

# OTC 医薬品と情報

## 第9回 『セルフメディケーションのすすめ』

千葉大学名誉教授 山崎 幹夫

### 「医薬分業」は本当にすすんでいるか

1992 年以来、薬局における院外処方せんの受け取り率は右肩上がりに急上昇して、2010 年には、たとえば秋田県では 79.1%、神奈川県では 75.1%にまで達した。当時、筆者が勤務していた新潟県でもその年の院外処方せん受け取り率は 72.5%であった。この現象は、10 人のうち 7~8 人が地域の薬局から医薬品を受け取り、服薬に関する情報を受け取ることになると考えれば、表面的には「医薬分業」達成率の上昇として歓迎されてよい。しかし、薬剤師にとって本当に喜ばしい現象なのだろうかと考え、どこかふっ切れない疑問がわいてくる。

そもそも、この現象が始まったことについて、薬剤師はどれだけ具体的な貢献を果たしたのだろうか。表 1 にまとめたように、院外処方せんの発行率は厚生省(当時)の主導による診療報酬体系の見直しによる影響を強く受けている。厚生省が医師の処方せん発行に対する報酬を 6 点から最終的には 50 点まで引き上げた 1974 年から上昇し始め、1960 年には 100 万枚であったのが、その 1974 年は 500 万枚、1984 年にはなんと 1 億枚に飛躍、2000 年には 5 億枚を突破した。しかし、スタートギアを入れたのは厚生省であり、すばやく反応したのは開業医の人たちではなかったのか。

しかも、これを機に調剤報酬による収入増加を見込んだ大手薬局は急速に店舗を増やし、いわゆる「駅前薬局」とともに、発行される院外処方せんを一手に受け止めて大きく展開した。一方で、従来からそれぞれの地域に密着し、地域の住民と共存してきた個人経営薬局にとっては急速に経済的圧迫を受ける状況が出現するに及んで、その多くは経営的行きづまりのために廃業の結末を迎えるに至った。

表 1 診療報酬体系見直しにより増加した院外処方せん発行率

1958 年(昭和 33 年)	「国民健康保険法」公布
1961 年(昭和 36 年)	「国民健康保険法」実施により国民皆保険達成 医師の経済的基盤のほとんどは保険財政に依存する形となった
1973 年(昭和 48 年)	日本医師会:技術料を重視する診療報酬体系への転換を方針として採択
1974 年(昭和 49 年)	厚生省: 医薬分業推進の方針に沿い診療報酬体系見直しの一環として医師の処方せん発行に対する報酬を 6 点から 10 点、さらには同年内に 50 点まで引き上げた

### 院外処方せん発行枚数の推移

1960 年(昭和 35 年)100 万枚、1974 年(昭和 49 年)500 万枚、1984 年(昭和 59 年)1 億枚、1993 年(平成 5 年)2 億枚、1998 年(平成 10 年)4 億枚、2000 年(平成 12 年)5 億枚を突破

#### 【参考】

##### 薬剤師法第 25 条 2 項

薬剤師は、販売または授与の目的で調剤したときは患者または現にその看護にあたっているものに対し調剤した薬剤の適正な使用のために必要な情報を提供しなければならない

##### 医師法第 23 条 2 項

医師は、診療をしたときは本人またはその保護者に対し療養の方法その他保険の向上に必要な事項の指導をしなければならない

## 薬局経営の実態とあるべき姿

これでよいのだろうか。筆者の手元に、神奈川県薬剤師有志による「地域薬局経営研究会」が編集・著作にあたった『調剤依存からの脱却をめざした地域薬局と経営』(薬事日報社, 2007)という書籍がある。同書が行った解析によると、2006年度における1薬局が1か月に受け取る処方せん枚数の実績は1,229枚であり、総薬局数を約5万軒と考えると年間受け取り処方せん枚数は約6億枚を超える。ちなみに薬局における売上高比率は調剤報酬は96%、OTC医薬品(介護を含む)は残り4%であった。

薬局が安定した経営を行っていくために必要な受け取り処方せん枚数は2,500枚とし、受け取り比率を75%とした場合、わが国における年間受け取り処方せん枚数の最大値は8億枚強となるので、2,500枚の処方せんを確保できる薬局数は2万7,000軒となり、現時点で約5万7,000軒を数えるに至った薬局のうち約半数は淘汰されることになりかねない。重ねて、昨今、数回にわたる医療費引き下げ、今後も続くであろう診療報酬、調剤報酬を含む医療費の削減、ますます進むであろう社会の高齢化に伴う在宅介護体制の展開など、経営利益のほとんどを調剤報酬に頼り、処方せんの奪い合いを演じるような薬局の経営がいつまでも安定であるという見通しには大きな危惧を抱かざるをえない。そして、残念なことに、この危惧には同意せざるをえない説得力がある。

地域の薬局が月間2,500枚の処方せんを確保できず、さらに院外処方せんの発行そのものに先行きの不安がある。しかも、現況にみられるOTC医薬品の販売も薬局の経営にとっての支えにならないとすると、当然のことながらその事態に対応すべき薬局運営の課題が問題になる。まずは調剤報酬への過度の依存から脱却し、OTC医薬品や特定保健用食品などの販売、在宅介護の支援などを通じて地域医療の担い手として地域住民の信頼を取り戻す必要があり、薬局が地域住民の健康相談のポータルサイト、薬剤師がセルフメディケーション推進のキーパーソンになる努力が必要である。

## セルフメディケーションのすすめ

昨今、セルフメディケーションがブームのようにあちらこちらで言われ始めたのは悪いことではない。しかし、本来あるべきセルフメディケーションの姿を本当に理解している人の数は残念なことに薬剤師を含めてそれほど多くない。

まず、ここ50年の間に主要死因別死亡率が大きく変化していることを認識しよう。明らかに急性疾患は減少し、いわゆる生活習慣病を主体とした慢性疾患が主体になってきている(図1図2)。

それに伴って、必然的に医療体制にも変化が求められるべきだが、医療行政の対応は必ずしも適切かつ円滑ではなかった。セルフメディケーションは決して医療費削減のみを目的とした施策ではなく、またOTC医薬品の売り上げ向上を意図した企業の戦略によって展開されるものではない。

セルフメディケーションについて、WHOは「自己判断できる疾患もしくは症状に対して個人が非処方せん薬を選択および使用すること」と定義している。しかし、この定義は自己判断の基準や選択、使用の方法などについては言及していない。そこで大事なことは、自らの健康を自ら管理、維持、増進しようとする各自の意識にある。第一には医師の協力を得て自身の健康状態を把握し、健康増進の方針を決めること、第二には薬剤師の協力を得て必要なOTC医薬品、保健機能食品などを間違いなく選択すること、そして第三には食事、睡眠、運動、休養など、肥満、糖尿病、高血圧、ストレス、疲労、発がん要因などからの回避に努めることなどがあげられます。

当然のこととして、セルフメディケーション推進に関して健康コンサルタントとしての責務をもつ薬剤師には、医薬品の選択、適正な使用に役立つ情報の提供、副作用の初期症状の把握と対応など、重要な役割が課せられ

る。対応の範囲は医療用医薬品から OTC 医薬品、保健機能食品、はてはいかわしい“健康食品”に至るまで広範にわたる。薬剤師自身にとって必要なのは自らのセルフメディケーションに対する正しい理解とその内容(そこにはセルフメディケーションの限界に対する判断力、適切な専門医への受診勧奨までが含まれる)を一般生活者に正しく伝えるコミュニケーション能力である。

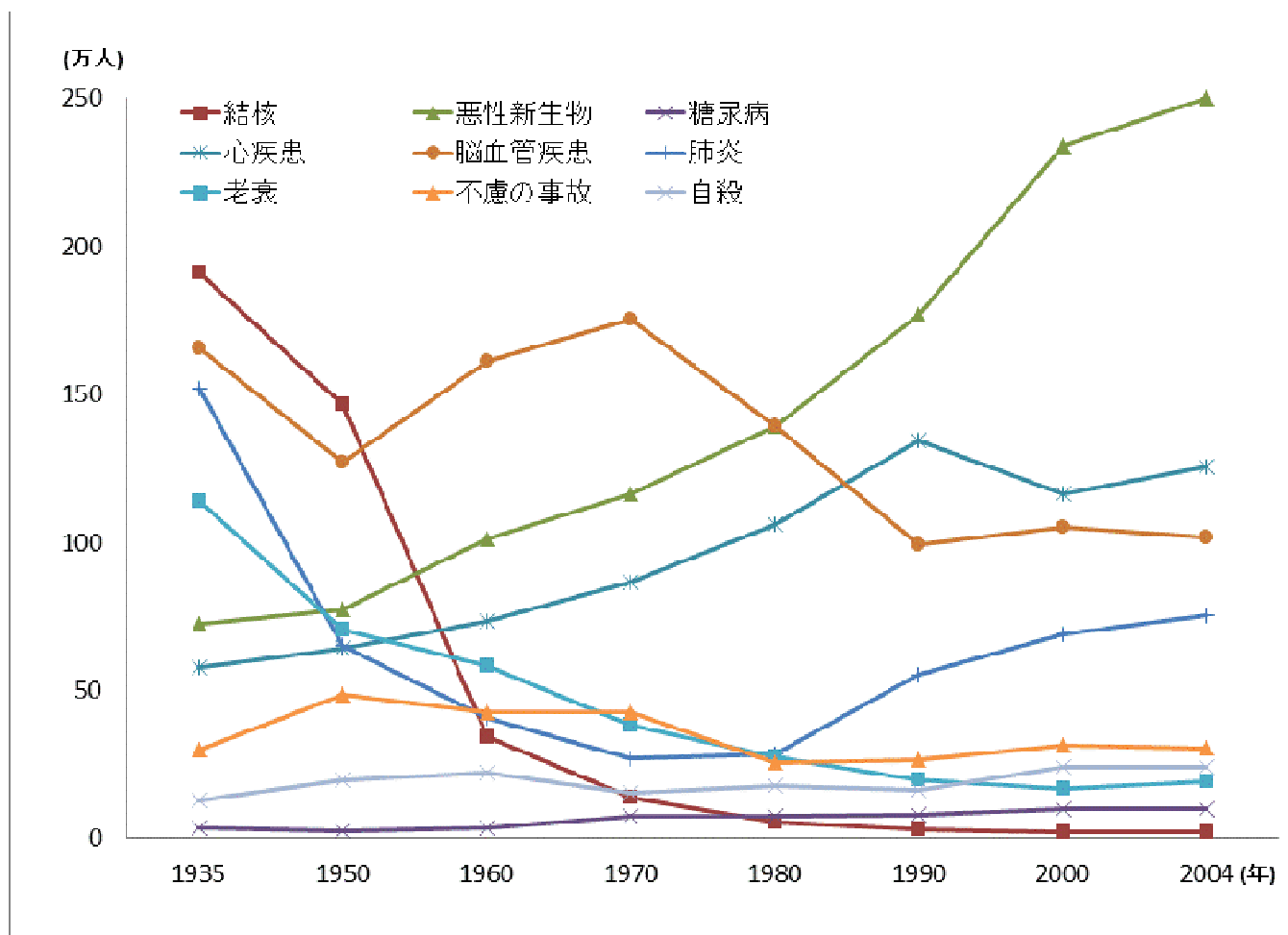


図 1 主要死因別死亡率(人口 10 万人対)の年次推移

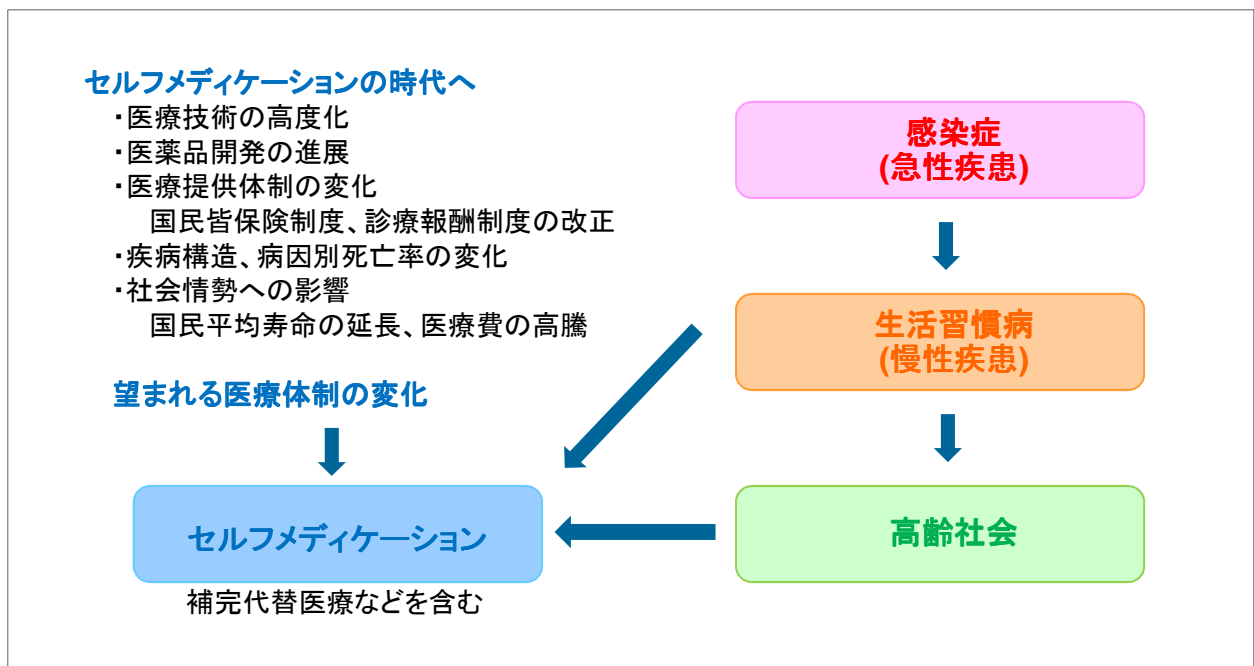


図 2 高齢社会の出現と望まれる医療

※『調剤と情報 2011(vol.17 No.9)』に掲載した原稿を著者および株式会社じほうの許諾を得て改変しました。