

調剤薬局と医薬品卸業が産業として 共通基盤に立ち発展していくための提言

～医薬品卸の反省と課題を踏まえて～

医薬品流通未来研究会代表 藤長 義二

(連絡先: yosh6@icloud.com)

はじめに

医薬品流通未来研究会は、急速に進化するカテゴリーチェンジや地域包括ケア時代の到来を見据え、2015年8月に「日本の優れた医薬品流通機能を未来に届けるための提言～持続可能性と負担の公平性の確保～」を全ての医療用医薬品産業関係者に向けて一つの問題提起として提案した。

その中で、後発医薬品の流通は赤字取引が常態化していることが明らかとなり、後発医薬品数量シェア80%の時代においても日本の優れた医薬品流通機能を持続させるために、2016年11月に「後発医薬品を安定的かつ持続的に未来に届けるための提言～後発医薬品数量シェア80%時代に何をすべきか?～」を発表し、後発医薬品流通における課題と対応の方向性について提案した。

そのような中、2017年6月に行われた後発医薬品収載後に、医薬品卸の現場MSから叫びが届いた。「先発医薬品の包装薬価が10,000円で、15%前後の値引きを行い8,500円前後で販売していた医薬品が特許満了となり、後発医薬品が発売されると、まず薬価とし

て4掛け、4,000円、競争品目なら限られたケースとはいえ、なんと1,000円になってしまうのです。このことを非公式だが、厚労省幹部、医薬品卸経営者の前で話したところ「いまや85%引きも出ているという情報がある」との追い討ち。

後発医薬品として収載されたばかりの医薬品が、たとえ一部とはいえ薬価に対して75～85%引きで販売されるといふ実態と後発品メーカーの販売政策並びに一部の顧客の強引な値引要求を前に、改めて後発医薬品の収載薬価と

は何を根拠とするのか?薬価算定方式とは?という根本的な問題に直面する。

加えて、政府は後発医薬品の使用数量目標を80%に置き、後発医薬品を調剤した場合に調剤加算をつけて目標を必達させたい構えである(表1)。安価な後発医薬品が数量ベースで増加し続けることが、医薬品産業、特に医薬品卸と調剤薬局にどのような影響と結末をもたらすのかを再考しなければならない。

すぐに分かることは、先発医薬品から後発医薬品に置き換わる数量目標

80%に近づけば間違いなく償還価格は大きく減少し(医薬品収入の大幅な減少)、キャッシュフローが悪化して、それは巨額の調剤薬局債権を持つ医薬品卸の経営を直撃するであろうということである。

本研究会では、いまや医薬品卸にとって最大の顧客であり、最大の債権者となった調剤薬局にフォーカスを当て、調剤薬局と医薬品卸が共に発展していくために、医薬品卸と調剤薬局経営の視点から課題の方向性について提言していきたい。

1. 厳しさを増す調剤薬局経営

いまや医薬品卸の最大市場となった調剤薬局産業は、急激な成長期後に産業としての成熟期を迎えることなしに、衰退期に入ってしまうという危機感がつきまとう。

なぜ、産業としての成熟期を迎えることなく衰退期に入ってしまう危機感が出てくるのか。そこにこそ薬局産業が抱える問題の本質があるのではないだろうか。そしてそれは医薬品卸との関係で表裏一体のものではないのだろうか。

(1) 2018年度改定

2018年4月の診療報酬・調剤報酬改定は、介護保険改定とのダブル改定で相当大幅な引き下げになると2016年改正直後から巷間言われてきたことである。日本の医療保険財政の観点から指摘されている問題は根深い問題ではあるがシンプルである。

- 1. 医療はますます高度化し、高コスト化する
- 2. 医療費負担の世代間格差、地域

格差(終末期に費消される医療費を現役世代は負担しきれぬかなど)

3. 進まない受益者負担(シルバー民主主義の弊害)

4. 診療/調剤報酬体系(コモンディーズに支払われる診療報酬、様々な管理料、負担と受益感落差)

5. 進まない専門医制度議論(諸外国では、高度高コスト医療のダム機能を専門医が果たしているが)

6. 高齢者に対する医療供給システム(遠隔診療、宅配調剤、リフィル)

これに加えて日経新聞10月24日夕刊は1面で「調剤報酬大幅値下げ」の大見出しを打った。総選挙で与党が圧勝した翌日である。同時に、薬価の効果に応じた設定を次回改正にも導入したい政府の意向を伝えている。

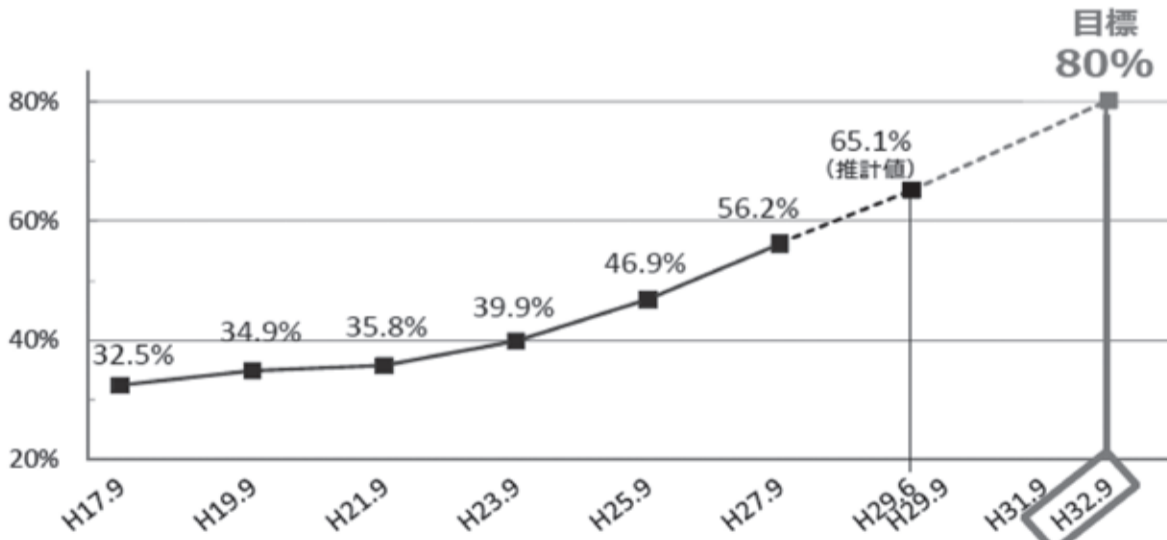
いずれも医療医薬品産業に重大な影響を及ぼす。しかし日本の優れた医療と健康保険制度を持続可能なものにしていくためには誰も例外なく逃れられない問題だということをおぼろげに感じなければならぬ。

(2) 後発医薬品数量シェア80%時代の到来

後発医薬品の数量シェア増加による調剤薬局経営の直接的影響として、売上は減少するものの当該後発品に関わる利益は改善する。先の例で言えば、売上は10,000円から4,000円に激減するが、利益は先発医薬品の薬価差益約1,500円と調剤技術料から後発医薬品の薬価差益が75%引きの3,000円と調剤技術料に後発医薬品に関連する加算が加わるので、後発医薬品を調剤した方が利益は大きい。ただし次の薬価改

表1 後発医薬品の数量シェアの推移と目標

数量シェア目標(骨太方針2017) ○ 2020年(平成32年)9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



注) 数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう

<厚労省資料より>

手軽に手早く検索できる便利な法令集!



平成29年度版 薬事法令ハンドブック

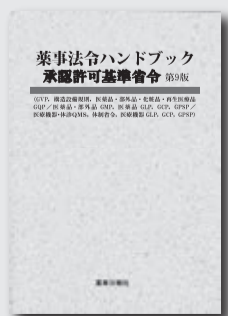
医薬品医療機器等法、施行令、施行規則を1冊に集約。参照条文を付け、法律～政令～省令の関連条文検索に最適なハンドブック。【内容:平成29年5月8日現在】

A5判・567頁 定価1,800円+税

GVP/構造設備規則/医薬品・部外品・化粧品・再生医療品GQP/医薬品・部外品GMP/医薬品GLP, GCP, GPSP/医療機器・体診QMS/体制省令/医療機器GLP, GCP, GPSPの省令を掲載。【内容:平成29年5月22日現在】

A5判・274頁 定価1,200円+税

薬事法令ハンドブック 承認許可基準省令第9版



薬事日報社

ご注文は、オンラインショップ (<http://yakuji-shop.jp/>) または、FAX03-3866-8408まで。

定までである。薬価差益が75%もある市場実勢価格での取引の常態化を踏まえれば、次回薬価改定により大幅な薬価引き下げが行われ、調剤報酬の大幅な引き下げと相まって、調剤薬局経営が大きく毀損するリスクは高い。それは、医薬品を供給し債権を有する医薬品卸の経営にも直撃すると想定される。

(3) 調剤薬局に対する国民の視点

調剤薬局は社会が求めているような機能充実のための経営努力をしているのかという存在価値そのものへの問題提起、国民の負担に対する受益感の薄さの問題提起もある。

医薬分業を一つの単語で英訳することはできない。医師が処方し薬剤師が調剤するという行為を英訳するしかない。そしてその行為は医療先進国では当然すぎて議論にすらならない。

「調剤権」は薬剤師の最も重要な権利であり、ヨーロッパ諸国では国家が薬剤師の独占的調剤権を認めている。

アメリカでは健康保険会社がほぼ同様にそれを認めている。「調剤権」という特権を薬剤師が維持する一方、薬剤師は多くの義務を負う。

例えば、

1. いつでもどこでも必要な医薬品を安定的に国民に供給する責任
2. 医薬品の副作用、過剰、重複投与、相互作用などの危険から国民を保護
3. 医薬品についての完全な把握
4. 医薬品の厳格な管理
5. 偽薬の排除

日本においては、調剤権は薬剤師にのみ属した特権ではない。医師にも調剤権があり、それは時として薬剤師の調剤権よりも大きい場合がある。例えば、院内調剤の診療所では、医師の監督下で家人や事務員等が調剤することができ、また患者宅への調剤済み医薬品を送付することも合法的に認められている。薬局薬剤師の調剤権をはるか超越している。

すかは経営の第一目標になることは理解できる。

一方、調剤薬局ではどうだろうか。日本の調剤薬局で最も典型的な出店は医療機関の門前に1:1で出店することであるが、調剤薬局の経営規模は門前の医療機関の集客力に大きく依存し、自ら努力して患者を増やすことは容易ではない。門前から地域へ、という方向性は理解できても具体的行動にはなかなかつながらず、門前の処方元の集客力を超えるのが困難である。門前から地域へという方向性は理解できても調剤薬局経営者、薬剤師の具体的な行動にはなかなかつながらないというのが現状である。その典型が大半の調剤薬局の営業時間は、門前処方元のそれに合わせたものであることが証明している。

例えば、ここに1日50人の患者が処方箋を持って来局する調剤薬局があるとすると、この調剤薬局を円滑に運営し、薬剤師が平均的の休暇を取るためには2人のフルタイム薬剤師と1人のパートタイム薬剤師、即ち2.5人の薬剤師が必要となる。ここに500人の患者が処方箋を持って来局する調剤薬局があると想定しよう。10倍だから薬剤師も10倍必要かと質問すると、多くて20人、17~18人の薬剤師でやっていると回答するだろう。17人×40枚=680枚であるから、員数制限から見ても余裕である。処方箋枚数が10倍になると、薬剤師の生産性が上がるのである。逆に言えば、現状の規模を放置したままでは、調剤薬局経営には生産性という要素を入れることができず、低い生産性を補う高額な調剤報酬を必要とする。財政負担、国民の負担は減少させられないのである。

乱暴な比較かもしれないが、アメ

なぜこのような状態が放置されているのだろうか。それは院外処方箋をより多く求めた調剤薬局、薬剤師が処方箋を院外にするか否かの権利を持った医師に対して本格的議論を挑めなかった……という背景があったのではないかと推論が成り立ち、それこそが医師と薬剤師の処方と調剤の分業を阻害している要因と言えるのではないかと考えられる。

本来医薬分業は、患者がそれぞれかかりつけ薬局、薬剤師を持って、という薬物療法をより安全にかつ「薬漬け医療」と揶揄された状態から脱却するために始められたはずである。また、医療人としての薬剤師の社会的機能の拡充を通して、より適切かつ経済効率の高い薬物療法の推進を目指したはずである。しかし、現実には調剤報酬と薬価差の経済的インパクトが大きく「処方箋獲得ビジネス」に傾斜し「立地ビジネス」になり、国民の薬局に対する「受益感」「利便性」が実感できない状態になっている。

アメリカ合衆国の人口は3.23億人、薬局で働く薬剤師は約16.1万人である。日本の人口は1.27億人、薬局薬剤師はアメリカとほぼ同数の約16.1万人という状況である。アメリカの薬剤師のプロフェッショナルフィーは処方箋1行約200円となっている。日本の調剤技術料は約2,300円であり、処方箋1枚当たり3.5行とすると、もしアメリカ並みの技術料であるならば700円という計算になる。人口当たり3倍に近い薬局薬剤師数、それを支える高額な調剤報酬、生産性は約3分の1。つまり現在の経営規模では生産性を求めることは不可能だという現実を調剤薬局経営者は考えないと、次の展開は大幅に制限されると思われる。

後発医薬品の数量シェアが今後増加する中で、調剤薬局経営の最大の問題はキャッシュフローの減少だということに既に指摘した。たとえ薬価差と加算が利益を維持しても、キャッシュフローの減少は調剤薬局経営を直撃する。これを打開できるのは生産性の改善が最も効果的であるが、その前に員数制限(一般的には40枚制限)が立ちふさがり、

さらに員数制限の緩和ないしは撤廃があるとしたら、薬剤師の必要数は大幅に減少するが、その一方で自動調剤システムや調剤ロボットを導入しようとして、現状の店舗設計で設置できるスペースがあるのかが大きな問題になる。想像でしかないが、自動化できる可能性のあるスペースを持っている薬局は全体の10~20%かもしれない。特に医療集積の高い都市部ではこの数字はもっと低いであろう。その場合、複数の薬局が共同で移転し、大型薬局を開局できるかどうかは次の課題となる。

(5) ドラッグストアの脅威

2016年の調剤報酬改定では、「かかりつけ薬剤師指導料」が新設され、薬剤師の技術に対してフィーを付与する方向性が示された。加算を算定するには、患者の服用する薬剤(OTC医薬品を含む)をかかりつけ薬剤師が管理することが求められている。

「かかりつけ薬剤師指導料」の算定回数は少しずつ増えているようだが、本当に患者の薬剤をすべて管理し、薬の飲み残しや重複、副作用などがなくか等を一つの薬局で継続的にチェックできているだろうか。

そもそも論で言えば、果たしてそのような機能を調剤薬局、薬剤師に求めるべきなのかどうかという疑問がある。アメリカを例に取れば、まず患者が過去受けてきた処方歴、調剤歴のデータベースが、患者が加入している保険会社に完備してある。被保険者が保険会社を変更する場合も被保険者のデータは新たな保険会社に引き継ぐことができる。その上で今回の処方内容がデータベースから見て相互作用、重複、ドーズチェック、過去副作用歴などから適正か否かをデータベースが判断できるようになっている。この時代としてはAIなどとあえて言わなくても極めて普通のことである。

データベースの判断は直ちに処方医に伝えられ(実測で3~4秒)、必要に応じて処方変更が行われる。調剤過誤を避けるための当然の行動である。それを日本では、お薬手帳などを使って薬剤師がするように求めている。果たして可能なのか?。薬剤師が相互作用や、重複を発見した場合、それを処方医に伝え処方変更を求めることが普通に可能なのか?。もう一つの疑問はデータベースと薬剤師は競争する必要があるのかどうか?。答えは否である。産業革命の機械打ち壊しの愚を薬剤師にさせないこと、薬剤師がデータベースを使いこなす側にいることが求められる。この根拠は前回改正と同時に発表された電子処方箋の全面解禁にあると考えられる。

調剤売上が好調なのがドラッグストアである。上場しているツルハやウェルシア、スギ薬局などの開示資料を見ると二桁以上の伸長率を示している。ドラッグストアでは検体検査室の設置も増えており、自己採血での血液検査により生活習慣病関連のセルフチェックが可能である。検査結果が出た後は、薬剤師や管理栄養士がアドバイスをし、健康維持・生活改善のサポートを実施している。

このようなドラッグストアの行動は、彼らの店舗立地と無関係だとは思えない。ドラッグストアのほとんどはいわゆる門前型ではなく、処方元からの影響を大きくは受けず、患者本位の

(5ページへ続く)

(4) 調剤専門薬局の限界

私たちは国民皆保険制度によって、全国どの医療機関でも受診できる権利が保障されている。私たちは自分がどの医療にアクセスできるのか、その支払いはできるのかを大きくは気にしていない。まさに医療は空気と同じ存在であると言ってもよい。

医療産業は診療報酬が出来高払い制度であるため、患者確保を至上命題とする。患者数に患者1人当たりの診療単価積算を乗じた総体が医療収入になるからだ。これはアメリカのマネイジドケアと呼ばれる健康保険会社が採用している支払い方式、つまり人頭払い方式とは大きく異なる。マネイジドケア健康保険会社は契約している医師に対し、その医師をプライマリドクターとして選択した患者数に対し、1人当たり、1カ月一定額を支払う。患者1人当たり定額払い方式である。医師の立場に経済的側面からだけ立って見れば、患者ができるだけ来ない状態が、コストを最小化することになる。

即ち、日本の医療収入は「増患」によって最大化するが、アメリカのそれは「減患」によって収益が最大化する。この人頭払い方式が、日本でもしばしば話題に上がる「リフィル」を可能にしていると言っても過言ではないだろう。

日本の出来高払い方式が医療費の高騰、患者の受益感の低下、保険財政の悪化の主因になっているのではないかと問題提起の一方で、診断の結果に対して様々な治療行為を行うことで重症化や余病併発を防ぎ、平均余命を世界一に水準に引き上げる原動力になったという評価もできる。医療機関の視点に立てば、患者数をいかに増や

製薬企業における コンプライアンスの実現

—関連法令・自主規範の概要と検討事例—

本書は、企業コンプライアンスの意義と、製薬企業の遵守すべき法令や省令、自主規範などの概要を法律の専門家である弁護士がわかりやすく解説しています。具体的な問題事例に基づいたQ&Aも掲載し、実践的に理解できる一冊です。

【著者】伊東 卓、青木 清志、花井 ゆう子、土肥 勇 B5判/110頁/定価1,700円+税

薬事日報社 書籍のご注文は、オンラインショップ(<http://yakuji-shop.jp/>)または、書籍注文FAX03-3866-8408まで。

(6ページから続く)

活動、調剤薬局本来の活動が比較的自由にできる立地にある。

また健康教室や認知症カフェ、ケアラーズカフェなどの取り組みも進められており、24時間営業の調剤併設店も増えている。厚生省が推進する「健康サポート薬局」に対抗し、ドラッグス

トア協会では「健康サポートドラッグ」を提唱し始めた。高齢者トイレやAEDの設置、クレジットカードでの支払い、調剤ポイントの付与も含めて、薬局に対する「受益感」「利便性」という点においては、ドラッグストアの方が上回っているだろう。その結果として、二桁成長が実現していると言える。

2. 医薬品卸の反省と課題

(1) あってないがごとき調剤薬局と医薬品卸との取引契約書

調剤薬局と医薬品卸間の取引は「取引基本契約」に基づき行われている。しかし、ほとんど具体的な取り決めがないためにその実効性は低く、不幸にして倒産した調剤薬局の前では、医薬品卸の債権はその権利において最後尾になっているケースがほとんどである。

そもそも取引契約とは相対取引であり、50:50の関係を基本とする。しかし、残念ながら医薬品卸と顧客間の契約関係は、取引を証明したり医薬品卸が安定供給を約束するだけの極めて不平等な契約になってしまっている。

医薬品卸と医療機関の取引は極めて古く、相互に知り合える土着的関係からスタートしたため、あえて契約とはなり難いことは理解できる。しかし医薬分業が本格化し従来の土着的信頼関係にはない多くの顧客が出現してきた時に、この取引契約について、従来の「取引を約束する契約」から「相対契約を確認できる契約」に変更できなかったのは、売上至上主義であったと大いに反省すべき点である。

医薬品卸が売上至上主義に走った要因は、医薬品メーカーとの利益構造に起因する。メーカーからの主な利益については、以下のものが挙げられる。

1. 販売促進企画の達成率に応じて決定するアローワンス
2. 当該メーカーからの仕入額に応じて決定する取引高リベート
3. 仕入回数、仕入拠点への着荷率に応じて決定する物流リベート
4. 支払期間に応じて決定する金融リベート

これらの中で販売促進企画に関するアローワンスや、当該メーカーからの仕入額に応じて支払われる取引高リベートが未だに多くを占める傾向にある。前述のように医薬分業の進展と共に、調剤薬局という新しい顧客が生まれ、医薬品卸にとっての最大の販売先となった。医薬品卸は販売額に関わるメーカーからの利益を最大化するために、適正価格を下回る価格を提示してでも売上を求める、という売上至上主義に走ってしまった。

その結果として本来あるべき対等な取引関係を構築することができず、薬局優位の取引形態が固定化している。

また日常取引の面で見れば、顧客からの発注方法で最も普及しているのはEOS(電子的発注)である。地域により差はあるが、発注量全体の70~80%がこれである。ある大手卸の例では、EOSでの卸側の受注コストは1発注当たりおよそ2円である。これに対し電話やFAXによる発注になると、卸側にデータ入力等の人的作業が発生し、その受注コストは一気に120円に跳ね上がる。実に60倍のコストがかかるのである。

同時に配送コストを比較すると、定期配送コストは1回当たり500円弱であるが、緊急配送のコストは5,000円弱と10倍のコストがかかる。緊急配送は電話による受注になるが、受注と配送コストの合計で最低でも5,120円かかるわけで、この受注から得られる粗利が、最低5,120円なければ赤字を生み出す行為にしか過ぎないという見方もできるのである。

返品についても、顧客と卸間の契約上の取り決めは全く不十分であり、無原則な返品が横行している。ごく一部とは言え、月末在庫を減らすために大量の返品を行い、月初に元に戻すために発注をするという悪しき慣習に振り回されるケースもある。この場合、返品処理と受注処理合計で600行を超える作業を余儀なくされる。

このような事実を公にし、取引の近代化、現代化を進めなければ、医薬品流通のコストを合理化し、社会的コストを減じていくことはできないだろう。

(2) 後発医薬品に対する医薬品卸のスタンス

10%強の売上の後発医薬品が、医薬品卸の物流センターの倉庫面積の50%を超えるという実態は、調剤薬局の調剤室にも全く同様の実態として反映される。

制度面で、後発医薬品の種類を合理化できる可能性は、一般名処方の義務化であることは分かっており、さらに後発医薬品価格の合理化、銘柄別収載の廃止も考えられる。

しかし、このことを議論していくとき、医薬品卸が主体的にできることはないのだろうかという問題に直面する。それは医薬品卸自らが取引する後発医薬品メーカーを少数に絞ることである。プライベートブランドも一つの

積極的選択である。

後発医薬品をエビデンスに基づき選択し、その選択基準を公開することで医薬品卸間の差異は最小化し、医薬品卸が取り扱う後発医薬品メーカーは削減される。それにより調剤薬局が取り扱う後発医薬品数も大幅に合理化できる。この場合、薬剤師は処方医に対して、積極的に処方集の作成に関わりを持ち調剤薬局の取扱品目に理解を求め、協力を求めているスタンスが必要である。

これら医薬品卸、調剤薬局が当然なすべきことを行わないまま、行政に要望を出すことは自立した産業への転換を阻害し、産業の近代化、現代化を阻害すると思うのである。

(3) 医薬品卸が発揮すべき機能

メーカーの視点に立つと、売上至上主義に走っている医薬品卸に対し、仕切価格を下げると、競争の原資に使用してしまうと考えるだろう。薬価を守りたいメーカーは仕切価格を高止まりさせ、売買差益のマイナス分をアローワンスで補填調整するという悪循環が常態化している。

医薬品卸は重要かつ不変的な二つの価値を顧客である医療機関や薬局、メーカー、そして行政に認知させることや、価値を最大限発揮する努力が足りなかった。二つの価値とは、「医薬品卸の値付け機能」と「債権管理機能」である。

「医薬品卸の値付け機能」の価値は、日本が世界に誇れる医療水準を維持するうえで、重要な要素の一つである医薬品の値付けは医薬品卸が担っている。この事実を多くの医療関係者および行政も認識しているものの、医薬品卸の価値を正当に評価していない。また医薬品卸としても、これまで十分に周知してこなかった。

結果として、メーカーは医薬品卸が保有すべき適正な価格統制能力を喪失したと見ており、メーカーは総じて仕切価格を薬価改定ごとに上げており、最終的にはアローワンスで調整している。医薬品卸は長年にわたりメーカーのアローワンスによって本来価値ある値付け機能を麻痺させられてきたのである。

医薬品卸は今こそアローワンス依存から脱却すべく、値付け機能を見直すことにより医療機関や薬局、メーカー、そして医薬品卸の三位一体となり、本質的課題の理解を深め改革の方向性を見出すべきである。

二つ目の価値である「債権管理機能」は日本の市場が10兆円とした場合、3カ月サイトで考えると2.5兆円を卸が担っている。日本の医薬品卸は長年メーカーの債権管理機能を担っており、メーカーは既に日本の14万軒におよぶ医療機関や薬局に対する債権アカウントを保有していない。

前述したように薬局は利益だけではなく、キャッシュフローが今後の経営において重要な要素になることが明確な中、倒産軒数が増加する懸念があり、医薬品卸の債権管理機能が果たす役割と責任は極めて大きい。

これまでのような曖昧さは取引契約および未契約の中では、薬局の経営破綻時に本質的に対応することはできず、受け身の状況は全く変わらない。医薬品卸が医療機関・調剤薬局に対し、提案型の債権管理機能を担うべき時期がきているのではないかと。

調剤薬局の経営者が真の意味で医薬品卸をビジネスパートナーとして認め、提供する価値を認め、医薬品を購入する対価を支払うだけではない時代が到来すべきである。

いずれにせよ、医薬品卸はこれまで果たしてきた役割を見つめ直すことに加え、大きく、そして本質的に変化させるべき時期にきている。医薬品卸が提供するサービスに対し適切なフィーを獲得する「フィー・フォー・サービス」を待たずに現実のものにしなければならぬ。

(4) 「フリーライダー」メーカーとの交渉強化

今回も主要医薬品卸の協力を得て以下のデータを開示する。平成27、28、29年の第1四半期の比較である(表2参照)

平成28年の薬価改定を挟んで、各医薬品卸の主要取引メーカーの最終原価は全体の傾向として上昇している。薬価が引き下げられたにも関わらずである。

さらに薬価改定後1年目の仕切価格を見れば、市場実勢価格を省みない仕切価格になっていることも確認できる。

医薬品卸はこの機能回復のために、速やかに本格的な仕入価格交渉を可能にできる、購買部門、仕入部門のさらなる強化が必要である。仕入交渉を可能にするデータは医薬品卸には十分揃っている。

日本の薬価基準制度下における薬価の内訳には「流通経費」が含まれていることは周知の事実である。このコスト(流通経費)には、薬価収載時にオーファン・新薬創出加算・長期収載品目等成分の特性には関わらず、すべての医薬品に「平等」に含まれている。

このコストは、言うまでもなく医薬品卸の収益を助けることで存在していることでは断じてない。「国民皆保険」「ユニバーサルサービス」実現のため、日本全国地方の隅々まで保険薬を偏在なく流通させるための配送コストである。このコストについては、オーファン中心の製薬企業や新薬創出中心の製薬企業、長期収載品中心の製薬企業に関わらず、安定供給を実現するため

医薬品 + 危険物 = 日陸

- ▶ 危険物に該当する医薬品は専門の危険物倉庫へ
- ▶ 危険物を定温で保管・配送いたします
- ▶ 常駐で薬剤師の社員が管理いたします

NRS 株式会社 日陸

営業2部物流センターグループ
〒101-0054 東京都千代田区神田錦町3丁目7番1
興和一橋ビル8階
電話 03-5281-8131 FAX 03-5281-1854
URL : <http://www.nrsgroup.co.jp>

お薬手帳



- 薬歴記入欄が32頁あり、長期の使用が可能。
- 患者情報(氏名・生年月日・住所・電話番号・血液型)、アレルギー歴、副作用歴、主な既往歴、受診記録ページなどが充実。
- 「お薬豆知識」が収録されており、食前や食間の意味、薬を飲み忘れた場合の対処法、特に注意しなければならない副作用・相互作用などについて、分かりやすい解説付。
- オリジナルのビニールカバーには、お薬手帳、健康保険証、健康手帳、診察券等を一緒に入れることができ、携帯に便利。

A6判 42頁 1包(50冊) 定価 3,000円+税
日本薬剤師会 企画・発行 カバー(ビニール製)1包(50枚) 定価 5,000円+税

薬事日報社 書籍のご注文は、オンラインショップまたは、書籍注文FAX03-3866-8408まで。

表2 主要医薬品卸5社における後発医薬品取引上位5メーカーの最終原価率(単位:%)

後発医薬品メーカー主要取引先5社の最終原価率

	平成27年度 第1四半期	平成28年度 第1四半期	平成29年度 第1四半期
卸A	64.1	65.7	63.1
卸B	71.4	70.1	70.0
卸C	66.0	65.2	65.4
卸D	68.6	71.7	67.0
卸E	69.0	70.3	70.1

先発医薬品メーカー主要取引先5社(ギリアド除き)の最終原価率

	平成27年度 第1四半期	平成28年度 第1四半期	平成29年度 第1四半期
卸A	79.4	79.6	79.6
卸B	79.7	79.9	79.7
卸C	77.9	78.9	79.6
卸D	79.7	79.5	79.2
卸E	80.1	80.7	80.2

【内資】	平成27年度 第1四半期	平成28年度 第1四半期	平成29年度 第1四半期
卸A	79.3	79.5	79.4
卸B	79.9	80.0	79.6
卸C	78.2	78.7	79.1
卸D	79.9	79.9	79.3
卸E	80.1	80.9	80.1

【外資】	平成27年度 第1四半期	平成28年度 第1四半期	平成29年度 第1四半期
卸A	80.1	80.3	80.5
卸B	80.2	80.5	80.9
卸C	79.5	80.1	80.8
卸D	79.9	79.9	80.4
卸E	80.8	81.4	81.3

に、保険薬価をいただくという「権利」を得たすべての製薬企業の「義務」的なコスト負担とも言える。薬価の中から得た収益の一部を流通経費として医薬品卸を通じてコスト負担をする。これは商品のカテゴリーには無関係のコストである。

しかし、現状として医薬品卸のメーカー別のグロスマージン(以下GMと記す)を分析すると、一部の製薬企業が薬価の中の流通経費を製薬企業に内部留保し、医薬品卸に再配分していないと疑われる低GMの製薬企業が散見

される。医薬品卸も企業存立のため、オーファン・新薬中心の一部メーカーからのGM不足を、流通経費以上にGMを負担している企業にさらに利益をお願いしているのが現状である。

これは、オーファン新薬中心の一部メーカーが薬価の流通経費を内部留保して「タダ乗り」している「薬価へのフリーライダー」であり、オーファン新薬中心メーカーが負担すべきコストを他のメーカーに負担させている「企業間のフリーライダー」とも言えるのではないかと。

3. 未来への提言

(1) 取引基本契約に基づいた取引の近代化

私たちは遅きに失した感はあるが、今回相対取引契約の精神をベースにして、取引契約で取り決めるべきと思われる項目を再点検した。以下の通りである。大いに議論され、取引の近代化、現代化を図れるようぞめたい。

1. 取引開始時(あるいは契約時)に第三者が評価した双方の決算書(新

規出店の場合、予算書など)を交換し、取引限度額の設定、商品代金の支払期間などを設定する。

2. 契約期間は未妥結減算制度に基づき、毎年度9月末までに1年間の価格決定を行い、遡及値引の禁止を明示する(早期妥結には当然、プライオリティが発生する。翌年度に前年価格の訂正を求めるような行為は減算対象として報告)

3. 納品時検品(双方の合意により

省略可能)で承認された場合、直ちに所有権移転が行われたものとみなす。

4. 価格交渉と決定は予定数量を明示し、取引条件(発注方法、配送回数、支払方法と期間など)を反映させて決定する(予定数量と実取引量の増減は次年度の値引き、値増し対象になる)

5. 返品は、メーカーへの返品が可能な商品は納品後2週間以内に行い、これ以外は回収命令品と誤配送以外の返品は行わない。

6. 配送回数は顧客との交渉で決定した回数以外の配送は1回ごと定額制とする(1日1回をベースにして複数回の配送は取引条件としてみなし、価格に反映することができる)

7. 医薬品卸の共同配送はこれを否定しない。

8. 取引全体の省力化、環境への配慮、IT化を進めるために、取引全体の電子化、すなわち、電子的発注、電子納品書、フィンテック活用などを相互に検討する。

9. 仮納品は価格交渉期間を基本にするが、その期間は相互の合意に基づき決定する。

10. 以上は、大災害時にはこれを適用しない。

(2) 医薬品卸による調剤薬局の経営支援

アメリカの医薬品卸は拮抗した規模の3大卸の寡占化状態にあるが、それぞれが独立薬局のグループと共同事業を展開している。医薬品卸と調剤薬局の関係は、シングルベンダー契約である。

例えば、3大卸の一つであるアメリカ・バーゲンでは「Good Neighbor Pharmacy」という独立した個人薬局の経営支援プログラムを展開している。薬局がこのプログラム(有償)を活用することで、マーケティング、広告、マーチャンダイジング、スタッフ教育などの様々な支援を効果的に受けることができる。また「ScriptPro」という自動調剤機械を導入し、対物業務は機械に任せている。そこで生まれた時間を活用し、服薬指導やカウンセリング、生活支援などの対人業務を実施している。

一つひとつの独立薬局の規模は小さいため、各々が戦略を練ろうとすると大きなコストがかかるが、多くの薬局が一つのプログラムを活用することで、ローコストで大きなメリットを享受することが可能となっている。

アメリカ合衆国独禁法は、医薬品卸

による薬局垂直統合を認めていないために、このような共同事業も卸の支配を受けるわけではなく、薬局の活動を卸が支援することが第一義的にあり、共同事業を推進する時に医薬品卸の品揃え、物流力、総合的企業力を薬局は活用する。単に販売契約に基づく取引関係ではなく、まさにビジネスパートナーとして相互の関係が構築されている。

日本国内においても、医薬品卸と調剤薬局がこのような関係を構築できれば、例えば複数の調剤薬局が共同で新規大型自動薬局を開設する場合の大きな力になると考えられる。

診療報酬改定への対応、ICT化への取り組み、薬剤師不足、後継者不在など厳しい環境が増すにつれて、薬局M&Aは増加していくと予測されるが、M&A市場も売り手優位から買い手優位に移行しつつある。

医薬品卸の資本力、総合的企業力を活用することにより、様々な障壁を乗り越えられる薬局経営支援プログラムを構築、実行しなければならない。

(3) 薬剤師の専門性向上

ドラッグストアに患者を奪われないためには、調剤薬局は立地に頼るのではなく、専門性の向上に努めなければならない。具体的には、残薬の解消や服薬アドヒアランスの向上のための取り組みなどが挙げられる。

残薬があることが判明した患者に対しては、ブラウンバッグの提供などを通じて飲み残した薬剤を持参してもらい、処方医に確認の上で処方日数の調整を実施する。その上で残薬が生じた理由を踏まえた処方変更や残薬の再利用などを通じて、患者が「どの薬を飲んでいるか」ではなく、「実際に飲んでいるのか」、また「効果が出ているのか」という点を重視し、アドヒアランスの向上に努めることが、薬剤師に求められる薬物の一元的管理に結びついていくはずである。

同時に処方変更などで不要になった薬剤を薬局で処分することで、飲み間違いによる事故を未然に防止できる。患者と家族を健康被害から守り、安心できる医療を提供することにつながる。

これからの調剤薬局は医薬品を介したサービス業として、一人ひとりの患者に向き合い、癒しや満足を与えられなければならない。ドラッグストアに患者を奪われ、淘汰され、調剤薬局は産業として衰退期を迎えることになる恐れがあると思う。

医療機関・地域における「日本版フォーミュラリー」の導入・実践に向けた一冊



B5判 / 241頁 / 定価3,500円+税

フォーミュラリー

-エビデンスと経済性に基づいた薬剤選択-

フォーミュラリー編集委員会編 増原慶社 / 川上純一 / 岩月進 / 前田幹広 / 上田彩

本書は、医療費削減に向けた改革の一つといわれ、患者のための合理的・経済的な薬物治療の提供にもつながる『フォーミュラリー』の概要や考え方、実践方法についてまとめています。フォーミュラリーは単なる院内採用医薬品集ではなく、「医療機関における患者に対して最も有効で経済的な医薬品使用における方針」であるという真の意味を理解し、導入・実践するために参考となる一冊です。

◆フォーミュラリーの持つ
真の意味を理解できる!

◆実例を基に実践・導入に向けた
道筋がわかる!

◆フォーミュラリーの現状や今後の
可能性について多彩な執筆陣が記述!

薬事日報社 書籍のご注文は、オンラインショップ (<http://yakuji-shop.jp/>) または、書籍注文 FAX:03-3866-8408 まで。

当ファイルの著作権は(株)薬事日報社またはコンテンツ提供者に帰属します。当ファイル(印刷物含む)の利用は私的利用の範囲内に限られ、それ以外の無断複製・無断転載・無断引用はご遠慮ください。当ファイル(印刷物含む)を社内資料、営業資料などでご利用される場合はご相談ください。

株式会社薬事日報社 TEL:03-3862-2141 shinbun@yakuji.co.jp <http://www.yakuji.co.jp/>