

# 基礎研 レター

## 日韓比較(11): 医療保険制度— その4 医薬分業

—患者がより利用しやすい仕組みになることを願う—

生活研究部 准主任研究員 金 明中  
(03)3512-1825 kim@nli-research.co.jp

### 1—はじめに

医薬分業とは医院や病院などの医療機関が自院で薬を出さないで患者に処方箋を出し、患者はその処方箋を保険薬局へ持って行って、処方箋と引き替えに医師の処方した保険薬を購入する仕組みである。医薬分業を実施しようとする目的は、患者の診断と治療は医師が行い、医師の処方箋に基づく調剤と薬歴管理・服薬指導は薬剤師が行うことによって、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で職能を發揮することと業務を分担・協調することによって、医療の質的向上を図ろうとすることである。すなわち、病院や診療所は診療に専念し、調剤は薬局に任せる方法であり、日本では任意的な医薬分業が、韓国では強制的な医薬分業が実施されている。なぜ両国は異なる方法で医薬分業を実施することになったのだろうか。本稿では日本と韓国における医薬分業の歴史や現状について比較を行う。

### 2—日本における医薬分業

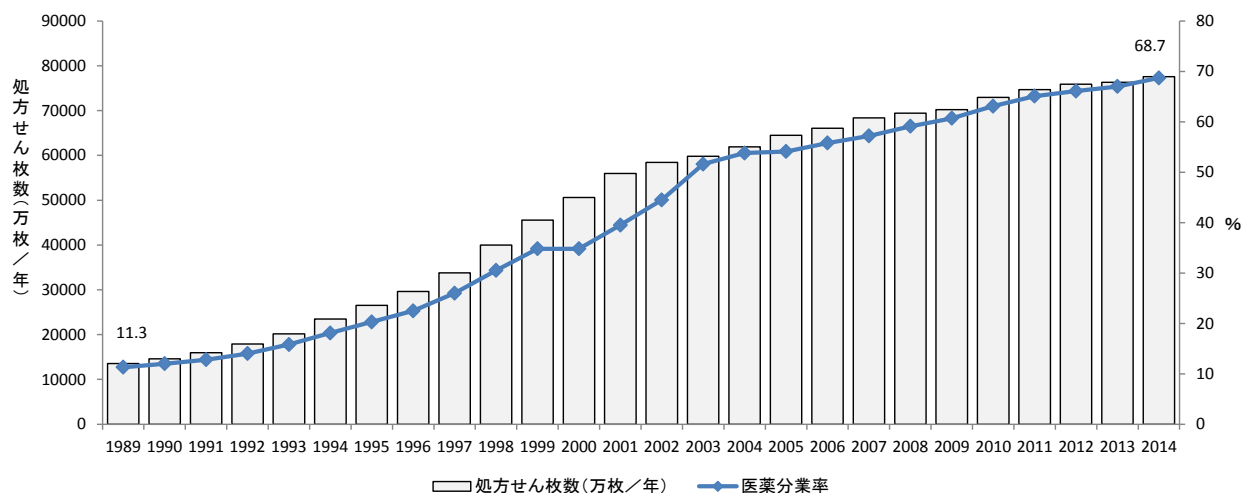
日本における医薬分業は近代的な医療制度の基本原則の一つとして、薬剤師を中心に早くから実施しようとした動きがあったものの、医療費に占める薬剤費の割合が極めて高く、調剤による収入が医師の所得に大きな影響を与えていたので、常に医師会の反対によって実現できなかった。

医薬分業が初めて公式的に示唆されたのは、アメリカの薬剤師協会使節団の影響を受けて、1950年7月厚生省に設置された臨時医療報酬調査会の答申からであり、その内容は「物と技術が不可分の形をとっている診療報酬を物と技術の報酬に区分して考えるべきである」であった<sup>1</sup>。それ以降 1951年の医師法、歯科医師法および薬事法を改正し、医師の処方箋発行の義務化、薬剤師の処方箋による調剤などを明示したものの、医師会はこれに反発し処方箋を発行しなかった。医師会が医薬分業に反対した最も大きな理由は①薬局の調剤環境が十分整備されていないことと②技術料に対する評価が十分に行われていないことであった。医師会は施行前年である1954年に東京神田の共立講堂で全国医師大会を開催、強制的な医薬分業に絶対に反対するという決議案を採択した後、デモ行進を行った。一方、薬剤師会もその四日後に、同じ場所で全国薬剤師総決起大会を開き、医薬分業の完全実施を決議し厚生省へのデモ行進を行い、両者の対立

<sup>1</sup> 吉原健二・和田 勝 (2008)『日本医療保険制度史』東洋経済新聞社、240～241頁から引用。

は極まることになった。結局、1955年から実施される予定であった医薬分業は医師会の猛烈な反対等により法律を施行前に再度改正し、1956年4月から強制分業の代わりに任意分業の形で実施されることになった。しかしながら、それ以降医薬分業率<sup>2</sup>は継続して上昇しており、1986年に9.7%であった医薬分業率は2014年には68.7%まで上昇した(図1)。

図1 日本における医薬分業率の動向

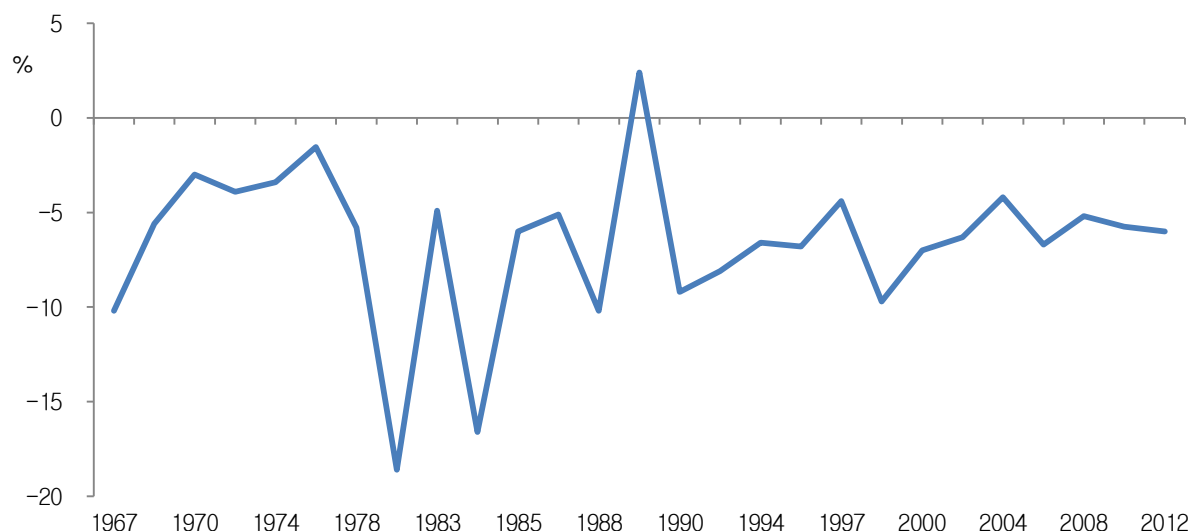


資料) 日本薬剤師会ホームページより筆者作成

なぜ強制分業ではない任意分業なのに医薬分業率が上昇しているのだろうか。その理由としては、政府が処方料よりも処方箋料を高く設定したことと、薬価を継続的に引き下げて医療機関の利益となる薬価差額が減ったことが挙げられる。従来の病院では、院内に調剤部門を設置しており、患者が医師の処方箋をそこへ持参すると、院内で薬を購入できる仕組みが多かった。このように院内の薬局で薬を処方する場合には、医療機関は診療費に加えて処方料という収入を得ることができた。また、院内調剤部門に使用する薬を製薬会社から直接購入するときの価格は薬の公定価格である「薬価基準」よりも安いいため、この過程で発生する薬価差益が、医療機関においてはもう一つの主な所得源になった。したがって、医療機関としては処方箋を院外より院内の調剤部門に出せば出すほど、また薬価差額が大きい薬を使えば使うほど利益が増加したので、院外に調剤部門を出さずに院内で診察から調剤まで一貫して済まそうとしたのである。さらに、大量に薬を購入するか、あるいは新薬を購入した場合には製薬会社からリベート等が提供されることもあり、それは医療機関にとって貴重な副収入源になった。しかしながら、政府による「薬価基準」の引き下げ政策により薬価差額は徐々に低下し院内調剤によるメリットが大きく縮小した。図2は1967年から2012年までの薬価の改正率をみたものであり、長期間にわたって薬価基準が引き下げられていたことがわかる。

<sup>2</sup> 医薬分業率(%) = 薬局への処方せん枚数 / 外来処方件数(全体) × 100

図2 薬価基準の引き下げ率の動向



資料) 日本医師会「日本医師会通史」などにより作成

また、院内の調剤部門で薬を処方する場合の「処方料」よりも院外処方である「処方箋料」の点数を高く設定した政策も、分業率を引き上げる一因となった<sup>3</sup>。1974年の改正で一挙に50点に引き上げられた処方箋料の点数は1998年には81点まで上がったものの、その後の改正によって2006年には68点(後発医薬品を含む場合は70点)まで引き下げられた。また、1990年までは基本診療に含まれており算定できなかった処方料は1992年には24点の点数が付けられ、2000年以降は42点の点数が維持されている(表1)。

表1 処方箋料と処方料の点数改正現況

	1961	1974	1981	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2004	2006
処方箋料	5	50	55	55	74	76	76	81	81	69	68
処方料	-	-	-	-	24	26	26	37	42	42	42

注1) 2006年：後発医薬品を含む場合の処方箋料の点数は70点

注2) ①3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時的投薬等のものを除く。)を行った場合の処方箋料や処方料の点数はそれぞれ30点と20点。

①以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬を行った場合の処方箋料や処方料の点数はそれぞれ40点と29点。

資料) 竹下昌三(2004)『新版わが国の医療保険制度』大学教育出版 55頁

したがって、医薬分業に参加している医療機関は①院外に処方箋を出せばより高い診療報酬がもらえることと、②薬の購入や在庫の管理のための時間やスペース、そして労働力を節約できることなどを考慮して医薬分業の実施に乗り出した可能性が高い。さらに、厚生労働省は医薬分業の進展を支援するとともに、「かかりつけ薬局」の育成を図り、医薬分業のメリットがさらに広く国民に受け入れられるよう、2004年

<sup>3</sup> 患者が病院内の薬局で薬を受け取る場合(院内処方)は「処方料」が、病院外の薬局で薬を受け取る場合(院外処方)は「処方箋料」がかかる。

度から①医薬分業推進支援センターの施設・設備整備費、②薬局機能評価制度導入整備事業費、③医薬分業啓発普及費に関する予算を設定・実施するなど医薬分業に積極的な立場を見せている。

表2は医薬分業率を地域別に見たもので、秋田県が84.2%で最も高く、福井県が45.0%で最も低いことが分かる。そして、データが利用できる28年間における医薬分業率の変化を見ると、新潟県の変化(73.5ポイント上昇)が最も大きく、福井県の変化が最も小さい(44.3ポイント上昇)。なぜ医薬分業率は地域間に差が発生しているのだろうか。

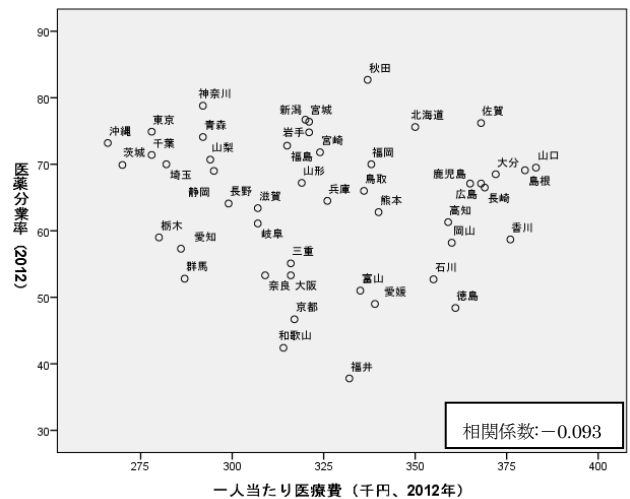
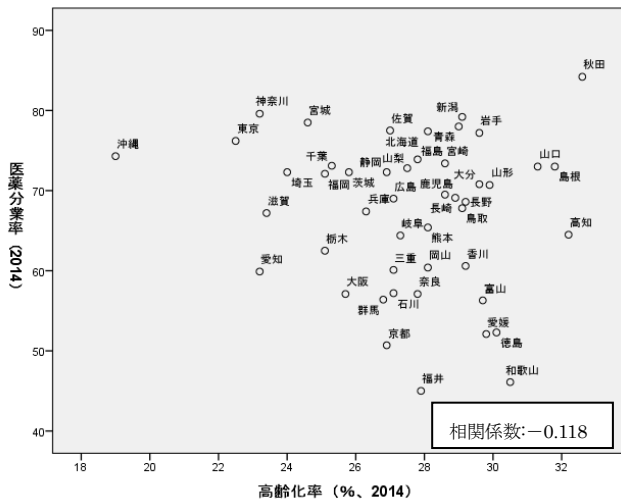
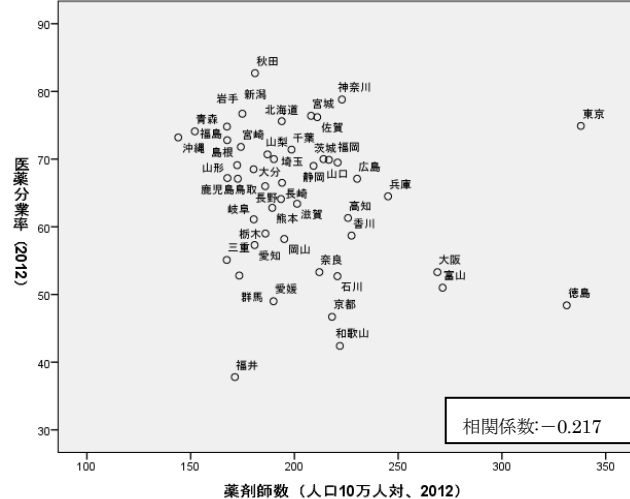
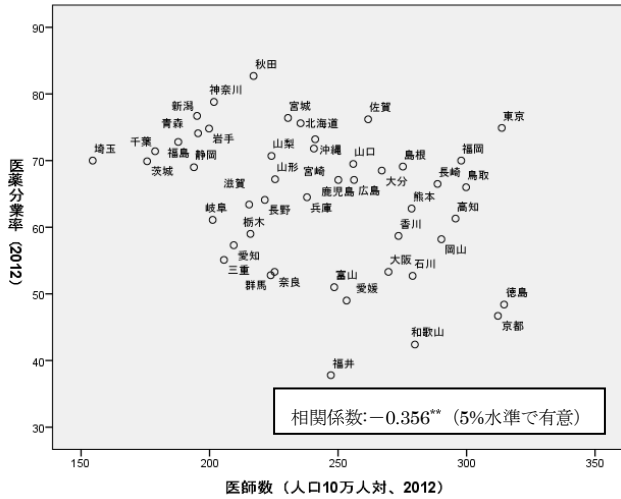
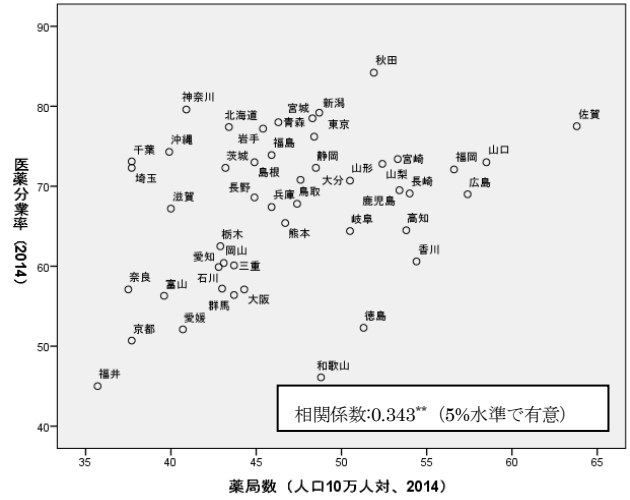
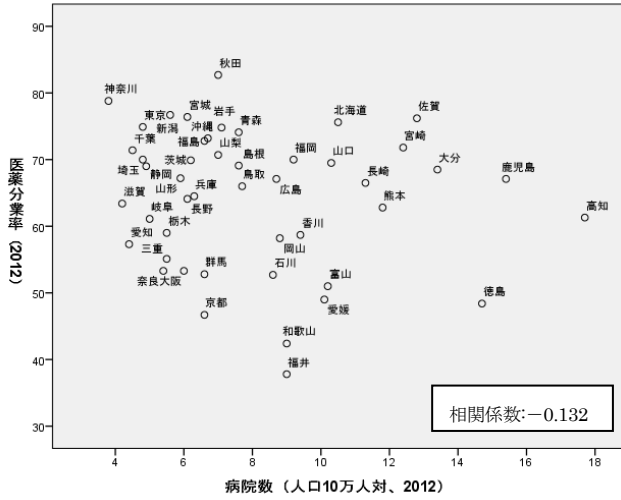
表2 日本における医薬分業率の推移

上位5地域				下位5地域				28年間の分業率の変化			
1986年度		2014年度		1986年度		2014年度		上位5地域		下位5地域	
都道府県	分業率	都道府県	分業率	都道府県	分業率	都道府県	分業率	都道府県	ポイント	都道府県	ポイント
秋田	29.9	秋田	84.2	福井	0.7	福井	45.0	新潟	73.5	福井	44.3
佐賀	29.8	神奈川	79.6	京都	0.8	和歌山	46.1	島根	70.3	和歌山	44.8
宮崎	23.7	新潟	79.2	富山	1.1	京都	50.7	茨城	69.3	愛媛	45.5
福岡	22.1	宮城	78.5	徳島	1.2	愛媛	52.1	山形	68.4	佐賀	47.7
神奈川	18.8	青森	78.0	岐阜	1.3	徳島	52.3	岩手	68.3	宮崎	49.7

資料) 日本薬剤師会ホームページより作成。

図3は都道府県における医薬分業率とそれに影響を与えると考えられる要因との相関関係を示している。医薬分業率としては日本薬剤師会が公表している都道府県別処方箋受取率を、その他のデータとしては病院数(人口10万人対)、薬局数(人口10万人対)、医師数(人口10万人対)、薬剤師数(人口10万人対)、高齢化率、1人当たり医療費を用いた。分析の結果、医薬分業率と医師数(人口10万人対)の間では負の相関関係(5%水準で有意)が、医薬分業率と薬局数(人口10万人対)の間では正の相関関係(5%水準で有意)が見つかった。一方、医薬分業率と病院数(人口10万人対)、高齢化率、一人当たり医療費との間では負の相関関係が、薬剤師数(人口10万人対)の間では正の相関関係が見られたものの、統計的に有意な結果は得られなかった。分析の結果から医師や病院が多い地域は、医薬分業率が低く、逆に薬剤師や薬局が多い地域は医薬分業率が高いことが読み取れる。

図3 医薬分業率と関連項目との関連性分析：



### 3—韓国における医薬分業

一方、韓国では2000年7月1日に、数多くの紆余曲折の末に医薬分業が実施された。実際には、医薬分業に対する本格的な論議は1963年の薬事法改正によって提案されたものの、当時の医師と薬剤師の数が医薬分業を実施するには絶対的に不足であったので、事実上その実施が留保された。その後、1982年に地域医療保険モデル事業の一環として全羅南道木浦市においてモデル事業を実施し、1989年7月には薬局医療保険制度が施行された。さらに、1998年には「医薬分業推進協議会」、「医薬品分類委員会」、「医薬分業実務企画団」が構成され、本格的な議論が行われることにより医薬分業制度を施行するための基本的な骨格が作られ、医薬分業の実施に対する広報活動などが行われた。

しかしながら、医師会は政府の医薬分業強行に対抗して、2000年2月17日、ソウルのヨイドでの集会を初めとして計5回の医療ストライキを起こした。同年4月には2回目のストライキを起こした医師会は、6月には大学教授まで参加した6日間のストライキを起こしたことにより、医師会と政府の対応が長期化する兆しを見せ始めた。韓国政府は予定通りに7月1日から医薬分業を施行したものの、医師会は医薬分業に対する反対運動を続けた。7月29日からは事実上の病院診療の中心である専攻医<sup>4</sup>がストライキを主導しながら、8月11日から17日間の8日間と9月14日から16日までの3日間、そして、10月6日から11日までの6日間にかけて、対政府闘争を実施した。最初にストライキを起こしたのは開業医であったが、医師会の総ストライキを主導して医療大乱まで押し込んだのは専攻医であった。彼らは専攻医の処遇改善と薬事法の早期改善などの主張に対する政府の消極的な対応と一方的な行政措置に激憤し、全面的なストライキを起こした。24時間待機、安い給料、長い修練期間などの厳しい勤務環境は、彼らの不満を引き起こす要因に繋がった。

このように、8月から10月にわたって行われた連続的なストライキにより、国民の医師会や医師に対する意識は大きく変化した。国民の間では医師会のストライキに対して国民の命を人質にした酷い行為だと考える人も出始め、そのような意識はだんだん拡大した。つまり、今まで尊敬の対象であった医師に対する国民の信頼は踏みにじられ、憤怒と憎悪に変わり始めたのである。医師会のストライキは結局、必要な時に診療を受けることができなかつた患者が命を失う事態までもたらし、医師会に対する国民の不満は最高潮に達することになった。また、市民団体はストライキの撤回を訴える声明を続々発表し、各種マスコミの投稿欄には医師会のストライキを非難する投稿が絶えなかつた。

結局、医師会は国民やマスコミの非難の声に耐えられず、保健福祉部、医師会、薬剤師会で構成される医薬政委員会に参加することを決めた。11月11日に行われた第6次医薬政委員会では、薬事法と関連する12個の項目に対して合意をすることになり、5ヶ月にわたった医薬紛争は解決の道を歩み始めた。韓国における医薬分業の実施までの詳細は表2を参照してほしい。

<sup>4</sup> 専攻医は、6年の医科大を卒業して、専門医の資格を取得するために一定の修練機関や修練病院に属して一つの専門科目を集中的に修練している医師を指す言葉である。以前から、専攻医の劣悪な環境と厳しい勤務条件は、医療現場の問題点として認知されてきた。



表 2 韓国における医薬分業の実施までの動向

年度	医薬分業の推進状況
1963	薬事法の改正、医薬分業の原則を明らかにする
1965	医薬分業の施行を留保(薬事法附則により医師の直接調剤を許可)
1982~1985	全羅南道木浦市でモデル事業を実施
1989	医薬分業を導入するまで臨時的な措置として薬局医薬保険制度を導入
1994	1993年の漢薬紛争を契機に薬事法を改正、1997年7月~1999年7月の間に大統領令として定める日から医薬分業を実施するように実施時期を明文化
1996.7~1997.12	「医療改革委員会」で医薬品分類方式による段階別医薬分業を実施する基本モデルを提案
1998.5	保健福祉部に「医薬分業推進協議会」、「医薬品分類委員会」、「医薬分業実務企画段」を構成・運営、医薬分業の推進体系を構築
1998.10.1	医療保険連合会内に医薬分業を担当する「医薬分業推進班」を設置・運営
1999.3	医薬分業の実施時期を2007年7月1日に延期(薬事法改正)
1999.6	保健福祉部の次官を委員長にする「医薬分業実行委員会」を立ち上げ、分野別に三つの分科委員会を設置
1999.9	保健福祉部の「医薬分業実行委員会」で医薬分業の施行案を確定
1999.12.7	薬事法の改正案が国会で成立
2000.1.12	医薬分業実行委員会の提案を中心に「薬事法」を改正・公表
2000.7.1	医薬分業の施行

資料) 健康保険審査評価院ホームページより作成。

<http://www.hira.or.kr/common/dummy.jsp?pgmid=HIRAC010904010000>

韓国政府が、医師会などの判断にも係らず、医薬分業を強制的に実施したのは次の四つの要因から説明できる。一つ目は院内での調剤部門を院外に移動させることによって医薬品の過剰な投薬と制度の濫用を防止することである。

二つ目は、国民の薬剤に対する誤った意識を改革することである。当時、国民の間に広まっていた「薬をたくさん飲めば、薬の成分が強ければ、注射を打たれば早く病気が治る」という誤った意識を変えることで、不要な薬剤の使用を削減することを目的にしている。表 3 は 1998 年における国民医療費の中に占める薬剤費の割合を示しており、韓国は 30.3%でアメリカ(8.4%)、イギリス(15.3%)、日本(20.9%)を大きく上回っていることが分かる。

表 3 国民医療費の中に占める薬剤費の割合

	アメリカ	イギリス	日本	韓国
国民医療費の中に占める 薬剤費の割合	8.4	15.3	20.9	30.3

資料出所) OECD *Health Data1998*

三つ目は医薬品の取引の透明性を高めることである。診療報酬をめぐる製薬会社と医療機関との不健全な取引を防いで実際の医療費を削減することを目的にしている。

四つ目はカルテの公開等による情報の非対称性を解消することである。すなわち、今までの医療システムでは情報は供給者のみのものであり、実際、その情報を利用する需要者である患者は何も知らないまま供給側の指示に従ってきた。一方、医薬分業はカルテと処方箋を公開することによって、従来までの供給側中心の医療サービスから需要側中心のサービスへと移行することを目的にしている。

医薬分業を実施した直後の医薬分業に対する国民の反応は一般的に冷淡であった。医薬分業を実施する以前の2000年3月のアンケート調査によると、医薬分業に賛成する回答者の割合は38.7%で反対の45.9%を下回っていた。しかしながら、医薬分業を実施してから5年が経った2005年の調査では医薬分業に対する国民の意識は大きく変化した。つまり、回答者の83.9%が医薬分業を現在のまま維持するかあるいは現在のシステムに基づいて改善策を探した方がよいと答えており、医薬分業を全面的に廃止すべきだと答えた割合は16.2%に過ぎなかった。また、薬の使用量が「増えた」と答えた割合は7.8%であることに比べて「減った」と回答した割合は4倍も多い30.8%に達した。しかしながら、医薬分業の実施以降、便利になったと答えた回答者の割合は4.9%に過ぎなかった。便利さを感じない主な理由としては「病院と薬局を行き交わなければならない」、「時間がたくさんかかる」ことなどが挙げられた<sup>5</sup>。

韓国での医薬分業は強制的であるものの、医療機関あるいは薬局が開設されていない地域また医療機関や薬局が開設されていてもその距離が1km離れており、医療機関と薬局を同時に利用することが難しい邑・面・島嶼地域の行政区域は医薬分業の例外地域として指定されている。

#### 4—おわりに

本稿では日韓における医薬分業の現状を簡単に比較してみた。日本は医師会の反対等により任意的な医薬分業実施していることに比べて、韓国は政治的な力を利用して強制的な医薬分業を実施している。医薬分業の実施形態はどうかは、両国における医薬分業は過去に比べてある程度定着しているような気がする。

医薬分業の実施により、医師は診療、薬剤師は調剤という両者における役割分担がより明確になり、医薬品の誤・乱用は以前より減少したと言えるだろう。しかしながら、医薬分業の実施が医療費の減少に繋がっているかどうかはまだ明確ではない。診療報酬をめぐる製薬会社と医療機関との不健全な取引を防いだ結果、医療費が減少した可能性もあるものの、院内処方の処方料や調剤料より高い院外処方の処方箋料や調剤料は、医療費の増加に繋がっている恐れもある。本稿では都道府県のデータを用いて、一人当たり

<sup>5</sup> 東亜日報 (2005) 「医薬分業5年、国民意識変化」2005年6月27日



医療費と医薬分業率の関係をみており、医薬分業率が高い地域で医療費が低いという結果は出たものの、統計的に有意ではなかった。医療費が毎年増加している現状を考えると医薬分業と医療費の関係を明らかにすることは大事であるが、紙面の関係もあるので、その分析は次の研究テーマに残したい。

最後に高齢化と医薬分業について考えたい。高齢者、特に後期高齢者の場合は、他の年齢階層に比べて医療機関に通う頻度が多く、医療機関から薬局へ移動するのが難しい場合もある。本文の分析で高齢化率が高い地域ほど医薬分業率が低いという結果（統計的に有意ではなかったものの）からも、高齢化が進むほど現在の医薬分業に対応することが難しいことがうかがえる。現在、厚生労働省は高齢者、特に後期高齢者が医療機関で診療を受けて、薬局まで移動しなければならない不便さを解消する目的で、病院の敷地内に薬局（門内薬局）を開設することを解禁することを検討しているところである。一方、厚生労働省は、患者の健康管理や医療費を抑える目的で、複数の医療機関の処方箋をまとめて管理し、患者への服薬指導に取り組む「かかりつけ薬局」への移行を促す診療報酬改定を次期 2016 年度改定で行う検討を始めた。但し、医薬分業の緩和で検討されている門内薬局は複数の医療機関に通う患者、特に高齢者にとっては、かかりつけ薬局にすることが難しいという主張も出ている。かかりつけ薬局や門内薬局開設の解禁などの最近の医療制度の見直し案が患者にとってより利用しやすい制度として定着することを願うところである。