



薬局・薬剤師のためのニュースメディア

**HARMACY NEWSBREAK**

特別編集 2024年3月

# 2024年度調剤報酬改定

# 薬局ビジョンと現在地



調剤室



# 2024年度調剤報酬改定 薬局ビジョンと現在地

## 4 総論

拠点の役割発揮へ、体制評価見直し  
「賃上げ」対応で基本料引き上げ

## 6 各論

- 調剤基本料：基本料・連携強化加算 3 点増、基本料 2 「ビレッジ型医療モール」にも拡大
- 敷地内薬局：一律減算見送りのみ、地域支援・後発品調剤体制加算「9 割減」の大打撃
- 地域支援体制加算：加算 1～4 「一律 7 点減」に衝撃、基本料 1 の実績要件を大幅厳格化
- かかりつけ指導料・対人業務：かかりつけ「薬局単位」を拡大、長期品選定療養化の説明に新加算
- 在宅医療：体制評価を新設、終末期ケアや高齢者施設の対応充実
- 介護報酬：居宅療養管理指導は 1 点引き上げ
- リフィル推進：「リフィル可」掲示、生活習慣病管理料等の要件に
- 長期収載品：選定療養導入、処方箋様式も見直し
- 医療 DX：体制加算を新設、要件にマイナ保険証利用実績も
- 病院薬剤師：がん「薬剤師外来」の評価新設
- 薬剤容器代：実費返還規定を廃止
- 医歯薬連携：歯科から薬局への情報提供依頼を評価

## 16 インタビュー

森 昌平 氏（日本薬剤師会 副会長）

「地域の医薬品供給拠点」念頭に体制評価充実 地域支援加算の見直し「あるべき薬局の姿に」

三木田 慎也 氏（日本保険薬局協会 会長）

“薬局の指針”である地域支援加算の減額「残念」 敷地内薬局の評価引き下げは「やりすぎ」

山村 真一 氏（保険薬局経営者連合会 会長）

“地域インフラとしての薬局”へ評価充実 調剤報酬の「潮目変わった」

# 拠点の役割発揮へ、体制評価見直し 「賃上げ」対応で基本料引き上げ

2025年までに全ての薬局を「かかりつけ薬局に」。厚生労働省が15年に公表した「患者のための薬局ビジョン」では、団塊の世代が後期高齢者になる「2025年問題」を踏まえてこのターゲットを掲げた。24年度調剤報酬改定は、この25年を前にした最後の改定だ。ビジョンのテーマである「門前からかかりつけ、そして地域へ」と、薬局を後押しできるか問われる重要な改定といえる。

今回の改定は従来のさまざまな課題に加え、政府の方針である「医療従事者の賃上げ」が主要テーマになった。結果として診療報酬の改定率本体はプラス0.88%で、過去3回の改定率と比較して大きなプラス幅となった(表1)。ただ、そのうちプラス0.61%は看護職員や病院薬剤師などの賃上げ措置分として用途が定められている(表2)。

各科に配分されるプラス0.46%についても、そのうち0.28%程度は、40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員の賃上げ措

置に充てることが求められた。プラス分の多くが賃上げ分として示されているのが特徴だ。

薬価関連ではイノベーションの評価を行うことを目的に、長期収載品の保険給付の在り方を見直し、選定療養の仕組みを導入することが決まった。患者への制度の説明など、薬局の対応にも大きな影響がある。

大臣折衝での制度改革事項に「調剤基本料等の適正化」が盛り込まれた点にも注目したい(表3)。22年度改定の同事項では、薬局の収益状況や経営効率性を踏まえ大手チェーンなど「多店舗展開」の薬局を照準にしていたが、今回は基本料全般を指す表現となった。

## 感染症対応・医療DXの体制評価充実

今回の調剤報酬改定は賃上げ対応と併せ、医療DXの推進や感染症対応も踏まえた、薬局の「地域の医薬品供給拠点」としての役割発揮を見据えた体

表1	診療報酬(本体)	医科	調剤	薬価
2020年度	プラス 0.55%	プラス 0.53%	プラス 0.16%	マイナス 0.99%
	うち消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応分としてプラス 0.08%	※勤務医の働き方改革への特例的な対応分 0.08%を除く プラス 0.47%分の内訳		
2022年度	プラス 0.43%	プラス 0.26%	プラス 0.08%	マイナス 1.35%
	用途を定めた特例的な対応分(下記①~④)を除くとプラス 0.23%	どちらも、下記①~④の特例的な対応を除くプラス 0.23%分の内訳		
【特例的な対応分の内訳】①看護の処遇改善(特例対応):プラス 0.20%②リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化:マイナス 0.10%③不妊治療の保険適用(特例対応):プラス 0.20%④小児の感染防止対策にかかる加算措置(医科分)の期限到来:マイナス 0.10%				
2024年度	プラス 0.88%	プラス 0.52%	プラス 0.16%	マイナス 0.97%
		どちらも、【表2】の特例的な対応を除くプラス 0.46%分の内訳。またこのうち、プラス 0.28%程度は、40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員等の賃上げ措置分		

表2 特例的対応分の内訳		
①	看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種の賃上げの特例的に対応	プラス 0.61%
②	入院時の食費基準額の引き上げ（1食当たり30円）の対応	プラス 0.06%
③	生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化	マイナス 0.25%

表3 大臣折衝の診療報酬に関する制度改革事項	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療DXの推進による医療情報の有効活用等</li> <li>● 調剤基本料等の適正化</li> </ul> <p>加えて、医療従事者が2024年度に2.5%、2025年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。併せて今回の改定による賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について実態を把握する。</p>	

制評価の見直しがポイントだ。「薬局ビジョン」や改正医薬品医療機器等法(薬機法)の流れをくみ、「対物業務から対人業務への転換」も引き続き後押しする。6年に1度の介護報酬、障害福祉等サービス報酬との同時改定であることを踏まえ、在宅業務の評価も充実した。

賃上げ対応としての調剤基本料引き上げには、物価高騰や医薬品の備蓄コストなどへの対応も勘案されている。薬局は今回の改定による措置などを活用し、24年度にプラス2.5%、25年度に2.0%のベースアップにつなげることが求められる。

基本料の適正化では、門前や医療モールの薬局が該当する基本料2の範囲を拡大。同一建物でなくても処方箋受付回数上位3つの医療機関からの集中率が高く、処方箋枚数の多い薬局も範囲に含める。いわゆる「ビレッジ型医療モール」など、医療モールと類似した形態にある薬局などが対象になる見通しだ。

感染症対応としては、連携強化加算の評価を引き上げる。その上で、改正感染症法で求められる都道府県との協定を前提に、地域支援体制加算の有無にかかわらず算定可能にした。医療DXでは、電子処方箋やマイナ保険証利用実績などの体制を評価する加算を新設している。

一方、これらの体制評価全体から見直した結果、地域支援体制加算は一律7点減となった。かかりつけ機能を推進する観点から、要件も強化している。特に、基本料1の薬局が算定できる「加算1・2」の要件を厳しくした。かねて指摘されていた「加算

3・4」との格差は縮まった形だ。

厚労省は、大臣折衝に盛り込まれた「調剤基本料等の適正化」に当たる対応は、基本料2の範囲拡大と、地域支援体制加算の要件強化の2つだと説明。地域支援体制加算の7点減は、新設の加算も踏まえて体制評価全体で点数を組み替えた結果であり、適正化ではないという考えを示している。

### 敷地内薬局には厳しい措置

敷地内薬局には非常に厳しい対応が取られた。基本料は引き下げとなり、地域支援体制加算や後発医薬品調剤体制加算の点数は、現行の2割減から9割減に大幅に減額。処方箋料の見直しなど、医療機関側への措置も増えた。

一方、厚労省が中医協の議論の中で示した「敷地内薬局を有するグループの基本料を一律引き下げる」案は見送りとなり、継続検討となった。

### 2カ月後ろ倒し6月施行に、薬価は4月維持

24年度改定から施行時期は2カ月後ろ倒し、6月施行となる。中医協の答申・告示から施行までの期間を長くすることで、ベンダーや医療機関・薬局の業務負担の軽減を図る。一方、薬価改定は4月を維持。長期取載品の選定療養の導入は10月から始まる。

介護報酬改定の施行時期は、医療と関連の深い4つのサービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導）は診療報酬に合わせ6月に後ろ倒し。その他は4月施行となる。

調剤基本料 基本料・連携強化加算3点増、基本料2「ビレッジ型医療モール」にも拡大

調剤基本料は、職員の賃上げや、地域の医薬品供給拠点としての機能強化につなげるため、基本料1～3にそれぞれ3点を上乘せした(表1)。

調剤には、コメディカルの賃上げを目的に内科や歯科に新設された「ベースアップ評価料」はなく、薬局で働く薬剤師や事務職の賃上げの原資には基本料を充てることになる。政府が目標として掲げる2024年度に2.5%、25年度に2.0%のベースアップ達成に向け、どこまで実践できるかが問われる。

一方、基本料の適正化の面では、中小規模の門前薬局や医療モールの薬局を対象にした基本料2の範

囲を拡大する。基本料2のうち、処方箋受付回数が月4000回超・集中度70%超の施設基準について、集中度70%超の部分を処方箋応需の多い上位3医療機関の合計に見直す。

該当するのは、同一区画内に複数の医療機関がある「ビレッジ型医療モール」の薬局や、近隣の決まった複数医療機関から処方箋を応需している薬局。経営効率性の高さを踏まえ、集中度を同一建物内の医療機関の合計で算出している「ビル型医療モール」に準じた措置が講じられた。

特別調剤基本料は、敷地内薬局を対象としたAと

表1 調剤基本料の点数と施設基準の概要(傍線は改定があった部分)

区分	現点数	新点数	施設基準	減算規定	
①	調剤基本料1	42点	<u>45点</u>	▽②～⑦に該当しない▽医療資源の少ない地域にある薬局一のいずれかに該当	▽妥結率が50%以下 ▽妥結率や※取引状況・流通改善に関する取組状況について、地方厚生局などに報告していない▽かかりつけ薬剤師機能に関する業務の実施が年10回未満(受付回数が月600回以下の薬局除く、特別調剤基本料A・Bの薬局は年100回未満)一のいずれかに該当する薬局を50%減算
②	調剤基本料2 (門前薬局、医療モールなどの薬局)	26点	<u>29点</u>	処方箋の受付回数が月4000回超で上位3医療機関合計の集中度70%超	▽後発品の使用割合が50%以下(受付回数が月600回以下の薬局、処方箋受付状況を踏まえてやむを得ない場合を除く)▽上記を地方厚生局長らに報告していない一のいずれかに該当する薬局は調剤基本料から5点減点
				処方箋の受付回数が月2000回超で集中度85%超	
③	調剤基本料3 (大規模門前薬局・ドラッグストア)	イ	21点	<u>24点</u>	処方箋の受付回数が月1800回超で集中度95%超
					特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4000回超 ●同じ建物内に複数の医療機関がある場合は全て合算 ●同一グループの他の薬局と集中度が最も高い医療機関が同じ場合には、他の薬局の分も合算
					同一グループの処方箋受付回数が月3万5000回超で4万回以下の薬局のうち、▽集中度95%超▽特定の医療機関と不動産の賃貸借取引がある一のいずれかに該当
④	調剤基本料3 (大規模門前薬局・ドラッグストア)	ロ	16点	<u>19点</u>	同一グループの処方箋受付回数が月4万回超で40万回以下の薬局のうち、▽集中度85%超▽特定の医療機関と不動産の賃貸借取引がある一のいずれかに該当
					同一グループの処方箋受付回数が月40万回超か店舗数300以上の薬局のうち、集中度85%以下
⑤	調剤基本料3 (大規模門前薬局・ドラッグストア)	ハ	32点	<u>35点</u>	医療機関(病院・診療所)と不動産取引など特別な関係がある薬局で、当該医療機関の集中度が <u>50%超</u> (診療所の建物内薬局を除く)
⑥	特別調剤基本料 (敷地内薬局など)	A	7点	<u>5点</u>	地方厚生局に調剤基本料の届け出を行っていない
					B
⑦	特別調剤基本料 (敷地内薬局など)	B	7点	<u>3点</u>	▽2カ所以上の医療機関から交付された処方箋を同時に受け付けた場合、2回目以降の調剤基本料は20%減算

※取引状況・流通改善に関する取組状況…価格交渉代行事業者の利用▽下半期の妥結価格変更▽全品目の単品単価交渉▽医療上の必要性の高い医薬品の別枠交渉一の有無など

調剤基本料の届け出がないBに切り分ける。Aは2点減の5点、Bは4点減の3点に引き下げる。

届け出のないBについては「一般的な保険薬局の役割を果たしていない」（厚生労働省保険局医療課）と見なし、基本料にひも付いた地域支援体制加算や後発医薬品調剤体制加算、連携強化加算のほか、薬学管理料の各項目を算定できなくする。

懸案となっている流通改善に向けた取り組みとして、いわゆる「未妥結減算」（基本料5割減）の規定を見直す。流通改善ガイドラインの改訂を踏まえ、減算を免れる条件の一つとして、医療用医薬品の取引状況や流通改善に向けた取り組み状況の報告を求める。

### 連携強化加算も3点増

災害や新興感染症の発生時に、医薬品供給体制を確保することを評価した連携強化加算は、3点増の

現点数	新点数	主な施設基準
2点	5点	<ul style="list-style-type: none"> <li>●改正感染症法上の「第2種協定指定医療機関」として都道府県知事の指定を受けた薬局</li> <li>●災害発生時に他の保険薬局などとの連携で非常時対応がとれる体制整備</li> <li>●オンライン服薬指導が可能な体制整備</li> </ul>

※特別調剤基本料Bの薬局、特別調剤基本料Aの薬局で特別な関係にある医療機関が外来感染対策向上加算か感染対策向上加算の届け出を行っている場合は算定不可。「第2種協定指定医療機関」の指定については2024年12月末まで経過措置あり

5点に引き上げる(表2)。

新型コロナウイルスの感染拡大を機に前回改定で新設されたが、24年度改定では施設基準から地域支援体制加算の算定を外す。一方、改正感染症法上の「第2種協定指定医療機関」の指定(12月末まで経過措置)や、オンライン服薬指導の体制整備を求める。

## 敷地内薬局 一律減算見送りと、地域支援・後発品調剤体制加算「9割減」の大打撃

業界最大手のアインホールディングスが絡む入札妨害事件の発生で、さらに風当たりが強まった敷地内薬局。敷地内薬局を開設する薬局グループの調剤基本料を一律引き下げる案も一時は取り沙汰されたが、2024年度改定では見送られ、26年度改定以降の検討事項として持ち越された。

一律引き下げは回避したものの、敷地内薬局は大

きな打撃を受ける。地域支援体制加算と後発医薬品調剤体制加算の減算割合を2割から9割に拡大し、新設の「在宅薬学総合体制加算」にも適用する。連携強化加算も誘致した医療機関の条件によって算定できなくする(表3)。

薬学管理料に関しても、誘致元の医療機関に情報提供した場合には、従来の服薬情報等提供料

項目	改定前	改定後
調剤基本料	7点(特別調剤基本料)	5点(特別調剤基本料A)
施設基準	誘致医療機関の処方箋集中率70%超	誘致医療機関の処方箋集中率50%超
調剤基本料加算	【2割減算】 地域支援体制加算、後発医薬品調剤体制加算	【9割減算】 地域支援体制加算、後発医薬品調剤体制加算、在宅薬学総合体制加算
	(新設)	【算定不可】 連携強化加算(誘致医療機関が外来感染対策向上加算か感染対策向上加算を届けている場合)
薬学管理料	【算定不可】(情報提供先が誘致医療機関の場合)	
	服薬情報等提供料	服薬情報等提供料、特定薬剤管理指導加算2、吸入薬指導加算、服用薬剤調整支援料2、外来服薬支援料1(持参薬を整理して医療機関に情報提供した場合)、調剤後薬剤管理指導料
薬剤料	(新設)	【1割減算】7種類以上の内服薬の調剤を行った場合

に加え、特定薬剤管理指導加算2、吸入薬指導加算、服用薬剤調整支援料2なども算定不可になる。さらに診療報酬の減算規定にならば、7種類以上の内服薬の調剤を行った場合は薬剤料を1割減算する。

敷地内薬局の経営が窮地に追い込まれる可能性があり、大手薬局チェーンからは「やり過ぎだ」との声も出ている。

### 誘致医療機関の処方箋料を減額

さらに、敷地内薬局を誘致する医療機関の診療報酬にも手を付ける(表4)。月間の処方箋発行が平均4000回超で、敷地内薬局の集中度が9割超の医療機関の処方箋料は最大で26点減額。処方箋料は24年度改定で8点下がるため、誘致していない医療機関との差は最大18点になる。

表4 敷地内薬局を誘致した医療機関の診療報酬の見直し

項目	改定前	改定後		
		誘致あり	誘致なし	
処方箋料	1	28点	18点	20点
	2	40点	29点	32点
	3	68点	42点	60点
算定不可の加算	急性期充実体制加算	急性期充実体制加算、総合入院体制加算		

※処方箋料の減算は1カ月当たりの平均処方箋発行が平均4000回超で、敷地内薬局の集中度が9割超の医療機関。総合入院体制加算の算定不可は2024年4月以降に誘致した場合

前回改定では、敷地内薬局を誘致する医療機関は急性期充実体制加算の算定を不可にしたが、総合入院体制加算にも適用する(4月以降に誘致した場合)。

### 地域支援体制加算

## 加算1～4「一律7点減」に衝撃、基本料1の実績要件を大幅厳格化

2024年度改定で、薬局経営者に大きな衝撃を与えたのが地域支援体制加算。調剤基本料1の薬局を対象とした加算1・2の実績要件と、基本料1以外の加算3・4にも共通する施設基準を厳格化する一方で、点数を一律7点減にするためだ。

加算1・2の実績要件はかねて加算3・4に比べて緩いと指摘されており、厚生労働省は24年度改定で加算1～4に共通した10項目を適用する。従来、加算2～4の実績要件で運用していた9項目に、前回改定で設けた小児特定加算の算定を追加する(表5)。

10項目のうち、⑥の服用薬剤調整支援料1・2の算定⑦単一建物診療患者が1人の場合の在宅⑨小児特定加算一を除き、基本料1と基本料1以外には実績の中身(回数)に差を設けている。難易度は、依然として基本料1以外の方が高い。

加算1は①～⑩のうち、④のかかりつけ薬剤師指導料などの算定(20回以上)を含む3項目以上をクリアする必要がある(表6)。かかりつけ薬剤師指導料については、従来求めていたのは届け出のみで、今回は“実働”まで求めた格好だ。

加算2は①～⑩のうち8項目以上を満たす必要がある、それまでの3項目以上から大幅に増える。こ

れまで適用していた基本料1以外の実績要件に比べ、各項目の回数は少なくなるものの、「加算2の維持が厳しくなった」と受け止める薬局経営者もいる。

全加算共通の施設基準には、医薬品の供給不安を受けた在庫の情報共有や融通、一般用医薬品・要指導医薬品(基本的な48薬効群)の販売、緊急避妊薬の備蓄などが加わる。集中度85%超の薬局に対して求める後発医薬品の使用割合は、50%から70%に引き上げる。

### 厚労省「薬局の体制評価を組み替え」

一方、点数は加算1が32点、加算2が40点、加算3が10、加算4が32点といずれも7点減となる。

厚労省は、調剤基本料と連携強化加算の3点増や、新設の「医療DX推進体制整備加算」(4点)、「在宅薬学総合体制加算」(15点、50点)を含め、薬局の体制評価を組み替えた結果だと説明している。

薬局業界内では「7点減は驚き。賃上げの原資を確保できるのか怪しい」などと悲観的な受け止めが目立つ。地域支援加算を算定していない薬局には影響がなく、基本料3点増の恩恵のみを受ける可能性があるため、「頑張っている薬局に厳しい印象」との恨み節も聞こえる。

**表 5 地域支援体制加算の実績要件と施設基準（色文字は変更・新設項目）**

実績要件	基本料 1	基本料 1 以外
①夜間・休日などの対応	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重複投薬・相互作用等防止加算などの算定	20 回以上	40 回以上
④かかりつけ薬剤師指導料などの算定	20 回以上	40 回以上
⑤外来服薬支援料 1 の算定	1 回以上	12 回以上
⑥服用薬剤調整支援料 1・2 の算定	1 回以上	1 回以上
⑦単一建物診療患者が 1 人の場合の在宅	24 回以上	24 回以上
⑧服薬情報等提供料に相当する実績	30 回以上	60 回以上
⑨小児特定加算の算定	1 回以上	1 回以上
⑩薬剤師研修認定制度などの研修を修了した薬剤師が地域の多職種連携会議に出席	1 回以上	5 回以上

①～⑨は直近 1 年間の処方箋受付回数 1 万回当たり実績。⑩は薬局当たりの直近 1 年間の実績

施設基準	
1200 品目以上の医療用医薬品を備蓄している	PMDA メディナビに登録
地域の医療機関や薬局に対する在庫状況の共有・医薬品の融通	プレアポイド事例の把握・収集
医療材料・衛生材料を供給できる体制	副作用報告の手順書作成
麻薬小売業者の免許取得	かかりつけ薬剤師指導料・同包括管理の届け出
集中度が 85%超の薬局は、後発医薬品の使用割合が 70%以上	患者ごとに薬剤服用歴などの記録を作成
取り扱いのある医薬品に関する情報提供体制	管理薬剤師の要件
一定時間以上の開局	研修実施計画の作成・学会発表の推奨
休日・夜間を含む時間外の調剤・在宅に対応できる体制整備	患者のプライバシーに配慮
患者・家族からの相談応需体制	一般用医薬品・要指導医薬品（基本的な 48 薬効群）を販売
夜間・休日の時間外の調剤・在宅体制（輪番制含む）を周知	健康相談、生活習慣に関する相談対応
医療機関・訪問看護ステーションとの円滑な連携	緊急避妊薬の備蓄と相談対応
保健医療・福祉サービス担当者との連携体制	薬局の敷地内、保有・借用部分が禁煙
在宅実績が年 24 回以上	たばこを販売していない（併設の薬店含む）
在宅業務に関する研修体制整備	

※変更・新設項目については5月31日時点の加算の届け出区分に応じ、8月31日まで経過措置あり

**表 6 地域支援体制加算の点数と実績要件（①～⑩は表 5 参照）**

調剤基本料	加算	現点数	新点数	実績要件
基本料 1	加算 1	39点	32点	①～⑩のうち④を含む 3 項目以上を満たす
	加算 2	47点	40点	①～⑩のうち 8 項目以上を満たす
基本料 1 以外	加算 3	17点	10点	①～⑩のうち④⑦を含む 3 項目以上を満たす
	加算 4	39点	32点	①～⑩のうち 8 項目以上を満たす

※特別調剤基本料 A を算定する場合は 90%減算、特別調剤基本料 B を算定する場合は算定不可

かかりつけ指導料・  
対人業務

## かかりつけ「薬局単位」を拡大、長期品選定療養化の説明に新加算

2015年に公表された「患者のための薬局ビジョン」を象徴する点数となった、かかりつけ薬剤師指導料・同包括管理料も、16年度改定の創設から丸8年を迎える。算定は伸びず、受付回数に占める算定割合は1.6%（22年6月）にとどまっている。

24年度改定では、夜間・休日の時間外にかかりつけ薬剤師が対応できない場合、同じ薬局の別の薬剤師の支援を広く認める。さらに、前回改定で導入された、かかりつけ薬剤師以外の薬剤師による対応の評価（服薬管理指導料の特例）の施設基準を緩和。「薬局単位」の支援体制を強化する（表7）。

かかりつけ薬剤師に代わり、服薬管理指導料の特例を算定できる薬剤師はこれまで1人に限定していたが、複数でも可能にする。一方、施設基準はかかりつけ薬剤師と同じになるよう週32時間以上勤務、研修認定の取得、地域医療活動の取り組みに参加することを追加する。

新規にインスリン製剤などが処方された糖尿病患者のフォローアップを評価した調剤後薬剤管理指導加算は廃止し、心不全患者を対象に加えた「調剤後薬剤管理指導料」（60点、月1回）に再編する（表8）。

かかりつけ薬剤師指導料を算定している場合には算定できなかった吸入薬指導加算（30点）や、新設

の調剤後薬剤管理指導料の併算定も認める。

## 特定薬剤管理指導加算3を新設

このほかの対人業務関連では、「特定薬剤管理指導加算3」を新設する（表9）。医薬品リスク管理計画（RMP）を用いて服薬指導をしたり、10月からの長期収載品の選定療養化に関して説明したりした場合に5点を算定できる。医薬品の供給不安で、薬剤を変更する際の説明の手間も評価に含まれる。

服薬情報等提供料は、薬剤師が必要性を認めた場合、リフィル処方をした医師やケアマネジャーに患者の服薬状況などを文書で提供した場合にも2を算定可能にする。一方、患者・家族からの求めに応じて提供した場合は算定不可となる。薬剤師の手間を軽減するため、1～3の全区分で薬剤服用歴への記録を不要にし、情報提供文書の写しの添付で可とする。

抗がん剤などを処方された患者を対象にした特定薬剤管理指導加算1は、用法・用量の変更時などに5点、重複投薬・相互作用等防止加算は残薬調整の場合に10点、それぞれ減点する。

対物業務では、服用困難な患者に対し剤形を加工する嚥下困難者用製剤加算を廃止し、自家製剤加算に一本化する（表10）。

表7 かかりつけ薬剤師業務に関する評価の見直し

## ■ かかりつけ薬剤師指導料：76点

## 施設基準の変更

- かかりつけ薬剤師は患者に勤務日などの情報を伝える
- 休日・夜間を含む時間外は別の薬剤師（事前説明・連絡先の交付は不要）による対応も可能
- 吸入薬指導加算（30点）、調剤後薬剤管理指導料（新設、60点）の併算定を認める

## ■ 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が対応）：59点

区分	現行	改定後
算定対象	かかりつけ薬剤師指導料・同包括管理料を算定した患者	
算定要件	やむを得ない事情でかかりつけ薬剤師が対応できない場合、あらかじめ患者が同意した他の薬剤師が服薬指導などを行った場合に算定	
他の薬剤師数	1人	複数
施設基準	3年以上の薬局勤務経験、1年以上継続在籍	3年以上の薬局勤務経験、1年以上継続在籍、週32時間以上勤務、研修認定の取得、地域医療活動の取り組みに参加

区分	点数	対象患者	算定要件
1 （糖尿病患者）	60点	糖尿病治療薬の新規処方、処方変更があった患者	医療機関から求めがあった場合か、患者・家族からの求めがあり、薬剤師が必要性を認めて医師の了解と患者同意を得た場合に、服用状況を確認し、医師に情報提供などを行う
2 （慢性心不全患者）		心疾患の入院経験があり、作用機序が異なる複数の循環器官用薬などが処方されている患者	

※かかりつけ薬剤師指導料・同包括管理料の併算定可

特別調剤基本料Aの薬局が誘致医療機関に情報提供した場合や、特別調剤基本料Bの薬局は算定不可

名称		改定前	改定後		算定要件
特定薬剤管理指導加算1		10点	イ	10点	特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して必要な指導を行う
			ロ	5点	特に安全管理が必要な医薬品の用法・用量の変更、副作用の発現状況に基づき、薬剤師の判断で指導を行う
特定薬剤管理指導加算3		(新設)	イ	5点	医薬品リスク管理計画(RMP)の策定が義務付けられている医薬品が新たに処方された場合、RMP資料を用いて指導を行うなど
			ロ	5点	選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者や、供給不安で薬剤が変更になる患者に対して説明
重複投薬・相互作用等防止加算	残薬調整以外	40点	40点		【追加】 患者情報や医薬品リスク計画(RMP)に基づき、処方内容について薬学的分析・評価などを行う
	残薬調整	30点	20点		
服薬情報等提供料	1	30点	30点		医療機関（歯科含む）の求めに応じ、患者の服薬状況について文書で情報提供（薬歴記載は不要）
	2	20点	イ	20点	薬剤師が必要と認めた場合に（イ）医療機関（歯科含む）に必要な情報を文書で提供、（ロ）リフィル処方箋に基づく調剤後、処方医に文書で情報提供、（ハ）ケアマネジャーに必要な情報を文書で提供（いずれも薬歴記載は不要）
			ロ ハ		
3	50点	50点		医療機関の求めに応じ、入院前患者の服用薬を整理し、文書で情報提供（薬歴記載は不要）	
麻薬管理指導加算		22点		【追加】 ●継続的な患者フォローアップには、一律の内容のメール一斉送信などは含まれない ●患者の服薬状況などの確認に当たっては、緩和ケアに関するガイドラインを参照する	

名称	改定後
嚥下困難者用製剤加算	廃止（自家製剤加算に一本化）
自家製剤加算	医薬品の供給不安時に入手できない医薬品の製剤になるよう、他の医薬品を用いて調製した場合も算定可にする

## 在宅医療

## 体制評価を新設、終末期ケアや高齢者施設の対応充実

2025年までに全ての薬局をかかりつけ薬局をすることを目指した厚生労働省の「患者のための薬局ビジョン」では、かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき機能の一つに「在宅対応」を位置付けている。24年度からスタートする第8次医療計画でも、在宅に関する薬剤師の記載が増えた。そうした背景を踏まえ、介護報酬との同時改定でもある24年度改定では、在宅に関するさまざまな評価が充実した(表1)。

在宅に対応する薬局には在庫管理などの負担が伴うことから、体制整備を評価する在宅薬学総合体制加算を新設する。在宅患者の処方箋を応需した場合の加算で、基本的な在宅対応の体制を評価する加算1(15点)と、ターミナルケアや医療的ケア児の小児在宅など、高度な薬学管理・指導を行う体制のある薬局は加算2(50点)で評価する。在宅患者調剤加算は廃止する。

医師や看護師にはすでにある在宅移行期の評価を、薬剤師にも「在宅移行初期管理料」として設ける。対象は認知症患者や精神障害者など自己の服薬管理が困難な患者、医療的ケア児、末期がん患者などのうち、薬剤師が特に必要性を判断したものとなる。

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は、医師と同行するなど、処方箋発行前に医師に処方提案をし、提案が反映された処方箋を受け付けた場合も算定できるようにする。一方、残薬調整での処方変更は評価を引き下げる。

### 麻薬投与患者の定期訪問 「週2回かつ月8回」に上限拡大

ターミナル期の患者への対応は薬局への負担が大きく、現行の算定回数を越えた対応が必要な場合もあるという現場の声も踏まえ、重点的に評価が付い

表1 新設や改正された在宅医療関連の調剤報酬

名称		点数	算定要件
在宅薬学総合体制加算 (新設) ※在宅患者調剤加算は廃止	1	15点	在宅患者に必要な薬学的管理や指導の体制を整備した薬局。直近1年間の在宅実績の合計24回以上等
	2	50点	1の要件に加え、終末期ケア、または医療的ケア児等小児在宅患者への高度な薬学的管理・指導の体制を整備
在宅移行初期管理料(新設)		230点 (1回のみ)	退院直後など計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前に患者宅を訪問し、必要な指導等を実施
在宅患者重複投薬・ 相互作用等防止管理料	残薬調整以外	40点	薬剤師が、医師と同行またはICTの活用で、処方箋の交付前に処方内容を調整した場合も算定可能に
	残薬調整	30点 → 20点	

表2 ターミナル期の対応に関連する調剤報酬

名称	変更点	
在宅患者訪問薬剤管理指導料	注射の麻薬投与が必要な患者への定期訪問回数を末期がん患者と同等に見直し	(改定前)月4回 →週2回かつ月8回
在宅患者緊急訪問薬剤管理 指導料	末期のがん患者、注射の麻薬投与が必要な患者への上限回数	(改定前)月4回 →原則月8回
	末期のがん患者、注射の麻薬投与が必要な患者への緊急訪問での休日や夜間・深夜の加算新設	夜間訪問加算：400点 休日訪問加算：600点 深夜訪問加算：1000点
無菌製剤処理加算	医療用麻薬を希釈せず原液のまま注射器等に調製した場合も算定可能に	

た(表2)。在宅患者訪問薬剤管理指導料では、注射による麻薬投与が必要な患者の定期訪問の回数を「週2回かつ月8回」に拡大し、末期がんと同様にした。この措置は介護報酬改定でも行われている。

また、末期のがんや注射による麻薬投与が必要な患者への緊急訪問は、月4回から原則月8回に増やす。これにより、定期訪問と合わせ月16回まで上限が拡大する。この緊急訪問を夜間・休日・深夜に実施した際の加算も新設する。

高齢者施設関連では、服薬管理指導料3に、ショートステイの利用者が含まれることを明確化(表3)。介護医療院・介護老人保健施設の入所者に処方箋が交付された場合の対応も評価する。一方、同じ患者に同加算を頻回に算定している事例があったことから、月4回までの上限を設けた。「施設連携加算」も新設する。

24年度改定では、新型コロナ対応で設けられてきた特例の一部を報酬上に組み込んだ(表4)。調剤では、薬剤師が患者宅に緊急的に訪問して薬剤を届

名称	点数	算定要件など
服薬管理指導料3	45点	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ショートステイの利用者が含まれることを明確化</li> <li>● 介護医療院・介護老人保健施設の入所者の患者に対して処方箋が交付された場合の対応も評価</li> <li>● 月4回までの上限を設ける</li> </ul>
施設連携加算(新設)	50点	施設入所時に服薬支援が必要な患者に指導を行った場合に算定

名称	点数	算定要件など
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1	500点	新興感染症等の自宅療養・施設入所の患者に薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した場合に算定可

け服薬指導を行った場合に「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1」を算定できるようにする。

## 介護報酬

### 居宅療養管理指導は1点引き上げ

2024年度介護報酬改定の改定率はプラス1.59%と、診療報酬本体を上回る水準で、薬剤師が関係する居宅療養管理指導も1単位引き上げとなった(表5)。22年度診療報酬改定で新設した「在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算」と「在宅中心静脈栄養法加算」を導入。一方、鳥取県などが地方分権改革の提案として見直しを求めている、薬局勤務管理栄養士の居宅療養管理指導の評価は見送られた。

項目	単位数		
	改定前	改定後	
単一建物居住者人数	1人	517	518
	2～9人	378	379
	10人以上	341	342
情報通信機器を用いた服薬管理指導	45	46	
医療用麻薬持続注射療法加算(新設)	250		
在宅中心静脈栄養法加算(新設)	150		

## リフィル推進

### 「リフィル可」掲示、生活習慣病管理料等の要件に

2022年度改定で導入されたリフィル処方発行が進んでいない現状がある。24年度改定ではリフィルや長期処方を推進し、医科の「生活習慣病管理料」「地域包括診療料・加算」で、リフィルや長期処方が可能であることを患者の見やすい場所に掲示することが算定要件に加わった。また、生活習慣病

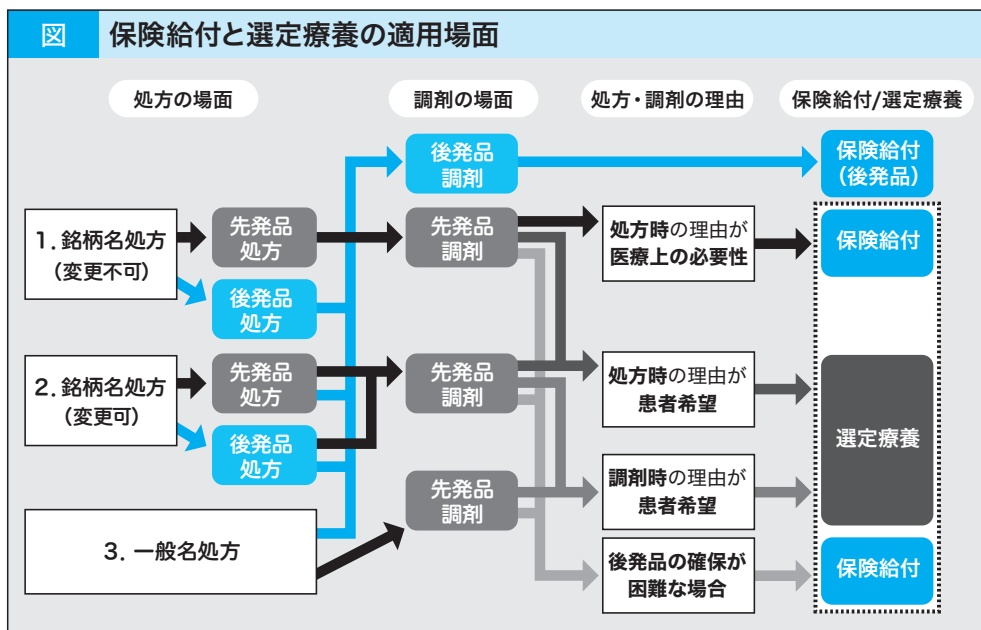
などの患者の処方管理などを行った場合の「特定疾患処方管理加算」では、リフィルでの算定も可能にする。

調剤では、服薬情報等提供料2(20点)で、介護支援専門員やリフィル処方箋に基づく医療機関への情報提供を新たに評価する。

長期収載品

選定療養導入、処方箋様式も見直し

10月から長期収載品に選定療養の仕組みが導入される。適用場面は、患者希望の銘柄名処方、もしくは一般名処方、長期品を処方・調剤した場合が対象だ(右図)。ただし、医療上の必要性があると認められ後発医薬品への変更が「不可」の場合や、薬局に後発品の在庫がなく提供することが困難な場合はこれまで通り保険給付となる。



対象品目の範囲は「後

発品上市後5年を経過した長期品」とする。長期品の薬価ルールで、後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げていることを参考に定めた。また、5年を経過していなくても、置換率が50%に達していれば後発品の選択が可能な状態と考えられるため選定療養の対象にする。

長期品には準先発品を含むが、バイオ医薬品は対象外。また後発品上市後5年を経過していても、置換率が極めて低い(1%未満)長期品は対象外にする。

選定療養となった場合、長期品と後発品の価格差の一部を患者が負担することになる。負担範囲について、後発品のうち最高価格帯との価格差の4分の3までは

保険給付とし、4分の1相当分が患者負担となる。

選定療養の導入に伴い、処方箋様式も改正する。仮に対象医薬品であっても医療上の必要性があれば対象外になることから、処方箋で「患者希望」であることが明確になるようにする。また、選定療養の仕組みについて医療機関や薬局の見やすい場所に掲示することも求める。

調剤報酬では、新設する特定薬剤管理指導加算3で、対象となる長期品を選択しようとする患者に選定療養の説明を行った場合を評価する。説明に対する評価であり、結果的に患者がどの医薬品を選択したかは問わない。

医療 DX

体制加算を新設、要件にマイナ保険証利用実績も

医療DXに関しては、診療情報・薬剤情報を活用した質の高い医療の提供を目指すため「医療DX推進体制整備加算」を新設した。医療DXに対応する体制を評価する(表6)。

施設基準の一つとして、10月から一定のマイナ保険証の利用実績があることが求められる。薬局では元々保険証を提示する習慣がなく、マイナ保険証の利用実績も病院や診療所と比較して低調だが、加

算新設を機に利用の促進が見込まれている。電子処方箋の応需体制の整備も求めるが、2024年度末までの経過措置を設けている。

現行の医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、オン資の導入が義務化され普及したことから、評価の目的を基盤整備から「情報取得」に見直す。併せて名称を「医療情報取得加算」に改める。施設基準の変更はなく、調剤では点数を維持する。

表6 医療DXに関連する調剤報酬

■医療DX推進体制整備加算(新設)

点数	施設要件
4点	①マイナ保険証での取得情報を活用して調剤できる体制 ②マイナ保険証の利用勧奨の掲示 ③電子的な調剤録・薬剤服用歴の管理体制 ④マイナ保険証利用実績が一定程度以上(具体的な実績割合は中医協で議論)【10月から適用】 ⑤電子処方箋を受け付ける体制【25年3月まで経過措置】 ⑥電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制【25年9月まで経過措置】

■医療情報・システム基盤整備体制充実加算 ※医療情報取得加算(名称変更)

項目	点数	施設要件
マイナ保険証	利用なし	3点(6月に1回)
	利用あり	1点(6月に1回)

オンライン資格確認を行う体制があること等

病院  
薬剤師

がん「薬剤師外来」の評価新設

医科では、医師の働き方改革やタスクシフト、チーム医療を推進するための対応が行われている。病院薬剤師に関する項目としては、「がん薬物療法体制充実加算」を新設(表7)。がん外来治療で医師が診察を行う前に、薬剤師が患者から服薬状況や副作用の発現状況の確認・評価を行い、医師に情報提供を行うことを評価する。薬剤師が医師の診察前に情報を共有することで、当日の処方や指示に円滑に反映させることができ、医師の診察時間の短縮が期待される。

病薬の不足や偏在が問題になっていることを踏まえ、地域への「出向」体制を整備する医療機関を評

表7 病院薬剤師関連の新設評価

名称	点数	算定要件など
がん薬物療法体制充実加算	100点	がん外来治療において、医師が診察を行う前に薬剤師が患者と面談し、服薬や副作用の状況について確認・評価を行った上で、医師に情報提供や処方提案を行うことを評価
薬剤業務向上加算	100点	免許取得直後の薬剤師を対象とした研修体制があり、都道府県と連携して別の医療機関で地域医療の業務を修得させる環境がある医療機関を評価

価する「薬剤業務向上加算」を新設した。病棟薬剤業務実施加算1に上乗せする評価の位置付けで、免許取得直後の新任薬剤師の総合的な研修体制があり、都道府県との協力の下で薬剤師を別の医療機関に一定期間派遣し地域医療を実践的に習得する体制を整備している医療機関が算定できる。2024年度からスタートする第8次医療計画と薬剤師確保計画に結び付いたスキームの構築になるとみられ、同確保計画での薬剤師不足地域に対し、基幹病院など比較的人数が多い医療機関から派遣することを想定している。

薬剤  
容器代

実費返還規定を廃止

投薬時の薬剤の容器は原則として患者への「貸与」で、患者が容器を返還した場合は実費を返還する規定になっていた。しかし衛生上の理由から再使用されていない実態を踏まえ、この規定を廃止。容器は「交付」とし、実費を徴収できるよう改める。

医歯薬  
連携

歯科から薬局への  
情報提供依頼を評価

「服薬情報等提供料1」では、医療機関の求めによる情報提供に歯科医療機関が含まれることを明確化。歯科でも薬局に情報提供を求めた場合を新たに評価する。中医協の議論では、ビスホスホネート系薬剤などによる薬剤性骨壊死の患者が増えていることから「医歯薬連携」の重要性が指摘された。

## interview

## 森 昌平 氏

日本薬剤師会 副会長

1986年3月帝京大薬学部卒業後、同年水野薬局に入社。91年にかみや調剤薬局(現かみや薬局)開局。2004年から日本薬剤師会常務理事、14年から副会長。23年1月に中医協委員。

## 「地域の医薬品供給拠点」念頭に体制評価充実 地域支援加算の見直し「あるべき薬局の姿に」

### —2024年度調剤報酬改定の受け止めを。

今回の改定では、ポスト25年、40年を視野に入れた医薬分業制度の構築に向けて、メリハリのある大胆な改定を目指した。改定を取り巻く環境としては医療と介護の連携、賃上げ、医療DX、医薬品供給問題などさまざまな課題があり、難しさはあった。総括すると、地域の医薬品供給拠点としての役割を發揮するための体制評価の充実と、過不足のない地域医薬品提供体制の構築に注力した内容となり、将来の薬局のあるべき姿に向けるための最大限の対応がなされた。日薬が掲げる地域医薬品提供計画にもつながるものだ。

### —改定のポイントはどこか。

体制評価の充実が今回の「一丁目一番地」だ。そのために調剤基本料の引き上げを行い、加算の組み替えが行われた。賃上げ等の対応で基本料が3点引き上げとなったのは非常に大きなことだ。また連携強化加算は地域支援体制加算を算定していない薬局でも算定できるようになり、評価が引き上がった。医療DXに関する加算も新設されている。

### —基本料2の範囲の拡大はあったが、大幅な基本料の範囲見直しはなかった。

いわゆる医療モールは医療経済実態調査からも効率性が良いという結果だった。中小薬局は処方箋集中率だけでは判断できないということを理解してもらえたのだと思う。

### —地域支援体制加算は要件が強化され、点数は下がった。

基本料1の薬局が算定する「加算1・2」の要件は増えたものの、かかりつけ機能を推進するためには必要な項目であり、あるべき薬局の姿を評価する形に見直したという理解だ。共通の施設基準にはOTC医薬品の販売や緊急避妊薬、禁煙に関する事項も加わっているが、地域に貢献する薬局として当たり前のことが改めて入ったのだと思う。地域に過不足のない医薬品提供体制の構築という観点から、夜間・休日の調剤、在宅対応の周知も盛り込まれた。

点数は全体の体制評価を組み替えた結果であり、全体の評価が7点減ったわけではない。連携強化加算や新設する医療DX加算など他の体制評価が充実

しており、全体では仕事をしている薬局がきちんと評価されるようになってきている。

### 一在宅についての評価も充実した。

在宅患者のピークは40年以降となることから、薬局は在宅について量の拡大、質の向上が求められている。今回の改定ではしっかりと質の高い在宅ができるよう対応が行われた。患者が困ることがないように、積極的に在宅に取り組む薬局を評価している。特に注射の麻薬に対応する薬局はかなり負担が大きかったため、新設の在宅薬学総合体制加算では、高度な在宅対応を行う薬局が手厚く評価された。

同時改定であることから、介護との連携もポイントだ。介護支援専門員に対する情報提供の評価や、介護医療院、介護老人保健施設の患者に処方箋が交付された場合の評価の新設など、これまで抜け落ちていた部分が評価されている。6年後の同時改定に向けて医療と介護の連携を進め、必要な医療、医薬品、サービスが在宅で療養している患者に届くようにしていきたい。

### 一敷地内薬局の適正化が行われた。

日薬は敷地内薬局には従来から反対してきており、その思いは変わらない。今回は幅広く医科・調剤ともに適正化が行われた。これまでとは違う対応を行っており、適正化は一歩進んだと思う。ただ付帯意見にも記載されたように、次にどう対応するかは宿題として残った。

### 一議論で示された「グループ一律下げ」は見送られた。

一つの方法ではあるが、『一律下げ』をすることが目的ではない。あくまで敷地内の適正化が目的だ。今後の募集や出店の状況を見ながら引き続き検討する必要はある。

中医協でのこれまでの議論を通じて、敷地内薬局への適正化について委員全員が同じ方向性で、はっきり共通理解となったのは大きいことだ。

### 一リフィル処方箋は、生活習慣病管理料等の算定要件に患者への周知が盛り込まれるなど促進策が講じられた。

リフィルを出すかどうかは医師が判断するものだが、処方されたものをしっかり受け取るのは薬剤師の役割だ。中医協の議論では、患者がリフィルの仕組みを理解していない部分があるという調査結果も示されており、リフィルを進めていくのであれば薬局としても患者に説明等対応していきたい。リフィルは医師・薬剤師・患者の3者が連携して成り立つ仕組みだ。かかりつけ機能を強化して対応していきたい。

### 一後発医薬品調剤体制加算は見直しがなかった。

この加算は、供給不安が続く中でも置き換え状況を後退させないための防波堤の役割を担っている。今回新設された「特定薬剤管理指導加算3」では、長期収載品の選定療養に関する説明の他にも、医薬品が供給不安で入手できずに銘柄変更した場合の説明も評価される。直接的ではないが、後発品を促進する現場での対応は評価されたという認識だ。

### 一改定を現場の薬剤師にどう捉えてほしいか。

改定の意義は何なのかをしっかりと考えてほしい。薬局が6万軒あれば6万通りの調剤報酬の評価があるということ。点数が上がった下がったではなく、今回の改定で何を目指したのか、何を求められているのかをしっかりと理解して仕事をしてほしい。特に、地域の医薬品供給拠点として薬局が果たすべき役割についてだ。

同時改定の議論を通して、介護分野も含めて他職種から、薬局が地域の医療提供の担い手として理解されてきているのだという実感を持った。それに薬剤師は応えていかななくてはならない。そのため、しっかり仕事をすると同時に、それを患者、医師など医療関係者に「見える化」することも重要だ。それは保険者・国に対する見える化にもなり、結果として国民の安心につながる。

## interview

## 三木田 慎也 氏

日本保険薬局協会 会長



1997年アインメディカルシステムズ代表取締役社長。2007年8月総合メディカル入社、東京本社常勤顧問。同年10月常務執行役員、09年取締役、10年常務取締役、11年専務取締役、16年代表取締役副社長（現任）。同年日本保険薬局協会副会長、23年10月会長（現任）。

## “薬局の指針” である地域支援加算の減額「残念」 敷地内薬局の評価引き下げは「やりすぎ」

### マイナス要因大きく「困惑」

—2024年度調剤報酬改定をどのように受け止めているか。

今回改定の大きなテーマであった賃上げのための対応（調剤基本料3点増）がなされ、医療従事者に対する配慮をいただいたことを感謝している。ただ、ほかのマイナス要因があまりに大きく、困惑している。

特に地域支援体制加算の一律7点減は影響が大きい。かかりつけ業務や在宅、時間外対応などを包含する地域支援体制加算は、地域において薬局が果たすべき役割を示すものであって、私たちの行動指針であり軸の部分だ。会員企業はこれを重視して一生懸命努力してきた。ここの評価が下がるのは非常に残念。現場も「なぜ」という思いがあるのではないかと。

### 立地ではなく機能で評価を

—敷地内薬局の評価も大きく引き下げられた。

医療機関と長期契約を結んで敷地内薬局を出店し

ている企業にとって、今回の改定は大打撃となる。基本料の引き下げに加え、地域支援体制加算や後発医薬品調剤体制加算の減算割合を、現行の2割から9割に拡大する大幅な見直しがなされた。さらに、7種類以上の内服薬を調剤した場合に薬剤料が1割減算される措置まで講じられたのは明らかにやりすぎだ。

薬局はあくまで処方箋の受け手であり、薬剤師法では医師の処方通りに調剤することが義務付けられている。その義務を果たしているだけなのに薬局がペナルティーを負う構造は納得できない。敷地内薬局は合法であり、それを認めたのは厚生労働省であるにもかかわらず、後出しでこのような懲罰的な措置を行うのであれば、今後われわれは（国の施策に沿って）新しいことができなくなる。ここまでやるなら最初から敷地内薬局を認めるべきではなかった。

残念なのは、敷地内薬局だからという理由のみで、その機能や現場の努力が評価されないことだ。日本保険薬局協会(NPhA)はかねて、薬局の立地やグループの規模にかかわらず、薬局が果たしている機能を公正に評価してほしいと求めてきた。立地がどこであろうが、患者から一定の支持を得ている以上、存

在意義や役割がある。門前でも面でも、それぞれの薬局の機能を認め合い、地域の中で連携していくことが、業界の健全な発展につながるはずだ。

#### —長期収載品に選定療養が導入された。

保険財源が限られてくる中、患者に一定の自己負担をお願いするのは理解できる。ただ、薬局現場の混乱は大きいだろう。ただでさえ医薬品の供給不安への対応で四苦八苦している中で、薬価が4月、技術料が6月、選定療養が10月とさみだれ式に改定・導入される。準備と啓発に相当の時間が必要になる。

#### —在宅や医療 DX に関する評価が充実した。

在宅に関しては大変よかったというか、やっと見てくれたという印象だ。在宅は今後の高齢化社会の中で避けて通れない。NPhA 会員の多くは、在宅対応をやればやるほど赤字になる中で、正義感を持ってやってきた。厚労省が現場の努力を理解してくれた証しだ。

医療 DX 推進体制整備加算についても、NPhA が組織を挙げて取り組んできたマイナ保険証利用の声かけや電子処方箋の導入などが評価され、大変ありがたく思っている。

#### —服薬期間中のフォローアップについての評価は。

フォローアップの推進は NPhA が要望してきた項目の一つだ。今回の改定では現行の調剤後薬剤管理指導加算が「調剤後薬剤管理指導料」(60点)として新設され、対象となる糖尿病薬の範囲を拡大し、慢性心不全の患者も加わる。かかりつけ薬剤師指導料との併算定も可能になる。今回の評価拡充は大変よかった。

薬局薬剤師に求められる対人業務のうち、フォローアップは結果的にかかりつけ薬剤師の指名にもつながっていく最重要テーマだ。フォローアップに積極的に取り組むことで医師へのフィードバックの

質も向上し、医療機関との連携の良い流れができる。そうした取り組みが比較的進んでいる専門医療機関連携薬局の評価が報酬上で見えてこないのは残念。次回以降の改定でも、さらなる評価の充実を期待したい。

### かかりつけ制度が柔軟化

#### —かかりつけ薬剤師指導料・同包括管理料の要件が緩和された。

これも NPhA の要望をくみ取っていただけただけ項目の一つだ。夜間・休日には薬局単位での対応も可能となるほか、患者の事前同意を前提に、常勤であれば複数人のかかりつけ以外の薬剤師が服薬管理指導料の特例を算定できるようになる。今は従業員の働き方改革が求められ、薬局は女性の従業員も多いため育休の取得や時短勤務を選択する薬剤師も多い。より柔軟性を持った制度にさせていただき大変ありがたい。

中医協委員の席がない中で、これだけ NPhA の要望事項が改定に盛り込まれたのは、業界団体として独自の調査を積極的に実施し、薬局機能の「見える化」とエビデンスの発信に努めてきた成果だ。今後も、会員に調査への協力をお願いしたい。

#### —今回改定は、2025 年までに全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「患者のための薬局ビジョン」の期限までに行われる最後の改定になる。

かかりつけ機能は薬局が患者の支持を得る上で最も重要な要素の一つだと考えている。薬局ビジョンのようなマイルストーンに関係なく、永遠に取り組み続けるべきテーマだ。

薬局ビジョン関連では、健康サポート薬局の推進がうたわれているが、いまだに位置付けが分かりにくい。将来の薬局の在り方としてしっかり組み込まれ、調剤報酬ともリンクされていくことを期待したい。

## interview



## 山村 真一氏

保険薬局経営者連合会 会長

1980年にプライマリーファーマシー、2005年にバンビノ薬局を神奈川県川崎市に開局。11年に中小の薬局経営者を中心とした一般社団法人保険薬局経営者連合会を設立。13年にはシンクタンク組織の株式会社薬事政策研究所を設立。

## “地域インフラとしての薬局”へ評価充実 調剤報酬の「潮目変わった」

### 薬局のふるい分けが始まった

—2024年度調剤報酬改定をどのように受け止めているか。

処方箋調剤ではないところにも目を向けて、地域への貢献に対する評価を充実させたという意味では、調剤報酬の潮目が変わったとみている。今回の改定では連携強化加算の評価が上がり、地域支援体制加算の算定が要件から外れたことでどの薬局でも取れるようになった一方、改正感染症法に基づく「第2種協定指定医療機関」の指定を受けることが要件に追加された。さらに、地域支援体制加算の施設基準の見直し項目の中に、48薬効群の品目を取り扱うことや、緊急避妊薬を備蓄するといった要件が新設され、薬局が社会インフラとして機能するように地域の薬局や医療機関に対して「在庫状況の共有、医薬品の融通などを行っていること」という要件まで加わった。現在、保険調剤に集中してしまっている薬剤師リソースを、地域に向けていこう、薬局を公衆衛生の窓口として機能させていこうとする厚生労働省の意図がくみ取れる改定だった。

—地域支援体制加算の一律7点減をどう捉えるか。

単純に7点減るのではなく、全ての処方箋に関わってくる調剤技術料の中で重み分けの調整が行われたと考える。調剤基本料にプラス3点、連携強化加算にプラス3点、後発医薬品調剤体制加算はそのまま、新設の医療DX推進体制整備加算(月1回)に4点を、地域支援体制加算の点数から振り分けたと見ればうなずけるのではないかな。

言い方を変えると、減点されて今までの努力が報われないと捉えるのではなく、努力し続ける薬局は「残れる」、そうでない薬局はふるい落とされるということ。薬局のふるい分けが始まったという意味でも、調剤報酬の潮目が変わったと感じている。未来のあるべき薬局の姿に向けた建設的な見方をするのがいいと思う。

—地域支援体制加算の施設基準として「夜間・休日の調剤・在宅対応体制の周知」が求められるようになり、地域で輪番制などを組んで対応することも期待されている。

薬局機能の周知にとどまらず、地域の薬局同士が

ネットワークを構築する必要がある。新型コロナウイルス禍のような国難のときに、薬局が地域の医薬品供給インフラとして、薬剤師会の会員・非会員を問わず手を結んでいく仕組みができていないなんて、本来あるべきではない。薬局は公費ビジネスなのだから、地域の薬局同士がつながることは義務化されてもいい。

#### —敷地内薬局への評価が大きく引き下げられた。

地域における薬局はどうあるべきかという“そもそも論”をもっと活性化させて、時間をかけてでも薬局の在り方を補正させていくビジョンが求められている。10年、20年というスパンで、処方箋調剤以外のことで薬局経営が成り立つように軌道修正していく方向性を考えると、敷地内薬局に対する今回の対応も仕方がないのではないか。大病院もそうだが、診療所においても敷地内薬局というものに襟を正す必要がある。

#### —長期収載品に選定療養が導入された。

今回新設された「特定薬剤管理指導加算3」の中に、保険診療と保険外診療の併用が認められた選定療養の制度を説明することが入ったのは斬新で、今後に向けて大きな意味を持つてくると思う。国民皆保険制度を守っていくために、薬局が貢献できる新しい領域が生まれたという見方もできるかもしれない。予防やヘルスケアの重要性もますます高まる。薬剤師の職能をさらに広げていかななくてはならない。

#### —在宅に関する評価が充実した。

在宅に関しては今回改定で力を入れているのがよく見えた。頻回訪問や時間外対応といった現場で苦勞しているところに点数が付き、実態に合わせた評価ということでとてもよかったのではないか。特に薬剤師が医師の往診に同行することで、処方箋が交付される前に医師と処方内容を調整した場合の評価が設けられたのは、珍しいパターンで注目に値する。

#### —医療DX推進体制整備加算が新設された。

国のスケジュールでは、2030年をめどにほぼ全ての医療機関で電子カルテが導入される。これから5～6年かけて、日本の医療DXが完成に向かっていく。そこを見越して、今のうちから薬局も体制を整備していかないといけない。来年くらいには毎日少しずつ電子処方箋を応需する薬局が増えてくるだろう。

#### —リフィル処方箋については、診療所・中小病院を対象にした「生活習慣病管理料」「地域包括診療料・加算」の算定要件に、患者に対する周知が盛り込まれるなど一定の対応が取られた。

リフィル処方箋への対応は、思いのほか小さかったというのが正直なところだ。服薬期間中のフォローアップと密接に関わることであり、薬局もリフィルの価値や意味合いをしっかりと考えて質を担保していく必要がある。薬局側から医療費・薬剤費の適正化の議論をもっと提起していくことも大切だと思う。これから肅々と普及が進んでいくのではないか。

#### —医療従事者の賃上げが考慮された。

賃上げは日本全体の課題であって、当然薬局も前向きに対応していく必要がある。薬剤師だけでなく、事務職員の賃上げも当然のこと。事務員を含めたチームで、薬局というインフラを魅力あるものに変えていく必要があり、非薬剤師が対応できる領域も大いに見直しを進めるべきだと考える。

#### —今回改定は、2025年までに全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「患者のための薬局ビジョン」の期限までに行われる最後の改定になる。

今回の改定の内容は、「かかりつけ」への直接的な結び付きは正直あまり感じられなかった。ただ、地域に貢献するという方向性は感じられるので、その中で努力した薬局は「おのずとかかりつけになる」ということなのだろうと理解している。



薬局・薬剤師のためのニュースメディア

**HARMACY NEWSBREAK**

特別編集 2024年3月

## 2024 年度調剤報酬改定 薬局ビジョンと現在地

頒布価格 880 円（本体 800 円＋税 10%）（送料別）

2024 年 3 月 31 日発行

【編集・発行】

株式会社 **じほう**

〒101-8421 東京都千代田区神田猿楽町 1-5-15 猿楽町SSビル TEL：03-3233-6351（編集） 03-3233-6333（販売）

---

© **じほう** 2024 本誌記事の無断複写を禁じます。