

傾向を示す<sup>11</sup>。第2は、同じ循環器官用薬においても、その下位分類においては生産金額の成長において際立った違いがあることである。すなわち冠血管拡張剤、血圧降下剤、高脂血症治療剤はいずれも1980年代急成長を遂げ、生産額において大きな市場となった。これに対して不整脈治療剤、強心剤等は市場規模は停滞している。個別医薬品による需要量の成長は大きく異なる。このような相違は実証分析において、薬価、納入価格が需要量とどのように関係するかを検討するとき格好のデータを提供する。

推定に使用した循環器官用薬の個別データは次のとおりである。医薬品の納入価格については公開性、再現性が確保されるという観点から『国際医薬品情報』の「医薬品現金卸状況」に記載されたデータを使用する。医薬品現金卸とは、余剰医薬品を取引するもので、市場の需給条件を密接に反映し、その下限の値を反映していると考えられる。同誌は東京都千代田区神田町近辺に立地する現金卸の価格データを調査して、代表的医薬品についてその価格を掲載している。その中から、毎年6月から7月に調査したデータを当該年の納入価格であると仮定して使用した。医薬品の売上額については『医薬品企業の実態と中期展望』（各年）の「主要薬効別製品売上ランキング」を利用して、各医薬品の暦年の売上額を収集した。このデータは各医薬品企業の新聞報道用データあるいは各医薬品企業に対する聞き取り調査を中心に収集されたものである。各薬効別に医薬品を分類して、売上額上位の医薬品について暦年で記載しているが、売上額が低下した医薬品は掲載がなくなる。このため個別の医薬品について時系列で長期にわたる売上額データは存在しない。そこでこの研究では循環器官用薬のうち、各年の売上額が10億円を超えるものの中から、薬価、納入価格さらに競争製品の薬価比率のデータが4年以上にわたって連続して入手可能な医薬品をサンプルとして使用した。この結果、39の循環器官用薬をサンプル対象とした。本研究におけるデータの開始時、終了時は医薬品によって異なるため、医薬品数  $H=39$ 、期間数は1985-1999年を最長期間とする  $T=15$  の Unbalanced Panel Data となり合計299サンプルとなった。

薬価については各医薬品の剤型、規格、用量ごとに保険点数が発表されており、それらを包括的に記載した資料として『薬価基準点数早見表』がある。医薬品は剤型、規格、用量によって薬価に相違があるため、これを一つの薬価で代表させる必要がある。そこで、第1に「国際医薬品情報」の医薬品現金卸市況に報告された剤型、規格、用量、第2に水島・宮本『今日の治療薬』に記載された1日の最小用量によって、患者1人、1日あたりの単位を設定し、その「薬価基準点数」によって薬価を換算した。この薬価と納入価格の価格情報はその名目値と各年の「GDPデフレーター(国民総支出)」を使って実質化した。GDPデフレーターは経済企画庁「国民所得計算」からとった。

医薬品の需要量は次のように計算する。異なる医薬品を標準的用量によって、患者1人の1日の用量を定義し、これを単位とする薬価と納入価格を表示する。さらに各医薬品の

<sup>11</sup> 厚生省、2001年『薬事工業生産動態統計調査』

売上額をこの納入価格で除して、患者数と日数の積(人日: patient days)によって医薬品の数量を表示する。しかし、このような価格、数量指標は同一の医薬品の時系列変化を表示するには適切であっても、異なる医薬品の価格差や数量の相違を必ずしも適切には表わさない。例えば慢性疾患用の医薬品の数量は急性疾患用に比較して当然に大きく表示される。このように医薬品の間で単位の問題があるときには、各医薬品の数量と価格データを用いて、(2)式を利用した推定はできない。しかし、ここで推計する式は数量と価格指標がいずれも変化率によって表示されているため、各医薬品の薬価、納入価格、数量の単位が異なる場合であっても、変化率としては単位が等しくなり、推定することが可能である。また医薬品の個別属性のうち、「発売後年数」は「主要薬効別製品売上ランキング」に記載された発売年をゼロ年として、その経過年数を使用する。比較医薬品はサンプル期間が長いカプトリルとした。

## 7. 推定結果

### a. 薬価弾力性と納入価格弾力性

表6は(10)式の推定結果を要約している。Model 1では当該製品の薬価、納入価格、競争製品の薬価、納入価格を説明変数とした。薬価に対する係数は0.81、納入価格に対する係数は-1.13であり、それぞれ5%、1%で有意であった。これは当該製品需要の薬価弾力性が0.81、納入価格の弾力性が-1.13であることを意味した。とりわけ、医薬品の納入価格に対する弾力性の絶対値は1を上回り、表4の予備的推定結果とは異なり、予想に反して弾力的である。これは納入価格を低下させ、その低下率を上回る需要量増加率を実現することができるため、売上額を増加させることが可能である。医薬品では納入価格低下競争が激しいが、これまで医薬品需要は納入価格に対して非弾力的であると想定されていたため、なぜ医薬品企業が納入価格低下競争を行うのかが説明できなかった。しかし、実際にはそれが弾力的であることが示された。これらの推定結果は、医師が薬価差収入を獲得すべく、薬価の大きい医薬品を処方し、また、納入価格の低い医薬品の処方を行う傾向があるということを示唆する。他方、比較製品であるカプトリルの薬価弾力性は、納入価格弾力性はそれぞれの係数の符号を逆にした0.86、-1.24である。他の循環器官用薬と類似の推定値であるが、納入価格弾力性の係数は大きい。

Model 2ではデータを当該医薬品の発売後経過年数が12年を超える「旧医薬品」、Model 3は経過年数が12年未満の「新医薬品」を区別して推定した。薬価制度改革の議論で明らかになったように「旧医薬品」と「新医薬品」とを区別して薬価規制を行おうとする提案がなされている。その背景には両者の需要の決定要因が異なるという解釈があるはずである。その違いは存在するであろうか。Model 2は、旧医薬品の当該医薬品は薬価には反応せず、納入価格に反応することを明らかにしている。他方、Model 3は新医薬品は薬価、納入価格双方に反応することを明らかにしている。その薬価の係数は1.593と大きく、薬価低下政策によって、新医薬品の需要量は減少する。すなわち医師は新医薬品に関

しては薬価の高い医薬品の方を処方している可能性がある。これに対して旧医薬品の需要は薬価低下に影響を受けない。納入価格弾力性は、旧医薬品が $-1.20$ 、新医薬品が $-1.10$ であり、旧医薬品の方が、納入価格に対してやや弾力的である。すなわち納入価格低下による需要量拡大の効果は新医薬品よりも旧医薬品の方が大きい。このように旧医薬品と新医薬品とでは需要の決定要因が異なることが明らかにされた。

次に発売後経過年数ではなく、当該製品のジェネリック製品との価格競争の有無によってサンプルを2分した。Model 4ではジェネリック製品の薬価が当該医薬品薬価の薬価の0.95未満であるサンプルであり、これを「ジェネリック競争有り」と表示する。また、同じ比率が0.95以上を「ジェネリック競争無し」と表示する。この基準はジェネリック製品が発売され、しかもその薬価が先発品の95%未満となったときに先発品とジェネリック製品との競争が生じたとする基準である。その推定結果は旧医薬品と新医薬品の相違がより明確になった。すなわちでは「ジェネリック競争有り」の医薬品の納入価格弾力性は $-1.29$ であるのに対して、「ジェネリック競争無し」の医薬品では $-0.99$ と非弾力的である。さらに薬価に対する弾力性も1.98と大きくなった。すなわち、ジェネリック競争の無い医薬品は1%の薬価低下によって需要量が2%低下するのに対して、その傾向を相殺すべく納入価格を低下させても、それに対する弾力性は $-1.0$ であり、納入価格競争によって売上額を伸ばすことは困難である。

以上の推定によっていくつかの点が明らかになった。第1は、薬価と納入価格の影響はその絶対値の大きさが違っているという点であった。すなわち対称性が成り立たない。既存の実証研究の多くは、需要量の説明要因として薬価差を用いて、薬価と納入価格の影響を区別していないが、これは推定方法として誤っていることになる。第2に、薬価低下政策は医薬品全体について同じ効果を持たないという点である。医薬品を区別すると「旧医薬品」、「ジェネリック競争有り」の医薬品については薬価の影響が見られない。これに対して「新医薬品」、「ジェネリック競争無し」の医薬品については、薬価弾力性が正の値をとる。したがって薬価低下政策によって需要が低下する。さらに納入価格に対しては旧医薬品やジェネリック競争有りの医薬品よりも新医薬品やジェネリック競争の無い医薬品は納入価格に対して非弾力的である。これらの医薬品では納入価格低下による売上額の減少を、需要量の増加による売上額増加では相殺できない。したがってこのような医薬品では納入価格低下競争を回避すると予想される。しかし、実際にはジェネリック競争の無い医薬品でも納入価格が同様に低下している。その理由は別途明らかにすべき課題である。

## ——表6 推定結果II

### b. 個別効果

需要の決定要因として価格変数以外には医薬品の属性に基づく個別効果がある。これは個別医薬品の薬効、副作用、用法、市場導入時期、ブランド等のように個別医薬品毎に異

なる属性である。ここでは(11)式を利用して、個別効果を推定する。これは現実の需要量変化率の平均値と、モデルで説明される需要量変化率の平均値との差を個別効果と定義する。すなわち個別医薬品の薬価、納入価格によっては説明される需要量変化率を「価格効果」、説明されない残差を「個別効果」と呼ぶ。

$$\text{医薬品需要量変化率(年率)} = \text{医薬品の価格効果(年率)} + \text{個別効果(年率)}$$

実際には当該製品と比較製品の差を推定しているため、(11)式は当該製品と比較製品の需要量変化率の差である相対需要量変化率を表している。この式を言葉で表現すると次のようになる。

相対需要量変化率(年率)

$$\begin{aligned} &= \text{当該医薬品の需要量変化率(年率)} - \text{比較製品の需要量変化率(年率)} \\ &= \{ \text{当該医薬品の価格効果(年率)} - \text{比較医薬品の価格効果(年率)} \} \\ &+ \{ \text{当該製品の個別効果(年率)} - \text{比較医薬品の個別効果(年率)} \} \end{aligned}$$

上記の第1の中括弧の当該医薬品の価格効果と比較医薬品の価格効果の差を「相対価格効果」とする。また、第2の中括弧は当該医薬品の個別効果と比較医薬品の個別効果の差を「相対個別効果」とする。ここで Model 4, 5 のジェネリック競争の有無を区別した推定結果を利用して、当該製品の個別効果と比較製品の個別効果の差である相対個別効果を推定した。上の式はさらに次のように変形される。

当該医薬品の需要量変化率(年率)

$$\begin{aligned} &= \text{比較製品の需要量変化率(年率)} - \text{比較医薬品の価格効果(年率)} \\ &+ \text{当該医薬品の価格効果(年率)} \\ &+ \text{相対個別効果(年率)} \end{aligned}$$

図3では、この式の中の当該医薬品の需要量変化率と価格効果(自己価格効果)、相対個別効果の3項を示した。上半分のリポバスまでがジェネリック競争の無い医薬品であり、下半分がジェネリック競争の有る医薬品である。上述した推定式の特定化では医薬品毎の個別効果は推定できないが、その差である相対個別効果は推定できる。個別効果は医薬品毎に一定であるから、相対個別効果の大きさは個別の医薬品の個別効果の大小を示す。ジェネリック競争の無い医薬品は、正の相対個別効果が大きく、同時に負の自己価格効果も大きい。正の相対個別効果の大きな医薬品はリポバス(43%)、カルデナリン(41%)、メパロチン(37%)、カルストット(35%)、シグマート(29%)、ニバシール(29%)、パイロテンシン(28%)等である。これらの医薬品の年率の需要増加率も大きい。しかし、自己価格効果は

負の値であり、正の相対個別効果を相殺するように作用している。これは薬価低下が需要量を減少させるためである。他方、相対個別効果の小さい医薬品の例として、ロレルコ(-14%)、トランデート(-8%)、カルビスケン(-7%)等がある。ジェネリック競争の有る医薬品の相対個別効果はジェネリック競争の無い医薬品よりも平均すると小さい傾向が示される。

—図3 需要の変動要因

c. ジェネリック製品との競争

医薬品の製品間の競争は、第1に類似薬効の先発品相互間の競争があり、第2に特許終了後の先発品とジェネリック製品との間の競争がある。特許期間が終了し、市場規模が大きい医薬品の多くにはジェネリック製品が新規参入する。ジェネリック製品は先発品と同一の成分でありながら、先発品よりも低価格なため、アメリカ合衆国市場などでは後発品が大きな市場シェアを占める。ところが日本市場では後発品は大きな市場占有率を持つに至っていない。それでは日本におけるジェネリック製品の参入は先発品の需要量と価格の関係にどのように影響するであろうか。図4のようにジェネリック競争の無い医薬品は発売後経過年数が10年になるまで、需要量が減少している。ところがジェネリック競争の有る医薬品の需要量は発売後経過年数が10年を超えても減少せず、逆に増加する。このようにジェネリック競争の有る医薬品と無い医薬品では需要量の変化率について相違が大きい。その原因の第1は、ジェネリック競争の有る医薬品では納入価格を低下させて需要量を増加させる効果が大きいことである。第2は、その個別効果が発売後経過年数を経て減少するのではなく逆に増加していることである。相対個別効果と医薬品の発売開始後年数の関係を図5で見ると、発売後経過年数は個別医薬品毎にサンプル平均値を求めている。ジェネリック競争の無い医薬品の相対個別効果は発売開始直後が最も大きく、それが発売後5から10年くらいまで減少傾向がある。しかし、その減少率は医薬品によって大きく異なる。次に発売後経過年数が10年以上の医薬品の大半はジェネリック製品との競争に直面している。このような医薬品の個別効果は発売後経過年数が20年をピークにして予想とは逆に増加している。発売後経過年数が長く、ジェネリック製品が導入された医薬品の需要は必ずしも減少しないのである。

—図4 発売後経過年数と需要量変化率

—図5 発売後経過年数と相対個別効果

d. 構造変化

1992年には薬価基準制度改革が行われた。まず、「リーズナブル・ゾーン方式」が導入され、薬価算定方式が変更された。また、製薬企業に代わって卸業者が医療機関・薬局に対する納入価格の価格交渉を行うことになった。このため医薬品需要の構造は1992年前

後で変化したと予想される。しかし、この点を確認するためには 1992 年以前のデータとそれ以降のデータを比較する必要がある。この研究では 1992 年以前のサンプルが少ないのでこれはできない。そこでここでは個別医薬品毎にデータを使用したサンプルの平均年を計算する。さらに自己価格効果と相対個別効果を個別医薬品毎にサンプル平均を計算する。横軸にサンプル平均年を取り、縦軸に自己価格効果と相対個別効果のサンプル平均を取る。これが図 6 である。ジェネリック競争の有る医薬品では薬価が需要量に影響せず、他方、納入価格低下が需要量を増加させる。このため薬価と納入価格の効果を合計した「自己価格効果」は正の値である。しかし、サンプルが平均年が 1992 年以前のもがないため、1992 年前後での構想変化については不明である。他方、ジェネリック競争の無い医薬品では薬価低下が需要量を減少させ、納入価格低下による需要量増大は小さい。このため、自己価格効果は負の値をとるが、この値はサンプル平均年が 1992 年以前と以降では変わらない。したがって自己価格効果に関する構造変化はないと推定できる。他方、相対個別効果の変化について注目すると、ジェネリック競争の有無いずれのサンプルでも 1992 年以降の増加傾向が顕著である。とりわけジェネリック競争の無い医薬品の個別効果の増加は大きい。すなわち 1992 年を境にして、これらの医薬品の個別効果の需要量に対する影響は増大した(図 7)。

薬価低下政策が個別医薬品の需要量を抑制するか、売上額(薬価表示)のそれを減少させるかについては、ジェネリック競争の有無によって効果が異なる。したがって両者を区別した薬価低下政策の評価が必要である。第 2 は、ジェネリック競争の無い医薬品については薬価低下政策は需要量を抑制するが、同時にそれを相殺する大きな個別効果があるため需要量低下は一部の製品を除いて目立たない。しかし、薬価表示の売上額は減少する(図 8)。他方、ジェネリック競争の有る医薬品については売上額は発売後経過年数と共に上昇する傾向が確認された。

——図 6 サンプル平均年と自己価格効果

——図 7 サンプル平均年と相対個別効果

——図 8 発売後経過年数と売上額(薬価表示)変化率

## 8. 結論

本研究では薬価基準制度、薬価低下政策の医薬品需要に与える影響を検討した。ここでは薬価、納入価格を説明変数として、需要量の決定要因を代表的な循環器官用薬を対象にして実証分析した。この結果、次のことが判明した。第 1 に、需要量の納入価格に対する弾力性は負の値であり、 $-0.98$  から  $-1.20$  の値であり、予想されたよりも弾力的であった。とりわけ発売後経過年数が 12 年を過ぎ、ジェネリック製品の導入された医薬品、ジェネリック製品との競争の大きな医薬品ではこれが絶対値で 1.0 を上回り弾力的であった。これは納入価格を低下させて需要量を増加させ、売上額を増加できることを意味する。これ

まで医薬品需要は納入価格に非弾力的とする予想があったがこれは否定されることになる。すなわち医薬品企業、卸企業の納入価格低下競争はそれらの利益最大化の目的から合理的であることが示された。第2は、薬価と納入価格の効果は需要に対して異なる方向に働くが、その大きさは等しいという予想については、それが成り立たないことが示された。薬価と納入価格はその影響は正反対であるが、その絶対値も異なる。したがって、需要量を薬価差あるいは薬価比のみを説明変数とすることはできない。第3に、医薬品の需要量の変動は価格変数以外の変数である個別効果によって説明される部分が大きいことである。とりわけジェネリック競争の無い医薬品では個別効果の影響が大きい。また、ジェネリック競争の有る医薬品はジェネリック製品が存在するのであり、個別効果は小さいと考えられたが、発売後経過年数が10から18年くらいまで逆に上昇する傾向が示された。これはジェネリック製品との競争において、先発品の個別効果が需要の増加に貢献していることを示している。

以上の結果は、薬価制度改革に関する次の評価を可能とする。まず、1997年に議論された「参照価格制度」はジェネリック競争の有無にかかわらず、同じ薬効の医薬品を同一グループに分類して、同一薬価を設定しようとする政策であった。しかし、これは医薬品にジェネリック競争の有無を区別していない点で政策的効果が不明な政策であった。これに対して、2002年度の薬価制度改革では、ジェネリック競争の有無を区別した政策を導入しようとするものであり、この点では政策的根拠がより明確になっている。しかし、提案された政策については政策的効果の観点からいくつかの問題が残る。第1は、ジェネリック競争の無い医薬品、すなわち新薬については依然として薬価の高低が需要量の重要な決定要因であるという事実がある。これらの医薬品はその効果でなく、薬価差が大きいという理由で多く需要されている可能性があり、薬価差の問題は依然として解消していない。第2は、ジェネリック競争の有る医薬品については先発品の個別効果を抑制することが、後発品の需要量増大につながる。しかし、先発品の需要はジェネリック製品の需要に転換していないため、先発品の薬価表示の売上額は発売後経過年数と共に逆に上昇する傾向がある。ジェネリック製品の品質に対する医師の信頼性を確保して、その需要を増加させようとする政策が必要である。これは現在の政策においても強調されているが、それがどれほど先発品の個別効果をどれほど抑制して、ジェネリック製品の需要を増大させるかは不明である。第3は、2002年度の薬価改革案は先発品とジェネリック製品を同一の医薬品とみなし、薬価の共通化をめざしている。これは先発品の薬価表示の売上額を抑制すれば医薬品支出額が抑制されるという判断に基づいていると想定される。しかし、ジェネリック製品の最大の特徴は先発品に比較して価格が安いことにあり、同一薬価設定はジェネリック製品の最大の特徴を奪うことになり、その需要の増大は困難になる。このように薬価制度改革はジェネリック製品使用の振興策にはなっていない。第4は研究開発の促進という政策目的との不整合である。研究開発の促進という観点からは一定の需要と売上額を確保することが必要である。しかし、その薬価が発売開始後急速に低下し、それが医薬品需要

量が減少させる効果を持つ。画期的な医薬品については納入価格が低下しない方法、あるいは上昇することを許容する政策が必要である。第5に、疑問として残されたことは、ジェネリック競争の無い医薬品では需要の納入価格に対する弾力性は $-0.98$ であり、これは納入価格競争を行っても売上額の増加をもたらさない。しかし、実際にはこのような医薬品でもジェネリック競争の有る医薬品と同様に納入価格競争が行われ、その結果、薬価低下も大きい。なぜ医薬品企業が納入価格低下競争を行うかについて合理的説明がない。これは改めて説明が必要な問題である。



## 参考文献

- 姉川知史, 1999a 「医薬品価格と需要の実証研究：循環器官用薬における薬価低下政策の影響」『医療と社会』9(2)
- 姉川知史, 1999b 「薬価低下政策と医薬品需要の実証分析—シミュレーション分析による薬価制度改革の予測と評価」『医療経済研究』6(2)
- 医療経済研究機構, 1996『医薬品産業の国際競争力と研究支援』
- 医療経済研究機構, 1996『平成8年度政府管掌健康保険の医療費動向等に関する調査研究：研究テーマ2 薬剤に関する自然増の分析』
- 医療経済研究機構, 1998『医療費の自己負担増に伴う医療需要の価格弾力性に関する基礎研究』
- 恩田光子, 佐藤雅代, 2000 「医薬品の価格要因が医薬品需要に与える影響について」日本経済学会春季大会発表原稿
- 厚生省, 各年『薬事工業生産動態統計』
- 厚生省, 各年『薬価基準点数早見表』
- 厚生省, 1997『21世紀の医療保険制度—医療保険及び医療提供体制の抜本改革の方向』
- 厚生労働省, 中央医療保険協議会, 薬価専門部会, 2001年10月『次期薬価制度改革の基本方針(案)』
- 国際医薬品情報編集部, 各年『国際医薬品情報』
- 国際医薬品情報編集部, 各年『医薬品企業の実態と中期展望』
- 経済企画庁, 各年『国民所得計算』
- 東京医薬品工業協会, 薬価基準研究委員会『医療保険・薬価基準制度の概要(薬価基準関係手続)』2001, 東京医薬品工業協会
- 南部鶴彦, 島田直樹, 2000 「医療機関の薬剤購入における価格弾力性の推定」『医療経済研究』7.
- 日本製薬工業協会, 1991『薬価基準制度に関する経済分析』
- 水島裕, 官本昭正 編著, 1999『今日の治療薬：解説と便覧』南江堂
- 与党医療保険制度改革協議会, 1997『二十一世紀の国民医療—良質な医療と皆保険制度確保への指針』
- Barral, Etienne P. 1996 *Financing Innovation in Healthcare Including Bio-Technology*. Rhone—Poulenc Rorer.
- Ikegami, N., W. Mitchell, and J.P. Hahn. (1994) "Pharmaceutical Prices, Quantities and Innovation — Comparing Japan with the U.S." *PharmacoEconomics*. 6 (5) : 423—433.
- Kessler, David A., Arthur E. Hass, Jaryb L. Feiden, Murray Lumpkin, and Robert Temple. 1996. "Approval of New Drugs in the United states," *JAMA*. 276 (22): 1826-1831.

図 1. 医薬品取引と価格

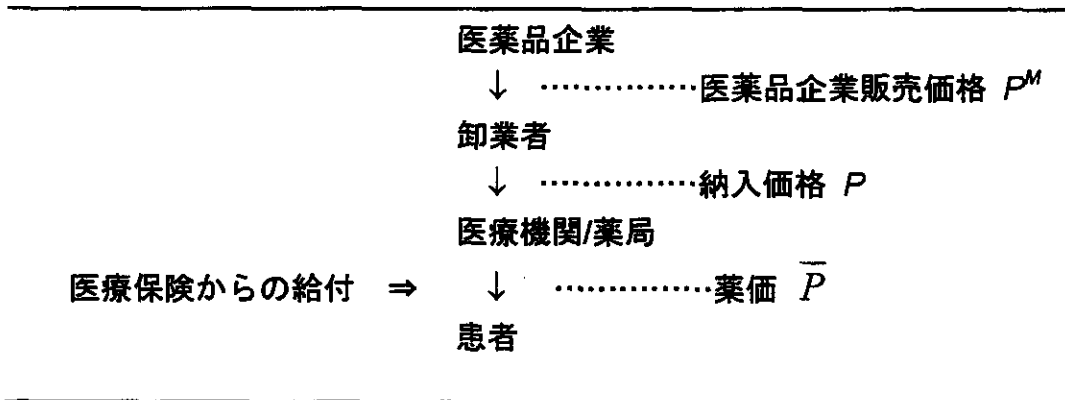
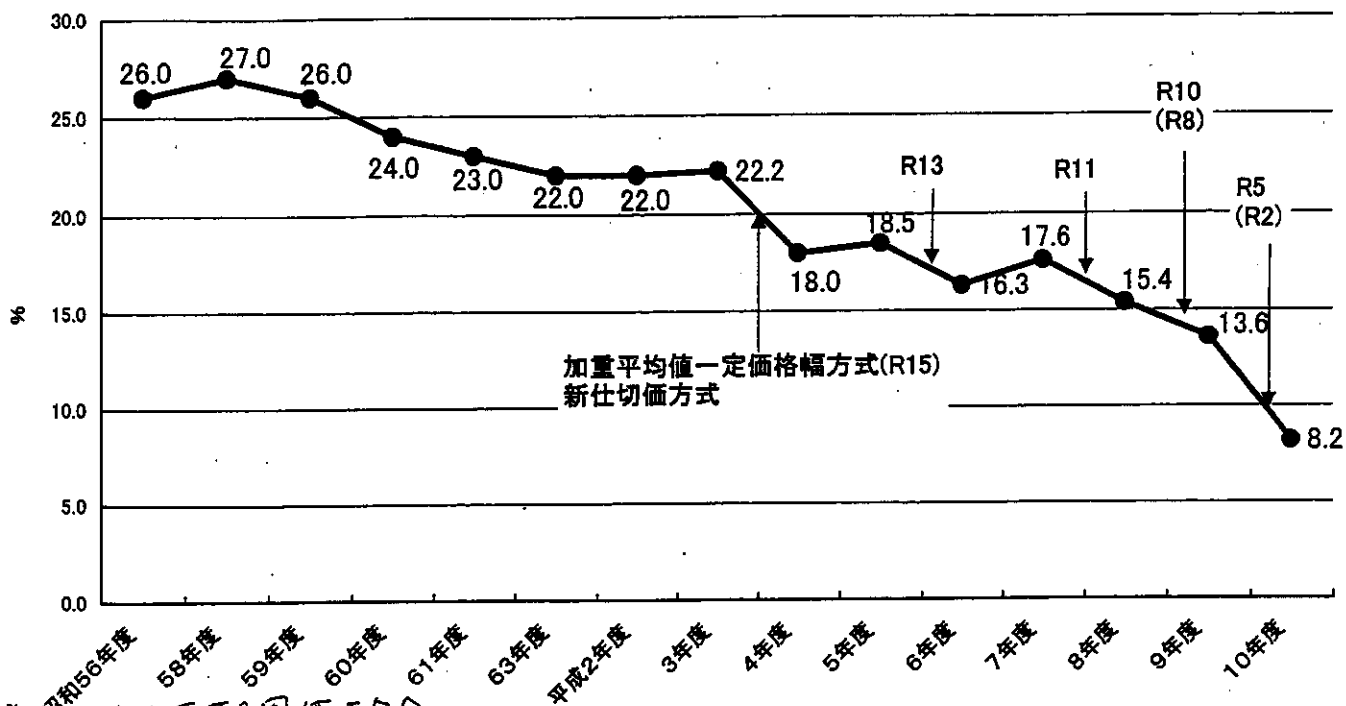


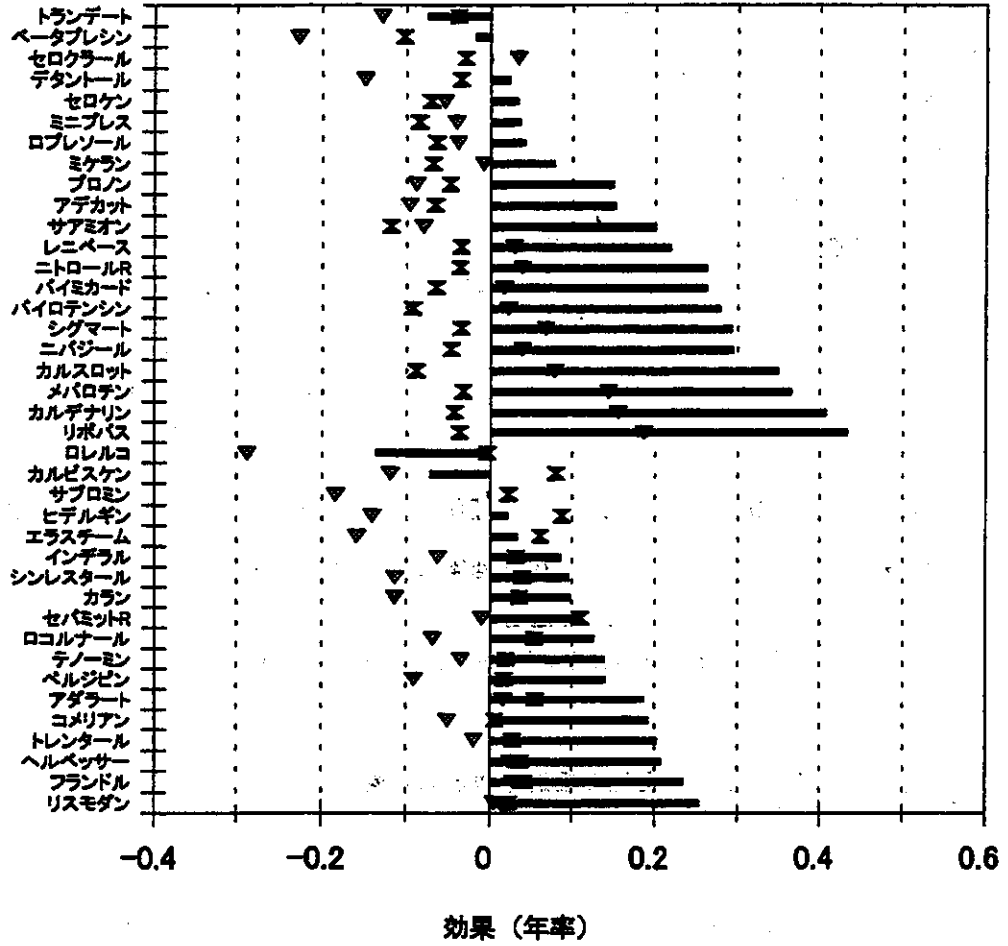
図2 薬価差の推移



出所 日本医薬品団体連合会

※昭和63年度までは中医協資料を、平成2年度以降は民間調査データを基に推計を行った。  
 ※（ ）内は長期収載医薬品に適用されたR幅  
 ※平成10年度は4月-1月実績

図3 需要の変動要因



■ 相対個別効果    X 個別価格効果    ▼ 当該医薬品の需要変化率

図4 発売後経過年数と需要量変化率

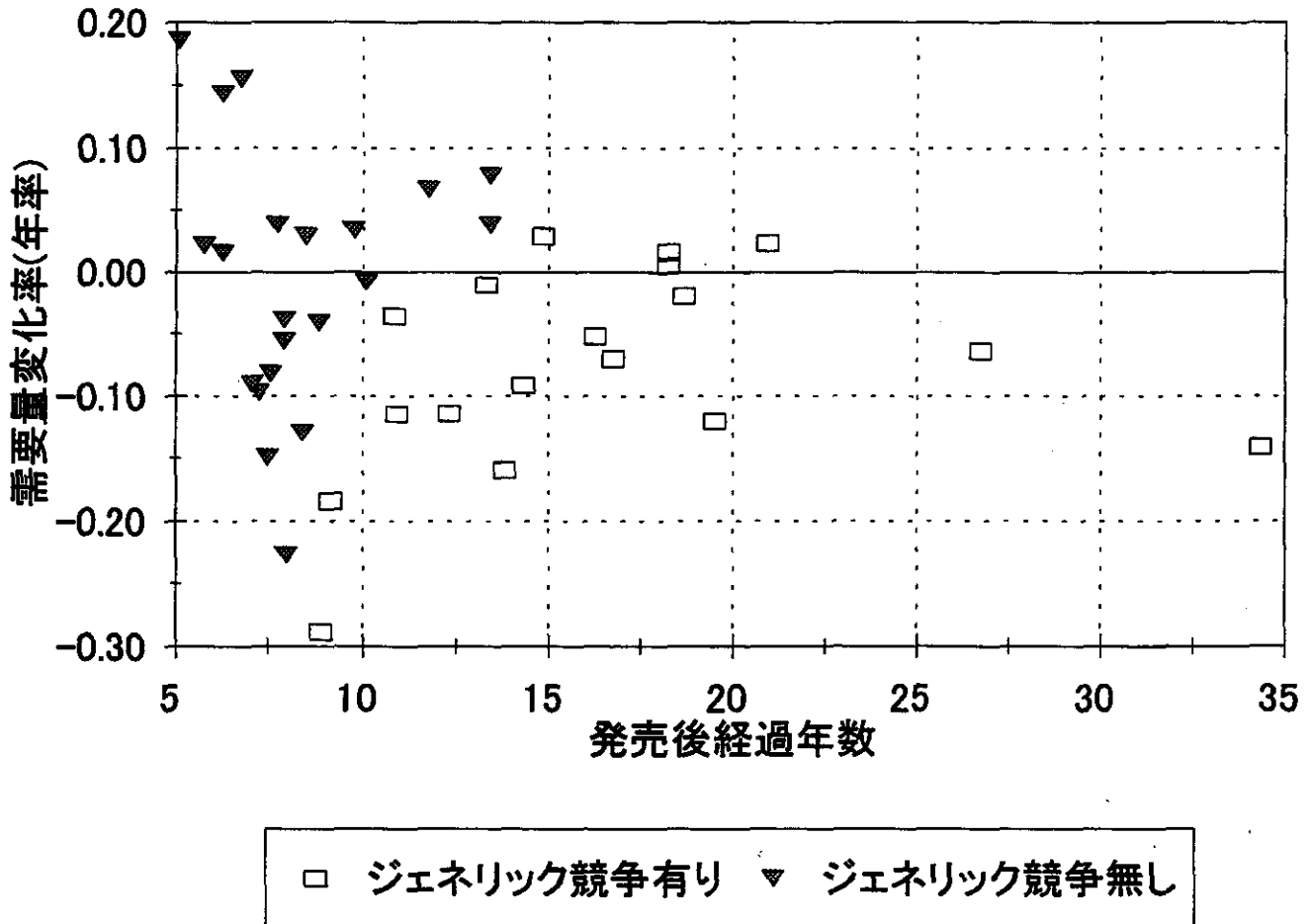


図5 発売後経過年数と相対個別効果

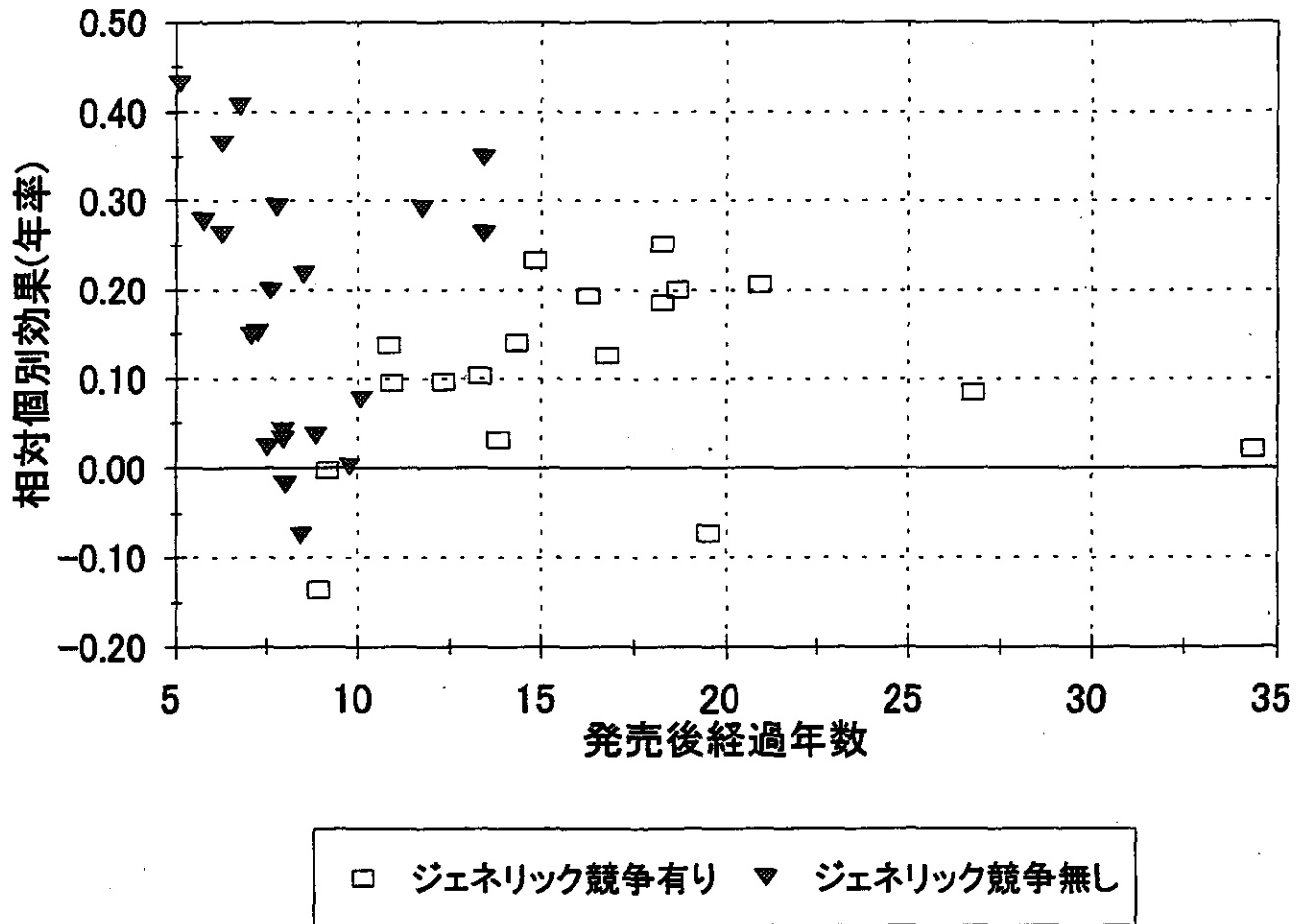


図6 サンプル平均年と自己価格効果

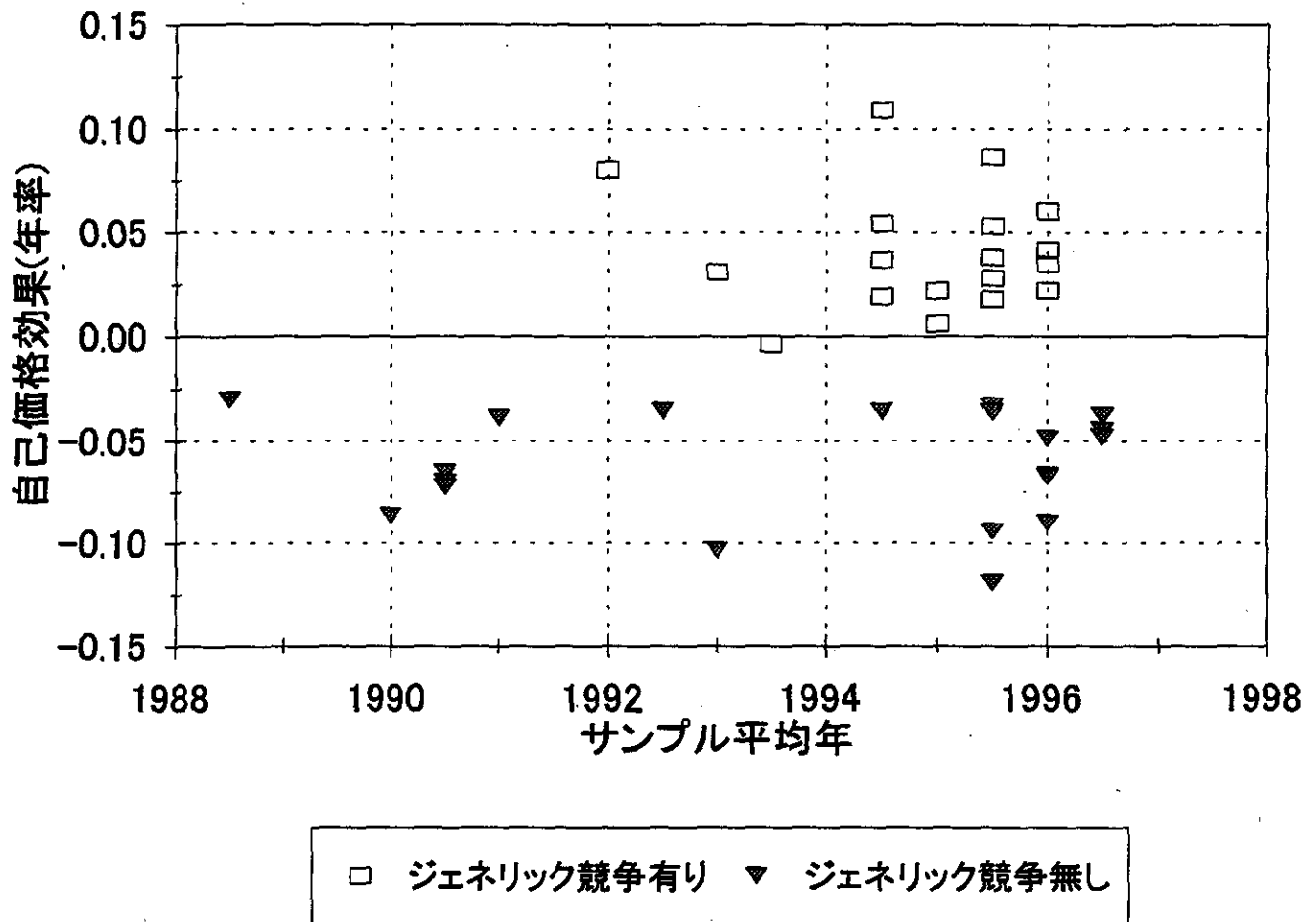
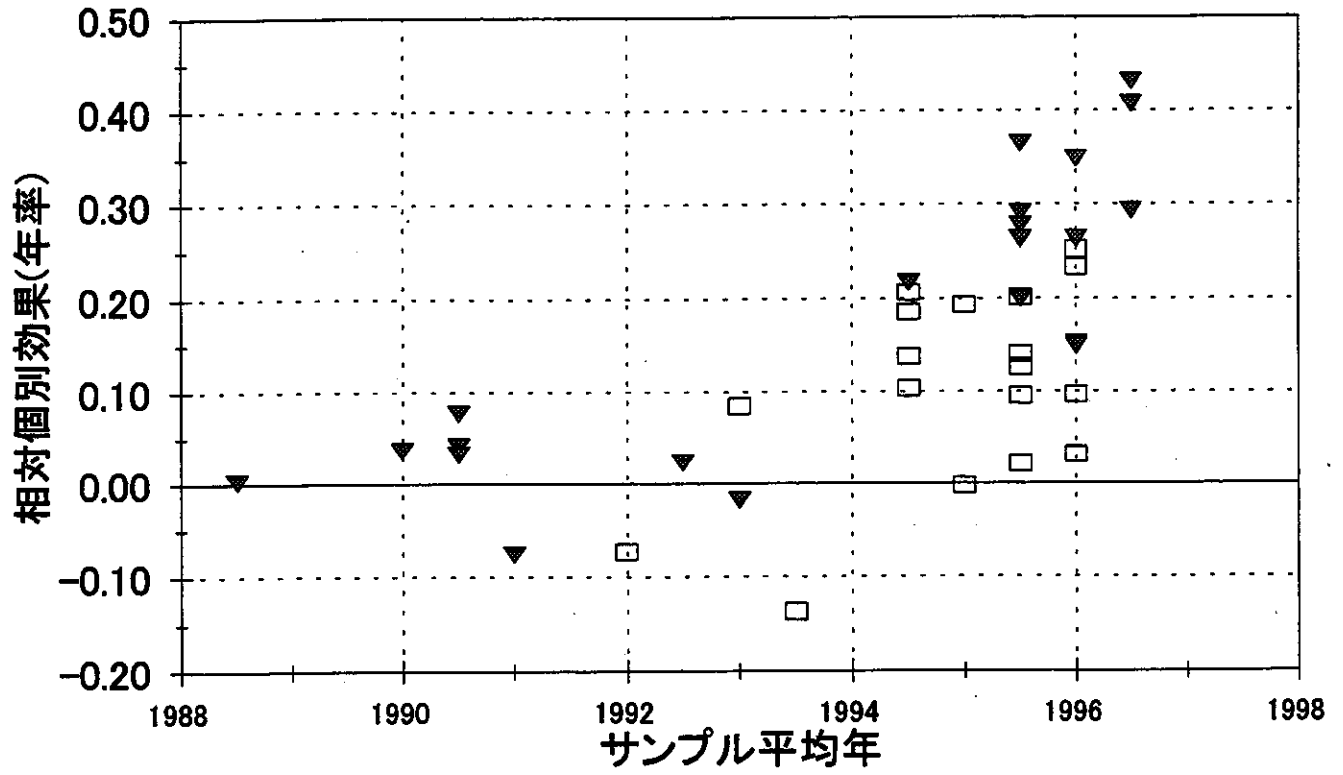


図7 サンプル平均年と相対個別効果



□ ジェネリック競争有り ▼ ジェネリック競争無し



図8 発売後経過年数と売上額(薬価表示)変化率

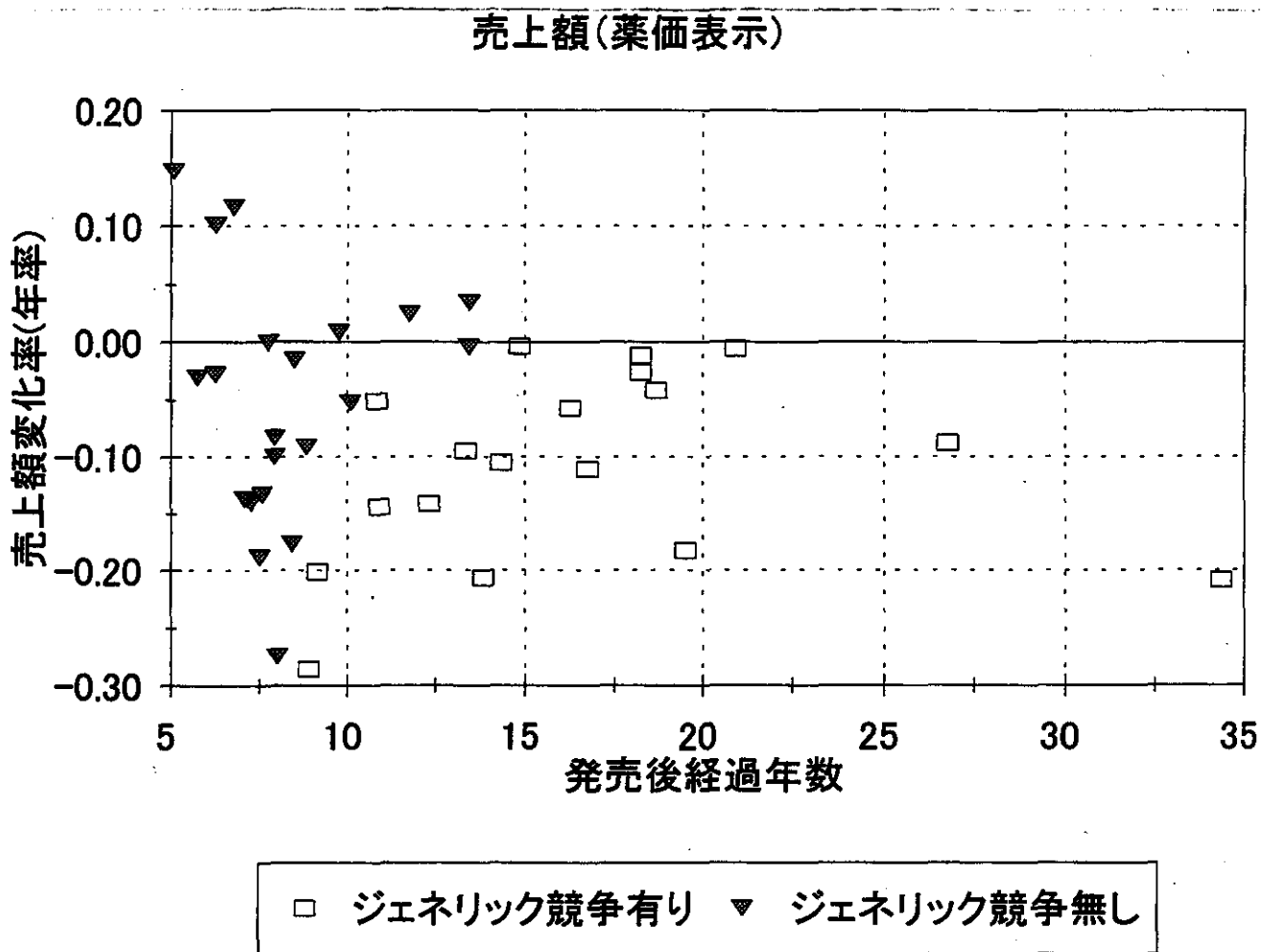


表 1. 医師の処方行動と医薬品需要

	医師が患者の代理人	医師が医療機関の代理人 医療機関の所得を最大化	医師が医療保険の代理人
薬価の低下	需要量増加	需要量減少	需要量増加
納入価格の低下	不変	需要量増加	不変

表2 薬価基準改定の歴史

改正年月日	改正区分	収載品目数	引下げ率	
			薬剤費ベース	医療費ベース
42.10.1	全 面	6,831	10.2	...
44. 1. 1	”	6,874	5.6	2.4
45. 8. 1	”	7,176	3.0	1.3
47. 2. 1	”	7,236	3.9	1.7
49. 2. 1	”	7,119	3.4	1.5
50. 1. 1	”	6,891	1.55	0.4
53. 2. 1	”	13,654	5.8	2.0
56. 6. 1	”	12,881	18.6	6.1
58. 1. 1	部 分	16,100 ( 3,076)	4.9	1.5
59. 3. 1	全 面	13,471	16.6	5.1
60. 3. 1	部 分	14,946 ( 5,385)	6.0	1.9
61. 4. 1	”	15,166 ( 6,587)	5.1	1.5
63. 4. 1	全 面	13,636	10.2	2.9
平成	”	13,713	2.4	10.65
1. 4. 1	”		(引上げ)	(引上げ)
2. 4. 1	”	13,352	9.2	2.7
4. 4. 1	”	13,573	8.1	2.4
6. 4. 1	”	13,375	6.6	2.0
8. 4. 1	”	12,869	6.8*	2.6**
9. 4. 1	”	11,974	4.4	1.27
10. 4. 1	”	11,692	9.7	2.7
12. 4. 1	”	11,287	7.0	1.6

(注) カッコ内は改正対象品目数を示す。

\* 平成7年度建議に基づく薬価算定方式の一部変更（再算定）  
分は含まない。

\*\* 再算定及び材料価格等を含めたもの。

薬事日報社『薬価基準制度—その全容と重要通知—2001年版』薬事日報社, 2001, p.58

表3 医療費に占める薬剤費の割合

年 月	薬剤費の割合(%)	年 月	薬剤費の割合(%)
46. 5	45.8	60. 5	29.1
47. 5	42.7	61. 5	28.5
48. 5	46.4	62. 5	30.5
49.11	37.3	63. 5	30.4
50. 5	37.8	元. 5	32.1
51. 5	37.3	2. 5	29.6
52. 5	37.7	3. 5	30.8
53. 5	34.2	4. 5	29.1 (31.5)
54. 4	36.0	5. 5	29.5 (32.0)
55. 5	38.2	6. 5	27.2 (29.6)
56. 5	38.7	7. 5	28.0 (31.0)
57. 5	34.1	8. 5	25.9 (28.5)
58. 5	35.1	9. 5	24.9 (27.5)
59. 5	30.9	10. 5	21.6 (24.0)

備考 「社会医療診療行為別調査報告(厚生省大臣官房統計情報部)」による。(政府管掌健康保険医科分、61.5以降は国保を含む)( )内は全薬剤費比率  
 62.5以降は、入院においては、「処方せん料」「精神科急性期治療病棟入院料」「緩和ケア病棟入院料」「療養型病床群入院医療管理料」「老人療養型病床群入院医療管理料」「精神療養病棟入院料」「特殊疾患療養病棟入院料」「老人病棟入院医療管理料」「老人性痴呆疾患治療病棟入院料」「老人性痴呆疾患療養病棟入院料」及び「診療所老人医療管理料」、入院外においては、「処方せん料」「老人慢性疾患外来総合診療料」「小児科外来診療料」「運動療法指導管理料」「寝たきり老人在宅総合診療料」及び「在宅末期医療総合診療料」が出現する明細書は集計から除外してある。また、平成8年以降は、入院時食事療養は費用額算定を点数換算して集計を行った。

薬事日報社『薬価基準制度—その全容と重要通知—2001年版』薬事日報社, 2001, p.43