



Monthly Report

2013.11 月号

目 次

1. 薬事政策研究所設立への経緯と期待 P 1
2. 薬事政策研究所設立の意義 P 3
3. 今月の統計報告 P 7
4. 医療関連業界動向 P 10
5. 編集後記 P 27

1.薬事政策研究所設立への経緯と期待

一般社団法人 保険薬局経営者連合会 会長 山村 真一

① 設立に至るまでの経緯

株式会社薬事政策研究所（以下薬研）の構成母体は、一般社団法人保険薬局経営者連合会（以下薬経連）である。薬経連は、保険薬局業の健全な発展と保全を目的とし、その目的達成のため、保険薬局を取り巻く生活者・産業界・行政に対し建議・提言を行うとともに、業務運営のために必要な施策を実行する事を設立理念として、2009年7月に研究会として発足し、2011年2月から一般社団法人として活動している。

薬経連は、医薬品供給者として在るべき薬局の姿、国民に必要とされる薬局の姿を追求し、その実現に向かって行動していく事が組織としての存在意義だと考えて活動してきたが、その実現に向けて必要な調査・研究部門の設立が急がれていた。

今回多くの賛同者、協力者のお力添えをいただき、薬研が設立されるに至った事により、薬経連の活動がより強力なものとなり、医薬品供給の未来に向けた政策の立案、提言が活発になされ、その活動が業界への貢献の域を超えて、日本の未来に向けた広義での社会貢献になる事が望まれる。

② 医薬品供給の未来像、薬局の未来像の戦略的構築

どこかが医薬品供給の未来や薬局の未来を戦略的に研究しているだろうと誰しもが漠然と思っていると思うが、では具体的にどこが社会の要請や現場の声を集約して研究し、何らかの提言を発信しているのだろうか。薬剤師会であろうか。オール薬剤師の職能団体として存在する薬剤師会がその任を担っているのではないかと考える関係者は多いと思うが、そもそも薬剤師会は薬剤師を主語としてビジョンを描く職能窓口であり、その存在目的、組織構造から考えてみても会の維持運営に追われてしまい、医薬品供給の未来像や薬局の未来像といった戦略的プロジェクトを構築する事に時間を割く事は難しい。また会長の任期は一期二年で、続投したとしても組織を構成する役員メンバー、委員会メンバーは期毎に見直され、特にトップが変わった時の事業見直し再構築による不連続の影響は大きく、例えば10年後の・・・といった長期的な展望に立った成果物を作り上げようと思っても、組織構造上事業の継続性が難しいのだ。故にどうしても近視的な取り組みに終始せざるを得ないのが実情である。

薬剤師会がそのような事情を抱えているのであれば、来るべき未来図の構築は他のどこが考えているのだろうか。仮にどこかにあるのだとしても、少なくともそれは機能していないと言って良い。その結果が今私たちに浴びせられている分業バッシングだからである。私たちはその事に早く気づき目を覚まして、早急に私たちの未来構築に特化した外部組織を構築しなくてはならない。それこそが正しく業界シンクタンクなのである。

③ 待ち望まれていたシンクタンクの創設

では仮に既存のシンクタンクを活用する事を考えてみた場合、例えば現存する政府系シンクタンク、金融系シンクタンク、企業系シンクタンク、業界系シンクタンク、政党系シンクタンク等と様々な領域に立った研究所が数多くあるにはあるが、果たして彼らに私たちの未来を託すことは相応しいであろうか。現状では既存のシンクタンクの中に薬剤師や薬局に特化したシンクタンクは無く、彼らは仕事を請け負ったら、ひたすらデータの調査、収集、アンケート、インタビューといった手法で与えられた課題のレポートを取りまとめ、客観的未来像を描く事は出来るかもしれないが、少なくともそこに至る戦術的な道筋を描く事はしないし、場合によっては容赦なく既存プレイヤーの存在否定すら示唆しかねないのである。

今私たちに求められている事は、例えば痛みを伴う事になるとしても、到達しなくてはならない頂きを描き示す事であり、そこに至るために必要な戦略を立て、あらゆる戦術を駆使して実現に向かう事なのである。そこに業界シンクタンクが創設される意味と必要性があるのだ。

但しその業界シンクタンクから発せられるメッセージは、業界の既得権益を代弁するようなものではなく、それらとは一線を画した価値観で、その情報発信の根底に流れるポリシーが「それは国民にとってどのような価値があるか」に収束されたものにならなくてはならない事を、私たちはしっかりと受け止め、覚悟を決めて行動に移さなければならない。

時代は日本の経済事情、人口構成事情の変化等により、分業バブルと言われていたステージとは大きく様変わりした。私たちも今までの古い思考回路を捨て去って、新しい目で私たちの顧客である国民と国家のニーズを見極め、その提供サービスの変容を自ら起こしていかななくてはならない。新しく創設されるシンクタンクから、その道標足りえる提言が数多く発信される事を期待したい。

2.薬事政策研究所設立の意義～明日につなげる薬事政策～

株式会社 薬事政策研究所 代表取締役 田代 健

① 保険薬局が直面している課題

1. 薬局実務の品質評価

公益社団法人 日本薬剤師会（日薬）の100年にわたる努力と行政による経済的な誘導の結果、院外処方箋の発行率は着実に伸びてきた。調剤報酬の改定ごとに細かい点数の内訳が工夫されてはいるものの、今世紀に入ってから薬剤師一人当たりの技術料は年間1000万円前後で推移している。

当初の調剤報酬には、薬局／薬剤師の潜在能力への期待値がこめられていた。しかし小泉政権以降、財政の健全化という観点から社会保障支出の効率性が問題視されはじめ、調剤報酬への視線も年をおうごとに厳しくなっている。今までは「薬局という企業が一定のサービスを提供するためにはいくらの手数料がかかる」という論法で医薬分業を主張してきた。しかし今後は「これだけのコストがかかるのであれば薬局を使わず院内に戻した方がよい」という議論が説得力をもち始める事態も予想され、この論法はもはや成り立たない。今、薬局と薬剤師が求められているのは、薬学的サービスの品質の可視化であり、「国民は医師や歯科医師ではなく薬剤師に2兆円投資すればどのようなリターンを得ることができるのか？」という質問への明確な回答である。

表 薬剤師一人当たり技術料の推移

	調剤報酬	調剤報酬	薬剤料	調剤技術料	薬局 薬剤師数	薬剤師一人 当たり技術料	薬剤師一人 当たり技術料
単位	点	千点	点	点	人	点	点
	6月審査分	年度分	6月審査分	6月審査分	年末	6月審査分	年度分
2001	22,599,299,508	311,294,918	15,258,950,192	7,340,349,316	100,826	72,802	1,002,816
2002	23,661,904,406	341,749,323	16,054,254,972	7,607,649,434	106,892	71,171	1,027,929
2003	28,052,035,200	372,965,325	19,630,476,780	8,421,558,420	111,598	75,464	1,003,326
2004	28,542,101,220	399,636,786	20,234,289,100	8,307,812,120	116,303	71,432	1,000,173
2005	31,448,293,480	439,762,997	22,573,619,860	8,874,673,620	120,779	73,479	1,027,506
2006	33,307,922,620	452,111,771	23,802,310,840	9,505,611,780	125,254	75,891	1,030,117
2007	37,787,827,900	491,597,394	27,560,463,140	10,227,364,760	130,485	78,380	1,019,673
2008	37,815,820,500	517,307,072	27,547,352,060	10,268,468,440	135,716	75,661	1,035,022
2009	41,080,831,720	556,125,599	30,407,531,700	10,673,300,020	140,660	75,880	1,027,220
2010	41,268,569,000	575,917,748	29,974,652,120	11,293,916,880	145,603	77,567	1,082,469

厚生労働省「社会医療診療行為別調査」「医師・歯科医師・薬剤師数調査」日本薬剤師会「医薬分業の進捗状況」より
（薬剤師数調査は隔年で実施されるため、調査されなかった年は前後の平均値を用いた）

薬事政策研究所が作成

2. 薬局制度の持続可能性

1.の課題の本質は、保険調剤に限らず「我が国の現在のような中負担・高品質型社会保障は持続可能なのか？」という問題である。

薬剤師法の第一条では「薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。」と規定されている。持続可能性という条件を課した場合に、この薬剤師の責任のあり方はどう変化していくだろうか？大まかに3通りのシナリオが考えられる。

(1) 薬局薬剤師の果たすべき責任の減少～規制緩和

【1】テレビ電話での調剤

【2】薬剤師以外の医療従事者による保険調剤

(2) 責任を果たすことのできる薬局薬剤師とできない薬局薬剤師の選別

【1】薬局の専門化

【2】薬局の「低品質薬局<オンライン調剤<高品質薬局」という3階層化

(3) 薬局薬剤師の機能向上による責任の拡大

【1】保険調剤の範囲の拡大サービスの提供

【2】保険調剤以外のサービスへの側面展開

実際にはこれらの責任の変化は複合的に進行し、薬局の形態としては、オンライン調剤が現実化するかどうかはともかくとして、オンライン調剤と同程度以下の品質で利便性や価格でのメリットを訴求するような「ローエンド型薬局」と、オンライン調剤では得られないような品質のサービスを提供する「ハイエンド型薬局」に分岐していく可能性が高い。

3. 薬局実務データの蓄積

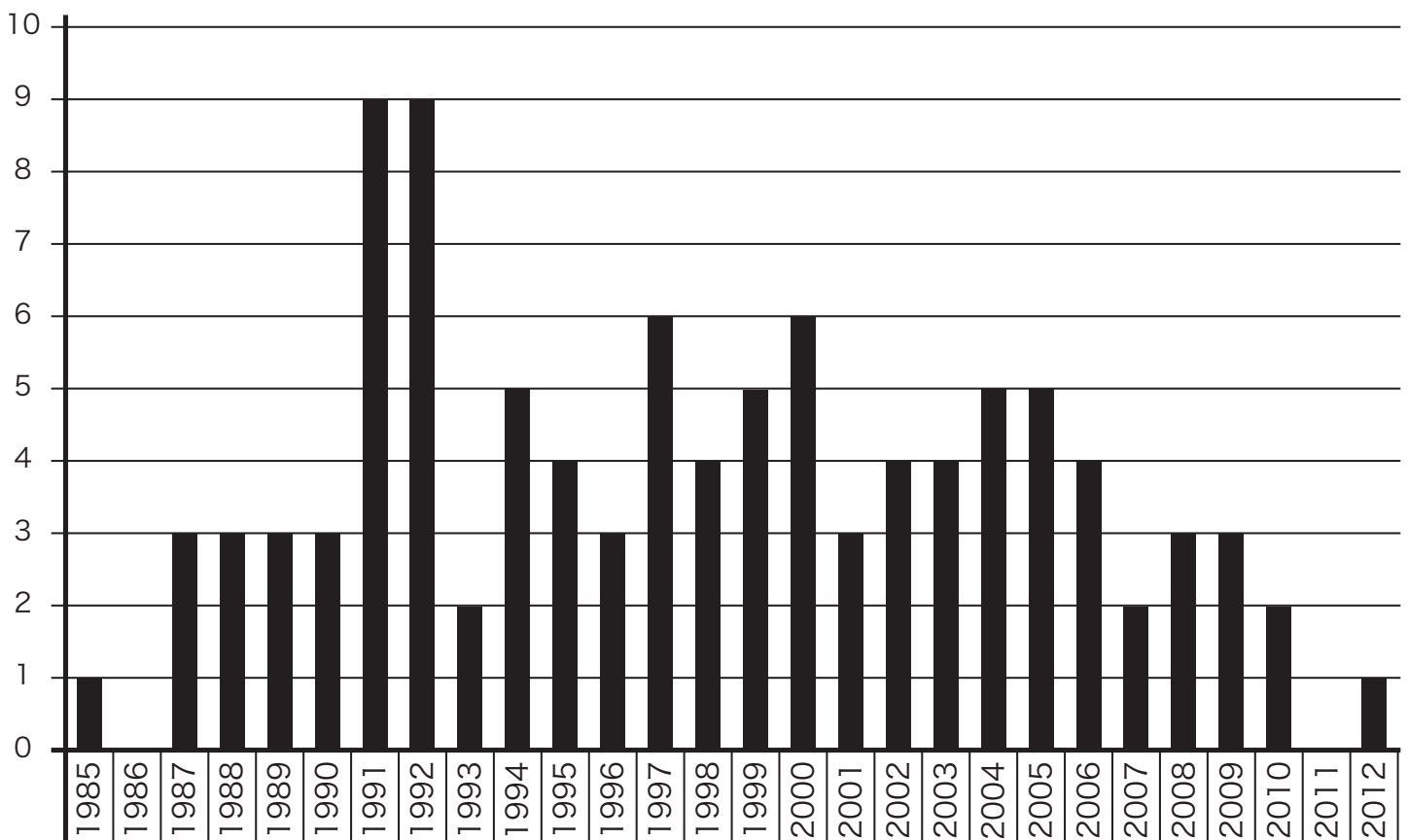
現在、薬局サービスの品質に関して「薬局で満足なサービスなど受けたことがない」という患者の声もあれば、「薬局で薬をもらえるようになってよかった」という声もあり、薬局サービスの品質に関する議論は平行線をたどってしまうことがある。問題は両者の構成比だが、薬局のサービスを包括的に評価する仕組みは存在しない。

② 薬事政策に関わるシンクタンクの必要性

国民への医薬品の供給という課題について、誰が研究しているのだろうか？政府系シンクタンクである総合研究開発機構のデータベースには103,002件の研究成果がアーカイブされているが、そこから「医薬品」をキーワードとして検索してみると、グラフのようになる。1982年度から2012年度までの期間に全部で102件しかなく、同じ期間でたとえば「道路」で検索した場合に4,468件の報告がヒットすることと比較すればかなり注目度が低いことがわかり、「薬局」ではゼロ件、「薬剤師」では1件しかヒットしなかった（アンケート対象に「薬剤師会」が含まれていた研究が1件）。このような現状では、薬事政策に関して薬局や薬剤師という当事者の視点から政策を立案・提言するプラットフォームを私たち自身が用意しなければ、薬事政策の持続可能性など望むべくもない。

ここに、保険薬局経営者連合会が薬事政策研究所を設立する意義がある。

図「医薬品」を含む研究報告の件数



公益財団法人 総合研究開発機構 <http://www.nira.or.jp/index.html>より作成

③ 薬事政策研究所の理念

当研究所の理念は「明日につなげる薬事政策の実現」とした。

医薬品の使用に関して仮に一部の患者や利害関係者にメリットのある政策があったとして、その政策が「日本の政治的、経済的、社会的な制約の下で長期的に医薬品供給サービスの品質を改善していく」という判定基準を満たすことがなければ、当研究所はその政策を支持しない。

したがって、当研究所は「薬局の利益を代弁する機関」ではない。

④ 薬事政策研究所の事業内容

当研究所は、理念を実現するために以下の事業を行う。

1. 薬事政策等に関する調査研究

我が国の医薬品使用をよりよいものにするために、どのような薬事政策が必要となるのかを調査し、社会や利害関係者に対して提言することを第一の事業とする。

薬事政策とは、国内において医薬品がかかわる全ての政策を含む。

2. 薬事データの収集と解析

当研究所では薬局業務の基幹システムを構築する。このシステムを通じてユーザー薬局間のデータ共有を実現し、薬学的サービスの標準化、品質の向上を進める。同時にデータを当研究所が収集・解析することにより、薬事政策を提言するための根拠を提出する。

3. 薬局経営等に関するコンサルティング業務

当研究所が提言した政策を薬局で実現するための支援を行う。

⑤ まとめ

当研究所が以上のような事業を行うにあたり、企業として独立採算を維持することが重要である。独立性を保つことにより、特定の利害関係者に影響されずに活動を継続することが可能になる。そのため、設立当初の限られた予算で実現可能なことから着手し、徐々に事業の範囲を拡大していきたいと考えている。

医療サービスは「患者から医療者へ情報をinputする診断過程」と「医療者から患者へ治療薬をoutputする治療過程」との組み合わせからなるが、後者のoutputの過程において医薬品の使用は大きな比重を占めている。この医薬品使用の過程を最適化するために、薬学系シンクタンクである当研究所が射程におさめる薬事政策の範囲も当然広範囲に及ぶ。この政策の決定にあたって、薬局実務の場で蓄積されるデータを有効に政策提言の根拠へと昇華させるための仕組みを、当研究所は優先的に整備していく。

今後の当研究所の活動にご注目いただきたい。

3. 今月の統計報告

株式会社 薬事政策研究所 代表取締役 田代 健

データ名：厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向」より「【表Ⅳ-5】
内服薬の内訳 3要素分解（都道府県別）（今年度累計）（全年齢）」
URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/12/gaiyou.html>

都道府県名	調剤料	技術料	1種類当たり 投薬日数	処方せん 1枚当たり薬剤 種類数	1種類当たり 1日当たり 薬剤料	処方せん枚数
単位	億円	億円	日		円	万枚
北海道	3,448	796	3.21	24.6	81	3,461
青森	852	220	2.98	21.8	81	999
岩手	781	190	2.92	25.1	81	849
宮城	1,347	347	2.87	21.7	82	1,625
秋田	792	181	3.17	24.9	81	805
山形	638	167	2.81	23.0	81	751
福島	1,164	289	3.08	22.7	83	1,276
茨城	1,485	360	2.96	23.2	86	1,616
栃木	880	230	2.92	20.9	84	1,071
群馬	827	206	2.93	21.5	86	958
埼玉	3,274	844	2.81	21.5	84	3,963
千葉	2,911	737	2.75	22.4	85	3,464
東京	7,840	2,004	2.78	20.7	88	9,576
神奈川	4,821	1,254	2.67	21.2	86	6,037
新潟	1,322	339	2.75	24.0	82	1,527
富山	443	108	2.88	24.7	84	473
石川	560	124	3.25	24.8	89	520
福井	283	64	3.17	24.5	87	274
山梨	474	112	2.84	23.8	87	519
長野	1,072	264	2.91	25.3	82	1,126
岐阜	1,006	265	2.99	19.9	86	1,207
静岡	1,895	495	2.76	21.4	85	2,304
愛知	3,186	847	2.83	19.6	87	3,981
三重	790	210	2.86	20.8	85	968
滋賀	628	154	2.83	22.4	87	708
京都	1,165	264	3.04	23.3	91	1,155
大阪	4,377	1,104	3.05	19.8	89	5,004
兵庫	2,891	779	2.82	20.1	85	3,582
奈良	547	149	2.80	21.8	81	667
和歌山	400	101	2.98	21.4	84	462
鳥取	317	83	2.98	21.4	85	362
島根	405	109	3.13	21.7	80	467
岡山	877	243	3.01	19.5	82	1,109
広島	1,671	457	2.97	18.2	88	2,114
山口	845	231	2.83	20.1	86	1,055
徳島	353	89	3.08	19.9	90	408
香川	552	140	2.93	20.3	91	636
愛媛	618	160	2.84	21.1	86	736
高知	447	105	3.18	23.3	87	454
福岡	2,691	793	2.96	17.5	82	3,734
佐賀	508	152	3.55	2,103	359	715
長崎	839	229	609	3,185	629	1,041
熊本	903	256	645	3,737	685	1,193
大分	674	178	496	2,541	507	798
宮崎	627	175	451	2,367	468	810
鹿児島	873	255	617	3,395	662	1,151
沖縄	602	162	438	2,043	451	741

統計解析用のフリーソフトウェアであるR言語を用いて、調剤医療費のうち、技術料の部分が「処方日数」「薬剤の種類」「処方せん枚数」「薬剤料」という要因によってどの程度影響されるのかを調べてみる。都道府県単位の各変数の値が正規分布に従うと仮定し、一般化線形モデルによって回帰式を作成すると、

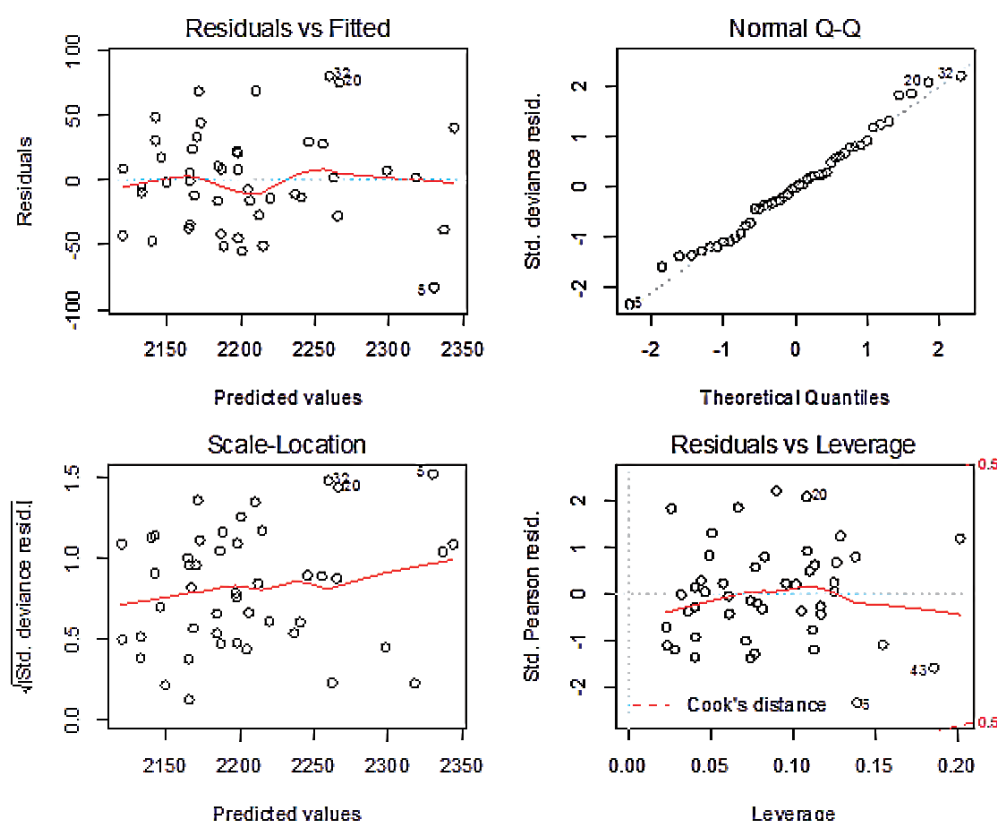
$$\text{処方せん1枚当たり技術料} = 1068.4722 + \text{処方せん1枚当たり薬剤種類数} \times 272.6843 + 1 \text{種類当たり投薬日数} \times 18.6215 - 1 \text{種類1日当たり薬剤料} \times 0.8171$$

というモデル式が算出された。処方せん1枚の基本的な技術料を1068円として、薬剤が1種類増えるごとに273円、処方日数が1日長くなるごとに19円追加され、薬剤料を1円引き下げることで0.8円追加される、とみることができる。

このモデル式の当てはまり具合を、下図の各グラフによって検討する。

左上の図は、モデル式による予測値と実際の数値との差を示しており、都道府県番号=20（長野県）、32（島根県）、5（秋田県）で乖離の度合いが大きい。左下も同様。右上の図は技術料の分布が正規分布に従うという仮定の妥当性を確認するもので、正規分布に近ければ各点は一直線に並ぶ。先述の3県を含む全ての点がほぼ一直線にならび、正規分布という仮定は妥当であるといえそう。

右下の図は「外れ値」を検出するもので、特定の異常データがモデル式に大きな影響を及ぼしているかどうかを確認できる。グラフの右下端を点線がわずかに横切っているが、この点線は「クックの距離」と呼ばれる指標が0.5となる範囲を示している。この点線を超えたデータはモデル式に影響を及ぼす外れ値ということになるが、今回のモデル式では全てのデータのクック距離が0.5よりも小さく、外れ値は存在しないといえる。



「処方せん1枚当たり」調剤報酬の算定方法は年々複雑さを増していくが、平均化すれば「薬剤の種類」「処方日数」という2つの変数でほとんど自動的に決定してしまう。（後発品利用による技術料の変化に関しては有意とはいえなかった。）

医薬分業という制度を我が国に導入するにあたって、薬剤師が期待されたのは「処方の無駄を減らす」「薬のリスクを軽減する」ということだったはずだ。一方で、薬剤の品目数が増える、あるいは処方日数が増える、ということは、処方の無駄を減らす、薬のリスクを軽減するという薬剤師の価値とは相反することになる。薬剤師の技術料が「薬剤の品目数」と「処方日数」で自動的に決まる現在の価格体系は、薬剤師への「処方の無駄を減らす」「薬のリスクを軽減する」という期待とは馴染まず、むしろ「薬剤の品目数を減らす」「処方日数を短くする」ことへのインセンティブを強化するべきではないだろうか？

具体的には、

- a. 処方せん1枚の基本的な技術料：1068円
- b. 薬剤が1種類増えるごとに追加される技術料：273円
- c. 処方日数が1日長くなるごとに追加される技術料：19円
- d. 薬剤料を1円引き下げることで追加される技術料：0.8円

のうちbとcの係数はゼロ～マイナスとなり、代わりにaとdの比重を高めてバランスをとるような価格体系が望ましい。

4.医療関連業界動向（2013年10月）

ここでは、先月の医療関連業界における主な動きを紹介します。なお、幾つかの記事については、薬研の複数の研究員・スタッフがそれぞれにアンテナに引っかかったものに対しコメントをつけております。まだまだ手探りではありますが、それでも複数のコメントのついた記事がありました。今後、反対意見のコメントが並ぶようなことがあったら面白くなるのではないかと期待しております。

① 調剤薬局業界内の動向

1. Ge調剤体制加算：算定薬局は67.8%で、内45.2%は「加算3」（19点）

日本アルトマークが発表。調査対象は2013年6月1日時点の54,078薬局。「加算2」は23.6%、「加算1」は31.2%。昨年12月に比べ、算定薬局は2.5ポイント（1724薬局）増、また算定1から算定2へ、算定2から算定3へとシフト。

加算薬局割合が高い都道府県は、沖縄 92.2%、鹿児島 83.6%、岩手 82.2%、富山 80.9%、山形・宮崎 79.4%、奈良 78.6%、島根 78.4%、熊本 78.1%、福井 75.7%等。加算薬局割合が低いのは徳島で、48.3%。

「区分3」の算定割合が高いのは、沖縄 78.3%、鹿児島 68.2%、山形 61.4%、熊本 57.3%、宮崎 56.0%、岩手 53.8%、山口 53.5%、群馬 53.4%、佐賀 53.2%、福岡 52.8%。【1日】

財務省の議論の中で、次期改定において目標値に届かない「加算1」の廃止が噂されていることから、各薬局は今の内からポイントアップの努力をしておいた方がよいと思われる。（Y）

厚労省が公表している「調剤医療費(電算処理分)の動向」中の「調剤医療費の内訳(総額・処方せん1枚当たり) (都道府県別) (単月分) (全年齢)」では、平成24年3月分の「処方せん1枚当たり薬剤料」を掲載している。この数値と、本調査の都道府県別各加算の算定率との相関係数を、加算区分ごとに算出してみると、

基本料 1	- 0.127780388
基本料 2	- 0.164138304
基本料 3	- 0.30208624
加算無し	0.179075477

となった。実際に薬剤料の軽減という効果を可視化するには、後発品の利用率をさらに引き上げる必要がありそうだ。（T）

2. ココカラファイン、山口県の「クスリ岩崎チェーン」を買収

買収により63店舗増となる。買収価格は10億円、11月1日付で買収。【1日】

単純計算すると1店舗当たり買収価格（＝店舗価値）は1600万円。通常、利益の5～7年分が企業価値とされることが多い。今回の買収価格は適正だろうか、割安だろうか。（S）

3. 日本調剤、後発品製造子会社の日本ジェネリックについて「2年後をめどに販売品目数を1000に拡大。M&Aも選択肢」

じほうインタビューによると、三津原社長が上記を表明した。現在は593品目（内自社承認品目は358）。M&Aを含めた実現策は今年中に発表。日本ジェネリックを「日本最大のGeメーカーにする」ため。【1日】

メーカー、卸、そして薬局と双方向で進む垂直統合、その中で薬剤師は職業倫理を全うしていけるのでしょうか。

資本の論理が、優先され過ぎていないか。（M）

4. 日本医薬品登録販売者協会（DgS+配置薬系団体）、14,000人の会員を1年で30,000人への倍増を目指すと表明。

規制改革会議の打ち出す登録販売者常駐配置義務の撤廃方針に対抗するため。競合する全日本医薬品販売者協会（薬店系）とは、組織統合はしないまでも、協力したいと表明。【18日】

同じ職能団体で組織統合できない理由とはなんなのか。薬剤師会も真に職能団体を目指すのであれば、病薬と統合に向かうべきである。（M）

5. 厚労省、12年度衛生行政報告例を公表：薬局数は5万5797軒（前年度比+1017軒）

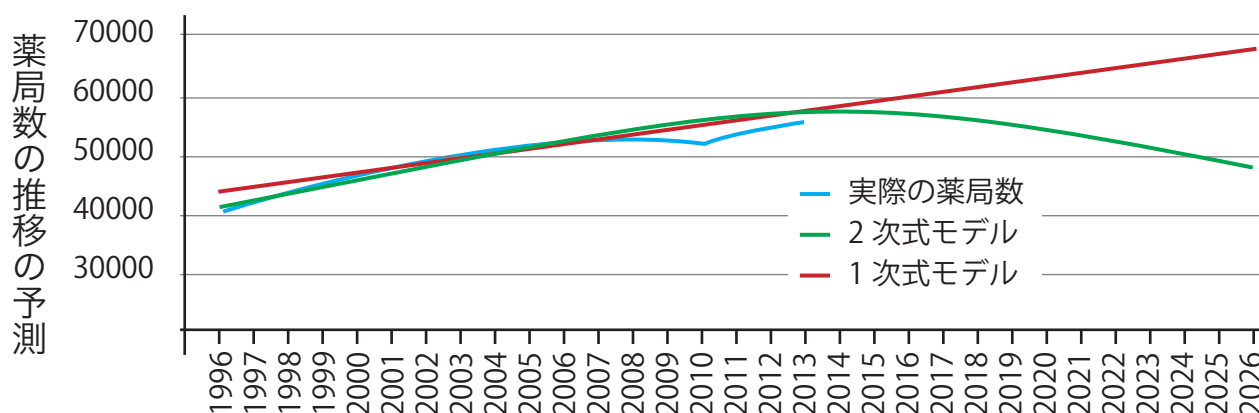
人口当たり薬局数の多いのは佐賀62.2（軒/10万人）、山口57.4、広島56.8等。逆に薬局が少ないのは福井32.5、京都34.8、奈良35.2。【24日】

薬局数の今後の推移について、1996年からの実数をもとに簡単に予測してみた。

薬局数=y,西暦=xとして、

1次式モデル
 $y = 877.7714x - 1709458.0209$
 AIC : 626.01

2次式モデル
 $y = -45.33185x^2 + 182553.8x - 183733600$
 AIC : 303.98



AIC（赤池情報量規準）とは、モデル式の妥当性を評価する指標で、値が小さいほど良いモデルであるといえる。図に示した1次式モデル、2次式モデルの他に反比例モデル、対数モデルも含め、2次式モデルが最良ということになった。

この2次式モデルでは、2014年から2015年の間に薬局数がピークに到達する。（T）