

# 第5章

## 日本の診療報酬改定による医療費の抑制

池上直己

日本の医療費は高所得国としては比較的安く、健康指標も全般的に優れている。医療費が抑制されている主因のひとつとして、2年ごとに改定される診療報酬制度の効果が挙げられる。「全国一律の」全体改定率を設定した上、項目別の改定を微調整し、さらに請求要件を設定するという2段階のアプローチが取られており、診療行為・医薬品等ごとの支払い費用を抑制する独自モデルとなっている。医療サービス価格の小幅な引き上げに対しては、主に医薬品の数量加重平均した市場価格を反映させることによって薬価を引き下げて財源を確保してきた。項目別改定は、回数が急増した診療行為や低コストで提供できるようになった診療行為の費用増加による影響を軽減し、多様な形態の医療機関間の収益と費用のバランスを適正に保ってきた、さらに新項目を掲載することで医師にインセンティブを与え、政策目標の達成に貢献してきた。日本の診療報酬制度は、組織にキャパシティがあり（もしくはキャパシティを強化する見込みがある）、また、医療サービスが急激に拡大し、費用を抑制する必要のある国において、モデルとなる可能性がある。

### 目的および背景

医療費が高くなりがちな出来高払い方式であるにもかかわらず、日本の医療費は2010年時点で国内総生産（GDP）の9.6%と高所得国としては低い水準にある（OECD 2013）。過去20年間、日本経済が停滞しており、2013年時点で65歳以上の人口が人口全体の25%を占め（総務省2013）、世界一高齢化が進んでいることを考慮すると、この数字は驚異的である。また、費用抑制によって医療の質も損なわれていないようだ。日本は、出生時平均余

命が高いだけでなく、急性期入院医療のアウトカムも米国と同水準であるように見受けられる (Hashimoto et al. 2011)。

医療費抑制の重要な仕組みは、厚生労働省 (厚労省) が所管する診療報酬制度である。厚労省は、4000 を超える医療サービス (医師および医療機関) と 13 万種類の医薬品に関し、ほぼ全ての医療機関を対象に医療サービス、医薬品、医療材料の価格と請求要件を定めている<sup>1</sup>。請求要件の遵守状況は、レセプト (診療報酬明細書) 審査と指導監査 (立入指導) によって監視される。「差額請求」 (診療報酬で設定された金額を上回る請求をすること) は禁止されている。また、入院時室料差額分 (差額ベッド代) や、有効性や安全性を評価中の少数の新技术を除き、「混合診療」 (診療報酬に収載されていないサービスや医薬品を収載されたものと組み合わせて請求すること) は固く禁止されている。

このように、診療報酬は以下を規定している。

- ・ 医師および医療機関の収益源の 95% 以上
- ・ 日本に 3 カ月以上滞在する者に対する法定給付
- ・ 全患者の自己負担額の 95% 以上 (自己負担額は実質的に一定の比率に規定されている)

2 年ごとに行われる診療報酬改定のプロセスを分析する場合、2 つのレベルで検討するのが有用である。すなわち、まずはマクロ (医療分野全体)、次にミクロ (1 項目ごと、または同一群の複数項目をまとめて) を分析するのが適切である。

## マクロ：診療報酬改定率

### プロセス

改定プロセスは、財務大臣と厚生労働大臣が両省幹部とともに診療報酬に収載される全ての医療サービスおよび医薬品の価格全体の引き上げ・引き下

---

1 医療材料は、非常に多くの種類がメーカーごとにあるため、212 の機能区分に基づいて個別に診療報酬に記載されている。価格は、医薬品と同じ方法で減額されているが、機能区分に応じて決められる。

げ率（数量加重平均による診療報酬改定率）を決定することから始まる。この全体改定率は、政治的・経済的状况を評価して決定される<sup>2</sup>。全体改定率を設定し、過去3年間のデータに基づき非価格要因（高価な医療サービスや医薬品の数量増加、利用拡大など）によって支出の増加幅を勘案した上で、実際の全体予算を決定する。公的医療保険制度への国の補助金が政府予算の約10%を占めるため、こうした決定は、トップレベルで下されなければならない。また、国から公的医療保険制度への補助金は国民医療費の4分の1とされているため、予算が統制されている<sup>3</sup>。

診療報酬改定率を決定するもうひとつの重要な要因は、薬価の引き下げ幅である。これは、主に厚労省による各製品の市場価格の調査に基づいて決定される（通常は、卸間の競争により診療報酬よりも安価になっている）。このような引き下げは、政府が調達や割引交渉を全ての医療機関に代わって行っているのではなく、主に市場競争による実勢価格で決まる。厚労省は、薬価調査<sup>4</sup>を行い、卸売業者の帳簿に記載された各製品の価格と数量を調査する。このデータに基づき、各製品の数量加重平均市場価格が算出される。その後、市場価格に基づく金額と、取載された各製品の現行の薬価との数量加重平均値の差を合計して薬価改定率が設定される。

続いて、診療報酬改定率によって決まる予算内、および薬価の引き下げによって確保される財源の範囲内で、医療サービス価格の改定率を算定する<sup>5</sup>。

## 医療費の傾向

国民医療費には、医療保険給付に盛り込まれた全ての医療費、国の医療費支出、および国が設定した患者の自己負担額が含まれる。国民医療費の数値は、診療報酬の改定に関する全ての決定に用いられる<sup>6</sup>。名目国民医療費は、1990年から2011年の間にほぼ倍増した（図5.1）が、デフレのため、

2 本書第6章「日本の診療報酬の政治経済学」参照。

3 本書第3章「日本の社会保険制度間の財政不均衡」参照。

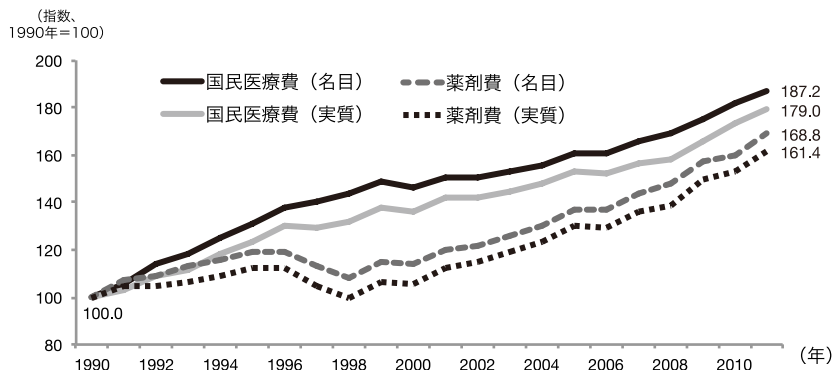
4 この調査は公表されておらず、厚労省の内部文書として使用される。

5 その他2つのサービス区分（歯科および調剤）における改定も同じプロセスで算定され、各区分の累積的な薬価改定率が診療報酬改定率に加算される。

6 国民医療費には、一般用医薬品、健診その他の保健予防費、正常出産の費用など、医療保険の対象となっていない費用は含まれない。これらの項目を含むOECDの総保健医療支出と比較した場合でも、やはり国民医療費の方が20%低い。

図5.1 国民医療費と薬剤費 (1990～2011年)

(名目ならびに実質ベース、実質系列は消費者物価指数で実質化)



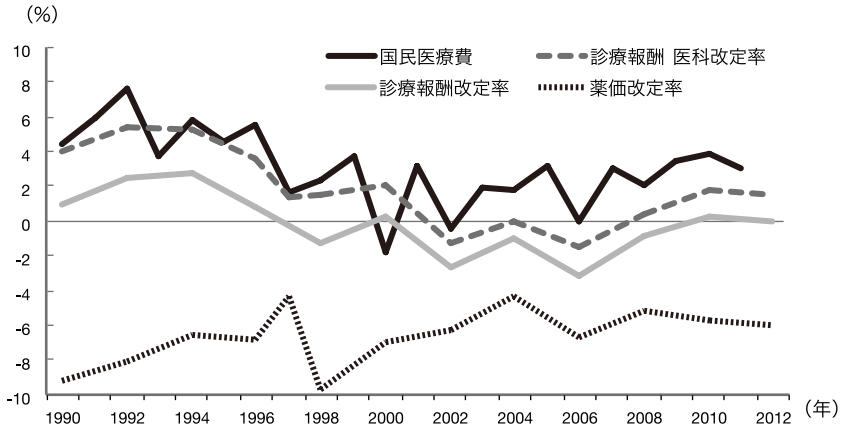
出典：国民医療費は厚労省2013より。薬剤費はIMS HealthのIMS JPM 3月MAT 2003年～2013年に基づく（© 2014 IMS Health）。消費者物価指数は総務省より。

実質的な増加は5%未満であった。薬剤費は国民医療費ほど増加しておらず、1990年代に横ばいとなっている。ここでは、改定率が予算に及ぼす影響に注目し、名目増加率に焦点を当てる。国民医療費の増加は、価格的要因および非価格的要因の2つに分けられる。

2年ごとの診療報酬改定によって価格要因が決定される。全体改定率は、必ずしも国民医療費に直接的な影響を及ぼすとは限らないが、これら2つは密接に関連している（図5.2）。1990年から2013年には、薬価改定率は-4%から-10%の範囲でマイナスであった。一方で、医療サービス部分を規定する本体部分（医科）の改定率が引き下げられたのは2002年と2006年だけであった。

国民医療費の増加の非価格要因は、（主に人口構成の変化を反映した）数量の増加、およびより高額なサービス（CTスキャン、MRI、PETスキャン、あるいは診療報酬に記載された新薬）の記載・利用拡大である。次節で説明する項目別改定によって緩和されるため、こうした非価格要因の影響は、過去20年以上にわたり、年間2～3%程度と推定される（厚労省2013）。これらの供給側の調整では吸収できない数量増加による費用の増加については、

図5.2 診療報酬改定率と医療費の推移 (1990～2012年)



出典：厚労省 2012a

自己負担率を引き上げるにより、需要側で抑制されてきた。被用者については、自己負担割合が1983年のゼロから2003年現在の割にまで徐々に引き上げられたが、高額療養費制度は用意されている。自己負担割合の引き上げは、長期的に見ると需要の抑制にはつながらなかったが、給付費の増加ペースを緩和してきた。

## ミクロ：項目別改定

### 目的およびプロセス

全体の改定率と薬価の改定率の数値がそれぞれ決まると、前者の枠に後者により得られる追加財源の範囲内で、医療サービス改定のための予算が確定する。そして、その予算の範囲内で、サービス価格および請求要件の項目別改定が行われる<sup>7</sup>。このような決定は、厚労省の中央社会保険医療協議会（中医協）によって正式に下されるが、非常に複雑な内容であるため、交渉の大

7 薬価改定がサービスの診療報酬改定に組み込まれている理由のひとつは、特に診療所では医師によって調剤が行われてきたからである。医療機関の収益の大部分は、診療報酬と医薬品の市場価格の差から生じる利益によっていたため、同じ診療報酬制度内で両者を改定することが通常の手続きと考えられてきた。

部分は医療団体と厚労省官僚（主に医系技官）との間で行われる。

前述の通り、薬価および医療サービスの改定率は、全ての項目に一律に適用されるのではなく、医薬品と医療サービスで項目別に適用される。医薬品については、（後述の通り）市場価格を反映して価格が改定される。

医療サービスの価格改定は、以下の政策目標を達成するために行われる。第1に、数量が急増しており、また医療機関が相対的に低い費用で提供することができる項目について、価格を引き下げることによって、医療費の増加を抑制することである。第2に、さまざまな種類の病院間で適切かつ公平な収益と費用のマージンを維持することである。第3に、新規項目を収載したり、それらの価格を高く設定したりすることによって、医師にインセンティブを与え、政策目標を達成することである。

改定によって政策目標が達成されなかったり、あるいは想定外の事態が発生した場合は、次回の改定で修正される。全ての医療機関に一律の影響を及ぼす（そのため、引き下げれば医療機関が団結する）一律の換算率とは異なり、項目別の改定では、収益が増える医療機関と減る医療機関に分かれるため、政府の交渉プロセスが容易になる可能性がある。

診療報酬改定率により各項目の価格を改定した場合の国民医療費への影響は、その項目の数量から算出される。数量が大きい項目（再診料など）は、わずかな改定でも大きな影響を及ぼし、その逆の場合もある（高度な外科手術など）。累積的な影響が診療報酬医科改定率と等しくなるまで、価格改定は続けられる<sup>8</sup>。価格を調整し、専門家の意見から数量を推定することによって、新規項目の予算への影響もこのプロセスで勘案される。

### 費用抑制における請求要件の重要性

診療報酬の請求要件は、サービス提供を制限し、非価格要因による費用増大を抑える効果があるため、費用を抑制する上で改定率同様に重要である。要件の設定は、診療報酬改定時だけでなく、不適切な利用について報告があった場合や、医療機関からの問い合わせに対応する場合など、厚労省の通達に

8 各サービスや医薬品の数量は、請求データ（レセプト・データ）から求められる。請求データは、標本調査である社会保険調査に基づいていたが、2012年以降、全ての請求データが国のデータベースに移行した。

よって随時行われる。例えば、PET スキャンが初めて記載されたとき、請求要件において、がんの診断が確定した患者だけに使用が制限されていたため、スクリーニングには使用できなかった。

請求要件は、質確保のためにも設定あるいは改定される。例えば、リハビリテーション療法の請求を行う場合、その病院に規定の療法士が配置されており、リハビリテーション施設としての基準を満足することが要件となる。人員および施設に関するこのような要件（施設基準）は、過程や結果に関するデータが乏しいことから、施設としてのインプットや構造に着目したものであり、日本における主要な質保証のメカニズムとなってきた。

これらの要件や通達の遵守状況を監視するため、レセプトは各都道府県の社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険団体連合会（国保連）へ送られ、そこで電子的に選別され、審査員によって審査される<sup>9</sup>。さらに、ランダムに選ばれたレセプトと患者の医療記録を照合するため、現場での指導が定期的に行われる<sup>10</sup>。記録等に不備があった場合、医療機関は、過誤の程度に応じ、過去6カ月間または12カ月間に不適切に請求した項目の累積額を遡及的に支払わなければならない。地元の評判が悪い医療機関については、レセプト審査のプロセスがさらに厳しくなり、立入検査（指導監査）の回数も増やされる。

これらの審査を行うための費用は、1990年の時点で国民医療費の約0.44%と推定された（Ikegami et al. 1996）。このように低い割合となったのは、厚労省によって設定された全ての項目について、ひとつの価格とひとつの算定要件だけを用い、都道府県レベルの審査に集中されているためである。

差額請求および混合診療禁止の遵守状況も厳しく監視され、有効性や安全性が未評価の医薬品やサービスを診療報酬に組み入れようとする潜在的な圧力を抑制している。

---

9 審査委員会は、月内の数日間、請求審査を任命された医師から構成される。請求は、同じ専門分野の医師によって審査される。審査者の個人的志向を最小限にとどめるため、病院の審査は、審査委員が3カ月交代で行う。

10 看護師の日常勤務記録も指導監査され、病院が請求した看護人員配置レベルの要件を満たしているかどうか調べられる。

### コラム 5.1 新しい処置について価格を低く設定し、さらに引き下げる——MRI のケース

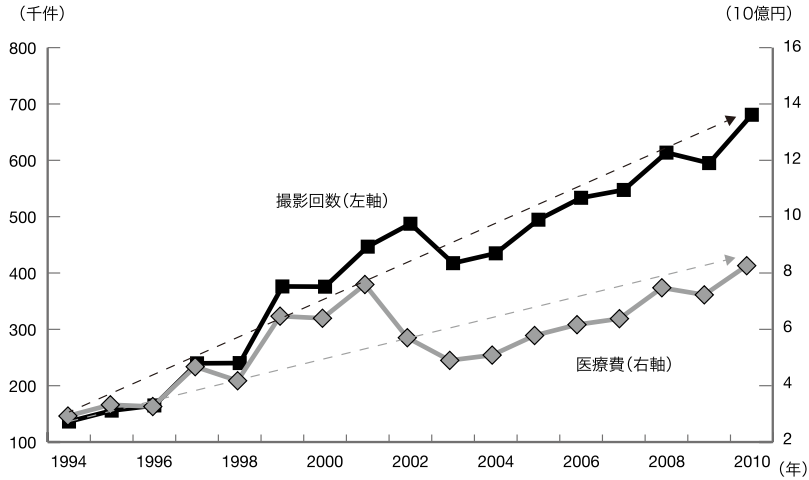
新たな処置を診療報酬に掲載する場合、費用計算に基づくのではなく、有効性を既存技術と比較した上で価格が設定される。例えば、MRI の価格は、1982 年の時点で機器の購入費用が 10 倍以上に上るにもかかわらず、CT スキャンの 2 倍に設定された (Hisashige 1994)。しかし、メーカーがより安価なモデルを発売し、価格表から大幅な割引を積極的に行い、また、病院が患者と医師を集めるために競って機器を購入またはリースしたため、MRI の件数は爆発的に増加した。その結果、MRI に対する支出は急増した。

政府は、1996 年、1998 年、2000 年に撮影 1 回当たりの診療報酬を引き下げて対応したが、引き下げ率は 10% にも満たなかった。対照的に、2002 年には 31% の引き下げが行われた。同年の件数は増加したものの、わずか 9% 増であり、前年の伸び率の半分程度にとどまった。その翌年、診療報酬は同程度であったが、件数は急激に減少した。その結果、MRI に対する総支出は、2002 年に 25% 減少し、2003 年にはさらに 14% 減少した。他の要因が件数と支出に影響したことは間違いないが、診療報酬の引き下げにより、医師が MRI の使用指示を控えたようである。2003 年以降、件数と支出は、どちらもおおむね並行して増加したが、支出の方が若干緩やかなペースで上昇した。以下の表が示す通り、1994 年から 2010 年の間に<sup>1</sup>、MRI スキャンの件数は 5 倍に増加しているが、総支出は 3 倍しか増加していない<sup>2</sup>。その結果、日本は 1 人当たりの MRI 台数が世界一となった (2012 年現在またはそれ以降、OECD 2013) が、撮影の報酬はおそらく最低である。2012 年の MRI の報酬は 1 万 3330 円すなわち 150 ドル (厚労省 2012b) だったが、フランスは 363 ドル、米国は 1121 ドルだったこのパターンは CT スキャン (16-64 列マルチスライス) についても同様であり、2012 年現在、9000 円 (100 ドル) に対し、フランスは 183 ドル、米国は 566 ドルだった (厚労省 2012b ; IFHP 2012)。

点数の設定方法を変更することで、より高度なモデルの開発による費用の増加を吸収することも可能であった。2006 年の診療報酬改定では、従来のように身体の部位ではなく、機器の種類に応じて報酬が決定された。身体の部位に基づく 2005 年の数量加重平均報酬を用いて支出を算出したところ、この変更による総支出への影響は中立的であることが分かった。高密度 MRI (1.5 テスラ以上) の報酬引き上げにより生じた支出の増加は、低密度 MRI の報酬引き下げによって相殺された。2012 年の改定では、さらに高密度の MRI (3.0 テスラ以上) の導入が低密度 MRI (1.5 テスラ以下) のさらなる報酬引き下げによって相殺された。



図 MRI：撮影回数と医療費（1994～2010年）



出典：厚労省 2011a

1. ここでは、造影剤を使用する割合が調査期間にわたり一定である（平均してMRIの約2%）ことを確認した上で、単純（造影剤なし）MRIの件数の変化に注目した（厚労省 2011a）。
2. 厚労省の調査データには、診断科目別標準定額料金決定システム（DRG）の日本版であるDPCに基づいて支払われる入院患者のMRIは含まれていない。ただし、DPCによって支払われる病院は、MRIを出来高払いで請求できる外来患者の治療に移行する傾向にあるため、これらを除外したことによって支出に大きな影響が生じることはなく、件数への影響はわずかであろう（Matsuda 2008）。

### 医療機関間でバランスの取れた経営状況の維持

項目別改定を行うに当たっては、さまざまな種類の病院（一般、慢性疾患、精神科など）間でバランスの取れた財務状況を維持する必要性が考慮される。厚労省は、診療報酬改定の前年に医療機関の経営状況の調査を実施する。医療機関に関する調査結果は、種類別および開設者別の表にまとめられる（厚労省）<sup>11</sup>。抽出される施設は調査によって異なるため、結果は長期的な傾向を

11 病院の所有者としては、国、地方自治体、公的機関（赤十字社や健康保険組合など）、医療法人、その他の法人、および個人がある。3分の2は、医療法人が所有者である。公立病院の赤字は、補助金によって賄われる。調査の有効回答率は半数強であり、診療所の回答率が病院よりも5%程度低かった。

分析するためではなく、さまざまな病院間の現在の均衡レベルを比較し、次の改定で大きな不均衡を是正するために使用している。

例えば2005年調査では、一般病院が赤字であるのに対して、療養病院で7%の収支差額であったデータが得られたため、2006年の改定では、1日当たりの入院料が10%引き下げられた。しかし、決定するうえで調査結果がどの程度生かされたかは明らかではない。むしろ、厚労省がすでに下した療養病床数を減らすために入院料を不採算なレベルにまで引き下げる決定を正当化するのに用いられた可能性もある (Ikegami 2009)。

診療所に関する結果についても、有床・無床別および開設者別にまとめられる。ここでは、医師個人が経営する無床診療所(これが大多数を占めている)に注目する<sup>12</sup>。このような診療所は、ほぼ全てが個人開業であるため、収益と費用の差額は、医師の税引き前所得に等しい。診療所で提供される医療はプライマリ・ケアで提供できるものに限定されるため、診療所の収益は、項目別改定によって、より直接的な影響を受ける。

しかしながら、診療所の月収は、上は2001年の240万円から、下は2011年の180万円まで変動があったにもかかわらず、診療所の収入が減少しても、診療所の収入の増税が改定の基準として使用されることはない。これは、国が診療所を調査する主な目的が、病院に雇用されている専門医と比較し、診療所の医師の所得が相対的に高いことを示すことであるためかもしれない<sup>13</sup>。このような理由から、診療側で最も有力な、診療所の医師を代表する利益団体である日本医師会は、診療所の医師の収入が下がっても、診療所で主に提供されている医療サービスの診療報酬のプラス改定を交渉する際、そのデータを使おうとしなかった。

## 医師に対するインセンティブ

診療報酬に新たに収載されたサービスには、医師によるサービス提供を促すために動機づけが含まれることがある。一例を挙げると、終末期におけ

12 診療所については、19床以下の病床数が認められている。20床以上の施設は、病院に分類される。入院施設のない診療所では、税引き後所得からの投資がより少ないため、その利幅は医師の所得をより適切に反映している。

13 本書第7章「日本の医師の配置を規定する要因」参照。

在宅ケアを拡大するため、2006年の診療報酬改定では、施設が「在宅療養支援診療所または病院の条件を満たし」（患者にいつでも対応できるなど）、医師が患者の死亡日に往診した場合、1万点（10万円）が加算されることになった。この点数は、その後2012年の診療報酬改定でさらに調整された。終末期に患者の往診をした場合は5万円が支払われ、この患者が在宅で死亡、または入院後24時間以内に死亡した場合は追加で3万円が支払われるような点数に分けられ、患者が在宅で死亡せず、死亡日に入院した場合でも、医師が前者の金額を請求できるようになった。

## 薬剤費

### 価格の引き下げ

社会医療診療行為別調査によると、薬剤費は、1982年の時点で国民医療費の38.7%を占めていた（厚労省2013）。そのころから、薬剤費を抑制し、国民医療費に占める割合を引き下げることが日本の主要な政策目標となった。これは、主に、医療機関（診療所、病院、薬局）が調剤から得る利益率を徐々に引き下げることによって実施された<sup>14</sup>。この利益は、薬価と購入価格との差から生じていた。医療機関が交渉によって大幅な割引を得られる製品を選んだため、市場原理によって価格は下落のスパイラルに陥っていた（新薬の発売価格は、主に、相対的な有効性と革新性に基づいて比較対照薬の価格に上乘せすることによって、または比較対照薬がない場合、政府の公式に基づき費用を算出することによって、厚労省が設定する<sup>15</sup>）。有効性と安全性が承認されると、製品は、医療経済評価を経ず、自動的に掲載される。このように、新薬の投入を制限するのではなく、新薬の発売価格を低く抑えることで、費用抑制が達成される。診療報酬制度における薬価改定プロセスは、診療報酬改定の前年に、厚労省が卸売業者の帳簿に記録された薬価の市場価格調査を実施することから始まる。診療報酬に掲載された各製品の価格の改定方法は、

14 1990年の時点で調剤を行っていた病院および診療所は全体の5分の4であった。院外による利益は、病院では純収入の7%、診療所では12%を占めていた。しかしながら、利幅が引き下げられ、院外薬局への処方料が引き上げられると、病院および診療所で調剤される処方の割合は、2010年には37%にまで低下した。

15 2002年からは、国際価格も基準として用いられている。掲載時の薬価は、米国、ドイツ、英国、およびフランスの掲載価格の平均を25%以上超えないように設定される（これらの国で市販されている製品がある場合に適用）。

これまでに以下の通り変化してきた。

- ・バルクライン方式（1967～1992年）は、各製品の最高価格から最低価格まで、市場価格を順にリストし、その範囲内の特定の割合で新たな薬価を設定することによって機能する。この割合は1983年に90%から81%に変更され、1987年からは、その価格で販売される製品の数量によって加重平均されるようになった。
- ・リーズナブル・ゾーン方式（1994年以降）は、市場価格調査の結果を集計して算出した各製品の数量加重平均市場価格に割合（「R幅」）を加算することによって、新たな薬価を設定するものである。R幅は当初15%に設定されたが、徐々に縮小され、2000年には現行の2%まで減少した。

さらに、調査の影響を受けない2つの方式も、薬価の引き下げに用いられてきた。ひとつ目として、1994年以降、新薬の薬価は、製品の販売数量の変化に基づいて引き下げられた。例えば、ひとつの条件として、「製品の総売上高がメーカーの予測額の2倍を上回り、かつ売上高が150億円を超えた場合は、その価格を引き下げる」というものがあった。条件を満たした程度、および引き下げの規模は、メーカーと厚労省の激しい交渉によって決定された。2つ目として、2002年より、特許権消失後の先発薬の価格が引き下げられ、この引き下げは徐々に強化された。

このような価格引き下げが薬剤費全体（およびそれが国民医療費に占める割合）に及ぼす影響を機能区分別に紹介する。まず、分析手法に関する、いくつかの重要な点を挙げる。

- ・これらの分析では、卸売業者の大多数から取得した実際の売上高データに基づくIMS Healthのデータを使用している。売上高は、実際の販売価格別ではなく、薬価に従って算出されている。一貫した信頼できる総費用データが入手できるようになったのは1988年からであり、これらのデータは2001年から機能区分別に分類された<sup>16</sup>。
- ・厚労省は、推定される薬剤費の総額を公表しているが、このデータには、

16 IMS Healthのデータには、国民医療費に含まれないワクチンが含まれている点に注意されたい。2001年以前は、ワクチンを除外できなかったが、2001年時点でワクチンが薬剤費に占める割合はわずか0.6%であった。

医薬品の請求方法の変更が適切に反映されていないため、一貫性がないと考えられる<sup>17</sup>。

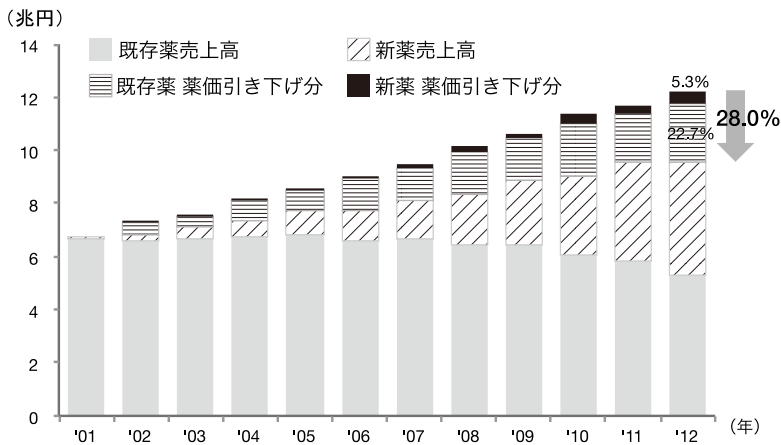
- ・経済協力開発機構（OECD）の薬剤費データには、入院患者の薬剤費が含まれず、一般用医薬品が含まれているが、日本のデータには入院薬剤費は含まれるが一般用医薬品が含まれない。したがって、OECDのデータを用いて日本の支出を他国と比較することはできない。

### 薬剤費の傾向

薬剤費は、過去20年間に国民医療費ほど増加していない（図5.1参照）。国民医療費に占める薬剤費の割合は、1990年の27.4%から1998年の20.6%へと低下し、その後、再上昇するまで横ばいであった。

2001年から2012年までの期間に価格が累積的に引き下げられなければ、2012年の薬剤費は実際よりも28.0%高い水準になっていた（図5.3）。このように、薬価引き下げは、費用抑制にとって有効である。しかし、このよう

図5.3 薬価引き下げの効果（2001～2012年）

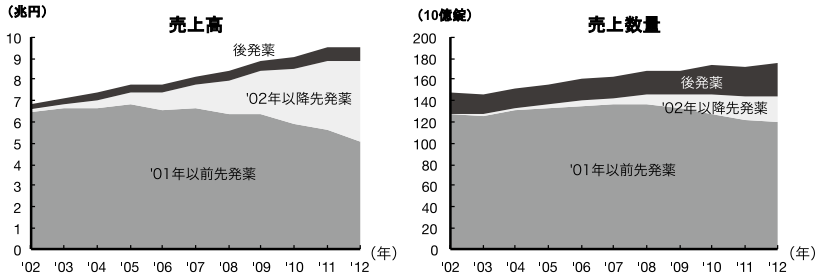


注：薬価引き下げ分とは、薬価が下落しなかった場合の売上高を指す。

出典：© 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

17 例えば、社会医療診療行為別調査では、DPCによって支払いを受ける患者に処方された医薬品が除外されている。

図5.4 2002年以降および2001年以前に上市された先発薬、および2002年から2012年に上市された後発薬の数量と売上高の推移



出典：©2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

な減少は、2001年以降に発売された新製品の価格引き下げよりも、2000年以前に上市された既存製品の価格引き下げに由来している。これらの既存製品は特許によって保護される可能性が非常に低いいため、価格引き下げはそれほど未だ有効ではなかったことになる。

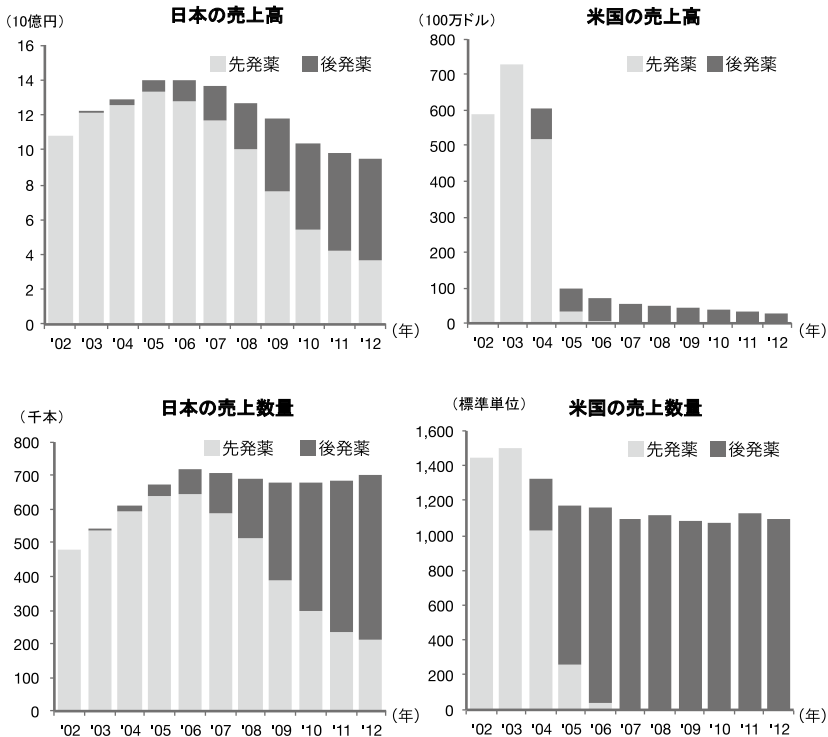
#### 後発薬のシェア拡大により費用は削減されたか？

先発薬の代わりに、より多くの後発薬が処方されていたならば、薬剤費はさらに減少していただろう。図5.4が示す通り、2001年以前に上市された先発既存薬が売上高に占める割合は、2002年から2012年にかけて22.7%低下したが、数量に占める割合は6.6%しか低下していない。

日本の後発薬のシェアが2011年の17%から米国並みの84% (IMS Institute for Healthcare Informatics 2013) まで上昇し、後発薬の価格が先発薬の10%まで下落すれば、薬剤費は現在の約半額まで低下する<sup>18</sup>。図5.5は、支出を減らす方策の一例を示している。日本では、後発薬による先発薬の代替ペースが遅いだけでなく、後発薬の価格も高い。これは、後発薬として最初に上市されたときに先発薬の70%に価格が設定されたためであり、その後、に上市された後発薬の価格は、一定の割合で低下している。価格は、その後、

18 後発薬のシェアは、日本は錠数、米国は処方件数に基づいているため、米国と直接比較する場合は注意が必要である。数量で17%というIMS Healthのデータは、全ての後発薬製品の売上のうち約70%しか含んでいないため、23%という政府のデータ (厚労省2011b) よりも少ない。

図5.5 白金抗がん剤の先発薬と後発薬の数量および売上高構成の日米比較 (2002～2012年)



出典：©2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

市場価格調査の結果を反映して低下していくものの、各後発薬の価格は、依然としてメーカーごとに設定されている。一部は、同じ分子化合物でありながら、各後発薬の間で5倍以上の価格差があるが、出来高払いでは、最も安価な製品を処方または調剤するためのインセンティブが存在しない。

その代わりに、薬価と市場価格の差が最も大きい製品を処方するインセンティブが存在する。低価格の後発薬の価格を大幅に引き下げるよりも、わずかな価格引き下げでも大きな差が出る先発薬の方が利幅が大きくなるためである。医師に後発薬の処方を促し、薬局に代替調剤を促す診療報酬のインセンティブは、先発薬の処方から得られる利益を相殺するには概して不十分で

ある。後発薬の利用を拡大し、価格を引き下げするには、参照価格の導入や包括払い制度の拡張など、さらに抜本的な改革が必要である。

## 近年の傾向

診療報酬制度は、比較的良好に機能しているように思われるが、昨今、診療報酬制度が今後もこうした政策目標を追求できるか危ぶまれる3つの動きが見られる。

第1に、マクロレベルで現在の費用抑制政策を継続しつつ、同時に医療分野を「経済成長の新たな3本柱」のひとつとして推進できるだろうか（首相官邸2013a）。

ひとつの答えは、現在の差額請求の禁止および混合診療の制限を廃止することである。ただし、この規制緩和によって、有効性や安全性が検証されていないサービスや医薬品が提供される可能性があるため、問題が生じる可能性がある。また、長期的に見ると、これらのサービスや医薬品を公的保険で給付する圧力が高まるため、規制緩和は公的資金を財源とする医療制度の費用増大につながる。患者に支払い能力がないことを理由にサービスを拒否することは非常に難しいため、医療業界における規制緩和は、その悪影響を慎重に検討した上で実施すべきである。分野として発展する可能性は、医療とは異なり、平等なサービス提供が社会規範とはならない介護にあると考えられる（Ikegami et al. 2002）。

第2に、対象を絞った項目別改定は今後も有効だろうか。

DPCの導入および利用が拡大していることから、急性期入院患者の治療の大部分に関して答えは否である<sup>19</sup>。2003年当初、DPCは、82の特定機能病院（80の大学病院本院と、国立がんセンター〔現・国立がん研究センター〕および国立循環器病センター〔現・国立循環器病研究センター〕の2つ）だけに導入されたが、これまでに1200以上の病院に拡大され、急性期病床全体の半数を占めるようになった。これらの病院は、主に収益が増加すること

19 DRGと異なり、DPC料金は1日当たりで設定され、入院期間の長さに応じて金額は4段階で低下する。さらに、1万円を超える価格の処置、手術、機器は、引き続き診療ごとに請求されるため、このような一括化は医薬品、診断テスト、画像診断に限定される。



から、DPC による支払いを自主的に選択している。DPC は、各病院について、DPC 採用前と同一サービスを提供した場合と同等の収益を保証する固有の係数を設定してきた。しかし、病院は、画像診断などのサービスを外来治療（行為等ごとの出来高払いで請求される）に移転し、入院患者の費用を抑えている（Matsuda 2008）。このように、支払い側の予想とは異なり、DPC によって費用が減少したことを示す証拠はない（Kondo et al. 2012）。平均入院期間と病床利用率は低下しているが、1 日当たりの収益と入院件数の増加によって相殺されている。このような問題を解決し、政策に沿ったインセンティブを導入するため、厚労省は、病院固有の調整係数を段階的に廃止し、代わりに救急医療を提供する施設や地域がん診療拠点病院などに対して、幅広く適用される新たな係数に置き換えようとしている。しかし、このような係数は全国レベルで一律に設定されるため、地域のニーズを満たすには適さない可能性がある<sup>20</sup>。そこで、この問題を解決するため、厚労省の権限の一部を地方自治体に移譲する必要がある。また、不正請求を監視するため、地域的な施策も必要である。レセプトの審査プロセスで個々の請求を確認しても見つけることはできず、病院間で DPC の構成を比較しなければならないためである。

第 3 に、薬価の引き下げによって、医療サービス費用の小幅な増加を賄う財源を確保し続けられるだろうか。

2010 年の改定で導入された新制度（新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度）により、この可能性は低くなったように考えられる<sup>21</sup>。この新制度では、製品特許の有効期間中、製薬会社は価格引き下げの適用除外を申請する選択権を有する。この適用除外は、薬価調査で明らかにされる製品価格の引き下げ率が全ての製品の加重平均価格の引き下げ率を下回っている限り有効となる。特許が消失したときには、市場の水準を反映して価格が引き下げられる。過去の調査で明らかになっている通り、この引き下げは累積的な引き下げであるため、かなりの規模になるものと考えられる。特許消失時には、後発薬

20 権限の移譲は、地域の医療計画のニーズ分析に基づき新たな財源を割り当てることによって、社会保障制度改革国民会議でも支持されている（首相官邸 2013b）（本書第 1 章「日本の医療制度の政治的・歴史的背景」を参照）。

21 この新制度は、新製品だけでなく、承認された用途よりも拡大使用する際にも適用される。日本では適応外処方が禁止されているため、用途を拡大するには、新たに治験を実施する必要がある。

への切り替えが進むことも予想される。このように予測されるため、適用除外の選択権は、財政中立的だと考えられるが、市場に出回る期間の短い製品（一部の抗がん剤など）には当てはまらないだろう<sup>22</sup>。

したがって、特許保護期間中の先発薬の高値を維持するための費用を相殺するには、後発薬の調剤に向けてより積極的なインセンティブを導入し、後発薬の薬価をさらに引き下げる必要がある。

## 考察

診療報酬の全体改定率を設定してから、項目別改定によって微調整するという日本の手法は、行為等ごとの出来高払い構造の下で費用を管理する独自性の高いモデルであり、おおむね成功している。

- ・日本の診療報酬制度は、医療機関が制約なしに好きなだけサービス・医薬品を保険に請求できる無制限の出来高払い方式ではない。むしろ、政府補助金の総額規模に基づき、財務省と厚生省が合意した緩やかな全体の上限が設定されている。国は、国民医療費の4分の1の財源を配分することによって、補助する財源の枠内だけでなく、国民医療費全体を管理している。
- ・診療報酬には、価格だけでなく、さまざまなサービス基準を規定する請求要件が含まれており、サービスの量および質の限度が定められている。これは、医療機関が診療報酬で定められた料金よりも高い金額を請求する差額請求、そして規定外の混合診療を禁止することによってより強制力が強まる。
- ・行為等ごとの出来高払いは、同じ専門分野の医師による月次請求審査、指導監査等の下で行われ、請求要件を遵守していない医療機関は、経済的な影響を受ける。
- ・2年に1回実施される診療報酬の改定により、医療政策決定者は、経済的なインセンティブを微調整することで、行為ごとの支払いを通じて直

22 メーカーがこの選択肢をどこまで採用するかは不明である。それは、この選択肢を選ばずに割引することで医療機関に薬価差を持たせ、売上を伸ばし、全体の収益を上げる可能性もあるからである。

接新しい政策の方向性に誘導することができる。また、このプロセスでは、医療サービスの価格・数量面の傾向を分析し、これによって、政策決定者は予期せぬ結果を是正または補正するための調整を行うことができる。この制度を機能させるためには、診療報酬の改定において、定期的・継続的な調整を行う必要がある。

- ・行為等ごとの出来高払いを改定する交渉には、サービス活用や価格に関する大量の最新データが必要であり、そのためにデータ収集・分析能力が相当求められる。そのデータセットや分析の有効性が信頼に足る交渉のベースを作れるかを左右する。

これらの特徴の大部分は、他国の出来高払い方式とは異なっている。同様に、複雑な管理構造や、これら全ての機能を同時に管理するための技術的キャパシティも、低所得国では簡単に再現できないだろう。

日本の制度で特に独自性が高いのは、診療報酬の改定が単なる価格設定や価格交渉プロセスではなく、複数の機能がひとつのプロセスに統合されている点にある。また、診療報酬では、対象となる給付が効果的に定義される。それは、診療報酬には、対象となる全ての医療行為、医薬品、および技術が含まれているからである。サービスの利用に関し、請求要件を定義することによって、一定のレベルおよび規準が設定され、それらを保険償還の要件として設定することによって、非価格要因による費用増加を抑制している。このプロセスを通じて、政策立案者は、費用を抑制するだけでなく、政策目標を推進するための促進策と、好ましくない慣行を抑制するための抑止策（保険償還率の引き下げなど）を策定できる。

各国が皆保険を達成し維持するには独自の政策手段を策定しなければならないが、包括予算制度から活動ベースの資金提供への移行を検討（または開始）している諸国では、先を見越して支払い制度を見直し、請求要件を設定することによって数量を調節し、違反に対して罰則を科す制度を強化する必要があるだろう。ガバナンスは全てのステークホルダーと責任を共有しなければならないため、それぞれの詳細については、各国において医師会や病院団体などの主要ステークホルダーと協議する必要がある。

## 【参考文献】

- 外科系学会社会保険委員会連合（外保連）（2011）「診療報酬点数表に関する外保連試案」  
 <<http://www.gaihoren.jp/gaihoren/public/book/book.html>>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2011a）「社会医療診療行為別調査」<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/26-19.html>>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2011b）「後発医薬品の使用状況調査」<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/kouhatu-iyaku/dl/111205-01.pdf>>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2012a）「中央社会保険医療協議会」<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008ffd.html>>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2012b）「診療報酬改定について」<[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoku/iryohoken/iryohoken15/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/iryohoken15/index.html)>（2013年10月アクセス）
- 厚生労働省（2013）「国民医療費」<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html>>（2013年12月アクセス）
- 首相官邸（2013a）「新たな成長戦略～『日本再興戦略-JAPAN is BACK-』～」<[http://www.kantei.go.jp/jp/headline/seicho\\_senryaku2013.html](http://www.kantei.go.jp/jp/headline/seicho_senryaku2013.html)>（2013年10月アクセス）
- 首相官邸（2013b）「第15回社会保障制度改革国民会議 議事次第」<<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai15/gijisidai.html>>（2013年10月アクセス）
- 総務省（2013）「人口推計」<<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/201310.pdf>>（2013年10月アクセス）
- Hashimoto, H., N. Ikegami, K. Shibuya, N. Izumida, H. Noguchi, H. Yasunaga, H. Miyata, J. M. Acuin, and M. R. Reich. 2011. "Cost Containment and Quality of Care in Japan: Is There a Trade-Off?" *The Lancet* 378 (9797): 1174-82. (邦訳「わが国における医療費抑制と医療の質：トレードオフはあるのか」『ランセット日本特集号：国民皆保険達成から50年』特集号3、(公財)日本国際交流センター)
- Hisashige, A. 1994. "The Introduction and Evaluation of MRI in Japan." *Int J Technol Assess Health Care* 10 (3): 392-405.
- Ikegami, N. 2009. "Games Policy Makers and Providers Play: Introducing Case-Mix-Based Payment to Hospital Chronic Care Units in Japan." *J Health Polit Policy Law* 34(3): 361-80.
- Ikegami, N. and J.C. Campbell. 2002. "Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-Term Care Systems." *Social Policy & Administration* 36(7): 719-34.
- Ikegami, N., J. Wolfson, and T. Ishii. 1996. "Comparison of Administrative Costs in Health Care between Japan and the United States." In *Containing Health Care Costs in Japan*. Ann Arbor: University of Michigan Press: 80-93.
- IMS. "Data on Japan and US Pharmaceuticals". 2013. Copyright 2014 IMS Health.

All rights reserved. Estimates based on IMS JPM March MAT 2002-13. Edited by IMS Japan. Tokyo, Japan. (IMS Healthが著作権を有する図・表の変更は一切認められておらず、転載の際はIMS Healthの著作権を明記しなければならない)

IMS Institute for Healthcare Informatics. 2013. "Avoidable Costs in U.S. Healthcare" <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem.762a961826aad98f53c753c71ad8c22a/?vgnnextoid=bb321cbfa3401410VgnVCM10000076192ca2RCRD>. edited by IMS Health. Connecticut, United States. (2013年10月アクセス)

IFHP (International Federation of Health Plans). 2012. "Comparative Price Report 2012." <<http://obamacarefacts.com/2012-Comparative-Price-Report.pdf>. London, United Kingdom. (2013年10月アクセス)

Kondo, A., and K. Kawabuchi. 2012. "Evaluation of the Introduction of a Diagnosis Procedure Combination System for Patient Outcome and Hospitalisation Charges for Patients with Hip Fracture or Lung Cancer in Japan." *Health Policy* 107 (2-3): 184-93.

Matsuda, S. 2008. "Diagnosis procedure combination: The Japanese approach to case-mix. In *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*." Kimberly, JR; de Pourvoirville G, D'Aunno T Edited. New York, Cambridge University Press.

OECD. 2013. *OECD Health Data 2013*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm>. (2013年10月アクセス)



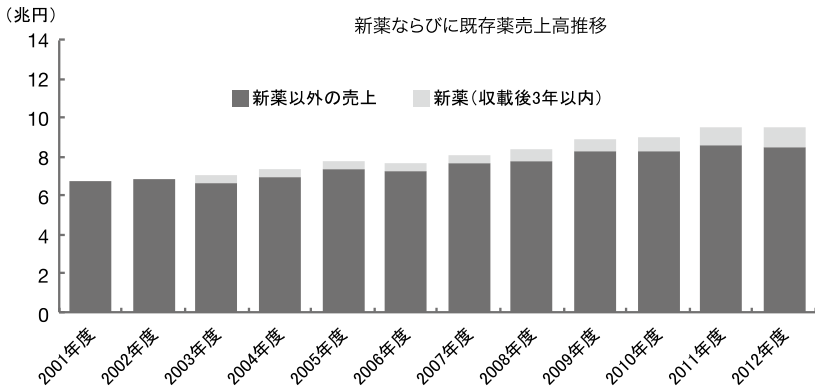
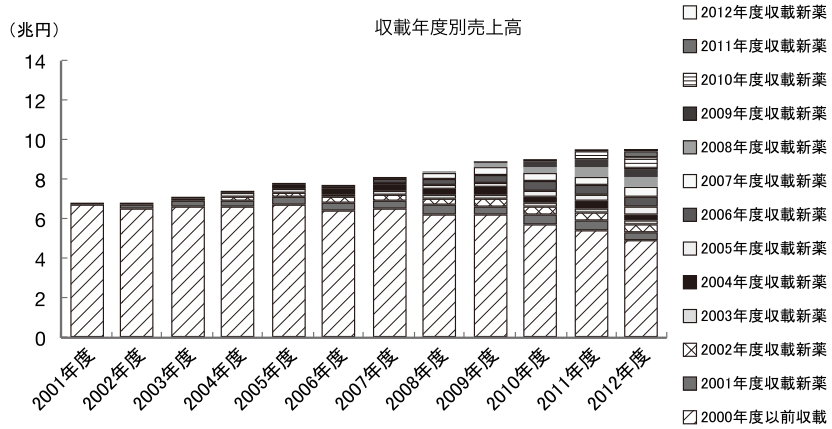
[参考図表]

参考図表において、本文、図 5.3、5.4 で示した薬価引き下げの効果、薬剤費の変化の要因、後発薬による代替に関するより広範なデータを提供する。こうした関係を最も顕著に表しているのが本文図 5.3、5.4 であるが、研究者に役立てていただくため、分析結果の全てを参考資料として収録することとした。なお、IMS Health が著作権を有する図・表の変更は一切認められておらず、転載の際は IMS Health の著作権を明記しなければならない。

- 参考図表 5.1 収載年度別の売上高ならびに新薬比率の推移
- 参考図表 5.2 薬価引き下げがなかった場合の収載年度別の売上高ならびに新薬比率の推移
- 参考図表 5.3 抗がん剤ならびに抗生剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.4 薬効（ATC）別で見た売上高の増減が大きかった薬剤
- 参考図表 5.5 降圧剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.6 免疫抑制剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.7 糖尿病治療剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.8 その他の中枢神経系用剤（抗アルツハイマー薬含む）の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.9 心臓用治療剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.10 カルシウム拮抗剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.11 免疫賦活剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）
- 参考図表 5.12 診断用造影剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）

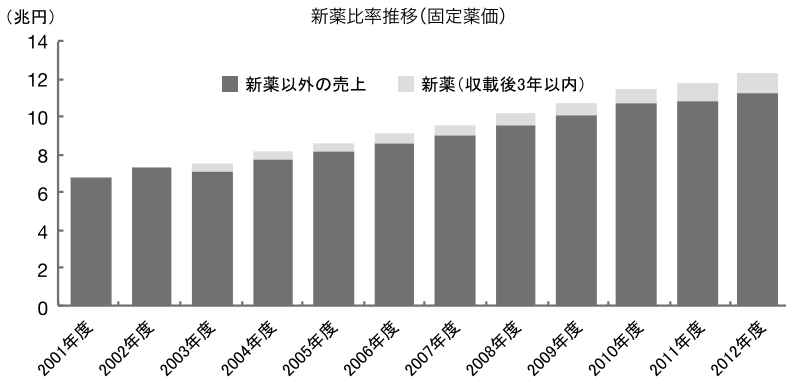
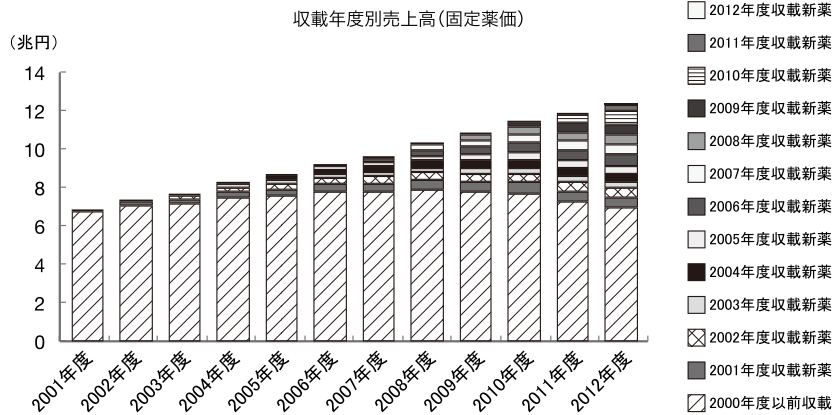


参考図表5.1 収載年度別の売上高ならびに新薬比率の推移



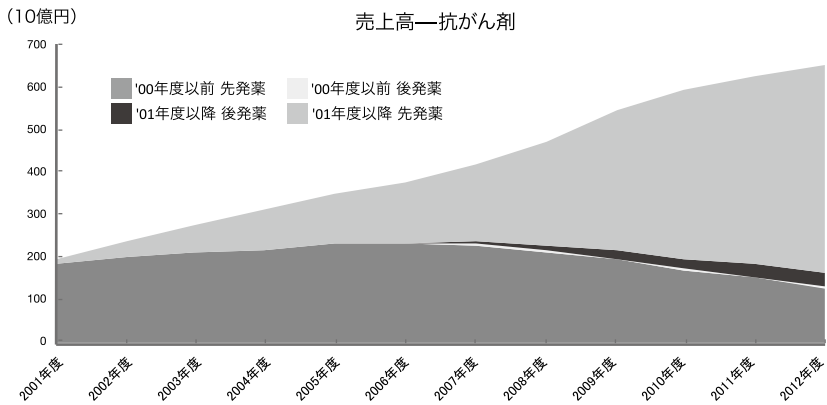
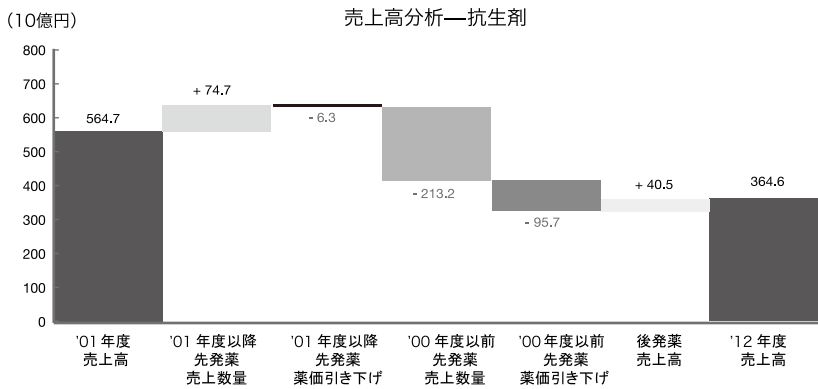
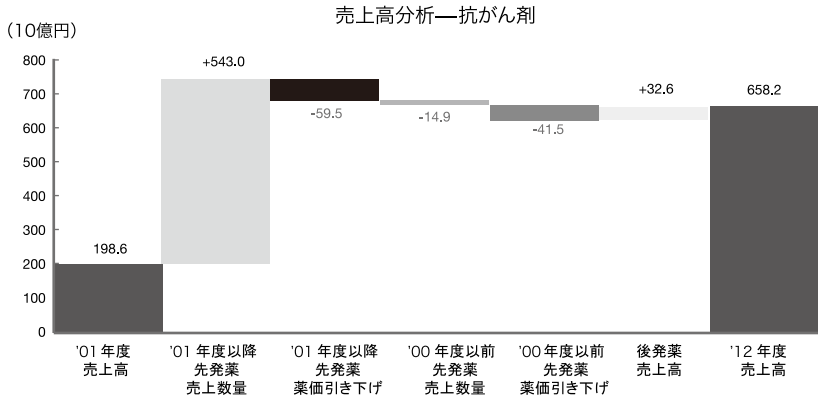
出典：© 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

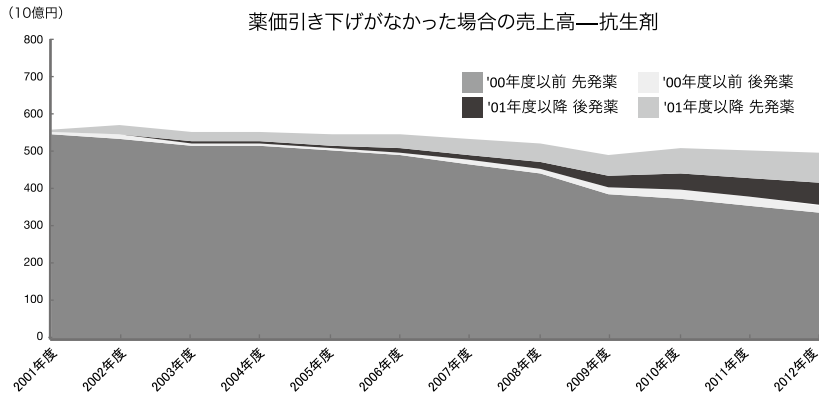
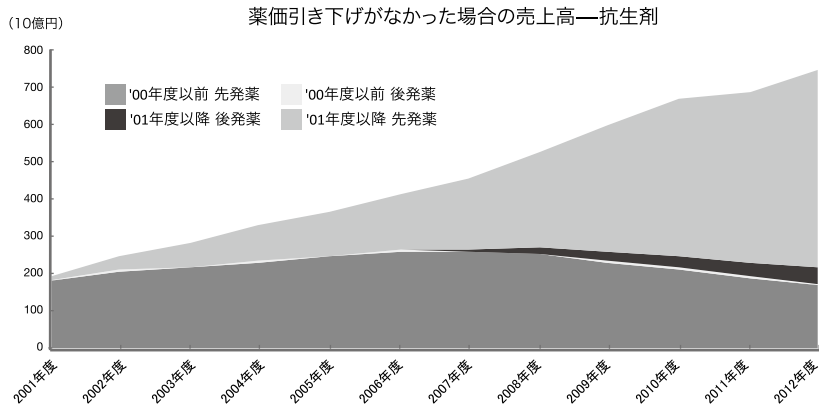
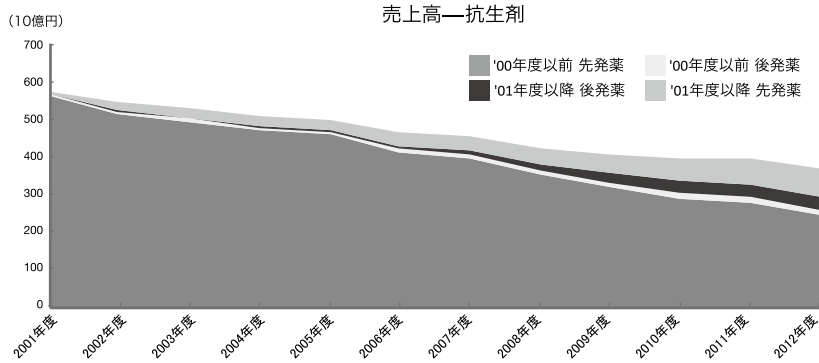
参考図表5.2 薬価引き下げがなかった場合の収載年度別の売上高ならびに新薬比率の推移



出典：© 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

参考図表5.3 抗がん剤ならびに抗生剤の売上数量、売上高等 (2001~2012年)





注：「売上高分析」の図の見方

1. 「'01年度売上」は、2001年度の売上高
2. 「'01年度以降先発薬数量」は、2001年度の薬価で先発薬が販売されていたと仮定した場合の、売上数量の増加に伴う売上高増加分
3. 「'01年度以降先発薬薬価引下」は、2001年度以降に発売された先発薬につき、薬価が引き下げられたことによる売上高減少分
4. 「'00年度以前先発薬数量」は、2000年度以前に発売された先発薬につき、売上数量の減少に伴う売上高減少分
5. 「'00年度以前先発薬薬価引下」は、2000年度以前に発売された先発薬につき、薬価が引き下げられたことによる売上高減少分
6. 「後発薬売上」は、('00年度以前ならびに'01年度以降に発売された先発薬 に対する) 後発薬の売上高
7. 「'12年度売上」は、'12年度における先発薬・後発薬の合計売上高(1～6の合計)

出典：© 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

参考図表5.4 薬効(ATC)別で見た売上高の増減が大きかった薬剤

## 売上高の増加が大きかった薬剤

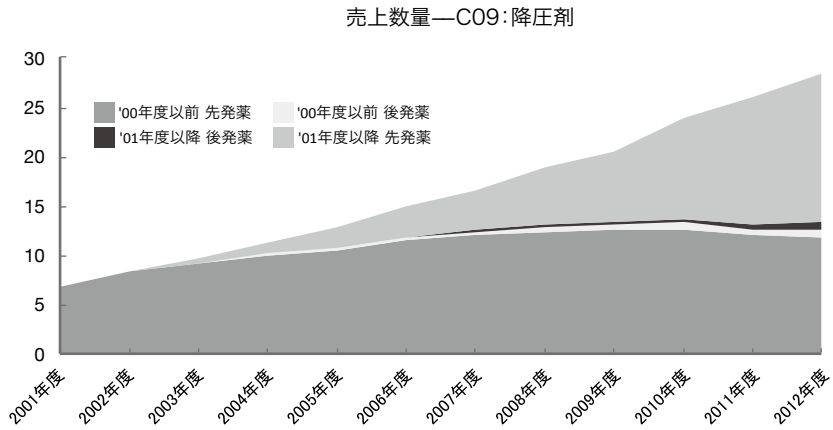
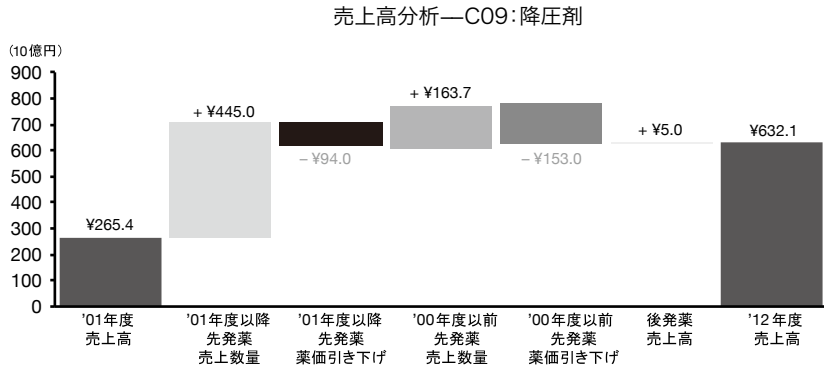
	ATC中分類 (プラス分上位20)	2001年度 (千円)	2012年度 (千円)	△2012-2001 (千円)	成長率 (2012/2001) (%)
	市場合計	6,763,591,608	9,560,127,661	2,796,536,053	41.3
1	L01 抗腫瘍剤	198,576,339	658,243,652	459,667,313	231.5
2	C09 レニン-アンジオテンシン系作用薬	265,390,697	632,067,374	366,676,677	138.2
3	L04 免疫抑制剤	37,954,207	298,349,734	260,395,527	686.1
4	A10 糖尿病治療剤	185,187,076	427,450,748	242,263,672	130.8
5	N07 その他の中枢神経系用剤	84,513,120	268,334,895	183,821,775	217.5
6	J07 ワクチン類(トキシイドを含む)	40,916,194	220,866,754	179,950,560	439.8
7	B01 抗血栓症薬	222,714,746	379,298,997	156,584,251	70.3
8	N05 向精神薬	171,536,765	314,258,663	142,721,898	83.2
9	R03 喘息及びCOPD治療剤	188,116,020	308,400,299	120,284,279	63.9
10	J05 全身性抗ウイルス剤	60,482,652	168,822,896	108,340,244	179.1
11	T02 診断用検査試薬	108,165,168	208,230,512	100,065,344	92.5
12	N06 精神賦活剤；瘦身用剤を除く	58,856,582	148,984,929	90,128,347	153.1
13	M05 その他の骨格筋用剤	72,832,057	161,849,244	89,017,187	122.2
14	G04 泌尿器官用剤	111,915,560	193,573,654	81,658,094	73.0
15	N03 抗てんかん剤	28,154,429	106,805,038	78,650,609	279.4
16	V03 その他の治療を目的とする薬剤	134,233,905	210,301,299	76,067,394	56.7
17	L02 抗悪性腫瘍用ホルモン療法剤	129,127,060	202,066,370	72,939,310	56.5
18	R06 全身性抗ヒスタミン剤	141,094,556	211,505,258	70,410,702	49.9
19	S01 眼科用剤	190,097,036	257,514,193	67,417,157	35.5
20	H04 その他の全身性ホルモン剤	106,995,517	167,235,118	60,239,601	56.3

売上高の減少が大きかった薬剤

	ATC中分類 (プラス分上位20)	2001年度 (千円)	2012年度 (千円)	△2012-2001 (千円)	成長率 (2012/2001) (%)
	市場合計	6,763,591,608	9,560,127,661	2,796,536,053	41.3
1	J01 全身性抗菌剤	564,652,564	364,623,757	(200,028,807)	-35.4
2	C01 心臓用治療剤	241,555,013	134,687,305	(106,867,708)	-44.2
3	C08 カルシウム拮抗剤	323,135,884	228,049,856	(95,086,028)	-29.4
4	L03 免疫賦活剤	126,242,829	50,991,020	(75,251,809)	-59.6
5	T01 診断用造影剤	149,993,318	100,125,826	(49,867,492)	-33.2
6	C04 脳血管、末梢血管拡張剤	55,979,509	21,718,207	(34,261,302)	-61.2
7	K01 静注用液	147,794,357	122,596,551	(25,197,806)	-17.0
8	A11 ビタミン剤	122,375,986	104,536,348	(17,839,638)	-14.6
9	C02 降圧剤	34,955,578	18,351,729	(16,603,849)	-47.5
10	D08 消毒殺菌剤	29,874,467	13,630,272	(16,244,195)	-54.4
11	J02 全身性抗真菌剤	71,951,706	58,769,094	(13,182,612)	-18.3
12	K03 全血及び血漿代用剤	28,094,506	15,546,469	(12,548,037)	-44.7
13	K06 透析液	61,813,566	49,491,873	(12,321,693)	-19.9
14	A05 利胆剤及び肝臓疾患用剤	44,417,186	32,574,898	(11,842,288)	-26.7
15	R05 咳嗽及び感冒治療剤	69,023,019	59,383,251	(9,639,768)	-14.0
16	B02 その他の血液凝固系用剤	124,283,249	114,737,388	(9,545,861)	-7.7
17	C07 β-遮断薬	80,331,696	72,057,862	(8,273,834)	-10.3
18	D01 皮膚科用抗真菌剤	22,855,369	16,294,132	(6,561,237)	-28.7
19	H02 全身性コルチステロイド剤	29,591,398	23,513,591	(6,077,807)	-20.5
20	A03 機能的胃腸障害剤	47,763,020	42,254,830	(5,508,190)	-11.5

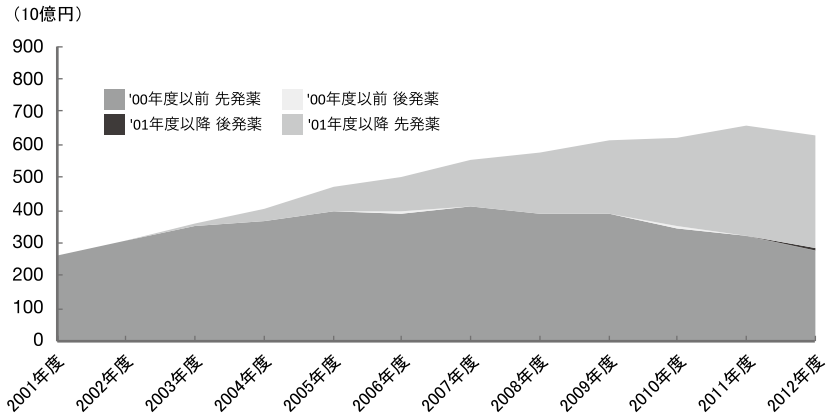
出典：© 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

参考図表5.5 降圧剤の売上数量、売上高等 (2001~2012年)

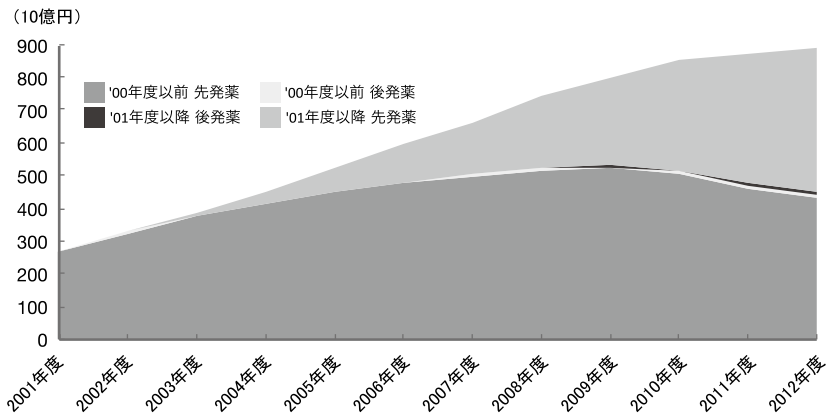




売上高—C09:降圧剤

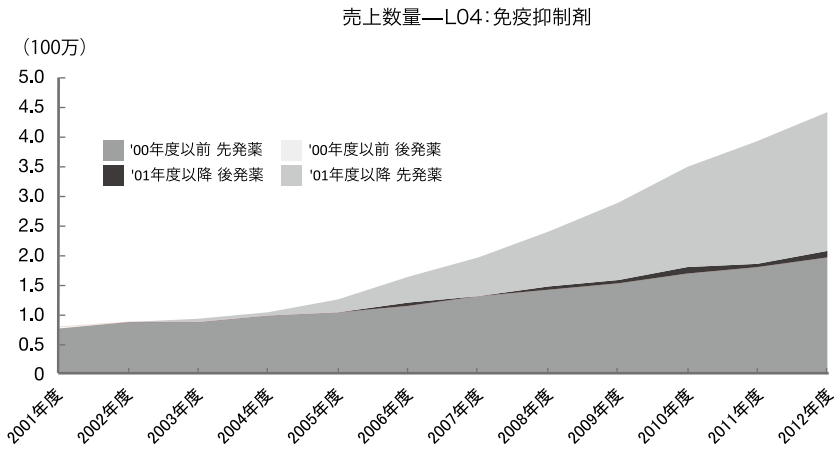
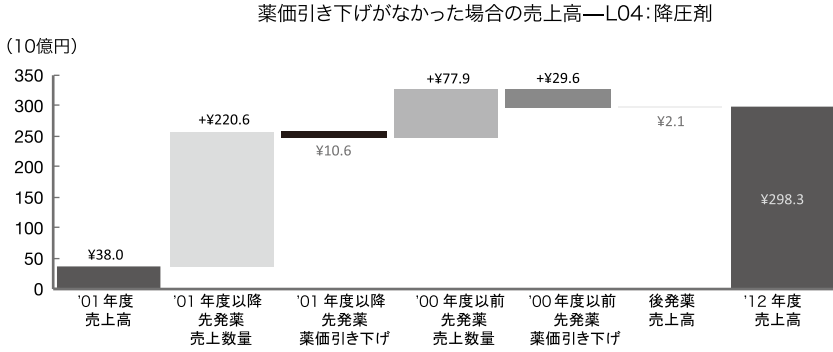


薬価引き下げがなかった場合の売上高—C09:降圧剤

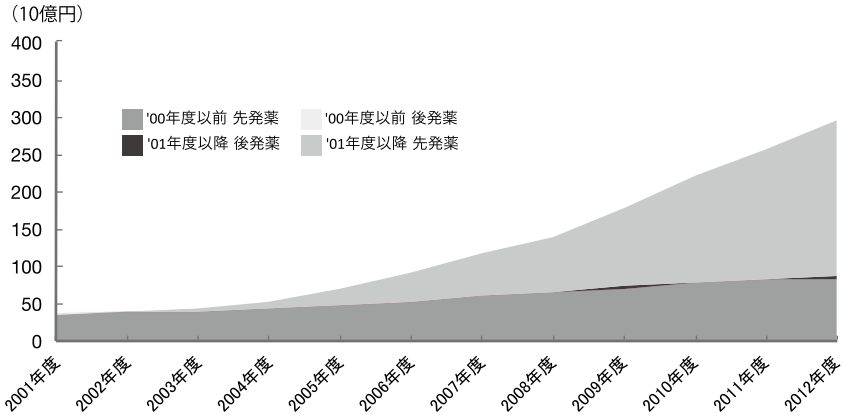


出典：©2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

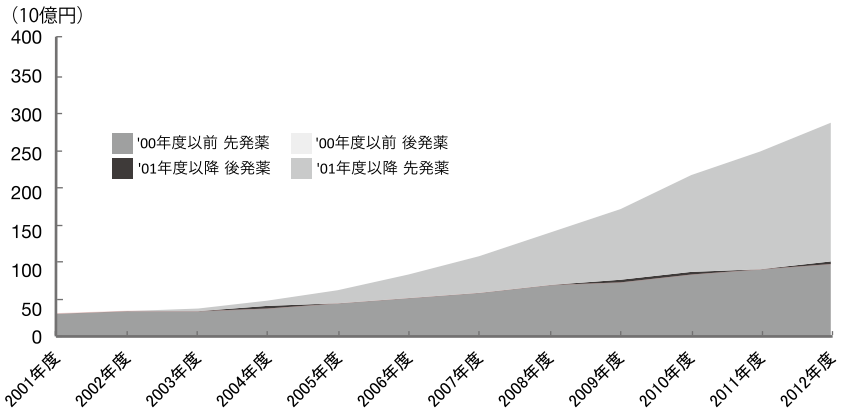
参考図表5.6 免疫抑制剤の売上数量、売上高等（2001～2012年）



売上高—L04:免疫抑制剤

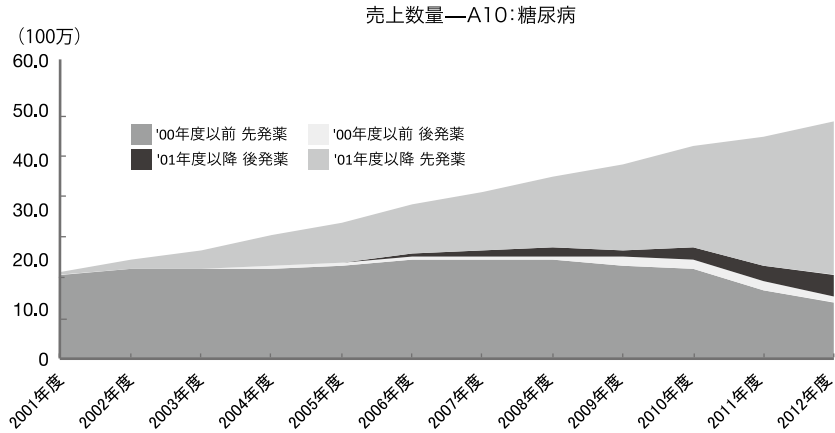
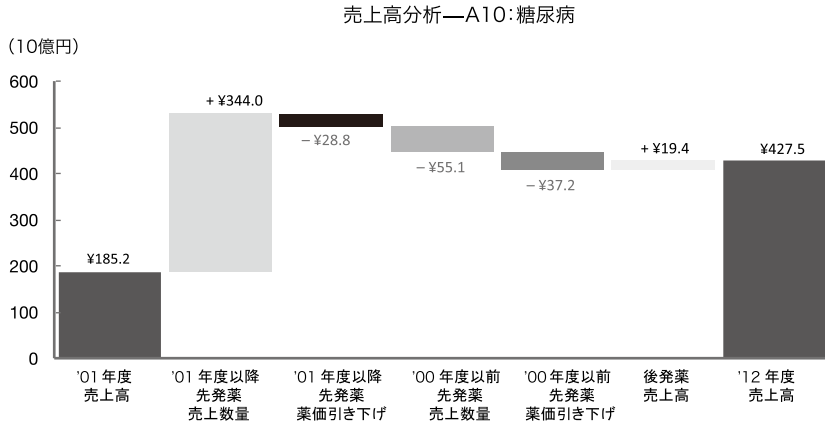


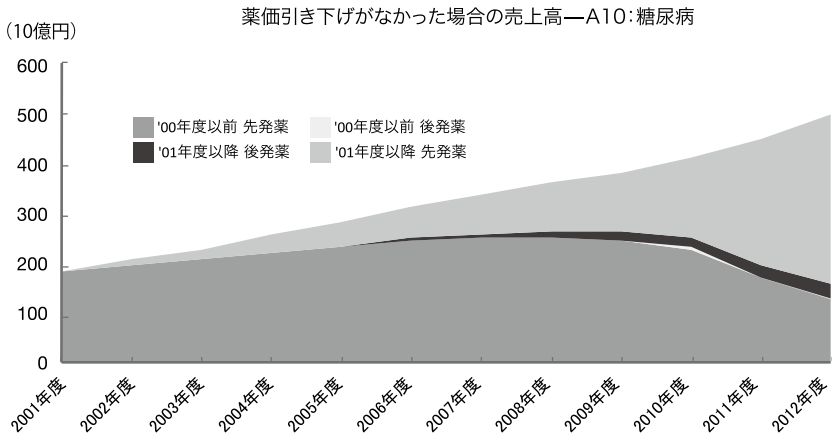
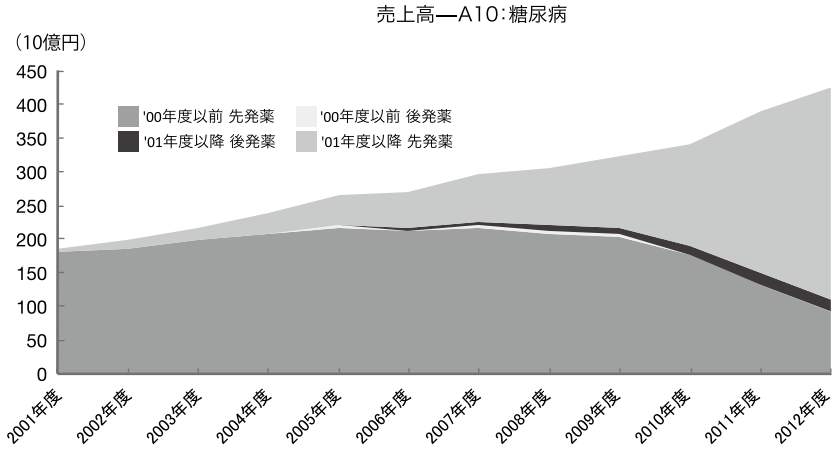
薬価引き下げがなかった場合の売上高—L04:免疫抑制剤



出典: © 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

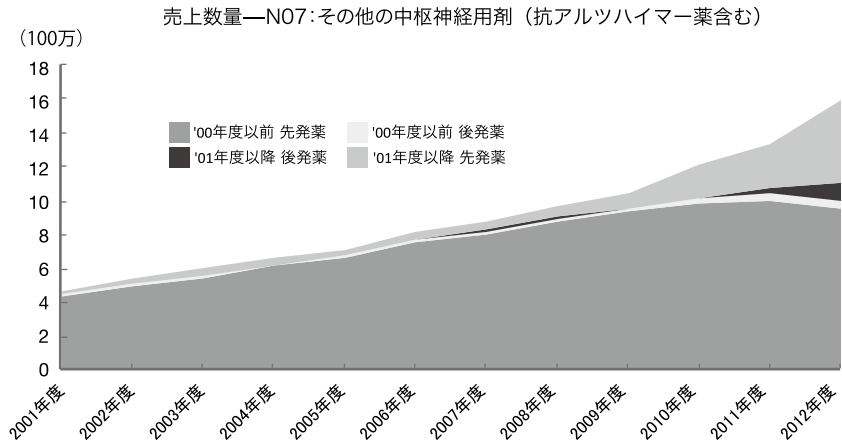
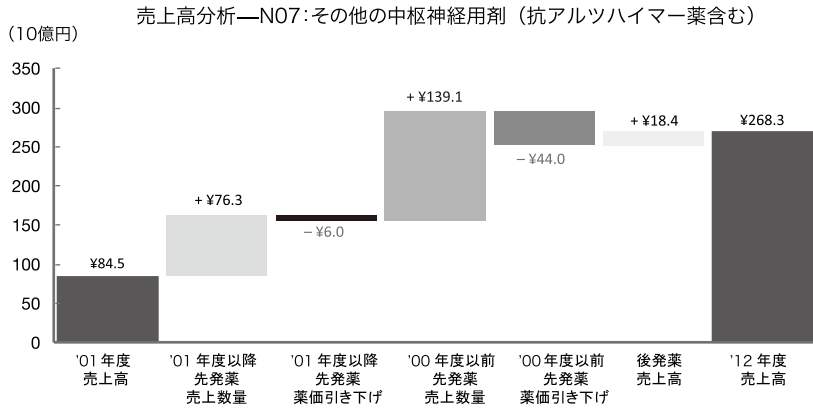
参考図表5.7 糖尿病治療剤の売上数量、売上高等 (2001~2012年)



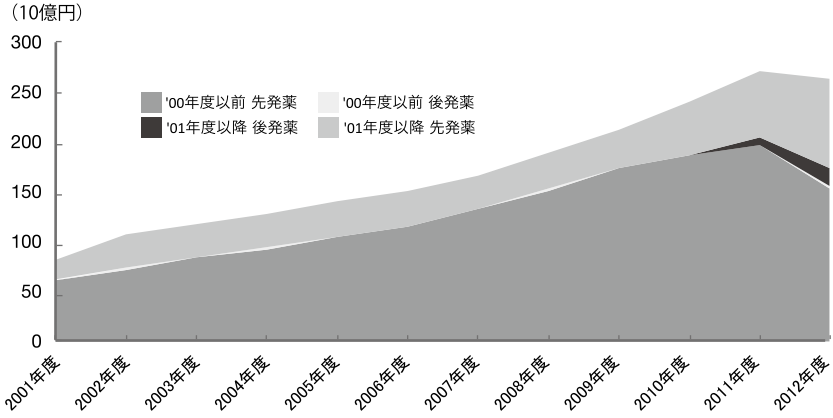


出典：© 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

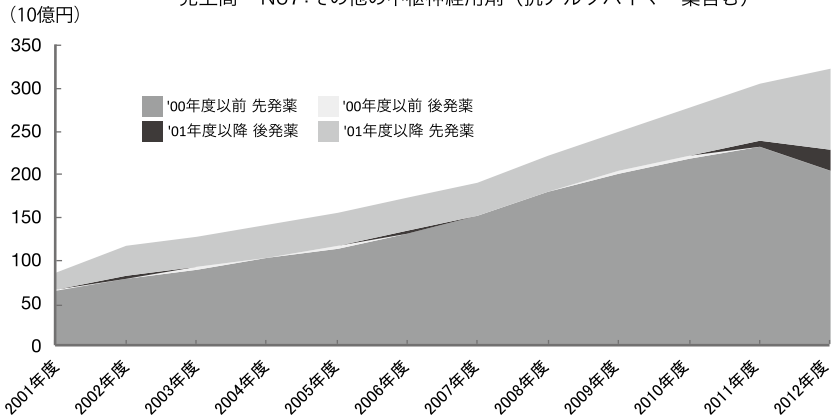
参考図表5.8 その他の中枢神経系用剤（抗アルツハイマー薬含む）の売上数量、売上高等（2001～2012年）



売上高—N07:その他の中枢神経用剤（抗アルツハイマー薬含む）

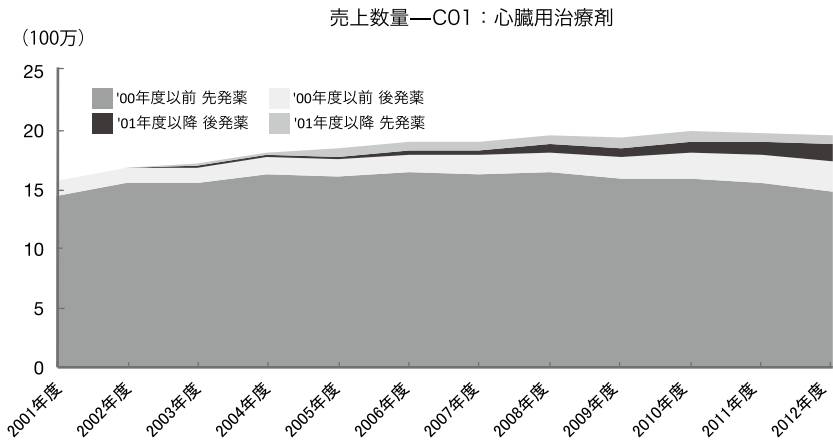
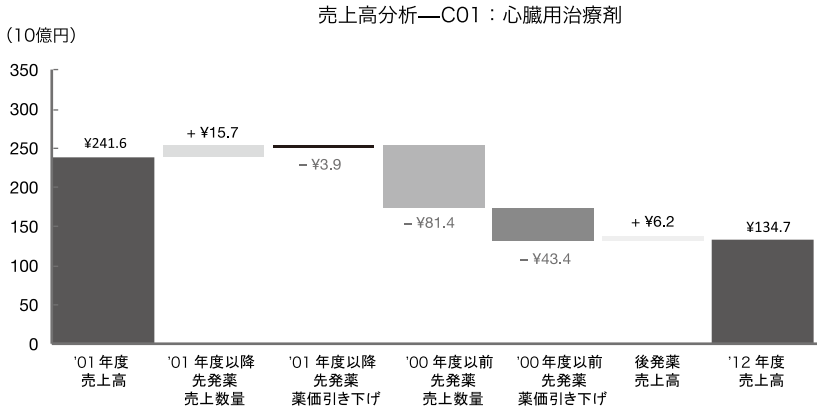


売上高—N07:その他の中枢神経用剤（抗アルツハイマー薬含む）

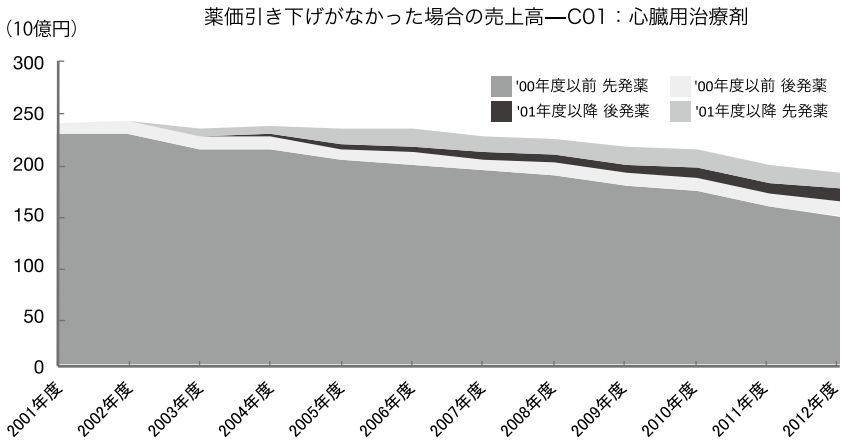
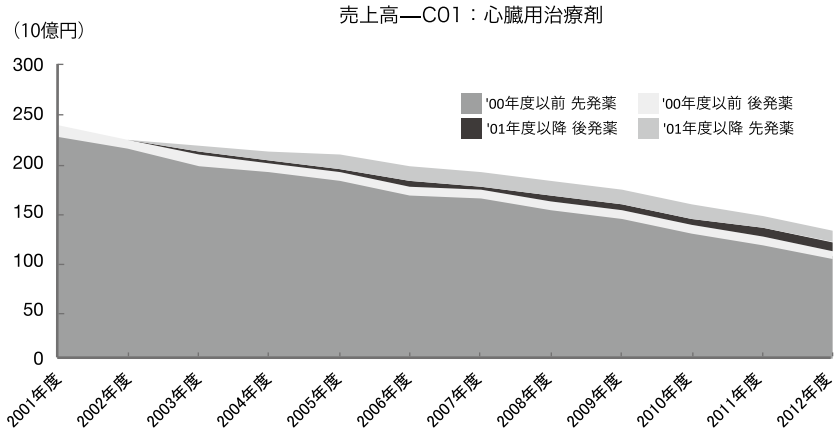


出典：© 2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

参考図表5.9 心臓用治療剤の売上数量、売上高等 (2001~2012年)

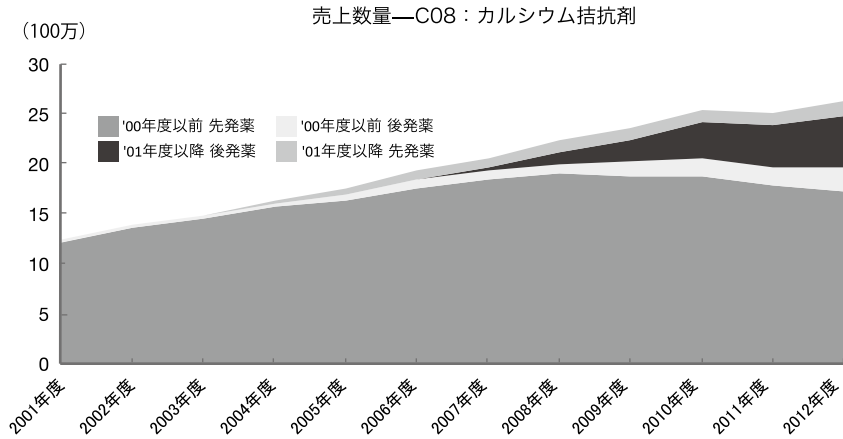
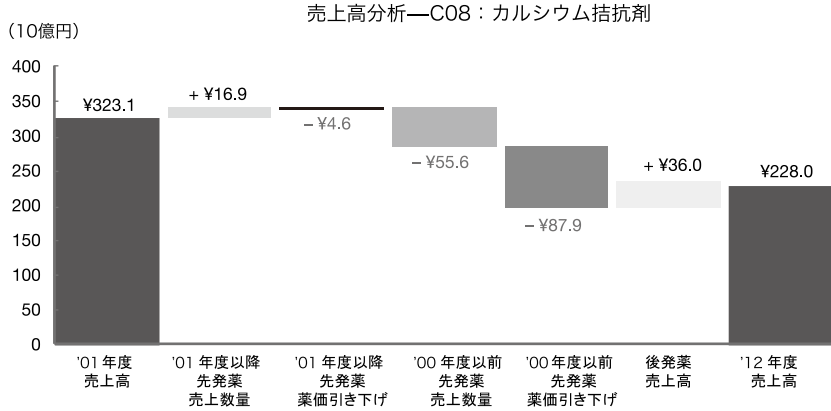


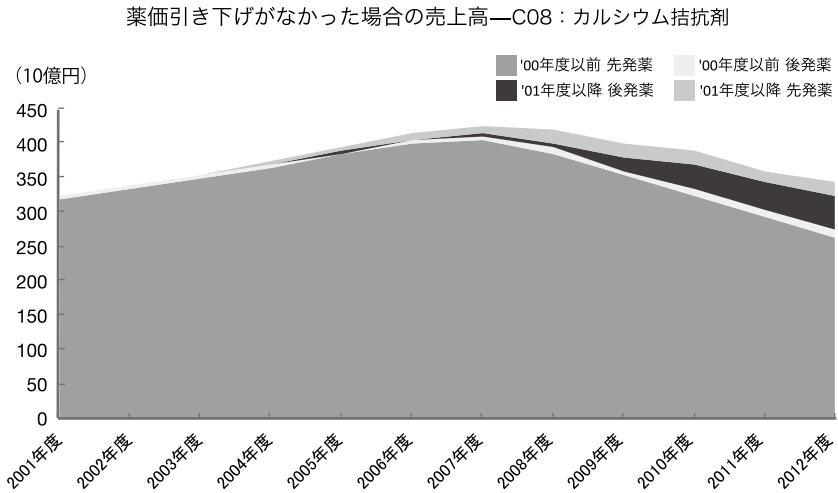
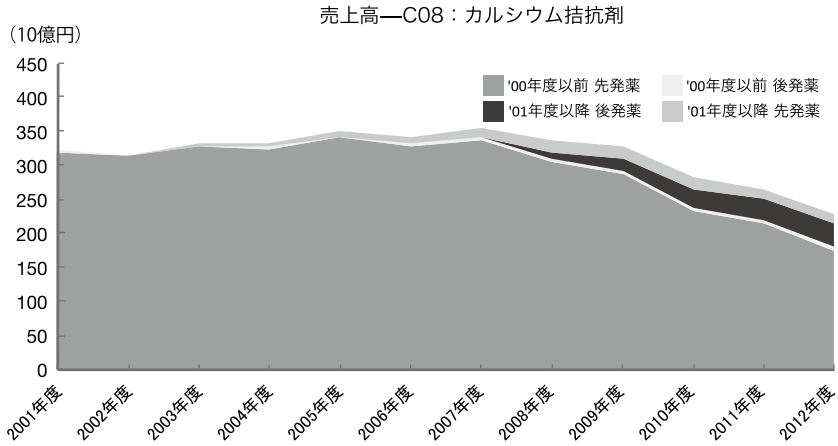




出典：©2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

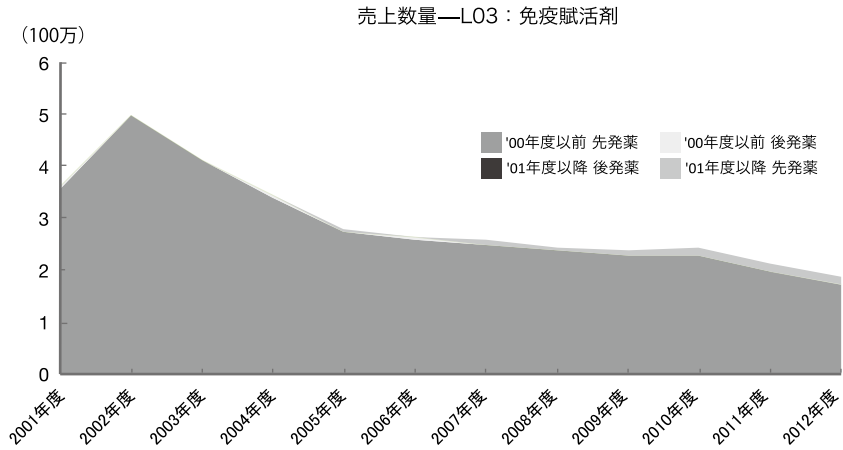
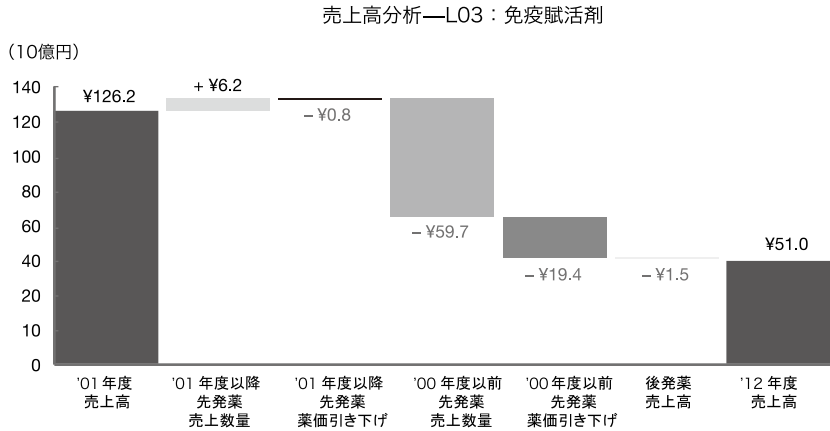
参考図表5.10 カルシウム拮抗剤の売上数量、売上高等 (2001~2012年)

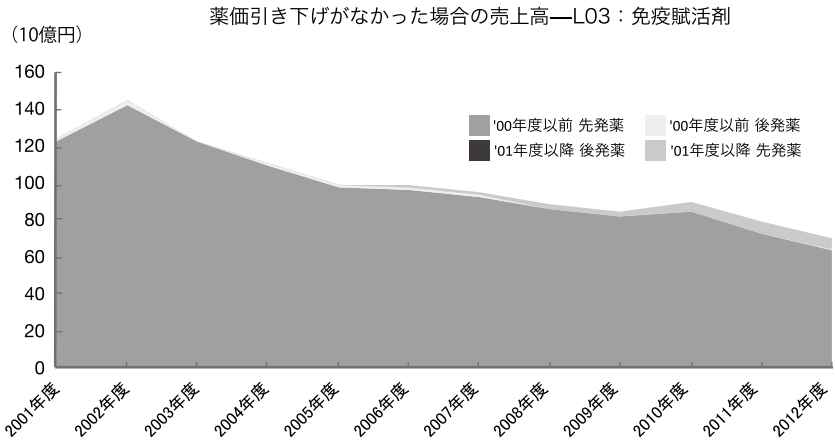
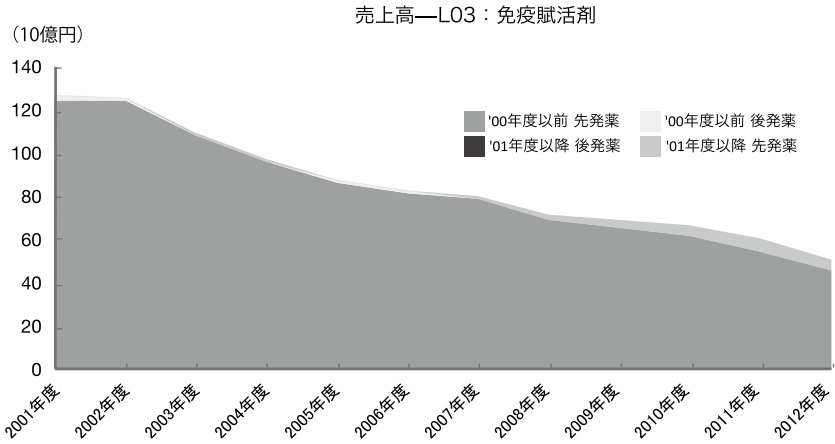




出典：©2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

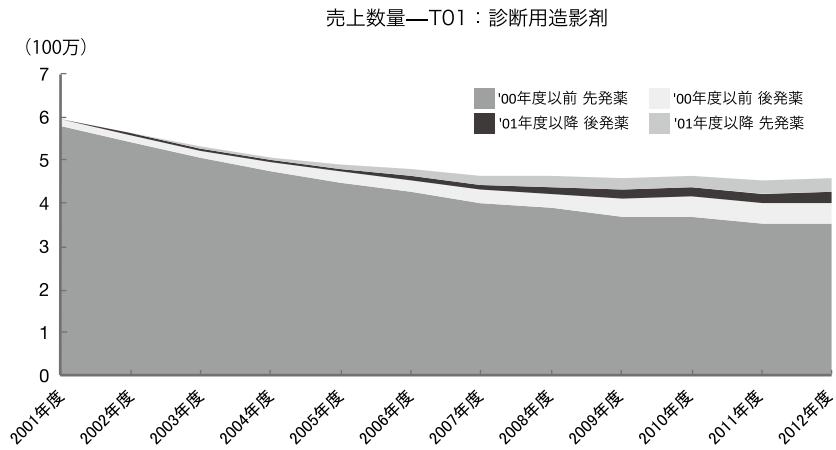
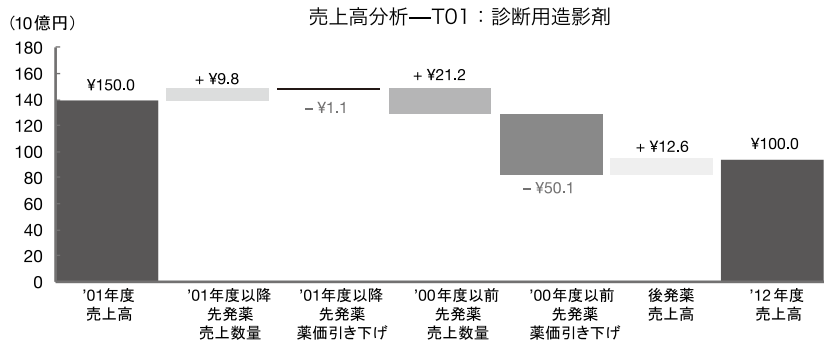
参考図表5.11 免疫賦活剤の売上数量、売上高等 (2001~2012年)



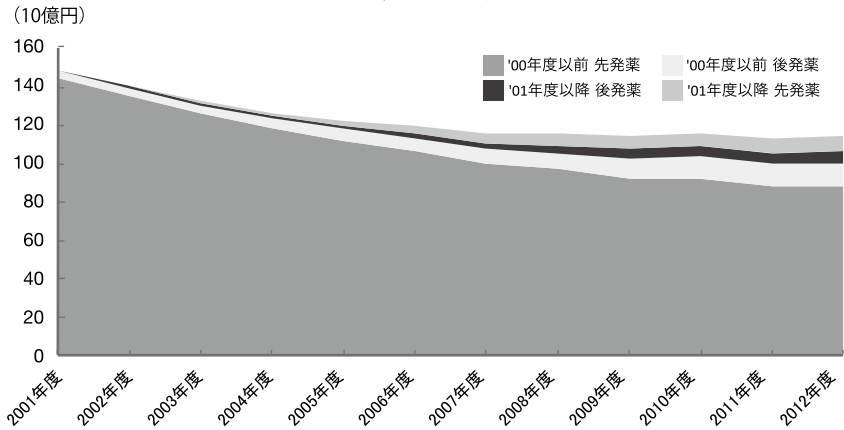


出典：©2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成

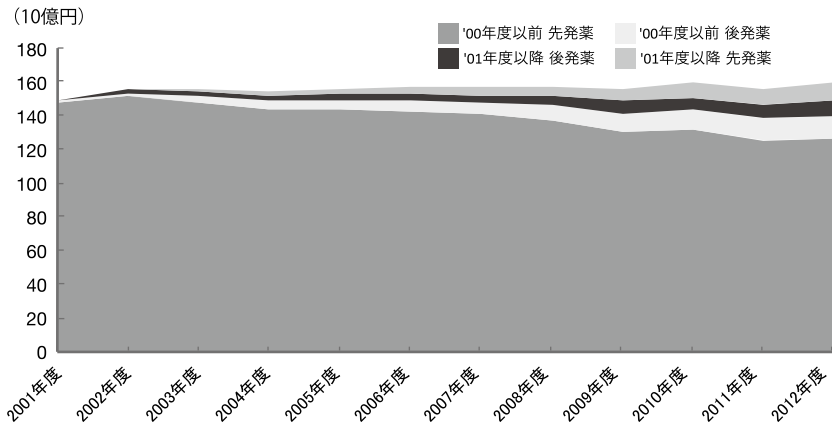
参考図表5.12 診断用造影剤の売上数量、売上高等(2001~2012年)



売上高—T01：診断用造影剤



薬価引き下げがなかった場合の売上高—T01：診断用造影剤



出典：©2014 IMS Health JPM 2002-13年3月MATを基に作成