

2025年へのカウントダウン

～患者さんと病院経営とジェネリック医薬品～



国際医療福祉大学大学院 教授

武藤正樹

(日本ジェネリック医薬品学会代表理事)

DPC後発医薬品指数
60%以上を達成！

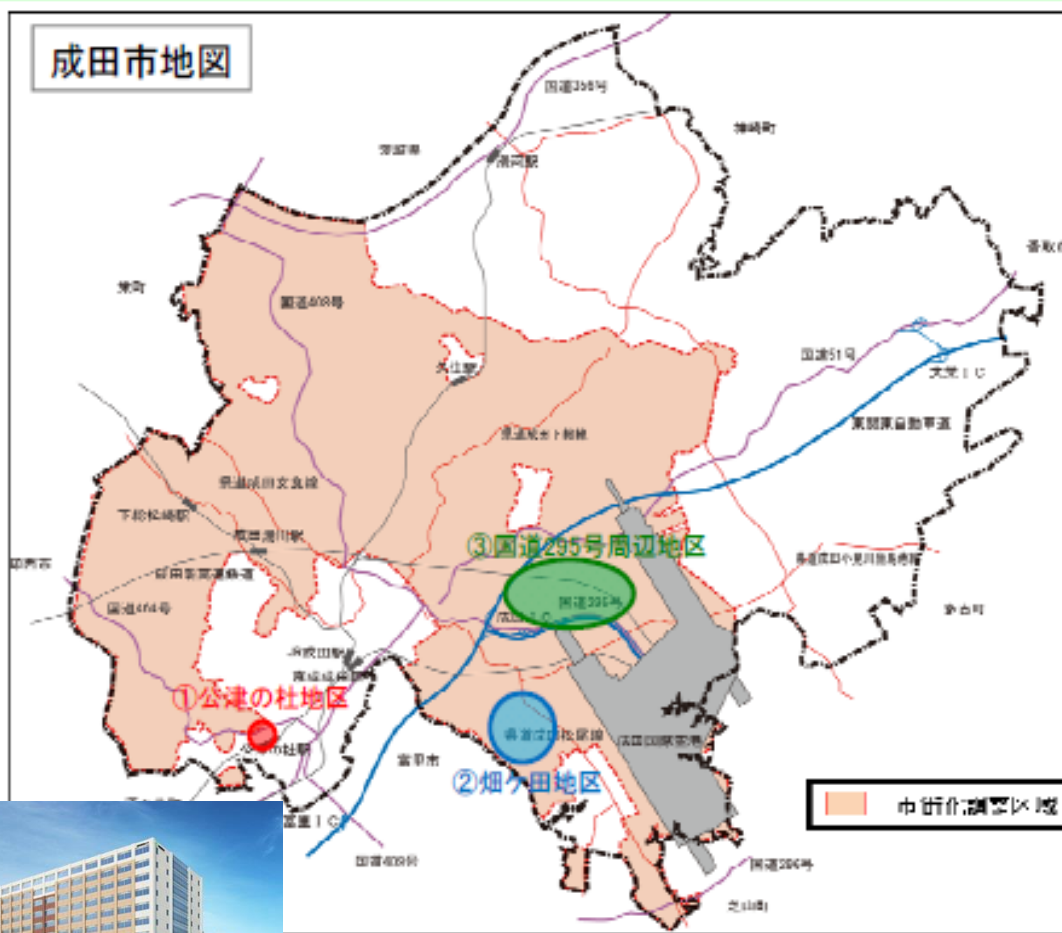
国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
(当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー



2017年4月医学部開講



**INTERNATIONAL
UNIVERSITY OF
HEALTH AND WELFARE**

New School of Medicine will be established in Narita in April 2017 (Government approval of the establishment in process)



目次

- パート1
 - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
 - 地域医療構想
- パート3
 - 高知県の地域医療構想
- パート4
 - 療養病床の今後
- パート5
 - ジェネリック医薬品の現状
- パート6
 - 高知県のジェネリック医薬品の現状と課題



パート1

国民会議と医療介護一括法



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)
が2012年11月30日から始まった

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

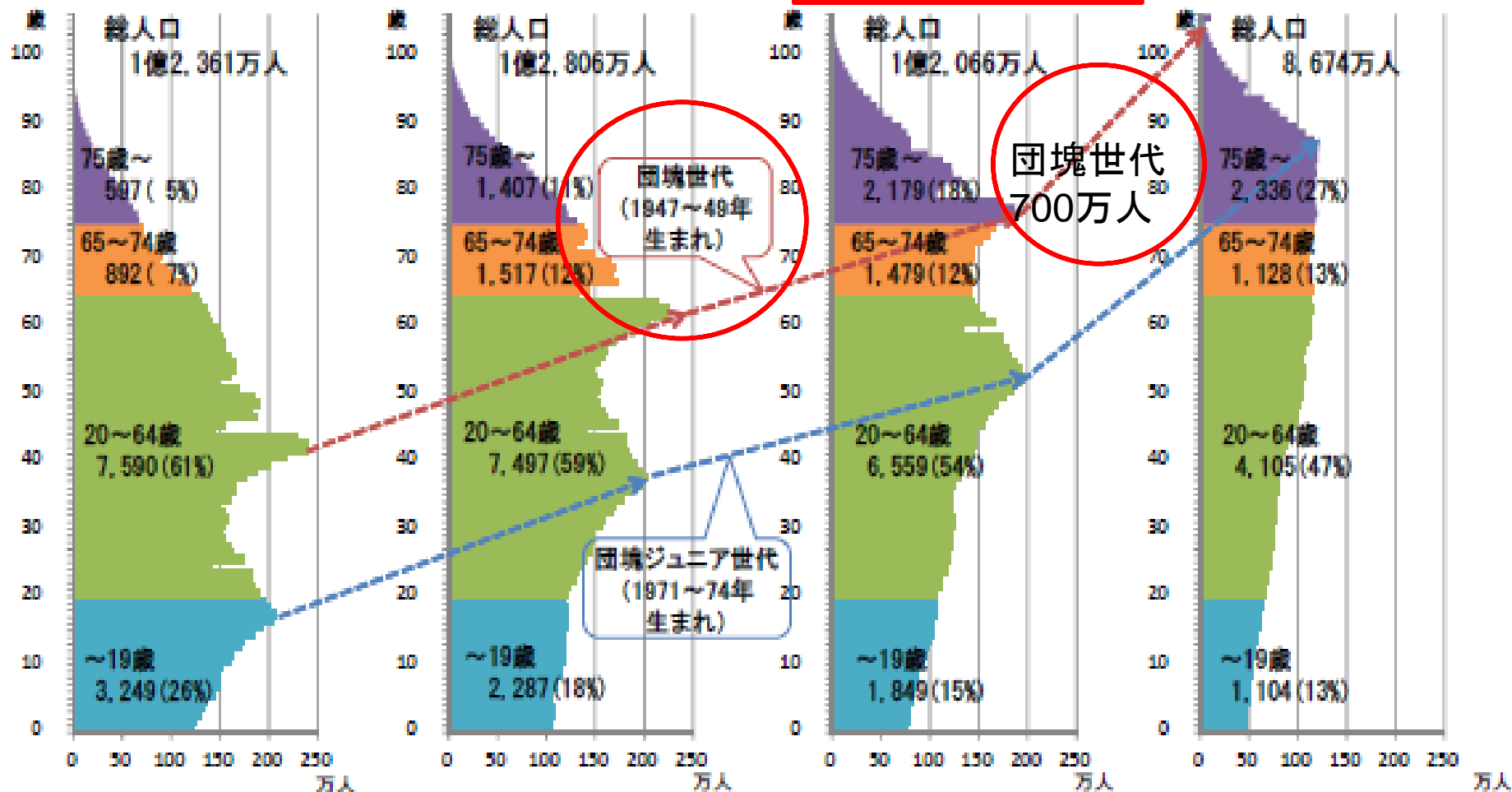
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

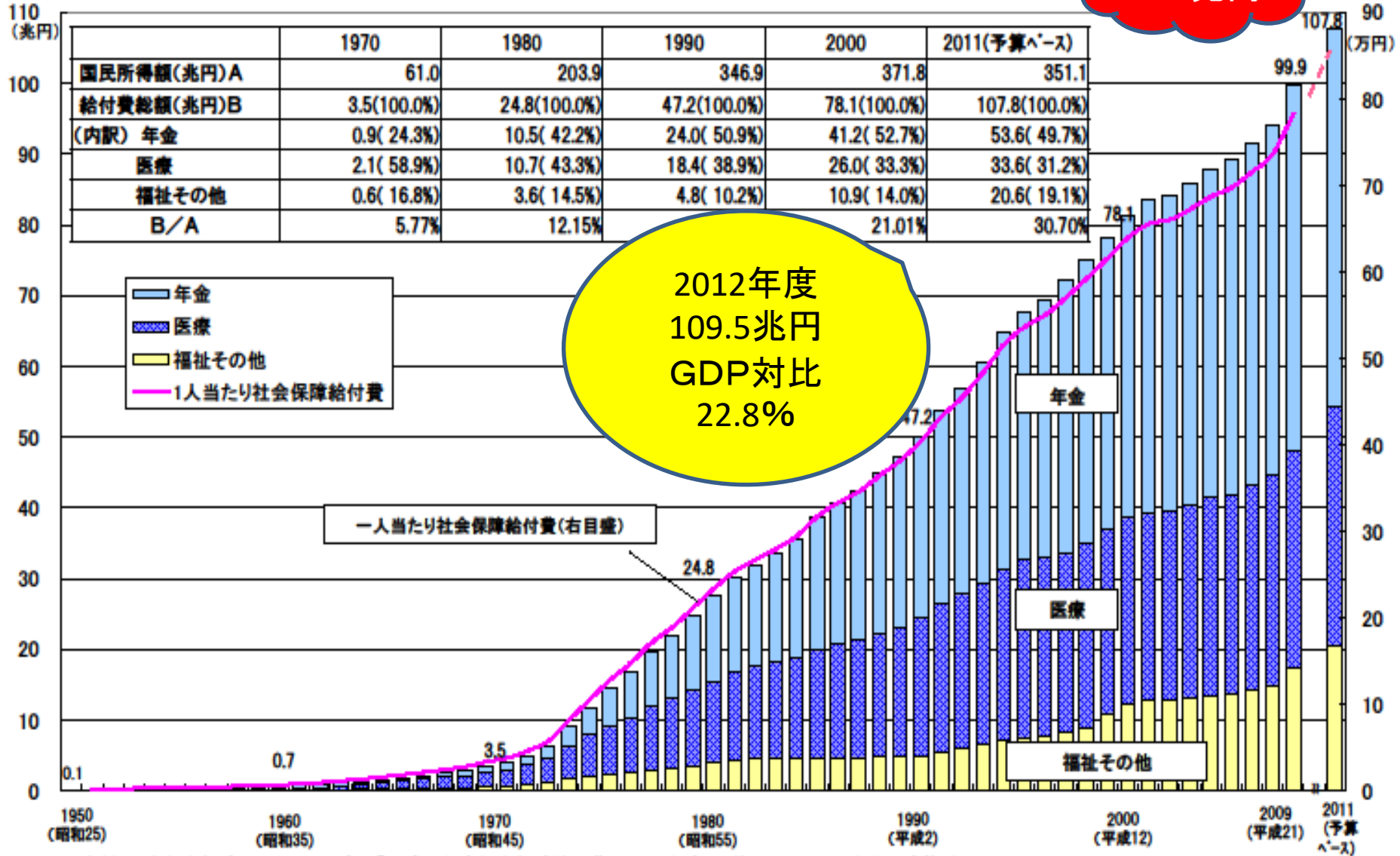
平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障・税一体改革(8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題



2012年8月10日、参議院を通過

2017年4月消費増税 10%先送り

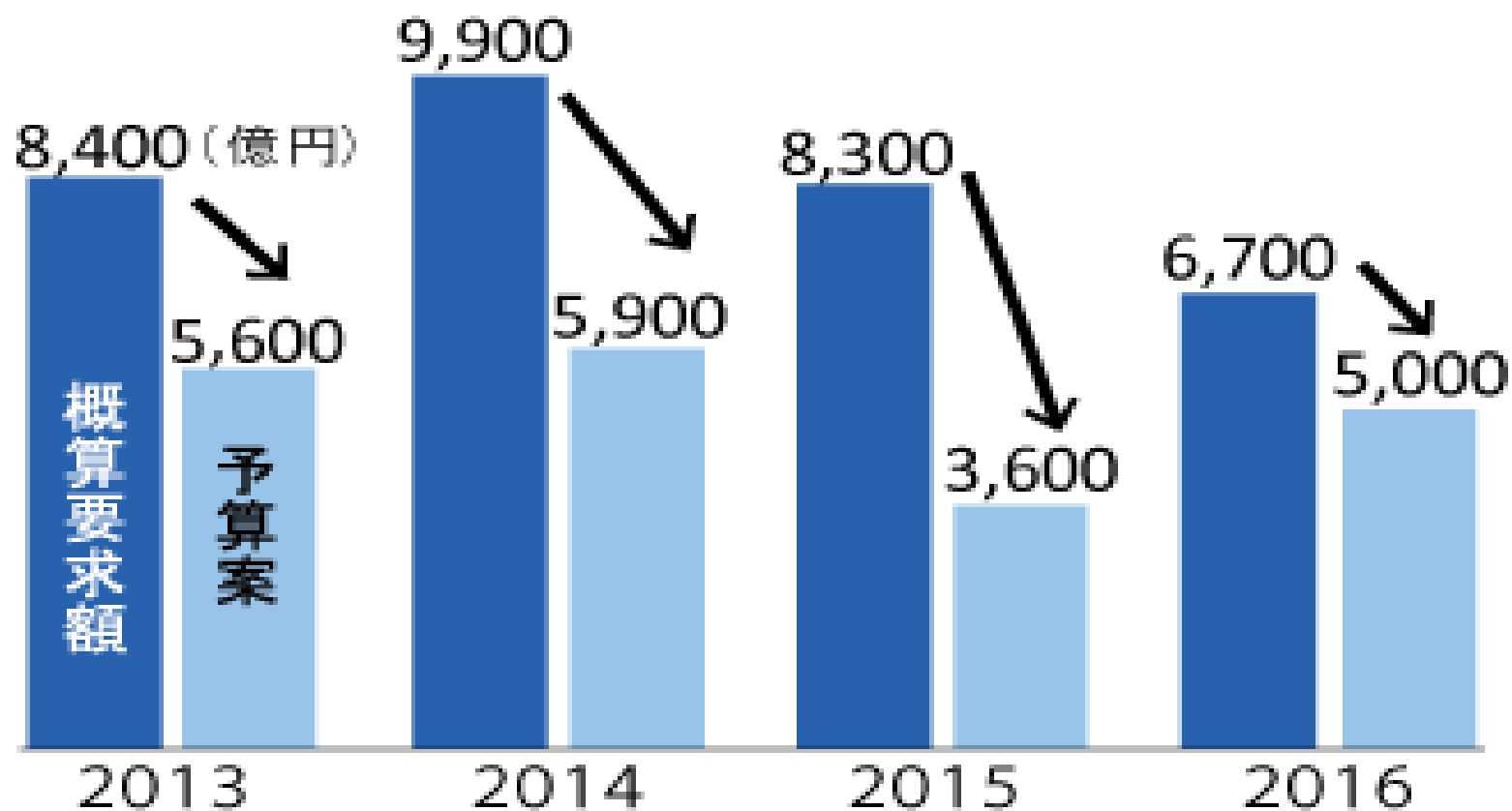


8%から10%の2%増税で4兆円の財源が消える！

社会保障費の自然増を削り続ける安倍内閣

※ 社会保障費の自然増

社会保障費のうち、高齢化の進展などで制度を変えなくても増えていく費用

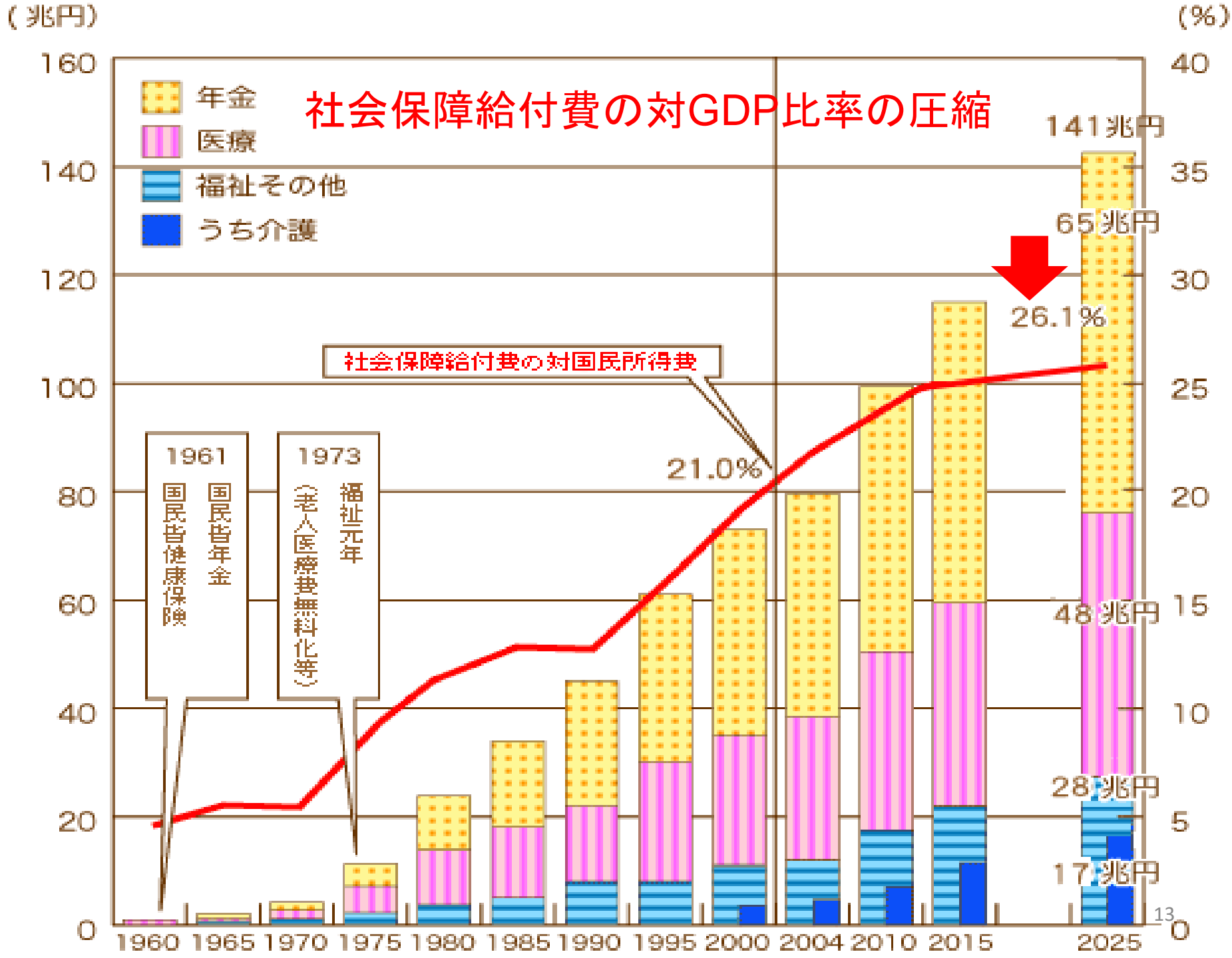


2017年度予算

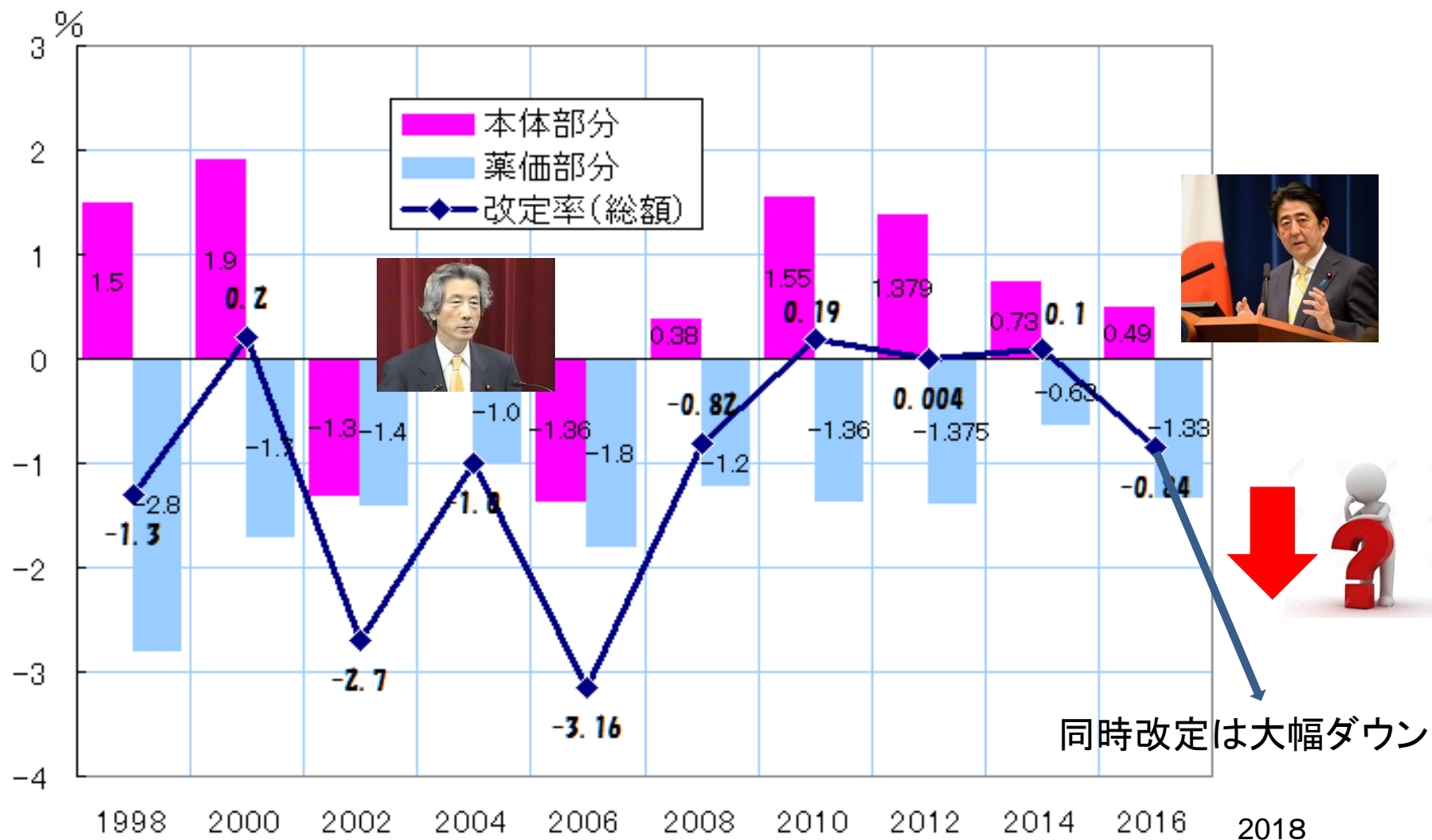
自然増を1400億円圧縮、5000億円以内に

財務・厚労省が検討する社会保障費の伸び抑制策

| | | |
|----|-------|----------------------|
| 医療 | 窓口負担 | かかりつけ医以外の受診に定額負担 |
| | 高額療養費 | 後期高齢者の自己負担引き上げ |
| | 高額薬 | オプジーボの薬価引き下げと使用の指針策定 |
| 介護 | 自己負担 | 2割負担の対象者を拡大 |
| | 高額介護費 | 自己負担の月額上限を引き上げ |
| | サービス | 要介護度の低い人向けサービスの保険外し |
| | 保険料 | 大企業社員の保険料引き上げ |



診療報酬の改定率の推移



(注) 2014年度は消費税増税対応分を含む(これを含めないと本体部分は0.1%増)。2016年度の改訂額は、2014年まで含めていた想定より売れた医薬品の価格引き下げも含めると実質マイナス1.03%

(資料) 産経新聞2009.12.24、毎日新聞2012.12.22、2013.12.21、2015.12.22

地域医療介護一括法



社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



ポイントは地域
包括ケアと地域
医療構想

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

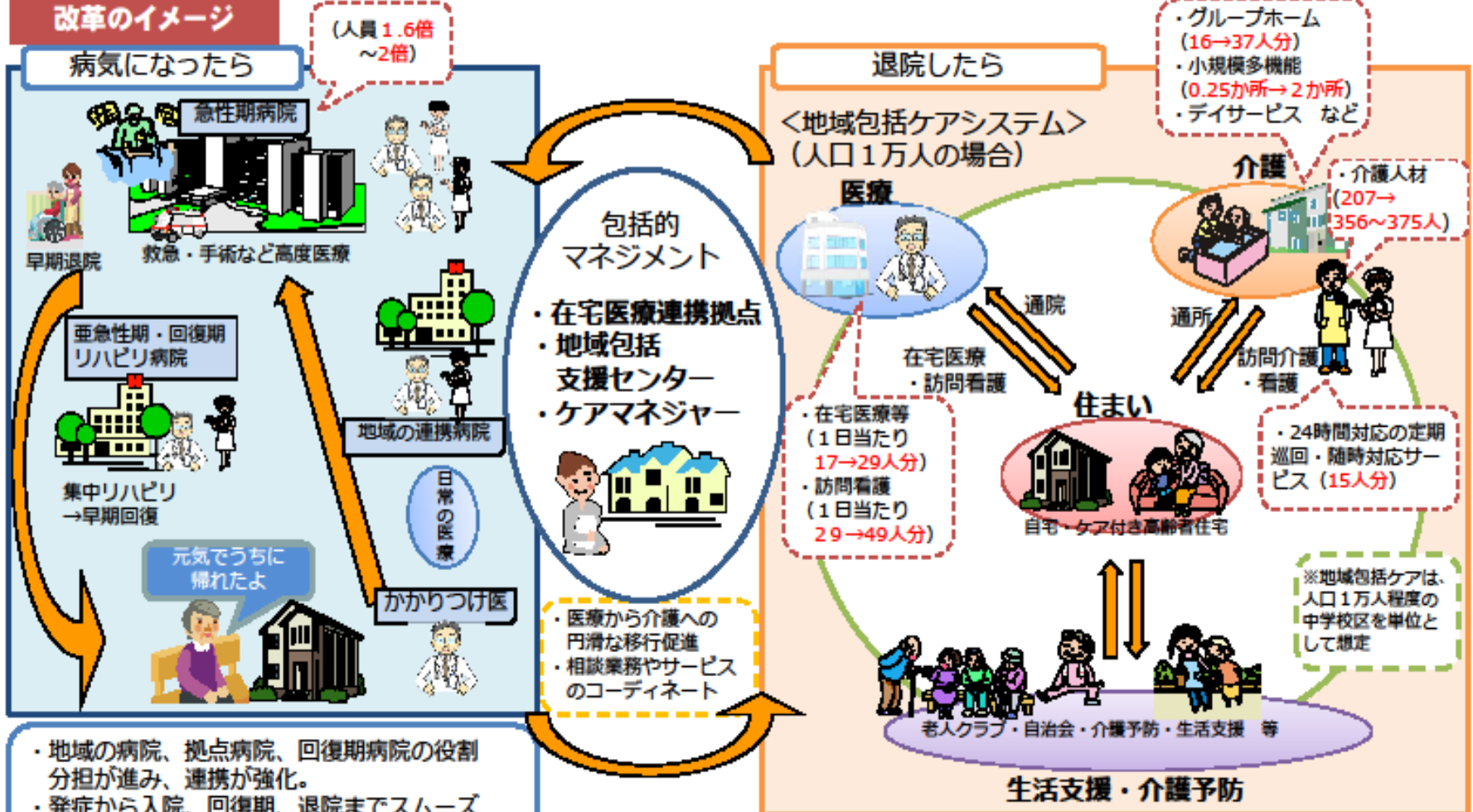
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



病床機能分化と連携

←同時進行→

地域包括ケアシステム

地域医療・介護一括法成立可決(2014年6月18日)

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

2014年6月18日
可決成立

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート



強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

地域包括ケアシステムは 身近な地域の課題解決型で



認知症、在宅看取り、多職種連携など・・・
事例の積み重ねが大事！

パート2

地域医療構想



医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ))。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

| 医療機能の名称 | 医療機能の内容 |
|---------|--|
| 高度急性期機能 | ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 |
| 急性期機能 | ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能 |
| 回復期機能 | ○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。 |
| 慢性期機能 | ○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能 |

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

病床機能報告制度と地域医療ビジョン

- 報告項目

- 人員配置・医療機器等

- 医療機関が看護職数などの人員配置や医療機器などの設備について、厚労省が整備するサーバーへ送る項目（病棟単位23項目、病院単位22項目）

- 手術・処置件数等

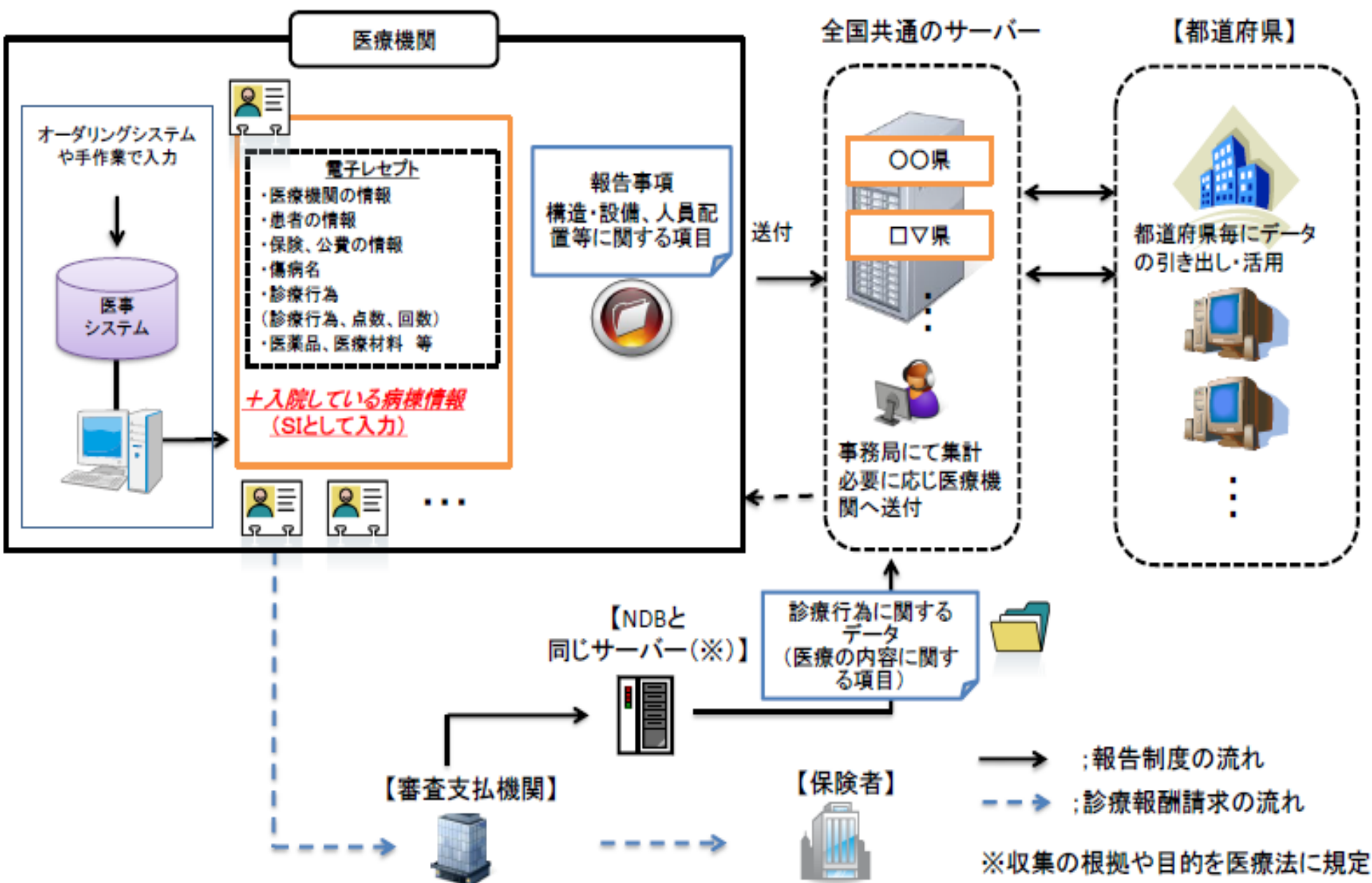
- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

- 地域医療構想（ビジョン）

- 病床機能の「今後の方向」は6年後の方向性
 - 「地域医療構想（ビジョン）のためのガイドラインを策定する検討会」で議論

病床機能報告制度における集計等の作業について

別添2



地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会



座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長

地域医療構想策定の3つのステップ

① 構想区域の設定



② 構想区域における
医療需要の推計



③ 地域医療構想調整会議で
医療提供体制(必要病床数)
を協議

ステップ②

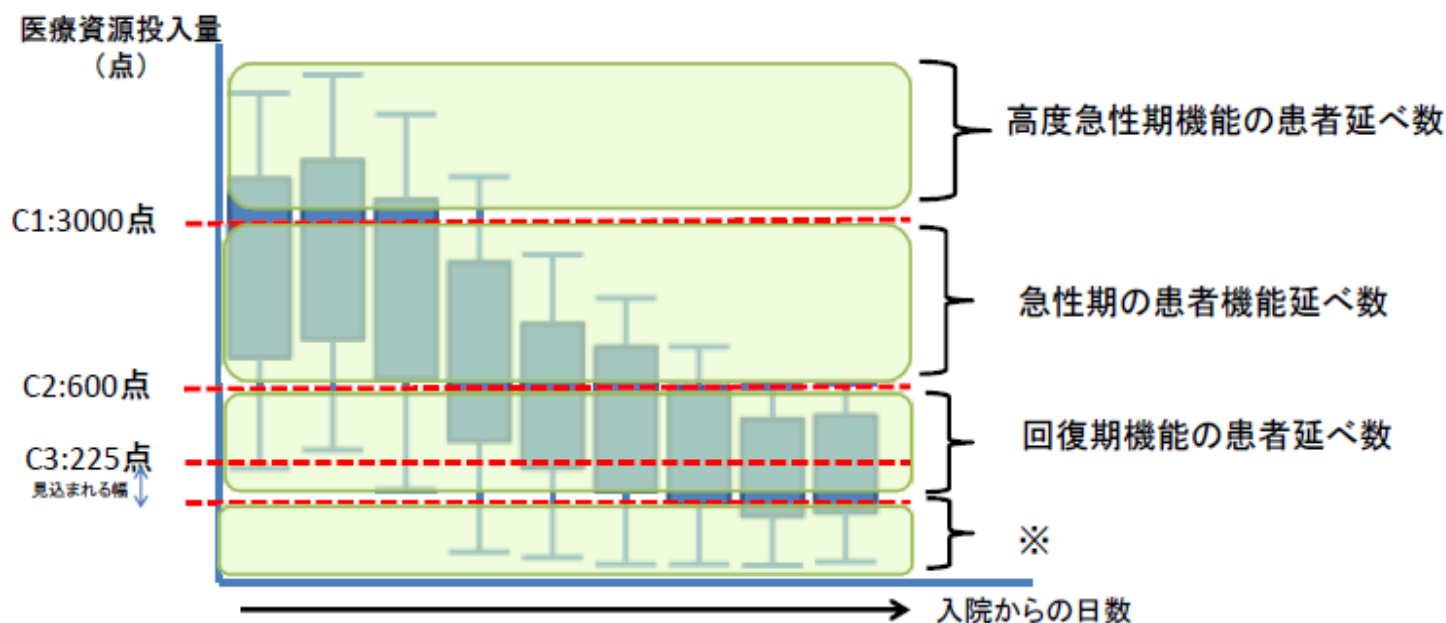
医療需要を推計する

医療需要から 病床機能別病床数を推計

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(2014年10月31日)
 - 1日当たりの「**医療資源投入量**」の多寡で医療需要(患者数)を推計→病床機能別病床数を推計
 - DPCデータとNDBから、患者に対する個別の診療行為を診療報酬の出来高点数に換算して入院日数や入院継続患者の割合などと比較して医療資源投入量を算出
 - 医療資源投入量(1日あたり入院医療費から入院基本料とリハを除いた出来高部分、医薬品、検査、手術、処置、画像など)
 - 医療資源投入量の高い段階から順に、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの医療機能を位置付ける

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



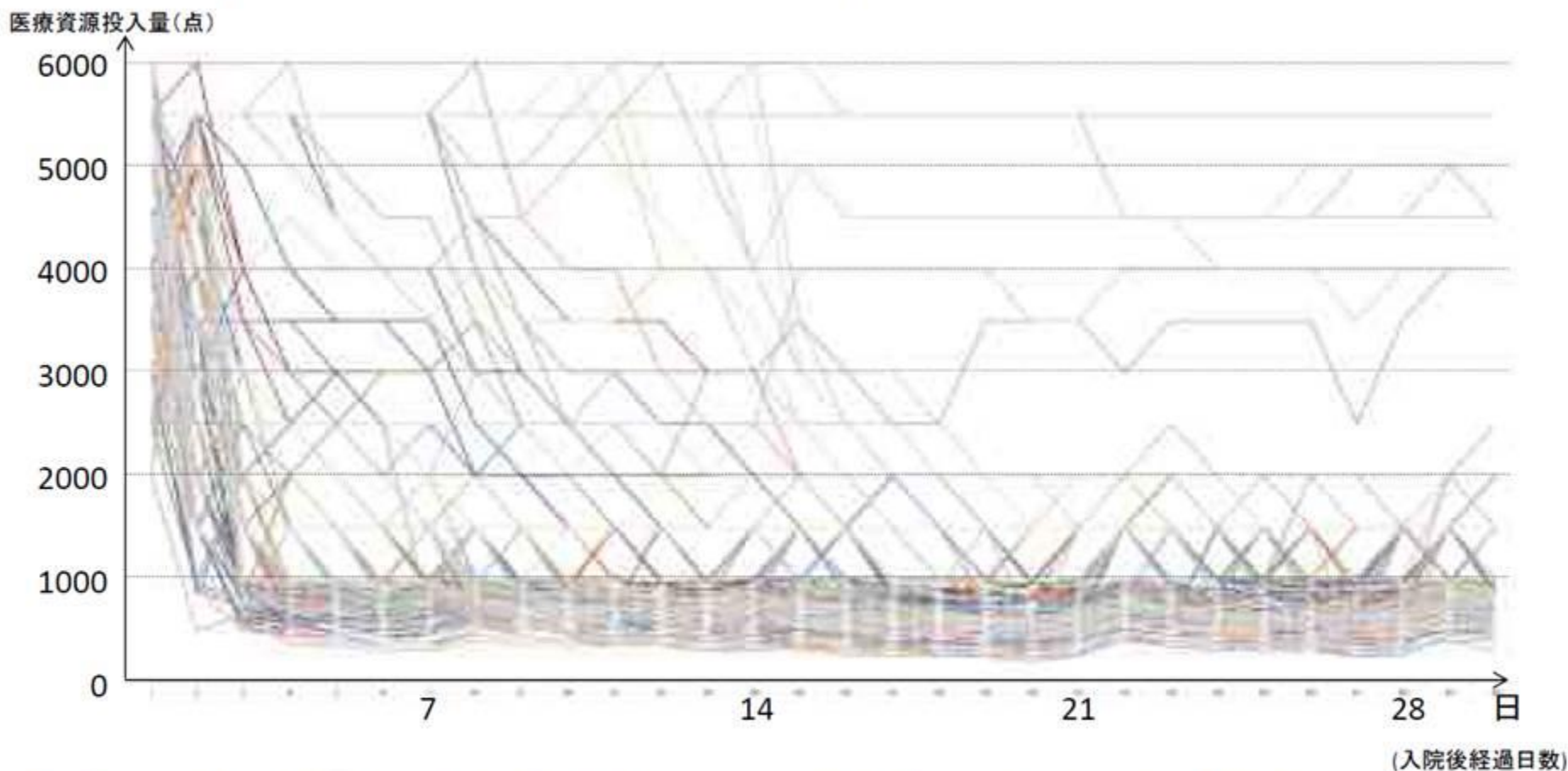
※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

医療資源投入量(中央値)の推移

(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット (平成23年度患者調査)
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

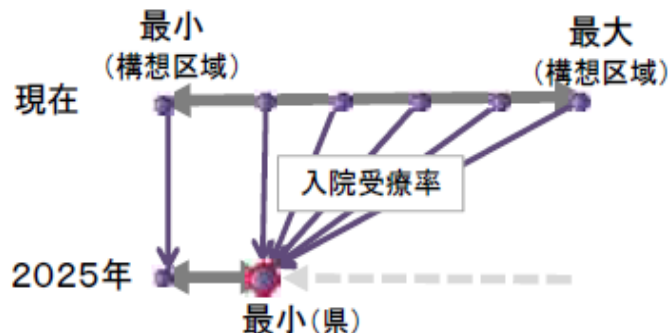
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 - その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院
受療率を低下する。

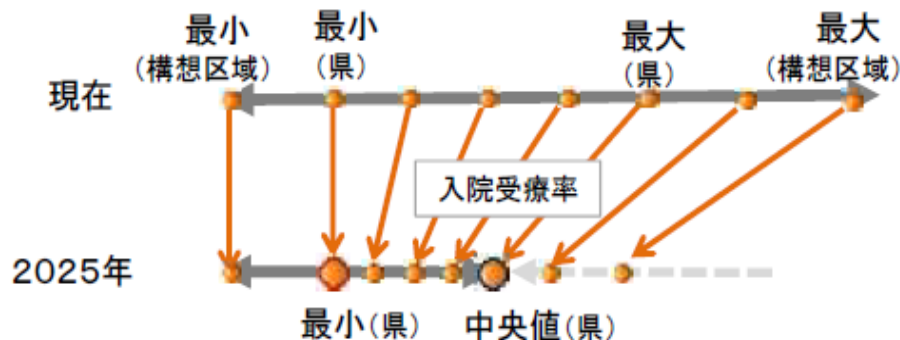
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターンB

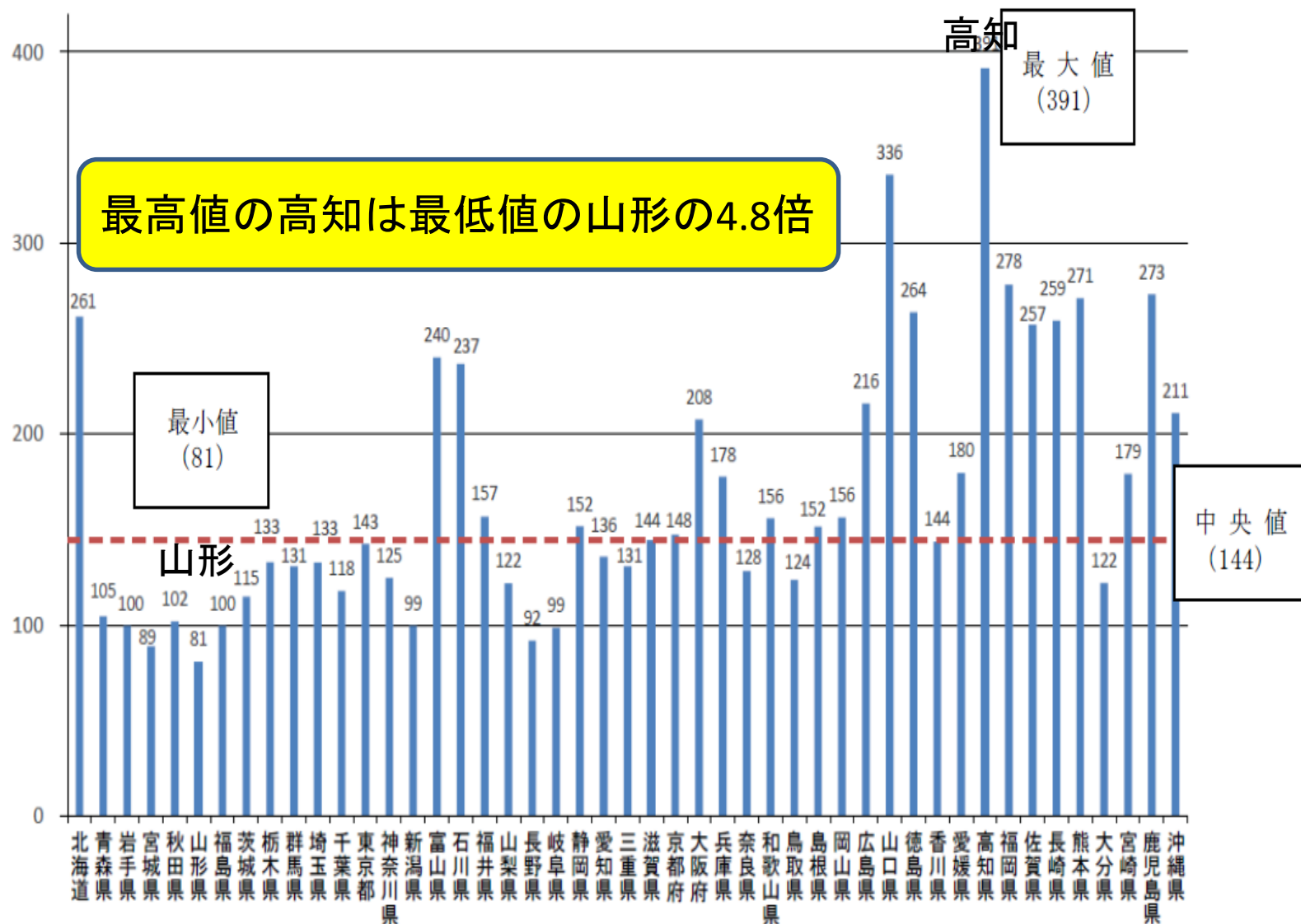
構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※) (平成25年)

※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)



出典：社会保障制度改革推進本部専門調査会「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告」

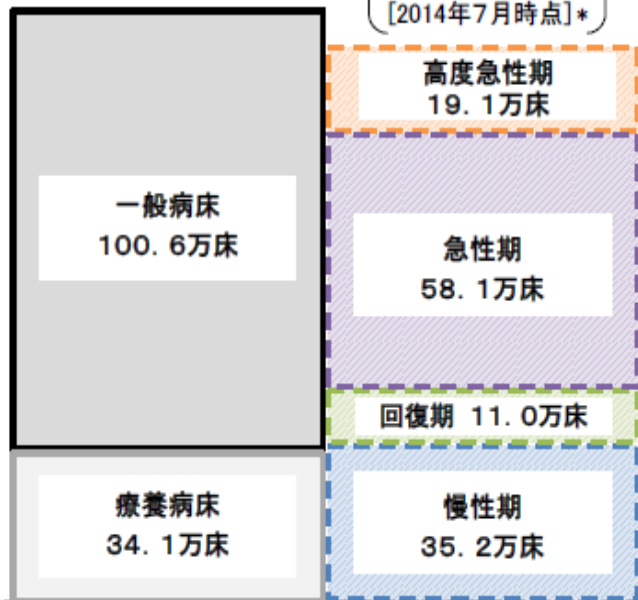
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1

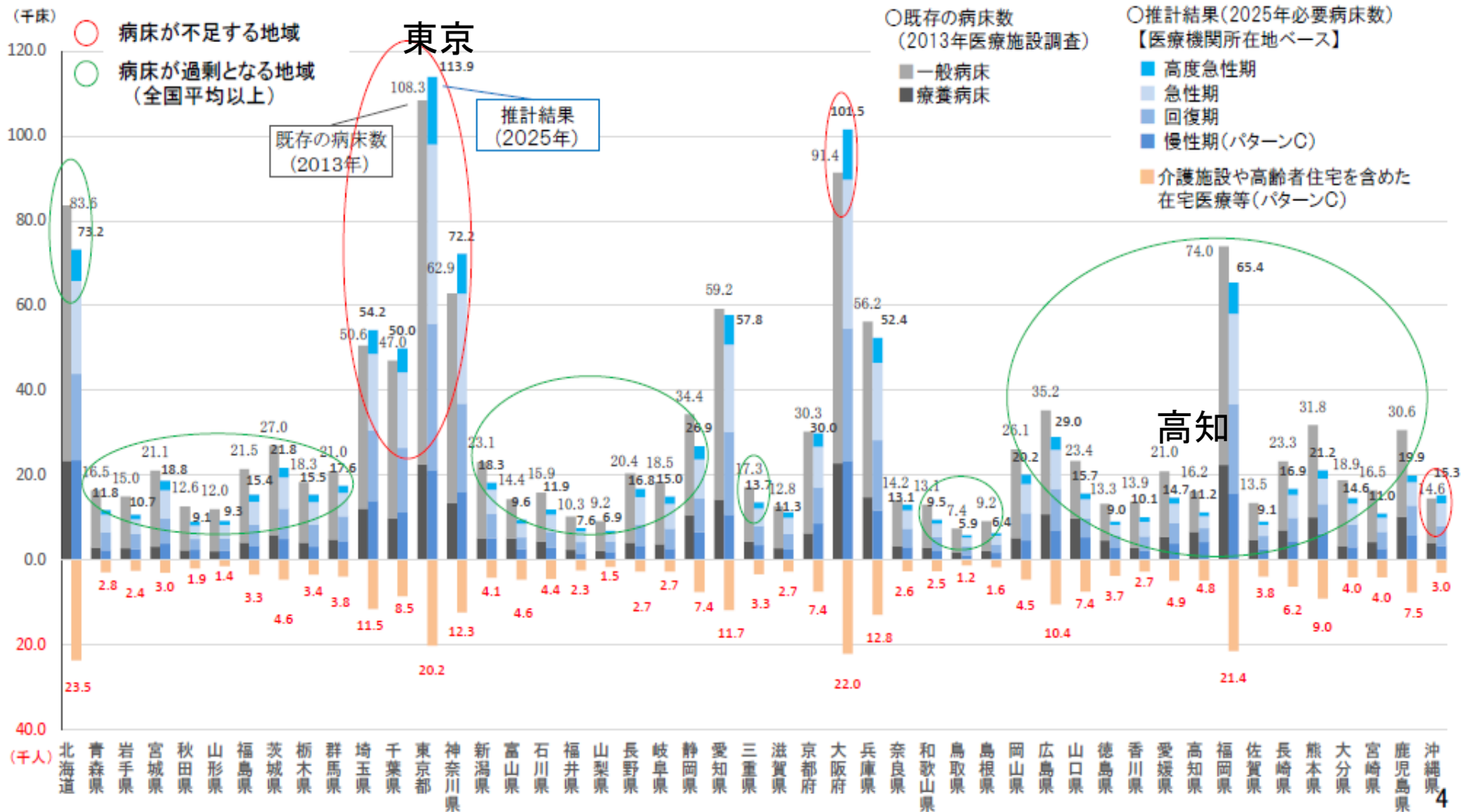


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



2013年比2025年増減率(目標)

- ① 15% 神奈川
- ② 11% 大阪
- ③ 7% 埼玉
- ④ 6% 千葉
- ⑤ 5% 東京、沖縄
- ⑥ -1% 京都
- ⑦ -2% 愛知
- ⑧ -7% 兵庫
- ⑨ -8% 奈良
- ⑩ -11% 宮城
- -12% 北海道、滋賀、福岡 (全国平均)
- -15% 栃木
- -16% 群馬
- -18% 長野、広島
- -19% 茨城、岐阜
- -20% 鳥取
- -21% 新潟、三重
- -22% 静岡
- -23% 山形、岡山、大分
- -25% 石川、山梨
- -26% 福井
- -27% 和歌山、香川、長崎
- -28% 青森、秋田、福島
- -29% 岩手
- -30% 島根、愛媛
- -31% 高知
- -32% 徳島
- -33% 富山、山口、佐賀、熊本、宮崎
- -35% 鹿児島

医療が変わる、病床が変わる

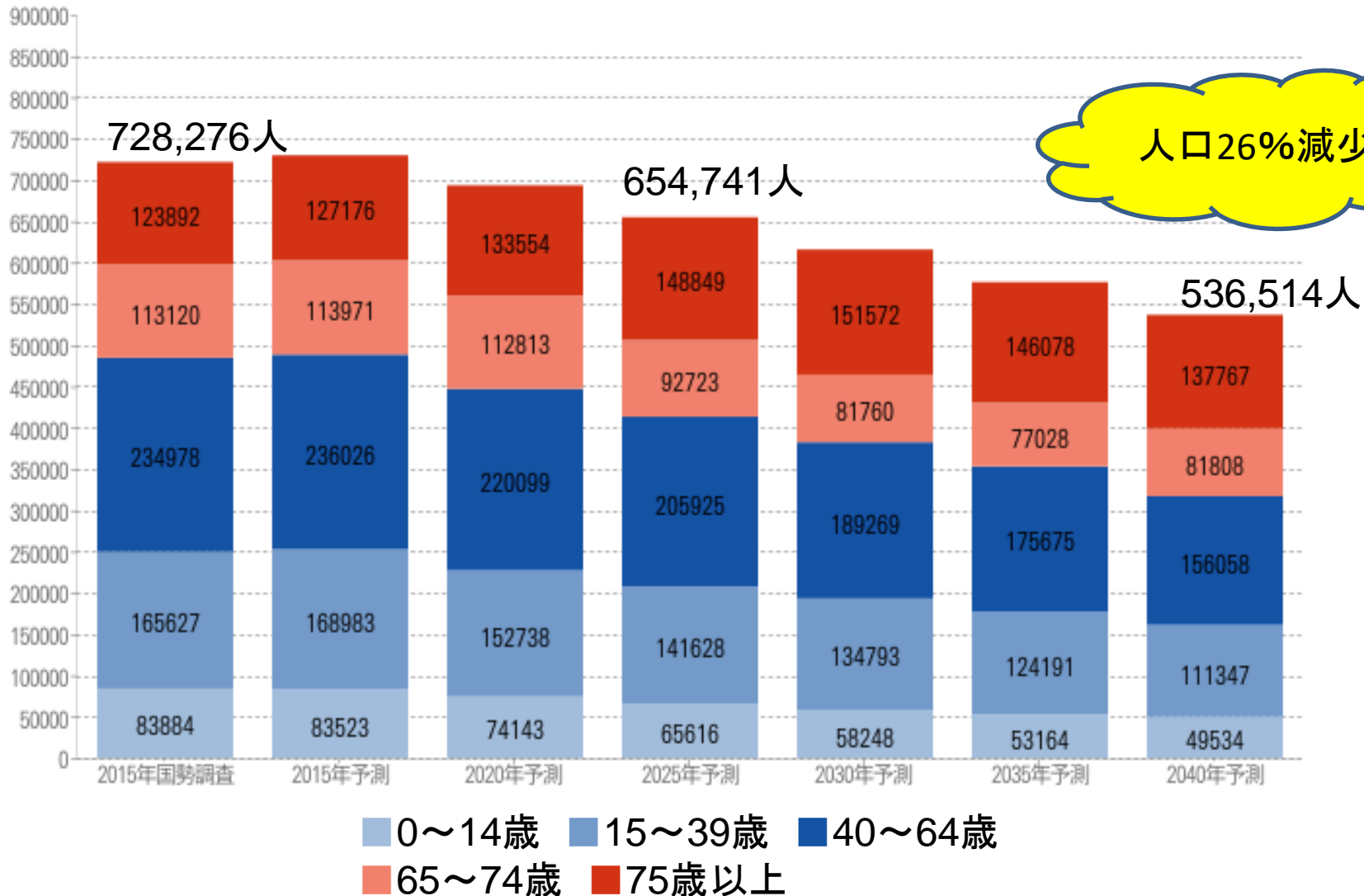
| | 20世紀 | 21世紀 |
|--------|-------|------------|
| 人口 | 増大・若者 | 減少・高齢化 |
| 疾患 | 単一疾患 | 複数疾患、退行性疾患 |
| 目標 | 治癒、救命 | 機能改善、生活支援 |
| 目的 | 治す医療 | 支える医療 |
| 場所 | 病院 | 地域 |
| 医療資源投入 | 多量 | 中等度 |



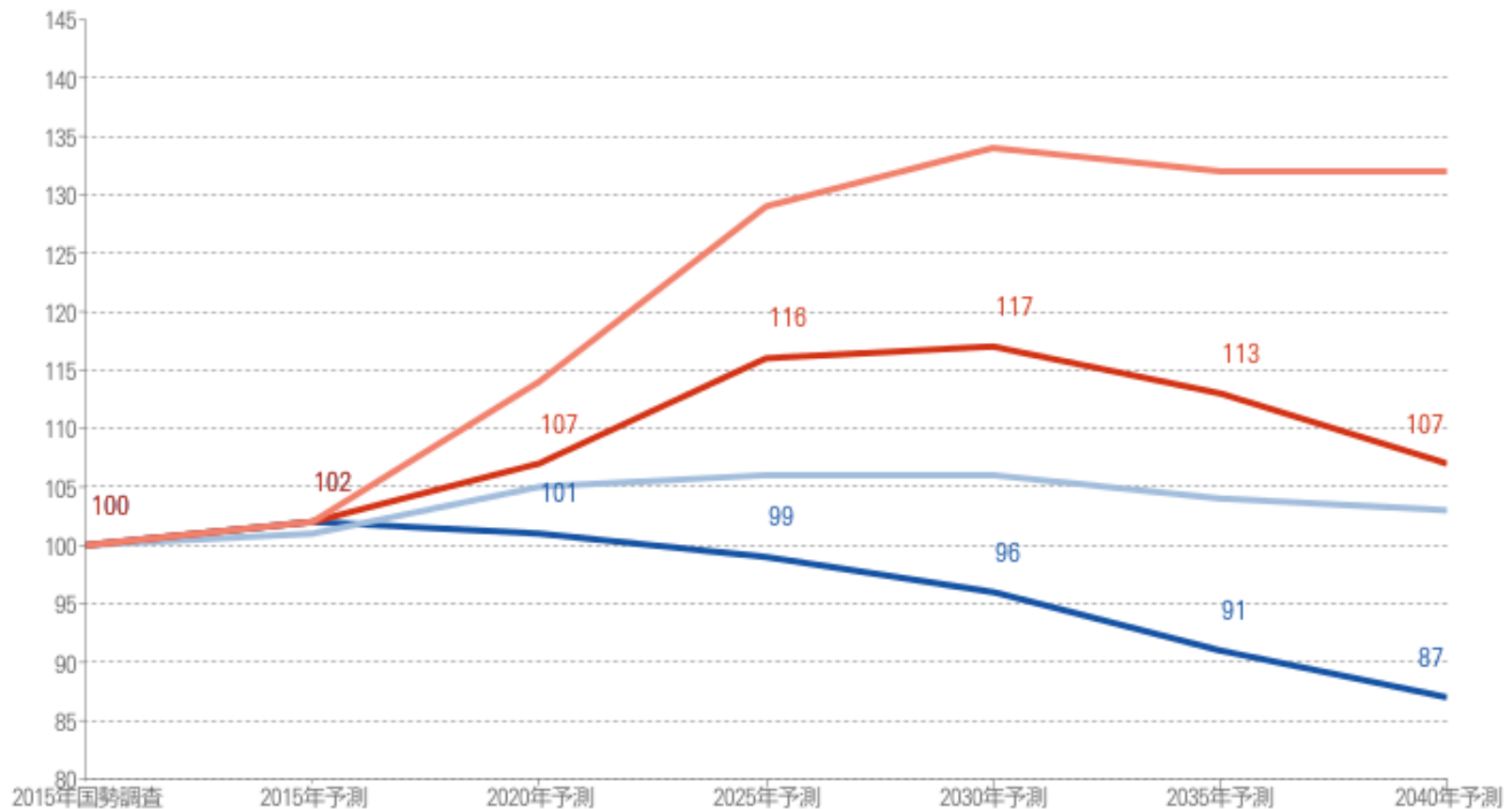
Part 3

高知県地域医療構想

高知県将来人口推移



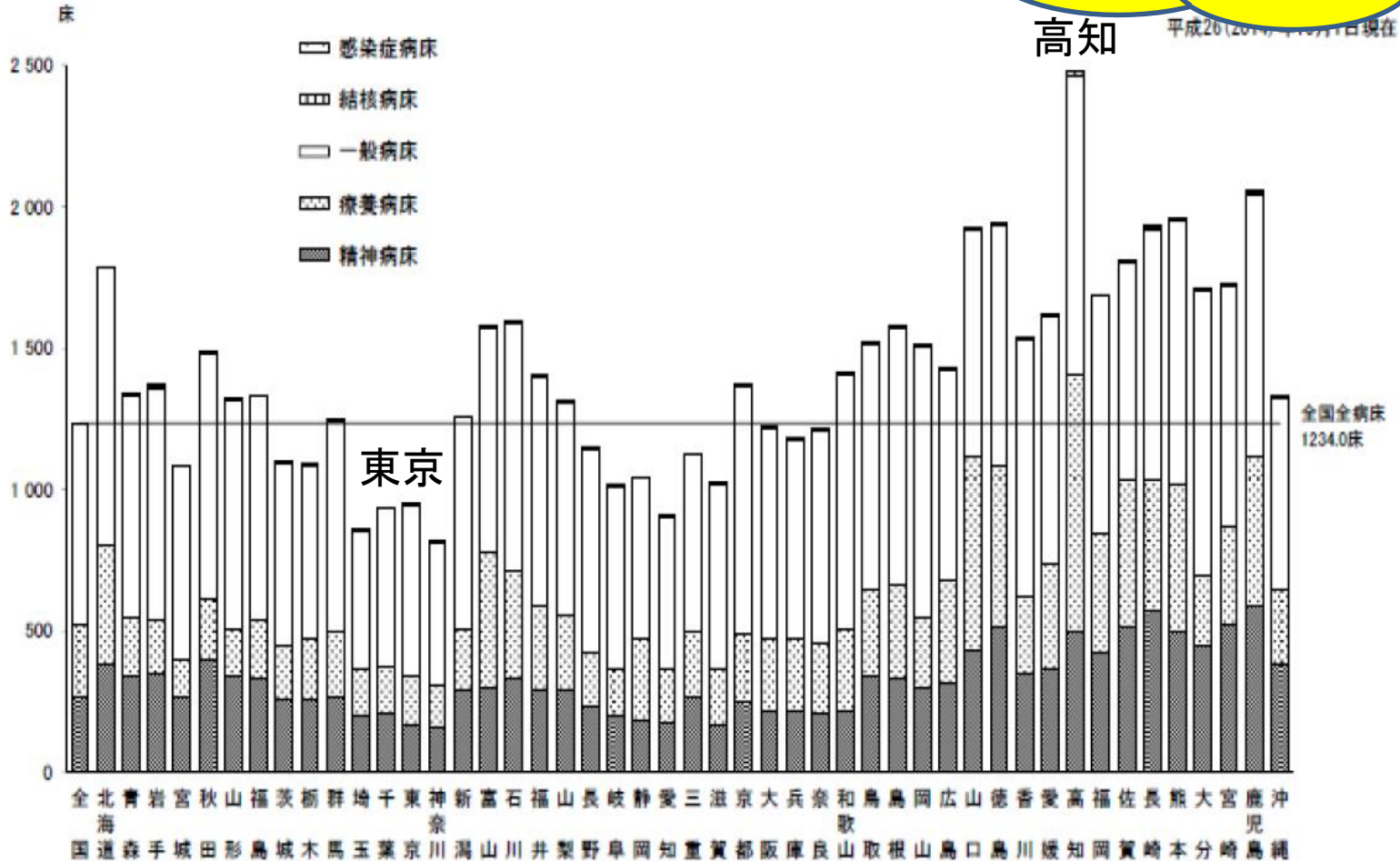
医療介護需要予測指数（2015年実績 = 100）



■ 医療：高知県 ■ 医療：全国平均
■ 介護：高知県 ■ 介護：全国平均

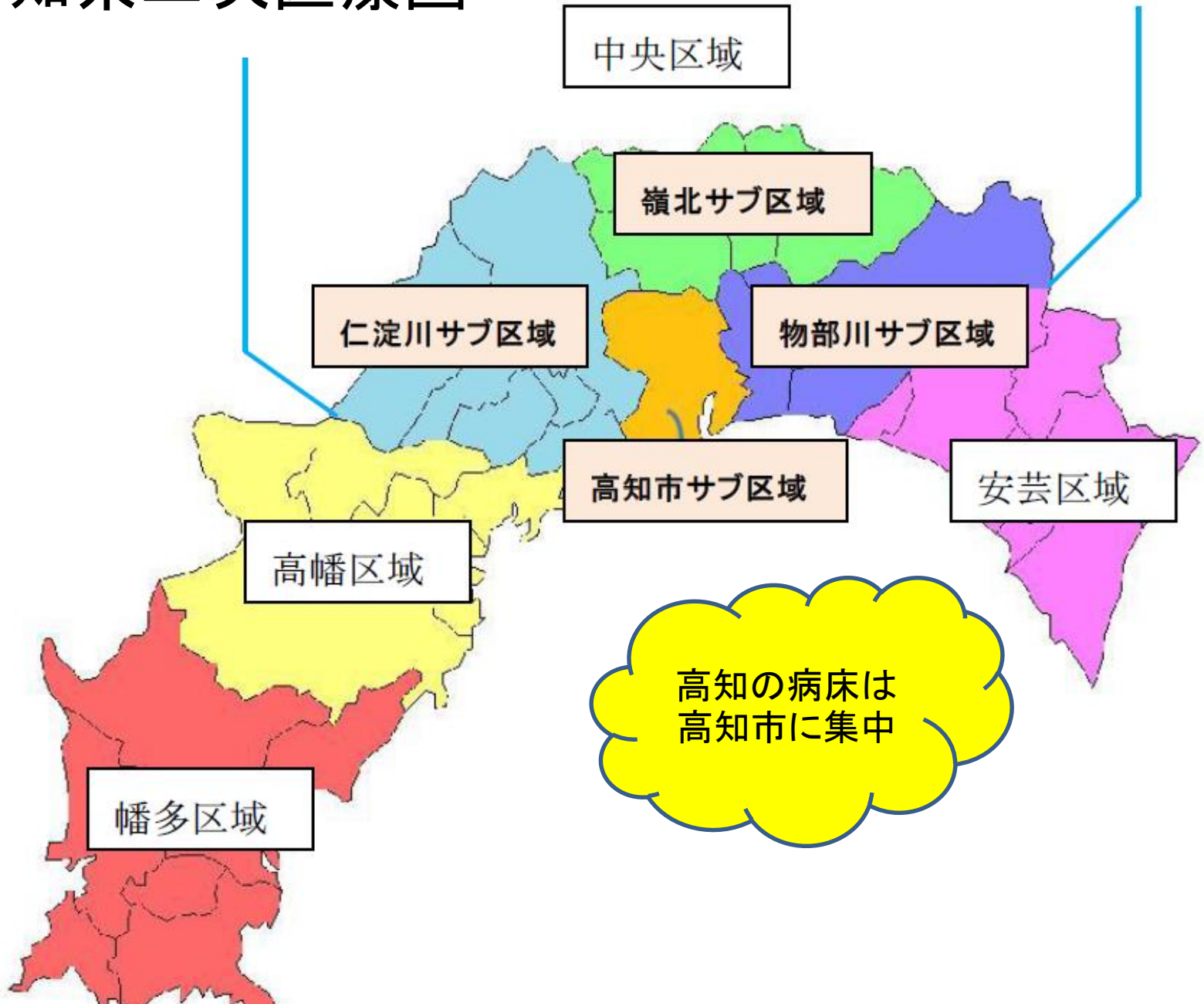
(図表 2-11 都道府県別の病院病床数・人口 10 万人当たりに対する)

高知の人口あたり病床は
東京の2.5倍で日本1



出典：平成 26（2014）年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況（厚生労働省）

高知県二次医療圏



診断分類

全症例数

都道府県

高知県



表示年度

平成26年

病院名



都道府県 月平均患者数

グラフ表示の変更

月平均患者数

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター

高知県

1,008.7

1,008.7



高知大学医学部附属病院

高知県

793.8

793.8



日本赤十字社高知県支部 高知赤十字病院

高知県

703.4

703.4



社会医療法人 近森会 近森病院

高知県

659.7

659.7



高知県 高知県立幡多けんみん病院

高知県

469.0

469.0

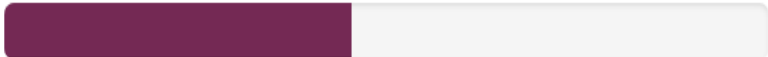


独立行政法人国立病院機構高知病院

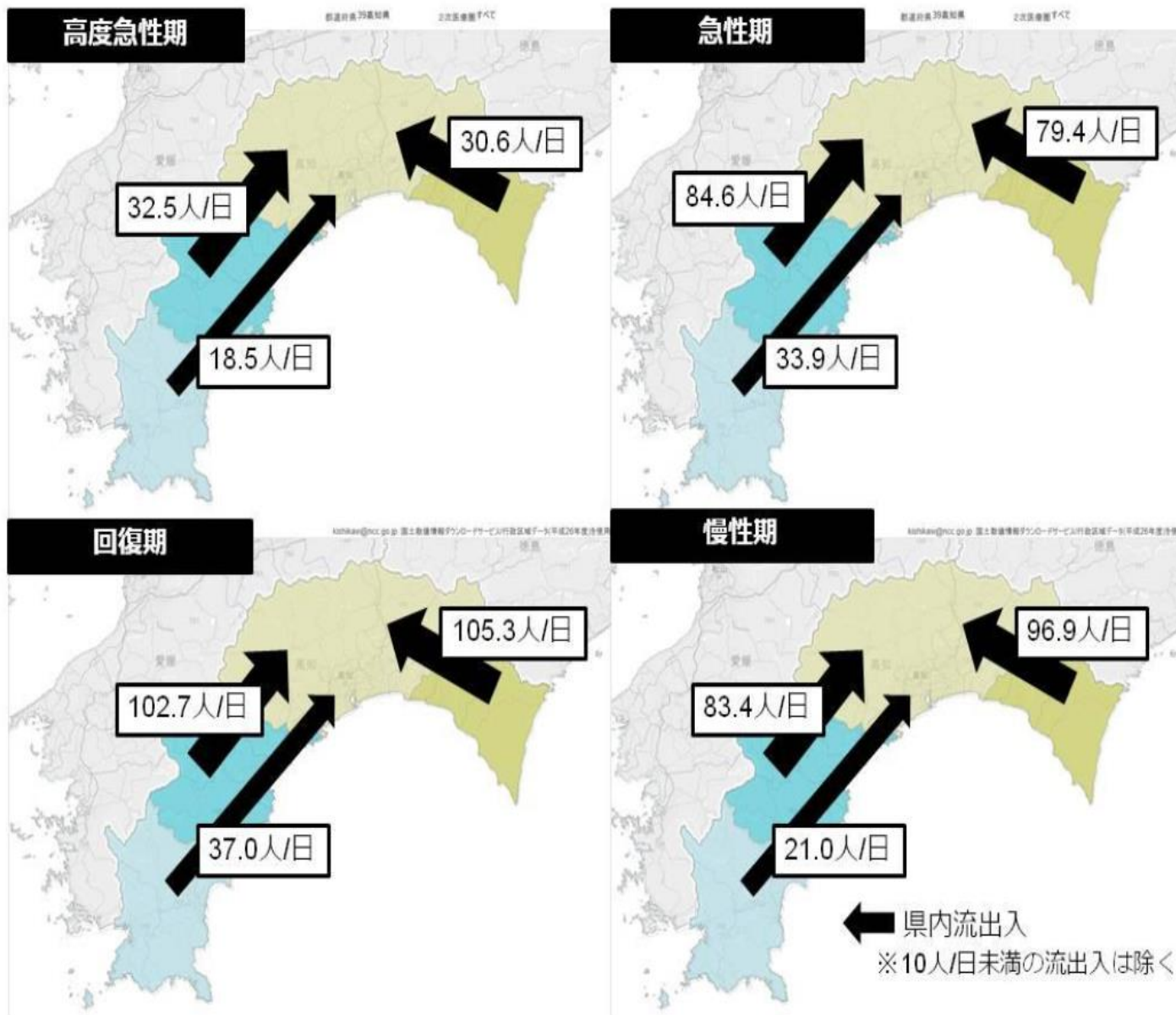
高知県

458.5

458.5

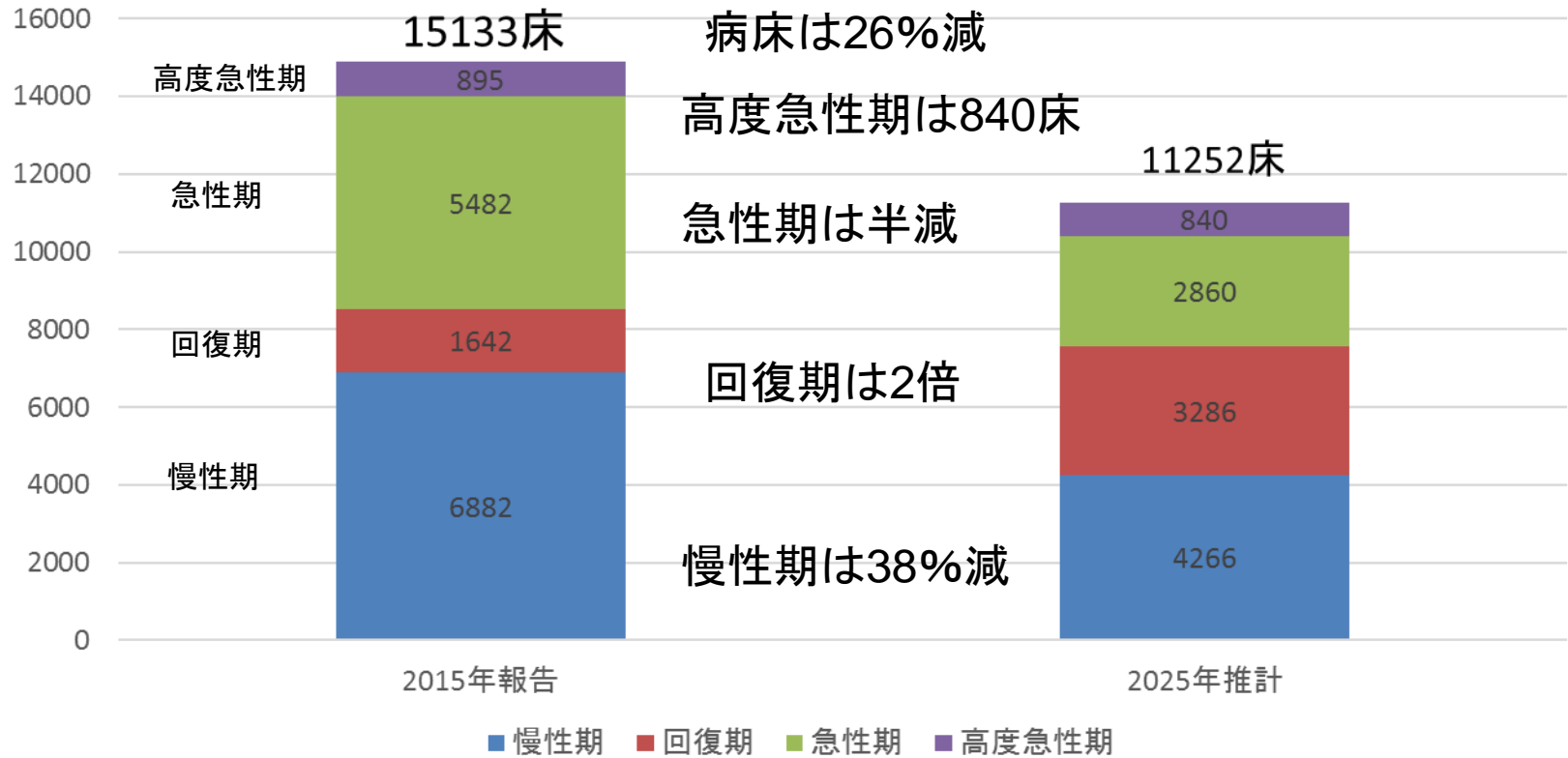


(図表4-7 構想区域間の患者流出入の状況 (平成37(2025)年の推計結果))

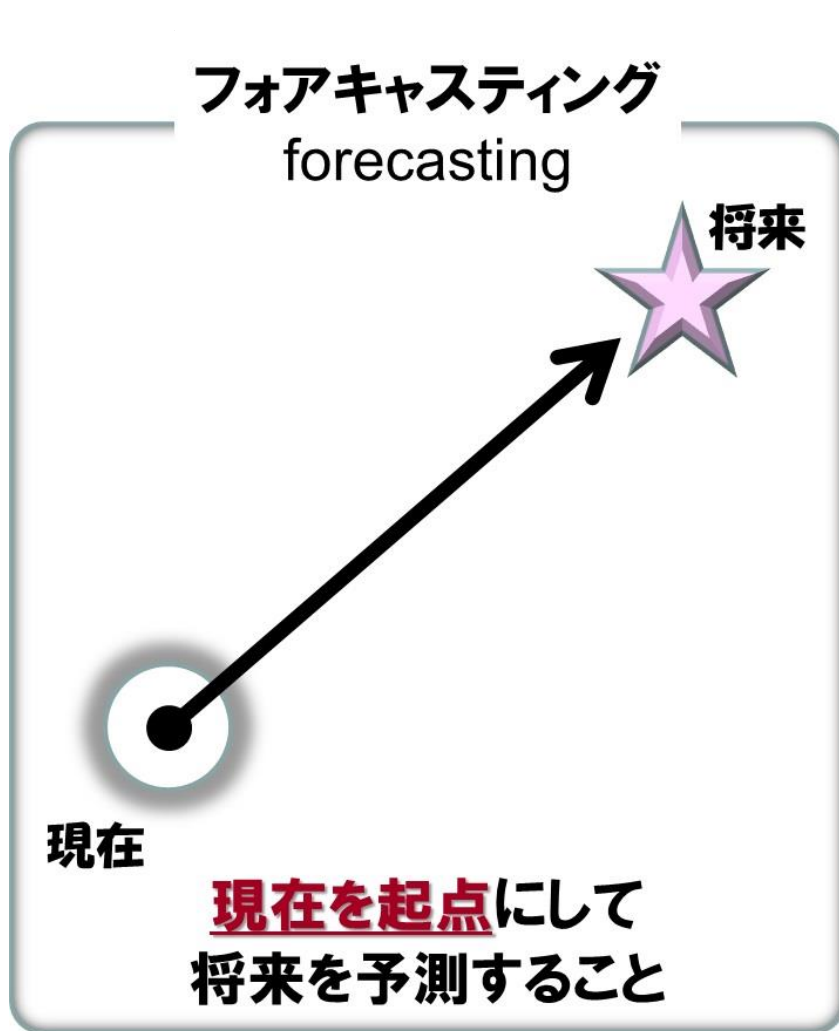


高知県地域医療構想

グラフタイトル



2025年の近未来から 現在を見つめるバックキャスティング視点を！



パート4 療養病床の今後

高知県の療養病床6,758床
(医療療養4,789床、介護療養1,968床)

療養病床の在り方等に関する検討会



2015年7月10日
医政局、老健局、保険局合同開催

療養病床に関する経緯①

S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）。



H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症患者療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

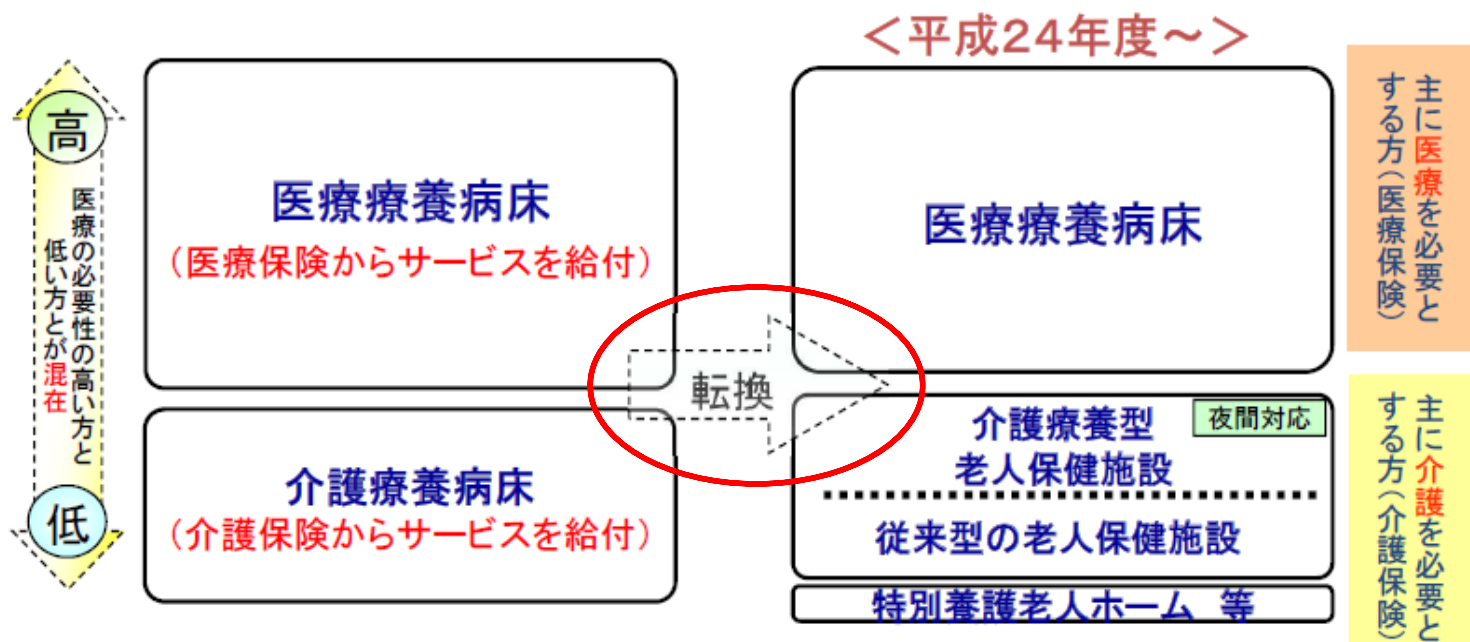
【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

療養病床に関する経緯②

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 2011年度末で廃止
 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者(より軽度な者)

療養病床に関する経緯③

H23(2011) 介護保険法改正 2017年度末 介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

<療養病床数の推移>

| | H18(2006).3月 | H24(2011).3月 | <参考>H27(2015).3月 |
|---------|--------------|--------------------|--------------------|
| 介護療養病床数 | 12.2万床 | 7.8万床 (△4.4万床) | 6.3万床 (△5.9万床) |
| 医療療養病床数 | 26.2万床 | 26.7万床 (+0.5万床) | 27.7万床 (+1.5万床) |
| 合計 | 38.4万床 | 34.5万床 | 34.0万床 |

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較
※2 病床数については、病院報告から作成

医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4：1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6：1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

| | | 医療療養病床 | | 介護療養病床 |
|-----------|---------------|---------------------|--|---|
| | | 20対1 | 25対1 | |
| 人員 | 医師 | 48:1(3人以上) | 48:1(3人以上) | 48:1 (3人以上) |
| | 看護師及び 准看護師 | 20:1 (医療法では4:1) | 25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。) | 6:1 (診療報酬基準でいう30:1に相当) (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。) |
| | 看護補助者 | 20:1 (医療法では、4:1) | 25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。) | — |
| | 介護職員 | — | — | 6:1 |
| 施設基準 | | 6.4㎡以上 | 6.4㎡以上 | 6.4㎡以上 |
| 設置の根拠 | | 医療法(病院・診療所) | 医療法(病院・診療所) | 医療法(病院・診療所) |
| 病床数 | | 約12.8万床(※1) | 約8万床(※1) | 約6.3万床(※2) |
| 財源 | | 医療保険 | 医療保険 | 介護保険 |
| 報酬(例)(※3) | | 療養病棟入院基本料1 | 療養病棟入院基本料 | 機能強化型A、療養機能強化型B、その他 |

14万床

2017年度末までに廃止

(※1)施設基準届出(平成25年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年3月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

介護療養病床
はナーシング
ホームに

介護療養病
床の老健転
換はむりすじ

介護療養病床
の住宅転換は
？



慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）

**医療機関
(医療療養病床
20対1)**

医療機能を内包した施設系サービス
〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等
ができるよう、2つのパターンを提示〕

**医療を外から提供する、
居住スペースと医療機関の併設**
〔医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換
● 残りスペースを居住スペースに〕


○医療区分ⅡⅢを中心とする者
○医療の必要性が高い者



○人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
○24時間の看取り・ターミナルケア
○当直体制(夜間・休日の対応)
●介護ニーズは問わない


新(案1-1)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者




○喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
○24時間の看取り・ターミナルケア
○当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
●高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



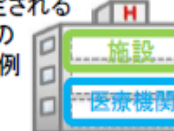
新(案1-2)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



○多様なニーズに対応する日常的な医学管理
○オンコール体制による看取り・ターミナルケア
●多様な介護ニーズに対応

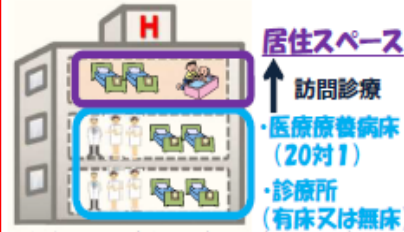
▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案2)

医療機関に併設

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

○多様なニーズに対応する日常的な医学管理
○併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
●多様な介護ニーズに対応

現行の特定施設入居者生活介護

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



○医療は外部の病院・診療所から提供
●多様な介護ニーズに対応

新類型

医療法人による特養設置の規制緩和を！

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

社会保障審議会・療養病床特別部会



I. 医療機能を内包した施設系サービス

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

| | 新たな施設 | |
|------------------|--|---|
| | (I) | (II) |
| 基本的性格 | 要介護高齢者の長期療養・生活施設 | |
| 設置根拠 (法律) | 介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。 | |
| 主な利用者像 | 重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する 認知症高齢者 等 (療養機能強化型A・B相当) | 左記と比べて、容体は比較的安定した者 |
| 施設基準 (最低基準) | <p>介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 48対1 (3人以上)</p> <p>看護 6対1</p> <p>介護 6対1</p> </div> | <p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 100対1 (1人以上)</p> <p>看護 } 3対1</p> <p>介護 } ※ うち看護2/7程度</p> </div> |
| | <p>※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。</p> | |
| 面積 | 老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。 | |
| 低所得者への配慮 (法律) | 補足給付の対象 | |

II. 医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設

- 経営者の多様な選択肢を用意する観点から、居住スペースと医療機関の併設型を選択する場合の特例、要件緩和等を設ける。

医療外付け型（居住スペースと医療機関の併設）

| | | | | | | |
|------------------|--|----|------|----|---|----|
| 設置根拠 (法律) | <ul style="list-style-type: none">✓ 医療機関 ⇒ 医療法✓ 居住スペース ⇒ 介護保険法・老人福祉法 <p>※ 居住スペースは、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等を想定（介護サービスは内包）</p> | | | | | |
| 主な利用者像 | 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者 | | | | | |
| 施設基準 (居住スペース) | <p>(参考：現行の特定施設入居者生活介護の基準)</p> <table border="1"><tr><td>医師</td><td>基準なし</td></tr><tr><td>看護</td><td rowspan="2">3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、 30人を超える場合は、50人ごとに1人</td></tr><tr><td>介護</td></tr></table> <p>※ 医療機関部分は、算定する診療報酬による。</p> | 医師 | 基準なし | 看護 | 3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、 30人を超える場合は、50人ごとに1人 | 介護 |
| 医師 | 基準なし | | | | | |
| 看護 | 3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、 30人を超える場合は、50人ごとに1人 | | | | | |
| 介護 | | | | | | |
| 面積 (居住スペース) | <p>(参考：現行の有料老人ホームの基準)</p> <p>個室で13.0㎡/室以上</p> <p>※ 既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準なし</p> | | | | | |

考えられる要件緩和、留意点等

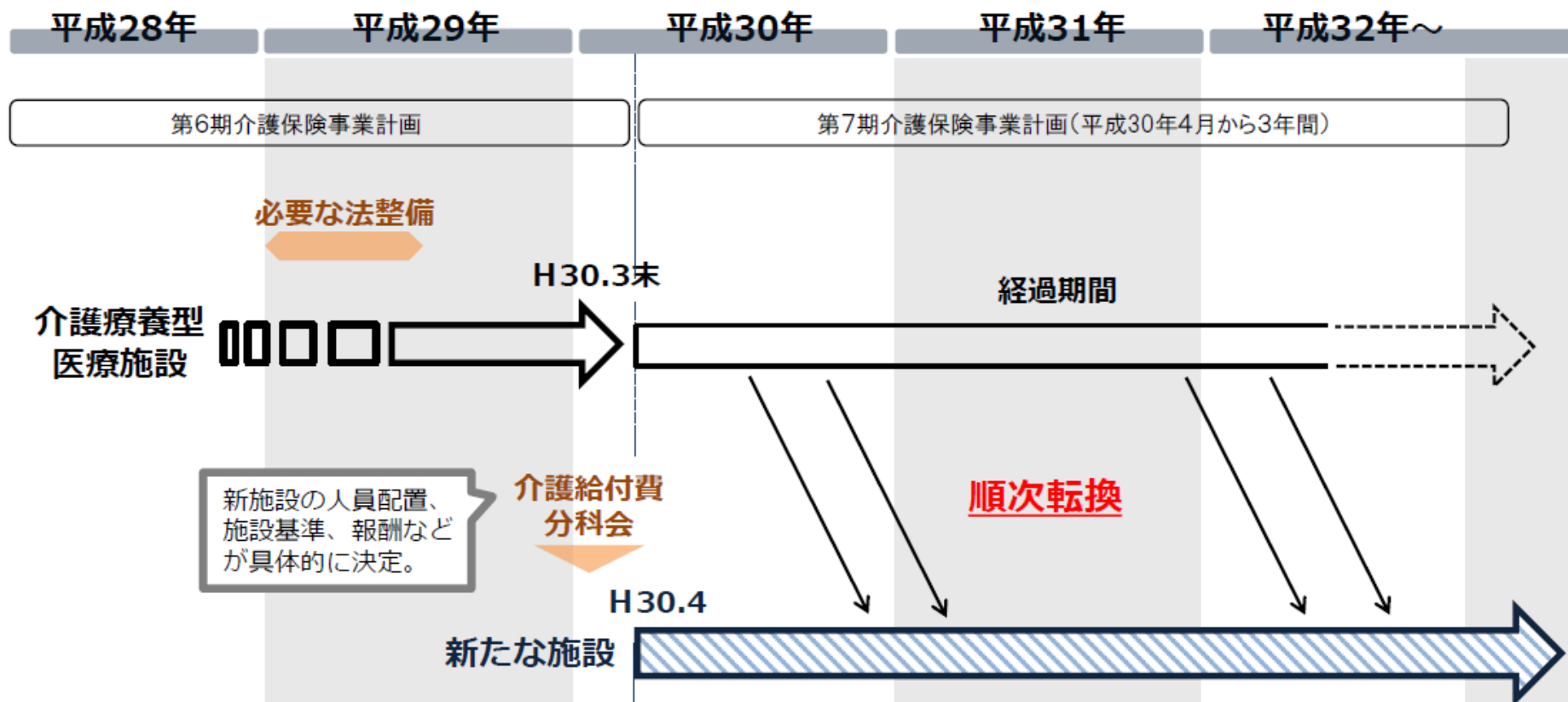
- ✓ 居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。
- ✓ 医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。

Ⅲ. 新施設に関する法整備を行う場合のスケジュール（イメージ）

- 新施設を創設する場合には、設置根拠などにつき、法整備が必要。
- この場合には、平成29年度末で設置期限を迎える介護療養病床については、現場の医療関係者や患者の方々の理解を得て、期限を設けつつも、準備のための経過期間を設けることが必要。

【例】 仮に新施設に関する法整備を行うことになった場合のスケジュール（イメージ）

※ 新たな類型について、具体的な道行きがわかるような資料を提出すべき、との委員のお求めがあったことから、作成したもの。



※例えば、面積の拡大は大規模改修まで猶予するなど、所要の経過措置を設ける。

2017年通常国会で介護保険法改正の 議論が始まる(1月20日～6月18日)



パート5

ジェネリック医薬品の現状と課題



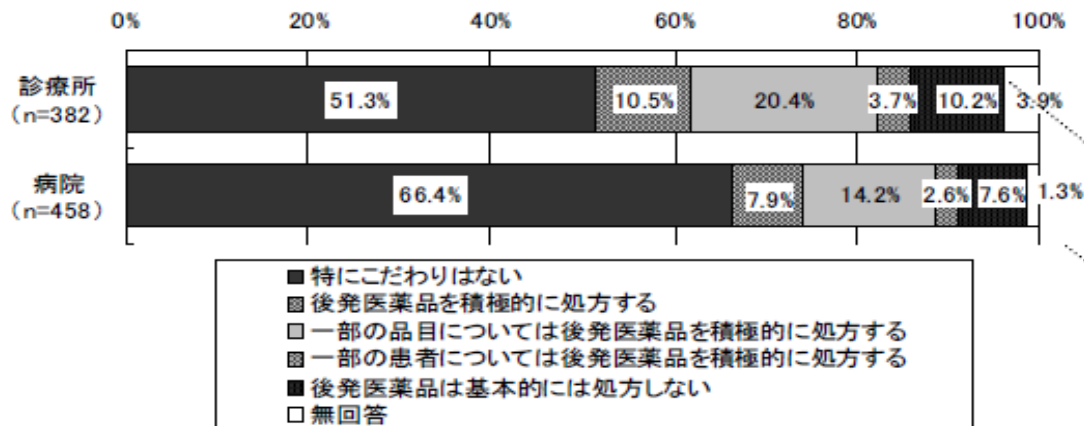
ジェネリック医薬品への不信・不安

ジェネリック医薬品に対する 医師・薬剤師・患者の不安・不信

安かろう悪かろうの「ゾロ品」イメージが抜けきらない
日本のジェネリック医薬品の
品質が、年々向上していることが周知されていない
ジェネリック医薬品の正しい理解がなされていない

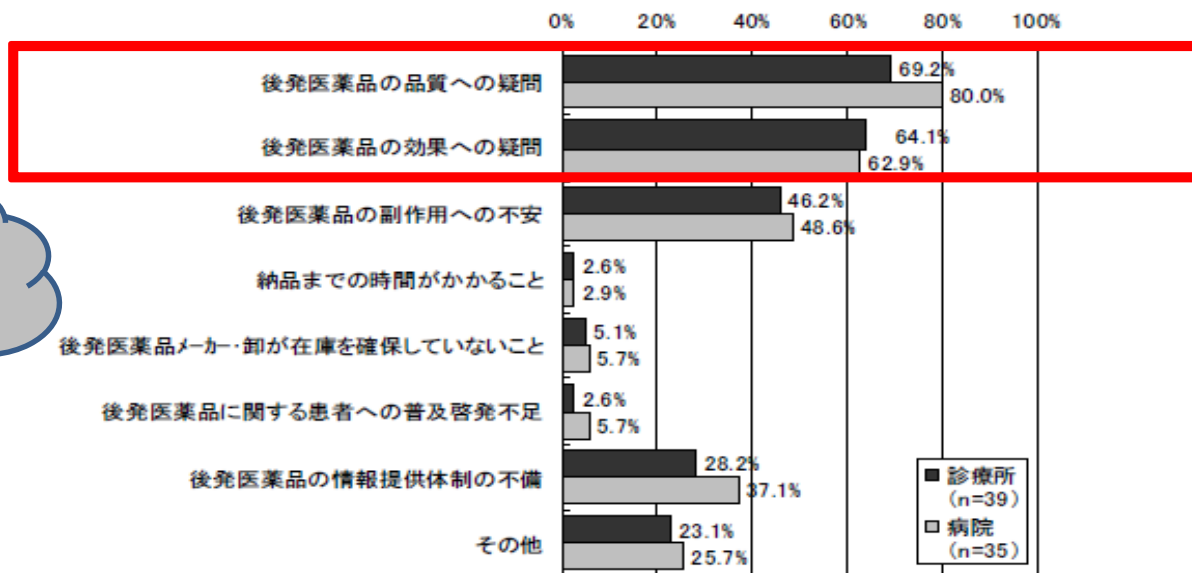


図表 112 外来診療における後発医薬品の処方に関する考え（医師ベース）



(注) 「特にこだわりはない」は一般名処方や「変更不可」欄にチェック等を行わない場合を含む。

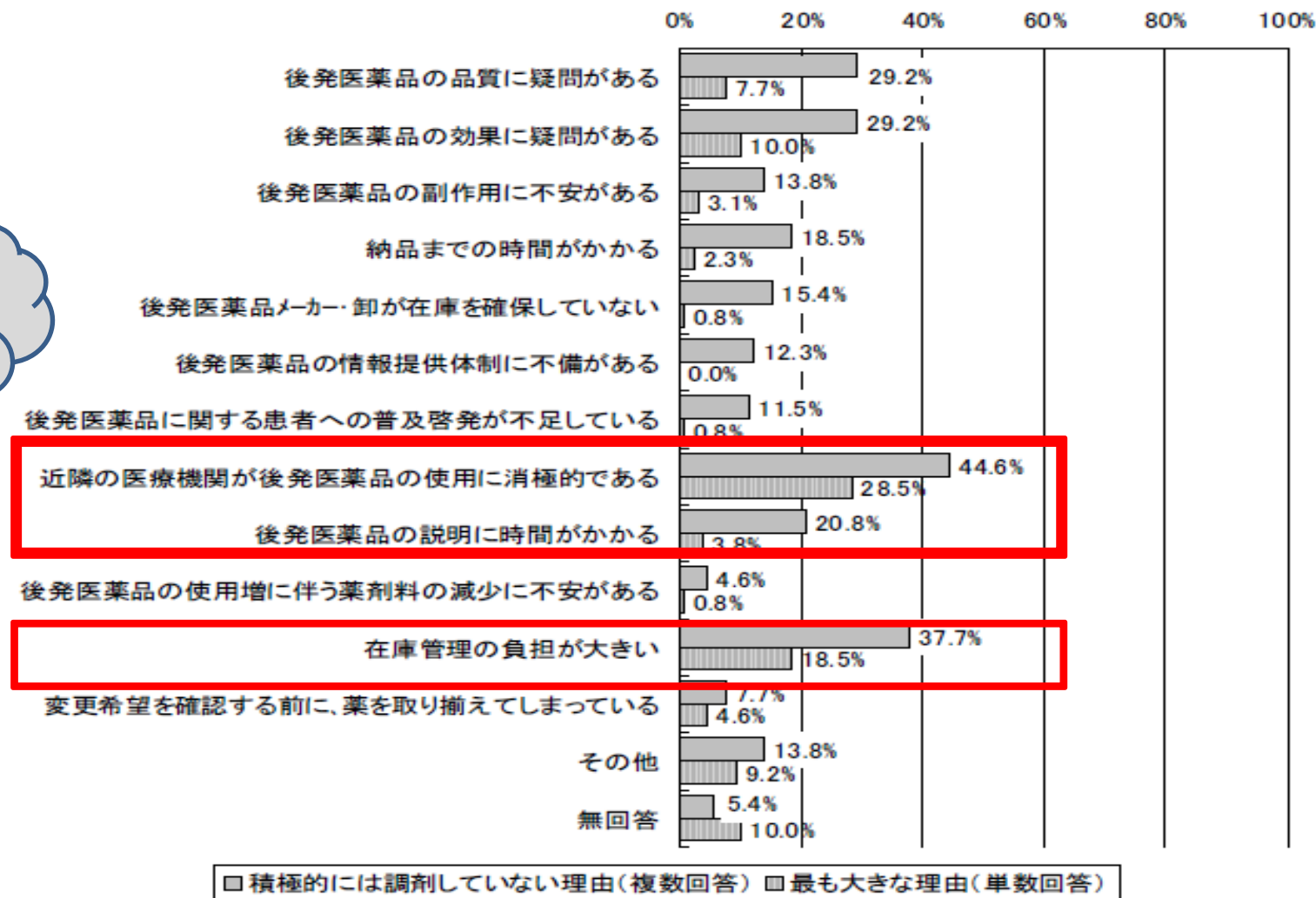
図表 113 外来診療において後発医薬品を基本的には処方しない理由
 (「後発医薬品は基本的には処方しない」と回答した医師、複数回答、医師ベース)



医師の不安、不信

図表 34 あまり積極的には取り組んでいない理由（「後発医薬品の説明・調剤にあまり積極的には取り組んでいない」と回答した薬局、n=130）

薬剤師
の疑問
課題



(注)「その他」の内容として、「短期処方のため」(同旨含め 2 件)、「処方医師が後発医薬品を選択」(同旨含め 2 件)、「患者が不安を感じている」(同旨含め 2 件)等が挙げられた。

平成24年度診療報酬結果検証に係る特別調査

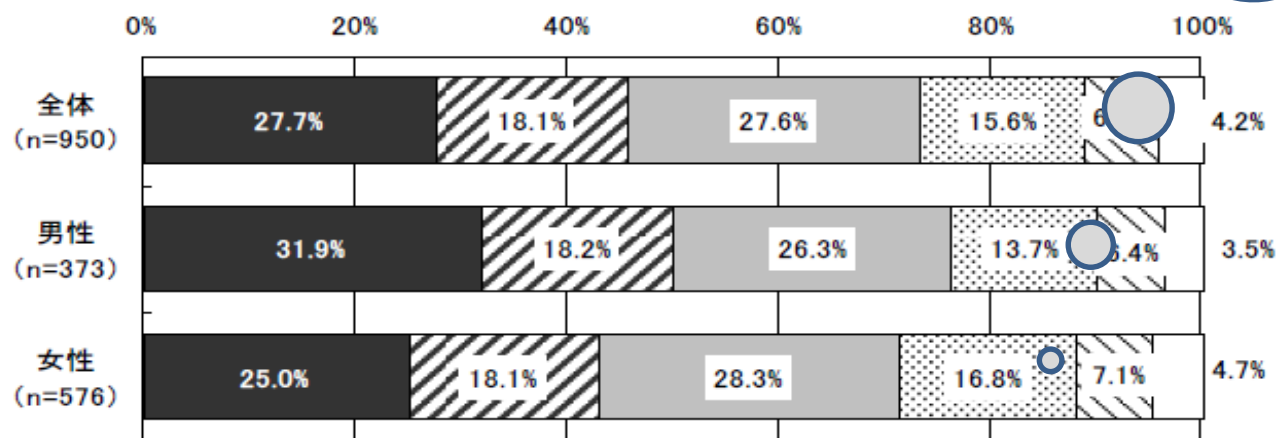
(4) ジェネリック使用に関する経験・意向等

①ジェネリック医薬品に関する使用意向等

1) ジェネリック医薬品の使用に関する考え

患者の意向
「ジェネリックを
使いたくない」
女性に多い

図表 175 ジェネリック医薬品の使用に関する考え (男女別)



- できればジェネリック医薬品を使いたい
- ▨ とりあえずジェネリック医薬品を試してみたい
- ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない
- できればジェネリック医薬品を使いたくない
- わからない
- 無回答

(注)「全体」には、性別について無回答の1人が含まれる。

徹底追及 第2弾

米国で

も深刻な問題に

ジェネリック薬品

医薬品

飲んでもはいいけない

15種類

ジャーナリスト 鳥集

糖尿病、リウマチから抗がん剤まで!

ジェネリック医薬品への
疑問に答えよう

ジェネリック医薬品は
品質管理が厳格です

ジェネリック医薬品は
品質管理が厳格です

ジェネリック医薬品は
品質管理が厳格です

厚労省はとにかく推進
ジェネリック薬の中には、先発のブランド薬と生物学的に同等とは言えないものがあります。そして、「ジェネリック薬での代替調剤が適切でないこともある場合」という表が掲載されており、次のような例があげられている。

インドといった固く硬い錠剤が、法守ができていないか心配です。なにより高度な技術が必要な生物学的製剤の製造を外国にまかせる、

ジェネリックへの切り替えは慎重に判断したほうがいい薬の例

| 薬の種類 | 注意点 |
|-----------------------------|---|
| 高血圧薬（降圧薬） | ジェネリックに切り替えた後しばらくは、血圧をしっかり測定して数値に問題がないかチェックすること |
| コレステロール低下薬 糖尿病治療薬（血糖降下薬） | ジェネリックに切り替えて、血液検査で数値が下がらなければ、医師・薬剤師に相談を |
| 狭心症薬 | 主成分がゆっくり溶けたタイプ（徐放剤）を使用している場合は、ジェネリックへの切り替えは慎重に |
| 抗血小板薬 | 冠動脈のステント治療後、血栓ができる可能性があるため、ジェネリックへの切り替えは慎重に |
| 抗不整脈薬 | 安全域（毒性量と有効量の差）が狭く、副作用が出やすいのでジェネリックへの切り替えは慎重に |
| ぜんそく薬 | 張り薬の気管支拡張剤は吸収速度が違うと朝の発作を抑えられない場合がある |
| 皮膚外用薬 （軟膏・クリーム） | 基剤の成分にばらつきがあるので、ジェネリックに切り替えて湿疹や炎症が出たり、効果がないと感じた場合は、医師・薬剤師に相談を |
| 抗リウマチ薬 | ジェネリックに切り替えて、症状が再燃した場合は医師・薬剤師に相談を |
| 抗てんかん薬 | 日本小児神経学会、日本てんかん学会が、ジェネリックへの切り替えを推奨しないとする提言を出している。双極性障害や認知症に使う場合もあるので要注意 |
| 抗うつ薬 | 病状が安定した頃にジェネリックに切り替えると、問題が生じる可能性もあるため慎重に |
| 抗精神病薬 | ジェネリックに切り替えて、効果がない、眠れないと感じた場合は、医師に相談を |
| 抗不安薬・睡眠薬 | ジェネリックと再発予防や延命効果に差がある可能性もあるので、納得して使う必要がある |
| 抗がん剤 | |

次号5月21日号は6月6日

もし効かなかったとしたら、厚生労働省が「先発薬に進んでいるジェネリック薬で、薬によってけ



な薬の量）に影響が生ずる。（中略）ある製品が効なら、別のものへの切り替えはすべきでない。ほかにも、降圧薬、チコステロイド薬の錠剤、ホルモン剤、血糖降下薬、痛風治療薬、抗精神病薬、抗うつ薬などで、切り替

かけ離れているかた。今号では臨床高血圧薬などより、な薬の量）に影響が生ずる。（中略）ある製品が効なら、別のものへの切り替えはすべきでない。ほかにも、降圧薬、チコステロイド薬の錠剤、ホルモン剤、血糖降下薬、痛風治療薬、抗精神病薬、抗うつ薬などで、切り替

活問題

たが、もしもジェネリック薬品の問題がある薬学研究

でも患者さんは、差額通知をもらおうと ジェネリック医薬品に置き換える



差額通知



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むけに開始
- ・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

ジェネリック 太郎 様

ジェネリック医薬品利用促進のお知らせ

記号・番号 01-123456
種別 ご家庭

今後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月処方実績より)

| 過去の処方実績(平成17年10月分) | | ジェネリック医薬品情報 | |
|-------------------------|------------------|-------------------------------|---------|
| 医療機関名・薬局名 | お薬代 ×1 (3割負担) | 削減可能な金額 ×2 (お薬に処方された薬との差額) | |
| ジェネリック病院 | 3,951 | 1,210 | ~ 2,020 |
| ジェネリック診療所 ジェネリック調剤薬局 | 5,628 | 1,648 | ~ 2,865 |
| 合 計 | 9,579 | 2,858 | ~ 4,885 |

(株)NTTデータ、データホライゾン(株)

ちなみに私はジェネリック派

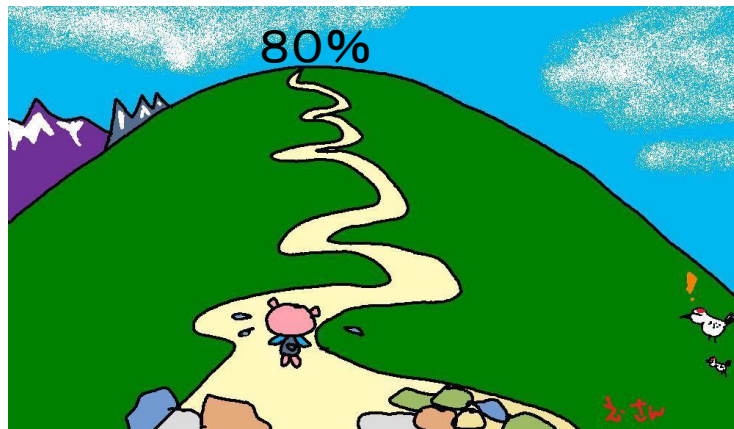


国際医療福祉大学三田病院

日本調剤三田薬局でアムロジピンとロサルタンのジェネリックを調剤してもらっています。



ジェネリック医薬品の 新たなルートマップ



ジェネリック医薬品使用促進目標

2012年までに ジェネリック医薬品の数量シェア30%に！

- 経済財政諮問会議

(2007年5月15日)

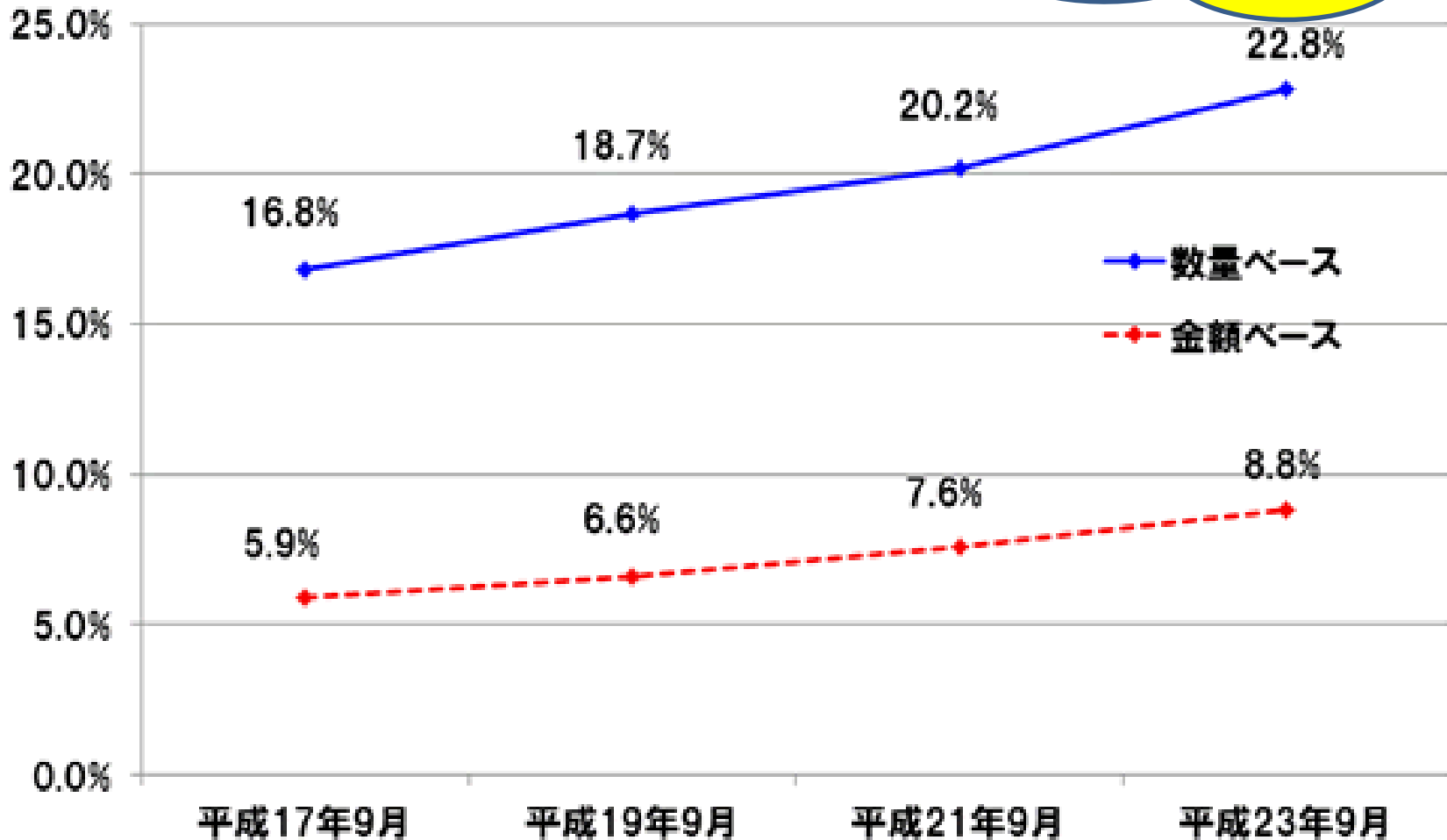
- 後発医薬品の数量シェアを2012年度末までに30%に、5000億円削減
- 現在の市場シェア20%を30%までに！



第一次安倍内閣
経済財政諮問会議

後発医薬品の市場シェアの推移

現状(2013年3月)推計
24.8~26.3%



新たなジェネリック医薬品普及の ロードマップ

新目標は新指標で

2017年度末までに60%

2013年4月5日厚生労働省発表

60%目標を
達成すれば約
1兆円の医療
費節減！

ジェネリック医薬品市場 シェア率の指標を変えた

- 旧指標
 - $(\text{GE品目数}) / (\text{全医療用医薬品品目数})$
- 新指標
 - $(\text{GE品目数}) / (\text{GE品目数} + \text{GEのある医薬品品目数})$
 - 新指標では全医療用医薬品からGEのない医薬品(特許切れ前の医薬品)とその他医薬品を除いた
 - 国際比較を容易とするため

後発医薬品割合は新指標(数量ベース)で
67.5%

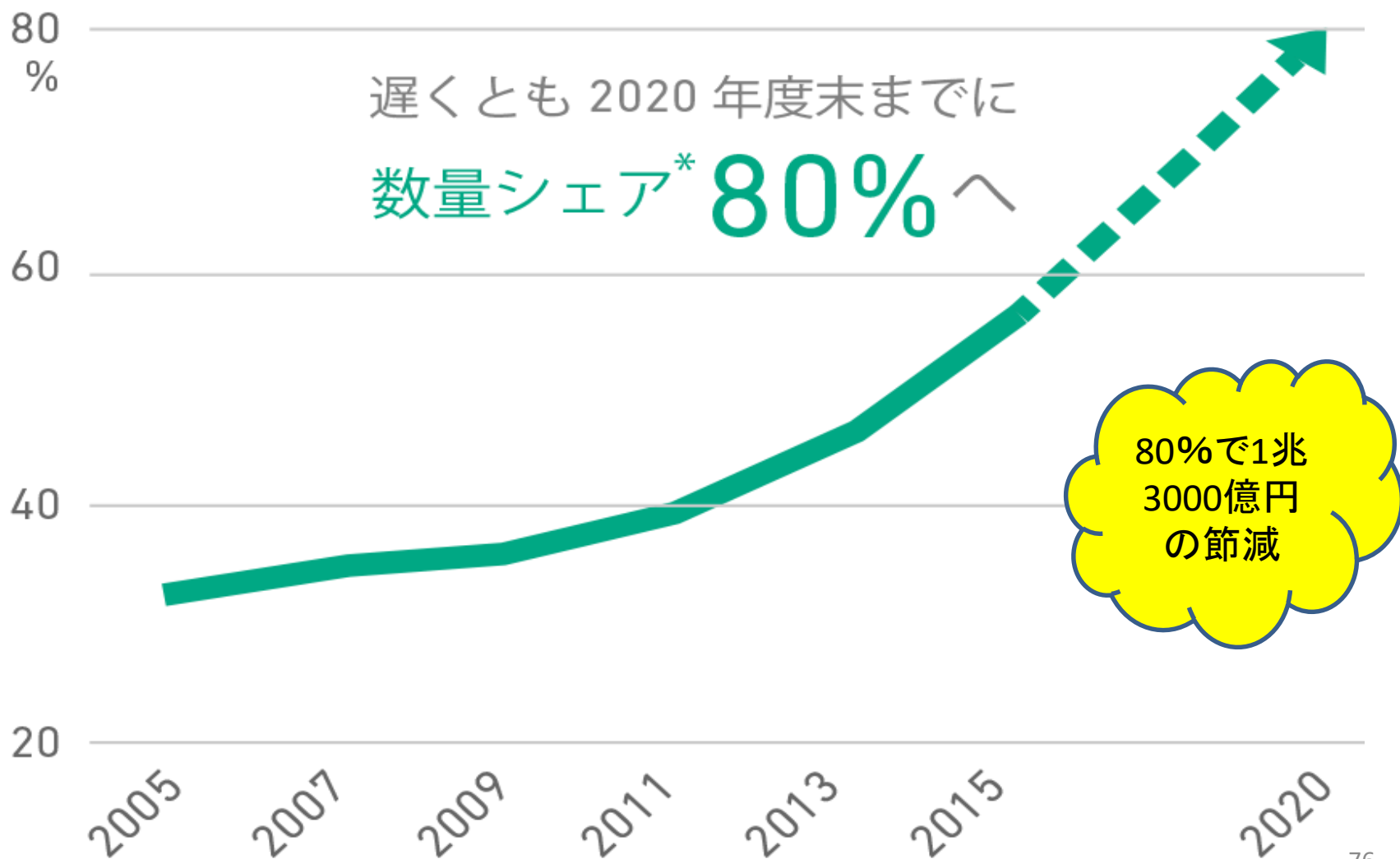
協会けんぽ(調剤分)
2016年7月

経済財政運営の指針 「骨太の方針」を閣議決定(2015年6月30日)



17年に70%、18～
20年度末までの間
のなるべく早い時
期に80%以上達成

2020年度末までに80%！



平成27年度ロードマップ検証検討事業報告書 概要

1. 事業の目的

平成25年4月に策定した「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」について、目標の達成状況や、関係者における後発医薬品の使用促進のための取組状況等のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要な促進策について検討すること。

2. 事業の概要

- (1) 後発医薬品メーカー(203社)におけるロードマップの取組状況に関するアンケート調査
- (2) 都道府県におけるロードマップの対応状況に関するアンケート調査
- (3) 国のロードマップの対応状況についてのヒアリング
- (4) ロードマップの実施状況等に関する関係者調査
 - 1) 業界団体のロードマップの対応状況についてのヒアリング
 - 2) 医療機関(3,500件)及び保険薬局(2,500件)に対するアンケート調査
 - 3) ロードマップの対応状況についての保険者へのヒアリング
 - 4) 卸業者(4社)へのヒアリング
- (5) 諸外国及び国内の後発医薬品の数量シェア及び金額シェアの把握・推計等
- (6) 検討委員会の設置・開催

ロードマップの進捗モニターを行っている！

3. 検討委員会 委員名簿

(○は座長、敬称略、五十音順)

| | |
|--------|---|
| 一條 宏 | 一般社団法人日本医薬品卸売業連合会 薬制委員会委員長 |
| 伊奈川秀和 | 全国健康保険協会 理事 |
| 緒方 宏泰 | 明治薬科大学 名誉教授 |
| 北村 光司 | 共和薬品工業株式会社 執行役員 薬制渉外部長 日本製薬団体連合会GEロードマップ対応プロジェクトリーダー |
| 小山 信彌 | 東邦大学 医学部 医療政策・渉外部門 特任教授 |
| 坂巻 弘之 | 東京理科大学 経営学部 教授 |
| 佐藤 博 | 一般社団法人日本病院薬剤師会 副会長 |
| 鈴木 邦彦 | 公益社団法人日本医師会 常任理事 |
| 田中 俊幸 | 東和薬品株式会社 渉外統括部 部長 日本ジェネリック製薬協会 総務委員会委員長 |
| 永田 泰造 | 公益社団法人日本薬剤師会 常務理事 |
| 野島 康一 | 公益社団法人国民健康保険中央会 審議役 |
| 増原 慶壮 | 聖マリアンナ医科大学病院 薬剤部 参与 |
| 松本 純一 | 公益社団法人日本医師会 常任理事 |
| 三浦 哲也 | Meiji Seikaファルマ株式会社 ジェネリック開発部 製品計画G 専任部長 日本製薬団体連合会GE ロードマップ対応プロジェクト 副リーダー |
| 三宅 泰介 | 健康保険組合連合会 医療部長 |
| ○武藤 正樹 | 国際医療福祉大学大学院 教授 |
| 山谷 明正 | 独立行政法人国立病院機構本部 医療部医療課 薬事専門職 |

※所属、肩書きは平成28年3月時点

80%を目指した
新たなロードマップ検証検討事業
がスタートします

診療報酬・薬価改定と ジェネリック医薬品



中医協総会

2014年診療報酬改定・薬価改定と ジェネリック医薬品

- ①後発医薬品調剤体制加算の見直し
- ②後発医薬品薬価見直し
- ③既収載後発医薬品の価格帯の削減
- ④長期収載品薬価見直し
- ⑤DPC／PDPSの機能評価係数Ⅱへ「後発医薬品指数」の導入

後発医薬品の使用促進策について

～後発医薬品調剤体制加算の要件見直し～

後発医薬品の調剤を促進するため、後発医薬品調剤体制加算の要件を「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の新指標に基づき2段階で評価する。なお、後発医薬品の調剤数量が少ないにも拘わらず、指標変更によって後発医薬品調剤体制加算が受けられないことがないように適正化を図る。

【現行】

【後発医薬品調剤体制加算】

(処方せんの受付1回につき)

| | | |
|---|--------------|-----|
| 1 | 後発医薬品調剤体制加算1 | 5点 |
| 2 | 後発医薬品調剤体制加算2 | 15点 |
| 3 | 後発医薬品調剤体制加算3 | 19点 |

【施設基準】

| | |
|--------------|-------|
| 後発医薬品調剤体制加算1 | 22%以上 |
| 後発医薬品調剤体制加算2 | 30%以上 |
| 後発医薬品調剤体制加算3 | 35%以上 |

(新規)

【改定後】

【後発医薬品調剤体制加算】

(処方せんの受付1回につき)

| | | |
|---|--------------|-----|
| 1 | 後発医薬品調剤体制加算1 | 18点 |
| 2 | 後発医薬品調剤体制加算2 | 22点 |
| | (削除) | |

【施設基準】

| | |
|--------------|-------|
| 後発医薬品調剤体制加算1 | 55%以上 |
| 後発医薬品調剤体制加算2 | 65%以上 |
| | (削除) |

◆ 当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。

2016年改定

65%以上
75%以上

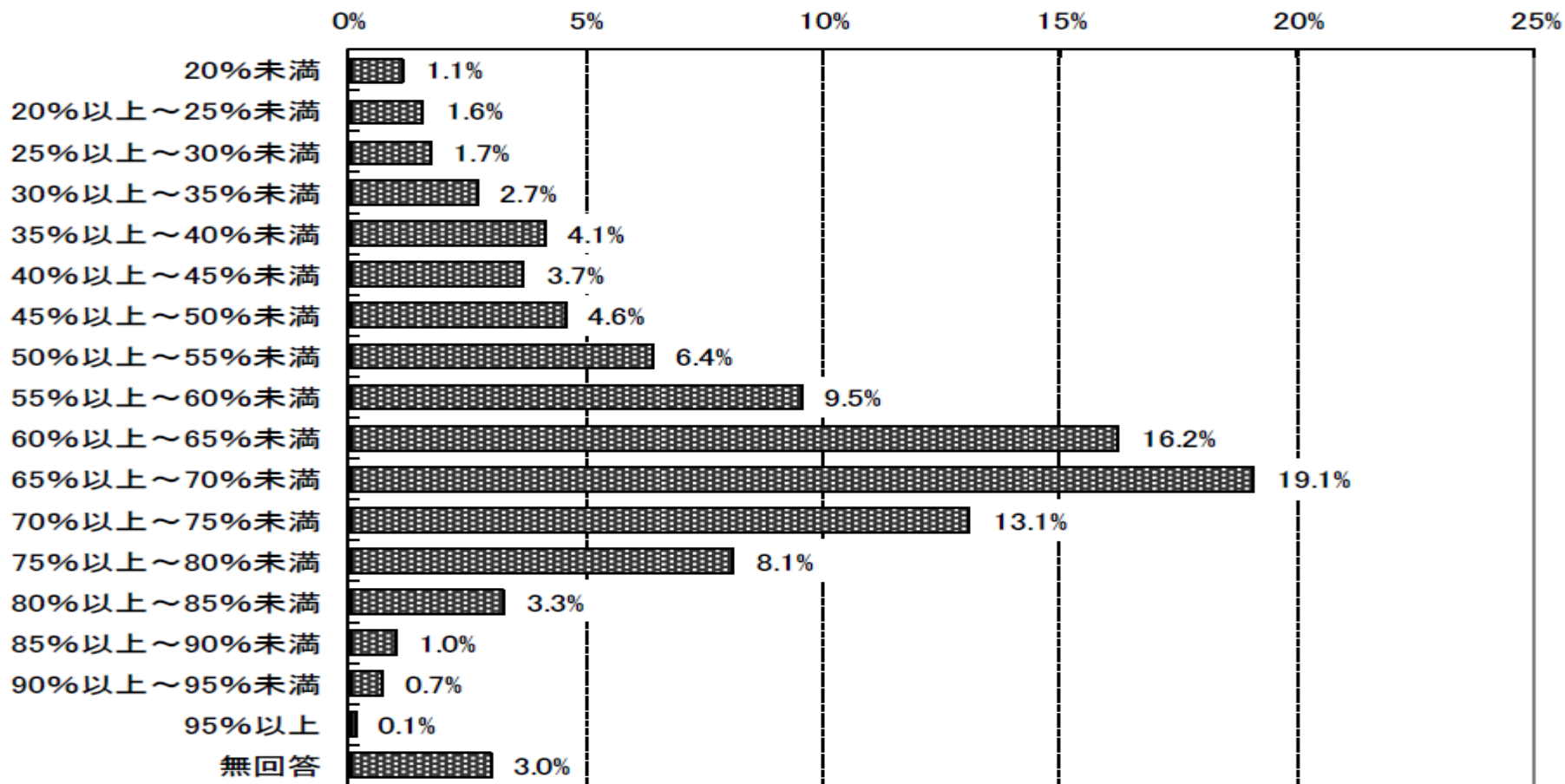
旧指標の
数量シェア＝

後発医薬品
全医薬品

新指標の
数量シェア＝

後発医薬品
後発医薬品あり先発医薬品＋後発医薬品

図表 19 後発医薬品調剤割合（新指標）（平成 27 年 6 月 1 か月間、n=703）



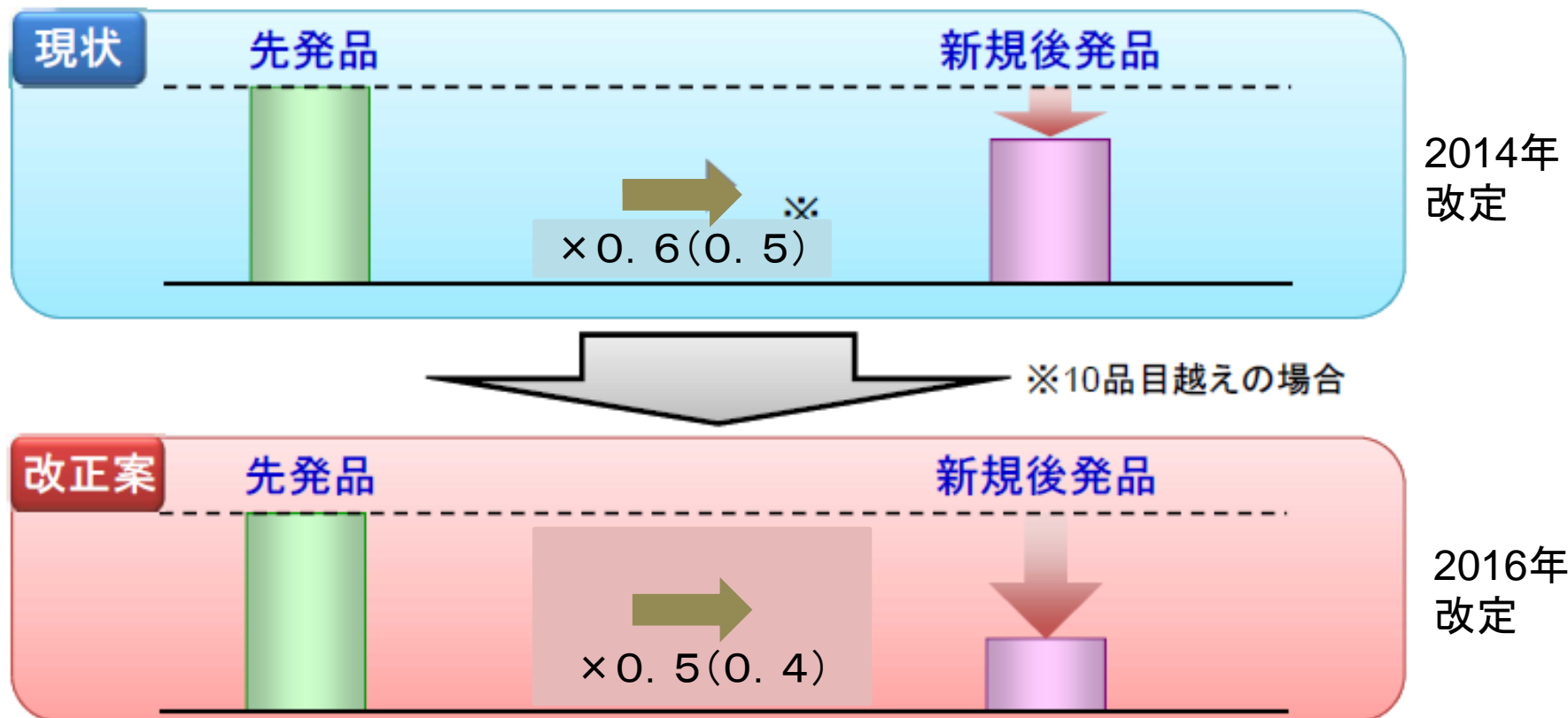
後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査（平成27年度調査）

②後発医薬品の算定について

2015年12月25日 中医協

新規収載後発医薬品の薬価について

2016年改定では、新規後発医薬品の薬価は「先発品の0.5を乗じた額（内服薬については銘柄数が10を超える場合は0.4を乗じた額）」とする。なお、バイオ後続品については従前どおりとする。



⑤DPC／PDPS
「後発医薬品指数」の導入

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)の見直し等②

機能評価係数Ⅱの見直し

| 改定前 | 平成26年改定後 |
|-----------|---------------------|
| ① データ提出指数 | ① 保険診療指数(改) |
| ② 効率性指数 | ② 効率性指数 |
| ③ 複雑性指数 | ③ 複雑性指数 |
| ④ カバー率指数 | ④ カバー率指数 |
| ⑤ 救急医療指数 | ⑤ 救急医療指数 |
| ⑥ 地域医療指数 | ⑥ 地域医療指数 |
| | ⑦ 後発医薬品指数(新) |

① **保険診療指数(「データ提出指数」から改変)**

・これまでデータ提出指数として評価されていた「部位不明・詳細不明コードの使用率」に加え、「様式間の記載矛盾」、「未コード化傷病名の使用率」、「保険診療の教育の普及に向けた指導医療官の出向(Ⅰ群のみ)」等、新たに評価項目を追加する。

⑤ **救急医療指数**

・当該指数の評価対象となる患者をより公平に選定するため、重症な患者が算定する入院料等を算定している患者を評価対象とする等の見直しを行う。

⑥ **地域医療指数**

・「急性心筋梗塞の24時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」に係る評価を追加する等の見直しを行う。

⑦ **後発医薬品指数(新設)**

・「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」に基づき、後発医薬品の使用について数量ベース(新指標)によって評価を行う。

算定ルール等の見直し

① **同一病名で再入院した際に「一連」とみなす算定ルール(いわゆる「3日以内再入院ルール」)の見直し**

・診療内容からは一連として取り扱うことが妥当であるにも関わらず意図的に3日間退院させ4日目以降に再入院させていることが疑われる事例があること等を踏まえ、当該ルールの適用対象となる再入院期間を「3日」から「7日」に延長する等、必要な見直しを行う。

② **適切な傷病名コーディングの推進**

・適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC傷病名コーディングテキスト」の作成と公開等の対応を行う。

③ **入院時持参薬の取り扱い**

・入院前に外来で処方して患者に持参させる事例等に対応するため、予定入院の際に入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬については、入院中の使用を原則として禁止する。

④ **「入院初日に薬剤等の費用を一括して支払う点数設定方式」の見直し**

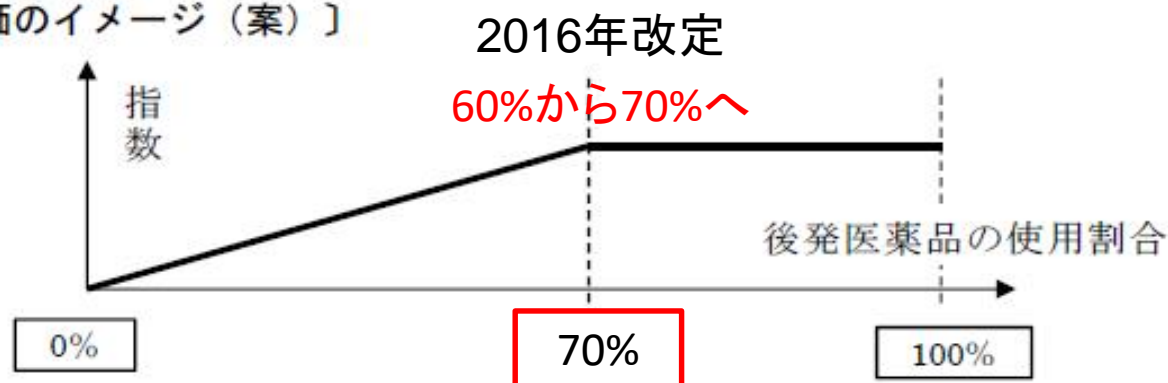
・平成24年改定で試行的に導入された点数設定方式Dについては、心臓カテーテル検査を行う診断群分類へ適用を拡大する等の見直しを行った上で、引き続き継続する。

⑤後発医薬品指数

⑦ 後発医薬品指数

平成28年度診療報酬改定においては、(これまでの60%を)70%を評価上限とすることとしてはどうか。また、後発医薬品の使用割合の目標値が見直された場合には、適宜評価上限の検討を行うこととしてはどうか。
(2015年10月14日中医協)

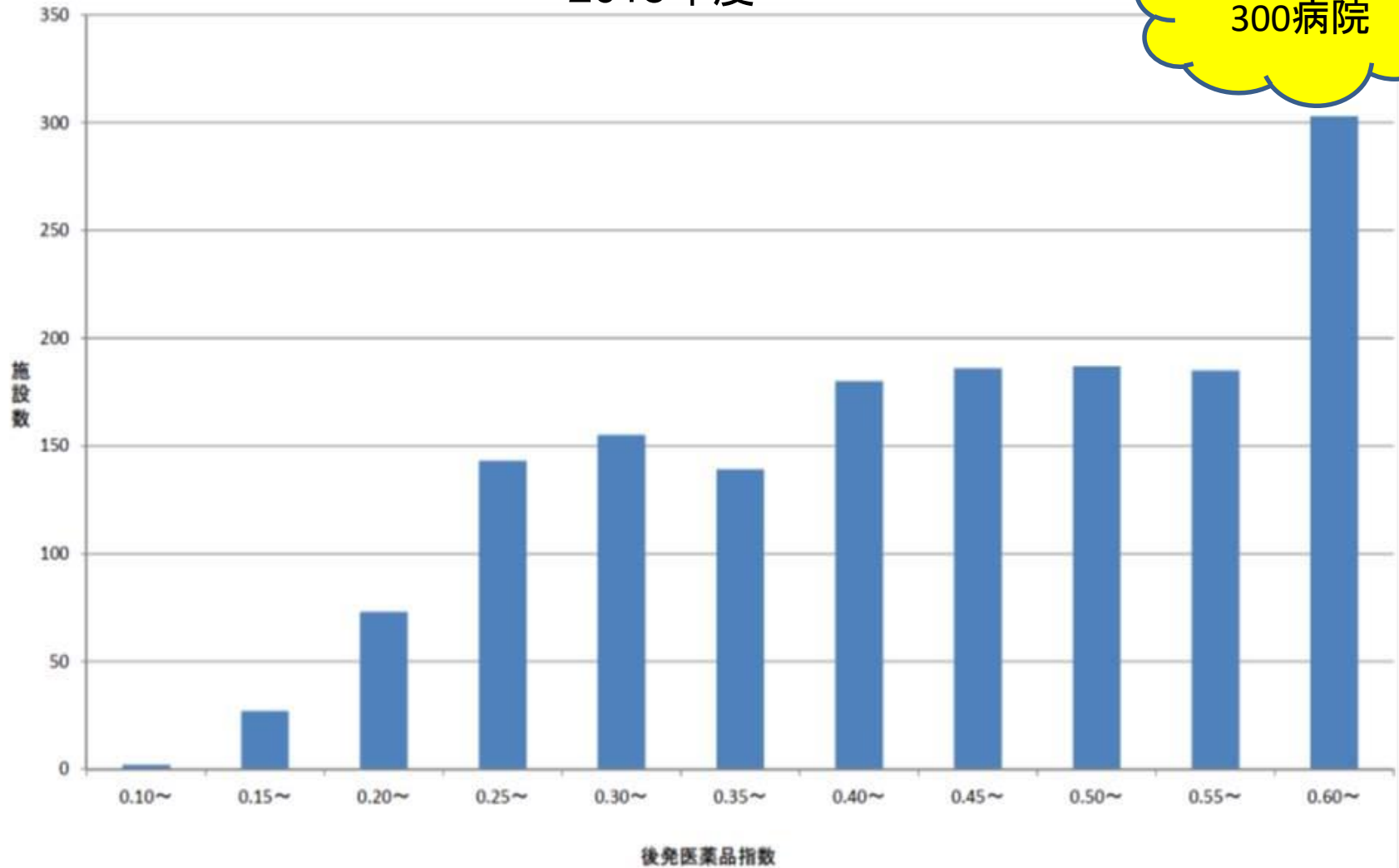
〔評価のイメージ (案)〕



後発医薬品指数の分布(全病院)

2015年度

60%超は
300病院



※ 0.05刻みでは0.2~」は「0.2以上0.25未満の区分」を表す

国際医療福祉大学グループ 置き換えリスト



国際医療福祉大学三田病院

| 先発品 | 後発品 | 先発品 | 後発品 |
|----------|---------------------|----------|--------------------|
| リピトール錠 | アトルバスタチン錠剤(サンド) | カソデックス | ビカルタミド錠(NH) |
| アリセプトD錠 | ドネペジル塩酸炎OD錠剤(サンド) | パリエット | ラベプラゾールNa錠(トーワ) |
| アンプラーク錠 | サルボグレラート塩酸炎錠(F) | アムロジンOD錠 | アムロジピンOD錠(トーワ) |
| キサラタン | ラタノプロスト点眼液(わかもと) | アレグラ錠 | フェキソフェナジン塩酸塩錠(トーワ) |
| ビソルボン吸入薬 | プロムヘキシン塩酸塩吸入液(タイヨー) | ベイスンOD錠 | ボグリボースOD錠(トーワ) |
| ニューロタン錠 | ロサルタンカリウム錠(サンド) | メバロチン錠 | プラガスタチンNa錠(トーワ) |
| オノンカプセル | プランルカストカプセル(サワイ) | タケプロンOD錠 | ランソプラゾールOD錠(トーワ) |

| 先発品 | 後発品 | 先発品 | 後発品 |
|---------------|------------------------|-----------|------------------|
| ムコソルバン錠 | アンプロキシール塩酸錠(トワ) | アダラート錠 | ニフェジピンCR錠(トワ) |
| ロキソニン錠 | ロキソプロフェンNa錠(トワ) | ムコダイン錠 | カルボシステイン錠(トワ) |
| メインテート錠 | ビソプロロールフマル酸塩酸錠(トワ) | サアミオン錠 | ニセルゴリン錠(トワ) |
| アマリール錠 | グリメピリド錠(トワ) | プロレナール錠 | リマルモン錠 |
| セルベックスカプセル | テプレノンカプセル(トワ) | シノベール錠 | シベンポリンコハク酸塩錠(トワ) |
| シグマート錠 | ニコランマート錠(トワ) | ラキソベロン内用液 | チャルドール内用液 |
| 小児用ムコソルバンシロップ | アンプロコソール塩酸塩シロップ小児用(トワ) | ラキソベロン錠 | コンスーベン錠 |
| カルデナリン錠 | ドキサゾシン錠8トワ) | イソンジンゲル | ネオヨジンゲル |
| | | | |

| 先発品 | 後発品 | 先発品 | 後発品 |
|-----------|--------------------|------------|-----------------|
| イソジンガーグル液 | イオダインガーグル液 | デパケンシロップ | バレリンシロップ |
| ネオラール | シクロスポリンカプセル(BMD) | ガスモチン錠 | モサプリドクエン酸錠(トーフ) |
| キネダックス錠剤 | エパルレスタット錠剤(F) | ガスターD錠 | ファモチジンOD錠(トーフ) |
| フェロミア錠 | フェロチーム錠 | レンドルミン錠 | プロチゾラムOD錠(JG) |
| フロモックス錠 | セフカペンピボキシル塩酸塩錠 | アルロイドG内容液 | アルグレイン内用液 |
| クラリス錠 | クラリスロマイシン錠(トーフ) | ザイロリック錠 | アロシトール錠 |
| ハルナールD錠 | タムスロシン塩酸塩OD錠(トーフ) | マイスリー錠 | ソルビデム酒石酸塩錠(トーフ) |
| レニベース錠 | エナラプリルマレイン酸塩錠(トーフ) | ユーパスタコーワ軟膏 | イソジンシュガーパスタ軟膏 |
| アンカロン錠 | アミオダロン塩酸塩 | | |

医師からの意見

- クラビット点眼液(眼科)
 - 先発品はディンプルボトル(高齢者にやさしい)
 - 後発品には不純物が多い、添加剤が異なる
 - 後発品は臨床試験がなされていない
- ムコダインDS(小児科)
 - 後発品にすることで、配合変化や、味の変化がある。
 - クラリスロマイシンと同時投与すると苦味が増加してコンプライアンスの低下が心配
- バクタ配合錠、アレジオン錠、クラリス錠小児用(小児科)
 - 東京都は15歳まで小児は無料のため、母親は先発品を要望する意識が高い
- ユニコール(内科)
 - 高血圧ばかりでなく異型狭心症の患者に用いるため



アレルギー性疾患治療剤

日本薬局方 フェキソフェナジン塩酸塩錠

フェキソフェナジン塩酸塩錠

Fexofenadine Hydrochloride

30mg (SANIK)

60mg (SANIK)

近頃発売

30mg (SANIK)

60mg (SANIK)

標準は、アレジオン

日本初の

オーソライズドジェネリックです

Authorized
Generic

Fexofenadine Hydrochloride

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

効用・効果、用法・用量、副作用については患者の取扱説明書(添付文書)を必ずお読みください。



Nichi-Iko Pharmaceutical Co., Ltd.

日本薬局方 フェキソフェナジン塩酸塩錠

フェキソフェナジン塩酸塩錠

60mg (SANIK)

60mg

新剤発表

錠(PTP)

フェキソフェナジン塩酸塩錠

オーソライズド・ジェネリック (AG:Authorized Generic)とは？

- 特許期間中に先発薬メーカーが子会社などに独占販売権を与え、他のGEに先駆けて発売する医薬品をAGと呼ぶ
- 先発薬と全く同じ薬なので、生物学的同等性試験などはない
- 米国などでは、新薬の特許が切れるとあっという間にGEに置き換わる
- これに対し先発薬メーカーは、特許係争や適応追加といった対抗措置を取るが、その1つとして自らGEをつくる
- 同一原薬、同一製法で、適応も全く同じですから、置き換えにまつわる問題はないジェネリックと言える

武田薬品ブロプレスのAG、 あすか製薬が発売へ

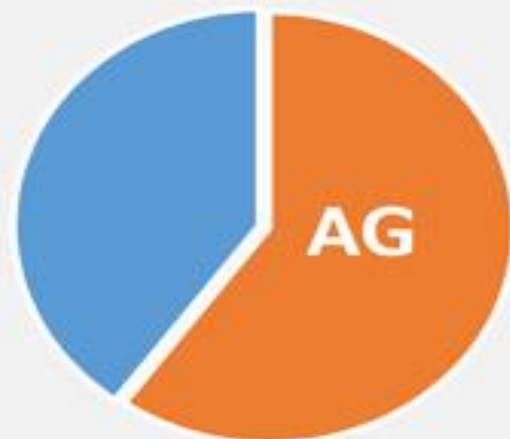
- 武田薬品工業は2014年5月16日、あすか製薬が承認を取得しているARB「ブロプレス」(一般名＝カンデサルタン)のオーソライズド・ジェネリック(AG)、「カンデサルタン錠あすか」について、あすかが6月の薬価追補収載後に発売することを明らかにした。
- 他社に先駆けて発売されるAGはこれが初めて
- ブロプレスは2013年度売り上げが1258億円
- あすか製薬は他社がジェネリック参入以前3～6カ月早く販売することができる
- (2014年5月16日)

国内で販売中・販売予定のAG

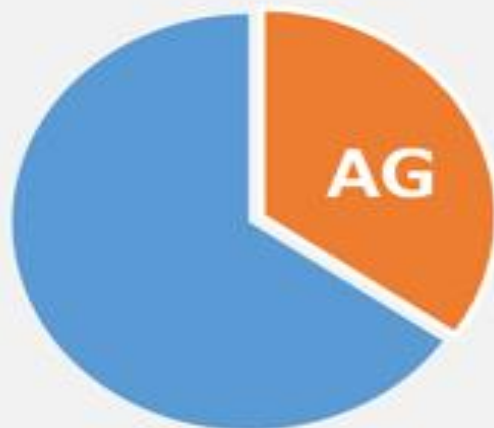
| 発売 | 成分名 | 社名 | 先発医薬品名(社名) |
|----------------|----------------------------------|----------------|--------------------------|
| 2013.6 | フェキソフェナジン | 日医工 | アレグラ(サノフィ) |
| 2014.6 | バルサルタン | サンド | ディオバン (ノバルティス) |
| 2014.6 | ゾレドロン酸 | サンド | ゾメタ(ノバルティス) |
| 2014.9 | カンデサルタン | あすか製薬 | プロプレス(武田薬品) |
| 2014.12 | レボフロキサシン | 第一三共 エスファ | クラビット(第一三共) |
| 2015.6 | クロピトグレール | 日医工 | プラビックス(サノ フィ) |
| 2015.12 | バルサルタン+アムロジピン (統一製品名「アムバロ」) | サンド | エックスフォージ (ノバルティス) |
| 2016.3 | カンデサルタン+アムロジピン (同「カムシア」) | あすか製薬 | ユニシア(武田薬品) |
| 2016.6 | バルサルタン+ヒドロクロロチ アジド(同「バルヒディオ」) | サンド | コディオ(ノバルティ ス) |
| 2016.9 発売予定 | カンデサルタン+ヒドロクロロ チアジド(同「カデチア」) | あすか製薬 | エカード(武田薬品) |
| 2016.9 発売予定 | モンテルカスト | キョーリン リメディオ | シングレア(MSD) キプレス(杏林製薬) |
| 発売準備中 | バラシクロビル | アスペン | バルトレックス(GSK) |
| 発売準備中 | パロキセチン | アスペン | パキシル(GSK) |

後発品に占めるAGの市場シェア

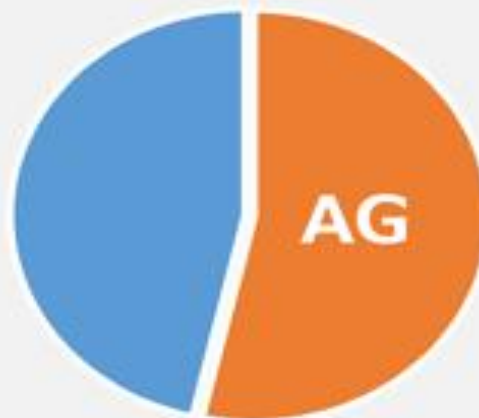
カンデサルタン



フェキソフェナジン



クロピトグレル



企業の公表資料や調査会社のレポートをもとに作成

オーソライズドジェネリック調査（医師調査）

【調査目的】

➤ジェネリック医薬品及びオーソライズド・ジェネリックの認知度、受容度を
確認する。

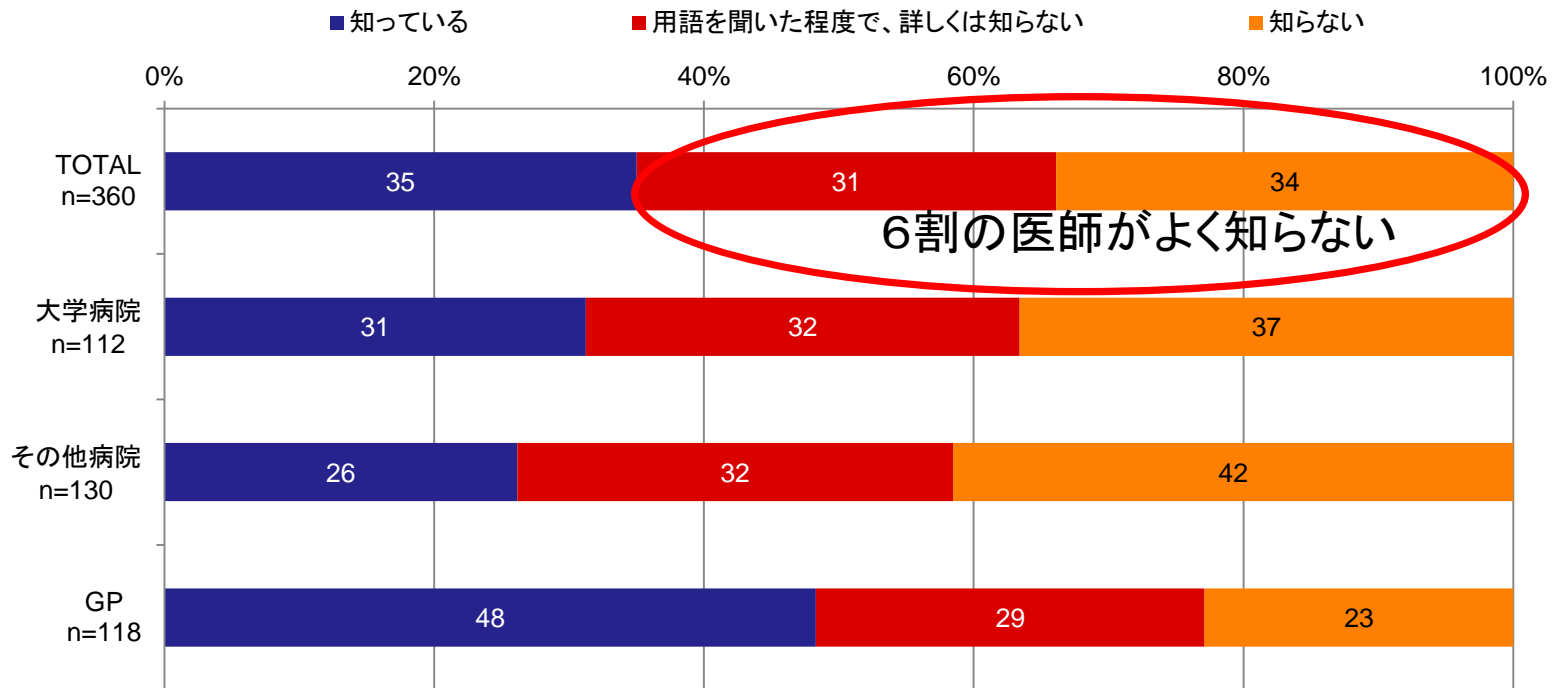
- 調査手法 : Web調査
- 調査ボリューム : 24問(※弊社カウント)
- 調査エリア : 全国
- 抽出フレーム : アンテリオ医師パネル
- 調査対象診療科 : 一般内科、循環器内科
- サンプルサイズ : 360s.

| TOTAL | 大学病院 | | その他病院 | | GP | |
|-------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | 循環器内科 | 一般内科 | 循環器内科 | 一般内科 | 循環器内科 | 一般内科 |
| 360s | 112s | | 130s | | 118s | |

- 対象者条件 : 高血圧治療患者数50人以上/月

AGの認知状況

Q7: 先生はオーソライズド・ジェネリック(AG)を見聞きされたことはありますか。



提示資料

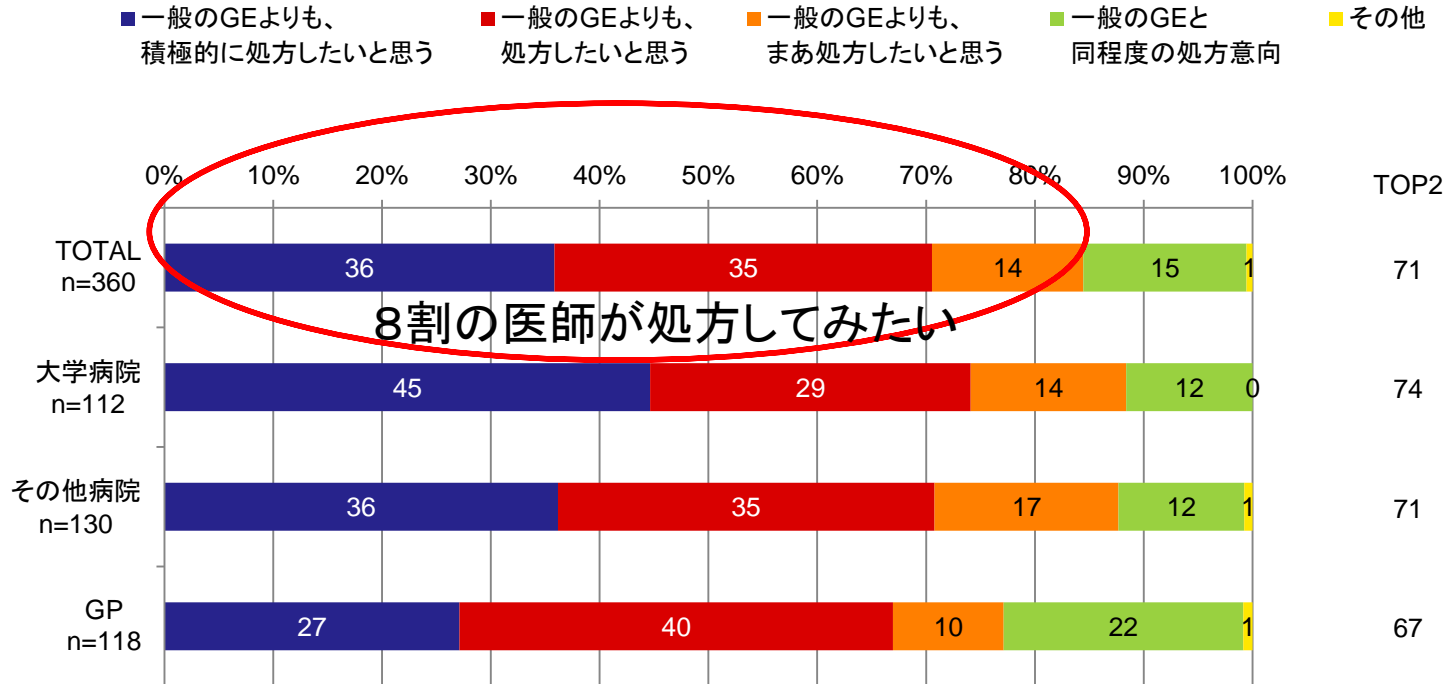
オーソライズド・ジェネリック

オーソライズド・ジェネリック(略してAGといいます)とは、ジェネリック医薬品の種類の一つであり、先発医薬品（新薬）を製造するメーカーから特許等の許諾を受けて、原薬、添加物、製造方法まで**先発医薬品と同一なジェネリック医薬品**です。

| AGの特徴 | AG | 一般的なジェネリック |
|--------|------------|------------|
| 有効成分 | 同一 | 同一 |
| 原薬 | 同一 | 異なる場合が多い |
| 添加物 | 同一 | |
| 製法 | 同一 | |
| 製造工場 | 原則同一 | |
| 形状・色・味 | 同一 | |
| 効能・効果 | 同一 | 同一 |
| 自己負担 | 先発医薬品の4～5割 | 先発医薬品の4～5割 |

(資料提示後) AGの処方意向

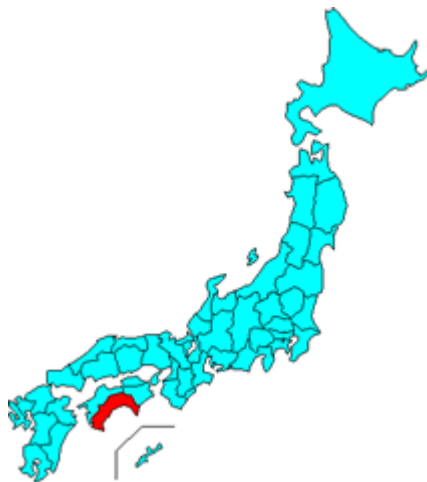
Q10: オートライズド・ジェネリック(AG)に対する先生の処方意向をお知らせください。



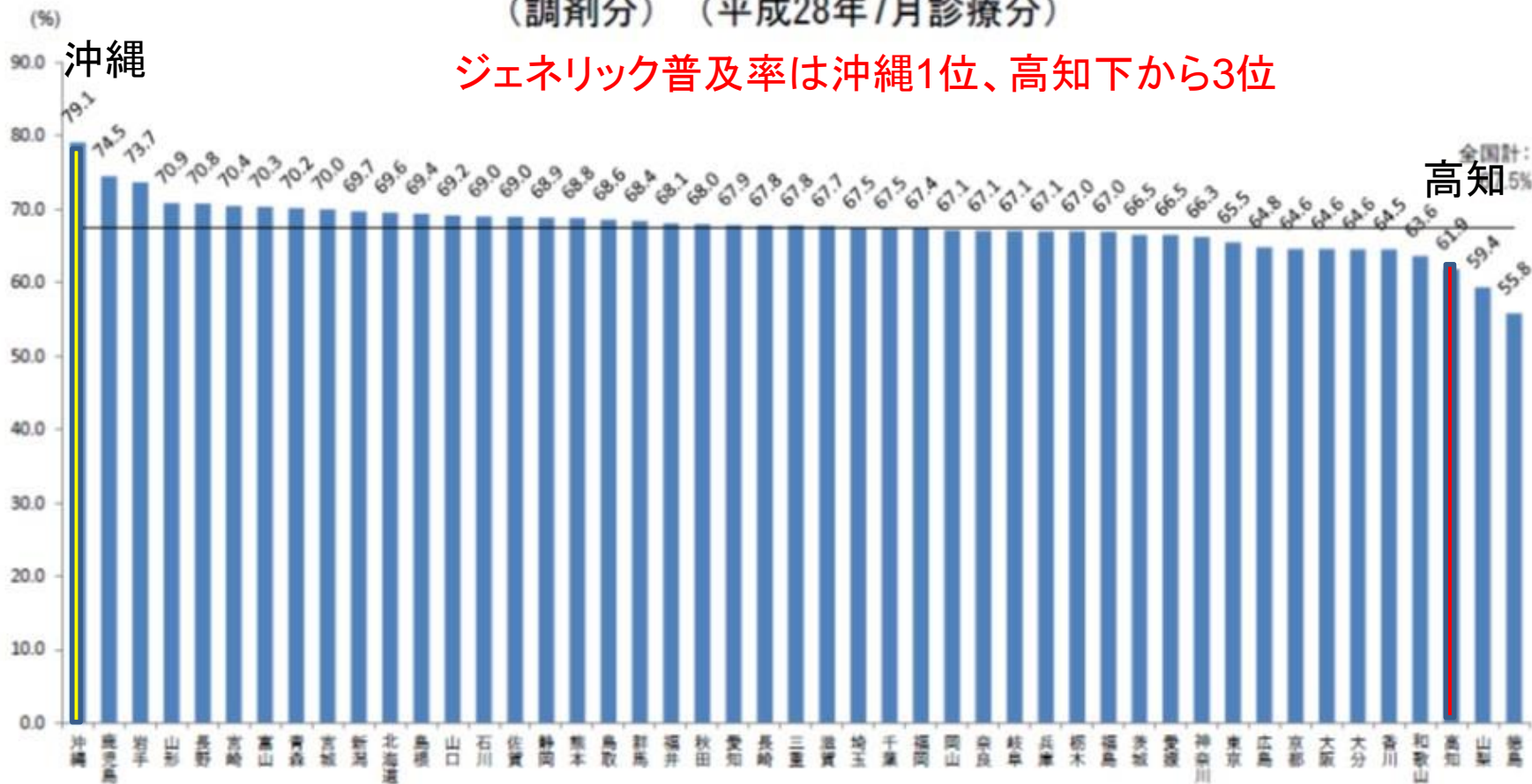
※TOP2(%):「一般のジェネリック医薬品よりも、積極的に処方したいと思う」+「一般のジェネリック医薬品よりも、処方したいと思う」

パート6

高知県のジェネリック医薬品の 現状と課題



都道府県別ジェネリック医薬品使用割合（数量ベース）
（調剤分）（平成28年7月診療分）



注1. 協会けんぽ(一般分)の調剤レセプト(電子レセプトに限る)について集計したもの(算定ベース)。

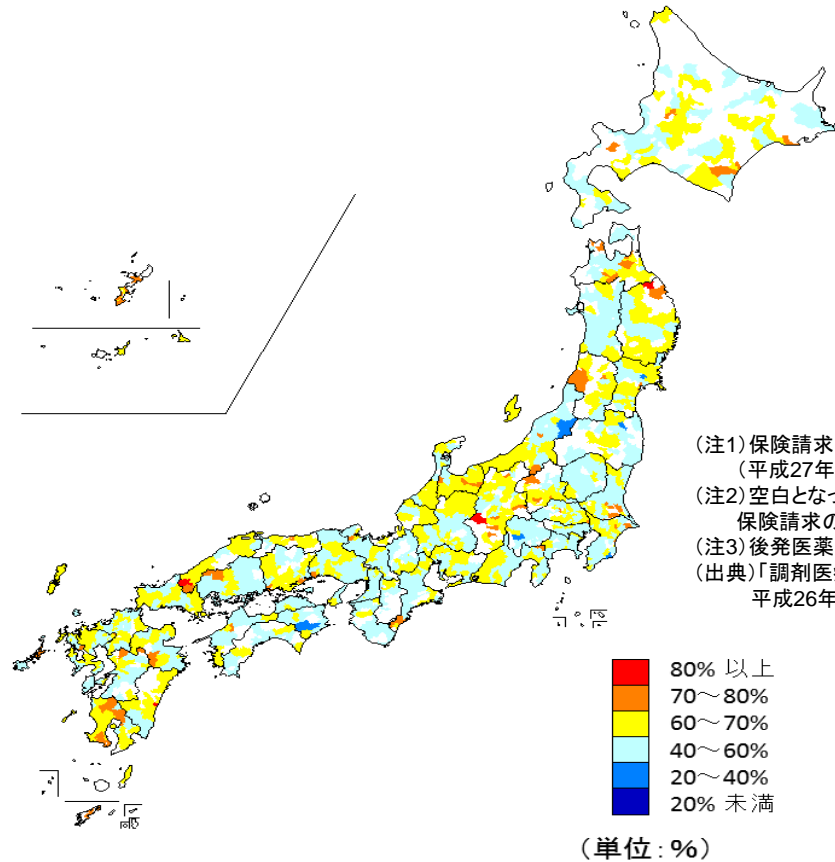
注2. 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3. 加入者の適用されている事業所所在地別に集計したもの。

注4. $\frac{\text{後発医薬品の数量}}{(\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}) + (\text{後発医薬品の数量})}$ で算出している。医薬品の区分は、厚生労働省「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」による。

市町村別後発医薬品割合マップ

沖縄1位、高知下から3位



高知県ジェネリック医薬品調査

2015年6月の全県の協会けんぽ・国保レセ

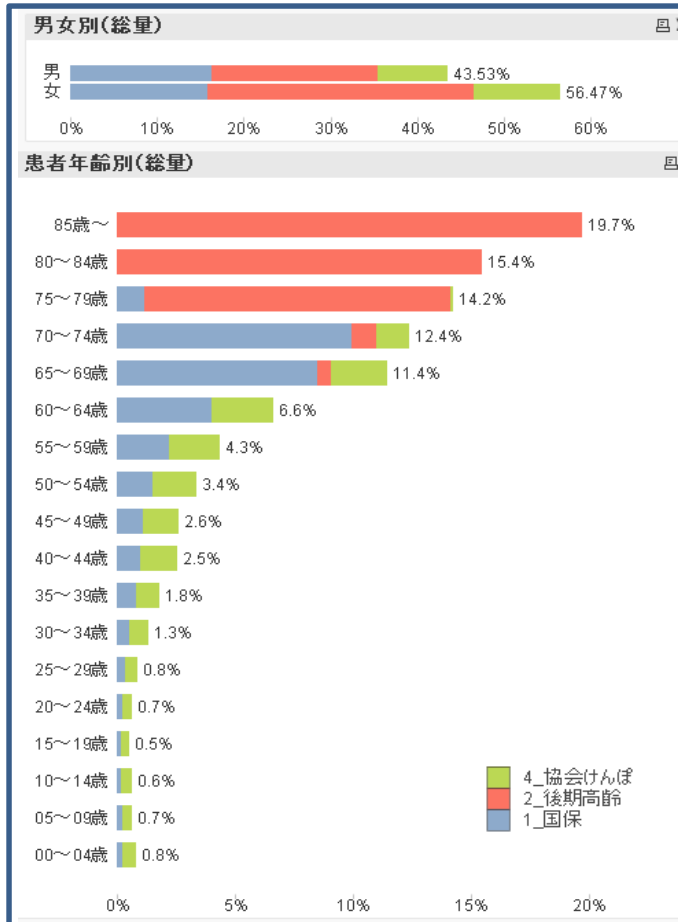
43.1万枚(26.9万人)のデータ分析より

(国際医療福祉大学大学院)

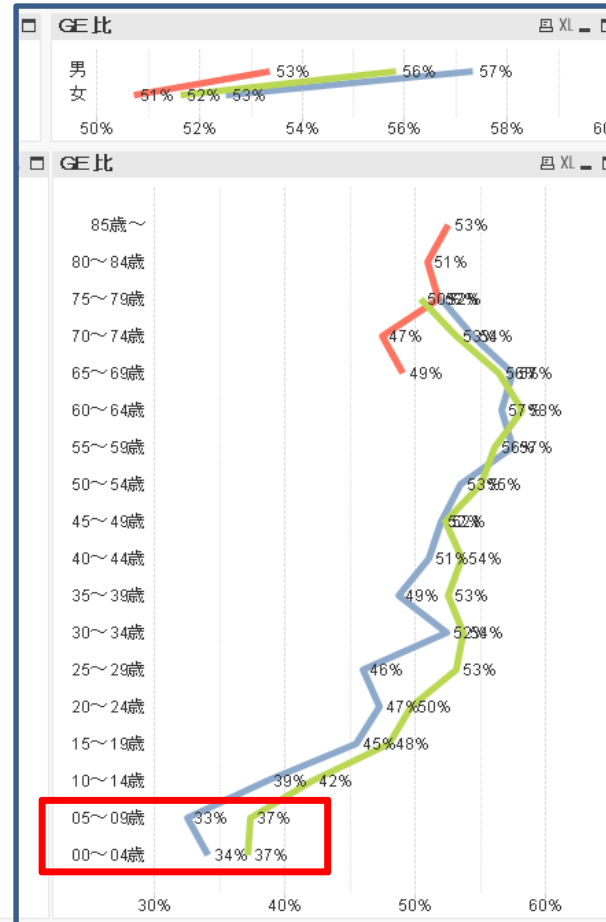
年齢で違いがある

患者年齢別後発品普及率 2016年6月単月

数量比較



後発品普及度比較

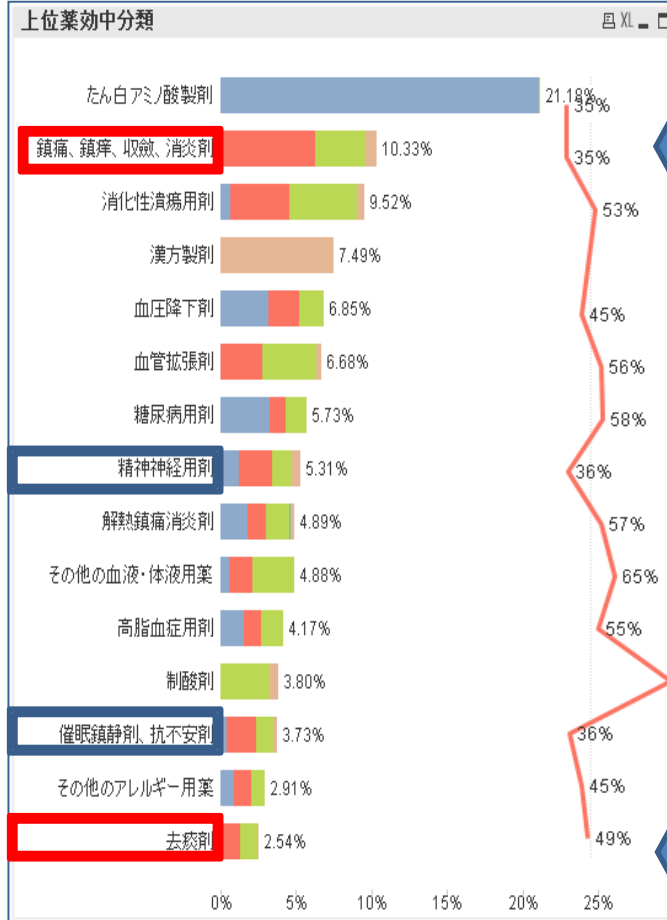


沖縄では0～9歳が後発品割合が高く、
沖縄全体の後発医薬品比率に貢献

薬効別にも違いがある

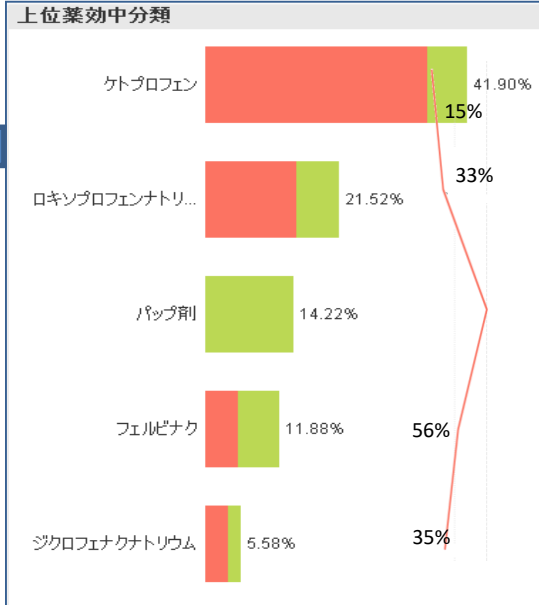
薬効別後発品普及率 2016年6月単月

先発・後発数量比較



向精神薬は難しい

鎮痛消炎剤がまずターゲット



- 1_後発品がない先発品
- 2_後発品がある先発品
- 3_後発医薬品
- 4_後発品がある先発品★
- 5_後発品☆
- 9_対象外

そして去痰剤がターゲット
 沖縄では去痰剤の置き換えが後発品割合をけん引している

後発品普及率別削減金額シミュレーション 2015年6月単月

現行採用後発品のみ算定



現行薬剤金額

| 薬剤市場 | 金額(¥百万) |
|------|----------|
| | 4,799 百万 |

削減金額

| 削減金額 |
|---------|
| 94.4 百万 |

-2.0%



| 薬剤市場 | 金額(¥百万) |
|------|----------|
| | 4,799 百万 |

| 削減金額 |
|----------|
| 272.2 百万 |

-5.7%



| 薬剤市場 | 金額(¥百万) |
|------|----------|
| | 4,799 百万 |

| 削減金額 |
|----------|
| 450.0 百万 |

-9.4%

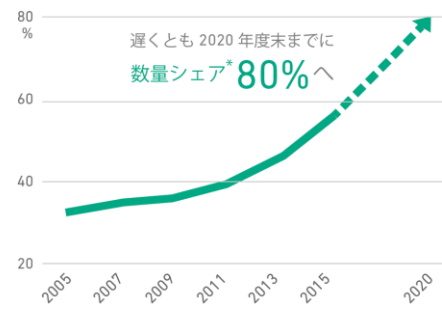
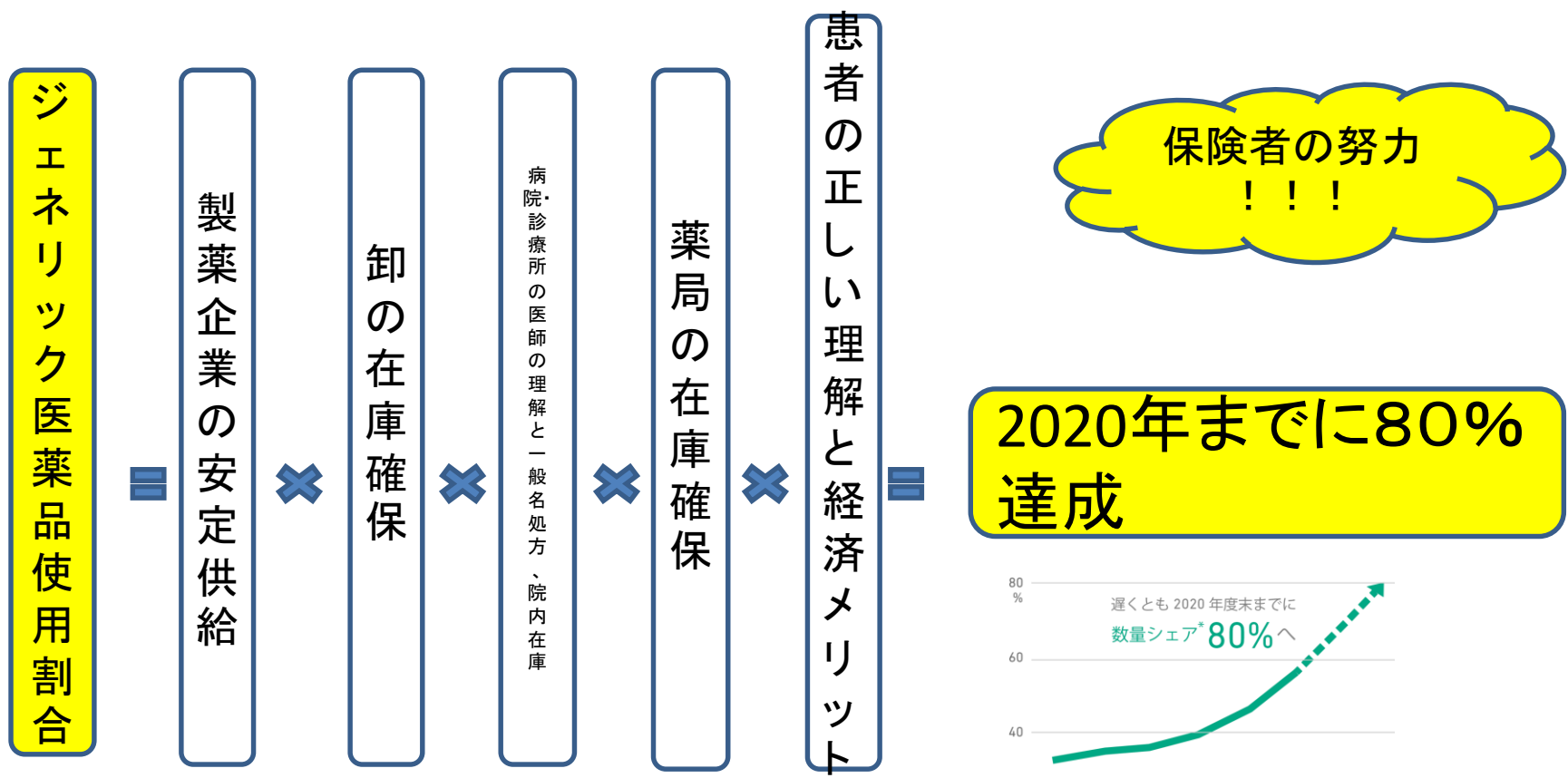
現行採用後発品を80%に上げる
だけで、4.5億円の削減が可能

平成24年度
ジェネリック医薬品使用促進の取組
事例とその効果に関する調査研究

みずほ情報総研株式会社

平成25年2月

ジェネリック普及のための方程式



沖縄と高知を後発品普及度偏差値で 比べてみよう

沖縄はジェネリックの東大、京大

偏差値30 50

偏差値80

後発品割合

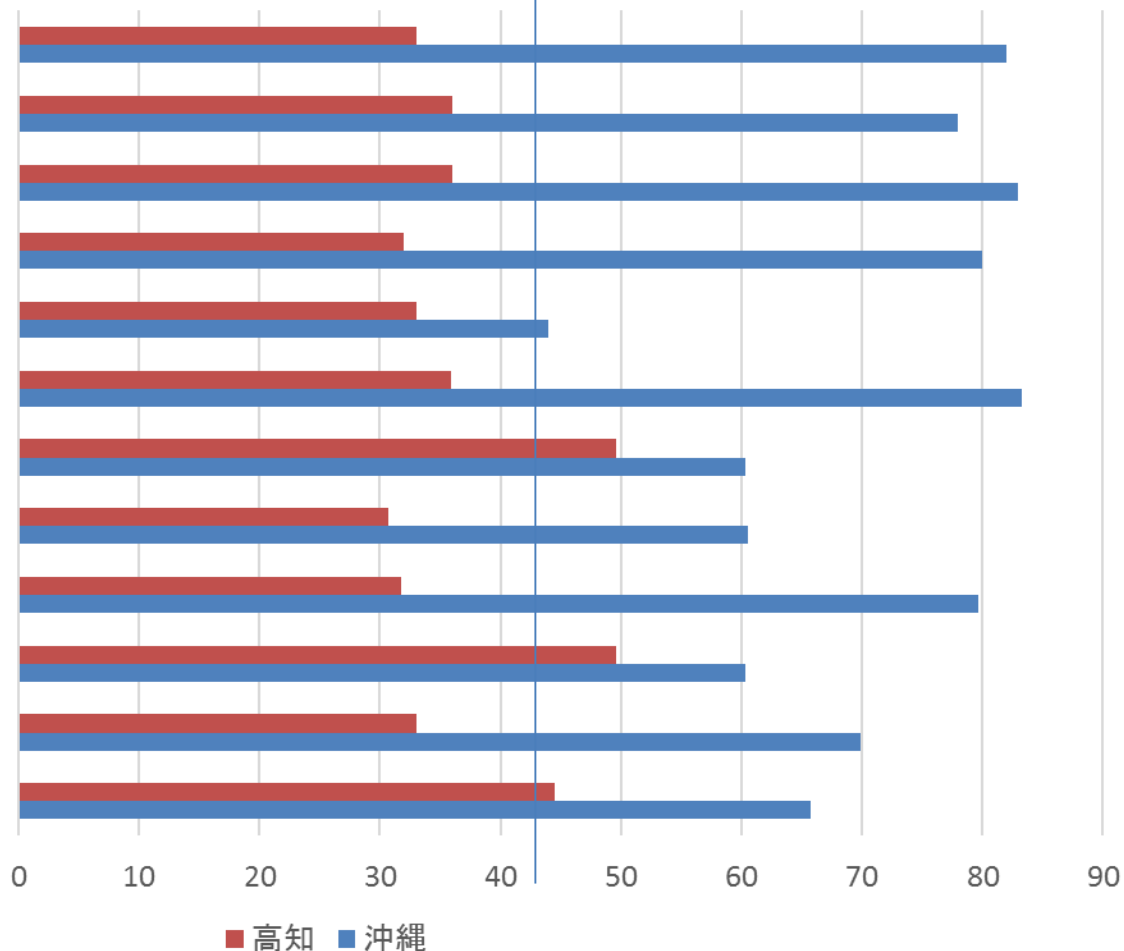
卸

病院・診療所

薬局

患者

後発品使用割合(全体)
後発品使用割合(医科入院) | 割合
後発品使用割合(医科外来)
後発品使用割合(調剤)
卸後発品流通品目数
病院・診療所院内後発品使用割合
病院・診療所院内処方率
病院・診療所一般名処方割合
薬局後発品調剤割合(院外処方)
薬局院外処方数割合
薬局一般名処方加算1
患者都合調剤不可割合



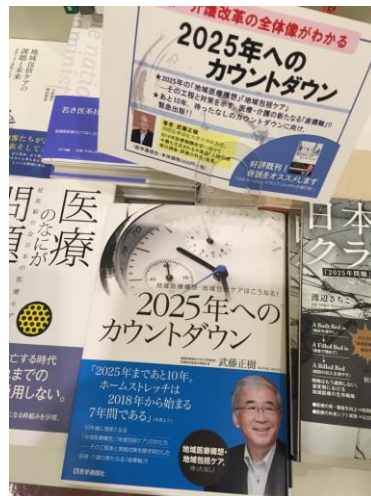
2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



「ジェネリック医薬品の 新たなロードマップ」

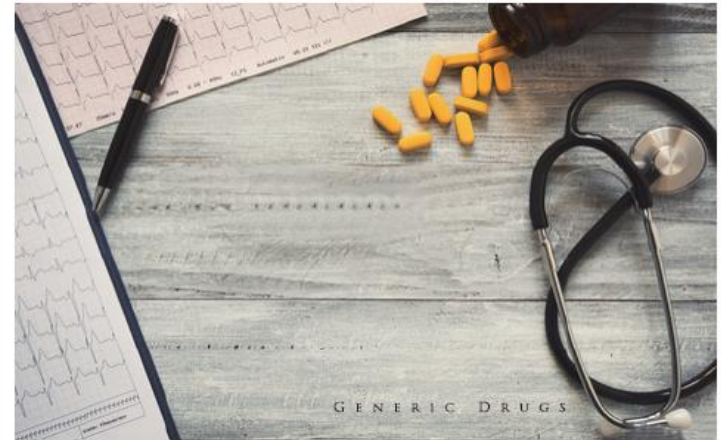
007
5403

- 武藤正樹

- なぜ後発医薬品の使用が推進され、いかに普及が図られているか？
- なぜ医師や薬剤師は不信を抱き、いかにその不信を払拭するか？
- 2020年、ジェネリック医薬品80%時代へナビゲートする！

- 2016年7月1日に

医学通信社より発刊(1200円)



ジェネリック医薬品の 新たなロードマップ

2020年、ジェネリック医薬品80%時代に向けて

京都府立医科大学 教授
日本ジェネリック医薬品学会 代表理事 武藤正樹 MASAKI MUTO

医学通信社

まとめと提言

- ・人口激減、高齢者激増の2025年へむけて医療と病床が大きくかわる！
- ・地域医療構想は、2025年の近未来から現在を振り返る、バックキャストイングで！
- ・地域包括ケアシステムは地域の課題解決型で！
- ・国民皆保険を守るためにも、ジェネリック医薬品の普及が必須！
- ・ジェネリック医薬品普及の現状と課題を知り、その促進策をみんなで考えよう！

・

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp