

「秋のレビュー」（1日目）
医薬品に係る国民負担の軽減

平成26年11月12日（水）

内閣官房 行政改革推進本部事務局

○出席者

司 会：市川行政改革推進本部事務局次長

評価者等：永久評価者（とりまとめ）、赤井評価者、石田評価者、佐藤評価者、水上評価者

府省等：厚生労働省、財務省主計局

○市川次長 ありがとうございます。

それでは、3番目のテーマ「医薬品に係る国民負担の軽減」について、セッションを開始いたします。

今、視聴者の皆様は、この対象事業の1枚紙を画面でごらんいただいていると存じますが、予算規模にして一番上は9兆4,000億円、保護費負担金で2兆9,000億円と非常に巨額の予算、これが医療費関係総体でございます。

そのうちの2割以上が医薬品に係るコストと考えられまして、その抑制のため後発医薬品の利用促進をすべきではないかというのが今回のテーマでございます。

この後発医薬品の利用促進につきましては、実は昨年のレビューに引き続いての議論であります。昨年は先発医薬品と後発医薬品の薬価基準等についても御議論いただいておりますが、本年は後発医薬品の使用促進目標はどうあるべきか、その目標に近づける手段はどうあるべきかについて、保険者側の対応を中心に御議論いただきたいと思います。

それでは、事務局から論点の説明をさせます。

○事務局 まず、お手元の資料「国民医療費の動向」でございます。

近年、医療費は急速に増大してございます。10年間で約10兆円、このうち医薬品につきましては、この10年間で3兆円の増加でございます。

財源構造につきましては、国庫負担が約11兆円ですが、国民医療費総額が42.7兆円、ほかには地方負担、保険料負担、患者負担等ということでございますので、これ全て42.7兆円が国民負担ということでございます。

このような中にありまして、医療費の抑制を図るためジェネリックの使用促進を図っていくことは喫緊の課題となっております。

先ほど次長から御説明がありましたように、昨年の秋のレビューでも取り上げましたが、昨年「後発医薬品（ジェネリック医薬品）のさらなる使用促進のためのロードマップ」が策定されまして、平成30年度までに60%以上という目標が定められたわけでございます。

ただ、諸外国の動向を見ますと、これは平成22年と若干古い数字でございますけれども、アメリカでは既に約90%、イギリス、ドイツ、フランスで相当程度使用促進が進んでいる状況でございます。

日本のロードマップでなぜ60%以上と数字をとったかといいますと、その当時、フランスでは約60%であったからということでございますが、直近で申しますと平成24年時点で

はフランスでは既にもう70%を超えているという状況でございます。

また、日本も徐々にではありますが使用促進が進んでおりまして、平成25年9月末現在46.9%ということでございます。また、最近では、今日の報道でもありましたが、足元でも推進を示す数字が出ているやに聞いております。

このような中であって、このような目標をこのまま維持することが適当かどうか、より野心的な目標を定める必要があるのではないかというのが論点の1つ目でございます。

次の論点でございます。ジェネリックの使用促進につきまして、患者側あるいは医療機関側のインセンティブ、ディスインセンティブの問題につきましては、昨年の秋のレビューで取り上げましたので、本年におきましては保険者側のインセンティブについて御議論いただきたいと思っております。

保険者側にインセンティブを働かせようとなりますと、いろいろな保険者が共通にお金を出し合う中で、そこに何か強弱をつけるような形にすることが望ましいと考えられます。

この点、後期高齢者支援金につきましては、さまざまな保険者が共通して4割負担を実施してございます。

こういったものに加減算を加えていくことでございますけれども、実は現在でもメタボ検診について、実施が低調な保険者は加算をするというなたてつけになってございますので、こういったものを活用してジェネリックの使用が進んだ保険者については減算をし、逆であれば加算をするということが考えられてもいいのではなかろうかということでございます。

論点の3つ目、最後の論点でございますけれども、国費や公費の使用割合に応じてジェネリックの使用促進の対応策を考えていくということも有用ではなかろうかと考えてございます。

こうした観点から、幾つかの職種、保険者に焦点を当てて資料をつくっておりますけれども、例えば自衛官につきましては、自衛隊病院で本人が受診する分には国費負担が100%となつてございます。このような中で使用状況はどうかといいますと、約74%ということで大分進んではおりますけれども、さらに引き続き推進に努めていただきたいと思っております。

ちょっと下でございますけれども、生活保護者はこれまで約48%でございます。生活保護の被保護者の方々の医療費は全て国民負担となっておりまして、にもかかわらず現状48%。この点につきましては、これまで累次いろいろ抜本的な対策が必要という指摘がありましたが、あまり抜本的な改善が図られていない現状でございます。先発薬と後発薬の差額分について、自己負担といったことも議論の対象になろうかと思います。

国家公務員と地方公務員の共済組合を書いております。国家公務員は基本的に給料天引きで保険料を払い、また、国は使用者としてその保険金を払うということになっております。こういった意味で生活保護とは若干異なりますが、やはり国なり地方が率先垂範してジェネリックの利用促進に努めていくことも大事ではないかと考えますし、また、先ほど

申しあげましたような保険者のインセンティブを働かせるという意味で、まず、ジェネリックの使用状況が把握されていないといけないのではないかと考えてございます。

しかしながら、現行基準では、これら共済について、ジェネリックの使用状況についてはまだ未把握であるという状況でございます。

同様に矯正施設、留置施設の被収容者、被留置者に対する医薬品につきましても、国費100%でございますが、こういったものについてもさらなる取り組みが必要かと考えてございます。

論点の御説明は省略させていただきます。

以上です。

○市川次長 それでは、論点に従いまして、厚生労働省から内容を説明していただきたいと思っております。

○厚生労働省 経済課長でございます。

まず、我々のほうの資料を何枚かつづつてございますが、1 ページ目にありますように、まず、1 つ目の論点の関係で今の目標が60%以上というものでございます。これは先ほど御説明もありましたように、定めた当時、フランス並みを目指すとしたら何年かかるかという意味での目標設定をしておりますので、当時、60%が高い低いというような議論はしておりませんでした。まず目指すべきはフランス相当であろうということでありまして。

そのときに、もともと平成24年度末の目標値、旧基準でちょっと基準は違いますが、30%という目標はあったのですが、その先の目標がなかったということもあって、新たな基準を定めるに当たって、当時、その目標が達成できていなかったため、現状値の修正をして、足元の修正をしたまま同じ伸び率で伸ばしていったときに、平成30年3月末までに60%以上という目標になったということがございます。伸び率はそういう状況であります。

ですので、当時はそういった状況なので、定め方は妥当かとは思いますが、状況を見てさらにモニタリング等々をしていく中で、上方修正をしていくことは十分あると当時から我々も考えておりましたし、今後、データを見て変えていきたいと考えております。

1 つ目の論点は以上でございます。

○厚生労働省 続きまして、インセンティブの関係について、まず、診療報酬の関係について御説明申し上げたいと思っております。

スライドのページ数でいきますと5枚目になります。

医療機関が医薬品を処方するときの処方せん様式ということで、平成18年から後発への変更を可にしておりますが、それを年度ごとに徐々に変更していったら、現在では、変更不可の品目名をチェックした場合以外のものは変更可というような形になっています。

一般名処方、これは商品名ではなくて医薬品の一般名で書いた場合ですが、処方せんを受けた薬局は、一般名でありますので後発品も含めて調剤していいということになります。そういう場合に加算2点をつけるということです。

処方せんを受ける薬局側にも、後発医薬品を調剤する割合によって「体制加算」というのをつけて後発品を調剤して普及するというようなことも進めております。

以上です。

○厚生労働省 続きます、保険者における後発医薬品の使用促進に向けた取り組みについて御説明いたします。

資料で申し上げますと6ページ目のスライドをつけてございますが、現在は、平成21年度以降、レセプトデータ及び特定健診のデータを電子的に保有することが可能となりまして、それに基づいたいわゆるデータヘルス、データ分析に基づく保健事業を進めているところでございます。

この中で一つ後発医薬品の使用促進の取り組みについても進めているところでございまして、今、保険者が実際に行っている取り組みといたしましては、6ページの下段の部分にございますように、1つは、後発医薬品を利用した場合の自己負担限度額の差額を通知するという「差額通知」を发出するといったような取り組みですとか、あるいは後発医薬品を希望する場合に、保険者において被保険者へそういった希望カード、希望シールの配布を行うという取り組みを行っているところでございます。

こうした保険者における後発医薬品の使用促進に向けた取り組みをより加速する観点から、冒頭の御説明にもございましたけれども、後期高齢者支援金のいわゆる加算・減算制度、現在は特定健診や保健指導の実施率に基づいて制度運用を行っているところでございますが、こちらにつきまして、成長戦略の中でもより効果的な制度へ見直すことが求められているところでございまして、今後、その指標につきましても、後発医薬品の使用割合を含めていくことを医療保険制度改正の中で検討していきたいと考えているところでございます。

○厚生労働省 生活保護を担当しております、保護課長の西大でございます。よろしくお願いたします。

お手元に2点資料がございますが、説明資料の一番後ろの1枚紙でございます。

生活保護におけます後発医薬品の数量シェアにつきましては、先ほども御案内がありましたとおり、およそ48%でございます。後ほど申し上げますが、各般の取り組みを進めておりまして、1.1ポイントではございますけれども、現在では医療全体を上回ってきたところでございまして、引き続き取り組みを進めてまいりたいと思っております。

もう一つの資料の束のほうにこれまでの取り組みを累次入れておりますけれども、最初のほうは飛ばしまして13ページの資料をごらんいただきますと、後発医薬品の原則化とい

うことで平成25年度から取り組みを進めております。お手元の先ほどの数量シェアにつきましては、この取り組みを始める前の状況でございまして、さらに今後はこのシェアを上げていきたいと考えております。

現在はお医者さんの判断で、先ほどのようなスキームの中で、先発品でないにだめという場合を除きまして、原則として薬局は後発医薬品を調剤するというスキームにしております。

その中で先発医薬品の使用をどうしても希望される受給者さんに対しましては、その理由を確認して先発医薬品を一旦調剤いたしますが、その理由を福祉事務所、医療保険で言いましたら保険者に当たる自治体の組織でございますけれども、そちらに報告・通報するというようになっておまして、その理由が合理的なものでない場合には、指導をして以後は後発医薬品にしてくださいということを強力に進めておるところでございます。

非常に頑張っておるところでは、自治体によっては先ほど御報告がありました60%に至って、超えているような自治体も中には出てきているところでございます、こういうところを全国の自治体が同じような取り組みをしっかりと進められるように、現在、一番最後のペーパーでございますが、体制を強化して、ケースワーカーという福祉の担当者が基本的には働きかけるわけでございますけれども、さらに医療の知見のある専門家を福祉事務所ごともしっかり配置して、その取り組みを強化することができるようにということで関連の予算のお願いなどもしているところでございます。

最後になりますが、財政審さんなどで御提言・御指摘も出ておりますけれども、差額の負担につきまして、生活保護受給者に限って、どうしても御希望で先発医薬品とされる場合には差額を負担してもらえばいいではないかという御指摘もあるところでございますが、これにつきましては、そもそも先ほどのような取り組みをするに当たりまして、医療関係者、各方面から、生活保護者だけをターゲットにした差別ではないかといったような御指摘、御批判が相当あったところでございます、非常に慎重に考えるべきではないかと考えております。

そもそも実務的な弊害といたしまして、薬局に在庫があるかないかでその負担をするかしないかということは、取り扱いが不公平になってしまう実務上の問題、限界も現時点ではあると思っております。

取り急ぎ、以上でございます。

○市川次長 ありがとうございます。

それでは、今回も論点に従って議論を進めたいと思います。

最初の論点、使用促進目標でございますが、これはあまり長い時間を予定してございません。先生方の議論を進めていただければと考えております。

○永久評価者 これからの議論の前提としてちょっと伺いたいのですが、確認ですが、こ

の後発医薬品というのは先発のものとクオリティーとしては全く変わらないと理解してよろしいのですよね。

○厚生労働省 はい。特許が切れているなど個別に細かいことはありますが、ほとんどは大丈夫だということになります。

○永久評価者 ブランドがついているかどうかぐらいの違いですね。

○厚生労働省 はい。

○永久評価者 後発品で不適合とされたものは447品目中1品目とのことですが、これは先発の場合はどうなのでしょう。

○厚生労働省 そういう形で後発品を収去して確認するという事業だったものですから、先発は参照品目として収去して確認しています。ただ、基本的には先発も後発も同じ工場の基準で出荷させていますし、先発も物によっては後発品の工場が委託を受けてつくってたりとかしていますので、そこで質を変えたりとかいうことはしていないと思います。そういう意味で基本的には同じものになるかと思っています。

○永久評価者 了解いたしました。
以上です。

○佐藤評価者 私はこの分野で行政事業レビューはすごく長いのですが、毎回同じ質問をして毎回同じ回答になるのですが、まず、そもそも普及させていくというのは、ある意味、もう厚労省さんも至上命題でやろうとしているわけですよね。ただ、ボトルネックは何なのだろうということで、特に地域差もありますよね。沖縄がたしか一番高かったと思うのですが、地域差によってなぜ普及率が違うのかということです。

全体の目標で6割ということですが、実際は疾病によってもいろいろと普及率が違うかもしれないし、高齢者の中での普及率が違うかもしれない。本当は分野をもう少し細分化して目標を立てたほうがいいとは思っているのですが、それぞれの分野ごとに何がボトルネックだとこの時点では分析されていますか。

○厚生労働省 この間までの御回答では、多分そもそも昔のジェネリックの信頼性が低かったことが今も尾を引いているという趣旨の御回答をしていたと思います。それについては、最近、若いお医者さん方も全くそういったことに対して違和感のない方もふえているということもありますし、我々も事業で啓発等々を進めているということで、そういった

ところのネックが少なくなってきたのはございます。ただ、やはり使いにくいといった声は直していく。

ちなみに、今回の診療報酬の改定で、今、紹介がありました、幾つか加算がとれる基準を引き上げるであるとか、病院のほうでも新しい係数を入れたということで、データ上は7月以降の出荷データなのでまだ出てきませんが、相当動いてはいるというのがあります。ですので、そういった細かい事業の積み重ねで上げていくしかないかなと思います。

そのネックとして出ているものは、やはり偏見のようなものの残りをいかに除去していくかということだろうというのが我々の認識であります。

○佐藤評価者 確認ですけれども、これもいただいた資料にあるロードマップ、これは多分厚労省さんの資料ですよ。幾つかあって、その中に、先ほど生活保護に関して、義務化したときにも在庫がなかったらどうするのだという話があったのですが、もともとこれも一つ大きな課題で、ジェネリックが安定供給できるのかという話があったと思うのですけれども、これについてはもう既にロードマップの中にも記載されていますし、多分それなりの取り決めをされていると思うのですが、クオリティーについては問題ないというお話でしたけれども、安定供給についても問題はないという理解でいいのですか。まだ課題は残っていると思ったほうがいいですか。

○厚生労働省 安定供給については、やはりジェネリックでとまることはございます。それは別に先発もあるのかもしれませんが、ジェネリックのほうは、同じ成分が海外から輸入をされていて、各社がつくっている場合などは、一つもとの輸入元がとまると幾つかの製品がぱっととまったりして目立つということがございます。

そういったことも含めて、安定供給は、昔のように会社の都合で売り逃げのようなことがないようにという点では非常に厳しい取り扱いを我々はしています。そういうことをやったら5年間は次の薬価収載をしないとか、厳しいことをやっていますが、原料とか物理的に避けられない状況のときには、代替品をできるだけ調達するといったことで、できるだけかわりが務まるようにというような手配をしたりという支援はしております。

○赤井評価者 ありがとうございます。

実はうちの大学のゼミで、今年、このジェネリック問題を扱うという班があって、いろいろ調べていて私よりもゼミ生のほうが詳しいぐらいなのですが、その中でいろいろ議論をしていて、まず、この目標率に関してフランスを念頭に置かれたと思うのですけれども、これまでどうして伸びなかったのかというのはある程度あると思うのですが、日本の特有の事情もあると思うのですけれども、そういうことも考慮した上で、海外と比べて何が原因で、いつまでにどこぐらいを目指せばいいのかとか、これまでやったことで伸びてきた

経緯を含めるとどこまで行けるのかとか、そのこのところの調査はどのぐらい十分にできているとお考えでしょうか。

○厚生労働省 ロードマップの一つ前にアクションプランというのがある、そのとき検証を1年間かけてやったことがございます。それは配付説明資料の2ページに、そんなにすごい推計方法ではないのですが、そのとき3種類の方法で推計をしております。薬価調査の結果、調剤メディアスというもので伸び率を算出して、どれぐらいの伸び率なら期待できるかということ計算した資料であります。

そのときも、なぜ遅れているかといえば着手が遅かったということです。フランスが一時期非常に低かったところから急激に伸びているというのは海外調査等々でわかっていますので、それにあわせて日本もそれを目指すということで考えたときに、フランス並みにたどりつくのに何年かかるかという形で伸び率を出して割っているという出し方をしていますので、そういう意味で精緻かどうかと言われるとちょっと精緻ではないかもしれませんが、関係者共通の目標としてやっていくという点では、これぐらいの数値目標なら達成できるかもということだったと聞いています。

ジェネリックメーカーも、当時、製造能力等々がありましたので、ある程度の達成可能な工場の強化とか、そういったことがありますので、そういったことも視野に置いて、関係者の中で大体これなら行けそうという合意できたのが今の水準と聞いております。

○赤井評価者 意見だけですが、伸びていくというのはこの調査でわかっているのですけれども、どういう政策によってどのぐらい伸びたのかとか、それも踏まえて、多分その次のインセンティブをどうするかというところで、入れた政策で、これはうまくいかなかったけれどもこれはうまくいったとか、その分析もできていれば、それが将来どのぐらいに行くかにもつながるし、次のところでのインセンティブ、一回うまくいったものであればそれを促進すればいいし、うまくいかなければそこはもう少し見直さないといけないしということで、そういうところも見ながらこの目標を立てられるといいと思います。

以上です。

○市川次長 ありがとうございます。

次の論点に移りたいと思いますので、今までのところで評価シートの記述を進めていただきたいと思います。何か最後、この目標値についてコメントとか。

お願いいたします。

○石田評価者 最後というほどのものではない質問で恐縮ですが、フランスが非常に急激に伸びて60%まで行ったので、見習おうとしたということなのですが、いただいた資料によると、フランスは平成22~24年までのわずか2年間で10%以上伸ばしたようなのですけ

れども、これはどうしてなのかということと、そのようなことは日本でも可能なのかということに関しての評価について、どうせ次の話題にもなりますので簡単で結構です。わかるようでしたら教えてください。

○厚生労働省　それが原因かということとはともかくとして、フランスはもともと医薬品というのは、全額自己負担した後に保険で払う分を後から償還するというような仕組みでやっていますが、ジェネリックについては、自己負担を窓口で保険の分は保険からその場で払ってもらい、いわゆる現物給付のようなものをやるとか、いろいろと細かい工夫をされているとは聞いています。そのせいかどうかというのは、今、私どもではわかっておりません。

○市川次長　ありがとうございました。

次の論点、使用促進を図るためのインセンティブ、こちらのほうに移ってよろしゅうございましょうか。

それでは、次の論点について御議論をお願いいたします。

○永久評価者　確認なのですが、我々が答えるところに2つありまして「保険者に対するインセンティブ付与の枠組みを導入すべき」というのと「患者等に対するインセンティブ付与があればよく、導入する必要はない」とか、こういう答えがあるのですけれども、もともとジェネリックを使ったら安くなるわけですから、負担する患者も保険者もそれだけでインセンティブになりますよね。それをまず確認したいと思います。

○厚生労働省　もちろんそういう前提で、保険者も楽になるし、御本人も楽になります。人によっては自己負担のない方とか、公費で補填している方もございますので、それは別ですが、基本的にはなります。

○永久評価者　基本的には、もうそれを使うだけでインセンティブになるということですよ。

○厚生労働省　はい。

○佐藤評価者　まさにその上でどうするのだという話になってしまうのですが、言うはやすしで、保険者に対してもっとジェネリックを加入者に使ってもらおうと言うのは楽なのですけれども、別にこの段階で日本の今の制度において、日本はマネージドケアではないので、保険者が加入者に対してどれぐらいの強制力があるのか。呉市の事例が有名になりましたけれども、いろいろ差額通知であるとか、そういう情報提供とかいう形はあり得る

として、保険者はそれに加えて一体何ができると考えればいいのですか。

○厚生労働省 基本的には、今、佐藤先生が言ったのが保険者の取り組みとしては全てだと思っているのですが、実際先ほど申し上げた差額通知についても、呉市が一つ有名になりましたけれども、今、健保組合とかあるいは協会健保でもかなり進んできて、実際に差額通知を出すにしても、こういった対象者に対してどれぐらいの頻度で出したら実際に効果が出るかというところが徐々に保険者の中で見えてきていますので、先ほど申し上げたように、今後データヘルスを進める中で、まさにそういったことの効果額も含めてちゃんと評価をした上で次の対策につなげていくというような形で、差額通知をやるにしても、ただやみくもにやるのではなくて、そういうPDCAを回しながらちゃんと保険者で進むようにこれからは進めていきたいと思っております。

○水上評価者 まず、患者との関係で明確なインセンティブが出せるのであれば、ジェネリックではなくて先発薬を使うのであれば、例えば差額は自己負担ですという仕組みに明確にすれば、それ以外のものは全部吹っ飛んで、多分それだけで一気にジェネリックは普及すると思うのです。

だから中長期的にはそうするか、あるいは完全に先発薬と後発薬の薬価を一緒にしてしまえば、別にジェネリックが普及しなくてもいいので、いいねということになる。根本的にはその2つが解決策だと思うのです。

本当にそれができないことが一番重要だと思うのですけれども、そこにある程度の時間がかかりますということだとしたときに、どんな工夫ができますかということで、まず、その前提として厚生労働省さんとしては、普及啓発とか云々かんぬんはもうやり尽くすだけやっているという理解でいいのですよね。

○厚生労働省 前提はさておき、普及啓発の中身については、各都道府県などの状況を見ているとまだまだ誤解があるので、もっと周知徹底する余裕はあるだろうとは思いますが、項目としてやるべきことというのがさらに新しいものがあるかということ、そんなにはないと思っております。

○水上評価者 現時点でまだ普及啓発のやり方がよくないかもしれませんというのは、私はやや無責任だと思っていて、つまりジェネリックが問題になったのは、ある意味ではもう何十年も前からですよね。だとすると、そろそろそれはこなれていてしかるべき時期ですよね。

○厚生労働省 ちょっと言い方が悪かったかもしれません。各都道府県などで普及啓発をするときに、地域で協議会をつくっていただいて、特にその地域で使っているジェネリック

クの主流をみんなで共有するといったやり方があって、そうすると、普及啓発や、地域の医療関係者の皆さんの意識も上がることをやるというようなことがあって、それは補助金と委託費等でやっていただいているのですが、そういった協議会がまだできていないところがあるとか、そういう意味で徹底する余裕はあると思っています。

○水上評価者 そう考えたときに、基本的には費用を負担している人にインセンティブというのは働くので、保険者にどうやってインセンティブをきかせるのかはなかなか大変なところなのですが、行革本部が出していただいている資料の4ページを見ると、後期高齢者支援金に係る加減算制度というのを活用したらどうかという議論があって、つまり後期高齢者支援金という拠出しなければいけないお金があるから、そこについての加減算であれば実質的に保険者に対してもインセンティブを働かせることができるのではないかという仕組みで、そのことが一つ書かれていますけれども、厚労省さんの評価としては、こういうのはぜひやるべきだという感じなのか、こういうのはやってはだめだという話なのか、そこはどうなのですか。

○厚生労働省 それにつきましては、先ほど冒頭でも御説明いたしましたように、ある意味、保険者における取り組みを加速させるために、一つ後期高齢者支援金の加算・減算制度を活用していくということはあるのではないかと考えております。

一方で、この加算・減算制度については、保険者サイドのほうからいろいろな課題が提起されておりますので、今般、制度の見直しの中で、この後期高齢者支援金をより効果的にしていこうということで検討を進めています。

その中の一つの検討の課題として、その指標についてもどうするかというところを考えておまして、冒頭申し上げましたように、現行は特定健診、保健指導の実施率だけでやっているのですけれども、それに加えて、例えば後発医薬品の使用割合みたいなものも指標の一つとして位置づけていくということは考えられるのではないかとということで、今後、検討していきたいと思っていますところでございます。

○水上評価者 論理的に何かまずいことがあるのであれば別だなと思ったのですけれども、そういうことはなさそうだということなので、であれば、こういう仕組みはぜひインセンティブになることは間違いないから、やられたらいいと私は思います。

そのときに、すごくたくさんある指標のうちの一つにしましたというと、多分インセンティブとしてはすごくわかりにくいので、基本的にはジェネリックをどれだけ入れたらこうという一対一対応の指標で加算・減算をしていただくのがいいと思います。

それ以外にも加算・減算の要素があるというのは別にいいのですけれども、総合評価で加算・減算しますというと、何をやったら加算されて何をやったら減算されるのかよくわからなくなっていくので、少なくともジェネリックというところで一定の減算枠、加算枠

があるということは明確にぜひやっていただいたらと思います。

○佐藤評価者 では、できるだけ手短に2点ほど。

多分こういう形で後期高齢者医療負担金の加算・減算は一つのインセンティブになると思うのですが、気をつけなければいけないのは、先ほどから申し上げている保険者に何ができるのかということだと思うのですよね。何もできないのにそこだけペナルティーを食らっても、それは彼らにとっても気の毒と言うしかない。

今はお願いベースというか、情報提供ベースだと思うのですが、この後の論点3にかかわってくると思うのですけれども、もう少し何か保険者が裁量を持って加入者に対して後発医薬品を使ってくれと言えるような、あるいは加入者が使うようなインセンティブを付与するような保険者なりのスキームというのを認めてあげないと、ちょっと厳しいかなという気がしました。

実は使用割合に応じてというときに2つの使用割合があって、1つは絶対的な水準としての使用割合60%とか。もう一つは、前の年に比べて何%改善したかです。多分みんないきなり60%という誰も追いつかないので、協会健保さんは別かもしれないですけれども、インセンティブをつけても誰も実現できませんで終わる。

となれば、前年に比べて上昇したら少し上げるとか、こういうのは増加型というやつなのですが、少しそういう工夫をしないと、せっかくのインセンティブといってもうまく機能しないかなと思いました。

○永久評価者 今回の質問に近い質問なのですが、多分こういうことをやると確かに保険者は頑張ったりすると思うのですよね。でも今は保険者のほうに強制力はないのですよね。そのあたりがどこまできくのか。

今、実際に私がジェネリックを使った場合には、幾ら安くなりましたよと来ますが、それは我々にとって大きな情報提供はいただいたけれども、では、ジェネリックにしようかというモチベーションを変えるかといったら、それほど変わるかなというような気がしてしょうがないのです。もう少し強制的にできないのかなというのが1つ。

2つ目には、全部努力してしまったら、この拠出は減ってしまうのではないかなと、単純にその心配もしていたのですが。

○市川次長 今までの御指摘をまとめてお答え願いたいのですが、先ほどから、ジェネリックのほうをデフォルト設定して、先発薬を使った場合には自己負担にしろというスキームが、去年、議論しましたとか、それはなかなか遠い道なのかもしませんがというお話になったのですが、多分、視聴者の方々は、なぜそれが難しいのかをまず御説明いただかないと、ちょっと御理解が進まないと思います。その御説明も加えた上で、今の加減算の仕組みについての御質問にお答え願えますでしょうか。

○厚生労働省 わかりました。

まず、諸外国にもあるデータということも申し上げた上で申し上げますが、ジェネリックを標準にして「長期収載品」と我々は言いますが、先発品を使った場合にはその差額を自己負担にするという仕組みは幾つかの国で採用されているものであります。

日本の医療保険制度は、できる限り多くの医薬品・技術を全て保険でカバーすることとともに、負担率を基本的に自己負担3割で統一するという線を引いて、それを堅持すると国会でも議決いただいたと思うのですが、そういった哲学を持っていて、その中で、一部例外はありますが、自己負担を変えるということに対しては相当大きな哲学変更を伴うのではないかとということもあって、そういうことも含めて問題はあるかということとはございます。それが1つ。

それも含めて、置きかわっていくことを強制的にするかどうかというのはあるのですが、実際にはジェネリックに置きかわってほしいということとともに、置きかわっていない場合には、少しですが、薬価改定で追加的に価格を下げるといった形で、それに近づくような方向性の改定も今回から入れたということで、別に否定しているわけではないのですが、ドラスティックに変えるとか、制度そのものを見直すということではなくて、できるだけ穏やかにというか、無理のない範囲でジェネリックに置きかえる、もしくは先発品の価格がこなれていくという方向性を目指すというのが今の状況になっています。

その上で保険者が強制するかどうかということですが、保険者が患者に強制するというスキームがないかということかと思えます。それは保険者さんも工夫の中で保険料率、本人の保険を変えるとか、その辺でいろいろな工夫ができればということではありますが、基本はやはり制度としては保険料率は一定とか、その公平性もありますので、ジェネリックだけをもってそう大きくいじれるかどうかというのは、ちょっと慎重に検討する必要があると思えます。

ちなみに、先ほど抛出が減ってしまうのではないかとのお話がありましたが、今のスキームは、全体をならして同じ額になるように、特定健診をやったところとできていなかったところをプラスマイナスでトータルでゼロになるようにというスキームで組んでいますので、そういう調整を頑張っていないところの分が頑張ったところに回るような仕組みにするということで、抛出金全体は減らないようにという調整を多分仕組み上組み込むと思えます。

○市川次長 そろそろ最後の論点に移りたいと思えます。この論点についての御記入を進めていただくとともに、何か。

では、永久先生、赤井先生の順でお願いします。

○永久評価者 先ほどの哲学というのは、すごく抽象的な説明なので私には理解できない

のです。その哲学をつくっているのは誰ですか。哲学だからしょうがない、変えられないといっても、でも、その哲学をつくっている人たちがいるわけでしょう。

○厚生労働省 まさに今の医療保険制度の法案・法律の改正の中で、国会で議決していただいたときの附帯決議ということでお決めいただいている話ですので、それを遵守しているということになります。

○永久評価者 それは哲学ではなくて決めたことですね。法律ですよ。

○厚生労働省 はい。そういう形になっております。おっしゃるとおりです。

○永久評価者 哲学で逃げてほしくないなと思ったのです。

○赤井評価者 保険者ではない、もう一つのほうだとかなり議論があるのですが、やはり保険者向けとなると措置がかなり限られるということで、私の考えていたのも、情報提供、啓発とか、あとはもうインセンティブしかないなということで、インセンティブはもう金銭的か、もう一つ非金銭的かというのがあろうと思うのですけれども、金銭的なものは負担させていくということなので、3割負担の変更になりますが、それは国会議決で変えるのが難しいということですね。それも変えていくという努力はすべきだと思うのですけれども、難しいとすれば、あとはもう非金銭的なインセンティブは何かないのかなということで、国民の理解は、そういう情報だけではなくて、例えばそれを使うとポイント制であったり、周りから見ると、使っている人が社会のために頑張っている、それを見習おうみたいな社会風土をつくっていく。ちょっとふわっとしてはいますが、そういうような仕組みを少し考えながら、長期的でもいいので、そういうものはないかと考えるのも一ついいのかなと思います。

以上です。

○石田評価者 それに近いのかもしれないのですけれども、今回いただいた厚労省さんからの資料の8、9、10と「ジェネリック医薬品の使用促進に向けた取組」ということで、健保組合さんのほうの後発医療差額通知、一番ユーザーにわかりやすい、あなたはこれだけ安くできたのですよというアナウンスは、比較的誰かに迷惑をかけるというのではなくて、ユーザーが認識するという意味ではとても効果的なのかなと思うのですが、これについて、差額通知の平成24年度は健保組合は62.8%、国民健康保険が65.9%、ですよ。後期高齢者医療広域連合さんだと、25年度が一番下に書いてあって、91%というように、各保険者さんによって大分取り組み方について差があるのではないかと。

このあたりについては、啓蒙活動のレベルになるかもしれませんが、もう少し推進して

いくというような取り組みだったりとか、ジェネリックの数量シェアが仮に1%ふえた場合の試算として、組合健保さんだと40億円だけれども、後期高齢者のところは1%変わると110億円もというように、今それぞれの保険者さんがどのぐらいジェネリックの利用率が国の設定している目標値に対して近づいているのか。それに対してどれだけの努力をしたからこれだけ減りましたというような、モニタリングではないのですけれども、そういった公表をさせることによってより評価を得ていくとか、何がしかそういった工夫というものはあるのでしょうか。あるいはもしそういうことがないのだったら、インセンティブということにはならない部分かもわかりませんが、引き続き保険者さん向けの御尽力をいただける部分かと思いました。

○厚生労働省 まず、1点目のジェネリックの差額通知の実施状況について、確かに保険者種別で見ると、まだ違いや格差があるというのは事実だと思っておりますので、これができる限り100%に近づけていこうということで、データヘルスの取り組みなどを通じて保険者に対して促しを進めていきたいと思っております。

しかもこの中身についても、実際に実施はしているのだけれども、誰に対して送付しているかとか、あるいはどれぐらい送付しているかというのは保険者によってまちまちのところがございますので、実施の実際に行われている中身についても、より効果的になるように見ていかなければいけないのかなと思っております。

もう一点、保険者に実施状況ですとか効果ということについて、まさにそれは繰り返しののですが、今回、進めているデータヘルス計画の中で、実際に取り組みを進めてみたらどれだけ効果が出たかということを見ていこうという取り組みでございますので、もちろん対外的な公表もあるのですけれども、まずは各保険者がそれぞれ加入者さんに対してどうなのかということをきちんとお示しするというのを保険者に対しては伝えているところでございます。

○市川次長 それでは、最後、佐藤先生、お願いします。

○佐藤評価者 まだ論点2でしたか。では、いいです。私は論点3のほうで。

○市川次長 ありがとうございます。

それでは、論点2についての議論は以上にいたしまして、論点3は公務員共済、生活保護等における後発医薬品の使用状況、これについての御議論をいただきたいと思っております。

ただ、御議論に入ります前に、視聴者の皆様から寄せられた意見をちょっとここで紹介させていただきたいと思っております。

1点目は、これは一番最初に永久先生から御確認いただいたところがちゃんと伝わってなかったのかなと思うのですが、成分が同じだけでクオリティーは担保されていないで

しょうという御意見が来ております。

これは先ほど厚生労働省さんの御説明で、そこは違うよと、同じクオリティーですということでもありますね。その点は、もしごらんになっておられたら、クオリティーは担保されているということでございます。

論点3に関しての御意見が来ております。2つ紹介させていただきます。

生活保護の医療費が無料だから、ジェネリック医薬品を使うインセンティブが働かないなという意見でございます。

もう一つ、薬局は高い薬を売るほうがもうかるし、生活保護者は薬がただ。これはあかんわという御意見でございました。

こういう視聴者の方々の問題意識も踏まえ、論点3につき御議論いただきたいと思えます。お願いします。

○佐藤評価者 今、まさに視聴者の方から指摘があったところが正しくて、生活保護者はかなりハードルが高いと思うのですよね。これまで生活保護に関してはジェネリックを義務化するべきではないかという議論があって、でも、それは差別ではないかという話があったと思うのですが、もともと生活保護者は自己負担がゼロであるというところから、2つの問題があって、ほかの保険加入者は3割負担ですから、それに比べれば優遇されていませんかという問題と、もう一つは、彼ら自身にコスト意識が働きにくいという問題だったと思うのですね。

そこがハードルその1で、ハードルその2は、生活保護者に関しては保険者がいないのですよね。だから、先ほどから論点2のところでは、保険者にどうやってインセンティブを付与してジェネリックを普及させようかという話を一生懸命しているのに、生活保護者に関してはこのルートがないのです。だから、多分ケースワーカーの方々が福祉関係の方々をお願いするしかない。でも、彼らは保険者ではないので、ここはやはりかなり厳しいかなという気がするのです。これはどうしたらいいのですか。

○厚生労働省 まず、2つ目のほうから参りますと、保険の仕組みはとっておりませんが、いざ医療の費用をお支払いしているのは自治体の福祉事務所になります。その負担割合は国が4分の3、自治体が4分の1を負担していただいているということです。これは保険者としてのインセンティブは当然でございます。4分の1を支払っているということは、安い後発医薬品に移っていただければいただくほど、自治体さんの持ち出し4分の1分も圧縮されていくことになりますので、インセンティブとしては当然でございます。

自治体によってやはり温度差があると思いますので、その意識をより高めていただく。首長さんなどは、生活保護医療費は相当高いものがございますので、相当心配されておりますが、その意識を現場のケースワーカーさんに高めていただく。さらに専門家から助言

をいただくような体制も強化していくということで考えていきたいと思っております。

1つ目のお話でございます。もともと自己負担がゼロでそもそも優遇されているのではないかといったようなこと、コスト意識ということがございます。お手元の資料でございますが、配付資料の12ページに「後発医薬品の使用促進にかかるこれまでの取組」というのを、先ほど説明は省略いたしましたけれども、少し前のものですが提示しております。

平成20年4月1日に、まさに御指摘のような自己負担がない、コスト意識が働きにくいという問題意識を踏まえまして、かなり義務づけに近い通達を一度発出しております。

「医学的理由がある場合を除き後発医薬品の使用を求める」「特段の理由なく後発医薬品の選択を忌避していると認められる場合については、指導又は指示を行い、指導指示後、改善が図られない場合には保護の停止又は廃止を検討する」ということまで出させていたのですが、これがまさに先ほど佐藤先生がおっしゃったように厳しい差別論だということになりまして、さまざまな御指摘、御意見がございますけれども、当時、与党のほうからもこれはいかがなものかということで、1カ月で廃止といいますか、出し直しをさせていただいたような経過がございます。

当然そういうところで問題意識は否定するものではございませんけれども、このアプローチはやはりなかなかとりがたいところがございます。

若干補足で申し上げますと、生活保護受給者は生活を全部公費で見てもらっているのだろうという御指摘がございます。それには重病なり重い障害なり、さまざまな御事情で最低限の生活を国の責任で自治体とも協力しながら差し上げるということがどうしても必要な場合がございますけれども、全て税金で見ているとは必ずしも限りません。

母子世帯のカテゴリーがございますけれども、母子世帯の方々は4～5割近くは就労いただいております。もちろん生活保護基準額を超えるところまではなかなかまいりませんので、生活保護は引き続き受けていただいておりますが、御自分の稼ぎもある。それで足りない分が生活保護で出ているという構造になっておりまして、事務局からいただいている資料でございますけれども、自衛官、国家公務員、矯正施設の方々よりも、そうでない方々が生活保護の中にも相当数おられるということは御理解をいただければと思っております。

今回、国会でも法律改正もいたしまして、努力義務という形ですが、医療関係者、福祉事務所みんながもう寄ってたかっておせっかい、言葉はちょっと汚うございますけれども、ジェネリックをお願いしますと働きかけるということを規定いたしました。

これについてすら、国会とか事前の各党からの意見交換、御質疑の中では、そもそも国家公務員が先ではないか、いやいや、それよりも俺たち国会議員のほうが先ではないかみたいな御意見、御指摘までいただいているような状況でございます。その中で、皆さんがよかれと思ってお願いをする、御指摘をするということで何とか進めていきたいと考えてございます。

平成20年からこういう出し直しなどもいたしましたけれども、まだ少しですけれども、そうい

う取り組みを重ねてきたことが医療全体のシェアを上回ってきた原動力になってきているのではないかなということも考えております。

コスト意識につきましては、これまで医療費通知を行っている自治体は余りございませんでした。自己負担がないから医療費通知をやってもしょうがないという認識が基本的にはあったのだと思いますが、今のところ自己負担はございませんけれども、それにしてもやはり医療費通知を差し上げるようなことも、これからのオプション、取り組みの一つとしては採用していければいいのではないかと考えております。

そうすると、世の中の中納税者の方々の御意見なり、見方というものもさまざまございますよということを受給者の皆さんにより強く認識していただくこともできますので、先ほど赤井先生がおっしゃられたような社会風土づくりといいますか、みんなが支え合って、助け合ってこの社会は成り立っているのだという意識を高めていくという意味でも、いろいろなことをやっていく中の一つのツールかなと考えております。

○市川次長 ありがとうございます。

ここでは生活保護だけでなく、他の公務員、自衛隊員、矯正施設を取り上げてございます。公務員以下の話は必ずしも厚生労働省の所管ではございませんので、もし御質問、御意見等々ございましたら、可能な範囲で事務局のほうからお答えさせていただきます。

○永久評価者 この論点3は「公費負担割合などに着目して、後発医薬品の使用の原則化を進めるべきではないか」と書いてあるのですけれども、生活保護と国家公務員、地方公務員、自衛官、刑務所及び拘置所については、原則化しようと思ったらできるのですか。

○市川次長 すみません。その御質問は、事務局のほうで原則化すべきではないかという論点を挙げたけれども、制度上そういう原則化ということは可能かということ制度御担当の、まず、生活保護のほうは厚生労働省ですね。

厚生労働省、お願いします。

○厚生労働省 恐れ入ります。言葉の意味合いなりということになると思いますが、原則化という意味でいきますと、私どもは先ほどのような弾力的なやり方ですけれども、原則と申し上げて相当な御批判もいただきながら取り組みを進めているところでございます。

その原則を一律義務づけ、特に生活保護受給者だけを、先ほどのような方々も含むグループをカテゴリカルに一律に義務づけだとか、その人たちだけを一部差額負担ということでは、とても説得的・合理的な説明は困難ではないかなと思っております。

○永久評価者 私が聞いているのは、そういった問題はもちろん全部にあるのですけれども、制度化はできるのかどうかということなのです。

○厚生労働省 原則という意味では、原則で今も取り組みは進めております。

○永久評価者 何を言いたいかというと、私はここに該当しない全てを全部原則化にすればいいと思っているのです。先ほど言ったように原則的にして、先発は特別に自己負担してくださいというのが一番筋が通ると思うのですが、ですから、生活保護の方とか国家公務員の方々にそういうことを先行するよりも、同時にやってしまったほうがいいと思うのですけれども、こちらは先にやれという話でしょう。

○厚生労働省 恐れ入ります。そういう意味では、国民の皆さんがどなたも基本的に、サラリーマンでなければ、生活保護でなければ、原則入られるのは国民健康保険でございますから、国民健康保険の療養報酬なり、診療報酬の例によって医療を差し上げ、診療報酬もお支払いするということになっておりまして、そういう意味では、医療保険の世界でどうか、皆さん一緒にされるということであれば、それに倣って自動的に生活保護のほうもそういう対応になっていくと思います。

○永久評価者 つまり倫理的にできないということですよ。

○厚生労働省 そうですね。そういう意味では、そういうことになると思います。

○水上評価者 まず、基本的に確認をしたいのですけれども、ジェネリックを義務づけると医療の差別なのですか。

○厚生労働省 差別論というのは、これは極めて強いものが出てくると思います。

○水上評価者 先ほどの説明だと、とりあえずジェネリックというのは効用・効能には全く差がないのですよね。効用・効能に全く差がないのですかというのは2回確認されて、2回ともないという話になったという理解でいいですか。

○厚生労働省 はい。それは理解しております。

○水上評価者 つまり全く効用・効能が変わらない薬を処方して、何で差別なのですか。

○厚生労働省 ただ、処方されるのはお医者さんでございますから。

○水上評価者 いや、というか、そういう処方することを義務づけて。

○厚生労働省 その上で、医療保険の被保険者の方々には、費用を負担してもらうのか、だめよと言われるのかわかりませんが、そういう制限がない中で、生活保護の受給者はそれがあるということであれば、これは違いがあるということですから、区別というのか差別というのかわかりませんが、それはいろいろなお立場によってあると思います。

○水上評価者 厚生労働省としては差別だと思っているのですか。

○厚生労働省 差別という御批判が極めて強いものが出てくるのは間違いございません。

○水上評価者 いや、事実として出てきたというところはわかるし、はっきり言って、すごく御苦勞されたのだなと思って同情はしているのですけれども、ただ、本当に差別なのかというと、どうなのですか。

○厚生労働省 それはまさに国会の場で御議論いただくレベルのお話になってくると思いますし、恐らくは正式には中医協という場で扱われる議論ではないかもしれませんが、そういうところでもけんけんごうごうの御議論が保険者なり、医療担当者との間で行われるようなお話にもなっていくことかなと思います。

そもそも参照価格制、先ほど御説明がありました差額を負担してもらうようなスキームはどうかということは、もう長年御議論いただいているわけですが、それはやれるかどうかで、在庫の問題も含めてなかなか難しいというような御意見、御指摘が今もあると思いますけれども、そういう環境が整ってやれることになれば、そこは生活保護もお供していくということになると思います。違いがあるということは、区別なのか、差別なのかということがあると思います。

○水上評価者 こういう医療の制度というのは多額の国民負担を伴って行っている。かつ、現時点で先発薬と後発薬の薬価差はものすごく大きい。つまり先発薬を後発薬に切りかわっていくと、1%300億円ぐらい変わるという話なわけです。

という状態で、幾つか解決策はあると思いますけれども、ここからは私の意見ですが、例えば、60%とかではなくて、5年以内に80%以上にするみたいな目標をちゃんと立てるべきだと思います。逆に少なくとも80%ぐらいは行くと思います。5年以内に80%ぐらいやる。

それが行かないときは、第一義は先発薬の薬価を全部後発薬と同じにする。80%にならないだろうというのは、もうはっきり表明する。

それもできないのだったら、それはもう生活保護とか何とか感情の問題については、国民負担の感覚から1個ずつやっていくしかなくなってしまうと思うのです。ただ、それは

感情の問題もあるでしょうから、全員一律でみんなジェネリックを使うとするほうがいいでしょう。

ベストはジェネリックと新薬の薬価を一緒にする。国民負担、差額を払うというのだと、3割負担の問題があるというのだったら、薬価のほうをいじってしまえばいいので、どちらでやってもいいと思いますけれども、とにかく完全に全員ジェネリックにするのがいいと私も思います。

それができないのだったら、逆に言うと、自己負担が全くない、インセンティブが働かないという生活保護の人はジェネリックを原則化するしかないよねという議論をまたせざるを得なくなってしまいますよね。それは厚生労働省にとってはものすごくストレスだと思うのですが、それに行かないためには逆に全員ジェネリックにするという議論にしてしまうしかないのです。早く5年以内に80%みたいなアグレッシブな目標を立てていただいて、すっかりやっていただいて、この議論をしなくてもよくなればそのストレスから解放されると思いますから、ぜひそうしていただくのがいいのではないかなと思います。これは意見です。

○市川次長 続けて、赤井先生、いかがでしょうか。

○赤井評価者 私も近いのですけれども、全員ジェネリックにする。要するに自己負担にする。ジェネリックの目標を大きくするか、自己負担にすれば後で幾らでも目標は追いついてくるのかもしれませんが、どちらが早いかわかりませんが、大きい目標をまず立てて、それができないのであれば最低限この部分だけでもしていかないと、国民負担としては、もう財政がもたないというような議論で持っていく必要があるのかなということです。

やはり大事なのは、生活保護者には節約のインセンティブがないわけなので、そこをどのように見るかということで、国民の負担で生活は保障されているという点を考えれば、効用・効能は一緒ですから、後発医薬品が存在するにもかかわらず、先発医薬品の分まで無償で財政負担で行う必要は国として義務があるのかという議論になってくるかと思います。なかなかそのところの議論というのは難しくなってくると思いますが。

○市川次長 論点シートへの記入をお願いいたします。もうそろそろ時間も迫っております。

その上で、石田先生、佐藤先生の順をお願いいたします。

○石田評価者 今のお話、基本的に国のほうから負担しているものからでも取り組むべきであるということは私も同じ意見なのですが、その際、生活保護者のみということではなくて、今回、事務局のほうで御用意いただいた自衛官さんとか国家公務員とか、矯正施設

の方とか、こういったほかのところに関してなのですけれども、特に国家公務員共済組合とかは現行基準未把握というぐらい、ともかく把握もできていないというのはどうなのかと思います。

それこそ生活保護者の方に対しての不平等論というのは、何分感情論みたいなことがあるようには思いますけれども、やはり根本においてジェネリックというものが品質において劣るものではない。安定供給についても一生懸命推進してきていて、ほぼこれに関しては安定して供給できるという国家を挙げての先発も後発も、品質も供給もキープできる。逆にそのジェネリックだからという逆差別みたいなものをなくしていかなければいけないというキャンペーンを張っているときに、自衛官さんは大分御努力いただいているようではありますけれども、まず、国家公務員なり、国のほうのお金がぐるっと回ってというところから取り組むということに関しては、姿勢を早目に出してもいいのではないかと思います。

生活保護者の方についてのコメントではないので、全般的とお受けとめいただければと思います。

○佐藤評価者 少し大きな話をすると、医療費をどうコントロールするかというものすごく大きな話で、かつ難しい話なのですよね。年金は現金給付だから割り切って考えればカットできる。でも、医療に関しては、高齢化要因だけではなくて技術的な進歩もあるので、なかなかコントロールが難しいということで、その中で実はこの薬価、ジェネリックだけは意外とコントロールができる。政策的・政治的な意思さえ持てば、実はコントロールできる分野なのですよね。

ほかの高度医療機器とはそこが違うと思うのです。だから、本当は、ほかにもいろいろな分野があるし、医療費で抑制しなければいけないことはいろいろなことがあるのですけれども、その中でもなぜみんながこのジェネリックかというときには、意外とこれは自分たちの判断で何とかなる分野だからだと思うのです。だから、本当は厚労省さんはもう少し腰を据えて普及活動をしたほうがいいと思います。そうしないと、自分たちのほかの分野の医療が充実できなくなってしまうからというのが1つ目のコメントです。

もう一つだけ、やはりできることというのは何だろう。多分、本当は私が一番この中でジェネリックにかかわって長いのですが、その私が一番優しいことを言っている気がするのですけれども、以前は診療報酬を変えろとかいろいろ言っていたのですが、だんだんとトーンダウンしているのですけれども、確かにできることの一つは公務員だと思ふのですよね。

別に隗より始めようとは必ずしも言いませんけれども、でも、意外と直接コントロールできるのは確かに国家公務員、地方公務員の共済だと思ふのです。それは国民に対して示しをつけるというだけではなくて、もっと物理的にコストを節約するというもう少し実務的・財政的な観点から見ても。ですから、これは別に早急にやってもいいのかなという気

はするのです。

刑務所とか自衛官も多分そうだと思うのですけれども、特に公務員については、まさにここにいる自分たちの意思の問題なので、国民の皆さんに問う必要はないことですから、これは別に明日からでもやったらということだと思います。

○永久評価者 1%ジェネリックが進むと、医療費全体としては300億円減少するのですよね。それはみんな知りませんよね。これがどれだけ重要なことなのかというのを、まず理解を求める必要があるのだと思うのですけれども、何でこういう話が進まないのか全然わからないのです。

物は一緒なわけですよ。効能・クオリティーは全く一緒なわけで、簡単に言ってしまうと、これは水上さんが言った話だけれども、ボールペンにキティーちゃんがついているか、ついていないかの話であって、キティーちゃんをわざわざ買っている人が先発を使っているわけですよ。別にボールペンの機能としては、全員キティーちゃんがなくてもいいわけですよ。キティーちゃんを欲しい人だけ高い金を払えばいいだけの話であって、何でそれができないのかというのが不思議でしょうがないです。先ほどの哲学論なども全然理解できませんが、そのあたり不思議でしょうがありません。みんな得する話なのに。

○水上評価者 公務員とかも含めてさまざまな努力をすごくやっていたときに、もう一回、すごくスピーディーに全部の薬価を下げるか、全員を差額にすると、この問題は生じないのですけれども、そういうことはしないで努力を一生懸命したというときに、恐らくこの数年で顕在化するの、むしろ生活保護の人のジェネリック利用率がほかよりも低いという状態が起きると思います。

というのは、構造的に生活保護の人は、先ほども出てきましたけれども、ジェネリックを使うインセンティブが働きにくい構造があるのですよね。だから一生懸命啓蒙をしたら変えるのは、むしろ生活保護ではない人なのですよ、自己負担があるから。一生懸命頑張れば頑張るほど、実は生活保護の人のジェネリックというのはむしろ相対的には進んでいない側になってしまうと思うのです。基本的にそうになってしまう前にやはり原則化したほうが良いと思うのです。

なぜなら、再三言っているけれども、効用・効能は全く変わらないのです。だから、ジェネリックを使うことは何ら差別ではない。感情以外の何の差別もない。全く変わらないサービスを受けられているし、国民全体としても最終的にはみんなジェネリックにしていくという流れでみんな努力しようとしているという状況で、ただ、どうしても生活保護の人には普通にはインセンティブが働きにくい構造になってしまっている。だからといって、生活保護の人にも医療費を3割負担しろという話にするほうが大変ですよ。だからジェネリックを使うというのを原則にしましょうというのは、全く差別の話ではなくて、むしろ今の生活保護制度をちゃんと維持していくという前向きな観点から極めて重要なことだ

と思いますので、逆転してしまう前にやったほうが良いと私は思っています。

○厚生労働省 貴重なお時間をいただきまして済みません。

御指摘ありがとうございました。今、医療全体で逆転というか、上回ったところですので、この努力は頑張っけてやっていきたいと思ひます。特に自治体ごとの取組みのデータは今はまだ公にできておりませんので、そういうのをまた世の中にお示ししながら競争を進めていくという形をまずは当面やっていきたいと思ひております。

申し上げたいのは、先ほどの差別論、感情論だというお話もございましたけれども、少なくとも参照価格制度のようなものを生活保護だけ先にというお話であれば、それについては在庫の問題がどうしても致命的なものになると思ひます。在庫がない、先発薬しかないところで調剤をしてもらわざるを得ない患者さんがおられます。その患者さんの責めに帰せませんので、負担はお願いできない。

○水上評価者 今で全然いいと思ひます。つまり先発薬しかないときは負担をお願いできない。それでいいと思ひます。

○厚生労働省 ただ、後発薬は、薬局の状況によって、たまたま後発薬がそこはあった。そこにかかった患者さんは負担を求めるぞと。

○水上評価者 だって、そこにかかった患者さんは後発薬が使えて、後発薬と先発薬には効用に何の差もないと。

○厚生労働省 それは在庫によって全然違ひます。そこで少なくとも生活保護受給者の間でのまた大変な取扱いの違ひになりますので、これはこのままでは難しいと思ひます。

○水上評価者 少なくとも便益に差がないし、厚生労働省はずっとジェネリックには効用・効能に差がないと説明しているのだから、効用・効能に差があるのだったら、それは差別かもしれないけれども、効用・効能に差がないと。

○厚生労働省 国会でも御指摘がございましたけれども、現場ではいろいろな声があるのも事実です。先ほどネットでの御指摘もあつたと思ひます。それ自体を私が自分の考えだと、言葉だと言つて申し上げるつもりはありません。

○赤井評価者 多分その意見が出てくるのは、効用・効能に差がないというところの十分理解が進んでいないからということになる。取扱いの差は差別だという。

○厚生労働省 それは医政局や保険局とも一緒に普及啓発を進めてまいりたいと思っております。

○永久評価者 それと、今まで全然議論にならなかったのですけれども、処方せんを書く人の問題は全然出てこなくて、商品名ではなくて一般名で書くとしてしまえば終わる話ではないかなという気がするのですが、これはたしか冒頭の説明の中で、外国の事例でこうした一般名で書くということを伺いましたけれども、なぜそれが我が国では進まないのですか。

○厚生労働省 やっています。

○永久評価者 やっているのですか。

○厚生労働省 やっていますし、それについては、ほんの少しですけれども、加算をちょっとつけて推進するようにしています。

○永久評価者 それはインセンティブになるということですか。

○厚生労働省 もともと一般名で書いてもいいとかいうときに、どう調剤するかということも含めて、それはもうやはり障害にならないように、ぜひやってくれという推進はしています。

○永久評価者 進んでいると理解していいのですか。

○厚生労働省 結構進んではきています。今、数字は手元に持っていませんが。

○厚生労働省 数字は持っていませんが、それは事実やるようになっています。

○佐藤評価者 先ほどの生活保護で薬局へ行ったらジェネリックがなかったらどうするのだという話、これは安定供給の問題なので、別に生活保護の方に限った議論ではなくて、厚労省として安定供給に努めると言っているわけですから、安定供給するべきなのです。これは別に私が行ってなくても困るわけですよ、はっきり言って。だって、こちらは3割負担しているわけですから、自分たちの負担にかかわる問題ですから。別にそれは生活保護の方だけが困ることではないので、安定供給はちゃんとやるというのが多分議論の前提だと思います。

○市川次長 ほかにございますか。

それでは、もう時間も大幅に超過しておりますので、まず、このテーマについての選択肢の○のつきぐあいについて、御発表いただきたいと思います。

○永久評価者 テーマ「医薬品に係る国民負担の軽減」ということですが、論点1「我が国の後発医薬品の使用促進目標の水準は妥当か」ということですが「妥当とは言えない」と「妥当」という2つの選択肢がありますが、全員「妥当とは言えない」という結論です。

具体的な対応策は4つ選択肢がありますけれども、まず「ア）早急に目標を引き上げるべき」が4です。

「イ）進捗状況に応じて目標を上方修正していくべき」はゼロ。

「ウ）後発品の使用は促進すべきだが、具体的な数値目標を設けることは適当ではない」がゼロ。

「エ）その他」が3です。

次、論点2「後発医薬品の使用促進を図るためのインセンティブを付与する仕組みを導入できないか」ということですが、これも2つ選択肢がありまして「①保険者に対するインセンティブ付与の枠組みを導入すべき」が5で、「②その導入の必要はない」というのがゼロでございます。

具体的な対応策としましては「ア）保険者ごとの後発医薬品の使用割合を以下に用いるべき」という人が3人いましたけれども、この「以下」というのが「後期高齢者の医療負担金の加算・減算の基準」にするのが4という答えです。その他が1です。

さらに、ややこしいのですけれども「使用割合を以下に用いるべき」というのと違う答えで「その他」というのが4ありました。

ですから、インセンティブを付与する枠組みを導入すべきというものが5ありますけれども、それについての具体的な対応策はさまざまあるということでございます。

次、論点3「公費負担割合などに着目して、後発医薬品の使用の原則化を進めるべきではないか」ということですがけれども「①生活保護者」について3つ選択肢があります。これは複数回答です。

「ア）後発医薬品を原則として、先発医薬品を使用する場合には自己負担とすることを検討すべき」が5です。

「イ）現状どおりでよい」がゼロ。

「ウ）その他」が3です。

次の「②国家公務員及び地方公務員について」ということですがけれども、これについて「ア）制度（保険者別）の後発医薬品の使用状況を把握・公表し、利用促進に努めるべき」が4です。

「イ）現状どおりでよい」というのがゼロ。

「ウ）その他」が4です。

自衛官についてですけれども「ア）引き続き利用促進に努めるべき」が4。

「イ）現状どおりでよい」がゼロ。

「ウ）その他」が3です。

次、刑務所及び拘置所についてですけれども「ア）医薬品の使用率を把握・公表し、利用促進に努めるべき」が4。

「イ）現状どおりでよい」がゼロ。

「ウ）その他」が3です。

こうやって見ますと、さまざまな対応策があるということで、これについては、後でコメントで発表したいと思います。

以上です。

○市川次長 どうもありがとうございました。

それでは、このセッションにつきましては、以上のとおりといたしたいと思います。

（その後に発表されたとりまとめコメント）

○市川次長 それでは、お待たせいたしました。「医薬品に係る国民負担の軽減」につきまして、とりまとめコメントを永久先生から御紹介いただきます。

○永久評価者 それでは、とりまとめを発表いたします。

現在のロードマップにおける後発医薬品シェアの目標を早急かつ大胆に引き上げるべきではないか。

後発医薬品の利用促進を図るためのインセンティブとして、例えば後期高齢者医療支援金の加算・減算制度の基準に後発医薬品の使用割合を用いるなど、保険者単位での後発医薬品の使用割合に応じた公費支援の仕組みを導入すべきではないか。

差額通知制度の促進を徹底し、国民の間にジェネリックの使用が原則との意識を醸成すべきではないか。

生活保護受給者の医薬品の使用については、後発医薬品を原則とし、先発医薬品を使用する場合には自己負担とすることを検討するとともに、自衛官、国家公務員共済、地方公務員共済、刑務所、拘置所に関しては、後発医薬品の使用率の把握、公表及び使用の徹底に早急に取り組むべきではないか。

さらに、より根本的な対応としては、参照価格制度の導入など、保険者制度、組織、主体のいかににかかわらず、ジェネリック使用の原則化を検討すべきではないかということでございます。

以上です。

○市川次長 先生方、よろしゅうございますか。

どうもありがとうございました。

それでは「医薬品に係る国民負担の軽減」のとりまとめコメントは、以上のとおりいたします。