

Medical Platform Asia
First Seminar 2010

日本の医療

22年度診療報酬改定と 薬価等改定について

2010年1月19日
MedPA代表理事
西山 正徳



配分の見直しや後発品の使用促進を図りつつ、診療報酬本体の
引上げを行う。

(1) 診療報酬改定（本体）

改定率 + 1.55%（ネット + 0.19%）

各科改定率 医科 + 1.74%

（入院+3.03% 外来+0.31%）

歯科 + 2.09%

調剤 + 0.52%

医科については、急性期入院医療に概ね4,000億円程度を配分す
ることとする。また、再診料や診療科間の配分の見直しを含め、
従来以上に大幅な配分の見直しを行い、救急・産科・小児科・
外科の充実等を図る。



薬価改定・材料価格改定

全改定率 ▲1.36%

■薬価改定 ▲1.23% (薬価ベース ▲5.75%)

■材料価格改定 ▲0.13%

なお、別途、後発品の置き換え効果の精算を行う。

○改定プロセス等の特徴

1. 改定率に入院、外来の枠を設定したこと
2. 改定内容に日本医師会の意見を公式には聞いていないこと

1. 重点課題を指定したこと

1. 救急・急性期医療への重点評価
2. 救急・急性期から地域への流れを評価
特に、有床診療所を後方病床機能として位置づけたこと
3. 医師の業務軽減 軽症患者への特別料金徴収
4. チーム医療の評価 等

2. 「充実が求められる領域」を指定したこと

現在日本の国民的健康課題である、がん、認知症、感染症、肝炎、思春期うつ病、発達・摂食障害、歯周疾患等を領域設定

3. 調剤レセプトと医科レセプトの突合評価
4. 再診料の統一
5. 診療科間の配分の見直し

6. **DPCに機能別評価の導入** (極めて大きな影響を与える制度)
7. **精神療養病床に重症度分類を導入**
8. **リハビリテーションの引き上げ**
9. **在宅関係** 往診料の引き上げ、
ターミナルケア加算の要件緩和
10. **病棟医療関係職種の評価**
11. **医薬品関係**
 - (1) **医療機関の努力評価**
 - ・医薬品安全性情報管理体制
 - ・後発品配備評価(後述)
 - (2) **薬局**
 - ・ハイリスク薬処方
 - ・後発品体制加算要件の見直し(後述)



再診料の問題

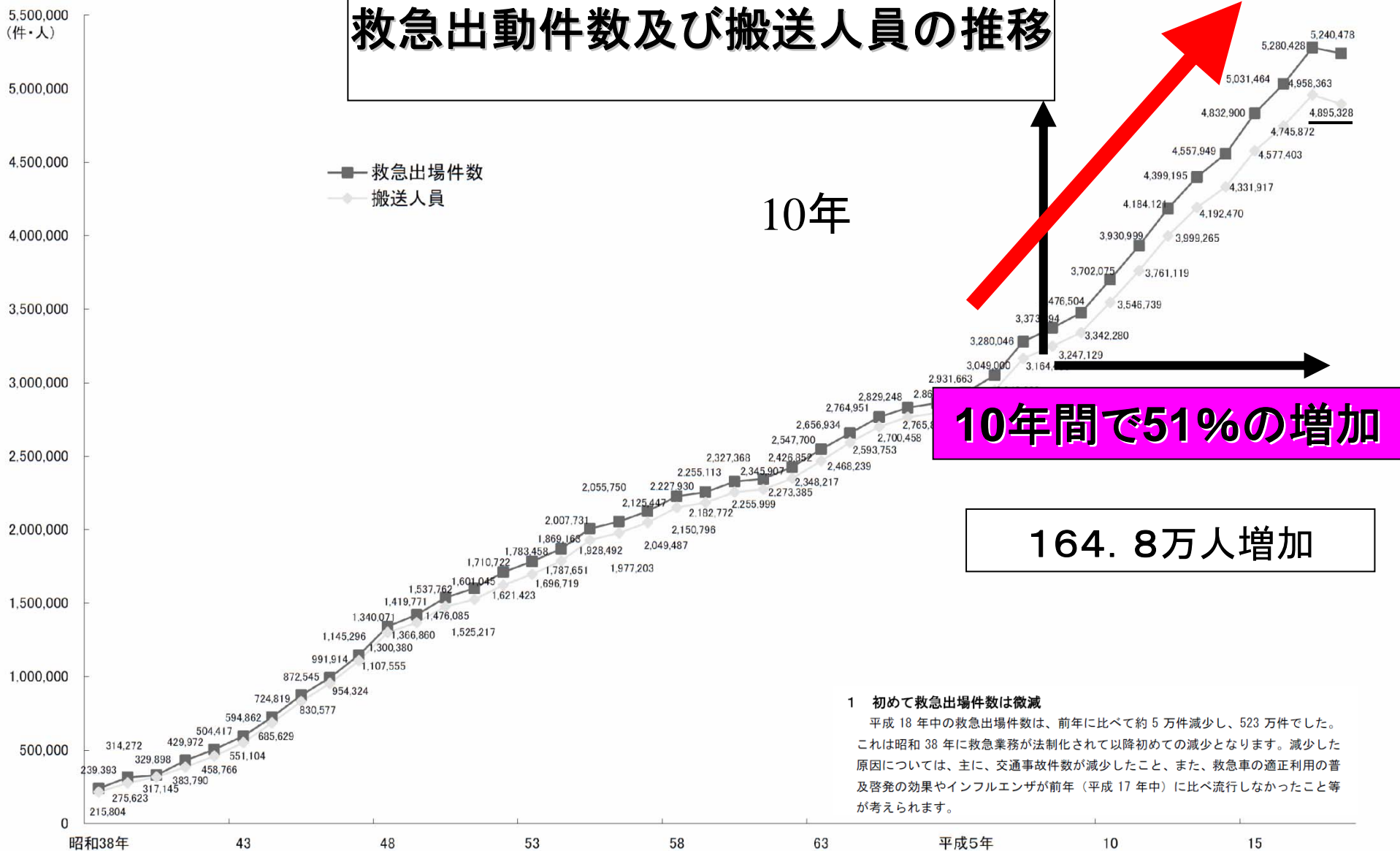
1. 平成14年改定で導入された再診料月内逓減制については、患者等から強い批判(月が変わると自己負担が増額する)が起こり15年6月に史上初めての臨時緊急改定を実施。
2. 初診料および再診料の単価の違いは(1)診療所は地域住民である患者を公衆衛生的観点から診療すること(病院医師より幅の広い診療を行っている)、(2)検査機器等重装備である病院と比べて、検査料等算定しづらい診療所への経営補填、という意味あいでも説明されてきた。
しかしながら、現在ではこのような説明では理解をえることが困難。従って統一することが望ましい。ただ、その際、これらが医師基本の技術評価である観点からの設定が望まれる。



救急医療・救急診療報酬の問題

1. なぜ医師が救急現場から逃げていくのか？
仕事がきついのか？ 給料が低いのか？
2. 軽症者が増えているのか？
3. 診療報酬アップで医師が戻ってくるのか？

救急出動件数及び搬送人員の推移



10年

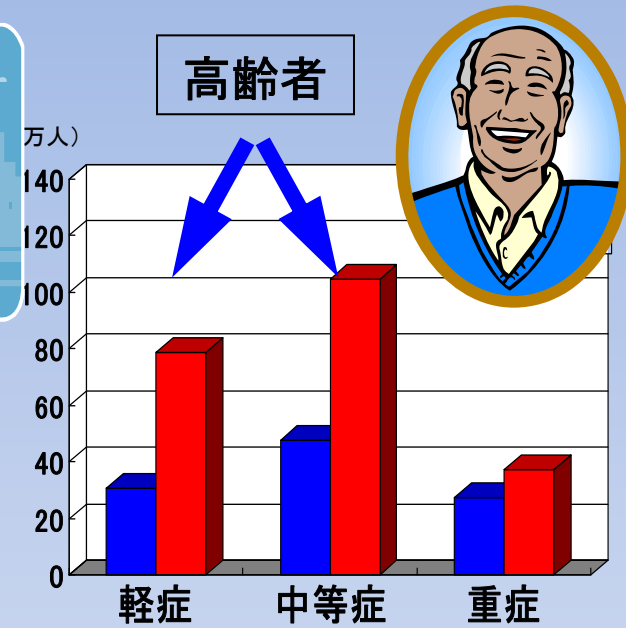
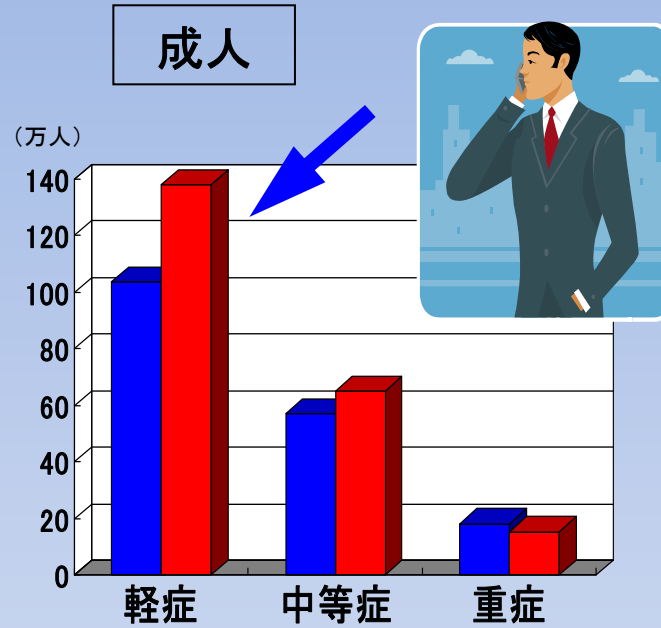
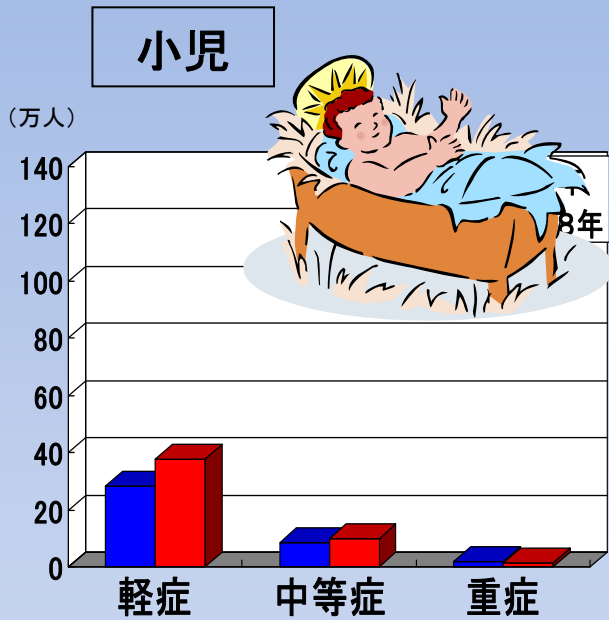
10年間で51%の増加

164.8万人増加

1 初めて救急出場件数は微減
 平成18年中の救急出場件数は、前年に比べて約5万件減少し、523万件でした。これは昭和38年に救急業務が法制化されて以降初めての減少となります。減少した原因については、主に、交通事故件数が減少したこと、また、救急車の適正利用の普及啓発の効果やインフルエンザが前年（平成17年中）に比べ流行しなかったこと等が考えられます。

(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出場分を含む。
 2 各年とも1月から12月までの数値である。

10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)



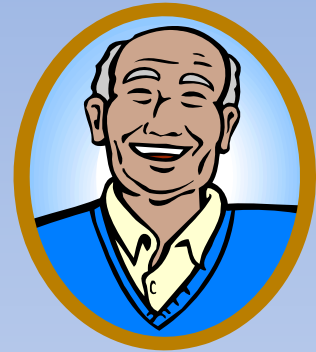
平成8年中

全体	小児	成人	高齢者
重症	2.2万人	18.3万人	27.5万人
中等症	8.7万人	57.2万人	47.6万人
軽症	28.4万人	103.6万人	30.8万人

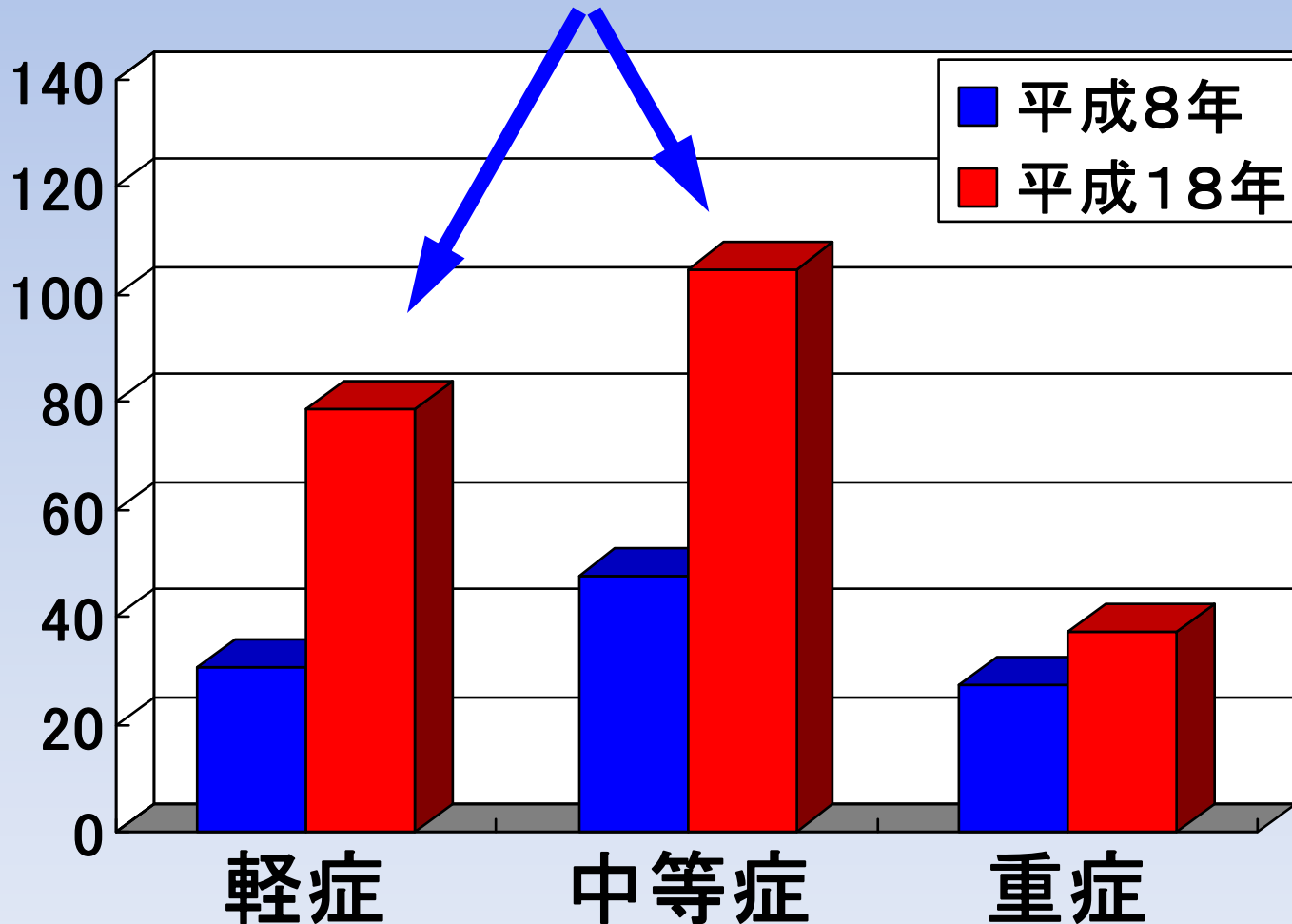
平成18年中

全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳~64歳)	高齢者 (65歳以上)
重症	1.6万人 0.6万人減 -27%	15.5万人 2.8万人減 -15%	37.2万人 9.7万人増 +35%
中等症	10.2万人 1.7万人増 +19%	65.2万人 8.0万人増 +14%	104.4万人 56.8万人増 +119%
軽症	37.8万人 9.4万人増 +33%	138.1万人 34.5万人増 +33%	78.8万人 48.0万人 +156%

10年間の救急搬送人員の変化 (高齢者)

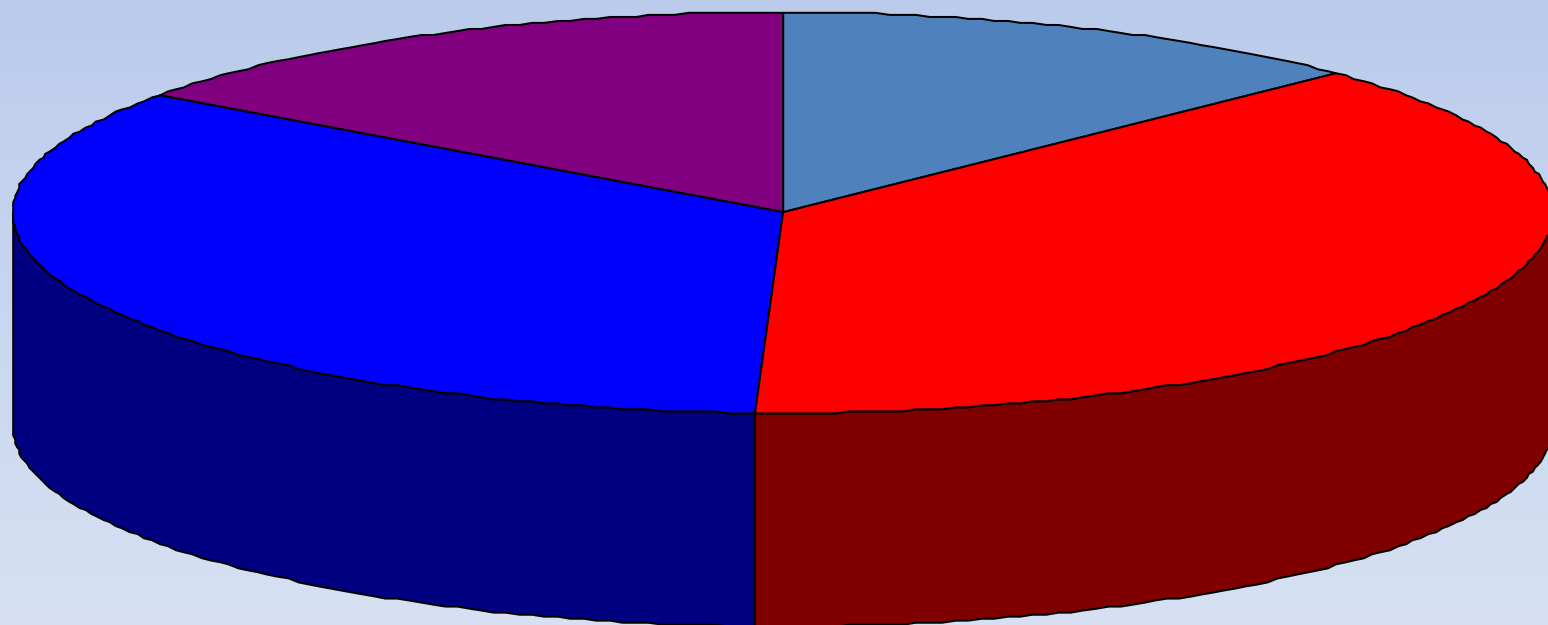


(万人)



救急搬送において受入に至らなかった理由

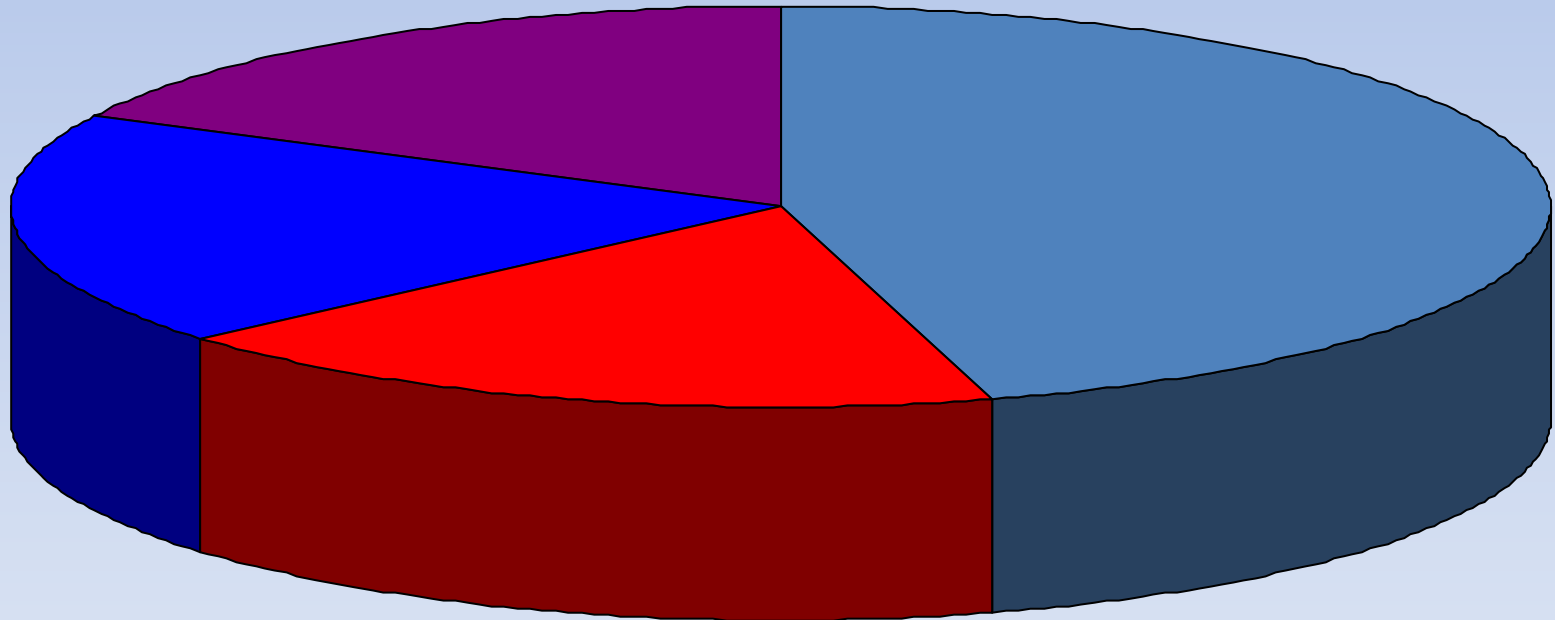
救急医療機関のうち、三次



■ 処置困難 ■ ベッド満床 ■ 手術中・対応中 ■ その他

救急搬送において受入に至らなかった理由

救急医療機関のうち、二次以下



■ 処置困難 ■ ベッド満床 ■ 手術中・対応中 ■ その他

「ベッド満床」について

○ 総務省消防庁調査によると、救急搬送において受入に至らなかった理由として、

「ベッド満床」はおよそ24%、第三次救急医療機関は38%

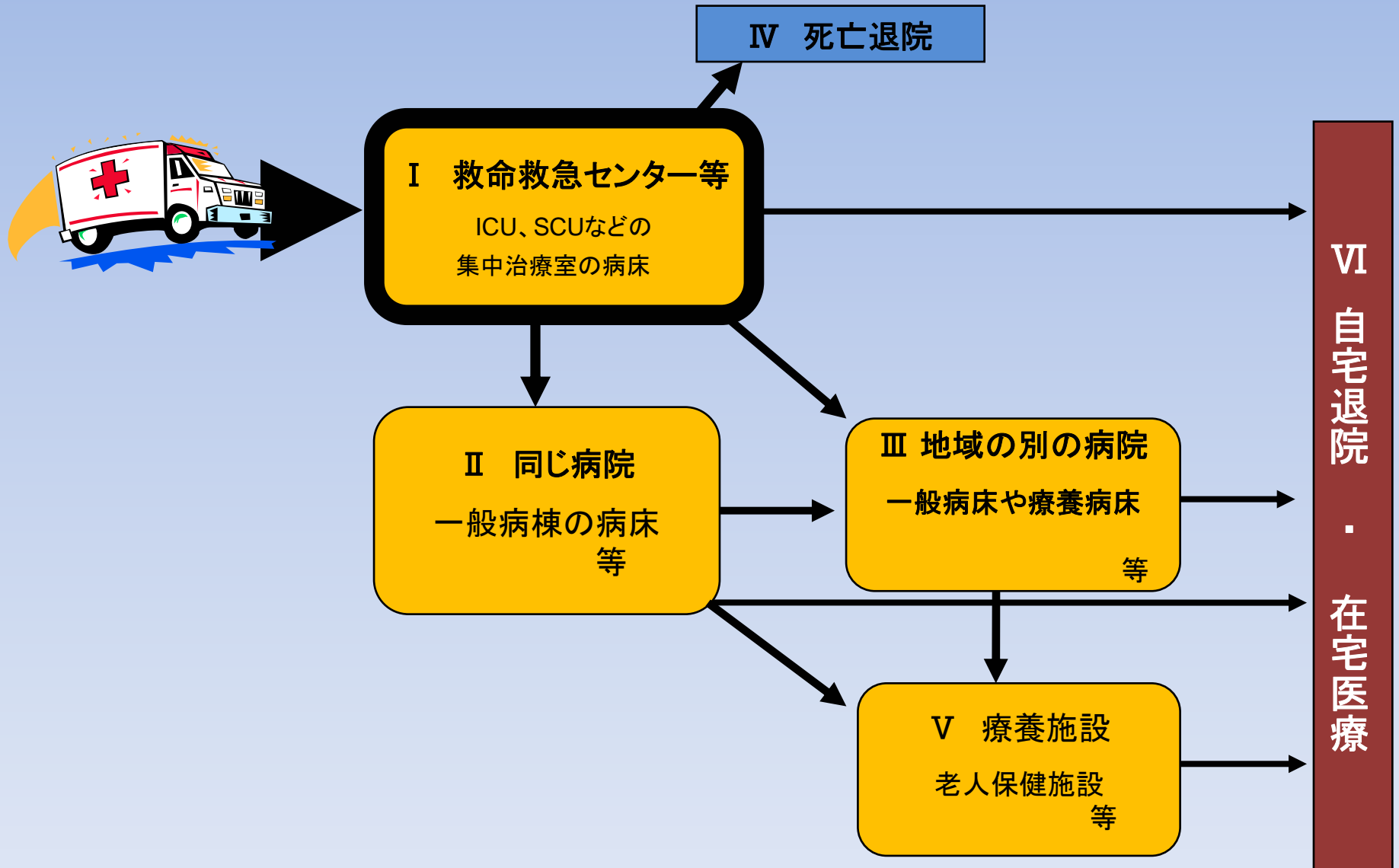
○ ところで、厚生労働省の調査によると、救命救急センターの年間の平均病床稼働率は71%、救命救急センターの属する病院全体の同じく病床稼働率は84%

○ これは、

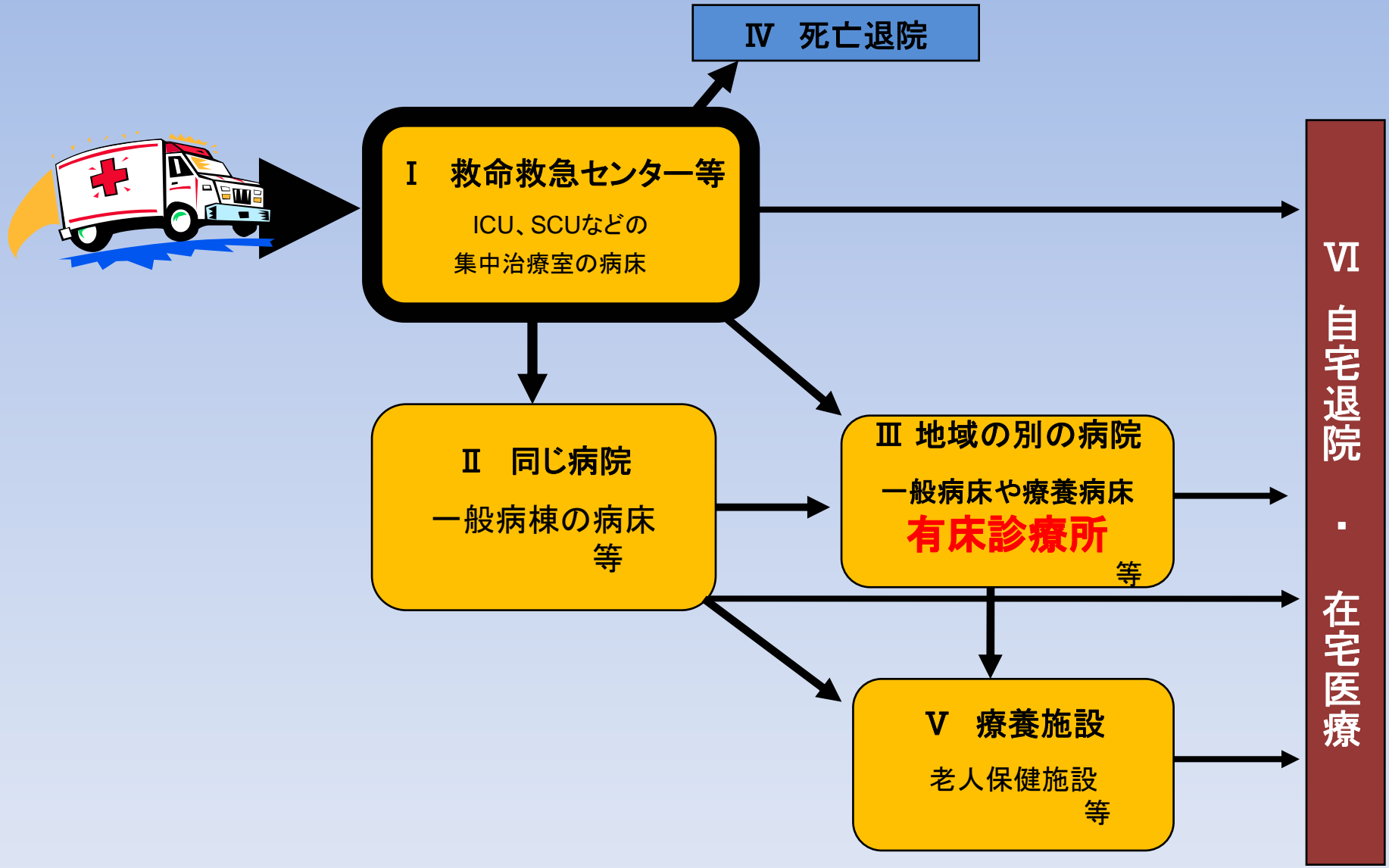
- ・ 救命救急センターで、平均9.2床
- ・ センターの属する病院全体で、平均109床

の空床を持つことを意味し、総体としては物理的にベッドが足りない状況とは必ずしも言えない。

いわゆる「出口の問題」について



いわゆる「出口の問題」について





救急医療診療報酬改定について

- 医師を増やすためには、救急医療の内容等に合致した**医師数・技術能力基準**が必要
- 医師が増えれば診察室やブース等が新たに必要であるため**改築費用を支援**する必要
- 時間的にも不規則な医師への**交通手段確保が必要**。専用駐車場の整備が必要
- 継続して医師確保を可能とする**給与の支給**が必要

これらをカバーすることのできる引き上げが必要



診療科間格差の問題

1. 格差の原因は何か

- 高いと指摘されている診療科は、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科など**すべて外科系**
- その原因としては、(1)患者数が多い、(2)外科系点数の活用、(3)外科系なのでスタッフが多い
 - * (2)、(3)は内科系とは異なる

2. 格差は是正すべきものなのか

- 米国でも診療科ごとに収入が大きく異なる。
- 医術の熟練度、リスクの大きさ、時間的余裕の有無、就業、年齢などによって格差が生じている**
- どの程度の格差があれば強制引き下げするのか？
- 内科系点数が低すぎるのではないか？



診療科間格差の問題（米国の場合） 税込の中間値

	1995(\$)	2004(\$)	10年間の変化(%)
内科	139,320	168,551	21.0
小児科	129,085	161,188	24.9
精神科	132,477	182,799	38.0
皮膚科	176,948	308,855	74.5
眼科	209,736	280,353	33.7
耳鼻咽喉科	220,000	296,623	34.8
整形外科	301,918	396,650	31.4
外科一般	216,562	282,504	30.0
心臓外科	337,000	427,815	26.9
産婦人科	215,000	247,348	15.0
麻酔科	240,666	325,999	35.5
放射線科	247,562	406,852	64.4



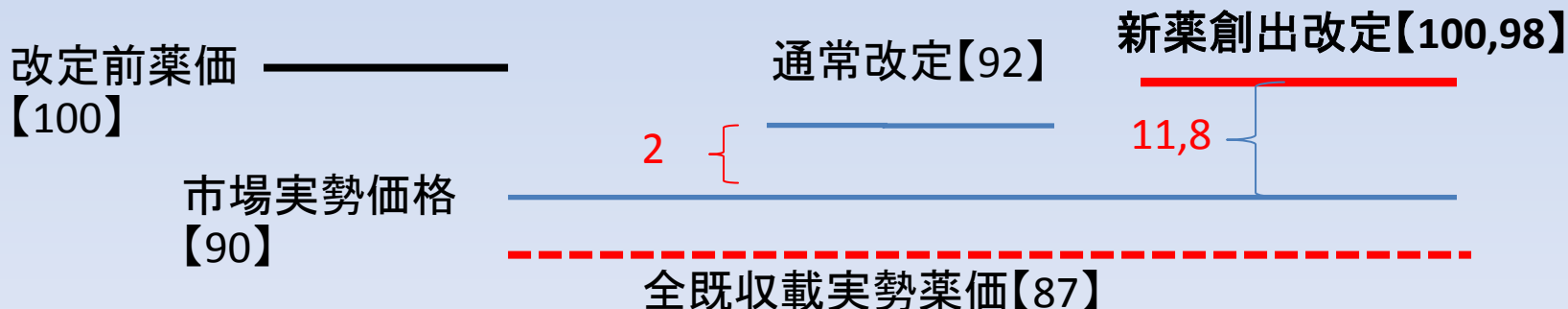
目的1: 適応外薬等の問題の解消

目的2: 革新的新薬の創出を加速

■ 後発品が上市されていない新薬

■ 乖離率【10】が全既収載医薬品の加重平均値【13】を超えないものを対象に

市場実勢価格に基づく算定値【90,92】に「加重平均乖離率－2%」【11,8】を加算する。ただし、改定前薬価を超えない。



平成18年度 処方箋様式改訂による後発薬品への調査結果

後発医薬品への変更可の署名率

635薬局(回答率63.5%)

処方箋枚数 969,365枚

署名あり 165,402枚(約17%)

署名なし 803,963枚(約83%)

後発医薬品へ変更された率

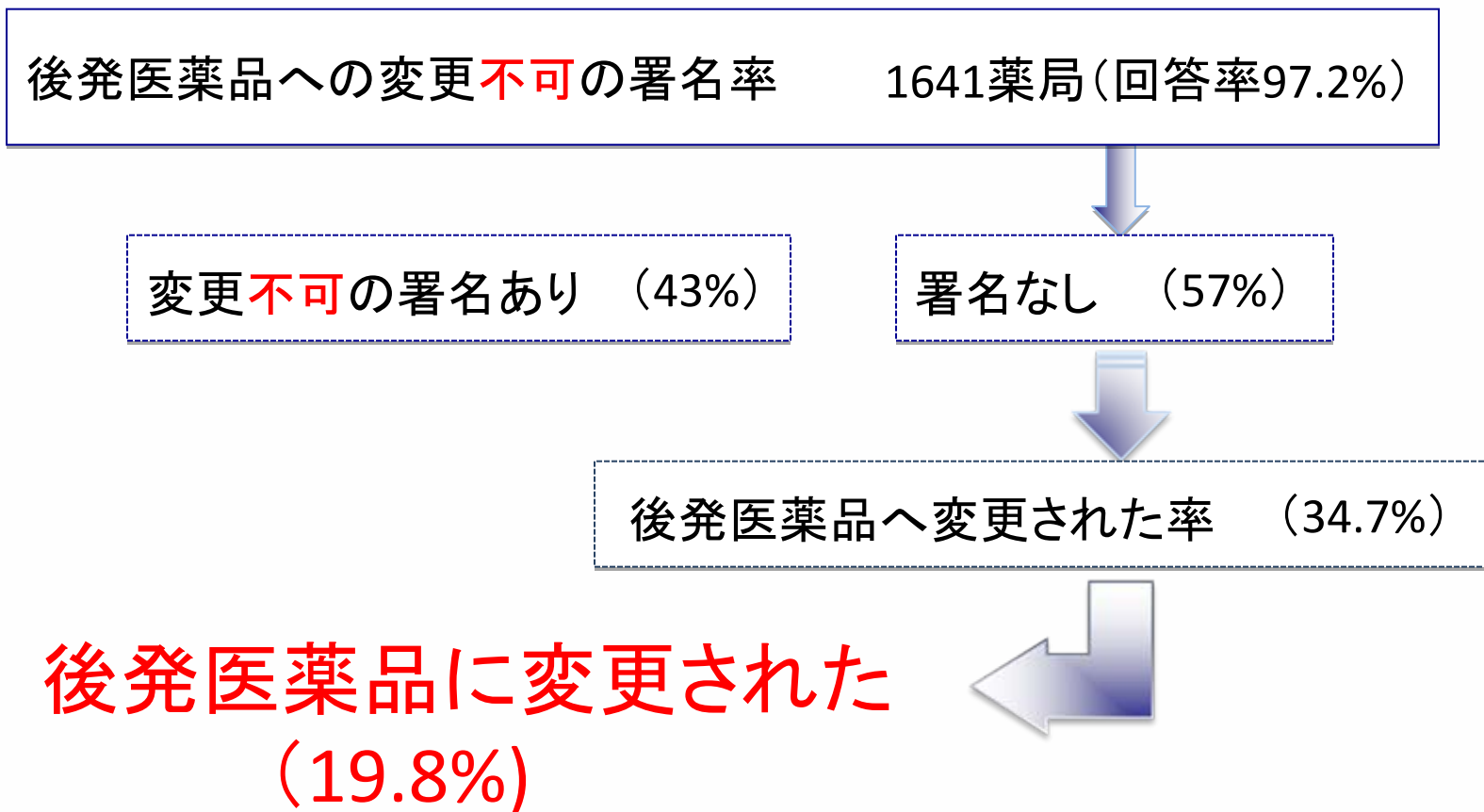
変更しなかった(85%)

変更できなかった(9%)

後発医薬品に
変更された(6%)

後発医薬品に変更された(1%未満)

平成20年度 処方箋様式改訂による後発薬品への調査結果



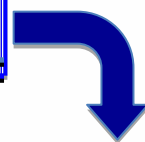
→ 平成18年度調査では1%未満

薬局の「ジェネリック医薬品に関する考え方」

特にこだわりのない	-----	21.1%
積極的に調剤する	-----	11.8%
薬効により調剤する	-----	31.3%
積極的には取り組んでいない	-----	33.5%

薬局の「ジェネリック医薬品に関する考え方」

特にこだわりのない	-----	21.1%
積極的に調剤する	-----	11.8%
薬効により調剤する	-----	31.3%
積極的には取り組んでいない	-----	33.5%



品質に疑問がある	-----	40.2%
効果に疑問がある	-----	36.7%
副作用に不安がある	-----	23.1%
安定供給体制が不満である	-----	40.2%
情報提供が不調である	-----	26.9%
患者への普及啓発が不足なため	--	13.6%
薬局に経済的便宜がない	-----	25.0%
近隣医療機関が使用に消極的	----	40.2%

ジェネリック医薬品説明後の変更

ジェネリック医薬品への変更を希望しない患者の割合別データ

10%未満 = 24.2%


10～30%未満 = 16.5%

30～50%未満 = 16.8%

50～70%未満 = 12.8%

70～90%未満 = 10.9%

90%以上 = 5.1%

 半数以上の患者はジェネリック医薬品への変更を希望

ジェネリック医薬品変更後二回目以降の使用

ジェネリック医薬品使用を希望しない患者の割合別データ

10%未満 = 81.0%

10～30%未満 = 9.5%

30～50%未満 = 1.7%

50～70%未満 = 0.4%

70～90%未満 = 0.6%

90%以上 = 0.8%

➡ ジェネリック医薬品へ変更した患者のほぼ全員が希望



後発品使用促進改定のポイント

1. 後発医薬品調剤体制加算の見直し
処方せんベースから数量ベースへの変更
25%、30%以上を重点的に評価
2. 後発医薬品の変更調剤
含量規格の変更、別剤形調剤
3. 医療機関における体制強化加算（入院基本料の加算）
薬剤部門の体制、薬事委員会等の設置
採用品目数の割合が20%以上⇒入院基本料の加算
4. 療養担当規則の改正



病院救急・急性期診療報酬引き上げを主眼としつつ後方病床機能を明確化した**救急医療再生改定**

国民的健康課題を設定しつつ、診療所連携やチーム医療、往診などの在宅医療評価にも目配り。かつ後発品使用拡大による患者負担軽減政策は**国民主体改定**

新薬創出加算の導入は画期的、**企業再生薬価改定**



医療政策と保険政策の融合



DPCの機能別評価係数による病院の機能分類明確化
→できれば**診療結果(outcome)評価**を指標に

救急・急性期引き上げによる**効果の検証**と有床診療所等の
後方病床**機能の検証**

病棟で活躍する医療関係職種の評価

診療科間の**収支差比較方式**は、正確な医師収入、医師の
熟練度、患者数、リスク直視型診療等を評価していない
→診療科別医師収入で比較すべきであるが、国家介入す
べき問題ではない → **努力すれば報われる制度に**

新薬創出加算の影響評価(**企業の創薬実現度、タイムラ
グの解消効果**)および後発品価格の**上昇傾向**評価
医薬分業の進捗度評価

アジア医療の現在をどう考えるか？

(2007 OECD)

1人当たり医療費(US\$)					
アメリカ	7,290	1	オーストラリア	3,137	15
ノルウェイ	4,763	2	イギリス	2,992	16
スイス	4,417	3	フィンランド	2,840	17
ルクセンブルグ	4,162	4	ギリシア	2,727	18
カナダ	3,895	5	イタリア	2,686	19
オランダ	3,837	6	スペイン	2,671	20
オーストリア	3,763	7	日本	2,581	21
フランス	3,601	8	ニュージーランド	2,510	22
ベルギー	3,595	9	ポルトガル	2,150	23
ドイツ	3,588	10	韓国	1,688	24
デンマーク	3,512	11	チェコ	1,626	25
アイルランド	3,424	12	スロバキア	1,555	26
スウェーデン	3,323	13	ハンガリー	1,388	27
アイスランド	3,319	14	ポーランド	1,035	28

日本の優れた医療をアジアへ！

アジア各国の医療関係者による情報交換を！

誰でも自由に参加できる場の創設を！





一般社団法人Medical Platform Asia
へ是非ご参加下さい



ご静聴ありがとうございました