

報酬ではなく自院の理念をインセンティブにせよ!

最新医療経営 フェイス・スリー Phase 3

2013
July
No.347

7



特集

何から始めればいいのか? 特効薬はある?

病院を元気にする 医師確保策



TOP対談「経営談義」

松村理司 × 大島民旗

洛和会ヘルスケアアシスタント
洛和会音羽病院総長

財団法人淀川勤労者厚生協会
附属西淀病院院長

地域特集

千葉県東金市ほか

(1) 武蔵生実隣保健医療圏

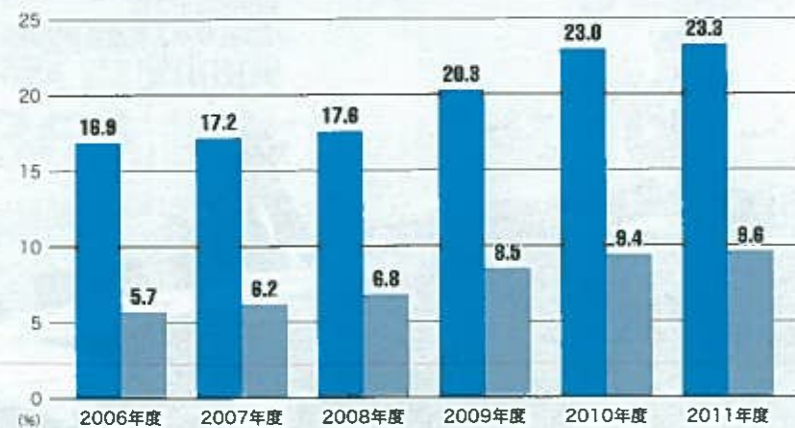


図2 後発医薬品の国内シェアの年次別推移

■数量：出荷数量 (%)
■金額：薬価ベース (%)

注：2009年度より調査方法が変わっているため、08年度以前と09年度以降の数値は単純な比較ができない

出典：日本ジェネリック製薬協会 調査結果より作成

表 後発医薬品の経済効果

	新薬A錠	ジェネリック医薬品B錠	差額 (A錠-B錠)
1錠あたりの負担額	50円	20円	30円
1日1錠 1カ月	1,500円	600円	900円
1日1錠 6カ月	9,000円	3,600円	5,400円
1日1錠 12カ月	18,000円	7,200円	10,800円

※薬価を基に保険者負担と患者負担を合計した金額を算出。
※薬剤料のみ、技術料は含まない。

ところで、医療現場からは後発医薬品の普及に向けた課題が指摘されている。

①メーカーによっては品切れ・在庫不十分等の理由から、発注から納品までに時間がかかり、安定的供給が難しいことがある。

②成分が同じであっても、他の含有物の影響を受けるので先発医薬品と同じ効果があるか疑問である。

①については、競争がひしめくなか、経営が安定し、医薬品の安定的供給ができる業者が生き残る。手間はかかるが、選択時にメーカーの経営状況にも視野を広げることで、欠品による時間ロスは回避できる。

患者の視点に立つと、後発医薬品の信頼性を高めることが使用促進につながる。1つ例を挙げる。

T氏は、Aという先発医薬品の口腔内崩壊錠を処方されていた。味も爽やかで飲みやすいため、飲み忘れもなかった。ところが、ある日突然後発医薬品に替えられた。説明を受けて、「Aと同じ成分だ」と頭では納得したのだが、いざ飲んでみると口の中で溶けず、おいしくない。ふと、薬疹で入院した

患者の信頼を得るためにもわかりやすい説明を

避けるべきだ。②については、エビデンスが不足していることから医師が使用しづらい。医療の質にもかわるため、慎重にならざるを得ないところだ。メーカーには薬効や副作用等、先発医薬品との比較データをもって、医療機関に情報提供し続けることが求められる。安全性情報の不足など、その他の要因も複雑に絡み、後発医薬品の使用が進まない原因になっている。このような根本的課題を解決しなければ、いくら診療報酬でインセンティブを付けても後発医薬品の使用は進まない。

DATA
東日本税理士法人
東京都新宿区矢来町75
TEL: 03-3513-7622
FAX: 03-3513-7623
URL: http://www.higashihon.ne.jp/

既往歴を思い出し、「この薬は本当に大丈夫か」と不安になったという。先発医薬品の優位性は、安全性に対する実績があり、医師や患者に信頼されていることだ。後発医薬品は、この信頼を得られるかどうか、普及のカギとなる。

貴院で後発医薬品をどう使うかは今後問われるだろう。使用については、医療政策・病院経営・医療の質という3つの視点から総合的に勘案することが求められる。医療費抑制の医療政策上、これからは後発医薬品の使用推進策は続くと思われる。病院経営においても、費用対効果から使用する薬剤を検討することが求められる。医療の質を担保するためには、後発医薬品の薬効に十分注意し、薬剤師と共同して患者にわかりやすく説明することが肝要だ。

次期診療報酬改定の方向性を探る ● 第4回

後発医薬品の使用促進には費用対効果と質を総合的に判断

東日本税理士法人 医療経営士2級・中小企業診断士 星多絵子

後発医薬品のシェア状況は低水準で推移

2013年4月5日、厚生労働省は「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を発表し、新たな目標を掲げた。数量シェアで、18年3月末までに60%以上(算定式は、後発医薬品に転換できる医薬品を分母とした補正後のものを使用・図1)としている。なお、13年3月末までの目標30%(算定式は補正前のもの)は、補正後のものに置き換えると52.5%に相当する。

4月10日の中協総会では、この「ロードマップ」について、後発医薬品の使用促進における薬剤師の役割を含め、意見交換が行われた。

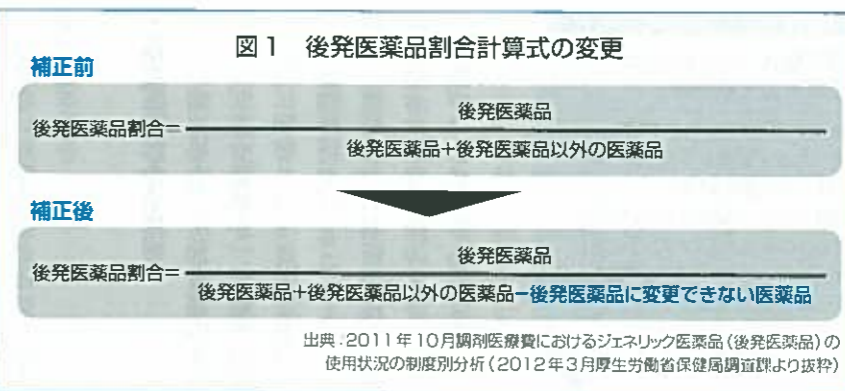
後発医薬品の使用状況についてだが、補正前のデータによれば11年度は数量ベースで23.3%、金額ベース9.6%と低い水準にとどまっている(図2)。07年10月にも「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を発表していることから、後発医薬品が厚労省のまくろみどりに使用されていない現状が垣間見える。

後発医薬品の根本的課題の解決が使用促進のカギ

国が後発医薬品の使用促進策をとるのは、医療費の抑制にある。医薬品費は日本全体で約8兆円であり、国民医療費の5分の1を占めている。少子高齢化が進み、社会保障給付費(医療・介護・年金を含む)は12年度で100兆円を超えた(厚生労働省社会保障審議会12年4月25日「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」より抜粋)。医療をはじめとする社会保障給付費は増加が見込まれている。この現状を勘案すれば、医療費抑制を目的とする後発医薬品の使用促進策は今後も継続するだろう。

医療政策の視点から、後発医薬品使用促進による医療費抑制はどれだけ効果があるのか、ある胃薬と比較した(表)。新薬を後発医薬品に切り替えた場合、1年で1人あたり1万8000円の費用削減。仮に胃腸患者が日本全国で60万人いるとすれば、約65億円の医薬品費削減になるはずである。

DPC対象病院では比較的、後発医薬品が使用されている。それ



は収入が固定されるためである。後発医薬品に切り替え、費用を抑えることで収入との差額(収益)が確保できる。しかし、もともと先発医薬品の価格が低い場合、後発医薬品に切り替えても費用削減効果は表れない。後発医薬品の切り替えは、その費用対効果を検証して行うことが望まれる。