

スの需給に関する研究」分担研究報告書

尾形裕也(2000)『21世紀の医療改革と病院経営』、日本医療企画

中泉真樹(1995)「医療における外部性とプライマリケアの活用」梶田忠彦編『日本の医療経済』東洋経済新報社 第12章

山本克也(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『地域の医療供給体制と患者受診行動に関する実証的研究 平成12年度研究報告書』

山本克也(2002)「患者の診療機関選択と診療費」『季刊 社会保障研究』Vol.38 No.1 pp25-38, 国立社会保障・人口問題研究所

山本克也(2003)「設備投資から見た医療費」厚生労働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 平成14年度報告書

山本克也(2003)「病院の倒産」厚生労働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 平成14年度報告書

山本克也・近藤康之(2003)「病院機能分化論の再検討」『医療と社会』Vol.13 No.1 医療科学研究所

資料

福島県企画調整部統計調査課

http://www4.pref.fukushima.jp/toukei/bunya_frame.html

厚生労働科学研究費補助金（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

⑪ 政府管掌健康保険データによる医薬分業の実態に関する分析

分担研究者 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所

最近まで医薬分業に関しては、データの制約もあり、ほとんど研究が存在しなかった。本分析では政府管掌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および患者による調剤薬局利用について基本的な状況を描き出すことを目的とする。

1999年度から2001年度の3年間の政府管掌健康保険加入者の埼玉県・千葉県・神奈川県・大阪府・福岡県の入院・入院外・歯科・調剤レセプトを個人I.D.コードによって接続して分析を行う。

分析から医療機関と調剤薬局の関係性のあり方は医療機関の開設主体に依存すること、地域によって患者の受診行動が異なることや薬局の利用可能性の差異によって医療機関と調剤薬局の関係性のあり方が異なる可能性があること、そして現状では医薬分業が便益をもたらす前提とも言えるかかりつけ薬局については2%から3%程度の利用率しかないことが明らかとなった。このため、医薬分業推進政策の是非、方法論の是非について再検討する必要があると言えよう。

A. 研究目的

最近まで医薬分業に関しては、データの制約もあり、ほとんど研究が存在しなかった。医薬分業について財政的な観点からの評価も必要ではあるが、実際にどのように行われて、どのような帰結をもたらしているかという点に対しての分析が必要であろう。そこで、政府管掌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う。本稿の目的は、医薬分業を推進してきた結果として調剤処方箋がどのように医療機関と調剤薬局

の関係性の実態および患者による調剤薬局利用について基本的な状況を描き出すことにある。

B. 研究方法

政府管掌健康保険加入者のレセプト個票データを用いて分析を行う。このデータは1999年度から2001年度の3年間の埼玉県・千葉県・神奈川県・大阪府・福岡県の入院・入院外・歯科・調剤のレセプトを、個人を認識するI.D.コードによって接続することが可能と

なっている。

本研究ではこのデータのうち、入院外・歯科と調剤のデータを用いて医薬分業の実態を分析する。

C. 研究結果

①医薬分業を実施している医療機関から発行される処方箋は特定の薬局に持ち込まれる割合が高く、第二順位以下の薬局が占める割合は平均的に小さいこと、②また、個別調剤薬局の調剤の中に占める特定の医療機関からの処方の割合が非常に高いこと、③しかしながら、全ての医療機関と調剤薬局の間に門前薬局の関係が成立しているわけではなく、医療機関が薬局に依存しているケース（『薬局依存型』の関係）も多く見られる。

医療機関と調剤薬局の関係は医療機関の類別や開設者により異なる。④門前薬局型の関係は医療法人立病院について多く見られること、⑤薬局依存型の関係は診療所に多く見られること、⑥薬局が医療機関の処方に依存しているが、医療機関の処方箋発行が当該薬局の存在に依存しないケース（『準門前型』の関係）は公的病院に多く見られることが指摘できる。

地域的な観点からは、⑦門前薬局型の関係は普遍的に観察されるが、『準門前型』の関係は都市部を含む二次医療圏で相対的に多く観察され得ること、が指摘できる。

医薬分業の実態は上述の通りであるが、医

薬分業の推進によって患者は便益を得ているのであろうか。医薬分業のひとつの利点として薬歴が管理されることによって薬剤の副作用が発現することを抑制することが可能となることがあげられる。しかしながら実態として患者は複数の医療機関から処方を受ける場合、恒常的に複数の調剤薬局に処方箋を持ち込むことが明らかとなった。このため、医薬分業の便益のひとつである薬歴管理の向上が達成されているか否かについては疑問を投げかけざるを得ない。

D. 考察

これらの分析からわかることは、医療機関と調剤薬局の関係性のあり方は医療機関の開設主体に依存すること、地域によって患者の受診行動が異なることや薬局の利用可能性の差異によって医療機関と調剤薬局の関係性のあり方が異なる可能性があること、そして現状では医薬分業がもたらす便益のひとつについては疑問符を投げかけざるを得ないことである。このため、医薬分業推進政策の是非、方法論の是非について再検討する必要があると言えよう。

E. 結論

本稿で採用した分析方法は医薬分業政策の方法論や政策自体の是非を深く検討できるものである。しかしながらデータの制約などの限界もある。このような問題点を改善するこ

とは現状の公的医療保険者間のあり方を再検討することに直結する。医療機関行動の分析には保険者間の連携によってデータの質と量を向上することが分析精度を向上させるというメリットをもたらすからである。

F. 研究発表

1.論文発表

なし。

2.学会発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

1.特許取得

なし。

2.実用新案登録

なし。

3.その他

なし。

第11章 政府管掌健康保険データによる 医薬分業の実態に関する分析

泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所）

I. はじめに

日本の制度と欧米の制度の差異については、歴史的・文化的背景を異にするものが多い。しかしながら他国にあり自国にない制度であっても、導入することで国民の便益が高まるのであればそれは導入されるべきであろう。

医薬分業は欧米諸国では常識的に行われている制度であるが、日本の医療制度の中では相対的に普及していない制度であった。明治以降、医薬分業が原則となったが、普及しなかった。終戦直後に、当時 GHQ のサムス准将の指導下で医薬分業の気運が高まるが、実質的には進展しなかった¹。実際に医薬分業が推進されるのは 1974 年に処方箋料が 100 円から 500 円に引き上げられた後のことである。

政策を推進するためにはそれによって得られる便益と費用が明示されなければならない。医薬分業についてはおおよそ次のようなものであろう。まず、患者にとっての医薬分業の便益として、薬剤を服用する結果の不確実性を低下させることが可能だとされている。医師が処方箋を出し、調剤を専門家である薬剤師にまかせることで、診療に専念できることになり、患者に対してより質の高い医療を提供できるようになる。

複数の医療機関で処方を受ける場合、ひとつの薬局に処方箋を持ち込めば副作用が発生する薬の組合せが無いかを確認することも可能となる。患者が処方された薬の名称を全て覚えていなくとも、かかりつけ薬局で薬剤処方の履歴を個人ごとに管理していれば可能となる。

患者にとっては別の観点からの便益も存在する。それは待ち時間などの時間費用の低減である。患者は混雑している医療機関に受診している場合には、院外処方を他の調剤薬局に、持ち込むことにより待ち時間が短縮できる可能性もある。また自分の都合に合わせて薬を受け取ることや、家族が取りに行くことも出来る。といった便益がある。

医療従事者の側にもメリットは存在する。医師は、自分の病院や医院の薬剤在庫に拘わらず薬を処方できるので、患者に最も適した薬を処方することが出来るようになる。

医薬分業の欠点は、患者が医療機関と薬局と 2 ヶ所に行かなければならないことである。これは却って患者の時間費用を高める可能性がある。また、処方箋料や調剤技術基本料などの自己負担分が発生するため、患者の支払う自己負担が増大する。医師の側のデメリットは信頼できる調剤薬局が見つからない場合、自己の処方した薬剤が確実に患

¹ この点は有岡（1997）に詳しい。

者の手元に渡る可能性が低下することである。

患者にとっての便益と費用、医療従事者の便益と費用がどの程度であるかについては優れて実証的な課題である。また、医療機関が医薬分業を行うか否かについての意思決定がどのような要因によって影響を受けているかについても同様である。最近まで医薬分業に関しては、データの制約もあり、ほとんど研究が存在しなかった。例外的なものとして高野・天瀬(2001)や佐々木・郡司(2003)がある。これらの分析は医薬分業が進捗していく場合の保険財政に与える影響を分析している。確かに財政的な観点からの評価も必要ではあるが、実際に医薬分業がどのように行われて、どのような帰結をもたらしているかという点に対しての分析が必要であろう。泉田・山田(2001)は国民健康保険レセプトデータを用いて医薬分業の実態について明らかにしている。

それゆえ本研究では政府管掌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う。本稿の目的は、医薬分業を推進してきた結果として調剤処方箋がどのように医療機関から調剤薬局にわたっているかの実態について基本的な状況を描き出すことにある。これは現実存在する医薬分業に関する政策的対応を如何にすべきであるかについて政策的な観点の情報を与えるだけでなく、学術的な観点からも興味深い分析になるものと思われる。

本稿の分析によって以下の点が明らかにされた。療機関と調剤薬局の関係性のあり方は医療機関の開設主体に依存すること、地域によって患者の受診行動が異なることや薬局の利用可能性の差異によって医療機関と調剤薬局の関係性のあり方が異なる可能性があること、そして現状では医薬分業がもたらすひとつの便益については疑問符を投げかけざるを得ないことである。

本稿は以下において次のように構成される。次節においては本稿で用いたレセプトデータの性質などについて簡単な説明が与えられる。第3節において基本的な集計結果が与えられる。第4節においてマッチングされたレセプトデータを医療機関・調剤薬局ごとに再集計することにより医療機関と調剤薬局の関係性の実態を明らかにする。第5節ではかかりつけ薬局の実態について明らかにする。最後の節においては結語と今後の分析の展望が議論される。

II. 使用したデータとその概要

本研究で利用したデータは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」(主任研究者：植村尚史早稲田大学人間科学部教授)によって作成された政府管掌健康保険加入者のレセプト個票データである。このデータは1999年度から2001年度の3年間の埼玉県・千葉県・神奈川県・大阪府・福岡県の入院・入院外・歯科・調剤のレセプトを、個人を認識するI.D.コードによって接続することが可能となっている。

本研究ではこのデータのうち、入院外・歯科と調剤のデータを用いて医薬分業の実態

を分析する。接続の方法は次のとおりである²。まず、入院外・歯科・調剤ともに医療機関コードが記載されていないデータが存在した。それゆえ、これらのデータをまず除去した³。

入院外のデータのうち、一月の間に複数の医療機関を受診していない患者のデータのみを取り出す。これはどの医療機関から処方箋が発行されたかを確定するためである。複数の医療機関を受診している場合にそれぞれの医療機関から処方箋が発行されると、複数の調剤レセプトが存在することになる。この場合それらの調剤レセプトがいずれの医療機関から発行された処方箋に対応したものであるかが確定できない。このようなケースを排除するために一月の間に一ヶ所の医療機関のみを受診した患者のみを抽出する。

同様の作業を歯科レセプトについても行う。ある患者が一月に一箇所の医療機関のみに外来診療を受診していたとしても、歯科にも受診していた場合には潜在的に双方の医療機関から処方箋が発行される可能性が存在する。それゆえ、このケースも排除されなければならない。調剤レセプトについてもある患者について一月に複数枚存在する場合を排除する。

結局、1)当該月に入院外レセプトが一箇所のみから発行されているか、2)当該月に歯科レセプトが一箇所のみから発行されており、なおかつ3)当該月に調剤レセプトが一枚だけ存在する、患者についてのみ入院外・歯科レセプトと調剤レセプトをリンクする。この結果として、以下のケースについては入院外レセプトと調剤レセプトが接続されないこととなる。

- ・ ある患者についてある月に複数の医療機関から入院外レセプト（歯科レセプト）が発行されている場合
- ・ ある患者についてある月に入院外レセプトと歯科レセプトが発行されている場合
- ・ 入院外診療を行った医療機関が院外処方を行っていない場合。

このように個人単位で接続されたレセプト情報を医療機関単位および調剤薬局単位に集計して分析を行った。

Ⅲ. 医薬分業の実態

本節では外来・歯科レセプトと調剤レセプトをマッチングしたものについての記述統計をまとめる。分析対象となっている医療機関の種別・都道府県別の数は図表1の通りである。神奈川県・大阪府の医療機関数が多く、診療所・歯科診療所（病院含む。以下同じ。）の数が多い。2001年については埼玉県がデータが欠損しており、医療機関数が若干低下する。

² 以下の接続方法は基本的に泉田・山田(2001)と同様である。

³ 医療機関コードが未記載であるものはデータの提供を受けた時点からそのような状態にあった。

図表 1

		病院	診療所	歯科	合計
1999	埼玉県	363	2804	2662	5829
	千葉県	290	2630	2506	5426
	神奈川県	355	4399	3972	8726
	大阪府	570	6666	4652	11888
	福岡県	487	3610	2705	6802
	合計	2065	20109	16497	38671
2000	埼玉県	363	2874	2747	5984
	千葉県	291	2696	2534	5521
	神奈川県	354	4494	4041	8889
	大阪府	571	6696	4748	12015
	福岡県	485	3628	2727	6840
	合計	2064	20388	16797	39249
2001	千葉県	290	2744	2580	5614
	神奈川県	356	4611	4103	9070
	大阪府	569	6639	4720	11928
	福岡県	485	3658	2766	6909
	合計	1700	17652	14169	33521

この医療機関のうち、3年間に於いて調剤レセを全く確認できなかった医療機関数は延べ91,694であり、調剤レセが各月に少なくとも一枚あった医療機関数は延べ19,747であった。分業の状況を検討するのが主たる目的であるから、調剤レセとマッチされなかった医療機関についてはデータから取り除いた。その結果、年度別種別都道府県別の医療機関数は図表2のとおりとなる。

図表 2

		病院	診療所	歯科	合計
1999	埼玉県	140	663	3	806
	千葉県	128	665	3	796
	神奈川県	157	1576	11	1744
	大阪府	177	860	68	1105
	福岡県	148	1641	51	1840
	合計	750	5405	136	6291
2000	埼玉県	152	766	3	921
	千葉県	144	747	3	894
	神奈川県	180	1741	11	1932
	大阪府	211	1047	56	1314
	福岡県	170	1729	49	1948
	合計	857	6030	122	7009
2001	千葉県	152	809	1	962
	神奈川県	189	1843	14	2046
	大阪府	238	1149	60	1447
	福岡県	175	1772	45	1992
	合計	754	5573	120	6447

これらの医療機関の状況に関する基本的な統計は図表3にまとめられている。レセプト総数は12枚である。これは対応する調剤レセの最小枚数を12枚としていることの帰

結である。平均すれば年間 95 枚程度となる。もっともこれが医療機関の全ての受診件数ではなく、当該府県の政府管掌健康保険加入者が受診した件数であるため、実際の受診件数総数よりは小さくなる。診療件数に対応した調剤レセ件数は平均して 74.3 件であり、調剤レセ件数の診療件数に対する比率は平均して 84.43%となる。

図表 3

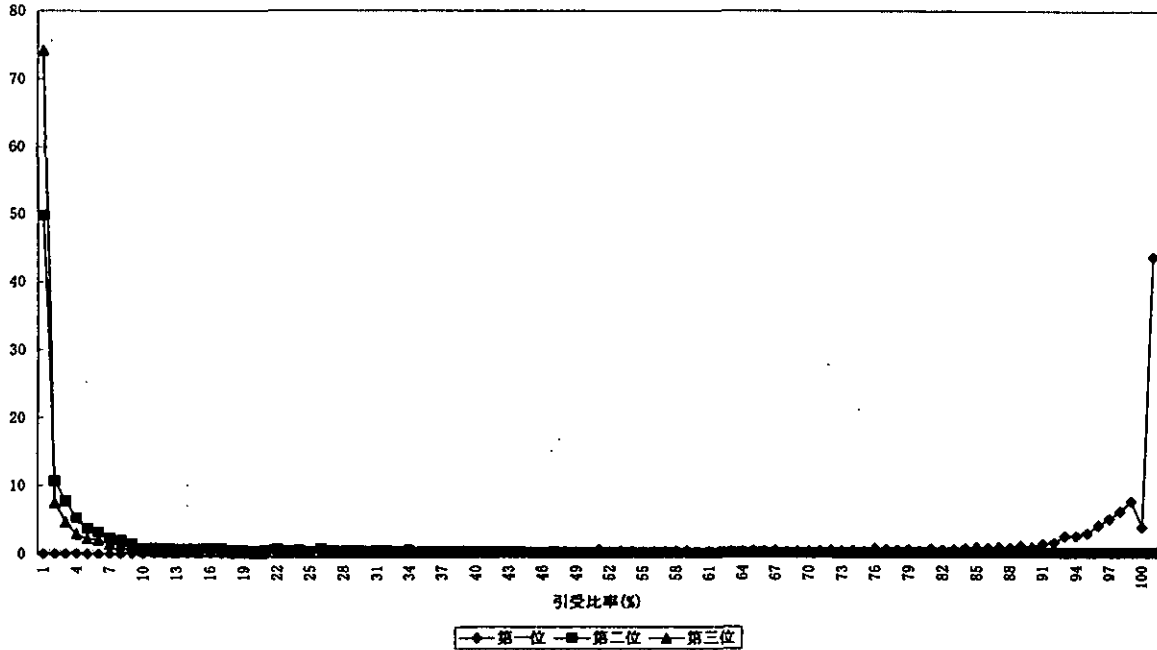
項目	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
レセ総数	19747	12	2252	95.50	138.60
調剤レセ比率	19747	0	100	84.43	18.03
持ち込み薬局数	19747	1	446	3.85	13.67
調剤レセ総数	19747	12	1437	74.30	85.80
平均調剤レセ数	19747	1	819	40.80	43.97
調剤件数 (最大持ち込み先)	19747	1	940	66.41	67.21
調剤件数 (第二持ち込み先)	19747	0	249	3.22	11.87
調剤件数 (第三持ち込み先)	19747	0	217	1.05	6.02
レセ総数に占める比率 (最大持ち込み先)	19747	3	100	91.95	15.20
レセ総数に占める比率 (第二持ち込み先)	19747	0	50	4.17	8.29
レセ総数に占める比率 (第三持ち込み先)	19747	0	31	1.09	2.81

分業先となる薬局数も最小で 1 としている。分業している個別の医療機関それぞれについて、平均して 3.85 薬局に各医療機関の処方箋が持ち込まれていることがわかる。最大で 446 薬局に処方箋が持ち込まれる医療機関も存在する。1 医療機関に対する 1 薬局当たりの処方箋 (調剤レセ) の持ち込み件数は 40.8 件となる。また、標準偏差は 43.97 であり、分業先の薬局ごとに持ち込まれる調剤件数は薬局ごとに一定のばらつきがあることがわかる。

薬局ごとの調剤件数のばらつきはいわゆる門前薬局の存在によるかも知れない。そこで、個別医療機関ごとに持ち込み件数が上位 3 位までの薬局について調剤件数全体に占めるそれぞれの調剤件数の比率 (以下調剤持ち込み率とよぶ) を計算した。すると、最大持ち込み先の調剤薬局は平均して 91.95%の調剤を行っていることが明らかになった。第二位の持ち込み先は平均して 4.17%、第三位は平均して 1.09%を行っていた。

図表 4

引受比率上位3位薬局の引受率別医療機関数分布



逆に医療機関別の調剤持ち込み率上位3位の調剤薬局について調剤持ち込み率を計算し、それに基づいて医療機関数の度数分布を描いたものが図表4である。この図から明らかに最上位の調剤薬局の持ち込み率が極めて高い水準にあることがわかる。他方、第二位、第三位の持ち込み率は非常に低いことが明瞭にわかる。このため、最も多く処方箋が持ち込まれる調剤薬局とそれ以外の調剤薬局の間には件数について相当な差があることがわかる。

図表 5

		薬局数	調剤比率	第一位の薬局の比率
病院	平均値	16.69	74.49	80.93
	度数	2361	2361	2361
	標準偏差	36.72	21.18	25.05
	最小値	1	0	3
	最大値	446	100	100
診療所	平均値	2.11	87.10	93.60
	度数	17008	17008	17008
	標準偏差	1.92	14.73	12.37
	最小値	1	3	12
	最大値	55	100	100
歯科	平均値	2.19	26.48	86.64
	度数	378	378	378
	標準偏差	1.77	11.19	19.07
	最小値	1	7	14
	最大値	11	89	100
合計	平均値	3.85	84.43	91.95
	度数	19747	19747	19747
	標準偏差	13.67	18.03	15.20
	最小値	1	0	3
	最大値	446	100	100

医療機関を病院・診療所・歯科に分けると差異が明確になる。図表5を見るとわかるように、個別病院の調剤を引き受ける薬局数は16.7であり、診療所・歯科の2.1と文字通り桁違いに違う。また、最大の引受調剤薬局数も病院446に対して診療所55、歯科11とこれも大きく異なる。これは病院と診療所で受診する患者の地理的範囲が異なることを反映している結果であろう。

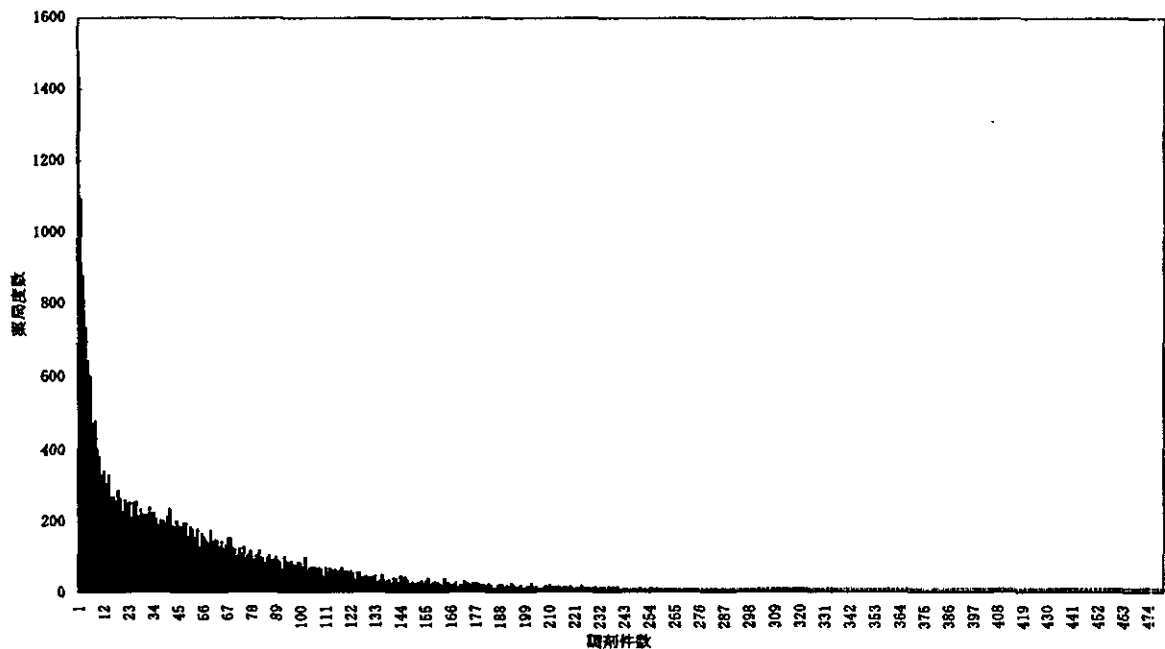
医療機関が診療を行うことによるレセプト数で調剤レセプト数を除した調剤比率もまた特徴的である。病院と診療所では74.49%と87.10%で診療所の方がその比率が高い。他方、歯科は調剤比率が26.48%と非常に低くなっている。

他方、最大引受薬局が引き受ける調剤レセプトの比率は病院が最も低く80.93%であり、歯科が86.64%、診療所が93.60%となっている。このため、歯科・診療所の方が病院よりも門前薬局化している傾向が高いと言えるかも知れない。

医薬分業は医療機関と調剤薬局の関係性であるから、調剤薬局を軸として医薬分業を観察することも可能である。図表6を見ると、引き受けた調剤件数が一桁台の調剤薬局が非常に多いことがわかる。これは薬局の規模が小さいわけではなく、データが政府管掌健康保険だけに限定されているため、個別薬局の全調剤件数は把握できていないためだと考えられる。

図表6

調剤件数別薬局度数



個別の調剤薬局について一定数以上の調剤件数が確保できないと結果が安定しないと考えられる。ただし、どの程度の調剤件数が存在すれば良いかは先験的に明らかではない。そこで、調剤件数が年間12件以上の（つまり、一月に一枚以上調剤を行っている）

調剤薬局に限定して分析を行うこととする。

調剤件数を条件付けたため、分析対象となる薬局数は 19,726 となった。それらの薬局は図表 7 のような特性を持っている。調剤を引き受けている医療機関は平均して 4.29 医療機関であるが、最大で 142 医療機関の調剤を引き受けている調剤薬局も存在した。

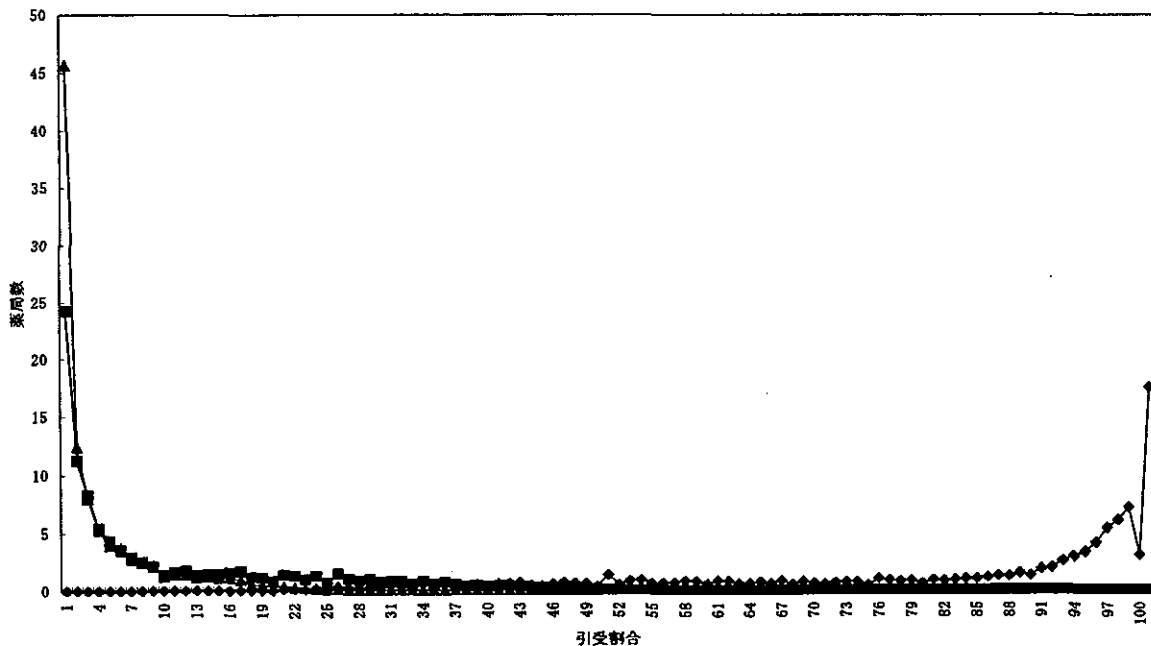
図表 7

項目	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
調剤引受医療機関数	19726	1	142	4.29	3.58
調剤レセ総数	19726	12	1002	78.14	73.96
平均調剤レセ数	19726	1	422	28.36	32.49
調剤レセ数 (最大引受先分)	19726	1	940	66.09	67.87

引き受けている調剤レセ総数は平均して 78.14 件であり、最大で 1002 件となる薬局もあった。一医療機関当たりの平均引受件数の平均値は 28.36 件であり、最大は 422 件であった。また、引き受けている医療機関のうち、最大のシェアとなる医療機関からの引受件数は平均して 66.09 件であり、最大は 940 件であった。

図表 8

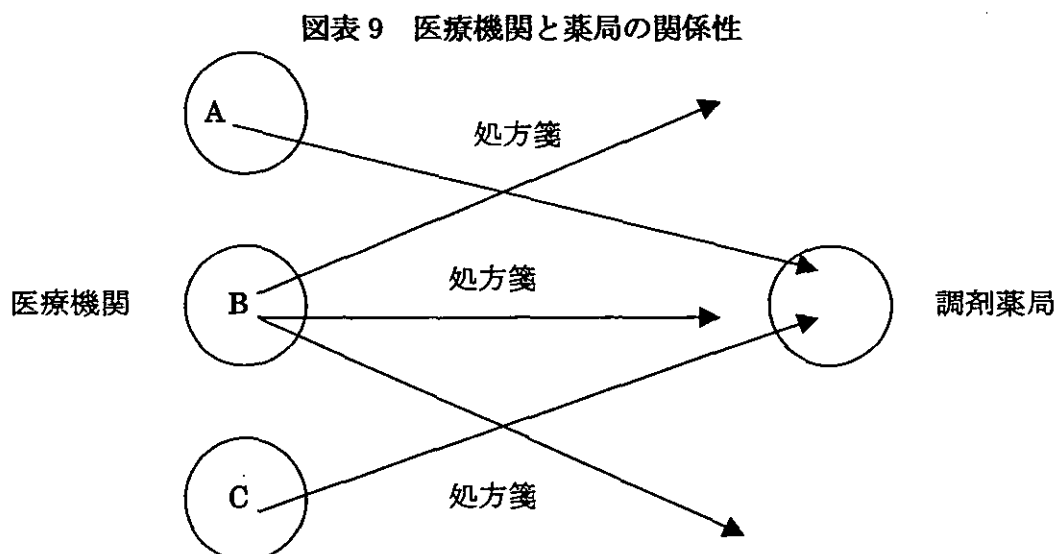
引受順位別割合別薬局数



調剤薬局別に調剤引受率上位 3 位の医療機関についての調剤引受率を計算し、それに基づいて薬局数の度数分布を描いたものが図表 8 である。この図から明らかに最上位の調剤薬局の引受率が極めて高い水準にあることがわかる。他方、第二位、第三位のウェイトは相対的に低いことが明瞭にわかる。

IV. 医療機関と薬局の関係性としての門前薬局

医療機関側から見た分業形態にせよ、調剤薬局側から見た分業形態にせよ、特定の調剤薬局・医療機関との間で処方箋の授受が行われていた。ただし、このことによってすぐに調剤薬局は全て門前薬局と見なすことはできない。ある医療機関から受け取る処方箋のシェアが高い調剤薬局が存在したとしても、その医療機関が出している処方箋のうち比較的少数部分はその調剤薬局に流れているだけに過ぎない可能性もあるためである。(図表9参照。)



最大引受先の調剤薬局に関する引受比率の高さはいわゆる門前薬局の形態をとる調剤薬局の多さによるとも考えられる。しかしながら、気をつけなければならないのは調剤引受率の数値が高いことが門前薬局であることを常に意味することではない点である。さらには門前薬局の学問的に厳密な定義も与えられていないことである。

ある医療機関が発行する処方箋の大部分がある特定の調剤薬局で調剤され、それらがその調剤薬局自身の調剤の大部分を占める場合はその医療機関と調剤薬局の関係を門前薬局の関係にあると呼称することに問題は無い。他方、ある医療機関の処方箋がある調剤薬局に全て流れたとしてもその調剤薬局の調剤量の1%にも満たないケースがある場合にはいわゆる『門前薬局』の関係にあると考えて良いのであろうか。医療機関はその調剤薬局の調剤に依存していたとしても、調剤薬局側は経営的にその医療機関に依存していない可能性もある。

結局医療機関と調剤薬局の関係は特定のペアだけについて見るのは正確ではなく、医療機関と調剤薬局がそれぞれ持つ調剤薬局・医療機関との関係の中に特別なものがあるか否かという観点から検討しなければならない。

自然な観点は医療機関・調剤薬局がそれぞれ調剤薬局・医療機関に経営的に依存しているか否かであろう。例えば、医療機関が発行する処方箋をある特定の薬局に引き受けて貰うことによるのみ処方箋の発行が可能であり、かつ、その薬局は当該医療機関が発行する処方箋が無ければ経営が成立しないという状況にある時に門前薬局と見なすこ

とは自然である。表に示すと次のとおりになる。

図表 10 医療機関と薬局の関係性の種類

		薬局が医療機関に	
		依存している	依存していない
医療機関が 薬局に	依存している	A	B
	依存していない	C	D

図表 10 中の A から D の関係性は次のように言い換えられる。A は相互に依存しているので『門前薬局型』の関係であるといえる。B は医療機関だけが薬局に依存しているので『薬局依存型』、C は逆に『準門前薬局型』、D は『独立型』と言い換えられることができよう。

重要なことは分析の操作性を確保するために医療機関・調剤薬局それぞれが特定の調剤薬局・医療機関に依存しているか否かをどのように定義するかである。ここでは、レセプトの比率で区分することにより医療機関と調剤薬局の関係を示すこととする。つまり、ある医療機関と薬局の関係を考える場合において、医療機関が発行する処方箋（調剤レセプト）のうちその薬局によって引き受けられている比率によって医療機関が特定の薬局に依存しているか否かを判定する。また、その薬局が引き受けている調剤のうちその医療機関が発行している処方箋（調剤レセプト）の比率によってその薬局が医療機関に依存しているか否かを判定する。

では実際にどの程度の比率であれば依存していると考えらるべきであろうか。ここでは、調剤報酬の支払において使用されている基準を用いる。調剤報酬のひとつである調剤基本料は 1 カ月の処方箋受け付け枚数が 4000 枚以下か 4000 枚を超えるかという基準と、特定医療機関からの処方箋調剤が 70%以下か 70%を超えるかというふたつの基準を組み合わせて 4 区分の報酬額が設定されている。

そこで本稿において、薬局が特定の医療機関に依存しているとする基準を『特定医療機関からの処方箋調剤が 70%を超える』とする。他方、医療機関が薬局に依存しているか否かについての基準は診療報酬にはない。そこで、薬局に準じて医療機関についても『特定薬局に持ち込まれる処方箋が 70%を超える』場合を『依存している』とする基準とする。

このふたつの基準を組み合わせることによって表に示されている医療機関と調剤薬局の関係性の実態をデータから明らかにすることとする。ただ、実際に全ての医療機関と調剤薬局の関係性を検討することは難しい。ある医療機関とある薬局の関係性は、 n 軒の医療機関と m 軒の調剤薬局が存在するときに関係性の総数は $(m-1) \times (n-1)$ だけ存在する。現在のサンプル数から考えると、全ての医療機関・調剤薬局について、2 億 7 千万の関係性が論理的に存在することになる。実際には処方箋の授受がなされていない場合があるため、これよりは少ない数になると思われるが、それでも実際計算することは時間的な制約から難しい。

そこで、医療機関とそこから発行された処方箋を最も多く引き受けている調剤薬局の

間の関係、調剤薬局とそこが引き受けている処方箋を最も多く発行している医療機関との関係それぞれについて検討する。先ほどのデータを用いて実際に組合せを計算すると、以下のとおりとなる。

図表 11

種別		判定	門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	合計
1999	埼玉	病院	107	4	25	3	139
		診療所	499	131	18	12	660
		歯科	1	2			3
		合計	607	137	43	15	802
	千葉	病院	90	7	25	3	125
		診療所	431	197	16	21	665
		歯科			1	2	3
		合計	521	204	42	26	793
	神奈川	病院	104	6	34	12	156
		診療所	817	605	25	119	1566
		歯科	5	3		3	11
		合計	926	614	59	134	1733
大阪	病院	113	16	35	9	173	
	診療所	496	293	20	45	854	
	歯科	18	31	4	8	61	
	合計	627	340	59	62	1088	
福岡	病院	132	7	9		148	
	診療所	1234	369	14	24	1641	
	歯科	34	11	3	3	51	
	合計	1400	387	26	27	1840	
2000	埼玉	病院	119	3	27	2	151
		診療所	579	142	26	16	763
		歯科	1	1			2
		合計	699	146	53	18	916
	千葉	病院	96	10	35	2	143
		診療所	488	214	14	27	743
		歯科	1			1	2
		合計	585	224	49	30	888
	神奈川	病院	111	7	50	10	178
		診療所	859	710	41	122	1732
		歯科	5	4	1	1	11
		合計	975	721	92	133	1921
大阪	病院	147	8	44	12	211	
	診療所	587	371	24	60	1042	
	歯科	12	32	1	8	53	
	合計	746	411	69	80	1306	
福岡	病院	142	7	18	3	170	
	診療所	1308	380	13	28	1729	
	歯科	31	12	2	4	49	
	合計	1481	399	33	35	1948	
2001	千葉	病院	98	8	43	3	152
		診療所	517	236	16	36	805
		歯科	1	1			1
		合計	615	245	59	39	958
	神奈川	病院	116	10	49	14	189
		診療所	887	753	48	143	1831
		歯科	3	8	1	1	13
		合計	1006	771	98	158	2033
	大阪	病院	154	13	56	14	237
		診療所	622	431	23	66	1142
		歯科	11	36	2	10	59
		合計	787	480	81	90	1438
福岡	病院	148	4	19	3	174	
	診療所	1329	396	13	33	1771	
	歯科	28	11	4	2	45	
	合計	1505	411	36	38	1990	

合計 19,654 サンプルのうち、Aの『門前薬局型』は60%以上を占める12,480の組合

せであった。次に多いのがBの『薬局依存型』であり、5,490組であり、C:『準門前型』、D:『独立型』はそれぞれ799と885組であった。このように詳細に分析すると、Aの『門前薬局型』のケースが大半であるが全てではなく、医療機関は薬局に依存するが薬局は医療機関に依存しない『薬局依存型』の組合せも44%近くになっていることがわかる。

医療機関の種別ごとに調剤薬局との関係性を検討すると、次のことがわかる(図表12参照)。診療所・医療法人立病院は門前薬局となる比率が高い。他方、公的医療機関は準門前薬局型の関係性を築いている。独立型はほとんどなく、薬局依存型はほとんど診療所によって構成されている。

図表 12

開設者 診療所	判定	判定				合計
		門前型	薬局依存型	準門前型	独立型	
病院		10816	5380	334	795	17325
厚生省		3		46	9	58
文部省				9		9
労働福祉事業団				8	1	9
その他				3	1	4
都道府県			2	30	8	40
市町村		20	1	96	12	129
日赤		4		15	3	22
済生会		5		9	8	22
北海道事業協会						
厚生連		2		8		10
国民健康保険団体連合会						
全国社会保険協会連合会		5		14	3	22
厚生年金事業振興団				2		2
船員保険会				4	1	5
健康保険組合及びその連合会		5		6		11
共済組合及びその連合会		6		14		20
国民健康保険組合						
公益法人		50	8	13	3	74
医療法人		1286	75	108	28	1497
学校法人		10	1	39	10	60
会社		6	1	8	2	17
その他の法人		34	3	22		59
個人		228	19	11	1	259
合計		12480	5490	799	885	19654

他方、関係性が地域によって異なるかについても検討した(別表1から10を参照)。病院のみを検討対象とした⁴。その結果、門前型の関係性は地域の別無く成立していた。他方、準門前型の関係性は都市部を含む二次医療圏に成立する傾向が見られる。準門前型の関係性が成立するためには医療機関が発する処方箋が広範囲にわたって薬局に持ち込まれる必要がある。これは様々な地域の患者が当該医療機関を受診している場合に成立しやすい。上述のとおり、準門前型に公的医療機関が多いことは、公的医療機関の患者の受療圏が広いことと整合的であろう。

以上をまとめると、医療機関と調剤薬局の関係性は公的医療機関を中心に準門前型に

⁴ これはマッチングした1999年度実施の厚生労働省大臣官房統計情報部『医療施設(静態)調査』の制約である。同年の調査では診療所がどの二次医療圏に立地するかの情報は利用可能ではない。

移行しつつあるものの未だに門前型の関係性が支配的であると言えよう。

V. かかりつけ薬局について

医薬分業の動向について若干の検討を行ってきた。医薬分業を推進すること自体は目的ではなく手段である。では医薬分業によって何がもたらされたのであろうか。冒頭において述べたように医薬分業によって薬剤に対する丁寧な説明が与えられることによって薬剤に対する安心感が高まることや、医療機関が診療に専念できる等の便益が存在する。そのひとつに複数の医療機関で処方される薬剤がかかりつけ薬局で調剤される場合、いわゆる薬の飲み合わせが管理できるため、薬の相互反応による副作用の発現が抑えられるといわれている。

老人保健受給対象者についてはいわゆる『お薬手帳』などの形式で情報が集約されている可能性もある。しかしながら、それ以外の患者に対してはそのような形の情報の集約はされていない。また、コンピューターのネットワークによって処方情報が集約化されているわけでもない。それゆえ、複数の医療機関で処方が行われた場合には処方箋が同一の薬局に持ち込まれることが必要となる。では、異なる医療機関が処方した処方箋が同一の調剤薬局に持ち込まれているか、について確認する必要がある。

ここでは今まで用いて来たデータセットではなく、同一月に同一個人が異なる医療機関を複数受診し、調剤薬局から2枚の調剤レセプトが請求されているケースを分析する。データの抽出条件をある月にある個人の調剤レセプトが複数存在し、複数の医療機関を受診しているケースとする⁶。

図表 13

埼玉県	かかりつけ薬局利用	複数薬局利用	合計
病院利用なし	4784	152915	157699
病院利用あり	5524	197081	202605
合計	10308	349996	360304
千葉県	かかりつけ薬局利用	複数薬局利用	合計
病院利用なし	5290	160092	165382
病院利用あり	6166	180019	186185
合計	11456	340111	351567
神奈川県	かかりつけ薬局利用	複数薬局利用	合計
病院利用なし	18580	470009	488589
病院利用あり	15478	419234	434712
合計	34058	889243	923301
大阪府	かかりつけ薬局利用	複数薬局利用	合計
病院利用なし	19205	346239	365444
病院利用あり	24162	456248	480410
合計	43367	802487	845854
福岡県	かかりつけ薬局利用	複数薬局利用	合計
病院利用なし	15337	847587	862924
病院利用あり	11104	484809	495913
合計	26441	1332396	1358837

⁶ 分析対象期間は上での分析と同様に1999年4月から2002年3月（埼玉県については2001年12月）までである。

図表 14

埼玉県	かかりつけ薬局利用	複数薬局利用	合計
診療所利用なし	2222	30654	32876
診療所利用あり	8086	319342	327428
合計	10308	349996	360304
千葉県	かかりつけ薬局利用	複数薬局利用	合計
診療所利用なし	2396	27400	29796
診療所利用あり	9060	312711	321771
合計	11456	340111	351567
神奈川県	かかりつけ薬局利用	複数薬局利用	合計
診療所利用なし	5338	55527	60865
診療所利用あり	28720	833716	862436
合計	34058	889243	923301
大阪府	かかりつけ薬局利用	複数薬局利用	合計
診療所利用なし	10471	82961	93432
診療所利用あり	32896	719526	752422
合計	43367	802487	845854
福岡県	かかりつけ薬局利用	複数薬局利用	合計
診療所利用なし	3863	35545	39408
診療所利用あり	22578	1296851	1319429
合計	26441	1332396	1358837

病院を利用している場合と診療所を利用している場合に分けて患者の医療機関利用が薬局利用と関連があるか否かを検討したのが図表 13 と図表 14 である。ふたつの表のセルは患者の受診月数（人・月）を表している。これらの表から明らかにわかるとおり、病院を利用するか否か、診療所を利用するか否かを問わずに複数の薬局から調剤を受けるケースが圧倒的に多いことがわかる。

このような複数の医療機関から処方を受けてそれを異なる調剤薬局に持ち込むケースは偶然発生することなのか、それとも継続性を持って発生することなのだろうか。もし、継続的に発生することであれば、そうでない場合よりも調剤薬局が患者に対して効果的に薬歴管理を行うことが可能となろう。この点を検討するために、患者ごとに同一の薬局で調剤を受けた月数と（複数）の医療機関で処方を受けた月数の比率を示したのが図表 15 である。

図表 15

	度数	平均値	最小値	最大値	標準偏差
埼玉県	143098	2.98	0	100	15.28
千葉県	132935	3.21	0	100	15.59
神奈川県	320268	3.73	0	100	16.59
大阪府	359028	5.23	0	100	20.37
福岡県	494723	2.06	0	100	12.56

大阪府については 5%台とやや高いものの、他の県では同一の薬局で調剤を受けた月

数は（複数）の医療機関で処方を受けた月数に対して2%から3%の比率となっている。継続的に同一の調剤薬局に複数の医療機関からの処方箋を持ち込んでいるとは言い難い状態と言えよう。

これらふたつの結果は複数の医療機関から処方になされた場合、患者は異なる調剤薬局に恒常的に持ち込むことを意味している。医薬分業の利点である薬剤の飲み合わせの管理が上手くいく可能性には疑問符をつけざるを得ない。もちろんお薬手帳を利用している場合や薬局間がオンラインで結ばれている場合にはこの限りではない、しかしながらそのような場合は現状では支配的であるとは言えないであろう。

VI. 結語

本稿では政府管掌健康保険のレセプトデータを用いて医薬分業の実態に関する分析を行ってきた。分析から得られた結果をまとめると次のとおりである。①医薬分業を実施している医療機関から発行される処方箋は特定の薬局に持ち込まれる割合が高く、第二順位以下の薬局が占める割合は平均的に小さいこと、②また、個別調剤薬局の調剤の中に占める特定の医療機関からの処方の割合が非常に高いこと、③しかしながら、全ての医療機関と調剤薬局の間に門前薬局の関係が成立しているわけではなく、医療機関が薬局に依存しているケース（『薬局依存型』の関係）も多く見られる。

医療機関と調剤薬局の関係は医療機関の類別や開設者により異なる。④門前薬局型の関係は医療法人立病院について多く見られること、⑤薬局依存型の関係は診療所に多く見られること、⑥薬局が医療機関の処方に依存しているが、医療機関の処方箋発行が当該薬局の存在に依存しないケース（『準門前型』の関係）は公的病院に多く見られることが指摘できる。

地域的な観点からは、⑦門前薬局型の関係は普遍的に観察されるが、『準門前型』の関係は都市部を含む二次医療圏で相対的に多く観察され得ること、が指摘できる。

医薬分業の実態は上述の通りであるが、医薬分業の推進によって患者は便益を得ているのであろうか。医薬分業のひとつの利点として薬歴が管理されることによって薬剤の副作用が発現することを抑制することが可能となることがあげられる。しかしながら実態として患者は複数の医療機関から処方を受ける場合、恒常的に複数の調剤薬局に処方箋を持ち込むことが明らかとなった。このため、医薬分業の便益のひとつである薬歴管理の向上が達成されているか否かについては疑問を投げかけざるを得ない。

これらの分析からわかることは、医療機関と調剤薬局の関係性のあり方は医療機関の開設主体に依存すること、地域によって患者の受診行動が異なることや薬局の利用可能性の差異によって医療機関と調剤薬局の関係性のあり方が異なる可能性があること、そして現状では医薬分業がもたらす便益のひとつについては疑問符を投げかけざるを得ないことである。このため、医薬分業推進政策の是非、方法論の是非について再検討する必要があると言えよう。

本稿の分析は意義深いものであるが、限界もある。ひとつは利用しているデータが政府管掌健康保険のデータであるため、医療機関受診者、調剤薬局利用者の全てのデータを網羅しているわけではない。このため、医療機関や調剤薬局によっては受診者数が少なく分析対象とならなかったものも多い。また、分析対象となったとしてもその医療機関や調剤薬局の実際のレセプトよりも少数のデータで分析していることが分析結果に対して潜在的な歪みを与える可能性もある。また、政府管掌健康保険のデータを利用することにより、分析結果が国民健康保険や組合健康保険の加入者と異なる受診行動の結果を反映している可能性もある。

このような問題点を改善することは現状の公的医療保険者間のあり方を再検討することに直結する。医療機関行動の分析には保険者間の連携によってデータの質と量を向上することが分析制度を向上させるというメリットをもたらすからである。

参考文献

- 有岡二郎(1997)『戦後医療の50年』、日本医事評論社
- 泉田信行・山田武(2001)「医薬分業の実態について：国保データによる分析」、厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業『地域の医療供給体制と患者受診行動に関する実証研究』報告書所収
- 佐々木修・郡司康幸(2003)「医薬分業の進捗状況と保険財政への影響」『ESRI 調査研究レポート』NO.4、内閣府経済社会総合研究所
- 高野深晴・天瀬文彦(2001)「医薬分業政策の検討」、『日医総研リサーチエッセイ』N0.44、日本医師会総合政策研究機構