

## 平成時代の薬剤費・ 薬価基準制度改革と課題

### 国

民皆保険が達成された昭和36年ごろ、薬剤費が国民

医療費に占める比率は5割前後と著しく高く、昭和50年代半ばに38%程度、50年代後半の第2次臨時行政改革の時期に行われた3年連続の薬価大幅引き下げで30%程度に低下したが、それでも10%台の欧米と比べ高水準であった。昭和時代の薬価算定は、「バルクライン方式」の下で行われていたが、不公正な流通慣行と相まって生じた「薬価差」という経済的動機が薬漬け医療をもたらし、スモンなどの薬害事件、抗生物質の濫用や薬剤耐性菌の増加、長期・多剤重複の投薬などの問題を生み、日本の医療を歪めてきた。

平成時代に入って医薬品の適正使用の観点から、診療報酬改定を通して医薬分業が積極的に進められるようになり、国民医療費に占める調剤医療費は平成初頭の1%程度から現在18%程度にまで増大したが、真に医療の質の向上につながっているのか、今日その検証が求められるようになって

平成3年に薬価差問題の解消

に向け、薬価基準制度改革（バルクライン方式の廃止・加重平均値一定価格幅方式の導入）と流通慣行の改革（値引補償制の廃止・仕切価格制への移行）が一体的に行われ、この一定幅の段階的圧縮により薬価差（乖離率）が縮小し、薬剤費比率も20%程度に低下した。

さらに29年には、薬価差の速やかな解消を図るため、薬価の毎年改定が決定された。

また、薬剤費の効率化の観点から、診療報酬の包括化（老人診療報酬のマルメ、急性期のDPC導入）、医療費通知の活用などによる後発品の使用促進、長期収載品薬価の引き下げなども進められてきた。9年には老人に関し、薬剤の剤数に応じた特別負担制度が導入された。

他方、いまだ有効な治療法がない疾患の治療薬の開発と適切な保険適用は患者・国民の願いであり、健保組合・健保連もそうした制度・政策の実現を支援してきた。また、医薬品産業は、資源の乏し

いわが国にとって期待される「知識・情報集約型産業」であり、成長戦略・再興戦略で次代の日本経済を担う中核的な産業として期待され、新薬に係る新薬価算定方法の導入（4年）、新薬創出・適応外薬解消算定制度の試行（22年）、新薬の海外薬価比較などが行われるようになった。しかし、抗体医薬品など高額薬剤の登場は医療費の増大要因ともなり、薬価の再算定（特例引き下げ）、費用対効果評価（HTA）、適正使用ガイドラインの策定などの対策が取られたが、今後、薬剤の態様などに応じた保険適用・患者負担の見直しも検討課題となっている。

医薬品関連の制度改革にあたっては、あらかじめその実施に伴う業界側の対応や副作用を十分に予測しておく必要があるし、また、単に薬価を引き下げることにとどまらず、医療の質の向上、適切な新薬開発、質の良い後発医薬品の安定供給といった点にも十分配慮しておきたい。適切な薬価調査の前提として、透明性の高い流通実態の形成と公正取引の確保も不可欠である。