

2010年7月28日 第176回中央社会保険医療協議会総会議事録

日時 平成22年7月28日(水) 10:59～12:35

場所 厚生労働省講堂

出席者

遠藤久夫会長 牛丸聡委員 小林麻理委員 関原健夫委員 白石小百合委員
森田朗委員

小林剛委員 白川修二委員 中島圭子委員 勝村久司委員 北村光一委員

田中伸一委員(代理 清水) 伊藤文郎委員

安達秀樹委員 嘉山孝正委員 鈴木邦彦委員 西澤寛俊委員

邊見公雄委員(代理 渡邊) 渡辺三雄委員 三浦洋嗣委員

藤原忠彦専門委員 北村善明専門委員 坂本すが専門委員 住友雅人専門委員

<参考人>

松本純夫保険医療材料専門組織委員長

<事務局>

外口保険局長 唐澤審議官 佐藤医療課長 迫井医療課企画官

渡辺保険医療企画調査室長 磯部薬剤管理官 上條歯科医療管理官 他

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

DPCについて

- ・平成22年度の特別調査について
- ・平成21年度調査の追加集計について

歯科用貴金属価格の随時改定について

今後の議論の進め方について

その他

議事

遠藤会長

それでは、委員の皆様御着席になりましたので、ただいまより第176回中央社会保険医療協議会総会を開催いたします。

まず、委員の出席状況でございますが、本日は田中委員の代理で全日本海員組合の清水保さんが、また、遠見委員の代理で全国公私病院連盟の渡邊古志郎さんがおみえになっておられます。よろしく申し上げます。

それでは、議事に入らせていただきます。

まず、医療機器の保険適用について議題といたします。

まず、新機能について保険医療材料専門組織の松本委員長より御説明をお願いしたいと思います。松本委員長、よろしく申し上げます。

松本保険医療材料専門組織委員長

それでは、説明いたします。

今回の医療機器の保険適用新機能、いわゆるC1が2つです。中医協の総-1-1の資料をごらんください。

販売名はEON Mini Dual 8 ニューロスティミュレータ、それからTripole 16 リードであります。本品は薬物及び神経ブロック等により十分な鎮痛が得られない慢性難治性疼痛を有する患者に使用します。脊髄刺激装置とそのリードです。

製品概要をごらんください。従来にも同様の製品はありましたが、本品は刺激電極が8極から16極にふえたことによって、より広い範囲で多彩な刺激パターンを提供できます。また、充電機能があり、患者自身が充電を行うことによって刺激装置の交換期間を従前の3年程度から10年以上に延長にすることが可能となりました。また、リードも従前の8極から16極にふえ、より広い範囲で適切な疼痛部位への刺激を可能としました。

本品につきましては、EON Mini Dual 8 ニューロスティミュレータについて087埋込型脳・脊髄電気刺激装置(2)疼痛除去用(8極用)を類似機能区分とし、また、有用性加算25%を算定して182万円、また、Tripole 16 リードについては086脊髄刺激装置リードセットを類似機能区分とし、また有用性加算5%を算定して35万7,000円という価格設定をいたしました。外国平均価格はそれぞれ211万4,370円及び46万1,600円であり、0.86倍、0.77倍となっております。

続きまして、トルナスLXについて説明いたします。

製品概要をごらんください。本品は四肢の動脈やシャントなど血管の狭窄部に経皮的血管形成術を実施する際に使用します。ガイドワイヤだけでは狭窄部が通過しにくい症例に対して、ガイドワイヤを補助することで狭窄部の通過をより容易にします。これと同等の

製品としては冠動脈の狭窄部に対して適応を有するものが保険適用されているところであり、本品につきましては、130心臓手術用カテーテル(2)冠動脈狭窄部貫通用カテーテルを類似機能区分とし、加算なしで5万1,200円という価格設定をいたしました。外国における販売実績はありません。

以上、2製品でございます。

遠藤会長

ありがとうございます。ただいま御報告いただきました両方ともC1に該当します医療機器でありますけれども、御質問、御意見ございますでしょうか。

嘉山委員、どうぞ。

嘉山委員

さっきと関連するんですが、やっぱり価格差のことは大きいので、デバイスラグが起きるという要素にかなり可能性がかかっているんじゃないかというのがこの総-1-1のニューロスティミュレータですが、その下のリードにしても1を切っているんで、内外価格差が0.86と0.77なんですけれども、企業としては耐えられるんですね、これで。耐えられるなら平気なんでしょうけれども。

遠藤会長

もちろんそうです。この確認をして販売申請をしているわけですから。

嘉山委員

だから、そういう意味で去年、22年度の改定のときに、基本的にこの価格差はたしか2年でしたよね。2年間で見ると。我々としては、私は1年のほうがいいんじゃないかと言ったんですが、変わるとにちゃんと値段を合わせていったほうがいいんじゃないかという提案をしたんですが、たしか2年、業界の方の希望で2年になったんですが、それは円高だからなんです。これ円安になったら余り長くなると、今度は短くしようということ、そこを心配してさっき価格差の話をちょっとしたんです。これ0.8、耐えられるんでしょうけれども、まだこれでも。これで余りにも外国と比べて日本が安くなっちゃえば、これ輸入しないということになってしまうと、そこでデバイスラグが起きるわけで、その

ことをさっき心配してお話ししたんですけれどもね。大丈夫なんですね。

遠藤会長

まず、嘉山委員の御発言は基本的にこのレートの換算期間をもう少し短縮したほうがいいと、直近に合わせたほうがいいというお考え……

嘉山委員

ですから、3ページにレートを書いてありますよね。

遠藤会長

現在94円で算定していますが、今は87円ぐらいですからね。という話なんですけど、ただ、その議論は今回の議論といいますよりも、先ほどの材料専門部会での議論という形で、これまで随分議論されてきたことですので。

嘉山委員

会長のおっしゃるとおりで、私は今補足という意味でお話ししました。

遠藤会長

分かりました。そういう問題提起があったということで、材料専門組織のほうでまた御議論いただきたいと思っておりますけれども、企画官、どうぞ。

事務局（迫井医療課企画官）

1点だけ事実関係で御説明させていただきますと、先般22年改定で対応した中で、嘉山委員御指摘のようなレートの比較のレンジといいますか期間につきましては、価格改定につきましては2年間ですが、新規収載品に関しましては、過去1年間ということで短縮をさせていただいているところでございます。

以上でございます。

遠藤会長

ありがとうございます。ここで言うと21年2月から22年1月ということで1年間と

いうことで計算したということです。

ただいま御報告ありました機器についていかがでございますでしょうか。

特段御質問がないということであれば、ただいま御報告のあったとおりで中医協として承認したいと思いますけれども、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは、報告のあったとおり中医協として承認したいと思います。

松本委員長におかれましては、長期間どうもありがとうございました。

〔松本委員長退席〕

遠藤会長

次に、今月1日から保険適用されましたものにつきまして、事務局から報告をしていただきたいと思います。これは定例報告ということになりますけれども、企画官、どうぞ。

事務局（迫井医療課企画官）

ごくごく簡単に御説明いたします。総 - 1 - 2の資料、横表でございますが、定例で御報告はさせていただいているものでございます。

平成22年7月1日から保険適用になったもののリストでございますが、1ページ目が特定包括と言われております診療報酬上の技術量等で評価されておりますA2と言われていた区分のもののリストが1ページ目でございます。

次、2ページ目が既存の機能区分に該当いたします材料価格を設定いたしております区分Bと言われていたものでございまして、2ページから3ページにかけて、平成22年7月1日から適用になってございます。

おめくりいただきまして、4ページでございますが、新規の保険適用となりましたいわゆる区分C1、C2と言われていたものがこの一覧表でございます。

5ページの最後に歯科に係るものでございまして、上半分、上の4行ほどがA2と言われております特定包括、それからその残りが区分Bと言われていたものでございます。

事務局からは以上でございます。

遠藤会長

ありがとうございます。ただいま御報告がありましたけれども、御質問、御意見ございますか。

特に御意見ないということであれば、本件に係る質疑はこのあたりにしたいと思います。

それでは、引き続きまして、先進医療専門家会議の検討結果等について議題としたいと思います。事務局から資料が提出されておりますので、説明をお願いしたいと思います。医療課企画官、どうぞ。

事務局（迫井医療課企画官）

お手元の資料総 - 2 をごらんいただきたいと思います。

今回先進医療専門家会議におきます検討の結果、保険併用が可能な評価療養として認めていくということで御報告させていただく案件が、合計3点ございます。まず3件のうちの1件目がいわゆる第二項と言われております先進医療でございます。1ページ目、横表でまず簡単に御説明いたします。

技術名はIL28Bの遺伝子型測定によるインターフェロン治療効果予測でございます。適応となる疾患等は、C型慢性肝炎、ただしインターフェロン・リバビリン併用療法の適応のあるものに限るということでございます。技術の概要はおめくりいただきまして、2ページ目の先進性というところの欄で大体御説明できると思います。この総 - 2 の2ページ目の資料、肩に別紙1と書いてございますが、IL28Bの遺伝子型測定によるインターフェロン治療効果予測という内容でございます。先進性のところに書いてございますが、C型慢性肝炎に対する高ウイルス療法といたしまして、ペグインターフェロン + リバビリンという治療法がございます。日本人に最も多い型がセログループ1型高ウイルス量の症例でございますけれども、このうちの50%程度しか根治ができないということがございます。20%程度はペグインターフェロン とリバビリン療法が全く功を奏しないというのが実態でございます。

おめくりいただきまして、5ページにポンチ絵がございます。カラーになっております横表のポンチ絵で、別紙1と書いてございますけれども、こういったことかといいますと、今お話をしましたように、有効となるもの、感受性遺伝子を持っているという方が大体80%、抵抗性遺伝子を持っておられるという方が大体20%程度と言われておりますけれども、もともとこのインターフェロン療法、ペグインターフェロン + リバビリン療法が有効か無効であるかということが一定程度事前に予測できるのであれば、こういった治療を

余り効果が期待できないものを続けるということは避けられるということで非常に有用性が期待できる検査でございます。ここに書いてございますような大体流れをうまく事前に予測することで、高い確率で予測が可能だということでございます。

もとの資料に戻っていただきまして、2ページでございますけれども、こういった治療効果予測につきましては、さまざまあるのですが、今回発見されましたインターフェロンの一種で19番染色体上にありますこのIL28Bと言われております領域の遺伝子多型、これによりまして今お話ししましたように、的中率80から90%で治療効果の予測ができるという趣旨のものでございます。

3ページに最終的に御評価いただきました概略がまとめてございます。今回の治療予測につきましては、適応症とか有効性につきまして妥当であると。それから、従来の技術を用いるよりもやや有効であるというようなことでございます。ざっと見ていただきまして、現時点の普及性は当然新規の技術でございますので、普及していないというようなことが御評価いただいております。総合判定は適でございます。それから、コメントのところにも書いてございますが、この考え方自体は臨床の実態といたしましては、一定程度認知されている技術ということでございます。ですから、今後これを保険併用によって実際に臨床の現場で活用していきたいと、こういう趣旨でございます。

1点目が今申し上げました技術でございます。

残り2点続けて御説明させていただきますと、6ページをおめくりいただきまして、横表がでございます。残り2件は第3項と言われております先進医療で、いわゆる高度医療と言われるものでございます。すなわち薬事法上の承認を得ていない薬剤あるいは医療機器等を活用した技術でございます。2点の技術がございまして、整理番号007の残存聴力活用型の人工内耳挿入術、それから整理番号025ですが、脂肪萎縮症に対しますレプチン補充療法でございます。

まず、007の残存聴力活用型の人工内耳挿入術でございますが、その隣のページ、7ページの別紙2と肩に振ってございますが、ここに内容の概略をまとめてございます。この重度感音性の難聴というその疾患につきましては、現在もう既に人工内耳の有効性が認められておりまして、保険適用になってございます。しかしながら、低音部分に残存聴力を現在持っておられるような高音領域の障害によります急墜型あるいは高音障害漸傾型の聴力を示す難聴の患者さんには適応外になっているという実態がございまして、その一方で、従来の補聴器では十分な聴力が困難であるということはなかなか対応が難しいというのが

実態でございます。そこで、この先進技術、先進医療技術というふうには言っておりますが、この技術につきましては、その残存しております聴力を活用しつつ、より障害のある高音障害急墜型あるいは高音障害漸傾型の聴力像を有するようなある一定の難聴患者さんにつきまして、聴力回復を大幅に改善できる期待ができる機器でございまして、概略が14ページ、それから少しページの位置が見にくいんですが、22ページのカラーのポンチ絵がございまして、22ページのカラーのポンチ絵の真ん中辺に解剖の図とございますか、実際にその装置を内耳に含めまして、こういった形で挿入をして装着するというイメージでございまして、手術によって内耳に電極を挿入し、通常的人工内耳より先端が細く、しなやかであると。それから、残存聴力を活用するための専用の体外器、スピーチプロセッサを用いているということでございます。

実際の症例ですが、左側に聴力図が書いてございますけれども、高音域についてはこの矢印が書いてございますが、下のほうがより難聴の程度としては重いということでございます。この横軸が周波数でございまして、左側が低い音、右側が高い音でございまして、高い音の聴力障害が非常に強いと。しかし、低音域である程度聴力が残存しているようなケースにつきまして、この機器を使いますと、右側のようにすべての音域につきまして一定程度の聴力が確保できると、このような機能でございます。

これは薬事法上の承認をまだ得ておりませんで、今後この機器につきましてはこういったことを保険導入を目指して考えているのかということにつきましては、めくっていただきまして24ページにロードマップとして整理をしておりますけれども、現在臨床研究を一定程度行った後に高度医療ということで、今回保険の併用によって一定の評価をしたいということでございます。その後に薬事承認を目指した申請を行うか、あるいはもし申請に至らなければ新たな治験デザイン等々の追加を行っていききたいと、こういう趣旨のものでございます。

戻っていただきまして、資料といたしましては9ページになりますけれども、先進医療専門家会議で最終的な保険併用の評価をいただいております。これが9ページの一覧表でございます。高度医療でございますので、それに先立ちまして、高度医療評価会議でプロトコルだとか症例の臨床研究のデザインだとか、そういった観点での御評価をいただいております。その内容につきましては、10ページより後ろに添付をさせていただいておりますが、詳細は省略させていただきますが、最終的に先進医療専門家会議の御評価といたしましては、適ということでございます。ざっと見ていただきますと、倫理的な問題等は

ないと。それから、当然ですが、まだ普及はしていない。それから保険導入もされている技術との比較につきましては、やや効率的というようなことでございます。

それから、コメント的に書いてございますけれども、仮に将来的に保険収載を行うということ考えた場合には、既に身障認定を受けている対象とそうでない対象で不利益が生じないような配慮が必要だというようなコメントもいただいております。含めまして、今回総合判定で適ということで保険の併用を認めるということで御報告をさせていただいております。

最後もう一件の技術でございます。ページでいきますと25ページになりますが、別紙3と肩に打ってございます。脂肪萎縮症に対するレプチン補充療法でございます。

下の概要を含めまして、その下の先進性というところに書いてございますけれども、脂肪萎縮症の患者さんは全国調査で、推計でございますと非常に少ない100名以下であると言われております。まさに希少の難病であるということでございますけれども、本疾患の適応といたします医薬品といたしましてIGF-1、Insulin-like growth factor-1というものがあるんですけれども、臨床の現場では本疾患に伴う糖尿病や高中性脂肪血症の顕著な改善効果はなくて、有効な治療というふうにはまだ十分言えないというような状況でございました。そこで、この脂肪組織から分泌されますホルモンとしてレプチンが発見されたということで、高い治療効果が期待できるというものでございまして、概要が34ページにポンチ絵で示されているところでございます。

34ページ、横表のポンチ絵でございますが、疾患の大体の状況でございますが、脂肪組織から、健常者におきましては循環血流中にレプチンが放出されますが、萎縮症の罹患者につきましては、それが十分に出てこないということでございまして、それを投与することで改善が期待できると、こういう治療法でございます。ですから、本治療法につきまして、もとの資料に戻っていただきますと、これまで有効な治療法がなかった本疾患に対する先進的な治療法というふう考えられるということで、今回保険併用による一定の評価を行うための保険併用による臨床研究を行いたいと、こういう趣旨でございます。

一番最後の36ページにロードマップということで、今後の対応についての想定されておりますプロセスが示されております。一定の臨床研究が終わりました後に、これは現在継続中でもございますが、高度医療評価で今回保険併用をいたしながら症例の評価、治療の評価を行って、最終的には長期安全性試験等も伴いながら薬事承認を目指して進めたいと。その場合には医師主導の治験を想定されていると、こういう趣旨でございます。

最終的な評価といたしまして、27ページにまとめてございます。ざっと見ていただきますと、倫理的問題等はございません。それから、罹患率、有病率からして、当然のことながら数が少なく普及はしていないということでございますが、もしこれが保険導入されますと、大幅な効率的な効果が期待できるというような趣旨でございまして、特段の問題点はなく適格であると、こういう御評価をいただいております。

以上、簡単でございますが、事務局から3つの技術の御報告をさせていただきます。

遠藤会長

ありがとうございます。第2項先進医療が1件と第3項先進医療が2件ただいま御報告ありましたけれども、これについて中医協として何らかのコメントをすることはできますので、御意見があれば承りたいと思います。

嘉山委員、どうぞ。

嘉山委員

まず、最初のインターフェロンの治療効果予測のいわゆる遺伝子診断ですね、オーダーメイド医療の。これは今後ゲノム科学の発展によってどんどん出てくると思うんですが、先進医療としては、これは承認されたということでもよろしいかと思うんですけれども、例えばこのSNPsの多型なんていうのは、もう数え切れないくらい人間は持っているわけで、それを調べた場合、例えば薬の副作用で100万人に1人くらいというスティーブン・ジョンソンという疾患があるんですが、ほとんど致命的なんですけれども、そういうものを調べる遺伝子診断がこれは出てくると思うんです、どんどん。どういう基準で先進医療として認めても、その後保険診療として採択する基準に関するお考えを、事務局としては持っているのかどうかをちょっとまずお聞きしたいのですが。

遠藤会長

遺伝子診断を保険診療に入れるときの考え方と。遺伝子診断といってもものによっていろいろあるかと思うんですけれども、1つには既に保険収載されている遺伝子診断、それがどんなものがあるのか、ないのか。あるとすればどんなものがあるのかということと、それから基本的な考え方、恐らくは個別、個別の議論をしていくことになるのだろうと、中医協でやることになるのだろうと思いますけれども、どのような考え方がベースに

これまであったのか、なかったのか。その辺についてもし今分かるようなことがあればお知らせいただきたいと思います。ちょっとお時間をください。

医療課企画官、どうぞ。

事務局（迫井医療課企画官）

今回改定で導入されたものも含めまして、遺伝学的検査というものの評価がございまして。これは4,000点というふうになっておりますが、合計で15疾患が対象となっております。ちなみに今回改定では2つそのうち入っております、ハンチントン舞蹈病、それから球脊髄性筋萎縮症、この2つの疾患を対象とした適応になってございます。

それから、考え方がございまして、会長が今御指摘のとおり、最終的な保険の適用に当たりましては、普及性とか、それからさまざまな社会的なファクターも含めまして、それから効率的かどうか。既存の治療との比較、さまざまなファクターから比較検討の後、中医協で決定をいただくということでございまして、全体を通じての基本的な考え方を今申し上げたような内容がベースで、個別に御検討いただくというのが実態であろうというふうに理解しております。

事務局からは以上でございまして。

遠藤会長

ありがとうございます。新技術の保険適用においては、医療技術評価分科会で作っております評価の考え方がありますので、それを個別に見ながら議論してきたということですから、そういう意味では遺伝子診断であるからといって、特別な基準を設けたということでは必ずしもないわけですが、ただ、例えば診断はできるけれども治療法がないとか、さまざまなケースが出てくる場合がありますので、そういう場合については恐らくここで個別議論ということになっていくんだろうと考えます。

嘉山委員、どうぞ。

嘉山委員

ちょっと答えがずれていたもので、迫井先生の近代医学をちょっともう一回勉強したほうがいいと思うんだけど、あなたが言っているのは遺伝病なんですよ。これはSNPsだから全くレベルが違う話なんです。だから、ハンチントンとかそういうのはある遺伝子

が完全に素因がいる遺伝病ですね。そうじゃなくて、これは普通の人のある遺伝子の中の塩基が1つか2つ変わっているということが起きるといことで、レベルが全然違うんですよ。だから数がすごくふえちゃう、このSNPsの変化というのは、遺伝病ではないんですよ、私が言っているのは、これは完全に遺伝病のことではないんですよ。遺伝子診断の塩基多型の診断のほうですから、ちょっと先生が学生時代に習った遺伝子と違う、もうちょっと先に進んだ話なんです、これ。ですから、全然今度は数がどんどんふえるんじゃないかということで私は危惧して、基準がどういうふうに置かれているのかということを知りたいんです。

遠藤会長

ですから、それも含めて今後中医協で個別の議論になっていくだろうというふうに思いますが、事務局、何かただいまの嘉山委員の御発言に対して、御意見ありますか。

基本的には嘉山委員の御指摘のことが非常に重要だというもし共通認識が中医協の中であれば、今後の議論の中でそういう議論は当然していくことになると思います。

嘉山委員、どうぞ。

嘉山委員

これは、アメリカはもう5年前からこの遺伝子診断をオーダーメイド医療として特許も含めて、知財のほうでもう完全に日本が遅れちゃった分野なんです。今、日本は始めている、スタートを切っているところなんですけれども、こういうのをちゃんと制度整備しておかないと、またそういう遺伝子診断にしてもSNPsの塩基多型の治療法が見つかったとしても、また制度設計をしていないためにその薬が使えないということになると、私は非常に国民にとってよくないなと思ったので、ちょっと今お聞きして、整備すべきだというふうに提案をしたいと思っております。

遠藤会長

非常に専門的な話と絡みますので、問題意識が中医協各委員にちゃんと理解できるような形で翻訳をぜひしていただいて、問題提起をまたしていただきたいと思います。企画官、どうぞ。

事務局（迫井医療課企画官）

大変失礼いたしました。嘉山委員御指摘のとおりでございます。手元の資料でどちらかといいますと、項目ごとの整理の仕方が違いますので、遺伝子多型に着目をした検査項目なり技術がどれかというのはすぐに出てきません。これは整理をさせていただいて、今の御指摘も含めて御議論いただけるように、後日整理をさせていただきたいと思っております。大変失礼いたしました。

遠藤会長

ありがとうございます。

それでは、その話につきましては今後保険収載という話が出てきたときをきっかけにもう少し幅広い議論をして、議論を深めていきたいというふうに思いますが、そういう対応をさせていただきたいと思っております。

嘉山委員、どうぞ。

嘉山委員

最近の新聞報道によると、厚生労働省が今まで例えば中医協だと保険局だけで医療費のことをやっても、例えば55年通達もそうなんですが、いろんなほかの法整備もしなきゃいけないということで、たしか当時としてはあれですよ、いろんな例えば医政局だとかそういう人たちが集まってシンクタンクをつくったという報道があったんですが、そういうところを使っただければと思うんですね。でないと医政局マターあるいは薬事マター、そういういろんなものがあるので、その辺も整理して今度教えていただければと思います。

次のもう一つの質問、残存聴力活用型人工内耳挿入術なんですが、これに関して、伊藤室長もお話したんですが、何人ぐらいこれ適応者がいるんですか、日本で。日本での適応の人数。予測で結構です。

遠藤会長

医療課企画官、どうぞ。

事務局（迫井医療課企画官）

推計ですが、5,000人程度であろうというふうに言われておるようでございます。

遠藤会長

どうぞ。

嘉山委員

会長、そうすると5,000人ですね。これ先進医療ですと310万円を患者負担にするということ、いつも私、これを患者さんに申しわけないというか大変な負担になるなと思ってはいるんですけども、そんな人数だったら何とかすることはできないものなのかなといつも思っているんですが。

遠藤会長

この表を見る限り、この310万と書いてありますけれども、星印の3のところでは患者負担は7万9,000円だと。残りは企業が負担すると、そういうことです。

嘉山委員

そういうことなんですか。では、大丈夫なんですね。失礼しました。

遠藤会長

これについては大丈夫なんだろうと。

嘉山委員

ただ、そうでないのもありましたよね。高く患者さんにいかなきゃいけないのもあったと思うんですが、先進医療では。

遠藤会長

先進医療ではですね。それはですから、また個別の議論という形になると思います。

嘉山委員

インディケーションが非常に少なければ、そういうやっぱり患者さんを助けるというこ

とは大事なことじゃないかと思っているんですが、これをずっと患者さんに負担させなきゃいけないんですか。先進医療の中ではずっとそういう制度がありますよね。

遠藤会長

7万9,000円も高いということですか。

嘉山委員

いやいや、そうじゃなくて、今回は7万9,000円で済んでいます、ちょっと私がかこれ間違えたんですけれども、もっと高いのもありましたので。

遠藤会長

基本的にそここのところは自由価格なんですね。だから、そこを何とかするべきだという御意見は前から嘉山委員おっしゃっておられるところですが、その御意見をまた承ったということですね。民間保険などはそれを補てんするような保険が売られてはいるわけですが、なかなか全員が入っているわけでもないということですので、企画官、どうぞ。

事務局（迫井医療課企画官）

嘉山委員御指摘の点は会長も今、言及されましたけれども、過去の先進医療の御報告につきましても同様な御指摘をいただいたという認識をいたしております。この点はなかなか取り扱いといいますかとらえ方としては難しい面もございまして、先進医療の保険併用は評価療養という位置付けでございまして、その前提といたしましては、可能な限り迅速に新しい技術の保険適用を目指して、研究も含めて推進をしていくためにはすべての患者さんに対して、保険適用としていきなり給付することはもちろん望ましいケースもありましようけれども、その過程でやはり研究者なり企業側なり、さまざまな費用負担の面も考慮いたしまして、一定の技術を吟味いたしまして、一定の範囲で適切なものについて保険の併用を行っていきながら、最終的に保険適用を目指して評価をしていくという枠組みでございまして。

その際、ですから一定の自己負担といいますか保険外の負担をしていただくことが前提となっておりますので、それをどういった形で実際に患者さんに負担いただくのか。今回のケースのように企業による提供が行われるケースもありまして、この辺になりますと、

個々に事実上患者さんと、それから実施者あるいは企業等との関係で解決を個別にしてい
くしかないのかなというのが事務局の認識でございます。

遠藤会長

現状の制度から言えばそういうことになるということですが、それに何か一步踏み込ん
でほしいという御意見を嘉山委員がずっとおっしゃっておられるということですので、ま
た今後議論をしたいと思いますが、本件についてはそれほど高い自己負担ではないとい
うことです。

鈴木委員、お待たせしました。

鈴木委員

最初の慢性C型肝炎の遺伝子検査の件なんですが、感受性遺伝子があると治療が有効と
のことでした。それがはっきりするのはいいんですけども、検査による的中率が100
%だったら、それで治療方針を完全に分けていいと思うんですけども、これを見ると有
効となる、あるいは無効となる的中率が80から90%ということは、最大20%の人が
無効とされても有効かもしれないということになると、その検査だけで治療が次の段階に
もまた有効な治療があれば別ですけども、その段階でもう有効な治療ができないと、受
けられないということになると、そういう問題も出てくるんじゃないかなと思うんですが、
それに対してはどのように考えられていますか。

遠藤会長

これはまた事務局から当然答えていただきますけれども、恐らくここで先進医療として
続けてやるということは、この検査の精度を高めていくためのトライアルをずっと続けて
いくということが目的なのではないかと理解しています。ただ、その場合でも100%で
はないというときにガイドラインの中には入っているわけなので、それが適切なかどうか
と、そういう御意見だと思います。これは先進医療会議のほうで決められたことですか
ら、どこまで医療課が答えられるかわかりませんが、ただいまの御質問について医
療課の御意見を承りたいと思いますが、企画官、どうぞ。

事務局（迫井医療課企画官）

あくまで会長御指摘のとおり、今回のこの技術の保険適用を目指してやっぱり評価をしていくということでございますので、この技術を活用して実際に患者さんをどう治療していくのかという話と、それから、この技術をどう普及し、保険の中で位置付けるかという話は、少しそこは分けて整理をしていかなければいけないのかなと思いますので、実際に治療法がなかなか見出しがたい、あるいは効果的な治療がないという患者さんに対しましてどうしていくのかということは医療全体でお考えいただくべき内容なのかなというように考えております。

事務局からは以上でございます。

遠藤会長

恐らくそういうお答えしかないだろうというふうに思うわけですが、そういうことでありまして、100%とは言えない場合にどう対応していくのか。例えばこれできないほうに分類された場合に、リハビリとの併用療法を未適応にしてしまう、そういう議論も一方であるわけでしょうし、ガイドラインにとどめておくのかと、いろんな考え方があるかと思っておりますので、その辺はまさに総合的に今後の議論という形になると思います。まさに患者団体の方からの御意見も必要になると思いますので、そういうことを総合的に考えていくべきだと、こういうことだと思います。

ほかに何かございますか。西澤委員、どうぞ。

西澤委員

9ページです。この人工内耳挿入術ですが、将来の保険収載の必要性の中の括弧の中ですが、収載に当たって、既に身障認定を受けている対象とそうでない対象で不利益が生じない配慮が必要、この辺のことでもうちょっと具体的に説明願えますか。

遠藤会長

では事務局、お願いいたします。医療課長、どうぞ。

事務局（佐藤医療課長）

医療課長でございます。

簡単に申し上げますと、現在これは、実はハイブリッドになっております。つまり人工

内耳を一部使う部分と、従来の補聴器に限りなく近い部分とを組み合わせたハイブリッドになっていますけれども、評価をしていただいた先生のおっしゃるところによりますと、完全に補聴器を使うような人、つまり聴力が著しく落ちて補聴器を使っている人という方はもちろんすべてではありませんけれども、現在の身障法の適用になって、身障の何級と、こういうふうに等級がつけられていくわけですが、この場合は低音もある程度残っていますし、必要に応じてじゃないですね、この場合は高音についても人工内耳を一部上手に入れていくので、ある程度聴力があるじゃないかという形になりまして、これだけ複雑な治療を受けたにもかかわらず、完全に普通の補聴器の人に比べると、身障の対応で差ができてしまうのじゃないかと、こういうことをおっしゃってしまっていて、たまたまこういう治療ができることによって普通の補聴器の人と比べると、身障法上の対応が違ってしまふことについては調整しないといけないと。現時点でどっちがどうだとは言えないけれども、もしかするとこっちのほうの補聴器は繰り返しになりますが、身障法の対象にならずに、そういう意味でかわいそうな、さっき嘉山先生が御質問になったことともけっこう絡んでくるのですけれども、こういう機械を入れることによる別な法律による手当がなされないようなことにならないよう、今後ちょっと注意していったほうがいいねと、こういうアドバイスだと考えます。

遠藤会長

西澤委員、どうぞ。

西澤委員

ありがとうございます。理解できました。要するにこれの適応者は身障の認定を受けていない人もこの対象になるということだと思います。であれば、保険収載のときに考えるのか、あるいは身障認定のルールを逆に少し変えるのかということもあると思いますので、先ほど嘉山委員が言ったように、保険局だけじゃない、ほかの局とのすり合わせが今後必要だと思いますので、そちらのほうの検討もよろしく願いいたします。

遠藤会長

ありがとうございます。ほかにございますか。

よろしいですか。

それでは、遺伝子診断については、遺伝子診断そのものの保険収載の課題とか、あるいは遺伝子診断の結果をどう扱うかというその辺の問題など重要な課題が提供されたと思いますけれども、それはいずれ中医協として議論するべき話でありますので、本日御報告がありました先進医療会議の3件につきましては、特段の問題がないということで、保険給付との併用を認めるということでよろしゅうございますね。

ありがとうございました。

それでは、引き続きまして、D P Cについてを議題としたいと思います。事務局から資料が出ておりますので、説明をお願いしたいと思います。

事務局（迫井医療課企画官）

お手元の総 - 3、1枚紙、両面になってございますが、ごらんいただきたいと思います。

これは平成22年度D P C制度に関する調査等の対応ということでございますが、先般も一度御紹介をしている内容でございますけれども、21年度調査も含めまして、D P C導入後、その影響を評価するという観点からD P C参加施設あるいはD P Cの参加の検討も含めまして、調査に参加をしております施設、それから定期的にデータの提出を求めて、その評価を行っております。今回その調査に関する対応につきまして、まず平成21年度の調査報告を先般させていただいたところでございますが、そこで幾つか御指摘をいただきました。

それから、平成22年度の調査、実はこれは7月1日からの開始でございましたので、以前の中医協の総会で、その調査自体をさせていただきたいという御相談をさせていただきまして、その調査自体を実施することは当然だけれども、それ以外の追加の調査については少し中医協と相談をしながらやっていただきたいと、こういう御指示でございました。それは当然のことでございますので、含めまして整理をいたしましたのがこの1枚紙、両面でございます。

1ポツ、2ポツ、3ポツとございまして、まず1ポツ目に掲げておりますのがこの調査の内容を御議論いただくに当たっての前提として、調査の目的の考え方を整理していく必要があるということでございましたので、そこに記載しております。大きく(1)、(2)、(3)と整理しております。(1)、先ほど申し上げましたこのD P Cの制度導入に当たってさまざまな御指摘、御懸念がありましたので、制度導入に伴ってさまざまな影響を評価するというのは基本的なこの調査の趣旨でございますので、それをまず掲げて

ございます。それから、(2)で今回平成22年改定に調整係数から新たな機能評価係数の置きかえに着手いたしておりますので、特にこれに係る調査分析は当然必要でございますので、ある種特出しというような形で、(2)で書かせていただいております。これに大きく分けてさらに2つございまして、22年改定で既に導入いたしました6項目に係るものと今後その対応を考える内容に係る調査のもの、この2つがございしますが、大きく分けて(1)、(2)、これが私どものほうで基本的に想定をいたしております調査目的でございます。(3)に掲げておりますのは、今回こういった形での調査の整理をするんですけれども、この調査に係りますデータの分析内容についてはさまざまな御指摘なり御要望なりもございました。その中で、特にこのDPCの制度は急性期入院医療を対象といたしておりますので、急性期入院医療に係る全般的な評価でもし必要なものがあるのであればということで、一応項目として掲げさせていただいております。ただ、ここがかぎ括弧をつけておりますのは、これまでDPC評価分科会、それから先立ちました前回の御議論を踏まえまして、最終的にこのかぎ括弧、(3)に係る内容につきましては、御提案いただいた内容がほとんど従来から行っております(1)に大体入っている、あるいは今後(2)でやるべき内容に近いというようなものがほとんどでございますので、今回この資料を御議論いただきまして、最終的にもう一度DPC評価分科会に技術的な観点での議論を戻しました後に、次回8月の中医協で最終的な項目をもう少しブレイクダウンしたものを決定していただきますけれども、今の時点で御指摘がなければ、この際目的については(1)、(2)に絞らせていただきたいというのが事務局の整理でございます。まず1点目、それが調査の目的の考え方整理案でございます。

本日実質的に御相談をいたしたいのは2ポツ、3ポツでございますけれども、2ポツ表側、それから裏側は3ポツでございますが、これはまず単純に平成21年度既に行った調査についての再集計、再分析と、それから裏面が今年度行います調査でございます。

まず、表面の1ページ、既に21年度調査につきましては、先般基本的な集計につきましては御報告をさせていただきました。DPC評価分科会の西岡分科会長にも出席いただきまして、御報告させていただきましたけれども、その際の御指摘でも幾つかございましたが、従来の例えば病院の類型とかではなくて、別の視点で再集計をすべきではないか、再分析をすべきではないかという話がございましたので、それにつきましては、で病院類型を含めまして幾つか見直した上での再集計を行うということで現在、対応を考えております。幾つか具体例といたしましては、病床規模別でございますとか病床の構成に着目

した分類でございますとか、制度上の位置付けがなされているようなもの等々でございます。

それから、でございますけれども、影響評価に類するもののもう一つの視点でございますが、追加の分析といたしまして、例えば年齢階級に着目した分類で再集計したらどうかとか、あるいは手術の経年変化、これは外保連の技術区分を例えば見てみる等々、手術に着目した分析を行ってみてはどうか等々、病床稼働率、化学療法と放射線療法の分離等々、今ここに掲げてございます10幾つの新たな視点で集計を行ってはどうかということをお願いしておりますので、今日大体方向性がお認めいただければ、さらにDPC評価分科会で具体的な内容にブレイクダウンしていきたいと考えております。

おめくりいただきまして、ここまでがまず既に行われた調査に関します再分析でございます。もう一つの大きな論点としまして、2ページ目、3ポツに書いてございますが、今年度行う調査でございます。これは、実は大きく2つに分かれます。3-1、3-2でございますが、冒頭申し上げましたとおり、3-1は通常調査と言われているもので、DPCに参加するあるいは参加を検討しておりますような施設がすべての患者さんにつきまして、定期的にデータの提出を求めるものでございまして、7月1日から調査を開始する関係上、これは既に調査に着手をさせていただいているものでございます。一応この調査に着手をしておりますけれども、性質といたしましては2つの性質がありまして、先ほど冒頭の目的に照らしてこういった内容ですということを整理いたしております。これは実質御報告ということになります。

そういう意味では3-2、特別調査が実質的に御議論と申しますか御相談、大体の方向性をお認めいただきたいなというふうに考えておる内容でございまして、特別調査は今後22年度中に実施をするものでございます。大きく分けて2つの目的に整理がされます。冒頭申し上げましたような目的ののっとなっているものでございますが、制度影響につきましては、やはり4つの視点が書いてございますけれども、(1)の小さな丸が4つございますが、DPCの制度導入に関しましては、再入院率・再転棟率というのが他の国での包括医療に関する評価の指標でもやはり代表的なものでございますので、こういった調査は継続して行う必要がある。それから、診断群分類に関しますようなさまざまな視点、あるいは医療課のヒアリングを含めて実施をしていきたい。それから、今回特に掲げております3番目の丸でございますが、救急医療に関します評価の在り方は常に問題になっているところでございますが、その際にやはり外来機能、外来医療との関連を整理しませんと、

単純に入院医療だけで救急医療を評価するということになりますと、バランスを欠くという御指摘もございましたので、外来機能も含めた調査を行っていきたい。

それから4点目、化学療法、放射線療法の入院外来比率、特に再入院率の議論の中で、特に化学療法、放射線療法を予定した形で再入院するというケースが非常にふえている、あるいはがんの治療法が大変進展をいたしまして、特に外来化学療法も含めまして放射線療法なども入院と外来を組み合わせるケースが非常に多いというようなことでございまして、入院外来比率も含めた化学療法、放射線療法の影響調査が必要なのではないかとということで4点目に掲げてございます。

この4つが影響評価に関する部分、それから(2)でございますが、特別調査のもう一つの大きな目的といたしまして、やはり新機能評価係数に関する事項でございまして、既に導入いたしました6項目に関する評価と、それから今後導入を検討するであろう項目に関する調査でございますが、は既に導入いたしました6項目の影響ということでございますので、一定程度時間の経過を見て、それから既に着手いたしております定例の通常の調査、この中での数値なり動向を踏まえて一定の調査内容で実施するというので、少し時間的な猶予を持って行うということをご想定いたしております。これがでございます。

それから、もある種同様でございますけれども、基本的に一定の議論が進展を見て、こういったこの新機能評価係数の評価体系にしていくのかというようなことも含めて、議論の進捗に合わせて今後実施をしていきたいと、こういう趣旨でございます。

以上、1ページ目と2ページ目で既に行ったものの再評価、再分析、再集計とそれから3-2に係ります特別調査につきましては、おおむねこういった方向で行っていきたいというふうに事務局では今の時点で考えておりまして、最終的に繰り返しになりますが、次回8月の中医協でもう少しブレイクダウンして御相談をさせていただきますけれども、一定の方向性なり考え方につきましては、ぜひ今日御意見をいただいて、おおむね御了解いただいて作業に着手したいと、こういう趣旨でございます。

事務局からは以上でございます。

遠藤会長

ありがとうございます。ここでの御意見と、あとDPCの評価分科会での御意見、その辺を総合しながら次回総会でもう少しブレイクダウンしたものにしたいということですが、西澤委員、どうぞ。

西澤委員

非常に膨大な調査、本当に御苦労さまだと思います。この提案に関しては賛成の方向ですが、要望といたしまして、まず2ポツのほうは既に調査済みの資料ですということ、これは簡単に出せるものだと思いますが、この次に、これが例えば単純に導入影響調査とか新たな項目に着目した集計という形でなくて、このような集計することによって何を期待しているのか、何を期待できるのかを、結果として、説明いただくと非常に分かりやすいかなと思います。というのは非常に調査項目数が多いので、余りそういう結果が期待できないものまでするというのは非常に事務局も大変だと思いますので、そのあたりの説明をお願いします。

同じように特別調査はさらにこれからの分科会で議論して、8月の総会でということですので、これも同じような意味で、こういう調査をすることによってこういうことを期待していますという説明をお願いいたします。

その中で、(1)の外来機能を含めた救急とか、あるいは化学療法、放射線療法の入院外来比率、これはDPC制度導入影響でもあるけれども、DPC以外の病院においてもやはりこういう調査というのは必要じゃないかなと思うので、場合によってはDPC以外の病院等を含めた調査も考えられないか。例えばDPCが入ったことによって、化学療法、放射線両方の外来が変わったのか。そうじゃなくてDPC病院だけでなく全体で変わったのかということは、これ非常に大事なことだと思いますので、そのあたりのことをちょっとお考え願えればと思っております。

それから、もう一つ例えば新しい係数で(2)の最初の丸ですが、係数導入後、特に今回の係数でございますが、特にこれは地域医療といいましょうか、非常に地域とかがわかりが深いとなれば、こちら辺はDPCが入ってどうこうということだけじゃなくて、やはり地域医療計画、そういうものにも絡んでくるとすれば、このあたりはやはり医政局のほうの絡みとの中で少し検討することも必要じゃないかなと思いますので、そういう視野も含めたような御提案をしていただくと非常にありがたいと思います。

以上です。

遠藤会長

具体的な御提案を幾つかいただきましたけれども、特にこの1ページ目の2ポツの追加

集計と、それから2ページ目の3 - 2の特別集計ですね。いろいろ具体的な案が出ているんですけども、その目的が不明確だというご指摘ですが、確かにそのようなところがありますので、それについては目的を明確にした形で議論できる形にさせていただきたいと。それ以外に幾つかの御指摘をいただいておりますので、その辺も加味した案をつくっていただきたいと思います。

ほかにございますか。

嘉山委員、どうぞ。

嘉山委員

今、西澤先生とほとんど同じことなんですけど、やっぱりDPCが入って影響を見るわけですが、このDPCが入ってきた一番の現場での変化というのは、入院期間が短くなったのは、これは大きなエビデンスなんですね。入院期間が短いということは、ある医師の労働時間あるいは受け持つ患者数の増加ということで、労働量としては、ボリュームとしては多くなっているんですよ。したがって、このDPCの影響を見るのであれば、この化学療法、放射線療法の下に医師の労働時間あるいは受け持ち患者数の動向というような調査も加えてやっていただかないと医療崩壊はさらに進んでしまうというふうに考えますので、ちょっとそれを御提案したいと思います。

それからもう一つなんですけれども、会長、よろしいですか、もう一つ。

遠藤会長

はい、どうぞ。

嘉山委員

化学療法、放射線療法の入院外来比率に関して、私は地方にいて今、東京におりますと、その違いの大きさにびっくりしているんです、今。それは東京ではやっぱり患者さんの数も多い。それから、ある非常に短いディスタンス、距離の中に多くのがんの患者さんが在宅にいらして、そして、在宅専門で開業の先生が在宅のがんの治療をされている。ところが、地方ではそれはもうほとんど距離があり過ぎて不可能であるので、その地域の特性をよく考えて、あわせて例えば人口比率だとかあわせた形でこの4番目の化学療法、放射線療法の入院外来比率を見ないとなりませんので、ちょっと後々それをまたつけるのは

大変でしょうから、一緒におやりになったらいいんじゃないかと。これも御提案です。

遠藤会長

非常に重要な御指摘をいただいていると私は理解しております。DPCだけが在院日数を短縮化させているかというのは微妙なところでありますけれども、いずれにしても、医療者の労働密度といいたいまいしょうか、その変化がどうなっているのかという議論はありますので、その辺が少し分かるような調査にしてほしいということと、地域差というものを明らかにしてほしいということです。それもどこまでできるかは要検討ですけれども。これは坂本専門委員が先なので、坂本専門委員。

嘉山委員

坂本さんも多分同じこと、看護師さんも入れてください。

遠藤会長

だから私はあえて医療者というふうに申し上げまして、医師と言わなかったのはそういうことも含めたつもりですけれども、坂本専門委員、どうぞ。

坂本専門委員

診療本体だけのデータでなくて、もう一つ踏み込んで、恐らく病院が頑張っているのは例えばクリティカルパスを導入したり、標準化による合併症予防とか、リスク管理を徹底して始めていると感じているんですけれども、そういうケアの評価をDPCに関する調査等を含めて、分科会では積極的に議論していただいて、何らかの形で導入できるようにしていただきたいと思います。

遠藤会長

御意見として承りましたけれども、今のことについて何か事務局はコメントございますか。

企画官、どうぞ。

事務局（迫井医療課企画官）

一連の御指摘は大変具体的で、かつ重要な御指摘だというのは会長御指摘のとおりでございます。分科会でさらに議論させていただきたいと思います。その際に従前からずっとやり取りの中で出てきておりますのは、西澤委員の御指摘に尽きるのかもしれませんが、やはりさまざまなデータの分析あるいはさまざまな調査のニーズがある一方で、やはりそれを受けていただく施設、これは実際に医療を行っております現場ですので、さまざまな御負担が生じることとのバランス、見合いを十分に理解していただく必要がございます。ですから、坂本委員が今御指摘のような点は非常に重要だと認識はしておるんですが、従来から病棟に関します調査につきましては、やはり負担が著しく重くなる傾向にあるようでございます。こういった形で理解を得ながら進めていけるのかなということも分科会を含めまして、少し御相談をさせていただきたいなというふうに考えております。

事務局からは以上でございます。

遠藤会長

ありがとうございます。医療をよくしようと思って、かえって苦しめてしまうということがあったのではよくないわけでありますので、重要な視点だと思います。

ほかに御意見ございますか。

はい、北村委員、どうぞ。

北村委員

ちょっととんちんかなことかもしれませんが、DPCが導入されて8年、それでちょうど機能係数がこの今期から導入されると。それでこの調査が始まるわけですが、私たちが、医療でかかる立場からあれしますと、私、一番今関心がふえつつあるのは、人間ってどこで死ぬのかなというのに非常に関心があるんですが、ということは急性期から回復期あるいはリハビリ、それから慢性期とか療養とか、そして今度は介護、看護から終末期というような経緯をずっと考えるときに、今一番大事なのは医療機関の経営も大変でしょうけれども、どういう形でどのようにして再編成されていくとかというのは大変私、関心が深いんですが、その入り口がこのDPCの問題じゃないのかなと。

それで、これがちょうどこの中医協の論議のテーマじゃないのかと私は勝手に素人で、勝手に思っているんですけども、そうしたときにこれから大変急激な高齢化の坂をこれから上る国として、もうそんなに時間がない。いただきに着いちゃうと向こう側の景色は

また違う景気が見えるようですけれども、上っている最中は大変だと。そうすると、このDPCの最初の急性期というのはなかなか定義がはっきりしないようですけれども、その急性期とDPCが完全に一体化して調整係数もなくなって、機能係数だけになって、本当にその病院の実力というのが、急性期の病院というのがDPCに集約されるというときには、そうすると、次のテーマがばーっと出てくるんでしょうけれども、それに行くまでにはいろいろなまだこれから調査をしなくちゃいけない。そうすると、ここに調査の目的の中の機能評価係数の今年出た6項目、地域は8月からだからまだなんですけれども、その調査がこれからやる。そして、これも経年変化を見ていくとなると、私統計学的な専門は分かりませんが、経年変化でそれなりの評価をしようとしたら、最低限どのぐらいの年数が必要なのかというのが私、そうすると、まだまだこのDPCの評価というのはこれから大分時間がかかるのかなというような素朴な疑問をちょっと今ここで申し上げたかったわけでございます。

遠藤会長

ありがとうございます。ある意味での社会実験を繰り返しているわけでありますので、厳密な効果を測定しようということになりますと、それなりの時間がかかるというのは否めないところであると思えますけれども、それをできるだけ有効な時間で、有効な結果が出るようにしたいということでいろいろと工夫をしているという理解でありますけれども、事務局もぜひそのように頑張ってください。

ほかにございますか。

特にないようであれば、ただいまのような中医協のさまざまな御意見を今度は分科会のほうとまた議論をする中でまとめていただくという形で、次回はもう少しブレイクダウンしたような形のものをつくっていただくと、そういう理解でよろしいわけですね。

では、ひとつよろしく願いいたします。ありがとうございます。

それでは、引き続きまして、歯科用貴金属価格の随時改定について議題としたいと思えます。事務局から資料が出されておりますので、説明をお願いしたいと思います。

事務局（上條歯科医療管理官）

歯科医療管理官でございます。

それでは、中医協総 - 4、歯科用貴金属価格の随時改定について、この資料を説明させ

ていただきます。

最初に、歯科の貴金属価格ということにつきましては、非常に価格変動が大きいということと、それから、毎日価格が変わるという特性を持っておりまして、そのため6カ月に1回、一定幅を超えて材料価格が変わりました際に改定をする仕組みで、平成12年以降、このシステムで行っております。昨年までは材料の価格が10%を超えて変動した場合に価格の見直しを行ってございましたけれども、今回から素材価格が5%を超えて変動した場合に価格を改定するというルールとなっております。

それで、1ページ目にその考え方の図を示させていただいておりますが、最近の傾向としましては、ちょっと1枚めくっていただきまして3ページ目のほうをごらんいただきますと、歯科用貴金属価格のこれは最近の変動推移を示させていただいておりますが、実際に歯科のほうで最も用いられている貴金属というのは、この図の中の上から3つ目のところでございます、下から数えたほうが早いですが、12%金銀パラジウム合金を使っております、この素材価格、ここに示しているように、最近上下しているという状況で、このところはやや上がってきているというところでございます。

それで、その前の2ページ目のほうに戻させていただきますが、5%以上価格が変動しているというものは15品目中10品目でございます。今までのルールですと、10%を超えた場合ですから、10%を超えないものは除外されていたんですが、今回1品目ふえております。この1番目から10番目までの品目についての価格の改定が必要な状況となっております。したがって、この告示価格自体をこの変動に合わせまして、10月以降変更させていただきたいという御提案でございます。

説明は以上でございます。

遠藤会長

ありがとうございます。前回5%以上ということにしたということと、金の値段が引き続きあがっているということでもありますので、このような改定をしたいということですが、ルールどおりということですが、何か御質問ございますか。

渡辺委員、どうぞ。

渡辺委員

質問ではないのですが、この22年度改定で5%価格変動があった場合には対応すると

いう決まりになったということで、今回これに対応されたということで結構なことだと思います。この2ページの表を見ていただくと分かりますように、この半年間で特に臨床現場で使っております金銀パラジウムが約30%を超えるような非常に高い高騰をしております。臨床現場ではまさにこうした非常に高いものを購入しながら告示価格はまだ低いというところに対応しているということで、大変厳しい状況があったわけですが、今回それが改定されるということでもありますけれども、そこで今後ぜひ前にもお願いしてあるんですが、こうした金銀パラジウム等にかわるような、やはりこうした世界の経済変動や金融変動で価格が急激に変わるような材料よりも、安定的に提供できるような材料の開発がどうしても必要だろうという認識があります。そういうことで、ぜひ厚労省としても主導的にそうした開発に向けての働きかけをお願いしたいなという希望を申し上げておきたいと思います。よろしくお願ひします。

遠藤会長

御意見として承っておきたいと思ひます。

ほかに御意見、御質問ございますか。よろしいでしょうか。

それでは、報告のとおり中医協としては認めたいと思ひます。ありがとうございます。

それでは、続きまして今後の議論の進め方について議題としたいと思ひます。これは1号側、2号側それぞれの皆様が今後の検討議題の議題案と、それに伴う調査案といったものが出されていたわけですが、これを事務局として既存の調査等々と関連づけながら整理するということが従前から言われていたわけですが、その整理が終了したということで、資料として提示されました。事務局、御説明をお願いしたいと思ひます。

事務局（佐藤医療課長）

資料は総-5でございます。見ていただくと分かりますように、附帯意見に係ります1号側、2号側の意見につきまして、整理表の形で整理をいたしました。ちょっとこの整理表の見方ということについて4点御説明させていただきます。

まず、1点目ですが、提案に対して統一番号をつけたということです。例えば1-1- と、こうありますと、附帯意見の1に対して1号側から出た意見、そして、その提案の1つ目となっております。例えば1-2- となりますと、附帯意見の1に対して2号側から出た意見のその1つ目と、こういう感じで統一番号をつけております。

それから、2つ目ですけれども、提案内容を提案そのものにかかるものと、それから調査とに分けてこれ上下段になっていますけれども、上段、下段という形にしていますけれども、提案そのものと調査とに分けて、その上でそれぞれごとに事務局のほうで考えられます対応案を示したということです。これが2点目。

それから、3点目ですけれども、その中でもはっきり書いてありますけれども、中医協の議論だけではなかなか対応できないというところは項目を設けて明確にしているということでもあります。

それから、4点目ですけれども、丁寧に見ていただきますと、中に斜体字で番号が書いてあるものがありますけれども、これは例えば今年度中には対応できませんよとか、他の組織、学会等で調査される予定がある、あるいは調査していただいたほうが効率的だろうというもの。あるいは現時点で厚生労働省のほうに調査の予定がないものということでお示しをしております。この4点がこの整理表をごらんいただく上でのポイントになります。

事務局からお願いも含めて意見を申し上げますと、こういう形で整理をしましたが、この整理の仕方自体に問題があるとか意見を出したいとか、あるいはもうちょっとこんな整理もあるんじゃないかということであれば、また御意見をちょうだいしたいと思いますし、また、整理の仕方そのもの、具体的に個々個別の具体的な項目について、この整理じゃ意味が分からないとか、あるいはこの整理じゃないんじゃないかということがあれば、また今日この場でというよりは、これからちょっといわゆる夏休み期間に入りますので、そういうことも念頭に置いて事務局にメールあるいは直接電話等でも構いませんので、御意見をちょうだいできればと思います。さらに少し先の話になるかもしれませんが、この中でかなり細かく御意見をいただいているように見受けられますので、優先的に議論すべきものはどれなのかという御意見、さらには優先順位も高いけれども、調査データがないと議論できないので、そういう意味では調査を早めにスタートさせたほうがいいんじゃないかと、こういうような御意見があればそういうことも重ねて事務局のほうにお寄せいただければと思います。ただ、今日は時間も限られておりますので、るる対応案やこの個別の附帯意見の内容について御説明はいたしませんけれども、そういうことでまず御高覧をいただき、御意見をちょうだいしたいということをお願いいたします。

以上です。

遠藤会長

ありがとうございます。十分時間があれば議論したいと思うのですが、先ほど医療課長からお話がありましたような対応の仕方をするのが現実的かなと思います。そうは言っても、ただいま一堂に会しているわけですので、もしこの場で今ざっとごらんになっていただいて御質問等ございましたら承りたいと思いますけれども。

坂本専門委員、どうぞ。

坂本専門委員

事務局に質問させていただきたいんですが、看護師の勤務実態を調べるということは大変ありがたいんですが、どのように負担軽減につながる調査になるのかということをおちょっと教えていただければと思います。

遠藤会長

それでは、医療課長、どうぞ。

事務局（佐藤医療課長）

これは冒頭にも申し上げましたように、附帯意見にかかるとりあえぬの整理対応表でございますので、具体的に調査をする際に項目をまず検討する、あるいは項目を相談する機会がありましようから、そこで私どもも意見を出しますし、専門委員や委員の方からの御意見をちょうだいしながら、そこですり合わせていく作業になろうかと思えます。

遠藤会長

坂本専門委員、よろしいですね。具体的なことはまた今後のことということになります。

それでは、先ほど医療課長のほうからお話もありましたとおり、この資料をベースにしながら少しお考えになっていただいて、でき得れば1号側は1号側、2号側は2号側で調整をしていただきまして、それで課題であるとか質問であるとかを事務局に直接意見交換をしてよろしいかと思えますので、やっていただいて、そしてそれをベースにしながら、もう一度この再整理をそれぞれのお立場でしていただくというような、そういう考え方をしたらよろしいかなと思います。と同時に、優先順位というお話を課長はされましたけれども、特に2号側の案は、非常に重要な案件ではありますけれども、数が多過ぎます。数多くて、やはり優先順位を決めませんと、恐らく優先順位というのは次回改定までに結

論を出したいというものと、今後長期的に議論をしていく必要があるというようなものとのその峻別だと思うのですけれども、そういう意味合いで優先順位をある程度つけないと、恐らく次回改定までに全部やることはできません。これは1号側も同じことかと思えますけれども、整理していただきたいと思います。これをいつと言いましたか、お盆あけとおっしゃいましたか。

事務局（佐藤医療課長）

一応8月の下旬を次回と考えておりますので、そういうことで私ども事務局が準備をするとすると、やっぱりお盆あけぐらいに第一報はいただいて、ちょっとでも超えたらだめかということ、そういうことはありませんので、お盆あけにでもいただいて、下旬に開催される次回から。

遠藤会長

分かりました。そういう段取りということですので、したがって、8月16日ぐらいということでしょうか。それぐらいまでにある程度両側整理した形で事務局に言いたいことをおっしゃっていただくというような形にさせていただきたいと思います。その間、事務局とのやり取りはもう御自由にさせていただいて結構だと思います。

これは早くやらないと、もう4カ月今年度はたっています。案件はたくさんありますので、入り口でもたもたしていますと、来年度になりますと、来年度は来年度でまた全く別個の問題がいっぱい出てきますから、早く着手したいと思います。できれば次回総会でやるものを決めていきたいと思います。

西澤委員、どうぞ。

西澤委員

今の御提案で結構だと思います。時間が限られている中で、私たちも内部で議論して、早急に事務局と打ち合わせさせていただきます。できれば次回の総会のときにそれぞれの項目についてタイムスケジュールといいたいでしょうか、もうこの調査はいつ始めて、いつ結果を出してというあたりまで出していただければと思います。あとは私たちもそれに間に合うように事務局と打ち合わせさせていただきます。

以上です。

遠藤会長

事務局、対応できる範囲でひとつよろしくお願いします。

1号側の皆さん、いかがでしょうか。そのようなスケジュールについて。

白川委員、どうぞ。

白川委員

会長のおっしゃったスケジュールで私どもも準備をいたしますし、今、西澤先生がおっしゃったとおり、もうちょっと具体化した日にちまで入れたスケジューリングはぜひ次回にでも議論をしたいと思っておりますので、準備をいただければというふうにお願いたします。

遠藤会長

よろしくお願いたします。それでは、もし公益のほうでも何か御意見があればどうぞ、おっしゃっていただければと思います。

それでは、そのような形で段取りを進めたいと思います。御協力ありがとうございます。

それでは、その他でありますけれども、その他につきましては、これも事務局から資料が提出されておりますけれども、これは前回の総会で55年通知の絡みで、55年通知のみを議論するのではなくて、同じ目的を持っております未承認薬の検討会議の公知申請と抱き合わせて議論をするべきだということで御同意を得ていると思っておりますけれども、その際、55年通知と公知申請の仕組みそのものの正確なところを共有化しておりませんと議論がかみ合いませんので、一応その仕組みを比較するような形で出していただいたというのが今回の事務局から出ている資料です。事務局から御説明をお願いしたいと思います。

医療課長、どうぞ。

事務局（佐藤医療課長）

お手元に参考資料の形で置かせていただいております。今、会長からもお話がありましたように、前回、前々回と55年通知ないしはそれに関連する事項について御質問をいただきまして、当日、紙の資料を準備しておりませんでしたので、突然のこともありまして

紙の資料を準備しておりませんでしたので、るる口頭でお答えをしたところですが、その口頭でお答えした内容を文字の形で宿題をお返しするという形で整理をして、お手元に置かせていただいているということです。

そういう意味で、ごらんいただきますように、55年通知の概要とどういうところがポイントかとか、あるいは堀田先生にお越しいただきました医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議等々もこの55年通知と微妙に関連しておりますので、これについても御報告があった内容も踏まえまして、少し整理をさせていただきました。それから、55年通知の議論の中で話題になりましたデバイスラグだとかドラッグラグだとか、そういう問題も含めて、ないしは患者さんの御負担ということも含めると、参考としては高度医療評価制度、もちろん第2項に当たります先進医療なんかも関係するのかもしれませんが、高度医療評価制度がどうなっているかというのも参考までにつけさせていただきました。

3ページは、この間嘉山先生が、いや、私自身が読み上げました内容を証拠というわけではないんですが、こういう形ですよということでお示したものです。

この参考資料の中では4ページがある意味初めてお目にかけるものかもしれませんが、御質問があった趣旨を踏まえつつ55年通知、それから医療上の必要性の高い例の検討会議、そしてちょっと二重線を引いていますが、参考まで高度医療評価制度、それぞれの対象となる診療行為から留意点にかけて、ちょっとマトリックスの形でお示しをしております、先ほど遠藤会長からもお話がありましたように、恐らくはこういうことも含めて今後御議論いただくことになるんだろうと思いますが、その大前提として事実関係を少し整理させていただいたということでございます。どうかよろしく願いいたします。

遠藤会長

ありがとうございます。最後の4ページの表などは非常に比較するのに分かりやすく、私などは大変役に立っているわけですが、こういう事実関係を共有化した上で積極的な御議論をしていきたいというふうに考えております。本日、時間もありませんので、もしこの内容について御質問があれば承りたいと思いますけれども、嘉山委員、どうぞ。

嘉山委員

事務局には整理していただきまして、どうもありがとうございます。この4ページを見ますと、私は55年が一つの会長と同じように、ドラッグラグの解消の手段になると

いうふうには申し上げましたが、確かにそれでドラッグラグが解消する薬もあるんですけども、3ページの厚生省保険局長の通達のところ、1番のところの3行目、副作用報告義務期間又は再審査というふうに書いてあるんですね。それは終了した医薬品を対象にするということなので、この再審査は普通は四、五年ですよ。もっと長いのがありますよね。そうすると、今のがん患者さんの……何年ですか。

遠藤会長

再審査期間は大体どのくらいでしょうか。

薬剤管理官、どうぞ。

事務局（磯部薬剤管理官）

新医薬品の再審査期間、これ新有効成分の場合は、現在通常8年の再審査期間をつけておりまして、オーファンドラッグのようなものは10年、法律上は10年以内で厚生労働大臣が定めるということになっておりまして、8年かオーファンの場合は10年、また、新有効成分でないものについては若干短いものも確かにございますけれども、通常は8年というふうに御理解いただければというふうに思います。

遠藤会長

嘉山委員、どうぞ。

嘉山委員

適用がもう認められていて、適用外に使う場合には、これはどういうふうな足かせになりますか。再審査は要らないでしょう。終わっていないからダメなんですか。

事務局（磯部薬剤管理官）

いえ、ですからこの問題は再審査期間が終了しないといけませんから、通常は新有効成分が出てきて、その新有効成分の医薬品がほかの適用に使えるんじゃないかということでしょうから、最初の新有効成分のときの再審査期間がきいている間は、この通知は実際適用されないということですから、最初にやっと収載されてから8年間は、この通知は実質的に適用されないというふうに御理解いただければというふうに思います。

遠藤会長

現状はすぐには公知申請はできない。その間に使えないということですね。ただ、その間にいろいろエビデンスをそろえてということが今の基準なんです、それをどうするかというのは今後の話です。

嘉山委員

ですから、私最初にお話ししたように、ある薬には使えるだろうけれども、ドラッグラグ解消には。だけれども、すべての例えば今のがんに関して、例えば腺がんというものが肺がんにも乳がんにもあるんですけれども、乳がんにきくんだから肺がんにもきくだろうというのは当然学問的に考えられることで、そういうようなことはすぐにできないということになりますよね。そうですね。ですから、55年の通知を使うことが必要なんですけれども、ほかに何かやっぱり我々が中医協としてこのドラッグラグを解消する方法を提案できないかなというのを提案したいんですけれども、何か事務局で案がありますか。55年だけではちょっと……。

遠藤会長

いや、ですから55年通知、それからこの検討会議の公知申請、その他の仕組みを絡めながら、その中で制度もある程度変えることができるわけでありますから、そこで考えていきましょうということを行っているわけですから、それを事務局に聞くというよりも、ここで議論をしていただきたいと、そういうことです。

嘉山委員、どうぞ。

嘉山委員

その際にやっぱり4ページ目は会長おっしゃったように、非常に分かりやすく、55年通知にしても従来、うまくというか、スムーズに機能していなかったというよりは、ほとんど認められていなかったこの判断権者のところですね。これは医師の応答のみで使っても、その後の審査支払い機関で認められていないのが多かったんですよ。それが都道府県の差とか何かに出てきたので、その辺はやはり支払い権者がいらっしゃいますので、ドラッグラグを何とか解消するようなことを今、会長おっしゃったように、この中医協で決

められるのであれば決めていただきたいなというふうに考えます。

遠藤会長

それは今後の議論ということでもあります。ただ、決められるというのは、当然これはある意味で普及の促進というか、アクセスを短くするということの裏腹で、安全性の担保という問題とも絡んでまいりますから、そのバランスをどうとっていくかということになりますから、無制約に決めるということは当然できませんし、あるいは他の部局で決めなければいけない内容にもどこまで踏み込めるかという問題はありますけれども、それはそれとしまして議論はできるということでもありますので、ぜひ積極的な議論をしていきたいと思えます。ほかに何かございますか。私は質問ということだけ申し上げたんですけども、既に中身に入ってしまったっておりますが、安達委員、どうぞ。

安達委員

会長おっしゃっていますとおり、これだけの議題がある中の最後の一部で資料の整理だけですから、恐らくこの案件だけで総会は1つの議題だけで議論をしていただかないと、あるいは1回で済まないかもしれない話だろうと思うということをまず申し上げます。これはぜひやっていただきたいということ、早急にやりたいということもお願い申し上げます。と思います。

この55年通知の問題は今、一番大きな問題は今議論されています要するに抗がん剤の使用の問題でありまして、これについては55年通知が今説明も納得したように、再審査の終わった薬剤が対象ですから、55年通知そのものは。だから、その今の抗がん剤の新しい疾患への適用ということの実態には合わない通知なんですね。この通知でやるのは無理だということはもう確かにそうだろうと思います。ですから、55年通知的なものががんの特性と抗がん薬の特性でのいわゆる臓器がん対象の適応症を超えたがん横断的な適用の在り方についてどうかと。さらに必要なかどうかということの議論が必要だということが1つと、もう一つは公知申請にしても認められてから、また治験が必要になって薬価収載されるまでに時間がかかるというところで、またタイムラグができる。実質上のドラッグラグを生むという問題が起こり得るので、その場合、公知申請でいく場合にそのところを速やかに薬価収載へいける方法論はあるのかと。どこを変えればあり得るのかという具体的な事例は、できれば次回のこの議論のとき、事務局に示していただければありが

たいということがあります。

もう一点は、こういうこの抗がん剤の55年通知を超えた新たな問題とは別に、私が申し上げている55年通知そのものの問題があります。これは要するに前から申し上げていますが、現在の薬剤の使用法における用量の上限設定という問題です。そのことを超えた使用についてどうするのか。これは現在の55年通知そのものの議論でございますので、これについてもやはりこの際、一緒にきちっと結論を出す方向でやっていただきたいということをお願い申し上げておきたいと思えます。

遠藤会長

ありがとうございます。そういうことも含めて御議論いただきたいと思えます。公知申請の話は、公知申請はあくまでも保険外併用療法の対象になっているということでありますので、それを保険収載するためには、またその間ラグがあるという話ですね。具体的中身に入っておりますけれども、そういうことにつきまして今後御議論をいただきたいと思えますけれども、本日は共通の知識を認識できたということで、私は非常によかったのではないかと思います。でき得れば次回の総会でこの議論は始めたいと思えますけれども、そのつもりで事務局のほうも準備していただけますか。キックオフはしたいなと思っております。

以上、用意しました内容は終了いたしましたけれども、ほかに何か皆さんからございませんでしょうか。

安達委員、どうぞ。

安達委員

すみません、2つあります。いずれも簡略にできるだけ申し上げたいと思えますが、1つは新たな気管支ぜんそく治療薬の後発品テオフィリン製剤が今回自主回収になったという報道に我々は最近接しました。その自主回収の要因が両者とも、2つの会社が発売している同じ原料のものだと思いますけれども、それぞれの会社が品質検査をやって承認規格に適合しない結果が出たため自主回収をすとなっているんです。この品質検査を両社が自主的にされるに至った経緯は何ですか。そして、自主回収に至る経緯はどういうことですか。つまり副作用の報告があった場合の評価の独立機構があるんですが、そこを通ったのか、通っていないのか、その辺の経緯は当然報告が上がっていると思うわけでありませ

けれども、事務局からできれば御説明をいただきたい。

遠藤会長

これは直接中医協マターではありませんけれども、品質上の問題だと思いますけれども、もし事務局がそれらの情報を今お持ちであればお聞きしたいと思います。これはないですね。直接中医協の、つまり薬価と直接関係をする話ではないと思います、品質上の問題です。ただし、ではあります、重要な御指摘をしておられますので、これは具体的にそういう新聞報道になっているということであるならば、それなりの情報は厚労省としては把握していると思いますので、関係部署から次回に御報告をいただくということで対応は可能でしょうか。

事務局（磯部薬剤管理官）

どちらにしても、関係部局のほうに状況を聞いて何らかの御説明ができるようにしたいと思います。

遠藤会長

安達委員、そういう対応でよろしいですか。

安達委員

ありがとうございます。確かに会長おっしゃるように、直接の中医協マターでないと言えはそうかもしれないんですが、後発品の促進等々についての点数もつけて、そういうことをやっている中で、こういう一種の不祥事でありまして、問題は患者さんの被害、健康被害に関することでもありますので、それでお尋ねをしたということでもありますので、次回それはよろしく願います。

遠藤会長

中医マターではないというのは議論として不適切だと言ったつもりではなくて、事務局が恐らくそれは把握していないんじゃないかと、そういう意味合いで申し上げたわけです。西澤委員、どうぞ。

西澤委員

私は、これは中医協マターだと思っています。それと、報道だけじゃなくて私の病院にも通知が来ています。ファクスで入っております。発売中止というのが入っています。その事実を事務局が把握していないとなると、これは非常に問題じゃないかと私は思いますが、いかがでしょうか。

遠藤会長

問題か問題でないかという議論はちょっとあれなんですけど、いずれにしても、中医協の中でもジェネリックを推進するという当局の考え方に対して、品質は大丈夫なんですけどねという意見はずっと出ていますので、事務局としても十分な関心事項であるべきだということとは私もそう思いますので、それについては正確な情報を次回報告いただくということなので、それを待ちたいと思います。

西澤委員、どうぞ。

西澤委員

今日は保険局の医療課以外でもいろんな課の方がいらっしゃると思いますが、この情報を今日御出席の厚労省の方々の中で、どこかでつかんでいる方はいらっしゃいますか。それだけちょっと確認です。

遠藤会長

薬剤管理官、どうぞ。

事務局（磯部薬剤管理官）

新聞報道では聞いておりますけれども、この場でお答えできるような先ほどの安達委員に対する御説明ですとか、今日はその点を準備しておりませんでしたので、お話しさせていただきます。

あと、通常であれば医政局の経済課もいて、後発品問題を全般的に取りまとめをしている課でございますが、ちょっと今日は別件の会議もございまして、今日はちょっと出られないことございまして、失礼をした限りでございます。

遠藤会長

ジェネリックの品質問題というのはそれなりに非常に重要な課題として我々議論してきておりますので、そういう意味で今後も事務局としては注意深く見ていていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

ほかに何かございますか。

安達委員、どうぞ。

安達委員

これは2つあると申し上げましたのは、全く別件なので2つ目でございますが、今日時間的にも時期的にもそうなのかもしれないけれども、我々と1号側それぞれが提案した提案内容についてもまとめをいただいて、こういうふうにするよと。何か言葉は悪いですが、遺言状をいただいたような気がするんですが、仄聞するところによれば、今回の改定にかかわられた医療課の主だったポストの職員の皆さん、例年の通例からいっても御異動があるというふうにも伺いますが、お差し支えなければ、御異動があるのであればどなた、どなたが御異動でございますかということはお聞かせ願えますか、医療課長。

遠藤会長

既に報告されていることでもありますので、それではいろいろとお世話になりましたけれども、御異動のほうを。

事務局（佐藤医療課長）

時間も限られておりますでしょうから、ポイントだけ申しますと、この前列で医療課の職員がここからおりますけれども、向こうから1人目の向本とこの私の隣におります迫井以外は全員人事異動で医療課を去りますが、本当にいろいろとお世話になりましたと、そういうことでございます。

安達委員

よろしいですか。ほかの私ども委員も多分発言すると思いますが、この中医協のみならず、多分政府の委員会がみんなそうなのかもしれませんが、事務局として参加されるいわゆる官僚の立場の皆さんが官僚のポストがしゃべっているのであって、その一人一人は余

り評価されない、あるいはピックアップされないのかというようなことで、変わるということの御紹介もいただかないでおられますけれども、我々はやはりそれは間違いなのではないか。やっぱり人と人が携わって協議をすることです。特に今回の改定は政権交代で2カ月ものブランクがありながら、非常に短い時間で、しかも従来の多分2号側委員に比べて我々の要求も非常に強くて、非常にたくさんのデータを短い時間で整理して、もう不眠不休の作業もしていただいたというようなことも含めて、お変わりになるということであれば、一言ありがとうございましたという感謝を申し上げたいということがあって、ちょっと今のことを申し上げました。

遠藤会長

ありがとうございます。私も言おうと思っていたんですけれども。既に安達委員がおっしゃられましたように、今回改定では本当に事務局には相当な負荷をおかけしたと思います。過去の改定も知っておりますものから、事務方の負荷は非常に多かったなということをお自身痛感しております。そのおかげでエビデンスに基づく改定ということに少しでも近づけたんだろうなと思っておりますので、私も安達委員と同じ気持ちを持っておりまして、感謝を申し上げたいと思います。ありがとうございます。

ほかに何か御意見ございますか。よろしゅうございますか。

ということで、今回はその前のほうにいる幹部の方たちががらっと変わるわけでありまして、引き続き皆様方にはよろしく願いいたします。

それでは、本日これにて閉会したいと思いますけれども、次回の日程等について事務局から何かございますか。

事務局（佐藤医療課長）

先ほども申し上げましたとおり、いわゆる夏休み期間に入りますので、次回は8月下旬を予定しておりまして、また詳細等判明次第、御連絡いたします。

以上です。

遠藤会長

ありがとうございます。

それでは、本日の総会はこれにて閉会にしたいと思います。ありがとうございました。

<照会先>

厚生労働省保険局医療課企画法令第一係

代表：03 - 5253 - 1111 内線(3288)