

調剤医療費の低減を目的とした薬剤師と薬局に関する提言

川口愛佳、一之瀬仁、大石あかり、小林健吾、齋藤大輝、中島達也、平山未沙稀
(日本大学商学部秋川卓也研究室)

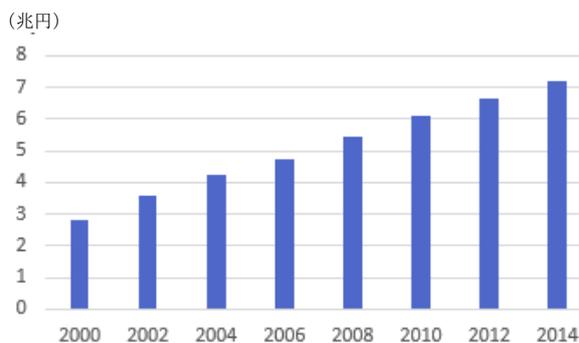
要旨

年々上昇し続ける医療費は2015年現在で37.5兆円にまで達した。本研究では、調剤薬局医療費の引き下げに焦点を当て、薬局の開局更新基準の緩和とかかりつけ薬局控除という2つの提案を行う。第1の提案で未資格補助者や機械の導入により能力未使用率を改善することができる。しかし、薬剤師の数を減らすだけでは理解されないということから薬剤師の数を減らすことにつなげるのではなく、別の機会で活躍してもらい、さらなる調剤医療費の抑制が可能となるための職能転換が必要とされる。軽い症状で病院に行く患者が増えていることが調剤薬局医療費を上昇させる原因であることから、所得税と住民税における「かかりつけ薬局控除」の導入を第2の提案とした。これらの提案により調剤薬局医療費を下げるだけでなく、薬剤師が国民の健康管理をより身近で支え、薬剤師が国民に寄り添うといった薬局の本来あるべき姿である、かかりつけ薬局を目指すことができる。

キーワード: 調剤医療費、高齢化、薬剤師、薬局開局更新基準、かかりつけ薬局、軽医療、OTC薬、医療費控除

1. はじめに

現在、医療費総額は年々上昇し続け、2015年の段階で37.5兆円にまで達した。現状のまま医療費が増加し続ければ、若い世代の負担がますます増える恐れがある。また医療費のうち、調剤医療費が2000年から2014年にかけて約2.5倍増加していることがわかった(図1参照)。本研究の目的は、急務とされる調剤医療費削減案を提示することにある。



出典：全国保険医団体連合会「膨張する医療費の要因は高騰する薬剤費にあり」<http://hodanren.doc-net.or.jp/news/teigen/pic/yall_c0721.pdf>

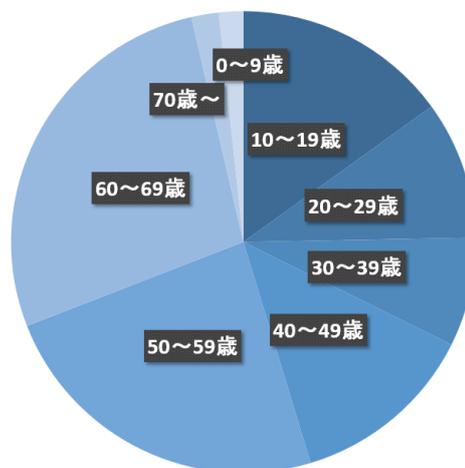
図1 調剤医療費の推移

2. 調剤医療費の現状

まずは、日本の調剤医療費が膨れ上がった原因を調べるため、これまでの政策を再検討する。

厚生労働省は調剤医療費上昇を食い止めるために、ジェネリック医薬品制度の推進や薬価を2年に1度適正価格に近付ける薬価改定

などの政策を行ってきた。この2つの政策によって薬の価格は下がったが、調剤医療費の総額は増加傾向のままであることから、期待した効果は得られていないといえる。



出典：厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向」

図2 調剤医療費の年齢別内訳

調剤薬局医療費総額の内訳を分析すると、50代~60歳代に占める割合が高いことがわかる(図2参照)。これは高齢者になるほど病院を利用する頻度が多いことに関係している。調剤薬局医療費の上昇には高齢化の影響があると考えられるが、将来的にも高齢化はさらに進行するため避けることは難しい。

平成18年度の年齢構成比⁽¹⁾に基づいて各年度の総処方箋枚数を各年齢区分に配分し、これに各年度における処方箋1枚当たりの年齢区分

別平均調剤費を乗じて、高齢化の影響を打ち消した処方箋一枚当たりの推定調剤費推移を算出すると、図3のような結果になった。年齢構成を固定しても、推定調剤医療費は年を追うごとに上昇していることがわかる。以上の結果から、調剤薬局医療費の上昇は高齢化以外にも原因があることが分かる。

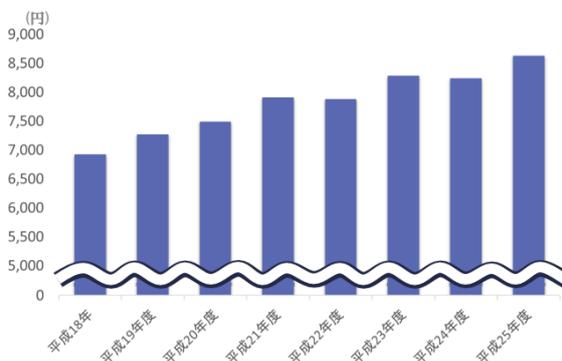


図3 高齡化を除去した場合の調剤費の推移

2.3 医療業界の現状

厚生労働省の調査から、薬剤師数と調剤薬局数が年々上昇⁽²⁾していることが分かる。調剤薬局が増加した原因としては、医薬分業があげられる。医薬分業とは、処方のダブルチェックや処方と診察の個別化の目的で、診療を行う場所と調剤をする場所を分ける政策である。この結果、門前薬局が増加し、結果として調剤薬局が乱立した。この調剤薬局の利益の内訳⁽³⁾を見てみると、薬剤師による調剤の対価である調剤技術料、および投薬などの指導の対価である指導管理料が年々増加していることが分かる。薬剤師の人件費は国民皆保険で賄われていることから、薬剤師は公務員に近い存在だと考えられる。調剤薬局に従事する全国の調剤薬剤師の人件費を、2012年度における調剤薬剤師の年間人件費に調剤薬剤師人数を乗じて計算⁽⁴⁾すると、年間で総額約6,200億円かかっていることが判明した。

上昇を続けている薬剤師数だが、現状の医療業界では薬剤師不足だと言われている。しかし、全国の調剤薬剤師206名を対象としたウェブアンケート調査(マクロミル社の協力にて実施)から、約6割の薬局において薬剤師は足りているとの回答が得られた。このことから、薬剤師不足とは一概に言えないことが分かる。

調剤薬局開局更新に必要な薬剤師数は、安全性が考慮されたうえで、年平均処方箋枚数1日40枚につき1人必要とされている⁽⁵⁾。以下こ

の論文では、この法令を「40枚のルール」と呼ぶ。この数字をもとに、調剤薬剤師の能力が使われていない程度を能力未使用率と定義した。実際には、40枚のルールに基づく年間対応可能な処方箋枚数に対する、平均対応処方箋枚数の割合にて算出することができる。実際の処方箋枚数を先のアンケート結果から得て計算すると、能力未使用率は55%と算出された。この結果は、半数以上も能力が使われておらず、調剤薬剤師の1日当たりの対応処方箋は平均18枚程度に過ぎないことを意味する。

具体例を示し、1ヶ月の処方箋枚数が一定の場合、薬局1軒で対応する場合と複数軒で対応する場合の必要薬剤師数を比較してみよう。40枚のルールにおいて、小数点は繰上げとされることから、図4のとおり、同じ処方箋枚数でも、薬局が1軒の場合と複数軒の場合とでは、後者の方が薬剤師が余分に必要だということがわかる。

<薬局1軒で対応する場合>

 $5,000 \text{枚} \div 20 \text{日} \div 40 \text{枚} = 6.25$ → 7人

<薬局複数軒で対応する場合>

	$1,000 \div 20 \div 40 = 1.25$	→ 2人	} 合計で 11人 必要
	$900 \div 20 \div 40 = 1.13$	→ 2人	
	$1,150 \div 20 \div 40 = 1.44$	→ 2人	
	$2,100 \div 20 \div 40 = 2.63$	→ 3人	
	$850 \div 20 \div 40 = 1.06$	→ 2人	

図4 必要薬剤師数の計算例

3. 2つの提案

3.1 薬局の開局更新基準緩和

以上のような薬剤師の必要人数の差に着目し、「薬局開局更新基準の規制緩和」を提案する。緩和要件として、未資格補助者と調剤機器に焦点を当てた。

緩和要件として、まず未資格補助者に着目した。先の調剤薬剤師を対象としたアンケートの結果から、薬剤師の資格を必要としない仕事の割合は平均で約50%存在することが判明した。薬剤師の資格がなくてもできる仕事の内容としては、受付・薬歴管理、処方箋のデータ管理、薬歴簿の作成、会計、レセプト処理、発注・納品などがあげられる。これらの業務を行う未資格補助者が存在すれば、薬剤師が調剤業務により集中することが可能になる。

同様の緩和要件として、調剤機器も含めたい。先のアンケート調査で、「処方箋1枚当たりの

調剤業務時間は平均何分か」と「調剤業務の機械化が進んでいるか」という2つの質問も行った。その結果、処方箋1枚当たりの平均調剤業務時間は、「調剤業務の機械化が進んでいない」と回答した薬剤師が約15分、「機械化が進んでいる」と回答した薬剤師が約9分と回答している。これは、機械化により生産性が平均で約1.5倍上昇することを示唆する。機械化に必要な調剤薬剤師数を減らすことが可能となる。

具体的な基準の緩和方法として、開局更新時の計算の際、常勤できる未資格補助者1名に限り、薬剤師0.5人分相当としたい。また、調剤機器が整っていると認められる薬局においても同様に薬剤師0.5人分相当とカウントとする。

例えば、現状の基準では、2000枚/月の処方箋に対して、40枚のルールから、小数点の繰り上げによって3人の薬剤師が必要である。しかし、緩和条件を適用すると仮定して、常勤できる未資格補助者1名に限り、または調剤機器が整っていると認められれば、いずれも薬剤師0.5人分相当とする。よって、合計で2.5人と計算されることになり、必要な薬剤師数は3人から2人となる。

これらの条件による基準緩和がなされれば、確実な調剤能力を確保した上で、必要な薬剤師数を抑えることができよう。しかしながら、これにより能力未使用率の改善が見込まれるが、既存の調剤薬剤師の処遇に直接影響を与えるわけではないので、人件費削減にはつながりにくいといえる。薬剤師の未利用能力を生かす別途の施策が必要であろう。その点については、次節にて検討する。

3.2 かかりつけ薬局控除

薬剤師の業務としては一般に調剤の印象が強いが、服薬指導、薬歴管理、大衆薬販売、健康管理などの役割も求められている。これらの機能は、より地域に根ざし、国民の行きつけの薬局（以下、かかりつけ薬局）であるべきとの考えが反映されている。しかし、所得のある20～60歳代272名を対象としたアンケート調査から、薬を受け取る薬局を1つに定めていない人が71%を占めることが分かった。つまり、かかりつけ薬局は世間に普及していないと考えられる。薬局の開局更新基準緩和の導入で薬剤師数を削減するのではなく、こうした調剤以外に推進の必要な業務に薬剤師の職務を誘導していく施策が必要となる。

最近、病院での診察が必要ない軽い症状で来院する患者が多く、調剤薬剤費を上昇させている問題がある。症状が軽い場合、薬局で薬剤師

の相談を受けてくれば、薬剤師の判断で保険適用外のOTC薬（いわゆる大衆薬）の服用を勧めることできる。軽医療に対する大衆薬利用の普及が進めば、公的負担をさらに減らすことができる。

大日氏と井伊氏の研究では、表1のように13の疾患が軽医療と定義されている。疾患ごとの推定医療費とOTC薬市場規模は表2のとおりであるが、これら軽医療の総医療費は約2兆円を越していることから、大きな公的負担削減の可能性を有していることが分かる。

表1 軽医療とされる13疾患の一覧

風邪	眼精疲労
花粉症	水虫・魚の目
胃の痛みやもたれ	皮膚の炎症
頭痛・生理痛	ケガ
肩や首筋のこり	打ち身・打撲
背中や腰の痛み	痔
便秘・下痢	

出典：大日康史・井伊雅子（2002）「疾病毎の医療受診とOTC需要の代替性」『季刊社会保障研究』38巻2号。

表2 疾患ごとの推定医療費（単位：億円）

	推定された医療費	OTC市場規模
風邪	6,371	2,657
花粉症	1,197	386
胃の痛みやもたれ	1,230	1,015
頭痛・生理痛	234	465
肩や首筋のこり	324	765
背中や腰の痛み	3,053	
便秘・下痢	442	308
眼精疲労	509	631
水虫・魚の目	236	251
皮膚の炎症	3,101	878
ケガ	1,950	172
打ち身、打撲	1,290	765
痔	1,443	163
合計	21,379	6,669

出典：大日康史（2002）「疾病毎の医療受診とOTC需要の代替性—年間を通じての分析—」『関東学院大学経済経営研究所年報』

以上の問題点を踏まえ、所得税と住民税における「かかりつけ薬局控除」の導入を第2の提案としたい。具体的には、かかりつけ薬局の推進にもつなげるために、購入総金額が最大の薬局で購入した大衆薬の総額に応じて税控除する仕組みとする。薬剤師には、健康指導と大衆薬の販売を行った際に、税控除手続きの証明書となる薬剤師記名の領収書発行を義務付ける。

かかりつけ薬局控除の有効性を評価するために、先の20～60歳代のアンケート調査で、各軽医療に対する仮想の治療行動として、「病院で診察を受ける」「大衆薬を服用する」「自然治癒」の3つから選択してもらう質問をした。また、かかりつけ薬局控除が存在する仮定でも同様の質問をした。

結果によって判明した、かかりつけ薬局控除

の存在による行動変化率（表3参照）から、表2の数字を利用して、公的負担増減額を計算したところ（表4参照）、公的負担額が約3,100億円削減できる見込みがあることが分かった。かかりつけ薬局の普及が進めば、調剤以外の薬剤師の活躍の場は広がるものと考えられる。

表3 税控除による変化率（単位：億円）

	「病院で診察を受ける」の 選択数の変化率	「大薬業を服用する」の 選択数の変化率
風邪	28%減少	28%増加
花粉症	33%減少	64%増加
胃もたれ	33%減少	27%増加
頭痛	20%減少	14%増加
肩こり	37%減少	69%増加
背中の痛み	43%減少	88%増加
便秘	43%減少	46%増加
眼精疲労	10%減少	36%増加
水虫	26%減少	19%増加
皮膚の炎症	26%減少	64%増加
怪我	12%減少	56%増加
打撲	22%減少	40%増加
痔	27%減少	37%増加

表4 公的負担増減額（単位：億円）

	公的負担分の医療費	減税額
風邪	1278	350
花粉症	281	65
胃もたれ	286	133
頭痛	33	55
肩こり	85	13
背中の痛み	929	134
便秘	136	46
眼精疲労	36	89
水虫	44	31
皮膚の炎症	583	148
怪我	172	28
打撲	200	110
痔	280	23

一部報道で、平成28年度税制大改定により、本人やその家族が医療用から転用された医薬品（通称、スイッチOTC薬）を一定額以上購入した場合、その超過分を課税所得から差し引く、新しい医療費控除が導入される可能性があることが分かった。しかし、本稿で示した控除では、かかりつけ薬局の推進を目指すために、1つの薬局での購入額を対象とする。その点で異なることに注意されたい。

4. まとめ

年々上昇し続ける医療費への対策として、本稿では薬局開局更新基準の規制緩和とかかりつけ薬局控除を提案した。薬局開局更新基準の規制緩和によって、確実な調剤能力を確保した上で、必要な薬剤師を抑制することができる。また、かかりつけ薬局控除では、かかりつけ薬局控除による変化率から、公的負担増減額を独自で試算したところ、公的負担約3,100億円の

削減が見込めることが分かった。調剤医療費を削減するだけでなく、これまでの政策で思うように進まなかった、かかりつけ薬局の推進を目指すことも可能である。

今回の研究を通じて、医療費増加の要因には医療関係者や政治だけでなく、受診行動を通して国民も大きく関与していることが分かった。医療費増加は国民一人ひとりが意識しなければ解決できない問題である。私たちの提案が国民意識の高まりにも貢献できれば幸いである。

謝辞

今回調査にご協力頂いた多くの方々にご場を借りて心より感謝申し上げます。

注記

- (1) 厚生労働省「年齢階級別処方箋1枚あたり調剤医療費」<<http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/c-med/2011/02/pdf/201102-03.pdf>>
- (2) 厚生労働省「衛生行政報告例」<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/36-19.html>>。「薬局数及び処方せん枚数の推移」<http://www.data.go.jp/data/dataset/mhlw_20140917_0014/resource/133df5a8-b9b5-45e7-a14b-3ec0b30876e7>
- (3) 「調剤技術料の推移」<hodanren.doc-net.or.jp/news/teigen/pic/3c.pdf>
- (4) 薬価改定の推移と薬剤費及び推定乖離率の年次推移<<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=147720&name=0000013716.pdf>>
- (5) 「薬局及び一般販売業の薬剤師の員数を定める省令」<law.e-gov.go.jp/htmldata/S39/S39F0360100003.html>