

# 医薬分業における規制の見直しについて



2015年03月12日  
規制改革会議

公開ディスカッション(医薬分業)



東京医科歯科大学大学院 医療経済学分野  
川淵 孝一

# 求められる院内薬局の制度化

出所)拙著「視界ゼロ時代の病医院経営」  
第6章 日本の医薬分業は本当に患者のために  
なっているのか？。(医学書院),2000年.

今後、大規模な急性期病院の完全医薬分業が進むと、保険者及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を悪化させ、病院薬剤師の失業も生む可能性が存在するということである。(中略)

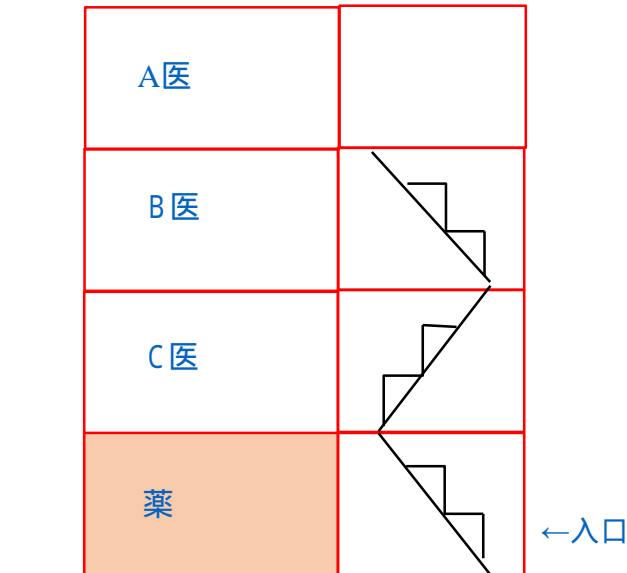
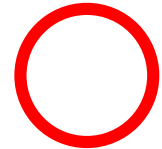
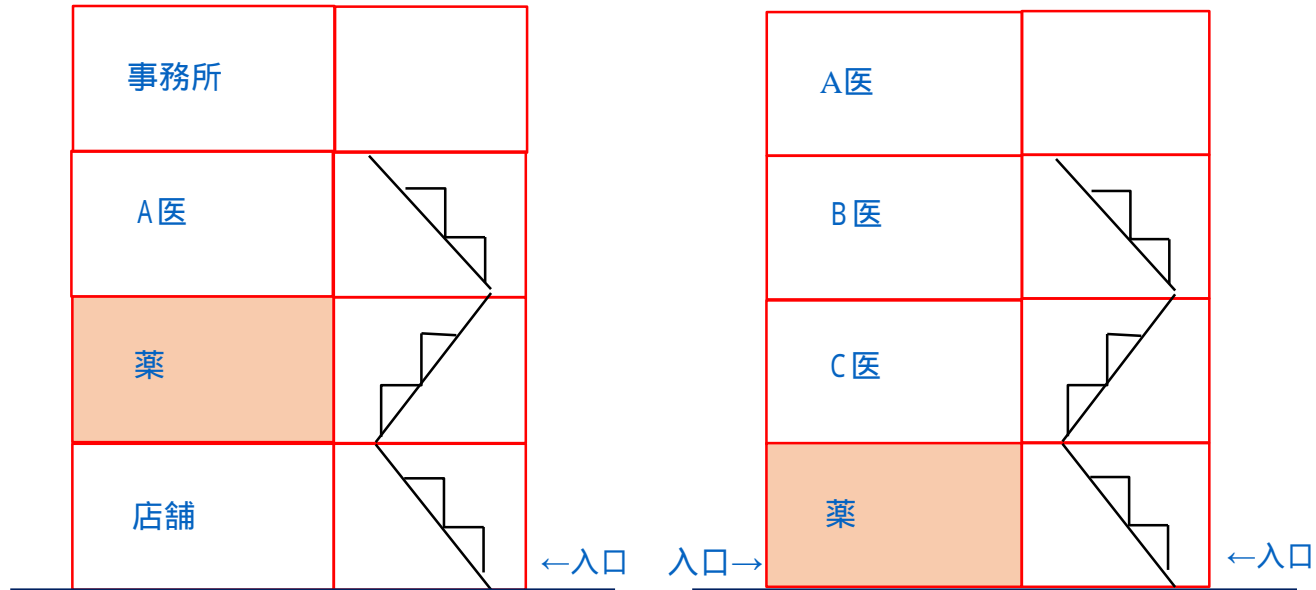
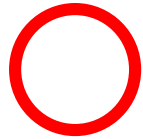
それでは、どうすればこの最悪のシナリオを回避できるのだろうか。

その1つの方策が「院内薬局の制度化」である。「門前薬局」ならぬ「院内薬局」の創設である。

断っておくが、これは従前からの「第2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2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。2

# 医療機関と薬局の構造上の独立性について



(A医と薬局の入口同じ)

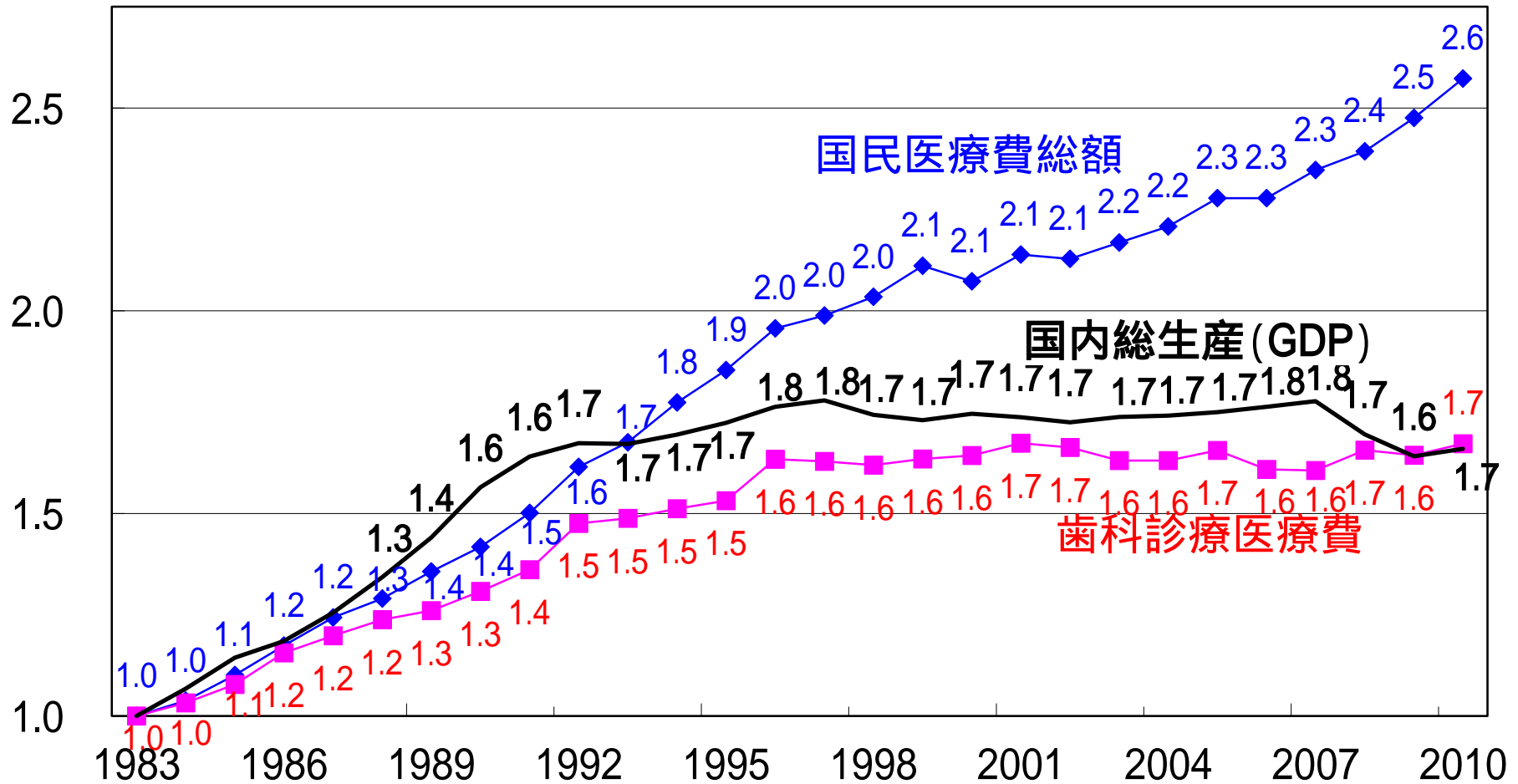
出所)  
グループ診療研究会編「明日のグループ診療」,1994年  
第3編「川淵孝一:経営の観点からみたグループ診療。」  
p93より

なお、院内薬局の調剤基本料は中長期的には「一物一価」を原則するべきだが、当面は8点から21点の間で決定すれば、厚労省が進める医療費適正化政策にも沿い、患者の自己負担も現行の医薬分業より安くなる。(中略)  
要は「面分業」や「門前薬局」に加えて「院内薬局」も1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、土地取得費等の開業コストも不要になるので、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。

# GDPの伸びと比べると



(資料)厚生労働省「国民医療費」

1983年を1としてGDPの伸びと比べると、バブル崩壊後も国民医療費総額は伸び続けている。一方、歯科診療医療費はおおむねGDPに沿った伸びを呈している。聖域なき構造改革で若干、伸び率が鈍化したか、それでも(歯科を除いて)医療(・介護)は成長産業!?

## 2) 医療分業のコストメリットについて

年度	国民医療費 (兆円)A	薬剤費 (兆円)B	薬剤費比率 (%)B/A	医科のみ (兆円)	医科・歯科・薬局(兆 円)	推定乖離率 (%)	調剤金額 (兆円)
1991年度	21.8	6.4	29.5			23.1	
1992年度	23.5	6.6	28.0				
1993年度	24.4	6.9	28.5			19.6	
1994年度	25.8	6.7	26.1	29.6			
1995年度	27.0	7.3	27.0	31.0		17.8	1.23
1996年度	28.5	7.0	24.5	28.5		14.5	1.41
1997年度	29.1	6.8	23.3	27.5		13.1	1.63
1998年度	29.8	6.0	20.2	24.0		8.2	1.93
1999年度	30.9	6.1	19.6	23.5		9.5	2.33
2000年度	30.4	6.1	20.2	22.8			2.70
2001年度	31.3	6.4	20.6	22.5	26.3	7.1	3.14
2002年度	31.0	6.4	20.7	21.6	26.1		3.44
2003年度	31.5	6.9	21.9	22.2	27.6	6.3	3.89
2004年度	32.1	6.9	21.5	21.6	27.5		4.19
2005年度	33.1	7.3	22.1	22.1	28.7	8.0	4.56
2006年度	33.1	7.1	21.4	21.7	28.6		4.71
2007年度	34.1	7.4	21.7	21.5	29.3	6.9	5.12
2008年度	34.8	7.3	21.2	20.7			5.44
2009年度	36.0	8.0	22.3	26.2		8.4	5.86
2010年度	37.4	7.9(8.7?)	21.1(23.6?)	27.2			6.08
2011年度	38.5	8.4	21.9	27.8		8.4	6.62
2012年度	39.2						6.71

中医協資料「薬剤費及び推定乖離率の年次推移」で薬剤費(B)と国民医療費(A)との比で薬剤費比率(B/A)を求めているように見えるが、実際は国民医療費に薬剤費比率をかけて薬剤費を推計しており、この薬剤費比率には包括医療の薬剤費が含まれていない。

社会医療診療行為別調査の薬剤料比率には、「投薬」「注射」を包括した診療行為が明記された明細書は除外してあると注記してあるにもかかわらず、実際には透析の明細書が含まれており、結果として年々薬剤料比率が低下しているように見えるが、透析分を除いて計算すると、入院外の薬剤料比率は逆に年々増加している。

2001年から08年の7年間に入院外医療費は2兆4,400億円増加したが、大半は薬剤費の増加(1兆2,800円)に占められ、透析と調剤薬局技術料の伸びを除くと、医科本体の入院外医療費の伸びはわずか700億円にすぎない。

# 薬剤費の対医療費比率(2012年) 国際比較統計



単位 (%)

1	ハンガリー	31.8
2	スロバキア	25.44
3	ギリシャ	24.88
4	エストニア	21.48
5	チェコ	21.13
6	ポーランド	20.85
7	日本	20.77 <sup>1</sup>
8	韓国	19.82
9	スロベニア	19.23
10	ポルトガル	17.91 <sup>1</sup>
11	スペイン	17.44 <sup>1</sup>
12	カナダ	17.13 <sup>1</sup>
13	アイルランド	17.13
14	ベルギー	16.65
15	イタリア	16.03
16	フランス	15.18

単位 (%)

17	オーストラリア	14.72 <sup>1</sup>
18	アイスランド	14.48
19	ドイツ	13.88
20	フィンランド	13.28
21	イスラエル	13.17 <sup>2</sup>
22	チリ	12.96
23	スウェーデン	11.64
24	アメリカ	11.55
25	イギリス	11.49 <sup>4</sup>
26	オーストラリア	11.45
27	ニュージーランド	9.36 <sup>1</sup>
28	オランダ	9.29 <sup>1</sup>
29	スイス	9.24
30	ルクセンブルグ	8.66
31	ルウエー	6.74
32	メキシコ	6.64
33	デンマーク	6.28

- 注) <sup>1</sup> 2011年データ  
<sup>2</sup> 2010年データ  
<sup>4</sup> 2009年データ



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が、これも薬局の創意工夫である程度解決できると考える。

その一例を、豊橋市民病院(920床)に見ることができる。同院では、薬局データを院内LAN(ローカルエリアネットワーク)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日の外来処方箋発行数 = 1,530枚)も以前は30分かかっていたが、なんと3分の1の11分に短縮したそうである(「新医療」1998年7月号)。

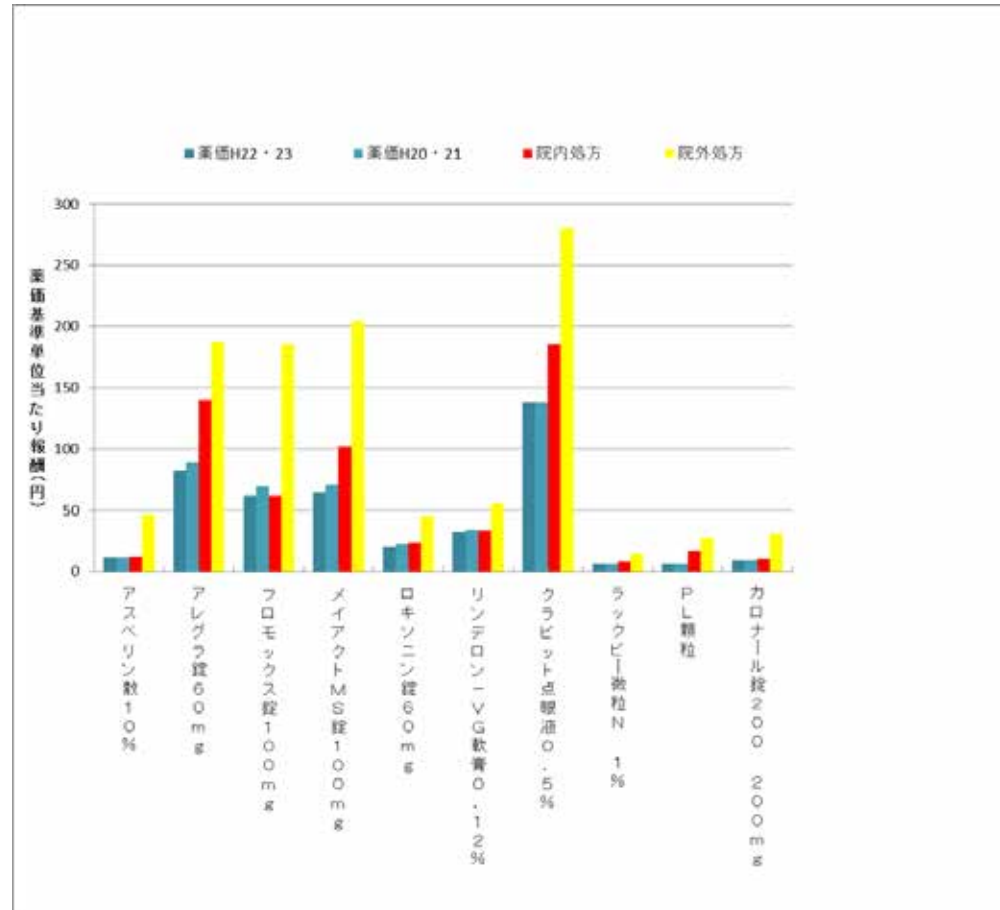
薬局トータルシステムとは、調剤支援、薬品管理、薬歴管理、投薬指示の4システムを、オーダリングシステムとリンクさせたもので、患者基本情報、処方オーダを薬局サブホストに取り込み、一元管理している。こうしたシステムを導入すれば、院内薬局の待ち時間の短縮も可能と考えるがいかがだろうか。



0. そもそも医薬分業の目的は何だったのか？ 元来、“クス師”とされた医師から薬剤師による調剤機能を独立させることによって果たして医療費、いや薬剤費は適正化されたのか？
1. 国民にとって何かメリット(待ち時間の解消、薬に関する説明の充実、ポイントカードの付与、重複投与の発見、飲み残しの削減、疑義照会等)があったのか？
2. どうして同じクスリを調剤して院内処方より院外処方は高くなるのか？
3. 薬剤服用歴管理指導料(41点)の他に、調剤基本料(41点)が存在するのは何故か？
4. “一物一価”が原則の現物給付制度にあって保険薬局によって調剤基本料に差があるのは何故か？
5. 後発品が処方されていないのに「後発医薬品調剤体制加算」が請求されるのは何故か？
6. 株式会社の参入を認め「規模の経済」が追求できるのに“真の競争”がないのはどうしてか？
7. 「処方せん1日40枚に薬剤師1人」という基準は時代遅れでは？
8. そもそも薬剤師の供給数、薬局の出店スピード、処方せん枚数、厳格化される薬歴管理、24時間対応の薬局開設等は整合性がとれているのか？



# 院外処方は院内処方より割高 (一単位当たり6~100円, 1.3~3.8倍) (企業健保組合レセプト4年間履歴 処方件数の多い10件を抽出)



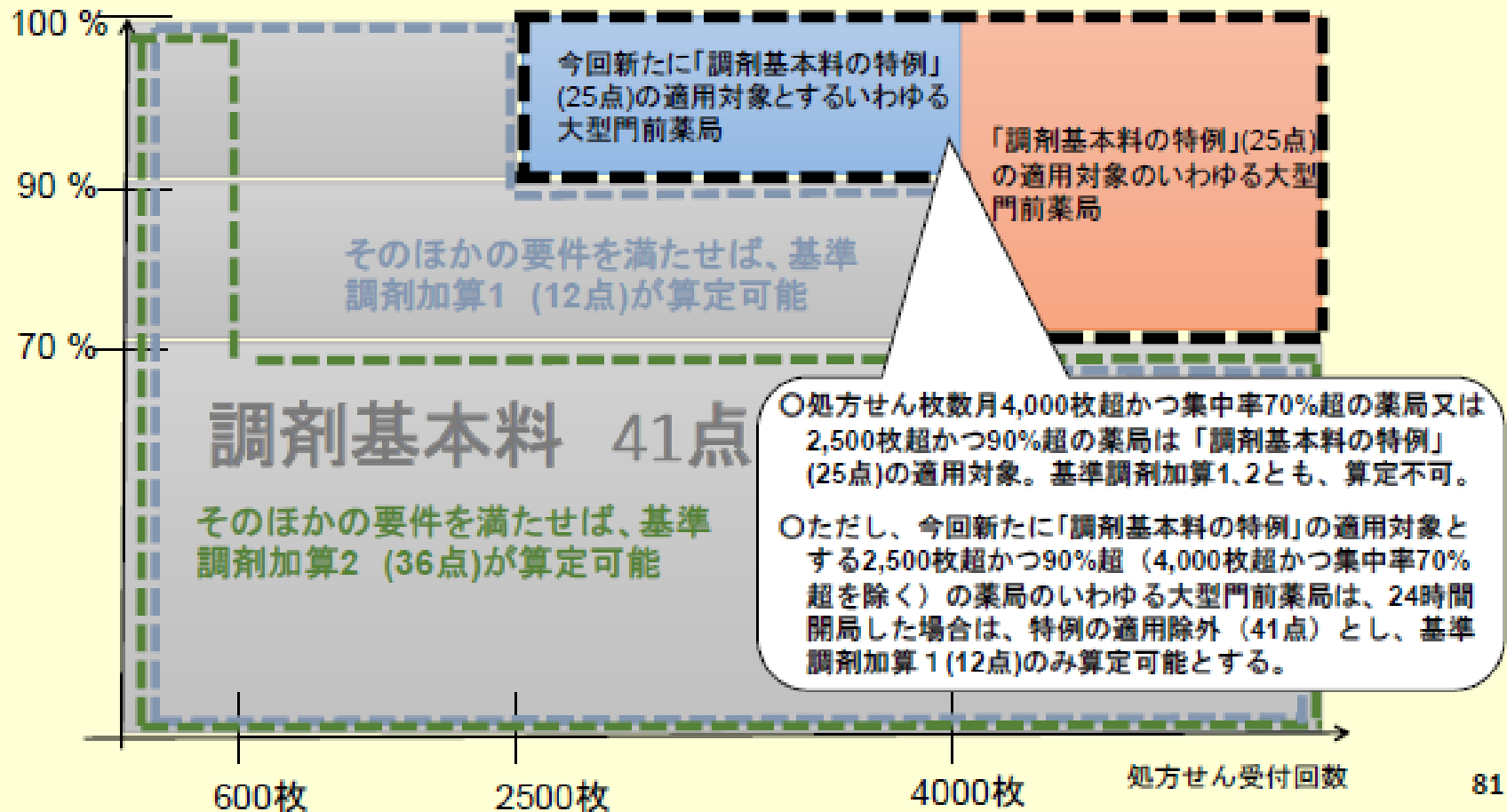


平成26年度診療報酬改定

## 調剤報酬等における適正化・合理化①

～いわゆる門前薬局の評価の見直し～

- 24時間開局薬局を考慮しつつ、処方せん枚数、特定の保険医療機関に係る処方せん集中率等に着目して調剤基本料を見直す。



## 調剤報酬等における適正化・合理化②

～いわゆる門前薬局の評価の見直し～

- 妥結率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が50%以上を超えない保険薬局及び医療機関について、基本料の評価の適正化を図る。

### <診療報酬>

- ◆ 許可病床が200床以上の病院において、妥結率が低い場合は、初診料・外来診療料・再診料の評価を引き下げる。

(新) 初診料 209点 (妥結率50%以下の場合)

(新) 外来診療料 54点 (妥結率50%以下の場合)

(新) 再診料 53点 (妥結率50%以下の場合)

### <調剤報酬>

- ◆ 保険薬局において、妥結率が低い場合は、調剤基本料の評価を引き下げる。

(新) 調剤基本料 31点 (妥結率50%以下の場合)

(新) 調剤基本料の特例 19点 (妥結率50%以下の場合)

4月1日      9月末日      翌年3月末日

この期間の妥結率が50%以下の場合、  
基本料の評価の適正化を図る。

$$\text{妥結率} = \frac{\text{卸売販売業者と当該保険医療機関等との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (各医療用医薬品の規格単位数量 \times 薬価を合算したもの)}}{\text{当該保険医療機関等において購入された医療用医薬品の薬価総額}}$$