

レポート

調剤薬局の利益モデルはどこへ向かうのか

～2026 年度調剤報酬改定と調剤薬局の店舗ポートフォリオ再設計～

コンサルティング事業本部
社会共創ビジネスユニット ヘルスケアコンサルティング室
マネージャー 鎌田圭佑

要旨

調剤薬局の利益モデルは、処方箋枚数を積み上げ、門前・近接立地と標準化された店舗運営で固定費を吸収する、という前提から転換を迫られている。外来・門前は引き続き収益基盤である一方、賃金、在庫、欠品対応、情報連携の負担は増している。地域支援・供給や在宅を全店で薄く保有すれば、追加算定より先に人件費、在庫、夜間対応、管理負荷が膨らむ。2026 年度の調剤報酬改定(以下、2026 年度改定)では、調剤薬局に「利益の出し方」と「店の持ち方」の両方を問い直している。

この環境では、市場規模や処方箋枚数だけで地域戦略は決まらない。大市場であっても、供給負荷や足元の需要変化によって、必要な打ち手は異なる。反対に、処方箋枚数では大きく見えない地域でも、薬局・薬剤師当たりの負荷が高く、地域支援や在宅の体制整備が遅れていれば、店舗群の役割分担や広域支援を早期に検討する候補となる。

本稿では、47 都道府県の公開データから、需給圧、足元の変化、届出ベースの機能整備ギャップ(届出情報から把握できる機能整備の遅れ)を重ねた。公開データは投資判断の答えではなく、商圈・店舗群で深掘りすべき地域と、問いを絞るための入り口である。同じ高需給圧地域でも、機能構築・再配置を優先すべき地域と、既存機能の稼働・算定・採算改善を優先すべき地域とに分かれる。

最終的には、地域としての対応を検討する優先度と、自社にとっての投資魅力度は、分けて判断する必要がある。地域課題が大きくても、自社の店舗密度、人材、医療機関・施設との関係、競争環境、事業性が伴わなければ、自前投資が最善とは限らない。今後の利益防衛には、全店へ同じ機能を持たせるのではなく、外来効率、地域支援・供給、在宅の役割を店舗群で分担し、それを支える DX 基盤を、商圈ごとに活用する視点が重要になる。

本稿の公開データ分析の位置付け

上述の通り、本稿の分析は投資判断の結論そのものではなく、深掘りすべき地域を絞り込むための入り口と位置付けている。都道府県間の需給圧、足元の変化、届出ベースの機能整備ギャップを示すが、実際の薬剤師不足、店舗別収益、統合・閉鎖の必要性、個社ごとの投資優先順位、利益改善との因果関係は直接示さない。最終判断には、店舗 P/L(損益計算書)、人時生産性、在宅単位採算、商圈需要、患者導線、競争環境、人材配置、在庫・配送・訪問導線、追加投資額を重ねる必要がある。

1. 改定が迫る利益モデルの見直し

2026 年度改定は、外来・門前モデルを否定するものではない。処方箋枚数を効率良く受け止める力は、今後も調剤薬局の収益基盤であり続ける。ただし、賃金、在庫、欠品対応、情報連携の負担が増す中で、全店を同じ形で高機能化するほど利益が残るとは限らない。

焦点は、外来効率、地域支援・供給、在宅の役割をどの店舗群で担い、それを支える DX・データ基盤をどう標準運用に組み込むかである。今回の改定は、加算取得の技術論ではなく、店舗群の機能配置と利益防衛の設計を問い直している。

図表 1 2026 年度改定は、調剤薬局の「利益の出し方」と「店の持ち方」を変える

2026年度改定は、調剤薬局の「利益の出し方」と「店の持ち方」を変える

外来・門前を基盤としながら、地域供給・在宅・運用実装をどの店舗群に厚く持たせるか

今回改定の前提となった4つの背景

- 門前依存は正は未完**
 - 高集中・門前依存の正は過去改定でも続いてきたが、なお構造は残る。今回改定は、立地依存から機能評価への転換を一段強める
- 物価・賃上げ・人手不足**
 - コスト上昇と人材制約が重なり、枚数の積み上げだけでは採算を守りにくい。必要な機能を安定して回せる体制が問われる
- 高齢化・地域医療構想の進展**
 - 外来中心の需要だけでなく、生活圏での供給・在宅・施設対応の重みが増す。薬局には、地域の中でどの機能を担うかが問われる
- DXは導入より運用の段階へ**
 - 電子処方箋や情報連携は、導入だけでは差がつきにくい。運用から定着・業務簡素化まで含めて成果を出せるかが問われる

今回改定が突きつける4つの経営論点

- 外来・門前モデルを、どこまで基盤として維持するか**
 - 調剤基本料や集中率・立地に関する見直しより、外来・門前依存だけでは固定費を吸収しにくくなる
- 地域支援・医薬品供給対応体制を、どの店舗群で担うか**
 - 地域支援体制加算が、地域支援・医薬品供給対応体制加算に再整理、地域で医薬品供給を担える体制の重要性が増加する
- 在宅・施設対応を、どこまで事業として持つか**
 - 在宅薬学総合体制加算の見直しにより、在宅・施設対応は補完業務ではなく、拠点戦略と採算設計の論点となる
- DXと人材を、どの機能にひも付けて運用するか**
 - DXは全店共通基盤、人材は機能を回すための制約条件である。導入や採用数ではなく、どの店舗機能にひも付けて運用するかも問われる

経営で今、先に決めるべきこと

- 現場実装力を見極める**
 - 在宅・地域支援・DX運用を実際に回せる店舗や管理薬剤師はどこか
 - 医療機関・施設・ケアマネとの関係資産がある店舗はどこか
 - 加算維持に必要な実績を継続的に積める店舗はどこか
- 店舗群ごとの機能配置を決める**
 - 地域支援・医薬品供給対応体制をどの店舗群で担うか
 - 在宅・施設対応をどの店舗群に厚く持たせるか
 - 管理薬剤師・中核薬剤師を、どの機能店舗に優先配置するか
- 採算・運営管理を変える**
 - DXは全店共通基盤として標準化し、どの業務から定着させるか
 - 店舗機能ごとに、人員配置、業務設計、KPIをどう変えるか
 - 外来効率運営店と、採算管理をどう分けるか

今回の改定は、点数の取り方を変える改定にとどまらない。処方箋枚数で固定費を吸収する全店一律モデルを見直し、機能を持つ店舗群で利益を守る発想を強める改定である

(出所)厚生労働省「令和 8 年度診療報酬改定の概要【調剤】」などを基に当社作成

薬価差益の縮小、欠品対応、在庫負担、賃上げが重なるほど、門前・近接立地と処方箋受付枚数で固定費を吸収してきた店舗モデルの余力は小さくなる。一方で、患者接点は、外来中心の服薬指導から、継続服薬支援、施設・在宅対応、ドラッグストア店頭、アプリ接点へ広がっている。重要なのは、すべての接点を各店舗で抱えることではない。個店で担う業務と、店舗群で分担・共有する機能を切り分けることが、今後の収益性を左右する。

本稿では、店舗ポートフォリオを「店舗を残す、統合する、役割を変える判断」、店舗群を「機能を分担する運営単位」、機能配置を「外来効率、地域支援・供給、在宅の役割をどの店舗群で担うか」と定義する。DX は、独立した店舗機能としてではなく、電子処方箋、調剤結果登録、服薬フォロー、在宅記録、実績管理を店舗群横断でつ

なが共通基盤として扱う。主要処方元、在宅依頼元、施設対応先との関係、実績、人材を棚卸しし、本部が役割、支援範囲、共通業務を決める。在宅は、移動、配送、記録、シフトを含む1つの事業と位置付ける。

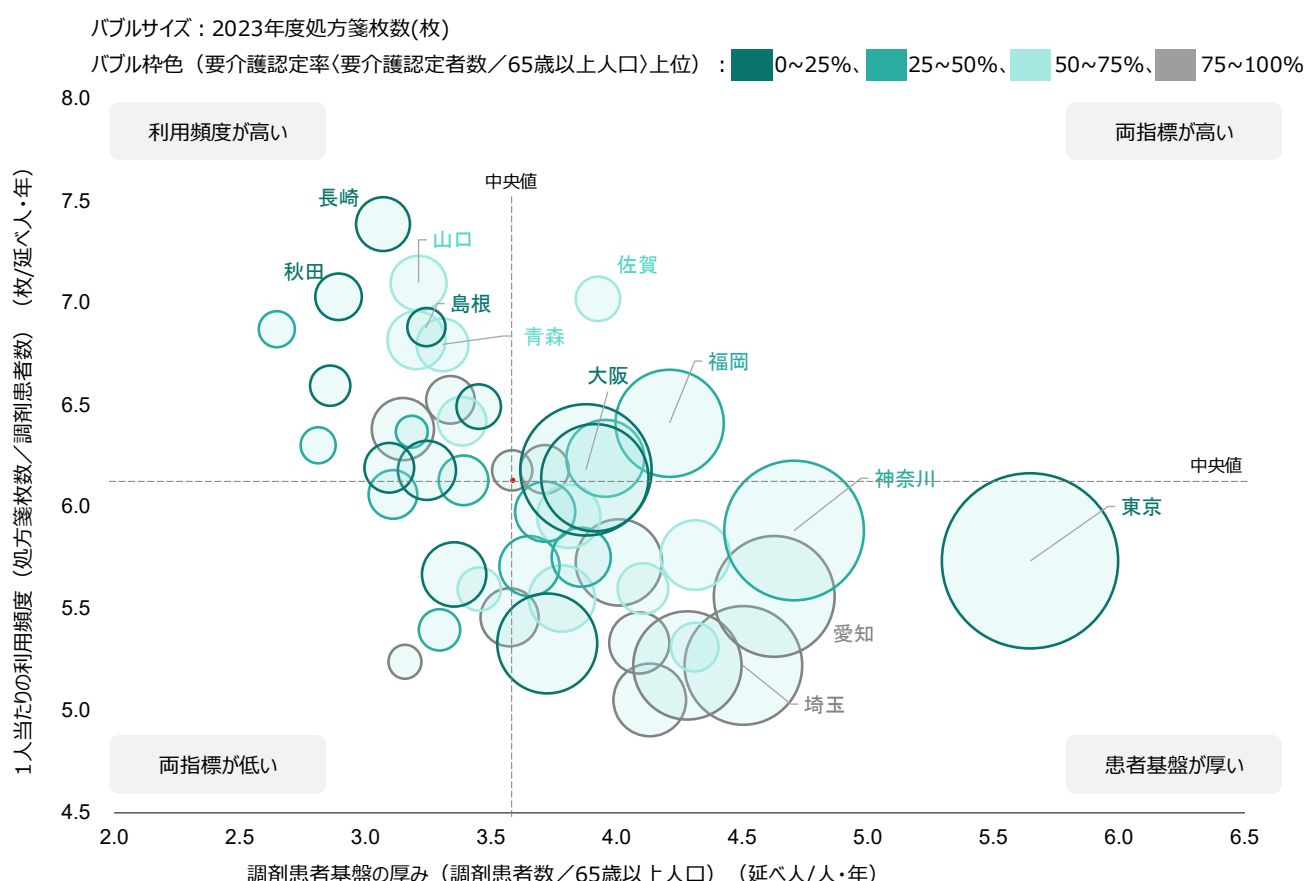
2. 地域ごとの需給構造と足元の変化

地域戦略の出発点は、市場規模の順位ではない。需要と供給を分けて、現在の需給構造を捉え、足元の変化を重ねることで、打ち手の焦点と実行時期を見極めることである。

処方箋枚数では、東京、神奈川、愛知、埼玉、福岡などの大市場が目立つ。需要を「患者基盤の厚み」と「1人当たりの利用頻度」に分けると、長崎、島根、秋田、山口、佐賀など、規模とは異なる特徴を持つ地域が浮かび上がる。

大市場では、外来の受け入れ能力が焦点になりやすい一方、利用頻度の高い地域では、継続服薬や在宅・施設対応の設計が重くなる。なお、要介護認定率は、需要の性質を読む補助情報として用いた。

図表2 「市場規模が大きい県」と、「利用頻度が高い県」は一致しない



(出所)統計局「人口推計(2023年10月65歳以上人口)」、厚生労働省「第10回NDBオープンデータ(調剤行為患者数(調剤基本料1,2,特別調剤基本料、調剤基本料3イ・ロ・ハの患者数の合計))」、日本薬剤師会「医薬分業進捗状況(2023年処方箋枚数)」、厚生労働省「令和5年度介護保険事業状況報告」を基に当社作成

薬局当たりと薬剤師1人当たりの処方箋負荷を分けると、地域差が見えてくる。青森、島根、宮崎、大分、沖縄、

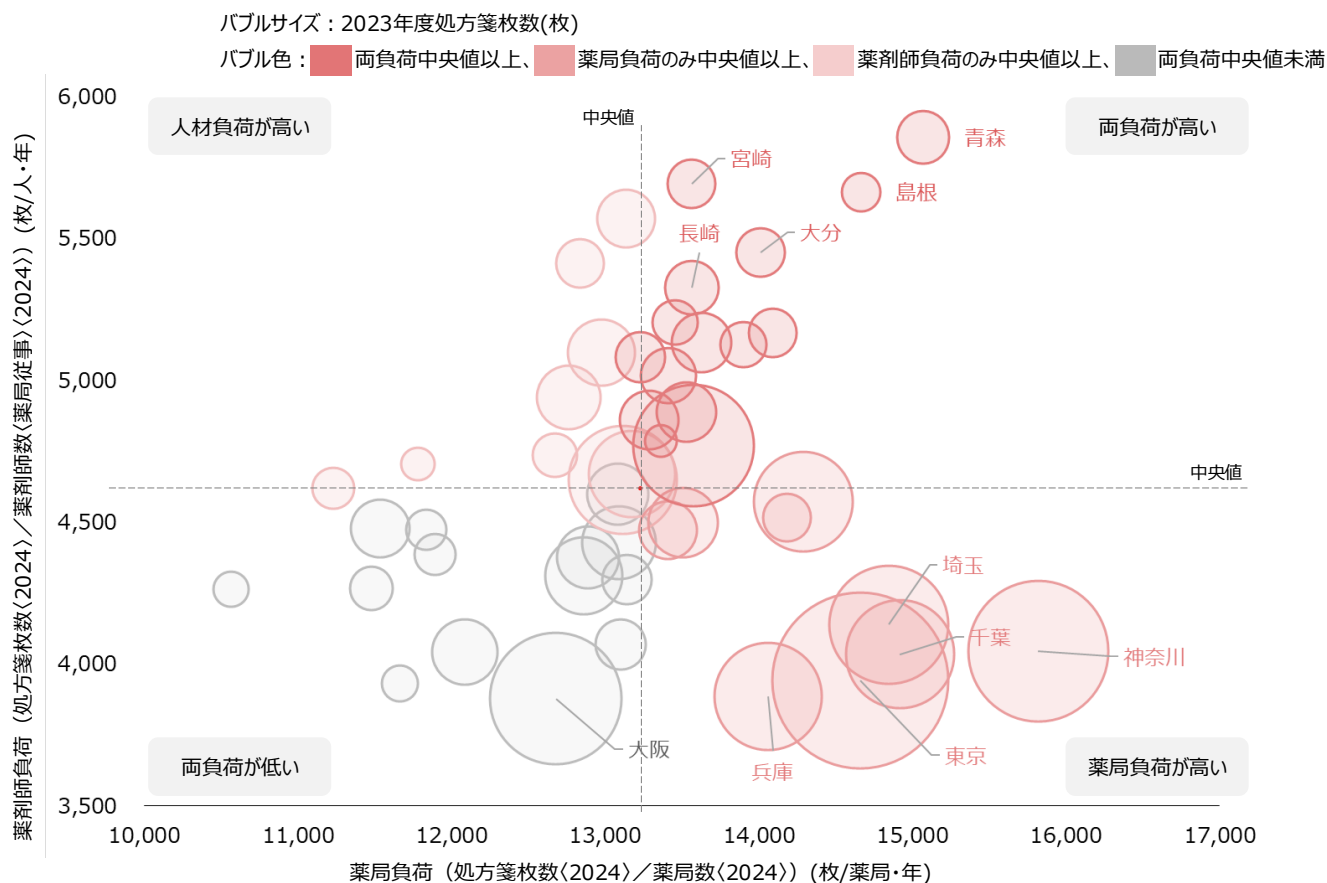
ご利用に際してのご留意事項を最後に記載していますので、ご参照ください。

(お問い合わせ)コーポレート・コミュニケーション室 E-mail: info@murc.jp

長崎など両方の負荷が高い県では、採用や出店の積み増しだけでなく、店舗群の役割分担や広域支援が論点となる。

東京、神奈川、埼玉、千葉、兵庫のように薬局負荷が高い大市場では、既存店の受け入れ能力、業務集約、管理人材の配置が焦点になる。なお、指標は人材不足や採用難度を直接測るものではなく、深掘りすべき供給論点を示す。

図表 3 処方箋負荷で見ると、供給上の論点は「薬剤師」と「店舗の受け入れ能力」に分かれる



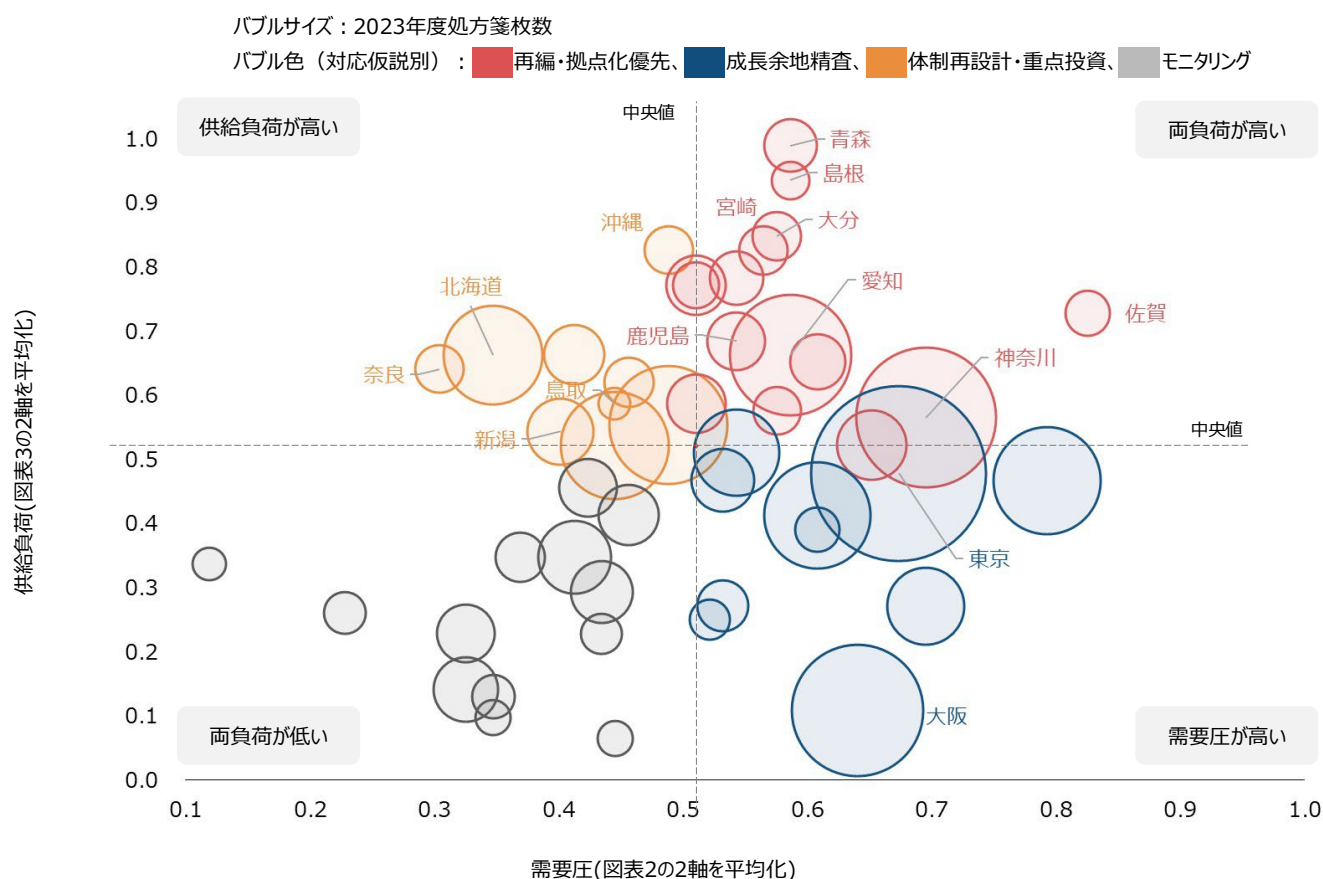
(出所) 日本薬剤師会「医薬分業進捗状況(2023 年処方箋枚数・2024 年処方箋枚数)」、厚生労働省「令和 6 年度衛生行政報告例」、厚生労働省「令和(2024)6 年医師・歯科医師・薬剤師統計」を基に当社作成

(注) 薬剤師数が 2022 年・2024 年データのみであったため、薬局負荷・薬剤師負荷は 2024 年数値を用いた

需要圧(図表 2 の 2 軸を平均化した指標)と供給負荷(図表 3 の 2 軸を平均化した指標)を重ねると、再編や機能配置を先に検討すべき地域が見えてくる。青森、島根、大分、宮崎、佐賀などは大市場ではないものの、両方の負荷が高い。

東京、神奈川、愛知のような大市場でも負荷の構成は異なる。需要圧が主因なら受け入れ能力、供給負荷が主因なら店舗群・人材・在庫の再配置、両方の負荷が高ければ、店舗ポートフォリオと機能配置を一体で見直す。また、両方の負荷が低ければ、固定費を増やさないという選択もあり得る。

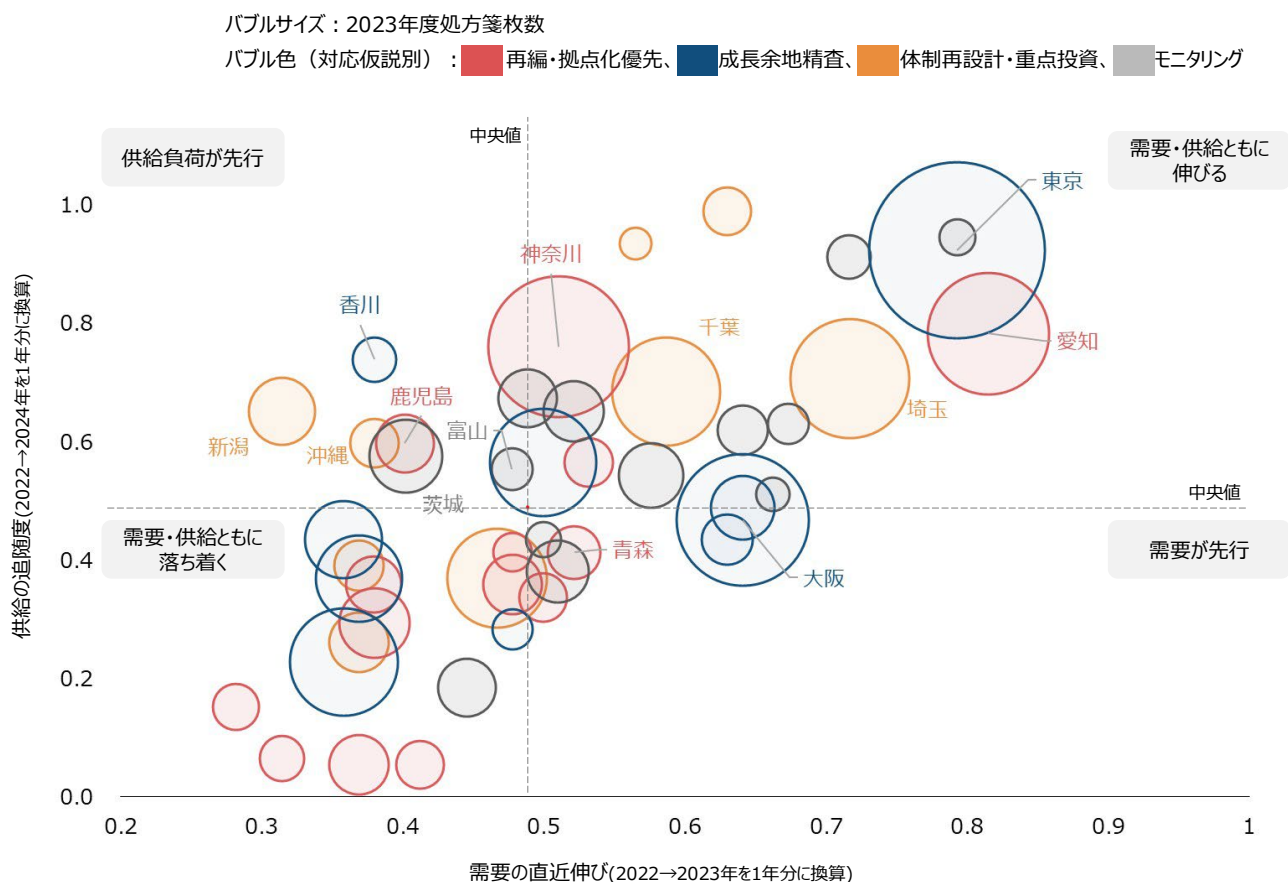
図表 4 「需要圧」と「供給負荷」を重ねると、再編・拠点化を深掘りすべき地域が見えてくる



(出所) 図表 2、3 を基に当社作成

需要の直近の伸びと供給の追従度を重ねると、時間軸が加わる。需要と供給の両方が伸びる東京、愛知などでは、成長と採算を同時に管理する。大阪や青森など需要先行の地域では、人材配置、受け入れ能力、機能追加の判断を前倒しする。新潟、香川、沖縄などの供給先行の地域では、追加投資の前に既存能力が需要のある商圈で使われているかを確認する。一方、大阪のように、足元の需給圧が相対的に大きく見えなくても、需要の伸びが供給の追従を上回る地域では、次の局面で処理能力や人材配置が制約になり得る。

図表 5 「対応の検討を優先すべき地域」と、「準備を先行させる地域」は同じとは限らない



(出所)統計局「人口推計(2022・2023年10月65歳以上人口)」、厚生労働省「第9・10回NDBオープンデータ(調剤行為 患者数〈調剤基本料1,2,特別調剤基本料、調剤基本料3イ・ロ・ハの患者数の合計〉)」、日本薬剤師会「医薬分業進捗状況(2022・2023・2024年処方箋枚数)」、厚生労働省「令和4・6年度衛生行政報告例」、厚生労働省「令和(2022)4・令和(2024)6年医師・歯科医師・薬剤師統計」を基に当社作成

3. 機能整備ギャップから地域戦略の仮説へ

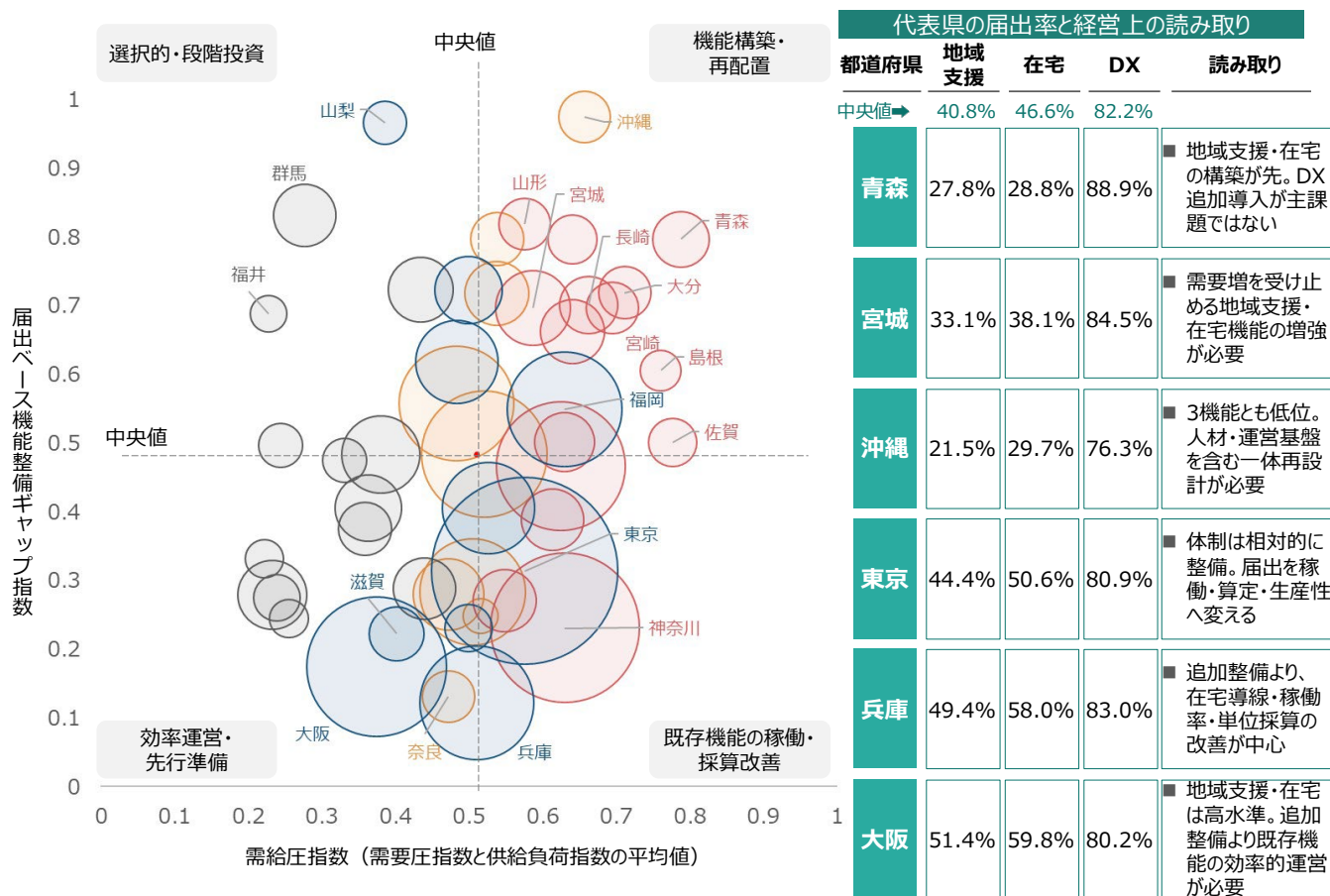
同じ需給圧でも、地域支援や在宅の届出体制が相対的に低い地域と、既に広く整っている地域では、戦略仮説が異なる。前述の通り、本稿の公開データ分析は個社の投資判断を直接示すものではなく、商圈・店舗群で深掘りすべき問いを絞るための入り口である。以下では、届出ベース機能整備ギャップを重ね、地域支援・在宅の機能構築を優先すべき地域と、既存機能の稼働・算定・採算改善を検討すべき地域とを分ける。

需給圧指数は、需要圧指数と供給負荷指数の平均である。届出ベース機能整備ギャップ指数は、地域支援 40%、在宅 40%、DX20%で加重平均した届出ベース機能整備指数を反転し、届出率が相対的に低い地域ほど、値が大きくなるようにした代理指標である。ここでの DX20%は、地域支援・在宅と同列の店舗機能ではなく、店舗群を横断する共通基盤の整備度を、補助的に反映するための設定である。届出率は、対象機能の届出を持つ保険薬局の割合として算出した。詳細は分析方法に示す。

図表 6 の右上には、需給圧と届出ベース機能整備ギャップが、ともに大きい地域が位置している。需要圧と供給負荷のどちらが主因か、どの機能に差があるかで対応仮説は変わる。

青森、島根、大分、宮崎、沖縄では「機能構築・再配置」が、宮城や福岡では「需要の受け入れ体制の増強」が仮説になる。また、東京、神奈川、兵庫では届出体制が相対的に整っていることから、「既存機能の稼働・算定・採算改善」の余地を確認する。

図表 6 高需給圧地域でも、検討すべき対応仮説は「機能構築・再配置」と「既存機能の稼働・採算改善」に分かれる



(出所) 図表 4、5 の情報に加えて、各厚生局が公表している都道府県別・薬局の施設基準の「届出受理医療機関名簿」

ご利用に際してのご留意事項を最後に記載していますので、ご参照ください。

(お問い合わせ) コーポレート・コミュニケーション室 E-mail: info@murc.jp

(2026 年 4 月時点)を基に当社作成

3 つの届出率の全国中央値は、地域支援 40.8%、在宅 46.6%、DX82.2%である。DX 関連体制の届出は広く普及している一方、地域支援と在宅を担う店舗体制には、なお県間差が残る。

青森や宮城では DX 届出率が高い一方で、地域支援と在宅は低い。沖縄は 3 つとも低い。DX は、新規導入の有無ではなく、電子処方箋、調剤結果登録、服薬フォロー、在宅記録、実績管理を標準運用に落とし込み、地域支援・在宅を支える共通基盤として使えるかどうかで評価する。

戦略仮説は、店舗 P/L、在宅 1 件当たりの採算性、人時生産性で検証する。地域支援・供給では、増分収入から応援人件費、在庫・廃棄、休日夜間、配送負担を差し引く。在宅は、訪問・移動・記録、緊急対応、材料費を含める。人時生産性は、薬剤師 1 時間当たり粗利などで比較する。

4. 地域の課題を自社の投資判断に変える

公開データ上で対応検討の優先度が高く見える地域が、そのまま自社の投資対象になるわけではない。県別分析を起点に、Step2にて3つの確認を通じて、自社が採り得る戦略を選び分ける。

第1の確認では、需給圧、市場規模、足元の変化、競争・再編状況から、深掘りを優先する地域と論点を絞る。

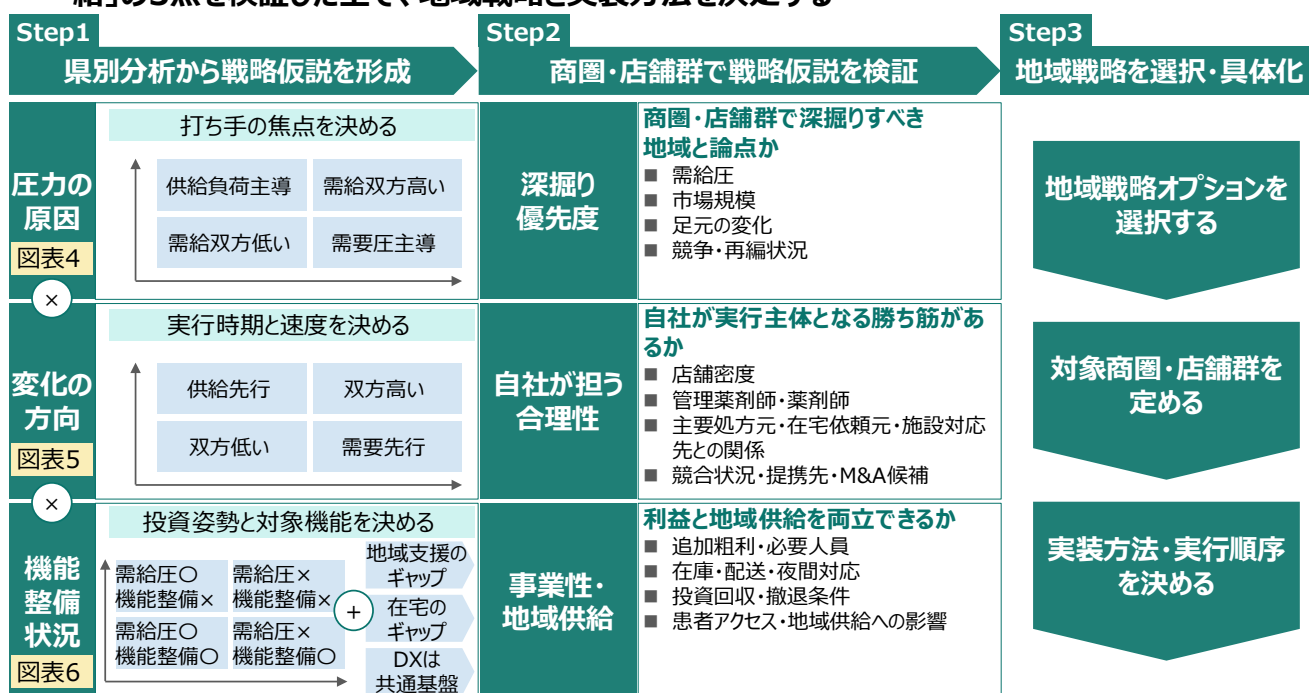
第2の確認では、店舗密度、人材(管理薬剤師・薬剤師)、主要処方元・在宅依頼元・施設対応先との関係、競合状況・提携先・M&A候補を確認し、自社が実行主体となる勝ち筋があるかを判断する。

第3の確認では、追加粗利・必要人員、在庫・配送・夜間対応、投資回収・撤退条件、患者アクセス・地域供給への影響から事業性と地域供給を両立できるかを判断する。判断結果を踏まえて、実行や提携、統合・集約、段階投資、保留が考えられる。

図表7 深掘りすべき地域・論点を自社の投資判断につなぐ3ステップ

県別分析で戦略仮説を置き、商圈・店舗群で投資判断につなげる

■図表4～6で戦略仮説を形成し、「深掘り優先度」「自社が担う合理性」「事業性・地域供給」の3点を検証した上で、地域戦略と実装方法を決定する



(出所) 当社作成

本編では、6つの地域戦略オプションを、適用条件、主目的、初期対応、避けるべき行動の4項目に絞る。それぞれの地域戦略オプションを実行する際には、店舗ポートフォリオ、地域支援・供給、在宅・施設、人材・運営、DX・データ基盤の5つの実行テーマに分けて具体化することが必要である。

図表8 6つの地域戦略オプションを整理する

地域戦略オプション

■6つの地域戦略オプションを、適用条件・主目的・初期対応・避けるべき行動で整理する

地域戦略オプション	適用条件	主目的	初期対応	避けるべき行動
供給体制の再構築 (分析上の例示：青森、島根、大分、宮崎)	■ 供給負荷が強く、地域支援・在宅の届出率が相対的に低い	■ 供給継続に必要な機能と人材を、役割を担う店舗群へ集約させること	■ 供給継続リスクが高い商圈を確認、地域支援・在宅を中心に担う店舗と補完する店舗を仮置きする	■ 全店に同じ機能を追加する
需要受け皿増強 (分析上の例示：宮城、福岡)	■ 需要の伸びが供給の追従を上回り、受け入れ余力が限られる	■ 需要が伸びる商圈で、既存店の受け入れ能力を高めること	■ 需要が伸びる商圈を特定し、待ち時間、残業、応援頻度、在宅受入枠のボトルネックを確認する	■ 全店一律の増員・設備投資を行う
運営基盤再設計 (分析上の例示：沖縄)	■ 人材・運営・複数機能のギャップが同時に大きい	■ 店舗間支援、在宅、地域供給、DX・データ基盤をエリアで組み直すこと	■ 店舗別の役割、人材、在庫融通、在宅受付、訪問割当を棚卸しし、エリア運営の型を作る	■ 機能ごとに個別施策を積み上げる
既存機能の稼働・採算改善 (分析上の例示：東京、神奈川、兵庫)	■ 需給圧力は高いが、必要な届出体制はおおむね整っている	■ 既存機能を実績・算定・採算に結び付けること	■ 店舗・機能別P/L、在宅単位採算、人時生産性、届出済み機能の稼働状況を確認する	■ 既存機能を使い切る前に追加整備する
選択的・段階投資 (分析上の例示：山梨、群馬、福井)	■ 足元の需給圧は低い、届出ベース機能整備ギャップが大きい	■ 重点商圈を絞り、段階的に機能を試すこと	■ モデル商圈・店舗を選び、地域支援・在宅の試行範囲、担当者、開始・拡大・停止条件を決める	■ 県内一律で機能整備を進める
効率運営・先行準備 (分析上の例示：大阪、奈良、滋賀)	■ 足元は安定しているが、需要先行など将来変化への備えが必要	■ 現行運営の効率を保ち、変化時にすぐ動ける状態を作ること	■ 需要増時に機能を追加する候補店舗を決め、増員・機能追加の実施条件を定める	■ 安定していることを理由に準備を先送りする

(出所) 当社作成

公開データを同じ物差しで重ねても、導かれる戦略仮説は地域によって異なる。例えば「大阪型」は、追加投資を急がず、需要増に備えることが有効である。また「青森型」は、地域支援・在宅を担う店舗群を定めて、供給体制を組み直すことが有効である。

図表 9 公開データに基づく適用例:「大阪型」と「青森型」では、優先的に検討すべき打ち手や注意点が異なる

地域戦略の適用例

■ 同じ制度改定でも、大阪型は「先行準備」を、青森型は「供給体制の再構築」を優先すべきである

	大阪型（効率運営・先行準備）	青森型（供給体制の再構築）
公開データの診断結果	■ 需給圧・届出ベース機能整備ギャップは相対的に低いが、足元は需要先行	■ 供給負荷が高く、地域支援・在宅の届出ベース機能整備ギャップが大きい
初期対応	■ 店舗別の受け入れ余力と、増員・機能追加の実施条件を定める	■ 地域支援・在宅を担う店舗群と、人材・在庫の配置を設計する
投資・再配置の実施条件	■ 特定商圈で需要増が継続し、待ち時間・残業・応援依存が常態化し、シフト調整だけでは対応しきれないと確認されたとき	■ 単店対応や店舗間の応援だけでは、欠品対応・休日夜間対応・在宅訪問を維持できない商圈が特定されたとき
避けること	■ 需要増を理由に、全店一律で増員・設備投資する	■ 全店舗を同じ機能で維持し、DX導入だけを供給体制再構築の主要解決策と見なす
個社データで確認	■ 処方箋集中・待ち時間、薬剤師稼働状況、店舗別収支、在宅1件当たりの収支	■ 店舗統合時の固定費削減・患者流出リスク、薬剤師配置、訪問距離、在宅依頼元・施設対応先、店舗別収支

この整理の価値は都道府県を順位付けすることではない
同じ制度改定の下でも、地域ごとに異なる資源配分と投資タイミングを導くことにある

（出所）図表 2～6 の分析を基に当社作成

実装の形は業態によって異なる。調剤専業の場合は、店舗群の設定、人材配置、統合、M&A・PMI 後の機能配置が中心になる。また、ドラッグストアの場合は、来店導線、会員・アプリ、長時間営業、OTC・物流を組み合わせ、機能を担う店舗と患者接点・受取を担う併設店の役割を分ける。

5. おわりに: 3つの経営原則

・経営原則 1: 公開データは答えではなく、深掘りする地域と問いを選ぶために使う

県別の相対差から、商圈・店舗群で確認すべき論点を絞り、合成指数を予測モデルや投資順位として扱わない。

・経営原則 2: 地域の「対応検討優先度」と、自社の「投資魅力度」を分けて判断する

地域として対応の検討優先度が高くても、自社の店舗密度、人材、主要処方元・在宅依頼元・施設対応先との関係、競争環境、事業性が伴わなければ、自前投資が最善とは限らない。

・経営原則 3: 全店に同じ機能を持たせず、商圈単位で役割を分担し、利益が残る配置を選ぶ

今後の利益防衛には、外来を効率的に回す店舗群、地域支援・供給を担う店舗群、在宅・施設対応を厚く持つ店舗群を意図して分ける必要がある。地域支援や在宅を全店で薄く持てば、追加算定より先に人件費、在庫、夜間対応、配送、本部管理負荷が膨らむ。一方で、機能を集約し過ぎれば、患者アクセスや地域供給を損なう可能性がある。

DXは独立した店舗機能ではなく、電子処方箋、調剤結果登録、服薬フォロー、在宅記録、実績管理を店舗群横断でつなぐ共通基盤として扱う。重要なのは、どの店舗が機能を担い、どの店舗がそれを支えるか、どこで固定費を増やさないかを商圈単位で選ぶことである。

【分析方法】

- 相対化・象限: 各原指標を 47 都道府県内で 0~1 に相対化した。需要圧、供給負荷、足元の変化は構成指標を単純平均し、届出ベース機能整備指数は地域支援 40%、在宅 40%、DX20%で加重平均した。象限境界は各軸の全国中央値とした。
- 需要圧指数: 調剤患者基盤密度と 1 人当たり処方箋受付回数の相対順位を平均化した。
- 供給負荷指数: 薬局当たり・薬剤師 1 人当たり処方箋負荷の相対順位を平均化した。
- 需給圧指数: 需要圧指数と供給負荷指数を平均化した。
- 足元の変化: 需要は 2022~2023 年の患者基盤密度・受付回数の伸び、供給は 2022~2024 年の薬局数・薬剤師数の伸びを年率換算し、それぞれ相対順位を平均化した。
- 届出ベース機能整備ギャップ指数(1 - 届出ベース機能整備指数で算出): 2026 年 4 月の地域支援、在宅、DX の届出率を 47 都道府県間で 0~1 に相対化し、地域支援 40%、在宅 40%、DX20%で加重平均した機能整備指数を作成した上で、同指数を反転した代理指標である。分子は機能別に同一施設単位で集約し、同一薬局が同一機能内で、複数の対象受理記号を持つ場合も 1 件として扱った。なお、同一薬局が複数機能に該当する場合は、各機能の届出率の分子にそれぞれ 1 件として含めた。40%・40%・20%の重みは、地域支援・在宅を主要な店舗機能、DX を店舗群横断の共通基盤として扱うという、本稿の整理に基づくスクリーニング上の設定であり、利益寄与や重要度の絶対評価ではない。
- 欠損・外れ値: 47 都道府県を対象とし、欠損補完や外れ値の切り詰めは行わずに算出した。
- 指標間の関係: 需要圧指数と供給負荷指数には処方箋関連指標が共通して含まれるなど、いくつかの図表

で重複する指標が含まれることから、統計的に独立した指標ではない。このため、合成指数は因果推定や将来予測ではなく、深掘り地域と経営論点を絞るスクリーニングに用いる。

- データ時点:処方箋関連は主に 2023 年、供給負荷の水準値は 2024 年、足元変化は需要 2022～2023 年・供給 2022～2024 年、届出率は 2026 年 4 月時点のデータを用いた。時点差があり、同一時点の需給均衡を示さない。大阪・青森は公開データによる適用例で、店舗役割・投資額・利益効果などは、個社データに基づき検証する必要がある。

－ ご利用に際して －

- 本資料は、執筆時点で信頼できるとされる各種データに基づいて作成されていますが、当社はその正確性、完全性を保証するものではありません。
- また、本資料は、執筆者の見解に基づき作成されたものであり、当社の統一的な見解を示すものではありません。
- 本資料に基づくお客さまの決定、行為、およびその結果について、当社は一切の責任を負いません。ご利用にあたっては、お客さまご自身でご判断くださいますようお願い申し上げます。
- 本資料は、著作物であり、著作権法に基づき保護されています。著作権法の定めに従い、引用する際は、必ず出所:三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングと明記してください。
- 本資料の全文または一部を転載・複製する際は著作権者の許諾が必要ですので、当社までご連絡ください。