

# 乱診乱薬の

## 経済学 (上)

### 医業問題研究会

#### 十兆円医療費時代を迎えて◎

経済不況の中にあっても医療費は毎年二〇%にもぼる急激な上昇をつづけ、わが国も間もなく十兆円医療費時代を迎えようとしている。十兆円ともなると、国民一人当たり医療費は年間八万七千円であり、四人世帯の家庭では三十五万円の医療費を負担しなければならぬ事態となる。

現在十兆円の規模をこえる産業には、鉄鋼、自動車、電機、建設、教育などがあり、医療産業がこの仲間入りをするとなると、もはやその動向は国民経済全体の観点から無視できない。

のとなる。このことは、十兆円をこえてさらに膨張しようとする医療費について、資源配分効率化の立場からの再検討が必要であることを意味する。

国民はおそらく、自分が患者となつた場合に「よい医療を受けた」と感じるならば、その医療費負担についてとやかくいうことはないはずである。

ところが現実には、乱診乱薬、薬漬けといわれる医療費の大きなムダが社会的な問題となっており、健康保険法等の改正を審議する社会保険審議会や医療費の引上げを審議する中医協などでも、この問題はよくとりあげられる。

しかし、そこでの審議は、診療側委員がなりふりかまわずその事実がないこ

とを反論する一方、非診療側委員も何らの科学的なデータを提示せず、乱診乱薬で儲けているらしいという抽象的な追求の仕方なので、不毛の論議に終始している始末である。

国会では現在、ポーンズ特例保険料の創設を骨子とする健保法改正案の審議が行われ、中医協では一〇%前後の医療費引上げの検討が進められている。国民の立場からいえば、給与袋の中身は軽くなるし、医者に行つた場合の支払いはふえるので、こと医療費については他の公共料金と異なり二重の負担に耐えねばならないわけである。

いわば乱診乱薬で代弁される医療費のムダについて、今や国民は知る権利をもっているというべきである。ところが、この問題についての事務当局である厚生省の見解も、薬の多用化の問題一つに限ってみても、多いような多くないような説明で、まことに歯切れが悪い。

ここでは、多少の統計資料をもとに乱診乱薬といわれる現在の医療費の動向を分析し、今後の参考としたい。

#### 薬剤偏重の日本の医療◎

医療費急増の主要な原因については、人件費の高騰、老人人口の増加による人口構造及び疾病構造の変化、医

学・薬学の進歩に伴う医療サービスの原価の上昇などがあげられるが、常に問題になるものに薬剤の使用増加がある。日本の医療は、医薬品消費額の驚くべき上昇が国民医療費にしろる薬剤費の急増となつてあらわれ、今や医療は薬漬けにされているといつのである。事実、昭和三十五年度を基準とする

と、昭和五十年には国民総生産は約九・二倍、国民医療費は一五・八倍に増大しているが、国民医療費中の薬剤費にいたつては実に二七・八倍の増加である。その結果、技術料部分ともいふべき薬剤を除く医療費の増加は、薬剤の半分にもみたない一・二・五倍の水準にとどまっている(表一)。

国民医療費に占める薬剤の割合は、三十五年には二一・五%であったものが、加速度的に上昇し、四十二年には四〇%をこえ、四十八年には四六%というピークを示した。しかし、その後は診療報酬の技術料部分の大幅な引上げを反映して下降局面をたどり、四十九年以降はほぼ三七%の水準で安定している。

#### 世界一高い薬剤費比率◎

現在行われている医療費のムダの論議の中で、常にとりあげられるのは医療費の中にしめる薬剤費の異常な高き

表 1 国民総生産、医療費、薬剤費等の増加率

昭：年度	35	40	45	50
国民総生産	100.0	202.5	451.9	922.4
国民医療費	100.0	274.1	609.6	1,581.9
薬剤費比率	21.5	38.2	44.8	37.8
薬剤費	100.0	556.3	1,270.8	2,782.5
薬剤費を除く国民医療費	100.0	208.5	428.6	1,253.3

(注) 薬剤費比率を除き昭和35年度=100

この資料でも一九七三年の日本の薬剤費比率は四〇％近くであり、西欧諸国では一〇〜二〇％であるから、約二倍以上も薬が使用されているという論議である。

国際比較は、それぞれの国の人口構造や疾病構造、医療制度の実情を背景にして考えなければ厳密にはできないわけであるが、資料の制約もあつてかなりむずかしい。ここでは、健保連の社会保障研究室作成の資料を参考にし、て検討してみる(表2)。

表 2 各国の医療費に占める薬剤費の割合

	薬剤費の割合	年次
西ドイツ	19.5%	1973年
イギリス	9.4	1973
フランス	13.8	1973
アメリカ	21.9	1971
日本	22.7	1971
スウェーデン	46.4	1973
オランダ	37.3	1974
ベルギー	37.8	1975
イタリア	37.3	1976

(注) 健保連・社会保障研究室の作成資料を参考にした。

表 3 日本および欧米主要国の1人当たり医薬品生産高

	一人当たり生産高	年次
西ドイツ	31.4ドル	1971
イギリス	14.3	1971
フランス	38.9	1973
アメリカ	28.7	1971
日本	14.0	1969
スウェーデン	57.6	1974

(注) 米国、日本は1973年、1974年の統計資料を使用しており、ヨーロッパ諸国の統計との間には4~5年のギャップがある。1971年当時一人当たり生産額も旧ドル相場場で換算されており、日本については1ドル=300円で換算している。国際間比較については、この点について特に留意。OECD, 1971

(資料) 薬事ハンドブック1976(薬業時報社)

薬剤費比率は四六・四％で、その異常な高さが目をひく。イギリスの九・四％の四・九倍、アメリカの一三・八％の三・四倍、西ドイツ、フランス、イタリアの諸国との比較でも二倍以上の高さである。これらの国々の中で比較的薬剤比率の高い国は医療後進国イタリアの二二・七％であるが、それでも一九七六年の日本の三七・八％と比較すると四割も低い水準である。

以上は、統計数値の平板的な比較であり、通常はこのような比較によってわが国の医薬品の過剰投与が批判されてきた。しかし、このような単純な比較には次のような問題がある。

それは、西欧諸国の薬剤費は、薬局調剤による薬剤費が主であるといわれ病院における入院医療分の消費薬剤費

は含まれていないので薬剤費比率が若干低めに出ることである。日本の薬剤費比率の算出方法にならえば、西欧諸国の薬剤費比率には、病院の入院分薬剤費が上積みされるわけであり、先にみたような大幅な薬剤費比率の格差は多少縮小されるはずである。

そこで、日本の薬剤費から、病院の入院分薬剤費を控除した額で薬剤費比率を試算してみると、一九七六年の三七・三％は三一・七％まで低下するが、それでもイタリアよりはるかに高い割合である。

以上のほか、分母となる国民医療費の概念が、西欧諸国では分処費、病院建設費、医学研究費などを含んだものであり、日本の国民医療費の概念より幅広いため、薬剤費比率が相対的に低

表 4 医薬品生産額の推移

(単位：億円)

昭：年	医療用薬品	一般用薬品	総額	対前年増加率
43	4,883(70.9%)	2,002(29.1%)	6,890(100%)	22.3%
44	6,158(73.1)	2,267(26.9)	8,425(100)	22.3
45	7,705(75.1)	2,548(24.9)	10,253(100)	21.7
46	8,262(77.9)	2,342(22.1)	10,604(100)	3.4
47	8,435(77.3)	2,483(22.7)	10,918(100)	2.9
48	10,813(79.1)	2,850(20.9)	13,671(100)	25.2
49	13,818(81.3)	3,179(18.7)	16,997(100)	24.3
50	14,640(81.7)	3,284(18.3)	17,924(100)	5.5
51	17,994(83.2)	3,630(16.8)	21,624(100)	20.6

(注) 1. 薬事工業生産動態統計による。  
2. 一般用薬品中に配置用家庭薬を含めた。  
3. 配置用家庭薬は医薬品生産総額の1.0~1.3%程度である。

めに出されるという問題もある。国際比較には常にいろいろな手法上の限界がつきまとうにしろ、日本における薬剤費比率が各国と比較して異常に高く、世界一の水準にあることだけは間違いない。

● 薬剤消費量も世界一

このような日本の薬剤費比率が異常に高いことの反論として、日本では医

療費の水準または技術料の評価が低い  
ため、相対的に薬剤費率が高いように  
みえるだけで、日本人の薬の使用量は  
それほど多くないという見解が一部に  
はある。しかし最近の統計によれば、  
これもまったく事実と反することであ  
る(表3)。

生産量と消費量は必ずしもイコール  
ではないが、主要国の国民一人当たり  
医薬品生産額をみても、日本は一九七  
四年に五七・六ドルで、アメリカの三  
八・九ドル、ドイツの三一・四ドルをは  
るかに上回っている。これらの国々の  
中で医薬品の輸入が輸出よりも多い薬  
学後進国は日本だけであるから、実際  
上の格差はこれよりもさらに拡大され  
るはずである。

軍事面で産軍協同がいわれたことが  
あるが、薬の分野ではかなり以前から  
医薬協同が行われ、保険医療のシステ  
ムを通して薬の大量使用が促進されて  
いるのである。

不況下で躍進する医薬品産業

日本の医薬品産業は、医療保険制度  
の拡充を背景とする旺盛な需要に支え  
られ、いまや生産額が二兆円をこす大  
型産業に成長した(表4)。昭和五十年  
の医薬品生産金額は約二兆一千六億  
円に達し、世界的にもアメリカにつぐ

第二位の生産規模となり、構造不況に  
あえぐ化学工業の中にあつて、四十八  
年以降約二〇%の高度成長を示してい  
る。

生産の内わけでは、医療用薬品の比  
重が年々上昇し、昭和四十三年から五  
十一年までに医療用薬品は七〇・九%  
から八三・二%に増大している。この  
ことは医薬品産業がいかに保険医療に  
おける薬剤の大量使用傾向に依存し、  
傾斜しているかを示すものとして興味  
深い。

また薬効別にみた場合には、ビタミ  
ン剤などの大衆保健薬の需要の停滞に  
比べ、循環器官用薬、抗生物質製剤な  
どの成長が著しいのが特徴である。

薬価基準—  
薬剤多量使用の誘因

医療保険制度のもとで医師が請求で  
きる薬剤の価格は、保険医療への使用  
を許可された医薬品について厚生省が  
定める価格(薬価基準)によらなけれ  
ばならない。

薬価基準の決め方は「九〇%バルク  
ライン方式」といわれており、簡単に  
いえば、ちよと九〇%目の限界供給  
者の卸売り単価をもって価格とする考  
え方であるから、薬価基準の価格が常  
に市場の平均的な実勢価格を上回る事

態が生じる。

薬価基準と実勢価額の差がどのくら  
いかの数値はあまり発表されていな  
い。わずかに四十九年二月の医療費改  
定時に発表された中医学協資料によ  
ると、薬剤収入と薬剤購入費との収支差  
額の薬剤収入に対する比率は、医科医  
療機関平均で三〇・五%となってい  
る。

この三〇%がいれば薬剤投与による  
粗利益であり、医療機関または医師に  
とってはマージンであるといわれてい  
る。医療機関も経営体である以上、薬  
品の一括大量購入、年間納入契約、現  
金払いなどによって購入価格を値引き  
させ、薬剤の大量使用による純益の増  
加をはかることは当然の経済行動であ  
る。このようなマージンがある限り、  
医療機関の純益は薬剤使用量に比例す  
るから、その帰結として医療費中にし  
める薬剤比率はかなり高いものになる

試みに五十年度の国民医療費に占め  
るこの薬剤の粗利益分を試算してみ  
ると、約七千五百億円という巨額にのぼ  
り、その国民医療費に対する比率は一  
一・五%となる。算出方法が異なるた  
めに問題はあるが、イギリスにおける  
薬剤比率が九・四%であることを考え  
ると、この数字のもつ意味がいかに大  
きいかがわかるはずである。

現行の医療保険制度の下では、医師

の技術に対する報酬は画一的な点数で  
過少評価されており、この技術料を大  
幅に引き上げれば薬剤の大量投与はな  
くなるという意見もあるが、三〇%に  
ものぼるマージンがある限り、それが  
大きな利潤動機となって薬剤多用化の  
傾向がつづくことは間違いない。

問題は「九〇%バルクライン方式」  
にあり、いかに薬価基準を銘柄別の収  
載方式にかえようとも、九十番目の品  
目の単価とほぼ中位値である平均単価  
との間の乖離が三〇%程度は常に存在  
することは、単純な算数の問題であ  
る。生産者米価の算定において、かつ  
て八〇%目の限界農家を基準としてそ  
の価格が決定されていたことがあった  
が、現在はこの場合の米価があまりに  
平均値と異なることもあつてこの算定  
方式はとられていない。

昭和二十八年から採用された現行の  
薬価基準の「九〇%バルクライン方  
式」は、当時においてはたしかに収益  
性の悪い限界保険医療機関に安定的に  
医薬品を供給するという意味で十分に  
価値のあるものであった。しかし、現  
在はその歴史的存在意義を失ったとみ  
てよい。適正な価格で医薬品が安定供  
給されるため、新しい薬価基準設定の  
機運は熟しているのである。