

2012年診療報酬・介護報酬改定 ダブル改訂を見据えて

武藤 正樹

国際医療福祉総合研究所長 国際医療福祉大学大学院 教授 (株)医療福祉経営審査機構CEO



武藤 正樹

(むとう まさき)

国際医療福祉総合研究所長・国際医療福祉大学大学院 教授

株式会社 医療福祉経営審査機構CEO

株式会社 医療福祉総合研究所代表取締役社長

講師経歴

■ 略歴

- 1978年 新潟大学大学院医科研究科終了後、国立横浜病院において外科医師として勤務
- 1986年～1988年
同病院在籍中
ニューヨーク州立大学家庭医療学科に留学
- 1988年 厚生省関東信越地方医務局指導課長
- 1990年 国立療養所村松病院副院長
- 1994年 国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長
- 1995年 国立長野病院副院長
- 2006年 国際医療福祉大学三田病院 副院長
国際医療福祉総合研究所 所長
国際医療福祉大学大学院 教授
- 2007年 株式会社 医療福祉経営審査機構CEO
- 2011年 株式会社 医療福祉総合研究所代表取締役社長

■ 所属学会・研究会等

- 日本医療マネジメント学会副理事長
- 日本ジェネリック医薬品学会理事長
- 日本疾病管理研究会会長
- 医療の質に基づく支払い(P4P)研究会代表幹事
- 介護連携パス研究会代表幹事
- 医療材料マネジメント研究会代表幹事
- 日本薬剤ベネフィットマネジメント研究会代表幹事
- 日本外科学会会員

■ 著書

- 『薬剤のQOL評価と応用』(薬事時報社1997(共著))
- 『基礎からわかるクリティカルパス作成活用ガイド』
(日総研出版1997(共著))
- 『みんなのこんな病院あったらいいなが実現する本』
(日総研出版2001(共著))
- 『新たな医療連携の実践』(じほう2001(共著))
- 『急性期病院のあり方と外来分離』(じほう2003(共著))
- 『初心者のためのクリティカルバリエーション・マネジメントガイド』
(ビーイング・ネット・プレス2003(訳書))
- 『地域医療支援病院と医療連携のあり方』
(じほう2004(共著))
- 『ジェネリック医薬品がわかる本』(法研2006(共著))
- 『よくわかる医療連携Q&A』(じほう2007)
- 『よくわかる病院の仕事のしくみ』(ぱる出版2007)
- 『ササッとわかるジェネリック医薬品』(講談社2007)
- 『P4Pのすべて～医療の質に対する支払い方式とは～』
(医療タイムス2008)
- 『医療制度改革で仕事はこう変わる』(ぱる出版2007)
- 『地域連携クリティカルパスと疾病ケアマネジメント』
(中央法規出版2009)
- 『一歩進んだ地域連携Q&A』(じほう2009)
- 『看護師のための医療材料の事故防止・安全管理のポイント』
(ぱる出版2010)
- 『医療が変わる to 2010』(医学通信社2011)

はじめに

国際医療福祉大学の武藤です。みなさん、たくさんお越しいただき、ありがとうございます。今日は「2012年診療報酬・介護報酬改定 ダブル改訂を見据えて」ということで、お話をしたいと思います。

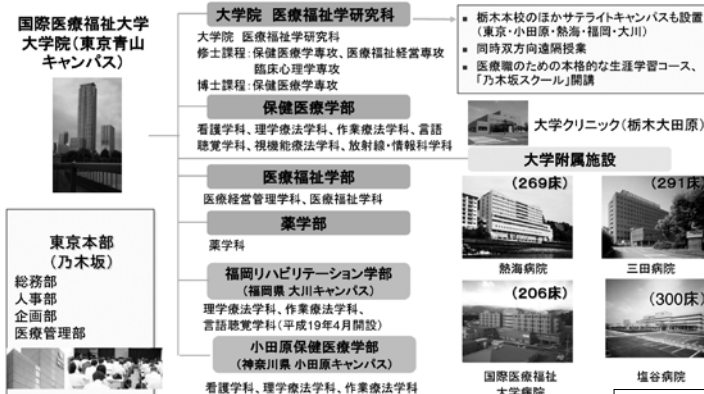
スライドのタイトルバックに映っているのは、国際医療福祉大学の三田病院です。今日の講演の中にも出てきますので、ご紹介しておきます。三田病院は、もともと東京専売病院だったのですが、2005年に私どものグループ病院として継承しました。隣は、済生会中央病院です。このあたりは病院の激戦区です。三田病院は、2007年には東京都認定のがん診療病院に、2008年からはDPC対象病院になりました。医師数は127名くらいです。港区は医師の数が多く、人口10万人あたりで1200名くらいいます。(資料1)

せっかくですので、当グループについてご説明しておきます。当グループは、もともと福岡県の大川というところにある高木病院というところから始まりました。今は全国で11の病院を展開しています。関連の介護福祉施設をあわせると40施設くらいあります。大学の本校は、栃木県の大田原市にあります。先ほどお話しした三田病院や熱海病院などの4つの大学付属施設をあわせると、附属病院だけで1000病床ほどあります。クリニックが大田原市の本校にあり、私も週2回診療に行っています。栃木は福島に近いので、被災者の方が大田原にまでやってきて診療しています。私は普段はグループの東京事務所にいますので、東京事務所と大田原本校のクリニック、そして青山キャンパスの大学院生を教えているので、毎週3カ所をぐるぐるまわっています。(資料2)



国際医療福祉大学・高邦会グループの概要

平成7年栃木県大田原市に、日本初の保健・医療・福祉分野の総合大学として設立。看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、診療放射線技師、社会福祉士、介護福祉士、薬剤師等のメディカル・スタッフを育成している。



目次

- ・ パート1
 - 2012年ダブル改訂はあるのか?
- ・ パート2
 - 地域医療計画の見直し
- ・ パート3
 - 地域医療連携と連携バス
 - 介護連携バス
- ・ パート4
 - 診療報酬改定とチーム医療
- ・ パート5
 - DPC
- ・ パート6
 - 在宅療養支援病院
- ・ パート7
 - 介護P4P
- ・ パート8
 - ジェネリック医薬品

資料 3

今日は、まずダブル改訂について話した後、医療計画の見直しについてもお話しします。なぜこれをお話しするかというと、診療報酬ときわめて密接にリンクすることだからです。そして、介護連携パスの話。診療報酬改定は2010年のときにチーム医療がずいぶん大きく入りました。そのあたりについて話したいと思います。その後、DPC、在宅療養支援病院、介護P4P、そして最後にジェネリック医薬品についてもお話ししたいと思います。(資料3)

2012年のダブル改訂

関係団体の意見

さて、まず2012年のダブル改訂というのは本当にあるのでしょうか。4月に入って各団体の総会が開かれましたが、その際の各関係団体の意見はこうです。日本病院会は「粛々と行うべき」。日本精神科病院協会は「延期すべき」。日本医療法人協会は「延期も考慮すべき」。全日本病院協会は「未提示」。日本医師会は「改訂延期」といったん発表したものの、その後反対意見が続出しました。(資料4)

ここでアンケート調査です。会場の皆さんの中で、2012年のダブル改訂が「ない」と思われる方、手を挙げてみてください。誰もいないですね。では、「ある」と思われる方、手を挙げてみてください。全員ですね。これで「ない」と思う方が多ければ、私の今日の話はここで終わらざるを得ません。私の思いは、震災という事態の中でも改訂を断行すべきだと思っています。実際にやるとマイナス改訂は必至でしょう。その中でも徹底的に無駄を省き、メリハリをつけて改訂するのが正解だろうと思っています。

次は、地域医療計画の見直しについてです。2008年にさかのぼって、この医療計画についておさらいをします。2006年6月、小泉政権のときに第5次医

療法改正があり、地域医療計画が大きく見直されました。その実施が2008年でした。簡単に言うと、それまでの医療計画は1次から3次までヒエラルキー型の医療提供体制でした。それを一挙に解体し、疾患別・事業別に水平展開しました。それが改正のポイントです。(資料5)

医療計画見直し等検討会

皆さん、4疾患5事業についてご存じだと思います。4疾患は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病。5事業は、救急、災害、へき地、周産期、小児です。このうち、今回は災害医療計画が非常に重要なメニューになりそうです。2013年に次の医療計画がスタートします。医療計画とい

関係団体の意見

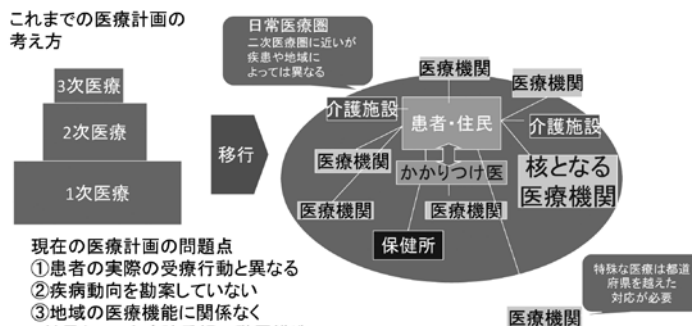
- 日本病院会
 - 「改訂は粛々と行うべき」(4月23日 常任理事会)
- 日本精神科病院協会
 - 「改訂は延期すべき」(4月25日 山崎会長)
- 日本医療法人協会
 - 「延期も考慮すべき」という意見が大勢(4月16日 常任理事会)
- 全日本病院協会
 - 「未提示」(4月16日 常任理事会)
- 日本医師会
 - 「改訂延期とするもその後反対意見続出」(4月27日代議員会)

資料 4

第5次医療法改正(2006年) 地域医療計画の見直し(2008年施行)

① 疾病別・事業別の地域連携ネットワーク

これまでの医療計画の考え方



現在の医療計画の問題点

- ①患者の実際の受療行動と異なる
- ②疾病動向を勘案していない
- ③地域の医療機能に関係なく結果として大病院重視の階層構造

* 4疾患(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)と5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療)別のネットワーク形成

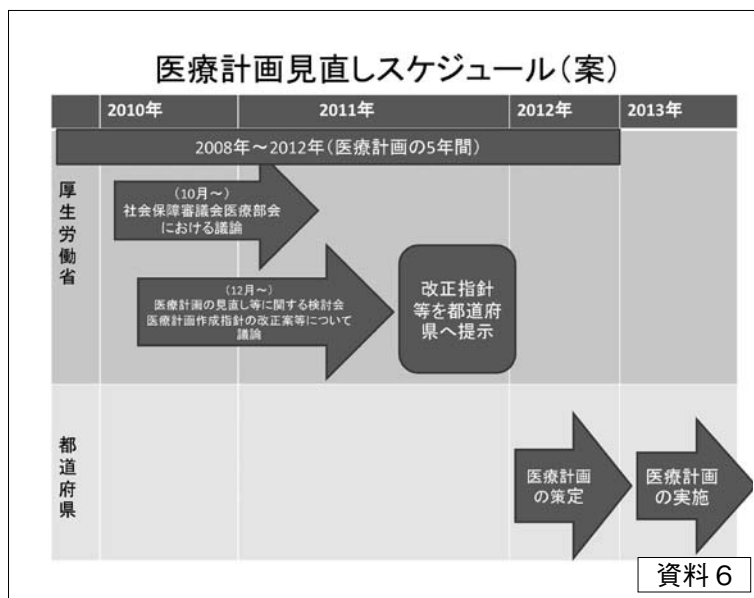
資料 5

うのは5年計画なので、2008年実施されたものは2012年までの計画となります。つまり、次の新たな医療計画というのは2013年からスタートします。今、社会保障審議会の医療部会と私どもの医療計画見直し等検討会が連動して、今年度中に改正の指針を都道府県に提示しなければなりません。この指針を受けた都道府県は2012年に1年間かけて新たな医療計画を作り、2013年から実施するというスケジュールです。今、医療部会が動いていないという状況で、我々の見直し等検討会は改正の作成指針を提示するのが役割なので、医療部会の話が降りてこないと動きようがありません。それでまだ、動いていないというのが実情です。(資料6)

医療計画見直し等検討会の第1回目を、私が座長で2010年12月17日に行いました。まだ医療部会も開かれていなかったもので、自由討論としてみなさんの問題意識を聞きました。そして、2月18日に第2回として、医療計画の新たな評価指標の導入について各学識経験者からのご意見をうかがいました。第1回目の見直し等討論会では、いろいろな意見が出ました。全日本病院協会の神野副会長は「医療圏そのものの見直しが必要だ」ということをおっしゃっていました。また、日本精神科病院協会の長瀬副会長からは「精神疾患を医療計画に入れてほしい」というご要望がありました。介護との連携については日本医師会常任理事の鈴木先生からご意見が出ました。日本医療法人協会の伊藤副会長は「中小病院の役割が今、DPCばかりに目がいつているのではないか。これから在宅医療を支える中小病院の存在が大切だ」というご意見でした。このほかにも、歯科連携や薬局の役割といった点で意見交換がありました。前回と今回の見直しの中で大きく変わるのは、様々なデータ、つまりDPCやリセプトデータが使えるようになってきた点です。2月18日の第2回検討会では、東京医科歯科大学の伏見先

生は「5年間にたまったDPCやリセプトデータを医療計画の作成にぜひ使うべきだ」というご意見でした。2月28日に第3回を開催しました。ここでは実際に医療計画を作る各都道府県の担当者にきていただき、実情を聞きました。第4回は5月23日に行います。このときのテーマは災害です。

4疾患5事業の見直しについてですが、私の個人的見解としては4疾患に精神疾患を入れるべきだと思います。また、5事業には今は入っていない在宅医療も、もう少し強調していかなければならないと思います。と同時に先述の災害医療計画も非常に大事なテーマだと思います。(資料7)



4疾患5事業の見直しを

- 4疾病
 - ①がん
 - ②脳卒中
 - ③急性心筋梗塞
 - ④糖尿病
 - ⑤精神疾患
- 5事業
 - ①救急医療
 - ②災害医療
 - ③へき地医療
 - ④周産期医療
 - ⑤小児医療
 - ⑥在宅医療

2013年からは精神疾患・在宅が加えて5疾患6事業にしてはどうか？

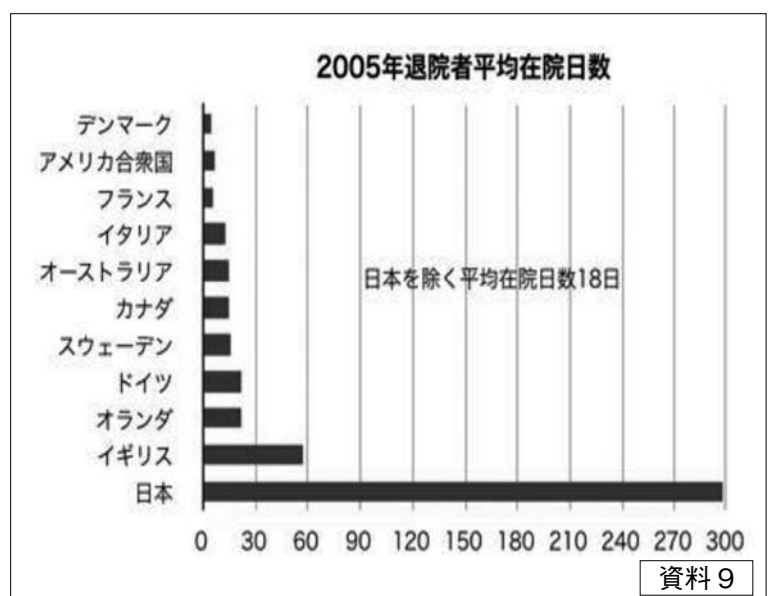
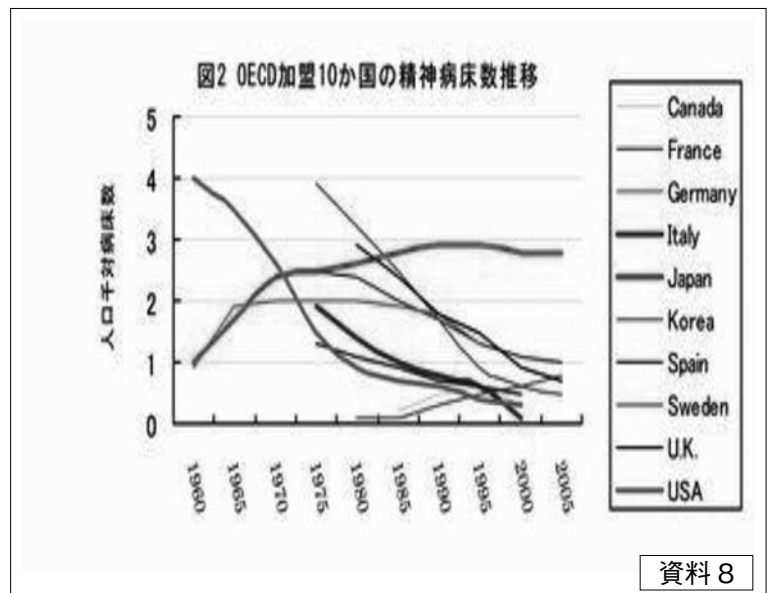
資料 7

災害医療計画・精神医療の見直し

災害医療計画の見直しについて、みていきましょう。今回被災した東北3県には、全部で9つの沿岸医療圏が含まれています。そのときの災害拠点病院の状況はどうだったのでしょうか。その把握はとても重要です。また、災害拠点病院の要件見直しも必要です。災害拠点病院といってもピンキリですから。それと、いつも思うのですが、災害時だけというのは現実的ではありません。平時から医療連携体制がスケールアップすると、それがそのまま災害時に応用できるという現実的なスキームを考えたらどうかと思います。

見直し等検討会でも問題になりましたが、精神医療は今後大きく見直さなければなりません。とにかく現状は精神病床が多すぎて、在院日数が長すぎます。資料8は縦軸が人口1000名あたりの精神病床数で、横軸が時間軸です。これで各国のトレンドをみると、世界の先進国では1970年代から1980年代にかけて病床数を減らしています。米国やヨーロッパは精神病院は多くは公的病院です。なので、精神病床を減らせるとなると簡単にできます。しかし、日本は私立が多いので、なかなかそうはいきません。あいかわらず世界のトレンドと逆行するのが日本の精神病床数です。また、在院日数がかなり長い。最近、急性期で入る人たちは短めになっていますが、それでも平均すると300日です。先進各国は2週間以内です。先日、マレーシアの精神科の先生と話していたら、「マレーシアの精神科在院日数は20日だ」と言っていました。(資料8, 9)

日本精神科病院協会の山崎会長が「地域医療計画の5疾患目に精神科疾患を入れてほしい」と言っています。これは大胆な切り込み方だと思います。大歓迎です。というのも、精神疾患が増えているのと、今後は一般医療と精神医療の連携が重要になります。一般のかかりつけ医でも今後は場合によっては認知症を診なければいけないことになってきます。なので、5疾患・5事業にすべきだと山崎会長は言っています。精神疾患は地域医療計画に含まれると、がんや心筋梗塞と横並びになります。そのため、診療機能の明示や数値目標・連携パスの作成などが必要となります。精神科連携パスというのは、もう北里東病院においてすでに始まっていま



す。鬱病の精神科連携パスです。みなさん、精神科にクリティカルパスがあるとは思っていなかったかもしれませんが、もうすでに始まっています。

実は2010年に認知症の連携パスが始まりました。認知症専門診断管理料に500点、連携先に50点です。資料10は世田谷区のもの忘れ診断の連携パスです。診療所の先生が認知症を疑ったら専門の医療機関に紹介して、診断して治療が安定したらまたかかりつけ医に戻るというパスです。(資料10)

地域連携クリティカルパス

地域連携クリティカルパスとは？

今、精神科が5疾患に入ることを見越して、精神科連携パスを作ろうという試みをやっています。精神科連携パスは院内から作るのが常道手段です。なので、まず精神疾患におけるアウトカムとは何か。難しいのですが、その目標を言語化して計画に乗せる作業を通して連携パスを作っていくことが大事です。先日5月11日に、足立区にある大内病院というところで精神科連携パスの第1回勉強会を開きました。大変盛況で200名くらい集まりました。このように、診療報酬でも連携パスが注目されています。改めて連携パスを解説すると、疾患別に疾病の発生から診断治療、リハビリまでをガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画です。これは院内のパスです。横軸は時間軸、縦軸は項目カテゴリーです。全職種が作成に関わって運用し、患者さんに提示するのが原則です。簡単に言うと、この院内のパスを地域の中でみんなでやろうということです。最初は、整形外科や脳卒中から始めました。急性期病院とリハビリ病院を一気通貫するクリティカルパスということです。(資料11, 12)

世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)

かかりつけ医: _____ 病院: _____

様

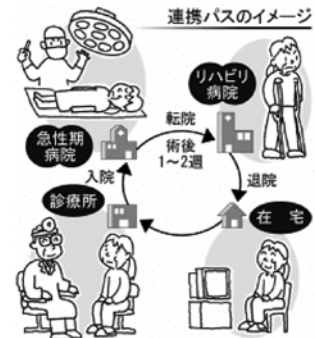
紹介時 月 日	初診~1ヶ月 月 日	定期受診 月 日	半年又は1年後 月 日	その後の 定期受診
<p>ご紹介</p> <p>病院への紹介の際は事前に予約をお取り致します</p>	<p>診断・治療</p> <p>各種検査等</p> <p>□DMSE □神経学的所見 □血液検査 □脳MRI □脳血流検査 □心臓交感神経検査</p>	<p>定期的な診察 検査・治療</p> <p>検査前には事前に病院予約を取って下さい</p>	<p>診断・治療</p> <p>各種検査等</p> <p>□DMSE □神経学的所見 □血液検査 □脳MRI □脳血流検査 □心臓交感神経検査</p>	<p>定期的な診察 検査・治療</p> <p>病状に変化があった時には病院と連携をとります</p>

□アリセプト手帳 □認知症のお年寄りへの対応 □認知症の高齢者への具体的な接し方 世田谷区医師会 資料 10

地域連携クリティカルパスとは？

・ 地域連携クリティカルパス

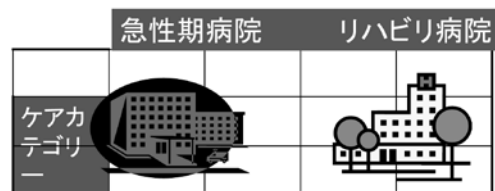
- 疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画
- 病病連携パス
- 病診連携パス
- 在宅医療パス



資料 11

地域連携クリティカルパス

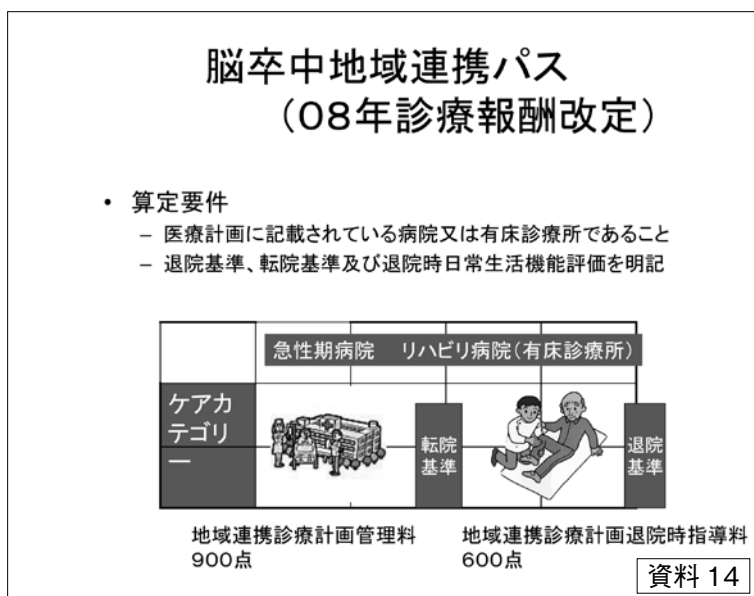
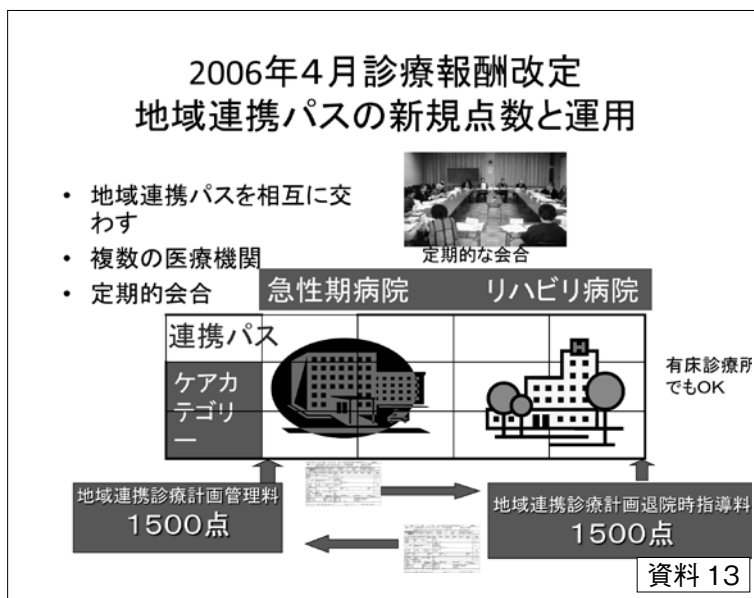
- ・ 急性期病院とリハビリ病院と一緒に作るパス、使うパス



整形外科疾患や脳卒中で始まった

資料 12

それに2006年報酬がつきました。急性期病院に1500点、リハビリ病院に1500点というよい点数がついたのです。それが2008年に脳卒中地域連携パスになり、急性期病院に900点、リハビリ病院に600点と少し点数が減りました。それでも、点数がついたおかげで脳卒中地域連携パスはずいぶん普及しました。(資料13, 14)

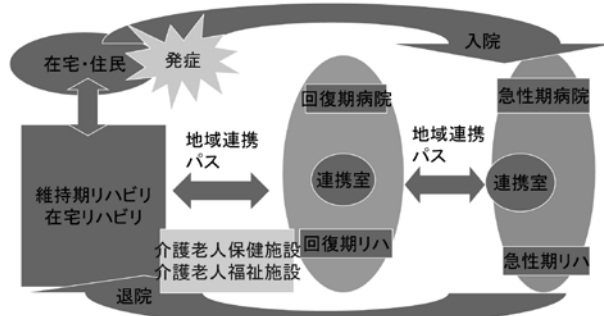


今、都内に8つくらい脳卒中の連携パスネットワークがあります。三田病院の場合、慈恵医大が事務局をしているメトロポリタン・ストローク・ネットワークに参加しています。脳卒中の連携パス参加者は、急性期、回復期、維持期という3期に分かれ、それぞれを連携パスで結んでいきます。急性期、回復期、維持期をマッピングしたのが資料16です。都心部に急性期が多くなっています。メトロポリタンといいながら、甲府や伊豆半島などにも広がっています。全部で70施設くらいになります。こうしたネットワークができたのも、やはり診療報酬の誘導のおかげです。こうしたネットワークに参加することで、三田病院では、脳卒中の場合なども候補病院探しが非常に楽に、スムーズな転送が可能になりました。

(資料15, 16)

慈恵医大のホームページを見ていただくと、色分けをしたオーバービューパスがご覧になれます。それぞれ、次の階層に入ると、帳票類や評価表などが出てきます。(資料17)

脳卒中連携と地域連携パスの流れ

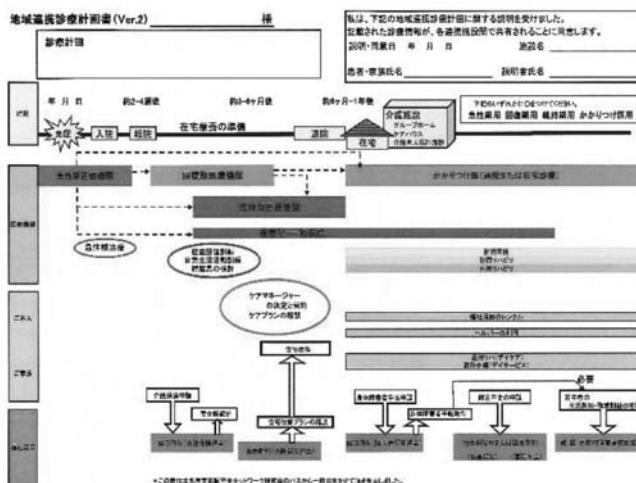


資料 15

東京都内近郊の脳卒中地域連携ネットワーク構築にむけて



資料 16



慈恵医大のホームページからごらんになれます

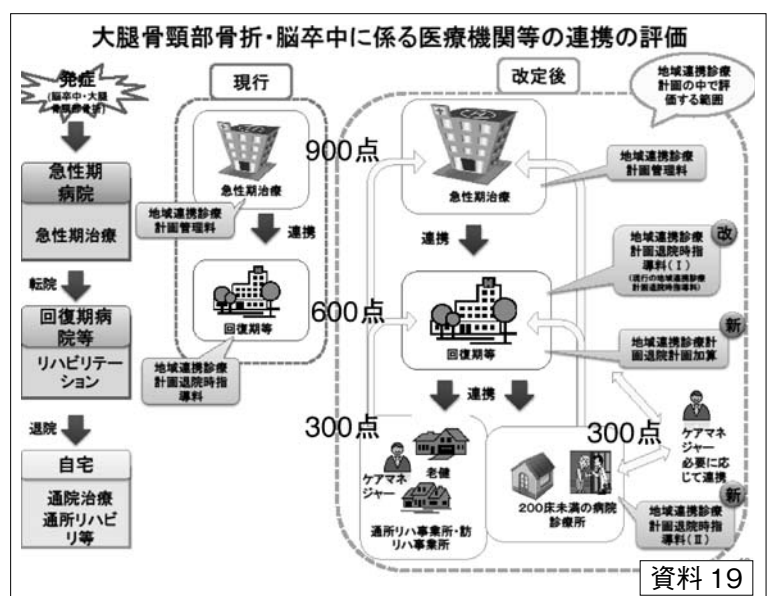
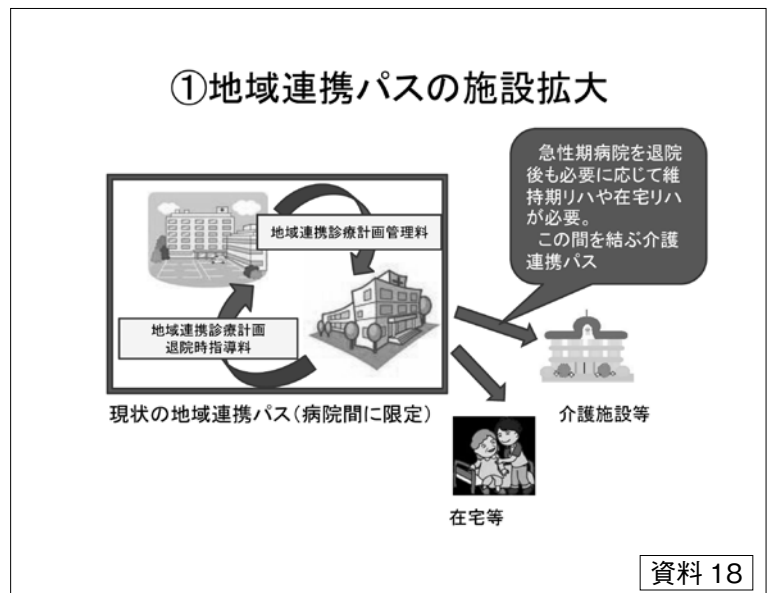
資料 17

2010年診療報酬改定

2010年の診療報酬改定では、2つの話題がありました。1つは地域連携パスの施設が拡大したこと、もう1つは疾病が拡大したこと。施設拡大は、今まで脳卒中なら病院と回復期リハという2つの病・病パスでした。しかし、どうしても脳卒中の場合は介護施設や在宅に広がるため、介護在宅まで含めた3段階にしました。これまで900点・600点の病・病の連携パスだったのを、3段階目、つまり在宅や介護施設にまで広げて、それを300点としました。そうすることで、900点、600点、300点という3つの評価を行うようにしたのです。介護にまで連携パスが広がったことが、非常に大きなことです。それが2012年の診療報酬改定における医療と介護の継ぎ目のない連携の先駆けになったわけです。(資料18, 19)

我々はそれをさらに広げようと、昨年3月に青山大学大学院で介護連携パス研究会を行いました。ここでは、介護サービスを含む地域連携クリティカルパスを「介護連携パス」と呼んではどうかと考えています。介護の人たちは連携パスになじみがまだないので、ネーミング上、介護という言葉をつけて注意を惹こうとしたわけ。すると、介護サービス事業者の方がたくさん集まって、会場は満員になりました。

介護連携パスの必要性は、こんな感じです。まず、医療サービスと介護サービスの切れ目のない連携を図ることが必要です。特に、在宅サービスの連携は絶対必要となります。研究会でも医師会の先生たちは非常に関心を持っていま



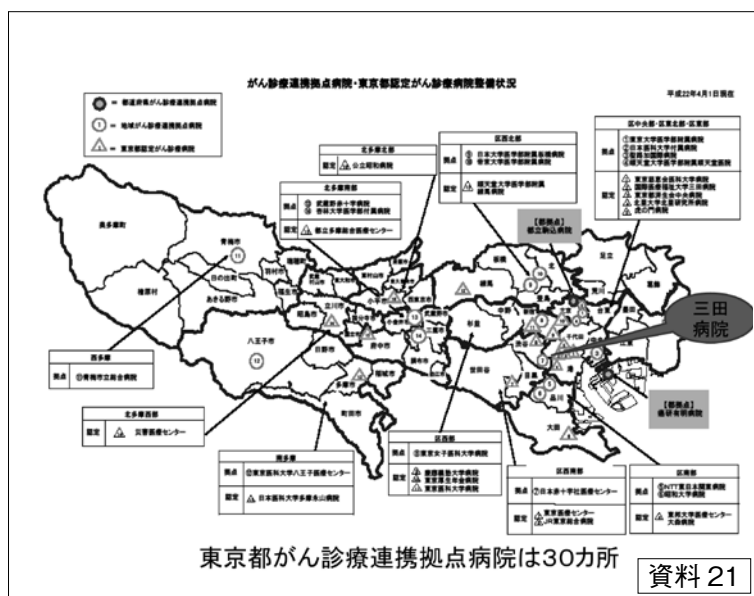
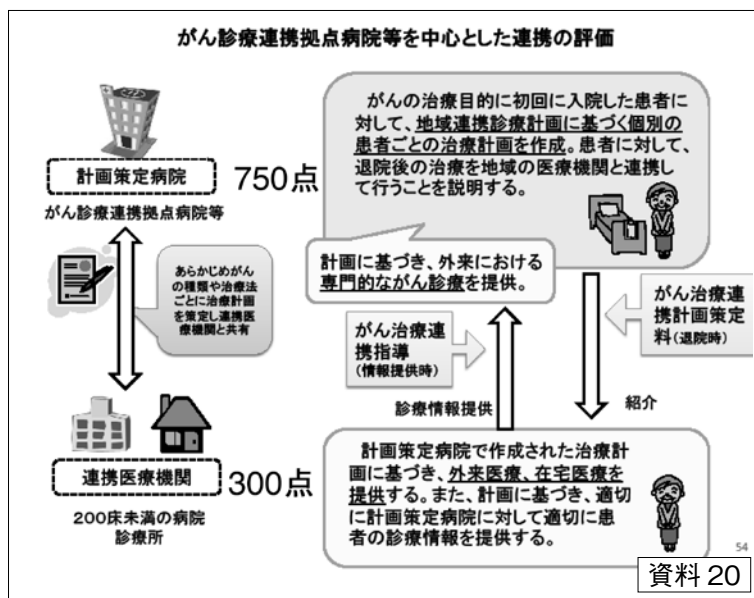
た。昨年9月には第2回の介護連携パス研究会を行いました。このときも満員でした。第2回のテーマはIT連携でした。内閣官房IT担当室の野口参事官が来られたこともあり、在宅で医療と介護のネットワークをどう構築すればよいかが議論のひとつでした。実際、用賀にある桜新町アーバンクリニックなどはスマートフォンを利用して、在宅で薬局とクリニックを繋いでいます。今後はいずれ介護の訪問看護ステーションやヘルパーさんなど、地域ネットワークにも進化することが期待されています。

もう一つ、2010年の話題が、疾患の拡大です。今まで連携パスは、大腿骨・頸部骨折・脳卒中だけでしたが、がん、肝炎、認知症にも広がりました。がんはインパクトがありました。全国に今、がん診療連携拠点病院が377あります。三田病院もそのひとつです。そこと200床以下の病院および診療所を結ぶパスとして、退院時に750点、情報提供時に300点算定されるようになりました。がん拠点病院およびがん拠点病院に準ずるところでなければ、この点数がとれないという制約はありますが、200床未満の病院・診療所にも連携パスが広がったということです。(資料20)

港区がん連携パス研究会

我々は、港区でがん連携パス研究会というのもやっています。東京都にはがん診療連携拠点病院が多く、全国一となっています。30カ所ほどあります。都立駒込やがん研有明などを含めると全部で33カ所となります。なかでも都心部は多く、港区には5カ所もあります。三田病院のほかに、東京慈恵会医科大学、東京都済生会中央病院、虎ノ門病院、北里研究所病院などがひしめき合っています。(資料21)

我々は昨年9月に、統一的なパスを作ろうと、都立駒込病院の鶴田先生に来ていただき、東京都全域で利用できる連携がんパスについてご紹介いただきました。資料22は東京都医療連携



手帳です。東京都のがん連携拠点病院の協議会があり、そこで鶴田先生がとりまとめをしました。連携手帳という名前になっていますが、患者さんが自己携帯する連携パスです。5大がんについて作りました。中を見ると、患者さんのプロフィールなどとともに、「Stage I A・I Bの胃がん」と書かれた診療・検査予定表があります。その中の黒丸はがん拠点病院で、白丸が診療所です。どのような検査をして、どのような治療を行うかというスケジュールを、病院と診療所とで共有しようというものです。この手帳を保険薬局に持っていこうということを言っています。(資料22, 23)

私たちは、こうした連携パスのさらなる拡大を目指し、「連携疾患」というコンセプトを掲げています。連携疾患とは聞き慣れない言葉ですが、専門医と診療所医師との連携が必要な慢性疾患のことです。簡単に言うと、あまりにも慢性疾患が増えすぎたために専門医の数が追いつかず、非専門家の先生にも手伝ってもらわないと回しきれない疾患のことです。患者数が多い、ガイドラインがある、専門医とかかりつけ医との役割分担が明確で二人主治医が成り立つ、といった要件があります。連携パスがあるのは、がんや脳卒中、糖尿病、肝炎、認知症で、今後、連携パスが必要になるのはCKDやCOPD、喘息などです。心房細動などは、ワルファリンの管理が大変なので診療所の先生と共有が必要です。また、軽症の特発性造血疾患のように診療所の先生でも専門医のバックアップがあれば診られるような疾患については、診療報酬に入れてほしいと思っています。

チーム医療と診療報酬改定

2010年診療報酬改定の基本方針

チーム医療と診療報酬改定も、大きな話題でした。2012年4月20日に中医協の新会長に森田東大教授が就任されました。「エビデンスに基づいて、権威ある議論を進める」ということです。中医協は非常に調査能力のある会です。データに基づいて客観的に議論を進めるということは大事です。

おさらいですが、2010年の診療報酬改定の際、病院勤務医の負担軽減というのも話題になりました。それに資するためもあり、チーム医療が続々と加算されました。感染防止対



資料 22

診療・検査予定表 (Stage I A・I B 胃がん)				<small>●は診療所で行います ○はかかりつけ診療所で行います ◎は診療所またはかかりつけ診療所どちらかで行います</small>											
予約日 年 月 日	連携 2週	3 ヶ月	6 ヶ月	1年		2年		3年		4年		5年			
				9 ヶ月	4 ヶ月	9 ヶ月	4 ヶ月	9 ヶ月	4 ヶ月	9 ヶ月	4 ヶ月				
問診・診察	●	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
血液 (血算、生化、CEA and/or CA19-9)		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
上部消化管内視鏡検査 胃全摘後の上部消化管内視鏡検査は、1年目は行いますが、2年目以降は症状がある場合にのみ行います。					○		○		○		○		○		
腹部 CT 検査 and/or 腹部超音波検査					○		○		○		○		○		
胸部 X線検査 and/or 胸部 CT 検査					○		○		○		○		○		

資料 23

策加算、呼吸器ケアチーム加算、栄養サポートチーム加算、がん診療連携拠点病院加算。我々は、チーム医療という概念を整理して、さらに一歩進め、「スキルミクス(多職種協働)」と呼んでいます。これはもともと、コンセプトとしては看護職での概念でした。看護師は、資格、能力、経験、年齢が混じり合っています。そのため、どのようなスキルミクスが最適であるかを求めたのが、最初です。それが今、概念拡張が起こり、医療チームの中でそれぞれの職種の役割の補完・代替関係を指したり、広くは多職種のチーム内部における職種混合の在り方や、職種間の権限委譲・代替、新たな職能の新設などを指し示す概念となっています。実は、1990年代にOECD諸国で始まりました。特にカナダなどは財源を徹底的に絞り込んだので、医師不足や看護師不足がすごかったのです。このとき、医師や看護師は養成にも維持にも費用がかかるため、本当にどれくらい必要なのかという根本的な議論がなされました。その結果、スキルミクスという議論が始まったわけです。

ナース・プラクティショナー

その典型が、ナース・プラクティショナー(診療看護師/NP)という議論です。医師と看護師のスキルミクスの議論です。NPの歴史をたどると、1965年のコロラド大学までさかのぼります。当時、へき地での医療提供を目的にスタートしました。それが現在は、看護師人口の6%、14万人が働いています。私も、1988～1989年、ニューヨークのブルックリンの病院に留学していました。当時、外来でNPがいました。チームリーダーとして、極めてしっかりした看護師でした。さらに驚いたのが、米国を

旅行中、ミシガン大学に行ったらそこにもNPを養成していました。そのNPに「卒業後はどこに行くのか」とたずねると、「インディアン保護区で医療をやる」と言った、元気な看護師さんがいました。NPの業務範囲も非常に広く、限定された薬の処方や検査の指示を出す権限も州によっては認められています。NPにとってフィジカルアセスメントは当然で、検査オーダー、処方権も持っています。NPの議論は、看護師さんに職を奪われるなどともないと、米国の医師会と薬剤師会が70年代から80年代にかけてものすごく抵抗しました。しかし、決着が付いたのが、連邦議会技術評価局がいろいろなデータを持ち寄って、「NPのケアの質は医師と同等であり、特に患者とのコミュニケーション、継続的な患者の管理は医師よりも優れている」という見解を出し、ようやく議論がおさまり、その後の発展につながりました。日本でも特定看護師が始まりましたが、それもこうした議論の段階を踏まえていかねばなりません。ちなみに、米国のNPは大学院の修士課程レベルが基本です。

さて、日本でもNPの養成コースが6大学で始まりました。大分県立看護科学大学や国際医療福祉大学、聖路加看護大学などが、修士課程レベルでNPの養成を始めています。(資料24)

私どもの大学のカリキュラムでは、修士の1年目では、講義と演習が中心です。病態機能学、

NP養成大学名	NPプログラムの特徴	開始年
大分県立看護科学大学	慢性期NP(老年/小児)	2008年
国際医療福祉大学	慢性期/周術期 (周術期は2010年開始)	2009年
聖路加看護大学	小児/麻酔 (麻酔は2010年開始)	2009年
東京医療保健大学東が丘	クリティカル	2010年
北海道医療大学	プライマリ・ケア	2010年
聖マリア学院大学	家族	2010年

資料 24

臨床薬理学、フィジカルアセスメントなどを学びます。そして2年目からは医療現場での臨床研修指導医について、医師からエコーの使い方や読影法などを学びます。資料25は養成講座の1年生です。去年担当したときの写真ですから、今は2年生になっています。全国から十数名集まりましたが、みんな元気で授業中は質問だらけです。(資料25)

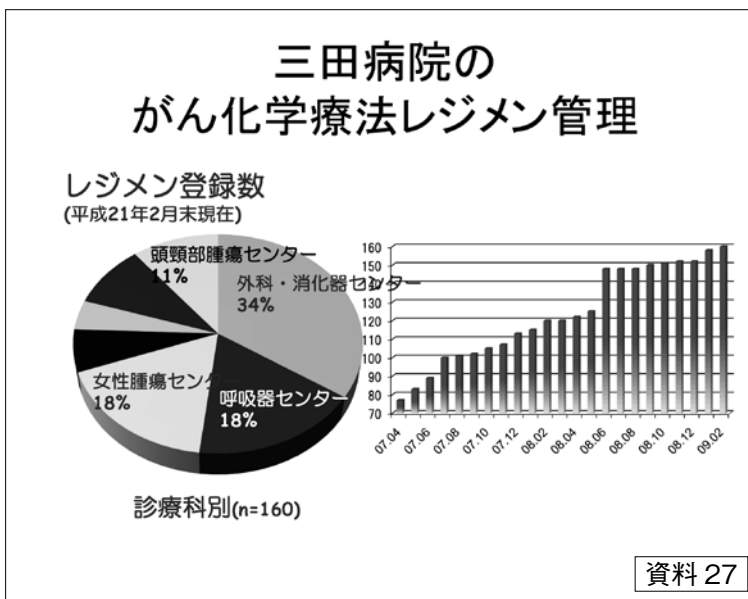
今、「特定看護師(仮称)が日本版NPか？」などと言われています。東大大学院の永井先生が「チーム医療の推進に関する検討会」で、モデル事業が始まりました。医師の包括的指示のもと、特定の医療行為を行ってもよいということですが、結構、侵襲的なことを行います。例えば、人工呼吸器装着中の患者のICUのウイニングや気管内挿管、抜管などです。これらをやってもらえると、非常に助かります。(資料26)

特定看護師モデル事業を4月から開始しました。大分県立看護科学大学と、国際医療福祉大学、東京医療保健大学、北海道医療大学が、このモデル事業に参加しています。

そして、もう一つのスキルミクスが、薬剤師さんです。2012年の診療報酬改定でもっとも注目されるでしょう。2010年でもすでに、がん診療連携拠点病院加算で薬剤師さんが注目されました。これはがん診療連携拠点病院でないと取れなかった点数が、400点から500点に増点されました。その条件は、がん診療連携拠点病院を設置しており、看護師さん、薬剤師さんが参加していること、です。三田病院では、東京都にがん拠点病院の申請を上げるとき、絶対がん診療連携拠点病院がなければならぬと2007年に作りました。その際の議長は医師ですが、副議長は薬剤部長です。そして、作ったがん診療連携拠点病院で何をやるかという、化学療法レジメン



項目	特定の医行為
検査など	<ul style="list-style-type: none"> ▽患者の重症度の評価や治療の効果判定などのための身体所見の把握や検査 ▽動脈血ガス測定のための採血など、侵襲性の高い検査の実施 ▽エコー、胸部単純エックス線撮影、CT、MRIなどの実施時期の判断、読影の補助など(エコーについては実施を含む) ▽IVR時の造影剤の投与、カテーテル挿入時の介助、検査中・検査後の患者の管理など
処置	<ul style="list-style-type: none"> ▽人工呼吸器装着中の患者のウイニング、気管内挿管、抜管など ▽創部ドレーンの抜去など ▽深部に及ばない創部の切開、縫合などの創傷処置 ▽褥瘡の壊死組織のデブリードマンなど
患者の状態に応じた薬剤の選択・使用	<ul style="list-style-type: none"> ▽疼痛、発熱、脱水、便秘異常、不眠などへの対症療法 ▽副作用出現時や症状改善時の薬剤変更・中止



(処方計画)の審査、登録です。昔は、各診療科で新しい化学療法剤ができたからレジメンを使ってみようという部長のひと言で決まりましたが、キャンサーボードができるとそれができなくなります。キャンサーボードにかけて、薬剤師さんがエビデンスを集め、適正かどうかを検証します。三田病院の場合は、経済評価まで入り、本当に使ってよいのかどうかを検討します。その調査をするのは、みんな薬剤師さんです。三田病院では、キャンサーボードを始めたら、外科・消化器センターや呼吸器センター、女性腫瘍センターなどで、レジメン登録数がうなぎのぼりに増えました。(資料27)

新たな病棟薬剤師業務

また、病棟薬剤師さんは2012年の報酬改定でどう評価されるのでしょうか。単に、病棟に薬剤師を配置して薬剤の管理をしてもらっただけではありません。日本病院薬剤師会の調査で3180病院からの回答をみると、すでにフィジカルアセスメントを薬剤師さんがやっているところと答えたところが4.5%ありました。まだまだ少ないのですが、今後は必須になっていくでしょう。(資料28, 29)

薬学部も6年制になり、九州保健福祉大学ではバイタルや薬物血中濃度測定、水分保有量などをみながらの褥瘡ケアなどについて学んでいます。かつて薬剤師さんと一緒に回診するとき、「患者さんの胸に発疹が出ていて薬疹かもしれないから触ってみたら」というと、同行していた薬剤師さんが「いえ、私は薬剤師なので患者さんにはふれることができないと教わりました」と言いました。今はそんな薬剤師さんはいないと思いますが、その当時から比べると隔世の感があります。

(資料30)

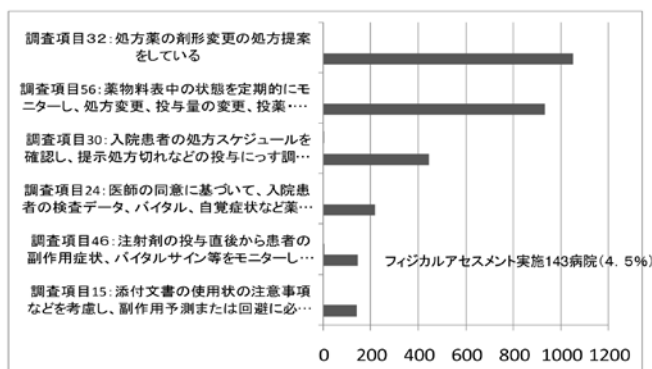
三田病院病棟薬剤師



各病棟に薬剤師を配置し、薬に対しての疑問や不安など、入院患者の薬物治療に薬剤師が積極的にに関わり、薬の内容や用量、服薬説明、治療効果や副作用の確認などを行っている。

資料 28

薬剤師の新たな業務実態調査 モニターや処方提案など



資料 29

フィジカルア・セスメントができる薬剤師を目指して(九州保健福祉大学薬学部)



バイタルが取れる薬剤師をめざして



薬物血中濃度測定を目指して



各種薬物投与方法について



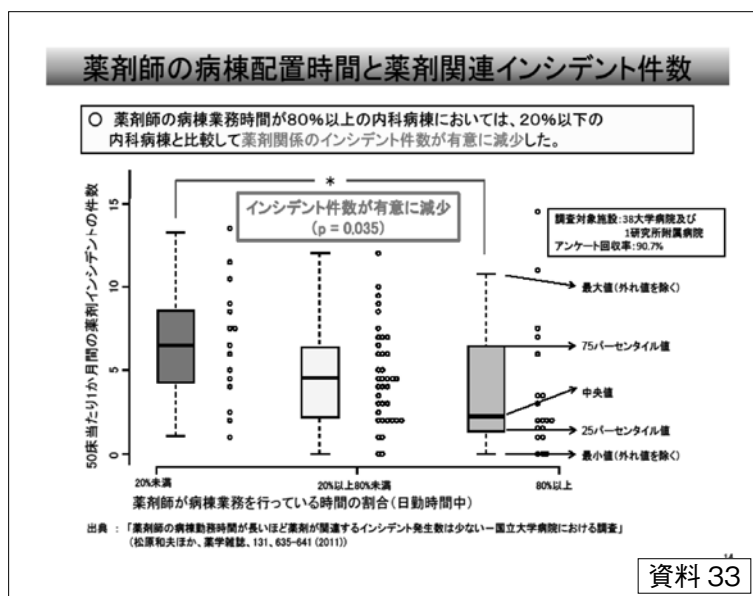
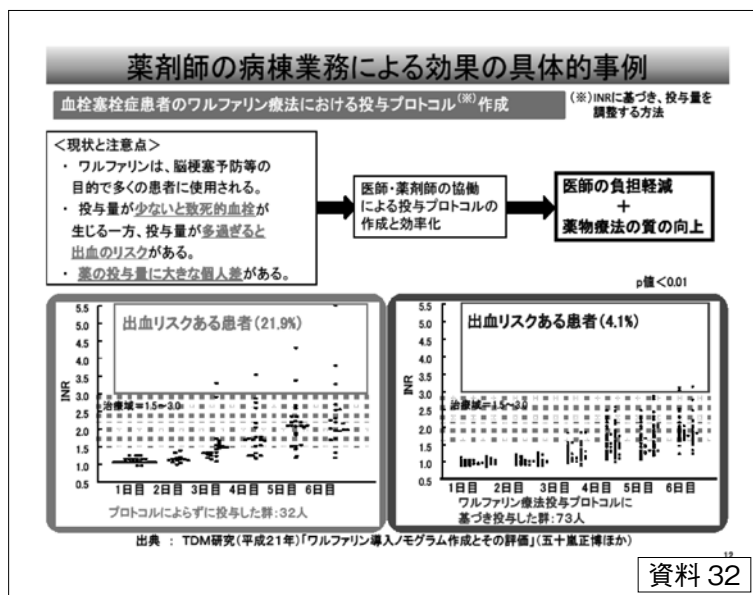
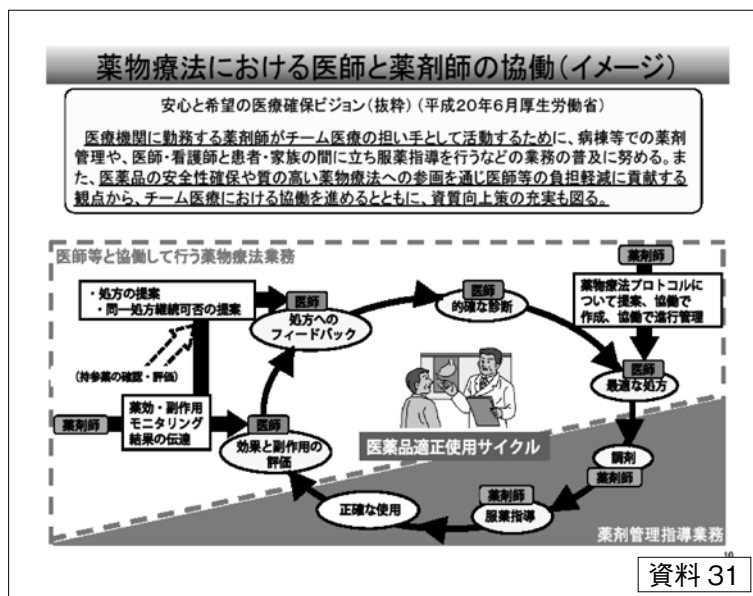
褥瘡ケアを目指して

資料 30

薬剤師のフィジカルアセスメントは何のためにするかというと、薬害防止の情報提供のためです。イレッサによる間質性肺炎を見つけるには聴診ができなければいけません。また、SJS(スティーブンス・ジョンソン症候群)の防止なら、触診をしなければなりません。心電図でQTを延長する薬剤が多いので、そういうときには心電図を読めなければ、分かりません。そのため、そうした教育が必要となるのです。

2012年の診療報酬改定は、病棟薬剤師の病棟業務が論点です。資料31は厚生労働省の資料です。やはり薬剤師さんは処方プロトコルについて医師と協働で提案していく。そして、薬剤管理業務はもちろん、その評価についても医師と協働して行い、処方にフィードバックするという業務を行うということです。(資料31)

具体的事例を挙げました。ワルファリン療法による投与プロトコルです。プロトコルに添って投与した場合は、出血性リスクのある患者さんは4.1%だったのが、プロトコルを使わないと21.9%となっています。薬剤師の病棟業務には、こうした効果も出ています。また、病棟薬剤師さんが病棟にいる時間が長いほど、薬剤関連インシデント件数が減るというデータもあります。今回、改定に向けて薬剤師さんがどのように貢献しているかのデータを集めようということになりました。次回報酬改定では、入院基本料に患者あたりの病棟薬剤師配置数基準が打ち出されてくるのでしょうか。(資料32, 33)



DPC報酬改定

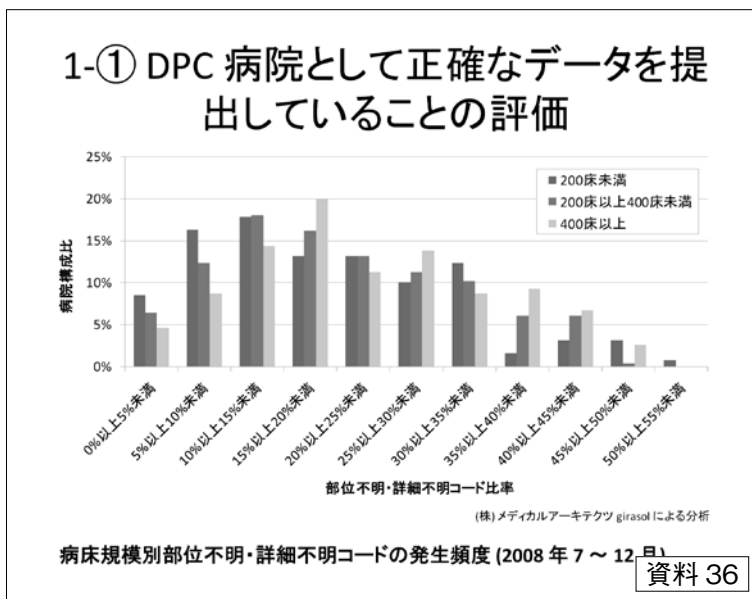
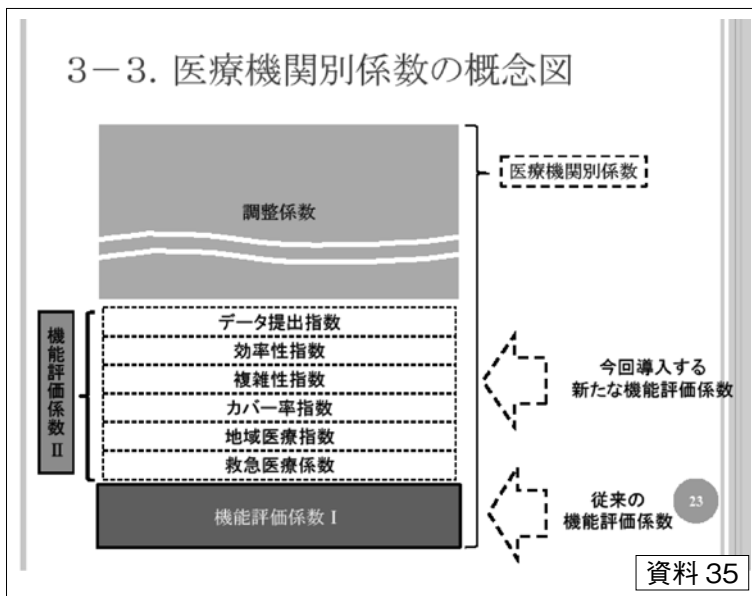
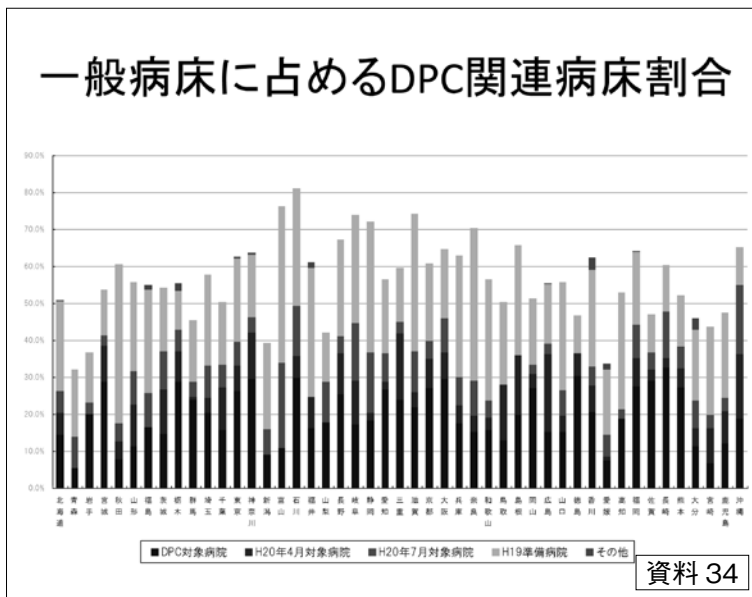
一般病床に占めるDPC関連病床割合

次は、DPC報酬改定についてです。みなさんご存じのように、DPC対象病院数が1449病院、DPC準備病院が201病院、合計すると1650病院になり、すでに50万床を突破してしまいました。一般病床の6割くらいということでしょうか。ところが、県別に見るとバラツキがあります。資料34は一般病床に占めるDPC関連病床の数です。ダントツに多いのは富山県と石川県で、それぞれ8割ほどとなっています。少ないのは青森県や愛媛県です。富山県や石川県に行くと、入院レセプトの8割くらいがDPCレセプトになるということです。(資料34)

DPCにおける診療報酬の支払い方式も、今回見直されることとなります。ご承知のように、包括評価部分と出来高評価部分があるのですが、2010年の改定でも調整係数の見直しが話題になりました。ここはおさらいですので、さらりといきますが、今までの調整係数に対して25%ほど機能評価係数IとIIがあります。機能評価係数IIの中に、全部で6項目あります。データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数、救急医療係数という6項目です。機能評価係数Iでは、従来の出来高評価部分の加算を計数化していれました。(資料35)

DPC病院として正確なデータを提出していることの評価

DPC病院として正確なデータを提出している評価を見てみましょう。詳細不明、部位不明コード(ドットナイン)の発生頻度です。40%以上だと減算になるのですが、結構あります。三田病院は5%程度なので、優秀なほうですが。(資料36)

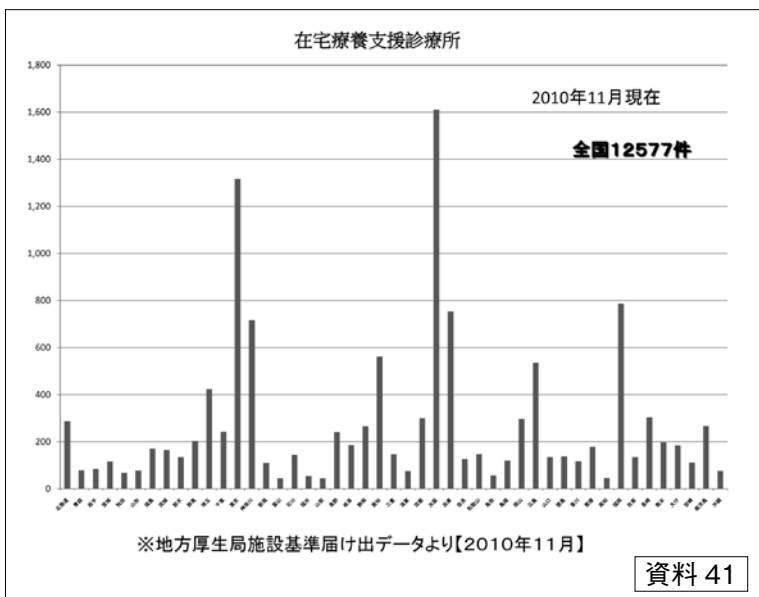
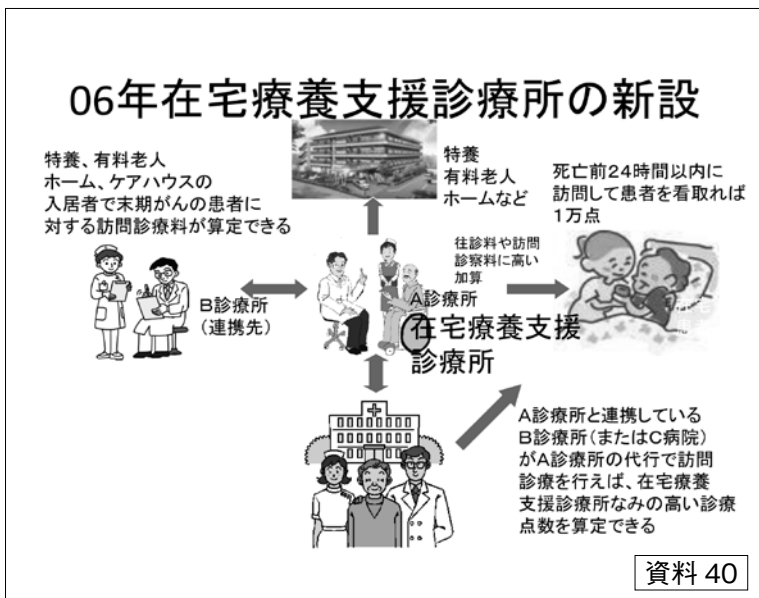


在宅療養支援病院

在宅療養支援病院の規制緩和

在宅療養支援病院は、次の報酬改定でどうなるか、大きなトピックです。200床以下の新たな病院像といえます。実は、在宅療養支援病院には規制緩和が行われました。この在宅療養支援病院を簡単に言うと、在宅療養支援診療所のベッドを持っている病院版です。歴史をさかのぼると、2006年に在宅療養支援診療所ができました。話題になったのが、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取れば1万点、つまりお看取り料10万円という世界です。これはあまりにも高すぎて遠慮してみんな使っていないというのが実態ではありますが。在宅療養支援診療所は、全国で今1万2577件あります。大阪や東京など、都市部はやはり多くなっています。(資料40, 41)

では、在宅療養支援病院に移ります。2008年に診療報酬に入り、その要件は半径4km以内に診療所が存在しないことでした。今どき半径4kmに診療所がないというのもあまりないので、11病院が挙手をしました。今回、2010年の診療報酬改定で、4km要件が撤廃されました。これが非常に大きなことでした。撤廃され、さらに緊急加算650点、夜間加算1300点といった非常に高額な往診料加算がついたまま病院に移したため、病院に非常によい点数がつかしました。ほかにも、在宅末期医療総合診療料、在宅時医学総合管理料等も非常に高い評価となっています。在宅療養支援病院をとると、診療報酬上、優遇されると言われています。そのおかげで、2008



年には7件しかなかった在宅療養支援病院が、2010年に4km要件を撤廃したとたん、331件になり、現在は全国に403件になっています。今後は1000件くらいまでいくのりしろがあると思っています。在宅療養支援病院が多いのは、やはり大阪、兵庫です。東京はあまりたいしたことはありません。

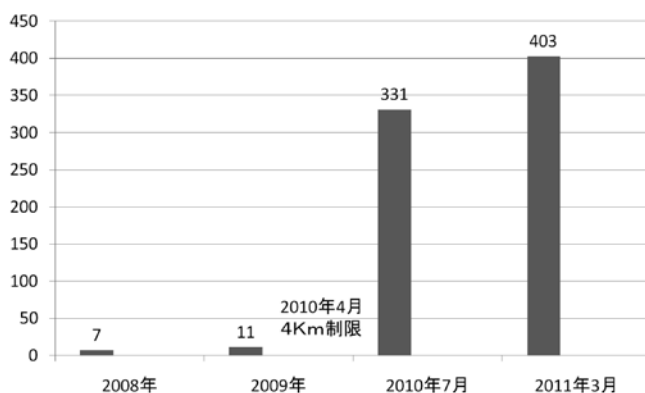
(資料42, 43)

三田病院の近くに古川橋病院があります。ここが東京都で最初に挙手した在宅療養支援病院です。そこに見学にいき、院長の鈴木先生にお話をうかがいました。古川橋病院は大正時代からこの地にある病院で、鈴木先生が3代目だということです。一般病床49床、介護老人保険施設が40床あります。今回、「これからは在宅療養支援病院だ」というい意志決定のもと、東京都で最初に挙手したということです。港区にはこの手の中小病院が全然ありません。あっても、みんなつぶれています。あるのは、虎ノ門病院や三田病院、済生会などの急性期の大きな病院です。中小病院は非常に貴重です。この古川橋病院の近くには、麻布十番という古い商店街があります。そこには高齢者が多く、表通りから見る華やかさとはまったく違います。こうした地元の高齢者に何かあったとき、小回りの効く病院が必要です。

在宅療養支援病院実態調査

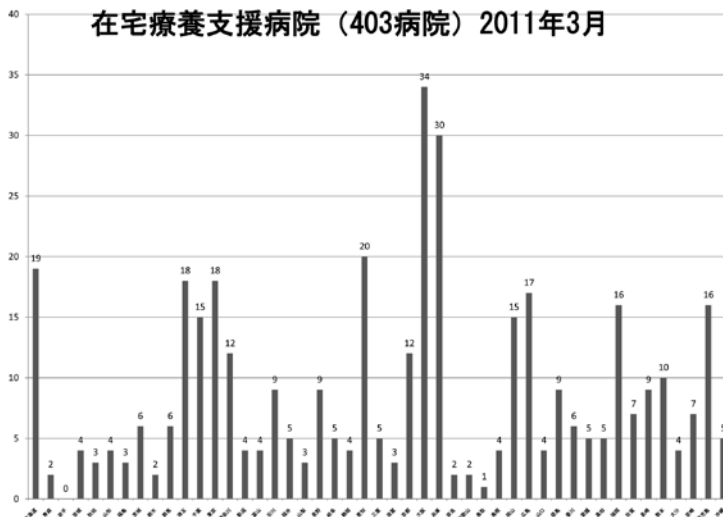
在宅療養支援病院の実態調査を、日本医療マネジメント学会が行いました。調査は12月時点だったので374施設しかありませんでした。そこに調査票を配り、107件から回答を得ました。どのような病院があがっていたかということ、いちばん多いのは50床以下、100床以下の病院です。また、開設主体別に見ると医療法人、市町村も入っています。(資料44, 45)

在宅療養支援病院数の推移



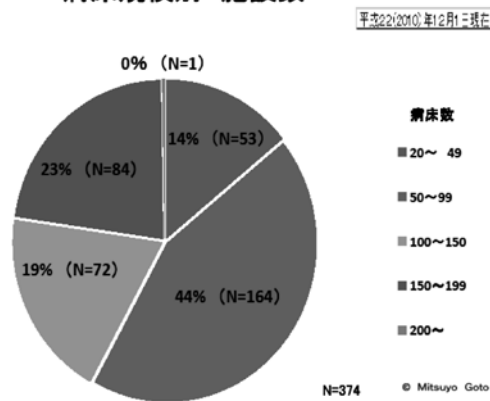
資料 42

在宅療養支援病院（403病院）2011年3月



資料 43

47都道府県 在宅療養支援病院 病床規模別 施設数



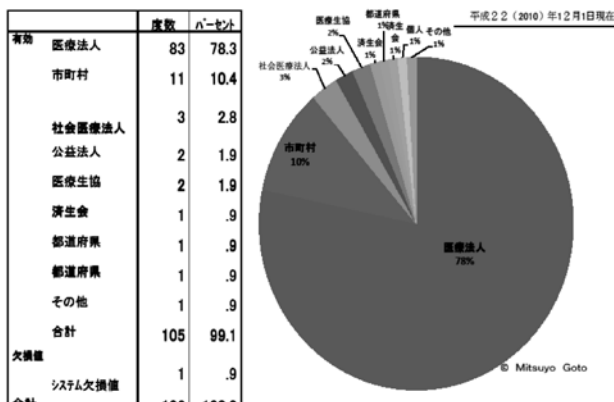
資料 44

併設する施設にどのようなものがあるかということ、居宅介護支援、訪問看護ステーション、デイケア、老健となっています。届け出理由としては、これまでも在宅に力を入れていたという病院が多くありました。それに続いて、増収が期待できるというのがありました。これが本音だと思います。また、苦勞した事については、やはり24時間往診体制の確保、医師または看護師の配置が多くなっています。当直医とは別に、往診ができる体制を取らなければいけません。これがなかなか大変です。先ほどの古川橋病院の鈴木先生は、自分で携帯電話をもって24時間対応しているといっていました。ただ、それほど呼ばれないということでしたが。

(資料46, 47)

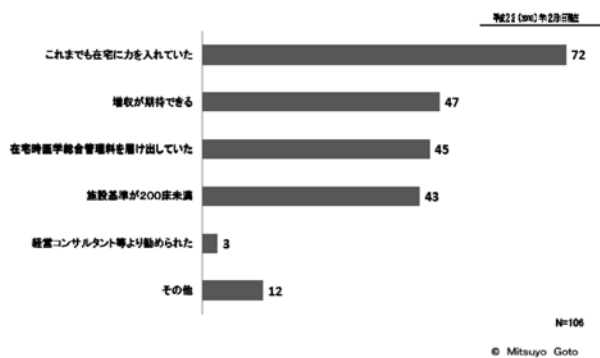
在宅療養支援病院と在宅療養支援診療所の関係が、今後は重要になります。そのあたりについてアンケートで聞いてきました。在宅療養支援病院のほうで、在宅療養支援診療所と後方病床の契約を結んでいるか。つまり、在宅療養支援診療所のほうで入院処置が必要なら、在宅療養支援病院に電話をしてベッドを使わせてほしいと依頼できるように契約を結んでいるかどうか、です。すると、やはり少なく、3割くらいしかありませんでした。今度は在宅療養支援病院のほうに、そのためのベッドを確保しているかを聞くと、やはり少なく、1.5床から最大で5床くらいでした。今回、こうした状況を考えると、在宅療養支援病院と在宅療養支援診療所の関係をさらに促進させ、連携を強化するには、なんらかの診療報酬上の措置が必要ではないかと思います。そのためのひとつは、空床確保です。在宅療養支援診療所だけでなく、一般診療所からも在宅の患者さんのバックベッドを確保していることを評価することが大切です。また、開放病床を診

47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 開設主体別にみた施設数



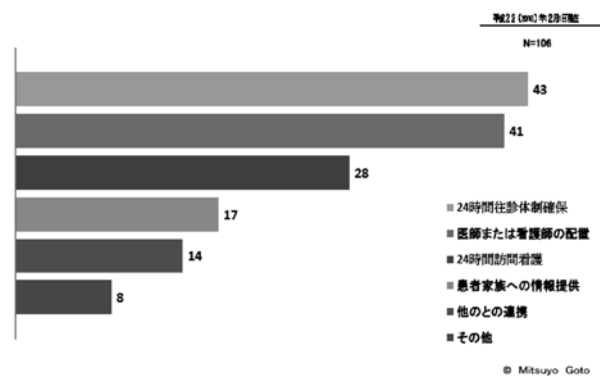
資料 45

47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 届け出理由



資料 46

47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 施設基準で苦勞した事



資料 47

療所の先生方に在宅療養支援病院が空床を確保して、それを開放病床、オープンベッドとして使ってもらおう。オープンベッドというのは、診療所の先生が自分の診た患者さんをそこに入院させて、そこで入院治療を病院の医師と一緒に診療を行うということです。これをぜひとも入れて欲しいと思います。また、当直体制。現行は当直医以外の往診担当医を置かなければなりません。この確保がどこも大変で、二の足を踏んでいるところが結構あります。在宅療養支援診療所の先生と病院とが輪番体制で24時間対応できればと考えています。(資料48)

介護P4P

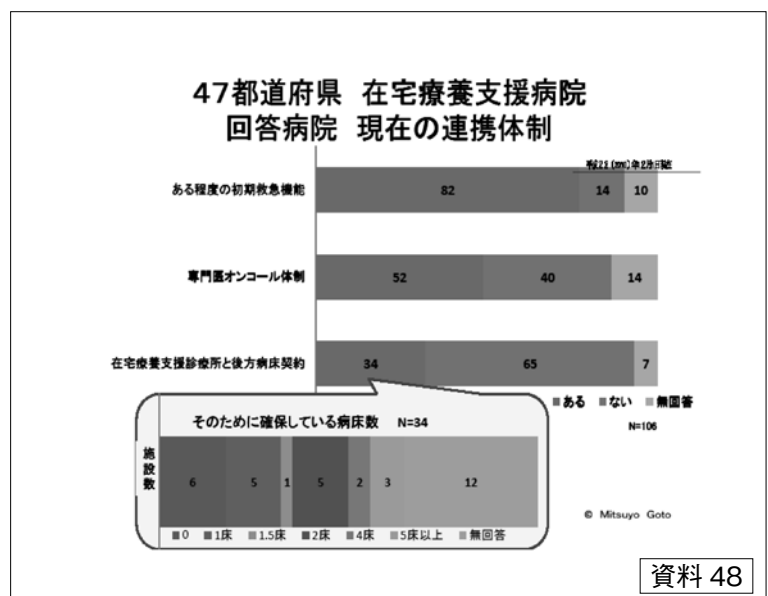
P4Pとは何か?

次は、介護P4P(Pay for Performance)です。介護サービスの質に基づく支払い方式です。我々はP4P研究会の中で、必要性を説いていますが、なかなか世論は厳しく、医療の質や介護の質に報酬を付けるのは品が悪いと言われてます。実は、先進各国はP4Pの方向に向けて走り出しています。もともと米国で始まったヘルスケアサービス提供の質に対する支払い方式です。それは「高品質の仕事に対して、個人がボーナスを得るのと同様、病院もまた高品質のヘルスケアに対してボーナスを支払うべきだ」という論調です。P4Pのもっともスタンダードな定義は、米国医学アカデミーが「高質のヘルスケアサービスの提供に対して、経済的インセンティブを、EBMに基づいた基準を測定することで与える方法である。その目的は、単に高質で効率的な医療にボーナスを与える事にとどまらず、高質のヘルスケアサービスへの改善プロセスを促すことにある」ということです。米国・英国・カナダ・オーストラリアというアングロサクソン系の国で導入が進みました。最近では、韓国や台湾でも導入されています。

なかでも米国が典型的なので、見ていきましょう。2001年からプライマリケアグループ向けのP4P保険プランで

スタートしました。その後、病院に移行して、2008年にはナーシングホームP4P、在宅医療P4Pになりました。そして2009年からは公的保険の中にメディケアでP4Pの一種である、VBP(Value Based Purchasing: 医療サービスの価値に基づく購入)が入りました。米国におけるP4Pの最新トレンドは、VBPです。これはメディケアにおいてですが、医療の質パフォーマンスを報酬に反映するため、質の指標を疾患別に設定して、点数のよいところに割り増しボーナスを与えるという方法です。質パフォーマンスの達成あるいは改善に対して評価するという事です。スコアは一般にも公開されます。

具体的に、臨床指標を挙げてみます。例えば、急性心筋梗塞における来院時のアスピリン投与や、退院時のアスピリン処方、左心収縮不全患者に対するACE阻害剤・ARBの投与など、すべてガイドラインやエビデンスに基づいて指標が設定されています。他にも、疾患別に設定されており、心不全や肺炎、手術部位の感染症予防、アウトカム指標、患者満足度の指標があります。どうやってインセンティブが支払われるかという、こういうことです。今、お話しした疾患別指標で病院を評価し、1～100番までをランキングします。そして、上位20%の病院に対して、DRGのボーナスを1%ないしは2%与えます。成績の悪い人たちには、すぐにペナルティを与えず、3年間の猶予期間を与えて、



資料 48

その間に改善していなければペナルティ、減算となります。試行段階での成績を見ると、各病院がインセンティブを与えられることで、疾患別指標がすべてよくなっています。指標がよくなったということ、最終的なアウトカムがどうなったかはわかりませんが、少なくとも指標は改善します。ニューヨークタイムズには、その年でもっとも指標がよかったニュージャージー州のハッケンザックという大学病院がトップ記事として紹介されるほど、注目を集めました。

ナーシングホームP4P

最近では、ナーシングホームP4Pが、すでにデモンストレーションプロジェクトとして始まりました。これはCMS(メディケア、メディケイドサービス)が実施中で、メディケア対象ナーシングホームの入居者に対して、P4Pを導入しました。その質パフォーマンス指標で面白いのが「不適切な入院」です。あとでお話しますが、きちんとナーシングホームで管理していれば、増悪で急性期病院に入院する確率は減るだろうということで、入院率を見ているのです。また、質パフォーマンス指標の得点ポイントに応じた報酬では、上位20%の高得点群と上位20%の改善群にポイントをつけるということになりました。

先ほど、少しお話しした「不適切な入院」という指標は、ナーシングホームでの管理がしっかりしていれば、心不全や電解質インバランス、呼吸不全、敗血症、尿路感染症などで入院することはないはずで、それでも入院させるのはそのケアが悪かったからだろうという指標です。質アウトカム指標では、日常生活動作に介助が必要な入居者割合の増加や褥瘡や膀胱留置カテーテル、日常生活機能のレベルが改善した入居者率などから点数を与えます。

韓国P4P

先日、韓国に行ってきました。実は、韓国でも先ほどお話ししたようにP4Pが始まっています。なぜできたかという秘密が、ソウルの健康保険審査評価院(HIRA)にあります。HIRA

は2000年に全国350あった保険者を全国レベルで一挙に統合してできました。韓国は1998年にIMFの管理下に置かれ、さらに金大中のときに医療制度改革を行いました。HIRAは、その一環でできました。2004年には、電子レセプト100%を実現。2011年からP4Pを360病院で実施しました。そのときの指標は、急性心筋梗塞と帝王切開でした。保険者を統合し、100%電子化することで、実はP4Pができます。日本でそれをやろうとすると、P4Pの導入が先か、ナショナルデータベースの導入が先か、で悩ましいものがあります。韓国P4Pの評価指標は、心筋梗塞の場合、先ほど見た米国のケースとよく似ていて、入退院時のアスピリンやβブロッカー投与率などです。また、帝王切開はリスク調整した帝王切開率です。韓国は帝王切開がとても多く、世界標準の5倍ほどあります。そこで、帝王切開率の低いところに点数を付けることになりました。これらの指標で病院をグレード1～5までランク付けします。米国同様にランキングして、悪い点数の人たちは3年経てば1%減算、成績のよい人たちは1%の加算をするということを行いました。すると、よい人たちは平均1.55ポイントの改善でしたが、劣等生たちは大きく改善しました。P4Pはペナルティを恐れる劣等生が頑張るといふことかもしれません。

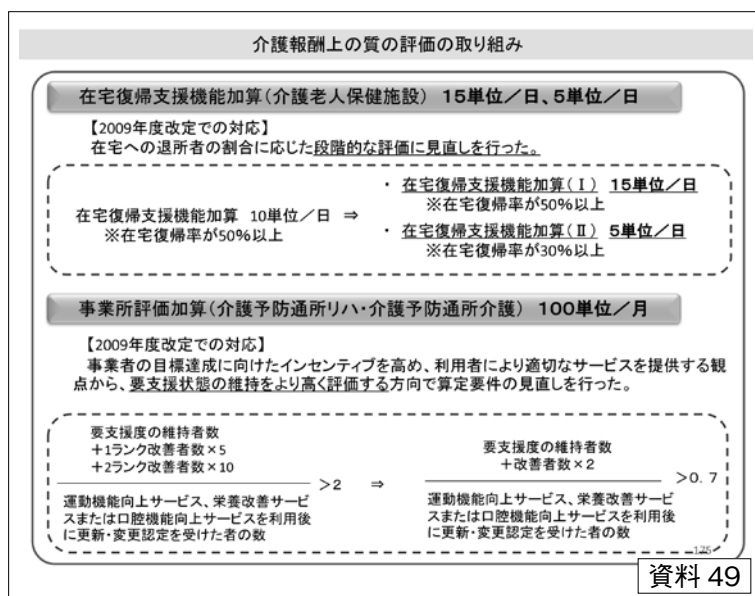


日本版P4P

日本版P4Pはないと思われるかもしれませんが、実は回復期リハビリ病院で始まっています。2008年の診療報酬改定で、回復期リハ病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入しました。どういう指標かという点、まず重症患者の割合が新規患者の15%以上であること。そして、在宅復帰率が60%以上であること。そして、重症患者の30%以上が日常生活機能が退院時に3点以上改善した場合の3つです。まず心配するのは、意識的に改善しやすい人だけを集めるのではないか、ということでしょう。それを防ぐために重症患者を入れなければいけないという縛りがついています。アウトカム評価で重症者回復加算が50点です。重症の患者の3割以上が、退院時に日常生活機能が改善していることが要件になっています。リハビリP4Pに対する当時の中医協委員、遠藤先生の意見はこうです。「世界的にP4Pの動きが見られるが、パフォーマンスの指標の中心はプロセス評価であり、アウトカム評価は少数で、アウトカム評価は難しいというのが趨勢である」。「加えて、アウトカム評価はこれまでわが国の診療報酬支払いにはなかった概念である。ゆえに、あくまでも試行的に実施されるのであって、検証をしっかりとやりましょう」。実際、中医協の特別調査で回復期リハの検証が行われました。すると、在宅復帰率が70%を上回るなどともよくなりました。また、重症患者割合も15%を上回りました。こうしたこともあり、今は次のステップとして、介護にP4Pを導入しようということが言われています。2006年に私どもの大学で老健局の宮島局長をお呼びして講演会

をしたのですが、このときすでに「介護サービスの質の評価にあたって、P4Pといった評価を介護報酬に導入できないかという考えが上がっている」と言っていました。我々も勉強してみたところ、なんと介護P4Pも2009年すでに在宅復帰支援可能加算と事業所評価加算の2つが入っていました。在宅復帰支援可能加算というのは、在宅復帰率に応じて介護報酬の加算を上乘せするものです。例えば、在宅復帰率50%以上の事業所には15単位、30%以上のときには5単位上乘せします。また、事業所評価加算は介護予防のプログラムです。運動・口腔・栄養改善などの予防プログラムをきちんと行っているところで要支援のランクが改善した、および維持した場合は点数をあげるというものです。(資料49)

それをさらに拡大したらどうかという意見がありました。それによって、介護サービスの質評価検討委員会が発足しました。ここでも私は座長をしていますが、ポイントは介護給付金の分科会に基礎資料を提出するワーキンググループのような会です。そこで、介護サービスの質とは何かという非常に大きな議論を一昨年からしています。とても小さな検討会ですが、毎回宮島局長が出てきたりして熱心にやっています。その中で、今までの質評価はどんな形で行われていたのか、諸外国の取り組みなどをレビューしました。



介護サービスの質評価検討委員会

我々が恐らく最初ではないかと思うのですが、介護サービスの質のモデル化を行いました。一番上には「介護保険の理念」をもってきて、その次の階層に「利用者等のQOLの確保」「地域との連携・参画」、さらにその下に「質が高く安全な専門技術の提供」といった領域を設け、その中で指標を選定する作業を行いました。もっともやりやすいのは質の高さや安全技術の提供なので、一昨年にそこから始めました。(資料50)

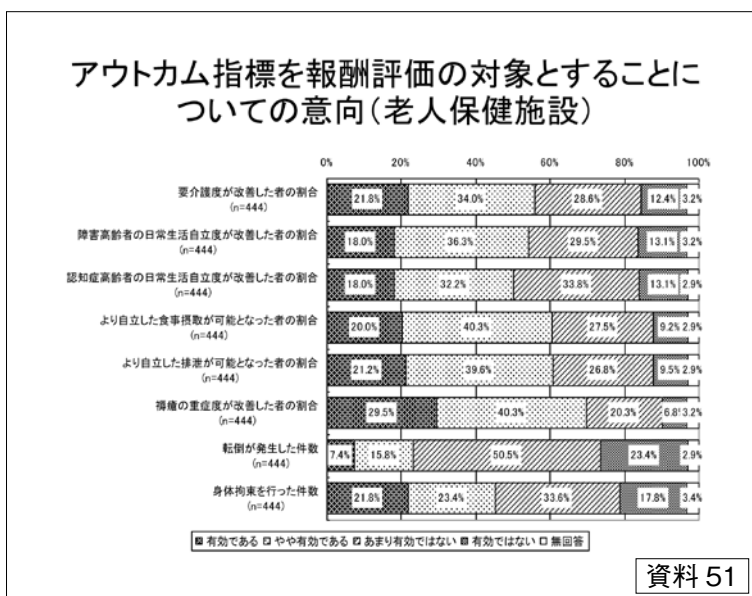
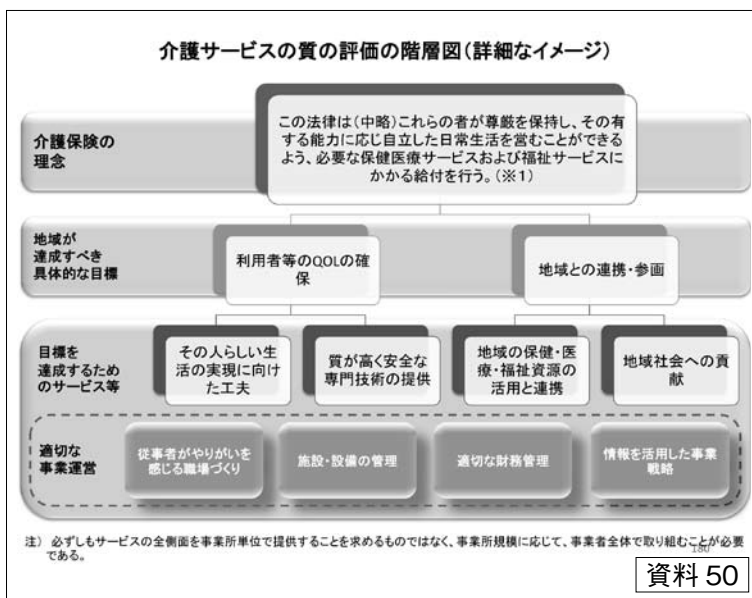
なかでも「質が高く安全な専門技術の提供」では、アウトカム指標としては栄養や排泄、認知症患者の日常生活自立度の変化、褥瘡、転倒などが考えられます。また、プロセス指標としては、専門的な認知症ケアの提供や、専門的なターミナルケアの提供などが考えられます。そして今回、老健1200カ所、特養2000カ所で2010年度の調査を行いました。

結果的には、老健444施設、特養792施設から回答がありました。特に注目したのが、アウトカム指標をどう考えているかです。すると、評判がよかったのは「食事の摂取」や「自立した排泄」などでした。(資料51)

今後の診療報酬で、特に介護P4Pについてどうすればよいかについての話を検討会でまとめました。最初は、要介護度や日常生活動作の改善を直接アウトカム指標にしたかったのですが、今回の調査でみるとそれらには複雑な要因が絡まっていました。そこで、プロセス指標として候補に出てきたのが、食事摂取や排泄など、一種のQOL評価でした。その部分を評価することについては、検討する価値があるのではないかということでした。ただし、現場の意見としては、褥瘡や転倒、抑制については難しいという意見が多くありました。いずれにせよ、さらなるデータ収集が必要だということです。

なので、介護P4Pについて2012年にどうなるかは、まだすぐに結論が出てい

ません。やはり、要介護度の改善に寄与する要因に対してインセンティブをつけてはどうか、ということです。根本的には、現状の介護保険は要介護度が高くなると報酬が上がるというシステムです。ですから、要介護度の改善に努力している施設に対してインセンティブを与えないと、努力しない施設ばかり儲かり困ってしまいます。また、定額の中で質をきちんと評価するのがP4Pの根本的な思想です。ですから、介護予防的な視点を入れた報酬制度にしないとイケないと考えています。



ジェネリック医薬品の普及が進まぬ理由/ 医療機関

ジェネリック医薬品の普及が進まない3つの理由としては、医療機関、保険薬局、患者側でそれぞれ異なります。医療機関では、ジェネリック医薬品の品質に対する不信任、情報不足が大きくあります。うちの家内は開業医の娘で、「うちの父はゾロ品(ジェネリック医薬品)など絶対に使わなかったのに、あなたは…」と言われ、家庭内不和のもとになっています。それはさておき、このように品質が不安であるというのがトップ理由です。実は日本のジェネリック医薬品は品質がどんどん向上していますが、80年代の「ゾロ品」イメージが定着して、なかなか払拭するのが難しいです。(資料55)

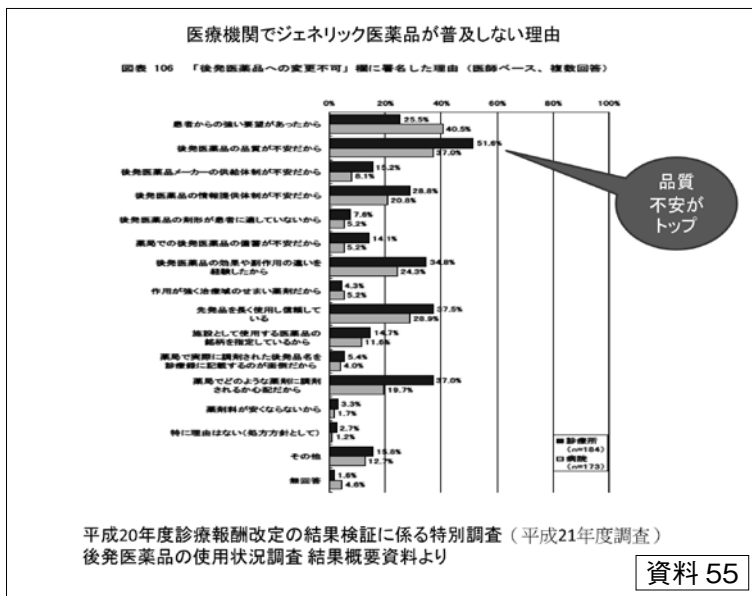
広島医師会のポスターでは、「ジェネリック医薬品は添加剤などが異なり、ジェネリック医薬品と先発品はまったく同じではない」。「先発で行われている試験の一部しか行われず、合成法や精製法も異なる場合もあり、ジェネリック医薬品には安全性と有効性が異なる可能性もある」。「副作用被害救済制度の対象ではない抗がん剤があるなど、ジェネリック医薬品に適していない医薬品がある」。先発品でも副作用の救済制度の対象ではないのですが、そんな危険な薬にジェネリック医薬品をつくるとは何事か、ということです。我々、ジェネリック医薬品学会はこうしたことに対して意見広告を出しました。しかし、これが一般的な医師の考え方だと思います。

みなさんご承知のように、ジェネリック医薬品は先発品と同じ有効成分で作られているので、治験を必要としていません。ただ、生物学的同等性試験で先発品との同等性を証明しています。米国では1984年、米国におけるジェネリック元年といわれているハッチワックスマン法という法律ができました。それまではジェネリック医薬品も治験を必要としていたのですが、ハッ

チワックスマン法によって、治験は必要なく、簡易申請だけでよいと認められたのです。そこからジェネリック医薬品が普及し始めます。今、日本では米国の1980年代半ばの議論をしているということでしょう。

ご承知のように、ジェネリック医薬品と新薬の場合は、承認申請時の必要書類が異なります。新薬の場合、資料54にあるすべての資料が必要ですが、ジェネリック医薬品はこのうち規格および試験方法、加速試験、生物学的同等性試験だけで、臨床試験は有効成分が同じであるため不要ということになっています。(資料56)

ただし、生物学的同等性試験は人で行わなければいけません。先発薬と後発薬を健康な人20



新薬とジェネリック医薬品の承認申請時の必要資料の違い

	添付資料	新薬	ジェネリック
イ 起源又は発見の経緯及び外国における使用状況等に関する資料	1 起源又は発見の経緯	○	×
	2 外国における使用状況	○	×
	3 特性及び他の医薬品との比較検討等	○	×
ロ 物理的・化学的性質並びに規格及び試験方法等に関する資料	1 構造決定	○	×
	2 物理的・化学的性質等	○	×
	3 規格及び試験方法	○	○
ハ 安定性に関する資料	1 長期保存試験	○	△
	2 加速試験	○	×
	3 加速試験	○	×
ニ 急性毒性、重急性毒性、慢性毒性、催奇形性その他の毒性に関する資料	1 単回投与毒性	○	×
	2 反復投与毒性	○	×
	3 生殖発生毒性	○	×
	4 変異原性	○	×
	5 がん原性	△	×
	6 局所刺激性	△	×
	7 その他の毒性	△	×
ホ 薬理作用に関する資料	1 効力を裏付ける試験	○	×
	2 一般薬理	○	×
ヘ 吸収、分布、代謝、排泄に関する資料	1 吸収	○	×
	2 分布	○	×
	3 代謝	○	×
	4 排泄	○	×
	5 生物学的同等性	×	○
	6 生物学的同等性	×	○
ト 臨床試験の試験成績に関する資料	臨床試験成績	○	×

○は添付を、×は添付の不要を、△は個々の医薬品により判断されることを示す。

資料 56

名くらいに交互に与えて、血中濃度が重なればよいということになっています。実は、こうした承認方法の基準が年々高まっています。例えば、80年代は動物実験でよかったのですが、それが人試験に切り替わりました。当時の厚労省の担当者に聞くと、ウサギ10羽に対して試験を行いましたなどと言って、実際に査察に行ってみると、ウサギの籠は1つしかなかったということもありました。そうしたこともあり、人試験に切り替わりました。

また、1997年の溶出試験の切り替わりも大きかった。それまで動物実験でやっていたものをもう一度再評価して、先発薬と溶出動態が同じであることを証明しなければならなくなりました。ジェネリック医薬品を飲んだら溶けずにお尻から出てきたなどということも実際あったかもしれません。それで溶出試験が義務化されました。このように、年々、承認基準が高まっていることが知られていないことが普及が進まない一因かもしれません。(資料57)

ジェネリック医薬品の普及が進まぬ理由/保険薬局

保険薬局で普及が進まないのは在庫問題が理由ですが、それが今の最大の争点です。ジェネリック医薬品を患者さんの希望に応じて出すには300品目ほど置かねばなりません。一般の薬局には800品目くらいしか置いていませんから、そこに300品目加えるのは大変です。2008年には、処方箋用紙も見直しました。それによって、備考欄の「後発医薬品の変更不可」という欄に医師が署名をしなければ、処方箋に書かれたすべての処方薬をジェネリック医薬品に置き換えてよいということになりました。この制度ができたにもかかわらず、保険薬局で1品目でも先発薬を後

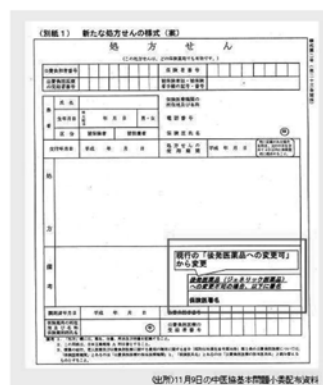
年々、ジェネリック医薬品の承認申請の基準は高まっている！！

	先発品との同等性・品質をどう担保するか	昔の後発品	現在の後発品
同等性	溶出試験 試験液中での製剤からの薬物の溶け出す速度や量が同じかどうか	製造承認に要件なし	変更 1997年 オレンジブック 一般的とされる胃液のpHから水まで4種類の試験液で時間を追って薬物濃度を測定し、溶出挙動を調べ、先発品と同等であることを証明する
	生物学的同等性試験 製剤を経口投与したときの薬物の血液中の入る速度や量が同じかどうか	動物実験	変更 1980年 人での試験 通常、20人以上の健康な成人に製剤を投与し、時間を追って薬物の血中濃度を測定し、先発と同等であることを証明する
品質	安定性試験 長期・過酷条件下の保存で規格からはずれることがないかどうか	経時変化の観察 条件の定めはなし	変更 1980年 加速試験 パイロットスケール以上で製造された3ロットの製剤につき各3回の測定
	実生産バリデーション 承認申請の各試験に使用された製剤と市場に出される製品が同じかどうか	製造許可に要件なし	変更 1996年 製品の製造設備、手順、工程などの製造方法につき、試験に用いたものと同じ製剤を得られることを検証し、文書化する

資料 57

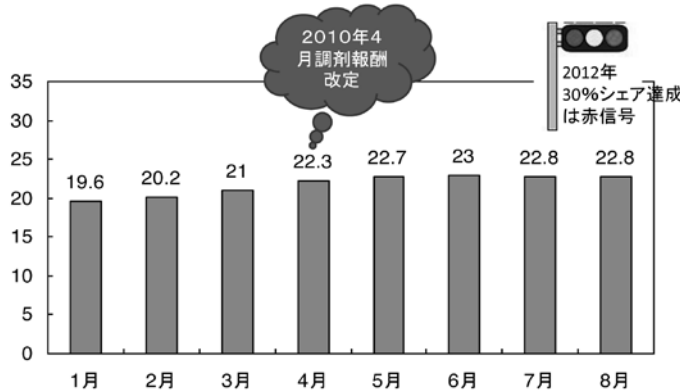
保険薬局におけるジェネリック医薬品変更調剤の実態

- 08年診療報酬改定
 - 後発医薬品への変更不可に医師サイン
- 特別調査(中医協)平成20年12月調査
 - 署名なし処方箋が318,896枚(65.6%)あった。
 - このうち薬局・薬剤師が「1品目でも先発品を後発品に変更した」処方箋割合は6.1%(19,452枚)



資料 58

ジェネリック医薬品調剤率の変化



中医協(H22.12.8) 後発医薬品の使用状況調査 結果概要(速報)(案)

資料 59

発薬に置き換えた割合は6.1%しかありませんでした。せっかく医師が置き換えてもよいとしたのに、薬局で変更調剤したのがわずか6%だったという状況なのです。(資料58)

それもあり、2010年には後発医薬品の調剤体制加算の見直しが行われました。もともと処方箋ベースで加算していたものを品目ベースに改めて、20%以上に対して6点、25%以上に対して13点、国の目標である30%以上をクリアした場合には17点が与えられました。では、後発医薬品に置き換えてよいという署名あり処方箋にどれくらい置き換わったのでしょうか。前回は6.1%でしたが、今回は少なくとも二桁には必ず行っているだろうと思っていたのですが、8.6%でした。なかなか薬局が動いてくれなかったというのが実態だと思います。2010年の調剤報酬改定で少し上がり、22.3%に。しかし、その後は、9月、10月でも22%台です。この状態を2012年に30%シェアに持って行くのは完全に赤信号です。(資料59)

ただ、薬局によっては日本調剤三田薬局のような例もあります。私はここで血圧が高めなので、アムロジピンのジェネリック医薬品をもらっています。その場合、医師の署名のない変更可処方箋の80%をジェネリック医薬品に置き換えています。全国平均が8%ですから、実にその10倍です。これができるのは、600品目も品揃えしているからです。棚がすべてジェネリック医薬品です。これは日本調剤のようなチェーンドラッグでないとはやりできません。(資料60)

ジェネリック医薬品の普及が進まぬ理由/患者

普及が進まない理由の患者さんの場合は、どうでしょうか。患者さんの場合は、医師や看護師、薬剤師がジェネリック医薬品についてちゃんと説明してくれないからだというのが理由です。しかし、実は差額通知をもらうと

患者さんは態度が変わります。差額通知というのは、国保や健保組合が加入者に対して、「あなたの医薬品をジェネリック医薬品に置き換えたら差額が出ます」と通知するシステムです。有名な広島県呉市の例を挙げます。呉市では平成18年から通知システムを国保向けに開始し、ジェネリック医薬品に切り替えると月額4885円安くなると通知しました。すると、多くの人がジェネリック医薬品に切り替え、呉市はなんと1億円の薬剤費削減につながりました。(資料61)

協会けんぽが今、必死に差額通知による薬剤費削減に取り組んでいます。まだ推計データですが、200円以上の差額がある全加入者に通知

変更可処方箋の80%をジェネリックに置き換えている

ジェネリック医薬品在庫 600品目

ジェネリック医薬品でお願いします

あなたの処方をお安くいたします

資料 60

ジェネリック医薬品差額通知システム

- ・広島県呉市は平成18年4月より通知システムを国保向けに開始
- ・具体的には、医療保険者が管理している診療報酬明細書(以下、レセプト)の医薬品処方情報から、ジェネリック医薬品に切り替え可能な医薬品を分析し、切り替えた場合の薬品名・価格(削減効果)を通知する

呉市では差額通知で1億円の医療費削減

ジェネリック医薬品利用促進のお知らせ

患者様 太郎 様

今般ジェネリック医薬品に切替えると、ひと月あたりのお薬代が、最大で **4,885** 円安くなります。(平成17年10月処方箋より)

通達の処方箋種(平成17年10月分)	ジェネリック医薬品情報	削減可能な金額
医療機関名・薬名(12桁長)	お薬代(円)	(レセプト記載金額)
ジェネリック病院	3,951	1,210 ~ 2,020
ジェネリック診療所	5,628	1,648 ~ 2,865
ジェネリック調剤薬局		
合計	9,579	2,858 ~ 4,885

(株)NTTデータ、データホライゾン(株)

資料 61

すると、年間72億円の節減効果が見込まれることがわかっています。2012年ジェネリック医薬品シェア30%達成が現状の課題ですが、もう一つ、山があるのではないかと考えています。それは、2012年度というからには2013年3月末までに目標を達成すればよいのです。すると、2012年4月に極めて大胆なジェネリック医薬品促進策を実施すれば、駆け込み的に2013年3月末までに30%達成するかもしれません。具体的には、現状の20%・25%・30%の3段階以上のさらに上を設けるのか。ただし、あまりそれを加算をつけると、自己負担に跳ね返ってくるのでよくありません。なので、同じ点数でスライドさせることになるかもしれません。ほかに、処方箋様式の再々見直しをすればどうかという案も出ています。処方箋の備考欄に医師がサインをする医師は、全国平均で40%くらい。多いところで50～60%程です。なかには、オーダーリングシステムでプリントアウトするとき、デフォルトで変更不可欄にサインが出るということをやっている病院もあります。北海道の自治体病院に、なぜそういうことをするのかと聞いたところ、自治体病院はへき地にあり、医師がなかなか来てくれないのだと言いました。要するに、変更不可欄にサインをすれば、先発薬メーカーまでもが医師のもとを訪ねなくなり、そうなると医師の話し相手がいなくなって、ますます医師が来なくなるからだということでした。

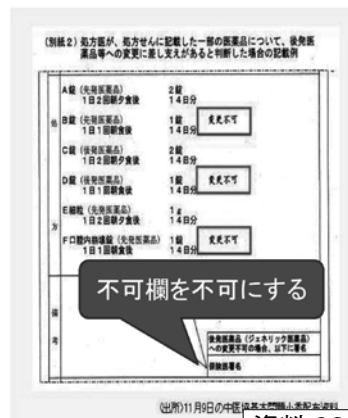
国際的な標準でいうと、包括的にすべての医薬品を不可にするということをしているのは日本だけです。国際的には、薬剤単位で不可をつけます。例えば、米国の場合、手書き処方箋だとDAW(Dispense as Written) やDNS(Do Not Substitute)といった医師の意思表示を薬剤単位で行います。処方箋のすべてを変更不可にするというお恥ずかしい方法はありません。できるだけ早くこれをやめていただき、国際標準の処方箋にしようということを行っています。(資料62)

まとめと提言

まとめますと、2012年同時改訂は断行すべきだということは確実です。そして、地域医療計画を促進させるためのツールとして、報酬が使われます。地域医療計画については、十分検証することが大事だと思います。そして、チーム医療を一步進めて、スキルミックスの促進を図ること。NPのような新職種の創設や、医師がこれまで持っていた権限をメディカルスタッフに権限を委譲していくことが大事です。私の大学ではもはやコメディカルという言葉は全廃しています。スタッフはすべてメディカルスタッフです。また、在宅療養支援病院1000件を目指すために、さらなる新しいインセンティブを設けたい。恐らく、多くの中小病院は在宅療養支援病院を選択する意志決定を行おうとしています。その後押しをすると、もっと増えると思います。P4Pについても、中長期的観点で視野に入れておくことが大事です。P4PはナショナルデータベースやIT化にもリンクしていくので、今後は欠かせないと思います。そして、ジェネリック医薬品のさらなる普及です。普及のために、日本独自の対策を考えたらいかがでしょうか。(資料63)

更なるジェネリック医薬品普及策のため 不可処方せんの見直しを！

- ・ 包括的不可処方箋を辞めて、薬剤単位の変更不可処方せんにする
- ・ 薬剤単位の不可処方せんが国際標準
 - DNS(Do not Substitute)
 - ・ 変更不可
 - DAW(Dispense as Written)
 - ・ 処方通りに調剤



資料 62

最後に、できたてのほやほやですが、このたび『医療が変わる to 2020』（医学通信社）という本を出しました。お手元にチラシがありますので、ぜひともお買い求めいただければと思います。私の本は初版で絶版ですので、早めにお願いたします。今日、せっかく来ていただいた方のために3冊は著者サイン入りで無料でお配りします。後ほどお申し出ください。今後はこの本を10年後の未来を見据えて、毎年出すことになりました。今回の本が「to 2020」ですから、来年出す本のタイトルは「医療が変わるto 2021」です。(資料64)



今日の話はお手元の資料と少し違う部分もありましたが、私のホームページの中に講演資料を公開していますので、「武藤正樹」で検索していただき、ご覧いただければと思います。最近ではブログやフェイスブックもやっています。

補足ですが、私どもは大学院生のためにさまざまなフィールドトリップを企画しています。今年の夏は、徳島に行こうと思っています。このフィールドトリップは一般にも開放していますので、みなさんにもぜひ来ていただきたいと思っています。8月11日・12日の阿波踊りの実習などもしますので、ぜひともご参加ください。ご静聴ありがとうございました。

まとめと提言

- ・2012年同時改訂は断行すべき！
- ・地域医療計画を見据えた改訂を！
- ・スキルミクスの促進を！
- ・在宅療養支援病院のさらなる普及を！
- ・診療報酬・介護報酬へのP4P導入を！
- ・ジェネリック医薬品のさらなる普及促進を！

資料 63

医療が変わるto2020

- ・ 武藤正樹 著
- ・ 医学通信社 5月発売
- ・ A5判 320頁、2400円
- ・ DPC/PDPS, 地域連携, P4P, 臨床指標, RBRVS, スキルミクス, etc
- ・ 5月下旬発刊です！

資料 64