

「国民医療費」における薬剤費統計の不備を改めよ

調査部 上席主任研究員 西沢 和彦

目 次

はじめに

1. 薬剤費に関する統計の現状と問題点

- (1) 国民医療費
- (2) 厚生労働省の中医協への提出資料
- (3) OECDの総保健医療支出における薬剤費

2. 民間試算による補完とその限界

- (1) 高椋試算 [2010]
- (2) 長澤試算 [2012]

3. 具体的にはどのような詳細項目が必要か

- (1) 医療費効率化と薬剤費
- (2) 経済成長と薬剤費

おわりに

要 約

1. わが国の医療費に関する基本となる統計は、厚生労働省が毎年度公表する「国民医療費」だが、ここに、薬剤費の項目が存在しない。同統計には、「薬」の言葉がつく項目としては、薬局調剤（2010年度6.1兆円）があるが、これは薬剤費そのものではない。あるいは、厚生労働省は、別途、審議会などに、薬剤費の推計結果を出しており、例えば、2009年度は8.01兆円とされている。もっとも、これは、審議会に出された参考資料でしかないうえ、近年増加している包括払い（医療機関の技術料および薬剤費などを包括した医療費の支払い方法）にかかる薬剤費が含まれていないなど致命的な欠陥がある。実態より過少推計となっているのである。かかる状況では、医療費の効率化、あるいは、医薬品産業の育成などといったわが国の重要課題に関し、生産的な議論は期待しにくい。
2. こうした「国民医療費」の統計としてのいわば不備を補うべく、民間による「国民医療費」ベースの薬剤費の試算もなされている。例えば、2009年度の国民医療費ベースでの薬剤費が8.86兆円、国民医療費に占める割合が24.6%である（長澤 [2012]）試算など、いずれも有益な情報を提供しているが、十分ではない。それは、(1) 試算のもととなる「社会医療診療行為別調査」統計の対象範囲と期間の狭さ、(2) 包括払いにかかる薬剤費の把握の難しさ、(3) 試算方法の相違などに起因している。また、試算によって、結果も無視できない程度で異なる。政府自らによる「国民医療費」ベースでの薬剤費の推計が急がれる。
3. その際、医療費の効率化、成長戦略などわが国の重要政策課題に照らせば、単に薬剤費の合計額が「国民医療費」上で推計されるだけでなく、(1) 新薬と後発医薬品の区別、(2) 出来高払いと包括払いそれぞれの場合の薬剤費、(3) 生活保護における薬剤費などの詳細項目が示されることが求められる。

はじめに

わが国の医療費に関する基本統計である「国民医療費」には、薬剤費の項目が存在しない。2010年度で37.4兆円の国民医療費のうち、薬剤費が一体どれだけを占めるのか、どのような薬剤のウエートが高いのかなどといった基本中の基本であるはずの統計が「国民医療費」のなかで捉えられていないのである。

かかる状況のままでは、国民負担の抑制に向けた医療費効率化、医薬品や医療機器を柱の一つとするヘルスケア産業の育成、および、消費税が非課税となっている医療費（注1）の今後の税制上の取り扱いなど、わが国の重要政策課題において、生産的議論が期待できない。「国民医療費」ベースでの薬剤費統計が不可欠な所以である。

そこで、以下、次の3点について述べていこう。まず、薬剤費に関連する統計の現状と問題点の指摘である。具体的には、「国民医療費」のほか、厚生労働省が中央医療協議会に提出している薬剤費の試算、あるいは、OECDの総保健医療支出統計を採りあげる。次に、「国民医療費」ベースの薬剤費統計の不備を補うべく、民間で試算されている薬剤費の紹介とその限界を指摘する。さらに、わが国の政策課題に照らして「国民医療費」にどのような詳細項目を盛り込まれるべきかを検討する。

（注1）診療報酬は、社会政策的な配慮から、消費税の非課税取引となっており、医療機関は患者および保険者から消費税を受け取らない。他方、医療機関は薬剤費や医療機器購入の際、いわば最終消費者として消費税を負担しており、これが医療機関の財政圧迫要因となっているとされる。損税問題とも言われる。詳しくは、西沢 [2011]。

1. 薬剤費に関する統計の現状と問題点

(1) 国民医療費

厚生労働省は、毎年度「国民医療費」を公表しており、これが医療費に関する定量的議論の基礎となっている。同統計において、「薬」の言葉を含む項目としては、診療種類別の統計のなかに薬局調剤（2010年度6.1兆円）が登場するが（図表1）、これは薬剤費そのものではない。

一般に、薬剤には、医師の処方箋に基づき処方される医療用医薬品と薬局で自由に購入できる一般医薬品（OTC：Over the Counter Drug）とに大別される。医療用医薬品が患者に提供される経路として、

(1) 病院・診療所といった医療機関が自ら薬を患者に出す場合、あるいは、(2) 医薬分業といって医療機関が処方箋を書いたうえで調剤薬局がそれに従って薬を出す場合との二つがある（図表2）。

「国民医療費」における薬局調剤とは、このうち(2)調剤薬局が薬を出す場合における薬剤費と調剤薬局技術料・薬学管理料の合計である。

薬局調剤以外の診療種類、すなわち、医科、歯科などにおいても、前述(1)のように医療機関が自ら患者に薬を出す場合がある。外来患者への窓口での薬剤、手術、処置、検査などの際の利用などである。これらの薬剤費は、「国民医療費」

（図表1）国民医療費（診療種類別）

		（兆円、%）	
国民医療費		37.4	100.0
医科	入院	27.2	72.7
	入院外	14.1	37.7
	病院	13.6	36.5
	一般診療所	0.4	1.2
	入院外	13.1	35.1
	病院	5.2	13.9
	一般診療所	7.9	21.2
歯科		2.6	7.0
薬局調剤		6.1	16.4
その他		1.5	3.9

（資料）厚生労働省「平成22年度国民医療費」より日本総合研究所作成

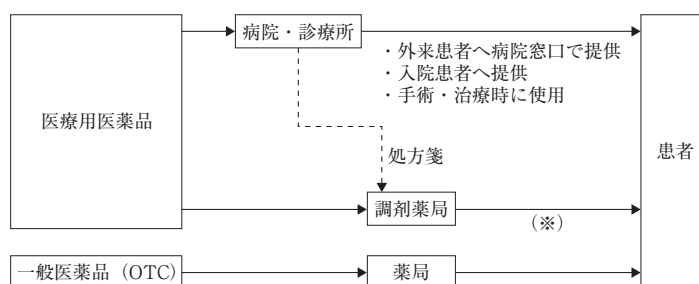
（注1）その他の内訳は、入院時食事・生活医療費8,297億円、訪問看護医療費740億円、療養費等5,505億円。

（注2）「国民医療費」の一般診療を医科と読み替えた。

において、医科、歯科それぞれの医療費のなかに医療機関の技術料（診療報酬）と合計されて含まれている。例えば、医科医療費27.2兆円、歯科医療費2.6兆円のなかにも薬剤費が含まれている。もっとも、薬剤費が内数として明示されている訳ではない。

本来、医科、歯科、調剤薬局のそれぞれの医療費のなかから、薬剤費のみが抜き出されて「国民医療費」ベースの薬剤費が把握されなければならないのである。

(図表2) 薬剤が患者の手にわたる経路



(※) 薬剤費に関し、「国民医療費」統計で明記されているのは、この部分のみ。しかも、薬剤費+技術料となっている。

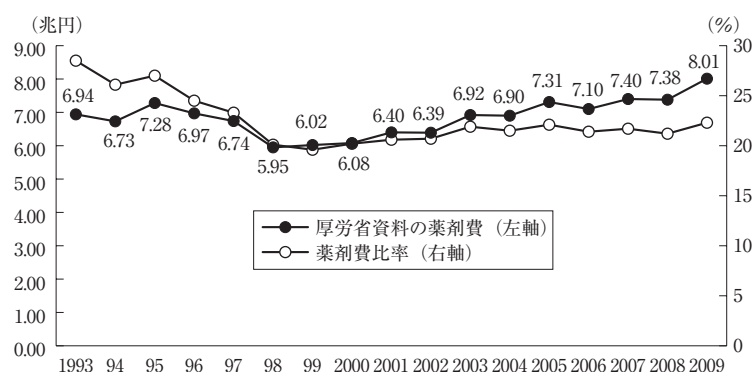
(資料) 日本総合研究所作成

(2) 厚生労働省の中医協への提出資料

このように、「国民医療費」において薬剤費統計は存在しないが、厚生労働省は別途、審議会などに、薬剤費の計数を提示してきた。中央医療協議会（中医協）に提出された資料（以下、厚労省資料）を例にみてみよう（図表3）。

厚労省資料における薬剤費は、1993年の6.94兆円から1998年に5.95兆円でボトムをつけた後、ほぼ一貫して上昇傾向にあり、2009年は8.01兆円となっている。薬剤費÷国民医療費と表記されている薬剤費比率は、1995年には28.5%であったが、1999年に19.6%まで低下し、以降、やや水準を切り上げつつも21%程度と95年よりは低位にあり、安定的に推移している

(図表3) 厚労省資料における薬剤費



(資料) 中医協 薬-2 (2012年6月6日) より日本総合研究所作成

ように見える。少なくとも近年においては、薬剤費が国民医療費上昇の主因とはなっていないように見える数値である。

しかし、こうした数値は、「国民医療費」のように定期的に公表される統計ではなく、推計方法も明らかにされていないうえ、全国保険医団体連合会 [2011] などから、実際の薬剤費より過少であるとの疑義が投げかけられている。全国保険医団体連合会（保団連）は、まず、薬剤費比率の1990年前半から1999年にかけての急速な低下の理由として、調剤薬局における薬剤費が含まれていないことを指摘している。次いで、2000年以降の厚労省資料の薬剤費に関しては、その内容が不明であるとしつつも、なんらかの補正、あるいは、他の要因によって、実態より低くなっている可能性を指摘し、他の要因として「包括払い」の拡大を挙げている。

一般に、健康保険の保険者から医療機関への医療費の支払い方法には大きく分けて、「出来高払い」と「包括払い」の二つがある。出来高払いの場合、薬剤の使用を含め、診断、注射、処置、手術、画像診断など診療行為の細目一つひとつに点数がつき（1点=10円）、それが政府によって把握される。具体的には、それは「社会医療診療行為別調査」統計に反映される。

他方、包括払いの場合、例えば、入院1日当たりの包括点数となるため、1日のうちに薬剤が用いられていてもその内訳が記録されている訳ではない。よって、包括払いにおける薬剤費は政府によって把握されにくい。中医協資料における薬剤費には、そうした包括払いにおける薬剤費が除かれているというのが、保団連の指摘である。

実際、包括払いにおける薬剤費に関しては、保団連の指摘の通りであり、厚生労働省は、2011年10月、包括払いにかかわる薬剤費を別途推計し、社会保障審議会医療保険部会に提示している。それによれば、従来からの厚労省資料ベースの薬剤費が約7.8兆円（2010年度）といったん推計されたうえで、別途、包括払いにかかわる薬剤費が0.89兆円と推計されている。これに基づけば2010年の薬剤費は計8.69兆円となる。

(3) OECDの総保健医療支出における薬剤費

国際比較は、本来、政策決定の重要な指針の一つになる。医療費については、OECDの総保健医療支出にその役割が期待されている。OECDは、System of Health Account (SHA) の手法に基づいて、総保健医療支出を推計している。総保健医療支出は、わが国の「国民医療費」に比べ定義が広い。例えば、総保健医療支出のなかには、「国民医療費」には含まれない、予防、介護、一般医薬品なども含まれている。

このなかで、わが国の薬剤費（2009年）は、医療用医薬品8.1兆円、一般医薬品1.2兆円、計9.3兆円となっている（図表4）。薬剤費を総保健医療支出の内訳として捉えることができる。この点も、「国民医療費」と決定的に異なる。もっとも、ここでの医療用医薬品は、外来患者に対する処方薬に限定されている。

（図表4）OECD 総保健医療支出における薬剤費

		(兆円、%)	
総保健医療支出		44.6	100.0
医療品その他非耐久性医療財		9.3	20.8
医療用医薬品		8.1	18.1
一般医薬品		1.2	2.6
他の非耐久性医療財		0.0	0.1

（資料）OECD Health Data より日本総合研究所作成
（注）2009年のデータ。

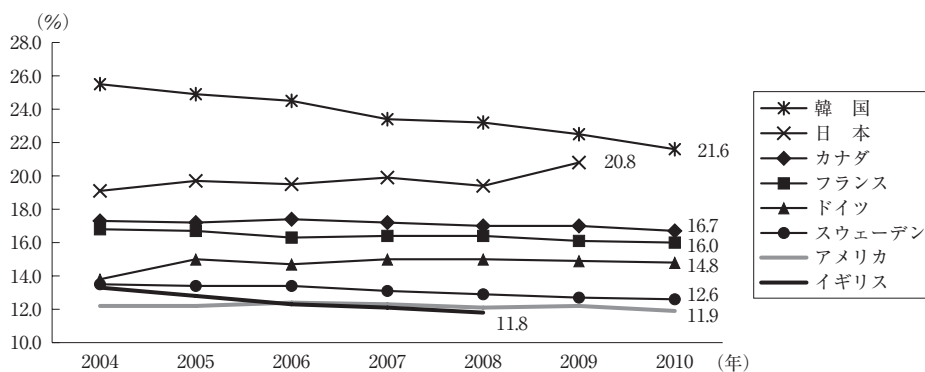
ちなみに、医薬品その他非耐久医療財の総保健医療支出に占める割合を、便宜的にOECD版薬剤比率と呼び、直近の期間、先進諸外国（データの欠落するイタリアを除くG7、スウェーデン、韓国）と比較すると、二つの特徴がある。

一つは、OECD版薬剤比率のわが国の水準の相対的な高さである。韓国は21.6%（2010年）と、わが国の20.8%（2009年）より若干高いが、顕著な低下傾向にある。その他の国は、カナダ、フランス、ドイツがそれぞれ16.7%、16.0%、14.6%である。スウェーデン、アメリカ、イギリスは、それぞれ、12.6%、11.9%、11.6%である。このうち、アメリカは分母となる総保健医療支出の規模が大きいという特殊性があり参考になりにくいものの、スウェーデン、イギリスの数値は注目される。わが国のほぼ半分の水準である。

もう一つは、諸外国の薬剤費比率が、おおむね低下傾向にあるのに対し、わが国は、上昇傾向にあることである。このように、OECD版薬剤費比率が、もともと高水準であるうえ、上昇傾向にあるのはわが国だけである。厚生労働省資料の薬剤費が実態よりも低く、総保健医療支出の薬剤費もその影響を受けているであろうことを考えると、わが国の実際の薬剤費比率は、ここで示されているものよりさらに高いことも予想される（図表5）。

加えていえば、わが国は、データの速報性においても他国比遅れをとっている点も指摘できる。これは、政策論議を進めるうえでの無視できないマイナスである。例えば、直近の薬価改定によって、「国民医療費」あるいは総保健医療支出ベースで薬剤費がどのように変動したか、政策の検証が遅れることとなる。こうした速報性の欠如は、わが国において、総保健医療支出の推計が「国民医療費」に大きく依存しており、その「国民医療費」の実績公表が2年遅れとなっていることなどに起因していると推測される。「速報性」も統計整備の重要な視点であろう。

（図表5）医薬品その他非耐久性医療財/総保健医療支出



（資料）OECD Health Data より日本総合研究所作成

2. 民間試算による補完とその限界

こうした統計上のいわば不備ともいえる状況を補うべく、民間において「国民医療費」ベースの薬剤費の試算も数は少ないが行なわれている。ここでは、二つの試算を採り上げ、試算方法および結果の概要を紹介し、かつ、限界があることも指摘しよう。これらの試算は、薬剤費に関し、有益、かつ、われわれの通念とは異なる情報を提供してくれるが、やはり十分とは言えず、政府自らの手による推計が必要であることが改めて確認されるのである。

(1) 高椋試算 [2010]

一つは、2010年に発表された高椋正俊氏（特定医療法人東筑病院、所属は論文掲載のもの）の試算である（高椋 [2010]）。試算方法はシンプルであり、診療種類別に、医療費×薬剤比率によって薬剤費が求められている。ここでの薬剤比率とは、厚生労働省の「社会医療診療行為別調査」統計に記載されている、総診療報酬に占める薬剤点数の割合である。同調査は、医療機関から保険者に医療費を請求する際の診療報酬明細書（レセプト）のサンプル調査である。

高療試算の結果をみると、薬剤費は2001年度の7.83兆円から毎年ほぼ一貫して増加し、2008年度には9.30兆円となっている（図表6）。高療試算の方法に則って2009年度、2010年度の薬剤費も別途試算すると、それぞれ10.31兆円、10.27兆円となる。医科（入院）、医科（入院外）、歯科、薬局調剤の診療種類別内訳をみると、薬局調剤のウエートが最も高く、2010年では4.42兆円となり、医科（入院外）の4.38兆円がそれに次いでいる。薬剤費が医療費に占める割合をみると、2001年の25.8%から毎年ほぼ一貫して上昇し2010年は28.0%となる。

（図表6）薬剤費の試算—高療試算 [2010]
（医療用医薬品のみ）

		2001年度	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
		← 高療試算 (2010) →								← (注) →	
薬剤費		7.83	7.85	8.31	8.40	9.02	8.84	9.34	9.30	10.31	10.27
医科	入院	1.46	1.48	1.51	1.44	1.60	1.46	1.49	1.51	1.52	1.45
	入院外	4.11	3.91	4.04	3.95	4.09	3.99	4.03	3.83	4.43	4.38
歯科		0.03	0.02	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03
薬局調剤		2.23	2.44	2.30	2.98	3.30	3.36	3.79	3.93	4.34	4.42
薬剤費/国民医療費 (%)		25.8	26.0	27.0	26.8	27.8	27.3	27.9	27.3	29.3	28.0

（資料）2001年度から2008年度まで高療正俊（2010）

（注）2009年度と2010年度は、高療（2010）の方法に基づく日本総合研究所の試算。

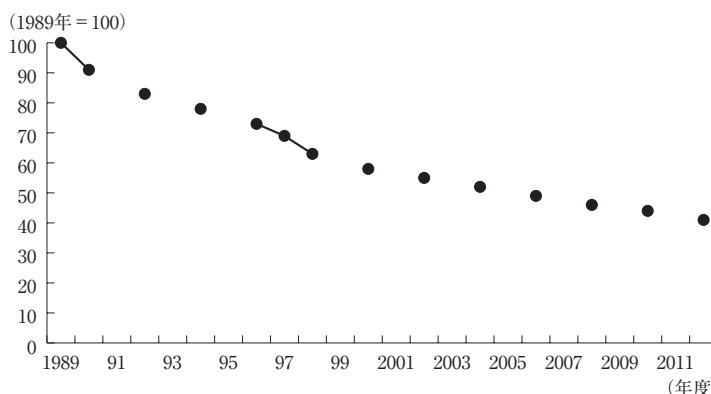
こうした結果は、前掲の厚労省試算から受ける印象とは大きく異なる。例えば、厚労省試算では、2009年の薬剤費は8.01兆円、薬剤費比率は22.3%であったが、高療試算の方法に従えば、それぞれ10.31兆円、29.3%におよぶ。

加えて、高療試算の結果は、薬剤費に関する一般的な通念とも異なっている。一般的な通念とは、ほぼ2年に1度の薬価改定の際（健康保険給付対象となる薬価は公定価格である）、薬価がマイナス改定され続けてきたことから、薬剤費が抑えられてきたのではないかというものである。薬価がプラス改定されたのは、1989年が最後であるが、仮に同年の薬価を100とすると、その後のマイナス改定によって、2012年の薬価は41となる計算である（図表7）。

しかし、高療試算が示しているのは、薬剤費の絶対額、および、医療費に占める割合ともに年々高まってきているというものである。この傾向は、次に紹介する長澤試算 [2012] でも、レベルの相違はあってもほぼ共通している。やはり「国民医療費」統計のなかで、薬剤費が把握されなければならないのである。

もっとも、試算には限界があることは否めない。一つは、包括払

（図表7）1989年=100とした場合の薬価の推移



（資料）厚生労働省「平成21年度国民医療費」、同「平成24年度診療報酬改定について」より日本総合研究所作成

いの医療費における薬剤費についてである。医療機関への診療報酬の支払い方法には、出来高払いと包括払いの二つの方法があることはすでに述べた通りである。高棕試算が用いている「社会医療診療行為別調査」に掲載されている薬剤比率は、出来高払いに限った数値でしかない。包括払いの場合も、出来高払いの場合と同じ薬剤比率で薬剤が用いられているとは限らないのだが、高棕試算では、包括払いにおける薬剤比率も、出来高払いと同率であるとの仮定が置かれている。

このように仮定を置くことは、統計の制約上やむを得ないものの、薬剤費の過大推計につながり得る。なぜなら、包括払いの場合、医療機関には、自らの収益最大化のため、薬剤費を抑えるインセンティブが働くからである。本来、包括払いの医療費における薬剤比率は、出来高払いより低いと考えた方が、実態に近いだろう。

二つ目は、「社会医療診療行為別調査」が対象とする範囲と調査期間である。「社会医療診療行為別調査」の調査対象からは、生活保護における医療扶助をはじめとする公費医療の分が除かれている。公費医療は、いまや国民医療費の12.6%、4.5兆円に達している。「社会医療診療行為別調査」の薬剤比率は、公費医療以外の医療費に限った比率であり、それを公費医療を含めた医療費に掛け合わせるということは、公費医療における薬剤比率も「社会医療診療行為別調査」が対象とする保険者と同率であるという仮定を置いていることになる。

しかし、この仮定は、薬剤費の過少推計につながり得る。しばしば、生活保護では、政府も問題視するように、一部医療機関で過剰な投薬がなされている可能性が指摘されているためである（注2）。

また、「社会医療診療行為別調査」は、6月の1カ月を対象としているに過ぎず、通年の調査ではない。月ごとに、薬剤比率には変動があるはずだが、高棕試算の方法は（誰がやってもそれしか出来ないのだが）6月単月の薬剤比率が1年を通じて安定していると仮定していることになる。その分、結果には誤差を含むこととなる。

三つ目は、高棕試算は、医薬分業をしている医療機関の薬剤費に関し、薬剤費がその医療機関と薬局調剤とのダブルカウントになっている可能性である。その理由はややテクニカルだが、注に概略整理した通りである（注3）。

(2) 長澤試算 [2012]

もう一つ、2012年に発表された長澤優氏（医療産業政策研究所、所属は論文掲載時のもの）の試算がある（長澤 [2012]）。長澤試算の方法も、骨格は、高棕試算同様、医療費×薬剤比率である。結果をみると、薬剤費は2001年度の6.90兆円から毎年度ほぼ一貫して増加し、2009年度には8.86兆円となっている（図表8）。薬剤費が医療費に占める割合をみると、2001年度の22.2%から毎年度ほぼ一貫して上昇し2009年度は24.6%となっている。

こうした長澤試算の薬剤費を前掲の高棕試算と比較すると、年によって変動はあるものの、おおむね1兆円強低くなっている（それでも厚労省試算より高い）。診療種類別に仔細にみると、要因は医科（入院外）すなわち外来医療の薬剤費の差にほぼ求められる。

これは、恐らく、高棕試算においては、医薬分業をしている医療機関の薬剤費に関し、薬剤費がその医療機関と薬局調剤とのダブルカウントになっている可能性があった（試算の限界の3点目として指摘

(図表 8) 薬剤費の試算—長澤試算 [2012]
(医療用医薬品のみ)

		(兆円)									
		2001年度	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
薬剤費		6.90	6.86	7.29	7.35	7.90	7.65	8.00	8.12	8.86	
	医 科	入 院	1.46	1.48	1.50	1.44	1.58	1.44	1.49	1.53	1.53
		入院外	3.25	2.96	3.04	2.90	3.02	2.83	2.75	2.63	2.99
	歯 科		0.03	0.02	0.03	0.03	0.03	0.03	0.02	0.03	0.03
	薬局調剤	2.17	2.39	2.72	2.97	3.27	3.36	3.74	3.93	4.31	
薬剤費/国民医療費 (%)		22.2	22.2	23.1	22.9	23.9	23.1	23.4	23.3	24.6	

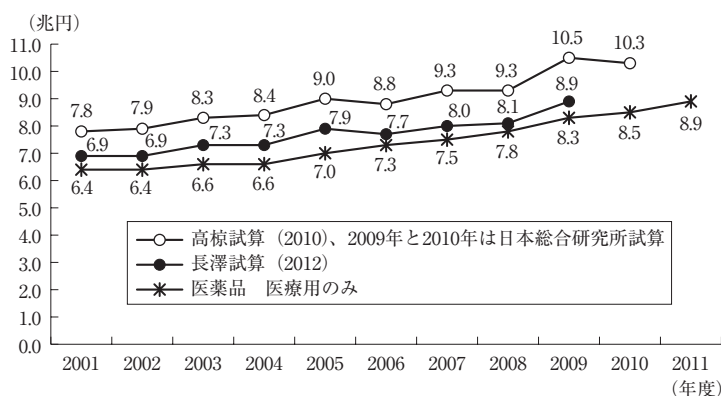
(資料) 長澤優 (2012) の数値を日本総合研究所が集計

した) ものが、長澤試算ではそうしたことがないためと推察される。

こうした試算の妥当性を測る一つの方法として、厚生労働省が毎年度公表している「薬事工業生産動態統計」における医療用医薬費の国内生産+輸入-輸出と比較することが考えられる(図表9)。これらは蔵出し価格であるから、ここに流通マージンと仮に医療機関や薬局調剤に薬価差益(政府の定める薬価>仕入れ価格)がある場合、その薬価差益を上乗せしたものがほぼ薬剤費に相当することとなる。

やはり2001年度から2009年度まで、長澤試算と「薬事工業生産動態統計」における医療用の医薬費を比較してみると、長澤試算の薬剤費が医薬品を一貫して上回り、その差は年度によって変動はあるもののおおむね0.5兆円程度である。実際の流通マージンや薬価差益(医療機関が公定価格より低い価格で仕入れることによる病院の取り分)の有無およびその規模などの正確な把握は困難であるが、長澤試算が実際の薬剤費(その政府統計はないが)に近い水準にあるであろうことが窺える。

(図表 9) 薬剤費試算と医薬品(生産+輸入-輸出)
(医療用医薬品のみ)



(資料) 高椋 (2010)、長澤 (2012)、厚生労働省「薬事工業生産動態統計年報」各年版より日本総合研究所作成

もつとも、こうした試算であっても、限界があることはやはり否定で

きない。第1に、長澤試算も、高椋試算と同様、公費医療分の薬剤費の過少推計の可能性など、試算のもととなる「社会医療診療行為別調査」に起因する限界は共通している。

第2に、長澤試算では、包括払いの医療費にかかる薬剤費に関し是正が図られようとはしているものの、あくまで暫定的なものにとどまる。暫定的であるのは、長澤試算が足掛かりとしているのが、前掲の約8,900億円(包括払いにかかる薬剤費)の数値を記載した厚生労働省の一枚ものの紙であるためである(注4)。

この一枚ものの紙は、同資料の断り書きにもあるように、この数値の一部については「大胆な仮定を置いた」ものでしかなく、どこまで信頼を置けるのか不明である。また、2009年度以前分については公表されていない。

長澤試算は、この2010年度約8,900億円を足掛かりとし、2010年度における包括払いの医療費の薬剤比率を求めたうえで、その比率が過去の包括払い医療費においても同一であるとの仮定のもと、2001年度から2009年度までの包括払い医療費における薬剤費を試算している。よって、試算結果はあくまで暫定的なものと捉えるべきである。

このように、高椋試算、および、長澤試算をみると、それぞれ「国民医療費」における薬剤費統計の不備をカバーしており、とりわけ、厚生労働省の包括払い医療費にかかる薬剤費の推計公表を経た長澤試算の結果に、よりもっともらしさを窺うことができる。ただし、これまで指摘してきたように、これらの試算には限界がある。

かつ、二つの試算を比べると年によって変動はあるものの1兆円程度の乖離がある。この二つの試算のほか、全国保険医団体連合会〔2012〕は、2010年度の薬剤費を9.8兆円と試算しており（注5）、これは、長澤試算よりも高椋試算の結果にどちらかといえば近い。いずれにせよ、薬剤費の現状把握の基礎となる統計が統一されなければならないことは言うまでもない。

以上より、政府自らによって、「国民医療費」ベースでの薬剤費が推計・公表されることが必要であることが改めて確認されたといえよう。その結果は、われわれの薬剤費に関する通念を覆すものとなるはずである。

（注2）例えば次の記事「生活保護費の増加を抑えようと、政府は保護費水準を引き下げる検討に入った。17日に閣議決定した2013年度予算の概算要求基準で「生活保護の見直し」を明記。安い後発医薬品の利用促進などで保護費の半分を占める医療扶助の抑制などに取り組む。（略）政府は秋以降にまとめる「生活支援戦略」で、後発薬の利用促進のほか、電子化した明細書（レセプト）を使った医療扶助の点検強化を打ち出す。生活保護の受給者は医療費が無料となるため受給者を狙って過剰な治療をする医療機関や、転売目的で向精神薬を大量に受け取る患者らが出やすい。こうした不正を見つけやすくする」（2012年8月21日日本経済新聞）

（注3）「社会医療診療行為別調査」の薬剤比率は、出来高払いと包括払いのうち、出来高払いの医療費のみを対象とし（すでに本文で述べた通り）、さらに、出来高払いの医療費のうち、医療機関自らが薬剤を出している場合に対象が限られている。この薬剤比率を出来高払いの医療費全体（医療機関自ら薬剤を出す場合の医療費+医療機関は処方箋を書くだけでそれに基づいて調剤薬局が薬剤を出す場合の医療費）に掛け合わせるということは、医療機関の処方箋に基づいて調剤薬局が薬剤を出す場合に関し、調剤薬局のみならず医療機関もが薬剤費を出していることになってしまう。すなわち、その分、薬剤費がダブルカウントされてしまうこととなる。

（注4）第46回社会保障審議会医療保険部会（2011年10月12日）資料4「薬剤比率について」

（注5）全国保険医団体連合会「薬価の国際比較調査に基づく医療保険財源提案」月刊保団連臨時増刊No.1087 2012。

3. 具体的にはどのような詳細項目が必要か

では、「国民医療費」統計に薬剤費を掲載する場合、合計額のほか、どのような種類の詳細項目が求められるのであろうか。薬剤費と密接に関連する政策課題と照らしつつ、必要となる項目を整理していこう。

(1) 医療費効率化と薬剤費

まず、わが国にとって極めて重要な政策課題となっているのが、国民負担の抑制に向けた医療費効率化である。とりわけ、すでに触れたように、近時、生活保護（公費医療の一部）においてその問題がクローズアップされるようになっている。

政府も、今回の社会保障・税一体改革において、医療と介護を合わせて年間約1.2兆円（2015年度）の効率化を計画している。その際、政策ツールとして期待されるのが、一つは、新薬と比較して薬価が抑えられている後発医薬品の利用促進である。もう一つは、医療費の包括払いの拡大である。すでに述べた通り、包括払いのもとでは、出来高払いに比べ、医療機関は薬剤利用を効率化するインセンティブが働くからである。

こうした政策課題に照らせば、薬剤費の総額とは別に、第1に、新薬と後発医薬品の区別が必要である。しかも、価格のみならず、数量が示されることが必要である。新薬とそれほど価格の変わらない後発医薬品が増えてもあまり意味はない。第2に、出来高払い分と包括払い分の区別である。とりわけ、現在、包括払いのウエートが高まっており（医科の36.7%が包括払い）、包括払いの医療費における薬剤費を正確に把握することは極めて重要であろう。

第3に、公費医療における薬剤費とその比率が明記されることが必要であろう。公費医療における薬剤比率を組合健保や国民健康保険など他の健康保険組合と比較することで、過剰投薬が実際にあるのか否か、および、その程度を判断する際の目安となるはずである。

(2) 経済成長と薬剤費

次いで、経済成長との関連である。医療は、わが国の経済成長の牽引役の一つとして期待される分野であり、実際、2012年7月に閣議決定された「日本再生戦略」でも次のようにある。

「グローバル経済で高付加価値化を図って勝ち抜いていくためには、将来の我が国の成長産業として医薬品・医療機器産業は重要な位置づけを占めることが期待される。国民に世界最高水準の医療を提供し続けるためには、革新的医薬品・医療機器を世界に先駆けて創出するとともに、再生医療や個別化医療のような世界最先端の医療分野で日本が世界をリードしていく」

こうした政策課題に照らせば、(1)で指摘した新薬と後発医薬品の区別に加え、それらが国内生産されたものか輸入されたものかが峻別されることが好ましい。ちなみに、「薬事工業生産動態統計」ベースで見ると、医薬品（医療用のみならず一般薬も含む）の輸入額は約2.5兆円に及んでいる一方、輸出は約0.1兆円でしかない（2011年）。輸入は一貫して増え続けているが、輸出はほとんど増えていない。

以上、薬剤費に関連し大きく二つの政策課題と、それに対応して求められる薬剤費の詳細項目を掲げたが、他にも政策論議に必要となる項目はもちろんあろう。

おわりに

本稿で述べてきた通り、現在の薬剤費に関する統計の惨状のままでは、社会保障のみならず、経済成長をはじめとした他の政策分野においても、生産的な議論は到底期待できない。とりわけ、診療報酬の包括払い化が進めば、より一層、薬剤費の実態は不透明になり、厚生労働省がそれを加味しないまま審議会の参考資料として作っている薬剤費の数値は、実態と乖離していくことになるだろう。

政府は、まず、こうした問題意識のもと「国民医療費」統計において薬剤費を明確に切り出して掲載するということを決めたうえで、重要な政策課題を省庁横断的に整理しつつ、詳細項目の決定と推計について同時に作業を進めていくことが求められている。

さらにいえば、OECDの総保健医療支出との整合性を重視し、薬剤費のみならず「国民医療費」統計そのものの在り方の見直しへと踏み込んでいくことも必要であろう。それは、わが国の医療の概念自体を見直す作業ともなる。わが国でいう医療とは、いわば、病気にかかった後、公的保険の範囲でそれを治療する医療でしかない。他方、OECDの総保健医療支出は、すでに述べた通り、予防や介護なども含めたより広い概念である。公的のみならず、私的分野も含んでいる。

考えるまでもなく、結果として病気になり、その治療である医療に資源を費やすよりも、病気を未然に防ぐために予防に資源を使い、その効果を得て病気を防ぐ方が、本人にとって幸福である。限られた資源の有効活用にもつながり得るだろう。OECDの総保健医療支出のように、単に医療のみにとどまらず、予防までをも含めておけば、そうした医療から予防への資源のシフトもより定量的に議論できるようになる。

薬剤費をはじめ医療費統計の見直しを、技術論にとどめず、わが国における広い意味での「保健」システムの在り方にまで遡ることが期待されている。

(2013. 3. 25)

参考文献

- [1] 井伊雅子 [2011]. 「医療費の範囲と『国民医療費』」 橋本英樹、泉田信行編『医療経済学講義』東京大学出版会
- [2] 医療経済研究機構 [2010]. 『2007年度 OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計 (National Health Accounts) 報告書』
- [3] 小藪幹夫 [1999]. 『薬の常識・非常識』かもがわ出版
- [4] 全国保険医団体連合会 [2011]. 「薬価の国際比較調査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 2012
- [5] 高椋正俊 [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
- [6] 長坂健二郎 [2010]. 『日本の医療制度』東洋経済新報社
- [7] 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
- [8] 西沢和彦 [2011]. 『税と社会保障の抜本改革』日本経済新聞出版社
- [9] OECD [2011]. 'A System of Health Accounts 2011 EDITION'.