

医療機関における 投薬技術料の検討

— 院外処方 は 総医療費 を 増大 さ せる —

1997年6月

医療法人 塚田こども医院

理事長

塚 田 次 郎

はじめに

当院では、平成2年の開院以来、院外処方せんを発行し、近隣の調剤薬局で調剤をうけるという「院外処方」の形態をとってきたが、平成8年9月より、院内処方に変更し、現在に至っている。

院内で調剤業務をするために、新たに医院の増改築を行い、数百万円の自動分包機を導入し、薬剤師およびその助手数名を採用するなど、院外処方ときにはなかった大きな支出が必要であった。また、薬袋、投薬瓶、分包紙など、消耗品の支出も新たに必要になった。ちなみに、院外処方を取りやめたことで不要になった支出は、処方せんの印刷費（1枚あたり約2円）のみであった。

その一方で、これらの支出をまかなうには、院内処方に対する技術料の評価があまりに低いことを実感した。大幅な支出増にもかかわらず、収入となる技術料が、処方せん発行のそれより低く設定されていることにも、当初より疑問に感じていた。

また、今回の健康保険法等の改正をめぐる議論の中で、医療費増大の主な原因が薬剤の使い過ぎであり、それは、薬剤を多く使うことで、多額の薬価差益が医療機関にもたらされるからだという意見が、少なからず聞かれた。しかし、厚生省の薬価算定のルールが、実勢価格に約10%加算したものを薬価とするように決められており、薬価差益は近年大幅に圧縮されている。薬剤業者への消費税の支払い、薬剤の管理費、期限切れ等による未使用の薬剤の廃棄や調剤上のロスに関わる費用などを考慮すると、薬価差が全て医療機関の利益になるのではなく、逆に、医療機関からの持ちだしという事態も懸念される。つまり、医療機関の投薬業務が、隠れた技術料とも呼ばれる薬価差益に依存して成り立つという構造は、すでに崩れているのである。

この点についての理解が、十分に行き渡っているとは言いがたい。例えば、週刊誌「AERA」（朝日新聞社発行）1997年3月17日号では、「医薬分業制度が定着すれば、・・・薬価差益を得るために、医療機関が過

剩に薬を出すことはなくなるだろう」という厚生省担当者の言葉を無批判に紹介している。筆者は、この点について、もっときちんとした理解をしてほしい旨を編集部に訴え、翌週に投書として取り上げられた（参考資料）。

今回は、医療機関における投薬についての技術料の体系を、調剤薬局の技術料と対比する形で検証してみた。また、院内処方から院外処方に変更することで、どの程度、医療費が増加するか、当院における処方例でのシミュレーションを例示した。

1 技術料の比較検討

社会保険制度に基づいて費用を請求できる全ての行為は、厚生省が診療（調剤）点数として定めている。医療機関の投薬に関わる技術料を評価するにあたり、同様の業務を行っている調剤薬局の技術料と比較し、検討した（表1）。

まず、調剤薬局における調剤基本料は基準調剤加算を含めると最大66点（1点=10円）が、処方せん受付ごとに算定できる。

これに対して医療機関では、基本となる処方料が3歳未満35点、3歳以上32点であり、処方ごとに算定できる。調剤技術基本料は、「薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合」に、8点が算定できるが、月に1回に限ることになっており、2回以上の処方が行われても1回しか算定することができない。医療機関では、投薬に関わる技術料の大半をこの処方料と調剤技術基本料で占めているが、これだけでも調剤薬局に比して低く抑えられていることが分かる。

調剤料においては、両者でその質的な考え方も量的な点数も際立って異なっている。まず質的な面で最も注目すべきことは、調剤薬局の内服薬調剤料の算定ルールが、日数が増えるにつれて点数が増す逓増方式をとっている点である。さらに、調剤薬局の調剤料は、内服薬、注射薬、外用薬が各々3剤または3調剤ま

表1 調剤薬局と医療機関（外来）の投薬に関する技術料の比較

《調剤薬局》	《医療機関》
<p>調剤基本料 46、41、36、20、11点 処方せん受付回数 (a)1月4000回以下 (b)1月4000回を超える 特定の医療機関に係る処方せんによる調剤の割合 (I)70%以下 (II)70%を超える ・(a)かつ(I) 46点 ・(b)かつ(I) 41点 ・(a)かつ(II) 36点（1月600回以下は41点） ・(b)かつ(II) 20点 いずれも、患者1人、1月6回以上は11点</p> <p>基準調剤加算 20点 ((II)では算定できない)</p>	<p>調剤技術基本料 8点（1月に1回） 処方料 32点 3歳未満 3点加算</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(注) 医療機関には、「基準調剤加算」に相当する技術料は、認められていない。 調剤薬局の「調剤基本料」と医科の「処方料」は処方せん受付1回、または処方1回につき算定するが、医療機関の「調剤技術基本料」1月に1回のみ算定しか認められていない。</p> </div>
<p>調剤料</p> <p>内服薬（1剤を1単位、3剤を限度） ・14日分以下の場合（出来高） 1～7日目以下の部分 1剤1日分 6点 8～14日目以下の部分 1剤1日分 4点 ・15～21日の場合 1剤75点（定額） ・22～90日の場合 1剤80点（定額） （最大 240点）</p> <p>内服用滴剤 10点 頓服薬（2剤分、各5日分を限度） 1剤1回分 6点 （最大 60点）</p> <p>注射薬（3調剤を限度） 1調剤 25点 （最大 75点）</p> <p>外用薬（3調剤を限度） 1調剤 10点 （最大 30点）</p>	<p>調剤料</p> <p>内服薬・頓服薬 5点 外用 2点</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(注) 医療機関には「内服用滴剤調剤料」、「注射薬調剤料」に相当する技術料は認められていない。 医療機関では、内服・頓服薬調剤料、外用薬調剤料は、投与薬剤数、投与日数に関係のない定額であり、また内服薬調剤料と頓服薬調剤料は独立していない。このため、調剤薬局と医療機関では、<u>内服薬・頓服薬調剤料で最大62倍、外用調剤料で最大15倍、総計で最大59.3倍の格差を生じうる。</u></p> </div>

《調剤薬局》	《医療機関》
<p>調剤料に対する加算</p> <p>麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算 麻薬 1 調剤あたり 35 点 向精神薬・覚醒剤原料・毒薬 1 調剤あたり 7 点 (麻薬加算のないとき)</p> <p>時間外加算 調剤技術料の 100 分の 100 (最大 481 点)</p> <p>休日加算 調剤技術料の 100 分の 140 (最大 673 点)</p> <p>深夜加算 調剤技術料の 100 分の 200 (最大 962 点)</p> <p>(調剤技術料とは調剤基本料、基準調剤加算、調剤料)</p> <p>自家製剤加算 1 調剤あたり 30～60 点 計量混合調剤加算 1 調剤あたり 40 点</p>	<p>調剤料に対する加算</p> <p>麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算 1 処方あたり 1 点</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(注)</p> <p>医療機関には、「時間外、深夜、休日加算」、「自家製剤加算」、「計量混合調剤加算」に相当する技術料は、認められていない。</p> <p>調剤薬局における麻薬等加算は 1 調剤あたりの加算であるが、医療機関におけるそれは 1 処方あたりである。このため、<u>調剤薬局と医療機関の麻薬加算は、35 倍以上の格差がある。</u></p> <p>同様に、調剤薬局における「自家製剤加算」、「計量混合調剤加算」も 1 調剤あたりの加算である。</p> </div>
<p>指導管理料</p> <p>薬剤服用歴管理指導料 32 点 薬剤情報提供加算 7 点 長期投薬特別指導加算 30 点 重複投薬・相互作用防止加算 40 点 服薬情報提供料 150 点 在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 回 550 点 (月 2 回まで) 麻薬管理指導加算 1 回 100 点</p>	<p>指導管理料</p> <p>薬剤情報提供料 7 点 (指導の項目) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 回 550 点 (月 2 回まで) (在宅の項目) 麻薬管理指導加算 1 回 100 点</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(注)</p> <p>「薬剤服用歴管理指導料」、「長期投薬特別指導加算」、「重複投薬・相互作用防止加算」に相当する技術料は、医療機関には認められていない。</p> </div>
	<p>(参考)</p> <p>処方せん料 79 点 3 歳未満 3 点加算</p>

で、頓服薬が2剤まで算定できるとしている。したがって、調剤薬局の調剤料は、多剤、多種類、多日数の調剤であるほど、高点数になる仕組になっている。(最大415点と試算される。)

それに対して、医療機関の調剤料は、投薬の日数、剤数、種類には無関係な定額制である。

そして、量的な問題としては、医療機関の調剤料が、大変低い点数に設定されていることである。内服薬・頓服薬調剤料の5点というのは、調剤薬局の内服薬調剤料1剤1日分、あるいは頓服薬調剤料1剤1回分にも満たない点数である。調剤薬局では、内服薬と頓服薬で最大310点の技術料をもらえる場合でも、医療機関の技術料はわずか5点である。同様に、外用の調剤料も、医療機関の2点というのは、調剤薬局の1調剤分の5分の1の点数である。

調剤料に対する各種加算を検討してみる。医療機関で認められている加算はただ1つ、「麻薬等加算」であるが、1処方についてわずか1点にすぎない。調剤薬局では、麻薬加算は35点(それ以外は7点)と、これだけで桁はずれの差異である。さらに調剤薬局の加算が1調剤あたりとされているため、1回に2倍以上の算定も可能である。

時間外、休日、深夜加算は、調剤薬局にのみ認められている。医療機関では、類似した加算が診察料の項目にあるが、投薬に関する加算とは言い難い。なぜなら、投薬業務のない院外処方せん交の場合でも、診察料についての時間外等の加算は、減額されることなく、同じ点数で算定しているのだから。

調剤薬局の自家製剤加算は、その種類によって点数が異なっているが、最も多いのは液剤(シロップ等)を2種類以上混合して調剤した際への算定である(30点)。小児科医院である当院では、処方の約2割を液剤が占め、その大半は2剤以上を混合したものである。したがって、この加算が医療機関でも認められると、その影響は大きいものがある。

同様に、調剤薬局の計量混合調剤加算は、散剤などを2種類以上混合して調剤する際に算定されるものであるが、当院の処方中約5割が、算定の対象になりう

るものと考えられる。

指導管理料の項目では、調剤薬局の「薬剤服用管理指導料」が注目される。この指導料は、カルテにあたる薬剤服用歴の記録に、「薬剤師が、処方された薬剤についての重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等をチェックするとともに、投与される薬剤の服用及び保管取扱上の注意等に関し必要な指導を行った場合に算定する」とされている。しかし、医療機関で同様な業務を薬剤師が行っても、算定は認められていない。

なお、薬剤情報提供加算(料)、在宅患者訪問薬剤管理指導料が、項目は違うが調剤薬局と医療機関の両者に、同点数で認められている。特に後者は、その点数の高さから、厚生省の在宅医療に対する推進の熱心がうかがえる。

以上、院内処方における技術料の体系を、調剤薬局と比較しながら検討してきたが、あまりの違いに、驚愕させられた。これだけの格差が、歴史的にいつ、どのように形成されたのか、十分な検討をしていないが、厚生省が、「院内処方から院外処方へ」、つまり医薬分業の推進を重要な政策と位置づける中で作られてきたことは、間違いない。

なかでも、調剤料の扱いが、両者の技術料の格差を決定的にしている。調剤薬局に関して、平成9年4月改定により、内服薬調剤料の処方日数による低減の強化、頓服薬調剤料に対し2剤までとの剤数制限の導入がなされているが、この修正は、調剤料の扱いによる不公平を、厚生省が多少とも気付いたためになされたのであろうか。

一方で、医療機関の技術料は、今次改定で、処方料が26点から6点増加したのみで、調剤料等には、全く改善される兆しが見られない。(今次改定は、主に消費税率アップに対応するためのもの)

すでに、薬価差は医療機関の「利益」となる形では存在しておらず、今後、一層の薬価引き下げ、参照価格制の導入等の大幅な医療費構造の改革なども検討されており、医療機関の投薬技術料の適正な評価は、もう待たなしの急務の重要問題である。

2 処方例による技術料の格差の検討

医療機関が院外処方に変更すると、「処方せん料」という技術料が算定できる。1回の発行について3歳未満82点、3歳以上79点が認められている。この点数は、すでに、院内処方の際の各種技術料の合計を大幅に超えており、全く費用の必要ない技術料として、破格の扱いである。

前項でみたように、現在、医療機関にとって院内処方を維持することは、大変困難である。経営問題を考えるとき、医薬分業は重要な選択枝となる。しかし、医療機関や調剤薬局への技術料が増えるということは、医療費は確実に増加することであり、患者負担、国庫補助も当然増大する。

ここでは、院内処方と院外処方の2つの場合で、技術料がどの程度増加するか、当院での処方例を通して考えてみた(表2、図1)。

薬剤料は、医療機関、調剤薬局とも同じルールで算定し、院内処方では前者、院外処方では後者が、それぞれ患者と保険者に請求する。

院内処方での医療機関の技術料は、ここでは、月1回の調剤技術基本料を含めて算定しているが、45~47点と、ほぼ同じ点数になっている。それに対し、院外処方に変更すると、医療機関の技術料が79点と大幅に上がる。(繰り返すが、院外処方であれば、調剤室などの設備、薬剤師と助手の人員費、各種機械や消耗品の費用などが一切不要になる。新たに必要なのは、1枚2円程度の処方せんのみである。)

そして、調剤薬局では、132~398点(平均212.3点)の技術料が算定される。なかでも比重の高いのは調剤料であり、とくに内服薬調剤料は、多剤、長期投薬例で大きな伸びを示している。これらは小児科外来での例であるため、複数の慢性疾患による通院の多い内科外来では、さらに高点数になることが予測される。

調剤薬局の技術料は院内調剤の実に4.6倍である。同じ業務を行って、なぜこれだけの格差が生じなければ

ならないのであろうか。

そして、医療費全体から考えると、院外処方では、医療機関の技術料も大幅に増加していることも加味しなければならない。院外処方での医療機関と調剤薬局の技術料の合計は、院内処方での医療機関の技術料よりも166~430点(平均245.4点)増加している。その比率は、平均で6.3倍に達している。

3 院外処方と総医療費の増大

調剤薬局の収入は、薬剤費と各種技術料により成り立っている。薬価差が「利益」として見込めない以上、人件費を始めとした経費はこの技術料からまかなわれることになる。厚生省がどのような根拠でこの点数を設定しているか分からないが、調剤薬局数や院外処方せん発行枚数が順調に伸びていることを考えれば、少なくとも過少な評価ではないのであろう。

しかるに、医療機関の投薬技術料は、必要な経費の数分の一も補えない状態が続いている。当然、医療機関の処方に関する諸費用は、他の技術料から支出されている。この状態が長く続くことは、医療機関の院内処方に対する熱意を著しく減退させることにはならないだろうか。

実際、院内処方を無理に維持するよりも、院外処方に変更することで、医療機関には、諸費用の大幅な減少と技術料の大幅な増加を、たちどころにもたらしてくれる。これほど即効性があり、有効な、そして安易に実行可能な医療経営改善策は、他に見あたらない。と同時に、院外処方により調剤薬局に医療機関以上の技術料が発生することになる。

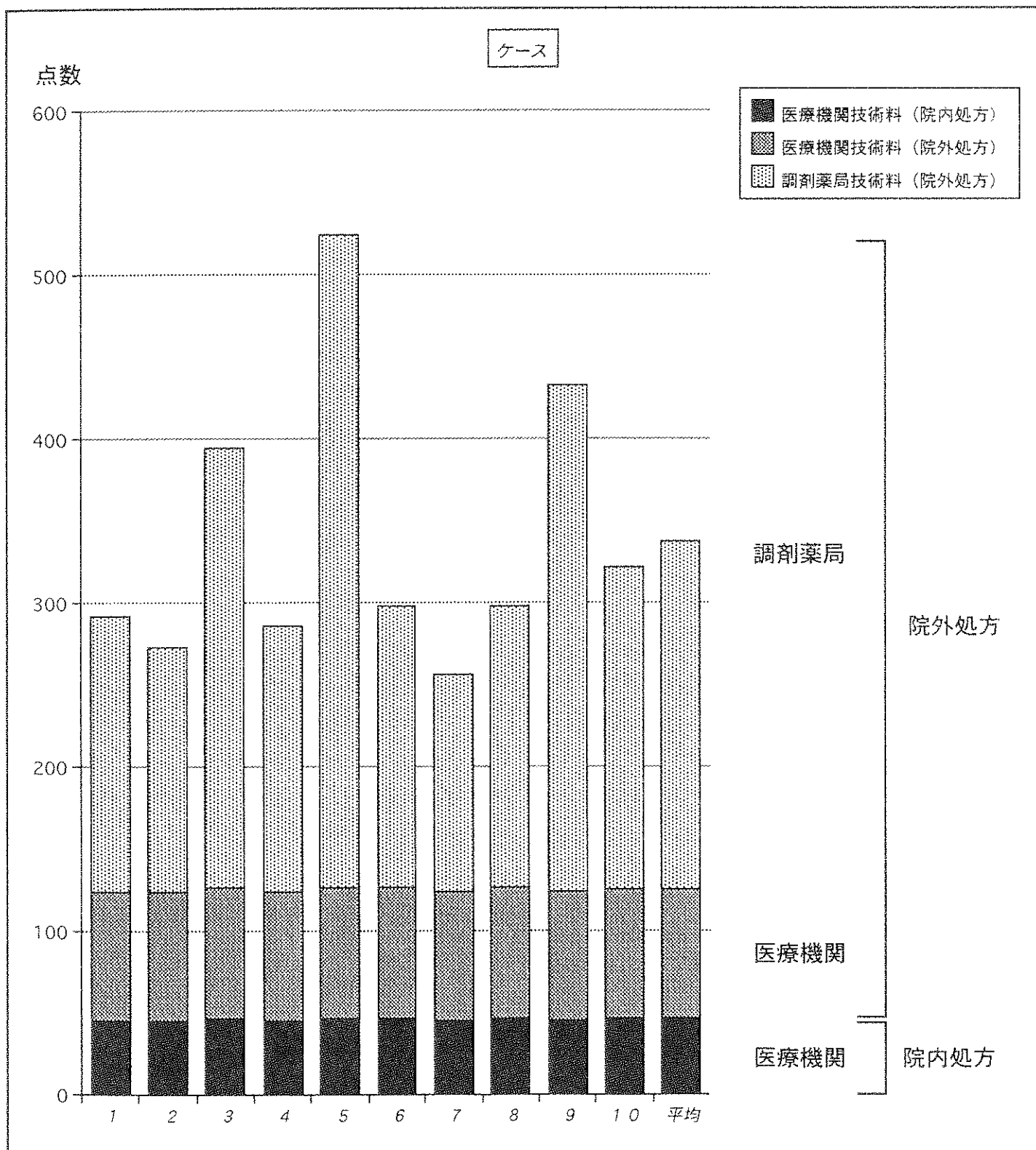
このことは、医療費の数量的な視点から見れば、まぎれもなく医療費の増大をもたらす。現在、保険財政の危機が叫ばれ、患者負担によって当面の事態を乗り切ろうとしている時に、医薬分業による総医療費の増大について、それが是か非か、あるいは適切な医薬分業についてのコストはどの程度か、きちんとした議論がなく、このまま医療改革が進んで行くことに、不安を覚える。

表2 院内・院外処方別の技術料の算定例

	ケース	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	平均
	年齢	11	3	81	3	37	6	23	4	9	3	
薬剤料 (共通) (A)												
	内服	168	305	532	32	3094	58	142	157	168	16	467.2
	内服用滴剤							42				4.2
	頓服		5			5						1.0
	外用			142		659	26		37			86.1
院内処方												
	医療機関技術料 (B)	45	45	47	45	47	47	45	47	45	46	45.9
	調剤技術基本料 (月1回)	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8.0
	処方料	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32.0
	内服・頓服調剤料	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5.0
	外用調剤料			2		2	2		2			0.8
	麻薬等加算										1	0.1
院外処方												
	医療機関技術料 (C)	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79.0
	処方せん料	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79.0
調剤薬局技術料 (D)												
	調剤基本料 (D1)	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46.0
	基準調剤加算 (D2)	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20.0
	調剤料 (内服) (D3)	70	18	160	24	240	24	24	24	210	24	81.8
	調剤料(内服用滴剤) (D4)							10				1.0
	調剤料 (頓服) (D5)		30			30						6.0
	調剤料 (外用) (D6)			10		30	10		10			6.0
	麻薬等加算										35	3.5
	計量混合調剤加算				10		40		40		40	16.0
	薬剤服用歴管理指導料	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32.0
院外処方への変更による変化												
	点数増加 (C+D-B)	202	180	300	196	430	204	166	204	342	230	245.4
	技術料の比率 ((C+D)/(B))	548.9%	500.0%	738.3%	535.6%	1014.9%	534.0%	468.9%	534.0%	860.0%	600.0%	634.6%
	投薬料の比率 ((A+C+D)/(A+B))	194.8%	151.4%	151.8%	354.5%	113.7%	294.3%	188.8%	200.0%	260.6%	471.0%	147.8%
投薬料中の技術料比率												
	院内処方 (B/(A+B))	21.1%	12.9%	8.1%	58.4%	1.5%	44.8%	24.1%	23.0%	21.1%	74.2%	8.9%
	院外処方 ((C+D)/(A+C+D))	59.5%	42.5%	39.5%	88.3%	13.4%	81.2%	59.8%	61.5%	69.7%	94.5%	38.4%
時間外等技術料												
調剤薬局												
	時間外 (D+D1~6)	284	240	484	232	744	252	212	252	564	302	356.6
	休日 (D+D1~6×1.4)	358	306	598	288	910	312	272	312	694	372	442.3
	深夜 (D+D1~6×2)	440	374	740	342	1130	372	332	372	860	447	540.9
医療機関												
	(加算なし)	45	45	47	45	47	47	45	47	45	46	45.9

数字は点数 (1点=10円)

図1 院内・院外処方別の技術料の算定例（グラフ）



ケース	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	平均
医療機関技術料（院内処方）	45	45	47	45	47	47	45	47	45	46	45.9
医療機関技術料（院外処方）	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
調剤薬局技術料（院外処方）	168	149	268	162	398	172	132	172	308	197	212.3

数字は点数（1点=10円）

(注) 各ケースの処方内容

ケース1 気管支喘息

内服 テオドール100 4錠
スピロベント 2錠 以上 1日2回 7日分

ケース2 水痘

内服 (1) ゾピラックス顆粒 1.5g 1日3回 3日分
頓服 (2) ボンタール散 0.15g 5回分

ケース3 脳梗塞後遺症、腰痛

内服 (1) アデホスコワ腸溶剤(20) 9錠 1日3回 30日分
内服 (2) ベルジピンLA(20) 2カプセル 1日2回 30日分
外用 (3) モーラステープ(7×10cm) 28枚

ケース4 急性上気道炎

内服 ペリアクチン散0.4g
プルスマリンAドライシロップ1.0g
アスベリン散0.4g 以上混合 1日3回 4日分

ケース5 気管支喘息

内服 (1) ベガ200 1錠 1日1回 30日分
内服 (2) アゼブチン 4錠
テオドール200 4錠
スピロベント 4錠 以上 1日2回 30日分
内服 (3) ムコソルバン 3錠 1日3回 30日分
外用 (4) アロテック吸入液 30ml
外用 (5) インタール吸入液 30A
外用 (6) アルデシン 1瓶
外用 (7) ベコナーゼ 1瓶
頓服 (8) ボンタールカプセル250mg 5回分

ケース6 急性気管支炎、急性結膜炎

内服 (1) ペラチンドライシロップ 0.7g
ペリアクチン散 0.5g
プルスマリンAドライシロップ 1.2g
アスベリン散 0.5g 以上混合 1日3回 4日分
外用 (2) パニマイシン点眼液 5ml

ケース7 急性上気道炎、便秘

内服 (1) ケフラール 3カプセル 1日3回 4日分
頓服 (2) ラキソベロン 10ml (1回1ml 10回分として算定)
(※調剤薬局では、内服用滴剤 10ml 1回として算定)

ケース8 急性上気道炎

内服 (1) セフゾン細粒小児用 1.2g
PL顆粒(幼児用) 4.5g 以上混合 1日3回 4日分
外用 (2) ユニブロン座剤100mg 5回分

ケース9 気管支喘息

内服 (1) メブチン・ミニ 1錠 1日1回 14日分
(2) ムコダイン 3錠 1日3回 14日分
(3) テオドール100 2錠 1日2回 14日分

ケース10 下痢症

内服 (麻薬)リン酸コデイン(10倍散) 0.2g
ラックビー 1.0g 以上混合 1日3回 4日分

本年9月より実施される改正により、院内処方を実施している医療機関では、新たな薬剤負担を算定し、患者より窓口で負担金を徴収することになるが、この事務量は、医療機関にとって予想がつかないほど過重なものとなる恐れがある。実施まで2ヵ月余というのに、負担の明確な算出方法が示されず、とくに「205円ルール」の詳細、散剤や液剤の混合時の薬剤種類数の数え方、日数の異なる内服剤の処方時の負担の算定の仕方、超過負担の際の減額の方法など、不明なことが数多くある。会計業務に使用しているコンピューターのソフトが、この複雑な薬剤負担方法をどの程度カバーできるか、予想できない。さらに、これらがクリアできたとしても、窓口での会計業務は一層複雑かつ繁雑になり、患者にきちんと納得していただくよう説明することにも、大変な労力が必要となる。そして、医療機関にとってこれだけ負担が増える一方で、トータルの医療機関の収入には全く変わらない。まさに、持ち出しの負担である。

経営的な観点からは、院外処方に変更することが、これらの問題からのがれる唯一の方策となる。実際、院内処方をやめ、医薬分業へ切り替えるようとする動きも見受けられる。医療財政の改革のためとして導入された今回の新たな薬剤負担が、皮肉にも、医療費全体の一層の増大をもたらすことが起こりうるのである。

ちなみに、当院が現在、院外処方に変更すると、当院と調剤薬局で新たに年間8千万円から1億円の技術料が発生する。もしも全国で、医薬分業が一挙に進むと、それが全て医療費の増大として、保険財政を一層圧迫することは明かである。

ここにも、重点的に進める施策には高点数を与え、経済誘導によってそれを実行していこうとする厚生省の従来の手法の問題が、端的に現れているように思える。

もちろん、医薬分業の理念や薬剤師のこれまでの努力を否定するものではないが、同時に、診療報酬上はほとんど無視、あるいは否定されているに等しい医療

機関の院内処方に対して、その果たしている役割を正しく評価し、適切な技術料を認めることが、マクロの医療経済にとっても、大変重要な課題であるであることを指摘しておきたい。

最後に

この度、調剤薬局の調剤点数を調査し、それと比較する形で、医療機関側の技術料の実態を浮き彫りにすることができた。当院が院内処方に転換した時点で、この経営上の問題もある程度理解していたつもりであるが、今回、ここまで劣悪な点数の体系を強いられていることに、改めて疑問と憤りを感じている。

医師が自らの手で、自身の医療機関の中で薬剤を処方する行為がアブノーマルなものとは、とても考えられない。私も、自分の目の前で、薬剤を調剤し、患者（親）に渡し、そして患者からの意見、質問、要望などをその場で聞きながら自身の診療に生かすことができるようになり、大変診療に役立っている。薬剤について、十分な責任を果たすべく、敢えて院内処方に変更したことを、決して間違った選択だったとは考えていない。

しかし、やはり経営の問題を全く抜きに、理想的と考える診療形態を維持できないのも、また事実である。

現行の消費税の償還方法の改善（ゼロ税率の適用）と診療報酬体系の大幅な改善がない限り、院内処方の医療機関は更に減少し、全体の医療費は確実に増大する。このことを十分理解した上で、今後の医療改革の議論が深まることを期待する。

参考資料

★見る見るわかる「医薬分業は進むか」(12号50頁)

医薬分業が進んだのは、「薬で儲ける」ことができなくなったためだ。薬価差益は、適正な在庫管理費用や経費を除けば、消費税もカバーできないほど縮小した。医薬分業にすることで、医療機関にも薬局にも相当の技術料が入る。この両者の技術料を大幅に引き上げるといふ厚生省の利益誘導により、医薬分業は推進されてきた。今や、医薬分業は儲かるのである。その結果、患者の負担は増え、医療費全体も増加した。医薬分業の多くは、医療機関と一対一で結び付いている「門前薬局」であり、西洋で伝統の

ある薬局とは、異質なものだ。このままで「かかりつけ薬局」の機能が果たせるとは思えない。近年、薬局中心の分業の傾向に拍車がかかった。処方箋を受けることを目的に、医院の開業を支援する薬局まで現れてきていることは、本末転倒である。「医薬分業が進んできた」と手放しで喜んでいいのだろうか。ちなみに、私は昨年、六年余続けてきた医薬分業をやめ、院内調剤に変更した。経営的にはマイナスだが、薬についても責任をもつ医療機関をめざした結果の判断であった。(新潟県上越市・塚田次郎・40歳・小児科医師)

A E R A (朝日新聞社発行) 1997年3月24日号より

医療法人 塚田こども医院

〒942 新潟県上越市栄町2-2-25

TEL 0255-44-7777

FAX 0255-44-8456