

医療機関全体では、1996年の28.5%から2024年の24.4%へと若干の減少にとどまっている。病院は1996年の26.0%から2007年の18.0%へと減少基調で推移し、一転して2008年から増加基調となり2024年に26.8%へと復元している。

診療所は1996年の34.5%から2024年の19.7%へと往時の6割程度へと比率を下げているが、依然と約2割を占めており、低くはない(参考)。

院内処方施設は患者の利便性と経済負担軽減に配慮

院内処方施設は院外処方施設に比べて、医療機関が得られる診療報酬は低い。院内処方は処方料42点と調剤料11点の計53点であり、院外処方の処方箋料60点より低い。また昔のように薬価差益が20%もあった時代と異なり現在は数%程度しかなく、保管損耗分を勘案すると医薬品を購入し院内処方をする経済的メリットは殆どない。

しかも、院内処方は、医薬品の保管スペースの確保や納品・仕分け・不足品の発注、消費期限切れの薬品廃棄などの在庫管理のため時間と人員や、調剤のための設備・器材、薬剤師などの人員を必要とする。入院患者への投薬・注射が常態の、病院での外来患者への院内処方と違い、診療所では経済的なメリットはない。

逆にいうと、患者にとっては院外処方での医療機関での処方箋料60点と薬局での調剤基本料など約300点に伴う患者負担1,080円(3割負担の場合)を支払うのと違い、院内処方では159円と経済的に軽い負担で済む。院外処方は医療機関の受診と薬局での医薬品の調剤と2か所に足を運ぶのに対し、院内処方ならワンストップで医薬品の説明を受け、会計も一度で済む。高齢者や乳幼児を抱える保護者などの利便性は高い。

医薬分業は医師、薬剤師の専門性の発揮や、薬剤師による処方監査、重複投薬や飲み合わせや誤投薬のチェック、複数

の医療機関受診の患者に対する薬局での患者の服薬状況の一元管理など、そのメリットが唱えられ、各種の政策誘導が図られ、今日に至っている。

しかし、既にみたように、院内処方を実施する医療機関は4割と厳然として存在し、実施率が高率の地域もある。このことは、経済的リスクをとりながらも、患者の経済負担と利便性に配慮し、院内処方を実施してきていることを意味している。

先にみた、院内処方のみ施設の減少だが、これは累計で約▲16%となった、20数年来の診療報酬のマイナス改定(ネット)の下、経営的に厳しくなり、院外処方へと切り替えていったことが伺われる。

ただ、それでも院内処方を実施し続けている、診療所の姿がみてとれる。

分業への現場評価は否定が肯定上回るも、3分割

この医薬分業は、果たして患者のため、医療機関のためになっているのか。

日医総研ワーキングペーパーNo.430「調剤報酬と医薬分業の現状—医科と調剤の関係に注目して—」(日本医師会総合政策研究機構・前田由美子氏 2019年5月28日)<sup>1)</sup>では、調剤技術料の変遷や大手調剤薬局の業績、患者負担などを仔細に分析。その上で、「対物業務から対人業務」を合言葉に服薬指導など調剤報酬を厚く評価してきたものの患者にメリットがないと指摘されている。と厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会の「医薬分業に関するとりまとめ」を引き問題提起している。

少し古くなるが、当協会政策部では2015年に医科会員3,155名を対象に「医薬分業に関するアンケート」調査を実施した(回答率18.6%、回答数588、実施期間5月26日~6月7日、FAX送信でFAX返答)<sup>2)</sup>。これは規制改革会議が医療機関の施設内や敷地内への調剤薬局の開設を求め、総務省が関連の斡旋を厚労省に通知したことを背景に医薬分業に関する会員の意識把握を目的に実施したものである。

この中で、医薬分業は「患者のためになっていると思うか」の設問に対し、「なっていない」40.8%、「なっている」29.9%、「わからない」28.2%と、否定的評価が肯定的評価を上回っている。

一方、医薬分業は「医師のためになっていると思うか」に対しては、「なっている」46.4%、「なっていない」28.1%、「わからない」25.2%と逆転し、肯定的評価が否定的評価を上回っている。

この設問は「意見」欄を設けていないが、欄外に双方あわせて64件(10.9%)のコメントが記されている。そこから、患者のために「なっていない」は、嵩む患者負担の大きさや費用と均衡しないサービスへの批判があり、逆に「なっている」は、複数医療機関受診、処方薬の二重チェックや薬の説明を挙げている。

医師のために「なっている」のは、在庫を抱えなくて済む経営上の利点、物販から解放され医療に専心できる点が、逆に「なっていない」では災害時等を考えれば在庫も必要と説くものもある。

患者、医師いずれにとっても「わからない」が25%前後あり、白黒つけられない現状も縷々記されている。

ほかにダブルチェックの有効性を認めながらも改善の必要性を説くものや、医薬分業に乗り営利企業と営利薬剤師が暴利をむさぼるだけ、結果的に医療機関の薬価差が解消された、院内を門前化しただけなど政策による翻弄への批判とともに、薬剤師の質に左右されるとするものが数多くみられた。

このように医薬分業への医療現場の評価は、否定・肯定・不明で3つに割れていた。以降の薬剤を巡る諸施策の変転をみるにつれ、現在もこの評価はさほど変わっていないと思われる。

分業の詳細調査分析と検証、政策思想の確立が肝要

当協会の調査以降、2016年に厚労省は

「規制改革実施計画」(平成27年6月30日閣議決定)に基づき、敷地内薬局を認める通知を发出。「面分業推進」に逆行する施策が敷かれ、現在まで400件弱が誕生する(2023年6月時点で371件)。2026年の調剤報酬改定では更に一転。門前型薬局や医療モール型薬局の設立が続出し、多くの薬局は依然として立地に依存しており、このままでは地域移行も全く進まないとし、門前薬局等の立地に依存する薬局に対する評価を見直した。門前薬局等の新規参入を防ぐ「門前薬局等立地依存減算」▲15点を導入し基本調剤料47点の評価を下げた。

懸案だった医療法改定で創設された「オンライン診療受診施設」(オンライン診療専用のハコもの施設・ブース)の薬局内併設、同一敷地内設置へは患者誘導を防ぐ観点で、強力な減算措置▲42点がとられたが、併設は可能であり無医地区等は減算が除外されている。

「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ、を謳う薬局ビジョンが策定され10年余が経過したが、門前薬局は2015年時点から増加しており、施策の不整合や政策思想の欠如を問われかねない。

2025年の財務省財政制度等審議会の「春の建議」や、同年12月5日の中協総会での支払側から、処方箋料を引き下げ処方料と同水準とすべきと主張がなされている。しかし、処方料を引き上げるのが筋である。

医薬分業に関し、医療施設や地域の医療資源に着目した詳細な調査分析とともに、患者・医療機関・薬局の意識調査も行い、総合的な検証をすべきだと考える。

医療人材や医療資源、医療財源の効率的・有効的活用の観点からも必須と思われる。 2026年5月13日

\*1: 「調剤報酬と医薬分業の現状—医科と調剤の関係に注目して—」 https://www.jmari.med.or.jp/result/working/post-436/

\*2: 神奈川県保険医新聞2015年9月5日「協会『医薬分業アンケート』まとめ 営利参入・チェーン化に反対が5割超」

◆図表 表A 処方様態別の施設数割合と処方数割合

Table with 3 columns: 施設数割合, 処方数割合, and rows for 院内処方のみ, 院内外併用, 院外処方のみ.

\*以下の表2、表3より作成

表2 院内・院外処方施設の割合(施設単位での医薬分業率)

Table with 11 columns: 施設数, 構成比, 実数, 比率, and rows for 病院, 診療所, 総合計.

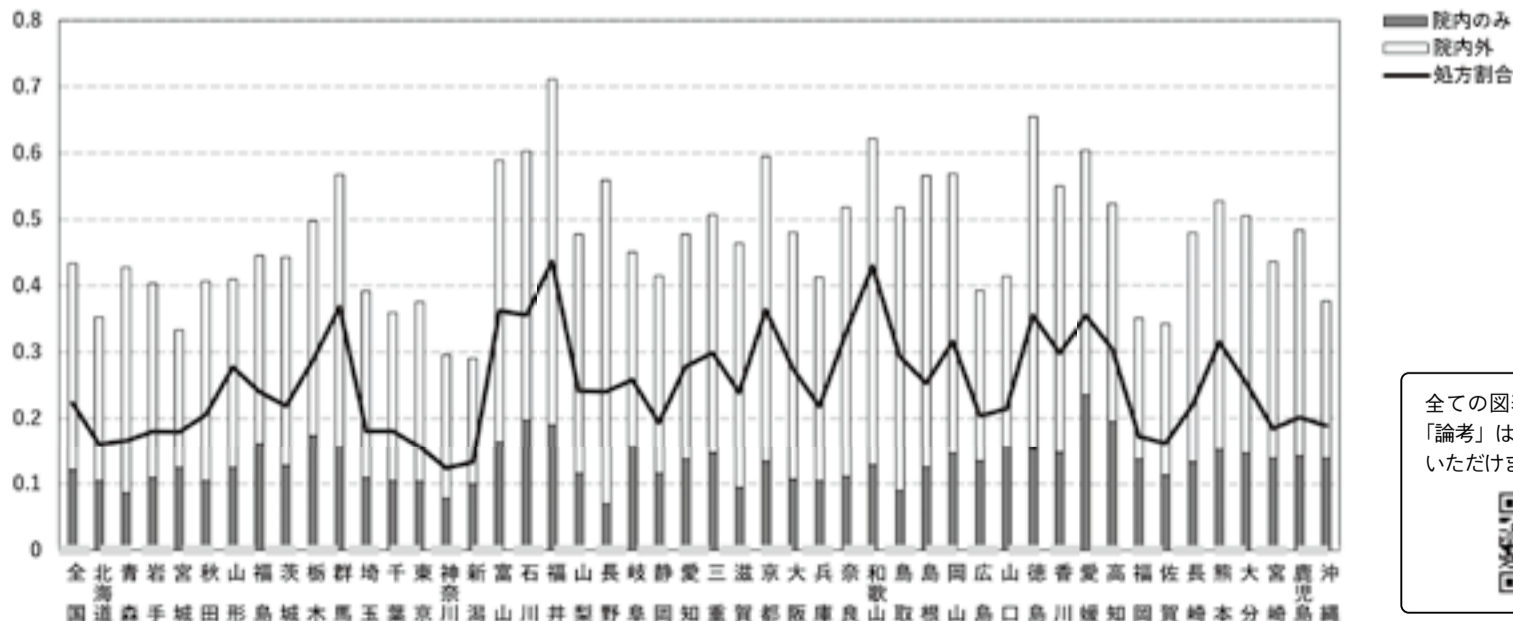
1) 令和5年 医療施設調査(静態調査)全国編 第61表、第149表より作成
2) 「総数」は処方実施施設の合計。「院内のみ」は院内処方みの施設。「院外のみ」は院外処方みの施設。「院内外」は院内処方と院外処方の併用。
3) 「院内合計」=「院内のみ」+「院内外」。「院外合計」=「院外」+「院内外」。「比率」は総数に占める割合。「構成比」は総合計数に対する割合。

表3 院内・院外処方数の施設別割合(施設単位での処方数の状況)

Table with 16 columns: 施設数, 処方数, 構成比, 院内のみ, 比率, 院外のみ, 比率, 院内外, 比率, 院内, 内訳構成, 院外, 内訳構成, 処方数, 院内比率, 処方数, 比率.

1) 令和5年 医療施設調査(静態調査)全国編 第61表、第149表より作成
2) 「総数」は処方実施施設の合計。「院内のみ」は院内処方みの施設。「院外のみ」は院外処方みの施設。「院内外」は院内処方と院外処方の併用。
3) 「院内合計」=「院内のみ」+「院内外」。「院外合計」=「院外」+「院内外」。
4) 「処方数」は院内は回数、院外は枚数。「構成比」は総合計数への割合。「比率」は総数の処方数への割合。「内訳構成比」は「院内外」の処方数の内訳構成。

図2 院内処方の施設(院内のみ+院内外)割合と処方(処方料)割合(都道府県別)



全ての図表を掲載した当該「論考」は協会HPからお読みいただけます。
[QR Code]