

第64回日本東洋医学会学術総会 学会シンポジウム

生薬シンポジウム

座長：川原 信夫・渡辺 賢治

- | | |
|---------------------------|-------|
| 1. 現場の立場から | 下田 宗人 |
| 2. 病院における生薬診療の必要性と生薬供給の実態 | 三瀧 忠道 |
| 3. 薬価と生薬の品質 | 姜 東孝 |
| 4. 生薬をとりまく状況 | 長谷川浩一 |

渡辺 時間になりましたので始めます。進行は私、慶應大学の渡辺と、医薬基盤研の川原先生の2名で進めさせていただきます。

このシンポジウムは昨年もやっておりまして、昨年は厚労省からは医療課、まさに薬価の担当部署から江原先生に来ていただき、話を伺いました。薬価の仕組みがなかなか複雑だということまでは分かって、結論は出なかったのですが、少なくとも問題提起はできたかと思えます。それを受けて今年はさらに踏み込んで、この1年間かなりいろいろな動きがあったので、問題提起に終わらせないで、後のディスカッションの中である程度の結論、道筋だけは示したいと思っています。

動きを整理しますと、去年のシンポジウムの原因となったのは、漢方の生薬のある流通問屋が、薬価以下で流通するのをやめて相場価格に変えたことからでした。それまで、その会社が赤字・逆ざや分をかぶっていたのが、これは耐えられないと相場価格に変えたところ、薬局で赤字部分をかぶるわけにはいかないので、その会社のものはなかなか使われなくなりました。われわれ医療の現場にいる者としては、後ほど三瀧先生からもお話がありますが、やはり生薬の煎じ薬を使う患者さんは、難治性の疾患や癌の方が多いのです。そういう方々のためには、生薬の煎じ薬がないと困ってしまうことがあります。メジャーな会社が頑張っはいてくれるのですが、その会社も赤字に苦しんでいます。生薬を使った煎じ薬が漢方の原点なので、これを続けることができるのかどうか、大変に危機感を持っております。

日本東洋医学会でも中四国支部の先生方が、薬価が下がって流通する生薬の質もだんだん落ちているという状況に対して、学会としては何もしないのかと署名活動をして、1万何千かの署名を集めていま

す。ただ、出すタイミングなどがあったものですから、学会全体としては今回は見合わせたという状況です。それぐらい学会員にとっては切実な問題であり、深刻な問題だと考えていますが、薬価の仕組みそのものが複雑である限りは、単純な答えがありません。日本東洋医学会の本部としても別に手をこまねいて見ているわけではなくて、かなりいろいろな活動をしています。

直近で言いますと、先週木曜日に、自民党の「日本の誇れる漢方を推進する議員連盟」というものがありまして、鴨下一郎先生が会長で、安倍晋三総理、今の厚労大臣の田村憲久さん、野田毅さんなど、閣僚経験者が多数いるという会なのですが、石川会長についてプレゼンをしてまいりました。日本東洋医学会としては「国家戦略としてやるべき」という提言をしたのですが、同時に日本生薬連合会からもプレゼンがあり、薬価の仕組みをどうにかしてほしいと、これからお話しいただく姜さんと佐藤さんが話をされたので、姜さんからその話が出ると思えます。

このような動きは、かなり真摯に受け止められていて、やはり漢方の本当の原点である生薬を使った煎じ薬をいかに守るかというところを、今日は第2回目ということである程度の道筋を付けたいと思います。演者の先生方には要点だけお話しいただき、その後の討論に時間を費やしたいと思っております。

では、今日は4人の演者の方からお話しいただきます。最初の演者は、たむら薬局の下田宗人先生です。略歴は抄録にありますので割愛させていただきます。

それでは下田先生、お願いいたします。タイトルは「現場の立場から」です。

現場の立場から（薬局の抱える問題）

下田 宗人
たむら薬局

皆さん、こんにちは。ただ今、紹介いただきました鳥取、たむら薬局の下田と申します。今日は生薬を扱っている薬局の現状を皆さんに分かっていただきたくて、この席に立たせていただきました。よろしくお願いいたします。

まず、たむら薬局の概要ですが、昭和50年9月に開局し、昭和54年8月に有限会社となり、そのころより近隣の保険医、福田整形外科医院の漢方処方箋を主に応需しています。スタッフは11名おり、月間の処方箋枚数が約1,500枚、うち9割は生薬を用いた漢方の処方箋です。特徴として、湯液の調剤に加え、丸薬、漢方の自家製剤外用薬、紫雲膏、太乙膏なども多く調剤しています（図1）。

鳥取市の地図で見ると、当薬局から福田整形外科医院まで、200m ぐらいの距離を患者様には歩いて来ていただいています（図2）。

図3は外観です。

図4は中の投薬カウンターになります。当薬局では薬歴は電子薬歴で管理しており、投薬カウンターが三つありますが、それぞれにパソコンを設置し、薬歴を見ながら、患者様に投薬する形にしています。

図5は反対から見た図です。

図6は調剤室の中です。以前より、生薬は薬味筆筒ではなくて、お茶のタッパーを利用しています。このメリットは、500gがすっぽり入ることと、生薬の残量が少なくなったときにはすぐ分かり、補充がしやすいためです。

中央に見えるのが生薬の分包機になります。

図7は反対の通路から見た図になります。生薬の調剤は品目が多いので、量り間違えることもたくさんあります。そのために当薬局では、タッパーにそれぞれバーコードを付けて（図8）、監査システムを用いて、（図9）まずバーコードリーダーでタッパーを読み取り、何の生薬を量るということを記録させてから、はかりで量って、最後に印字ボタンを押せば、全て量った生薬の品目と計量値が出てくる

システムにしています。これによって、量り間違いが少なくなりました。

図10～図13は実際に量っている現場の様子です。量ったものをボールの中に入れて、全てを均等に混合し、それを機械に流してスタートを押すと、下部からティーバッグになって出てきます。

図14が患者様にお渡しする煎じ薬の形式になっています。

図15は処方箋の様式です、生薬は片仮名で薬価が通っているわけですが、片仮名で10も20も並んでいると、見間違いが多くあります。その為、漢字で表記していただくようにしています。これは、視覚によりミスが少なくなるというメリットがあります。

（レセプト請求時はカタカナに変換されています）

処方箋の下部に「以上を末とし、蜂蜜で丸とす」とありますが、これは当薬局で生薬を粉にして蜂蜜で丸薬にしたものを調剤しています。

図16はコンピューターで、処方箋の内容を打ち込んだ調剤録です。左側が計量記録、先ほどの監査システムで出てきた用紙です。大きさが同じように見えますが、実際には左側の方がかなり小さいです。これでコンピューターに打ち込んだ品目とトータル数量が、例えば茯苓でしたら140g、調剤録も140gで合っていますということの一つずつチェックしていったら、最後に714と書いていますが、生薬の総トータルの理論値が714g、それに対して風袋を含めて実際に723gありましたということで、間違いのないことを確認した上で、患者様に投薬するようにしています。

図17、図18は当薬局で作っている丸薬です。丸薬は分包機で、このように1回分ずつ分包して、お渡しするようにしています。

図19、図20は生薬倉庫です。ここの倉庫は昭和63年に造ったのですが、生薬は生ものなので、その年々によって出来がかなり違います。そうすると、今年の出来が不作だと来年の生薬はかなり品質が落ちるということで、1年分の生薬を確保できるように倉庫を造りました。これはエアコンディショナーで、温度が15℃ぐらいに設定できるようにしています。

ここの建物の倉庫は3階なので、生薬はかなり重量があるので、ドラフトという荷物専用のエレベーターを付けて、下から上げられるようにしています。それから、倉庫の壁は発泡スチロールの特殊なも

のを吹き付けて、外からの熱が伝わりにくい特別な加工をしています。

図21は湯液の分注機になりますが、患者様によっては自宅で匂いがひどくてなかなか煎じられないという方もたくさんあり、そうした患者様の中で、どうしても湯液を飲んでいただきたい方には、当薬局で浸煎薬としてお渡しする形で煎じて渡しています。1週間分を基本として渡しています。

図22が湯液パックです。1回分が1パックに入っていて、1日2回、朝夕に飲んでいただくので2パックという形ですが、費用としては、パックの原価が1袋につき15円程か掛かるので、1日につき30円の上乗せだけでお渡ししています。

湯液調剤料改定への取り組みということで、過去において、こうした湯薬、浸煎薬は手間がすごく掛かるのですが、保険上での点数がそれほど高くなかった。そのために湯薬の調剤料を何とかしたいということで、ご当地鹿児島県の沼田真由美先生が中心になって、以上4人(図23, 図24)の世話人を集めて、調剤業務のタイムスタディー調査を平成21年7月に行いました。

タイムスタディー調査は図25の方法で行ったのですが、対象として、まず漢方のない新薬だけで、分包しないものがAの1。それから漢方がなく、一包化といって、錠剤を分包する群をAの2。生薬があって、なおかつ生薬の分包機を使用している群をBの1、生薬の分包機を全く使用していない群をBの2として調査しました。

出てきたデータとしては、1処方当たりの生薬の配合生薬数は、10~15種類が一番多かったです。また1枚当たりの平均処方日数は7~14日、14~21日、28日以上というのが割と多かったです。1処方にかかる調剤時間ですが、15~25分を要しているというデータが出ています(図26~図28)。

まとめてみますと、生薬がない群では、分包がなければ日数に関係なくほとんど10分前後でできていますが、分包があると少し日数に相応して時間が長くなっています(図29)。

それに比較して、生薬の群では、機械を持っているところでも、一般の薬に比べてかなり調剤時間がかかっている、なおかつ、機械がなく生薬を分包している薬局では、日数倍数的に時間が増えているというデータが出ました。

図30は先のデータをグラフ化したものです。22~28日はN数が少なかったせいもあって、少しイレギュラーな数値が出ていますが、機械がなく生薬を分包される薬局においては、このような1処方に対する調剤時間が出ています。

タイムスタディーの結論として、「湯薬調剤は一包化調剤と比較しても格段に調剤時間を要している。湯薬調剤に要する時間は7日分の調剤でも、錠剤一包化3週間分の調剤時間と同等の時間を要する。湯薬の分包機を用いない調剤では、ほぼ日数倍数的に時間を要するが、分包機を用いる調剤では14日以内の調剤時間はあまり大きな差はなく、14日を超える場合には調剤時間が増える傾向がある」。

これは、分包機は15日までが1回に流せる量になっているので、14日までと同じような時間ですが、それを超えるとさらに時間がかかるという結果だと思います。この結果を基に、日本東洋医学会、薬剤師会のお力添えを頂きながら平成21年度に調剤報酬改定の要望を出し、見事こちらの要求どおりの点数を付けていただくことができました(図31)。

ここで湯薬と丸薬の調剤料の変遷を紹介したいと思います。平成2年から載せていますが、平成2年のころには、調剤料として7日以内は1日につき6点、60円が日数倍数的にあります。8~14日に関しては5点、15日以上に関しては1日につき3点という調剤料が付きます。湯薬や浸煎剤の場合には、40点という点数を加算するようになっていました。ずっとこの考え方で、平成10年には丸薬は50点だったものが60点、平成14年に75点と90点と、点数が少し上乗せされました。ただ、これだけの点数で見ると、やはり実際の手間に相応するような点数ではないと、当時から思っておりました。

平成16年に少し画期的な変更があり、湯液や浸煎剤の調剤料を新たに新設して、加算ではなくなりました。これで1調剤、例えば1週間分でも3週間分でも、一つ湯剤を調剤すれば120点という点数になり、平成18年にはその点数が190点に増えました(図32, 図33)。

ただ、先ほど述べたように、1週間調剤しても4週間調剤しても190点という点数で、実際には14日以上調剤が多い中であって、これもおかしいということで、先ほどの調剤料に対する提言を行った結果、平成22年4月に、7日以内に関しては190点、

8日を超える部分に関しては、1日につき10点という点数が付いて、28日だと400点、それ以上に関しては、いくら増えても一緒という形の点数になりました。

具体的に湯薬を1週間分、調剤したときの点数を、平成2年から平成22年にかけての変遷で見ると、例えば平成20年の場合に、28日分の調剤をして190点だったものが、平成22年には日数相応的になり400点ということで、調剤報酬改定で調剤料に関しては、ある程度、適正な調剤報酬の点数が付いたのではないかと思います(図34)。

次に、薬価と実勢価格の推移を紹介したいと思います。以下にお伝えする金額は500gの定価で、消費税は含みません。薬価の算定方式は後ほど厚労省の長谷川先生から紹介があると思いますが、R2方式ということで、これは錠剤も生薬も同じように一律の考え方で、現状の仕入れ価格に応じて翌年、次回の薬価が決まっていくようになっています。詳しいことは、長谷川先生にお任せすることにします。

実際に、それぞれの生薬の納入価格と薬価を見ていきたいと思います。以下の全てのデータの中で、赤線が薬価です(図35、図36)。

茯苓の薬価においては、1998年は500gが1,600円幾らだったものが、2012年では1,000円少しになっております。それに対して、実際の定価なのですが、例えば黄色い線はU社の相場の定価価格ですが、2006年度ぐらいを境に逆転して、2012年度においてはかなり差が開いています(図37)。

麦門冬も、やはり2006年から薬価と実勢価格の定価が逆転していて、2012年に至っては、薬価が1,000円少しに対して、実勢価格がT社さんで3,000円強、U社さんで5,000円強と、薬価の3~5倍という値段になっています(図38)。

大棗も、やはり2004年を境にして逆転現象を起こしています。薬価が700円程度、それに対して、実勢価格は1,400円強と、2倍近い値段になっています(図39)。

白朮も、薬価は前回の2012年からは完全に逆転しています(図40)。

柴胡も、下がっています。柴胡で、最初から紫の線の高いものがありますが、これは日本産の三島柴胡の値段です。私どもの薬局でも、なるべくいい生薬をとということで、当初は三島柴胡を用いていま

したが、今現在では到底手が出ない値段になってしまっています(図41)。

山薬においても、やはり同じように2006年を境に逆転現象を起こしています(図42)。

半夏も、2012年からかなり逆転しています。1998年はこのような値段だったのですが、それ以前は1~3級でかなり値段が分かれていて、1級半夏はかなり大粒ないい半夏だったのですが、今は1級と称してもかなり小粒のものになっていて、値段もそれほど差がない形になっています(図43、図44)。

蒼朮も、2006年から逆転現象を完全に起こしています(図45)。

甘草は、2012年に上がることは上がったのですが、実勢の相場ははるか上を行っています(図46)。

地黄も、やはり2006年ぐらいから逆転現象を起こしています(図47)。

黄芩も同じような形です(図48)。

大黄も、やはり同じような形です(図49)。

特に2012年からは、どの生薬においても本当に値上がりしがひどい状態になっています。

桃仁も同じような状態です(図50)。

猪苓は今までお示した中で唯一、当初の1998年よりも薬価が上がっている品目ですが、やはり実勢価格はそれを上回っています(図51)。

ここで、当薬局の、生薬の年間の仕入れ量をまとめてみました。例えば、グレーの線は茯苓ですが、茯苓だと2001年の時点では900kgぐらいを生薬として仕入れていました。中に凹凸になっているところがありますが、これは最初に申しましたように、今年の出来が出来なかったときには、来年の品質が落ちるということで、物によっては翌年分も合わせて仕入れているものもありますので凹凸になっていますが、生薬の使用量としてはかなり落ちてきています。これは患者様の数が減っているからこうなったのではなくて、後ほど説明しますが、湯液から丸薬にシフトすることによって、生薬の使用量が落ちてきていると言えます(図52)。

実際に保険請求した生薬を2008年と2012年で比較してみると、軒並み落ちていきます(図53)。この中で一つだけ桂皮が上がっているのですが、桂皮に関しては、よく使われる処方の中で桂枝と牡丹皮と附子の丸薬をよく使っておられるので、桂皮の使用量だけは増えていますが、その他に関しては減って

います。

仮定の話なのですが、2012年の当薬局での使用量を、仮にU社さんの定価で全て仕入れたとすると、どれだけの損失になるかを見ますと、汎用生薬だけで226万円の損失が出るというのが今の状態です(図54)。ただ実際には、ある程度の量を仕入れているので定価で入っているわけではなく、ここまでの赤字ではないですが、やはり赤字が膨らんでいることは事実です。

ここで生薬価格に影響する要因を私なりに考えてみました。まず生産者の労働賃金、それから輸送費、加工費、需要です。あとは為替相場が生薬の実勢価格に影響する要因ではないかと私自身は思います。どれを取っても、今後、生薬の実勢価格が下がる要因はありません(図55)。

そこで丸薬という選択肢を考えました。まず丸薬の特徴ですが、手軽に持ち歩けます。煎薬と違って、どこでも外出時でも服用できます。また、煎薬の場合には煎じ方によって品質の誤差が出やすいのですが、生薬を末としたもので丸薬にすることによって、比較的、品質が安定します。それから、薬量は煎じ薬の3分の1の薬量で、ほぼ同等の効果が得られます。それから、服用しやすい。

デメリットとして、あらかじめ丸薬にして準備するので、薬味の加減はできない。調剤の手間がすごく掛かることがあります(図56, 図57)。

ここで八味地黄湯を例に、煎薬と丸薬での生薬量を比較してみると、煎薬は地黄が5g、山茱萸以下図58の量になりますが、丸薬にすると地黄以下1.2~0.2gとなり、4分の1ぐらいの生薬量ですみます。

丸薬製造の工程ですが、各生薬を処方比どおりに計量、混合して、粉碎器で生薬を粉にして、その粉に蜂蜜を加えて練り上げ、練り上がった生地を製丸して、できた丸薬を乾燥機で2~3日乾燥させて出来上がりという工程がかかるので、すぐにできることではないですが、以前より頭にあって取り組んでいたものですから、この丸薬に少しずつシフトもしています(図59)。

薬局における自家製剤の点数を見てみると、内服薬の自家製剤は、錠剤・丸剤・カプセル剤は、7日ごとに20点という点数が付いています。今現在、実際に保険請求されている自家製剤は、ほとんどが錠

剤の自家点数でして、錠剤の自家点数は、割線のある錠剤を半錠に割ったときの点数です。それと丸剤は同じテーブルに乗っているのですが、錠剤を半錠に割ると、丸薬を作ったのとで、同じ20点しか算定できません。なおかつ予製剤による場合には、それに掲げる点数の5分の1という縛りがあるので、下手をすれば4点しか算定できない状態になってしまうのが現在の状況です(図60)。

一応、計量混合加算も紹介しておきますと、例えばメーカーのエキス剤を2種類混ぜた場合、計量混合加算が算定になるのですが、45点という点数です(図61)。

まとめとして、漢方調剤の抱える問題ですが、まず漢方調剤は先ほど示したように、1剤10~15生薬が一番多いと言いましたが、構成生薬種類が多いので、調剤や監査には本当に多くの手間と時間がかかります。

また、計量種類が多いので、計量ミスによって間違えて混ぜてしまうと、切り離すことはできないので、廃棄してしまうこともあり、廃棄が一般薬に比較してどうしても多くなってしまいます。

それから、生薬には良品とそうでないものがあるのですが、それが同じ薬価で取り扱われているので、良品を扱おうとしても、価格の問題で扱うことがなかなか難しくなっているのが現状です。

生薬は保管スペースの確保が必要です。虫が付いたり、カビが生えたりして生薬を捨てることも現実として多くあります。それで温度管理など、他に新薬に比較して格段の費用が掛かってしまいます。

生薬の高騰が続く、逆ざやが多すぎます(図62)。

また現行の薬価制度では、逆ざや以外では薬価の上昇はほとんどありません。それで、逆ざやが続いている間は、薬局が全て逆ざや分を負担しなければならない状況になっています。

それを改善するために、生薬の使用量を少なくするため、丸薬を考えたのですが、丸薬の自家製剤加算は錠剤を半錠にするのと同じように扱われて、1週間につき20点と不当に低すぎます。

丸薬は予製しておかないと絶対に調剤できない調剤なのですが、現行の考え方でいくと予製剤として扱われる可能性が高いということがあります(図63)。

そこで最後に要望なのですが、現状の薬価制度が

続けば、新規の、新たに生薬を扱う保険薬局はまず出てこないと思います。そうすると近い将来、保険での湯薬はなくなる可能性が非常に高いと思います。どのようにしたらいいかは私自身もはっきりとは分かりませんが、早急な生薬の薬価政策が必要です。

それから、生薬の使用量を減らす意味でも、丸薬、生薬末による投薬は極めて有効ですが、その手間に対する加算が低すぎます。予製剤の概念を含めて、自家製剤加算の早急な見直しが必要ではないかと思っています(図64)。

以上、ご清聴ありがとうございました。

渡辺 下田先生、現場の声をありがとうございました。実際に煎じ薬の保険調剤をやめている薬局も出ております。そういうことも含めて、後ほど議論、質疑応答をします。ありがとうございました。

続きまして、三瀧忠道先生から実際の医療現場における、「病院における生薬診療の必要性と生薬供給の実態」ということでお話いただきます。タイムキーパーは20分に設定して、最後30分ぐらい余らせたいので、これだけ熱気を帯びてきて、発言したい人がたくさんいると思いますので、時間をつくりたいと思います。

では三瀧先生、短ければ短いほどいいので、お願いします。タイトルは「病院における生薬診療の必要性と生薬供給の実態」です。

たむら薬局の概要

昭和50年9月開局

昭和54年8月 有限会社となり、その頃より近隣の保険医：福田整形外科医院の漢方処方箋を応需している。

薬剤師数：常勤4名 非常勤2名 事務5名

処方箋枚数：月間1500枚(内9割は漢方処方箋)

特徴：湯薬の調剤に加え、丸薬、漢方の自家製剤外用薬(紫雲膏・太乙軟膏など)も多く調剤している。

図1



図2



図3



図4



図5



図6



図7



図8



図9



図10



図11



図12



図13



図14

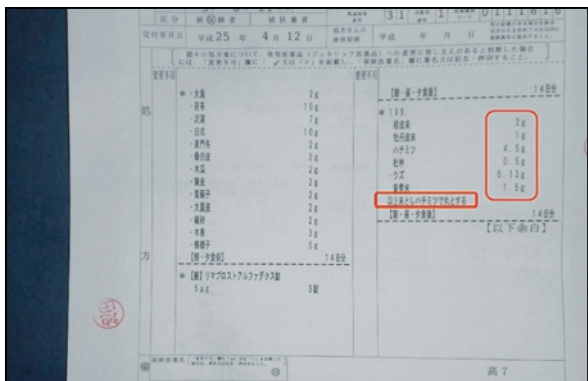


図15

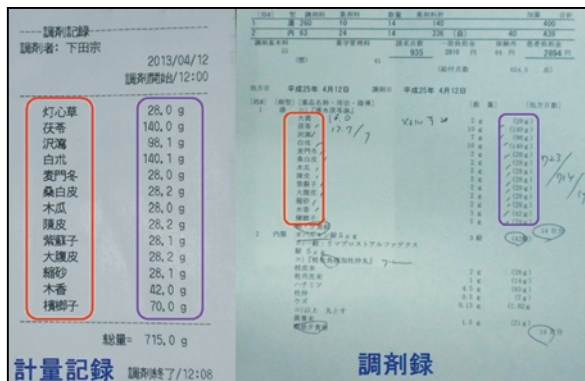


図16



図17

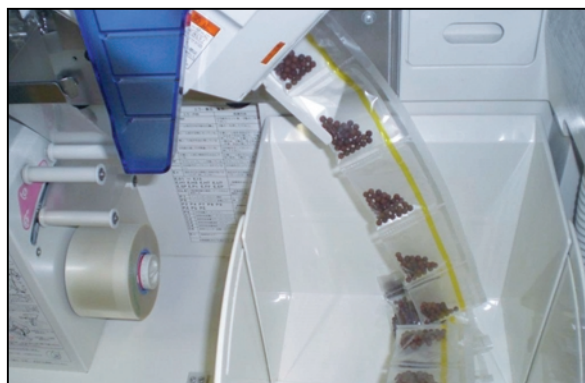


図18



図19



図20



図21



図22

**湯薬調剤料改定への
取り組み**

図23

調剤業務タイムスタディ調査
平成21年7月
漢方処方調剤技術料に関する検討会
代表世話人 正山 征洋 長崎国際大学教授
世話人 沼田 真由美 鹿児島県
世話人 山下 嘉昭 福岡県
世話人 下田 宗人 鳥取県

図24

調剤業務タイムスタディ調査

調査期間: 平成21年7月13日(月)~17(金)のうち1日
調査対象: 煎じ薬を行っている薬局15店舗
調査方法

- ・ 各処方箋について一処方箋を1サンプルとする
- ・ 業務の行程を以下に分けて調査する

A《一般薬調剤》
A-1: 一包化なし
A-2: 一包化(分包)あり

B《湯薬》
B-1: 生薬分包機使用
B-2: 分包機使用なし(手分包)

図25

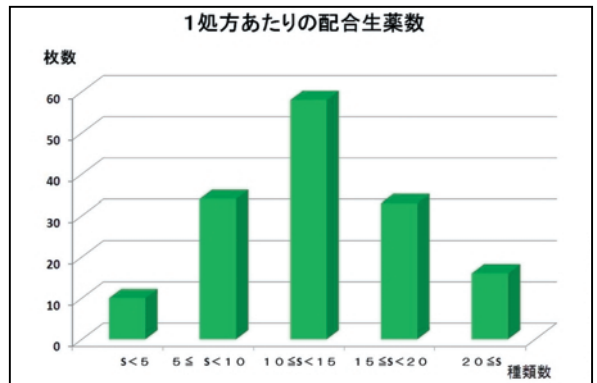


図26

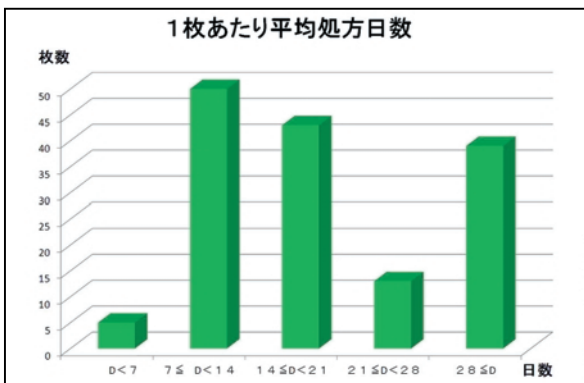


図27

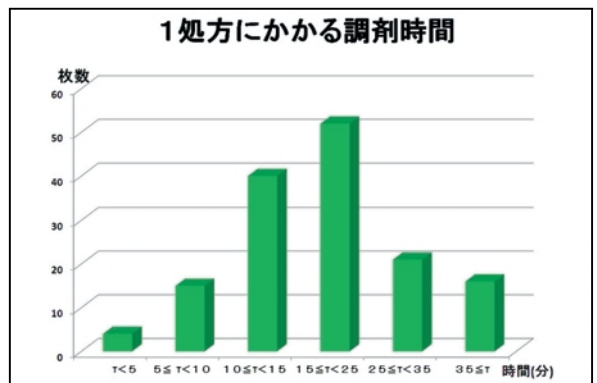


図28

調剤時間タイムスタディ 調査結果

		処方日数 平均時間	1～7日	8～14日	15～21日	22～28日	29日以上
一般薬	A-1		9.8分	10.7分	13.7分	11.6分	10.1分
	A-2		11.9分	14.5分	17.9分	28.8分	19分
生薬	B-1		17.8分	20.8分	18分	36.6分	30分
	B-2		13.7分	34.8分	75.3分	43.8分	94.6分

A-1:一般薬調剤(分包なし)
 A-2:一般薬調剤(一包化あり)
 B-1:湯薬調剤(分包機使用)
 B-2:湯薬調剤(分包機なし)

図29

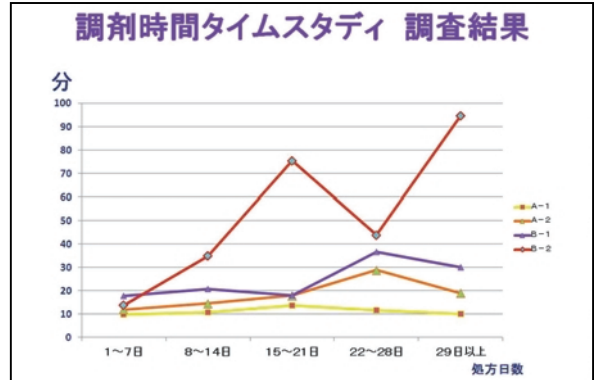


図30

タイムスタディの結論

- 湯薬調剤は一包化調剤と比較しても格段に調剤時間を要している。
- 湯薬調剤に要する時間は7日分の調剤でも錠剤一包化3週分の調剤時間と同等の時間を要す。
- 湯薬の分包機を用いない調剤ではほぼ日数倍数的に時間を要するが、分包機を用いる調剤では14日以内の調剤時間はあまり大きな差はなく、14日を超える場合には調剤時間が増える傾向がある。

図31

湯薬、丸薬の調剤料(点数)の変遷 1点10円

	平成2年4月	平成4年4月	平成9年4月	平成10年4月	平成14年4月
調剤料	6	6	6	6	6
7日分	6	6	6	6	6
8～14日	5	5	5	4	4
15～21日	3	80	80	75	75
22～30日		100	100	80	80
31～90日		120	120	100	90
91～90日					95

自家製調剤加算	湯剤・液剤調剤	湯剤・液剤調剤	湯剤・液剤調剤	湯剤・液剤調剤	湯剤・液剤調剤
丸薬	40	40	50	50	75
子製剤の場合は1/5	50	50	60	60	90
子製剤の場合は1/5					

図32

湯薬、丸薬の調剤料(点数)の変遷 1点10円

	平成16年4月	平成18年4月	平成20年4月	平成22年4月
調剤料	5	5	5	5
7日分	5	5	5	4
8～14日	4	4	4	4
15～21日	70	68	68	71
22～30日	80	77	77	81
31日～	88			89
湯剤・液剤調剤	120	190	190	190
一包化薬 7日毎に	97	97	89	190
7日目以下の部分				10
8日目以上1日につき				10
29日分以上の場合				400

自家製調剤加算	丸薬	丸薬	丸薬 7日毎に	一包化加算 7日毎に
丸薬	90	90	20	30
子製剤の場合は1/5				20
子製剤の場合は1/5				

図33

実際の湯薬の調剤料 1点10円

	平成2年	平成4年	平成8年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年
7日分	82	82	92	117	120	190	190	190
14日	117	117	120	145	120	190	190	260
21日	138	120	125	150	120	190	190	330
28日	159	140	130	155	120	190	190	400

平成22年の調剤報酬改定で調剤料に関しては改善された。

図34

薬価と実勢価格の推移

500gの定価
(消費税含まず)

図35

薬価の算定方式

薬価は基本的にR2方式で改定される
(R=リーズナブルゾーン)

R2方式
 現行薬価100円、納入価格90円(本体価格。消費税込み94.5円)の薬の場合。
 新薬価=(現行納入価格90円×消費税105%)
 +(調整幅として旧薬価×2%)=96.5円

図36

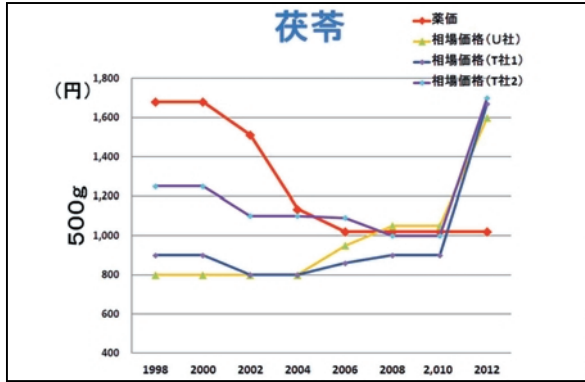


図37

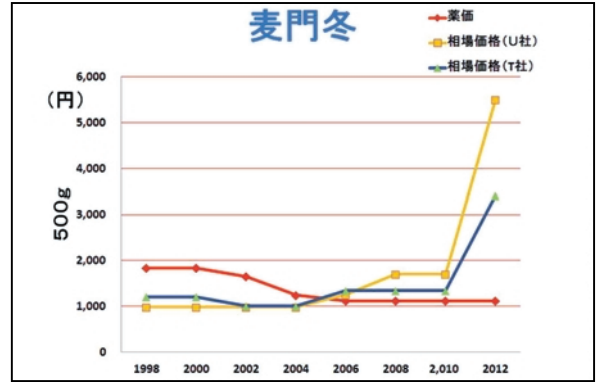


図38

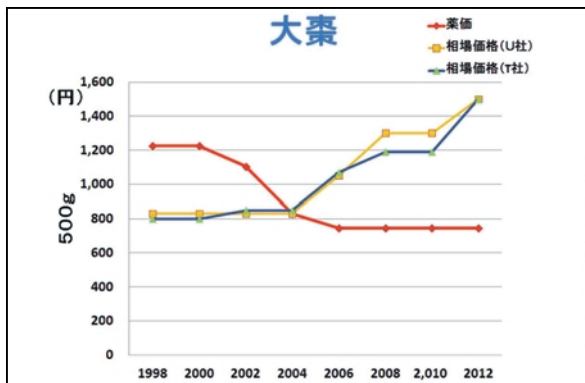


図39

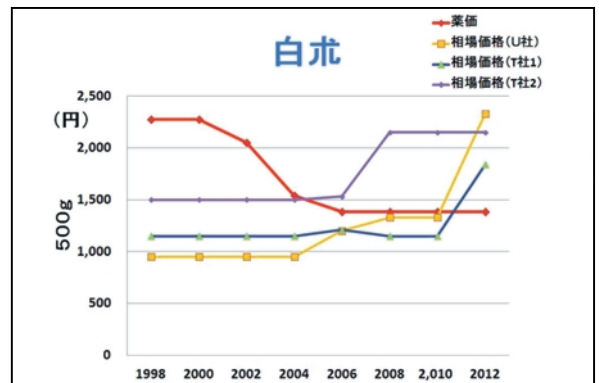


図40

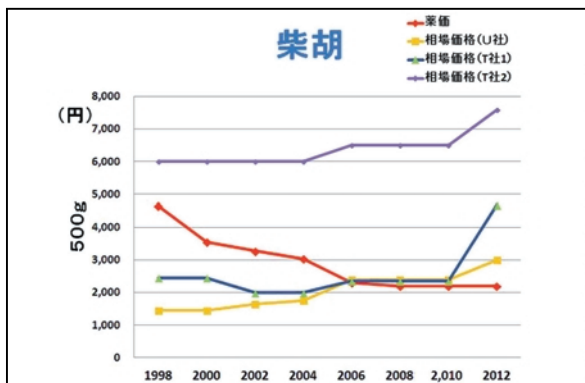


図41

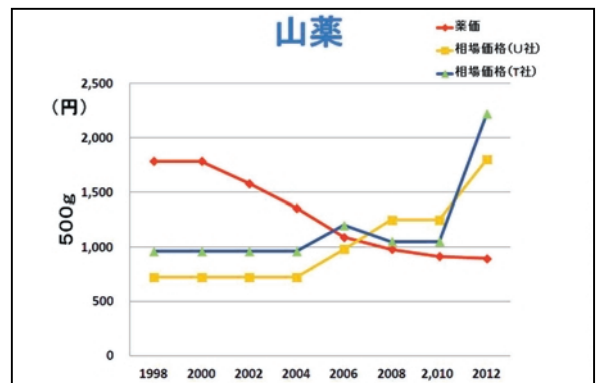


図42

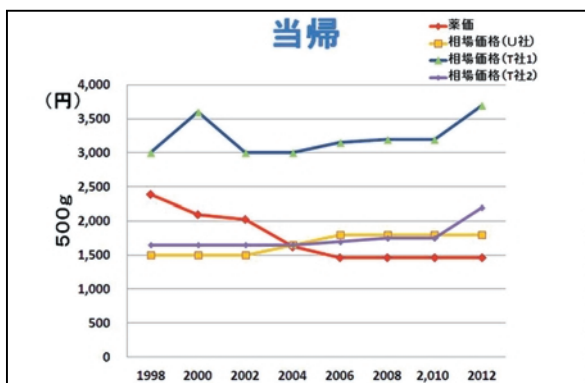


図43

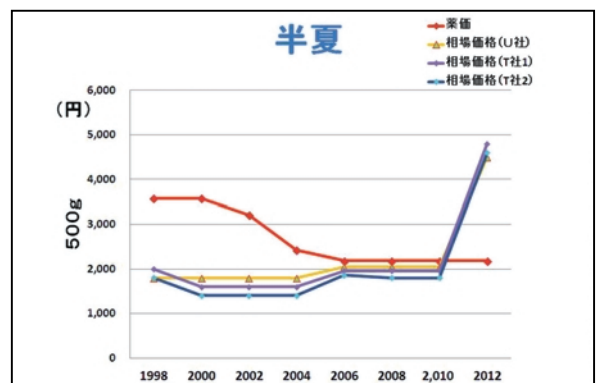


図44

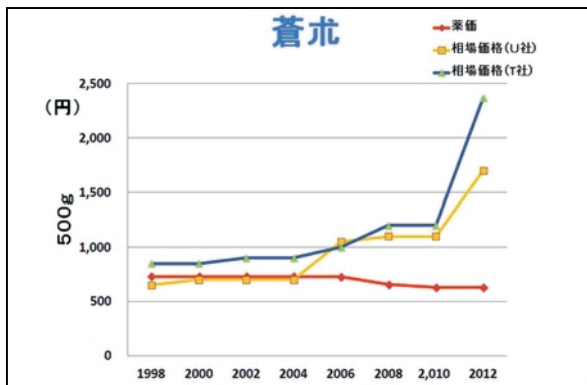


図45

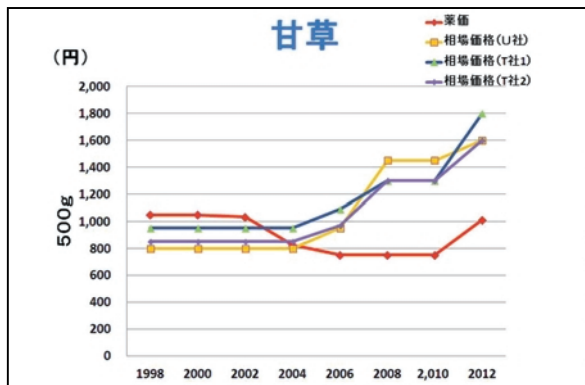


図46

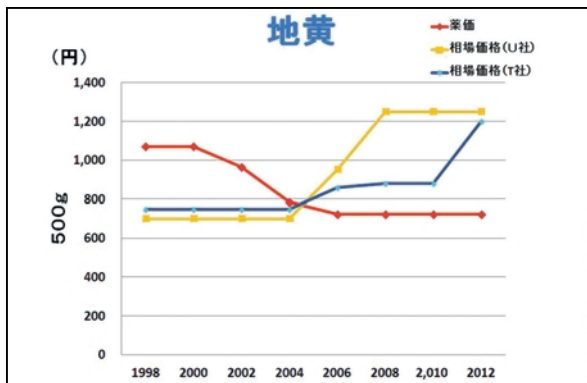


図47

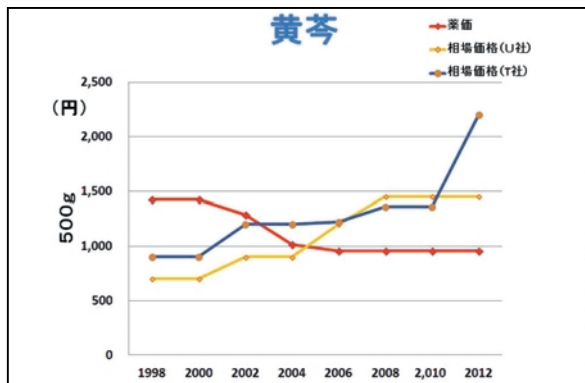


図48

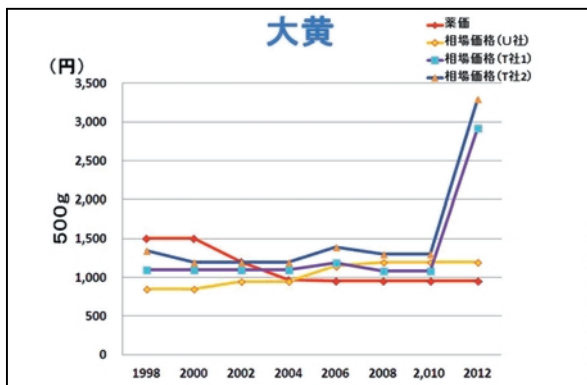


図49

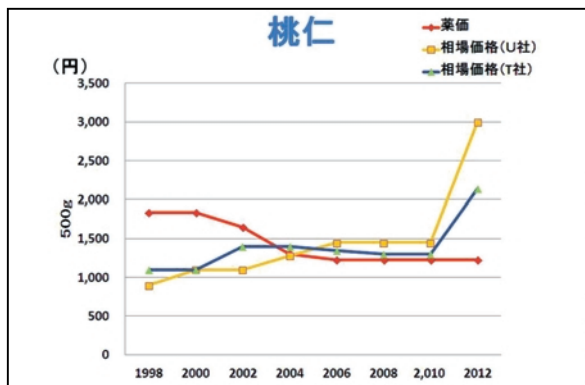


図50

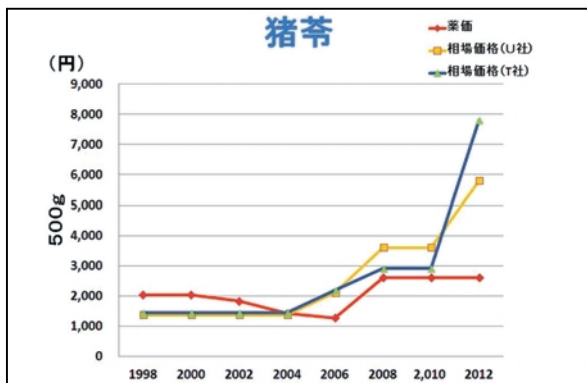


図51

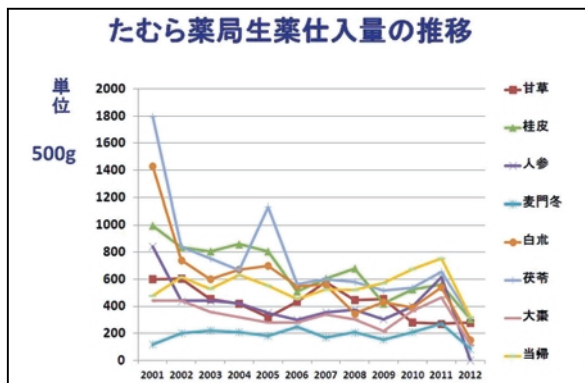


図52

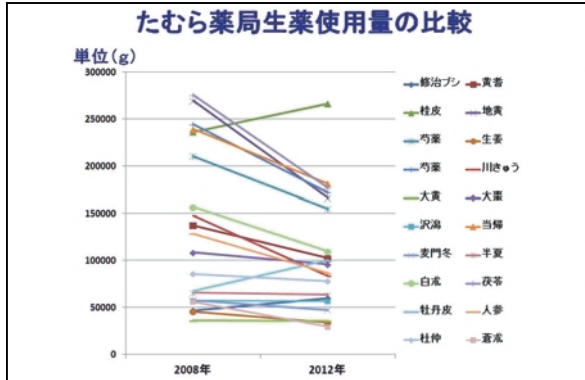


図53

主な繁用生薬をU社で仕入れた時の年間損失額

	2012年 使用量 (g)	500g薬価差	差額金額 (円)	単位 (円)
黄耆	102,605	513	105,273	
桂皮	266,534	223	118,874	
地黄	166,213	588	195,466	
生姜	33,898	470	31,864	
芍薬	172,062	100	34,412	
川きゅう	83,595	123	20,564	
大黃	35,763	305	21,815	
大蓯	96,033	830	159,415	
沢瀉	56,658	245	27,762	
当帰	181,445	425	154,228	
麦門冬	47,389	4,860	441,479	
半夏	63,661	2,540	323,398	
白朮	109,733	1,062	233,073	
茯苓	176,678	860	233,215	
牡丹皮	100,283	1,348	270,363	
人参	86,654	0	0	
杜仲	78,150	358	55,955	
蒼朮	29,575	1,155	88,318	
歸朮	71,340	1,160	165,509	
合計金額			2,690,812	

図54

生薬価格に影響する要因

- ・生産者労働賃金
- ・輸送費
- ・加工費
- ・需要
- ・為替相場

図55

どれをとっても今後、
生薬の実勢価格が下がる要因は少ない。

そこで

丸薬という選択肢

図56

丸薬の特徴

手軽にもちあるける(外出時でも服用可)

品質が比較的一定

煎じ薬の1/3量以下の薬量でOK

効果は煎じ薬と同等

服用しやすい

薬味の加減はできない

調剤の手間はすごくかかる

図57

湯薬と丸薬の生薬量の比較

八味地黄丸を例にして

八味地黄湯		八味地黄丸	
地黄	5g	地黄	1.2g
山茱萸	3g	山茱萸	0.6g
山藥	3g	山藥	0.6g
沢瀉	3g	沢瀉	0.6g
茯苓	3g	茯苓	0.6g
牡丹皮	3g	牡丹皮	0.6g
桂皮	1g	桂皮	0.2g
炮附子	3g	附子末	1.9g
		ハチミツ	2.7g

図58

丸薬製造の工程

- 1: 各生薬を処方通り計量
- 2: 粉碎機で生薬を粉にする
- 4: 末に蜂蜜を加え、練り上げる
- 5: 練りあがった生地を製丸
- 6: 出来上がった丸薬を乾燥機で2~3日乾燥

図59

薬局における自家製剤の点数

内服薬	錠剤、丸剤、カプセル剤	} 20点(7日毎)
	散剤、顆粒剤、エキス剤	
	液剤	
外用薬	錠剤、トローチ剤、パップ剤	} 90点
	軟・硬膏剤、リニメント剤、坐剤	
	点眼剤、点鼻・点耳剤、洗眼剤	
	液剤	45点

予製剤による場合はそれぞれに掲げる点数の1/5

図60

計量混合加算

2種以上の薬剤(液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る)を計量し、かつ、混合して内服薬若しくは頓服薬又は外用薬を調剤した場合は1調剤につきそれぞれ次の点数を加算する。

散剤又は顆粒剤の場合	45点
軟・硬膏剤の場合	80点
液剤の場合	35点

予製剤による場合はそれぞれに掲げる点数の1/5

図61

漢方調剤の抱える問題点

- ・漢方調剤は構成生薬種類が多いので調剤&監査には多くの手間と時間がかかる
- ・計量種類が多いので計量ミスによる廃棄が一般薬に比較して多い。
- ・生薬は良品とそうでないものが同じ土俵(薬価)で取り扱われている。
- ・生薬は保管スペースの確保が必須であり、温度管理等、保管に費用がかかる。
- ・生薬の高騰が続き、逆ざやが多すぎる

図62

漢方調剤の抱える問題点

- ・現行の薬価制度では、逆ザヤ以外では薬価の上昇はほとんどなく、それまでは逆ザヤ分をすべて薬局が負担しなければならない。
- ・丸薬の自家製剤加算は錠剤を半錠にするのと同じに扱われ、1週間につき20点と不当に低すぎる
- ・丸薬は予製しておかないと絶対調剤できないが、現行では予製剤として扱われる可能性が高い

図63

結語(要望)

- ・現状の薬価制度が続けば、新規に生薬を扱う保険薬局はなくなり、近い将来、保険での湯薬はなくなる可能性が高い。
早急な生薬の薬価政策が必須である
- ・生薬の使用量を減らす意味でも丸薬、生薬末による投与は有効であるが、その手間に対する加算が低すぎる。
予製剤の概念を含め、自家製剤加算の早急な見直しが必要である。

図64

病院における生薬診療の必要性と生薬供給の実態

三瀧 忠道

福島県立医科大学会津医療センター

このような発表の機会を与えていただき、ありがとうございます。私は今、5月12日に開所した福島県立医科大学の会津医療センターで漢方の診療を始めているところですが、その2年前から、その前身である県立の会津総合病院で、設立のための準備をしつつ、漢方内科で診療をしてまいりました。

その一貫した方針として、現代医学と融和した新たな医療体系を、漢方を用いてつくりたいという思いで、基本的な考え方としては4項目です(図1)。

まず、現代における医療なので、診断や経過観察は現代医学的にやらなければいけないということが一つあります。ただ、もちろんのこと、診療はできるだけ漢方医学的にやりたい。漢方医学的という意味は、一つはいわゆる漢方的な診断、「証」に随った治療をする。そして漢方薬本来の生薬を中心に用いる、この辺をもう少し後で申し上げさせていただきます。

また、必要に応じて、現代医学的な治療の併用や他科との連携をすることにより、外来だけではなく、入院で重症患者の診療をしていきたい、一貫した漢方の診療体系を構築するというのが、私の方針です。その中で、漢方医学的な診断による治療が原則ですが、さらに漢方薬本来の生薬を中心に使用することについて申し述べさせていただきます。

これは医療用漢方エキス製剤について、昭和60年に当時の厚生省薬務局から出された通知です(図2)。エキス製剤の品質を担保するために決められたことで、「エキス及び最終製品の1日量分中の指標成分」と書いていますが、要するに標準湯剤、すなわち生薬を用いた煎じ薬1日分中の指標成分定量値に比して、エキスは原則として70%以上含みなさい、これが最低ラインですと。ただ、それでいいのではなくて、標準湯剤、すなわち生薬を用いた湯液の指標成分の定量値に近づけることと書いています。

どうということかと言いますと、すなわちエキス製剤は、元はといえば生薬を用いたものであるということで、それに近づくべく発展してきた便利な製品であるということです。ですから、品質にしても種類にしても成分にしても、できるだけ生薬を用いたものが元なのですが、それに対して、エキス製剤は代用品という言い方は非常に安っぽくなりますが、そのようにして発展したものです。

今のお話にもありましたが、ご承知のように、例えば漢方薬の代表的な葛根湯について言えば、これは比較的少ないのですが、七つの生薬を、それぞれ火にあぶるなど、多少の「修治」という最低限の加工をして、刻んで混ぜ合わせやすくして（図3）、それを調合し（図4）、例えば1日分の葛根湯の材料を水からことごとと煮て抽出する、煮詰めて煎じるという作業をするわけです（図5）。

煎したものを濾して滓を取り出来上がった液体、これが葛根湯です。これが元の姿ということです。

それがこのような形でいろいろなメーカーさんから出ています（図6）。これらは煎じた、抽出した液を乾燥した残渣物です。ですから、飲むときも、湯飲み半分ぐらいの湯に溶かして、元に戻して飲むのが一番正しいとされており、その方が臨床的にも確かに有効です。

入院などで、今度は重症疾患にこそ、西洋医学だけではなくて漢方薬も用いて、より患者さんのアウトカムも良くしたいということになるわけですが、その煎じ薬を1回分ずつ温めて、ナースが患者さんの元へ運び、温めたものを飲んでいただくこととなります（図7）。これだけの手間を掛けます。これは院外製剤よりもコスト的にはもっとひどくて、これに対する手間は、ほとんど技術料としては入っていません。ですから、病院の持ち出しです。これが、今やっている病棟の配薬システムです。

さらに先ほども出ましたが、丸薬です。本来は煎じ薬（湯液）と丸薬、散薬があります。それぞれの薬効に意味があるから剤型が異なるわけです。例えば生薬を何種類か粉にして混ぜたものを、多くは蜂蜜ですが、過熱して水分を飛ばした蜂蜜で練り上げて、団子状に丸めたものが丸薬です（図8）。

例えば、これが原典にほぼ忠実に作ったころのわれわれが使っている桂枝茯苓丸で、私も毎日飲んでいます。あるいは、例えば当帰芍薬散という散剤の

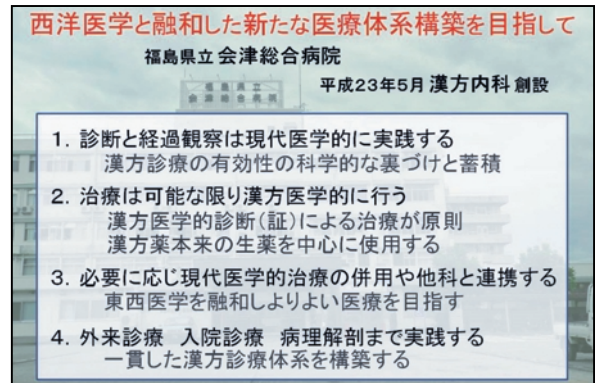


図1

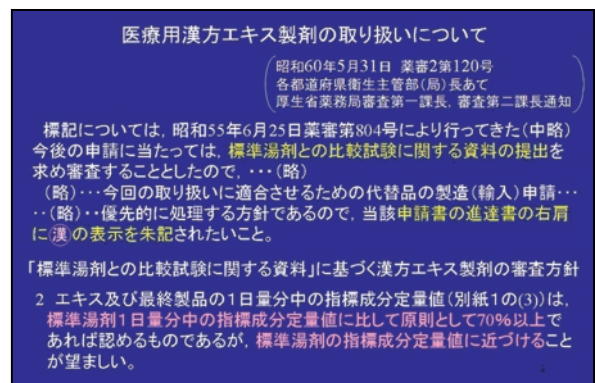


図2



図3



図4

場合は、6種類の粉のままの生薬を混ぜ合わせたものです(図9)。こうした院内製剤を使って治療することで、重症疾患と対峙していくわけです。

その一例ですが(図10)、受診する5年前ほどから、口内のアフタが出てきて、高熱を繰り返し、最終的には腸管型ベーチェット病という診断が下っています。いろいろ消化器症状が出まして、増悪したときにはプレドニゾロン、ステロイドを大量に使い、漸減中止としていましたが、再燃を繰り返して、だんだん増悪する間隔が狭くなってきました。

初診の1年4ヵ月ほど前にやはり増悪して、プレドニゾロンを50mgから開始し、漸減を試みているのですが、関節痛や発熱があり、時によってさまざまな症状が出没して、なかなかプレドニゾロンが減量できない。少し減らしてくると、まず最初に関節炎症状が悪化してくるということでした。さまざまな西洋医学的な治療もしているのですが、これらは副作用や、効果がなかったということで、結局プレドニゾロンだけに頼って、1年余りステロイドホルモンが切れない状態で経過しています。

そして7月に会津総合病院の漢方内科を初診しました。そのときにはプレドニゾロンを減らしてきて、9mg分3です。外来で種々の漢方治療を併用しながら、プレドニゾロンを漸減していきましたが、減らすたびに症状が出現して、なかなかプレドニゾロンが中止できないということで、入院となりました。

入院時、プレドニゾロンは5mgを服用していましたがそのまま継続し、まず第1剤目の煎じ薬として赤丸を使いました(図11)。赤丸はエキス製剤にはないものですし、そこに含まれている烏頭は、全くエキスなどにはない、強い作用のトリカブトの根の生のものです。煎じ薬でしか使えない処方の一つ用いました。

それから、もう一つは桂枝茯苓丸を柴胡加竜骨牡蛎湯と合わせて、煎じ薬をさらにもう1剤使い、時に自家製剤の先ほどの丸薬として用いることで、アフタはほとんど出現なくなり、身体痛は全くなって退院となりました。

退院後はプレドニゾロンを漸減していますが、やはり赤丸料を、だんだん烏頭を増やしながら使っています。その他に退院の直前から煎じ薬の内容が変わっていますが、2剤目の煎じ薬も用いています。手製の丸剤も使って、それでもステロイドを減らす



図5



図6



図7

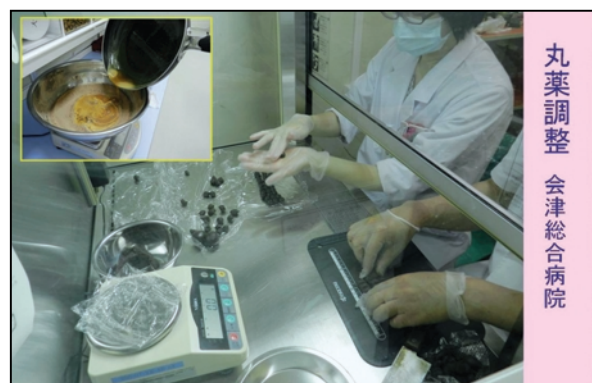


図8

たびに多少の症状の消長はありましたが、初診から8ヵ月でプレドニゾロンを完全に中止し、最後に切ったときに少し関節痛が出ましたが、その後はほとんど症状もなく、現在まで経過しています(図12)。

この方は、ステロイドから離脱が困難だった腸管型パーチェットですが、最初ステロイドが漸減できましたが、症状が生じました。そこで外来の漢方治療だけではなく、入院をして煎じ薬を2種類、院内製剤の丸薬を1種類使い、そのうちの一つは特に煎じ薬でしかできない世界のものです。その結果、2週間の入院ですが、その間に諸症状は軽快して、8ヵ月でステロイドから離脱して寛解を得ています(図13)。

このような難治性疾患の漢方治療では、漢方本来の生薬である何々湯という煎じ薬、あるいは丸、散といったものを用いて、あるいは、時にそれを複数併用するという全面戦争をすることで、患者さんの病態が改善することがあります。

当初は県立会津総合病院に私1人で赴任していたので、なかなか入院患者を受け入れられなかったのですが、重症の患者さんだけを受けようになりました。最初に受けたのが、一昨年11月ですが、その後の1年間で1例だけ検査で再入院しているので実質9例ですが、延べ10例が入院されています(図14)。

1例目が先ほどの腸管型パーチェットの方、2例目は慢性じんましんですが、ひどくて皮膚科でもなかなかコントロールがつかず、仕事も棒に振ってしまったという方です。最終的には再就職が可能になりました。強皮症で間質性肺炎を伴う症例では、間質性肺炎の活動性が全く治まって、皮膚も軟らかくなりました。それから線維筋痛症の方は、歩けなかったのが歩けるようになって帰りました。それから関節リウマチで、間質性肺炎が再三出現し、ステロイドのバルス療法を繰り返していたのですが、漢方治療を始めるようになってから、間質性肺炎は全く出現しなくなったということで、ほとんどの入院患者さんが入院治療、あるいはそれに引き続く外来治療で明らかに改善しています。

それに用いた漢方薬ですが、煎じ薬が3例は1種類ですが、結局その他の7例では2種類の煎じ薬を用い、丸薬も6例に使用するという、生薬を充分に



図9

症例 29歳 女性

【現病歴】
 X-5年 口腔アフタ 39℃以上の発熱 陰部潰瘍が出現 反復
 大腸内視鏡で回盲部潰瘍を認め 腸管型パーチェットと診断
 ⇒下痢・腹痛・下血など出現 増悪時 Prednisolon (PSL) を使用
 再燃を繰り返し 増悪の間隔も狭くなってきた
 X-1年3月 PSL50mgを開始し 関節痛や発熱などに伴い増減
 眼科で特異的变化なし 針反応：陰性
 疲労・ストレス・月経前 ⇒ 口腔アフタ 発熱 発疹
 高熱 ⇒ 陰部潰瘍 PSL減量 ⇒ 右膝関節の疼痛・腫脹・熱感
 アザチオプリンで脱毛、メサラジン、コルヒチンその他は無効
 X年7月 会津総合病院漢方内科を初診 内服薬：PSL 9mg・分3
 種々の漢方治療を併用し、PSL 5mgまで減量 症状が消長
 11月8日 漢方内科入院

図10

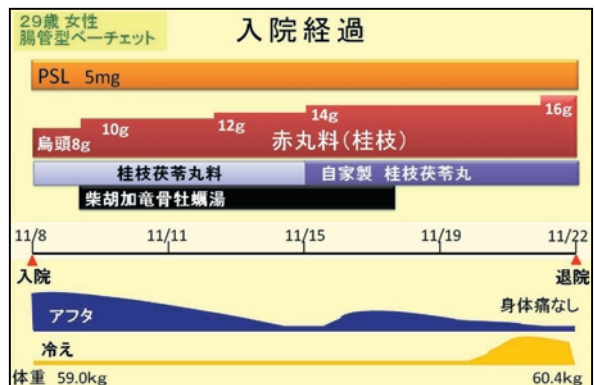


図11

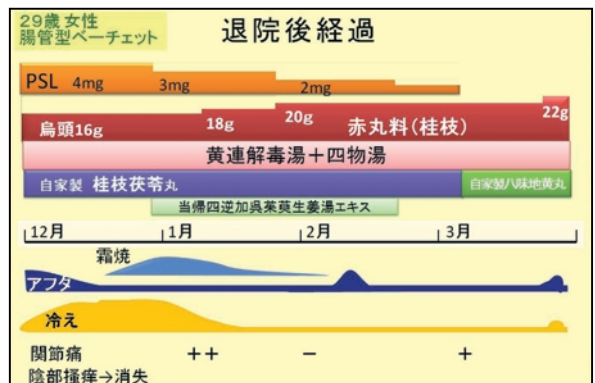


図12

多く使いました。漢方を用いそれだけの全面戦争をすることによって、他の病院でコントロールできなかった疾患を良くしています。

そのようにして使ってきた生薬なのですが、これは入院が始まった直前と1年後の10月で比較しています(図15)。生薬の採用購入品目は153種類を採用していましたが、平成23年10月の時点では、A社で6割強、B社で4割弱ぐらいの品目数でした。それが、先ほど出ましたが、A社が流通価格でしか納入しないことになってきたために、1社独占をできるだけ避けたいと思って努力はしたのですが、それでもA社が4分の1以下まで減りました。重量比では、A社は半分以上だったものが、16%ぐらいに減りました。

ただ、A社の中に、薬価でも納入できるものがあり、われわれの頻用生薬でA社しか扱っていない比較的薬価の高いものがあつたので、金額比ではA社はそれほど減っていないように見えます。逆に言うとB社に対して非常な負担を強いているのではないかと心苦しく思っております。この様に現在はB社を頼んでやっているのですが、そのB社も最近の情報では、秋ごろには薬価ではなくて、流通価格でしか納入できなくなるという、まだうわさの段階で、信じたくないのですが、そのような情報も出てきています。

まとめです(図16)。会津総合病院における経験から言って、一つは、まず現在多用されている漢方製剤は、生薬を用いた標準湯剤、すなわち煎じ薬等に近づける努力含みの製品であつて、生薬を用いて診療をすることは、一つは難治性疾患に必要であり、また製剤をこれから発展させていくためにも、その基本となる生薬による診療は続けていかなければならないと思います。しかし、近年は医療用生薬の薬価以内での購入は困難となり、特に昨年4月以降、供給はほぼ1社に頼っていますが、しかしその1社も限界だとの訴えが来ています。われわれとしては、お示ししたように難治性疾患にも有効なので、医療現場に良質な生薬を安定して供給していただけることを、ぜひ実現していただきたいと願っている次第です。以上です。

渡辺 三潜先生、ありがとうございます。現場の声としては、生薬の製剤が必要な人は難治性疾患の人が多くことから、患者さんの声を代弁していた

29歳 女性
腸管型ベーチェット

まとめ

ステロイドからの離脱が困難であつた腸管型ベーチェットに漢方治療を行い 寛解を得た

1. 初診後の外来診療では
ステロイドの漸減に伴い症状が消長した
2. 入院し 煎剤2種類 丸剤1種類(院内製剤)を併用
赤丸料(桂皮)の鳥頭は漸増し 大量に用いた
3. 2週間の入院中より諸症状が軽減し
初診より8か月でステロイドから離脱
寛解を維持している
4. 難治性疾患の漢方治療では
漢方本来の生薬(湯・丸・散)を用い
複数方剤の併用も考慮されるべきである




図13

病名または主訴	年齢	性別	経過	生薬剤数	
				煎	丸
1 腸管型ベーチェット	29	女	ステロイド剤から離脱 寛解	2	1
2 慢性尋常性皮膚炎	44	男	ステロイド剤漸減 再就職	2	
3 強皮症 関節性肺炎	39	女	皮膚軟化 関節性肺炎沈静	2	1
4 繊維筋痛症 月経困難症	44	女	歩行困難と月経時痛の改善	2	1
5 関節リウマチ 関節性肺炎 糖尿病	59	女	関節性肺炎寛解 ステロイド剤減量	1	1
6 過敏性腸症候群 月経困難症	14	女	症状の軽減(志望校進学)	2	
7 ベーチェット病	59	女	全身倦怠感と口内炎が改善	2	
8 リド血管炎	29	女	皮膚所見の改善	1	
9 強皮症 関節性肺炎	39	女	(No.3と同一症例 検査入院)	2	1
10 消化管出血 脳梗塞後遺症 吃逆	78	男	症状改善 服薬減少	1	1

図14

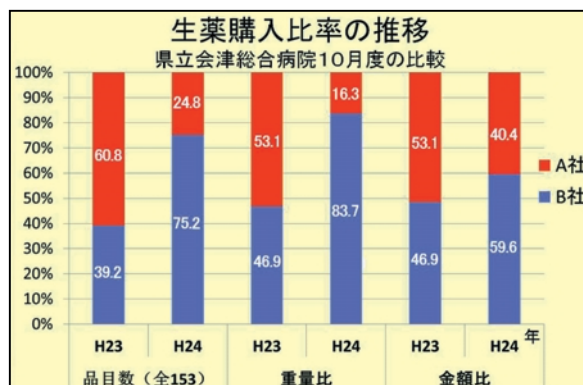


図15

結語

会津総合病院における漢方診療の実際と問題

1. 現在多用されている漢方製剤は
生薬を用いた標準湯剤に近づける努力目標の製品
2. 生薬を用いた漢方診療は 難治性疾患治療に必要
3. 近年は医療用生薬の薬価以内での購入が困難となり
平成24年度以降 供給はほぼ1社に頼っている
4. 国民の健康に寄与するために
医療現場へ 良質な生薬の 安定供給が望まれる

図16

だきましてどうもありがとうございました。では座長を交替させていただきます。

川原 医薬基盤研究所の川原です。よろしく願います。

それでは3番目の講演として、今度は生薬供給側の立場からとして、株式会社栃本天海堂の姜東孝先生からご講演をいただきます。タイトルは「薬価と生薬の品質」です。

それでは姜先生、よろしく願います。

薬価と生薬の品質

姜 東孝

株式会社栃本天海堂

ただ今ご紹介いただきました、大阪生薬協会の株式会社栃本天海堂です。三濬先生が今、B社、B社とおっしゃったのが我々の会社のことなので、そのご説明もさせてもらわなければいけないと思います。

講演内容としては、「国産生薬と薬価はどのように推移したか」、「生薬品質と薬価がどのように関連するか」、「中国産の生薬輸出価格と薬価が、今どのようなバランスにあるか」、そして「医療用生薬製造販売会社の現状、医療用生薬を製造販売している会社は何社あって、どのような承認品目を持っているか」をご説明したいと思います。

まず最初に申し上げたい事は、現在の生薬の薬価が低い、中国の輸出価格が高い等と論議する前に、医療用医薬品の生薬市場の現状は「悪貨は良貨を駆逐する」の一言に尽きると考えております。「同一の名目価値を持つものの実質価値を異にする貨幣が一国内に共に流通するときは、良貨は消え、支払い悪貨だけが流通する」というグレシャムの法則がありますが、現在、生薬市場はこの法則と同じ状況だと言えます。即ち「同一薬価（同一生薬名）で、流通品質が異なる生薬が共に流通するときは、高品質（高価格）生薬が市場から消えて、低品質（低価格）生薬が主に流通する」というのが現状だと思います。

国産生薬と薬価

国産生薬を考えると、まず国内生薬で最も有名なのは、私は三島柴胡だと思います。これは日本固有の植物種で、「柴胡（サイコ）」は第七改正日本薬局方に初めて収載されました。基原植物としては「ミシマサイコ *Bupleurum falcatum* Linné」のみが記載されており、日本産の柴胡を想定していました。第八改正日本薬局方でその基原を「ミシマサイコ *Bupleurum falcatum* Linné またはその変種」と改められ、当時、基原植物が違ふと考えられていた、中国産柴胡が局方に収載されました。これは漢方エキスが1967年頃から薬価基準に収載され、需要量が増大し、

日本産柴胡だけでは需要が賅えない事から「またはその変種」を追記して、中国産柴胡も局方品目として使用できるようにした事が背景だと考えられます。

その後、中国産柴胡と三島柴胡はほぼ同種であるとの学術検討結果から、第十三改正日本薬局方においては、日本産、中国産を含めて基原植物は、「ミシマサイコ *Bupleurum falcatum* Linné」に統一記載されました。

私が申し上げたい事は日本の漢方は、もともと日本産の「ミシマサイコ」だけが処方されていました。これが薬価の値下がり、どの様に変化したかと言いますと、**図1**は国内生産量と薬価の推移で平成元年から平成22年しかグラフ化しておりませんが、1997年（昭和52年）の薬価は24円/gでした。それが、薬価が1981年（昭和56年）に12円/gに下がり、今は4円幾ら/gにまで下がっているのです。平成2～3年頃は二百何十トンの柴胡が国内で生産されていたのですが、年々薬価が下がる事で生産量も減少してきました。値下がった薬価では、とても保険調剤には国産の柴胡は使えなくなり、現在は5～6トン/年の生産で推移しています。

約6,800円/kg（6.8円/g）が現在の最低の生産価格（生産者からの買い上げ価格）なのです。生産価格よりも薬価が低い為、国産柴胡は保険調剤に使えません。言い換えれば、薬価によって国産生薬の柴胡は保険調剤から締め出されたのです。最も良品と言われた国産「三島柴胡」が締め出されて、今はほとんど中国産の柴胡が流通しています。

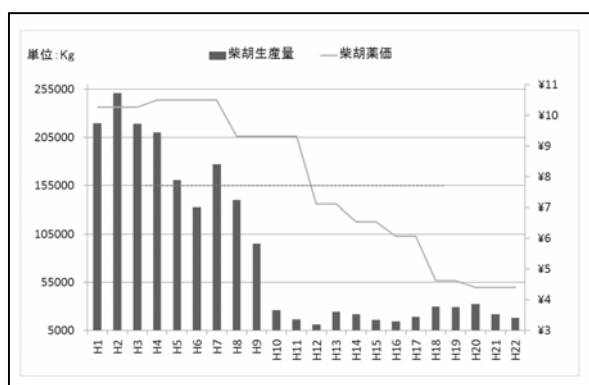


図1 柴胡国内生産と薬価

次の黄連も全く同じ状況です。1891年（明治24年）の改正日本薬局方から黄連は収載されています。こんなに古くから局方に収載されているほど、日本

の黄連は昔から有名な生薬です。この時には、「*Coptis anemonaefolia* Sieb. et Zucc. 及其他 *Coptis* 属」と記載されているのですが、第四改正日本薬局方には、「*Coptis* 属の諸種、黄連は本邦に産する本属諸種植物の根茎を採集し乾燥せるものなり」と明記されており、日本産の黄連しか日本薬局方には収載されていませんでした。また、その当時は日本産の黄連しか市場には流通していませんでした。

前述の柴胡と同じ様に第九改正日本薬局方で、オウレン *Coptis japonica* Makino（日本産）以外に「その他同属」との記載で、中国産の同属基原植物の *Coptis chinensis*, *Coptis teeta* などが収載されて、輸入の黄連が局方品目として使えるようになりました。

その結果どうなったかという、柴胡と同じく中国産黄連の価格に引きずられ薬価がどんどん下がっていきます。1977年（昭和52年）の黄連の薬価は48円/gで、この価格は国産の黄連を念頭に置いたものです。それが中国産黄連の台頭で1988年（昭和63年）に薬価が半値近くの20円/gに下がってきましたが、この当時でも、約20トン以上の黄連が日本で生産されていたのです。ところが、黄連の薬価が更に**図2**のように1992年（平成4年）に16.48円/g、1994年（平成6年）15.74円/gと年々下がり、それに準じて国内の黄連生産は激減しました。2004年（平成16年）には1万円/kg、つまり薬価が10円/gまで下がりました。

現在、黄連の薬価が山出しの価格（生産者価格）である約1万円/kgより低い、8.62円/gにまで下がってしまいました。この状態では、とてもではないけれど国産の黄連は保険で用いられる医療用医薬品の生薬としては使えません。すなわち、薬価が日本産の黄連を医療用生薬から除外したのです。医療

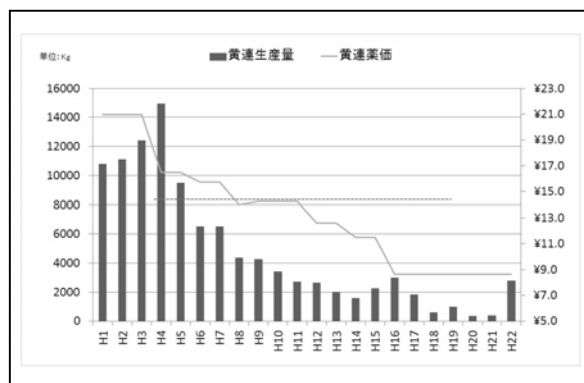


図2 黄連国内生産と薬価

用生薬市場から国産黄連は消えてしまいました。過去には海外にも輸出された品質優秀な日本産の黄連が、薬価によって日本の医療用生薬市場から排除されているのが現実なのです。

生薬の品質

生薬の品質を云々することは非常に難しいのですが、我々は生薬の品質を考える時、「生薬製剤」と「漢方製剤」と「漢方調剤」の三つに分けて品質評価をしています。

「生薬製剤」は基本的には有効成分、例えば下剤であればセンノシド含量の高いものが、品質が良いものです。「漢方製剤」は、先ほど三瀧先生も言われたように、指標成分が一番大事なのです。漢方製剤は標準湯剤との同等性を評価するために、幾つかの指標成分の含量をもって同等性を担保しています。指標成分の含有量で標準湯剤との同等性及び製剤品質の均一化を図るために、どうしても指標成分の均一性が必要であり、他の外観などの経験的品質評価よりも、まず優先されます。当然、公定書（局方など）の規格は「生薬製剤」「漢方製剤」「漢方調剤」全て同じく適合する事は必須事項です。

「漢方調剤」は、「生薬製剤」「漢方製剤」と少し違うのです。公定書規格は同じなのですが、経験的鑑別という点で品質評価は少し異なっています。先生方はきっと色々な文献、臨床データで、この処方ではどれどれ、何々処方だと調べておられますが、過去に使ったものと同等の生薬を使わなければ、同等の治療効果は期待できません。過去と同等ものとは何かという事ですが、経験的に基本的に良品とされてきた生薬の経験的鑑別による品質評価なのです。

例えば、現在流通している大黄の成分比較を見ますと、流通大黄は当社では雅黄、青海大黄、信州大黄と大きく三つあります。雅黄というのは軽質大黄、薬用大黄と言われる、中国で一番メインに流通している大黄です。当社が扱う青海大黄は重質で、昔から漢方調剤では良い品質のものと言われていました。信州大黄は、武田薬品工業(株)が品種改良された、センノシド含量が非常に高いもので、下剤効果が高いものです。この様に色々な品質の大黄が「日本薬局方ダイオウ」として市場で流通しているのです。

湯液を作る調剤用大黄は基本的に軽質大黄と重質大黄に分かれ、雅黄は軽質大黄、青海大黄は重質大黄に分類されます。基本的には、我々が良品とする

重質大黄は、センノシドの含量が雅黄よりも低いのです。含量が低いから品物が悪いのではなくて、低くても今まで使われてきた大黄の中で一番良い品質とされています。センノシド以外に何の差があるのかというと、低分子タンニンのカテキンに大きな差があります。重質大黄の青海大黄は、軽質の雅黄と比べてカテキンなどが非常に高い傾向にあります。すなわち成分パターンが少し違います。だから効能の優劣がどうのとは、私は言いません。同名の流通生薬でもその品質には違いがあるということです。

生薬品質と薬価

現在流通している生薬の品質の今後の非常に気になることがあります。このスライドは基本的に今まで使ってきた野生の防風と、最近流通するようになってきた栽培の防風です。局方規格の確認試験では薄層クロマトで指標成分を標準スポットとして、それと同じ場所に同じスポットが出る事で防風の品質を確認しています。それ以外の規格として灰分、酸不溶性灰分、エキス含量などを測って、局方規格の適否を判断していますが、薄層クロマトグラフで指標成分以外の成分スポットが欠落或いは非常に薄く（低含量）でも、野生防風とこの栽培防風は「日本薬局方ボウフウ」として全く同じように使用されます。医療用生薬の防風として、この二種類が流通しています。原形の外観は大きく違い、見れば一目瞭然ですが、カット生薬になると先生方にはなかなか分かりにくい場合があります。

防風の薬価が今、どうなっているかということ、2.27円/gです。図3は2013年の中国春季広州交易会（今年5月）で出された輸出価格です。防風野生中条と野生小条ですが、これは太さの規格です。野生中条51ドル/kg、野生小条46ドル/kg。薬価と対比する為にグラム単価に直すと（単純に¥100/ドル）野生小条でも4.60円/gになります。防風の薬価は2.27円/gなので、とてもこれらの野生防風を医療用生薬として薬価内で流通させる事は出来ません。

どうするかということ、先ほど述べた品質の栽培防風（家種統庄、家種小条）を使わざるを得ません。品質がいかに劣ったとしても、劣ったかは我々の経験的評価ですが、今の日本薬局方規格であれば問題無く規格内に入りますので、これを薬価基準の調剤用生薬として販売しても何ら問題はありませぬ。これらの栽培防風が調剤生薬市場に流通します。今ま

での野生防風は保険調剤には今後、流通させる事ができません。

2013年春季広州交易会輸出価格			
品目	規格	価格/Kg	薬価/g
防風	野生 中条	\$51.00	¥2.27
	野生 小条	\$46.00	
	家種(栽培) 統庄	\$9.30	
	家種(栽培) 小条	\$5.50	

図3 防風：2013年春季広州交易会輸出価格

栽培防風の問題点は、栽培年数が現在流通している栽培防風では短かすぎることです。当然、防風は野生種から栽培に移行しなければなりません。我々はこの1～2年栽培の防風ではなくて、3～5年栽培と、どこまで栽培年数を延ばせば、できるだけ野生に近いものができるかを現在、試験栽培を行っています。ただし、現在流通している栽培防風のような安い価格では栽培できません。しかし、できるだけ、現状の価格に近づけなければいけないと考えています。私が若いときに元富山医科薬科大学の故難波恒雄先生に教えられたのですが、薬用植物の栽培の指標は、いかに野生に近いものを作るかである。甘いとか成分が高いものでは無く、いかに野生に近いものを作るかが、栽培の指標だと教えてもらいました。

次に問題視しているのが黄耆の品質なのです。黄耆は補薬に使うので、昔から品質を非常に大事にしています。このスライドは当社が今まで使ってきた陝西省の6年生の黄耆と、最近流通している甘肅省の1～2年生の黄耆です。外観的な違いは、先生方にはなかなか分かりづらいと思います。局方規格的には大きな差異はありませんが、質が全然違います。皇漢医学要訣には「根柔らかにして甘味多きものを上品」と記載されており、この質を重要視しています。

このスライドは我々が陝西省で、現在栽培している6年生黄耆の4年で仮掘りしたのですが、4年でこれ位大きくなります。甘肅省の黄耆は、2年で陝西省の4年生ぐらいの大きさになり、全て掘り上

げて商品化されて市場に出っていますが、質は固く良品とは言えません。

価格も防風と同じく規格(品質)によって大きな違いがあります。2013年、今年の春の交易会に私も久しぶりに中国に行ってきましたが、黄耆の薬価は2.31円/gですが、我々が扱っている陝西省の黄耆は、18～20ドル/kgもします(図4)。この陝西省産の黄耆を輸入し、カット加工して品質管理の上、医療用生薬として製造した場合に、2.31円/gという、この薬価では供給していきません。その為に、品質は二の次で甘肅省の安い黄耆で製造したものが今、主に市場で流通しています。流通しているのではなくて、せざるを得ないのです。我々がこの陝西省産の黄耆を買って薬価で販売すれば、全て赤字になります。こういう状態をいつまでも続けてはいけません。我々は先生方に「良い生薬を供給しなさい」と言われますが、良品の生薬を薬価で納入することができないのです。大手のメーカーさんが市場価格に移行したのは、私は当然だと思います。

2013年春季広州交易会輸出価格			
品目	規格	価格/Kg	薬価/g
黄耆(陝西省) 6年生	無黒心三等	\$20.00	¥2.31
	無黒心四等	\$19.00	
	無黒心五等 Φ 0.7CM	\$18.00	
黄耆(甘肅省) 2年生	条 二等 直径 >1CM	\$9.50	¥2.31
	条 三等 直径 >0.6CM	\$8.50	

図4 黄耆：2013年春季広州交易会輸出価格

このような黄耆を売るぐらいだったら、我々も市場価格に戻して、我々が良いと思う生薬を先生方に使ってほしいのです。三瀧先生が、今年の秋ということですが、今年是我々も薬価基準から市場価格へと真剣に考えています。

昨年当社では、「金銀花」の1品目で、300万円という一番大きな赤字が出ました。そういう品目がどんどん増えていって、「もうすみません、お手上げです」というのが現状です。

猪苓も、だんだん品質が落ちてきています。このスライドは1～3級、5級、等外の原形猪苓と等級別カット生薬です。先生方にはカット生薬の識別は

なかなか分からないと思いますが、現在、市場に多く出回るのは等外系統のカット生薬です。菌核生薬の猪苓は化学的品質評価が確立されておらず、経験的鑑別で品質評価を行っています。規格品と等外系統ではその充実度と色調に差異があります。等外系統のカット生薬は充実度が悪く、色調も少し暗い傾向にあります。

この等外系統を使わざるを得ないのはなぜかと言うと、前述の生薬と同じなのです。2013年の広州交易会の猪苓規格と価格ですが水洗一等～五等、等外に分かれ、規格品は>7Gなどグラム数、大きさを規格分けされています(図5)。猪苓の薬価は5.20円/gですが、規格品の猪苓輸出価格は、6～7.4円/gの価格が提示されています。その中で等外や、少し等級が落ちる等外系統の猪苓は40～45ドルと安価であるので、これを医療用生薬に使わざるを得ません。この等外系統の猪苓においても保険調剤用に製造した時点で赤字ですが、品質の悪い等外系統の猪苓でも何とかして使っていて、保険調剤に使ってもらわないと仕方がない状況です。保険調剤用の猪苓は低級規格の規格に変更する事になります。当初に述べましたように、「悪貨は良貨を駆逐する」というのが現状として起こっているのです。

2013年春季広州交易会輸出価格			
品目	規格	価格/Kg	薬価/g
猪苓	水洗一等 >15G	\$74.00	¥5.21
	水洗二等 >10G	\$70.00	
	水洗三等 >7G	\$63.00	
	水洗三四混等	\$48.50	
	水洗四五混等	\$45.80	
	等外	\$40.00	

図5 猪苓：2013年春季広州交易会輸出価格

このスライドは酸棗仁の公定書記載の基原植物の推移を示しています。公定書として最初に「第二改正国民医薬品集」に「サネブトナツメ *Zizyphus vulgaris* Lamarck var. *spinosa* の種子」として酸棗仁が記載されました。その後、第七局でも記載されましたが、第八局から第十四局の間の局方には脱落しています。その間には日本薬局方外生薬規格に収載されており、「サネブトナツメ *Zizyphus vulgaris*

Lamarck var. *spinosa* 又はその他近縁植物の種子」と記載されており、サネブトナツメ以外の近縁植物の種子も使えるようにしていました。局方改正の第十四改正第一追補で、再度局方収載された時は *Z. Jujuba* var. *spinosa* のみで近縁植物の記載が削除され、サネブトナツメのみが正品であり、それ以外は偽品であるという事になりました。それ以来、現在まで中国産の正品であるサネブトナツメの種子が流通していたのですが、最近、久しぶりに国内市場で近縁植物である滇刺棗(テンシソウ)の酸棗仁を見ました。

これが滇刺棗というものです。サネブトナツメの学名である *Z. jujuba* var. *spinosa* の *spinosa* とは刺があるという意味なのです。普通の大棗(ナツメ)はあまり枝木に刺がないのですが、このサネブトナツメには非常に鋭利な刺があるのです。基本的には *Jujuba* はナツメを意味しており、普通の大棗と酸棗仁は同種で、サネブトナツメは刺があるという学名です。滇刺棗も刺がありますが、ナツメと同種では無く中国の南部、雲南省などで産出されるものです。これと同種のナツメがビルマ(ミャンマー)にもあります。これが昔の同属植物の酸棗仁として流通していた緬酸棗仁(ビルマ酸棗仁)です。ナツメの殻を割ったとき、一般的な中国の酸棗仁は一つの殻に種子は一つしかできないのですが、ビルマ酸棗仁は、一つか二つの種子ができます。少し粒が大きく、平べったく、色が少し浅いという特徴があります。私が今年の市場で見たのは、雲南省の滇刺棗なのですが、これが日本薬局方酸棗仁として市場に流通していました。これは十数年前以降、市場で見たのは今年が初めてなのです。本来は、中国のサネブトナツメの正品を使わなければいけないところですが、値段が高くなってくると、こういうものも流通するという一例を出しました。

中国産の生薬輸出価格

2013年春の広州交易会の商談では色々な規格、品種があり、全部の生薬を表示すればものすごい数になります。図6は単純輸出価格が薬価の50%以上のものを取り出したものです。酸棗仁は250%、薬価の2.5倍、これは中国の輸出価格です。ここから輸入諸経費を加え、カット加工費を加え、製造費を加え、品質管理費を加算して、最終的には販売管理費と適正利潤を上乗せするのです。

ところが、こういう経費を乗せたら、とてもではないですが薬価では販売できません。この様な品目が年々、増えてきて今年では2013年ですが、2010年から中国は過去に例を見ない極端な値上がり状況で、2011年、今年も同じです。これら値上り生薬の一部は、少しは正される品目はあるかもしれませんが、残念ながら大部分は値下がる可能性は見えません。

生薬名	対薬価	生薬名	対薬価	生薬名	対薬価	生薬名	対薬価
酸棗仁	250%	釣藤鈎	88%	連翹	73%	蛇床子	56%
防風	210%	前胡	85%	紫根	66%	延胡索	55%
地骨皮	176%	南沙参	84%	桃仁	64%	麦門冬	54%
阿膠	150%	升麻	84%	半夏	62%	威靈仙	53%
羌活	133%	百合	82%	蝉退	60%	車前子	53%
紅花	105%	杭白菊	82%	柿蒂	60%	威靈仙	53%
蒼朮	92%	遠志	78%	桔梗	59%	水楊子	53%
猪苓	91%	土竜骨	78%	竜胆	57%	柴胡	52%
金銀花	88%	瓜楼仁	77%	牡丹皮	56%	枳実	52%

図6 2013年春季広州交易会輸出価格
対薬価50%UP 抜粋

医療用生薬製造販売会社の現状

図7は医療用生薬の承認許可の現状です。1社承認とは医療用生薬9品目は1社しか承認許可を持っておらず他社では製造販売出来ない事を意味します。どういう品目かという、附子、和藁本などです。26品目は2社しか許可を持っていません。それは柿蒂や金銀花などです。20品目に関しては3社で貝母、桜皮など、13品目が4社で菊花、栝楼仁などというように、各社が持っている承認許可品目が全て違うのです。こういうものが約176種類で、この図は基本的には医療用生薬だけで、粉末の承認は除いています。市販の薬価表から抜粋しているので、正確な数字ではありませんが、概ね間違いは無いと思います。

先ほどの講演でA社、B社、T社、U社などと色々な会社名が出てきましたが、医療用生薬の主な製造販売会社の一覧を図8に表示しました。敬称は省きますが、ウチダ和漢薬が約170品目の医療用生薬の許可を持っておられます。栃本天海堂が169品目です。大阪の小西製薬が130品目、東京の紀伊国屋漢薬局が99品目、ツムラが94品目、松浦薬業が94品目で、全部の会社が日本漢方生薬製剤協会（日漢協）に所属されています。それ以外は日生連といって、

我々の生薬業界の団体である日本生薬連合会に加盟している会社です。鶴居薬品だけが、日漢協にも日生連にも参加せずに独自でやっておられます。

医療用生薬承認数			
1社承認	9品目	5.7%	附子・和藁本など
2社承認	26品目	14.2%	柿蒂・金銀花など
3社承認	20品目	11.4%	貝母・桜皮など
4社承認	13品目	7.4%	菊花・栝楼仁など
5社承認	10品目	5.7%	酸棗仁・辛夷など
6社承認	8品目	4.5%	阿膠・威靈仙など
7社承認	10品目	5.7%	釣藤鈎・天麻など
8社承認	5品目	2.8%	茵陳蒿・防風など
9社承認	7品目	4.0%	桑白皮・山椒など
10社承認	13品目	7.4%	荊芥・茴香など
11社承認	18品目	10.2%	猪苓・紅花など
12社承認	36品目	20.5%	甘草・大黃など
13社承認	1品目	0.6%	黄柏
計	176品目	100.0%	

図7 医療用生薬承認数

所在地	会社名	医療用承認数	日漢協所属	日生連所属
東京都	樹ウチダ和漢薬	170	○	○
大阪府	樹栃本天海堂	169	○	○
大阪府	小西製薬㈱	130	○	○
東京都	樹紀伊国屋漢薬局	99	○	○
東京都	樹ツムラ	94	○	
愛知県	松浦薬業㈱	94	○	
大阪府	樹江生薬㈱	94		○
大阪府	樹小島漢方	93		○
大阪府	高砂薬業㈱	85		○
愛知県	大晃生薬(有)	81	○	○
富山県	鶴居薬品工業㈱	59		
大阪府	永大薬業㈱	43		○
	その他 5社	1~2		
計	17 企業	176		

備考：日漢協（日本漢方生薬製剤協会） 日生連（日本生薬連合会）

図8 企業名別医療用生薬承認数

何が言いたいかというと、こうした上位の会社というか承認数の多い会社のほとんどが、薬価販売ではなく、市場価格での販売に移行されているのです。弊社だけというのは何ですが、泣きが入っているのです。弊社だけが、薬価内で何とか納入していかうと、煎剤は漢方診療の根本ですから何とか保険診療で残したいとの考えで、2年間頑張ってきたのです。しかし、このまま薬価が据え置かれては、中国産生薬の値上がり、その上に為替レートが20%以上も円安の環境下では、今までと同じように薬価で納入していくのは、無理です。弊社には150名の社員がおり、家族を入れて三百何十名の生活が懸かっている、赤字部分をいつまでも引きずるわけにはいかないのです。今年の秋頃には薬価がどうなるかは予想がつきますが、薬価が据え置かれるようなことになれば、残念ながら我々も良い生薬を供給するためには、薬価では無く、市場流通価の相場価格での販売に移行

せざるを得ないのです。大変申し訳ないのですが、そのように考えております。

ただしこの前、「日本が誇れる漢方を推進する議員連盟」との意見交換会の中で薬価販売が難しいとの意見に対して「そのようなことを言わずに頑張れ」という議員の先生がおられたので、これも国会議員の先生方に頑張れと言われて、「頑張れません」とはなかなか言いにくいので、少し心が動揺しております。ただ残念ながら、弊社の決算書を見ながら、やっていけるかどうかもまた考えてから、秋頃、冬前には皆さまに方向性をご報告させてもらいたいと思います。

ご清聴、どうもありがとうございました。

川原 姜先生、どうもありがとうございました。

非常に身につまされる薬価に関する話題を提供していただきました。この後のディスカッションも含めて、皆さんといろいろと話を詰めていければと思います。

それでは続きまして、今度は行政側の立場ということで、厚生労働省医政局経済課の長谷川浩一先生にご講演をお願いいたします。タイトルは「生薬をとりまく状況」です。

それでは長谷川先生、よろしくお願いいたします。

生薬をとりまく状況

長谷川 浩一

厚生労働省医政局経済課

ご紹介ありがとうございます。厚生労働省医政局経済課の長谷川と申します。どうぞよろしく願います。

医政局の経済課は何を行っているかという、基本的に産業育成という観点で見ただけであればいいかと思います。いわゆる医薬品産業をどういう形で盛り上げていくか、ということです。実際にどういう権限を持っているかという、法律などは所管せず「頑張ってくれ」と企業の後押しをしているような状況です。そういう課の人間がどうしてここに呼ばれたかという、実は企業の薬価申請の窓口を行っており、多少なりとも薬価にも関係しているので、今日はこの場でお話をさせていただく機会をいただいたと思っております。

まず、日本の医薬品産業について簡単に触れさせていただきます。医薬品の生産金額は約7兆円となっています。この規模はソニーの売上高が約6兆5,000億になりますので、これと同じぐらいです。トヨタ1社と比べると、これよりは低いという状況です。

企業数としては1,022社で、いわゆる医療用医薬品を扱っているのは328社となります(図1)。

医薬品産業については、現在の安倍政権でも非常に期待されている産業になっています。どうしてかという、安定した担税力、たくさん税金を払っていただいております、その意味では、この産業については非常に政府としても後押ししたくなるようなものであると思います。

この赤いグラフは、製薬10社の納税額の推移なのですが、例えば電気機器上位10社は緑になりますし、自動車は青になっています。これを見ると安定して税金を払っている産業ということになるのではないかと思います(図2)。

世界で見たときに、日本の製薬の市場規模がどうなっているか。2001~2010年になりますが、1割ぐらいが日本の医薬品市場になっています(図3)。

今後の成長予測ですが、日本とアメリカについてはそこそこ伸びていくのかもしれませんが、欧州は経済不安もあってあまり伸びない、新興国は今後伸びていくのではないかと、ということですね（図4）。

次に新薬と後発品についてです。先発が何年間か売り出して、その後、後発品が市場に出てくると、例えばアメリカや英国の例では、新薬の割合が急激に下がってきます。医療財政的には高かった新薬から安かったジェネリック医薬品に変わるということで、この変化は非常にいいとされています（図5）。

日本の状況はどうなっているかという点、日本のジェネリックへの置き換えが非常にまだ少ないという状況です（図6）。ジェネリック医薬品をできるだけ使用することにより、財政的に浮いた分を新薬の投資回収に回すということが望まれています。

世界的に見た医薬品の価格はどうなっているのか。これは中医協の場で示された資料の一部です。

こちらが対ポンド、ユーロで、対米ドルはこちらになります。いわゆる円安、円高については、リーマンショックのあたりがすごく円安になっていて、最近では円高の状況からまた持ち直してきて、ドルベースで100円ぐらいになってきています。

新薬の値付けをするときには、円高の場合は日本の薬価は相対的に高くなり、円安の場合は、日本の薬価は相対的に低くなります（図7）。

大型品目の新薬の薬価の国際比較を行うと、日本の薬が安いのか、高いのか。欧州3カ国とアメリカを対象にその価格の平均と比べて、海外の薬価に対する日本の薬価がどうなっているか示したものです。1になると大体同じ、左に行くほど日本の価格の方が安くなる、右の方に行けば高くなります。4カ国と比較すると、比較的安定して同じぐらいか、少し低めに見えるかと思えます（図8）。

ただ、アメリカの方の価格を除くと、かなり日本の薬価が高くなり、欧州の価格と比べると、日本の薬価は少し高めではないかということが指摘されました（図9）。

ジェネリック医薬品、後発品については、有効成分、効能、効果、用法・用量は先発品と同じなのですが、価格が安い。価格が安いから患者負担や保険財政の改善につながるということで、限られた医療資源の活用を図り、国民の医療を守るためには、こ

ういうものを積極的に使ってほしいということで、ジェネリック医薬品の推進を行っています（図10）。

最初は2012年の数量ベースで30%にしようということで、平成19年に始まりました（図11）。そのときには安定供給や品質確保、後発品の状況について積極的に整備することによって、後発品の推進をしましょうということになりました。その後、後発品の市場シェアについてはだんだん伸びているのですが、まだ目標には至っていない状況です（図12）。当初の目標が2013年3月ということだったので、その後、今年4月に新たに後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップを作成して、後発医薬品の使用促進をしようとしています（図13）。

主な取り組み内容としてあるのは、例えば後発品についても安定供給をしましょうというのは、非常に重要なことかと思えます。それから、品質に対する信頼性を持ちましょう、情報提供や使用促進などの環境整備をしましょう、など国の方で旗を振っているところややっているところ（図14～図16）。

薬価基準収載品目の分類別数量シェアです。23年9月の薬価調査のときに、後発品がない先発品が19%ぐらい、後発品が22.8%だったという状況です。局方品や生薬品については23.9%に入っています（図17）。

医薬品の供給についてですが、医療用医薬品については、やはり安定供給が非常に重要であると思えます。医薬品は、疾病の診断、治療等に欠かせないものであり、特に薬価基準に収載されている品目の供給が行われない場合には、これによる影響は極めて重大であるばかりではなく、必要な供給がなされないこと自体が、薬価基準に収載された本旨からして、問題であるということです。あとは、薬価基準に収載された医薬品については、円滑かつ適正に供給がなされることが必要です。医療需要にできてきた医薬品が、企業の経営事情等により、製造または輸入が行われず、突然供給が停止されることについては、国民医療に重大な支障を来すということで、安定供給については、日ごろから企業の皆さまには注意していただくように、話をしているところ（図18）。

先ほどもありました、逆ざやで売るという話ではなくて、市場に供給すること自体が非常に重要になるので、そういうところまでは指導をしており、ど

うしても市場から撤退するという場合は、削除の手続きが必要になります(図19)。その場合は薬価から、いわゆる保険医療で収載される医薬品から除外される形になります。

ここで何を言いたいかという、国の方で関わっているのは薬価までです。何を保険収載として使える医薬品とするのか、その価格については幾らなのか、そこまで決めております。また、医薬品の流通については市場実勢価格、いわゆる市場の実際の流通に則してやっていただいています。ですから、そこについては国はノータッチだという立場を取っています。

では実際に、漢方市場の現状と動向についてどのようになっているのか、お話しします。

漢方薬市場の現況、動向ということで、漢方薬市場は、先ほど言いましたが医薬品全体では7兆円ぐらいあり、そのうち漢方製剤は1,500億円ぐらいです。全体の2%ということで、かなり規模としては小さいということになると思います。

市場の動向ですが、平成19~23年の直近5年間においても、医療現場での有用性評価の高まりなどを背景として、市場自体は生産金額ベース1.23倍に拡大している状況になっています。一般用を含むと1.16倍ということで、徐々にでも伸びています(図20)。

参考として、「統合医療の情報発信等の在り方に関する調査研究」では、漢方薬の処方頻度、その使用状況がよくわかります。また、「漢方薬に対する意識・使用調査」では漢方製剤を現在使用している医師の割合が示されています。街角での市民の漢方薬服用経験の調査では、どちらかというとし薬や漢方薬について、好意的に受け取られているものと思います(図21)。

原薬生薬の調達現況については、漢方生薬の原料となる生薬の種類は約250種類、そのうち日本産であるものが89品目ということで、36%と低い状態になっています。日漢協の加盟会社による医薬品原料として使用される生薬の年間使用量は約2万トンと聞いています。これらの生薬については、気候や土壌、成分含量等、品質、価格の面から使用生薬の約83%は中国産という状況になっています(図22)。

医薬品原料として使用される生薬の品目別使用量と供給国ですが、平成20年度の状況としては、一番

多いのは甘草、次いで芍薬、桂皮、茯苓、大棗、半夏、人参などと続きますが、「国内産割合」を見ていただくと、0が並んでいます。例えば当帰については35%、膠飴については100%の国内生産の割合ですが、あとはほとんど輸入に頼っているというのが現状かと思えます(図23)。

そのような状況に対して、本当に海外の生産だけに頼っているのがいいのかどうかという議論もあり、厚生労働省としては、原料生薬の国内栽培の推進に向けて動いています。原料生薬の安定調達に関する取り組みとして、原料生薬を安定的、継続的に確保していくためには、国内での栽培を含め、企業による中国のみに頼らない原産地の多様化の取り組みの推進が必要ではないか。あとは業界団体としても、中長期的な課題として、原料生薬の安定確保の推進を掲げ、大手企業を中心に国内外での自社農場での栽培や、農家との契約栽培に取り組んでいるという状況です。

その推進に向けて、厚生労働省や川原先生のおられる基盤研、薬用植物資源研究センターにおいては、薬用植物の資源の収集・保存、薬用植物の栽培技術の採択や推進等を実施しています。また、生薬の安定国内生産基盤の確立に向けては、現在、農林水産省と日漢協等の関係者との情報交換を行っていて、関係業界と行政、農水省とも協力しながら情報交換の場を持って話し合いをしているところです(図24)。

「今年度から開始する新たな取り組み」ですが、これまでの情報交換での検討結果を踏まえて、厚生労働省と農水省が連携して、使用者、日漢協の会員会社が需要情報を生産者側と共有できる取り組みに協力していくこととしています。生産者側と使用者側の間で、需要情報の交換や供給を今後進めていくというものです(図25)。

薬用植物の資源、栽培技術の確立等について示したのですが、基盤研においては薬用植物の資源の収集・保存、薬用植物の栽培技術の研究等を実施しています。厚生労働科学研究においては、漢方の臨床的有用性のエビデンス確立に向けた研究など、漢方を支えるための研究を行っています。平成24年度ベースで30課題、約8億円の研究費を使って、研究しているところです(図26)。

参考ということで、薬用植物資源の収集・保存に

関する例を掲載しました。参考にしてください（図27）。

基盤研の保有する薬用植物資源ということで、種子交換、保存種子、植物培養物の超低温保存などをやっています（図28）。

「薬用植物の栽培技術研究の例」として、「薬用植物栽培指針」の刊行などを行っています（図29）。

最後に薬価についてです。先ほどから何回かお話が出ていますが、私からもお話しさせていただければと思います。

薬価基準とは、保険医療に使用できる医薬品の品目と価格を厚生労働大臣が定めたものになります。どういうことかということ、品目表という意味、価格表という意味、この二つの意味合いがあります。

一つは、「保険医または保険薬剤師は、原則として厚生労働大臣の定める医薬品以外の医薬品を使用してはならない」ため、「厚生労働大臣の定める医薬品」として薬価基準収載品目を規定しているというものです。結論としては、薬価基準は保険医療で使用できる医薬品を定めたもので、品目表としての機能を有するというものです。

もう一つは価格表としての意味合いです。「保険医療機関または薬局が保険請求を行う場合、薬剤料は薬価基準で定められた価格に基づき算定する」となっています。基準については、「保険医療で使用した薬剤の請求額を定めたもので、価格表としての機能を有する」というものになります。いわゆる薬剤の請求額を定めたものが、この薬価基準です（図30）。

24年3月現在、薬価基準に収載されている品目は全体で1万4,902、そのうち生薬・漢方の告示数としては495,674となっています（図31）。

既収載医薬品の薬価算定方式について簡単にご説明します。皆さん、もうご存じかと思いますが、いわゆる薬価の算定に際しては、もともと基準となる改定前の薬価が基本となります。では、実際に幾らで取引されているかを調べます。それを調べたところ、例えば改定前の薬価が100円であり、加重平均して消費税を加えた価格が80円だったとすると、改定前薬価の2%を調整幅として、これを加えた価が新しい薬価になるということです。80円で実際に取引されていたら、82円にしようというのが、長年続いている薬価のルールになります（図32）。

薬価について、見方を変えて示すとこの図のようになります。薬価基準で定められる価格については、医療機関や薬局に対する実際の販売価格を調査し、その結果に基づいて定期的に改定することを、2年に1回行っています。どういうことかということ、実際のメーカー、製造販売業者が卸に売る価格が、例えばこの辺のところで、卸から医療機関に実際に幾らで売られているのかが問題になります。この平均価格に対し、新たに価格を付けるときには、この価格に2%を上乗せした価格を新たな薬価にしようというものです（図33）。

どういうことかということ、実際の取引価格が低ければ低いほど、新しい薬価はだんだん下がっていくという仕組みになっています。それがいいのかどうかという話になりますと、多分、患者さんにとっては、どんどん下がっていけば医療費が少なくなるので、いいということになりますし、財政的にもいいということになるのではないかと思います。

他に問題になるのは、それで安定供給ができるのかどうかということになると思います。ここでもっと考えていただきたいのは、こういうルールになっていることを前提に物事を考えた場合に、どうなるのかということです。安定供給をするに当たって、薬価を低くするのが悪いのだという話だと、例えば取引価格が薬価と同じであれば、薬価はそのまま続くという仕組みになっています。ですから、このところで「薬価差」と書いていますが、薬価差を低いところで抑えて、例えば医療機関側が購入して、そういう状態が続くということであれば、薬価は下がらない仕組みになっています。いわゆる、2%の幅の間で平均価格が動いているということであれば、薬価は下がらないというのが現在の仕組みです。

ですから、販売業者が値引きをしたのか、あとはバイイングパワーとか、薬局や医療機関側の方が強く値引きを要求したのか分かりませんが、その結果が如実に表れています。

最近の薬価改定の経緯ですが、平成4年からあります。これをどうやって見るかなのですが、収載品目数はいいとして、改定率は薬価ベースで8.1%下がりました。このときのR幅は15%あります。ということは、実際に幾らで取引されていたかを逆算すると、例えばこのときには、実際の薬価よりも23.1%低く取引されていたのではないかと思います。

それが年を追うごとにR幅は小さくなりました。それに絡めて、改定率についてもだんだん低くなり、例えば平成18年で取引価格はどうなっていたかというところ、6.7%の改定率に対して調整幅は2%なので、8.7%低い価格で取引されていたことを示します(図34)。

これがいい・悪いという話ではなくて、結局、今の仕組み自体が薬価を低く抑えようという形で仕組みられているので、そこにはまってしまうと、どんどん薬価が下がってしまいます。ですから変な話、今まで生薬の取引がどういう形で行われていたか分かりませんが、まんまとこのトラップにはまってしまったのかというのが正直なところだと思います。

ルールのお話をしているので、もう一つ、不採算品再算定というものを説明します。どうしても経営が悪化して安定供給ができないものについては、基本的にはそれを救いましょうという手段になります。「薬価算定基準におけるルールの概要」ですが、いわゆる採算が合わないものについては、再算定しましょう、薬価の見直しをしましょうというルールです。

どういうものかというところ、次の要件の全てを満たす既収載品について、原価計算によって算定します。ただし、営業利益は、製造販売業者の経営効率を精査した上で、100分の5を上限としましょうというものです。中央社会保険医療協議会において、医療上の必要性が高いものであると認められたものであり、薬価が著しく低額であるため、製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるものについて、見直しをしましょうというものです(図35)。

これはどういう形で実際に行くかというところ、例えば一つの生薬がある会社で不採算だと言ったとしても、他の会社が不採算でなければ、実はこのものについては適用されないことになっています。いわゆる物として、本当にその値段で売れないのかどうかということが見極めになります。

もし不採算のものがあれば、不採算品再算定適用願を厚生労働省に出していただいて、それで最終的に専門家の先生方の意見を聞きながら、再算定を行っていくという流れです(図36)。

最近の不採算品再算定の例です。実は私が今の医政局経済課に行ったのは、昨年8月です。昨年3月に薬価改定が行われました。そのときにも多分、不

採算品はあったのだと思うのですが、なぜか1品目、甘草だけしか24年度改定のときには改定されていませんでした(図37)。

どうしてこういうことが起きているのかということ、不採算品再算定を受けるに当たっては、多分、業界全体として動いてもらわないと難しいということがあるのだと思います。1社でも採算が合っているところがあれば、その会社のものを使えばいいのではないかと、という考え方もあります。そういう意味では、どこが悪いとは言いませんが、結局のところ難しいのは、競争会社でありながら、協力していただかないと、この点の問題については、なかなか解決できないところだと思います。そういう意味では、変な、例えばいがみ合いやライバル意識をあまり燃やしすぎると、こういうシステムに対して、業界として対応ができないことがありますので、業界全体として、また医療関係者の協力も得ながら、適切な薬価を作っていただきたいと思っております。

私からは以上です。ご清聴ありがとうございました。

川原 長谷川先生、どうもありがとうございました。生薬のみならず、医薬品全体の現状、そして薬価について詳細に解説をいただきました。また、当センターの宣伝までしていただき、本当にありがとうございます。

それでは、これから総合討論に移りたいと思いますので、演者の先生方は壇上に上がっていただきますようお願い申し上げます。



図1

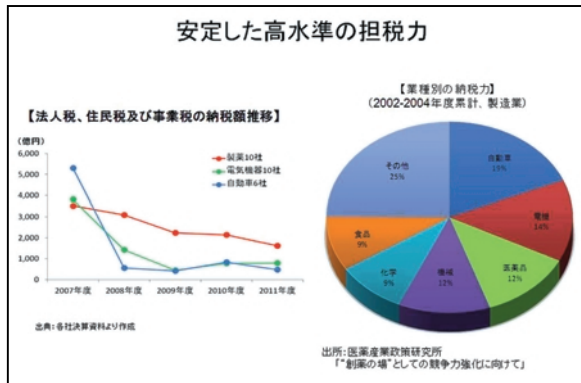


図2

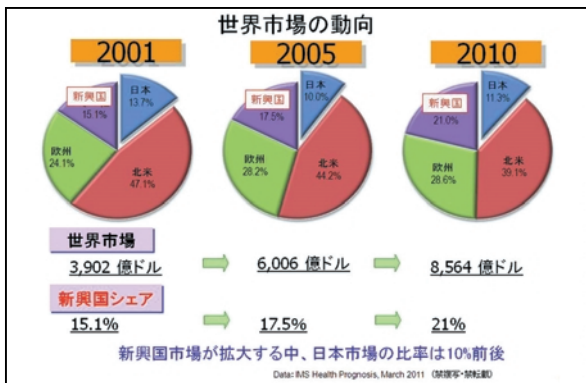


図3

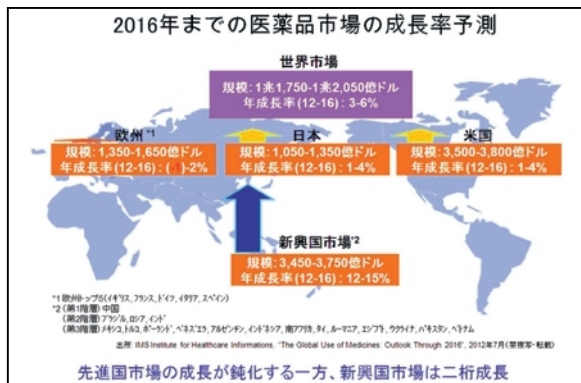


図4

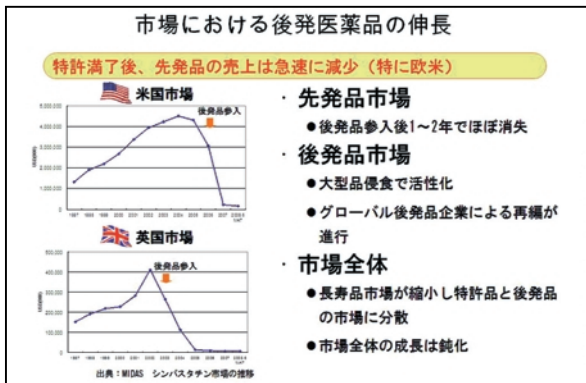


図5

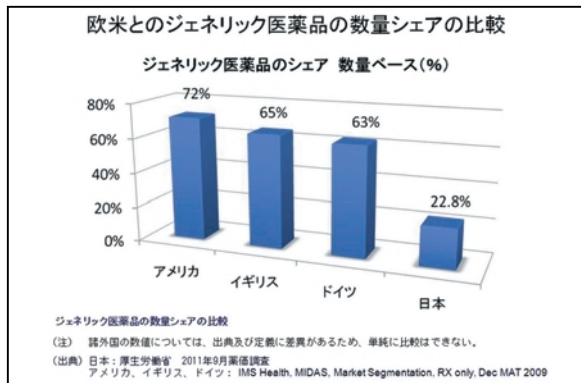


図6



図7

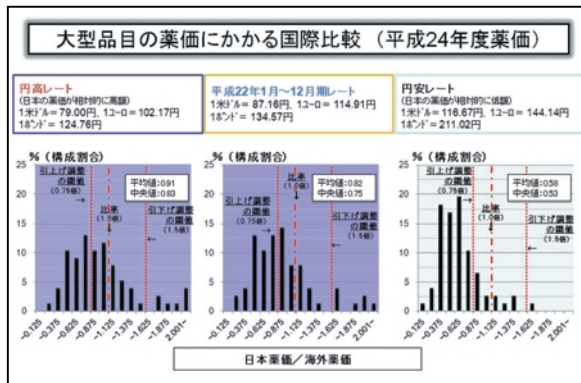
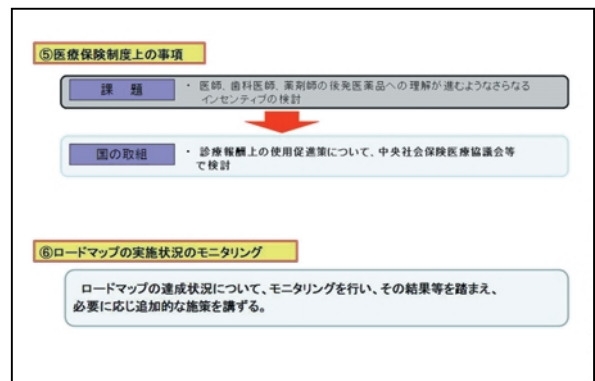
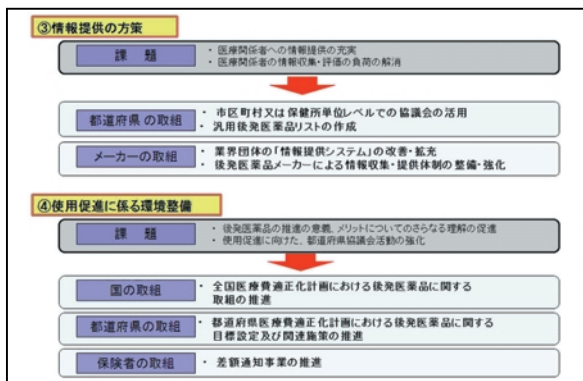
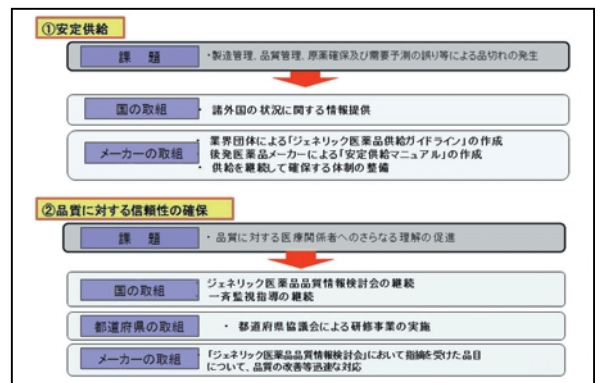
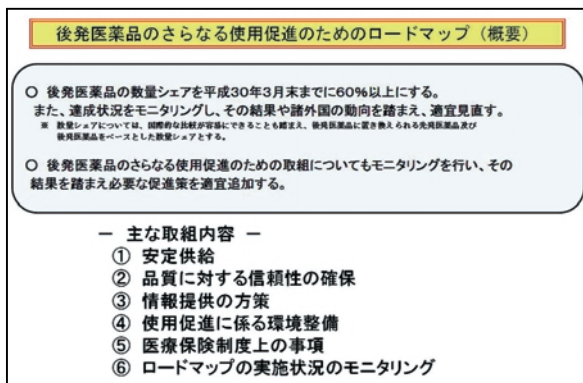
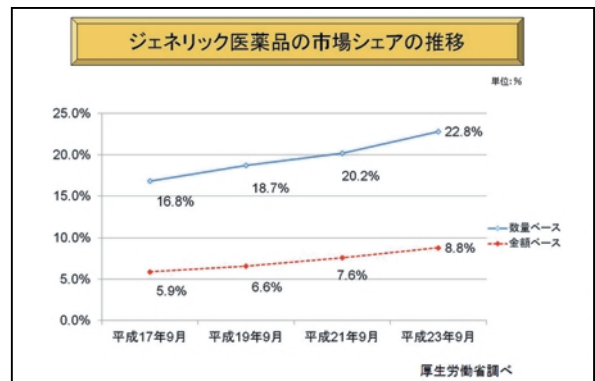
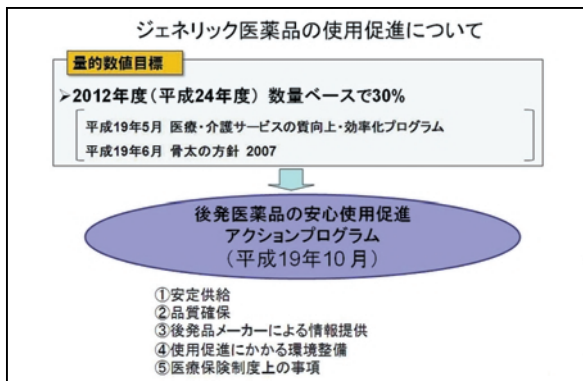
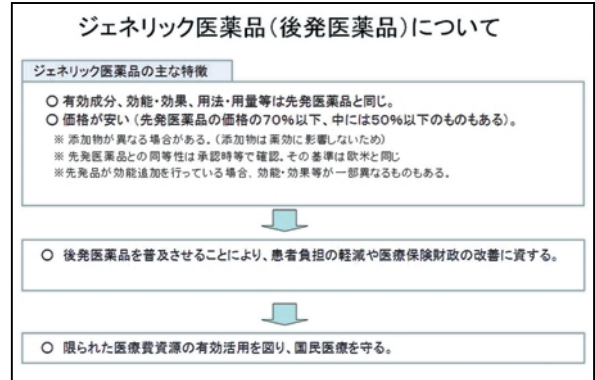
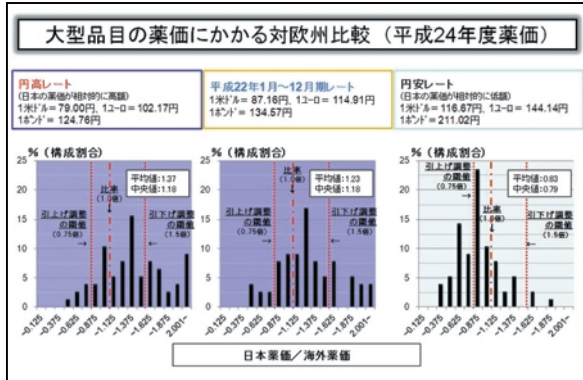


図8



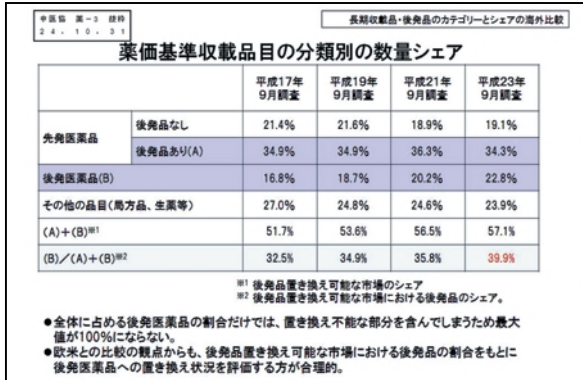


図17

医療用医薬品の供給停止について

昭和51年4月1日付薬発第329号薬務局長通知
 平成10年10月7日付経第56号経済課長通知

- 医薬品は、疾病の診断、治療等に欠かせないもの
- 特に、薬価基準に記載されている品目の供給が行われない場合には、これによる影響は極めて重大であるばかりでなく、必要な供給がなされないこと自体が薬価基準に収載された本旨からして問題
- 薬価基準に記載されている医薬品については、円滑、かつ、適正に供給がなされることが必要
- 医療需要に応じてきた医薬品が企業の経営事情等により、製造又は輸入が行われず突然供給が停止されることは国民医療に重大な支障をきたす
- 供給を停止しようとする場合にあらかじめその旨を報告

図18

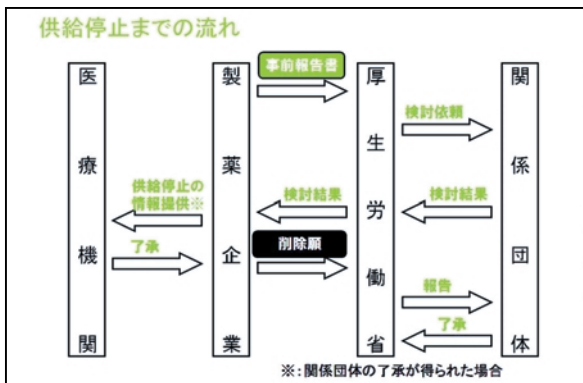


図19

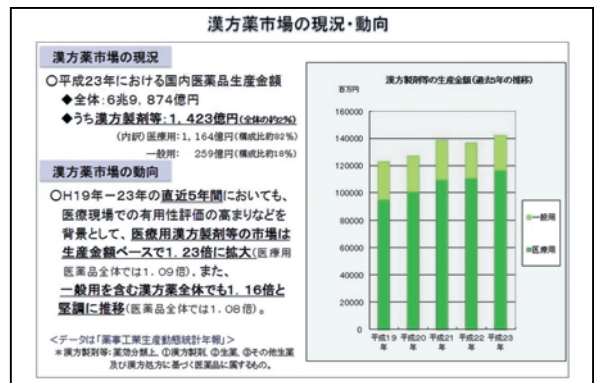


図20

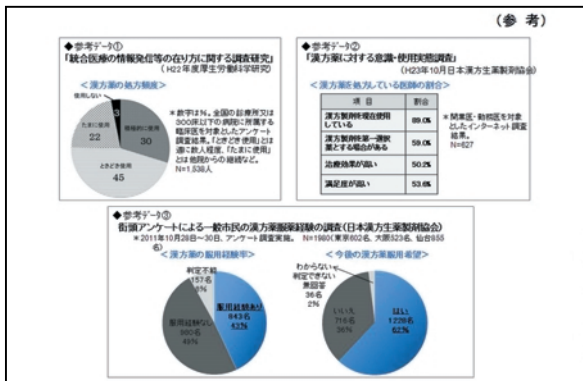


図21

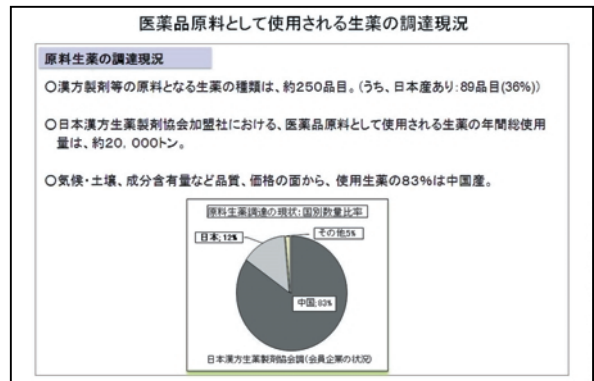


図22

医薬品原料として使用される生薬の品目別使用量と供給国(平成20年度 上位20品目)

順位	生薬名	使用量	供給国			国内産割合
			日本産	中国産	その他	
1	カンゾウ	1,267	0	1,267	0	0%
2	シャクヤク	1,164	41	1,123	0	4%
3	クワイ	1,034	0	837	197	0%
4	ブクリョウ	996	0	992	25	0%
5	ダイオウ	676	0	676	0	0%
6	ハンゴ	629	0	629	0	0%
7	ニンジン	610	0.5	609	0.6	0%
8	トウキ	581	204	376	0	35%
9	ソコウ	569	0	569	0	0%
10	コウイ*	556	556	0	0	100%
11	カクコン	554	0.1	546	8	0%
12	ソウジュツ	502	0	502	0	0%
13	ヨクイニン	449	0.6	374	75	0%
14	サイコ	444	23	399	21	5%
15	ダイオウ	440	95	344	0	22%
16	ビャクジュツ	427	0	427	8	0%
17	センナ	426	0	0	426	0%
18	ジオウ**	398	3	395	0.1	1%
19	オウゴン	384	0.2	384	0	0%
20	セッコウ	380	0	380	0	0%
上位20品目合計		12,486	92.4	10,791	771	7%
【参考】 総合計(全品目)		20,274	2,478	16,830	967	12%

* マメノエを含む。 ** 熊ツブを含む。
 日本漢方生薬製剤協会

図23

原料生薬の国内栽培の推進に向けて①

原料生薬の安定調達に関する取組

○原料生薬を安定的・継続的に確保していくためには、国内での栽培を促し、企業による中国のみに偏らない原料産地の多様化の取組を推進していくことが必要。

○業界団体としても、中長期的課題として「原料生薬の安定確保の推進」を掲げ、大手企業を中心に国内外での自社農場での栽培や農家との契約栽培に取り組んでいるところ。

国内栽培の推進に向けて

○厚生労働省及び独立行政法人医薬品基盤研究所/薬用植物資源研究センターにおいては、薬用植物資源(種苗)の収集・保存、薬用植物の栽培技術研究の採択・推進等を実施。

○また、生薬の国内生産基盤の確立に向けては、現在、農林水産省、日本漢方生薬製剤協会等の関係者と情報交換(※)を行っているところ。

※「薬用植物に関する情報交換会」
 ○参加者 <関係団体> 日本漢方生薬製剤協会、全国農薬協同組合中央会、(財)日本特産農作物協会、日本特産農産物協会
 <行政等> 厚生労働省(医薬品基盤課・研究開発課)、農林水産省(生産局・地域振興課)
 (財)生薬基盤研究所(薬用植物資源研究センター)、自治体(北海道・長野県・富山県)
 ○開催状況 <第1回> H24年11月 生薬の生産・調達の取組(現状・課題など)
 <第2回> H25年1月 生産者・実需者が共有すべき情報など
 <第3回> H25年3月 薬用植物の産地・産地の交換・共有に向けた協議の取組方針の確認など

図24

原料生薬の国内栽培の推進に向けて②

今年度から開始する新たな取組

○これまでの情報交換での検討経過を踏まえ、厚生労働省と農林水産省が連携して、使用者側(日本漢方生薬製剤協会等)が必要情報を生産者側と共有できる取組(説明会の開催等)に協力していくこととしている。

薬用植物の生産者側

- ▶何を栽培したらいいのか。
- ▶種苗はどのように入手すればいいのか。
- ▶どこ(誰)が買ってくれるのか。
- ▶いくらで売れるのか。

薬用植物の使用者側

- ▶どこ(誰)が、何を栽培するのか。
- ▶数量、価格ほどの程度か。
- ▶安定供給はできるのか。
- ▶日本薬局方の基準種はクリアできるのか。

需給情報の交換・共有

図25

薬用植物資源の確保、栽培技術の確立等

○独立行政法人医薬基盤研究所/薬用植物資源研究センターにおいて、
◆薬用植物資源(種苗)の収集・保存
◆薬用植物の栽培技術研究等を実施。

○厚生労働科学研究として、
◆漢方の臨床的有用性のエビデンス確立に向けた研究
◆薬用植物の栽培技術・生産技術の確立に向けた研究等を選択・推進。

年度	実施済みの講座	受講費
平成21年度	7講座	約0.6億円
平成22年度	29講座	約9億円
平成23年度	31講座	約9億円
平成24年度	30講座	約8億円

※(独)医薬基盤研究所薬用植物資源研究センターが保有する薬用植物資源

※(独)基盤研 農薬建設科、千葉大学が連携して開設した「薬用植物(甘藷)の人工水耕栽培システム」(下写真)。現在、実用化に向けた研究継続。

図26

薬用植物資源(種苗)の収集・保存 (参考)

(独立行政法人医薬基盤研究所/薬用植物資源研究センター)

(例)
(種子・種苗の管理目録化と、要望に応じた種子・種苗の頒布)

- ・「植物目録(List of Plants 2011)」の刊行
- ・「種子交換目録(Index Seminum 2011)」の刊行

(薬用植物資源の新品種育成に関する研究)

- ・ハトムギ新品種「北のはと」「はとろまん」や、
- ・シャクヤク新品種「べにしずか」「No.513」の育成・品種登録

(漢方薬に使用される薬用植物の総合情報発信)

- ・「薬用植物の総合情報データベース」の構築

図27

(独)医薬基盤研究所薬用植物資源研究センターの保有する薬用植物資源 (参考)

種子交換
2011年度実績
約1,600点

保存種子
約13,000点

植物培養物
超低温保存

遺伝子(配列情報&クローン)

植物培養物
180種以上

図28

薬用植物の栽培技術研究の例 (参考)

(例)
(伝統栽培・加工技術の科学的検証と保存)

- ・「薬用植物栽培指針」の刊行

(漢方薬に使用される薬用植物の新規栽培技術開発)

- ・ウラルカンゾウ人工水耕栽培システムの開発
- ・マオウの育種・栽培研究

図29

薬価基準とは

保険医療に使用できる医薬品の品目とその価格を厚生労働大臣が定めたもの
(健康保険・国民健康保険・各種共済制度など医療保険制度共通)

- ◆品目表
 - 保険医又は保険薬剤師は、原則として「厚生労働大臣の定める医薬品」以外の医薬品を使用してはならない。
 - 「厚生労働大臣の定める医薬品」として薬価基準収載品目を規定
 - = 薬価基準は、保険医療で使用できる医薬品を定めたため、品目表としての機能を有する
- ◆価格表
 - 保険医療機関又は保険薬局が保険請求を行う場合、薬剤料は薬価基準で定められた価格に基づき算定。
 - = 薬価基準は、保険医療で使用した薬剤の請求額を定めたため、価格表としての機能を有する。

図30

薬価基準収載の告示数

1. 薬価基準収載の告示数(平成24年3月5日現在)

	内用薬	注射薬	外用薬	眼科用薬剤	合計
告示数	8,629	3,820	2,426	27	14,902

2. うち生薬・漢方の告示数

510(生薬)	495
520(漢方製剤)	674
590(その他の生薬および漢方処方に基づく医薬品)	10

図31

既収載医薬品の薬価算定方式

卸の医療機関・薬局に対する販売価格の加重平均値(税抜きの市場実勢価格)に消費税を加え、更に薬剤流通の安定のための調整幅(改定前薬価の2%)を加えた額を新薬価とする。

$$\text{新薬価} = \left[\text{医療機関・薬局への販売価格の加重平均値(税抜きの市場実勢価格)} \right] \times (1 + \text{消費税率(地方消費税含む)}) + \text{調整幅}$$

図32

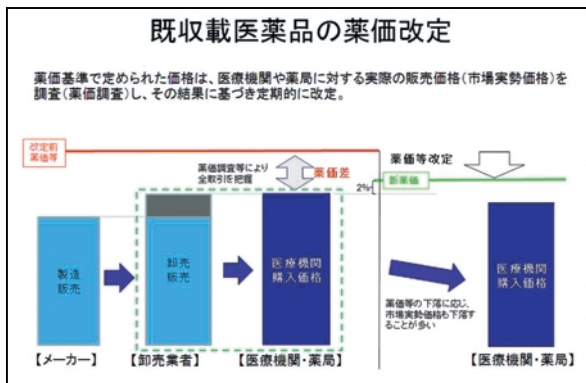


図33

最近の薬価改定の経緯

	薬価収載品目数	改定率		備考
		薬価ベース	医療費ベース	
H4	13,573	▲8.1%	▲2.4%	R幅15%
H6	13,375	▲6.6%	▲2.0%	R幅13%
H8	12,869	▲6.8%	▲2.6%	R幅11%
H9	11,974	▲4.4%	▲1.3%	R幅10% (長期収載品8%)
H10	11,692	▲9.7%	▲2.7%	R幅5% (長期収載品2%)
H12	11,287	▲7.0%	▲1.6%	調整幅2%
H14	11,191	▲6.3%	▲1.3%	調整幅2%
H16	11,993	▲4.2%	▲0.9%	調整幅2%
H18	13,311	▲6.7%	▲1.6%	調整幅2%

図34

不採算再算定

(薬価算定基準におけるルールの概要)
以下の条件の全てを満たす既収載品について、原価計算によって算定。(但し、営業利益率は、製造販売業者の経営効率を精査した上で、100分の5を上限とする。)

- 次の条件を満たす既収載品
イ 中央社会保険医療協議会において、保険医療上の必要性が高いものであると認められた既収載品
ロ 薬価が著しく低額であるため、製造販売業者が製造販売を継続することが困難である既収載品(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。)
- 新規後発品として薬価収載された既収載品のうち、薬価が著しく低額であるため製造販売業者が製造販売を継続することが困難であるもの(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬(新規後発品として薬価収載されたものに限る。)がある場合には、当該全ての類似薬について該当する場合に限る。)

図35

不採算品再算定適用書

下記の条件に当てはまり、不採算品再算定の適用をお願いいたします。

品名			
規格			
製造販売業者			
卸売業者			
医療機関			
類似薬			
原価			
薬価			
備考			

提出先: 薬価調査課 (FAX) (E-mail)

図36

不採算品再算定

～漢方、生薬で薬価の引き上げを行ったもの～

平成20年度改定以後、薬価の引き上げを行った漢方、生薬のリストは以下のとおり。

平成20年度改定				
成分名	規格単位	旧薬価	改定薬価	備考
ゴミシ	10g	22.30	121.00	生薬
サンショウ	10g	101.90	259.60	生薬
チャレイ	10g	25.50	52.10	生薬
ワイキョウ畑	1mL	11.10	65.00	生薬製剤

平成24年度改定				
成分名	規格単位	旧薬価	改定薬価	備考
カンゾウ	10g	15.00~16.00	20.30	生薬

図37

〔総合討論〕

渡辺 さて、残りが20分もないのですが、去年のシンポジウムも含めて、ある程度、方向性を決めたいと思います。実はいろいろな問題があって、学会員の中からは、とにかく薬価を上げてくれという要望を本部から上げろという要望が強いのですが、そう単純な問題ではないということがお分かりいただけたかと思います。問題点の洗い出しのようなものがあると思いますので、それをやってから、どのようにすればいいのかという議論に移りたいと思います。少し時間をオーバーするかもしれませんが、大事なテーマなので皆さん、ご協力をお願いいたします。

それでは、フロアの方から多分いろいろな意見があると思うのですが、建設的な意見をお願いします。単に駄々っ子のように薬価を上げろというのはやめていただいて、建設的にこうすればいいというご提案、もしくは今の話の中で分かりにくかったところがあれば、まずお願いしたいと思います。どうぞ。

フロア1 東京の薬剤師の三上です。

今、長谷川先生から、業界が一致団結するようなことでこれを乗り越えるようにというお話がありましたが、独禁法などには引っ掛からないものなのかをお伺いしたいと思います。

渡辺 長谷川先生、お願いします。

長谷川 ありがとうございます。やり方によっては、引っ掛かるかと思えます。ただ、業界としてやっていただきたいという話のところ、いろいろなことを多分やっていただかないといけないのだと思うのですが、例えば変に競争を阻害するような行為自体は独禁法に引っ掛かると思えます。しかし、例えば再算定のときに、協力して薬価引き上げ要求するということに対しては多分、問題がないのだと思えますし、今までやってきたことかと思えます。ですから、やる行為に対して多分、引っ掛かる、引っ掛からないがありますので、そこはご注意くださいと考えています。

渡辺 姜さん、逆にどうしてこれだけ逆ざやと言いながら、甘草だけしか再算定されなかったのですか。これだけ赤字だと、みんなぼんぼん全部出して、全部、不採算品をなくすようなことが、どうしてできなかったのでしょうか。

姜 先ほど説明したように、業界が基本的には漢方生薬製剤協会と、日本生薬連合会という二つがあります。先ほどお話ししたように、日漢協に入っている会社、それ以外に日生連という業界に入っている会社があります。日生連がほとんど生薬をメインに扱っている会社なのですが、弱小の会社が多くて、厚生省が求める、この医薬品を製造するのに電気代が幾らだった、あれが幾らだったと、ものすごく細かい資料を要求されて、そういう資料などを出せるかという、弱小のメーカーが多いのです。出したくないのではなくて、出せないような、要するに一般的な企業であれば、当然そういう管理をされているかもしれませんが、日生連の会社は、そこまで管理していないのです。もっと大まかな井勘定の製造経費でやってきているので、厚生省が求める資料がそろわないので、なかなかそういう資料を提供できないのです。

甘草だけ上がったのはなぜかという、全部そろったのかという、そろっていないはず。社会が甘草に対してあれだけうるさく言われたので、厚労省も上げたのだろうと、書類がそろって不採算だから、そういう書類が全部そろって上げたとは、私は一つも思いません。五味子にしてもそうですし、あれは全て、医療用生薬の会社が全部の書類をそろえて出して、上げたのだということではないと私は思っています。

ですから今回も、なかなかそろわないから上げないと言われると、われわれ業界としては大変つらいのですが、そろわない現状も確認していただきたいと思えます。

ついでに私も言いたかったのですが、先ほど厚労省の方が言われたとおりに、当然、医療費を下げなければいけない。市場の流通価を調査して、それに基づく結果、薬価は下がっていく、これは当然だと思うのです。医療費を下げなければいけないので、実勢とは違うのです。それと同じように、実勢価格は厚労省さんが把握しているのです。では、そういうことを言わないで、下げるときだけそういうことを言っておいて、上げるときぐらい同じようなルールで上げてくれたらというのが、私の本音なのです。すみません。

渡辺 なるほど。R2算定を、上げるときにも使うということですね。ありがとうございます。

次に佐橋先生、お願いします。

佐橋 福島県立医大会津医療センターの佐橋と申します。

私は去年もこのシンポジウムでお話しさせていただいたのですが、生薬業界の現状は去年でもすごく厳しかったわけです。厚労省の先生が来ておられますが、今日のテーマは「生薬をとりまく状況」ですか。去年と全く、今までと同じような新鮮味がないようなお話だったと思うのですが、今回、現場の先生方、またメーカーの方がいらっしゃって、お話を聞いて、どれほど新鮮味を感じたかお聞きしたいのですが、いかに苦しんでいるかは理解していただけましたでしょうか。

長谷川 私でよろしいのですね。

佐橋 厚労省の長谷川先生にお願いいたします。

長谷川 今の薬価の仕組みという意味では、全体的な価格決定の仕組みと、保険診療の仕組みというところで、どういう形になっているかという話が、多分根本にあるのだと思います。そして、それへの企業の対応という形になるのだと思うのです。

結局、先ほど栃本の姜さんが言われましたが、上げるときに実勢価格に基づいて上げればいいのかという話がありました。それは確かにそういう意見もあるかと思えます。ただ、それについては、薬価を上げてほしいから、実際の取引価格を上げますという場合に、それは通用するのかどうかという話になるのだと思います。どこの立場でものを言うのかという話になるのだと思いますが、最終的には国民の立場で、患者の立場でどうするのかという話になるのだと思います。薬価を決めるに当たっては、例えば支払い側、診療側、公的な立場である学識経験者、そういう方がいらっしゃる中医協の場で、この薬の算定についてはこうやりましょうという形で決まって、その決まったルールに基づいてやるしか、いわゆる国としてのやり方はないということです。

実際問題として、私が来たのは昨年8月になるので、そこから生薬漢方の非常につらい状況を業界からも、または医療関係者の方からも聞いているので、できるだけそういうところについては、改善をしていきたいと個人的には思っています。ただ、今のルールでは、次の改定時に、そのところを是正することしか、今のところではできないのかと思っております。

また先ほど、同じ話ではないかと言われましたが、セッションでどういう形のを発表するのかという話はいろいろございますので、それについては座長の先生と相談し、私からはこのような話をさせていただきました。

佐橋 すみません。国民のための制度ならば、今回のことで生薬が薬価対応できなくなるということは、かなり切羽詰まっているわけです。その状況は、私は1年前にもお伝えしましたが、ならば今回のお話を聞いて、いかに切羽詰まった状況だということ、本当に分かっていたのでしょうか。

長谷川 分かっているつもりですが、では、切羽詰まった状態に誰がしたのか、そこについてはどうお考えでしょうか。

佐橋 だいたいが変わってきますので、もうやめておきます。

渡辺 去年のこのシンポジウムの私のまとめは、業界の自浄作用がないのではないかということでした。安かろう悪かろうを売っている、まさに悪貨が良貨を駆逐するような業者があることも事実なのです。

佐橋さんから、何も変わっていないのではないか、という指摘がありました。実際にはものすごく国は変わっています。そもそも国に丸投げしているわれわれもおかしいのです。バカの一つおぼえみたく「薬価を上げろ」ではないのです。ですから、どういうふうに変えてほしいのかを具体的に挙げないと、こういうつばぜり合いというか、お互いの責任をなすり付け合っても仕方がないので、むしろ建設的な意見をぜひともお聞かせいただかないと、今日のシンポジウムは終われないかと思っております。よろしく申し上げます。

浅間さん、お願いします。

浅間 ウチダ和漢薬の浅間でございます。ただ今、お話がございました日本漢方生薬製剤協会が生薬の担当もしてございまして、国内栽培から薬価の話から、全て対応させていただいております。

今日、ご講演いただいた先生方の話は、われわれ業界は真摯に受け止めなければならないということが大前提です。当然、生薬を、これからは先生方の元に安定的に供給していくことが大前提で、これからのお話をさせていただきます。

今のお話にあったとおり、薬価が下がっていった

ということがありますが、これはまさしく、われわれメーカー側が、薬価より安い値段で取引をしてきたことが最大の原因です。全体の薬価の話をしめすと、古くは昭和31年に2生薬、ゲンチアナ末と大黃末が掲載されてから、今239品目の生薬が載っております。薬価の510番です。そして市場実勢価格が導入されたのが、先ほども長谷川先生のグラフでございましたが、平成4年です。このときまでは生薬の薬価は上がってきたのです。まだ市場実勢価格方式ではないですから、生薬の価格は上がってきたのです。

この後、平成4～12年の間に、いわゆるRが15から2に減ったのです。15から2に減った時点では、生薬薬価全体は下がっていませんでした。下げ止まりしていたのです。つまり、15%の値引きの中で取引ができていたので薬価が下がらなかったのです。これがR2になった以降、これでは収まりがつかなくなってしまうと、薬価が下がってきたということです。

時を同じくして、今まで日本の経済の優位性を基に中国の安い物資を調達していた状況が、ここ近年大きく変わってしまったことがあります。いわゆる生薬の価格高騰です。これがより一層、今の不採算を著しいものにしてしまいました。

このようなことがありますから、お話にもありましたとおり、今、業界団体としては、そういったところを非常に真摯に受け止めて、先ほど姜先生がおっしゃいましたが、過去には確かにそういうこともありました。実際に平成22年にも、不採算品再算定を申請しました。このときも東と西で意見が合わずに、結局、東の会社だけで共通できるもので申請しました。結果は通りませんでした。これは、きちんとルール上には載っていましたが、そのときは駄目でした。ですから、そういったことを踏まえて、次の薬価改定には日漢協と日生連が一枚岩で対応していこう、それも1～2品目の不採算品再算定ではなく、数十品目に対して不採算品再算定を上げていこうということで、今、必死に取り組んでおります。それについては今、長谷川先生にも非常にいつもご指導いただいているという形です。

もう一つ、私がここであえて言わせていただきたいのが、実は、私どもが不採算品再算定を出しただけでは、ルール上に乗っ取っていても駄目なのです。

というのは、あそこにもあったとおり、医療上必要のある医薬品がルール上で適用されることになっています。「医療上必要である」ということは、実はわれわれメーカー側から言うことはできません。これは学会様から言っていただきたいということです。実際、不採算品再算定を出すときには、学会の推薦状がないと受け取っていただけないという形です。三瀧先生が先ほどお話しされていたとおり、エキス剤ではできない湯液治療の素晴らしさを、どうか今回の不採算品再算定の申請のときに学会として、もう一度お話をまとめていただいて、文章で何とか要望書としてまとめていただけると、われわれ業界としては非常にありがたく思っています。

たくさんハードルがあるかと思いますが、これからは皆さまとご相談させていただきながら、進みたいと思います。ありがとうございます。

渡辺 学会は毎回、要望を出しているのですが、出していないことは全くないですけれども。

浅間 そのとおりです。今回もお願いいたします。

渡辺 はい。あとは、R2算定方式に代わるものは何か提案できるのですか。例えば、これは工業製品である普通の薬価はいいのだけれども、生薬に関してR2算定方式はなじまないというような提案はありでしょうか。

浅間 直近の問題としては、不採算品再算定でやるしかないのですが、中長期で考えたときには、それ以外の方法はこれから議論しなければならないと思います。特に他の新薬は、化成品でもそうですが、いわゆる後発医薬品、長期収載医薬品は、新薬のただ薬価が下がっていくだけの仕組みとは、また違ったところで、今、議論が始まっているので、生薬もそういったところで議論をすることは可能かと思っております。

渡辺 他にいかがでしょうか。

三瀧先生、お願いします。

三瀧 一言だけ、業界からの要望で学会がという話で、私も学会員なので一言言いますが、そうであるならば、業界からはもっと早い時点で、申請すべき不採算品目の候補一覧などをきちんと出していただかないと、どたばたになってから、急に出されてきても、十分な要望書が出せない。それはわれわれも反省しなければならないことがあります。業界は大いに反省して協力体制を敷いていただかないと、

学会も業界団体から年度末になって、急にぼんと依頼されて、すぐに動けるような問題ではないということです。よろしくお祈りします。

渡辺 ありがとうございます。

では、姜さん。

姜 薬価が下がったのは日生連の販売会社が安売りしたからというお話があるのですが、一部はありますが、当然、仕入れ価格が下がり、中国の輸出価格が下がり、ドルが下がり、円高になって原価が下がってきたから、そういう販売価格で販売してきたのです。いわば一番、正直なのです。一番、正直に薬価をずっと下げてきたのに、今度はとても合わないと言ったときに、不採算部門だと言われるのも少しつらいです。やはり正直者がばかを見るような社会は、非常につらいです。

われわれの業界は弱小ですが、薬価対策などを一生懸命したことがないのです。それが今までの反省点です。メーカーさんのように薬価を維持するために販売価格をきちんと決めて、それ以下では販売しないということをしてこなかった反省は、現在大きく持っております。ですから、安だけでわれわれは薬価を下げたというご指摘もありますが、その一面はないとは言いませんが、正直に価格を設定してきた面もあることをご理解いただきたいと思います。

渡辺 ありがとうございます。

やはり生薬の薬価の仕組みそのものを考える必要がありますね。この間の自民党の議連のときも、要は為替の変動が今はものすごく円安に振れているので、これに対応できるのか。価格の高騰も、姜さんのグラフで分かるように急に起こっているのです。だから急激な変化が2年ごとの薬価の改定で追いつくのかどうか。薬価の制度そのものが、安定した価格設定ができる工業製品と、相場価格の生薬では違うのではないかという議論はいかがでしょうか。制度的な提言のようなものもありだと思えます。これに関しては、長谷川さんから時価ものというか、実勢に合っている歯科材料の例などを挙げて、ご説明いただけますでしょうか。

長谷川 歯科材料の場合は、調べてみましたが、現在ある金なら金、パラジウムならパラジウムの市場価格がありますので、その価格に基づいて材料価格の改定を行うという仕組みがあります。それについては、6ヵ月ごとに改定をすることになっている

のですが、ただ改定をする月に、価格がその価になっていないと、確か5%以上の乖離があった場合に改定をする形になっているかと思えますので、そういう意味では、市場の国際的な相場が5%以上変わっているかどうかによって、変わってくるという仕組みになっています。おまけにプラスアルファとして、材料価格についても材料価格調査があるので、それで2年に1度、実際の取引価格に基づいた改定も行われるというものです。

渡辺 本当に生薬の価格が、この2~3年で5倍ぐらいに高騰したのものもあるので、そういうことを考えると、まさにそういう制度にも乗っかるのかという気がします。

では、どうぞ。このことに関してでしょうか。

小林 そうです。北里大学薬学部的小林と申します。

長谷川先生にお尋ねしたいのですが、先ほど薬価を海外、ジェネリックと日本のものを比較されましたが、生薬の薬価を比較する場合は、やはり同じようなもので比較すべきだと思うのです。例えばドイツだと植物製の医薬品があります。そういうものに特化したときに、その薬価の算出方法がどうなっているとか、薬価の変動がどうなっているとか、そのようなことについてもし調べられていたら教えていただきたいです。

それから、国内の生薬の生産の話が出ましたが、薬価がこの50年ぐらいで5分の1ぐらい、普通の農産物でも、そのくらい下がっているものはほとんどないのではないかと思うのです。先ほど生産価格という話がありましたが、そういう部分と薬価の間の調整のようなものが、もしどこか他の国でされている事例があれば、お教えてください。

渡辺 長谷川さん、資料はありますか。

長谷川 すみません、正直に申し上げまして、生薬についての国際的な比較をしたようなデータは、私は持っておりません。日本国内に流通しているものについては、一応基本的には日本薬局方に基づいたものが多いかと思えますので、日本薬局方は日本で作った基準に適合したものになるかと思えます。ですから、同じものが海外でどのぐらいの価格になるかは、調べれば多分分かるのだと思いますが、そこについては非常に難しいのかと思っています。

小林 同じものというわけではなくて、海外で医

薬品として使われている生薬が、日本と同じものの値段がどうというわけではなくて、その扱いは、日本でも海外でも同じだと思うのです。農作物として使われているものを、生薬として医薬品に使うときの、その薬価の算出方法などがもしあれば、教えていただきたいということだったのです。

長谷川 すみません。そこについては、私は存じておりません。

渡辺 大事なことは、もちろん制度的なものは変えても、結局、口は悪いけれども、安かろう悪かろうを売っている業者だけが笑いが止まらないという状況は、避けなければいけないのです。先ほどの姜さんのスライドを見ていると、日本の生薬栽培が駄目になった理由、もしくは薬価が下がった理由として、薬局方で扱う生薬が変わってきたこともあります。国内生産を増やすための薬局方の見直し、生薬の使い方、もう一つは安心・安全のための基準づくりについて、川原先生からご意見をいただければと思います。

川原 われわれの研究所でも、国内の薬用植物の栽培振興を、やはり一つの大きなテーマとして中心に扱ってしまして、そのためのいろいろな方策を講じているところです。まだ研究段階のものも当然あるのですが、その一つとして、水耕栽培による栽培法の確立があります。

これは、甘草については鹿島建設と千葉大学の共同研究において栽培法が確立しました。しかし、まだそれを生産に持っていくには、やはりできたものの金額の問題、あるいは、先ほど姜先生がおっしゃっていたように、薬用植物の場合は、野生品が基本であって、栽培品でもかなり質が違ってくるという前提があるので、水耕栽培をした場合には、さらに品質が変わってくる可能性があります。当然、薬局方の規格はクリアしていることは確認していますが、それ以上の科学的同等性、生物学的同等性も今後、評価していかないとはいけません。そういうエビデンスを出した上で初めて、局方品、あるいは患者の皆さんに使っていただけるものができるものだろうと考えていまして、現在、厚生労働省の研究費の支援の下に研究を行っている次第です。

ですから、そういうエビデンスができてきた上においては、今回お集まりいただいた臨床の先生方にも、ぜひそういったものを使っていただいて、評価

をしていただく、それで本当にいいものであれば、水耕栽培の場合には、かなり品質の安定したものができますし、今、問題になっている、例えば重金属や農薬などの汚染に関する心配がほとんどありません。そういう点では安心・安全を確保することが可能となりますが、価格はどうしても高くなります。しかし、これからの日本国内で薬用植物を確保していく点では、非常に大きな一つのファクターになるのではないかと考えています。

さらに、うちは北海道にも研究部がありまして、そちらでは大規模の栽培法、いろいろな既存の農業機器を使って、それを薬用植物栽培に生かしていく方法も検討しています。当然、栽培がまとめて機械化できればコストも下がりますので、そういう方法も模索しながら、また業界の方々や臨床の方々と協力しながら、より良い国内栽培を進めていければと考えておりますので、ご協力をいただければ幸いです。

渡辺 薬局方の中の指標成分は二つ決められていて、ある程度、幅があるのですが、今の半夏にしても、特許品からだんだん質が落ちているのは、恐らく品質の幅の上の方だったものが、だんだん局方の規準ぎりぎりになっている。要は、いい生薬、いい治療のためには、もう少し基準など、いろいろなものを見直す必要があるのではないかと考えているのですが、それはいかがでしょうか。

川原 ただ、やはり特に臨床をされている先生方が実感としてあるのは、姜先生のお話でもありましたように、要するに良い生薬は、その中に入っている成分のバランスの問題が非常に大きくて、ある特定の成分が高ければいい生薬かということ、必ずしもそういうことではありません。やはりいろいろな成分のバランスの上に、同じ生薬でも、先ほど大黃の例でもあったように、ただセンノシドの含量が高ければいいというものでもありませんし、やはり症状、あるいは処方にあった、それに見合う生薬が必要で、かつ、そういうものが、いわゆる良い生薬と言えるのではないかと考えています。

その点では今後、局方の規格を設定する上でも、いろいろな見地から判断をして、もちろん規格設定を一つするに当たっても、業界の方々に協力を得ながら、かなりたくさんの市場品を収集して、実測データを取ると、非常に息の長い仕事になります。

そういう大変さは当然あるのですが、ただ今後は、そういうことも含めて一つ一つ問題に取り組んでいかないと、本当にこれから漢方、生薬業界は非常に厳しい状況にあります。逆にそれを一つのチャンスと捉えて、より良い方向に進めていくために、業界、そして官民が本当に共同で進めていく必要があるのではないかと考えております。

渡辺 ありがとうございます。

さて、時間もだいぶ押していますので、あとお二方、下田先生はR2方式はやはり限界だというご意見だったのですが、何か追加はございますか。

下田 以前から訴えていたのが、新薬と生薬の薬価制度の在り方を同等に扱うこと自体、当然無理があることなので、それを野放しにしてきた生薬業界の責任がやはり大きいのではないかと思います。私たちは薬局で現場なので、不採算、採算はどうしても考えてしまいます。そうなると、現状のままですと、今後どれだけ生薬の調剤を続けられるかは、今の多くの薬局さんが同じように思っているのではないかと思います。

これという方策はないのですが、やはり早急に取り組まないといけないことは確かだと思えます。

渡辺 ありがとうございます。

では、手を挙げられた方がいらっしゃいますので手短にどうぞ。

高橋 大阪大学の高橋（京子）と申します。

私は今、いい生薬を作っていらっしゃる奈良県さんなど、そういう栽培育成のところのご相談に乗っている者なのですが、生薬は薬だけではなくて、食品などのジャンルと絡んでいるので、薬事局方以外に、専ら医薬品、あるいは明らか食品というくくりが入っています。生産者の方はかなり高齢化していて、お話を伺うと、その規格に合わないものを換金できない、それを他に食品として回すのにも、あーいった基準が入ってくるというご苦勞を伺っています。特に、第6次産業や、地域連携をして何かそちらの経済的な対策をといるところに、そこが大きく関わってまいります。こういうところを、今の専ら医薬品等の基準を作っているのは厚労省さんかと思うのですが、そういうことを今後、考慮していただきたいです。

それから先ほど長谷川先生が、農水省などともいろいろ情報交換を始めていらっしゃいますとおっしゃって

ました。実際、これは栽培の農水省が経済的なところと、かなり他部局といろいろな情報交換を連携していただかなければ難しい問題かと思いつつ、それが進んでいることを喜んでおります。どうぞよろしくお願いいたします。

渡辺 ありがとうございます。

薬食区分の問題はまた別問題で、これは本当に薬事法によってころころ変わって、だいぶ業者は困っているの、この問題は少し置いておきたいと思えます。

ではもうひとかた。その後で最後に増田さん、メディアの立場でご意見をいただきますのでよろしくお願い致します。

まず先に鳥居塚先生、どうぞ。

鳥居塚 昭和大学の鳥居塚です。今日はいろいろとシンポジウムを聞かせていただき、ありがとうございました。また、フロアからもいろいろな説明もあって、いろいろなところでの事情というか、問題があるのかと思いました。

ただ、われわれがここに集まったのは、やはり漢方が好きですし、それを日本の医療システムの中でしっかりやっていきたい、それが国民やわれわれの健康維持のためにいい医療システムだということであろうと思っております。本当に足腰が強い形での漢方医療を継続していきたいと思っております。

気になって一言だけ申し上げたかったのは、今は85%ぐらいが中国からの輸入に頼っていると、中国の後には、国家戦略として中薬を出していかうと思っており、ISOなどに私どもは関わっています。川原先生もご努力されていますが、ワーキンググループ2あるいは1では、ISOの中では標準化していかうという状況になってきています。その先を考えると、ISOの登録票を付けていって、それで生薬を販売、あるいは国際的に流通される形にでもなろうかと思えます。

その辺の対策も見据えて、先ほど渡辺先生、川原先生、それから各先生方もおっしゃいましたが、産官学、日本の医療システムをきちんとしていく形で一丸になってやっていくところが、方向性としては必要なかと思えます。先ほど渡辺先生が、ここでのフロアでは次のステップや方策を考えていかなくはないとお話しになりましたが、私も全く賛成です。そのような方向で皆さん協力してやってい

くのが、日本の医療崩壊にならないで、われわれもしっかり、いろいろな形でやっていけることになるのではないかと考えております。どうもありがとうございました。

渡辺 ありがとうございます。

まとめを取られてしまった感があります。まさに昨年のシンポジウムのまとめとして、産官学の賢人会のようなものを作るべき、という結論だったのですが、実現できませんでした。

国に丸投げは悪しき習慣なのだと思うのです。国からは、現場の声としては、どうしてほしいのだと求められているので、われわれが、もしくは官にも入ってもらって、どうすればどう解決するのか、いろいろな立場の人が自分のことしか考えないで発言するから、全然まとまらないのです。ですから、やはりもっと大きな視点で、そういうさまざまな立場の人が集まる協議会をつくる。官主導でやってもらうのか、学会主導でやるのか、またご相談させていただければと思いますが、いずれにしても、そのような取り組みは必要かと思えます。

鳥居塚先生、ありがとうございます。まさに最後に私がまとめようと思ったことなのですが、本当に見失ってはいけないのは、やはり質を担保した生薬治療の維持、発展で、そこにあるのは患者さんだということです。

今日の議論を踏まえて、一般の方を代表して、最後に増田さんからご発言いただければと思います。

増田 渡辺先生、ご指名いただきありがとうございます。

初めまして、女性医療ジャーナリストの増田美加と申します。私は女性の医療、もちろん女性だけではなく医療全体についてなのですが、私が女性ということもあり、特に女性医療、女性が健康の核になるという立場から、二十数年記事を書いてまいりました。私自身も30代の不妊治療から、7年前の乳がん罹患して、漢方には非常にお世話になってまいりました。そういう意味で患者の立場でもあり、また少し客観的に医療の情報を伝えるというジャーナリストの立場でもありという状況なのですが、この春、NPO法人「みんなの漢方」という患者のユーザーの会を立ち上げました。漢方を使っている患者の立場の会です。こういう患者の声を、ぜひ薬価というか、漢方医療の中にも取り入れて聞いていただ

きたいという思いも一部あり、まだ立ち上がったばかりの会ですが、これから患者さんの声を集めて、患者がどのように漢方医療を利用したいと思っているか、そして薬価が上がっていくことで、どういう影響があるのかという話も、アンケート調査を通じて集めたいと思っています。

これは今、先生方のお話を伺った私見なのですが、もちろん薬価は安い方が、私たち患者にとってはありがたいです。でも、薬価が下がることだけではなく、例えば仮に薬価が上がったとしても、そうではない状況で、患者のメリットがある、医療メリットがあるような提供をしていただければ、患者としては満足できる部分もあるのではないかと。薬価として小さい視野で見るとはならず、今、渡辺先生がおっしゃってくださったように、東洋医学は、大きな視点で人間を見る医学だと思いますので、大きな視点で医療全体の中で患者のメリットを考え、そして薬価がどうなるのかを考えていただけたら、大変ありがたいと思っております。ありがとうございます。

渡辺 どうもありがとうございました。

なかなか議論は尽きないと思いますが、結果的には昨年と同じまとめになってしまうのですが、いろいろな立場の人が自由に意見を出し合える協議会を作ることから始めるしかないと思います。産学だけで連携すると、どうしても癒着ではないかと思われるので、われわれ学会としても産業界とは少し距離を置いてきたところがございます。だから、そこを市民の声、もしくは官に入ってもらって、やはり本当に安倍政権の下で成長戦略の中の一つになれるよう、「攻めの農業」とも絡めて、大きな産業になるような仕組みづくりを、他人任せにではなくて、自分たちで考えることが必要でしょう。官に任せて去年から進歩がないではないかということがなく、われわれが考える。

最後に予告ですが、来年もう1回、佐藤弘次期総会会頭から、生薬のシンポジウムをやれと仰せつかっております。佐橋先生が、全くこの1年、進歩がないと、また来年も怒らないように、これからの1年は大きな進捗、動きにつなげたいと思いますので、この議論はここで終わりにしますが、引き続き皆さま、ご協力をお願いいたします。どうもありがとうございました。