

はイギリスに次いで低いのです。アメリカと比べて2分の1。イギリス以外のヨーロッパ諸国と比べると6、7割。ですから、それで浮いた分を人件費とかに振り分けるとかえって高くつくと思います。きょうの午前中でしたか、患者の方が、もっと情報をとかもっと説明をとかおっしゃっていた、その通りです。ただ大事なことは、イギリスの有名な臨床医が言っていることですが、今の世の中で一番高つくのは人件費なんです。説明というのは、人件費なんです。ただじゃない、ということ。薬を減らす以上に医療者は増える。国際的に見てそうなると思います。

違う例を出しますと、老人病院への定額払いの導入で医療費が下がったという報道があ

りましたが、よく読むと違うのです。老人病院に定額払いが導入されて薬の使用量は半分とかそれ以下に減ったことを、早とちりして、定額払いの実施で総医療費が下がった、と誤解したのです。実態はどうかと言うと、今まで使い過ぎていた薬を対人サービスに向けた、つまり介護職員とか看護職員を増やしたということです。その結果、トータルには定額払いの老人病院の医療費は増えているのです。定額払いの老人病院の利益率は5%くらいで、一般の病院よりははるかに高いのです。近藤さんのミクロの主張には賛成しますが、ミクロの積み重ねがマクロではない、ということを示し上げます。

## 技術評価と経済評価

ひさしげあきのり  
久繁哲徳

徳島大学医学部衛生学、研究者



医療テクノロジー・アセスメント、根拠に基づく保健医療機関(EBHC)、根拠に基づく健康政策(EBHP)、医療経済学について検討を進めている。著書に、『最新医療経済学入門』(医学通信社)、『臨床情報のチェックポイント』(医歯薬出版)、『根拠に基づく医療』(サケットら著を監訳、薬業時報社)

はじめに

わたしのほうは医療制度全体というよりは、少し医療の中身に立ち込んだ、いわゆるミクロの改革から少しお話ししてみたいと思います。

こうした動きが世界的にも非常に盛んになってきたというのは、マクロの財政的な医療費抑制策がなかなかうまくいけなくなり、ほとんどの先進諸国で失敗したことが理由です。ですからもう一度医療の中身に立ち返って検討して、それからマクロとミクロの改革を組み合わせる、という課題が目目されてきたのです。

### 医療技術の発展

医療は基本的にさまざまな医療技術を使いますが、それがどのように発展してきたかということを最初に歴史的にお話します。きょうは時間がないので、個別の事例についてはお話ししません。

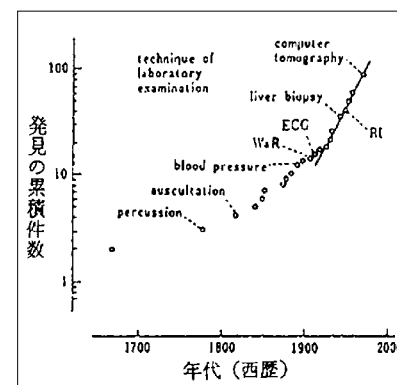


図-1 検査技術、診断技術の成長曲線

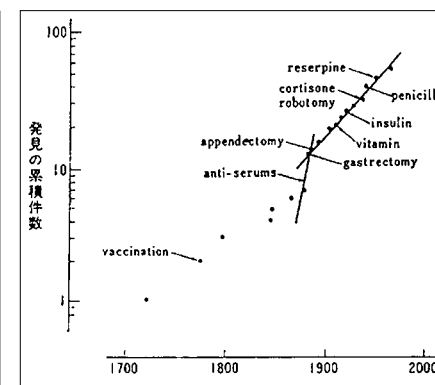


図-2 治療技術の成長曲線

検査や治療の医療技術の急速な進歩はだいたい20世紀に入ってからです。検査技術を見ると(図-1)、最近では、1970年代のコンピューター断層(CT)が代表です。放射線の曝露という問題はありますが、体に手を加えなくても中身が見えるという画期的な検査です。1980年代は、それと競合するMRIです。

治療技術も同じように(図-2)20世紀に入って急速に開発が進んできました。高度の医療技術が日常茶飯事のように臨床の場を塗り替えています。最近では遺伝子治療も話題となっています。

それに伴って研究のほうも加速されます。今では、数えるのも大変なので情報誌を目方で計らないといけません、それでもその伸びは大変です。これほど高度な治療技術が現場に導入され、なおかつ研究も進んでいる。ということで非常に幸せな時代を迎えている、ということ

になるのですが。

しかしながら、このように高度の医療技術を使って、患者の管理をうまくやっているつもりなのに、なぜかだんだんだん悪くなる。医療の非人間性も出てくるし、医療被害も増えてくる。そこで、もう一度、医療という

ものが本当に患者に害でなく利益をもたらしているのかの検討が始められます。さらに、健康保険制度ができて非常にたくさんの人々が医療技術の恩恵にあずかるようになったが、それに伴って医療費が莫大なものになってきています。「ただ飯はない」と言われますが、この費用はだれかが負担しているのです。基本的には国民が負担しています。したがって、医療というものが本当に自分たちに役立っているかということだけでなく、払っているお金に見合う利益があるかどうかを検討しなければいけません。

### 医療の見直し

財政的に医療費をコントロールしようとしてもなかなかうまくいきません。そこで、先ほどお話ししたように、医療の見直しが進められましたが、反省すべきことは次の3点です(表-1)。第1は、医療の有効性が不明であることです。つまり科学的な根拠が確立した医療がほとんど提供されていない。第2は、医者や地域によって医療の中身にバラツキがある。同じような病気で

あっても治療に非常に大きなバラツキがある。例えば車が、北海道と大阪と沖縄で動き方が違うとなればものすごく問題になるでしょう。医療については、数倍から10数倍くらいのバラツキがあると言われていますが、何も注意が払われていない。第3は、お金について提供者側がほとんど関心を払わずに来た。これら3点が反省です。

個別に見ていきます。まず、医療の有効性です(表-2)。医療の根拠について1970年代からかなり大きな見直しが始まります。1976年、ケル・ホワイトという有名な疫学者でありロックフェラー財団の健康保健部門の責任者が言ったことですが、臨床医の介入のほんの15%から20%がよい結果をもたらす。つまり残りの80%から85%はだいたいよく分からない。害があるかもしれないし、無効かもしれないし、ひょっとしたら良いかもしれない。医学史の語るところによれば、有効だと言われて駄目になったのがほとんどですから、益がないか、害があるということです。

アーチャー・コクラン、この人は統計学者でもあり、コクラン共同研究の元を開いたひとですが、「とんでもない、効果ある介入は10%以下だ、甘すぎる」と、これを批判しました。以後、79年、83年にもアメリカで調査が行われたのですが、根拠のある医療はだいたい10%から20%です。最近になっても、わたしたちが受けている医療の8割から9割はどうもあやしい、ということが定説になっています。

### 医療評価の歴史

代表的な見直しの例をご紹介します(図-3)。イギリスの統計です。19世紀から20世紀にかけて、当時の一番の死亡率であった結核の死亡率は急速に下がってきました。これに対して、医療技術はどれほど役に立ったか、ということが見直しの中で大きな論議となりました。これは、マキューンというイギリスの学者が検討したものです。医療が有効であるためには、原因が明らかにされ、治療法が開発され、予防も可能となる、この3点がポイントです。では死亡率が変

化したどの時点で、原因の解明と治療法の導入と予防がなされたか、が問題です。

結核菌の発見は1890頃ですが、治療法が開発されたのは1940年代の半ば。予防は少し遅れる。すると、グラフに見られる死亡率が8割くらいまで下がった頃までは、狭い意味での医療はほとんど影響がない。治療法、予防法が開発されて、確かに死亡率は下がったけれど、それまでの下がり方と比べて余りにも些少なものであるということが分かります。ということは、狭い意味での医療の貢献度は、非常に少ないのです。

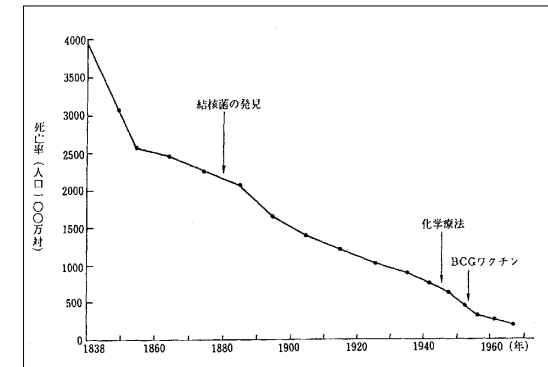


図-3 呼吸器結核の死亡率(年平均) 英国

次の例は、感染症とおもわれる気管支炎、肺炎です。感染症に有効だと思われる抗生物質はいつ頃導入されたのかなあ、とみなさん予想してみてください。グラフで死亡率が下がっている部分かな、と思われるでしょうか。

実は、抗生物質の導入は同じく1940年半ばです。死亡率の傾きはそれ以前とさほど変わりません。愕然と下がればやっぱり有効だ、となりますが、魔法の弾丸と言われた抗生物質もあまり寄与していません。

最後は、子供の呼吸器系の病気であるジフテリアの例です。これはどうかと言うと、確かに原因が発見され、治療法が開発され、国レベルの予防接種が行われて、死亡率が下がりました。医療が貢献した稀な例です。ただし、当時の主な病気だった結核についてはほとんど医療の介入は影響はありませんでした。

さて、これらと関連した大変興味深い例を紹介します。ナイチンゲールは近代の看護学を確

立したと言われますが、実際に彼女がクリミア戦争で何を行ったかはあまり知られていません。

彼女の活動を図示した絵によると、クリミアの陸軍病院では、ゴミ棄て場のようなところに患者が置かれています。彼女は彼らを何とか看護しようと思いました。

もう一つの絵は、ナイチンゲールが病院を整備し、清潔にしたところでの看護を表しています。

これらはいずれも後で描かれたものです。ここで、真実を見てみましょう(図-4)。これで何

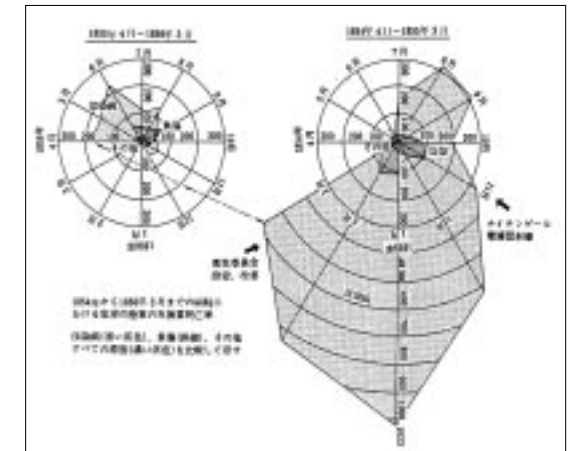


図-4 クリミアにおける病院患者の死亡率(ナイチンゲールに久察が追加)

が分かったか。ナイチンゲールが到着しても、死亡率は冬に向けてどんどん上がっていったんです。彼女が有能だから即死亡率が下がるというものではない。最終的に下がったのは、衛生委員会、当時は上下水道、環境問題に積極的に取り組んだ偉大なイギリスの時代でしたが、その専門家たちがやって来て病院を徹底的に水問題から環境問題を改善した。また、絵に見るように栄養の優れた温かい食事が提供されます。そうすると、急速に死亡率が下がった、ということなのです。

マキューンが死亡率の原因を調べた結果、何が影響していたか。50%くらいは生活水準が良くなったからです。そして上下水道の普及、あるいは長い間病気に罹っていると病気の毒性が弱くなってきたのがそれぞれ20%程度です。医

医薬品評価の方法 (2)

## 医療の問題点

### 医療の有効性の未確立 医療の内容と結果のバラツキ 医療の費用の無考慮

表-1

医療の根拠についての評価	
1976	Kerr White (国際的に有名な疫学者) 臨床医の介入のわずかに15-20%のみが、害以上の良い結果をもたらす客観的な根拠に支えられている
1976	Archie Cochrane (国際的に有名な統計学者) とんでもない嘘つきだ。10%以下だ。
1979	Williamson JW 内科専門医の一般的治療の10%未満しか公刊研究に基づいていない
1983	OTA (米国の医療技術評価の機関) 現在利用されている医療技術の内わずかに10-20%のみが臨床試験によって効果が認められるに過ぎない
1990	Dubinsky M 126の治療および検査技術の内わずかに21%しか、研究により得られた科学的根拠に基づいていない
1991	Smith R (BMJの編集者) 医療介入のわずかに15%のみ明確な科学的根拠に支えられている

表-2

療はほとんど寄与していない。かなり厳しい事実です。ナイチンゲールが看護学を確立したというのは、当時は見るべき治療法というものほとんどありませんから、最もよい治療法というのは、栄養と環境です。当時の最先端の看護とはそういうものであり、それを彼女は科学的に確立したのです。

### 医療の科学的評価方法の確立

数千年にわたるさまざまな試行錯誤ののち、患者に役に立つような医療の科学的な評価方法が1940年代半ば。ヒルという統計学者が、このビジランスセミナーでも取り上げている臨床試験の方法を確立します。

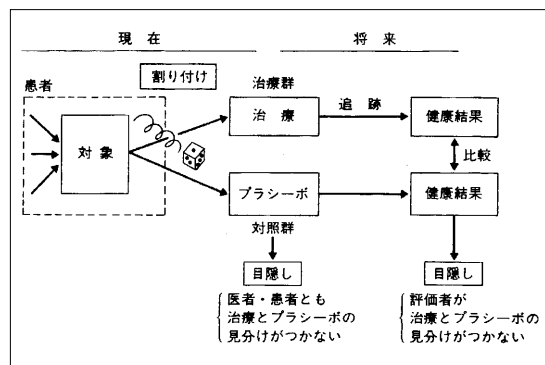


図5 無作為臨床試験の構造

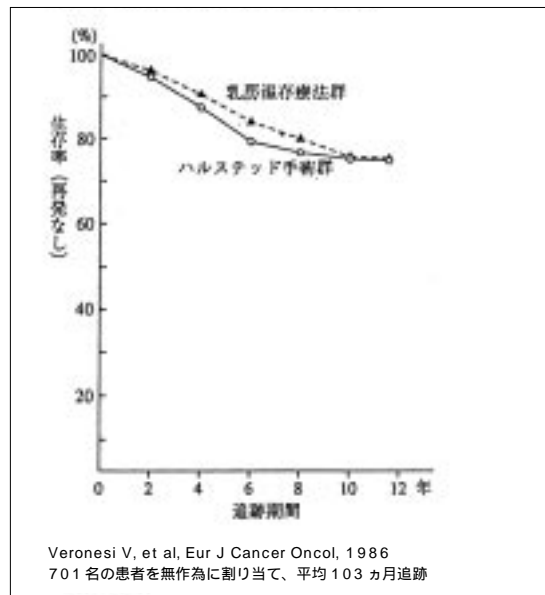


図6 乳ガンの治療効果（無作為臨床試験）

それが無作為化比較試験（RCT、図-5）です。今のところこれが最も科学的な方法です。つまり数千年の医療の歴史がありますが、わずか40～50年前に科学的に医療の有効性を評価する方法が確立したのです。

臨床試験の例をいくつかご紹介します。まず、第1は乳癌の臨床試験です（図-6）。温存療法と切除術との比較です。ほとんど生存率に変わりありません。むしろ温存療法のほうが生存率が少し高いように見えます。しかも、生活の質は温存療法の方が明らかに優れています。

次の人間ドックでも（図-7）毎年受ける人と受けない人と、16年間の追跡調査をアメリカで行ったところ、最終的な死亡率はほとんど変わらなかった。人間ドックを受けても長生きするかどうかに影響なかった。確かに一部の癌とかには多少差があるのですが、別の原因で死亡しているため何ら影響がないのです。人間ドックはほとんど意味がない。これはもうだいぶ前から分かっていることです。

このように、医療の有効性、せめて患者に害でなく何か良い結果をもたらす、評価の仕組みとその利用の仕方を考えなくてはなりません。そういう点で、このビジランスセミナーは、現在での到達点の一つであろうと思います。

### お金に見合う利益

もう一つは、医療費の問題です。どこにもタダのものはないのですから、だれかが医療費を支払わなくてはなりません。企業が支払うといっても、それは国民が働いた利益の上に成り立っているのですし、政府が社会保障や健康保険で支払うといっても、これは税金や健康保険料を払っているのですから、基本的には国民が払っているのです。したがって、その使い道、もしくは自分たちにどの程度利益をもたらすのかを、消費者自身が考えなくてはなりません。

そのための評価方法が医療経済学です。人間は果てしない要求があり、治療や介護など、あれもこれも望みます。しかし、それを実現するためにはお金、人、物、時間に限りがあります。

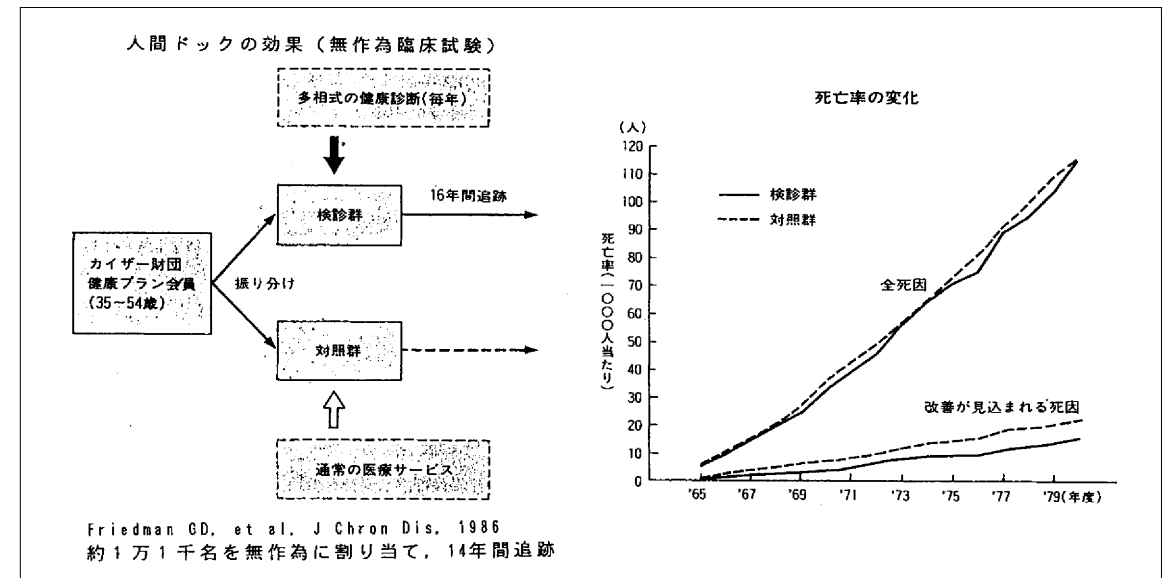


図7 人間ドックの効果（無作為臨床試験）

その下で、最大限自分たちの利益として実現できる筋道を考えるのです（図-8）。経済的評価は、医療費抑制策とよく間違われます。そうではなく、医療を提供した場合に得られる利益つまり健康改善と、そして医療にかかる費用（人・物・時間などを含みます）とを比較したときに、医療は本当に自分たちに利益をもたらしているかどうかを評価するものです（図-9）。費用つまり人・物・時間は他に使えばいろいろ利益がありますから、他で得られるかもしれない利益を実は医療のために犠牲にしているわけで、差引で全体的にみるとやはり医療に使ったほうがいいのだ、という評価をします。

さらに、複数の医療についてかかるお金と得られる利益を秤にかけて、その中でどんな医療がよいかを選択します。そういう評価をまとめたのが、成績一覧表、リーグ表です。例えば、禁煙アドバイスにより1年間健康で長生きさせるための費用がだいたい15万円

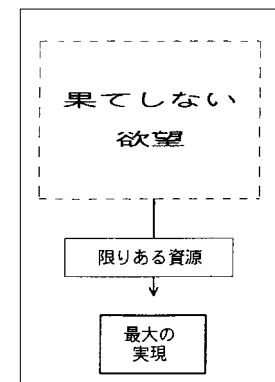


図8 医療経済学の出発点

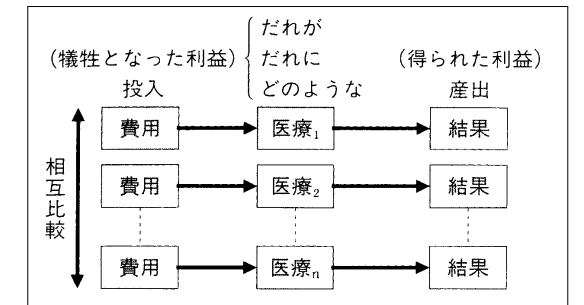


図9 医療の経済的評価の構成

（少し古いイギリスのデータ。1ポンド千円換算）、病院での腎透析は1400万円であり、あまりにお金がかかりすぎます。こうして、許される範囲内で医療を選択します。ただ、貧しい人や弱者、老人に対して公平さを保つにはどうするか、別の価値観で組み合わせなくてはならないため、高度の価値判断が必要です。

なぜ、こうした医療の経済評価をわざわざ行う必要があるのでしょうか？ それは医療が一般のサービスとは異なるからです（表-4）

一つは公共性です。必要とする人が公平に利用できることが求められます。

第2は外部性です。予防接種を受けた人が病気に罹りにくいという効果だけでなく、そういう人が増えると社会全体で病気に罹らない人が増えるという回りへの効果があります。逆に、幅

広い害をもたらす危険性もあります。それを合わせて評価しないと本当の利益（害）は分かりません。

第3は不確実性です。抗ガン剤で50%が助かるというのは、確率・統計学の世界です。個別の患者には死ぬか生きるか、二者択一の問題です。しかし、だれが死ぬか生きるかをちゃんと説明できない。そういう偶然の部分を含んだものが医療です。そういうことを見越して治療を受けているのです。正しいと思う診断のもとで、しかもそれが当たる確率が80%で、ともかく治療をやって50%か60%が助かる、というのは偶然の要素を前提とするものです。それが医療です。

もう一つは、不均衡性です。医者は情報を持っていて、しかし患者はほとんど知らない。これは一般の商品ではない。ところが最近わかってきたことは、実は医者も知らない。医者も知らなくて患者も知らない。どうすればいいのが問題です。その回答の一つが、根拠に基づく医療（EBM）です。このように、一般の商品のように自由価格で市場に出して競争させればなんとかなる、という性質のものではない。

これが医療経済学の出発点です。こうした点から見ると、市場による自由薬価は高値安定で良くないこともわかります。

#### 保健医療改革の波

今、保健医療のミクロの改革で論議されている条件は、5つにまとめられます（表-5）。まず必要性です。現在、必要でもない医療をどんどん提供されている危険性がある。日本では、とくに患者のニーズが評価されたためしがありません。

医療の特徴
公共性
外部性
不確実性
不均衡性

表-4

医療の評価
医療の必要性
医療の有効性
医療の適切性
医療の経済性
医療の社会性

表-5

せん。イギリスでは地域別に患者のニーズを評価したりしています。医者がいればベッドが埋まり患者が作られる、という問題が指摘されていますので、必要な医療を把握することが重要です。

次に医療の有効性です。患者に利益をもたらす医療を利用しなければなりません。ところがそれだけではうまく行かない。必要で有効であっても、使い方によって医療は害にもなれば益にもなる。そこで第3に適切性が重要です。

次に、適切に有効に使えばいいかということ、お金の限りがあるから、なんとか切り盛りしてうまく使わなくてはならないので、第4に経済性を評価する。

そしてそういう評価を専門家が国民に示して、もしくは消費者が評価して、社会的合意を得る。そうすることで医療費が増えてもいい。医療費が増えても国民にとって利益が上がればいいわけです。こういうことをなんとか総合的にうまくやっていきたいという努力がさまざまな形で行われています。

評価法の一つに、医療のテクノロジー・アセスメント（技術評価）があります（図-10）。これは医療政策の決定に情報を与えることに重点があります。医療技術は、検査・治療・予防・支援（コンピューター）、病院組織も含みます。まず開発した段階で安全か、理想的な条件で役に立つか、一般的な条件下でも役に立つか検討します。また、必要な人に必要な医療を提供しているか評価します。その後で、効率つまり経済性の問題を評価します。もう一つは、社会的文化的な、臓器移植のような倫理的な問題の評価

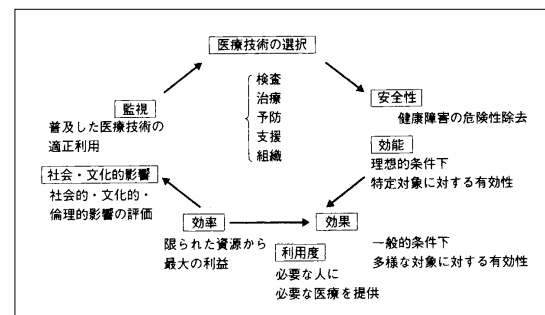


図-10 テクノロジー・アセスメントの評価過程

です。最終的には、もしそれが使われるようになったときは、定期的にもモニタリングをして、時代に合ったやり方をしているか、適切に使われているか、を評価します。

もう一つは根拠に基づく医療（Evidence-Based Medicine）です。これは、テクノロジー・アセスメントの評価結果（つまり科学的な根拠）を個別の患者さんに対してどう利用するかという問題です。臨床的な有効性（患者によい利益をもたらすこと）と、経済性（お金に見合う利益がある）を科学的に証明したことに基づいてやろう、ということです（表-6）。わが国でも、Evidence-Based Health Policyをしてほしいが、なかなかそこまでいっておらず、臨床医と研究者の間で徐々に進められているというのが現状です。しかし、急速に広まっています。

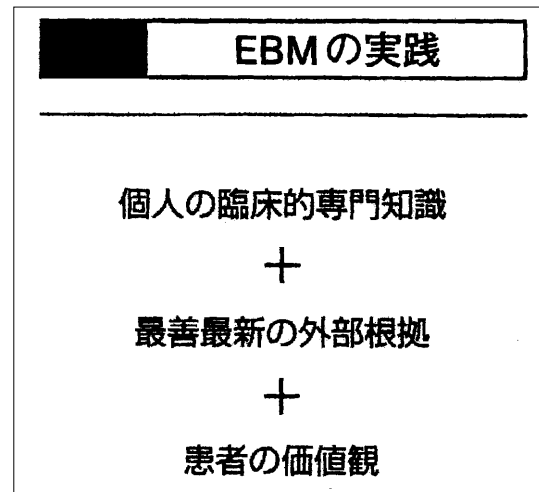


表-6

#### 薬剤をめぐる問題

薬剤の占める位置についてお話ししましょう。薬剤については、適正に使われているか、値段が適正か、この二つの問題を巡って論議が行われます。

薬剤は医療費の主要な部分（30%から20%へ減少）を占めているのですが、まず問題となるのは根拠に基づく医療技術かどうかです。

表-7に示すように、日本では臨床試験による評価というのは一次予防はほとんどありません。

わが国における無作為臨床試験（RCT）による医療の評価		
<予防>	1次予防（健康増進） 2次予防（健康診断）	ほとんどなし まったくなし
<検査>		まったくなし
<治療>	内科的治療手技 外科的治療手技	ほとんどなし ほとんどなし
	薬剤	ほとんど実施

表-7

短期間の禁煙など一部で行われているのみです。二次予防はまったくありません。検査も、正確に診断できるかどうかはあくまで中間的なことで、適切に診断でき適切な治療を受けて初めて健康改善ができるのです。これも臨床試験で評価する必要がありますが、国際的にもごく一部であるだけで、日本では全くありません。治療についても、内科的手技の評価はほとんどなく、外科的手技の評価もほとんどありません。だいたい内科も外科も家元的です。東大流だとか京大流だとか、個人の名前が付いています。調べてみてもほとんど根拠はありません。権威でもっているわけですから。そういう人が良いと言えば、そうするのです。

薬剤は、漢方以外はほとんど評価を実施しているまれな医療技術です。ただ今まで議論があったように、日本の臨床試験の質があまりにも悪いので本当かどうかわからないということが問題です。

さて、薬剤の経済的評価をした場合にどんな利益があるかをお話します。第1は、薬価を決定することです。第2は、保険適応です。保険でどんな薬をどんなふうにするかを決めるのです。第3は、医療機関でどのように使ったらよいかを支援します。

まず第1の薬価の決定です。与党協の改革アンケートでは、将来的には自由価格にと言っていますが、市場の原理に任せた結果一番高いのはアメリカです。イギリスは自由価格とはいいますが、これ以上は儲けさせないという限度を設けていますので、それほど薬の値段は上がりません。自由価格というのは、現状では望ましくない方法

と私は思っています。ちゃんと経済的評価を利用すべきです。

第2は、保険適応についてです。どういう薬が本当に効いてお金に見合う利益をもたらすか、これはほとんど評価されていません。評価する国は徐々に出てきております。第3の医療機関での利用ですが、今後わが国でも診療報酬の支払いは定額制になると思いますが、その中で安くよい薬を選択する上で役立ちます。

薬価の決定にはさまざまな要素がありますが、今は政治的決着でほとんど決まっています。しかし、経済的効率を一つの大きな柱として決定しないと、薬自体の価値がわからないまま、薬価を決めることとなります。現在の薬価基準を廃して、参照価格を導入しても無効でしょう。ドイツでは、参照価格により薬剤費は1年目下がりますが、これは事務上のことで後は同じように上がっていきましました。参照価格が設定されると処方内容が変わり、参照価格の薬を使わず、新しい薬を使うことになり、結局は薬剤費は以前と同様に上がっていきましています。参照価格を取り入れた国は4、5カ国ありましたが、ほとんど失敗に終わりました。

お金に見合う利益の評価（経済的評価）を、国レベルでどこかやっているのかというと、オーストラリアとフランス、カナダです。オーストラリアの結果では、要求通りの価格がついたのが13%、低価格52%、保険適応外35%という評価です。経済的評価をしてみると、製造承認された薬の効果があいまいで、評価に耐え得ないということがわかったのです。

ただしこういう評価をしたからといって、薬

EBMを支える学問の展開		
1970年代	1980年代	1990年代
経済の減速 医療費の高騰	医療費の抑制	経済の停滞 医療改革
医療の見直し 新しい学問の開始	医療改善の試み 新しい学問の確立	医療改善の展開 新しい学問の適用
より安く より良く	適切に提供 適切な医療	適切な医療を 適切に提供

表-8 EBMを支える学問の展開

剤費が下がるわけではない。お金に見合う利益があるかどうかです。こういう評価をしても薬剤費は徐々に上がっています。上がってもそれに見合う利益があればいいわけです。中身と使い方の問題です。

#### 今後の課題

現在、根拠に基づく保健医療、つまりevidence-based healthcareが急速に進んでいます(表-8)。科学的な情報に基づいて、国、地域全体で望ましい保健医療を実現しようということです。1970年代、オイルショックがあって経済状態が悪くなったときに、無理・無駄を省くということで、積極的に適応したのがアメリカなどです。これは「医療を適切に行う」という点に焦点を当てています。ところが適切に提供する医療の中身が本当かどうかわからなくては、効率的に人に害を与えることとなります。そこで、ちゃんと根拠に基づいて患者に利益をもたらすことが、保証されなくてはなりません。これが「適切な医療を行う」ことです。1980年代にこうした活動が活発に進められました。1990年代には、これらの2つの活動を総合して、「適切な医療を適切に行う」ことが中心課題となっています。アメリカで流行っているマネージド・ケアは、うたい文句は医療の質を落とさず費用を下げるとのことですが、実は基本的には医療の費用を安くすることが中心で、質についてはあまり検討していません。わが国でも、こうした世界の動向から10年遅れ、政策的な取り組みが試みられようとしています。

薬剤の利用も、こうした基盤こそが問われなければならないと思います。そういう意味で、ビジランスセミナーもこういうことを視野に入れて情報を提供することが重要ではないかと思っています。

## TIP / 大阪府保険医協会による薬価国際比較

### (1) 概要と批判の問題点

さかぐちけいこ  
坂口啓子



JIP 事務局長 (TIP 大阪事務所、JIP を支える会の事務兼任)

学生時代に、浜代表が大阪府衛生部に在籍していた頃に肝炎調査を手伝ったのがきっかけで医薬や医療に関心を持つ。1986年 TIP 誌発刊時の編集に一時携わり、1994年の薬価国際比較の調査研究をきっかけに再び TIP 誌の編集に従事。取材記者や教師、市史編纂などを経た文科系人間。医療に素人の視点で、考え、企画し、発言していくことを心している。

#### 2年間にわたる英仏独米との比較

今からお見せしますスライドは、わたくしども TIP 誌と大阪府保険医協会との共同で薬の価格を調査したものです。アメリカ・ドイツ・フランス・イギリスと日本との5カ国で比較しました。

調査は1994年と95年の2年間にわたって行いました。94年の調査結果についてはいくらかの批判点、特に製薬企業からの批判もございまして、次の年度はより充実したものと反映させました。結果としては同じですが、日本の市場規模上位薬剤で比較した結果、94年は、売上高上位50品目の比較をしました。その中で少なくとも2カ国以上に同じ成分のものがあったと比較のできた薬剤がだいたい30成分くらいでした。次の年はおよそ2倍の106品目を取り上げて、他に少なくとも1カ国以上で使用されていた約6割の62品目を比較できました。言い換えますと、およそ4割の薬剤は、他の先進諸国にはなく日本でだけ使われているということです。

結果は、日本の薬価は英・仏の2.5ないし3倍、米・独の1.3ないし1.5倍程度でした。94年調査も95年調査も結果はほとんど同じでした。95年にはWHO(世界保健機関)の必須薬、これは主に開発途上国に対して、最低限これだけの薬を揃えろと治療はなんとかありますよ、というリストがあるのですが、これも比較いたしました。それで比べても日本の薬はイギリス・フランスよりも高かったですし、アメリカ・ドイツと

同じくらいでした。

#### 94年承認新薬の薬価比較

94年承認新薬。これは午前の部(第4章H,P.220)で具体的な検討がりましたが、その価格も比較しました。これにつきましては94年承認新薬37品目のうち、他の国と比較できたのはわずか16品目。つまり他は日本でだけ承認されているのですが、ドイツの2倍、アメリカの1.6倍、イギリス・フランスに対しては4倍以上の薬価でした。

図-1は、94年調査のものをわたくしどもの情報誌であるTIP誌に載せた記事から抜粋しました。グラフは上から英・仏・独・米・日です。世界的にも使われている評価が確立した薬というのは、日本は確かにドイツ・アメリカに比べると安い。イギリス・フランスの約2倍。抗

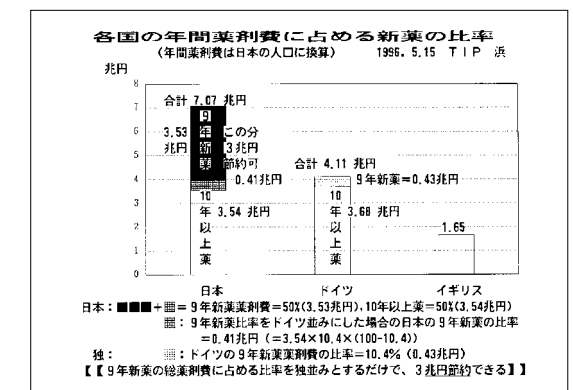


図-2