調剤報酬請求事務専門士　公式テキスト　第 20 版

訂正・追記表

○　調剤報酬請求事務専門士　公式テキスト　第 20 版の発売後に公示された訂正および改定された項目について、下記の通り追記表を掲載しますので、差替えをお願いいたします。

①　調剤報酬点数表一覧

②　調剤報酬明細書の記載要領

③　疑義解釈

④　調剤報酬点数表に関する事項

①調剤報酬点数表一覧

令和８年６月19日の厚生労働省による訂正追記情報、同年７月29日（保医発0729第２号）より公示された高額療養費の見直しに伴う、調剤報酬明細書の記載要領の一部改正について、下記の通り追記いたします。

１．公式テキストP85　一部内容を差替え（黄色）

【調剤管理料欄】	項目/算定要件等			点数/略号	
【薬学管理料欄】調剤管理料の加算	調剤時残薬調整加算 ＊6日分以下でも例外あり →理由記載で可	７日分以上の残薬調整	イ）処方提案が反映（在宅患者）	50点	調残A
			ロ）調剤日数の変更（在宅患者/イ除く）		調残B
			ハ）かかりつけ薬剤師（イ・ロ除く）		調残C
			ニ）イ・ロ・ハ以外	30点	調残D

【薬学管理料欄】	項目/算定要件等		点数/略号	
【薬学管理料欄】調剤管理料の加算	薬学的有害事象等防止加算 （残薬調整以外の処方確認・変更）	イ）処方提案が反映（在宅患者）	50点	調有A
		ロ）処方変更（在宅患者/イ除く）		調有B
		ハ）かかりつけ薬剤師（イ・ロ除く）		調有C
		ニ）イ・ロ・ハ以外	30点	調有D
※調剤管理料１イを算定した場合 内服薬が長期処方（28日分以上）されている患者であって、減数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１日分以上かつ27日分以下となり、当該点数を算定する場合かつ在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合				調管減

２．P86　一部内容を差替え

【薬学管理料欄】	項目/算定要件等				点数	略号
処方箋受付1回につき	服薬管理指導料２	イ）かかりつけ薬剤師	３月超の来局	手帳あり	59点	薬Bイ
			３月以内の来局 ３月超の来局	手帳なし		薬Bイ無
		ロ）かかりつけ薬剤師以外	初回、３月超の来局	手帳あり		薬Bロ
			初回、３月以内、 ３月超の来局	手帳なし		薬Bロ無
	服薬管理指導料４ ※情報通信機器を使用	イ）	３月以内に再度処方箋を提出した患者（手帳あり）		45点	薬Dイ再
			介護老人福祉施設等の患者			薬Dイ施
		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			59点	薬Dロ
		ハ）ロのうち、患者の急変等に伴い行った場合				薬Dハ
		ニ）イからハまで以外	３月以内に再度処方箋を提出した患者（手帳なし）			薬Dニ無
			３月を超えて又は初めて処方箋を提出した患者			薬Dニ

②　調剤報酬明細書の記載要領

1．公式テキストP261 別紙１Ⅱの第３の２の（13）特記事項の記載のうち、「30～35、43・44」（黄色）を差替え

３０	区オ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ②「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証、小児慢性特定疾病医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合（特記事項「３５」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ②低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合（特記事項「３５」に該当する場合を除く。）
３１	多ア	以下のいずれかに該当する場合 ①70 歳未満で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き得者 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（ア））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は小児慢性特定疾病医療受給証が提示された場合、又は適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は小児慢性特定疾病医療受給証が提示された場合において、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾病医療支援又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合（以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。ただし、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業については、特記事項「３４」及び同「３５」に限る。） ②70 歳以上で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢医療にあっては、課税得者 690 万円以上）の世帯」の高齢受給証若しくは後期高齢医療資格確認書（一部負担金の割合（３割））が提示又は高齢受給証情報若しくは後期高齢医療資格確認書情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給証又は特定疾患医療受給証が提示された場合、又は適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給証又は特定疾患医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３２	多イ	以下のいずれかに該当する場合 ①70 歳未満で「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き得者 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（イ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は小児慢性特定疾病医療受給証が提示された場合、又は適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は小児慢性特定疾病医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ②70 歳以上で「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢医療にあっては、課税得者 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給証又は特定疾患医療受給証が提示された場合、又は適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給証又は特定疾患医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）

３３	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 ①70 歳未満で「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き得者 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（ウ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は小児慢性特定疾病医療受給証が提示された場合、又は適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は小児慢性特定疾病医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ②70 歳以上で「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢医療にあっては、課税得者 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給証又は特定疾患医療受給証が提示された場合、又は適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給証又は特定疾患医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３４	多エ	以下のいずれかに該当する場合 ①70 歳未満で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き得者 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（エ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給証、特定疾患医療受給証、小児慢性特定疾病医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合、又は適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証、小児慢性特定疾病医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ②70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税得者 145 万円未満）の世帯」の高齢受給証（一部負担金の割合（２割））が提示又は高齢受給証情報が提供された場合であって、特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合、又は適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３５	多オ	以下のいずれかに該当する場合 ①70 歳未満で「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給証、特定疾患医療受給証、小児慢性特定疾病医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合、又は適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証、小児慢性特定疾病医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ②70 歳以上で「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合、又は適用区分（Ⅱ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）

４３	多カ	後期高齢医療で課税得者 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計得者金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢が２人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））かつ特定医療費受給証、特定疾患医療受給証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示又は後期高齢医療資格確認書情報が提供かつ特定医療費受給証、特定疾患医療受給証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
４４	多キ	後期高齢医療で課税得者 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税得者 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計得者金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢が２人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢医療資格確認書（一部負担金の割合（１割））かつ特定医療費受給証、特定疾患医療受給証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示又は後期高齢医療資格確認書情報が提供かつ特定医療費受給証、特定疾患医療受給証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）

2. 公式テキストＰ266 (21)の「サ」の下に次の文章（黄色）を追記

シ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第２条第 16 号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合は、「薬選（近視）」と記載し、「摘要」欄に薬剤名を記載すること。

3. 公式テキストＰ267 (24)に「なお～」の次の段落に（黄色）を追記

なお、内服薬及び湯薬について、14 日分を超える投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を同一薬局において行う場合には、第１回目の調剤から通算した日数に対応する薬剤調製料及び調剤管理料から前回までに請求した薬剤調製料及び調剤管理料の点数を減じた点数を記載すること。

また、内服薬が長期処方（28 日分以上）されている患者であって、減数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１日分以上かつ 27 日分以下となり、調剤管理料１のイを算定する場合については、減数調剤を実施した年月日、減数調剤を実施した薬剤名及び調整前の日数を「摘要」欄に記載すること。

4. 公式テキストＰ268 (26)のウ「調剤基本料」欄についての（イ）の下に（黄色）を追記

(ウ) 近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品のみを調剤する場合は、調剤基本料を算定できないため、合計点数に計上しないこと。

5. 公式テキストＰ274 (30)の「サ」に（黄色）を追記

サ 70 歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給 証、特定疾患医療受給 証若しくは小児慢性特定疾病医療受給 証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給 証若しくは特定疾患医療受給証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

６．公式テキストＰ281 別表Ｉの 45 の下に（黄色）を追加

46	調剤管理料	内服薬が長期処方（28 日分以上）されている患者であって、減数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１日分以上かつ27日分以下となり、調剤管理料１のイを算定する場合	減数調剤を実施した年月日、減数調剤を実施した薬剤名及び調整前の日数を記載すること。
47	近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品を調剤する場合	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第２条第16号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合	薬剤名を記載すること。

③　疑義解釈

令和８年６月 26 日以降に公示された調剤報酬にかかわる疑義解釈について、下記の通り追記いたします。
厚生労働省ホームページより

（1）厚生労働省　Q&A　令和８年６月 26 日　　別添６

～地域支援・医薬品供給対応体制加算～

（問）	「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和８年３月５日保医発 0305 第８号）の第 92 地域支援・医薬品供給対応体制加算の２（３）コ（ト）において、「当該保険薬局及び当該保険薬局に併設される医薬品の店舗販売業（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 25 条第１号に基づく許可を有する店舗）において、薬事未承認の研究用試薬又は検査サービスを販売又は提供していないこと。」とあるが、当該保険薬局が属する法人が、薬事未承認の研究用試薬又は検査サービスをインターネット上で販売又は提供している場合は、当該施設基準を満たすか。
（答）	インターネット上で販売又は提供している場合は、当該保険薬局において販売又は提供しているものとみなす。したがって、施設基準を満たさないため、地域支援・医薬品供給対応体制加算の２から５までについては、届出をすることはできない。

～訪問薬剤管理医師同時指導料～

（問）	「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１５の９」訪問薬剤管理医師同時指導料の（３）において、「同時に訪問を行う「訪問診療を実施している保険医療機関の保険医」は、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し、当該患家の患者の主治医であることとする。」とあるが、今後在宅時医学総合管理料が算定される見込みの患者に対し、在宅時医学総合管理料の施設基準を満たす保険医療機関に所属する医師とともに当該指導を行った場合であっても、初回の訪問診療時には在宅時医学総合管理料の算定開始前のため、当該指導料の算定はできないのか。
（答）	医師による初回の訪問診療時に同時訪問し、共同指導を行うことは可能だが、当該共同指導に係る訪問薬剤管理医師同時指導料の算定は、当該医師により当該患者について在宅時医学総合管理料が算定されたことを当該保険医療機関に確認した後に行うこと。

（2）厚生労働省　Q&A　令和８年７月 17 日　　別添３

～調剤時残薬調整加算～

（問）	「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」調剤管理料の２ 調剤時残薬調整加算の（６）において、内服薬、屯服薬及び外用薬については、「７日分以上相当」の残薬についての基準が示されているが、注射薬についてはどのように考えればよいか。
（答）	注射薬における「７日分以上相当」とは、処方箋で指示されている１日使用量に鑑みて７日分以上の使用量に相当する残薬をいう。なお、インスリン製剤等の１製剤で複数回使用可能な注射薬については、製剤単位で残薬の調整を行うこと。
（問）	「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（令和８年３月 27 日保医発 0327 第２号）の別表Ⅰにおいて、調剤時残薬調整加算を算定するにあたり、調整した残薬日数が６日以下の場合、残薬調整をする理由を摘要欄に記載することとされており、そのうちの１つとして「投与間隔が長い薬剤のため」と記載可能であるが、「投与間隔が長い」とは、具体的にどういった場合を指すか。
（答）	投与間隔が６日間以上の場合を指す。

～服用薬剤調製支援料～

（問）	「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１４の３」服用薬剤調整支援料（２）服用薬剤調整支援料２のアにおいて「内服薬が合計で６種類以上処方されている患者」とあるが、この内服薬の種類数の考え方については、服用薬剤調整支援料１と同じか。
（答）	そのとおり。調剤している内服薬の種類数に屯服薬は含めない。また、内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、１銘柄ごとに１種類として計算する。

～かかりつけ薬剤師フォローアップ加算～

（問）	「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３」12 かかりつけ薬剤師フォローアップ加算の（２）のイにおいて、「ただし、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算に係る業務を行うことによって当該算定に係る問題（残薬等）が解消されている場合を除く。」の規定に該当する場合は、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算を算定可能できるのか。
（答）	算定不可。直近６月以内に外来服薬支援料１、服用薬剤調整支援料１若しくは２又は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ている場合であっても、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算に係る業務により当該算定の原因となった問題（残薬等）が解消されている場合は、当該加算を算定できない。

（3）厚生労働省　Q&A　令和８年９月２日　　別添３

～調剤基本料 2～

（問）	「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについ て」（令和８年３月５日保医発 0305 第８号。以下「特掲施設基準通知」と いう。）第 88 の２調剤基本料２の１（１）ウ（ロ）に「令和８年５月 31 日において、現に処方箋の受付回数が１月当たりに 1,800 枚以下であるとして届け出ている保険薬局」とあるが、令和８年５月 31 日時点で、当該届出が受理され、その届出に基づく調剤基本料が算定されていなければ、これに該当しないか。
（答）	受理状況にかかわらず、令和８年６月１日からの算定に係る届出として、令和８年５月 31 日までに、特掲施設基準通知の様式 84（調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類）を用いて、処方箋の受付回数が１月当たりに 1,800 枚以下であるとして届け出ている場合も、当該規定に該当する。

～特別調剤基本料 A～

（問）	「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和８年厚生労働省告示第 71 号）第十七の「経過措置」の七において、「令和八年三月四日において保険薬局の所在する建物内に保険医療機関が現に所在していた場合であって、同年三月五日以降、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、第十五のーの⑹のイに該当しないものとみなす。」とされているが、令和８年３月４日時点で保険薬局の所在する建物内に現に所在していた保険医療機関との間で、令和８年３月５日以降に新たな不動産取引等の特別な関係が生じた場合や、既存の不動産取引等の内容を変更して賃借区域の拡張が行われた場合、当該保険薬局について当該経過措置は適用されるか。
（答）	いずれの場合も経過措置は適用されない。当該経過措置は、令和８年３月４日時点において存在していた特別な関係を対象とするものであり、令和８年３月５日以降に新たに生じた不動産取引等その他の特別な関係についてまで対象とする趣旨ではない。

～調剤時残薬調整加算～

（問）	「区分 10 の２」調剤管理料の「注３」の調剤時残薬調整加算について、処方医に対する照会の結果に基づき、残薬の調整のため調剤日数の変更が行われ、調剤する医薬品の調剤日数又は数量が０となった場合、調剤時残薬調整加算を算定することは可能か。
（答）	処方医に対する照会の結果、当該照会を行った処方箋に記載された一部の処方について、調剤する医薬品の調剤日数又は数量が０となった場合であっても、算定可能である。ただし、当該処方箋に記載された全ての処方について、調剤日数又は数量が０となった場合は、算定できない。なお、「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る処方箋を受け付けた場合に、減数調剤を行うに当たっては、調剤する医薬品の調剤日数又は数量について、処方医への事前の照会をせずに「０」とすることはできないため留意すること。

～服薬管理指導料～

（問）	「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和８年３月５日保医発 0305 第８号）の第 97 の２服薬管理指導料の注１に規定する保険薬局の２（２）アに「当該保険薬局に勤務する週 31 時間以上勤務する保険薬剤師（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、当該保険薬局に継続的に在籍し、週 31 時間以上勤務している期間（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」とあるが、保険薬剤師に対し、育児・介護休業法第 23 条第１項若しくは第３項、第 23 条の３又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該保険薬剤師（労働者に限る。）の所定労働時間が短縮されている場合において、当該保険薬剤師を「当該保険薬局に勤務する週 31 時間以上勤務する保険薬剤師」として扱い、当該保険薬剤師が週 24 時間以上かつ週４日以上勤務している期間を、「当該保険薬局に継続的に在籍し、週 31 時間以上勤務している期間」に計上してよいか。
（答）	よい。なお、計上しないことも可能であるが、この場合は、当該保険薬剤師はかかりつけ薬剤師としての業務を実施しないこと。

～在宅薬学総合体制加算～

（問）	「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和８年３月５日保医発 0305 第８号）第 95 在宅薬学総合体制加算の２（４）において「常勤換算で３名以上の保険薬剤師が勤務していること。また、原則として開局時間中は２名以上の薬剤師が保険薬局に常駐し、常態として調剤応需及び在宅患者の急変等に対応可能な体制をとっていること。」とされているが、当該施設基準を満たすためには、開局時間中の全ての時間帯において２名以上の薬剤師の常駐が必要か。
（答）	原則として、当該保険薬局の開局時間中は２名以上の薬剤師が常駐している必要がある。ただし、週 45 時間以上（このうち、平日は８時間以上、土曜日又は日曜日は一定時間以上。祝日のある週は除く。）、２名以上の薬剤師が常駐する保険薬局において、保険薬局以外の場所にいる薬剤師が在宅患者の急変等に対応可能な体制を整備し、かつ当該保険薬局内にいる薬剤師が処方箋を受け付ける体制を確保している場合には、一部の時間帯について、保険薬局に常駐する薬剤師が１名であっても差し支えない。

～調剤ベースアップ評価料および調剤物価対応料～

（問）	「区分 00」調剤基本料の「注９」、「注 10」又は「注 11」に係る分割調剤を行う場合、調剤ベースアップ評価料及び調剤物価対応料については、どのように算定を行えばよいか。
（答）	分割調剤を行う場合は、初回のみ算定すること。ただし、異なる保険薬局で分割調剤を行う場合は、各保険薬局における分割調剤の初回のみそれぞれ算定できる。

（4）厚生労働省　Q&A　令和８年 10 月 28 日　公示分　別添３

～服薬管理指導料～

（問）	「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和８年３月５日保医発 0305 第８号）の第 97 の２服薬管理指導料の注１に規定する保険薬局の１（３）において、「医療に係る地域活動の取組に参画していること。」とあるが、委嘱を受けて学校薬剤師の業務を行っている場合、届出の際に具体的にどのような文書を添付すればよいか。
（答）	教育委員会又は学校長等が、当該保険薬局に所属する保険薬剤師に対して発行した委嘱状の写し等、学校薬剤師として従事していることが分かる書類（届出時から過去１年間以内に発行されたものに限る。）を添付すること。なお、学校薬剤師は学校保健安全法（昭和 33 年法律第 56 号）及び関係法令により、その職務の内容が規定されていることを踏まえ、委嘱状の写し等を添付した場合は、地域活動の取組に係る事業の概要等に関する文書の添付を要しないものとする。

～服薬管理指導料～

（問）	「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３」服薬管理指導料の８（３）に「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の銘柄名処方による処方箋の交付を受けた患者に対して、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」とあるが、バイオ後続品の薬価が、先行バイオ医薬品の薬価より高い又は同額である場合であっても、当該バイオ後続品の品質、有効性、安全性等について患者に説明を行った場合は、特定薬剤管理指導加算３のロを算定して差し支えないか。
（答）	差支えない。

④　調剤報酬点数表に関する事項　別表１（令和８年６月19日　事務連絡　別添３）

調剤報酬請求事務専門士　公式テキスト　第20版　P.246 表
差し替え（※1.・.2・３変更なし）

項　　目		算定回数	在宅患者訪問薬剤管理指導料１	在宅患者訪問薬剤管理指導料２・３	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	訪問薬剤管理医師同時指導料
調剤管理料等の加算	調剤時残薬調整加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
	薬学的有害事象等防止加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
在宅患者訪問薬剤管理指導料の加算 服薬管理指導料の加算	特定薬剤管理指導加算１	処方箋受付ごと	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算２	月１回まで	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算３	１回まで	×	×	×	×	×
	乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと	×	×	×	×	×
	吸入薬指導加算	６月に１回まで	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師フォローアップ加算※1	３月に１回まで	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師訪問加算※1	６月に１回まで	×	×	×	×	×
	麻薬管理指導加算	１回ごと	○	○	○	○	○
	乳幼児加算	１回ごと	○	○	○	○	○
	小児特定加算	１回ごと	○	○	○	○	○
	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	１回ごと	○	○	○	○	○
	在宅中心静脈栄養法加算	１回ごと	○	○	○	○	○
外来服薬支援料１		月１回まで	×	×	×	×	×
外来服薬支援料２		処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
服用薬剤調整支援料１		月１回まで	○	○	○	○	○
服用薬剤調整支援料２ ※1		６月に１回まで	○	○	○	○	○
調剤後薬剤管理指導料１		月１回まで	○	○	○	○	○
調剤後薬剤管理指導料２		月１回まで	○	○	○	○	○
服薬情報等提供料１		月１回まで	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料２		月１回まで	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料３		３月に１回まで	×	×	×	×	×
経管投薬支援料		１回まで	○	○	○	○	○
在宅移行初期管理料		１回まで	○	×	×	×	×
複数名薬剤管理指導訪問料※2		１回ごと	○	×	○	×	×