

2025年を総括、次期改定に向けた情報整理 ～ゆく年くる年、備えあれば憂いなし～



Knowledge 知識

Ability 能力

Experience 経験

2025年12月22日(月)
株式会社 Kaeマネジメント

2025年戦略推進本部長

代表取締役 駒形 公大

A hand holding a yellow and black pen is writing on a grid-lined notebook. The background is blurred, showing a desk and some papers.

2025年を総括、次期改定に向けた情報整理

1. 改定準備に向けた整理

調剤報酬改定への対応策とは

改定に向けた対策のポイント

- ・ 対応できるコト、対応できないコトを分別する
- ・ 対応できることに全力で取り組む

対応できないコトとは

調剤基本料、連携強化加算、後発医薬品調剤体制加算、薬剤調製料、調剤管理料
地域フォーミュラリ、リフィル処方箋、OTC類似薬の保険給付見直し、薬局認定制度 など

対応できるコトとは

かかりつけ薬剤師指導料を中心とした各種対人業務、在宅医療、医療DX対応

地域支援体制加算

何をすべきなのか

基本料加算(施設基準)

地域支援体制加算

後発医薬品調剤体制加算

医療DX推進体制整備加算

連携強化加算

すべての処方箋に加算される

地域医療への貢献に係る十分な実績

- ①時間外等加算、夜間休日加算
- ②麻薬調剤実績
- ③重複投薬・相互作用等防止加算
- ④かかりつけ薬剤師指導料
- ⑤外来服薬支援料 1
- ⑥服用薬剤調整支援料
- ⑦単一建物診療患者 1 名の在宅
- ⑧服薬情報等提供料
- ⑨小児特定加算
- ⑩多職種連携会議

薬剤師に求められる対人業務

調剤報酬改定への対応策とは

新しいものには「経過措置」がつく

⇒ 改定詳細が出るのは2月末、新報酬は6月から。対応期間は十二分にある。

令和6年度改定

- | | |
|------------------------------|------------|
| ・ 地域支援体制加算 1・2 (基本料 1) の実績要件 | (8月31日まで) |
| ・ 連携強化加算(第二種協定指定医療機関) | (12月31日まで) |
| ・ 医療DX推進体制整備加算(マイナ保険証持参率) | (9月30日まで) |

令和4年度改定

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| ・ 調剤基本料 38 の地域支援体制加算 | (翌年 3 月 31 日まで) |
| ・ 基本料 1 における地域支援体制加算の在宅実績 | (翌年 3 月 31 日まで) |



2025年を総括、次期改定に向けた情報整理

2. 調剤報酬改定に向けた基礎情報

医薬分業の今後のあり方について①

中 医 協 総 - 6
元 . 5 . 1 5

「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援するための医薬分業のあり方について（薬機法等制度改正に関するとりまとめ）」（平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会）から診療報酬に関連し得る主な内容を抜粋

1. 医薬分業の現状

- （前略）厚生労働省の調査では、薬局において応需した処方箋のうち約2.8%について疑義照会が行われ、応需処方箋の約1.0%が処方変更につながっていることが示されるなど、一定の役割を果たしてきた。その一方で近年、これまで長らく薬局においては概して調剤における薬剤の調製などの対物中心の業務が行われるにとどまり、薬剤師による薬学的管理・指導が十分に行われているとはいえず、そのような状況下での医薬分業については、患者にとってのメリットが感じられないとの指摘や、公的医療保険財源や患者の負担に見合ったものになっていないとの指摘がされるようになってきている。
- （前略）1970年代以降、診療報酬で処方箋料の引上げや薬価差解消等の措置がとられたこともあり、処方箋受取率は上昇を続け、現在では処方箋受取率7割、薬局数は5万9千を超えている。費用面では、調剤技術料は調剤報酬改定での引上げもあって直近で1.8兆円に達しており、収益を内部留保として積み上げている薬局もある。
- このような中で、厚生労働省は、平成27年に患者本位の医薬分業の実現に向けて「患者のための薬局ビジョン」を策定し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進して、薬剤師の業務を対物業務から対人業務を中心とした業務ヘシフトさせ、薬剤師がその専門性を発揮するよう、医療保険制度等における対応も含めて施策を進めてきた。
- 今回、本部会では、薬剤師・薬局のあり方と併せて医薬分業のあり方に関して議論してきたが、医薬分業により、医療機関では医師が自由に処方できることや医薬品の在庫負担がないことに加え、複数の医療機関を受診している患者について重複投薬・相互作用や残薬の確認をすることで、患者の安全につながっているという指摘がある一方で、現在の医薬分業は、政策誘導をした結果の形式的な分業であって多くの薬剤師・薬局において本来の機能を果たせておらず、医薬分業のメリットを患者も他の職種も実感できていないという指摘や、単純に薬剤の調製などの対物中心の業務を行うだけで業が成り立っており、多くの薬剤師・薬局が患者や他の職種から意義を理解されていないという危機感がないという指摘、さらには、薬剤師のあり方を見直せば医薬分業があるべき姿になるとは限らず、この際院内調剤の評価を見直し、院内処方へ一定の回帰を考えるべきであるという指摘があった。このことは関係者により重く受け止められるべきである。

薬局再編の全体像

～ 立地 から 機能 へ～

現状

57,000薬局あるが、門前中心に医薬分業のメリットを実感しにくいとの声

様々な医療機関からの処方箋を受付

特定の診療所からの処方箋を受付

特定の病院からの処方箋を受付

面分業

門前薬局を含め、すべての薬局がかかりつけ薬局としての機能を持つことを目指す

診療所門前

中小病院門前

大病院門前

2025年まで

すべての薬局を「かかりつけ薬局」へ

かかりつけ薬局

- ・ ICTを活用し、服薬情報の一元的・継続的把握
- ・ 24時間対応・在宅対応
- ・ 医療機関をはじめとする関係機関との連携

+

- ・ **健康サポート機能**
(地域住民による主体的な健康の維持・増進の支援)

※ **健康サポート薬局**として活動
(日常生活圏域ごとに必要数確保)

- ・ **高度薬学管理機能**
(抗がん剤等の薬学的管理)

2035年
まで

○団塊の世代が要介護状態の方が多い85歳以上に到達

○一般的な外来受診はかかりつけ医が基本となる

日常生活圏域でのかかりつけ機能の発揮
立地も地域へ

既に地域に立地

建替え時期等を契機に立地を地域へ移行

薬局ビジョン策定後の状況

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

西暦（年）

2015

■ 患者のための薬局ビジョンの作成

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

■ 処方箋集中率が高い薬局数（いわゆる門前薬局数）の推移

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

2016

■ H28診療報酬改定 かかりつけ薬剤師指導料 新設

診療報酬において、かかりつけ薬剤師を評価

* 1) 平成27年7月1日の厚生局届出より保険局医療課作成(n=45147)

* 2) 令和6年8月1日の厚生局届出より保険局医療課作成(n=60086)

約10年

診療報酬改定では都度、対物業務から対人業務へ切り替えてきた。

2025

現在：いわゆる門前型薬局や医療モール型薬局の設立が続出



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

目標

2035年

立地も地域へ 地域で暮らす患者本位の医薬分業の実現



※生成AIにより作成

6

薬局・薬剤師の偏在により生じる課題

✓ 地方・過疎地域における薬局・薬剤師の不足

- ・地域における医療提供体制の維持に支障が生じ、とりわけ、医薬品提供体制を維持することに加え、服薬指導、在宅サービスに対するニーズに応えることが困難になる。
- ・薬剤師1人又は薬局1つ当たりの高齢者人口が増加し、仮に薬剤師1人又は薬局1つが欠けるだけでも地域全体に及ぼす影響が大きいなど、地域における医療提供体制が脆弱になる。

✓ 都市部における薬局・薬剤師の集中

- ・店舗内における組織的な対応や、在宅訪問等の高度な薬学管理など、十分な機能を有さない小規模な薬局の設置を誘発するおそれがある（小規模乱立）。
- ・小規模乱立の結果、薬局1つ当たりの受付処方箋枚数が減少し、地域における医療提供体制が非効率になる。
- ・小規模乱立の結果、医薬品配送先の薬局数が多くなるだけでなく1回あたりの配送数量も少なくなるため、卸による医薬品の配送が非効率になるなど、流通に負荷をかける。
- ・小規模乱立の結果、多数の薬局がそれぞれ医薬品の在庫を持つことになるため、過剰な流通在庫を生じさせるだけでなく、供給不安発生時に医薬品の供給不足を助長する。
- ・小規模乱立の結果、患者が薬局を近さのみで選び、薬歴の一元化が成立しにくい。
- ・過当競争の結果、効率的収入を求め、特定の医療機関の処方箋を集中的に調剤する門前薬局等が乱立し、結果として薬剤師の質の低下やかかりつけ薬剤師機能の脆弱化、医療アクセスの偏在等に伴う患者不利益の可能性がある。

問われる社会保障改革

背景

少子高齢社会、社会保障費の増加、働き手不足、効率化

社会保険料から、暮らしを変える。

維新は増え続ける医療費を見直し
社会保険料を下げます。

医療費を
年間 **4兆円**
削減



現役世代
一人あたり
年間 **6万円**
負担軽減※

維新が提案する4つの社保改革

- ① 病床数の適正化
- ② OTC類似薬の保険適用見直し
- ③ 医療DXの推進
- ④ 70歳以上の窓口負担の見直し

引用：日本維新の会ホームページより

診療報酬改定の基礎知識

報酬改定を理解するには「**財源**」を理解する必要がある。

財 源

報酬改定項目は、財源(改定率)に基づき、評価・適正化する項目、金額が決まる
(当然ながら好き勝手できるわけではない)

改定率

診療報酬 +0.88%

- ・看護職員等の賃上げ +0.61%
- ・入院時の食事基準額の引き上げ +0.06%
- ・生活習慣病関連の見直し ▲0.25%

用途指定: +0.42%

※1 : 1.1 : 0.3の配分率

実質本体
+0.46%

- ・医科 0.52%
- ・歯科 0.57%
- ・調剤 0.16%

担当官が技術料に対し定めた改定率になるように項目・報酬を調整

賃上げ対応		+ 1.70% <ul style="list-style-type: none"> ○ 賃上げ対応分：1.57% <ul style="list-style-type: none"> ・ 賃上げ率各年3.2%(2年平均で4.8%) ・ R8改定における賃上げの発射台の補正(賃上げ1%分) 併せて(1)賃上げのベースに賞与の5割程度を含む ※賞与月数減とならないために必要 (2)看護勤務者は介護を踏まえ賃上げ率を上乘せ ○ 生産性向上等：▲0.07% <ul style="list-style-type: none"> ・ AI等による生産性向上への着手・展開 	
物価対応	物価	+ 1.29%	+ 0.76% <ul style="list-style-type: none"> ○ R8.9対応分：0.62% <ul style="list-style-type: none"> ・ 物価2%上昇を見込み、2年平均3%。ただし、委託費は3.2%、2年平均4.8% ・ 「その他経費」も同様の取扱い ○ R7補正相当分：0.69% <ul style="list-style-type: none"> ・ 補正での措置の効果が減じることがないように、同額を改定に織り込み ※R7補正相当分も含め、骨太2025「経済物価動向対応」として扱う必要
	食費・光熱水費		+ 0.09%
	その他		+ 0.44% <ul style="list-style-type: none"> ○ 過去2年分の物価対応分 <ul style="list-style-type: none"> ・ R7補正の措置についてR7補正がR6.7の物価上昇対応する前提で上で1年分 ・ 賃上げ対応と合わせて賃上げ余力が回復すると整理 ※過去2年分の物価対応と合わせて、0.69%を超える水準を確保
政策改定 (通常の改定)		+ 0.25% <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療の高度化、医療機能の強化(政策改定) <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療の高度化への対応(新たな技術導入) ・ 医療機関機能に着目し、地域で高度・救急医療を支える医療機関への重点配分 等 	
適正化・効率化		▲ 0.15% <ul style="list-style-type: none"> ○ 外来・在宅の適正化 <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護、在宅医療の適正化 ・ 一般名処方加算の見直し ・ 医療機関・薬局等が連携した残薬対応の推進 ・ 長期処方・リフィル処方の取り組み強化 ○ 調剤報酬の適正化 <ul style="list-style-type: none"> ・ 調剤基本料の見直し ・ 後発医薬品調剤体制加算の見直し 	

見せかけプラス改定になるのでは？

本体改定率

+ 3.09%

賃上対応

+ 3.09%

物価対応

+ 1.70%

(調剤は含まれる？)

政策改定
(通常の改定)

(1 : 1.1 : 0.3)
医科：歯科・調剤に分配

+ 1.29%

(基本料で対応か？)

+ 0.25%

(前回(は)0.44%)

適正化・効率化
(外来・在宅、調剤)

▲ 0.15%

(実質外枠改定)

OTC類似薬 自己負担は25%

類型①

成分数 25
品目数 約350
薬剤費 約1,300億円

- ・ 鼻炎(内服・点鼻)
- ・ 胃痛・胸やけ
- ・ 便秘
- ・ 解熱・痛み止め 等

※成分・最大容量・投与経路が完全に一致する単味の医療用医薬品(②～④を除く)

当初案

類型②

成分数 29
品目数 約400
薬剤費 約1,350億円

- ・ 鼻炎(内服・点鼻)
- ・ 胃痛・胸やけ
- ・ 便秘
- ・ 解熱・痛み止め
- ・ 風邪症状全般 等

※類型①に全成分が一致する配合剤を追加(②～④を除く)

類型③

成分数 66
品目数 約1,000
薬剤費 約1,500億円

- ・ 鼻炎(内服・点鼻)
- ・ 胃痛・胸やけ
- ・ 便秘
- ・ 解熱・痛み止め
- ・ 風邪症状全般
- ・ 腰痛・肩こり(外用)
- ・ みずむし
- ・ 殺菌・消毒
- ・ 口内炎
- ・ おでき・ふきでもの等

※類型②に最大容量の定めがない又は幅のある軟膏やシップを追加(④を除く)

類型④

成分数 77
品目数 約1,100
薬剤費 約2,100億円

- ・ 鼻炎(内服・点鼻)
- ・ 胃痛・胸やけ
- ・ 便秘
- ・ 解熱・痛み止め
- ・ 風邪症状全般
- ・ 腰痛・肩こり(外用)
- ・ みずむし
- ・ 殺菌・消毒
- ・ 口内炎
- ・ おでき・ふきでもの
- ・ 皮膚のかゆみ
- ・ 乾燥肌 等

※類型③に大量に使用する可能性のある医薬品(保湿剤など)を追加

牡丹山薬局

①
カバーから
取り出し、

②
この向きで
入れます。

Panasonic
XC-STFR1J-MN

2025年を総括、次期改定に向けた情報整理

3. 各報酬の改定に向けた議論

△ご注意ください！
本年12月2日から
現行の健康保険証は
発行されなくなります
※12月2日時点で有効な保険証は最大1年間有効です

マイナンバーカード
をお持ちの方は次回から
マイナンバーカードで
マイナ保険証の発行をお願いします

マイナンバーカードの保険証利用登録がまだの方
利用登録は窓口（カードリーダー）でできます

厚生労働省

**薬局をご利用の際には、
マイナンバーカードを。**

カードを
「レック」で
読み取り
マイナンバーカードの
健康保険証利用（マイナ保険証）は
すでに7300万人が登録しています！

なるせくん
2023年7月26日生（1歳）

ほくもマイナ保険証もっています

マイナンバーカードをお持ちいただければ、
マイナ保険証の発行が確認できます。（※）
マイナンバーカードと健康保険証の紐づけは薬局でも簡単にできますの
で、ご希望の方は薬局スタッフまでお気軽にお声がけください
※情報を閲覧できるのは医師・歯科医師・薬剤師等が資格者のみです

・手続きなしで限度額以上の一時的な支払いが
・今後は、マイナ保険証に診療券機能

年内議論の総論

とある調剤報酬改定の専門家はこう言っている。

- ・医療の地域差、人材の地域偏在へのアプローチがスタートから多い
- ・医療機関、人材の多い少ないは報酬ではなく「医療政策マター」(医療過疎地の特例は除く)
- ・例年よりも遅く始まった「調剤その1」、報酬改定議論全体が地帯気味
- ・これまでの議論は、医療格差問題が4割、基本料と施設基準が3割、効率化2割
- ・社会保障改革を政策に掲げる「維新の会」の与党入り

情報が少なすぎて予測が出来ない。
(私見を踏まえた)予想すらも怪しい。
職権乱用、なんでもありの改定を予感。



■ 調剤報酬改定に関する議論

調剤技術料

調剤基本料

地域支援体制加算
連携強化加算
後発医薬品調剤体制加算
医療DX推進体制整備加算
在宅薬学総合体制加算

薬剤調製料

麻薬等加算
自家製剤加算
計量混合調剤加算
無菌製剤処理加算

時間外等加算
夜間・休日等加算

薬学管理料

調剤管理料

重複投薬・相互作用等防止加算
調剤管理加算
医療情報取得加算

かかりつけ薬剤師包括管理料

服薬管理指導料・かかりつけ薬剤師指導料

特定薬剤管理指導加算 1 (ハイリスク薬)	吸入薬指導加算
特定薬剤管理指導加算 2 (抗悪性腫瘍剤)	小児特定加算
特定薬剤管理指導加算 3 (RMP・長期収載品等)	乳幼児服薬指導加算
	麻薬管理指導加算

調剤後フォローアップ

調剤後薬剤管理指導料 1
(糖尿病)
調剤後薬剤管理指導料 2
(慢性心不全)

医療機関等への情報提供

服薬情報等提供料 1 (保険医療機関からの求め)	服薬情報等提供料 3 (入院前の服薬状況)
服薬情報等提供料 2 (薬剤師が必要ありと判断)	※服薬情報等提供料 2 は ケアマネへの情報提供を含む

残薬・ポリファーマシー対応

外来服薬支援料 1
服用薬剤調整支援料 1
服用薬剤調整支援料 2

在宅患者

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

在宅患者医療用麻薬持続 注射療法加算	乳幼児加算
在宅中心静脈栄養法加算	小児特定加算
	麻薬管理指導加算

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1

夜間訪問加算・深夜訪問加算・休日訪問加算

在宅移行初期管理料

在宅患者重複投薬・
相互作用等防止管理料

退院時共同指導料

経管投薬支援料

外来服薬支援料 2
(一包化)

特別養護老人ホーム

服薬管理指導 3
外来服薬支援料 2
施設連携加算

在宅患者緊急訪問
薬剤管理指導料 1
(新興感染症対応)

■ 調剤報酬改定に関する議論

調剤技術料

調剤基本料

地域支援体制加算

※具体的な内容は入っていない

後発医薬品調剤体制加算

在宅薬学総合体制加算

薬剤調製料

無菌製剤処理加算

薬学管理料

調剤管理料

重複投薬・相互作用等防止加算

調剤管理加算

かかりつけ薬剤師指導料

吸入薬指導加算

調剤後フォローアップ

副作用に対する
フォローアップ

医療機関等への情報提供

残薬・ポリファーマシー対応

外来服薬支援料 1

服用薬剤調整支援料 1

服用薬剤調整支援料 2

在宅患者

在宅移行初期管理料

在宅患者重複投薬・
相互作用等防止管理料

特別養護老人ホーム

改定に向けた議論の整理

- 1. 調剤基本料**
- 2. 後発医薬品調剤体制加算**
- 3. 地域支援体制加算**
- 4. その他**

改定に向けた議論の整理

1. 調剤基本料

2. 後発医薬品調剤体制加算

3. 地域支援体制加算

4. その他

薬局経営の効率性と薬局の機能（体制）を踏まえた調剤基本料の設定

- 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。
- 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する地域支援体制加算、連携強化加算、後発医薬品調剤体制加算がある。

薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中率が高い
→ 医薬品の備蓄種類数が少なくてすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い
→ 規模が大きいことによるメリットがある

医療経済実態調査等のデータを踏まえ、「効率性の観点」で調剤基本料を設定

一定の機能を有する薬局の体制の評価

- かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局を評価

体制・実績に応じて地域支援体制加算を設定

- 災害時・新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制整備を行う薬局を評価

地域支援体制加算の上乗せとして連携強化加算を設定

- 後発医薬品の使用促進に取り組む薬局を評価

後発医薬品の調剤数量割合に応じて後発医薬品調剤体制加算を設定

- 電子処方箋の整備など医療DXに対応する体制を確保する薬局を評価

医療DX推進体制整備加算を設定

- 在宅訪問を十分行うための体制を整備する薬局を評価

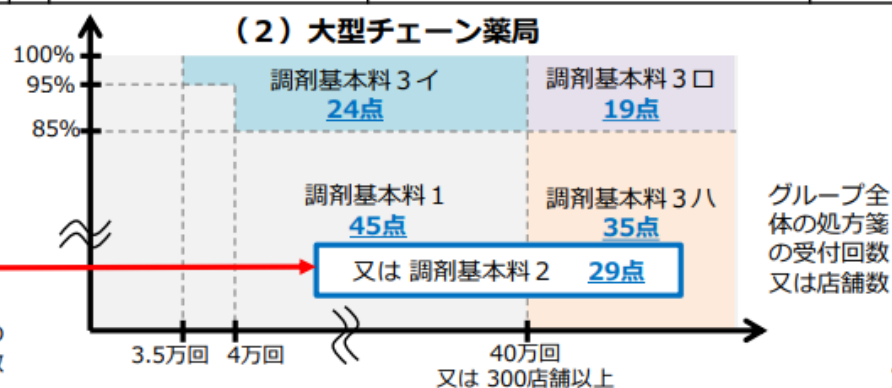
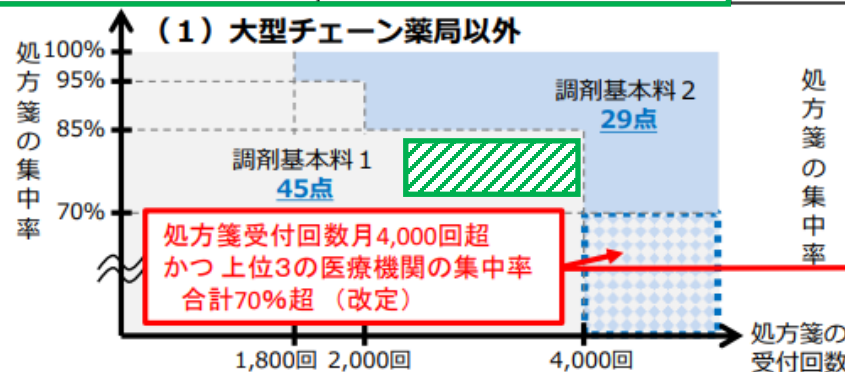
体制・実績に応じて在宅薬学総合体制加算を設定

調剤基本料の見直し

調剤基本料の見直し

- 調剤基本料2の算定対象となる薬局に、1月における処方箋の受付回数が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が7割を超える薬局を加える。

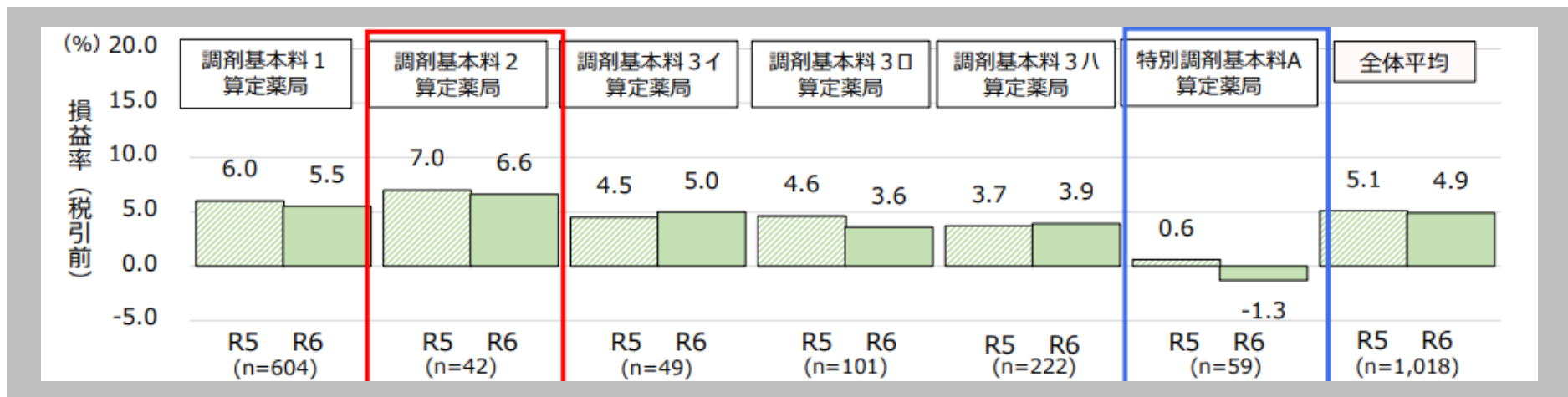
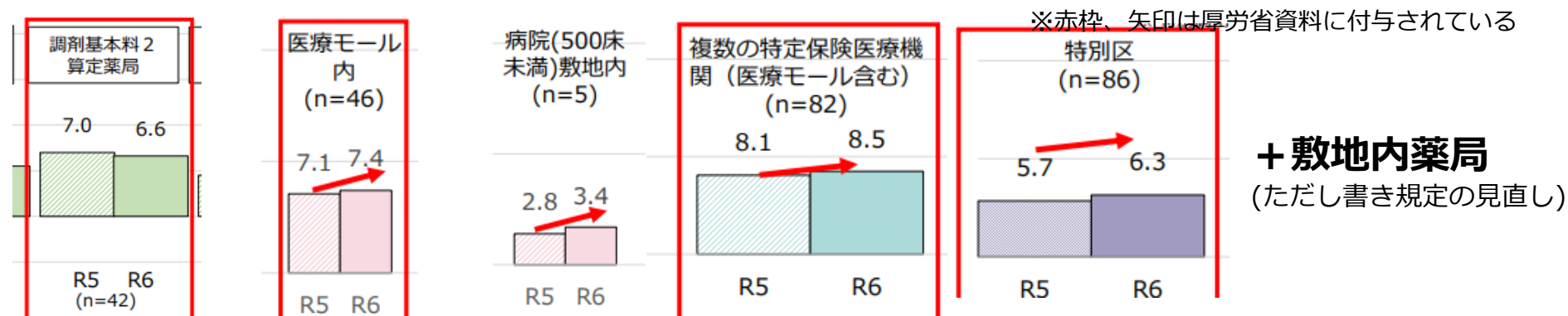
処方箋受付回数等及び処方箋集中度		点数
調剤基本料1	調剤基本料2・3、特別調剤基本料以外	45点
調剤基本料2	① 処方箋受付回数が月2,000回超～4000回かつ処方箋集中度85%超 ② 処方箋受付回数が月4,000回超かつ上位3の医療機関の処方箋集中度の合計70%超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超～2,000回かつ処方箋集中度95%超 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	29点
調剤基本料3	イ 同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回かつ処方箋集中度95%超	24点
	同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回かつ処方箋集中度85%超	
	ロ 同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上かつ処方箋集中度85%超	19点
	ハ 同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上かつ処方箋集中度85%以下	35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	基本料の届出がない薬局	3点



中医協で経営効率が良いという指摘

第25回(令和7年実施)医療経済実態調査の結果より

今回の基本料(要件及び点数)見直しのターゲット

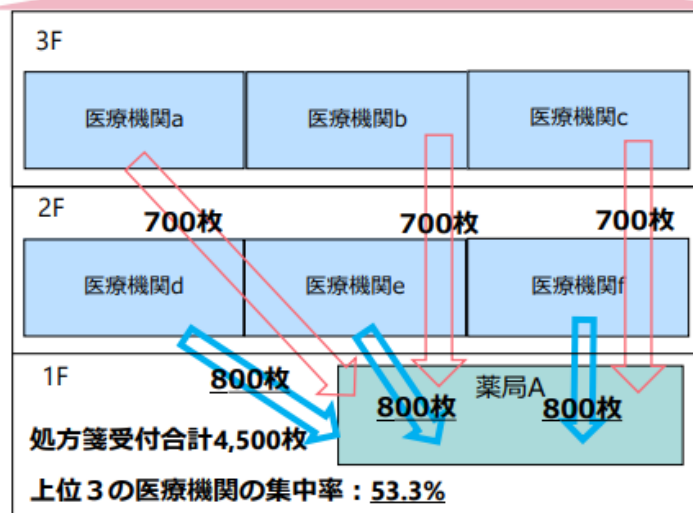


令和7年11月28日中央社会保険医療協議会「調剤その2」

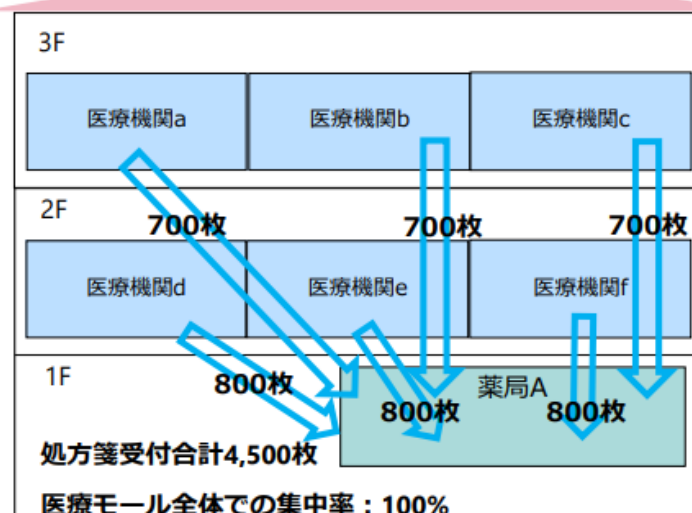
医療モールにおける処方箋集中率

- 現行の調剤基本料2では、処方箋受付回数が月4,000枚超かつ処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関の合計処方箋集中率（70%）が基準の1つとなっているが、医療機関が3つ以上存在する医療モールにある薬局においては、この基準を下回る場合がある。

医療モールにおける現行の処方箋集中率



同一医療モール全体で見た場合の処方箋集中率



2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点

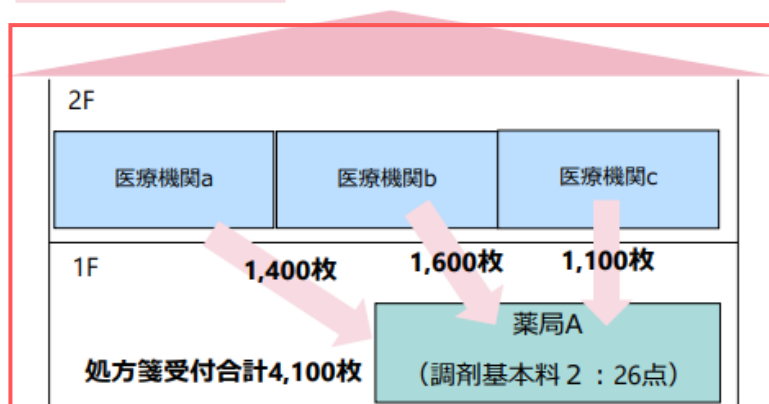
(3) 処方箋集中率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。ただし、処方箋集中率を算出する際に、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋の受付回数は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び同一期間内に受け付けた全ての処方箋の受付回数に含めない。1のアの（イ）の「処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合」は、上位3の保険医療機関それぞれの処方箋集中率を合計して得た値とする。

処方箋受付回数が多い薬局と集中率の関係

中医協 総 - 2
5 . 1 1 . 2 9

- 同一建物内に複数の保険医療機関が所在するいわゆる医療モールに所在する保険薬局は、特定の保険医療機関から多くの処方箋の受付が見込まれ効率的な運用を行うことができる観点から、当該建物内の保険医療機関に係る処方箋受付回数を合算して、調剤基本料2(26点)の該当性が評価されている。
- 一方、薬局近隣の同一区画内等に開設される複数の医療機関から処方箋を応需する場合は、いわゆる医療モールと類似した形態ではあるが、医療機関ごとの受付回数で判断するため、全体の受付回数が月4,000回を超えたとしても、調剤基本料1(42点)又は調剤基本料3ハ(32点)で評価されている。

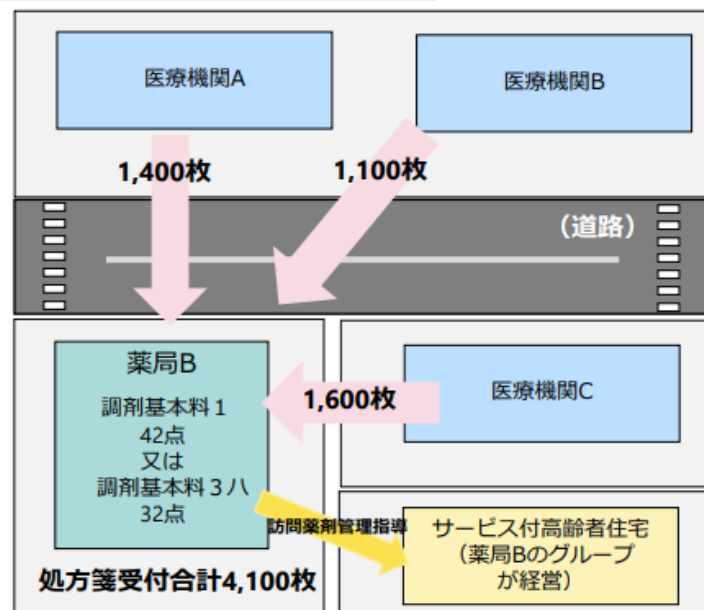
いわゆる医療モール



調剤基本料 2

- イ 特定の保険医療機関からの処方箋受付回数に基づく基準
- (イ) 特定の保健医療機関に係る処方箋の受け付け回数
(同一建物内に複数の保険医療機関が所在するいわゆる医療モールの場合にあっては、当該建物内の全ての保険医療機関に係る処方箋の受け付け回数は当該建物内の全ての保険医療機関に係る処方箋の受付回数を合算したものとす。)が1月に4,000回を超える。

薬局の近隣に医療機関が多く存在する場合

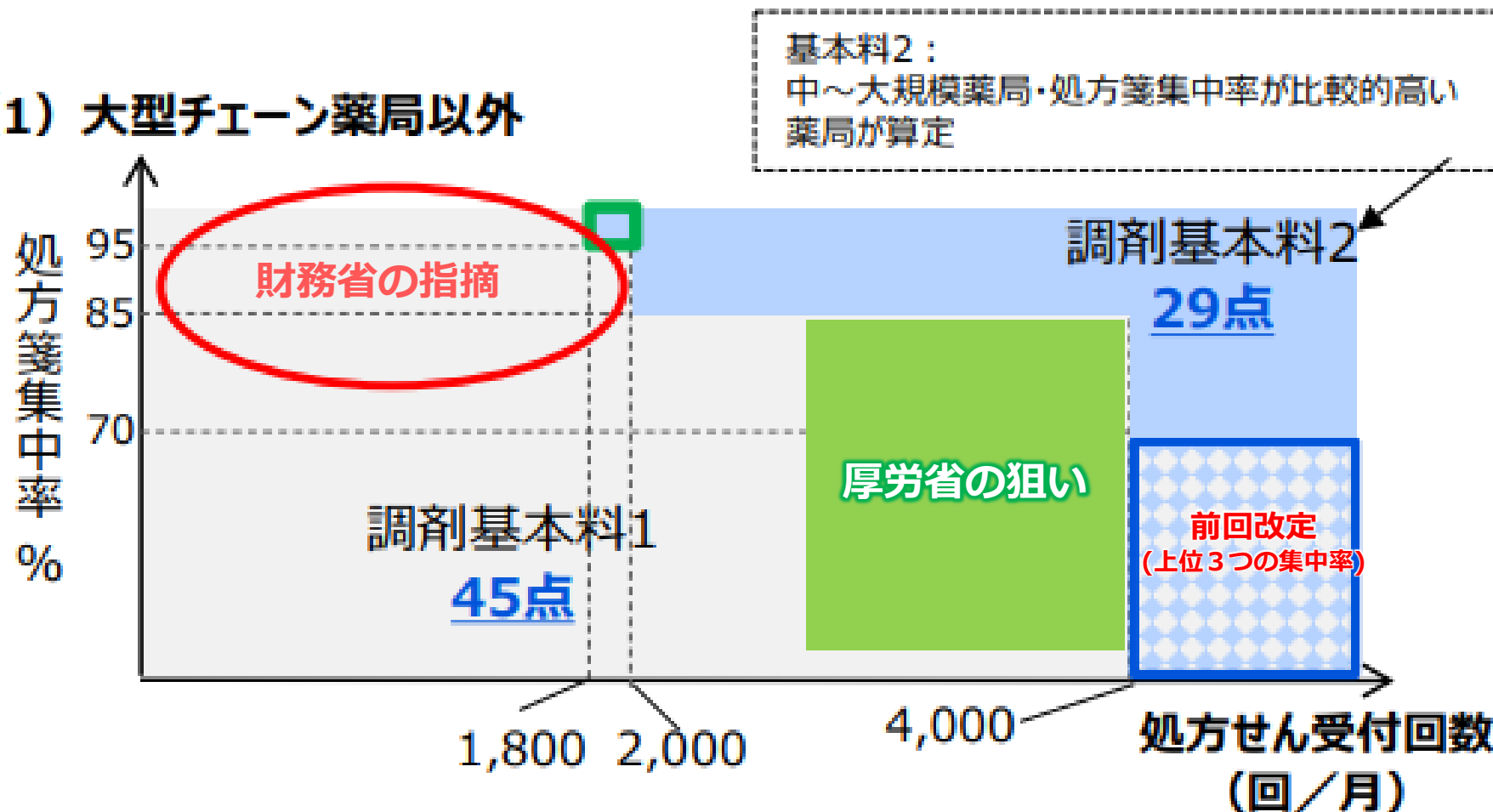


- ・それぞれの医療機関の門前薬局ではあるが、①処方箋集中度が低く、②同一建物内ではなく処方箋受付回数が合算されないため、調剤基本料2の要件には該当しない。
- ・薬局のグループ企業が医療機関等を誘致する場合もある。

集中度見直しの狙い

大型基本料 1 と経営効率の良い基本料 2 (医療ビル)

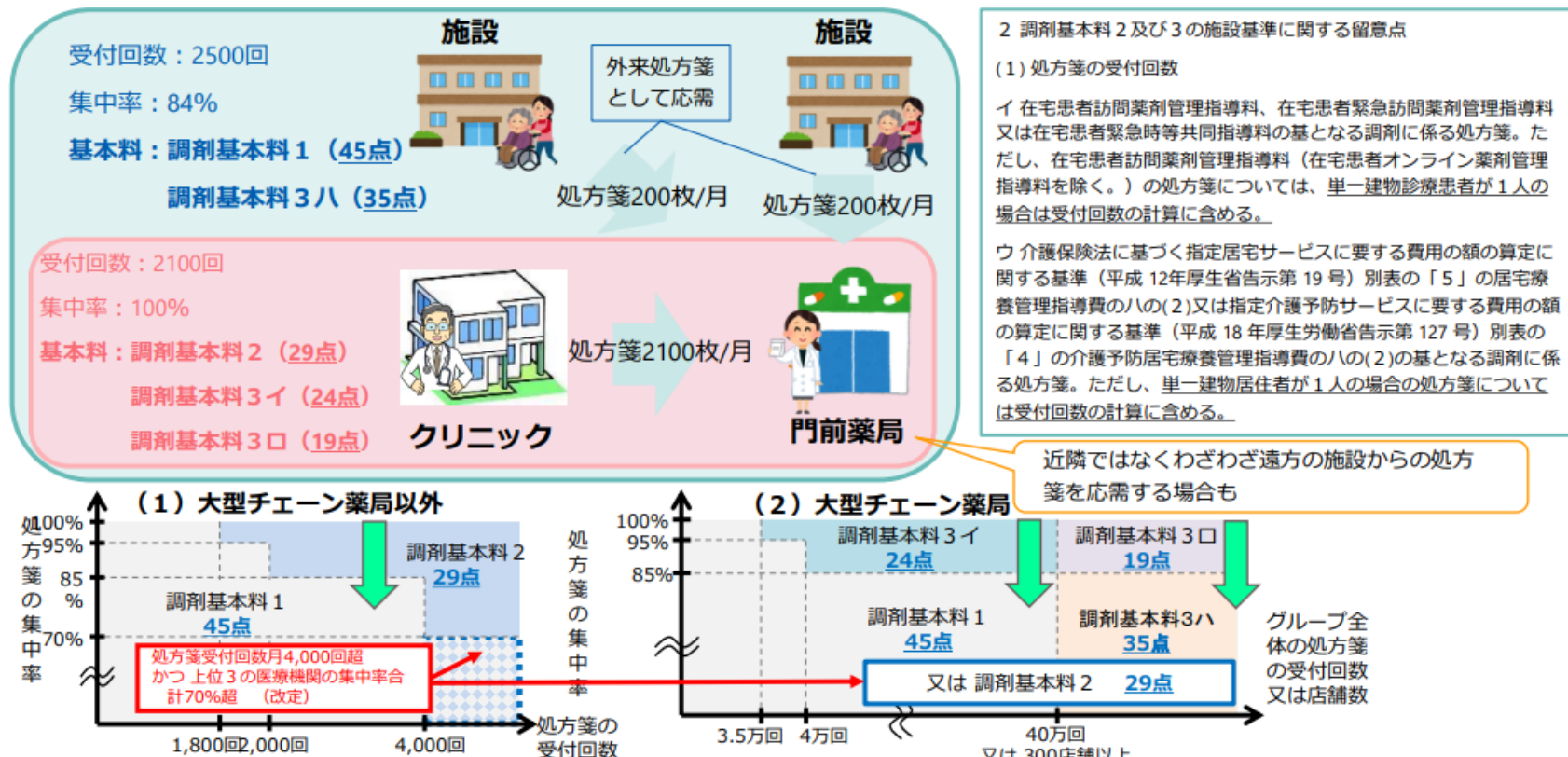
(1) 大型チェーン薬局以外



施設在宅による集中度減少

処方箋集中度の計算

- 処方箋集中度の計算方法は次のとおり。
 - ① 居宅療養管理指導費を算定する単一建物居住者や在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する単一建物診療患者の処方箋は、複数枚であっても1枚とカウント
 - ② 居宅療養管理指導費を算定しない単一建物居住者や在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定しない単一建物診療患者の処方箋は、複数枚である場合は複数枚とカウント
- 門前薬局であるにもかかわらず、意図的に単一建物居住者や単一建物診療患者の処方箋をまとめて応需することで、処方箋集中度が下がり、より点数の高い調剤基本料を算定することができてしまう。



令和7年11月28日中央社会保険医療協議会「調剤その2」

特別調剤基本料のただし書き規定(除外規定)

特別調剤基本料 A の施設基準における除外規定について

- 令和 2 年度診療報酬改定において、特別な関係の適用範囲を診療所に拡大する際に、従来から存在する医療モール（特別な関係の有無にかかわらず、同一建物内又は同一敷地内に保険医療機関及び保険薬局が同居する形態）への配慮として、施設基準において「ただし、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合を除く。」（以下「ただし書き」という。）という除外規定を設けた。
- 昨今、特別な関係のある病院の敷地内にある保険薬局の同一建物に、別途診療所を誘致することで、ただし書きにより、特別調剤基本料 A に該当しない薬局が存在する。

第 88 の 4 特別調剤基本料 A

保医発 0305 第 6 号

1 特別調剤基本料 A に関する施設基準

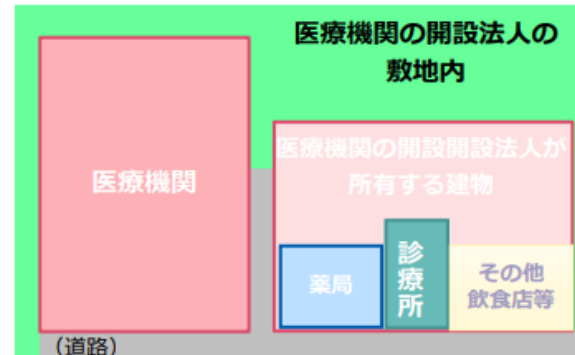
令和 6 年 3 月 5 日

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ている保険薬局であって、処方箋集中率が 50% を超えるとして調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること。ただし、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合を除く。

■ 同一建物内に診療所と薬局が存在する場合



■ 医療機関の開設法人が所有する建物内であって、同建物内に診療所が入っている場合



令和7年10月24日中央社会保険医療協議会「個別事項敷地内薬局」

地域別診療報酬は実現するのか？

地域別の損益率、損益差額

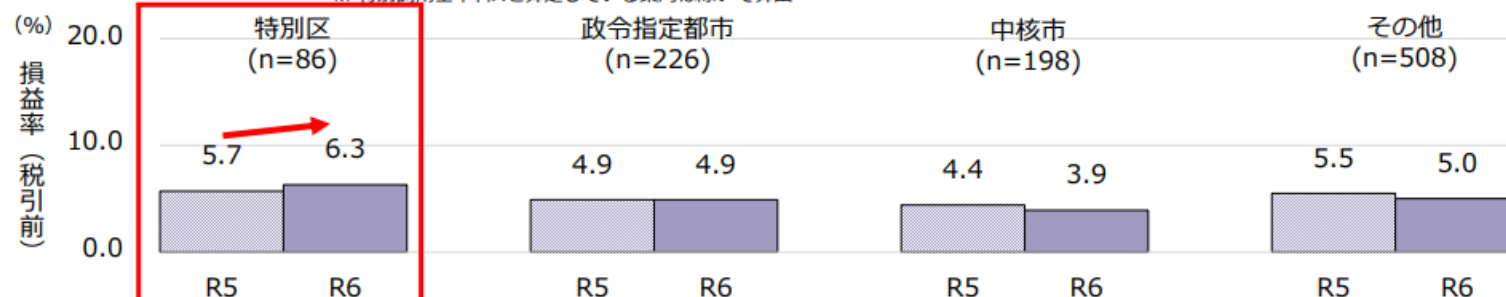
- 令和6年度改定後の損益率は特別区の薬局で増加しており、中核市では低下していた。

第25回医療実態調査（今回の調査）

損益率※（税引前）

※ 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

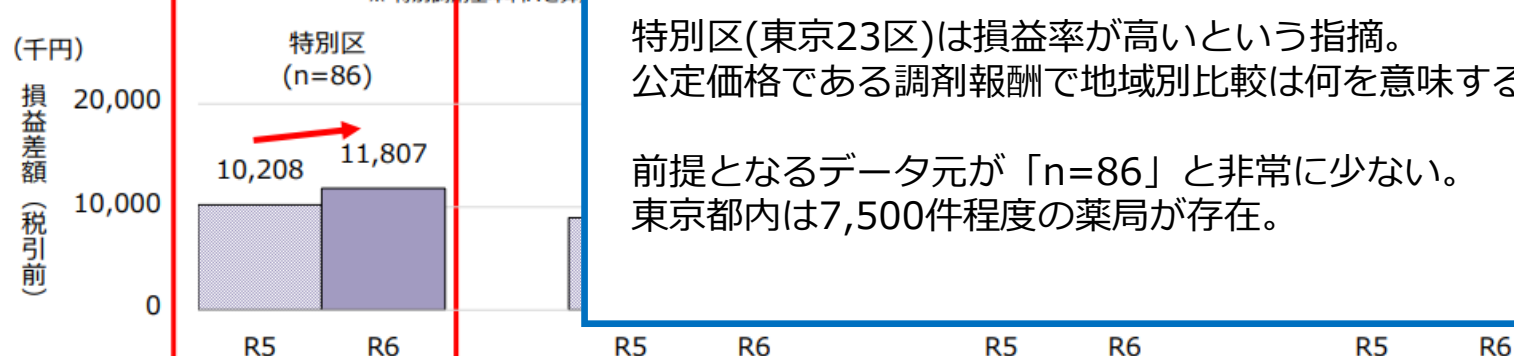
※ 特別調剤基本料Aを算定している薬局は除いて算出



損益差額※（税引前）

※ 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



特別区(東京23区)は損益率が高いという指摘。
公定価格である調剤報酬で地域別比較は何を意味するのか。

前提となるデータ元が「n=86」と非常に少ない。
東京都内は7,500件程度の薬局が存在。

改定に向けた議論の整理

1. 調剤基本料

2. 後発医薬品調剤体制加算

3. 地域支援体制加算

4. その他

改定の方方向性

- ① 報酬意図を変更し名称を変更する
- ② どこかしらの点数減算

個別事項(後発医薬品)での議論

※令和7年12月5日 弊社作成逐語録より

後発医薬品調剤(使用)体制加算の廃止に対する反対意見(医療側)に対して

(健康保険組合連合会：松本委員 支払い側)

後発医薬品体制加算について申し上げているのは、**加算の「性質が変わっていったる」のであればそういう形でしっかりと(評価)ということではないかということ**を申し上げているのであって、今言われた通りいろんなコストと流通とか、在庫の管理に関してコストがかかるということに関しては理解はするけども、(現状の体制加算が)本当にこの対応でいいかという問題提起

(日本医師会：茂松委員 診療側)

名称を変えることで、現場で困っていることに対しての加算にすることであれば、全然理解するが、そういうことなしに「切ります」ということでは理解が出来ないということで、ご理解いただきたいと思う。

後発医薬品に関する論点(中医協)

後発医薬品調剤体制加算

平成20(2008)年1月18日 中医協総会 短冊・答申より

後発医薬品調剤体制加算(2008年度改定新設)

薬局における**後発医薬品の調剤をより進める観点**から、後発医薬品の調剤に要する**コストの負担**にかんがみ、薬局の調剤基本料を見直した上で、後発医薬品の調剤率が**30%以上**の場合を評価する。

旧計算式(分母がすべての医薬品)

現状：後発医薬品の調剤率は90%を超え目的は達成されたと言える

供給問題に対する在庫確保のコスト、調整への負担、患者説明等の追加負担

⇒ **この部分を評価してほしいという主張 (厚労省・診察側)**

⇒ **従来の報酬の評価と目的(性質)が変わっている**

特定薬剤管理指導加算 3 口に該当

後発医薬品供給体制加算(仮)

※勝手な予想です

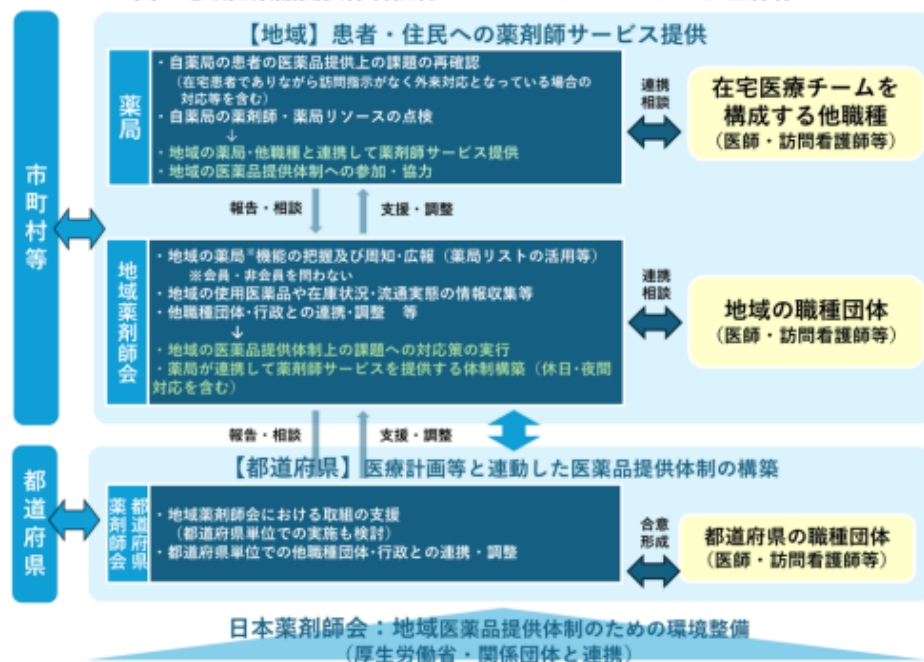
薬局における**後発医薬品の調剤の推進**、**安定供給に対する体制整備**へ要するコストの負担にかんがみ、以下の要件を満たす薬局の体制を評価する。

- ① 後発医薬品の調剤率 ○%以上 (たぶん加算は3区分を維持か?)
- ② 医薬品の備蓄品目数が ○品目以上
- ③ 地域における在庫共有等の取り組みに参画していること

背景・目的

- 人口減少・過疎化の進展、医療資源の減少などの構造的変化が進む中、厚生労働省「薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会」をはじめとして、地域における夜間・休日等の時間外対応／在宅医療における薬剤提供等が課題として指摘されている。
- 変わりゆく社会環境の中で、地域において限られた資源を有効かつ適切に活用し、地域住民のために必要な薬剤師サービスを継続的に提供していくためには、これまで各薬局の個々の努力により、また薬剤師会組織による会員相互扶助の観点で取り組んできた医薬品・薬剤師サービス提供を「**地域体制**」の観点から再点検・再構築する必要がある。
- そのためには、薬局間の連携と、薬局間連携の核となる地域薬剤師会の役割が重要となるとともに、行政的視点からの「**当該地域の医療提供体制に則した医薬品提供体制**」の視点が求められる。
- 本会では、地域の医薬品提供を担う当事者（地域薬剤師会・薬局）目線での具体的な取組事項を、取組のステップごとに「アクション」として定めたうえで、「**地域薬剤師会の取組事項**」「**薬局の取組事項**」としてまとめた（令和7年7月・地域医薬品提供体制強化のためのアクションリスト）。

図：地域医薬品提供体制強化のためのアクションリスト 全体像



全体像における各実施主体の役割

本アクションリストを推進するにあたっては、日本薬剤師会、都道府県薬剤師会、地域薬剤師会、薬剤師・薬局が相互に連動しながら、またそれぞれのレベルで行政ならびに他職種（団体）と連携・協議しながら取り組む。

【地域薬剤師会】

市町村単位を基本として自治体や他職種団体と連携し、「地域体制」としての医薬品提供体制の再構築・強化に取り組む。

【薬局】 ※会員・非会員を問わない

自薬局の機能に応じ、地域薬剤師会のもと地域の他の薬局と連携し、地域としての医薬品提供体制に尽力する。

【都道府県薬剤師会】

地域薬剤師会・薬局の取組を支援するとともに、都道府県単位で検討・実施した方がより効果的・効率的な場合は、その対応について検討する。

都道府県全域の状況を踏まえた上で、特に対応が必要な地域等については、地域薬剤師会とともに実行する。

都道府県単位での他職種団体・行政との連携・調整等が求められる（都道府県体制・医療計画と連動した取組の必要性）。

【日本薬剤師会】

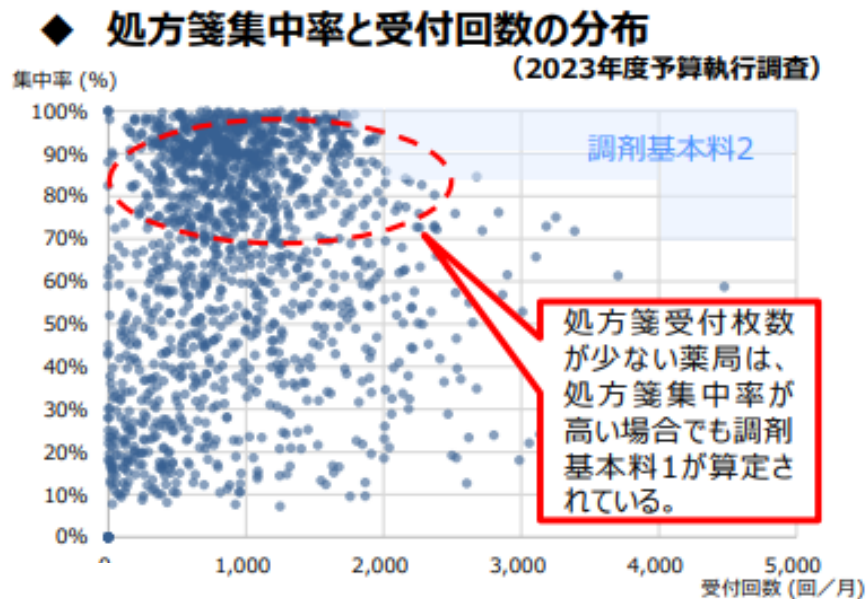
都道府県薬剤師会、厚生労働省、医療関係団体と連携をとりながら、地域薬剤師会と地域の薬局が各アクションを実行し、地域に必要な薬剤師サービスを継続性をもって提供していける環境整備を進めていく。

地域医薬品提供体制強化のためのアクションリストについて（日本薬剤師会HP） <https://www.nichiyaku.or.jp/yakuzaishi/activities/division/actionlist>

財務省の指摘

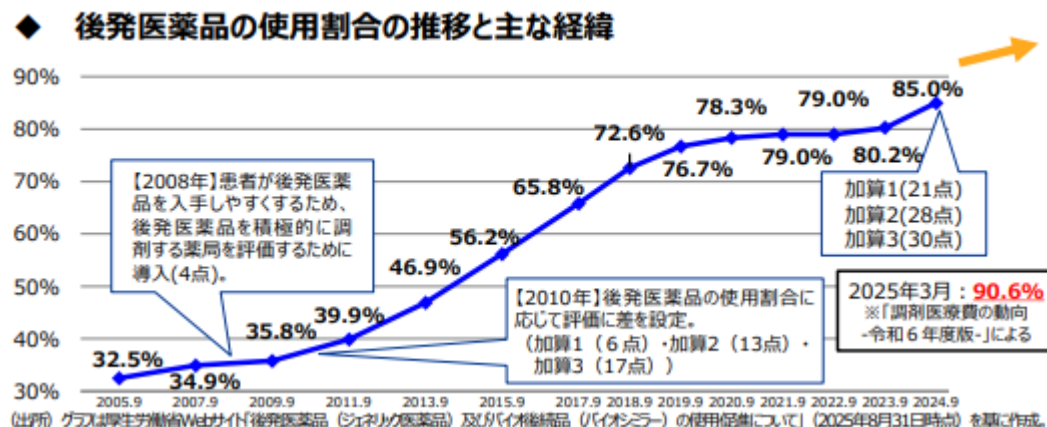
基本料 1 の適正化

受付回数の多寡に関わらず集中率の高い薬局は基本料 1 の適用対象から除外



後発関連加算の廃止

すでに使用割合は9割を超え、インセンティブの役目は終了している。加算方式ではなく減算措置に振り替えるべき



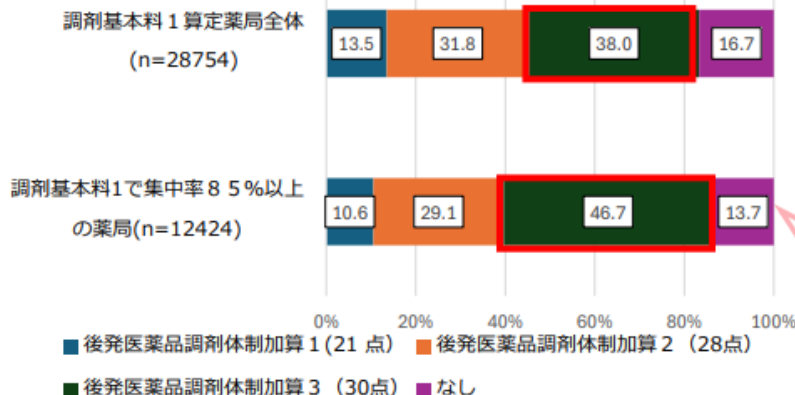
処方箋集中率が高い調剤基本料 1 算定薬局の現状

- 処方箋受付回数600回超で調剤基本料 1 を算定している薬局は、集中率が高い薬局ほど備蓄品目数が少ないにもかかわらず、他の加算より高い点数の後発医薬品調剤体制加算 3 を算定していた。

■ 調剤基本料区分



■ 処方箋受付回数600回超かつ調剤基本料 1 の薬局における後発医薬品調剤体制加算の算定割合



■ 処方箋受付回数600超、調剤基本料 1 算定薬局の処方箋集中率と薬剤師数の関係



処方箋集中率が高く、薬剤師数が少ない小規模薬局が多く存在している。(小規模乱立を促進)

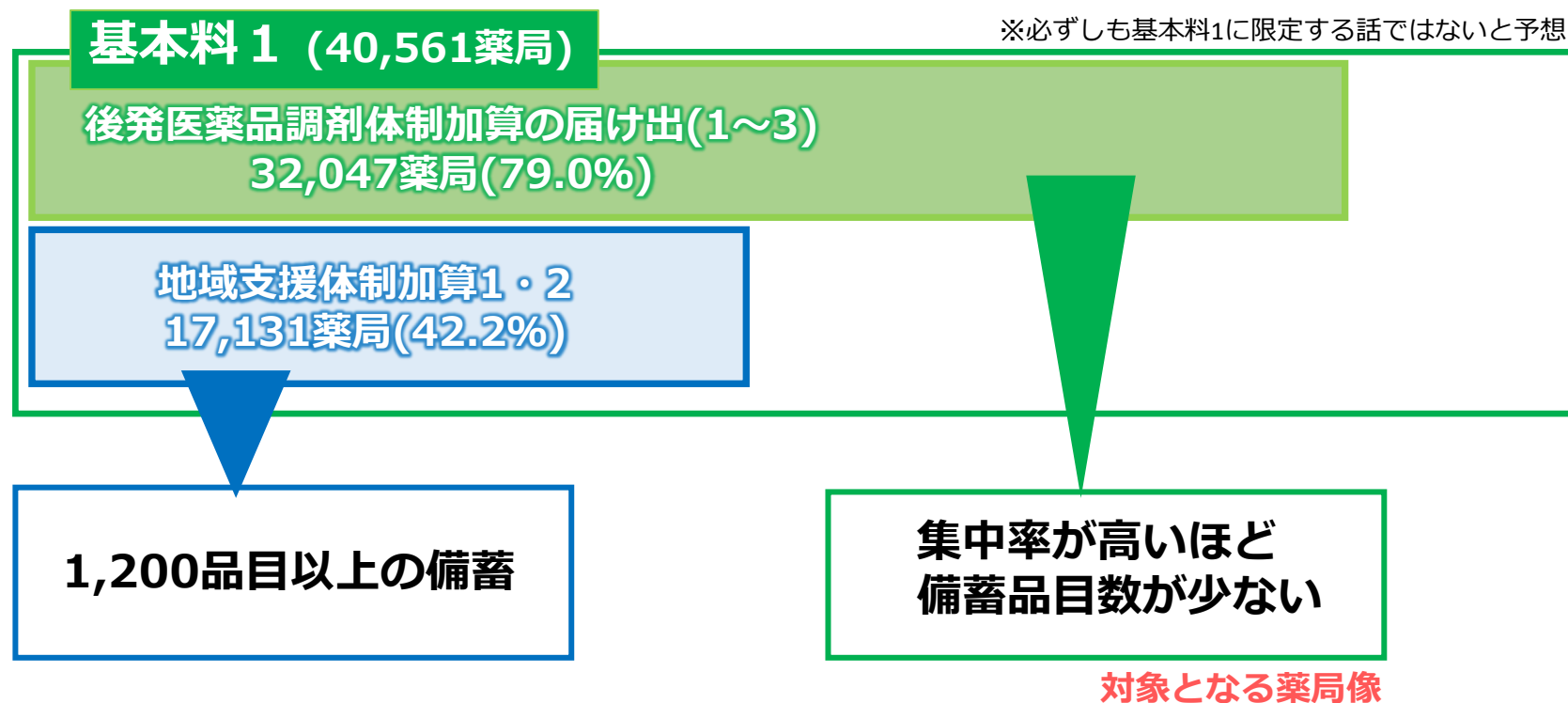
■ 処方箋受付回数600回超かつ調剤基本料 1 の薬局における処方箋集中率別、備蓄医薬品品目数

	品目数
95%超(n=5630)	794
95%以下85%超(n=6795)	1131
85%以下70%超(n=5775)	1301
70%以下(n=10551)	1496

処方箋集中率が高い薬局ほど備蓄品目数が少なく、より低コストで後発医薬品調剤体制加算 3 を算定している

厚労省が作った着地点

調剤基本料 1 を算定している薬局は、集中率が高い薬局ほど備蓄品目数が少ないにもかかわらず、他の加算より高い点数の後発医薬品調剤体制**加算 3**を算定していた。



改定に向けた議論の整理

1. 調剤基本料

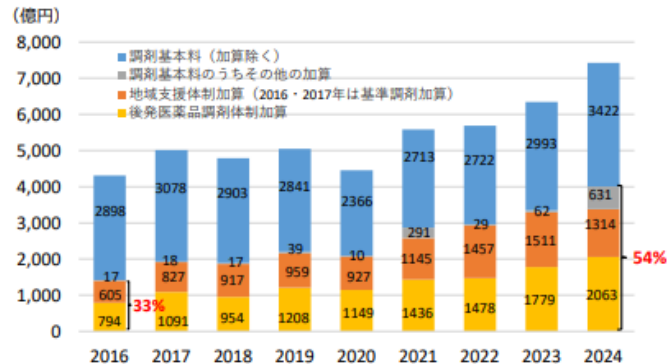
2. 後発医薬品調剤体制加算

3. 地域支援体制加算

4. その他

- 調剤基本料の内訳を見ると、加算の割合が過半となっており、調剤薬局に求められる標準的な機能を評価する基本料部分と政策的な観点から設ける加算部分とが明確に区分されていない状況。加算の大半は後発調剤体制加算と地域支援体制加算が占めている。
- 後発医薬品の使用割合が9割を超える中、後発調剤体制加算の算定割合は8割に達している。また、地域医療への貢献を評価するはずの地域支援体制加算は、調剤基本料の区分で要件が変わる。いずれもメリハリのある評価体系となっているとは言い難い。

◆ 調剤基本料の点数構成の推移（年次ベース換算）



（出所）厚生労働省「社会医療診療行為別統計」（2016年から2023年まで6月審査分、2024年は8月審査分）に基づき積算した各基本料・加算別の単月の総点数を12倍し、1点10円で換算。

◆ 後発医薬品調剤体制加算・地域支援体制加算の算定状況

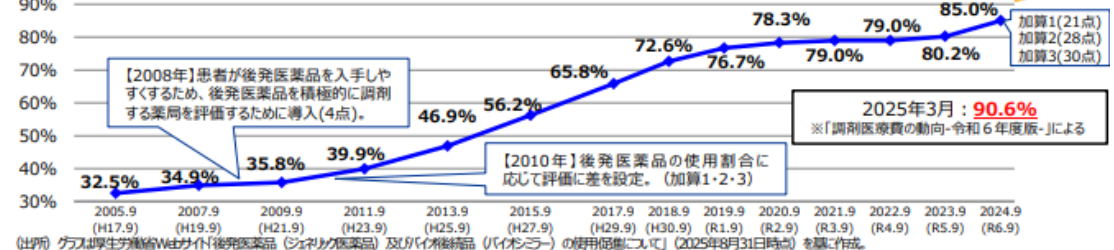
- 後発医薬品調剤体制加算は約8割の調剤行為において算定。
- 地域支援体制加算は約5割の調剤行為において算定。

	算定回数/調剤基本料比	薬局の届出割合
後発医薬品調剤体制加算	7億1,765万回 / 81%	83%
地域支援体制加算	4億2,069万回 / 48%	38%

（参考）調剤基本料の算定回数	8億8,474万回
----------------	-----------

（出所）算定回数は厚生労働省「第10回NDBオープンデータ」（2023年度のレセプト情報）。薬局の届出割合は第616回中央社会保険医療協議会総会資料（2025年9月10日）

◆ 後発医薬品の使用割合の推移と主な経緯



◆ 地域支援体制加算の算定要件

- 地域支援体制加算は、調剤基本料1の薬局のみ要件緩和・点数優遇がなされている。処方箋集中率の多寡にかかわらず、地域医療への貢献や医薬品供給拠点としての取り組みをより適切に評価する要件に見直すべき。

（1）の要件を満たすために必要な実績要件		基本料1	基本料1以外
（2）地域における医薬品等の供給拠点としての対応		40回以上	400回以上
ア 十分な数の医薬品の備蓄、周知（医療用医薬品1200品目）		1回以上	10回以上
イ 薬局間連携による医薬品の融通等		20回以上	40回以上
ウ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制		20回以上	40回以上
エ 麻薬小売業者の免許		1回以上	12回以上
オ 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合70%以上		1回以上	1回以上
カ 取り扱う医薬品に係る情報提供体制		24回以上	24回以上
（3）休日、夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制		30回以上	60回以上
（4）在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応		1回以上	1回以上
（5）医療安全に関する取組の実施		1回以上	5回以上
（6）かかりつけ薬剤師の届出			
（7）管理薬剤師要件			
（8）患者毎に服薬指導の実施、薬剤服用歴の作成			
（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・オ（略）			

【改革の方向性（案）】

- 調剤基本料に係る加算は抜本的に見直すべき。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、地域フォーミュラへの参画や、OTC薬の普及啓発、リフィル処方へ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。

薬局における調剤室の面積について

- 調剤室の面積については、薬局等構造設備規則において規定が設けられている。
- 備蓄品目数については、平成22年度調剤報酬改定で500品目の基準（当時の基準調剤加算）が設けられたが、現在では1200品目に基準（地域支援体制加算）が引き上げられ、備蓄等のためにより広いスペースが必要となっている（2.4倍）。
- 更に、在宅患者への医薬品提供のための無菌調製設備（クリーンベンチ等）や、今後使用促進が期待されるバイオ後続品の保管管理に用いられる保冷庫を調剤室に設置する場合には、より大きな面積が求められる。

○薬局等構造設備規則

(昭和三十六年二月一日)
(厚生省令第二号)

(薬局の構造設備)

第一条 薬局の構造設備の基準は、次のとおりとする。

四 面積は、おおむね一九・八平方メートル以上とし、薬局の業務を適切に行なうことができるものであること。

十 次に定めるところに適合する調剤室を有すること。

イ 六・六平方メートル以上の面積を有すること。

約4畳

基準調剤加算1
(平成22年)

地域支援体制加算
(令和6年)

備蓄品目数

500品目

1200品目

約2.4倍

■ニーズに合わせた薬局の対応の必要性

- ・ 備蓄品目数の増加に合わせた調剤棚等の設置
- ・ バイオ後続品に用いられる保冷庫の拡大
- ・ 無菌調製等設備の設置



34

厚労省からのメッセージ

地域連携強化による薬局の多様化（イメージ）

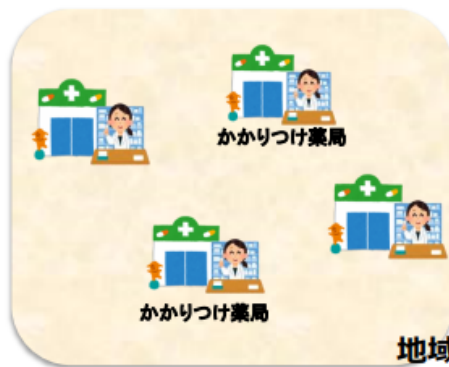
- 小規模の薬局では単独で全ての役割を担うことが困難になる。
- ①地域連携による分担、②ICT技術の活用等により、業務が効率化されれば、処方箋受付時以外の対人業務の充実が期待される。
- 処方箋受付時以外の対人業務は様々であり、薬局ごとに特色のある薬剤師メニューを提供することが可能となる。これにより、特色のある薬局が増加し、患者の選択肢も増加する。

（多様な薬剤師サービスのイメージ）

薬剤レビュー、医療的ケア児・緩和ケア等の在宅対応、糖尿病患者への説明、セルフケア支援、コミュニティスペース、栄養サポート、検査 等

1. 小規模薬局の現状

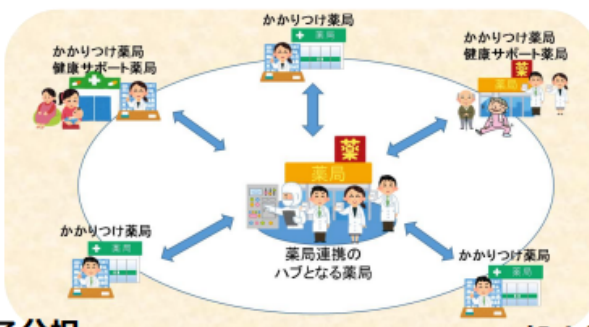
・小規模薬局が単独で全ての役割を担うことが困難



地域連携による分担
ICT技術の活用

2. 地域の薬局間の連携の推進

・ICT技術の活用や地域連携による分担により業務効率化



処方箋受付時以外の
対人業務の充実

3. 特色のある薬局の増加

・多様な薬剤師メニューの提供が可能に

（対人メニューの例示）

- ・薬剤レビュー
- ・様々な在宅対応（医療的ケア児、緩和ケア等）
- ・糖尿病患者への説明（食生活、運動習慣等の重要性等）
- ・セルフケア支援
- ・コミュニティスペース
- ・栄養サポート
- ・検査
- ・認知症ケア

地域連携メニューの例示：

医薬品の融通、輪番、症例検討会・勉強会、対物業務の効率化の取組み、医療機関との調整（例：退院調整）等

令和4年4月19日

第4回薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するWG

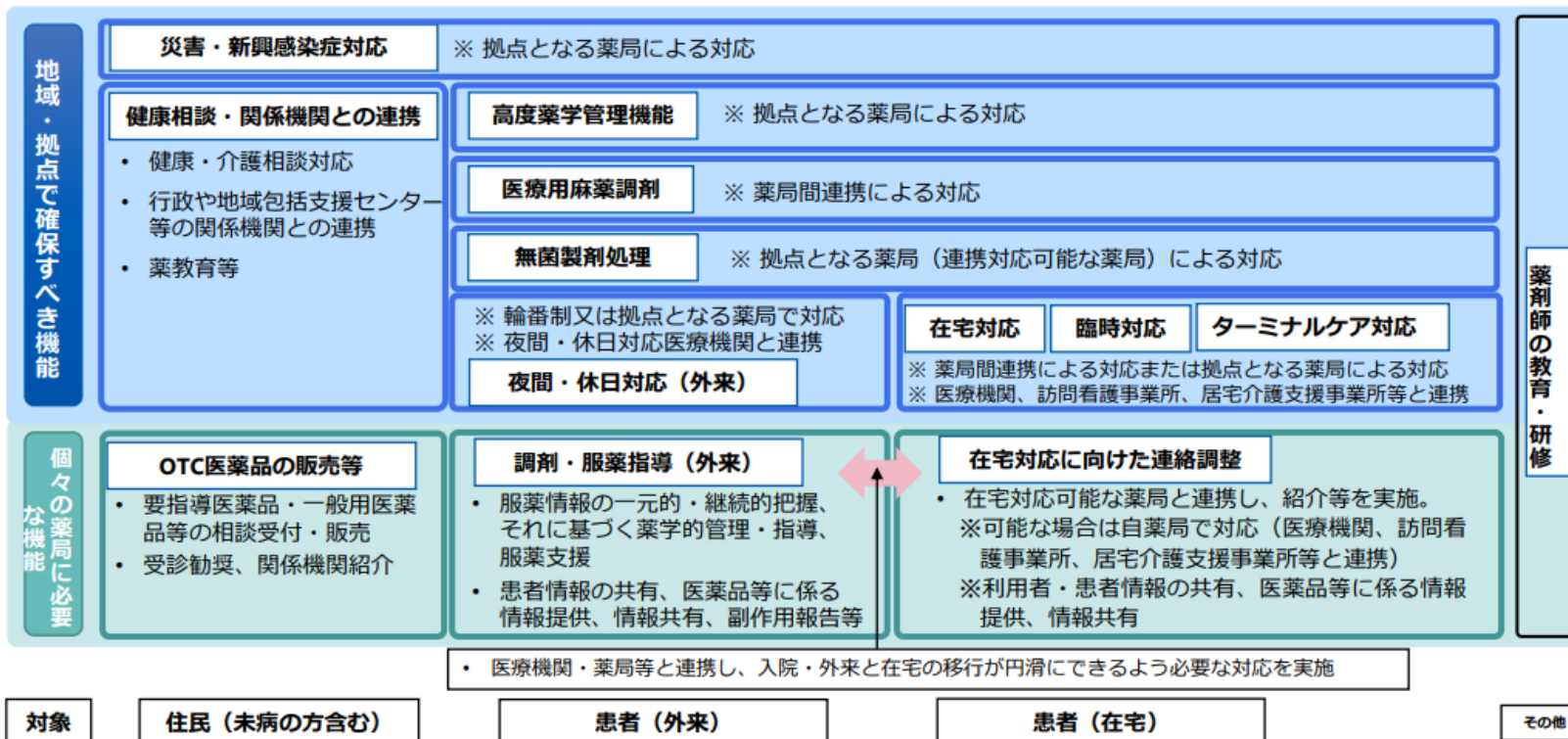
点と点が線となる？

地域における薬局・薬剤師の役割・機能

地域における薬局・薬剤師の主な役割

- 医療関係者等との連携による地域の住民の薬物治療（外来・在宅医療）の提供
- 医薬品の適正使用の推進など公衆衛生の向上・増進
- 薬剤師の資質向上
- セルフケア・セルフメディケーションの推進など、地域住民の健康維持・増進の取組等の支援 等

地域における薬局の機能



点と点が線となる？

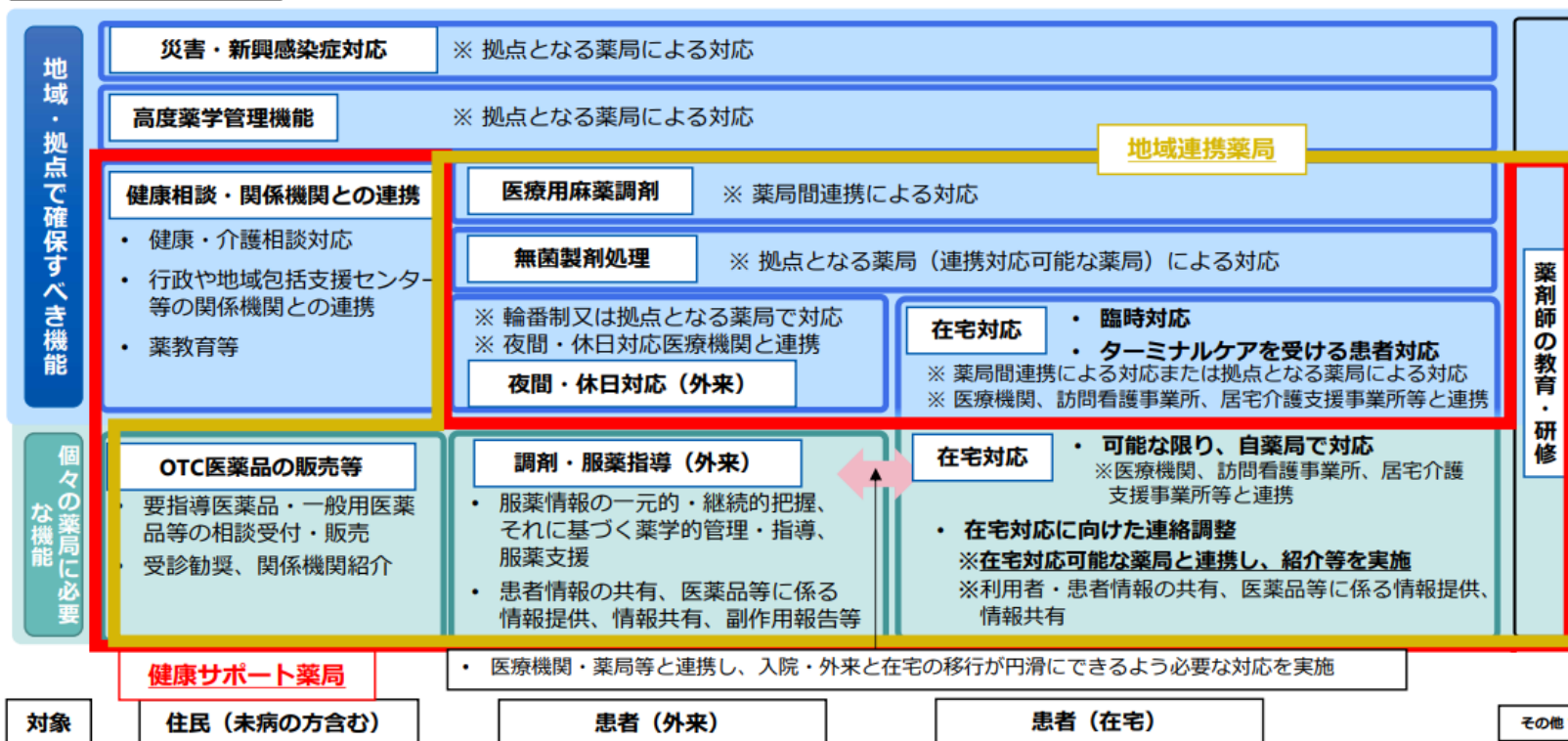
地域における薬局・薬剤師の役割・機能

令和7年6月30日 資料4
第15回薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会

地域における薬局・薬剤師の主な役割

- 医療関係者等との連携による地域の住民の薬物治療（外来・在宅医療）の提供
- 医薬品の適正使用の推進など公衆衛生の向上・増進
- 薬剤師の資質向上
- セルフケア・セルフメディケーションの推進など、地域住民の健康維持・増進の取組等の支援 等

地域における薬局の機能



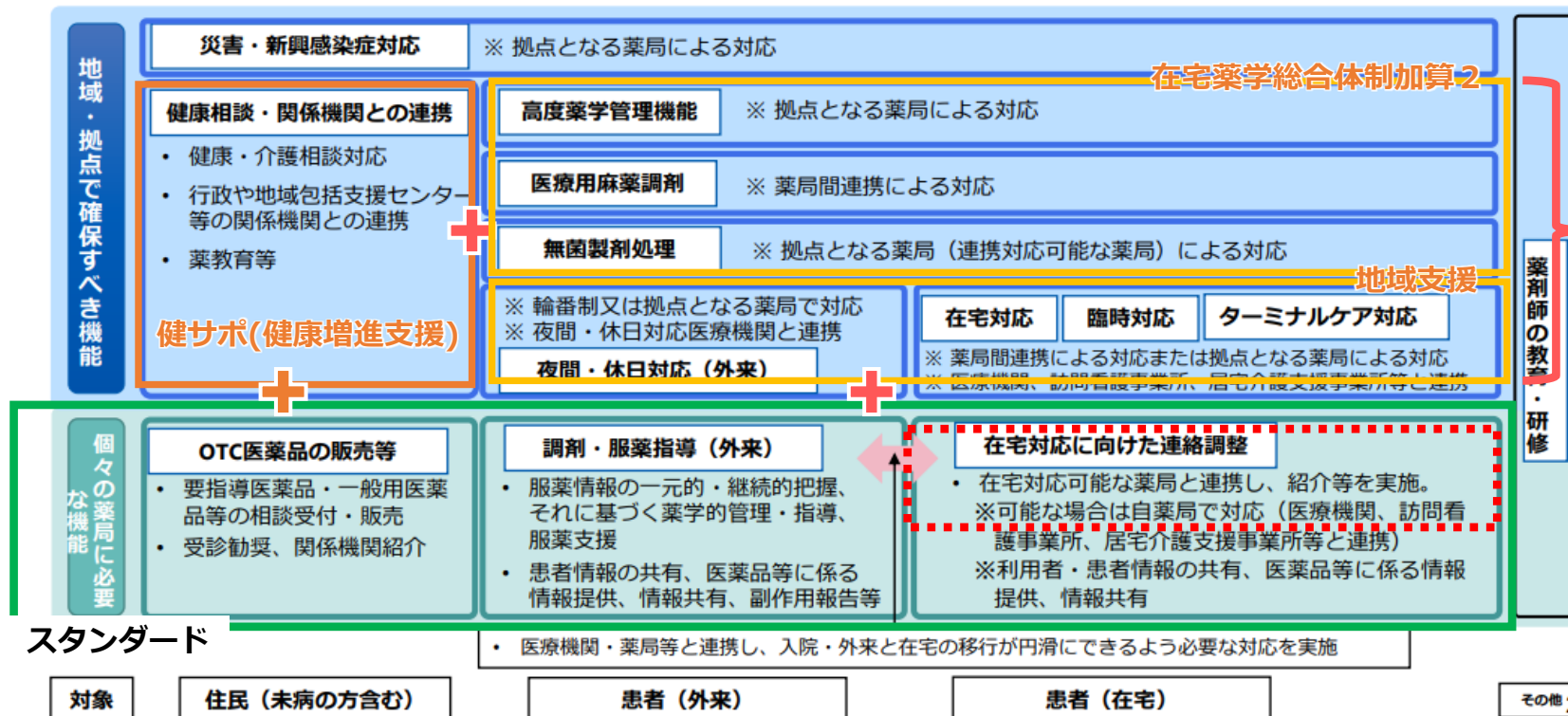
点と点が線となる？

地域における薬局・薬剤師の役割・機能

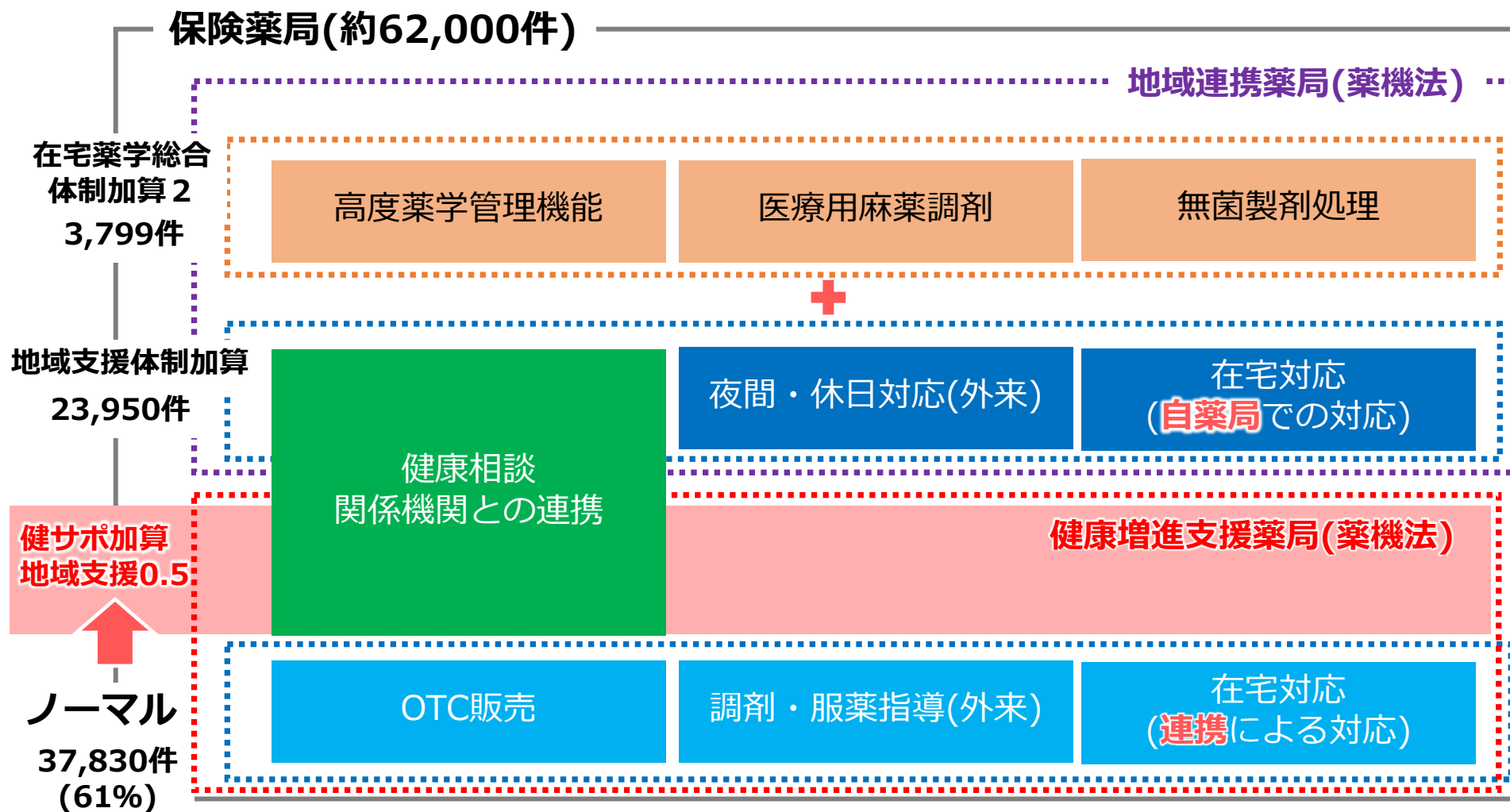
地域における薬局・薬剤師の主な役割

- 医療関係者等との連携による地域の住民の薬物治療（外来・在宅医療）の提供
- 医薬品の適正使用の推進など公衆衛生の向上・増進
- 薬剤師の資質向上
- セルフケア・セルフメディケーションの推進など、地域住民の健康維持・増進の取組等の支援 等

地域における薬局の機能



ひとつの可能性(私見)



地域支援体制加算の実績項目数は増えるのか

かかりつけ薬剤師指導料	重複投薬・相互作用等防止加算	特定薬剤管理指導加算 1 (ハイリスク薬)
調剤後薬剤管理指導料 1 (糖尿病)	吸入薬指導加算	特定薬剤管理指導加算 2 (抗癌性腫瘍剤)
調剤後薬剤管理指導料 2 (慢性心不全)	小児特定加算	外来服薬支援料 1
服薬情報等提供料 1 (保険医療機関からの求め)	乳幼児服薬指導加算	服用薬剤調整支援料 1
服薬情報等提供料 2 (薬剤師が必要ありと判断)	麻薬管理指導加算	服用薬剤調整支援料 2
服薬情報等提供料 3 (入院前の服薬状況)		
在宅患者訪問・居宅療養管理	在宅移行初期管理料	
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	退院時共同指導料	
在宅中心静脈栄養法加算	経管投薬支援料	

地域支援体制加算の実績項目数は増えるのか

かかりつけ薬剤師指導料	重複投薬・相互作用等防止加算	特定薬剤管理指導加算 1 (ハイリスク薬)
調剤後薬剤管理指導料 1 (糖尿病)	吸入薬指導加算	特定薬剤管理指導加算 2 (抗悪性腫瘍剤)
調剤後薬剤管理指導料 2 (慢性心不全)	小児特定加算	外来服薬支援料 1
服薬情報等提供料 1 (保険医療機関からの求め)	乳幼児服薬指導加算	服用薬剤調整支援料 1
服薬情報等提供料 2 (薬剤師が必要ありと判断)	麻薬管理指導加算 ※麻薬の調剤実績	服用薬剤調整支援料 2
服薬情報等提供料 3 (入院前の服薬状況)		
在宅患者訪問・居宅療養管理	在宅移行初期管理料	現在の実績項目
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	退院時共同指導料 ※多職種連携会議	服薬情報等提供料に相当する業務
在宅中心静脈栄養法加算	経管投薬支援料	

地域支援体制加算の実績項目数は増えるのか

特定薬剤管理指導加算 1
(ハイリスク薬)

地域支援体制加算の項目追加は現時点で 考えずらい？

乳幼児服薬指導加算

在宅移行初期管理料

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

在宅中心静脈栄養法加算

経管投薬支援料

地域支援体制加算の必要回数は増えるのか

※1年間の受付回数1万回あたり

要件	基本料 1	それ以外
①夜間・休日等の対応実績	40回	400回
②麻薬の調剤実績	1回	10回
③重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	20回	40回
④かかりつけ薬剤師指導料の実績	20回	40回
⑤外来服薬支援料1の実績	1回	12回
⑥服用薬剤調整支援料の実績	1回	1回
⑦単一建物診療患者が1人の在宅管理の実績	24回	24回
⑧服薬情報等提供料に相当する実績	30回	60回
⑨小児特定加算の算定実績	1回	1回
⑩認定薬剤師の地域多職種連携会議への出席	1回	5回

医療DXの目的

医療DXの目的

健保連：調整支援料2は提案書で算定できる
実績回数1回は少ない

財務省は基本料1に対し「要件緩和」と指摘

必要実績数の増加に注意 「特にかかりつけ薬剤師指導料」

※地域支援体制加算1は④を含めた3項目以上
地域支援体制加算3は④⑦を含めた3項目以上
地域支援体制加算2・4は④⑦を含む8項目以上
在宅への取り組みは年24回以上(施設含む)が必須条件

改定に向けた議論の整理

1. 調剤基本料

2. 後発医薬品調剤体制加算

3. 地域支援体制加算

4. その他

在宅医療への取り組み(診察同行)

11月14日 在宅その4 (論点)

- ・ 重複投薬や相互作用の防止について、医師と薬剤師との同時訪問時に処方内容が調整された際に、ポリファーマシー対策等につながることを踏まえ、調剤報酬上の評価をどのように考えるか。

令和6年度改定 (前薬剤管理官)

**同行することが目的ではない。
どのような効果があるのか、エビデンスに評価をつけるのが報酬改定**

令和6年度改定：診察同行したことによるエビデンス(変化・効果)に対して報酬を設定

論 点

- ・ 同行することによる効果は一定程度確認でき有用性は理解できる
- ・ 「同行」自体が目的となり、過剰な算定につながるのでは？
- ・ 同行自体を評価するのか、同行を行った結果に対する評価の見直し、新設をするのか？

かかりつけ薬剤師指導料

- 現在の調剤報酬体系においては、かかりつけ薬剤師指導料について、通常の服薬管理指導料よりも高い点数を設定している。
- これにより、かかりつけ薬剤師指導料の算定回数のノルマ化や、薬剤師からの定型的な打診が発生しており、患者がかかりつけ薬剤師を選ぶような構造となっていない。

COMLに届く相談の声

- ・ 「同意」は慎重にしたいのに、初めて会ったような薬剤師が「私がかかりつけ薬剤師として同意してください」と軽く頼んでくる。
- ・ A薬剤師は話やすくいつも相談していた。ところが最も話しにくいB薬剤師から「私がかかりつけ薬剤師として同意してほしい」と言われ、「いつもA薬剤師さんに相談しているので、かかりつけ薬剤師ならA薬剤師に」と言う。「A薬剤師はかかりつけ薬剤師の資格がないので」と言われ困惑。もうあの薬局には行けない。
- ・ 薬局に行くたびにかかりつけ薬剤師の同意を求められるので、薬局に行くのが苦痛。

認定NPO法人ささえあい医療人権センター COML 山口理事長から提供

中医協でのコメント

- ・ かかりつけは患者の求めに応じて対応することがあるべき姿であり、ノルマ化はあるべき姿ではない
- ・ ノルマにする薬局がある一方で、同業務をしているにも関わらず患者に配慮して算定しない薬剤師もいる。したがって、かかりつけ薬剤師であることだけをもって報酬で評価することが適当ではないと考える
- ・ 一方でかかりつけ機能の強化は必要なので、かかりつけとして実施した業務内容を評価するのであれば、患者の理解も得られるのではないか。
- ・ 新設から10年が立ったが、**報酬上のインセンティブを設けた成果がほとんど出ていない**という状況と考える。
- ・ かかりつけは患者にとって非常にメリットある制度だが、**残念ながら制度が機能していない**のが現状。
- ・ **小手先の対処ではなく、抜本的に制度のそのものを見直す必要**があるのではないか。

その他項目

- ・ **地域フォーミュラリ**

- 薬剤師会として取り組むことは重要だが薬局としての対応は現状ない

- ・ **リフィル処方箋の推進**

- 診療報酬での取り組みであり、薬局としての対応は現状ない

- ・ **OTC類似薬の保険給付見直し**

- 具体的な内容に関する議論は公表されていない。出てからの対応

- ・ **個別対人業務の報酬**

- 新設報酬は短冊(1月)を見てからの対応で十分に間に合う

議論を踏まえた施設基準の整理

基本料加算(施設基準)

地域支援体制加算

→ 現状議論がされていない

後発医薬品調剤体制加算

→ 推進から「供給対応」を含めた報酬へ
在庫品目数が少ない薬局が論点か？

医療DX推進体制整備加算

→ 薬局のおかげで政府目標は達成という評価
体制整備の加算から、活用することへの評価へ

連携強化加算

→ 現状議論がされていない

すべての処方箋に加算される



SUCCESS

2025年を総括、次期改定に向けた情報整理

4. まとめ

FAILURE

2035年に向けた第二ステージ

- ・ 医薬分業の本格化に伴い、調剤報酬設計が追いついていない状況にあった。
- ・ 基本料の「敷地内(ただし書き)」、「集中率(同一建物等)」は一種のバグと言える。
- ・ 「小規模乱立」に対し、何が起こるのかを予想しなければいけない。
- ・ 「小規模薬局で出来ることに限界がある」これこそが現実
- ・ 調剤報酬は「薬局のためにあらず、医療制度・国民のため」方向性自体は見えている。



- ・ 薬局認定制度で目指す姿は「薬局機能分化」、どの機能にいるのかが重要
- ・ 非効率な業界構造に対し、すすむ規制改革「調剤業務の外部委託」は目の前
- ・ 「働き方改革」で「24時間対応は緩和されるのか」は非常に危険な考え
- ・ 求められている薬局像を改めて理解、調剤報酬はそこについてくる



毎月2回配信！会員制オンラインセミナー



薬	局	経	営
の	知	恵	袋

Presented by Kae-management

ご要望にお応えし、2026年1月～3月期 調剤報酬改定対応“**特別**”追加募集を開始