

日医総研ワーキングペーパー

医療費抑制政策下での医療費分析
—調剤医療費の伸びについての—考察—

No. 191

2009年5月13日

日本医師会総合政策研究機構

前田由美子

医療費抑制政策下での医療費分析－調剤医療費の伸びについての一考察－

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

キーワード

- ◆ 医療費
- ◆ 診療報酬
- ◆ 後発医薬品
- ◆ 医科
- ◆ 技術料
- ◆ 新薬
- ◆ 調剤医療費
- ◆ 薬剤料
- ◆ 院外処方
- ◆ 先発医薬品

ポイント

- ◆ 2008年4～12月の医療保険医療費の対前年同期比（休日等の補正後）は、総額で+2.1%、医科+1.2%、歯科+3.0%、調剤+5.6%であった。
- ◆ 調剤医療費が増加している要因のひとつは、院外処方の拡大にある。ただしここ最近に限っては、院外処方率の伸びは緩やかになっており、調剤医療費増加への影響は薄まってきていると考えられる。
- ◆ 調剤医療費は、数量よりも、単価（処方せん1枚当たり医療費）が伸びている。数量（処方せん枚数）は、患者の受診行動や疾病構造に左右されるが、2008年4～12月の前年同期比は、ここ数年ではもっとも抑制されている。
- ◆ 調剤単価は、技術料単価と薬剤料単価に分けられるが、薬剤料単価が伸びている。2008年度には薬価マイナス改定であったが、単価アップのうち約7割が薬剤料単価の上昇によるものである。
- ◆ 現在の薬剤料単価の上昇は、先発医薬品単価アップの影響も少なくないと推察される。後発医薬品の使用が促進されるなか、先発医薬品メーカーがシェアを守るため、単価の高い医薬品の拡販に注力していること、合剤などの新薬を投入していることなどが考えられる。
- ◆ 国は院外処方の拡大、後発医薬品の使用を促進してきたが、結果的に医療費の増加をまねいている。いたずらに患者負担を増大させないよう、医療政策と医療費の関係について、早急に検証を行うべきである。

目 次

1. 分析の対象と範囲	1
2. 調剤医療費はどのくらい増えているのか	
(1) 医療費と調剤医療費の動向	3
(2) 医療保険医療費全体に占める調剤医療費の伸び	5
(3) 調剤医療費そのものの伸び	9
3. なぜ調剤医療費が伸びているのか	
(1) 院外処方拡大の影響	11
(2) 調剤医療費の単価 (P) と数量 (Q)	13
(3) 技術料と薬剤料の単価	14
4. なぜ薬剤料単価が伸びているのか	
(1) 先発医薬品と後発医薬品のシェア	17
(2) 先発医薬品と後発医薬品の単価	19
(3) 先発医薬品の単価アップの背景	20
5. 考察	
(1) 調剤医療費の伸びはなぜ問題か	23
(2) 今後も院外処方を拡大すべきか	24
(3) 後発医薬品の使用促進は医療費を抑制するのか	27
資料 2008 年度調剤報酬改定の概要	29
参考文献	31

1. 分析の対象と範囲

現在公表されている最新の医療費データは、厚生労働省「最近の医療費の動向 平成 20 年 12 月号」である。これによると、2008 年 4～12 月の医療保険医療費の対前年同期比（休日数等の補正後）は、総額で+2.1%、医科+1.2%、歯科+3.0%、調剤+5.6%であった。本稿では、もっとも伸びている調剤医療費について、増加要因の分析を試みる。

分析に用いたデータは主に以下の 2 つである。季節変動等もあるので、本来は年間を通じたデータで分析すべきであるが、2008 年度に入って、ますます調剤医療費が増加している現状を踏まえ、直近のデータで分析を行なった。

厚生労働省『最近の医療費の動向 平成 20 年 12 月号』

<http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/month/08/12.html>

厚生労働省『最近の調剤医療費（電算処理分）の動向 平成 20 年 10 月号』

<http://www-bm.mhlw.go.jp/topics/medias/c-med/2008/10/index.html>

医療費の定義

厚生労働省『最近の医療費の動向』は、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費である。『国民医療費』に含まれる全額自費、労働者災害補償保険等は対象外である。

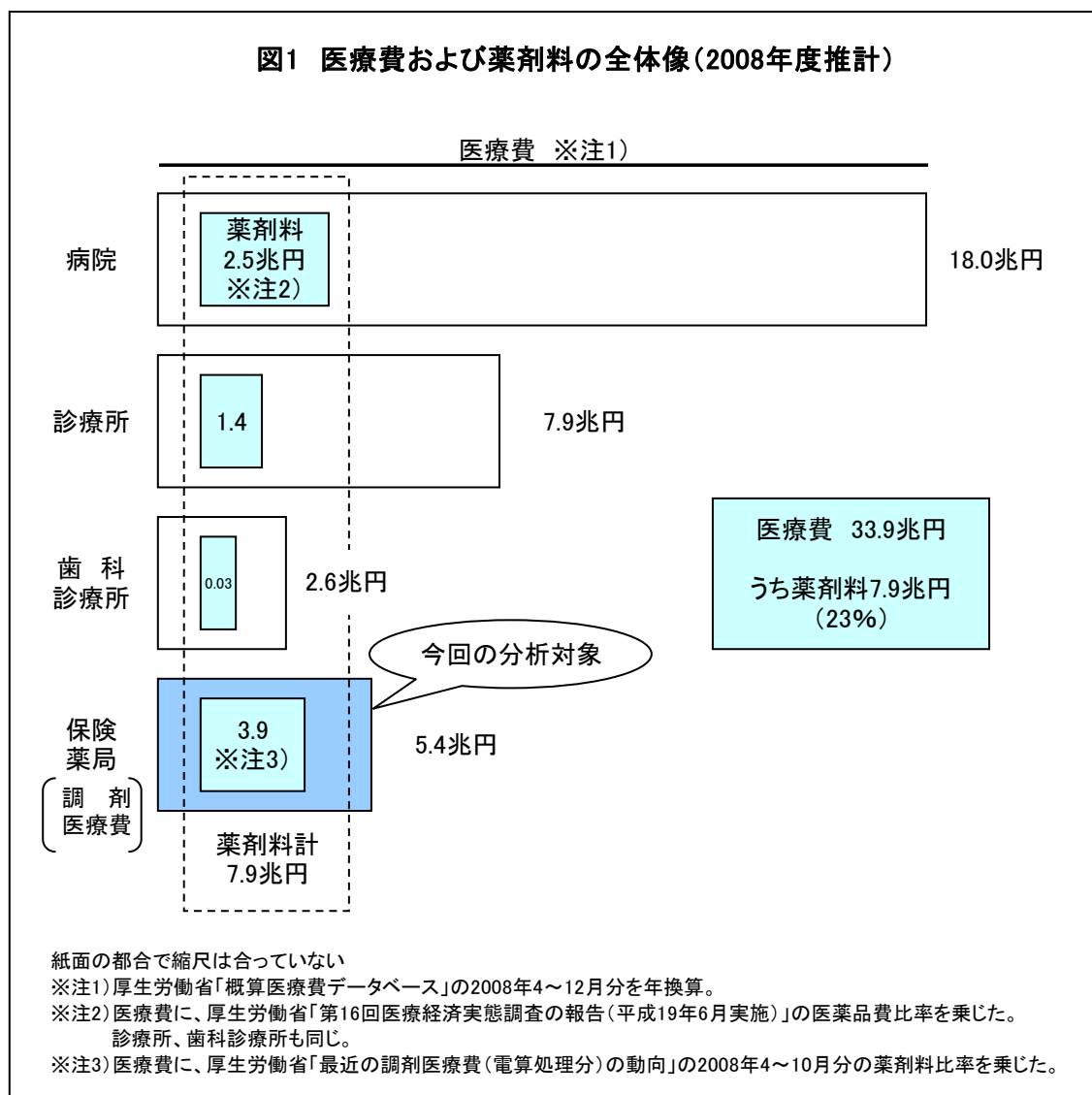
以下、厚生労働省『最近の医療費の動向』のデータを「医療保険医療費」、『国民医療費』のデータを「医療費」と呼んで区別する。なお、「調剤医療費」は基本的に『最近の医療費の動向』からのデータであるが、長くなるので単に「調剤医療費」という。

分析を行なった薬剤料の範囲

調剤医療費は、技術料、薬剤料、特定保険材料で構成される。本稿で採り上げる薬剤料は、薬局で発生する調剤医療費のうちの薬剤料である。薬剤料は医療機関でも発生し、2008 年度の薬剤料は合計で 7.9 兆円、医療費の約 23%と推計される（図 1）。

薬剤料の定義

本稿における薬剤料とは、薬価ベースの金額である。製薬メーカーからの出荷額、医薬品卸からの卸売価格ではない。



2. 調剤医療費はどのくらい増えているのか

(1) 医療費と調剤医療費の動向

厚生労働省『国民医療費』から、医療費の長期推移を示す（図 2-1-1）。

医療費は、2006 年度には 33.1 兆円である。20 年前の 1986 年度と比べて医科が 10.9 兆円増、歯科が 0.7 兆円増、薬局調剤が 4.4 兆円増である。

構成内訳は、1986 年度には医科 87.4%、歯科 10.5%、薬局調剤 2.0%であったが、2006 年度には医科 78.1%、歯科 7.6%、薬局調剤 14.2%であった（図 2-1-2）。20 年前と比べて、医科が 9.3 ポイント減、歯科が 3.0 ポイント減、薬局調剤が 12.2 ポイント増であった。また薬局調剤医療費が歯科医療費を抜いたのは 2000 年度のことであった。

図2-1-1 医療費の種類別推移

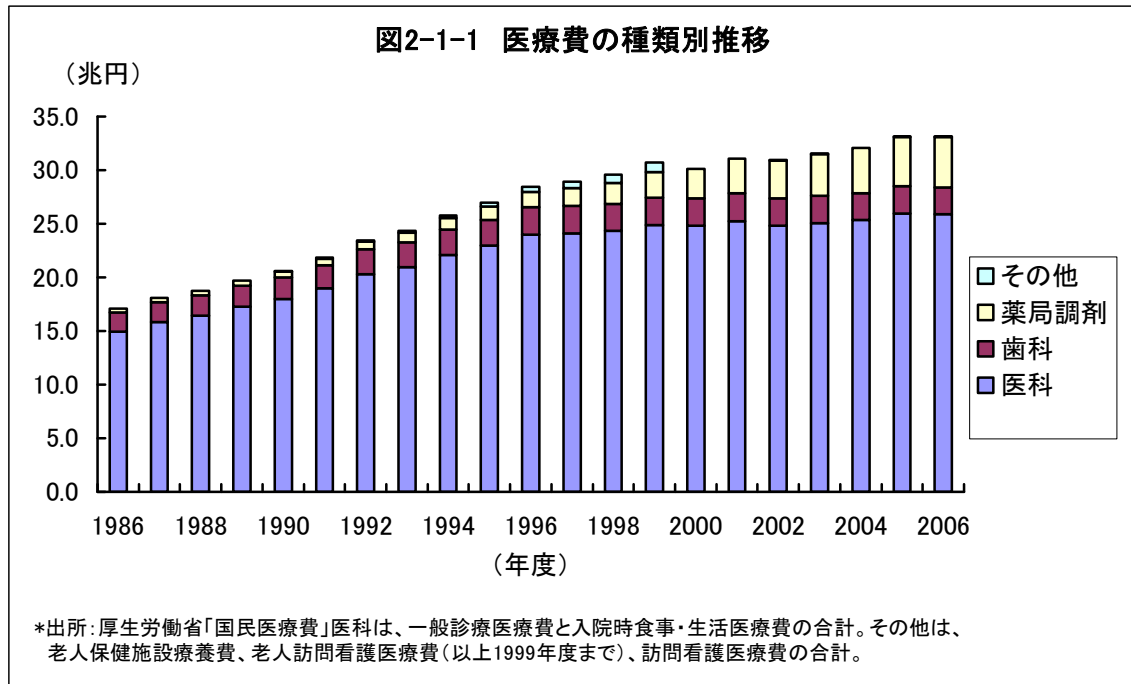
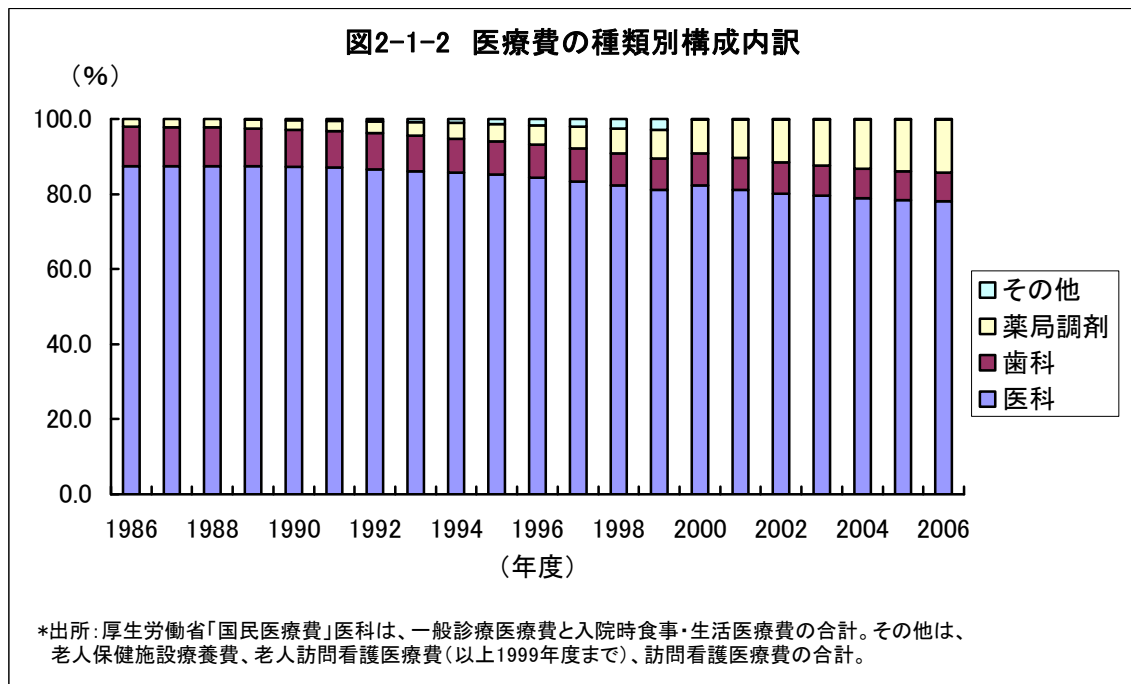


図2-1-2 医療費の種類別構成内訳

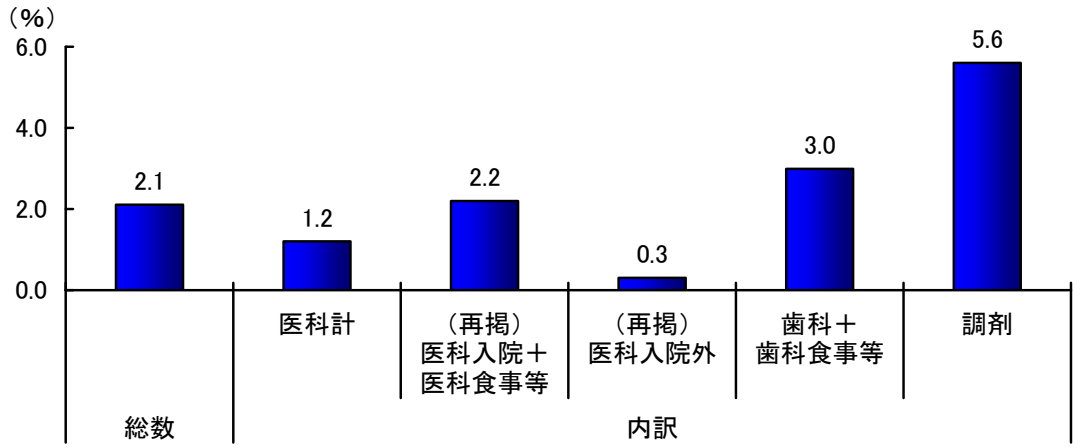


(2) 医療保険医療費全体に占める調剤医療費の伸び

2008年4～12月の医療保険医療費の前年同期比（休日数等の補正後）は、医科+1.2%、歯科+3.0%、調剤+5.6%であった（図2-2-1）。

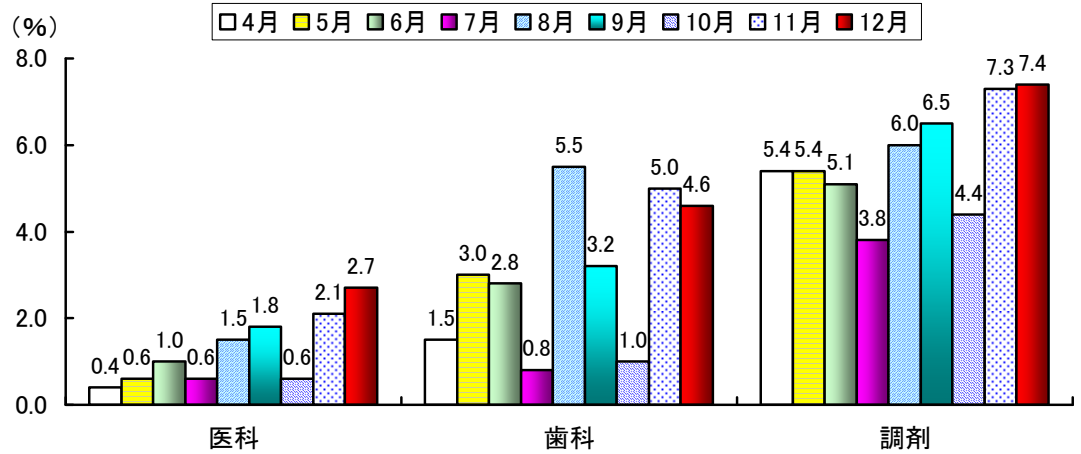
2008年12月のみの前年同月比（休日数等の補正後）は、医科+2.7%、歯科+4.6%、調剤+7.4%であった（図2-2-2）。2008年4月以降、医科、歯科は、ほぼ月を追うごとに緩やかに伸びている。これに対し、調剤医療費は、4～6月については、医科、歯科よりも高い伸び率ではあるが横ばいで推移し、8月以降（10月を除く）、一段と高い伸び率を示している。

図2-2-1 医療保険医療費の前年同期比
 -2008年4~12月(休日数等の補正後)-



*出所: 厚生労働省「最近の医療費の動向」

図2-2-2 医療保険医療費の前年同月比
 -2008年(休日数等の補正後)-



*出所: 厚生労働省「最近の医療費の動向」

医療保険医療費の増減の内訳を追ってみよう（図 2-2-3）。

2004 年度の診療報酬改定は、全体で▲1.0%、調剤本体±0.0%、薬価▲0.9%であった（表 2-2-1）。医療保険医療費は+1.9%であり、うち調剤医療費の伸びによるものが 1.0%と 5 割以上であった。

2005 年度は、医療保険医療費の伸び+3.1%のうち、調剤医療費の伸びによるものが 1.2%であり、全体の伸びの 4 割近くの要因を占めた。

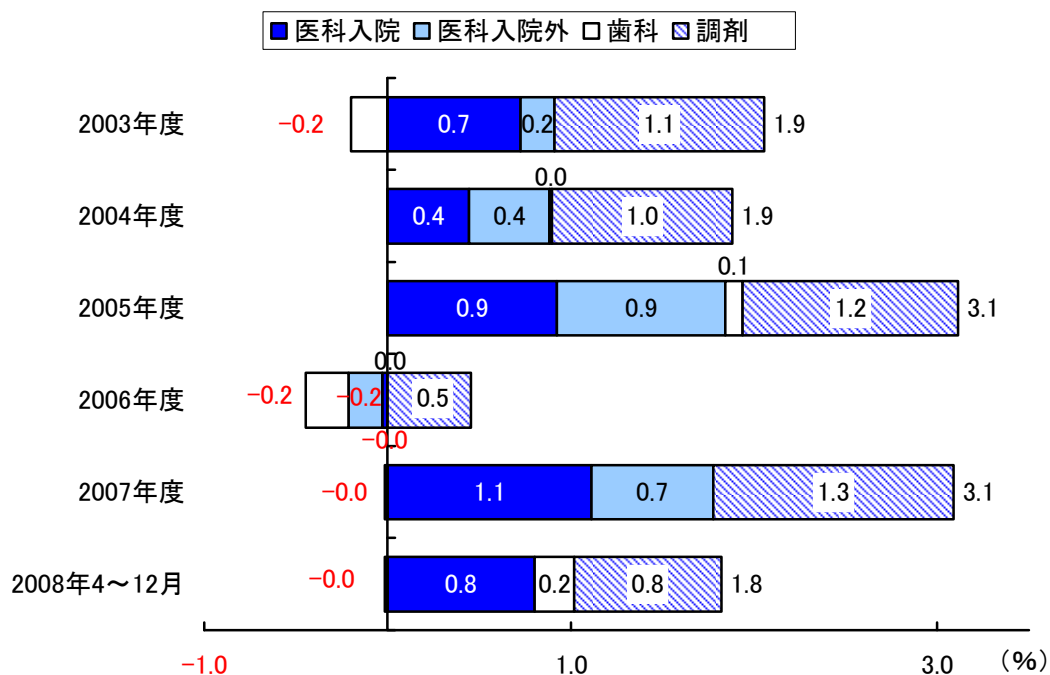
2006 年度の診療報酬改定は、全体で▲3.16%、調剤本体▲0.6%、薬価▲1.6%であった。医療保険医療費の伸びは全体で±0.0%に止まったが、調剤のみ前年比増の+0.5%であった。

2007 年度の医療保険医療費は、前年比+3.1%であった。このうち、調剤の伸びによるものが+1.3%であり 4 割強を占めた。

2008 年度の診療報酬改定は、全体で▲0.82%、調剤本体+0.17%、薬価▲1.1%であった。2008 年 4~12 月の医療保険医療費の前年比は+1.8%であった。このうち調剤の伸びによるものが+0.8%であり 4 割を超えていた。

以上のように、過去数年にわたって、調剤医療費の伸びは医療保険医療費全体の伸びの 4 割から 6 割を占めている。

図2-2-3 医療保険医療費の増減率の内訳(休日数等の補正前)



*出所：厚生労働省「最近の医療費の動向」訪問看護療養費と入院時生活療養費は含まない。
2008年4~12月は2007年4~12月との比較

表2-2-1 最近の診療報酬改定の内容(医療費ベース)

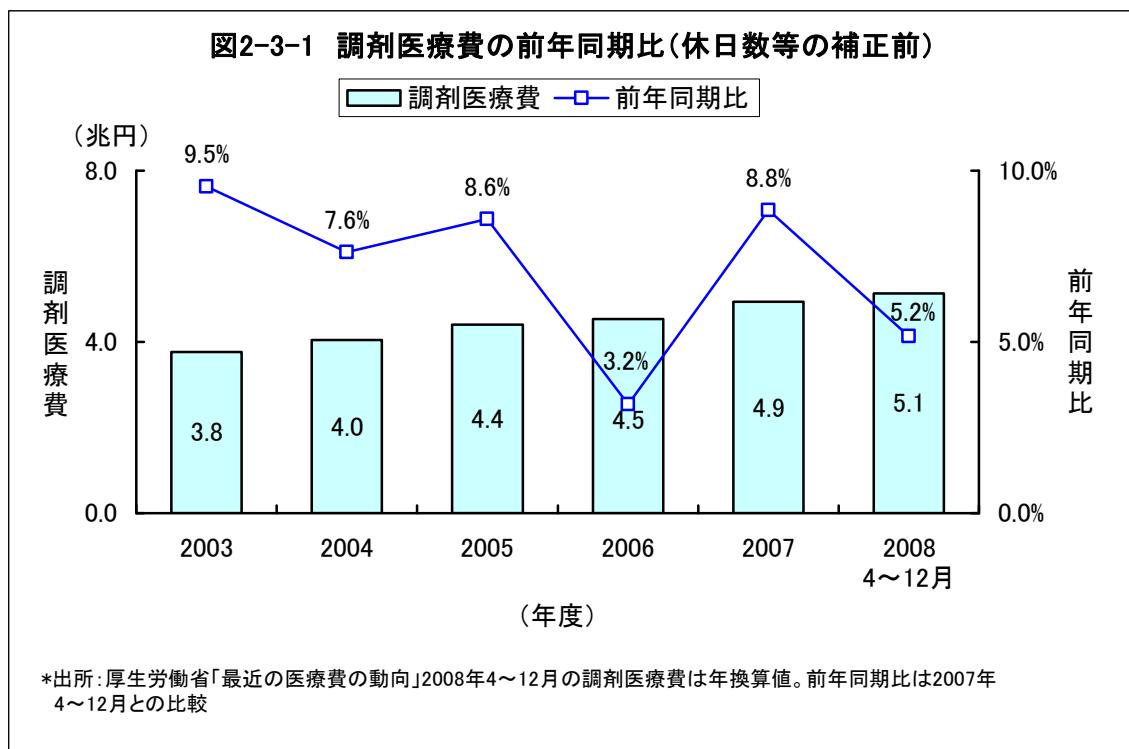
	2002年度	2004年度	2006年度	2008年度
本体部分	-1.3%	0.0%	-1.36%	0.38%
医科	-1.3%	0.0%	-1.50%	0.42%
歯科	-1.3%	0.0%	-1.50%	0.42%
調剤	-1.3%	0.0%	-0.60%	0.17%
薬価・材料価格	-1.4%	-1.0%	-1.8%	-1.2%
薬価	-1.3%	-0.9%	-1.6%	-1.1%
(薬価ベース)	-6.3%	-4.2%	-6.7%	-5.2%
材料	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.1%
診療報酬全体	-2.7%	-1.0%	-3.16%	-0.82%

(3) 調剤医療費そのものの伸び

2003年度から2005年度まで、調剤医療費は7～9%の伸びを示してきた(図2-3-1)。2006年度の診療報酬改定では、調剤本体▲0.6%、薬価▲1.6%であったが、調剤医療費は+3.2%増加した。診療報酬改定のなかった2007年度には、前年比+8.8%の大幅増であった。

2008年4～12月の調剤医療費の前年同期比は+5.2%である。2008年度の診療報酬改定では調剤本体は+0.17%であったが、薬価は▲1.1%であった。薬価が引き下げられたにもかかわらず、調剤医療費は調剤本体改定率以上に伸びた。

以上のように、調剤医療費は診療報酬改定がなければ前年比7～9%、薬価引き下げがあっても前年比3～5%程度伸びてきた。



3. なぜ調剤医療費が伸びているのか

(1) 院外処方拡大の影響

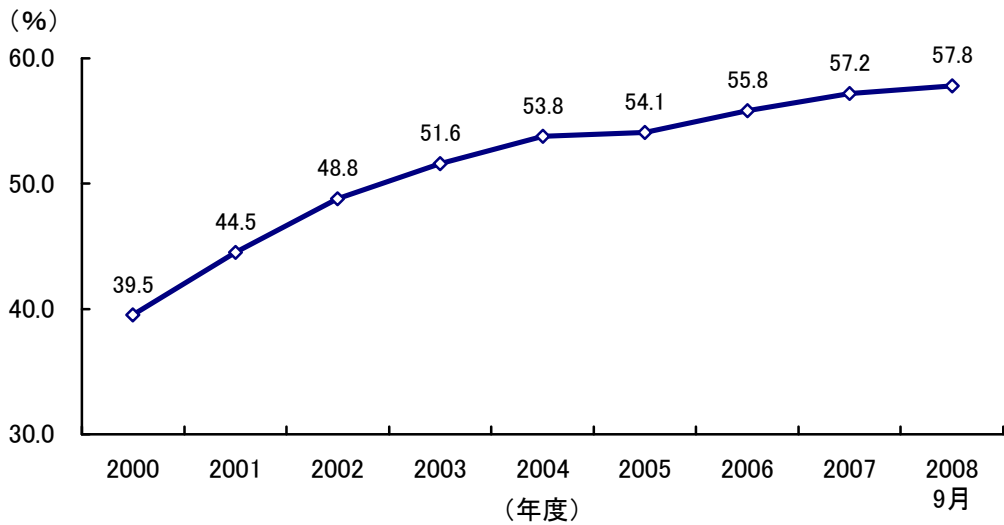
調剤医療費の伸びの要因のひとつに、医薬分業政策による院外処方の拡大がある。2003年には、佐々木らにより「国民医療費の総額は毎年2～4%程度伸びているが、そのうちの約40%は医療機関から交付された処方せんに基づき薬局から医薬品の交付を受ける「医薬分業」による薬局での医療費が占めている¹という分析結果が示された。

院外処方の拡大にともない、従来、医科の入院外医療費に計上されていた調剤料・調剤技術基本料が、調剤医療費の調剤料・調剤基本料にシフトした。それだけでなく、院外処方拡大のためのインセンティブも付与されたため、単なる金額のシフト以上に医療費が増加した。たとえば、医療機関の調剤技術基本料（入院以外）は8点であるが、調剤薬局の調剤基本料は40点であり、32点高い（表3-1-1）。調剤料は処方日数にもよるが、長期投薬をするほど調剤薬局の報酬が高くなる仕組みである。このため、院外処方が拡大するたびに、調剤技術基本料（医療機関）と調剤基本料（調剤薬局）の差額分などが調剤医療費に上乗せされていった。

ただし、院外処方率は2005年度以降、伸びが緩やかになっている（図3-1-1）。日本薬剤師会データでは、2005年度以降の年平均伸び率は1.0ポイント（1%）であり、ごく最近に限って言えば、調剤医療費の伸びに対する影響は徐々に薄まりつつあると考えられる。

¹ 佐々木修・郡司康幸「医薬分業の進捗状況と保険財政への影響」ESRI 調査研究レポート No.4, 2003年8月, 内閣府経済社会総合研究所

図3-1-1 院外処方率の推移



*出所: 社団法人日本薬剤師会「医薬分業進捗状況(保険調剤の動向)」

表3-1-1 院内処方と院外処方における報酬の違い(例)

院内処方			院外処方		
		点数			点数
調剤料			調剤料(内服薬の例)		
入院外(内服薬・浸煎薬・屯服薬)	医	9	7日目以下の分(1日につき)	薬	5
入院外(外用薬)	医	6	8日目以上の分(1日につき)	薬	4
入院	医	7	15日分以上21日分以下の場合	薬	68
			22日分以上の場合	薬	77
調剤技術基本料			調剤基本料		
入院	医	42	処方せん受付回数1月4,000回以上	薬	18
入院以外	医	8	上記以外	薬	40
処方料			処方せん料		
7種類以上の内服薬の投薬	医	29	7種類以上の内服薬	医	40
上記以外の場合	医	42	上記以外の場合	医	68

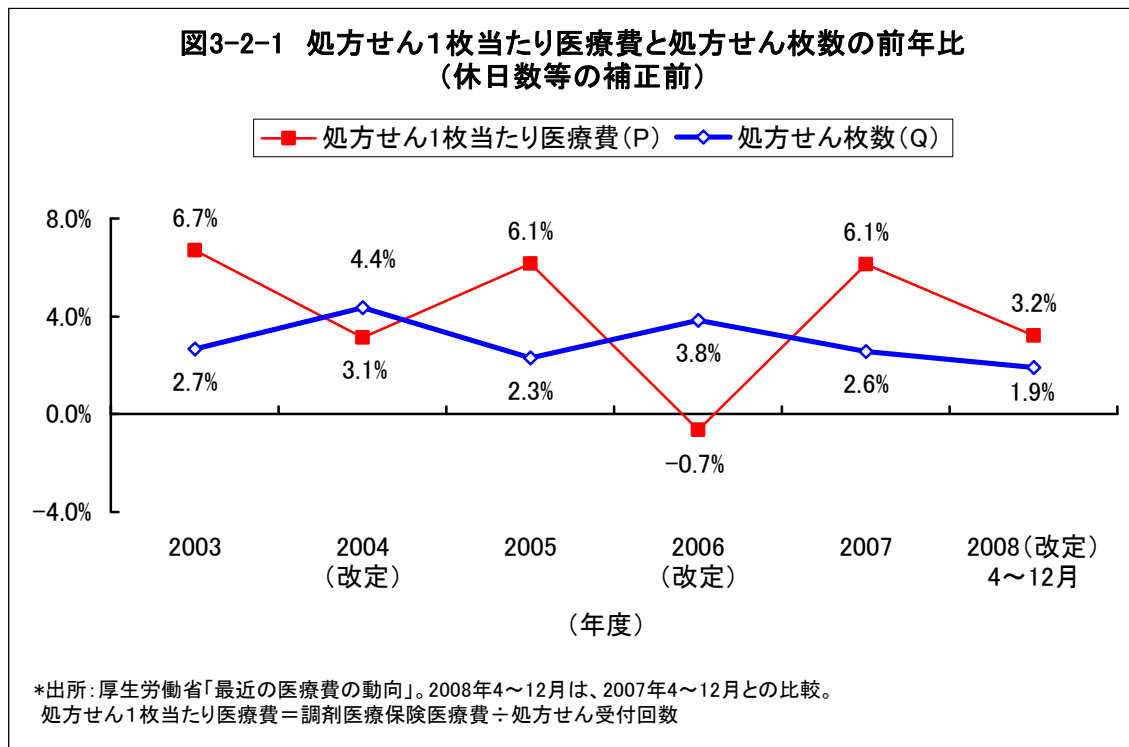
医: 医療機関の報酬、薬: 調剤薬局の報酬。加算は除く。

(2) 調剤医療費の単価 (P) と数量 (Q)

医療費は「単価 (P) × 数量 (Q)」で決まる。調剤医療費においては、単価は処方せん1枚当たり医療費、数量は処方せん枚数である。

診療報酬改定のない年の処方せん1枚当たり医療費 (P) の伸びは、処方せん枚数 (Q) の伸びより高い (図 3-2-1)。特に、2003 年度、2005 年度、2007 年度の処方せん1枚当たり医療費は6%台の伸びである。

一方、数量 (処方せん枚数) は、患者の受診行動や疾病構造に影響されるが、2008 年4～12月の前年同期比は1.9%と、ここ数年ではもっとも抑制されている。したがって、足下の調剤医療費の伸びは、患者の責任に帰するものではないともいえる。

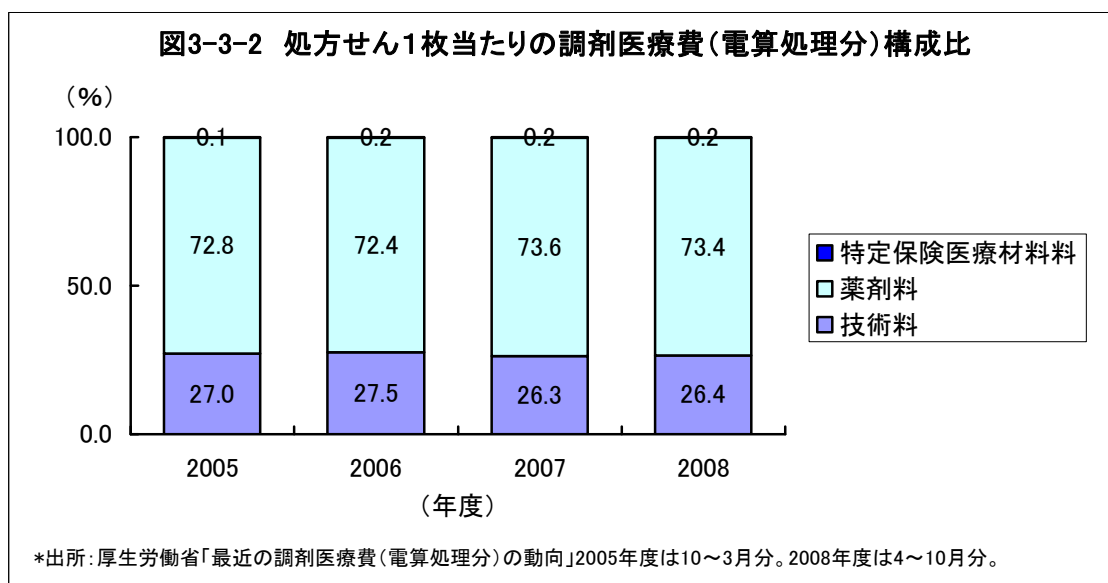
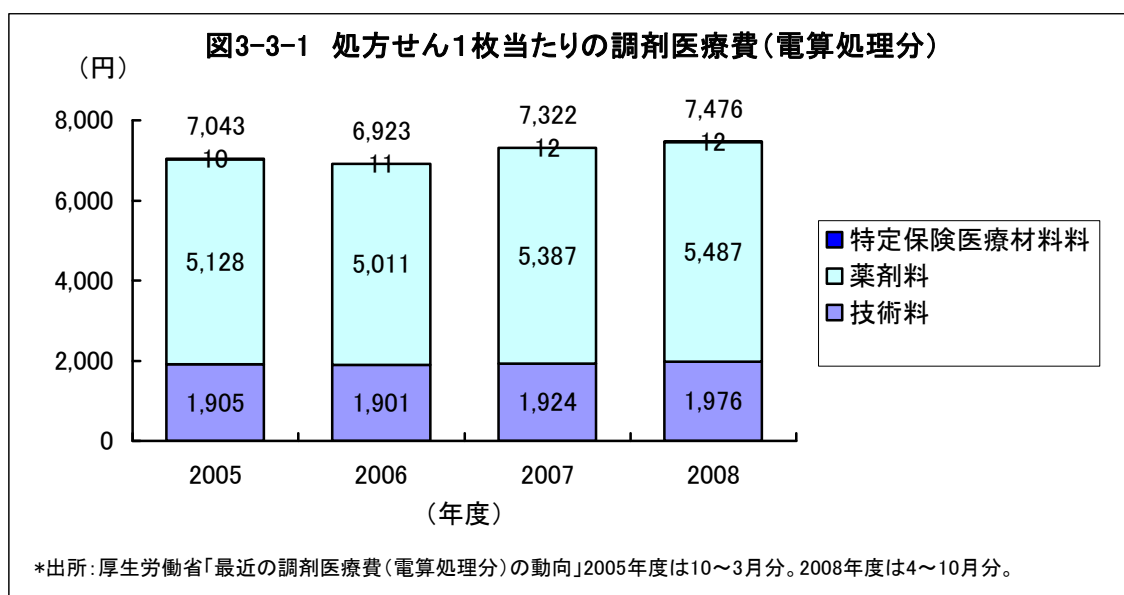


(3) 技術料と薬剤料の単価

では、調剤単価の中では、何が伸びているのでしょうか。

調剤医療費は、技術料（調剤技術料、薬学管理料）、薬剤料、特定保険医療材料料で構成される。2008年4～10月の処方せん1枚当たり単価は7,476円であった（図3-3-1）。

また、構成比は、技術料26.4%、薬剤料73.4%、特定保険医療材料料0.2%である（図3-3-2）。薬剤料の比率は、薬価改定のたびに前年より縮小しているが、経年的には上昇傾向にある。



2006 年度の診療報酬改定では、調剤本体▲0.6%、薬価▲1.6%であった。処方せん 1 枚当たり単価は、前年比▲1.7%となり、薬剤料の単価減によるものが▲1.7%であった（図 3-3-3）。したがって、2006 年度の調剤単価減は、ほぼすべて薬価引き下げによる影響である。

2007 年度は診療報酬改定のない年である。処方せん 1 枚当たり単価は、前年比+5.8%であり、薬剤料単価アップによるものが+5.4%であった。つまり 2007 年度は、調剤単価アップの要因の 9 割以上が薬剤料アップによるものである。

2008 年度の診療報酬改定では、調剤本体+0.17%、薬価▲1.1%であった。2008 年 4～10 月分の単価は前年比+2.1%であり、技術料単価アップによるものが+0.7%、薬剤料単価アップによるものが+1.4%であった。

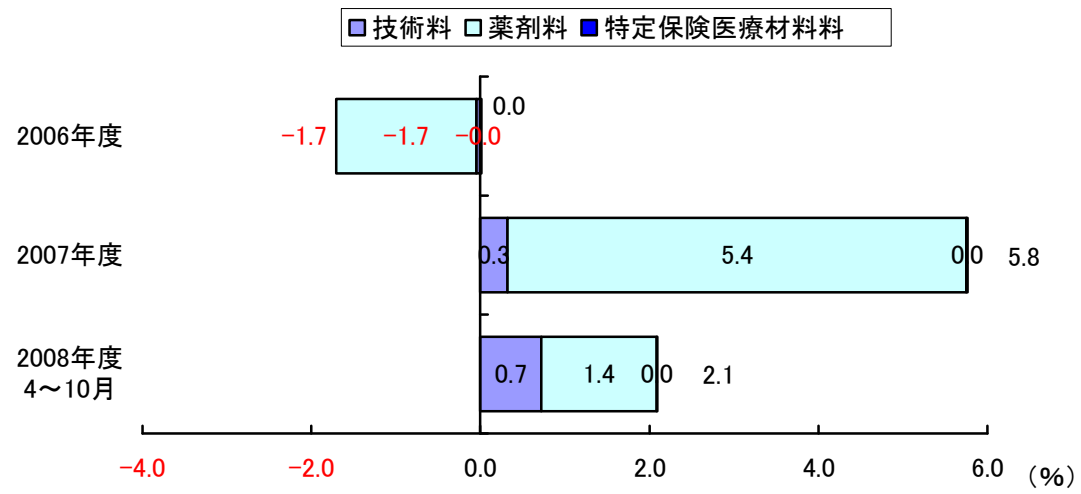
また、前頁図 3-3-1 に示したように、技術料単価は 2007 年度の 1,924 円から、2008 年度には 1,976 円になり、2.7%伸びた。これは調剤本体改定率以上の伸びであった。薬価は▲1.1%のマイナス改定であったが、薬剤料単価は、2007 年度の 5,387 円から 2008 年度は 5,487 円になり、1.9%伸びた。

なお、技術料については 2008 年度診療報酬改定で、調剤基本料が 42 点から 40 点に引き下げられた。後発医薬品調剤体制加算²、夜間・休日等加算³などが新設（詳細は巻末）されており、これらが技術料単価アップに寄与したものと考えられる。

² 1.直近 3 か月間の当該保険薬局における処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が 30%以上 2.後発医薬品調剤に適切に対応している旨を、分かりやすい場所に掲示している—ことを条件に算定できる。

³ 午後 7 時（土曜日は午後 1 時）から午前 8 時までの間（深夜、休日を除く）、休日または深夜で当該保険薬局の開局時間内において調剤を行なった場合に加算できる。開局時間外に調剤を行った場合には、従来、時間外加算、休日加算、深夜加算がある。

図3-3-3 処方せん1枚当たり単価の増減率の内訳



*出所:厚生労働省「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」2005年度は10~3月分。2008年度は4~10月分。

4. なぜ薬剤料単価が伸びているのか

(1) 先発医薬品と後発医薬品のシェア

現在、国は、後発医薬品の使用を促進しており、「平成 24 (2012) 年度までに、数量シェアを 30% (現状から倍増) 以上にする」⁴としている。

後発医薬品使用促進の目的は医療費抑制であり、厚生労働省は「政府においては、患者負担の軽減や医療保険財政の改善の観点から後発医薬品の使用促進を進めて」と述べている⁵。

後発医薬品は開発費用があまりかからないので、薬価を低く設定できると考えられているが、そうであれば、後発医薬品の使用が進むことによって、先発医薬品も含めた医薬品 (薬剤料) の平均単価は下がるはずである。なぜ薬剤料単価は上昇しているのでしょうか。

まず、後発医薬品の使用が促進されているかどうかを確認すると、数量ベースでのシェアは、2008 年度には 17.8% である (以下、すべて電算処理分で、2008 年 4～10 月の電算化率は 87.8%) (図 4-1-1)。国の目標である 30% には遠いが、毎年増加傾向にはある。後発医薬品調剤率 (全処方せん枚数に対する後発医薬品を調剤した処方せん枚数の割合) も 4 割を超えている。

後発医薬品の金額ベースのシェアは、2005 年度から 2006 年度にかけて 0.6 ポイント増、2006 年度から 2007 年度にかけて 0.2 ポイント増と微増である (図 4-1-2)。もちろん後発医薬品は単価が低いので、数量シェアに比例して金額シェアが高まるわけではない。また金額シェアを計算した「社会医療診療行為別調査」は、毎年 6 月 1 か月の調査であるため、経年比較に適さないという面もある。

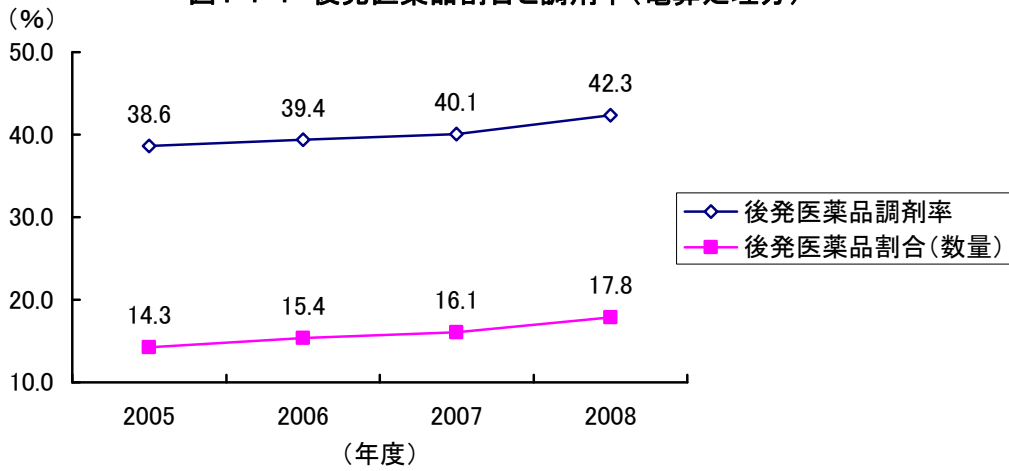
しかし数量シェアが 2008 年 4～10 月には 17.8%⁶にまで拡大したにもかかわらず、これまで見てきたように薬剤料単価は下がっておらず、その分、後発医薬品の金額シェアの伸びも鈍い。

⁴ 経済財政諮問会議「経済財政改革の基本方針 2007」2007 年 6 月 19 日閣議決定

⁵ 厚生労働省「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」2007 年 10 月 15 日

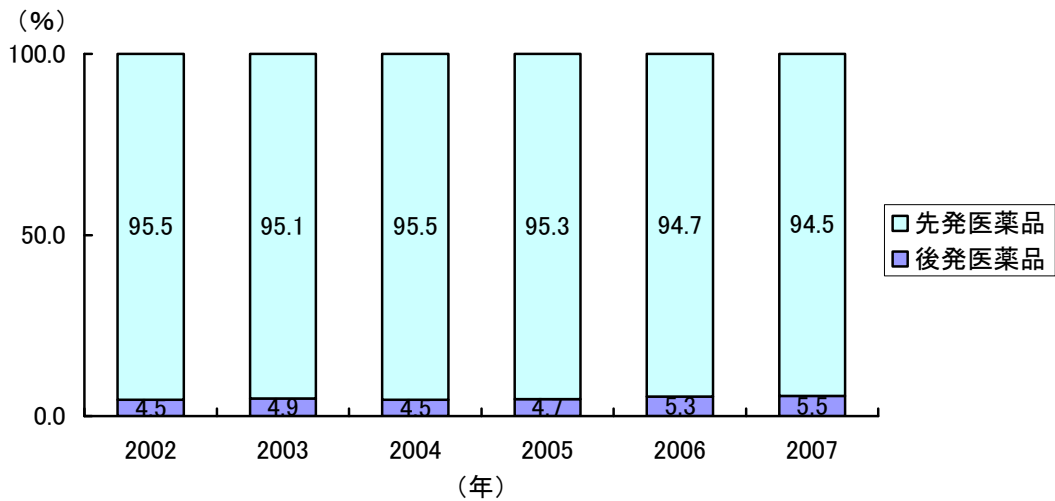
⁶ 2008 年 4～10 月の平均。2008 年 10 月には 18.2% になっている。

図4-1-1 後発医薬品割合と調剤率(電算処理分)



*出所: 厚生労働省「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」2005年度は10～3月分、2008年度は4～10月分

図4-1-2 先発医薬品と後発医薬品のシェア(金額ベース)



*出所: 厚生労働省「社会医療診療行為別調査」

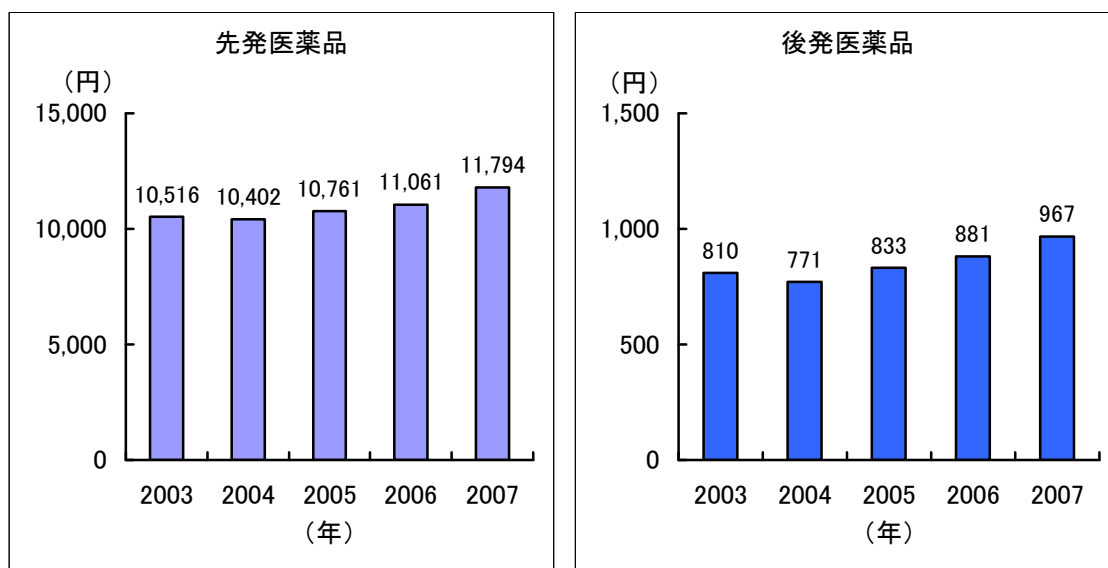
(2) 先発医薬品と後発医薬品の単価

薬剤料（医薬品）の平均単価が上昇しているのは、第一に、先発医薬品単価、後発医薬品単価の両方が上昇しているためである。後発医薬品の単価（薬価）は、先発医薬品の単価（薬価）をもとに決めるので、単価が上昇するときは、おおむね両方上昇する。第二に、先発医薬品の単価だけ上昇するということもある。新薬の投入が相次ぎ、これの後発医薬品が上市しない場合である。

先発医薬品、後発医薬品の1件当たりの医薬品単価を見てみよう（図4-2-1）。ここで示したのは、1件当たりの単価である。長期投与で何日分も投与されれば金額が高くなることに注意が必要である。また、データ元の「社会医療診療行為別調査」は、毎年6月1か月の調査であり、必ずしも経年比較には適さないが、大まかな傾向として認識したい。

1件当たり金額は、先発医薬品、後発医薬品ともに上昇傾向にあるので、後発医薬品単価が、先発医薬品単価に牽引されていると考えられる。つまり、もともと単価の高い先発医薬品が、さらに単価をアップさせているので、薬剤料（医薬品）全体の平均単価が上がり、かつ先発医薬品の金額シェアがあまり低下していないものと推察される。

図4-2-1 先発医薬品と後発医薬品の1件当たり金額



*出所：厚生労働省「社会医療診療行為別調査」

(3) 先発医薬品の単価アップの背景

では、先発医薬品の単価が上昇する要因はあるのであろうか。

従来、医薬品の売上（市場）が2倍に拡大した場合、当該医薬品と市場で競合している医薬品も含めて、薬価の引き下げ（市場再算定）が行われてきた。製薬業界はイノベーションの阻害につながるとして、市場再算定そのものに反対であったが、2008年度の薬価制度改革では、再算定の対象が薬理作用類似薬にも拡大し、医薬品費（薬剤料）を一気に引き下げることができるようになった（なるはずであった）。

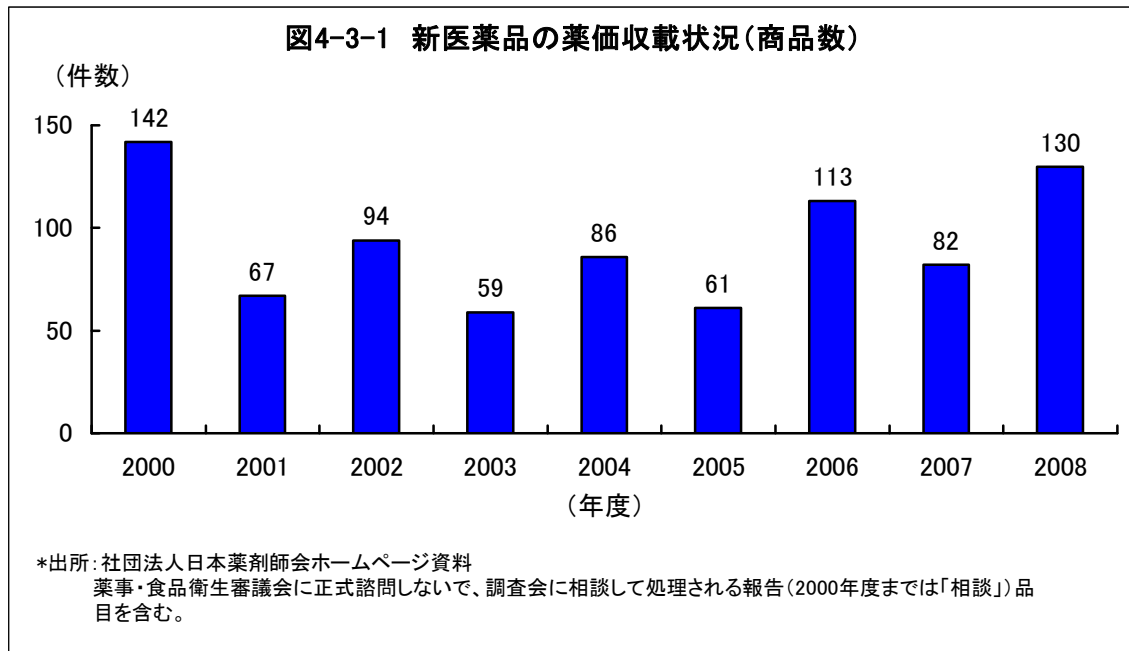
しかし一方で、新規収載品（以下、新薬）への補正加算率が引き上げられた（表4-3-1）。新薬への加算率は過去継続して引き上げられており、研究開発力、あるいは研究開発資金力のある製薬メーカーにメリットをもたらしてきた。いまや画期性加算は本体薬価を超える場合もある。

国が後発医薬品の使用促進を進めれば、先発医薬品メーカーは金額シェアを維持、拡大しようとするだろう。そのため、自社製品の中でも、より単価の高い医薬品の拡販に力を入れる。しかし、市場が拡大すれば薬価が下がる。そこで次々に新薬を投入し、平均単価を吊り上げる。新薬の開発はそう簡単ではないと思われるかもしれないが、合剤（複数の薬効を持つ成分を配合）も新薬として認められる。

表4-3-1 新規収載品（新薬）にかかわる補正加算率の推移

		2000年度	2002年度	2006年度	2008年度
画期性加算	画期性の高い新薬	40%	40～100%	50～100%	70～120%
有用性加算（Ⅰ）	有用性の極めて高い新薬	10%	15～30%	25～40%	35～60%
有用性加算（Ⅱ）	有用性の高い新薬	3%	5～10%	5～20%	5～30%
小児加算		—	—	3～10%	5～20%
市場性加算（Ⅰ）	希少疾病用医薬品など市場性の極めて乏しい新薬	10%	10%	10%	10～20%
市場性加算（Ⅱ）	市場性の乏しい新薬	3%	3%	3%	5%

新薬の薬価収載数は、2000年度には142件であった（図4-3-1）。その後、100件未満で推移していたが、2006年度に113件、2008年度には130件になった。製薬メーカーの研究開発力が向上したという見方もあるかもしれないが、後発医薬品の使用促進の動きなどとの関係についても、引き続き注視していきたい。



5. 考察

(1) 調剤医療費の伸びはなぜ問題か

2008年4～12月の医療保険医療費の伸びのうち、半分近くが調剤医療費の伸びによるものであった（既出図2-2-3）。

調剤医療費自体の前年同期比は+5.2%（休日数等の補正前。補正後は+5.6%）であり、主として単価アップにより上昇していた。すなわち、処方せん枚数は1.9%増に止まったが、処方せん1枚当たり単価は3.2%増であった。さらに2008年4～10月分のデータになるが、処方せん1枚当たり単価アップのうち、薬剤料単価アップによるものが約7割、技術料単価アップによるものが約3割であった。

ところで、なぜ調剤医療費の伸びが問題なのであろうか。

厚生労働省は、制度改正がなければ医療費は年3～4%伸びると言ってきた⁷。そして、厚生労働省は医療費を過大に見積もり、抑制するということを繰り返してきた。「年3～4%」は、医科、歯科、調剤を含む全体の伸びである。調剤料、特に薬剤料（本稿では分析対象としなかったが医科、歯科の一部にも含まれる）が増加すれば、医科、歯科の医療費も含め、トータルで医療費が抑制される。

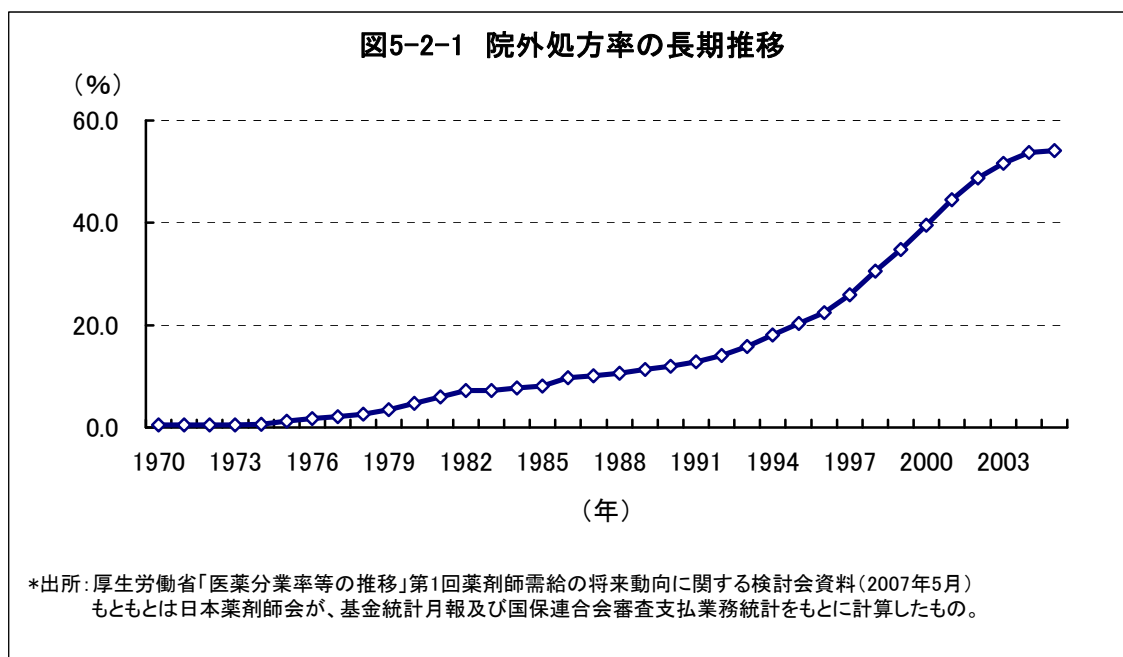
現在、社会保障費の機械的削減によって、社会保障費、特に医療費が抑制されている。その結果、地域医療の崩壊が現実化した。国民皆保険を守るために、医療費は増加させなければならない。したがって、調剤医療費、そのうちの薬剤料の増加によって医科、歯科の医療費すべてが平均的に抑制されないよう、調剤医療費の動向に注目していく必要がある。

⁷ 2006年5月23日、参議院厚生労働委員会、厚生労働省保険局長答弁

(2) 今後も院外処方を拡大すべきか

院外処方率は、2005年度以降は、その伸びが頭打ちになっているが、それ以前の調剤医療費の伸びは、院外処方の拡大によるところも大きかったと考えられる。

院外処方率は1974年まで1%未満であったが、1974年10月の診療報酬改定で、処方せん料が10点から50点に引き上げられた。その後も、「国民医療の質的向上」⁸を図ることを建前に、実態としては、医療機関で発生しているとされていた「薬価差益」の縮小、重複投与の防止による医療費抑制を狙いとして、診療報酬上のインセンティブを与えつつ、院外処方の拡大が図られてきた。2008年9月には57.8%である(図5-2-1)。



日本医師会総合政策研究機構(日医総研)は、2001年に、調剤に関する報酬格差に着目し、院外処方率の拡大以上に医療費が伸びると推計し、これに警鐘を鳴らした⁹。1996年当時の「受療行動調査」(厚生労働省)から、高齢者ほど院外処方

⁸ 内閣官房「「新しい国民との直接対話」フォローアップについて」2007年4月16日

⁹ 高野深晴・天瀬文彦「医薬分業政策の検討」日医総研ワーキングペーパーNo.44, 2001年6月

を「当面利用しない」と回答している¹⁰ことを示し、医薬分業は、高齢者に優しくない制度であるとした。

さらに、川淵は、医薬分業について、「二重手間」（患者は薬剤を院外の薬局でもらわなければならない）と「患者負担金の増加」という 2 つの不便を課す仕組みであると述べた¹¹。

しかし、診療報酬上のインセンティブを与えるという経済的誘導によって院外処方が増大してきた。たとえば、調剤薬局（院外処方）の調剤基本料は 40 点であるが、院内処方（医療機関）の調剤技術基本料は 8 点である。これにより、いくらの医療費が上乗せされているかを試算してみたところ、年間 1,935 億円の医療費が上乗せされていると推計された（表 5-2-1）。逆にいえば、院内・院外の基本料を統一すれば 1,935 億円を削減できる。処方料と処方せん料の格差から生じる医療費も試算してみたが、上乗せ分は推計 1,635 億円であった。

院外処方の拡大は、医療費抑制という目的を達していないばかりか、患者に「手間」と「一部負担」の増加を強いてきた。今後も、院外処方の拡大にむけて診療報酬上のインセンティブを与えつづける必要があるのか。医療の中味そのものに、財源を手当てしていくべきではないか。その検討に資するため、国は、院外処方の拡大と医療費との関係について分析するとともに、建前として掲げていた医療の質向上が達成されたのかどうかを示すべきである。

¹⁰ 同調査によれば、院外処方を当面利用しないと回答した割合は、75 歳以上 56.6%、65～74 歳 54.5%、40～64 歳 42.9%、15～39 歳 30.1%などとなっている。

¹¹ 川淵孝一「日本の医薬分業は本当に患者のためになっているのか」日医総研ワーキングペーパーNo27, 2001 年 6 月

表5-2-1 院内処方と院外処方の点数を統一した場合の粗い試算

院内処方				院外処方			
	点数 (点)	件数 (万件)	金額 (億円)		点数 (点)	件数 (万件)	金額 (億円)
調剤技術基本料	8	8,020	64	調剤基本料	40	59,746	2,390
				調剤基本料(特例)	18	4,073	73
				計 ①	—	63,818	2,463
				調剤技術基本料と同じ 点数にした場合			
				調剤基本料	8	59,746	478
				調剤基本料(特例)	8	4,073	33
				計 ②	—	63,818	511
				差額 ②-①			-1,953
				処方せん料1 ※1)	40	2,291	92
処方料1 ※1)	29	394	11	処方せん料2 ※2)	68	61,924	4,211
処方料2 ※2)	42	42,707	1,794	計 ③	—	64,215	4,302
計	—	43,101	1,805	処方料と同じ点数にした場合			
				処方せん料1 ※1)	29	2,291	66
				処方せん料2 ※2)	42	61,924	2,601
				計 ④	—	64,215	2,667
				差額 ④-③			-1,635

*件数は、厚生労働省「平成19年社会医療診療行為別調査」の年換算。点数は2008年度改定の点数。

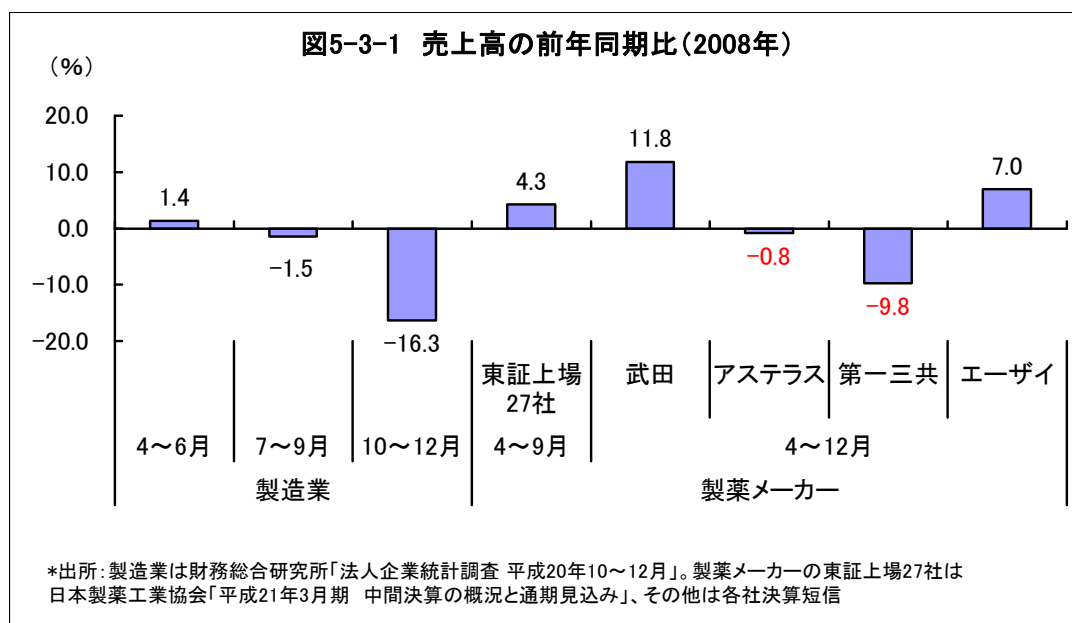
(3) 後発医薬品の使用促進は医療費を抑制するのか

2005年頃までの調剤医療費の伸びは、院外処方の影響もあるが、それ以降の伸びは、後発医薬品の使用促進によって、結果としてもたらされたものではないかと考えられる。

ここでの分析は、医療費増加の要因分析を主目的としたものである。それ以上のことに言及するには、さらに踏み込んだ分析が必要であるが、先発医薬品と後発医薬品の関係について若干触れておきたい。

2008年夏の米国金融危機は、「100年に一度と言われる危機」¹²を招いた。製造業では2008年7～9月期に、売上高が前年同期比マイナスになり、10～12月期には前年同期比が▲16.3%になった(図5-3-1)。しかし、製薬メーカーは4～9月までの業績で、売上高は前年同期比+4.3%であった。12月分までのデータで見ても、大手製薬メーカーの中には売上高が大幅に伸びているところもある。

企業業績については、今後の推移も見た上で判断しなければならないが、これまでの分析から、もともと単価の高い先発医薬品が、さらに単価を上昇させ、先発医薬品メーカーの売上高に寄与していることが示唆される。



¹² 経済財政諮問会議「経済財政の中長期方針と10年展望」2009年1月

製薬メーカー、特に先発医薬品メーカーは「各製品は市場競争においてそれぞれに評価される」¹³ものだと主張している。しかし、公的医療保険は市場の論理で運営されているわけではない。薬剤料の上昇は、一次的に患者一部負担に跳ね返る。そして次には薬剤料の抑制、医薬品への保険免責制の導入、そして究極的には「混合診療の全面解禁」につながりかねない。医薬品が自己負担になれば、製薬メーカーは、薬価に縛られず、市場でますます自由に価格を設定できる。そして、それはさらなる患者負担増を招く。

ところで、国は、社会保障費の自然増を年 2,200 億円（国の予算ベース）削減することを強いている。2008 年度診療報酬改定では、後発医薬品の使用促進によって医療費の伸びを 220 億円削減するほか、全体で 2,500 億円の削減のメドが立ったとして、診療報酬本体のプラス改定（300 億円＝2,500 億円－2,200 億円）に漕ぎ着けた。2009 年度も要求削減額 2,200 億円のうち、後発医薬品の使用促進で 230 億円を捻出した。しかし、後発医薬品の使用拡大が、医療費を削減したかどうかについては、検証が行われていない。むしろ、先発医薬品の単価アップを通じて、医療費を増加させている可能性がある。

ここでは、先発医薬品単価の上昇を問題にしているわけではない。問題は、「後発医薬品の使用促進」が、結果的に医療費を上昇させていること、そして、患者負担を招いていることである。

国（厚生労働省）は、後発医薬品の使用促進と医療費の関係について、早急に検証を行うべきである。手をこまねいているうちに、調剤医療費、特に薬剤料はさらに増加する。当面の患者負担を強いるばかりではなく、将来、「混合診療解禁」のような形で、大幅な患者負担をもたらすおそれがあるからである。

¹³ 米国研究製薬工業協会「「平成 20 年度薬価制度改革の骨子（たたき台）」に対する意見」2007 年 12 月 5 日、中央社会保険医療協議会・薬価専門部会資料

資料 2008 年度調剤報酬改定の概要

調剤報酬

*点数または内容の変更、**新設

	2006改定	2008改定
00 調剤基本料	42	40 *
注1 処方せんの受付が1月4,000回を超える保険薬局	19	18 *
注2 施設基準		
イ 基準調剤加算1	10	10
ロ 基準調剤加算2	30	30
注3 後発医薬品調剤体制加算	—	4 **
注4 長期投薬における分割加算	5	5
注5 後発医薬品の初めての服用における分割調剤	—	5 **
01 調剤料		
1 内服薬		
イ 14日分以下の場合		
(1) 7日目以下の分(1日につき)	5	5
(2) 8日目以上の分(1日につき)	4	4
ロ 15日分以上21日分以下の場合	68	68
ハ 22日分以上の場合	77	77
2 屯服薬(1調剤につき)	21	21
3 浸煎薬(1調剤につき)	190	190
4 湯薬(1調剤につき)	190	190
5 一包化薬	97	89 *
6 注射薬	26	26
7 外用薬(1調剤につき)	10	10
注1 内服用滴剤調剤料	10	10
注2 無菌製剤処理加算		
中心静脈栄養法用輸液	40	40
抗悪性腫瘍剤	50	50
注3 麻薬、向精神薬、覚せい剤又は毒薬加算		
麻薬	70	70
向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬	8	8
注4 時間外加算等		
時間外加算	100/100	100/100
休日加算	140/100	140/100
深夜加算	200/100	200/100
注5 夜間・休日等加算	—	40 **
注6 自家製剤加算		
イ 内服薬及び屯服薬(特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。)		
(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬	—	20 **
(2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬	90	90
(3) 液剤	45	45
ロ 内服薬及び屯服薬(特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。)		
(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤	120	120
(2) 液剤	75	75
ハ 外用薬		
(1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐薬	90	90
(2) 点眼薬、点鼻・点耳剤、浣腸剤	75	75
(3) 液剤	45	45

*点数または内容の変更、**新設

	2006改定	2008改定
注7 計量混合調剤加算		
イ 特別の乳幼児用製剤を行った場合		
(1) 液剤の場合	75	75
(2) 散剤又は顆粒剤の場合	90	90
(3) 軟・硬膏剤の場合	80	80
ロ イ以外の場合		
(1) 液剤の場合	35	35
(2) 散剤又は顆粒剤の場合	45	45
(3) 軟・硬膏剤の場合	80	80
注8 後発医薬品調剤加算	2	2
10 薬剤服用歴管理指導料(処方せん受付1回につき)	22	30 *
注2 麻薬管理指導加算	22	22
注3 重複投薬・相互作用防止加算		
イ 処方に変更が行われた場合	20	20
ロ 処方に変更が行われなかった場合	10	10
11 薬剤情報提供料(処方せん受付1回につき)	15	15
13 長期投薬情報提供料		
(1) 長期投薬情報提供料1(情報提供1回につき)	18	18
(2) 長期投薬情報提供料2(服薬指導1回につき)	28	28
14 後発医薬品情報提供料(処方せんの受付1回につき)	10	10
14の2 外来服薬支援料	—	185 **
15 在宅患者訪問薬剤管理指導料		
1 在宅での療養を行っている患者(居住系施設入居者等を除く。)の場合		500 *
2 居住系施設入居者等である患者の場合	500	350 *
注2 麻薬管理指導加算	100	100
15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	—	500 **
注2 麻薬管理指導加算	—	100 **
15の3 在宅患者緊急時等共同指導料	—	700 **
注2 麻薬管理指導加算	—	100 **
15の4 退院時共同指導料	—	600 **
16 調剤情報提供料(処方せんの受付1回につき)	15	15
17 服薬情報提供料	15	15
18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料(処方せんの受付1回につき)	—	35 **
注2 麻薬管理指導加算	—	22 **
注3 重複投薬・相互作用防止加算		
イ 処方に変更が行われた場合	—	20 **
ロ 処方に変更が行われなかった場合	—	10 **
19 後期高齢者終末期相談支援料	—	200 **
20 使用薬剤料		
1 使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円以下の場合	1	1
1 使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円を超える場合		
10円又はその端数を増すごとに	1	1
30 特定保険医療材料	材料価格を	材料価格を
	10円で除し	10円で除し
	て得た点数	て得た点数

参考文献

*発行年を掲げていない資料は、過去数年にわたって参考としたもの。

医療費

厚生労働省「最近の医療費の動向 平成 20 年 11 月号」

厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向 平成 20 年 9 月号」

厚生労働省「国民医療費」

厚生労働省「概算医療費データベース」

厚生労働省「第 16 回医療経済実態調査の報告（平成 19 年 6 月実施）」

厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」

厚生労働省「社会医療診療行為別調査」

薬価・医薬分業

中医協「薬価制度関連資料」2008 年 7 月 9 日，中央社会保険医療協議会・薬価専門部
会資料

社団法人日本薬剤師会「医薬分業進捗状況（保険調剤の動向）」

佐々木修・郡司康幸「医薬分業の進捗状況と保険財政への影響」ESRI 調査研究レポ
ート No.4, 2003 年 8 月，内閣府経済社会総合研究所

厚生労働省「医薬分業率等の推移」第 1 回薬剤師需給の将来動向に関する検討会, 2007
年 5 月 28 日

厚生労働省「平成 8 年 受療行動調査」

内閣官房「「新しい国民との直接対話」フォローアップについて」2007 年 4 月 16 日

高野深晴・天瀬文彦「医薬分業政策の検討」日医総研ワーキングペーパーNo.44, 2001
年 6 月

川渕孝一「日本の医薬分業は本当に患者のためになっているのか」日医総研ワーキン
グペーパーNo27, 2001 年 6 月

厚生労働省「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」2007 年 10 月 15 日

経済財政諮問会議「経済財政改革の基本方針 2007」2007 年 6 月 19 日閣議決定

経済財政諮問会議「経済財政の中長期方針と 10 年展望」2009 年 1 月

米国研究製薬工業協会「「平成 20 年度薬価制度改革の骨子（たたき台）」に対する意見」

2007年12月5日, 中央社会保険医療協議会・薬価専門部会資料

企業業績

財務総合研究所「法人企業統計調査 平成20年10～12月」

日本製薬工業協会「平成21年3月期 中間決算の概況と通期見込み」

2008年11月21日

武田薬品工業株式会社「平成21年3月期 第3四半期決算短信」2009年2月3日

アステラス製薬株式会社「平成21年3月期 第3四半期決算短信」2009年2月2日

第一三共株式会社「平成21年3月期 第3四半期決算短信」2009年1月30日

エーザイ株式会社「平成21年3月期 第3四半期決算短信」2009年1月30日