

日医総研ワーキングペーパー

医薬分業、後発医薬品使用促進の現状と 薬局および後発医薬品メーカーの経営

No. 268

2012年10月25日

日本医師会総合政策研究機構

前田由美子

医薬分業、後発医薬品使用促進の現状と薬局および
後発医薬品メーカーの経営

日本医師会総合政策研究機構 前田 由美子
日本医師会 総合医療政策課

キーワード

- ◆ 調剤医療費 ◆ 薬剤料 ◆ 医薬分業 ◆ 院外処方 ◆ 長期処方
- ◆ 処方せん料 ◆ 処方料 ◆ 調剤報酬 ◆ 後発医薬品
- ◆ 調剤薬局 ◆ ドラッグストア ◆ 後発医薬品メーカー

ポイント

- ◆ 国は医薬分業や後発医薬品の使用を進めるため診療報酬（医科、調剤）上のインセンティブをつけてきた。国の政策の結果として、調剤薬局や後発医薬品メーカーの経営は明らかに向上し、雇用の拡大にも寄与している。調剤薬局や後発医薬品メーカーは今後の展開にも期待して、先行投資を行っている。
- ◆ 一方、医薬分業や後発医薬品使用促進の成果はあまり明らかではない。
- ◆ 医薬分業については、医師と薬剤師とのダブルチェックによる安全性の向上などがメリットとして挙げられているが、十分なエビデンスはない。患者の不利益（費用負担の増加、二度手間）に対する明確な回答もない。
- ◆ 医薬分業に加え、長期処方が進むなどして、医師の業務が薬剤師に移りつつある。財源的には通院間隔が開くので再診回数が減り、医科医療費の抑制につながる。しかし、この分は医科の財源になるわけではなく、現状を見る限り、医科医療費が調剤医療費に置き換わっているように見受けられる。

- ◆ 後発医薬品の使用促進は、先発医薬品（長期収載品）の薬価低下に一定程度寄与すると見られるが、その一方で高価格の新薬の販売にシフトするためか、薬剤単価は上昇傾向にあり、薬剤費比率は縮小していない。

- ◆ 医薬分業も、後発医薬品の使用促進も、その流れを逆向きにすることは困難であるが、厚生労働省は、① 経済的インセンティブ（処方料・処方せん料、後発医薬品使用に対するもの、長期処方に対するもの）、② 医療費抑制効果、③ 患者への影響（メリット・デメリット）を総合的に検証して政策を再評価し、必要に応じてその見直しを行うべきである。最近、参照価格制度などを導入すべきという意見も浮上しているが、これまでの政策検証プロセスを経ずに、そうした考え方を持ち込むことは問題である。

- ◆ 薬価は原価等にもとづいて一定のルールの下に決められているほか、調剤報酬も中医協における公正な議論の下に決められているが、保険薬局や後発医薬品メーカー、さらにその他の関係企業には、公的医療保険の下で医療に参加しているという自覚を持って、それぞれの業績を報告する仕組みを設けることを提案したい。現在、「医療経済実態調査」でも保険薬局の収益および費用を調査しているが、全国展開している大手企業については公的医療保険に係る部分（たとえばドラッグストアの調剤事業、医薬品メーカーの国内事業）を独立させて報告するイメージである。そうすることで国民の納得も得られ、医療費財源が適正に配分されて、ひいては公的医療保険の持続可能性向上にも寄与するのではないかと考える。

目 次

1.	調剤医療費の推移	1
1.1.	医療費に占める調剤医療費	1
1.2.	薬剤費比率	5
2.	医薬分業政策	8
2.1.	経緯	8
2.2.	院内処方と院外処方	12
2.3.	長期処方について	17
3.	後発医薬品の使用促進	20
3.1.	経緯	20
3.2.	後発医薬品使用拡大と薬剤料	23
4.	医薬品関連企業の経営	28
4.1.	保険薬局	28
4.1.1.	対象企業	28
4.1.2.	売上高	30
4.1.3.	経常利益率	34
4.1.4.	総資本・自己資本比率・借入金依存度	36
4.1.5.	従業員数・平均年間給与	38
4.2.	後発医薬品メーカー	41
4.2.1.	売上高	42
4.2.2.	売上高総利益率	46
4.2.3.	経常利益率	47
4.2.4.	総資本・自己資本比率・借入金依存度	49
4.2.5.	従業員数・平均年間給与	51
5.	まとめと考察	53

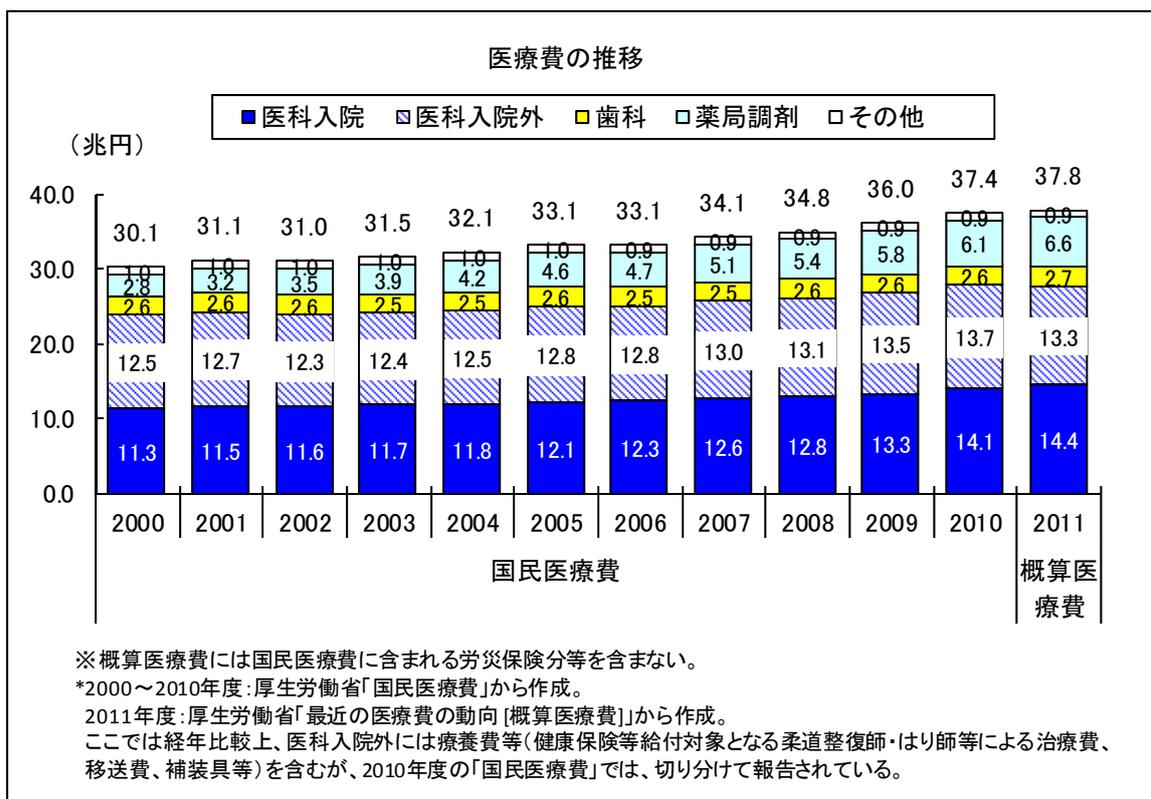
1. 調剤医療費の推移

1.1. 医療費に占める調剤医療費

2011年度の概算医療費は37.8兆円¹に達しており、うち医科入院14.4兆円、医科入院外13.3兆円、歯科2.7兆円、薬局調剤6.6兆円、その他0.9兆円である(図1.1.1)。

※概算医療費には『国民医療費』に含まれる労働者災害補償保険による医療費、柔道整復師・はり師等による治療費、保険証忘れ等による全額自費による支払い等を含まない。

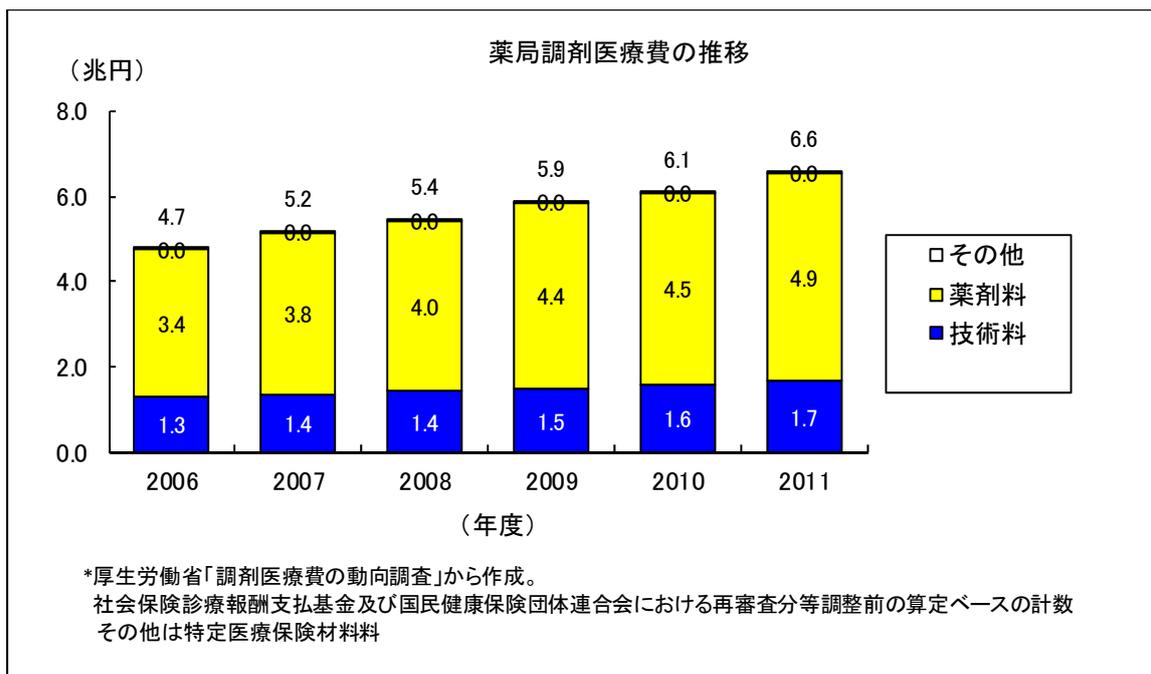
図 1.1.1 医療費の推移



¹ 社会保険診療報酬支払基金および国民健康保険団体連合会における再審査分等調整前の算定ベースの係数

薬局調剤医療費は、医師の発行する処方せんにより保険薬局を通じて支給される薬剤等の額²であり、2011年度には全体で6.6兆円、うち技術料1.7兆円、薬剤料4.9兆円、特定医療保険材料料0.01兆円である（図 1.1.2）。

図 1.1.2 薬局調剤医療費の推移



薬剤料には、病院や診療所の院内処方でも支給されるものもある。請求する薬価ではなく、病院・診療所や保険薬局が支払った医薬品費になるが、厚生労働省「医療経済実態調査」の費用構成比で按分して推計すると、2011年度に病院・診療所が支払った医薬品費は3.8兆円、保険薬局が支払った医薬品費は4.5兆円、合計8.3兆円と推計される。

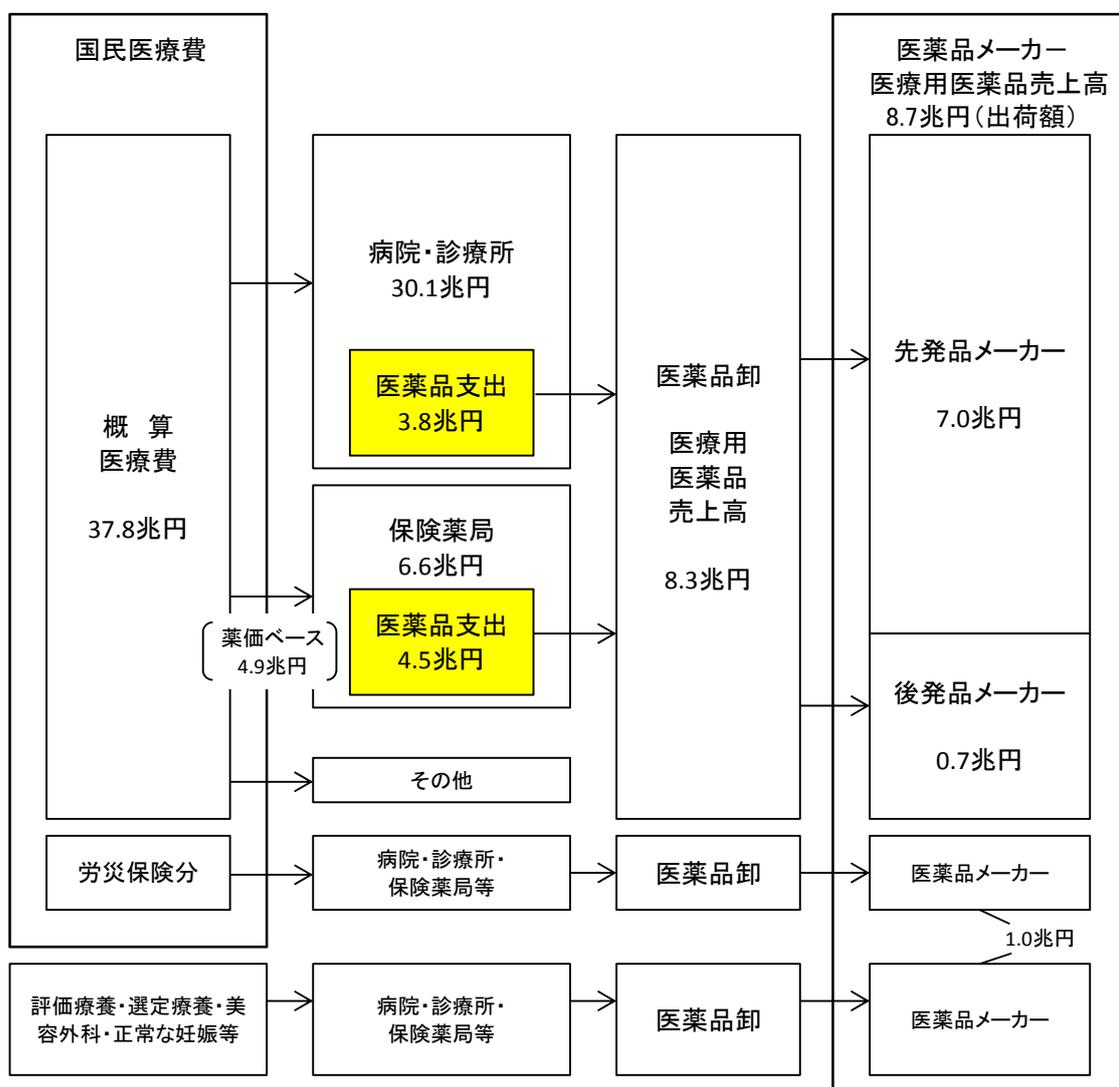
病院・診療所等が支払った医薬品費8.3兆円を医薬品卸の医療用医薬品売上高に相当するものとする。さらに医薬品卸大手4社の売上総利益率の平均が7.8%であることから³、これを除いたものを医薬品メーカーの売上高とする。

² 厚生労働省「国民医療費 用語の解説」 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21b.html#link01>

³ アルフレッサホールディングス株式会社、株式会社メディopalホールディングス、株式会社スズケン、東邦ホールディングス株式会社の2011年度の平均。実際には売上原価には棚卸資産評価損等を含む。各社有価証券報告書より。

さらに 2011 年度の後発品使用割合は金額ベースで 8.7%であるので、これで按分し、医薬品メーカーの売上高のうち、病院、診療所、保険薬局に対する売上高を先発品メーカー7.0 兆円、後発品メーカー0.7 兆円、計 7.7 兆円と推計した（図 1.1.3）。このほかの売上高も含め医薬品メーカー全体の売上高は 8.7 兆円である。

図 1.1.3 医療費の内訳（2011 年度・粗い推計）



※ 紙面の都合で縮尺は合っていない
 ※ ここでの薬剤料は、病院・診療所、保険薬局の支出ベース(医薬品卸等の納入価)なので、薬価と同じではない
 * 厚生労働省「第18回医療経済実態調査の報告(平成23年6月実施)」「平成23年度 医療費の動向」「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」「薬事工業生産動態統計年報」から作成

参考までに、「医療経済実態調査」から推計した他の費用を示すと以下のとおりである。概算医療費 37.7 兆円（訪問看護の費用を除く）のうち、給与費は 17.6 兆円（46.8%）であり、医療費の半分強は病院・診療所・保険薬局以外への支出である（表 1.1.1）。

表 1.1.1 概算医療費の費用の内訳（2011 年度・推計）

(兆円)

	病院	一般 診療所	歯科 診療所	保険薬局	計	百分比 (%)
医療費(収入)	20.1	8.3	2.7	6.6	37.7	100.0
給与費	10.9	4.2	1.4	1.1	17.6	46.8
医薬品費	2.6	1.2	0.0	4.5	8.3	22.0
材料費	1.9	0.3	0.2	—	2.4	6.3
委託費	1.4	0.3	0.2	0.0	1.9	5.0
減価償却費	1.1	0.3	0.1	0.1	1.5	4.1
その他	2.3	1.6	0.6	0.6	5.1	13.6
費用	20.2	7.8	2.6	6.2	36.8	97.7
損益差額	-0.1	0.5	0.1	0.3	0.9	2.3
その他の医業・介護関連収益	1.2	—	—	—	1.2	3.2
その他の医業・介護関連費用	0.7	—	—	—	0.7	1.8
総損益差額	0.5	0.5	0.1	0.3	1.4	3.7
税金	0.1	0.2	0.0	0.1	0.4	1.0
税引後の総損益差額	0.4	0.3	0.1	0.3	1.0	2.7

※訪問看護の費用を除く

※ここでの薬剤料は、病院・診療所、保険薬局の支出ベース(医薬品卸等の納入価)なので、薬価と同じではない

* 厚生労働省「第18回医療経済実態調査の報告(平成23年6月実施)」から、医療法人の百分比をもとに作成。
病院は同報告では、一般病院、精神科病院に分かれていたため、厚生労働省「医療施設動態調査(平成24年3月末概数)」をもとに加重平均したうえで計算した。

病院については、医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等の集計(集計1)を使用した。

そのほかは調査に回答した全ての医療機関等の集計(集計2)。

1.2. 薬剤費比率

厚生労働省は、医療保険のデータをもとに、労災保険等の公費負担等においても医療保険と同じ割合で薬剤が使用されたものと仮定して、薬剤費を推計している⁴。さらに、DPC や包括点数などにおける薬剤費の比率は、出来高と同じであるとして補正されている。

ここでは、厚生労働省『薬事工業生産動態調査』の医療用医薬品国内出荷額もあわせて示した。医療用医薬品とは、「医師もしくは歯科医師によって使用され、またはこれらの者の処方せんもしくは指示によって使用されることを目的として供給される医薬品」（薬事工業生産動態統計調査）のことである。なお、出荷金額には同一企業体内の他の製造所への出荷を含むので一部重複しているという問題と、医療機関が請求する薬価とは異なるという問題がある。

そうした問題点を踏まえたうえで見ると、2011 年度の医療用医薬品国内出荷額は 8.7 兆円であった（図 1.2.1）。

また後発医薬品の使用促進などによって薬剤費の抑制が図られているが、2000 年代に入ってから、薬剤費比率も医療用医薬品出荷額の比率もやや増加傾向にある（図 1.2.2）。

⁴ 「薬価制度関連資料」2012年6月6日，中医協薬価専門部会資料

図 1.2.1 薬剤費および医療用医薬品国内出荷額

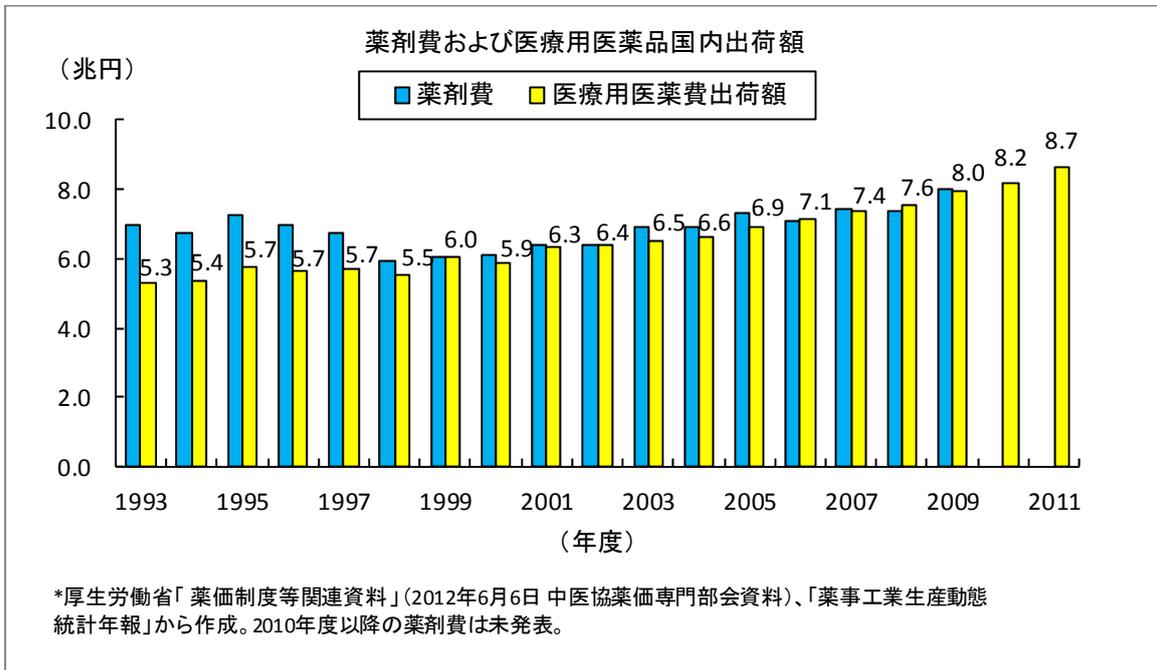
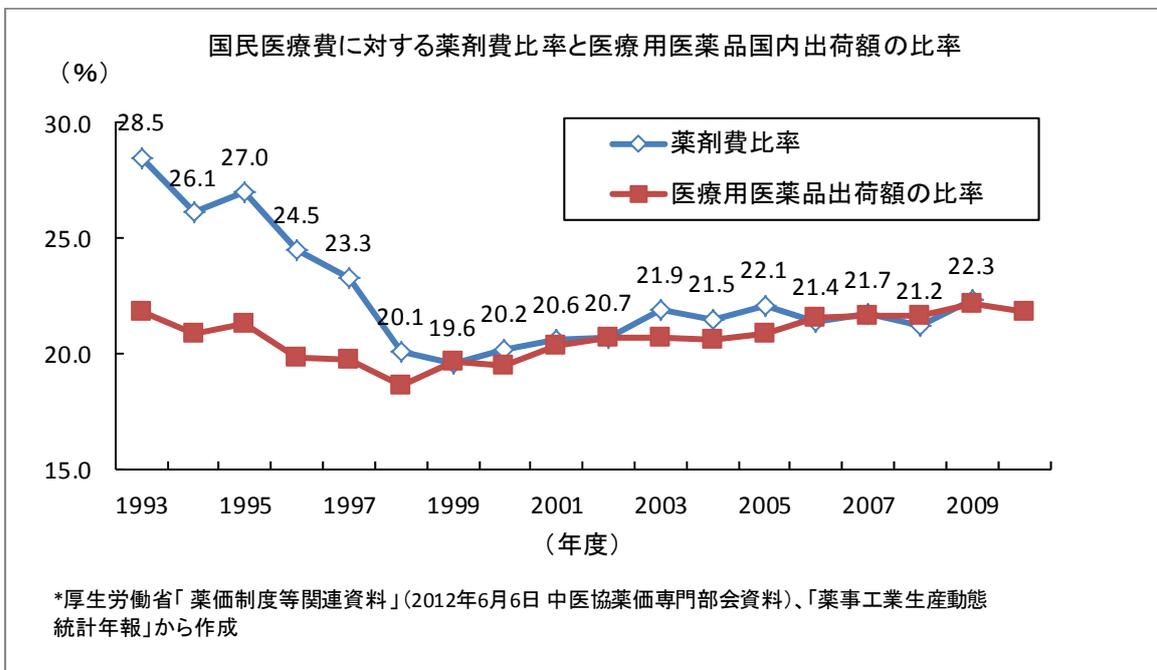


図 1.2.2 国民医療費に対する薬剤費比率と医療用医薬品国内出荷額の比率



薬剤費比率と医療用医薬品国内出荷額を比較すると、1998年頃まで薬剤費比率が上回っている。薬剤費比率は薬価、出荷額は納入価なので、主としてR幅相当の差ではないかと推察される。

R幅 (Reasonable zone) は、すべての薬剤について一律に一定率の価格幅を保障するものであり、1992年度に15%でスタートした。その後、R幅の段階的縮小を経て、1999年の中央社会保険医療協議会（以下、中医協）で『薬価制度改革の基本方針』が了解され、2000年度の薬価改定で、「最小限必要な調整幅」として2%に縮小された（表 1.2.1）⁵。

現在、新薬価は次のように決められている（金額は例示）。

$$\text{新薬価 82 円} = \text{販売価格の加重平均値（税抜の市場実勢価格）76 円} \times (1 + \text{消費税率 5\%}) + \text{調整幅（改定率薬価 100 円の 2\%）2 円}$$

表 1.2.1 薬価改定の経緯

年度	改定率(%)		R幅 (%)	調整幅 (%)	備考
	薬剤費ベース	医療費ベース			
1992	▲ 8.1	▲ 2.4	15		
1994	▲ 6.6	▲ 2.0	13		
1996	▲ 6.8	▲ 2.6	11		
1997	▲ 4.4 消費税対応分 +1.4	▲ 1.27 +0.4	10		長期収載医薬品R8
1998	▲ 9.7	▲ 2.7	5		長期収載品R2
2000	▲ 7.0	▲ 1.6		2	
2002	▲ 6.3	▲ 1.3		2	
2004	▲ 4.2	▲ 0.9		2	
2006	▲ 6.7	▲ 1.6		2	
2008	▲ 5.2	▲ 1.1		2	
2010	▲ 5.75	▲ 1.23		2	
2012	▲ 6.0	▲ 1.26		2	

*出所:「薬価制度等関連資料」2012年6月6日, 中医協薬価専門部会資料

⁵ 「薬価差益を解消するため、市場実勢価格に上乘せする一定の価格幅を、薬剤流通安定のための最小限必要な調整幅として一律2%に縮小した。」「平成13年版 厚生労働白書」

2. 医薬分業政策

2.1. 経緯

1874（明治 7）年に発布された『医制』により、「医師は自ら薬をひさぐことを禁ず」とされ⁶、1948（昭和 23）年の医師法改正でも、患者からの求めにより処方せんを交付しなければならなくなったが、診療上支障があるときはこの限りではないとされ⁷、医薬分業は進まなかった。

1949（昭和 24）年、米国薬剤師協会の調査団が来日し、「医師の仕事は、診断、処方箋の発行および医薬品緊急投与に限定さるべきこと」という勧告書を取りまとめて、医薬分業を要求した。

1950（昭和 25）年から厚生省・臨時診療報酬調査会が医薬分業の検討を進め、占領軍指令部公衆衛生福祉局長の指示もあり、1951（昭和 26）年に医薬分業法案が国会に提出され、『医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律』（いわゆる医薬分業法）が成立した。

医薬分業法は「医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認める場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方せんを交付しなければならない」としており、院外処方が原則になった⁸。ただし、「患者又は現にその看護に当たっている者が特にその医師又は歯科医師から薬剤の交付を受けることを希望する旨を申し出た場合」には医師が調剤することが認められていた。

また医薬分業法の施行は 1956（昭和 31）年からであったが⁹、施行前の 1955（昭和 30）年に改正法が成立し、処方せんを交付しないでもよい具体的事

⁶ 吉原健二・和田勝「日本医療保険制度史」2008年、東洋経済新報社

⁷ 「医師は、患者から薬剤の交付に代えて処方せんの求があつた場合には、これを交付しなければならない。但し、その診療上特に支障があるときは、この限りでない」（第 22 条）

衆議院ホームページより、http://www.shugiin.go.jp/index.nsf/html/index_houritsu.htm

⁸ 衆議院ホームページより、http://www.shugiin.go.jp/index.nsf/html/index_houritsu.htm

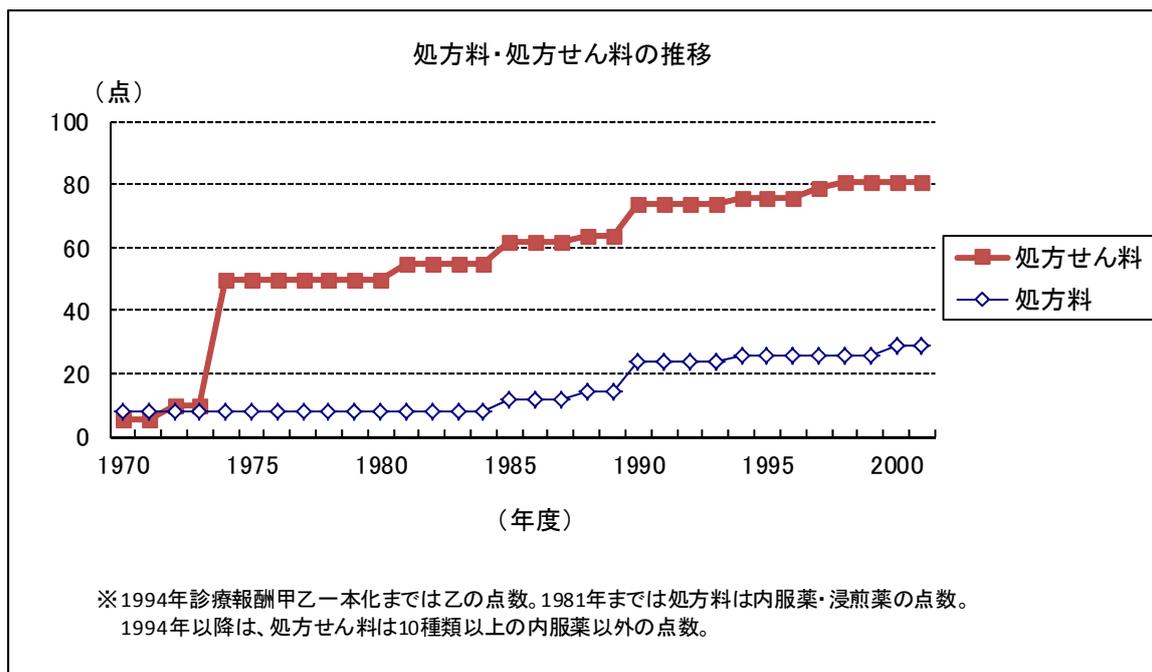
⁹ 「日本医師会 戦後五十年の歩み」、<http://www.med.or.jp/jma/about/50th>

例として、患者に不安を与えるおそれがある場合など 8 項目が示された¹⁰。

1961（昭和 36）年には、日本医師会長、日本歯科医師会長、日本薬剤師会長が「医療制度合理化達成、処方箋発行促進のために、三者は協力する」との文書に署名した¹¹。

1974（昭和 49）年、処方せん料が 10 点から 50 点に引き上げられ、処方せん料が処方料を大幅に上回った（図 2.1.1）。1974 年は「医薬分業元年」と呼ばれている。

図 2.1.1 処方料・処方せん料の推移



¹⁰ 「医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律」
衆議院ホームページより, http://www.shugiin.go.jp/index.nsf/html/index_houritsu.htm

¹¹ 「日本医師会 戦後五十年の歩み」, <http://www.med.or.jp/jma/about/50th/>

この後、病院の院外処方が進められた。1988年、薬剤師の配置を要件とする入院調剤技術基本料100点(300床以上)が新設され、1990年に200点(200床以上)、1992年に400点(100床以上)に引き上げられた¹²。1994年、入院調剤基本料にかわって薬剤管理指導料600点の新設され、さらに1996年には薬剤管理指導料450点を月2回、2000年には350点を月4回算定できるようになった。このように病院薬剤師の業務については、入院でのインセンティブが高く設定され、院外処方拡大を後押しした。

日本薬剤師会によると2011年度の病院・診療所を合わせた院外処方率(処方せん枚数ベース)は64.6%である(図2.1.2)。また厚生労働省の「社会医療診療行為別調査」から病院・診療所別に見ると、2011年度の院外処方率(処方せん料算定回数ベース)は病院で71.6%、診療所で63.0%であった(図2.1.3)。

¹² 社団法人 日本病院薬剤師会「日本病院薬剤師会五十年史」を参考に要約

図 2.1.2 院外処方率の長期推移

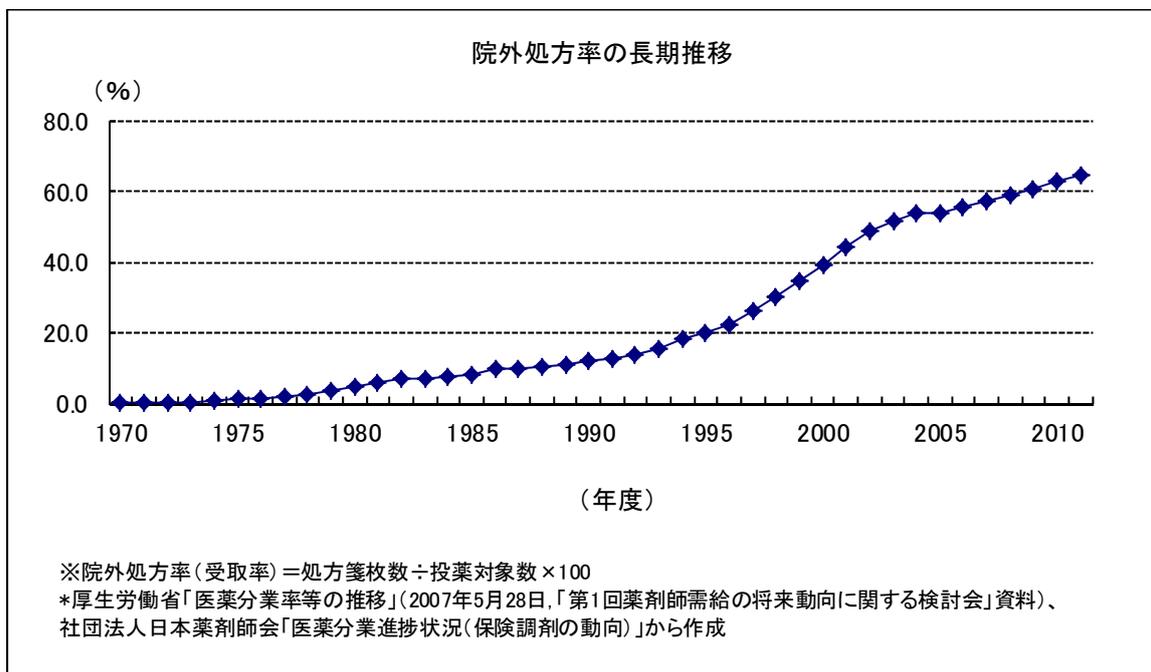
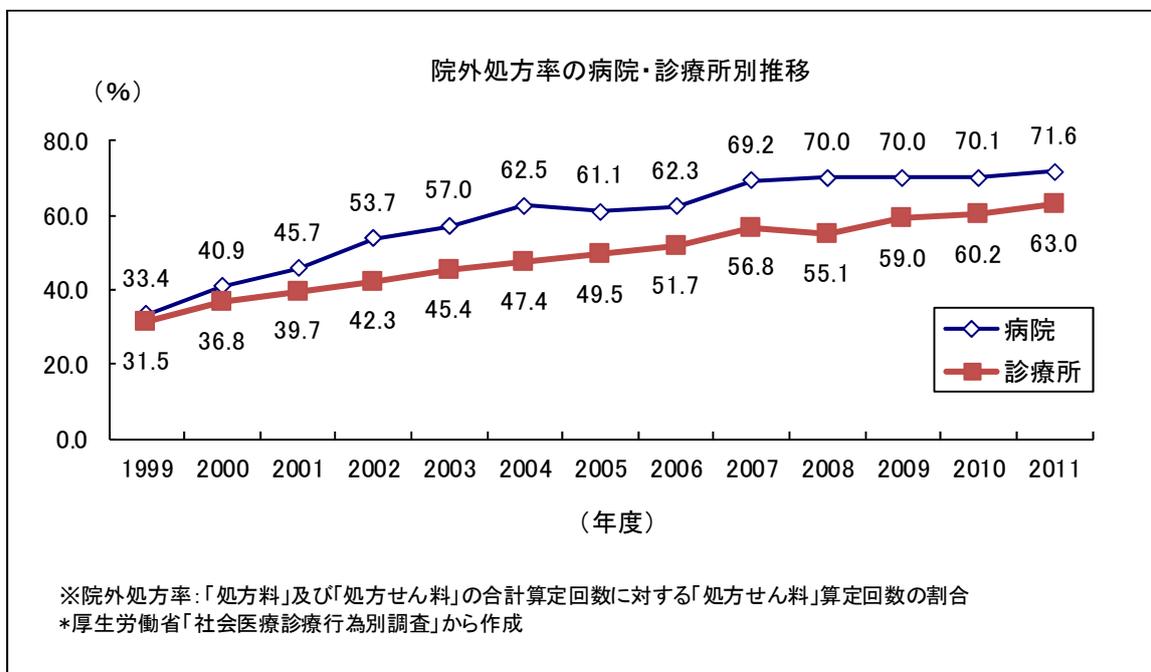


図 2.1.3 院外処方率の病院・診療所別推移



2.2. 院内処方と院外処方

厚生労働省等は、医薬分業のメリットについて、医師と薬剤師とのダブルチェックが可能になること、処方せんによって患者に処方内容が開示されることなどを挙げている（表 2.2.1）。

一方、医薬分業のデメリットは、現状の診療報酬では費用が高くなることと、患者が医療機関（病院・診療所）と薬局の2か所に行かなくてはならないことなどである。

表 2.2.1 医薬分業のメリット・デメリット（厚生労働省等の見解）

○ 医薬分業のメリット

厚生労働省資料より

- ・ 薬剤師による医師と独立した立場からの処方チェックが可能となる。
- ・ 複数の医師による処方せんであっても、1軒の薬局で調剤を受けることにより、重複投与の防止及び相互作用の確認が可能になる。
- ・ 医師が手持ちの薬にしばられずに自由に処方できる。
- ・ 処方せんが患者に交付されることにより、処方内容が患者に開示される。
- ・ 外来調剤業務が軽減され、病院薬剤師の病棟活動が促進される。

日本薬剤師会ホームページより(要約)

- ・ 医師が診療に専念し、薬剤師が調剤することにより、薬の使用がより安全になる。
- ・ 処方せんにより、薬の処方内容が明らかになる。
- ・ 薬剤師が処方内容は重複処方等のチェックをし、医師に問い合わせる処方内容の変更や、処方中止等の処置をとることがある。
- ・ 飲み忘れ、飲み間違いを防ぐため、1回に服用する薬を一包にまとめたり、薬の名前や飲み方、効能・効果や副作用などの情報を書いたメモを渡して説明をしたり、お薬手帳や健康手帳に薬の情報などの記録をする。

○ 医薬分業のデメリット

厚生労働省資料より

- ・ 医薬分業は、病院と薬局の2か所に行く必要があり2度手間になる。費用が高くなる等の理由から、過去に総合規制改革会議、日医総研報告書等により批判を受けた経緯がある。

*出所：厚生労働省平成23年度医薬分業指導者協議会資料「厚生労働省の取り組みについて」2012年3月16日
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/bungyou/dl/h23_sasshi_01.pdf
公益社団法人 日本薬剤師会ホームページ

風邪などで、ある程度の体制が整備された診療所と保険薬局にかかり、内服薬 1 種類 7 日分の処方を受けた場合、薬剤料を除く医療費は一例として院内処方 3,420 円、院外処方 4,710 円である（表 2.2.2）。窓口負担 3 割の場合には、院内処方 1,030 円（10 円未満を四捨五入）、院外処方 1,410 円である。

表 2.2.2 院内処方と院外処方との費用面での違い（例示）

風邪などで内服薬1種類7日以内の処方を受けた場合

(円)

	院内処方	院外処方	備考
診療所	初診料 2,700	初診料 2,700	
	処方料 420	処方せん料 680	7種類未満の内服薬
	調剤料 90		内服薬
	調剤技術基本料 ※1 80		
		一般名処方加算 ※4 20	診療所のみ費用
	薬剤情報提供料 ※2 100		
	手帳記載加算 ※3 30		
保険薬局		調剤基本料 400	処方せん1月4,000回未満
		調剤料 350	内服薬7日以下(1日につき)50円×7日分
		基準調剤加算1 ※5 100	
		後発医薬品調剤体制加算1 ※6 50	
		薬剤服用歴管理指導料 ※7 410	
合計	3,420	4,710	
合計(※を除く)	3,210	4,130	

上記のほかに薬剤料がかかる。また上記以外の加算がつく場合もある。

- ※1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関のみ
- ※2 薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書で提供した場合のみ
- ※3 処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合のみ
- ※4 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合のみ(病院では算定できない)
- ※5 一定の体制が整備されている場合のみ(300円の場合もある)
- ※6 後発医薬品の調剤数量割合によって異なり、数量割合22%以上30%未満の場合は50円
- ※7 薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書で提供した場合のみ

医薬分業のデメリットについて、医薬分業を推進する立場からは、患者負担増はダブルチェック等によって安全性が高まることへの対価であるといった意見や、そもそも安全性を確保するために2か所に分離しているといった意見が

ある。

患者負担増については、内閣府が「医薬分業を継続していくには再診に相当する調剤報酬の減額、調剤料の簡素化など費用を負担する患者の納得のいく体系へと合理的な改革が必要である」と指摘したレポートを発表しているが¹³、患者の意見について最近調査されたものはほとんどなく、これまで患者、国民への説明がじゅうぶんであったともいえない。

1997年の厚生労働省の調査では、医薬分業経験者のうち、「二度手間になるので不便である」が57.2%、「病院・診療所と薬局の双方で薬について詳しく教えてくれる」が23.2%、「費用が高くつく」が21.2%であった¹⁴。

2002年の健保連の調査では、これによると院外処方の患者のうち「医療機関と薬局の2箇所を足を運ばねばならず二度手間だった」と回答した患者が55.9%あった¹⁵。

重複投薬のチェックについて

院外処方のメリットとされている医師と薬剤師によるダブルチェックについて、重複投薬・相互作用防止加算を例にその実施状況を見た。同一医療機関・同一診療科の処方せんによる場合は算定できないといった制限があるが、重複投薬・相互作用防止加算の算定回数は非常に少なかった（図 2.2.1）。そもそも重複投薬自体が少ない可能性もある。

※薬剤服用歴管理指導料

患者に「薬剤情報提供文書」によって説明していること等を要件として、処方せんの受付1回につき算定できる。2011年には処方せん受付回数に対する薬剤服用歴管理指導料算定回数は95.9%（社会医療診療行為別調査）であった。

¹³ 佐々木修・郡司康幸「医薬分業の進捗状況と保険財政への影響」ESRI 調査研究レポート No.4, 2003年8月, <http://www.esri.go.jp/jp/archive/tyou/tyou010/tyou004a.pdf>

¹⁴ 厚生省（当時）「平成9年保健福祉動向調査の概況 薬の使用状況」
<http://www1.mhlw.go.jp/toukei/h-fukusi/index.html>

¹⁵ 健康保険組合連合会「医薬分業による薬剤給付の合理性に関する調査研究」サマリー
http://www.kenporen.com/include/outline/pdf/tyousa14_01.pdf

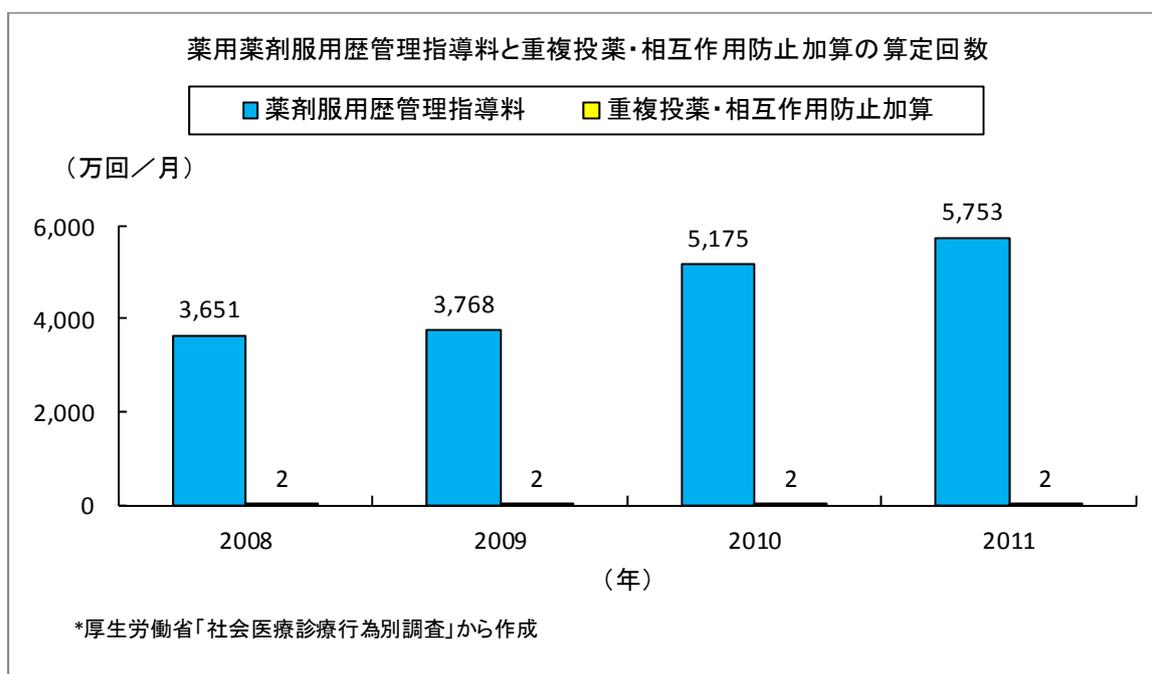
※重複投薬・相互作用防止加算

薬剤服用歴の記録に基づき、併用薬との重複投薬及び併用薬、飲食物等との相互作用を防止するために、処方医に対して連絡・確認を行った場合に算定する。通常、同一医療機関・同一診療科の処方せんによる場合は算定できないが、2012年度改定で、「残薬の状況の確認」が要件に追加され、残薬が相当程度認められて処方医への照会により処方変更が行われた場合に限り、「イ 処方に変更が行われた場合」を算定できることになった¹⁶。

イ 処方に変更が行われた場合 20点

ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点

図 2.2.1 薬用薬剤服用歴管理指導料と重複投薬・相互作用防止加算の算定回数



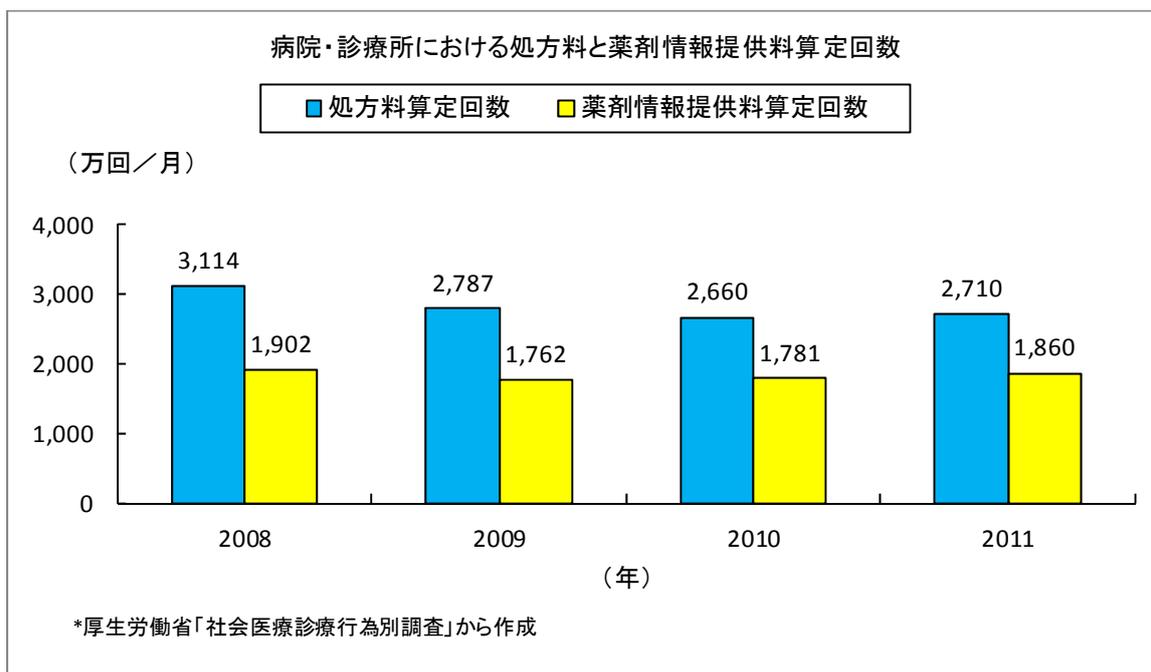
¹⁶ 「疑義解釈資料の送付について (その1)」 2012年3月30日, 厚生労働省保険局医療課事務連絡

院内処方での薬剤情報提供

院外処方では患者へ処方内容が開示されることがメリットとされているが、院内処方の医療機関も処方内容の開示を行っている。

ここでは、処方料算定回数と薬剤情報提供料算定回数を見た。薬剤情報提供料は処方した薬剤の名称（一般名又は商品名）、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を、当該処方に係る全ての薬剤について、文書により提供した場合に月1回算定できる。処方料は1処方ごとの算定であるので単純に比率を求めることはできないが、処方料に対して薬剤情報提供料の算定回数は増加傾向にある（図 2.2.2）。

図 2.2.2 病院・診療所における処方料と薬剤情報提供料算定回数



2.3. 長期処方について

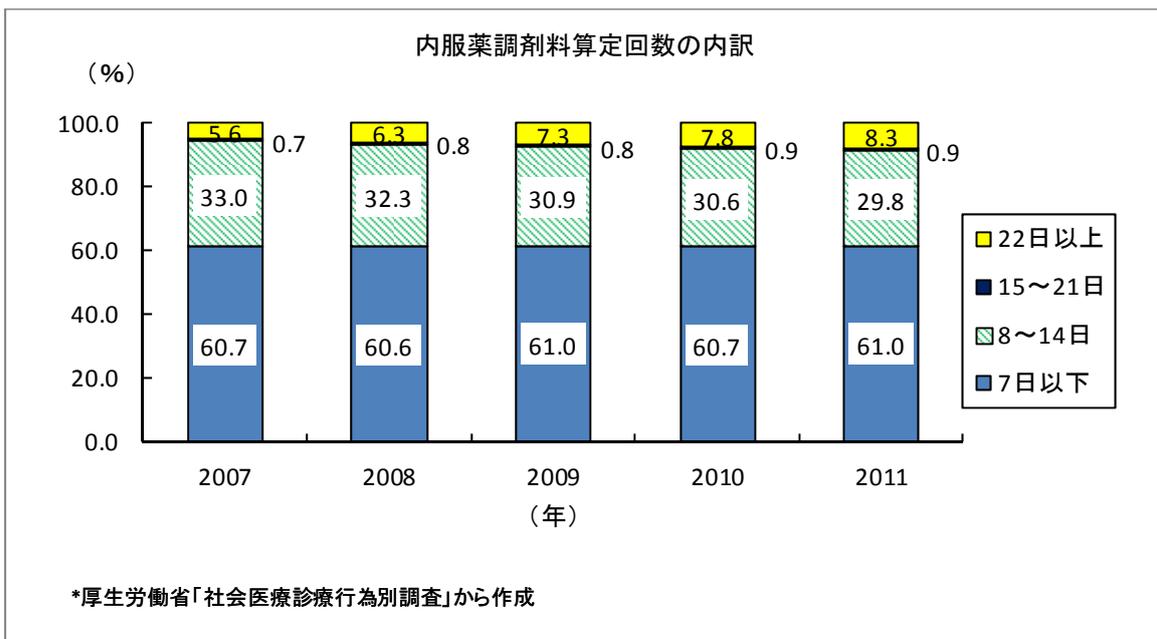
2012年度の診療報酬改定後、調剤薬局の売上高は大幅に伸びているが、その理由として長期処方の進展を挙げている企業がある（詳細後述）。

長期処方により処方間隔が開くので処方せん枚数は減少するが（長期処方以外の高齢化などの要因では増加する）、長期処方に対する報酬上のインセンティブがこれを補完しているからである。内服薬の調剤料の場合、31日分まで処方日数に応じて段階的に調剤料が高くなる（表 2.3.1）。また処方期間の長い調剤の割合が拡大している（図 2.3.1）。

表 2.3.1 内服薬調剤料（1剤ごと）

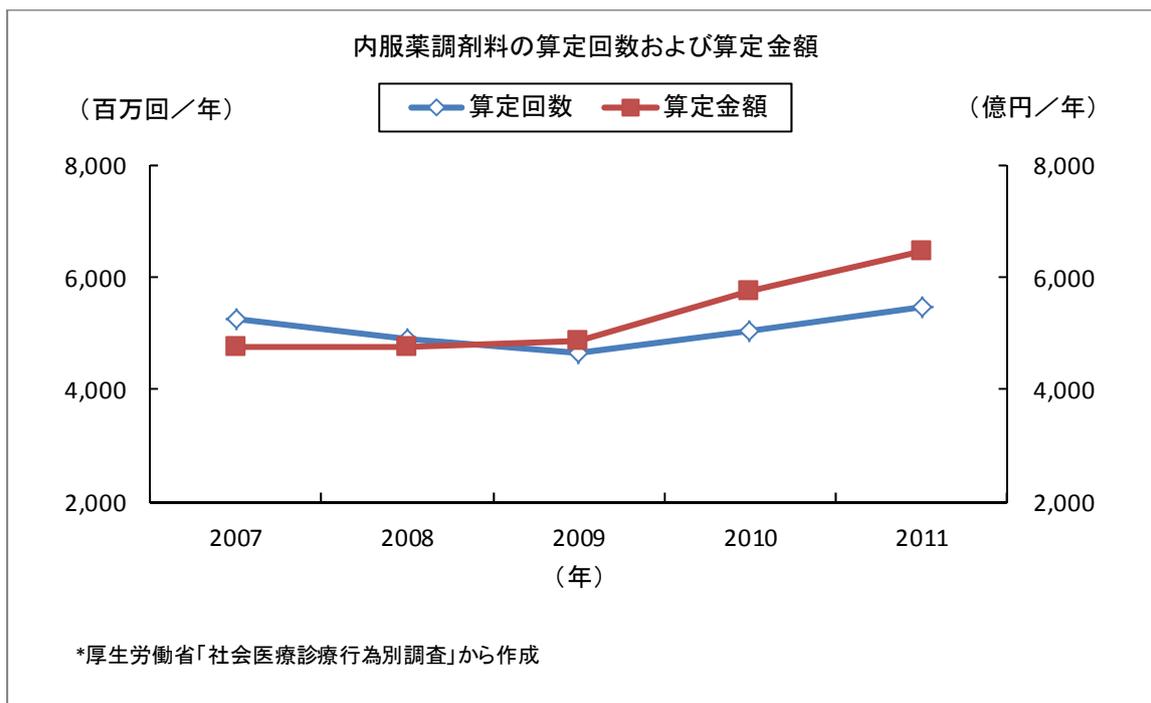
		2008年度	2010年度	2012年度
14日分以下	7日目以下(1日分につき)	5点	5点	5点
	8日目以上(1日分につき)	4点	4点	4点
15日分以上	21日分以下	68点	71点	71点
	22日分以上30日分以下	77点	81点	81点
	31日分以上		89点	89点

図 2.3.1 内服薬調剤料算定回数の内訳



内服薬調剤料について見ると算定回数は伸びていないが、算定金額は増加している（図 2.3.2）。長期処方への調剤報酬上のインセンティブが寄与していることも一因と推察される。

図 2.3.2 内服薬調剤料の算定回数および算定金額



処方せん日数は、内服薬についてみると、2011年は5年前に比べて3.2日長くなり20.5日になった（図 2.3.3）。処方せん日数が長くなることにより、通院間隔が開く。通院間隔は年平均3%程度伸びており、その分、医科の再診回数が減少することになる。

長期処方については安全面からの課題もある。日本医師会が2010年に病院・診療所医師に対してアンケート調査を行ったところ、比較的長期（5週以上）の処方を原因として、「患者の容態の変化に気づくのが遅れたこと」がある医師が18.0%、「患者が服薬を忘れたり、中断したりしたため、病状が改善しなかったこと」がある医師が35.8%、「患者が次回再診予約時に、診察に来な

かったこと」がある医師が 54.8%あった (図 2.3.4) 17。

図 2.3.3 内服薬の投薬日数

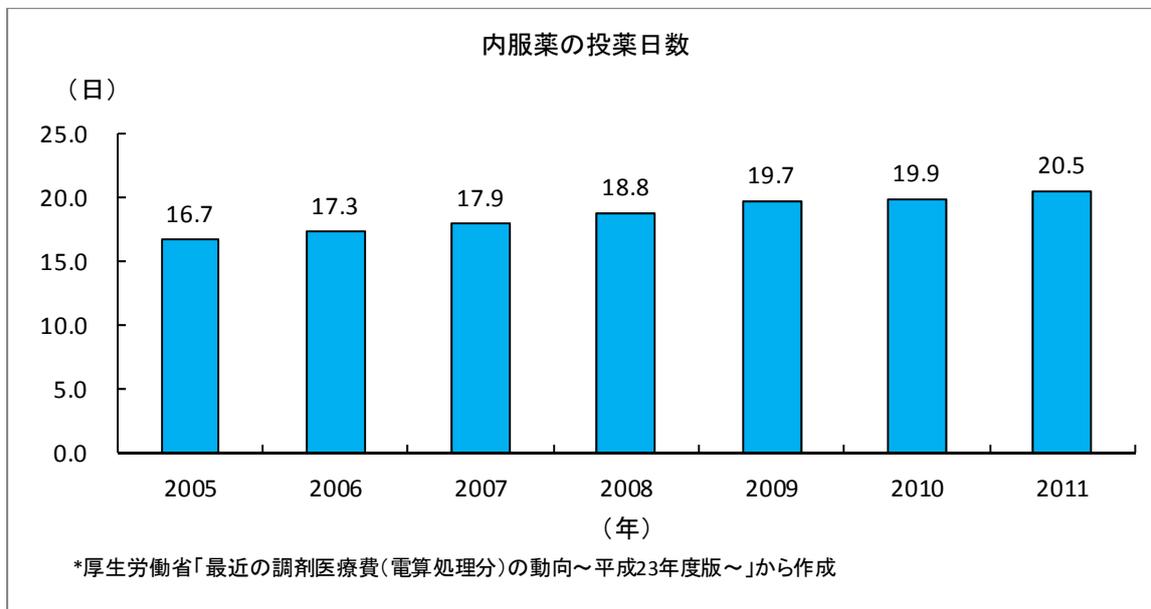
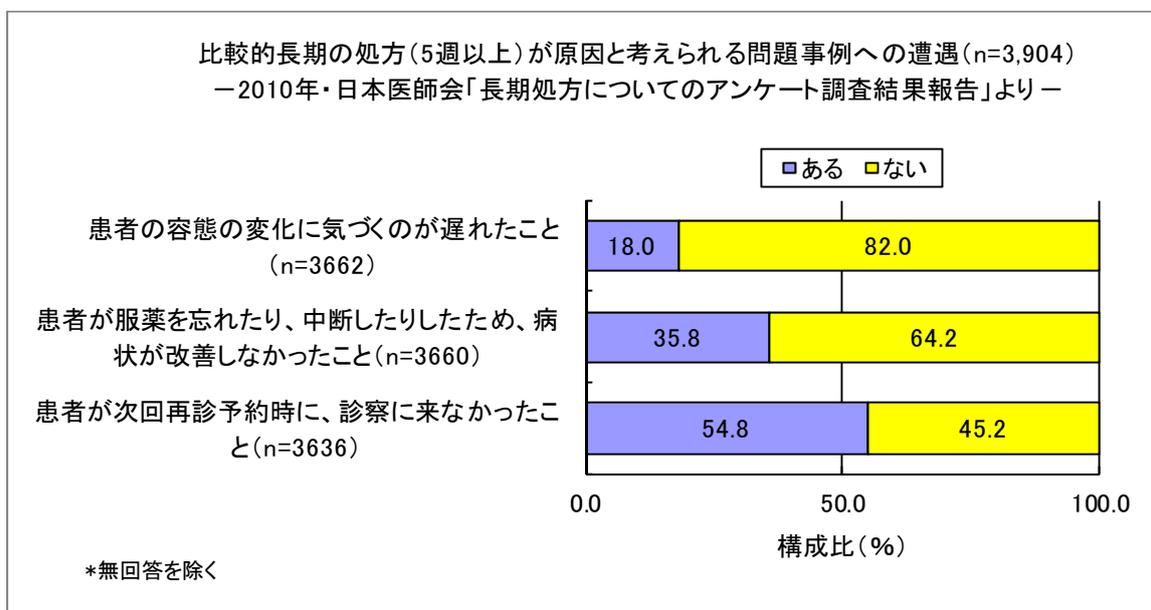


図 2.3.4 比較的長期の処方(5週以上)が原因と考えられる問題事例への遭遇



17 前田由美子「長期処方についてのアンケート調査報告-6 道県におけるパイロットスタディー」日本医師会総合政策研究機構ワーキングペーパーNo.225, 2010年12月20日

3. 後発医薬品の使用促進

3.1. 経緯

2002 年度の診療報酬改定で、処方せん料が後発医薬品を含む処方とその他に区分され、後発医薬品使用促進へのインセンティブが付与された。

2007 年には『経済財政改革の基本方針 2007』（閣議決定）により、後発医薬品について「平成 24 年度までに、数量シェアを 30%（現状から倍増）以上にする」こととされた。2007 年 10 月には『後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム』¹⁸がまとめられ、国による安定供給の指導、メーカーにおける品質試験の実施と結果の公表など、具体的な取り組み方針が示された。

診療報酬

2008 年度改定で、後発医薬品を調剤した処方せん回数の割合 30%以上を評価する後発医薬品調剤体制加算が新設され、2010 年度改定では、割合に応じて段階的な加算とするとともに、点数が大幅に引き上げられた。

2012 年度改定では、後発医薬品調剤加算と後発医薬品情報提供料が廃止された一方、後発医薬品調剤割合が高い保険薬局はより評価されるようになった。かつ、後発医薬品調剤割合を計算する際に、分母から漢方製剤を除外して良いことになった。

また、「保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減する」¹⁹ことを目的に、診療所への評価として一般名処方加算が創設され、交付した処方せんには 1 品目でも一般名処方があれば、処方せんの交付 1 回につき一般名処方加算（2 点）が加算されるようになった。

¹⁸ 厚生労働省「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラムについて」
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/10/h1015-1.html>

¹⁹ 「平成 24 年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点の骨子）」2012 年 1 月 18 日，中医協総会資料

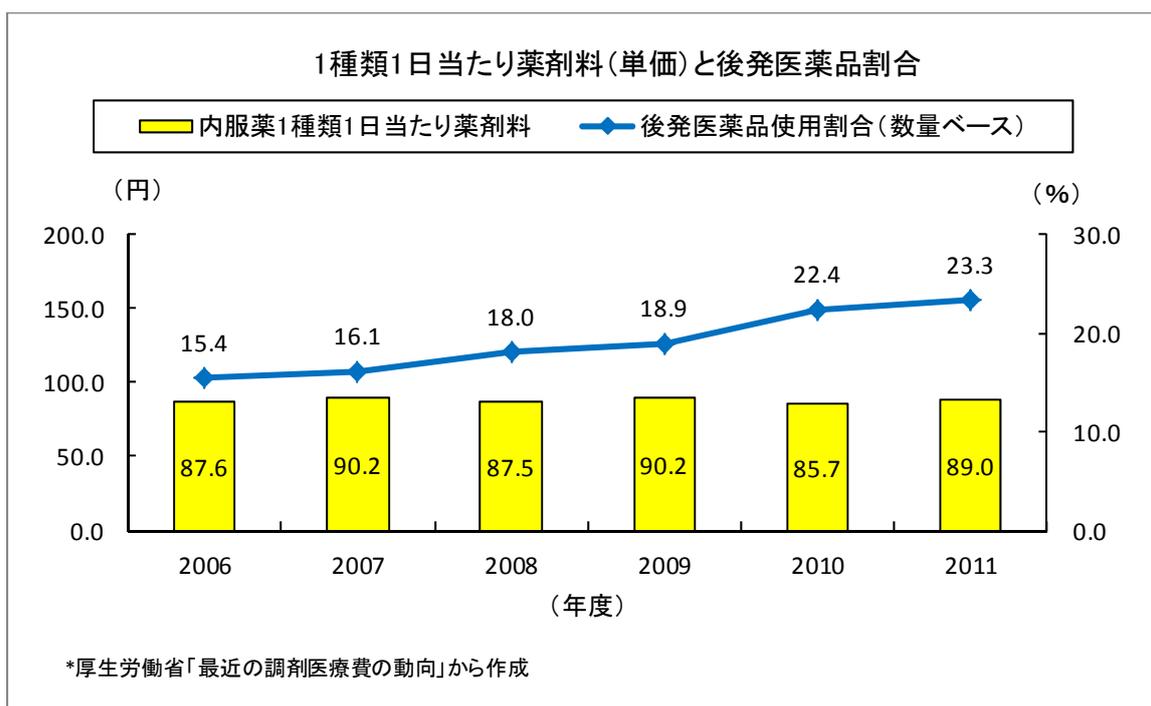
改定年	内 容
2010	<ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品の調剤数量の割合に応じた段階的な加算 後発医薬品調剤体制加算(処方せんの受付1回につき) <ul style="list-style-type: none"> 1 調剤数量割合 20%以上 6点 2 25%以上 13点 3 30%以上 17点 分母から除外する医薬品:経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤 ○ 「変更不可」欄に署名等のない処方せんの場合、含量違い又は類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を認める
2012	<ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品調剤体制加算の見直し <ul style="list-style-type: none"> 1 調剤数量割合 22%以上 5点 2 30%以上 15点 3 35%以上 19点 分母から除外する医薬品:経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬、漢方製剤、その他の生薬および漢方処方に基づく医薬品 ○ 後発医薬品調剤加算(2点) 廃止 ○ 後発医薬品情報提供料(10点) 廃止 →薬剤服用歴管理指導料に包括 ○ 薬剤服用歴管理指導料(処方せんの受付1回につき) 30点 → 41点 <ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報(後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。)を患者に提供することを要件に追加。 ○ 後発医薬品の使用割合に応じた段階的な評価(医療機関) <ul style="list-style-type: none"> 1 採用品目割合 20%以上 28点 2 30%以上 35点 ○ 診療所 一般名処方加算(新設) 2点 ○ 個々の処方薬ごとに、後発医薬品への変更可否を明示するよう処方せん様式を見直し

3.2. 後発医薬品使用拡大と薬剤料

後発医薬品の使用は、「患者負担の軽減や医療保険財政の改善の観点」²⁰から医療費抑制のために進められてきた。

後発医薬品割合は年々上昇し、2011年度には数量ベースで23.3%に達している。その間、薬剤料単価（先発医薬品、後発医薬品をあわせた内服薬1種類1日当たり薬剤料）の平均は、薬価改定の年には低下するものの翌年には挽回し、中期的にはやや上昇している（図3.2.1）。薬価改定時に想定した以上に高価格の新薬等にシフトするなどしているのではないかと推察される。

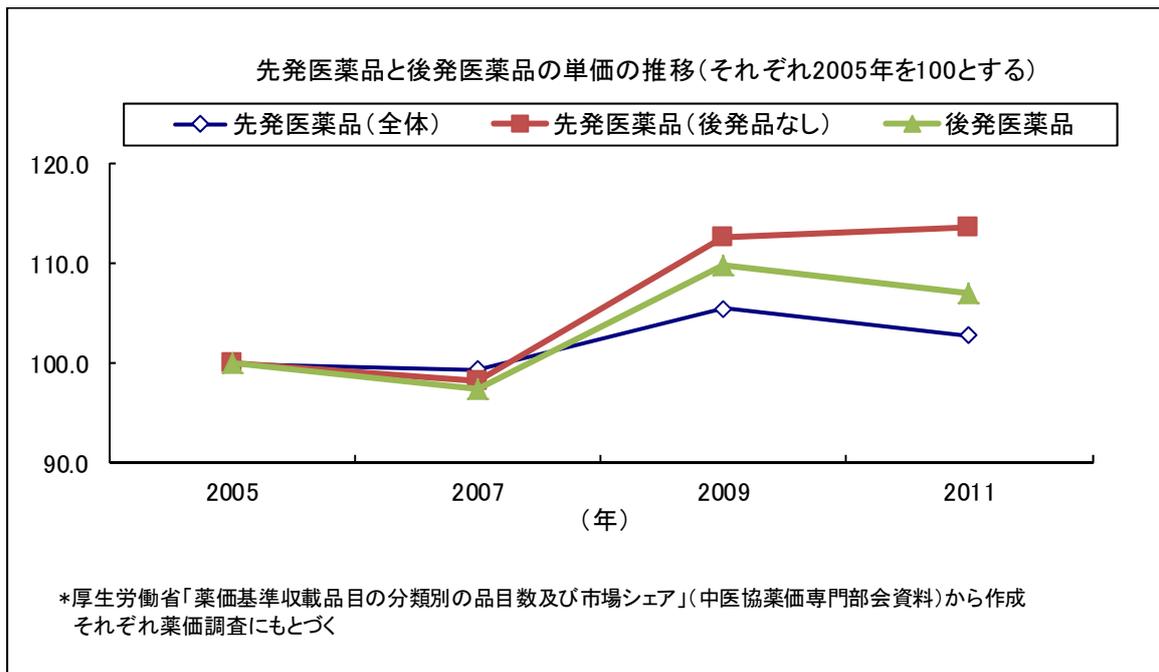
図 3.2.1 1種類1日当たり薬剤料（単価）と後発医薬品割合



²⁰ 厚生労働省「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」2007年10月15日
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/10/dl/h1015-1a.pdf>

厚生労働省の薬価調査から先発医薬品、後発医薬品の単価を推計したところ、後発医薬品なしの先発医薬品の単価が 2009 年、2011 年と上昇していた（図 3.2.2）。また後発医薬品の単価も一定程度上昇していた。

図 3.2.2 先発医薬品と後発医薬品の単価の推移



厚生労働省は、2002 年度改定で、新たに後発医薬品が収載された先発医薬品の特例引き下げを導入した。しかし、先発医薬品から後発医薬品の置き換えが進まなかったことから、予定どおりに置き換えが進んでいた場合に得られた財政効果分として、2010 年度改定から追加引き下げを実施した²¹。

2010 年度は既収載品(先発医薬品)▲2.20%、2012 年度は既収載品▲0.86%、後発医薬品▲0.33%である(表 3.2.1)。なお、薬価マイナス改定で確保された財源は診療報酬本体のプラス財源になってきたが、この追加引き下げ分は診療報酬財源に充当されない²²。

追加引き下げは、金額ベースでは 2010 年度 600 億円、2012 年度 250 億円である。これは予定どおりに置き換えが進んでいた場合のその部分だけの効果なので、後発医薬品使用促進全体の成果はこれ以上であると推察されるが、具体的な数字は発表されていない。

表 3.2.1 最近の薬価改定の推移

(%)

	2002年度	2004年度	2006年度	2008年度	2010年度	2012年度
薬剤費ベース	-6.30	-4.20	-6.70	-5.20	-5.75	-6.00
医療費ベース	-1.30	-0.90	-1.60	-1.10	-1.23	-1.26

外数 後発品のある既収載品の追加引き下げ(改定率は薬剤料ベース)

		2010年度	2012年度
既収載品(先発医薬品)	改定率	-2.20	-0.86
	金額	600億円	225億円
後発医薬品	改定率	—	-0.33
	金額	—	25億円

*「平成24年度実施の薬価算定基準等の見直しについて(案)」2012年1月25日、中央社会保険医療協議会総会資料

²¹ 「後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の薬価改定の特例ルールの変遷等について」 中医協薬価専門部会資料, 2012年6月6日

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002cbzl-att/2r9852000002cc4z.pdf>

²² 詳しくは、(社)日本医師会「財務省主導で行われた診療報酬改定への見解」2010年2月4日

http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20100204_4.pdf

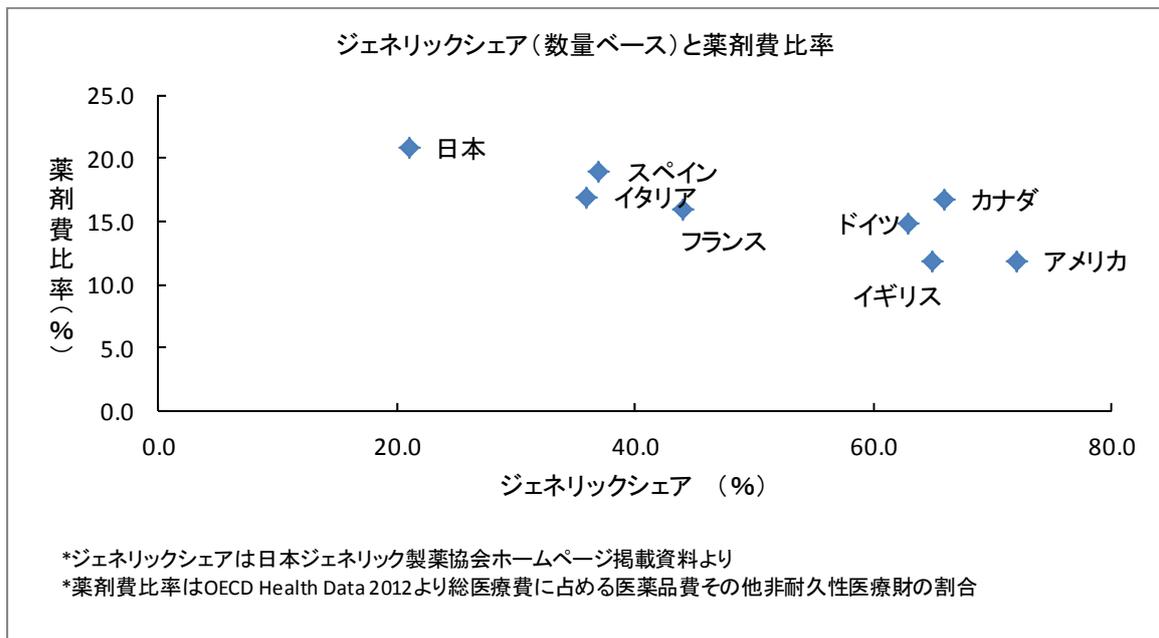
財務省は 2007 年の時点で、後発医薬品のある先発医薬品がすべて後発医薬品に振り替えられた場合には約 1.3 兆円の効果があるという試算を示している（表 3.2.2）。

表 3.2.2 後発医薬品にかかる粗い機械的試算（財務省）

2007年5月16日 財政制度等審議会 財政制度分科会 財政構造改革部会資料
後発医薬品にかかる粗い機械的試算
1. 「後発品のある先発品」にかかる国民の負担額
○ 薬剤費: 約7兆円 × 後発品のある先発品の金額シェア: 36% = 約2.5兆円
2. 「後発品のある先発品」を単純に全て後発品に振り替えた場合の国民の負担額
○ 約2.5兆円 × 1/2(後発品の価格を先発品の1/2)と仮定 = 約1.3兆円
3. 負担額の差
○ 約2.5兆円 - 約1.3兆円 = 約1.3兆円
○ 負担額の内訳
・患者負担 : 約0.2兆円
・患保険料負担: 約0.6兆円
・公費負担 : 約0.4兆円(国庫負担: 約0.3兆円、地方負担: 約0.1兆円)

先進諸国と比べると、日本は後発医薬品使用割合（ジェネリックシェア）が低く、薬剤費比率も高い（図 3.2.3）。後発医薬品の使用割合を高めることで、薬剤費比率を抑制できる可能性があるようにも見えるが、先進諸国と比較する際には、公的医療保険制度の違いや、患者負担の違いも考慮する必要がある。

図 3.2.3 ジェネリックシェア（数量ベース）と薬剤費比率



※注) 日本ジェネリック製薬協会は国際比較について、「諸外国と日本では、GE の分類等が異なるため、単純比較は難しい」と断ったうえで、同協会ホームページ上に先進諸国のジェネリック割合を掲載している。また、OECD データも各国の定義等が異なるので単純比較は困難である。日本の場合、「医薬品費その他非耐久性医療費の割合」に使われているデータは、薬事工業生産動態統計調査によるものである。

4. 医薬品関連企業の経営

4.1. 保険薬局

4.1.1. 対象企業

薬局とは薬剤師が販売又は授与の目的で調剤の業務を行う場所をいい、病院や診療所の調剤所を含まない（薬事法 第 2 条 11）。保険薬局とは、健康保険法の下で療養の給付を行う薬局（健康保険法 第 63 条 3）である。

ここでは、保険薬局の最近の経営状態を概観した。対象企業は、社団法人日本保険薬局協会正会員、日本チェーンストア協会正会員から大手企業を抽出し、調剤薬局、ドラッグストアに分類した（表 4.1.1）。最大手にはイオン株式会社があるが、売上高が大幅に大きく、医薬品等の売上高が不明のため比較対象外とした。

表 4.1.1 大手保険薬局

(百万円)

		決算期	売上高	医薬品		内容
				売上高	構成比 (%)	
調剤 薬局	株式会社アインファーマシーズ	2012年4月	142,791	127,134	89.0	医薬事業
	日本調剤株式会社	2012年3月	130,041	123,549	95.0	調剤事業
	クオール株式会社	2012年3月	66,202	64,200	97.0	保険薬局事業
	総合メディカル株式会社	2012年3月	80,222	58,198	72.5	調剤
ドラッグ ストア	株式会社サンドラッグ	2012年3月	386,836	281,053	72.7	ドラッグストア事業
	スギホールディングス株式会社	2012年2月	327,267	254,358	77.7	
	株式会社マツモトキョシホールディングス	2012年3月	434,597	151,200	34.8	
	株式会社ココカラファイン	2012年3月	321,954	87,867	27.3	
	株式会社ツルハホールディングス	2012年5月	320,969	79,349	24.7	
参考	ウエルシアホールディングス株式会社	2011年8月	270,816	59,934	22.1	医薬品・衛生介護品・ベ ビー用品他、調剤
	株式会社コスモス薬品	2012年5月	279,021	47,483	17.0	医薬品
	株式会社カワチ薬品	2012年3月	222,322	38,563	17.3	医薬品
	株式会社CFSコーポレーション(提出会社)	2012年2月	105,649	30,982	29.3	薬品、調剤薬品
	株式会社クリエイトSDホールディングス	2012年5月	169,790	37,703	22.2	医薬品、調剤薬局
	株式会社キリン堂	2012年2月	102,229	26,687	26.1	医薬品、調剤
	イオン株式会社	2012年2月	4,650,792	不明	—	

*各社有価証券報告書から作成。CFSコーポレーションは提出会社(親会社)、その他は連結指標。

4.1.2. 売上高

調剤薬局の販売先は、主に国民健康保険団体連合会、社会保険診療報酬支払基金、患者であり、販売先に対する売上高は増収が続いている（図 4.1.1）。

ドラッグストア系のチェーンストアも増収が続いている（図 4.1.2）。ココカラファインは 2010 年度に株式会社アライドハーツ・ホールディングスと合併しており、その効果もある。

大手合計売上高

調剤薬局大手 4 社の売上高合計は 2007 年度には 2,885 億円であったが、2011 年度には 4,193 億円になり、この 5 年間で 1.5 倍に拡大した（図 4.1.3）。

ドラッグストアも各社の売上高の伸びにより、大手 5 社合計売上高が最近 4 年間で 1.2 倍に拡大した。

図 4.1.1 調剤薬局 売上高

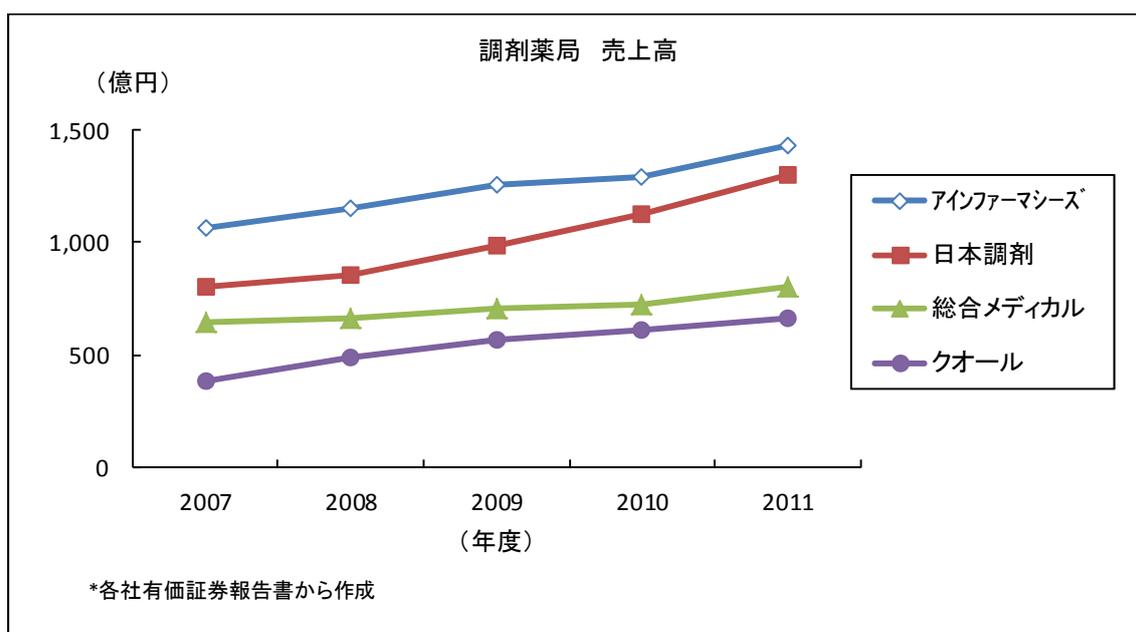


図 4.1.2 ドラッグストア 売上高

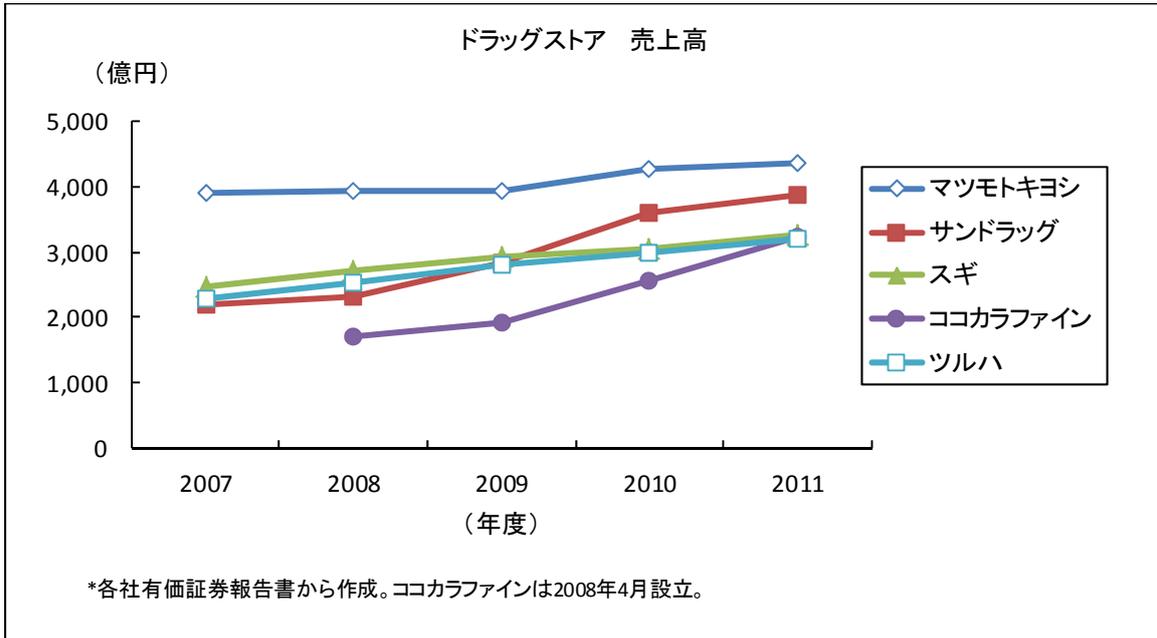
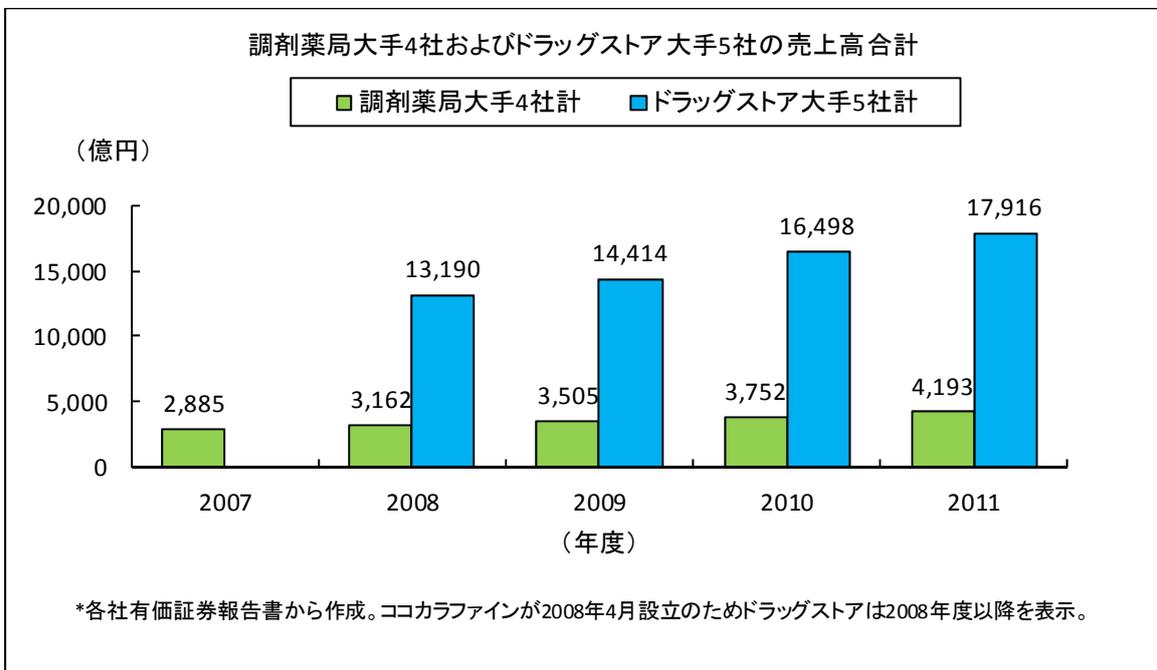


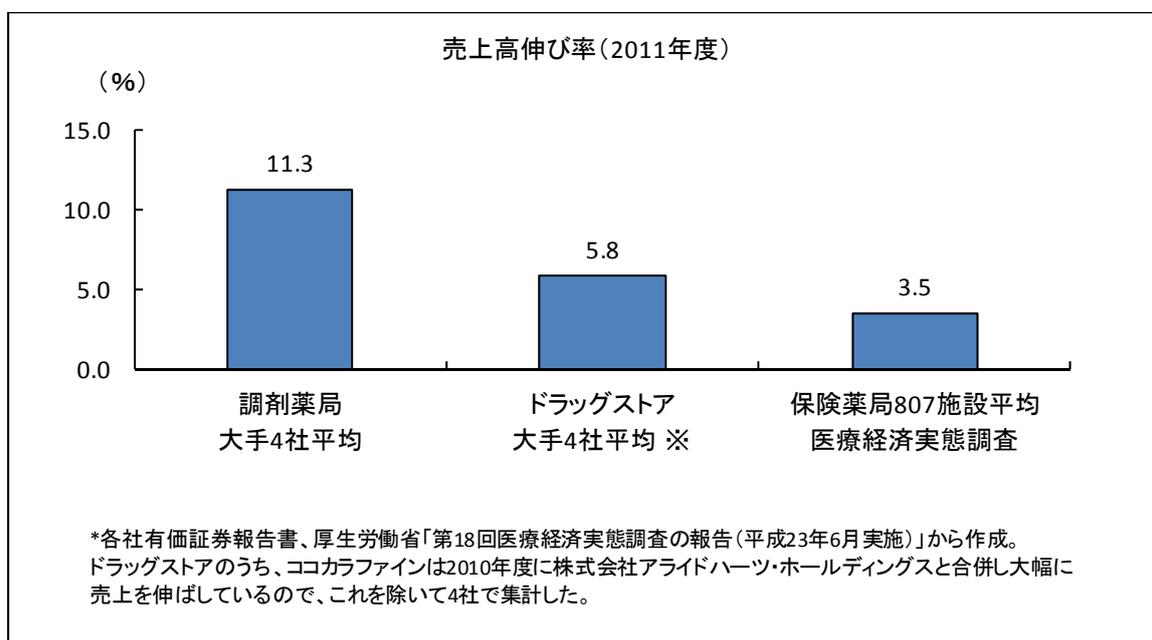
図 4.1.3 調剤薬局大手およびドラッグストア大手売上高合計



一般の保険薬局との比較

厚生労働省中央社会保険医療協議会は、調剤報酬明細書の取扱件数が1か月300件以上の薬局を対象として、医療経済実態調査を実施している²³。これによると2011年度の売上高対前年度比は平均3.5%であり、調剤薬局大手4社の平均11.3%に比べて7.8ポイント小さかった(図4.1.4)。

図 4.1.4 売上高の対前年度比比較 (2011年度)



2012年度診療報酬改定後

調剤薬局の改定後の売上高は各社増収であった(図4.1.5)。その要因として長期処方などが挙げられている。前述のように長期処方だけでは処方せん枚数が減少するが、高齢化や長期処方に対する診療報酬上のインセンティブが寄与している。

ドラッグストアは、調剤薬局に比べると売上高の伸びが小さい(図4.1.6)。しかし調剤部門以外の伸びが小さかったため、調剤部門の売上高は順調に推移していることが報告されている。

²³ 厚生労働省「第18回医療経済実態調査の報告(平成23年6月実施)」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2011/10/tp1019-1.html>

【調剤薬局増収の背景（各社決算短信から要約）】

- ・ 公定薬価が引下げとなる一方、処方日数の長期化により、処方箋1枚当たりの単価、薬局売上高は概ね前年並みで推移（アインファーマシーズ）。
- ・ 自社開発の医療モール内に設置した薬局店舗の売上増加（総合メディカル）。
- ・ 長期処方の進行による薬剤料の収入増加が寄与（クオール）。

【ドラッグストア増収の背景（決算短信から要約）】

- ・ 調剤事業は、診療報酬改定に伴う薬価引き下げの影響があったものの、地域医療連携を深めたことによる処方箋応需枚数の増加などにより順調に推移（マツモトキヨシ）。
- ・ 前年の震災特需の反動による販売減及び花粉関連商品の販売減があったが、処方箋調剤などの販売が堅調に推移（スギ）。

図 4.1.5 調剤薬局 直近四半期売上高

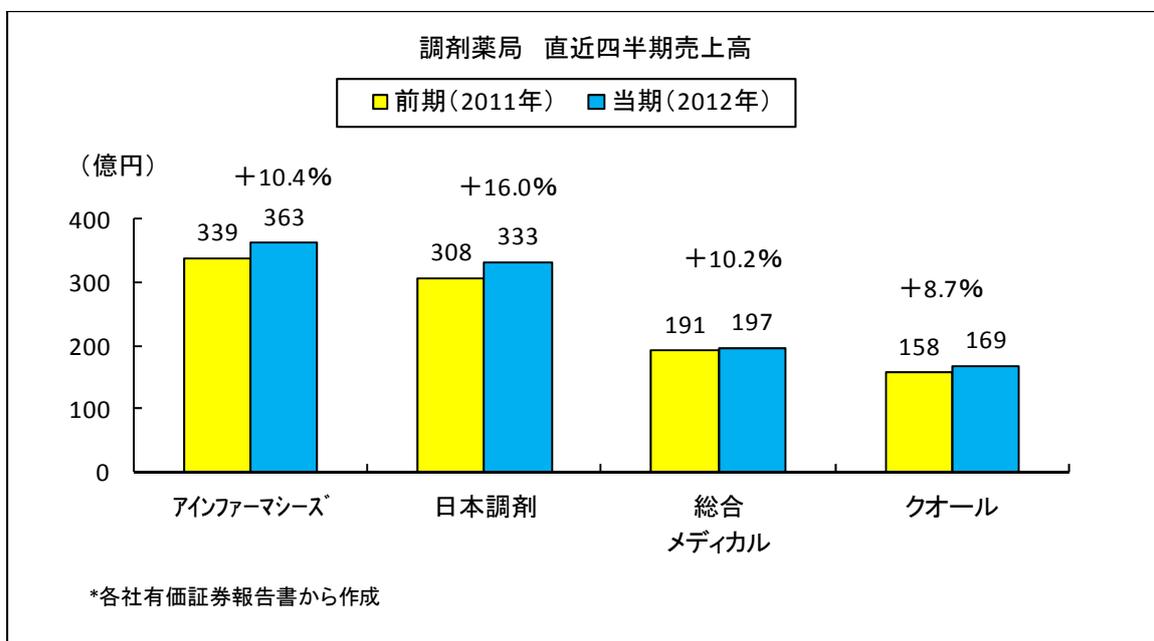
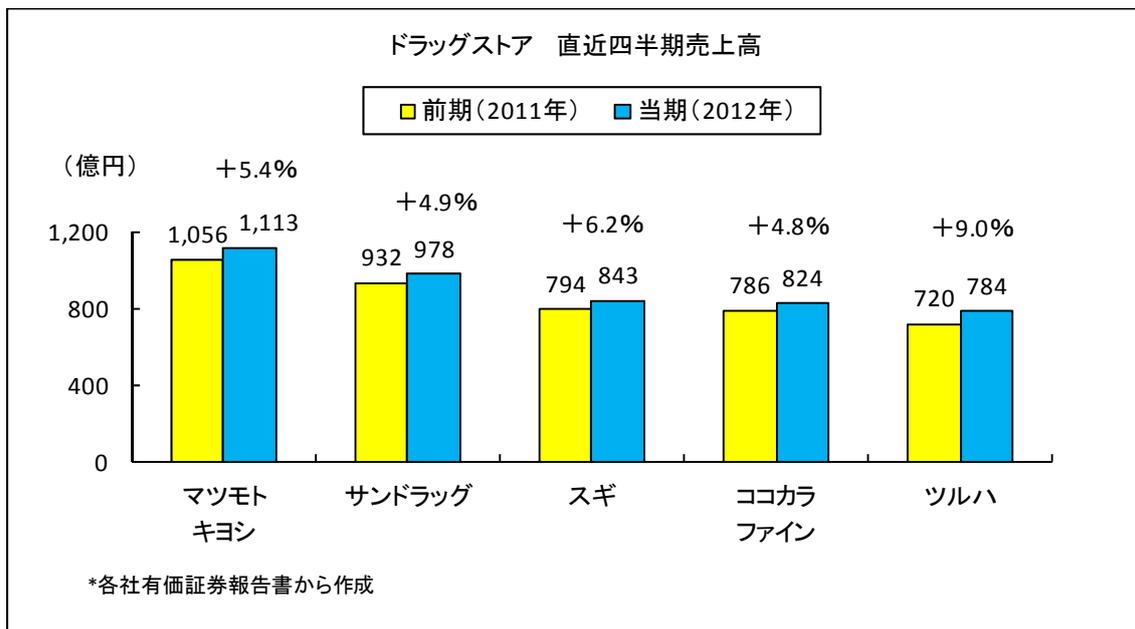


図 4.1.6 ドラッグストア 直近四半期売上高



4.1.3. 経常利益率

調剤薬局の経常利益率は 2009 年度以降上昇がつづいている (図 4.1.7)。2007 年度には各社の経常利益率は 3~5% 台であったが、2011 年度にはインファーマシーズが 7.4%、総合メディカルが 6.1% になった。

ドラッグストアでは、2009 年度以降、ツルハ、スギで経常利益率が上昇している (図 4.1.8)。サンドラッグが低下傾向にあったが、2010 年度から 2011 年度にかけては大手 5 社すべてで上昇した。

図 4.1.7 調剤薬局 経常利益率

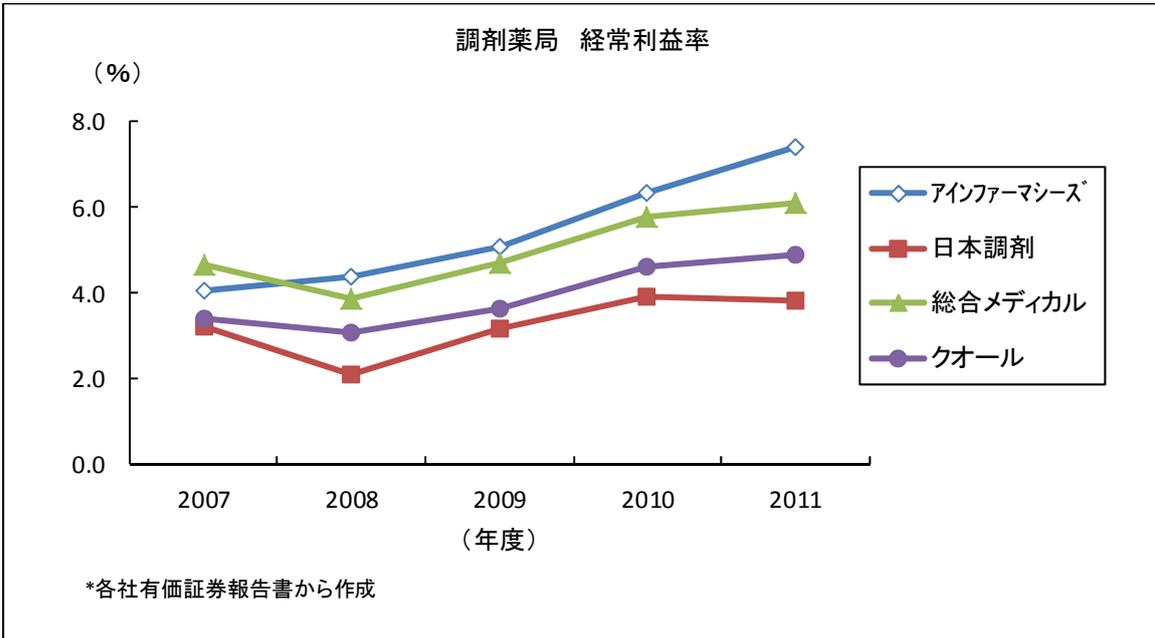
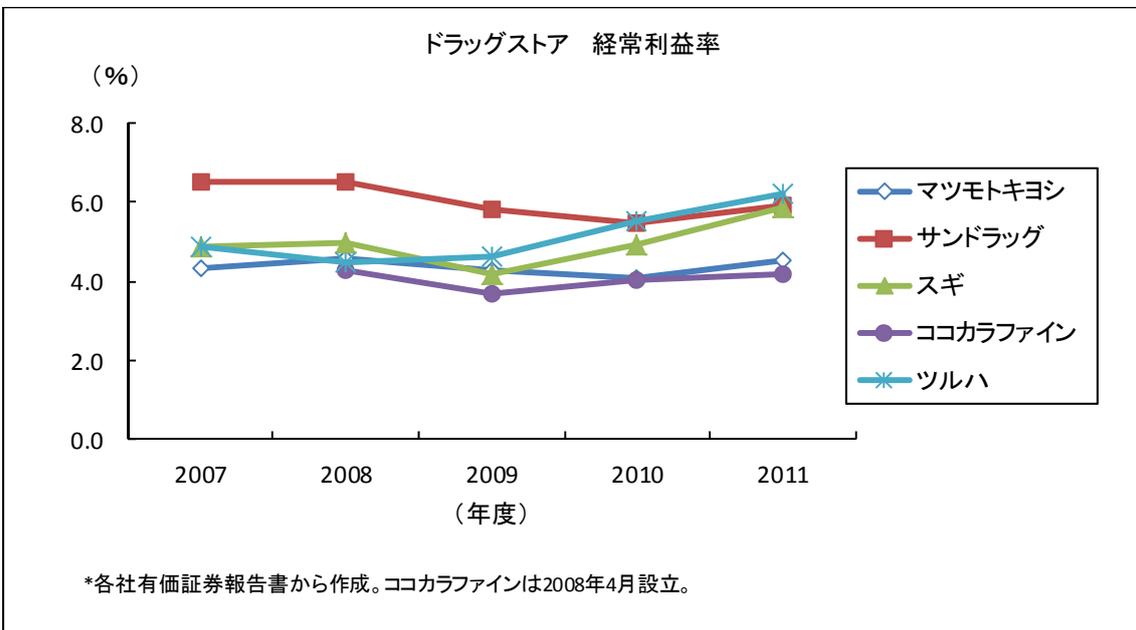


図 4.1.8 ドラッグストア 経常利益率



4.1.4. 総資本・自己資本比率・借入金依存度

総資本・自己資本比率・借入金依存度は、ドラッグストアでは医薬品や調剤以外の事業および商品の影響が大きいので、調剤薬局のみについて示した。

調剤薬局の総資本は各社とも増加しており、特に日本調剤、総合メディカルで成長率が高い（図 4.1.9）。

日本調剤は借入金依存度が高いが、ここ数年は借入金依存度、自己資本比率がほぼ横ばいであり、両方のバランスで先行投資を行って総資産を拡大している（図 4.1.10, 図 4.1.11）。

総合メディカルは、借入金依存度が上昇しており、借り入れを行って利益以上の投資をしている。

アインファーマシーズは、利益剰余金が特に増加しており、借入金を減らして自己資本比率を高めている。

図 4.1.9 調剤薬局 総資本増加率

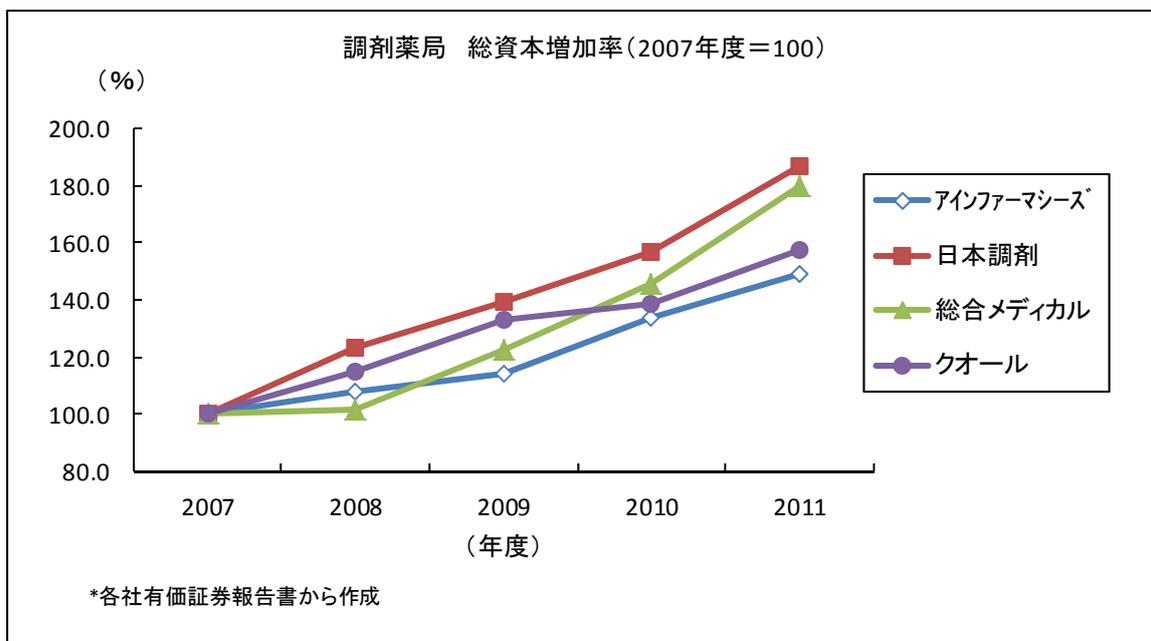


図 4.1.10 調剤薬局 自己資本比率

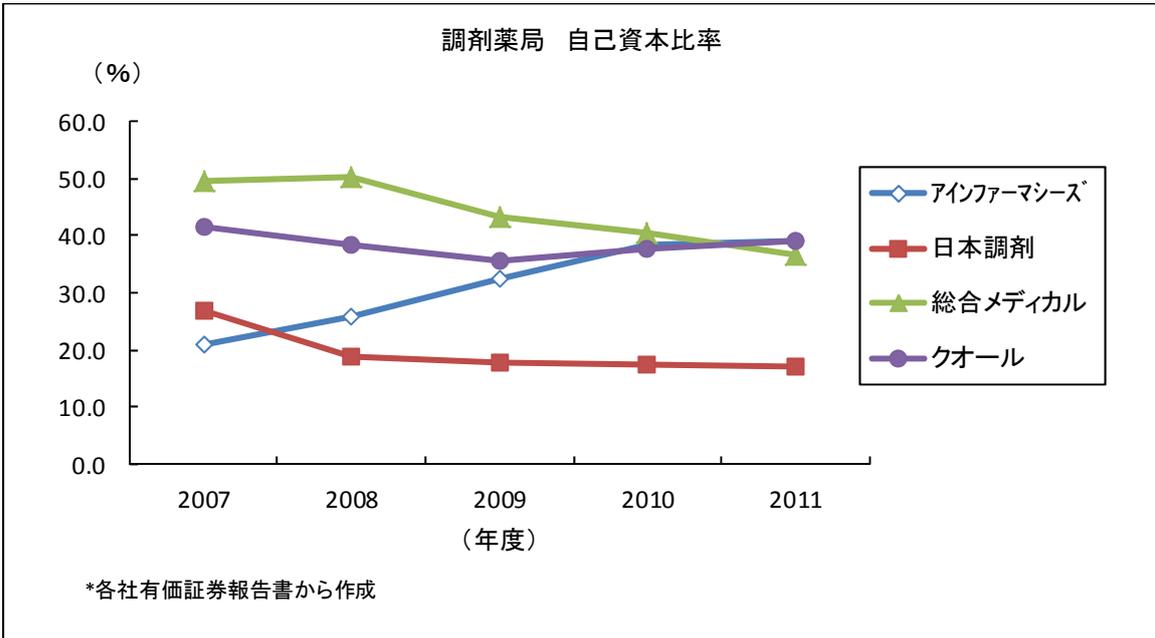
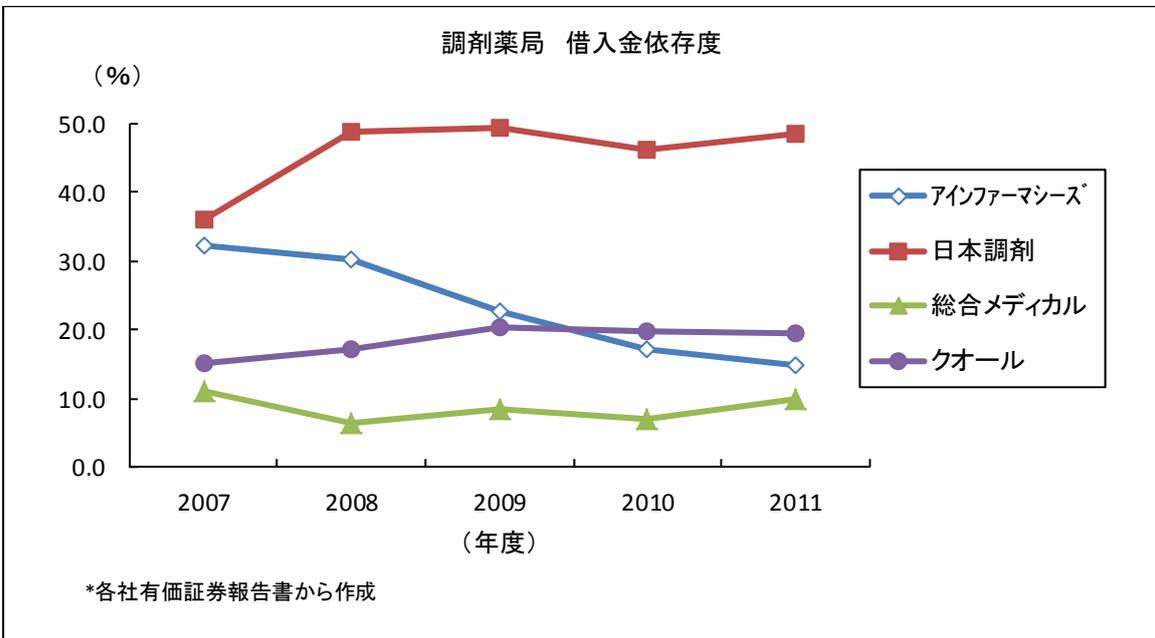


図 4.1.11 調剤薬局 借入金依存度



4.1.5. 従業員数・平均年間給与

調剤薬局の従業員数は各社とも増加している（図 4.1.12）。

ドラッグストアの従業員数は一時期減少した企業もあるが、ほぼ増加傾向である（図 4.1.13）。スギは、2011 年度に従業員数が減少しているが、2010 年度中に治験事業を売却したためである。ココカラファインは、2010 年度に従業員数が大幅に伸びている。株式会社アライドハーツ・ホールディングスと合併したためである。

大手合計従業員数

調剤薬局では、従業員数がこの 5 年間に大手 4 社だけで 2,822 人増加し、2011 年度には 2007 年度の 1.4 倍になった（図 4.1.14）。

ドラッグストア大手 5 社の合計従業員数は 2008 年度には 15,927 人であり、2011 年度には 5,103 人増加して 21,030 人（1.3 倍）になった。

図 4.1.12 調剤薬局 従業員数

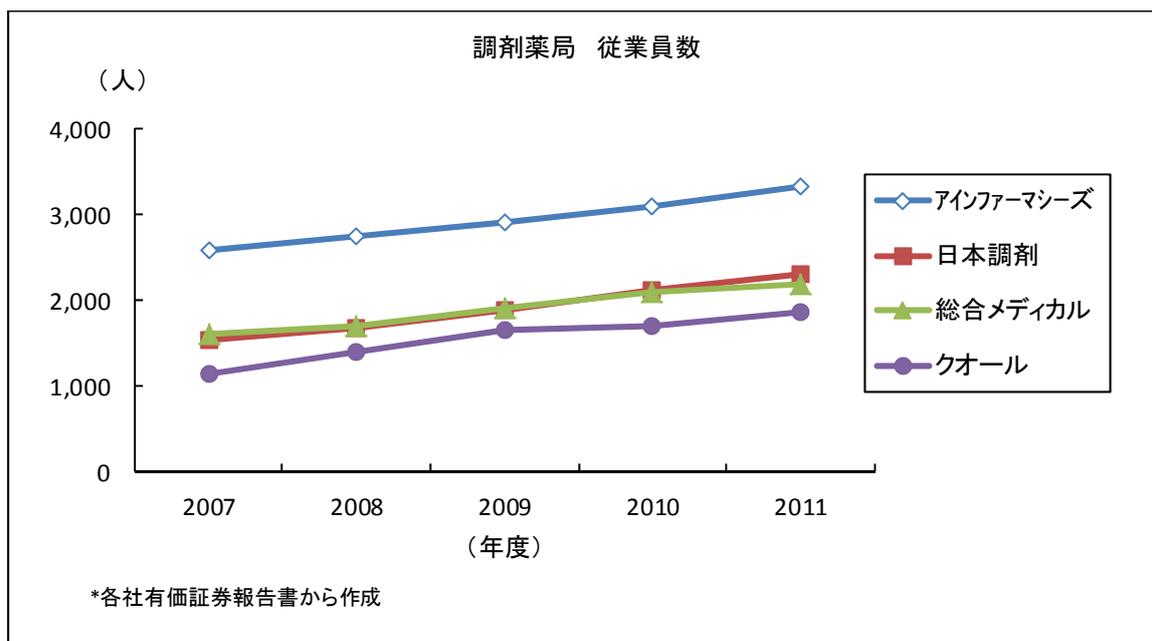


図 4.1.13 ドラッグストア 従業員数

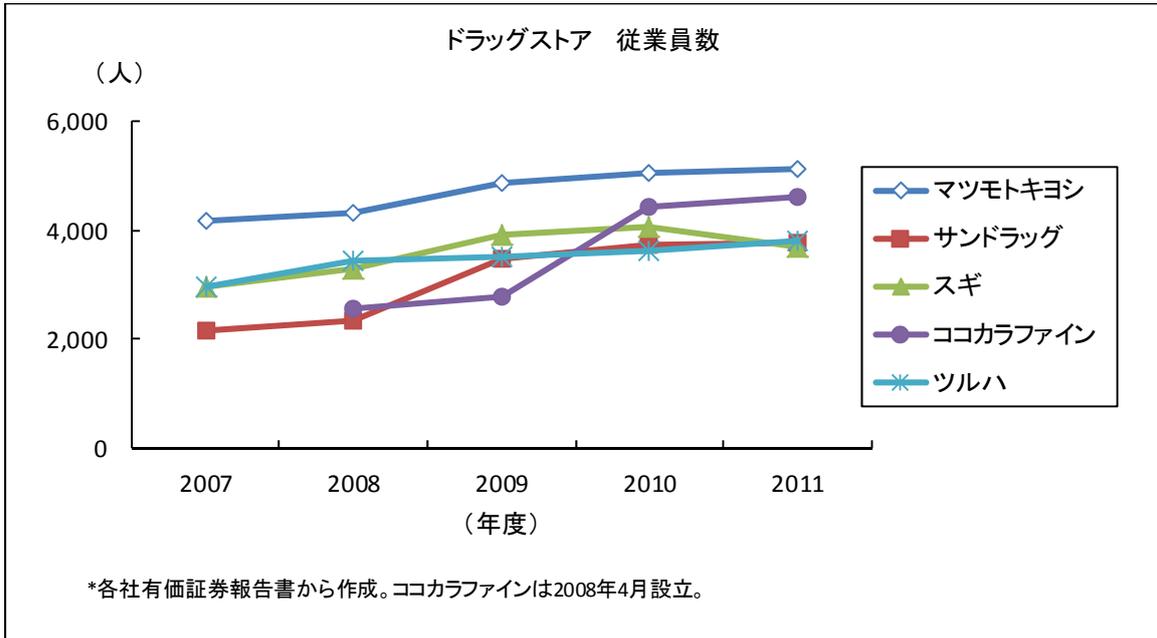
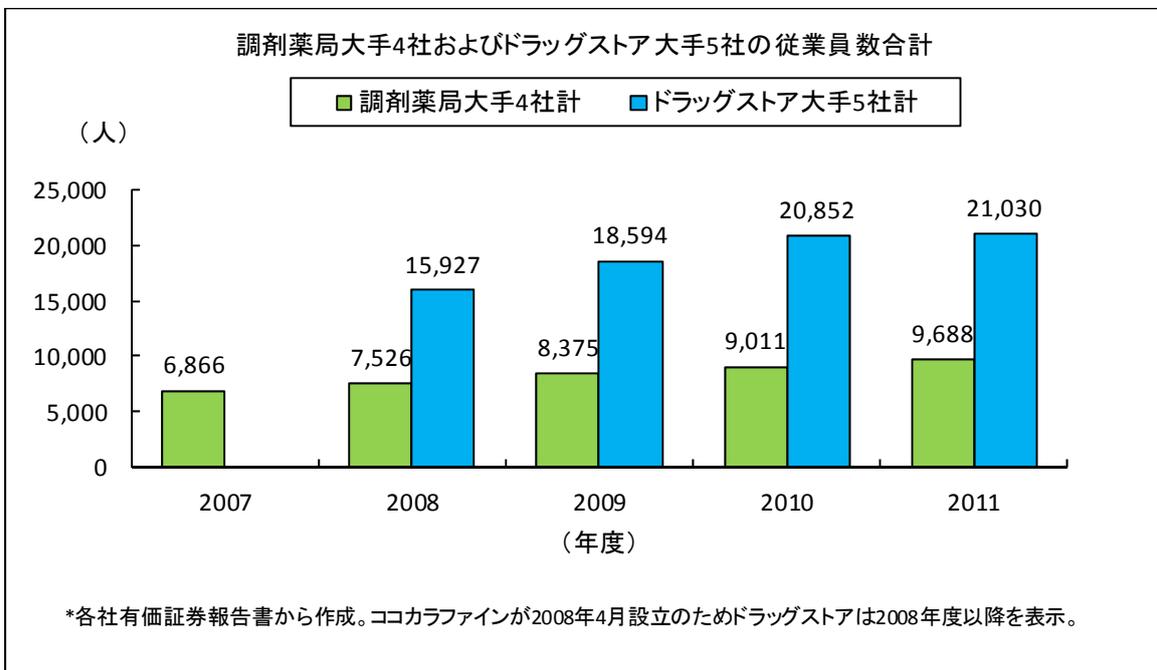


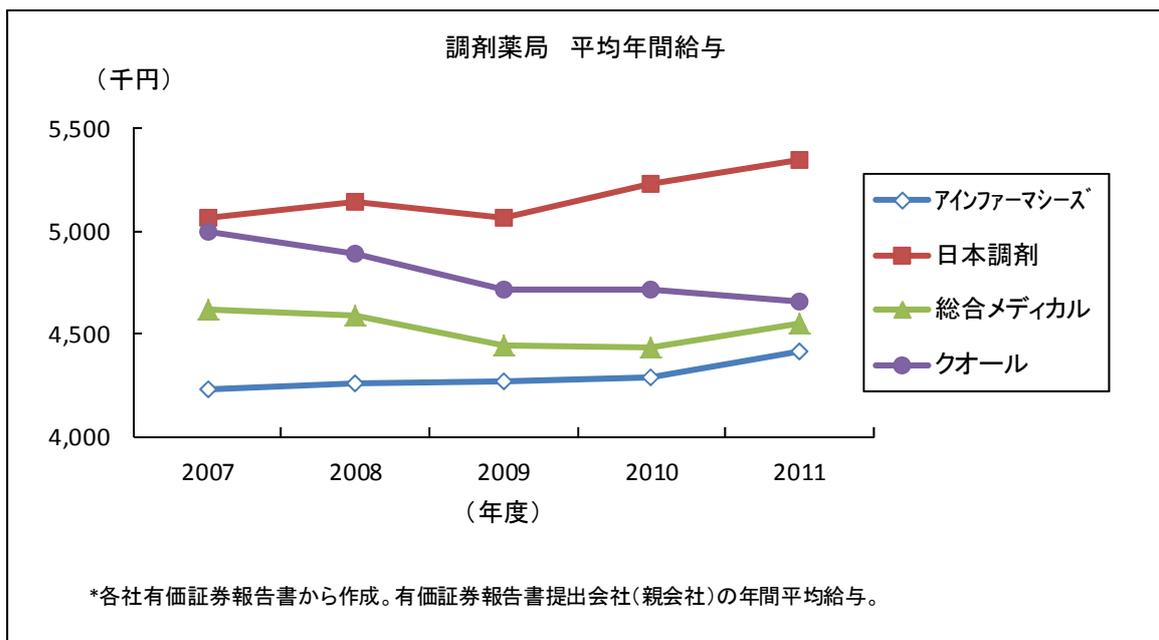
図 4.1.14 調剤薬局およびドラッグストア大手の従業員数合計



平均年間給与は、平均年齢や平均勤続年数の影響も受けるが、クオールを除いて上昇している（図 4.1.15）。クオールは 2008 年に子会社を吸収合併して従業員数が増加し、平均年間給与が低下している。

ドラッグストアの平均年間給与は省略した。有価証券報告書には提出会社（親会社）のみの平均年間給与が記載されているが、チェーンストア（ドラッグストア）の多くは持ち株会社（ホールディングカンパニー）であり、親会社の社員がきわめて少ないためである。なお、前述した従業員数は連結会社（親会社・子会社合わせたもの）の状況である。

図 4.1.15 調剤薬局 平均年間給与



4.2. 後発医薬品メーカー

後発医薬品メーカー大手3社の分析を行った(表 4.2.1)。このほか、ニプロも医薬関係の売上高が596億円(2011年度)あるが、売上高の28.1%であり、他の売上高のほうが多いので、分析の対象外とした。

以前は、大洋薬品工業も売上高515億円(2010年度)の大手企業であったが、2012年4月1日、テバファーマスーティカル・インダストリーズ・リミテッド(以下、テバ)が、大洋薬品工業と興和テバをテバ製薬に統合した。テバ(本社イスラエル)は、後発医薬品トップ企業であり2011年度の売上高は18,312百万ドル(約1.5兆円)である²⁴。

日医工も、2010年にサノフィ・アベンティスと共同出資で、日医工サノフィ・アベンティス株式会社を設立している²⁵。同社は日医工の連結対象外なので、以下の売上高には含まれていない。

表 4.2.1 大手後発医薬品メーカー

	前期決算期	直近四半期
日医工株式会社 ※	2012年3月	2012年4~6月
沢井製薬株式会社	2012年3月	2012年4~6月
東和薬品株式会社	2012年3月	2012年4~6月

※前期決算は2011年11月(決算期変更)。前期売上高は2010年10月~2011年11月分。

²⁴ Annual Report

<http://ir.tevapharm.com/phoenix.zhtml?c=73925&p=irol-reportsAnnual>

²⁵ http://www.nichiiko.co.jp/finance/gif/4541_2010052801.pdf

4.2.1. 売上高

各社増収がつづいており、過去 5 年間で、日医工は 2.4 倍、沢井製薬は 1.8 倍、東和薬品は 1.5 倍になった（図 4.2.1）。

大手 3 社の合計売上高は 2007 年度には 1,015 億円であったが、2011 年度には 1,941 億円と、過去 5 年間で 926 億円増加して 1.9 倍になった（図 4.2.2）。

図 4.2.1 後発医薬品メーカー 売上高

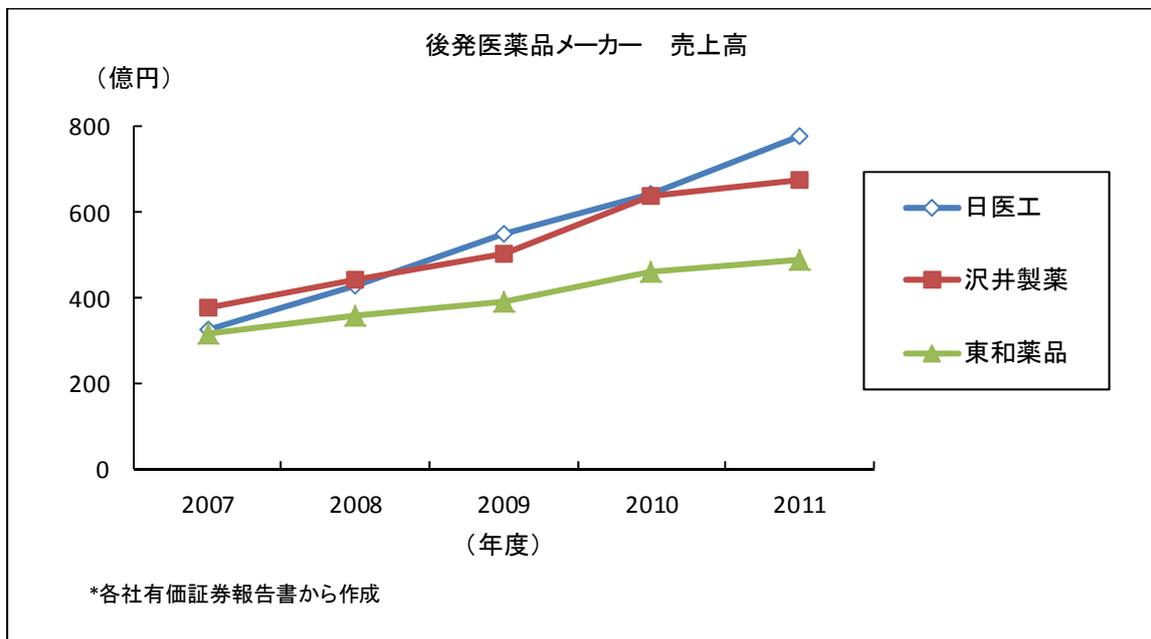
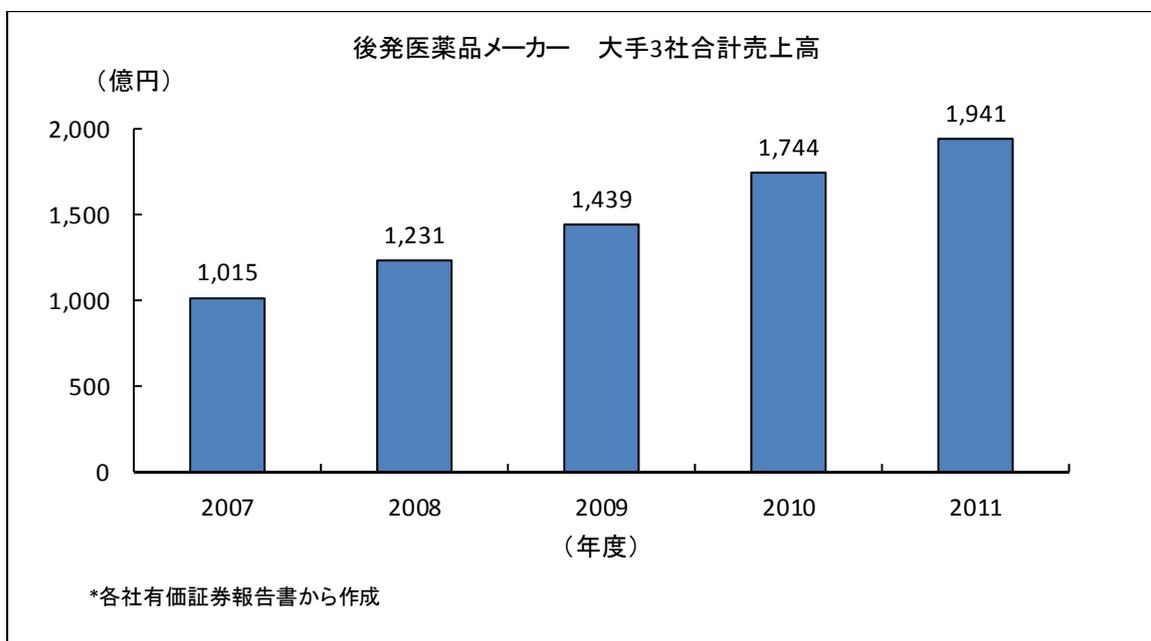


図 4.2.2 後発医薬品メーカー 大手3社合計売上高



2012 年度診療報酬改定後

直近四半期の売上高対前年同期比は、日医工+19.9%（日医工は決算期を変更した関係で 2011 年 3～5 月と 2012 年 4～6 月の比較）、沢井製薬+24.0%、東和薬品+18.2%であった（図 4.2.3）。

各社の決算短信から一般名処方加算など、後発医薬品使用促進政策がかなり寄与したことがうかがえる。

【売上高の伸びの背景など（各社決算短信から抜粋し要約）】

- ・一般名で記載される処方せんの取扱いが増加し、調剤薬局における後発医薬品の使用が進んでいる（日医工）。
- ・「後発医薬品調剤体制加算の見直し」、「一般名処方の推進」など、患者、医療機関がジェネリック医薬品を選択しやすい環境が整備された（沢井製薬）。
- ・後発医薬品調剤体制加算の見直しなどが実施され、後発医薬品の調剤割合のさらなる増加を図る保険薬局が多かった（東和薬品）。

一方で、先発医薬品メーカー大手企業では、直近四半期の売上高対前年同期比はマイナスであった（図 4.2.4）。

図 4.2.3 後発医薬品メーカー 直近四半期売上高

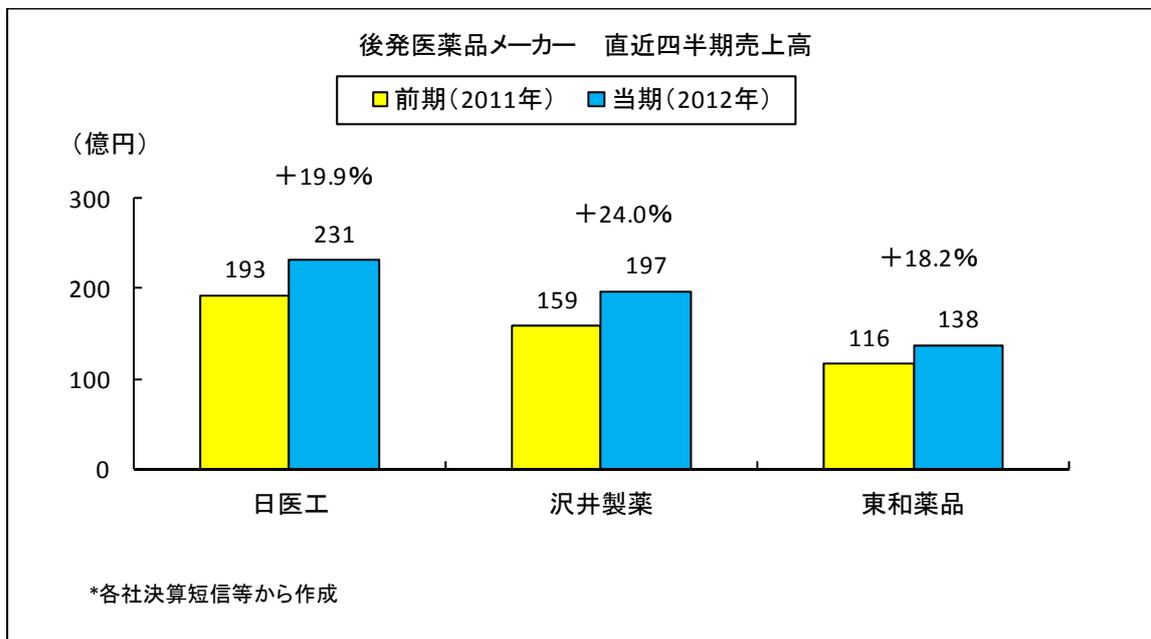
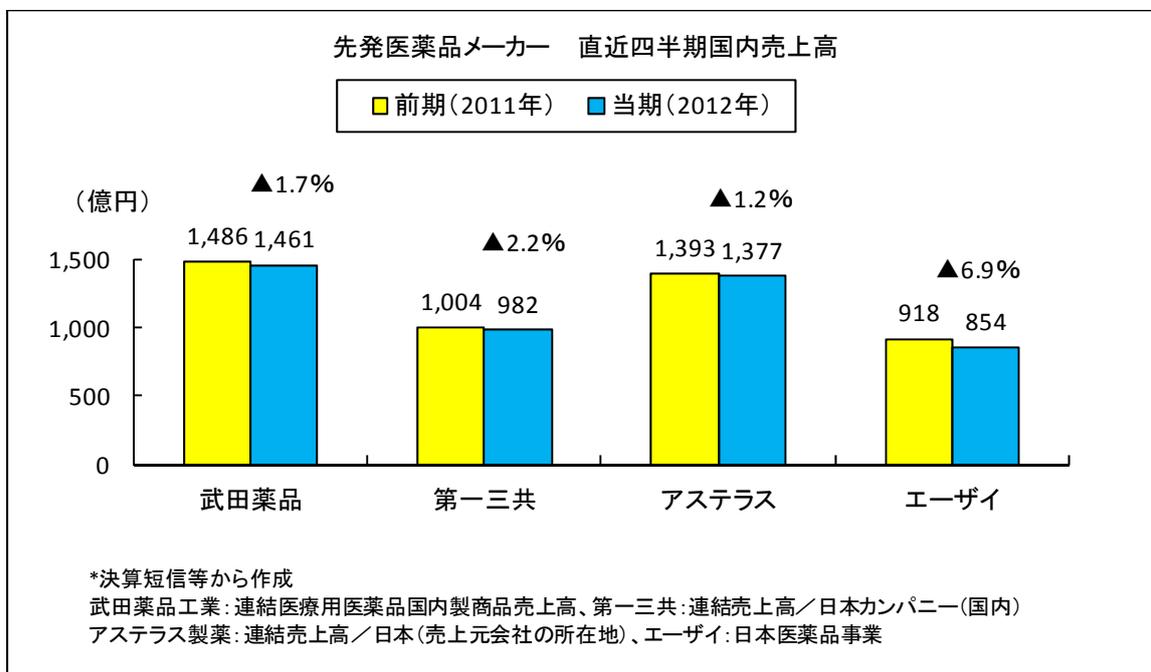


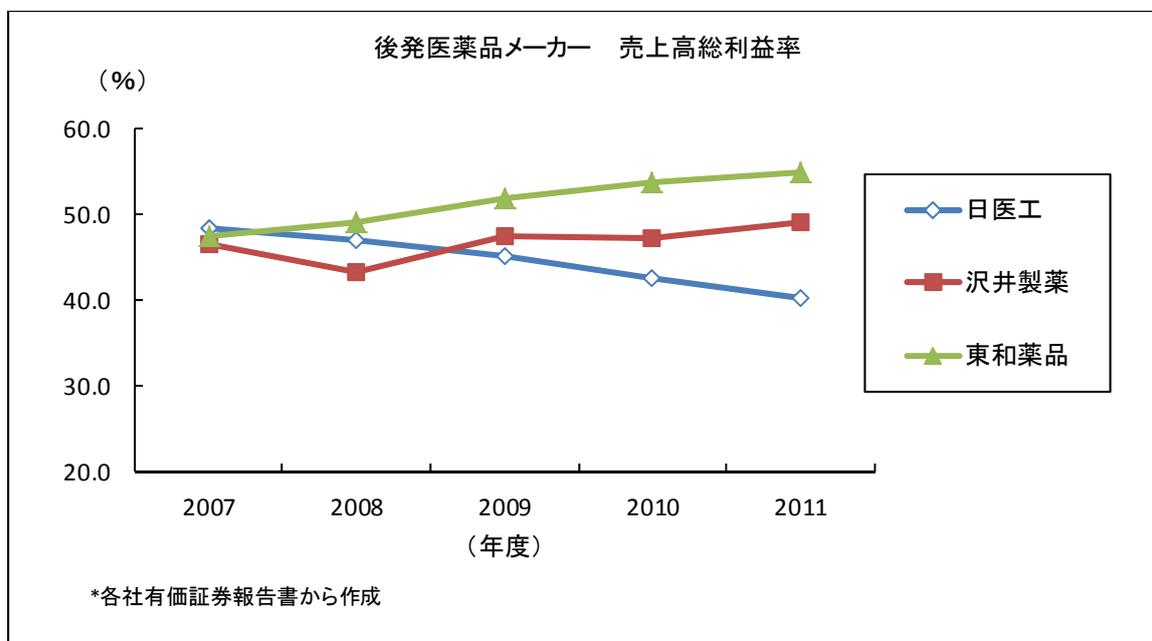
図 4.2.4 先発医薬品メーカー 直近四半期国内売上高



4.2.2. 売上高総利益率

東和薬品、沢井製薬はおおむね上昇傾向にある（図 4.2.5）。日医工は低下しているが、特に 2010 年度から 2011 年度にかけての低下は、「長期収載医薬品の販売移管によって原価率の高い品目の販売割合が上昇した」（有価証券報告書）と説明している。逆にいえば、長期収載品の売上高総利益がかなり高いことがうかがえる。

図 4.2.5 後発医薬品メーカー 売上高総利益率

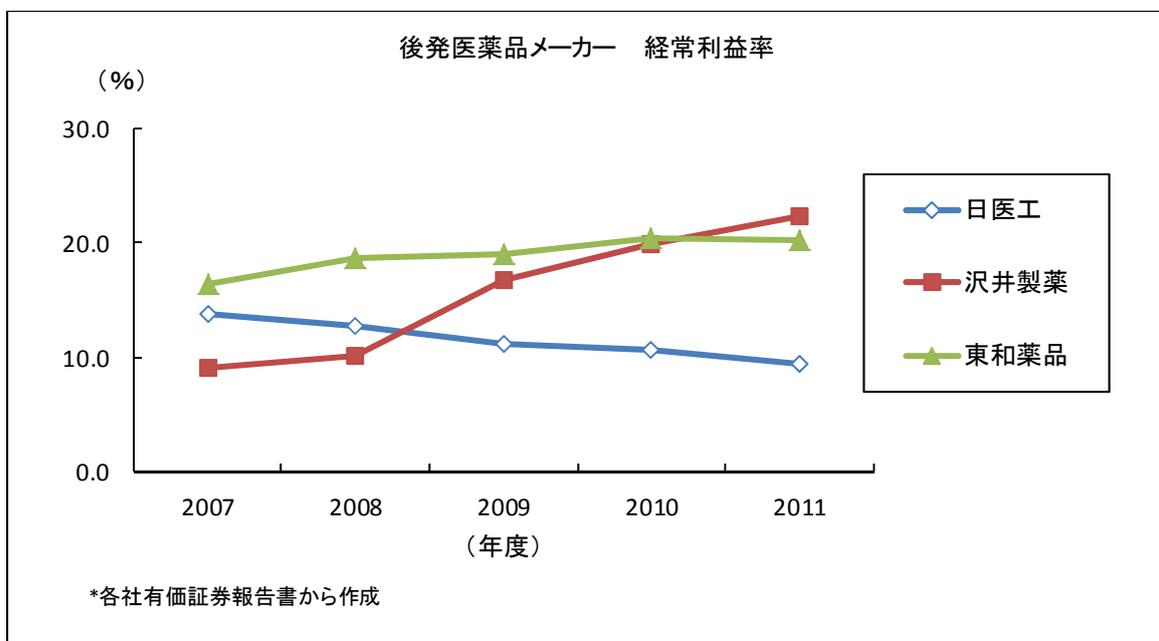


4.2.3. 経常利益率

日医工は経常利益率が低下している（図 4.2.6）。前述のように売上高総利益率が低下しているためである。

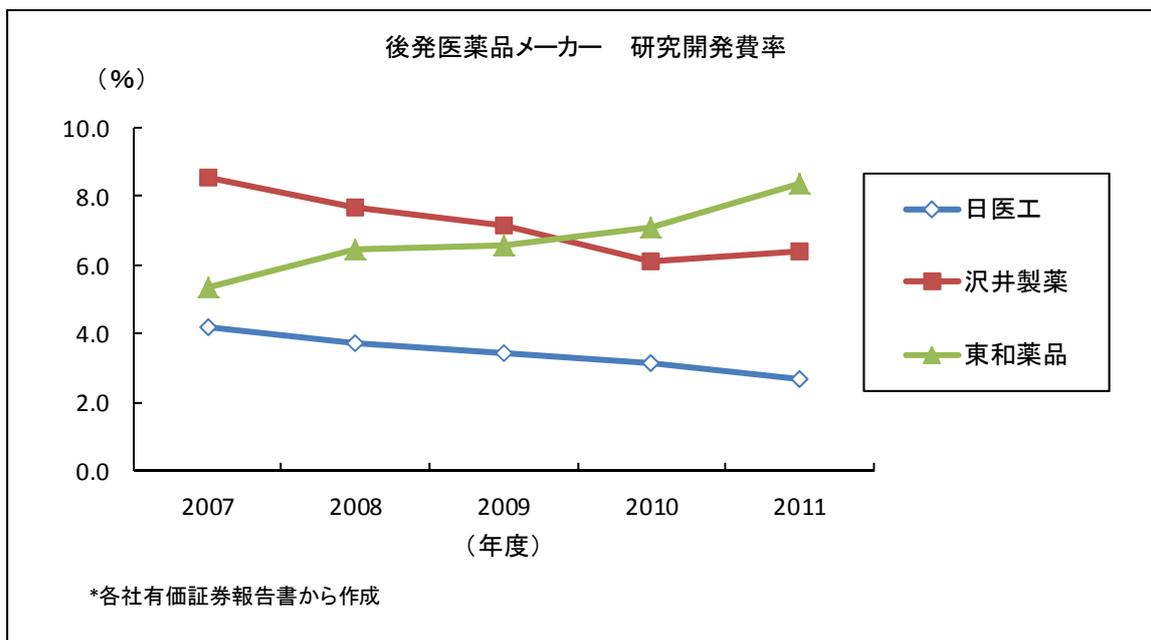
沢井製薬は、売上高総利益率が増加しているうえ、研究開発費率などが低下し、経常利益率が上昇している。

図 4.2.6 後発医薬品メーカー 経常利益率



東和薬品では売上高総利益率は上昇しているが、経常利益率はほぼ横ばいである。他社に比べて特に研究開発費の比率が上昇していることが一因である。2011年度の研究開発費率は、東和薬品がもっとも高く8.4%、沢井製薬が6.4%、日医工が2.7%であった（図4.2.7）。

図 4.2.7 後発医薬品メーカー 研究開発費率



【後発医薬品メーカーの研究開発の内容（各社有価証券報告書から抜粋）】

- ・徐放化製剤や剤形の工夫など、付加価値の高いジェネリック医薬品の開発（日医工）
- ・製剤工夫を施した高付加価値製品の開発（沢井製薬）
- ・付加価値製品の開発（東和薬品）

4.2.4. 総資本・自己資本比率・借入金依存度

後発医薬品メーカーは、総資本を大幅に拡大しており、特に日医工ではここ5年間で2.5倍になっている（図 4.2.8）。

日医工は、自己資本比率が上昇しており、自己資金による設備投資を行って総資本を増加した（図 4.2.9, 図 4.2.10）。

沢井製薬は、2010年9月に設備投資、研究開発投資のため新株予約権付社債を発行したため借入金依存度が上昇している。

東和薬品は無借金経営であったが、2009年、2010年には工場建設資金として銀行から借り入れを行っている。

図 4.2.8 後発医薬品メーカー 総資本増加率

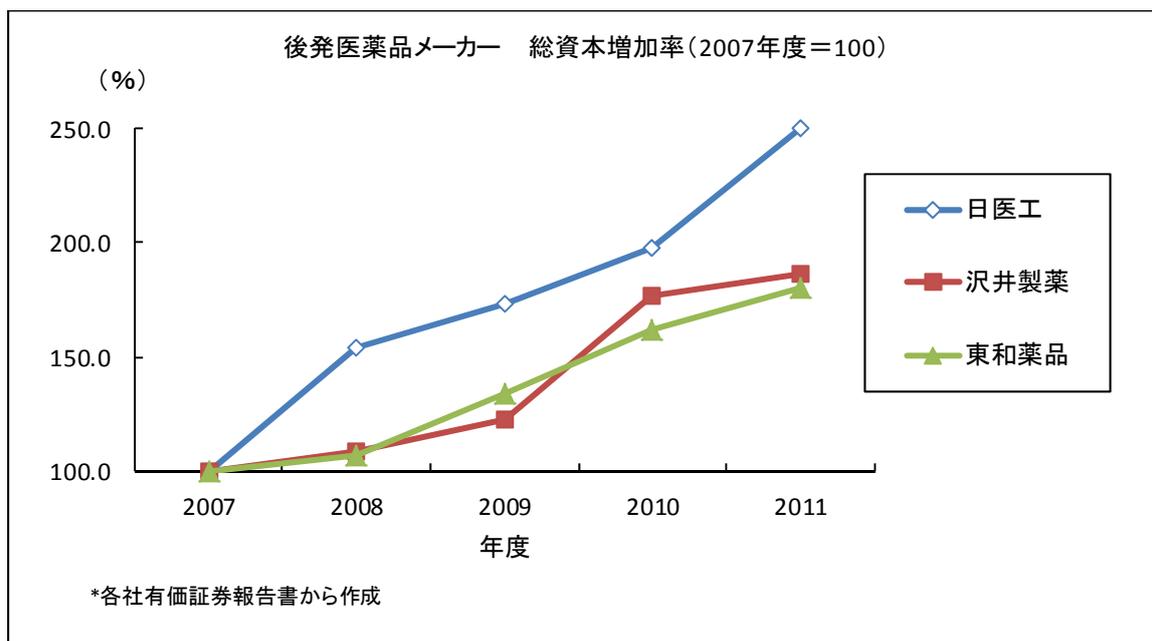


図 4.2.9 後発医薬品メーカー 自己資本比率

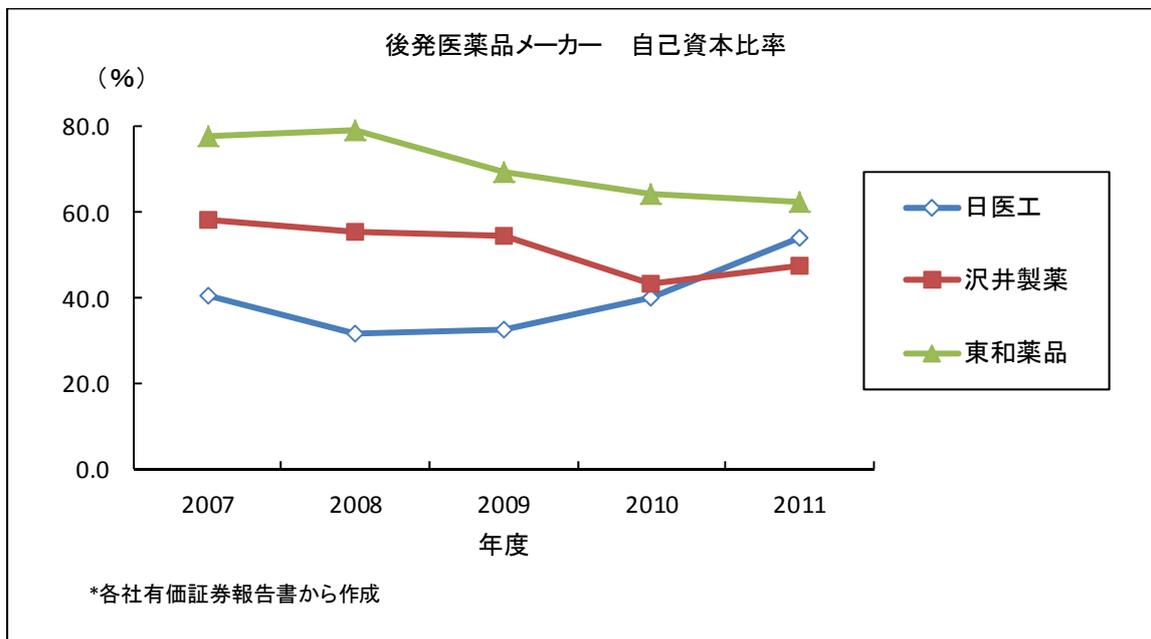
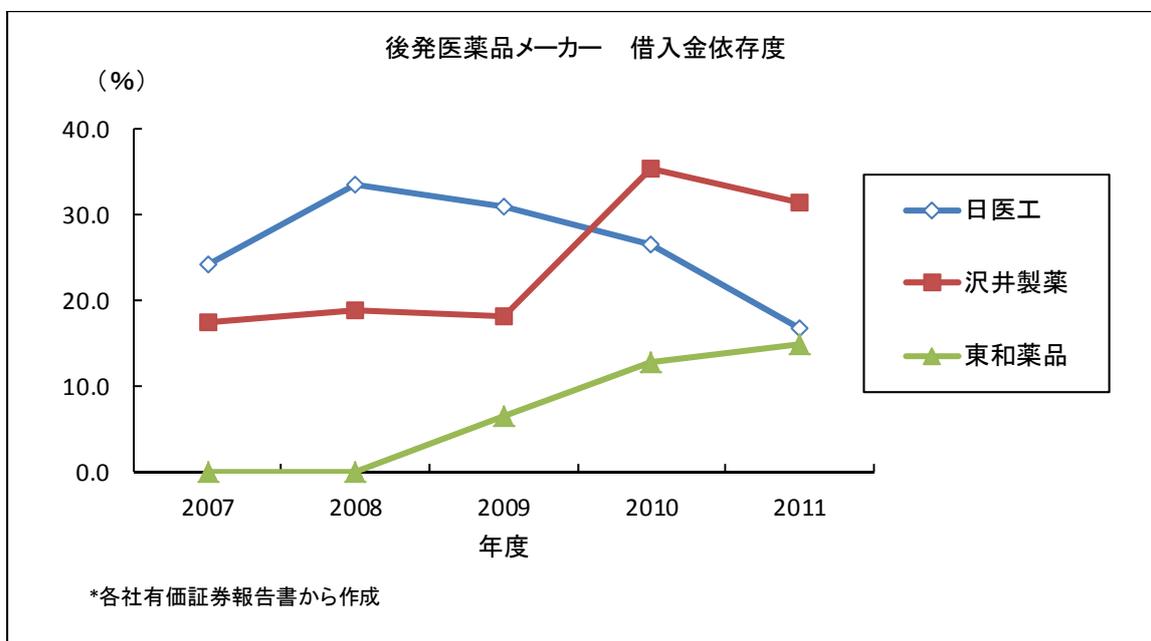


図 4.2.10 後発医薬品メーカー 借入金依存度



4.2.5. 従業員数・平均年間給与

従業員数は最近5年間で日医工 1.2 倍、沢井製薬 1.3 倍、東和薬品 1.4 倍に増加した(図 4.2.11)。大手3社合計では5年間で687人増加した(図 4.2.12)。

図 4.2.11 後発医薬品メーカー 従業員数

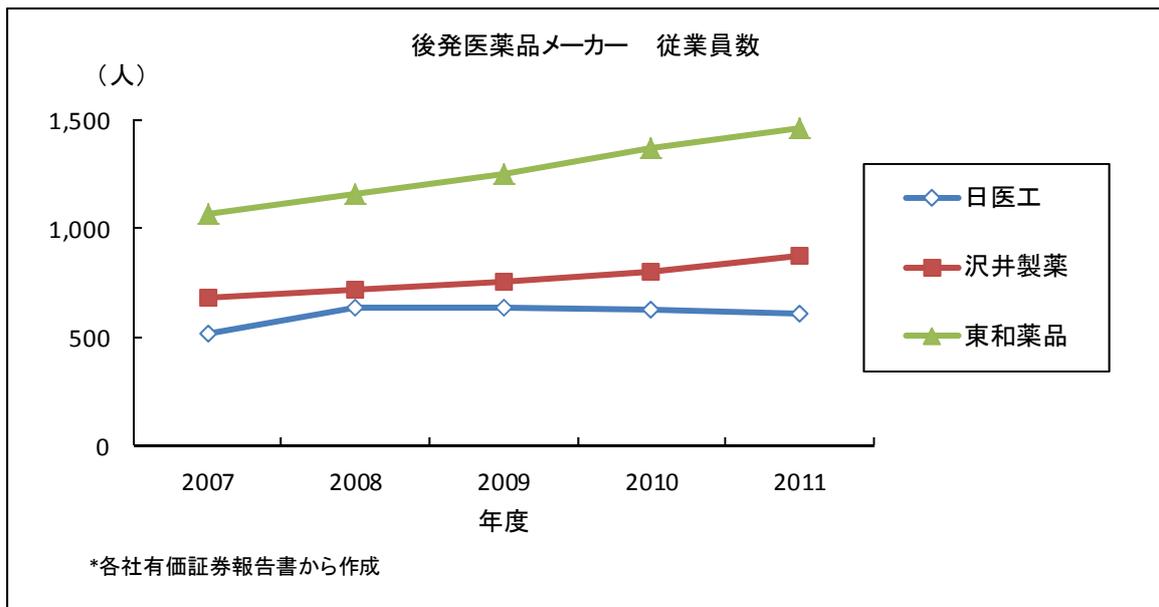
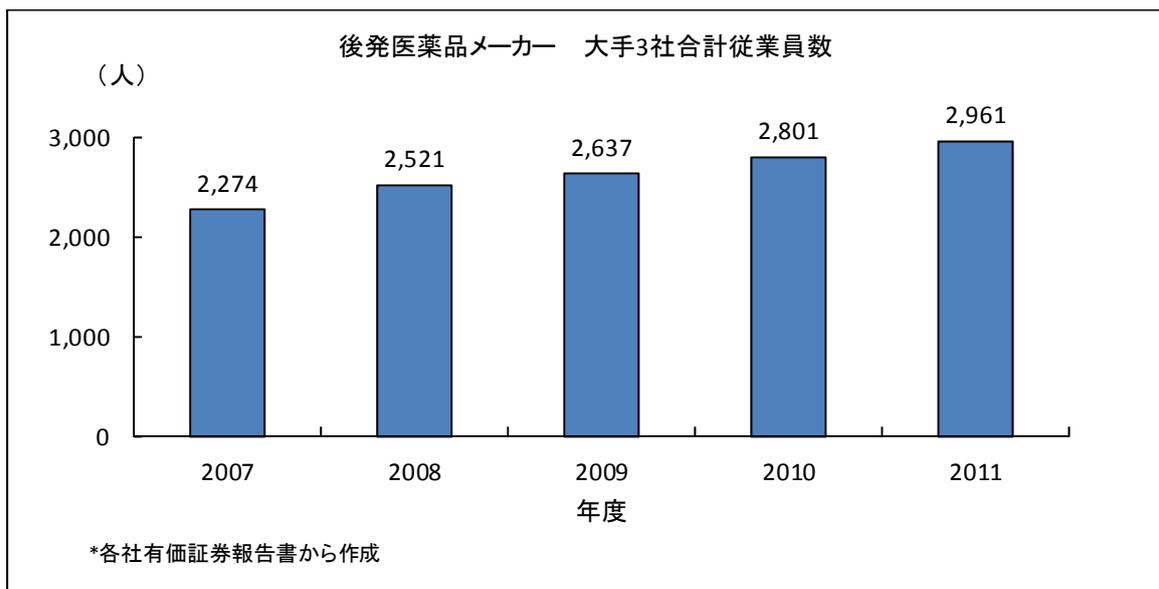
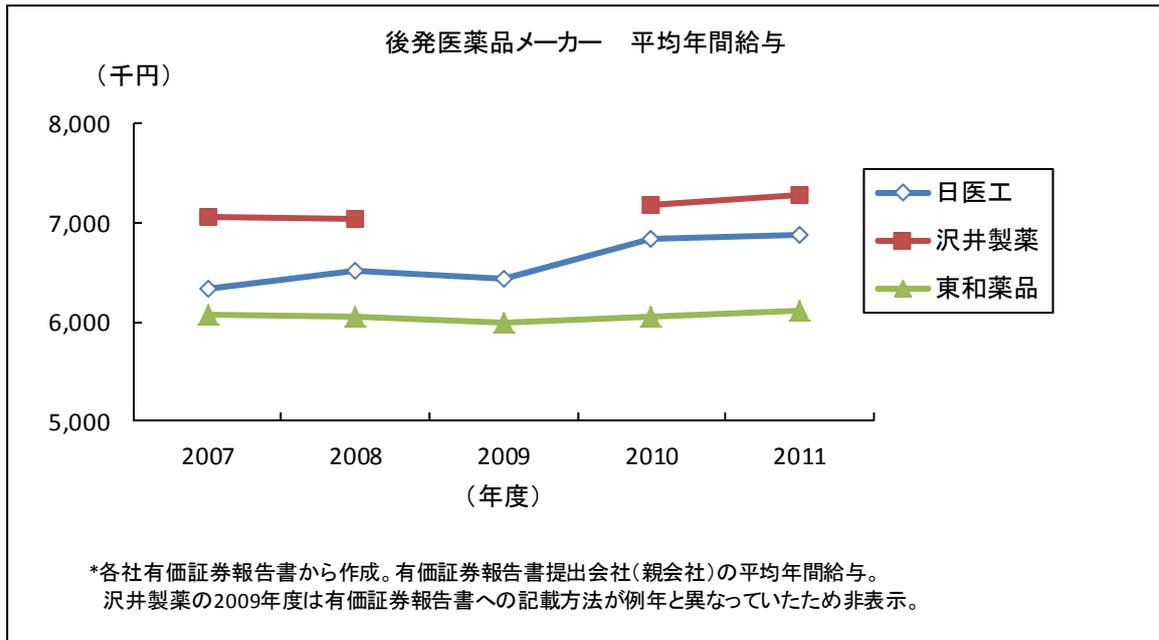


図 4.2.12 後発医薬品メーカー 大手3社合計従業員数



平均年間給与は、日医工では増加傾向が見られたが、東和薬品ではほぼ横ばいであった（図 4.2.13）。

図 4.2.13 後発医薬品メーカー 平均年間給与



5. まとめと考察

- 国は医薬分業や後発医薬品の使用を進めるため診療報酬（医科、調剤）上のインセンティブをつけてきた。国の政策の結果として、調剤薬局や後発医薬品メーカーの経営は明らかに向上し、雇用の拡大にも寄与している。調剤薬局や後発医薬品メーカーは今後の展開にも期待して、先行投資を行っている。
- 一方で、医薬分業や後発医薬品使用促進の成果はあまり明らかではない。
- 医薬分業については、医師と薬剤師とのダブルチェックによる安全性の向上などがメリットとして挙げられているが、十分なエビデンスはない。患者の不利益（費用負担の増加、二度手間）に対する明確な回答もない。
- 医薬分業に加え、長期処方が進むなどして、医師の業務が薬剤師に移りつつある。財源的には通院間隔が開くので再診回数が減り、医科医療費の抑制につながる。しかし、この分は医科の財源になるわけではなく、現状を見る限り、医科医療費が調剤医療費に置き換わっているように見受けられる。
- 後発医薬品の使用促進は、先発医薬品（長期収載品）の薬価低下に一定程度寄与すると見られるが、その一方で高価格の新薬の販売にシフトするためか、薬剤単価は上昇傾向にあり、薬剤費比率は縮小していない。
- 医薬分業も、後発医薬品の使用促進も、その流れを逆向きにすることは困難であるが、厚生労働省は、① 経済的インセンティブ（処方料・処方せん料、後発医薬品の使用に対するもの、長期処方に対するもの）、② 医療費抑制効果、③ 患者への影響（メリット・デメリット）を総合的に検証して政策を再評価し、必要に応じてその見直しを行うべきである。最近、参照価格制度（※）などを導入すべきという意見も浮上しているが、これまでの政策検証プロセスを経ずに、そうした考え方を持ち込むことは問題である。

- 薬価は原価等にもとづいて一定のルールの下に決められているほか、調剤報酬も中医協における公正な議論の下に決められているが、保険薬局や後発医薬品メーカー、さらにその他の関係企業には、公的医療保険の下で医療に参加しているという自覚を持って、それぞれの業績を報告する仕組みを設けることを提案したい。現在、「医療経済実態調査」でも保険薬局の収益および費用を調査しているが、全国展開している大手企業については公的医療保険に係る部分（たとえばドラッグストアの調剤事業、医薬品メーカーの国内事業）を独立させて報告するイメージである。そうすることで国民の納得も得られ、医療費財源が適正に配分されて、ひいては公的医療保険の持続可能性向上にも寄与するのではないかと考える。

※参照価格制度について

医薬品について、薬価を設定するのではなく、公的医療保険から償還（給付）される基準額を設定し、これを超える場合にはすべて患者自己負担とするもの。

1999年1月、厚生省（当時）医療保険福祉審議会制度企画部会が、『薬剤給付のあり方について』をとりまとめ、「薬剤定価・給付基準額制」（いわゆる参照価格制度）を提案したが²⁶、同年4月、自民党医療基本問題調査会・社会部会合同会議がこれを採用しないことを決定した²⁷。

2006年11月、規制改革・民間開放推進会議医療ワーキンググループが、『薬価参照価格制度』の導入を図るべき」としたが²⁸、日本医師会が「薬剤費の抑制という経済的な目的のために、患者にペナルティ（自己負担増）を科す制度は導入すべきではない」²⁹と批判するなどし、規制改革・民間開放推進会議の

²⁶ http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9901/s0107-2_19.html

²⁷ 「平成11年版 厚生白書」, <http://wwwhakucho.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199901/b0069.html>
日本医師会が提案した医薬品現物供給制度、製薬業界および米国が提案をした自由価格制度のいずれも白紙撤回された。「医療保険福祉審議会 第47回制度企画部会議事要旨」1999年4月16日
http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9904/s0416-2_19.html

²⁸ 規制改革・民間開放推進会議「医療 WG 提示資料」2006年11月15日

http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/old/minutes/wg/2006/1115/item_1115_01.pdf

²⁹ 社団法人 日本医師会「規制改革・民間開放推進会議の最終答申に向けて」2006年12月20日

答申には織り込まれなかった³⁰。

2008 年には規制改革会議が「先発医薬品と後発医薬品の保険償還価格を同一価格とする、いわゆる参照価格制度を導入すべきである」³¹と主張したが、厚生労働省は「国民の後発医薬品に対する信頼が十分でない状況で導入することは、単なる患者負担増となり、患者層によっては事実上後発医薬品の使用を強制することにもなりかねないことから、問題が多い」、「ドイツにおいては、参照価格制度の導入により医薬品産業の国際競争力が著しく低下した」と回答している³²。また日本医師会も「現物給付から現金給付への流れをつくるとともに、薬剤費の一部が患者負担となり、支払い能力によって必要な医療を制限されることになる」と反対した³³。

2011 年、提言型事業仕分けで「先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とすることについて検討すべき」³⁴とされた。

2012 年 7 月には、厚生労働省の提言型政策仕分け（省内事業仕分け）において「患者自身がより積極的に後発医薬品を選択する仕組み、例えば、参照価格制度の検討が必要」という提言があった³⁵。しかし、翌 8 月の中医協総会では参照価格制度を当面議論の俎上に載せないことで了解している。

<http://www.med.or.jp/nichikara/kisei/>

³⁰ 規制改革・民間開放推進会議「規制改革・民間開放の推進に関する第 3 次答申」2006 年 12 月 25 日

http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/old/minutes/meeting/2006/10/item_1225_04.pdf

「平成 18 年度 第 10 回 規制改革・民間開放推進会議 会議終了後記者会見録」2006 年 12 月 25 日

http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/old/minutes/meeting/2006/10/interview_1225_01.pdf

³¹ 規制改革会議「中間とりまとめ一年末答申に向けての問題提起」2008 年 7 月 2 日

http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/publication/2008/0702/item080702_05.pdf

³² 「資料 1:後発品の使用促進について（回答）」規制改革会議, 第 9 回医療タスクフォース, 2008 年 10 月 29 日, http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/minutes/wg/2008/1029_02/agenda.html

³³ 社団法人 日本医師会「規制改革会議「中間とりまとめ」について－医療分野－」2008 年 7 月 9 日

http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080709_32.pdf

³⁴ 行政刷新会議「提言型政策仕分け」社会保障：後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策提言

<http://www.cao.go.jp/sasshin/seisaku-shiwake/common/pdf/handout/3a80fb42-5c8a-ca6d-d9e8-4ed5be658a50.pdf>

³⁵ 厚生労働省「提言型政策仕分け」製造段階から患者使用段階までの総合的な後発医薬品使用促進策の実施, http://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/dl/teigen_06_08.pdf