

ヒューマン

節 薬

東区支部 上戸文彦

- 1) 欧米諸国の薬剤費抑制策
- 2) 厚生省、日医の薬剤費に対する考え方
- 3) 医師の薬剤の使用について

1) 日本の一年間の総医療費24兆円の中、薬剤費比率は30%と他諸外国に比べ高い。1971年の45.8%の薬剤費の比率に比べて減少していると思うが、薬価の引き下げにもかかわらず1985年以降ほとんどその比率は変化していない。厚生省はこのままでは保険財政がパンクしてしまうとし、将来の高齢化社会の進行と共に歯止めの必要に迫られている。そこで欧米諸国の薬剤費の調査を参考にして、日本の薬剤費をどう経済的に使用するかを中医協を通して検討させた。

その結果、英国では製薬企業の利益率を設定し一定幅(利益率25%)を上回った場合、価格引き下げ、また超過分を保健省に支払う。また反対に25%以下のときは価格を引き上げられる。その際いくつかの条件をクリアする必要がある。また薬剤費抑制策の1つに予算管理家庭医を創設して、薬剤費を含めた予算を家庭医自から管理することで医薬品処方にコスト意識を働かせている。

一方米国は公的医療保険制度がないためメディケア、メディケイド、民間医療保険の3者間で薬剤給付の仕組が異なっている。メディケアでは外来薬剤費は保険償還の範囲外であり、入院での事前支払決定方式による包括払いがとられている。メディケイドでは医薬品の納入価格の一定部分をレポートとして州に提供する。また各州のメディケイドは受給者ごとに薬剤の使用についてその特徴を把握する義務がある。また品目表を定めて使用医薬品を制限している所が多い。民間医療保険(HMO)では非常に限

定的な品目表を独自に採用し収載医薬品は原則類似品(ジェネリック)に限定されているのが実状である。HMOの処方薬の40%は類似品目であり、また保険者は医師が医薬品の適用ガイドラインに従っているかチェックする。

かくして日本と米英の総医療費に占める推計薬剤比は米11.3%(外来7.4%,入院3.9%),英16.4%(外来14.8%,入院1.6%)に対し日本29.1%(外来21.3%,入院7.8%)となっている。

次にフランス、ドイツの医療保険制度について検討する。フランスの社会保障制度には強制加入の原則があり、全人口の99%が加入している。またその医療憲章(5原則)の中で医師は患者に最も良いと考える診療に必要な処方を行う自由がある。治療費は患者と医師の自由契約によるとある。一方ドイツの医療保険制度の基本3原則の中に医療受給者及び医療供給者は政府からの介入が極力なく、自己管理を行う民間機関として機能する。雇業者、被用者共に医療のための財政負担を分かち合うべきとある。

2国の薬剤費抑制について述べる。フランスは以前から薬剤費の削減を図るため低薬価政策をとった(EC諸国内では最も薬価の低い国)。その結果薬剤使用量が他国に比べて多くなった(製薬業界は一定の利潤を確保するため処方医に対し処方量の増大を働きかけた)。そこで政府は針路変更して薬価のコントロールのみでなく、医薬品の生産から消費に係る各段階(生産者、流通業者、医師、患者)に亘る総合的な政策を行うことになった。ドイツの薬剤費抑制策の基本方針の特徴は直接の価格統制という手段を排しながら、医療保険制度の規制の枠内で生産者から患者に亘る多様な関係者に対し多面的に支出抑制策を行っている。ちなみにドイツでは1993

年医療構造法（GSG）による2年間の時限価格凍結を除いて、これまで医薬品の価格に関して何ら統制を加えず製造業者の自由設定に委ねていて、この原則は改革によっても変更はない。なお薬剤費の支払は大半疾病金庫が行っている。処方対象医薬品は約4万品目でこの中30%はジェネリックである。

2国の医師に対する施策で、フランスは医師の行う検査や処方の適正化を治療指針として作成し、診療行為を直接規制しないが指針から外れた際減額支払いを加える。また患者のファイル規定により他医師との連絡（診療行為）に利用する。ドイツでは医師の薬剤処方抑制に対し直接的な施策として処方薬剤の総額予算枠が設定され、処方薬剤が制限されることになった。

2) 厚生省は将来に向けて現在の一定率の給付を見直し、給付の内容に応じて給付率に格差を設ける方針である。また入院医療は選択的に包括払い制度を導入し最終的に包括払いでは全体が8割給付、包括払い非選択では薬剤、検査を6割給付にする予定である。日医は薬剤の自然増もあるが医師の薬の使い過ぎも否定できない。医療の統制経済下、営利企業の医薬品メーカーも薬価についてコントロールされるべきでないか。薬剤の包括化の際、急性疾患と慢性疾患との区別が必要である。今後の診療報酬上、包括制と出来高制の選択の余地を残すべきであ

る。ドイツの医薬品の総枠予算制、フランスの段階的償還率の設定は他の手段の後に検討すべき課題であると述べている。

3) 急性疾患では薬剤の選択及び投与量は非常に容易であり包括制の対象外である。慢性疾患では難病を含む治療方針の明らかな疾患を除く不明な症状に対しての薬剤投与がむづかしい（医療技術以外の要因が大きい）。さらに老人で複数の疾患を有する場合、一剤以上の薬剤が必要になる事が多く、また副作用の出現を考えると非常にむづかしくインフォームドコンセントが大切な事を思い知らされる。しかし多剤投与された患者が食事の代わりに薬の服用をしなければならなかったり、服用しない薬を捨てる様なことは絶対にさけるべきである。最近の科学の進歩で高価であるが有効な薬剤が次々と出現している。これら新薬の開発には莫大な投資が行われているので薬価が高いのはやむをえないが、数年以上市場に出ている有効な薬剤が数回の薬価引き下げで採算が合わず製造中止になるがごとき薬価設定には反対である。日本の薬価は諸外国に比べ高価であるが、薬価を安くすれば使用量が増大するので反対である。高価な薬でも効果的に患者に投与し、早く治ゆさせるのが我々医師の義務であるから、薬剤費の総枠予算制及び薬剤の使用制限には絶対反対である。

（光星泌尿器科クリニック）

