

このままでは「薬」が日本の医療を崩壊させる

玖珂中央病院 吉岡春紀

はじめに

先日医薬分業について一般の方にお話しする機会があったので、その時のスライドを元に少し整理してみました。元々個人的にも医薬分業については、果たして誰のための医薬分業なのか、本当に患者さんの為になっているのか、医薬分業によってかえって悪くなっている事はないのかなど制度の疑問を実感していました。今回整理してみて、複雑怪奇な医療制度の中で医薬分業を簡単にお話しすることは難しいのですが、日本の医薬分業は患者さんのためにはなっていないことがはっきりしました。走り出した制度ですので簡単にやめることはできませんが、少しでもより良い費用のかからない制度への見直しなど訴えて行くべきだと思います。そこで医薬分業だけでなく「薬」について考えてみました。長文になりますし、個人的な見解が多いのですがお読みいただければ幸いです。

医薬分業とは、

「患者の診察・薬の処方を医師(歯科医師)が行い、その医師の処方箋に基づいて、薬の調剤および投与・説明を薬剤師が行うという形で役割分担すること」なのですが、日本では古くから医薬分業は進んでおらず、医師は自ら薬を処方・調剤し、薬による薬価差益は全て医療機関の収益となっていたため、医者は薬で儲けているとして、厚労省は医薬分業を日本薬剤師会と一体になり推進してきました。

医薬分業によって「医師と薬剤師の役割をわけることで過剰投薬等を抑制し、二重チェック、薬歴による不適切薬を排除する等の実施で薬物治療が社会と個人にとってより有益になるようにしたのがこの医薬分業の仕組みである」と言われてきました。一方では今の日本の医薬分業は当初から制度上患者の自己負担と医療費が増加することも指摘されていました。

果たして国の言うとおりに良いことづくめなのでしょうか。医薬分業の功罪について検討してみました。

医薬分業と調剤薬局の歴史

1980年代。厚労省は「医師は薬(薬価差)で儲けているので、医療費を削減するには医療機関の薬価差益をなくせば処方(薬)が減り国民医療費は減る」と考え医薬分業を進めてきました。

しかし調剤薬局への強引な利益誘導と院内処方へのペナルティー策の結果、国民医療費は増大し、その多くが調剤薬局に流れており、見直しも求められています。

医薬分業

患者と医療機関のメリット・デメリット

患者のメリット

- ・適切な服薬指導・管理が受けられる
 - かかりつけ薬局で医薬品に関する十分な説明や二重チェックが受けられる
- ・調剤の待ち時間が短縮される

患者のデメリット

- ・診療後に薬局へ行く二度手間

- ・医療費が大幅に高くなる(調剤薬局の診療報酬)
 - ・時間外や休祭日に対応してくれる調剤薬局が少ない。
 - ・後発品など処方勝手に変更されることがある
 - ・処方箋には病名記載が無く病状が伝わらないので薬の効能効果・説明違いなどがおこることもある
- などが考えられます。

まとめると患者さんにとって、メリットは少なく医療費や自己負担の大幅な増加と、診療所から薬が消えたことにより、かかりつけ医による夜間や時間外の診療が出来なくなる事で地域の夜間・時間外診療の崩壊が叫ばれています。また診察が出来たとしても時間外には調剤薬局も閉まっており、薬の調剤が出来ません。

医薬分業の進んだ地域の医師会や行政では、その対応として休日夜間・時間外診療所や急患センターを開設して対応していますが、患者さんには不便であり医療過疎地では昔ながらの「かかりつけ医」の繋がりもなくなりつつあります。

医療機関のメリット・デメリット

医療機関のメリット

- ・薬剤師による服薬指導の充実が期待される
- ・医薬品購入費・レセプト請求事務の軽減、節減
- ・医薬品在庫の減少とスペースの増加
- ・(病院)薬剤師の定員削減による経費削減
- ・医師の処方薬の範囲の拡大・薬剤を自由に選択できる
- ・外来診療報酬が抑えられる、(レセプト高点数から解除される)

医療機関のデメリット

- ・医師の処方通りの投薬が出来ない
- ・薬価差益による収入減少
- ・製薬会社からの医薬品情報の減少

病医院の医療機関にとって、医薬分業は薬価差による収入の減少はありますが、薬を置かなくて良い診療所では薬剤の購入・保管・在庫管理を行わなくて良くなったことの大きなメリットがあります。またレセプトにも薬の明細を記載しなくて良いので点検も簡単ですし、診療報酬も抑えられます。

診療所では一度分業を始めたなら、元に戻ることは出来ないと言っても良いでしょう。

国としては医師から薬の権限をはがしたことでまず満足しているようですが、果たしてこのままの医薬分業で良いと思っているのでしょうか。医療機関側、特に診療所では、前述した様に薬剤購入や在庫管理が不要になり、薬剤費のレセプト請求も不要になり、診療費も薬剤費が無くなったのでレセプト点数も減って、「医師は薬で儲けている」という風評被害から抜け出せた。というメリットです。

しかし、いずれも大きな「功」はなく患者さんの医療費増加の「罪」の方が大きいと思います。

医薬分業の罪の例

外来診療での院内処方と院外処方の差

院外処方では外来での患者負担(医療費・薬剤費)はかなり高いものとなります。特に院内処方との差が激しく同じ診療をして薬の調剤費は大きく違いますし、調剤薬局によっても違います。こんなに差があって良いのでしょうか。あまり知られていないことです。患者負担の医療費増加と院内処方している医療機関への差がひどすぎます。同じ患者さんで内服薬4種類と、外用薬1種類を28日分処方したときの、院外処方と院内処方の医療費を比較したものです。薬代や再診料などは同じなので省いています。

内服薬4種類と外用薬1種類を28日分処方した場合の比較(円)

| | 院外処方 | 院内処方 |
|---------------|-------------|-------------|
| 診療所・病院 | | |
| 処方料 | - | 420 |
| 薬剤情報提供料 | - | 100 |
| 調剤技術基本料 | | 80 |
| 内服薬調剤料 | - | 90 |
| 外用薬調剤料 | - | 60 |
| 長期投薬加算 | 650 | 650 |
| 処方せん料 | 680 | - |
| 調剤薬局 | | |
| 調剤基本料 | 400 | - |
| 薬剤服用歴管理料 | 300 | - |
| 長期投薬特別指導加算 | 360 | - |
| 薬剤情報提供料 | 150 | - |
| 内服薬調剤料 | 2200 | - |
| 外用薬調剤料 | 100* | - |
| 患者負担合計 | 4840 | 1400 |

この表のように、院外処方では患者さんの医療費が約3400円も高くなります。この患者さんが高齢者なら1割負担ですので350円程度の増加で分かり難いかも知れませんが、3割負担なら1000円を超す自己負担増です。院外処方での医療費の差を知るとびっくりされると思います。勿論複雑な調剤費請求方法ですので投薬の方法などで請求金額には差が出ます。

表に示したように院外処方の場合、医療機関での処方箋料と調剤薬局では調剤基本料、薬剤情報提供料、薬剤服用管理指導料(特別指導加算)、内服薬調剤料、重複投薬・相互作用防止加算(処方変更)などがかかり、医療費が3-5割程度高くかかることも多いようです。特に内服薬調剤料は院内処方と比べて大きな差があります。また調剤薬局の処方箋取り扱いの枚数や、処方医療機関の集中度によって調剤料が異なりますが、複雑になりますので省略します。一物5価の世界です。

もう一人多剤処方を受けている実際の高齢者の例で比較しましたので紹介します。

86歳の女性 診療所再診の例です。

急性期病院退院後、糖尿病・高脂血症・高血圧性心臓病、狭心症・慢性胃炎・不眠症・便秘・白内障・腰痛症の病名で通院されています。

薬は下記のような11種類の内服薬28日分と2種類の外用剤が処方されています。

内服薬にはジェネリック医薬品も処方されています。

| | |
|--------------|-----|
| グリメピリド錠1 | 2錠 |
| コニール錠4 | 2錠 |
| チクピロン錠100 | 2錠 |
| ニトロールRカプセル20 | 2C |
| カマグ錠330 | 4錠 |
| メサドリンS配合顆粒 | 1g |
| ディオパン錠160 | 1錠 |
| バイアスピリン錠100 | 1錠 |
| ピオグリタゾン錠15 | 1錠 |
| ローコール錠30 | 1錠 |
| カデメシン錠2 | 1錠 |
| 11種類 | |
| カリーユニ点眼 | 3瓶 |
| ロキソニンパップ | 56枚 |

| 診療所・病院 | 院外処方 | 院内処方 |
|--------------|-------------|-------------|
| 再診料 | 690 | 690 |
| 外来管理加算 | 520 | 520 |
| 特定疾患療養管理料 | 2250 | 2250 |
| 処方料 | - | *290 |
| 薬剤情報提供料 | - | |
| 調剤技術基本料 | | 80 |
| 内服薬調剤料 | - | 90 |
| 外用薬調剤料 | - | 60 |
| 長期投薬加算 | 650 | 650 |
| 処方せん料 | *400 | - |
| 診療所合計 | 4510 | 4630 |
| 調剤薬局 | | |
| 調剤基本料 | 670 | - |

| | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 薬剤服用歴管理料 | 300 | - |
| 基準保険調剤加算 | 40 | - |
| 薬剤情報提供料 | 150 | - |
| 内服薬調剤料* | 2430 | - |
| 外用薬調剤料 | 200 | - |
| 一包化加算 | 1200 | |
| 後発医薬品調剤体制加算 | 60* | |
| 後発医薬品調剤加算* | 80 | |
| 後発品情報提供 | | |
| | 5070 | |
| 薬材料 | 19040 | *17140 |
| 外用剤 | 2820 | 2820 |
| | 21860 | 19960 |
| 薬局合計 | 26930 | |
| 医療費合計 | 31440 | 24590 |
| 患者負担合計 | 3140 円 | 2460 円 |

*7 種類以上の処方 減算

この方の医療費は院外処方では上表の左欄のように診療所で 4510 円、調剤薬局で 26930 円となり、合計で 31440 円となります。個人負担は 1 割ですので 3100 円です。もしこの方が院内処方した場合の医療費を比べてみました。

上表の右欄のように、院内処方では診療費・薬剤費など合計で 24590 円でした。患者負担は 2450 円となります。

院外処方と院内処方の医療費の差は 6880 円となります。

院外処方の増加の医療費のほとんどは調剤関係の医療費で、とくに内服薬調剤料が高額で、調剤基本料も院内とかなり差があります。また一包化加算も院外だけで算定されています。薬剤費にも大きな差があり 7 種類以上の処方院内では 10%減算されているためここにも大きな差があり、合計すると医療費は院外処方が 6850 円高い事になります。

同じ診療を受けて同じ薬を処方されてこれだけ大きな医療費の差が出ることは多くの方がご存じないのではないのでしょうか。

薬の書類や処方数によって違いはありますが、いずれにしろ長期投与を行う慢性疾患では院外処方調剤薬局分の医療費が増加していることはご理解できると思います。

多剤処方の薬剤費減算

理解出来ないのが薬剤を 7 種以上処方したとき、院内処方では薬剤料が 10%減算されることです。この減算は医薬分業推進よりかなり前から病医院で多くの薬を処方することへの国の抑制策でしたが、この制度が院内処方だけに残り、院外処方には減算はなくなりまし

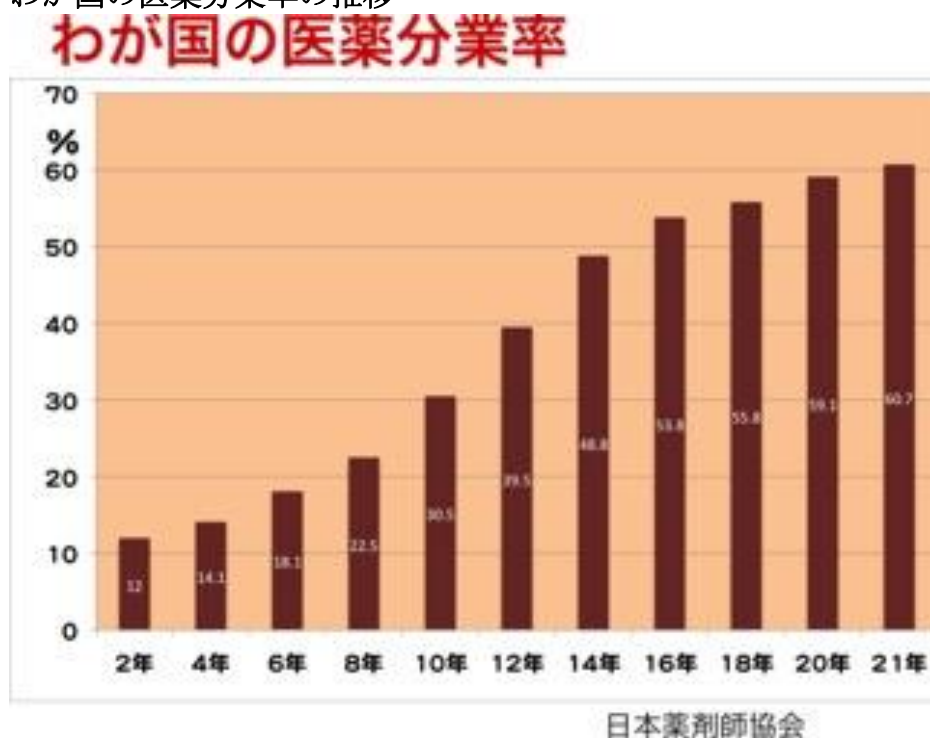
た。なぜ院内だけ薬剤費全体 10%減算される制度を残したのか疑問ですが、調剤薬局にこの制度を残したら多剤処方患者の処方箋は引き受けて貰う事は出来ないでしょう。しかし、特に医療過疎の診療所などでは、専門以外の他科の処方も患者さんにとって必要であり、内科診療所でも泌尿器科・整形外科・眼科の薬など専門以外の処方も引き受けることは良くありますし、眠剤や便秘など加えればすぐに7種を越します。患者さんのために購入して処方したのに7種類を越したら薬剤費が10%も減点されたら医療機関はやってられません。もともと国の決めた統一価格・薬価とは何かの意味合いも理解出来なくなりますし、この際早急に廃止・見直しが必要な項目です。

また後発品に変更したとき調剤薬局では後発品加算が加わり後発品に変えたことを診療所に連絡すればこれにも加算があります。当然の義務なのに情報提供料が必要なのでしょうか。また、高齢者や薬の管理が難しい人たちに、内服毎に薬をシートから外して一包化し、内服毎に分包した時に加算があります。この加算は1週間分で30点(300円)です。1ヶ月分を分包すれば1200円になります。薬剤師にとっては沢山の薬をバラして内服時間毎に正確に分包するには、確認にも時間がかかる手間のかかる仕事です。しかしこれも加算は調剤薬局だけで院内処方には認められていません。自動分包機を導入している施設もありますが、中小の診療所では購入は困難です。高齢者の処方には分包は不可欠な処置となりますが院内処方にも加算出来るように早急に見直すべき必要があります。

医薬分業率が60%を突破

日本薬剤師会は、図のように平成21年度の処方せん受取率（医薬分業率）が全国平均で60.7%となり、初めて年間で60%を超えたことを公表しました。平成19年度は57.2%、平成20年度は59.1%です。

わが国の医薬分業率の推移



都道府県別では、秋田県が最も高く（77.8%）、神奈川県（74.7%）、佐賀県（73.7%）が続いた。逆に一番低かったのは福井県（29.3%）で、和歌山県（37.0%）、京都府（40.0%）

の順です。全体に関西圏では医薬分業は進んでいないようですが、関西特有の夜間診療などの影響なのでしょうか。

医薬分業は見直しを検討されはじめていますが、分業率が6割を超えている状態で、特に診療所では再び院内処方へ戻すことは薬剤購入・在庫管理など難しく、また調剤収入を得ている門前薬局からの反発も当然予測されます。

これに対して薬の在庫が必要な病院では、院外処方に加えて院内処方も導入し患者の選択制にするという形態をとっている施設も増えていますが、前述した院内処方のいろんな不利な制限が撤廃されねば加速できないでしょう。

日本の調剤薬局の数

調剤薬局の数について、2008年の統計では、「全国の薬局数は53,304軒で人口10万人あたり42軒になる。これはコンビニ店舗数(47軒)よりも多い」と書かれています。

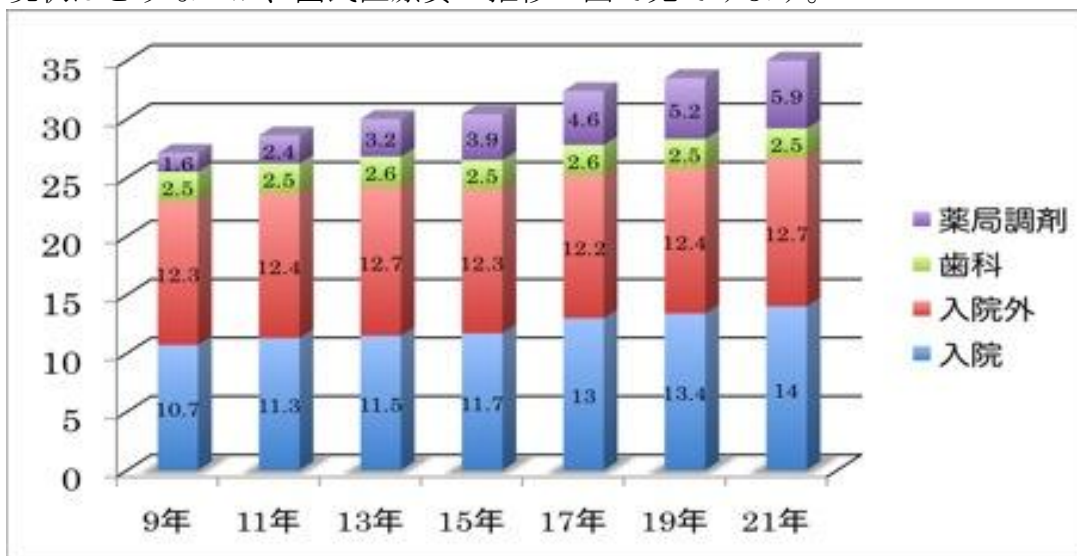
(<http://todo-ran.com/t/kiji/12043>)

人口10万人あたり薬局数が最も多いのは佐賀県で61軒。以下、広島県、福岡県、山口県、高知県と九州・中国・四国地方の県がベスト5を占めている」ようです。

門前薬局のため世界で一番多い調剤薬局も、今後診療報酬制度で見直されれば、将来は統廃合の時代が来ると思われ、特に一人薬局などは危機感もあるようです。

国民医療費の推移

医薬分業の導入で、薬剤費は減少し、医療費全体の伸びも鈍化するはずだったのですが、現状はどうなのか、国民医療費の推移の図で見えます。



平成21年度の「薬局調剤医療費」は約5兆9000億円に上ります。

この10年くらい、入院医療費・外来・歯科の医療費はほとんど頭打ちで伸びていません。しかし、「薬局調剤医療費」だけは10年間で実に3倍に近い伸びを見せています。

国民医療費全体に占める割合も同様で、平成10年に6.7%だったものが、21年には16.8%に増加しています。

もちろん、増加分すべての責任が調剤薬局にあるわけではありませんが、それを差し引いても、当初考えられていた「医薬分業によって医療費を削減する」という目的は達成されず、患者負担が増え、調剤薬局だけが栄え何のための医薬分業なのか疑問です。

医薬分業の功罪を色々述べてみましたが、個人的には医薬分業そのものを否定するわけではなく、分業を続けるなら今のような院外処方と院内処方に患者負担の報酬の差をつけず、院内処方を続けなくてはならない診療所もあるので、後発品加算・一包化加算などは同じ報酬にすべきですし、また7種類以上の薬剤減額も院内処方からも外すべきだと思います。

後発医薬品 ジェネリックの推奨

医薬分業を説明するのに、後発医薬品の問題は避けて通れなくなっています。

特に院外処方では調剤薬局に、後発品変更の自由(患者の同意は必要としながら)と後発品に変更したときの調剤料の加算もみとめております。

そこで話題を変えて、医薬分業と後発医薬品について説明します。これにも、皆さんが知らなかった問題点がいろいろあると思いますので、出来るだけ簡単に解説したいと思います。

医薬品は、新しい薬が開発され臨床実験を経て、発売された後の一定の期間(おおよそ開発後20年、発売後10年位)は開発した会社が薬の特許を取り独占販売できる事になっています。

その特許期間後は他の製薬会社でも同じ成分の製品を製造発売して良いことになり、人気の薬は多くの製薬会社が製造するようになります。このような薬を後発医薬品と呼びます。後発品は欧米では一般名(generic name)(薬の成分名)で処方されることが多いため最近では「ジェネリック医薬品」と呼ばれています。

ジェネリック医薬品は薬代が安いので国は平成24年度までに「後発医薬品の数量シェアを30%以上にする」ことを目標にして推進策を展開しています。またジェネリックで医療費が削減できるというマスコミの宣伝も盛んで、テレビで毎日流される大手ジェネリックメーカーのCMは皆さんもご存じだと思います。

製造販売だけでなく、特に調剤薬局への利益誘導はすさまじいものがあり、先に説明した後発品の加算などもあり我々処方医が知らない間に後発医薬品へ、良いか悪いかは別に誘導されています。特に最近では調剤薬局で後発品から後発品勝手に変更しても良い事になっています。

後発医薬品の使用割合

後発医薬品の使用割合は、年々少しずつ増加していますが、30%の国の目標とは別に、全国的にはまだ19%を超えていません。

| 17年度 | 18年度 | 19年度 | 20年度 | 21年度 |
|------|------|------|------|---------------|
| 14.1 | 15.4 | 16.1 | 18.0 | 18.9% (数量ベース) |

調剤薬局で自由に先発医薬品から後発医薬品への変更出来るようになりました。

従来は処方医が処方せんの「後発医薬品への変更可」のチェック欄にサインした時だけ先発医薬品を後発医薬品に変更して良いことになっていました。しかし後発品への変更が進まないため、その後厚労省は「変更不可」に署名のない場合には調剤薬局で(一定のルールはありますが)勝手に変更出来るようにしました。

どうしても後発品に変えたくない先発品があるときには医師は「変更不可」に署名することが必要です。

薬局は変更した薬品のリストを処方医に情報提供することが必要で、そのための加算点もあります。しかし当然の情報提供であり何故調剤薬局だけに加算があるのでしょうか。

最近では「後発医薬品」から「別の後発医薬品」へ調剤薬局で自由に変更が出来る事になっています。

平成 22 年 3 月 5 日発行の厚労省通達では「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」の通達で後発品についても、処方せんに変更不可と書かなければ調剤薬局の判断で別の銘柄の後発品に変えて良いと言うことにしました。処方医は使ったことのない後発品に勝手に変更されることには疑問がありますが、国はそんなことは考えていないようです。

後発品の種類と薬価決定のルールについて

少し説明します。

先発品で高い薬価で評判が良かった薬品が後発品として多く採用されているようです。ただし、後発品の薬価の決定には一応ルールはあるのですが、一般にはそのルールは理解難しく不明としか言いようがありません。

それよりもなぜ特許が切れたら先発品の薬価を少しずつでも下げないのか、こんなに沢山の後発品・メーカーが必要なのか疑問だらけです。

後発医薬品の薬価の決め方

後発品も薬価収載されるときに、以下の基準で一律に決められます。

1. 最初は新薬の薬価の 0.7 倍とする
2. 既収載医薬品に後発医薬品がある場合は、原則一番安い後発医薬品と同一価格など。

その後は 2 年毎に薬価改定され、実際に病院や調剤薬局に納入した価格調査がされます。これを市場実勢価格の調査と言いますが、この調査で、薬価差益が大きな医薬品は次回の薬価改定時には大幅に薬価が下がったりします。安売りしている薬は薬価がどんどん下がります。中医協でも後発品の薬価ルール変更など協議は進んでいるようです。

ジェネリック医薬品のメーカーと薬価の例を説明します。

例えとして下記の薬について説明します。

テノーミン・メバロチン・アムロジン・アクトス

ジェネリックとは違いますが ワーファリンとチラージン S についても説明します。

([薬価サーチにて検索](#))

○テノーミン錠 50 103.3 円 アストラゼネカ
β ブロッカーという血圧を下げる薬で、古くから使用されています。

| 後発品 | 薬価とメーカー名 |
|---------------------|------------|
| アテノリズム錠 50mg | 6.8 円 イセイ |
| アテノロール錠 50mg 「タイヨー」 | 6.8 大洋 |
| アテネミール錠 50mg | 6.8 鶴原 |
| アテノロール 50mg 錠 | 6.8 |
| カテノミン錠 50 | 6.8 田辺 (販) |
| メゾルミン錠 50mg | 6.8 沢井 |
| トーワミン錠 50 | 6.8 東和 |
| クシセミン錠 50mg | 6.8 辰巳 |
| アルマイラー錠 50 | 6.8 興和テバ |
| アルセノール錠 50 | 6.8 原沢 |

| | | |
|--------------|------|-------|
| メチニン錠 50mg | 6.8 | 日医工 |
| テノミロール錠 50mg | 6.8 | 小林化工 |
| セーラジール錠 50mg | 6.8 | 日新 |
| リスモリース錠 50mg | 6.8 | ニプロ |
| セーブテンス錠 50mg | 28.7 | ファイザー |
| ミロベクト錠 50 | 28.7 | 日医工 |

後発品のほとんどは長い間の薬価改定で、薬価の最低薬価 6.8 円になっています。ただし、先発品のテノーミン 50 は 103 円のまま下がっていません。

○メバロチン錠 5 59.3 円 第一三共

日本で開発された高脂血症治療剤で画期的な新薬でした。後発品も乱立し、別々に名前が付けられていますが、こんなに沢山の名前は誰も覚えられません。

薬価も 15 円台から 35 円台とばらばらで価格のルールは解りません。

| 薬品名 | 薬価 | メーカー |
|-------------------------------|-------------|------------|
| プラバメイト錠 5mg | 16.7 | 大原 |
| プラバスタチン Na 錠 5mg 「アメル」 | 20.6 | 共和 |
| プラバスタチン Na 錠 5 「KN」 5mg | 23.2 | 小林化工 |
| プラバチン錠 5 | 27.3 | 沢井 |
| プラバスタチンナトリウム錠 「陽進」 5mg | 18.4 | 陽進堂 |
| メバトルテ錠 5 | 23.2 | 興和 |
| テバ アルセチン錠 5 | 21.2 | 大洋 |
| タツプラミン錠 5mg | 20.6 | 辰巳 |
| メバレクト錠 5mg | 26.5 | 東菱 |
| マイバスタン錠 5mg | 35.4 | 東和 |
| メバリッチ錠 5 | 30.2 | 日新 |
| メバン錠 5 | 25.8 | 日医工 |
| プラバスタン錠 5 | 32.7 | 日本薬工 |
| コレリット錠 5mg | 19.7 | |
| プラメバン錠 5 | 16.7 | 日医工 |
| プロバチン錠 5 | 23.9 | メディサ |
| プラバピーク錠 5mg | 18 | 杏林 |
| リダック M 錠 5 | 30.2 | サンノーバ |
| メバリリン錠 5 | 16.7 | ケミックス |
| プラバスタチン Na 錠 5 | 25.8 | 田辺 (販) |
| プラバスタチンナトリウム錠 5mg 「ツルハラ」 | 15.6 | 鶴原 |
| プラバスタチン Na 塩錠 5mg 「タナベ」 | 17.2 | 田辺 (販) |
| プラバスタチンナトリウム錠 5mg 「NP」 | 15.6 | ニプロ |
| プラバスタチン Na 塩錠 5mg 「KH」 | 26 | 協和発酵キリン |

20 社以上参入すれば、その後の最低薬価の 90%が薬価となるルールもあるようです。

○アムロジン錠 5mg 64 円 大日本住友

ノルバスク錠 5mg 64.9 円 ファイザー

人気のあるカルシウム拮抗剤という血圧降圧剤ですが特許消失後、後発品が多数に薬価収載されました。

後発品の薬品名は全て一般名となっていますので羅列しても仕方ないのですがこんなに沢山あるということを知っていただくために羅列しています。

それにしても沢山の後発品メーカーがあり、テレビでなじみの後発品メーカーから、聞いたこともないメーカー、一部は先発品メーカーまで参入しています。

| 薬品名 | 薬価 | メーカー |
|---------------------------|-------------|-------------|
| アムロジピン錠 5mg 「CH」 | 33. | 田辺 |
| アムロジピン錠 5mg 「EMEC」 | 43.2 | エルメッド |
| アムロジピン錠 5mg 「F」 | 44.2 | 富士製薬 |
| アムロジピン錠 5mg 「JG」 | 44.2 | 日本ジェネリック |
| アムロジピン錠 5mg 「KN」 | 48.9 | 小林化工 |
| アムロジピン錠 5mg 「MED」 | 45.2 | メディサ |
| アムロジピン錠 5mg 「NP」 | 37.7 | ニプロ |
| アムロジピン錠 5mg 「NS」 | 47.7 | 日新 |
| アムロジピン錠 5mg 「PH」 | 40.9 | 杏林 |
| アムロジピン錠 5mg 「RLL」 | 32.2 | アイロム |
| アムロジピン錠 5mg 「TCK」 | 29.9 | 辰巳 |
| アムロジピン錠 5mg 「TYK」 | 44.2 | 興和テバ |
| アムロジピン錠 5mg 「YD」 | 37.7 | 陽進堂 |
| アムロジピン錠 5mg 「あすか」 | 43.2 | 大正薬品 |
| アムロジピン錠 5mg 「アメル」 | 41.8 | 共和 |
| アムロジピン錠 5mg 「イセイ」 | 46.9 | イセイ |
| アムロジピン錠 5mg 「イワキ」 | 34.5 | 岩城 |
| アムロジピン錠 5mg 「オーハラ」 | 44.2 | 大原 |
| アムロジピン錠 5mg 「科研」 | 37.7 | ダイト |
| アムロジピン錠 5mg 「ガレン」 | 32.2 | 日医工 |
| アムロジピン錠 5mg 「ケミファ」 | 43.2 | 日本薬工 |
| アムロジピン錠 5mg 「コーワ」 | 45.2 | 興和テバ |
| アムロジピン錠 5mg 「サワイ」 | 45.2 | 沢井 |
| アムロジピン錠 5mg 「サンド」 | 38.9 | サンド |
| アムロジピン錠 5mg 「タイヨー」 | 41.8 | 大洋 |
| アムロジピン錠 5mg 「タカタ」 | 41.8 | 高田 |
| アムロジピン錠 5mg 「タナベ」 | 45.2 | 田辺 (販) |
| アムロジピン錠 5mg 「ツルハラ」 | 46.9 | 鶴原 |
| アムロジピン錠 5mg 「トーワ」 | 47.7 | 東和 |
| アムロジピン錠 5mg 「日医工」 | 44.2 | 日医工 |
| アムロジピン錠 5mg 「フソー」 | 41.8 | 扶桑 |
| アムロジピン錠 5mg 「マイラン」 | 37.7 | マイラン |
| アムロジピン錠 5mg 「明治」 | 43.2 | 明治 |
| アムロジピン錠 5mg 「BMD」 | 38 | バイオメディクス |
| アムロジピン錠 5mg 「DSEP」 | 50.8 | 第一三共 |
| アムロジピン錠 5mg 「ZJ」 | 29.9 | ザイダス |

現在 36 社の後発品が薬価収載されており、その薬価もばらばらです。高いのは第一三共の 50.8 円、安いのはザイダスの 29.9 円となっています。

ただ最近の後発品の名称は、一般名で統一され製薬会社名や略称が「 」でつくことになっていますが、処方医師には製薬名まで覚えられず調剤薬局で処方変更されているものと思います。薬価が違う薬を勝手に変更出来る事にも疑問があります。

○アクトス錠 15 錠 84.6 武田

今年特許が切れた人気の糖尿病の薬です。後発メーカー 50 社が申請しました。

初回認定なので薬価は全て 70%になっています。いずれ安売りなどで価格はばらついてゆくのでしょう。

| | | |
|----------------------|------|--------|
| ピオグリタゾン錠 15mg 「DSEP」 | 59.2 | 第一三共 |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「FFP」 | 59.2 | 富士フィルム |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「MEEK」 | 59.2 | 小林化工 |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「NP」 | 59.2 | ニプロ |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「NS」 | 59.2 | 日新 |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「TCK」 | 59.2 | 辰巳 |

| | | |
|----------------------|------|--------|
| ピオグリタゾン錠 15mg 「ZE」 | 59.2 | 全星 |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「アメル」 | 59.2 | 共和 |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「オーハラ」 | 59.2 | 大原 |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「興和テバ」 | 59.2 | 興和テバ |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「サワイ」 | 59.2 | 沢井 |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「サンド」 | 59.2 | サンド |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「タイヨー」 | 59.2 | 大洋 |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「タカタ」 | 59.2 | 高田 |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「タナベ」 | 59.2 | 田辺 (販) |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「トーワ」 | 59.2 | 東和 |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「日医工」 | 59.2 | 日医工 |
| ピオグリタゾン錠 15mg 「モチダ」 | 59.2 | 持田 |

○ワーファリン

逆に先発も後発も不明薬な薬です。

重要な抗凝固剤ですが新薬が発売されても、低薬価でエーザイが何とか供給しているのが現実です。必要な薬ですし使用患者さんの薬効管理の面からも何故こんなに低薬価かのか不思議な薬です。

| | | |
|----------------------|-----|------|
| ワーファリン錠 1mg | 9.6 | エーザイ |
| ワルファリンK錠 1mg 「トーワ」 | 9.6 | 東和 |
| アレファリン錠 1mg | 9.6 | 富士製薬 |
| ワルファリンK錠 1mg | 9.6 | 日新 |
| ワルファリンカリウム錠 1mg 「HD」 | 9.6 | ニプロ |
| ワーリン錠 1mg | 9.6 | 大洋 |

今年になってプラザキサという新しい抗凝固薬が発売され、ワーファリンに変わる有効な薬だと認定されていますが、一日薬価は約 500 円で、ワーファリンの約 20 倍となりまだ一般開業医の処方は少ないようです。後で説明します。

○チラーヂン S 錠

必要な薬が 1 社でしか造られていない現実。

チラーヂン S 錠は甲状腺の薬です。国内での生産はあすか製薬だけで、3月の東北大震災で工場被害に遭い供給が危ぶまれていました。何とか海外からの輸入などで供給は出来ましたが、こんな必要な薬も低薬価であり、50 μ g も 25 μ g も同じ価格です。

後発品メーカーはこんな低薬価の薬には参入しないのでしょうか。

| | | |
|--------------------------------|-------|-----|
| チラーヂン S 錠 50 | 9.6 円 | あすか |
| レボチロキシシン Na 錠 50 μ g 「サンド」 | 9.6 | サンド |
| チラーヂン S 錠 25 | 9.6 円 | あすか |
| レボチロキシシン Na 錠 25 μ g 「サンド」 | 9.6 | サンド |

新薬の期限切れに対する後発品逃れのメーカーの対策

最近。製薬メーカーも後発品逃れの対応策を考え、特許期限が切れそうな薬を後発品対策として別の新薬に生まれ変わっています。

配合剤方式

ニューロタン錠 50mg 155.6 MSD からプレミネント 158.8 MSD へ

ニューロタンは ARB として発売された最初の降圧剤です。特許切れが迫りこのニューロタンと少量の利尿剤が加わった配合薬プレミネントが新薬として発売されました。

その後 ARB+利尿剤の組み合わせで、武田薬品が「エカード」、ノバルティスファーマが

「コディオ」、日本ベーリンガーインゲルハイムが「ミコンビ」を相次いで発売しています。さらにARBとカルシウム拮抗剤の配合薬も発売が予定されています。

「革新的な新薬」と異なり「配合剤」は、複数の異なる成分を組み合わせた「新薬」で、先発品の寿命を延ばすことに最大のメリットがあるとも言われています。

先発品の特許が切れるとすぐに後発品が登場するので、特許が切れる前に先発品同士を配合して、新たな先発品をつくる。つまり、「賞味期限」が切れそうなAとBを合体させて、新しいCという新製品を生み出す。このような「配合剤」を無制限に認めると、後発品の使用が進まないとの批判があります。

クラビット 100mg、薬価削除し、高濃度の新薬発売

250mg, 500mg を新薬申請 先発品が削除され後発品 24 社が発売している違和感。

クラビットは旧第一製薬が平成5年12月に日本で初めて発売したニューキノロンという抗菌剤です。良い薬で広範囲の感染症に使われています。

今回、第一三共の抗菌剤「クラビット 100mg」（レボフロキサシン）が、薬価基準の経過措置品目になりました。本年3月末で薬価から削除されたのです。

しかしクラビット 100mg は削除されましたが、沢山の後発品の 100mg 錠は残っています。何故か。「耐性菌抑制のため高容量とした」とは言え、明らかな「後発品防衛」の延命措置であり批判があります。

クラビット錠 100mg 173.7 円 削除され新薬として、250 と 500 が発売されています。

薬価はクラビット錠 250mg 286.1 円、クラビット錠 500mg が 515.7 円です。

ピカ新とゾロ新

ピカ新というのは、新薬の中でも「医療自体を変えるもの」「新しい作用を持ったもの」「画期的新薬」を言います。

例をあげると古くはH2ブロッカー（タガメット等）でしょう。この薬が出たことによって、胃潰瘍の手術適用が激減したと言われていました。また、ACE阻害剤（カプトリル等）もピカ新の例でしょう。降圧剤に新しい分野を開拓した薬です。

高脂血症のメバロチンも1989年発売されましたが当時は画期的な薬剤でした。現在は3世代まで改良されています。

一方、ゾロ新とは、既存の新薬の有効成分の化学構造を少し変えただけの製品で「改良型新医薬品」とも言われ、大手メーカーが開発費を抑えて導入でき薬価も高いので開発は盛んで参入しています。薬剤としては改良されており副作用も少なくなったり、効果もピカ新以上の効果があるものもあり臨床的には有用な薬です。

ただゾロ新の開発が後発品逃れの一策でもあるわけですので評価は難しい所ですし薬価や特許期間については再検討が必要です。

医療現場ではピカ新の特許が切れて後発品に変更しようと考えても、新しい改良型ゾロ新が発売されれば、副作用のない効果の高いゾロ新に変更することも多く、結局高い新薬を使うことになり、結果的に後発品使用逃れが続いているのも現実です。

新薬の薬剤費が高いのは開発費・製品化・販売など多くの費用がかかっており、開発途中で製品化できなくなった薬もあるので仕方の無い面が多いのですが、ゾロ新の医薬品は、それほど開発研究・製品化費はかかっておらず、ピカ新とは薬価を区別すべきだと思います。

ゾロ新の対応

前述しましたように多くの生活習慣病対応薬、高血圧・糖尿病・高脂血症の薬が許可期間を過ぎれば、新しいゾロ新に変わっている現実があります。効果の強さ・副作用の減少、内服のしやすさなど新薬に比べて改善され、使いやすくなっているのが臨床では新薬のジェネリック薬を使うよりもゾロ新の方が使いやすいので、広く使われています。従って医療費削減も進んでいないのが現状です。

高薬価の医薬品が日本の医療を崩壊させる危険があります。

「薬栄えて 医療潰れる」

昨年度の国内売上高上位 10 製品をネットから転載します。

| | | | |
|---------|---------|--------|------------------|
| ▽プロプレス | 1375 億円 | 武田 | ARB |
| ▽ディオバン | 1292 億円 | ノバルティス | ARB |
| ▽アリセプト | 1279 億円 | エーザイ | (アルツハイマー型認知症治療薬) |
| ▽リピトール | 1083 億円 | アステラス | 高脂血症治療薬 |
| ▽モーラス | 900 億円 | 久光製薬 | の鎮痛消炎湿布薬 |
| ▽オルメテック | 874 億円 | 第一三共 | ARB |
| ▽ノルバスク | 825 億円 | ファイザー | Ca 拮抗剤 |
| ▽タケプロン | 782 億円 | 武田 | 消化性潰瘍治療薬 |
| ▽パリエット | 758 億円 | エーザイ | 消化性潰瘍治療薬 |
| ▽リュープリン | 752 億円 | 武田 | 抗がん剤 |

高血圧治療薬、特に ARB・認知症治療薬・高脂血症治療薬・胃潰瘍治療薬などが 1000 億円に近い売り上げです。

薬効別の国内売上高

一方「薬効別の国内売上高のトップはレニン-アンジオテンシン系の高血圧症治療薬 (ARB) で合計 6241 億円 (1.3% 増)。

配合剤が好調で、武田薬品のエカード (プロプレスと利尿薬の配合剤) が 117 億円 (480.4% 増)、ノバルティスファーマのコディオ (ディオバンと利尿薬の配合剤) が 88 億円 (700.1% 増) などと大幅に売り上げを伸ばした。一方、単剤では薬効内売上高トップの武田のプロプレスが 1375 億円、2 位のノバルティスファーマのディオバンが 1292 億円、3 位の第一三共のオルメテックは 874 億円、4 位のアステラス製薬のミカルディスが 751 億円と減少した。」

と記載されており、高血圧治療剤のなかの ARB 全体で 6000 億円を超える売り上げです。

高血圧治療剤 ACE と ARB について

何故 ARB がこれほど使われるのか。高血圧の治療薬は急速に変わりつつあります。1980 年代の高血圧治療薬はカルシウム拮抗薬とベータ遮断薬が主流でしたが、90 年代には、さらにアンジオテンシン変換酵素阻害薬 (ACE 阻害剤) が加わり、現在はそれにアンジオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB) が登場しました。

アンジオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB) について

ACE 阻害薬に近い働きで血圧を下げます。それに加えて心臓の負担を軽くし、動脈硬化の予防、糖尿病の発症の抑制効果も期待できることが分かってきました。ACE 阻害薬にみられる咳の副作用もなく、安全で使いやすい薬として宣伝され、多くの臨床医が処方してい

ます。この ARB もロサルタン以降、新しいゾロ新が発売されています。ほかの降圧薬に比べてかなり割高で、医療費の面では経済的とは言えないかもしれません。

高血圧：ARB 処方禁止でカナダでは数百万ドルの医療費節約

牧瀬先生の[内科開業医のお勉強日記](#)にこんな報告もあります。

ARB の代わりに ACE 阻害剤を処方すると、数百万ドルの節約になるというカナダの報告です。「ARB と ACE 阻害剤を臨床的に同等と仮定し、ACE 阻害剤だけ処方に限定すると、2006 年カナダでは 7700 万ドルを超える医療費削減となる。」とのことです。

勿論全てを変えることはできませんが、新薬ばかりにこだわらず、薬価の下がった古い薬の見直しも考えて良いと思います。カナダでも医療費削減がテーマになっているようです。

またこの牧瀬先生のサイトではジェネリック問題にも色々書き込みが見られ参考になります。

[ジェネリック薬品の問題点も放送せよ](#)

[ジェネリック主流なのは・・・世界でもごく一部の国](#)

[リピートルは対費用効果がすぐれているが・・・それにくらべ後発品の値段に疑問](#)

ARB はニューロタン後、プロプレス、ディオバン、ミカルディス、オルメテック、アパプロなどが発売され、これらの薬も近いうち特許が切れるので前述した様に後発品逃れの配合剤も発売されています。

製薬メーカーの決算

国民医療費の抑制・削減の流れの中厳しい指摘をしてきましたが、製薬メーカーについては何も語っていませんでした。

日医総研の前田さんが今年 7 月にまとめられたワーキングペーパー「[医薬品産業の 2010 年度決算](#)」のまとめによると

「先発医薬品メーカーの医薬品売上高は、武田薬品工業で 1 兆 2,705 億円、2 位グループが第一三共、アステラス製薬で 1 兆円弱であるが武田薬品工業も世界ではトップ 10 に入っていない。先発医薬品メーカーの売上高上位の 12 社中 7 社で増収、6 社で増益（経常利益）でありほとんどの企業で、売上高経常利益率は 10% 以上であった。一方後発医薬品メーカーの医薬品売上高(200 億以上)も、日医工 644 億円、沢井製薬 639 億円、ニプロ 563 億円、大洋薬品 515 億円などであり、売上高上位の企業はすべてで増収であった。また、医薬品卸大手 4 社は医薬品売上高 1 兆円以上である。大手 4 社すべて増収であったが、経常利益は 4 社すべてで減少し 1% 未満になった。チェーン薬局・調剤薬局も、売上高上位のほとんどの企業で増収・増益であった。」

とされ、薬剤に関連する先発メーカーだけでなく、後発品のメーカー・卸大手の企業で増収となっている現実を考えると、医薬分業が果たして患者のためになっているのか、見直しが当然必要になってくる。また雑誌 ZAITEN10 月号では調剤薬局チェーン大手の日本調剤社長の役員報酬が 5 億 7200 万円という事実を知ると、医薬分業の陰の部分の鮮明になります。

高薬価の薬が国民医療費を圧迫し医療を崩壊させる

高薬価の薬が多くの人に長期間使われるようになれば当然薬代が増加しますし、国民医療費が増えることは誰でも予測できます。最近のように 1 日薬価の高い薬が認可されるならどんな影響があるか試算しました。

仮に一日薬価 300 円としたとき、1 年では薬代 109500 円となります。

もし 100 万人に投与されるような薬なら、年間の薬代は 1095 億円となる計算です。薬価 500 円なら、年間 100 万人で 1825 億円の薬代となるのです。現在、生活習慣病や認知症予防薬として高薬価の薬が次々開発されており、今後の高齢化社会に多くの高齢者に投与されれば国民医療費は賄い切れなくなるのは目に見えています。この数字にびっくりして、いろんな試算をしてみました。

高薬価の薬の医療費

ARB と ACE 変更で医療費が削減されることは解りますが、逆に最近の新薬でどれだけ医療費がアップしているのか試算してみました。

日本の心房細動患者さんの脳梗塞予防を全てワーファリンからプラザキサに変更したとして、薬剤費の増加を推定してみました。

将来的に治療対象の心房細動患者数は約 80 万人として試算しました(日本循環器学会)

ワーファリン 1mg 3錠投与したとき 9.6X3 28.8 円/日
1日 30 円 x365 日 年 10,950 円 80 万人投与としたら 年間 87.6 億円

一方プラザキサに全て変更したと仮定し、高齢者には 75mg の投与を半数で行ったとすれば

プラザキサ 75mg 132.6x2錠 1日 265.2 円/日
265x365 年間 96,725 円 40 万人投与したら 年間 386.9 億

プラザキサ 110mg 232.7x2錠 1日 465.4 円/日
465x365 年間 169,752 円 40 万人に投与 年間 678.9 億円

合計 1066.7 億円

となり、今のワーファリンの医療費よりも薬剤費だけの年間差額 979 億 1 千万円にもなります。

認知症の治療について

アリセプトはアルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制に処方されています。現在の推計では売上額より見て 60-70 万人に投与されています。

「日本では患者数は高齢化とともに年々増加し、2020 年には 167 万人に達すると予測。診断技術、治療薬の開発の進展にともない、より早期の患者が治療対象に加わった場合、2025 年には 220 万人に達すると予測される。」とされています。

そこでアリセプトの医療費を推計しました。

5mg 錠を中心に処方されたとして、1 日薬価はほぼ 500 円ですので

1日 500 円 x365 日=年間薬剤費は 182500 円です。

年間治療者は前述のアリセプトの年間国内の売り上げは年間 1279 億円ですので約 70 万人といえます。

将来 220 万人が治療受けたとすれば 4015 億円となり、別に新たな認知症治療薬も続々発売され、認知症治療の領域はますます大企業の参入の場となり、医療費は高額となります。最近薬価収載されたものに、第一三共のメモリー錠、ヤンセンファーマのレミニール錠、その他パッチ薬として小野薬品のリバスタパッチ・ノバルティス社のイクセロンパッチが発売されています。いずれの薬価もアリセプトに近い 1 日薬価は約 500 円です。

アリセプトなどのこれらの認知症治療薬でアルツハイマーが治る薬でなく、軽症・中等症の治療薬で数年間進行を遅らせるだけですので、これに 4000 億円を越える医療費が、妥当なのか。国民医療費の立場でも国民が良く理解する必要があります。4000 億、これだけあれば介護施設がもっと沢山建設できるし、介護職員の雇用もうまれるのではないかと思います。

病気を完全に治す新薬や、短期間の治療に必要な新薬には高薬価はやむを得ませんが、症状の進行を数年遅らせたり、多くの人が罹患する生活習慣病の治療やむしろ予防薬に対する高い薬代が果たして妥当なのかも考える必要があります。新薬の薬価を再検討し、薬によって医療が崩壊する前に特に高齢者への高薬価の投与は控えるとか、選定療養費的な対応も考える必要があるのではないのでしょうか。

後発医薬品推奨の通知について

果たして医療費は削減されるのか

最近、市町村や健保組合などでは盛んにジェネリック医薬品の使用を勧めています。特に国保組合では医師にも積極的に後発品使用を求めています。現在の制度では先に述べたように調剤薬局薬剤師の判断で医師に相談無く簡単に変更出来ますし、最近ではジェネリックから別のジェネリックへ処方医の承諾無く変更出来るので、患者の同意があれば医師には最早規制は出来ないのが現実です。

しかし、あんなに沢山の後発品があり名前も値段も違い、どれもが同じ条件の製品とは思えませんし、医師はその全てを理解しているわけではありません。医療費削減にどれだけの効果があるのかを検討しました。

後発品通知による医療費削減効果

[協会けんぽの取り組み](#)では、診療報酬のチェック後後発品によって医療費削減が可能な人に、後発品によりどの位医療費削減が出来るかを通知するようになりました。

対象は

- ・ 35 歳以上の方
- ・ 対象診療月のレセプトを分析して、自己負担の軽減可能額が一定以上の方

となっており、全国のアンケート調査は 2011 年 4 月に、全国 1147 組合を対象に実施されました。このうち後発医薬品の差額通知を「実施している」という健保組合は約 56%にあたる 654 組合でした。「検討中」も含めると 6 割が差額通知に取り組んでおり、前回調査の 18%に比べ 3 倍以上の伸びを示した。

差額通知による効果額は、1 組合あたり平均で約 1395 万円、被保険者規模別では、5 万人以上が約 5830 万円、1 万～5 万人未満が約 980 万円、5000～1 万人未満の組合が約 430 万円とのことです。全国的にはジェネリック医薬品への切り替えによる医療費の軽減額については月約 1.4 億円、年間 約 16.8 億円とのことです。

[日本で最初に後発品切り替えの通知を行った呉市の報告](#)

呉市では、「医療費負担の軽減と国保財政の健全化を図るため、平成 20 年 7 月から、国民健康保険被保険者に対し、「ジェネリック医薬品促進通知サービス」を実施しています。その結果、平成 20 年 7 月から平成 23 年 3 月までの累計で 15,907 人がジェネリック医薬品に切り替えました。これにより、下記 12 ヶ月間の医療費に対し、呉市国保全体で 1 億 1440 万円の削減効果があったと見込まれます。」と公開されています。

- 通知総数のうち約6割がジェネリック医薬品に切り替え
- 実績削減額レセプト1枚あたりの削減額の推移をみると、平成20年8月時点では36円だったところ、平成22年10月時点では135円となっている。

このように1件当たりの削減額は少ないようです(薬価を下げた方が効果的)が、ちりも積もれば方式で少しでも削減出来るものは行ってゆくことは否定しません。ただレセプトチェックを専門家に依頼したり、郵送で通知したりで、各組合で費用対効果の検討も必要です。

呉市の平成22年度の費用対効果は、
費用

| | |
|---------------------------------|-----------|
| レセプト電子化委託料 (39円×75000枚×12か月) | 約3.510万円 |
| 郵便料 | 約230万円 |
| 費用合計 | 約3.740万円 |
| 費用削減額 | |
| 医療費の減 | 約10,800万円 |
| レセプト仕分員報酬の減 | 約330万円 |
| 費用削減効果合計 | 約11,130万円 |

| | |
|---------|----------|
| 費用対効果合計 | 約7,390万円 |
|---------|----------|

呉市の報告以後、各自治体で通知事業が進んでいるようです。自治体国保の全体から見ると呉市で約1億円を超える費用対効果がでていた試算ですが、1件当たりの効果は数百円程度であり、レセプト電算化の委託料や郵送料だけでなく、コンピューターやソフトの初期費用なども検討すべきだと思います。

全国に委託業者が増えています。医療費を抑えるために、別の経費をかける事にも疑問です。また医療機関にレセプト電算化を強要した事も、全て医療情報を国で管理できるシステムを作り上げることだったということが、現実のものになっています。

こんな事に費用をかけるのなら、この程度(1件当たり100円)の個人の医療費削減は、全ての薬価を5-10%下げれば直ぐにでも効果あるものだと思います。

まとめ 医薬分業について

医薬分業は医師から薬剤の利益をはがしたが、医療費削減の効果はなく逆に調剤関連の医療費は増え、国民医療費は伸びを抑えられていない。院外処方患者の負担は大きく、院内処方の医療機関の報酬差別も大きい。

患者のニーズによって、「院外処方」「院内処方」のどちらを選んでも、患者の負担に大きな違いのない医療システムが理想ではなかろうか。そのためには薬価の改革が必要である。

薬価の見直しによっては、後発品の使用通知も必要なくなる可能性がある。

薬価について、とにかく薬価を下げることです。

○海外に比べて高い国内の薬価を見直し安くする

○無制限のジェネリック薬製造を規制する

○先発品優遇も一定の特許期間が終わったら速やかに薬価を安くする

○特許逃れの新薬の薬価制限

○ゼロ新の薬価見直しと特許期間の短縮

○生活習慣病予防の新薬の高薬価の規制

など医療費削減には薬価を削減することが基本で、通知により後発品を使えば医療費は少し減るが、もっとやることがあるのではないか。

ただし門前薬局の統合や見直しは、すぐには難しいのが現実である。

平成 23 年 11 月 10 日 改定
