

京都大学大学院薬学研究科 医薬産業政策学講座

当教室は日本製薬工業会の寄付により2012年4月より発足しました。

教授 柿原浩明、准教授 井深陽子、助教 馬欣欣、博士研究員 瓜生原葉子の4名のスタッフで運営されています。柿原は静岡薬科大学中退後、京都府立医科大学、同大学院、京都大学経済学研究科を経て立命館大学経済学部教授を経て着任いたしました、消化器内視鏡学会専門医でもあります。井深は慶應義塾大学を経てラトガース大学で経済学のPhD取得し一橋大学を経て着任いたしました。馬は中国医科大学(旧満州医大)を卒業後、中国で内科医をした後来日し、慶應義塾大学で経済学博士号取得し着任いたしました。瓜生原は静岡薬科大学卒業後、外資系製薬企業勤務を経て神戸大学にて経営学博士号取得し着任いたしました。このように、バラエティに富んだ優秀なメンバーが着任していただいたことを誇りに思っております。



柿原 浩明 (京都大学大学院薬学研究科 医薬産業政策学講座 教授)

講座の特徴

2011年度国家予算において、国債償還、地方交付税交付金以外の一般歳出において社会保障関係費が初めて半分を超えた。高齢者の増加が著しいため、一人当たりでは高福祉とはいえないが、総額では国家予算を圧迫する額になってしまう。今後も高齢化は進展し、社会保障予算は増大するが、その割合ではGDPが増加しないため、歳出削減圧力がかなり増加していくことが予想される。そこで医療費・薬剤費の合理的なあり方を医療提供者側は提言していく必要がある。

日本においては医療費抑制策が長年続き、ジェネリック推進もその一環であり、その原因は何かを考えてみる必要がある。

1981年「増税なき財政再建」がスローガンの行政改革が行われ、臨時行政調査会・土光敏夫会長は国民負担率をピークでも50%以下に抑えるという、経済学的にあまり根拠のない目標を設定したことにあつた。また1982年7月にまとめた「行政改革に関する第三次答申—基本答申」の中で、「社会保障」の「医療費適正化と医療保険制度の合理化等」の項の「医療供給の合理化」の2番目に「医療従事者について、将来の

需給バランスを見通しつつ、適切な養成に努める。特に、医師については過剰を招かないよう合理的な医師養成計画を樹立する」と提言した^{*1)}。現在医師不足となっているのは、これを受けて同年9月に、医師数抑制が閣議決定され、1984年5月に「将来の医師需給検討委員会」が設置され、国立大学を中心に医学部定員を減少させ、新設を認めてこなかったからである。これらはすべて医療費抑制政策の結果である。

めざしの土光さんと国民に親しまれた、人格高邁な人物であり、電電公社、国鉄等の民営化も行い、それらは成功例として評価されている。しかしながら国民負担率に関して経済学的な考察があまりなされないまま、少子高齢化社会の先頭を走るようになり社会構造が一変したにもかかわらず、金科玉条のごとく死守してきたのが、日本の低医療費の最大の原因であると思われる。

それに加えて、行政改革に関する答申の医療版のような、当時の厚生省保険局長吉村仁による医療費亡国論が1983年に発表されたことなどが、日本が小さな政府を選択し、その結果として医療費を抑制してきた原因である。

医療費亡国論が医療費を抑制してきたのではなく、あくまで政府による臨時行政調査会の行った答申が

出発点であり、また医療費亡国論もその答申に沿った論文である。厚生省の局長も政府・官僚組織の一構成員であり、その個人的意見に政府が従ったというのは逆であり、政府の方針に沿った医療版の論文を発表したと考える方が自然であり、また内容的にもそうである。

しかしながら吉村自身は慢性肝炎の病身にあり、身を賭して改革に当たり、当時としては誤りとはいえない面があったと思われる。何が間違っていたかといえば、時代や社会が変化すれば、それに応じて最適な解は変化するという当たり前のことが、その後を考え直されず、いつまでも金科玉条のごとく硬直的に考えられてきたということだと思われる。

以上が日本の医療費抑制策が続いた原因の考察とその対策であるが、それを踏まえて、以下の問題について考えてみたい。

近年ジェネリック推進が国策のようにになっているが、付加価値生産性を踏まえた経済全体に与える影響を検討する必要があると思われる。日本においても、ジェネリック業界ではイスラエルのテバ系列が最大になり、インドの企業の傘下に入ったジェネリックメーカーや第一三共もジェネリックではインドのランバクシーを買収した。インドでもできることを行うということは、日本の付加価値生産性がインドに近づいていくということであり、ということは従業員の給料もインドに近づいていくことである。このことを経済学では「要素価格均等化の定理」

また「ストルパー＝サミュエルソンの定理」ともいう。従業員の給与がインドに近づいていった場合、それをよしとするのかどうか。多くの人は耐え難いと思うであろう。また現状の賃金格差のままでは経済を維持できないのは明白で、より高付加価値生産性の分野に進出していくしかなく、その有望分野の一つが新薬の製薬業である。

近未来では、インドや中国で新薬が開発され、信頼できる臨床治験が行われる可能性は低く、液晶や自動車に比べ比較優位は保たれており、日本の進む道ではないかと思われる。また産業政策・産業育成は一般に思われているほど効果はなく、日本の強い分野であるゲームやアニメも産業育成されたわけではない。しかし製薬業については、安全性のための社会的規制が多く、できる限りの審査迅速化など、それをうまく運用することで産業育成できる可能性がある。以上のことを基本的方針として研究に当たっていくのがこの講座の特徴であると考えている。

具体的な研究テーマとして

- 日本で創薬を盛んにして、外資系製薬企業も日本に研究拠点をもちたくなるような政策
 - 先発薬と後発薬はどう棲み分けていくべきなのか？
- これらからスタートしていきたいと考えております。

※1) 二木 立：医療改革と財源選択、勁草書房、東京、2009