



《税・社会保障改革シリーズ⑤》

「国民医療費」における薬剤費統計の不在を改めよ

《要 旨》

- 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（2009年度5.8兆円）があるが、これは薬剤費そのものではない。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。
- 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（長澤優（2012）試算）など、何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）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である包括払いの場合における薬剤費の推計の難しさ、（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。
- 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。2009年度で36.0兆円の国民医療費のうち、薬剤費が一体どれだけ占めるのか、どのような薬剤のウェイ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」の中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1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）の消費税率引き上げ時の取り扱いなど、わが国の重要課題において、生産的議論を期待しにくい。8月22日に施行された社会保障制度改革推進法に基づき、今後、社会保障制度改革国民会議が設置されることとなるが、議論の前段として「国民医療費」ベースでの薬剤費統計が不可欠である。

以下、次の3点について述べていこう。まず、薬剤費に関し「国民医療費」統計の現状と問題点、次に、民間で試算されている薬剤費の紹介とその限界をそれぞれ指摘する。さらに、「国民医療費」にどのような詳細項目を盛り込むべきかを検討する。

1. 薬剤費に関する「国民医療費」統計の現状と問題点

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**（2009年度5.8兆円）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、医療機関から患者に薬を提供するルートとして、(1) 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上で調剤薬局がそれに従って薬を出す場合の2つがある。「国民医療費」の薬局調剤とは、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**の合計である。

（図表1）国民医療費（診療種類別）

		(兆円)
国民医療費		36.0
医科	入院	13.3
	病院	12.8
	一般診療所	0.4
	入院外	13.5
	病院	5.3
	一般診療所	8.2
歯科		2.6
薬局調剤		5.8
その他		0.9

（資料）厚生労働省「平成21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8,161億円、訪問看護医療費665億円。

（注2）「国民医療費」の一般診療を医科と読み替えた。

¹ 診療報酬は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。

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、前述の(1)のように医療機関が自ら患者に薬を出す場合があり、かつ、医療機関内において手術、処置、検査などの際に薬剤は用いられる。注射の際の注射液が分かりやすい例だ。これらの薬剤費は、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 26.7 兆円のなかにも薬剤費が含まれている。

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、「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。

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、2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。

(1) 高椋試算(2010年)

1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）の試算である（注²）。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**薬剤比率**とは、医療費のうち薬剤費が占める割合であり、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。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。

(図表2) 薬剤費の試算—高椋(2010)試算

		2001年度	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
		← 高椋試算(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/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年度まで高椋正俊(2010)

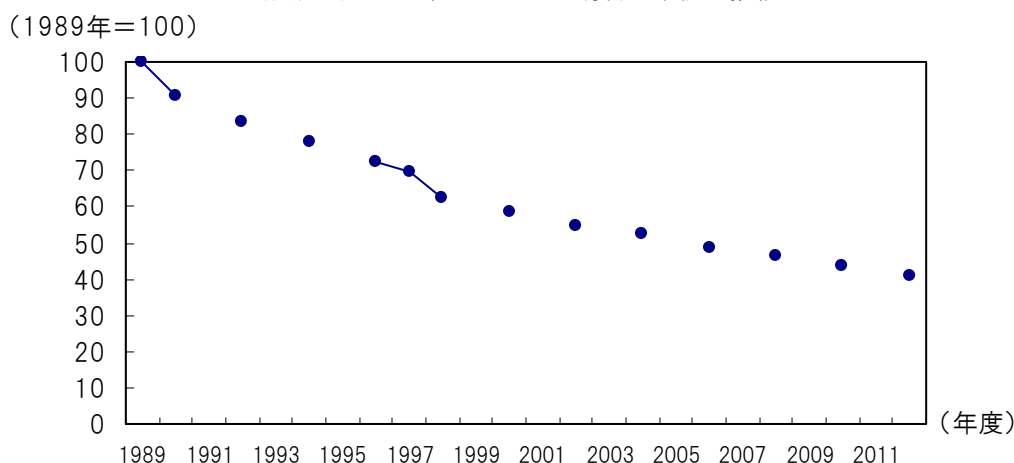
(注)2009年度と2010年度は、高椋(2010)の方法に基づく日本総合研究所の試算。

² 高椋正俊『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。所属は論文掲載のもの。

高棕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2)。高棕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、調剤薬局の診療種類別内訳をみると、薬局調剤のウェイトが最も高く、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。

こうした結果は、薬剤費に関する一般的な通念とは異なっているといえるだろう。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だ。薬価がプラス改定されたのは、1989年が最後だが、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3、日本総合研究所の計算)。

(図表3)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

しかし、高棕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だ。

もともと、試算には限界があることは否めない。1つは、**包括払いの医療費における薬剤費**についてである。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2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1つひとつに点数がつき(1点=10円)、それが「社会医療診療行為別調査」統計に反映される。よって、薬剤点数のみを抜き出すことが可能である。

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、「社会医療診療行為別調査」における薬剤比率とはあくまで出来高払いの医療費における薬剤比率に過ぎないのである。

このように、包括払いの医療費に占める薬剤費を公表統計から把握することは（とりわけ政府の部外者にとって）困難であり、高棕試算は、出来高払いの薬剤比率を全ての医療費（＝出来高払い分＋包括払い分）に次善の策として掛け合わせている。すなわち、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とになる。

この仮定は、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。

2つめは、「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。

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³）。

また、「社会医療診療行為別調査」は、6月の1か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。

3つめは、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調剤薬局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、注に概略整理したとおりである（注⁴）。

³ 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）

⁴ 「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（既に本文で述べたとおり）、さらに、出来高払いの医療費のうち、医療機関

(2)長澤(2012)試算

もう1つ、2012年に発表された長澤優氏（医療産業政策研究所）の試算がある（注⁵）。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4）。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。診療種類別にみると、要因は医科（入院外）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調剤薬局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。

（図表4）薬剤費の試算—長澤(2012)試算

		(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/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

長澤試算が実際の薬剤費を概ね言い当てているであろうことは、「薬事工業生産動態統計」の医療用の医療費との比較によって窺うことができる。試算結果の妥当性を測る1つの方法として、医療用の医薬費の国内生産+輸入-輸出額と比較するという方法が考えられる（図表5）。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調剤薬局に薬価差益（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

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。

⁵ 長澤優「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。所属は論文掲載のもの。

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概ね 0.5 兆円程度である。実際の流通マージンや薬価差益の有無およびその規模は不明であるが、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。

もっとも、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ためである。

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しているものの、あくまで暫定的なものにとどまるためである。暫定的であるのは、長澤試算が足掛かりとする厚生労働省の資料の信頼性とカバレッジに主に由来する。この点について敷衍しよう。厚生労働省の資料とは、具体的には、2011 年 10 月の社会保障審議会医療保険部会に、部会委員からの要請に応じて厚生労働省から提出された一枚ものの紙である（注⁶）

厚生労働省は、それまで、包括払いの医療費にかかる薬剤費を個別に切り出して公表するということをしてこなかったが、委員の要請に応じて、その部分をおおまかに推計し公表した。それによれば、2010 年度における包括払いにおける医療費にかかる薬剤費は約 8,900 億円とされている。もっとも、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」ものとなっており、どこまで信頼が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 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上で、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在をカバーしており、とりわけ、長澤試算の結果に、もっともらしさを窺うことができる。但し、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。

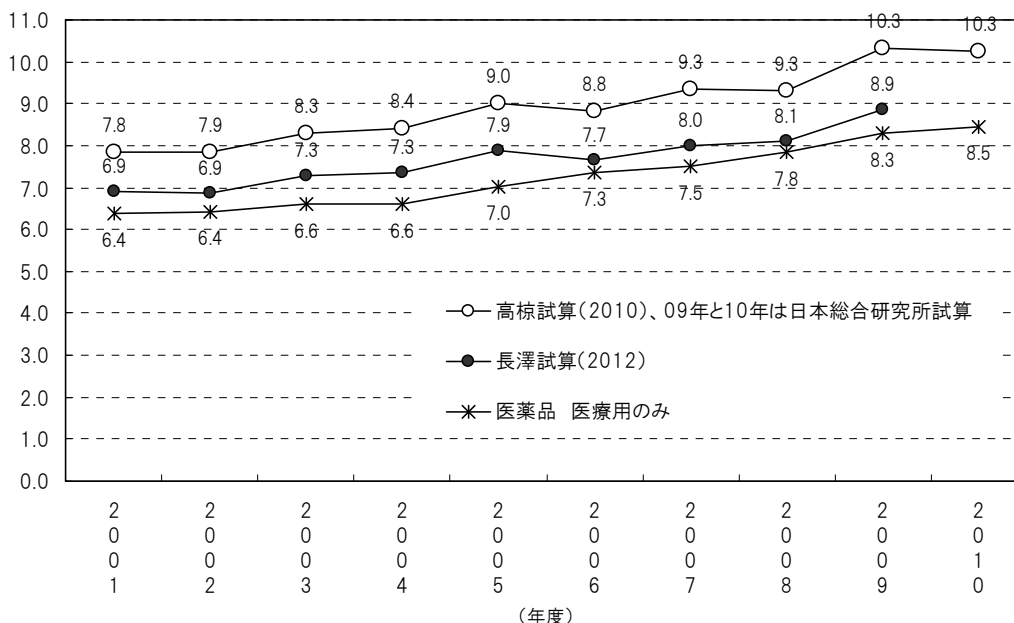
かつ、2つの試算を比べると年によって変動はあるものの 1 兆円程度の乖離もある。この2つの試算のほか、全国保険医団体連合会（2012）は、2010 年度の薬剤費を 9.8 兆円と試算しており（注⁷）、これは、長澤試算よりも高椋試算の結果にどちらかといえば近い。何れにせよ、薬剤費の現状把握の基礎となる統計が統一されなければならないことは言うまでもない。

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。

⁶ 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」

⁷ 全国保険医団体連合会「薬価の国債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

(兆円) (図表5) 薬剤費試算と医薬品(生産+輸入-輸出)



(資料)高橋(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

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。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、まず、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 1 つは、医療費の包括払いの拡大である。既に述べたとおり、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、新薬と後発医薬品の区別、出来高払いの場合、包括払いの区別が薬剤費の詳細項目として必要であろう。とりわけ、現在、包括払いのウェイトが高まっており (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る。

(2) 成長戦略と薬剤費

次いで、成長戦略である。医療は、わが国の経済成長の牽引役の1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費の別に加え、それらが**国内生産か輸入**かが峻別されることが好ましい。

(3)公費医療の効率化と薬剤費

さらに、過剰投薬との関連である。医療費の出来高払いのもと、過剰投薬の懸念が指摘され続けてきている。あるいは、薬漬けという言葉すら使われてきた。とりわけ、既に触れたように、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おり、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。

以上、薬剤費に関連し大きく3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あろう。政府は、まず「国民医療費」統計の医療費のなかから薬剤費を切り出して掲載するということを決めた上で、重要な政策課題を整理しつつ、詳細項目の決定と推計については同時に作業を進めていくことが求められる。

以上

◆ 『日本総研 政策観測』は、政策 이슈に研究員独自の視点で切り込むレポートです。
本資料に関するご照会は、下記までお願いいたします。
調査部 西沢和彦 (Tel : 03 - 6833 - 0480)