

# 政策研ニュース No.14

OPIR Views and Actions

2004年7月

## 目次

### Points of View

意識調査から見た病気による患者行動の違い

医薬産業政策研究所 主任研究員 野林 晴彦  
医薬産業政策研究所 主任研究員 藤原 尚也..... 1

治験参加患者を対象とした意識調査

医薬産業政策研究所 主任研究員 安積 織衛  
医薬産業政策研究所 主任研究員 小野塚修二..... 4

### Topics

医療用医薬品市場の将来予測 医薬産業政策研究所 主任研究員 榎 貴仁..... 8  
英国のバイオテクノロジー振興政策 医薬産業政策研究所 主任研究員 森下 芳和.....10  
平成15年度決算における3つの特徴 医薬産業政策研究所 主任研究員 山本 光昭.....12

### 研究紹介

公的医療保険制度が「医療アクセスの公平性」に及ぼす影響  
- パネル分析とカクワニ指数を用いた分析 -

学習院大学経済学部 教授 遠藤 久夫  
医薬産業政策研究所 主任研究員 藤原 尚也.....15

### 政策研だより

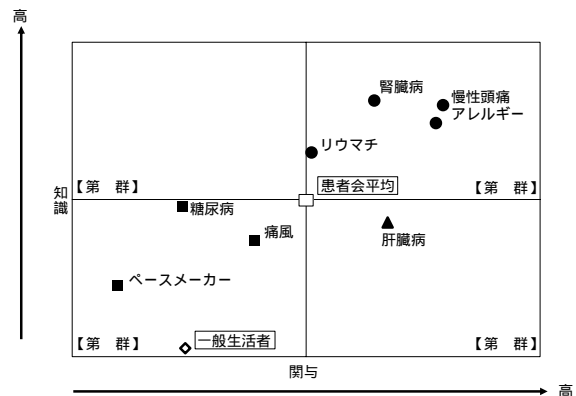
主な活動状況(2004年2月~2004年6月).....18  
レポート・論文紹介(2004年2月~).....19  
OPIRメンバー紹介、編集後記.....20

## 意識調査から見た病気による患者行動の違い

医薬産業政策研究所 主任研究員 野林 晴彦  
 医薬産業政策研究所 主任研究員 藤原 尚也

前号およびリサーチペーパー No.17<sup>1)</sup>にて、医療消費者（患者と一般生活者）の病気や薬への関与と知識、コミュニケーションについての調査結果から、患者会の患者の方が一般生活者よりも医療に積極的に関与<sup>2)</sup>し、知識を有していることを述べた。本稿では、医療への関与や知識、医師とのコミュニケーションといった患者行動に、病気による相違があるのかを分析することとしたい。

図1 病気ごとの関与と知識



病気によって異なる関与と知識の度合い

調査協力を得た8つの患者会<sup>3)</sup>（各53～145名、計718名）ごとに、関与と知識の平均値を算出し、横軸に関与、縦軸に知識をとって図示した（図1<sup>4)</sup>）。なお中線は患者会合計の平均値である。

まず、一般生活者に比べこれらの病気を持っている患者は、総じて関与および知識が高いことが分かる。次に、病気ごとに見てみると、図1の第I群に属するのは、慢性頭痛、アレルギー、腎臓病、リウマチである。第I群は関与・知識ともに患者会平均より高いスコアを示すグループである。また、左上の第II群は、関与はそれほど高くないが、知識が患者会平均より高いグループである。この第II群に属する病気はなかった。第III群には、糖尿病、痛風、ペースメーカー<sup>5)</sup>が属している。

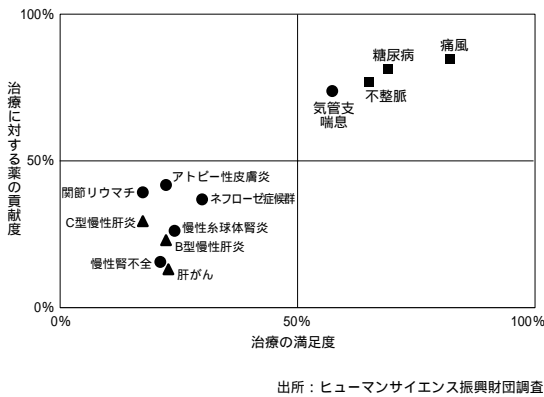
この第III群は関与も知識も、平均と比べるとそれほど高くないグループである。最後に右下の第IV群で、肝臓病が含まれる。関与はより高いが、知識は平均と比べるとそれほど高くないグループである。以上により、患者の関与と知識の度合いは、病気によって相違があることが明らかとなった。

関与と知識が異なる理由

このように病気による違いが生じるのはなぜであろうか。ここで、2000年のヒューマンサイエンス振興財団の調査「治療満足度と薬の貢献度」<sup>6)</sup>と対比をしてみることにしよう。この調査から上記8つの病気に相当する病気のみを選んで図2に示

1) 医薬産業政策研究所「意識調査に基づく医療消費者のエンパワーメントのあり方」リサーチペーパー No.17(2004年5月)  
 2) 関与とは以下の5問に対する回答から判断した(「自分の健康は自分で管理したい」「ある程度費用は高くてもよい治療を受けた」「病気に関する情報を積極的に集めたい」「薬に関する情報を積極的に集めたい」「様々な薬を比較検討したい」)  
 3) 全国腎臓病協議会、全国慢性頭痛友の会、痛風友の会、日本アレルギー友の会、日本肝臓病患者団体協議会、日本心臓ペースメーカー友の会、日本糖尿病協会、日本リウマチ友の会  
 4) 以下、図2を除きリサーチペーパー No.17のデータを元に作成。  
 5) ペースメーカーの患者は不整脈をもっている。  
 6) 財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団「平成12年度(2000)国内基盤技術調査報告書」

図2 治療の満足度と薬の貢献度



した。それぞれ50%を中線として、4つのボックスに分けている。図1「病気ごとの関与と知識」で第Ⅰ群に属する病気（印）がどこにあるかを見てみると、治療の満足度、薬の貢献度ともに低い左下のボックスにほとんどの病気が含まれている。また、第Ⅲ群に属する病気（印）は、治療の満足度、薬の貢献度ともに高い右上のボックスに含まれていることが分かる。第Ⅳ群に属する肝臓病（印）は、治療の満足度、薬の貢献度ともに低い左下のボックスに含まれている。

このように、2つのグラフ（図1、図2）の間には以下に述べる関係が読みとれる<sup>7)</sup>。すなわち、治療の満足度・薬の貢献度が相対的に低い病気は、新しい治療へのニーズが高く、患者はより積極的に医療に関わり、情報収集などを行い、知識を取得していると推察される。一方、図2で治療の満足度・薬の貢献度が高い病気では、患者にとって治療の満足度が高い<sup>8)</sup>ため、相対的に新しい治療へのニーズが低く、関与・知識ともに前者ほど高くないことが考えられる。

また、医療への関与・知識の違いは、治療の満足度や薬の貢献度以外に、病気の特長にも影響されることが各患者会へのインタビューでうかがえた。例えば、肝臓病では、関与は高いにもかかわらず知識は平均と比べるとそれほど高くないが、

これは患者の平均年齢が高いことや病気自体の難しさが影響していると思われる。また、痛風では、確立された治療方法があり、かつ限られた薬が長期間処方されることが、関与がそれほど高くない理由として推測される。腎臓病では、知識が高い理由のひとつとして、週2～3回の透析実施時に行われる患者同士の情報交換が考えられる。さらに、多くの患者会で、自覚症状の有無や病気の重篤度の違いにより、患者行動が異なってくるものが指摘されている。

### 関与・知識の違いとコミュニケーション

それでは、病気による関与と知識の違いが、医師とのコミュニケーションにどのような影響を与えているのであろうか。ここで、「医師に薬について質問するか」「医師に薬に関する依頼をするか」

図3 医師に薬について質問するか

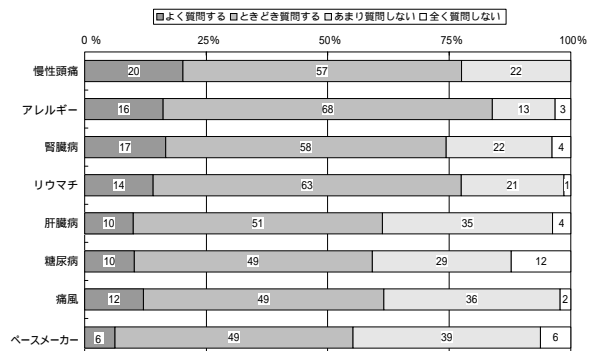
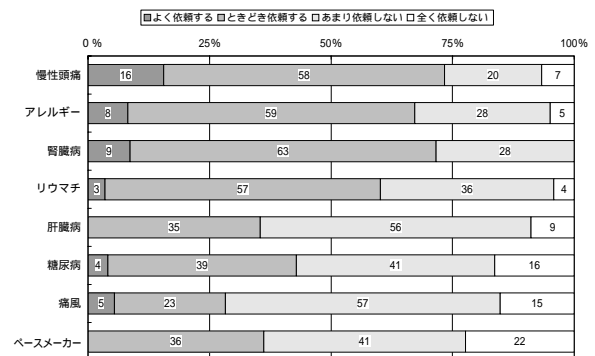


図4 医師に薬に関する依頼をするか



7) ヒューマンサイエンス振興財団の調査「治療の満足度と薬の貢献度」(1999年実施)は医師を対象としているのに対し今回のリサーチペーパーでの調査(2003年実施)は患者を対象としている。調査対象と実施時期が異なっていることに留意する必要がある。

8) 医師の「治療の満足度」は治療の完成度を表すと考えられるので、患者にとっても受けた「治療の満足度」につながると捉えている。

を見てみると、図3、4のようになる。

まず、関与・知識が平均より高い慢性頭痛、アレルギー、腎臓病、リウマチは、薬に関して質問や依頼を行うなど、医師と積極的にコミュニケーションをとっていることが分かる。治療の満足度が低いこれらの病気の患者は、医師に質問し、より詳細な情報を収集するとともに、自ら収集した情報をもとに、薬の変更や新しい薬の処方などを医師に依頼していることが推察できる。

一方、関与・知識とも相対的にあまり高くない糖尿病、痛風、ペースメーカー、関与は高いが知識はそれほど高くない肝臓病では、薬についての質問や薬の依頼も他の4つの病気に比べると少ない。薬について質問をしない理由について見てみると、図5に示した通り、肝臓病、糖尿病、痛風、ペースメーカーは「薬は全て医師に任せているから」「医師が薬について十分に説明してくれるから」という理由が多い。

病気による患者行動の違いを考慮した対応を

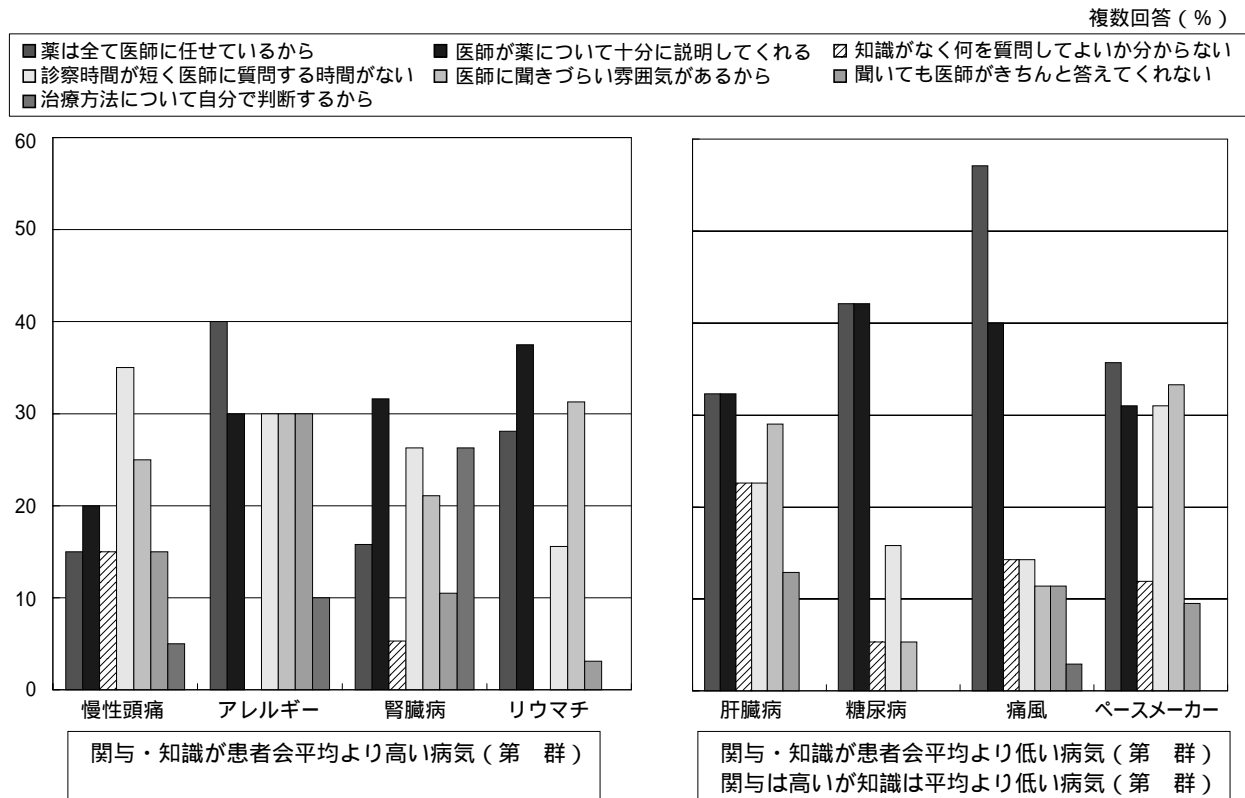
リサーチペーパー No .17において、「患者中心の

医療」の実現には医療消費者のエンパワーメントが必要であり、そのための3つの促進策を述べた。

- 1 . 医療消費者の自立
- 2 . 医療消費者のヘルスリテラシー（医療を理解する能力）の向上
- 3 . 医療消費者と医療従事者との情報共有と相互信頼をベースにした信頼関係の構築

今回の分析結果から、患者の医療への関与や知識、医師とのコミュニケーションが、病気の種類によって異なることが明らかとなった。したがって、上記の医療消費者のエンパワーメント促進においても、病気による患者行動の違いを考慮した対応が求められると言えよう。医療従事者は、病気によって患者の関与や知識が異なることを認識した上で、コミュニケーションを良好に行うよう心がける必要がある。また、製薬産業を含めた各関係者は、患者のヘルスリテラシー（医療を理解する能力）の向上に向け、患者の多様性を考慮し、それぞれのニーズに応じた情報を、適した方法で提供することが重要である。

図5 医師に薬についての質問をしない理由



## 治験参加患者を対象とした意識調査

医薬産業政策研究所 主任研究員 安積 織衛  
主任研究員 小野塚修二

治験の迅速化と質の向上を図り、国際的に魅力ある治験環境を実現するために2003年4月に策定された全国治験活性化3カ年計画には、治験のネットワーク化の推進、医療機関の治験実施体制の充実等の施策が数多く盛り込まれている<sup>1)</sup>。

しかしながら、国内の治験が活性化するためには、患者の視点からの治験の問題点や課題を把握し、改善していくことが必要といえる。治験には患者の理解と協力が不可欠であり、治験をより良いものにするためには、実際に参加した患者の意見を反映させる努力が欠かせないからである。

そこで、患者の視点から治験の現状を把握すべく実施した「治験参加患者を対象とした意識調査」では、283名から回答が得られ、その結果は以下のように、今後の治験環境の改善のために、示唆に富んだ内容となっている。

### 効果への期待と納得できる説明が参加の理由

患者はどのような理由から治験への参加を決めているのであろうか。

参加を決断した理由について尋ねたところ、90.1%の患者が「自分の病気が良くなることへの期待」をあげていた。また「治験コーディネーターからの説明に納得できた(52.7%)」、「医師からの説明に納得できた(49.8%)」も高い割合になっていた。

治験参加の決断にあたって、「自分の病気が良くなることへの期待」が最大の理由であるのは当然のことといえるが、同時に治験の内容について十分に説明を受け、その説明に納得できることも重要な要素であることが分かる。

全体的に治験に対して良い印象を持っている

実際に治験に参加してみて、患者は治験に対してどのような印象を持つのであろうか。

参加しての印象を尋ねたところ、「良かった」が80.2%、「どちらともいえない」が18.0%、「良くなかった」もしくは「後悔している」が1.8%となっており(図1)大半の患者が良い印象を持っている。また、治験参加前後での治験に対するイメージの変化として「良くなった」が68.9%にのぼり、「悪くなった」は1.4%にとどまっていた。このことから、治験を経験することで、治験に対するイメージが改善する様子が見えてくる。

さらに、将来もう一度治験に参加する機会が来た場合に参加するかについては、「参加する」もしくは「治験の内容によっては参加する」が合わせて94.3%に達し、「参加するつもりはない」は3.9%にとどまっていた(図2)。再度の治験参加についても総じて肯定的であり、治験に対して良い印象を持っているという前述の結果と符合している。

医療への貢献に治験の意義を感じている

治験の良い点を回答してもらったところ、「新しい治療法が生まれること(76.7%)」、「新薬の開発に貢献できること(74.2%)」、「医療の進歩に貢献できること(64.0%)」が高い割合であげられていた(図3)。治験の意義について、「インフォームドコンセント(納得した医療)が確実にできること(41.3%)」、「いつもより手厚い医療が受けられること(31.1%)」といった理由よりも、患者は医療への貢献といった観点から捉えていることがうかがえ興味深い。

図1 治験に参加しての印象

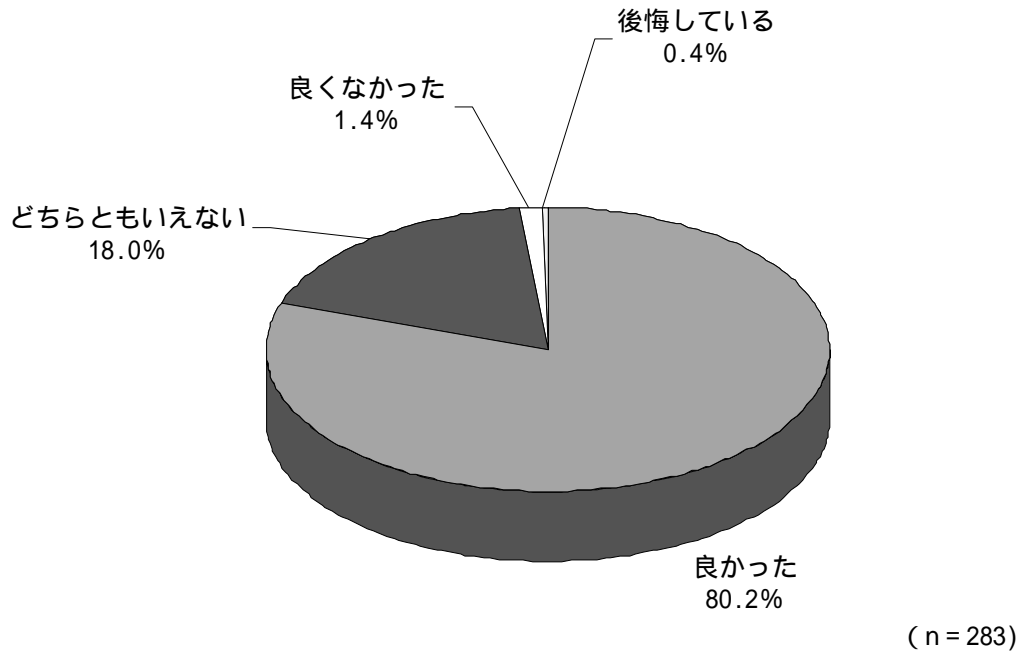
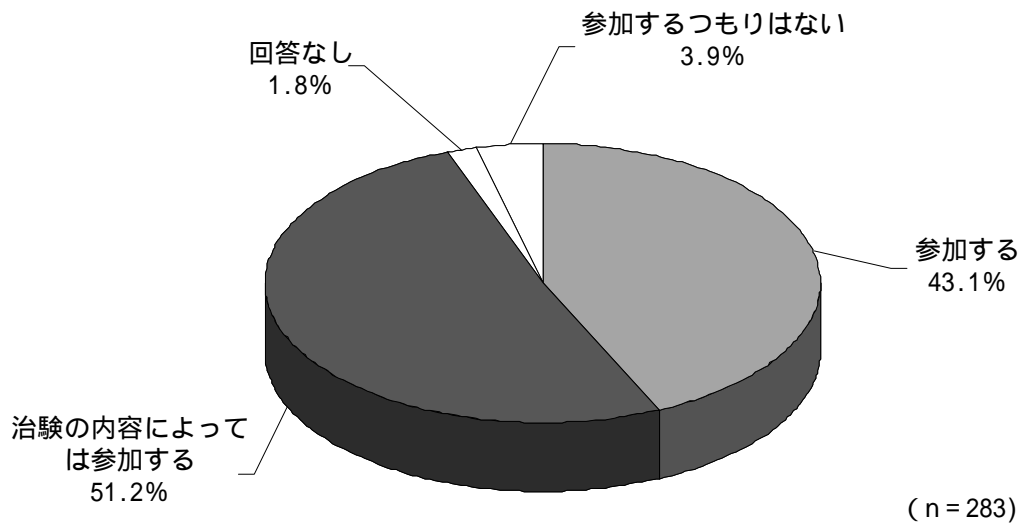


図2 再度の治験参加の可能性



治験参加中には少なからず負担を感じている

治験に対して総じて前向きな印象を持っていることが明らかとなったが、問題点や改善すべき点も残されている。

治験参加中に不安や不便を感じたことがあったかを尋ねた設問では、「あった」という患者は283名中157名(55.5%)と過半数を占めた。この157名に経験した不安や不便の内容について尋ねたところ、「副作用のこと(54.8%)」、「治験薬の効果のこと(52.9%)」といった治験薬に係わる項目が最も多かった(図4)。治験薬は承認が得られていない段階のものであることから不安を完全に払拭しきれないものと推測されるが、医師や治験コーディネーターといった関係者の患者への対応の仕方によって、このような不安を軽減することは可能であると考えられる。

次いで「他の薬が使えないこと(21.0%)」、「来院、検査などのスケジュールが面倒なこと(20.4%)」、「守らなければならないことが多いこと(19.1%)」など治験に参加することによって生じる制約が挙げられており(図4)治験参加中に患者は少なからず負担を感じていることがうかがえる。治験に携わる関係者はこのことをよく認識し、患者意識の個人差も踏まえたまめ細かな対応に努めることが必要であろう。

治験は一般にもっと知られるべきと考えている

治験はどの程度知られているのであろうか。

治験に参加する以前から治験について知っていたかを尋ねた結果、「知っていた」患者は283名中150名(53.0%)であった。医療機関を受診しているということから、一般の人々よりも治験について知る機会が多いと考えられるが、認知度は約半分にとどまっていた。

また、一般の人々にどの程度知られていると思うかを尋ねた設問では、「よく知られている」との回答は0.4%にとどまり、「ほとんど知られていない」が64.0%を占めていた。さらに、一般の人々に治験はもっと知られるべきだと思うかについて

尋ねたところ、「知られるべきだと思う」とした回答が88.7%にのぼった。治験の一般的な認知度は低いと認識しており、治験が一般の人々にもっと知られるべきであると考えていることが示された。

治験に対する一般の認識・理解の促進を

治験が一般の人々にあまり知られていないことは、他の調査でも示されている。日本製薬工業協会の広報委員会が2002年7月に一般生活者を対象として実施した意識調査では、「治験をある程度知っている」、「治験という言葉は知っている」とした回答はそれぞれ17.5%、25.0%で、「ほとんど知らない」との回答が57.5%と過半数を占めていた<sup>2)</sup>。

治験に参加してもらうためには、まず治験のことを知ってもらわなければならない。治験活性化のための様々な施策が立てられているものの、未だ治験が一般に浸透しているとは言い難い。治験の更なる活性化を実現するために、関係機関、関係団体、マスコミ等が連携した更なる取り組みが待たれる。

実際に治験に参加した患者は総じて治験に対して良い印象を持っていた。また、治験の意義として多くの患者が医療への貢献をあげていた。新薬創出に欠かせないプロセスである治験は医療へ貢献できる場でもあるという認識が広く浸透し、理解されることが、治験の一層の活性化につながると期待される。

1) 全国治験活性化3ヵ年計画：文部科学省・厚生労働省、2003年4月30日

2) 第3回くすりと製薬産業に関する生活者意識調査調査結果報告書：日本製薬工業協会広報委員会、2002年10月

本研究の詳細については、リサーチペーパーNo.18「治験参加患者を対象とした意識調査」として5月に公表している。

図3 治験の良い点

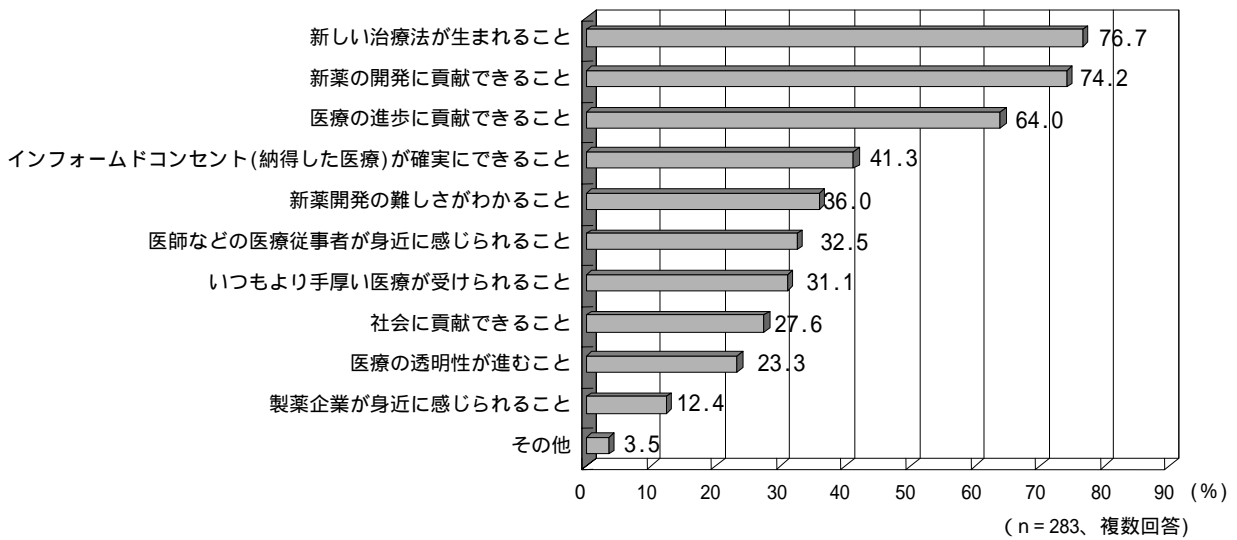
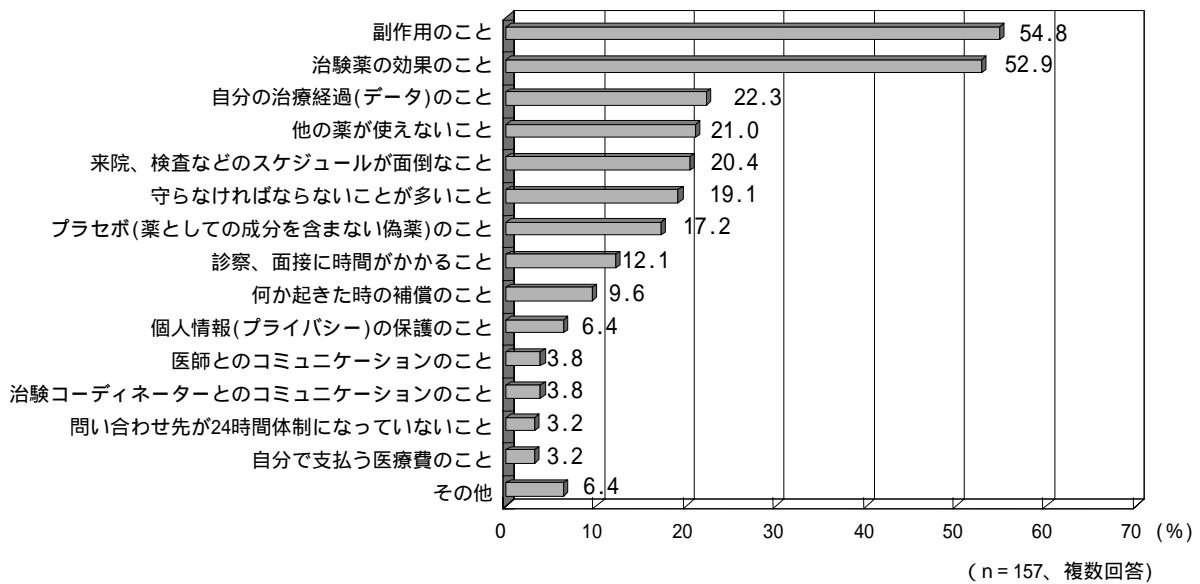


図4 治験中の不安や不便





## 医療用医薬品市場の将来予測

医薬産業政策研究所 主任研究員 櫛 貴仁

医療用医薬品市場は今後どのような推移を辿るのであろうか。高齢化、新薬の上市により市場の拡大を予測する見方がある一方で、継続的な薬価引下げにより、市場はあまり拡大しないという見方もある。厚生労働省は、将来の医療費について推計結果を発表しているが、医薬品市場（薬剤費）については特に予測を発表していない。そこで今回、いくつかの前提をもとに将来の医薬品市場の推計を試みた。

### 推計方法

「平成13年度社会医療診療行為別調査」の診療件数および1件あたりの点数をベースに将来の診療件数、点数を推計し、これらに乗じることで医療費・薬剤費の将来値を求めた。なお、将来の人口構成の変化を反映させるため、5歳刻みの年齢階層毎に入院・入院外に分けて推計を行っている。具体的な方法については以下の通りである。

#### 1. 診療件数

将来の診療件数の推計では、将来人口と人口あたりの件数（受診率）を考慮している。将来人口については、「日本の推計人口 平成14年1月」の中位推計を使用した。受診率は、過去の平均変化率が継続するものとしたが、この場合厚生労働省が毎年発表しているMEDIASのデータから1994年から2001年の年平均変化率（入院 - 0.2%、入院外 + 1.4%）を算出し使用した（社会医療診療行為別調査では、調査対象が途中で変化しているため受診率の変化を捉えられない）。

#### 2. 1件あたり点数の変化

1件あたり点数の変化は、薬価改定による影響

と、新薬の上市等のその他の影響に分けられる。薬価改定については今後も2年に1度行われるものとし、改定率は - 5.0%（後発品 - 10.0%）とした。薬価改定以外の影響については、新薬1剤あたりの上市による影響度を推定し、また伸長傾向にある後発品の影響を加味したモデルを作成した。今後の新薬の上市数については現状維持のケース（基本シナリオ）と初回治験開始届数から予測した将来の新薬上市数を使用したケース（外挿シナリオ）の2通りで推計を行った。

薬剤費以外の医療費についても、過去の平均伸長率を用いて計算し、医療費の将来推計値を算出した。診療報酬改定率は + 2.0%（2年に1度実施）としている。

#### 3. 国民医療費水準への換算

これらのデータより算出した結果は、社会医療診療行為別調査の対象範囲での数値であるため、患者自己負担分等を含めた国民医療費の水準に換算する必要がある。そこで「平成13年度社会医療診療行為別調査」、「平成13年度国民医療費」より拡大係数を算出し、乗じることで国民医療費ベースの薬剤費に換算している。

### 推計結果

図1、2の通り、基本シナリオでは医薬品市場は緩やかに拡大するが、外挿シナリオでは、市場は今後ほとんど増加しないという結果となっている。また、前提とした薬価、診療報酬改定率のもとでは、医療費の伸びが薬剤費の伸びを大きく上回るため、薬剤費比率は低下し続けることとなる。

図1 推計結果（基本シナリオ）

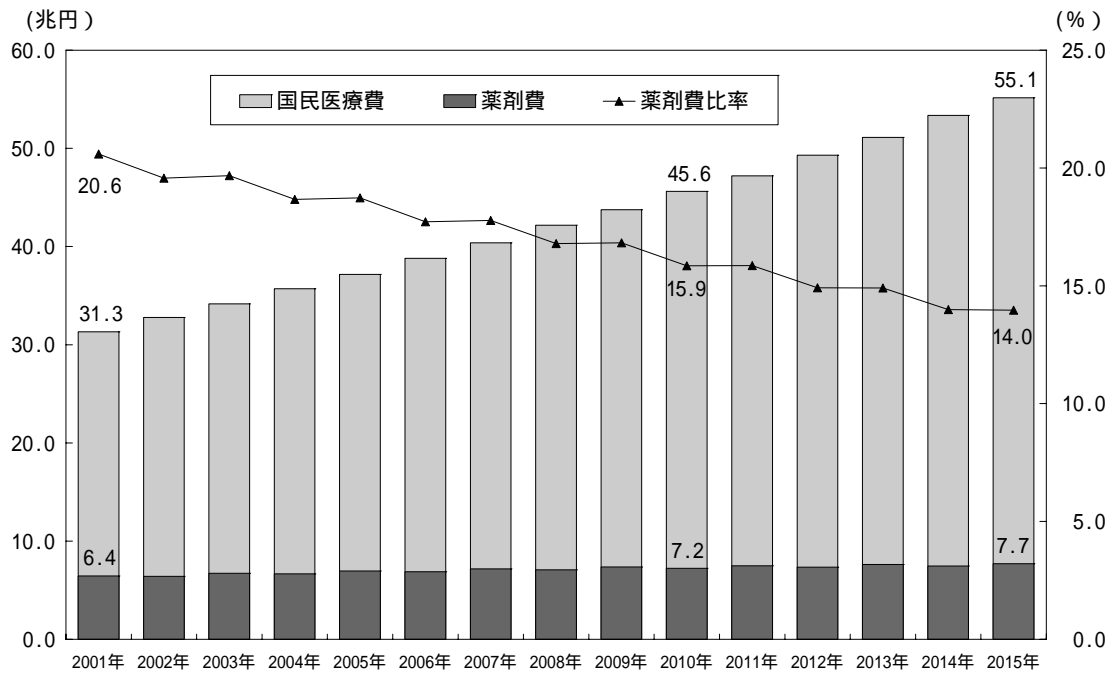
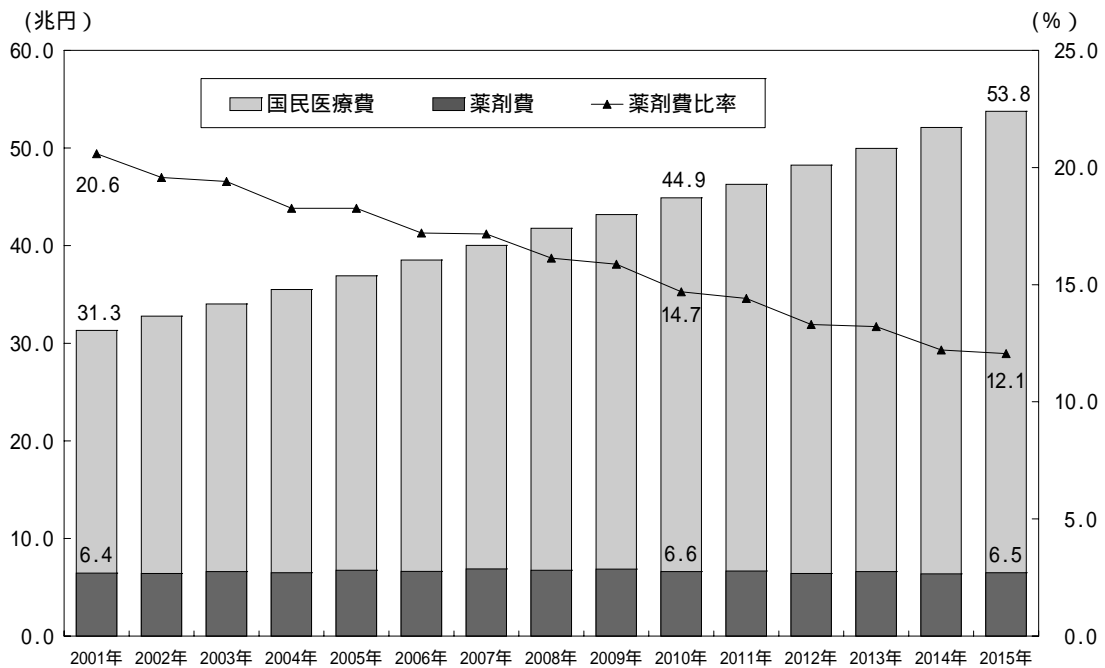


図2 推計結果（外挿シナリオ）



将来予測前提値

受診率の増加 入院：-0.2%、入院外：+1.4%

薬価改定（隔年）：-5.0%（後発品 -10.0%） 診療報酬改定（隔年）：+2.0%

参考資料 社会医療診療行為別調査 平成6年～13年 厚生労働省大臣官房統計情報部編  
 日本の将来推計人口 平成14年1月推計 国立社会保障・人口問題研究所編集  
 平成13年度 国民医療費 厚生労働省大臣官房統計情報部編  
 受診率推移：厚生労働省 HP (<http://www.mhlw.go.jp>)

# 英国のバイオテクノロジー振興政策

医薬産業政策研究所 主任研究員 森下芳和

1980年代初頭に始まる生命科学の飛躍的な進歩を背景に、バイオテクノロジー産業は将来の経済成長の担い手として期待されており、その育成は先進国の多くで重要な政策的課題となっている。

日本では2002年12月にバイオテクノロジー戦略大綱(BT戦略大綱)が策定され、研究開発の振興、インフラの整備等が進行中である。一方、カナダ、オーストラリア、英国<sup>1)</sup>などでも近年バイオテクノロジー振興政策を策定、推進している。BT戦略大綱では3つの戦略の中で以下の8つが重点項目として掲げられているが、これらは各国の振興政策の中にほぼ共通して見られる。

- ・ 研究開発助成の重点化
- ・ 技術移転の促進
- ・ バイオベンチャーの活性化

- ・ 臨床研究の実施体制の整備
- ・ 承認審査体制の整備
- ・ 知的財産制度の整備
- ・ マネジメント人材の育成
- ・ 国民の理解の醸成

また、各国の政策にはその国の産業構造を映した特徴が見られる。例えば、資源国であるオーストラリアは“遺伝子組み換え生物、生物資源アクセスに関する課題”を重点項目として掲げている。製薬産業を自国の戦略的産業と位置づけている英国は、最新のバイオサイエンスを用いた革新的な医薬品開発に対象を絞っている点が特徴的である。

以下、本稿では製薬産業に焦点を絞った英国のバイオテクノロジー振興政策“Bioscience 2015”について、その特徴を紹介する。

表1 英国の“Bioscience 2015”で最優先事項として掲げられた6つの中核目標と主要提言

中核目標	主要提言
患者のために、産業界とNHS(国民医療制度)が相互に協力し利益を創出	臨床試験、研究の発展を目的とするNCTA(National Clinical Trial Agency)の設立
	臨床研究を促進するための新たなインセンティブとキャリアパスの導入(NHSおよびアカデミア)
	研究開発資金の増額
イノベーションを促進する適切な規制環境の整備	革新的な医薬の開発、承認、使用の促進
	医学研究のための動物実験に関する実施基準の確立
	将来に備えた(proactive)バイオサイエンスに対する規制の整備
適切で十分な資金の調達	創業したばかりの企業の資金調達をサポート
	研究アイデアを商業的に開発可能なプロジェクトへ育成する際のインフラ整備
	英国バイオサイエンス企業が欧州で資金調達する際のアクセスを改善
英国バイオサイエンス産業内に強力なバイオプロセスセクターを形成	バイオプロセスに関するCOE(Center of Excellence)のネットワークを設立
	英国のバイオプロセスに対する投資を誘致
	バイオプロセス業界の育成の助成
サイエンスとマネジメント双方にたけた人材の育成と誘致	バイオサイエンスセクターに必要な複数の専攻の習得を援助する2つのプログラムの開始
	複数分野の高等教育の推奨と援助
	マネジメントにたけた人材を英国にひきつけるインセンティブを拡大
Bioscience Leadership Councilの設立	Bioscience 2015の実行を評価、管理する機関を設立

出典：www.bioindustry.org/bigtreport/

1) Canadian Biotechnology Strategy (1998)、Australian Biotechnology Strategy (2000)、英国：Bioscience 2015 (2003)

## Bioscience 2015の概要と2つの特徴的な政策

英国のバイオテクノロジー振興政策“ Bioscience 2015 ”の内容を表1に示した。この政策は、産学官の専門家74名からなる Bioscience Innovation and Growth Team ( BIGT )で検討され、昨年11月に公表されている。BIGTは11名の運営チームと、バイオプロセス、欧州市場、財政と投資、および英国国民医療制度と産業のパートナーシップ、という4つのワーキンググループ(11名~13名)から構成されており、産業側メンバーも多い。提言では、最優先事項として6つの中核目標を明示し、さらに目標を実現するための主要提言とより具体的な施策を系統的に示している。その内容は実施にあたって必要な予算額、施設数等、実行計画も含んでいる。

6つの中核目標の中でも注目されるのは、イノベーションを促進する適切な規制環境の整備とバイオプロセスセクターの形成の2つである。規制環境の整備は多くの国で最優先事項に取りあげられているが、規制の内容やその運用に関して透明性、効率化といった視点だけでなく、イノベーションの促進という方向を強く打ち出している点に英国の特徴がある。またバイオプロセスセクターの形成について、最上位に位置づけて政策の推進を図っている点も特徴的である。

### 1. イノベーションを促進する適切な規制環境の整備

近年、ヒト胚性幹細胞を用いたような先端的研究に対して、EU諸国等で規制が強化される方向にある。英国は、国民の安全と福祉の向上のために規制は必要だが、この分野のイノベーションを評価し促進することを阻害してはならないという基本的考えに立っている<sup>2)</sup>。そこで、幹細胞生物学や遺伝子工学等の先端技術を医療に応用していく際の潜在的なリスクと将来的なベネフィットについて予見し、今後適切な規制が必要とされる事項について事前対策を考案すること等を使命と

した Bioscience Risk Assessment Forum ( BRAF )を組織することを提言している。BRAFFは、政府、産業、アカデミア、患者団体の代表者と医療、生命倫理等の専門家を含む組織である。

また、医療上の必要性が高い薬剤について承認前(フェーズⅢ段階)に仮販売を許可する制度<sup>3)</sup>を導入し、英国における革新的な薬剤の開発に対してインセンティブを与えることを提言している。

### 2. バイオプロセスセクターの形成

バイオプロセッシングはたんぱく質、抗体、遺伝子等の医薬品関連製品を、高純度、高品質(一定の規格範囲内)で製品として製造していく技術である。複雑な生体高分子の製品規格は製造プロセスと切り離して定義できないため、バイオプロセッシング技術は、生物製剤の開発と商品化において基幹となる最重要技術である。このような背景から、バイオプロセス関連の高等教育と研究の振興、ならびに投資誘致を提言している。

高等教育と研究の振興については、この分野の研究開発に従事する人材が不足している現状を打開するために、研究者および製造技術者を養成する研究機関の増設とともに、COE ( Center of Excellence ) の設立等を提言している。

バイオプロセス産業への投資誘致<sup>4)</sup>については、受託製造企業を英国内に誘致、新設すること等を提言している。建設と維持に多額の投資が必要な生物製剤製造施設を所有するだけの資金的余裕のないベンチャー企業に対して、新薬開発のためのインフラ整備を進める狙いがある。

以上のように Bioscience 2015は、医薬品に特化して策定されていること、およびイノベーションを促進する適切な規制環境を整備するとともに、バイオプロセスに着目し人材の養成も含めた産業育成を最優先の目標に掲げて進めているところが特徴的である。

2) プレア首相は2003年6月の会見で、この分野の政策決定にあたってはリスクとベネフィットの両面から科学的根拠に基づいた判断がなされるべきであること、および今後の研究成果が国民に様々な利益をもたらすことへの期待について言及している。

3) フランスでは Autorisations Temporaires d'Utilisation ( ATU ) 制度が1994年から導入され、販売許可の決定の平均12ヶ月前から HIV 治療薬が約6,000人の治療に使用された。

4) 背景として生物製剤の商業生産では製造だけを行っても大きな収入が期待できることがあげられる。生物製剤では売上の20 - 25%が製造に関する費用であり、10億ドル以上の売上を持つ薬剤の製造を行えば、製造側には2 ~ 2.5億ドルの収入が期待できる。また英国 Celtech 社 ( UCB Pharma にごく最近買収された ) の所有する抗体製造方法に関する BOSS 特許は同社に2002年5,000万ポンドのライセンス収入をもたらした。

## 平成15年度決算における3つの特徴

医薬産業政策研究所 主任研究員 山本光昭

東証一部上場医薬専業31社<sup>1)</sup>の平成15年度連結決算の集計値を表1にまとめた。総じて、売上高は全体で減少したものの、収益性が改善し利益が伸長した年であったといえる。

当期（平成15年度）の決算における特徴的な点は、海外売上高の拡大、研究開発への重点投資、積極的な事業再構築の3点にあり、ここに焦点をあて、過去との比較や他製造業と比較しながら見てみる。

海外売上上の拡大で国内売上減少をカバー

当期の売上高は前期比0.4%の減収となったが、これを国内・海外に分けてみると、国内売上は3.0%の減収であったのに対し、海外売上は7.6%

の増収であった。国内売上が減少し、海外売上上の伸びに依存している状況であった。

海外売上上に依存している構図は数期前から続いている。表2に売上高に占める海外売上高比率の推移を示したが、当期は31社で26.6%となり、3期前にあたる平成12年度と比較して大幅に伸長していることがわかる。特に上位14社では、平成12年度に20%を超え、その後わずか4年で30%を超

表2 海外売上高比率の推移（連結）<sup>2)</sup>

	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度
31社合計（%）	18.6	22.3	24.6	26.6
上位14社（%）	21.7	25.7	28.3	30.4
ほか17社（%）	2.8	3.8	3.9	4.1

表1 平成15年度31社決算の概況と平成16年度の見込（連結）<sup>2)</sup>

	H14年度		H15年度		増減		H16年度(見込)		増減	
	金額	売上比	金額	売上比	額	率	金額	売上比	額	率
	億円	%	億円	%	億円	%	億円	%	億円	%
売上高	59,643	100.0	59,409	100.0	233	0.4	59,797	100.0	+387	+0.7
（国内）	44,977	75.4	43,628	73.4	1,348	3.0				
（海外）	14,666	24.6	15,781	26.6	+1,115	+7.6				
営業利益	10,546	17.7	11,253	18.9	+706	+6.7				
経常利益	11,466	19.2	11,978	20.2	+512	+4.5	11,973	20.0	5	0.0
当期利益	5,798	9.7	7,164	12.1	+1,366	+23.6	7,397	12.4	+232	+3.2
研究開発費	7,863	13.2	8,161	13.7	+297	+3.8				

1) 対象31社は、武田、三共、山之内、エーザイ、藤沢、第一、大正、三菱ウェルファーマ、中外、テルモ、塩野義、田辺、大日本、小野、参天、ツムラ、久光、科研、エスエス、杏林、持田、キッセイ、ゼリア新薬、日本新薬、日研化学、鳥居、扶桑、帝国臓器、日本ケミファ、富山化学、わかもとである。また、上位14社は売上高1千億以上の企業で小野まで、ほか17社は売上高1千億円未満の企業で参天以降の企業を集計している。なお、日研と鳥居は単体決算を用いている。

2) 出所は全て各社決算短信、付属資料ならびに日本製薬工業協会聞き取り調査に基づく。

えたことになる。この要因としては、世界に通用する国際展開製品の上市とブロックバスター化が進んでいることが考えられる。

表3に主な国際展開製品11製品<sup>3)</sup>の平成14、15年度の海外売上高を示したが、当期は前期と比較し1,226億円増加し、31社の海外売上高に占める比率も、53.3%から57.3%に上昇している。また、11製品の海外売上高増加額が31社の増加額を上回っていることから、海外売上高の伸びが一部企業の国際展開製品に支えられていることが指摘できる。

表3 主な国際展開製品の海外売上高(連結)<sup>2)</sup>

企業名	製品名	H14年度	H15年度	増減額
武 田	リユープリン	499	522	+23
	タケプロン	993	1,138	+145
	プロプレス	352	486	+134
	アクトス	1,457	1,660	+203
三 共	メバロチン <sup>4)</sup>	658	983	+325
山之内	ハルナール	667	756	+89
	ガスター	66	56	-10
エーザイ	アリセプト	934	1,132	+198
	パリエット	1,116	1,144	+28
藤 沢	プログラフ	817	956	+139
第 一	クラビット	255	207	-48
11製品計(億円)		7,814	9,040	+1,226
31社海外売上(億円)		14,666	15,781	+1,115
11製品の割合(%)		53.3%	57.3%	-

#### 他製造業と遜色ない海外売上高比率

31社の海外売上高が順調に拡大している中で、他製造業と比較するとどうなのであろうか。

表4に海外売上高比率が20%以上の製薬企業7社ならびに他製造業の主要企業の海外売上高比率を比較した。製薬企業は、かつては国内依存型産業というイメージが強かったが、ここに示した7社については、他製造業の主要企業と比較しても決して遜色のない海外売上高比率になってきてい

表4 平成15年度海外売上高比率の比較(連結)<sup>2)</sup>

製薬企業	比率(%)	他製造業	比率(%)
エーザイ	52.4	ホンダ、キヤノン、ソニー、日産、ブリヂストン、トヨタ	60%以上
藤 沢	48.6		
武 田	42.5		
山之内	38.4		
テルモ	37.3	松下	53.5
三共	35.1	富士フィルム	47.8
第一	20.5	東芝	39.1
		三菱重工業	37.6
		日立	34.5
		富士通	29.1
		花王	26.9
		新日鉄	25.5
		NEC	24.0
		三菱化学	22.8

ることがわかる。

#### 高まる研究開発費比率

当期の研究開発費は、31社で前期比3.8%増の8,161億円、対売上高比率も13.7%にまで高まった。表5に研究開発費比率の推移を示したが、海外売上高比率と同様に、平成12年度と比較して比率が上昇傾向にあることがわかる。

また、平成15年度税制改正において、「試験研究費の総額に係る特別税額控除制度<sup>5)</sup>」が創設され、研究開発に対する減税が強化された。研究開発費比率が他産業に比べ際立って高い製薬産業にとって、享受できるメリットは非常に大きい。

研究開発への重点的かつ継続的な投資は、新薬を創出していくためには必要不可欠である。この

表5 研究開発費比率の推移(連結)<sup>2)</sup>

	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度
31社合計(%)	11.5	12.2	13.2	13.7
上位14社(%)	11.9	12.6	13.7	14.3
ほか17社(%)	9.6	10.0	10.3	10.5

3) 2003年度世界で8億ドル以上売上のある日本オリジン13製品(ファルマ・フューチャー 2004年6月30日号)のうち、31社の製品でデータが公表されている11製品。

4) メバロチンは単体の輸出データを使用。

5) 平成15年度税制改正において、以前の研究開発費の増加分を対象とした減税制度が大幅に見直しされ創設された。当期における試験研究費の総額に対して、試験研究費割合が10%を超えた場合は総額の10%、10%未満の場合は8%の税額控除が恒久措置として認められた。さらに、平成15年度から3年間は時限措置としてプラス2%認められ、3年間は10~12%となる。但し、法人税額の20%が上限となる。

新制度導入により投資への環境がさらに整ったことから、今後も研究開発への投資はますます進むものと推測される。

#### 積極的に進められる事業再構築

表6は当期の決算への影響が大きかったと見られる事業再構築に係る事項をまとめたものである。注目される点は、前期に引き続き各企業の経営方針/戦略の下、医薬品事業に、その中でも特に医療用医薬品事業に事業領域を集中してきていることである。

今後も、本年10月には山之内と藤沢によるOTC事業の共同出資会社設立、平成17年4月には山之内と藤沢の合併、エスエスの医療用医薬品事業の久光への譲渡が予定されている。また、平成17年4月施行の改正薬事法を見据えた工場の分社化を予定している企業もある。事業再構築は引き続き積極的に進められることが予想されることから、決算数値上にもその影響が表れてくるものと推測される。

以上、当期の決算における3つの特徴についてまとめてみたが、結果として各社の業績にバラツキがみられ、これまでも見られた業績格差の拡大<sup>6)</sup>はさらに進んでいるといえる。国内の市場が伸びない状況の下で、業績は世界に通用する新薬の開発・上市と海外展開の状況によって、今後も大きく左右されるものと予測される。

表6 平成15年度決算に影響が見られた主な事業再構築<sup>2)</sup>

区分	企業	対象事業
譲渡、撤退	武田	清水の製品販売 農薬事業
	エーザイ	動物薬事業
	藤沢	化成品事業
	三菱ウェルファーマ	OTC事業 健康食品事業 米国血漿分画事業
	塩野義	卸売事業 工業薬品事業
	田辺	動物薬事業 フードケミカル事業
分社化	武田	生活環境事業
	三共	農薬事業 特品事業
清算	参天	米国子会社
譲受	大日本	動物薬事業
販社の統合 設立	大正、富山化学	医療用医薬品事業

6) 医薬産業政策研究所「財務データからみた製薬企業の10年」リサーチペーパー No.13 2003

# 公的医療保険制度が「医療アクセスの公平性」に及ぼす影響 - パネル分析とカクワニ指数を用いた分析 -

学習院大学経済学部 教授 遠藤 久夫  
医薬産業政策研究所 主任研究員 藤原 尚也

強制加入を伴う公的医療保険制度は、傷病の発生のリスクを軽減させるという保険としての機能だけでなく、低所得層やハイリスク層（高齢者等の病気を発症する確率の高い層）の医療費自己負担を軽減させることにより医療アクセスの公平を図るという機能を有すると考えられる。本研究の目的は、公的医療保険の存在が医療アクセスの公平性にどのような影響を与えるかということをはっきりとすることである。

## 医療アクセスの公平性とは

本研究では医療アクセスの公平性を次のように定義する。

(1) 患者の医療費自己負担が低いほど医療アクセスが公平である。

低所得者は高所得者と比較して所得に占める貯蓄や奢侈的財に対する支出の割合が少ないため、同額の医療費支出であっても高所得者より負担が厳しいと考えられる。それゆえ、患者の医療費自己負担が低いほど医療へのアクセスが公平だと考える。

(2) 医療費自己負担の逆進性が低いほど医療アクセスが公平である。

所得に占める医療費支出の比率が低所得者の方が高所得者より高い場合を、医療費負担が逆進性をもつという。医療費負担の逆進性が大きいということは、低所得者は高所得者より所得に占める医療費負担が大きいわけであるから医療アクセスが不平等だと考える。

## 1. 公的医療保険制度が医療費水準に及ぼす2つの効果

本研究のデータベースとした「OECD Health Data」には患者自己負担額を明記した国が極めて少ないというデータ制約を考慮して、患者の医療費自己負担額ではなく国民医療費を用い、これが少ないほどアクセスが公平だととらえて公的医療保険が国民医療費に与える影響を分析した。

公的医療保険が医療費水準に及ぼす影響として、次に示すように医療費水準を上昇させる効果と低下させるという対立する効果が考えられる。

### [効果1]: 公的医療保険は医療費の水準を上昇

医療費支払いに公的医療保険が介在することにより、医療需要量と医療費負担との関連が希薄となり、その結果、いわゆるモラルハザードにより医療需要を増加させ、医療費水準を上昇させる効果をもつ。

### [効果2]: 公的医療保険は医療費の水準を低下

公的医療保険は国やそれに準ずる主体が保険者となるため、その独占力を背景に医療における公定価格を制御しやすい。また、支払い方式を出来高払いから包括支払いへと変更して医療需要量を制御することも比較的容易である。

これらのどちらの効果が強く働くかを実証するのが本研究の第一の課題である。



## 分析方法

国民医療費の対 GDP 比について、(1)国民医療費に占める私的な支払額（患者自己負担や私的保険からの支払い等の合計）の比率、(2)高齢化率（全人口に占める65歳以上人口の比率）、(3)人口、の3つを説明変数として回帰分析を行う。対象国はアメリカ、イギリス、フランス、ドイツ、日本、カナダ、デンマーク、オランダ、スウェーデン、スイス、オーストラリア、ニュージーランド、イタリアの13カ国であり、推計期間は1973 - 2000年である（「OECD Health Data」の1999、2001、2003を使用）。

## 推計方法

推計式は以下の通りである。

$$\ln(\text{総保健医療支出/GDP})_t = \alpha + \beta 1 \cdot \ln(\text{私的支出/総保健医療支出})_t + \beta 2 \cdot \ln(\text{65歳以上人口/総人口})_t + \beta 3 \cdot \ln(\text{人口})_t$$

i : 国      t : 年

- ①全データをプールした OLS（最小二乗法）
- ②国ごとのデータとして各国の計測期間の平均値を用いた OLS（最小二乗法）
- ③固定効果モデル

## 推計結果

表 1 に示した通り、分析①②では、どちらも私的支出/総保健医療支出の係数（ $\beta 1$ ）は有意に正値を示した。この結果から「効果 2」が強く働いたことが推定される。

しかしながら、総保健医療支出/GDP の水準に影響を与えているが外部から観察されない各国に

表 1 推計結果

	分析①	分析②	分析③
$\beta 1$	0.279287***	0.329419**	0.072216***
$\beta 2$	0.588778***	0.607506**	0.411725***
$\beta 3$	-0.022532***	-0.031207	0.770042***
調整済み R <sup>2</sup> 乗	0.447531	0.363475	0.822013
選択されたモデル			固定効果モデル

\*\*\* 1%有意水準 \*\* 5%有意水準

固有の要因が存在している場合、先のクロスセクション分析の結果は必ずしも信頼できない。例えば、診療報酬の支払い方式、疾病構造、医療提供体制などは医療費に影響を及ぼすが、この観察されない各国固有の特徴があることを考慮する必要がある。

Hausman テストの結果、本研究で扱うパネルデータでは固定効果モデルが選択され、GDP に占める総保健医療支出の比率に影響を及ぼす各国固有の要因があることが示唆された。

分析の結果も  $\beta 1$  が有意に正値をとり、医療費の支払いに公的介入が大きいと総保健医療支出の対 GDP 比が低いことが示された。

## 2. 公的医療保険が医療費自己負担の逆進性に及ぼす影響

医療需要と所得との関係は、(1)医療サービスは必需性が高く所得弾力性が低い、(2)低所得の方が医療ニーズが高い、という2つの理由で負の相関があることが知られている<sup>1)</sup>。したがって、医療保険が存在しない場合の医療費自己負担はかなり逆進性が高いと考えられる。一般に公的医療保険の存在は医療費負担の逆進性を低下させる傾向があると考えられるが、この点について実証した。

逆進性の指標としては、カクワニ指数を採用した。この指数は、医療費支出のバラツキ度合と所得格差の度合の差で表され、正であれば累進的、負であれば逆進的となり、負値でその絶対値が大きいほどより逆進的だといえる。

## 分析方法

家計調査が入手可能な国を対象に、医療費自己負担のカクワニ指数と私的支出/総保健医療支出の値との相関関係を明らかにする。医療費支払いに公的医療保険の介入が大きいほど逆進性が低下すると仮定すると、相関係数が負値をとれば公的医療保険の存在が自己負担の逆進性を低下させることを意味する<sup>2)</sup>。

家計データから医療費自己負担のカクワニ指数を計測できたのは日本(A)、アメリカ(B)、イギリス(C)、フランス(D)、カナダ(E)、スウェー

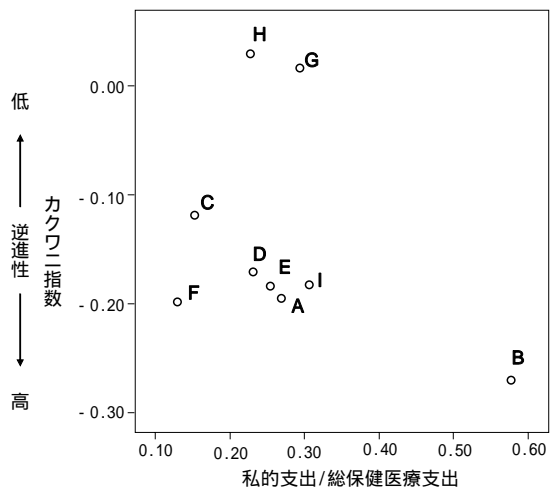
デン (F)、オランダ (G)、ドイツ (H)、オーストラリア (I) の 9 カ国である。

### 分析結果

各国のカクワニ指数を私的支出/総保健医療支出に対して図示したものが図 1 である。

相関係数を 9 カ国で計算すると、 $-0.358$ と負値をとるが有意ではない。しかし、9 カ国のうち、ドイツは高所得者は公的医療保険から脱退することが可能である。また、オランダは公的医療保険に加入できるのは一定の所得水準以下であり、高所得者は加入できない。したがってこの 2 国では、多くの高所得者は私的保険に任意で加入することになるが、未加入の人もあるため所得の高い層の医療費自己負担は高くなる傾向がある。事実、この 2 国のみが医療費自己負担は累進性をもってい

図 1 カクワニ指数と私的支出/総保健医療支出の散布図



る。

このような要因を考慮して、ドイツとオランダを除いた場合の相関係数を算出すると、 $-0.816$ となり 5%水準で有意であった。この結果から、公的医療保険が医療費自己負担の逆進性を弱めて医療アクセスの公平化を図るといふ仮説は支持されたといえる。

### まとめ

公的医療保険制度の存在は、医療費の対 GDP 比を引き下げる効果があることが示された。また、高所得者が公的医療保険に加入しなくてもよい、もしくは加入できないドイツとオランダを除く 7 カ国では、公的医療保険の存在が医療費負担の逆進性を低下させ、低所得者の医療アクセスを容易にしていることが明らかになった。このように実証分析の結果から、公的医療保険の存在が医療アクセスを公平化させることが明らかになった。

1) 遠藤・駒村 (1999) は医療需要と所得とに負の相関があることを確認した。

遠藤久夫、駒村康平「公的医療保険と高齢者の医療アクセスの公平性」季刊社会保障研究 Vol 35, No .2, 141-48, 1999

2) Wagstaff et al (1992)(1999) はカクワニ指数を欧米諸国の医療費負担の分析に応用した。日本の医療費負担をカクワニ指数で分析したものに遠藤・篠崎 (2003) がある。

Wagstaff, Adam et al., "Equity in the Finance of Health Care: Some International Comparisons", Journal of Health Economics, Vol .11, 361-87, 1992

Wagstaff, Adam et al., "Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons", Journal of Health Economics, Vol .18, 263-90, 1999

遠藤久夫、篠崎武久「患者自己負担と医療アクセスの公平性 - 支出比率とカクワニ指数から見た患者自己負担の実態 - 」季刊社会保障研究 Vol 39, No .2, 144-54, 2003

本研究の詳細については、リサーチペーパー No 21「公的医療保険制度が『医療アクセスの公平性』に及ぼす影響 - パネル分析とカクワニ指数を用いた分析 - 」(学習院大学・遠藤久夫、医薬産業政策研究所・藤原尚也、櫛貴仁)として発表する予定である。

主な活動状況 (2004年2月～2004年6月)

2月	24日	リサーチペーパーシリーズ No.15発行	「Research Productivity in the Japanese Pharmaceutical Industry」 岡田主席研究員、河原主任研究員*	
	24日	リサーチペーパーシリーズ No.16発行	「政府出資事業と共同研究開発」 岡田主席研究員、櫛主任研究員	
3月	22日	政策研ニュース No.13発行		
	30日	意見交換会	「薬剤給付と包括化」 産業医科大学医学部公衆衛生学 教授 松田晋哉先生	
4月	27日	意見交換会	「公定価格市場における国際価格戦略と償還制度」 サイモン・クチャー&パートナーズ 社長 エカード・クチャー氏	
5月	10日	第6回「国家戦略としての社会保障と医療」研究会	「小泉政権の医療改革の中間報告 - 抜本改革から部分改革へ -」 ゲスト：二木立氏（日本福祉大学教授 社会福祉学部長）	
	20日	リサーチペーパーシリーズ No.17発行	「意識調査に基づく医療消費者のエンパワーメントのあり方」 藤原主任研究員、野林主任研究員	
	31日	リサーチペーパーシリーズ No.18発行	「治験参加患者を対象とした意識調査」 聖マリアンナ医科大学 小林教授、医薬産業政策研究所 小野塚主任研究員、安積主任研究員 他	
	31日	リサーチペーパーシリーズ No.19発行	「医薬品の価格算定と薬剤経済学」 慶應義塾大学医学部 池田専任講師、医薬産業政策研究所 小野塚主任研究員	
6月	1日	講演	「治験参加患者を対象とした意識調査」 安積主任研究員、小野塚主任研究員 (メディアフォーラム(東京)にて)	
	9日	講演	「治験参加患者を対象とした意識調査」 小野塚主任研究員 「意識調査に基づく医療消費者のエンパワーメントのあり方」 藤原主任研究員 (メディアフォーラム(大阪)にて)	
	10日	意見交換会	「疾患別年間医療費の推定」 東京大学大学院薬学系研究科博士課程 菊田健太郎氏	
	21日	意見交換会	「医療情報をめぐる最近の話題」 名古屋大学医学部附属病院医療管理情報学 教授 山内一信先生	
	23日	講演	「新薬開発における生産性と今後の課題 - 国内と海外を比較して -」 川上主任研究員(日本CRO協会月例会にて)	
				*は前主任研究員

## レポート・論文紹介（2004年2月～）

- Research Productivity in the Japanese Pharmaceutical Industry  
- Economies of Scale, Economies of Scope and Spillovers - (リサーチペーパー・シリーズ No.15)  
医薬産業政策研究所 主席研究員 岡田羊祐  
医薬産業政策研究所 主任研究員 河原朗博\*  
2004年2月
- 政府出資事業と共同研究開発  
- 医薬品機構出資事業のケーススタディ - (リサーチペーパー・シリーズ No.16)  
医薬産業政策研究所 主席研究員 岡田羊祐  
医薬産業政策研究所 主任研究員 榎 貴仁  
2004年2月
- 意識調査に基づく医療消費者のエンパワーメントのあり方 (リサーチペーパー・シリーズ No.17)  
医薬産業政策研究所 主任研究員 藤原尚也  
医薬産業政策研究所 主任研究員 野林晴彦  
2004年5月
- 治験参加患者を対象とした意識調査 (リサーチペーパー・シリーズ No.18)  
聖マリアンナ医科大学 薬理学教授 治験管理室室長 小林真一  
医薬産業政策研究所 主任研究員 小野塚修二  
医薬産業政策研究所 主任研究員 安積織衛 他  
2004年5月
- 医薬品の価格算定と薬剤経済学 - 応用への道筋 - (リサーチペーパー・シリーズ No.19)  
慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室 専任講師 池田俊也  
医薬産業政策研究所 主任研究員 小野塚修二  
2004年5月
- 医薬品の価値 (仮題) (リサーチペーパー・シリーズ No.20)  
医薬産業政策研究所  
2004年7月 (予定)
- 公的医療保険制度が「医療アクセスの公平性」に及ぼす影響  
- パネル分析とカクワニ指数を用いた分析 - (リサーチペーパー・シリーズ No.21)  
学習院大学経済学部 教授 遠藤久夫  
医薬産業政策研究所 主任研究員 藤原尚也  
医薬産業政策研究所 主任研究員 榎 貴仁  
2004年7月 (予定)

\* は前主任研究員

## OPIRメンバー紹介

OPIR に新メンバーが加わりましたので、以下に紹介します。

- ①名前 ②出身大学(大学院) ③所属  
④現在進行中のプロジェクト・興味のあるテーマ ⑤抱負



2004年4月より

- ① 筱岡清秀(しのおかきよひで)(統括研究員)
- ② 東京大学工学系研究科合成化学科修士課程修了
- ③ 藤沢薬品工業(株)
- ④ 統括研究員という一見厳めしく、どこか尊大な役職名をいただきました。研究テーマを直接担当するわけではありませんが、どの分野のテーマについても客観的なデータ分析に基

づいた研究が進められるように基盤整備に尽力したいと思います。一番興味があるテーマは、「社会的厚生と調和した競争政策のあり方」です。

- ⑤ 私は10年近く製剤研究(DDSの設計や開発候補品の基礎評価等)に従事した後、労働組合の専従役員を10年程経験し、会社に復職後は2年程業界活動を担当しておりました。いろいろな分野のことに広くアンテナを張ってはおりますが、特にこれといったスペシャリティがないので、果たして十分な貢献ができるか不安なところはあります。

研究活動の中心である主任研究員がより活発に質の高い研究を推進し、より開かれた研究所になるように「着眼大局 着手小局」で尽力したいと思います。皆様からも政策研に対していろいろなご意見をいただければと思います。

### 編集後記

今回は、患者の意識・行動に関する研究から、既報告の内容に別角度からの考察を加えて2報、さらに現在進行中のテーマからトピックス(3報)と研究紹介(1報)を掲載しました。

さて、この5月に「新産業創造戦略」(経済産業省)が公表されました。これまでの重点4分野(IT、バイオ、ナノ、環境)といった技術の視点からでなく、出口(消費者側)から社会ニーズを捉えて重点7分野として再編成されています。この中で医薬品は、社会ニーズの広がりに対応した「健康・福祉・機器・サービス」分野で取り上げられています。医療や医薬品への国民の期待の大きさを考えた時、こういう視点は大切です。ただ産業政策の中で、革新的な新薬を継続的に生み出すことにつながる先端的な研究、技術の基盤整備と質の向上の視点が弱くなってはいけません。我々の産業は製品化されない埋もれた種が豊富にあるというよりは、まず先端的な分野で新しい種を見つけ出す、溢れ出すくらいの「知の泉」を創る段階にあると思います。

(統括研究員 筱岡清秀)

日本製薬工業協会  
**医薬産業政策研究所**  
OPIR

Office of Pharmaceutical Industry Research

政策研ニュース  
2004年7月発行

〒103 0023

東京都中央区日本橋本町3-4-1

トリイ日本橋ビル5階

TEL 03 5200 2681

FAX 03 5200 2684

<http://www.jpma.or.jp/opir/>

無断転載引用を禁ずる