

日医工MPI行政情報

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

中医協報告「薬剤使用の適正化」 (2015年11月6日 第311回中医協総会から)

株式会社日医工医業経営研究所(日医工MPI)
(公社)日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217号 菊地祐男



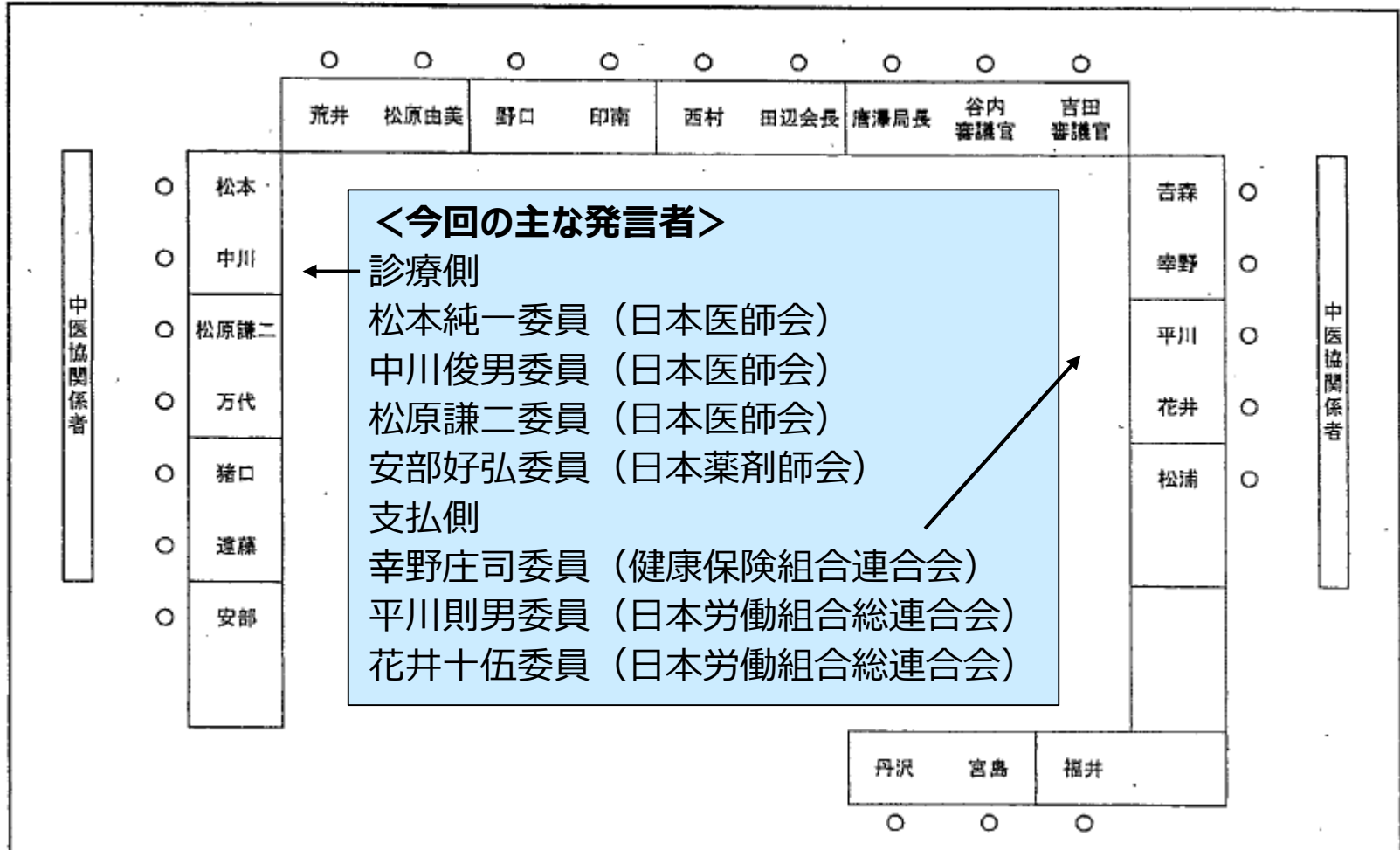
中医協配布資料とMPI所員の議事傍聴報告から編集して作成していますが、文章や発言等を簡潔化し意識していますので、発言趣旨と合致していない恐れもあります。

資料No.20151111-407

株式会社日医工医業経営研究所

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時:平成27年11月6日(金) 保険医療材料専門部会終了後～
 会場:中央合同庁舎第5号館 専用第15・16会議室(21階)



長期処方について

厚労省が示した論点

○処方日数ルールをどうするか？

処方日数が徐々に増加し、より長期の処方が増加する傾向にあり、何らかの制限を設けてはどうか

診療側	長期処方には医師に理由記載を求めているかどうか（松本） 処方日数は原則14日とし、長期処方は理由記載とすべき（松原）
支払側	医師個人の判断とすべきで制限不要（幸野）

継続審議となる見込み（MPI）

○新医薬品の処方日数制限をどうするか？

難病などで対応できる医療機関が限られている場合の通院負担（頻度）等をどうするか

診療側	安全性の観点からも原則14日制限を維持し、例外規定で対応（松原） 14日制限は厳正に守るべきルールである（中川・松本）
支払側	基本は厳守して、安全性の面で例外規定を設ける（幸野）

原則的に現行の14日制限ルールを維持し、安全性の面で例外規定を設ける方向となる見込み（MPI）

高齢者への多剤処方について

医療機関、又は医療機関と薬局が連携して…

厚労省が示した論点

○多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を減少させる取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合を評価してはどうか？

多種類の服薬に起因する有害事象を防止するとともに、服薬アドヒアランスを改善するため

診療側	医師のかかりつけ薬剤師との連携を評価してはどうか（中川・松本）
支払側	医療機関と薬局が連携した場合に両方とも評価するのは問題（幸野） もともと増えていた処方を減らしたから評価するのはいかなものか（平川）

強い異論は出ていないが、意見が微妙に異なりさらに調整が必要か（MPI）

残薬について

厚労省が示した論点

○処方箋様式に残薬調整可否の医師の指示欄を設けてはどうか？

医師の了解の下で、薬局が残薬確認と残薬に伴う日数調整を行い、残薬の状況等について薬局から処方医に情報提供することで患者の指導に役立てる

診療側	処方箋の変更や修正が基本であり反対（松原）
支払側	医師の処方権は担保されており賛成（幸野）

厚労省が再調整することとなるが、診療側の反対意見は「医師の指示欄」があることでやや弱い
か（MPI）

分割調剤等について

厚労省が示した論点

○現在の分割調剤ルール以外で、処方時に患者の同意の下で医師が指示した場合には、薬局で分割調剤をできるようにしてはどうか？

診療側	分割調剤はその都度医師に確認すべき（松本） 長期投与の弊害の可能性があり、分割調剤とリフィル処方箋には反対（中川）
支払側	医師の処方権は担保されており方向としては良い、残薬解消につながる施策である（幸野・平川）

継続審議となるが、診療側の反対意見は、「医師の指示」が条件であることからやや無理があるか（MPI）

後発医薬品使用の促進について①

[薬局の評価]

厚労省が示した論点

骨太の方針の新目標を踏まえて

○後発医薬品調剤体制加算の算定要件を見直してはどうか？

診療側	算定要件は実現可能な目標設定をお願いする（安部）
支払側	算定要件は骨太の方針の新目標を踏まえたものにすべき（幸野） 後発品使用が少ない薬局への措置（減算など）も必要（幸野）

集中率90%を超える薬局では後発品の備蓄が少ないため、減算ルール導入を示唆

○処方箋集中率（特定の医療機関からの）が高い薬局の後発医薬品調剤体制加算をどうするか？

診療側	処方箋の集中率が90%を超えている場合の見直しは、一律に90%超で検討することは乱暴であり、十分な検討が必要である。（安部） 地域の事情（過疎地）への考慮も必要（安部）
支払側	十分な検討の余地がある（幸野）

後発医薬品調剤体制加算の算定要件見直しは概ね了承され変更となる（MPI）

後発医薬品使用の促進について②

[医療機関（病院・有床診）の評価]

骨太の方針の新目標を踏まえて

厚労省が示した論点

- 後発医薬品使用体制加算の算定要件を見直してはどうか？
- 後発医薬品使用体制加算の後発医薬品の採用割合に関する指標を新指標に改めてはどうか？

診療側	(コメントは少なかった)
支払側	品目ベースでは保険薬局と比較できないので、見える化のためにも新指標への統一に賛成である。(幸野)

診療側からは後発品の品質問題が再提起されたが、後発医薬品使用体制加算の直接のコメントは少なく厚労省論点で進められる見込み (MPI)

後発医薬品使用の促進について③ [医療機関（院内処方）の評価]

厚労省が示した論点

○院内処方について後発医薬品の使用を評価してはどうか？

診療側	診療所が院内で後発品を処方した際に全く評価されていないので、評価する方向でお願いしたい。（松本）
支払側	院内処方にも評価を広げることには賛成である（幸野）

厚労省論点で進められる見込み（MPI）

後発医薬品使用の促進について④

[処方箋について]

一般名処方の場合と、それ以外の場合の処方せん料に差を設ける案

厚労省が示した論点

○一般名処方加算を算定する際には、1剤だけではなく、後発医薬品の存在する全ての医薬品について一般名処方を行うことにしてはどうか？

診療側	一般名処方を個々に判断することは広げるべきでない（中川）
支払側	一般名処方加算の厳格化は積極的に取り組むべき（幸野）

○後発医薬品の銘柄を指定し変更不可として処方する場合には、処方せんに理由の記載を求めているかどうか？

診療側	後発品の銘柄指定はむしろ評価すべきで、一般名処方としなければ加算が取れないというのは反対である（中川） 処方医の意図しない後発品が調剤され、副作用が発生した場合に『知らない』とは言えない。後発品銘柄指定で変更不可する場合は常に理由があり、理由を記載するのは方向が逆である（松本）
支払側	後発品の銘柄指定で変更不可の場合に理由を記載するのは当然である（幸野）

継続審議となる見込み（MPI）

後発医薬品使用の促進について⑤

〔後発医薬品に対する議論〕

診療側	後発品への信頼を高めるにはメーカーの再編と統合が課題である（中川） あまり多くの企業が作ると問題がおこるかもしれない（松原） 特許品と特許切れ品と区分し、長期収載品の価格を後発品まで下げればよい（松原）
支払側	後発品の品質に懸念を見られる状況では新目標達成は困難（幸野） 信頼感と信頼性は違う。信頼性を担保するデータを国民に示す必要がある（花井）

まとめ(MPI)

厚労省から「薬剤の適正化」と「後発医薬品の使用促進」について論点が示され審議された。しかし診療側、支払い側の意見の相違があり議論の方向性は見えていない。今後厚労省内で再検討して、改めて提案される見込み。

また後発品の信頼性について活発な意見が交わされた。“総合戦略”にもあったように、後発品メーカーの再編整理が加速する可能性がある。