報告

漢方生薬処方調剤技術料に関する検討

— 社団法人日本東洋医学会・生薬に関する保険問題調査会報告 —

三瀨 忠道(委員長)^a 秋葉 哲生^b 佐藤 弘^c
伊藤 隆^d 九鬼 伸夫^e 古田 一史^f

- a 榊原生飯塚病院東洋医学センター, 福岡, 〒820-8505 飯塚市芳雄町3-83
 b 医療法人社団伝統医学研究会あきば病院, 千葉, 〒289-1805 山武郡蓮沼村ニ-2086
 c 東京女子医科大学附属東洋医学研究所, 東京, 〒163-0804 新宿区西新宿2-4-1 新宿 NS ビル 4 階
 d 労働者健康福祉機構鹿島労災病院和漢診療センター, 茨城, 〒314-0343 鹿島郡波崎町土合本町1-9108-2
 e 銀座内科診療所, 東京, 〒104-0061 中央区銀座4-14-19 第2カタヤマビル3F
 f 富山医科薬科大学医学部和漢診療学講座, 富山, 〒930-0194 富山市杉谷2630

Assessment of the Appropriate Fee for Dispensing Herbal Medicine

Tadamichi MITSUMA^a Tetsuo AKIBA^b Hiroshi SATO^c
Takashi ITOH^d Nobuo KUKI^e Kazufumi KOUTA^f

- a Oriental Medical Center, Iizuka Hospital, 3-83, Yoshio-cho, Iizuka-shi, Fukuoka 820-8505, Japan
 b AKIBA hospital of Traditional Medicine, Ni-2086 Hasunuma-mura, Sanbu-gun, Chiba 289-1805, Japan
 c Institute of Oriental Medicine, Tokyo Women's Medical University, School of Medicine, 2-4-1, Nishi-Shinjuku Shinjuku-ku, Tokyo 168-0804, Japan
 d Center of Japanese Oriental Medicine, Kashima Rosai Hospital, Labour Welfare Corporation, 1-9108-2, Doaihoncho, Hasaki, Kashima, Ibaraki 314-0343, Japan
 e Ginza Naika Clinic, Daini-Katayama Bld., 4-14-19, Ginza, Chuo-ku, Tokyo 104-0061, Japan
 f Department of Japanese Oriental Medicine, Faculty of Medicine, Toyama Medical and Pharmaceutical University, 2630, Sugitani, Toyama 930-0194, Japan

Abstract

This study was conducted to assess the proper fee for dispensing herbs prescribed under the national health insurance. We investigated the cost of dispensing a) general medicine and b) Kampo formulae in relation to the time needed in three pharmacies. One prescription of general medicine including packed extract of Kampo formulae, and one Kampo formula consisting of different kinds of herbs, were counted as one sample each. The former counted 125 samples, and 176 samples of the latter. The mean time for dispensing one sample of Kampo formulae was 9 minutes and 33 seconds, and it was 5.4 times longer than for the general medicine (1 minute and 46 seconds). The time for dispensing herbs grew longer as the days of the prescription increased; with a mean number of 9-12 herbs in the formulae about twice the time was needed for a prescription for 22-28 days than for one of 8-14 days. As the number of herbs in the formulae increased, the time for dispensing them also increased. The cost of pharmacist's work was calculated based upon the time expended and the pharmacist's hourly wage. It amounted to one fifth of the fee for dispensing general medicine, but it was nearly equal or higher when involving herbs. According to the *Regulation of Dispensary Awards* revised in 2004, the fee for dispensing herbal medicine is ¥1200 whatever the formulae. We would like to recommend that a re-evaluation of the fee should be made based on the number of days of the prescription, the number of herbs in the formulae, and the cost of preserving herbs in pharmaceutical facilities.

Key words: national health insurance, cost for dispensing herbal medicine, herbs, Kampo formulae

要旨

健康保険における漢方処方の適正な調剤料を検討する目的で、3薬局において調剤業務のタイムスタディを実施した。実地調査は、漢方エキス製剤を含む一般薬は処方箋1枚を1サンプル(S)として125S、生薬処方箋は1処方を1Sとし176Sを対象とした。薬品の取り出しから最終監査の前まで、薬剤師の直接作業時間について、生薬処方箋は1Sあたり平均9分33秒と一般薬の5.4倍を要した。生薬の調剤時間は処方日数の増加に伴い延長し、平均的構成生薬数(9~12)の22~28日分処方箋は8~14日分に比較し約2倍を要した。また構成生薬数の増加とともに調剤時間も延長した。調剤業務時間から推計した薬剤師の直接人件費は、生薬では調剤料とほぼ同額あるいはそれ以上、

一般薬の5倍以上と推定された。平成16年度改訂の調剤報酬規定では、湯薬（生薬）の調剤料を一律120点としているが、処方日数や構成生薬数、生薬備蓄場所の経費などに見合った設定見直しが必要である。

キーワード：健康保険、調剤料、生薬、漢方方剤

緒言

近年国の医療費適正化政策の中で薬価は相次いで引き下げられ、生薬薬価も平成14（2002）年度に引き続き平成16（2004）年度にも大幅に引き下げられた。また、平成14年度からは処方日数の制限（漢方処方14日以内）が廃止され、医療機関においても患者のさまざまな負担軽減の見地から、特に慢性疾患患者に対しては長期処方を推進している。漢方治療を必要とする患者には慢性疾患患者が多く¹⁾、生薬の処方日数も長期化の傾向にある。

このような状況の中、平成16年4月の調剤報酬改訂において、生薬の調剤技術料が改訂された。従来の調剤技術料は、「調剤料（投与日数分）＋自家製剤加算」として投与日数に応じた業務量の評価がなされていた²⁾が、今回の改定により投与日数に関係ない「浸煎または湯薬調剤料」（120点）に一本化された³⁾。生薬調剤の技術料が新設されたことは歓迎すべきことと考えられる。しかし、短期投与の場合は従来よりも高い診療報酬上の評価がなされるが、長期投与の場合には従来よりも評価減であり、処方実態から考えて実質的には評価減といわざるを得ない。漢方診療の基本ともいべき煎剤（生薬）による診療については、かねてより調剤技術料がそのコストを十分に反映していないといわれており、今後煎剤による保険診療が実施不可能となることを危惧

する意見がある。

そこで今回、（社）日本東洋医学会では「生薬に関する保険問題調査会」を設置し、生薬調剤の業務量を中心とする実地調査を行ったので、若干の考察を加えて報告する。

対象と方法

1. 対象薬局

健康保険法に基づく漢方方剤（生薬）の処方箋について、実際に2日間で50枚以上を調剤している薬局を選定目標とした。対象となる処方箋は、漢方処方あるいは使用生薬量などが我が国で現在行われている標準的内容で、特殊な製剤や薬価基準に未収載の生薬を含まない。全国から以上の条件で調査に協力可能な3薬局（A、B、C）を選出した。**表1**に対象薬局の背景を示した。

2. 調査期間

2004年11月18～30日のうち、各薬局ごとに連続する2営業日。ただし、A薬局については、2日間で調査処方箋が目標枚数に達しなかったため、調剤所要時間の実地調査（タイムスタディ）のみを1日追加して調査した。

3. 調剤業務タイムスタディ

調査員は各薬局に共通とし、最大3名で実施した。各調査員が1枚ずつの処方箋を担当し、最多時には

表1 調査対象薬局と背景

薬局	在籍薬剤師数		※1	※2	※3	生薬調剤における工程ごとの担当人員（原則）	「薬味(薬剤)用量×投与日数」計算結果の処方箋への記載 ※4
	常勤	非常勤	処方比率(%) 一般薬／生薬	使用分包機 台数	別撒き 生薬数		
A	17	9	95.1/4.9	2	102	複数	薬剤師が計算
B	7	4	70.7/29.3	1	25	1	薬剤師が計算
C	5	1	48.8/51.2	2	48	1	医療機関で記載済

※1 一般薬（漢方エキス製剤を含む）と生薬（湯剤）の比率は、実地調査した2日間の全処方箋より算出。一般薬と生薬は別々に計算。
※2 使用分包機はいずれも1回の操作により1～15日分の生薬を分包可能
※3 調剤生薬数を日数分混合してから分包機にて均等分割する方法をとらず、一生薬ごとに日数分を分配調剤した数。生薬数が多ければそれだけ手間をかけていることになる。
※4 C薬局が受ける処方箋は例外を除き、生薬の1日分量と、それに処方日数を乗じた調剤用の計算結果が医療機関において既に自動的に計算、記載されている。

表2 調査対象となった処方箋と薬剤師数

薬局	調査期間の処方箋 全枚数（一般薬/生薬）	実地調査した 処方箋枚数	サンプル数 一般薬/生薬	薬剤師数 （延べ人数）
全	1146（1054/263）	237	125/176	54
A	740（725/37）	51	22/51	31
B	223（188/78）	72	35/37	11
C	183（141/148）	114	68/88*	12

※ 処方箋は85枚だが3枚の処方箋で生薬が2処方あった。

3枚の処方箋について同時に調剤所要時間を計測した。その結果、処方箋集中時には調剤時間を測定できなかった処方箋も存在する。測定は、漢方エキス製剤を含む生薬以外を一般薬とし、生薬（湯剤）とに分けて行った。業務所要時間を以下の工程に分け、各工程の開始と終了時刻を秒単位で調査員が調査票に記入した。工程①薬剤師が処方箋を確認。次いで一般薬では、工程②薬品取り出し、工程③計数（数量確認）とし、時間を測定した。生薬調剤は、工程②生薬取り出し、③計算・計量（以上②と③を1群）、工程④別撒き生薬を分包機に撒く、⑤他の生薬の混合、⑥混合生薬を撒く、⑦分包機作動開始まで（④～⑦を1群）、以上を計測し、長期処方のために分包機作動までが繰り返された場合も時間を測定した。複数の薬剤師が1枚の処方箋内容を分担して調剤した際は、それぞれの時間を測定し、後に合算した。その後、共通作業として最終監査時間を計測した。生薬処方が複数の場合は、それぞれの方剤について同様に記載した。一般薬は工程②～③、生薬は工程②～⑦に要した時間を、それぞれに固有の調剤時間として比較検討した。

4. 薬剤師タイムスタディ

調査期間に勤務していた全薬剤師について、5分単位でその日の勤務内容（特に調剤業務時間）を各人による調査用紙への記載により調査した。

5. 調剤料の算定

各処方箋ごとに、調剤基本料あるいは薬剤服用歴管理・指導料や薬剤情報提供料などの一般薬と生薬の共通部分を除き、一般薬と生薬のそれぞれの調剤料について算定した。算定基準は平成16年度から改定された調剤報酬規定³⁾に従った。

6. 集計

各処方箋について、一般薬は1処方箋を1サンプル（S）、生薬は方剤ごとに1Sとし、各Sごとの調

剤時間を集計した。したがって、調査した処方箋枚数に対して総S数は増加している。各S中、投与日数や薬味数、測定時間など、調査用紙の記載に不備を生じたものは、該当するSを対象から除外した。一般薬の同一S中に処方日数が複数あるものは、そのうちの最長の投与期間を採用した。

生薬処方において、処方日数あるいは構成薬味数と調剤時間との相関については、回帰分析を用いて検討し、 $p < 0.05$ をもって有意とした。

7. 調剤にかかわる薬剤師の直接人件費（人件費）

薬剤師の全国平均賃金⁴⁾を基に、経験年数5年単位に年間賃金と病院数から平均年間賃金を算出し、年間労働時間（想定値2040時間）で除した結果（2,489円）より、薬剤師の時間給は2,500円とした。これに調剤時間を乗じ、人件費を算出した。

8. 調剤時間の推計

各薬局ごとに、タイムスタディから得られた調剤時間より算出した処方箋1枚当たりの平均調剤時間を、調査期間の全処方箋から得られた一般薬あるいは生薬の実枚数に乘じ、調剤時間推計値とした。また、薬剤師タイムスタディにより、調査期間に薬剤師が調剤業務に当たっていた時間（調剤業務時間：各薬局とも平均6時間/人/日）を集計した。

結果

実地調査期間（2日間）の3薬局における全処方箋数は1,146枚であった。なお一般薬が処方されていた処方箋は1,054枚、生薬は263枚で、171枚に一般薬と生薬の両方が処方されていた。実地調査の対象とした処方箋は、A薬局のみは3日間調査し51枚、B薬局は72枚であるが生薬処方は42枚で調査用紙への記載不備5Sを除く37Sを採用、C薬局では114枚についてタイムスタディを実施したが、3枚の処方箋には生薬が各2S処方されていた。以上、3薬局

表3 調剤所要時間の比較：薬剤を取り出してから数量確認または分包機作動までの時間

薬局\処方 日数		1～7日	8～14日	15～21日	22～28日	29日以上	平均時間 サンプル数
一般 薬	全	1:16 18	1:44 43	2:10 22	1:15 32	3:33 10	1:46 125
	A	0:47 7	2:56 7	8:34 1	1:17 4	1:00 3	1:57 22
	B	2:06 7	2:29 11	1:48 7	1:23 6	1:06 4	1:55 35
	C	0:39 4	1:05 25	1:53 14	1:13 22	9:22 3	1:38 68
生 薬	全	4:39 11	7:44 82	8:03 29	13:03 48	22:27 6	9:33 176
	A	8:01 2	10:53 18	12:42 7	16:12 21	29:20 3	14:18 51
	B	5:42 2	8:42 30	10:37 2	13:24 2	33:38 1	9:34 37
	C	3:24 7	5:14 34	6:09 20	10:22 25	6:32 2	6:47 88

上段（時間）分：秒
下段 サンプル数

で総数237枚の処方箋について実地調査を行ったが、調査用紙への記載不備のSを除いた調査対象処方箋は、一般薬が処方箋125S（125枚）、生薬が176S（173枚）となった。実地調査期間に業務に当たった薬剤師は、各薬局で延べ31，11，12人だった（表2）。

1. 一般薬と生薬の調剤所要時間の比較

調剤工程中、一般薬と生薬が別々に扱われている部分に着目し、実際に薬品を取り出す作業から分包するまでについて、一般薬の工程②～③、生薬の工程②～⑦の所要時間をタイムスタディの結果から算出した（表3）。一般薬は母数が少なく変動もあるが、1S（すなわち1処方箋）あたりの所要時間は全薬局の平均では1分46秒で、4週間処方まではほぼ2分以内であった。29日以上ではC薬局が9分22秒（3S）と長かったため、全薬局の平均では3分33秒となったが、A，B薬局では約1分間であった。他方、生薬における所要時間は全薬局の平均では9分33秒で、処方日数が1週間以下から4週間まで増えるにつれて所要時間も伸びている。この傾向は各薬局ともに同様であった。さらに29日以上の処方では急激に延長していた。実地調査した全Sに

図1 処方日数と調剤所要時間

一般薬と生薬の比較（全薬局）表3から作成

について、調剤日数による調剤所要時間を図示した（図1）。

次いで薬味数9～12の72Sについて、処方日数と調剤時間との関連を検討し、有意な相関（ $R^2=0.457$, $p<0.001$ ）が得られた（図2）。14日処方では6分30秒あまりの所要時間が、28日処方では12分余りと、約2倍の調剤時間となる。また最も処方日数の頻度

図2 生薬処方における処方日数と調剤所要時間の相関（構成薬味9～12種類）

図3 生薬処方における構成薬味数と調剤所要時間の相関（14日処方）

表4 実地調査したサンプルの調剤料

薬局	サンプル数		調剤料（合計 円）		調剤料（平均 円）	
	一般薬	生薬	一般薬	生薬	一般薬	生薬
全	125	176	144,400	209,860	1,155	1,192
A	22	51	18,800	61,200	855	1,200
B	35	37	41,330	44,400	1,181	1,200
C	68	88	84,270	104,260	1,239	1,185

タイムスタディを実施した各サンプルから、調剤報酬の規定に基づき調剤料を算定し集計した。

が多かった14日処方の77Sについても、構成生薬数と調剤所要時間の相関を検討したところ、薬味数の増加に伴い調剤所要時間が延長する（ $R^2=0.448$, $p<0.001$ ）ことが示された（図3）。

2. 調剤料

タイムスタディを実施した処方箋による調剤料は、全薬局で一般薬が合計144,400円で、1Sあたり平均1,155円、生薬は合計209,860円で1Sあたり平均1,192円となった（表4）。

3. 薬剤師調剤時間（人件費）の検討

調査対象の3薬局それぞれについて、一般薬、生薬の各々1Sずつの平均調剤時間をもとに、調査期間の全処方箋に対する調剤時間を推計した。この比により薬剤師タイムスタディから得られた全調剤時間を一般薬と生薬に配分したところ、B、C薬局では調剤時間のほとんどを生薬調剤に要していた（表5）。この調査期間の調剤時間に薬剤師の平均給与（時給2,500円）を乗じた調剤の人件費と、処方箋から算定した平均調剤料に調査期間の処方実枚数を

乗じた全調剤料を比較した（図4）。その結果一般薬では調剤料が人件費コストの数倍と推定された。生薬ではC薬局でわずかに調剤料が人件費を上回ったが、A、B薬局では逆に調剤料のほうが高かった。なお表には示していないが、薬剤師タイムスタディによる直接の調剤業務時間は1日平均6時間前後で、3薬局間に大きな差異はなかった。

考察

1. 生薬調剤の現状

生薬を用いた漢方処方では、原則として複数の刻み生薬を混合し、患者が服用するために煎じる量ごとに分包しており、調剤報酬規定で「湯剤」として定められてきた内容である。平成16年度の調剤報酬改訂により、生薬の調剤料は一律に1200円（120点）となった³⁾。これを従来の内服調剤料+湯剤の自家製剤加算75点²⁾と比較すると、9日分までは調剤料の値上げとなるが、10日分以上は実質的な値下げとなる。すなわち生薬1処方あたり14日分で18点、28

表5 一般薬と生薬の調剤時間構成

薬局	1) 調剤時間推計値		2) 推計時間比(%) (a)		3) 調剤時間計 (b)	比率(a)×時間(b)	
	一般薬	生薬	一般薬	生薬		一般薬	生薬
A 薬局	23:31:00	8:48:56	72.7	27.3	179:00:00	130:11:42	48:48:18
B 薬局	6:01:14	12:26:12	32.6	67.4	72:00:00	23:29:08	48:30:52
C 薬局	3:49:47	17:19:39	18.1	81.9	70:30:00	12:45:40	57:44:20

時間単位はすべて 時間：分：秒

- 1) 調剤時間推計値＝1 処方箋当たりの平均調剤時間×調査期間の処方箋実枚数
- 2) 推計時間比＝調剤時間推計値の比率（百分率）
- 3) 調剤時間計：薬剤師タイムスタディによる調剤業務時間（調査2日間の合計）

図4 一般薬と生薬における全調剤料と人件費

全調剤料＝タイムスタディ実施処方箋から規定により算出した調剤料（1 処方箋あたり。調剤基本料と加算は含まない。）×調査日の一般薬・生薬の枚数

薬剤師調剤人件費（推計）＝調査日の全調剤時間（延べ）×タイムスタディから算出した調剤時間に占める一般薬・生薬の比率×時給（2,500円）

事務員や管理職の経費などは含まない。

日では35点の評価減となる。慢性疾患患者に28日分を処方をするれば、薬局にとっては処方箋1枚あたり350円の純利益が減少することになる。同時に実施された生薬薬価の引き下げは、流通（納入）価格と保険薬価との差があるとの判断であろうが、もしその差益があったと考えれば、生薬調剤薬局にとっては二重の利潤減となる。しかし、従来より生薬調剤は作業時間に比較して調剤報酬が低く、健康保険診療では扱いにくいとの声を耳にしてきた。そこで、健康保険診療の建前からも薬価差益に頼ることのない、生薬調剤の適正な生薬調剤料はいかにあるべきかを検討するため、(社)日本東洋医学会では生薬調剤薬局における調剤時間の実態について調査することとした。医師が処方箋を発行しても、その調剤を受ける薬局が存在しなければ、国民の健康に寄与できないと考えたからである。

2. 調査結果の検討

調査した3薬局において、調査期間の全処方箋数はA薬局が最も多く、次いでB、C薬局の順であつ

た。逆に生薬処方のある処方箋は、A薬局では処方箋の5%にあたる37枚と少なく、次いでB、C薬局と多くなる（表2）。すなわち各薬局の特徴として、A薬局は一般薬中心で一部漢方処方を調剤し、C薬局の処方箋には8割以上に生薬が処方され、B薬局は漢方処方を多く扱っていたが生薬は全処方箋の3分の1程度であった。なおA薬局では生薬処方が少なかったため、調剤タイムスタディを予定より1日延長して3日間とし、サンプル数を補う必要があった。B薬局は構造上の問題で、タイムスタディを実施できた処方箋の比率が低かったため、当初目標の生薬のみで50枚以上の生薬サンプルが確保できなかった。

一般薬（漢方エキス製剤を含む）と生薬で調剤工程が異なる、処方薬剤の取り出しから最終監査の前までで薬剤師が直接手を下す作業について、調剤業務の所要時間を計測した。その結果、一般薬は1S平均1分46秒であったが、生薬処方は平均9分33秒であり、生薬が一般薬の5.4倍を要した（表3）。一

一般薬は処方箋1枚あたりに処方された平均2.7剤をまとめて1Sとし、生薬は1処方を1Sとした(173枚中3枚以外は1枚1S)が、サンプルあたりの所要時間からは生薬調剤に多くの人手を要する結果であった。また一般薬は処方日数による影響はあまり認められなかったが、生薬調剤は処方日数が長くなるにつれて所要時間が長くなる傾向であった(図1)。その比は1~7日で一般薬の3.7倍、8~14日で4.5倍、22~28日では10.4倍であった。

生薬調剤の所要時間に及ぼす因子をさらに検討した。調剤時間は処方日数のほかにも構成生薬の薬味数が多ければ、延長すると推測される。そこでまず、調剤時間に及ぼす処方日数の影響を明らかにするため、薬味数を限定して検討した。生薬処方の平均薬味数は、10.3(A, B, C薬局では、各々10.9, 11.3, 9.5)であったため、構成生薬数9~12種の72サンプルにおいて検討し、両者に有意な相関を得た(図2)。この回帰一次式によれば、生薬調剤は一般薬の平均調剤時間にほぼ匹敵する1分10秒を基礎に、調剤日数 $\times$ 24.3秒を加えた時間を要することとなる。あるいは2次式からは、基本的に約6分20秒(一般薬平均の4倍弱)、さらに調剤日数が14日以降は上乘せした時間を要することとなる。次いで、構成生薬の薬味数の及ぼす影響について、処方日数の頻度が最も多かった14日処方の77Sについて検討し、処方日数同様の影響を確認した(図3)。すなわち一次式からは、14日処方においては薬味数が一種類増加するにつれ、調剤所要時間が40秒弱ずつ長くなるという結果であった。

さらに一般薬と生薬における調剤報酬に対する人件費の比率、すなわち同額の報酬を得るために必要な薬剤師の人件費についての比較を試みた。まず調剤料(調剤基本料や各種の加算は含まない)について、実際にタイムスタディを行った処方箋ごとに算出・集計し、1Sあたりの調剤料を計算した(表4)。生薬の調剤料は平均1,200円となるはずであるが、一部(C薬局8件)で丸剤処方があり、これを生薬に合算したが調剤料としての計算は一般薬と同様の低額としたために端数を生じた。一般薬の平均は1,155円であり、生薬とほぼ同様であった。次いで、薬剤師の調剤時間を集計した結果、全薬局の調剤時間合計は321時間30分となり、推計値合計(一般薬+生薬)の71時間56分48秒の4倍以上となる(表5)。

その違いの要因として、実際の調剤では一般薬と生薬に関する業務が混在し、推計値に反映されていない作業がある。例えば処方箋確認、最終監査(今回の測定では平均2分57秒)、患者への説明(同2分27秒)、薬歴簿記載(説明しつつの記載もある)、調剤台や用具(分包機や容器など)の清掃・片付け(生薬では1調剤ごとに発生、今回は測定せず)などが推計値には含まれていない。

生薬の監査はかなりの手間を要し、今回実測あるいは分類できなかった業務時間の多くは、生薬調剤に比重が大きいと考えられた。そこで便宜的に、薬剤師から得られた調剤勤務時間を推計値の比率で分配した。以上の一般薬と生薬の調剤時間に、薬剤師の平均時給2,500円をかけて、薬剤師の人件費とした。以上の調剤料と人件費の比率を比較すると、一般薬では各薬局とも調剤料が人件費を大きく上回るが、生薬はC薬局ではほぼ同等、A, B薬局では人件費が調剤料を大きく上回る(図4)。各薬局での調剤料(報酬)に対する人件費は、生薬が一般薬の5倍前後となった。なお、今回調査対象となった一般薬は、生薬あるいは漢方薬を処方している処方箋を中心に選択した処方箋に基づいており、一般的な内容とはいえない。例えば現代薬の処方箋が大部分を占めるA薬局においては、実地調査した51枚の処方箋はすべて生薬が処方されており、一般薬の併用は半分以下の22枚であった(表2)。その傾向からいえば、一般薬が処方されていても現代医学的な治療を中心とした処方箋よりは当然薬剤数が少ないはずであり、服用方法の種類が増えるごとに3剤分まで加算できる調剤料(855円)は実勢より低額であったと考えられる。すなわち、現代医療中心の処方箋であれば、1S(処方箋1枚)あたりの調剤料はより高額であることが推定される。生薬調剤では発生しにくい加算が加われば、その差はさらに大きくなる。

以上の計算はいくつかの前提をおいており、正確を期すにはさらなる検討を要する。また調剤基本料や各種加算など、ここに示した調剤料以外の調剤に関連した報酬もある。しかし逆に、ここに示した薬剤師の人件費以外に、生薬調剤には特有の費用が多く発生する。例えば薬局の床面積(テナント料)を大きく必要とすることがあげられる。十分な調査は成し得なかったが、C薬局においては全床面積の約

図5 「漢方製剤等」生産金額の推移 (1976～2003) 文献10) より

30%が生薬用に使用され、調剤料売上が生薬とはほぼ同じである一般薬用スペースは3%のみであった。その他の共用スペースも、例えば薬剤師数が少なければ減らし得る部分が多い。厚生省令においては薬剤師の員数に関し、1日平均取り扱い処方箋枚数が40までごとに1名と定めている⁵⁾。しかし生薬調剤を中心としているC薬局では、15枚に1名と3倍近い人員を実際に必要としている。生薬備蓄用の低温倉庫などもふくめた店舗面積に対しては、それに応じた光熱費などの諸経費も当然必要とされる。

以上のような状況を考えると、実際に生薬を処方する医療機関（医師）は、長期処方ではできれば避けたいと考えるのが当然であろう。今回の平均生薬処方日数は18.8日であったが、薬局経営への配慮をしなければもっと長くなる可能性がある。またC薬局が受ける処方箋のほとんどは特定の医療機関から受けているために、その約束処方内容が既にコンピューターに取り込まれ、効率化が図られていた。さらに調剤の便を考えた医療機関側が、処方箋に使用生薬の総量などの計算結果を記載している。これらの処方箋発行側との協力があって、C薬局の生薬調剤時間が短く（表3）、人件費が調剤料をкаろうじて下回った（図4）と考えられる。逆にA薬局は全体に占める生薬処方が少なく、ある意味では丁寧な調剤となっている。例えば別撒き生薬がA薬局では102種類と大部分であり（表1）、平均調剤時間はC薬局の2倍以上（表3）、人件費は調剤料売上の2.75倍（図4）であり、生薬調剤は“ボランティア

ア”といえる。しかし本来は、調剤を丁寧に実行でき、さらに調剤の手数の問題でほとんど使用されていない原典に基づく丸剤、散剤なども使用可能な、生薬調剤の経済的裏づけが望まれる。今回の調査結果からも分かるように調剤日数や構成生薬数にも配慮した報酬体系の検討が必要であろう。

3. 健康保険制度下における生薬調剤

明治時代以来、我が国政府は医師資格の取得条件から漢方を除外してはきたものの、一貫して、漢方医学の存在あるいはその有用性を認めてきたと考えられる。生薬は古くから医薬品として活用され、我が国医療の根幹となる医薬品を示している日本薬局方においても、初版（1局）から一貫して収載医薬品の中で重要な位置を占めている⁶⁾。昭和31年に健康保険医療費担当規程により薬価基準収載以外の医薬品の処方を禁止⁷⁾した数年後には、保険薬価基準にも生薬が採用された。昭和36（1961）年に国民皆保険制度が施行されたが、そのとき既に、漢方処方に用いられる生薬は約20品目が薬価基準に掲載されていた。昭和40（1965）年にはさらに約50種の生薬が追加され⁸⁾、すべての国民に一定水準以上の医療を保証すべき健康保険制度下で、漢方生薬も役立てられてきた。その後、昭和42（1967）年に漢方製剤（エキス剤）4品目が初めて薬価収載されたのに続き、昭和51（1976）年から薬価収載の漢方製剤は急速に増加し⁹⁾、漢方薬の使用は年々増大してきた（図5）¹⁰⁾。そこで昭和60（1985）年には、医療用漢方エキス製剤の品質を担保する基準として、古典の処

図6 生薬生産金額の推移

1992～2003年

「薬事工業生産動態統計年報」による

方に従い設定した標準湯剤との比較試験の提出を義務付けた¹¹⁾。すなわち医療用漢方エキス製剤は、各処方指の指標成分を標準湯剤のそれに近づけることが望ましく、原則として70%以上とされ、医療用漢方製剤の品質が担保されるに至った。このことは、漢方薬は生薬を用いた処方が基本であることを明確に示したともいえる。

さて薬剤師法第二十一条には、「調剤に従事する薬剤師は、調剤の求めがあった場合には、正当な理由がなければ、これを拒んではならない。」とされている。さらに平成5（1993）年4月30日付で厚生省が告示した「薬局業務運営ガイドライン」に関する企画課長通知¹²⁾は、処方医薬品がその薬局に備蓄されていないことを理由とした拒否は認められない、と明言している。すなわち漢方生薬処方も、少なくとも医師あるいは歯科医師の処方箋による健康保険の薬価基準収載の内容であれば、いかなる薬局においても調剤を受けられるのが原則である。

しかし平成6（1994）年の調査¹³⁾では、漢方に理解がある専門家の集団と考えられる日本漢方協会会員の「薬局関係者」においてすら、保険薬局・薬局製造業者中、煎薬を製造していない27名中15名が保険煎薬調剤は不可能あるいは扱いたくないとし、煎薬製造をしている77名中でも7名が（できれば）扱いたくないと、漢方煎薬の調剤には消極的であった。さらに平成9（1997）年、日本薬剤師会は21世紀初頭に向けての活動指針¹⁴⁾として、きざみ生薬の漢方調剤に対応する薬局の整備が必要であるが、今回の研究でも指摘した、生薬の備蓄にはかなりのスペースを要するなどの問題点を挙げ、現実がまだ原則にはほど遠いことを示している。この問題はさらに10

年近くが経過した現在も、いまだ解決されていない。医師の立場からも煎剤の使用を希望しても、「……この5年あまり煎剤の処方箋に応需できない薬局に囲まれた環境で……」¹⁵⁾と、健康保険で認められた煎剤を使用できない悩みを持つ医師は多い。保険調剤を行う薬局は決して少なくないし、正当な医療の機会を確保すること¹²⁾が求められているにもかかわらず、生薬の調剤を行う薬局は未だに希薄である。

「漢方製剤等」生産金額は、漢方製剤が薬価に大量収載された昭和51（1976）年以来、急速に増加している。小柴胡湯製剤が慢性肝炎に対し多用されたが死亡例を伴う間質性肺炎の副作用が問題となり、1992年をピークに減少し、2000年以降はわずかな上昇傾向を示している（図5）¹⁰⁾。しかし毎年公表される「薬事工業生産動態統計年報」によれば、医療用生薬の生産金額は、2001年にはやや増加傾向が見られるものの薬価の切り下げに伴い再び減少傾向となり、結局は過去10年余増加していない（図6）。生薬を用いた漢方処方、漢方エキス製剤の基本であるばかりではなく、病態に応じて処方内容の加減が可能であり、製剤化されていない方剤も活用できる点など、臨床的に利点も多い。また生薬を診療に役立てたい医師が存在する、すなわち適応となる難治性患者などが少なからず存在する。それにもかかわらず生薬調剤が増加しない原因として、経営上の利益が少ない、あるいは不利益となることが大きな要因であると考えられる。本研究はこうした考えを支持するものである。

このような状況下、平成16年度から実施された調剤報酬の改訂により、薬局はますます保険煎薬調剤を行いにくくなることが予想される。平成14（2002）年に制定された医学部コア・カリキュラムにおいて、「和漢薬を概説できる」との教育到達目標が掲げられ、平成20年にはこの教育を受けた医師が誕生する。漢方医学の根幹をなす生薬治療が、保険医療制度下で現実的に行い得なくなるとすれば、時代に逆行するものと言わざるを得ない。生薬調剤に対する報酬の早急な見直しが必要と思われる。

結語

生薬処方に対する適正な調剤報酬を検討する目的で、薬局における業務量を中心とした実地調査を行った。その結果、生薬調剤は一般薬に比較して4

～10倍の調剤時間を要すると考えられた。調剤時間は、処方日数あるいは構成生薬数が増えると延長する。同じ調剤料を得るための薬剤師に関する人件費は、一般薬の5倍以上を要することが推定される。漢方生薬は政府が一貫して認めてきた医薬品であり、医学部や薬学部教育のコア・カリキュラムにも漢方が取り入れられた。漢方生薬による診療を実施するために必要不可欠な生薬調剤を、実際のコストに見合うよう適正に評価する必要がある。

文献

- 1) 松岡京子, 福永澄子: 総合病院における漢方診療科の意義と役割—看護婦からみた患者の背景と意識—, 日本東洋医学雑誌, **45**(3), 633-641 (1995)
- 2) 社団法人日本薬剤師会・編: 保険薬局業務指針 2002年版, 68-75, 薬事日報社 (2003)
- 3) 社団法人日本薬剤師会・編: 保険薬局業務指針 2004年版, 69-75, 薬事日報社 (2004)
- 4) 医療経営情報研究所・編: 2004年版 病院賃金実態資料, 130, 産労総合研究所, 東京 (2004)
- 5) 社団法人日本薬剤師会・編: 保険薬局業務指針 2004年版, 312, 薬事日報社 (2004)
- 6) 日本薬局方百年史編集委員会・編: 日本薬局方百年史, 日本公定書協会, 227-230, 東京, (1987)
- 7) 厚生省告示第76号, 官報第8783号, p. 150-151, 昭和31年4月10日 (1956)
- 8) 厚生省告示第457号, 官報号外特第16号, p. 1-25, 昭和40年10月5日 (1965)
- 9) 厚生省告示第248号, 官報号外第74号, p. 15-27, 昭和51年9月1日 (1976)
- 10) 日本漢方生薬製剤教会企画委員会・編: 漢方製剤等の生産動態平成15年「薬事工業生産動態統計年報」から, 8 (2004)
- 11) 厚生省薬務局審査第一課長, 審査第二課長通知: 医療用漢方エキス製剤の取り扱いについて, 昭和60年5月31日薬審2第120号 (1985)
- 12) 厚生省薬務局企画課・監修, 社団法人日本薬剤師会・編集: 薬局業務運営ガイドライン 解説, 47-48, 財団法人日本薬剤師研修センター, 東京 (1993)
- 13) 三上正利: 漢方処方箋の受け入れと薬局業務運営ガイドラインに対する基礎資料アンケート・集計結果, 日本漢方協会通信, 第31号, 6-7 (1994)
- 14) 日本薬剤師会医薬分業対策本部: 薬局のグランドデザイン——将来ビジョンと21世紀初頭に向けての活動方針——最終答申, 日本薬剤師会雑誌, 平成9年3月号付録, 44 (1997)
- 15) 前田修司: 漢方エキス剤は同じ方剤でも製品ごと(製薬会社ごと)に効果に差があるか?, 漢方の臨床, **51**(10), 1576-1582 (2004)