

第2回医療WG 議事録

日時 平成16年10月5日(火) 10:00~12:00

場所 永田町合同庁舎第1共用会議室

出席 鈴木主査、南場委員、八代委員、長谷川専門委員、阿曾沼専門委員

(厚生労働省からヒアリング)

1. 小売店での医薬品販売の対象拡大、服薬指導のあり方について

厚生労働省) (資料「医薬品販売制度の見直しについて」に沿って説明)

八代委員) 情報提供を必要としない医薬品については、どの程度議論しているか。

厚生労働省) 一般用医薬品の販売制度そのものについてまずは問題提起を受けた。リスクに応じた販売のありかたに焦点を当てて議論している。基本的に専門家による情報提供の必要のないものは、今年7月に371品目を医薬部外品に移行した。

八代委員) 情報提供の必要のないものは医薬部外品で、必要のあるものは医薬品という整理か。

厚生労働省) 基本的な考え方としては、そのとおり。

鈴木主査) これまで聞いている話と違う。医薬品をa b cに分類し(aは注意を要するもの、cは薬剤師の介在の必要ないもの)、cをコンビニで売るためにどうするか、という動きと理解していた。

厚生労働省) 検討部会の立ち上げからこれまで、そのような議論は出ていない。

鈴木主査) それでは何のための見直しかわからない。感冒薬を一般小売店で売れるようにするよう従前から言っている。医薬部外品に色々入れたため、混乱しているではないか。

厚生労働省) 薬事法の想定している制度の姿と専門家の情報提供の実態が乖離しているのではないかという認識を持っている。1万3千品目あるといわれる医薬品には、作用の強いものから緩和なものまであり、すべて一律に専門家が情報提供する必要はないのではないか、リスクの低いものは専門家が関与する必要はあるにせよリスクの高いものと同じ情報提供を行う必要はないのではないか、という観点から検討をしている。

鈴木主査) それは、私の言うのと同じことではないか。昨年は、「医薬品のまま小売店で販売」というのが総理の趣旨であったのに、いつの間にか医薬部外品として販売することにすり替わった。うまく潜脱している。

八代委員) 基本方針2003では、15年度中に、安全性に問題がない医薬品を販売できるようにすることとされている。

厚生労働省) それを受けて、安全性に問題がない371品目を販売できるようにした。一生懸命努力させて頂いている。

南場委員) 371品目の選び方を教えて頂きたい。シェアの大きなものを選べば、国民の

メリットも大きくなる。

厚生労働省) 1万3千品目は85製品群に分けられるが、その一つ一つについて、副作用の程度、有害反応、使用上の注意を守る必要の程度等を、何ら予断・偏見を持たずに検証した。

長谷川専門委員) 現在の検討部会の検討事項に、「専門家の手を経ないで販売する」ことは含まれるのか。

厚生労働省) 明示的に入っていないが、関連する論点として検討することは排除されない。

長谷川専門委員) 371品目の検討とは別の議論か。

厚生労働省) 別の議論である。

阿曾沼専門委員) 371品目の選定について、薬理作用などが公表されて客観的に判断できるようになっているか。

厚生労働省) 公表されている。

2 配合剤の承認に関する規制緩和について

鈴木主査) 医療用配合剤については、承認基準が 輸液等用時調整が困難なもの、副作用(毒性)軽減又は相乗効果があるもの、その他特に必要と認められるもの、とされているが、軽減効果や相乗効果がないものでも承認されることはあり得るのか。

厚生労働省) で、安全性や臨床現場での使い勝手などを審査して、承認されることはあり得る。

鈴木主査) $1 + 1 = 2$ 以上でなければならぬようだが、それを満たすのは難しい。

厚生労働省) それは、 の要件の話。

鈴木主査) 患者の容態に応じて用量を変えなければいけない場合もあるということだが、用量を変える必要のない患者に使うのであれば問題ないのではないか。

長谷川専門委員) については、相加作用でもよいのか、ということ。臨床現場での使い勝手は、一定の技術があれば問題ないこと。アメリカなどでは、企業の自己責任のもとでそういう考え方。

厚生労働省) アメリカでも承認を経ている。承認申請がされれば、先ほど申し上げたような形で審査させていただく。

3 医師・医療従事者の質の確保について

厚生労働省) (資料「医師法等関係資料」に沿って説明。)

鈴木主査) 当方の趣旨は、運転免許の更新でも、身体的な事項等をチェックしている。医師の業務も身体にかかわるが、80歳や90歳になっても業務ができるのはどうか、ということ。このような意識から、2001年にも指摘したところ。

長谷川専門委員) パーマネントな資格であるのは、問題。解決には3つの方策があり、

免許停止のような処分、リピーター医師のインテンシブルな教育、全体のレベルアップ。国によっては生涯教育をやっているところもある。一定のクレジットを取らないとダメということであって、きつい要件を課すわけではない。

厚生労働省) 事件を起こした医師等については、医道審議会に諮って処分している。現在、医業停止処分を受けた医師の再教育についての検討を始めたところ。免許更新制といっても、その中身は一樣ではないと思うが、いずれにせよ座学中心に行くことになるだろうが、99点何パーセントは更新される形になるのではないか。それを国が行うのがいいのか、プロフェッショナルな団体が行うのがいいのか。毎日手術をこなしている人から、健診だけを行っている人までいる中で、どのような更新制がいいのか。リピーター医師をはじくののに全体的な更新制を設ける必要があるのか。

長谷川専門委員) ハイリスクな医師と全体とを分けて考えた方がいい。海外でも免許を管理する組織が更新を行うのが一般的。学会が管理している専門医資格を取り消すことは考えられるが、医師会は排他的ユニオンではないし、免許も管理していない。

厚生労働省) 医療過誤については、刑事事件はわかりやすいが、民事事件の場合は和解する場合もあり、把握できない。行政の公平性の観点から、悩ましいところ。リピーター医師という概念はわかるが、線引きは容易ではない。全体的な教育という観点では、更新制がいいのか、専門医は専門医で行うのがいいのか。また、更新することで却ってお墨付きを与えることになりかねない。

八代委員) 患者本位に考えれば、再教育プログラムの受講は、勧奨するのではなく、義務づけるべきではないか。

厚生労働省) 患者の立場から考えている。義務づけは法改正が必要となる。医療は危険な行為もあるので、事故防止は最重要であるが全ての事故をなくすことはできない。医療の安全や医師の資質向上を図りながら、一方で、医療界や医学生を萎縮させるマイナス効果が大きくなるようにする必要もある。

八代委員) 医学生が萎縮するというのは供給側の論理である。

厚生労働省) 個々の患者の立場をみる必要もあるが、医療全体、国民全体をみることも大切。

阿曾沼専門委員) 厚生労働省として、更新制は必要と考えるか、意味がないと考えるか。具体的なアクションプランを示した方が理解を得られる。また、外科学会では、症例5例を専門医の認定要件にしていたところ、症例数が患者数を超えてしまったので、引き下げるという議論がなされている。団体等と連携を取って考える必要がある。

鈴木主査) 具体論を詰めていく必要がある。また、海外ではどうなっているか、調べておいてほしい。

4 地域医療計画の見直し、公的病院のあり方、カルテ電算化の具体的推進策

厚生労働省) (資料「医療計画の見直し等に関する検討会WG報告書概要」に沿って説明。)

病床規制については、報告書をもとに12月を目途に検討会の報告書を出し、それに基づいて決定する。

DPCについては、試行病院が82、特定機能病院が62病院で実施。中医協の基本問題小委員会DPC評価分科会で評価しており、中間報告では、在院日数の短縮など一定の効果がみられた。追って登録する。DRG/PPSは、昨年3月に閣議決定した「基本方針」でも包括評価を進めることとなっており、特定機能病院、試行病院と協力病院で影響調査を実施している。導入スケジュールはその結果を踏まえて考えたい。

公的病院のあり方については、医療計画の作成指針の中で、公的病院の役割や機能分担、連携等を踏まえるよう書いている。住民が望む医療を効果的・効率的に提供するため、公的病院に限らず、医療計画に基づいて、効率性の高い医療が提供され、そのメリットが把握できるような方向で、検討していきたい。

電子カルテ普及に向けての課題は、標準化、セキュリティなど基盤整備、システム導入費・維持費が高額、システム間の互換性、システム導入効果が十分理解されていない。病名・コード等の標準化はメディスに委託してほぼ整備を終了している。セキュリティについても最終報告をまとめ、本年度中にガイドラインを作成する予定。また、補助金で支援すると共に、IT税制、福祉医療機構の融資も継続中。標準的電子カルテの研究もすすめており、8月に中間まとめを行った。モデル事業も実施。

阿曾沼専門委員) 電子カルテの導入は公的医療機関に多いのでは。民間医療機関にはハードルが高い。

厚生労働省) システムは高額だが、1床当たり300万円と言われたのが、100万円程度に下がっている。研究班で検討しているが、各病院でカスタマイズすると多くの費用がかかるので、各病院に見合った形にしつつ、病院も業務の流れを改善するなどして、安くする必要はある。今年度中目途に結論を得る予定。

診療報酬上の取扱いについては、次期改定で検討したい。

鈴木主査) 電子化が進まない場合は、どうするのか。病院でも導入率は1.2%ではないか。電子カルテからレセプトにつながることも重要。

厚生労働省) 平成14年秋の数字であるし、補正予算で400床以上の病院で11.7%にまで上がっているし、導入予定も入れると30%。これから伸びていくと考えられる。電子カルテのマスターとレセプトのマスターとの突合等、基盤整備を進めている。

鈴木主査) 病床規制もDPCもDRG/PPSも、全て委員会の報告待ちではないか。スケジュールなど具体的な話が聞きたい。

厚生労働省) DPCについては、基本方針でおおよそのスケジュールを示しており、次期診療報酬改定に向けて議論している。病床規制については、撤廃にも条件整備が必要であるが、17年度早期に結論を得られるよう、検討している。

鈴木主査) 当会議から病床規制の撤廃の指摘を受けて検討会を作るのはよいが、検討会で検討中という答えは聞きたくない。撤廃するのがいいか悪いか、御省の政策マインドを

聞きたい。

厚生労働省) 総合規制改革会議の指摘を受けて、検討会を設けている。病床規制のあり方を検討しているが、少なくともまず撤廃ありきではなかったと認識。

長谷川専門委員) リンクしている話。DRG/PPSは、ケースミックスにより医療のパフォーマンスを評価できるし、在院日数を短縮できるので、病床規制も撤廃していける。今DPCで議論するのはいいが、どちらも進まないのではないか。部局も別々であり、分かりにくい。

厚生労働省) DPCについては、まずは評価を行うべき。部局間の連携は大切と認識。一般病床の算定式について、年末までに検討会の結論を得て、つなげていきたい。

阿曾沼専門委員) 一般病床、特に急性、亜急性病床は、病床規制を撤廃してよい。DRG/PPSの導入など、病院経営も曲がり角に来ている。病床規制の撤廃は検討に値するか。

厚生労働省) フレキシブルに議論していきたい。

鈴木主査) 当方は、病床規制を全廃せよという提言をしようとしている。御省の考えを聞きたい。

厚生労働省) 具体論は、これから議論していきたい。

5 中央社会保険医療協議会のあり方、併設する保険薬局の設置要件の緩和、レセプトの電算化の具体的推進策

厚生労働省) (中医協について、資料「中央社会保険医療協議会を巡る贈収賄容疑事件に係る中間報告の概要」に沿って説明し、) 明日、中医協の全員懇談会があり、見直しの議論を行う。

保険薬局については、あじさい月間に要望が出される前から相談があったが、最終的には総合的に判断させて頂いた。

鈴木主査) 保険薬局について確認だが、土地は賃貸でもよいのか。

厚生労働省) 土地は病院設置者からの賃貸でもよいが、独立性を確保しているかを総合的に判断している。再度、要望者である北海道標津町に直接話を聞かせて頂く。

レセプトについては、コンピューター処理が99%になっており、オンライン請求も、普及性をはかる場合の一つの目安である2ケタ台に乗ってきた。11年度の補正予算から順次補助をしており、融資制度や税制優遇も講じている。カルテとレセプトは連動させるべきと考えており、名前などを受付で打ち込めば全て連動する、という仕組みも考えている。導入コストとのバランスも大事で、大病院では導入に1,000万以上かかり、従業員の勤務時間は月2日分短縮できると言われており、それを経営的に判断することになる。支払機関にデータが渡った場合にどう使われるかという危惧もあるが、個人情報保護法の適用で解決できる。現場からは、否定的な声はあまり聞かない。来年度、汎用ソフト開発のために18億円を予算要求しており、これができればコストを抜本的に削減できる。

長谷川専門委員) 中医協では、データが少ない中で報酬を決定している。医師会の推薦で供給側の委員が選ばれているが、医師会はカバレッジが低く、開業医も多い。見直しをすべきである。これまで若干見直しもされたようだが、十分ではない。

厚生労働省) 15年3月の「基本方針」に基づき、中医協のDPC評価分科会、技術評価分科会などで難易度等の評価をしており、中医協に報告することとしている。16年度改定の評価も行っていく。

南場委員) 32兆円の配分について、たとえば単純治療から高度医療にシフトさせていきたいという政策的観点をもって検討する場であるべきではないか。委員の構成を変える、変えないという議論だけではなく。

厚生労働省) 非常に大きな問題で、配分の仕方は率直に言って悩ましいところ。中医協を国民に分かりやすく議論する場にする、というベクトルはありうろと思っているが、仕組み方を任せておいてもよいのか、という議論もある。三者構成の見直しなども含めて公開で議論する中で、国民の皆様にご判断いただきたい。

南場委員) 内部からでは、自分の存在意義を否定するようなことはしないのではないかと。

厚生労働省) 中医協はまさに存在意義が問われてしまったので、自ら立ち上がってみよう、というところだと思う。

阿曾沼専門員) 医療をよくするための診療報酬体系を議論する場であってもいいのではないかと。そのためにはデータが必要であり、レセプトの電算化が重要である。

長谷川専門委員) オンライン請求をすることを、強制力を持って担保することも考えられる。アメリカでは法的規制の下で7,8割が同じ書式に統一されており、韓国でも同様。支払基金や国保連合会をまとめられるのは厚生労働省しかないと思っている。紙で出せという保険者もあるようだが、1つ1つ摘んでいってほしい。

鈴木主査) オンライン化はぜひ進めてほしい。中医協についても、議論していく必要がある。

以上