

平成23年1月26日

規制・制度改革に関する分科会（第6回） 資料（抄）

中医協 参考資料

23. 2. 16

資料1

規制・制度改革に関する分科会 中間とりまとめ（案）

平成23年1月26日
規制・制度改革に関する分科会

【ライフイノベーションWG ⑧】

<p>規制・制度改革事項</p>	<p>医療保険におけるリハビリの日数制限の見直し</p>
<p>規制・制度改革の概要（案）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療保険におけるリハビリについては、治療の継続により状態の改善が期待できる場合の他、悪化を防止し、機能を維持することが必要で、かつ期待できると医師が判断した場合も日数制限なく受けられることが必要であるため、次期診療報酬改定で日数制限を撤廃することを検討する。＜平成 23 年度検討、結論＞
<p>所管省庁</p>	<p>厚生労働省</p>
<p>当該規制・制度改革事項に対する分科会・WGの基本的考え方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成 18 年度の診療報酬改定の背景の一つは、高齢者リハビリテーション研究会の中間報告書における「長期にわたって効果が明らかでないリハ医療が行われている場合がある」「リハとケアとが混同して提供されているものがある」との指摘であったことは事実である。 ○ 限られた医療資源の効果的活用という観点に立てば、効果が明らかでないリハビリ医療に医療費をかけるべきでないという点は理解できる。 ○ しかし、症状の改善・回復は個人差があり、一様に日数で区切ることはできるものではない。 ○ 日数制限導入後、わずか 1 年で一部制限の緩和がなされ、平成 20 年の診療報酬改定では改善が見込まれると医師が判断した場合は制限が外れたが、機能維持のためのリハビリは制限されたままである。 ○ リハビリの有効性は、医師及び医療機関の判断に委ねるべきであり、機能維持も含めて、リハビリの効果があると医師が判断した場合は、制限日数を設けるべきではない。 ○ そもそも、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」第 20 条 6 号では、「リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。」とされており、必要性のないリハビリは保険医療として認められないことはすでに当該規定で担保されている。 ○ リハビリ日数制限の撤廃により、機能回復、自立した生活の実現、あるいは、社会への参画を断念せざるを得な

	い事例を減らしていくべきである。
--	------------------

【ライフイノベーションWG ⑨】

規制・制度改革事項	調剤基本料の一元化
規制・制度改革の概要（案）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険薬局の調剤基本料は原則 40 点であるのに対して受付回数 4,000 回超・特定医療機関からの集中率 70%超の薬局は 24 点となっているが、患者にとってその質的な差は認められないため、次期診療報酬改定で調剤基本料を 24 点に一元化することを検討する。 <p><平成 23 年度検討、結論></p>
所管省庁	厚生労働省
当該規制・制度改革事項に対する分科会・WGの基本的考え方	<ul style="list-style-type: none"> ○ 保険薬局の調剤基本料は原則 40 点であるが、受付回数 4,000 回超・特定医療機関からの集中率 70%超の薬局は 24 点となっている。しかし、その質的な差は認められない。むしろ、疑義紹介率および調剤ミス発見率、さらには時間に関する患者満足度などはいわゆる「門前薬局」の方が高いとの調査結果がある。 ○ であれば、平成 22 年度の診療報酬改定で病院と診療所の再診料が統一されたように、調剤基本料も統一し、一律 240 円にすべきである。

【ライフイノベーションWG ⑩】

<p>規制・制度改革事項</p>	<p>医薬品・医療機器におけるイノベーションの適切な評価の実施</p>
<p>規制・制度改革の概要（案）</p>	<p>① 検査試薬・システムにおいて、現行、精度に差があるにもかかわらず、保険点数に差がない場合、次期診療報酬改定でより細分化した点数設定を行う。 <平成 23 年度検討、結論></p> <p>② 医療機器において、現行の C 申請（新機能・新技術申請）に加え、希望すれば、同一区分内で、その製品特有の区分を設定できるようにするなど、従来品より優れた効果をもたらす医療機器については、機能区分価格によらない価格を設定できる制度を導入する。 <平成 23 年度措置></p> <p>③ 内外価格差の「再算定制度」を廃止し、2年に一度の診療報酬改定は市場価格の参照に基づく改定方式に統一する。<平成 23 年度措置></p>
<p>所管省庁</p>	<p>厚生労働省</p>
<p>当該規制・制度改革事項に対する分科会・WGの基本的考え方</p>	<p>○ 医薬品のうち、検査試薬や検査システムについては、製品性能（感度、特異性等）において最適の検査薬の選択、使用がなされるべきである。</p> <p>○ 現在承認されている検査試薬・システムは、製品基本性能や新・旧世代（臨床有用性及び製品先端技術レベルの点）で大きく差異があるものが混在しており、中には、価格（保険点数）に差がないものもある（例：甲状腺刺激ホルモン、アルブミン、C反応性蛋白等）。</p> <p>○ 同じ実施料であれば、本来は試薬性能に優劣があってはならないため、基本性能に応じた価格設定をすべきである。また、新しい技術と比較して感度が著しく劣る試薬・システムは保険収載から外すことも検討すべきである。</p> <p>○ 医療機器は、機能区分毎に価格が設定されているため、改良改善がなされた医療機器であっても、現行の製品と同じ機能であると判断された場合、改良改善前の製品と同一の区分、同一の価格となる。</p> <p>○ さらに、平成 14 年 4 月に導入された「再算定制度」は、すでに 5 回適用され、当初内外価格差の代表的な例とし</p>

	<p>て挙げられていた製品の価格も大幅に下がった。すなわちこの制度は 1990 年代に指摘されていた内外価格差の縮小という所期の目的を果たしたと考えられる。また新規医療機器の償還価格算定に当たり、外国平均価格が償還価格の上限決定に反映されており、1990 年代のような価格差が今後発生することはない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「機能区分制度」との組み合わせにより、医療機器企業は、2年に一度の診療報酬改定による自社製品の償還価格低下率を全く予測不可能となっている。 ○ これらの結果、医療機器企業においては、改善・改良、新製品開発及び製品導入の意欲が減退し、海外への研究開発シフト、製品上市におけるジャパンバッシング、日本未導入の製品の増加、及び日本からの製品撤退、その結果のひとつとして医療機器の安定供給問題が生じる原因となっている。 ○ したがって、従来品より優れた効果をもたらす医療機器については、機能区分価格によらない価格を設定できる制度を導入するとともに、内外価格差の「再算定制度」は廃止すべきである。
--	--