

第5回 薬剤のコスト削減事例からみた改善ポイント

基本的な3ステップ

病院で購入している薬剤の製品数は、病院機能によっても異なりますが、通常の急性期病院で約1,000~1,800種類です。約7割の病院が外来を院外処方に行っているため、基本的には、購買量・購入金額が大きい注射薬（購入金額の80%程度）がコスト削減対象のメインとなります。

ただ、内服薬でも薬価単価が高額な新薬（ハーボニー：1錠54,796.9円〈C型慢性肝炎〉）なども購入量が多い場合には、コスト削減の対象として検討が必要となります。

薬剤のコスト削減を進めていくうえでの基本的なステップは、以下の3つです。

- ①集計・分類ができるように、マスターデータを整備したうえで購買データに反映
- ②目的別に集計・分析を行い、改善すべきターゲットを抽出
- ③医師・薬局長と改善に向けた具体策を検討

①マスター整備

コスト削減を進めていくうえで最も重要となるのが、マスター整備です。病院で購入する薬剤の99%は薬価のついたもののなか

で、標準化されたマスター情報をもとに管理を行うことが可能です。

マスター情報では、薬価・購入価格・製品規格・入り数・薬効分類を必須情報として整備をしたうえで、まずは日々の購買管理をしていくことが、効果的な薬剤コスト削減を進める第一歩となります。インターネットでも薬効分類情報は入手できますが、購入元の薬剤卸業者から、上記のマスター必須情報を含めた月次の購入実績を電子データでもらうようにしていけば、担当者の手を煩わすことなく簡単にデータ整備が進むはずです。

②データの集計・分析

次に、購買データを集計・分析から、現状の薬剤購入実績がどのような状況になっているかを明らかにしていきます。

一番気にかかるのが薬剤の差益（値引率）のはずです。ここで注意すべきは消費税です。病院が薬剤を購入する際は消費税の支払いが伴いますが、治療費請求をする診療報酬にはもともと消費税を含んだ薬価・点数が設定されているため、消費税分は請求できません。そのため、消費税を含めた薬価差益がきちんと確保できているかどうか

図1 卸業者別

卸業者名 メーカー名	ケーエスケー	メディセオ	スズケン	アルフレッサ	合同東邦	総 計
購入金額	2,026,517,210	1,463,914,728	702,168,287	308,585,354	207,190,407	4,708,375,986
割引率	13.6%	15.1%	14.2%	16.9%	21.0%	16.2%
シェア	43.0%	31.1%	14.9%	6.6%	4.4%	100.0%
中外製薬	224,945,277	36,676,414	0	45,061,714	0	306,683,405
セルジーン	0	0	286,304,741	0	0	286,304,741
ギリアド・サイエンシズ	285,486,208	0	0	0	0	285,486,208
アステラス製薬	60,621,533	158,758,895	425,796	0	0	219,806,224
武田薬品工業	0	207,718,179	0	0	0	207,718,179
ノバルティスファーマ	127,997,232	77,384,055	0	0	0	205,381,287
第一三共	172,389,380	25,912,763	0	0	0	198,302,143
日本イーライリリー	0	160,295,711	0	0	0	160,295,711

の把握が必要です。

また、薬剤の購入価格に対しては、いくつもの業者がベンチマーク情報として、他病院の購買実績をもとにした価格情報提供を行っています。弊社でもデータベース情報「NANBO（ナンボ）」で情報提供していますが、薬剤単品ごとの価格比較だけで個々の製品単価引き下げの価格交渉に臨んでも、大きな削減成果は得られません。

データ集計・分析を進めていくうえでは、まずは購入金額が多い順に並べ替えて集計をすることが基本です。購入金額の大きい製品でコスト削減ができれば、全体に対する影響が大きいので、対象とする製品数が少なくても、効率的にコスト削減が進められます。

自治体病院の入札などでは、単品・単価の製品リストを業者に渡して、製品別の価格を入れてもらう形で価格の見直しをしています。しかし、製品別の価格を見ると一見大きな引き下げに見えるものの、購入量を掛け合わせると微々たる金額にしかなら

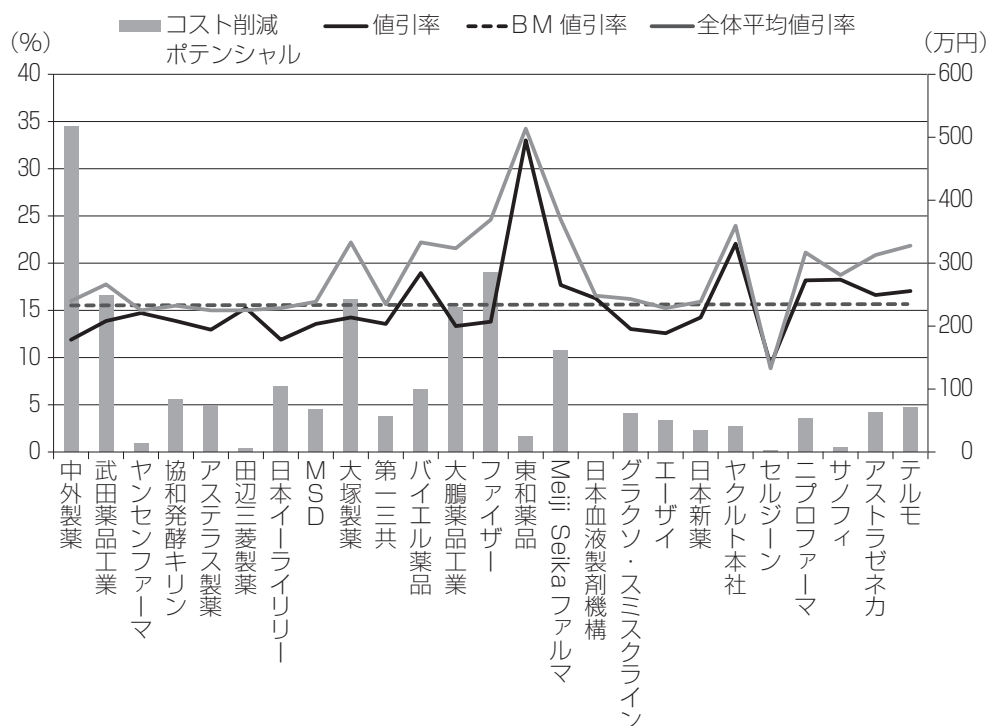
ず、全体では入札前と大して変わらないといった状況がよく見られます。ですから、単価だけではなく、全体の購入金額での把握が必須となります。

さて、データの集計・分析ですが、卸業者別・メーカー別・薬効分類別の3軸で見えていくことで、改善策を模索することができます。先ほど紹介した他病院のベンチマーク情報も含めた集計で対策の検討・交渉をすることは効果的ですが、それがなくても、現状での購買実績からの集計・比較でも対策検討は十分できます。

図1では、卸業者別の購入実績と値引率、シェア、メーカー実績を示しています。左側から購入金額順に卸業者を並べていますが、最も購入金額が高いケーエスケーの値引率が最も高いわけではなく、購入金額の少ない卸業者のほうが高い値引率となっています。

例えば、購入金額が高いケーエスケーが取り扱っているメーカーのうち、現状で値引率を高く出しているアルフレッサに取り

図2 メーカー別



扱いたいメーカーを選んでもらい、現状の値引率よりも引き下げられるように交渉するというように、各卸業者の取り扱いメーカーの帳合を見直しすることで、全体の値引率の改善につなげられます。

また、図2では、メーカー別で購入金額の高い順に左から並べており、値引率、ベンチマーク（BM）値引率（他病院実績との比較）、購入全体での平均値引率、BM比較でのコスト削減ポテンシャルを示しています。BM情報との比較はなくても、全体の平均値引率と各社の値引率を比較し、購入金額が高いメーカーのうち、平均より低いところへの改善見直しを検討する、といったことが対策として考えられます。

図3では、薬効分類別で集計をし、さらにその中で製品別の比較を行っています。

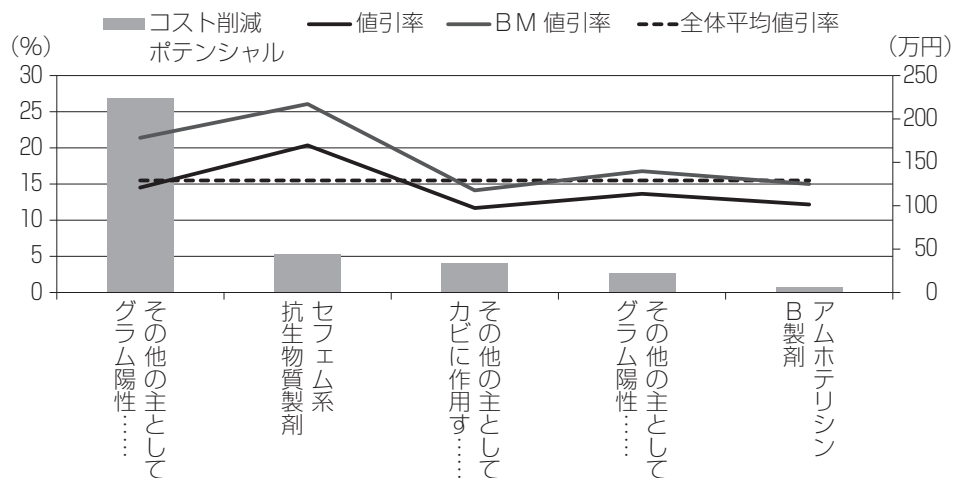
薬効分類別でコスト削減を考える場合、2つの視点が必要となります。

薬効分類で細分化した同種同効品を集計した場合に、同じ効能で8～10種類以上の製品を購入しているケースがあります。これは医師ごとに使用する薬剤が異なるために起こっているのも、同じ薬効であれば、購入金額が安い・値引率が高い3～5種類程度の製品に絞込みを行うことがひとつです。

もうひとつは、同じ薬効であれば、ジェネリック製品への切り替えを行うことの検討も必要です。

これまで薬価差益について触れてきましたが、急性期病院のうち約55%の病床がDPC対象となっているため、こうした病院では、薬価差益の検討だけでは適切な利益

図3 薬効分類・製品別



No.	メーカー名	薬品名	購入単価	購入数	薬価金額 計	購入金額 計	値引率
1	サンド	セフトリアキソンNa静注用1g「サンド」	2,242	732	2,217,960	1,641,144	26.0%
2		セフェム塩酸塩静注用1g「サンド」	4,760	134	786,580	637,840	18.9%
3	ニプロファーマ	セフォチアム塩酸塩静注用1g「NP」	2,803	42	144,480	117,726	18.5%
4		セファゾリンNa注射用1g「NP」	1,180	1,030	1,369,900	1,215,400	11.3%
5		セフメタゾールNa静注用1g「NP」	2,116	420	1,201,200	888,720	26.0%
6	サノフィ	クラフォラン注射用1g	6,109	76	566,200	464,284	18.0%
7	ファイザー	セフトジジム静注用1g「マイラン」	3,656	52	256,880	190,112	26.0%
8		硫酸セフピロム静注用1g「マイラン」	5,831	24	189,120	139,944	26.0%

が確保できません。DPC点数に薬価が基本的には包括されているためです。また、機能評価係数Ⅱの後発医薬品係数でも係数評価がされて（全体使用量の70%以上⇒将来80%以上）、入院収入全体に影響するため、同種同効分類であれば、積極的にジェネリック製品への切り替えを進めていかねばなりません。

さらに、DPC対象でなく出来高の病院ではジェネリック製品への切り替えを検討す

る必要がないかという、そんなこともあります。先発品では高い金額で消費税分を支払うため、キャッシュとして余分な費用の支出が増えてしまうことになります。単純な薬価差益だけではなく、キャッシュフローの健全化も考えると、できる限り無駄な支出を抑えていくことが本質的なコスト削減につながります。

③具体策の検討

集計・分析から出てきた改善項目から実際のコスト削減を実現すべく、具体策の検討と実行を考えねばなりません。

価格交渉は購買部門の事務スタッフが実施しますが、年度末等の交渉時期に集計・分析データや他病院のBM情報を根拠にして、事務スタッフが交渉に臨むだけでは効果的なコスト削減にはつながりません。

実際に薬剤の採用・不採用を決めるのは担当する医師、あるいは薬事委員会をまとめる薬局長などです。いくら事務スタッフがたくさんの根拠データを持って業者と価格交渉をしても、メーカーや卸業者の担当者は、薬剤採用の権限を持つ医師や薬局長のところに赴き、自分たちが有利になるように承認を得よう働き掛けるからです。

ですから、医師・薬局長に協力を依頼し、タッグを組んでメーカー・卸業者への交渉を進める段取りをつけることが必要となります。また、薬事委員会を通じて、病院全体としての取り組みを進めるように働き掛けることも必要です。

業者との交渉の進め方については、1回目は交渉担当の事務スタッフ、2回目は事務長、3回目は院長といった権限のある役職を活用するのもひとつの手段です。

また、メーカー・製品の切り替えを検討している場合には、薬剤の選択権がある医師が、病院に出入りしているメーカーのMRなどに対して、「今、〇〇製品について価格交渉でいい条件が出なかったら、他メーカーに切り替えると事務担当に言われている」

という主旨を伝えてもらうこともひとつの対策です。

こうした協力を医師や薬局長に依頼する際には、その見直しによってどれだけ改善効果があるかを金額ベースで示すことが重要です。薬剤コスト削減の取り組みが購買担当の事務スタッフだけの成果ではなく、医師や薬局長の協力があって成し遂げられたことを管理部門や経営幹部に報告していけば、それが医師・薬局長の評価にもつながり、より協力を得やすい環境につながるので、そうした報告の仕方についても考えていくべきでしょう。

上記の流れで、病院全体として年1回の薬価交渉を行うことを基本にしていくべきです。ただ、新薬が発売された、医師が入れ替わり使用する薬剤の変更があったなどの理由で、期中に製品の見直しがなされるケースもあります。そうした場合、薬剤管理が適切に行われていなければすぐにコストアップになってしまうことがあるので、薬剤管理の徹底はコスト削減には必要です。

まずは、同種同効品について製品の種類を減らすことはあっても、増やすことはないように「一増一減」で製品数を管理することが必要です。また、医師の交代で同種同効品を入れ替えする場合には、値引率・購入価格を比較して、コストアップにならないように管理すべきです。

薬剤のコスト削減を考えるうえでは在庫管理についても考えていかねばなりません。これについては、以降の「コスト管理体制」のなかで触れる予定です。