



【第7回】 2013年5月29日

医療費に占める本当の薬剤費比率も不明 「後発医薬品の使用促進」は本気なのか？ ——日本総合研究所上席主任研究員 西沢和彦

財政健全化を推し進めるには、社会保障給付費の抑制は最重要課題だ。いまや、国の一般会計における社会保障関係費は一般歳出の半分を超え、このままであれば、高齢者人口が増え続けるのと歩調を合わせ、一段と増大していくことは必至である。抑制策の筆頭として挙げられるのが、「後発医薬品の使用促進」である。5月16日の経済財政諮問会議の有識者議員提出資料にもこのフレーズが登場し、27日の財政制度審議会の報告書でも一段の取り組みの重要性が改めて強調されている。

後発医薬品とは、新医薬品等とその有効成分、分量、用法、用量、効能および効果が同一性を有するものとして承認された医薬品と定義される。いわゆるジェネリック医薬品である。「後発医薬品の使用促進」とは、新医薬品に比べ価格の安い後発医薬品を使い医療費を抑えようということだ。

では、現在、わが国の医療費のうち薬剤費は一体いくらかかっており、後発医薬品の使用促進によってどの程度の医療費抑制効果が見込まれるのか。実は、こうした基本中の基本であるはずの数値が、政府統計や資料のどこを探しても適当なものが見当たらない。

政府の薬剤費は過少推計

現在、政府は、審議会資料の中で薬剤費らしきものを公表してはいる。もっとも、それは過少推計であることをはじめ、定量的な議論に耐えるものではない。むしろ議論をミスリードする可能性すらある。例えば、4月19日の社会保障制度改革国民会議に提出された政府資料がそうである（図表）。

これをみると、平成21（2009）年度の国民医療費36.007兆円に対し薬剤費は8.01兆円、薬剤費比率（薬剤費÷国民医療費）は22.3%となっている。薬剤費比率は、平成5年度こそ28.5%をつけていたものの、平成11年度には19.6%まで低下し、以降も21%～22%程度でほぼ安定している。しかし、この薬剤費は実際の薬剤費より過少に推計されている。

(図表)政府の示す薬剤費と薬剤費比率
薬剤費及び推定乖離率の年次推移

年度	国民医療費 (A) (兆円)	薬剤費 (B) (兆円)	薬剤費比率 (B/A) (%)	推定乖離率 (C) (%)
平成5年度	24,363	6,94	28.5	19.6
平成6年度	25,791	6,73	26.1	—
平成7年度	26,958	7,28	27.0	17.8
平成8年度	28,454	6,97	24.5	14.5
平成9年度	28,915	6,74	23.3	13.1
平成10年度	29,582	5,95	20.1	—
平成11年度	30,702	6,02	19.6	9.5
平成12年度	30,142	6,08	20.2	—
平成13年度	31,100	6,40	20.6	7.1
平成14年度	30,951	6,39	20.7	—
平成15年度	31,538	6,92	21.9	6.3
平成16年度	32,111	6,90	21.5	—
平成17年度	33,129	7,31	22.1	8.0
平成18年度	33,128	7,10	21.4	—
平成19年度	34,136	7,40	21.7	6.9
平成20年度	34,808	7,38	21.2	—
平成21年度	36,007	8,01	22.3	8.4

※平成23年度の推定乖離率は8.4%

(注)

・国民医療費（厚生労働省大臣官房統計情報部調べ）は、当該年度内の医療機関等における傷病の治療に必要な費用を推計したものであり、医療保険の医療費総額に、労災、原因者負担（公害健康被害等）、全額自己負担、鍼灸等を加えたものである。
 ・薬剤費は、労災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、国民医療費に医療保険における薬剤費比率をかけて推計している。
 ・推定乖離率における「—」は薬価調査を実施していないため、データが無いことを示している。
 ・平成12年度の介護保険の創設により国民医療費の一部が介護保険へ移行。また、平成14年10月以降、老人医療の対象年齢を段階的に引上げ。

拡大画像表示

理由として2つ指摘できる。1つは、全国保険医団体連合会^(注1)などが指摘するように、**包括払いの医療費にかかる薬剤費が除かれていることである。**

包括払いとは、企業の健康保険組合など保険者から、医療機関に診療報酬を支払う際の支払い方法の1つである。診察、検査、注射、投薬など診療行為1つひとつに支払いを行う（出来高払い）のではなく、ある疾病に対し一日当たりいくらといったように、複数の診療行為に対して包括的に支払いを行うのが包括払いである。入院医療では、近年、包括払いの割合が増えている。包括払いの診療報酬のなかには薬剤費ももちろん含まれているが、その薬剤費は図表の薬剤費の中に含まれていない。

図表をみると、あたかも国民医療費（A）を薬剤費（B）で割って薬剤費比率（B/A）が求められているかのような表記となっているが、それは違

う。「国民医療費」とは別の統計に基づく薬剤費比率がまず先にあり、それを国民医療費に掛け合わせることによって、薬剤費が算出されているのである。本来であれば薬剤費と薬剤費比率の列の順番を逆にしなければならない。その薬剤費比率は、おおまかには次のように求められている。

出来高払いの医療のなかの薬剤費÷（出来高払いの医療費＋包括払いの医療費）

分母に包括払いの医療費を含むにもかかわらず、分子にはその中に含まれていないはずの薬剤費が含まれていないため、薬剤費比率が実際より低めに算出され、これを国民医療費に掛け合わせることで、薬剤費は過少に推計されているのである。ちなみに、図表中の推定乖離率（C）とは、自由価格である薬の卸売価格と公定価格である小売価格との差だ。

（注1）全国保険医団体連合会[2012]「薬価の国際比較にもとづく医療保険財源提案」月刊保団連臨時増刊号No.1087

では、こうした点などを是正しつつ薬剤費および薬剤費比率を計算し直せば、どうなるのであろうか。民間研究者による試算を2つあげよう。まず、長澤優氏の試算によれば、平成21年度で薬剤費8.86兆円、薬剤費比率24.6%となっている。政府推計より0.85兆円多い。次に、高椋正俊氏の試算によれば、平成20年度までの推計結果しか得られないものの、平成20年度で同様に9.30兆円、27.3%とされている^{（注2）}。同年度の政府推計より2兆円近く多い。

■ 調剤薬局の技術料等も含まれず

政府の薬剤費が過少推計となっているもう1つの理由は、**調剤薬局の技術料部分すなわち調剤技術料と薬学管理料が含まれていないことである**。われわれが病院や診療所で処方箋を受け取り、それを調剤薬局に持って行って薬を受け取る時、薬剤費以外にこうした技術料部分も上乘せされる。これも広義の薬剤費に含まれるべきだろう。

これを推計すると、2010年度で1.67兆円に及ぶ。政府推計、前述の長澤試算、高椋試算にはこうした調剤薬局の技術料は含まれていない。これを加えれば、薬剤費はさらに膨らむこととなる。ちなみに、薬局数は、近年増加

し続けており、現在、5万4780件（2011年）ある。10年前と比べ約6500件の増加だ。

政府の薬剤費（冒頭の図表）の推計の問題は、このように過少推計であるだけではない。図表の数値も平成21年度（2009年度）まででしかなく、タイミングとしても遅い。審議会資料なので見つけるのも大変だ。加えて、この薬剤費のうち新発医薬品、後発医薬品といった内訳もない。政府は、数量ベースで後発医薬品の使用目標を立てているが、では、それによって医療費全体としてどのくらい抑制されるのか、金額ベースで測られなければあまり意味がない。数量目標達成にこだわるあまり、後発医薬品に高い薬価を付けるということもあり得るだろう。

（注2）長澤優 [2012] 「国民医療費に占める薬剤費の推計—2001年?2009年—」2012年7月政策研ニュースNo.36。高棕正俊 [2010] 「『医療費と医療費配分』の見直しを一薬剤費に係わる費用を中心に—」日本外科学界雑誌 2010年 第111巻 第3号

■ 正確な現状把握のうえ具体策を

このように、薬剤費の現状把握も正確になされず、金額ベースの目標設定もないのでは、いくら後発医薬品の使用促進を掲げたところで、果たして本気なのか疑問が残る。政府は、薬剤費をはじめとする医療費統計の整備を急ぎ、現状を共有し、その上で、「後発医薬品の使用促進」にとどまるのではなく、「広義の薬剤費の適正化」こそ目標に掲げ、具体策の提示に移るべきだろう。

それは単に処方箋の書式の見直しなどといった現行制度のもとの微修正にとどまらず、（1）メリハリの効いた薬価改定による効果の乏しい薬剤の価格引下げ、（2）過剰投薬につながりかねない現行の診療報酬出来高払い制の根本的な見直し、および、（3）調剤薬局技術料の真に必要な機能への絞り込みや薬局数そのもの見直しなど、制度の深淵に大胆に切り込んでいくことが必要だ。

例えば、イギリスは、先進諸国のなかでも薬剤費比率の最も低い国の1つとして知られるが、わが国の診療所に相当する家庭医（General Practitioner）への診療報酬支払い方法は、自らの受け持つ住民数に応じた人頭払いを基本としている。さらに、近年では、電子カルテの機能の1つであるScriptSwitchによって、薬剤費の抑制に効果を上げている。これは、医

師の机上のパソコン画面上に、現行の薬に代わってより安価な薬がある場合、それを自動表示することで、医師の判断を助ける機能だ。

仮に、わが国で、薬剤費そのものの適正化を図るという改革の方向性が数値目標や具体策などとともに政府から打ち出されれば、医療サービス提供側の団体、製薬企業、あるいは、党内から反発が出てくることも予想される。もっとも、そうした反発が出たとしても、安倍政権は、飽くまで医療サービスの受益者であり、財源の負担者である国民1人ひとりの側に立って改革を推し進めていくことが求められている。

DIAMOND,Inc. All Rights Reserved.