

日本の医薬分業は本当に患者のためになっているのか

川渕 孝一

キーワード

- ◆ 医薬分業
- ◆ 薬価差益
- ◆ 薬剤関連技術料
- ◆ 薬剤管理コスト
- ◆ 門内薬局

ポイント

- ◆ 現状の医薬分業は患者の自己負担と医療費の増大を招く
- ◆ 薬剤管理コストを考慮しても入院薬剤費の薬価差益は残る
- ◆ 人員配置基準が強化されれば、病院は薬剤師の人件費を賄えない
- ◆ 求められる「門内薬局」の制度化

1. わが国の医薬分業の現状

平成9年度の薬局数は4万2,412であるが、その92.6%に当たる3万8,737が保険給付として調剤を行うことのできる保険薬局となっている。しかし、実際に医師の処方せんを受けて保険の調剤を実施（請求）している保険薬局の数は3万85であり、全保険薬局の77.7%にすぎない。また処方せん受取率も約26%に止まっている。欧米など他の先進国のほとんどが完全医薬分業をなし得ていることを考えると、わが国の状況は特異的とも言える。

その理由については、わが国の歴史的背景や健康保険制度の違い、長年その環境に慣れ親しんだ国民性によるところが大きいと言われてきた。実際、わが国では医師法及び歯科医師法にある「処方せんの交付義務」の本来の主旨に沿った医薬分業の施策が推し進められており、欧米のような「面分業」が一般化するのには相当の時間がかかると予想される。

ところが最近、大規模な病院が完全医薬分業に踏み切るケースが増えるといった変化が生じてきている。その背景には、薬価差益の縮小や定額制の拡大などによる医療機関側の事情があると言われる。

具体的には、平成4年度の流通大改革以降、当初15%に設定されたR幅は15 13 11 10 5 2%と縮小され、また、それまで2年に1度行われてきた薬価改定も8、9、10年度と3年連続で実施されたことで、薬価差益は大幅に縮小したと言われている。さらに、診療報酬の面においては包括化が進められており、医療機関は薬価差益に依存した経営体質から脱却することが求められている。

一方、この間の医薬分業の推進状況をみると、厚生省は昭和49年、それまで60円であった院外処方せん料を一挙に500円に引き上げる診療報酬改定を実施（現在は810円）。そうした政策誘導の影響もあり、保険調剤実施薬局数は、昭和50年度には68.5%となり、以後増加傾向をたどっている。調剤件数の診療報酬支払総件数に対する割合も、昭和55年度にはわずか3.9%であったが、平成9年度には、15.8%に伸びている。

国民医療費全体の伸び率が1.5%、特に医科・入院外や歯科の伸びが鈍化している中で、医薬分業の伸びが注目されている。調剤金額（薬価＋調剤技術料）の診療報酬総支払金額に占める割合も、昭和40年代にはほとんど変化がなかったが、昭和50年度から増加に転じ、平成8年度には5.8%にまで上昇している。

ただし、欧米諸国の医薬分業率が金額ベースで10～20%となっているのと比較すると、まだまだ日本の分業率は低いと言わざるをえない。

2. 医薬分業の経済的試算

それでは、わが国ではなぜ完全医薬分業が実現しないのだろうか。先ほど「歴史的背景」と述べたが、その主たる理由として、医薬分業の推進は医療機関にとって薬価差益を放棄するこ

とつながり、経済的に好ましい選択肢ではないということが言われる。

そこで以下では、具体的なデータを示しながら、わが国の医薬分業に潜む問題点を検証してみたい。

表 1 . 院内薬局(外来部門)の収支差額(単位：千円)

薬価差	241,284
薬剤関連技術料	197,321
薬局の人件費	102,123
薬局の消耗品費	19,847
<hr/>	
収支差額	316,635
・年間外来収入	約 60 億円
・外来患者数	約 2000 人 / 日 (歯科 200 人 / 日含む)
・薬剤師数	17 人
薬剤助手 (事務員含む)	8 人

表 1 は、わが国を代表する急性期病院(以下 A 病院とする)の外来部門における薬剤関連収支をまとめたものだが、薬価差益が縮小したと言っても依然として年間 2 億 4128 万 4 千円もの薬価差益があり、さらに 1 億 9732 万 1 千円の薬剤関連技術料が存在している。

これに対して当該薬剤部門(外来のみ)の人件費は 1 億 212 万 3 千円、消耗品費は 1984 万 7 千円なので、これらを差し引くと、収支差額は 3 億 1663 万 5 千円となる。

一方、仮にこれをすべて医薬分業化したとすると、A 病院には、薬価差益を放棄する代わりに、2 億 6388 万 5 千円の院外処方せん料が入ってくる。

つまり、A 病院においては経済的にみて、外来の調剤を院外化するより、院内化した方がいまだに収支差額は 5275 万円大きいのである。

ただし、この試算には、在庫管理コストが含まれていない。これを薬剤の購入金額の何%で見積もるかによって結論は変わってくる可能性がある。

実際、公表されているデータを用いて日医総研が行った推計結果では、平成 8 年度ベースで薬価差益は 9,918 億円、薬剤関連技術料収入は 9,297 億円、計 1 兆 9,215 億円に対し、薬剤管理コスト(薬剤部門の人件費、在庫管理コストなどを含む)は 2 兆 3,397 億円となっており、すでにマクロ的には薬剤部門はプロフィットセンターになっていないのである。

A 病院の場合は、薬剤購入金額が 15 億 9945 万 1 千円なので、在庫管理コストが薬剤購入金額の 3.3%を超えると、収支的には医薬分業に踏み切った方が得策と言える。

表2. 院内薬局と院外薬局の薬剤関連技術料の差

	院内処方料	8種類以上	乳幼児 加算	特定 疾患 処方 管理料	調剤料 内服	外用薬	麻毒		調剤基本	薬剤情報提供料		
							調剤 加算	処方 加算		その他	老人	
	37点	26点	3点	12点	7点	4点	1点	1点	8点	7点	7点	
H10.4月	25,823	283	1,005	12,738	22,992	7,939	2,852	2,852	17,278	12,521	4,758	
5月	26,021	266	1,010	12,618	23,198	8,082	2,732	2,725	17,627	12,813	4,808	
6月	26,990	290	1,071	12,865	23,889	8,644	2,805	2,805	18,146	13,295	4,850	
7月	27,906	298	947	13,414	24,759	8,882	2,944	2,942	18,263	13,351	4,908	
8月	26,668	281	981	12,723	23,624	8,516	2,714	2,714	17,917	13,170	4,741	
9月	26,481	299	899	12,998	23,612	8,130	2,827	2,827	17,651	12,760	4,888	
10月	28,004	330	925	13,921	24,941	8,601	2,941	2,941	18,199	13,177	5,016	
11月	25,576	325	921	13,287	22,940	7,774	2,805	2,805	17,479	12,624	4,849	
12月	28,664	398	1,224	14,654	25,810	8,632	3,057	3,057	18,561	13,489	5,066	
H11.1月	26,622	370	1,343	13,298	24,196	8,156	2,726	2,720	18,594	13,708	4,875	
2月	25,298	305	1,034	12,973	22,803	7,691	2,675	2,669	17,835	12,962	4,865	
3月	28,767	374	1,212	14,171	25,979	8,688	3,131	3,130	18,902	13,815	5,083	
合計件数	322,820	3,819	12,572	159,660	288,743	99,735	34,209	34,187	216,452	157,685	58,707	
												総合計
合計金額	119,443,400	992,940	377,160	19,159,200	20,212,010	3,989,400	342,090	341,870	17,316,160	11,037,950	4,109,490	197,321,670
	院内処方料	8種類以上	乳幼児 加算									
	81点	53点	3点									
合計金額	261,484,200	2,024,070	377,160									263,885,430
												処方箋料－院内調剤料合計 ＝66,563,760

表3. A病院が完全医薬分業した場合の調剤薬局予測収入

	調剤基本料 (処方箋の受付 1回につき) (4000回/月超え 70%超え)	調剤料					薬剤情報提供加算		指導管理料 薬剤服用歴 管理指導料 (処方箋の受付1 回につき)	長期投薬特別 指導加算 (30日区分を超え る投薬)10%		
		7日目以下 20%	8日～14日 30%	15日～90日 50%	外用薬	麻毒加算	その他	老人				
件数	21点	6点×4	6点×7 4点×7	80点	10点	7点	7点	7点	32点	30点		
	326,639	65,328	97,992	163,319	99,735	34,209	157,685	58,707	326,639	32,664		
金額	68,594,190	15,678,720	68,594,400	130,655,200	9,973,500	2,394,630	11,037,950	4,109,490	104,524,480	9,799,200		
											総合計	425,361,760

(院外処方総合計+調剤薬局総合計)－(院内薬局総合計)

$$(263885430円 + 425361760円) - 197321670円 = 491925520円$$

※①内服の調剤料は、7日分以下の処方料が20%、8～14日分が30%、15～90日分が50%と仮定。

②また7日分以下の処方料は、処方日数の平均を4日と仮定。8～14日分は、14日間処方が一般的なので、すべて14日分と仮定。15～90日分は、28日間処方が一般的なので、すべて28日分と仮定して計算。

3. 患者に不便なわが国の医薬分業

現在、多くの医療機関は、A病院のような状況にあると考えられる。しかしながら、それでも多くの医療機関は、医薬分業に対して、否定的な結論を出している。

それは、医薬分業を推進すると、患者は薬剤を院外の薬局でもらわなければならない、不便になるだけでなく、自己負担が増えるからである。これがわが国で、医薬分業が普及しない本質的な理由と考える。すなわち、わが国の医薬分業は「二重手間」と「患者負担金の増加」という2つの不便を患者に課す仕組みになっているのである。

そこで、「二重手間」という患者の不便を解消するために、当該医療機関の近くに薬局を開設するケースが増えている。いわゆる「門前薬局」が隆盛しているのである。門前薬局の中には、証券市場から資金を調達し、積極的な店舗展開やチェーン化を推進している所も多く、調剤薬局の企業化が急速に進んでいる。

4. 医療費増をもたらすわが国の医薬分業

したがって、A病院がかりに完全医薬分業化を決定したとすると、その情報を聞きつけて、門前薬局が立ち並ぶことが予想される。問題は、これがどれだけ保険者の財政ひいては、患者の負担増になるかである。

A病院の試算によると、薬価差益の金額が病院と調剤薬局とで同額と仮定すると、A病院が完全医薬分業化することにより4億2536万1千円の収入が調剤薬局に流れる（表2・表3参照）。保険者からみると、薬局を院内から院外にシフトしただけで、4億9192万5千円（2億6388万5千円+4億2536万1千円-1億9732万1千円）の医療費の負担増となる。健保組合の場合は、これを保険者と患者とが負担するわけだが、かりに保険者が80%、患者が20%負担したとすると、患者の負担増は9838万5千円となる。

なお、この試算は、門前薬局を前提にして、一番低い調剤基本料21点（処方せんの受付1回につき）をベースに行われている。これを日本薬剤師会や厚生省が提唱するような「面分業」にした場合は、保険者および患者の負担はさらに高額になる。

表4. 調剤薬局の調剤技術料

調剤基本料 (処方せんの受付 1回につき)	4,000回/月 以下 70%以下	49
	4,000回/月 超え 70%以下	44
	4,000回/月 以下 70%超え	39
	4,000回の内、600回以下/月	44
	4,000回/月 超え 70%超え	21
	特定の医療機関の受付回数が患者1人につき1月に6回以上の場合	11
基準調剤加算	月600回以下の受付は集中度70%以上でも可	20

表4は、調剤薬局の調剤技術料を示したものだが、調剤基本料は、1ヶ月当たりの処方せんの受付数と集中度により大きく異なる。一方、病院薬剤師の調剤基本料は8点。つまり、わが国では、薬剤師の技術料は「一物二価」どころか「一物五価」になっているのである。

興味深いことに、米国では院内薬局よりも街中の大型チェーンドラッグストアの方がはるかに低価格で提供しているため、患者負担を低くすることができ、院内薬局に行くインセンティブは低いとされるが、わが国では全く反対になっているのである。

問題は、病院薬剤師と開業薬剤師のサービスにどれだけ差があるかである。

日本薬剤師会は、「患者負担金の増加」や「二度手間」のデメリットを上回る医薬分業のメリットがあるとしている。それは、多剤投与に由来する相互作用や重複投与を“かかりつけ薬局”として責任を持ってチェックし、事故発生を未然に防げること、氾濫する医薬品情報の中から、それを服用（使用）する患者が適切な情報提供を受けられること、の2つである。

しかし、これらは果たして病院薬剤師が提供できないサービスなのだろうか。

院外処方せんのどこを見ても病名コード等は書かれていないが、開業薬剤師は病名なしでどうやって患者に適切な情報提供をできるのだろうか。むしろ、病院薬剤師の方が院内システムにアクセスしやすいので個々の患者の病歴と薬歴の一元管理ができるのではないだろうか。

断っておくが、私は医薬分業そのものに反対しているのではない。私が問題にしているのは、わが国で現在進行中の医薬分業が本当に患者にとってプラスかどうかということである。

日本医師会は、「薬価差益から脱却した医業経営」を提唱している。これを実現しようとする、「完全医薬分業制」の導入が一番手っ取り早いのだが、これまで見てきたように、それは残念ながら国民に新たな負担を課す割には、メリットは少ないのである。

5. それでも残る入院部門の薬価差益

それでは次に入院患者への医薬品の提供はどう考えればよいのだろうか。

欧米では入院の薬剤部門は、すでにプロフィットセンターからコストセンターになっているとされる。その理由は入院患者への支払の多くが DRG/PPS や Per Diem などの定額で、それらに薬剤費も含まれているからである。従って、病院では、なるべく少なく調剤するインセンティブが高くなっている。

ただし、一部の民間保険では依然として出来高払いを基本としているので、病院は薬剤費を別途請求できる。次に示すのは米国のシアトルにある病院の例だが、内服薬と注射薬とでは若干異なるが、個々の医薬品に対して請求できる仕組みとなっている。

1) Oral medications : basic fee of \$2.88 per dose + 30% (if item cost over \$5.00)

2) Injectable medications : basic fee of \$9.78 per dose + 25% (if item cost over \$30.00)

しかし、保険者はこれらの請求額の 70% から 80% しか払わないようで、いずれにしても薬価差益はわずかなものだという。

表5. 入院薬剤部門の収支差額(単位:千円)

薬価差	313,945
薬剤関連技術料	71,483 (14,166 千円 + 入院薬剤管理指導料@4800 × 11941)
薬局の人件費	112,335
薬局の消耗品費	8,506
<hr/>	
	264,587
・年間入院収入	約 140 億円
・実働病床数	784 床
・入院患者数	720 / 日
・病床利用率	92.3%
・平均在院日数	19.6 日
・薬剤師数	17 人
・薬剤助手(事務員含む)	9 人

これに対し、わが国では入院部門の薬価差益は経営的にも無視できない。

A 病院の試算によると、入院の薬剤部門の収支差額は、2 億 6458 万 7 千円である（表 5 参照）。内訳は、収入が、薬価差益 3 億 1394 万 5 千円、薬剤関連技術料 1416 万 6 千円、入院薬剤管理指導料 5731 万 7 千円。これに対して、支出は、薬剤部の人件費 1 億 1233 万 5 千円、薬局の消耗品費 850 万 6 千円となっている。

なお、この試算には在庫管理コストが含まれていないが、医薬品購入金額の 5%と仮定すると、1 億 103 万 8 千円となり、薬剤部門の収支差額は 1 億 6354 万 9 千円と現状の半分くらいに落ち込む。

ここで問題になるのが、病院薬剤師の定員数である。現在は、必要薬剤師数は 80 調剤に 1 人だが、平成 13 年 12 月 30 日からは、原則として入院患者 70 人に 1 人と外来処方せん 75 枚に一人の合計数となる（ただし施行までに、病院薬剤師の業務の実態等をふまえて、当該基準の見直しを行う予定）。その場合、A 病院の入院部門の必要薬剤師数は、12 名でよく、5 人は医療法上は余剰人員となってしまう。

しかし、これはあくまでも机上の空論である。というのは、A 病院では現在 17 名の薬剤師と 9 名の事務員で何とかクリーンルームでの混注業務まで行っているが、薬剤師数 12 名となると、果たしてそこまで手が回るか疑問だからである。おそらく、この「ツケ」は 12 名の薬剤師の労働強化か、看護部門の業務量の増加という形に転嫁されるだろう。

なお、厚生省の方針は、病院薬剤師はクリニカル・ファーマシーに重点を置くということで、1 回 4,800 円の入院薬剤管理指導料を設けているが、これだけでは A 病院では 5731 万 7 千円の収入にしかならず、現有の半分の職員の人件費も賄えない。

6. 求められる院内薬局の制度化

以上を総括すると、今後、大規模な急性期病院の完全医薬分業が進むと、保険者および患者の自己負担が増加するだけでなく、場合によっては当該病院の医業収支が悪化し、病院薬剤師の失業も発生する可能性がある。

粗い推計ではあるが、日医総研が行った試算によると、全医療機関が完全医薬分業（外来のみ）した場合、医療費は5.7%、約1兆7200億円増加すると見られる（表6）。これは最悪のシナリオである。

表6. 完全医薬分業した場合の医療費の増加額

調剤（1回の処方箋で4剤投薬した場合）

205円以下は薬剤名を記載しないで請求するため1剤としてカウント

内服薬

ムスコタ 100	3錠	メチルプレドニゾン錠	1錠	ペルジピオンLA40	1C	アルファスリー-カブ 1μg	1C	
	レソプレニ	6錠	分1夕食後	30日分	分1朝食後		30日分	フルカムカブ 1C
塩化リゾチム	90錠	3錠	(薬価 43.5円)	4点	(薬価 48.3円)	5点	分1朝食後	14日分
	分3毎食後	30日分					(薬価 152.6円)	15点
	(薬価 202円)	20点						

上記例を投薬した場合の技術料の変化(薬価は同じであるので計算から除外)

	院内投薬の場合	院外投薬の場合	差	医療費全体の増加額	
医療機関の技術料	処方料 37点 調剤料(内服) 7点	処方せん料 81点	+44点 -7点	処方せん料の増	5143億円
	(1)計 44点	(1)計 81点	+37点	処方加算の減	-186億円
調剤薬局の技術料	0点	調剤基本料 41点 調剤料 80点 調剤料 80点 調剤料 80点 薬歴服用管理指導料 32点		調剤料の減	-594億円
	(2)計 0点	(2)計 321点	321点	調剤基本減	-208億円
合計	(1)+(2) 44点	402点	358点	(1)医科医療費増	4155億円 1.38%増
(1)+(2)	44点	402点	358点	平成10年の分業率29.1% 技術料6700億円 平成11年の分業率34.4% 技術料6837億円	
				全医療機関が医薬分業した場合 (6837 : x = 34.4 : 100 x = 19875) 完全分業することによる技術料13038億円 増額分	
				(2)調剤医療費増	13038億円 4.33%増
				(1)+(2)医療費増	17193億円 5.71%増

平成11年国民医療費(推計額) 30兆1000億円
 医科医療費(推計額) 24兆2600億円

外来を完全医薬分業とすると医療費は5.7%増加し、その金額は約1兆7200億円である。

それでは、どうすればこの最悪のシナリオを回避できるだろうか。

その一つの方策が「院内薬局の制度化」、「門前薬局」ならぬ「門内薬局」の創設である。

断っておくが、これは従前からの「第二薬局」を意味するものではない。物理的独立性はある程度放棄せざるをえないが、残り二つの独立性、すなわち機能的独立性と、経済的独立性をきちんと担保した薬局を病院内に開設することを認めてはいかがだろうか。

院内薬局には、地域の薬局だけでなく、病院薬剤師に門戸を開放することが望まれる。病院薬剤師はこれまで院内で培った専門的知識を活かして、独立開業したらどうだろうか。イメージは病院の中に多く見受けられる売店や生花店である。

なお、院内薬局の調剤基本料は中長期的には「一物一価」を原則とすべきだが、当面は 8 点から 21 点の間で決定すれば、厚生省が進める医療費適正化にも沿い、患者の自己負担も今の分業システムより安くなる。

読者の中には、院内薬局を認めた場合、院内薬局が果たして医療機関から経済的に独立できるかどうかいぶかしく思う方もおられると思うが、これを言い出すと、今の門前薬局においてもいわゆる「リベート分業」の可能性がある。どのような形態をとっても「医」と「薬」との間には癒着の危険性が内包されており、リベート分業については、院内薬局においても、門前薬局と同様、断固たる態度で取り組む必要がある。要は「面分業」に加えて、「院内薬局」も一つの選択肢として認め、患者が選択できる途を開くということである。

ポイントは、何が患者にとってより良いかである。医薬分業のメリットがほとんど実感できないのに、医療費ばかりがかさむ今の日本のシステムは再考の必要があると考える。

病院薬剤師が院内で開業できれば、開業コストも土地取得費等が不要になるので、低い損益分岐点で安定経営が可能になる。また、「在庫がないため、医薬品備蓄センターからの入荷を待つ」という従前の医薬分業のデメリットに悩むこともなくなる。さらに、患者にとっても自らの病名に基づいて情報提供を廉価に受けることが可能になる。

これに対して院内薬局を認めると待ち時間が長くなることを指摘する人もいるだろう。しかし、それは薬局の総意工夫である程度解決できると考える。

例えば、豊橋市民病院(920床)では、薬局データのLANによる一元管理を目的とした「薬局トータルシステム」の構築により、患者の待ち時間はほとんどなくなったという。また調剤業務(1日の外来処方せん発行数=1530枚)も以前は30分かかっていたが、11分に短縮したそうである(「新医療」1998年7月号)。薬局トータルシステムとは、調剤支援、薬剤管理、薬歴管理、投薬表示の4システムを、オーダリングシステムとリンクさせたもので、患者基本情報、処方オーダを薬局サブホストに取り込み、一元管理している。こうしたシステムを導入すれば、院内薬局の待ち時間の短縮も可能と考えるが、いかがだろうか。