

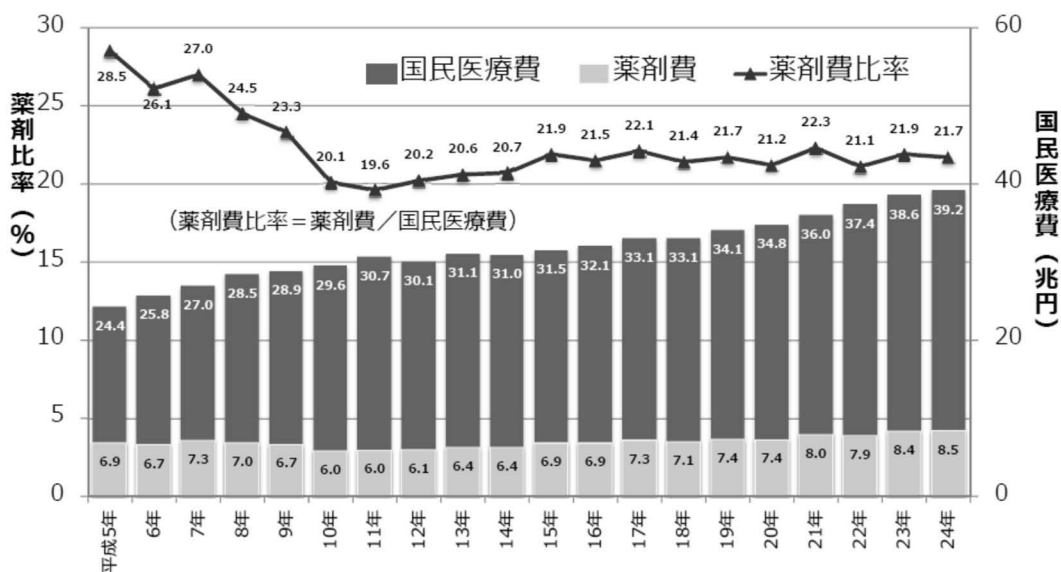
# 病院の経営指標としての薬品費率と 実際の医薬品購入業務に関する一考察

金子 敏

キーワード：薬価基準、薬品費率、薬価差益

## 1. はじめに

抜本的な改善策を見いだせないまま、我が国の少子高齢化は着実に進行している。この少子高齢化、特に高齢者人口の増加は社会保障給付費に大きな影響を与えていることは周知の事実である。図1の通り、国民医療費は増加の一途をたどり、平成25年度には40兆円を超え、その抑制は国家として喫緊の課題となっている。



(出典)厚生労働省 中央社会保険医療協議会薬価専門部会「薬価改定の経緯と薬剤費及び推定乖離率の年次推移」

図1：国民医療費・薬剤費・薬剤費率の年次推移

このような状況の中、平成 28 年から平成 29 年にかけて C 型肝炎治療薬のソバルディやハーボニー、癌の免疫療法薬のオプジーボという非常に高額な医薬品が国の医療費を高騰させているとの報道が続いている。実際、平成 25 年度の薬剤費は約 8.85 兆円と国民医療費の 22.1%を占めており、特に医療費は前年から 3.8%伸びたが、薬剤費の伸び(図 2 の薬剤料)は 1.4%であり、高齢化要因の 1.2%を除くと医療費の伸びの半分以上が薬剤費であることがわかる。

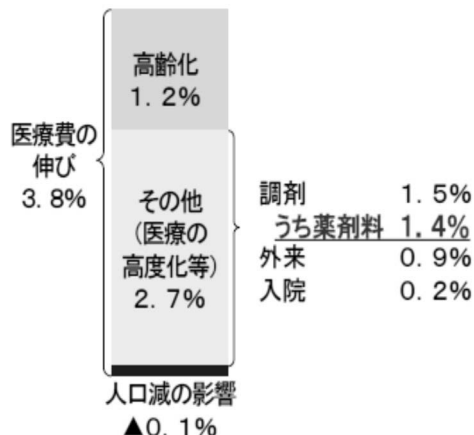


図 2：平成 25 年度医療費の伸びの内訳

他方、病院にとっては、医業収益に占める医薬品購入額、すなわち、薬品費率が病院経営を測る指標として用いられることが多い。現に厚生労働省が毎年公表する病院経営管理指標や総務省が平成 28 年 3 月に公表した公立病院経営改革事例集においても、薬品費率に関する数値が材料費率の内訳として分けて記載されており、公立病院経営改革事例集では経営の効率化に関する議論の中で、薬品費率について数値目標を設定して経費削減をすべきと指摘している。これは筆者の勤める公的病院においても同様であり、5 ヶ年の中期計画及び年度計画において、費用の削減として薬品費率について数値目標を設定し、この達成状況が毎年評価項目に挙げられている。

このように、経費ないし費用削減の項目として薬品費率の数値目標を設定している限り、その目標数値を上回らないよう職員一同経営努力をしなければならないのは当然と言えよう。しかしながら、薬品費率が高いからといって、直ちに病院経営がよくなるとの判断を下せない場合があるのではないだろうか。筆者自身、急性期病院の購買担当の責任者として、目標設定された薬品費率を意識しながら医薬品購入業務を毎年行っている。その中で、薬品費率が目標数値や前年数値を上回ったとしても、かえってそれが病院経営にとって良い影響を与えていることも少なくないのではないかと、という疑問は常にあった。また、医療機関における医薬品の実際の購入業務が一般の商取引の概念から大きく逸脱している<sup>1</sup>ことに、一種の衝撃を受けたことも本稿を執筆する契機となった。

<sup>1</sup> 前年度末までに、翌年度に購入する各医薬品につき価格交渉をして取引価格を決定した上で契約し、購入・納品・支払いを完了しているにもかかわらず、年度の終わりごろにそれまでの医薬品購入実績と製薬メーカー・医薬品卸業者の業績に基づき、医療機関と医薬品卸業者との間で再度価格交渉を行い、そこで合意した価格を当該年度の真の納入価格として、年度の初めに遡及して値引きを入れる。

本稿の構成は次の通りである。第2節では現在の薬価基準制度について概観し、第3節で現在の薬価基準制度の下、病院が医薬品の購入をどのように行っているか、その医薬品の購入に関し病院経営がどのような影響を受けているかを明らかにする。そして、第4節で政府において現在検討されている薬価基準制度の抜本改革をはじめ、医薬品の流通に影響を与えうる国の施策等に触れ、それが病院における医薬品購入業務、ひいては病院経営にいかなる影響を与え、それに対し病院はどう対応をすべきかを考察する。おわりに第5節では、医療機関における医薬品購入業務担当者が業務を行うにあたり何に留意すべきかに触れたい。

## 2. 現在の薬価基準制度

薬価基準とは、国民皆保険制度の下、「保険医療に使用できる医薬品の品目とその価格を厚生労働大臣が定めたもの」をいい、保険医療で使用できる医薬品を定めていることから、品目表としての機能と、保険医療で使用した薬剤の請求額を定めていることから、価格表としての機能という、2つの機能を有する。つまり、薬価基準制度があることによって、病院等の保険医療機関において医師が患者に医薬品を処方する際に、①どの医薬品が保険請求できるのか（品目表としての機能）、②その医薬品を処方することによって、処方した医療機関が保険者にいくら請求できるのか（価格表としての機能）が同時にわかるのである。そのため、薬価基準に収載されていない医薬品の費用は原則として全額患者負担となるため、このような医薬品の購入は医療機関の経営に影響を与えることはなく、影響を与えるのは、一般に薬価基準に収載されている医薬品を購入する場合に限定される。なお、薬価基準に収載されている医薬品は平成28年4月1日現在、15,925品目である。また、現在では、新しい医薬品が承認された場合、年4回（2、5、8、11月）のスケジュールで薬価基準に追加収載し、収載されてからは、その後の市場動向を踏まえて2年に1回、薬価の改定が行われている。

以上のように、薬価基準には品目表と価格表という2つの機能があるが、医療経営において重要なのは当然ながら価格表としての機能、すなわち、医薬品の公定価格としての薬価である。前述の通り、保険医療機関は薬価基準に収載された医薬品を購入し、患者に処方した場合、原則として公定価格である薬価を保険者に請求することができる。もっとも、希少疾病薬など一部例外はあるものの、医療機関等は購入する医薬品を薬価通りの価格で購入することは極めて稀である。すなわち、多くの医薬品が「薬価＝購入価格」とはならず、「薬価>購入価格」となるため、その差額である薬価差益が病院等、医療機関の利益に寄与するのである。したがって、多額の医薬品を購入する

いわゆる大病院にとっては、2年ごとの薬価改定で医薬品の価格がどう変わるのかが大きな関心事となる。一方、政府にとっても、保険診療は現物給付が原則であることや社会保障費が医療機関の収益の原資となり、結果として国の財政を逼迫させることは望ましくないことから、公定価格である薬価と病院の「購入価格＝市場実勢価格」が乖離することを放置することはできず、薬価の改定があるごとに薬価を下げ、薬価を市場実勢価格に近づけようとしている。実際、今までの薬価改定で薬価が上がったことはなく、ここ数回の改定ではいずれも5～6%前後の引き下げを行っており、平成5年には19.6%もあった薬価と市場実勢価格との乖離率は、ここ10年ほどは8%前後で安定している（表1）。

表1：薬価改定時の改定率及び収載品目数

改定年月日	改定率	収載品目数
平成10年4月1日	▲9.7%	11,692
平成12年4月1日	▲7.0%	11,287
平成14年4月1日	▲6.3%	11,191
平成16年4月1日	▲4.2%	11,993
平成18年4月1日	▲6.7%	13,311
平成20年4月1日	▲5.2%	14,359
平成22年4月1日	▲5.75%	15,455
平成24年4月1日	▲6.00%	14,902
平成26年4月1日	▲5.64%	15,303
平成28年4月1日	▲5.57%	15,925
※H26年は消費税対応分として別途+2.99%		

我が国では、既に薬価基準に収載されている医薬品の薬価改定については、前年度に調査して把握した医薬品の市場実勢価格を基に決定されている。現行制度での改定時の新薬価は、市場実勢価格加重平均調整方式により算出される。具体的には、医療機関等の納入価格の加重平均値を市場実勢価格として、これに消費税を加え、さらに現状の薬価の2%の管理コスト（調整幅）を加えたものが新薬価となる。例えば、現在の薬価が10,000円で、その市場実勢価格（加重平均値）が8,000円（税抜）の医薬品の場合、新薬価は $8,000 + 640$ （消費税8%） $+ 200$ （現状薬価の2%） $= 8,840$ 円となる

(図3)。

新薬価	=	医療機関・薬局への販売価格の 加重平均値(税抜の市場実勢価格)	×	1+消費税率 (地方消費税分含む)	+	調整幅
-----	---	------------------------------------	---	----------------------	---	-----

図3：既記載医薬品の新薬価の算出方法

医薬品の市場規模で世界最大の米国では日本のような医薬品の公定価格である薬価は存在しない。そのため、製薬メーカーは自由に医薬品の価格を設定できる。そこで、各医療機関は共同購入の組織（GPO=Group Purchasing Organization）に加盟し、GPOが製薬メーカーや医薬品卸業者と価格交渉して医療機関への納入価格が決まるのである。したがって、日本のような薬価差益という概念が米国にはそもそも存在しない。

### 3. 現状の薬価基準制度における医薬品購入業務と病院経営

#### 3-1. 経営指標としての薬品費率

総務省が発表した公立病院経営改革事例集（2016）によると、医療機関における費用の中で、一番比率が大きいのは例外なく給与（人件）費であり、官民間問わず対医業収益の全国平均が50%を超えている（表2）。そして、医業費用に占める割合としては給与費の次が薬品費を含む材料費であることも共通している。よって、病院の経営を良くするためには人件費を削減するのが最も効果的と思われるが、現在の医師・看護師不足から人件費を削減するのは極めて困難である。そこで、病院の経営者は、経営を改善するためには、次に負担の大きい材料費を削減せざるを得ない。

表2：主な経営指標に係る全国平均値の状況（平成26年度）

	経常収支 比率	医業収支 比率	職員給与 費対医業 収益	材料費対 医業収益	うち薬品 費対医業 収益	減価償却 費対医業 収益	委託料対 医業収益	病床利用率		
								計	うち 一般	うち 療養
民間病院	99.9%	99.4%	54.2%	22.7%	11.2%	5.3%	7.1%	79.1%	-	-
公的病院(自治体以外)	96.8%	97.1%	51.9%	28.6%	18.4%	6.4%	6.6%	74.3%	-	-
公立病院(一般病院全体)	99.3%	92.2%	52.8%	23.5%	11.8%	8.5%	10.0%	73.4%	74.7%	76.5%

### 3-2. 実際の医薬品購入業務

ここで、筆者の勤務する病院における医薬品購入業務について説明する。筆者の勤める公的病院は急性期病院であり、平成 25 年度の途中から院外処方をはじめた。医薬品の購入については、単年度ごとに医薬品卸業者と契約している。年度ごとの契約になるため、毎年 2 月頃に翌年度（4 月以降）購入予定の医薬品を複数の医薬品卸業者に見積依頼し、最安値を提示した業者と年間契約している。しかしながら、脚注 1 のとおり、年度当初こそ契約した単価で医薬品の購入・支払いを行うが、当該年度の購入実績に応じ遡及値引き交渉を年度末に実施し、その結果として年度当初に遡って各医薬品の真の納入価格を決定するので、4 月 1 日時点での契約価格は暫定単価に過ぎない。

このような通常の商取引の概念から逸脱した購入をしていたため、最初は非常に戸惑ったが、購入する量に応じて価格を安くする、いわゆるボリュームディスカウントを要求することは、億単位の購入を行っている病院としては当然のことともいえる。一方、製薬メーカーにとっても、多くの医薬品を購入する病院に対して、より安く医薬品を売ることは当然のこととも思える。とはいえ、国にとってみれば、医薬品の公定価格を定めておきながら、これが市場実勢価格と大きく乖離することは薬価基準の価格表としての機能を損ない、ひいては国の社会保障給付費を高騰させる上に、現物給付という保険診療の原則にも反するため、このような状況を放置することはできない。そこで、最近国が取った施策としていわゆる未妥結減算制度がある。これは平成 26 年度から実施されたものであり、暫定価格での取引を可及的に防止し、医薬品の市場実勢価格を的確に把握するために導入されたものである。例えば、200 床以上の病院は 9 月末日時点で、妥結率が 50%以下である場合、11 月 1 日（初年度のみ翌年 1 月 1 日）からの診療報酬が表 3 のように削減されることになる。

表 3：未妥結による基本料の評価の適正化

(新) 初診料	209 点 (妥結率 50%以下の場合)	[通常：282 点]
(新) 外来診療料	54 点 (妥結率 50%以下の場合)	[通常：73 点]
(新) 再診料	53 点 (妥結率 50%以下の場合)	[通常：72 点]

筆者の勤める病院の場合、妥結率 50%以下により診療報酬が減算されると大幅な医療収益の減収となるため、平成 26 年度以降、9 月末日での妥結率はほぼ 100%である。これは他の公的病院も同様であり、未妥結減算制度の導入により、特に価格を合意せずに大量の医薬品を仮納入していた大規模チェーン薬局の妥結率は大幅に向上した

(表4)。この未妥結減算制度が病院の医薬品購入業務に与えた影響として、従来は、年1回年度末に当該年度の真の納入価格を購入実績などに基づいて価格交渉していたが、さらに9月末日の妥結に向け、8月にもこの交渉を実施しなければならなくなり、価格交渉に費やす労力は大幅に増えた。しかし、医薬品の購入額の大きい病院にとっては、薬価差益を得るためにかかる交渉をせざるを得ないのが現状である。

表4：未妥結減算制度導入による妥結率の推移

	妥 結 率											
	平成24年度				平成25年度				平成26年度			
	H24.6	H24.9	H24.12	H25.3	H25.6	H25.9	H25.12	H26.3	H26.6	H26.9	H26.12	H27.3
病 院 (総計)	22.8	34.9	38.6	84.5	49.2	56.6	57.2	99.0	20.2	88.9	60.7	97.4
200床以上	21.6	31.5	33.4	82.9	41.4	50.2	50.6	99.0	19.3	93.9	58.5	97.4
そ の 他	26.4	47.1	58.0	90.5	78.8	81.7	82.7	99.3	23.5	69.5	69.6	97.6
診 療 所	52.5	74.4	82.5	97.1	94.9	96.1	96.4	99.9	50.9	80.4	86.5	98.9
(医療機関 計)	33.3	48.9	53.7	89.2	65.0	70.4	70.0	99.4	30.4	86.0	69.2	97.9
チェーン薬局 (20店舗以上)	5.8	27.7	18.0	49.1	26.1	51.9	45.2	92.4	19.0	96.7	67.8	94.2
その他の薬局	20.9	42.8	56.3	84.4	80.5	85.3	86.5	99.6	18.6	98.7	88.4	98.1
(保険薬局 計)	17.0	38.8	45.9	75.2	65.2	76.2	74.8	97.6	18.7	98.1	82.1	96.9
総 合 計	24.6	43.5	49.6	81.5	65.1	73.5	72.6	98.4	24.0	92.6	76.2	97.4

### 3-3. 医薬分業

また、ここで医薬分業についても少し触れておきたい。なぜなら、医療機関が外来の患者に対して医薬品を院内で処方するか院外で処方するかによって、医薬費用（薬品費、ひいては薬品費率）の多寡、すなわち、病院経営に大きな影響を直接与えるからである。院内で医薬品を処方する場合、院外処方に比べ、非常に大きなスペースが医薬品の倉庫として必要になる。もちろん、大量の医薬品を処方することになれば薬剤師も数多く確保・雇用しなければならない。つまり、変動費としての薬品費のみならず、人件費等の固定費の負担が院外処方時に比べ著しく増加する。厚生労働省は医薬分業を推進するために長い時間をかけ、診療報酬を使いながら、多くの医療機関を院外処方へと誘導した。その結果、平成28年における院外処方率は総数で73.9%と前年より

1.2%増加しており、病院においては77.5%と医薬分業はかなり進んでいるといえる<sup>2</sup>。

しかしながら、このような状況下においても、院内処方続ける病院があるのも事実である。翁（2015）は、「現在も院内処方続けている医療機関は、多くの場合、収益的側面というよりも、善意または医師としての独自の考えから、これを維持している医療機関も少なくないと考えられる」とするが、病院経営が厳しくなる中、収益面を勘案せずに院内処方続けている病院があるとは考えにくい。実際、翁（2015）は、院内処方をしている病院として慶應義塾大学病院と順天堂大学医学部附属順天堂医院を挙げているが、両病院とも1,000床を超える日本でも屈指の大病院であり、その規模から医薬品購入におけるバイイングパワーは極めて大きいことは容易に推測できる。

実際、こういった状況を直接伺う機会にも恵まれた。筆者は全国有数の急性期病院（以下、「A病院」とする）の経営幹部にインタビューしたことがある。A病院は経営的にも他の範となるような病院であるが、インタビューをした平成28年当時、院内処方をしてきた。そこで、筆者は「医薬分業が進む中、なぜA病院は院内処方続けているのか」と尋ねたところ、「当院のバイイングパワーを勘案し、院内処方の方が経営的に良いと判断している」と、薬価差益の観点から院外処方を行っていないという回答であった。

A病院の病床数、医師数や稼働率からすると、年間医薬品購入額は数十億円に達すると思われ、仮に院外処方を実施したとすれば、少なくとも年間40%以上は医薬品購入額を減らせるのではないかと推測される。つまり、院外処方に転換すれば薬品費を大幅に削減することができ、さらに薬剤師の person 費も大幅にカットすることができるはずである。それにも関わらずA病院は院内処方続けるという経営判断をしているのである。なお、病院情報局に登録されている8,449の病院中、一般病床数ランキングで慶應義塾大学病院20位、順天堂大学医学部附属順天堂医院21位であり、A病院も上位にランキングされている<sup>3</sup>。これらの病院の医薬品購入におけるバイイングパワーは強大である。故に、これを一般化し、他の病院も院内処方に戻すべきだと結論づけるつもりはない。ただ、医薬分業が進む中で、関西医科大学付属総合医療センター（一般病床438床）では、平成28年5月の新本館開院に伴い、16年間続けていた院外処方を院内処方に戻した。岩坂院長は、その理由を患者の費用負担や利便性の観点からとする<sup>4</sup>が、11人もの薬剤師を新たに雇用していることなどを勘案すると院内処方に戻し

---

<sup>2</sup> 厚生労働省 平成29年7月25日発表 社会医療診療行為別統計より。

<sup>3</sup> 平成29年7月30日アクセス [http://hospia.jp/hoslist\\_](http://hospia.jp/hoslist_)

<sup>4</sup> 平成29年7月30日アクセス [https://pharma.mynavi.jp/contents/yakuyomi/industry\\_news\\_](https://pharma.mynavi.jp/contents/yakuyomi/industry_news_)



た方が病院経営上プラスになるとの経営判断がなされたのではないと思われる。開院2ヵ月程度経過した段階で院外発行率が40%台半ばであるとのことだが、今後の動向に注目したい。

現在の診療報酬体系では、同じ医薬品を処方された場合、院外処方よりも院内処方の方が、患者が支払う医薬品代は少ない。高齢化が進んだ状況に鑑みると、せっかく医療機関に来ながらも処方された医薬品をもらうために医療機関の敷地外にわざわざ出なければならないのが本当に良いことなのか。その患者が車いすを必要とする人であったり、その日の天候が悪かったりしても病院の敷地外にある薬局に行かせることには疑問がある。もちろん、院外処方には複数の医療機関・診療科から重複投薬されることを防ぐなどのメリットもあると思われるが、本当に国民（患者）本位の制度になっているのかは考慮の余地があろう。実際、規制緩和の観点から、平成28年10月からは医療機関の敷地内に薬局を開設できるよう関係法令が改正されており、いわゆる敷地内薬局が認可されている。

### 3-4. 考察

ここで、筆者の経験を踏まえ、医療機関等において医薬品購入業務をいかに行うべきかを考察する。我々医薬品購入業務を担当する者は価格交渉の相手方である医薬品卸業者から、「値引きをたくさんすると薬価が下げられる。そうすると病院も差益が少なくなるので損だ。」と言われることがある。仮に購入する医薬品の薬価総額が年間1億円であり、値引率10%とすると、病院には薬価差益1,000万円が入る。もし薬価が5%下がると購入薬価総額は9,500万円、値引率と同じく10%であれば病院には950万円の薬価差益しか入らなくなるため、薬価引き下げと同じ5%、すなわち、50万円差益は減少する。このように、確かに、薬価差益は減少する。しかし、後者の方が、医薬品購入費そのものが500万円も減っているため、病院経営的に良いことは言うまでもない。また、業界の悪しき慣習として値引率の表現にもレトリックがある。それは消費税が含まれている薬価と消費税抜きの病院納入単価を比較して値引率を算出していることである。前述の例で、病院に入る薬価差益は消費税を8%とすると正確には1,000万円ではなく、 $10,000 - 9,000 \times 1.08 = 280$ 万円であり、値引率は2.8%に過ぎない。薬価が5%下がった場合についても同様に、950万円ではなく、 $9,500 - 8,550 \times 1.08 = 266$ 万円しか薬価差益はない。要は病院の医薬品値引率は10%ではなく2.8%しかないのである。つまり、医薬品卸業者がいう医薬品値引率は7.5%以上ないと、値引ど

ころか病院は持ち出しで医薬品を購入していることになる<sup>5</sup>。うがった見方かもしれないが、医薬品卸業者が医療機関等との価格交渉を少しでも優位に進めたいからこそ、このような値引率の提示をしているのかもしれない。したがって、医療機関等の医薬品購入業務を担当する者は、薬価の改定があっても、値引率が7.5%未満の医薬品がないことを前提に、まずは改定前と同じ値引率を確保するよう交渉することが求められる。また、開業医など医薬品の購入ボリュームが小さい医療機関等は、米国ほど普及しているわけではないが、共同購入の組織に加盟してみることを検討してもよからう。

#### 4. 医薬品の流通における国の施策等

平成28年10月、内閣に設置されている経済財政諮問会議において、有識者より「給付と負担の適正化に向けて」との資料が提出され、その中で「現行の医薬品の保険収載制度は、医薬品の技術革新や高度・高額医療の普及に対し、適切かつ柔軟に対応できていない。国民負担の拡大を抑制する観点から、薬価の毎年改定、もしくは社会保険として必要な医薬品を適時適切に収載し、費用対効果を踏まえた価格付けを行う仕組みへ、薬価制度の抜本的な改正が必要。」との提言がなされた。これを受けて厚生労働省では薬価制度の抜本的改革に向けて検討を開始した。具体的には、新薬を薬価基準に収載する機会を活用し、オプジーボのような薬価収載後に効能追加等に伴い一定規模以上の市場拡大があった医薬品の薬価を速やかに改定するため、薬価の年4回の見直しや現状2年に1回実施している全品を対象とした薬価調査を毎年実施するとの基本方針が平成28年末に示された。ただし、これが実現したとしても医療機関等における医薬品購入業務は、ほとんど変わらないであろう。なぜなら、年4回の薬価見直しの対象となる医薬品の数は極めて少なくなることが予想される上に、第3節でも触れたとおり、薬価は価格交渉時点での目安に過ぎないことや既に多くの医療機関等は年に2回、医薬品卸業者と価格交渉をしているため、毎年薬価が改定されても影響が殆んどないからである。

なお、薬価の抜本的改革では触れられてはいないが、医薬品の価格交渉実務に直接影響を与えると思われる話題もある。平成27年9月、厚生労働省に設置された『医療用医薬品の流通改善に関する懇談会』は「医療用医薬品の流通改善の促進について（提

---

<sup>5</sup> 例えば、消費税が8%で小数点以下を切り捨てする場合、薬価100円で値引率7.5%の医薬品を購入すると、病院が支払うお金は $100 \times (1 - 0.075) \times 1.08 = 99.9$ より99円であるのに対し、値引率が7.4%だと $100 \times (1 - 0.074) \times 1.08 = 100.008$ で100円となり、薬価差益はまったくなくなる。

言)」において、「未妥結減算制度導入により取引当事者における早期の価格交渉と妥結が定着すれば、当該制度は将来的には廃止されるべき」、としている。これは前述の通り、未妥結減算制度により長期未妥結や仮納入の問題は改善したものの、妥結に向けた交渉期間が短縮されたことから、取引全体での価格交渉・値引率の合意後に、卸業者が単品ごとの価格を決める単品総価取引、あるいは、すべての品目を同一の値引率に設定する全品総価取引をする場合が多く、購入する医薬品について単品ごとに価格交渉して納入価格を決める単品単価取引の割合に停滞がみられたからである（図4）。

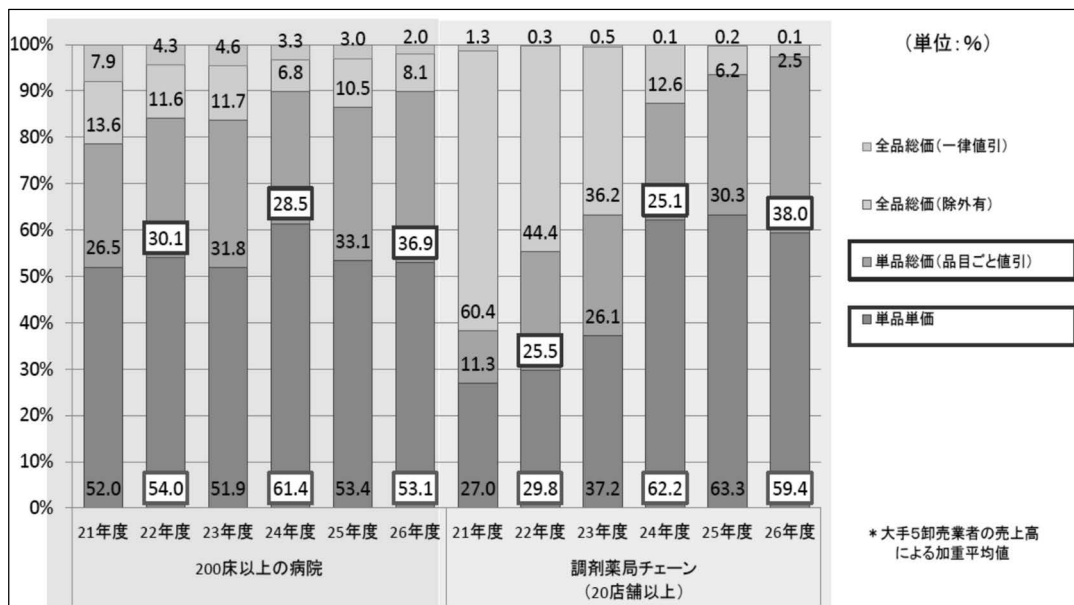


図4：単品単価取引の状況

確かに、薬価改定には市場実勢価格を的確に捕捉する必要があり、単品単価取引をより一層促進することが肝要である。ただし、医薬品購入業務の担当者にとっては、数千品目にも及ぶ医薬品の一品一品の価格を交渉するには膨大な労力がかかる上に、品目ごとに納入価格をいくらにすべきかを判断する基準・情報も乏しいことから、いわゆる情報の偏在による卸業者優位の価格交渉を強いられるとの懸念があるのも事実である。

## 5. おわりに

医薬品の購入価格が薬価と同額になることは今後も考えにくく、また、薬価の改定

が実施されるごとに今後も薬価は下がり続けいくであろう。ただ、本稿冒頭でも触れたとおり、いわゆる高額医薬品が薬価基準に収載されてきており、薬価改定により薬価が下がり続けているのに対して、薬剤費総額は伸び続けているのが現状である（図5）。しかしながら、病院経営の観点からそのような高額な医薬品を診療・治療の現場で使用しないようにすることは、現実的には不可能である。医療の現場において患者に処方する医薬品を決定するのは医師である。医師は目の前の患者の疾病を治療するために全力を尽くしており、少なくとも筆者の知る限り、薬価や納入価格を考慮して医薬品を処方する医師はいない。

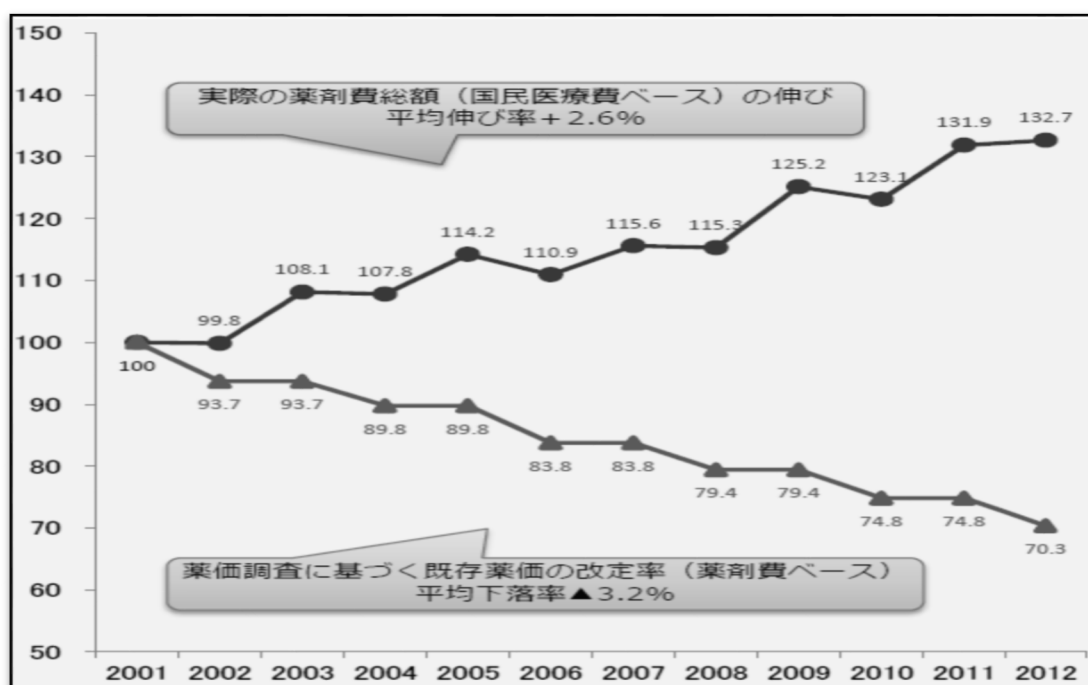


図5：薬価改定と薬剤費の推移（H13年を100とした場合：%）

そもそも、筆者の勤務する病院において、医師は医薬品購入価格を一切知らない。したがって、多くの場合、医師が薬価差益を増加させる目的で患者を薬漬けにしているとの批判は的外れであると思われ、また、病院経営の観点から医師に高額医薬品の使用を控えるよう示唆することは、医療機関にとって自らの存在意義を否定する行為に他ならない。よって、高額医薬品に限らず、患者に処方する医薬品の購入量をコントロールすることは、病院の経営者であっても決してできないし、すべきではない。もちろん、先発医薬品と効能が同等である後発医薬品があるものについては、患者及び病院

の薬品費を抑えるためだけでなく、診療報酬上の加算を病院が得るためにも切り替えが必要であり、平成28年度の診療報酬改定においてもより後発医薬品の使用を促進させようと後発医薬品使用体制加算について見直しがなされたが、もちろん限界はあろう。したがって、現在は、薬価差益の観点から病院で購入する医薬品の品目や量をコントロールすることは事実上不可能であり、これに鑑みると、薬品費を気にしながら医薬品購入業務を行う必要はない。同様に、医業収益も来院する患者に左右されることから、医薬品購入業務と直ちに結びつける必要もなく、薬品費率も年間の購入業務の結果として算出されるものであることから、日常的に意識する必要はない。つまり、自らがコントロールできないことを意識しながら医薬品購入業務を行うよりも、交渉次第で変わりうる薬価差益をできるだけ大きくすることを念頭に購入業務を行うことのみが現状で取りうる方策であると考え。すなわち、事後的に実施する医薬品の価格交渉がうまくいけば、結果として薬品費や薬品費率が低くなるのである。

以上より、医療機関等の医薬品購入業務を担当する者は、薬品費率の多寡に拘泥せず、購入実績や購入した医薬品の構成、他病院の値引率等を参考にしながら価格交渉を行えばよい。他方で経営者は、医薬品購入部門が交渉の結果として得た値引率によって、消費税も織り込んだ実質薬価差益額はいくらになるのか、医薬品購入総額（薬品費の絶対額）はいくらになるのかを医薬品購入業務の評価ポイント、換言すると病院の経営指標とすべきである。

## 謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授には本稿執筆に関するアドバイスや日常の指導のみならず、フィールドワークにおいても熱心かつ丁寧なご指導を賜った。

さらに、昨年4月の入学以来1年半、苦楽を共にした同級生（医療マネジメントコース7期生、介護マネジメントコース3期生）の存在があるからこそ、本稿をまとめることができた。

改めて、関係各位に深く感謝し御礼申し上げたい。

## 参考文献（引用文献を含む）

- [1]厚生労働省保健局（2016）「医療費の伸びの構造について」。
- [2]経済財政諮問会議（2016）「メリハリを効かせた歳出改革の推進に向けて」。
- [3]厚生労働省 中央社会保険医療協議会（2016）「薬価改定の経緯と薬剤費及び推

定乖離率の年次推移」。

- [4]厚生労働省医政局経済課 高橋未明（2016）「日本の薬価制度について」。
- [5]総務省（2016）「公立病院経営改革事例集」。
- [6]厚生労働省医政局経済課（2008）「欧米調査（米国班）概要報告書」。
- [7]厚生労働省 中央社会保険医療協議会（2014）「薬価改定の経緯と薬剤費及び推定乖離率の年次推移」。
- [8]厚生労働省（2012）「妥結率が低い保険薬局等の適正化について」。
- [9]厚生労働省 中央社会保険医療協議会（2015）「医薬品の価格妥結状況と「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」に関する報告について」。
- [10]厚生労働省（2017）「平成 28 年社会医療診療行為別統計の概況」
- [11]翁 百合（2015）『医薬分業政策の評価と課題』JRI レビュー 2015 Vol. 11, No. 30 p45。
- [12]経済財政諮問会議（2016）「給付と負担の適正化に向けて」。
- [13]厚生労働省 医療用医薬品の流通の改善に関する懇談会（2015）「医療用医薬品の流通改善の促進について（提言）」。
- [14]財務省（2016）「薬剤を巡る状況」。

## 参考ホームページ

- [1]病院情報局 病床数ランキング <http://hospia.jp/hoslist> （平成 29 年 7 月 30 日アクセス）
- [2]薬事日報（2016）「院外処方箋の全面発行中止 - 門前中心分業に「メリット感じず」」 [https://pharma.mynavi.jp/contents/yakuyomi/industry\\_news](https://pharma.mynavi.jp/contents/yakuyomi/industry_news) （平成 29 年 7 月 30 日アクセス）