

参考文献

- 尾形裕也(2000), 『21世紀の医療改革と病院経営』, 日本医療企画
- 河村真・大石亜希子(1993), 医療機器の普及における地域間格差と CT スキャナーの導入要因分析, 日米医療システムの比較研究-日米医療制度の計量分析-所収, pp.141-187, 総合研究開発機構(NIRA)
- 西村周三(1987)『医療の経済分析』東洋経済新報社
- 宮島英昭、近藤康之、山本克也(2001) 企業統治・外部役員・企業パフォーマンス—日本企業システムの形成と変容、日本経済研究 NO.43
- 山本克也(2000), 国民健康保険被保険者の医療機関選択の態様, 厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業報告書『縦覧点検データによる医療需給の決定要因の分析』
- (2001), 患者の診療機関選択;患者の受診行動と地域医療供給, 厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「地域の医療供給と患者受診行動に関する分析」報告書所収
- ・近藤康之・佐藤格 (2002), 患者の受診行動と医療費, 2002年日本経済学会 秋季大会(広島大学) 報告論文
- 厚生省統計情報部, 受療行動調査, 平成11年版
- 国民健康保険中央会, 国民健康保険の実態 平成10年版

表1 6月1カ月分の総収支差額からみた黒字・赤字病院の数および構成割合

年次	総数			自治体			その他公的			私的		
	病院数 割合	黒字	赤字	病院数 割合	黒字	赤字	病院数 割合	黒字	赤字	病院数 割合	黒字	赤字
	(病 院 数)											
平成10	1,188	322	866	690	50	640	243	118	125	255	154	101
11	1,178	370	808	697	72	625	229	127	102	252	171	81
12	1,148	406	742	658	80	578	228	147	81	262	179	83
13	1,208	409	799	684	77	607	229	137	92	295	195	100
14	1,219	267	952	686	28	658	245	98	147	288	141	147
	(構 成 割 合)											
平成10	100.0	27.1	72.9	100.0	7.2	92.8	100.0	48.6	51.4	100.0	60.4	39.6
11	100.0	31.4	68.6	100.0	10.3	89.7	100.0	55.5	44.5	100.0	67.9	32.1
12	100.0	35.4	64.6	100.0	12.2	87.8	100.0	64.5	35.5	100.0	68.3	31.7
13	100.0	33.9	66.1	100.0	11.3	88.7	100.0	59.8	40.2	100.0	66.1	33.9
14	100.0	21.9	78.1	100.0	4.1	95.9	100.0	40.0	60.0	100.0	49.0	51.0

(注1) 6月1カ月分の総費用と総収益の差額から黒字・赤字状況を判別した場合の病院数の割合である。
6月分収益－6月分費用 \geq 0 の場合は黒字病院として集計している。
6月分収益－6月分費用 $<$ 0 の場合は赤字病院として集計している。

(注2) 総収益から他会計負担金・補助金等は除外して黒字・赤字の判別をしているため、病院の決算時点における黒字・赤字ではないことに留意されたい。

表2 施設の種別別にみた動態状況の年次推移
各年10月～翌年9月

施設種別	平成2年											
	(90)	(91)	(92)	(93)	(94)	(95)	(96)	(97)	(98)	(99)	(12-2000)	
病院	開設・再開	149	86	85	80	70	70	85	109	139	164	
	開設	142	78	81	72	63	62	76	103	128	152	
	再開	7	8	4	8	7	8	9	6	11	12	
一般診療所	廃止・休止	149	130	197	222	194	205	213	200	204	184	
	廃止	121	111	177	194	175	181	202	168	187	170	
	休止	28	19	20	28	19	24	11	32	17	14	
一般診療所	開設・再開	4 071	3 675	3 845	4 352	3 775	4 217	4 661	4 267	4 897	4 404	
	開設	3 674	3 490	3 680	4 049	3 623	4 039	4 368	4 126	4 615	4 243	
	再開	397	185	165	303	152	178	293	141	282	161	
一般診療所	廃止・休止	4 280	2 783	2 891	4 035	2 652	3 072	4 274	3 331	4 397	3 080	
	廃止	3 322	2 323	2 474	3 163	2 236	2 611	3 445	2 871	3 614	2 616	
	休止	958	460	417	872	416	461	829	460	783	464	
歯科診療所	開設・再開	3 095	2 656	2 649	2 759	2 408	2 498	2 704	2 340	2 757	2 302	
	開設	2 958	2 616	2 600	2 683	2 376	2 467	2 592	2 302	2 647	2 270	
	再開	137	40	49	76	32	31	112	38	110	32	
歯科診療所	廃止・休止	2 309	1 407	1 383	2 053	1 252	1 413	1 927	1 381	2 088	1 425	
	廃止	1 915	1 257	1 271	1 679	1 138	1 294	1 602	1 242	1 789	1 305	
	休止	394	150	112	374	114	119	325	139	299	120	

(医療施設調査)

注:1 「廃止」には、「休止・1年以上休診中から廃止」になったものも含まれている。
2 「休止」には、「1年以上休診中から休止」になったものも含まれている。

表3 基本統計
全期間：民間病院

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
入院患者数増分	20002	3.97	32.19	-555	752
外来患者数増分	21031	77.09	365.80	-9390	7984
看護婦数	18953	26.47	32.59	0	688
看護単位	18953	1.54	1.53	0	34.5
上部消化管(台数)	19873	1.27	1.55	0	24
上部消化管(件数)階差	19958	0.45	14.76	-1180	170
気管支(台数)	19873	0.33	0.69	0	36
気管支(件数)階差	19958	0.00	1.57	-70	70
デジタルラジオグラフィティ(台数)	19873	0.06	0.29	0	7
デジタルラジオグラフィティ(件数)階差	19958	2.91	59.10	-1696	1806
血管連続撮影装置(台数)	19873	0.59	0.52	0	11
血管連続撮影装置(件数)階差	19958	3.00	34.54	-2424	1103
RI診断装置(台数)	19873	0.03	0.19	0	5
RI診断装置(件数)階差	19958	-0.04	3.48	-166	108
ハイパーミア(台数)	19873	0.01	0.11	0	4
ハイパーミア(件数)階差	19958	-0.01	2.78	-250	250
リニアック、ペータトロン(台数)	19873	0.02	0.18	0	7
リニアック、ペータトロン(件数)階差	19958	0.06	20.41	-811	811

非民間病院

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
入院患者数増分	9244	-2.96	59.02	-711	861
外来患者数増分	9451	149.25	1017.25	-11376	34000
看護婦数	8003	104.49	106.02	0	924
看護単位	8003	4.87	4.63	0	43
上部消化管(台数)	8799	4.30	5.32	0	80
上部消化管(件数)階差	8809	3.44	39.76	-1991	665
気管支(台数)	8799	2.24	3.77	0	68
気管支(件数)階差	8809	0.09	8.37	-237	213
デジタルラジオグラフィティ(台数)	8799	0.39	1.13	0	19
デジタルラジオグラフィティ(件数)階差	8809	20.94	200.28	-2591	3273
血管連続撮影装置(台数)	8799	1.00	0.72	0	8
血管連続撮影装置(件数)階差	8809	13.56	326.31	-15777	15986
RI診断装置(台数)	8799	0.39	0.78	0	19
RI診断装置(件数)階差	8809	-0.86	25.19	-1240	430
ハイパーミア(台数)	8799	0.08	0.39	0	10
ハイパーミア(件数)階差	8809	-0.11	5.58	-290	163
リニアック、ペータトロン(台数)	8799	0.24	0.60	0	12
リニアック、ペータトロン(件数)階差	8809	2.82	57.48	-1267	1267

平成2-5年

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
入院患者数増分	6933	10.47	40.26	-555	752
外来患者数増分	7278	123.28	383.60	-3250	7984
看護婦数	7371	22.23	29.02	0	580.5
看護単位	7371	1.41	1.49	0	34.5
上部消化管(台数)	6969	1.24	1.52	0	24
上部消化管(件数)階差	6969	2.16	20.67	-1180	135
気管支(台数)	6969	0.30	0.59	0	7
気管支(件数)階差	6969	0.02	1.29	-49	35
デジタルラジオグラフィティ(台数)	6969	0.04	0.23	0	4
デジタルラジオグラフィティ(件数)階差	6969	2.12	32.44	-472	877
血管連続撮影装置(台数)	6969	0.53	0.51	0	2
血管連続撮影装置(件数)階差	6969	4.33	40.77	-2424	1103
RI診断装置(台数)	6969	0.03	0.20	0	5
RI診断装置(件数)階差	6969	-0.06	4.03	-166	108
ハイパーミア(台数)	6969	0.01	0.11	0	3
ハイパーミア(件数)階差	6969	-0.01	1.63	-85	88
リニアック、ペータトロン(台数)	6969	0.03	0.26	0	7
リニアック、ペータトロン(件数)階差	6969	1.87	22.84	-16	811

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
入院患者数増分	2994	0.54	55.76	-592	565
外来患者数増分	3048	277.91	846.16	-6309	7768
看護婦数	2776	96.37	101.77	0	850
看護単位	2776	4.63	4.48	0	35
上部消化管(台数)	2927	4.26	5.34	0	75
上部消化管(件数)階差	2927	7.84	51.85	-1991	647
気管支(台数)	2927	2.16	3.71	0	64
気管支(件数)階差	2927	0.27	7.39	-105	213
デジタルラジオグラフィティ(台数)	2927	0.26	0.79	0	17
デジタルラジオグラフィティ(件数)階差	2927	13.09	124.67	-2370	2144
血管連続撮影装置(台数)	2927	0.92	0.68	0	7
血管連続撮影装置(件数)階差	2927	13.67	154.99	-2607	4083
RI診断装置(台数)	2927	0.40	0.77	0	12
RI診断装置(件数)階差	2927	-1.81	34.08	-1240	430
ハイパーミア(台数)	2927	0.09	0.41	0	6
ハイパーミア(件数)階差	2927	-0.34	7.73	-290	37
リニアック、ペータトロン(台数)	2927	0.27	0.76	0	12
リニアック、ペータトロン(件数)階差	2927	6.78	64.89	-916	1267

平成5-8年

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
入院患者数増分	6709	0.07	27.45	-423	526
外来患者数増分	7042	83.96	333.91	-5505	4309
看護婦数	7128	23.88	31.35	0	618.5
看護単位	7128	1.43	1.52	0	28
上部消化管(台数)	6630	1.29	1.56	0	19
上部消化管(件数)階差	6673	-0.91	10.27	-228	166
気管支(台数)	6630	0.34	0.78	0	36
気管支(件数)階差	6673	-0.01	1.66	-37	70
デジタルラジオグラフィティ(台数)	6630	0.07	0.30	0	6
デジタルラジオグラフィティ(件数)階差	6673	5.97	62.93	-636	1806
血管連続撮影装置(台数)	6630	0.61	0.53	0	11
血管連続撮影装置(件数)階差	6673	1.23	30.79	-1096	612
RI診断装置(台数)	6630	0.03	0.18	0	3
RI診断装置(件数)階差	6673	-0.07	3.36	-136	88
ハイパーミア(台数)	6630	0.01	0.11	0	4
ハイパーミア(件数)階差	6673	0.02	3.14	-32	250
リニアック、ペータトロン(台数)	6630	0.01	0.12	0	4
リニアック、ペータトロン(件数)階差	6673	-1.61	24.76	-811	366

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
入院患者数増分	3098	-3.81	53.37	-663	594
外来患者数増分	3164	142.68	889.65	-11137	9763
看護婦数	2768	101.10	105.07	0	811.5
看護単位	2768	4.76	4.61	0	35
上部消化管(台数)	2860	4.39	5.36	0	80
上部消化管(件数)階差	2866	1.02	30.79	-323	665
気管支(台数)	2860	2.26	3.74	0	68
気管支(件数)階差	2866	-0.03	9.41	-207	210
デジタルラジオグラフィティ(台数)	2860	0.38	1.13	0	19
デジタルラジオグラフィティ(件数)階差	2866	33.98	216.88	-2144	3023
血管連続撮影装置(台数)	2860	1.02	0.72	0	7
血管連続撮影装置(件数)階差	2866	26.23	395.30	-4033	15986
RI診断装置(台数)	2860	0.41	0.83	0	19
RI診断装置(件数)階差	2866	-0.11	18.79	-251	373
ハイパーミア(台数)	2860	0.08	0.33	0	4
ハイパーミア(件数)階差	2866	0.05	3.76	-37	163
リニアック、ペータトロン(台数)	2860	0.22	0.49	0	4
リニアック、ペータトロン(件数)階差	2866	-1.02	65.93	-1267	458

平成8-11年

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
入院患者数増分	6360	1.01	25.02	-314	415
外来患者数増分	6711	19.80	370.35	-9390	7283
看護婦数	4454	37.62	37.27	1	688
看護単位	4454	1.94	1.56	0.5	28
上部消化管(台数)	6274	1.28	1.58	0	16
上部消化管(件数)階差	6316	-0.01	10.01	-124	170
気管支(台数)	6274	0.36	0.69	0	11
気管支(件数)階差	6316	-0.01	1.75	-70	30
デジタルラジオグラフィティ(台数)	6274	0.08	0.34	0	7
デジタルラジオグラフィティ(件数)階差	6316	0.54	75.34	-1696	865
血管連続撮影装置(台数)	6274	0.66	0.50	0	3
血管連続撮影装置(件数)階差	6316	3.41	30.49	-542	468
RI診断装置(台数)	6274	0.03	0.19	0	3
RI診断装置(件数)階差	6316	0.00	2.91	-103	78
ハイパーミア(台数)	6274	0.01	0.10	0	3
ハイパーミア(件数)階差	6316	-0.03	3.34	-250	49
リニアック、ペータトロン(台数)	6274	0.01	0.08	0	1
リニアック、ペータトロン(件数)階差	6316	-0.17	9.33	-366	109

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
入院患者数増分	3152	-5.43	66.69	-711	861
外来患者数増分	3239	34.61	1242.72	-11376	34000
看護婦数	2459	117.47	110.54	1	924
看護単位	2459	5.26	4.81	0.5	43
上部消化管(台数)	3012	4.26	5.26	0	80
上部消化管(件数)階差	3016	1.46	32.87	-641	562
気管支(台数)	3012	2.31	3.86	0	47
気管支(件数)階差	3016	0.02	8.22	-237	84
デジタルラジオグラフィティ(台数)	3012	0.52	1.38	0	18
デジタルラジオグラフィティ(件数)階差	3016	16.17	239.08	-2591	3273
血管連続撮影装置(台数)	3012	1.06	0.76	0	8
血管連続撮影装置(件数)階差	3016	1.42	372.79	-15777	1731
RI診断装置(台数)	3012	0.37	0.72	0	8
RI診断装置(件数)階差	3016	-0.65	19.74	-349	230
ハイパーミア(台数)	3012	0.08	0.40	0	10
ハイパーミア(件数)階差	3016	-0.04	4.40	-183	73
リニアック、ペータトロン(台数)	3012	0.23	0.50	0	5
リニアック、ペータトロン(件数)階差	3016	2.63	37.49	-510	393

表4 非財務データの収入項目と支出項目

項目	支出項目	収入項目
入院患者数増分		○
外来患者数増分		○
看護婦数	○	
看護単位	○	
上部消化管(台数)	○	
上部消化管(件数)階差		○
気管支(台数)	○	
気管支(件数)階差		○
デジタルラジオグラフィティ(台数)	○	
デジタルラジオグラフィティ(件数)階差		○
血管連続撮影装置(台数)	○	
血管連続撮影装置(件数)階差		○
RI診断装置(台数)	○	
RI診断装置(件数)階差		○
ハイパサーミア(台数)	○	
ハイパサーミア(件数)階差		○
リニアック、ペータトロン(台数)	○	
リニアック、ペータトロン(件数)階差		○

表5 Logit 分析結果表
係数

	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]	
入院患者数増分	-0.248	0.211	-1.180	0.240	-0.663	0.166
外来患者数増分	-0.032	0.010	-3.140	0.002	-0.053	-0.012
看護婦数	-0.490	0.384	-1.280	0.201	-1.242	0.262
看護単位	1.019	0.892	1.140	0.253	-0.728	2.767
気管支(台数)	0.190	0.250	0.760	0.446	-0.299	0.680
気管支(件数)階差	0.009	0.030	0.300	0.766	-0.050	0.067
デジタルラジオグラフィテ	0.738	0.278	2.660	0.008	0.194	1.282
デジタルラジオグラフィテ	-0.001	0.001	-0.510	0.611	-0.003	0.002
血管連続撮影装置(台数)	-1.933	0.436	-4.430	0.000	-2.788	-1.079
血管連続撮影装置(件数)階	-0.002	0.001	-2.440	0.015	-0.003	0.000
RI診断装置(台数)	0.952	0.331	2.880	0.004	0.304	1.601
RI診断装置(件数)階差	-0.004	0.006	-0.720	0.473	-0.015	0.007
ハイパーミア(台数)	1.839	0.311	5.910	0.000	1.229	2.449
ハイパーミア(件数)階差	-0.002	0.016	-0.150	0.878	-0.034	0.029
リニアック、ベータトロン	1.306	0.265	4.930	0.000	0.787	1.825
リニアック、ベータトロン	-0.002	0.002	-1.350	0.176	-0.006	0.001
定数項	-2.722	0.105	-25.860	0.000	-2.929	-2.516

	dF/dx	Std. Err.	z	P>z	x-bar	[95% C.I.]
入院患者数増分	-0.000053	0.00007	-1.18	0.240	0.032	0.000 0.000083
外来患者数増分	-0.000007	0.00001	-3.14	0.002	0.913	0.000 6.50E-06
看護婦数	-0.000104	0.00013	-1.28	0.201	0.266	0.000 0.000145
看護単位	0.000216	0.00029	1.14	0.253	0.018	0.000 0.00078
気管支(台数)	0.000048	0.00009	0.76	0.446	0.295	0.000 0.000215
気管支(件数)階差	0.000002	0.00001	0.3	0.766	-0.007	0.000 0.000014
デジタルラジオグラフィテ	0.000663	0.00075	2.66	0.008	0.064	-0.001 0.002136
デジタルラジオグラフィテ	0.000000	0.00000	-0.51	0.611	3.219	0.000 3.70E-07
血管連続撮影装置(台数)	-0.003412	0.00096	-4.43	0.000	0.610	-0.005 -0.001526
血管連続撮影装置(件数)階	0.000000	0.00000	-2.44	0.015	3.240	0.000 3.20E-07
RI診断装置(台数)	0.001475	0.00158	2.88	0.004	0.034	-0.002 0.004572
RI診断装置(件数)階差	-0.000001	0.00000	-0.72	0.473	-0.052	0.000 2.10E-06
ハイパーミア(台数)	0.019443	0.01268	5.91	0.000	0.011	-0.005 0.044291
ハイパーミア(件数)階差	-0.000001	0.00000	-0.15	0.878	-0.011	0.000 6.20E-06
リニアック、ベータトロン	0.004665	0.00433	4.93	0.000	0.014	-0.004 0.01316
リニアック、ベータトロン	-0.000001	0.00000	-1.35	0.176	0.073	0.000 6.60E-07

Log likelihood = -185.8095

LR chi2(16) = 354.66

Pseudo R2 = 0.4883

Number of obs = 16571

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」

分担研究報告書

院外処方の実態について：社会医療診療行為別調査による分析

分担研究者 佐藤雅代 国立社会保障・人口問題研究所

医薬分業は全国的な進展をみせており、国民の目に見える医薬分業対策を総合的に検討する必要性がより一層強まった。医薬分業を評価するためには、その便益と費用を確定する必要がある。この費用と便益を確定する作業は、非常に実証的な作業であり、データの制約からそれほど研究が進められてこなかった。この問題に関して、泉田・山田（2002）は、国民健康保険の個票レセプトデータを用いて医薬分業の実態について分析を行っている。

院内処方や院外処方に関わらず、常に最良の処方をしているとする医師の立場からすると、診療報酬の改定による処方内容の変更はありえないことである。しかし、経営者としての立場を考えると、診療報酬の改定は処方内容に影響を与えないとは言い切れない。

本研究では、泉田・山田論文が医療機関や調剤薬局の競争に着目したのとは異なり、診療報酬点数の改定により、院外処方が影響を受けているか否かを分析する。平成3～12年の社会医療診療行為別調査を用いることにより、「処方料」及び「処方せん料」の請求に関して個票による分析が可能となった。そこで、医科・入院外・投薬の明細書を対象に院外処方について分析する。

処方1回あたり点数が多剤投与減額されていない固定点数とほぼ同じになることから、診療報酬点数は、薬剤処方に大きく影響を与えていることがわかった。ただし、固定点数の低いほうは、すなわち多剤投与の場合であるので、多剤投与の発生割合が少ない可能性も否定できない。院外処方率に関しては、明細書単位で処方回数や枚数で分析したところ、92～00年にかけて前者が12.4%から37.9%に、後者が13.1%から39.5%にそれぞれ水準は異なるが、どちらでみてもこの10年間で約25%ポイントほど上昇していることがわかった。これは、診療行為単位でみた12.6%から38.1%とほぼ同レベルの数値である。また、処方回数が少ないほうが、院外処方率が高いことがわかった。診療実日数より処方回数が少ない場合も、同様であった。

A 研究目的

書について分析する。

平成3～12年までの社会医療診療行為別
調査をもちいて、医科・入院外・投薬の明細

B 研究方法

処方に関する情報(処方回数、院内処方、院外処方)、診療実日数等で、明細書を分類し、院外処方について分析する。

C 研究結果

処方1回あたり点数が固定点数の高いほうとほぼ同じになることから、診療報酬点数は、薬剤処方に大きく影響を与えていることが類推できた。院外処方率に関しては、処方回数と処方点数、また診療行為単位と明細書単位でみることが出来、それぞれ水準は異なるが、どちらでみてもこの10年間で約25%ポイントほど上昇していることがわかった。また、処方回数が少ないほうが、院外処方率が高いことがわかった。

D. 考察

ただし、固定点数の低いほうは、すなわち多剤投与の場合であるので、多剤投与の発生割合が少ない可能性も否定できない。明細書の情報からは、患者属性や医療機関属性等を得ることができるので、まだ多くの項目を使用することが可能である。特に、医療機関属性に関しても、施設調査等を利用することが可能である。より詳細な統計量を作成し、エコノメトリックス的な分析を継続する予定である。

なお、2002年には、薬剤投与期間等に係る規制の見直しがされており、処方回数がどのように変化したかを確認することには意味が

あるであろう。患者側の負担に対して、医療機関がどのように行動したかを分析するよい機会である。

E 結論

時系列的に、医薬分業が進展していることが、個票レベルでも明らかになった。なお、診療実日数別、処方回数別には院外処方率に差が認められるが、統計的に差があるかどうか、また差の要因は何かに関しては今後の課題とする。

F. 研究発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

なし。

第 章 院外処方の実態について：社会医療診療行為別調査による分析

分担研究者 佐藤雅代 国立社会保障・人口問題研究所

1. はじめに

医薬分業は全国的な進展をみせており、国民の目に見える医薬分業対策を総合的に検討する必要性がより一層強まった。

医薬分業を評価するためには、その便益と費用を確定する必要がある。この費用と便益を確定する作業は、非常に実証的な作業である。データの制約からそれほど研究が進められてこなかったこの問題に関して、泉田・山田（2002）は、国民健康保険の個票レセプトデータを用いた分析を行っている。それによると、病院と診療所では診療所の方が医薬分業を行う確率が高く、患者が増加すると医薬分業を行う確率が高くなる。外部条件の効果に関しては、1医療機関あたりの薬局数が増加すると医薬分業が進むが、人口あたり医療機関の効果よりは小さい。また、高齢化の進んでいる地域では医薬分業に踏み切る確率は低い。それらの結果より、医薬分業が進む要因としては、医療機関間の競争、調剤薬局間の競争が最も重要な要因であると、結論付けている。

さて、そもそも医薬分業とは何を意味するのであろうか。まず、患者にとっては、薬剤を院外の薬局でもらわねばならず不便になると同時に、自己負担が増えることがデメリットとしてあげられる。その一方で、多剤投与に由来する相互作用や重複投与がかかりつけ薬局によってチェックされることや、薬局から医薬品に関する適切な情報が提供されることがメリットとなる。ただし、このメリットは、必ずしも院外の調剤薬局のみでしか得られないメリットではないと考えられる。次に、医療機関にとっては、院内薬局の人件費や在庫管理コストの減少というメリットがある半面、薬価差益を放棄することにつながり経済的にデメリットとなる場合がある。これは、特に医療機関の規模や、入院・入院外比率、診療科目等に依存する。院外薬局にとっては、患者及び調剤需要が増加するというメリットがある。

医薬分業制の推進は、主に診療報酬点数のコントロールによって行われてきた。表1に1985（昭和60）年からの処方料及び処方せん料の推移を示す。院内処方や院外処方に関わらず、常に最良の処方をしているとする医師の立場からすると、診療報酬の改定による処方内容の変更

はありえないことである。しかし、医療機関の経営者として医師の立場を考えると、診療報酬の改定は処方内容に影響を与えないとは言いきれない。なぜなら、院外処方に対する院内処方の相対価格が低ければ、薬価差が圧縮されている昨今では院内処方では経営が成り立たないため、院外処方にシフトしたり、処方回数を多くしたり、といったことが考えられる。この点が、経営上の問題から進展している医薬分業、として一部の論者から批判を浴びている1つの点でもある。この点に関しては、確かに院外処方に対する院内処方の相対価格の絶対水準は低いが、その相対的な水準が実は縮まってきていることは特記すべき点であると考えられる。すなわち、1992年時点では約3倍だった処方せん料が、2000年時点では約2倍となっている。

本研究では、診療報酬点数の改定により、院外処方が影響を受けているか否かを分析する。1991（平成3）～2000（平成12）年の社会医療診療行為別調査を用いることにより、処方料及び処方せん料の請求に関して個票による分析が可能となった。そこで、医科・入院外・投薬の明細書を対象に院外処方について分析する。

2. 問題の背景

超高齢化時代の到来を前にして、わが国の公的医療保険制度が財政的に立ち行かない事態に陥りつつある。現状制度のままでは、人口高齢化などの理由で給付額の増加は確実だが、収入の増加はほとんど見込めない。もし医療費支出より所得の成長が低い期間が続けば、ますます国民の負担が重くなり、極端な場合には増加する医療費を賄いきれず公的医療保険制度が破綻することにもなりかねない。このような事態を回避するため、改革の名のもとに医療制度が再設計され続けている。特に、薬剤費は「わが国の医療費高騰の主要因」として位置付けられ、その圧縮は医療費抑制の切り札とされてきたといえよう。

従来から、わが国では、総医療費を極力増やさず診療報酬引上げの財源を確保するために、薬の公定価格（これを薬価と称する）を引下げ続けてきた。この薬価引下げを正当化する理論的根拠は、欧米諸国に比べ突出して高かった日本の総医療費に占める薬剤費率が医療費増加の元凶で、その原因は現行制度下で発生する「薬価差」であるという点に集約されてきた。つまり、現行の薬価基準制度では、薬価基準で定められた公定価格と医療機関が実際に医薬品を購入する価格との間に差額が発生するため（これを「薬価差」と称している）、この「薬価差」に起因する利潤を目的に医療機関が医薬品を過剰使用している可能性があるというのである。しかし、薬価引き下げ政策を続行していた間も医療費は増加し続け、過去において約30%あった薬剤費比率も、1998年時点で既に20.1%となり、欧米の水準まで下がってきた。加えて、薬価差率も医薬品全体として10%以内に縮小してきている現在、もはや従来の薬価引き下げ政策の継続は限界に来ており、政策自体の妥当性が疑問視され始めている。

この薬価差の議論と同時に、医薬分業の議論が盛んになった。第1表に示す通り、入院外の投薬に関しては、院内処方を意味する「処方料」と、院外処方を意味する「処方せん料」が規

定されている。厚生省は1974（昭和49）年に、それまで6点であった「処方せん料」を一挙に50点に引き上げる診療報酬改定を実施した。この水準は、2000（平成12）年には、81点にまでひきあがっている。このような政策誘導の影響もあり、保険調剤実施薬局数は、増加傾向をたどることとなった。また、1994（平成6）年には、院外処方に関する多剤投与の減額措置として10種類以上の薬剤の処方せんについては、約3割減額した点数が規定された。さらにその2年後の1996年には、多剤投与の基準が8種類以上と厳しく規定されている。1997年には、院内処方である処方料に関しても多剤投与の減額措置が取られることとなった。今回使用したデータの最終年である2000年については、多剤の定義が7種類とさらに厳しく規定されている。また、平成14年4月現在では、後発医薬品を含む場合と含まない場合というさらに細かい分類で点数が規定されている。

医薬分業に関する問題は、医師、薬剤師、薬局、製薬メーカーはもちろんのこと、患者をも巻き込んで様々な議論が繰り広げられている。院外処方がどのように進められてきたかを知ることは、今後の医療保険制度改革を考える上で必要なことであろう。本研究では平成3～12年の社会医療診療行為別調査を用いることにより、処方料と処方せん料の請求に関して個票による分析が可能となった。そこで、医科・入院外・投薬の明細書を対象にして投薬に関する請求について分析する。

3. データ

先にも述べたように、平成3～12年の社会医療診療行為別調査の個票データを用いる。

各年の個票について、次の作業を行った。医療機関における投薬状況に関して分析するため、社会医療診療行為別調査のマスター部で、入院外のレセプトのみを抽出し、サブ部の「診療行為」で、投薬に該当する行為のみを抽出した。この段階で残ったレコードに該当する明細書を、分析対象としている。

- ①医科の明細書のみを抽出。（歯科については対象外とする。）
- ②入院外の明細書のみを抽出。（入院については対象外とする。）
- ③投薬のあった明細書のみを抽出。（「処方せん料」か「処方料」が請求されていない明細書は対象外とする。）
- ④「処方せん料」「処方料」に関して、回数をチェックする。
- ⑤各明細書については、最終抽出率を考慮する。

なお、分析の前半と後半については、院外処方についての定義が異なる。

	処方料の算定回数	処方せん料の算定回数
明細書1	0回	5回

明細書 2	2 回	3 回
明細書 3	2 回	0 回

社会医療診療行為別調査の報告書に順ずる形式での定義は、処方せん料の算定が 8 回、処方料の算定が 4 回であるので、院外処方率は 66.7%となる。本分析の後半の定義では、診療行為単位で院外処方をカウントするのではなく、まず明細書で院外処方と院内処方、その他に分類する。院外処方と定義されるのは明細書 1、院内処方と定義されるのは明細書 3、診療行為としてはどちらもカウントされている明細書 2 はその他なので、院外処方率は 71.4%としている。

4. 分析結果

表 2-1 に、院外処方の状況を示す。これは、社会医療診療行為別調査（統計表編）報告書に準じて、院外処方率、回数、点数を求めた結果である。入院外・医科・投薬の明細書から、「処方料」及び「処方せん料」の診療行為を抜き出し、その回数を抜き出している。点数については、回数にそれぞれの固定点数を掛け合わせて導出している。図 2 に、1992 年からの院外処方率の推移を示している。通常、回数で求めた値を院外処方率というが、回数でも点数でも 10 年間の間に約 25%ポイントほど上昇していることがわかる。表 2-1 の右側の 2 列は、1 回あたり点数を示している。多剤投与の減額措置があるため、回数と点数から算出したが、図 3、或いは図 1-1 と図 1-2 に示すように、院内でも院外でも高いほうの点数とほぼ同じ値となっている。1 回あたりの院内処方については、10 年間で約 20 点、同じく院外処方については約 5 点の増加がみられる。

続いて、表 2-2 では、施設種別の院外処方率の推移を示す。特例許可老人病院以外の老人病院や、特定機能病院の院外処方率の高さが目立つが、施設数が全体に比して多くないので、まだ全体の院外処方率に大きな影響は与えていない。

投薬の処方回数と、診療実日数の関係を見ているのが表 3 である。処方回数でも、明細の枚数でも、処方回数と診療実日数が等しくなるケースが全体の 3/4 以上を占めている。これは、外来で受診して、毎回、薬を処方されている人が多いと考えられる。次に多いのは、処方回数よりも診療実日数が少ないケースであるが、これは必ずしも毎回は薬を処方されていないことを意味すると考えられる。最後は、処方回数よりも診療実日数が多いケースであるが、院内処方と院外処方を同時に受けるケースと考えればよいだろう。また、このケースは全体の 2%程度なので誤差の範囲と考えても構わないだろう。診療実日数との関係で、図 4-1 では回数でみた院外処方率の推移を、図 4-2 では明細書の枚数でみた院外処方率の推移を示している。処方回数が多い場合について、若干異なる動きをしているが、上昇傾向という意味では、診療実日数との関係はそう大きく影響しないことがわかった。

さて、社会医療診療行為別調査（統計表編）報告書に準じた考え方では、診療行為単位、す

なわち明細書に「処方料」と「処方せん料」がある場合は、どちらもカウントしていた。これ以降については、「処方料」のみが計上されている明細書を院内のみ、「処方せん料」のみが計上されている明細書を院外のみ、両方計上されている明細書を院内+院外、として考える。そのため、表4以降では、「院内のみ」及び「院外のみ」の合計算定回数に対する「院外のみ」算定回数の割合を、院外処方率としている。院外処方率の定義を変え、また処方回数と診療実日数でクロスしてみたが、特段あまり影響はなかった。表6では処方回数あたりの処方枚数、表7では処方回数あたり院外処方率を示している。表7を図示したのが、図5と図6である。しどのケースでも、処方回数が10回を超えるあたりから、院外処方率が上がったり下がったりしているのがわかる。これは、処方回数が10回を超えるような明細書が少ないことが大きな原因であると、図7と図8から類推することができる。処方回数全体の90%までは処方回数が6回以下である。また院外処方回数は、5回以下となっている。

5. 考察

以上の分析より、次のことが明らかになった。まず、処方1回あたり点数が多剤投与減額されていない固定点数とほぼ同じになることから、診療報酬点数は、薬剤処方に大きく影響を与えている。ただし、固定点数の低いほうは、すなわち多剤投与の場合であるので、多剤投与の発生割合が少ない可能性も否定できない。院外処方率に関しては、明細書単位で処方回数や枚数で分析したところ、92～00年にかけて前者が12.4%から37.9%に、後者が13.1%から39.5%にそれぞれ水準は異なるが、どちらでみてもこの10年間で約25%ポイントほど上昇している。これは、診療行為単位でみた12.6%から38.1%とほぼ同レベルの数値である。また、処方回数が少ない人のほうが、院外処方率が高いことがわかった。診療実日数より処方回数が少ない場合も、同様であった。

多剤投与の発生割合に関しては、明細書の情報から患者属性や医療機関属性等を得ることができるので、まだ多くの項目を検討することが可能である。また、医療機関属性に関しても、施設調査等を利用することが不可能ではない。より詳細な統計量を作成し、計量的な分析を継続する予定である。

2002年には、薬剤投与期間等に係る規制の見直しがされており、処方回数がどのように変化したかは継続的にみていきたい。この規制とは、処方せん1回の投与期間が14日分を超える、いわゆる「長期投薬」が認められる薬剤については、例えば、内服薬については、1回30日分又は1回90日分を限度として投薬できる「内服薬の種類」と「対象の疾患」が定められていた。また、外用薬についても、同じように1回30日分を限度として投与できる「外用薬の種類」と「対象の疾患」を定められていた。これについて、今回、慢性疾患の増加に伴う投薬期間の長期化等の現状を踏まえて、この投薬期間の限度に係る規制が原則、廃止されることとなったのである。即ち、一部の薬剤には例外的に投薬期間に上限が設けられているが、これまで

30 日分の規制を受けていた内用薬を保険医の判断に基づいて必要ならば 40 日、50 日分と 30 日分を超えて 1 回に出せることとなったのである。

医薬分業には、医師と患者の間に薬剤師が入ることで、第三者的に治療をチェックできるというメリットがある。つまり、複数の医療機関にかかっても、同じ薬局で薬を受け取るため、投薬記録を一本化し、重複投与や飲み合わせによる副作用を防げる可能性が高まるのである。一方で、いわゆる「駅前薬局」の中には、特定病院が処方する薬しか扱わない所もあり、「かかりつけ」としての機能が十分でないケースも散見される上に、医療費は院外処方の点数が院内処方の場合に比べて高いことと調剤薬局の技術料が必要となるために、院外処方をする場合のほうが多くかかることがデメリットである。川渕（1999）の試算によると、外来を完全医薬分業すると医療費は 5.7% 増加し、その金額は約 1 兆 7200 億円である。しかし、薬価差が圧縮される中で、在庫管理や人件費等のコストを考えると、収支的には医薬分業に踏み切ったほうが得策といえるケースもある。

最近の医療問題の議論は、財政面に重点をおいた議論が多いが、患者の意思を最大限反映した「必要かつ適正な医療」を提供するための社会保障のあり方からの議論も必要である。「必要かつ適正な医療」を実現させるためには、その供給者である医療機関の行動が適切になるようなシステムを構築する必要がある。政策誘導で進められた医薬分業の仕組みが、特に医療の供給者である医療機関の行動にどのような影響を与えてきたのかを、診療報酬点数改定に対する医療機関の行動という経験を分析することによって、今後の改革に対して情報提供ができればと考えている。

参考文献

泉田信行・山田武（2002）「医薬分業の実態について：国保データによる分析」、平成 13 年度厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「地域の医療供給と患者の受診行動に関する実証的研究」報告書

川渕孝一（1999）「日本の医薬分業は本当に患者のためになっているのか？」、社会保険旬報 No.2028、p.15－19.

第1表 入院外の外来投薬1件当たり固定点数の推移

	処方料		処方せん料		多剤投与の 定義
	I	II	I	II	
	多剤投与の 減額措置		多剤投与の 減額措置		
1985年	-	(6)	-	55(55) ^{注3)}	-
1986年	-	(12)	-	55(62) ^{注3)}	-
1987年	-	(12)	-	55(62) ^{注3)}	-
1988年	-	(14)	-	55(64) ^{注3)}	-
1989年	-	(14)	-	55(64) ^{注3)}	-
1990年	-	(24)	-	55(74) ^{注3)}	-
1991年	-	(24)	-	55(74) ^{注3)}	-
1992年	-	24	-	74	-
1993年	-	24	-	74	-
1994年	-	26	53	76	10種以上
1995年	-	26	53	76	10種以上
1996年	-	26	53	76	8種以上
1997年	26	32	53	79	8種以上
1998年	26	37	53	81	8種以上
1999年	26	37	53	81	8種以上
2000年	29	42	53	81	7種以上

注1) すべて、各年6月現在の固定点数

注2) 処方料が院内処方、処方せん料が院外処方を意味する。

注3) 甲表(乙表)の点数

第2-1表 院外処方率の状況

	院外処方率		回数		点数		1回あたり点数	
	処方料	処方せん料	処方料	処方せん料	処方料	処方せん料	処方料	処方せん料
1991年	-	5.242E+06	1.258E+08	24.00				
1992年	12.58%	5.906E+06	8.497E+05	1.417E+08	6.288E+07	23.99	74.00	
1993年	13.42%	5.883E+06	9.121E+05	1.412E+08	6.750E+07	24.00	74.00	
1994年	16.98%	5.713E+06	1.169E+06	1.485E+08	8.879E+07	25.99	75.96	
1995年	18.83%	5.990E+06	1.390E+06	1.557E+08	1.055E+08	25.99	75.91	
1996年	20.13%	5.835E+07	1.471E+07	1.517E+09	1.116E+09	26.00	75.86	
1997年	22.76%	5.684E+07	1.675E+07	1.816E+09	1.320E+09	31.95	78.82	
1998年	26.82%	4.943E+07	1.812E+07	1.827E+09	1.463E+09	36.96	80.76	
1999年	32.07%	5.601E+07	2.645E+07	2.070E+09	2.138E+09	36.96	80.84	
2000年	38.10%	5.484E+07	3.376E+07	2.298E+09	2.720E+09	41.90	80.57	

注1) 院外処方率とは、「処方料」及び「処方せん料」の合計算定回数に対する「処方せん料」算定回数の割合。

注2) 社会医療診療行為別調査(統計表編)に準じて、入院外・医科の明細書より集計。

注3) 1回あたり点数＝点数／回数。

第2-2表 院外処方率：施設種別

	1992年	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年
精神病院	2.1	0.6	4.9	9.7		13.4	9.0	20.5	13.8
給養施設							0.2		
特定機能病院			17.6	28.2	8.8	13.5	13.8	15.3	52.3
療養型病床群をもつ病院			15.8	18.1	15.2	13.2	22.3	16.3	37.7
入院医療管理届出病院	8.6	13.6	13.8	20.7	22.1	29.3	30.8	34.1	
特別許可老人病院	4.3	5.0	6.4	5.6	28.9	31.9	34.4	41.5	43.0
特別許可老人病院以外の老人病院	11.1	10.0	5.0	7.1	21.1	16.2	27.9	45.9	55.3
一般病院	8.8	7.2	13.6	11.7	15.0	17.8	24.6	32.7	41.9
有床診療所	12.4	12.7	14.6	19.0	18.7	21.1	24.8	27.7	30.0
無床診療所	15.8	18.4	21.3	23.1	24.0	26.6	28.9	32.9	39.1
全て	12.6	13.4	17.0	18.8	20.1	22.8	26.8	32.1	38.1

注1) 院外処方率とは、「処方料」及び「処方せん料」の合計算定回数に対する「処方せん料」算定回数の割合。

注2) 社会医療診療行為別調査(統計表編)に準じて、入院外・医科の明細書より集計。

注3) 単位 %

第3表 処方回数・枚数と診療実日数の関係

	処方回数(或いは枚数)と診療実日数の関係 実数			構成割合		
	=	<	>	=	<	>
処方回数						
1991年	3.76E+06	1.43E+06	5.06E+04	71.7%	27.3%	1.0%
1992年	4.99E+06	1.67E+06	9.81E+04	73.9%	24.7%	1.5%
1993年	5.10E+06	1.60E+06	9.87E+04	75.0%	23.5%	1.5%
1994年	5.12E+06	1.66E+06	1.04E+05	74.4%	24.1%	1.5%
1995年	5.57E+06	1.68E+06	1.30E+05	75.5%	22.8%	1.8%
1996年	5.49E+07	1.66E+07	1.51E+06	75.2%	22.7%	2.1%
1997年	5.54E+07	1.69E+07	1.34E+06	75.2%	23.0%	1.8%
1998年	5.12E+07	1.50E+07	1.44E+06	75.7%	22.2%	2.1%
1999年	6.31E+07	1.80E+07	1.34E+06	76.5%	21.8%	1.6%
2000年	6.84E+07	1.84E+07	1.81E+06	77.2%	20.7%	2.0%
処方枚数						
1991年	2.02E+06	5.02E+05	1.27E+04	79.7%	19.8%	0.5%
1992年	2.84E+06	6.37E+05	2.67E+04	81.1%	18.2%	0.8%
1993年	2.99E+06	6.29E+05	2.68E+04	82.0%	17.3%	0.7%
1994年	3.03E+06	6.55E+05	2.78E+04	81.6%	17.7%	0.7%
1995年	3.20E+06	6.61E+05	3.38E+04	82.2%	17.0%	0.9%
1996年	3.24E+07	6.64E+06	3.84E+05	82.2%	16.8%	1.0%
1997年	3.30E+07	6.81E+06	3.63E+05	82.2%	16.9%	0.9%
1998年	3.23E+07	6.25E+06	4.05E+05	82.9%	16.0%	1.0%
1999年	4.15E+07	7.87E+06	4.09E+05	83.4%	15.8%	0.8%
2000年	4.42E+07	8.06E+06	5.29E+05	83.7%	15.3%	1.0%

注1) 入院外・医科の明細書より集計。

注2) = : 処方回数(或いは枚数) = 診療実日数

注3) < : 処方回数(或いは枚数) < 診療実日数

注4) > : 処方回数(或いは枚数) > 診療実日数

第4表 院外処方状況 : 回数

	院外処方率	院内のみ	院外のみ	院内+院外
総数				
1991年	-		5.24E+06	
1992年	12.44%	5.90E+06	8.38E+05	2.02E+04
1993年	13.24%	5.87E+06	8.96E+05	2.58E+04
1994年	16.85%	5.70E+06	1.16E+06	2.23E+04
1995年	18.66%	5.98E+06	1.37E+06	3.28E+04
1996年	19.94%	5.82E+07	1.45E+07	3.98E+05
1997年	22.54%	5.67E+07	1.65E+07	3.95E+05
1998年	26.64%	4.93E+07	1.79E+07	3.65E+05
1999年	31.91%	5.57E+07	2.61E+07	6.36E+05
2000年	37.93%	5.45E+07	3.33E+07	8.04E+05
処方回数=診療実日数				
1991年	-		3.76E+06	
1992年	12.48%	4.36E+06	6.21E+05	1.19E+04
1993年	13.04%	4.42E+06	6.63E+05	1.15E+04
1994年	16.56%	4.26E+06	8.46E+05	1.16E+04
1995年	18.36%	4.53E+06	1.02E+06	1.69E+04
1996年	19.93%	4.38E+07	1.09E+07	2.20E+05
1997年	22.46%	4.28E+07	1.24E+07	1.95E+05
1998年	26.67%	3.74E+07	1.36E+07	1.59E+05
1999年	32.01%	4.27E+07	2.01E+07	3.40E+05
2000年	37.94%	4.22E+07	2.58E+07	4.47E+05
処方回数<診療実日数				
1991年	-		1.43E+06	
1992年	12.74%	1.45E+06	2.11E+05	6.07E+03
1993年	14.08%	1.37E+06	2.24E+05	9.27E+03
1994年	18.02%	1.35E+06	2.97E+05	8.61E+03
1995年	19.71%	1.34E+06	3.28E+05	1.27E+04
1996年	19.88%	1.32E+07	3.28E+06	1.36E+05
1997年	23.11%	1.29E+07	3.88E+06	1.65E+05
1998年	27.21%	1.08E+07	4.04E+06	1.65E+05
1999年	31.42%	1.22E+07	5.59E+06	2.27E+05
2000年	37.50%	1.13E+07	6.78E+06	2.96E+05
処方回数>診療実日数				
1991年	-		5.06E+04	
1992年	5.65%	9.04E+04	5.42E+03	2.26E+03
1993年	9.74%	8.45E+04	9.12E+03	5.01E+03
1994年	12.64%	8.86E+04	1.28E+04	2.09E+03
1995年	18.01%	1.04E+05	2.28E+04	3.23E+03
1996年	19.92%	1.17E+06	2.92E+05	4.21E+04
1997年	21.64%	1.02E+06	2.83E+05	3.50E+04
1998年	18.89%	1.14E+06	2.65E+05	4.09E+04
1999年	29.59%	8.96E+05	3.77E+05	6.82E+04
2000年	42.25%	1.01E+06	7.40E+05	6.12E+04

注1) 院外処方率とは、「院内のみ」及び「院外のみ」の合計算定回数に対する「院外のみ」算定回数の割合。

注2) 入院外・医科の明細書より集計。

院内のみ - 「処方料」のみが計上されている明細書

院外のみ - 「処方せん料」のみが計上されている明細書

院内+院外 - 「処方料」と「処方せん料」が両方計上されている明細書

第5表 院外処方の状況：枚数

	院外処方率	院内のみ	院外のみ	院内+院外
総数				
1991年	-		2.54E+06	
1992年	13.12%	3.04E+06	4.59E+05	6.06E+03
1993年	13.54%	3.14E+06	4.92E+05	6.73E+03
1994年	17.36%	3.06E+06	6.43E+05	7.01E+03
1995年	19.54%	3.13E+06	7.60E+05	9.78E+03
1996年	20.92%	3.11E+07	8.23E+06	1.15E+05
1997年	23.77%	3.05E+07	9.51E+06	1.22E+05
1998年	28.21%	2.80E+07	1.10E+07	1.09E+05
1999年	33.80%	3.29E+07	1.68E+07	2.09E+05
2000年	39.54%	3.18E+07	2.08E+07	2.53E+05
処方回数=診療実日数				
1991年	-		2.02E+06	
1992年	13.09%	2.47E+06	3.71E+05	3.78E+03
1993年	13.34%	2.58E+06	3.98E+05	3.69E+03
1994年	17.18%	2.50E+06	5.20E+05	4.13E+03
1995年	19.42%	2.58E+06	6.21E+05	5.77E+03
1996年	20.93%	2.56E+07	6.78E+06	7.04E+04
1997年	23.50%	2.52E+07	7.74E+06	6.90E+04
1998年	28.14%	2.32E+07	9.08E+06	5.64E+04
1999年	33.82%	2.74E+07	1.40E+07	1.26E+05
2000年	39.46%	2.67E+07	1.74E+07	1.49E+05
処方回数<診療実日数				
1991年	-		5.02E+05	
1992年	13.60%	5.49E+05	8.64E+04	1.67E+03
1993年	14.63%	5.36E+05	9.18E+04	1.88E+03
1994年	18.43%	5.33E+05	1.20E+05	2.29E+03
1995年	20.26%	5.24E+05	1.33E+05	3.27E+03
1996年	20.88%	5.22E+06	1.38E+06	3.36E+04
1997年	24.91%	5.08E+06	1.69E+06	4.32E+04
1998年	29.21%	4.39E+06	1.81E+06	4.19E+04
1999年	33.54%	5.19E+06	2.62E+06	6.59E+04
2000年	39.74%	4.80E+06	3.17E+06	8.75E+04
処方回数>診療実日数				
1991年	-		1.27E+04	
1992年	5.69%	2.46E+04	1.48E+03	6.07E+02
1993年	9.21%	2.32E+04	2.36E+03	1.16E+03
1994年	12.11%	2.39E+04	3.29E+03	5.86E+02
1995年	17.61%	2.72E+04	5.82E+03	7.48E+02
1996年	19.42%	3.01E+05	7.25E+04	1.08E+04
1997年	23.22%	2.71E+05	8.19E+04	9.85E+03
1998年	19.79%	3.16E+05	7.80E+04	1.08E+04
1999年	29.70%	2.75E+05	1.16E+05	1.77E+04
2000年	43.62%	2.89E+05	2.24E+05	1.64E+04

注1) 院外処方率とは、「院内のみ」及び「院外のみ」の合計算定回数に対する「院外のみ」算定回数の割合。

注2) 入院外・医科の明細書より集計。

院内のみ - 「処方料」のみが計上されている明細書

院外のみ - 「処方せん料」のみが計上されている明細書

院内+院外 - 「処方料」と「処方せん料」が両方計上されている明細書

第6-1表 処方回数あたり処方枚数

処方回数	1991年			1992年			1993年			1994年			1995年		
	全て	院内のみ	院外のみ	全て	院内のみ	院外のみ	全て	院内のみ	院外のみ	全て	院内のみ	院外のみ	全て	院内のみ	院外のみ
1	1,143,363	1,701,485	1,458,412	243,073	1,830,750	1,567,110	263,640	1,877,366	1,529,874	347,492	1,927,545	1,515,478	412,067		
2	765,107	1,085,857	948,888	134,045	1,138,646	997,333	139,149	1,151,815	963,880	184,688	1,182,443	969,643	208,622		
3	312,319	368,603	325,995	41,407	348,876	300,246	46,530	359,769	300,806	57,272	436,204	356,099	75,558		
4	156,790	184,234	160,999	22,415	177,786	152,882	24,133	173,173	143,987	28,197	175,752	142,835	31,775		
5	82,802	81,212	71,410	9,297	69,616	60,402	8,661	74,678	61,085	13,024	91,561	72,638	18,140		
6	33,876	34,965	30,930	3,887	32,025	27,804	3,867	33,022	26,857	6,006	35,829	29,094	6,171		
7	16,523	18,022	16,192	1,793	17,568	14,676	2,673	14,328	11,487	2,708	18,593	15,453	2,874		
8	12,969	11,968	10,492	1,430	10,242	8,533	1,567	11,333	9,653	1,594	10,824	8,570	2,170		
9	5,318	8,128	6,698	1,079	6,142	5,234	701	6,711	5,419	1,202	7,431	6,221	1,106		
10	4,157	3,945	3,643	275	3,099	2,706	392	2,984	2,777	206	3,379	2,893	423		
11	2,032	2,435	2,300	135	3,248	2,727	454	2,425	2,095	327	1,779	1,558	221		
12	1,482	1,802	1,712	90	2,108	1,671	308	1,911	1,620	261	1,353	1,227	120		
13	1,284	718	595	122	884	823	58	843	726	118	1,150	962	188		
14	620	548	516	32	439	395	29	456	421	29	1,313	1,223	79		
15	431	506	356	150	414	414	0	91	91	0	285	255	24		
16	166	186	186	1	250	237	8	136	120	17	288	253	35		
17	28	11	11	0	85	82	3	74	74	0	46	46	0		
18	45	346	346	0	58	58	0	83	83	0	55	51	4		
19	21	0	0	0	65	65	0	19	19	0	77	77	0		
20	6	82	82	0	60	53	8	58	58	0	55	31	0		
21	113	22	22	0	24	24	0	23	23	0	98	98	0		
22	1	17	17	0	91	91	0	18	18	0	0	0	0		
23	0	48	48	0	22	21	0	26	26	0	44	44	0		
24	0	76	76	0	4	4	0	0	0	0	16	16	0		
25	0	0	8	0	6	6	0	0	0	0	0	0	0		
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
28	0	21	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
29	0	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
31	0	10	10	0	15	15	0	1	1	0	0	0	0		
38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
総算定回数	5.24E+06	6.76E+06	5.90E+06	8.38E+05	6.79E+06	5.87E+06	8.96E+05	6.88E+06	5.70E+06	1.16E+06	7.38E+06	5.98E+06	1.37E+06		

注1) 入院外、医科の明細書より集計。
 院内のみ - 「処方料」のみが計上されている明細書
 院外のみ - 「処方せん料」のみが計上されている明細書
 全て - 「処方料」と「処方せん料」が両方計上されている明細書