

2025年へのロードマップ

～地域包括ケアシステムと多職種連携～



国際医療福祉大学三田病院

国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹

目次

- パート1
 - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
 - 地域包括ケアシステムと訪問看護師
- パート3
 - 地域包括ケアシステムと薬剤師
- パート4
 - 在宅高齢者と薬剤評価
- パート5
 - ジェネリック医薬品と薬剤師



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

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

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

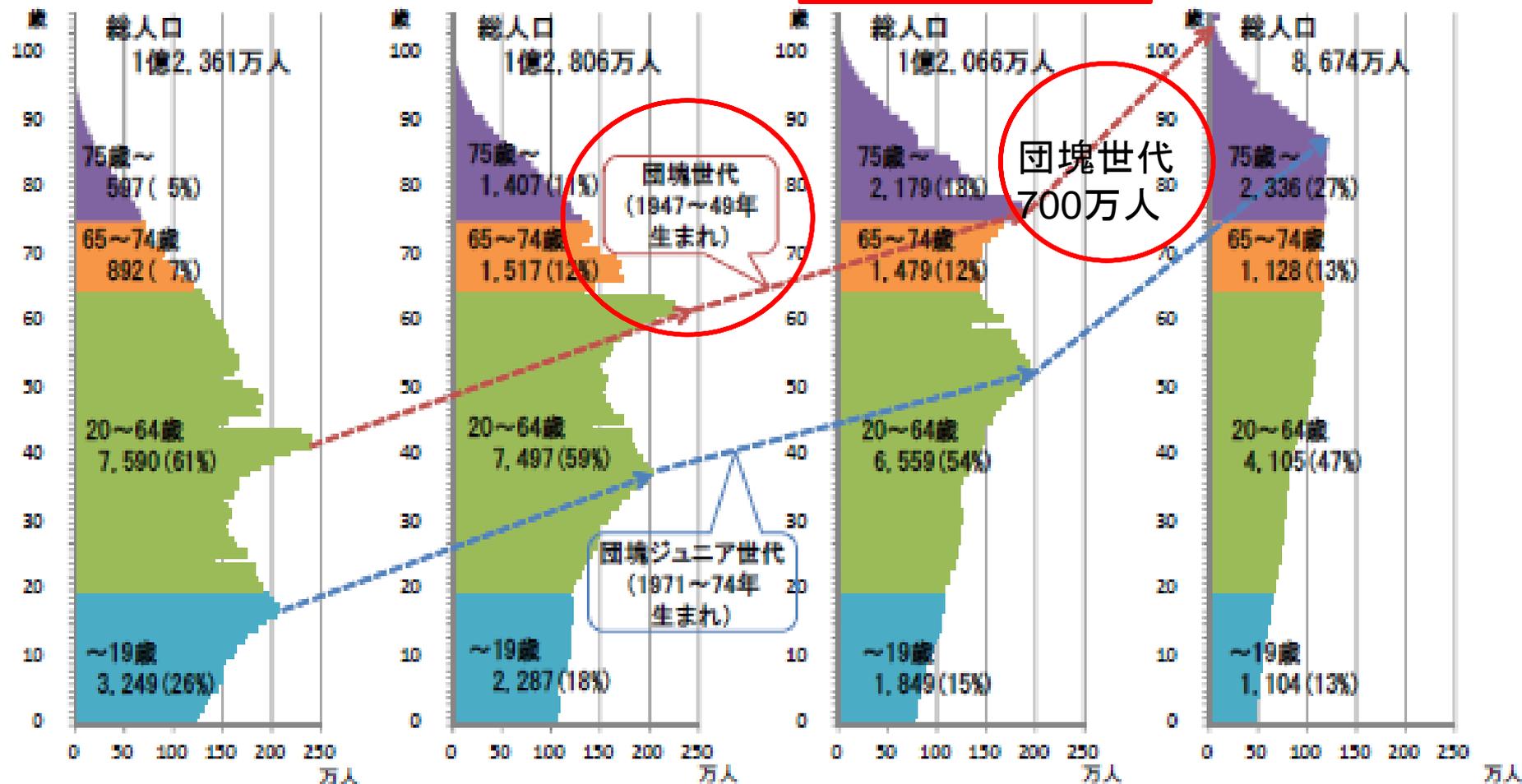
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

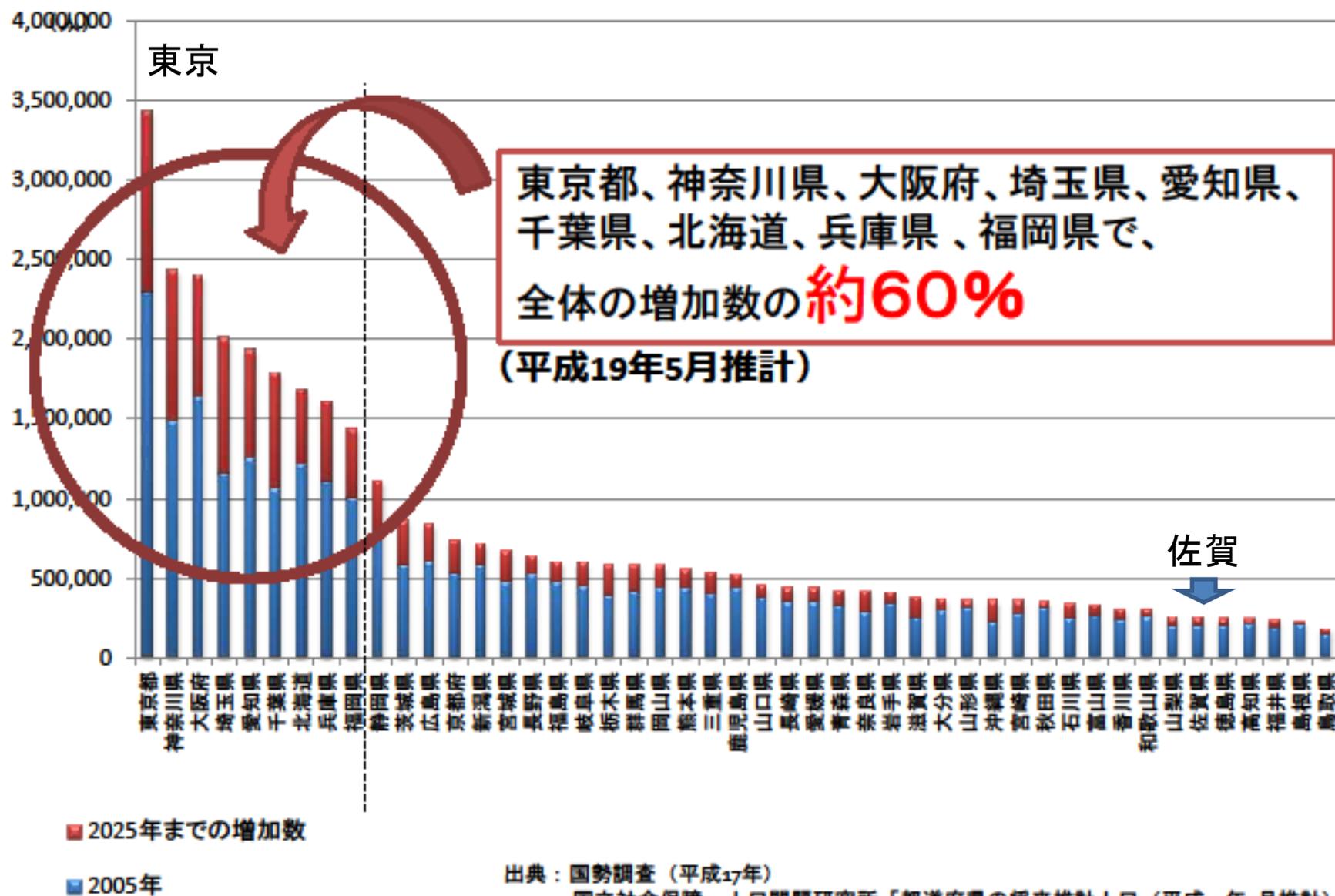
平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)

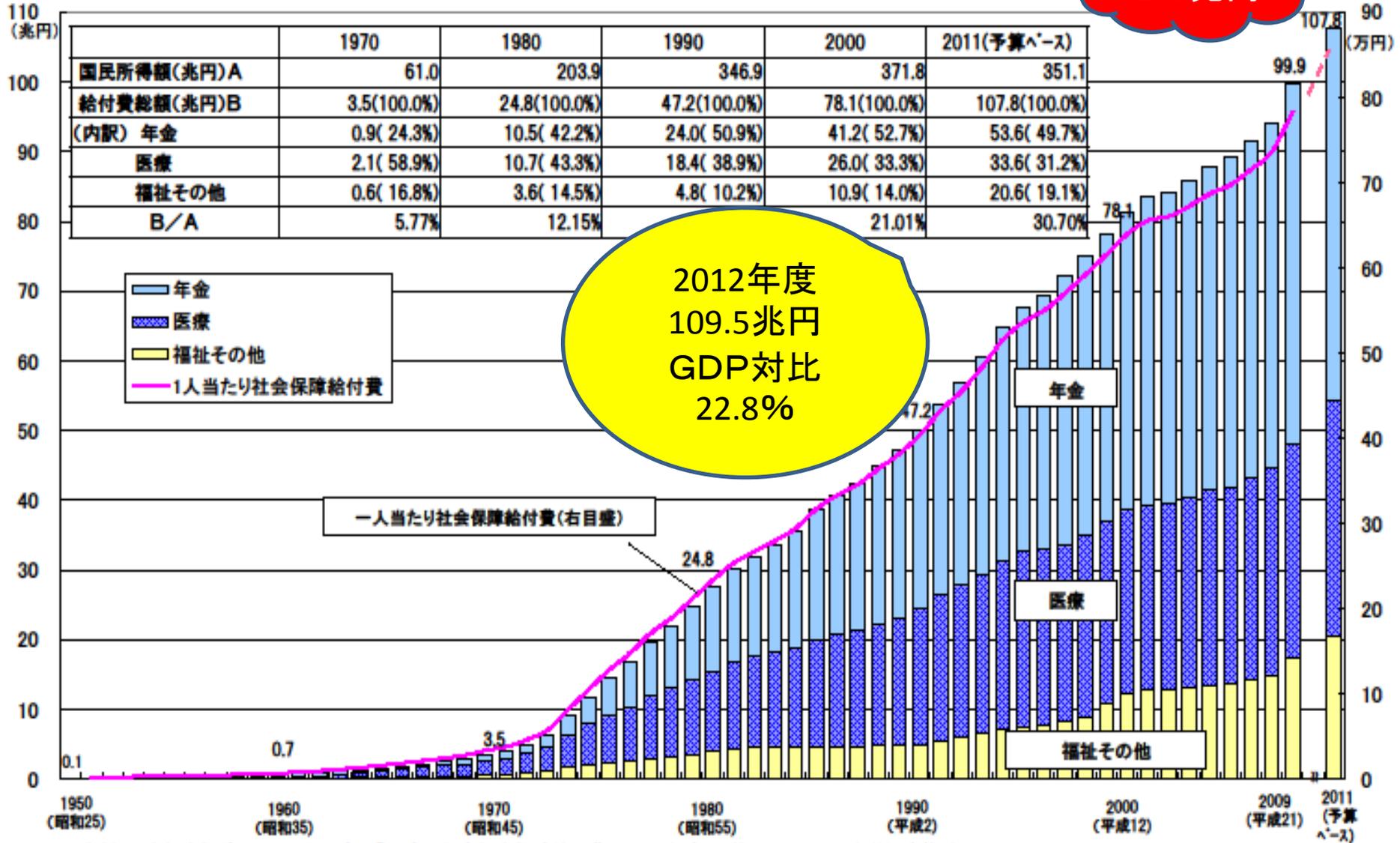


都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



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。

社会保障給付費の見通し

(兆円)

109.5兆円
(GDP対比22.8%)

148.9兆円
(GDP対比24.4%)

消費税増税は、
社会保障給付費
に充当するため

介護
2.34倍

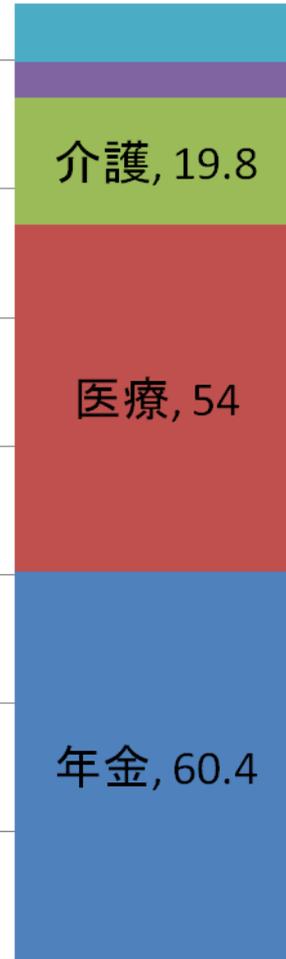
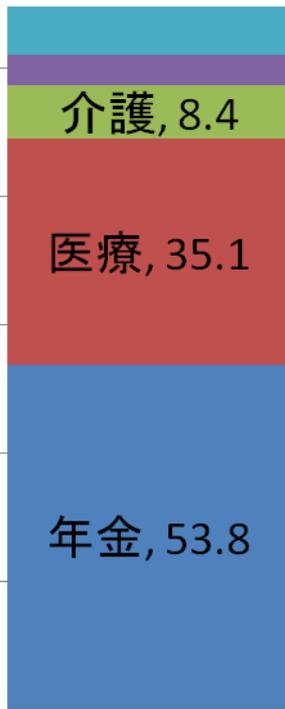
医療
1.54倍

年金
1.12倍

- その他
- 子ども子育て
- 介護
- 医療
- 年金

2012年度

2025年度



消費税アップ1年半、先延ばし 2017年4月をメドに



おかげで、診療報酬改定は2016年、17年、18年と3年連続改定！

消費税アップ先延ばし

2015年度厚労省予算縮小

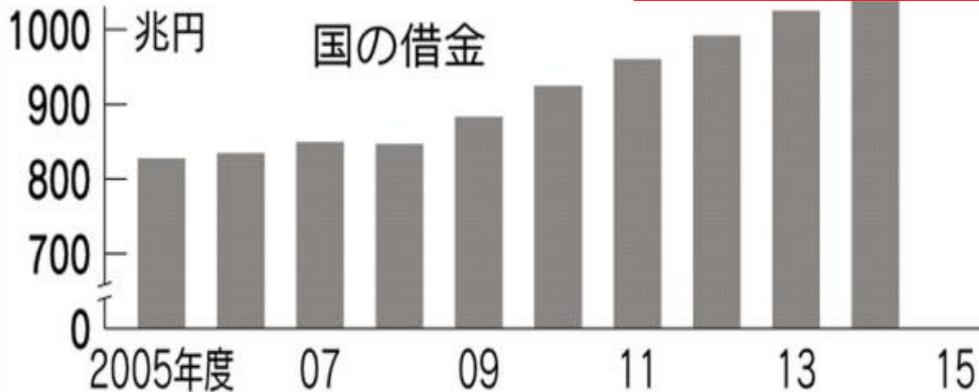
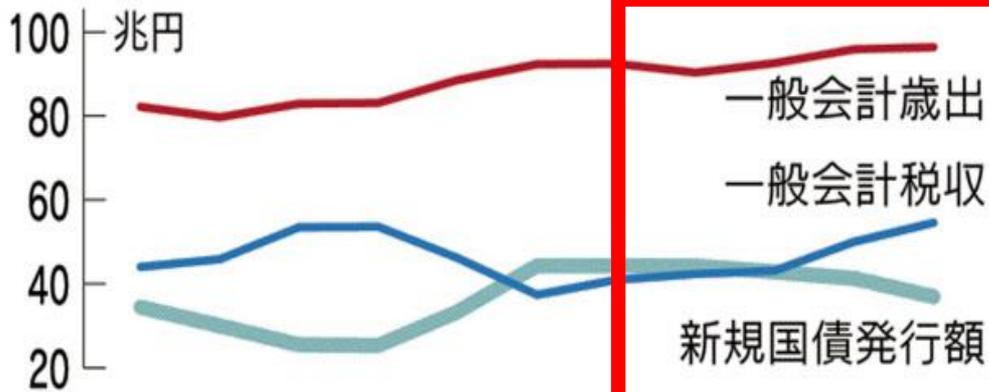
- 2015年度予算における「社会保障の充実策」予算の概要
- 財源は税率10%への増税が延期されたことに伴い、2015年10月から増税分、約3千億円減った
- しかし、消費税率8%への引き上げによる増収分1兆3500億円
- これに社会保障と税の一体改革に基づく医療や介護の見直しで1400億円を節約して上積みし、合計1兆4900億円を確保
- 医療と介護分野に8千億円強
 - 医療、介護では、15年度に新たに拡充する施策に4300億円程度
 - 国民健康保険を安定させる基金の創設(200億円)
 - 国保の財政支援に1900億円、認知症施策に200億円など
 - 介護職員の処遇改善にも700億円以上を充てる
 - 医療介護に係わる新たな基金(地域医療介護総合確保基金)は医療は昨年度と同額900億円を充て、介護に800億円、合計1700億

2015年度予算案の概要と 介護報酬改定



2015年度予算案の概要

新規国債発行額は40兆円を下回る



(注)当初予算ベース。国の借金は長期、短期などの合計、年度末時点、14年度は9月末

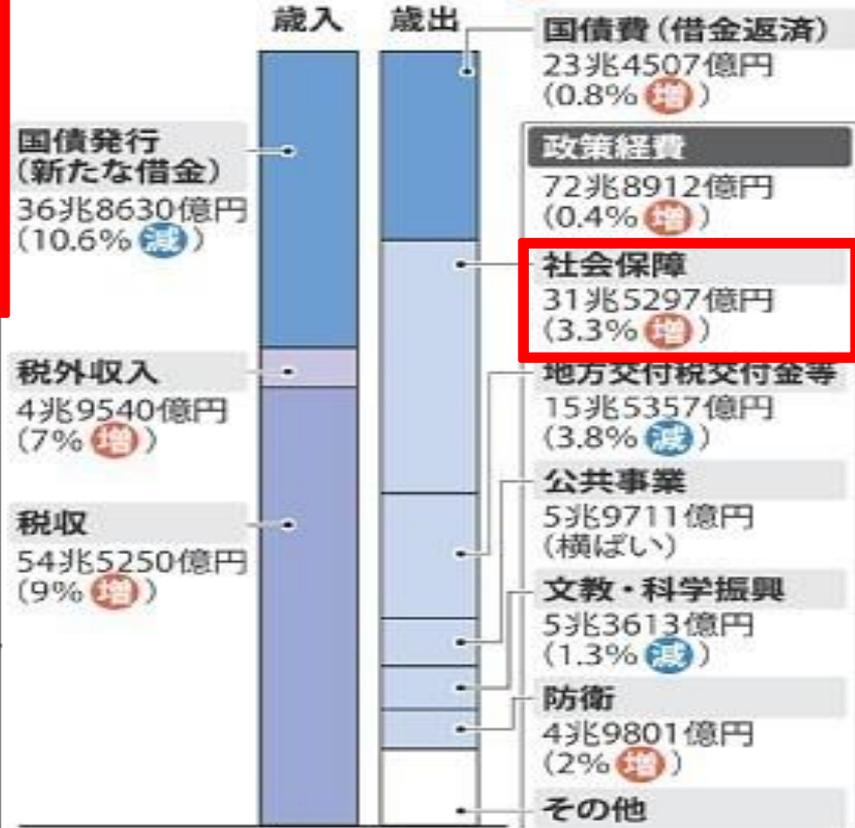
2015年度予算案の概要

※カッコ内は前年度当初予算比増減率。四捨五入の関係で、合計が合わないことがある。⬆は増加、⬇は減少

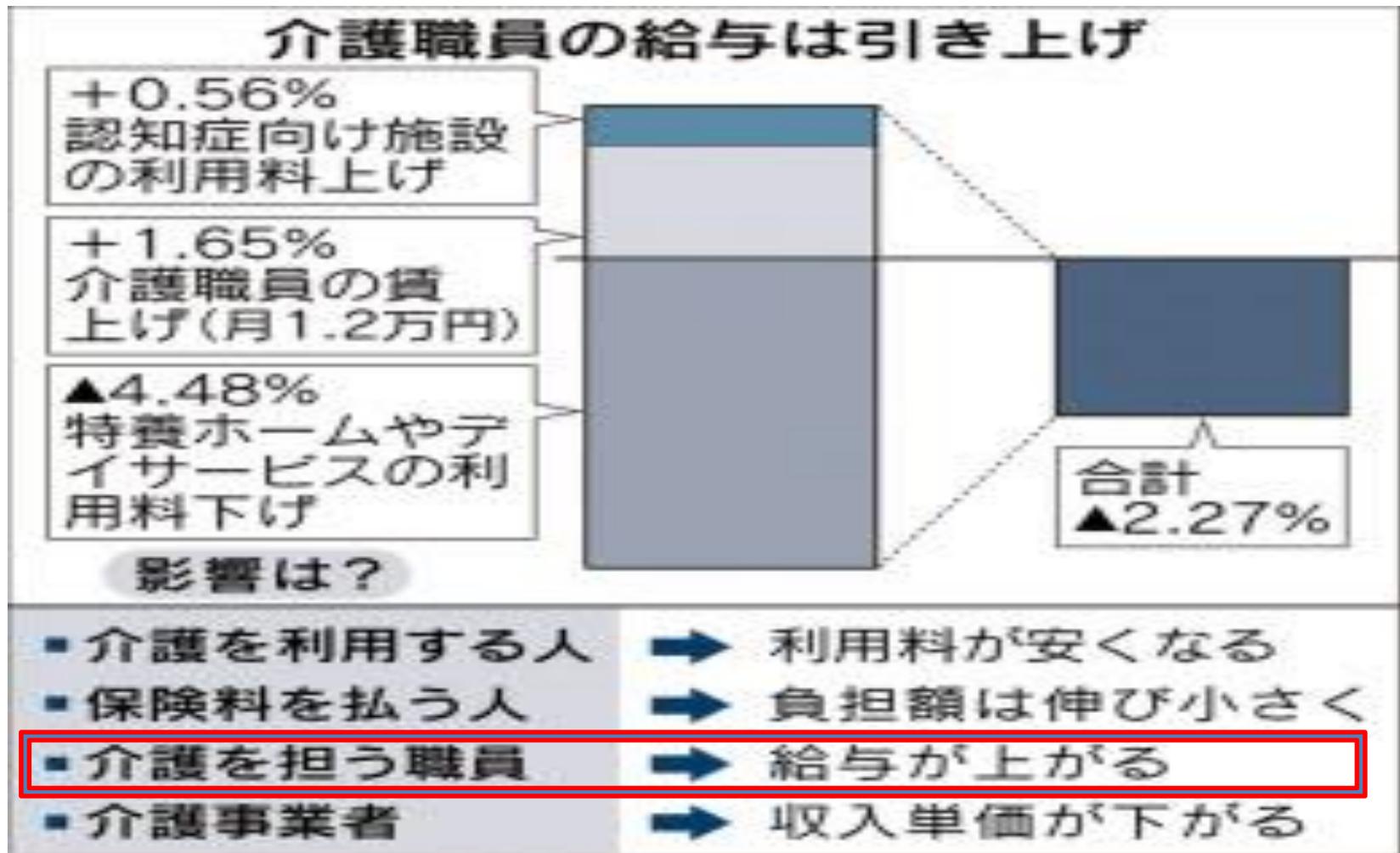
2年連続
過去最大

一般会計総額

96兆3420億円 (0.5% 増)



介護報酬、9年ぶり下げ 2.27%減額決定



マイナス2.27%の内訳

介護報酬改定で4月からこうなる

特別養護 老人ホーム		↓	「利益率」が高いとされ、基本報酬を減額
小規模の デイサービス		↓	効率化、大規模化に向けて基本報酬を減額
24時間の 随時巡回 サービス	24h 	↑	医師や看護師、介護職員らの連携促進に新たに加算
訪問看護		↑	実績ある事業所には新たに加算
介護職員の 待遇改善		↑	月1万2千円相当のアップを目指す

報酬全体の
改定率

↓ マイナス**2.27%**
9年ぶりの引き下げ

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)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
 - 病床機能情報報告制度の早期導入
 - 病床機能の分化と連携の推進
 - 在宅医療の推進
 - 地域包括ケアシステムの推進
 - 医療職種の業務範囲の見直し
 - 総合診療医の養成と国民への周知

国民会議報告のポイント

- 都道府県の役割強化
 - 医療提供体制の構築に関する都道府県の役割強化
 - 国民健康保険の運営業務の都道府県への移行
 - 医療法人間の再編・統合をしやすくするための制度見直し

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

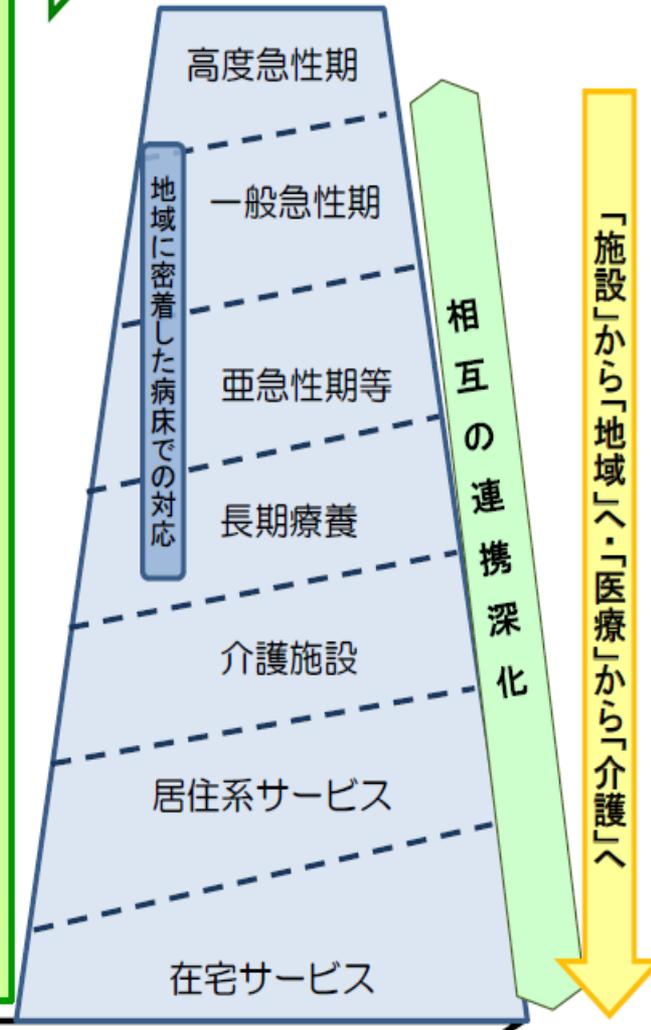
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

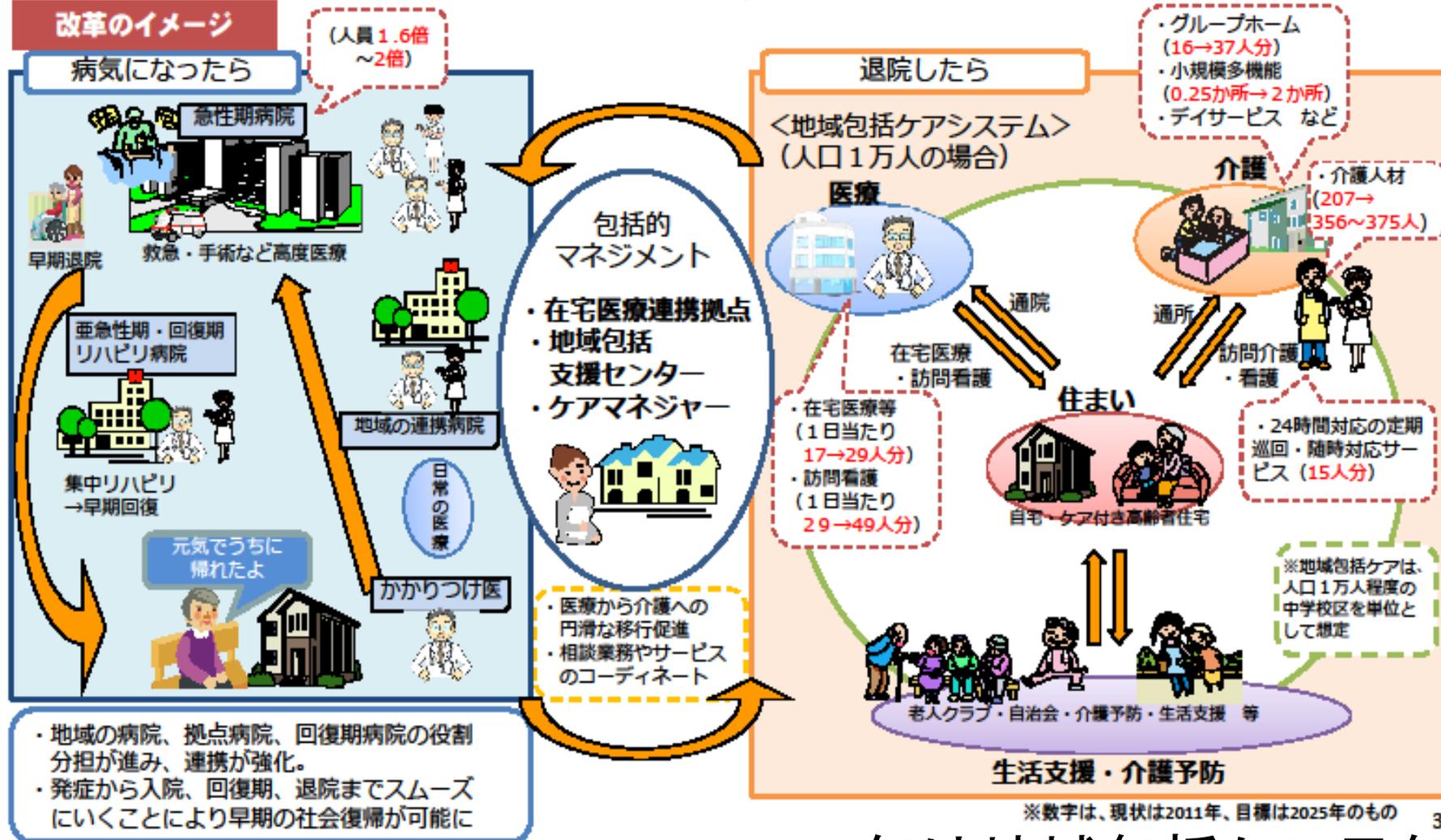
改革の方向性 ②

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



2012年は地域包括ケア元年

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」

パート2

地域包括ケアシステムと 訪問看護師



5月14日衆院厚生労働委員会

地域包括ケアシステムとは

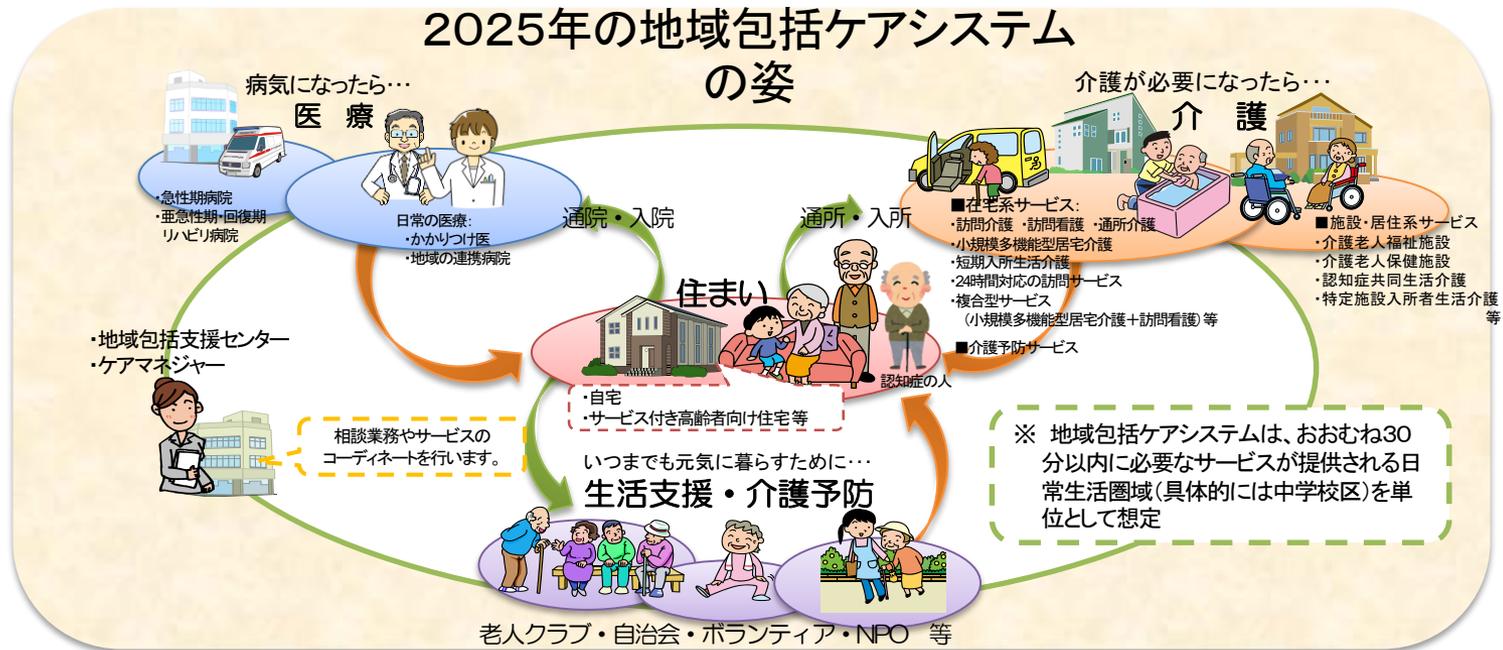
介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム



Aging in
Place

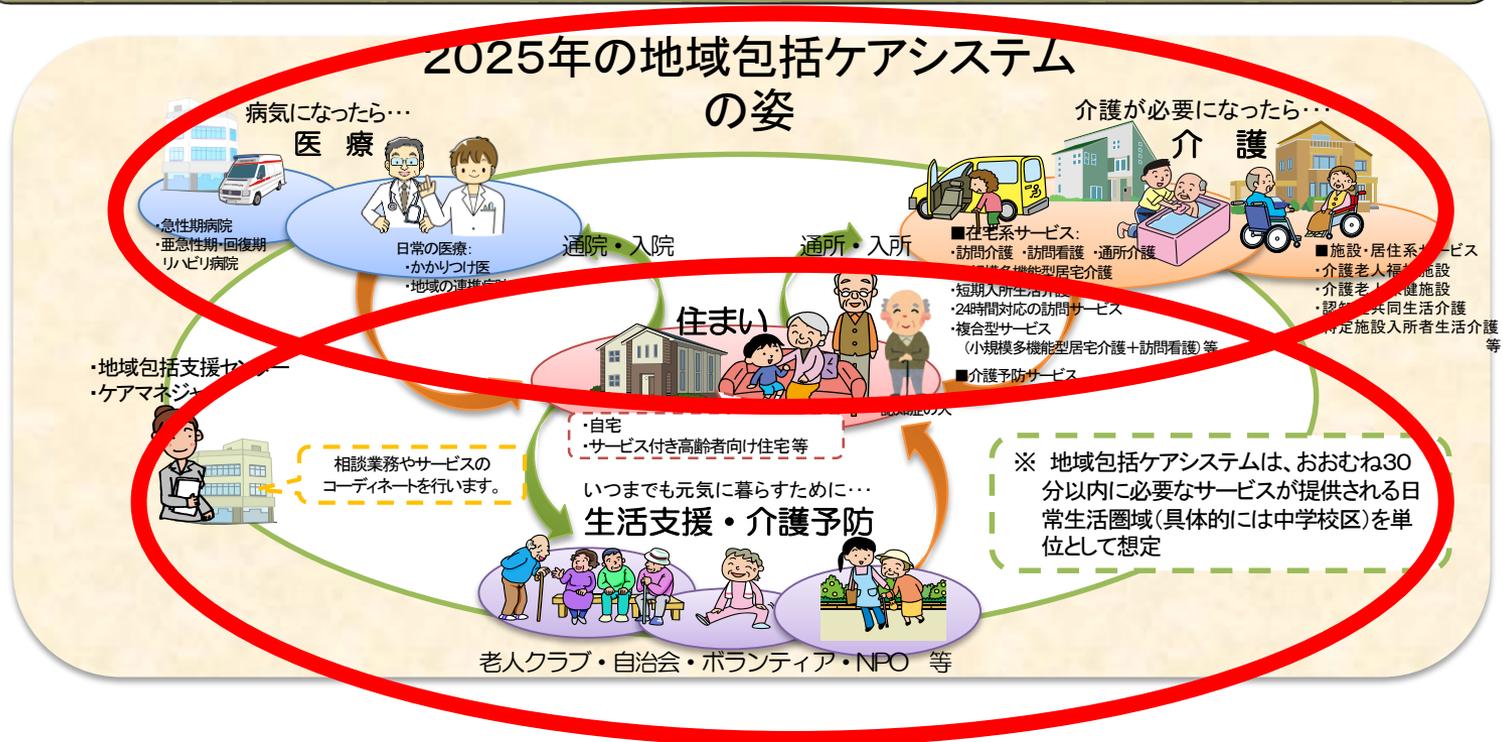
平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性にに基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。

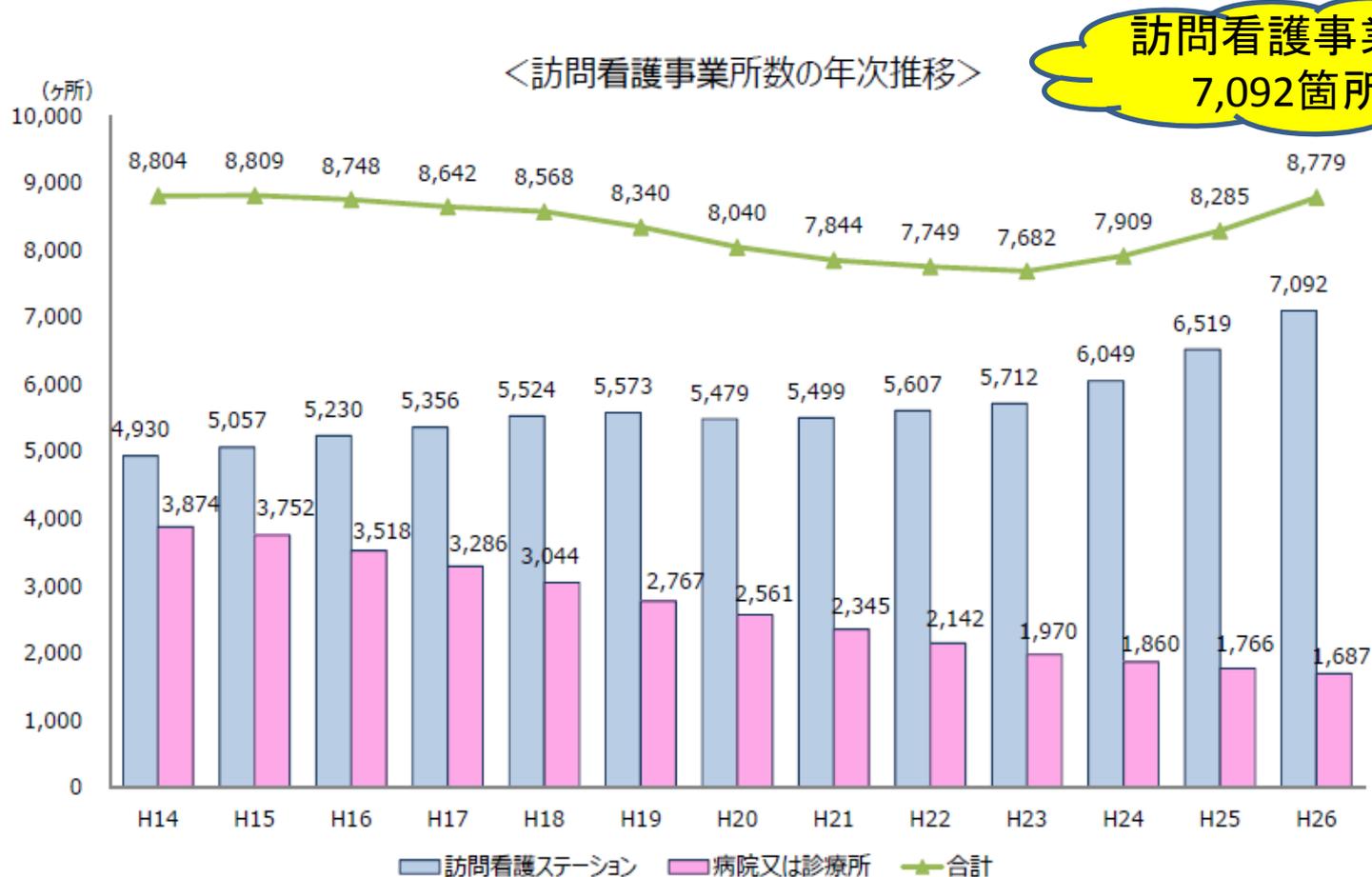


訪問看護事業所の 現状と課題



訪問看護の事業所数

○ 訪問看護ステーション数は7,092ヶ所（平成26年4月審査分）と増加傾向にあり、全体の事業所数については近年の増加が著しい。



出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

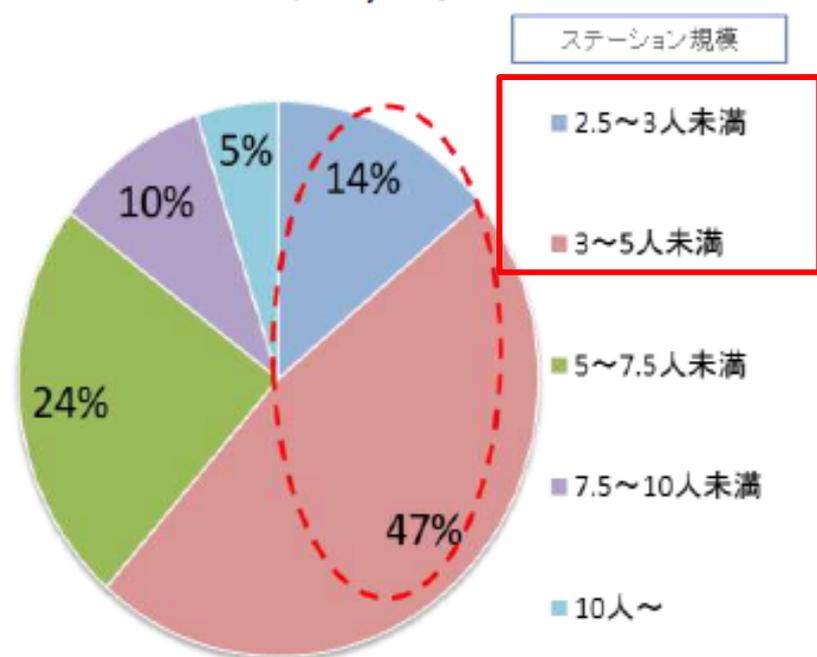
訪問看護ステーションの規模別状況

中 医 協 総 - 1
2 3 . 1 1 . 1 1 (改)

中 医 協 総 - 2
2 3 . 1 . 2 1 (改)

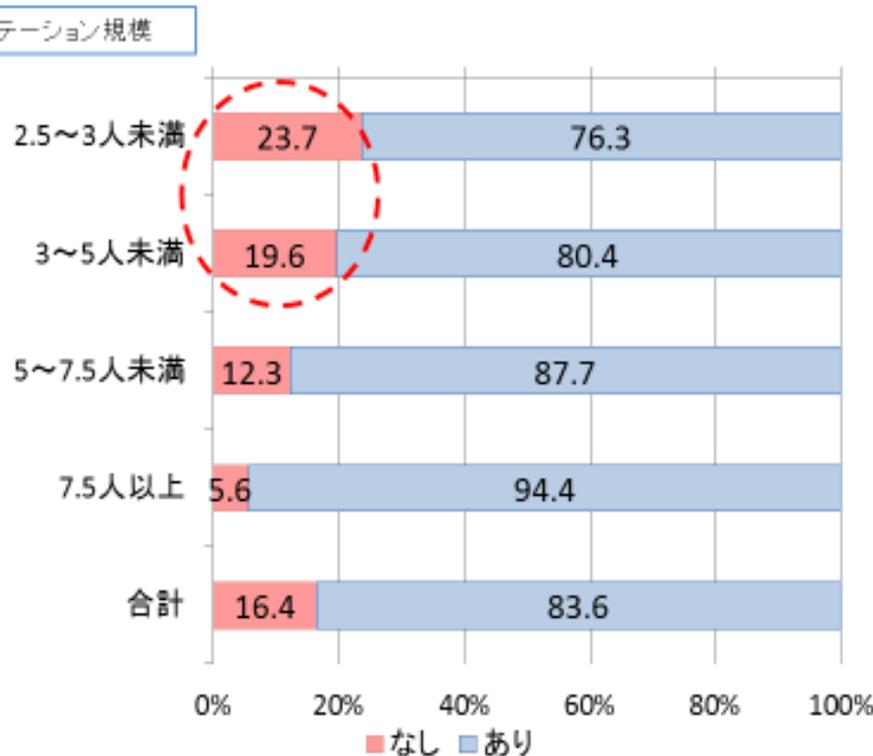
- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60% (参考) 1事業所当たり看護職員数: 約4.3人
- 小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低い。

■職員※数規模別にみた事業所数の構成 (N=1,713)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

■職員※数規模別にみた24時間対応体制の有無 (N=1,696)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

訪問看護職員の処遇(給与)の状況

【非管理職の給与】

- 看護職としての平均経験年数の違い(訪問看護師16.5年>病院看護師12.8年)にかかわらず、訪問看護ステーション看護師の基本給は病院看護師の基本給よりも約7,000円低い
- 夜勤手当等の諸手当を加えた平均税込給与総額では、月額給与格差は約20,000円に拡大する

【管理職・中間管理職の給与】

- 看護職としての平均経験年数はほぼ同じだが、訪問看護ステーション看護師の基本給は病院看護師の基本給よりも約36,000円、税込給与総額において約26,000円低い

表 看護職員の月額給与比較(2009年9月分)

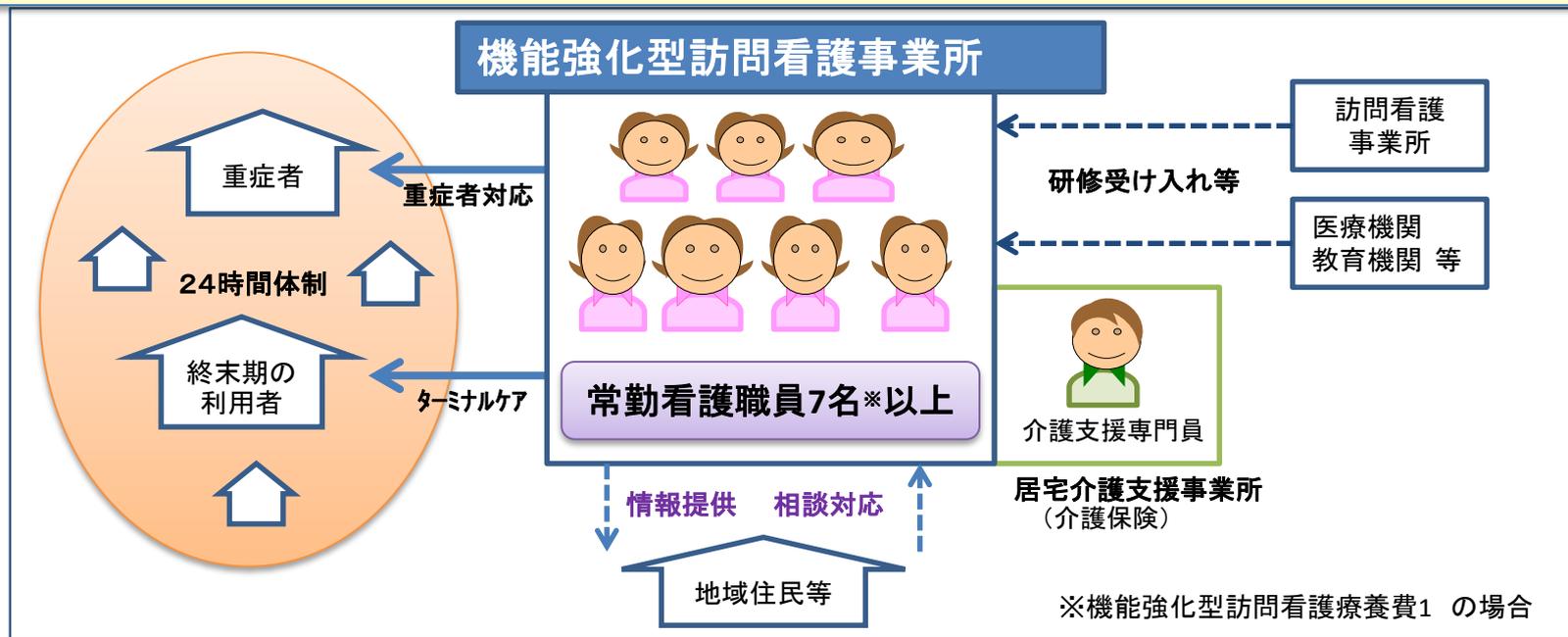
【非管理職】

	平均基本給額	平均税込給与総額	平均年齢	平均経験年数
訪問看護ステーション(n=23)	241,700円	306,728円	42.0歳	16.5年
病院(n=2,167)	248,743円	325,956円	35.5歳	12.8年
差額	-7,043円	-19,228円		

【管理職・中間管理職】

	平均基本給額	平均税込給与総額	平均年齢	平均経験年数
訪問看護ステーション(n=21)	288,488円	395,722円	45.6歳	22.5年
病院(n=817)	324,852円	421,004円	46.3歳	23.9年
差額	-36,364円	-25,282円		

平成26年度診療報酬改定 機能強化型訪問看護事業所の評価



(1) 24時間体制・看取り・重症者対応

- 24時間対応体制（24時間対応体制加算を届け出ていること）
- 重症者の受け入れ件数
（特掲診療料の施設基準等・別表7に該当する利用者数）
- 年間看取り件数（ターミナルケア療養費、ターミナルケア加算の算定数の合計）
- サービスを安定的に提供しうる看護職員配置（常勤看護職員数）

(2) 医療・介護のケアマネジメント機能

- 居宅介護支援事業所を設置していること（同一敷地内）
- 介護保険の利用者中、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について当該居宅介護支援事業所がケアプランを策定していること

(3) 地域の在宅療養環境整備への貢献

- 人材育成のための研修を実施していることが望ましい
- 地域住民等に対する情報提供や相談支援を行っていることが望ましい

<報酬類型は2パターン>

機能強化型訪問看護管理療養費1
12,400円（月の初日の訪問に対して）

常勤看護職員：7人以上
ターミナルケア療養費等の算定数合計：20件以上／年
重症者（別表7の該当者）受け入れ：10人以上／月

機能強化型訪問看護管理療養費2
9,400円（月の初日の訪問に対して）

常勤看護職員：5人以上
ターミナルケア療養費等の算定数合計：15件以上／年
重症者（別表7の該当者）受け入れ：7人以上／月

※上記以外の算定要件は1・2に共通

ニューヨーク訪問看護サービス



Visiting Nurse Service
of New York



ニューヨーク訪問看護サービス (VNSNY) の事業規模とスタッフ

• 訪問看護サービス

- ケアの対象は、新生児から95歳以上の高齢者まで。自立、回復期リハビリ状態、要介護者、終末期まで。
- 総勢19,060人のスタッフが平均1日35,000人への訪問サービスを提供している(2012年実績)
- 年間で延べ15万人の患者に、242万件訪問(2012年実績)

• スタッフ

- 正看護師(2,608人)、リハビリセラピスト(616人)、ソーシャルワーカー(580人)、ヘルパー(11,976人)、他の職種(栄養士、医師、心理療法士など154人)多職種によるサービス提供

• ICT活用

- 多職種チームをコーディネートするためにICT化が必須
- ICT機器によって、文書整理・集計・サマリー作成作業など大幅に省力化した。自社「ペンタブレット」を開発

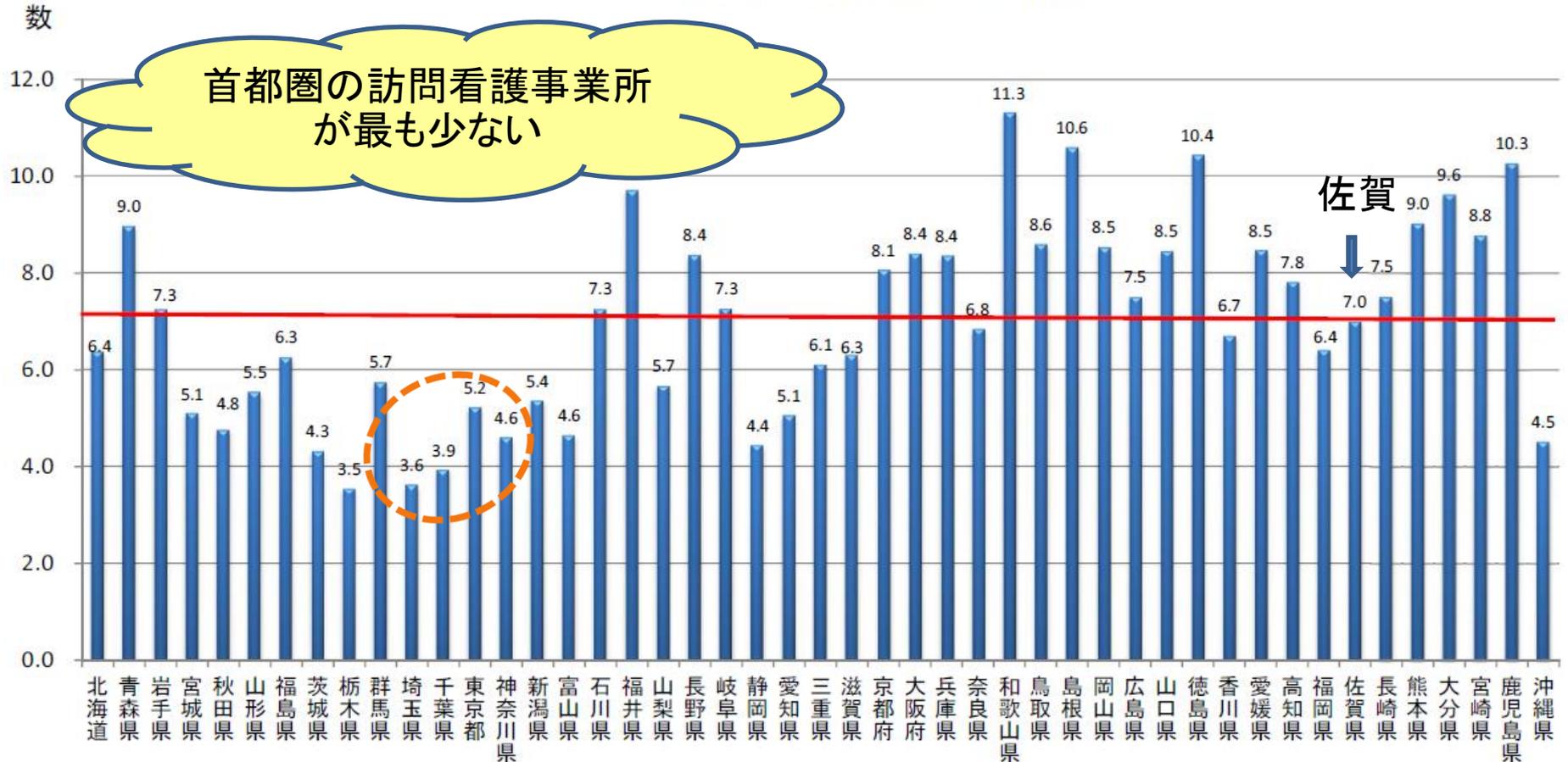
出典:2014 Visiting Nurse Service of New York
(www.vnsny.org/)



人口10万人あたりの都道府県別訪問看護事業所数

- 人口10万人あたりの訪問看護ステーション設置数は都道府県によって大きな開きがある
- 特に、今後急速に高齢化が進行する東京都および周辺県で全国平均を下回る設置数になっており、今後の需要増に対応できない可能性がある

人口10万人あたりの訪問看護事業所数

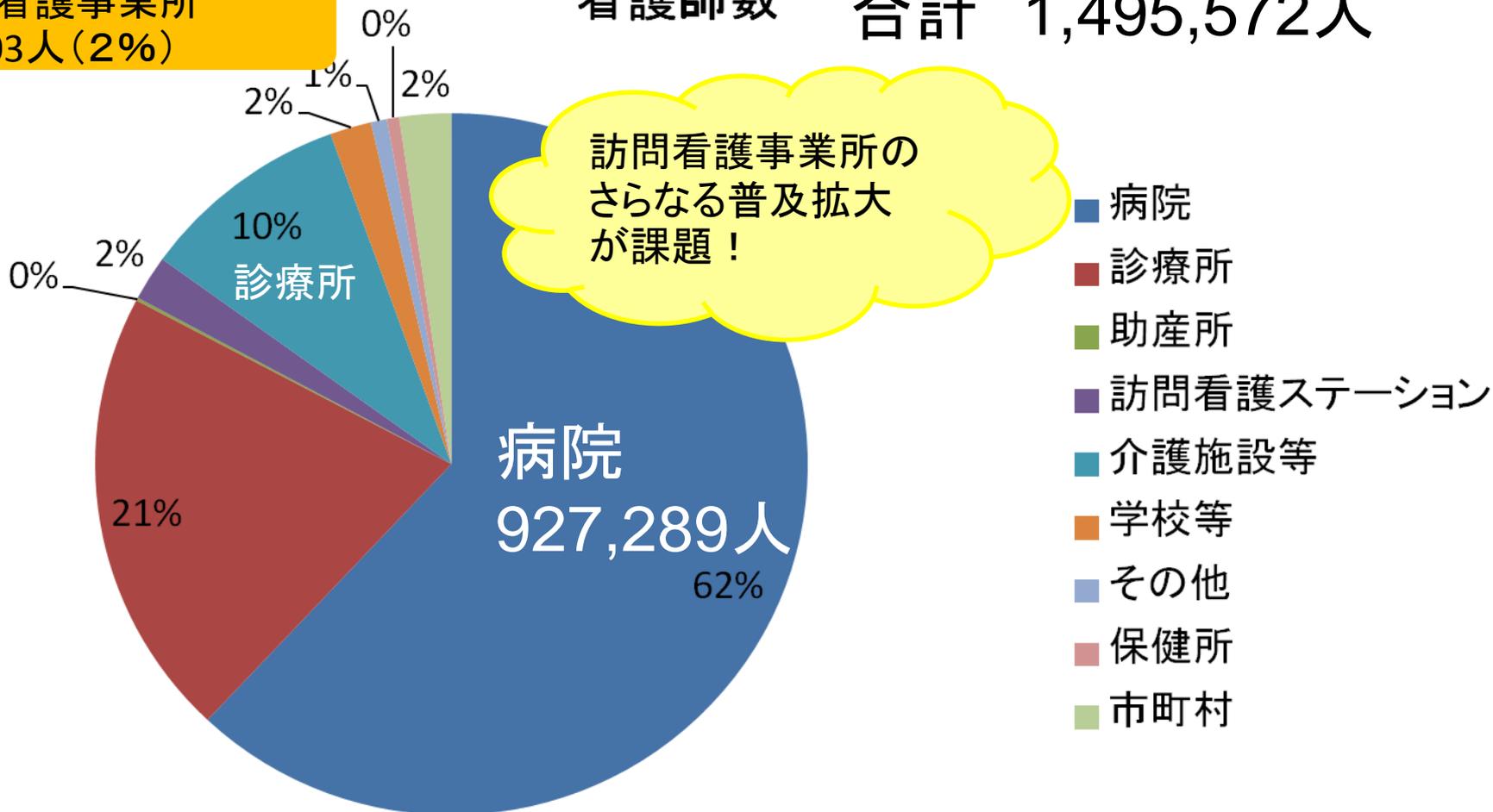


就業場所別看護師数(2011年)

厚労省医政局看護課調べ

看護師数 合計 1,495,572人

訪問看護事業所
30,903人(2%)



訪問看護ステーションの現状のまとめ

中医協 総-1
23.11.11
(改) 抜粋

① 訪問看護を必要とする者は増加しており、そのニーズは多様化している。

- ・難病、がん、小児の利用者が増加し、利用者のニーズは多様化している。
- ・医療依存度の高い患者が増加している。

② 小規模な事業所が多く、非効率さやスタッフの負担が課題となっている。

- ・小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低く、同様に算定者の割合も小さい。
- ・訪問看護ステーション数は微増し、訪問看護を行っている医療機関は減少している。

訪問看護ステーションは 多機能、高機能、大規模化へ



訪問看護ステーションから
総合ケアステーションへ

訪問看護ステーションの 大規模化・多機能化へ向けて



訪問看護ステーションの統合事例

平成20年度厚生労働省老人
保健健康増進等事業

「訪問看護事業の機能集約および
基盤強化促進に関する調査
研究事業」(川村佐和子、聖隷
クリストファー大学大学院)

事例

- A地域は、A市(人口約80万人、高齢化率21.5%)の中心部に位置し、市民のおよそ30%(人口約25万人、世帯数10万世帯)が居住する都市機能が集中した地域
- A市のA社会福祉法人は、市内に7か所の訪問看護ステーションを経営
- 7か所中2か所のA訪問看護ステーションとB訪問看護ステーションについては赤字経営が続いており、その地域で利用者の伸びが見込めないことから、この二つの訪問看護ステーションを継続して経営していくことは困難であると判断した。

事例

- B訪問看護ステーションがある地域では、狭い地域に3つの訪問看護ステーションが競合しており、新規利用者の獲得が難しい状況
- A訪問看護ステーションは、在宅ターミナルや、頸椎損傷、難病等の医療依存度が高い利用者が増えていたが、職員数が不足し、夜間の携帯当番回数が多いなど、職員の負担が大きいことが問題

訪問看護ステーションの統合による効果

- 看護職員数(常勤換算)
 - 13.0人→11.1人
- PT・OT数
 - 2.0→2.8人
- 事務職員
 - 1.4人→0.9人
- スタッフの負担
 - 緊急時の携帯当番
 - 1人あたりの回数が統合前の最大10回から統合後は2～5回に減少しており、負担は減少
 - 緊急時の夜間携帯当番
 - 1人あたりの当番回数が減少し、負担が大きく軽減された。また、看護職員が増えたことで、職員の急な病気等による休みにも対応することが可能になった。

利用者数の変化

- 利用者数
 - 介護保険利用者は130人と変化なし
 - 医療保険利用者は統合前の2事業所合計45人から50人に増えた
 - 利用者像が多様化し、がん・小児・終末期の利用者への訪問が増えた
 - 統合後は新規利用者を断ることなく訪問調整ができるようになった

経営収支の改善

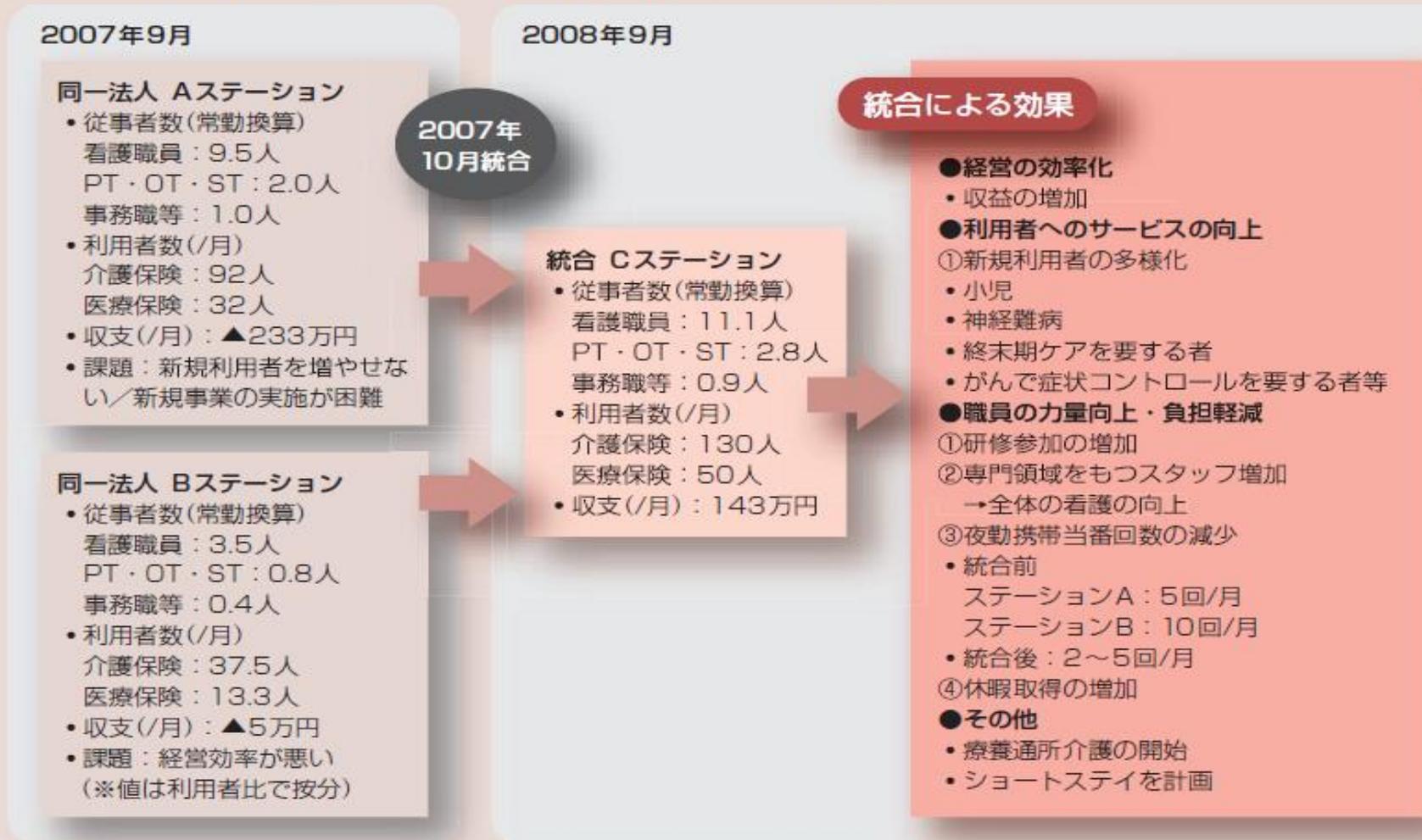
- 経営状況は、統合前と比較して統合後は事業収益が増加
- 全体として収支は統合前に1か月238万円の赤字であったものが、統合後には1か月143万円のプラスに転じている

狭い地域に3つの訪問看護ステーションが競合しており、新規利用者の獲得が難しい状況だった。

一方、A訪問看護ステーションは、在宅ターミナ

ルのステーションを兼務し、互いの利用者を把握した。利用者には、ステーション所長等が訪問し、統合について説明を行ない、同意を得た。

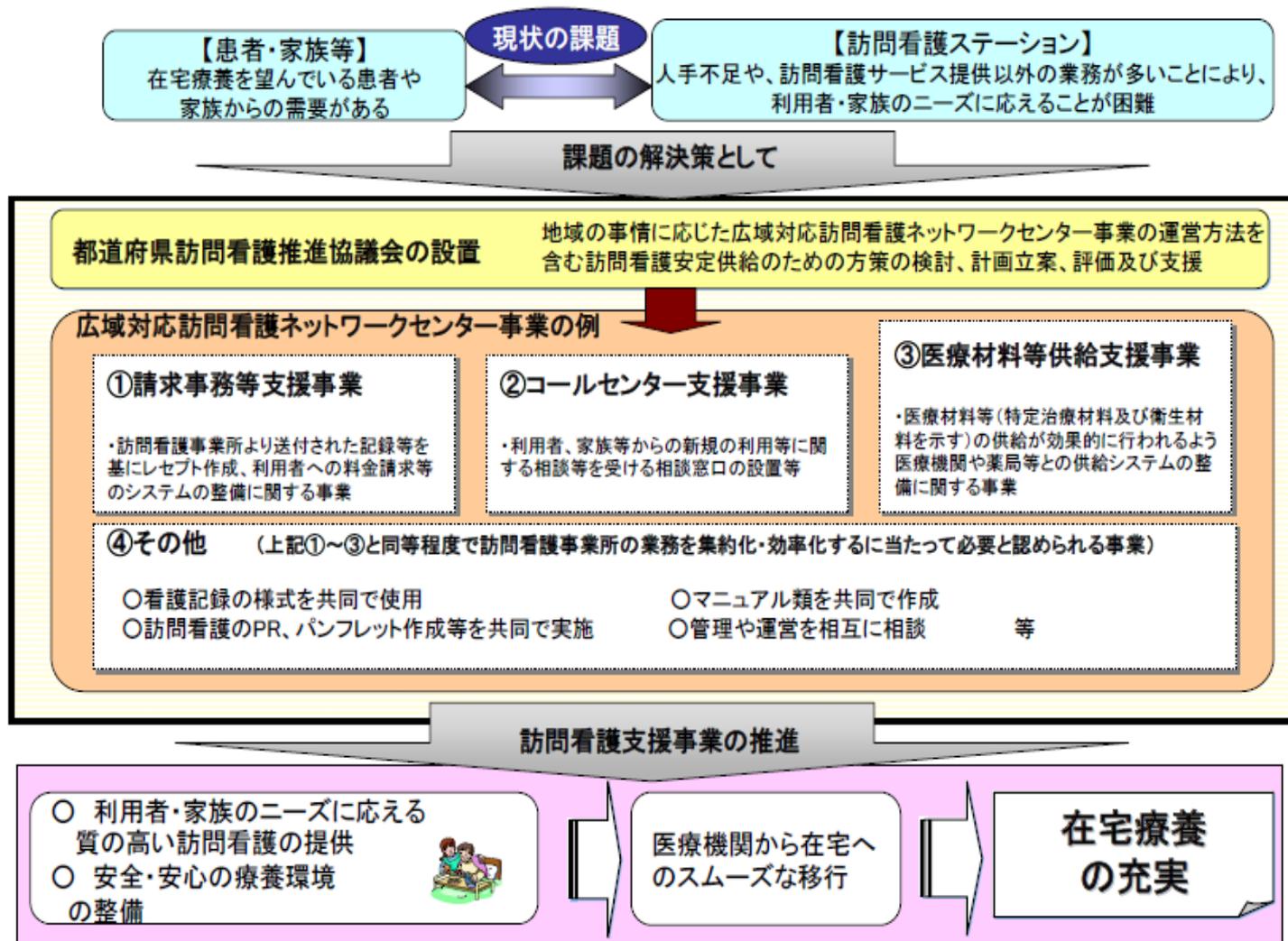
図1 統合前の各ステーションの状況と統合後の状況とその成果



訪問看護ステーション支援事業

- 2009年から2012年までに訪問看護支援事業を国が予算化して行った
 - ①報酬請求業務支援
 - ②電話相談業務(コールセンター)支援事業
 - ③医療材料等供給業務支援等のサービス
- 平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「訪問看護の基盤強化に関する調査研究事業」報告書

図表 4 訪問看護支援事業の概要



(1) 請求事務等支援事業

- 訪問看護ステーションは請求事務作業を単独で実施している
 - 訪問看護サービスは診療報酬と介護報酬が複雑に入り組んでいて煩雑
 - 請求事務は訪問看護ステーションの負担
- 訪問看護ステーションがネットワークを形成し請求事務や記録の共有などを行った
 - 2009年度にこの事業を開始した香川県においては、広域対応訪問看護ネットワークセンターを県の看護協会内に設置し、センターを拠点として複数の訪問看護ステーションをネットワーク化して、請求事務や看護記録の共有、グループウェアを通じた意見交換、マニュアル共有などを行うシステムを構築して、効果を挙げている

(2) コールセンター支援事業

- 訪問看護ステーションでは、利用者や病院、ケアマネジャー等からの相談について、個々のステーションが独自に対応している
- 個別対応であるため、地域内でステーションの受け入れ可否の状況や得意分野の情報が共有されていない。
- このため、適切なステーションへの紹介もできず、また小規模ステーションでは、訪問を行う日中は事業所が無人になるので、訪問看護の依頼の電話があっても対応ができないことなどが課題

(2)コールセンター支援事業

- コールセンター
 - 訪問看護の相談窓口を地域で一本化し、受け入れ調整機能を果たすセンター
- 病院滞在型のコールセンター支援事業(大阪府)
 - 病院内に滞在型のコールセンターを設置し、地域の訪問看護ステーションに関する情報を一元管理しながら、病院から在宅へのスムーズな退院支援に活かした
 - コールセンターに情報を集約することで、利用者ニーズにあったステーションを紹介できるようになった
 - 病院内にコールセンターを設置することで、病院看護師にとっても退院調整や訪問看護等について知ることができ、新規利用者の確保に加えて病院関係者に対する退院支援や訪問看護に関する普及啓発につながったという。

(3) 医療材料等供給支援事業

- 在宅医療における医療材料等の在庫問題
 - 「医療機関では、消費量が少ないにも関わらず箱単位で購入せざるを得ないため、医療材料等の使用期限が過ぎてしまうなどの無駄が生じる」
 - 「利用者にスムーズに医療材料等が届かない」
 - 「訪問看護ステーションが必要なときに対応できない」等の課題
- 医療材料等の供給ネットワーク
 - 医療機関や地区薬剤師会、薬局等と連携した供給システムを構築
 - 医療材料等を効率的に利用者に供給するためのシステムを構築する事業が行われることとなった

(4) その他

- 共同でホームページを作成
- マニュアル類の共同作成、パンフレット等の作成、PR 支援、看護記録の共同利用
- これらの共同作成、利用は請求事務等支援事業やコールセンター支援事業などと組み合わせて行っている地域が多い。
- コールセンター事業の周知も兼ねたパンフレットを作成してコールセンターの利用につなげる
- 請求事務等支援業務の一環として訪問看護ステーションネットワークシステムを構築し、マニュアルの作成や看護記録の共有を行うなど、複数の事業を有機的に組み合わせて実施している場合も多い

パート3

地域包括ケアシステムと薬剤師

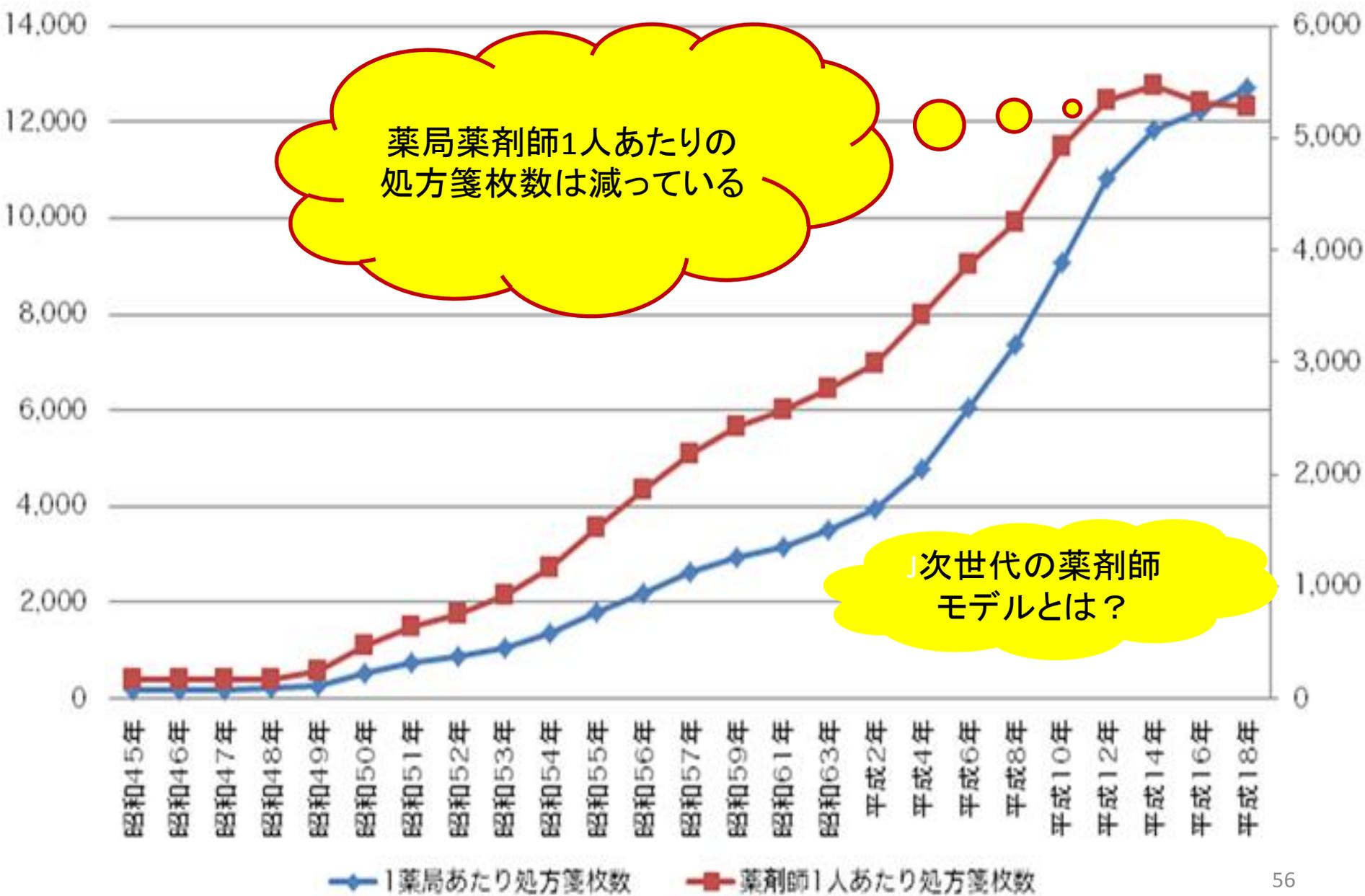


薬局・薬剤師を取り巻く環境の変化

- 今日、医薬分業が66%(2012年)を超え、量的には拡大した。
- 保険薬局数も56、516(2012年)となった。
- 保険薬局に働く薬剤師も14万人近くになった。
- 薬学教育が6年生となり、薬剤師の臨床薬剤師としての資質の向上も期待されている
- 薬局・薬剤師を取り巻く環境が大きく変化している
- 地域における新たな薬局と薬剤師の役割が求められている



1薬局あたり処方せん枚数と薬剤師1人あたり処方せん枚数



薬局薬剤師1人あたりの
処方箋枚数は減っている

次世代の薬剤師
モデルとは？

医薬分業に対する批判噴出!

○ 平成14, 15年度健保連「医薬分業による薬剤給付の合理性に関する調査研究事業」報告書

- 「現状では、患者は薬の受取りにあたって利便性を重視している。「かかりつけ薬局」を決めて自身の薬歴を管理してもらおうという医薬分業の意義は、患者にはあまり認識されていない。」
- 「総薬剤点数について、院外の方が高く、**医薬分業の実施により薬剤費が減るのではないかとの予測とは一致しない結果**となった。」

○ 四病院団体協議会（四病協）総合部会（平成24年12月）

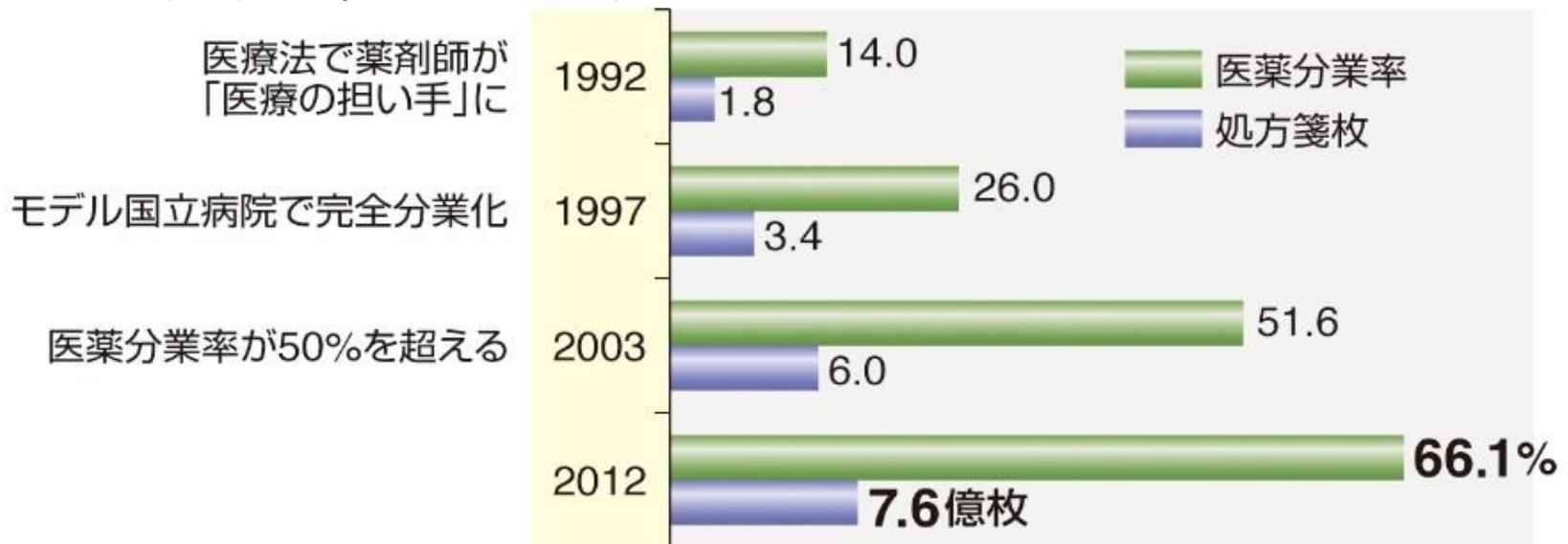
- 「国が進めてきた医薬分業の効果をきちんと検証すべき」
- 「院内調剤に比べて院外調剤の方が患者負担が高いとの観点から、次期診療報酬改定では「**院外調剤報酬の適正化**」が一つの論点」

医薬分業

医薬分業とは、薬の処方と調剤を分離し、それぞれを医師、薬剤師という専門家が分担して行うことを意味しています。

ヨーロッパでは800年近い歴史があり、神聖ローマ帝国のフリードリヒⅡ世(1194～1250年)が毒殺を怖れて、主治医の処方した薬を別の者にチェックさせたのが始まりと伝えられています。

日本では戦後GHQが1951年にいわゆる医薬分業法を導入したが、既得権益の抵抗にあって骨抜きに。1992年より医療法で薬剤師が医療の担い手として規定されて以来、ようやく普及が進んだ。



処方箋枚数と受取率(医薬分業率)の推移

医薬分業メリット

• メリット

- 医師よりは薬についてより広い知識を持っている薬剤師によって、処方されている薬の内容、投与方法、投与量、薬の相互作用などについてチェックが行われることが期待できる。
- 病院、診療所で薬の出来上がりを待つことなく、都合のよい場所にある薬局で都合のよい時刻に薬を受け取ることが可能である。
- 処方する医師が薬を処方するほど、病院、診療所が儲かるという仕組みをなくすことが出来るため、不必要な薬の処方を防ぐことが出来る。(薬漬け治療の抑制)

医薬分業デメリット

• デメリット

- 院内調剤であれば、診察の後、院内で薬を受け取ることができ、用件を一か所で済ませることができたが、医薬分業の場合、病院、診療所から薬局まで移動しなくてはならず、患者や家族にとっては負担となる。
- 多くの病院・診療所を受け付ける体制(面分業)になっていない薬局では、薬の在庫が少なく処方薬をすぐに揃えられないため、全て揃うまでに時間がかかる場合がある。
- 料金の支払いが2ヶ所になるため、患者の自己負担がかなり増える。1.3～3.8倍にも増える(川渕孝一教授)

医薬分業

- 《匿名の薬剤師インタビュー》
 - 「用量の上限を超えたり、適切な用法に反する処方を行う医師もいるが、**疑義照会**を実施しないことが多い
 - 処方せん内容に疑義がある場合、薬剤師は医師に照会を実施し、その疑義が解消しない限り調剤してはならないという規定がある
 - 薬局の社長の指示であり、何も疑問を持つなと言われて
いる。調剤薬局は処方する病院がないと成り立たず、立
場と言いつらい

医薬分業

- 《医療ジャーナリスト 伊藤隼也氏》
 - 現状のシステムで本質的な医薬分業は不可能
 - 薬剤師が疑義照会しづらいのはシステム上の問題であり、**門前の医師に異議**を唱えるのは勇気がいる
 - 薬の単純な間違いはチェック出来るかもしれないが、もっと大きな問題、複数の医療機関による多剤併用などは解決できない
 - 分業にはコストもかさむ。病院の中に薬局を設置する(門内薬局)
 - あるいは医療機関に薬剤師が入りチームで患者に対応すべきだ。

門内薬局論まで

- 規制改革会議は3月12日、「医薬分業における規制の見直し」をテーマに都内で公開ディスカッション
 - 病院の中や敷地内に薬局を開設する“門内薬局”を禁止している規制のあり方について議論
 - 門前薬局が乱立している現状から、患者が薬局まで移動しなければならない状況は不便だとして、「病院内への薬局設置を認めるべき」との意見が相次いだ
 - しかし厚労省は分業を進めるためには、経営や立地を含め、あらゆる面で病院と独立している必要があると主張

医薬分業における今後の課題

- 薬剤師が国民から信認されて医薬分業が進んだのであれば、今後
も着実に進展していくと思うが、医療機関側の経済的要因(薬局か
ら見れば外的要因)で進んだ医薬分業では、早晚衰退してしまうの
ではないか。
- 医薬分業が当たり前のように思っていないか。この10年程度の処方
せんの発行率が伸びていた時代を前提に考えていないか。
- 調剤医療費等が全医療費の中でも大きなものになってきている状
況で、患者・国民に負担を求めるには、その業務の必要性やどの程
度価値があるものか、またどの程度コストがかかるものか、データ
やエビデンスを出していくことが必要。
- 打開策のキーワードは何か？

－地域医療への貢献

(在宅医療、健康支援拠点としての機能)

－薬局機能の効果評価

在宅医療での
薬局・薬剤師の
役割が期待されています！

葉山のタカノ薬局の岡豊香さん

在宅医療における薬剤師の役割・課題・取り組み

役割

処方せんに基づき患者の状態に応じた調剤（一包化、懸濁法、麻薬、無菌調剤）
患者宅への医薬品・衛生材料の供給
薬歴管理（薬の飲み合わせの確認）
服薬の説明（服薬方法や効果等の説明、服薬指導・支援）
服薬状況と保管状況の確認（服薬方法の改善、服薬カレンダー等による服薬管理）
副作用等のモニタリング
在宅担当医への処方支援（患者に最適な処方（剤型・服用時期等を含む）提案）
残薬の管理、麻薬の服薬管理と廃棄
ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有
医療福祉関係者への薬剤に関する教育



在宅患者への最適かつ効率的で安全・安心な
薬物療法の提供

残薬の確認と整理の実例

長野県薬剤師会 事例

残薬薬剤費
400億円



患者Aさん(女性)

複数科を受診。多剤服用。訪問介護員は入っているが、薬は自己管理にて整理がつかない状態。

A病院(心療内科) 処方薬 7種類

B診療所(内科) 処方薬 4種類

在宅訪問時に驚くほどの飲み残しが出てくることは多い。
残薬整理は訪問初期段階の最重要課題。



【対応】

処方医に疑義照会を行い、A病院とB診療所から交付された処方せんの薬を合わせて一包化し整理。
これにより服用状況も改善。

在宅での薬剤師業務 ～往診医師への同行～



「まさか、薬局に就職してドクターの回診につくととは・・・」

(C) Kenji Hazama, M.D., Ph.D.

特養での多職種連携



フロアでの申し送り



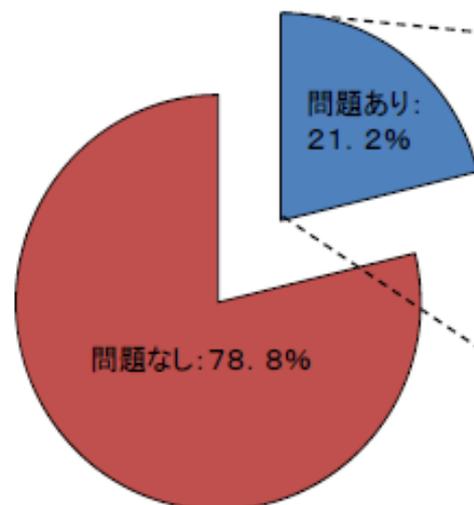
ケアカンファレンス

多職種から薬剤師への承認(acknowledgement)

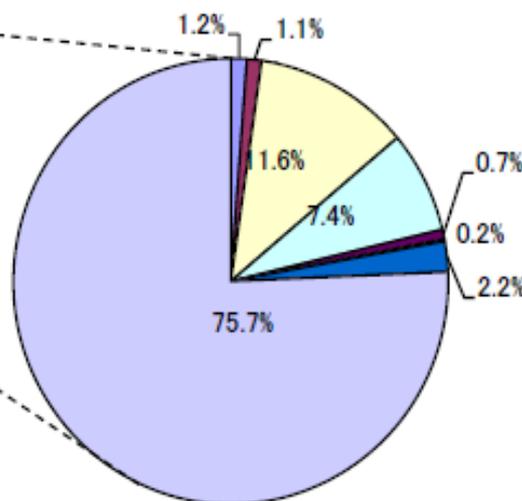
(C) Kenji Hazama, M.D., Ph.D.

高齢者向け住宅・施設の入所者における 薬剤関連の問題

施設側からみて、薬学上問題があるとされた入所者の割合



問題の内訳 (N=2,286)



- 複数の医療機関から同じ薬が重複して処方されていた
- 相互作用のおそれのある薬の投与があった
- 習慣的に薬の飲み忘れをしていた
- 本人の嚥下能力に薬の形状が適していなかった
- 習慣的に薬を飲みすぎていた
- 処方内容と患者の食習慣が合っていなかった
- 薬による副作用の発症があった
- 服用している薬への理解が不足していた

【誤薬のリスク】※施設側の意見

- ・眠前薬、点眼薬は介護職の人に与薬してもらっている(誤薬のリスク)。
- ・実際に服薬を介助する介助員の知識が足りないと思われること。介護員の質の問題。
- ・現場(介護職)が内服に関する知識が乏しいため、内服介助の際の危機感(誤薬、飲み忘れ、副作用など)が大きい。介護職も利用者一人ひとりの内服に興味を持っていただく必要がある。
- ・長期入所の人朝の薬は赤、昼の薬は青、夕の薬は黒、就前は緑でわかりやすくしているが、短期入所の方は薬局ごとに赤を夕にしたり、黒を朝にしたりして、かえって間違いやすい。
- ・管理については服薬まで全て看護師が行えないため、配薬ミスがどうしても起こってしまっている。

出典)平成21年度老人保健事業推進費等補助金「地域薬局による在宅服薬支援(在宅医療・居宅療養)における薬物治療の向上及び効率化のための調査研究」

2012年診療報酬改定 重点課題

医療従事者等の負担軽減

- ①病棟薬剤業務実施加算
- ②在宅薬剤管理指導業務

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進 (2012年改定)

在宅業務に対する新規評価

在宅業務を推進するため、過去の実績も考慮した施設基準を満たす薬局が、在宅患者向けに調剤した場合の加算を新設する。

(新) 在宅患者調剤加算 15点(処方せん受付1回につき)

小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

かかりつけ薬局が対応できない場合に、あらかじめ連携しているサポート薬局が臨時に在宅訪問対応できるよう、制度を見直す。*

※ 現行では、薬局単独で実施した場合のみ算定可能。改定後は、サポート薬局が実施した場合であっても算定可能。

無菌調剤に係る薬局の負担軽減

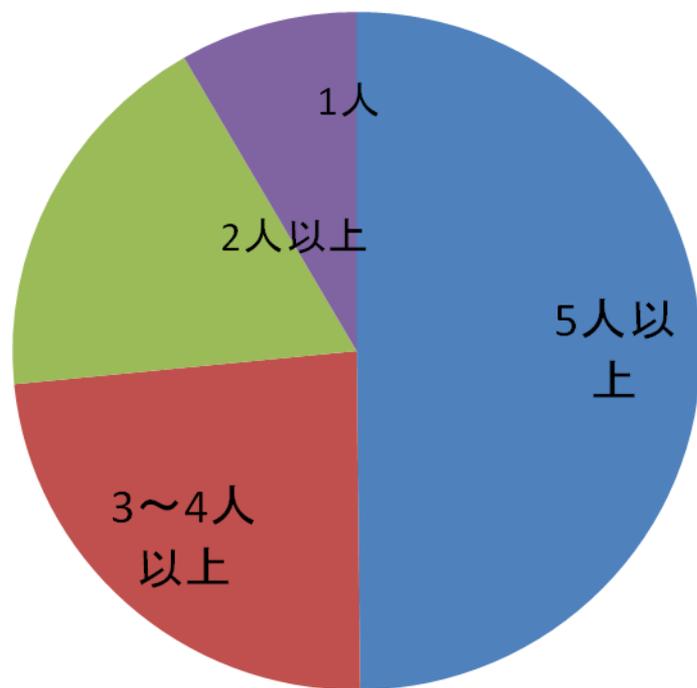
無菌調剤に関する施設基準を合理的に見直す。*

※ 小スペースでも実施可能となるよう、専用の部屋(5平方メートル以上)の施設要件を削除。

在宅訪問可能な距離の目安を設定

患家までの距離が遠い場合は緊急時に患者の不利益も予想されることから、16kmを超える場合には、原則、算定不可とする。

在宅患者訪問薬剤管理指導を 過去1年間に算定した薬局割合は16.2%



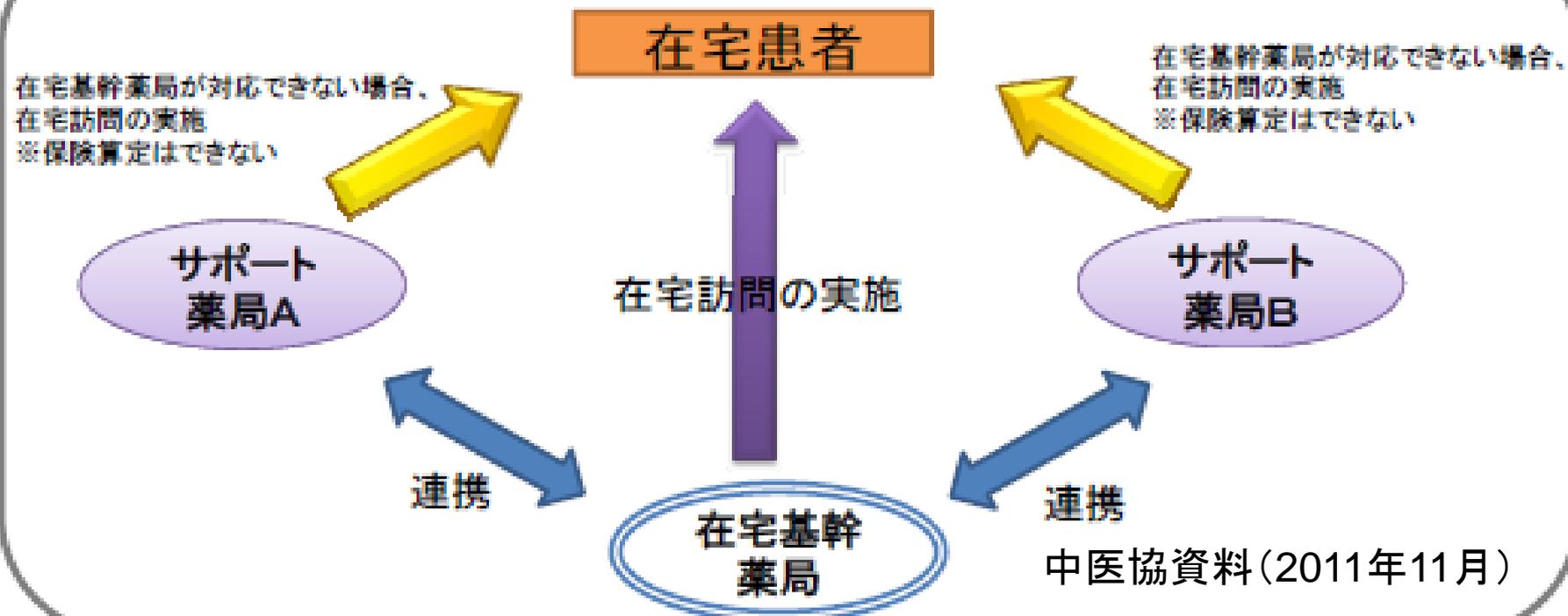
算定薬局の常勤薬剤師数 (%)

- 「薬局のかかりつけ機能に係る実態調査」(厚生労働省委託事業、2012年7月)
 - 2011年9月調査
 - 701件の回答(回答率70%)
 - 在宅患者訪問薬剤管理指導を過去1年間に算定した薬局割合は16.2%

小規模薬局による在宅薬剤管理指導の先進的事例

- 沖縄県北部地区薬剤師会では、小規模薬局が在宅医療・介護に取り組みやすくなるような先進的取り組みが行われている。
- 具体的には、通常は在宅基幹薬局が在宅訪問対応するが、在宅基幹薬局が対応できない場合には、患者情報を共有の上、連携するサポート薬局が在宅訪問を実施して対応している。

沖縄県北部地区薬剤師会における先進的事例(イメージ)



2014年診療報酬改定 ～在宅薬剤管理指導業務～

- ① 相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局の評価を行う。また、地域の薬局との連携を図りつつ、当該薬局自らの対応を原則とし、24時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して、基準調剤加算の算定要件を見直す。
- ② 質の高い在宅医療を提供していく観点から、同一建物において同一日に複数の患者に対して在宅薬剤管理指導業務を行った場合等について、在宅患者訪問薬剤管理指導の適正化を行う。

改定の方向性と新たな基準調剤加算の施設基準

＜改定の方向性＞

- 地域において在宅医療を支える在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)による在宅医療に貢献する薬局として、**24時間調剤及び在宅患者に対する薬学的管理指導を提供**する薬局を中心に評価するように見直していく。

新たな基準調剤加算

【主な施設基準】

- ・ 麻薬小売業者の許可
- ・ 地域の保険医療機関や患者の需要に対応できる開局時間
- ・ 在宅を行う旨の薬局内掲示及び薬剤情報提供文書への記載
- ・ その他、「薬局の求められるべき機能とあるべき姿」の公表について(平成26年1月21日薬食総発0121第1号)に掲げられる機能の整備等のかかりつけ薬局が満たすべき事項を満たしている。

加算1 10点→12点

- 1 連携による24時間調剤及び在宅業務の体制の整備
- 2 処方せん受付回数月4,000回超の薬局において、集中度率70%以下
- 3 700品目以上の医薬品の備蓄

加算2 30点→36点

- 1 単独の薬局で24時間調剤及び在宅業務の体制の整備
- 2 処方せん受付回数月600回超の薬局において、集中度率70%以下
- 3 1,000品目以上の医薬品の備蓄
- 4 在宅業務を行うにつき必要な体制(医療材料、衛生材料を供給できる体制、在宅実施体制の周知)の整備
- 5 10件以上の過去1年間の在宅の実績
- 6 在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)、訪問看護ステーションとの連携体制の整備
- 7 ケアマネージャーとの連携体制の整備

開局時間外調剤体制と24時間調剤等体制の違い

従前の基準調剤加算の開局時間外の調剤体制と平成26年改定で新たに評価を導入した24時間調剤等体制の違いは以下のとおり。

現行の基準調剤加算

緊急時等の調剤に対応できる体制とは、

- ・単独の保険薬局又は地域薬剤師会等の輪番制に参加するなど近隣の保険薬局により常時調剤ができる体制を整備していること
- ・調剤を自ら行わない時間帯において、患者の同意を得て当該患者の調剤に必要な情報を他の保険薬局に提供すること

等により、他の保険薬局の保険薬剤師が緊急連絡等に対して常時調剤することができる連携体制を整備していることをいうもの。

改定後の基準調剤加算

24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、

- ・単独の保険薬局により24時間調剤及び在宅業務ができる体制を整備していることにより、保険薬剤師が患者の求めに応じて24時間調剤及び在宅業務をすることができる体制を整備していることをいうもの

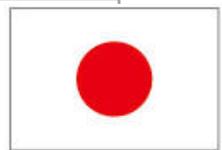
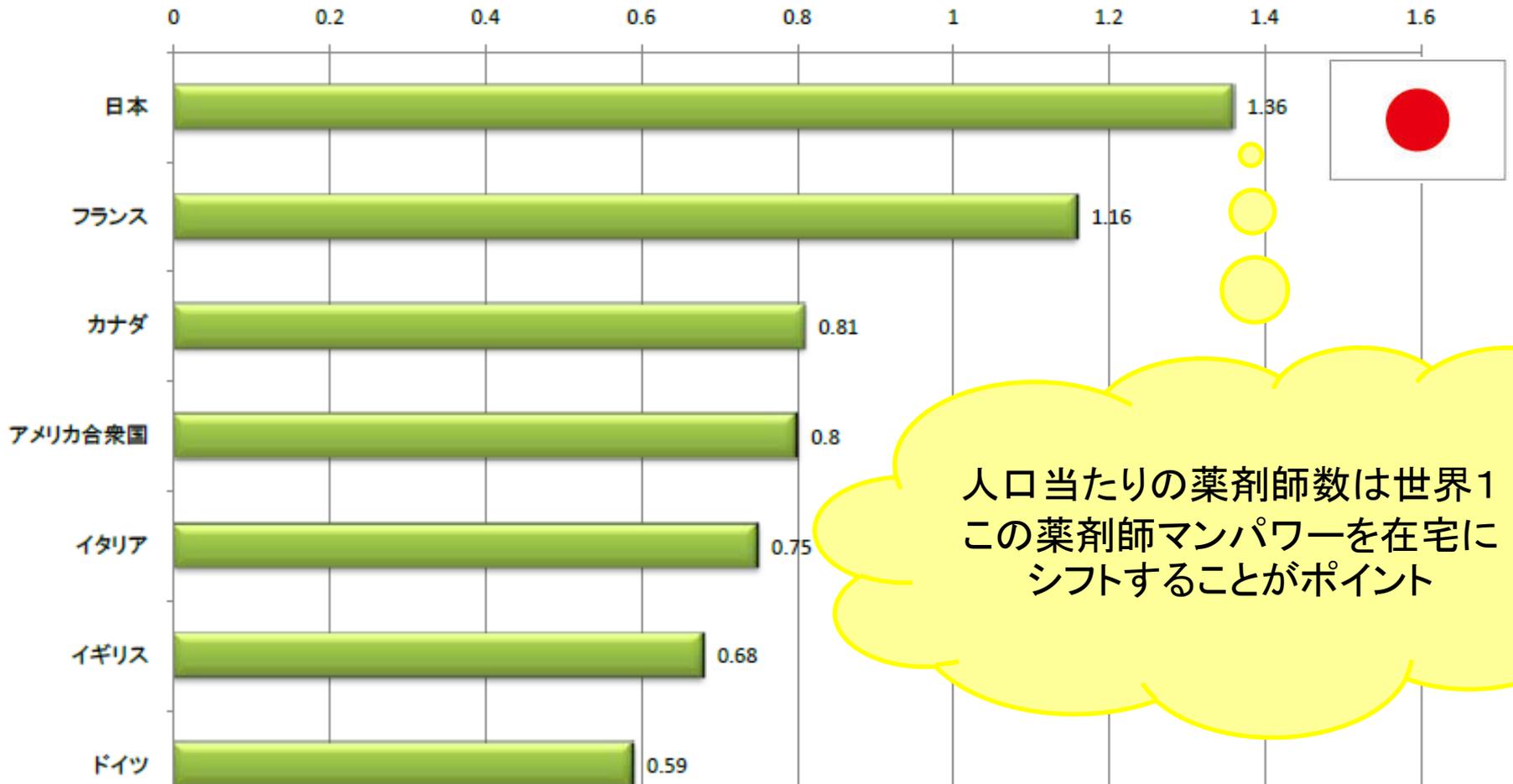
- ・なお、基準調剤加算1の場合は、近隣の保険薬局との連携により上記の体制を整備している場合でも可能である。ただし、連携体制を構築する複数の保険薬局の数は、当該薬局を含めて10未満。

門前からの脱却と24時間体制、
在宅医療への取り組みが
保険薬局の役割

人口あたり就業薬剤師数の国際比較

就業薬剤師数は、日本は人口千人当たり1.36人である。
ただし、病院・診療所で就業している薬剤師は人口千人当たり0.38人。

就業薬剤師数(人口千人当たり)(2006年)



人口当たりの薬剤師数は世界1
この薬剤師マンパワーを在宅に
シフトすることがポイント

医師、看護師、薬剤師の多職種連携で 花開かせよう地域包括ケアの花



咲かそう、地域包括ケアの花！



パート4

在宅高齢者と薬剤評価

高齢者の医薬品使用ガイドライン
～The Beers Criteria(Beers List)～

高齢者の薬剤使用の問題点

- 高齢者は多剤投与が多い
 - 複数薬（5種類以上） 39%
 - OTC医薬品 90%
- 多剤投与による薬剤相互作用の危険も高い
- 高齢者は薬剤有害事象の発生頻度が高い
 - 有害事象を経験者 35%
 - 有害事象で入院 5%～ 35% （重篤者 6.7%）
 - 入院者死亡 4～6%（106,000名/年）
 - 有害事象の医療費 \$75～\$85billion/年
- 高齢者には「使用を避けるべき薬剤リスト」が必要

Beers Criteria (List) とは？

- 65歳以上の高齢患者を対象として、使用を避けるべき薬剤が載っている一覧表
- 常に避けるべき薬剤
- 疾病・病態によって避けるべき薬剤
- List of Potentially Inappropriate Medications
(1993年初版、2003年改定)



Mark H. Beers, MD

ビアーズ基準による薬剤使用評価

- ビアーズ基準 (Beer's criteria)
 - 高齢者の薬剤使用に関するガイドライン
- 日本版ビアーズ基準
 - 国立保健医療科学院
疫学部 部長 今井 博久



- 韓国のナショナル・レセプト・データベースの研究によると…
 - 2005年の6835万件の処方中876万件 (12.8%)がビアーズ基準による不適切処方であることも判明



日本版ビアーズ基準 (今井博久先生)

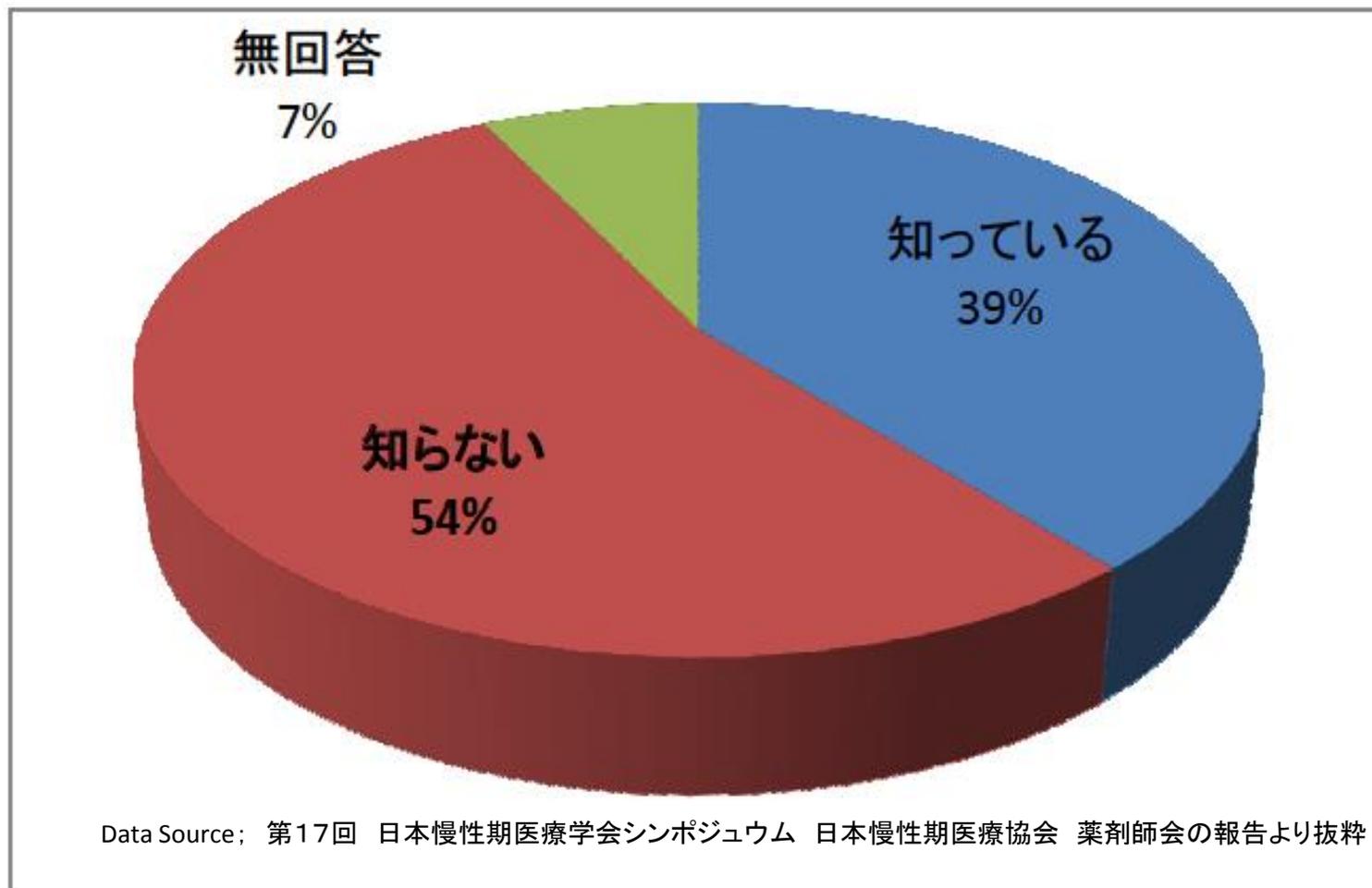
表1 高齢者において疾患・病態によらず一般に使用を避けることが望ましい薬剤（続き）

薬剤()内は代表的な商品名)	問題点	重症度
ニフェジピン[短期作用型製剤(アダガード)]	低血圧および便秘を引き起こすおそれがある	高
ベラパミル[ワソラン]	より安全性の高い代替薬が存在する	高
インクサプリル[ズファジラン]	効果がない	高
メシル酸ジヒドロエルゴトキシン[ヒデルギン]	有効性が明らかにされていない	低
プロプラノロール[インデラル]	より安全性の高い代替薬が存在する	高
シメチジン[タガメット]	錯乱を含むCNS副作用を引き起こすおそれがある	高
H ₂ ブロッカー	せん妄をきたすおそれがある	高
スルピリド[ドグマチール]	錐体外路症状をきたすおそれがある。軽症のうつ病に対しては、より安全な代替薬を使用することが望ましい	高
刺激性下剤の長期投与 (opiateを使用している場合を除く) ピサコジル[アレミンソフト]、カスカラサグラダ、ヒマシ油	腸機能不全を悪化させるおそれがある	高
乾燥甲状腺[チラーヂン**]	心臓に作用することで問題を生じるおそれがある。より安全な代替薬がある	高
メチルテストステロン[エナルモン]	前立腺肥大および心臓への悪影響のおそれがある	高
エストロゲン経口製剤(単独使用の場合)	これらの薬剤には発癌性(乳癌および子宮内膜癌)があり、また高齢の女性において心保護作用を示さないというエビデンスが得られ	高
硫酸第一鉄 [スローフィー、フェロ・グラデュメット] (一日あたり325mgを超える場合)	325 mg/日を上回る用量を投与しても吸収量は劇的には増加しないが、便秘の発現率がかなり増加する	低
チクロピジン[パナルジン]	本剤は、凝血予防の点ではアスピリンと同程度であることが示されているが、毒性ははるかに高いと考えられる。また、より安全で有効性が高い代替薬がある	高
クロルプロバミド[アベマイド]	高齢者では半減期が延長するため、遅延性の低血糖を引き起こすおそれがある	高
塩酸ジフェンヒドラミン[ベナ、レスタミン]	鎮静(および錯乱)状態を引き起こすおそれがあるため、使用を避けることが望ましい。(睡眠薬としては使用すべきでなく、アレルギー反応の治療に使用する際には、できる限り用量を少なくするとともに、極めて慎重に使用すべきである)	高
抗コリン作用の強い抗ヒスタミン薬 d-マレイン酸クロルフェニラミン[アレルギン]、塩酸ジフェンヒドラミン[ベナ、レスタミン]、ヒドロキシジン[アタラックス]、シプロヘプタジン[ベリアクチン]、プロメタジン[ヒベルナ、ピレチア]、d-マレイン酸クロルフェニラミン[ポララミン]	高齢者においてアレルギー反応の治療を行う場合には、抗コリン作用の弱い抗ヒスタミン薬が望ましい	高

d-フェニルプロパノールを除く

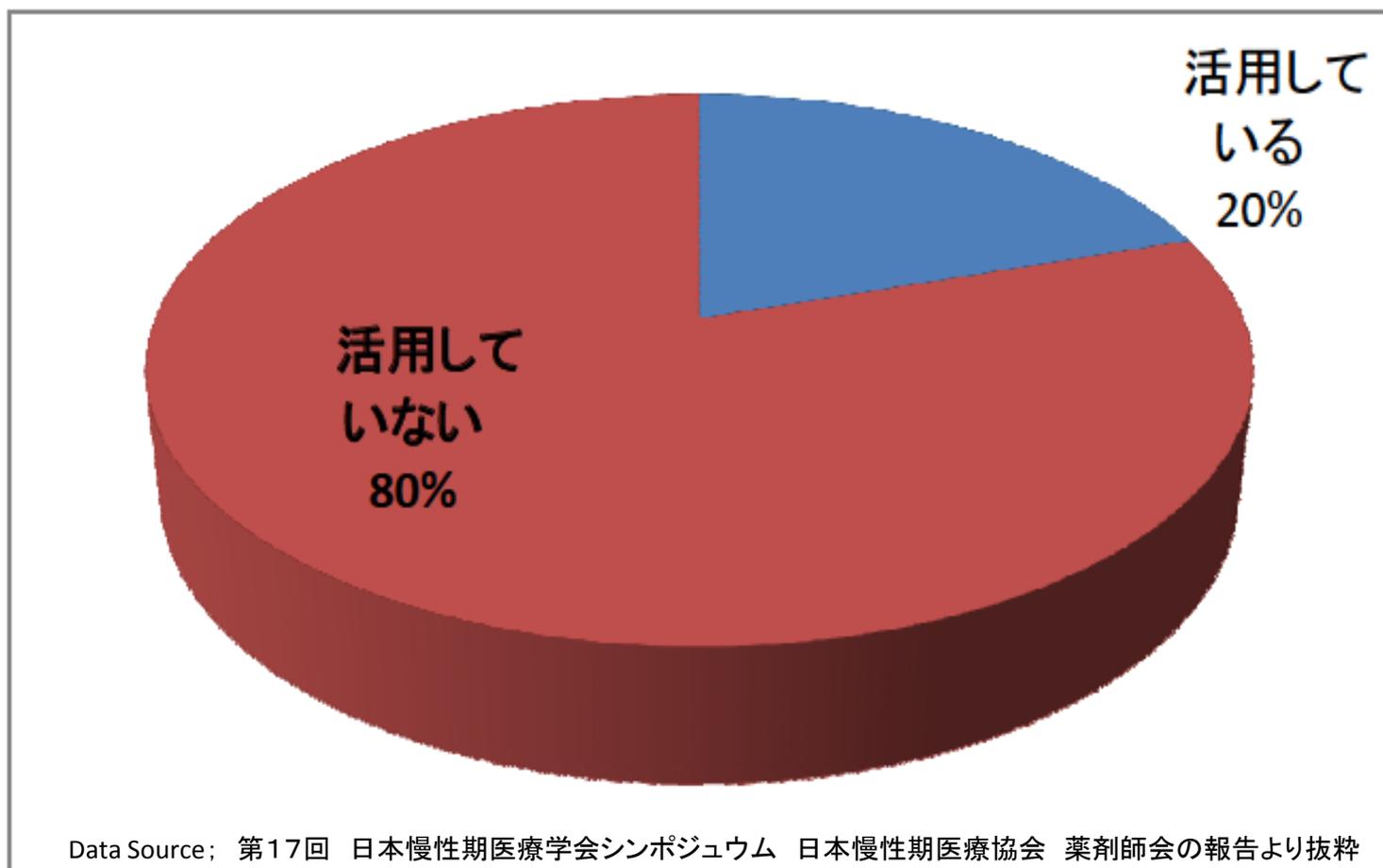
第17回 日本慢性期医療学会シンポジウム 日本慢性期医療協会薬剤師会

4-① 「Beers criteria日本版」をご存知ですか

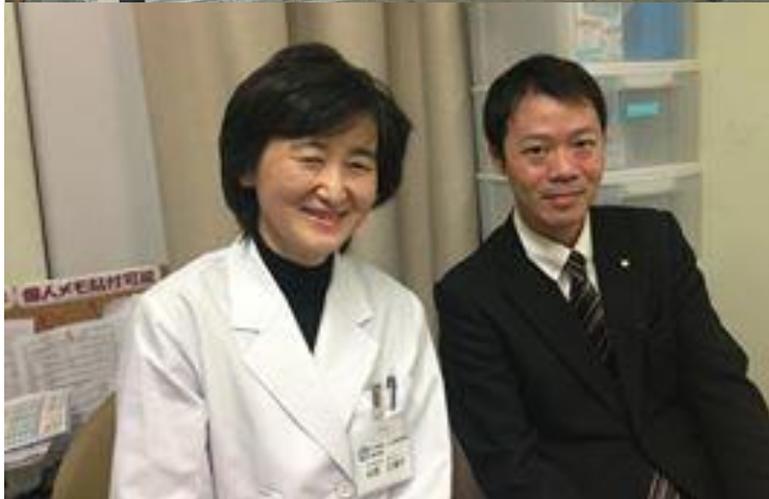


第17回 日本慢性期医療学会シンポジウム 日本慢性期医療協会薬剤師会

4-② 「知っている」とお答えの施設では、
「Beers criteria日本版」を処方構築に活用していますか



ビアーズ基準評価を 施設在宅から始めては？



- 2013年11月、横浜の日本調剤上大岡薬局で薬剤師の山田先生から施設在宅の事前薬剤師回診で担当医への処方提案の事例のお話しを詳しく聞いた
- ビアーズ基準評価もまず施設在宅から始めてはどうだろうか？
- そしてその経済評価も行っては？

「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」 (日本老年医学会)

- 高齢者に出やすい副作用を防ごうと、日本老年医学会は、医療者向けの「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン(指針)」を10年ぶりに見直す
- 中止を考えるべき医薬品約50種類を挙げ、やむを得ず使う場合の方法も盛り込んだ案をまとめた
- 学会のウェブサイトにはリストなどを公表、意見を求めて6月までに正式決定する

これからの保険薬局での 薬剤使用評価で必要なこと・・・

処方せんへの疾病名と検査値表示

院外処方箋への検査値表示

- 岡山大学病院は2014年5月から院外処方箋への検査値の表示を開始した
- 13項目の検査値を開示することによって、副作用の早期発見や、肝機能や腎機能に応じた投与量の適正化などの役割を今まで以上に、薬局薬剤師に果たしてもらいたいという考え
- 表示する検査項目は、腎機能を示すe-GFRなど13項目

Page 1/1
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)



処方せん
(院外用)

No. 55540050

患者番号 0008999998

処方年月日 平成26年07月29日

氏名 テスト イチロウ 性別 女
 生年月日 昭和38年09月17日 年齢 50.10才
 科名 循環器内科 体重 70 kg

公費負担番号
 公費負担医療者の受取番号

保険者番号 00000000

被保険者証・被保険者手帳の記号・番号

区分 被保険者 被扶養者

処方せんの日 平成26年08月01日

処方せん発行薬局 岡山大学病院
 所在地及び名称 岡山市北区渡田町二丁目5番1号
 電話番号 (086)223-7151(代)

処方せん受付番号 33(処方)1(処方)980011
 病200以上

保険医療機関の岡山大学病院

変更不可

検査項目	検査日	結果値
WBC	2014/07/01	8.41
Hb	2014/07/01	14.4
Ht	2014/07/01	235
PT (INR)	2014/07/01	1.02
AST	2014/07/01	22
ALT	2014/07/01	14
TBil	2014/07/01	0.65
Cr	2014/07/01	0.97
eGFR	2014/07/01	62.5
CRP	2014/07/01	0.07
K	2014/07/01	4.4
HbA1c	2014/07/01	5.3
CK	2014/07/01	93

処方	1) (先) プロブレス錠8 (8mg) 1錠 ・ ・ ・ 1×朝食後 30日分 2) (先) リビディル錠80mg (80mg) 1錠 ・ ・ ・ 1×朝食後 30日分 3) (先) フェブリク錠10mg (10mg) 1錠 ・ ・ ・ 1×朝食後 30日分 4) (先) ネキシウムカプセル20mg (20mg) 1C ・ ・ ・ 1×朝食後 30日分 5) マグミット錠500mg (500mg) 2錠 ・ ・ ・ 1×寝る前 30日分 - 以下余白 -	
備考	【変更不可】欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、処方又は記名・抹消すること。 保険医療機関	
調剤年月日	平成 年 月 日	公費負担番号
保険薬局の所在地及び名称	岡山大学病院	公費負担医療者の受取番号

A female pharmacist with short dark hair, wearing a white lab coat over a patterned scarf, is looking down at a document she is holding. The document has a QR code and some text. The background is a pharmacy with shelves full of various medicines and products. A yellow speech bubble is overlaid on the right side of the image.

疾病コードが
記入されている。
クレアチニン値も
示されている。

ソールの保険薬局の薬剤師さん
韓国は医薬分業100%
電子レセプト100%

保険薬局でも薬剤使用評価(MUE)を！



パート5

ジェネリック医薬品と薬剤師



中医協総会

後発品のさらなる使用促進 (社会保障・税一体改革大綱)

- 後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等
 - 後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。また、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。

新たなジェネリック医薬品普及の ロードマップ

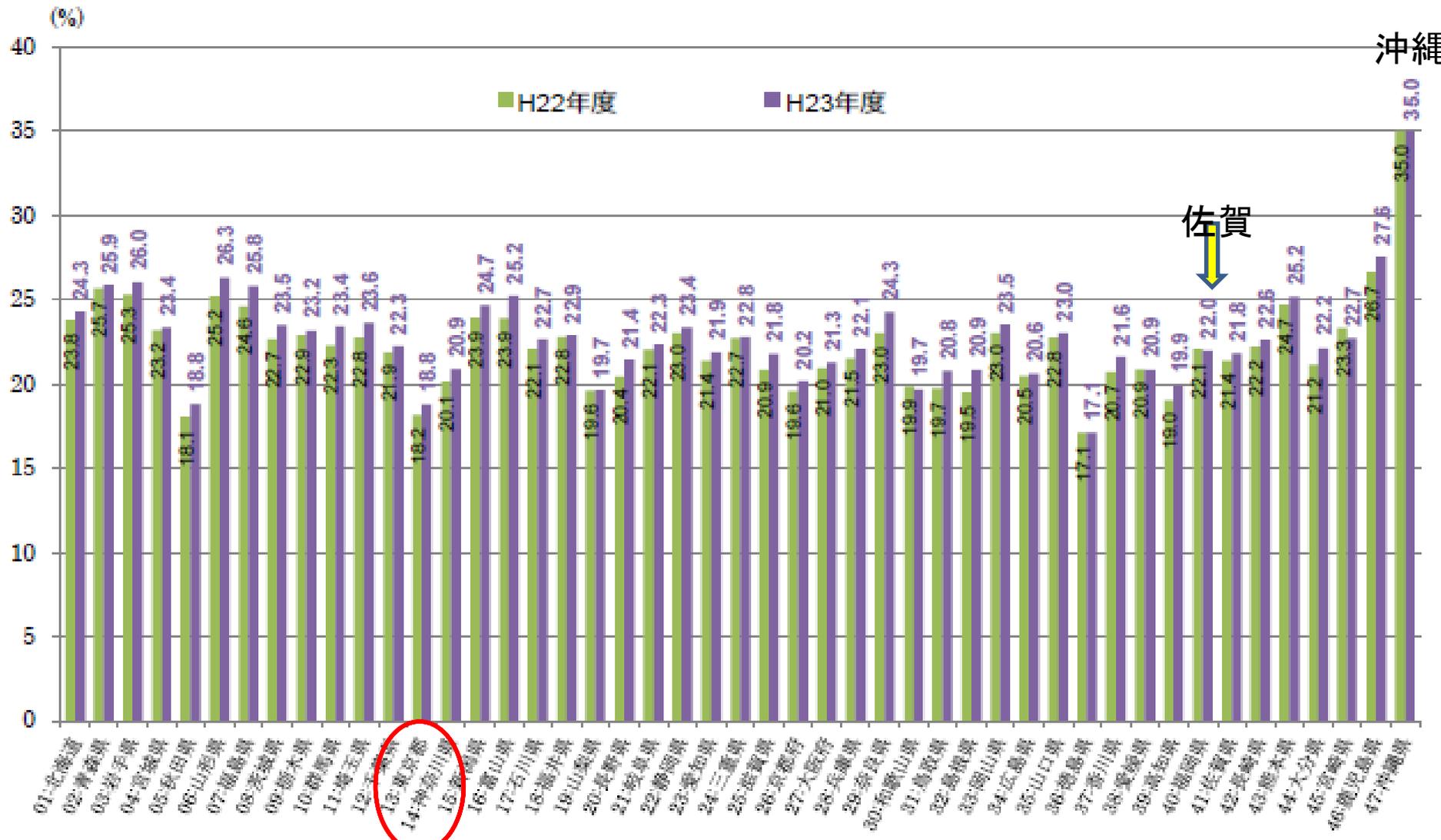
新目標は新指標で

2017年度末までに60%

4月5日厚生労働省発表

都道府県別にみた後発医薬品普及率(数量ベース)

参考：都道府県別にみた後発医薬品の普及（数量ベース）状況（22年度と23年度の比較）



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	<u>18点</u>
2	後発医薬品調剤体制加算2	<u>22点</u>
	(削除)	

【施設基準】

後発医薬品調剤体制加算1	<u>55%以上</u>
後発医薬品調剤体制加算2	<u>65%以上</u>
	(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。

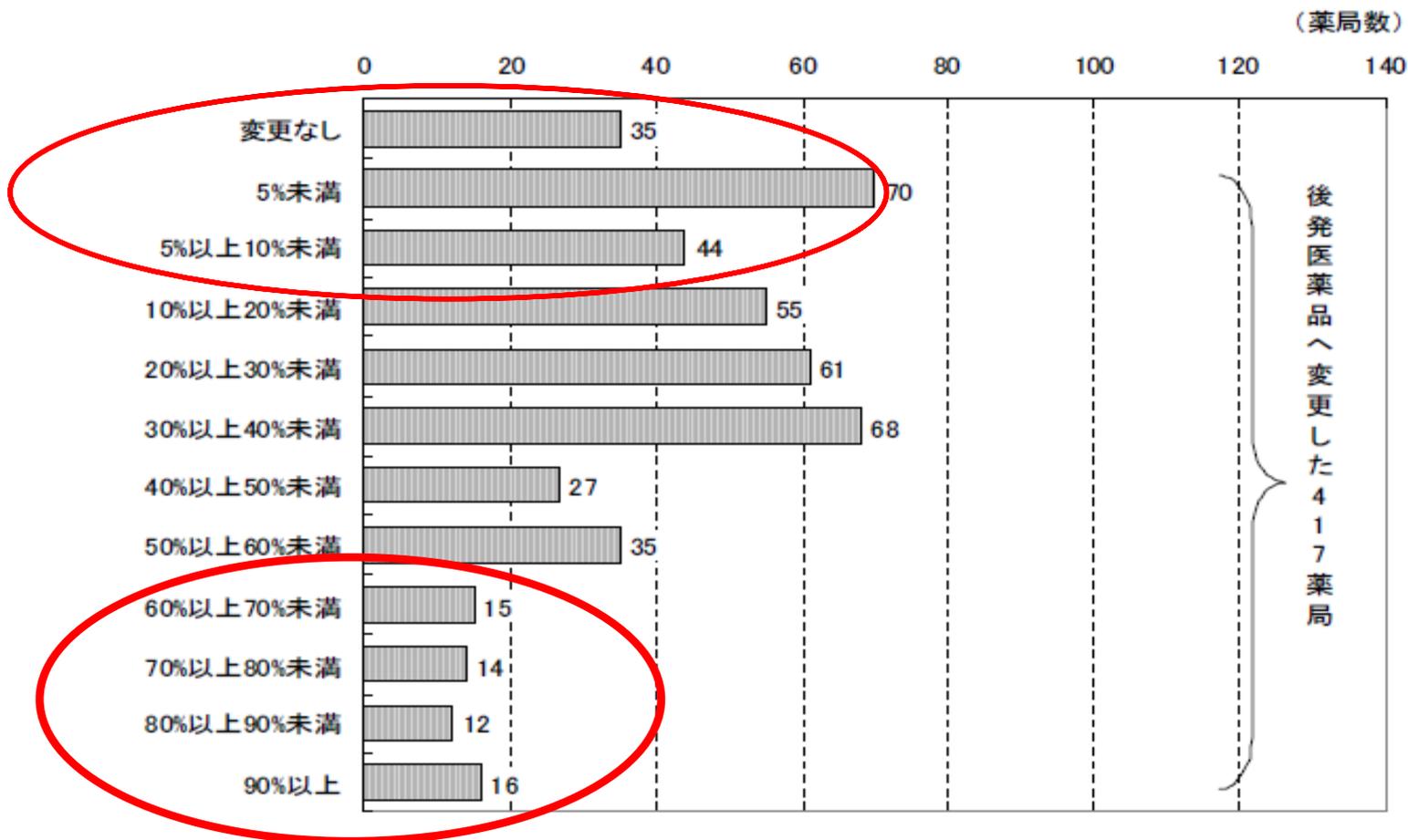
旧指標の
数量シェア＝

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 25 1品目でも「変更不可」となっていない処方せんの取り扱いが1枚以上ある薬局
 (452 薬局) における、後発医薬品への変更可の処方せんに占める、
 後発医薬品への変更割合別の度数分布 (薬局数ベース)



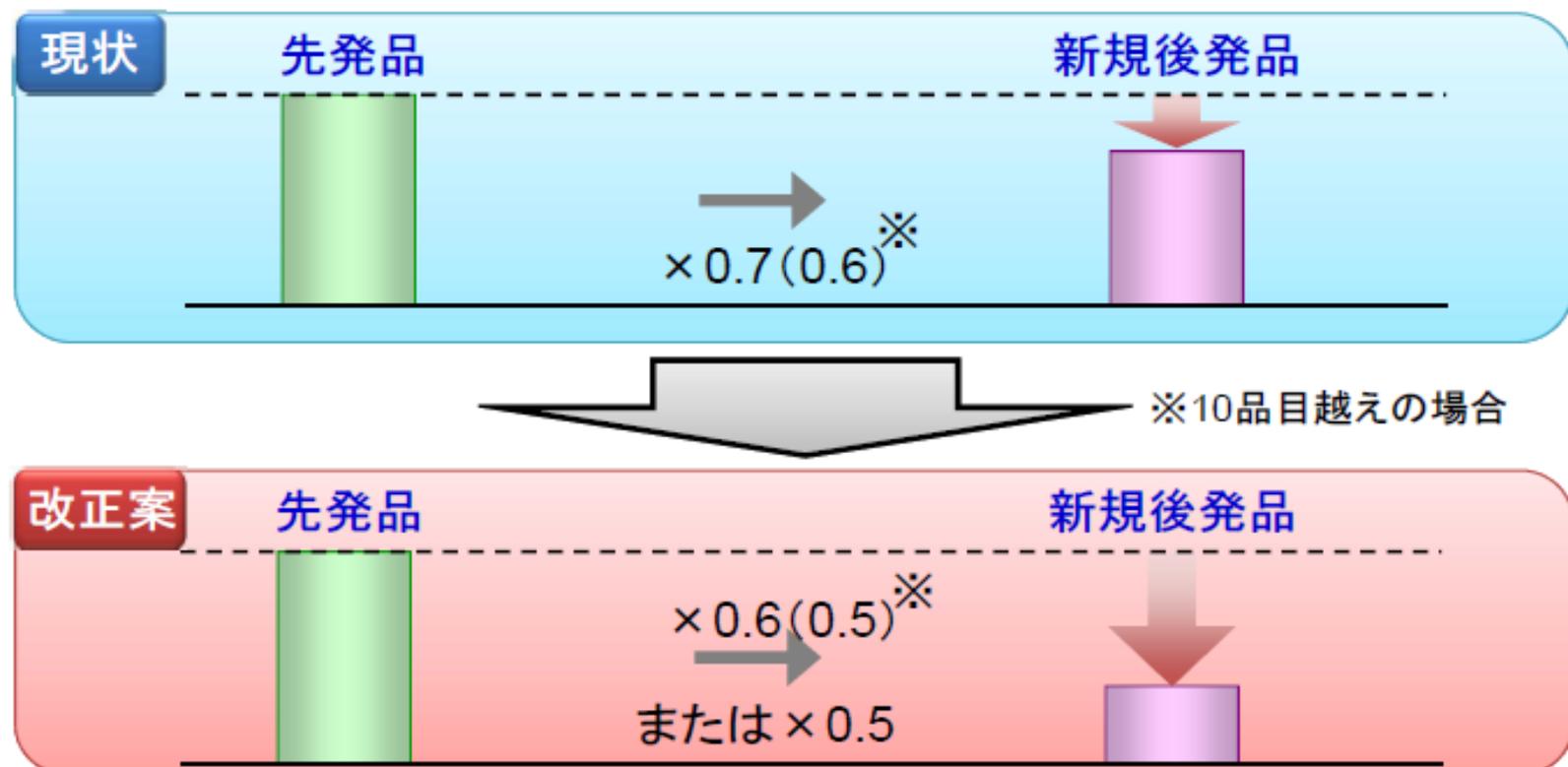
(注) ・1品目でも「変更不可」となっていない処方せんに対する「1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した」処方せんの割合。
 ・「1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した」処方せんには、一般名処方によるものを後発医薬品で調剤した場合も含まれる。

②後発医薬品の算定について

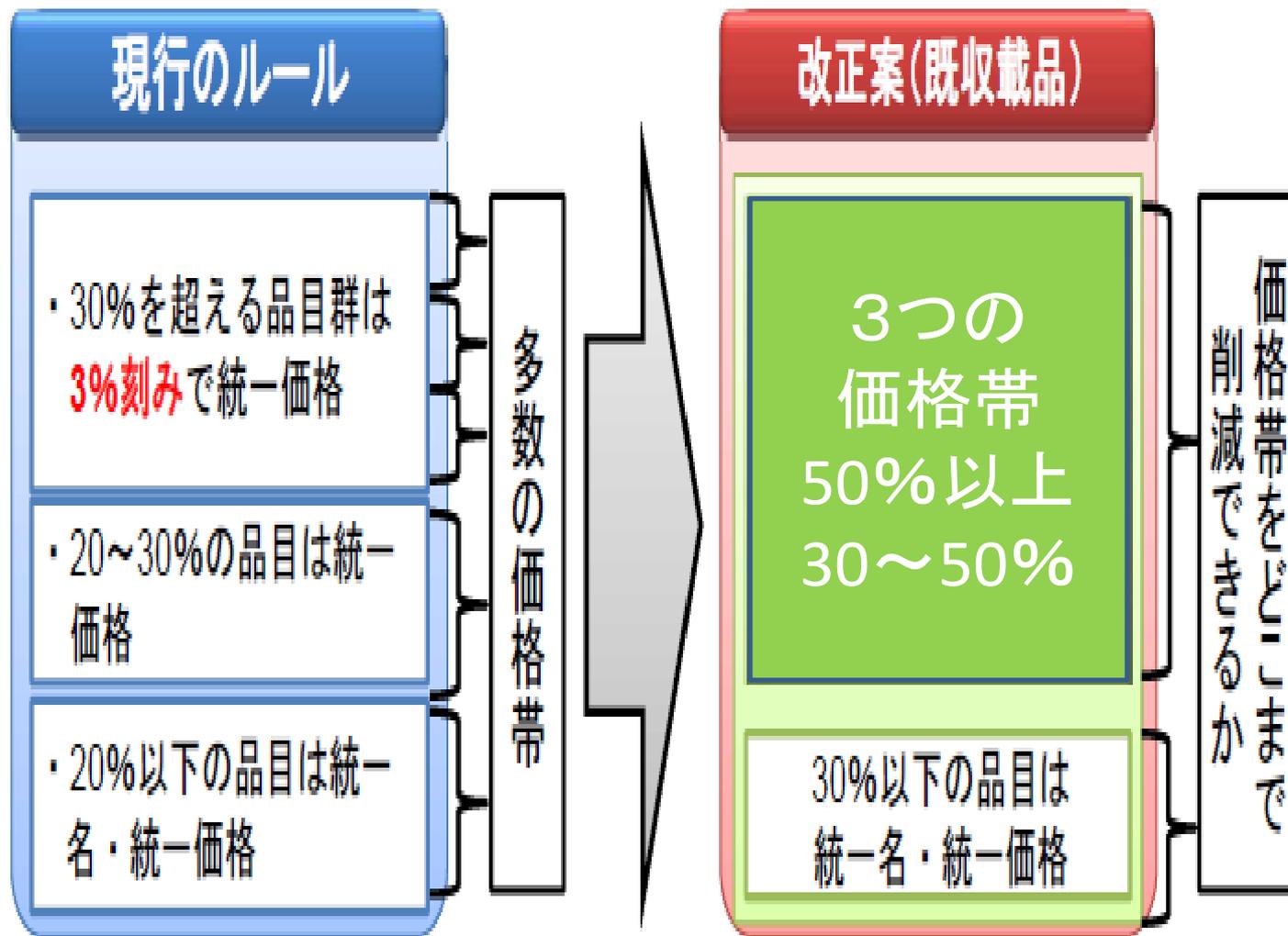
新規収載後発医薬品の薬価について

対応の方向性

- ◆ 現行の後発品の薬価でも2割近く価格が下落していることから、初めて収載される場合の後発品の価格について、0.6（0.5）※又は0.5掛けとしてはどうか。



③既収載後発医薬品の価格帯の削減



次回改定は初値50%、統一価格で

- 2014年7月12日日本ジェネリック医薬品学会第8回学術集会(名古屋市)
- 次回改定では初値段50%(10品目以上40%)、既収載品の価格帯は統一価格となるのでは？



城克文経済課長

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

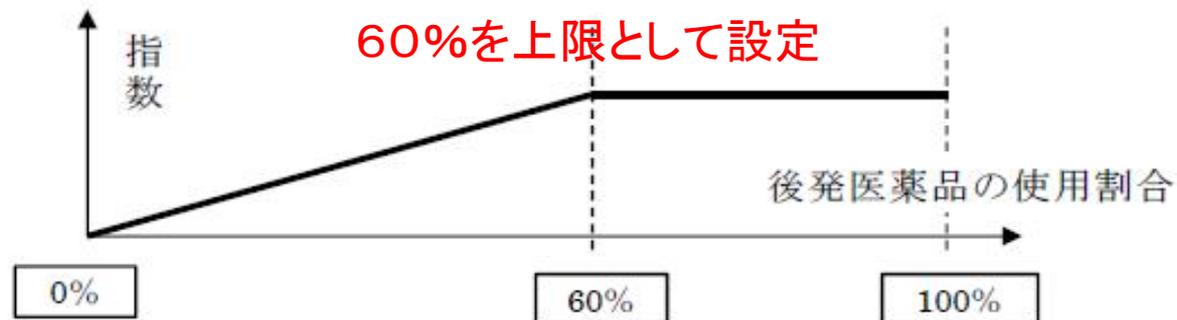
・平成24年改定で試行的に導入された点数設定方式Dについては、心臓カテーテル検査を行う診断群分類へ適用を拡大する等の見直しを行った上で、引き続き継続する。

⑤後発医薬品指数

⑦ 後発医薬品指数

- 後発医薬品の使用割合による評価方法を、7項目の新たな指数として導入する。
- 評価対象となる薬剤の範囲は、ヒアリング調査等に基づき、当該医療機関の入院医療で使用される全薬剤（包括部分+出来高部分(※)）とする。
(※出来高部分:DPC 包括対象外となる退院時処方、手術中に使用される薬剤等。)
- DPC データを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かし、「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の目標値である60%（新指標）を評価上限とし、連続値で評価する。

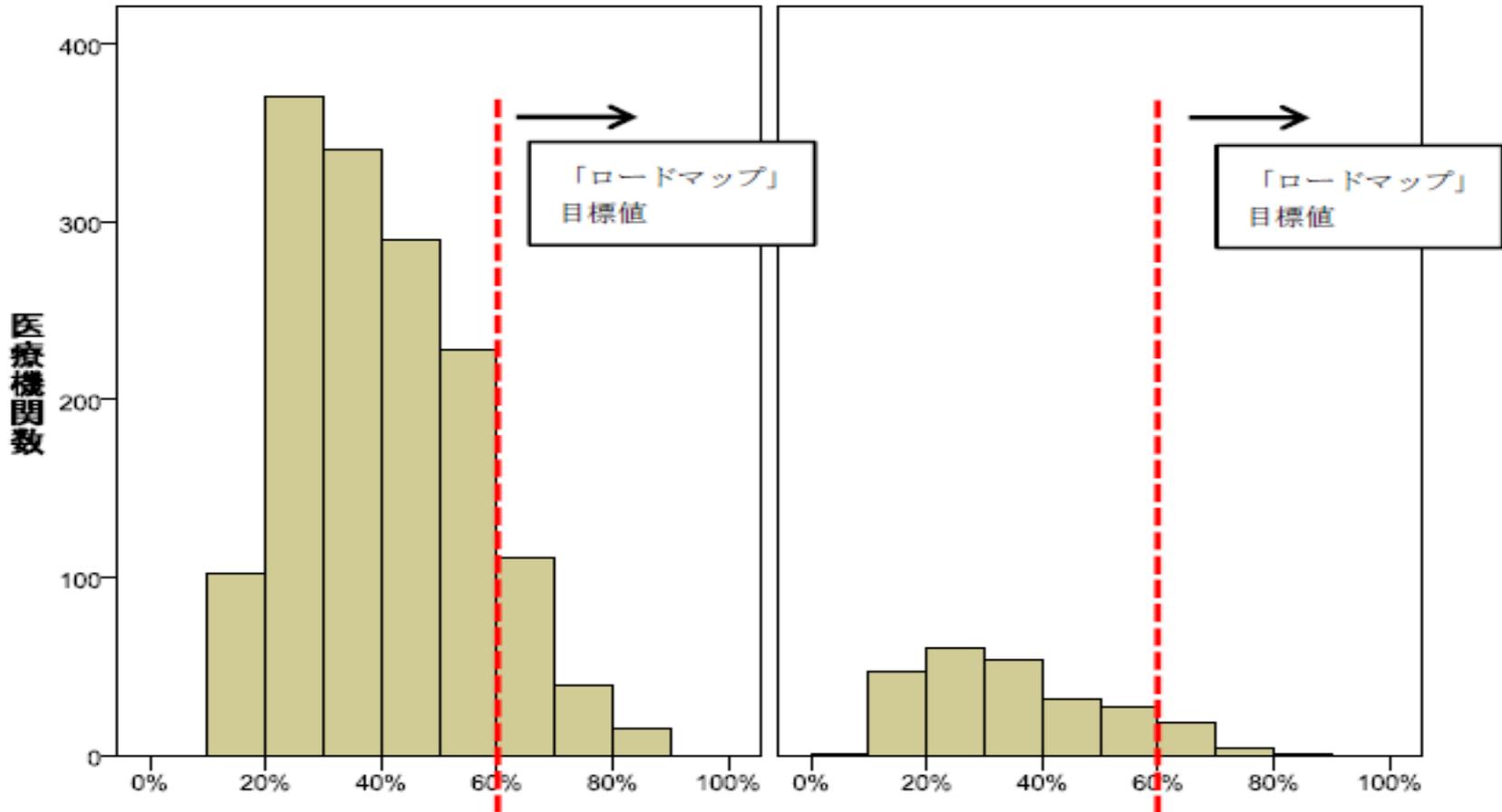
〔評価のイメージ（案）〕



DPC関連病院における ジェネリック医薬品ロードマップ達成状況(60%以上)

DPC対象病院

DPC準備病院



後発医薬品数量シェア

- 後発医薬品の数量シェア計算方式
 - 後発医薬品の数量 / 後発医薬品のある先発医薬品の数量 + 後発医薬品の数量
- 対象となる薬剤
 - 入院医療に使用される後発品のあるすべての薬剤(包括部分 + 出来高部分)
- 数量ベース
 - 「薬価基準告示」上の規格単位ごとに数えた数量を指す。
 - 例 ピシリバクタ静注用1.5g(449円)(後発品) を1瓶使用 ユナシン-S静注用0.75g(586円)(先発品) を4瓶使用 上記2種類使用の場合、規格単位は瓶なので数量シェア $1/(1+4) = 20\%$
- ※グラムで計算 $1.5/(1.5+0.75 \times 4) = 33.3\%$ ではない。
- ※種類数で計算 $1/2 = 50\%$ ではない。

国際医療福祉大学グループ 置き換えリスト

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(トーフ)	アダラート錠	ニフェジピンCR錠(トーフ)
ロキソニン錠	ロキソプロフェンNa錠(トーフ)	ムコダイン錠	カルボシステイン錠(トーフ)
メインテート錠	ビソプロロールフマル酸塩酸錠(トーフ)	サアミオン錠	ニセルゴリン錠(トーフ)
アマリール錠	グリメピリド錠(トーフ)	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(トーフ)	シノベール錠	シベンポリンコハク酸塩錠(トーフ)
シグマート錠	ニコランマート錠(トーフ)	ラキソベロン内服液	チャルドール内服液
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(トーフ)	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トーフ)	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(トーワ)
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(トーワ)
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(トーワ)	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(トーワ)	マイスリー錠	ソルビデム酒石酸塩錠(トーワ)
レニベース錠	エナラプリルマレイン酸塩錠(トーワ)	ユーパスタコーワ軟膏	イソジンシュガー pasta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

ジェネリック医薬品使用促進 政策提言案



日本ジェネリック医薬品学会

日本ジェネリック医薬品学会

- **代表理事**

- **武藤 正樹** 国際医療福祉大学大学院
教授

- **副代表理事**

- **佐藤 博** 新潟大学教授、新潟大学医
歯学総合病院 薬剤部長

- **理事**

- **有山 良一** (財)横浜市総合保健医療セ
ンター診療部課長
- **岩月 進** ヨシケン岩月薬局／めいぷる
薬局
- **漆畑 稔** (社)日本薬剤師会 相談役
- **緒方 宏泰** 明治薬科大学 名誉教授
国立医薬品食品衛生研究所 客員研究
員
- **折井 孝男** NTT東日本関東病院
薬剤部長
- **川上 純一** 浜松医科大学医学部附属
病院薬剤部 教授・薬剤部長

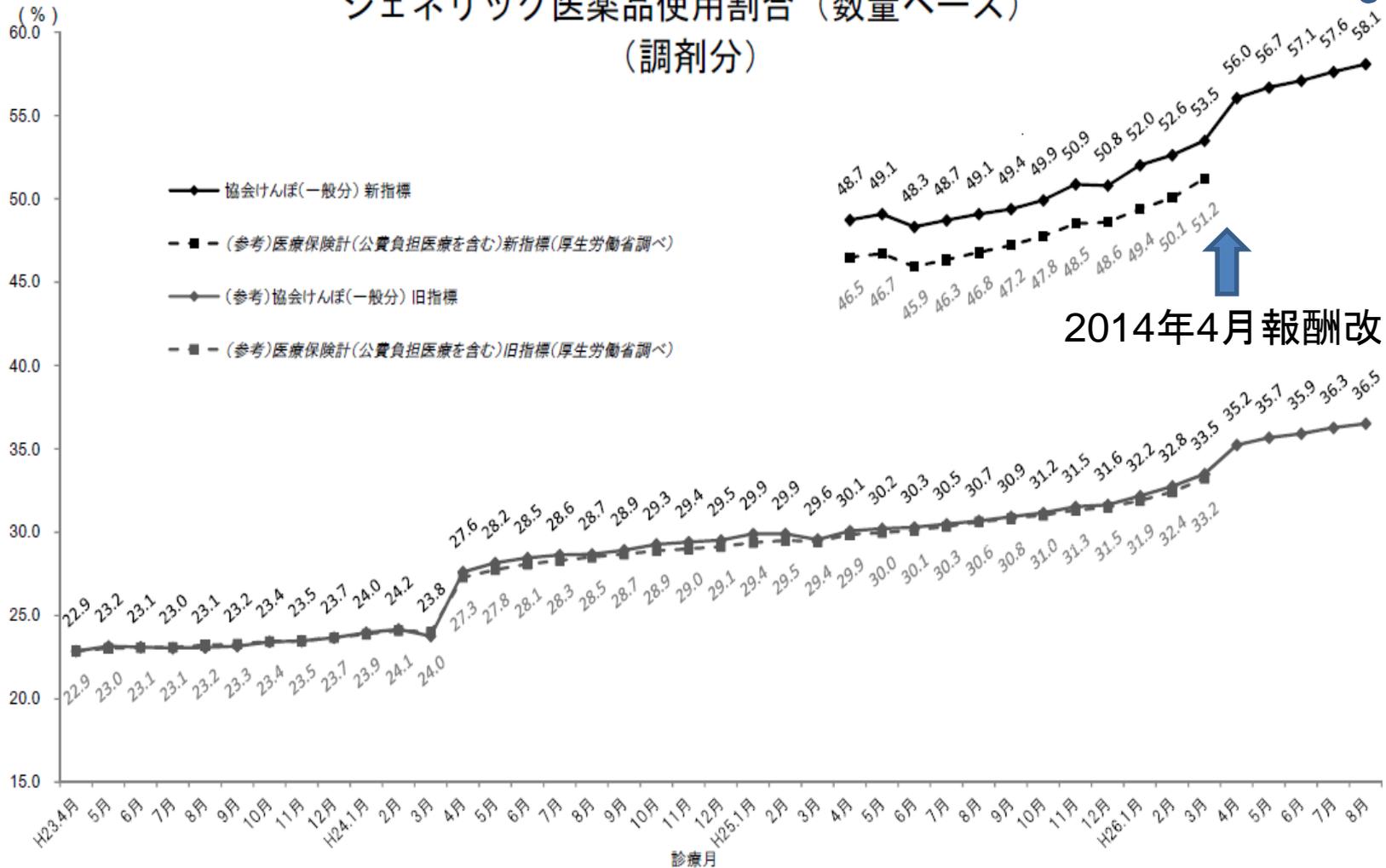


- **小山 信彌** 東邦大学医学部 特任教授
- **佐々木 忠徳** 医療法人鉄蕉会・医療本
部 薬剤管理部長
- **西山 正徳** 一般社団法人 メディカル・
プラットフォーム・エイシア 理事長
- **増原 慶壮** 聖マリアンナ医科大学病
院 薬剤部部長
- **村田 正弘** 認定NPOセルフメディケー
ション推進協議会 会長代理・専務理事
- **山本 信夫** 保生堂薬局 開設者
- **四方田千佳子** 一般財団法人 医薬品
医療機器レギュラトリーサイエンス財団
大阪事業所 副所長 標準品事業部長

協会けんぽ調べ

2014年8月58.1%

ジェネリック医薬品使用割合（数量ベース） （調剤分）



2014年4月報酬改定

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。

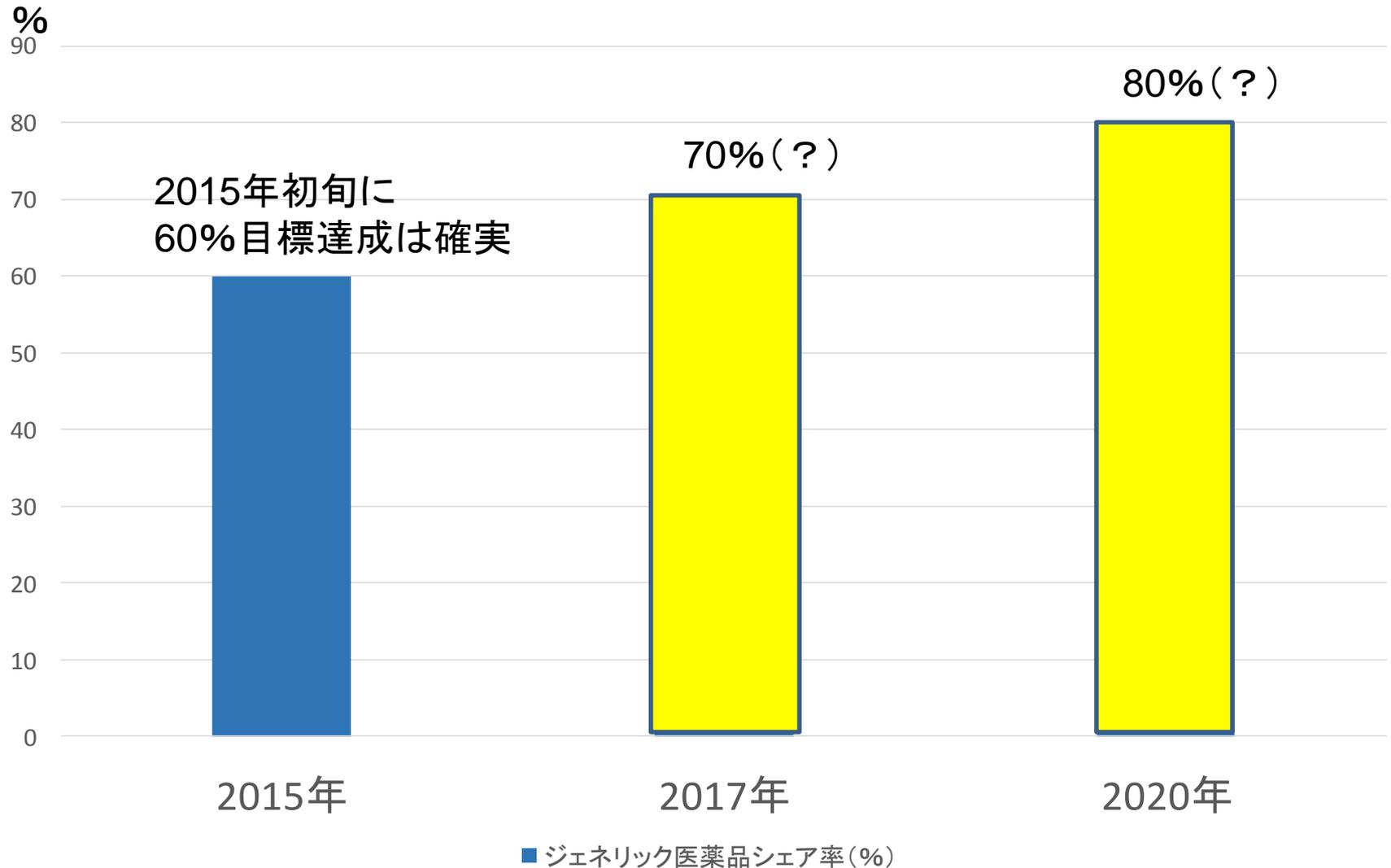
注3. 「新指標」は、〔後発医薬品の数量〕／〔(後発医薬品のある先発医薬品の数量)+(後発医薬品の数量)〕で算出している。医薬品の区分は、厚生労働省「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」による。速報値である。

注4. 「旧指標」とは、平成24年度までの後発医薬品割合(数量ベース)の算出方法をいう。旧指標による算出では、平成22年4月以降は、経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤を除外し、平成24年4月以降は、経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬及び漢方製剤を除外している。

注5. 医療保険計(公費負担医療を含む)は、厚生労働省調べ。

注6. 後発医薬品の収載月(6月と12月)には、後発医薬品が初めて収載される先発医薬品があると、算出式の分母の対象となる先発医薬品が増えることにより、新指標による後発医薬品割合が低くなる可能性がある。

ジェネリック医薬品シェア率予測 2020年に80%？



2020年度までに80%達成！

2080運動



80%達成
で4500億
円医療費
削減！

まとめと提言

- ・医療介護一括法は、団塊世代が後期高齢者になる2025年へむけての第一歩
- ・医療介護一括法の最大の政策課題が地域包括ケアシステムの確立
- ・地域包括ケアシステムにおける訪問看護師、薬剤師の役割が重要
- ・ジェネリック医薬品普及も薬剤師の大きな役割、「2080運動」を！

2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- 2013年4月発刊



これは
良く分
かる

日野原先生にもお読みいただいています。

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・木外来で「お薬減らし外来」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.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)