

月例セミナー (197回)

# 2012年度ダブル改定で示された 8つのメッセージ

～変化と調和が求められる医療業界～

川越 満

CSDユート・ブレン事業部 “コンサナリスト” パーソナルモチベーター



川越 満

(かわごえ みつる)

CSD ユート・ブレン事業部  
“コンサナリスト” パーソナルモチベーター

## 講師経歴

### ■ 略歴

1970年 神奈川県横浜市生まれ

1994年 米国大学日本校卒業、  
製薬企業向けのコンサルティングを主業務とするユート・ブレンに所属。  
コンサルタントとジャーナリストの両面を兼ね備える「コンサナリスト」(商標登録済)として、講演活動、書籍の出版プロデューサーなどで活躍中。

講演の対象は MR 志望の学生から製薬企業の幹部、病院経営者まで幅広い。受講者のニーズにあわせ、“今日からできること”を必ず盛り込む講演スタイルが好評。特に、MR 向け研修では圧倒的な支持を受けており、受講者から「勇気付けられた」「聴いた内容を早く実践したい」という感想が数多く届く。

### ■ 著書

「<イラスト図解>病院のしくみ」

日本実業出版社、2005年2月

「最新<業界の常識>よくわかる医療業界」

同上、2010年3月

「ドクターは、そう考えないよ

～ドクターとMRのギャップを埋める10枚の処方せん～」

セジテム・ストラテジックデータ、2012年1月

「2012年度診療報酬改定 33のQ&A」

同上、2012年3月

「平成24年度改定対応 イラスト図解 医療費のしくみ」

日本実業出版社、2012年5月

など、著書多数

## はじめに

皆さん、こんにちは。今日はソチオリンピックまで、あと468日というお忙しい中、お集まりいただき、ありがとうございます。また月末という非常にお忙しい中、沢山集まっていたいただき感謝申し上げます。特に、診療報酬改定が終わり約半年が経ち、大きな話題が無い中で、沢山の方に来ていただき本当にありがたいと思います。今日は、他会場でも同じように無料で大規模なセミナーが5つ6つ開催されています。その中で、この会を選んでいただいたことを後悔されないように、精一杯お話しします。

まず、タイトルに出ている「調和」という文字が、今日のキーワードです。これを分かりやすく、一言で言うと、「1つになる」という意味です。例えば、イワシの大群のようなものが「調和」です。一尾一尾は、非常に小さいものです。例えば私は、よく八景島シーパラダイスに行きます。八景島シーパラダイスにはイワシが5万尾いて、大群で一つの形になっています。これがまさに調和です。これを人間がやるのは、非常に難しいことですが、動物や魚はDNA的に「調和」ということを、やりやすい生き物です。

後程お話ししますが、この「調和」と真逆なことをやっている企業があります。本当に気を付けなければいけません。今日の名簿を見ると、シャープさんはいらっしゃらないので、大丈夫だと思い、お話しします。今日のヤフーニュースにも出ていましたが、シャープさんは大変な赤字を抱えています。なぜ、あれだけ技術の高い企業が、二千億円、四千億円という赤字になってしまうのでしょうか。シャープは今年、ヘルシア炊飯器という商品を作りました。これはなんと、炊飯器でプリンが作れてしまうというものです。これが「欲しいですか?」という話です。これが欲しい人がいますか? 例えば、ご飯を炊く時に、もうすぐ炊けるなという状態の炊飯器を見ながら、「ああ、この炊飯器で、プリンも作れたらいいな」と思ったことがある人は手を挙げてほしいです。「プリンが作れたらいいな」と思う人は、いないですね。売れるわけがないのです。この炊飯器は9万円もします。プリンは

コンビニで買った方が早いんですね。これが調和できていない会社の悪い例です。

今日は、他にも、Windowsを出しているマイクロソフト社が、新しいタブレットを出したというニュースがありました。iPad miniやiPhone5を出したアップル社の新しいCEOが、これを皮肉って、「我々は、空を飛ぶ又は水に浮く自動車を設計できる。けれどもそれは、誰も欲しいと思わないだろう」と話しています。

できることと、やっていいことは違うということを、改めて企業人として考えなければなりません。医療も同じです。「できることと、やっていいことは違うんだぞ」ということの、これは反面教師として、覚えておいていただきたいと思います。

また別の話です。今日は年齢層がバラバラで、誰に焦点を絞って話していいか悩んでいますが、私は今年で42歳です。私が高校生だった1985年に「夕焼けニャンニャン」がスタートして、おニャン子倶楽部が流行りました。40代の方は、おニャン子倶楽部世代ですよ。ちなみに私は当時、渡辺満理奈が一番好きでした。一方、同じ人、秋元康がプロデュースしているAKB48があります。私は先日、AKB48の秋元才加さんにインタビューをしました。来年1月、そのインタビューが薬学ゼミナール発行の『YAKUZEMI+』に掲載されます。是非、ご覧いただければと思います。仕事では、AKB48から病院経営者まで幅広くインタビューさせていただいています。

AKB48は、ずっと人気上昇しています。おニャン子倶楽部は、突然ブームが去ってしまいました。なぜなのか、ご存じですか。あんなに素晴らしいプロデューサーが手掛けて、おニャン子倶楽部の方は、知らないうちにブームが去りました。それはテレビ番組がなくなったからです。「夕焼けニャンニャン」という舞台がなくなり彼女たちは活躍の場を失いました。プロデューサーの秋元康さんは、このことが悔しくてたまらなかつたのです。「そうか、舞台がなくなれば、活躍する場がなくなるのだ」と。この悔しさを糧にして、AKB48では、最初に舞台を作りました。秋葉原のAKB劇場です。今は仲

直りをしたようですが、最初はフジテレビにはAKB48をあまり出しませんでした。それは「夕焼けニャンニャン」を打ち切られた恨みがあつたからだと言われています。

我々が医療業界として、考えなければならぬことは、“舞台”がこれからは「地域」になることです。舞台は、病院でも薬局でもなく、地域になります。この地域という舞台のことを考えなければ、戦略として失敗しますという話が、今日の話のメインとなる部分です。

今日は、若い方が何人かいらっしゃいます。企業の方も多と思います。いつも言うことですが、企業が存在するために患者さんがいるわけではありません。患者さんがいるから企業がある。患者さんがいるから薬が必要なのです。薬があるために患者さんがいるわけではない。絶対に逆はあり得ないということを、必ず申し上げます。医療業界の皆さんも、舞台というものを考えて、舵を取っていかなければいけません。このことを、まずお伝えをしておきます。

自己紹介をします。前回は、『よくわかる医療業界』という本を出した時に、呼んでいただきました。6年前の最初のバージョンの時と、2年前に新版化したときに呼んでいただきました。講演の仕事は、2回目に呼んでいただいて、初めて1回目の仕事が終わるといふ性質のものです。1回呼んでもらって、2回目呼んでもらえなければ、インパクトがなかったことを意味します。今日は3回目なので、次に呼んでもらえれば、3回目の今日の仕事が終わります。ご存じの通り、この月例セミナーの講師陣はすごいです。その仲間に入れていただけることは、非常に有り難いと思っています。

また、医薬品業界向けに、新しいムーブメントをつくるような、『優秀なMRはどのようなディテリングをしているのか?』『ドクターは、そう考えないよ』といった本をプロデュース、執筆をさせていただいています。

ここからが本題です。まず、2025年の話からスタートします。多くの講演会・学会でもよくお話しされている慶応大学の田中滋先生が、今月の日本薬剤師会の学術大会の特別講演で過激な発言をされました。「団塊の世代には、地域

貢献しないと海に流す。年金停止。それくらいのことを言わないといけない」時代になると、お話しされていました。皆さんの中で、該当される年齢層の方は、ギクッとするとお思います。これから本当にいい世の中を作っていくと、こういうことを言う人が沢山出てきます。今、生活保護費の問題もクローズアップされています。「自己負担を上げろ」「年金をもっとあとにしろ」など、色々な話が出てきます。

健康寿命という話をよく聞きます。健康寿命は男性で70歳です。もし、年金が70歳からスタートするとしたら、健康寿命が終わった途端に年金をもらっても、どうするんだということになります。介護費や医療費以外には使えません。これは悲しい話です。そういったことも考えなければいけません。このままでは、「老人は早く死んでくれ」ということになってきます。

実は、2008年に、後期高齢者医療制度ができた時に、川柳が沢山できました。話題になったのは、「年寄り死んでください 国のため」という川柳です。これが流行って、マスコミで大変話題になりました。今後、2025年に向けて、これは必ず再燃します。私も、段々年を取ってきます。「私が後期高齢者になる頃には、どうなっているのだろう。もっと長生きしたいと思えるような世の中になっているのだろうか」と、心配になります。

「高齢者川柳」あるいは「保団連」というキーワードをGoogleで検索(ググる)していただくと出てきます。今日は時間が長いので、わざと横道にそれますが、今の若い人は、何でも質問をして、それで上司に嫌われることが良くあります。この前、駅のホームで、キャリアウーマンらしき美人が、携帯電話で顧客からの電話に、「はい、いつもお世話になっております」と、きれいな声で対応していました。それが切ったあと突然、声色が全く変わって「ググれよ!」と言っていました。自分で調べられることは、調べたほうがいいですね。取引先に電話を掛けて、切られたあとに、「ググれ、おじさん!」と言われているかもしれませんので、気を付けてください。これから色々な資料をご紹介しますが、ググればだいたい出てきます。

いきなり、私の42歳とは思えないきれいな手のひらの写真をお見せします。調和と地域のことを説明するために、簡単な比喩表現として出しました。これはペットボトルです。これまで病院や企業は、一人で何とかしようとしていました。一人、1つの組織で何とかしようとしていました。例えて言うならば、親指だけで一生懸命ペットボトルを持ち上げようとしていました。でも、この地域というペットボトルは、だんだん重くなります。500ミリリットルの水が1リットルになり、2リットルになる。ゆるい連携でも、500ミリリットルくらいなら、親指と小指で、この地域を持ち上げることができます。しかし今後、高齢化で、がん患者さんと認知症の患者さんが増えて、この地域というペットボトルがどんどん重くなります。そうすると、段々小指が震えてきます。段々指を増やして、色々なところと連携をしなければいけません。最後は、手のひらで、ネットワークで地域全体をつかむ。そして親指を離しても、自分がいなくなっても、その地域が支えられる仕組みの世の中を作らなければいけない。これが本日、皆さんにお伝えしたいメッセージです。自分がいなくなっても支えられる世の中、地域ネットワークを作らなくてはならないということです。

何の仕事か全然分かりませんが、こんな求人がインターネットに出ていました。「アルバイト募集。職種、座っているだけ。年齢、80歳以上、元気がない方、昼寝付きで時給1,000円以上」。これは、いい仕事ですね。私が今すぐやりたいです。昼寝付きで、元気がなくて、80歳以上で、座っているだけで、時給1,000円もらえる。我々が今後作らなければいけないのは、高齢者に「死んでください」という世の中ではなく、こういう世界です。それは

自分達の為です。自分が75歳になった時、こういう仕事がなかったら、「もう、早く死んでくれ」と絶対に思われてしまいますから、気を付けなければいけません。

### これから医療機関が求めるサービス

ここから真面目な話です。これまでの話は、メモするようなことではなくて、皆さんの潜在意識に、私からのメッセージを落とし込んだというイメージです。おそらく、今日から数日以内に仕事に対するモチベーションが上がると思います。ここからは、真面目に顕在意識の方に投げかけたい言葉が幾つかあります。

医療関連サービスということで、病院などがお客さんだという方が多いと思います。これから医療機関が求めるサービスということで、最初に結論をお話しさせていただきます。「医療機関、調剤薬局の医療スタッフが経営的に評価されることをサポートする」ということです。自分の商品を売る前に、こういうことで皆さんのスタッフが経営的に評価される。要するに、売り上げなどの数字ではなく、患者さんの早期治療や安全対策、又は入院日数を短縮できるといったことです。そのスタッフが関わることによって、新しい技術によって、新しい機器によ

## これから医療機関が求めるサービス

- 医療機関、調剤薬局の医療スタッフが経営的に評価されることをサポートする
- 入院日数を短縮できる
- 患者の早期治療
- 安全対策
- 測れなかったものを測れるように
  - 例：循環動態モニタ PiCCO2
    - EVLW (Extra Vascular Lung Water) 肺血管外水分量・・・客観的な肺水腫の指標に
    - GEDV (Global End-diastolic Volume) 心臓拡張末期容量・・・より正確な前負荷の評価に
    - PVPI (Pulmonary Vascular Permeability Index) 肺血管透過性係数・・・肺水腫の鑑別に

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.scesaa.net/>



資料 1



て、こうしたことが実現できるサービスができれば、必ず医療機関に求められるということなのです。

先日、取材させていただいた病院で使われていた機器に、「循環動態モニタ PiCCO2」というものがありました。これも興味がある方はググってください。従来、正確に測定することが難しかった、肺血管外水分量を、客観的な肺水腫の指標にできるというものです。こういうものを見ながら、治療の効果や、患者さんの浮腫の状況などを正確に判断して、どういった薬を投与したらいいのか。量を増やせばいいのか、減らしたらいいのか。こうした技術的なことを数値として表すことができる機器です。こうしたものが求められます。目分量でやっていたものを、正確に測ることでスタッフが働きやすくなる。判断しやすくなるということです。これがまず皆さんにお伝えしたい、アドバイスをしたいことです。(資料1)

また、今はソーシャルメディアにも、沢山アイデアが出ています。これは有名な原崎さんという薬剤師の方のFacebookの投稿です。例えば、腕が上がらなくなったおばあちゃんが、イヤリングやネックレスなどでおしゃれができない。それを手伝えるサービスができればいいのにと嘆いていました。また、腕が肩から上に上がらないのでドライヤーが使えない。見ると悲しくなるから捨てたと、リウマチの患者さんが嘆いていました。リウマチの患者さんも非常に多いです。こういった患者さんのダイレクトな悩みを解決できる商品、サービスができれば、医療関係スタッフに喜ばれます。ましてや患者さんには、素晴らしい企業あるいは病院だと言われるのではないのでしょうか。こういったことにも関心を持っていただきたいと思います。

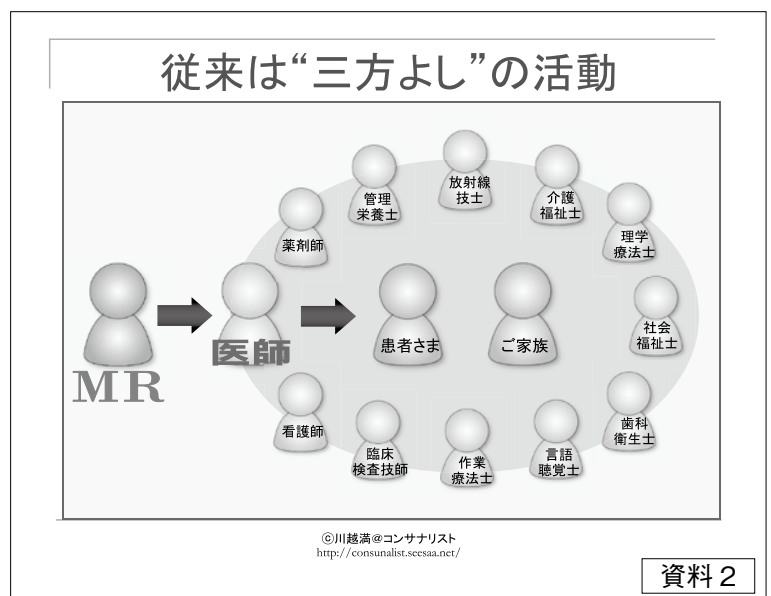
## 従来は“三方よし”の活動

これまでは、「win-win」と言っていました。企業と医師や病院の人が「win-win」だったらいいね。売り上げも上がる、医療機関も儲かる、いいねと言っていました。それが発展して、患者さんもよい、家族もよい、ましてや世間よしという“三方よし”が入りました。(資料2)

## チームの一員になることを「決める」

これでも十分ですけれども、我々がこれから目指さなければいけないのは、企業がこの中に入ることです。完全に外側の世界から内側に入っていただくということです。内側に入ろうとすれば、必ずこういうことを言われます。今日は、私のお客様で、薬のメーカーの方に、沢山来ていただいています。MRさんが多いので、例として出していますが、皆さんの職種に置き換えて聞いてください。MRがチームに入ること、これまで課題になっていた何が解決できるか。企業は、この問いに対する回答を用意して、チームに入れていただくということです。

後程チーム医療の話が出てきますが、チーム医療とは、別の言い方をすれば、免疫システムです。外から異質なものを、役に立たないものが入ってきたら、それを排除するのが免疫システムです。役に立たない企業の人が入ってくれば、それを排除しようという力が働きます。例えば、病院を訪問しても先生が全然つかまらない。全



然、会ってくれない。これは完全にその免疫システムに排除されているということです。異質なものではない、必ず役に立つものだとすることをアピールしないと、必ず排除されます。製薬企業に限らず、どの職種、企業でもそうなります。(資料3)

### 〇〇から◎◎へ

排除されないために、これから色々なソリューションを企業として提供していかなければなりません。キーワードは、右上に写真があります韓国のK-POPの「KARA」です。どうでもいいことですが、私自身は「少女時代」の方が好きです。ちなみに「KARA」では、ハン・スヨンが一番好きです。知らない人にとっては、どうでもいい話ですが、この「から」を覚えてください。

まず、初めの「から」は、「病院から在宅(高齢者住宅)へ」という流れです。どんどん患者さんが流れていきます。今、高齢者住宅はブームです。私も色々なサ高住(サービス付き高齢者住宅)の会社に呼ばれて、お話をしています。高齢者の住宅は最終的には、高齢者も住める住宅でなければ、調和になりません。最終的に高齢者も住める、住みやすい住宅に戻るといことです。これが調和です。このことを最初に言うおきます。

次が、「医師中心から看護師、薬剤師等へ」と、スタッフに権限が委譲されるという流れです。医師がやっていたことが、看護師、薬剤師にどんどんシフトしていきます。ですから、商品も医師だけに宣伝しては通らないといことです。チーム全員に理解してもらい、これは良い商品だと思ってもらえなければ、なかなか進みませんよという話です。

それと関連して、評価が、「ストラクチャー(構造)からアウトカム(結果)へ」といことです。どれくらい大きい病院で、どれくらいベッドがあって、どれくらいスタッフがいてというストラクチャー(構造)ではなく、患者さん

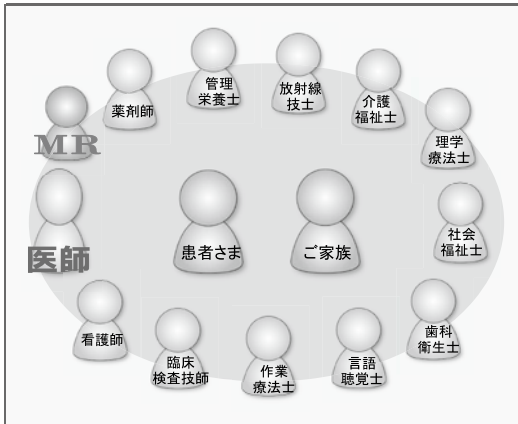
のアウトカム(結果)へ、という流れになってきます。これが大きな流れです。アウトカムをよくする提案ができる企業でなければ、いけないといことです。病院もアウトカムが評価されるようになります。どの病院がどのくらい患者さんを見ているかではなくて、どれくらい良い結果を出しているかといことが、数年後には、『週刊ダイヤモンド』『東洋経済』などの一般の雑誌に出るようになるでしょう。

次が、「点から線へ」です。先程の例えで言えば、指一本から指五本になって、そして体全体で支える。この「点から線へ。そして「わ」へ」といことです。体全体で支えていくといことです。

そして、我々はずっと患者中心の医療と言ってきましたが、「患者中心から地域中心」の医療・介護に変わるといことです。2012年から2025年に向けて、患者中心の医療ではなくなると言ってしまうても過言ではありません。地域中心の医療に変わります。これを見誤ると、地域の中で取り残される可能性があります。

そして、「個からチームへ」といことです。先程の、「医師から看護師、薬剤師へ」に似ていますが、個からチームになります。そして「基礎(公式)から応用(個)へ」といことです。これだけでは分かりづらいかもかもしれません。例えば、地域連携クリティカルパスのフォーマットがあります。かなり連携パスは多くの医療機関

### チームの一員になることを「決める」



©川越満@コンサナリスト  
http://consanalist.secsa.net/

資料3

に広がりました。フォーマットとして連携パスが入ったということです。しかしこれからは、患者一人ひとりをどうフォローしたのか、治療していったのか。このことが益々重要になります。これが「(公式)から(個)へ」という問題です。

最後は、「競争から調和へ」ということです。自分の病院だけが患者さんを集めて勝つのではなくて、その患者さんを治療して地域に戻さなければいけない。地域に受け取ってもらわなくてはいけない。1つの病院が必要以上に勝ってはいけないということです。

特に薬の業界もそうです。必要以上に売れると、重篤な副作用が出て、死ぬ必要もない人まで死んでしまうということがあります。最近もありました。医療現場からは、死亡例が出たのは、企業姿勢の問題ではないかという批判もあります。医療というのは、必要以上に売ってはいけないのです。必要ところでしか使ってもらってはいけないということです。これを再認識する。これが、「から」の時代です。(資料4)

### 2012年度ダブル改定後に “増えるものと減るもの”

あまり細かく見ていきませんが、どういう時代だったか、どういう改定があったかということです。世の中を見る時に、「増えるもの」と「減るもの」を、分類して分析すると分かりやすいです。これだけ見ておけば、コンサルタントを雇う必要はありません。「増えるもの」が何か。「減るもの」が何か。それに対して企業として、個人として、病院として、どう対処すればいいかです。

これから「増えるもの」は、「超急性期病院の点数」、「後発医薬品のシェア」も増えます。その代わりに「新薬」も増えます。「チーム医療」は、今日の参加者全てに関係するところです。「介護施設との連携」「在宅療養支援病院」、アウトカム目標というものが増えます。

逆に減るものは、「長期収載品のシェ

ア」、「在宅医療に取り組まない開業医の点数」「調剤関連点数」などです。また、これはいい面ですが、「稼ぐ医師のペーパーワーク」や「アウトカムの目標のない医療」というものも減ってきます。では、どうすればいいかを考えなければいけません。(資料5)

今日はいませんが、これは帰ったら是非、仲間の皆さんとやってください。自分の業界、自分の会社、自分の病院、自分の薬局に置き換えて、「これから増えるものは何だろう」、一方、「減るものは何だろう」と、増えるものと減るものを挙げてもらいます。そしてその変化に対して、自医院や自社、自部門、自分としてできることを考えましょう。何分間か個人ワークをし

## 〇〇から◎◎へ

- 病院から在宅(高齢者住宅)へ
- 医師から看護師、薬剤師等へ
- ストラクチャー(構造)からアウトカム(結果)へ
- 点から線へ。そして「わ」へ
- 患者中心から地域中心へ
- 個からチームへ
- 基礎(公式)から応用(個)へ
- 競争から調和へ
  - 必要以上に勝たない・やらない

©川越満@コンサナリスト  
http://consunalist.secsaa.net/

資料 4

## 2012年度ダブル改定後に “増えるものと減るもの”

### <増えるもの>

- 超急性期病院の点数
- 後発医薬品のシェア
- 新薬創出加算品目のシェア(新薬シフト)
- チーム医療(医師の負担軽減)
- 介護施設との連携
- 在宅療養支援病院
- アウトカム目標(臨床指標)

### <減るもの>

- 長期収載品のシェア
- 在宅医療に取り組まない開業医の点数
- 調剤関連点数
- 稼ぐ医師のペーパーワーク
- アウトカム目標なき医療

©川越満@コンサナリスト  
http://consunalist.secsaa.net/

資料 5



て、そのあとグループで話し合ってください。そうするとコンサルタントはいらないです。自分がやるのが明確になります。大体、何が起るかということは、皆さんが知っています。これを是非、やってみてください。

### 製薬企業(営業・マーケ)のこれからの課題

今日も、製薬企業の方がいらっしゃいますが、これ他の業態にも関係することですから、私が今年提言をした、これからの課題をご紹介します。

1つ目は、後程お話ししますが、「これまで活用してこなかった薬剤師(無視していた)などのほかの医療スタッフをどう扱うのか?」ということです。チーム医療になると途端に役割が大きくなります。仲良くしなければ、逆に敵になって、製品の採用などを邪魔されるかもしれません。CDTMなど医師に代わって慢性疾患の患者さんを管理するというキーワードがあります。病棟薬剤業務についても、後程お話しします。薬剤師が処方設計をします。在宅医療の拡大もあります。

その中で、今何が起きているか、これから何が起るかということです。薬で言えば、医師の処方権から薬剤師の調剤権へということです。薬以外の医療機器もそうですが、権限が医師以外の職種にパワーシフトしていきます。こういった時に、色々な職種に対してネットワークを広げておかないと、知らないうちに他社にシェアを持っていかれてしまいます。切り替えられてしまいます。

2つ目は、「一般名処方」ということです。これは薬の業界だけです。

3つ目は、「チーム医療・医療連携の拡大にどう対応するのか?」です。何故、チーム医療をやるのか。アウトカムの時代に対応するためです。先程言った、免疫システムです。チーム医療に貢献しようとしなくて放っておくと、その医療機関の中、チームの中に入っていくことができません。全く患者さんの情報を得ることができない時代になっていくわけです。

4つ目に、「MRと非MRによる情報提供のバランス」ということです。これはITです。皆さんの業界もどんどんITを導入していると思います。例えば、生身の人間が陸軍、空軍がITです。それとiPadなどのデバイスによる情報提供の組み合わせを考えていく時代です。良いツールがどんどん出てきました。

5つ目は、皆さんが抱えているMR、営業の方に、「どのように環境変化・医療制度に興味を持たせるか?」ということです。これは重要なキーワードです。何故なら、病院も薬剤師さんも非常に関心が高いからです。後程良かった事例をご紹介します。

6つ目が、「医療・医薬品の高度化への対応」、医療安全への関心の高さです。医療安全を克服するツールや問題解決は喜ばれるとお話ししました。こういうものへの対応です。

最後に、私が昨年から提唱していることです。患者さんの症例ベースに基づく情報提供ということで「One Patient Detailing」という概念を発表しました。全体ではなく、個々の患者さんに対する症例のソリューションを考えるということです。これはどの職種でも言えることです。(資料6)

### 製薬企業(営業・マーケ)のこれからの課題

※他業態にも言えるはずなのでご紹介します

- これまで活用してこなかった(無視していた)薬剤師をどう扱うのか?
  - CDTM,病棟薬剤業務、在宅医療の拡大=処方権→調剤権
- 一般名処方の時代に対応するのか?
- チーム医療・医療連携の拡大にどう対応するのか?
  - アウトカムの時代に対応するのか?
- MRと非MRによる情報提供のバランス
  - MR削減のタイミング、“陸軍”と“空軍”、そして“オスプレイ”(デバイス)
- MRにどのように環境変化・医療制度に興味を持たせるのか?
  - プロマネとのコラボが不可欠
- 医療・医薬品の高度化への対応
  - 医薬品リスク管理計画(RMP)への対応
- One Patient Detailingの実践
  - 症例にしかMRの未来はない

©川越満@コンサルナリスト  
http://consulalist.secsa.net/

資料 6

## 医師向けサイトがMRにも好評な理由

実際に、私はある製薬企業で、医療制度と伝えたい製品メッセージをリンクしたソリューションのお手伝いさせていただきました。webにお金を掛けている企業さんがあります。皆さんの会社でもあると思います。顧客がwebコンテンツを見て、興味がわいて、営業マンに連絡する。そういう流れをつくることができれば、ありがたいですね。営業マンが、そのまま直接行くのではなくて、興味のある方から、連絡があって、それで初めて営業マンが訪問する。こういうやり方ができたら非常にいいですね。

実は、これがある製薬企業とやりました。精神科の医師向けのサイトです。私は、精神科のことは詳しくありません。けれども、製品のプロダクトマネージャーの方(プロマネ)と組んで、コンテンツを作って、ニュース番組のようにして配信しました。これは精神科の方しか見ることができません。これはコンテンツアクセスランキングで、1位になりました。(資料7)

例えば、入院短縮の流れをテーマにしたコンテンツをつくりました。精神科に限らず病院は、入院期間を短縮しなければなりません。非定型抗精神病薬は、再入院率が低く、治療継続性も高いものです。服薬アドヒアランスですね。患者さんはちゃんと服薬をしてくれます。副作用も非常に少ないです。ですから、入院期間短縮に役立つ製品ですよということを最後に言います。最後に、その製品メッセージを言うのです。最初は、医療制度の流れで、入院短縮があって、このように減ってきました。いい病院はこういうことをやっていますということを言います。そしてストレートには言いませんが、実はこの病院は、暗に自社製品を使ってこれだけの結果を出していますよということをストーリーで描くのです。つまり、まず環境変化を伝えて、関心を持ってもらう。次に、いい病院の事例を出して、最後に自社製品の本当に伝えたいメッセージを言うということです。

ダメな企業、営業マンは、最初に自

社製品のメッセージを言ってしまいます。そうすると「いらない」と言われてしまいます。どの職種でも、どの製品でも、そうだと思います。「いや、うちはもうあるよ」と言われます。この検査機器はもう入っています。医療機器も入っています。薬も入っているからいらないと言われてしまいます。自社製品のことから入ると同じものだと受け取られてしまいます。しかし環境変化の話からして、ほかの病院の事例の話をして、最後に製品の話をする、スムーズにメッセージが届きやすくなります。そういったことで、8つほどストーリーを作って、映像コンテンツを提供しました。

これが良かったのは、病院の先生が喜んでくれたのは勿論のことですが、当該企業のMRから非常に喜ばれました。このように話をすれば、製品を使ってもらえるかもしれないということです。その通りにやれば製品メッセージが入ります。かなり作り込みましたので、こういったニーズが高くなって、お受けできないくらいご相談を受けます。

これは是非、皆さんの企業でも取り組んでみてください。最初に「環境変化」→「事例」→「自社製品データ」という流れです。これは本当に使えます。webにしなくても、リアルでもトークの流れを考えてみてください。

実はMRという職種は、今年2012年度で100周年を迎えました。8月に100周年の記念シンポジ

### 医師向けサイトがMRにも好評な理由

第1位 精神科TRENDS WATCH

第2位 智子の統合失調症薬物治療のピットフォール

第3位 精神科Practice

解説 川越 満

セジテム・ストラテジックデータ株式会社の川越満です。

©川越満@コンサルタント  
http://consultant.secsaa.net/

資料7

ウムがありました。色々調べたら、ほかの業界にも100周年というところがあります。タクシーも100周年です。タクシー業界も我々の営業のやり方と似ています。台数を増やせばいいと思っています。営業マンを増やせばいいと思っているのと似ていますね。タクシー業界は、非常に厳しくなっています。我々の業界と違うところは、市場がしぼんでいるところです。今は、生き残りをかけて変化しています。我々も参考にしたいと思います。

「JAZZ TAXI」というのがあります。聞いたことがある方は、ほとんどいないと思います。これは個人タクシーでやっているものです。思い出の場所を思い出の曲をかけながらクルージングしてくれます。プロポーズする時に最適ですね。またバースデーや親孝行にもいいですね。是非、使って頂きたいと思います。

2つ目は、「お花見タクシー」です。場所取りから、お花見の七つ道具まで、全部用意してくれます。残念ながら食材は用意してくれません。途中で商店街かどこかで降ろして、買ってもらってそのまま連れて行くというスタイルです。

「キッズタクシー」というものもあります。皆さんの中で、これを利用されている方がいらっしゃるかもしれません。今は変な人が沢山いますから、大事なお子さんをドアtoドアで塾まで送り届けてくれて自宅まで返してくれるというものです。

私は、ここまでは使わないです。唯一使えるとしたら、最後の「ラーメンはしごタクシー」です。4軒を回ったとして、4人前は食べられないですね。4軒目でお腹を壊しますよね。これはちゃんとラーメン屋さんと組んで、1店ごとに半人前のどんぶりに用意してくれます。ですから4軒を回っても二人前にしかならないので、まあいけるかなというものです。こういうサービスを考えているところがあります。厳しくなって、こうして変化している業界もあるということをご紹介しました。

## 行列のできるシンポジウム

先程も、患者さんベースの話が、これから企業として求められるという話をしました。これは8月に開催された日本病院薬剤師会関東ブロックのシンポジウムの時に、私が撮影したものです。私が並んだのは、この隣の会場で、左隣の会場は全く人が並んでいませんでしたが、この会場は長蛇の列でした。同じ会場で行っているのに、何故、これほど違うのでしょうか。この行列は何だと思えますか。これは「糖尿病治療への取り組み～医師・看護師・薬剤師の立場から「症例から考える」～」というシンポジウムでした。これはまさに症例の話を経験者の先生が求めていることを証明したものです。症例にしか興味がないと言っても、大袈裟ではないくらいです。ほかの連携パスなど、ざっくりした公式的なものには、お客さんはあまり集まりません。現場の先生は症例ベースの話にしか興味がありません。ですから企業の人達は、症例の話を持って行くしかありません。

(資料8)

次に、ケアネットのアンケート結果を紹介します。毎日のように医療現場に通っている営業マンの人に、商品を使ってもらうためにどういう情報が必要か。どういう情報を本社に求めたいですかということ聞いた結果をご紹介します。見ていただければ分かるように、症例ベースの話が多いです。「たくさんの症例の話をもっ



資料 8



と研修で教えてほしい。そうしないと医療現場の先生、薬剤師の先生、看護師の先生とお話ができない」「製品の知識ばかりを持たされても仕方ない」。現場で頑張っている皆さんの企業の営業マンの方も、同じ悩みを抱えられていると思います。もうこれしかありません。何故かと言うと、先生方の話が症例中心になっているからです。是非、これも参考にしてください。

### 担当先施設そのものとの調和

企業の立場から考えて、担当先施設そのものと調和するにはどうしたらいいか。項目を3つに分けてみました。1つは、「マインド」です。訪問する現場のマインド、現場の営業マンのマインド、企業スタンスとしてのマインドは、自社の利益、自分の利益が4割です。これが五分五分だと、必ず企業の論理が上回ってしまいます。ちょっと引くくらい、自分の利益が4割で相手の利益が6割のバランスで、ようやく5:5になります。相手が10割ですと、情報だけ得て、買ってくれないという状況になりがちです。例えば今、家電量販店で下見をして価格ドットコムで買うという、ひどいことをする人が沢山います。そういう状況になりかねません。ちゃんと自分のところから買ってもらうというスタンスが必要ですから、4割は必要です。ほかの企業ではなくて「うちと付き合ってください」と、ちゃんと言えなければいけません。ですから自分の利益が4割、相手の利益が6割のバランスです。結果的に5:5になって、プラスして10の利益が患者さんに届けられるというスタンスです。

そして営業のトークです。「ディテールリング(トーク)の内容」は、当然、症例ベースの話が中心になりますので、他社製品を勧めることもあります。治療全体からのアプローチをするということです。

「アクション」というのは、先程言ったように、チーム医療、免疫システムなので、必要とされなければいけません。ですから、必要とされる回数を増やすための活動という考えに改める。

何かに最初から専念するという感じではなく、必要とされるにはどうしたらいいかということです。

「症例の中にしかMRの未来はない！」と書いてあります。これは来られた皆さん一人ひとりの職種に置き換えていただければいいと思います。(資料9)

### 長崎P-ネット 在宅の現場

実際には、どういうことが医療現場で起きているかということです。「長崎P-ネット」の例です。薬局の先生方は、多くは一人薬剤師、二人薬剤師で、在宅訪問はできません。一人ですから、抜けると薬局が留守になるからです。又は自分が旅行に行く、また学会に行ってその日はいないという時に、サポート薬局が自分の代わりに在宅の患者さんを訪問してくれるというシステムです。

日経BP社から『長崎P-ネット式在宅事始め訪問薬剤管理指導 はじめの一步と次への一步』という本が出ています。いい本ですから、是非、読んで下さい。この本は、製品名を隠さず症例ベースの話が出ています。例えば、がんの痛み止めのデュロテップという薬は、3日に1回飲む薬で、つまり掛け算で処方12日分とか15日分になります。しかし、ほかの薬は14日分が中心なので、デュロテップだけがずれてくるので困る。このような現場の生々しい話がどんどん出

### 担当先施設そのものとの調和

- マインド
  - 自分の利益4、相手の利益6のバランス。結果として5:5=10の利益が患者さんに届けられる
- ディテールリング内容
  - 他社製品を勧めることもある。治療全体からのアプローチ
- アクション
  - 必要とされる回数を増やすための活動

**症例の中にしかMRの未来はない！**

©川越満@コンサナリスト  
http://consanalist.secsaa.net/

資料9

てきます。

また、「デパスを中止したら、毎朝死んだような顔だった高齢者の笑顔が戻った」「リウマチの患者さんの枕元に“輪ゴムでくくりつけた割り箸”があった。ラキソベロンを滴下するのに容器を挟むのだという」、手があまり動かないので適量が服用できないので、「滴下量が一定にならないために下痢と便秘を繰り返していた」といった、患者さんの生々しい話が出てきます。

こういう話が必要です。我々は企業として知らなければいけないということです。  
(資料10)

### 日本の医療費は高いor安い？


今までは2015年に向けた話ですが、ここから徐々に改定の話をしていきます。2012年から2025年に向けた話になります。

この会でも、医療費のことが話題になります。医療費が高い、安いと議論になります。これまでは、日本の医療費は安いということで、一定のコンセンサスを得ていました。ところが、OECDの平均的な医療費の計算方法が変わり、SHA2011という新しい計算方法に変えると、予防医療、検診、介護費も含めた日本の総保健医療支出は、49兆2700億円になります。国民医療費より2割以上高くなります。この数値は、GDPの10.46%で、OECDの平均9%を大幅

### 連携キーマンの“変化”を見れば、環境の変化がわかる

連携の話も少しします。これは関東中央病院の小泉さんという方からいただいて、参考にした資料です。連携も大変な変化をしてきていることは、皆さんもご存じの通りです。昔は、「前方連携」が流行りました。消化率を高めようというものです。これは事務の方が中心の時代でした。途中から、クリティカルパス、連携パスが流行り、ナースが連携の中心になりました。今はMSWが中心です。退院調整などは、ナースが院内でのパスの仕組みをつくっていましたが、それでは不十分になり、MSWが一人ひとりのケアをします。勿論、看護師さんもされています。ほかの連携を見ても、患者ベース、症例ベースのことが非常に重要になってきました。(資料11)

### 長崎P-ネット 在宅の現場



- デュロテップは3日に1回の貼付なので、処方12日分とか15日分になる。他の薬は14日分なので処方が出てくるので、デュロテップだけがずれてくる
- デパスを中止したら、毎朝死んだような顔だった高齢者の笑顔が戻った。夜間のヘルパーをやめることができた。
- 麻薬を使っていたり、中心静脈栄養療法の患者さんの場合は、カンファレンスに呼んでもらって薬剤師同士が連携を取ることが必要
- リウマチの患者さんの枕元に“輪ゴムでくくりつけた割り箸”があった。ラキソベロンを滴下するのに容器を挟むのだという。滴下量が一定にならないために下痢と便秘を繰り返していた。

出典：『長崎P-ネット式在宅始め 訪問薬剤管理指導「はじめの一步と次への一步」』  
©川越満@コンサルリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 10

### 連携キーマンの“変化”を見れば、環境の変化がわかる

前方連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開業医との連携</li> <li>・入院支援</li> <li>・逆紹介推進</li> </ul>	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">事務が中心</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; display: inline-block;">ストラクチャー評価</div>
院内連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院支援、退院支援</li> <li>・在宅支援</li> <li>・職員への啓蒙活動</li> </ul>	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">Nsが中心</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; display: inline-block;">プロセス評価</div>
後方連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転院調整、退院支援</li> <li>・社会復帰援助</li> </ul>	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">MSWが中心</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; display: inline-block;">アウトカム評価</div>

©川越満@コンサルリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/> 資料：関東中央病院 小泉一行氏の講演資料を参考に作成

資料 11

に上回っています。ですから、これから医師会などは、日本の医療費は安いという主張は全くできなくなります。このことをまず出発点としてお伝えしておきます。

次に、どういう議論になるかということです。医療費を分解すると「単価×患者数」です。これはシンプルです。日本は単価が安く患者数が多いので、医療費が高くなっているわけです。ですから今後は単価を高くして患者数を減らすという議論を、医療現場の方も求めます。政策もその方向に向かいます。常に患者を増やせないという前提で、戦略を考えなければなりません。ですから単価を増やすには、どうしたらいいかを考えなければなりません。(資料12)

### 後期高齢者増は首都、大阪、名古屋に集中する(高橋泰先生)

もう一つの論点です。「高齢者は日本全国均一に増えるのではない」と、高橋泰先生が言われています。今年4月号の『WEDGE』に載っていますので是非見てください。『WEDGE』は、400円の雑誌ですが、私はグリーン車には乗れませんが、皆さんはグリーン車に乗ると、この雑誌が前座席に挟んでありますね。言っていることは、後期高齢者は確かに、これから増えますが、実際は、首都圏、大阪、名古屋に集中するということです。全国で一律に増えるわけではありません。このことも試算として見誤ってはいけないという話をされています。これも前提条件としてお話ししておきます。(資料13)

### 『調剤併設型ドラッグストア』から『地域医療対応型ドラッグストア』へ

もう一つは、調剤薬局の話です。今、日本橋、神田近辺にもものすごい勢いで「スギ薬局」を出店されて、頑張っているスギメディカルの荒井さんが、お話しされていることです。「都市部は10年間で65歳以上人口が5割以上増える」。東京もこれから大変になります。病床が足りるわけがありません。在宅が増えて、「終末期やオンコロジーマーケットは50%が住居系に移行していく」、在宅と高齢者の住宅に移行するということです。

また、「サ高住は今後10年間で60万戸整備される」ということです。ですから、「終末期医療

## 日本の医療費は高いor安い？

- 新たな総保健医療支出の計算法(SHA2011)によると、2009年度の総保健医療支出は49兆2700億円。この数値は対GDP比10.46%に達する
- OECD平均を上回ることになり、医療費が安いという主張はすでに通用しない
- 単価×患者数＝医療費
- 日本は単価が安く、患者数が多い
- 今後は、単価を高くして患者数を減らす方向へ

©川越満@コンサナリスト  
http://consunalist.secsaa.net/

資料 12

## 後期高齢者増は首都、大阪、名古屋に集中する(高橋泰先生)

- 後期高齢者は1995年頃から急速に増え始め、その30年後の2025年にむけて700万人から2,100万人と、3倍に膨れ上がる。2015年で頭打ちになる高齢者人口と比べ、後期高齢者人口が10年後の2025年まで増え続ける理由は、2012～14年にかけて65歳を超える団塊の世代が、その10年後の2022～24年にかけて、後期高齢者になるからである。
- 2010～25年にかけて、全国では700万人の後期高齢者が増加する。その増加分の50%以上が、日本の国土面積のわずか2%に相当する首都圏、大阪圏、名古屋圏に集中している。

出典：『WEDGE』2012年4月号

©川越満@コンサナリスト  
http://consunalist.secsaa.net/

資料 13

やがん医療」、認知症を含めた「精神疾患市場の50%は住宅系に移行する。このビジネスチャンスを見逃すわけにはいかない」というお話をされています。

昨日、知り合いの薬局の経営者の人とも話しましたが、外来のマーケットのうち、2割から3割は在宅に行く想定で、これから経営のシミュレーションをしなければいけないと言われました。私も本当にそう思います。スギメディカルの社長さんも、特にオンコロジーなどは、50%が在宅に移行すると明言しています。こういうことも変化として捉えなくてはなりません。  
(資料14)



## 2025年までのロードマップ

### その第一歩が2012年度改定

これも簡単に、ご説明します。まず「高度急性期病床をつくる」ということです。単価を高くしないといけないので、スタッフを既存の2倍にして平均在院日数を短くします。増えすぎた7:1病院を大幅にダイエツトします。そして在宅でやる。地域包括ケアシステムをつくるという話です。気を付けなければならないのは、外来を中心にしたビジネスの場合です。国は、外来は現行ベースより5%程度減少させ、単価も増やさないということをシミュレーションで出しています。ですから外来マーケットは増えないことを前提に考える。その代わり、在宅が増えるということです。(資料15)

### 『調剤併設型ドラッグストア』から『地域医療対応型ドラッグストア』へ

- 「都市部は10年間で65歳以上人口が5割以上増える。病床が足りないから10~20年後には2人に1人は病院で死ぬなくなる。つまり、在宅が増えるということ。終末期やオンコロジーマーケットは50%が住居系に移行していく」
- 「サ高住は今後10年間で60万戸整備される。終末期医療やがん医療、精神疾患市場の50%は住宅系に移行する。このビジネスチャンスを見逃すわけにはいかない」

スギメディカル(スギ薬局のグループ)の荒井恵二社長



©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.scesaa.net/>

資料 14

### 2025年までのロードマップ その第一歩が2012年度改定

- 高度急性期病床をつくる
  - スタッフは既存の2倍。平均在院日数は15から16日
  - 既存の7:1病院をダイエツト作戦
- 在宅医療を倍増⇒地域包括ケアシステムを構築
  - 17万人→29万人/日
  - GH、小規模多機能は3.5倍増
  - 居宅系・在宅介護は335万人→510万人
- 精神病床も平均在院日数1割程度減
- 外来は現行ベースより5%程度減少。単価も増えない。
- 医療介護従事者は1.6倍増

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.scesaa.net/>

資料 15



## 地域包括ケアの5つの視点による取組

これはおさらいです。地域包括ケアの5つの視点です。まず、「医療と介護の連携強化」「介護サービスの充実強化」「予防の推進」ということです。来年、銀座の一等地に、予防、アンチエイジングなどを中心としたクリニックのビルが建つらしいです。予防医療マーケットは、これから面白いことになると思います。某健康食品の会社が仕掛けて、春頃にはできるのではないかと思います。

あとは、「見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など」、「高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備」です。先程、言ったように、サ高住がこれから勢いよく増えますが、その次は、高齢者も一緒に暮らせるという住宅を目指さなければならないというものがでてくると思います。(資料16)

## 地域包括ケアについて

地域包括ケアシステムは、分かりづらいですね。私自身も本当にどうなるのか、まだまだ見えないところが沢山あります。私がお薦めしたいのは、一ツ橋大学の猪飼准教授の『病院の世紀の理論』という本です。難しい本ですが、講演を聴くと分かりやすい話をしてくれる先生

### 地域包括ケアの5つの視点による取組

- 地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた1~5の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。
  - 1. 医療との連携強化
  - 2. 介護サービスの充実強化
  - 3. 予防の推進
  - 4. 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
  - 5. 高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)
- ✓ 一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 16

### 地域包括ケアについて

一橋大学大学院社会学研究科 猪飼周平准教授



- 21世紀は良い地域包括ケアを目指す地域間競争の時代になる
- 旧来の医療システムと地域包括ケアシステムの違いは、サッカーなどにおけるマンツーマンディフェンスとゾーンディフェンスの違いに似ているといえるのではないかと。
  - マンツーマンディフェンスは、1) 情報節約的、2) 責任が明確であるために初心者でもやりやすいが、3) マークを外されるとバックアップがない、4) カバーされないゾーンができるといった弱点がある
  - ゾーンディフェンスの場合、1) 緊密な連携が必要、2) 責任が不明確になりやすいという難しさがある一方で、3) マークが外されてもバックアップ可能であり、個々のディフェンス力は小さくても守れる、4) 多様な状況に対応でき守備に穴があきにくいなどの利点がある

Source:[http://ikai.soc.hit-u.ac.jp/10/shosai\\_no\\_mado.pdf](http://ikai.soc.hit-u.ac.jp/10/shosai_no_mado.pdf)

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 17

です。

「旧来の医療システムと地域包括ケアシステムの違いは、サッカーなどにおけるマンツーマンディフェンスとゾーンディフェンスの違いに似ている」と言われています。分かりやすいですね。本当にその通りだと思います。サッカーを知らない方は分からないかもしれませんが、マンツーマンディフェンスは、一人ひとりに付くというものです。例えば、本田選手なら本田選手に、ずっと一人が守りで付くのが、マンツーマンディフェンスです。「マンツーマンディフェンスは、情報節約的で責任が明確であるために初心者でもやりやすいが、マークを外されるとバックアップがない」。病院を外れ、ほかの施設がないと患者さんは置いてけぼりになります。まさに今の医療の中心的なシステムです。

ゾーンディフェンスの場合は、「緊密な連携が必要、責任が不明確になりやすい」、先程の指とペットボトルの例で言うと、指自体の責任は明確ではないけれども、「マークが外れてもバックアップ可能」ということです。親指が一本外れてもペットボトルを持ち続けることができます。これがゾーンディフェンスです。

ですから、サッカーのゾーンディフェンスを地域の中につくるということです。これが地域包括ケアシステムの比喩表現として、一番優れているなと思いましたが、皆さんにシェアさせていただきました。(資料17)

## 2012年度改定に込められた8つのメッセージ

2012年度改定に込められた8つのメッセージです。3月に出した本『2012年度診療報酬改定33のQ&A』を読まれた方は繰り返しになるかもしれませんが、薬のメーカー以外の方は、ほとんど読まれていないと思いますので、改めてご紹介します。決して、厚生労働省がこうだと言っているわけではありません。こういうことを言いたいのだろうなど、私が読み替えたものです。そこは強調しておきたいと思います。

1つ目は、「1人(1医療機関)でがんばるな!」。2つ目、「努力しない奴は助けない!」、昔どこかの更迭された大臣が言ったようなことです。3つ目、「せこいことはするな!全部見えてるぞ!」。4つ目、「後発医薬品シェアはギリギリ30%に届かせる!」。5つ目、「薬剤師に2年間だけチャンスをやる!」。6つ目、「大病院は外来患者を徹底的に絞れ!」、既に減らすことが明言されています。7つ目、「チーム医療で良いアウトカムを出せ!」。最後は、「己を知れ!地域を知れ!」ということ。後半はこの話をします。(資料18)

### 2012年度改定に込められた 8つのメッセージ

1. 1人(1医療機関)でがんばるな!
2. 努力しない奴は助けない!
3. せこいことはするな!全部見えてるぞ!
4. 後発医薬品シェアはギリギリ30%に届かせる!
5. 薬剤師に2年間だけチャンスをやる!
6. 大病院は外来患者を徹底的に絞れ!
7. チーム医療で良いアウトカムを出せ!
8. 己を知れ!地域を知れ!

©川越満@コンサナリスト  
http://consunalist.scesaa.net/

資料 18



## 2012年度から変わる医療提供体制

今回の改定の時に、「2025年のあるべき姿を見据えた改定。ホップステップジャンプの「ホップ」」「今回の改定は、メッセージ性が強い。将来に向かって自院の立ち位置を考えて欲しい」と、言われています。これは勿論、我々企業もそうです。自分の立ち位置を考えなければいけないのです。親指になるのか、人さし指になるのか、薬指になるのか。手のひら全体になるのかということなのです。

改定の説明は、ユーストリームで配信されています。既に見ていらっしゃる、今更見る方はいらっしゃると思いますが、一応、URLをご紹介します。

(資料19)

既に、具体的な改革のイメージが出されています。ここに書いてある通りです。一般病床は、平均在院日数は2割短縮、外来は5%縮小して医療資源を集中させるという、明確なシミュレーションが出ています。

## 医療・介護サービスごとの単価の見込み

サービスの単価も出ています。現状、一般病床の平均は月額129万円です。それがスタッフの多い高度急性期病床は、月額247万円の単価になり、倍近く払うということです。一般急性期は、191万円です。唯一下がるのは、115万円の亜急性期・回復期です。このように明確に月

## 2012年度から変わる医療提供体制

- 2025年のあるべき姿を見据えた改定。ホップステップジャンプの「ホップ」
- 今回の改定は、メッセージ性が強い。将来に向かって自院の立ち位置を考えてほしい

(厚生労働省保険局医療課の鈴木康裕課長)



動画共有サービス「Ustream」から視聴できます。

<http://www.ustream.tv/recorded/20893465>

ナナリスト  
seesaa.net/

資料 19

## 医療・介護サービスごとの単価の見込み

※各単価は静態価格(2011年度価格)である。

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期	【一般病床】 約129万円/月	【一般病床】 約129万円/月	約199万円/月	【一般病床】 約129万円/月	約247万円/月
一般急性期			約145万円/月		約191万円/月
亜急性期・回復期等			約104万円/月		約115万円/月
長期療養(慢性期)	約53万円/月	約53万円/月	約59万円/月	約53万円/月	約62万円/月
精神病床	約47万円/月	約47万円/月	約49万円/月	約47万円/月	約54万円/月
介護施設 特養 老健(療養合)	約29万円/月 約32万円/月	約29万円/月 約31万円/月	約32万円/月 約33万円/月	約29万円/月 約31万円/月	約32万円/月 約34万円/月
居住系 特定施設 グループホーム	約18万円/月 約28万円/月	約18万円/月 約28万円/月	約20万円/月 約30万円/月	約19万円/月 約28万円/月	約20万円/月 約30万円/月
在宅介護	約11万円/月	約11万円/月	約13万円/月	約11万円/月	約17万円/月
外来・在宅医療 外来等 在宅医療等	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月

(注1) 介護の単価は、実際には要介護度別の単価であるが、ここでは加重平均値を表示している。

(注2) 外来等の単価は受診1日当たりの費用額(薬品調剤医療費等を含む)であり、在宅医療等については1人1月当たりの費用額である。

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.seesaa.net/>

資料 20

の単価が示されています。外来は変わりません。在宅も重い患者さんと軽い患者さんが出てきますから、平均としては変えないということで、明確に単価が出ています。(資料20)

**(1)1人(1医療機関)でがんばるな！**

「1人でがんばるな！」という話をします。ゼロ改定と言われている中で、「チーム医療で5項目新設」がされました。「機能を強化した在宅療養支援診療所(病院)の評価」がされます。また先程P-netをご紹介しましたが、「“サポート薬局”が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定可能に」する。また「感染防止対策チームの病院間連携を評価」する。後程リストを出しますが、「医療連携に関して新設やボトルネック解除を含む27項目を設定」ということで、考えられないくらい評価しています。27項目は、時間の関係もあるので、一個一個ご紹介はしませんが、これだけの連携を拡大する施策を打ってきています。(資料21)


**ボトルネックとは**

これで何をやったかということですが、連携が進まない、進まないと言われていたボトルネックを、今回の改定で27項目改善して排除したわけです。ペットボトルの細くなっている部分を、ボトルネックと言います。つまり、幅が大きい所があっても、途中で狭くなっている所があれば、それから下に出てくる水の量は、狭い所以上にはなりません。それをボトルネックと言います。皆さんの組織でもそうです。現場がいいアイデアを出しても、ボトルネックのような人がいて、全く現場に反映されない。そういう人をボトルネック人材と言う方もいます。連携の場合も、色々ボトルネック的なものがありまして、それを今回、27項目を大幅に排除して、進めて欲しいということなのです。(資料22)

**増えてきた連携パスの点数を確認する**

連携パスの評価も増えました。病院やクリニックの担当者の営業マン又は企業の方は、これを知っておかなければなりません。どの得意先がどの点数を取っているのかを、知ることです。連携パスが拡大して、診療所も点数が取れるものが増えてきました。2012年度新設の、「認知症療養指導料」は、専門医療機関において認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことを評価したものです。ちゃんとかかりつけ医の先生が認知症の患者さんを管理すると点数が取れる。こういうものも増えてきました。どうしても、点数が取れないからやらないという人もいるわけで

**(1)1人(1医療機関)でがんばるな！**

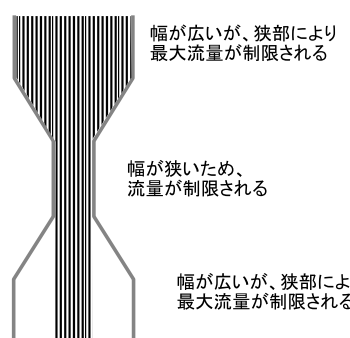


- チーム医療で5項目新設
- 機能を強化した在宅療養支援診療所(病院)の評価
- “サポート薬局”が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定可能に
- 感染防止対策チームの病院間連携を評価
- 医療連携に関して新設やボトルネック解除を含む27項目を設定

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 21

**ボトルネックとは**



※ウィキペディアを参考に作図

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 22

す。評価されたからやるという所もあるわけです。認知症に関わる製品を持たれている所は、こういった所が、この点数を取っているかを知ることが営業活動にも影響します。(資料23)

### がん連携のボトルネック解消①全部○

ボトルネックの例で言うと、がんでは非常に大きいものです。例えば、2010年度改定の内容では「がん診療連携拠点病院加算」は、がんだと診断して紹介した場合にしか点数が取れませんでした。しかし、2012年度になって、悪性腫瘍の疑いで紹介された場合でも点数が取れることになり、紹介しやすくなりました。これでボトルネックを解消されました。これがあるから紹介がしづらいという声も非常に多かったのです。これは患者さんにとっても非常にいいものです。

もう一つ、紹介されたものの入院には至らず、外来化学療法等を受けた場合は、何も算定できなかったのですが「がん治療連携管理料」(500点)が新設されました。これまでは入院して外科手術を受けた場合しか点数が取れませんでした。放射線治療や化学療法を受けた患者さんでも、算定できるようになりました。算定できる幅が広がり、これでボトルネックが大いに解消されました。(資料24)

### がん連携のボトルネック解消②全部○

「がん治療連携計画策定料」もあります。これまでは、例えば国立がんセンターのような大きな病院から、すぐに地域の医療機関に紹介しなければ点数が取れませんでした。750点です。しかし、多くの病院は、例えば外来で1カ月フォローした後に、地域の医療機関に渡すパターン

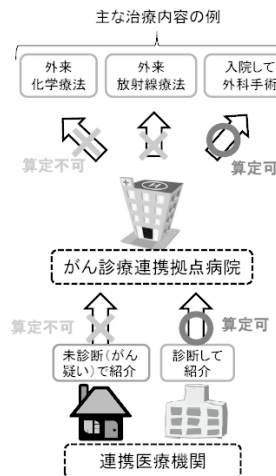
□エリア内で、地域連携診療計画退院時指導料Ⅱ、がん治療連携指導料、生活習慣病管理料、認知症療養指導料を算定している診療所を把握している

- 2010年度改定から、連携パスの評価が診療所にも拡大した
- 地域連携診療計画退院時指導料Ⅱは、3段階目(診療所のこと)の保険医療機関等において、診療計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに計画管理病院に対して情報提供を行った場合に、情報提供時に算定する。
- 2010年度に後期高齢者診療料の廃止に伴い、「生活習慣病管理料」の“年齢制限”が撤廃された。
- 「認知症療養指導料」は、専門医療機関において、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことの評価。2012年度新設

©川越満@コンサナリスト  
http://consunalist.secsaa.net/

資料 23

### がん連携のボトルネック解消①全部○



- 「がん診療連携拠点病院加算」が悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断された患者でも算定可に
- 紹介されたものの入院には至らず、外来化学療法等を受けた場合は算定できなかったが、「がん治療連携管理料」(500点)が新設

©川越満@コンサナリスト  
http://consunalist.secsaa.net/

資料 24

が多かったのです。今回それが、フォローしたあとで紹介しても点数が取れることになりました。これでボトルネックが解消され、非常に紹介しやすく、点数が取りやすくなりました。このようなことが連携関連全体で27項目できたということです。これは非常にいい傾向だと思います。（資料25）

### 感染防止対策加算が医療安全対策加算から独立。地域で連携し、情報共有を求めている

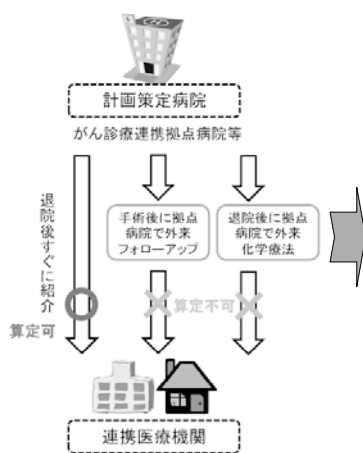
感染症チーム医療の連携も広がりました。地域で感染症、パンデミックなどが起きた時に、連携をして感染を治めることができるように、情報共有をしておきなさいということです。それを評価したものです。

### (2)努力しない奴は助けない！

2番目は、「努力しない奴は助けない」ということです。これを社内で言うとパワーハラスメントになります。最近はずぐに、何とかホットラインなどという所へ、電話をされてしまいますので注意してください。

メッセージ的には、もう、「努力しない奴は助けない」というものがきています。病院も薬局も助けない。点数を付けないという施策が増えています。まず、「看護必要度の高い患者を集め

## がん連携のボトルネック解消②全部○



■「がん治療連携計画策定料」を算定できなかった理由のトップに「長期外来フォロー後の開始」(26%)

■ 東京都医療連携手帳(がん地域連携クリティカルパス)も、最も活用している病院でもその1割しか保険算定していない

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.scesaa.net/>

資料 25

### (2)努力しない奴は助けない！

- 急性期病院は、親密に連携できる一般病棟13:1と15:1、療養病棟、強化型の在宅療養支援診療所を地域で見つけること
- 看護必要度の高い患者を集めること
- 退院調整部門、患者サポート体制を持つこと
  - 広義の勤務医等負担軽減策
- 診療所に「時間外対応加算」をなんとしても取らせたい
- 診療所、薬局は、ベイビーステップでいいから在宅医療に進出せよ



©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.scesaa.net/>

資料 26



る」。7:1病院を削減していくために入りました。クリニックや薬局などに対しては、ベイブーステップ、赤ちゃんの歩みのようでいいから、在宅医療に進出して下さいというメッセージもあります。

ですから、小さなクリニックや小さな薬局が、在宅に進出するためには、どういうお手伝いが必要だろう。どういう機会があればいいのだろう。どういう検査の機械や商品があればいいのか。こういったことを考えながら企業の製品作りで反映させていただければいいと思います。(資料26)

### 高度急性期病院のふるいがけとその受け皿・サポート体制を整備していく

厚生労働省から次回の改定までに影響度の結果が発表されると思いますが、一般病床の7:1看護は、平均在院日数の要件を1日短縮して、看護必要度が少し厳しくなりました。次回はもっと厳しくなります。結構、これがひびいて7:1が取れなくなる病院が、ぞろぞろ出てくると思います。こういったことで、どんどんふるい分けをしています。もともと、厚生労働省が予想していた10倍以上、7:1が増えてしまったという誤算がありました。儲けたのは人材紹介会社だけだという批判があります。ですから、こういったことがないようにということです。今度は、取るべきところが取るような仕組みに変わる。重い患者さんがいない所は、これを取れないようにするということがです。(資料27)

### 現在の一般病棟入院基本料の病床数

今、お話ししたことはこういうことです。理想はツチノコ型です。ツチノコを見たことがないので、本当にこういう形をしているかは分かりません。頭が高度急性期で、先がとがっています。真ん中に少しくびれがあるような感じです。しかし今は7:1が増えすぎて、左の図のような形です。人材紹介会社が潤っているということです。ですから、悪い業者などは、悪い看護師を捕まえて、契約で、半年勤めれば違約金

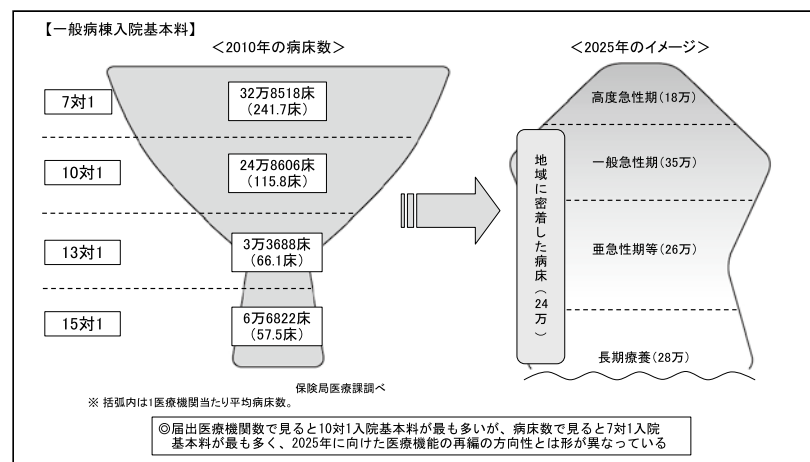
### 高度急性期病院のふるいがけとその受け皿・サポート体制を整備していく

- 一般7:1は平均在院日数19⇒18日に短縮
- 一般7:1は看護必要度が10%以上⇒15%以上
- 一般10:1にも看護必要度の評価を新設
- 13:1、15:1の病院には、急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価として「救急・在宅等支援病床初期加算」が新設
- 「時間外対応加算」(地域医療貢献加算)は、高レベルの1(5点)と低レベルの3(1点)ができて3段階に

©川越満@コンサナリスト  
http://consunalist.secsaa.net/

資料 27

### 現在の一般病棟入院基本料の病床数



©川越満@コンサナリスト  
http://consunalist.secsaa.net/

資料 28

を払わなくてもいいという悪巧みをして、半年間で、それを辞めさせて、またほかのところに派遣する。看護師さんに聞いたことですが、そういう業者が本当にあるらしいのです。

知り合いの看護師さんで、人材紹介会社に頼らない仕組み、看護師同士のコミュニティをつくり始めた方もいらっしゃいます。企業に頼らず、コミュニティの中で看護師がうまく回る仕組みをつくるということで、先日、キックオフセミナーをされました。調和しない企業は、そのように新しいコミュニティに駆逐されていくかもしれません。(資料28)

### 目指すべき機能分化と連携のイメージ案 パターン①

次は、在宅の話です。在宅療養支援診療所・病院がどんどん増えていきます。連携して1年間の看取りが2件以上あれば、いい点数が取れます。こんないい話はありません。これもどこが取っているかを企業として知らなければなりません。

パターン1は、自前で全部できるものです。やらなければならないことは、真ん中の3つです。どのクリニックでも、大体、訪問診療と急変時の入院を頼むことはできますが、「24時間対応」「急変時の対応」「ターミナルケア」、この3つがほとんどできないのです。(資料29)

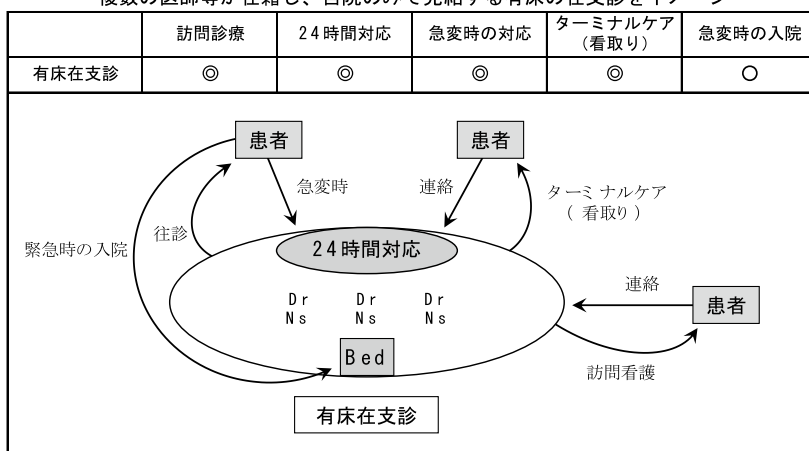
### 目指すべき機能分化と連携のイメージ案 パターン②

それを全部自前でやっても勿論取れますが、こうして、色々なクリニックと連携をして、入院や急変した時だけ、在宅療養支援診療所と組んで、24時間対応をする。看取りをする場合も、今回からいい点数が取れます。(資料30)

## 目指すべき機能分化と連携のイメージ案

### パターン①

複数の医師等が在籍し、自院のみで完結する有床の在支診をイメージ



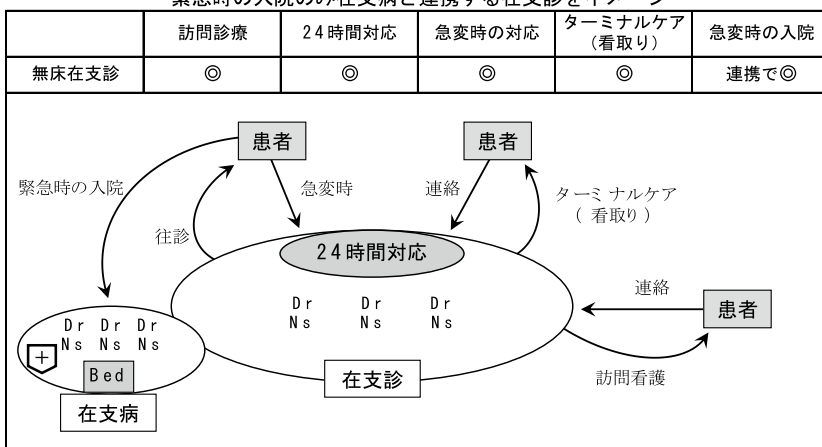
©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 29

## 目指すべき機能分化と連携のイメージ案

### パターン②

複数の医師等が在籍し、ほぼ自院のみで完結するが、緊急時の入院のみ在支病と連携する在支診をイメージ



©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 30



## 目指すべき機能分化と連携のイメージ案

### パターン③

又は、沢山の医療機関と連携して、24時間対応、急変時の対応をして看取りもする。これでもいいという方策が出されました。(資料31)

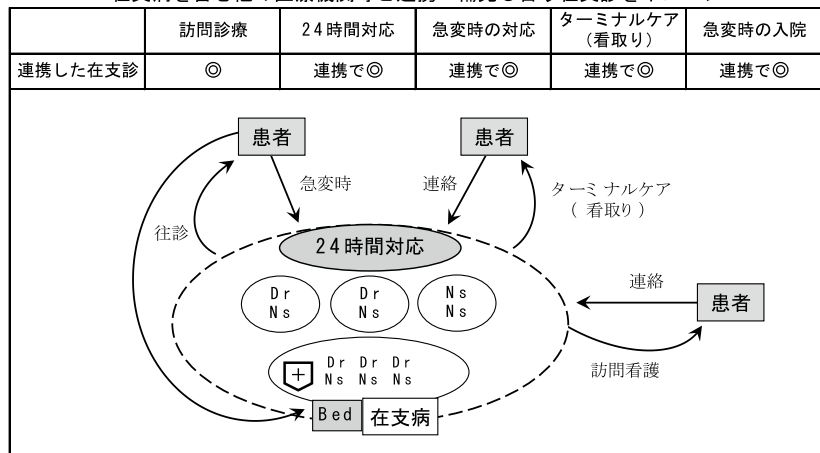
## 厚生局のサイトに施設基準が公開

ですから、在宅療養支援診療所と病院は、増えていくと思います。お客様がそれを取っているか取っていないか、自分の担当エリアの医療機関が、この在宅療養支援診療所と病院を取っているか取っていないか。これは絶対に見なくてはなりません。どこで見るかと言うと、厚生局のサイトがあります。全国を8ブロック分けてあります。このURLから自分が住んでいるエリアを、クリックすると出てきます。(資料32)

## 目指すべき機能分化と連携のイメージ案

### パターン③

在支病を含む他の医療機関等と連携・補完し合う在支診をイメージ



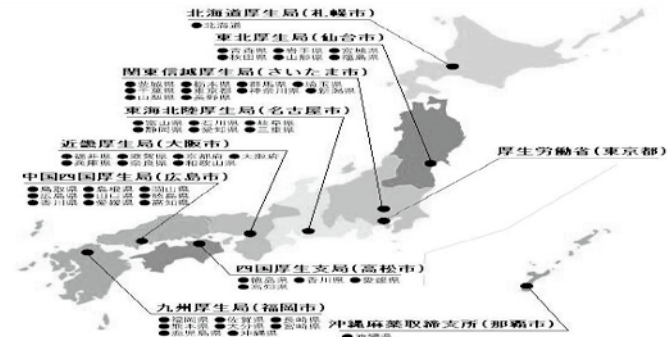
©川越満@コンサナリスト  
http://conusalist.secsaa.net/

資料 31

## 厚生局のサイトに施設基準が公開

<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshi netsu/about/koseikyoku.html>

### 全国地方厚生(支)局の管轄地域



地方厚生局	管轄地域
北海道厚生局	北海道
東北厚生局	青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
関東信越厚生局	茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県

©川越満@コンサナリスト  
http://conusalist.secsaa.net/

資料 32

### 例：東海北陸厚生局

ちなみに、東海北陸を見てみます。行政のサイトは見にくくて、どこに行けばいいかわからないです。フォーマットは同じなので、ご紹介をしておきます。例えば、8ブロックの中で、東海北陸を選びます。そして下のほうの「保険医療機関・保険薬局・柔道整復師関係」というところを、クリックします。そうするとようやく「保険医療機関・保険薬局の管内指定状況等について」というところで、全部の医療機関と薬局が何を届け出ているかが分かります。

これを知らない現場の方が結構多いです。自分の得意先の病院や薬局が、どういう点数を取っているのか知らないのは、もったいないです。公開されていますので、是非見てください。  
(資料33)

県のように早い所は、10月1日のものが出ています。こういったことで、どこのクリニック又は病院が、それぞれどういった点数を取っているのかは、ヒアリングをしなくても、ある程度、分かるようになっていきます。これは是非、現場の皆さんにやって欲しいことです。お客さんを知るということです。(資料34)

## 例：東海北陸厚生局

資料 33

### 10/1現在の在宅療養支援診療所・病院の全リストがわかります。

ちなみに、これは愛知県のリストです。毎月更新されています。一番、新しいものを貼り付けました。10月1日現在の在宅療養支援診療所・病院の全リストが公開されています。エリアによっては、まだ9月1日現在の所もありますが、愛知

## 10/1現在の在宅療養支援診療所・病院の全リストがわかります。

届出受理医療機関名簿（届出項目別）

〔平成24年10月 1日 現在 別冊1の「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所 医師〕 平成24年10月 3日 作成 1頁

序番	医療機関番号	医療機関名称	電話番号(FAK番号)	病院業	受療番号	算定期間年月日	備考
1	010_462.1 千歳462	ちくきセントラルクリニック	F 464-0850 名古屋南千種区今池4-401玉 屋ビル2階 052-732-7276		(次療診1) 第5号	平成24年 4月 1日	
2	003_271.4 東271	小沼内科	F 461-0045 名古屋中村区御園3-2大寺東 山池1の1棟10号 052-723-1888		(次療診1) 第9号	平成24年 4月 1日	
3	050_487.9 守村487	糖研会さとう内科	F 463-0832 名古屋守山区祝山町2-3-5 052-486-0088		(次療診1) 第2号	平成24年 4月 1日	
4	050_494.5 守村494	竹田内科腎臓科クリニック	F 463-0834 名古屋守山区豊国通3-2-2 052-411-2046		(次療診1) 第9号	平成24年 4月 1日	
5	070_307.5 扇307	三つ葉在宅クリニック	F 466-0015 名古屋昭和区御園河通3-1-2 052-858-3281		(次療診1) 第1号	平成24年 4月 1日	
6	130_164.8 守山164	渡井医院	F 463-0048 名古屋守山区小幡南1-14- 32 052-791-2037		(次療診1) 第5号	平成24年 4月 1日	
7	210_250.8 岡崎250	医療法人 ワシシ整形外科	F 444-0851 岡崎市久渡崎町キロ15-2 0564-52-9811		(次療診1) 第10号	平成24年 4月 1日	
8	220_383.5 一宮383	井上内科クリニック	F 494-0001 一宮市関前東町8-5 0566-42-0003	一般	15 (次療診1) 第13号	平成24年 4月 1日	
9	250_216.0 春日216	医療法人 藤川医院	F 468-0014 春日市東山町見山9-8-1 0568-31-2508		(次療診1) 第11号	平成24年 4月 1日	
10	290_183.7 春日183	杉浦医院	F 448-0007 春日市東山町見山9-8-1 0566-36-5408	一般	19 (次療診1) 第14号	平成24年 8月 1日	
11	340_070.3 大1470	杏豊法人 ふなびきクリニック	F 484-0061 名古屋市守山区厚手町29-2 0568-62-8811	一般	19 (次療診1) 第7号	平成24年 4月 1日	

©川越満@コンサナリスト  
http://consunalist.secsaa.net/

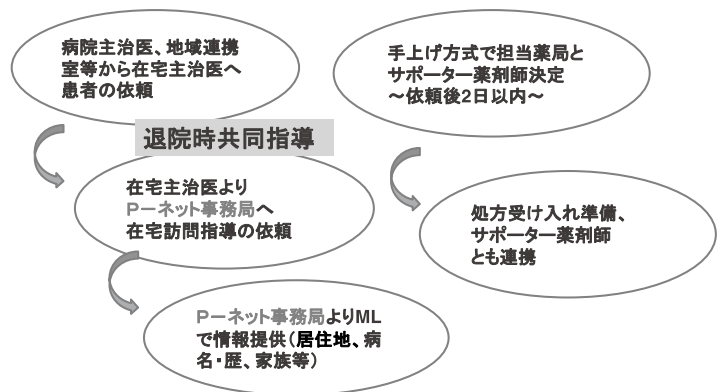
資料 34

## P-netによる訪問薬剤管理指導の流れ①

先程、ご紹介しましたP-net、サポート薬局システムです。自分でどうしても訪問できない時があっても、ほかの薬局に頼めば点数が取れるという仕組みです。どういう仕組みかと言うと、病院の主治医や病院の地域連携室から、在宅主治医への連絡が行きます。そうすると在宅主治医は、このP-netという薬局のグループの事務局に、このエリアで新しい在宅の患者さんが出るので、皆さんの中に薬の面倒をみてくれる薬局さんは、いらっしゃいませんかと投げかけます。事務局は、メインで行ける薬局の人、又はサポートできる薬局の人は、手を挙げてくださいというメーリングリストを流します。そうすると誰かが、「私が近いのでやります」と手を挙げるという感じです。それでメインとサポートを決めるという素晴らしいシステムです。こんなに簡単で素晴らしいシステムなのに、全国に広がらないのが不思議で仕方ないです。本当に薬局の方に教えてあげて欲しいと思います。(資料35)



### P-netによる訪問薬剤管理指導の流れ①



©川越満@コンサナリスト  
http://consunalist.secsaa.net/

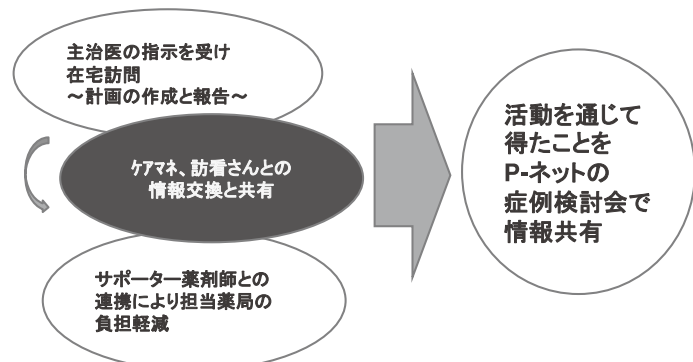
49

資料 35

## P-netによる訪問薬剤管理指導の流れ②

主治医の指示を受けて在宅を訪問します。開業医と薬局の薬剤師さんが、ケアマネや訪問看護師と一生懸命情報交換をして、サポート薬局の薬剤師の先生も、患者さんの状況をちゃんと把握します。そこで学んだこと、経験したことを、リアルな場やメーリングリストの中で、症例検討会をやります。先程、言ったように、今は症例が重要です。非常にいい感じで、このP-netは回っています。これは良い事例です。日経BP社から本が出ています。是非、お読み頂きたいと思います。(資料36)

### P-netによる訪問薬剤管理指導の流れ②



©川越満@コンサナリスト  
http://consunalist.secsaa.net/

50

資料 36

### (3)せこいことはするな！全部見えているぞ！

3番目です。「せこいことはするな！全部見えているぞ！」ということです。DPCのデータも出していますし、レセプトの電算化もありますから、悪いことをしたらすぐにばれてしまいます。

例えば、こういう悪い病院がありました。「化学療法あり」の診断で、包括の間は、化学療法はしないのに、出来高に算定できる瞬間に、化学療法をし始める、とんでもない詐欺のような病院がありました。これは今回、それが発覚して、算定できないようになりました。こういったことも、これから厳しく罰せられるようになります。(資料37)

実は、最初にこの会に呼んでいただいた時に、「医療産業は、安心産業だよ」、ということをお話ししました。6年前の講演ですから、多分、今日の場合に来ていらっしゃる方は、聞いていらっしゃると思います。2006年の7月にも、働く者の心構えとして、医療は安心産業であり希望産業であると、お話ししました。常に、カメラが皆さんの背後から狙っているような気持ちで仕事をしていなければ、本当にまずいことになりますよというお話をしました。今は、カメラがなくても、病院は全部データで取られています。悪いことをしたら、すぐにばれるような仕組みになっています。そういう悪いことを、「こうしたらいいですよ」と進言するようなことも、企業のスタンスとして非常にまずいので、気を付けて頂きたいと思います。

### (4)後発医薬品シェアはギリギリ30%に届かせる！

後発医薬品の話です。薬以外の業界の方は、あまり興味がないかもしれませんが、リストを見ると3分の1くらいの方が薬と関係のある業界の方で、薬局の方も多かったので、少しでもご紹介します。今、後発品のシェアは海外

に比べて非常に低いということで、30%を目指されています。今は約24%です。それを改定で増やすということです。しかし残念ながら、一気に10%増やしても、それぞれのジェネリックメーカーの規模が、小さすぎて対応できません。欠品を起こして、患者さんが困ります。ですから、今の日本の後発品市場では、少しずつしか市場を増やすことができません。残念ながら、3~4%アップずつしか伸びないような施策しか打てない状況です。今回も恐らくギリギリ30%に届くくらいの後発品シェアになると思います。大体今、予想通りの流れになっています。(資料38)

### (3)せこいことはするな！全部見えてるぞ！

- 午前退院午後入院、金曜日入院&月曜日退院に対する適正化
- 特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルール
  - 化学療法を特定入院期間内に実施していないにも係らず、「化学療法あり」等の診断群分類により算定する場合は、当該化学療法薬は別途算定できないこととする。
- 「DPC病院では、先発と後発医薬品について入院と外来の使い分けを医師に提案しているMRが散見されるが、絶対にやってはいけないことだ」——東邦大学医療センター大森病院の小山信彌副院長(中医協・DPC評価分科会分科会長)

©川越満@コンサナリスト  
http://consumalist.secsa.net/

資料 37

### (4)後発医薬品シェアはギリギリ30%に届かせる！

- 厚生労働省は2年間で3~4ポイントアップを計算した手を打ってくる
- 漢方製剤及び生薬を、後発医薬品の調剤数量の割合を算出する際に、分母から除外すること等で何もなくても2ポイントは増える
- 今回の“6つのカード”で2ポイントの増加を予想。
  - 一般名処方をもっとも期待大。しかし開業医の影響は軽微
- DPCの使用増でさらに2ポイント上乘せ
- 合計でギリギリ30%に到達

©川越満@コンサナリスト  
http://consumalist.secsa.net/

資料 38



特に大きな変化として、患者さんの意見を踏まえて、一般名処方をする、薬局で、ジェネリックを調剤できるようになりました。

薬局が何をやっているかということです。賢い薬局は、まずこの薬剤が来たら自動的にこのジェネリックに切り替えますよと、明確に入口にポスターを出します。ほかに説明する必要がないので、これはやりやすいですね。「これにはジェネリックがありますが、どうしますか」と、毎回、聞かなくていいわけです。この薬の場合は、自動的にジェネリックに変えます。変えてほしくない時には言うてくださいね、というメッセージです。先発のメーカーさんは、このリストに入ると怖いことになりましたが、こういうことを薬局としては、逆にやらなければいけないということです。

ちなみに、これも薬のメーカーの人にしか参考にならない話で恐縮ですが、ジェネリックメーカーのベテランの人に、もし君が先発メーカーで、「ジェネリックの市場をブロックしなければいけないとしたら、どうするか」ということを聞いて、まとめたものがあります。大前提として、DPCや療養型や包括の施設は、あきらめざるを得ません。そのほかの施設で、後発品の魔の手が伸びたら、施設ごとに値引きをする。これは次回の薬の報酬改定の時に、また下がることになっていきますが、これしかないのではないかと思います。例えば、先発品を30%値引きすると、ものすごいインパクトになります。ジェネリックは太刀打ちできません。30%は一つのキーワードになります。全部やられてしまうことを考えれば、ある程度、値引きをするしかありません。逆に、医薬品卸さんと組んで、防御してくれたらフィーを払うとか、色々な従来の防御策もあるかなということをお話しています。これは薬の先発メーカーさんしか参考にならない話ですが、一応ご紹介しておきます。

## (5) 薬剤師に2年間だけチャンスやる！

薬に限らず、薬剤師さんは、大きなキーワードになります。もう無視ができません。「薬剤師に2年間だけチャンスやる！」ということです。病院の薬剤師さんと薬局の薬剤師さんの両方が、この2年間で次回の改定までに結果を出さなければなりません。エビデンスを出し、アウトカムを出さなければなりません。新たに点数が入りました。「病棟薬剤業務実施加算」、つまり薬剤師が病棟業務をすることで、どういう評価、どういう効果があったのか。次回の改定の議論、来年の例えば秋までに、このデータを出さなければなりません。はっきり言いますと、いいデータが出なければ、この点数は、なくなってしまいます。

「ヒアリハットの減少」「処方設計への関与の増加」ができましたという結果を出すということです。今、いい薬剤師さんが採用できなくて、中小の薬局はもっとですが、いい病院ですら非常に困っています。しかし、薬剤師の採用を増やして、やっていかなければなりません。

また、薬局薬剤師のほうは、在宅医療に関わることです。先程、P-netの例で紹介したように、どういう薬剤の変更で効果が出たか、患者さんのQOL、ADLにどういう変化があったかなどの、データを集めることが求められています。ですから「2年間だけチャンスやる」ということです。(資料39)

### (5) 薬剤師に2年間だけチャンスやる！

- 病院には、「病棟薬剤業務実施加算」を新設
  - すべての病棟に入院中の患者を対象
  - 医薬品に関する安全管理、医師、看護師の対するアドバイス、処方設計を期待された点数
  - ヒアリハットの減少、処方設計への関与の増加が出れば“常勤”評価に格上げへ
- 薬局薬剤師は在宅医療への参加とお薬手帳&残薬管理を期待
  - 在宅薬剤管理指導業務をサポート薬局とのコラボでも算定可に
  - 在宅患者調剤加算の新設
  - 薬剤服用歴管理指導料が再編され、「お薬手帳」を通じた情報提供と「残薬確認」も要件に

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.sccsaa.net/>

資料 39

## 薬局における調剤業務の変化→第五世代へ

具体的に、薬局における調剤業務は「第五世代へ」ということです。昔は顔の見えない調剤の小さな窓口から、薬だけ出てきて、お金を払うという時代でした。今は、第五世代ということで、患者さんにインタビューをして、カウンセリングをして、在宅もやって、多職種連携もやる時代です。

病院のほうも同様に仕事が増えています。特に今回の改定で期待されたのは、処方設計です。薬が悪さをしたら、それを減らして、足りなかったら、ほかの薬に変えるということなのです。

## 病棟薬剤師が処方設計することは？

病棟に上がる病棟薬剤師が増えて、処方設計することは何かをまとめました。まず、「処方箋が出る前の業務が病棟薬剤業務」です。薬が決定される前の業務が病棟薬剤業務だということです。ですから服薬指導などは、病棟薬剤業務ではありません。そして、「医師・看護師の業務を軽減するもの」です。副作用が出たら、医師や看護師はケアをしなければならないので大変です。その業務を軽減するものです。持参薬管理を軽減することも病棟薬剤業務です。また、「安全管理として重要な医薬品」は、薬剤師が病棟薬剤業務として管理します。そして、「勤務医、患者、そして経営を良くする役割」をします。薬の量が確実に減っていくので、経営を良くす

ることができます。特に、DPC病院などはそうです。マルメなので、非常に経営的に良くなります。

そして、「医師が“困っていること”が処方設計のターゲット」になります。何に困るかと言うと、「治癒率」と「副作用」の発生率です。この2つがキーワードです。「治癒率」は、患者さんの病気が、どれくらい早く治るか、どれくらいの期間で良くなるかということです。そして、「副作用」の発生率を低くする、なくすることが薬剤師の役割です。この2つのキーワードに役立つ情報提供ができれば、求められる人間になります。薬剤師もそうです。医師にこういう情報を提供できれば、医師や看護師から信頼を得ることができます。(資料40)

## 病棟薬剤業務と薬剤管理業務

私の知り合いの薬剤師さんが、病棟薬剤業務と薬剤管理業務を整理してくれました。どちらがどちらか分からなくなることがあるので、これを参考にしてください。病棟薬剤業務の位置付けは、「チーム医療推進による勤務医等の負担軽減」です。副作用の発現を減らす。また持参薬管理などです。

業務の性質は、「処方支援と投与前のタスクマネジメント」、処方が決まる前、投与前のタスクマネジメントです。従来からある薬剤管理指導は、医薬品が適正に使用されているかという

## 病棟薬剤師が処方設計することは？

- 処方せんが出る前の業務が病棟薬剤業務
- 医師・看護師の業務を軽減するもの
- 安全管理として重要な医薬品
- 勤務医、患者、そして経営を良くする役割
- 医師が“困っていること”が処方設計のターゲットになる
- キーワードは、「治癒率」と「副作用」
- この2つのキーワードに役立つMRからの情報は求められる

©川越満@コンサナリスト  
http://consunalist.scesaa.net/

資料 40



部分の安全管理の確保です。投与中又は投与後のリスクマネジメントをするということです。

そして、医師の同意は、薬剤管理業務では必要ですが、病棟薬剤業務では不要という形に分けられています。

これも厚生労働省からの公の発表データではありませんので、参考程度に見てください。(資料41, 42)

ちなみに、私が住んでいる神奈川県の病棟薬剤業務実施加算が、どれくらい届けられているのかを調べました。先程の関東ブロックの厚生局のサイトで一つずつ見ることができます。47都道府県全部をやると気が遠くなるので、私が住んでいる神奈川県だけを調べました。344病院中、44病院が届け出ていました。1割強です。44病院のうち28病院は、一般病床の200床未満でした。これは当然、病床が少なれば薬剤師さんの人数が少なくてすみませすから、1～2人の増員で、すぐに算定できる病院は届け出しやすいです。しかし、400床、500床、1,000床の大きな病院は、5人、6人、7人を新たに採用しなければ算定できないということで、なかなか難しいです。経営サイドを色々説得しなければなりません。ですから、少し出遅れています。

200床以上は16病院です。大きな病院は、これから増員を図り、届け出を急ぐことになると思います。

ですから、勿論、薬のメーカーさんはそうですが、ほかの企業さんも、担当エリアで、病院がどういった点を取られているのか、こういったものを是非、チェックしてほしいと思います。

## 病棟薬剤業務と薬剤管理業務(1)

	病棟薬剤業務	薬剤管理指導
位置づけ	チーム医療推進による勤務医等の負担軽減	医薬品等の適正使用による医療安全の確保
業務の性質	処方支援と投与前のリスクマネジメント	投与中～投与後のリスクマネジメント
医師の同意	不要	必要
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆病棟毎に専任配置</li> <li>◆勤務医等の負担を軽減できる体制</li> <li>◆医薬品安全確保のための体制</li> <li>◆薬剤管理指導科/届出医療機関</li> <li>◆1病棟20時間以上/週を確保できる体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆常勤薬剤師2名以上</li> <li>◆DI室の設置と常勤専任薬剤師1名以上の配置</li> <li>◆患者毎の注射薬の計数調剤</li> </ul>
業務内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆薬歴と副作用歴の把握</li> <li>◆医薬品安全性情報等の把握・周知・相談</li> <li>◆入院時の持参薬確認、服薬計画の提案</li> <li>◆2種以上の薬剤同時投与前の相互作用確認</li> <li>◆ハイリスク薬等の投与前説明</li> <li>◆流量、投与量の計算</li> <li>◆その他</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆患者毎の薬剤管理指導記録の作成と指導</li> <li>◆薬歴と副作用歴の把握</li> <li>◆薬学的情報管理と医師等への情報提供</li> </ul>

次ページ続く

出典：ユート・ブレイン編集「alfresNEWS」No.342

©川越満@コンサルナリスト  
http://consunalist.secsaa.net/

資料 41

## 病棟薬剤業務と薬剤管理業務(2)

	病棟薬剤業務	薬剤管理指導
業務例	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆薬歴、副作用歴の聴取による基礎的事項（服薬状況、嚥下状態、経管栄養の有無、粉碎・簡易懸濁法等の投与方法の確認、指関節可動域の確認）の把握</li> <li>◆医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器安全性情報の収集と周知、関係者への情報提供</li> <li>◆安全性情報入手時の使用者リストアップと患者毎の安全確認</li> <li>◆持参薬関連業務（残薬確認と服薬状況の確認、副作用等の有無の確認、代替薬の提案、院内処方との突合・監査等）</li> <li>◆プロトコルチェック（がん化学療法、院内バス、地域連携バス等）</li> <li>◆回診同行、カンファレンス、申し送りへの参加</li> <li>◆処方せん出力（記載）前の禁忌（病名・病態禁忌を含む）や相互作用の確認と必要時の処方変更提案、最適な投与ルートの提案</li> <li>◆ハイリスク薬処方時の事前説明</li> <li>◆配薬</li> <li>◆事前の申し合わせに基づく以下の業務 周術期や侵襲的検査等実施時の投薬管理（中止、再開）、投与前や投薬中に確認が必要な血算・生化学的検査の依頼、処方せんの代行入力（記載）、TDM用採血依頼、包括指示内の投与量の調整等）</li> <li>◆TDMの結果に基づく用法・用量の提案</li> <li>◆医薬品関連インシデントの収集・解析・対策</li> <li>◆TPN、抗がん剤の無菌混合調製</li> <li>◆末梢輸液等の混合調製（無菌調製が望ましい）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆薬剤管理指導記録に基づく服薬指導、服薬支援、薬学的管理</li> <li>◆薬歴、副作用歴の聴取による基礎的事項の把握</li> <li>◆医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器安全性情報入手時の医師への情報提供と必要時の患者への薬学的管理指導</li> <li>◆麻薬投与時の服薬状況、疼痛緩和の状況等の把握</li> <li>◆配薬時の有効性・安全性等の確認</li> </ul>

出典：ユート・ブレイン編集「alfresNEWS」No.342

©川越満@コンサルナリスト  
http://consunalist.secsaa.net/

資料 42

## (6)大病院は外来患者を徹底的に絞れ！

そして6番目です。「大病院は外来患者を徹底的に絞れ！」ということです。ざっくり言えば、紹介のない患者さんを診るなどということです。大きな病院を中心として、紹介のない患者さんを診ると、減点するというものです。“医療資源投入量の低い患者を手放せ”ということです。将来的に、患者さん一人当たりの外来の医療費は平均1万円で、これをずっと増やさないといいことでした。つまり1万円よりも低かったら、医療資源投入が低いと置き換えてもいいと思います。そういった安い患者さんは、大病院では診ないということです。これを一つ、キーワードとしてお伝えしておきたいということです。外来の患者さんは、どんどん大きな病院からいなくなりますよということです。(資料43)

## 勤務医の負担軽減が要件となる項目

新しい診療報酬では、勤務医の負担軽減や外来を絞ることをしなければ、点数が取れなくなってきました。2008年度時点では、そういう点数は3項目しかありませんでした。2010年に、5つ足されて8項目になりました。2012年には、更に7項目足されて15項目になりました。これだけ増えました。勤務医の負担軽減を一つも取っていない病院は少ないと思います。大きな病院は必ずこう

いった点数を取るの、負担軽減をしなければならぬということです。負担軽減の一番大きな要因は、外来の縮小などです。(資料44)

フォーマットがあります。これもGoogleで検索すれば、処遇の改善、つまり勤務医の負担軽減に関する項目が出ていますので、是非、見てください。

## (6)大病院は外来患者を徹底的に絞れ！

- 紹介のない患者に対する初診料が200点(-70点)
- 200床未満の病院や診療所へ紹介を行うことになったにもかかわらず、外来を受診した場合の外来診療料が52点(-18点)

### 【算定要件】

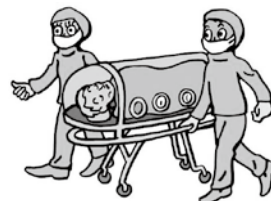
- 紹介率が40%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院
  - ただし、逆紹介率が30%以上の場合は除く。
  - 当該初診料・外来診療料の評価を導入するのは、2013年4月1日とする。
- “医療資源投入量の低い患者”を手放せということ

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 43

## 勤務医の負担軽減が要件となる項目

- 2008年度時点(3項目)
  - 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)、医師事務作業補助体制加算、ハイリスク分娩管理加算
- 2010年度に追加された項目(3+5=8項目)
  - 急性期看護補助体制加算、栄養サポートチーム加算、呼吸ケアチーム加算、小児入院医療管理料1及び2、救命救急入院料の充実段階加算A
- 2012年度に追加された項目(3+5+7=15項目)
  - 総合周産期特定集中治療室管理料
  - <新設>小児特定集中治療室管理料
  - <新設>精神科リエゾンチーム加算
  - <新設>病棟薬剤業務実施加算
  - <新設>院内トリアージ実施料
  - <新設>移植後患者指導管理料
  - <新設>糖尿病透析予防指導管理料



©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 44

そこには、外来縮小の取り組みとして、「病床が500床以上の病院の場合は、必ず計画に含むこと」とあります。500床以上は、必ず計画しなければならぬことになっています。

看護職員の負担軽減の取り組みも、色々出ています。担当されている病院、得意先の病院がどういった計画を持たれているのか、一つの重要なポイントになります。

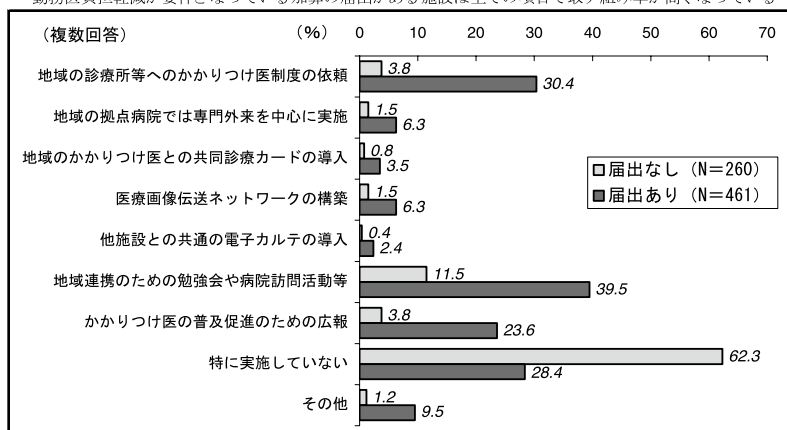
### 外来縮小に向けた地域での取り組み (加算有無別)

「外来縮小に向けた地域での取り組み」は、やはり地域の開業医さんをお願いすることが多いということです。そのため、地域で勉強会をやりまします。そういうことは企業のサポートが重要です。勉強会や病院訪問活動などでサポートできることはないか、考えるべきことかと思えます。

(資料45)

### 外来縮小に向けた地域での取り組み(加算有無別)

勤務医負担軽減が要件となっている加算の届出がある施設は全ての項目で取り組み率が高くなっている



※「届出あり」は「医師事務作業補助体制加算」「急性期看護補助体制加算」「栄養サポートチーム加算」「呼吸ケアチーム加算」「総合入院体制加算」「ハイリスク分娩管理加算」「救命救急入院料」「小児入院医学管理料」のいずれかの届出をしている施設、「届出なし」はこれらの全てに届出をしていない施設。

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 45

### (7) チーム医療で良いアウトカムを出せ!

- 精神科リエゾンチーム加算(200点/週)
- 栄養サポートチーム加算が一般13:1、15:1、療養病棟等にも拡大
- 移植後患者指導管理料(300点/月)
- 外来緩和ケア管理料(300点)
- 病棟薬剤業務実施加算(100点/週)
- 糖尿病透析予防指導管理料(350点)



©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 46

病透析予防指導管理料」です。この2つの点数は注目です。(資料46)

これからはやはりチーム医療です。これからのキーワードは“Value for Money” (価格に見合った価値)ということ。これをまず追い求めなくてはなりません。

### チーム医療の評価

チーム医療の評価はどうされるのか。「医療の質」「患者の視点」「医療スタッフの視点」「経済的視点」と4つの視点があります。先程、薬剤師の仕事として出てきましたが、「治療効果」「合併症減少」「医療安全向上」といったことをチームとして図っていきます。ですから、企業としてこういうソリューションがあれば、話を聞いてくれやすくなるということです。(資料47)

### チーム医療の評価方法

例えば、もし、自社製品でそういうソリューションがあればですが、「平均在院日数短縮を今の20日から2日短縮できるソリューションを持ってきました」と言えば、話を聞いてくれます。「治療効果も高いです」「合併症も減少します」と言えば、聞かざるを得ないですね。異質なのではなく、チーム医療に貢献するものとして、免疫システムの中に受け入れられるということです。(資料48)

## チーム医療の評価

チーム医療推進方策検討ワーキンググループ

- 医療の質
  - 例) 治療効果、合併症減少、医療安全向上 等
- 患者の視点
  - 例) 早期社会復帰、治療への理解、患者満足度 等
- 医療スタッフの視点
  - 例) 労働生産性の向上、負担軽減効果、スタッフの満足度 等
- 経済的視点
  - 例) 労働生産性向上、費用対効果(増収・コスト削減効果) 等

資料 47

## チーム医療の評価方法

○ NST の場合

- アウトカム評価
  - 例) 平均在院日数短縮、合併症減少、コスト減少 等
- プロセス評価
  - 例) 推奨される治療の実践割合 等
- ストラクチャー評価
  - 例) 専門職種の配置、電子カルテ等の導入の有無 等

医療の質	アウトカム評価	早期治療率 (在院日数又は術後在院日数) 感染症の発生率 褥瘡発生率 血液学的検査値
	プロセス評価	経腸栄養実施率 口腔衛生処置実施率 食事提供回数
	ストラクチャー評価	専門職種の配置 電子カルテ等の導入の有無 カンファレンスの実施
患者の視点	アウトカム評価	早期治療率 (在院日数の減少) 使用薬剤数及び用量 合併症の発生率
	プロセス評価	専門スタッフによる回診回数 食事摂取回数 治療内容の理解
	ストラクチャー評価	1床当たりの医療従事者数
従事者の視点	アウトカム評価	1人あたりの担当患者数 各専門職種の専門性向上
	プロセス評価	各職種からの相談回数 カンファレンス、勉強会への参加回数
	ストラクチャー評価	専門職の 365 日 24 時間対応体制の有無 カンファレンス、勉強会の実施 治療方針の共有
経済的視点	アウトカム評価	病院収益
	プロセス評価	人員配置の変化 輸液使用金額 抗生剤使用金額 食事提供金額
	ストラクチャー評価	DPC 導入 後発品使用 医師、看護師以外のスタッフの導入

資料 48



## チーム医療のメリット

チーム医療で一番大きいメリットは、医師に単価の高い仕事をさせることです。ストレートに言えば、本来業務ができるということです。手術ができる医師にペーパーワークを沢山やらせてはいけません。「本来業務(診断・治療)にフォーカスさせ、収益を向上させる」ということです。

「平均在院日数かつ病床稼働率向上」のメリットもあります。一番いいのは、「看護師・薬剤師の専門化によるモチベーション・自己重要感の向上」です。自分の努力によって、病院の経営が潤う、経営的なデータが良くなるということです。これをわれわれはサポートしなければいけないのです。そのほかに、「医療クラーク等の雇用の創出」、また、「臨床指標の向上」というアウトカムの向上のメリットがあります。(資料49)

## 糖尿病透析予防指導管理料350点/月

今回、病棟薬剤業務の次に、私が注目しているのが糖尿病透析予防指導管理料です。これは、糖尿病に関連する製品を持っている、持っていないに関わらず、全員に共有してほしいことです。これからこういう点数が診療報酬の中心になります。医療機関にとって、一番恐ろしいのは、施設基準の中で、1年間に、この点数を算定した「患者の人数、状態の変化について報告を行うこと」というところです。これはアウトカム評価そのものです。

## 生活習慣病の進行のイメージ

何を報告しなければならないか。後程お話ししますが、これまで糖尿病の対策は、健康な生活習慣から透析予防まで、こういった流れの中で示されていました。診療報酬の点数としては、まずメタボ対策です。私もクリニックに行くと必ず取られている、特定疾患栄養管理料、225点くらいの点数です。行くたびにこれで2,250円も取られているわけです。生活習慣病管理料も高いです。こういった点数を設定しています。こ

### チーム医療のメリット

- 医師に本来業務(診断・治療)にフォーカスさせ、収益を向上させる
- 平均在院日数かつ病床稼働率向上
- 看護師・薬剤師の専門化によるモチベーション・自己重要感の向上
- 医療クラーク等の雇用の創出
- 臨床指標の向上

©川越満@コンサナリスト  
http://consunlist.seesaa.net/

資料 49

### 生活習慣病の進行のイメージ

**健康な生活習慣**

運動、バランスのとれた食事、適度の飲酒、睡眠不足を解消、過度のストレスを減らす

**第2段階**

- 肥満
- 高血圧
- 脂質異常
- 高血糖

**第4段階**

- 建血性心疾患(心筋梗塞・狭心症)
- 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
- 糖尿病の合併症(人工透析、失明等)

**不健康な生活習慣**

過剰な食生活、運動不足、過度の飲酒、過度のストレス

**第1段階**

- 不適切な食生活(エネルギー・食塩・脂肪の過剰等)
- 運動不足
- 喫煙
- 過度の飲酒
- 過度のストレス

**第3段階**

- 肥満症(特に内臓脂肪型肥満)
- 高血圧症
- 脂質異常症
- 糖尿病

**第5段階**

- 半身の麻痺
- 日常生活における支障
- 認知症

**特定疾患療養管理料**  
**生活習慣病管理料**  
**外来・入院栄養食事指導料**

**糖尿病合併症管理料**  
**(新)糖尿病透析予防指導管理料**

©川越満@コンサナリスト  
http://consunlist.seesaa.net/

資料 50

れはメタボ対策です。

そして透析の前の点数は、糖尿病合併症管理料として、1,000病院くらいが取っている点数です。この点数に加えて、糖尿病透析予防指導管理料という予防の所が出てきました。今回、これでアウトカムを取るということです。

(資料50)

### 富山県の透析患者等発生予防体制整備事業

これは、富山県でモデル事業としてスタートしたものです。「透析患者等発生予防体制整備事業」という長い名前の事業です。これも是非、興味がある方は検索してください。

富山県の糖尿病の透析予防をする全医療機関が、どういう機能を持っているかが、エクセルデータで公開されています。どのクリニックがどの透析予防のソリューションを持っているかが全て出ています。こういうものも今回、全国で点数を付けて広げますよということ。

### 糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

この点数を取ると、何をアウトカムとして出さなければならないかです。1つは、「ヘモグロビンA1cが改善又は維持が認められた者の割合」です。算定した中から改善した割合です。2つ目は、「クレアチニン又はeGFRが改善又は維持を認められた者の割合」です。最後に、「血圧が改善又は維持された者」の割合です。ですから糖尿の薬以外に、血圧の薬、ソリューションを持っているところも、この点数が関連してきます。この3つのデータを揃えて提出しなければなりません。

さて、これを提出する時に、100人に算定して、「当病院では、改善した患者さんは10人しかいませんでした」と、果たして報告できるか。そんな恥ずかしい報告は、絶対にできないわけです。ですから、当然、この点数を取ろうとしている医療機関は、この数字を改善するソリューションを必ず求めます。ほかのクリニックや病院が何をやっているのか、情報が欲しいわけです。いい結果を出して、学会発表をしたという情報や、学術大会で80%の患者さんが改善したという発表をやりましたという情報など、何をしたか、こういうことをしていましたというような情報が求められるわけです。(資料51)

(別紙様式31)

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 月～ 年 月)	① 名
----------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の6月末日までにHbA1cが改善又は維持された者	② 名
①のうち、当該期間後の6月末日までに血中Cre又はeGFRが改善又は維持された者	③ 名
①のうち、当該期間後の6月末日までに血圧が改善又は維持された者	④ 名

HbA1cが改善又は維持が認められた者の割合  
= ②/① ⑤ %

Cre又はeGFRが改善又は維持が認められた者の割合  
= ③/① ⑥ %

血圧の改善又は維持が認められた者の割合  
= ④/① ⑦ %

[記載上の注意点]

- 1 「①」の「本管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。
- 2 「②」から「④」の「改善又は維持が認められた者」については、初回到糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。

資料51

## 糖防管の届出

この点数を届け出る時には、誰がやるのか、専任者の名前を入れて提出しなければなりません。「糖尿病指導の経験を有する専任の医師は誰?」「糖尿病指導の経験を有する専任の看護師(又は保健師)は誰?」「糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士は誰?」ということを、全て名前をリストに書いて提出します。ですから、企業としては、このリストに名前を入れられる人は誰なのかを、必ず知らなければいけないのです。(資料52)

こういう話を教えてあげたら、某メーカーの営業所長さんから、感謝のメールが届きました。その営業所長さんが、S大学の総合医療センターの教授との会話の中で、この話題になったそうです。チーム医療を担うパラメディカルにとってもモチベーションが上がるとか、今、色々なことで点数をどうするか模索しているので、今後とも情報交換をさせてください、と言われたそうです。めったに会えない先生なのに、この話をしたらものすごく円滑に会話が進みましたということで、お礼のメールをいただきました。これはチーム医療の免疫システムに、このようにいいことを出せば、仲間に入れてもらえるという、いい事例だと思います。

先程も言ったように、特に慢性期疾患に関しては、アウトカムを出さなければならぬ点数が、次の改定以降も増えていくことを、我々は少し考えなければなりません。今回は、この1つだけですが、今後、がんなどのほかの疾患に関しても、こうした点数が出てきます。売っただけでなく、必ず結果を確かめることが使命として含まれます。売って終わりではないのです。

## 「こんなソフトがあるなら、算定しようかな」

この糖尿病透析予防指導管理料の提出資料の作成は非常に面倒なのだそうです。しかし、今は有り難いことを簡単にしてくれる人がいます。NPO法人が簡単に提出資料が作れるソフトを作りました。テレフォンショッピングなら、「お高いんでしょ?」という声が出るわけですが、なんとこれはNPO法人なので1万円で買えます。1万円なら病院は簡単に買えますね。1万円でこういうソフトが買える時代です。得意先でこうした点数が取りたいというところがあれば、是非、紹介してあげてください。1万円で買えることができます。

企業として、こうしたソフトを開発するのもいいでしょう。これから色々な面倒なことが増えてきます。こういうソフトを開発できるころは、非常に安価なもので、こうしたソリューションソフトを作れば、受け入れられることが増えていくと思います。(資料53)

チーム医療に関しては、昨年、「チーム医療の実践的事例集」というものが、42種類が出ました。これは是非、見てください。どういうことをやって、どういう結果を出しているかというものです。これを紹介しようと思っていましたが、この資料を提出したあと、10月19日に最新

## 糖防管の届出書

- 糖尿病指導の経験を有する専任の医師は誰?
- 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師(又は保健師)は誰?
- 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士は誰?

様式5の6

糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

(□には、適合する場合「し」を記入すること)

医 方	氏 名	経 験 年 数	常 勤	研 修 受 講
1 糖尿病指導の経験を有する専任の医師			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師(又は保健師)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【記載上の注意】

- 1 「1」~「3」については、医師、看護師(又は保健師)、管理栄養士の経験が確認できる文書を添付すること。
- 2 「2」の看護師で研修を受講している者については、糖尿病患者の指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 3 「2」の保健師については、「氏名」の欄に保健師であることがわかるように記載すること。

資料52

版が出ました。「23年度チーム医療実証事業報告書」というタイトルで検索してください。前回の「チーム医療の実践的事例集」は、100ページ足らずでしたが、今回の最新版は、630ページもあります。これだけ大量ですと、皆さんの会社でプリントアウトしたら、必ず事務の人に怒られますから、PDFで見る程度にしてください。

なんと65施設、115チームの事例が、前回事例集よりも詳細に報告されています。今回は、得られた医療サービスの安全性、効果などについてまとめています。前の事例集は、どういうチームを組んでどういうことをやっているか。どういう目的を持ってやっているかということが中心に書かれていました。今回は、どういう結果が得られたかというところまで踏み込んで書いています。色々な病院が出ています。これはまさに教科書的なものです。是非、皆さんが病院を訪問する時、チーム医療の話をする時は、これを事前に予習してから訪問してほしいと思います。

ジャンルは、急性期・慢性期・在宅・感染管理・栄養サポート・薬剤師の活用・薬物療法・歯科医師連携・個別疾病・地域連携・病院管理などについて、項目ごとに分けられています。ですから、今日来られた企業の方の、ほぼ全部に関係する内容を包括した報告書ではないかと思えます。参加者リストを見る限り、この630ページに関係することは何も載っていないという企業の方は、一人もいらっしゃらないのではないかと思います。是非、ご覧ください。



## 「こんなソフトがあるなら、算定しようかな」



<p>糖尿病透析予防指導報告書資料作成ソフト</p> <p>2012年度版 糖尿病・透析予防 患者個票・報告書資料作成ソフト 平成24年度5月11日 新発売</p>		<p>入会のご案内</p> <p>疾病管理・地域連携支援センターでは、個人・団体の方のご入会を募集しております。下記よりお申し込みください。</p> <p>入会申し込み</p> <p>各種お問い合わせ</p>
<p>資料</p> <p>PDFファイル</p> <p>購入前にお必ずご確認ください。PDFファイル</p> <p>¥10,000(税込 ¥10,500)</p> <p>当NPO法人会員登録 ¥2,000円(税込2,400円)</p> <p>※今回会員登録の方から通信となります。</p> <p>※会員登録済み記載いただき、ソフト申込書・会員登録書を一併ご送付ください。</p>	<p>価格</p> <p>配送料</p> <p>配送料 ¥2012年度版につきましては、会員・非会員とも無料</p> <p>申し込み</p> <p>メールフォーム   PDFファイル   Excelファイル</p>	

©川越満@コンサナリスト  
http://consunalist.seesaa.net/

資料 53



## 外来化学療法におけるチームメンバーの役割

先程言いました事例集には医師、薬剤師、看護師等、それぞれの職種の人が、それぞれどういう役割を持っているのかが書かれています。これを知っておくと、ほかの病院を訪問する時の予習になります。何をやっているかを知り、では企業としてこういう提案ができるのではないかという仮説を持って訪問できます。(資料54)

### 「専従」と「専任」の違いが説明できる

これは非常にマニアックな話ですが、診療報酬の点数の中には施設基準があります。その中で、重要な役割を果たすのが看護職員です。これに「専従」と「専任」という言葉があります。「専従」とは、ざっくり言えば、それしかやっていないということです。「専任」は、それしかやらないわけではないが、半分以上はそれをやっているという感じです。この専従、専任の看護師がいないと取れない点数が沢山あります。先程の厚生局のブロックごとの施設基準の届け出で、各病院を見ると、こういう点数が出ています。そこで、それぞれの企業の商品のニーズに合った情報を、専任又は専従の看護師さんからヒアリングをすることが、重要な要素になるでしょう。例えば、栄養関係や糖尿病の点数に関してキーマンは誰だろう。その人からまず話を聞こうということ

です。

「専従」と「専任」の違いですが、私は医療業界向けのブログを持っていますが、一番アクセスが高い記事は、「専従と専任の違いが分かる男」というタイトルの記事です。毎日必ず誰かが私のブログに「専従」と「専任」の違いを知るためにアクセスしてくれています。ここに書いた

## 外来化学療法における チームメンバーの役割

- 医師: 病状・病期・病理所見などの説明、抗がん剤の選択、治療効果の判定、有害事象の確認と対策
- 薬剤師: 患者への治療説明、抗がん剤レジメンの管理・レジメンに基づく処方鑑査、副作用と有効性のモニタリング、副作用等による減量の必要性の確認および副作用対策のための処方提案など
- 看護師: モニタリングとして、バイタルサインの確認、点滴ルート・穿刺部の確認等を実施。副作用に対する症状マネジメント、心身及び家族サポート
- 歯科医師: 口腔衛生処置などの口腔合併症のケア
- 管理栄養士: 患者個々の状態や食生活に応じた食事指導・支援
- ソーシャルワーカー: 医療費のしくみ、活用できる制度の紹介・相談窓口

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 54

## □「専従」と「専任」の違いが説明できる

### 【専従】

当該療法の実施日において、当該療法に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも8割以上、当該療法に従事していることを言う。

### 【専任】

当該療法の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていれば良いものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも5割以上、当該療法に従事している必要があるものとする。

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 55

である通りですが、「専ら従事している」、8割以上ほぼこれしかやっていないのが「専従」です。「専任」は、「専ら担当している」、5割以上やっている。これが違います。これを知っているだけで通ですね。これを是非、覚えてください。

（資料55）

### （8）己を知れ！地域を知れ！

最後です。「己を知れ！地域を知れ！」ということ。これが一番重要です。「将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージを見て、自分の医療機関がどこの機能を担うべきか決断する時期が来た」ということです。

先程も、ご紹介しました猪飼准教授が、とてもいいことを言っています。「21世紀は良い地域包括ケアを目指す地域間競争の時代になる」。例えば、糖尿病の点数で、アウトカムが全部出るということは、厚生労働省が収集するということです。全部情報を仕入れるわけですから、例えば、このエリアは透析予防の成績が悪いということが出てしまいます。これは企業としては問題があります。例えば、横浜担当の糖尿病関連の製品を売っている営業マンは、売り上げ全国1位だということは、表彰できます。しかし、全国レベルで見て横浜市の糖尿病の透析病院の

治療成績は、全国で最下位だということではまずいですね。製品は沢山売れているのに、患者さんは全然良くなっていないということになれば、これは全く調和していないわけです。売って終わりではなく、最後まで面倒を見る。これがこれからの企業の責任として考えなくてはならないことです。

「21世紀は良い地域包括ケアを目指す地域間競争の時代」です。売り上げも上がるし、自分が担当しているエリアの患者さんの状況も良くなる。ここまで考えなければならぬ。これが調和です。何回も言いますが、今日は「調和」ということだけ、覚えて帰っていただければいいなと思います。

とにかく、これから「診療のガラス張り化」が進みます。アウトカムも出てきます。やっていることも全てDPCなどで分かっけてしまいます。これまではどうしても“経験ベースドメディスン”が中心になっていたところがありますが、2025年に向けて、これは終焉を迎えるだろうと思います。

ですから、「プロセスとアウトカムの向上に貢献できる医療人が求められている」ということです。我々企業人を含めて、そういう医療人が求められるようになることを確信をしています。（資料56）

### （8）己を知れ！地域を知れ！

- 将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージを見て、自分の医療機関がどこの機能を担うべきか決断する時期が来た
- 機能強化を迫られる急性期病院は、地域包括ケアシステムの構築まで踏まえたネットワーク戦略を考えなければならぬ
- 21世紀は良い地域包括ケアを目指す地域間競争の時代になる（一橋大学大学院社会学研究科 猪飼周平准教授）。自分の担当エリアの治療（地域）アウトカムを意識した活動がMRIには求められる
- 診療のガラス張り化（見える化）が進み、“経験ベースドメディスン”終焉への歩みが始まる
- プロセスとアウトカムの向上に貢献できる医療人が求められている

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>

資料 56

“調整係数に助けられている指数”

＜低い病院リスト20＞2012.4

DPCのデータが全部出ているので、細かい面白い計算をしてみました。まだ暫定的な形ですが、DPC病院で調整係数というものがあります。私は、計算は苦手ですが、試しに作ってみました。「調整係数に助けられている指数」です。その計算式は、「基礎係数+暫定調整係数÷機能評価係数Ⅱ」です。基礎係数と暫定調整係数を足して、実力の高い病院が取れる係数で割るとどうなるかという計算です。

この数値が低い病院は、係数Ⅱが沢山取れていますので、DPCの申し子です。これはDPC病院として、ずっと未来永劫勝利を得られる病院のリストです。(資料57)

“調整係数に助けられている指数”

＜高い病院リスト20＞2012.4

逆に、今のDPCの制度上では、あまりこの係数は取れずに、助けられている係数が高い病院のリストです。これが正しいかどうかは別として、皆さんの得意先がどうなのか、調べる一つの指標になるかと思います。(資料58)



“調整係数に助けられている指数”

＜低い病院リスト20＞ 2012.4



人生はOK救済  
LIFE IS OK BOKU

基礎係数+暫定調整係数÷機能評価係数Ⅱ

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 三木山陽病院: 29.38</li> <li>■ 岩手県立中部病院: 29.92</li> <li>■ 兵庫県立淡路病院: 30.98</li> <li>■ 岩手県立磐井病院: 31.28</li> <li>■ 石巻赤十字病院: 31.45</li> <li>■ 美原記念病院: 31.62</li> <li>■ 近江八幡市立総合医療センター: 32.07</li> <li>■ 済生会熊本病院: <u>32.64</u></li> <li>■ 岩手県立釜石病院: 32.76</li> <li>■ 岩手県立宮古病院: 32.81</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 飯塚病院: 33.12</li> <li>■ 大崎市民病院: 33.14</li> <li>■ イムス葛飾ハートセンター: 33.18</li> <li>■ 総合病院国保旭中央病院: 33.25</li> <li>■ 岩手県立胆沢病院: 33.31</li> <li>■ 公立藤岡総合病院: 33.43</li> <li>■ 沖縄県立中部病院: 33.51</li> <li>■ 高知医療センター: <u>33.53</u></li> <li>■ 公立富岡総合病院: 33.68</li> <li>■ 長野県立木曽病院: 33.86</li> </ul>
---	--

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>
※下線はⅡ群

資料 57



“調整係数に助けられている指数”

＜高い病院リスト20＞ 2012.4



※暫定調整係数が0.07以上の病院のみリストアップ

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 大雄会第一病院101.40</li> <li>■ 昭和大学病院附属東病院 100.38</li> <li>■ 東芝病院99.54</li> <li>■ 増子記念病院99.04</li> <li>■ 西の京病院94.13</li> <li>■ 相模台病院91.17</li> <li>■ 吉田病院90.64</li> <li>■ 西美濃厚生病院89.31</li> <li>■ 札幌社会保険総合病院87.74</li> <li>■ 甲南病院87.51</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 岩井整形外科内科病院86.29</li> <li>■ 富田林病院86.14</li> <li>■ <u>金沢医科大学病院82.54</u></li> <li>■ 八戸平和病院81.75</li> <li>■ くにもと病院81.42</li> <li>■ 八尾総合病院81.29</li> <li>■ 蒼龍会井上病院80.86</li> <li>■ 整形外科米盛病院80.36</li> <li>■ 笹生病院80.30</li> <li>■ <u>京都府立医科大学附属病院 79.25</u></li> </ul>
--	---

©川越満@コンサナリスト  
<http://consunalist.secsaa.net/>
※下線はⅠ群

資料 58

## おわりに

「一人で頑張るな」という最初のメッセージがありました。これは企業人に対しても共通のメッセージです。自分も一人で頑張るってはいけないし、皆さんの部下又は上司も一人で頑張るすぎてはいけないと思います。

最後にメッセージとして、“SAME”というツールをご紹介します。いいツールなのですが、広がっていないのでご紹介します。頭文字を取っています。“SAME”のSは、「サポート」です。今日の話聞いて、では自分のエリア又は商品で調和をするためには、どうしたらいいか。最初に考えてほしいのは、サポートということです。誰か助けてくれる人はいないかなということ。

Aは、「アドバイス」です。サポートまではしてくれない。手となり足となり動いてはくれないが、アドバイスはくれる。難関の病院や、あの先生を、どう攻略したらいいのかという時に、例えば、前任の営業担当者やベテランの人、その先生と仲良しで同じ職種の先生や、同じ大学の卒業生にアドバイスをもらう。こういうことがAのアドバイスです。

Mは、「モデリング」です。真似をするということです。上手くいっている人、ライバル会社、ライバル企業の真似をする。全営業マンの中で、一社だけがB先生との会話の50%を占めているというような方は結構いらっしゃいます。売り上げを上げている営業マン、先生の時間を独占している営業マンは何をしているのか。それをモデリングするということです。先生に、「あの人といつも話されていますが、何でA社の人間とだけ、あんなに話をされるのですか」と聞いて教えてもらう。これがモデリングです。

最後のEは、「エンロール」です。これは分りにくい単語だと思いますが、「巻き込む」という意味です。競合しない他者を巻き込むということです。糖尿病の薬メーカーが、糖尿病の検査メーカーさん、例えばオムロンさんと組む。対象の患者さんが同じ、対象の先生が同じ、対象のエリアが同じなど、目的が同じで競合しない場合は組みやすいです。又は現場の人は、本社の人を巻き込む。新しい企画を作って、全国で展開するようなことを提案するというようなことです。

そういうことで、この“SAME”モデルを提案します。一人で頑張るのは非常に危険です。エリアは拡大します。一人で頑張るのは、最初にご紹介した、ペットボトルを親指一本で持ち上げるようなものです。必ず手で握りしめて持ち上げる。これはどんどん重くなります。厄介なものがどんどん増えてきて、エリアがどんどん大きくなります。必ず一人で頑張らない。悩んだら、この“SAME”を思い出してほしいということで、終わりにします。

私はFacebookをやっています。色々な講演のアイデアも、そこから閃くことも多いです。面識がない方は、フィード購読で、私の投稿を読んでいただければと思います。名刺交換をしていただいた方は、是非友達になっていただければありがたいです。今日のような講演会の案内もFacebookですてしております。是非、今日の出会いが終わらずに、今後も継続して、色々情報交換をできればと思います。

今日は月末でお忙しい中、お集まりいただき本当にありがとうございます。また呼んでいただけるように精進します。今後とも、よろしく願いいたします。本当に、ご清聴ありがとうございました。