

REPORT I

医薬分業の正常化が担う「自律的」医療保険制度改革

- 診療報酬による制度的バックアップからの脱皮 -

社会研究部門 阿部 崇
abe@nli-research.co.jp

1. はじめに

年金、介護と続いた一連の社会保険制度改革の締めくくりとして、2005年は医療保険制度改革が本格化する。

既に、規制改革・民間開放推進会議等では、主要官製市場等における改革の推進として、「混合診療の解禁（保険診療と保険外診療の併用）」、「株式会社の医療機関経営への参入」、「医薬品の一般小売店における販売」等の議論が行われた。これらについては、医療技術ごとに一定要件を満たす医療機関の届出により実施可能、保険導入検討医療（仮称）の制度化（以上、混合診療の解禁について）、構造改革特区における対応、持分なき医療法人の創設（株式会社の医療機関経営への参入について）等の方向性が示されるに至っている（同会議第1次答申、2004年12月24日）。

但し、これらは、医療保険制度と外環境との接点における規制改革・市場開放の議論である。今後の議論は、医療保険制度そのものに内在する課題、問題点の改革に軸足を移すものと予測される。

年金制度、介護保険制度改革において声高に謳われた「制度の持続可能性」は、医療保険

制度改革においても、キーワードとなることに間違いはない。

本稿では、医療保険制度改革の大きなテーマとなるであろう「医薬分業（処方と調剤の機能分担）」について、その内容を解説するとともに、あるべき改革の方向性を考察する。

2. 医薬分業とは

（1）医薬分業の仕組み

医薬分業とは、文字通り「医（医師の診断に基づく処方）」と「薬（処方せんに基づく薬の調剤）」とが分業で行われることである。

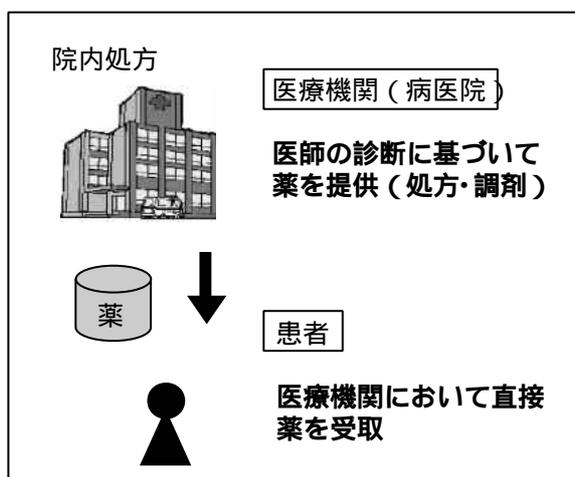
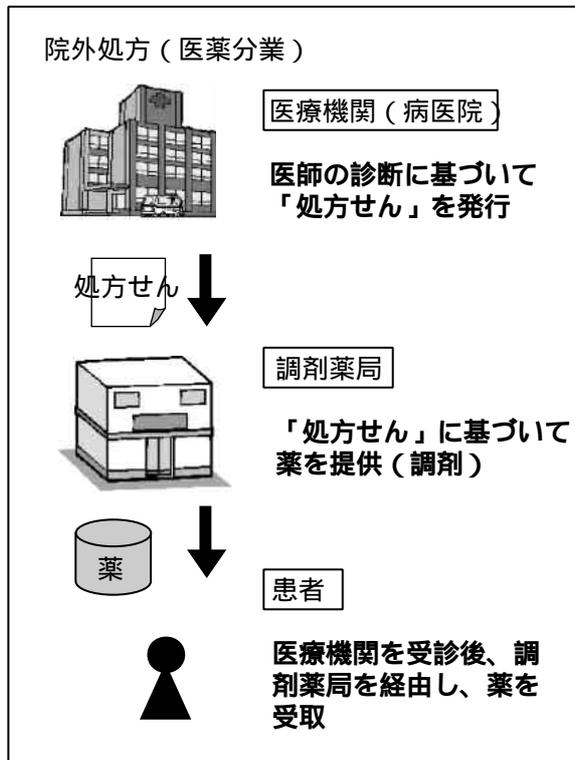
数年前より、医療機関の受付窓口で「この紙を持って近くの薬局に行き、薬をお求めください」と言われることが多くなったのではないだろうか。

この「紙」が、医師が自らの診断に基づいて薬の処方内容を示す「処方せん」であり、調剤薬局は「処方せん」に基づいて薬を準備（調剤）し、患者に提供する。処方せんという紙を媒介として、医療機関と調剤薬局の業務分担が行われているのである。この業務分担を前提とした処方形態を、医療機関（病医院）の外に向けられた処方であるとして「院外処方」という。

他方、医療機関内において、薬剤の受取まで行える場合を「院内処方」という。

院外処方と院内処方の各々の仕組みは図表 - 1 の通りである。

図表 - 1 院外処方と院内処方



（資料）ニッセイ基礎研究所が作成

（２）目的

医薬分業の目的は、いかなるものなのであろうか。診断 処方 調剤というプロセスに関わる「患者」「調剤薬局」「医療機関」のメリット

の視点から考えてみたい。

まず、「患者」にとってのメリットとしては、病医院での待ち時間の短縮

処方（薬）内容の説明

薬局の自由選択

在宅への配達が可能

などが挙げられる。

院外処方の場合、患者が調剤薬局に分散するため、一般には、薬の受取にかかる時間が短縮されると言われている（ ）。また服用方法のみならず、処方内容（効果や副作用、一般販売薬との相互作用など）の詳しい情報を薬局の薬剤師から得ることができる（ ）。

次に「調剤薬局」では、

薬剤師の専門知識・技術の発揮

薬剤師の地位の向上（独立性）

調剤による収益増

などがメリットと考えられる。

医療機関の一部として調剤を行うのではなく、薬剤師が、その専門性を活かし（ ）独立した立場で活動する環境を獲得すること（ ）が主たる効果であろう。

そして「医療機関」のメリットとしては、

処方薬剤の自由選択

薬剤の購入費・管理費の削減

薬剤師の配置・業務の適正化

などが挙げられる。

院内処方の場合、医療機関の保有（在庫）薬剤の中から処方せざるを得ないが、院外処方では、在庫という枠にとらわれることなく処方薬剤を自由に選択することができる（ ）。また、そもそも薬剤を保有する必要がないため、それにかかるコストを削減することができる（ ）。そして、調剤を担当する薬剤師の配置が不要、ないし、病棟業務（入院患者への対応）に集中できることになる（ ）。

このように医薬分業は「患者」「調剤薬局」「医療機関」それぞれに多くのメリットをもたらす。そして、そのことこそが医薬分業の目的なのである。

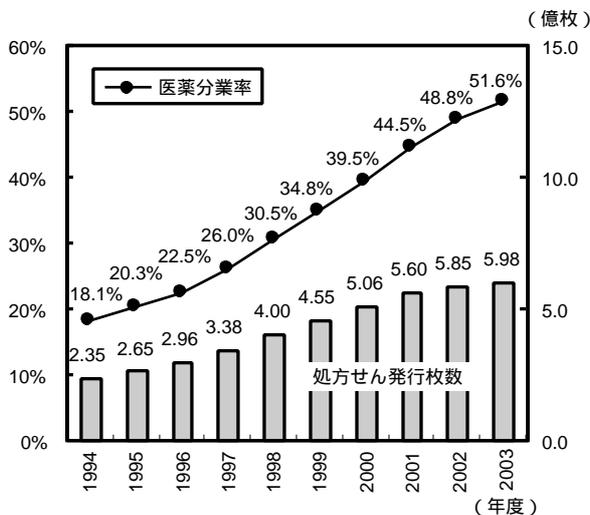
3. 医薬分業の現状

(1) 分業の実績

では、医薬分業の現状（実績）はどのようなになっているのだろうか。

2003年度における医薬分業率^(注1)は全国平均で51.6%である（図表 - 2）。ここ10年間のうちに、分業率は約2.9倍、処方せん発行枚数は約2.5倍に伸長し、2003年度は院外処方の回数が院内処方のそれを上回った。

図表 - 2 医薬分業率の推移



（資料）日本薬剤師会資料をニッセイ基礎研究所が一部改変

かかる医薬分業の拡大は、前述の関係者のメリットの浸透もさることながら、厚生労働省等による分業の推進（「医薬分業推進モデル事業」等の実施、院外処方にかかる診療報酬の単価引き上げ（プラス改定）など）によるところが大きい。

(2) 医療費への影響

拡大の一途をたどる医薬分業は、医療費にどのような影響を与えているのだろうか。

調剤薬局にかかる医療費をみると、2001年度の薬局調剤医療費^(注2)は3兆2,703億円（うち薬剤料（薬実費）は2兆2,188億円）であり、国民医療費総額に占める割合は10.4%にのぼる。近年、医療費の増加が問題視され、医療費抑制策が様々に展開される中で、対前年度増加率は16.5%の伸びを示す状況となっている。

確かに、医薬分業には多くのメリットが存在するが、超高齢社会を迎え医療保険財源の枯渇が声高に叫ばれる今、医薬分業のあり方を検証する必要性は高い。医薬分業に期待された効果はもたらされたのか、それに見合う費用規模となっているのか、診療報酬による政策的な誘導を継続的に行うべきなのか。そして、デメリットは発生していないのであろうか。

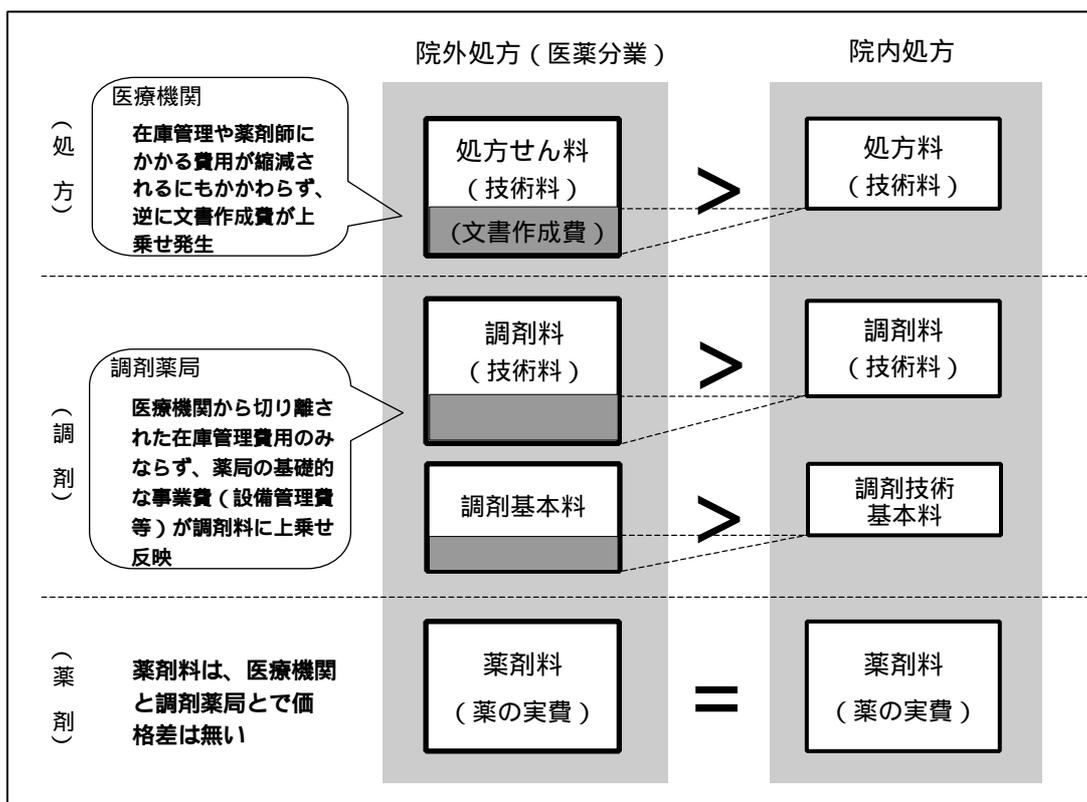
4. 診療報酬における評価

医療保険制度改革は、診療報酬・2006年4月改定を中心に行われる。まずは、医薬分業にかかる診療報酬の構造を確認し、その課題を明らかにする。

(1) 医科・調剤の診療報酬

薬に関する診療報酬は、大きく「処方」「調剤」「薬剤」の3つから構成されている。診断に基づいてどの薬剤を提供すべきかを判断する技術料が「処方料」、具体的な処方に基づいて薬剤を調製する技術料が「調剤料」、そして薬の実費が「薬剤料」である。院外処方（医薬分業）、院内処方とも、かかる基本構成は同一であるが、その評価（診療報酬）には格差が存在する（図表 - 3、4）

図表 - 3 院外処方と院内処方の診療報酬上の格差



(資料) ニッセイ基礎研究所が作成

図表 - 4 医科診療報酬と調剤報酬 (2004年4月改定)

	院外処方				院内処方		
処方	処方せん料				処方料		
	7種類以上		6種類以下		7種類以上	6種類以下	
	後発品含む	含まない	後発品含む	含まない			
	43点	41点	71点	69点	29点	42点	
調剤	調剤料				調剤料 (1回あたり)		
	内服薬 (1剤)		屯服薬	漫煎薬	外用薬		
	-7日	5点(1日)	21点 (1回)	120点 (1調剤)	10点 (1調剤)	9点	6点
	8-14日	4点(1日)					
	15-21日	70点					
	21-30日	80点					
	31日-	88点					
調剤基本料 (処方せん受付1回)				調剤技術基本料			
21、39、49点 (薬局の規模や処方せん集中度 ^(注3) に応じて)				8点			
薬剤	(厚生労働大臣が定める薬価)				院内処方・院外処方 共通		
その他	薬剤服用歴管理指導 17点 (特別指導加算 28点) 薬剤情報提供料 17点 長期投薬情報提供料 18点 (2週間あたり) 医薬品品質情報提供料 10点 など				薬剤情報提供料 10点 薬剤管理指導料 350点		

(資料) 社会保険研究所「診療報酬点数表(全)」よりニッセイ基礎研究所が作成

院内処方では、「処方料」「調剤料（調剤技術基本料含む）」「薬剤料」の全てが医療機関において算定される。他方、院外処方では、処方の費用は「処方せん料」として医療機関が算定し、調剤および薬剤は調剤薬局が算定することになる。薬剤（薬の実費）以外の処方および調剤は、院外処方にかかる医科診療報酬、調剤報酬とも高い点数が設定されている。この差異については、「処方せん料」には、そもそもの処方技術費に加え文書作成費が含まれ、また、調剤薬局の「調剤料（調剤基本料含む）」には、薬剤管理費等の一般費用が反映していると説明される。

しかし現実には、全く同一の薬を提供するための費用が異なる「一物二価（厳密にはそれ以上）」の状態となっているのである。

（２）報酬格差の影響

院外処方と院内処方の報酬（点数）格差は、どのくらいになるのか。

一般的なケース（内服薬２種類、10日分）を例に試算してみる（図表 - 5）。なお、ここでは価格差のない「薬剤料」は除いて考える。

院内処方の場合、診療所において「処方料」「調剤料」等が算定され、総点数は120点（＝医療費1,200円）となる。他方、院外処方の場合、診療所において「処方せん料」、調剤薬局で「調剤料」「調剤基本料」等が算定され、総点数は430点（＝同4,300円）となる。3割の自己負担額でみると、前者が360円であるのに対し、後者は1,290円、実に約3.5倍の価格差が生じるのである。

図表 - 5 具体的算定例

【設定】 処方内容 内服薬 2 種(後発品含む) 10日分(5日分×2)			
医療機関 薬剤師のいる診療所			
調剤薬局 処方せん受付枚数 4,000枚/月(規模) 医療機関集中度 70%以下			
	院外処方		院内処方
	診療所	調剤薬局	診療所
1 回目	処方せん料 71点	調剤料 50点 調剤基本料 49点 薬剤情報提供料 17点 薬剤服用歴管理指導 28点	処方料 42点 調剤料 9点 調剤技術基本料 8点 薬剤情報提供料 10点
2 回目	処方せん料 71点	調剤料 50点 調剤基本料 49点 薬剤情報提供料 17点 薬剤服用歴管理指導 28点	処方料 42点 調剤料 9点
自己負担 (3割負担 除く薬剤)	算定142点(診療所) + 288点(調剤薬局) = 430点 1,290 円		算定 120点(診療所) 360 円

(資料) ニッセイ基礎研究所が作成

5. 改革の視点

確かに、医薬分業には多くのメリットがある。診療報酬上のバックアップもあり、医薬分業率は飛躍的に拡大した。調剤薬局は、その数を確実に増加させ、薬局薬剤師の地位の向上にも一定の結果を残した。医療機関は、もはや収益源（薬価差益^(注4)）ではなくなった調剤部門を切り離し、薬剤にかかるコスト（購入・管理費、人件費等）の削減を実現した。

しかし、医療保険制度の主役である患者（＝国民）は、院外処方に伴う3倍以上の負担に見合うメリットをきちんと享受しているだろうか。医薬分業がもたらした調剤医療費の拡大を保険料・自己負担増の形で支えるのみとなっていないだろうか。

2005年の医療保険制度改革にあたり、医薬分業のあり方を費用対効果の視点から再確認しなければならない。医薬分業の真の目的が、患者の安全性・利便性の確保、医師の処方選択肢の拡大、薬剤師の専門性の発揮にあるならば、医薬分業率が50%を超えた今、医療費の増大という副作用をもたらす診療報酬上のバックアップはもはや不要である。

具体的には「一物一価」を原則とし、「処方せん料」「調剤料」の是正が図られるべきである。メリットを享受する者は相応の負担をするという、ごく普通のルール適用である。調剤薬局における薬剤管理費や設備費等の一般事業費用は「調剤基本料」に集約し、処方形態の物理的な差異を適正な水準で一元化すべきであろう。

6. おわりに

医療保険制度改革は、規制緩和、民間開放だ

けがテーマではない。しかし、それは、改革の必要性がないということではなく、医療保険制度、診療報酬自体に改革すべき点が多く残されていることを意味する。

器（医療保険財源）を小さくする改革の前に、まず、中にある水（医療費）を少なくする改革が望まれる。医療保険制度の外側から、器を小さくする改革が継続される可能性が高い。しかし、今行うべきは制度内に存在する矛盾や課題を「自律的」に改革していくことである。小さな器に制度の持続可能性は期待できないからである。

（注1）医薬分業率

$$= \frac{\text{処方せん料算定回数}}{(\text{処方料} + \text{処方せん料}) \text{算定回数}} \times 100$$

（注2）薬局調剤医療費

診療報酬は「内科」「歯科」「調剤」に大別され、保険調剤薬局が算定する調剤報酬にかかる医療費を「薬局調剤医療費」という。

（注3）薬局規模・処方せん集中度

調剤薬局の「処方せん受付回数（規模）」および「特定の医療機関の発行の処方せん集中度」に応じて、調剤基本料が設定されている。

処方せん 月間受付数	集中度	調剤基本料
4,000回以下	70%以下	49点
	70%超	39点
4,000回超	70%以下	39点
	70%超	21点

（注4）薬価差益

薬剤料は薬価（公定価格）として算定されるため、薬剤の購入費との差額が収益となる。現在は薬価が低く設定されるため、薬価差益は縮小している。