

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。

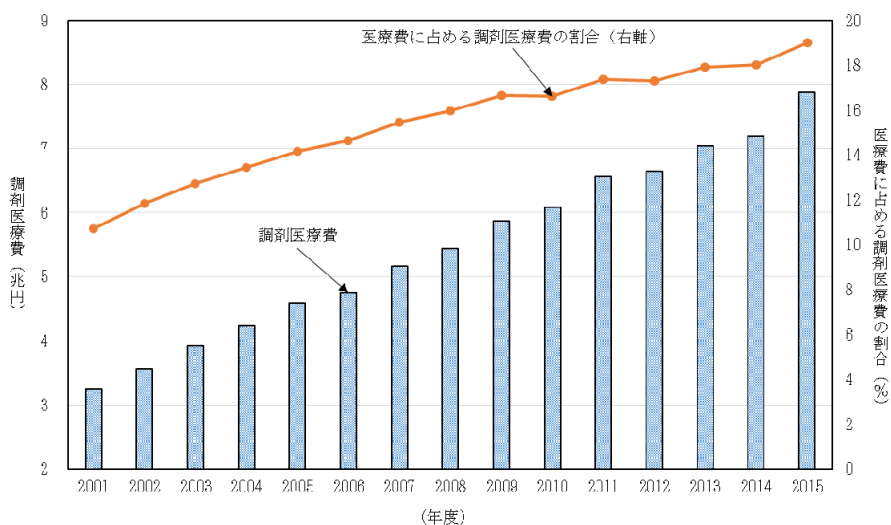
1. 1. 医薬分業の目的とこれまでの促進施策

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。

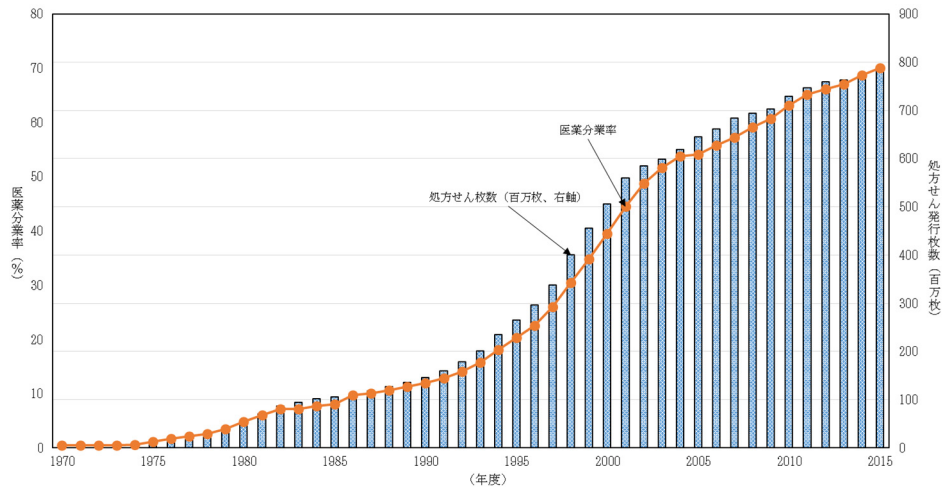
図表1-1 調剤医療費の推移



(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「日本の医薬の隆盛を期すには、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蒿矢となり、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て、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）

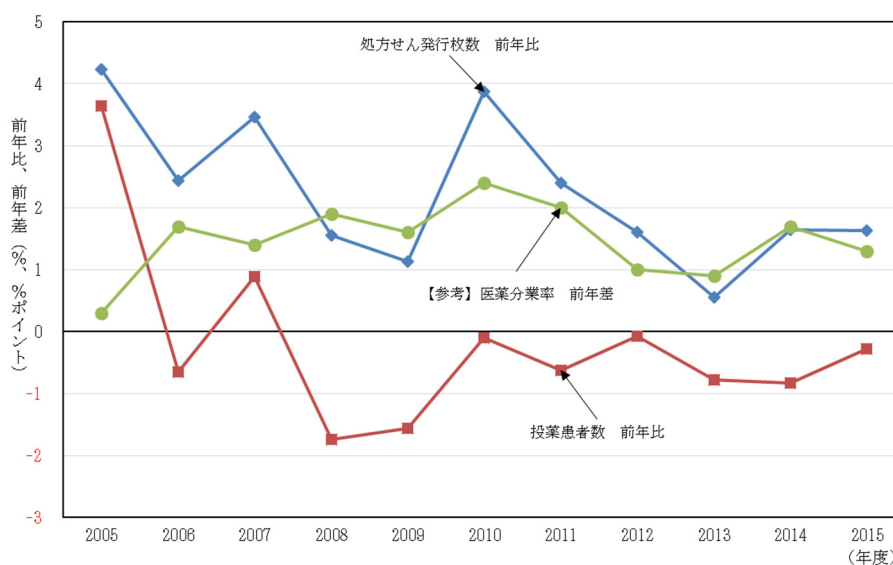
医薬分業率は、医科及び歯科診療において投薬を受ける患者数と、そのうち処方せんが発行される（院外処方）比率により決まる。処方せん発行枚数の増加率をみると、2005年度以降増加が続いているものの、2010年度を境に伸び率は鈍化している（図表1－6）。この要因の一つは、投薬患者数が2008年度以降減少に転じていることである。⁷

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。