

# 中央社会保険医療協議会 総会議事概要（案）

## 1. 日時

平成14年1月30日（水） 10:05～12:22

## 2. 場所

厚生労働省省議室（9F）

## 3. 議題

- ・薬価基準改正の作業方針について
- ・平成14年度診療報酬改定等について

## 4. 議事の概要

- 初めに薬価基準改正の作業方針が議題とされた。関連する資料が提出され、事務局より説明をした。これに関する主な質疑は以下のとおり。

（1号側委員より）

- ・薬価再算定の引下げ上限を25%から15%に緩和する算出根拠は何か。

（事務局より）

- ・現在までにR幅がかなり縮まってきたことを勘案した上で算出している。

（専門委員より）

- ・今回の薬価改定全般については、国民皆保険制度を維持するということでやむなく引き下げを了承している。薬価基準改定の作業方針についても大筋で事務局案でやむを得ないと考えているが、再算定についてはインターフェロンというターゲットだけ先に決めて、ルールが決まっていないようでは、理念がないのではないか。今回はこの大枠で了承するが、今後の改定では市場価格主義も踏まえたルール決めをするべきだ。

（1号側委員より）

- ・再算定ルールがまだ決まっていないのは問題である。事務局は2月半ばに案を提出するとの説明だが、本来なら算定ルールを決めた後に価格算定をするのがフェアなやり方ではないか。

（事務局より）

- ・用法用量について薬事法上の承認内容に変更があった場合の再算定方式は従前からあるが、今回は保険上の取扱いに変更があった場合の再算定という、従前にはない新しいルールの設定である。現在、関係方面との調整をとっているところであるが、出来るだけ早く案を提出したい。

- 次に平成14年度診療報酬改定が議題とされた。関連する資料が提出され、事務局よ

り説明をした。これに関する主な質疑は以下のとおり。

(1号側委員より)

- ・ 改定項目の中に指導管理料が多くあるが、例えば気管切開患者の指導管理のような新しい項目はこれ以上まだ増えるのか。

(事務局より)

- ・ 増える項目もあるが、指導管理等についてはむしろ簡潔化の方向である。

(1号側委員より)

- ・ 処方せん料だけ引下げて、処方料は下げないというのは、どのような考え方からか。医薬分業をやめたいのか、それとも格差をなくすということか。

(事務局より)

- ・ 分業をやめるということではない。現在は分業が進んできているので、大幅な格差を設けることで、政策的にこれを誘導をするという時代ではないという判断からである。

(1号側委員より)

- ・ 手術料は2年前の改定で相対的關係から大幅に見直しをしているが、今回も再度コスト分析をするというのは、前回の見直しがもう陳腐化してしまったということか。

(事務局より)

- ・ 前回の改定から今回までの間にでてきた相対評価の違いを適正化するものである。ただし、大きく点数が動く場合には一定の激変緩和措置をとる。

(1号側委員より)

- ・ 「有床診療所入院基本料の施設基準の見直し」とは、病院の入院料は下げるが、有床診療所の入院料は引き上げるということか。

(事務局より)

- ・ 有床診療所は現在看護配置の基準がないのでその整理をするということである。一律引き上げになっているわけではない。

(1号側委員より)

- ・ 酸素の価格設定については、標準的な価格を全国一律で設定するのか。また、その場合メーカー価格差や地域間格差についてはどのように考えているのか。

(事務局より)

- ・ メーカー別の価格設定は考えていない。ただし液体やポンペ等による流通形態の違いについては別に設定する必要があると考えている。また、地域価格差については現在調査中であるが、無視できない地域間格差があるようであれば検討したい。

(1号側委員より)

- ・ 褥瘡対策未実施減算と医療安全管理体制未実施減算については明確なルールを設けるべきではないか。また、救命救急センターの評価見直しと手術の施設基準設定については、患者への情報公開も同時におこなうべきと思うが如何か。

(事務局より)

- ・ 同じ褥瘡対策でも患者さんによって違うのでルール化できない面もあると思うが、学問的な知見に沿って設定したいと思う。救命救急センターのA、B、Cのランク分けについてはすでに情報公開されている。手術の件数は個別の医療機関で隠すようなことではないので情報公開されるものと考えている。

(1号側委員より)

- ・ 「小児入院医療評価の充実」というところで小児の入院については加算評価されているが、入院以外の場合については何か配慮があるのか。

(事務局より)

- ・ 入院以外では夜間救急の紹介率の部分で配慮している。小児外来については前回、前々回と相当の診療報酬がつけられており充実しているのので、今回は入院医療について特に配慮したいと考えている。

(1号側委員より)

- ・ 先日、IT化のグランドデザインが策定されたが、レセプト様式や記載要領については中医協で審議の上決定した方がよいと思うので、審議日程に組み込んでほしい。

(事務局より)

- ・ IT化については主に政府として進めているところであるが、厚生労働省としても診療報酬上の評価を検討している。次回ご報告したい。

(2号側委員より)

- ・ レセコンによるペーパーレスのレセプト請求はいいことであるが、審査支払い機関側の受け入れ態勢がいつ頃整うのか。日本医師会では「オルカシステム」を開発し、今年から実際に稼働させる予定である。

(事務局より)

- ・ 現在、5か年計画で電子カルテを普及させるような政策等を医政局で積極的に取り組んでいるので、IT化のグランドデザインの資料を次回提出させてもらいたい。また、レセプトの電子請求の受け入れは47都道府県の支払基金で可能であるが、未実施の都道府県が約半分である。その要因として、使い勝手の悪さという支払基金側の問題や、電子情報の保険者への受け渡し態勢が整っていないこと、傷病名等のコードが未統一など、行政側の問題も多い。現在、課題解決に向けて積極的に取り組んでいるところである。

(2号側委員より)

- ・ 多剤投与との問題で、薬剤費の低減や薬剤システム合理化の観点から、合剤を使用した方がよいと考えるが、単剤から合剤へシフトすることを阻む理由は何か。

(事務局より)

- ・ 合剤が使われないように政策誘導しているわけではないが、合剤は配合割合が固定されているため現場で処方しづらかったり、治験上での配合意義の証明が難しいため、薬事法の承認を得にくいなどの理由から、新しいものがあまり出てこないと考えている。

(専門委員より)

- ・ 現在、私どもでは配合剤の臨床評価の治験ガイドラインを作成中である。これにより、今後は配合剤も少しずつ出てくると思われる。

(1号側委員より)

- ・ 「指導管理・在宅医療に関する診療報酬体系の簡素化」では、老人と一般を一本化することで、老人医療費の問題点を一般の方に移し換えているように見えるが。

(事務局より)

- ・ これは、従来一般と老人とで内容が類似しているものを簡素化して点数を引下げると

いうもので、老人の増加分を一般で見るという趣旨のものではない。

(公益委員より)

- ・ 長期入院に関する特定療養費拡大について、特に方向性を否定するわけではないが、介護居宅施設等の整備が不十分な状況の中、実施時期をもう少し慎重に考えてもらいたい。

(事務局より)

- ・ 長期入院の特定療養費化については、混乱が起きないように経過措置が必要だと考えている。老健局と調整をして、介護施設の整備等も同時に行っていく考えである。

(1号側委員より)

- ・ 歯科訪問診療は、通院が困難な患者の居宅内で行う場合に限定しているが、例えば道具を車に積んで広場で歯科診療をすることは認めないということか。

(事務局より)

- ・ 歯科訪問診療自体、居宅で行うことが前提で非常に高い点数設定をしている。

(2号側委員より)

- ・ 一部の企業が歯科訪問診療に参入しているケースがあるが、利益のみを重視するため良質な医療ができない心配がある。この算定要件は厳しくすべきである。
- ・ 歯科の▲ 2.5%の改定の中で、補綴物維持管理という医療にそぐわない部分の縛りを強くする案であるが、これは医療機関としては苦しいということを理解してもらいたい。

(1号側委員より)

- ・ 現在、大規模薬局や駅前薬局に行った方が一部負担金が安い設定であるが、今回の改定ではその部分の是正等は考えていないのか。

(事務局より)

- ・ 処方せん受付回数等による調剤基本料の四区分の見直しは、非常に重要な問題であるが、今回の大きなマイナス改定の中での調剤基本料の変更は、マイナス推計が非常に難しくなるため明示していない。

(2号側委員より)

- ・ 四区分の格差については拡大ではなく縮小したい方向で考えている。しかし、もともと調剤基本料は施設に対するフィーであるという考え方で導入されているため、それを全て払拭して新しい考え方にするというにはまだ時間が必要である。

(以上)

# 中央社会保険医療協議会 総会議事概要（案）

## 1. 日時

平成14年2月6日（水） 10:04~12:10

## 2. 場所

厚生労働省専用18会議室（17階）

## 3. 議題

平成14年度診療報酬改定について

## 4. 議事の概要

- 平成14年度診療報酬改定についてが議題とされた。関連資料が提出され、事務局より説明をした。これに関する主な質疑は以下のとおり。

（1号側委員より）

- ・ 一律に引き下げた上で評価すべき項目について検討することを提案していたが、今回の案を全体として眺めてみると、大体全分野にわたり検討がされていて、全体の形としてはこんなものかなと思う。しかし、よく理解できない点がある。初再診についての考え方がよくわからない。現在の病院・診療所の外来診療料の格差が経済原則に反するということを申し上げたが、このような観点から見ると、今回の初再診というふうなものは一体どうなっているのか。関連する項目として、処方料も取り上げられていない。多剤投与の遞減制についても前回改定のときに議論し、我々の方は5剤を主張したが、最終的には、6剤か7剤という結果になったはずだが、この辺も触れられていない。初再診とか処方料について、その背景にある考え方を御説明いただきたい。

（事務局より）

- ・ 外来診療料の病院・診療所の格差の問題については、一部負担の問題とも結びつく、あるいは特定療養費の問題とも結びつく問題であるが、診療報酬においてはこの格差を拡大する方向には行かせないようにしたらどうかと思っている。処方料については、先発と後発の是正の観点から差をつけることも考えたところであるが、まだ検討の余地があり、成案に至っていないというところである。多剤投与についても同様であり、今回どこまでできるかということについて検討しているところである。

（1号側委員より）

- ・ 処方料を初診・再診とどう関連させていくのか微妙なところもあるが、初診料が維持されているということであれば、処方料は下げてもいいのではないか。

（2号側委員より）

- ・ 薬剤の使用は、ほかの医療行為と一緒に、患者の治療手段の一つである。その際に、

どういふ薬剤を使用するかは医師の技術の問題である。これを評価しないということになれば、治療するなど言っているのと同じことになってしまう。今回の状況を申し上げると、薬価は下がり、それに伴いいろいろな面でマイナス評価、付随評価が出てくる。その中で、薬剤の投与期間の制限をなくす方向で検討しており、長期間薬剤投与という方向が進めば、その間の患者に対する責任はむしろ重くなる。我々としては、むしろ評価は上げてもらわなければいけないと思っている。しかし、この際ですから、特に引き上げは要求しないが、基本的な考え方はそういうことである。

(1号側委員より)

- ・ 薬をうまく使うのが技術だという点はよくわかる。しかし、薬を出さないのも技術のうちではないだろうか。また、長期投薬の問題については、場合によっては、何年も同じような処方箋で、同じ薬が出ているということもあるわけで、そういう実態からすれば、処方料という形で評価をするより、処方料は下げて、むしろ診察料と統合する方が好ましいのではないか。

(2号側委員より)

- ・ 薬を出さない対応という話は、確かにそうだと思う。その点をきちんと評価していただければ、そういう考え方もとりたいたいと思う。そこは検討させてほしい。同じ薬を何年も出しているということと言われるが、それによって患者さんは安定した日常生活を送っている。逆に言えば、そういう非常に適切な薬を処方して患者さんの日常生活を安全に送れるようにしている。これは慢性疾患のコントロールの一番大事なところである。

(2号側委員より)

- ・ 平均在院日数について、必要以上に長いのは問題があることは了解しているが、短ければいいという考え方はいただけない。最近は相当短くなってきているし、我々の考え方からいえば、今の状況が限度じゃないかと思う。これ以上短くするということになれば、急性期の患者さんを早く追い出すという結果につながりかねない。また、短い在院日数を維持するために、非常に短くて済む患者さんを意図的に入院させる、こういう悪いことを進めることになる。そういうことを進める政策は、間違っていると思っている。

(1号側委員より)

- ・ 平均在院日数は、非常に大まかな基準なので、平均在院日数という概念だけですべてを処理していこうというつもりは全くありません。アメリカの平均在院日数が8日だから、あのようにしてほしいと言っているわけではない。現在の急性期のものでいけば、現状からいって無理がないのは、20日だろうと。20日という線なら達成目標として掲げて、そういう点数設定をやってもいいのじゃないだろうかというふうに思っている。

(2号側委員より)

- ・ 多剤投与について申し上げると、今調査の中で出てきているのは、多剤投与が多いという結果ではない。非常に少ない。数からいえばせいぜい2剤か3剤ぐらいである。しかし、やむを得ずたくさん出している場合がある。これは認めてやらないと困る。日常的に多剤投与がある医療機関が仮にあるとすれば、これは審査で問題にされ、指導なりを受けるはずである。

(1号側委員より)

- ・ 禁止しようとは言っていない。ガイドライン等で5剤が一応のめどになっているのだから、6剤以上と5剤で報酬を変えたらどうかという話である。

(2号側委員より)

- ・ 報酬を変えなければいけない理屈がわからない。不必要なものを出しているわけではなく、治療を行っているわけであり、評価を下げられるのはおかしい。

(1号側委員より)

- ・ 骨髄移植について、保険適用の範囲が拡大され、ドナーにとっては一つの負担減ということで結構なことであるが、バンクそのものの維持ということについては極めて不十分になるのだろうと思う。現在補助金は年々減額されており、骨髄に限らず、臓器移植全体が財政的な問題から維持できなくなってしまうのではないかと。国として移植手術に関して、こういった方向性を出していくのか、また財源的な維持をどのようにしようとしているのか。

(事務局より)

- ・ 骨髄移植については、近年件数が増えているが、斡旋をしている骨髄移植推進財団の財政状況については、国庫補助あるいは寄附金収入も厳しい状況にあり、結果、移植を受けられる患者さんの方々にも種々の御負担を求めていかざるを得ないような状況になっている。今回医療保険における移植の評価について議論を深めていただくことをお願いしたいと思っているが、より効率的なシステムができないか関係者と議論を深めていかなければならないと思っている。また、必要な財源の確保についてどのように取り組んでいくのか、各方面にも働きかけをしていかなければならないというふうに思っている。

(1号側委員より)

- ・ 骨髄バンクという仕組みは、非常に有効に機能しているわけで、これを維持育成する観点からも、十分な対処が必要である。例えば骨髄移植によって治療期間の短縮が図られることで医療費の削減が可能になるという経済効果もあるということなので、骨髄移植に対する支援について費用がかかるというだけじゃなく、それによる医療費の節減効果も考え、骨髄バンクという仕組みの維持にプラスになるような支援措置を何らかの形で考えるべきではないかと思う。

(1号側委員より)

- ・ 医療安全管理体制の評価については、一定の要件を満たさない場合は、入院初日に減額する旨の記載があるが、患者にとっては、初日であっても初日でなくても、同じだろうと思う。なぜ、入院初日なのか。

(事務局より)

- ・ 医療安全管理体制についての初日減算は、診療計画の未実施減算と同じ考え方に立っているものであるが、院内感染の対策などと並べると初日に限らず、毎日というのも一つの医療安全管理なので、必ずしも初日に限る話ではございませんので、考えてみたいと思う。

(1号側委員より)

- ・ 205円については、薬の半数以上が内容がわからないままに請求され、支払われているという実態を何とかしなければならぬと思っている。審査が煩雑になるという心配はないわけではないが、コンピューター化しているところは全部205円ルール撤廃ということをお願いしたい。手書きのところについては、経過措置としてある程度の範囲のものは認めなければいけないが、あまり大きなウエートのものが中身不明のまま請求されるという実態は解消してほしいと思うので、205円そのままということではなくて、かなりのものが透明化される形で御協力をいただきたい。

(2号側委員より)

- ・ 言われることはわかる。ただ、この問題は不正なものが含まれているということが非常に大きな理由として取り上げられてきましたので、この場では少なくともそういう認識はないということを確認していただきたい。中身がわかるように記載するという点については、コンピューターについては自動的に出るもので、これをわざわざ消す必要のないわけで、それはそういう対応をしたいと思う。しかし、このルールの取り扱いそのものについては、今までどおりの取り扱いで対応していただかないと、全体の流れとしていろいろな面で支障を来すという面がありますので、そこは理解していただきたい。
- ・ 一番困るのは審査の問題である。審査委員は、病名に従って薬を判断しているのですが、病名を書いていなかったら、全部支払い拒否になってくるのではないかと。審査委員はある程度理解する点もあると思うが、問題は、保険者再審である。保険者から全部返ってくるというようなことになると非常に問題である。本来審査すべき問題点がそらされて、末梢のわずかな薬のために、審査の努力がそちらに分散されてしまうのは問題である。傷病名については、主病名だけでいいのではないかと意見があるが、私も全くそのとおりだと思う。

(1号側委員より)

- ・ 保険者側としても、レセプト点検など様々な問題に影響してくる場合もあるため、考え方を十分徹底するようにして、あまり微細なところでトラブル多発というふうなことは避けるようにしてはどうかと思う。

(2号側委員より)

- ・ 歯科としては環境は非常に悪いので、それなりの努力をしているのですが、この中でも2.5%の削減をし、その上で質の向上、患者さんにとっての医療はどうあるべきかということを入れたいと考えており、そういう方向で改定に臨みたいと思っている。
- ・ 歯科については、どこを切っていいかわからないという状態で対応している。自己矛盾を起こすような部分をなおかつ切っているというようなところがあり、整合性が保てない。私たち自身も納得がいかないというところがたくさんあり、これは明らかにしたいところなので、次回には積極的に御意見を承りたいと思っている。
- ・ 保険薬局は一生懸命やっていると考えているが、そうでないものもあるという御意見もあるので、その辺は十分に議論をしたいと思っている。

(以上)