

お疲れ様です。ただいま香取さんからいろいろお話ありましたが、私の方は10月27日にヒアリングということで私と長野さんの2人で出席をいたしました。YouTubeで視聴された方や、その後、業界紙等で記事をご覧になった方も多いかと思います。その時は事務局の方からは各団体20分ですと。長野さんが最初に数分お話をされ、そして残り時間と言うことで話ができなかったことも多々ありましたけれども、今日はそれらも含めてお話をさせていただきたいと思います。

当日の配布資料ですけれども、これが説明資料として厚生労働省のホームページにアップされているものですが、他に提言資料とそれから医療経済研究機構に私が出した講演記録もお配りをしております。さっき長野さんもおっしゃっておられましたけれども、初めてこの新しい有識者検討会に出席しましたが、なんか不思議な感じがしまして、傍聴者がゼロ、聞いている記者もゼロ。現場で配布した全体版の資料は厚労省のホームページにもアップされませんでした。何かせつかくヒアリングの場を設けたのにあんまり世の中に広がらないような気がしましたので、くすり未来塾のホームページの方には当日配布資料も含めて全てアップしております。本日は全体版の方も皆様にお配りしております。

検討会では、医薬品の迅速導入と安定供給という2つの点が大きなテーマになっていましたので、それに絞って整理をした方がよいのかなと思ったのですが、確か第4回で論点が出てきて、見ていたらいきなり座長がどんどん質問をいたしました。論点について「薬価とそれ以外のはずなのに薬価ばかりではないか」とか、「いろいろあるがこれはきちんと分けて議論した方がよい」、「薬価差についてもちゃんと議論したほうがよい」といった意見がございました。それを受けて、ヒアリングで何を喋ろうかなと考えた結果、迅速導入、それから安定的な供給、それからもう一つ薬価差、それぞれについて何が原因かというのは分けて考えて、でもそれとそれはこういう風に結びついている、そういうことを申し上げるのが我々の責務だと考えました。しかしそれを20分で話をしなくてはならないことでかなり「詰め込み式」の資料になってしまっています。そういうことを念頭に置いてみて頂ければと思います。

まず最初に、5本の柱ということを示しました。これは薬価と流通に対して総合的に対策を講じる、そのときにいくつか観点があるということでしたので、こういうことを一番最初に書いた方がよいかなということで、先ほど香取さんから説明のあったINESの提案は二つの柱で、医療政策を入れれば三つじゃないか？ということをおっしゃっていました。考えてみると、くすり未来塾としては最初から5本あるのですね。大きい柱もあれば、小さな柱もあるので、立派な柱が5本かどうかというのがちょっとわからないかもしれませんが、やはりいくつかの柱はあって、そのバランスを取っていかなければいけない。その一つの中にINESの提案にあるマクロとミクロという経済、財政の調和というものもちろんありますが、皆保険という観点はもう1本立っていて、かつ何より大事なのは国民に必要な医薬品が届くというような、そういう頭の整理をしましたということが一番最初に申し上げました。それからこれは10月27日の直前ではなかったかと思

ますが、業界紙を見ておりましたら、政府の然るべき立場の方が、イノベーションと国民皆保険の持続可能性の二つのバランスをとって考えていかななくてはならないとコメントをされたようです。これがしばしば混乱の元といますか、誤解の元といますか、国民皆保険を堅持、堅持と言いますが、それは財政のことしか言っていないことが多いのです。でもそれは結局、皆保険と言いながら、その後ろに財政との調和ということをメインに言っているということであり、ここの皆保険というのは本来、財政と皆保険の堅持というのはイコールではない。さきほど香取さんがおっしゃった通り、経済と財政は同じではない。先それと同じように、国家財政と医療保険財政、更には医療保険制度の堅持というのは少しディメンションが違っていて、皆保険が大事と言ったときには皆保険がしっかり中身のある医療を保障するという意味において皆保険が大事であると考えた方がいい、そういうこともちょっと発言させて頂きました。

それでさっき申し上げましたように、第4回の検討会で「様々な問題を切り分けて議論しなきゃいけない」という意見がありました但那通りです、ということでこれを1枚にまとめました。薬価と流通は相互に深く関連し、独立に考えることはできない。なぜならば薬価制度の市場実勢価格と言ってはいるけれども、その市場自体が薬価制度という制度に影響を受けている、即ち制度と市場は相互に依存し、相互に干渉しあっていますから、医薬品の迅速かつ安定的な供給という目的で、最適な政策の組み合わせを構築すべきであると。これを一番最初に申し上げたかったということでもあります。

やや各論になりますが、新薬の話についても（新薬の）薬価算定方式と（既記載品の）薬価改定方式はそもそも別だという話は第四回の検討会でもありました。確かにそれは別なんです、結局、新薬の薬価算定方式を変えなかったとしても、既存の薬がどんどん下がれば、事実上薬価の算定方式が変わったに等しい。これはそういうふう考えた方がいいんじゃないかということです。少し力を入れて作ったんですが、少し細かくてわかりにくいということで反省していますので、もう少し解説を試みたいと思います。それから流通に関しても薬価基準を起因とする諸課題と医薬品流通そのものの課題は別なので、これも分けて考えることはその通りだと思います。

それで、これを出したわけです。今申し上げましたが、新薬の薬価算定方式と既記載品の薬価改定方式というのが実は深く関係をしているというスライドなのですが、今日はちょっとこんな感じで分解をしてみたらどうかということです。まず新薬のことは考えず、既記載品が2つあるとします。同時期に収載をされて、同じ薬価がついて、それがAとB。Aの方はいろいろあって、新薬創出加算に該当しました。それからBの方はいろいろあって創出加算に該当しませんでした。企業要件とか、に引っかかってしまったのですね。そうしたら何が起こったかという、元々同じ値段である Y_1 が続いている。上のパターンAですね。それとパターンBという薬の2つの薬価がどんどんどんどん離れていく。ここに毎年改定が入ると、下落幅がさらに広がりますので、同じ特許品であっても Y_1 のまま価格が続くものと、パタパタ下がって、 t_1 という時間を見た時に α 分下がって $Y_1 - \alpha$ に

なるものに分かれます。確かにその薬（の競争力や販売戦略）によって薬価の下がり方が違うということかもしれませんが、問題はここ（ t_1 ）にその次の新薬が収載されてくるということです。三つ目の薬の承認取得時には、類似薬の薬価として、どれを使うのでしょうか。Aが類似薬だということになれば、 Y_1 と同じ値段つけましょうかという話になりますし、Bが類似薬だというふうに判定をされますと、 $Y_1 - \alpha$ 、すなわち Y_3 が類似薬の薬価だということになります。そもそもこういう制度が走っている場合であっても、わかりにくい話もありますが、ここ数年のことで言うと、新薬創出加算の見直しというのはある時期に突然決まりました、そしてしかも毎年改定も決まりましたので、類似薬の下がり方が全然違ってきてしまったわけです。開発企業の視点で普通に考えますと、どこの会社もそうだと思いますけれど、いくら値段がつきそうかということで、どこまでコストをかけるかということを考えますので、開発企業の視点からすると、どちらの値段が付くかわからない。また、そしてちょっと言い方が悪いのですが、先行の2社の売り方によって違う結果になってしまう。しかも Y_1 という値段は想定可能ですけれど、 Y_3 という値段は後発の開発企業からすると自分で想定が全くできない値段になってしまう。一方海外はどうかというと基本的に値段が上がりますので、海外の値段を参照して調整するのであればもっと高くして然るべきだと。そういうことを考えますと、開発企業の視点から見ると新薬の算定方式がたとえ同じであったとしても、改定方式が変わると極めて甚大な影響が出ます。これは提出した資料のひとつで、その場でも申し上げましたが、国際的な製薬企業というものは、こう考えますよ、ということを書いているのですが、基本的に世界の製薬企業は全て国際的な製薬企業で、日本国内だけをターゲットとして考えて新薬を開発しようとする企業は基本的にないということが左側に書いてあって、右の方にも新薬の算定方式が同じでも改定方式が変われば事実上、薬価算定方式が変質をする。他の企業の改定結果に依存をして予測ができない。そうして新薬創出加算を縮減し、かつ毎年改定としたことは、特許期間中の新薬の価格が予期せず、かつ今までよりも下がるという効果もあって、もう海外との差を広げる結果は明らかではないか。この構造が定着すれば、類似薬効比較方式を維持する限りは、既存品が下がることに応じて、新しい薬価もそれなりに低い値段を発射台にします。いやそうは言っても新しい薬がどんどん出てきて医薬品市場はこれまでも広がってきたじゃないですか？という人がいます。昔、厚労省にいたときに、当時の財務省の人から言われたことがありますけれども、平成8年、9年、10年に3年連続薬価改定をやったとき、医薬品の市場規模は下がっていないじゃないですかと彼は言ったのです。そういうことで言うのですね、これを毎年改定とそれから新薬創出加算の範囲縮小を同時に入れたために、どんなに次々新薬が出てきたところでマーケットが必然的にシュリンクする。これは各政策シンクタンクも言っていますが、「日本だけマイナス成長だ」という結果が出ていて、第5回の検討会でも質問がありましたが、どういう計算なのかということでしたが、「それは私どもではわかりません」という答えだったと思いますけれど、細かい計算をしなくても、この方式をとっている以上、下がるに決まっているの

です。なおかつ類似薬効比較方式というのは、似たような薬は市場で同じように評価するべきだと。これは基本的に前の薬に代替していくっていうイメージがあつてのことなのです。そして良い薬が出れば、シェアを奪って、メジャーになっていく。古い薬は競争上値引きせざるを得なくなって価格が下がっていく。そういうことが前提になっていると思うのです。ついつい薬価制度に詳しい人ほどそう考えてしまう。これってつくづく思ったんですが、昔の抗生物質でもそうだったなど。確かに抗生物質の場合入れ替わり、置き換わりが起きた。今の遺伝子系の薬では置き換わりは起きない。それなのに類似薬効でやって良いのか。ちょっと頭を切り替える必要があるんじゃないか。これ、無理な作業をお願いして作ってもらったのですが、安定確保カテゴリーAの抗菌薬に該当するセファゾリン以下のものについて薬価の推移を図示したものです。このスライドは追加です。すいません。お手元の資料には入っていません。これを作ってもらったのですが、改めて思いましたけれど、かつての薬価制度で一番、念頭に置いていたのは抗生物質だったんだと改めて思いました。昔のことを知っている方はご承知の通りなのですが、昔は毎年改定をやった時期があるわけです。その時は薬効群を指定していた。そのメインターゲットが抗生物質だったわけです。その頃の抗生物質の下がり幅がこの中に入っているのですが、1984年というのが書いてありますが、確かその頃に毎年改定がされていて、史上最大の下げ幅もこの時でした。これによって、一番下のセファゾリン注射液1gが2960円から263円ということで91%も薬価が下がっているわけです。これだけ薬価差が下がると何が起ころかというのと、まず国内製造を維持できなくなり、というか国内で製造するとなると工場に対し追加投資、設備の更新ができなくなると。設備を更新した途端に減価償却費でマイナスになります。さらに国内で作るよりも海外の現場で作るしかない。結局、抗生物質で何が起きたかっていうと、国内の感染症治療薬を販売している企業がどんなに苦しい思いをしているのかということを見れば今やっているような薬価制度改革というものが、この苦しさを倍のスピードで全てのカテゴリーに当てはめ、かつどんなに新しいのを作ってそれ以上のスピードで、開発以上のスピードで既存品の薬価が下がると、類似薬効比較方式でどんなに加算を付けても、仮に100%加算、今の上限の120%加算を付けたとしても、91%下がったところに付けてもぜんぜん届かないのです。そういう問題が生じているのではないか。現に抗菌薬の分野もドラッグラグ、ドラッグロスが深刻な事態であるということで製薬協から資料として出されていまして、これもスライドに追加しました。そして今、経済安全保障の観点から、健康安全保障と言っても良いのですが、まさに問題となっているのがこの抗菌薬であるということを考え、かつ中国に原薬を依存して大丈夫なのかと言われているのがまさにこの抗菌薬なのです。本当に今の薬価制度について、財務省が財政の立場から言うのは、ある意味当然だとしても、財務省の意見が世の中を席卷してしまう、政治家もみんなそうだと思うのですが、メディアはそうだと思うし、厚生大臣すらみんな財務省がいう事はなるほどそうだね、と思うこと自体、非常に不健全だというのがこのくすり未来塾を立ち上げた時の偽らざる心境であります。それでこれも検討会に提出した資

料ですが、これはあんまり詳しく説明する時間がなかったのですが、何を言いたいかというと、医薬品市場というのはカテゴリー別に考えた方がよいのではないかと。そしてカテゴリー別に見た時に、流通の問題、薬価制度の問題、それから産業構造の問題、カテゴリーごとに分けて議論しないと話がごちゃごちゃしてしまう。カテゴリーごとにそれぞれ流通なのか、薬価制度なのか、それとも産業構造なのかということで分けた上で、その流通の問題は制度が影響しているのだろうか、それとも産業構造が影響しているのだろうか、ということをもういっぺん分けてもういっぺん繋いで、分けて繋げて、全体的な形に仕上げるのが大事ではないかということをお願いしたかったわけです。折角ですので、今日少し見てくださいと思いますが、特許品というか、独占品といった方がよいかも知れませんが、特許品の中でさらに競争の無いものについて、何でこれが下がっちゃうのか。まず一つは卸間の受注競争があります。卸間の受注競争の中で総値引き交渉というのが幅を利かせ、これは言ってみれば流通の要因です。本来であれば値下がりしなくていいものが総値引き交渉の中であれも値引きこれも値引きということになってしまう。ただしそれが単なる流通の問題なのか、制度が影響しているのか。そもそも上限が公定価格という前提で市場が機能しているのであり、また再販売価格拘束禁止でメーカーが販売価格に口を出してはいけませんとなっています。するとこれは制度が影響している。それから未妥結減算制度があるので交渉がどんなに途中であっても半期の最後に妥結しなければいけない、という強いプレッシャーが現場にかかってくる。これはある意味制度の領域です。こういうことが本来下がる必要のない品目でも下がる要因だとすれば、ここをどう考えるかということではないか。それから下の方に行って、必須医薬品、不採算品、原価率の高い品目について、これがなんで下がるのか。流通の要因としては先ほど言ったように総値引き交渉の中に入っている。それから一部後発品製薬企業の短期的販売戦略、これは産業構造の問題ですが、ひとつの品目に20社、30社入ってくるとなると、とにかく早く売り切った方が得ということです。2年後3年後に利益が上がるに限らないわけですから、過当競争で値引き合戦となり、下げたくない企業も巻き込まれる。そういう産業構造を作っている薬事承認または薬価制度の問題かもしれない。それから原価に応じて価格が上がらない要因としては、薬価基準が取引価格の上限として機能しているということがあります。そういうことを考えてみると、真ん中の所の競争のある品目について、ここのところは、値段が下がってしかるべきなのですが、薬価調査、薬価改定となると、本来ここは競争があっても下がるべき部分であっても、改定がない限り下らない。諸外国でもそこをどうやって下げるかというので、いろんな仕組みが編み出されている。参照価格というのもそういう文脈で出てきたものではないかと思うのですけれども、ここは薬価制度が価格の高止まりがないように市場の競争を促し、市場調査を行って薬価改定を行ってというのは、やっぱり実はここをターゲットにしたものだったのではないかと、思うわけです。当時はほとんどの医薬品マーケットはこれだったのではないかと。今、新薬創出加算品目が3兆7,000億円とすごく大きくなってきて、それも含めて競争がある品目はちゃんと下がるようにしよ

うねといった現行薬価制度で網をかけてしまっている、そういうところに問題がありはしないか。というような問題意識は説明したかったのですが、ほとんど説明が出来ていなかったのですね。

それから、では新薬はどうしたらいいのかということで、これはくすり未来塾の提言と同じことをご説明いたしました。現行薬価制度の中で何が新薬導入を阻害しているのか、この4点を書きました。この4点については特許期間中でも薬価が下がるという極めて稀な国になっている。それからスタートアップ企業が評価をされない仕組みに最近の制度改正がしてしまった。それから予見可能性がない。それからイノベーション、今で言うところと経済安全保障の仕組みが不十分である。こういうことがあるのではないかと。したがってくすり未来塾としては、こういう提案をしていますというようなことを申しあげました。

それで、これもくすり未来塾の提言と同じものですので、これを使ってお話をしました。特に小黑さんがいるからというわけではないのですが、企業の届出価格制というものをくすり未来塾としては提言しています。それはなぜかということ、さっき見ていただいたように、改定方式がどんどんどんどん薬価が下がる方向で見直されたのであれば、新しい薬価算定方式を考えないと、ちゃんと国際的な水準の価格はつきませんと。それからそもそも類似薬効比較方式が有効であったような薬の時代ではなくなり、そもそも原価を計算方式が妥当であるような物を作るようなものではないという医薬品、医療機器が出てきて、そもそもこの2方式では限界だし、現実的に差し障りが出てきたということで、第3の方式を提言しましたということで、この辺は製薬協提案と違うところだと思ったので、詳しく説明をしております。それからなんとなく、座長がかつての中医協の会長でもあります。「いやいや、保険財政も配慮するんですよ」ということを強調し、高い薬が出てきて、その後、どんどん次の薬が同じ値段がついちゃうという問題については類似薬にはしないということをすればいいし、例えば薬のライフサイクルで見た時に医療費を増やさないという考え方もあるのではないのでしょうかということをお話しました。その上でこの届出価格算定方式に少し説明を加えておまして、これは上と下を見比べていただければいいのですけれども、上は価格が特許期間中は補正をされて、特許が切れたら価格が大きく下がるという極めて単純なモデルで、一定の数の患者さんがずっと使い続けるというモデルですが、価格×数量×特許期間で大きな四角が出来て、その後は細々と長期収載品として売り続ける。この同じ面積を維持しながら、とにかく企業の側からすると、国際的な売り出し価格が欲しいということで、最初の値段を高くするのであれば、その分、何年か経った後は一定の金額を下げて、面積的には α の増分と β の減少分がイコールになるようにすれば良いのではないかと書いているわけですが、そうやって計算した上で、なおかつこの薬については臨床的な価値があるというのであれば、さらに α に上乘せをして、価格を付けることを認めた上で、その増分が本当に臨床効果があるかどうかというのはリアルワールドデータで、下げる時に、例えば、例えばというみんながそれで固定的に考えると危険なのですが、例えば、薬価改定を2回はスキップしたとして、4年から6年で下がると

ころが来るとすると、その時に予定だとこれ位下がるのだけれど、リアルワールドデータの国内臨床データでこれだけの効果が出ているので、ここは評価してあげていいのではないか、その時に議論すればよいのではないか、というようなことをご説明申し上げました。

一方で医薬品の安定供給に係る論点ということで、後発品の方になりますが、このスライドを新たに検討会に出させて頂きました。さっき申し上げましたとおり、薬価制度と流通と産業構造に分けると、ジェネリック、必須医薬品のところについては産業構造問題について一言コメントをさせていただきますということで、このスライドをご説明申し上げました。何を書いたかという、やはり今、薬価の問題だけでなく、そもそも GMP を守っていないということが非常に大きな問題になっているので、ここは規制を強化し、ちゃんとした企業だけがジェネリックを作り続けることができるということが非常に大事で、それをやらずに「苦しうだから薬価を上げてあげよう」などとすると、結局、GMP を遵守していない企業が、今と同じように過当競争を繰り返すということになってしまいかねない。なので、ここは薬価だけではなくて、産業構造面での対策が必要だと。特に品質保証、品質管理の体制強化を義務付け、薬事規制でできなければ保険の方で義務付ければよい。それから 2 点目、過当競争、ちょっと言葉が悪いですけど、短期売り逃げが生じないようにする。安定供給に資する薬事制度、薬価制度。これは共同開発という名の下で、あまりに多くの会社が自社で作ってもいない品目を売って、あまりにも多くの会社で販売競争をするために、大きな値引きが生じる。それからもう一つは品ぞろえの規制というのがあって、ジェネリック会社の実態をつまびらかにしているわけではありませんが、あるジェネリックメーカーによると、大変な金額の在庫を持っていて、その大変な薬の在庫が実はほとんど動かない。不動在庫になっている。なぜかという厚生労働省の要請に従って汎用規格以外の規格も作っておかなくてはならない。こういうことは、本当に維持しなければいけないのか。それから必須医薬品、安定確保医薬品に対しては、ある程度価格を引き上げるとするのは「医療の問題を解決すると同時に」ということだと思いますけれども、政策的配慮、すなわち不採算部分をしかるべき利益が取れる水準まで引き上げることが必要です。ということ的前提とした上で安定供給に資する薬価制度、流通政策ということでは、不採算品目に係る薬価については必要な経費、これは流通分も含めてですが、見直した上で、場合によっては国内製造であるとか、いろんな問題がありますが、それも盛り込んで対応する。それから原価が上昇しますと。原末の値段が上がる。そしてコンテナの価格が上がる。飛行機の燃料費も上がる。トラックのドライバーの人件費も上がる。これらを全部盛り込むには購入価償還しかないということをここではっきりと言っています。

次に流通に係る課題ということで、これまでに出したものを提示するとともに、医薬品流通安定化戦略が必要だということを申し上げました。その上で現行薬価制度のおかしかった点、医療機関の購入価償還でもない、薬局の償還価格にふさわしい仕組みでもないし、今は薬局が主要購入部門になったということを前提に医療機関の薬価差に関しては購入価償還を段階的に導入してはどうか。それから薬局についてはクローバックすることを、もうちょっと正確に言いますと、薬局については国のガイドラインに基づいた適切な交渉を進めて流通改善を図りつつ、公的医療保険財源によって生じる余剰成果について、大部分を国（保険財源）に還元させるべきではないかということを書かせて頂いています。

実は、当日検討会の中で議論があったのですが、かつ、本来はここで流通と書きましたけれど、第4回の検討会の議論では薬価差の議論に入っていました。それで（テーマとしては）新薬と必須医薬品と流通と薬価差の4つということになるのですが、この薬価差の問題に四つのシンクタンクが呼ばれている時に、薬価差ってこういうふうに考えた方がよいですよというふうに、いきなり投げると収集がつかなくなりそうなので敢えて外してありますが、今日は、こういう場ですから、薬価差の問題に少し触れたいと思います。薬価があるから薬価差があるじゃないのかということですよ。

公定価格を設定するから薬価差が生まれる。検討会の中では口頭で申し上げたのですが、わかりにくいと思ったので今日は絵をおつけしました。これは配付資料には追加していないのでお手元にはございません。病院経営全体を見るとというのが左の大きな箱になる。病院経営は全体の収支バランスが取れているので、言ってみれば、患者さんを治療して治します。治したものについて総額で報酬が得られれば、それでいいわけです。そこに関係する物代はたくさんあるわけですね。ピンセットや針もあれば、薬もあれば、医療機器もあれば、ということですが、医療機器に関しては細かなものは全て包括で支払っています。薬剤については入院についてイメージをしていますが、ここで薬剤に関しては諸外国では基本的に全て包括払いの中で評価がされている。ということはですね、薬価というのはないんですね。薬価がないということは薬価差もない。そうするとちゃんとコスト管理をした上で、全体の経営のバランスを取る。当然ものによっては逆ザヤもあるかもしれない。ものによっては安く買えて嬉しいとか。そんな包括払い中での収支がトントンなのか、赤字なのか、黒字なのかというのを見ながら調達を考えていくようになる。皆さんよくご存知のように、DPCが入ったときに包括報酬の中に薬代を入れたんですね。そのときに何が起きたかという、DPC導入病院で大きく伸びた薬というのが二つありまして、一つは後発品ですね。後発品は安いものを使えばそれだけコストが下がって、報酬が同じなので、病院の収支は改善する。後発品の中でも大きく伸びたのはCTを撮る時に使う造影剤ですね。造影剤というのは、どういう造影剤を使うかということを事前に患者に説明する必要がないし、ラベルも見えない。病院としては患者さんに気兼ねなく安い方を使えるという事情があり、大きく伸びた。別にそれで病院がけしからんということではなく、ちゃんと病院としてコストを考えて経営全体を考えているのですねという話にな

る。もう一つ外来で有名な事例は透析ですよ。透析も薬代を包括報酬に入れたので、薬価差問題というのは透析に関しては何も言われなかった。これを1回、右側に切り離して、病院経営の方からすると、この薬剤費以外のトータルの報酬から薬剤費を差引いて払います、薬剤費は使った薬ごとに出来高で払います、ということになると、突然薬価差という問題が出て来るといことです。包括払いだと薬価差が生じませんということと、薬価を設定するから薬価差が生じるのですけれど、でも購入価払いにしたならこれは別に薬価を外出しにすれば薬価差は生じないのです。そういうことを念のため絵にして描いておいたということでもあります。薬局について考えると、薬局はこういう構造にはならないのです。どこの国でも薬局にモノ代と技術料をセットで（包括で）払っているようなバカな話はありません。薬局についてはモノ代と技術料をどうするか。また、技術料を払わないのであればマージンを技術料と見做してどの程度払うのか。これは根本的に違う。マージンを技術料にしたなら、多く処方しただけ儲かってしまうじゃないかという問題があるのです。こういうことになりますので、やっぱり病院と薬局に対して同じ報酬で支払う、同じ薬価で支払うというのは問題があるのではないかと。そうして考えると、もう1回言いますが、問題は薬価差があるから（それをどうするか）ではないのです。薬価があるから薬価差があるわけで、なぜ日本はわざわざ薬価差が生じるような薬価制度を入れているのか。それは元に戻って、やはりその薬が高止まりをしていた。そして、医療機関に過大な薬価差が生じていたということで、意図的にここは競争促進をさせて、一定程度、医療機関に利益が生じたとしても、競争促進をさせ、そして、意図的に薬価を下げていくような意図があったというふうに考えた方が合理的だと思うのです。今の時点で考えると、意図的に競争を促進して実勢価が下がったものの薬価を迅速に下げていくという、真ん中のところだけではないかということ。

それで以下は全くのご参考ということで、私の過去の講演資料で薬価差に触れた部分を集めました。一番最初は平成27年、これをもって薬局に厳しい武田さんという評価が定着したわけですが、リスファックスの記事です。せっかくなので、ちょっと全文を見て頂きたいのですが、日本薬局学会の学術大会で講演をし、医療費全体の中でかなりのシェアを占めると指摘した。調剤医療費約6兆円のうち技術料が1.5兆円、薬局が社会的責任を必ずしも自覚せずに、市場が大きくなっているのではないかと認識を示した。それで後発品の使用促進の方に触れた上で、市場シェア30%は非常に厳しいとする一方で、これこれこれと書いてありますが、薬局、薬剤師に意識改革を求めたと。その次、まだ続きがありまして、当時私がなんて言ったかということ、なお薬価差については、医薬分業が進んで医薬品購入額の約5割が薬局という現状から、「医療機関から薬局の問題が変わった。」新薬創出加算という新制度ができたので、「薬局も適正価格に協力を」と求めたと。それから流通改善に関しては「合理的な価格形成に薬局がリーダーシップを取るべき」、それから在宅こそが「薬剤師の活躍の場だ」と強調した、とあります。大手薬局チェーン幹部が並んだ会場で「利益をあげるのには構わないが」、「内部投資や社会的責任を果たすのに使

わないと説明がつかない」と。ということで、あのリスファックスですら、ちゃんと「エールを送った」と書いてくれているわけです。自分たちが気づかないうちに技術料というような領域をゆうに超えていて、1兆円に及んだわけで、1兆円を超えると世の中風当たりがきつくなるのは当たり前なわけで、その時に「1兆円をもらっているけれども、ちゃんとこういうことに使っていますよ」と言えないと厳しいですよ。客観的に見れば、後発品と在宅は薬剤師の活躍の場なので、ちゃんと頑張っただけ、ということをお願いしたかったわけです。その後、どうだったんですかということですが、これまた余計なことをいっぱい書いていますが、論語にこういうことがあります。「子曰く其の似す所を視、其の由る所を觀、其の安んずる所を察すれば、人焉んぞ瘦さんや。」ということで、孔子はこういうことをおっしゃった。その人が何をやっているかということを見ると、その人がどういう人なのか分かるんだけど、彼がそれをどういう気持ちで、またどういう志でやっているかというのを見るのがもう一つの人物観察。けども、そこだけで終わるわけではなく、その後ですね、それによって得た報酬を結局、彼は何に使ったかという、見て初めてその人物を観察できるということで、これは嫌味を言ったりしているのではなく、やっぱりちゃんと公的財源から得られたものというのは何らかの形で公的に還元すべきではないかということをおっしゃったんです。もう一つご紹介は「薬価差問題の再認識とパラダイム展開に向けて」ということで、これは2009年5月21日の社会保険旬報にネオパラダイム研究会の名前で載ったものです。これを何でご紹介するかというと、抜粋のところを見てほしいとお持ちしました。これは今に至るまで、とにかく薬価差益というのは徹底的に成敗しなければいけないという論調のひとつのきっかけになったと言われているものです。平成元年11月9日の朝日新聞の一面の報道であります。見出しは「薬価差益1兆3000億円。厚生省が試算」。その内容を見ますとまず「同省が薬価差益の年間総額についての具体的な数字を公式に示したのは初めてとした上で、同年度中、各保険や患者から医療機関に支払う医薬品費約5兆1600億円。このうちなんと4分の1が医療機関の差益収入になっている」。さすがにこう書かれると、世の中、「え!？」ってなりますね。更に追い打ちをかけるように、「医療機関は患者に使っている医薬品を薬価で保険請求するが、しかし実際にはほとんどが割引価格で購入しており、その差額はそっくり医療機関の儲けになる」と書いてあり、厚生省のコメントとしては「標準4人世帯で約4万円が医療機関の薬価差を払っている。差益分を全額被保険者に還元すれば、世帯当たり月額3000円は軽減できるとした。」というふうに、もう1人1人の問題だということをおっしゃった上で、厚生省はですね、「こうした薬価差益の幅を縮めるために、2年一度医療機関の実際の薬購入価格を調査し、薬価を改定している」とし、医師会のコメントも出ていまして「いやいや、そうは言っても、ちゃんと経営の原資になっている」ということが書いてあったと思います。結局、このイメージでずっとやっているのだと思うんですね。そして途中から全然、世の中が変わって、医療機関が儲けているわけでもないということになって、でもやっぱり結局、予算編成にとってとても都合のいいもの

だっていうことになって、これ無しには予算編成が出来ないということで妙な形で定着をして、これを覆すのは非常に大変ということになります。何を申し上げたいかと言いますと、製薬業界からすれば、何でこんなに自分たちだけ叩かれるのか。そして毎年改定がはじまって、来年だって非常に厳しい状況に追い込まれているわけで、やはり、根っこにあるのはこういう問題意識で、ここにある程度の決着をつけていかない限り、なかなか苦境を脱するのは難しいのではないかと。そういう意味で言いますと国の検討会が結局どこまでこういう議論が出来るかというところ、非常に危ういところがあって、なんとなく座長の運営も、薬価差問題はともかくも、どこまで本格的に議論が出来るかわかりませんが、根っこがこういう問題である以上は、くすり未来塾としては、また、業界の皆様との議論の中でも引き続き、こういう議論が必要かなと思いますし、私から言うのもなんですが、先ほど講演された香取さんのご意見もお聞きしてみたいと思います。ここから先はお知らせです。先日日本医事新報から「香取さんと武田さんで対談をし、これを録画してチャンネルを出したいのですけど」という話がありました。「どういう中身にすればよいですか」と尋ねたところ、「全部お任せします」ということで、平たくいうと放談会。24日、25日、28日、29日、木、金、月、火と4回にわたって、大体朝10時くらいに載せていくらしいです。最終的にどんな形に編集されるかはわかりませんが、その辺の薬価差問題もお話しています。私からは以上です。ご清聴大変ありがとうございます。