

MedPA セミナー議事録

日時：2010年1月19日（火） 18：00～19：30

場所：八重洲富士屋ホテル 2F 櫻の間

それでは、私のほうから、ちょうど MedPA の創立記念ということなんですが、今まさしく診療報酬改定が行われようとしているということで、今日はお忙しいところ無理無理、佐藤医療課長に来ていただきました。今日は、大勢おられまして時間もタイトなので、私がまずしゃべります。あまり聞きたくないでしょうがしゃべります。それについてそれについて、これは指定発言してほしいとポイントを示しますので、後ほど佐藤医療課長からそのことに答えてほしいのですが、明日中医協らしいのでメディアの方もおられますので、こらえられなければパスしてもらっても結構だと思っております。ご存知の方も多いと思いますが、私も 9 年間保険局に勤めていました。当時の薬剤管理官のアベさんとやめればいい市場拡大さんさん等と入れてしまって、今では反省していますけれども、いろいろなドラマがありました。話は、私が 15 分、医療課長 30 分くらいで終わりたいと思います。

《スライド2》

今回の診療報酬改定の特徴の一つは、私も驚いたのですが、改定率の中で入院と外来の枠をはめられたということ。入院が+3.03、外来が+0.31 とこれは初めてのことです。私どものときは平成 16 年改定をやりましたけれども、小数点以下第一位まででした。ところが私の後任のモギタニさん、ハラさんからは今回のように小数点以下第二位までいっている。こういう世知辛い世の中になってまいりました。急性期医療には 4,000 億円、再診料や診療科間の配分の見直しを含めということで、プラスなことはプラスなのですが、そういうたががはめられたということが一つ特徴です。

《スライド3》

薬価ですが、薬価改定は 1.23 ですがこのことは新薬創出の加算ができますけれども、このパーセントによっては実は薬価改定率 1.23 がそうならないような可能性がでできます。これに合わせようとするると後発品あるいは長期収載品を引き下げないといけないだろうということになります。

《スライド4》

もう一つの改定プロセスのポイントは、医療政策と保険政策の見事な融合が図られているということ。さすがに保険局長がトグチくんで、医政局長から移られた、そして佐藤さんが指導課長から来られた。私自身も、ハラさんもモギタニさんも後任の医療課長は医政局からははじき出されていたので、なかなかわからなかったということがあります。ま

ず、重点課題を設定していることが非常に重要です。救急急性期の医療への重点的な評価を行う。その流れを作ったことです。特に驚いたのが、有床診療所なんて消えてなくなれ、と思っていたのが、新たに後方病床機能として位置づけたというのは非常に大きい。それから、もう一点新聞なんかにも出ていますが、医師の業務軽減ということで、軽症患者への特別料金徴収と、これも当然といえば当然なのでしょうが、何が軽症かということが問題になります。2点目が充実を求められる領域を指定したこと。国民的健康課題であります、がん、認知症、感染症、それから肝炎など領域設定をし、ターゲットを絞ってやっていくという試みも、このようにはっきり謳ったのは初めてです。3点目、私も支払基金にいましたが、調剤レセプトと医科レセプトの突合評価ということです。これも今までは調剤薬局では病名が分からなかった。支払基金でも調剤報酬の査定ができなかった。今度はこれによって可能になるということで、実は医薬分業にこれが逆噴射する可能性もあります。4点目、再診料の統一、5点目、診療科間の配分の見直し、これは後ほどお話しします。

《スライド5》

6番目、これはまた大きいですが、DPCに機能別評価を導入と、これは極めて大きな影響を与えます。私が、DPCを担当して導入したときには、ある病院を比較したとき、例えば札幌医大と慶応病院を比較すると、札幌医大の評価係数でやってしまうと慶応病院や順天堂は同じ医療をやっているにもかかわらず2割くらい報酬がアップしてしまう。こういうことを講演で申し上げましたが、それを避けるために調整係数をいれました。それで調整係数はダメだということになって、機能別評価になりますと今度は救急患者を受け入れた数などが出てくるでしょうが、ここには是非パフォーマンス係数として患者の死亡率など新たな指標を導入していただきたい。これは後ほど指定発言をしていただきたいと思う。7点目、精神療養病床に重傷度分類を導入した。精神化領域に重傷度分類をどのように入れるのかということですが、これも一つ今後の課題でしょう。8、リハビリテーション引き上げ、おじいちゃん、おばあちゃんにとってはいいことです。9、もう一つ目立たないですが、往診料引き上げは頼もしい改定です。それから在宅でターミナルをやる。10、病棟医療関係職種の評価、これは病棟薬剤業務、それから栄養士、PT、OTなどいろいろありますが、そのような方たちの評価をしてくれるということで、画期的なことといえます。11、医薬品関係は、医療機関の努力を評価するという一方で、後発品使用がなかなか進まないといわれていますが、一つは病院の体制なり医師の志向の問題があるかも知れません。今回医薬品の安全性情報管理体制それから後発品に対しては後発品配備の評価をするということが改正の大きな項目であります。薬局についてはここに書いてあることで、後発品体制加算要件の見直しということで、数量ベースで20%、25%、30%をわける、これは薬局の層化分別に繋がるだろうとおもっております。

《スライド6》

再診料の問題。一言だけ言えば、私医療課長のときに平成15年6月に史上初めての臨時緊

急改定をおこないました。これは、前任者のときになりますが、再診料の月内通減をされました。これは患者から強い批判があり、医療課長になった9月なのですがそれから「直せ」といわれた。中医協は途中で改正などできませんと言っていた。自民党あげて改正しろと言われた。しかし、改正すると月が替わってまた自己負担が変わるのはおかしいだろうと。しかしそれを15年6月、本格改定は16年ですが、臨時緊急改定を行いました。とにかく再診料の問題というのは、今はどんな表現を使っているのかわかりませんが、診療所の方が高いんだとなっていた。なぜなら診療所の医者は個々の地域患者を診て、公衆衛生的な家族状況などいろいろ聞いていろんなことを努力していると、そういったことを平気で言っていました。2点目ですが、病院なら他でも設けられるだろうと、診療所は単体なのでなかなか難しいということであった。それで今のような差が出てきた。これは現在、なかなか説明できないので統一することが望ましいと、私も思っています。ただ、これは医師の基本の技術料であるのでよしんば下げられることはない。これは指定発言しません。

《スライド7》

救急医療、救急診療報酬の問題ですけれども、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？軽症者が増えているのか？あるいは、診療報酬アップで医師が戻ってくるのか？ということで、私よりずいぶん詳しい佐藤課長が考えておられます。これについてはご感想をいただきたいと思っています。

《スライド8》

このあたりは佐藤課長からもらったスライドなので飛ばしていきます。

救急件数が増えてきている。その理由としましては、軽症患者が多いということになる。

《スライド9, 10》

成人と高齢者の軽症患者が増えている。小児は増えていない。ですからこういった軽症から来るような輩から金を取ってしまえというようなのが今回の政府の発想です。非常にいいことだと思います。ただ、軽症の範囲をどうするのかは聞きたいところであります。

《スライド11, 12》

救急医療機関のうち3次でベッド満床、処置困難の割合ですとか書いてありますが、2次以下の救急医療機関では処置困難が多いということでもあります。結構、ベッド満床で断っているところは少ない。

《スライド13》

ベッド満床については、総務消防庁調査によりますと先ほどのスライドであったような状態。これは全体で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、総体として物理的にベッドが足りない状況とは必ずしもい

えない。

《スライド14》

ですから、救命救急センターからのフロー、流れに対して今回佐藤課長は評価しようということですから、「有床診療所」がここに入ってきます。これは非常に大きな流れですけれども、有床診療所は産婦人科や整形が多いので一般の方々がすべからく来れるわけではない。従って、同じ病院の一般病棟の病床ですとか、あるいは療養施設、あるいは在宅に流れていくという流れが必要だと思います。

《スライド16》

救急医療診療報酬改定については、やはり診療報酬上では玄海があると思います。救急医療の内容等に合致した、医師数・技術能力基準がなければ、ある病院には患者がいっぱい来るけど医師がいないということになる。医者を増やすためには診療室やブースが新たに必要であるため改築費用がかかってしまう。時間も不規則なので交通手段の確保が必要になる。専用の駐車場がないというようなことですから、医者を増やしたくとも今の一般的な地域の救急をやっているところでは増やせない。こういうことで、引き上げをされるそうだけど是非お願いしたい。

《スライド17》

診療科間格差、これは眼科、耳鼻科、整形外科等々の議論が出ているようですが、これは全て外科系です。この原因としては患者数が多い。外科系点数の活用をしている、外科系なのでスタッフが多いと、私はこのように考えております。内科系とは異なる。格差は是正すべきかどうかです。眼科というのはちょっと問題あったところもありまして、本当は関係ははずしましたけれども、整形も耳鼻科も患者はどんどん増えてしまう。季節によりますけれども。そういった自助努力というものを、国なり、中医協が下げるという理屈は成り立たないと思います。米国でも診療科ごとに収入が大きく変わる。医師の熟練度、リスクの大きさ、時間的余裕の有無（内科をやっていて少し余裕があるから、このくらいの給料でいいと思っている医師もいる）、就業、年齢、外科の連中はもう50歳になったらマイクロサージなんてできないから若いうちに稼がないといけないというところもある。それで、どのくらいの格差があれば強制引き下げするのかという点があります。

《スライド18》

これが今回私が訳した本の中にある1995年と2004年の米国の診療科間格差の資料です。これは税込の収入です。1ドル100円としましょう。今の為替レートではもっと低いですが。皮膚科が74.5%増えて、今3000万円となっている。アメリカの学生もこれを見て動くわけです。整形が3000~4000万円。一番高いのが心臓外科です。心臓外科は4200万円いって

いる。従って、診療科格差で一時期精神科がはやりました。私も以前精神科でしたけれども。精神科というのはやっぱり 1000 万円届かない。内科系は安いんです。外科系は高いけど。ということで、米国では放射線科、麻酔科が儲かる、ということで米国ではそっちの医者が増えてしまう。産婦人科は 2500 万ほどということですから。これは 2007 年のデータですけど、診療科間格差はあってもいいと私は思っています。政治的に下げられてしまうのでしょうか。

《スライド 19》

これは新薬創出加算で 22 年度限りのことですが、これについては後でコメントいただきたいです。今の資料、データから整理すると、改定前薬価 100 円だとすると、市場実勢価格は 94 円でしたと。6 円下がりました。全既収載実勢薬価が 92 円といった場合には加重平均を超えているわけですから対象になる。その場合通常改定では 96 円ですから、(加重平均乖離率 - 2%) を 6% とすると、新薬創出改定では 100 円になってしまう。ところが、いろいろなニュースなんかを見てみると、これではなくて、改定前薬価に 1.051 を掛けるとなっている。これは医療課長はご存じないかもしれない。少なくともこの画期的な新薬創出加算というものは、私はさんせいなのですが、これではずっと薬価は下がらない。従って、後発品も高くなってしまうというようなことがある。それから企業はその期間に革新的新薬を作らなければいけない。それから、タイムラグをなくすという約束をきちっと守らなければならないということで、極めて興味深い画期的な改定だと思っています。

《スライド 20》

このスライドは後発品使用の話ですから今日は飛ばします。

《スライド 21》

処方せん様式改訂の調査結果も飛ばす。

《スライド 25》

こういった意味では薬局で患者さんに説明さえすればジェネリックに移っていつている、移った患者さんはジェネリックをずっと使っているというパターンがある。

《スライド 26》

今回の話ですと、数量ベースに変えますよということで、この辺の影響がどれくらい出るのかということと、医療機関において採用品目数の割合が 20% 以上、従って棚においてある薬の中で「採用しました」と、採用ということだから使わなくてもいいということですから、ただ買えばいい、置いておけばいい、ということなのか分かりませんが入院基本料の加算をしていただけないという非常にうれしい点数制度だと思います。

《スライド27》

今回の診療報酬改定は、一つは「救急医療再生改定」と呼びたいと思います。それから後発品使用拡大による患者負担軽減策等々、国民主体の改定。それから、新薬創出加算の導入は画期的で、企業の再生薬価改定ということで、医療政策と保険政策の融合だと私は思っています。

《スライド28》

これからの論点ですけれども、先ほど言ったように DPC の機能分類評価というものがどのようなものになるのかということ、急性期の引き上げの効果、そのようなものを検証しなければならぬだろうということ。それから病棟で活躍するコメディカルの方々の点数をあげているので評価しなければならぬだろうということ。診療科間の、今回の議論をメディアを通じて聞いていますと、収支差比較方式、つまりここが儲かっているなら収支差は何%だという議論は私のときもやっていたことですが、そうではなくてやはり努力すれば報われる制度にすべきだろうと思っております。それから、新薬創出加算の影響というのも見なければいけない。先ほども申したように、例えばこの制度が 22 年度限りだとすると新薬は下がらないということになります。下がらないでいっぱいものが売れたということになって、今度は市場拡大再算定というふうなことに適用になってしまうのかということですね。現在の状況だと、それはそれで市場拡大再算定するんだというふうなことで、その辺の市場に任せると、さっきの診療科間の問題ですけれども患者がどんどん増える、ドラッグ技術だ外科だと言って患者を増やして収入を上げていくという市場がある。もう一方では、薬はいいものはどんどん売っていかうではないかと、売って売って売りまくったら薬価は下げられる。この二つは、私は現在の公的制度における市場というものを議論するときの、2つの有力な国民が求める市場というものに対してやはりまずいのではないかと思う。

《スライド29》

最後になりますけれども、アジアの医療、先ほど赤座先生の資料にも出ていましたけれども、これが 2007 年の OECD データです。何が言いたいかということ、一言でいいますとアジアの中で先進的な医療を受けているのは日本と韓国だけです。シンガポールも入ってない。中国は人口が多いから一人当たり低くなってしまふ。ということは我々はどれだけ技術を磨いてもアジアにはいかないということが分かります。

《スライド30》

だから、日本の優れた医療をアジアにということでもあります。

《スライド31》

是非、参加してくださいということであります。

どうも、ご清聴ありがとうございました。

それでは、ですね。拍手ありがとうございます。できレースみたいですけども、何も打合せしてませんから、思う存分佐藤医療課長のご発言よろしくお願いいたいと思います。

佐藤医療課長

皆さん、こんばんは。医療課長の佐藤でございます。初めてお目にかかる方もいらっしゃるし、何度かお会いした方もいらっしゃるかもしれません。だいたいこういう会にお集まりいただくというのは、おそらくご希望やご期待のあるところというのは紙や報道にのっからない話をもしかしたら喋るんじゃないかと思っておいでになっていると思います。今日は顔見せというところもありますので、紙に書かれてないことは全く申しませんし、報道になかったようなことを言うというのはありませんので、ご期待に添えないということをまずもうしあげます。2つ目は、少し驚いたのですが、さすがに西山先輩は医療課長の先輩でありまして、私が申し上げようとしていたスライド、特に口裏を合わせたわけではないですが、ほとんど書き連ねていただきましたので、重複を避けるということにして、30分というお話でしたけれども、本当に手短に15分程度で終わりたいと思います。

《1》

最初は、診療報酬とはこういうもんですといったところ。

《3》

現行の診療報酬ですけども、診療報酬の機能としては医療機関の収入源で、先ほどからお話が出ていました配分という意味がありますし、政策誘導という言葉もありますが医療サービスの提供促進対面もあるのでしょうか。

《4》

それで私は久しぶりに保険局へ戻ってきました、あらためて計算してみたんですけども医科の診療報酬区分が4000区分、歯科が1370区分で足すと5000区分ありますけれど、細かい分類まで入れるとだいたい20000項目はあるとウチの担当が申しております。薬価収載品目は約16500品目あります。だからだいたい20000項目くらいの診療報酬の点数の値付けをし、16500くらいの医薬品の値付けをしているということになります。

《5》

こういう図をご覧になったこともあるとおもいます。

《6》

これは医療費のうち、公費が3分の1で、保険料が半分で、患者負担が15%ということを意味します。

《7》

ここが1つのポイントでして、先ほど改定率の話をなされたときに、入院と外来別に改定率の明示をされたというのは、今回画期的というのか、初めてのことであったわけです。だいたい入院と入院外は同じ割合であるにもかかわらず、入院に3.01%、入院外に0.31%と10倍を入院につけたというのが今回の特徴であるといえます。それが、改定率を決めるときにあらかじめ指示されて改定率が申し渡されたという点においては中医協の役割の中で考えると、むしろ内閣の役割が細かくなったといえるかもしれない。いずれにしても入院と入院外がこういう具合になり、歯科、調剤についても配分が決まっている。

金額に直すと大きいので、下2桁までいっているとはいえ、何千億といった単位になるのでそれなりに意味はあると思っています。

《8》

診療報酬改定の流れを復習しておきます。

①, ②, ③とあります。

《9》

文字を見ても分かりづらいので図にしてみたのですが、内閣から予算編成過程を通じて改定率を決定するということになりますが、その根っこになるのは例の中医協改革以降は社会保障審議会の医療保険部会と医療部会の2つの部会がものの考え方を決めて、それに基づいていわゆるネツケをしていくということになります。もう一度言いますが、いくらかの財源があるかというのは内閣が決ままして、どういうことが今医療の世界で問題になってますというのを医療部会や医療保険部会で意見が出てきて、そういうところで全部で細かく20000項目について決めていくことになります。

《10》

同じことが書いてありますが、16年度改定までは全てを中医協で決定しておりまして、西山先輩がその最後の世代であったということです。ここで何か事件が起こりまして、西山先輩は警察に呼ばれたんですかね？

(西山代表理事)：呼ばれてない。

呼ばれてないそうですけれども、18年度改定からは先ほどから何度も繰り返しておりますけれども、政府・社保審部会・中医協とこのように役割が分割されまして、中医協の役割というのは悪い言い方をすれば狭く閉じ込められたということになります。

《11》

全体図ですが、私は実を言うと、西山先輩のように9年も過ごしておりませんで、私が保険局にわらじを脱いでいたのは実に26年前とか25年前になりまして、わずかに2年間くらい、それも老人保険化におりましたので、老人医療という観点で撰政しておりました。今回来てみましたら文字どおり浦島太郎の心境でした。その当時は総会と全員懇でしか成り立っていなかったですね。総会も全員懇も月に1回開かれればいいほうで、改定が近づいてくると月に2回くらいやろうかということにもなるのですが、今のように週に2回も開催され、そして1回が4時間ときちがいじみだ議論というのはなかったわけで、非常に古きよき時代でございました。ところがですね、日本人というのは非常にまじめなものですから、材料について今後どうするかと専門部会を設け、薬価についても今後薬価をどう決めていくんだという専門部会をつくった。医療経済実態調査もそれまでは調査ということをやっていたのですが、部会を設けてその中で議論しようなんてことはなかった。診療報酬の基本についての小委員会を設けてまじめに議論しようということにもなりました。それから、西山という非常にまじめな医療課長が検証しなければいかんと、かつこいいことを言い残して去っていったんですけれども、残った者はこういった診療報酬の検討の結果がどうなったかという復習までさせられるという羽目になりました。もともと勉強するのは嫌いだったんですが、予習のみならず復習までさせられる羽目になる。数えていただくだけでこんなに数が増えてしまっている。そればかりか具体的な材料、例えばペースメーカーがどうしたとかカテーテルがどうしたとかの値段を決める組織が入りますし、この下に調査専門組織というのが考え付く限り置かれまして、先ほど話題になりましたDPCだとか、医療技術評価だとか、それから最近は部門別収支をきちんと議論しなくてはいけないということで医療機関コスト調査、まあ細かくいっぱいできていて、ざっと挙げていくだけでも20~30倍に業務量が増えている。会議をセットして、その資料を作って、プレゼンして、復習するというだけでも本当に膨大な作業になっている。最終的にはこういう形で中医協に行く。中医協の議論というのは最近はエビデンス・ベースドといわれています。エビデンス・ベースドとは言うは易くなんです、公開で議論していますからデータがないとなかなか話がうまくいかない。それだけではありませんで、西山先輩が去られる頃から、中医協の改定というのは良くて微増の改定で、悪けりゃプラマイゼロだとかマイナス改定というのが出てきました。それでマイナス改定やプラマイゼロ改定といえますのは、

先ほど配分の話がありましたが、皆困っているんだけどちょっとだけ困っている人の懐に、ものすごく困っている人が手を突っ込んでいるといった状態。自分が一番困っているともかかわらず誰かの懐に手を突っ込んで少し分け前を取ることになりますから、分け前を取る以上は理由が必要になってきます。その理由を作るためにエビデンスというのが議論されます。

《12》

中医協の議論の元になるデータですが、このくらいしかありません。社会医療行為別調査、医療経済実態調査、それから調査専門組織における収集データと大きく分けると3つになります。社会医療診療行為別調査は必ずしもデータが十分とはいえません。抽出率の問題等があつて難しいといえます。去年6月に発表されたときに初めてネット上にいわゆるCSVという形で公開されました。そうなるちょっと怖い気もするんですけど。我々が昔特別集計という形で恭しく統計情報部からもらって改定の影響率を計算していたのですが、皆さん個々のパソコンで簡単にできるようになる。と、こういうことですから、勝手なことをやって影響率はプラマイゼロでいいところで納めましたと口で言ってしまうと、皆さんがすぐに検証できるということになっています。それから医療経済実態調査は年末の事業仕分けその他でも話題になりましたけれども、調査、診療報酬を含めて全てウィンウィンということになりました。

《13》

今回は具体的な名前をあげておりませんが、過去の改定においてはガイゴレン、ナイゴレンが出してきたデータというのが非常に重要で、データをもとに私どもがある程度事務局と中医協委員との裁量で点数がつけれるという状態だったわけですけれども、現在は、ガイゴレンのデータを調査組織というフィルターを一度かけまして、今日もちょうどやってきたところなのですけれども、分析をして、その結果に基づいて再度総会にかけるといふ、二手間も三手間もかけているという状態です。ガイゴレンデータも、今日も山口先生という方がおっしゃいましたが、昔はコンセンサス・ベースだったんですが、本当にデータベースになった議論になっております。それでさっきの話になりますけれども、医療経済実態調査が報告されているわけですけれども、見ていただきますとクリニックというのは1ヶ月の収支で見ますと、プラスの世界ではありますが微減といった状況。病院についてはマイナスの世界であつて、しかも調子が悪い。こういう感じですから病院と診療所を見比べれば、診療所が優遇されていて、病院が厳しいと一般的には言える。ただ、一般病院の中には国公立病院や公的病院、税金を払っているところ、払っていないところとありますから単純には比べられないですけれどもこういったデータがあります。

《14》

それでクリニックだけ見てみると先ほどの話にもありましたけれど、比較をしてみると今回は大変不幸な結果になっていますが、整形外科がちょっと突出してしまう形になっている。何年かの流れでみると整形が突出、産婦人科は儲からなかった。そういうようなデータが出てしまっている。それで、全体でみるとやはり診療報酬改定が微減だったり、プライマイゼロだった影響もありまして、ゆっくりと下がっておりまして1施設あたりではかなり苦しくなっていると思います。

《15, 16》

これからなんですけれども、「これから」と書きましたけれども、先ほどの西山先輩のお話の中にもありましたとおり、改定率の中に付加意見がついたのはある意味歴史上初めてのことだといえますが、それ以外にも政党のマニフェストの中にもはっきり書かれたというのは大きかったかもしれません。「医師・看護師・その他の医療従事者の増員に努める医療機関の診療報酬（入院）を増額」。「入院を増額」とはっきり書かれています。それから、INDEX2009ともう少し細かいものがあるのですが、医師確保などを進め、看護師、医療クランク、医療ソーシャルワーカー、医療メディエーター、補助者などの増員に努め、地域医療を守る医療機関の入院については、その診療報酬を増額、とまあこのようになっています。それから、今の与党三党の連立政権合意書の中でもかなりはっきり書かれています。「社会保障費の自然増を年2,200億円抑制する」といういわゆる小泉骨太構造改革の方針は廃止する。それから医療費は先進国並みにする。今日本はGDP比で8.1%なんですけど、それを先進国OECD並みの8.9%を目指す。だいたい10%上げるとのこと。よく入院医療費を10%上げるとマスコミに話が載りますが、それはここに起源があるようでして、まず医療費全体を10%上げるというのはなかなか難しいので、まず入院医療費それも救急医療みたいのところから10%くらい上げようというのが民主党の狙いとなっている。

《17》

それで、私自身が事業仕分けで仕分けられたわけですが、ネットライブでやられてしまっていて、診療報酬の配分、後発品のある先発品などの薬価について、結果見直しとする。収入が高い診療科の見直し。診療科というのは具体的には診療所の特定の診療科ということです。開業医・勤務医の平準化。今後としては、本会議というのが開かれまして、予算編成において反映されるということになる。

《18》

それ以外にも、社会保障審議会では先ほど申しました改定の基本方針を作成します。

《19》

改定率は 12/23, 25

《20》

細かいところは西山先生が私になりかわって言ってくれました。

《21》

ただ、付帯事項がついたんです。配分の見直しとか再診料・診療科間の配分の見直しをしたら、従来以上に大幅な配分の見直しと、このようになりました。

《22》

もう一度診療報酬改定の改定率の推移を復習してみますと、赤い折れ線グラフはネットと申しまして、薬も含めた全体の評価。それに対して青いグラフは診療報酬本体で、技術料に相当するところです。技術料についてはちょっとだけ平成12年に勝てるかどうかですけれども、少しあがっていますので、10年ぶりくらいに少しありがたみが実感できる改定になったかもしれません。

《23～28》

この骨子も、西山元課長が全部お示しいただきましたので説明しません。

《29, 30》

補足ですけれども、西山先生と口裏を合わせたわけではありませんが、新薬創出・適応外薬解消等促進加算というものはいったんということは、それなりに画期的だったといえます。適応外医薬品を開発するといいながら、どうしても企業は収益を考えますので、収益を考えずに健康上意味のある薬だからといって開発するわけにもいきませんし。

《31》

当該加算の対象となった新薬は、全収載の加重平均乖離率を超えない範囲で維持される。実は、ぎりぎりの段階、つまり12/23に改定率が決まったと申しましたが、いずれにしても新薬を開発してくださいということについてはそのまま残った。

《32》

このような形で開発促進スキームを作って、抜け駆けではないですが、きちんと役割分担を決めていただかなければいけませんよ。ということでモニタリングと申しますか、厚生労働省と有識者会議が一緒になって、そしてさらに各企業からなる未承認薬等開発支援センター等々が一緒になってきちっと役割を果たして、ミッションを果たしているかというのをチェックをしながら、スキームを拡大していこうということです。

《33》

スケジュールは、簡単でして 1/15 に骨子を出して諮問をいただきまして、おそらく 2/12 に、建国記念日の前後というのが通例でして、前回は 2/13 でしたが、金曜が 12 日なので そうだろうと思います。

《34》

これで終わりですね。ありがとうございました。

【西山代表理事】

ありがとうございました。時間もおとしていますので、おそらく平場で質問しても答えないと思いますので、隣が懇親会場ですのでなだれこんで個別に質問してください。明日中医協があるので、なるべく拘束しないように 2,3 時間で帰してあげてください。

もう一度、こんな忙しい中、赤座先生、佐藤課長、本当にありがとうございました。