第47回日本東洋医学会総会

招待講演

医療保険制度の動向と医療費の適正化について

安倍 道治

Trend of the Japanese Medical Insurance System
and Its Adjustment to the Proper Status

Michiharu ABE

Director of Pharmaceutical Management, Medical Economics Division, Health Insurance Bureau, Ministry of Health and Welfare

Nihon Toyo Igaku Zasshi (Japanese Journal of Oriental Medicine), 47, 391-404, 1996

少し辛口のお話になりますけれども、最近の医療費の動向、医療費を支えています医療保険制度の今後、それから皆さんにも関係しております医薬品が医療費の動向の中で今後どういう取り扱いになっていくのかという薬剤費関係の適正化に一応焦点を絞らせてご紹介をさせていただきたいと思っております。

図1は国民医療費の動向ということで、最近の医療費の傾向を見たものです。この棒グラフで示したものが国民医療費全体で、平成7年の推計では27兆円を超えております。最近の傾向としては医療費は大体毎年1兆円が増えています。国民所得に占める割合も、この上のグラフですけれども、7%を超えているという状況です。そういう中で、老人医療費は増え続けておりまして、最近では約8兆円を超える医療費になっています。

一応、厚生省の方針、考え方としては、国民所得の伸びの範囲で国民医療費の伸びを抑えていこうということで今まで努力をしてきたのですけれども、最近の経済基調の変化、景気の停滞によりましてその目標が崩れてきています。

今、申し上げました医療費ですが、年齢階層別の医療費を見えます(図2)。当然、加齢に伴って1人あたりの医療費が増えるわけです。ここで特徴的なことは、70歳(老人医療保険制度がここからある)を超えたとたんに、このなだらかに上がってきています医療費がポーンと跳ね上がるわけです。こういう実態があり、我が国の皆保険制度(昭和36年以来制度を維持してきている)があるわけですが、老人のいわゆる患者負担との関係、こういう問題が一つ顕在化してきています。

とりわけ老人の医療費に焦点を当てて分析をしてみます(表1)。過去10年の比較(1983年と1993年の10年間の比較)をしてみますと、診療費そのものは7兆円ということで114%の増をしています。これは当然受給対象者数が増えているわけですので、受給対象者数でいきますと700万人から1,000万人ということで、その伸びからいって45%、これが大きく増えているわけです。一方で、100人あたりの受診率で見えますと、この伸び自体は2割程度ですからそれほど大きく伸び

図1

ていないわけです。それから1件あたりの日数、これはレセプト1件あたりで1月あたり何回受診するかという機会ですけれども、これも実は減っているわけです。何が増えているかと言いますと、要するに1日あたりの医療費が増えています。1回医療機関にかかったときの医療費が5割増えています。したがって全体を総括しますと、お年寄りが単純に増えていることで医療費が増えているというのは当然のことですけれども、中身を見ても1回あたりの医療費が増えています。ということは、医療費を構成しております例えば検査、それ以外のさまざまな診療行為、こういうものが増えているということです。当然、診療報酬の点数は2年に1回改正されて引き上げられておりますけれども、それ以上にいろいろな医療の高度化、患者ニーズの多様化もあり、一部には患者のコスト意識の点で老人についてはやや全体として意識が足りないのかなということもあるのでしょうけれども、いずれにしても1回あたりの医療費が非常に伸びているということが言えます。

では、こういった医療費の伸びが将来どのくらい伸びるのかですが、このまま推移していきますと、2010年辺りでは70兆円ぐらいの医療費になります(図3)。高齢化のピークと予想されています2025年になりますと、この時期には4人には1人が65歳以上のお年寄りということになりますけれども、そういう状況下、高齢化のピークに達したときには140兆円の医療費が見込まれるということです。4人に1人が老人ですけれども、その老人医療費については全体の医療費の半分以上を占めるであろうと予想されているわけです。そういうことから、我が国の36年以来維持してきました皆保険制度を、いかに将来にわたって安定的に経営していくかということが問われてきているわけです。

こういうふうに医療費が増えていくということが予想されるわけですが、表2は現時点までの医療費の大きな部分を占めております薬剤費に着目しまして、医療費に占める割合を表にしたものです。縦軸に年数を取り、それから薬剤費全体の割合ということで、最初のコラムは昭和46年

図2

表1 老人医療関連指標の動向

	実 数		増加率
	1983年度	1993年度	
診療費(億円)	31,966	68,530	114.4%
受給者対象者数(千人)	7,491	10,884	45.3%
受診率(100人当たり)	1,289.46	1,534.95	19.0%
1件当たり日数(日)	5.10	4.36	▲14.5%
1日当たり診療費(円)	6,493	9,400	44.8%

資料：厚生省老人保健福祉局「考人医療事業年報」

当時は医療費の半分が薬剤費で占められているという状況があったわけです。だんだん最近になり昭和62年辺りで、59年辺りと言ったらよろしいでしょうけれども、医療費の約3割で薬剤比率は下げ止まりになっています。このあとずっと3割程度の医療費に占める割合になっています。

一方で、医薬品費については価格の見直しということで薬価基準収載品目について2年に1度改正をしております。過去10年の単純の引き下げ率の累積でいきますと約5割程度薬価を下げているわけですが、全体として医療費が伸びる中で薬剤比率は3割で下げ止まり、一定化しています。そういう状況の中で、外来の薬剤費は最近の

図3

平成5年のデータでは、一般医療においては約4割を占めているわけですが、老人のそれは5割を占めています。つまり、この5割というのは昭和46年の全体の薬剤費比率の5割にかなり近い実態が、要するにこの46年と変わらない実態が老人の外来医療では認められるということです。

老人の薬剤使用の実態ですけれども、いわゆる外来患者に対する薬剤の併用状況ということで、1人のご老人が医療機関にかかった場合にどのくらい異なる医薬品を併用しているかという調査をしたものです(図4)。4つの主病にかかっている患者さんの併用薬を調べてみたのですが、いずれの疾患におきましても大体4剤から6

～7剤、この辺りに大体ピークがあるということです。併用薬が使われているということで、その併用しているときの相互作用の問題とか、重複の問題、こういう問題が最近非常に取りざたされてきています。いずれにしてもお年寄りには併用薬が非常に多いということで、一方で加齢に伴って薬のマイナスの作用が非常にやすくなるということもありますので、もしむだな非合理的な投薬がなされているのであれば、その辺はきちんと合理化する必要があるのではないかとことをお示したデータです。

図5は使用薬剤の地域差ということをお示したものです。入院外、入院と分けてあります。い

表 2

(3) 薬剤費・特定保険医療材料費の状況

① 薬剤費比率の年次推移

- 医療費に占める薬剤費の割合は、かつては減少傾向にあったが、最近10年間間は、30%前後で横ばい状態になっている。
- 老人の薬剤費比率は一般より高く、とくに入院外では10ポイント程度高い。

年 月	薬剤費の割合 (%)					
	総 数			入院外		
	総 数	一般医療	老人医療	総 数	一般医療	老人医療
46. 5	45. 8	—	—	—	—	—
47. 5	42. 7	—	—	50. 1	—	—
48. 5	46. 4	—	—	54. 2	—	—
49. 11	37. 3	—	—	45. 5	—	—
50. 5	37. 8	—	—	46. 0	—	—
51. 5	37. 3	—	—	45. 4	—	—
52. 5	37. 7	—	—	45. 8	—	—
53. 5	34. 2	—	—	42. 1	—	—
54. 5	36. 0	—	—	43. 9	—	—
55. 5	38. 2	—	—	46. 2	—	—
56. 5	38. 7	—	—	46. 5	—	—
57. 5	34. 1	—	—	41. 5	—	—
58. 5	35. 1	34. 8	36. 5	48. 0	—	—
59. 5	30. 9	30. 6	32. 0	38. 6	—	—
60. 5	29. 1	28. 4	31. 6	36. 6	35. 0	45. 6
61. 5	28. 5	26. 9	31. 5	38. 1	35. 2	45. 2
62. 5	30. 5	29. 1	33. 0	42. 6	39. 3	50. 2
63. 5	30. 4	29. 0	32. 8	41. 2	38. 3	48. 2
元 5	32. 1	30. 6	34. 6	43. 6	40. 0	51. 6
2. 5	29. 6	28. 3	31. 9	41. 1	37. 6	49. 0
3. 5	30. 8	29. 2	33. 4	42. 7	38. 9	50. 9
4. 5	29. 1	27. 9	31. 1	41. 7	38. 2	48. 7
5. 5	29. 5	28. 2	31. 4	43. 0	39. 9	49. 0

(注) 「社会医療診療行為別調査報告 (厚生大臣官房統計情報部)」による。

(政府管掌施設保険医療科分、61. 5以降は国保を含む)

62. 5以降は、「特例許可老人病院医療管理科」、「緩和ケア病棟入院科」、「地方せん科」、「老人性痴呆疾患治療病棟入院医療管理科」、「老人性痴呆疾患療養病棟入院医療管理科」及び「寝たきり老人在宅総合診療科」が出現する明細書は除いて集計。

ずれも高血圧性疾患とか急性上気道感染症、単独の疾患に介している場合の薬剤の使い方が地域間でどのくらい差があるかというものでお示しました。この高血圧性疾患の場合ですと、薬剤の使用は多いところと少ないところで2.2倍の開きがあります。それから急性上気道感染症では、同じ単独疾患にかかっている場合の薬剤の使い方が、地域によりましてなんと3.5倍の開きがあるという実態です。もし少ない量で、または少ない薬剤の投与で十分な医療が施されている実態であれば多い方に問題がありますし、多い方が本来の投薬の姿であれば少ない方はむしろ問題があるということ、この地域間格差をどう評価するかという点が一つあるわけです。

表3は数字が細かくて恐縮ですが、我が国の薬剤比率 (先程3割と申し上げました) が国際的に

見てどうかということ調査・比較したものです。フランス、ドイツ、イギリス、アメリカ、日本ということいろいろな数字が出ていますけれども、薬剤費に着目して見てみます。この下のコラムですけれども、外来医療費中の薬剤比率というのはほかの国においても大体4割程度の薬剤比率になっています。これは外来医療に占める薬剤比率です。入院医療費の中の薬剤比率を見てみますと、外国は大体5%とか7% (一けた台) です。それに対して日本では15%ということ、この表で言えることはいわゆる入院の際の薬剤依存というか、薬剤に対する期待というか、使用傾向が日本の場合は非常に高いというものです。

我が国と諸外国の保険制度の違いというもの、一方であるわけです。外国では、一般的に申し上げますと入院はいわゆる予算制になっていた

図4

り、定額制になっていたりということに対して、日本ではまだまだ全体と言えることは出来高制を堅持していますので、その辺の違いがあるかもしれません。

一処方あたりの薬剤数（1枚の処方せんで何剤の薬剤を出すか）ということで平均値をとってみます（表4）。フランスは3.2剤、ドイツですと1.7剤です。ドイツは一処方あたり3剤というルールがあるそうなのですけれども、実態は1.7剤だということです。日本は一処方あたりどの程度の薬を出すかということですが、病院で約4剤、診療所で3.5剤ということです。歯科診療の場合にはもともと薬剤を使っておりませんので少ないわけですが、平均して大体最近の数字で4剤を超えているのではないかと思います。とりわけお年寄りで多剤併用が多いというのが我が国の実態です。

こういふことで、いずれにしても日本の薬剤使用についてはやはり世界的に見てもやや使い過ぎの傾向があるのではないかと思います。それはコストから見てもそういうことを言われてい

ます。実際の薬剤数、それから金額ベースで見てもそういう傾向があるのではないかと思います。実際に中医協におきまして1年程度この薬剤に着目した議論がなされたわけです。

薬剤費が高いということは、その要素を分けてみますと、いわゆる薬価に起因して単価が高いためにトータルの薬剤費が高くなるという問題と、適正使用、つまりむだな薬剤の使用によって1人あたり薬剤費が高くなるということ、使い方と価格という2つの面でこの議論の整理ができるのではないかと思います。

我が国の医薬品が、世界的に見てその薬価が高いのか低いのかという議論がございました。結論的に申し上げますと、世界的によく使用されている医薬品をとりまして内外価格比較をしてみますと、アメリカが一番高く、ドイツ、日本がその次に来まして、フランス、イギリスは日本より安いとなっております。日本が突出して薬価が高い国ではないということが言えそうなのですけれども、逆に日本でよく使われている薬の内外比較をしてみますと、むしろ日本の薬価が高い結果が出

図5

てきます。この辺に日本の薬の使用のあり方、価格設定のあり方という問題が絡んでいるのではないかというわけです。

とりわけ日本においては、いわゆる新規性の乏しい新薬品の使い方が少し顕著ではないかという指摘がありました。これも、例えばドイツと日本の新薬の使用傾向を見てみますと、日本では過去10年以内に保険適用になった新薬の医薬品全体の薬剤費に占める割合を見てみますと、大体5割です。過去10年以内に保険適用になった新薬のトータル薬剤費に占める割合が5割と、半分が過去10年に保険適用になった新薬で占められています。一方でドイツなどを見てみますと、過去10年以内

に承認された新薬のシェアはなんと10%しかないのです。この辺に新薬を使う傾向、特に新規性の乏しい新薬を使う傾向があるのではないかということです。もし、その使用が、例えば薬価差みたいなもの、経済的な動機で処方されているような傾向があるとすれば問題があります。

そこで、価格設定の見直しということをひとつやろうではないかということで、中央社会保険医療協議会におきまして新薬の価格設定の見直しを行うこととしました。表5-1、5-2にお示しましたのは昨年11月の中医協の建議です。

どういう見直しを行ったかと言いますと、新薬のうちいわゆるブレイクスルー的な、画期的な治

表 3

② 薬剤費に係る国際比較

- 薬剤費比率の推計では、我が国の29.5%に対して、フランスの19.9%からアメリカの11.3%まで差があるが、いずれも我が国より低い。
○ 入院・外来の別で比較すると、外来ではアメリカを除きそれほど大きな差はないが、入院では我が国はかなり高い。

1993年の薬剤費に関する推計 (イギリスは1992年)

	フランス	ドイツ	イギリス	アメリカ	日 本
人口 (単位 十万人)	575	584	580	2,580	1,248
外来薬剤費					
現地通貨額 (単位 億)	1,084	238	41.03	488	54,330
円換算 (単位 億円)	24,941	18,802	9,478	59,536	54,330
1人当たり金額 (単位 円)	43,375	32,195	16,341	23,076	43,533
入院薬剤費 (推定)					
現地通貨額 (単位 億)	175	45	4.55	261	17,541
円換算 (単位 億円)	4,025	3,555	1,051	31,842	17,541
1人当たり金額 (単位 円)	7,000	6,087	1,812	12,342	14,056
薬剤費の合計					
現地通貨額 (単位 億)	1,259	283	45.58	749	71,871
円換算 (単位 億円)	28,966	22,357	10,529	91,378	71,871
1人当たり金額 (単位 円)	50,375	38,283	18,153	35,418	57,589
医療費総計					
現地通貨額 (単位 億)	6,342	1,659	277.76	6,614	243,631
円換算 (単位 億円)	145,866	131,061	64,163	306,908	243,631
1人当たり金額 (単位 円)	253,680	224,420	110,625	312,755	195,217
総医療費に占める比率					
外来薬剤費	17.1%	14.4%	14.8%	7.4%	22.5%
入院薬剤費	2.8%	2.7%	1.6%	3.6%	7.2%
合計	19.9%	17.1%	16.4%	11.0%	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%

為替レート: 1FF=23円、1DM=79円、1£ = 231円、1\$ = 122円
(平成5年大蔵省支出官レート、イギリスは平成4年大蔵省支出官レート)

(推計資料)

- ・フランス Comptes Nationaux de la Santé 等
- ・ドイツ ASDA報告書等
- ・イギリス Department of Health(DOH) 資料等
- ・アメリカ Health Care Financing Administration(HCFA)資料等
- ・日本 平成5年度国民医療費、診療行為別調査 (厚生省統計情報部)

療効果が期待できる新薬につきましては従来20%のプレミアムをつけていたわけですが、これをさらに引き上げて4割のプレミアムをつけることとしました。つまり、類似している医薬品のすでにある価格に対して、4割の加算をつけた価格設定とするというものです。すぐれた医薬品が出てきたものについては、それなりの価格設定上の優遇措置を取ろうとしたことが1つです。それからもう1つは、画期的新薬に至らない薬であっても、普通の通常の薬とは明らかに有意差をもってすぐれているという医薬品につきましては従来は3%の加算をつけていたわけですが、新たに10%の加算をつけるカテゴリーを新設しました。それから、従前の3%のプレミアムをつける医薬品については有用新薬2としてそのまま残し

たということで、医薬品については非常にすぐれた医薬品、準画期的医薬品、それからややすぐれているという医薬品、この3つについては評価をいたしますということにしました。

一方で、その他の新薬とお示ししておりますけれども、その他の新薬については従前はすでにある類似医薬品と価格を合わせるということで、結果としては過去の新薬の中の一番高い薬価をつけてきたという実態があるわけです。しかし、今後はこういった新規性の乏しい医薬品につきましては、過去に収載された複数の類似薬品の平均とする、具体的に申し上げますと過去10年に保険適用となった新薬の全体の平均価格をもってこの新薬の価格とするというものです。ただし、過去6年に収載された新薬の現時点における最低価格を超

表 4

③ 1処方当たりの薬剤数

○ 日本は、1処方当たりの薬剤数が多い。

フ ラ ンス	ド イ ツ	日 本		
		病 院	一般診療所	歯 科
3. 2	1. 7	3. 9	3. 5	2. 3

(注) 院外処方せんでの平均薬剤数を示す。

(出典)

フランス：仏厚生省調べ（1993）

ドイツ：独連邦保険医協会報告書（1993）

日本：厚生省・薬科使用状況調査（1990）

えないというもの但し書きがついておりまして、俗にゾロシンとかいうことばで表現されていますけれども、そういう新薬をただ成分が、構造が新しいから高い薬価を期待するということは今はできなくなるというものです。

先程、いわゆる新薬のシェアが5割というふうに申し上げました。一方で過去10年の間に累積で5割近い薬価の引き下げを行っている中で、3割の薬剤比率ということを見えます。いわゆる新薬シフト、薬価が下がりますとそのぶん企業にとりましても売上が減るということで新薬を開発して（新規性の低い新薬）、開発も非常にコスト的にも時間的にも効率的にできるということもありましょうし、そういうかたちで企業経営の回復を図ろうとします。医療機関サイドの話では、すべてではありませんけれども、一方で薬価差が経営原資の一部になっているという実態もあります。それから新薬は既存の薬より効くのではないかという期待、そういうものがいろいろ入り交っていると思います。医療機関においても新薬シフト等により医業経営の安定化をはかろうとする一面もあります。そういう使用のシフトの起こらないよ

うな対策という意味で価格設定についてめりはりのあるものに改めるということにしました。

もう1つ今回講じた措置としては、既収載薬品の価格設定ということです（表6）。すでに薬価基準に収載されております医薬品の価格については、2年に1度全面改正を行います。その改正の算定方式は、いわゆる市場実勢価格（卸さんから医療機関なり薬局に販売する価格）をもって新しい薬価、改定薬価としているわけです。現在では薬価差を11%認めるような算定方式になっているわけですが、そういう通常の薬価算定方式とは別にいわゆる再算定というルールを明確にしました。

再算定というのは、ここにありますように原価計算の場合、それから類似薬価比較方式の場合となっていますけれども、通常の薬価設定というのは一番似たものの価格に合わせる、それが無いものについては原価計算でもって新薬の価格設定をするというルールがあるわけです。そういうものは2年に1度、今度は加重平均値一定価格幅方式ということで、市場実勢価格が下がれば市場実勢価格の下がった分の見合いとして価格も下げてい

表 5-1

平成7年11月22日中医協建議に基づく
新医薬品の価格設定等のルールの見直しについて

1. 新規収載医薬品の価格設定

① 新薬の有用性による区分と加算

現 行	改 正
A : 画期的新薬 (20%を基準、10~30%で傾斜配分)	A : 画期的新薬 (40%を基準、20~60%で傾斜配分)
B : 有用新薬 (3%を基準、1.5~4.5%で傾斜配分)	B1 : 有用新薬 (Ⅰ) (10%を基準、5~15%で傾斜配分) (注1)
	B2 : 有用新薬 (Ⅱ) (3%を基準、1.5~4.5%で傾斜配分)
C : その他の新薬 (直近の類似医薬品合わせ、加算なし)	C : その他の新薬 (過去に収載された複数の類似医薬品の平均) (注2)

② 新薬の市場規模による区分と加算

現 行	改 正
A : 市場規模の小さい新薬 (3%を基準、1.5~4.5%で傾斜配分)	A1 : 市場規模の極めて小さい新薬 (10%を基準、5~15%で傾斜配分) (注3)
	A2 : 市場性規模の小さい新薬 (3%を基準、1.5~4.5%で傾斜配分) (注4)
B : その他の新薬 (加算なし)	B : その他の新薬 (加算なし)

③ 外国薬価との調整

収載時において2倍ないしは2分の1を超える内外価格差のあるものについては、使用実態等を考慮し格差是正を図る。

④ 後発医薬品の価格設定

先発医薬品の薬価の0.8掛けとする。(現行は0.9掛け)

表 5-2

(注1) 画期性加算 (平成3年5月の中医協建議及び平成4年1月の「新医薬品の薬価算定について (基本方針)」にいう3つの要件のうち2つを満たすもの。

ア 全く新しい着想によって研究・開発されたものであること。

イ 既存の医薬品に比して、明らかに高い有効性又は安全性を有することが、客観的かつ科学的に実証されていること。

ウ 対象疾患の医療体系に重大な影響を与えることが予想され、治療方法の改善・進歩への著しい貢献が期待されること。

(注2) 過去10年の同種同効の新医薬品の平均価格とする。(但し、直近6年以内に収載された新薬の最も安い薬価を超えない。なお、同一薬理作用のもので最も先行するものから3年以内か、3番目以内のものを除く。)

(注3) 稀少疾病用医薬品に準じた医薬品であること。

(注4) 同種同効品を含む市場規模が全医薬品市場の0.5% (現行で350億円程度) 未満であるもの。(注3に該当するものを除く。)

るわけです。そういうルール以外に、当初の市場予測を大幅に超えて売られている、使用されてい

るというものについては、ある意味ではこれらのルールとは別個に価格を下げることにしていま

表 6

2. 既収載医薬品の価格設定

<p>再算定（原価計算の場合） 市場規模が当初の薬価収載時の想定の2倍以上伸び、かつ、年間150億円を超えた場合（但し、収載後10年以内を対象）に実施し、改定率は2倍の市場拡大につき0.9掛けとする指数処理による（但し、25%を上限）</p>
<p>再算定（類似薬品比較方式の場合） 価格設定の前提条件である使用方法、適用対象患者の範囲等が変化し、比較対象薬との類似性が損なわれた場合（但し、収載後10年以内を対象）に実施し、改定率は原価計算による再算定（上記）に準ずる</p>
<p>再算定（効能拡大等） 1. 収載後に新たな効能などを取得した場合であって、取得した効能などを有する類似薬に比較して一日薬価で40%以上高くなる場合に実施し、改定率は取得前設の効能における市場規模により按分 2. 収載後の効能拡大等の結果、市場規模が相当に拡大する場合に実施し、改定率は原価計算による再算定（上記）に準ずる</p>
<p>長期収載医薬品の価格設定 有効性、安全性が同等でより安価な医薬品使用を促進し、併せて薬価基準制度の簡素合理化を図る観点から新たな価格設定方式の導入等について早急に検討を行い、平成9年度から実施</p>

3. 治療の取り扱い

企業への負担は、原則として、治療実施期間中の、①検査、②画像診断、③投薬、④注射の範囲とする。なお、本取り扱いの実態を踏まえ、次々回の診療報酬改定時に見直す。

総合的な対策の展開

図 6

す。

「よく売れるものを一方的に価格を下げるのは非常に問題ではないか」というご指摘、ご批判もあります。しかし、私どもの考え方は、いわゆる当初価格設定をしたときの価格設定の合理性が存続しえなくなったということで、価格の見直しをするものです。つまり、もともとある特定の類似薬の価格に合わせて薬価を設定したとすれば、その類似薬というものの立場が、新薬の予想される市場であるわけですが、それを大幅に超えて市場が拡大したというものについては、当初の価格設定のあり方に問題があったということで見直しをするということです。今回、こういう再算定ということで十何成分の新薬が最大25%の引き下げの対象となりました。

以上が価格設定の見直しということで、薬剤費を合理化・適正化していく中で、価格設定上の問題については今のような整理をすることとしました。

もう1つは適正使用の問題です。適正使用につきましては、図6にありますように医療費の適正化という全体の中で薬剤費の適正化を行うということです。医療費全体の適正化はせずに薬剤費だけやるというのは、公平ではないということで、全体の見直しの中で薬剤費についても見直しをしていくということになっているわけです。この表を見ていただきたいのですが、薬剤費の適正化というのは、診療報酬、薬価基準の見直し、この辺と、それからここにある薬剤の適正使用、医薬分業の推進というものと、医療費適正化対策としてのいわゆるレセプトの監査とか審査を強化する、この辺が薬剤に関係するものです。とりわけ薬剤の適正使用、医薬分業の推進が薬剤の適正化として、今回の4月の診療報酬改正等で具体化しています。

薬剤の適正使用として、今回の中医協の結論、それからのその結論に基づいて診療報酬改正がなされたわけですが、大きく分けまして薬剤使用適正化としての今回の診療報酬改正をご紹介します。

1つは包括化の推進というものが挙げられるわ

けです。出来高払い制ですと診療行為ごとに点数がつくわけですが、包括化というのは、ある行為とある行為を丸める、例えば最初に包括化が導入されたときには老人の入院患者さんに対して包括化が導入されましたが、その際には、投薬、注射、検査、それから看護というものが包括化されて、1日あたりいくらくと、どれだけ使ってもいくらく、使わなくても定額でお支払いをしますという制度を導入したのがきっかけです。

前回、平成6年の診療報酬改正におきましては、包括化が入院の一般にも拡大するとともに、いわゆる在宅医療、寝たきり老人在宅総合診療料ということで在宅医療にもこの定額制が導入されたところでした。今回の定額制包括化はさらに拡大をいたしまして、小児外来医療においても導入されましたし、老人の慢性疾患、外来総合診療料ということで老人の外来にも導入されております。それから包括化というもので位置づけられると思いますけれども、高血圧等のいわゆる運動療法を必要とする疾患に対して薬剤、注射、指導料を含めて包括化するというのもなされております。いずれにしても包括化については、例えば老人の入院医療で見られますように薬が著しく減った、検査が減った、薬剤が減ったとか、同時に患者さんが非常に顔の色つやがよくなったり食事がのどを通るようになったとかの話も聞かれます。

包括化は、現状においては選択制ということで手上げ方式になっています。包括化を採用した場合でも、院内投薬、つまり医薬分業を行っていない医療機関においての点数と院外処方せんを出した場合の点数ということで2つに分けた点数設定になっています。

それから2つ目のポイントは、患者への情報の開示です。ご承知のとおり医療というのは患者本位の医療ということが言われているわけです。最近ですとインフォームドコンセント、この辺も情報開示の一つの流れだと思いますけれど、患者が将来的には医療の内容を知って、選択をしていくという時代が来るのではないかと思います。患者に情報を開示することで薬剤使用の適正化を進める

こととしまして、例えば、今回は処方料に対する薬剤情報提供加算ということで、患者に対して投薬されるお薬の効能とか使い方について情報を提供した場合に、診療報酬上の措置を講ずることになりました。

一方で、薬局において処方せんを通じて投薬をする場合には薬剤服用歴管理指導料というものがございまして、それに対して加算というかたちで評価をいたしております。それから入院の患者さんにつきましては入院時医学管理料、いわゆる入院治療計画加算というものを導入いたしまして、入院の患者さんについても情報開示ということを診療報酬上評価するということです。それから病棟においての、例えば薬剤師さんの薬剤管理指導料の大幅な引き上げ、それから在宅における訪問薬剤管理指導料の同様の引き上げというものについても服薬指導を通じて情報を開示するという、大きな流れに沿った評価というふうに位置づけられるものです。

3つ目が、適正な医薬分業の推進ということが今回議題になりました。最近の新聞・マスコミ報道でいわゆる大型門前チェーン薬局なるものが批判を受けております。これはいわゆる分業の本来の姿から見ますとちょっとゆがんだものでございまして、商業資本が関心を持ってきているわけですが、私どもの分業に対する考え方はいわゆるかかりつけ薬局を育成するということです。門前薬局を含めたいわゆる第2薬局的な医療機関と薬局との独立性において問題のあるような薬局についてはこれを規制していくということで適正な分業を進めるために、例えば療養担当規則などではレポート等の金銭等の供与、收受、つまり薬局サイドにおいても医療機関のサイドにおいても患者誘導を期待したうえでの金品等の供与、收受は禁ずるという措置を講じております。そして一つの薬局で多くの枚数を門前で受けてしまうようなところについては技術料を引き下げるという措置を講じました。そういうことで、適正な医薬分業を推進するという視点から適正使用を進めるということが3つ目のポイントです。

細かいことになりますけれども、今回の診療報

酬関連の中で薬剤に関連したこととして指摘させていただきたいのは治験の取り扱いです。医療保険上の取り扱いというもので、従来は治験薬は費用負担が不透明でした。治験によって負荷されるコストについてはメーカー負担ということで、もやとしたかたちで評価、是認をしてきたわけですが、しかしながら、費用負担を明確にするということが、いわゆる治験の質を高めるということにもつながるのではないかとということで、今回は治験にかかる特定療養費を作りました。

治験実施期間中における医療保険と企業との負担の分担、負担につきましては投薬、注射、検査、画像診断、この4つの行為についてはメーカー負担とする、それ以外の診療行為についてはすべて保険で払う、これはレセプトを実際に請求するうえで運用上もっとも合理的な整理をしようということでこういう費用負担の整理をいたしました。

もう1つ、その他としまして多剤投与の問題があります。皆さんがふだんお使いになっている漢方などでは多剤投与という問題は少ないかもしれませんが、先程申し上げましたように平均4剤とか5剤とか使っている中で、お年寄りの中では10剤を超える多剤併用がなされております。前回は、10剤以上の併用が認められる場合は、薬剤費を10%カットするという取り扱いとしました。今回はさらに2剤減らしまして、8剤以上併用した場合は薬剤費については10%カットするという措置を講じたものです。

こういうようなかたちで、価格設定の問題と使い方という2つの視点で薬剤費の適正化対策を講じております。

これから21世紀に向かっていろいろな合理化がなされることと思われませんが、この図にございすように全体のお話を申し上げますと、例えば在宅ケアがありますけれども介護対策の充実ということで介護保険制度の導入が、議論されております。今国会にうまくいけば法案が提出できるかもしれませんが、介護保険を導入することとは何も新しい制度を創設することではなくて、これは老人医療の適正化・合理化の観点

からどうしても必要である、すなわち社会的入院みたいなものを是正するためにはその導入をはかろうというものであります。

医療保険制度の中では、この医療供給体制の効率化と合理化ということも叫ばれておりまして、例えば医師の定年制を導入したらどうかとか、医師数を制限したらどうかということもこれからの議論になっていくものです。

それから薬剤に関係した大きな議論としては、医療保険制度における給付と負担のあり方というものがあります。薬剤に着目しますと薬剤の給付のあり方、負担のあり方ということを議論していくということになるわけです。

では、どんなことが具体的な課題になるのかということになりますと、1つは非常に財政的に厳しくなっていく中で、いわゆる医療上の必要性の高い薬に対してお金を使っていく、相対的に低いものについては優先度を下げていくというようなやり方が一つあるわけです。例えばフランスでは生命に直結するような疾患の治療薬については患者自己負担をゼロにしております一方、軽医療に使われる医薬品については患者自己負担を100%、その中間として負担率を65、35と4段階に分けています。それからドイツのようにある一定の限度を設けて、ある薬を使ったら、それがいくらで市場で流通していこうと限度額を設けて、その限度を超えてお使いになる場合は患者の自己負担とするというような国もあります。そういった薬剤の給付のあり方と負担のあり方ということが、これから大きな議論になっていくでしょう。

そして医療保険制度審議会においては、一つは制度論、給付論というかたちで今議論がなされています。この5月以降、一方で診療報酬上の取り扱いということで、診療報酬上で合理化できる薬剤費をということで議論をしていくことになって

おります。来年の4月にはおそらく消費税の導入がなされるでしょうから、薬価基準の全面改正が行われることになると思います。

そういう中で、今、懸案になっておりますのは長期に収載した医薬品の収載のあり方です。長い間使われた医薬品の価格を見てみますと、我が国の薬価基準制度の中では価格差2.5倍を許容しているわけです。先発品の価格を100円とすれば、安い後発品の価格を40円とすることで銘柄間格差の是認しているわけですが、同じ治療効果、有効性、安全性が期待できる、品質も同じという中で、2.5倍の格差を是認するということはどういうことでしょうかという指摘がございます。2.5倍も高い値段を払う合理性がどこにあるのかというものであります。国民サイドからみれば供給している一番安い価格に全部価格を一本化したらどうかというご意見もあります。長年使って有効性、安全性、品質が確認されたものは価格を下げることで薬剤費の適正化ができないものかどうかというご指摘、ご提案があります。そういう議論をこれからしていくこととしております。

いずれにしても、薬剤費が医療費の3割を占めているということから制度論、給付論、それから診療報酬上の合理化という角度から薬剤費の合理化、適正化の議論が進められていくこととしております。特に薬剤というものは人体にとって異物だということで、最小の投与で最大の効果が期待できるようないわゆる合理的な投薬が本来望まれますので、そのような視点からも薬剤に着目した合理化の議論は深まるものと思われれます。

以上、最近の医療費の動向と薬剤の適正化のさまざまな施策の動向につきましてご紹介をさせていただきました。ご静聴ありがとうございました。