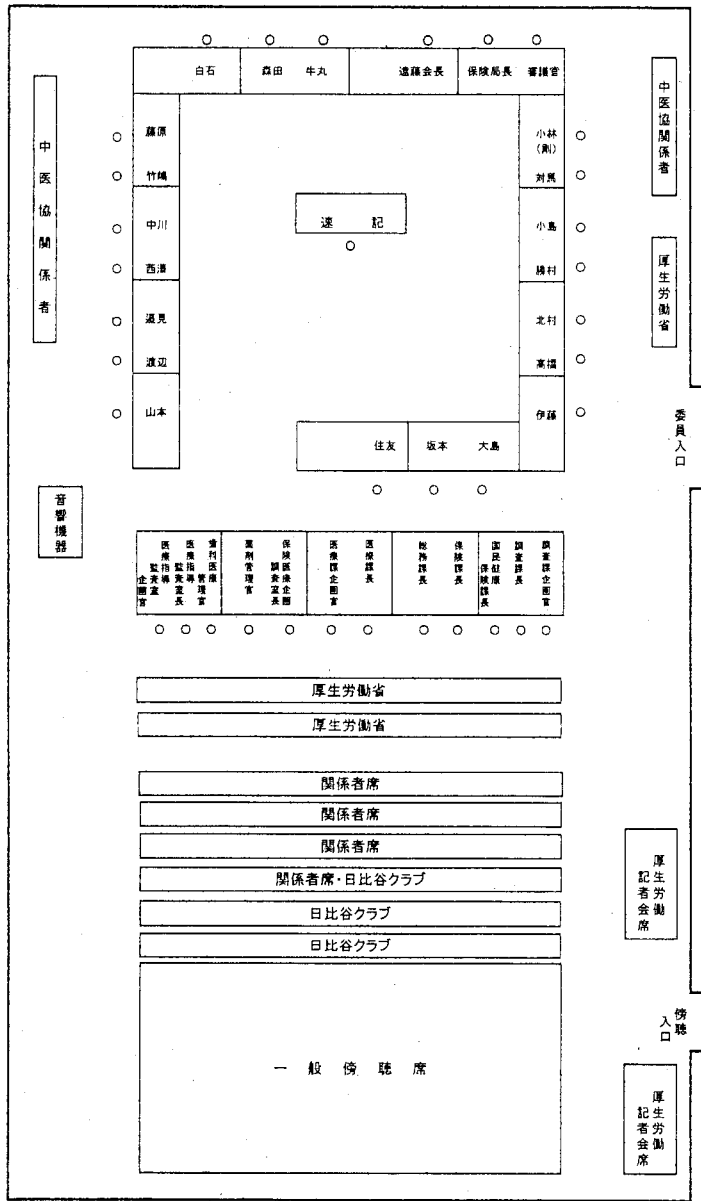


中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時:平成21年7月29日(水) 10:00~11:00(目途)
 会場:厚生労働省 専用第18~20会議室 (17階)



中央社会保険医療協議会 総会 (第147回) 議事次第

平成21年7月29日(水)
 於 厚生労働省
 専用第18~20会議室

議 題

- 医療機器の保険適用について
- 先進医療専門家会議の報告について
- 平成22年度診療報酬改定について
- 医療費の動向等について
- その他

1. 医科

(別紙)

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されている区分) 保険適用開始年月日:平成21年7月1日

Table with 3 columns: 新薬法承認番号 (New Drug Approval Number), 販売名 (Trade Name), 保険適用希望者 (Insurance Applicant), and 特定診療報酬算定医療機器の区分 (Classification of Specific Medical Devices for Reimbursement). Rows include various medical devices like ultrasound probes, endoscopes, and imaging equipment.

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されている区分) 保険適用開始年月日:平成21年7月1日

Table with 3 columns: 新薬法承認番号 (New Drug Approval Number), 販売名 (Trade Name), 保険適用希望者 (Insurance Applicant), and 特定診療報酬算定医療機器の区分 (Classification of Specific Medical Devices for Reimbursement). Rows include MRI systems, endoscopes, and other medical equipment.

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格として個別に評価されている部分) 保険適用開始年月日:平成21年7月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格(円)
21200BZY00143A01	ネリ シンティン II EZ	ホストンサイエティックジャパン株式会社	113 挿込み式心臓ペースメーカー用リード(1)リード① 経静脈リードA 標準型	¥182,000
21200BZY00191A01	ネリ シンティン II	ホストンサイエティックジャパン株式会社	113 挿込み式心臓ペースメーカー用リード(1)リード① 経静脈リードA 標準型	¥182,000
21600BZY00249000	AO エンバーサルシステム スモールステップ TAN	シセス株式会社	152 胸郭変形矯正用材料(3)肋骨矯正用骨間用の一部	※
22000BZY00026000	ONYX液体塞栓システムLD	イーグリース株式会社	154 脳動脈瘤形成術前塞栓材	¥134,000
22000BZX01655000	VEPTRシステム	シセス株式会社	152 胸郭変形矯正用材料(1)肋骨間用	※
22000BZX01655000			152 胸郭変形矯正用材料(2)肋骨経椎間用	※
22000BZX01655000			152 胸郭変形矯正用材料(3)肋骨矯正用骨間用	※
22000BZX01655000			152 固定クリップ(伸張術時交換用)	¥68,300
22000BZX01768000	PDA閉鎖セット	日本ライフライン株式会社	153 経皮的動脈管閉鎖セット	¥332,000
22100BZX00555000	PROFEMUR [®] TLシステム	ライトメディカルジャパン株式会社	057 人工股関節用材料(2) 大腿骨側材料① 大腿骨ステム(I)	¥576,000
22100BZX00556000	SJMリジッドサルリンク	セントジュード・メディカル株式会社	122 人工弁輪	¥288,000
22100BZX00557000	ビテューネックスシステム(セメントタイプ)	ナカシマメディカル株式会社	057 人工股関節用材料(2) 大腿骨側材料② 大腿骨ステム(II)	¥419,000
22100BZX00559000	アルケーア 20 SR	ホストンサイエティックジャパン株式会社	112 ベースメーカー(2) シングルチャンバ(II型)	¥1,030,000
22100BZX00560000	アルケーア 20 DR	ホストンサイエティックジャパン株式会社	112 ベースメーカー(5) デュアルチャンバ(III型)	¥1,100,000
22100BZX00568000	インテック PTA バルーンカテーテル-3	インテックジャパン株式会社	133 血管内手術用カテーテル(3) PTAバルーンカテーテル① 一般型 A 標準型	¥63,600
22100BZX00569000	インテック PTA バルーンカテーテル-2	インテックジャパン株式会社	133 血管内手術用カテーテル(3) PTAバルーンカテーテル① 一般型 I 特殊型	¥118,000
22100BZX00638000	一番挿 骨釘	株式会社カネカ	130 心臓手術用カテーテル(2) 冠動脈狭窄部直通用カテーテル	¥55,500
22100BZX00639000	AO Matrix Mandible システム	シセス株式会社	060 固定用内副子(スクリュー)(8) その他のスクリュー① 標準型 A 小型スクリュー(頭蓋骨・顔面・上下顎骨用)	¥4,360
22100BZX00639000			061 固定用内副子(プレート)(9) その他のプレート① 標準型 A 指骨・頭蓋骨・顔面骨・上下顎骨用	¥79,000
22100BZX00639000			061 固定用内副子(プレート)(9) その他のプレート① 標準型 A 指骨・頭蓋骨・顔面骨・上下顎骨用	¥17,200
22100BZX00714000	InterTAN ネイリング システム	ミス・アント・ニュー・オーソペディックス株式会社	073 髄内釘(1) 髄内釘③ 大腿骨頸部型	¥189,000
22100BZX00714000			073 髄内釘(2) 挿止めスクリュー② 大腿骨頸部型	¥60,600
22100BZX00717000	NC ホイザー PTC用バルーンカテーテル	アボット バスキュラー・ジャパン株式会社	130 心臓手術用カテーテル(1) 経皮的冠動脈形成術用カテーテル① 一般型	¥127,000
22100BZX00749000	アイソフレックスオプティムリード	クガ電子株式会社	113 挿込み式心臓ペースメーカー用リード(1)リード① 経静脈リードA 標準型	¥182,000
22100BZX00750000	アイソフレックス Optim	セントジュード・メディカル株式会社	113 挿込み式心臓ペースメーカー用リード(1)リード① 経静脈リードA 標準型	¥182,000
221AABZ00067000	テイクコカト 心内野血栓	ソリル株式会社	127 人工心臓回路(6) 個別機能品② カテーテルミミリーザー	¥37,100
221AABZ00068000	テイクコカト 小児用動脈フィルター	ソリル株式会社	127 人工心臓回路(6) 個別機能品⑤ ラインフィルター	¥20,900
221AABZX00063000	COOK エクストラクシオンバルーンカテーテル	Cook Japan株式会社	136 胆道結石除去用カテーテルセット(2) 経内視鏡バルーンカテーテル① ダブルルーメン	¥42,800
221AABZX00063000			136 胆道結石除去用カテーテルセット(2) 経内視鏡バルーンカテーテル② トリプルルーメン	¥48,500
221ABBZX00059000	探石バスケット FG-Y0002	オリンパスメディカルシステムズ株式会社	136 胆道結石除去用カテーテルセット(3) 探石用バスケットカテーテル	¥40,500
221ADBZX00031000	腎臓バルーンカテーテル	富士システムズ株式会社	037 交換用腎臓カテーテル(1) 腎置換型② バルーン型	¥8,740

※ 当該製品は、決定機能区分を満たす医療材料の一部であるため当該製品単体では算定できない。

2. 歯科

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されている区分) 保険適用開始年月日:平成21年7月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
221ABZ00026000	カネ3D	株式会社城崎歯科商会	下顎運動路描記装置 歯科X線断層撮影装置用映像処理装置

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格として個別に評価されている部分) 保険適用開始年月日:平成21年7月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格(円)
220ACBZX00052A01	イワトタイプ I	ハインツル・ジャパン株式会社	011 歯科鑲造用銀合金 第1種(銀60%以上インジウム5%未満JIS適合品)	1g ¥89
220ACBZX00052000	キンガタイプ I	ハインツル・ジャパン株式会社	011 歯科鑲造用銀合金 第1種(銀60%以上インジウム5%未満JIS適合品)	1g ¥89
221ACBZX00056000	キンガハードタイプ	ハインツル・ジャパン株式会社	012 歯科鑲造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	1g ¥106
221ACBZX00056A01	イワトハードタイプ	ハインツル・ジャパン株式会社	012 歯科鑲造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	1g ¥106
220AGBZX00058000	キンガ(タイプ II)	ハインツル・ジャパン株式会社	012 歯科鑲造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	1g ¥106
220AGBZX00058A01	イワト(タイプ II)	ハインツル・ジャパン株式会社	012 歯科鑲造用銀合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	1g ¥106
221AFBZX00036000	ハードビコアP	株式会社グレスト	035 硬質レジン歯 前歯用	6本1組 ¥619
221AFBZX00036A01	ハードビコアP	株式会社グレスト	036 硬質レジン歯 臼歯用	8本1組 ¥801
221ABBZX00018000	ビーナス	ヘルウス カルファージャパン株式会社	049 歯科充填用材料 I	1g ¥704
221ACBZX00037000	ワビ-K147ルター	山本貴金属株式会社	005 歯科用14カラット合金用金ろう(JIS適合品)	1g ¥2,827
221ACBZX00052000	ユニルターH	山本貴金属株式会社	013 歯科用金ろう(JIS適合品)	1g ¥217
221AKBZX00074000	ジーシー フジTEMP	株式会社ジーシー	047 歯科用合着・接着材料Ⅱ(粉末・液)	1g ¥103

先進医療専門家会議における第2項先進医療の科学的評価結果

整理番号	先進医療名	適応症	先進医療費用※ (自己負担)	保険外併用療養費※ (保険給付)	総評	技術の概要
148	無拘束型多点感圧シートセンサを用いた検査(閉塞性睡眠時無呼吸症候群が強く疑われる症状(習慣性がある激しいびき、日中の傾眠等をいう。)及び所見(肥満、薬物療法に対して抵抗性を有する高血圧等をいう。)が認められる者又は中枢性睡眠時無呼吸症候群が強く疑われる慢性心不全の者に係るものに限る。)	閉塞性睡眠時無呼吸症候群が強く疑われる症状(習慣性がある激しいびき、日中の傾眠等をいう。)及び所見(肥満、薬物療法に対して抵抗性を有する高血圧等をいう。)が認められる者又は中枢性睡眠時無呼吸症候群が強く疑われる慢性心不全の者	3千円 (1回)	16万2千円	適	別紙1

※ 届出医療機関における典型的な症例に要した費用

【備考】

○「第2項先進医療」は、薬事法上の未承認又は適応外使用である医薬品又は医療機器の使用を伴わず、未だ保険診療の対象に至らない先進的な医療技術。

○「第3項先進医療(高度医療)」は、薬事法上の未承認又は適応外使用である医薬品又は医療機器の使用を伴い、薬事法による申請等に繋がる科学的評価可能なデータ収集の迅速化を図ることを目的とした、先進的な医療技術。

先進医療の名称	無拘束型多点感圧シートセンサを用いた検査(閉塞性睡眠時無呼吸症候群が強く疑われる症状(習慣性がある激しいびき、日中の傾眠等をいう。)及び所見(肥満、薬物療法に対して抵抗性を有する高血圧等をいう。)が認められる者又は中枢性睡眠時無呼吸症候群が強く疑われる慢性心不全の者に係るものに限る。)
適応症	閉塞性睡眠時無呼吸症候群が強く疑われる症状(習慣性がある激しいびき、日中の傾眠等をいう。)及び所見(肥満、薬物療法に対して抵抗性を有する高血圧等をいう。)が認められる者又は中枢性睡眠時無呼吸症候群が強く疑われる慢性心不全の者
内容	睡眠時無呼吸は通常、睡眠7時間中に10秒以上の呼吸停止が30回以上あるもの、又は1時間当たり5回以上の呼吸の中断がみられるものとして定義される。加えて、激しい習慣性びき等の様々な症状を認める場合、睡眠時無呼吸症候群という。この症候群は、交通事故等の重大な事故を引き起こし得ることや、高血圧をはじめとした様々な心血管疾患に高率に合併することが近年注目されている。 本疾患の検査には、以下の2種類があり、いずれも保険適用がある。 ①簡易検査 (D237 終夜睡眠ポリグラフィ 1 携帯用装置を使用した場合 720点) ②確定診断用精密検査 (D237 終夜睡眠ポリグラフィ 2 1以外の場合 3,300点) このうちの①は、各種センサ類を装着した状態で、鼻呼吸・気道音・動脈血酸素飽和状態を終夜連続して測定するため、簡易検査とはいえず患者にとって拘束感が強い。その結果、患者が入眠困難に陥ったり、無意識にセンサを外したり、拘束感から検査を自己中断したりするほか、操作も煩雑であるために、4~24%の頻度で検査が十分に遂行できない状況が発生している。 これに対し本法は、各種センサ類を装着せず、呼吸に伴う身体下の微小な圧力変化をベントバンド状の検査機器(多点感圧シートセンサ)で測定することにより、睡眠時無呼吸症候群のスクリーニングを行うものである。
(概要)	まず、ベッド上に多点感圧シートセンサを敷設する。患者は機器の電源を入れて普段通り就寝するのみで、各種センサ類を体に装着する必要はない。シート内に設置された多数の圧力センサが、呼吸に伴う身体下の微小な圧力変化を感知し、睡眠中の呼吸状態がデータとして記録される。主治医は、このデータに基づき、確定診断用精密検査の要否や治療方針の決定等の判断を行う。
(効果)	まず、従来の簡易検査(①)と比べて、装着する各種センサ類による拘束感がないので、検査を受ける身体的・心理的抵抗感が軽減され、睡眠時無呼吸症候群の早期診断が促進される。また、測定方法も容易で操作ミスがなく、センサの装着不良等によるデータ取得ミスもないため、検査を効率的に実施できる。また、①よりも感度が優れ、かつ安価であるため、精密検査(②)の費用を削減でき、医療経済上も効果的である。
(先進医療に係る費用)	約 3千円
実施科	呼吸器内科

別紙1

先進技術としての適格性	
先進医療の名称	無拘束型多点感圧シートセンサを用いた検査 (閉塞性睡眠時無呼吸症候群が強く疑われる症状(習慣性がある激しいいびき、日中の傾眠等をいう。)及び所見(肥満、薬物療法に対して抵抗性を有する高血圧等をいう。)が認められる者又は中枢性睡眠時無呼吸症候群が強く疑われる慢性心不全の者に係るものに限る。)
適応症	<input type="checkbox"/> A. 妥当である。 <input type="checkbox"/> B. 妥当でない。(理由及び修正案:)
有効性	A. 従来の技術を用いるよりも大幅に有効。 <input type="checkbox"/> B. 従来の技術を用いるよりもやや有効。 C. 従来の技術を用いるのと同程度、又は劣る。
安全性	<input type="checkbox"/> A. 問題なし。(ほとんど副作用、合併症なし) <input type="checkbox"/> B. あまり問題なし。(軽い副作用、合併症あり) <input type="checkbox"/> C. 問題あり(重い副作用、合併症が発生することあり)
技術的成熟度	<input type="checkbox"/> A. 当該分野を専門とし経験を積んだ医師又は医師の指導下であれば行える。 <input type="checkbox"/> B. 当該分野を専門とし数多く経験を積んだ医師又は医師の指導下であれば行える。 <input type="checkbox"/> C. 当該分野を専門とし、かなりの経験を積んだ医師を中心とした診療体制をとっていないと行えない。
社会的妥当性(社会的倫理的問題等)	<input type="checkbox"/> A. 倫理的問題等はない。 <input type="checkbox"/> B. 倫理的問題等がある。
現時点での普及性	A. 罹患率、有病率から勘案して、かなり普及している。 <input type="checkbox"/> B. 罹患率、有病率から勘案して、ある程度普及している。 <input type="checkbox"/> C. 罹患率、有病率から勘案して、普及していない。
効率性	既に保険導入されている医療技術に比較して、 A. 大幅に効率的。 <input type="checkbox"/> B. やや効率的。 C. 効率性は同程度又は劣る。
将来の保険収載の必要性	<input type="checkbox"/> A. 将来的に保険収載を行うことが妥当。 <input type="checkbox"/> B. 将来的に保険収載を行うべきでない。
総評	総合判定: <input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 コメント: 従来の簡易検査法に比較して感度が高いこと、患者の不快感がほぼなくなり、記録の失敗もほぼなくなること、さらに安価で行えることなどから、従来の簡易検査法を凌駕する可能性が高い。

備考 この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。医療機関名は記入しないこと。

当該技術の医療機関の要件(案)

先進医療名及び適応症: 無拘束型多点感圧シートセンサを用いた検査(閉塞性睡眠時無呼吸症候群が強く疑われる症状(習慣性がある激しいいびき、日中の傾眠等をいう。)及び所見(肥満、薬物療法に対して抵抗性を有する高血圧等をいう。)が認められる者又は中枢性睡眠時無呼吸症候群が強く疑われる慢性心不全の者に係るものに限る。)	
I. 実施責任医師の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (呼吸器内科、循環器内科、神経内科、耳鼻咽喉科又は精神科)・不要
資格	<input checked="" type="checkbox"/> (呼吸器専門医、循環器専門医、神経内科専門医、耳鼻咽喉科専門医又は精神保健指定医)・不要
当該診療科の経験年数	要 () 年以上・ <input type="checkbox"/> 不要
当該技術の経験年数	<input checked="" type="checkbox"/> (1) 年以上・不要
当該技術の経験症例数 注 1)	実施者〔術者〕として (3) 例以上・不要 [それに加え、助手又は術者として () 例以上・不要]
その他(上記以外の要件)	
II. 医療機関の要件	
診療科	<input checked="" type="checkbox"/> (内科、耳鼻咽喉科又は精神科) ・ 不要
実施診療科の医師数 注 2)	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 不要 具体的内容: 常勤 1 名以上
他診療科の医師数 注 2)	要・ <input type="checkbox"/> 不要 具体的内容:
その他医療従事者の配置(薬剤師、臨床工学技士等)	要 () ・ <input type="checkbox"/> 不要
病床数	<input checked="" type="checkbox"/> (1 床以上) ・ 不要
看護配置	要 (対 1 看護以上) ・ <input type="checkbox"/> 不要
当直体制	要 () ・ <input type="checkbox"/> 不要
緊急手術の実施体制	要・ <input type="checkbox"/> 不要
院内検査(24時間実施体制)	要・ <input type="checkbox"/> 不要
他の医療機関との連携体制(患者容態急変時等)	要・ <input type="checkbox"/> 不要 連携の具体的内容:
医療機器の保守管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 不要
倫理委員会による審査体制	要・ <input type="checkbox"/> 不要 審査開催の条件:
医療安全管理委員会の設置	要・ <input type="checkbox"/> 不要
医療機関としての当該技術の実施症例数	<input checked="" type="checkbox"/> (3 症例以上) ・ 不要
その他(上記以外の要件、例: 遠隔での実施体制が必要等)	院内で終夜睡眠ポリグラフィーによる精密検査を実施する体制が整備されていること。
III. その他の要件	
頻回の実績報告	要 (月間又は 症例までは、毎月報告) ・ <input type="checkbox"/> 不要
その他(上記以外の要件)	

注 1) 当該技術の経験症例数について、実施者〔術者〕としての経験症例を求める場合には、「実施者〔術者〕として () 例以上・不要」の欄に記載すること。

注 2) 医師の資格(学会専門医等)、経験年数、当該技術の経験年数及び当該技術の経験症例数の観点を含む。例えば、「経験年数〇年以上の△科医師が□名以上」。なお、医師には歯科医師も含まれる。

【参考】無拘束型多点感圧シートセンサを用いた簡易検査

出典 届出書類より抜粋（一部改変）



図1：無拘束型多点感圧シートセンサの外観



図2：検査の様子（イメージ）

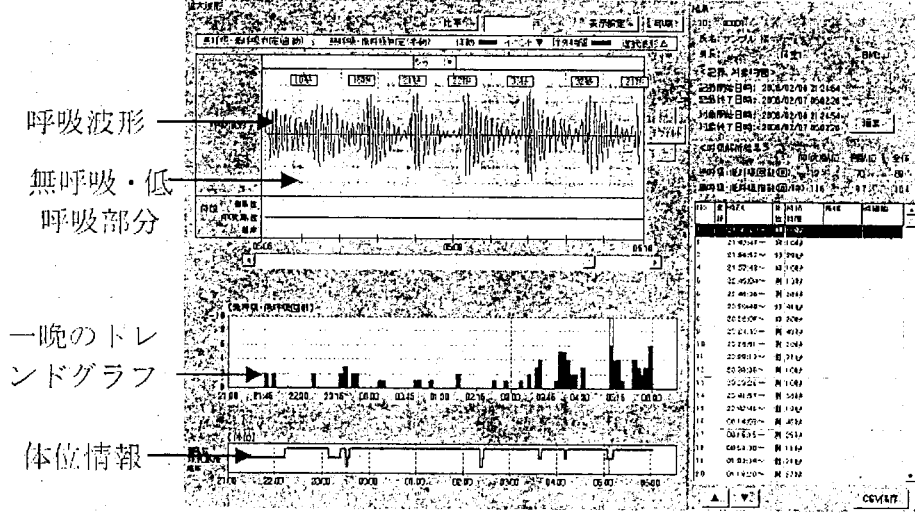


図3：解析ソフト画面

呼吸に伴う体表下面の圧力変化から呼吸波形を算出し、その呼吸波形の振幅の低下とその持続時間から無呼吸・低呼吸を判定する。

先進医療専門家会議における第3項先進医療の科学的評価結果

整理番号	先進医療名	適応症	医薬品・医療機器情報	先進医療費用※ (自己負担)	保険外併用療養費※ (保険給付)	総評	技術の概要
002	内視鏡下手術用ロボット支援による冠動脈バイパス移植術（虚血性疾患に係るものであって、一箇所を吻合するものに限る。）	虚血性疾患（虚血性心疾患において手術適応とされている者のうち、十分に心臓機能が良好で、かつロボットを使用し希望している者に限る。但し、胸部の手術既往歴及び感染症歴があり、胸腔内の癒着が予想される者を除く。）	インテリテックサージカル社製 ダビンチサージカルシステム (未承認医療機器)	234万4千円 (1回)	62万1千円	適	別紙2

※ 届出医療機関における典型的な症例に要した費用

【備考】

○「第2項先進医療」は、薬事法上の未承認又は適応外使用である医薬品又は医療機器の使用を伴わず、未だ保険診療の対象に至らない先進的な医療技術。

○「第3項先進医療（高度医療）」は、薬事法上の未承認又は適応外使用である医薬品又は医療機器の使用を伴い、薬事法による申請等に繋がる科学的評価可能なデータ収集の迅速化を図ることを目的とした、先進的な医療技術。

別紙2

高度医療の名称	内視鏡下手術用ロボット支援による冠動脈バイパス移植術(虚血性心疾患に係るものであり、一箇所を吻合するものに限る。)
適応症	虚血性心疾患(虚血性心疾患において手術適応とされている者のうち、十分に心肺機能が良好で、かつロボットを使用した手術を希望している者に限る。但し、胸部の手術既往歴及び感染症歴があり、胸腔内の癒着が予想される者を除く。)
内容	<p>(先進性)</p> <p>冠動脈バイパス術(Coronary Artery Bypass Grafting: CABG)は、虚血性心疾患に対し、冠動脈の強い狭窄や閉塞を生じた部位の末梢側に別の血管(グラフト)をつなげることで、心筋への血行を再建する手術法の総称である。従来の手術法では、①胸骨正中切開法による心臓への到達 ②内胸動脈を含むグラフトの採取 ③冠動脈病変末梢側へのグラフトの吻合、の3段階から成るが、①②の手術操作に伴う術後の疼痛や感染等によりQOLが著しく低下し、長期入院を要する点が課題とされてきた。</p> <p>また、胸骨を切らずに小切開でCABGを行う侵襲性の少ない術式(Minimally Invasive Direct-visualized CABG: MIDCAB)も提唱されたが、②③においてより高度な技術を要し、多枝病変に対応困難であること等から、普及性に限界があった。具体的には、視野や術野が狭く、細かな操作が困難なため、グラフトとして適切な血管の確保や、グラフトから分岐する血管の処理及び血管損傷時の止血等に難渋する点が挙げられる。</p> <p>これに対し、内視鏡下手術用ロボット(商品名: da Vinci Surgical System)を導入することにより、これらの課題を克服し得る。すなわち、胸骨正中切開や肋骨切断等を回避し、かつ多枝病変に対する正確なCABGが実施可能となる。</p> <p>(概要)</p> <p>内視鏡下手術用ロボット支援下、下記の2術式を設定する。まず術式Aを実施し、予め目標とした技術水準に達していることを確認の上、手術見学を経て術式Bの実施を開始する。</p> <p>【術式A】ロボット支援下冠動脈バイパス手術(MIDCAB)…ロボットを使用して、内胸動脈グラフトを剥離・採取する。その後、ロボットを使用せずに、肋間開胸にてグラフトを冠動脈に吻合する。(「連続30本成功率100%の有効例あり」という条件を満たせば術式Bに進む。)</p> <p>【術式B】ロボット支援下完全内視鏡下冠動脈バイパス術…内胸動脈グラフト採取からグラフトの冠動脈への吻合までの全ての過程を、ロボットを使用して実施する。</p> <p>【術式B-1】完全内視鏡下冠動脈1枝吻合(5症例を完遂すれば術式B-2に進む。)</p> <p><【術式B-2】完全内視鏡下冠動脈多枝吻合></p> <p>(効果)</p> <p>まず、胸骨正中切開や肋骨切断といった侵襲的な手術操作を回避することにより、創部の疼痛や感染を軽減でき、術後早期回復、入院期間短縮、早期社会復帰が可能となる。</p> <p>また、グラフト採取の際に、良好な視野で精密な操作ができるため、小切開であっても適切な内胸動脈グラフトが得られ、かつ多枝バイパスを要する症例にも対応できる。</p> <p>さらに、グラフトの採取や冠動脈へのグラフトの吻合に係る手術操作において、三次元画像に構築された術野を見ながら精密な手術操作ができ、また、手ぶれ防止機能等の安全機構を備えていることから、迅速で確実な縫合・吻合が可能となり、より安全に手術を行うことができる。</p> <p>(高度医療に係る費用)</p> <p>234万4千円(術式B-1の場合)</p>
申請(調整)医療機関	東京医科大学病院
協力医療機関	金沢大学附属病院

先進医療評価用紙(第1-2号)

先進技術としての適格性	
先進医療の名称	内視鏡下手術用ロボット支援による冠動脈バイパス移植術(虚血性心疾患に係るものであって、一箇所を吻合するものに限る。)
社会的妥当性(社会的倫理的問題等)	A. 倫理的問題等はない。 B. 倫理的問題等がある。
現時点での普及性	A. 罹患率、有病率から勘案して、かなり普及している。 B. 罹患率、有病率から勘案して、ある程度普及している。 C. 罹患率、有病率から勘案して、普及していない。
効率性	既に保険導入されている医療技術に比較して、 A. 大幅に効率的。 B. やや効率的。 C. 効率性は同程度又は劣る。
将来の保険収載の必要性	A. 将来的に保険収載を行うことが妥当。 B. 将来的に保険収載を行うべきでない。
総評	<p>総合判定: 条件付き <input checked="" type="checkbox"/> 否</p> <p>コメント: 術式Aに関しては相当数の症例経験があるが、術式B-1の国内実施例は1例である。</p> <p>また、申請時には術式B-1を5症例完遂すれば術式B-2に進むこととされていたが、術式B-2については、実施例が報告されていない。他に確立した手術法がある上、命に関わりうる心臓の手術法であることにかんがみ、第3項先進医療としては、術式B-1までに限って承認すべきと考える。</p> <p>なお、その前提として、予め高度医療評価会議で求めた要件を遵守し、適切なトレーニングを積んでから術式B-1に進むことが重要である。</p>
備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。医療機関名は記入しないこと。	

高度医療 評価表 (番号 002)

評価委員 主担当: 竹内
副担当: 田島 副担当: 山口 技術委員: 澤

高度医療の名称	ロボット支援下心臓外科手術
申請医療機関の名称	東京医科大学病院 (金沢大学附属病院)
医療技術の概要 (申請時)	虚血性心疾患、心臓弁膜症(僧帽弁)などに対して、ロボットを用いた手術補助システムにより、精密な操作が可能になり、内視鏡下心臓手術を安全および確実に実施することができる。

【実施体制の評価】 評価者: 山口 澤

1. 実施責任医師等の体制	適
2. 実施医療機関の体制	適
3. 医療技術の有用性等	不適
コメント欄: ・2つの医療機関で実施されるが、通常の開心手術において必要とされる緊急時の対応体制があるか確認が必要。 ・虚血性心疾患以外の疾患に対する当該技術の安全性は、確立されているとは言えない。	
実施条件欄: 1. 2. 実施体制 各医療機関において、通常の開心手術において必要とされる緊急時の体制が確保されているか確認すること。 3. 医療技術の有用性 ・対象を虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術に限定すること。	
その他 ・米国・欧米における臨床試験・臨床現場での使用についての安全性情報を患者に提供すること。	

【倫理的観点からの評価】 評価者: 田島

4. 同意に係る手続き、同意文書	不適
5. 補償内容	適
コメント欄:	
実施条件欄: 4. 同意に係る手続き、同意文書 別紙に従って修正すること。 5. 補償内容 具体的に明示されることが望ましい。	

【プロトコールの評価】 評価者: 竹内

6. 期待される適応症、効能及び効果	適
7. 予測される安全性情報	不適
8. 被験者の適格基準及び選定方法	適
9. 治療計画の内容	適
10. 有効性及び安全性の評価方法	不適
11. モニタリング体制及び実施方法	適
12. 被験者等に対して重大な事態が生じた場合の対処方法	不適
13. 試験に係る記録の取扱い及び管理・保存方法	不適
14. 患者負担の内容	適
15. 起こりうる利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり	適
16. 個人情報保護の方法	不適
コメント欄:	
実施条件欄: 7. 予測される安全性情報 米国・欧米での臨床試験・臨床現場での使用についての安全性情報を患者に提供すること。 9. 治療計画の内容 後継者育成のトレーニング内容をマニュアル化することが望ましい。 10. 有効性及び安全性の評価方法 当該臨床試験における目的を明確化し、統計学的に検証するために必要な事項について具体的に記載すること。	

有害事象の定義を明確にすること。

12. 被験者等に対して重大な事態が生じた場合の対処方法

各医療機関における通常の開心手術において必要とされる緊急時の体制が確保されているか確認すること。

13. 試験に係る記録の取り扱い及び管理・保存方法

データマネジメントについて具体的に記載すること。

16. 個人情報保護の方法

個人情報の管理について具体的に記載すること。

同意に係る手続き、同意文書 修正点

(ロボット支援下心臓外科手術)

1. ④

開胸手術、一般内視鏡手術及びロボット手術について、それぞれの手術の特徴と相違点を整理して、患者にもわかり易い表現に修正すること。

1. ⑤

手術を受ける患者さんがどの段階に位置するか分かるように、それぞれの段階に分けて、患者にもわかり易い表現に修正すること。

また、一般内視鏡手術や開胸手術へ移行する場合について、患者にもわかり易い表現に修正すること。

3.

開胸手術に移行した場合の「不利益」について、患者にもわかり易い表現に修正すること。(手術時間の延長や手術痕の増加等)

12.

ロボット手術以外の手術について、患者にもわかり易い表現に修正すること。

16.

患者負担費用について、具体的な金額を記述して下さい。

【総評】

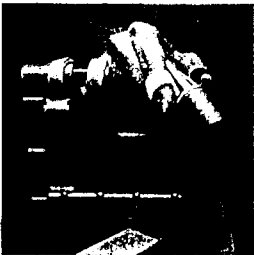
総合評価	適 (条件付き)		
予定症例数	60例	予定試験期間	5年間
実施条件: ・対象を虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術に限定すること。 ・上の各欄の指摘事項についてすべて修正されれば、「適」であると判断する。			
コメント欄			

The da Vinci[®] Surgical System

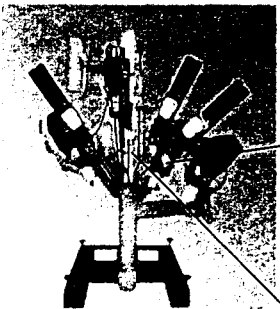
サージョンコンソール
(術者が術野を3D画像で観察しながら
手術操作を行う)

サージカルカート

ビジョンカート



マスター
(術者用の操作レバー)



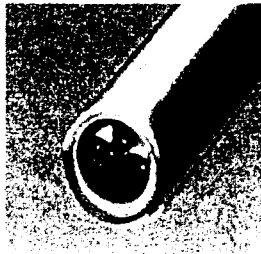
インストゥルメントアーム(3本)
カメラアーム(1本)



エンドリスト
(高い自由度を保持した関節機能)



ヘッドセンサーとステレオビュー



エンドスコープ
(複数のレンズを組み合わせた硬性鏡)



中央社会保険医療協議会の新たな出発のために（抄）

平成17年7月20日

中医協の在り方に関する有識者会議

2 診療報酬改定に関する企画・立案の在り方との関係を含めた中医協の機能・役割の在り方について

(1) 診療報酬の位置付けについて

- **診療報酬改定は、①診療報酬改定の改定率の決定、及び②診療報酬改定に係る基本方針を踏まえた具体的な診療報酬点数の設定、という2つのプロセス**を経て行われることとなるが、それぞれにおいて、中医協の機能・役割を明確化していくことが求められている。

(2) 診療報酬改定の改定率の決定について

- **診療報酬改定の改定率は、医療費に係る予算編成の際の算定根拠となる係数であり、その決定は内閣の権限**である。

(3) 診療報酬改定に係る基本方針について

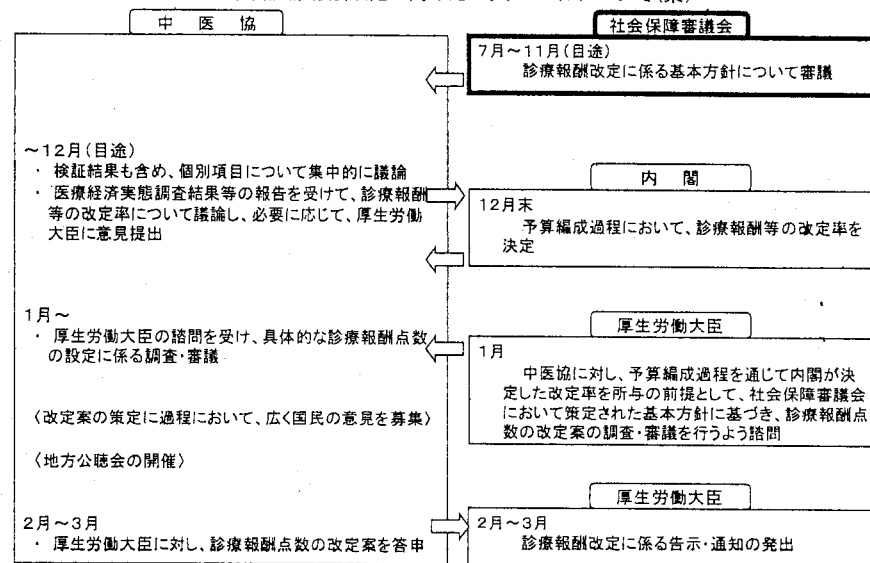
- 改定率を除く**診療報酬改定に係る基本的な医療政策の審議**については、厚生労働大臣の下における**他の諮問機関にゆだね、そこで「診療報酬改定に係る基本方針」を定めることとし、中医協においては、この「基本方針」に沿って、診療報酬改定に係る考え方を整理しつつ、具体的な診療報酬点数の設定に係る審議を行うこととすべきである。**

- なお、診療報酬改定に係る基本的な**医療政策の審議を行う場**としては、社会保障審議会の**医療保険部会及び医療部会**が考えられる。

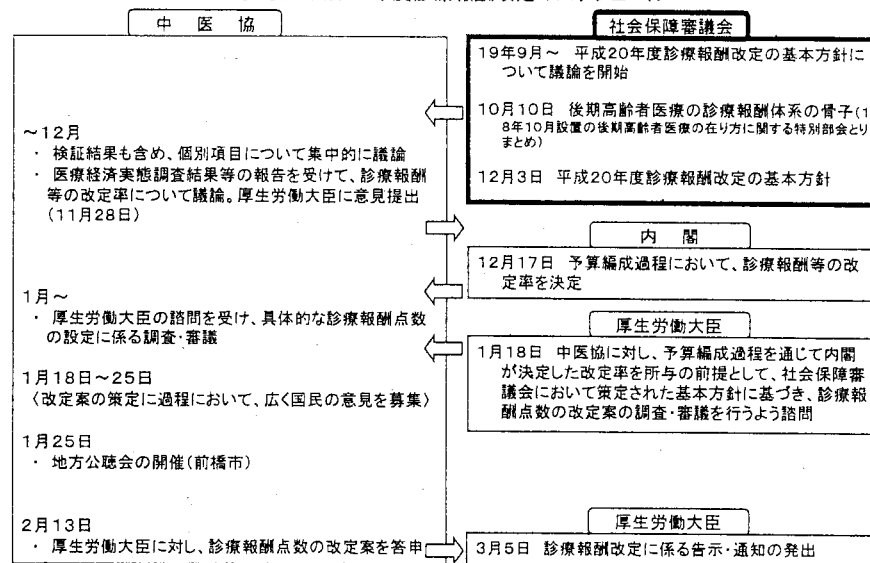
(4) 診療報酬改定に係る中医協への諮問及び中医協からの答申の在り方について

- **診療報酬改定に係る厚生労働大臣から中医協への諮問においては、予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、厚生労働大臣の下における他の諮問機関において策定された「基本方針」に基づき、診療報酬点数の改定案の調査及び審議を行うことを求めるとともに、中医協においては、これを受けて慎重かつ速やかに審議を行い、改定案を作成して答申する取扱いとするべきである。**

平成22年度診療報酬改定に向けたスケジュールについて(案)



(参考) 平成20年度診療報酬改定のスケジュール



(平成21年7月1日現在)

第8回社会保障審議会医療部会(21.7.9)における主なご意見

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
上田 清司	全国知事会(埼玉県知事)
海辺 陽子	癌と共に生きる会副会長
大西 秀人	全国市長会(香川県高松市長)
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
小島 茂	日本労働組合総連合会総合政策局長
※加藤 達夫	国立成育医療センター総長
高智 英太郎	健康保険組合連合会医療部長
近藤 勝洪	(社)日本歯科医師会副会長
齋藤 訓子	(社)日本看護協会常任理事
◎※齋藤 英彦	名古屋セントラル病院院長
鮫島 健	(社)日本精神科病院協会会長
水田 祥代	九州大学理事・副学長
※竹嶋 康弘	(社)日本医師会副会長
○ 田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
辻本 好子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML代表
堤 健吾	(社)日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会部会長補佐
中川 俊男	(社)日本医師会常任理事
西澤 寛俊	(社)全日本病院協会会長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	(社)日本医療法人協会会長
邊見 公雄	(社)全国自治体病院協議会会長
村上 信乃	(社)日本病院会副会長
山本 信夫	(社)日本薬剤師会副会長
※山本 文男	全国町村会会長(福岡県添田町長)
※渡辺 俊介	日本経済新聞社論説委員

※: 社会保障審議会委員

◎: 部会長 ○: 部会長代理

1. 診療報酬関係

- ① 産科・小児科、救急医療関係
 - ・救急や産科・小児科のあり方について、骨太では、「選択と集中」とあるが、1箇所を集めていくことに関しては一概にこれがいいとは限らない。点だけではだめで面として整備していかなければならない。
 - ・DPCにおいて、小児医療を機能評価係数により評価してほしい。
 - ・病院の小児科は不採算。大きな拠点病院を持てばよいというが、地方では、結局その病院に行くのに3時間も4時間もかかってしまう。小児科を手厚くしないと地域格差が広がってしまう。
 - ・在宅介護は高齢者だけのものと捉えられがちだが、そこに小児も入れて欲しい。小児の長期に入院している患者は、いわば福祉であり、こういった患者のレスパイトを医療保険で見ることができれば、病院に行く必要がなくなり、小児の病棟が長期入院の患者で一杯になることはなくなる。
 - ・小児を含めた在宅医療が大きな問題。在宅医療を支える視点で、ショートステイを医療において導入していけばよいのではないかと。
- ② 外科
 - ・医師が増える中で、外科医は話題の産婦人科医以上に減っている。ハイリスクローリターンで、つぶしもきかない。様々な原因があるが、診療報酬の手術手技料の点数が低すぎるので上げてほしい。
- ③ 精神科
 - ・精神の入院基本料は低い。(15対1の場合)結核より860円も安い。検証して欲しい。
- ④ 歯科医療
 - ・地域歯科医療は平成18年度診療報酬改定で疲弊し、現在、崩壊の危機に瀕している。歯科医療が全身的な健康状態の改善に寄与することは、多くのエビデンスによって明確になってきている。また、地域医療における医科・歯科・調剤の連携は重要であり、特に高齢者の在宅医療においては、医科等からのオファーがあれば、連携できる体制を歯科は整えつつあるので、その推進を検討されたい。
- ⑤ チーム医療
 - ・30種くらいの職種によって医療がなされているが、それぞれの評価がなされていない。前回改定において、事務クレーンや臨床工学技士、MSWの退院支援な

どは評価されたが、まだたくさんある。

⑥ 勤務医負担軽減

- ・医療セクレタリーは、その費用を診療報酬で見ないと定着しない。
- ・医師不足の問題について、安心・安全を前提とした上での役割分担の推進が必要。通知により、実力のあるナースには、トリアージや外来を任せられるようになってきているので、今後、評価の対象になるのではないか。
- ・奈良県の裁判で判決が下され、時間外勤務に対する給与支払が命ぜられたが、これを支払うとなると病院経営に大きな影響が出る。この判決により、地域の入院医療はどんどん崩壊していく。入院基本料を増点してほしい。

⑦ 医療安全

- ・医療安全確保については、医薬品をどうコントロールするのかという視点が重要。情報提供・品質管理など医薬品を安全に提供できる体制を構築すべき。

⑧ 有床診療所

- ・6月中旬に有床診療連が要望を出していたが、これは前向きに評価してもよいのではないか。

※診療報酬に関する要望内容

- ・入院基本料の全体的な引き上げ
- ・入院基本料の逓減制の変更
- ・2段階の看護配置基準を、4人未満、4～7人未満、7人以上の3段階に変更し、実態に近い評価に変える
- ・複数医師配置加算の引き上げ
- ・入院時医学管理加算の新設

⑨ 財源

- ・財源の確保は重要であるが、国民に負担を求めることになる。透明性・質の確保が必要。
- ・地域医療が崩壊しているのは共通の認識で、これには診療報酬の大幅引き上げが必要。前回の診療報酬改定では、医療部会で出された問題について、中医協で議論しようとしたら、やることは沢山あるのに財源が少なかった。財源の議論が必要だ。

⑩ 効果的・効率的な医療

- ・医療の現場も疲弊していると言うが、日本経済全体が疲弊している。そういう中で補正予算で社会保障については大きく措置されているが、これは借金で賄われており、有効な使い方をすべき。地域医療のネットワークを構築する際、医療機関ごとに役割を明確にし、「選択と集中」により、効果的・効率的な医療の仕

組み作りを議論していくべきである。将来世代にツケを回してはならない。

⑪ その他

- ・診療報酬の算定根拠が国民からみると不明確。例えば社会保険病院などは経営努力で黒字になったが、また赤字になってしまった。これでは改定がおかしいと判断せざるをえない。中医協にしてもタウンミーティングをするなど、国民に開かれた会議にするべき。

2. 診療報酬関係以外

① 医療部会における議論のあり方等について

- ・平成20年度診療報酬改定の際に、患者からみてわかりやすいなどの4つの視点に緊急課題を加えて基本方針を決めたが、中医協での検証結果等を踏まえて、医療部会でもこの4つの視点がどうなったかの検証が必要。
- ・医療部会の位置づけは、診療報酬の議論だけをするという位置づけではなく、医療の提供体制についても議論する場であり、開催を多くして欲しい。
- ・診療報酬と医療提供体制の話はかぶるところもあれば別の面もある。両者をキチンと分けて議論すべき。
- ・落としどころを考えながらの議論が必要であり、すべての要望には応えられないのではないか。状況が改善するにはかなり時間がかかり、すぐに解決できるという幻想は持たないでほしい。
- ・我々は努力していく姿勢が大事で、この議事録を読む人から「またこんな意味のない議論をして」と思われなければならない。
- ・今回の発言を踏まえ、次回はさらに進化した議論をすべき。

② 医療のあり方全般

- ・医療は提供者だけではなく国民のためであるし、医療は消費ではない。医療を社会の再生産・投資と考えていくべきである。
- ・これまで、機能分担や透明性の確保を進めてきたが、それらによる問題も顕在化してきている。
- ・中期プログラムの安心強化の3原則の中に、安心と責任のバランスとあるが、現時点ではバランスが欠けていると認識。権利と義務のバランスがとれておらず、医者への権利が守られていない。医者に期待されるのはありがたいが、医者も人間。例えば、総合医的な機能を求めると、知識が浅くなってしまふ。DPCなどは、ごくわずかの者しか分からないテーマを議論している。昔は、中小病院などが総合医的な役割を多少は担いかなりの部分の対応ができていたと思うが、信頼関係の上に成り立っていた。それが地域医療崩壊で崩れてしまった。
- ・機能分担を進めると、シームレスではなくなる。事務クレークを進めると、責任の問題でトラブルが発生する。訪問看護で解決できる問題は多いが、実際にやっ

てみると、役割分担の問題で訪問看護ステーションは崩壊。透明性といわれても、とても対応できない。

- ・現状の医療崩壊は、国民含め各々が反省すべき。本気で取り組んで10年経ってやっとどうにかなるかというものだと思う。

③ 産科・小児科、救急医療関係

〔全般〕

- ・骨太2009では特に小児科・救急など「ほころび」の修復が唱われている。そのなかで勤務医の負担を軽減する上での役割分担、また、地域におけるそれぞれの施設・機関の役割について、どのようにこれらを組み直していくかが課題。
- ・女性医師の結婚産休問題で、小児科・産科などは減っている。報酬を上げればよいというものではなく、就労支援の取組が必要ではないか。

〔産科〕

- ・周産期母子医療センターの指定基準の見直しが遅れている。具体的内容を明示してほしい。
- ・ハイリスクの出産を産科医が時間をかけて対応できるようにするために、助産師がノーマルな出産やローリスクな出産を取り扱うことの推進が必要。

〔救急医療〕

- ・救急の入口において軽症患者が多い。小児は「#8000」があるが、大人についても相談できる場が必要。診療報酬で対応すべきとは思わないが、予算上で措置すべき。
- ・救急医療体制の資料に、精神科救急も位置づけて欲しい。

④ 歯科医療について

- ・今回「骨太の方針2009」のなかに「8020運動」の推進が明記されたことは画期的である。「8020運動」が健康寿命の延伸に貢献できることから、財政的支援が必要である。

⑤ 精神医療について

- ・医療観察法では、指定入院医療機関の整備が遅れて、300床くらい足りない。現実には、鑑定入院で引き受けた病院が継続して受け入れている。

⑥ 総合医関係

- ・総合的な視点に立った医師、病院を確立し、地域医療の入口としての役割を担ってもらいたい。保健指導とのつながりにより、保険者にとって重要なパートナー

となる。

- ・全人的、診療科横断的な「総合診療医」の育成が必要であり、医学部のカリキュラムの充実、診療科の標榜、研修の財政支援を行うとともに、登録医制度については、モデル事例から始めて、普及度合いも見ながら、多面的に考えていくべき。ドイツでは、専門医としての「一般医」が存在し、国民から期待と信頼を得ている。

⑦ 勤務医負担軽減

〔職種ごとの役割分担〕

- ・職種ごとの役割分担について医政局長通知を出されているが、現場ではなかなか進まないで、立法化してもう少し拘束力を強くしてほしい。

〔医師の加重労働〕

- ・医師の超過勤務は恒常的だ。経営上の都合ではなく、実態として医師が足りていない。そのため超過勤務となり、労働基準法に抵触した場合、労働基準監督署から指導されてしまう。

⑧ 医師不足・医師偏在

- ・へき地の医療は敬遠する人も多く、医師確保が大変。
- ・医療崩壊は、地域医療の崩壊が大きい。主として地方の公立病院、次が、大学病院。教育、臨床、研究と3つの役割を担っているが、独法化により臨床に偏ってしまっている。研修医も大学離れの傾向にあり、医療のトップランナーが危機に至っている。
- ・予算・診療報酬だけで医師不足は解消できない。地域医療計画の中に必要な診療科ごとの医師数を盛り込む等も検討すべき。
- ・医師偏在の問題で、以前、医療部会において管理者要件の議論をしたが、今後、議論を再開してはどうか。

⑨ 補助金

- ・地域再生基金に関して、産科・小児科は大切であるが、いろいろな疾患があることから4疾病5事業にも使えることをわかりやすく明示してほしい。
- ・様々な補助金があるが、補助が全額ではなく病院も持ち出しが必要になっており、病院経営は厳しいなかでは活用できない。
- ・地域医療再生基金は県ごとに自由に決定できるが、関係団体や医師会とよく相談して決めていって欲しい。
- ・医師へ手当を直接支給する補助金があるが、就業規則の改正が必要であり、使いづらい。病院のフリーハンドで使えるようにして欲しい。
- ・地域医療再生基金については現場からの積み上げでやるしかない。
- ・地域医療再生基金により、施設や運営費については手当ができるが、問題は人材

確保と診療報酬の見直し。この問題が解決されない限り、地域医療再生基金では中核的な医療機関にしか事業化をお願いできない。

⑩ その他

〔国民へのわかりやすさ〕

- ・医療の「見える化」をするべき。そのためにはデータを集めることが必要。
- ・質や安心の確保が重要だが、安心と医療のビジョン具体化懇談会の中間とりまとめを見ても具体的ではない。国民にわかりやすく説明することが必要。
- ・適切な情報を患者に迅速に提供することが求められている。

〔患者負担について〕

- ・患者負担3割は、限界まできている。
- ・一律3割の制度に疑問を感じる。高額療養費制度もあるが、これは前年度の所得に応じてのもの。病気になり働けなくなって子供もいるような場合、その時点で3割の支払いは困難になる。
- ・日本はOECD諸国に比べ、患者負担は10%ほど高い。したがって患者負担を増やす方向ではだめで、国民から広く薄く求めることが必要である。

〔その他〕

- ・死亡者が増加しているので、看取りについても迅速に対応してほしい。
- ・医師は患者を診たくて医師という職業に就いており、医師がマネジメント感覚を持っているかというのは疑問。

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成21年7月15日現在

○磯部 力	立教大学法学部教授
岩月 進	日本薬剤師会常務理事
岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
岩本 康志	東京大学大学院経済学研究科教授
※ 逢見 直人	日本労働組合総連合会副事務局長
大内 尉義	東京大学大学院医学系研究科教授
岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長、高知市長
※ 神田 真秋	全国知事会社会文教常任委員会委員長、愛知県知事
見坊 和雄	全国老人クラブ連合会相談役・理事
小林 剛	全国健康保険協会理事長
齊藤 正憲	日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長
坂本 すが	日本看護協会副会長
多田 宏	国民健康保険中央会理事長
対馬 忠明	健康保険組合連合会専務理事
西村 周三	京都大学副学長
※◎糠谷 真平	独立行政法人国民生活センター顧問
樋口 恵子	高齢社会をよくする女性の会理事長
横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長、佐賀県多久市長
藤原 淳	日本医師会常任理事
※ 山本 文男	全国町村会会長、福岡県添田町長
渡辺 三雄	日本歯科医師会常務理事

(注1) ※は社会保障審議会の委員、他は臨時委員。

(五十音順、敬称略)

(注2) ◎は医療保険部会長、○は医療保険部会長代理。

1 診療報酬関係

1 診療報酬の配分の見直し、「選択と集中」について

- ① 骨太に「選択と集中」とあるが、地域医療の荒廃の原因として「選択と集中」に基づいた施策があったのではないか。救急、産科等については前回改定でもすでに手厚く評価しているが、先日の医療機関のコスト調査分科会においても、入院は黒字、外来は赤字との調査結果が出ていた。財政審の建議(6月3日)でも診療所に配分が偏っているとあったが、比較的小回りがきくとされる診療所も経営状況は厳しい。開業医への志向が強いとされているが、実際はそうではない。地域医療が崩壊している中、配分の見直しではなく、やはり医療費全体の底上げが必要だ。
- ② 国民皆保険を守り、安心して質の高い医療を確保するためには、限られた財源の中で、「選択と集中」の考え方にに基づき、配分のダイナミックな見直しが必要。
- ③ 診療報酬の重点化、「選択と集中」は不可避。前回、前々回の改定と同様、診療報酬の中身をグループ分けして、重点分野、効率化分野を分けて、配分を大きく変えていく必要がある。
- ④ 全体の引き上げが必要という話があったが、救急や産科・小児科をはじめとする勤務医の負担軽減などに重点をおくような検討が必要。
地域の救急医療は崩壊の危機であり、深刻に考えなければならない。診療報酬改定だけで議論する問題ではなく、医療提供体制など地域医療全体をどうするかといった視点で考えることが必要。急性期医療に資源を集中投入するという考え方が基本。
国民の生命・安全を保障することが大事であり、限られた財源の中で「選択と集中」と言われるが、医療を選択的に若い人に行うということになると大変だ。産科や小児科へということなら良い。むしろ「分散と公平」を図りたい。例えば、人口20～30万人に1つ分娩施設があるというようなことが「分散と公平」で、そういった観点も入れて欲しい。
- ⑤ 病院と診療所の再診料の格差は正については、積み残しという認識。また、効率的な医療提供体制の確立を目指し、地域医療の連携を強化すべきだ。
「選択と集中」の考え方に基いて、限られた資源の中で病院と診療所の格差をどう考えるのか、その上で救急・産科・小児科等にどう重点化していくかを考えていく必要がある。
前回の改定における病診の配分見直しは切り込みが足りなかったのではないかと。
- ⑥ 財政の問題がある中で、安心・安全な医療の確保をどう評価するか。薬を安心・

安全に患者に提供していくには、単に「選択と集中」ではなく、しっかりと仕事を果たせるような診療報酬体系を念頭に置いていただきたい。

2 厳しい保険者財政について

- ・ 診療報酬の引き上げには、厳しい経済情勢、健保組合の財政状況を考慮する必要がある。
- ・ 診療報酬の引上げは、保険料にはね返ることも踏まえて議論すべき。後期高齢者の拠出金や経済不況などにより、保険の財政状況は厳しい。
- ・ 経済の低迷の下、保険料収入の落ち込み等で、協会けんぽの財政は極めて厳しい状況にある。保険料負担の増大につながるような診療報酬全体を上げるような状況ではない。
- ・ 国保全体として財政状況は厳しい。平成21年に国保への財政支援措置が切れるので、制度の継続と拡充は必ずやっていただきたい。
- ・ 健保組合全体で21年度予算6兆円に対して、赤字が6,150億円で1割にも達する。20年度から2年連続で巨額の赤字。解散する組合も増えている。診療側、支払側の両方の事情を勘案しなければならない。

3 個別分野の診療報酬について

① 歯科医療

- ・ 国民は今、安心できる社会保障を求めている。歯科医療は生活の基本を支える医療であり、健康長寿の実現に資する。骨太2009にも8020運動が明記された。平成20年度改定では、在宅医療の推進の一貫として、在宅での歯科医療の充実を掲げて頂いたが、まだ不十分。次期改定では、多くの歯科診療所が在宅医療のネットワークに入り、住民の安心の確保に貢献できるよう配慮してほしい。
- ・ 平成8年から平成19年まで、歯科医療費は2兆5千億円程度で推移している。1診療所単位で見ると、この間に保険収入は約15%の減収となっているとの調査結果もある。十分な改定率をもって重点的に評価していただきたい。

② かかりつけ医

- ・ 高度な治療が必要か否かを判断できる場所が必要。そのためには、家庭状況を含めてトータルに理解している医者が必要だ。今後、高齢化が進行していく中で、皆が利便的に医療を受けているのは、医療体制が崩壊するのではないかと危惧している。後期高齢者診療料について、かかりつけ医の芽が出かかっていると思っていたが、実際は利用されていない。利用率が低いからといって廃止するのではなく、利用を促進する方向で検討していただきたい。
- ・ 後期高齢者診療料については、届出された医療機関のうち1割の患者しか利用していない。この点数の趣旨は、多受診を抑えようという意図があったが、厚労省の調査によれば、75歳以上の9割弱が1～2箇所しか受診していない。

かかりつけ医は、医療費の削減にはつながらないのではないかと。エビデンスに基づく議論をしてほしい。

③ 救急医療

- ・ 救急の軽症患者にどう対応するかが問題。軽症者を入り口で止め、軽症者の心の不安にどう対応するかが問題。そういったことについて、看護師や薬剤師のチームでどう対応するか、そこに対して診療報酬も対応する必要がある。

4 予算と診療報酬

- ・ 救急などは予算措置がなされているが、診療報酬との重複がないように役割分担の明確化が必要ではないか。
- ・ 予算で対応しているところ、診療報酬で見るとの役割分担も考えるべき。

5 その他

- ・ 診療報酬の見直しの基本方針は、総額のプラス・マイナスが出る前に策定することとされているのが悩ましい。プラス・マイナス両方をにらむことになるから、基本方針の記述は慎重に検討することになるだろうか。

II 診療報酬以外

- ・ これから高齢化社会で医療費が増大していく。診療報酬の相互扶助の仕組みにも限界があるのではないかと。各自の自助努力についても検討が必要なのではないかと。
- ・ 社会保障費の国際比較を見ると、日本は決して高くない。
- ・ 先日富山県に行ったら、救急搬送の9割が高齢者であった。想像だが、老健施設や特別養護老人ホームで救急対応できないために、救急車の要請をしている場合が多いのではないかと。これで若い人の救急の受診機会を奪うことがあってはならない。
- ・ 少子化対策などの若い世代のための財源を奪うようなことがあってはならない。あるべき日本の姿を議論し、必要な財源は作るべきだ。
- ・ 後期高齢者の制度は、何故75歳でわけたのか、今でも疑問だ。医療の内容は連続しており、75歳の前後で変わるわけではない。

平成 20 年度の医療費について

- 平成 20 年度の医療費は、前年度と比較して約 6 千億円増加し、34.1 兆円となった。
医療費の伸び率（対前年度比）は 1.9%（稼働日数補正後 2.2%）であり、1 日当たり医療費 3.2%、受診延日数▲1.3% となっている。
- 近年、受診延日数（延患者数に相当）は減少傾向にある。一方、1 日当たり医療費は増加しており、医療費総額は増加している。
- 平成 20 年度の医療費及び 1 日当たり医療費の伸び率を、大きな制度改正や診療報酬改定の影響を受けていない平成 19 年度の伸び率と比較してみると、その差は、医療費▲1.2% ポイント（稼働日数補正後▲0.8%ポイント）、1 日当たり医療費▲0.9%ポイントとなっている。
- 稼働日数補正後の医療費の伸び率は 2.2%であることから、診療報酬改定（▲0.82%）の影響を考えれば、医療費の伸び率は、概ね従来と同程度の水準（3%台）であると考えられる。

（参考）医療費の動向

（単位：%）

平成	17 年度	18 年度	19 年度 ①	20 年度 ②	差 ②-①
医療費	3.1	0.1	3.1	1.9	▲1.2
稼働日数補正後	3.0	0.0	3.0	2.2	▲0.8
1 日当医療費	3.4	0.8	4.1	3.2	▲0.9
受診延日数	▲0.3	▲0.7	▲0.9	▲1.3	▲0.3

平成20年度 医療費の動向

I 制度別の概算医療費

表1-1 医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	医療保険適用						70歳以上 長寿医療 (再掲)	公費
		70歳未満	被用者 保険			国民 健康保険	70歳以上		
			本人	家族	本人				
平成13年度	30.4	17.5	9.7	5.2	4.5	7.8	11.7	1.2	
平成14年度	30.2	17.2	9.4	5.0	4.4	7.7	11.7	1.2	
平成15年度	30.8	17.2	9.2	4.7	4.5	8.0	12.3	1.3	
平成16年度	31.4	17.3	9.3	4.8	4.5	8.0	12.8	1.4	
平成17年度	32.4	17.5	9.4	4.9	4.5	8.1	13.5	1.4	
平成18年度	32.4	17.2	9.4	4.9	4.5	7.9	13.8	1.4	
平成19年度①	33.4	17.4	9.5	5.0	4.5	7.9	14.5	1.5	
(構成割合)	(100%)	(52.1%)	(28.6%)	(15.1%)	(13.5%)	(23.6%)	(43.4%)	(4.5%)	
平成20年度②	34.1	17.7	9.8	5.2	4.6	7.9	14.8	1.6	
(構成割合)	(100%)	(51.9%)	(28.7%)	(15.2%)	(13.5%)	(23.2%)	(43.5%)	(4.6%)	
②-①	0.62	0.24	0.22	0.12	0.09	0.03	0.31	0.07	

注1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費(算定ベース)である。
注2. 医療保険適用者70歳以上には、長寿医療の対象(平成19年度以前は老人医療受給対象)となる65歳以上70歳未満の障害認定を受けし者を含む。
注3. 「公費」欄には、医療保険との併用分を除く、公費負担のみの医療費を計上している。

表1-2 医療費の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	総計	医療保険適用						70歳以上 長寿医療 (再掲)	公費
		70歳未満	被用者 保険			国民 健康保険	70歳以上		
			本人	家族	本人				
平成13年度	3.2	1.6	0.7	0.5	1.0	2.7	5.5	6.7	
平成14年度	▲0.7	▲1.6	▲2.8	▲3.3	▲2.3	▲0.2	0.3	3.2	
平成15年度	2.1	▲0.1	▲2.6	▲5.2	0.4	3.0	4.7	7.6	
平成16年度	2.0	0.5	0.6	0.9	0.2	0.5	3.8	3.8	
平成17年度	3.1	1.1	1.2	2.1	0.4	0.9	5.7	4.1	
平成18年度	0.1	▲1.3	▲0.2	▲0.2	▲0.3	▲2.6	2.0	0.9	
平成19年度	3.1	1.2	2.1	3.5	0.6	0.1	5.4	3.3	
平成20年度	1.9	1.4	2.3	2.5	2.0	0.3	2.1	4.4	

表2-1 1人当たり医療費の推移

(単位：万円)

	総計	医療保険適用						70歳以上 長寿医療 (再掲)
		70歳未満	被用者 保険			国民 健康保険	70歳以上	
			本人	家族	本人			
平成13年度	23.9	15.7	13.0	13.3	12.6	21.4	75.8	
平成14年度	23.7	15.5	12.8	13.1	12.5	20.9	73.1	
平成15年度	24.1	15.6	12.7	12.6	12.7	21.2	73.7	
平成16年度	24.6	15.7	12.8	12.6	12.9	21.4	73.9	
平成17年度	25.4	16.0	12.9	12.8	13.1	21.9	75.4	
平成18年度	25.4	15.8	12.9	12.6	13.2	21.8	74.2	
平成19年度①	26.2	16.1	13.0	12.8	13.3	22.5	75.8	
平成20年度②	26.7	16.4	13.3	12.9	13.7	23.1	75.7	
②-①	0.5	0.3	0.3	0.2	0.3	0.6	▲0.1	

注. 人数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

表2-2 1人当たり医療費の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	総計	医療保険適用						70歳以上 長寿医療 (再掲)
		70歳未満	被用者 保険			国民 健康保険	70歳以上	
			本人	家族	本人			
平成13年度	3.0	2.1	2.0	1.5	2.6	1.4	1.2	
平成14年度	▲0.9	▲1.2	▲1.2	▲1.6	▲0.7	▲2.3	▲3.6	
平成15年度	1.9	0.4	▲1.3	▲4.2	2.0	1.7	0.9	
平成16年度	1.9	0.9	1.0	0.6	1.4	0.7	0.2	
平成17年度	3.1	1.5	1.2	1.1	1.4	2.3	2.0	
平成18年度	0.1	▲0.9	▲0.6	▲1.7	0.6	▲0.4	▲1.5	
平成19年度	3.1	1.6	1.2	1.5	0.9	3.2	2.1	
平成20年度	1.9	2.0	2.0	1.5	2.6	2.6	▲0.1	

II 診療種類別の概算医療費

表3-1 医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	計	診療費			調剤	(参考) 入院外 +調剤
			医科		歯科		
			入院	入院外			
平成13年度	30.4	27.1	12.4	12.1	2.6	3.3	15.4
平成14年度	30.2	26.6	12.3	11.7	2.6	3.6	15.2
平成15年度	30.8	26.9	12.6	11.7	2.5	3.9	15.7
平成16年度	31.4	27.2	12.7	11.9	2.5	4.2	16.1
平成17年度	32.4	27.8	13.0	12.2	2.6	4.6	16.8
平成18年度	32.4	27.6	13.0	12.1	2.5	4.7	16.9
平成19年度①	33.4	28.2	13.4	12.4	2.5	5.2	17.5
(構成割合)	(100%)	(84.4%)	(39.9%)	(37.0%)	(7.5%)	(15.5%)	(52.4%)
平成20年度②	34.1	28.6	13.6	12.4	2.6	5.4	17.8
(構成割合)	(100%)	(83.8%)	(39.9%)	(36.4%)	(7.5%)	(16.0%)	(52.3%)
②-①	0.62	0.34	0.25	0.02	0.07	0.27	0.29

注1. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。
注2. 総計には、訪問看護療養の費用額を含む。

表3-2 医療費の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	総計	計	診療費			調剤	(参考) 入院外 +調剤
			医科		歯科		
			入院	入院外			
平成13年度	3.2	1.9	1.8	1.9	1.9	16.5	4.7
平成14年度	▲0.7	▲1.9	▲0.3	▲3.9	▲0.4	9.7	▲1.1
平成15年度	2.1	1.0	2.0	0.7	▲2.0	9.9	2.9
平成16年度	2.0	1.1	1.2	1.3	0.3	7.8	2.9
平成17年度	3.1	2.2	2.2	2.5	1.1	8.7	4.1
平成18年度	0.1	▲0.4	▲0.0	▲0.3	▲2.8	3.4	0.7
平成19年度	3.1	2.1	2.8	1.8	▲0.2	8.9	3.8
平成20年度	1.9	1.2	1.9	0.2	2.6	5.3	1.7

表4-1 受診延日数の推移

(単位：億日)

	総計	計	診療費			調剤
			医科		歯科	
			入院	入院外		
平成13年度	28.1	28.0	5.1	18.8	4.1	5.8
平成14年度	27.6	27.6	5.0	18.4	4.2	6.0
平成15年度	27.2	27.2	5.0	18.1	4.1	6.2
平成16年度	27.3	27.2	5.0	18.1	4.2	6.5
平成17年度	27.2	27.1	5.0	17.9	4.2	6.6
平成18年度	27.0	26.9	4.9	17.9	4.2	6.9
平成19年度①	26.7	26.7	4.9	17.7	4.1	7.1
(構成割合)	(100%)	(99.8%)	(18.2%)	(66.2%)	(15.4%)	
平成20年度②	26.4	26.3	4.8	17.4	4.1	7.2
(構成割合)	(100%)	(99.8%)	(18.2%)	(66.0%)	(15.6%)	
②-①	▲0.34	▲0.35	▲0.05	▲0.29	▲0.01	0.13

注1. 診療実日数を取りまとめている。調剤については、処方せん枚数を取りまとめている。
注2. 総計には、訪問看護療養の実日数を含み、調剤の処方せん枚数を含めずに計上している。

表4-2 受診延日数の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	総計	計	診療費			調剤
			医科		歯科	
			入院	入院外		
平成13年度	0.2	0.2	▲0.2	0.4	▲0.2	9.6
平成14年度	▲1.6	▲1.7	▲1.6	▲2.2	0.9	4.4
平成15年度	▲1.4	▲1.4	▲1.0	▲1.6	▲0.7	2.9
平成16年度	0.1	0.1	▲0.3	▲0.0	0.8	4.5
平成17年度	▲0.3	▲0.3	▲0.2	▲0.7	1.1	2.4
平成18年度	▲0.7	▲0.7	▲1.4	▲0.5	▲1.0	3.9
平成19年度	▲0.9	▲1.0	▲0.8	▲0.9	▲1.4	2.6
平成20年度	▲1.3	▲1.3	▲1.1	▲1.6	▲0.1	1.8

表5-1 1日当たり医療費の推移

(単位：千円)

	総計	計	診療費			調剤	(参考) 入院外 +調剤
			医科		歯科		
			入院	入院外			
平成13年度	10.8	9.7	24.1	6.5	6.3	5.6	8.2
平成14年度	10.9	9.6	24.5	6.3	6.2	5.9	8.3
平成15年度	11.3	9.9	25.2	6.5	6.1	6.3	8.7
平成16年度	11.5	10.0	25.6	6.6	6.1	6.5	8.9
平成17年度	11.9	10.2	26.2	6.8	6.1	6.9	9.4
平成18年度	12.0	10.3	26.6	6.8	6.0	6.9	9.5
平成19年度①	12.5	10.6	27.5	7.0	6.1	7.3	9.9
(総計=1)	(1.00)	(0.85)	(2.20)	(0.56)	(0.49)	(0.58)	(0.79)
平成20年度②	12.9	10.8	28.3	7.1	6.2	7.6	10.2
(総計=1)	(1.00)	(0.84)	(2.20)	(0.55)	(0.48)	(0.59)	(0.79)
②-①	0.4	0.3	0.8	0.1	0.2	0.3	0.3

注1. 1日当たり医療費とは、診療実日数当たりの医療費。
調剤では、処方せん1枚当たりの医療費。「(参考)入院外+調剤」では、入院外及び調剤の医療費を入院外の受診延日数で除して得た値を計上する。
注2. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。

表5-2 1日当たり医療費の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	総計	計	診療費			調剤	(参考) 入院外 +調剤
			医科		歯科		
			入院	入院外			
平成13年度	3.0	1.6	2.0	1.5	2.1	6.3	4.2
平成14年度	1.0	▲0.3	1.3	▲1.7	▲1.3	5.1	1.2
平成15年度	3.5	2.4	3.0	2.4	▲1.3	6.8	4.6
平成16年度	1.9	1.1	1.5	1.3	▲0.6	3.1	2.9
平成17年度	3.4	2.5	2.4	3.1	0.0	6.2	4.8
平成18年度	0.8	0.3	1.4	0.1	▲1.8	▲0.5	1.1
平成19年度	4.1	3.1	3.6	2.7	1.2	6.1	4.7
平成20年度	3.2	2.5	3.0	1.8	2.8	3.4	3.4

(参考) 休日数等の影響を補正した医療費総額の伸び率

参考1 制度別の医療費の補正後の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	総計	医療保険適用					公費	対前年度差(日)		
		70歳未満				70歳以上		日曜日	土曜日	曜日
		被用者 保険	本人	家族	国民 健康保険					
平成13年度	3.3	0.9	0.6	1.2	2.8	5.5	6.8	+1	-1	0
平成14年度	▲0.8	▲2.9	▲3.4	▲2.4	▲0.3	0.3	3.1	-1	+1	0
平成15年度	1.8	▲2.8	▲6.4	0.1	2.7	4.4	7.4	0	0	+1
平成16年度	2.5	1.0	1.3	0.6	1.0	4.3	4.3	0	+2	-1
平成17年度	3.0	1.2	2.0	0.3	0.8	5.6	4.0	0	-1	0
平成18年度	0.0	▲0.3	▲0.3	▲0.4	▲2.7	1.9	0.8	0	-1	0
平成19年度	3.0	2.1	3.5	0.6	▲0.0	5.3	3.2	+1	0	+1
平成20年度	2.2	2.6	2.8	2.4	0.7	2.5	4.7	0	+1	-1

医療費の伸び率(対前年同月比)に対する休日数等1日当たりの影響補正係数

(単位：%)

日曜・祭日等	▲2.3	▲2.8	▲2.5	▲3.1	▲2.2	▲1.7	▲2.3
土曜	▲1.2	▲1.0	▲1.1	▲0.9	▲1.3	▲1.2	▲1.2
曜日	3.3	2.9	2.9	3.0	3.5	3.2	3.3

注. 医療保険医療費の平成4～8年度各月の制度別1人当たり医療費の伸び率を、日曜・祭日等(年末については、12月29日～1月3日を日曜として扱っている)の数の対前年同月差、土曜日の対前年同月差、各月の日数の対前年同月差、感染症サーベイランス調査の1定点当たりインフルエンザ報告数対前年同月差を説明変数として回帰分析した結果を用いて補正したものである。
なお、総計及び公費の補正係数については、医療保険計の計数を用いている。

参考2 診療種類別の医療費の補正後の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	総計	医科			調剤	対前年度差(日)		
		入院	入院外	歯科		日曜日	土曜日	曜日
平成13年度	3.3	1.8	2.0	2.1	16.6	+1	-1	0
平成14年度	▲0.8	▲0.3	▲4.1	▲0.6	9.6	-1	+1	0
平成15年度	1.8	1.7	0.4	▲2.0	9.6	0	0	+1
平成16年度	2.5	1.6	1.8	0.5	8.4	0	+2	-1
平成17年度	3.0	2.1	2.4	1.0	8.5	0	-1	0
平成18年度	0.0	▲0.1	▲0.4	▲2.9	3.2	0	-1	0
平成19年度	3.0	2.6	1.7	0.1	8.9	+1	0	+1
平成20年度	2.2	2.2	0.6	2.7	5.8	0	+1	-1

医療費の伸び率(対前年同月比)に対する休日数等1日当たりの影響補正係数

(単位：%)

日曜・祭日等	▲2.3	▲1.3	▲2.8	▲3.6	▲3.9
土曜	▲1.2	▲1.0	▲1.3	▲1.3	▲2.1
曜日	3.3	3.1	4.0	0.2*	3.6

注1. 医療保険医療費の平成4～8年度各月の1人当たり医療費の伸び率を、日曜・祭日等(年末については、12月29日～1月3日を日曜として扱っている)の数の対前年同月差、土曜日の対前年同月差、各月の日数の対前年同月差、感染症サーベイランス調査の1定点当たりインフルエンザ報告数対前年同月差を説明変数として回帰分析した結果を用いて補正したものである。
注2. *については、回帰分析を行った結果、曜日については有意な結果が得られなかったため、日曜・祭日及び土曜については補正を行っているが、曜日については補正していない。

(2) 入院

表14-1 入院 医療費の推移

Table with columns for medical fees (Medical, Hospital, University, Public, Legal, Individual, Dental, etc.) from Heisei 13 to 20.

注 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へあてている。

表14-2 入院 医療費の伸び率 (対前年度比)

Table showing percentage change in medical fees for Heisei 13-20 across various categories.

表15-1 入院 受診日数の推移

Table showing the number of visits (Medical, Hospital, University, Public, Legal, Individual, Dental, etc.) from Heisei 13 to 20.

表15-2 入院 受診日数の伸び率 (対前年度比)

Table showing percentage change in the number of visits for Heisei 13-20 across various categories.

表16-1 入院 1日当たり医療費の推移

Table showing average daily medical fees (Medical, Hospital, University, Public, Legal, Individual, Dental, etc.) from Heisei 13 to 20.

注 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へあてている。

表16-2 入院 1日当たり医療費の伸び率 (対前年度比)

Table showing percentage change in average daily medical fees for Heisei 13-20 across various categories.

表17-1 入院 1施設当たり医療費の推移

Table showing medical fees per facility (Medical, University, Public, Legal, Individual) from Heisei 13 to 20.

表17-2 入院 1施設当たり医療費の伸び率 (対前年度比)

Table showing percentage change in medical fees per facility for Heisei 13-20 across various categories.

表18-1 入院 1施設当たり受診日数の推移

Table showing average daily visits per facility (Medical, University, Public, Legal, Individual) from Heisei 13 to 20.

表18-2 入院 1施設当たり受診日数の伸び率 (対前年度比)

Table showing percentage change in average daily visits per facility for Heisei 13-20 across various categories.

(3)入院外

表19-1 入院外 医療費の推移

Table showing medical expenses for outpatient care from Heisei 13 to 20, broken down by insurance type and facility type.

表19-2 入院外 医療費の伸び率(対前年度比)

Table showing the percentage increase in medical expenses for outpatient care from Heisei 13 to 20.

表20-1 主たる診療科別 医科診療所 入院外 医療費の推移

Table showing medical expenses by major specialty for outpatient care from Heisei 13 to 20.

表20-2 主たる診療科別 医科診療所 入院外 医療費の伸び率(対前年度比)

Table showing the percentage increase in medical expenses by major specialty for outpatient care from Heisei 13 to 20.

表21-1 入院外 受診日数の推移

Table showing the number of outpatient visits from Heisei 13 to 20, broken down by insurance type and facility type.

表21-2 入院外 受診日数の伸び率(対前年度比)

Table showing the percentage increase in the number of outpatient visits from Heisei 13 to 20.

表22-1 主たる診療科別 医科診療所 入院外 受診日数の推移

Table showing the number of outpatient visits by major specialty from Heisei 13 to 20.

表22-2 主たる診療科別 医科診療所 入院外 受診日数の伸び率(対前年度比)

Table showing the percentage increase in the number of outpatient visits by major specialty from Heisei 13 to 20.

表27-1 入院外 1施設当たり受診延日数の推移

	医科								保険薬局	
	病院	内科				診療所	歯科			診療所
		大学	公的	法人	個人		病院	診療所		
平成13年度	6.5	30.1	13.3	4.6	2.9	1.60	0.84	0.63	1.43	
平成14年度	6.2	29.1	12.5	4.4	2.9	1.57	0.85	0.63	1.43	
平成15年度	5.9	28.4	12.0	4.1	2.7	1.55	0.84	0.62	1.42	
平成16年度	5.8	27.9	11.7	4.0	2.7	1.55	0.85	0.62	1.45	
平成17年度	5.6	27.9	11.3	3.9	2.7	1.54	0.86	0.62	1.43	
平成18年度	5.5	28.1	10.8	3.8	2.6	1.54	0.84	0.61	1.46	
平成19年度①	5.4	28.3	10.5	3.8	2.5	1.53	0.82	0.60	1.47	
平成20年度②	5.2	28.0	10.1	3.7	2.4	1.52	0.84	0.59	1.47	
②-①	▲0.1	▲0.3	▲0.3	▲0.1	▲0.1	▲0.02	0.01	▲0.00	▲0.01	

表27-2 入院外 1施設当たり受診延日数の伸び率（対前年度比）

	医科								保険薬局	
	病院	内科				診療所	歯科			診療所
		大学	公的	法人	個人		病院	診療所		
平成13年度	0.1	2.3	0.4	▲0.9	▲0.0	▲0.5	▲0.1	▲1.5	3.9	
平成14年度	▲4.9	▲3.4	▲6.1	▲4.8	▲3.0	▲1.9	0.9	▲0.3	▲0.0	
平成15年度	▲4.0	▲2.3	▲4.0	▲5.1	▲3.6	▲1.5	▲0.9	▲1.8	▲0.3	
平成16年度	▲2.3	▲1.8	▲2.8	▲2.6	▲0.5	0.3	1.2	▲0.1	1.8	
平成17年度	▲2.6	0.2	▲3.5	▲2.6	▲1.5	▲0.6	0.5	0.3	▲0.9	
平成18年度	▲3.1	0.6	▲4.1	▲3.0	▲4.4	▲0.0	▲2.1	▲1.6	1.7	
平成19年度	▲1.6	0.7	▲2.9	▲1.3	▲2.6	▲0.8	▲1.6	▲1.8	0.9	
平成20年度	▲2.6	▲1.0	▲3.3	▲2.4	▲4.0	▲1.0	1.6	▲0.4	▲0.4	

表28-1 入院外 主たる診療科別 医科診療所 1施設当たり受診延日数の推移

	医科診療所									
	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他	
平成13年度	16,019	13,562	14,694	17,844	32,536	18,892	8,337	16,393	21,504	14,969
平成14年度	15,718	13,363	14,419	17,215	32,236	18,393	8,327	15,762	20,814	14,423
平成15年度	15,483	13,098	14,188	16,767	31,814	18,502	8,212	15,534	20,405	14,217
平成16年度	15,530	13,195	14,168	16,615	31,567	18,569	8,182	15,515	20,682	14,106
平成17年度	15,437	13,014	13,832	16,431	31,924	18,417	8,215	15,581	20,555	13,901
平成18年度	15,433	13,017	14,127	16,270	31,504	18,472	8,347	15,568	20,387	13,803
平成19年度①	15,314	12,887	13,485	16,143	31,420	18,034	8,445	15,740	20,005	13,703
平成20年度②	15,160	12,643	13,606	15,834	31,259	18,181	8,482	15,618	19,897	13,436
②-①	▲154	▲244	121	▲309	▲162	147	38	▲122	▲108	▲266

表28-2 入院外 主たる診療科別 医科診療所 1施設当たり受診延日数の伸び率（対前年度比）

	医科診療所									
	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他	
平成13年度	▲0.5	▲0.2	1.7	▲2.3	▲1.3	0.3	2.0	▲2.5	▲1.1	▲1.0
平成14年度	▲1.9	▲1.5	▲1.9	▲3.5	▲0.9	▲2.6	▲0.1	▲3.8	▲3.2	▲3.6
平成15年度	▲1.5	▲2.0	▲1.6	▲2.6	▲1.3	0.6	▲1.4	▲1.4	▲2.0	▲1.4
平成16年度	0.3	0.7	▲0.1	▲0.9	▲0.8	0.4	▲0.4	▲0.1	1.4	▲0.8
平成17年度	▲0.6	▲1.4	▲2.4	▲1.1	1.1	▲0.8	0.4	0.4	▲0.6	▲1.5
平成18年度	▲0.0	0.0	2.1	▲1.0	▲1.3	0.3	1.6	▲0.1	▲0.8	▲0.7
平成19年度	▲0.8	▲1.0	▲4.5	▲0.8	▲0.3	▲2.4	1.2	1.1	▲1.9	▲0.7
平成20年度	▲1.0	▲1.9	0.9	▲1.9	▲0.5	0.8	0.4	▲0.8	▲0.5	▲1.9

最近の調剤医療費(電算処理分)の動向の概要 ～平成20年度版～

1. 調剤医療費の全数と電算処理分の比較

平成20年度の電算処理割合は、医療費ベース、処方せん枚数ベースとも9割を超えている。処方せん1枚当たり調剤医療費について、調剤レセプト全体と電算処理分を比較すると、その差は0.1%と小さい。

表1 調剤医療費の全数と電算処理分の比較

	平成	実数				対前年度比(%)		
		17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
全数	調剤医療費(億円)	45,927	47,468	51,673	54,402	3.4	8.9	5.3
	処方せん枚数(万枚)	66,363	68,955	70,739	72,008	3.9	2.6	1.8
	1枚当たり調剤医療費(円)	6,921	6,884	7,305	7,555	▲0.5	6.1	3.4
	電算化率(%)	55.9	70.2	80.9	91.2	—	—	—
電算処理分	調剤医療費(億円)	25,658	33,305	41,803	49,630	29.8	25.5	18.7
	処方せん枚数(万枚)	36,777	48,106	57,089	65,638	30.8	18.7	15.0
	1枚当たり調剤医療費(円)	6,977	6,923	7,322	7,561	▲0.8	5.8	3.3
	電算処理分/全数	1.008	1.006	1.002	1.001	—	—	—

2. 調剤医療費の内訳

処方せん1枚当たり調剤医療費(以下、電算処理分に限る。)の内訳をみると、技術料の割合が26.2%、薬剤料の割合が73.6%となっている。

対前年度比は、技術料が3.1%、薬剤料が3.3%となっており、処方せん1枚当たり調剤医療費全体では3.3%となっている。

表2 処方せん1枚当たり調剤医療費の内訳

	平成	実数				対前年度比(%)		
		17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
調剤医療費(円)	6,977	6,923	7,322	7,561	▲0.8	5.8	3.3	
技術料(円)	1,897	1,901	1,924	1,984	0.2	1.2	3.1	
構成割合(%)	27.2	27.5	26.3	26.2	—	—	—	
薬剤料(円)	5,069	5,011	5,387	5,565	▲1.2	7.5	3.3	
構成割合(%)	72.7	72.4	73.6	73.6	—	—	—	
内服薬薬剤料(円) (再掲)	4,301	4,245	4,573	4,713	▲1.3	7.7	3.0	
特定保険医療材料料(円)	10	11	12	12	7.5	8.2	3.7	
構成割合(%)	0.1	0.2	0.2	0.2	—	—	—	

3. 年齢階級別の状況

処方せん1枚当たり調剤医療費を年齢階級別にみると、年齢とともに高くなり、75歳以上では9,491円と、0歳以上5歳未満の3,005円の約3倍となっている。
対前年度比は、比較的高齢層で伸び率の低下幅が大きい。

表3 年齢階級別処方せん1枚当たり調剤医療費

平成	実数(円)				対前年度比(%)		
	17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
総数	6,977	6,923	7,322	7,561	▲0.8	5.8	3.3
0歳以上5歳未満	2,892	2,865	2,929	3,005	▲0.9	2.2	2.6
5歳以上10歳未満	3,838	3,750	3,875	3,993	▲2.3	3.3	3.1
10歳以上15歳未満	4,556	4,359	4,545	4,672	▲4.3	4.3	2.8
15歳以上20歳未満	4,558	4,492	4,694	4,902	▲1.5	4.5	4.4
20歳以上25歳未満	4,668	4,604	4,828	5,042	▲1.4	4.9	4.4
25歳以上30歳未満	4,892	4,856	5,103	5,316	▲0.7	5.1	4.2
30歳以上35歳未満	5,193	5,167	5,430	5,667	▲0.5	5.1	4.4
35歳以上40歳未満	5,664	5,643	5,957	6,231	▲0.4	5.6	4.6
40歳以上45歳未満	6,230	6,195	6,535	6,828	▲0.6	5.5	4.5
45歳以上50歳未満	6,824	6,767	7,120	7,376	▲0.8	5.2	3.6
50歳以上55歳未満	7,351	7,275	7,635	7,881	▲1.0	5.0	3.2
55歳以上60歳未満	7,828	7,751	8,133	8,345	▲1.0	4.9	2.6
60歳以上65歳未満	8,065	7,998	8,423	8,665	▲0.8	5.3	2.9
65歳以上70歳未満	8,290	8,192	8,600	8,817	▲1.2	5.0	2.5
70歳以上75歳未満	8,552	8,446	8,875	9,111	▲1.2	5.1	2.7
75歳以上	8,817	8,751	9,220	9,491	▲0.7	5.4	2.9

4. 処方せん1枚当たり薬剤料の3要素分解

内服薬の処方せん1枚当たり薬剤料4,706円を、処方せん1枚当たり薬剤種類数、投薬日数、1種類1日当たり薬剤料に分解すると、各々2.85、18.8日、88円となっている。

また、内服薬の処方せん1枚当たり薬剤料の伸び率3.0%を、処方せん1枚当たり薬剤種類数の伸び率、投薬日数の伸び率、1種類1日当たり薬剤料の伸び率に分解すると、各々0.8%、5.3%、▲3.0%となっている。処方せん1枚当たり薬剤料の伸びは、投薬日数の伸びの影響が大きい。

表4 内服薬 処方せん1枚当たり薬剤料の3要素分解

平成	実数				対前年度比(%)		
	17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
内服薬 処方せん1枚当たり薬剤料(円)	4,296	4,243	4,571	4,706	▲1.2	7.7	3.0
処方せん1枚当たり薬剤種類数	2.77	2.80	2.83	2.85	1.0	1.1	0.8
投薬日数(日)	16.7	17.3	17.9	18.8	3.2	3.5	5.3
1種類1日当たり薬剤料(円)	93	88	90	88	▲5.3	2.9	▲3.0

5. 薬効分類別の状況(1)(処方せん1枚当たり薬剤料)

内服薬の処方せん1枚当たり薬剤料を薬効大分類別にみると、循環器官用薬が1,371円と最も高く、次いで中枢神経系用薬が596円となっている。対前年度比は、血液・体液用薬が8.3%で最も高く、抗生物質製剤が▲5.3%で最も低い。

表5 内服薬 薬効分類別処方せん1枚当たり薬剤料

	平成				対前年度比(%)		
	17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
内服薬 総数	4,296	4,243	4,571	4,706	▲1.2	7.7	3.0
11 中枢神経系用薬	485	500	555	596	3.2	11.1	7.2
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	74	74	78	84	▲0.5	5.2	7.3
114 解熱鎮痛消炎剤	81	76	81	84	▲5.4	6.5	3.9
116 抗パーキンソン剤	61	60	62	62	▲2.0	2.7	1.3
117 精神神経用剤	168	183	209	220	8.7	14.3	5.1
119 その他の中枢神経系用薬	71	78	95	113	10.1	21.6	19.0
21 循環器官用薬	1,276	1,260	1,360	1,371	▲1.3	7.9	0.9
212 不整脈用剤	92	85	87	84	▲7.0	2.3	▲4.0
214 血圧降下剤	532	546	605	614	2.6	10.9	1.6
217 血管拡張剤	286	275	286	275	▲3.9	4.0	▲3.8
218 高脂血症用剤	283	272	294	309	▲4.0	8.2	5.0
22 呼吸器官用薬	90	82	78	74	▲8.7	▲4.3	▲5.3
23 消化器官用薬	470	457	487	492	▲2.9	6.8	0.9
232 消化性潰瘍用剤	357	341	364	366	▲4.5	7.0	0.5
239 その他の消化器官用薬	53	54	58	60	2.7	7.1	2.7
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	114	111	125	134	▲3.0	13.0	6.7
31 ビタミン剤	115	108	111	106	▲6.4	2.5	▲3.8
32 滋養強壮薬	57	58	62	64	1.0	7.0	2.9
325 蛋白アミノ酸製剤	50	50	54	56	1.2	7.5	3.3
33 血液・体液用薬	224	229	260	281	1.8	13.6	8.3
39 その他の代謝性医薬品	405	420	471	490	3.6	12.1	4.2
396 糖尿病用剤	151	158	179	187	4.6	13.0	4.9
399他に分類されない代謝性医薬品	172	180	207	221	5.0	14.5	6.9
42 腫瘍用薬	208	215	233	243	3.0	8.3	4.5
422 代謝拮抗剤	82	78	79	76	▲3.9	1.2	▲3.7
429 その他の腫瘍用薬	122	131	146	159	7.3	11.5	8.6
44 アレルギー用薬	312	300	324	341	▲4.0	8.1	5.2
52 漢方製剤	88	86	93	98	▲1.6	8.1	5.4
61 抗生物質製剤	171	161	157	149	▲5.5	▲2.5	▲5.3
613グラム陽性・陰性菌に作用するもの	89	79	77	73	▲11.4	▲2.8	▲5.3
614グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	72	73	70	66	0.3	▲3.2	▲6.4
62 化学療法剤	194	176	173	182	▲9.1	▲1.6	5.2
624 合成抗菌剤	53	52	54	52	▲2.9	4.3	▲3.3
625 抗ウイルス剤	75	70	70	81	▲6.6	▲0.0	15.1

注)表示していない項目(薬効)があるので、内訳を足し上げても総数と一致しない。

6. 薬効分類別の状況(2)(処方せん1枚当たり薬剤種類数)

内服薬の処方せん1枚当たり薬剤種類数を薬効大分類別にみると、循環器官用薬が0.60と最も多く、次いで消化器官用薬が0.49となっている。対前年度比は、漢方製剤が6.5%で最も高く、抗生物質製剤が▲2.1%で最も低い。

表6 内服薬 薬効分類別処方せん1枚当たり薬剤種類数

	平成				対前年度比(%)		
	17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
内服薬 総数	2.77	2.80	2.83	2.85	1.0	1.1	0.8
11 中枢神経系用薬	0.44	0.45	0.46	0.45	1.7	2.6	▲1.5
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	0.14	0.14	0.15	0.14	2.8	3.2	▲3.5
114 解熱鎮痛消炎剤	0.11	0.11	0.11	0.10	▲0.8	▲0.2	▲0.9
116 抗パーキンソン剤	0.02	0.02	0.02	0.02	▲0.4	1.0	▲2.7
117 精神神経用剤	0.12	0.12	0.13	0.13	4.3	4.3	▲0.4
119 その他の中枢神経系用薬	0.01	0.01	0.01	0.01	12.3	16.6	14.6
21 循環器官用薬	0.55	0.56	0.58	0.60	2.0	3.1	3.1
212 不整脈用剤	0.03	0.03	0.03	0.03	▲3.0	▲0.1	▲0.5
214 血圧降下剤	0.17	0.18	0.19	0.20	4.8	5.4	5.6
217 血管拡張剤	0.16	0.16	0.17	0.17	0.2	0.7	0.4
218 高脂血症用剤	0.09	0.09	0.10	0.11	4.2	7.0	7.8
22 呼吸器官用薬	0.29	0.29	0.27	0.27	▲1.3	▲4.7	▲1.7
23 消化器官用薬	0.49	0.50	0.50	0.49	1.1	0.3	▲1.1
232 消化性潰瘍用剤	0.25	0.25	0.25	0.25	0.1	0.4	▲0.5
239 その他の消化器官用薬	0.04	0.04	0.04	0.04	6.0	1.0	▲3.1
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	0.03	0.03	-0.03	0.03	7.4	4.0	4.6
31 ビタミン剤	0.10	0.10	0.10	0.10	▲1.5	1.4	0.7
32 滋養強壮薬	0.02	0.02	0.02	0.02	0.8	1.8	0.5
325 蛋白アミノ酸製剤	0.00	0.00	0.00	0.00	6.1	7.0	6.3
33 血液・体液用薬	0.11	0.12	0.12	0.13	4.1	4.7	4.3
39 その他の代謝性医薬品	0.18	0.19	0.20	0.21	4.6	5.1	3.3
396 糖尿病用剤	0.07	0.07	0.08	0.08	8.5	7.1	6.1
399他に分類されない代謝性医薬品	0.03	0.04	0.04	0.05	10.7	16.3	7.5
42 腫瘍用薬	0.01	0.01	0.01	0.01	0.3	0.4	0.2
422 代謝拮抗剤	0.00	0.00	0.00	0.00	▲3.8	▲2.7	▲3.8
429 その他の腫瘍用薬	0.00	0.00	0.00	0.00	4.1	2.6	3.4
44 アレルギー用薬	0.20	0.20	0.20	0.21	▲0.3	0.2	2.4
52 漢方製剤	0.05	0.05	0.05	0.06	2.4	7.3	6.5
61 抗生物質製剤	0.14	0.14	0.13	0.13	▲1.2	▲4.3	▲2.1
613グラム陽性・陰性菌に作用するもの	0.09	0.08	0.08	0.08	▲5.5	▲4.0	▲2.9
614グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	0.05	0.05	0.05	0.05	7.5	▲4.2	▲0.2
62 化学療法剤	0.04	0.04	0.04	0.04	▲3.8	▲5.3	3.6
624 合成抗菌剤	0.02	0.02	0.02	0.02	3.8	1.6	▲2.5
625 抗ウイルス剤	0.01	0.01	0.01	0.01	▲16.6	▲21.0	18.5

注)表示していない項目(薬効)があるので、内訳を足し上げても総数と一致しない。

7. 薬効分類別の状況(3)(投薬日数)

内服薬の薬効分類別投与日数を薬効大分類別にみると、最も長いのは腫瘍用薬の32.5日であり、最も短いのは抗生物質製剤の5.7日である。対前年度比は、中枢神経系用薬が10.1%で最も高く、呼吸器官用薬が1.6%で最も低い。

表7 内服薬 薬効分類別投薬日数

平成	実数(日)				対前年度比(%)		
	17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
内服薬 総数	16.7	17.3	17.9	18.8	3.2	3.5	5.3
11 中枢神経系用薬	15.6	16.0	16.4	18.0	2.6	2.4	10.1
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	16.0	16.2	16.4	19.4	1.1	0.9	18.7
114 解熱鎮痛消炎剤	11.3	11.6	12.1	12.7	2.9	3.9	4.9
116 抗パーキンソン剤	21.2	21.7	21.8	23.2	2.4	0.5	6.0
117 精神神経用剤	18.7	19.1	19.5	20.8	2.3	2.0	6.6
119 その他の中枢神経系用薬	21.0	21.6	22.1	23.0	2.6	2.4	4.1
21 循環器官用薬	24.1	24.9	25.6	26.5	3.4	2.8	3.7
212 不整脈用剤	24.9	25.7	26.4	27.3	3.1	2.7	3.7
214 血圧降下剤	24.7	25.6	26.3	27.3	3.5	2.8	3.6
217 血管拡張剤	24.3	25.1	25.8	26.7	3.2	2.8	3.6
218 高脂血症用剤	25.2	26.1	26.8	27.9	3.6	2.7	4.0
22 呼吸器官用薬	7.4	7.4	7.6	7.7	0.0	1.5	1.6
23 消化器官用薬	17.2	17.5	18.1	19.0	2.3	3.0	5.3
232 消化性潰瘍用剤	18.5	19.1	19.6	20.5	2.8	2.7	4.6
239 その他の消化器官用薬	15.6	15.8	16.4	17.7	1.2	3.7	7.6
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	24.8	24.8	25.9	27.1	0.2	4.3	4.9
31 ビタミン剤	20.2	20.9	21.5	22.3	3.5	2.7	4.0
32 滋養強壯薬	20.8	21.3	21.8	22.5	2.3	2.2	3.4
325 蛋白アミノ酸製剤	17.7	18.0	18.4	18.9	2.0	1.8	2.9
33 血液・体液用薬	22.0	22.7	23.3	24.2	3.1	2.8	3.6
39 その他の代謝性医薬品	19.8	20.6	20.8	21.2	4.0	1.3	1.8
396 糖尿病用剤	25.8	26.6	27.4	28.4	3.2	3.1	3.6
399他に分類されない代謝性医薬品	20.1	20.1	17.6	15.5	▲0.0	▲12.2	▲11.8
42 腫瘍用薬	28.7	29.9	31.3	32.5	4.2	4.4	4.0
422 代謝拮抗剤	21.7	21.5	21.0	20.5	▲0.9	▲2.4	▲2.0
429 その他の腫瘍用薬	35.9	37.8	40.3	42.2	5.3	6.6	4.7
44 アレルギー用薬	11.6	11.9	12.3	13.0	2.5	4.1	5.6
52 漢方製剤	16.1	16.5	16.9	17.7	2.5	2.7	4.5
61 抗生物質製剤	5.4	5.5	5.6	5.7	1.5	2.2	2.1
613グラム陽性・陰性菌に作用するもの	4.2	4.3	4.3	4.4	1.2	1.1	1.3
614グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	6.7	6.7	6.9	7.1	▲0.5	3.5	2.5
62 化学療法剤	8.6	8.8	9.1	9.5	2.9	3.6	4.1
624 合成抗菌剤	5.2	5.2	5.2	5.3	▲0.4	0.4	1.6
625 抗ウイルス剤	5.7	6.5	7.6	7.8	14.5	18.0	2.5

(注)表示していない項目(薬効)がある。

8. 薬効分類別の状況(4)(1種類1日当たり薬剤料)

内服薬の1種類1日当たり薬剤料を薬効大分類別にみると、最も高いのは腫瘍用薬の1,266円であり、最も低いのは呼吸器官用薬の36円である。

対前年度比は、腫瘍用薬が0.3%で最も高く、ビタミン剤が▲8.1%で最も低い。

表8 内服薬 薬効分類別1種類1日当たり薬剤料

平成	実数(円)				対前年度比(%)		
	17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
内服薬 総数	93	88	90	88	▲5.3	2.9	▲3.0
11 中枢神経系用薬	71	70	74	73	▲1.2	5.7	▲1.2
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	34	32	33	31	▲4.3	1.1	▲6.4
114 解熱鎮痛消炎剤	67	62	64	64	▲7.3	2.8	▲0.0
116 抗パーキンソン剤	151	145	147	144	▲3.9	1.1	▲1.8
117 精神神経用剤	77	78	84	83	1.9	7.4	▲1.1
119 その他の中枢神経系用薬	442	423	430	429	▲4.4	1.7	▲0.2
21 循環器官用薬	96	90	92	87	▲6.3	1.8	▲5.7
212 不整脈用剤	129	120	119	111	▲7.0	▲0.2	▲7.0
214 血圧降下剤	125	119	121	113	▲5.4	2.4	▲7.1
217 血管拡張剤	72	67	67	62	▲7.1	0.4	▲7.6
218 高脂血症用剤	126	112	110	103	▲11.1	▲1.5	▲6.3
22 呼吸器官用薬	41	38	38	36	▲7.5	▲1.1	▲5.2
23 消化器官用薬	56	53	54	53	▲6.2	3.3	▲3.1
232 消化性潰瘍用剤	76	71	73	71	▲7.3	3.7	▲3.4
239 その他の消化器官用薬	88	85	87	85	▲4.2	2.2	▲1.5
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	161	145	151	147	▲9.8	4.2	▲2.7
31 ビタミン剤	55	51	50	46	▲8.1	▲1.6	▲8.1
32 滋養強壯薬	115	112	116	114	▲2.1	2.9	▲1.0
325 蛋白アミノ酸製剤	734	687	678	640	▲6.5	▲1.3	▲5.6
33 血液・体液用薬	90	85	90	90	▲5.1	5.6	0.3
39 その他の代謝性医薬品	113	108	113	112	▲4.8	5.3	▲0.9
396 糖尿病用剤	90	84	86	82	▲6.6	2.2	▲4.6
399他に分類されない代謝性医薬品	246	233	262	295	▲5.1	12.2	12.8
42 腫瘍用薬	1,240	1,221	1,262	1,266	▲1.5	3.4	0.3
422 代謝拮抗剤	1,459	1,469	1,564	1,598	0.7	6.5	2.2
429 その他の腫瘍用薬	1,147	1,122	1,144	1,147	▲2.1	1.9	0.3
44 アレルギー用薬	132	124	128	125	▲6.0	3.6	▲2.8
52 漢方製剤	111	104	102	97	▲6.1	▲1.9	▲5.4
61 抗生物質製剤	223	210	210	199	▲5.8	▲0.3	▲5.2
613グラム陽性・陰性菌に作用するもの	241	223	223	215	▲7.5	0.1	▲3.8
614グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	226	212	207	189	▲6.2	▲2.4	▲8.5
62 化学療法剤	576	529	531	518	▲8.2	0.3	▲2.5
624 合成抗菌剤	501	470	481	470	▲6.2	2.3	▲2.3
625 抗ウイルス剤	1,259	1,232	1,320	1,252	▲2.1	7.1	▲5.2

(注)表示していない項目(薬効)がある。

9. 薬効分類別の状況(5)(後発医薬品割合(薬剤料ベース))

内服薬の薬効大分類別に薬剤料ベースでみた後発医薬品割合は、ビタミン剤の44.6%が最も高く、次いで呼吸器官用薬が14.2%となっている。

対前年度差は、消化器官用薬が1.4%ポイントで最も高く、泌尿生殖器官および肛門用薬が▲0.6%ポイントで最も低い。

表9 内服薬 後発医薬品割合(薬剤料ベース)

平成	実数(%)				対前年度差(%ポイント)		
	17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
内服薬 総数	4.6	5.2	5.5	6.3	0.6	0.3	0.8
11 中枢神経系用薬	2.3	2.4	2.6	3.0	0.2	0.1	0.5
112 催眠鎮静剤、抗不安剤	3.0	3.6	4.1	5.0	0.5	0.5	0.8
114 解熱鎮痛消炎剤	4.3	4.9	5.1	5.8	0.6	0.2	0.7
116 抗パーキンソン剤	2.0	2.3	2.5	2.8	0.3	0.2	0.3
117 精神神経用剤	1.2	1.2	1.5	2.1	0.0	0.2	0.7
119 その他の中枢神経系用薬	0.2	0.2	0.2	0.2	0.0	▲0.0	▲0.0
21 循環器官用薬	2.7	3.2	3.4	4.7	0.5	0.2	1.3
212 不整脈用剤	3.4	3.7	4.1	5.0	0.3	0.4	0.9
214 血圧降下剤	1.0	1.2	1.3	1.5	0.2	0.1	0.2
217 血管拡張剤	1.5	2.1	2.6	7.4	0.6	0.5	4.9
218 高脂血症用剤	5.3	6.3	6.4	6.7	1.0	0.2	0.2
22 呼吸器官用薬	13.2	13.4	13.2	14.2	0.2	▲0.3	1.1
23 消化器官用薬	6.5	7.9	8.5	9.9	1.3	0.6	1.4
232 消化性潰瘍用剤	4.2	5.3	5.9	7.3	1.2	0.6	1.3
239 その他の消化器官用薬	1.2	1.3	1.2	1.4	0.1	▲0.1	0.2
25 泌尿生殖器官および肛門用薬	3.6	5.4	4.9	4.4	1.8	▲0.5	▲0.6
31 ビタミン剤	41.9	42.6	43.4	44.6	0.8	0.7	1.2
32 滋養強壮薬	2.0	2.3	2.2	2.7	0.3	▲0.1	0.5
325 蛋白アミノ酸製剤	1.5	1.7	1.5	1.8	0.2	▲0.2	0.3
33 血液・体液用薬	6.6	7.4	7.5	8.3	0.9	0.1	0.8
39 その他の代謝性医薬品	4.1	5.3	5.7	6.7	1.2	0.4	1.0
396 糖尿病用剤	2.7	4.8	5.6	7.4	2.1	0.8	1.7
399他に分類されない代謝性医薬品	1.8	2.8	3.2	3.7	1.0	0.3	0.5
42 腫瘍用薬	1.3	1.3	1.3	1.4	▲0.0	▲0.0	0.1
422 代謝拮抗剤	0.1	0.1	0.1	0.0	▲0.0	▲0.0	▲0.0
429 その他の腫瘍用薬	2.1	2.0	1.9	2.0	▲0.1	▲0.1	0.1
44 アレルギー用薬	2.9	2.9	3.6	4.6	0.0	0.7	0.9
52 漢方製剤	—	—	—	—	—	—	—
61 抗生物質製剤	1.1	2.5	4.1	5.0	1.4	1.6	0.9
613 グラム陽性・陰性菌に作用するもの	1.2	1.4	1.9	2.2	0.3	0.4	0.3
614 グラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの	0.4	3.3	6.4	8.0	2.9	3.1	1.6
62 化学療法剤	4.1	4.9	5.5	5.6	0.8	0.5	0.1
624 合成抗菌剤	0.9	1.0	1.2	1.0	0.0	0.2	▲0.2
625 抗ウイルス剤	4.7	4.5	3.7	2.7	▲0.3	▲0.7	▲1.0

注)表示していない項目(薬効)がある。

10. 参考:後発医薬品割合(数量ベース)

数量ベースでみた後発医薬品割合は18.0%となっており、対前年度差は1.9%ポイントとなっている。

表10 参考:後発医薬品割合(数量ベース)

平成	実数(%)				対前年度差(%ポイント)		
	17年度	18年度	19年度	20年度	18年度	19年度	20年度
後発医薬品割合(数量ベース)	14.1	15.4	16.1	18.0	1.3	0.7	1.9