

後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策
(行政刷新会議の評価結果等)

ワーキンググループB

B5-3

社会保障：後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策

- (論点①)後発医薬品の使用を進めるための方策は何か。
(論点②)病院でも薬局でも買うことのできる薬の負担はどうあるべきか。

方向性

先発品の薬価は後発医薬品(ジェネリック)の薬価を目指して大幅に引き下げ、医療費の支出と国民の負担を最小限にすべき。併せて、先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とすることについて検討すべき。加えて、医師・薬剤師から主な先発品・後発品のリストを患者に提示する義務を課すことについても検討すべき。後発医薬品の推進のロードマップを作成し、行政刷新会議に報告すること。

ビタミン剤など市販品類似薬については、自己負担割合の引き上げを試行すべき。さらに、一部医療保険の対象から外すことについても検

討すること。

論点①

- 先発品の薬価は、後発品の薬価を目指して大幅に引き下げるべき
5名
- 先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とすべき 7名
- 後発品についての周知・啓発をもっと進めるべき 6名
- その他 2名
(注:重複あり)

論点②

- 市販品類似薬は医療保険の対象から外すべき 4名
- 市販品類似薬について自己負担割合の引上げを試行すべき 6名
- 市販品類似薬は現状のまま保険適用を続けるべき 0名
- その他 1名
(注:重複あり)

とりまとめ(提言)

先発品の薬価は後発医薬品(ジェネリック)の薬価を目指して大幅に引き下げ、医療費の支出と国民の負担を最小限にすべき。併せて、先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とすることについて検討すべき。加えて、医師・薬剤師から主な先発品・後発品のリストを患者に提示する義務を課すことについても検討すべき。後発医薬品の推進のロードマップを作成し、行政刷新会議に報告すること。

ビタミン剤など市販品類似薬については、自己負担割合の引き上げを試行すべき。さらに、一部医療保険の対象から外すことについても検討すること。

評価者の提言内容(評価シートに記載された提言事項)

(論点①)後発医薬品の使用を進めるための方策は何か。

- (「先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とすべき」について)中期的に検討
- 医師、薬剤師から先発品・後発品の主なリストを患者さんに提示する義務を課すことについて検討すべき

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

- 診療報酬(薬価等)は後発品薬価に合わせて設定(一物一価の原則)
- 先発品薬価との差額は自己負担。必要であればこの自己負担をカバーする民間医療保険の普及を計る。
- 保険者(健保等)に後発医薬品の使用を加入者に促す(指導する)ようにさせる。
- 後発医薬品のシェアの目標値(H24年度まで30%)が達成できなかったときの措置(例:診療報酬の見直し)を予め明らかにしておく。
- 必要であれば先発品に係る情報提供コストは別途“手当て化”する(情報提供料を設ける)。
- 新薬(後発品のない先発品)は下げるべきでない。(後発品のある)先発品については、価格を下げる方法ではなく、患者に対して後発品に関する情報(患者が選択できるような情報)を十分に与えるように医療機関、薬局に義務づける。(一覧表として説明する等)
- 上記の情報を提供した上で先発品を求めた人には差額の一部を自己負担とすべきである。これにより先発品の価格を下げる圧力が高まる。ただし、中期的には、薬価を下げることにならなければ、先発品の薬価を思い切って引き下げるなど段階的に対策をとる。
- 後発品一般論ではなく、効能、価格などを具体的に説明するなど(一覧表にするなど)、啓発、周知すべき。
- 根拠なき安心代、誤解代を保険で払うことはおかしい同じ効能のものは公定価格は同じにすべき。
- 「後発品についての周知・啓発」よりも差額を自己負担にしたり、先発品価格を下げること(これは医師の負担ということ)の方がスピーディーにすすむ「先発品の薬価は、後発品の薬価を目指して大幅に引き下げる」・「先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とする」を優先すべき。
- 短・中期的には後発薬の普及を進めるため薬価の差額の一部を自己負担とすべき。
- 医薬費には保険料、税金の公費が投入されており、安い価格の薬を義務付ける。
- (「先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担すべき」について)「差額の一部」ではなく「差額全額」を自己負担とすべき。
- 特許が切れている後発品は、極めて安い薬価に国が決めるべき。その一つの方法は入札制度。
- 原則公的保険を使う場合後発薬のある薬種については最も価格の安い薬の使用を義務付ける。
- ①長期収載品の価格形成の問題(④参考)の方が大きい。市場でもし公正に決まっているならば、それに従うべき。但し、保険でカバーする範囲は限定すべき。(②参考)
- ②(「先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担すべき」について)賛成。参照価格制度を遠くない将来に導入すべき。
- ③(「後発品についての周知・啓発をもっと進めるべき」について)賛成。処方せん様式を再考すべき。後発品への変更を認めない場合には、「理由」を記述するなど。また、一貫して認めない医師にはヒアリングを行なうべき。)
- ④薬価調達の実態が必ずしも明らかになっていない。本当に価格の分布は正規分布か？左側にゆがんでいれば、平均をとるのはよくない。中央値をとるべき。薬局(大規模チェーン店)の調達もしているのか？総価取引によるバイアスはないのか？

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

(論点②)病院でも薬局でも買うことのできる薬の負担はどうあるべきか。

- 薬によっては、保険対象から外し、薬によっては自己負担割合を上げるべき。
- 窓口価格が安いだけで、大きなコストがかかっている。国民が知らぬ間にムダ遣いを行わせる悪い制度。
- 類似薬全てではなく、一定の限定をかけるなどの配慮は必要。
- 薬は診療とセットであるので、全て医療保険の対象から除外するのではなく、市薬品類似薬の効能やその存在と薬名等を示した上で、自己負担割合を市販品価格と同等程度まで引き上げることによって、患者と医療機関・薬局との間の情報格差を小さくする。
- 薬の飲み残しを避けるためにも、市販品類似薬は特に 2~3 日分に限定するなど最低限の少量処方とする。
- 医療データの整備を早急に進める。
- 問題のある医療機関・保険者があれば、その適正化を図る。
- (医療保険の)対象から外すべきだが、暫定的な措置として、市販品類似薬について自己負担割合の引き上げを実施すべき。
- ①(市販品類似薬は医療保険の対象から外すことについて)賛成。厚労省はまずそのリストをつくり、それから審議会で議論すべき。ex.シツプ薬。
- ②(市販品類似薬について自己負担割合の引上げを試行することに)賛成。
- ③(市販品類似薬は現状のまま保険適用を続けることについて)①のように取り組みを始めるべき。
- (市販品類似薬について自己負担割合の引上げを試行すべきことについて)

1割 VS 10割
3割 } という差がつくのはおかしい。

施策・事業シート

施策／事業名		後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策					
担当府省庁	厚生労働省	担当部局庁・課室	医政局・医薬食品局・保険局	作成責任者	保険局医療課長 鈴木康裕 医政局経済課長 鎌田光明 医薬食品局監視指導・臨床対策課長 中井川 誠 審査管理課長 赤川 治郎		
主な関係法令	—			主な関係府省庁	—		
主な計画(閣議決定等)	社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定) 後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム(平成19年10月15日厚生労働省策定)			主な審議会等	社会保障審議会医療保険部会・医療部会、中央社会保険医療協議会		
関係施策名	—						
施策／事業目的 (ミッション/何のため)	後発医薬品の使用を進めることにより、患者の薬剤費の自己負担額の軽減と医療保険財政の効率化を図る。						
施策／事業目標 (ターゲット/どこまで)	政府目標である「平成24年度までに後発医薬品の数量シェア30%以上」の達成に向け、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、環境整備を図る。						
主な手段	—						
主な成果目標及び 成果実績	成果指標		単位	20年度	21年度	22年度	目標値 (何年度)
	後発医薬品の数量シェア (*22年度については、薬局における電子化された調剤レセプトの集計値であり、医療機関における使用分は含まない。)	成果実績	%	—	20.2	22.4*	24年度までに30%
		達成度	—	—	—	—	—
主な対象 (誰/何を対象に)	国民						
施策／事業概要 (主要部分)	名称	後期高齢者医療制度事業費補助金	診療内容及び薬剤使用状況調査費	後発医薬品使用状況調査経費	再審査・再評価調査費	医薬品等GMP対策事業	
	予算額等 (24年度)	179 百万円	4 百万円	13 百万円	143 百万円	0.5 百万円	
	概要	後期高齢者に対する後発医薬品の使用に関する患者から医師・薬剤師への意思表示がしやすくなるように、引き続き「後発医薬品お祝いカード」の配布を新規加入者に対して行うとともに、後発医薬品利用差額通知の送付等の取り組みが実施されるよう施策を講じる。	欧米諸国における後発医薬品の使用に関する医療保険制度の実態や動向等の調査研究を行う。	厚生労働省が行う後発医薬品の使用促進のための施策の効果を検証するため、保険医療機関及び保険薬局における後発医薬品の処方・調剤に関する状況や、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識等の調査を行う。	有識者による検討会を国立医薬品食品衛生研究所に設置して後発医薬品の品質等に関する学術論文や学会発表等の内容について検討し、必要に応じて当該品目に関する試験検査を実施することでその品質の確認を行い、結果を公表する。	都道府県のGMP(※)調査担当者に対し、後発医薬品と先発医薬品との同等性を調査するための技術的な研修・訓練を行う。	
	事業概要						※GMP(Good Manufacturing Practice): 医薬品及び医薬部外品の製造管理及び品質管理の基準

	名称	後発医薬品品質確保対策事業	医薬品等産業振興費			
	予算額等	26 百万円	117百万円			
事業等 (主要)	事業概要	後発医薬品の品質を確保するため、都道府県の薬事監視員が後発医薬品を製造販売又は製造する業者へ立入検査を行い、GMPバリデーション(※)の実施状況等の指導及び国・都道府県が選定した指定品目について、流通する製品を検体として収去し、品質の確認検査を行う。 ※バリデーション:製造工程等が期待される結果を出すことの確認		・都道府県に設置する協議会における後発医薬品の使用促進に係る具体的な事業の検討及び実施 ・パンフレットの作成・配布やシンポジウムの開催による普及啓発事業等の実施 ※「予算額等」及び「事業概要」については、後発医薬品使用促進対策に係る経費分のみを記載。		
	名称	/				
	国が実施する事業(他の主体による実施の可否)	/				
	地方との連携・役割分担(地方公共団体による実施状況)	/				
	民間との連携・役割分担(民間による実施状況)	/				
従事者数(概数)	医師数286,699人、歯科医師数99,426人、薬剤師約267,751人(平成20年現在)					
国内産業規模	-					
これまで指摘されている課題と検討状況	課題			検討状況		
	後発医薬品の更なる使用促進を図る。			社会保障審議会医療保険部会、中央社会保険医療協議会において検討中。		
これまでの事業仕分け規制性分岐における対象等評価結果と対応状況の概要	番号・対象(事業等)	評価結果		対応状況の概要		
	34・後発品のある先発品などの薬価の見直し	事業仕分け第1弾の評価結果を受け、「社会保障審議会医療保険部会(平成21年11月25日、12月8日)において『市販類似薬は保険外とする』ことについて議論を行った上で、保険外とすることは見送った。」とのことであり、その後、次回診療報酬改定に向けて事業仕分け第1弾における「後発品のある先発品などの薬価の見直し」の評価結果に則して、どの範囲を保険適用外にするかについての議論は行われていない。		「市販類似薬品は保険外とする」ことについては、医療保険部会において議論したところ(平成22年12月2日)、高齢の女性(漢方薬)や小児(うがい薬・かぜ薬)を中心に、国民生活に大きな影響を与えることとなるから、患者負担になるものであり、反対とのことであった。 平成23年10月26日に開催された医療保険部会においても、「市販類似薬品は保険外とする」ことについては、「安価な薬剤を選択しづらくなり、かえって高額な薬剤が増える」「日本の患者負担は小さくないが、その負担がさらに大きくなる」といった反対意見があった。		
特記事項	-					

ジェネリック医薬品(後発医薬品)について

ジェネリック医薬品の主な特徴

- ① 有効成分、効能・効果、用法・用量等は先発医薬品と同じ。
- ② 価格が安い(当初の薬価は先発医薬品の70%)。
- ③ 添加物等の有効成分以外の成分が異なる場合がある。
(苦みの軽減、使用感の改善等のため)

*先発医薬品との同等性は承認時等で確認。その基準は欧米と同じ。



価格が安いことによる患者負担の軽減、医療保険財政の効率化



○医療関係者の意識

- ① 医療関係者全般に、品質や安定供給に不安を抱き、使い慣れた先発医薬品に代えて、ジェネリック医薬品をあえて用いる必要性を十分に感じていない。
- ② 薬局における品揃えの負担、ジェネリック医薬品の選択の難しさ

(ある高血圧の薬は34社がジェネリック医薬品を供給)



○患者の意識

- ① ジェネリック医薬品の認知度はある程度進んでいる。
- ② 患者としては、薬代が安くなるメリットがある一方で、使い慣れた先発医薬品を後発医薬品に代えても大丈夫との安心感が医療関係者から十分得られていない。



主な対応方策

平成24年度までにジェネリック医薬品の数量シェア30%達成を目標に(平成21年9月現在20.2%)

・「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」

- ① 主に医療機関、
薬局向け対応



(ジェネリック企業による在庫確保、国の試験研究機関による品質試験の実施等)

・診療報酬上の環境整備

(薬局における調剤数量の割合に応じた段階的な評価と変更調剤の環境整備、積極的に使用する医療機関に対する評価、保険医に対する患者の意向確認などの対応の努力義務 など)

- ② 主に患者向け対応



・ジェネリック医薬品希望カードの配布

・ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知 など

施策・事業シート(関連事業一覧)

施策/事業名		後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策			
事業番号	事業名 (行政事業レビュー)	概要	予算(要求)額(百万円)		
			平成22年	平成23年	平成24年
178	再審査・再評価調査費	<p>①再審査に関するGLP(※1)査察、申請品目について審議会で調査審議するための資料の整備、結果の公示、申請企業への通知等。</p> <p>②再評価のための関連情報(最新知見)の追加的収集及び専門的評価(事前評価)。</p> <p>③GPSP基準の遵守状況の調査及び再審査・再評価申請資料等の信頼性を確保するため、GPSP査察を実施。</p> <p>④有識者による検討会を国立医薬品食品衛生研究所に設置して後発医薬品の品質等に関する学術論文や学会発表等の内容について検討し、必要に応じて当該品目に関する試験検査を実施することでその品質の確認を行い、結果を公表する。</p> <p>→ うち、後発医薬品の使用促進に係るものは④</p> <p>(※1)GLP(Good Laboratory Practice):医薬品の安全性に関する非臨床試験の実施の基準 (※2)GPSP(Good Postmarketing Study Practice):医薬品の製造販売後の調査及び試験の実施の基準</p>	154 (うち143)	154 (うち143)	154 (うち143)
194	医薬品等GMP対策事業	<p>①都道府県が行うGMP/QMS(※)査察の全国的な整合性を確保するための国及び都道府県による合同模擬査察の実施</p> <p>②都道府県のGMP/QMS担当者を対象とした研修の実施</p> <p>③国際的に流通する医薬品等の品質を確保するとともに、これらの国際取引の円滑化を推進するため、医薬品等GMPの国家間における査察技術の同等性を確認し、GMP相互承認協定進展のための協議及び日EU相互承認協定の履行を行う。</p> <p>④輸出用医薬品等の証明書を発給するための適合性調査等の実地調査</p> <p>⑤GMP査察に関する国際的な枠組み(PIC/S)への加盟へ向けた、調査・検討を行う。</p> <p>→ うち、後発医薬品の使用促進に係るものは②</p> <p>※QMS(Quality Management System):医療機器及び体外診断用医薬品の製造管理及び品質管理の基準</p>	22 (うち0.9)	26 (うち0.5)	33 (うち0.5)
195	後発医薬品品質確保対策事業	<p>後発医薬品の品質を確保するため、都道府県の薬事監視員が後発医薬品を製造販売又は製造する業者へ立入検査を行い、GMPバリデーションの実施状況等の指導及び国・都道府県が選定した指定品目について、流通する製品を検体として収去し、品質の確認検査を行う。</p>	37	31	26
208	医薬品等産業振興費	<p>・各都道府県に設置する後発医薬品の使用促進のための協議会において、後発医薬品に係る理解を一層向上させるため、各都道府県の実情に応じた使用促進のための具体的な事業を検討し、実施する。</p> <p>・パンフレットの作成・配布やシンポジウムの開催による普及啓発事業並びに後発医薬品の使用促進に先進的な地域における施策の内容・効果等に関する調査研究とその情報提供等を行う。</p> <p>※「予算(要求)額」及び「概要」については、後発医薬品使用促進対策に係る経費分のみを記載。</p>	138	101	117

事業 番号	事業名 (行政事業レビュー)	概要	予算(要求)額(百万円)		
			平成22年	平成23年	平成24年
220	後期高齢者医療制度事業 費補助金	<p>①健康診査事業（補助率1/3） 生活習慣病の早期発見により、疾病の重症化を防ぐために実施する事業。</p> <p>②保険者機能強化事業（補助率1/2・定額補助） 後期高齢者の医療費の適正化及び保険料収納対策等の保険者機能強化に取り組むために実施する事業。</p> <p>③特別高額医療費共同事業（定額補助） 著しく高額な医療給付費の発生による後期高齢者医療制度の財政に与える影響を緩和するために実施する事業。</p> <p>→ うち、後発医薬品の使用促進に係るものは②</p>	5,962 (うち83)	6,327 (うち174)	6,314 (うち179)
235	診療内容及び薬剤使用状況 調査費	欧米諸国における後発医薬品の使用に関する医療保険制度の実態や動向等の調査研究を行う。	9 (うち4)	9 (うち4)	9 (うち4)
252	後発医薬品使用状況調査 経費	厚生労働省が行う後発医薬品の使用促進のための施策の効果を検証するため、保険医療機関及び保険薬局における後発医薬品の処方・調剤に関する状況や、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識等の調査を行う。	81 (うち13)	80 (うち13)	68 (うち13)

論点別シート

テーマ名	B5-3	社会保障：後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策
視点	薬局でもらう薬の値段はどう決まっているのか。 後発医薬品とは何か。	
論点	1-1、2-1	後発医薬品の使用を進めるための方策は何か。
作成	厚生労働省	

○保険薬局等で支給される薬剤の値段(薬価)とは○

医師の診断、処方せんに基づき保険薬局等で支給される薬剤については、中医協で定めたルールに従って、銘柄毎に薬価を定めている。

具体的には、薬価収載時には、先発医薬品では、類似の薬剤がある場合には、その類似薬相当の価格を基準とし、類似薬がない場合には、製造原価等、必要な経費に基づき薬価を定めている。後発医薬品では、最初の後発医薬品の場合には、先発医薬品の薬価の0.7倍とし、後発医薬品が既にある場合には、原則、最も低い後発医薬品の薬価と同価格として薬価を定めている。

その後、2年に1度の薬価改定時には、原則、それぞれの市場実勢価格に応じた薬価に改めている。

○後発医薬品(ジェネリック医薬品)とは○

新薬の特許期間が満了し、かつ、その新薬の再審査期間(※)が終了した後に、他社より発売される、同じ有効成分、同じ薬効の医薬品のことである。そのため、先発医薬品と有効性・安全性が同等であり、代替可能な医薬品と位置づけられる。

新薬ほど莫大な研究開発費がかからないためその薬価は新薬に比し廉価であり、患者の薬剤費負担及び国の医療費の節減に役立っている。

(※)新薬が承認される際に付される、有効性、安全性を確認するための調査期間

●後発医薬品の使用を進めるための方策は何か

1. 現状

- ・平成19年5月の「医療・介護サービスの質向上・効率化プロジェクト」において、平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%以上とする数値目標を設定。同年10月に「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を策定し、後発医薬品の信頼性の向上や使用促進のための環境整備、医療保険制度上の施策に取り組んでいる。
- ・薬価収載されているすべての医療用医薬品のうち後発医薬品の数量シェアは、平成21年9月現在(直近の薬価本調査結果)で20.2%。その後、平成22年診療報酬改定において、薬局における後発医薬品調剤体制加算の見直し等新たなインセンティブの導入により、メディアス(電子化された調剤レセプトによる集計)による参考値では、平成23年3月現在22.4%(医療機関で使用される薬剤は含まない)。
- ・本年12月初旬に、最新の薬価本調査に基づく集計値の速報が出る予定。それを踏まえて、平成24年診療報酬改定に向けて、更なる使用促進策が検討される見込み。

2. 問題点

医療関係者及び患者の間で、後発医薬品の使用に積極的になれない理由がある。

- ・医療関係者にとって、品質や安定供給等の面での不安を抱き、使い慣れた先発医薬品を後発医薬品に替える必要性を感じない。
- ・薬局等において、後発医薬品は品目数が多いために、在庫の負担、選択の難しさがある。
- ・患者にとって、使い慣れた先発医薬品を後発医薬品に代えても大丈夫との安心感が医療関係者から十分得られていない。等

3. 対策

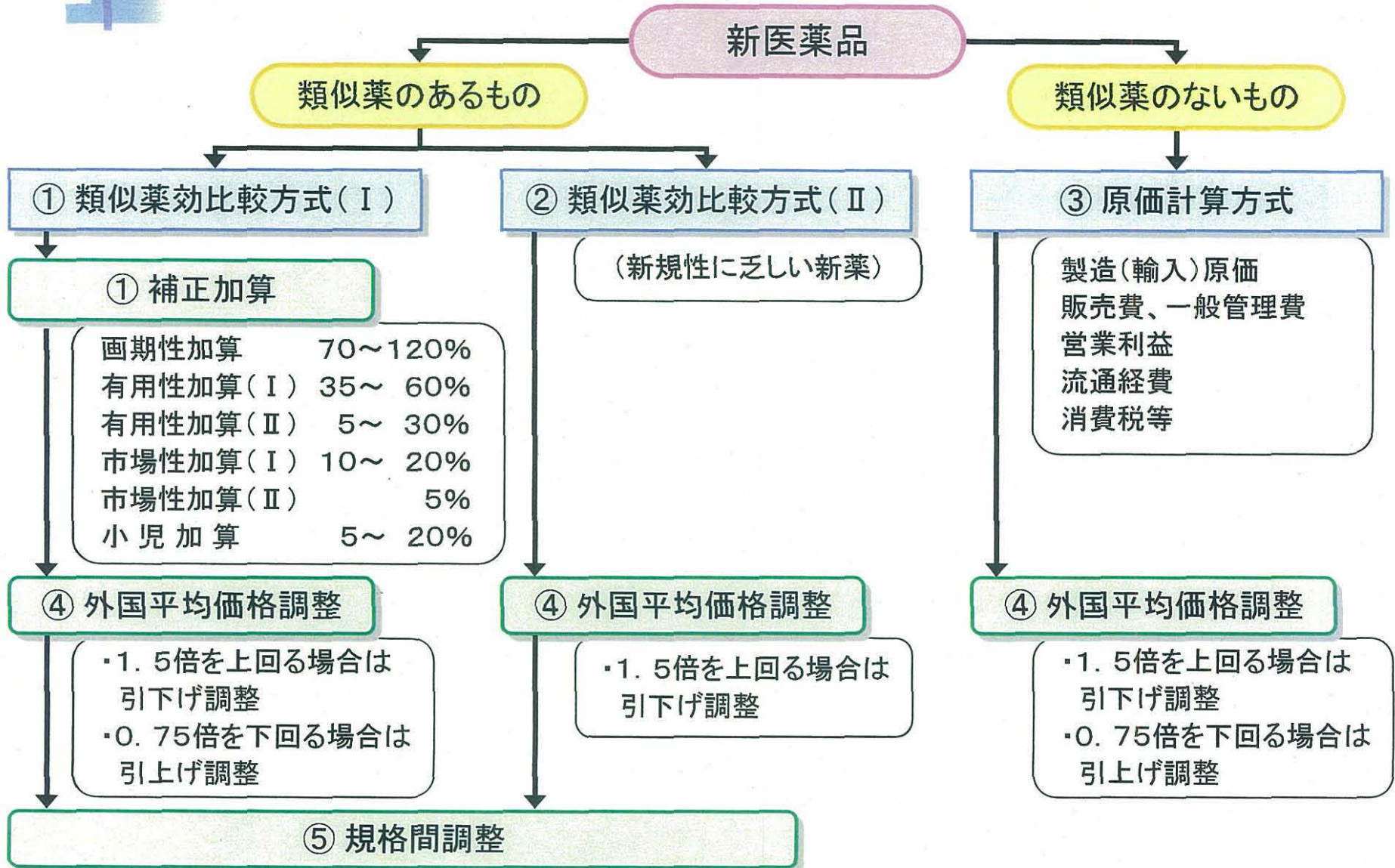
○後発医薬品の更なる信頼性の向上と、正しい理解の普及も含めた周知
→「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」の強化

○中央社会医療保険協議会における、医療保険制度面での検討

- ・品目数や薬価のばらつき等、薬価制度上の諸問題
- ・医療機関における診療報酬並びに医師の処方及び処方せんのあり方
- ・薬局における調剤報酬及び患者への情報提供のあり方 等

○保険者における被保険者へのより積極的な働きかけ

新医薬品の薬価算定方式



(注)有用性の高いキット製品については、上記⑤の後、キット特徴部分の原材料費を加え、加算(5%)



新規収載後発医薬品の薬価算定方式

1. 後発品が初めて収載される場合

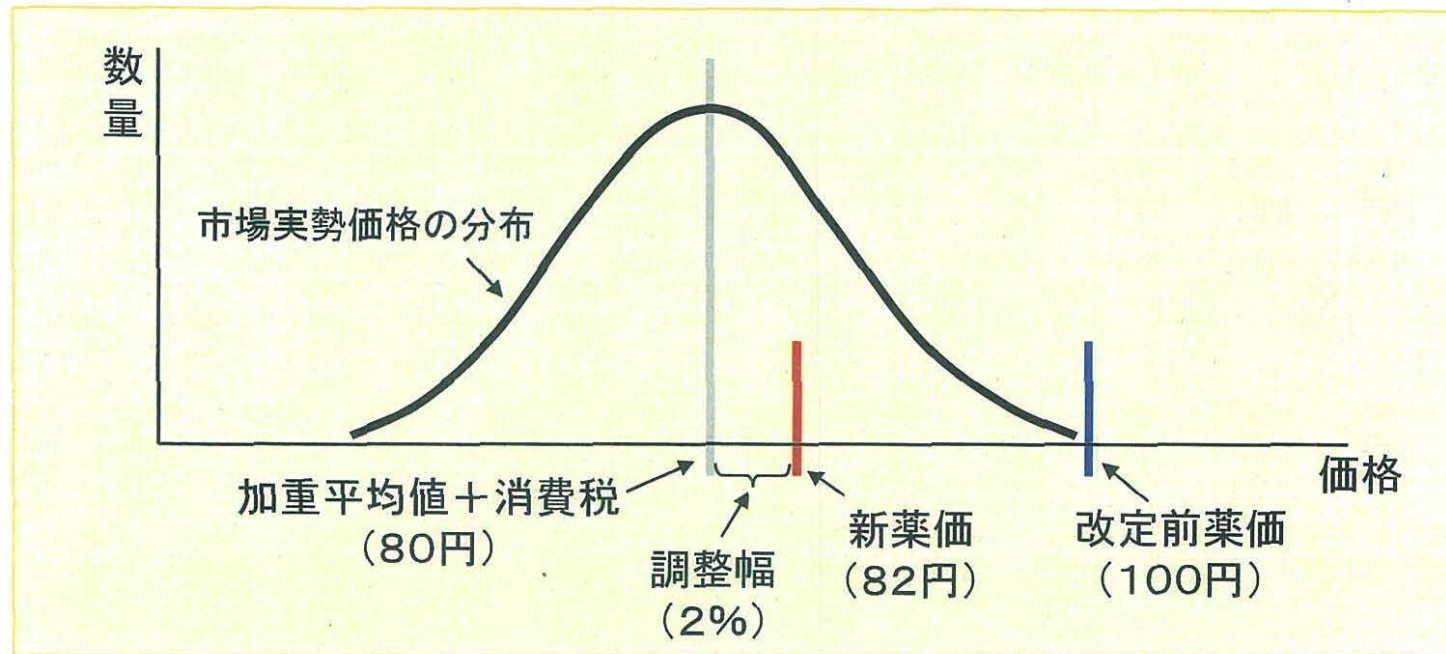
→ 先発品の薬価の0.7掛けとする。

2. 後発品が既に収載されている場合

→ 最低価格の後発品と同価格とする。

既収載医薬品の薬価算定方式

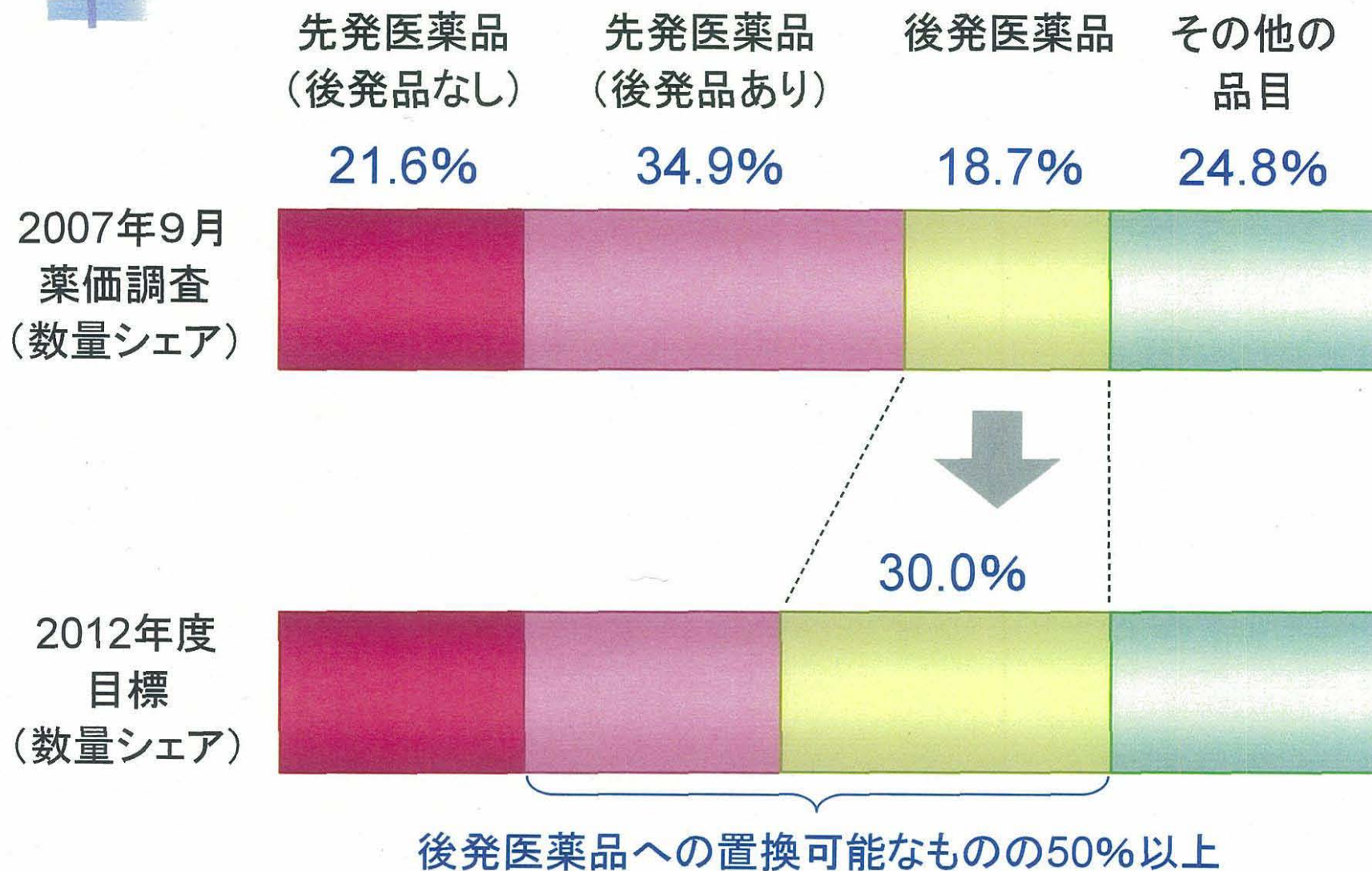
～基本的なルール～



卸の医療機関・薬局に対する販売価格の加重平均値(税抜きの世界実勢価格)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。

$$\text{新薬価} = \left[\text{医療機関・薬局への販売価格の加重平均値(税抜の世界実勢価格)} \right] \times \frac{1 + \text{消費税率}}{\text{(地方消費税分含む)}} + \text{調整幅}$$

後発医薬品の使用促進目標



※ その他の品目:承認が昭和42年以前のもの、漢方エキス剤、生薬、生物製剤(ワクチン、血液製剤等)、局方品

薬価基準収載品目の分類別の品目数及び市場シェア (平成21年9月薬価調査)

		品目数	数量シェア	金額シェア
先発医薬品	後発品なし	1,894	18.9%	47.8%
	後発品あり	1,469	36.3%	35.9%
後発医薬品		6,778	20.2%	7.6%
その他の品目		4,164	24.6%	8.7%

- ・ 品目数は平成22年4月時点。但し、名称変更による旧名称品(経過措置移行品目)は含まない。
- ・ 数量シェア及び金額シェアは平成21年9月調査時の数量、薬価による。
- ・ 「その他の品目」は、薬事法上先発医薬品と後発医薬品との区別ができない昭和42年以前に承認された医薬品等(血液製剤等)。

論点別シート

テーマ名	B5-3	社会保障: 後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策
視点	医師から処方される薬とそれ以外は何が違うのか。	
論点	3-1	病院でも薬局でも買うことのできる薬の負担はどうあるべきか。
作成	厚生労働省	

1 市販薬と医療用医薬品について

- (1) 市販薬は、一般の人が薬局で購入し、自己判断の下で使用される医薬品であり、効能、用法等は一般人向け。一方、医療用医薬品は、医師の診断、処方せんに基づき使用される医薬品であり、効能、用法等は専門家向けとなっている。
- (2) 仮に、同一成分を含有していたとしても、一般的には、市販薬の方がリスクを低く設定しており、両者は、基本的に異なるもの。具体的には、医療用医薬品の中には、たとえ市販薬と同一の成分を含むものでも、より重症の患者に高用量で使用されるなどの点で市販薬と異なっている。

例: イブプロフェン

	効能	使用量
市販薬(一般人向け)	頭痛、生理痛、など	1日450mgまで
医療用医薬品(専門家向け)	慢性関節リウマチ、手術後の消炎・鎮痛など	1日600mg

- (3) なお、市販薬では、メーカーが自由に価格を設定できるが、医療用医薬品では、保険収載する際に公定価格が設定されている。

2 薬の負担はどうあるべきか

- 医師から処方される医療用医薬品は、原則、医療保険の対象となっている。
 - 市販薬と同一の成分を含有するものを「市販品類似薬」として保険から外すことなどがこれまでも外部から指摘されているところであるが、このことについて、平成22年12月、平成23年10月開催等の社会保障審議会医療保険部会において議論されたが、
 - ① 市販品類似薬を使用している患者の負担が著しく増大すること
 - ② 負担や影響が患者ごとに異なること
 - ③ 同一成分でも医療用と一般用で効能・効果、含量が異なる場合など、対象となる薬の切り分け・範囲の選定が困難であること。
 - ④ 新規の市販薬開発への支障、安定供給への影響が懸念されること
 - ⑤ 安全で、有効、かつ安価な薬が保険で使われなくなることは、かえって高い薬にシフトして医療費削減にならないのではないかと考えられること
- などの反対意見があったことから、たとえ実施を検討するとしても、慎重な対応が必要と考える。

市販薬と類似した医療用医薬品について

1 市販薬と医療用医薬品について

- 市販薬： **患者が薬局で購入し、自らの判断で使用**する医薬品
- 医療用医薬品： **医師が患者の治療のために処方**する医薬品（注）

注 たとえ市販薬と同一の成分を含むものでも、より重症の患者に高用量で使用されるなどの点で市販薬と異なる。イブプロフェンを含む医薬品の場合、以下のとおり。

市販薬： 「頭痛、生理痛」等を効能とし、使用量は1日450mgまで。

医療用医薬品： 「慢性関節リウマチ、手術後の消炎・鎮痛」等の効能を有し、使用量は1日600mg。

2 医療保険における取扱

- 他の医療用医薬品と同様、医師が患者の治療のために処方する医薬品であり、保険給付の対象とされている。

市販薬と類似した医療用医薬品を保険外とすることに係る論点 (昨年の医療保険部会に提示した論点)

- 1 市販品類似薬を保険給付外とした場合、これらの医薬品を使用している患者の負担が増えることになるが、この点についてどのように考えるか。
- 2 また、保険給付外とする市販品類似薬の範囲によって、どのような患者にどの程度の負担が生じるのか、吟味する必要があるのではないか(注)。

(注)負担増になる患者層の例

 - ・湿布薬:主として関節痛などをもつ高齢者
 - ・うがい薬・かぜ薬:小児の場合、現行の医療費助成と同様に自治体が負担するのであれば、多くの自治体において、
公費負担が増加
 - ・漢方薬:不定愁訴、更年期障害、自律神経失調症などの中高年
- 3 市販品類似薬の中には、市販品と異なる重篤な疾患の効能を有しているものがあり(注)、その場合、保険給付と給付外の効能を整理する必要があるほか、同じ漢方薬でも、医療用医薬品と成分や含量が同じものが市販品にあるとは限らないなど、保険給付と給付外の切り分けの考え方について整理が必要ではないか。

(注)例えば、ビタミンB₁製剤の場合、ビタミンB₁欠乏症のほか、ウェルニッケ脳炎などの効能を有する。
- 4 市販品類似薬を保険給付外とすることにより、製薬企業が新規成分の市販品の発売を躊躇したり、特定分野の医薬品の安定供給に大きな影響を与えたりする場合があります。について、どう考えるか。
- 5 仮に実施するとしても、保険給付外とする市販品類似薬の範囲を選定するに当たっては、その基準を策定する必要があるとともに、専門家や負担増となる患者の意見を聴くなど透明性を確保した形で行う必要がある、実施するまでに一定程度の時間が必要ではないか。

論点別シート

テーマ名	B5-3	社会保障: 後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策
視点	<ul style="list-style-type: none"> 薬局でもらう薬の値段はどう決まっているのか。 後発医薬品とは何か。 	
論点	1-1、2-1	後発医薬品の使用を進めるための方策は何か。
作成	財政当局	

薬局でもらう薬の値段はどう決まっているのか？

A 薬価算定の仕組み

薬価基準(医療保険が支払われる際の医薬品の価格を定めたもの)
⇒ 全国統一の公定価格

特許期間
(市場実勢価格に基づき2年ごとに薬価改定)

新薬

薬価算定方式

- 類似薬効比較方式
- 原価計算方式

後発品
(初めて取載)

薬価算定方式

- 先発品の0.7掛け

後発品
(他の後発品あり)

薬価算定方式

- 最低価格の後発品と同価格

B <先発品と後発品の薬価の差>

…高脂血症用剤(5mg 1錠)の例

先発品: 薬品 A 59.30円 (100)

後発品: 薬品 B 35.40円 (60)

薬品 C 27.30円 (46)

薬品 D 15.60円 (26)

C 個別品目における価格帯 (例: アムロジピン5mg錠・降圧剤)

先発医薬品	品目	薬価(円)		対先発医薬品薬価比	
		標準	加算(19.6%)	価格帯	%
先発医薬品	ノルバスク錠5mg	64.90	64.70	-	-
	アムロジピン錠5mg	64.00	-	-	-
	アムロジピン錠5mg「EP」	50.80	-	価格帯①	78.5%
	アムロジピン錠5mg「KN」	48.90	-	価格帯②	75.6%
	アムロジピン錠5mg「NS」	47.70	-	価格帯③	73.7%
後発医薬品	アムロジピン錠5mg「T-OF」	47.70	-	-	-

	アムロジピン錠5mg「CH」	33.50	-	価格帯⑬	51.8%
	アムロジピン錠5mg「RLL」	32.20	-	価格帯⑭	49.8%
	アムロジピン錠5mg「ガレン」	32.20	-	価格帯⑮	46.2%
アムロジピン錠5mg「TCK」	29.90	-	-	-	

※ アムロジピン5mg錠は、初回改定で、1の価格帯から15の価格帯が発生
出典: 中央社会保険医療協議会 薬価専門部会(23.10.19) 資料抜粋

後発医薬品とは何か？

D

国名	後発医薬品シェア (単位: %) (2009年度)	
	数量	金額
日本	20.2	7.6
アメリカ	72	14
イギリス	65	26
ドイツ	63	24
フランス	23	12

(出典) 日本: 厚生労働省 2009年9月 薬価調査
アメリカ、イギリス、ドイツ: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, RX only, Dec MAT 2009
フランス: フランス政府・医療用品経済委員会(CEPS)報告

(注) 諸外国の数値については、出典及び定義に差異があるため、単純に比較できないことに留意が必要。

E 薬価と後発品普及の関係

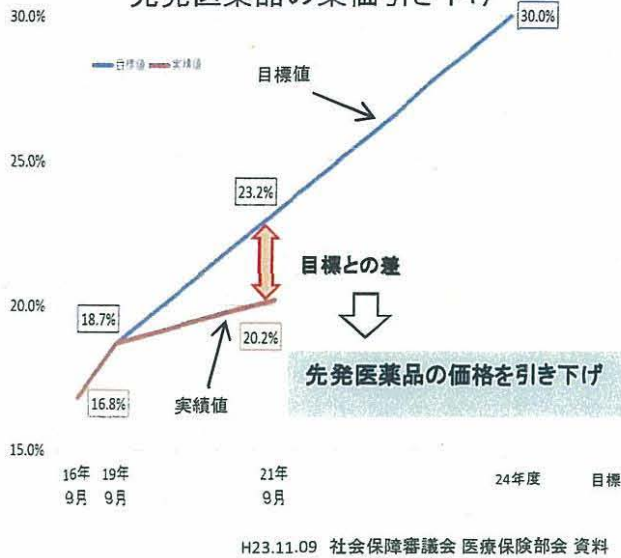
図表32 医療機関から後発医薬品の取引の申出を断られる場合の理由(複数回答)
有効回答数 60(メーカーアンケート)

理由	割合
なんとなく後発医薬品に対する不安がある	56.7%
安定供給(在庫、製造トラブルの回避、緊急注文対応、継続生産等)に不安がある	50.0%
品質(安定性、規格試験結果等)について安心できない	46.7%
情報収集・提供(MR数、緊急連絡体制等)等が不十分である	46.7%
他の医療機関で採用されていないので不安がある	41.7%
薬価差益が先発医薬品に比べ少ない	40.0%
病院経営への寄与(寄付金等)が見込めない	18.3%
会社の信用(株式上場等)に不安がある	16.7%
その他	23.3%

「医療用医薬品の流通実態に関する調査報告書」(平成18年9月、公正取引委員会)より引用

後発医薬品とは何か？

F 平成22年改定における後発医薬品のある先発医薬品の薬価引き下げ



後発医薬品の影響額

○後発医薬品のシェア

	数量ベース	金額ベース
後発品シェア	20.2%	7.6%
(後発品あり先発品)	36.3%	35.9%

※ 目標値は平成24年度に数量ベースで30%以上
出典：厚生労働省 2009年9月 薬価調査

○後発医薬品シェアが20.2%から30%になった場合の影響額

⇒ 医療費影響額 **▲4,800億円(国費 ▲1,200億円)**

○後発品あり先発品が全て後発医薬品に置き換わった場合の影響額

⇒ 医療費影響額 **▲17,600億円(国費 ▲4,400億円)**

※ 平成21年度国民医療費より機械的に試算

H

処方せん様式

(保険医療機関及び保険医療養担当規則 様式第二号)

後発品への変更を認めるかは医師の裁量

後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更がすべて不可の場合、以下に署名又は記名・押印
保険医署名

I

各国の例

- 仏：後発医薬品の使用を促進する観点から、一部の先発品を選んだ場合、**差額を患者負担化**。
- 独：外来薬剤費の1割を患者が負担することになっているが、これに加え、**薬剤費が一定価格**（先発品と後発品の価格の間で設定される参照価格）**を超過する分についても患者が負担**。

有識者意見

- 平成23年11月9日 社保審 医療保険部会 岩本教授

「先発薬と後発薬の効能が同じならば、両者の価格は同じであってしかるべき」

●先発品薬価については、後発品薬価を目指して大幅に引き下げるべきではないか。

→先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とするなど、中期的には医療保険上の取扱いを統一化することを目指すべきではないか。

論点別シート

テーマ名	B5-3	社会保障:後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策
視点	医師から処方される薬とそれ以外は何が違うのか。	
論点	3-1	病院でも薬局でも買うことのできる薬の負担はどうあるべきか。
作成	財政当局	

医師から処方される薬とそれ以外は何が違うのか？

A 市販品類似薬の具体例(ビタミン剤)

市販品と医療用医薬品の比較
(市販品と医療用医薬品は、同一・同量の有効成分のケース)

区分	市販品		医療用医薬品		
	価格	調剤料等 + 薬価	3割負担	(薬価)	(薬価3割)
ビタミン剤	1,575円	2,840円	852円	300円	90円

※1 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。
 ※2 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、一般的な調剤薬局で購入した場合の価格を機械的に算出。

○ 調剤レセプトに占めるビタミン剤のシェア … 1.2%(金額ベース)

※ 「平成22年度 最近の調剤医療費の動向」(厚生労働省)より

B 【フランスの薬剤費の負担割合】

○ フランスでは、薬剤(外来)の内容によって自己負担割合を変更。

- ・代替性のない重要薬(抗ガン剤等) : 0%
- ・ほとんどの治療薬 : 35%
- ・胃薬など : 70%
- ・再評価で有効性が乏しいとされたもの : 85%
- ・ビタミン剤等 : 100%

C 【第1回事業仕分けの結果】

○ 評価者コメント(抜粋)

- ・ **市販品類似薬は保険対象外とすべき。**単価比較をすれば、市販品の方が安くなるデータもある。
- ・ 市販品を拡大して、保険適用外にするのは賛成。

◎ WGの評価結果

「市販品類似薬は保険外」

- ・ 市販品類似薬を保険外とする方向性については当WGの結論とするが、**どの範囲を保険適用外にするかについては、今後も十分な議論が必要**である。

D 【厚生労働省の対応】

○ 社会保障審議会医療保険部会
(平成21年11月25日、12月8日)

◎ 医療保険部会での結論
「保険外とすることは見送る」

<理由>

- ① 保険給付外となることによって患者負担の増加につながる
- ② 負担及び影響が患者毎に異なる
- ③ **同一成分でも医療用と一般用で効能・効果、含量が異なる場合など、保険給付と給付外への切り分け及び市販類似薬の範囲の選定が困難である**
- ④ 新薬開発の躊躇、安定供給への影響が懸念される

● 市販品類似薬(ビタミン剤など)については、医療保険上の取扱いを見直し、半額は自己負担とすべきではないか。

平成 24 年度診療報酬改定の基本方針

平成 23 年 12 月 1 日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

I 平成 24 年度診療報酬改定に係る基本的考え方**1. 基本認識**

- 国民にとって健康やそれを支える医療は生活の基盤である。超高齢社会においても、国民皆が質の高い医療を受け続けるためには、持続可能な医療保険制度を堅持し、効率的かつ効果的な医療資源の配分を目指すことが重要である。
- こうした背景を踏まえとりまとめられた「社会保障・税一体改革成案」（平成 23 年 6 月 30 日政府・与党社会保障改革検討本部決定）に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入等）、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025 年のイメージを見据えつつ、計画的な対応を段階的に実施していくこととし、今回の改定をあるべき医療の実現に向けた第一歩とするべきである。
- また、次期改定は介護報酬との同時改定であり、今後増大する医療・介護ニーズを見据えながら、地域の既存の資源を活かした地域包括ケアシステムの構築を推進し、医療サービスと介護サービスを切れ目なく提供するとともに、双方の役割分担と連携をこれまで以上に進めることが必要である。
- さらに、貴重な医療資源の効率的かつ効果的な利用のためには、医療関係者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとした意識を持ち、それぞれの立場での取組を進めるべきである。
- 中長期的な視点も含め、診療報酬については、医療計画をはじめとした地域医療の実情にも対応することが求められており、また、医療提供体制の強化については、診療報酬のみならず医療法等の法令や、補助金等の予算措置など、あらゆる手段を総合的に用いることにより実現していくべきである。

2. 重点課題

- 次期診療報酬改定においては、「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、上記のような基本的な認識の下、以下の課題について重点的に取り組むべきである。
- 現在の医療・医療保険をとりまく状況に鑑み、平成24年度改定においては、引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点から、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減について、重点課題とするべきである。
- また、今回の改定が診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえ、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組について重点課題とするべきである。

3. 改定の視点

- がん医療、認知症医療など、国民が安心して生活することができるために必要な分野については充実していくことが必要であり、「**充実が求められる分野を適切に評価していく視点**」を改定の視点として位置付けることとする。
- 患者が医療サービスの利用者として必要な情報に基づき納得し、自覚を持った上で医療に参加していけること、生活の質という観点も含め患者一人一人が心身の状態にあった医療を受けることが求められており、「**患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点**」を、改定の視点として位置付けることとする。
- 持続可能な医療保険制度を堅持していくためには、質が高く効率的な医療を提供していく必要があり、急性期、亜急性期、慢性期等の機能分化や、在宅医療等、地域における切れ目のない医療の提供、安心して看取り・看取られる場の確保等を目指していくことが必要であり、「**医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**」を、改定の視点として位置付けることとする。
- 医療費は国民の保険料、公費、患者の負担を財源としており、適正化余地のある分野については適正化していくとともに、患者自身の医療費の適正化

に関する自覚も重要であり、「効率化余地があると思われる領域を適正化する視点」を改定の視点として位置付けることとする。

Ⅱ 平成24年度診療報酬改定の基本方針(二つの重点課題と四つの視点から)

1. 重点課題

(1) 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

- 今後とも引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくことが重要であり、こうした観点からも、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減に取り組んでいくべきである。
- このため、勤務体制の改善等の取組、救急外来や外来診療の機能分化の推進、病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進などに対する適切な評価について検討するべきである。

(2) 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

- 今後増大する医療ニーズを見据えながら、医療と介護の役割分担の明確化と連携を通じて、効率的で質の高い医療を提供するとともに、地域で安心して暮らせるための医療の充実を図る必要がある。
- このため、在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進、地域における療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実、維持期(生活期)のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携などに対する適切な評価について検討するべきである。

2. 四つの視点

(1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

- 我が国の医療において、充実が求められる領域については、それを適切に評価していくことにより、国民の安心・安全を確保する必要がある。

- このため、緩和ケアを含むがん医療の充実、生活習慣病対策の推進、身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等の精神疾患に対する医療の充実、早期診断及び重度の周辺症状への適切な対応等の認知症対策の促進、感染症対策の推進、リハビリテーションの充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進などに関する適切な評価について検討するべきである。
- さらに、手術等の医療技術の適切な評価について検討するとともに、医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価についても検討するべきである。

(2) 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点

- 患者の視点に立った医療の実現のため、受けた医療や、診療報酬制度が患者等から診てわかりやすいものとするなどの取組を継続させていくことが必要である。
- このため、医療安全対策等の推進、退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価、明細書無料発行の促進、診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化などについて検討するべきである。

(3) 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

- 限られた医療資源の中で、国民に質の高い医療を提供し、かつ、効率的な医療を実現していくためには、医療機能の分化と連携等について診療報酬上のさらなる効果的な評価を検討することが重要である。
- このため、急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価、医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価、診療所の機能に着目した評価、医療機関間の連携に対する評価などについて検討するべきである。

(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

- 今後医療費が増大していくことが見込まれるなかで、効率化余地がある

領域については適正化を推進していくことが、患者負担や保険料への影響等の観点からも重要である。

- このため、後発医薬品の使用促進策、平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組の推進などについて検討するべきである。
- また、医薬品、医療機器、検査については、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、技術についても、相対的に治療効果が低くなった技術の置き換えが進むよう、適正な評価について検討を行うべきである。

Ⅲ 将来を見据えた課題

- 診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障・税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。
- すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。
- その際には、地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行うべきである。
- また、持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行うべきである。
- さらに、将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて、検討を行っていく必要がある。

社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨

1 改定率・改定期間について

- ・ 賃金、物価ともに低水準で推移しており、更には電力供給の制約や円高の傾向の継続などを背景に、国内での事業活動を継続することすら危ぶまれる状況にある。加えて、震災復興のための巨額な費用も必要である。一方で、社会保障・税一体改革成案においても消費税引き上げの時期もあいまい。財源調達のめどが立たない中、診療報酬を引き上げるような状況にはない。ただ、具体的にはこれから各論でいろいろ議論していきたい。(7/21 斎藤正憲委員)
- ・ 次の同時改定は、新たな医療制度あるいは介護保険制度をつくっていく上で非常に重要なタイミングである。改定に向けた影響調査なども行っており、それらを踏まえてきちんとした、しっかりした議論を先送りせずに行う必要がある。(7/21 逢見委員)
- ・ 中医協意見書では、地域特性を踏まえた診療報酬の在り方の検討も課題として上げられており、地域特性ということを見ると今回の震災における被災地での医療提供体制の再構築と、その中で診療報酬をどう位置づけていくかということも重要な課題。そういう視点も踏まえて診療報酬、介護報酬の同時改定に向けた準備を進めるべき。(7/21 逢見委員)
- ・ 事業所は中小が多く、給与も減少しており、保険料を上げることはできない。医療と介護の連携の視点、QOL を高める視点、医療サービスの評価、効率化という視点も重要。ただし、効率化の項目を増やすべき。また、基本方針には、国民、患者目線に立ってどのような影響があるのか分かりやすく伝える内容にすべき。(9/16 小林委員)
- ・ 特に協会けんぽは財政が厳しい。改定率は引き下げるべき。(11/24 小林委員)
- ・ 改定については現状維持というかたちとってもらい、新たな財源の確保ができてから機能強化を行うべき。(11/24 山下委員)
- ・ 社会保障・税一体改革にとらわれずに基本方針を決めるべき。東日本大震災の影響もあるため、今回の改定では、施設基準等を要件づける新たな診療報酬の設定を行うべきではない。(11/9 鈴木委員)
- ・ 医療経済実態調査では改善したとっているが、中小病院や診療所は非常に厳しい状況。救急のあり方、地域の有床診等の視点を強調してほしい。
- ・ 2025 年のあるべき医療の姿を提示してほしい。また、健診率も高めていくべきである。(11/24 横尾委員)

2 介護報酬との同時改定、在宅医療に関して

- ・ 介護と医療のシームレスな連携が必要。例えば、高齢者の介護付きアパートに入居している患者が一旦肺炎を起こし入院すると、アパートを撤去することになる。病気が治っても、別の施設を探さなければならない。シームレスというが、実際には1度

病気になると、分断されてしまう。そこをうまく繋ぐ形のシステムが必要。(7/21 高原委員)

- ・ 前は急性期に手厚い配分だったが、今回は介護の地域包括ケアに対応した医療の部分を盛り込む必要がある。超高齢社会に向けて、亜急性期、慢性期、在宅医療をどう充実させるか、それを介護とどう関連させるかが大きなテーマ。また、全て在宅医療というのではなく、地域の中小病院、診療所など既存の資源を活用すべき。(9/16 鈴木委員)
- ・ 医療と介護の連携が大事。診療報酬に反映するには具体的にどのような連携が必要かこの部会としても議論すべき。特に高齢期の認知症の問題は、在宅ケアを推進していくためにもしっかりサポートすべき課題。(9/16 逢見委員)
- ・ 健康管理、医療、介護をトータルで考えるべき (9/16 横尾委員)
- ・ リハビリについては介護保険で対応すべきところを医療保険からズルズルと給付することのないようにすべき。(10/26 斎藤正憲委員)
- ・ 早期の在宅への移行が必要。在宅では、常に良い状態にあるわけではないので、在宅療養の維持を支えるのが看護職。そのためにも訪問看護ステーションを充実させるべき (10/26 紙屋委員)
- ・ 在宅支援診療所については、皆でネットワークを組んだ取組を評価すべき (10/21 高原委員)
- ・ 施設から在宅への大きな流れには賛成だが、スタッフの認識はあるのか。高齢者の単身世帯が増えるなかで、一人暮らしの高齢者が退院をしたときなどを念頭に置いて考えるべき。(10/21 樋口委員)
- ・ 在宅医療では、身近な老人クラブにおける情報交換も大事。民生委員も活躍しているが、担当する住民の数が多すぎ、個人情報への取扱いの問題もある。近隣における支え合いが重要。(10/21 川尻委員)
- ・ 診療報酬と介護報酬の同時改定なので、医療と介護の連携という観点での対応が重要である。とりわけ在宅医療、訪問看護が重要。(11/9 菅家委員)
- ・ 効率性が社会保障・税一体改革の中で求められているが、長期的に在宅で療養を支える体制が重要。生活習慣病等の慢性期の患者の重度化を食い止めるのが大事。病院に逆戻りさせないためにも、地域の中で療養相談や療養指導が受けられる体制が重要である。(11/9 斉藤訓子委員)
- ・ 精神科病棟に認知症患者が増えてきている。精神科での治療が適切な場合もあるが、介護のほうでは認知症を日常的な生活の中で介護していくというノウハウがある。認知症は在院日数が長くなる。あくまでも生活という視点で処遇をしてもらいたい。ここまでは医療、ここまでは介護という役割分担よりも連携を。(11/9 樋口委員)
- ・ 有床診療所や中小病院を活用した日本型の在宅を進める必要がある。(11/9 鈴木委員)
- ・ 退院直後の訪問看護については、医療保険で見ているが介護保険のケアプラン等の

柔軟性を高めることにより対応すべきであり、医療保険がカバーする範囲を安易に拡大すべきではない。(11/9 斎藤正憲委員(藤原参考人))

- ・ 医療と介護をつなげているのが訪問看護。退院直後には、在宅に移るまでの間、療養の場のギャップがある。そこを整えるのが重要。そこを整えば介護でも長期的に在宅で支えることができる。退院直後は、一定程度訪問看護が入ることが望ましい。(11/9 斎藤訓子委員)

3 震災関連

- ・ 災害に備え、医療をめぐる色々なデータのバックアップの仕組みをもう一度再確認しておく必要がある。(7/21 岡崎委員)
- ・ 被災地の医療の再建が大事。その中で公費と診療報酬の役割分担として、インフラに係る基盤整備や医療人材の確保は公費で、経常的な経費は診療報酬で対応すべき。(9/16 逢見委員)
- ・ 被災地において診療報酬でできることは非常に限られており、補助金の役目である。日々の医療サービスとして患者から見えにくいものは診療報酬の役割としては不向き。資本コストを診療報酬でみているということ自体も問題点があるということまでつながってくる。(9/16 岩本委員)
- ・ 被災地には患者が戻ってきていない。診療報酬の加算という話もあったが、四月まで待つことなく補助金や補償で速やかに対応すべき。(9/16 鈴木委員)
- ・ 「社会保障と税の一体改革」の中で共通番号制度の議論が進もうとしている。被災地でも有用であり、このような検討が目の前にあるということ想定して検討すべき。(9/16 横尾委員)
- ・ 震災対策については、本来は補助金の役割なので、診療報酬で対応することには違和感があり、非常に疑問。(10/26 斎藤正憲委員)
- ・ 東日本大震災の対応は診療報酬ではなく、税や補助金で行うべき。これは改定の視点に盛り込むべきではない。(11/9 斎藤正憲委員(藤原参考人))

4 患者からみた視点

- ・ 「患者からみて分かりやすい」というのが明細書の発行なのか違和感がある。明細書を発行するなという趣旨ではない。診療報酬が複雑すぎて患者は読んでも分からない。報酬体系を分かりやすくするのが基本。(9/16 高原委員)
- ・ 明細書が原則無償発行になったことを高く評価。患者が当事者意識を持つということが重要で、まだ発行が義務化されていない医療機関については着実に実行していくべき。明細書の発行を更に定着していく必要がある。明細書は、肝炎や薬害エイズの問題があったときに過去に自分がどのような治療を受けたのか知ることができる。(9/16 逢見委員)

- ・ 「患者からみて分かりやすい」という観点からは、患者がどこに行き誰に相談すれば良いかということが大事。医療ソーシャルワーカーが医療と介護を繋ぐ上で重要。(9/16 横尾委員)
- ・ 明細書の発行については、次回からは必要ないという人も多い。実際の医療行為と明細書の中身が合っていないので、患者に理解していただくには工夫が必要 (9/16 堀委員)
- ・ 看護職が退院支援室に確保できないことがあるので、保健師も活用すべき。(10/21 大谷委員 (児玉参考人))
- ・ 患者の視点に立ったとき、急性期から慢性期、在宅へ戻れと言われても、見捨てられたという感覚を持ったりトラブルが起きたりする。患者に理解してもらうためにも、退院支援等について中医協で決め細かく議論してほしい。(11/24 和田委員)
- ・ 退院時、転院時に、見捨てられたという感覚があるというが、情緒的なことではなく、急性期から回復期、慢性期に移行するための手法が必要。特に外来については、患者の側に大病院思考が強く、外来を受診しておかないとその病院に入院できないとされている場合がある。(11/24 竹久委員)

5 医療の効率化の視点

- ・ 四つの視点は総論的で異論はないが、「適正化する視点」に後発医薬品程度しか項目があがらないのが残念。システム化や番号制度を活用したネットワーク化を記載すべき (9/16 白川委員)
- ・ 医療費の伸びが避けられない中で、機能強化と同時に効率化にも取り組むことが必要。全体として保険料や患者負担が増えないようにしてほしい (9/16 山下委員)
- ・ レセプトの電子化については進捗状況を把握しながら的確なサポート体制をお願いしたい。IT化は医療費動向のチェックや医療費の抑制にも利用できる (9/16 逢見委員)
- ・ 医療の効率化の視点が重要。過去の改定の目的と達成度を十分に検証すべき。人口が減っていく中で、医療提供体制を診療報酬体系だけで対応するのは無理がある。都道府県の医療計画と診療報酬との連動・連携を考えるべき。(9/16 斎藤正寧委員 (藤原参考人))
- ・ 医療の機能強化は大事であるが、効率化も忘れないようにして、保険料が上がらないようにすべき。(10/21 山下委員)
- ・ 効率化として、平均在院日数の減少を評価する。90日越えの入院患者に対する評価の見直しはこの項目に含まれていると理解。(10/21 小林委員)
- ・ 特定除外に関するレセプトへの記載不備といった形式犯で重罪にすべきではない。(10/21 鈴木委員)

- ・ 急性期の中に慢性期の患者が入っているという不効率さが顕著になってきている。急性期医療は急性期の患者を見るために手厚い配置となっているのに、特定除外により慢性期の患者が入院しており、それにより失われる診療報酬の額は莫大。これを是正しなくてはならない。急性期医療での治療が終わって数日が急性期病院で、急性期病院に3か月も入院するのはおかしい。在宅を進めていく一方で、高度急性期でより高度な医療を提供することも必要である。(11/9 武久委員)
- ・ 保険財政は厳しい。企業や保険財政の状況等を考えて、医療機関の機能分化等による効率化・重点化を進めて、医療費の拡大は抑えてもらいたい。財源の範囲内でお願いたい。(11/9 山下委員)
- ・ 経済情勢等を鑑みて、診療報酬の引き上げは云々という話もあるが、これからの超高齢社会にむけてセーフティネットとしての社会保障の充実が必要。(11/9 鈴木委員)
- ・ 医療・介護サービスについても、経済現象なのでそこに働くべき原理については他の市場経済で何が起きているのかを参考にすべき。(11/9 岩本委員)

6 歯科関連

- ・ 前回改定では歯科医療の充実が謳われたが、実際には歯科技工加算しかなかった。昨日まで元気に生きて美味しいものを食べて死ぬという質の高さを求めていくことに歯科医療が果たす役割は大きい。次期改定では在宅医療推進、高齢者医療の充実の中で在宅歯科医療を推進すべき。(9/16 堀委員)
- ・ 生活の質に配慮した歯科医療について、どのような役割を果たしていけるのか、特に在宅や高齢者医療において歯科が果たせる役割を議論していきたい。(11/9 堀委員)

7 薬剤師・薬局関連

- ・ DPCに含まれている薬剤費はカウントされないので、DPCでの薬剤も含めた入院での薬剤費の上がり方を示していただきたい。(7/21、9/16 高原委員)
- ・ 後発品の薬価は安いですが、実際には加算があって、患者負担・保険者負担はあまり変わらないのではないかと。いくつか例を挙げて実際に加算まで入れた医療費の軽減がどの程度なのか示していただきたい。本当は先発品を10年経ったら安くするのが一番良いのではないかと。(7/21、9/16 高原委員)
- ・ 社会保障と税の一体改革における「市販医薬品の価格水準も考慮」との提案があるが、日本のように定率負担があって、そこにまたこのような負担をパッチワーク的な発想で行うのは非常に問題。(7/21 安部委員)
- ・ 後発医薬品の促進も、患者から見た分かりやすさが大事。後発医薬品の価格や品質を国民にしっかり説明していくことが必要。ジェネリックの使用割合を各国で比較する際には、その分母も考えることが必要。(9/16 安部委員)

- ・ 在宅医療における薬剤師の役割も重要。(10/21 安部委員)

8 医療従事者の確保・処遇

- ・ 看護労働者の処遇が大事。医師不足も重要課題だが、看護師等の医療従事者の確保も重要。在宅の看取り、長期の在宅療養に対する体制整備を図っていくためには看護人材は不可欠。離職に歯止めをかけるため、労働時間や仕事と生活の両立支援等、処遇に対する配慮が必要。(9/16 逢見委員)
- ・ 全国の2分の1が過疎地域になっているなかで、地域医療は大きな問題。医師確保、医療スタッフへの配慮を記載して欲しい。(9/16 横尾委員)
- ・ 安全・安心な医療は、人が確保するものであり、医療を支える医師を含めた看護職員等医療従事者を確保する観点を入れるべき。(9/16 紙屋委員)
- ・ 救急、産科、小児、外科等の確保は、診療報酬だけでは不十分。他の施策による対応も必要(10/21 斎藤正憲委員)
- ・ 看護師はレセプトの打ち込み業務に追われ、医師も患者よりカルテに向かう時間が多かたりとする。そのような場合にクラークを採用し、医師・看護師をデスクワークから解放し、専門職は専門職でないとできない業務に集中させるべき(10/21 紙屋委員)
- ・ 医療従事者の負担軽減については、同じような書類の整理が必要。(10/21 高原委員)
- ・ 医師も看護師も勤務状況が厳しく事故が起こらないのが不思議な程である。勤務態勢は、マンパワー不足であるという認識をもって取り組むべき。(10/21 紙屋委員)
- ・ 前回改定で勤務医の負担軽減がまとめられたがまだ道半ばである。医療従事者の負担軽減についてもぜひ取り組んでいただきたい。また、労働法令における休日を適切に勘案した評価にしてほしい。(11/9、11/24 斎藤訓子委員)
- ・ 勤務医の負担軽減については、診療報酬のみで対応するものではない。基本的考え方、診療報酬以外の対応を同時に進めるという認識も盛り込むべき。(11/9 斎藤正憲委員(藤原参考人))
- ・ 医療従事者の負担軽減については、前回にも措置を講じたが、あまり効果が出ていない。診療報酬では限界があり、計画的に不足している診療科の医師を増やしていくよう対応していただきたい。(11/24 白川委員)

9 終末期医療

- ・ 年齢に着目した点数の設定には反対。年齢に関わらず終末期医療の在り方、治療の在り方について検討し、その成果をできるだけ早く広く国民、特に高齢者に示すべき。患者学や第2の義務教育のようなものも必要。人生100年時代を生きる情報を的確に情報提供し、患者として、利用者としての資質を上げていくべき。(9/16 樋口委員)

- ・ 在宅で末期患者を診ることがあるが、在宅では十分な治療ができないこともある。ガンの場合は耐えられるが、慢性期、特に認知症では家族が耐えきれない場合がある。終末期医療についてもう一度議論する必要がある。(9/16 高原委員)
- ・ 終末期医療のあり方や看取りについて考えるとクリニックも地域における存在は大きい。(9/16 横尾委員)
- ・ 看取りの取り組みが進むような体制を提案してもらいたい。(11/9 齊藤訓子委員)

10 その他

- ・ ガンの検診率を上げるべき。事前にケアができれば、医療費の適正化にも国民の安心にも繋がる。(9/16 横尾委員)
- ・ 「社会保障と税の一体改革」では番号制度が実現の方向である。診療報酬制度でも番号制度を利用すべき(9/16 横尾委員)
- ・ 日本の早期ガン発見率が高いのは、診療所の質が高いからであり、超高齢社会では気軽に身近なところで診断も検査も治療も受けられる日本型のミニ健康センター的な診療所が見直されるべき。(9/16 鈴木委員)
- ・ 急性期、慢性期を念頭に置いている部分については、亜急性期の視点も必要(10/26 鈴木委員)
- ・ 急性期、亜急性期、慢性期の定義がはっきりしていない。回復期と亜急性期はイコールなのか。(11/24 竹久委員)
- ・ 救急入院について、搬送するときには急性期か亜急性期か分からない。うまく搬送する仕組みが必要。(11/24 竹久委員)
- ・ 地域の産科、小児科を守るために、母親がもり立てている地域もある。そのような取組をリソースとして取り込めないか。診療報酬だと工夫がいるだろうが、患者と病院とのつなぎ目として期待。また、患者の意識改革も必要。(10/21 和田委員)
- ・ 自殺者数は、10年続けて3万人を超えている。医療だけの話ではないが、医療も大事。22年改定で認知行動療法が評価されたが、今回も自殺対策を盛り込んで欲しい。(10/21 柴田委員)
- ・ 医療の提供が困難な地域に対する対応として、医療資源の少ない医療機関の診療報酬をかき上げするという手法ではなく、補助金で措置すべき事項である。(11/24 斎藤正憲委員)

社会保障審議会医療部会 各委員の発言要旨

1 「視点」、「方向性」への一般的な意見

- ・ 前回改定で示した2つの重点課題と4つの視点については踏襲すべき。勤務医や看護師などの医療従事者の処遇改善や医療従事者の人材確保についても今回も重点課題とすべき。(9/22 小島委員)
- ・ 前回改定の4つの視点については、到達目標であり、踏襲すべき。また効率化の部分では後発医薬品の利用促進が挙げられているが、バイオシミラーについても後発品の使用促進とともに触れるのか。(9/22 高智委員)
- ・ 基本的な4つの視点は維持すれば良いが、今回は同時改定なので、介護との関係が重要。「地域包括ケアの実現」を目指してどのような形で今回の改定をやるのか明示的に示すべき。(9/22 尾形委員)

2 介護報酬との同時改定に関して

- ・ 医療、介護の連携の視点に基づき、在宅医療の強化や介護との連携、いままでの議論にもあった地域包括ケアシステムの確立を図るためにも、6年に1回の同時改定による医療、介護の改革は必須。(7/20 高智委員)
- ・ 診療報酬・介護報酬の全面同時改定については見送りを求めるが、不合理な介護報酬に加えて、介護保険料の決定のために必要なことは行うべき。(7/20 中川委員)
- ・ 次回は介護と医療の同時改定であり、中医協と介護給付費分科会と合同会議をしたらどうか。(7/20 邊見委員)
- ・ 医療・介護の連携強化をするべき。具体的には在宅医療や訪問看護の評価・連携が重要。精神疾患患者、身体的な救急を要する患者、合併症の患者を受け入れられるような連携も極めて重要。(9/22 小島委員)
- ・ 医療と介護の連携は、地域における包括ケアシステムの構築にも資する。また、社会的入院を是正していくためにも医療・介護連携をすすめるべき。(9/22 小島委員)
- ・ 在宅医療の連携にあたっては、既存の医療資源の有効活用という視点があってもいいのではないか。(10/27 小島委員代理 (花井参考人))
- ・ 「看取りに至るまでの医療の適切な評価」「早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取組の評価」「退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実」について賛同。(10/27 斎藤 (訓) 委員)
- ・ 退院直後については、十分な期間、医療保険から訪問看護を行えるようにすることが有効(11/17 斎藤 (訓) 委員)

3 「社会保障と税の一体改革」に関して

- ・ 社会保障と税の一体改革に関しては、消費税が決まらないと、今後の見通しが立たず、今後どのように考えていったらいいか難しい。(7/20 日野委員)
- ・ 社会保障・税一体改革の成案は与党内の反対意見も根強く、閣議決定ではなく閣議報告とされ、閣議の取扱いの中では一番低いレベル。成案をまとめる段階でどのような議論が行われたのかも全く不透明。今の政権は審議会、検討会でやっている議論を頭越しに閣議に持ってきて政治主導で決めてしまう。これを事務方が基本方針の中に反映させるというのは非常に問題が多い。(7/20 中川委員)
- ・ 以前、事務局からは、社会保障・税一体改革の成案は閣議報告であり、基本方針改定の具体的な議論は医療部会や医療保険部会で行うとの回答があった。しかし、「一体改革成案に沿って」など、「一体改革」の文字が頻繁に出てくる。一体改革の診療報酬項目がどこで議論されたかが全く見えて来ず、不信感がある。(10/27 中川委員)
- ・ 税も社会保障もトータルで考えるべき。まずは実情を掴むことが必要で、財源と課題を両睨みで扱っていくことが必要。(7/20 光山委員)
- ・ 社会保障と税の一体改革において、将来の在り方が示されているので、今回の改定をどう位置付けていくのか。あるべき姿を目指して、少なくとも今回はここまでやるという議論が必要。(9/22 尾形委員)
- ・ 一体改革では「急性期病院の平均在院日数を 9 日にする」とあるが、インフラ整備もないまま進められると、地域の急性期病院は皆つぶれてしまうということを理解すべき。(10/27 大西委員)

4 震災・改定の延期議論について

- ・ 東日本大震災といった混乱期において、同時全面改定を行うべきでない。医療経済実態調査も震災を反映していない。ただし、当初の目的と実態が乖離している不合理な部分については、早急に是正すべき。また、過去に期中で改定が行われた例もある。(7/20 中川委員)
- ・ 診療報酬改定については、誠意を持って取り組むという姿勢は必要。あらかじめ診療報酬の全面改定をやらないという結論ありきではなく、実情を掴むべき。震災があったから思考停止してしまうということがあってはならない。(7/20 光山委員)
- ・ 本部会においても、医療保険部会、中医協と足並を揃え、平成 24 年度改定の審議スケジュールに沿った検討を行うことが極めて肝要であり、私どもの責務。平成 24 年度の診療報酬改定は延期すべきではない。中医協の議論に先行する形で基本方針を取りまとめる必要がある。(7/20 高智委員)
- ・ 粛々と改定に向かって議論を進めて良いと思うが、大震災で影響を受けているところには十分な配慮が必要。単に点数を変えるだけではなくて、今度の震災のような緊急時にきちんとした医療提供体制が継続できるような診療報酬体系となるような基本方針とすべき。(7/20 西澤委員)

- ・ 診療報酬改定については、最初から全面改定を目指すのではないけれども、準備だけは粛々としておくということで、ほぼコンセンサスが得られたと思う。(7/20 斎藤部長)
- ・ 震災後に安定的な医療提供をしていく上で、診療報酬での対応についての検討があり得るのではないか。(7/20 小島委員 (伊藤参考人))
- ・ 医療法における人員配置標準を満たさないと診療報酬が大きく下げられるが、なぜ医療法の人員配置標準と診療報酬が連動しているのか理解できない。入院基本料の場合は医師数が3割標欠まで減算されないのに、精神療養病棟入院料等の特定入院料については少しでも満たさなくなると減額されてしまう。(7/20 山崎委員)
- ・ 被災地における看護師の不足対策は触れられているが、医師不足への対応も重要。特に福島では子育て中の女医、看護師という若い医療従事者が離れている。精神医療の場合は、一名欠けただけでも特別入院料に落ちてしまう。放射能問題が解決するまで標欠を認めるべき。特に社会医療法人は医療法の基準が前提となっており、医師の退職により取り消しされてしまう。(9/22 山崎委員)
- ・ 大震災への対応に集中すべきで、全面改定は行うべきではない。ただし、必要な見直しは行うべき。被災地において医療機関は復興に尽力している。被災地では医療従事者の大移動が起きており、改定では人員配置基準に関わることは、要件緩和を除いて変更すべきではない。(9/22, 10/27 中川委員)
- ・ 災害が一過して慢性期医療に近い機能が必要となっているので、どう手当するか検討すべき。災害拠点病院は、国公立に独占されているが、民間病院も参加できるようにすべき。(9/22 日野委員)
- ・ インフラの整備は公費、通常の経常的なコストは診療報酬と役割分担をはっきりすべき。地域によって、重点的に何かを措置しなければならないものについては診療報酬と切り離してやるべき。被災地の人員不足は診療報酬で収斂できるものではない。(9/22 光山委員)

5 患者からみた視点

- ・ 患者から見て分かりやすい診療報酬という観点から明細書の定着を図るべき。負担も意識していくということが患者にとっても重要。(9/22 小島委員)
- ・ 患者から見て分かりやすいという視点が大事。「高度急性期」、「亜急性期」と言われても患者には分からない。また、地域には高度医療も亜急性期医療もない。機能分化は昭和60年くらいから言われているが、曖昧なままであり、診療報酬との関係はよく考えなければならない。(9/22 相澤委員)
- ・ 効果的な医療資源の利用のためには、患者の「協力」が必要とあるが、「協力」は外部者がすること。本来、国民は医療の主人公なので、「協力」ではない。(10/27 田中委員)

- ・ 「診療報酬点数表における用語の平易化」とあるが、診療報酬体系の平易化も加えてほしい。(10/27 高智委員)

6 医療の効率化の視点

- ・ 皆保険の中で医療資源を適正に配分して有効に活用していくという観点は、持たざるを得ない。医療機関の開設に対する一定のルールというのは診療所についてもあり得る議論だと考えている。(7/20小島委員(伊藤参考人))
- ・ 効率化の部分では、薬の関連ばかり記載されているが、単に薬価を下げるのではなく、国で改定財源を確保すべき。薬価だけ下げて財源とする改定方式は辞めて欲しい。(9/22山本委員)
- ・ 前回の改定で取り組んだ後発医薬品や検査の見直しについては引き続き行うべき。電子レセプトの促進や高額医療機器の共同利用を促進する報酬とすべき。(9/22小島委員)
- ・ コンビニ受診、はしご受診の抑制等、被保険者への周知に努めていきたい。また、「医療機器、検査等の適正な評価」とあるが、医療機器はもう少し効率化が図れるのではないか。(10/27 高智委員)
- ・ 「後発医薬品の使用促進策」については、さらに具体的な説明を加えるべき。(高智委員 11/17)
- ・ あまり、後発品に対し厳しくしすぎてはいけない。(山本委員 11/17)

7 歯科関連

- ・ 口腔ケアが非常に大事。色々な病気が予防できるし、今一番やらなくてはならないことだと思う。いくつかの自治体が口腔ケアに対して力を入れているので、良い点数を付けるべき。(7/20 水田委員)
- ・ 在宅歯科診療の推進を含めた在宅医療の推進の在り方について議論すべき(7/20 近藤委員)
- ・ 「チーム医療」、「慢性期」といった観点を入れるべき。また、医療連携が大事であり、在宅医療と記載されているところには、在宅歯科医療とも記載すべき。(9/22 近藤委員)
- ・ 「生活の質に配慮した歯科医療の推進」との文言が入っていることを評価したい(11/17 水田委員)

8 薬剤師・薬局関連

- ・ 薬剤師や薬局は、医療機関「等」と記載されることが多いが、薬剤師や薬局と記載すべき。(9/22 山本委員)
- ・ ジェネリックのシェアを国際比較する場合には、諸外国の定義が異なるので、注

意が必要（9/22 山本委員）

- ・ 訪問薬剤管理指導を届け出る薬局、実施している薬局等もきちんと調査して、計画的に整備して薬局薬剤師の位置付けをきちんとすべき。（7/20 山本委員（森参考人））
- ・ 「医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価」と「医薬品、医療機器、検査等の適正な評価」とあるが、「適切」と「適正」の違いは、一般の方には分かりにくいのではないか。（10/27 山本委員）

9 医療従事者の確保・処遇

- ・ 勤務医の勤務状況や労働環境は想像を絶する状況であるし、健康を害している医師も多い。（7/20 横倉委員）
- ・ 22年改定の答申書の申し送り事項や訪問看護の充実、勤務医や看護師といった医療人材の負担軽減について、この場で議論をしていくべき。（7/20 小島委員（伊藤参考人））
- ・ 「医療従事者の負担軽減」は前回の改定の際もあったが、救急・産科・小児科・外科の従事者の負担は必ずしも軽減されていない。従事者が増えていない。（10/27 邊見委員）
- ・ 働いている医師、看護師の問題は、人材不足が根本にある。負担軽減はすべきだが、診療報酬だけではなく、地域医療支援センターなど診療報酬以外での対応も必要。（10/27 高智委員）
- ・ 医師・看護師を含む「医療従事者の負担軽減」が重点的に取り組む課題に位置付けられている点に賛同（10/27 斎藤（訓）委員）
- ・ 医療従事者の負担軽減は道半ばであるので、引き続き進めていただきたい。（11/17 斎藤（訓）委員）
- ・ 「医療従事者の負担軽減」については、従事者の需給バランスも考えることが必要（11/17 横倉委員）
- ・ 内科はまさに救急医療なので、救急医療の充実に部分に「内科」と明記すべき。（11/17 永井委員）

10 診療所の役割について

- ・ 有床診療所については、プライマリケア実践において、外来医療及び在宅医療を補完するための病床としての位置付けを明確にするとともに、小規模施設として相応しい独自の診療報酬体系を作りたい。有床診療所は介護と医療の橋渡し役としての位置付けを考えるべき。（7/20 横倉委員）
- ・ 有床診療所、無床診療所には、2つのタイプがあるのではないかと。非常に地域に密着しているところと、ある分野だけに特化して経営効率を高めているところがあるのではないかと。それが同じ中に詰め込まれているが、もう一度整理をして違う評価

の仕方をすべき。(7/20 相澤委員)

- ・ 急性期の受け皿機能を持ったような診療所と、介護でいう地域包括ケアシステムの一員となるような診療所は、やはり機能が違うと思う。(7/20 部会長代理)
- ・ 診療所や病院の外来で日常生活の療養指導を確実にやっていく機能が必要だ。生活習慣病を悪化させない取組として重要。(7/20 齋藤(訓)委員)
- ・ 外来できちんと患者の健康管理をするときには、かかりつけ医に対する登録制を考えるべきではないか。(7/20 水田委員)
- ・ 専門医たる総合診療医の育成を図るべき。ドイツでは、専門一般医と呼ばれ、国民から信頼されている。診療、治療のみならず、患者に寄り添い、患者の日常生活面を医学的な知見に即して支える役割を担う医療職の制度化をすべき。そのためには文科省との連携も図るべき。(9/22 高智委員)
- ・ かかりつけ医を持つことは大切だが、それを如何に制度化するかのところにいくつかの問題がある。登録制かかりつけ医については色々な問題がある。かかりつけ医というのは、患者が自ら選ぶというのを残しておかないといけない。(7/20, 9/22 横倉委員)

11 その他

- ・ 日本医師会は前回の診療報酬改定に本当に失望している。医療界を挙げて、民主党政権に期待したが、結果は非常に不満足。(7/20 中川委員)
- ・ 特定機能病院、特に大学病院は運営費交付金又は私学助成金が削減されているが、適切な運営費交付金、私学助成金とすべき。(7/20 中川委員)
- ・ 医療機関はそれぞれの地域で果たしている、個々、個別の機能に応じて評価されることが、利用者である患者にとって分かりやすいのではないか。(7/20 高智委員)
- ・ 診療報酬と医療計画がある程度連動性・相互連携をもっていくという方向で検討すべき。(7/20、9/22 光山委員)
- ・ 前回改定の検証にもっと力を入れるべき。(7/20 海辺委員)
- ・ 昭和23年に40対1となったときから医療が高度化しているし、医療安全についても厳しい目がある。外来での説明時間も長くなっているし、人員配置を見直したら返ってより医師配置が必要となるのではないか。(7/20 齋藤部会長)
- ・ 現在は人員の配置で医療の質ということにしているが、本当の意味での医療の質を図ることが難しいから、こういう形式的基準にして諦めてしまっている。(7/20 樋口委員)
- ・ 基本方針の議論であるから大局的な見方をすべき。改定財源が潤沢にあるとき、そこそこあるとき、大震災や原発の問題があったときなどの場合において、基本方針の策定に当たってはどのように考えればいいのか。改定率が決まったあとに優先度を定めることには賛成だが、中医協の議論を先行させ、中医協で合意した事項を積み上

げて、結果的に非常に重要な部分を最後に後回しにして、財源がなくなるからさらに大切な事項を先送りするというものがないように。(9/22 中川委員)

- ・ 前回重点課題とした分野の検証を十分にすべき。実際に医療提供体制の充実に繋がったのか。(9/22 光山委員)
- ・ 小児の在宅医療を推進すべきであり、小児に対する訪問看護を実施している診療所や訪問看護ステーション等の評価の充実、小児の在宅医療への参入のインセンティブを付与することが重要。(9/22 加藤委員)
- ・ 診療報酬改定の基本方針の(方向の例)で「身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価」とあるが、そもそも一般救急と異なり、身体合併症に対応できる精神科3次救急はほとんどの都道府県にない現状で、どのように評価するのか。(9/22 山崎委員)
- ・ 15対1の一般病棟入院基本料は前回の改定で唯一点数が引き下げられたが、13対1や15対1が救急患者の受け入れを多く行っているのが実情であり、適切に評価すべき。(9/22 邊見委員)
- ・ 介護との関係、リハビリ、それらを含めたチーム医療が重要 (9/22 水田委員)
- ・ チーム医療は他の会議で議論中で、被災地を中心に医療従事者が移動しているときなので、新たにチーム医療の評価をすべきではない。(9/22 中川委員)
- ・ 高齢者が増えていくなかで、在宅医療も重要だが、そのキーを握っているのは急性期病院から退院する際の連携、退院支援。そこには看護師が非常に関わってくるので、その退院調整、退院の支援、退院後の連携に十分な手当てをする必要。(9/22 相澤委員)
- ・ 医療技術の評価、特に内科医の評価を上げて欲しい (9/22 相澤委員)
- ・ 外来診療の役割分担とあるが、とりわけ都市部の大学病院の外来機能を見直すべきではないか。(10/27 高智委員)
- ・ 認知症の場合、周りの家族がおかしいと思いながら暮らしていくうちに進行してしまっている。そういう不安を相談できる体制づくりも盛り込んでほしい。(10/27 (小島委員 (花井参考人))
- ・ 「医療機能の分化と連携を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」について、地域において継続的に療養相談や療養指導を受け、疾病の重症化・悪化予防を図る視点が必要 (10/27 斎藤 (訓) 委員)
- ・ 地域における医療計画と連携しながら、在宅介護・在宅医療を進めるべき。(11/17 大西委員)