

政策課題分析シリーズ 14
調剤・薬剤費の費用構造や動向等
に関する分析

- 調剤技術料の形成過程と薬局機能 -

平成 29 年 8 月

内閣府政策統括官（経済財政分析担当）

要旨

調剤・薬剤費の費用構造や動向等に関する分析

- 調剤技術料の形成過程と薬局機能 -

1. 分析の目的

医薬分業の背景にある外来投薬に係る技術料の費用構造を明らかにし、調剤技術料のあり方及び保険薬局や薬剤師のあり方を検証する。

2. 主な分析の内容

厚生労働省「社会医療診療行為別統計（調査）」を用いて、外来投薬に係る技術料の費用構造分析を行った。

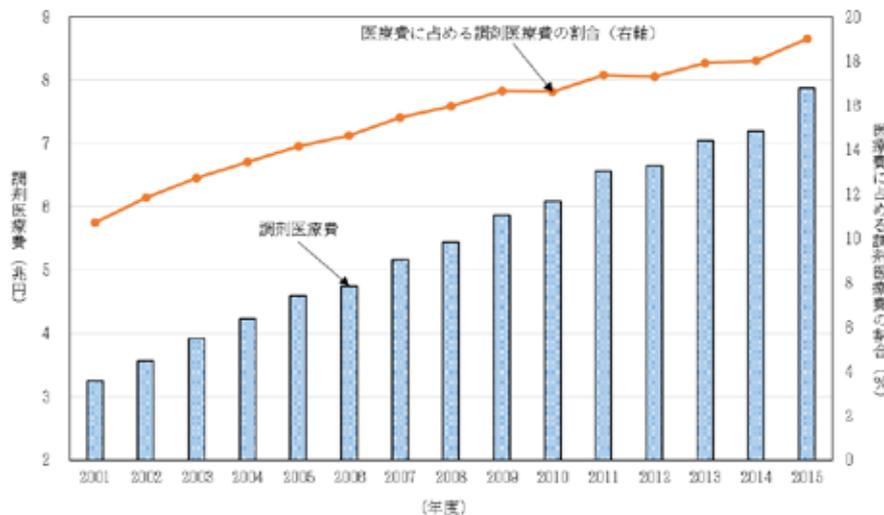
厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師調査」、「衛生行政報告例」を用いて、薬剤師数や保険薬局数の分析を行った。

3. 主な分析結果

（医薬分業の進展と院外処方に付されたインセンティブ）

調剤医療費は、過去 14 年で 2.4 倍に増加した。その背景には、医科及び調剤報酬の双方への技術料の加配により、70%程度まで上昇した医薬分業¹の進展がある（図表要旨 1）。

図表 要旨 1 調剤医療費の推移



（備考）本文図表 1 - 1。

¹ 医薬分業率は、「（処方せん枚数（薬局での受付回数）÷（医科診療（入院外）日数×医科投薬率+歯科診療日数×歯科投薬率）×100）」で定義されている。

医薬分業を促進したインセンティブは技術料である。外来薬剤費 1,000 円当たりの技術料は、院外処方時には、院内処方時の 3.3 倍である。こうした高い技術料に見合うサービスが患者に提供されているのか否か、技術料の水準の妥当性が説明されるべきである（図表 要旨 2）。

図表 要旨 2 外来薬剤費 1,000 円当たり技術料の比較
（院内処方・院外処方別、2015 年 6 月）

| | 外来投薬 算定1回当たり薬剤費 (A) | 外来投薬 算定1回当たり技術料 (B) | 外来薬剤費 1,000円当たり技術料 (1,000円 × B / A) |
|-------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| 院内処方時 | 5,610円 | 770円 | 137円 |
| 院外処方時 | 7,030円 | 3,140円 | 447円 |

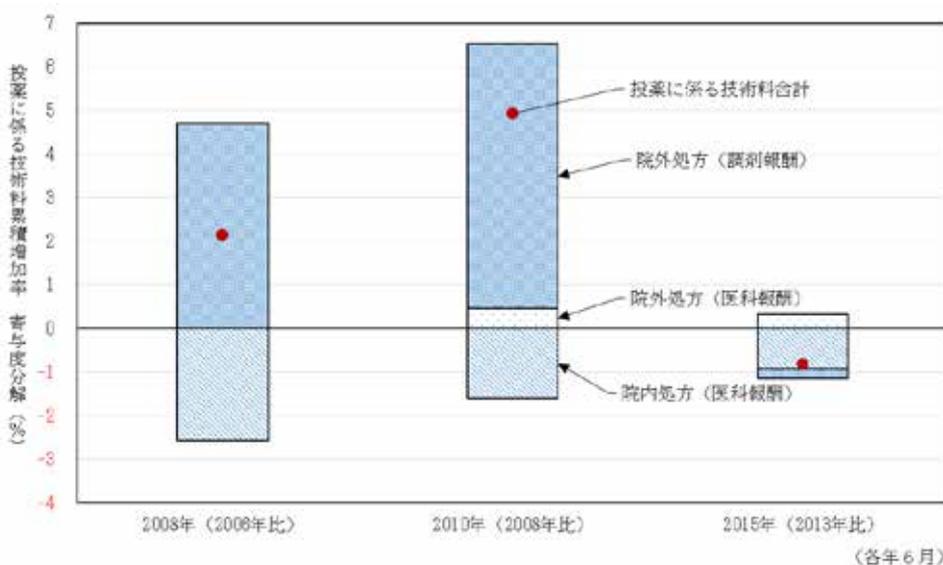
3.3 倍 ↓

（備考）本文図表 1 - 19。

（人口構造の変化がもたらす調剤報酬の動き）

院外処方の増加を背景に、外来投薬に係る技術料は医科報酬分、調剤報酬分のいずれも増加してきた。ただし、近年は、処方せん発行枚数の増加率の鈍化もあって、横ばいになっている（図表 要旨 3）。

図表 要旨 3 外来投薬に係る技術料の増加要因分析



（備考）本文図表 1 - 17。

処方せん発行枚数の増勢は鈍化し、投薬患者数は減少傾向にある。将来、処方せん発行枚数が減少に転じることになると、保険薬局が追加的な出店から得られる増収機会はマクロ的に消失することになる（図表 要旨4）。

図表 要旨4 処方せん発行枚数及び投薬患者数の増加率



(備考) 本文図表 1 - 6。

(調剤報酬体系が有するインセンティブ構造)

保険薬局の収益を決める調剤報酬の支払い方法は、より多くの受付処方せん枚数と調剤数量の処理にインセンティブを有する。例えば、調剤料は「投与区分」と「所定単位」に従い、調剤の内容によって、算定点数が規定される。院外処方では投与区分毎に1剤(内服薬の場合)につき調剤料を算定できるため、投与区分の異なる医薬品の調剤や投与医薬品数が増加するのに伴い調剤料が増加する構造となっている(図表 要旨5)。

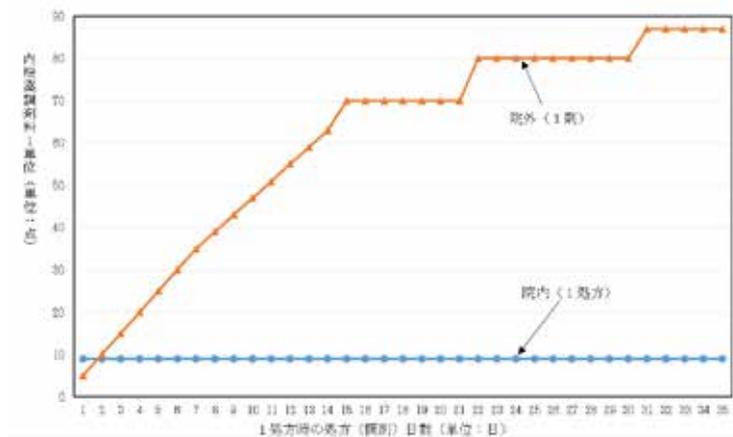
図表 要旨5 調剤内容ごとの調剤料の点数単価

| 院内処方(医科報酬) | | | 院外処方(調剤報酬) | | |
|----------------------|------------|-----|------------|--------------|---------------|
| 投与区分 | 所定単位 | 調剤料 | 投与区分 | 所定単位 | 調剤料 |
| 内服薬、 浸煎薬及 び頓服薬 | 1処方 につき | 9点 | 内服薬 | 1剤につき | 5~87点 |
| | | | 内服用適剤 | 1調剤 につき | 10点 |
| | | | 頓服薬 | 1処方せん につき | 21点 |
| | | | 浸煎薬 | 1調剤 につき | 190点 |
| | | | 湯薬 | 1調剤 につき | 190点~ 400点 |
| | | | 注射薬 | 1処方せん につき | 26点 |
| 外用薬 | 1処方 につき | 6点 | 外用薬 | 1調剤 につき | 10点 |

(備考) 本文図表 1 - 29。

調剤料は投薬日数の増加でも膨張する構造となっている（内服薬の場合）。例えば、院外処方時に内服薬7日間処方した際の調剤料は35点（1日5点×7日分）であるが、31日以上処方される際の調剤料は87点となる。31日以上処方されると、算定調剤料は52点増加することとなる（図表 要旨6）。

図表 要旨6 内服薬の調剤料の点数単価（処方日数別）

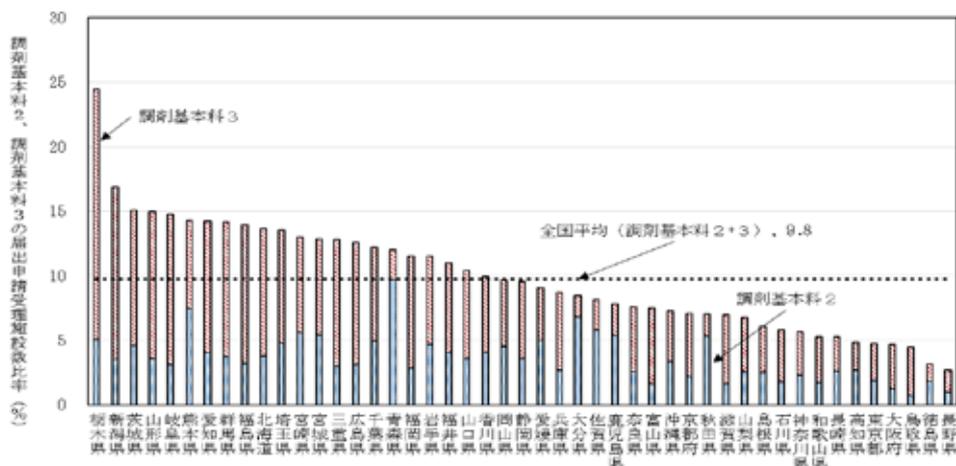


(備考) 本文図表 1 - 30。

(調剤報酬体系を活用した誘導)

規模拡大が収益増につながることから、病院周辺に薬局が林立する門前薬局問題が指摘されてきた。こうした門前薬局に対するディスインセンティブとして、処方せん
の集中割合等によって、調剤基本料の減額（調剤基本料2及び3）が制度化された
が、その適用は、全保険薬局の10%に過ぎず、実効性に乏しい。さらに、減額は利
用者メリットとなり、集中を一層促す矛盾を抱えている（図表 要旨7）。

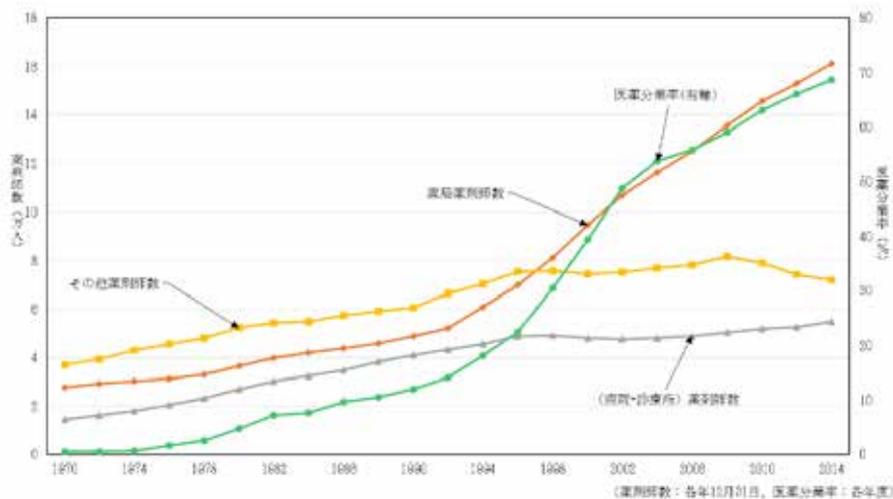
図表 要旨7 全保険薬局に占める調剤基本料2、3届出受理数の比率（都道府県別）



(保険薬局と薬局薬剤師の増加と今後のビジネスモデル)

薬剤師数は増加傾向にあり、特に薬局薬剤師数が増加している。1990 年代以降に薬局薬剤師数は急増しており、その増加分が薬剤師総数の増加となっている。医薬分業が急速に進展する一環として、需給両面から薬局薬剤師数の増加が必要になったと考えられる (図表 要旨 8)。

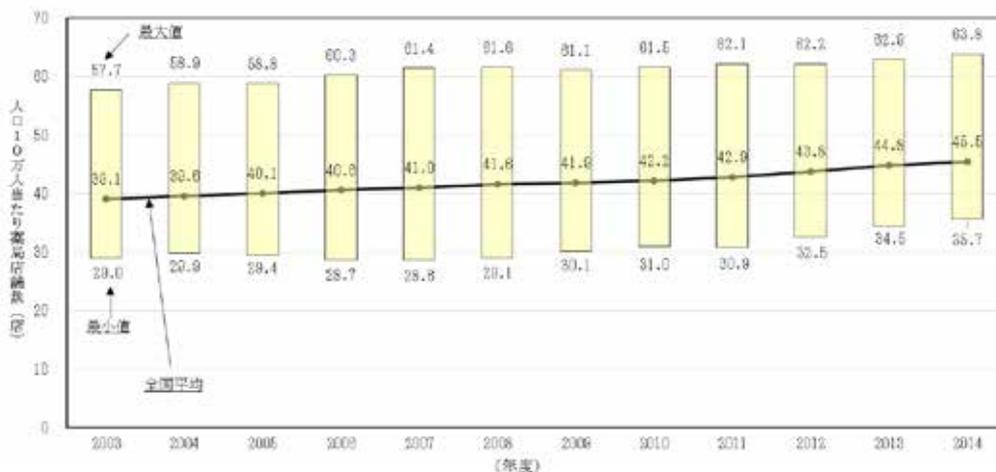
図表 要旨 8 従事先別の薬剤師数及び医薬分業率の推移



(備考) 本文図表 2 - 7。

医療機関数や人口に対する保険薬局店舗数は増加している。全国の保険薬局店舗数の推移は、年度平均 700 店舗超のペースで増加傾向が続いており、2014 年度には 57,784 店に達した。人口 10 万人当たり保険薬局店舗数は全国平均、都道府県別最大・最小値のいずれも増加している (図表 要旨 9)。

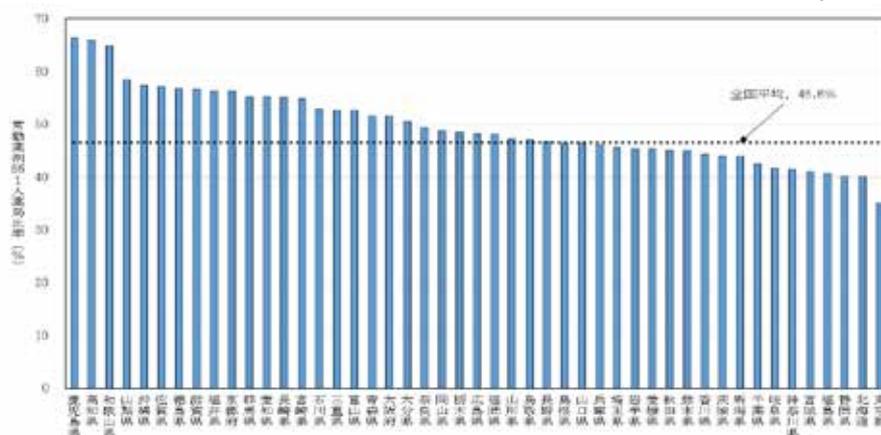
図表 要旨 9 人口 10 万人当たり保険薬局店舗数の推移 (都道府県別最大・最小値、平均値)



(備考) 本文図表 2 - 16。

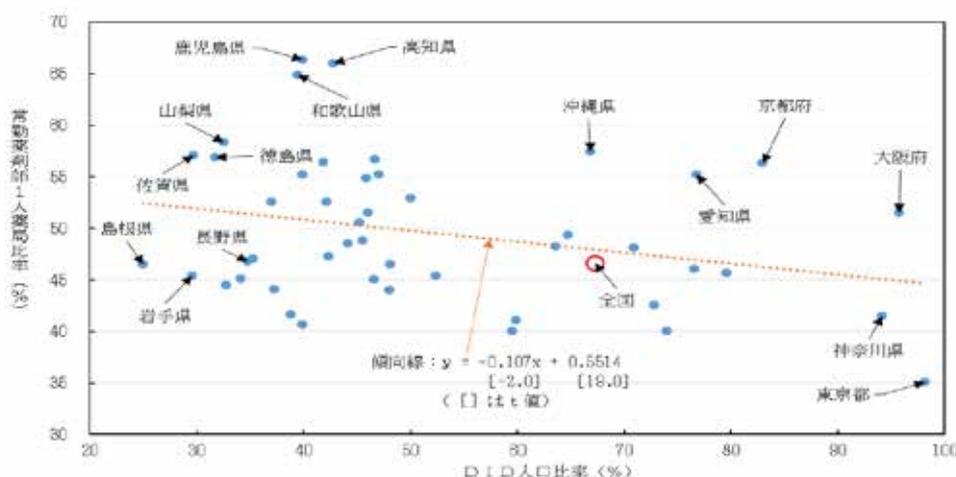
厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」（2015年10月23日）によると、かかりつけ薬剤師は、薬局の開局時間内に限らず薬物療法に関する相談、調剤、在宅対応を求められ、夜間・休日を含めた24時間対応や、在宅での薬学管理が想定される。しかし、人口密度が低い地域では、保険薬局に占める常勤薬剤師1人薬局の比率が高い（図表 要旨 10、11）。こうした環境下で「かかりつけ薬局・薬剤師」を推進するためには工夫が必要である。立地過多の都市部では薬局の集約化、希薄な地域では連携が進むよう、地域社会・医療環境の特性に応じた調剤報酬を検討することも一案である。

図表 要旨 10 全保険薬局に占める常勤薬剤師1人薬局店舗数の比率（都道府県別）



（備考）本文図表 2 - 21。

図表 要旨 11 DID人口比率²と全保険薬局に占める常勤薬剤師1人薬局比率の分布



（備考）本文図表 2 - 22。

² 人口集中地区（以下、DID）とは、国勢調査基本単位区及び基本単位区内に複数の調査区がある場合は調査区（以下「基本単位区等」という。）を基礎単位として、1）原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境界内で互いに隣接して、2）それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域をいう。DID人口比率は、DID人口を人口で除して、求めた。

目 次
政策課題分析シリーズ 14

調剤・薬剤費の費用構造や動向等に関する分析
- 調剤技術料の形成過程と薬局機能 -

| | |
|-----------------------------|----|
| はじめに..... | 1 |
| 1．医薬分業の費用構造と調剤医療費の配分..... | 2 |
| 1．1．医薬分業の目的とこれまでの促進施策..... | 3 |
| 1．2．外来投薬に係る技術料の費用構造の分析..... | 9 |
| 1．3．調剤報酬における技術料の整理..... | 16 |
| 2．薬局や薬剤師を取り巻く環境..... | 30 |
| 2．1．薬剤師を取り巻く環境..... | 30 |
| 2．2．薬局を取り巻く環境..... | 35 |
| 3．まとめ..... | 45 |

はじめに

「経済財政運営と改革の基本方針 2015」（2015年6月30日閣議決定）に盛り込まれた「経済・財政再生計画」において、社会保障は改革の重点分野のひとつとして位置付けられ、「経済・財政再生アクション・プログラム」（2015年12月24日経済財政諮問会議決定）の中で、改革工程やKPIが具体化された。

社会保障改革の柱のひとつである薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革等を巡っては、調剤を含む外来医療費の高い伸びが続いていることから、費用対効果評価の本格的導入、生活習慣病治療薬等の処方あり方、後発医薬品の薬価算定ルール見直しの検討、医薬品の流通改善、かかりつけ薬局推進のための薬局全体の改革の検討等の改革項目が議論されている。

こうしたことを踏まえ、本研究では、外来医療費増大の背景にある調剤・薬剤費の費用構造と価格形成過程に注目することで、療養効能を損なわずに医療費の伸びを抑制する方策を探った。

その際、薬剤費の抑制という財政収支改善の視点だけでなく、医薬品産業の育成という成長戦略上の要請や、健康増進を担う公的分野の産業化といった経済成長・経済構造の変革を追求する視点も交えた問題意識の下、調剤・薬剤費を取り巻く製薬会社、医薬品卸売業者、保険薬局・医療機関の行動を含め分析を行った。本稿は、「調剤技術料の形成過程と薬局機能」に関する分析結果をまとめた報告である。

なお、本調査にあたっては、専門的な識見を有する有識者によって構成される研究会を複数回開催し貴重な御意見をいただいた。有識者各位の御協力に記して感謝する。本稿のエッセンスについては、内閣府経済・財政一体改革推進委員会・社会保障ワーキング・グループ（2017年4月）にて報告したものであり、両会議の出席者方から数々の有益なコメントを頂戴した。各位の御厚意にこの場を借りて改めて御礼を申し上げます³。

（有識者研究委員）

| | | | |
|----|--------|-----------------------|-------------|
| 委員 | 伊藤 由希子 | 東京学芸大学 | 准教授 |
| 委員 | 坂巻 弘之 | 東京理科大学 | 教授 |
| 委員 | 中村 洋 | 慶應義塾大学 | 教授 |
| 座長 | 西村 周三 | 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 | 医療経済研究機構 所長 |

（五十音順 敬称略）

³ 研究会の開催及び分析に当たってはみずほ情報総研株式会社に御協力をいただいた。なお、本稿は有識者委員及び内閣府の公式見解を示すものではなく、文中に残された誤りは執筆者である坂本秀次（内閣府政策統括官（経済財政分析担当）付参事官（企画担当）付）、堤雅彦（内閣府政策統括官（経済財政分析担当）付参事官（企画担当））の責に帰するものである。

1. 医薬分業⁴の費用構造と調剤医療費⁵の配分

社会保障費並びに医療費の増大が国民的課題となる中で、昨今は薬剤費の増大とともに、薬剤費を含む調剤医療費の増大にも注目が集まっている。その背景には、医薬分業の推進がある。医薬分業率の上昇に伴い、薬剤費と投薬に係る費用（以下、投薬に係る技術料）の双方の配分が、医科診療報酬（以下、医科報酬）から調剤診療報酬（以下、調剤報酬）へと移行している。

本章では、医薬分業の目的と促進施策を整理した上で、外来医療における薬剤費や投薬に係る技術料の時系列推移や配分等、費用構造の分析を行う。

参考図表 1 薬剤費を計上する診療報酬制度

| | 入院 | 入院外（外来） |
|------|------|---------|
| 院内処方 | 医科報酬 | 医科報酬 |
| 院外処方 | - | 調剤報酬 |

（備考）厚生労働省「診療報酬の算定方法の一部を改正する件 別表1（医科点数表）」（平成28年3月4日厚生労働省告示第52号）、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件 別表3（調剤点数表）」（平成28年3月4日厚生労働省告示第52号）により作成。

参考図表 2 投薬に係る費用（技術料）を計上する診療報酬制度

| | 入院 | 入院外（外来） |
|------|------|------------------|
| 院内処方 | 医科報酬 | 医科報酬 |
| 院外処方 | - | 調剤報酬 医科報酬（一部） |

（備考）1. 参考図表1と同様に作成。

2. 投薬に係る技術料には、調剤料、調剤技術料、薬剤情報提供料等がある。本報告書においては、これらの算定項目に加え、処方料や処方せん料といった、投薬に係る費用を全て「技術料」と定義（参考図表3）し、分析を行っていく。

参考図表 3 本報告書において計上している外来投薬に係る技術料の定義（2015年度）

| | 院内処方 | 院外処方 |
|------|--|--|
| 医科報酬 | <ul style="list-style-type: none"> ・調剤料 ・処方料 ・調剤技術基本料（入院以外） ・薬剤情報提供料（手帳記載加算含む） | <ul style="list-style-type: none"> ・処方せん料 |

⁴ 医療機関で投薬をする場合には、「入院」の場合と「入院外（以下、外来）」の場合がある。「入院」時の投薬では、患者は、医療機関内で医薬品を受け取る。一方、「外来」時の投薬では、患者は、医療機関内で医薬品を受け取る場合（院内処方）と、交付された処方せんを保険薬局へ持参し医療機関の外にある保険薬局で医薬品を受け取る場合（院外処方）がある。「医薬分業」は、「外来投薬」時の「院外処方」のことを指す。内閣府(2003)によると、「医薬分業」は、医療・歯科の専門家である医師、歯科医師が交付した「処方せん」に基づき、医薬品の専門家である薬剤師が「調剤」をすることで、医師・歯科医師と薬剤師の相互牽制により、適切な医療を提供する仕組みである。薬剤師が調剤を行う場所を医療機関外の「薬局」としていることから、「薬局」と「医療機関」の分業となる、としている。

⁵ 診療報酬制度では「医科」、「歯科」及び「調剤」の報酬点数表が設けられている。調剤医療費は、「調剤報酬点数表」に基づいて、薬剤料、調剤技術料（調剤基本料、調剤料）、薬学管理料等から構成され、保険薬局から保険者に請求される。それぞれの算定項目については「1.3.調剤報酬における技術料の整理」で、その構造の分析を実施している。

| | | |
|------|------|--|
| 調剤報酬 | (なし) | <ul style="list-style-type: none"> ・調剤技術料(調剤基本料、調剤料) ・薬学管理料(在宅、退院時共同指導料除く) |
|------|------|--|

- (備考) 1. 参考図表1と同様に作成。
 2. 本報告書で計上している薬剤費や技術料の定義では、以下の項目について包含や除外をしている。「歯科」は、薬剤費、技術料のいずれからも除外。「注射」は、院内処方においては「投薬」ではなく「手技」に当たるため、薬剤費、技術料のいずれからも除外。院外処方においては「投薬」に当たるため、薬剤費、技術料のいずれにも包含。「在宅」の薬剤費は院内・院外のいずれにも包含。院内において「在宅」は包括評価のため、技術料は院内・院外処方のいずれからも除外。「退院時共同指導料」は、包括評価のため、技術料は院内・院外処方のいずれからも除外。

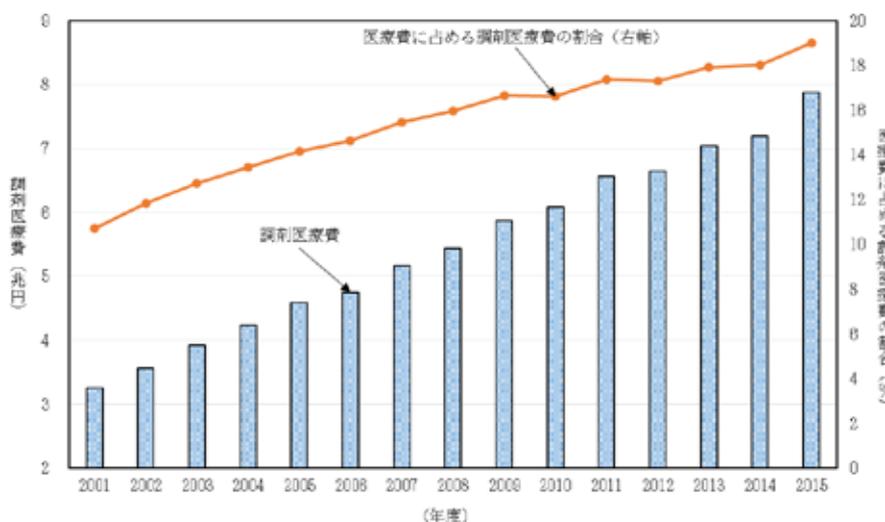
1.1. 医薬分業の目的とこれまでの促進施策

1.1.1. 医薬分業の背景・目的

(医薬分業率は約7割まで上昇し、調剤医療費は14年間で2.4倍の増加)

調剤医療費は、2001年度(3.3兆円)から2015年度(7.9兆円)にかけて、約2.4倍(4.6兆円)増加した(図表1-1)。同じ期間における国民医療費に占める調剤医療費の割合も、10.7%から19.0%へと8.3%ポイント上昇した。

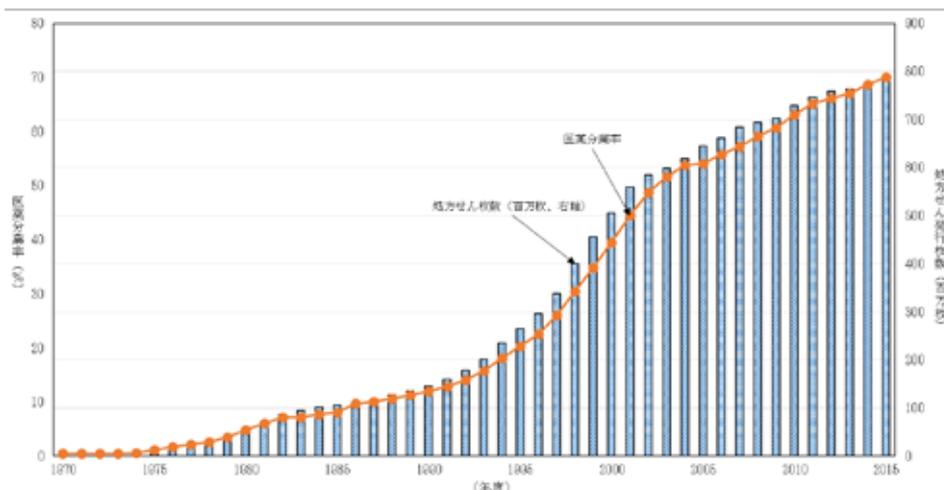
図表1-1 調剤医療費の推移



(備考) 厚生労働省「医療費の動向」により作成。

薬剤費と外来投薬に係る技術料は、院内処方であれば、医科報酬により算定されるが、院外処方では主に調剤報酬により算定される。こうした背景から、医薬分業が進むことで、調剤医療費の国民医療費に占める割合が大きく増加している。その医薬分業率の推移をみると、一貫して上昇を続けており、2015年度には約70%に至っている(図表1-2)。

図表 1 - 2 医薬分業率の推移



(備考)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)資料4)、日本薬剤師会「医薬分業進捗状況」
http://www.nichiyaku.or.jp/kokumin.php?global_menu=医薬分業について&side_menu=医薬分業進捗状況(2017年3月1日アクセス)により作成。

(医薬分業の目的は「薬物療法の安全性、有効性の向上」)

医薬分業の始まりは明治時代に遡る。明治政府は近代国家の建設のために、欧米先進国の諸制度を模範として殖産興業や富国強兵策などに力を注いだ。医学・薬学分野についてもドイツ人医師を招聘しドイツ医学に倣った。このドイツ人医師の進言により、図表1-3に示す通り、政府は医薬分業の考え方を認識したが、これを推進する目的は薬物療法の安全性、有効性の向上にあったと解釈される。

図表 1 - 3 医薬分業開始当初の状況

政府は明治2年(1869)5月、ドイツ公使フォン・プラントに医学教師の招聘を依頼し、翌3年(1870)2月にドイツ政府とドイツ人医師2名を3年契約で医学教師として雇用することを決めた。この契約に基づき明治4年(1871)8月、2名の医師が大学東校(東大医学部の前身)の教授として着任した。ドイツ陸軍軍医正少佐のL.ミュルレル(外科、眼科)と海軍軍医少尉のT.E.ホフマン(内科)である。この2名の医師によって、わが国の医学はドイツを手本に始まり、薬学もその影響を強く受けた。

ミュルレルは大学東校でドイツ式医学教育の開講に際し、ある決意を述べた。「自分たちは医学医術を教授しなければならないが、日本では医者自身が患者に薬を与える習慣がある。我々は薬学者でないので、もし純ドイツ式の医学を輸入するのであれば、専門家を招聘して薬学教育を行うのが急務である」と進言した。特に附属病院薬局で行われている医師の調剤行為の悪弊を指摘し、ドイツにおける薬剤師の任務を丁寧に説いた。

(中略)

このようにして明治政府は、ミュルレルとホフマンから生理・解剖学を主体にドイツ医学の教授を受けるとともに、わが国の医学・医療制度の確立を目指して「医制」の起草にも協力を仰いだ。彼らは起草に際し、「日本で医制を施行するには世界で最も進歩したドイツの医制を参考にすることが必要である」と訴えた。その上で「日本の医業の隆盛を期すには、薬学の研究を併せ行い、医学と薬学を並立して行わねば

立派な医制は確立できない。即ち医学に精しい者は薬品に疎く、薬学の研究に十分到達していない。これが医学を奨励すると共に薬学を奨励する所以である」と建白した。

この建白に基づく考えが後に「医制」における医薬分業を指向する嚆矢となり、明治8年(1875)5月太政官布告「医制」のなかで医師の薬品の調合販売の禁止が謳われたのである。言わばミュルレルとホフマンがわが国の医薬分業思考の生みの親であった。

(備考)秋葉保次、中村健、西川隆、渡辺 徹編集「医薬分業の歴史 証言で綴る日本の医薬分業史」により作成。

医薬分業の考え方は、明治初期に提起されたものの、薬局による処方せんの受け入れ体制が整っていなかった等の理由から、普及していなかった。その後、分業元年と言われる1974年の直前に、厚生省が医薬分業のメリット・デメリットについて初めて見解を示している。この段階では、メリットとして、薬物療法の安全性、有効性の向上の他、経済的問題と切り離して医療機関が投薬できること、等も挙げている。

図表1-4 医薬分業のメリット・デメリット

昭和47年(1972)2月5日、財政政策を中心とした健康保険法の一部改正案、および日薬にとって懸案の医薬分業の推進を提起した「医療保険制度の抜本改正案」を社会保障制度審議会および社会保険審議会にそれぞれ諮問した。

(中略)

なお、この諮問に関する社会保険審議会の審議の場で、厚生省は初めて「医薬分業のメリット・デメリット」についての見解を次のように示した。

(メリット)

1. 専門の技術が分離される(医師は治療に専念)。
2. 医薬品の安全性の確保(品質の管理は薬剤師が適任)。
3. 処方せんがダブルチェックされ、まちがいが発見される。
4. 投薬内容が患者に最も適したものになる。
5. 患者が処方内容を知る事ができる。
6. 経済的問題と切離して医療機関で投薬できる。

(デメリット)

1. 患者が不便。
2. 経済的に薬剤師の調剤料が高く、処方せん料もあり、医療費が高くなる。
3. 安易に処方せんがきられる、ということも起こるかもしれない。

(備考)図表1-3と同様に作成。

1.1.2. 医薬分業の促進施策

(医科・調剤双方への技術料の加配により医薬分業を推進)

こうした目的を実現するため、「物と技術の分離」を意味する医薬分業が推進されたが、これは、医療機関の収入から薬価差益を切り離すと同時に、医師・薬剤師双方に処方に対する技術料を認めていくことを伴った⁶。具体的には、医科報酬及び調剤報酬双方

⁶ 赤木(2013)による。赤木は、1960年~1970年の政策目標を「物と技術の分離」、1993年以降の政策目標を「医薬品の適正使用」と指摘している。

における誘導である。医科報酬においては、1969年度に処方せんの発行に対する報酬である「処方せん料」が新設された。この「処方せん料」は、特に1974年度に50点、1990年度に74点と大きく引き上げられた(図表1-5)。「処方せん料」(2016年度、68点)は院内処方時に算定できる「処方料」(同、42点)よりも高く設定されることから、医科報酬における院外処方促進のインセンティブとなっている。

他方、調剤報酬においては、処方せんの受付回数に応じて算定される調剤基本料、調剤数量に応じて算定される調剤料、患者や家族に対する指導に対し算定される薬学管理料などの技術料が配分されている。調剤報酬における技術料の約80%を調剤基本料と調剤料が占める構造となっている(後述)ため、保険薬局は、より多くの受付処方せん枚数と調剤数量の処理にインセンティブを有することになる。

図表1-5 処方せん料の変遷

| | |
|---------|--------------|
| ・1969年度 | 処方せん料5点、新設 |
| ・1972年度 | 処方せん料6点に引上げ |
| ・1974年度 | 処方せん料50点に引上げ |
| ・1982年度 | 処方せん料55点に引上げ |
| ・1985年度 | 処方せん料62点に引上げ |
| ・1988年度 | 処方せん料64点に引上げ |
| ・1990年度 | 処方せん料74点に引上げ |
| ・1994年度 | 処方せん料76点に引上げ |
| ・1997年度 | 処方せん料79点に引上げ |
| ・1998年度 | 処方せん料81点に引上げ |
| ・2002年度 | 処方せん料69点に引下げ |
| ・2006年度 | 処方せん料68点に引下げ |

(備考)厚生労働省「社会医療診療行為別調査」により作成。

以上のような医科報酬と調剤報酬の構造に後押しされ、処方せん枚数と保険薬局の出店数が増加していったと考えられる。

(近年の処方せん枚数の増勢は鈍化し、投薬患者数は減少傾向)

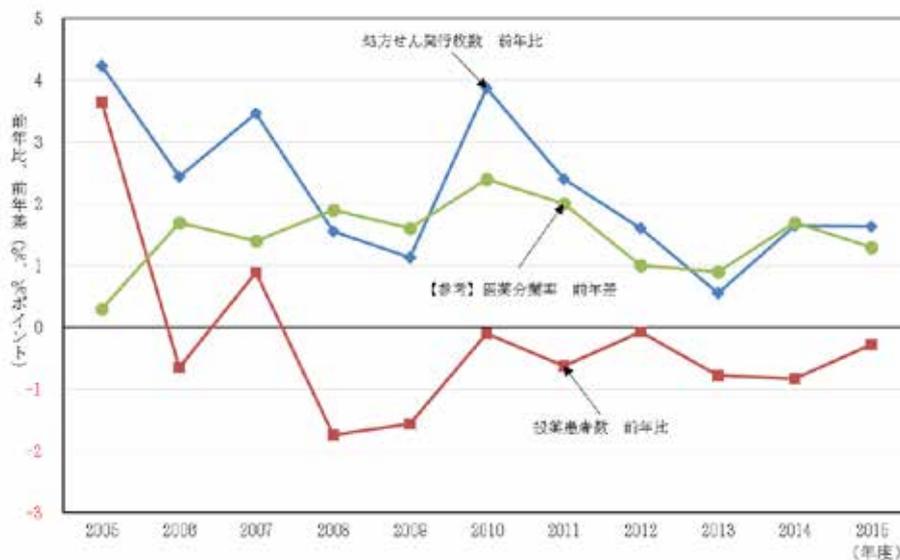
医薬分業率は、医科及び歯科診療において投薬を受ける患者数と、そのうち処方せんが発行される(院外処方)比率により決まる。処方せん発行枚数の増加率をみると、2005年度以降増加が続いているものの、2010年度を境に伸び率は鈍化している(図表1-6)。この要因の一つは、投薬患者数が2008年度以降減少に転じていることである。⁷

⁷ その他に、処方せん発行枚数の増減に影響を与えるものには、投薬を受けた患者のうち処方せんを発行される割合や1処方せんにおける処方日数等が考えられる。

既に 70%に到達した医薬分業率は、近い将来、限界に到達するとの指摘もある⁸。投薬患者数が減少し、医薬分業率の上昇が止まると処方せん発行枚数は減少に転じると予想される。

これまで、医科報酬における処方せん発行インセンティブ及び調剤報酬における処方せん受付枚数や調剤数量に依存する技術料の構造により、医薬分業は推進されてきたが、処方せん発行枚数が減少する将来、保険薬局の追加的な出店によって得られる増収機会はマクロ的に消失することになる。

図表 1 - 6 処方せん発行枚数及び投薬患者数の増加率



(備考)日本薬剤師会「医薬分業進捗状況」 http://www.nichiyaku.or.jp/kokumin.php?global_menu=医薬分業について&side_menu=医薬分業進捗状況 (2017年3月1日アクセス) により作成。

1.1.3. 近年の医薬分業に対する指摘

(医薬分業のあり方には見直しを求める声もある)

これまで、報酬のインセンティブによって推進されてきた医薬分業であるが、近年はそのあり方について、見直しを求める声もある。例えば、「規制改革実施計画」(2015年6月30日閣議決定)では、医薬分業の診療報酬上の評価に関し、調剤報酬のあり方について抜本的な見直しを行うことや、提供したサービスの内容に応じて報酬を支払う仕組みに改めることが指摘されている。

⁸ 藤田(2014)によると、2013年度現在の処方せん発行枚数は約7億6,000万枚/年、医薬分業率の限界を80%と想定すると、処方せん枚数の増加は残り1億2,000万~2億枚/年に限られ、保険調剤の右肩上がりは終焉すると指摘している。

図表 1 - 7 医薬分業の診療報酬上の評価に関する指摘

- ・薬局の機能やサービスに応じた診療報酬となるように、調剤報酬のあり方について抜本的な見直しを行い、サービスの質の向上と保険財政の健全化に資する取組に改める。
- ・門前薬局の評価を見直すとともに、患者にとってメリットが実感できる薬局の機能は評価し、実際に提供したサービスの内容に応じて報酬を支払う仕組みに改めるなど、努力した薬局・薬剤師が評価されるようにする。

(備考)「規制改革実施計画」(2015年6月30日閣議決定)により作成。

また、医療機関と保険薬局を一体的な構造とすることを禁止する規制に関しては、フェンスを設置させるような現行の構造上の規制を改め、経営の独立性を確保するための実効ある方策を講じることとしている。

図表 1 - 8 医療機関と保険薬局を一体的な構造とすることを禁止する規制に関する指摘

- ・医薬分業の本旨を推進する措置を講じる中で、患者の薬局選択の自由を確保しつつ、患者の利便性に配慮する観点から、保険薬局と保険医療機関の間で、患者が行動を介して行き来することを求め、また、その結果フェンスが設置されるような現行の構造上の規制を改める。
- ・保険薬局と保険医療機関の間の経営上の独立性を確保するための実効ある方策を講じる。

(備考)図表 1 - 7と同様に作成。

さらに、薬局のあり方については、薬局全体の改革の方向性を検討するとして、地域包括ケアを見越したうえで、かかりつけ薬局の要件を具体化することが記載されている。

図表 1 - 9 薬局のあり方に関する指摘

- ・地域包括ケアの推進において、薬局及び薬剤師が薬学的管理・指導を適切に実施する環境を整える観点から、かかりつけ薬局の要件を具体的に明確化するなど、薬局全体の改革の方向性について検討する。
- ・患者の立場に立って医療機関と調整することを保険薬局に期待しているが、それはまだ不十分である。
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導の実施薬局施設数の割合が全体の9.5%というのは、かなり低い数字ではないか。

(備考)図表 1 - 7と同様に作成。

その他、医薬分業の政策効果を定性・定量両面で検証を行うことや、ICTを有効活用し、他薬局や医療機関と情報連携をより効果的、効率的に行うことが出来る仕組みを構築することなどが指摘されている。

図表 1 - 10 その他の指摘

- ・医薬分業の政策効果について、医薬品による治療の安全性向上と保険財政の効率化の観点から、定性・定量両面で検証を行い、検証結果等を踏まえて、今後の医薬分業推進における政策目標や評価指標を明確にする。
- ・ICTの有効活用により、患者自身及び薬局が服薬情報の管理を行い、他の薬局及び医療機関等と情報連携をより効果的、効率的に行うことが出来る仕組みの構築について検討し、結論を得る。

(備考)図表 1 - 7と同様に作成。

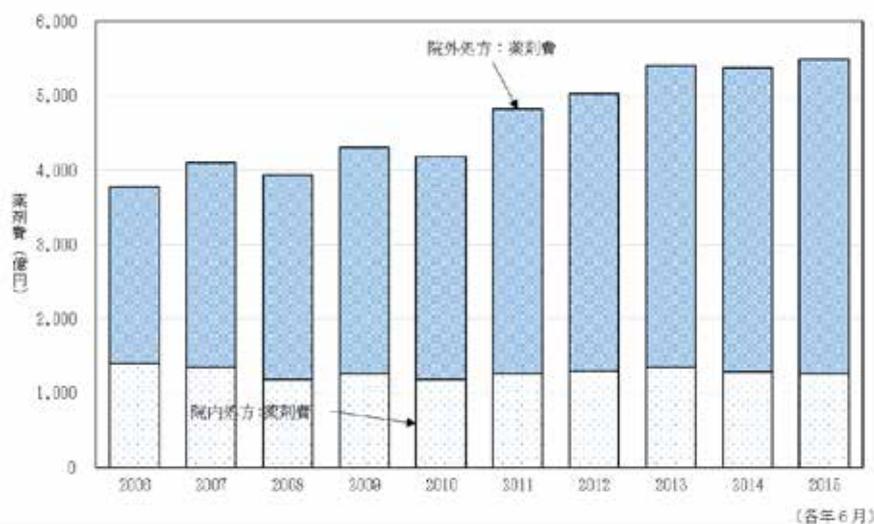
1.2. 外来投薬に係る技術料の費用構造の分析

以上のように、医薬分業を進めてきた報酬の付与方法や水準について、改善を求める動きが出てきた背景には、医療費に占める調剤費の割合が高まってきたこともある。本節では「社会医療診療行為別統計（調査）」⁹を用い、外来時に投薬を受ける場面を想定し、院内処方の場合と院外処方の場合に分解し、それぞれに係る外来薬剤費やその技術料について分析する。

（院外処方の増加により、外来薬剤費は増加）

近年の外来薬剤費の推移をみると、2006年（3,780億円）から2015年（5,490億円）にかけて、約1,700億円の増加となっている（図表1-11）。外来薬剤費を院内処方、院外処方別にみると、院内処方時の薬剤費は、2006年（1,400億円）から2015年（1,270億円）にかけて、おおむね同水準で推移しているが、院外処方時の薬剤費は、2006年（2,380億円）から2015年（4,220億円）にかけて増加しており、院外処方時の薬剤費の増加が、外来薬剤費の増加の要因になっている。

図表1-11 外来薬剤費の推移（院内処方・院外処方別）



（備考）1. 厚生労働省「社会医療診療行為別統計（調査）」により作成。

2. 院内処方は「薬剤料（在宅医療）」、「薬剤料 内服薬・浸煎薬」、「薬剤料 屯服薬」、「薬剤料 外用薬」点数を、院外処方は「薬剤料」点数を、1点10円¹⁰として「外来薬剤費」を計上した。

⁹ 全国の保険医療機関及び保険薬局から社会保険診療報酬支払基金支部及び国民健康保険団体連合会に提出され、6月審査分として審査決定された医療保険制度の診療報酬明細書及び調剤報酬明細書のうち、NDBに蓄積されているもの全てを集計対象としている（2014年以前は、層化無作為二段抽出法により抽出された診療報酬明細書による集計が含まれる）。2015年より「社会医療診療行為別統計」、2014年までは「社会医療診療行為別調査」という。本報告書では「社会医療診療行為別統計（調査）」と表記する。

¹⁰ 診療報酬制度では、1点の単価を10円として報酬が規定される。

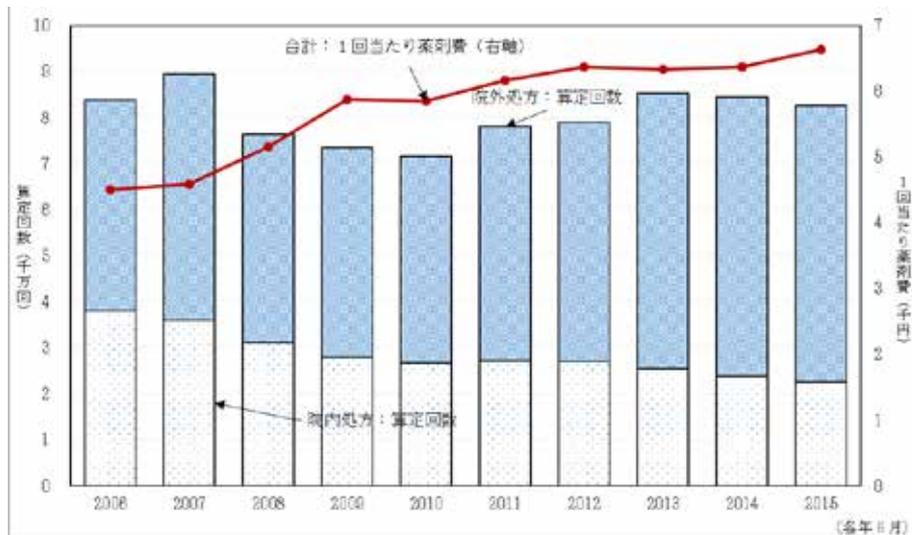
(外来投薬算定回数は院外処方が増加し、算定1回当たりの薬剤費も増加)

外来薬剤費は、外来投薬の算定回数(以下、算定回数)と算定1回当たり薬剤費(以下、1回当たり薬剤費)に分解することができる(図表1-12)。算定回数の推移をみると、2006年(8,380万回)から、単年毎の増減はあるものの、おおむね同水準で2015年(8,270万回)へと至っている。

外来投薬の算定回数を院内処方、院外処方別にみると、院内処方では2006年(3,800万回)から2015年(2,260万回)にかけて、約1,540万回の減少となっているのに対し、院外処方は2006年(4,580万回)から2015年(6,010万回)にかけて、約1,430万回の増加となっている。

一方、1回当たり薬剤費の推移をみると、2006年(4,500円)から2015年(6,640円)へかけて、約2,140円増加している。

図表1-12 外来投薬算定回数(院内処方、院外処方別)、算定1回当たり薬剤費の推移



- (備考) 1. 厚生労働省「社会医療診療行為別統計(調査)」により作成。
 2. 院内処方は「薬剤料(在宅医療)」「薬剤料 内服薬・浸煎薬」「薬剤料 屯服薬」「薬剤料 外用薬」点数、院外処方は「薬剤料」点数を1点10円として、「外来薬剤費」を計上した。
 3. 院内処方は「処方料」の算定回数、院外処方は「処方せん料」の算定回数を「算定回数」として計上した。

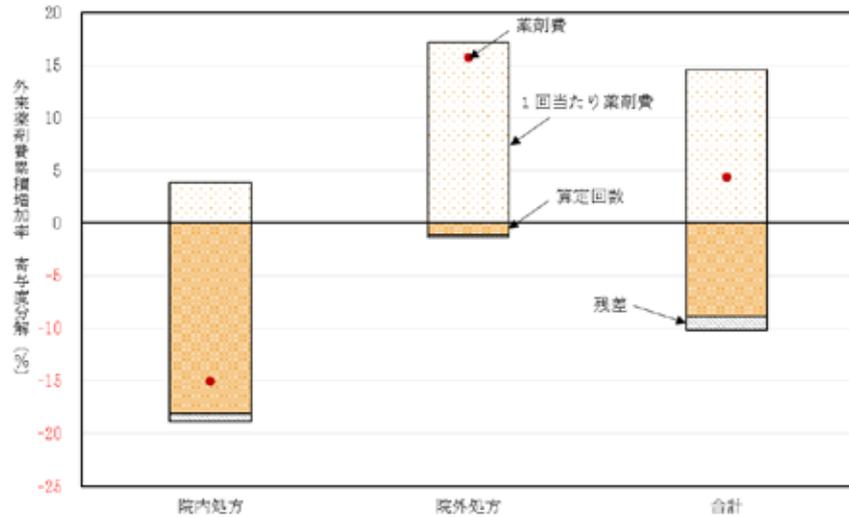
続いて、2008年(2006年比)、2010年(2008年比)、2015年(2013年比)について、院内処方、院外処方、院内処方・院外処方合計のそれぞれの場合において、外来薬剤費の伸びを、算定回数と1回当たり薬剤費に分解して寄与度をみる(図表1-13)。

まず、2008年の外来薬剤費(4.4%)は、増加している。院内処方、院外処方別にみると、院内処方(15.0%)では減少しているのに対し、院外処方(15.7%)では増加している。

外来薬剤費の変化要因を院内処方、院外処方別にみると、院内処方(算定回数増加率18.1%、1回当たり薬剤費増加率3.8%)の場合では、1回当たり薬剤費の増加を、算

定回数の減少が打ち消している。一方、院外処方（同 1.2%、17.1%）の場合では、1回当たり薬剤費の増加が、算定回数の減少を吸収している。

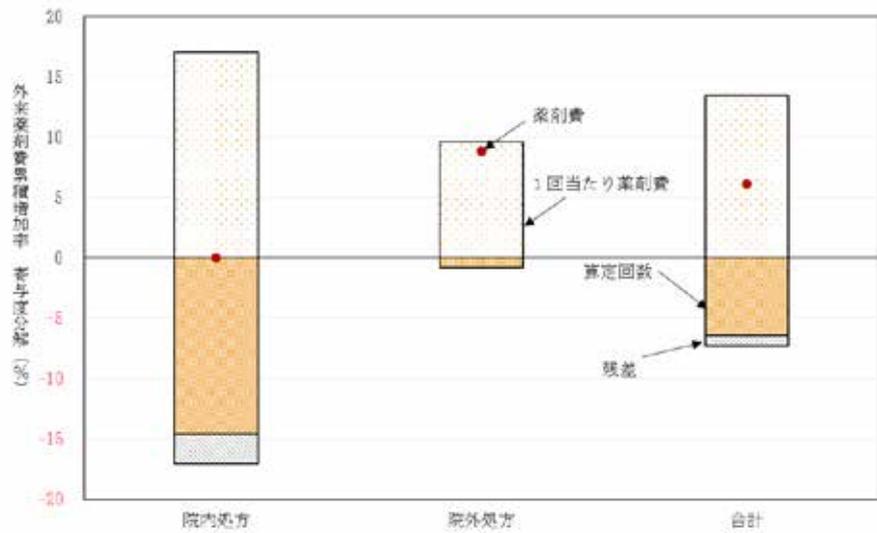
図表 1 - 13 外来薬剤費の増加要因分析（院内処方・院外処方別、2008年（2006年比））



- （備考）
- 厚生労働省「社会医療診療行為別統計（調査）」により作成。
 - 院内処方は「薬剤料（在宅医療）」「薬剤料 内服薬・浸煎薬」「薬剤料 屯服薬」「薬剤料 外用薬」点数、院外処方は「薬剤料」点数を1点10円として、「外来薬剤費」を計上した。
 - 院内処方は「処方料」の算定回数、院外処方は「処方せん料」の算定回数を「算定回数」として計上した。
 - 「算定回数」、「1回当たり薬剤費」の増加率を寄与度としている。

同様に、2010年（2008年比）の外来薬剤費（6.2%）も、増加している（図表1-14）。院内処方、院外処方別にみると、院内処方（0.0%）では横ばいであるのに対し、院外処方（8.8%）では増加している。変化要因をみると、院内処方（算定回数増加率14.6%、算定1回当たり薬剤費増加率17.1%）の場合、院外処方（同0.8%、9.6%）の場合のいずれにおいても、算定回数の減少を算定1回当たり薬剤費の増加が打ち消している。

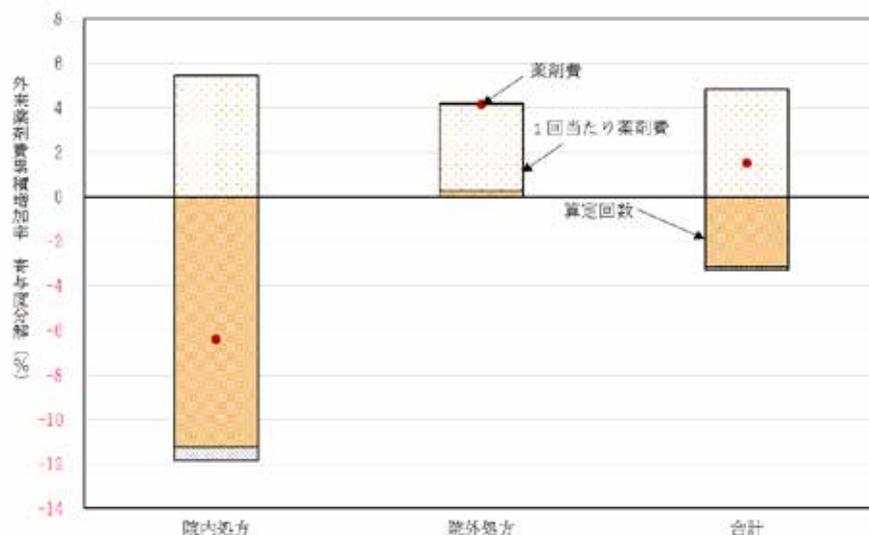
図表 1 - 14 外来薬剤費の増加要因分析（院内処方・院外処方別、2010年（2008年比））



（備考）図表 1 - 13 と同様に作成。

2015年(2013年比)の外来薬剤費(1.5%)も、わずかに増加している(図表 1 - 15)。院内処方、院外処方別にみると、院内処方(6.4%)では減少しているのに対し、院外処方(4.2%)では増加している。変化要因をみると、院内処方(算定回数増加率 11.2%、算定1回当たり薬剤費増加率 5.4%)の場合では、算定1回当たり薬剤費の増加を、算定回数の減少が打ち消している。一方、院外処方(同 0.3%、3.9%)の場合では、算定1回当たり薬剤費、算定回数のいずれにおいても増加している。

図表 1 - 15 外来薬剤費の増加要因分析（院内処方・院外処方別、2015年（2013年比））



（備考）図表 1 - 13 と同様に作成。

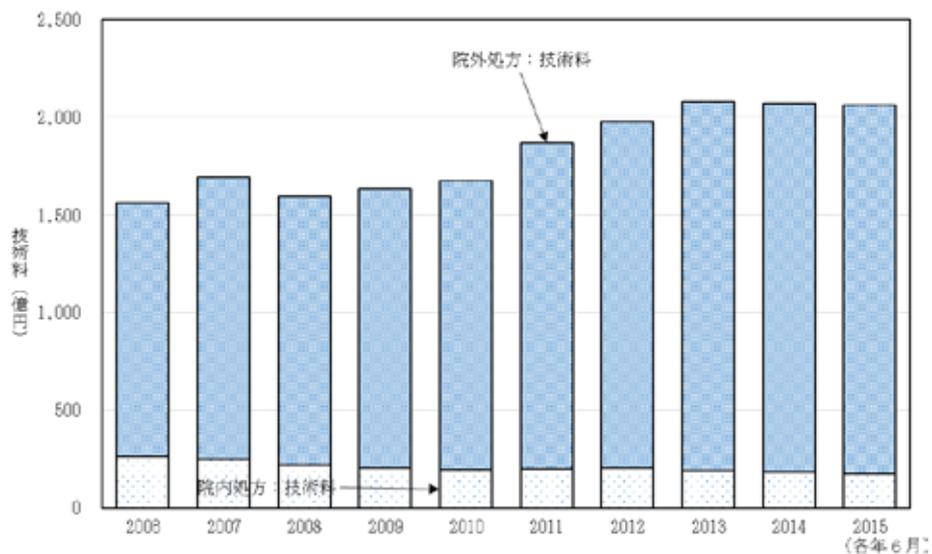
(院外処方の増加を背景に、外来投薬に係る技術料も増加)

次に、外来投薬に係る技術料の推移をみると、2006 年 (1,560 億円) から、2015 年 (2,060 億円) にかけて約 500 億円の増加となっている (図表 1 - 16)。

外来投薬に係る技術料を、院内処方、院外処方別にみると、院内処方時に係る技術料は、2006 年 (260 億円) から 2015 年 (170 億円) にかけて、約 90 億円の減少となっているのに対し、院外処方時に係る技術料は、2006 年 (1,300 億円) から 2015 年 (1,890 億円) にかけて、約 590 億円の増加となっている。

院内処方時の技術料が減少し、院外処方時の技術料が増加している構造は、外来薬剤費における傾向と同様である。

図表 1 - 16 外来投薬に係る技術料の推移 (院内処方・院外処方別)



(備考) 1 . 厚生労働省「社会医療診療行為別統計 (調査)」により作成。

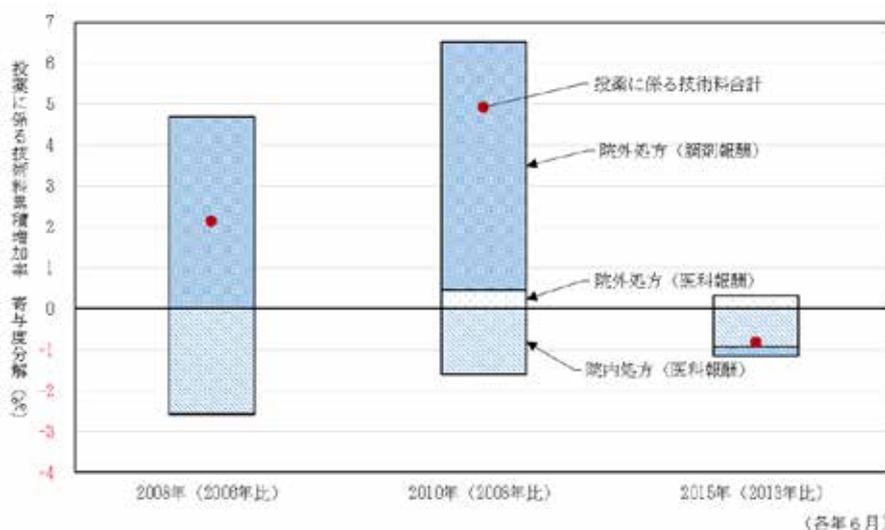
2 . 院内処方は「処方料」「調剤料」「調剤技術基本料 (入院以外)」「薬剤情報提供料 (手帳記載加算含む)」、院外処方は「処方せん料」「調剤技術料」「薬学管理料 (在宅、退院時共同指導料除く)」を 1 点 10 円として、「技術料」を計上した。

続いて、外来投薬に係る技術料の増加要因について、院内処方 (医科報酬)、院外処方 (医科報酬)、院外処方 (調剤報酬) 別にみる (図表 1 - 17)。

2008 年 (2006 年比)、2010 年 (2008 年比) には、院外処方 (調剤報酬) 分の技術料の増加が、外来投薬に係る技術料の大きな増加要因である。2015 年 (2013 年比) には、院外処方 (調剤報酬) 分の技術料は、減少要因に転じているが、院外処方 (医科報酬) 分の技術料が、若干の増加要因であることが確認できる。

図表 1 - 17 外来投薬に係る技術料の増加要因分析

(院内処方(医科報酬)、院外処方(医科報酬)、院外処方(調剤報酬)別)



- (備考) 1. 厚生労働省「社会医療診療行為別統計(調査)」により作成。
 2. 社会医療診療行為別調査の集計方法が、2011年から2013年にかけて、抽出調査からNDBを用いた全数調査に変更となっていることから、当該期間のデータを除外している。

(院外処方時の外来投薬算定1回当たりの技術料は医科報酬においても高い)

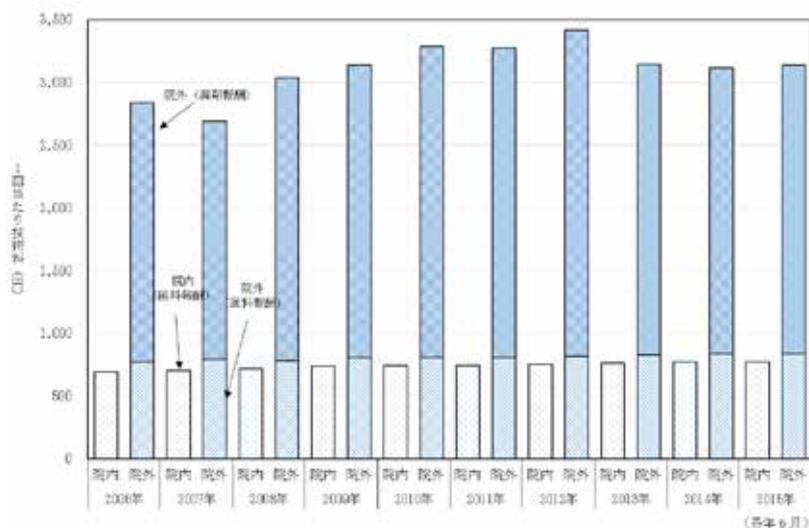
次に、外来投薬の算定1回当たり技術料(以下、1回当たり技術料)について、院内処方(医科報酬)、院外処方(医科報酬)、院外処方(調剤報酬)に分解して、推移をみる(図表1-18)。

院内処方(医科報酬)分の1回当たり技術料は、2006年(690円)から2015年(770円)にかけて、12%弱の80円増加している。他方、院外処方(医科報酬)分の技術料は、2006年(770円)から2015年(840円)にかけて、9%程度の70円と増加が弱いものの、院外処方(調剤報酬)分の技術料は、2006年(2,070円)から2015年(2,300円)にかけて、11%強の伸び率、増加幅では230円となり、合計すると院外処方(医科報酬、調剤報酬)時の技術料は、院内処方(医科報酬)時の技術料の3倍以上の増加幅となる。

また、院外処方時に必要な1回当たり技術料と、院内処方時に必要な1回当たり技術料の比率についてみると、2006年においては4.1倍(院内処方690円、院外処方2,840円)、同様に2015年においても4.1倍(院内処方770円、院外処方3,140円)であり、年次によって増減はあるものの、ほぼ4倍程度で推移している。

図表 1 - 18 外来投薬算定 1 回当たり技術料の推移

(院内処方(医科報酬)・院外処方(医科報酬)・院外処方(調剤報酬)別)



- (備考) 1. 厚生労働省「社会医療診療行為別統計(調査)」により作成。
 2. 院内処方(医科)は「処方料」「調剤料」「調剤技術基本料(入院以外)」「薬剤情報提供料(手帳記載加算含む)」、院外処方(医科)は「処方せん料」、院外処方(調剤)は「調剤技術料」「薬学管理料(在宅、退院時共同指導料除く)」を1点10円として、「技術料」を計上した。
 3. 院内処方は「処方料」の算定回数、院外処方は「処方せん料」の算定回数を「算定回数」として計上した。

(薬剤費 1,000 円当たりの技術料は、院外処方時に院内処方時の 3.3 倍必要)

外来投薬時における院内処方・院外処方のそれぞれについて、薬剤費及び投薬に係る技術料について、算定 1 回当たり金額を比較する(図表 1 - 19)。まず、算定 1 回当たり外来薬剤費を比較すると、院内処方時は 5,610 円算定されている。一方、院外処方時は 7,030 円算定されており、院外処方時の 1 回当たり薬剤費は高いことが確認できる。

図表 1 - 19 外来薬剤費 1,000 円当たり技術料の比較(院内処方・院外処方別、2015 年 6 月)

| | 外来投薬 算定1回当たり薬剤費 (A) | 外来投薬 算定1回当たり技術料 (B) | 外来薬剤費 1,000円当たり技術料 (1,000円×B/A) |
|-------|---------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| 院内処方時 | 5,610円 | 770円 | 137円 |
| 院外処方時 | 7,030円 | 3,140円 | 447円 |

- (備考) 1. 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」により作成。
 2. 院内処方は「薬剤料(在宅医療)」「薬剤料 内服薬・浸煎薬」「薬剤料 屯服薬」「薬剤料 外用薬」点数、院外処方は「薬剤料」を1点10円として、「外来薬剤費」を計上した。
 3. 院内処方は「処方料」「調剤料」「調剤技術基本料(入院除く)」「薬剤情報提供料(手帳記載加算含む)」、院外処方は「処方せん料」「調剤技術料」「薬学管理料(在宅、退院時共同指導料除く)」を1点10円として、「技術料」を計上した。

外来投薬 1 回に係る技術料を比較すると、院内処方時は 770 円算定されている。一方、院外処方時は 3,140 円算定されている。薬剤費 1,000 円当たり技術料をみると、院内処

方時（137円）には、院外処方時（447円）と比べて、3.3倍必要であり、高い技術料に見合うサービスが患者に提供されているのか否か、技術料の水準の妥当性が説明されるべきである。

1.3. 調剤報酬における技術料の整理

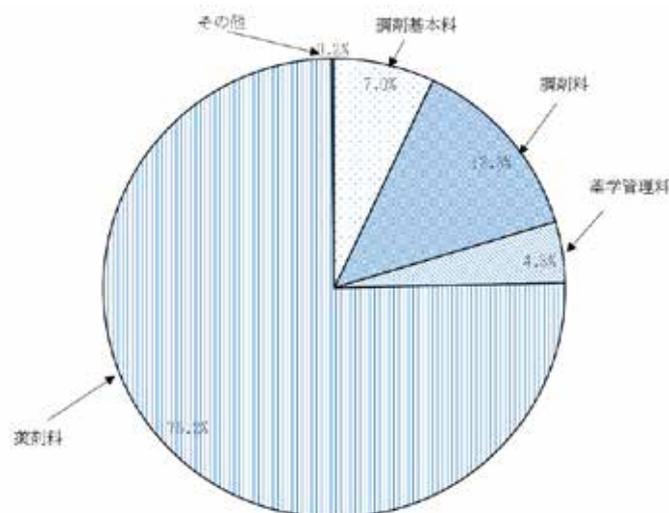
前節では、外来時に投薬を受ける場面の全てを想定し、院内処方の場合及び院外処方の場合のそれぞれについて、薬剤費やその技術料について分析を実施した。その結果、院外処方時の薬剤費1,000円当たり技術料は、院内処方時と比べて、3.3倍必要であることを確認した。外来投薬に必要な技術料をさらに細かくみていくと、処方せん一枚につき必ず算定する費用から、調剤内容（処方数量、投与日数、調剤手法等）により異なる費用まで、様々な技術料が設定されている。

本節では、外来時に投薬を受ける際に、院外処方が行われた場面を想定し、その際に調剤報酬として、保険薬局が算定する技術料に焦点を絞り、個々に設定されている技術料の構造をみていく。

（調剤医療費の25%が技術料）

調剤報酬の算定実績（2015年6月審査分）の構成比によると、技術料が25%（調剤基本料7.0% + 調剤料13.3% + 薬学管理料4.3%）を占めている（図表1-20）。以下、調剤報酬の25%分を占める技術料に着目し、調剤基本料、調剤料、薬学管理料の算定要件をみていく。

図表1-20 調剤医療費の算定項目の内訳（2015年6月審査分）



（備考）厚生労働省「社会医療診療行為別統計」により作成。

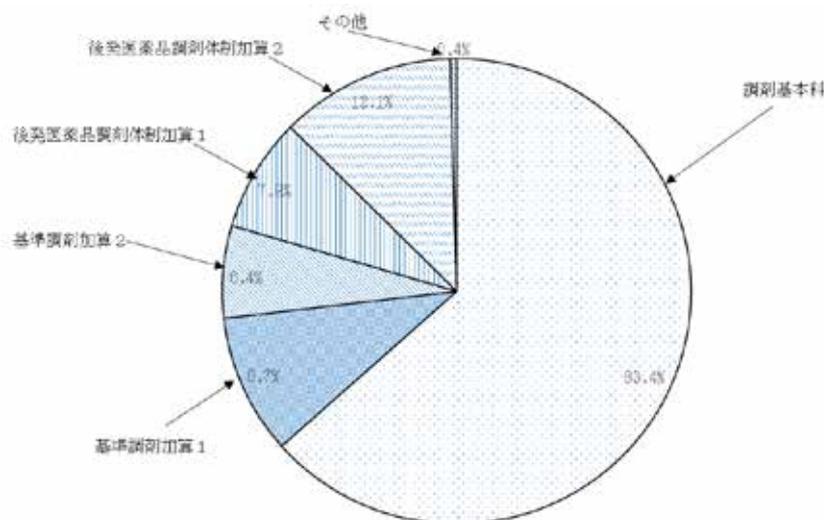
1.3.1. 調剤基本料

(処方せん受付毎に算定される調剤基本料は、施設基準により単価が増減)

調剤基本料は、「月の処方せん受付回数」や「特定の医療機関からの処方せん集中割合」¹¹に応じた地方厚生局への届出¹²内容により、処方せんの受付1回ごとに算定される。また、調剤基本料をベースとして、基準調剤加算・後発医薬品調剤体制加算(いずれも届出制)や分割調剤加算等を加算することができる。

調剤基本料の内訳をみると、加算分が、3～4割を占めている。調剤基本料自体が、施設基準により単価を上下することが可能であることに加えて、加算分においても施設基準により、単価を上下することが可能な構造となっている(図表1-21)。

図表1-21 調剤基本料の算定項目の内訳(2015年6月審査分)



(備考)厚生労働省「社会医療診療行為別統計」により作成。

(2016年度に「大型門前薬局」への基本料減額を導入したが、実効性に乏しい)

2016年度診療報酬改定(以下、2016年度改定)後の調剤基本料には、調剤基本料3の新設や、調剤基本料2の施設要件を拡大(これまで処方せんの受付回数要件が高く、処方せん集中率の高い薬局への評価を下げていたが、この対象要件のうち受付回数に関する要件を拡大)するなど、いわゆる「大型門前薬局」への減額対象要件が拡大された(図表1-22)。

¹¹ 特定の医療機関からの処方せん集中割合は、「特定の医療機関からの処方せん応需数」/「全処方せん応需数」にて算出している。

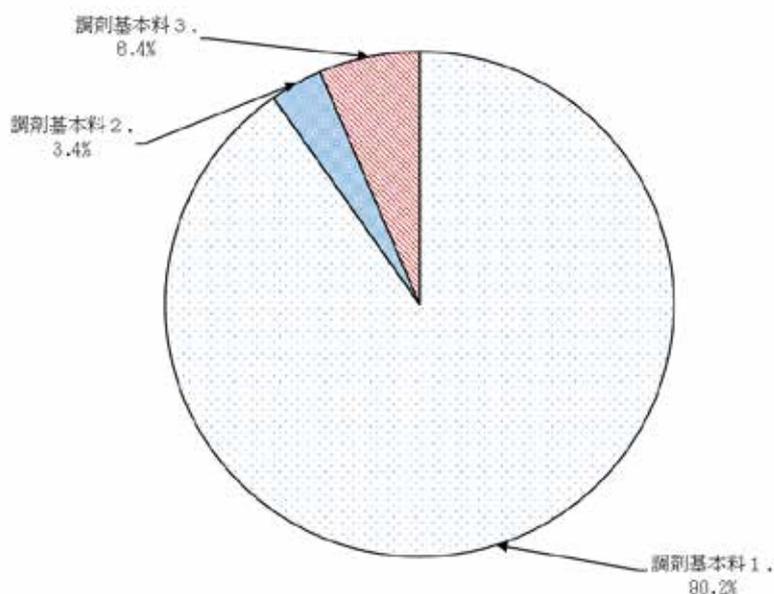
¹² 各保険薬局が算定する調剤基本料の点数については、施設基準の内容を含め、地方厚生(支)局へ届け出ることが必要である。

図表 1 - 22 調剤基本料を算定するための施設基準（2016 年度改定後）

| 調剤基本料 | 施設基準 |
|-----------------|---|
| 調剤基本料 1 | ・ 下記 2、3 以外 |
| 調剤基本料 2 | ・ 処方せん受付回数 4,000 回/月超かつ集中度 70% 超 ・ 処方せん受付回数 2,000 回/月超かつ集中度 90%（処方せん受付回数要件を 2,500 回/月超から変更） ・ 特定の医療機関からの処方せん受付回数 4,000 回/月超（新設） |
| 調剤基本料 3 （新設） | グループ全体の処方せん受付回数が 40,000 回/月超 ・ 処方せん集中度 95% 超 ・ 特定の医療機関との間で不動産の賃貸取引 |
| 調剤基本料 4 | ・ 調剤基本料 1 の未受結減算 |
| 調剤基本料 5 | ・ 調剤基本料 2 の未受結減算 |
| 特例調剤基本料 | ・ 調剤基本料 3 の未受結減算 |

（備考）厚生労働省「平成 28 年度調剤報酬改定及び薬剤関連の診療報酬改定の概要」により作成。

図表 1 - 23 全保険薬局に占める調剤基本料の届出受理数の比率（2016 年度改定後）



- （備考）
1. 各地方厚生（支）局「届出受理医療機関名簿」（2017 年 3 月 6 日アクセス）により作成。
 2. 施設基準届出内容となるので、未受結減算の結果である調剤基本料 4、5、特別調剤基本料は含まない。
 3. 東北厚生局、関東信越厚生局は 2017 年 1 月 1 日現在。近畿厚生局、中国厚生局、四国厚生局は 2017 年 2 月 1 日現在。北海道厚生局、東海北陸厚生局、九州厚生局は 2017 年 3 月 1 日現在。

施設基準の届出内容から、調剤基本料 2、3 の適用となる保険薬局をみると、全保険薬局の 10% にすぎない（図表 1 - 23）。門前薬局が 70%¹³ を占める現状と照らし合わせると、調剤基本料減額の適用薬局店舗数は極めて少ない。これは、調剤基本料の施設基

¹³ 厚生労働省「平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）の結果について」によると、「主に近隣にある特定の診療所の処方せんを応需」（44.3%）、「特に近隣にある特定の病院の処方せんを応需」（21.4%）、「主に複数の特定の保険医療機関の処方せんを応需」（8.1%）に対して、様々な保険医療機関からの処方せんを応需」（24.9%）、「その他」（0.4%）、「無回答」（0.7%）であった。

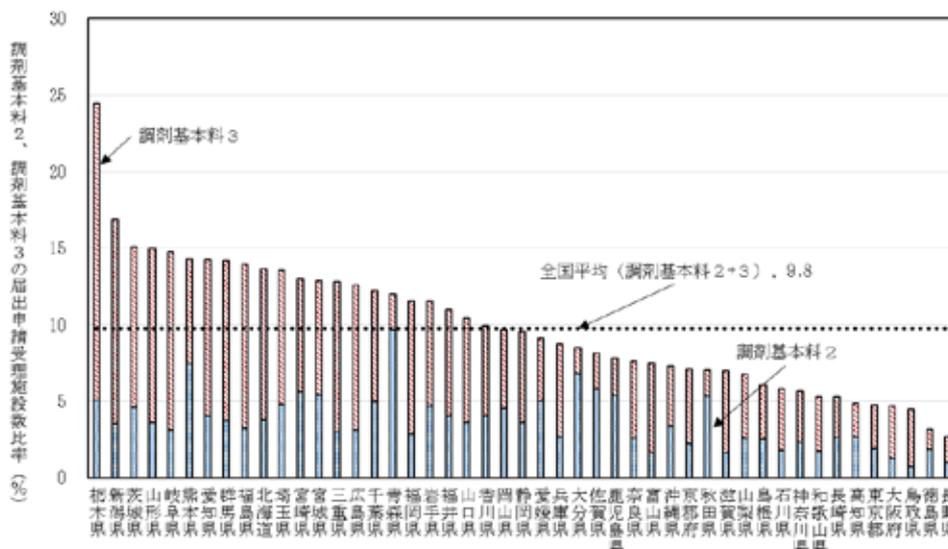
準が、「処方せん受付回数」と「処方せん集中率」双方の組み合わせ等から、規定されるためである。例えば、処方せん集中率が70%を超える場合でも、4,000回/月末満であれば、減額対象とならない。また、新設された調剤基本料3の施設基準は、グループ全体の処方せん受付回数が40,000回/月超であるが、処方せん集中率95%で、特定の医療機関との間で不動産の賃貸取引がある、という付帯条件が必要である。したがって、実効性に乏しい規定が新設されただけといえる。

(減算調剤基本料の適用比率には大きな地域差)

その調剤基本料2、3適用比率について、都道府県別で比較すると、比率の高い栃木(24.4%)、新潟(16.9%)から比率の低い徳島(3.2%)、長野(2.7%)まで大きな地域差が存在している(図表1-24)。

比率の高い都道府県の調剤基本料2、3それぞれの届出受理件比率をみると、栃木(「調剤基本料2」5.1%、「調剤基本料3」19.4%)、新潟(同3.6%、13.3%)、茨城(同4.6%、10.5%)、山形(同3.6%、11.4%)、岐阜(同3.1%、11.7%)と、いずれも調剤基本料3の要件に適合している比率が高い。これは、ほぼ単独で医療機関の処方せんを受け付けている(処方せん集中率95%超)、グループ薬局(グループ全体の処方せん受付回数が月40,000回超)の出店が多いことを意味する。

図表1-24 全保険薬局に占める調剤基本料2、3届出受理数の比率
(都道府県別、2016年度改定後)



- (備考) 1. 各地方厚生(支)局「届出受理医療機関名簿」(2017年3月6日アクセス)により作成。
 2. 施設基準届出内容となるので、未受結減算の結果である調剤基本料4、5、特別調剤基本料は含まない。
 3. 東北厚生局、関東信越厚生局は2017年1月1日現在。近畿厚生局、中国厚生局、四国厚生局は2017年2月1日現在。北海道厚生局、東海北陸厚生局、九州厚生局は2017年3月1日現在。

(門前薬局対策での調剤基本料の引き下げは論理的には逆効果)

こうした都道府県間で生じている基本料差は医療機関と保険薬局の立地関係によるものであり、利用者である患者の選択によるものではないことを踏まえると、同じ医薬品を処方された場合の利用者費用の差が妥当かどうか、検討する必要がある。特に、門前薬局を好ましくないとすることで基本料を引き下げるとは、定率自己負担の利用者とすれば、より門前薬局を選好する誘因となっており、報酬設定の意図と論理的な帰結に不整合が生じている面もある。

(施設基準による調剤基本料のばらつきは大きい)

調剤基本料は、15 点 (特別調剤基本料) から 95 点 (調剤基本料 1 ・ 基準調剤加算 ・ 後発医薬品調剤体制加算 2 を全て算定する保険薬局) まで、施設基準により単価に大きな違いがある (図表 1 - 25)。それぞれの届出受理数の比率をみると、「調剤基本料 1 のみ (単価、41 点)」(27.2%)、「調剤基本料 1 + 後発医薬品調剤体制加算 1 (単価、59 点)」(20.1%)、「調剤基本料 1 + 後発医薬品体制加算 2 (単価、63 点)」(18.1%) の算定割合が高い (図表 1 - 26)。

図表 1 - 25 届出内容の組み合わせによる調剤基本料の点数単価 (2016 年度改定後)

| 点数単価 (点) | 加算 なし | 基準調剤 加算のみ | 後発医薬品調剤体制加算 1 | | 後発医薬品調剤体制加算 2 | |
|---------------|----------|--------------|---------------|---------|---------------|---------|
| | | | 基準調剤加算有 | 基準調剤加算無 | 基準調剤加算有 | 基準調剤加算無 |
| 調剤基本料 1 | 41 | 73 | 91 | 59 | 95 | 63 |
| 調剤基本料 2 | 25 | - | - | 43 | - | 47 |
| 調剤基本料 3 | 20 | - | - | 38 | - | 42 |
| 調剤基本料 4 | 31 | - | - | 49 | - | 53 |
| 調剤基本料 5 | 19 | - | - | 37 | - | 41 |
| 特別調剤基本料 | 15 | - | - | 33 | - | 37 |

(備考) 厚生労働省「診療報酬の算定方法の一部を改正する件 別表 3 (調剤点数表)」(平成 28 年 3 月 4 日厚生労働省告示第 52 号) により作成。

図表 1 - 26 届出受理数の比率 (調剤基本料の点数単価別、2016 年度改定後)

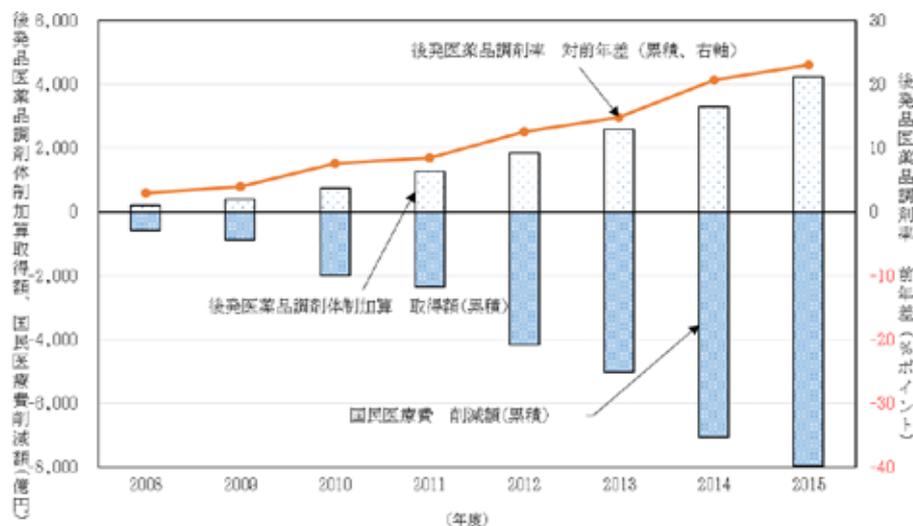
| 届出受理数の 比率 (%) | 加算 なし | 基準調剤 加算のみ | 後発医薬品調剤体制加算 1 | | 後発医薬品調剤体制加算 2 | |
|--------------------|----------|--------------|---------------|---------|---------------|---------|
| | | | 基準調剤加算有 | 基準調剤加算無 | 基準調剤加算有 | 基準調剤加算無 |
| 調剤基本料 1 | 27.2% | 7.2% | 9.6% | 20.1% | 8.2% | 18.1% |
| 調剤基本料 2 | 1.1% | - | - | 1.0% | - | 1.3% |
| 調剤基本料 3 | 1.9% | - | - | 1.9% | - | 2.6% |

(備考) 1 . 各地方厚生 (支) 局「届出受理医療機関名簿」(2017 年 3 月 6 日アクセス) より作成。
 2 . 施設基準届出内容となるので、未妥結減算の結果である調剤基本料 4、5、特別調剤基本料は含まない。
 3 . 東北厚生局、関東信越厚生局は 2017 年 1 月 1 日現在。近畿厚生局、中国厚生局、四国厚生局は 2017 年 2 月 1 日現在。北海道厚生局、東海北陸厚生局、九州厚生局は 2017 年 3 月 1 日現在。

(調剤基本料への加点によって後発医薬品の普及を推進)

医薬分業において保険薬局が担ってきた役割の一つに後発医薬品の浸透が挙げられる。この点については、以前より、後発医薬品に関する施設要件を満たすことへの加算を与えることで推進してきた。後発医薬品調剤体制加算が、導入されたのは2008年度診療報酬改定時¹⁴である。2008年度(単年度加算額、約185億円)から2015年度(同、約948億円)にかけて、後発医薬品調剤体制加算による累積加算取得額は約4,200億円である。この効果もあり、後発医薬品調剤率は、2007年度(40.1%)から2015年度(63.1%)にかけて、23.0%ポイント上昇した(図表1-27)。

図表1-27 後発医薬品調剤体制加算取得額及び後発医薬品浸透による国民医療費削減額の実績推移(2008年度比累積)



- (備考) 1. 厚生労働省「社会医療診療行為別統計(調査)」、「調剤医療費の動向」、「国民医療費」、「調剤医療費の伸びの要因分解」により作成。
2. 後発医薬品調剤体制加算額、国民医療費削減額、後発医薬品調剤率対前年差のいずれも2008年度からの累積値としている。
3. 医療費削減額は、厚生労働省「調剤医療費の伸びの要因分解」を参考に、後発医薬品数量シェア(新指標)1%ポイント上昇時に国民医療費0.06%影響、後発医薬品数量シェア(旧指標)1%ポイント上昇時に国民医療費0.09%影響の数値を使用し、推計した。この際に、先発医薬品とそれに対応する後発医薬品との価格差は2:1と仮定している。国民医療費削減額 = 前年度国民医療費 × 当年度後発医薬品数量シェア(新指標) × 0.06% (但し、2013年度以前は、旧指標のため、0.09%の数値を使用)。
4. 後発医薬品調剤体制加算は「社会医療診療行為別統計(調査)」の各年6月実績値を12倍した値を、年度加算額として代替している。
5. 「後発医薬品調剤率」とは、全処方せん受付回数に対する後発医薬品を調剤した処方せん受付回数の割合をいう。後発品割合の目標値(数量ベース、新指標)は、2013年度までしか遡れないため、「後発医薬品調剤率」で代替した。2015年度の数量ベース(新指標)60.1%に対して、後発医薬品調剤率は63.1%である。

¹⁴ 後発医薬品促進の観点からは、2006年度調剤報酬改定において、調剤基本料の一つとして、「後発医薬品分割調剤」が導入されている。

先発医薬品と後発医薬品の価格差を2：1と仮定すると、2008年度から2015年度の間において、後発医薬品の普及により、国民医療費は約8,000億円削減されたと試算される。関係する計数の動きからすると、後発医薬品調剤体制加算による保険薬局への後発医薬品調剤インセンティブは、ある程度は効果的に機能してきたとも言えるが、2：1の価格差の想定が縮小すると削減額は減少する。

なお、後発医薬品の新たな数量シェアの目標値（新指標、2017年央に70%以上とするとともに、2018年度から2020年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする）を踏まえ、2016年度改定においては、後発医薬品調剤体制加算の調剤数量割合が引き上げられている（図表1-28）。

図表1-28 後発医薬品調剤体制加算の変更（2016年度改定後）

| 2016年度改定前 | 2016年度改定後 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品調剤体制加算1 （調剤数量割合55%以上） ・後発医薬品調剤体制加算1 （調剤数量割合65%以上） | <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品調剤体制加算1 （調剤数量割合65%以上） ・後発医薬品調剤体制加算1 （調剤数量割合75%以上） |

（備考）厚生労働省「平成28年度調剤報酬改定及び薬剤関連の診療報酬改定の概要」により作成。

1.3.2. 調剤料

（調剤料は投薬数量の増加にともない膨張する構造）

調剤料は、「投与区分」と「所定単位」に従い、調剤の内容によって、算定点数が規定されている（図表1-29）。院内処方では、1処方¹⁵につき、固定の点数であるのに対して、院外処方では、投与区分毎、1剤¹⁶につき（内服薬の場合。外用薬等では1調剤¹⁷、注射薬等では1処方せん¹⁸につき）調剤料を算定できる。結果として、院外処方では、投与区分の異なる医薬品の調剤や、投薬医薬品数が増加するに伴い、調剤料が増加する構造になっている。

¹⁵ 1回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず、算定する。ただし、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき、調剤料を算定できる。

¹⁶ 服用時点が同一であるものについては、投与日数に関らず、1剤として算定する。なお、4剤以上の部分については、算定しない。

¹⁷ 服用時点、投与日数が同一であるものについては、1調剤として算定する。なお、4剤以上の部分については、算定しない。

¹⁸ 1回の処方せん受付において調剤した場合に剤数（頓服薬）や調剤数（注射薬）に関わらず、算定する。

図表 1 - 29 調剤の内容ごとの調剤料の点数単価

(院内処方時(医科)、院外処方時(調剤)、2016年度改定後)

| 院内処方(医科報酬) | | | 院外処方(調剤報酬) | | |
|----------------------|------------|-----|------------|--------------|---------------|
| 投与区分 | 所定単位 | 調剤料 | 投与区分 | 所定単位 | 調剤料 |
| 内服薬、 浸煎薬及 び頓服薬 | 1処方 につき | 9点 | 内服薬 | 1剤につき | 5~87点 |
| | | | 内服用適剤 | 1調剤 につき | 10点 |
| | | | 頓服薬 | 1処方せん につき | 21点 |
| | | | 浸煎薬 | 1調剤 につき | 190点 |
| | | | 湯薬 | 1調剤 につき | 190点~ 400点 |
| | | | 注射薬 | 1処方せん につき | 26点 |
| 外用薬 | 1処方 につき | 6点 | 外用薬 | 1調剤 につき | 10点 |

(備考)厚生労働省「診療報酬の算定方法の一部を改正する件 別表1(医科点数表)」(平成28年3月4日厚生労働省告示第52号)、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件 別表3(調剤点数表)」(平成28年3月4日厚生労働省告示第52号)により作成。

例えば、1回の処方において、「内服薬」と「頓服薬」が同時に処方された際に、院内処方時には「内服薬」と「頓服薬」を包括して調剤料1単位を算定することになるが、院外処方時には「内服薬」「頓服薬」それぞれの医薬品毎に算定し、調剤料2単位を算定することが可能となる。

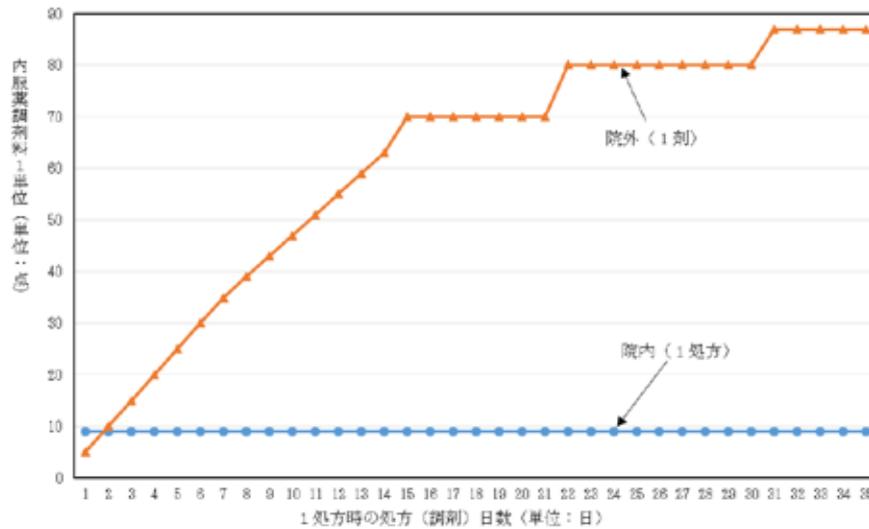
また、院内処方時には「1処方」につき調剤料1単位が規定されているが、院外処方時には、内服薬では「1剤」、外用薬等では「1調剤」につき調剤料1単位を算定することが可能となる。例えば、1回の処方(内服薬)において「1日1回朝食後」と「1日3回毎食後」それぞれ服用する医薬品が処方された場合、院内処方時には1処方につき算定することから、調剤料1単位を算定することになるが、院外処方時にはそれぞれの医薬品毎に算定し、調剤料2単位を算定することが可能となる。

(調剤料は投薬日数の増加でも膨張する構造)

院外処方の99%¹⁹を占める内服薬の処方時には、投与日数の増加に伴い、調剤料も増加する構造もある。処方日数が14日分以下の場合、7日目以下は5点(1日につき)、8日目以上は4点(1日につき)、その後は、15日分以上21日分以下は70点、22日以上30日以下は80点、31日分以上は87点である。例えば、院外処方時に内服薬7日間処方した際の調剤料は35点(1日5点×7日分)であるが、31日以上処方される際の調剤料は87点となり、31日以上処方されると、投与日数1日当たり調剤料は減るものの、算定調剤料は52点増加する(図表1-30)。

¹⁹ 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」(2015年6月分)において、「薬剤料」の算定回数をみると、「内服薬」(約40億回)、「注射薬」(約94万回)、「外用薬」(約4,000万回)であった。

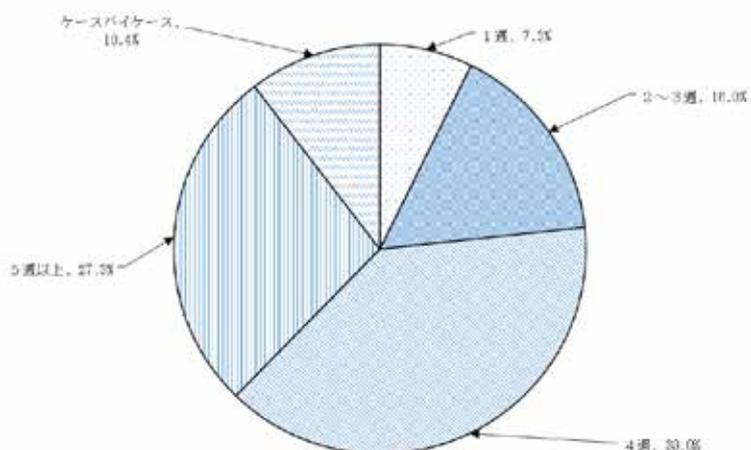
図表 1 - 30 内服薬の調剤料の点数単価（処方日数別、2016 年度改定後）



(備考) 図表 1 - 29 と同様に作成。

なお、長期処方の実態を確認するために、日本医師会によって、北海道、茨城県、群馬県、千葉県、広島県、福岡県の 6 道県を調査対象とした、「長期処方についてのアンケート調査報告」が行われている。この結果によると、アンケート回答医師の「もっとも多い処方期間」のうち、39%が 4 週間処方、27.3%が 5 週間以上であり、4 週間以上の処方が 60%を超えている。

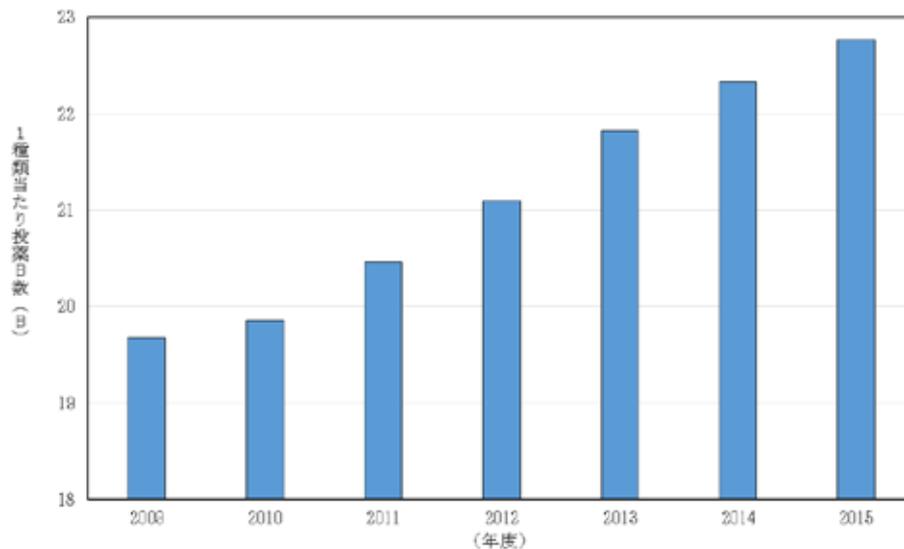
図表 1 - 31 処方期間の構成比



- (備考) 1 . 前田 (2010) により作成。
 2 . 前田によると、6 道県を調査対象地域とし、病院は 6 道県医師会により任意に抽出、診療所は無作為に 5 分の 1 で抽出し、郵送による発送と回答受付を行っている。「もっとも多い処方日数は、何週 (何日) ですか」という質問に対し、例えば処方日数が 30 日の場合は、もっとも近い 4 週 (28 日) を選択する方式で行われている。
 3 . 「5 ~ 7 週」、「8 週」、「9 ~ 11 週」、「12 週以上」を「5 週以上」として、計上。

また、「調剤医療費の動向」によると、1種類当たり投薬日数は、2009年度(19.7日)から2015年度(22.8日)にかけて、長期化している(図表1-32)。

図表1-32 1種類当たり投薬日数の推移



(備考)厚生労働省「調剤医療費の動向」により作成。

1.3.3. 薬学管理料

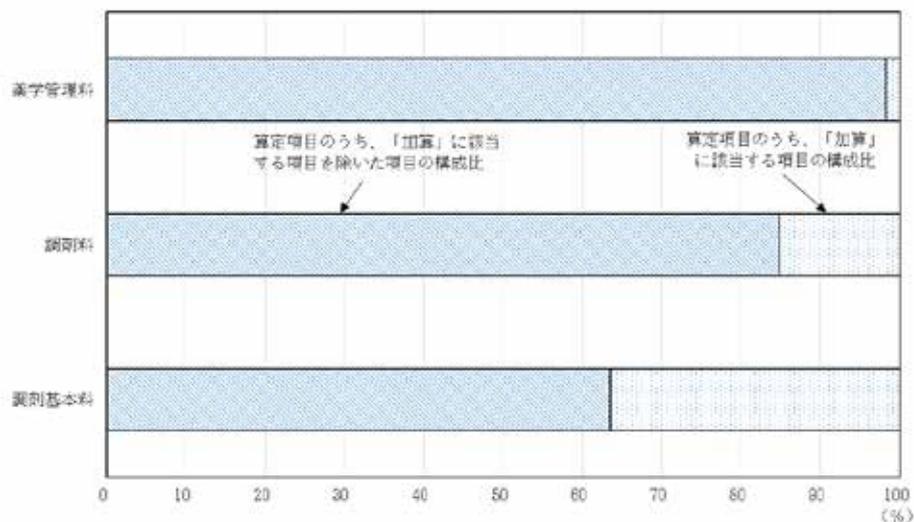
(薬学管理料の算定回数は調剤基本料に準じているが、加算による違いが少ない)

薬学管理料は、調剤基本料や調剤料とは異なり、薬剤師による薬学的管理や服薬指導、情報提供への取組などを評価して算定することができる。しかし、調剤基本料と薬学管理料の算定回数をみると、調剤基本料(2015年6月、調剤基本料1~4)約6,300万回に対し、薬剤服用歴管理指導料(2015年6月、手帳の有無含む)約6,000万回であり、実質的には、薬学管理料も処方せん枚数に応じて算定されていることになる。

ただし、先に確認した調剤基本料の場合であれば、施設要件等に対する加算分が約40%を占め、調剤料の場合であれば、調剤技術等に対する加算が約15%²⁰を占めていたが、薬学管理料は、各種加算が少なく、薬剤服用歴管理指導料だけで、薬学管理料全体の約98%を占めている。薬学管理料は、調剤基本料や調剤料と異なり、処方せん1枚における算定点数に大きな違いが出ない構造になっている(図表1-33)。

²⁰ 調剤料には、一包化加算(内服薬)、夜間・休日等加算、自家製剤加算(12種類)等、約35種類に及ぶ加算が設定されている。

図表 1 - 33 調剤基本料、調剤料、薬学管理料に占める「加算」項目の割合（2015年6月分）



- (備考) 1. 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」により作成。
 2. 薬学管理料、調剤料、調剤基本料において、それぞれの算定項目のうち「加算」に該当する項目と、「加算」に該当する項目を除いた項目の構成比を図示している。
 3. 「在宅患者緊急時等共同指導料」の文言を含んでいる算定項目と「退院時共同指導料」は、本報告書では除外した。

(「かかりつけ薬剤師」への誘導では、包括評価も制度化)

2016年度改定において、「かかりつけ薬剤師」を評価するための項目の改定が行われている。新設された「かかりつけ薬剤師指導料・包括管理料」は、要件を満たす保険薬剤師を配置していることを条件とする施設基準と、患者の同意書等の作成や担当患者への業務を明記している算定要件が定められ、一部の患者要件を満たせば、包括払いも制度化されている。かかりつけ薬剤師の業務を基本業務とみなしていき、包括化を基本とすることが求められる(図表 1 - 34、35)。

図表 1 - 34 かかりつけ薬剤師指導料及び包括管理料の点数単価(2016年度改定後)

| 点数単価 | 点数単価の比較 |
|---------------------|--|
| かかりつけ薬剤師指導料 70 点 | 新設(薬剤服用歴管理指導料等と同時算定不可) 2016年度 薬剤服用歴管理指導料(手帳有)との比較: 20 点増額 2015年度 薬剤服用歴管理指導料(手帳有)との比較: 29 点増額 ²¹ |
| かかりつけ薬剤師包括管理料 270 点 | 新設(包括評価) 2015年6月「算定1回当たり技術料」との比較: 40 点増額 ²² |

(備考) 厚生労働省「平成 28 年度調剤報酬改定及び薬剤関連の診療報酬改定の概要」、「社会医療診療行為別統計」により作成。

²¹ 2016 年度改定で、薬剤服用歴管理指導料(手帳有)は、41 点から 50 点へ 9 点増額している。

²² 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」を使用し、「1.2.外来投薬に係る技術料の費用構造の分析」で用いた手法で、2015 年 6 月の院外処方時(調剤報酬分)「算定 1 回当たり技術料」を試算すると、230 点となる。かかりつけ薬剤師包括管理料は、2015 年 6 月の「算定 1 回当たり技術料」と比べると、40 点の増額となる。

図表 1 - 35 かかりつけ薬剤師指導料及び包括管理料の評価要件（2016 年度新設）

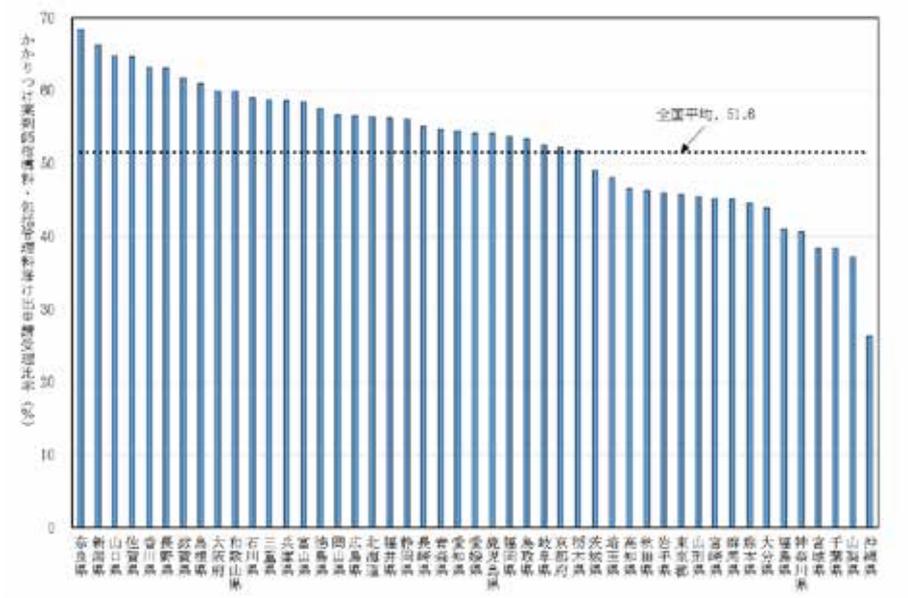
| | かかりつけ薬剤師指導料 (出来高) | かかりつけ薬剤師包括管理料 (包括) |
|------|---|--|
| 算定要件 | <ul style="list-style-type: none"> 患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を得たうえで、同意を得た後の次の来局時以降に算定できる。 同意については、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、その旨を薬剤服用歴に記載する。 患者 1 人に対して、1 カ所の薬局における 1 人の薬剤師のみが算定できる。 手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先等を記載する。 担当患者に対して以下の業務を実施する。 <ul style="list-style-type: none"> 薬剤服用歴管理指導料に係る業務。 患者が受診しているすべての保険医療機関、服用薬等の情報を把握。 担当患者から 24 時間相談に応じる体制を取り、患者に開局時間外の連絡先を伝え、勤務表を交付。 調剤後も患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案。 必要に応じて患者の家を訪問して服用薬の整理等を実施。 | <ul style="list-style-type: none"> 対象患者は、地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料を算定している患者とする。 かかりつけ薬剤師指導料の算定要件を満たしていること。 調剤の都度患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案すること。 |
| 施設基準 | <ul style="list-style-type: none"> 以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。 <ul style="list-style-type: none"> 保険薬剤師としての 3 年以上の薬局勤務経験。 当該保険薬局に 32 時間/週以上勤務。 当該保険薬局に 6 月以上在籍。 研修認定制度等の研修認定を取得していること（2017 年 4 月 1 日より）。 医療に係る地域活動の取組に参加していること。 | |
| 包括範囲 | <ul style="list-style-type: none"> 下記以外は包括 <ul style="list-style-type: none"> 時間外等加算、夜間・休日等加算 在宅患者調剤加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合に限る）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料 退院時共同指導料 薬剤料及び特定保険材料料 | |

（備考）厚生労働省「平成 28 年度調剤報酬改定及び薬剤関連の診療報酬改定の概要」により作成。

かかりつけ薬剤師指導料や包括管理料を算定するための施設基準を満たしている保険薬局は全国で約 50% であるが、都道府県別で比較すると、比率の高い奈良（67.3%）、新潟（65.1%）から宮城（31.8%）、沖縄（25.0%）まで地域差がある（図表 1 - 36）。

また、届出申請受理数は、かかりつけ薬剤師指導料・包括管理料を算定するため届出に過ぎず、実態として、かかりつけ薬剤師機能を発揮し、算定されるか否か、今後の動きを確認する必要がある。

図表 1 - 36 全保険薬局に占めるかかりつけ薬剤師指導料及び包括管理料届出受理数の比率
(都道府県別、2016年度改定後)



(備考) 1. 各地方厚生(支)局「届出受理医療機関名簿」(2017年3月6日アクセス)により作成。
2. 東北厚生局、関東信越厚生局は2017年1月1日現在。近畿厚生局、中国厚生局、四国厚生局は2017年2月1日現在。北海道厚生局、東海北陸厚生局、九州厚生局は2017年3月1日現在。

(調剤報酬の技術料に占める薬学管理料の構成比率は低い)

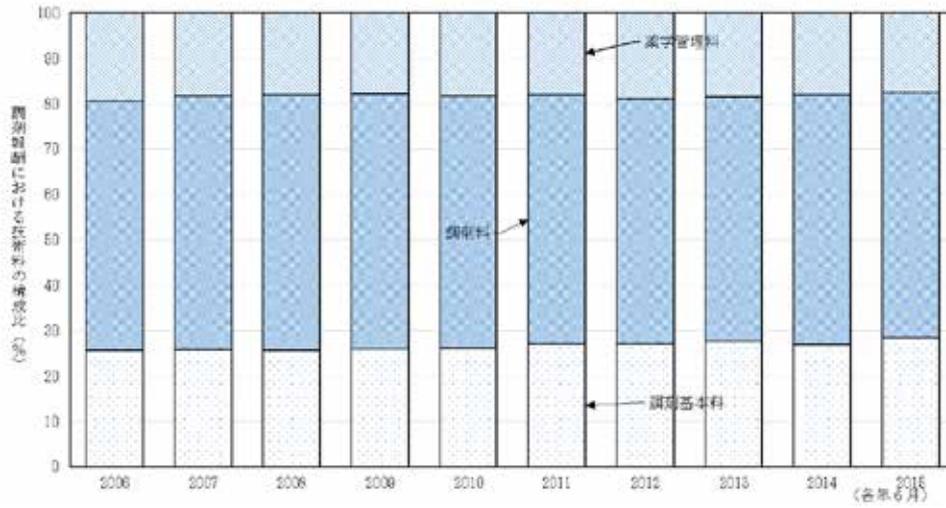
これまで調剤報酬における技術料の構造をみてきたが、その構成比をみると、調剤技術料(28.5%)、調剤料(54.0%)と比べて、薬学管理料(17.5%)の比率は低い。時系列でも、2006年(19.4%)から2016年(17.5%)にかけて低下している。

厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」(2015年10月23日)によると、患者本位の医薬分業を実現するというビジョンとして、立地から機能へ、対物業務から対人業務へ、バラバラから一つへ、といった考え方が示されている。

この方針からすれば、施設要件の充実と調剤数量が技術料の決定要因となる構造を改める必要がある。まずは、調剤基本料や調剤料に充てられている報酬を引下げ、薬学管理料の加算部分として充当する(技術料に占める薬学管理料比率の引上げ)ことで、取組を促進することが一案として考えられる。

一方、対人業務を充実させることは、薬剤師の本来業務であり、あえて加算扱いにすることは、薬局による不要なサービスの過剰供給要因につながる懸念もある。先にみた通り、かかりつけ薬剤師に関しては、既に包括評価が制度化されている。導入したとしても、加算によるインセンティブは経過措置として用い、薬学的管理・指導の実績がある程度進めば、対人業務を包括化することも考えられる。

図表 1 - 37 調剤報酬における技術料の構成比



(備考) 厚生労働省「社会医療診療行為別統計(調査)」により作成。

2. 薬局や薬剤師を取り巻く環境

前章で確認したように、医薬分業に対する様々な指摘がなされており、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」（2015年6月30日閣議決定）²³においては、薬局及び薬剤師全体の改革について、検討することが明記されることになった。それらを受けて、厚生労働省は「患者のための薬局ビジョン」（2015年10月23日）²⁴を公表し、所管省庁としての考え方、「患者本位」の医薬分業を実現すると提示している。本章では、それらを念頭において、薬局や薬剤師の取り巻く環境について整理する。

2.1. 薬剤師を取り巻く環境

2.1.1. 薬剤師の業規制

（薬剤師の業務には多くの規制）

薬剤師は薬剤師法に規定された資格であり、国家試験に合格した者に免許が与えられる（図表2-1）。受験資格として国内の場合、大学で6年間の修学が必要となる。薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤することができない。薬剤師は在宅訪問で調剤業務の一部を行うことの他は、薬局以外の場所で調剤することができない。また、薬剤師は医師等による処方せんによらなければ販売又は授与の目的で調剤してはならない。薬剤師が、保険薬局で保険調剤に従事するためには、厚生労働大臣の登録を受け保険薬剤師となる必要がある（図表2-2）。

図表2-1 薬剤師に関する規定

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 薬剤師は、薬剤師法に規定された資格である。・ 国家試験に合格した者に免許が与えられる。受験資格として、国内の場合、大学で6年間の修学が必要となる。・ 薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。ただし、医師、歯科医師、獣医師による一部の条件による調剤を除く。・ 薬剤師は、医療を受ける者の居宅等において医師又は歯科医師が交付した処方せんにより、当該居宅等において調剤の業務のうち厚生労働省令で定めるものを行う場合を除き、薬局以外の場所で、販売又は授与の目的で調剤してはならない。・ 薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方せんによらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。・ 薬剤師は、処方せん中に疑義があるときは、処方せん交付医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、疑義の確認後でなければ調剤してはならない。 |
|---|

（備考）「薬剤師法」により作成。

²³ 「経済財政運営と改革の基本方針 2015」（2015年6月30日閣議決定）によると、かかりつけ薬局の推進のため、薬局全体の改革について検討するとともに、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や医師との連携による地域包括ケアへの参画を目指す。2016年度診療報酬改定において、調剤報酬について、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性、保険薬局の果たしている役割について検証した上で、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化を行い、患者本位の医薬分業の実現に向けた見直しを行う、とされている。

²⁴ 厚生労働省（2015）によると、当ビジョンは「患者・住民にとって真に必要な薬局の機能を明らかにする」ものであり、医薬分業が本来目指す、患者・住民が医薬品、薬物療法等に関して安心して相談でき、患者ごとに最適な薬物療法を受けられるような薬局を目指す、としている。また、患者本位の医薬分業を実現するビジョンの全体を貫く基本的な考え方は、立地から機能へ、対物業務から対人業務へ、バラバラから一つへ、としている。

図表 2 - 2 保険薬剤師に関する規定

| |
|--|
| ・保険薬局において保険調剤に従事するためには、薬剤師は厚生労働大臣の登録を受け、保険薬剤師となる必要がある。(第64条) |
|--|

(備考)「健康保険法」により作成。

(薬局薬剤師は調剤に加え、一般用医薬品販売、健康管理、在宅医療等の業務も必要)

薬局薬剤師と病院薬剤師とでは、調剤業務以外の業務については職務範囲が大きく異なっている。薬局薬剤師は、一般用医薬品、医療機器、健康食品の販売の他、顧客の健康管理に関する助言、医師への受診勧奨や訪問薬剤管理指導業務も職務範囲である(図表2-3、4)。

図表 2 - 3 薬局薬剤師の職務範囲

| 業務種別 | 概要 |
|------------|-------------------------|
| 調剤業務 | ・医師の処方せんに基づき調剤を行う。 |
| 情報入手・提供 | ・医薬品情報の収集、提供。 |
| 一般用医薬品等の販売 | ・一般用医薬品、医療機器、健康食品などの販売。 |
| 患者・顧客サポート | ・健康管理に関する助言、医師への受診勧奨等。 |
| 在宅医療 | ・在宅訪問を行い、訪問薬剤管理指導業務を行う。 |

(備考)実務実習テキスト作成研究会「わかりやすい薬局実務実習テキスト(第3版)」により作成。

図表 2 - 4 病院薬剤師の職務範囲

| 業務種別 | 概要 |
|---------------|--|
| 調剤業務 | ・医師の処方せんに基づき調剤を行う。外来調剤と入院調剤がある。 |
| 外来化学療法室 | ・近年のがん治療は外来での治療が進んでいるが、薬剤師はレジメン(抗がん剤治療の計画書)チェック、抗がん剤の調整、説明、副作用確認、医師への処方提案などを行う。 |
| 救命救急業務 | ・救急搬送患者に対し、薬の選択、投与量・投与方法等を確認・調整する。 |
| 医薬品情報業務(DI業務) | ・医薬品に関する情報を取り扱う。取り扱う医薬品の情報収集・情報提供、副作用の情報収集・情報提供などを行う。 |
| 治験業務 | ・治験にチームの一員として参加し、医療機関における全ての治験薬を管理するとともに、治験薬が適正に投与されていることを確認する。 |
| チーム医療 | ・緩和ケア(医療用麻薬の適正使用、副作用チェック等)。 ・感染管理(感染発生監視などの院内感染防止)。 ・栄養管理サポート(静脈栄養液、経腸栄養剤の選択、適正使用の指導等)。 ・褥瘡管理(栄養、血圧、血糖等の適正コントロールのための処方提案等)。 ・病棟薬剤業務。 |
| 病棟薬剤業務 | ・入院患者と面談し、持参薬、市販薬、健康食品、服薬状況、アレルギー、副作用歴等を確認する。 |
| 疑義照会とプレアポイド | ・医師の処方せんに疑義照会をする。 ・薬歴、カルテ情報等の患者情報から投薬上の問題を確認する。 |
| 薬剤師外来 | ・患者の服薬上の問題や、他の医療機関の処方薬との相互作用の確認などを行う。また場合に応じ、医師・看護師に情報提供する。 |

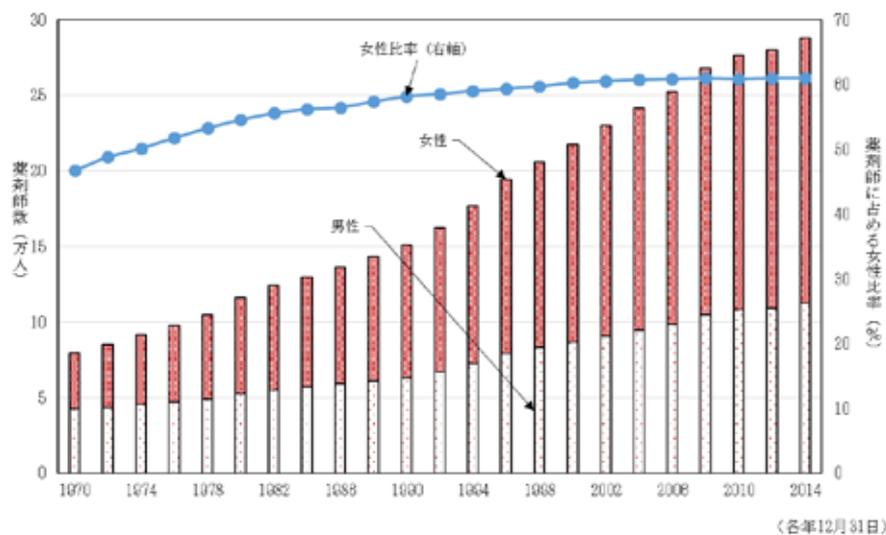
(備考)東京都病院薬剤師会HP掲載情報により作成。

2.1.2. 薬剤師の現状分析

(薬剤師数は増加傾向にあり、過半が女性)

薬剤師数は、1968年(79,393人)から2014年(288,151人)にかけて増加している。この間、女性比率が緩やかながらも上昇してきた(1968年(47%)から2014年(61%))(図表2-5)。

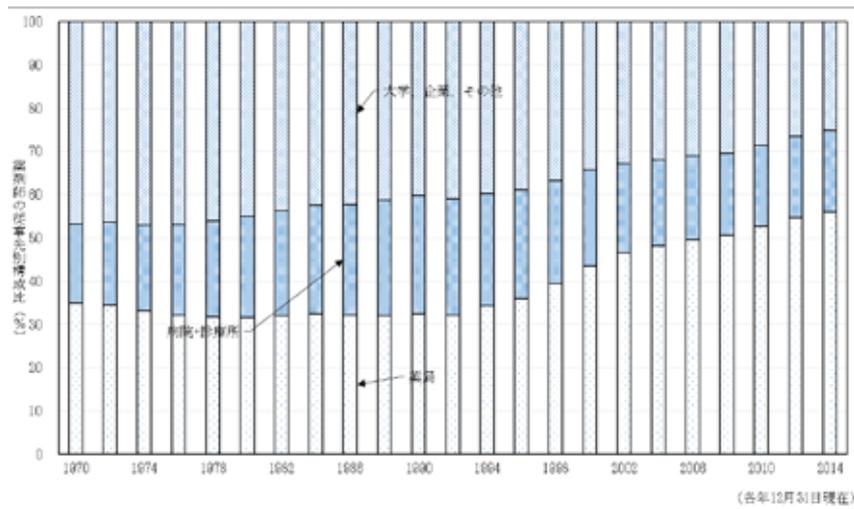
図表2-5 薬剤師数と性別比の推移



- (備考) 1. 厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師調査」により作成。
2. 各年12月31日現在。
3. 2014年12月31日現在では、3.6%(10,417人)が「無職の者」である。

次に、薬剤師の従事先別の構成割合の推移をみると、「大学、企業、その他」については、1970年(47%)から2014年(25%)にかけて減少傾向にある。「病院+診療所」については1968年(18%)から1992年に(27%)にかけて増加したが、1994年以降は減少している。一方、「薬局」は1970年(35%)から1994年(34%)にかけて若干減少したものの、1996年以降は増加し続け2014年(56%)に至っている(図表2-6)。

図表 2 - 6 薬剤師の従事先別の構成比の推移

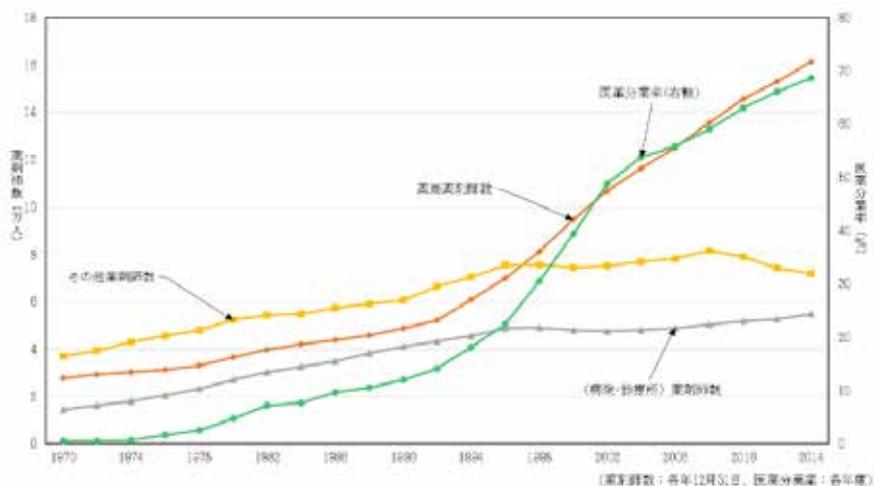


(備考) 図表 2 - 5 と同様に作成。

(1990 年代後半より、薬局薬剤師比率が上昇)

薬局薬剤師の構成比が上昇している 1990 年代以降の従事先別薬剤師数推移をみると、(病院+診療所)薬剤師数とその他薬剤師数は緩やかな増加に止まるなか、薬局薬剤師数は急増しており、その増加分が、薬剤師総数の増加となっている。(図表 2 - 7)。この動きと同時期の医薬分業率を並べると、医薬分業が急速に進展する一環として、需給両面から薬局薬剤師数の増加が必要になった時期だと考えられる。その後も、薬局薬剤師の実数は増加し続け、2014 年には約 16 万人になっている。

図表 2 - 7 従事先別の薬剤師数及び医薬分業率の推移

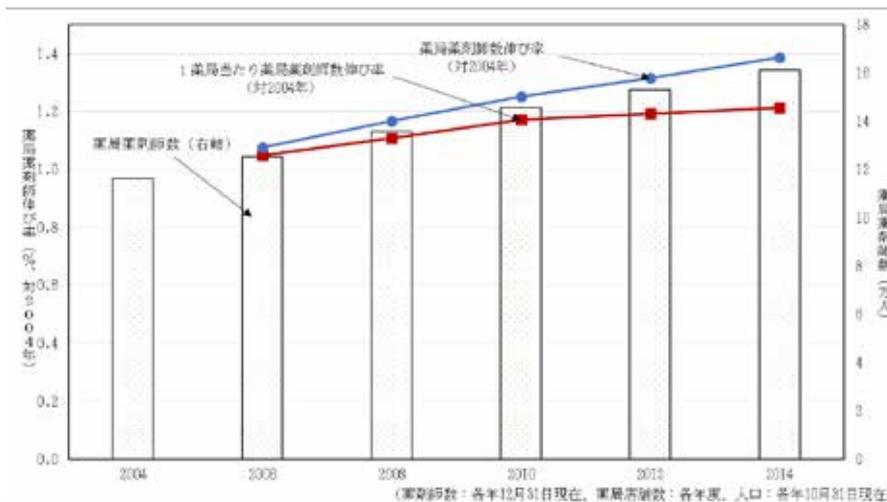


- (備考) 1. 厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師調査」、「医薬分業率等の推移」(第 1 回薬剤師需給の将来動向に関する検討会(2007 年 5 月 28 日)資料 4)、日本薬剤師会「医薬分業進捗状況」[http://www.nichiyaku.or.jp/kokumin.php?global_menu= 医薬分業 について &side_menu=医薬分業進捗状況](http://www.nichiyaku.or.jp/kokumin.php?global_menu=医薬分業について&side_menu=医薬分業進捗状況)(2017 年 3 月 1 日アクセス) により作成。
2. 薬剤師数は、各年 12 月 31 日現在。医薬分業率は各年度。

(薬局薬剤師数は増えているが、1 薬局当たりの薬剤師数の増加は緩やか)

薬局薬剤師は、2004 年 (116,303 人) から 2014 年 (161,198 人) にかけて、約 45,000 人 (1.4 倍) と、大きく増加している。一方で、保険薬局店舗数も 2004 年度 (50,600 店) から 2014 年度 (57,784 店) にかけて、約 7,000 件 (1.1 倍) 増加している。結果として、薬局薬剤師数は 1.4 倍増えているものの、1 薬局当たりの薬剤師数の伸びが 1.2 倍 (2004 年度の 2.30 (人 / 店)、2014 年度の 2.79 (人 / 店)) と、緩やかな増加に止まっている (図表 2 - 8)。

図表 2 - 8 1 薬局当たり薬局薬剤師数の推移

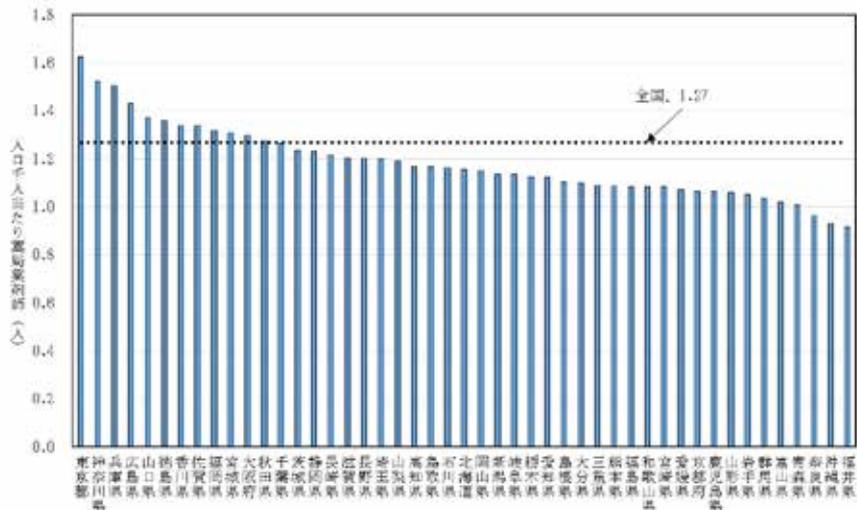


- (備考) 1 . 厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師調査」、「衛生行政報告例」、総務省「人口推計」により作成。
 2 . 薬剤師数は各年 12 月 31 日現在、薬局店舗数は各年度、人口は各年 10 月 31 日現在。
 3 . 2010 年度の薬局店舗数は、宮城県の薬局店舗数データが欠損していたことから、宮城県の薬局店舗数を、2009 年度の薬局店舗数 (1,097 店) と 2011 年度の薬局店舗数 (1,087 店) の平均値で補完した。

(人口千人当たりの薬局薬剤師数は増加しているが、地域差がある)

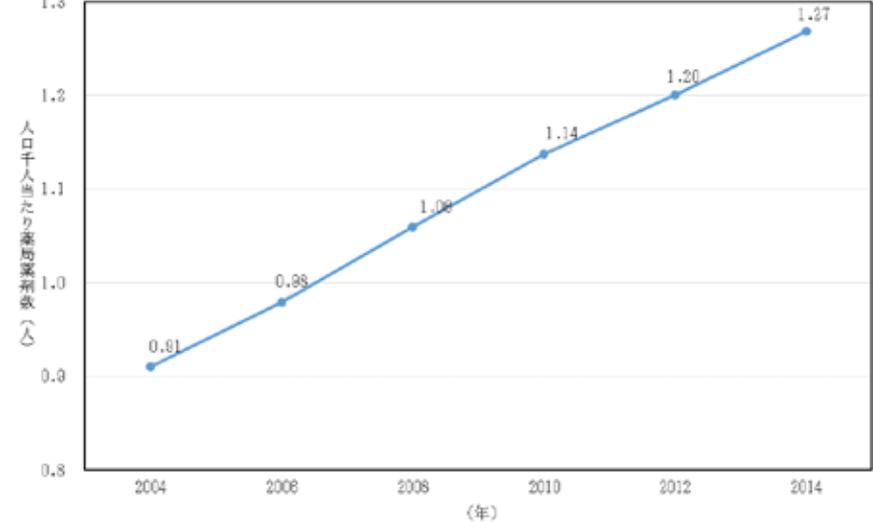
人口千人当たりの薬局薬剤師数は、2004 年 (0.91 人) から 2014 年 (1.27 人) にかけて、1.4 倍増加している。一方で、人口千人当たりの薬局薬剤師数は最大値の東京都 (1.62 人) から最小値の福井県 (0.92 人) まで、都道府県によりばらつきが見られる。

図表 2 - 9 人口千人当たり薬局薬剤師数（都道府県別）



（備考）1．厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師調査」、総務省「人口推計」により作成。
 2．薬剤師数は2014年12月31日現在、人口は2014年10月31日現在。

図表 2 - 10 人口千人当たり薬局薬剤師数の時系列推移



（備考）1．厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師調査」、総務省「人口推計」により作成。
 2．薬剤師数は各年12月31日現在、人口は各年10月31日現在。

2.2. 薬局を取り巻く環境

2.2.1. 保険薬局における主な業規制

（保険薬局には「運営面」と「構造設備面」から多くの規制）

保険薬局における業規制を「運営面」と「構造設備面」から整理する。運営面では、保険医療機関との一体的な経営の禁止や、対面販売・服薬指導の原則、処方せん枚数に応じた薬剤師配置基準等が規定されている。また、設備構造面では、保険医療機関との構

造上の一体化の禁止や、医薬品を購入しようとするものが容易に出入りできる構造であることを規定している。

図表 2 - 11 保険薬局における主な業規制（運営面）

| 概要 | 根拠法規制 |
|--|---------------------------------|
| ・ 保険医療機関と一体的な構造、一体的な経営の禁止 | 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 |
| ・ 保険調剤の際、保険医等が交付した処方せんの確認、被保険者証の確認が必要 | 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 |
| ・ 保険薬剤師は、調剤を行う際、患者の服薬状況及び薬剤服用歴の確認が必要 | 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 |
| ・ 保険薬剤師は、調剤後、遅滞なく、調剤録に調剤に関する必要事項の記載が必要 | 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 |
| ・ 薬剤師（薬局開設者又は管理者）が実地で薬局を管理しなければならない | 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 |
| ・ 処方せんにより調剤した薬剤の販売に当たっては、薬剤師が患者に対面し、必要な情報を書面等で提示し、指導することが必要 | 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 |
| ・ 薬局開設者又は医薬品販売業の許可を受けた者でなければ、業としての医薬品販売は禁止 | 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 |
| ・ 店舗販売業は、要指導医薬品又は一般用医薬品を、店舗において販売する業務であり、薬局医薬品の販売は禁止 | 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 |
| ・ 店舗販売業の店舗は、薬剤師又は登録販売者が実地で管理することが必要 | 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 |
| ・ 要指導医薬品は、薬剤師による販売が必要 また、薬剤師が患者に対面し、必要な情報を書面等で提示の上、指導することが必要 | 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 |
| ・ 一般用医薬品のうち、第一類医薬品については、薬剤師による販売が必要。第二類、第三類医薬品については、薬剤師又は登録販売者による販売が必要 | 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 |
| ・ 第一類医薬品の販売には、薬剤師による書面等による説明が必要であるが、患者から不要の意思表示があった場合には不要 | 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 |
| ・ 薬局の開店時間内は、常時、薬剤師が勤務することが必要 | 薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令 |
| ・ 薬局において調剤に従事する薬剤師数が、応需処方せん 40 枚につき 1 人以上必要 | 薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令 |
| ・ 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売する薬局では、常時、薬剤師が勤務することが必要 | 薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令 |

（備考）厚生労働省「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」、「薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令」により作成。

図表 2 - 12 保険薬局における主な業規制（構造設備面）

| 概要 | 根拠法規制 |
|--|--------------|
| ・ 薬局は、調剤された医薬品等を購入しようとする者が容易に出入りできる構造であり、薬局であることが明らかであることが必要 | 薬局等構造設備規則 |
| ・ 店舗販売業の店舗は、医薬品を購入しようとする者が容易に出入りできる構造であり、薬局であることが明らかであることが必要 | 薬局等構造設備規則 |
| ・ 薬局は医療機関から経済的、機能的、構造的に独立していることが必要 | 薬局業務運営ガイドライン |

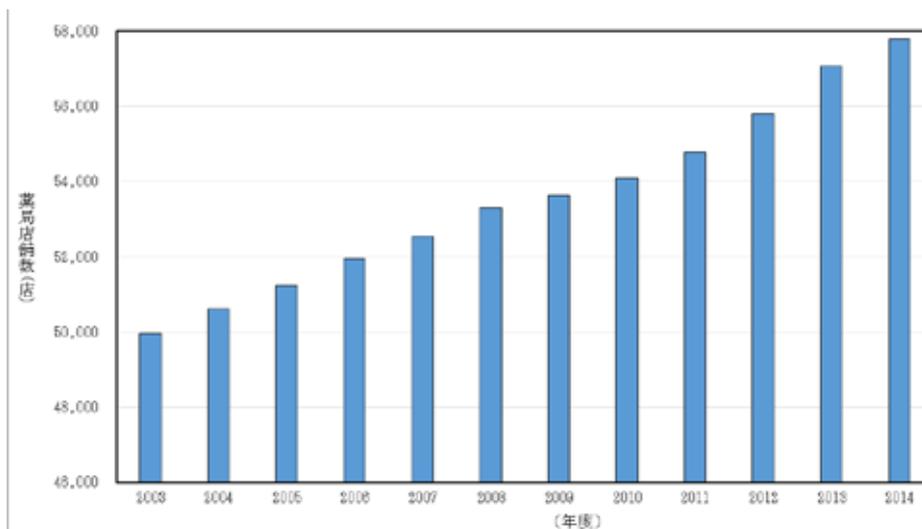
（備考）厚生労働省「薬局等構造設備規則」、「薬局業務運営ガイドライン」により作成。

2.2.2. 保険薬局の現状分析

(全国の薬局店舗総数は増加基調)

2003年度から2014年度までの全国の保険薬局店舗数の推移をみると、年度平均700店舗超のペースで増加傾向が続いており、2014年度には57,784店に達した。薬局店舗数はコンビニ(54,501店)²⁵、スーパー(約20,335店)²⁶、小学校(20,313校)²⁷よりも多い。

図表2-13 全国の保険薬局店舗数の推移



(備考) 1. 厚生労働省「衛生行政報告例」により作成。

2. 2010年度の薬局店舗数は、宮城県の薬局店舗数データが欠損していたことから、宮城県の薬局店舗数を、2009年度の薬局店舗数(1,097店)と2011年度の薬局店舗数(1,087店)の平均値で補完した。

(医療機関数や人口に対する薬局店舗数も増加傾向)

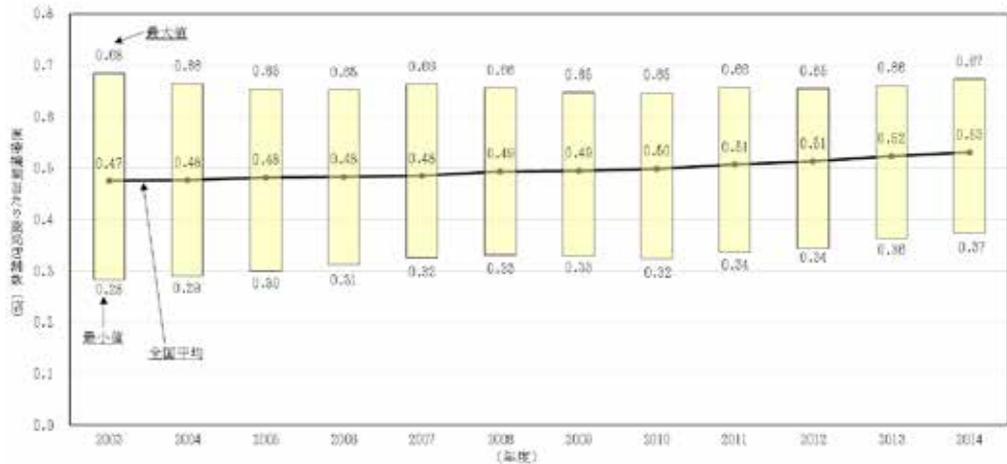
全国及び都道府県別の医療機関(病院+一般診療所)当たりの薬局店舗数の経年変化をみると、全国平均では、2003年度の0.47(店/医療機関数)から2014年度の0.53(店/医療機関数)へと増加傾向を示している。最大値では、2003年度の0.68(店/医療機関数)から2014年度の0.67(店/医療機関数)へと横ばいであるのに対し、最小値では、0.28(店/医療機関数)から0.37(店/医療機関数)と増加しており、都道府県間の差は縮小している(図表2-14)。

²⁵ 一般社団法人日本フランチャイズチェーン協会(2016)「コンビニエンスストア統計調査年間集計」による、2016年12月現在店数。

²⁶ 一般社団法人新日本スーパーマーケット協会「スーパーマーケット統計調査」<<http://www.j-sosm.jp/dl/index.html#tenpo>>(2017年3月2日アクセス)による2017年2月現在店数。総合スーパー1,843店、食品スーパー18,492店。

²⁷ 文部科学省(2016)「平成28年度学校基本調査」による、2016年度現在の校数。

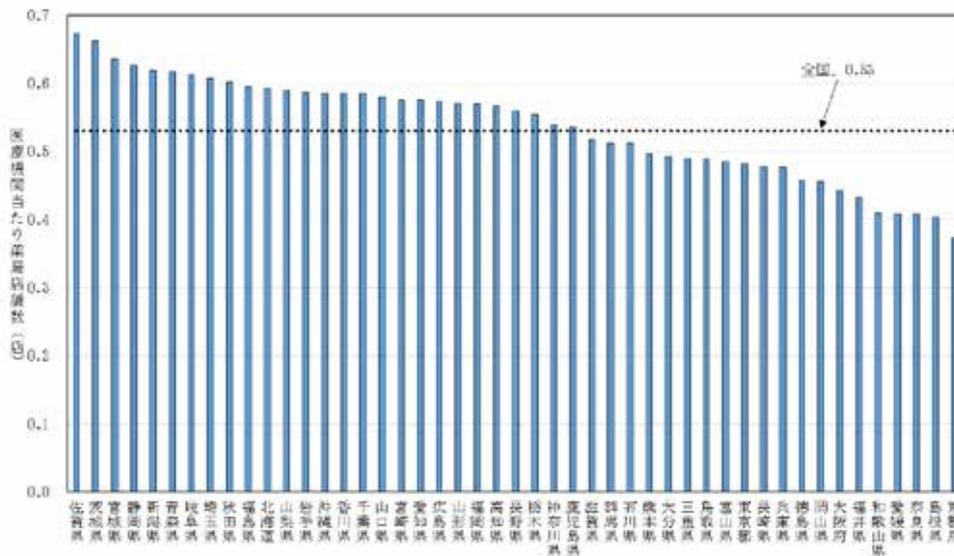
図表 2 - 14 医療機関当たり保険薬局店舗数の推移（都道府県別最大・最小値、平均値）



- (備考) 1. 厚生労働省「衛生行政報告例」、「医療施設調査」により作成。
 2. 2010年度の薬局店舗数は、宮城県の薬局店舗数データが欠損していたことから、宮城県の薬局店舗数を、2009年度の薬局店舗数(1,097店)と2011年度の薬局店舗数(1,087店)の平均値で補完した。

都道府県別でみた場合の最大値は、佐賀県(2014年度、0.67)、最小値は京都府(同、0.37)である。(図表 2 - 15)

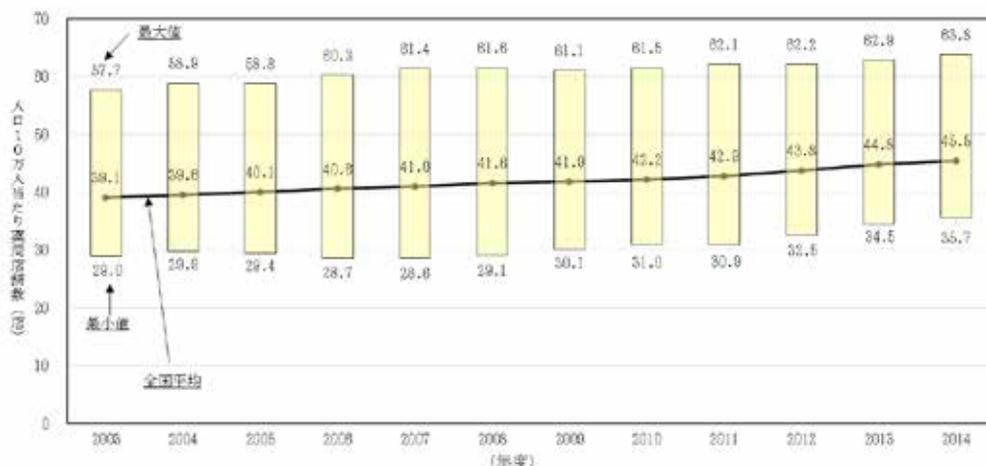
図表 2 - 15 医療機関当たり保険薬局店舗数(2014年度)



- (備考) 1. 厚生労働省「衛生行政報告例」、「医療施設調査」により作成。
 2. 医療機関数は「医療施設調査」における「病院」、「診療所」数を計上。

次に、全国及び都道府県別に人口10万人当たりの薬局店舗数の経年変化をみると、全国平均では、2003年度の39.1(店/人口10万人)から2014年度の45.5(店/人口10万人)へと増加傾向にある(図表 2 - 16)。

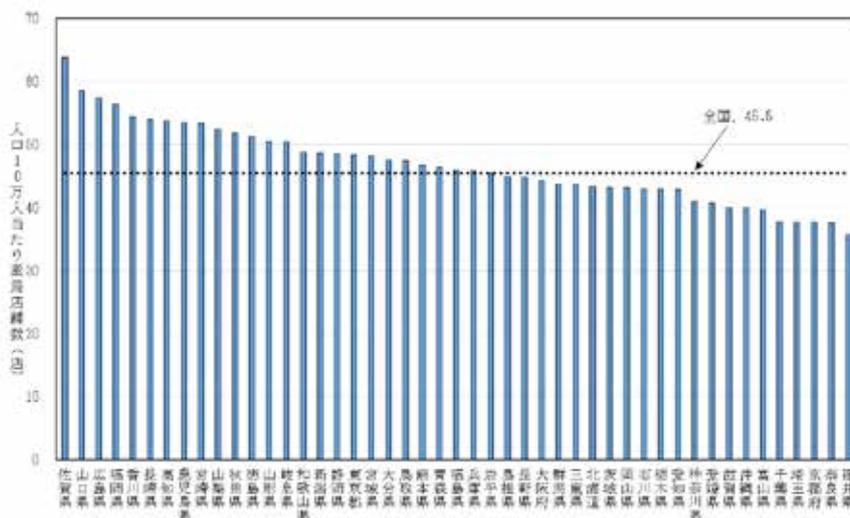
図表 2 - 16 人口 10 万人当たり保険薬局店舗数の推移（都道府県別最大・最小値、平均値）



- (備考) 1. 厚生労働省「衛生行政報告例」、総務省「人口推計」により作成。
 2. 薬局店舗数は各年度、人口は各年 10 月 31 日現在。
 3. 2010 年度の薬局店舗数は、宮城県の薬局店舗数データが欠損していたことから、宮城県の薬局店舗数を、2009 年度の薬局店舗数(1,097 店)と 2011 年度の薬局店舗数(1,087 店)の平均値で補完した。

都道府県別でみた最大値はやはり佐賀県(2014 年度、63.8)であり、最小値は福井県(同、35.7)である(図表 2 - 17)。

図表 2 - 17 人口 10 万人当たり保険薬局店舗数(2014 年度)

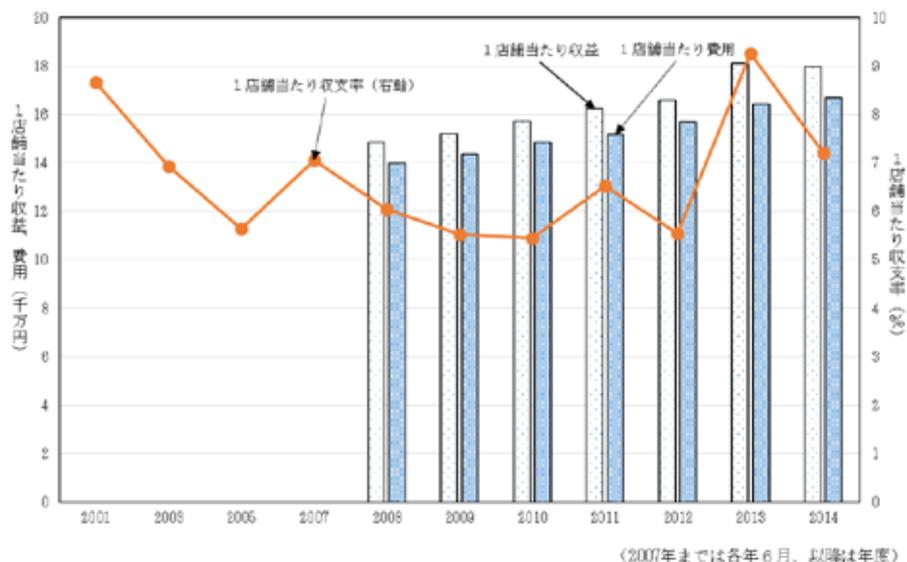


- (備考) 1. 厚生労働省「衛生行政報告例」、総務省「人口推計」により作成。
 2. 薬局店舗数は 2014 年度、人口は 2014 年 10 月 31 日現在。

(保険薬局の収支率は概ね横ばいで推移)

保険薬局店舗数は、実店舗数、医療機関当たり店舗数、人口10万人当たり店舗数のいずれも増加していることを確認した。続いて、厚生労働省「医療経済実態調査」²⁸により薬局1店舗当たりの経営状況を確認する。保険薬局1店舗当たりの収益額は、2008年度から2013年度まで増加したが、2014年度はおおむね横ばいとなっている。一方、費用については、増加が続いている。単純な収支率の推移をみると、2001年6月(8.7%)から2005年6月(5.6%)にかけて悪化した後、2012年度にかけて、5.5%程度から7.0%程度の間で推移し、2013年度に9.3%まで上昇、2014年度に7.2%に下落している。2001年度から2014年度までの期間全体でみると、おおむね横ばいで推移している(図表2-18)。

図表2-18 保険薬局の経営指標の時系列推移



- (備考) 1. 厚生労働省「医療経済実態調査」により作成。
2. 収支率は、(収益 - 費用) / 収益の式で算出している。
3. 2007年6月以前は1カ月分の収益・費用が調査対象となっていることから、グラフには表示していない。

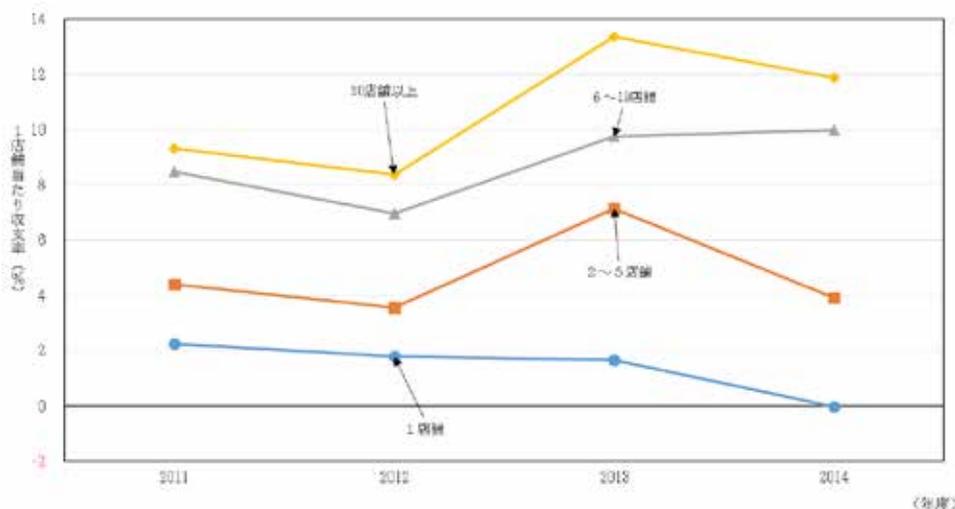
(法人規模が大きくなるに従い、収支率は上昇)

1店舗当たりの収支状況について、法人の規模別(1店舗、2~5店舗、6~19店舗、20店舗以上)にみると、規模が大きくなるほど、1店舗当たりの収益、費用のいずれも増加する傾向がある。収支率についてみると、2011年度から2014年度までの全ての年

²⁸ 「医療経済実態調査」は、医療機関等の医業経営実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とし、厚生労働省により2年1回行われている。保険薬局においては、調剤報酬明細書の取扱件数が300件以上の施設を対象とし、地域別に層化し、1/25の抽出率で無作為に抽出した施設を調査客体として行われている。「第20回医療経済実態調査」(2014年11月)において、調査対象施設数1,763件に対し、回答率72.9%(1,285件)、有効回答率51.7%(911件)であった。調査は、郵送方式及びHPを利用した電子調査方式により行われ、医療機関等管理者の自計申告の方法による。

度において、規模が大きくなるに従い、収支率が上昇する傾向が確認できる（図表 2 - 19）。

図表 2 - 19 1店舗当たり収支率の推移（法人規模別）



（備考）厚生労働省「医療経済実態調査」により作成。

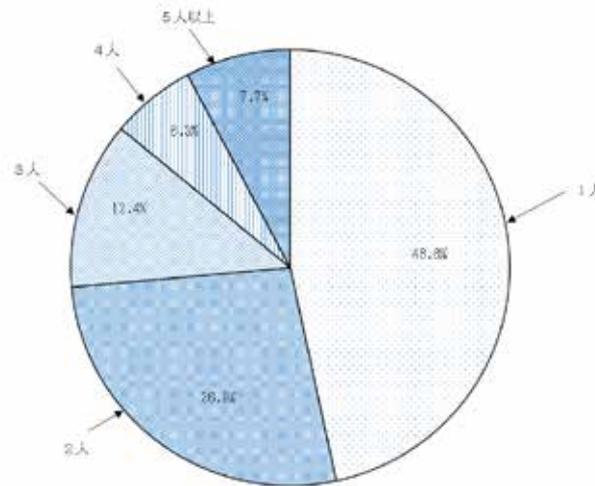
（24 時間対応・在宅医療を推進する中、常勤薬剤師 1 人薬局が半数）

厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」（2015 年 10 月 23 日）によると、かかりつけ薬剤師は、薬局の開局時間内に限らず薬物療法に関する相談、調剤、在宅対応を求められることが想定される。そうなれば、夜間・休日を含めた 24 時間対応を行うことや、在宅での薬学管理が求められる。

一方、薬局薬剤師数は増加しているものの、薬局店舗数も増加している。地方厚生局への届出内容から、常勤薬剤師として保険薬局に登録されている人数別に、全保険薬局に占める比率をみると、常勤薬剤師が 1 人しか登録されていない保険薬局が 47% と約半数を占めている。続いて、2 人体制の保険薬局が 27% であり、24 時間対応が出来るほど人員を抱えた店舗は希薄である²⁹。

²⁹ 厚生労働省(2015)によると、「平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成 25 年度調査)」の結果では、常勤換算した場合の 1 店舗当たり薬剤師数 2 人以上の薬局は 65.6%であった、と指摘している。

図表 2 - 20 全保険薬局に占める常勤薬剤師の人数別の保険薬局店舗数の比率



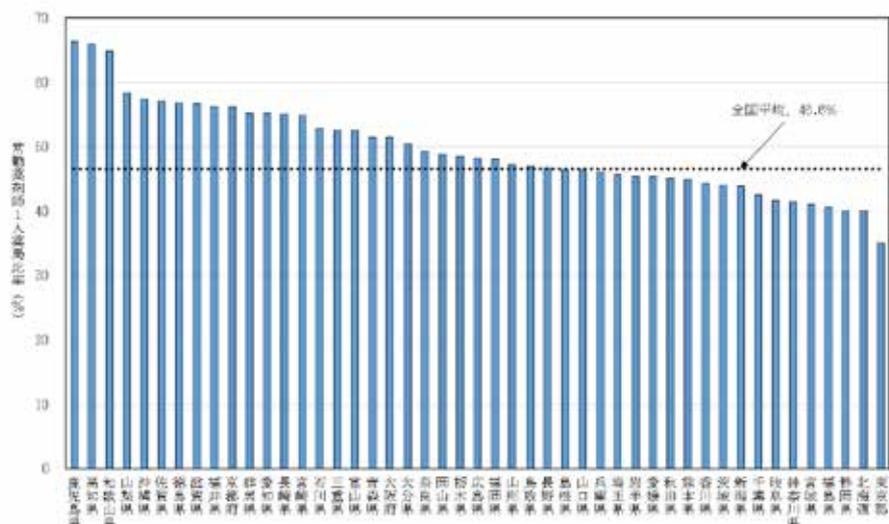
- (備考) 1. 各地方厚生(支)局「コード内容別医療機関一覧表」(2017年3月6日アクセス)により作成。
 2. 常勤勤務人数を計上(若干数、医師・歯科医師の登録も含む)し、非常勤勤務人数は含まない。
 3. 東北厚生局、近畿厚生局、四国厚生局は2017年2月1日現在。北海道厚生局、関東信越厚生局、東海北陸厚生局、中国厚生局、九州厚生局は2017年3月1日現在。

(常勤薬剤師1人薬局比率には地域差)

全保険薬局に占める常勤薬剤師1人薬局の比率は、鹿児島(66.3%)、高知(66.0%)、和歌山(64.9%)が高く、東京(35.0%)、北海道(40.0%)、静岡(40.0%)が低い。常勤薬剤師1人薬局では、薬剤師が店舗を離れる場合、業規制上、営業を続けることができないため、処方せんへの調剤対応を行う薬局において、日中における在宅対応は容易な事ではない。また、24時間対応は、電話による対応を想定する場合が多いと考えられるが、常勤薬剤師1人薬局において、365日の電話対応を想定した非営業時間を送ることは、心身ともに過度な負担がかかることが考えられる。

したがって、対物業務から対人業務への変換が求められ、地域包括ケアシステムを構築し、24時間・在宅対応が求められているにも関わらず、常勤薬剤師1人薬局において、患者サービスを向上させる取組に積極的に関与できる余地は少ない。常勤薬剤師1人薬局が個々別々の薬局での対応は困難であるため、1店舗当たりの配置薬剤師数を増加させることや、複数の薬局で連携して取り組むことが必要となってくるが、まずは、地域における適正薬局店舗数、適正薬局薬剤師数の検討、また薬局間の連携の仕方を模索することが必要であろう。

図表 2 - 21 全保険薬局に占める常勤薬剤師 1 人薬局店舗数の比率（都道府県別）



- (備考) 1. 各地方厚生(支)局「コード内容別医療機関一覧表」(2017年3月6日アクセス)により作成。
 2. 常勤勤務人数を計上(若干数、医師・歯科医師の登録も含む)し、非常勤勤務人数は含まない。
 3. 東北厚生局、近畿厚生局、四国厚生局は2017年2月1日現在。北海道厚生局、関東信越厚生局、東海北陸厚生局、中国厚生局、九州厚生局は2017年3月1日現在。

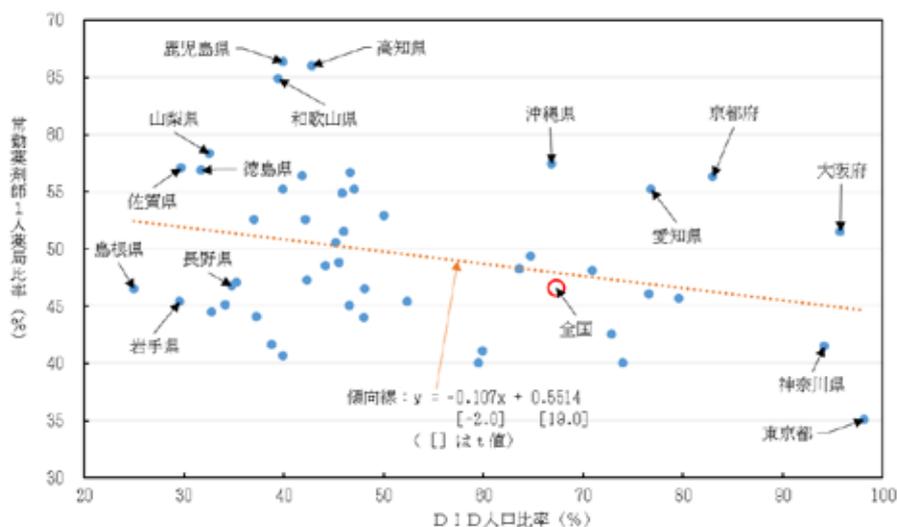
(人口密度が低いほど、全保険薬局に占める常勤薬剤師 1 人薬局の比率は高い傾向)

常勤薬剤師 1 人薬局の比率と当該都道府県の人口集中地区(DID)人口比率の関係を描くと、佐賀県(DID人口比率 29.8%、常勤薬剤師 1 人薬局比率 57.1%)、山梨県(同 32.6%、同 58.3%)、徳島県(同 31.7%、56.8%)等、人口密度が低い地域では、全保険薬局に占める常勤 1 人薬局比率が高い傾向がある。こうした傾向を踏まえると、単独で開業している薬局の割合が高い地域においては、その実情を踏まえた対応が一層不可欠である。

しかしながら、調剤報酬は全国一律に適用されるため、処方せん数や患者の少ない地域では収益が少なくなり、場合によっては事業の継続が困難となる。地域医療を支えている薬局に対し、当該地域で事業を継続できるように工夫することも必要である。特に、医療サービスの希薄な地域においては、薬局が担う範囲は大きく、実質的な地域医療ネットワークを支えているケースも少なくない。

現状、調剤基本料を決定する施設基準における構成要素として、処方せん受付回数、集中率、受結率、かかりつけ薬剤師としての業務実績などが含まれているが、地域社会・医療環境の特性を反映するものは存在しない。事業継続の観点からは、調剤基本料の要件、配賦額などにおいて、業務目的やアウトカムを考慮したものとすることも一案である。

図表 2 - 22 D I D 人口比率と全保険薬局に占める常勤薬剤師 1 人薬局比率の分布
(都道府県別)



- (備考) 1. 総務省「国勢調査」、「人口推計」、各地方厚生(支)局「コード内容別医療機関一覧表」(2017年3月6日アクセス)により作成。
2. 常勤勤務人数を計上(若干数、医師・歯科医師の登録も含む)し、非常勤勤務人数は含まない。
3. 東北厚生局、近畿厚生局、四国厚生局は2017年2月1日現在。北海道厚生局、関東信越厚生局、東海北陸厚生局、中国厚生局、九州厚生局は2017年3月1日現在。D I D人口比率密度は、2010年国勢調査による。
4. 人口集中地区(以下、D I D)とは、国勢調査基本単位区及び基本単位区内に複数の調査区がある場合は調査区(以下「基本単位区等」という。)を基礎単位として、1)原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境域内で互いに隣接して、2)それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域をいう。D I D人口比率は、D I D人口を人口で除して、求めた。

3.まとめ

本分析では、医療費増大の背景にある調剤医療費の費用構造に注目し、外来投薬に係る技術料の費用構造、調剤報酬における技術料の整理、薬局・薬剤師の取り巻く環境等の分析を実施した。

調剤医療費は、過去14年で2.4倍に増加したが、その背景には、医科及び調剤報酬の双方への技術料の加配により推進されてきた医薬分業率の上昇がある。医薬分業率は、2015年度には約70%に至っている。但し、近年は、処方せん枚数の増勢は鈍化し、投薬患者数は減少傾向にある。将来、処方せん発行枚数は減少に転じることになると、保険薬局の追加的な出店によって得られる増収機会はマクロ的に消失することになる。

外来投薬時の薬剤費と技術料について、院内処方と院外処方の場合に分解してみると、双方ともに、院外処方の増加に伴い、増加してきた。但し、最近では院外処方時の外来投薬に係る技術料は減少している。また、外来薬剤費1,000円当たり技術料をみると、院外処方時には、院内処方時の約3.3倍必要であり、高い技術料に見合うサービスが患者に提供されているのか否か、技術料の水準の妥当性が説明されるべきである。

調剤報酬に含まれる技術料の構造をみると、調剤基本料は、処方される医薬品の種類や調剤内容ではなく、立地や施設要件の施設基準で単価が決まるため、ばらつきが大きい。また、大型駅前薬局に対するディスインセンティブの一つとして、処方せんの集中割合等によって、調剤基本料の減額が制度化されているが、その適用は、全保険薬局の10%に過ぎず、実効性に乏しい。さらに、減額は利用者メリットとなり集中を一層促す矛盾を抱えている。また、調剤料は、投薬される医薬品の数量の増加に伴い膨張する構造になり、技術料の半数を占めている。

他方、薬学管理料は、これら、施設基準や調剤数量に伴って増加する技術料とは異なり、薬学的管理、服薬指導及び情報提供などの取組を評価して算定されるものである。しかし、その薬学管理料も、実質的には調剤基本料と同様に、処方せん受付回数に準じて算定されている。その上、薬学管理料には「加算」に該当する算定項目が少ないことから、処方せん1枚における算定点数に大きな違いが出ない構造になっている。

薬学管理料は、調剤報酬における技術料の17.5%に止まっている。薬剤師の業務を「対物業務」から「対人業務」に転換するためには、技術料に占める薬学管理料を引き上げることや、薬学管理料に相当する対人業務を基本業務と規定して、包括化評価をする調剤報酬体系も考えられる。

薬剤師の現状をみると、医薬分業の進展に伴い、特に保険薬局に従事する薬剤師数が急増し、2014年には16万人に至る。一方、保険薬局の店舗数も同様に増加したこともあり、保険薬局当たり薬剤師数の増加は緩やかな伸びに止まっている。そのような動きも背景にあり、全保険薬局に占める常勤薬剤師1人薬局比率が約半数を占め、特に、人口密度の低い地域では、常勤薬剤師1人薬局の割合が高い傾向も確認できる。

薬局の開局時間内に限らず薬物療法に関する相談、調剤、在宅対応が求められる「かかりつけ薬局・薬剤師」には、夜間・休日を含めた24時間対応を行うことや、在宅での薬学管理が求められる。人口密度の低い地域にて常勤薬剤師1人薬局の比率が高い現状で、「かかりつけ薬局・薬剤師」を推進するためには工夫が必要である。立地過多の都市部では薬局の集約化、希薄な地域では連携が進むよう、地域社会・医療環境の特性に応じた調剤報酬を検討することも一案である。

参考文献

- [1] 「経済財政運営と改革の基本方針 2015」(2015年6月30日閣議決定)
- [2] 「規制改革実施計画」(2015年6月30日閣議決定)
- [3] 「経済・財政アクション・プログラム」(2015年12月24日経済財政諮問会議決定)
- [4] 内閣府(2003)「医薬分業の進捗状況と保険財政への影響」
- [5] 厚生労働省(2016a)「平成28年度調剤報酬改定及び薬剤関連の診療報酬改定の概要」
- [6] 厚生労働省(2016b)「平成28年度薬価制度改革について」
- [7] 厚生労働省(2016c)「薬価基準改定の概要」
- [8] 厚生労働省(2007)「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)資料4)
- [9] 厚生労働省「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 後発品の使用状況調査」(各年度)
- [10] 厚生労働省(2016d)「薬価算定の基準について」(2016年2月10日保発0210第1号)」
- [11] 厚生労働省「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」
- [12] 厚生労働省「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」
- [13] 厚生労働省「薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令」
- [14] 厚生労働省「薬局等構造設備規則」
- [15] 厚生労働省「薬局業務運営ガイドライン」
- [16] 厚生労働省「薬剤師法」
- [17] 厚生労働省「健康保険法」
- [18] 厚生労働省(2016e)「診療報酬の算定方法の一部を改正する件 別表1(医科点数表)」(平成28年厚生労働省告示第52号)
- [19] 厚生労働省(2016f)「診療報酬の算定方法の一部を改正する件 別表3(調剤点数表)」(平成28年厚生労働省告示第52号)
- [20] 厚生労働省(2015)「患者のための薬局ビジョン」(2015年10月23日)
- [21] 一般社団法人日本フランチャイズチェーン協会(2016)「コンビニエンスストア統計調査年間集計」
- [22] 一般社団法人新日本スーパーマーケット協会「スーパーマーケット統計調査」
- [23] 日本薬剤師会(2015)「地域の住民・患者から信頼される「かかりつけ薬剤師」「かかりつけ薬局」の役割について」(2015年9月)

- [24] 実務実習テキスト作成研究会 (2012) 「わかりやすい薬局実務実習テキスト (第 3 版) 」
- [25] 秋葉保次、中村健、西川隆、渡辺 徹 編集 (2012) 「医薬分業の歴史 証言で綴る日本の医薬分業史」
- [26] 赤木佳寿子 (2013) 「医薬分業と二つの政策目標 - 医薬分業の進展の要因 - 」 『社会薬学 (Jpn . J . Soc . Pharm) 』 Vol . 32 , No 2 , 2013
- [27] 藤田道男 (2014) 「 2025 年の薬局・薬剤師 未来を拓く 20 の提言」
- [28] 前田由美子 (2010) 「長期処方についてのアンケート調査報告 - 6 道県におけるパイロットスタディ 」 『日医ワーキングペーパー』 No225