の提供に当たり、服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認も含めて利用状況等の把握を行う必要があることを規定。
 - ・ 服薬状況については、主治医への情報提供とともに、利用者の同意を得て薬局への情報提供を行うことが望ましいことを規定。
- **かかりつけ薬剤師による残薬の確認**
 - ・ かかりつけ薬剤師の患者への訪問による服薬管理、残薬状況の確認等の推進を行うため、（新）かかりつけ薬剤師訪問加算を新設

疑義解釈資料の送付について（その7）（令和8年5月29日保険局医療課事務連絡）

【調剤管理料】

問4 内服薬が長期処方（28日分以上）されている患者であって、残薬の状況が確認されたものにおいて、処方医に対して照会を行い調剤日数の変更が行われる又は処方箋の「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供」の欄にその旨の指示があり、減量調剤を行うことにより、実際の調剤する内服薬の投与日数が27日分以下となった場合、調剤管理料の1のイ（長期処方（28日分以上））又はロ（イ以外の場合）のいずれかを算定すべきであるか。

(答) 調剤管理料の1のイを算定する。

【調剤時残薬調整加算】

問5 「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」（令和8年3月5日保医発0305第6号）別添3の「区分10の2」の2 調剤時残薬調整加算の（7）において「6日以下相当の処方日数の変更を行う理由は、がん化学療法薬等の高額な医薬品であるため患者負担等の軽減する必要があること又はがん化学療法の専門的な観点によることとする」とあるが、「薬学の専門的な観点による」理由とは、具体的に何か。

(答) 例えば、以下の場合が該当する。

- ・添付文書において服用期間が定められている薬剤について、これまでの処方日数と新たに受け付けた処方箋に記載されている処方日数を通算すると添付文書で定められた服用期間を超えてしまうことが見込まれる場合。
- ・次回の診察時の検査結果等により処方内容の変更が見込まれる場合。

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



65

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

66

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

67

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 |

68

■令和8年度診療報酬改定

■令和8年度調剤報酬の概要

■最後に

69

今後の保険薬局への期待

地域医療の質の維持・向上に対して、 頼りになる存在

- 患者・家族には、いつでも頼れるところ
- 他の医療者には、医薬品全般の総合相談所
- 国民には、なくてはならないところ

なさっていることが相手に伝わるように

70

最後に

1. 地域で頼られる薬局、薬剤師であってください。
2. 患者、ご家族、他の医療従事者等から、薬の専門家として評価してもらえる業務に取り組んでください。
→ 業務内容は一律ではありません。
3. すべき業務と調剤報酬上の評価は同じではありません。
→ 調剤報酬で評価されていないからやらなくても良い、というものではありません。
4. 調剤報酬における算定要件、施設基準等は取り組むべき業務があってのものです。
→ 仏作って魂入れずでは、より要件等が複雑化します。
5. 調剤報酬改定にはデータと周囲の理解が必要です。
→ 医療経済実態調査等へのご協力よろしくお願いいたします。

71

ご清聴ありがとうございました。



使ってみよう！
マイナ保険証

