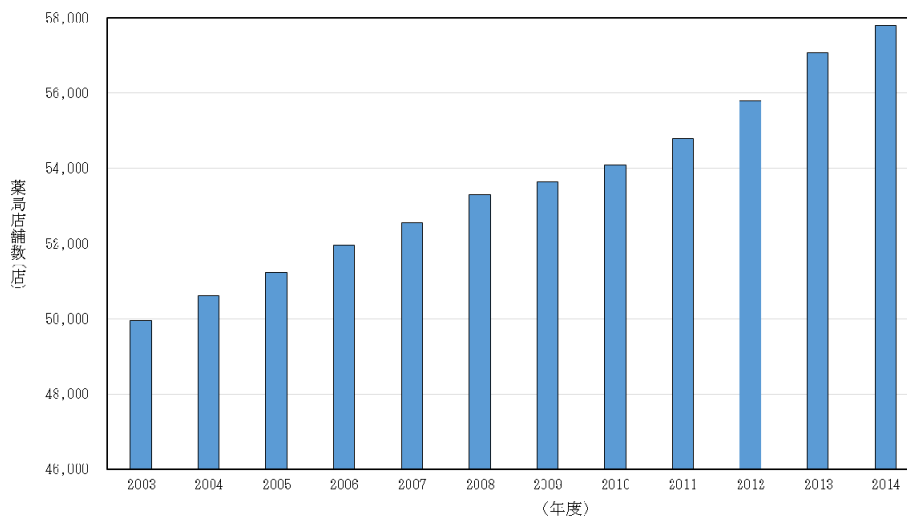


2. 2. 2. 保険薬局の現状分析

（全国の薬局店舗総数は増加基調）

2003 年度から 2014 年度までの全国の保険薬局店舗数の推移をみると、年度平均 700 店舗超のペースで増加傾向が続いており、2014 年度には 57,784 店に達した。薬局店舗数はコンビニ（54,501 店）²⁵、スーパー（約 20,335 店）²⁶、小学校（20,313 校）²⁷よりも多い。

図表 2-13 全国の保険薬局店舗数の推移



（備考） 1. 厚生労働省「衛生行政報告例」により作成。

2. 2010 年度の薬局店舗数は、宮城県の薬局店舗数データが欠損していたことから、宮城県の薬局店舗数を、2009 年度の薬局店舗数（1,097 店）と 2011 年度の薬局店舗数（1,087 店）の平均値で補完した。

（医療機関数や人口に対する薬局店舗数も増加傾向）

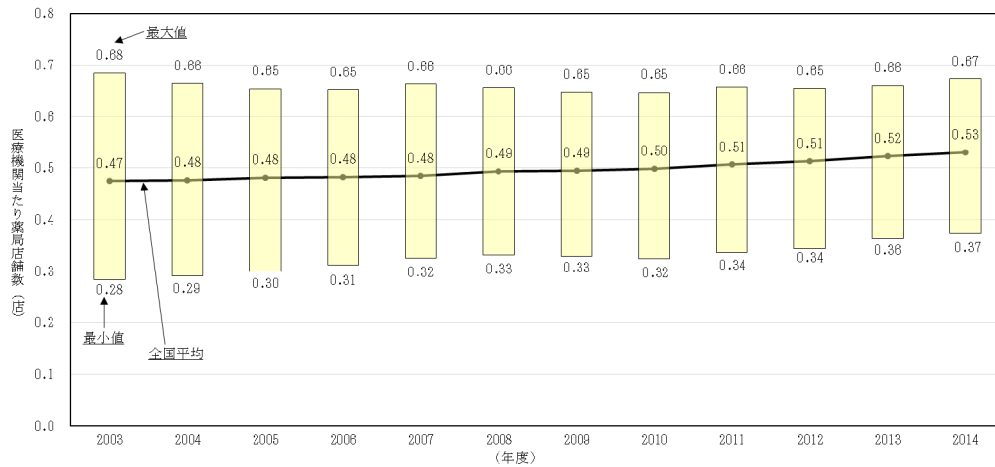
全国及び都道府県別の医療機関（病院＋一般診療所）当たりの薬局店舗数の経年変化をみると、全国平均では、2003 年度の 0.47（店/医療機関数）から 2014 年度の 0.53（店/医療機関数）へと増加傾向を示している。最大値では、2003 年度の 0.68（店/医療機関数）から 2014 年度の 0.67（店/医療機関数）へと横ばいであるのに対し、最小値では、0.28（店/医療機関数）から 0.37（店/医療機関数）と増加しており、都道府県間の差は縮小している（図表 2-14）。

²⁵ 一般社団法人日本フランチャイズチェーン協会（2016）「コンビニエンスストア統計調査年間集計」による、2016 年 12 月現在店数。

²⁶ 一般社団法人新日本スーパーマーケット協会「スーパーマーケット統計調査」＜<http://www.j-sosm.jp/dl/index.html#tenpo>（2017 年 3 月 2 日アクセス）＞による 2017 年 2 月現在店数。総合スーパー 1,843 店、食品スーパー 18,492 店。

²⁷ 文部科学省（2016）「平成 28 年度学校基本調査」による、2016 年度現在の校数。

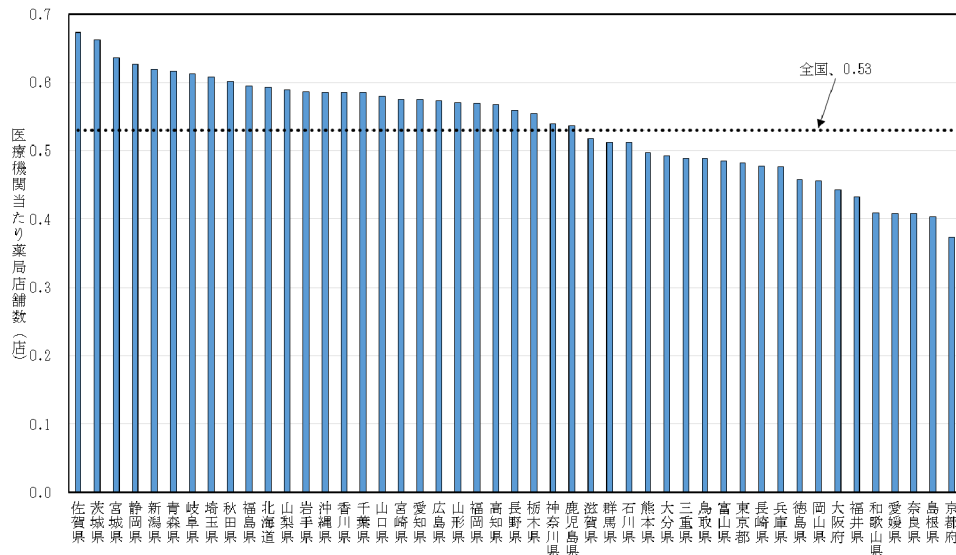
図表 2-14 医療機関当たり保険薬局店舗数の推移（都道府県別最大・最小値、平均値）



- (備考) 1. 厚生労働省「衛生行政報告例」、「医療施設調査」により作成。
2. 2010 年度の薬局店舗数は、宮城県の薬局店舗数データが欠損していたことから、宮城県の薬局店舗数を、2009 年度の薬局店舗数(1,097 店)と 2011 年度の薬局店舗数(1,087 店)の平均値で補完した。

都道府県別でみた場合の最大値は、佐賀県（2014 年度、0.67）、最小値は京都府（同、0.37）である。（図表 2－15）

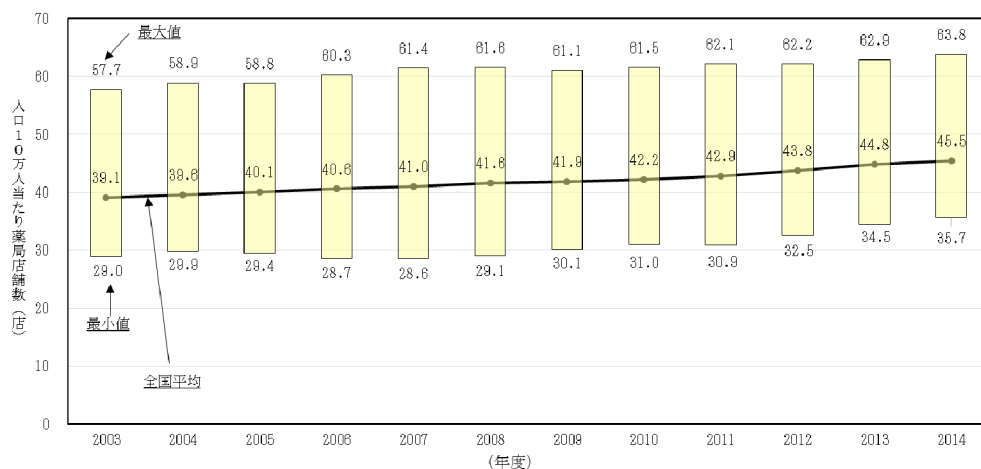
図表 2-15 医療機関当たり保険薬局店舗数（2014 年度）



- (備考) 1. 厚生労働省「衛生行政報告例」、「医療施設調査」により作成。
2. 医療機関数は「医療施設調査」における「病院」、「診療所」数を計上。

次に、全国及び都道府県別に人口 10 万人当たりの薬局店舗数の経年変化をみると、全国平均では、2003 年度の 39.1（店/人口 10 万人）から 2014 年度の 45.5（店/人口 10 万人）へと増加傾向にある（図表 2－16）。

図表 2-16 人口 10 万人当たり保険薬局店舗数の推移（都道府県別最大・最小値、平均値）



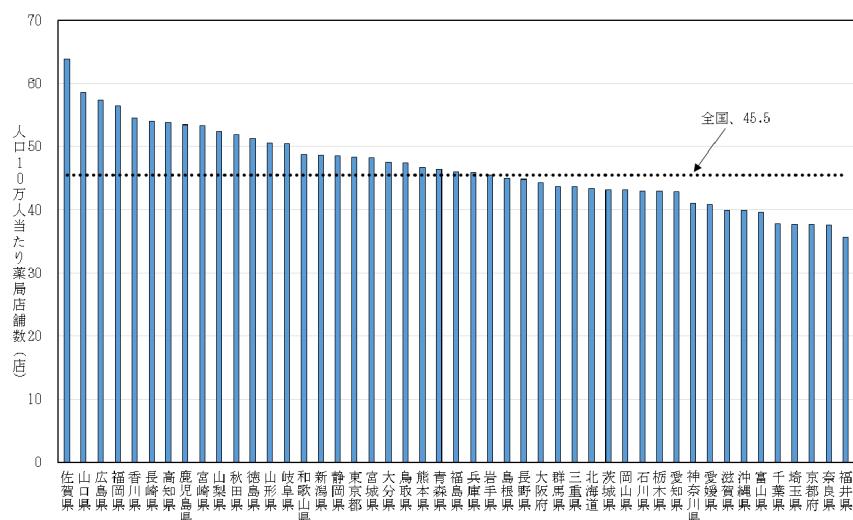
(備考) 1. 厚生労働省「衛生行政報告例」、総務省「人口推計」により作成。

2. 薬局店舗数は各年度、人口は各年 10 月 31 日現在。

3. 2010 年度の薬局店舗数は、宮城県の薬局店舗数データが欠損していたことから、宮城県の薬局店舗数を、2009 年度の薬局店舗数（1,097 店）と 2011 年度の薬局店舗数（1,087 店）の平均値で補完した。

都道府県別でみた最大値はやはり佐賀県（2014年度、63.8）であり、最小値は福井県（同、35.7）である（図表2-17）。

図表 2-17 人口 10 万人当たり保険薬局店舗数 (2014 年度)



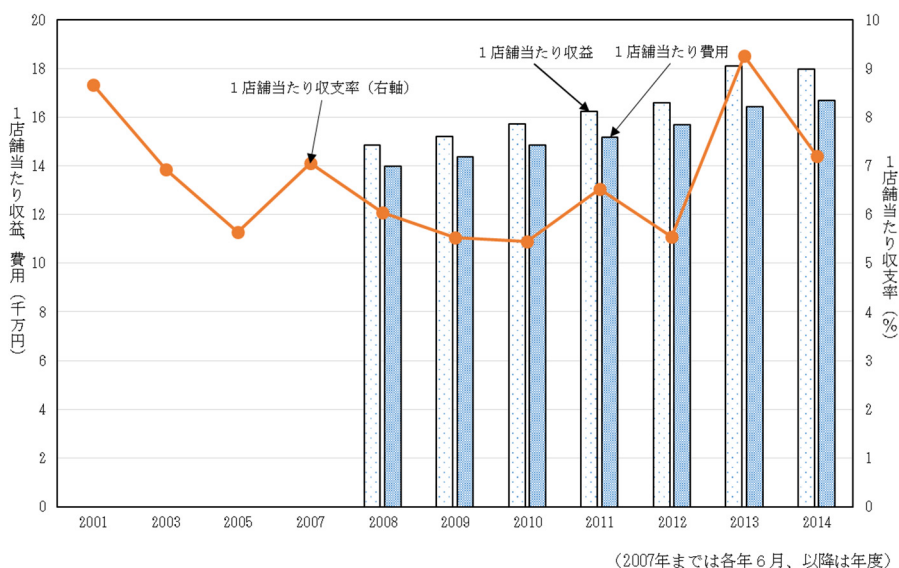
(備考) 1. 厚生労働省「衛生行政報告例」、総務省「人口推計」により作成。

2. 薬局店舗数は2014年度、人口は2014年10月31日現在。

（保険薬局の収支率は概ね横ばいで推移）

保険薬局店舗数は、実店舗数、医療機関当たり店舗数、人口 10 万人当たり店舗数のいずれも増加していることを確認した。続いて、厚生労働省「医療経済実態調査」²⁸により薬局 1 店舗当たりの経営状況を確認する。保険薬局 1 店舗当たりの収益額は、2008 年度から 2013 年度まで増加したが、2014 年度はおおむね横ばいとなっている。一方、費用については、増加が続いている。単純な収支率の推移をみると、2001 年 6 月（8.7％）から 2005 年 6 月（5.6％）にかけて悪化した後、2012 年度にかけて、5.5％程度から 7.0％程度の間で推移し、2013 年度に 9.3％まで上昇、2014 年度に 7.2％に下落している。2001 年度から 2014 年度までの期間全体でみると、おおむね横ばいで推移している（図表 2－18）。

図表 2－18 保険薬局の経営指標の時系列推移



（備考） 1. 厚生労働省「医療経済実態調査」により作成。

2. 収支率は、（収益－費用）／収益の式で算出している。

3. 2007 年 6 月以前は 1 カ月分の収益・費用が調査対象となっていることから、グラフには表示していない。

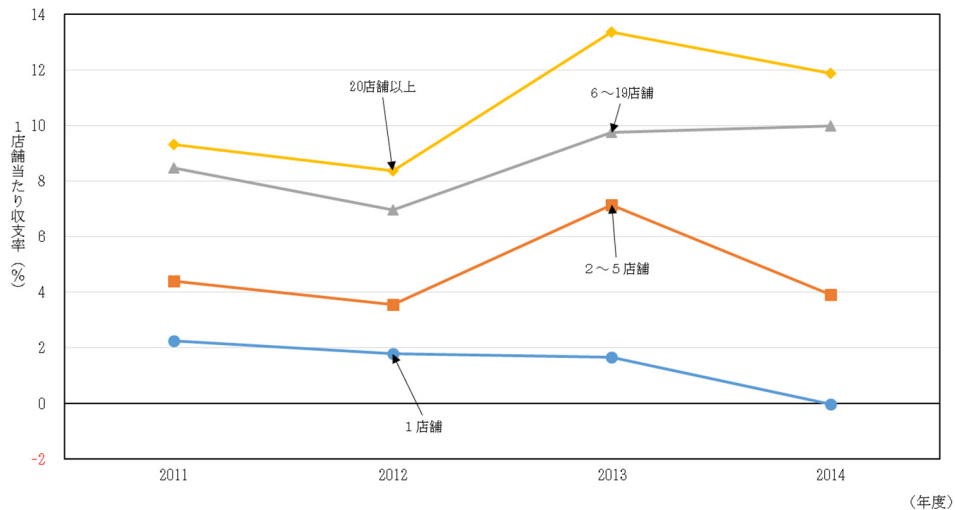
（法人規模が大きくなるに従い、収支率は上昇）

1 店舗当たりの収支状況について、法人の規模別（1 店舗、2～5 店舗、6～19 店舗、20 店舗以上）にみると、規模が大きくなるほど、1 店舗当たりの収益、費用のいずれも増加する傾向がある。収支率についてみると、2011 年度から 2014 年度までの全ての年

²⁸ 「医療経済実態調査」は、医療機関等の医療経営実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とし、厚生労働省により 2 年 1 回行われている。保険薬局においては、調剤報酬明細書の取扱件数が 300 件以上の施設を対象とし、地域別に層化し、1/25 の抽出率で無作為に抽出した施設を調査客体として行われている。「第 20 回医療経済実態調査」（2014 年 11 月）において、調査対象施設数 1,763 件に対し、回答率 72.9％（1,285 件）、有効回答率 51.7％（911 件）であった。調査は、郵送方式及び H P を利用した電子調査方式により行われ、医療機関等管理者の自計申告の方法による。

度において、規模が大きくなるに従い、収支率が上昇する傾向が確認できる（図表 2－19）。

図表 2－19 1 店舗当たり収支率の推移（法人規模別）



（備考）厚生労働省「医療経済実態調査」により作成。

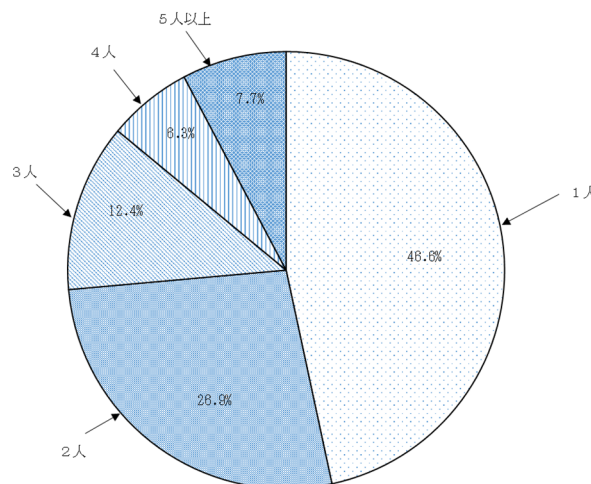
（24 時間対応・在宅医療を推進する中、常勤薬剤師 1 人薬局が半数）

厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」（2015 年 10 月 23 日）によると、かかりつけ薬剤師は、薬局の開局時間内に限らず薬物療法に関する相談、調剤、在宅対応を求められることが想定される。そうなれば、夜間・休日を含めた 24 時間対応を行うことや、在宅での薬学管理が求められる。

一方、薬局薬剤師数は増加しているものの、薬局店舗数も増加している。地方厚生局への届出内容から、常勤薬剤師として保険薬局に登録されている人数別に、全保険薬局に占める比率をみると、常勤薬剤師が 1 人しか登録されていない保険薬局が 47%と約半数を占めている。続いて、2 人体制の保険薬局が 27%であり、24 時間対応が出来るほど人員を抱えた店舗は希薄である²⁹。

²⁹ 厚生労働省（2015）によると、「平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成 25 年度調査）」の結果では、常勤換算した場合の 1 店舗当たり薬剤師数 2 人以上の薬局は 65.6%であった、と指摘している。

図表 2-20 全保険薬局に占める常勤薬剤師の人数別の保険薬局店舗数の比率



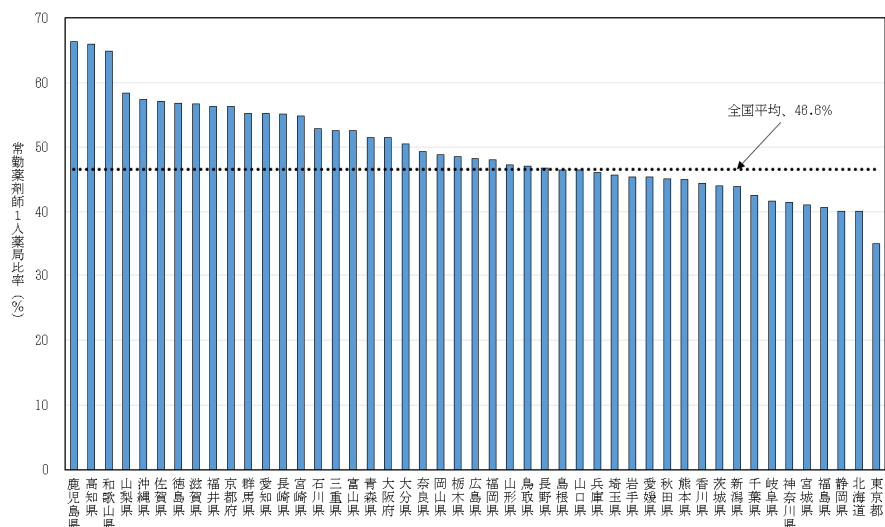
- (備考) 1. 各地方厚生(支)局「コード内容別医療機関一覧表」(2017年3月6日アクセス)により作成。
 2. 常勤勤務人数を計上(若干数、医師・歯科医師の登録も含む)し、非常勤勤務人数は含まない。
 3. 東北厚生局、近畿厚生局、四国厚生局は2017年2月1日現在。北海道厚生局、関東信越厚生局、東海北陸厚生局、中国厚生局、九州厚生局は2017年3月1日現在。

(常勤薬剤師1人薬局比率には地域差)

全保険薬局に占める常勤薬剤師1人薬局の比率は、鹿児島(66.3%)、高知(66.0%)、和歌山(64.9%)が高く、東京(35.0%)、北海道(40.0%)、静岡(40.0%)が低い。常勤薬剤師1人薬局では、薬剤師が店舗を離れる場合、業規制上、営業を続けることができないため、処方せんへの調剤対応を行う薬局において、日中における在宅対応は容易な事ではない。また、24時間対応は、電話による対応を想定する場合が多いと考えられるが、常勤薬剤師1人薬局において、365日の電話対応を想定した非営業時間を送ることは、心身ともに過度な負担がかかることが考えられる。

したがって、対物業務から対人業務への変換が求められ、地域包括ケアシステムを構築し、24時間・在宅対応が求められているにも関わらず、常勤薬剤師1人薬局において、患者サービスを向上させる取組に積極的に関与できる余地は少ない。常勤薬剤師1人薬局が個々別々の薬局での対応は困難であるため、1店舗当たりの配置薬剤師数を増加させることや、複数の薬局で連携して取り組むことが必要となってくるが、まずは、地域における適正薬局店舗数、適正薬局薬剤師数の検討、また薬局間の連携の仕方を模索することが必要であろう。

図表 2-21 全保険薬局に占める常勤薬剤師 1 人薬局店舗数の比率（都道府県別）



- (備考) 1. 各地方厚生（支）局「コード内容別医療機関一覧表」（2017 年 3 月 6 日アクセス）により作成。
2. 常勤勤務人数を計上（若干数、医師・歯科医師の登録も含む）し、非常勤勤務人数は含まない。
3. 東北厚生局、近畿厚生局、四国厚生局は 2017 年 2 月 1 日現在。北海道厚生局、関東信越厚生局、東海北陸厚生局、中国厚生局、九州厚生局は 2017 年 3 月 1 日現在。

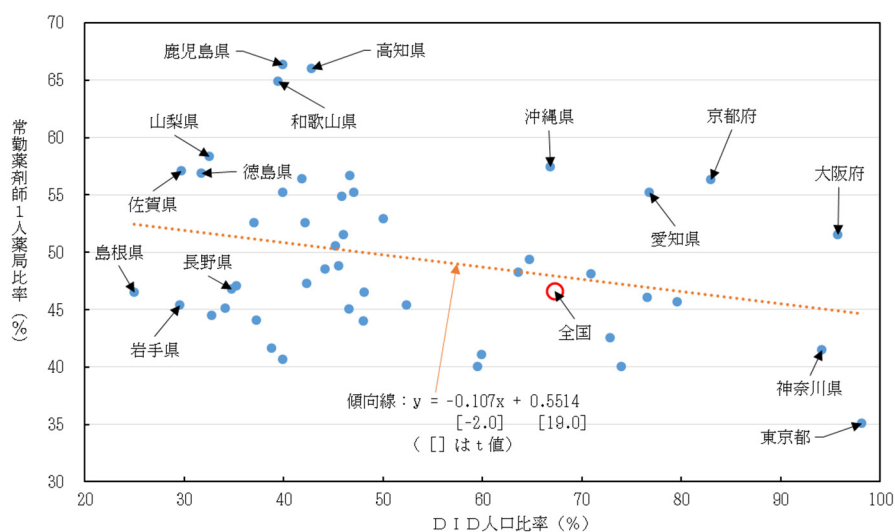
（人口密度が低いほど、全保険薬局に占める常勤薬剤師 1 人薬局の比率は高い傾向）

常勤薬剤師 1 人薬局の比率と当該都道府県の人口集中地区（D I D）人口比率の関係を描くと、佐賀県（D I D 人口比率 29.8%、常勤薬剤師 1 人薬局比率 57.1%）、山梨県（同 32.6%、同 58.3%）、徳島県（同 31.7%、56.8%）等、人口密度が低い地域では、全保険薬局に占める常勤 1 人薬局比率が高い傾向がある。こうした傾向を踏まえると、単独で開業している薬局の割合が高い地域においては、その実情を踏まえた対応が一層不可欠である。

しかしながら、調剤報酬は全国一律に適用されるため、処方せん数や患者の少ない地域では収益が少なくなり、場合によっては事業の継続が困難となる。地域医療を支えている薬局に対し、当該地域で事業を継続できるように工夫することも必要である。特に、医療サービスの希薄な地域においては、薬局が担う範囲は大きく、実質的な地域医療ネットワークを支えているケースも少なくない。

現状、調剤基本料を決定する施設基準における構成要素として、処方せん受付回数、集中率、妥結率、かかりつけ薬剤師としての業務実績などが含まれているが、地域社会・医療環境の特性を反映するものは存在しない。事業継続の観点からは、調剤基本料の要件、配賦額などにおいて、業務目的やアウトカムを考慮したものとするのも一案である。

図表 2-22 D I D 人口比率と全保険薬局に占める常勤薬剤師 1 人薬局比率の分布
(都道府県別)



- (備考) 1. 総務省「国勢調査」、「人口推計」、各地方厚生(支)局「コード内容別医療機関一覧表」(2017年3月6日アクセス)により作成。
2. 常勤勤務人数を計上(若干数、医師・歯科医師の登録も含む)し、非常勤勤務人数は含まない。
3. 東北厚生局、近畿厚生局、四国厚生局は2017年2月1日現在。北海道厚生局、関東信越厚生局、東海北陸厚生局、中国厚生局、九州厚生局は2017年3月1日現在。D I D人口比率密度は、2010年国勢調査による。
4. 人口集中地区(以下、D I D)とは、国勢調査基本単位区及び基本単位区内に複数の調査区がある場合は調査区(以下「基本単位区等」という。)を基礎単位として、1)原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境域内で互いに隣接して、2)それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域をいう。D I D人口比率は、D I D人口を人口で除して、求めた。

3. まとめ

本分析では、医療費増大の背景にある調剤医療費の費用構造に注目し、外来投薬に係る技術料の費用構造、調剤報酬における技術料の整理、薬局・薬剤師の取り巻く環境等の分析を実施した。

調剤医療費は、過去 14 年で 2.4 倍に増加したが、その背景には、医科及び調剤報酬の双方への技術料の加配により推進されてきた医薬分業率の上昇がある。医薬分業率は、2015 年度には約 70%に至っている。但し、近年は、処方せん枚数の増勢は鈍化し、投薬患者数は減少傾向にある。将来、処方せん発行枚数は減少に転じることになると、保険薬局の追加的な出店によって得られる増収機会はマクロ的に消失することになる。

外来投薬時の薬剤費と技術料について、院内処方と院外処方の場合に分解してみると、双方ともに、院外処方の増加に伴い、増加してきた。但し、最近では院外処方時の外来投薬に係る技術料は減少している。また、外来薬剤費 1,000 円当たり技術料をみると、院外処方時には、院内処方時の約 3.3 倍必要であり、高い技術料に見合うサービスが患者に提供されているのか否か、技術料の水準の妥当性が説明されるべきである。

調剤報酬に含まれる技術料の構造をみると、調剤基本料は、処方される医薬品の種類や調剤内容ではなく、立地や施設要件の施設基準で単価が決まるため、ばらつきが大きい。また、大型駅前薬局に対するディスインセンティブの一つとして、処方せんの集中割合等によって、調剤基本料の減額が制度化されているが、その適用は、全保険薬局の 10%に過ぎず、実効性に乏しい。さらに、減額は利用者メリットとなり集中を一層促す矛盾を抱えている。また、調剤料は、投薬される医薬品の数量の増加に伴い膨張する構造になり、技術料の半数を占めている。

他方、薬学管理料は、これら、施設基準や調剤数量に伴って増加する技術料とは異なり、薬学的管理、服薬指導及び情報提供などの取組を評価して算定されるものである。しかし、その薬学管理料も、実質的には調剤基本料と同様に、処方せん受付回数に準じて算定されている。その上、薬学管理料には「加算」に該当する算定項目が少ないことから、処方せん 1 枚における算定点数に大きな違いが出ない構造になっている。

薬学管理料は、調剤報酬における技術料の 17.5%に止まっている。薬剤師の業務を「対物業務」から「対人業務」に転換するためには、技術料に占める薬学管理料を引き上げることや、薬学管理料に相当する対人業務を基本業務と規定して、包括化評価をする調剤報酬体系も考えられる。

薬剤師の現状をみると、医薬分業の進展に伴い、特に保険薬局に従事する薬剤師数が急増し、2014 年には 16 万人に至る。一方、保険薬局の店舗数も同様に増加したこと等もあり、保険薬局当たり薬剤師数の増加は緩やかな伸びに止まっている。そのような動きも背景にあり、全保険薬局に占める常勤薬剤師 1 人薬局比率が約半数を占め、特に、人口密度の低い地域では、常勤薬剤師 1 人薬局の割合が高い傾向も確認できる。

薬局の開局時間内に限らず薬物療法に関する相談、調剤、在宅対応が求められる「かかりつけ薬局・薬剤師」には、夜間・休日を含めた 24 時間対応を行うことや、在宅での薬学管理が求められる。人口密度の低い地域にて常勤薬剤師 1 人薬局の比率が高い現状で、「かかりつけ薬局・薬剤師」を推進するためには工夫が必要である。立地過多の都市部では薬局の集約化、希薄な地域では連携が進むよう、地域社会・医療環境の特性に応じた調剤報酬を検討することも一案である。