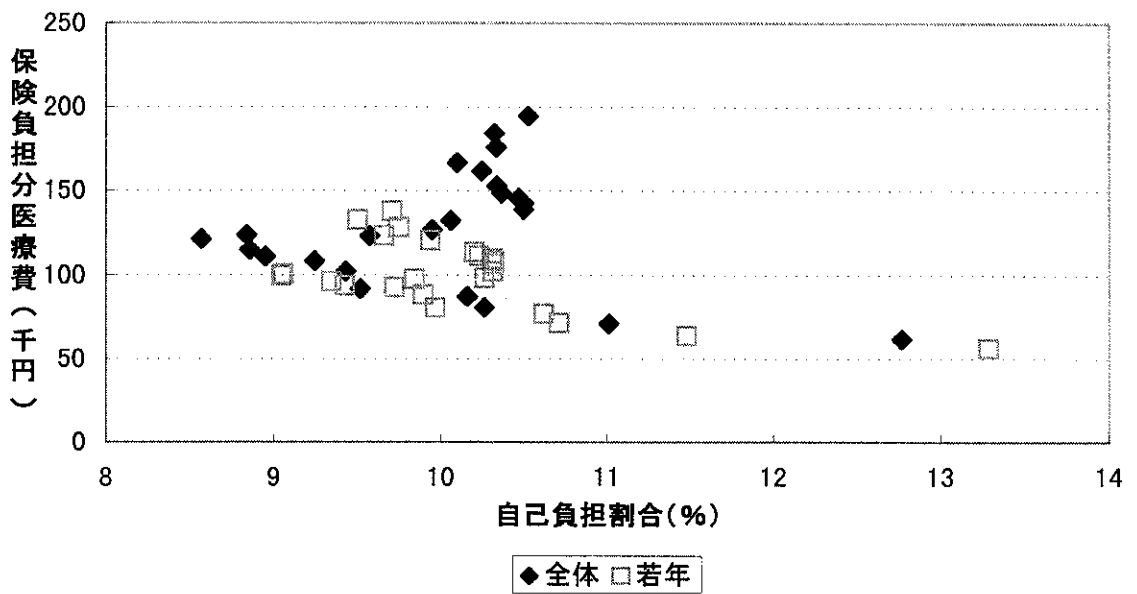
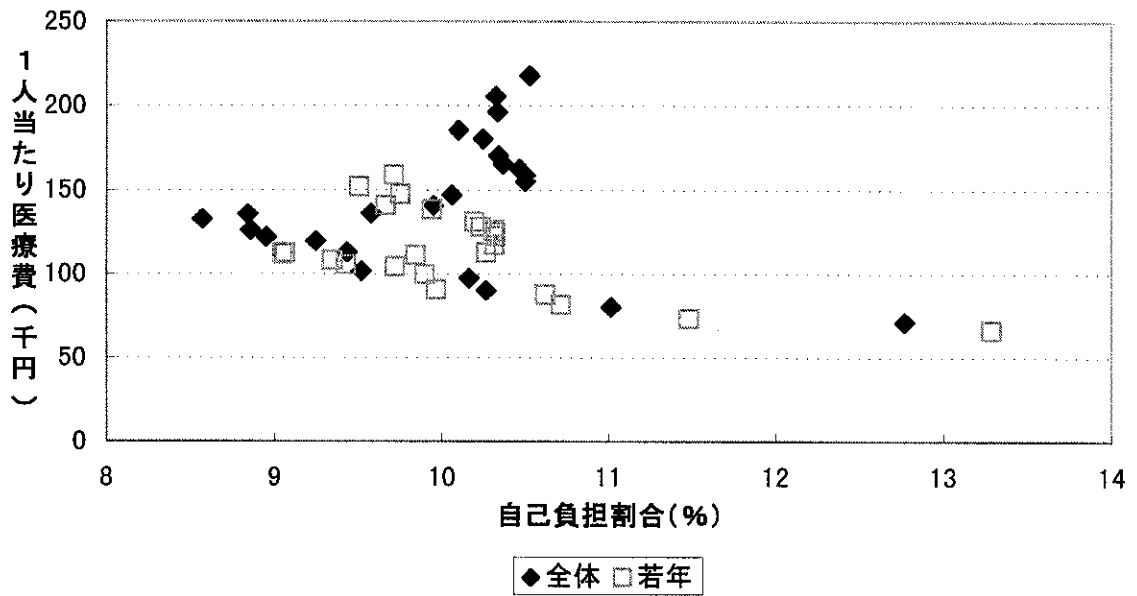


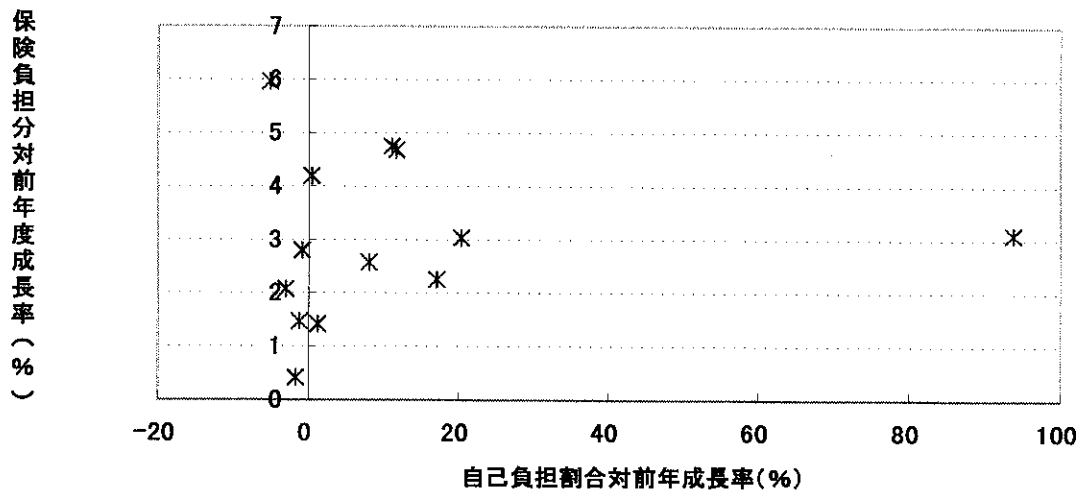
図表 3-5 自己負担割合と医療費の関係：全体（＝老人＋若年）と若年の場合

全体、老人以外



図表 3-6 自己負担割合成長率と医療費成長率の関係：老人の場合

老人

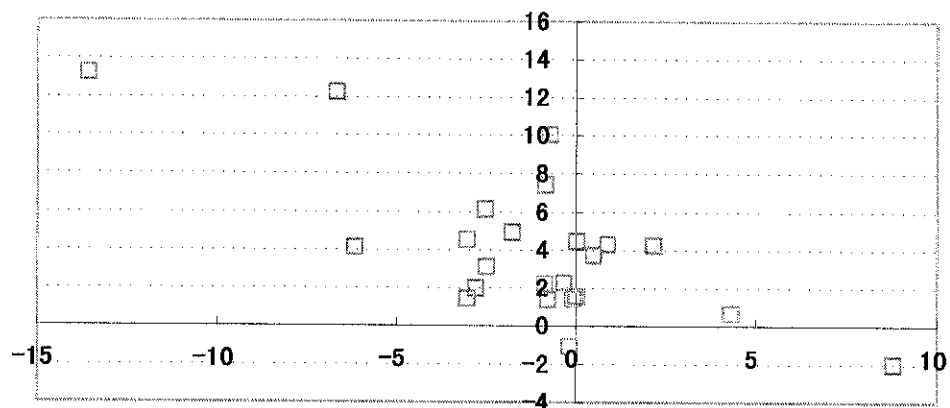


	MO			BO/(MO+BO) %	MO	BO	BO/(MO+BO)
	千円	千円	千円				
1人当たり医療費	自己負担以外	自己負担	自己負担割合				
1973	-	-	-	-	-	-	-
1974	-	-	-	-	-	-	-
1975	-	-	-	-	-	-	-
1976	-	-	-	-	-	-	-
1977	-	-	-	-	-	-	-
1978	-	-	-	-	-	-	-
1979	-	-	-	-	-	-	-
1980	-	-	-	-	-	-	-
1981	-	-	-	-	-	-	-
1982	-	-	-	-	-	-	-
1983	494.42	486.60	7.82	1.58	-	-	-
1984	501.56	493.72	7.84	1.56	1.46	0.19	-1.24
1985	531.02	523.15	7.87	1.48	5.96	0.46	-5.11
1986	548.86	539.07	9.80	1.76	3.04	24.43	20.38
1987	575.71	555.80	19.91	3.46	3.10	103.29	93.81
1988	591.62	571.33	20.29	3.43	2.80	1.87	-0.87
1989	603.24	583.19	20.06	3.33	2.07	-1.12	-3.02
1990	605.38	585.59	19.78	3.27	0.41	-1.36	-1.71
1991	614.20	593.88	20.32	3.31	1.42	2.68	1.21
1992	631.75	607.28	24.47	3.87	2.26	20.45	17.10
1993	650.13	622.93	27.21	4.18	2.58	11.18	8.04
1994	684.32	652.52	31.80	4.65	4.75	16.90	11.06
1995	720.45	683.06	37.39	5.19	4.68	17.57	11.68
1996	750.82	711.70	39.13	5.21	4.19	4.64	0.41

図表 3-7 自己負担割合成長率と医療費成長率の関係：若年の場合

若年

保険負担分対前年度成長率(%)



自己負担割合対前年成長率(%)

	MY		BY	BY/(MY+BY)	MY	BY	BY/(MY+BY)
	千円	千円	千円	%			
	1人当たり医療費	自己負担以外	自己負担	自己負担割合			
1973	113.02	56.5	9.4	13.29	-	-	-
1974	73.20	64.0	9.2	11.48	13.26	-2.64	-13.60
1975	81.50	71.8	9.7	10.71	12.26	4.97	-6.68
1976	87.52	77.2	10.3	10.62	7.41	7.16	-0.86
1977	90.51	80.4	10.1	9.97	4.15	-2.03	-6.16
1978	99.63	88.4	11.2	9.90	10.05	10.26	-0.71
1979	104.42	92.8	11.6	9.72	4.93	3.93	-1.78
1980	105.66	94.2	11.5	9.43	1.46	-1.03	-3.03
1981	108.06	96.3	11.8	9.35	2.23	2.59	-0.86
1982	112.70	100.7	12.0	9.06	4.56	2.11	-3.02
1983	111.87	99.6	12.3	9.05	-1.07	2.04	-0.17
1984	111.04	97.6	13.4	9.84	-1.98	9.27	8.79
1985	112.72	98.3	14.5	10.27	0.66	7.71	4.30
1986	117.10	101.9	15.2	10.32	3.73	4.98	0.49
1987	122.50	106.5	16.0	10.32	4.49	5.41	0.03
1988	124.56	108.1	16.4	10.32	1.55	2.59	0.02
1989	126.45	109.7	16.8	10.31	1.42	2.16	-0.07
1990	128.14	111.2	17.0	10.23	1.38	1.08	-0.78
1991	131.12	113.7	17.4	10.20	2.29	2.55	-0.33
1992	138.63	120.7	17.9	9.94	6.15	3.00	-2.54
1993	141.03	123.1	17.9	9.66	1.98	0.05	-2.79
1994	147.56	128.4	19.1	9.75	4.32	6.77	0.88
1995	151.97	132.4	19.5	9.50	3.12	2.16	-2.50
1996	159.20	138.1	21.1	9.71	4.26	8.14	2.16

図表3-8 結果

被説明変数	M成長率: %	
	若年	老年
推計期間	1974-1996	1984-1996
係数		
(B/ME)成長率: % (t-value)	-0.6448 (-4.5147)	-0.6472 (-2.0310)
定数項 (t-value)	3.21 (5.2954)	1.1936 (1.4160)
Adjusted R ²	0.468	0.056
Log of likelihood	-55.03	-16.21

1人当たり医療費 : ME千円
 自己負担分 : B千円
 自己負担以外部分 : M千円

自己負担割合	% B成長率	% M成長率	千円 Mのレベル
1996年度は実効9.71%			138.1
若 本人負担を20%にした時:	11.4%	-4.2	132.35
年 本人負担を30%にした時:	22.9%	-11.5	122.17
全員の負担を30%にした時	40.0%	-22.6	106.90

自己負担割合	% B成長率	% M成長率	千円 Mのレベル
1996年度は実効5.21%			711.70
老 10%にしたとき:	9.0%	-4.7	678.55
年 20%にしたとき:	45.2%	-28.1	511.90
30%にしたとき:	81.4%	-51.5	345.34

第4章 薬に関する諸問題についての考察

1. はじめに

薬剤費削減ありきを前提に、医療費適正化が叫ばれて久しい。今後の高齢化の進展が顕著にあらわすような人口構成比率や人口総数といった人口的要因の変化や、一人当たり所得及び賃金率といった経済的要因などにより医療費の確実な伸びが予測されている¹。国民皆保険制度の下では、医療費の増加は国家財政の圧迫を意味する。そのため、医療提供に関わる非効率性を極力排除することが急務になっている。しかし、わが国の医療費規模（図表4-1）や脚注1の分析結果などを見ると、医療費高騰の脅威をことさら強調し医療費を強硬に抑えようとする政策が妥当であるのか、またそれが真に国民厚生の上昇に繋がるのかといった疑問が生じる。また医療費、薬剤費に関しては、何がなんでも支出を抑えようとする財政面からの議論が先行し、支出の増加により医療内容がいかにか改善されたのかといった費用対効果についての意識が低い。

医療費の問題は、財政政策の視点からのみ議論出来る問題ではない。まず、国民の意思・選択に基づく”適正かつ必要な医療費”を確保した上で、長期的にみて効率的かどうか等の財政課題を議論すべきである。また、医療サービスの提供次第で国民の健康状態が大きく変化する可能性があるため、患者に対する医療提供の効率性を考える際にも、その影響を十分に考慮しなければならない。さらには、医療サービスそのものが産業として大きな役割を担っていることから、経済主体としての活動が日本経済全体に及ぼす影響なども考慮する必要があるであろう。医療政策を検討する際には、幅広い議論が必要なのである。

以上のような問題意識から、医療政策を反映する診療報酬体系と薬に対する政策との関連、また、薬に関する問題点について検討することにする。

2. 医療政策を反映する診療報酬体系と薬に対する政策との関連

医療費をコントロールする診療報酬体系は医療政策と密接にリンクしている。今後

¹ 福重、佐藤『国民医療費の将来予測について』医療・介護・年金システムが経済活動に与える影響に関する調査研究報告書 別冊、医療経済研究機構 1999年3月。

の医療政策立案の根底には、「医療サービスの質による医療機関間の健全な競争を促進させるためにはどうすればよいか。」という問題意識があり、「社会的入院の是正」、「入院医療（特に急性期）の質向上と外来医療費の削減」が当面のおもな課題になっている。そして、現在の診療報酬改定の中長期的な展望は「医療機関の機能分化」、「医療の質の適正評価」、「医療サービスの効率化」を強化することによって健全な競争環境の整備に必要な前提条件をクリアした上で、入院・外来の慢性期疾患を中心とした報酬の包括化や日帰り手術などを普及させることにある。

薬剤費に関しては、大胆な薬価引下げ政策によって、薬価差解消と薬剤費削減が図られ、削減された薬剤費が、実質上医師の技術料へ移転されてきたと言われており、現行制度下における薬価改定のあり方に問題があると認識されてきた。しかし一方で、製薬産業関係者の間では、医薬品市場の趨勢の決定要因が薬価基準における価格設定もさることながら、むしろ情報開示の進展や、今後具体化してくる DRG/PPS（診断群別包括支払制度）を軸とした診療報酬改革によって規定される量の問題にシフトしてきたとの見方も徐々に強まってきた。それは次のような理由に依っている。つまり、薬価改革はあくまで医薬品の単価に関する規制策であることから、欧州各国の事例からも、医薬品の単価操作による薬剤費適正化政策の限界が見られるように、その財政効果は一過性になる可能性がある。また、包括支払制下では、医薬品固有の給付額は存在せず、薬剤給付基準額などの設定自体が形骸化していく可能性がある。ちなみに、日本製薬工業協会流通適正化委員会の研究報告（1999）の中でも、診療報酬の包括化が薬剤市場へ与える影響について詳細に分析されており、包括化の範囲拡大の影響として、仮に範囲が 10% から 37% へ 27% 拡大した場合に、過去の各種調査による薬剤費減少率（30%～50%）の最低率(30%)を当てはめると、慢性疾患を中心に薬剤費は 8%（ $27\% \times 30\%$ ）減少すると算出している。

このように、薬に対する政策は単独に取り上げることは困難であり、医療政策全体の動向の中で総合的に捉え、患者をはじめ医療機関や医薬品産業に与える影響を踏まえて慎重に議論することが必要である。

3. 薬に関する問題点

日本における、薬に関する問題点についての議論では、(1) 総医療費に占める薬剤費比率、(2) 医薬品の承認プロセス・審査制度、(3) 薬価基準制度、(4) 薬剤使用監

視制度（市販後モニタリング）、(5) 薬剤費患者負担、などが取上げられてきた。図表4-2に各項目の位置づけを示す。

(1) 総医療費に占める薬剤費比率

日本では、欧米諸国と比較し、国民医療費における薬剤費比率が高いことを理由に薬剤費の抑制が容認されてきた。それに対し二木（1995）は、薬剤費比率の高さのみを根拠にして日本の薬剤費が過剰であるとする議論は、以下の理由により危険を含んでいるとしている。

- ・ 図表4-3に1993年の薬剤費に関する推計（イギリスについては1992年の数字）を示すが、日本の薬剤費比率は1970年～1980年代前半に44.8%～29.9%へと激減している²。
- ・ 欧米諸国では入院患者に使用される医薬品費は入院費に含まれる、つまり欧米諸国の薬剤費には入院時の薬剤費は含まれていないので「薬剤費比率」はわが国に比べ低くなる。
- ・ 欧米諸国の医療費の範囲と日本の国民医療費の範囲とは一致しない³。
- ・ 医療文化の相違に起因する診療パターンの違いがある⁴。

以上の点は、単純に薬剤費比率を国際比較しただけで「日本の薬剤費は高い」と結論づけるのには問題が多いことを示唆している。

しかし一方で、川淵（1996）において、特例許可老人病院に導入された包括払い制（入院医療管理料制度）の承認病院では、承認後医薬品の処方品目数、使用量ともに減少している病院が多かったことが実証されている。この事は、出来高払い制中心で

² 厚生省発表の薬剤費比率は1997年（平成9年）で24.9%である。

³ わが国の国民医療費の範囲、水準（特に入院医療費水準）ともに欧米諸国に比べて狭い。欧米の医療費には、日本の医療費の範囲に含まれている項目以外に、歯科自由診療費、個室等の特別料金、分娩費用、介護的費用、一般大衆薬費、予防的医療費（健康診断、人間ドックの費用など）、眼鏡費といったものが医療費の範囲に含まれている。

⁴ 漢方医学の伝統がある日本の医療は、欧米諸国に比べ薬剤使用は多いが手術が少ないという特徴がある。

「技術料」が相対的に低く設定されてきた診療報酬体系の中で、日本の医療機関に「薬剤」に依存した経営体質が醸成され、薬剤が多く使用されていた可能性を示唆している。

(2) 医薬品の承認プロセス、審査制度

日本はアメリカなどと比較して、医薬品の輸入・製造・販売の申請から許可に要する期間が長い。その要因として治験や審査体制の不備が指摘されている。

(3) 薬価基準制度

薬価基準制度に起因した論点としては、①薬価の妥当性、②薬価算定方式、③薬価差、④医薬品流通、などが上げられる。

① 薬価の妥当性

日本の薬価の妥当性については、薬価の国際比較の結果を巡って議論されてきた。医薬品価格を国際比較する目的は、医薬品支出に対する懸念を背景にしており、他の国々の価格を自国の価格が適正であるかどうかの判断基準の1つにすることである。図表4-4に欧米諸外国の薬価の国際比較に対する動向、図表4-5に主な先行研究の概要、図表4-6～図表4-9に先行研究の結果を横断的に比較したものを示すが、調査方法や視点の相違で結果が随分異なっており、一概に日本の薬価は欧米諸外国に比べて一概に高いとも低いとも断言できないことがわかる。F. Anderson (1993) は、薬価の国際比較の限界として、サンプルの選択、比較国間での医薬品の消費実態、採用頻度の差異を調整するためのウエイト付け、価格の比較基準などの違いによりバイアスが伴うことを指摘している。

一方、日本の薬価動向についていくつかの特徴が指摘されている。製薬協、米国製薬協、EBC 共催セミナー「医薬品の国際比較」(1996)では、日本の医薬品価格は、他国と比較して製品のライフサイクルを通じて急速に低下する傾向にあるとしている。また大阪府保険医協会、薬価の国際比較(1995)では、輸入銘柄、最近発売された薬剤、国際的に評価の高くない薬剤、日本で開発された特徴的な医薬品の価格が高い傾向にあり、歴史が古く国際的評価が高い薬剤の価格は安い傾向にあるとし、日本で開発され海外進出している医薬品の中には、日本の薬価より低い国も少なくなく、医薬品評価にまつわる国際的格差も問題であるとしている。

②薬価算定

薬価算定についてはまず、その根拠や検討経過等が公開されていないため、薬価設定プロセスの不透明感が払拭できない状況がある。特に現行制度では、画期的新薬が生み出されても、価格を算定する明確な根拠を持たない（原則的には原価積上げ方式であるが、その算定プロセスは未公開である。）など、画期的新薬や有効性の高い新薬に対する評価が未確立である点が問題になっている。

③薬価差

薬価差（公定薬価基準と実取引価格の差）の発生は、現行制度の最大の問題点として取上げられてきた。では薬価差がなぜ問題視されてきたのかについて、製薬企業、医療機関（医師）それぞれの視点から論点を整理し、つづいて薬価差の現状について検討する。

1) 薬価差が製薬企業のマーケティング、研究開発に与える影響

医療機関（医師）は地域的に独占的立場を取りやすいのに対し、製薬メーカーは多数で競合するケースが多い。そこで現行制度下で発生する薬価差の拡大がマーケティングの1つのポイントになる。結果として薬価低下政策の下では、製薬メーカーは医薬品価格の引下げを余儀なくされる。そこで次の薬価改正における基準薬価の低下を極力回避するために、先発薬の研究開発企業は、新薬を上市させて高薬価を維持し、強力な市場支配力を獲得しようとする。しかし後発薬企業が市場参入してくる。後発薬企業は研究開発投資が不要で合成された原末を利用することが可能なので、取引価格を大きく引下げることが可能であり、後発品に対する薬価基準によって比較的高い収益率が保障されるからである。その結果、価格競争によって取引価格が低下し、先発・後発薬ともに新しい基準薬価が下がる。

そこで、先発薬企業には再び新しい製品を開発する必要性が生じるが、現行制度では類似薬効方式が採用されているため、旧製品の1部を改良すれば、改良部分が評価され、旧製品よりも高い製品を作ることが比較的容易なので、価格競争によって低下した製品の価格を再び高めるためには、画期的新薬の開発よりもむしろ、改良型新薬開発へのインセンティブがより強く働くことになる。この問題については南部（1993、

1997) においても指摘されている。

2) 薬価差が医療機関（医師）の医薬品需要に与える影響

日本製薬工業協会長期ビジョン研究会（1991）は、医療機関の医薬品需要が薬価差の影響を受ける、つまり、医療機関の医薬品需要は、薬価基準（請求価格）や購入薬価（取引価格）によって変動する（具体的には、薬価基準か購入薬価のいずれか片方を固定する場合、薬価基準が高いほど、また、取引価格が低いほど需要量は増大する）ことを指摘している。また医療経済研究機構(1998)では、薬剤費が下がらない原因が医薬品需要の高薬価シフトである可能性が高いと述べている。もし、費用対効果を公正に評価しようとするインセンティブが医療機関（医師）に働きにくく、必ずしも真に画期的でなくても、少しでも改良されれば必ず改良品を選択する方が医療機関（医師）にとって有利になるとすれば、現行制度のあり方に問題がある。

3) 薬価差の現状に関する実証分析

現状の薬価差の現状に関する参考資料として、某大手医薬品卸企業の、1994年（平成6年）～1998年（平成10年）各11月分の取引の中から、高血圧用剤（厚生省薬効別分類コード：2144、2149）、高脂血症用剤（2183、2189）、糖尿病用剤（3961、3962、3969）について経口薬の取引データを用いた分析の結果を一部示す。分析可能な取引件数は、198793件（94年：34257件、95年：38261件、96年：40379件、97年：39298件、98年：46598件）で、分析した品目数は239（高血圧用剤：151品目、高脂血症用剤：54品目、糖尿病用剤：34品目）で、98年4月改訂版薬価基準表に掲載されている高血圧用剤（厚生省薬効別分類コード：2144、2149）の各66.7%、37.6%、高脂血症用剤（2183、2189）の各48.8%、46.8%、糖尿病用剤（3961、3962、3969）の各49.0%、66.7%、88.9%をカバーしている。

使用医薬品データの記述統計量（図表4-10）、疾患別薬価・納入価・薬価差の推移（図表4-11）、薬効別薬価差の推移（図表4-12）を示す。ドラスティックな薬価引下げに伴う薬価差縮小、疾患領域による薬価引下げ度合いの差が見て取れるが、94年～98年に3疾患用薬剤において薬価が大きく引下げられたにも関わらず、取引量でウエイトした薬価平均が増加傾向を示していることは、医療機関が高薬価薬の使用を増加させたことを示唆している。

4) 医薬品流通

医療用医薬品の大部分は、製薬企業から卸を通じて医療機関や保険調剤薬局に納入される。卸の役割としては、商流、物流の効率化など、流通の経済性を高め、全体としての医療費用の低減に貢献すること、適正に医薬品の品質や在庫を管理し、安全かつ安定的に医薬品供給を行うこと、薬価調査への協力により、適正な医療行政の推進を支援することなどが求められている。しかし、医薬品卸業将来ビジョン（1993）では、医薬品流通における卸業の問題として、マーケティングコストの発生や取引契約締結率の低さといった、取引価格の形成、取引条件等の透明性や公平性を損ね、医薬品流通を非効率にしている問題点が指摘されている。

つまり、現行制度下では、医薬品取引価格はメーカーが提示する仕切り価格に卸が自由裁量でマージンを加えて医師に提示するという手続きで設定されるが、最終取引価格は卸と医療機関（医師）との価格交渉で決定される。その際、おもに製薬メーカーのMRを通じたメーカーと医師との関係や卸と医師とのコネクションの程度が重要であるため、MRの情報提供を通じて、メーカーはできるだけ医師との強いコネクションを作ろうとする。このような背景で情報提供を含めた医薬品流通過程において、医薬品購入者を説得するための非効率なコスト要素が発生する可能性がある。

また、医薬品の流通改善の一環として取引関係の合理化・透明化を図るため、支払い項目、返品項目などを明記した文書による取引契約の推進が図られているが、医療機関との契約締結率は30%程度（平成8年調査分で病院35.1%、診療所21.8%、薬局60.3%、合計30.9%）にとどまっている。

(4) 薬剤使用監視制度(モニタリング)

特に現行の副作用モニタリング制度を見直し、さらなる医薬品の安全性、有効性の確保を図る必要があると指摘されている。

(5) 患者負担

平成9年9月に実施された薬剤患者二重負担制度は、同時に施行された老人外来一部負担の改定、被用者保険本人の負担率引上げと共に国民に重ねて負担を課した。患者負担増大が受診を抑制し、患者の早期診断・治療を阻害することへの懸念から、薬剤に特化した保険給付率の削減は診療行為に対する悪影響が指摘されている。

4. 問題の検討

医療費に占める薬剤費比率は、1970年代の約50%から、厚生省発表の1997年度薬剤費比率は24.9%にまで下がっており、薬価の抜本改革の数値目標として当初掲げられてきた「欧米並みの薬剤費比率20%水準」は現行制度の下で既に達成されようとしている。また薬剤費の総医療費増加への寄与率についても、マクロ的な数値を見る限り低下傾向にあり、厚生省統計では1980年～1990年における日本の実質医療費上昇のうち、薬剤の価格上昇や消費の増加に由来するものは5%としており、医療経済研究機構（1998）によれば、医療費増加に対する投薬の寄与率は1990年から94年にはさらに5%以下に下がっている。したがって、薬剤は医療費増加の要因としては、もはやさほど大きく寄与しなくなっており、薬価差や薬剤比率の高さが医療費高騰の最大の原因だと言える時代は過ぎた感がある。

医薬品の承認プロセス、審査制度については、医薬品の有効性・安全性を担保するために、薬剤の審査・承認に対するダブルチェック機能を有する機関の設置を、また治験整備については受託臨床試験実施機関（CRO: Contracted Research Organization）⁵の有効活用などが本格的に検討され始めている。日本の薬価の妥当性については、国家間の価格差異がどうあるのが適切かという点も含め、適正な国際比較の方法の検討や公正な実証分析が今後さらに必要になる。

新薬の薬価算定については、中医協が薬価算定過程を透明化する目的で「薬価算定組織」の2000年10月発足を決定していることに加え、薬価基準への収載回数の増加や2002年を目処に新薬加算拡充なども検討されていることから、製薬企業の研究開発戦略は画期的新薬に向き易くなり、研究開発の効率化へのインセンティブも高まると予想される。また医薬品流通に関しては、平成4年4月の新薬価算定方式による薬価改定時に流通改善が本格的に実施されて以来、仕入れ価格や納入価格は卸売業者の責任で決定されることになった。医療機関からは納入価格の妥当性や価格面以外の卸機能の意義を、またメーカーからは価格決定、顧客管理、債券管理といった、卸本来の機能が問われることになり、卸には流通秩序と効率化への貢献が求められる。

薬剤使用監視(モニタリング)制度については、制度の公正性を保つために第三者機

⁵ 治験といった研究開発の一部分を専門に受託する企業。

関による運営が望ましい。また、患者負担については、2000年7月からの老人医療における薬剤別途負担廃止が決定したが、今後現行の薬価基準制度を始めとする医療政策の議論に際しては、患者薬剤別途負担の問題は常に関連してくることになるだろう。

最後に薬価差の問題について考えてみたい。現行制度では制度の仕組み上必ず薬価差が発生するが、医療機関が医療倫理で許容される範囲において薬価差を最大化しようとするのは経営努力であり、むしろ薬価差を医療機関における「潜在技術料」、「薬の管理費用や損耗コストへの充当資源」と意味づけて捉えた場合、妥当な薬価差は実際の医療供給現場にとっては必要であった。つまり、薬価差に関する問題は、薬価差が存在すること自体ではなく、現行制度が施行されてから現在に至るまでの経緯の中で、薬価差が存在することによって薬価差に依存した経営体質を生み、医療機関が本来の医療サービスや施設アメニティの質によって競争するという風土の醸成や経営効率を改善させる努力をするインセンティブを阻害したこと、薬剤使用の適正さを評価する機能や、使用ガイドラインへの取り組みが遅れ根拠に基づかない漫然とした薬剤の過剰使用や製薬業界と医師との個人的関係によって薬剤選択が行われるといった非効率な医療体質が一部生じたこと、診療報酬設定や薬価算定プロセスが不透明な状態の中で医療機関・製薬業界が薬価差を悪用しているのではないかという疑問が社会に生じたことではないだろうか。

5. 結論

薬に関する問題について考察してきたが、薬に関する政策で最も根本的かつ重要な問題は、医療機関の医薬品需要をいかに適正化するか、つまり、医療現場における薬剤使用適正化をいかに推進していくかであると結論づけたい。薬価差益の縮小、医薬分業の進展、診療報酬包括化の拡大などが予測される中、従来指摘されてきたような、薬価差を追求した薬剤の過剰投与が継続するとはもはや考え難い。しかしながら、新薬の承認、薬価算定およびその後の薬価の推移は、医療機関の医薬品需要、ひいては薬剤費全体に影響を与え続けることは間違いない。

現在の薬価制度改革の議論は、「国民皆保険制度の維持、財政支出の抑制のためには薬価引下げが必須条件である」との前提に立っている。そしてこのまま薬価低下政策を継続させていった場合、2001年には薬価差はほぼ解消される。では2001年度以降、薬価基準が市場価格を下回るような場合、その差額を患者が負担することになる

のであろうか。あるいは薬価が低下した分だけ市場価格も引き下げることが産業構造上可能なのであろうか。

薬価制度改革の前提の背景には、薬価引下げ分が診療報酬改定の最大の財源になっているという現実があるが、今後はこの現実と前述した前提自体に問題があるのではないかという意識を持つことが必要である。また病院施設運営に対する報酬（ホスピタルフィー）が確立していない日本の診療報酬体系においては、適正化によって削減された薬剤費は、薬物治療などの医療の質や効率性向上を推進させるために、薬剤師をはじめとするコ・メディカルに対する技術料へ移転し、医療機関における薬物使用や医療サービスの適正化努力を評価することによって、医療の質と医療施設のアメニティ向上を図るなど、より広い視野に立って政策を検討する必要があるのではないかと考える。

文献

- Anderson,F. (1993) 「Methodological Aspects of International Drug Price Comparisons」『Pharmaco Economics』Vol.4 No.4 pp. 247-256.
- Ikegami,N. et al. (1994) 「Pharmaceutical Prices, Quantities and Innovation comparing Japan with the US.」『Pharmaco Economics』Vol.6 No.5 pp. 424-433.
- 医療経済研究機構 (1998) 『自然増に関する研究』
- 大阪府保険医協会(1994年9月) 『発表資料』
- 大阪府保険医協会 (1995年9月) 『薬価の国際比較—1994年薬価の比較』
- 川渕孝一 (1996年) 「入院医療管理料制度の薬剤に及ぼした影響に関する研究」『医療と社会』Vol.6、No.3 pp. 47-81.
- 厚生省(1998) 『保険局医療課編：薬価基準制度—その全容と重要通知 1998年度版』
- 厚生省薬務局監修(1993)：『医薬品卸業将来ビジョン—多彩な保健医療サービス・コーディネーターを目指して—』薬業時報社
- 製薬協、米国製薬協、EBC 共催セミナー「医療政策と医薬品の進歩」で講演された「医薬品の国際比較」講演記録 (1996年5月)
- 中医協 (1994年12月) 『提出資料』
- 南部鶴彦 (1997) 「医薬品の産業組織；薬価規制の経済的効果」『医療と社会』Vol.7

No.1 pp. 3-15.

南部 鶴彦 (1993) 「わが国医薬品産業の特質 (規制と競争のメカニズム)」『季刊 社会保障研究』 Vol.28、No.4 pp. 405-414.

二木 立 (1995) 『日本の医療費～国際比較の視角から～』医学書院.

日本製薬団体連合会 保険薬価研究委員会 (1995 年 1 月) 『先進諸国の薬剤給付制度・薬価制度－海外調査団報告書』

日本製薬工業協会流通適正化委員会 (1999 年 5 月) 『診療報酬体系見直しに伴う包括払いの拡大について－中間報告－』

日薬連 保険薬価研究会 (1992) 『研究報告資料』

日本製薬工業協会長期ビジョン研究会 (1991) 『薬価基準制度に関する経済分析』

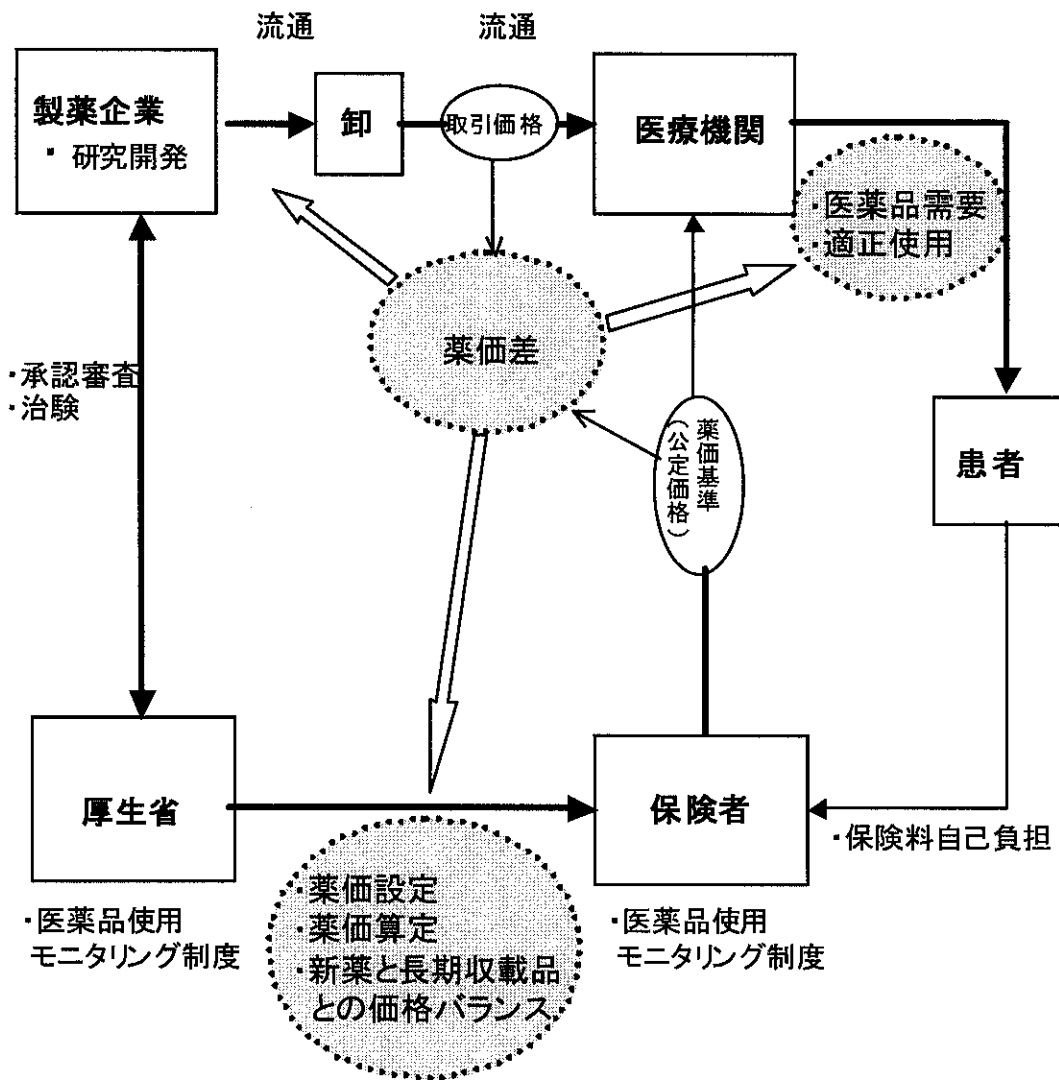
図表4-1 OECD諸国の医療費の状況(1997)

国名	1人当たりの医療費		医療費の対GDP比	
	順位	金額(円)	順位	比率(%)
アメリカ	1	491,741	1	14.0
スイス	2	430,904	3	10.2
ドイツ	3	321,856	2	10.4
ルクセンブルク	4	313,680	20	7.1
ノルウェー	5	297,209	16	7.4
日本	6	294,924	18	7.3
デンマーク	7	287,470	12	7.7
フランス	8	282,300	4	9.9
スウェーデン	9	267,512	6	8.6
アイスランド	10	266,550	10	8.0

(注) 1. 本表各項目の順位は、OECD加入国間におけるもの。

2. 現地通貨で発表されている統計数値を1997年の年間平均為替レートで換算したもの
(出所: OECD HEALTH DATA '98)

図表4-2. 薬事問題の所在



図表4-3 1993年の薬剤費に関する推計(イギリスについては1992年の数字)

	フランス	ドイツ	イギリス	アメリカ	日本
医療費に占める割合					
外来薬剤費	17.1%	14.4%	14.8%	7.4%	22.3%
入院薬剤費	2.8%	2.7%	1.6%	3.9%	7.2%
合計	19.9%	17.1%	16.4%	11.3%	29.5%
外来医療費中の薬剤費比率	44.6%	44.1%	41.6%	—	47.2%
入院医療費中の薬剤費比率	5.7%	7.9%	2.8%	—	15.0%

出所:厚生省(保険局医療課:薬価基準制度その全容と重要通知-1998年度版)

図表4-6 過去に実施された薬価の国際比較一覧

文庫番号	文庫1	文庫2	文庫3	文庫4	文庫5
資料名	中医薬(H612/16) 提出資料	日薬連 保険薬価研究会 研究報告資料	大阪府保険医協会 発表資料	大阪府保険医協会 発表資料	池上直己 Pharmacoeconomics (6)424-433,1994 1989年度分
調査年	1982年度分	1982年度分	1983年度分	1984年度分	1989年度分
調査対象	調査されている32品目は 文献(2)と同一(但し、1品目 規格が違っていた。)	民間調査機関データの 世界上位75品目から、日本と 同一成分・規格が存在した 上位34品目 ・85年から88年までの薬価推移	薬事ハンドブック'84掲載の日本 における83年度推定市場規模 100種以上の上位30品目	薬事ハンドブック'85掲載の日本 における84年度推定市場規模 110種以上の上位82品目 ・WHO必須医薬品リストから無作為 抽出した37品目 ・84年1年間に承認された新成分 医薬品37品目	アメリカと日本両国で共通の 売上上位10品目
方法	購買力平価・為替レート	購買力平価・為替レート	内外価格差	内外価格差	
為替レート(円)			(購買力平価を為替レート)	(購買力平価を為替レート)	138
アメリカ(1\$)	127	127	112.21	103.20	
イギリス(1£)	224	224	171.04	160.53	
フランス(1フラン)	23.0	24	20.08	18.66	
ドイツ(1マルク)	81.1	81	68.08	63.77	
購買力平価(円)					196
アメリカ(1\$)	167	202			
イギリス(1£)	250	331			
フランス(1フラン)	27.3	31			
ドイツ(1マルク)	87.7	90			
出典					
日本	RED BOOK×1.44	RED BOOK×1.44	保険薬事典	保険薬事典	保険薬事典
アメリカ	NIMS×1.33	NIMS×1.33	RED BOOK	RED BOOK	RED BOOK
イギリス	VIDAL	VIDAL	MIMS, BNF	MIMS, BNF	
フランス	Rate Liste	Rate Liste	VIDAL	VIDAL	
ドイツ	Rate Liste	Rate Liste	Rate Liste	Rate Liste	
注意	NIMSを削減額としている	NIMSを削減額としている	NIMSを小売(患者)価格と している	NIMSを小売(患者)価格と している	
購買力平価の 算術平均		100		結果(上位82品目の薬価比) 日本の薬価の各国との比(算術平均) 合計/87年以前承認/88年以降	
日本		283.81		1.49 / 1.28 / 1.83	
アメリカ		110.73		3.25 / 3.08 / 3.50	
イギリス		94.14		3.22 / 3.12 / 3.50	
フランス		184.49		1.85 / 1.54 / 1.85	
ドイツ					
為替レートの 算術平均		100	(輸入品目)【日本の開発品目】 100 (100) (100)	結果(上位82品目の薬価比) 日本の薬価の各国との比(算術平均) 合計/87年以前承認/88年以降/84年承認	
日本		180.96	84.94 (58.17) (106.30)	1.14 / 0.97 / 1.59 / 2.18	
アメリカ		81.85	34.01 (26.40) (64.84)	2.08 / 2.45 / 2.90 / 4.12	
イギリス		73.85	30.23 (31.44) (63.89)	2.85 / 2.55 / 3.02 / 4.02	
フランス		155.21	88.44 (61.70) (106.50)	1.39 / 1.28 / 1.87 / 2.92	
ドイツ				結果(上位62品目の薬価比) 日本の薬価の各国との比(相対薬価比) 日本の市場規模で重み付けた薬価比 合計/87年以前承認/88年以降	
日本				0.92 / 0.78 / 1.31	
アメリカ				2.21 / 1.98 / 2.83	
イギリス				2.24 / 2.05 / 2.85	
フランス				1.17 / 1.05 / 1.55	
ドイツ					
考察(薬価推移)					
日本		個々の価格は毎年下落 個々の価格は毎年上昇 傾向			
アメリカ		品目によって上昇下降 品目によって上昇下降			
イギリス					
フランス					
ドイツ					
日本の薬価 に対する結論	文庫②とほぼ同様の結論が 導かれると思われる。	購買力平価による比較では、 日本より高いのは、アメリカ、 イギリス、ドイツ。 為替レートによる比較では 日本より高いのは、アメリカ、 ドイツ。 日本の医薬品価格では日本より 安いものもあれば安いものもあり 日本の薬価が諸外国と比べて 一概に高いとはいえない。	歴史が古く、国際的評価が高い薬剤 の価格はドイツ、アメリカより安い 最近発表された薬剤や、国際的に 評価の高い薬剤の価格が非常に 高く設定されている。 これがイギリス、フランスの約3倍 高くなる傾向の約1倍という結果 となった原因と考えられる。	歴史が古く国際的評価が高い薬剤 の価格はドイツ、アメリカより安い が、新薬が積極的に高い傾向がある。 ・WHO必須医薬品をジェネリック薬 (数安価薬)で比較した場合アメリカ がイギリス、フランスより高かった。 ・84年承認新薬の薬価は、最近6年 間の平均薬価よりさらに高かった。	個々の薬剤によって 差はあるが、アメリカの薬価 は日本の1.2~0.8倍高い。
主張		医薬品価格が適正に比較され ても、医療に投入された一トータル に対する成果がどうかであるのか 分析しないと、高低の判断はで きない。 今後は医薬品価格や薬剤比率 の高低を議論するのではなく、 適正な医薬品の消費をそれぞれ に対する医薬品価格についての 議論が必要。			
指摘された 問題点		大阪府保険医協会から志記の 文庫内容への疑問(46.6頁) 1. 物価水準の国際比較に際し 統計条件が用いている「内外価格 差」の計算に準拠した。 2. 日本の推定市場の上位48 品目中、17品目は国際比較が 不可能であり、その殆どは86年 以降に承認され、薬価的にも 高価であったこと、さらに品目 を100~200にすると、相対的 に低薬価の薬剤が多く含まれ 薬価を反映しなくなることを念頭 し、あえて高品目を増やせば、 市場規模の15%を占める 品目での比較を実施した。 3. 同一成分以外の同効薬に の比較では一日用量による比較 が必要であるが、同一薬剤に ついては、同一規格の薬剤間 の比較でよい。日本の薬価設定 過程において、同種同効薬との 比較で一日用量での治療価 は反映されているから、既に1日 用量を織り込み済みで算定され ている規格当たり薬価で比較 すればよい。 4. 薬局マージンを考慮せず、 新仕切価格で打ち出されている 価格(15%)を日本の薬価から 引いたものを日本の平均卸売 価格とし、アメリカの平均卸売 価格と比較することにした。	日本製薬団体連合会保険薬価研 究会からの指摘内容(46.23頁) 1. 為替レート換算より、購買力平 価による換算をすべき。 2. 十分な比較対象品目の選定と 加重平均を確保すること。 共通のスケールとして100~200品目 は確保し、売上加重を考慮した 「数量加重平均」によって国際比較 することが望ましい。 3. 一日用量によって比較すべき。 医薬品の一日治療価は同一である との観点から、同規格、同用量に よる単純比較ではなく、一日用量による 比較が望ましい。 4. その他技術的問題点 ・諸外国の包装当り単価を最大 包装を用いて算出しているが、通常 は販売数量による加重平均を用いる ・アメリカのAWP(平均卸売価格)と 日本の薬価×0.8で比較しているが、 アメリカではAWPを100とした場合の 「平均的薬価加重価格」は144。 以上の修正方法の違いにより、結果 は異なるかと推察される。 5. 国際比較の方法論の確立 結果が異なる原因として ・薬価制度、医薬品の価格構成、 流通制度、税制(付加価値税)などが 異なる。 ・同一成分の医薬品であっても、 用法・用量、効能・効果異なる。 ・規格単位、包装単位が共通でない。 ・為替変動に対応できない。		