

博士論文要旨

医薬分業から医薬連携へ

— 医薬分業の制度分析からみた医薬連携の現状と課題 —

2016年1月

滋賀大学大学院経済学研究科

経済経営リスク専攻

氏 名 江口 雅彦

指導教員 北村 裕明

指導教員 荒井 壽夫

指導教員 中野 桂

【研究の背景】

本論文は、1990年代以降日本において急速に進捗した医薬分業制度の現状分析からはじめ、医薬分業制度が現代医療における医学と薬学の連携、つまり「医薬連携」となっているのかを分析したものである。医薬分業とは「医師が患者に処方せんを交付し、薬局の薬剤師がその処方せんに基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担し国民医療の質的向上を図るもの」[厚生労働省(2011)]である。医薬分業制度は、従来からの医薬一体制度が①薬漬け医療を助長している(薬価差益にもとづく多剤投与のインセンティブ)という医療保険財政的リスクの問題、②疾病構造が変化し複数の医療機関を受診している高齢者が増え、飲み合わせ等による副作用が生じる医学的リスクが増しているという2つの大きな要因を解決するという目的から、政府による誘導政策によって進捗した制度である。

本論文は、日本における医薬分業制度の現状を、財政的・医学的リスクの視点から分析することからはじめ、リスク軽減に資する制度であるのかを分析するものである。その分析を通し、日本と同じような医薬一体制度の問題解決に取り組んでいる韓国、台湾の現状を通し、それが日本に与える示唆を検討した。そのうえで、医療の質と効率の両者を高めるため、欧米先進諸国で積極的に導入が進められているEHR(Electronic Health Record)システムが、日本がかかえる医薬分業制度の問題解決にどのような役割を担うのか検討し、今後の医薬分業制度のあり方を示したものである。

【本論文で明らかとする点】

第1点目は、医療保険財政という側面から政策的評価を行ったことである。医薬分業制度への転換は、政府によって強制的に行われたものではなく、あくまで医療機関の任意であり、その誘導のために診療報酬上のインセンティブを与えた。したがって、医薬分業進捗前後の医薬分業に関連する技術料の経時変化をみることで医療保険財政への影響度が明らかとなった。また、医薬分業制度は「かかりつけ薬局」形態による患者薬剤情報の一元管理によって、複数の医療機関から薬剤処方を受けている場合、飲み合わせによる副作用や、重複投与による無駄が削減できるなど、医学的リスクや財政的リスクの軽減に役立つ制度であるとされた。しかし、現状は「門前薬局」形態であり、いずれのリスク軽減も図れていないことが示された。

第2点目は、日本と同じく薬漬け医療との批判から脱却するため、韓国と台湾は医薬一体制度から医薬分業制度に転換した。その現状分析を通し、医薬分業制度がもたらした日本と共通の問題を明らかにした。また、両国ともその解決手段として医療のIT化を推し進め、医療の効率化を図っており、その取り組みを通して日本への幾つかの示唆を提示した。さらに、医療のIT化は世界の趨勢であり、東アジアも例外ではないが、日本はこの分野で立ち遅れている現状も示される。

第3点目は、医療連携に欧米で積極的に導入されているEHRシステムが日本の医薬分業制度の課題と医薬連携にどのような影響をもたらすかを明らかにしたことである。とりわけ、カナダはEHRシステムの便益推計も行われており、EHRシステムへの投資は長期的には医療の効率化をもたらすだけでなく、質の向上ももたらすことが示される。その事例分析を通して、日本においてEHRシステムが導入した場合、医薬連携にどのように資

するシステムであるのか、さらにはカナダのブリティッシュ・コロンビア州の便益推計式をもとに参考値としての便益推計を行った。

【結果】

本研究の結果は、医薬分業率が 32.1%であった 1999（平成 11）年度から、医薬分業率が 70.2%となった 2013（平成 25）年までの 14 年間で、医療機関で発生する投薬に際し必要となる技術料のみでも 1,809 億円増加し、かつ医薬分業の場合は保険薬局で調剤技術料が必要となるがその額も 14 年間で 1 兆 0,081 億円増加していることが判明した（ただし、この間人口高齢化が進んでいることから、自然増によるものも含まれる）。加えて、低下すると考えられていた入院外医療費に占める薬剤料の比率も医薬分業の進捗とは関係なく、大きな変化はみられていない [厚生労働省（各年）、OECD（2014）]。したがって、医療保険財政に与えるリスクが増大したことが示された。一方、「かかりつけ薬局」を基盤とした薬剤の一元管理についても日本の分業形態が「門前薬局」であり機能していないことが明らかとなった。つまり、医薬一体の弊害といわれたものの解決がなされていないことが示された。

次に、韓国・台湾の分析であるが、とりわけ台湾は 1995（平成 7）年に国民皆保険制度が成立してから今日までの 20 年間、政府主導によって計画的に医療制度改革を進めている。医薬分業の問題については、かつての日本と同じような「第 2 薬局」に類似するような問題点をかかえていたが、医療クラウド技術を用いて医療機関と保険薬局の情報共有を可能としたファーマクラウドシステムを 2013（平成 25）年に稼働したことによって、重複投与の削減など使用薬剤が通減し、潜在的にはシステム稼働によって薬剤費が 2～5%削減できると推計され、日本においてもそのシステムの有効性が示された。

最後にカナダの分析から、EHR システムの構築は医薬分業がかかえる様々な問題点①メディケーションエラーにもとづく有害な薬物相互作用、②薬物の乱用、③服薬コンプライアンス、④情報共有を基盤とした連携による生産性の向上、⑤ジェネリック医薬品への切り替えなど様々な部分でその有効性が示された。日本において EHR システムが 100%普及したと仮定し、ブリティッシュ・コロンビア州の推計式を日本にあてはめた場合、得られる便益は年間およそ 4,275 億円から 1 兆 3,525 億円と推計された。EHR システムは医療保険財政だけでなく、医学的リスクを軽減するシステムであることが明らかとなった。

【本論文の構成】

序章：研究の背景と本論文の構成

1 章：日本の医薬分業制度と医薬連携の現状と課題

2 章：東アジアの医薬分業と医薬連携

3 章：医薬分業と生涯健康医療電子記録（EHR：Electronic Health Record）

終章：医薬分業から医薬連携へ