

「日本の医薬品政策」

—国民医療費削減に向けて—

同志社大学政策学部政策学科

17040353 筒井皓介

2008年1月

論文概要

近年、日本の国民一人当たりの医療費は増加の一途をたどっている。高齢化社会に伴う増加だと言うこともできるが、32兆円という国民医療費の額は無視できないものとなっている。こういった中、国民医療費の内にしめる医薬品費の額もまた甚大である。その額は8兆円を超え、まだまだ増加し続けていくであろう。本論では、この医薬品費に着目し、現在の政府政策を検討しつつ、医薬品費の削減に向けての意見を述べていきたいと思う。

目次

I. はじめに	4
II. 現状分析	4
II-1. 国民医療費と薬剤費の現状	4
II-2. 医薬品とは	5
II-3. 医薬品の製造と流通	7
II-4. 薬価基準	9
II-4-1. 薬価算出方法	9
II-4-2. 薬価差益	10
II-5. 医薬品の特許	11
II-6. 日本の医薬品政策	11
II-6-1. ジェネリック医薬品の普及促進	12
II-6-2. 薬価調査の見直し	12
III. 仮説・検証	13
III-1. なぜジェネリック医薬品が普及しないのか	14
III-1-1. 医療機関の問題	14
III-1-2. 薬価基準の問題	15
III-1-3. 製薬企業の問題	16
III-2. なぜ薬価基準に大幅な改革がないのか	16
IV. 政策提言	18
IV-1. 薬価引き下げ	18

IV-2. 抵抗勢力への対処.....	19
V. おわりに.....	19

I. はじめに

近年、日本の国民医療費は高齢化社会に伴い年々膨張し、国民所得に対するその割合も年々増加している。国民の医療費自己負担も 2 割から 3 割に増加し、いよいよその対策が本格化せざるを得ない状況下である。そんな中、厚生労働省は安価で新薬と成分も同じであるというジェネリック医薬品に注目し、その促進政策を実施しているものの、あまり効果は見られない。また薬漬け医療などの問題もでてきた。私はこれらの原因が薬価制度にあると考える。

薬価とは国によって決定される医療用医薬品の公定価格のことで、医療機関や調剤薬局が患者に医薬品を売るときの値段はこれにより決められている。しかし、医薬品の取引価格に関しては規制がないため、医薬品卸業者からは薬価よりも低い金額で医薬品を仕入れることができ、この差額が薬価差益となる。この薬価差益こそ利潤の源泉であり、これを得ようと、医療機関や調剤薬局は体に害のない注射を何度も打ったり、同じ効果の同じような薬をたくさん出したりしている。これが、現在、問題視されている薬漬け医療の実態である。

厚生労働省がこの状況を黙認したのは、戦後遅れた医薬品業界の発展、つまり新薬会社の新薬開発を促進する為に、国が主体となって新薬会社を保護する姿勢に立っていたからなのである。これにより、医薬品会社は大幅な利益を生むことができ、私腹を肥やし、国民医療費の増加にもつながっている。

医薬品業界が発展してきた現代において、薬価制度は必要なのだろうか。市場経済に任せただけではよいのではないだろうか。本論では薬価制度の是非について議論していきたいと思う。

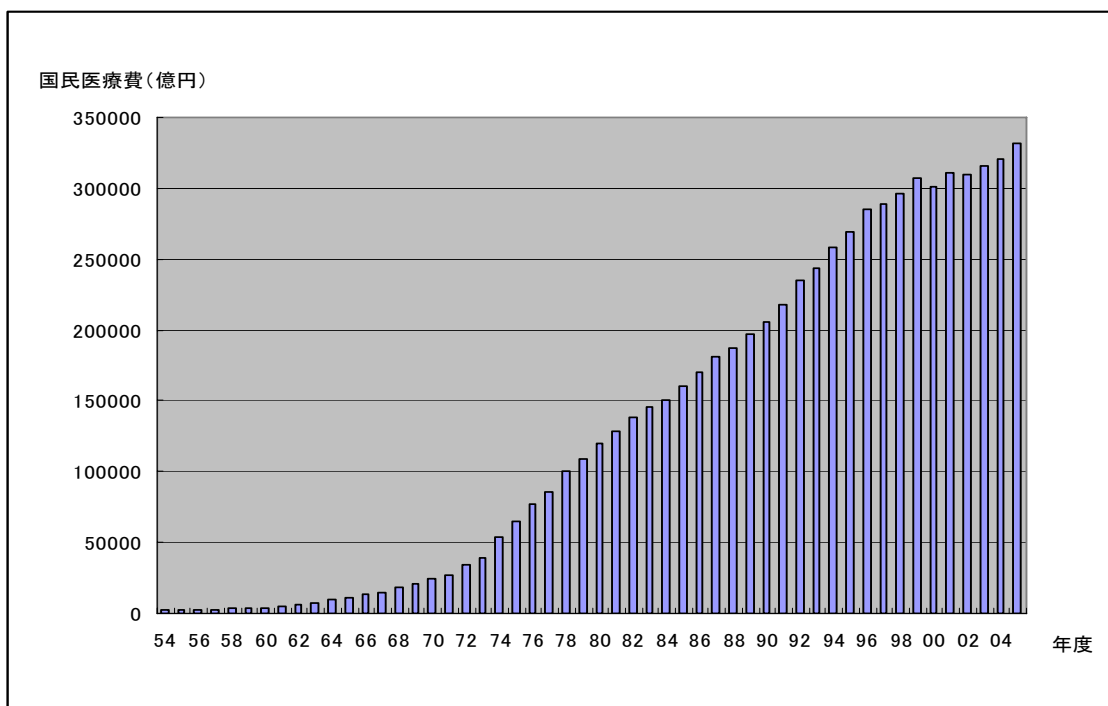
II. 現状分析

II-1. 国民医療費と薬剤費の現状

図 II-1-1 は国民医療費の年次推移である。一目でわかるように、この 50 年ほどで国民医療費は数十倍にも膨れ上がり、現在では 33 兆円を超えている。一人当たりの所得の増加を考えてもこの増加は急激すぎる。それにしめる薬剤費は 2 割強の約 7 兆円であり、か

なりの額である。本論ではこれに着目し、国民医療費の中の薬剤費を減少させることを主要な目的とし、議論していきたいと思う。

図Ⅱ－１－１ 国民医療費の推移



(出展) 厚生労働省 HP

Ⅱ－２．医薬品とは

「酒は百薬の長」という言葉があるように「薬」といわれるモノは世の中にあふれている。しかし、「医薬品」¹と呼ばれるものは、薬の中でも薬事法に該当する物品のみである。なお、医薬品とは、医療用医薬品と一般用医薬品²に分かれるが、ここでは医療用医薬品を

¹ 薬事法では「医薬品」は次に挙げるものとされている。

1. 日本薬局方に収められている物
2. 人又は動物の疾病の診断、治療又は予防に使用されることが目的とされているものであって、機械器具、歯科材料、医薬品及び衛星用品（以下「機械器具等」という。）でないもの（医薬部外品を除く。）
3. 人又は動物の身体の構造又は機能に影響を及ぼすことが目的とされている物であって、機械器具等でないもの（医薬部外品及び化粧品を除く。）

² 医療用医薬品とは医師によって使用又はこれらの者の処方箋もしくは指示により使用さ

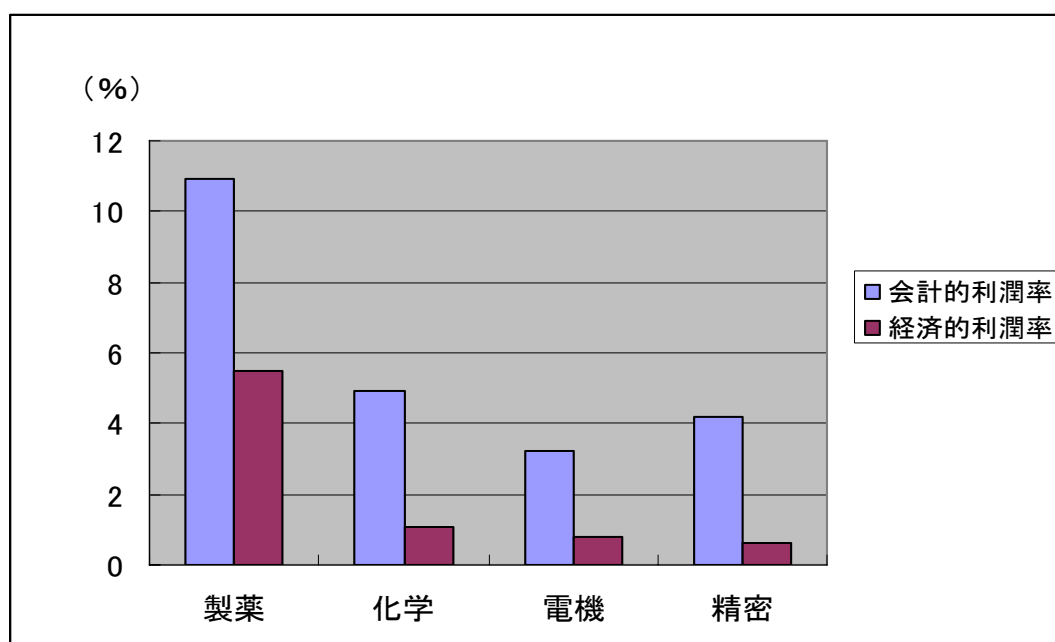
主な検討対象とする。

医薬品の特徴は研究開発による特許と高利潤率で言い表すことができる。

新薬開発には高度な化学技術と莫大な研究開発費³をとまなう。それらを持ち合わせているのは大企業のみであり、医薬品産業においては自然と大企業が有利な形となっている。化学技術とは時に偶発的に生み出されるものであるが、長期にわたり会社を存続させていくためにはそれだけでは難しい。このような新薬開発であるが、不治の病に冒された人々に希望の光を与えているのも事実である。開発が難しい物品ではあるが、そのわりに原材料が安いので高利潤率を生み出すことができる。高利潤率により、また新たに研究費をかけることができ新薬がどんどん開発されていくのだ。

医薬品は医療に不可欠な要素であり、外科のように体を傷つけることなく治療できるという利点がある。他方で、薬害エイズ事件やC型肝炎問題など、業界・行政・医学界の不明瞭で黒い関係も見ることができるのがこの産業である。

図Ⅱ－２－１ 主要産業利潤率



(資料) 菅原琢磨「日本製薬企業における経済的利潤率の測定」

れる医薬品である。それとは違い、一般用医薬品とは消費者が自らの判断で処方箋なしに購入できる医薬品である。

³ 新薬を1つ開発するための研究開発費は150～350億円と言われている。

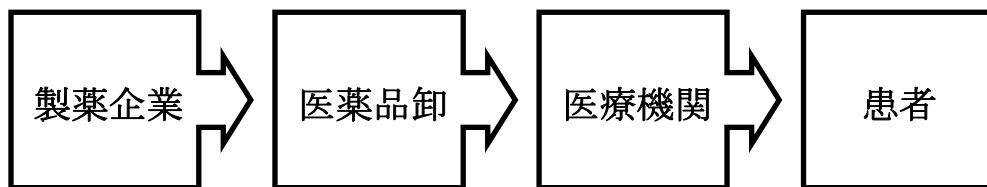
II-3. 医薬品の製造と流通

医薬品の流通は一般的な物品と同じようなルートをたどるが、その営業方法は他とは違っている。

図II-2-2は医薬品の流通の流れである。製薬企業がメーカー、医薬品卸が卸、医療機関が小売、患者が消費者と一般的な物品と変わらないルートをたどっている。次に、図II-2-3を見てもらいたい。こちらは医薬品営業の流れである。製薬企業の営業はMR⁴と称され、医療機関を巡回して販売促進活動を展開するMRは医療情報を提供するだけで価格交渉は行わない。このMRの数が多すぎる⁵ことが高い薬価を導いているという議論もあるが、MRの平均労働時間から見るとこれは考えがたい。

医薬品卸の営業担当をMS⁶という。MSはMRとは異なり価格交渉を行うのが主な業務である。

図II-2-2 医薬品の流通

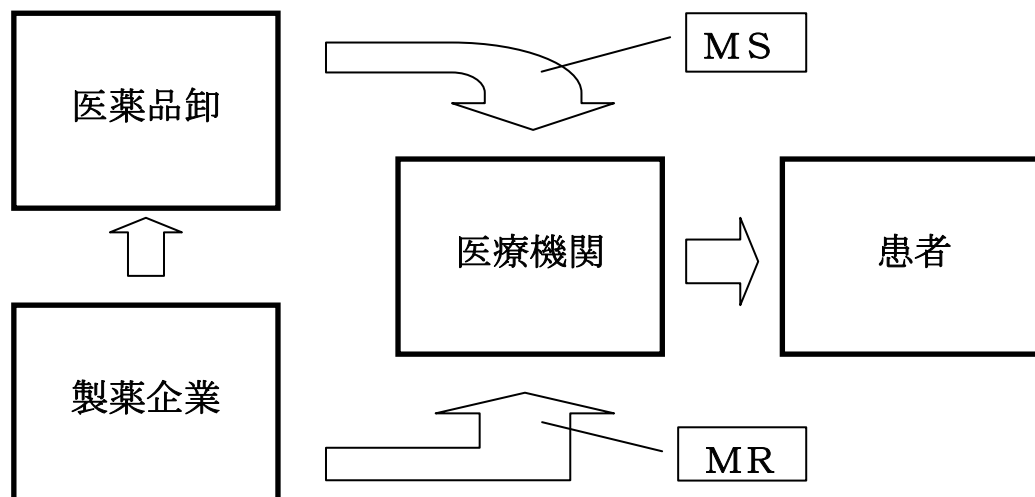


⁴ 医療情報担当者 (Medical Representative) の略

⁵ 現在の日本のMRの総数は約6万人強と推定されており、この人数は医薬品最先進国であるアメリカ合衆国よりも多いとされている。これは、医薬品が鋭い効果を示す反面、それに比例した強い副作用を持つ2面性があること、日本の医薬品の流通経路が複雑であることなどに関連している。各種医薬品の副作用情報、適正使用の提示、あるいは効能効果といった情報は、たった1つの医薬品においてすら膨大な情報となるため、それらの情報を適切に提供するためには、数十万規模のMRが必要であるとされている。

⁶ Marketing Specialistの略

図Ⅱ－２－３ 医薬品営業の流れ



たとえば家電製品ならば、メーカーから子売店に至るまで系列が形成されていて外部からもわかりやすい。それとは違い、医薬品は系列がほとんど形成されておらず、複雑なものとなっている。系列が形成されていない理由はメーカー数と商品数にある。家電製品の場合メーカーの数は限られ寡占状態にあるので、系列が組みやすくなっている。また、各メーカーとも同じような商品を作っているのので、一社だけの製品を取り扱っていたとしても消費者のニーズにこたえることができるのだ。これに対して、製薬メーカー数は非常に多い。また、医薬品はメーカー同士で同じ薬を扱っているということはほとんどないので、一社とだけ契約していたのでは消費者のニーズにこたえられない。特定のメーカーと卸売社が特に親密な関係にあるということもあるが、必要に応じて他メーカーとも取引をしているので、家電製品の系列とは異なる。

医薬品の製造・販売を勝手に行うと法律違反になる。これを行うには厚生労働大臣から事業者免許を取得しなければならない。また、医薬品を患者に処方するためには医師免許、患者に販売するためにも免許が必要であり、製薬企業と病院や薬局を取り持つ卸売事業者も免許が必要なのである。

医薬品取扱事業者について述べたが、医薬品自体にも一品ごとに厚生労働大臣の承認⁷を受ける必要がある。しかし、承認を受けただけでは商売にならない。その医薬品が保険適

⁷ 現在、認可されている医薬品は約1万2000品目。

用⁸にならなければ売れないからだ。保険適用にならない医薬品を使用すると、その医薬品だけではなく治療に関するすべての行為に保険適用がされなくなり患者負担となってしまう。負担が多い商品はなかなか販売数を伸ばすことができないので、保険適用は医薬品の販売数を伸ばすために必要なのだ。そして、保険適用になった商品は薬価基準に収載される。

II-4. 薬価基準

医薬品の料金は薬価基準制度により国に決められている。薬価基準には 2 つの役割があり、1 つは保険診療に使用できる医薬品の品目表として、もう 1 つは保険適用医薬品の価格表としての役割である。

薬価基準には保険適用するに値する医薬品が収載されており、医薬品として承認されていたとしても、過度に高額な薬や育毛剤など、生命の安全に必ずしも必要とされない薬は除外されている。現在の薬価基準に収載されている医薬品は全医薬品の 95%に相当する約 1 万 1000 品目である。

薬価基準のもうひとつの側面は価格表としての役割である。製薬企業から医薬品卸会社への引渡価格を「仕切価」といい、医薬品卸会社から医療機関への納入価格を「実勢価格」という。これらは、薬価基準の価格の決定要因となる。医療機関から患者への最終小売価格を基準価格といい、薬価基準の価格表の側面とは基準価格のことなのである。つまり、最終小売価格である保険給付価格には規制がされているが、メーカーからの出荷価格や流通価格には規制がされていない状態なのだ。とはいえ、基準価格は仕切価や実勢価格に影響を及ぼす。実際、基準価格が改正されるたびに実勢価格も変化している。

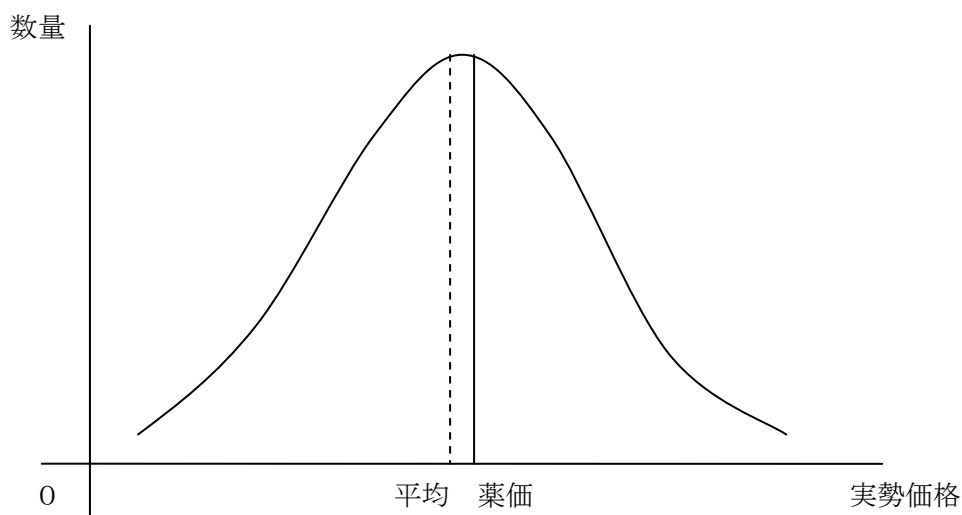
II-4-1. 薬価算出方法

薬価基準は国が定めるのだが、実勢価格が影響してくる。実勢価格は仕切価に一定のマージンを上乗せした価格であり、この価格分布を見て薬価が決定される。薬価は新薬については他の医薬品の効果や社会貢献度をもとに算出される。そして、薬価基準に収載された医薬品は 2 年に一度、改定が行われ、改定に先立ち厚生労働省は「薬価調査」を実施す

⁸ 現在、保険適用商品は約 1 万 1000 品目。

る。薬価調査は医薬品卸会社を対象に行われる実勢価格の調査であり、品目別納入価格について調査される。この実勢価格の加重平均にプラス2%した値段が薬価となる（図Ⅱ-4-1）。調査は抜き打ちではなく事前に通知した上で調査対象月1ヶ月間について調査である。事前通知が行われているので、実勢価格をコントロールし、薬価をあまり下げずに切り抜けることができるのだ。これは医薬品価格高騰をまねき、国民医療費増加の原因の1つとなっている。

図Ⅱ-4-1 薬価算定方法



Ⅱ-4-2. 薬価差益

医薬品の基準価格と実勢価格の差を薬価差益という。薬価差益は利益を出す上で重要なものである。しかし、薬価差益は「患者の薬漬け」と呼ばれる医療荒廃の原因となっている。

病院の収入源は大きく分けて点数制の技術料と医薬品の薬価差益である。技術料は注射1回何点、手術1回何点というように、一つ一つの処置に点数がつけられその技術の料金が決められている。処置を多くすれば点数が多く稼げて利益も増加する。しかし、処置を多くすると患者の通院等の手間により負担が増加し、患者数は減少するだろう。医薬品はそれとは違う。医薬品は病院での処置を患者自身が家で行えるので、患者自身の負担は非常に少ない。利益拡大のため病院は患者に出す薬を増やすので、患者の薬漬けという問題

が発生してしまうのである。

II-5. 医薬品の特許

他業界のメーカーと同じように医薬品についても特許を申請することができる。この特許により新薬開発会社の利益が保護されているのだ。医薬品の特許には物質特許と製法特許という 2 種類の特許が存在する。一般的に新薬の特許イコール物質特許と思われているようだが、画期的な新薬はほとんど開発されることはなく、製法特許のほうが多くなっている。

特許は製薬企業の経営戦略上で非常に重要なものとなっている。新薬開発中はキーとなる物質やキーとなる製法があるので、商品が出来上がる前に特許を申請しなければならないことがある。それとは違い、新薬の開発会社の開発力が他の企業に比べて群を抜いていれば、特許申請を急がなくても追いつかれる心配がない。また、商品化のめどが立たないうちに特許申請をしてしまうと、商品化した後の特許期間が短くなってしまい、期待した利益が得られない可能性もある。このように、さまざまな状況を考慮して特許申請をしなければならないのだ。製薬企業にとっては重要な判断である。

物質特許にせよ製法特許にせよ、一般に特許期間は 20 年とされている。特許を申請してから商品化に至るまでが平均で 10 年～15 年である。つまり、製薬企業が新薬を開発して市場独占できる期間はおよそ 5 年～10 年になる。この独占期間は開発した製薬企業が利益を独占できるが、特許が切れた薬は厚生労働省の承認を得て他社も製造できる。現在、これがジェネリック医薬品として注目されている。

ジェネリック医薬品は、その価格面での利点が非常に大きい。一般に、新薬はその莫大な開発費を補うために販売価格を吊り上げざるを得ない状況となっている。しかしながら、ジェネリック医薬品はその開発費がほとんどかからないため、新薬価格の 4～8 割程度で購入することができる。このことから、患者の医薬品費を軽減するばかりでなく、国民医療費の削減にもつながってくるのだ。

II-6. 日本の医薬品政策

ここままで医薬品の周囲には医薬品価格高騰問題や、患者の薬漬け問題などが確認され

た。

医薬品価格高騰の原因は2つある。1つはⅡ-4-1で紹介した仕組みにより、薬価調査をしても薬価が下がりにくいという状況であることだ。

2つ目の原因は、戦後間もない頃、戦争での開発の遅れもあって医薬品産業は他国に遅れをとっていた。政府は日本の医薬品産業を発展させるために薬価制度をつくり、医薬品を高価格で売り、製薬企業の利益を故意に増加させたのだ。その結果、製薬企業は開発費を多く使うことができ、産業が発展するとかんがえたのであろう。

患者の薬漬け問題についてはⅡ-4-2で説明したとおりである。

これらのような問題があるため日本の国民医療費は増加の一途をたどっていると考えられる。日本政府も無視できない事態になってきた。では、ここからは政府がどのような政策をおこなっているか見てみよう。

Ⅱ-6-1. ジェネリック医薬品の普及促進

Ⅱ-5で説明したようにジェネリック医薬品は新薬に比べて非常に安い値段になっている。厚生労働省も医薬品費の抑制のためにこのジェネリック医薬品の普及促進政策⁹をおこなっている。最近、CMなどでジェネリック医薬品という名前をよく耳にするのもその影響である。しかし、一般に広く普及している傾向はあまり見慣れない。ジェネリック医薬品の普及率で見ると、海外での成長率が24%であるのに対し、日本ではわずか3%にとどまっている。これは厚生労働省の政策が意味をなしていない、もしくは、日本にジェネリック医薬品が普及しない要因があることを意味する。

Ⅱ-6-2. 薬価調査の見直し

薬価調査がどのようにおこなわれるかはⅡ-4-1で説明したとおりである。薬価調査では医薬品の価格がなかなか下がらないことがわかる。そんな薬価調査ではあるが、これまでに幾度か改革がおこなわれてきた。

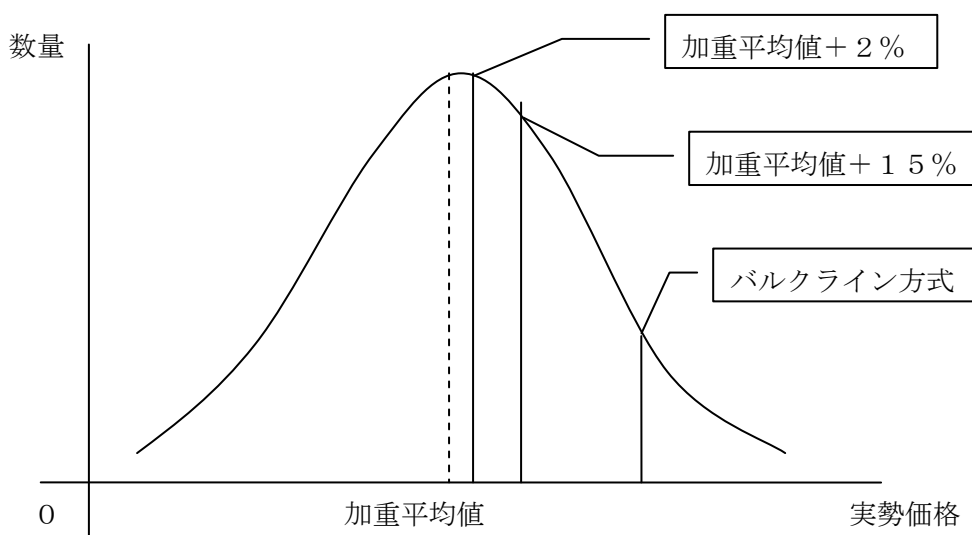
薬価基準制定当初から1992年まではバルクライン方式が採用されていた。バルクライン方式とは実勢価格の最低価格からの取引量の相対度数を累積していき、90%のとこ

⁹ 置き換え可能な後発品詞要でおよそ1兆円の削減が見込まれる。

ろに対応した価格を基準価格とするものだ。実勢価格の分布の仕方にもよるが、標準的な正規分布であると仮定した場合、90%バルクラインは異常値といえるほど高い数字である。

1992年からは加重平均値プラス一定幅方式へ移行した。一定幅をR幅¹⁰と称したが、2000年にはC幅と改称している。当初のR幅は15%に設定されていた。これはバルクライン方式からの移行に伴う激変緩和のためであった。もともとバルクライン方式から加重平均値プラス一定幅に変更したのは基準価格を下げるためだったので、R幅は随時縮小され、現在のC幅は2%となっている。図II-6-1はそれぞれの基準価格がどれほどの価格なのかをわかりやすくしめたものである。

図II-6-1 薬価調査方式



III. 仮説・検証

国民医療費を下げるためにいろいろな政策を打ち出してきた。しかし、国民医療費が抑制されるどころか、増加し続けているのが現状である。なぜ国の政策は効果を示していないのだろうか。以下では政策がうまくいかない理由として仮説をたて、検証していきたいと思う。

¹⁰ reasonable zoneの略。

Ⅲ－１．なぜジェネリック医薬品が普及しないのか

欧米諸国では40～50%ほどの普及率となっているジェネリック医薬品であるが、医療大国と呼ばれる日本でなぜこんなにも普及率が低いのだろうか。ジェネリック医薬品が普及しない要因として、「医療機関の問題」と「薬価基準の問題」、「製薬企業の問題」が考えられる。以下ではひとつずつを細かく検証していきたい。

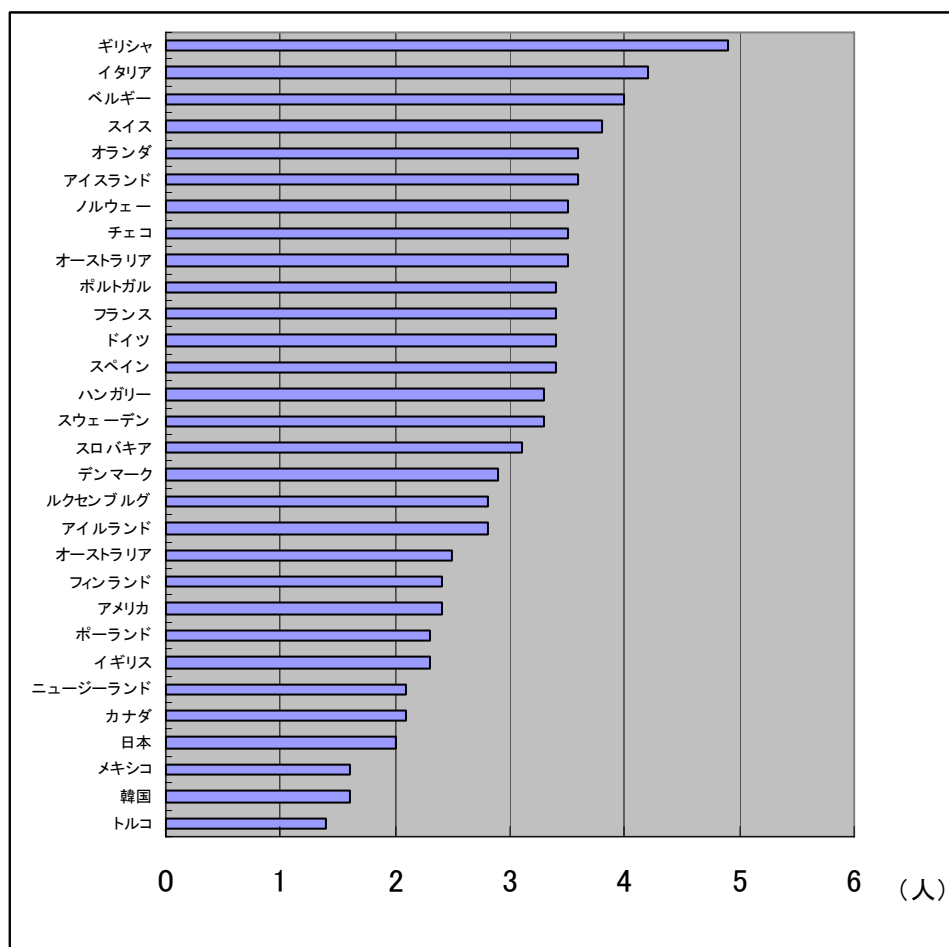
Ⅲ－１－１．医療機関の問題

医療機関の問題として医者が患者に勧めないという仮説をたてた。以下ではこの仮説について検証してみよう。

中野（2004）では日本の医師育成教育段階で問題があるというようにしている。日本では薬剤名を教える際に一般名ではなく商品名¹¹で教える傾向がある。そもそも薬剤はその調合量によって製品名称が変化するため、一般名で呼ばれるジェネリック医薬品を医師自体が把握していない場合が多い。このため医師がジェネリック医薬品を使う意思があっても、多忙なために勉強不足になりがちなので、使えないというケースが多い。図Ⅲ－１－１はOECDに加盟する国の、人口千人当たりの就業医師数である。OECD加盟国の中で27番目と、他国と比較して日本の医師の数が非常に少ないことがわかるだろう。日本の医師はその多忙さゆえに勉強する時間がとれないのだ。また、医師免許取得後の更新試験の不在により、免許取得後の教育に対するインセンティブが働かないのも理由のひとつとして考えられる。

¹¹ 一般名とは薬の成分につけられる名前、商品名は製造している会社によるもので、薬の含有量、製造方法により異なる。具体例をあげると、十二指腸潰瘍治療薬の「シメチジン」という一般名の薬は、日本で売られているものだけでも41種類の商品名がある。

図Ⅲ－１－１ 人口千人当たりの就業医師数



(出展) OECD Health Data 2006

Ⅲ－１－２．薬価基準の問題

薬価基準の問題として保険が適用されることによるモラルハザードが考えられる。

荒川（2004）によると、日本では薬価基準制度により薬価は国の公定価格で決まる。そしてそれにより保険が給付されるのである。医療機関は保険が給付されることにより薬を安く仕入れようとするインセンティブが働かない。また、患者は、薬の価格が保険により3割負担のみで購入できるので、医療費を安く済ませようとするインセンティブが働かない¹²

¹² 欧米、特にアメリカにおいては医療保険制度が日本の強制加入と異なり任意加入のため、国民の医療費に対する関心も高い。ジェネリック医薬品の普及率を促進させている理由の1つとしてあげられる。

のである。製薬会社も高い新薬を販売しても売ることができるので、自主的に現状が改善される可能性はきわめて低いと考えられる。

Ⅲ－１－３．製薬企業の問題

ジェネリック医薬品が普及することにより、従来、その利益を得ていた新薬会社が利益を得られなくなってしまう。そのためジェネリック医薬品の参入を阻止しているのではないかと考えられる。以下ではこの仮説に対する具体例をあげ説明していきたいと思う。

日本国内で新薬売上が 2 位の第一三共製薬のケースをみてみよう。第一三共製薬はメバロチンという高脂血症治療薬を販売していた。メバロチンの特許期間がきれる直前にメバロチンのジェネリック医薬品が参入するというニュースが入った。そこで、第一三共製薬はジェネリック参入前に、メバロチンの値段を大幅に下げ、大量に販売したのだ。また、それとともに、類似販売の名目でジェネリック会社を提訴し、その参入余地をなくしてしまった。

このように、新薬会社は自らの利益を守るためにジェネリック医薬品の参入を阻止しようとして行動する。いくら患者が価格の安いジェネリック医薬品を欲したとしても、企業側がこのようなことをし続けるかぎりジェネリック医薬品の普及は難しいだろう。

Ⅲ－２．なぜ薬価基準に大幅な改革がないのか

今までに薬価基準の改正は幾度かおこなわれてきた。しかし、大幅な改革はおこなわれていない。これには医薬品関係者の利益を保持しようとする圧力が働いていると考えられる。

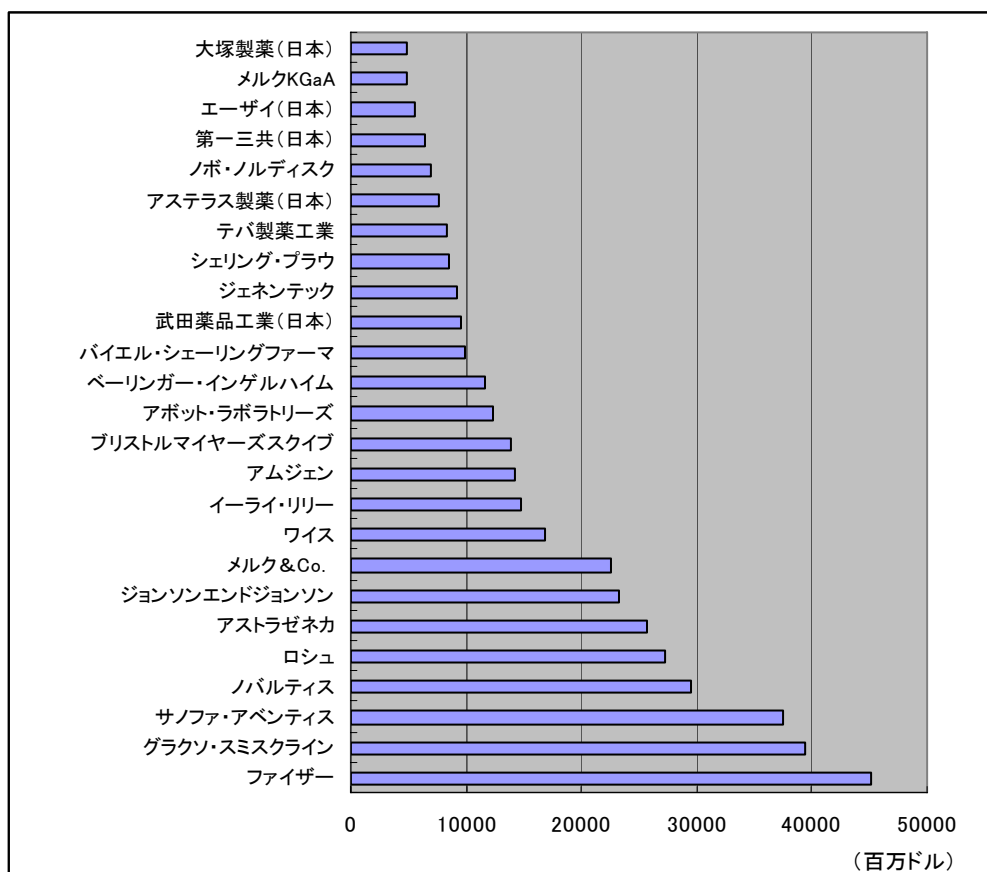
政府は 2000 年に薬価制度の大幅改革を予定していた。そのとき、日本最大の圧力団体といわれている日本医師会は「病院経営が成り立たなくなる」と抗議をした。また、製薬業界からは、「医薬品産業の発展に歯止めをかけかねない」という声があつた。

日本の医療制度では医師に対する技術料が点数制で決められており、その値段は非常に安いものになっている。利益を多くしようと診察回数を増やそうとしても、そのぶん患者さんの負担になるので、患者さんが離れていってしまう。その点、薬は多く出したとしても患者さんの負担は少ない。また、薬は高価格なので多くの利益を得ることができる。薬

価制度が改革され薬の価格が変わってしまうと今までより利益が少なくなってしまうので、病院経営が成り立たなくなってしまうということもうなずける。しかし、病院経営が成り立たなくなるからといって患者が薬漬けになってしまうことを黙認していいのだろうか。薬は体にとって異物であり、必ず副作用が存在する。薬漬けを黙認することにより、確実に患者さんの体を蝕んでいるだろう。

戦後間もない頃、医薬品産業の発展のためと薬価基準はかなりの高価格に設定されていた。薬価基準はその意味をはたし、日本の医薬品産業発展させたのだろうか。答えは否である。図Ⅲ－２－１を見ていただきたい。これは世界大手医薬品メーカーの売上順位である。

図Ⅲ－２－１ 世界大手医薬品企業の売上順位



(出展) UTObRAIN HP

一目でわかるように日本の新薬メーカーは欧米の企業と比べ規模が小さく、世界での競

争力に欠けている。この原因は薬価制度にあるのではないかと考えられる。薬価制度があることにより、日本の新薬メーカーは日本の市場でさえがんばってればある程度の利益を上げられる。そのため、画期的な新薬の開発よりも医者への接待費に資金をそそいでいたのだ。その結果、国際競争力が伸び悩んでしまったと考えられる。

IV. 政策提言

以上のようなことを踏まえてどのような改革が必要なのかを考えてみよう。薬価基準に関する改革は必須である。患者の薬漬けや医薬品価格の高騰などの問題を生み出しているからだ。かといって、廃止してしまうのは難しい。いろいろな抵抗勢力からの反対が考えられる。また、廃止したからといって、薬には情報の非対称性があるため価格が今よりも高騰してしまう可能性がある。しかし、規制緩和する事による競争市場への移行はよりよい薬を生み出すばかりではなく、価格競争によって薬価の下落を生む可能性がある。情報の非対称性による薬価高騰を防いだ上での競争社会が必要なのではないだろうか。これに移行すべく、私は新たな薬価制度を打ち出したいと思う。

IV-1. 薬価引き下げ

競争市場へ移行するためには情報の非対称性をなくす必要がある。医薬品の情報を理解するためには専門的知識が必要であり、患者に全てを説明するのは難しいだろう。そこで、私は、「患者への実勢価格の公表」を提言したいと思う。実勢価格を患者に伝える事により、医薬品の情報全てを認識せずとも価格の事は理解できる。誰もが安く買いたいと推測されるので、皆が最低価格での購入を希望し、薬価引き下げの速度をアップさせるだろう。

実勢価格を公表するだけで、価格を規制するよりも薬価は安くなる。それでもなお不安が残るだろう。そのために私は「プライスカップ規制の実施」を提言する。プライスカップ規制とは現在の「実勢価格の加重平均値+C」という薬価を強制価格ではなく上限価格とするものである。プライスカップ規制では価格競争を生み出しても、上限価格が設定されているので、価格が高騰してしまうことはない。また、現行制度としくみ自体は変わらないので、改革コストもかからないのである。

これらの政策をしばらくおこなう事により、患者が薬の価格について興味を抱き、薬自

体への認識も高まるだろう。その後、自由競争に移行することも可能かもしれない。また、日本の製薬企業が日本の甘い市場だけでは経営が成り立たなくなるので、国際競争力を鍛えることにもつながってくるだろう。これら以外にも、患者の薬に対する認識が高まることで、ジェネリック医薬品の普及にもつながると考えられる。

IV-2. 抵抗勢力への対処

主な抵抗勢力として考えられるのは医療機関である。医療機関は薬を多く出す事により経営が成り立っていた。しかし、薬の価格が下がってしまうと病院経営が成り立たなくなってしまう。これは現在の点数制医療では十分な利益が得られない事に付随している。医者技術は注射一本何点、レントゲン一枚何点というようにその点数によって診療報酬を取れるのである。しかし、その技術料は非常に安く、病院経営を維持できないのだ。また、患者のことを思い、できる限り診察回数や薬を減らすような事をすれば利益を得ることが難しくなる。患者のことを一番に考えるいい医者ほど報われない制度なのだ。そこで私は、「病気ごとの点数制への移行」を提言する。処置に点数をつけるのではなく、病気に点数をつけるのだ。そうすることにより、無駄な診療を減らすことによる収益アップを考えることができるのだ。薬価に変わる収入源が増えることで、薬価の引き下げに納得してもらえると考えられる。

V. おわりに

本論では医薬品を取り巻く社会について分析し、それに対する私なりの答えをだした。しかし、医薬品を取り巻く環境は複雑怪奇である。本論では近い部分しか取り上げなかったが、他にも医療機関には様々な問題があり、医薬品にも関係してくるかもしれない。また、政策を実行に移すことにより、政治、医療機器メーカー、外資参入による国際関係など、多くの問題が発生する可能性がある。今後、それらの問題への対処を考えていく必要があるだろう。

(参考文献・資料)

鵜田忠彦（2004）『日本の医療改革』東洋経済新報社
井伊雅子・大日康史（2002）『医療サービス需要の経済分析』
B.マックペイク・L.クマラナヤケ・C.ノルマンド（2004）『国際的視点から学ぶ 医療経済学入門』東京大学出版会
大内講一（2005）『やさしい医療経済学』劉草書房
荒川博之（2004）『医薬品業界の動向とカラクリがよ〜くわかる本』秀和システム
中野次郎（2004）『あなたの薬代が半額になる』祥伝社
西村周三（1997）『医療と福祉の経済システム』ちくま新書
廣瀬輝夫（2000）『こんなにも違う日米医療』秀明出版会

菅原琢磨・藤鋼宏貢（2003）「日本製薬企業における経済的利潤率の測定」医薬産業研究所
リサーチペーパーシリーズ No.12

鉄谷保彦（1995）「わが国における後発品の現状と将来」医学書院

藤尾明彦（2004）「医療大国ニッポンをジェネリックが救う」週刊東洋経済

西川良一（1987）「薬価基準をめぐる医療問題」同志社大学

井上俊明（2002）「医療費の個人負担を味方に」日経ビジネス

医薬工業協議会：<http://www.epma.gr.jp/>

経済産業省：<http://www.meti.go.jp/>

厚生労働省：<http://www.mhlw.go.jp/>

総務省：<http://www.soumu.go.jp/>

日本医師会：<http://www.med.or.jp/>

薬事日報：<http://www.yakuji.co.jp/>

ユート・ブレイン LLC 合同会社：<http://www.utobrain.co.jp/>