

＝診療報酬を考える(5)＝

～診療所（歯科）・薬局の診療報酬を考える～

今回は、医科診療所に先立ち 2020 年に減少に転じた歯科診療所、及び未だ増加を続ける薬局について考えます。

歯科・薬局の医療費規模は、2000 年頃は、ほぼ同じでしたが、現在では、薬局は歯科の 2.5 倍になっています。この 2 つの施設に関し、地方の供給力という共通視点から考えます。

< 歯科診療所は 2020 年から減少に～ほぼ全都道府県で減少 >

歯科診療所は、医科診療所に先立ち 2020 年に減少に転じました。

2023 年は、島根を除いて全県で減少・・・大都市圏では増加した医科診療所とは違う動きです。

医療費コントロールの面では、施設数の減はよい情報ですが、一方では、数が減り過ぎて、在宅高齢者の口腔ケア等の必要サービスが不足しないかと心配になります。特に地元福井の歯科診療所の少なさは、以前から気づいていましたが、歯科診療所長の代替わり・廃業も進む中で、先行きに不安を感じるのは間違いありません。

< 福井で通う歯科診療所の実感から考える報酬改定方法 >

2024 年の母親所有の老朽住宅改修中に居候していた長女宅で、睡眠中に簡易ベッドから転落～前歯を損傷して以降、毎月、福井の歯科診療所に通っています。当該診療所は数年前に先代から代替わり、同じ場所で診療所も建て替え、設備も一新しています。

この 1 年間の実感としては、医科と比較して、治療技術面では大きな変化はないというのが第一です。医科の領域では、新たな疾患が特定されたり、新たな標準治療が定まったり、新規の医薬品・機器も開発されたりと大きな変化が感じられますが、歯科では 2000 年頃に同僚だった歯科医師から得た知見で十分に通用すると感じました。

その意味では、今後の診療報酬改定では、各技術の点数を変えるのではなく、1 点 10 円の金額単価を変動させる方法が最も適している領域と思います。人件費・物価に連動して、金額単価を見直すとすれば、誰が見ても、わかりやすい改定になるでしょう。

< 地方での歯科医療の共同事業化のアイデア >

歯科医師 1 人で歯科ユニット 5 台の「店構え」ですが、私の診療時には、他のユニットは空いているか歯科衛生士による口腔管理中。歯科ユニット 1 台の値段が、新車 1 台相当と言われる現状では、事実上の有休状態と見えます。

高齢で歯科診療所を維持するのが難しくなり廃業するところが増え、将来の提供体制維持に不安のある福井の状況下で、当該診療所のサービス展開から思いつくのは「共同事業化」・・・歯科診療所の持つ設備や歯科衛生士の人員を効果的に活用＋毎日診療が難しくなった高齢の歯科医師の活用という視点です。

同一法人で役員にする、又は非常勤職員として雇用するというのが通常でしょうが、それぞれ「一人親方」でやってきた人達が、この形態に馴染むとは思えません。そこで一捻り。

米国・英国では、医師が自分の診療所で診察し、手術は協力してくれる病院の手術室を使って行うというオープンシステムが一般的であることを思い出し・・・歯科診療所のオープンシステム～既存の歯科診療所の基盤を他の歯科医師が活用して診療実施＋当該診療所は当該基盤の利用料等を得るとの形態なら、「一人親方」の特徴を生かした「共同事業」が可能となるのではないかと考えました。地方の供給不安を軽減する一つの方策になるという発想です。

	人口10万	増減数
全 国	53.7	△ 937
福 井	38.6	△ 13
島 根	38.6	0
滋 賀	39.9	△ 3
青 森	40.6	△ 12
沖 縄	40.9	△ 9
石 川	42.6	△ 7
富 山	42.8	△ 8
秋 田	44.2	△ 20
山 形	44.2	△ 15
三 重	45.7	△ 16
和 歌 山	57.3	△ 9
徳 島	59.1	△ 11
福 岡	59.6	△ 32
大 阪	61.7	△ 57
東 京	75.3	△ 88

この形態が、医療法・医療保険法上で問題が無いことが確認できれば、「既存設備等の有効利用・建築費等の追加費用不要」、「歯科診療所は減っても地域ニーズへの対応力は維持」といったメリットが両立～これがうまく進めば・・次は若手歯科医師の雇用による供給力の拡大と進むのではないかと期待します。

診療報酬としては、医科診療所と同様に地域限定の対応～人口当たりの歯科診療所が少なく、継続して数が減っている地域に限って、当該共同事業開始後の１年程度の期間は、「共同事業化に伴うコスト」を補填する報酬を新設することも考えられるでしょう。こうした地方の供給不安問題を念頭に、「新事業形態の提案」「当該形態のコスト評価」などの熟議が、診療団体と保険者団体の間で行われることを期待します。

また、歯科衛生士が担っている口腔管理（特に高齢者）が、歯科診療所の減少とともに少なくなっていくことも将来の課題でしょう。私の通院する歯科診療所は、母が住むサービス付き高齢者住宅への訪問歯科診療（歯科衛生士）も行っていますが、私が施設に入る頃には、どれほどの歯科診療所が健全に残っているか・・心配なところです。

こうした観点から、医療保険の新サービスについて、次回の通信で提案したいと考えています。

＜薬局は引き続き増加中 都道府県別の格差は少ない＞

薬局は、数の上では、歯科診療所と同じ規模になっていますが、都道府県の格差は診療所ほど大きくはありません。診療所が医科・歯科とも２倍の格差ですが、薬局では１．５倍程度です。

ここでも地元福井は、人口当たりの数の少ない上位５位です。

福井県薬剤師会の会員リストをざっとみると、７割程度はいわゆるチェーン薬局。個人立の薬局は、高齢化で廃業～それをいわゆるチェーン薬局が下支えという構図なのでしょう。

大きな急性期病院の周辺にある「門前薬局」もありますが、広域道路の沿線に立地した「日常生活用品も販売するドラッグストア内の調剤薬局」といった、地域の生活拠点としての位置づけに見えるものも結構あります。

以前は、個人対チェーンという対立軸が強く意識されたものですが、現在では、地域によって、いわゆるチェーン薬局の役割も大きく変わってきているのでしょう。

	人口10万	増減数
全 国	50.5	453
沖 縄	39.4	1
千 葉	42.7	39
埼 玉	43.7	47
奈 良	44.4	3
福 井	44.5	10

山 梨	59.7	2
山 口	59.8	△ 11
山 形	60.0	14
高 知	60.4	△ 1
佐 賀	64.5	2

＜薬局の報酬改定の着眼点＞

薬局の収入の７割以上は、薬剤料 いわゆる「もの代」です。その結果、調剤技術料、薬学管理料のサービス費は３割弱～これで比較すると、歯科医療費総額を２割ほど下回ります。

現在、薬局は、「かかりつけ薬剤師・薬局」としての機能を持つことを必要最低限とし、「在宅対応や医療機関と連携して服薬情報の一元管理を行う薬局」、「医療機関と協働して丁寧な薬学管理を行う薬局」「特殊な調剤に対応できる薬局」の特徴を持つという政策方針に基づき、サービス費部分が順次組み替えられている途中です。今後、どのような展開となるか、注目すべきところでしょう。

一方で、私が着目するのは、設置主体の違いによる報酬体系の区分の要否についてです。

チェーン薬局を基礎数字で見れば、右図通りですが、各社の特徴も、「全国展開 1000 か所以上」「特定地域展開の門前薬局中心」「コンビニ・量販店・駅ナカなどの異業種との協力展開」などと多様です。現象的にみれば、田舎の生活拠点として事業展開する会社を見ると、「頑張っている」と思う一方で、東京の大規模病院の前には過剰な薬局数があるのを見ると、「何て無駄なこと」とを眉をひそめたくくなります。

これら薬局展開の違いはあるものの、当該主体の多くは積極展開を進めているので、薬剤師の新規採用数が多く、病院薬剤師の確保を難しくしている面も否めません。

1千億以上の売上高		
区分	売上高	薬局数
	百億円	百か所
株式会社 I	36	12
N株式会社	30	7
C株式会社	17	10
株式会社M	11	5
株式会社S	10	6

また、その経営基盤に共通するのは、医薬品を極力安く仕入れる～大きな薬価差を得るという点は共通しています。厚労省もデータを公表しましたが、当該チェーン薬局の仕入価格は、全体平均を大きく下回るものが多く、現在の薬価算定のルール＝どの主体も同じ薬価とするという原則から、常に当該グループの薬価差は薬価改定後も温存されます。

これらの要因で、毎年改定で急速に薬価が下がっていく結果、「医薬品の安定供給を阻害する」、「魅力のない市場として外国医薬品の導入が進まない」という医療サービス提供上の課題が顕在化したのは、ごく最近のことです。その背景要因の一つは、当該主体の「仕入行動」であることは間違いありません。

この観点から、薬局の収入の7割を超える薬剤料の支払方式を検討してはどうかというアイデアです。

＜大規模チェーン薬局の仕入行動に応じた薬剤料の考え方＞

こうした医薬品供給問題を緩和・解消するため、薬局の設置主体＝医薬品の仕入行動の違いに応じた調剤報酬の区分を考えることが必要と、個人的には考えています。

私の当該業界の見方は、「都市部で過当競争・地方では地域活動支える存在」というのが基本であり、薬価改定では社会還元されない当該主体の薬価差を、調剤報酬（薬剤料）の見直しで社会還元～その際には、当該会社の地域社会の貢献度を指標化して、還元方法に差異を設けるという考え方です。

イメージを具体化すると、次のようになります（数字は現実に沿って変わります）。

- 薬価改定で、価格でみて7%程度の薬価差は解消したが、当該企業には、さら14%の薬価差が温存。
- 当該14%のうち半分程度は、医療保険の持続性のために社会還元
- 還元方法は、薬価改定後の調剤報酬請求時に当該還元分を割り引いて請求・支払（事後精算）
- 会社別の還元量は、定められた指標に基づいて実績評価を行ったうえで、基本額から上下させる。

私の「都市部で過当競争・地方では地域活動支える存在」という見方からは、指標としては次になりますが、これは診療側・保険者側が熟議し、当該業界の意見も聞いて決めていくべき事項でしょう。

- 指標1 地方展開の状況（三大都市圏・地方中心都市以外の出店比率等）＝地域を支える
- 指標2 他社との出店調整の実績（大型病院の過剰な門前薬局等の削減）＝過当競争回避
- 指標3 その他、医療保険制度の目標への貢献（後発品使用率、災害時に備えた備蓄状況等）

ちなみに薬価基準で定めた薬価を下回る薬剤料に減額することは、精神科の多剤投与の際の減額ルールが既に存在・定着＝技術的な先例もあり、実現可能性は十分にあると考えます。

ただし、企業経営にかかわることであり、年末に決めて、4月から実施では大混乱となることは間違いありません。2年前に実施の方針を決めて、細部は、2年間で対象業界の意見を聞きながらつめていく～業界に行動変容の時間を与えることは、最低限、必要なことでしょう。

この点は、診療報酬制度と薬価制度の重なる部分ですので、これまで注目されることはありませんでしたが、今後は、大きな課題と認識されることを期待します。

ヒューマンケア・システム研究所 代表 北川博一