情報ボックス

ジェネリック医薬品の普及を妨げる5つの壁 DPC病院の拡大と関係者の変容が必要

保険者機能を推進する会が講演会を開催

大手企業などの健康保険組合からなる「保険者機能を推進する会」（URL＝http://www.kino-suishin.org/）は8月30日，総会とともに，「ジェネリック医薬品～現状と課題」と題した講演会を開催した。

講師を務めた国際医療福祉大学副院長で日本ジェネリック医薬品学会理事長の武藤正樹氏は，経済財政諮問会議が今年5月，ジェネリック医薬品の数量シェアを2012年までに30％（5,000億円の削減効果）にし，DPC病院も1,000病院にするとしたことを受け，まずジェネリック医薬品と関係の深いDPC関連病院の現状を説明した。DPCはDiagnosis Procedure Combinationの略で、従来の「出来高払い」方式と異なり、入院患者の病名とその症状・治療行為をもとに厚生労働省が定めた1日当たりの金額による「包括評価部分」（投薬や注射，処置，入院料など）と「出来高評価部分」（手術，麻酔，リハビリテーション，指導料など）を組み合わせた新しい計算方式。現在，DPC算定を行っているDPC対象病院360病院（17.7万床）と，DPC算定を行っていないものの国の調査に協力するDPC準備病院371病院（11.7万床）を合わせると731病院（29.1万床）あり，一般病床に占めるその割合は32％に及ぶ。「今年のDPC準備病院の応募期間中に新規応募をした病院は700病院に達しており，2010年には急性期病院を中心としたDPC病院が1,400病院を超える」とした。その上で，「DPCは定額評価なので臨床結果が同じであれば，より安価な薬の使用にシフトする。（厚生労働省の診療報酬調査専門組織の1つである）DPC評価分科会の調査によると，実際，DPC導入によりジェネリック医薬品の使用割合が全医薬品の４％から８％へと増えた」と説明。DPC病院の内服薬使用の変化を見ると，DPC調査協力病院（DPC準備病院）の90.5％が使用状況に変化がなかったのに対し，DPC病院では「変化なし」は44％にとどまり，10.9％が「後発医薬品への置き換え」を行い，「中止可能内服薬の中止」「内服薬の絞り込み」なども行われた。ランダ，パラプラチンといった抗がん剤のジェネリック医薬品も2005年から2006年にかけて，それぞれ３倍，５倍に増えていると報告した。

ところが，ジェネリック医薬品の使用はそれほど広がっていない。その理由として武藤氏は，「後発医薬品変更可処方箋」（新処方箋）が認知されていない点を挙げた。新処方箋は，処方した保険医が先発医薬品を書いてもその署名があれば，処方医の了解がなくとも保険薬局の窓口で患者が希望した場合にジェネリック医薬品に変更できるというもので，昨年から認められている。しかし，ジェネリック医薬品による価格圧縮率は34％に達するにもかかわらず，平成18年度第10回診療報酬改定結果検証部会の「後発医薬品の使用状況調査」（回答保険薬局635〈回答率63.5％〉，調査処方箋96万9,365枚）によれば新処方箋への署名率は17％，署名のある処方箋のなかでジェネリック医薬品に変更された率は６％であり，ジェネリック医薬品に変更されたのは全処方箋のわずか１％だと指摘。その背景には5つの壁，①院外処方箋の壁，②医師の署名率の壁，③患者希望の壁，④薬剤師の壁，⑤適応違いの壁があるとした。

①については，院外処方箋にしか新処方箋が適用されないことから，現在50％程度しか進んでいない医薬分業がネックで，都道府県ごとの医薬分業率の格差（上位の秋田県71.7％，佐賀県69.7％，神奈川県68.6％に対し，下位は福井県17.0％，和歌山県26.0％，石川県27.8％）も問題視した。②については，某雑誌の誌上アンケート（461医師）で「新処方箋に署名する」31％，「患者からの希望があれば署名する」54％となっており，これも大きい壁とした。③に関しては，ＮＴＴレゾナントや三菱総合研究所のインターネット調査で患者の希望率は30％程度，「知っているが使ったことはない」という患者は54％という結果が出ていると紹介，さらに糖尿病ネットワークによる糖尿病患者552人に対するインターネットアンケートにおいては，ジェネリック医薬品を知っているのは71％もいた一方で，糖尿病薬にジェネリック医薬

品があることを知っていたのは17％と，「認知度が高まっているものの希望率が低い。糖尿病薬や抗がん剤などにもジェネリック医薬品があることをＰＲするなど，広報も各論に入る必要がある」と述べた。一方，④については，ジェネリック医薬品の否定派が薬剤師の50％に達しているとした医薬品卸の株式会社アステムのヒアリング調査（591病院，1,455診療所，2,047保険薬局）を示し，薬剤師の認識を課題に挙げるとともに，ジェネリック医薬品学会が使用頻度の高い先発品をリストアップした300品目の「推奨ジェネリック医薬品」の各保険薬局での在庫確保の必要性にも論及した。⑤については，先発品と後発品とで効能効果・用法用量などが違う「適応違い」の問題から積極的に代替調剤を行う状況になっていない点を指摘し，保険薬局，医療機関間での患者の疾病情報の共有を求めた。

ジェネリック医薬品使用率を評価指標とし DPC調整係数に反映させるべき

武藤氏はさらに，ジェネリック医薬品を普及させるために，DPC病院に適用されている前年の収入を保障する現在の「調整係数」を2010年に厚生労働省が廃止することを踏まえ，「ジェネリック医薬品を積極的に使用するDPC病院に経済的インセンティブを与えるべき。病院の質やパフォーマンスを評価し，調整係数で質や効率性，パフォーマンスのよい病院にボーナスを与えるしくみが必要」と指摘。現在アメリカで推進されている臨床指標，患者満足，IT関連指標といった基準を測定し，その善し悪しによって経済的インセンティブを与えるＰ４Ｐ（ピーフォーピー）（Pay for Performance）の日本版の開発を提案した。P4Pでは，たとえば急性心筋梗塞の治療に関し，アスピリン服用率やβ-ブロッカー服用率，左室収縮不全に対するACE阻害剤服用率といった診療ガイドラインに即した処置をしているかどうかを臨床指標とし，ほかの指標とともにこれらを評価し，その結果にもとづき保険償還でボーナスを与える支払い方式がとられており，「ジェネリック医薬品の使用率も評価指標としDPC調整係数に反映させるべき」と強調した。その上で日本版P4Pの指標として，①臨床指標（予定しない48時間以内の手術，2日以内のICUへの再入院率など），②診療ガイドライン準拠率，③ジェネリック医薬品の使用率，④医療連携クリティカルパス使用率，⑤ＩＴ化率・情報開示率，⑥患者満足度，⑦連携パスと臨床指標の組み合わせで評価することを提案。さらに，DPCデータによって，人工関節置換術後24時間以内に投与を中止すべきとされている抗菌剤の投与中止を実施していない病院がどのくらいあるか，どこが再入院率の高い病院かなどがよくわかるとし，「DPCデータは各病院が診療ガイドラインを守っているか否かがわかる。米国のP4Pでは，わずか数％の経済的インセンティブの導入により急性心筋梗塞や肺炎，心不全，股関節と膝関節手術などの臨床指標が大きく向上した。高質な医療への改善を促すことにもつながる」「周術期の予防投与として抗菌剤が使用されていると思われる症例（２万症例）をピックアップしてそのジェネリック医薬品使用比率を調べた調査では，病院によって大きなバラツキも見られた。積極的にジェネリック医薬品を使っている病院を評価し，インセンティブを与えるべきだ」などと強調した。

武藤氏はこれらを踏まえ，「在宅医療重視」「入院包括・外来包括」「地域包括」「ジェネリック医薬品給付範囲の見直し」「総合医に関わる報酬体系の新設―後期高齢者の人数に応じた定額払い報酬（人頭割り制度）」などのキーワードを包含した後期高齢者医療制度で「何が飛び出してくるか注目する必要がある」と締めくくった。

厚生労働省が22兆1,604億円の概算要求 医師確保対策などに765億円を盛り込む

平成20年度概算要求を公表

厚生労働省は8月28日，平成20年度予算概算要求の主要事項（URL＝http://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/08gaisan/syuyou.html）を公表した。要求・要望額は，「重点施策推進要望枠」（成長力底上げ戦略の推進38億円，革新的医薬品・医療機器創出の推進121億円，少子化対策の推進60億円など）を含め一般会計で22兆1,604億円と，前年度予算に比べ6,835億円の増加。うち，年金・医療などにかかる経費は，20兆6,123億円となって

いる。主要項目は，(1)健康な生活と安心で質の高い医療の確保等のための施策の推進，(2)成長力の底上げに向けた雇用対策・職業能力開発等の推進，(3)仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）と公正かつ多様な働き方の実現，(4)人口減少社会の到来を踏まえた少子化対策の推進，(5)高齢者等が生き生きと安心して暮らせる福祉社会の実現，(6)障害者の自立支援の推進，(7)国民の安全と安心のための施策の推進，(8)年金記録問題等への対応など。

(1)においては，「医師確保対策などの安全・安心で質の高い医療提供体制の充実」に前年度比17.8％増の765億円を要求。都道府県が医療対策協議会での検討にもとづき実施する医師派遣に対して支援を行うとともに，必要な医師が確保できない地域に国レベルで緊急臨時的な医師派遣を行う体制をつくる「医師派遣体制の構築・推進」に8.3億円を，また派遣元の病院で派遣医師が従前行っていた業務をカバーする医師などの負担を軽減するとともに，診療体制の強化のためにその確保や医療機器などの整備に対する支援を併せて行う「医師派遣に協力する病院の診療体制の強化」（新規）には21億円をそれぞれ要求している。このほかの新規項目として，「女性医師の復職研修支援の推進」5.2億円，都市部の臨床研修病院の研修医が医師不足地域などで一定期間研修を行うことに対する支援や，医師不足地域などの臨床研修病院が研修医の確保を図るために研修プログラムなどをＰＲすることを支援する「医師不足地域における研修の支援」24億円，「新人看護師に対する医療安全推進モデル研修の実施」2.5億円などを要求した。

また，「新健康フロンティア戦略の推進」では，前年度比12.1％増の1,905億円を要求。内訳は，①子どもを守り育てる健康対策100億円，②女性を応援する健康プログラム288億円，③メタボリックシンドローム対策の一層の推進110億円，④心の健康づくり50億円，介護予防対策の一層の推進852億円，人間の活動領域の拡張，医療・福祉技術のイノベーション448億円など。メタボリックシンドローム対策では，個人の特徴に応じた予防・治療（テーラーメイド予防・治療）の方法の研究開発や普及等を行う「糖尿病等の生活習慣病対策推進費」（新規）に4.3億円を，また保健師や管理栄養士への研修プログラムの実施や関係機関との連携など保健指導を円滑に行うための拠点整備，保健指導の効果の検証やその内容を反映した健診・保健指導を担う人材の資質向上を推進し特定健診・保健指導の円滑な実施を図る「健康診査・保健指導の実施体制の充実」（新規）1.3億円，平成20年度から健康増進法にもとづき市町村が実施する健康増進事業（健康教育，健康相談など）の円滑な実施を図る「健康増進事業の円滑な実施」（新規）などを盛り込んだ。

(1)ではほかに，「がん対策の総合的かつ計画的な推進」282億円，「革新的医薬品・医療機器創出の推進」295億円，「感染症・疾病対策の推進」2,089億円，「安定的で持続可能な医療保険制度運営の確保」8兆6,815億円，特定健診・保健指導の円滑な実施（571億円）や病床転換助成事業の実施（28億円）などの「医療費適正化に関する施策の推進」599億円を要求した。

国立国際医療センターを糖尿病対策の中核機関とし，多機関連携で対策を支援

糖尿病等の生活習慣病対策の推進に関する検討会が中間取りまとめ案

厚生労働省の「糖尿病等の生活習慣病対策の推進に関する検討会」（座長＝久道茂・宮城県対がん協会長）は8月22日，中間取りまとめ案を提出し，対策の方向性を示した。それによると，①各地域における糖尿病等の生活習慣病対策の推進方策と，②地域における糖尿病等の生活習慣病対策への支援方策の２つの柱が立てられている。

①においては，医師，保健師，管理栄養士等の医療関係者だけでなく，都道府県や市町村の職員などさまざまな職種・機関が生活習慣病対策を担うため，地方公共団体は関係団体，医療機関，地域医師会，看護協会，栄養士会などとの連携を図ることが重要とし，とくに糖尿病の診断・治療については各地域の専門機関だけではなく，初期診療を行う医療機関から専門的な診療を行う医療機関まで数多くの医療機関の対応が必要であることから，都道府県は糖尿病対策推進会議を活用することが有効とした。また，学校や職場での対策も重要としたほか，医療関係者などに対し効果的な予防方法や診断・治療方法に関する研修を実施す

ることも有効と指摘した。

②に関しては，国立保健医療科学院（地方公共団体の職員への研修など行政面での支援、疫学研究），国立循環器病センター（脳卒中，急性心筋梗塞の本態解明や革新的診断・治療法開発，普及など），国立国際医療センター（糖尿病の本態解明や革新的診断・治療法開発，普及など），国立健康・栄養研究所（生活習慣病の予防）を対策の中核機関として位置づけ，相互に連携を図るとともに，国は都道府県や地域の専門医療機関などとネットワークを構築し，「情報発信」「予防方法，診断・治療方法の研究開発」「人材育成」といった機能を発揮できるよう支援し，各地域で個人の特徴に応じた予防・治療（テーラーメイドの予防・治療）などの先駆的な予防方法，診断・治療方法や，標準的な予防方法，診断・治療方法の普及・均てん化を図ることが望まれるとした。予防方法，診断・治療方法の研究開発に関しては，特定保健指導対象者の性別や年齢，健康に対する考え方，職場環境などに応じて効果的な予防方法が異なることが考えられるため，特性に応じた多様な介入方法による効果を比較できるよう，医療保険者の協力の下，特定健診・保健指導のデータを収集・分析することが求められるとした。ただし，効果的な開発研究には，具体的な指導内容に関する情報など必要な情報が効率的に入手できる医療保険者との連携が必要とも指摘した。中核機関には，研究機能を強化していく上での民間等外部資金の積極的な受け入れや，患者の症例登録のデータの集約・分析の必要性を求めた。

人材育成については，中核機関でリーダーに対する研修を行い，各地域で予防や診断，治療の実務に携わる者に研修を行う体制を構築することが重要とした。その際，心理面に配慮した指導ができる人材を育成することも重要と指摘した。

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子案を提示

社会保障審議会
「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」

厚生労働省の社会保障審議会「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」（部会長＝糠谷真平・独立行政法人国民生活センター理事長）は9月4日，後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子案（URL http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/09/s0904-3.html）をまとめた。骨子案では，後期高齢者医療に必要な視点として，本人の生活や家族の状況などを踏まえた医療，尊厳に配慮した医療，本人や家族が安心・納得できる医療を挙げ，これらを踏まえた医療を構築していくべきとし，診療報酬体系を構築するに当たっての方針を外来医療，入院医療，在宅医療，終末期医療ごとにまとめている。

外来医療については，(1)後期高齢者を総合的に診る取り組み，(2)薬歴管理，(3)関係者，患者・家族との情報共有と連携を進めるための診療報酬上の評価が必要とした。(1)では，主治医には ①病歴や受診歴，服薬状況，他の医療機関の受診状況などを一元的に把握する，②日常生活の能力や認知機能，意欲などについて総合的な評価を行い結果を療養や生活指導に活用する，③専門的な治療が必要な場合には適切な医療機関に紹介し，治療内容を共有する役割が必要とし，それを進める診療報酬上の評価を求めた。(2)については，医療関係者や患者が服用している医薬品の情報を確認できる方策を進める評価のあり方を検討すべきとした。(3)については，必要なカンファレンスの実施等を含め情報の共有と連携が進む報酬のあり方の検討を求めた。また，入院医療に関しては，①退院後の生活を見越した計画的な入院医療，②入院中の評価とその結果の共有，③退院前指導などの退院前後の支援を促進する診療報酬のあり方を検討すべきとした。

在宅医療に関しては，介護・福祉関係者との情報共有や連携のほか，医療機関間の連携など病院等による後方支援の強化，在宅歯科診療や服薬支援，退院前後や緊急時対応を含めた24時間体制の訪問看護，居住系施設における医療が適正に評価される報酬のあり方を求めた。終末期医療については，終末期に希望する診療内容を医療関係者などで共有し，緊急対応などの情報提供をあらかじめ家族に行うことなどが促される評価とともに，在宅ターミナルケアで使用する医療用麻薬の患者宅での適切な保管管理や廃棄等の方法を，調剤した薬剤師が患者やその家族へ指導し，定期的に状況確認できる評価のあり方を検討すべきとした。

（記事提供=株式会社ライフ出版社）

左上：松山城　右上：しまなみ海道　中：道後温泉

第66回 日本公衆衛生学会総会

2007年10月24日(水)→26日(金)

地域保健 ―その原点に返り未来を展望する―

総会会場　愛媛県県民文化会館　愛媛県総合社会福祉会館　愛媛看護研修センター

学会長　小西正光　愛媛大学大学院医学系研究科教授（公衆衛生・健康医学）

特別講演（予定）

講師：早坂　暁 先生

脚本家、作家として様々なドラマ、時代劇に携わり、代表作に、「空海」「夢千代日記」「千年の恋ひかる源氏物語」「ダウンタウン・ヒーローズ」「花へんろ」等がある。また、愛媛県出身で「四国遍路」に関する作品も多い。

講師：辰濃 和男 先生

日本エッセイスト・クラブ理事長。元朝日新聞論説委員として「天声人語」を13年間執筆され、著書には「四国遍路」「歩き遍路」「文章の書き方」などがある。