

2013年11月14日

厚生労働大臣 田村 憲久 殿

全国保険医団体連合会
社保・審査対策部医科部長 武田 浩一

7種類以上の内服薬投薬に係る算定制限の撤廃等を求める要請

拝啓 晩秋の候、貴職におかれましては、日本の医療保険制度の拡充に向けてご奮闘いただき、心より敬意を表します。

全国保険医団体連合会（正式略称：保団連）では、2010年以降の診療報酬改定に向けた改善要望において「7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限の撤回」等を求めてきました。その理由としては、①内服薬処方の種類数に半ばペナルティとして導入されている「7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限」は、現在の医学に合致しておらず、「保険で良い医療」を阻害し、患者の生命を脅かす危険性がある、②「軽症で投与薬剤が少ない患者」よりも医学的に複雑な管理を必要とする「症状が多岐にわたり多剤投与せざるを得ない患者」について、薬剤料・処方せん料等に係る算定制限が設定されていることは、医師の技術に対する評価として矛盾がある——等が挙げられます。

そもそも、高齢化の進展に伴い複数の慢性疾患を抱える高齢患者が増加している状況下において、1992年以降に導入された「薬価差益」を理由とする処方料（処方せん料）及び薬剤料の減額規定は、現在の医療現場の実態を適正に反映しておらず、また医師の技術料を正當に評価しているとも言えません。

そこで、保団連では、この内服薬投薬の算定制限問題について全国の医療機関における実態を明らかにすべく、標記テーマに係る全国調査を実施しました。つきましては、同調査結果（別添資料要参照）を十分に考慮いただき、次回2014年診療報酬改定において、下記の通り、速やかに点数表の不合理的を改善されるよう要望するものです。

敬具

記

要求入院外の患者に対して、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬を行った場合、薬剤料を90/100に減額する規定を廃止して下さい。また、7種類以上の内服薬の投薬を行った場合に処方料及び処方せん料を減額する取扱いを廃止し、少なくともF100処方料を42点、F400処方せん料を68点に統一して下さい。

理由1997年9月に導入された外来薬剤一部負担の制度自体、既に2003年4月1日付で廃止されているにもかかわらず、当時の名残として7種類以上の場合の減額措置が存在しているのは不合理です。また、高齢の患者については複数の疾病に罹患しているケースが多く、1疾病に対して複数種類の薬剤が必要な場合は6種類までに収めるのは困難を伴うことが多いため、医療現場からは「必要な薬剤を処方しただけで減額されるのは不合理だ」との声が寄せられています。以上のことから、当該減額措置は廃止すべきです。また、当該減額措置の廃止に伴い、処方料・処方せん料の減額も止めるべきです。

以上

7種類以上の内服薬投薬に係る逡減・減額措置についての全国調査【概要版】

【目的】

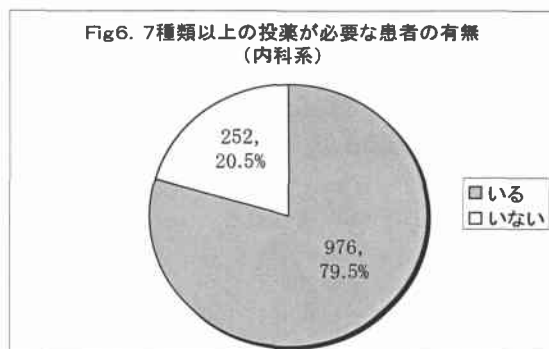
全国保険医団体連合会(以下、保団連)は、医科診療報酬の投薬(7種類以上の内服薬投与)に係る算定制限が、超高齢社会を迎えている日本の医療現場の実態に合致しておらず、「保険で良い医療」を阻害し、患者の健康や生命をも脅かす危険性があると考えてきた。そこで、次回2014年診療報酬改定において多剤投与に関する医師の技術料を適切に改善し、ひいては各地域における医療提供体制の充実を図ることを目的として、各都道府県保険医協会・保険医会(以下、協会)の一般会員を対象に意識調査を実施、アンケート結果をとりまとめた。

【方法】

- 調査対象：保団連の加盟団体である各医科保険医協会・保険医会(以下、協会)の理事会構成役員及び一般会員(医療機関の管理者)。
- 実施方法：協会毎に、全数調査、無作為又は有意抽出標本調査のいずれかを選択。
- 調査期間：2013年7月9日(火)～10月31日(木)
- 回答数：24都県より2,243件
(岩手、宮城、山形、埼玉、東京、神奈川、新潟、石川、岐阜、静岡、愛知、三重、滋賀、兵庫、奈良、鳥取、山口、徳島、香川、愛媛、高知、佐賀、長崎、鹿児島)
※先行調査を実施した京都協会は対象外。

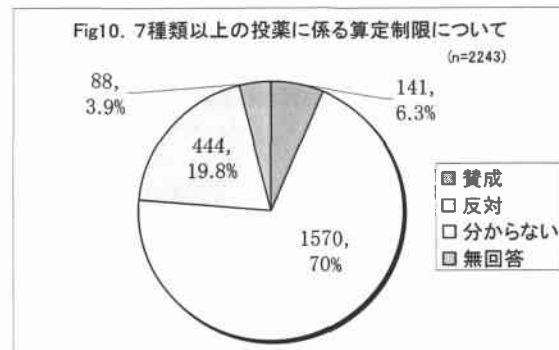
【結果】

①1,366医療機関(全体の60.9%)で多剤投与を必要とする患者が通院しており、内科系に限定すれば約8割の医療機関で対象患者がいることが分かった Fig.6。



②多剤投与が必要な患者への対応については、薬剤料の逡減や処方せん料等の減額措置への対応に苦慮している実態が明らかとなった。また、当該算定制限を受けても投薬が必要な患者に対しては薬剤の処方を行っている医師が多くいる事も分かった。

③7種類以上の投薬に係る算定制限への評価については、医療機関における対象患者の有無に関わらず回答があり、「賛成」は141(6.3%)、「反対」は1,570(70%)、「分からない」は444(19.8%)であった Fig.10。



また、クロス集計を行い診療科別に分析したところ、内科系では約8割反対、外科系でも約5割が反対(賛成は1割程度)していることが明らかになった。この結果から、当該算定制限に対しては、診療科を問わず多くの医師が反対の意思を持っていることが明らかになった。

【まとめ】

本調査及び京都協会の先行調査によって、投薬の算定制限が医療現場の実態にあわない事実が明らかとなった。

現在は、薬価差益による利益享受などあり得ず、医学的に必要な場合に多剤投薬が行われている。日本が今後さらなる超高齢社会を迎えれば各医療機関における高齢患者割合も増加、必然的に7種類以上の内服薬投与を行うケースは増加する。真に地域医療の充実を目指すならば、国は責任を持って次期2014年診療報酬改定で改善を図り、医師の処方に係る技術料を正當に評価すべきである。

7種類以上の内服薬投薬に係る逡減・減額措置についての全国調査 (中間報告)

2013年11月14日

全国保険医団体連合会

医科社保・審査対策部長 武田 浩一

1. はじめに

■全国保険医団体連合会の取組み

全国保険医団体連合会（以下、保団連）は、開業保険医・勤務医である医師・歯科医師 10万4千人超の会員を擁する医療団体であり、国民医療の向上及び保険医の経営と生活の保障を目的として国民皆保険制度を守り発展させるための活動を進めている。

そして、保団連の専門部である医科社保・審査対策部会（以下、部会）では、社会保険対策及び保険医の審査、指導、監査対策を主任務として諸課題に対する医療改善運動を進めており、2012年診療報酬・介護報酬同時改定の結果を踏まえて本年7月25日には「2014年診療報酬改定に向けた保団連要求」を発表、厚生労働大臣、中央社会保険医療協議会各委員や厚生労働省保険局医療課等に対し診療報酬点数表における不合理な項目の改善を求める運動を展開してきた。

この流れの中で、2012年12月に京都府保険医協会にて一般会員を対象に実施された意識調査である「7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限に関するアンケート」結果及び厚生労働省に対する要請結果の概要が、2013年3月6日付で公表された。

特に、京都協会が実施した厚生労働省要請（2013年2月15日）について、①同省の事務担当者が「導入当時は如何に保険財源を有効に使っていくかとの観点の議論があったと思う。必要な治療が制限される事や、重症化して余計な医療費がかかるのは本意ではない」と述べた点、②「多剤投与の併用は必要な状況はあるのか」等の具体的な状況把握を行おうとの姿勢が示された点、③「全国的にも同様な傾向なのか」という質問が出された点——等が報告され、根拠となるデータを整理、提供すれば改善できる可能性のあることが明らかとなった。

そこで、部会でも「保団連で全国の状況を集約、整理し、2013年秋頃を目標に厚生労働省に対し要請を再度実施すべき」との認識のもと、実施可能な協会に実態アンケートを呼びかけ、可能な限り回答を集約した上で厚生労働省に要請し、要求実現に向けた取組みを進めることとした。

■多剤投与に対する規制強化の歴史的経緯（「京都協会調査結果」より引用）

1975年頃より薬価差益がクローズアップされ、「薬価差があるから、薬が多用されて薬漬けになる」という批判が高まった。1992年4月、薬価算定方式が90%バルクライン方式から、加重平均値に一定価格幅を上乗せした値を薬価とする加重平均一定価格幅方式に変更された。一定価格幅については、1992年の15%から徐々に縮小し、2000年には薬価基準制度改革論議の中、従来の一定価格幅を薬剤流通安定のための調整幅という考えから2%に固定されている。

この薬価改定に加重平均一定価格幅方式が導入された 1992 年 4 月診療報酬改定にて、外来についてのみ「1 処方につき 10 種類以上の内服薬の投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する」という算定制限が導入された。

さらに、この算定制限は 1996 年度改定で 8 種類以上に強化され、同時に処方せん料に 8 種類以上の処方を行った場合の点数格差（減額）が導入された。そして 1998 年改定では院内処方の場合にも 8 種類以上の処方を行った場合の点数格差（減額）が導入、2000 年診療報酬改定では種類数が 7 種類以上にまで制限され、現在に至っている。

【投薬における減額措置】

現在の医科診療報酬体系において設定されている減額措置は以下の 3 点。目的は、多剤投与の抑制である。

- ① 1 処方につき、7 種類以上の内服薬を投薬した場合、薬剤料を 100 分の 90 とする。
- ② 7 種類以上の内服薬投薬を行った場合、処方料は、6 種類以下の場合（42 点）に比べて 13 点低くなる（29 点）。
- ③ 7 種類以上の内服薬投薬を行った場合、処方せん料は、6 種類以下の場合（68 点）に比べて 28 点低くなる（40 点）。

2. 目的

本調査の目的は、7 種類以上の内服薬投薬に係る算定制限が現在の医療現場の実態と乖離している事実を明らかにし、処方についての医師の技術料を適切に反映した診療報酬に改善していくことである。

保団連では、2014 年度診療報酬改定において薬剤料、処方料・処方せん料の算定ルールの改善が必要であることを訴えるべく、厚生労働大臣、社会保障審議会・医療保険部会委員、中央社会保険医療協議会各号委員等に本調査結果を送付し、引き続き改善運動を実施していく。

3. 方法

保団連では、21 世紀に入り超高齢社会を迎えている日本（2013 年 9 月 15 日現在推計での 65 歳以上高齢者率は 25.0%。総務省報道資料より）において、当該減額措置が現在の医学に合致しておらず、「保険で良い医療」を阻害するとともに、患者の健康や生命をも脅かす危険性があると考えてきた。そこで、2013 年 7 月～10 月の約 4 カ月間、保団連の加盟団体である各医科保険医協会・保険医会（以下、協会）の理事会構成役員及び一般会員（医療機関の管理者）に対し、「7 種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限に関するアンケート」を実施した。ただし、先行的に調査を実施した京都府保険医協会は予め対象外とし、46 都道府県の協会を対象とした。

方法は、実施可能な協会毎に、全数調査（回収率は各 10～25%程度）、無作為抽出又は有意抽出による標本調査のいずれかの方法を選択した。調査票本体については、別添資

料を参照されたい。

■調査期間：2013年 7月 9日（火）～ 10月 31日（木）

一次締切：2013年 8月 31日（土）

最終締切：2013年 10月 31日（木）

■回答数：24都県より 2,243件

（岩手、宮城、山形、埼玉、東京、神奈川、新潟、石川、岐阜、静岡、愛知、三重、滋賀、兵庫、奈良、鳥取、山口、徳島、香川、愛媛、高知、佐賀、長崎、鹿児島）

4. 結果と考察

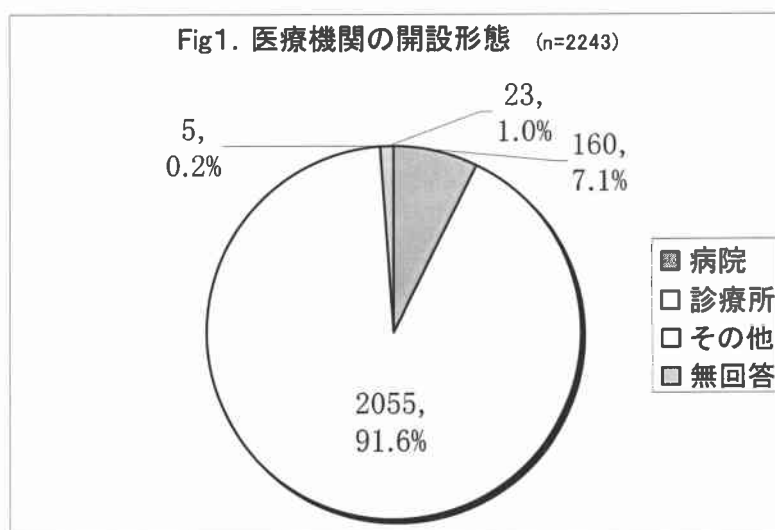
（1）医療機関の開設形態と第一標榜科目の内訳

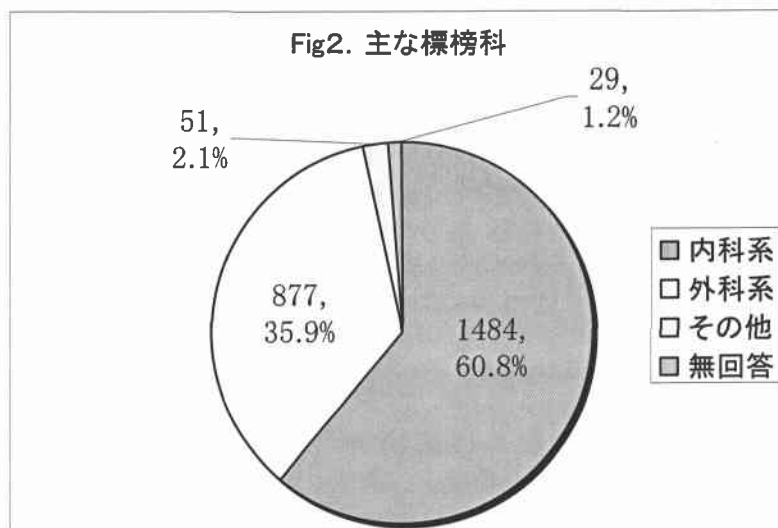
回答者の開設形態は、病院7.1%、診療所91.6%であり Fig.1、そのうち内科系は60.8%、外科系は35.9%であった Fig.2。ただし、約100医療機関（全体の数%）は内科・外科の両方、或いはその他診療科まで含めて回答してきたことから、クロス集計では除外して集約を行った。

注：本アンケートにおける内科系・外科系とは具体的に以下の診療科を指す。

内科系＝内科、神経内科、心療内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器科、小児科、精神・神経科

外科系＝外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、肛門科、整形外科、リハビリテーション科、形成外科、産科・婦人科、耳鼻咽喉科（気管食道科）、皮膚科、泌尿器科、麻酔科、放射線科

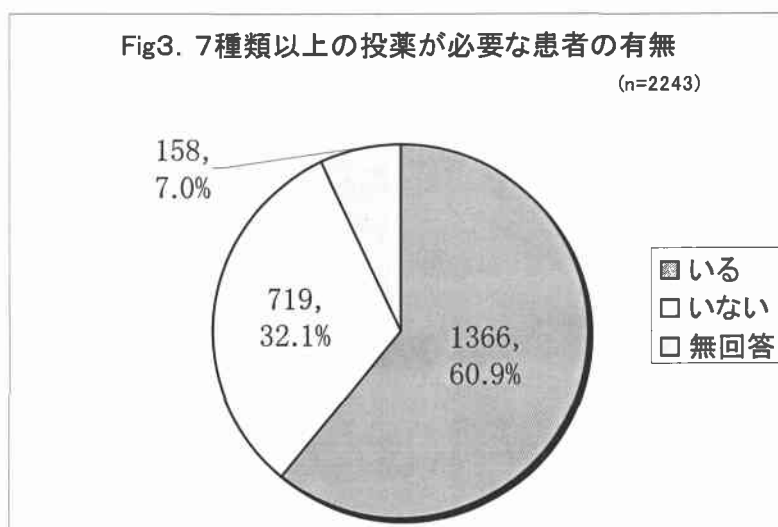




(2) 7種類以上の内服薬投薬が必要な患者数、患者割合等

保団連が指摘している投薬料の算定制限とは、薬剤料×90%の逦減及び処方料・処方せん料の減額措置のことを指しており、当該措置が医療現場にどのような影響を及ぼしているのか、実態はどのようになっているかを検証するために分析を行った。

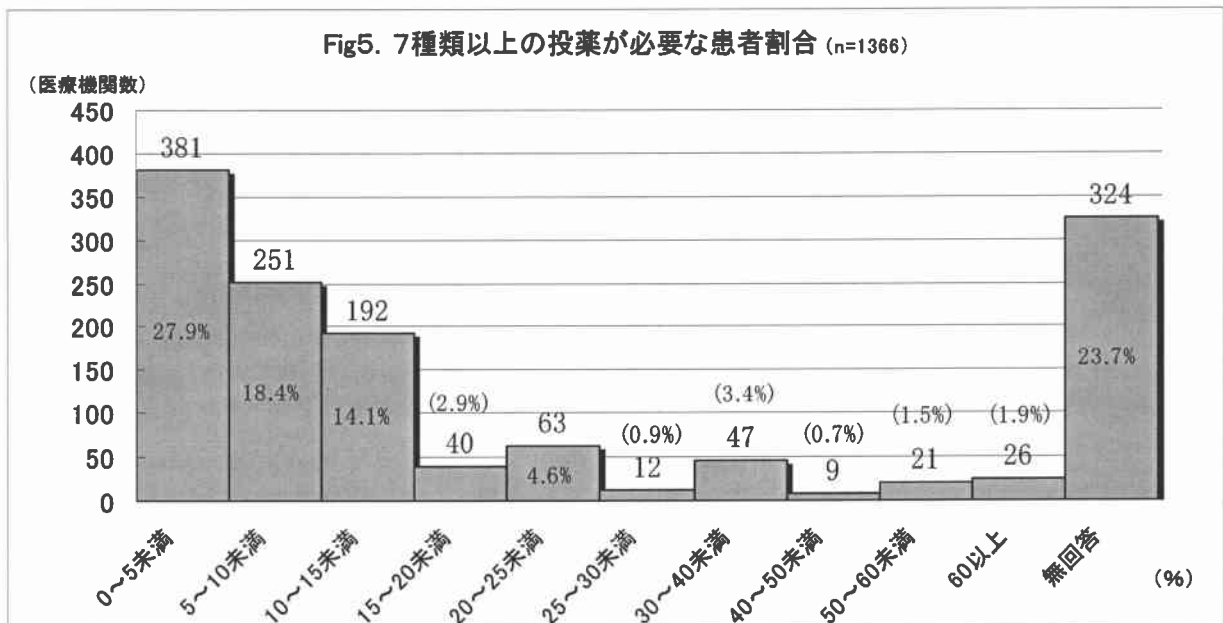
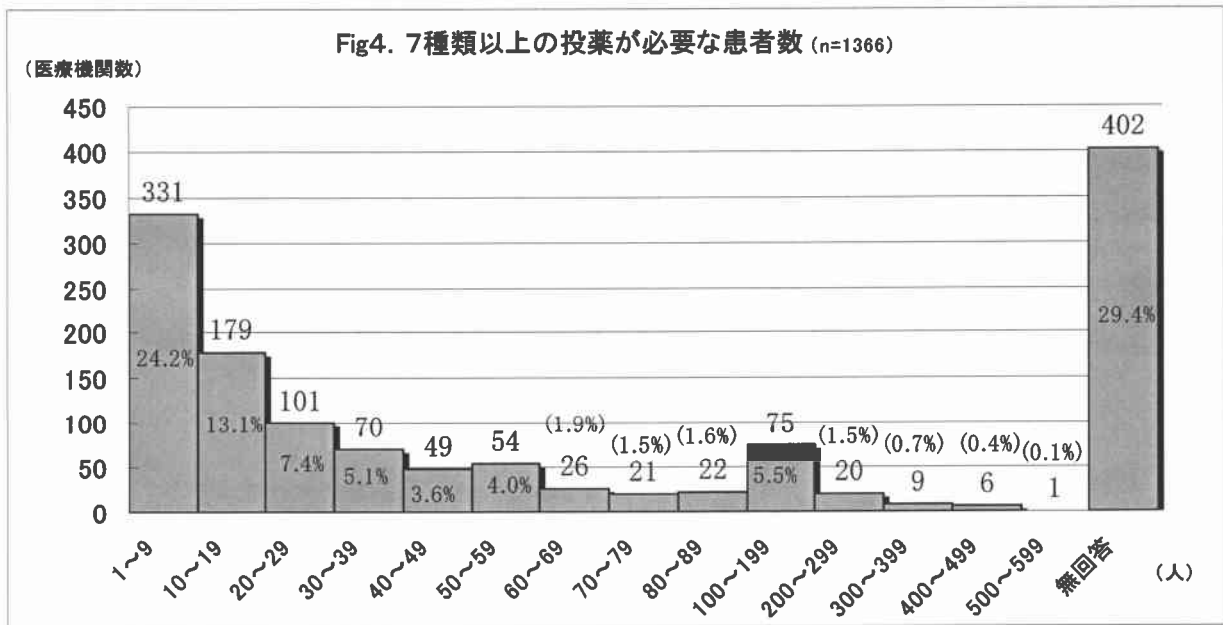
まず、2013年7月実績として「7種類以上の内服薬を投薬、処方せざるを得ない患者の有無」について質問したところ、1,366医療機関(60.9%)が「いる」、719医療機関(32.1%)が「いない」と回答、過半数を超える医療機関で多剤投与を必要とする患者が通院している事実が明らかとなった Fig.3。無回答であった158医療機関の中には「正確な数が分からない」との理由で空欄にしているケースがあり、実際はさらに多い可能性もある。



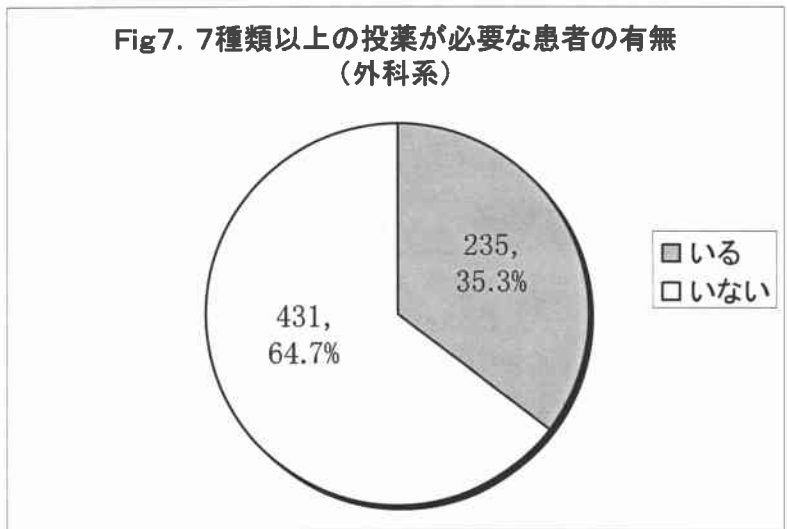
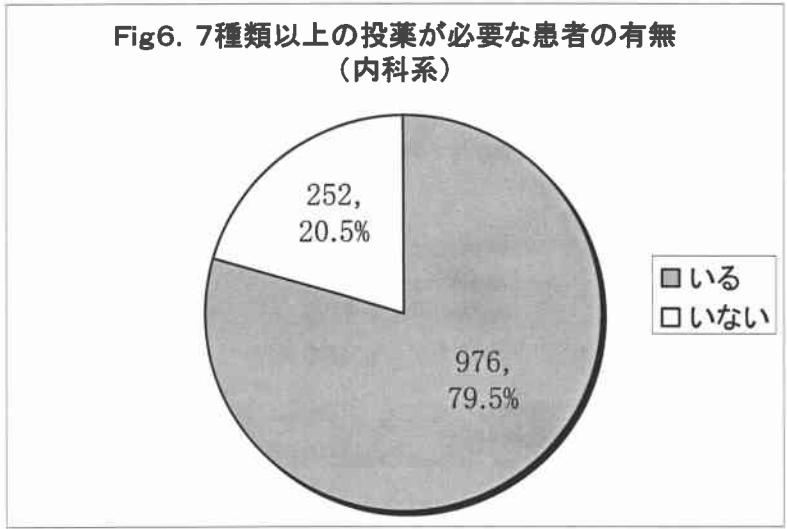
「7種類以上の内服薬投薬を必要とする患者がいる」と回答した1366医療機関のうち、当該患者数の内訳は Fig.4の通りとなった (Fig.4中の%は、1,366を分母として算出)。無回答を除く964医療機関で見た場合、1～9人までが34.3%、10～19人までが18.6%

となり、19人以下との回答が510医療機関（52.9%）から寄せられた。また、各医療機関に通う患者のうち当該患者が占める割合の内訳は Fig.5 に示す通りとなった（Fig.5 中の％は、1,366 を分母として算出）。無回答を除く1042医療機関で見た場合、0～5%未満が36.6%、5～10%未満が24.1%となり、10%未満との回答が632医療機関（60.7%）から寄せられる結果となった。

ただし、454医療機関（回答のあった医療機関の47.1%）については1月に20人以上多剤投与を必要とする患者が訪れており、また当該患者割合が1割を超える医療機関も410（回答のあった医療機関の39.3%）存在することから、地域の実情や各医療機関の患者層によっては投薬料の算定制限が大きく医療機関経営に影響を及ぼしかねないことを意味している。当該算定制限が、高齢者に対する療養の給付を担保する上で医療機関に対してマイナスのインセンティブを与えかねない実態があるとするならば、早急な改善が必要ではないだろうか。



また、「7種類以上の内服薬を投薬、処方せざるを得ない患者の有無」について、内科系・外科系でクロス集計を行い、第一標榜科による差異について検証したところ、内科系では「いる」との回答が79.5%、「いない」が19.7%となった Fig.6が、外科系では「いる」が35.3%、「いない」が64.7%となり Fig.7、結果は逆の傾向を示した。このことから、投薬料に係る算定制限は、内科系医療機関により影響を及ぼすことが分かった。



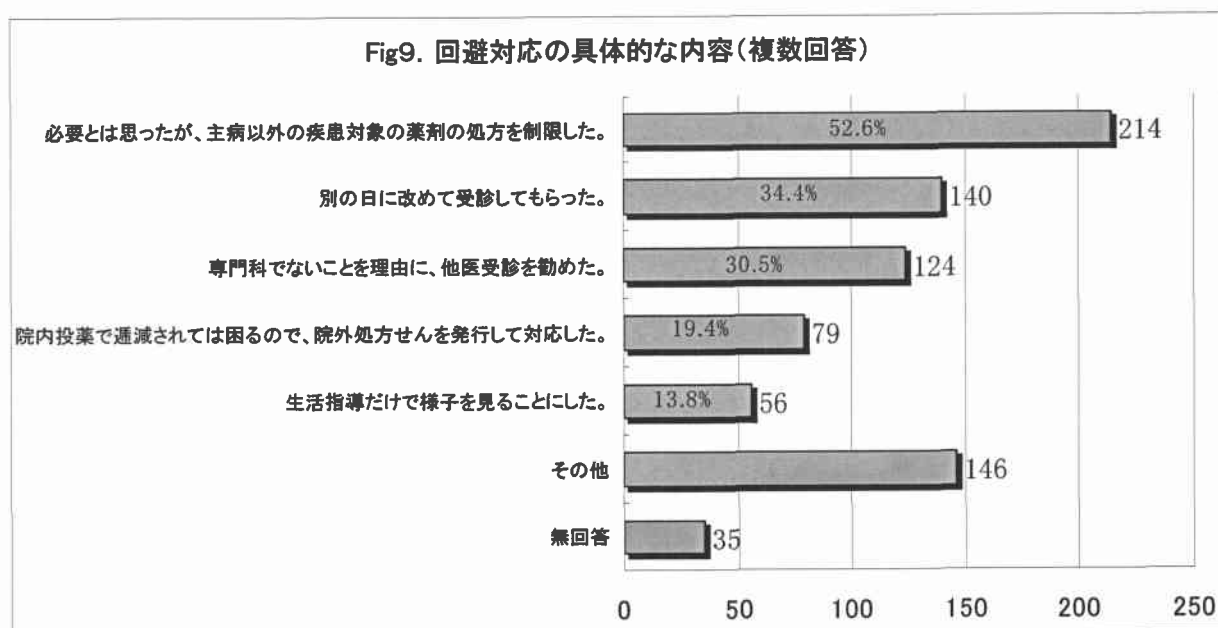
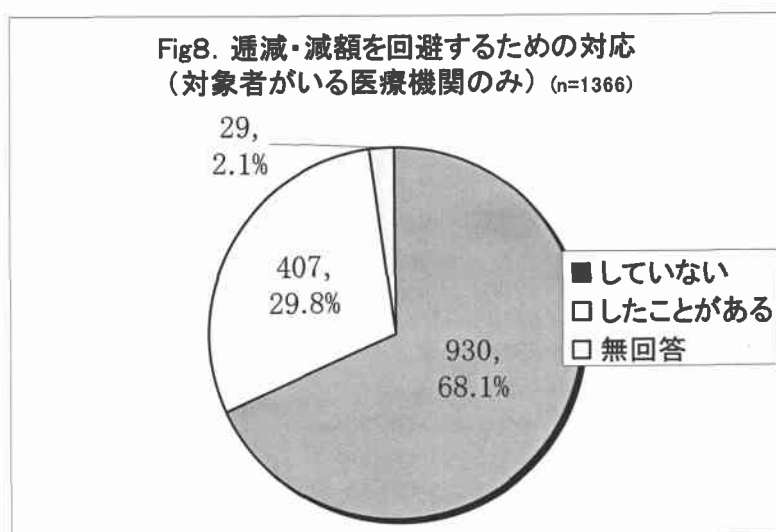
(3) 多剤投与が必要な患者に対する医療機関の対応

「7種類以上の内服薬投与が必要と思われる患者に対し、薬剤料の逓減や処方料・処方せん料の減額を回避するために何らかの対応をしたかどうか」の質問については、対象患者が「いる」と答えた1,366医療機関のうち、930医療機関が「していない」、407医療機関が「したことがある」と回答した Fig.8。

そして、「したことがある」と回答した407医療機関から寄せられた具体的な内容は、「主病以外の疾患に対する処方の制限」が214件(52.6%)、「別の日に受診」が140件(34.4%)、「専門科ではない理由から他医受診を勧めた」が124件(30.5%)、「院内投

薬の通減を回避するため院外処方せんを発行」が79件（19.4%）、「生活指導で様子を見る」が56件（13.8%）であった **Fig.9**。

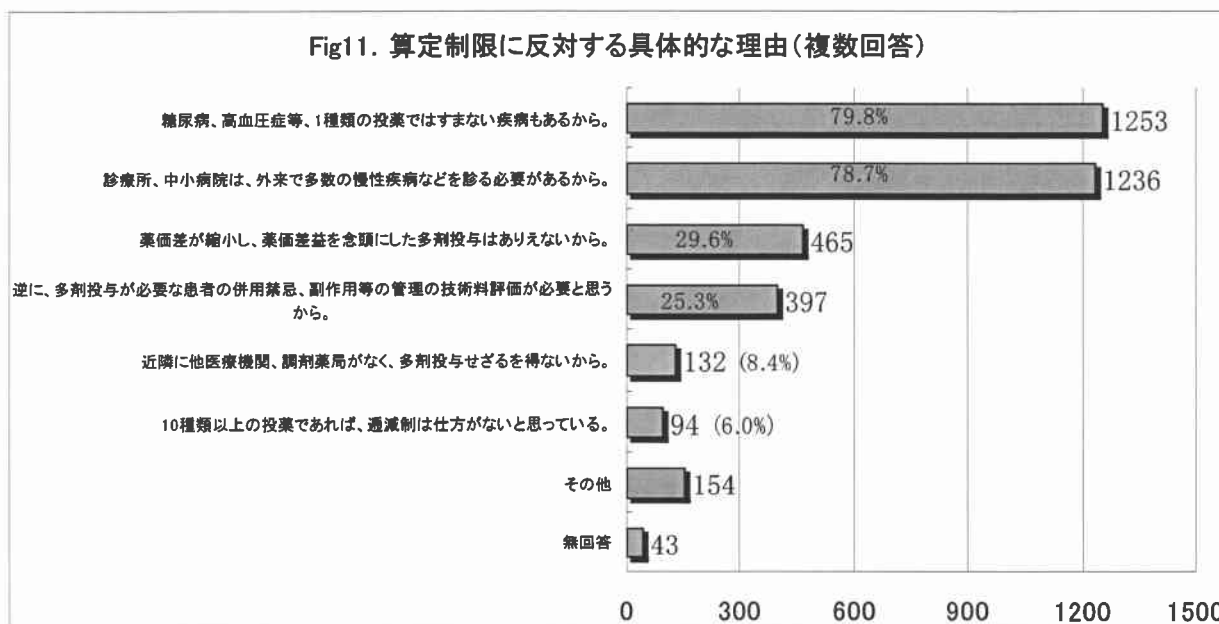
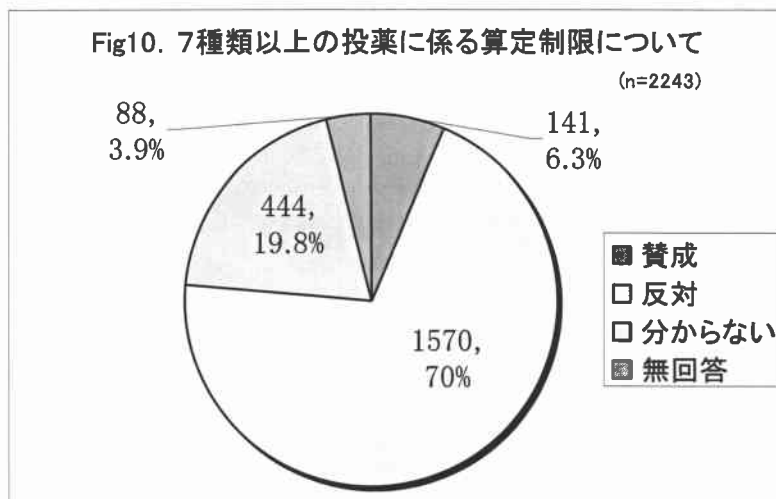
7種類以上の内服薬を投薬・処方せざるを得ない患者が「いる」と回答した医師は、薬剤料の通減や処方せん料等の減額措置という算定制限への対応に苦慮している実態が明らかとなった。また、当該算定制限を受けても患者に対し必要な薬剤の処方を行っている医師が多くいる事も分かった。



(4) 7種類以上の内服薬投薬への算定制限に対する評価

7種類以上の投薬に係る算定制限への評価については、医療機関における対象患者の有無に関わらず回答があり、「賛成」は141（6.3%）、「反対」は1,570（70%）、「分からない」は444（19.8%）であった **Fig.10**。

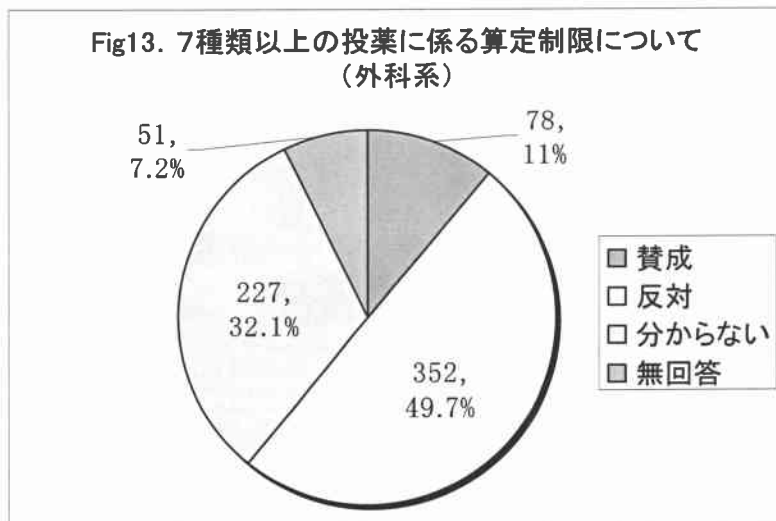
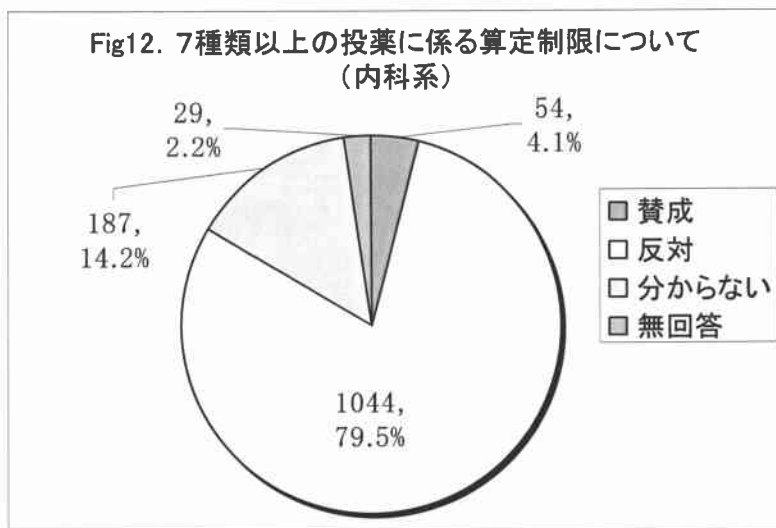
また、「反対」と答えた 1,570 医療機関から寄せられた具体的な理由は、「糖尿病、高血圧症等、1種類の投薬ではすまない疾病もある」が 1,253 件 (79.8%)、「診療所や中小病院は外来で多数の慢性疾病等を診る必要がある」が 1,236 件 (78.7%)、「薬価差益による多剤投与はあり得ない」が 465 件 (29.6%)、「逆に多剤投与が必要な患者を管理するための技術料評価が必要」が 397 件 (25.3%)、「近隣に他医や薬局がなく多剤投与せざるを得ない」が 132 件 (8.4%)、「10種類以上なら制限があっても仕方ない」が 94 件 (6.0%) であった **Fig.11**。



また、診療科による当該算定制限への評価は、内科系で「賛成」4.1%、「反対」79.5%、「分からない」14.2%となり **Fig.12**、外科系では「賛成」11%、「反対」49.7%、「分からない」32.1%という結果になった **Fig.13**。内科系での反対は8割に迫り、外科系でも約5割が反対、賛成は1割程度に過ぎないことが分かった。これにより、当該算定制限

に対しては、診療科を問わず多くの医師が反対の意思を持っていることが明らかになった。

国は、本調査に協力した医療機関のうち全体の7割が当該算定制限に反対している事実と、第一線医療を担う医師からの「医学的に不合理である」との指摘を重く受け止め、次回2014年診療報酬改定において、診療報酬点数表における投薬料の算定要件の改善を図るべきである。



5. おわりに

本調査によって、6割以上の医療機関で多剤投与の必要性のある患者が通院していることが分かった。そして実に全体の7割に及ぶ医療機関が「7種類以上の内服薬投薬に対する算定制限（薬剤料×90%の通減、処方せん料等の減額）」に対し、現場の実態に合わず不合理である、反対であると感じている実態が明らかとなった。第一標榜科目が内科系の医療機関に限れば約8割が反対である。また、医師が多剤投与を必要とする患者

への対応に苦慮しており、必要な薬剤を処方するために甘んじて投薬料の減算を受けている事実も見えてきた。

現在は、薬価差益による利益享受など到底考えられない中で、医学的に必要な場合以外に多剤投薬が行われるケースは想定しにくい。決して医療機関は利益のために患者に不要な薬を与えているのではない。そのことは、投薬料を減額されても回避措置をとらない医療機関が多いことから明らかである。

日本が今後さらなる超高齢社会を迎えるに当たり、地域差はあっても各医療機関における高齢患者割合の増加は容易に想定され、必然的に7種類以上の内服薬投与を行わざるを得ないケースが増加していくだろう。このような条件下において、当該算定制限は、高齢者に対する療養の給付を担保する上で、医療機関に対してマイナスのインセンティブを与えかねない。地域による医療提供体制の格差を減らし、本当の意味で地域医療の充実を目指すならば、国は責任を持って早急に改善を図り、医師の処方に係る技術料を正當に評価すべきである。

最後に、全国保険医団体連合会は、療養の給付を規定する診療報酬点数表の適切な在り方を追及し、今後も診療報酬改善に向けた運動を継続していく。本調査で明らかになった投薬料の通減・減額措置に対する全国の医師の意見を踏まえ、また京都府保険医協会が先行的に実施した調査結果報告における指摘も十分に勘案した上で、次回2014年診療報酬改定において適正な診療報酬点数表の改定がなされることを切に望むものである。

6. リファレンス

京都府保険医協会（2013.3.6）「7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限に関するアンケート結果」

【留意事項】

本調査報告（中間整理）は、まず全国集計の結果を明らかにすることを目的としてとりまとめた。したがって、アンケート質問項目のうち「7種類以上の内服薬投与が必要な患者の具体的事例」等、回答者から具体的に寄せられた意見等については、今後あらためて整理、検討を行う予定である。

《当該文書の無断転載等は一切禁ずる》

全国保険医団体連合会（正式略称：保団連）担当事務局：小林寛
〒151-0053 東京都渋谷区代々木 2-5-5 新宿農協会館 5階
TEL：03-3375-5121 / FAX：03-3375-1862

京都府保険医協会・プレスリリース 2013.3.6

**7種類以上の内服薬投薬が必要な患者が
内科系医療機関の73.2%に外来受診**

**7種類以上の内服薬投薬に対する算定制限に保険医の65.4%が反対
内科に限れば8割以上(82.3%)が反対
算定制限は廃止すべきです**

～ 京都府保険医協会アンケート結果 ～

概 要

現在、医科の診療報酬体系において、多剤投与を抑制する目的で、次の3つの減額措置が設けられています。

- ① 1処方につき、7種類以上の内服薬を投薬した場合、薬剤料を100分の90とする。
- ② 7種類以上の内服薬投薬を行った場合、処方料は、6種類以下の場合(42点)に比べて13点低くなる(29点)。
- ③ 7種類以上の内服薬投薬を行った場合、処方せん料は、6種類以下の場合(68点)に比べて28点低くなる(40点)。

かねてから京都府保険医協会は、この算定制限が、現在の医学に合致しておらず、「保険で良い医療」を阻害し、患者の生命への脅威となっているのではないかと考えてきました。

そこで、2012年11月19日～12月7日、京都府保険医協会の会員であって医療機関の管理者である方に対して、「7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限に関するアンケート」(P.2～16掲載)を行ったところ、①半数以上(54.4%)の医療機関で、7種類以上の内服薬投薬をせざるを得ない患者がおり、内科では73.2%にのぼる。②減額措置を回避するために、4割近く(38.5%)の医療機関で、対応(薬剤種類数の調整等)を行った経験がある。③減額措置については、65.4%が反対しており(賛成6.5%、分からない24.9%)、内科に限ると8割以上(82.3%)が反対している。— ことなどが分かりました。

減額措置に反対の理由としては、「糖尿病、高血圧症など、1種類の投薬ではすまない疾病もある」「診療所、中小病院では、外来で多数の慢性疾患などを診る必要がある」などの意見が多く寄せられています。

アンケートの結果から、当協会では、2014年度診療報酬改定において、下記の内容について改善して頂くことを、首相、財務相、厚労相、社会保障審議会・医療保険部会委員、中医協委員、衆参両院厚労委員会、京都選出国會議員に送付して要請しました(P.17参照)。

記

- 一. 「1処方につき7種類以上の内服薬の投薬を行った場合、F200薬剤料を100分の90に相当する点数により算定する」取扱いについて、廃止して下さい。
- 二. 7種類以上の内服薬の投薬を行った場合、13点低い処方料、28点低い処方せん料を算定する取扱いを廃止し、少なくともF100処方料を42点、F400処方せん料を68点に統一して下さい。
- 三. 入院中と入院外で異なるF500調剤技術基本料を42点に合わせて下さい。また、1物2価の状態にあるF000調剤料を引き上げ、調剤報酬の調剤料に合わせて1物1価として下さい。
- 四. 多剤投与の相互作用(併用注意・禁忌)に対する管理料を新設して下さい。

7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限に関するアンケート結果

2013年3月6日
京都府保険医協会

A. 7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限とは何か

医科診療報酬点数表（2008年3月5日厚生労働省告示第59号、最終改定2012年3月5日）第2章・第5部・投薬・第3節F200薬剤において、

注2 1 処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
--

という、算定制限（逡減）が導入されています。

同様に同第2節・処方料において、

1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く）を行った場合	29点
2 1以外の場合	42点

第5節・処方せん料において、

1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く）を行った場合	40点
2 1以外の場合	68点

という、点数格差（減額）が導入されています。

1975年頃より、薬価差益がクローズアップされ、「薬価差があるから、薬が多用されて薬漬けになる」という批判が高まりました。1992年4月、薬価算定方式が90%バルクライン方式から、加重平均値に一定価格幅を上乗せした値を薬価とする加重平均一定価格幅方式に変更されました。一定価格幅については、1992年の15%から徐々に縮小し、2000年には薬価基準制度改革論議の中、従来の一定価格幅を薬剤流通安定のための調整幅という考えから2%に固定されています。

この薬価改定に加重平均一定価格幅方式が導入された1992年4月の改定で、外来についてのみ、「1処方につき10種類以上の内服薬の投薬を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する」という算定制限が導入されました。

この算定制限は1996年度改定で8種類以上に強化され、同時に処方せん料に8種類以上の処方を行った場合の点数格差（減額）が導入、1998年改定では院内処方の場合にも8種類以上の処方を行った場合の点数格差（減額）が導入されました。

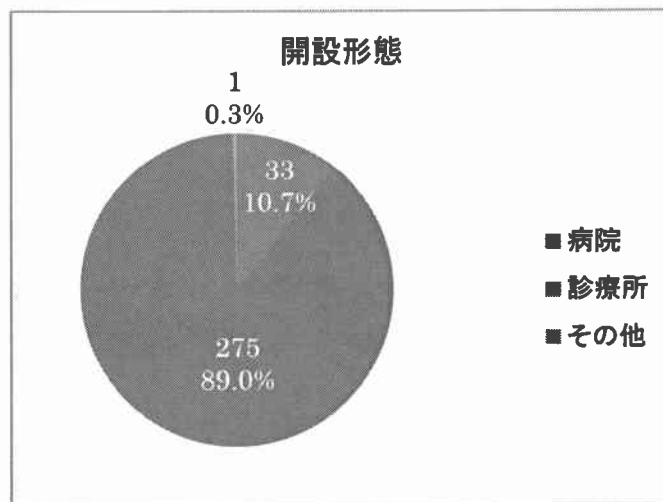
2000年改定では、この種類数が7種類以上になり、算定制限が強化されました。

かねてから京都府保険医協会は、内服薬処方の種類数にペナルティを設けるかのように導入されている「7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限」が、現在の医学に合致しておらず、「保険で良い医療」を阻害し、患者の生命への脅威となっているのではないかと考えてきました。

そこで、2012年11月19日～12月7日、京都府保険医協会の会員であって医療機関の管理者である方2,047人に対して、標記のアンケートを実施しました。回収数は309人、回収率は15.1%でした。

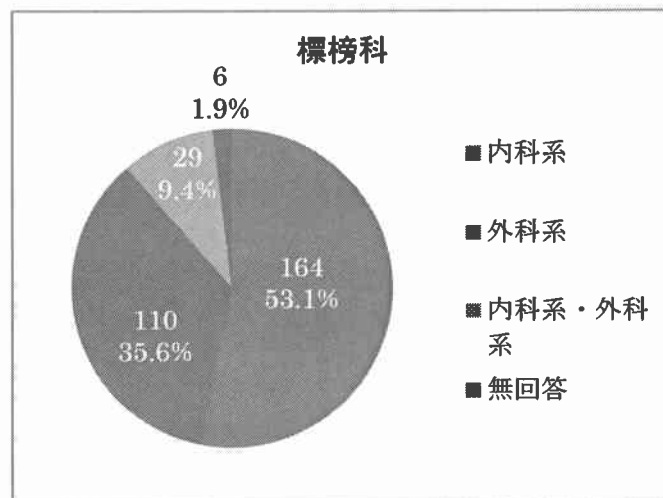
B. 医療機関の開設形態

回答者の開設形態は病院10.7%、診療所89.0%でした。



C. 第一標榜科目の内訳

回答者の第一標榜科の内訳は、内科系53.1%、外科系35.6%でした。



【編注】

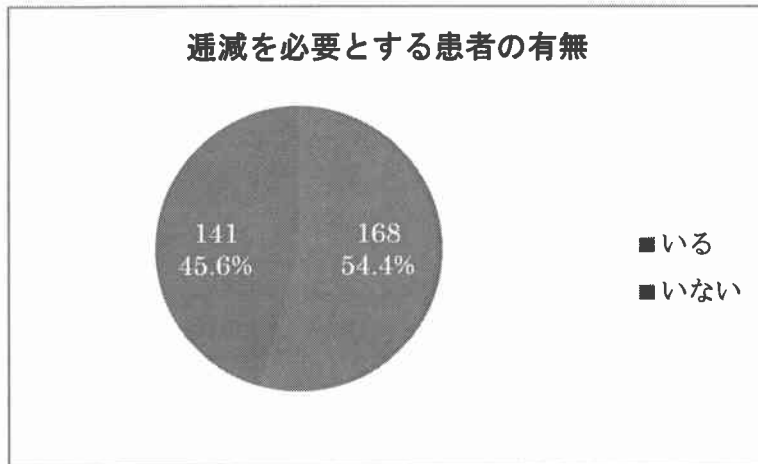
本アンケート結果において、内科系とは、内科、神経内科、心療内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器科、小児科、精神・神経科を示します。

外科系とは、外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、肛門科、整形外科、リハビリテーション科、形成外科、美容外科、産科・婦人科、眼科、耳鼻咽喉科（気管食道科）、皮膚科、泌尿器科、麻酔科、放射線科を示します。

D. 7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限（薬剤料×90%の逡減、処方せん料の減額）

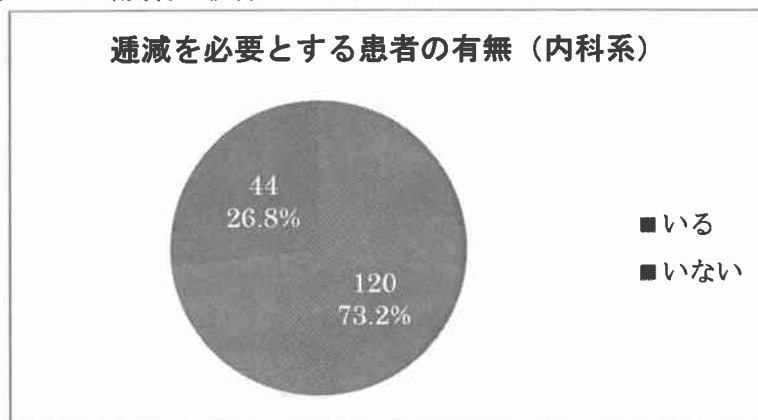
(1) 全体の結果

2012年10月分の実績として、どうしても7種類以上の内服薬を投薬・処方せざるをえない患者が、どれ位いるか質問したところ、「いる」との回答が54.4%、「いない」との回答が45.6%でした。

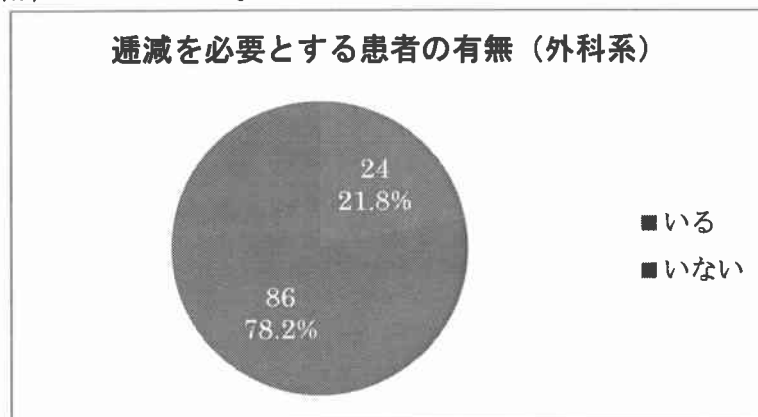


(2) クロス集計

内科系、外科系でクロスして集計したところ、①内科系では「いる」との回答が73.2%に達し、「いない」との回答26.8%を大きく上回りました。7割以上の保険医が1処方につき7種類以上の内服薬の投薬が必要な患者を診察していることが分かりました。

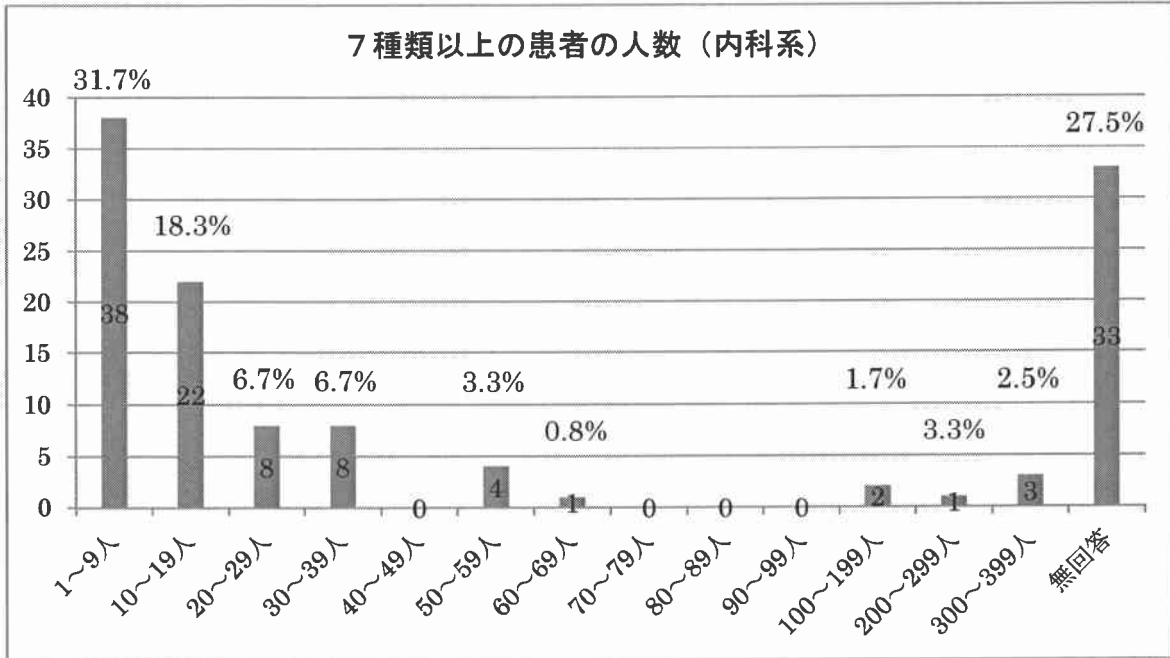


②外科系は「いる」との回答が21.8%、「いない」との回答が78.2%となり、内科系とは全く逆の結果となりました。



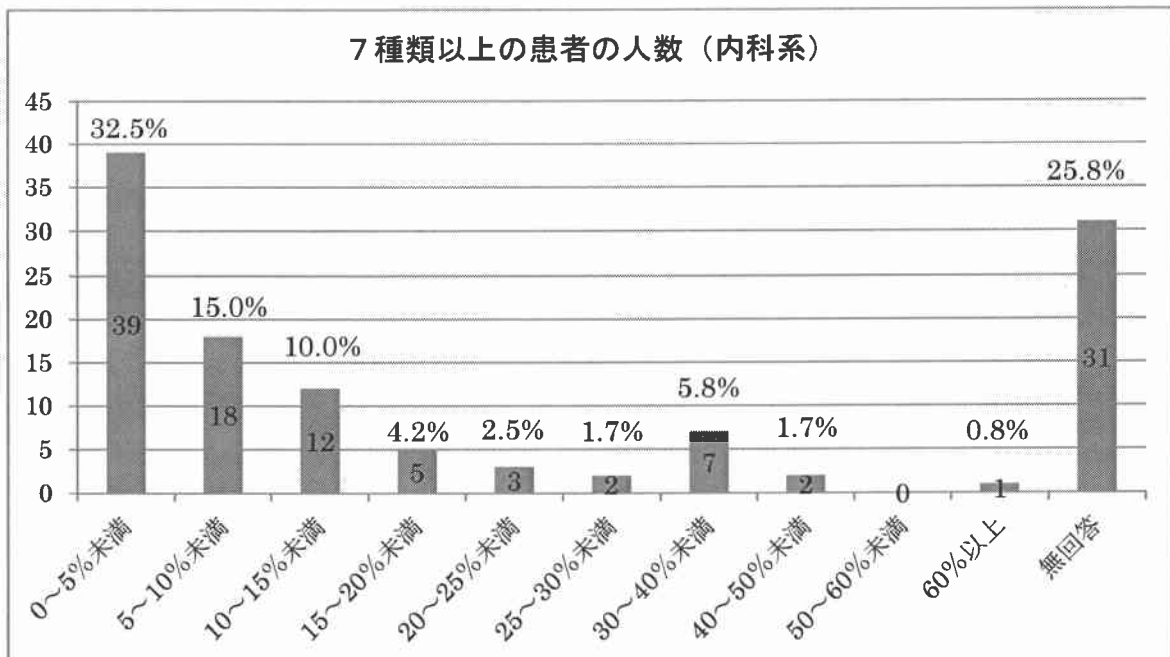
(3) 7種類以上の内服薬の投薬が必要な患者の人数（内科系）

内科系医師であって、7種類以上の内服薬の投薬が必要な患者が「いる」と回答した方（120人）に対して、その人数を質問したところ、1～9人が一番多く、次いで10～19人が多いという結果でした。19人までとの回答が全体の50.0%を占めました。（2012年10月分の実績）



(4) 7種類以上の内服薬の投薬が必要な患者の割合（内科系）

また、その割合を質問したところ、5%未満の患者が一番多く、次いで5～10%未満の患者が多いという結果でした。10%未満との回答が全体の47.5%を占めました。（2012年10月分の実績）



E. 7種類以上の内服薬の投薬が必要な患者さんの具体的事例

自由回答で意見を訊きました。148人の回答者がありました。

- ・複数の慢性疾患を有する。(41人)
- ・多数の疾患を有する。(5人)
- ・糖尿病、高血圧、高脂血症等に対して作用の異なる複数の薬剤を投与する必要がある。(4人)
- ・病院からの指示、紹介による。(4人)
- ・前医の処方、継続で減らせない。(2人)
等の意見や事例が寄せられています^{注①}。

以上の他、具体的な事例や訴えが多数寄せられました。以下に、抜粋して掲載します。

<p>例 1. 糖尿病、高血圧症、アルツハイマー型認知症、高脂血症、脳血栓症、他</p> <p>・①ジャヌビア錠 50mg1T、ノルバスク OD 錠 5mg1T、クレストール錠 2.5mg1T、トリクロルメチアジド錠 2mg「タイヨー」0.5T、グリメピリド錠 1mg「タイヨー」1T、ドネベジル塩酸塩 OD 錠 5mg「タイヨー」1T28日分、②プレラジン錠 50 2T28日分、③メトグルコ錠 250mg3T28日分</p>
<p>例 2. 糖尿病、糖尿病性末梢血管障害、狭心症、高血圧症、心不全、高尿酸血症、慢性腎不全、他</p> <p>・ヘルベッサ錠 30・1T、アーチスト 2.5mg0.5T、フロセミド錠 20mg「NP」1T、ハーフジゴキシン KY 錠 0.1251T、アムロジピン錠 2.5mg「サンド」1T、ディオバン錠 80mg1T、アロプリノール錠 100mg1T、モネダックス錠 50mg1T、球形吸着炭細粒「マイラン」6g、全て 28日分</p>
<p>例 3 (91歳). アルツハイマー型認知症、夜間せん妄、頻尿、前立腺肥大症、過活動膀胱、高血圧症</p> <p>・ドネベジル塩酸塩口腔内崩壊錠 5mg1T、メマリー錠 5mg1T、アムロジピン錠 2.5mg1T、ハルナール D 錠 0.2mg1T、ベシケア錠 5mg1T、グラマリール錠 25mg3T、グリクラジド錠 20mg1T、全て 14日分</p>
<p>例 4 (96歳). 脳梗塞後、HT、DM、前立腺肥大症、便秘症、喘息、陳旧性心筋梗塞、心不全、Af</p> <p>・バイアスピリン錠 100mg1T、ダオニール錠 1.25mg1T、アルダクトン A 錠 25mg1T、ラシックス錠 20mg1T、ノルバスク錠 2.5mg1T、ゼストリル錠 5mg1T、マグミット錠 330mg5T、マーズレン S 配合顆粒 1.5g、全て 28日分 (これでも工夫して減らしたのですが、心不全で入院され、どうしても必要とのことでした)</p>
<p>例 5 (70歳). 外傷性てんかん、統合失調症、他</p> <p>・アレビアチン錠 100mg、セパゾン錠 12T、デプロメール錠 75mg1T、セルシン錠 2mg1T、シプレキサ錠 5mg1T、マグミット錠 330mg3T、ヨーデル S 糖衣錠・806T、ビーマス配合錠 6T、全て 28日分 (病院精神科より処方の指導あり)</p>
<p>例 6 (83歳). 高血圧症、狭心症、PTCA 術後、アルツハイマー型認知症、心不全、他</p> <p>・オメプラール 20・1T、ディオバン 80mg1T、アーチスト 10mg0.5T、ノルバスク錠 5mg1T、バイアスピリン 100mg1T、パナピジン錠 100mg2T、シグマート 5mg3T、酸化マグネシウム 1.5g、アリセプト錠 5mg1T、ハルナール D0.2mg1T、全て 28日分 (施設入所者で、入所前の医療機関の処方を尊重する他ありません)</p>
<p>例 7. 糖尿病、食後高血糖症、脂質代謝異常、気管支喘息、難治性逆流性食道炎、慢性胃炎、便秘症</p> <p>・ガスマチン錠 5mg3T、スターシス錠 90mg3T、ジスロマック SR 成人用ドライシロップ 2g1瓶、ミヤ BM 錠 6T、ゼチーア錠 10mg1T、ジャヌビア錠 50mg1T、シングレア錠 10mg1T、パリエット錠 10mg1T</p>
<p>例 8. 高血圧症、便秘症、難治性逆流性食道炎、うっ血性心不全、脳梗塞後遺症、他</p> <p>・エブランチルカプセル 15mg2C、バイアスピリン錠 100mg1T、ファモチジン D 錠 10mg「サワイ」1T、プルゼニド錠 12mg1T、ラシックス錠 20mg1T、ノルバスク OD 錠 5mg1T、マグラックス錠 330mg4T</p>
<p>例 9. 高脂血症、虚血性心筋症、高血圧症、アルツハイマー型認知症、狭心症、心室性期外収縮、脳梗塞、末梢神経障害、前立腺肥大症、他</p> <p>・アリナミン F 糖衣錠[25mg]3T、ミカルディス錠 20mg1T、アリセプト D 錠 5mg1T、シグマート錠 5mg1T、メバン錠 5・1T、ハルナール D 錠 0.2mg1T、ノルバスク OD 錠 5mg1T</p>

<p>例 10. 脳出血、ラクナ梗塞、症候性てんかん、難治性逆流性食道炎、前立腺肥大症、便秘症、不安神経症、他</p> <p>・アモバン錠 7.5・1T、クラリチンレディタブ錠 10mg1T、アレビアチン錠 100mg2T、タケプロン OD 錠 15・1T、ハルナール D 錠 0.2mg1T、フルイトラン錠 2mg1T、プルゼニド錠 12mg1T、マグラックス錠 500mg2T、プレタール OD 錠 100mg2T</p>
<p>例 11. 高血圧症、脳出血後遺症、多発性筋肉痛、便秘症、不安神経症、難治性逆流性食道炎、末梢神経障害性疼痛、他</p> <p>・タケプロン OD 錠 1 5 1T、デパス錠 0.5mg1T、ラシックス錠 40mg1T、ノルバスク OD 錠 5mg1T、リリカカプセル 75mg1C、ミカルディス錠 20mg2T、マグラックス錠 330mg3T</p>
<p>例 12. 子宮体癌、卵巣癌、多発性胸膜転移、転移性肺癌、骨転移癌、癌性疼痛、嘔吐症、末梢神経障害性疼痛、高血圧症、糖尿病、不眠症、便秘症、統合失調症、高アンモニア血症、不安神経症、気管支炎、難治性逆流性食道炎、関節リウマチ、うつ病、他</p> <p>・タケプロン OD 錠 15・1T、ルーラン錠 8mg1T、リフレックス錠 15mg1T、マグラックス錠 330mg3T、ピーガード錠 120mg2T、セレコックス錠 100mg4T、リリカカプセル 75mg3C、グリミクロン錠 40mg0.5T、レニベース錠 5 1T、ラシックス錠 20mg1T、リンデロン錠 0.5mg2T、レンドルミン D 錠 0.25mg1.5T。</p>
<p>例 13. 高脂血症、高血圧症、心不全、糖尿病、脳梗塞、閉塞性動脈硬化症、腹部大動脈瘤、内頸動脈狭窄症、他</p> <p>・スピロノラクトン錠 25mg「トーワ」1T、ゼチーア錠 10mg1T、プラビックス錠 75mg1T、プロブレス錠 8mg0.5T、エパデール S9002 袋、クレストール錠 5mg4T、ニコランマート錠 5mg3T28 日分</p>
<p>例 14. 高血圧症、慢性胃炎、高脂血症、連合弁膜症、糖尿病、前立腺肥大症、狭心症、高尿酸血症、めまい、逆流性食道炎、心室性期外収縮、心臓弁膜症、他</p> <p>・リピトール錠 10mg1T、レニベース錠 5 1T、グルファスト錠 10mg3T、ベイスン錠 0. 2 3T、ノルバスク錠 5mg2T、ディオバン錠 80mg2T、リーゼ錠 5mg1T28 日分</p>
<p>例 15. 糖尿病、高血圧症、肝機能障害、不眠症、慢性胃炎、前立腺肥大症、便秘症、両下肢閉塞性動脈硬化症、糖尿病性末梢神経障害、難治性逆流性食道炎、他</p> <p>・アモバン錠 7.5・1T、ハルナール D 錠 0.2mg1T、エパデール S900・3 包、ディオバン錠 80mg2T、キネダック錠 50mg3T、グラクティブ錠 50mg1T、コニール錠 4 2T、オメプラゾン錠 20mg1T。</p>
<p>例 16. クロウン病、上行結腸潰瘍、慢性膵炎、慢性肝炎、陳旧性肺結核、難治性逆流性食道炎、他</p> <p>・パリエット錠 10mg1T、フロモックス錠 100mg3T、フオイバン錠 100mg3T、イスコチン錠 100mg3T、ピドキサール錠 10mg3T、エクセラゼ配合カプセル 3C、プロルモン錠 20mg3T、ペンタサ錠 250mg12T、ムコスタ錠 100mg3T。</p>
<p>例 17. 冠動脈バイパス術後、高血圧症、高コレステロール血症、痒疹、アレルギー性鼻炎（通年性）</p> <p>・ヘルベッサール(100)2c、ガスターD(10)2T、パナルジン(100)2T、バイアスピリン(100)1T。アルダクトンA(50)1T、リバロ(2)1T、フロセミド(40)1T、ジルテック(5)2T</p>

F. 7種類以上の内服薬の投薬が必要な患者に、内服薬の処方を7種類未満に制限した場合、どうなると思うかについて

自由回答で意見を訊きました。161人の回答者がありました。

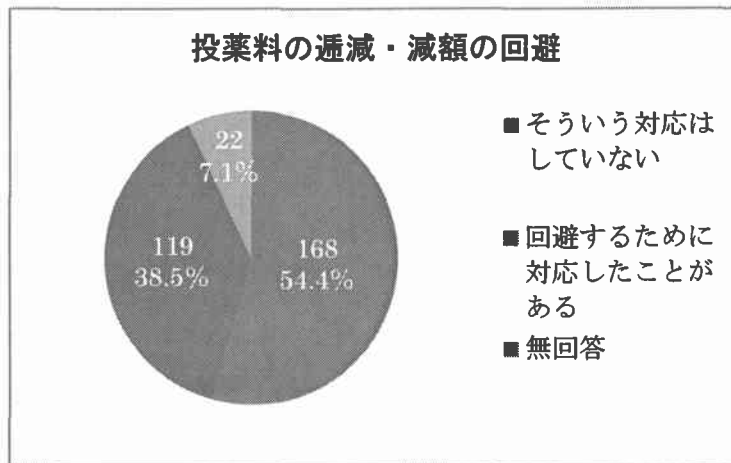
- ・疾病の悪化が心配される。悪化・再燃の可能性ある。(62人)
- ・必要な治療ができなくなる。治療に影響を生じる。(37人)
- ・責任を持って治療することができなくなる。(22人)
- ・疾病の治癒に支障をきたすかもしれない。(18人) ・患者が不安になる。(5人)

等の意見が多数寄せられています^{注①}。また「合剤の利用が増え、テーラーメイドの診療は難しくなる」、「ガイドラインに準拠した治療ができない」、「他科にも受診してもらう」、「1回の処方投薬を減らし、受診回数を増やしてもらう」、「佐薬の使用が困難になる」等の意見が寄せられています。

G. 7種類以上の内服薬投与が必要だと思われる患者に、90%への逓減や処方せん料の減額を回避するために対応したことがあるか

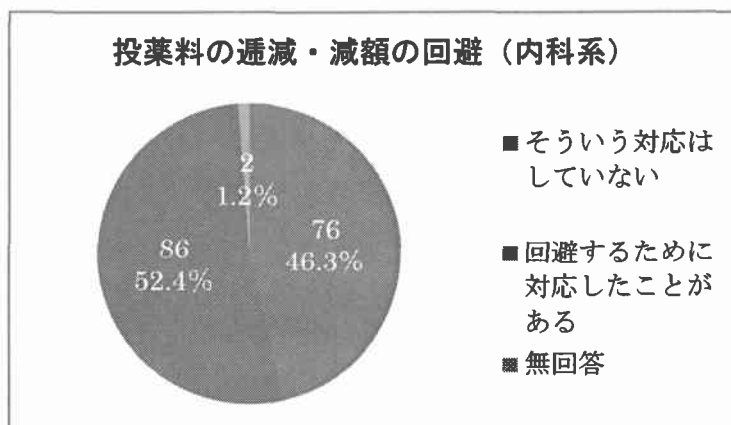
(1) 全体の結果

「そういう対応はしていない」が54.4%、「対応したことがある」が38.5%でした。

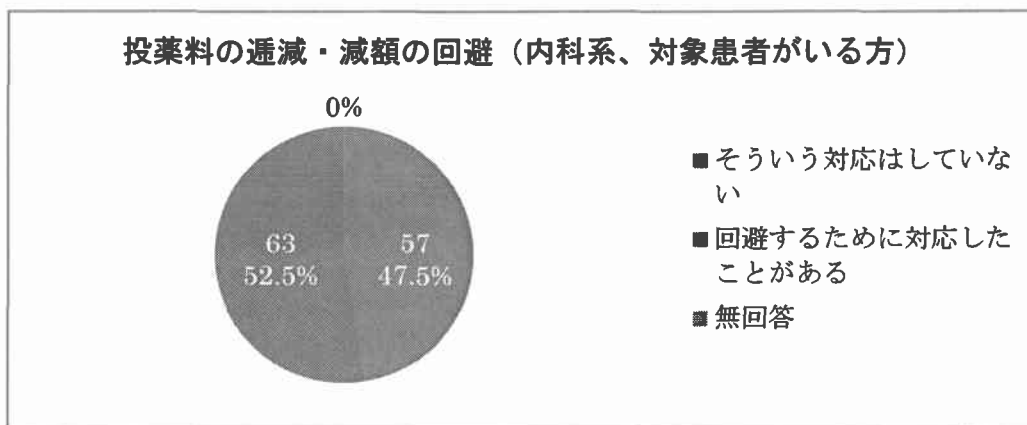


(2) クロス集計

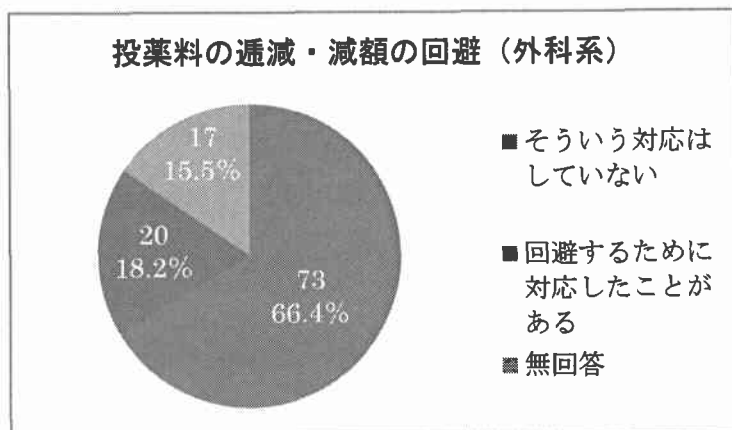
①内科系医師では「回避するために対応したことがある」との回答52.4%が、「対応はしていない」との回答46.3%を上回りました。



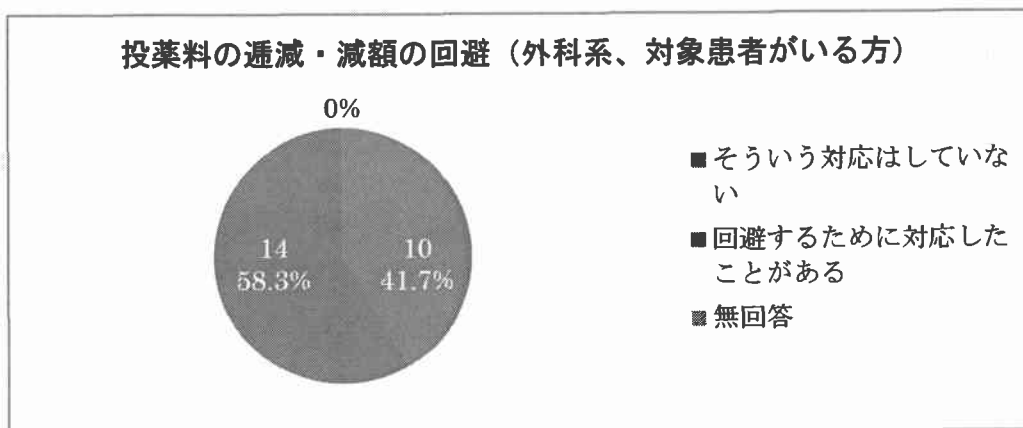
また、「D.」で、7種類以上の内服薬を投薬・処方せざるをえない患者が「いる」と回答した内科系医師120人を対象にクロス集計したところ、「回避するために対応したことがある」との回答52.5%が、「対応はしていない」との回答47.5%を上回りました。



②外科系では「対応はしていない」との回答が 66.4%、「対応したことがある」との回答が 18.2%でした。



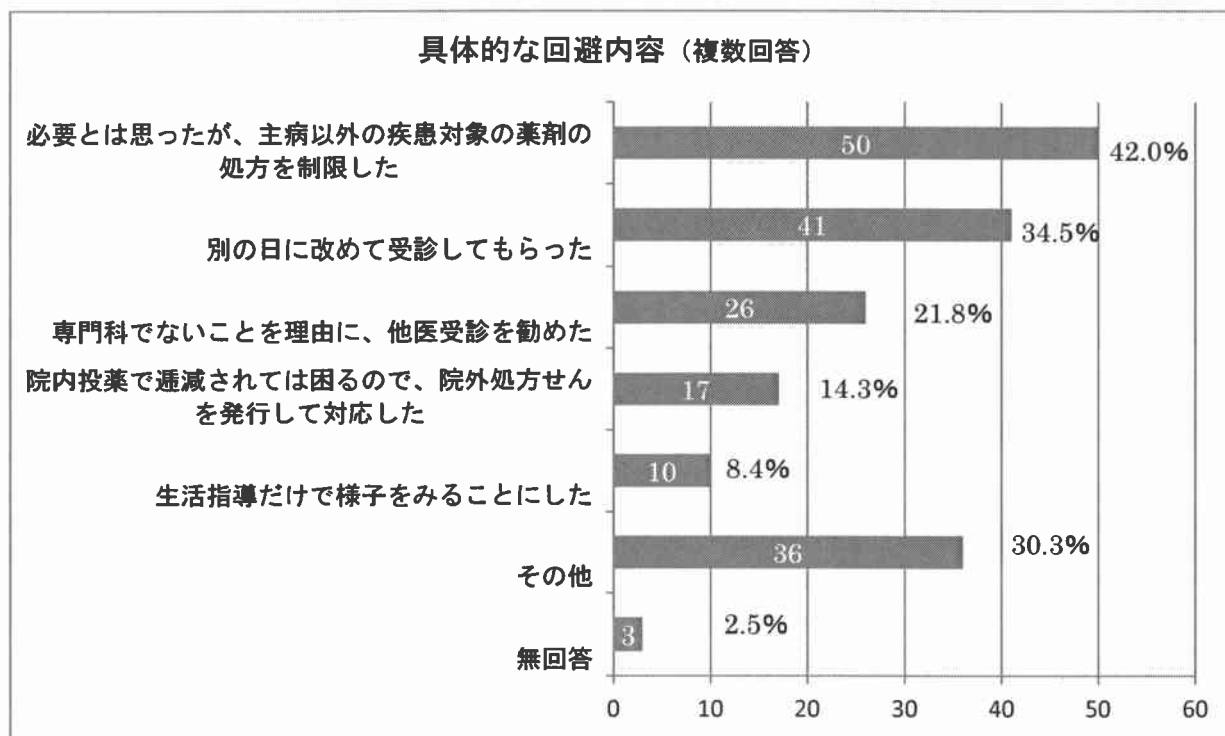
しかし、「D.」で、7種類以上の内服薬を投薬・処方せざるをえない患者が「いる」と回答した外科系医師 24 人を対象にクロス集計したところ、「回避するために対応したことがある」との回答 58.3%が、「対応はしていない」との回答 41.7%を上回りました。



内科系・外科系に限らず、7種類以上の内服薬を投薬・処方せざるをえない患者が「いる」と回答した医師は、内服薬投与に当って、薬剤料の90%への逓減や処方せん料の減額という算定制限のため、対応に苦慮していることが浮き彫りとなりました。

(3) 具体的な回避の内容

「回避するために対応したことがある」と回答した方に、具体的な回避の内容を質問したところ、「必要とは思ったが、主病以外の疾患対象の薬剤の処方を制限した」が42.0%、「別の日に改めて受診してもらった」が34.5%、「専門科でないことを理由に、他医受診を勧めた」が21.8%となっています。



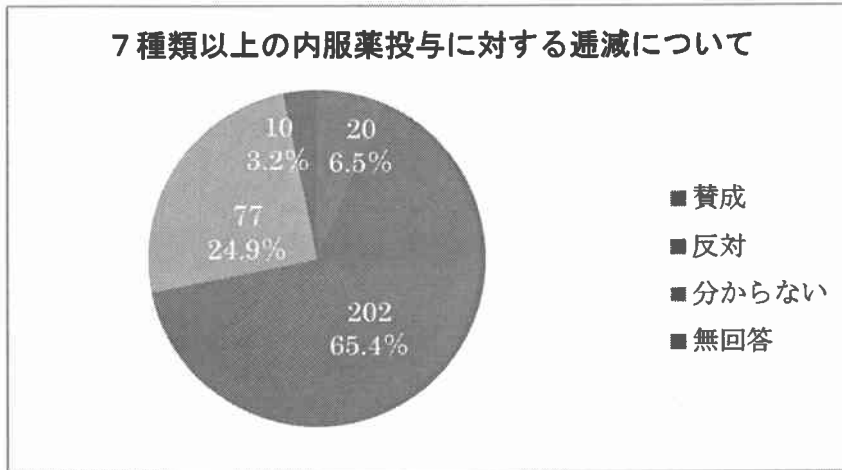
「その他」としては34人が回答しました。

「合剤を採用した」、「後発品、ジェネリックを採用し、まとめて205円以下になるようにした」等の回答がありました。

H. 7種類以上の内服薬投与を行った場合の算定制限（薬剤料×90%の逡減、処方せん料の逡額）の評価について

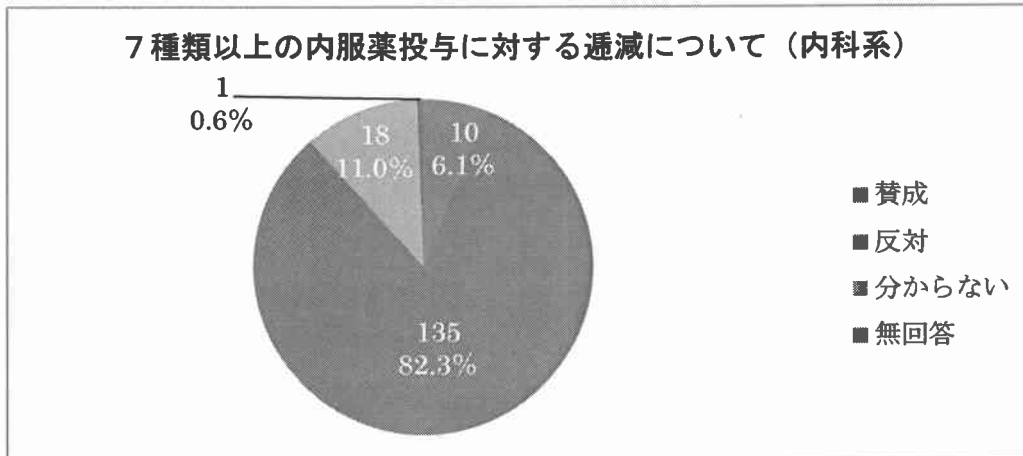
(1) 全体の結果

「賛成」が6.5%、「反対」が65.4%、「分からない」が24.9%でした。

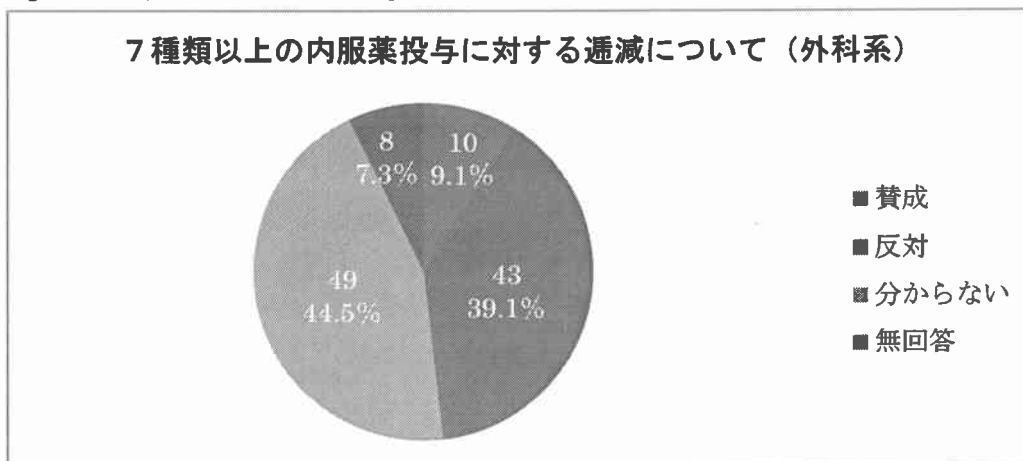


(2) クロス集計

①内科系では、82.3%が「反対」と回答、「賛成」6.1%を大きく上回りました。

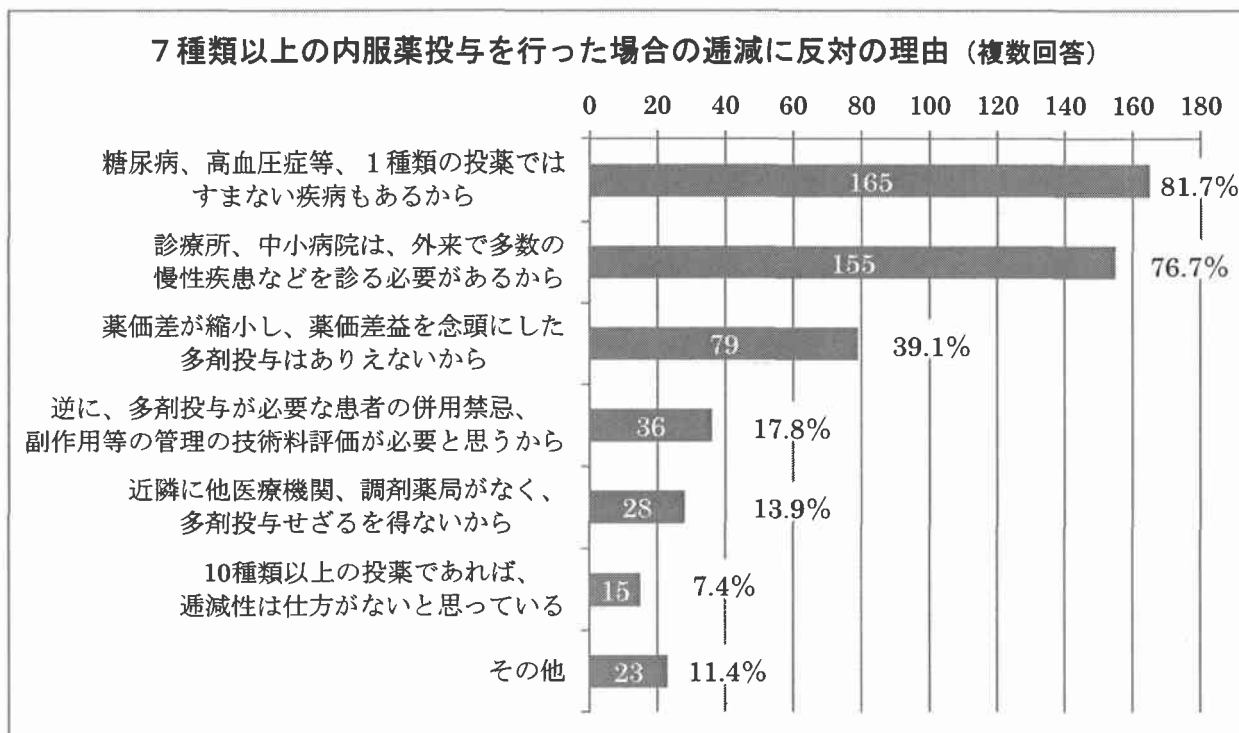


②外科系では、44.5%が「分からない」と回答、次いで39.1%が「反対」と回答し、「賛成」は9.1%に止まりました。



(3) 反対する理由

「反対」と回答した方に、理由を質問したところ、「糖尿病、高血圧症等、1種類の投薬ではすまない疾病がある」が最も多く81.7%、次いで「診療所、中小病院は、外来で多数の慢性疾患などを診る必要がある」が76.7%、「薬価差が縮小し、薬価差益を念頭にした多剤投与がありえない」が39.1%、「多剤投与が必要な患者の併用禁忌、副作用等の管理の技術料評価が必要と思う」が17.8%、等となりました。



「その他」としては23人が回答しました。

- ・僻地で一つの診療所しかない場合、7種類以上になることもあるだろう。
 - ・必要な処方ができない、減額するのは科学的根拠がない。
 - ・高齢者は薬の種類が多くなり、彼等に幾つもの医院を重複受診させるのは、効率的にも経済的にも負担が大きい。
 - ・逡減制が7種類以上としている科学的、合理的根拠がない。
 - ・他科を受診してもらうことになると、結局医療費の削減にならない。
 - ・原因の異なる種々の疾病に各々対応すると7種類を超えてしまうこともある。
 - ・7種類制限は主病名に対してに限る等、もう少し緩和してほしい。
 - ・高齢になると脳梗塞後、虚血性心疾患、糖尿病、前立腺肥大、骨粗鬆症、と身体の重大な病変は増えるばかり。どれも放置していいというわけにはいかない。
 - ・国は患者が複数医療機関を受診せず、多疾患をかかりつけ医が診ることを勧めているが、それならば多剤投与になるのは避けられず、矛盾している。
 - ・沢山の処方が必要ならば、それぞれに受診してもらう必要があるが、かえって再診料などを必要とし財源の無駄である。
 - ・薬剤料を90%にされると薬剤の納入価より低くなってしまう。
- 等の意見が出されています。

I. アンケート結果の概要

- ① 患者の中には、どうしても7種類以上の内服薬を投薬・処方せざるをえない者が「いる」との回答が54.4%、「いない」との回答が45.6%だった。特に内科系では「いる」との回答が73.2%だった。
- ② 内科系医師であって、7種類以上の内服薬の投薬が必要な患者が「いる」と回答した方に対して人数を質問したところ、19人までとの回答が全体の50%を占めた。また、その割合を質問したところ、10%未満との回答が全体の47.5%を占めた。
- ③ 7種類以上の内服薬の投薬が必要な患者さんの具体的事例として、「複数の慢性疾患を有する」、「糖尿病、高血圧、高脂血症等に対して作用の異なる複数の薬剤を投与する必要がある」、「病院からの指示、前医からの引継ぎで減らせない」等の意見や事例が寄せられた。
- ④ 7種類以上の内服薬の投薬が必要な患者に、内服薬の処方を7種類未満に制限した場合、「疾病の悪化が心配される。悪化・再燃の可能性もある」、「必要な治療ができなくなる。治療に影響を生じる」、「責任を持って治療することができなくなる」、「疾病の治癒に支障をきたすかもしれない」、「患者が不安になる」等の意見が出された。
- ⑤ 7種類以上の内服薬投与が必要だと思われる患者に、90%への逡減や処方せん料の減額を回避するために対応したことがあるか質問したところ、回答者の54.4%が「そういう対応はしていない」と回答した。

しかし、7種類以上の内服薬を投薬・処方せざるをえない患者が「いる」と回答した内科系医師では、「回避するために対応したことがある」との回答52.5%が、「対応はしていない」との回答47.5%を上回った。また、同・外科系医師では、「対応したことがある」との回答58.3%が、「対応はしていない」との回答41.7%を上回った。

内科系・外科系に限らず、7種類以上の内服薬を投薬・処方せざるをえない患者が「いる」と回答した医師は、内服薬投与に当って、薬剤料の90%への逡減や処方せん料の減額という算定制限のため、対応に苦慮していることが浮き彫りとなった。
- ⑥ 「回避するために対応したことがある」と回答した方の42.0%が「必要とは思ったが、主病以外の疾患対象の薬剤の処方を制限した」、34.5%が「別の日に改めて受診してもらった」、21.8%が「専門科でないことを理由に、他医受診を勧めた」と回答した。
- ⑦ 7種類以上の内服薬投与を行った場合の算定制限について、全体の65.4%が「反対」している。特に内科系では、82.3%が「反対」した。

外科系では、44.5%が「分からない」、次いで39.1%が「反対」と回答し、「賛成」は9.1%に止まった。
- ⑧ 「反対」の理由は、「糖尿病、高血圧症等、1種類の投薬ではすまない疾病がある」81.7%、「診療所、中小病院は、外来で多数の慢性疾病などを診る必要がある」76.7%、「薬価差が縮小し、薬価差益を念頭にした多剤投与がありえない」39.1%、「多剤投与が必要な患者の併用禁忌、副作用等の管理の技術料評価が必要と思う」17.8%等となっている。

J. まとめ

(1) 多剤投薬による慢性疾患の管理の必要性

日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン 2009」によれば、降圧薬治療について、「Ⅱ度以上(160/100mmHg以上)の高血圧の場合は、(中略)降圧効果が不十分であれば、単剤から併用療法にステップアップするか、併用で開始した場合は各薬剤を少量から通常用量に増量する、もしくは併用の組み合わせを変更する。それでも降圧目標に達しない場合は3剤を併用する。少量の利尿薬は、他の降圧薬と併用することにより降圧効果が相乗的に増大するために、併用療法において積極的に使用すべきである。さらに必要により4剤を併用する」^{注②}とされています。

また、国立国際医療研究センター病院「糖尿病標準診療マニュアル(一般診療所・クリニック向け)」によれば、血糖降下薬治療について、ステップ1ではA ビグアナイド薬、B スルホニル尿素(SU)薬一の第1選択薬単剤で開始し、ステップ2ではA+B又はC α-グルコシダーゼ阻害薬、D DPP-4阻害薬一から1剤を追加する2剤併用療法、ステップ3ではA、B、C、Dからさらに他1種類を追加する3剤併用療法^{注③}を行うとされています。

このように、重症な高血圧症、糖尿病について多剤併用療法のガイドライン等が示されており、加えて「E. 7種類以上の内服薬の投薬が必要な患者さんの具体的事例」に示したような、複数の疾病を有する患者は、より多剤の併用が必要になってきます。

点数表が健康保険法の定める「療養の給付」の具体化である以上、7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限は、ガイドライン等に基づく医療から患者を遠ざけ、生命と健康を疎外する要因に成りかねません。

(2) 地域の開業医は、総合的な診療機能を担っている

現在、医師の専門性はかなり細分化されています。地域の入院外医療を担う開業医、中小病院の勤務医は、慢性期の患者を地域で診療しながら、時間外の急患や、往診対応を担ってきました。日本の開業医は、大学や医局で高度な専門医療を学び、この技術を活かして病院で勤務した後、比較的重装備(画像診断装置、内視鏡、リハビリの器具等)を有して開業しますが、自らの専門に加えて、医師会・保険医協会等が主催する研修会に積極的に参加して、積極的に専門外の医療の習得に努め、正に「総合的な診療機能を担う医師」となるべく研鑽を積んでいる医師が殆どです。勿論、専門の異なる複数の医療機関への受診が必要な場合もありますが、まずは自分のことをよく知っている「かかりつけの医師」に受診した方が安心だ、という意見は少なくありません^{注④}。また、「かかりつけの医師」が総合的に診療すれば、患者負担及び医療費の軽減にもつながります。

さらに、周辺に他科の専門医が開業していない過疎地域では、様々な病態の患者を受け持たざるをえない医師もいます。

そのため、複数の疾病を有する患者を診療・治療することは、開業医にとって当然のことです。7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限は、患者の複合的な疾病の悪化を防ぎ、入院させずに外来で治癒・治療することを目指して薬剤の管理を行っている「かかりつけの医師」の技術を評価しないばかりか、逆に当然補償されるべき薬価や技術料から報酬を減額するという、時代の要請に逆行した取扱いになっています。

(3) 薬価差は存在しない

2011年12月2日の中医協総会に提出された「医薬品価格調査(薬価本調査)の速報値」によると、平均乖離率は約8.4%^{注⑤}に過ぎないものでした。また現在、加重平均値に加算する一定価格幅も、近年は2%と小幅に抑えられています。

更に、開業医は多くの種類を少量ずつ購入しているため、購入価格+消費税が公定薬価とほぼ同じか、薬剤によっては赤字となっている場合もあり、全体として損をしないという取引が精いっぱいです。現に2011年社会医療診療行為別調査結果(2011年6月診療分)によれば、医科の院外処方率が65.3%に達しており、医科医療機関が院内投薬の維持を困難と考えていることが分かります。

内服薬の種類数に着目した算定制限は、1992年4月改定で導入されましたが、当時問題とされていた薬価差は、以上の考察から存在しないと考えられます。そのため、今となっては薬価差の問題に端を発した内服薬の種類数に着目した算定制限は、既に施策として意味を持たないものになっていると考えられます。

(4) 7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限の撤廃を

以上のアンケート結果及び考察から、2014年診療報酬改定において、以下の改善が必要です。

- ① 「1処方につき7種類以上の内服薬の投薬を行った場合、F200薬剤料を100分の90に相当する点数により算定する」取扱いについて、2014年度診療報酬改定で廃止すべきです。
- ② 7種類以上の内服薬の投薬を行った場合、13点低い処方料、28点低い処方せん料を算定する取扱いを廃止し、少なくともF100処方料を42点、F400処方せん料を68点に統一すべきです。
- ③ 入院中と入院外で異なるF500調剤技術基本料も42点に合わせるべきです。また、1物2価の状態にあるF000調剤料を引き上げ、調剤報酬の調剤料に合わせて1物1価とすべきです。

(5) 多剤投与の相互作用(併用注意・禁忌)に対する管理料の新設を

薬剤には相互作用があり、殆どの薬剤には併用注意・併用禁忌が存在します。複数の慢性疾患を抱える患者の多剤投与において、医師はこの併用注意・併用禁忌に厳しく注意しています。馴染みの患者であっても、他科で投薬を受けていないか確認してから、投薬することを励行しています。また、製薬企業、納入業者その他からの併用注意・併用禁忌に関する追加情報や、医薬品安全性情報にも注意しています。

本アンケート12ページの結果でも、7種類以上の内服薬投与を行った場合の算定制限に反対する医師の17.8%が、「多剤投与が必要な患者の併用禁忌、副作用等の管理の技術料評価が必要と思う」と回答していることを踏まえて、多剤投与の相互作用(併用注意・禁忌)に関する管理を評価した、「医薬品相互作用安全管理料(仮称)」を新設すべきです。

(以上)

注①：京都府保険医協会事務局が同内容の自由回答を手計算でまとめたもの。

注②：『高血圧治療ガイドライン第2案（参考資料）』日本高血圧学会、2008年11月10日、P.38

注③：「糖尿病標準診療マニュアル（一般診療所・クリニック向け）」国立国際医療研究センター病院、2011年9月1日（第4版）、P.14～15

注④：「外来医療について（その1）総-1」中医協総会（第236回）資料、2013年1月23日、スライド42枚目

注⑤：「薬価調査の調査対象は、病院及び診療所に医薬品を販売する薬局、一般販売業者及び卸売販売業者（以下「販売業者」という）並びに病院、診療所及び一月当たりの処方せんの枚数が一定枚数以上の保険薬局（以下「保険薬局」という）である。（中略）薬価調査の調査票等については、販売業者等の取引の内容が明らかになるものであり、公開することはできない。また、薬価調査は、統計報告調整法（昭和27年法律第148号）第四条第一項の規定に基づき総務庁長官の承認を受けて統計報告の徴集をするものであり、統計法（昭和22年法律第18号）第十四条及び第十五条の二においてその徴集結果についての秘密の保護及び統計報告の統計上の目的以外の使用の原則的禁止が規定されている」（1999年7月6日、内閣衆質145第33号、金田誠一・衆議院議員に対する政府答弁書）。

しかし、診療所における実際の医薬品購入価格と、薬価基準との乖離は殆どないと考えられる。参考資料を本資料P.18～19に掲載した。

2013年2月15日

厚生労働大臣
田村 憲久 殿

京都府保険医協会
理事長 関 浩

7種類以上の内服薬投薬を行った場合の 算定制限に関する要望

拝啓

梅花の候、貴職におかれましては、日本の社会保障制度の拡充のために、日夜ご奮闘いただき、真にありがとうございます。

本会は京都府内で保険診療に従事する医師（保険医）2,450人で組織する団体です。

社会保障の向上と国民医療の充実・発展を目指すことを目的に設立し、微力ながらさまざまな事業を展開しています。

さて、現在、医科診療報酬点数表において、①1処方につき7種類以上の内服薬の投薬を行った場合、薬剤料を100分の90に相当する点数により算定する、②7種類以上の内服薬の投薬を行った場合、13点低い処方料、28点低い処方せん料を算定する—という、「7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限」が導入されています。

かねてから京都府保険医協会は、この算定制限が、現在の医学に合致しておらず、「保険で良い医療」を阻害し、患者の生命への脅威となっているのではないかと考えてきました。

そこで、2012年11月19日～12月7日、京都府保険医協会の会員であって医療機関の管理者である方に対して、「7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限に関するアンケート」（本要望に結果を添付）を実施した結果により、2014年度診療報酬改定において、下記の内容について改善して頂くことを関係各位に要望していくことに致しました。

本要望に添付しました同「アンケート結果」を是非ともお目通し頂き、下記の要望内容について、改善に向けてご尽力賜りますよう、宜しく願いいたします。

記

- 一、「1処方につき7種類以上の内服薬の投薬を行った場合、F200薬剤料を100分の90に相当する点数により算定する」取扱いについて、2014年度診療報酬改定で廃止して下さい。
- 二、7種類以上の内服薬の投薬を行った場合、13点低い処方料、28点低い処方せん料を算定する取扱いを廃止し、少なくともF100処方料を42点、F400処方せん料を68点に統一して下さい。
- 三、入院中と入院外で異なるF500調剤技術基本料を42点に合わせて下さい。また、1物2価の状態にあるF000調剤料を引き上げ、調剤報酬の調剤料に合わせて1物1価として下さい。
- 四、多剤投与の相互作用（併用注意・禁忌）に対する管理料を新設して下さい。

敬具

薬価改定の経緯

改正年月日	改正区分	収載品目数	改定率		備考
			薬剤費ベース	医療費ベース	
42. 10. 1	全面	6,831	▲10.2%	—	
44. 1. 1	"	6,874	▲5.6%	▲2.4%	
45. 8. 1	"	7,176	▲3.0%	▲1.3%	
47. 2. 1	"	7,236	▲3.9%	▲1.7%	
49. 2. 1	"	7,119	▲3.4%	▲1.5%	
50. 1. 1	"	6,891	▲1.55%	▲0.4%	
53. 2. 1	"	13,654	▲5.8%	▲2.0%	銘柄別収載
56. 6. 1	"	12,881	▲18.6%	▲6.1%	
58. 1. 1	部分 (3,076)	16,100	▲4.9%	▲1.5%	81%パルクライン方式
59. 3. 1	全面	13,471	▲16.6%	▲5.1%	
60. 3. 1	部分 (5,385)	14,946	▲6.0%	▲1.9%	
61. 4. 1	部分 (6,587)	15,166	▲5.1%	▲1.5%	
63. 4. 1	全面	13,636	▲10.2%	▲2.9%	修正パルクライン方式
元. 4. 1	"	13,713	+2.4%	+0.65%	消費税分の引上げ
2. 4. 1	"	13,352	▲9.2%	▲2.7%	
4. 4. 1	"	13,573	▲8.1%	▲2.4%	加重平均値一定価格幅方式R15
6. 4. 1	"	13,375	▲6.6%	▲2.0%	R13
8. 4. 1	"	12,869	▲6.8%	▲2.6%	R11 (薬価算定方式の一部変更及び材料価格等を含む。)
9. 4. 1	"	11,974	▲4.4% このほか 消費税対応分 +1.4%	▲1.27% このほか 消費税対応分 +0.4%	R10 (長期収載医薬品R8)
10. 4. 1	"	11,692	▲9.7%	▲2.7%	R5 (長期収載医薬品R2)
12. 4. 1	"	11,287	▲7.0%	▲1.6%	調整幅2%
14. 4. 1	"	11,191	▲6.3%	▲1.3%	調整幅2% (先発品の一定率引き下げ)
16. 4. 1	"	11,993	▲4.2%	▲0.9%	調整幅2% (先発品の一定率引き下げ)
18. 4. 1	"	13,311	▲6.7%	▲1.6%	調整幅2% (先発品の一定率引き下げ)
20. 4. 1	"	14,359	▲5.2%	▲1.1%	調整幅2% (先発品の一定率引き下げ)
22. 4. 1	"	15,455	▲5.75%	▲1.23%	調整幅2% (先発品の一定率引き下げ)
24. 4. 1	"	14,902	▲6.00%	▲1.26%	調整幅2% (先発品の一定率引き下げ)

(注) 部分改正における収載品目数欄の()内の数値は改正対象品目数を示す。

薬剤費及び推定乖離率の年次推移

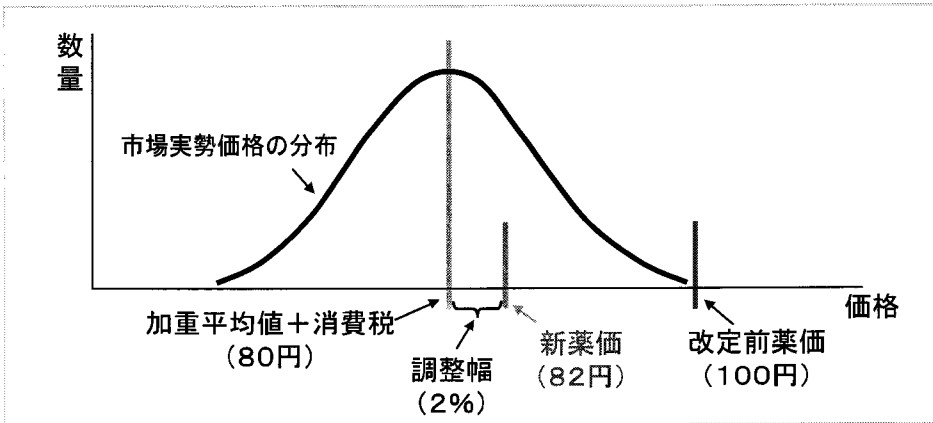
年度	国民医療費 (A)	薬剤費 (B)	薬剤費比率 (B/A)	推定乖離率 (C)
	(兆円)	(兆円)	(%)	(%)
平成5年度	24.363	6.94	28.5	19.6
平成6年度	25.791	6.73	26.1	—
平成7年度	26.958	7.28	27.0	17.8
平成8年度	28.454	6.97	24.5	14.5
平成9年度	28.915	6.74	23.3	13.1
平成10年度	29.582	5.95	20.1	—
平成11年度	30.702	6.02	19.6	9.5
平成12年度	30.142	6.08	20.2	—
平成13年度	31.100	6.40	20.6	7.1
平成14年度	30.951	6.39	20.7	—
平成15年度	31.538	6.92	21.9	6.3
平成16年度	32.111	6.90	21.5	—
平成17年度	33.129	7.31	22.1	8.0
平成18年度	33.128	7.10	21.4	—
平成19年度	34.136	7.40	21.7	6.9
平成20年度	34.808	7.38	21.2	—
平成21年度	36.007	8.01	22.3	8.4

※ 平成23年度の推定乖離率は8.4%

(注)

- 国民医療費(厚生労働省大臣官房統計情報部調べ)は、当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したものであり、医療保険の医療費総額に、労災、原因者負担(公害健康被害等)、全額自己負担、鍼灸等を加えたものである。
- 薬剤費は、労災等においても医療保険と同じ割合で薬剤が使用されたものと仮定し、国民医療費に医療保険における薬剤費比率をかけて推計している。
- 推定乖離率における「—」は薬価調査を実施していないため、データが無いことを示している。
- 平成12年度の介護保険の創設により国民医療費の一部が介護保険へ移行。また、平成14年10月以降、老人医療の対象年齢を段階的に引上げ。

既記載医薬品の薬価算定方式①



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。

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

17

既記載医薬品の薬価算定方式②

～特例的なルール1～

1. 後発品が薬価収載された場合の先発品の薬価引下げ(いわゆる「特例引下げ」)
最初の後発品が薬価収載された後の最初の薬価改定に該当する先発品(希少疾病用医薬品等を除く。)については、基本的なルールによる改定後の薬価から、さらに4～6%引下げ。
2. 小児・希少疾病に係る効能及び効果等が追加された医薬品、市販後に真の臨床的有用性が検証された医薬品については、基本的なルールによる改定後の薬価に加工
3. 薬価の再算定を行う場合
 - (1) 使用方法、適用対象患者等の変化等により、使用実態が著しく変化し、当初の予想販売量を大幅に超えて販売された医薬品【市場拡大再算定】
※市場拡大再算定対象品については、薬価改定時薬価が低く、市場において競争関係に乏しい医薬品を再算定の対象から除外し、原薬算定方式の適用については、市場価格が当初予測の110%超えを越えた医薬品を対象とする。
 - (2) 主たる効能及び効果の変更がなされた医薬品【効能変化再算定】
 - (3) 主たる効能及び効果に係る用法又は用量に変更があった医薬品【用法用量変化再算定】
 - (4) 保険医療上の必要性は高いが、薬価が低額であるために製造等の継続が困難である医薬品【不採算品再算定】

18

既記載医薬品の薬価算定方式③

～特例的なルール2～

4. 最低薬価の適用
算定値が判形区分別に定められた最低薬価を下回る場合には、最低薬価を当該既記載品の薬価とする。
5. 特許期間中又は再審査期間中の新薬の薬価改定
平成22年度に試行的に導入された「新薬算出・適応外薬類消費最低加算」について、一部検証事項等を改めた上で24年度も試行を継続
6. 配合剤の薬価改定
配合剤成分の単剤が特例引下げの対象となった場合は、単剤の改定薬も加算した薬価とする。
7. 後発医薬品の薬価改定
 - ・ 現行の統一名取(最高価格の20%未満)に加え、最高価格の20%以上30%未満の算定値を、加重平均してひとつの薬価として収載
 - ・ 最高価格の30%以上の場合は、算定値が最高価格の3%以内の数値のものを、加重平均してひとつの薬価として収載

19

京都府保険医協会 とは

本会は京都府内で保険診療に従事する医師（保険医）2,450人で組織する団体です。社会保障の向上と国民医療の充実・発展を目指すことを目的に、1949（昭和24）年に設立し、微力ながらさまざまな事業を展開しています。

例えば、診療内容の向上一日進月歩で進む医療の現場では、日頃から新しい医療技術を取り入れる努力が常に求められます。毎月、多くの研究会が開かれますが、当会でも保険診療の向上を中心に、医師の各種勉強会を開き、診療内容の向上に努めています。

また、国の医療制度のあり方は、医療現場に大きな影響を与えます。例えば、患者さんの一部負担金の値上げなどは、一般に、患者さんから医療受診の機会を奪うことになり、病気の重症化にもつながります。しかも、病気の重症化はかえって医療費を引き上げる結果となります。私たちは、患者さんの一部負担金の値上げを繰り返すような医療制度の改定には反対しています。

【本件の問い合わせ先】

京都府保険医協会

〒604-8162

京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町 637

第 41 長栄カーニープレイス四条烏丸 6 階

電話 075-212-8877

FAX 075-212-0707

<http://www.healthnet.jp/>

E-mail address info@hokeni.jp

担当：加藤俊勝 katou@hokeni.jp