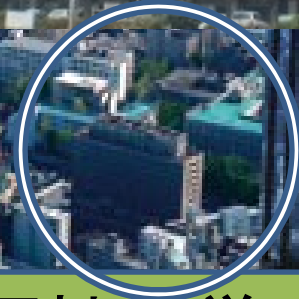


DPCと医療材料

～コストと質・安全～

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



国際医療福祉大学三田病院

2005年旧東京専売病院より継承

医師数120名、290床、

平均在院日数10日

入院単価65、000円

2007年より東京都認定がん診療病院

国際医療福祉大学・高邦会グループの概要

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

国際医療福祉大学 大学院(東京青山 キャンパス)



大学院 医療福祉学研究科

大学院 医療福祉学研究科

修士課程: 保健医療学専攻、医療福祉経営専攻

臨床心理学専攻

博士課程: 保健医療学専攻

- 栃木本校のほかサテライトキャンパスも設置(東京・小田原・熱海・福岡・大川)
- 同時双方向遠隔授業
- 医療職のための本格的な生涯学習コース、「乃木坂スクール」開講

保健医療学部

看護学科、理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科、視機能療法学科、放射線・情報科学科

医療福祉学部

医療経営管理学科、医療福祉学科

薬学部

薬学科

福岡リハビリテーション学部

(福岡県 大川キャンパス)

理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科(平成19年4月開設)

小田原保健医療学部

(神奈川県 小田原キャンパス)

看護学科、理学療法学科、作業療法学科

大学附属施設

(269床)



熱海病院

(291床)



三田病院

(206床)



国際医療福祉
大学病院

(300床)



塩谷病院

東京本部 (乃木坂)

総務部
人事部
企画部
医療管理部



目次

- パート1
 - 2010年診療報酬改定とDPC
- パート2
 - DPCと医療材料
- パート3
 - 医療材料とコスト削減
- パート4
 - 医療材料と感染
- パート5
 - 医療材料と安全







パート1

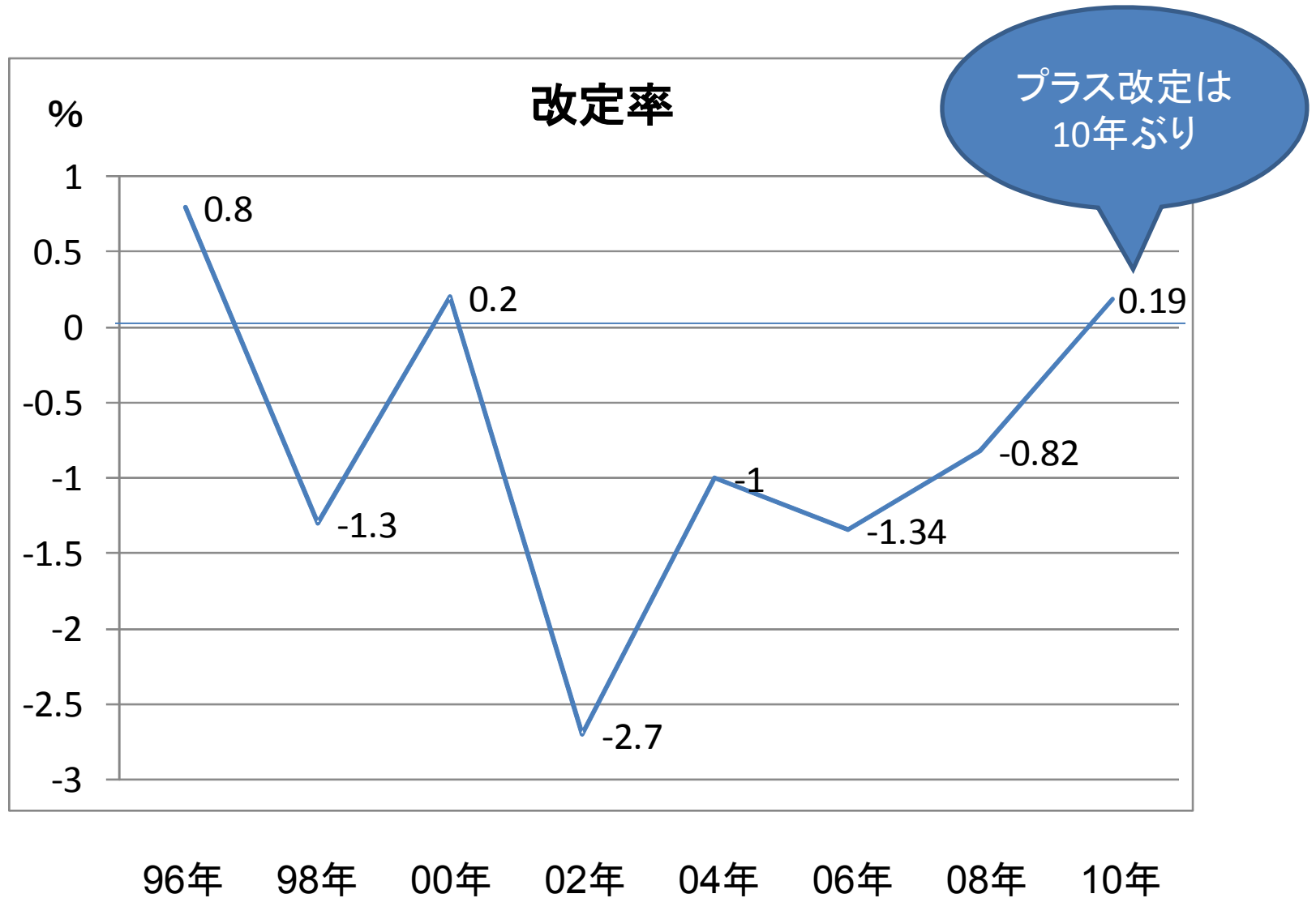
2010年診療報酬改定とDPC



2010年度診療報酬改定

- 全体改定率 +0.19% 
- 1 診療報酬改定(本体) 
 - 改定率 +1.55%
 - 各科改定率 医科 +1.74%
 - (入院 +3.03%、外来 +0.31%)
 - 歯科 +2.09% 
 - 調剤 +0.52%
- 2 薬価改定等 
 - 改定率 ▲1.36%
 - 薬価改定 ▲1.23%(薬価ベース ▲5.75%)
 - 材料価格改定 ▲0.13%

診療報酬改定率



2010年度診療報酬改定の基本方針

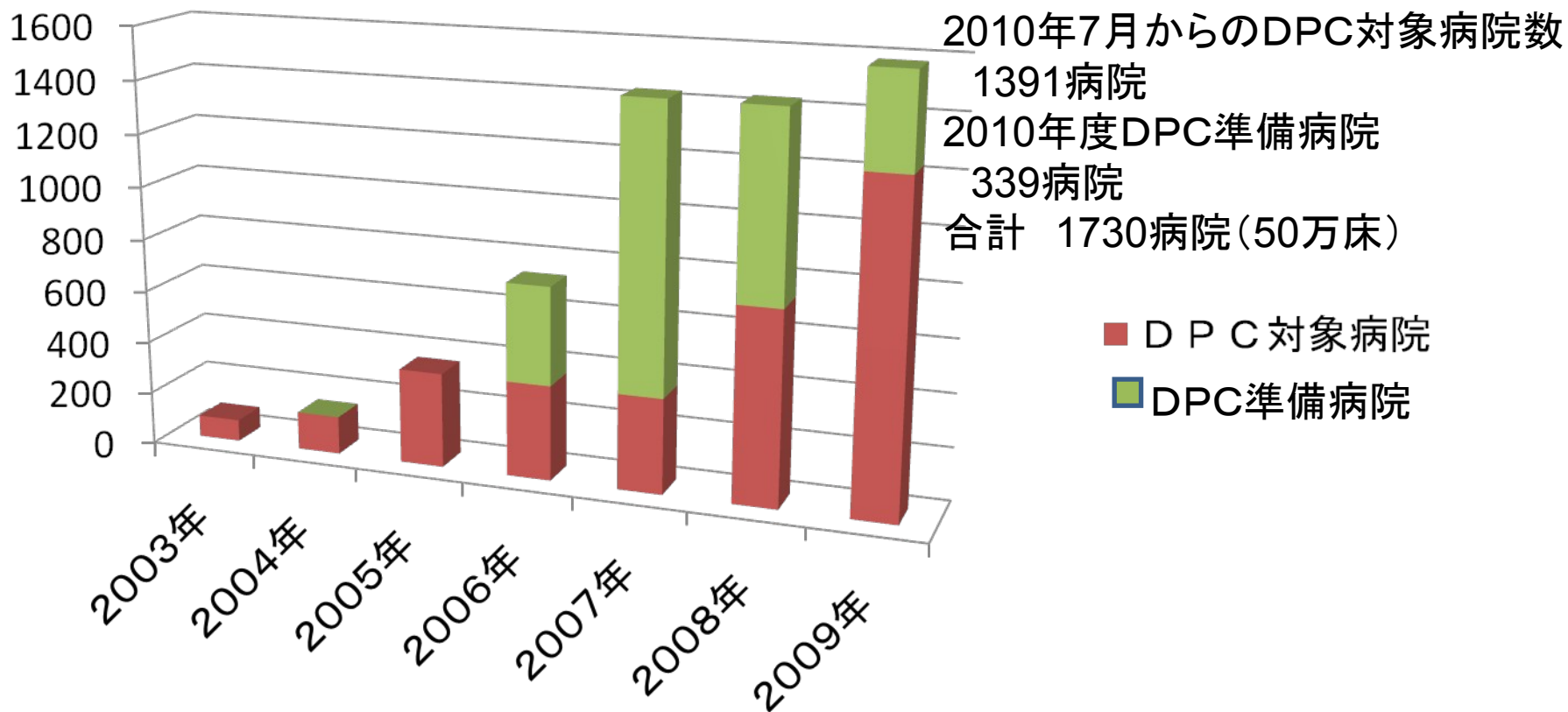
- 重点課題
 - ①救急、産科、小児、外科等の医療の再建
 - ②病院勤務医の負担の軽減
- 4つの視点
 - ①充実が求められる領域を適切に評価していく視点
 - ②患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点
 - ③医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
 - ④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
- (2009年11月25日社会保障審議会の医療保険部会)

2010年診療報酬改定とDPC

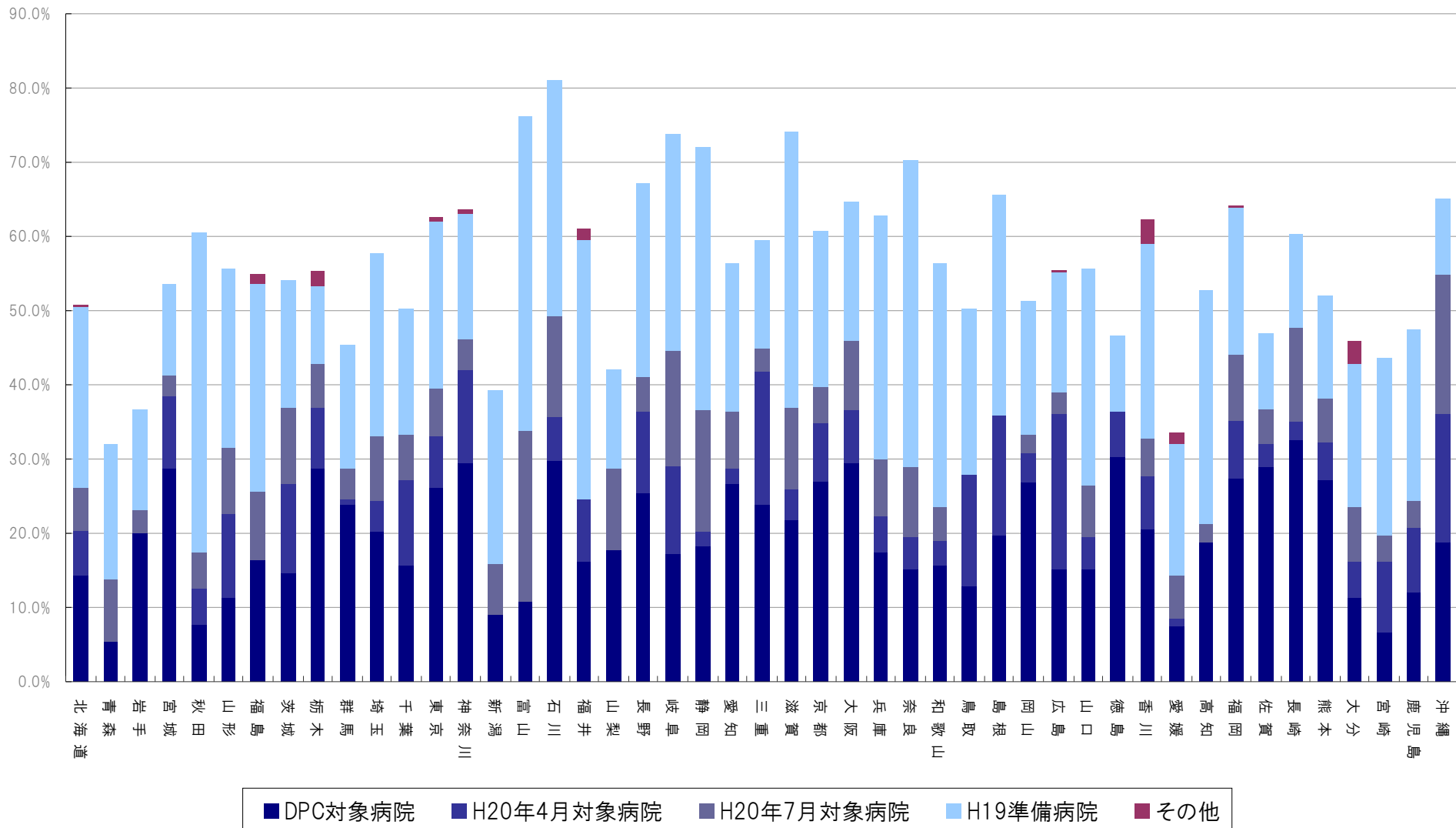


20日の中医協総会(東京都内)

DPC関連病院の拡大 1730病院、50万床へ



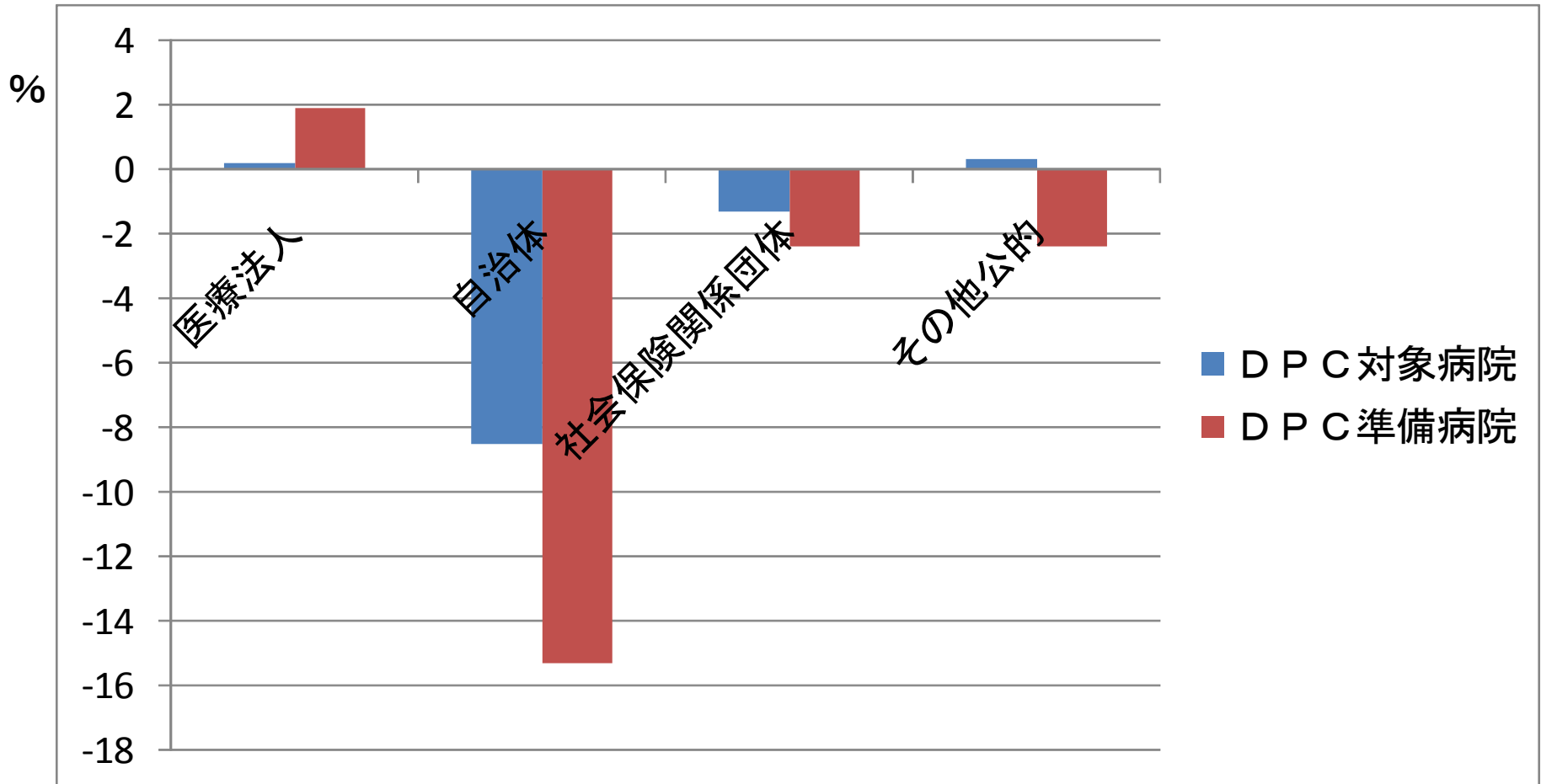
一般病床に占めるDPC関連病床割合



DPC病院医業利益率

医療施設経営安定化推進事業
平成20年度 病院経営管理指標
1630病院

医業利益率（一般病院、7対1） DPC対象病院と準備病院の比較



DPCにおける 診療報酬支払い方式



3. DPC制度における診療報酬

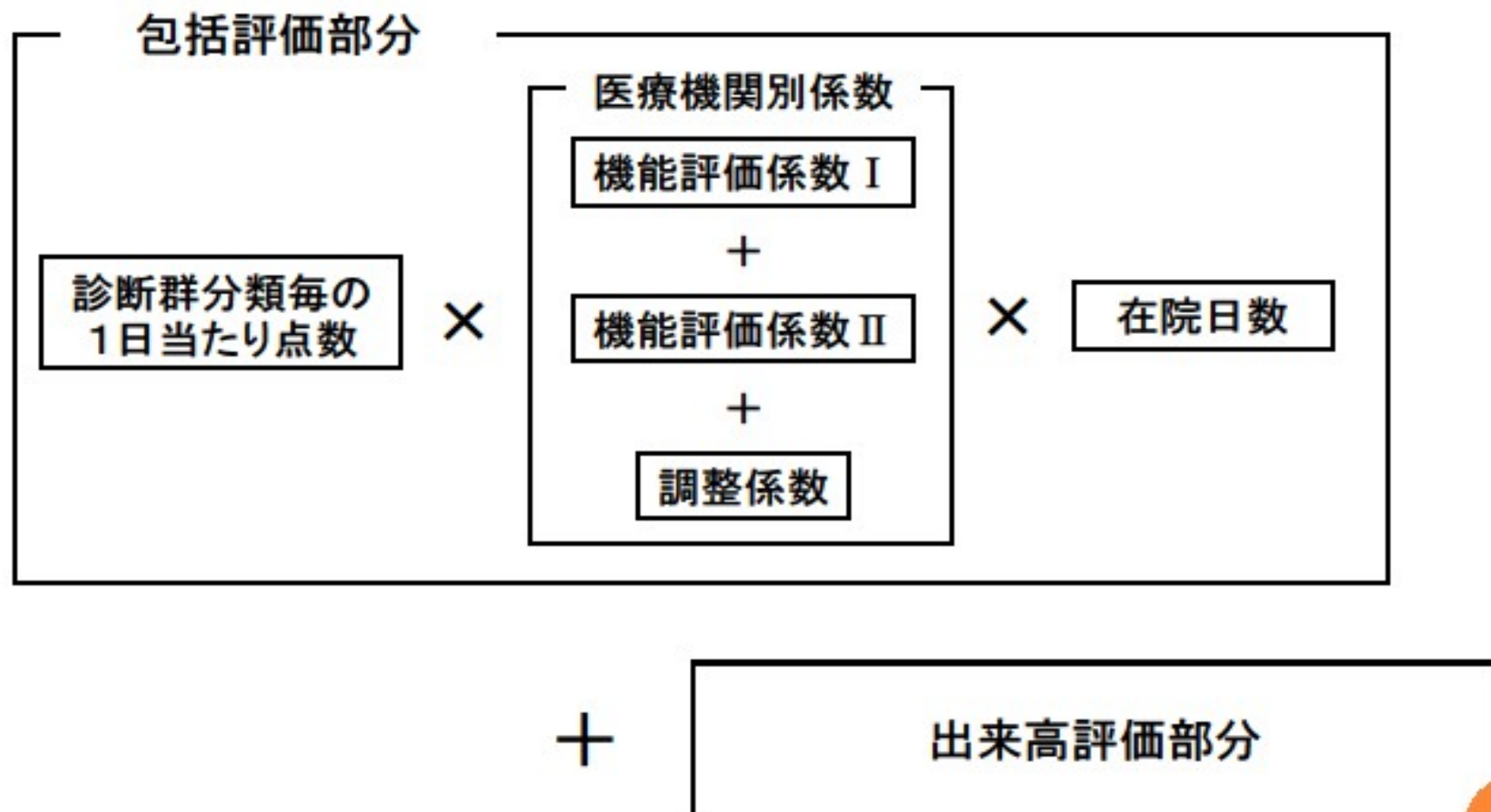


DPC制度における診療報酬の額

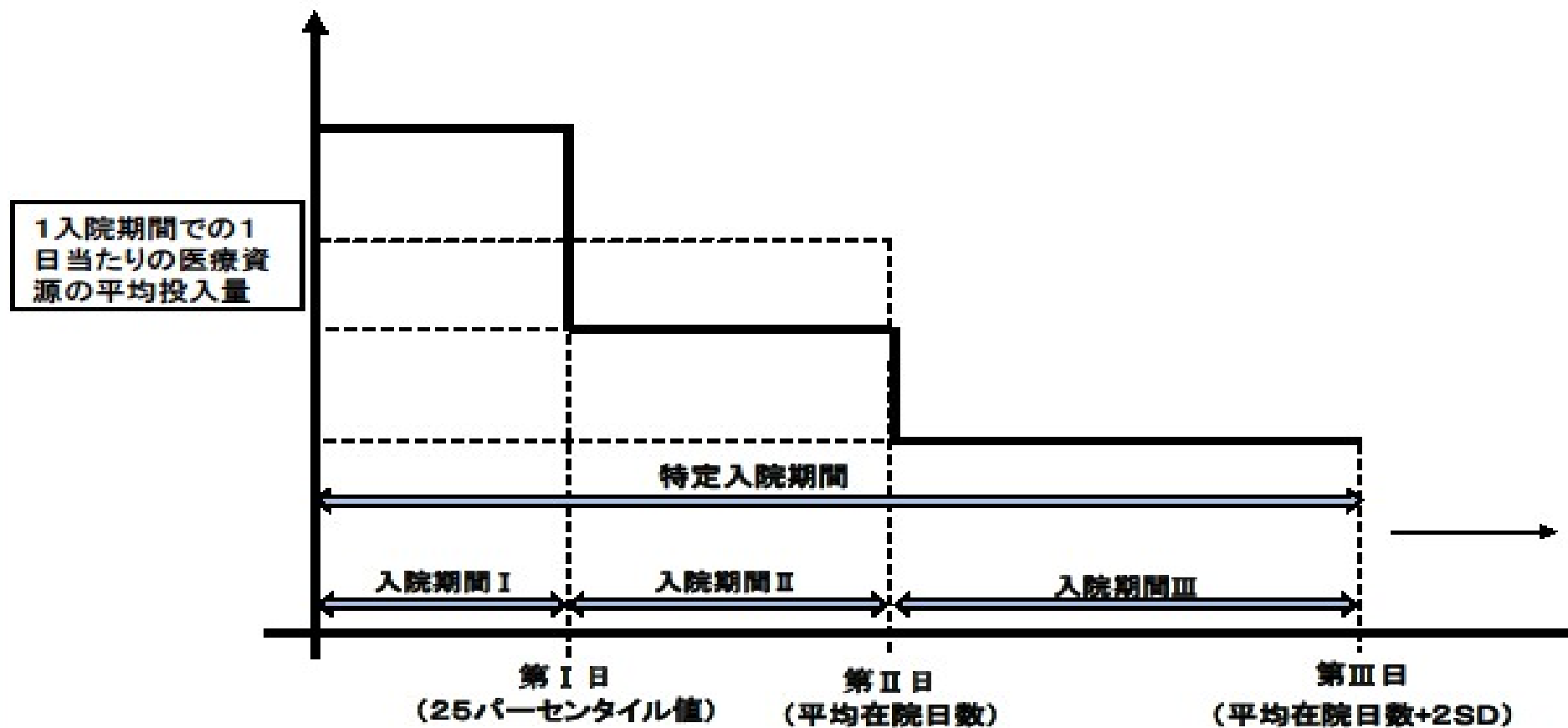
診療報酬 = 包括評価部分 + 出来高評価部分

- ・ 包括評価部分
入院基本料、検査(一部を除く)、投薬、注射、等
「診断群分類」毎の1日当たりの包括評価
医療機関別係数による評価・調整
包括範囲点数
= 診断群分類毎の1日当たり点数 × 医療機関別係数 × 在院日数
- ・ 出来高評価部分
手術料、麻酔料、等
「医科点数表」に基づいた評価

4. DPC制度における診療報酬の計算



5-2. 診断群分類(DPC)点数表における 1日当たり点数の設定



2010年DPC報酬改定



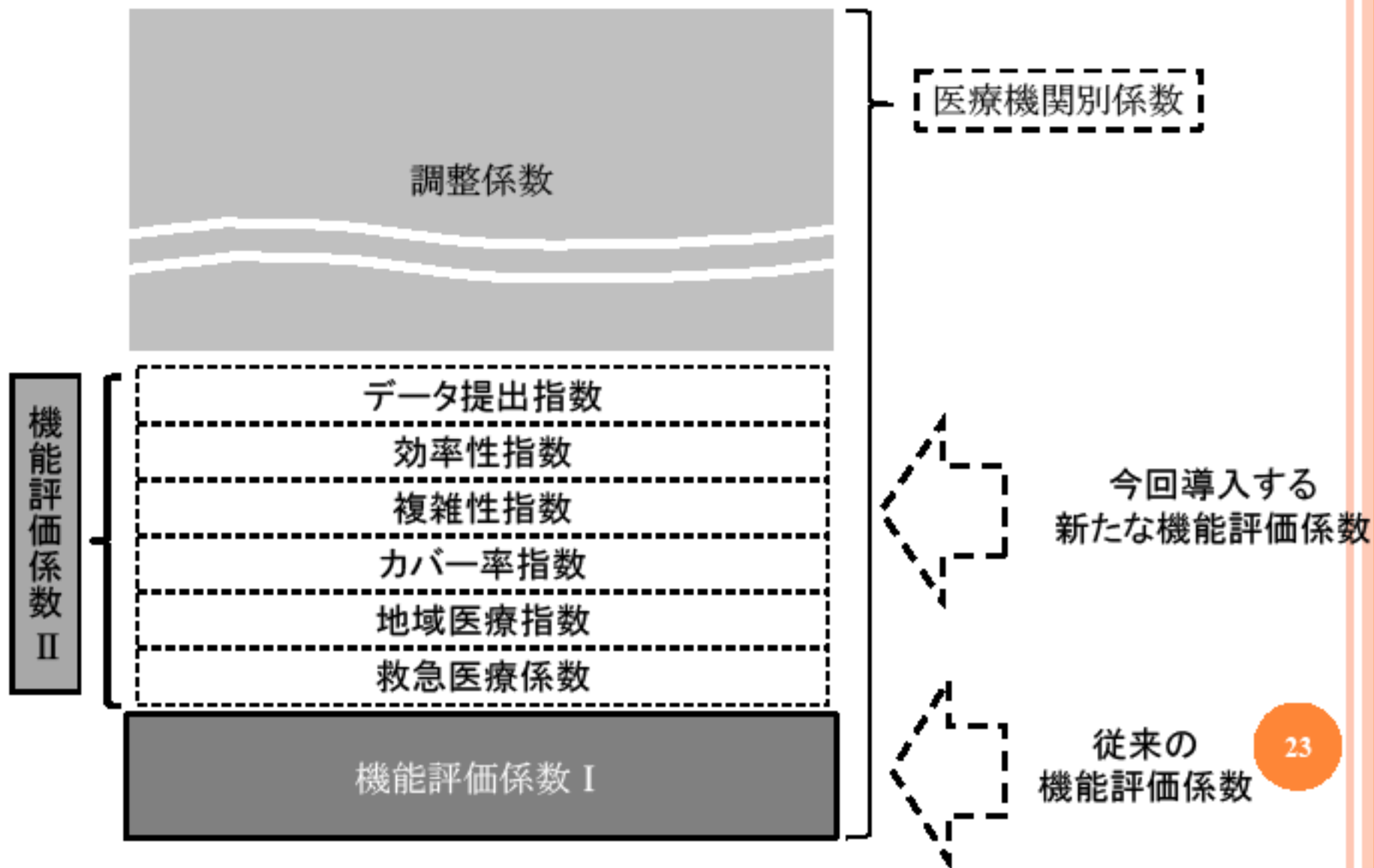
DPC報酬改定の基本的な考え方

- (1) 診療報酬改定に連動したDPC報酬改定
 - 診断群分類点数表の改定
 - 医療機関別係数の改定
- (2) 調整係数の見直し
 - 調整係数を段階的に新たな機能評価係数への置き換える
- (3) DPC包括範囲見直し
 - 診療実態に即した見直しを行う
- (4) 出来高部分の見直し
 - 手術料の評価

(2) 調整係数の見直し

新たな機能評価係数の新設

3-3. 医療機関別係数の概念図



従来の機能評価係数 (機能評価係数 I)

- A 1 0 0 一般病棟入院基本料
- A 2 0 0 総合入院体制加算
- A 2 0 4 地域医療支援病院入院診療加算
- A 2 0 4 - 2 臨床研修病院入院診療加算
- A 2 0 7 診療録管理体制加算
- A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算
- A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算
- A 2 1 4 看護補助加算
- A 2 3 4 医療安全対策加算
- A 2 3 4 感染防止対策加算
- D 0 2 6 の注 3 検体検査管理加算 (I) ~ (IV)

新機能評価係数（機能評価係数Ⅱ）

- 新機能評価係数

- 調整係数から置き換える割合は25%

- 評価項目は6項目

- ①データ提出指数（正確なデータ提出に係る評価）
- ②効率性指数（効率化に対する評価）
- ③複雑性指数（複雑性指数による評価）
- ④カバー率指数（診断群分類のカバー率による評価）
- ⑤地域医療指数（地域医療への貢献に係る評価）
- ⑥救急医療係数（救急医療野入院初期診療に係る評価）

- 重みづけは「救急医療野入院初期診療に係る評価」を除き、等分に配分

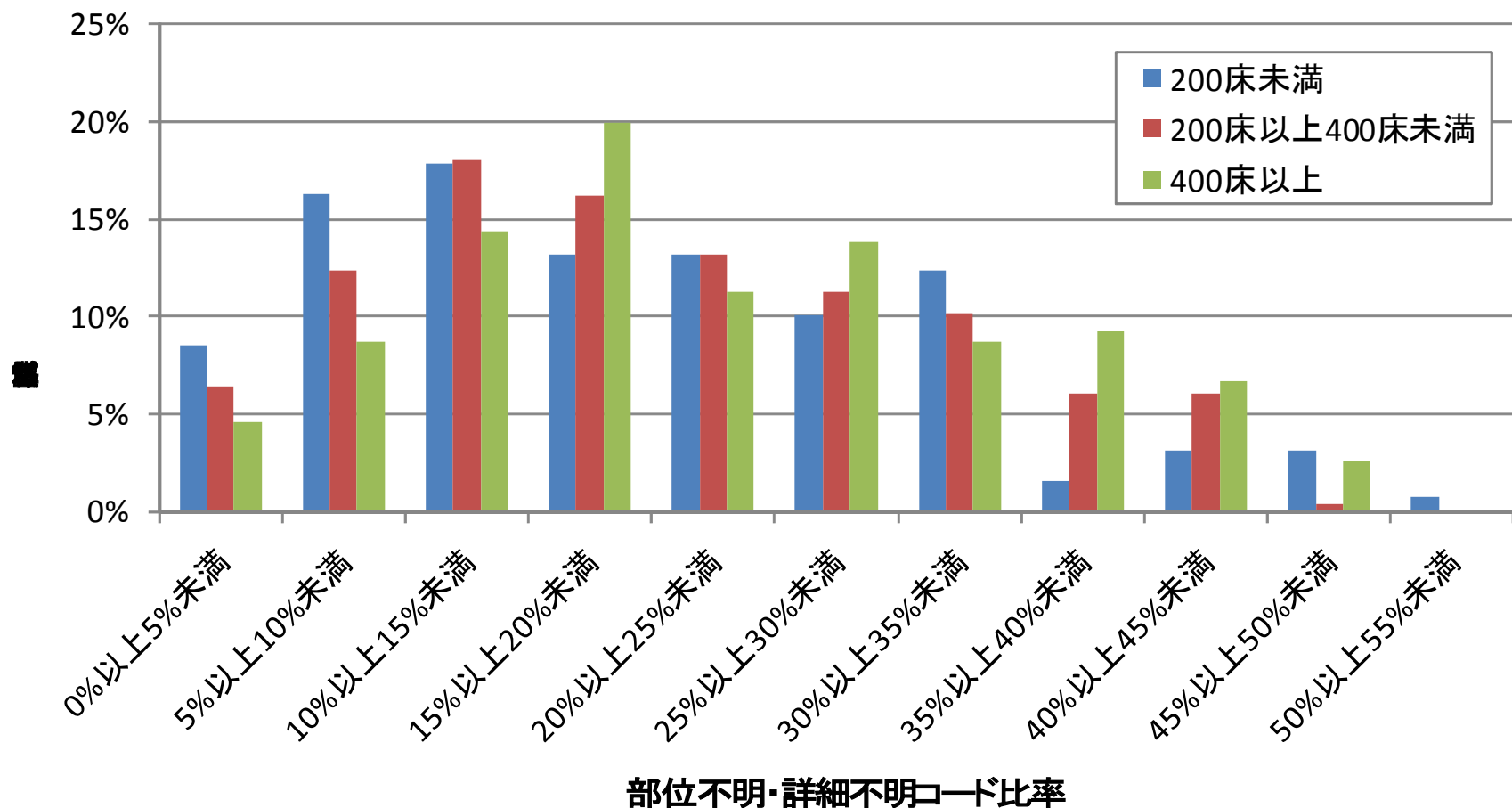
3-2. 新たな機能評価係数(機能評価係数Ⅱ)の 具体的項目(1)

項目	名称	評価の考え方	評価方法
1	データ提出指数	対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献することを評価	<p>[指数]</p> <p>①「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を50%・1ヶ月の間、減じる。</p> <p>②「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」については、当該評価を5%・1年の間、減じる。(平成23年4月より評価)</p> <p>※ 非必須項目の入力状況による評価は行わない。</p>
2	効率性指数	平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した在院日数の相対値により評価	<p>[指数]</p> $= \frac{\text{〔全DPC対象病院の平均在院日数〕}}{\text{〔当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕}}$ <p>※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
3	複雑性指数	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における一入院あたり包括点数の相対値により評価	<p>[指数]</p> $= \frac{\text{〔当該医療機関の包括点数(一入院あたり)を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数に置き換えた点数〕}}{\text{〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕}}$ <p>※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
4	カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について、当該病院で算定している診断群分類の広がり(種類の多さ)により評価	<p>[指数]</p> $= \frac{\text{〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕}}{\text{〔全診断群分類数〕}}$ <p>※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて(包括評価の対象・対象外の両方を含む)の診断群分類を計算対象とする。</p>

3-2. 新たな機能評価係数(機能評価係数Ⅱ)の 具体的項目(2)

項目	名称	評価の考え方	評価方法
5	地域医療指数	地域医療への貢献による評価	<p>[指数] = 以下の各項目ごとに1ポイントを加算した総ポイント数(0~7ポイント)(平成22年8月より評価)</p> <p>①「脳卒中」について、脳卒中を対象とする「B005-2地域連携診療計画管理料」、「B005-3地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)」又は「B005-3-2地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)」を算定している医療機関を評価</p> <p>②「がん」について、「B005-6がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2がん治療連携指導料」を算定している医療機関を評価</p> <p>③「がん」について、地域がん登録への参画の有無を評価</p> <p>④「救急医療」について、医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型若しくは共同利用型の施設又は救急救命センターを評価</p> <p>⑤「災害時における医療」について、DMAT(災害派遣医療チーム)指定の有無を評価</p> <p>⑥「へき地の医療」について、へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価</p> <p>⑦「周産期医療」について、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの指定の有無を評価</p>
6	救急医療係数	包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等について、救急患者に占める割合により評価	<p>[指数] = 緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの包括範囲の費用の差額を、医療機関ごとに診断群分類及び救急患者の数に応じて評価</p>

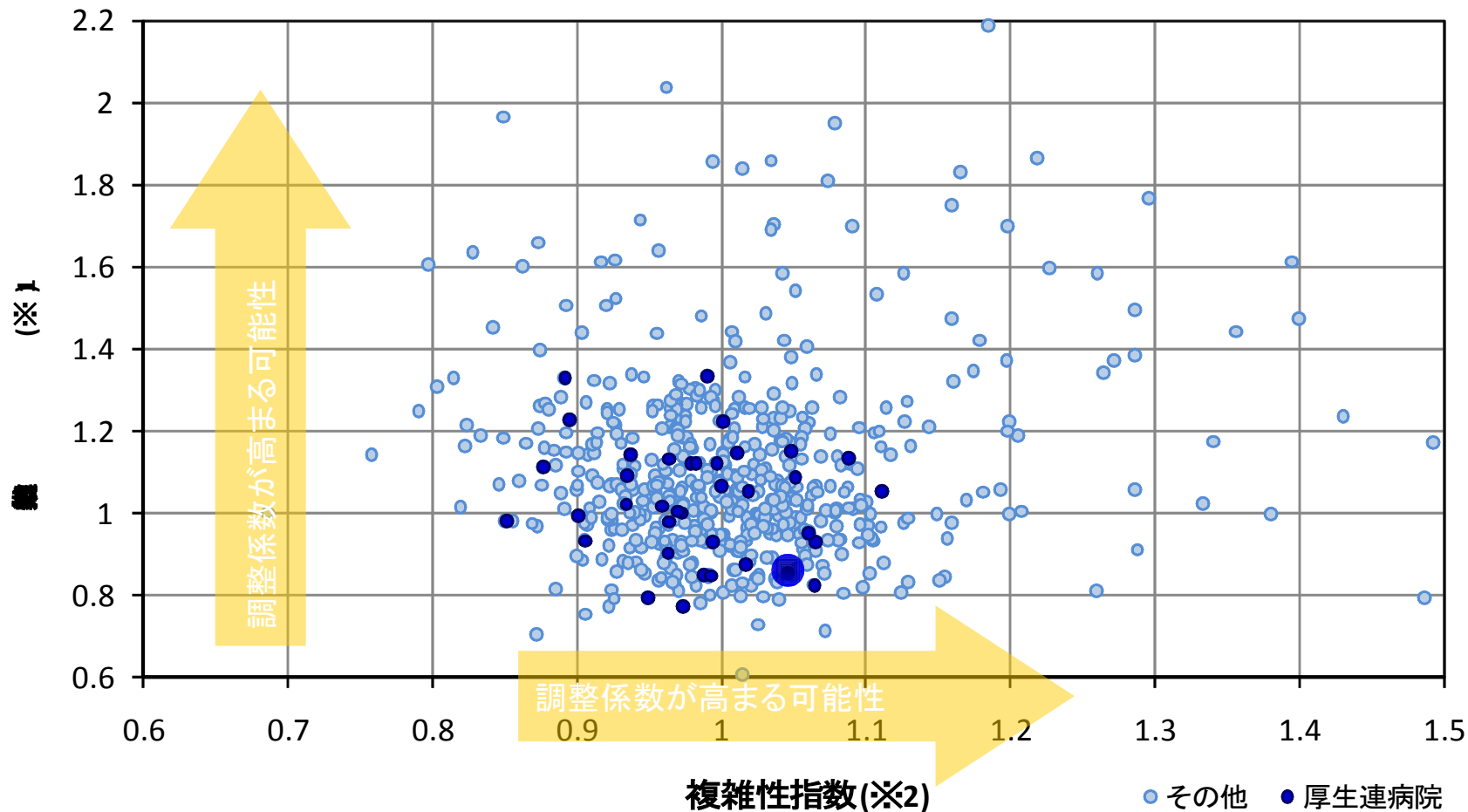
1-① DPC 病院として正確なデータを提出していることの評価



(株) メディカルアーキテクト girasol による分析

病床規模別部位不明・詳細不明コードの発生頻度 (2008年7～12月)

効率化に対する評価・複雑性指数による評価

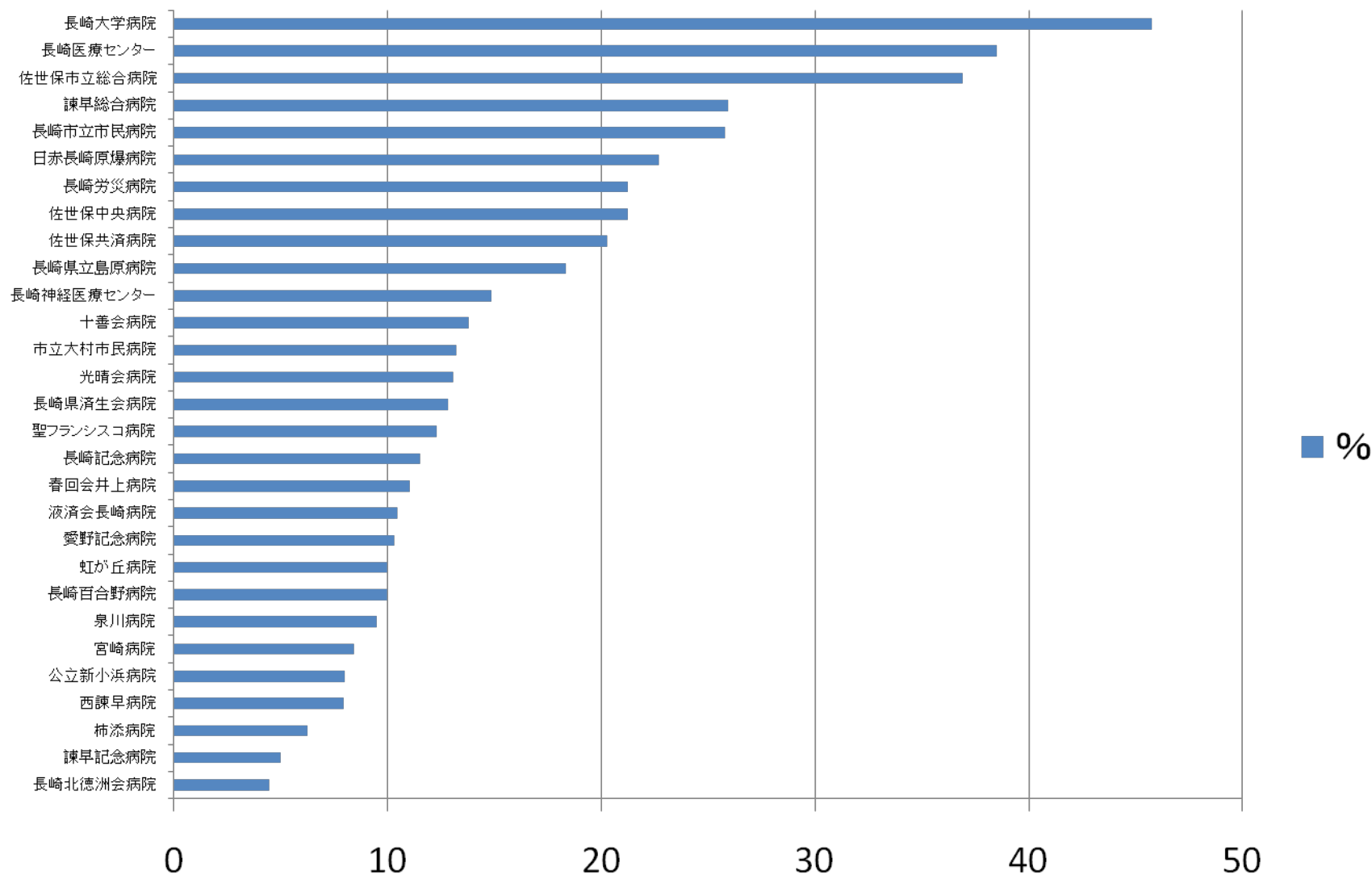


- (※1) girasol データベース内の全病院の ALOS を、当該医療機関の患者構成が girasol データベース内の全病院と同じと仮定した場合の ALOS で除した値。
- (※2) 当該医療機関の各診断群分類毎の在院日数が girasol データベース内の全病院と同じと仮定した場合の ALOS を、girasol データベース内の全病院の ALOS で除した値。
- 注: girasol データベース内における効率性指数・複雑性指数であって、厚生労働省が算出する複雑性指数・効率性指数とは異なる。

(ヒラソルによる)

病院別診断群分類カバー率（長崎県）

%



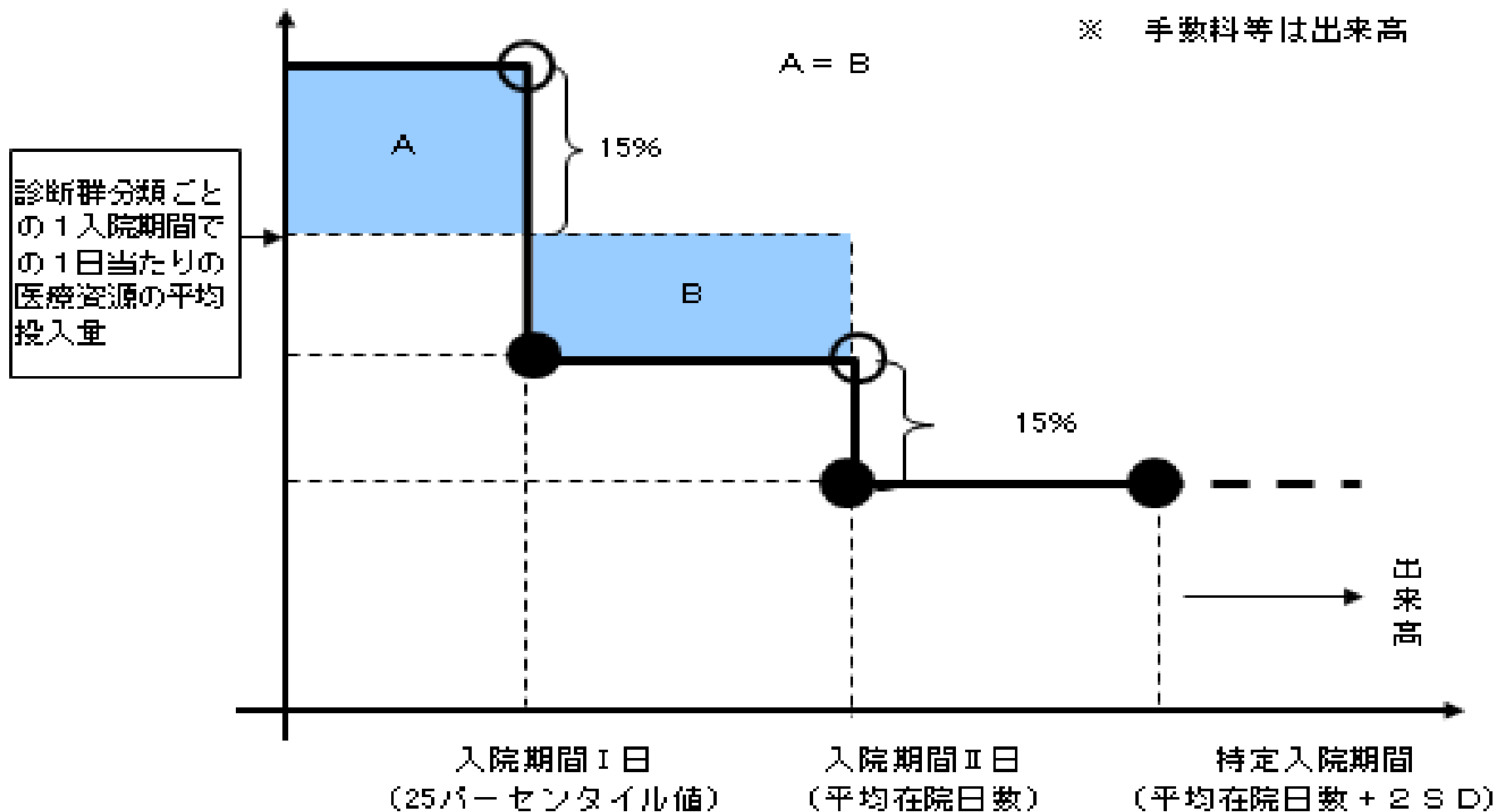
新機能係数ランキング

- 5項目でみた新機能係数ランキング
 - 「データ提出指数」「効率性指数」「複雑性指数」「カバー率指数」「救急医療係数」「地域医療指数」
- 済生会熊本病院(熊本市) 0.034
- 国立病院機構熊本医療センター(同) 0.0326
- 徳島赤十字病院(徳島県小松島市) 0.0317
- 沖縄県立中部病院(沖縄県うるま市) 0.031
- 済生会横浜市東部病院(横浜市) 0.0309
-
- 国際医療福祉大学三田病院(東京都) 0.0167
-
- 最小さい病院 0.0061

(3) 包括範囲の見直し

(1) 通常の設定方法

包括評価点数の設定方法について



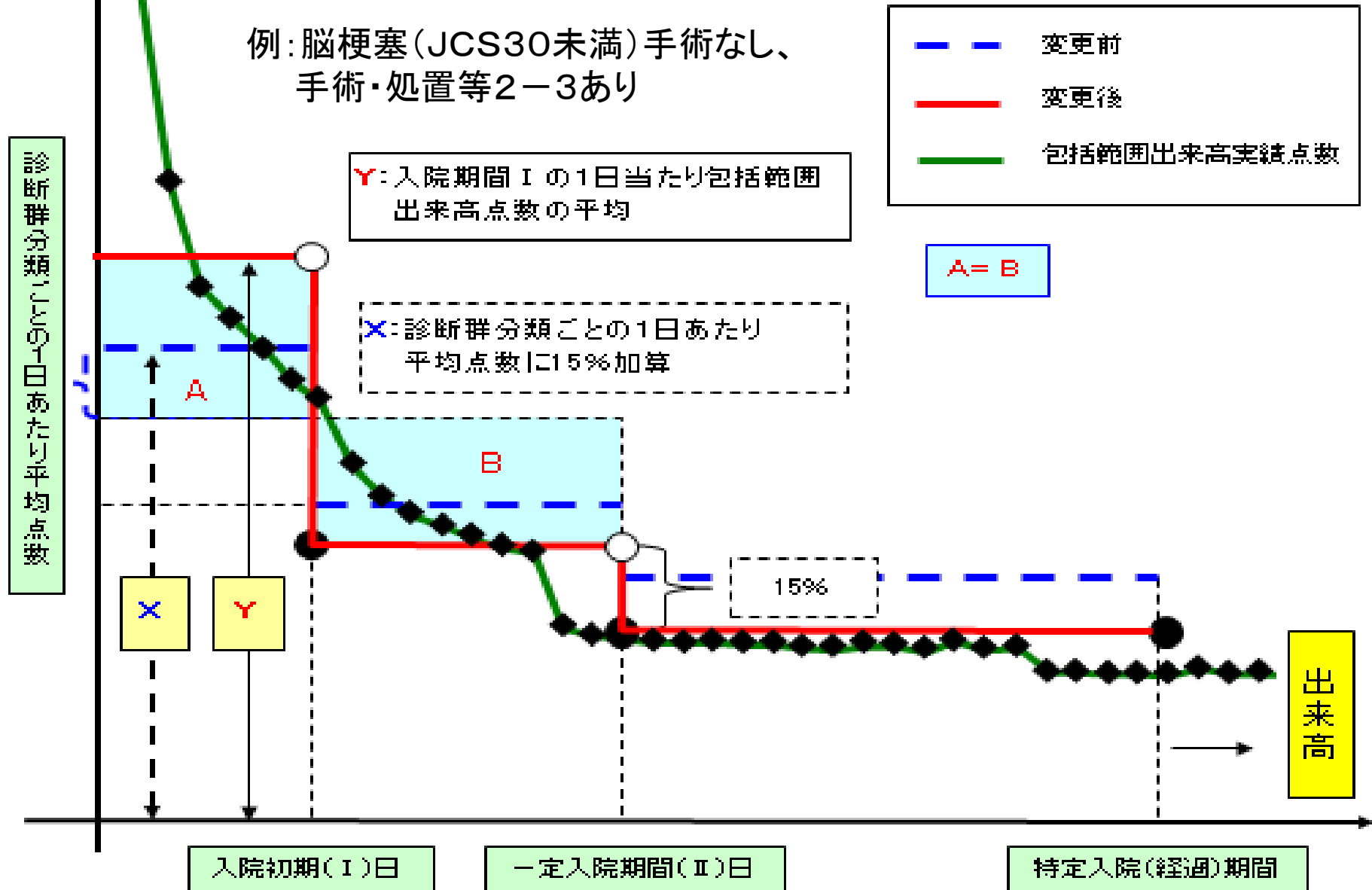
※ 入院期間Ⅰ日までは、診断群分類ごとの1入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量に15%上乗せした点数。

入院期間Ⅰ日からⅡ日までは、入院期間Ⅰ日までに上乗せした点数の合計と同じ合計点数となるように設定した点数を、診断群分類ごとの1入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量から減じた点数。

入院期間Ⅱ日から特定入院期間までは、入院期間Ⅰ日からⅡ日までの点数から15%減じた点数。

【入院初期の医療資源投入量が多い場合】

例：脳梗塞（JCS30未満）手術なし、
手術・処置等2-3あり

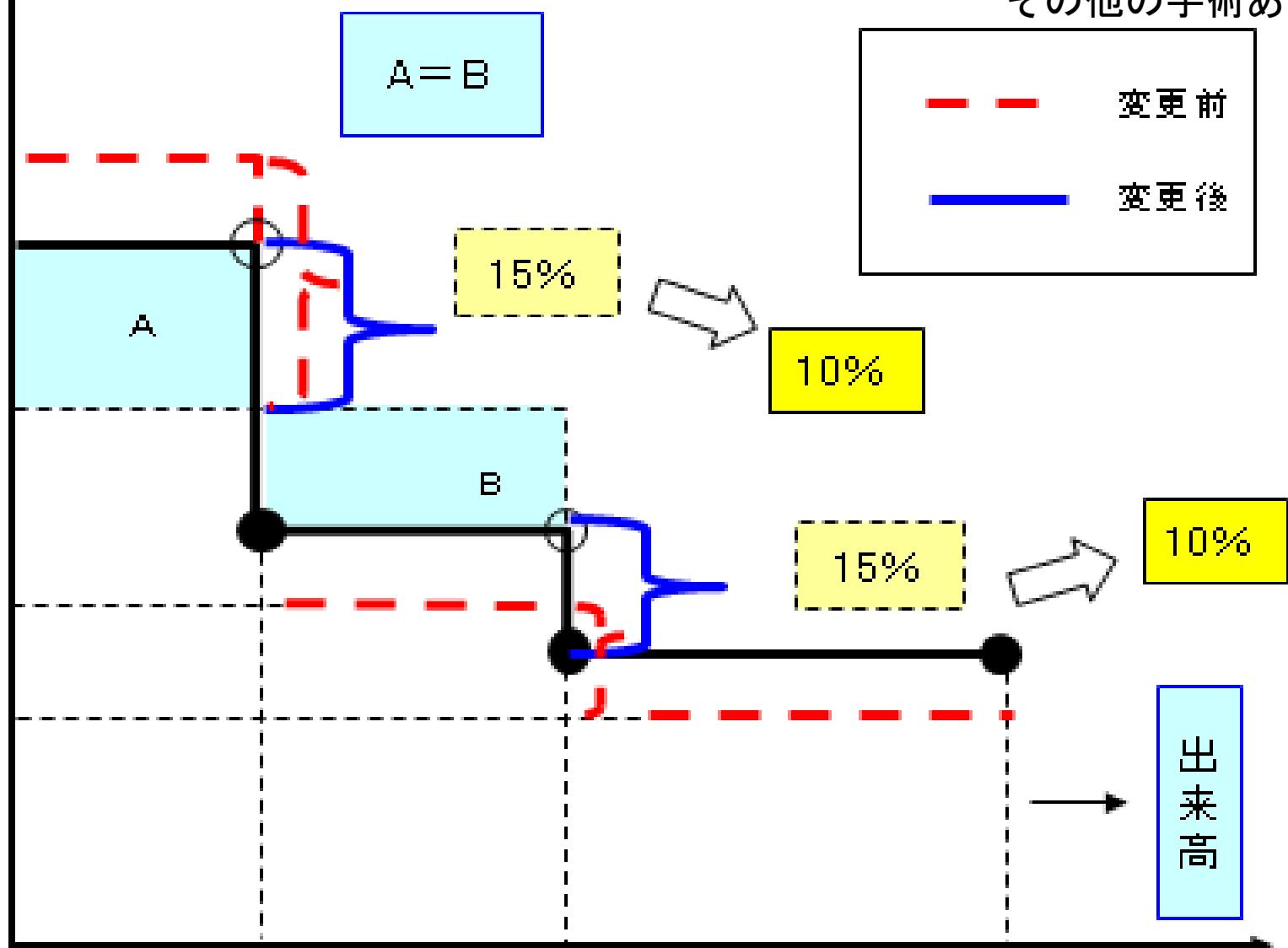


※入院期間 I 日までの点数は、対象となる診断群分類の入院期間 I 日までの1日あたり包括範囲出来高点数の平均により設定
入院期間 I 日から II 日及び II 日から特定入院期間までの点数は、入院期間 I 日までの点数を基に、現行と同様に設定

【入院初期の医療資源投入量が少ない場合】

例：網膜血管閉塞症
その他の手術あり

診断群分類
ごとの1日あたり
平均点数



入院初期 (I) 日

一定入院期間 (II) 日

特定入院 (経過) 期間

(4) 出来高部分の見直し

外保連試算を活用した手術料の引き上げ(2)

増点となった手術の例(50%増)

手術名	現行	改定後
肝切除術 拡大葉切除	64,700点	97,050点
胸腔鏡下肺切除術	37,500点	56,250点
大動脈瘤切除術 胸腹部大動脈	111,000点	166,500点
経鼻的下垂体腫瘍摘出術	55,800点	83,700点
子宮悪性腫瘍手術	39,000点	58,500点
膀胱悪性腫瘍手術 全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	65,600点	98,400点
喉頭,下咽頭悪性腫瘍手術(頸部,胸部,腹部等の操作による再建を含む)	63,300点	94,950点
関節形成手術 肩,股,膝	26,500点	39,750点
動脈(皮)弁術,筋(皮)弁術	21,900点	32,850点
緑内障手術 流出路再建術	14,200点	21,300点

外保連試案を活用した手術料の引き上げ(3)

増点となった手術の例(30%増)

手術名	現行	改定後
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	10,880点	14,140点
内視鏡的胆道ステント留置術	6,830点	8,880点
埋込型除細動器移植術	13,100点	17,030点
定位的脳内血腫除去術	12,200点	15,860点
子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡	19,600点	25,480点
腎部分切除術	19,300点	25,090点
喉頭悪性腫瘍手術 全摘	30,900点	40,170点
耳下腺腫瘍摘出術 耳下腺深葉摘出術	18,400点	23,920点
人工関節置換術 肩, 股, 膝	22,300点	28,990点
硝子体置換術	4,080点	5,300点



平成22年度診療報酬改定 手術料

K552 冠動脈、大動脈バイパス移植術

K552-1 冠動脈、大動脈バイパス移植術
(人工心肺を使用しないもの)

40% Up
(20,470点)

10% Up
(7,880点)

22% Up
(12,770点)

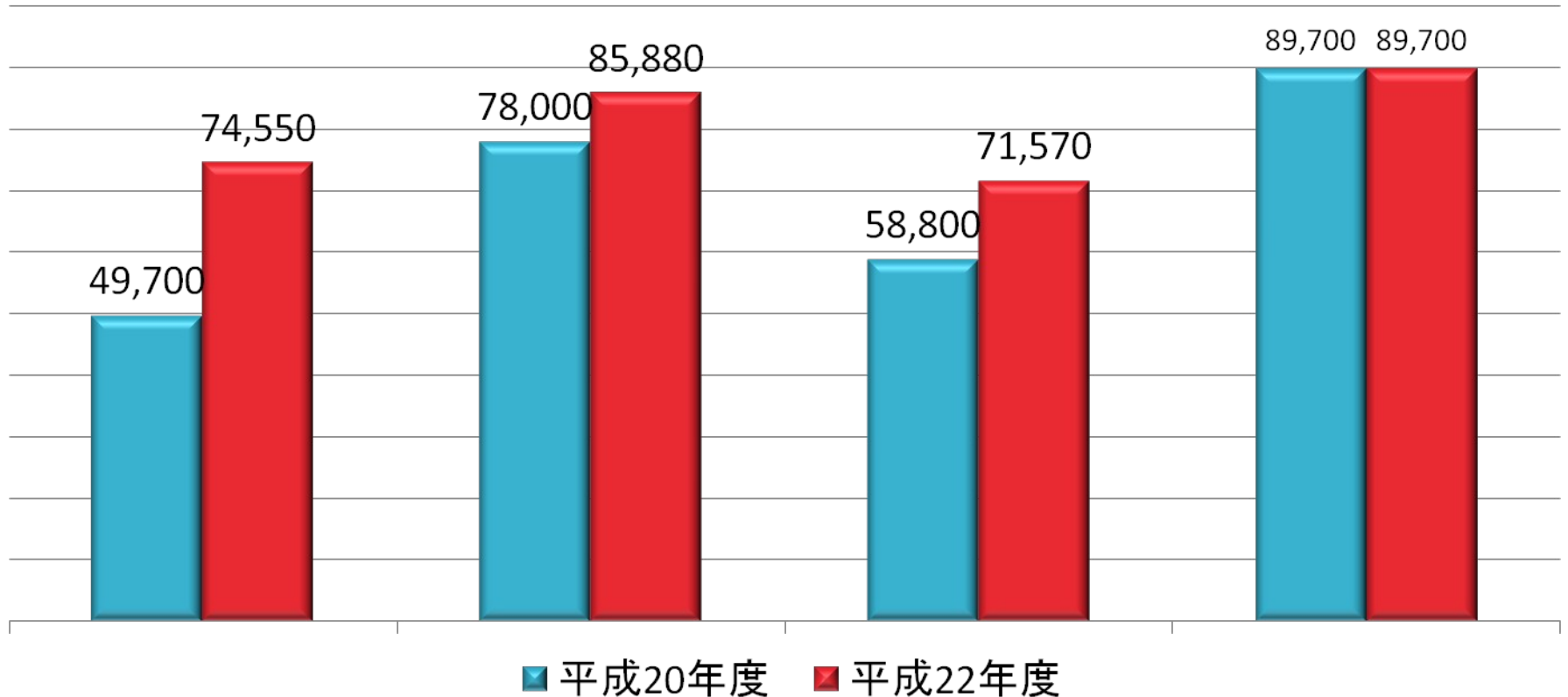
0% Up
(0点)

1吻合

2吻合以上

1吻合(Off)

2吻合以上(Off)



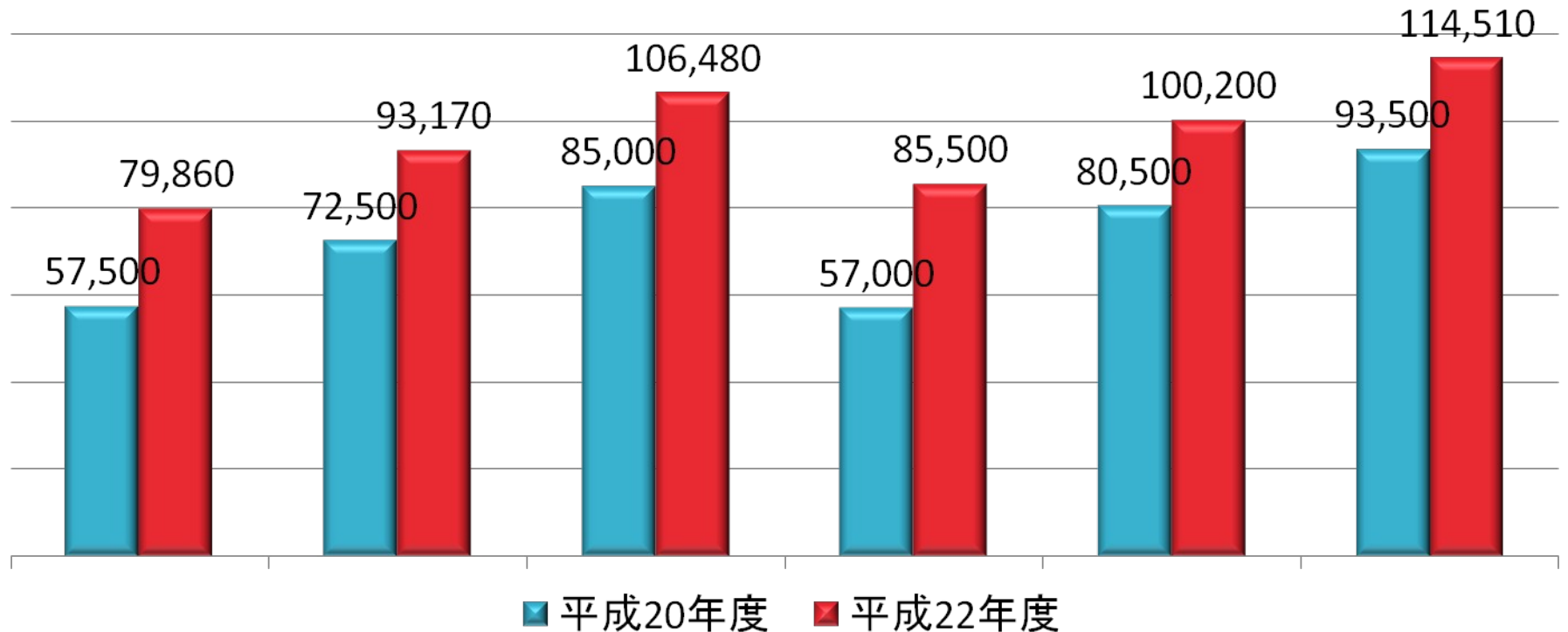


平成22年度診療報酬改定 手術料

K554 弁形成術

K555 弁置換術

手術内容	平成20年度 (円)	平成22年度 (円)	増減率 (%)
1弁(形成)	57,500	79,860	39% Up
2弁(形成)	72,500	93,170	29% Up
3弁(形成)	85,000	106,480	25% Up
1弁(置換)	57,000	85,500	39% Up
2弁(置換)	80,500	100,200	29% Up
3弁(置換)	93,500	114,510	24% Up



ペースメーカー

名称	点数		価格差	下落率
	旧価格	新価格		
(シングルチャンバ(2型))	1,030,000			
(デュアルチャンバ(2型))	1,050,000			
(デュアルチャンバ(4型))	1,330,000	1,160,000	- 170000	13%
(シングルチャンバ)	991,000	859,000	-132000	13%
(デュアルチャンバ(1型・2型))	1,040,000	919,000	-121000	12%
(デュアルチャンバ(3型))	1,100,000	833,000	-267000	24%

冠動脈用ステント

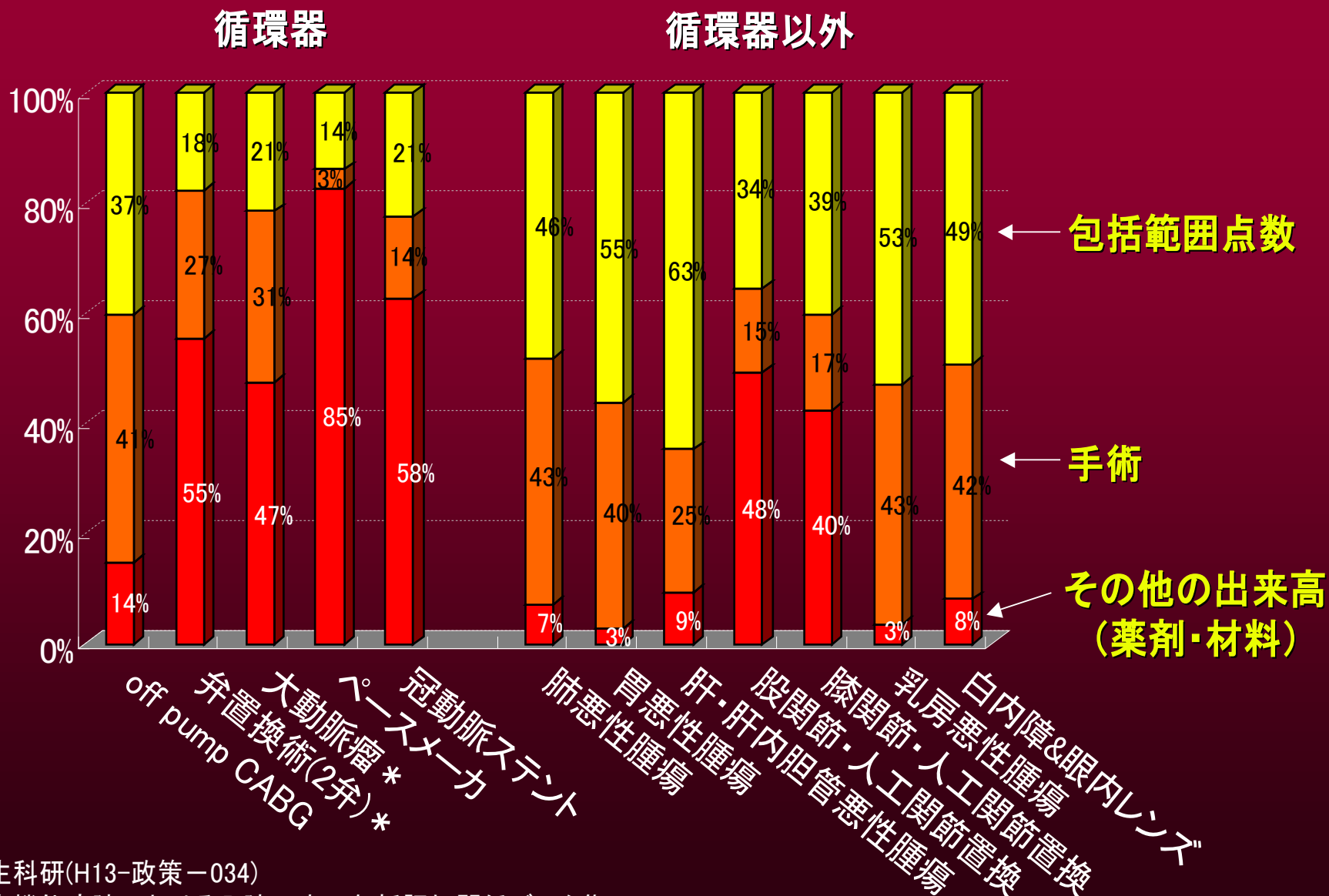
名称	点数		価格差	下落率
	旧価格	新価格		
(一般型)	258,000	230,000	-28000	11%
(救急処置型)	377,000	372,000	-5000	1%
(再狭窄抑制型)	378,000	345,000	- 33000	9%

パート2

DPCと診療材料

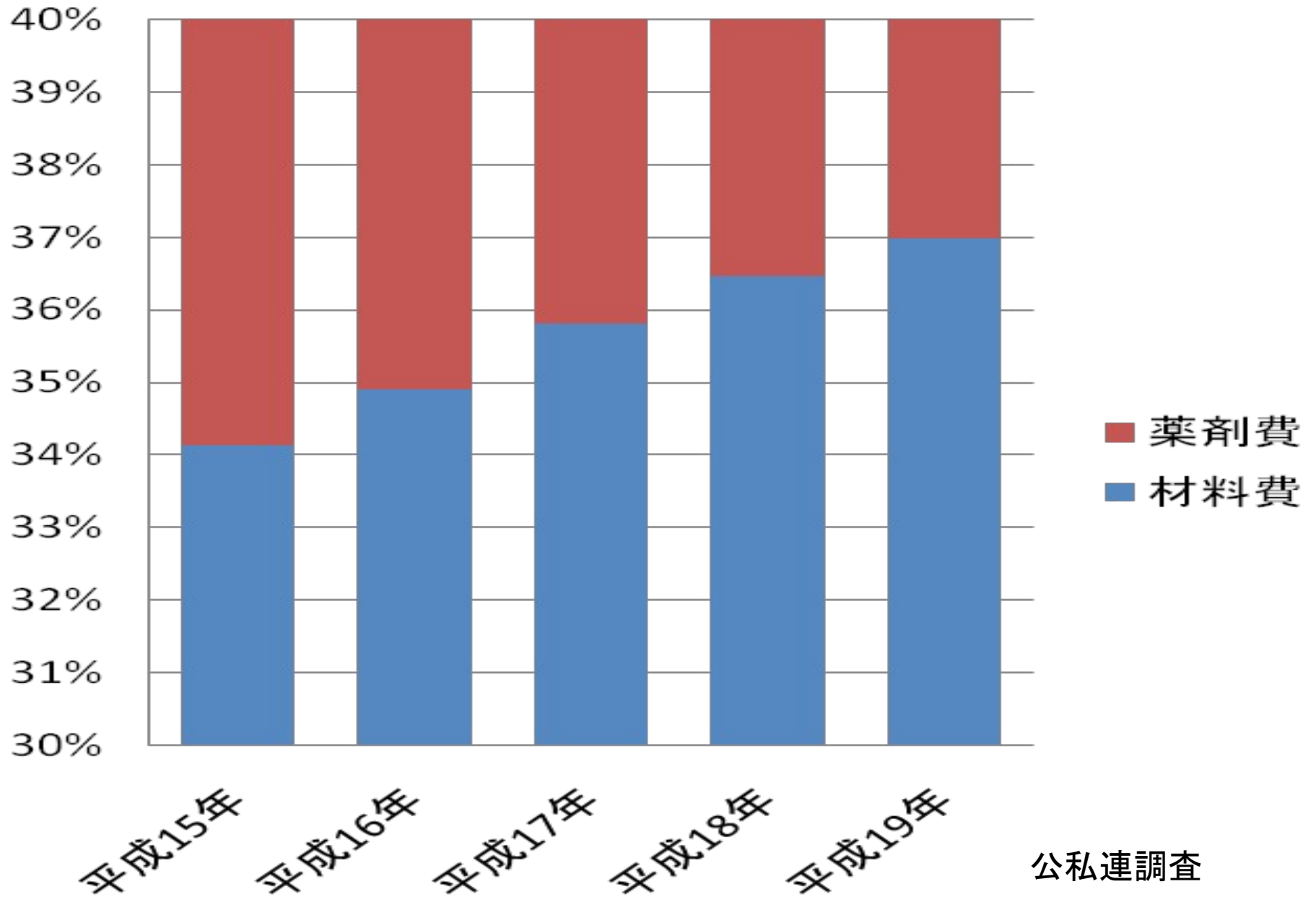


DPCにおける包括と出来高(手術と材料・薬剤)の比率



資料: 厚生科研(H13-政策-034)
 特定機能病院における入院医療の包括評価関係データ集
 *: 東京女子医科大学データ

薬剤費と材料費の比率



医療材料費の増大の理由

- 医療材料の技術進歩
 - 薬剤溶出ステント、銀コーティング気管チューブ、持続血糖測定器など
- 手術件数の増加
 - 全国のがんの1か月当たりの手術件数も平成8～17年の間に約20%増加
- 低侵襲的治療法の増加
 - 心臓カテーテルインターベンション、内視鏡的手術

包括医療の進展と 医薬品・医療材料の適正化

- DPC病院の増加（一般病床の約50%）
- 療養病床における包括化、外来包括化等
- 医薬品・医療材料費率の適正化
 - － 医薬品の取り組み
 - 医薬品採用品目の絞り込み
 - 共同購入
 - ジェネリック医薬品の導入
 - － 医療材料の取り組み
 - 基本は医薬品と同じだが……

医療材料の特徴と課題

- 医療材料の特徴

- 多品種少量製品(数十万種類)
- 保険償還材料と非償還材料がある
- 商品のライフサイクルが短い
- メーカー、卸も中小規模が多い
- 医療機関の医療材料に関する情報化が十分でないため取引先が固定される傾向にあり市場価格競争が十分とはいえない
- 機能性分類、統一コードの課題
- 不具合発生時の追跡等に莫大な労力がかかる

医療材料コストマネジメント

- 同じ物を買うならより安く買う
- 同種同効品目のとりまとめ
 - 採用品目の標準化と品目数の抑制
 - しかし同種同効分類のデータベースが確立していない
- 共同購買
 - 多施設で共同購買を行う
 - しかし、現状は医師の専門領域ごとにメーカーが情報提供・診療支援を行う体制が築かれている

DPCの医療材料に与えた影響調査

(株)ホギメディカルによる調査

- 調査目的
 - DPCの医療材料に与えた影響調査
- 調査方法
 - 営業部員による特定機能病院の関係者への聞き取り調査
- 調査期間
- 回答施設数
 - 82施設のうち74施設から回答(回答率90.24%)

安価な医療材料への移行

安価な医療材料へ移行

施設数

60

50

40

30

20

10

0

共同購入

ロスの
精査

ディーラー
の変更

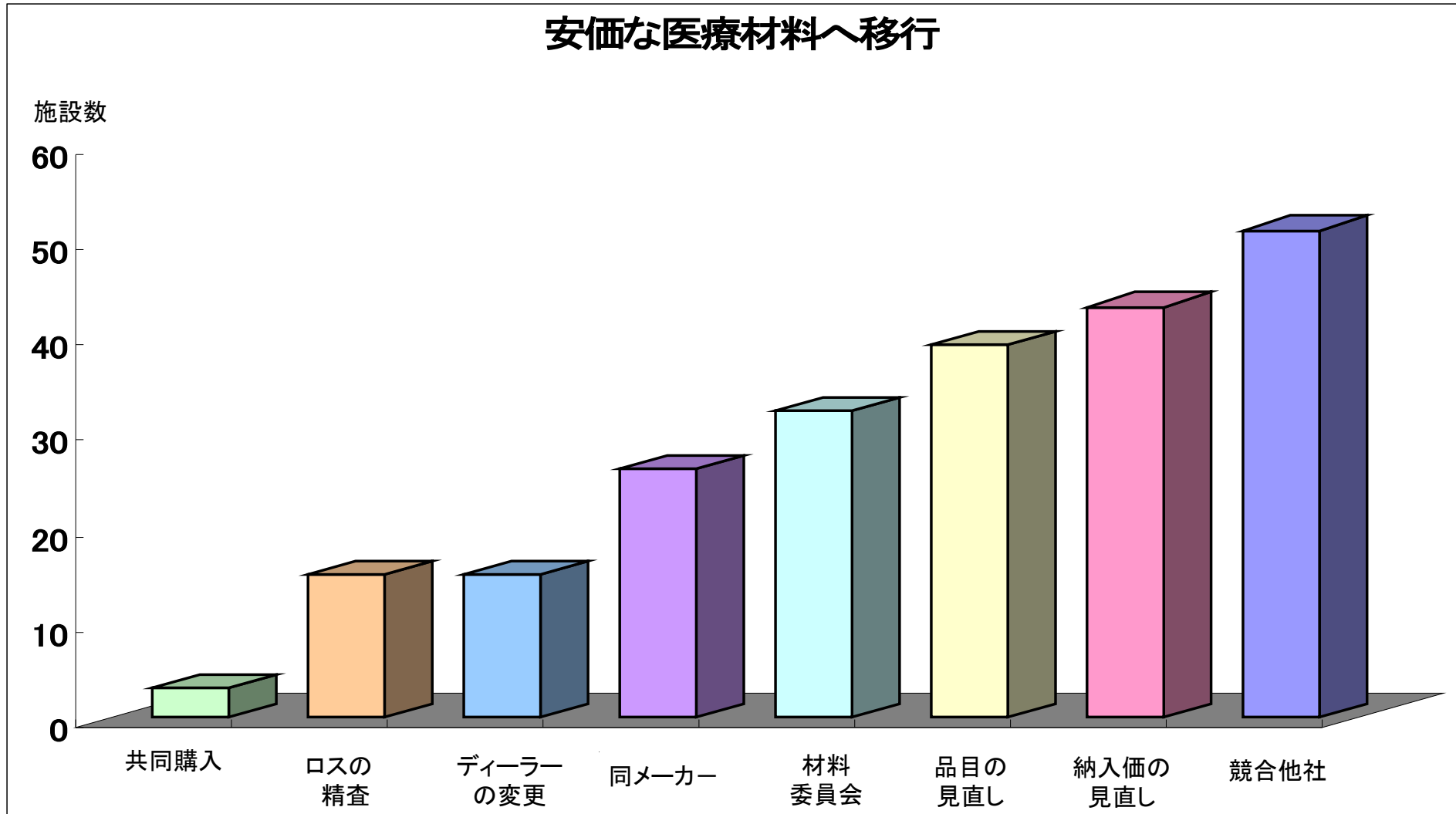
同メーカー

材料
委員会

品目の
見直し

納入価の
見直し

競合他社



医療材料のコスト削減の3つのポイント

医療材料のコスト削減への方法には、

- (1)医療材料を安価で購入する
- (2)購入した医療材料が適正に使用され適正に請求できるように管理する
- (3)すべての医療材料の在庫管理を確実に管理する

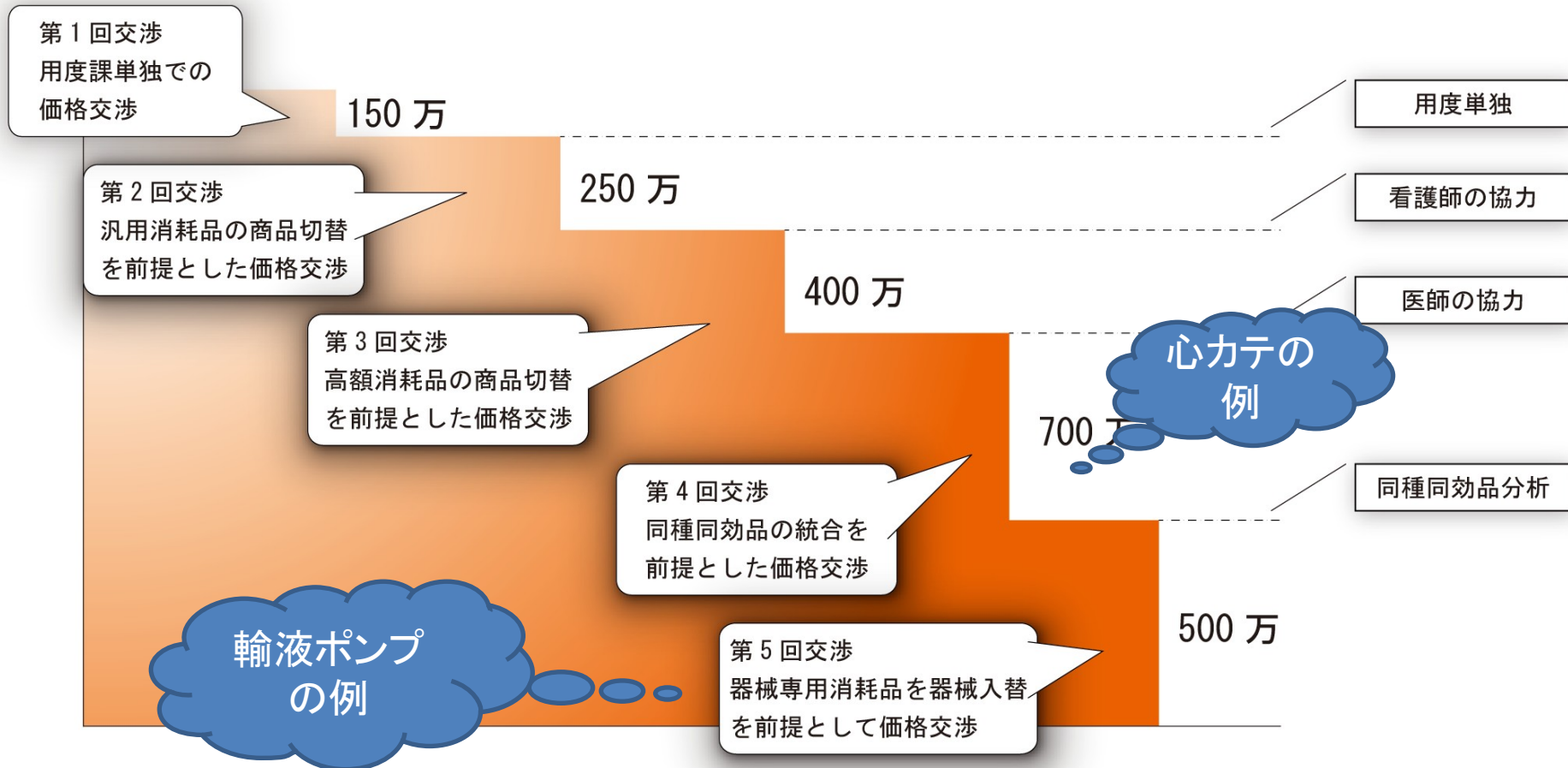
これら三つのポイントをいかに管理し実行するかが重要.

パート3

医療材料とコスト削減

材料コスト削減のポイント

200床の急性期病院 年間購買規模4億円
1年間で購買価格の5%(2000万)削減



医療材料のコストカット事例

- N病院の事例より
 - 心カテ室のコストカット事例
 - 輸液ポンプのコストカット事例

心カテ室医療材料の コストカット事例

心臓カテーテル

- 心臓カテーテル

- 心臓カテーテルの標準化とメーカー集約により年間1千万円のコストカット

- 診断用心臓カテーテルを標準化し、メーカーをテルモ、ボストンの2社に絞った

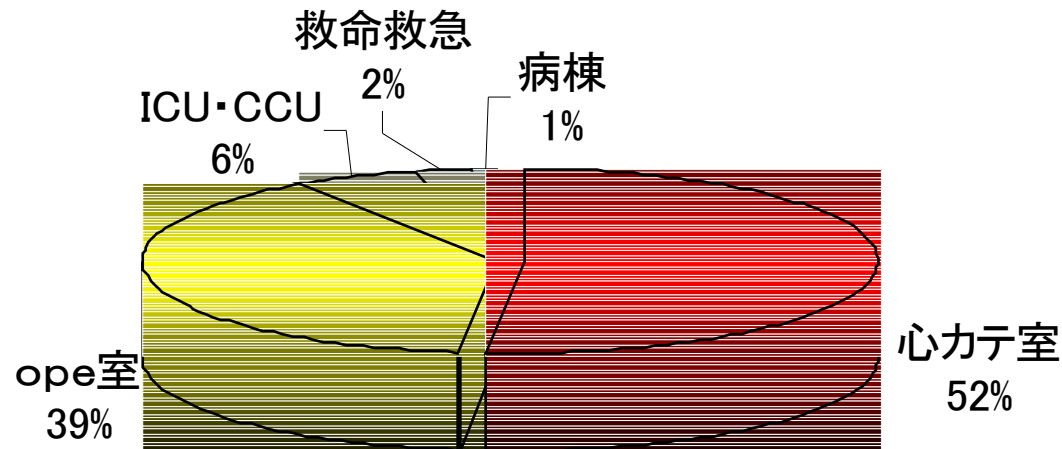
- メーカー絞込みと年間契約がポイント

03年 N病院

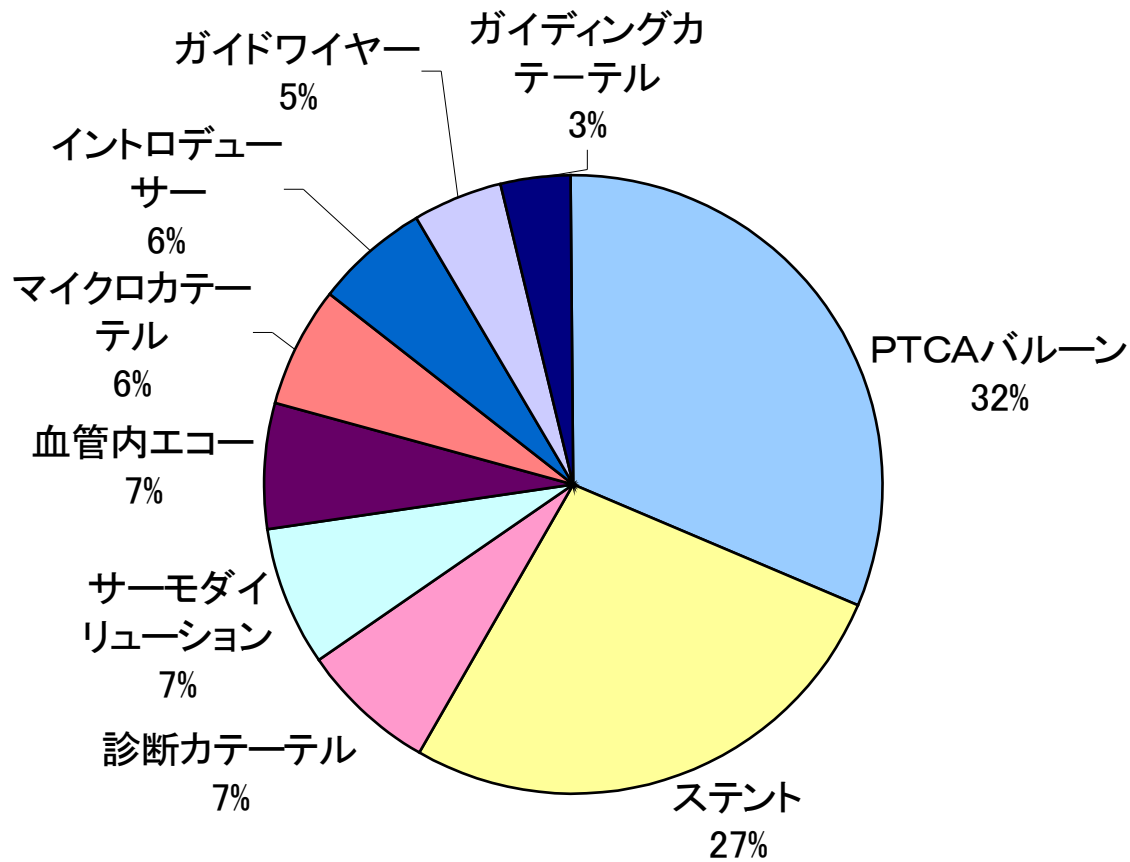
『医療材料のコストカット・プログラム』

- ① 医療材料(現行8.7億円)を1億円程度削減を目標
- ② コスト占有率の高い心カテ室から
- ③ データーに基づいて、診療現場の納得を得ながら行う

N病院の医療材料消費状況



血管系カテーテル 商品別市場規模



(矢野経済研究所2002年度予測)

コストカット・プログラムの進め方

Step 1. カテ材料のセグメント別分析

- 採用メーカー数(品種数)
- 採用メーカー別使用数量(消費額)

Step 2. メーカー・品種の絞込み

- 絞込み条件の設定

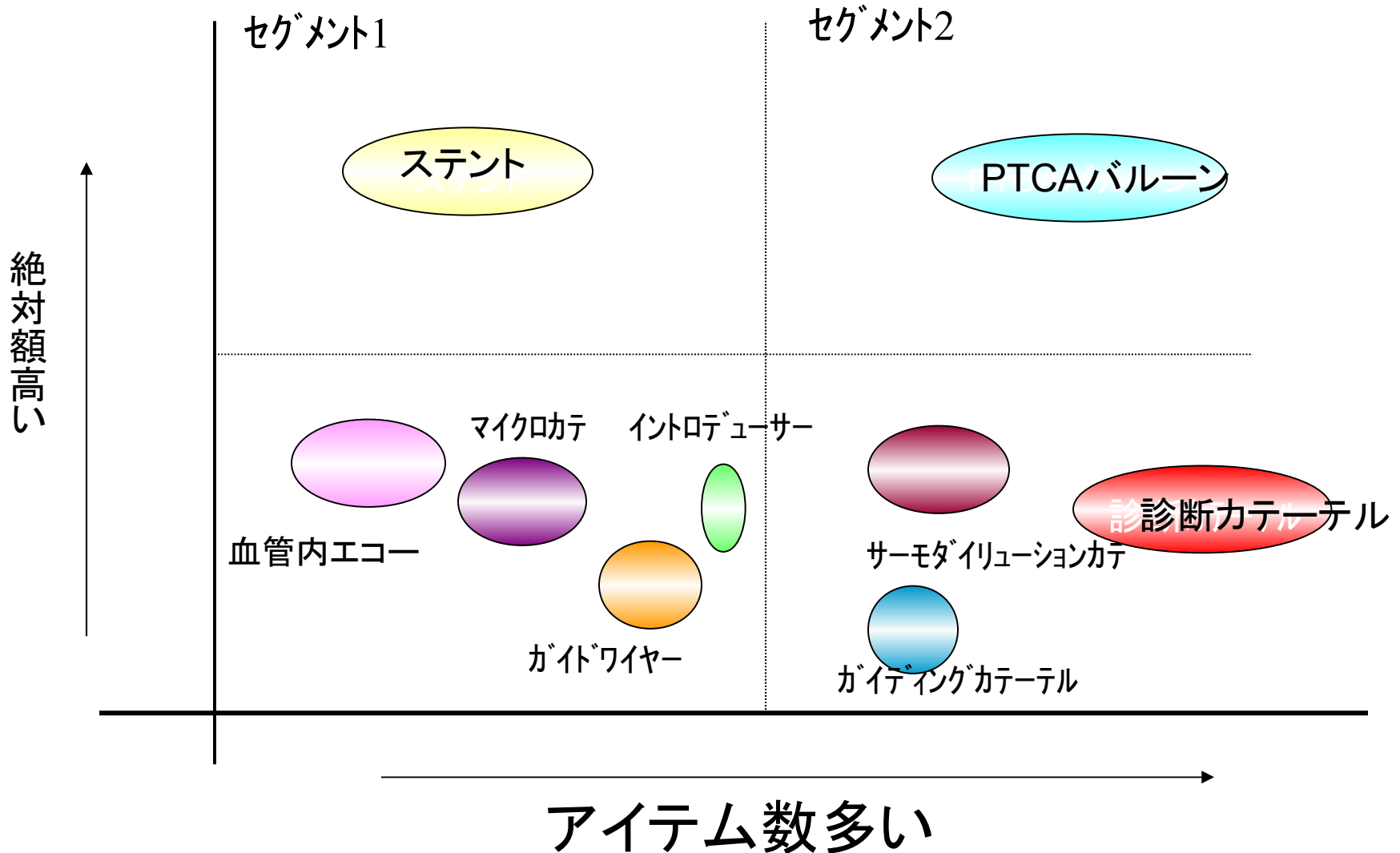
Step 3 診療部の合意形成

Step 4. ボリュームおよび契約内容、メーカー絞り込みを

背景にした価格交渉

- メーカー(品種)絞込みによるボリュームディスカウント
- 契約期間の延長
- 立会い、貸し棚などコスト要因の排除

心カテ室購入額とアイテム数による セグメント分析



N病院のカテ材料使用状況

- ・メーカー集約セグメント: 4セグメント(ステントを入れると5セグメント)
- ・PTCA、診断用カテ、ガイディングなど集約化余地あり

(発注数量の合計)

メーカー名	セグメント									総計	メーカー別 セグメント数
	ステント	PTCA	血管内エコー	マイクロカテ	GW	イントロ	ガイディング	サーモ	診断カテ		
ホストサイエンティフィック	21	22	29	3		2	7			84	6
テルモ	11	25			181	184	27			428	5
ゲッツブラザーズ		4				4	2		328	338	4
グッドマン	11	10					1		91	113	4
コーティスJ&J	2	8					19			29	3
ユウエスシーアイジヤパン	8	1					2			11	3
ニホンカイトラント	2	2					3			7	3
バクスター						2		2		4	2
ゼオンメディカル						50				50	1
ヒーブラウン								20		20	1
ニホンコウデン						17				17	1
アロージヤパン									6	6	1
ニホンメトロニック						5				5	1
クリエートメディック									4	4	1
トノクラ					1					1	1
総計	55	72	29	3	182	264	61	22	429	1117	
メーカー数	6	7	1	1	2	7	7	2	4	15	

※セグメント別トップメーカー:



(04年4~6月実績)

プログラムの実行

メーカー選定

- **メーカー絞り込みについて循環器科と協議**
- 品種構成の充実したT社またはB社への絞り込みを決定



価格交渉開始: 1,000万円/年ダウンを目標

- 随時契約から単年度契約に変更
- 年間使用数量を7割とした場合の価格提示を要望

病院と卸との交渉では目標の3~4割



T社を活用し卸と折衝



年間使用数量確保を条件に目標達成

輸液ポンプ見直し

- 輸液ポンプの見直しにより年間1千万円のコストカット
 - アイメドをテルモに置き換えで、輸液セットの消費額が減った
- 輸液ポンプの使用実態調査
 - 稼働率の測定
 - 他施設との比較(病床あたり輸液ポンプ台数)

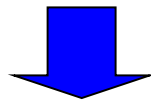
輸液ポンプ見直し

＜検討内容

- ① 院内ME機器の課題抽出
- ② ランニングコスト分析(輸液ポンプ、シリンジポンプを中心に)
- ③ 稼動状況調査結果
- ④ 改善プラン

院内ME機器の課題

- ME機器の老朽化
 - ME機器の大半が病院新設時に購入(7年経過)
 - 治療用ME機器の耐用年数:6年
- 機種混在
 - 輸液P:7種類、シリンジP:10種類 など
- 定期点検未実施
 - 臓器補助機器(人工呼吸器、人工心肺、透析装置など)
- 保守管理体制未整備
 - ME機器全般(輸液P、パルスオキシメーター、助細動器など)



安全対策とコスト管理の両面での対応が急務

シリンジP、輸液Pの事例

- 全ポンプの99%が耐用年数超過
- 過去の点検実施率:シリンジP 60%、輸液P 47%

製品分類	メーカー名	製品CD	使用年数												総計
			2	5	8	9	10	11	12	14	15	17	20		
シリンジポンプ	テルモ	ME-STC521											1	1	
		ME-STC523										4		4	
		ME-STC525			34										34
		ME-STC531			3			1	4						8
		TE-3111N				5									5
		TE-3120C			5										5
		TE-3310N	1												1
		TE-3311N		1											1
	テルモ計	1	1	42	5		1	4				4	1	59	
	アトム	AIP-1235													
AIP-1235N															
アトム計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
シリンジポンプ計			1	1	42	5	0	1	4	0	0	4	1	59	
輸液ポンプ	テルモ	ME-STC503								1	1		1	3	
		ME-STC508		1	67	21	1							90	
		TE-111				15								15	
		TE-112			1									1	
		YY-BP102			3									3	
		テルモ計		1	68	36	1			1	1		1	109	
	アイメド	ジェミニPC-2TX													
		ジェミニPC-1													
アイメド計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
輸液ポンプ計			0	1	68	36	1	0	0	1	1	0	1	109	
総計			1	2	110	41	1	1	4	1	1	4	2	168	

稼働状況調査結果

台数の適正化により無駄取りが可能

- 輸液P稼働状況 : 75台 / 174台
- シリンジP稼働状況 : 17台 / 113台

*05年5月調査結果

参考: ポンプ所有台数の病院間比較

ベッド数当り所有数
が極端に多い

病院名 (ベッド数)	N病院 (420)	北信病院 (699)	依田窪病院 (120)	佐久総合病院 (821)
輸液P (台/ベッド数)	174 (0.41)	102 (0.14)	20 (0.16)	76 (0.09)
シリンジP (台/ベッド数)	113 (0.26)	69 (0.09)	20 (0.16)	30 (0.03)

医療材料コスト削減ステップ

- ①医療材料の機能分類
 - 同種同効品を明らかにする
- ②医療材料のターゲットを決める
 - パレート分析
- ③医療材料の標準化を行う
 - 医師・看護師による使用適応決めと使用品目の標準化作業
- ④価格交渉
 - メーカーの切り替えや置き換えを前提に交渉
- ⑤モニター
 - 定期的に実態調査、価格モニター

用途分類別にパレート分析 この表ができればほとんど成功！

用途分類	合計	累計	シェア	順位
[患者][不特定][－][－][血糖測定][測定用チップ・センサ]	9,345,220	9,345,220	20.3%	1
[スタッフ][－][－][－][手袋][検査・検診用]	2,876,136	12,221,356	26.5%	2
[患者][不特定][－][－][血液浄化][ダイアライザ]	2,345,604	14,566,960	31.6%	3
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][延長チューブ]	1,983,059	16,550,019	35.9%	4
[患者][不特定][－][－][血糖測定][穿刺針]	1,921,874	18,471,893	40.0%	5
[患者][不特定][－][－][その他][オムツ]	1,908,141	20,380,034	44.2%	6
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][輸液セット]	1,399,165	21,779,199	47.2%	7
[患者][特定臓器][泌尿器科][膀胱][吸引・排液][バルーンカテーテル]	1,041,504	22,820,702	49.5%	8
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][注射針]	1,007,040	23,827,742	51.6%	9
[患者][特定臓器][呼吸器系][気管][吸引・排液][吸引カテーテル]	986,630	24,814,372	53.8%	10
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][シリンジ]	936,149	25,750,521	55.8%	11
[患者][不特定][－][－][感染対策][手術キット(カスタム品)]	916,602	26,667,123	57.8%	12
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][留置針]	900,800	27,567,923	59.8%	13
[患者][特定臓器][呼吸器系][気管][気道確保][気管切開チューブ]	796,396	28,364,319	61.5%	14
[患者][不特定][－][－][縫合][針付縫合糸]	782,275	29,146,594	63.2%	15
[患者][不特定][－][－][血液浄化][血液回路]	713,880	29,860,474	64.7%	16
[患者][不特定][内視鏡関連][腹腔・胸腔鏡][専用商品][トロッカー]	669,155	30,529,629	66.2%	17
[患者][不特定][－][－][吸引・排液][排液バック]	620,897	31,150,526	67.5%	18
[患者][不特定][－][－][消毒・洗浄][綿]	613,308	31,763,834	68.9%	19
[患者][不特定][－][－][固定・保護][ドレッシング]	594,832	32,358,666	70.1%	20
[患者][不特定][血行動態モニタリング][－][造影・診断][心電図電極]	589,692	32,948,358	71.4%	21
[スタッフ][－][－][－][－][エプロン]	586,602	33,534,960	72.7%	22
[患者][不特定][－][－][消毒・洗浄][ガーゼ]	525,709	34,060,669	73.8%	23
[患者][不特定][内視鏡関連][腹腔・胸腔鏡][縫合][自動縫合器]	484,177	34,544,846	74.9%	24
[患者][特定臓器][皮膚][皮膚][固定・保護][創傷被覆材]	468,848	35,013,694	75.9%	25

用途分類別ABC分析 同種同効品 メッカル分析

用途分類別ABC

期間 : 2009/01 ~ 2009/12

NO	用途分類	購買金額	購買シェア	累計	累計シェア	時系列グラフ (同一期間)	単価ベンチマーク (過去12ヶ月)
1	[患者][特定臓器][循環器系][心臓][経皮的冠動脈形成術][ステント]	30,485,028	18.4%	30,485,028	18.4%		
2	[器械専用雑品][検査][専用試薬]	9,875,783.8	5.9%	40,160,811.6	24.3%		
3	[患者][不特定][画像診断][フィルム]	8,179,000	4.9%	48,334,711.6	29.2%		
4	[患者][特定臓器][循環器系][心臓][経皮的冠動脈形成術][バルーンカテーテル]	6,000,000	3.6%	54,334,711.6	32.9%		
5	[患者][不特定][輸液・輸血][輸液セット]	5,000,000	3.0%	59,334,711.6	36.2%		
6	[器械専用雑品][検査][専用消耗品]	4,000,000	2.4%	63,334,711.6	38.8%		
7	[患者]	3,000,000	1.8%	66,334,711.6	40.6%		
8	[患者]	3,077,060	1.9%	70,572,763.8	42.5%		
9	[患者]	3,071,187	1.9%	73,643,950.8	44.5%		
10	[患者]	3,016,650	1.8%	76,660,600.8	46.4%		
11	[患者][不特定][感染対策][手術キット(カスタム品)]	2,891,297.5	1.7%	79,551,898.3	48.1%		
12	[患者][不特定][縫合][針付縫合系]	2,758,550.9	1.7%	82,310,449.2	49.8%		
13	[患者][不特定][輸液・輸血][延長チューブ]	2,699,274.2	1.6%	85,009,723.4	51.4%		
14	[患者][不特定][縫合][自動縫合器]	2,447,333	1.5%	87,457,056.4	52.9%		
15	[患者][不特定][画像診断][カラープリントバック]	2,409,197	1.5%	89,866,253.4	54.3%		
16	[器械専用雑品][洗浄][消毒剤]	2,337,264.3	1.4%	92,203,517.7	55.8%		

•クリックすると商品群の内訳を表示

•用途分類別の購買金額と構成比

•単価ベンチマークボタン
•詳細は次画面

手袋使用適応と種類を決める

検査・検診用手袋の内訳

用途分類	合計	累計	シェア	順位			
[患者][不特定][－][－][血糖測定][測定用チップ・センサ]	9,345,220	9,345,220	20.3%	1			
[スタッフ][－][－][－][手袋][検査・検診用]	2,876,136	12,221,356	26.5%	2			
坂本産業 ラテックス手袋 パウダーフリー	760,546	種類がリスク！！ 無駄が大きい！！					
西レメディカル ノーパウダープラスチック手袋	595,481						
サップ プラナチュラ ラテックスグローブ	493,259						
レミディーPVCメディカルグローブ	354,879						
レミディーエグザミグローブ	231,546						
トップPVCエグザミグローブ	165,781						
カンバリー スターリングニトリル検査検診用グローブ	80,454						
オカサキ エコソフトグローブ	68,450						
ニルモ 検査用グローブ グルベックス・ニトリル	35,001						
イワツキ クリーンハンドグローブ	793						
テプロ ノンパウダーラテックスグローブ	0						
[患者][不特定][－][－][血液浄化][ダイアライザ]	2,345,604				14,566,960	31.6%	3
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][延長チューブ]	1,983,059				16,550,019	35.9%	4
[患者][不特定][－][－][血糖測定][穿刺針]	1,921,874	18,471,893	40.0%	5			
[患者][不特定][－][－][その他][オムツ]	1,908,141	20,380,034	44.2%	6			
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][輸液セット]	1,399,165	21,779,199	47.2%	7			
[患者][特定臓器][泌尿器科][膀胱][吸引・排液][バルーンカテーテル]	1,041,504	22,820,702	49.5%	8			
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][注射針]	1,007,040	23,827,742	51.6%	9			
[患者][特定臓器][呼吸器系][気管][吸引・排液][吸引カテーテル]	986,630	24,814,372	53.8%	10			
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][シリンジ]	936,149	25,750,521	55.8%	11			
[患者][不特定][－][－][感染対策][手術キット(カスタム品)]	916,602	26,667,123	57.8%	12			

医師、看護師で使用基準をつくる、使用基準にみあう商品に絞り込む

コスト削減は用度係だけでは限界
医師・看護師の協力が必須



パート4

医療材料と感染性

**DPC環境下では感染合併症を
はじめ合併症をださないこと！！**

DPCでは合併症は
病院の持ち出しコストとなる！
感染防止・医療安全の観点からの
医療材料選びが必要

銀コーティング膀胱留置カテ

- 銀コーティングの閉鎖式膀胱留置カテ
 - 尿路感染率を低減する
 - コストは非コーティング開放式カテより20%割高
 - しかし銀コーティングカテのほうが尿路感染防止による在院日数短縮でトータル医療費は安くなる

尿路感染対策と医療費削減効果の シュミレーション

池田俊也氏・小林美亜氏の「銀コーティング膀胱留置カテーテルの経済評価」によれば、銀コーティングカテーテルの経済的効果について以下のような報告がある。 ※5



※5 銀コーティング膀胱留置カテーテルの経済評価 池田俊也 小林美亜

医療マネジメント学会雑誌 6(3): 538~543, 2005

- 症候性尿路感染症の発生頻度

通常群

1,000人あたり30.0例

銀コーティング群

1,000人あたり18.0例

- 敗血症の発生頻度

通常群

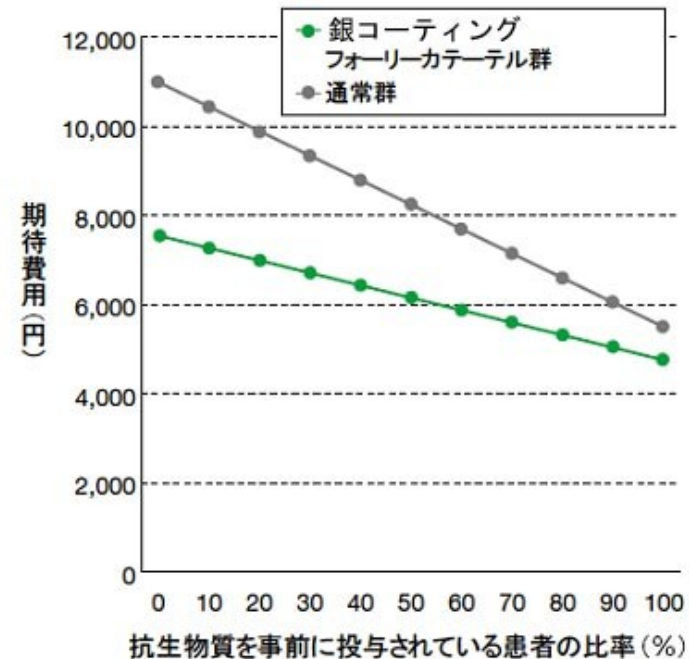
1,000人あたり5.0例

銀コーティング群

1,000人あたり1.8例

- 抗生物質を事前に投与されている患者の

比率を変化させた場合の感度分析の結果



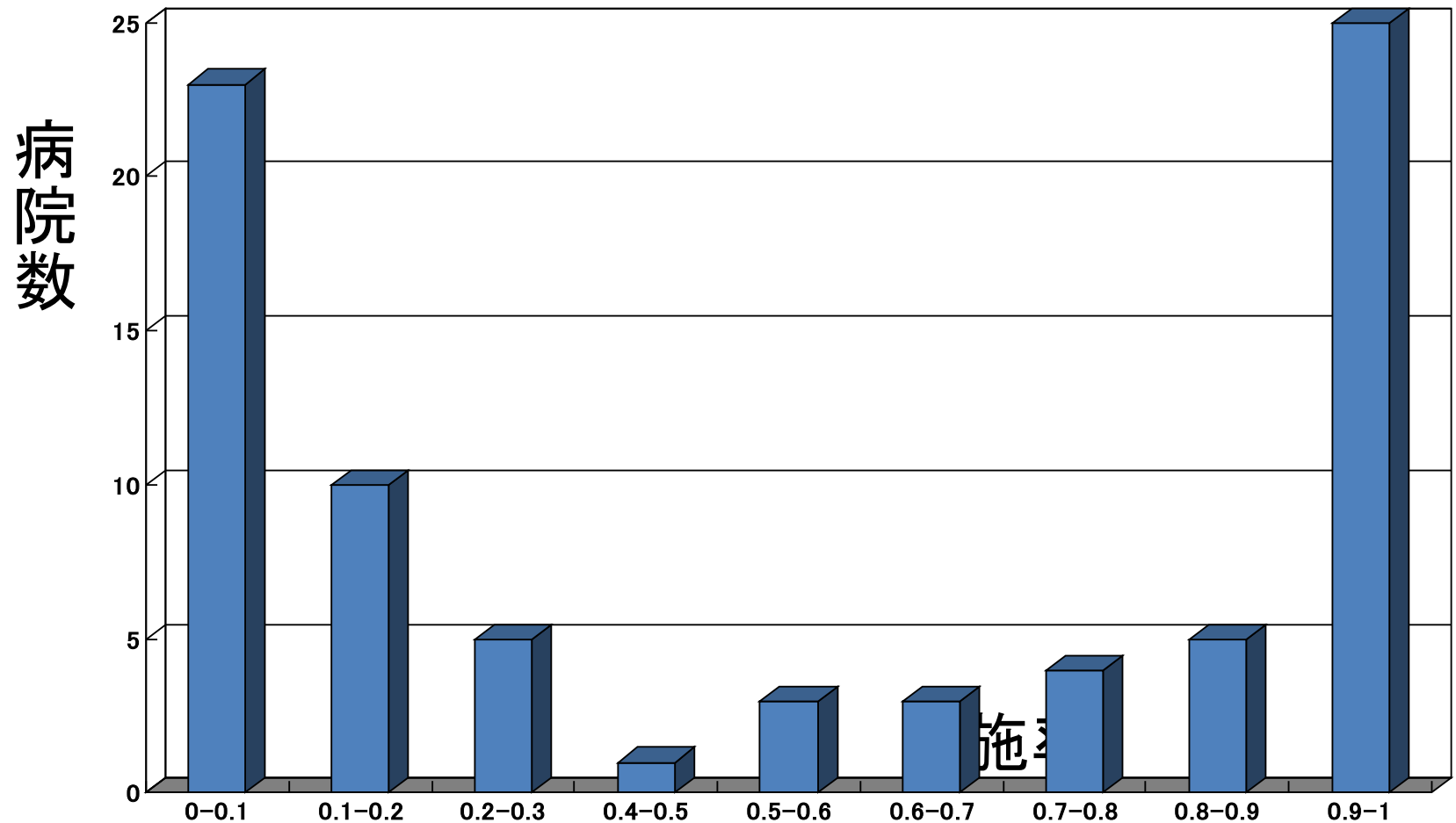
CDCガイドライン

不必要な膀胱留置カテーテル

- CDCガイドラインでは、不必要な膀胱留置カテーテルの挿入はしないように薦めている
- ソケイヘルニアのような日帰りでも可能なマイナー手術で、短時間に手術が終了するものに関しては、膀胱留置カテーテルを挿入しない。

膀胱留置カテの挿入は病院によってばらばら

◆鼠径ヘルニア(15才以上) 膀胱留置カテーテル使用



2006年度 83病院のデータ

(株)メディカルアーキテクト「girasol」による分析

中心静脈カテーテル

- 中心静脈カテーテル
 - 鎖骨下、大腿静脈の挿入カテーテル
 - 誤挿入やカテーテル感染のリスクがある
 - 末梢挿入型のカテーテル(PICC)
 - 鎖骨下留置カテーテルより割高、しかし感染リスク低い
- カテーテル感染リスク
 - 治療抗菌剤:30万円
 - 追加的な在院日数は7日間
- 総医療費はPICCのほうが割安

P I C C

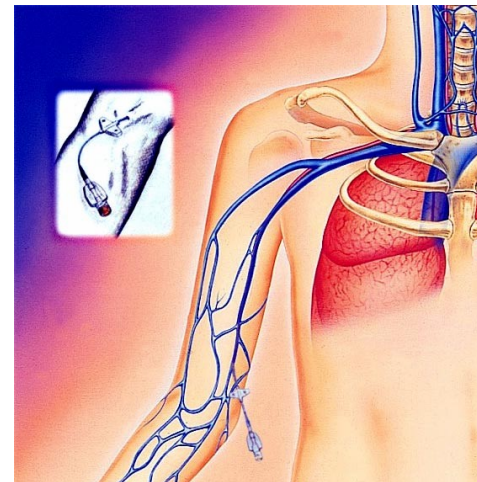
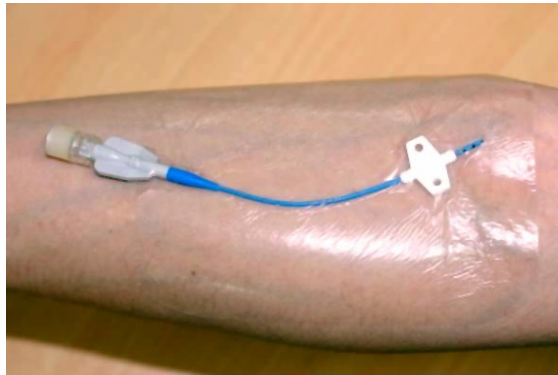
米国では、CVCが引き起こした感染症は80,000件にのぼり、その総費用は2億ドルから23億ドル程度と予測されている。1症例あたりのコストは25,000ドルと見積もられている※13

鎖骨下や頸部から中心静脈カテーテルを挿入するよりもP I C Cのほうが感染率は低い

米国ではP I C Cが主流 (P I C Cナースの活躍)

PICC挿入模式図

末梢静脈留置型中心静脈カテーテル(PICC)



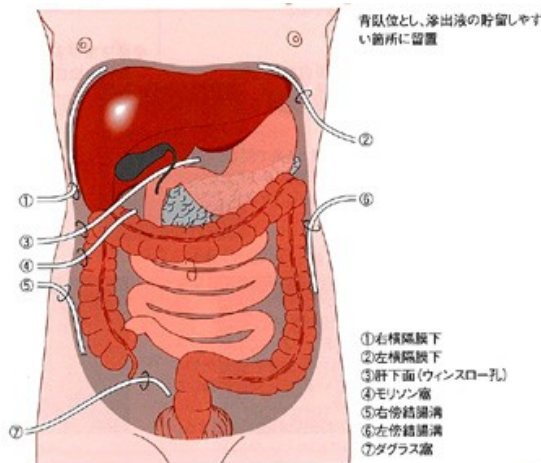
閉鎖吸引式ドレーン

- 創傷ドレーン
 - 閉鎖吸引式ドレーンのほうが開放式ドレーンより割高
 - 閉鎖吸引式ドレーンはSSIリスクを低減させる
- 外科創傷感染（SSI）の治療費は73万円、追加在院日数は8.1日
- 閉鎖吸引式ドレーンが総医療費をさげる

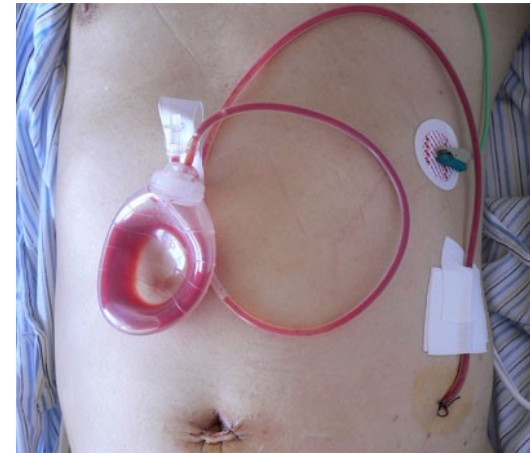
SSIへの対策

- ・術前の適切なプレコーション
- ・手術関係者の管理(部屋の出入り等)
- ・抗菌薬の予防投与
- ・術前の患者準備
- ・手術器機などの環境管理
- ・無菌法と手術手技
- ・閉鎖式吸引ドレーンの使用

ドレーン挿入位置



閉鎖式ドレーン



感染に配慮した
医療材料の選択が必要

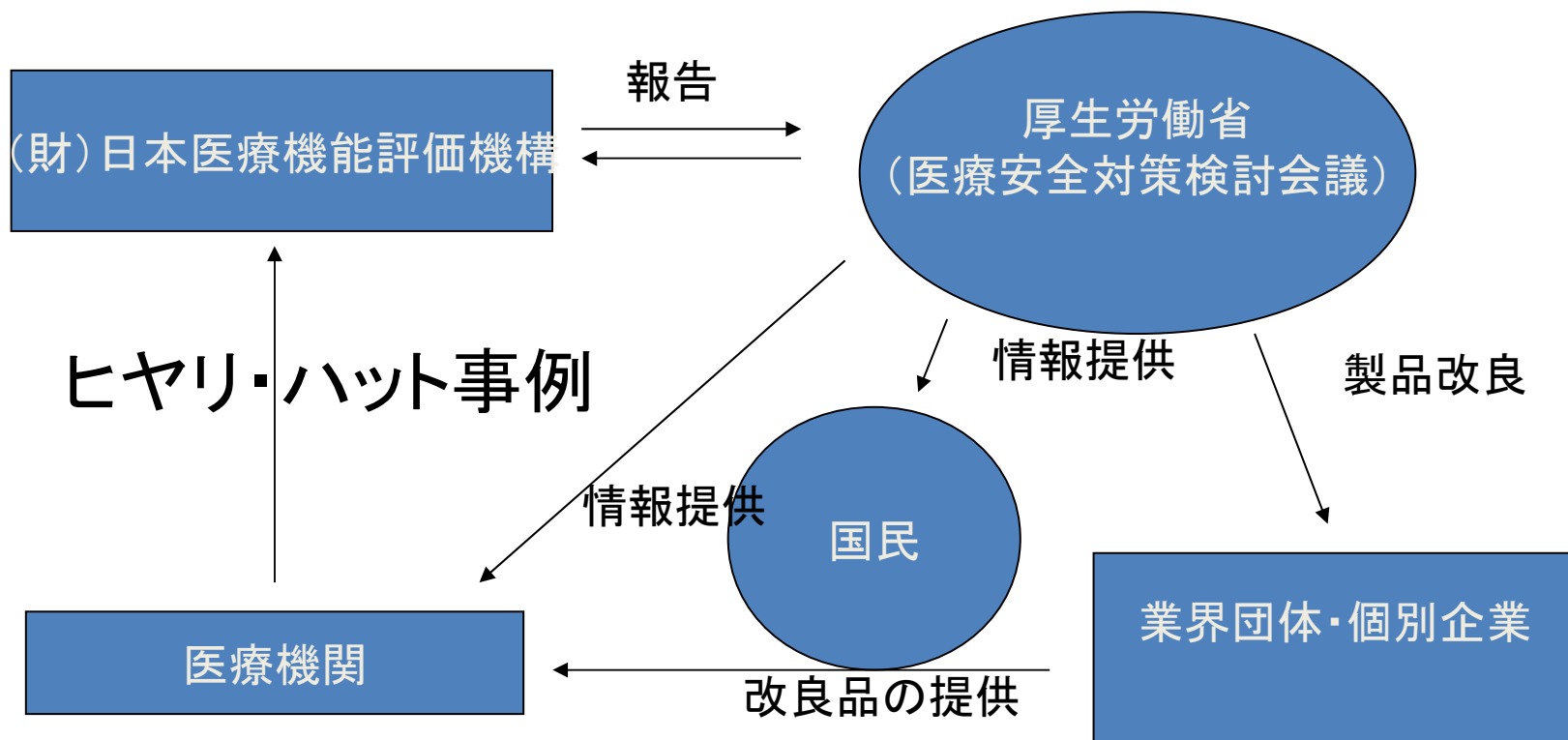
パート5

医療材料と医療安全

各種調査にみる医療材料と医療安全

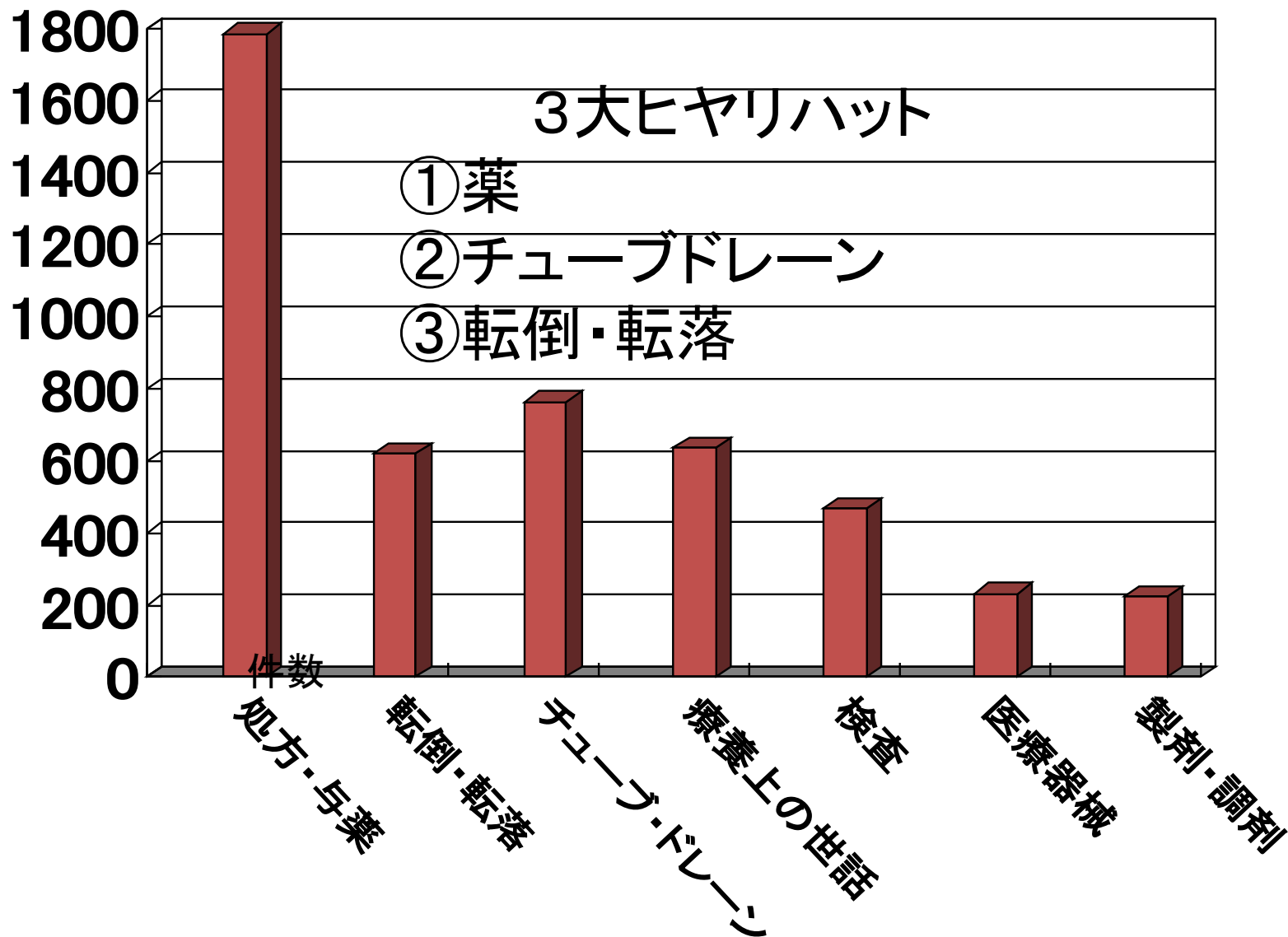
厚生労働省ヒヤリハット報告 収集事業から

医療安全対策 ネットワーク整備事業(厚生労働省)



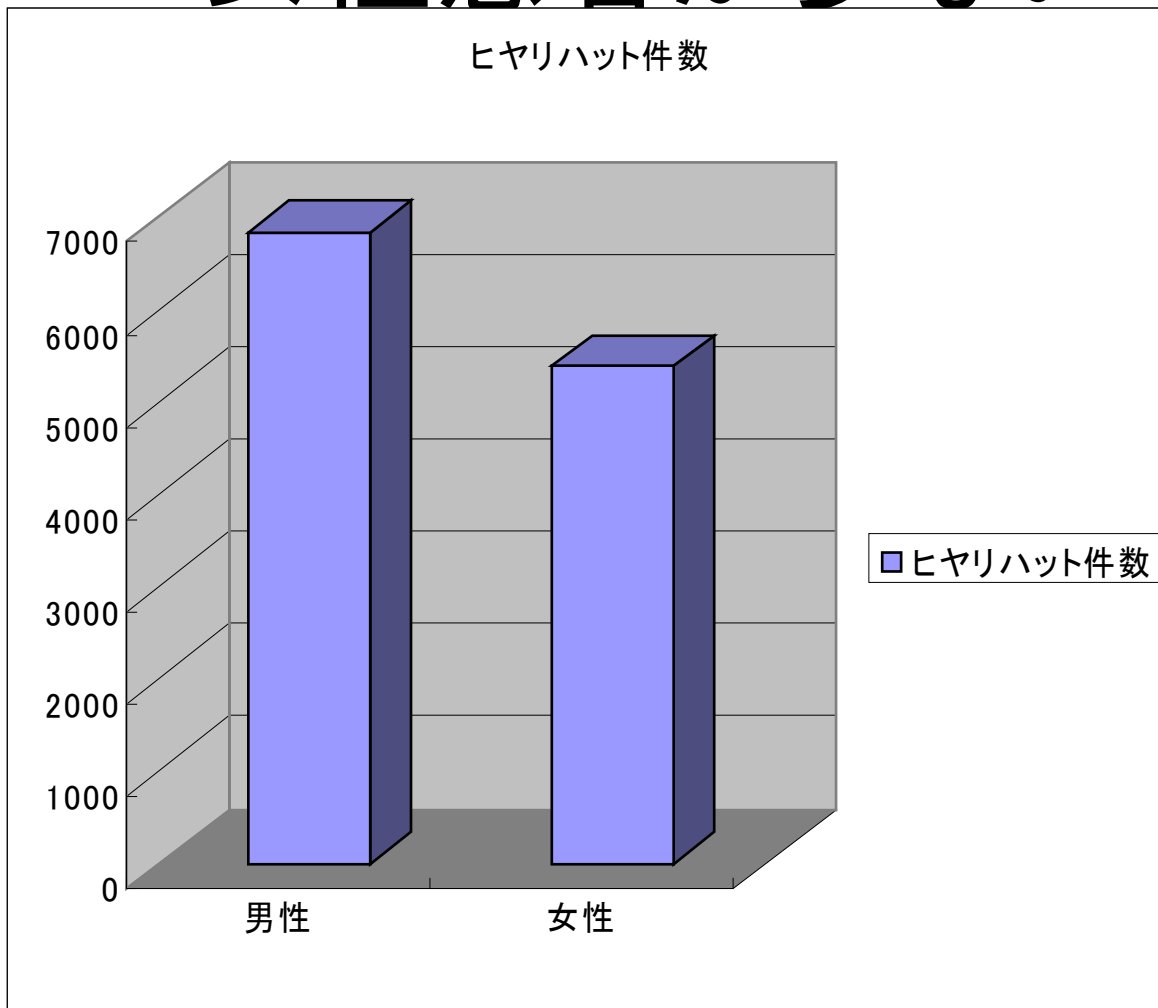
特定機能病院・国立病院機構病院＋参加病院

インシデント内容

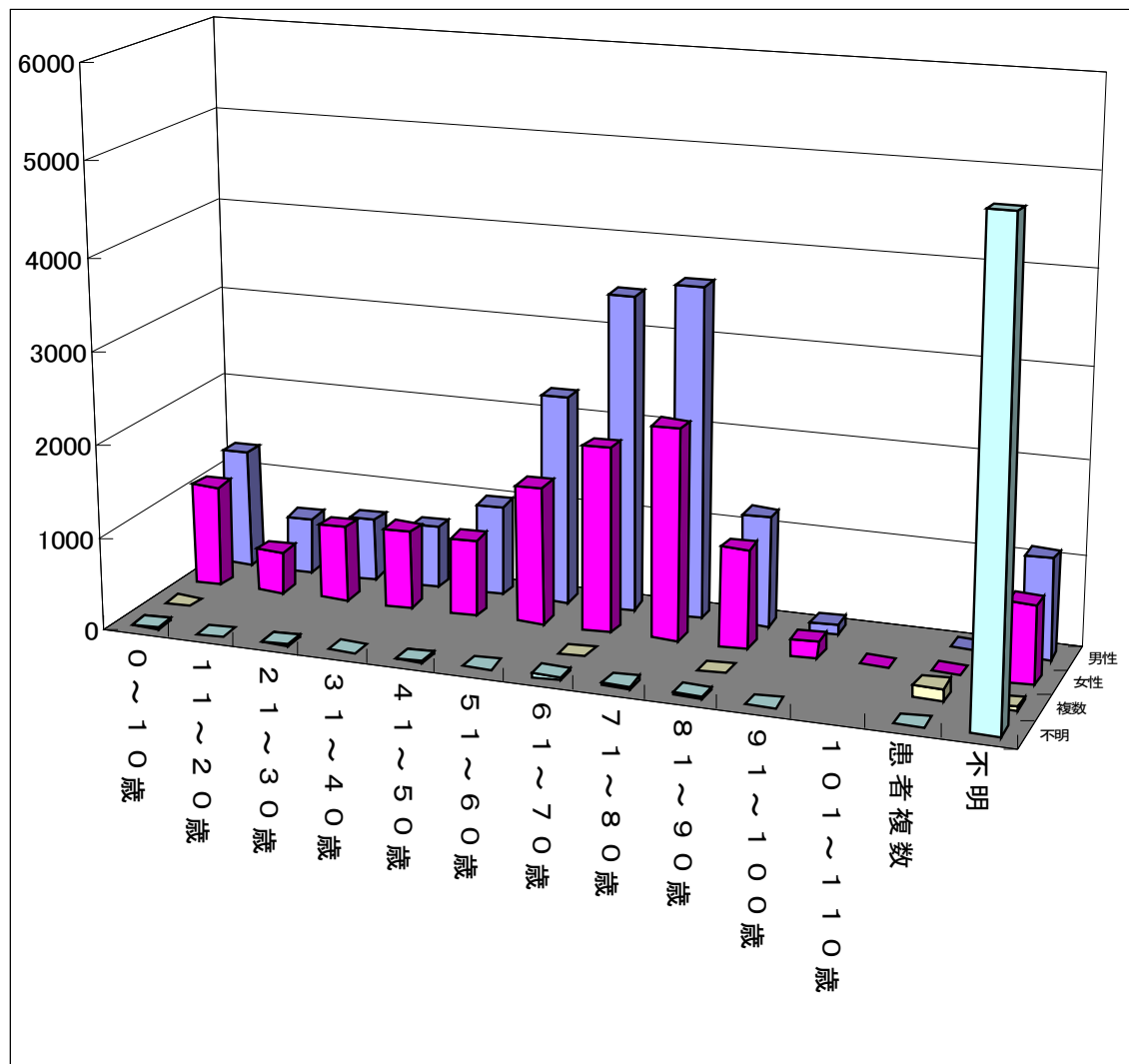


ヒヤリ・ハットは男性患者に多くて

、女性患者が少ない



それも50代以上の女性患者が 男性よりもヒヤリハットが少ない



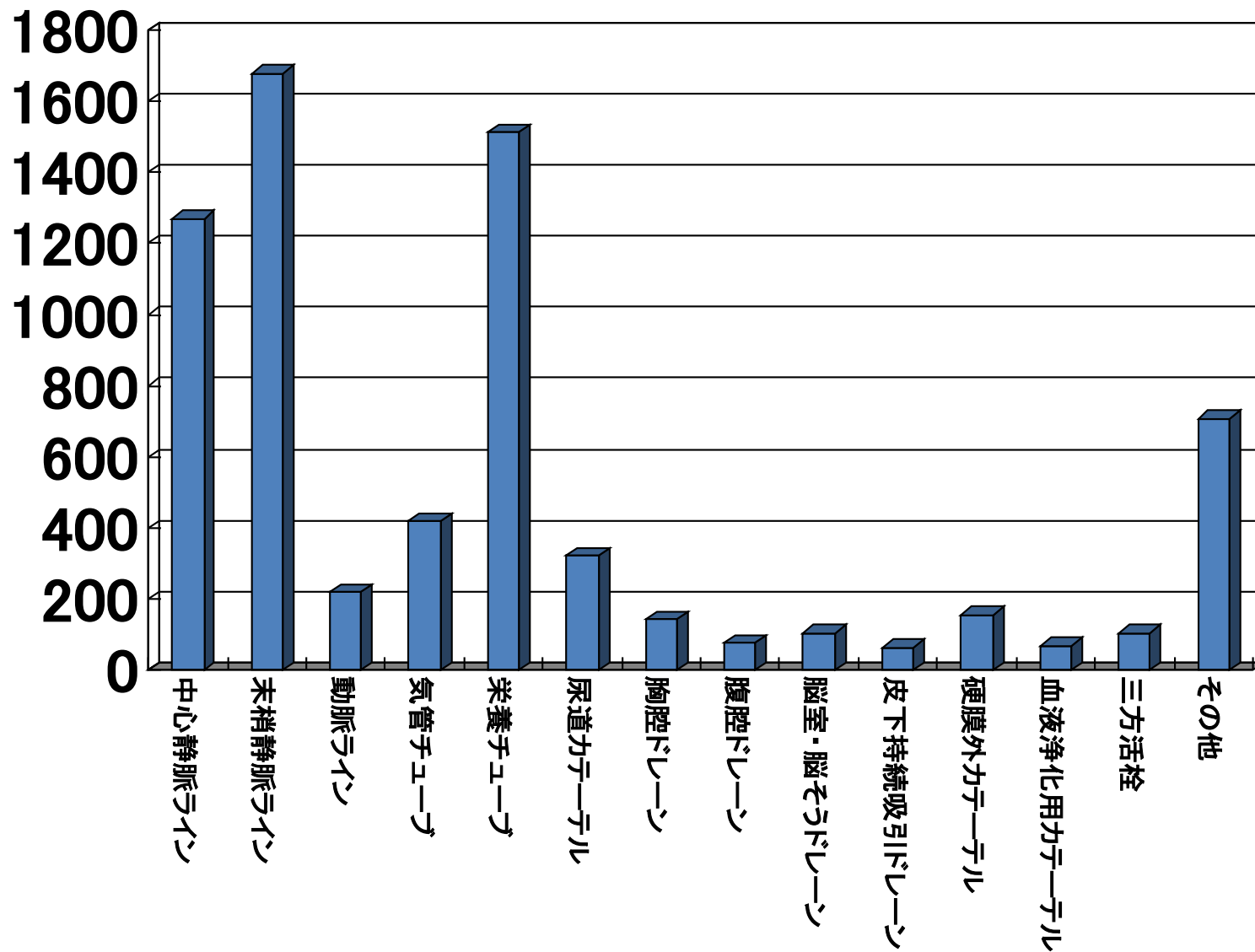
3大ヒヤリハットの いずれも女性患者が少ない 患者性差は何に原因？

- 医薬品は患者がチェックできる
 - 男は間違えに気づかない？
 - 女性はチェックが厳しい？
- チューブ・ドレーンは自己抜去が多い
 - 男は我慢強くない
- 転倒・転落はトイレへの歩行中が多い
 - 男性は環境適応が悪い？体力に過信？
- 男女の行動パターンは明らかに違う！
- 女性は医療者や処方や処置へのチェックをよくしている

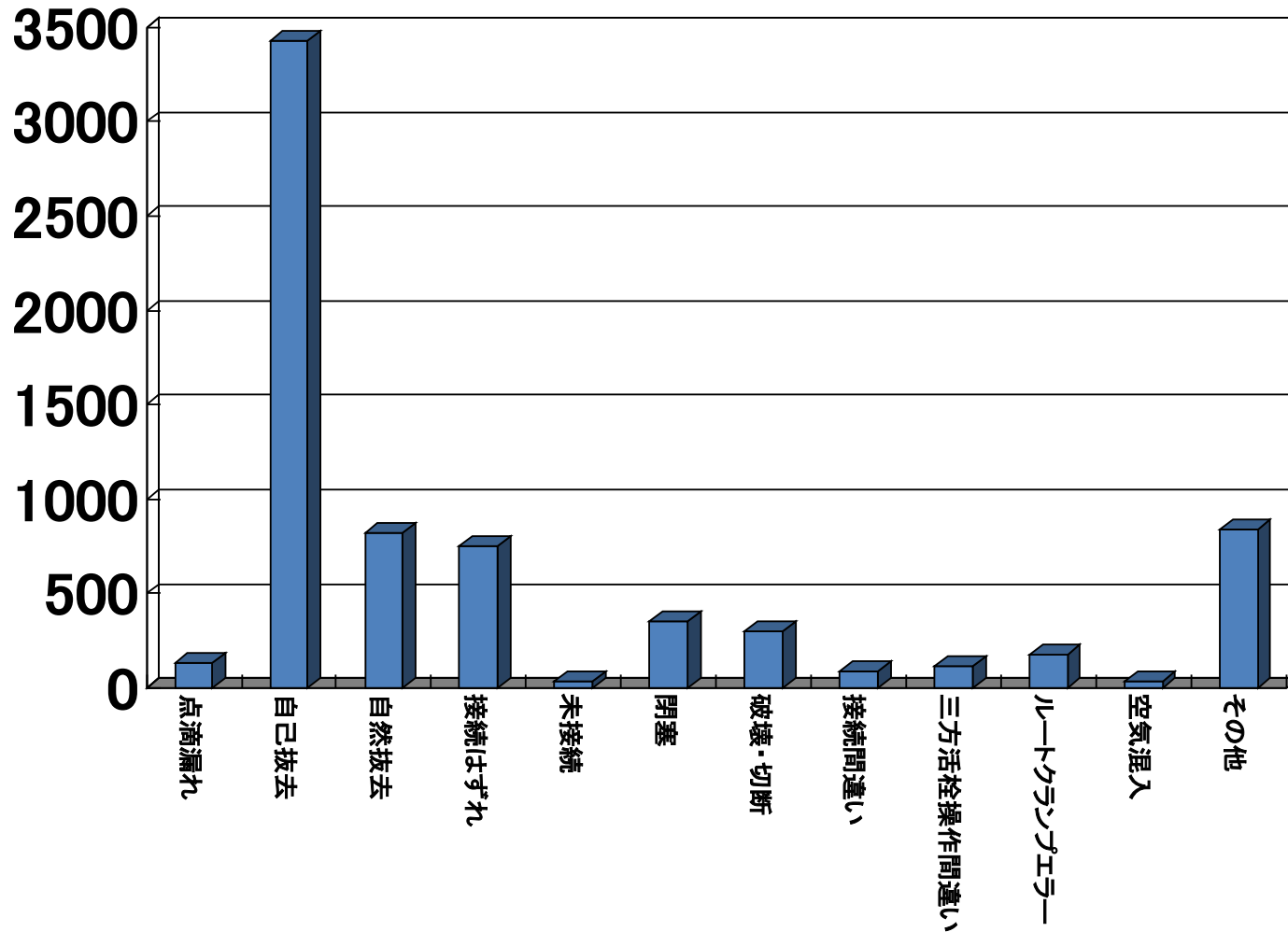
医療材料関連のヒヤリ・ハット事例 (平成15年)

全般コード化情報
ドレーン・チューブの使用・管理

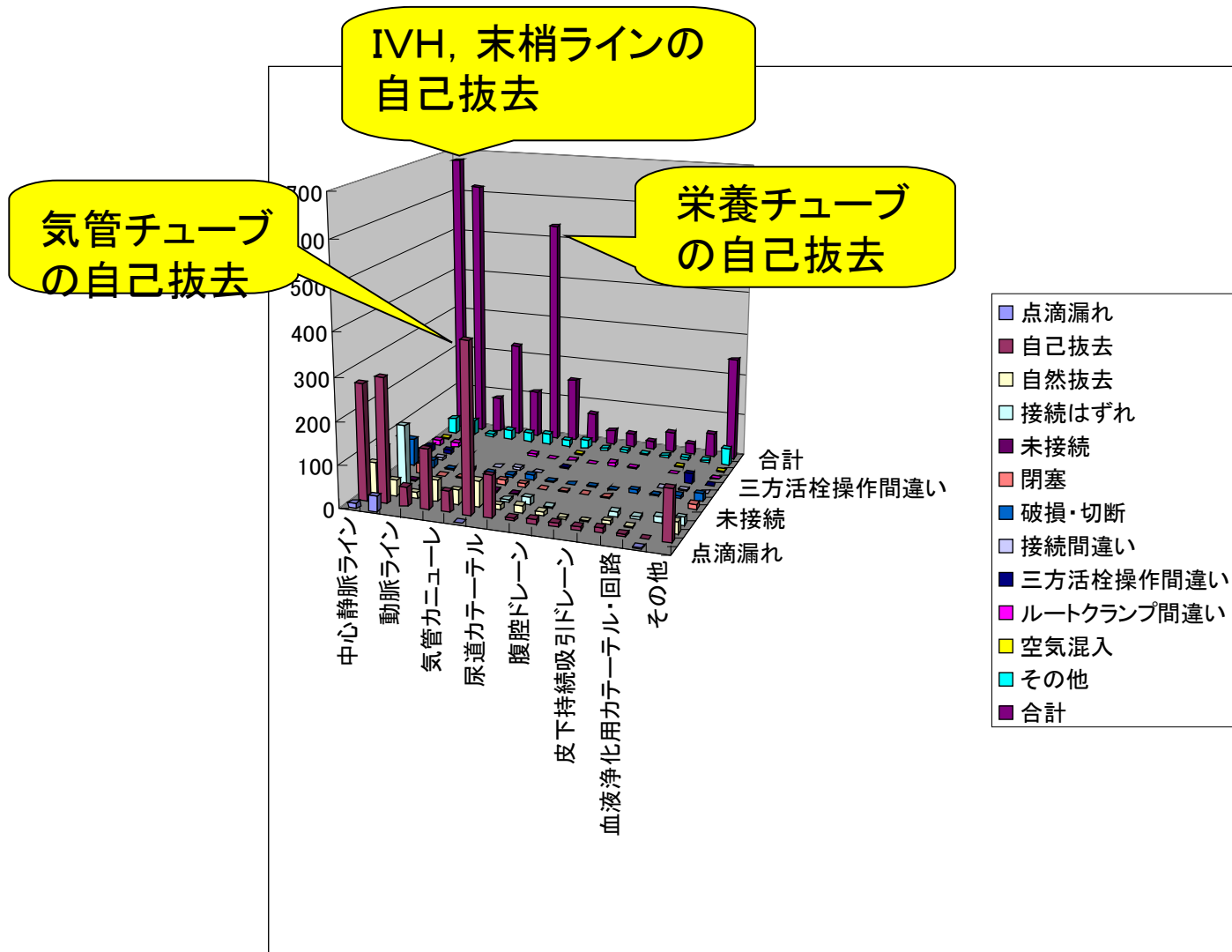
ヒヤリハットのチューブ・ドレーンの種類



チューブ・ドレーンのヒヤリハットの内容



ドレーン・チューブ場面・内容の クロス分析



チューブ類の自己抜去問題

- 気管チューブの自己抜去の70%は再挿入に必要なかった
- 気管チューブの挿入の適応が問題
 - 不必要な気管チューブの挿入が多いのではないのか？
 - エビデンスに基づく気管チューブの適応見直し

気管チューブ火災

- (症例) 66才の男性。脳梗塞で長期人工呼吸器管理が必要と考え、気管内挿管をしたまま気管切開を行った
- 前頸部を切開して気管前面を剥離し、気管に電気メスにより切開を加えたところ気管チューブに引火した
- ただちに生理食塩水で消火し、気管チューブを抜去した。その後、気管支ファイバーで気管内を見たところ煤の付着・気管支粘膜の発赤を認め、気道熱傷と診断した。
- 気管チューブは200度Cで発火する
- 酸素濃度40%以上で発火しやすくなる



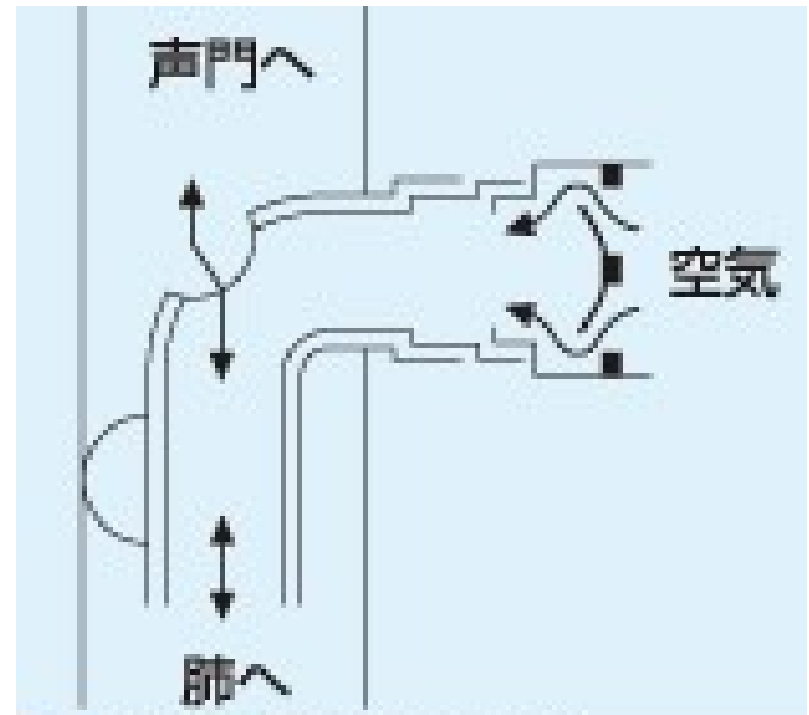
気管チューブに酸素吸入チューブ を直接接続して患者死亡

- ERで気管内挿管を行った脳梗塞の患者のMRI撮影
- MRI室までは研修医と看護師がジャクソンリースで補助換気しながら行った
- 研修医と看護師がMRI室に入室しようとする、放射線技師がジャクソンリースには金属部分があり、MRI検査中は使用できないと指摘した。
- このため研修医はMRI検査室の入り口の酸素配管につながっている酸素チューブを患者の気管チューブに、直接接続することにした。
- この結果、患者は死亡した



気管切開チューブ誤接続で 患者死亡

- 気管切開チューブには発声ができる側孔のついているタイプと、発声のできない側孔のないタイプがある。
- 側孔のある発声用気管切開チューブの場合は、声を出すときにはスピーチバルブという一方向性の弁(ワンウェイバルブ)を装着する。
- このスピーチバルブにより吸気のみが気管チューブに導かれ、呼気は側孔を通じて排出され、それによって声帯が振動して発声ができる仕組みとなっている。
- ところが、事故は側孔のついていない普通の気管切開チューブにスピーチバルブを誤って接続したため患者が死亡した

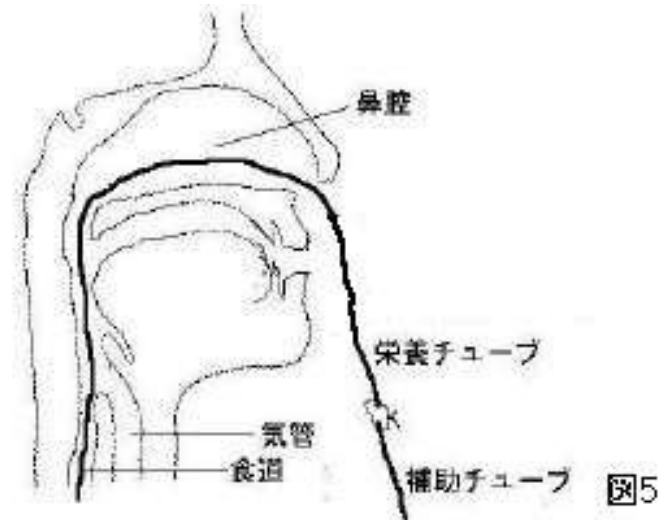


■ 図2 声帯への空気の流れ

栄養チューブ・PEGチューブ

栄養チューブの誤挿入・誤注入

- 経鼻栄養チューブの誤挿入・誤注入が後をたたない
 - 気管に誤挿入された栄養チューブから栄養剤の注入して、患者死亡
 - 気管挿入された栄養チューブが肺を突き破って胸腔に達し、胸腔に栄養剤を注入



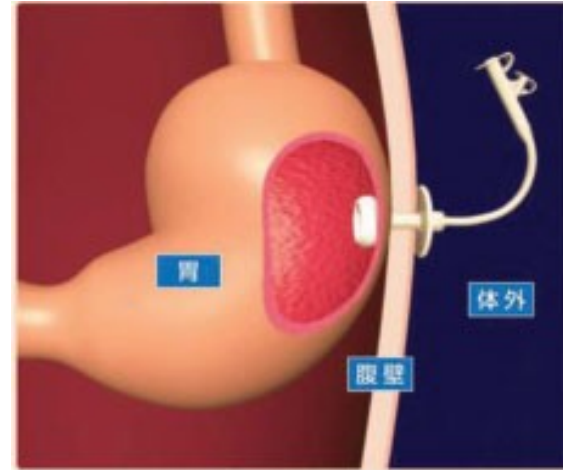
栄養チューブの誤挿入・誤注入の 防止策

- 栄養チューブの55cm
のところにマーキング
- 空気注入で胃泡音の
確認
- 逆流液(胃液)のリトマ
ス試験紙による酸性確
認
- レントゲン写真によるチ
ューブの位置確認

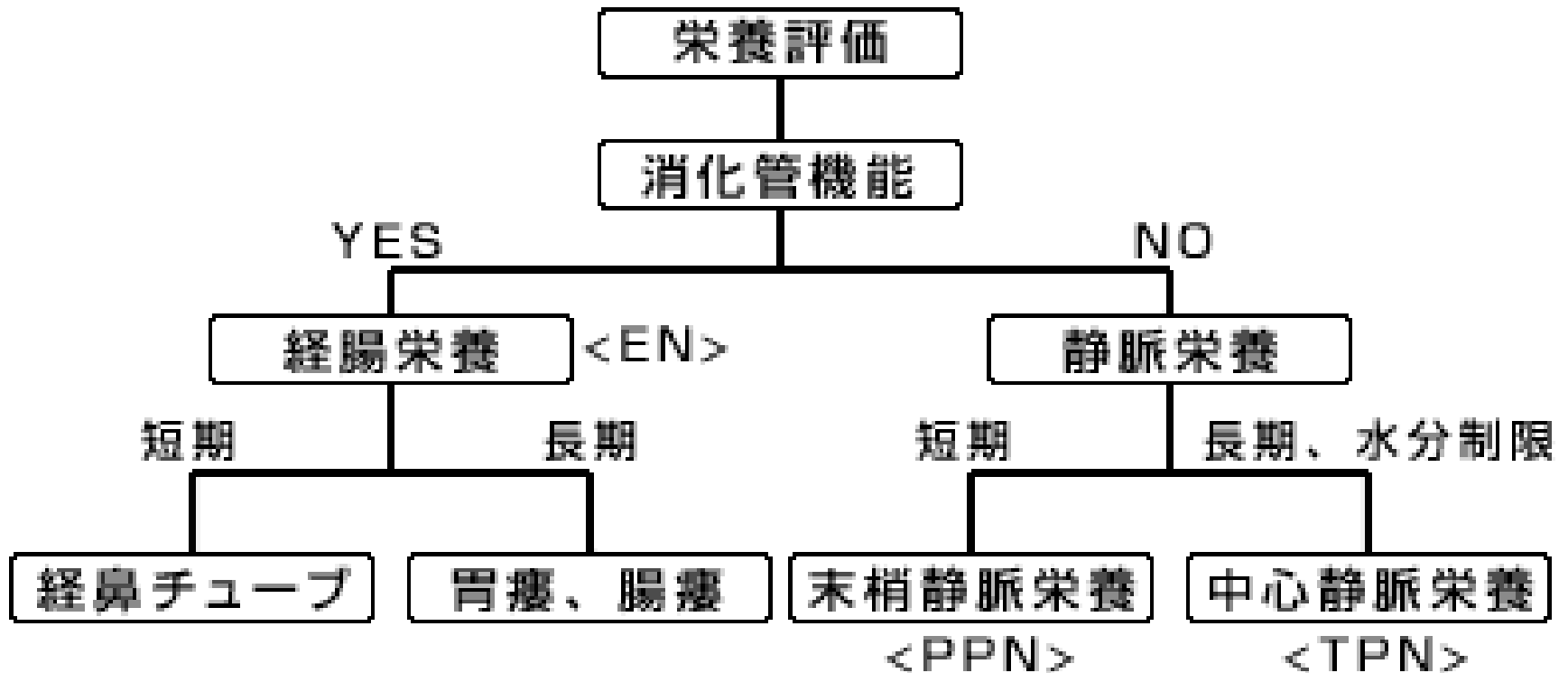


胃ろうチューブの誤挿入・誤注入

- 内視鏡的胃ろう術(PEG)は年間30万件と増えている
- PEGの事故も増えている
- PEGチューブの誤挿入
 - 横行結腸を貫いた
 - 腹腔に逸脱した
 - 胃壁を貫き、横隔膜をも貫いた



PEG適応の見直し



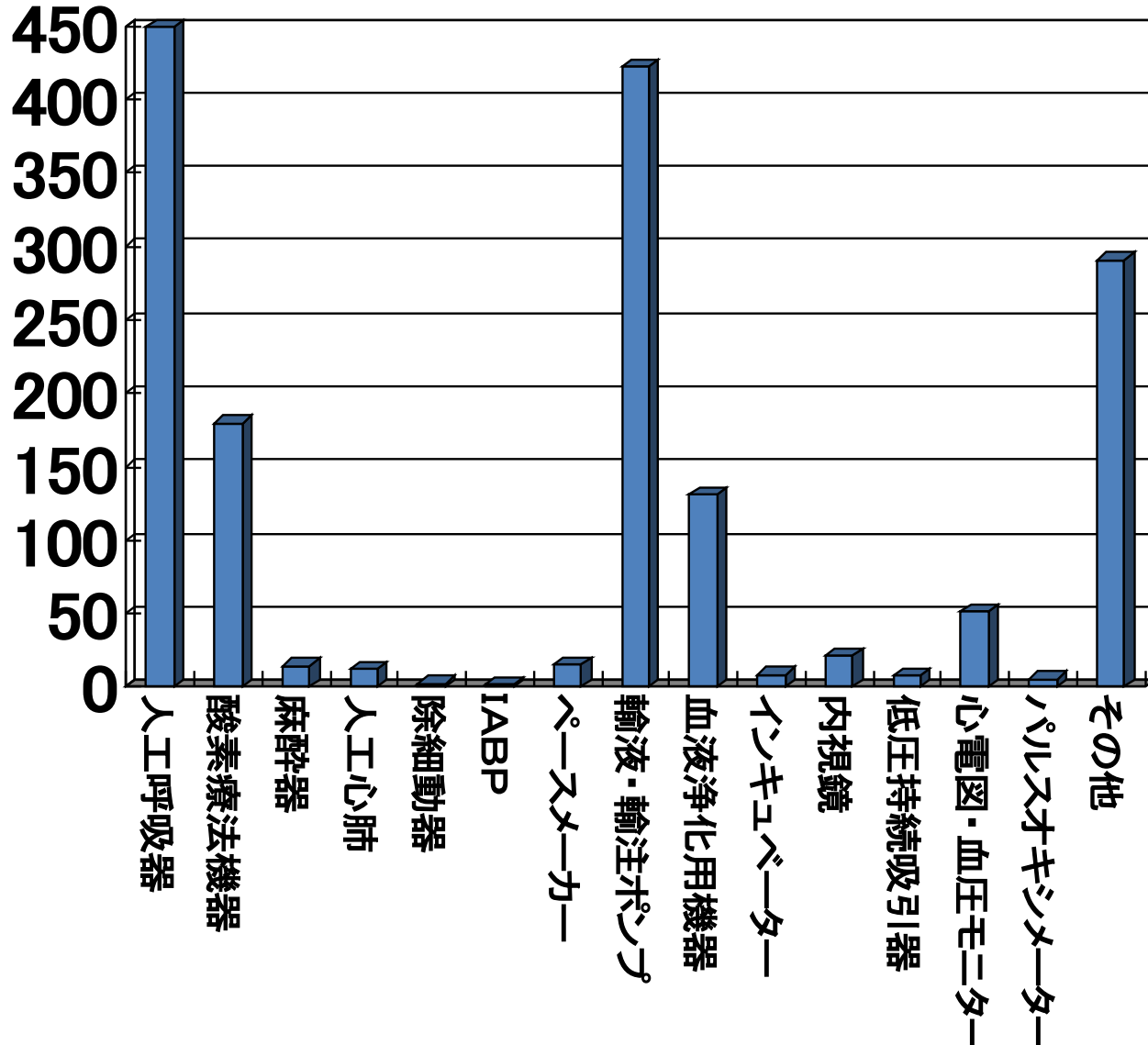
PEG適応は消化管機能だけでよいのか？
倫理的配慮、事前同意が必要

医療機器

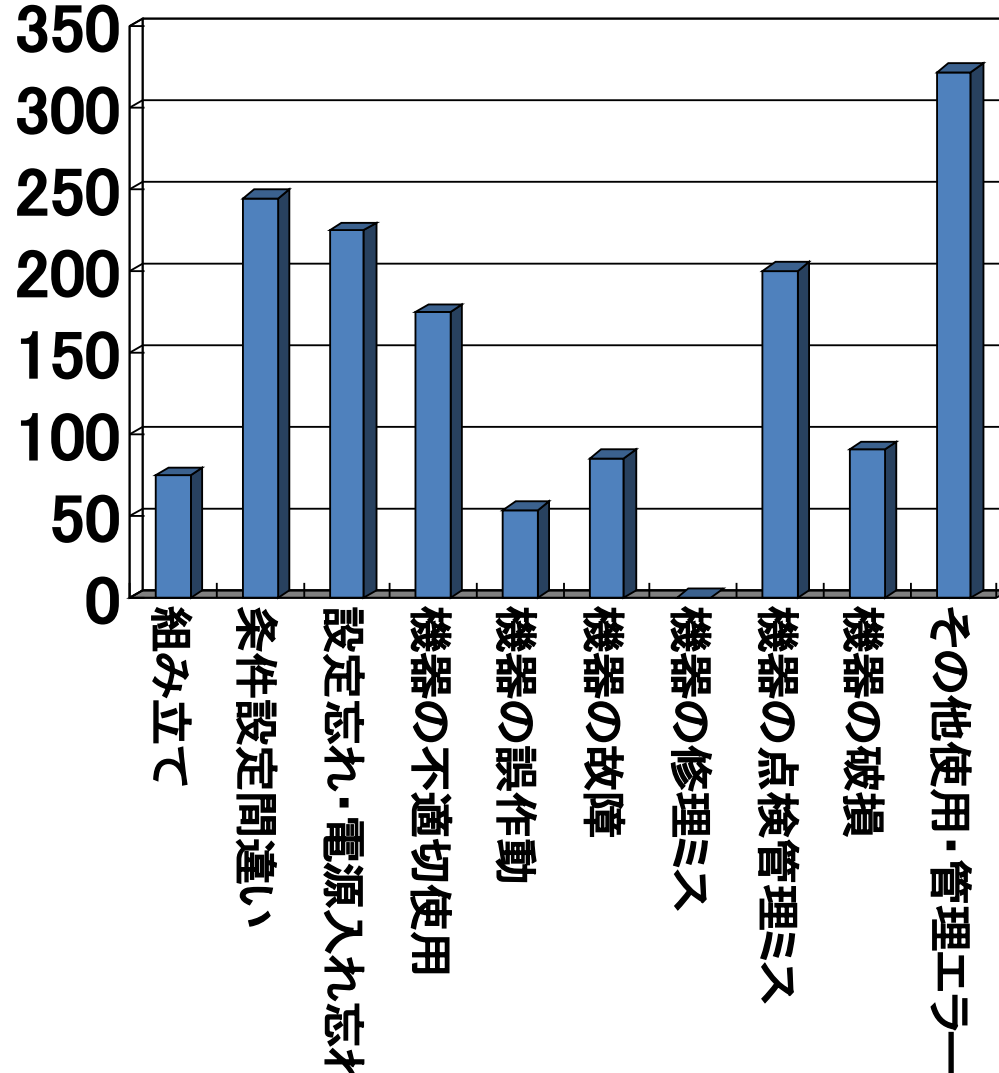
人工呼吸器、輸液ポンプ

医療機器のヒヤリハット (平成15年)

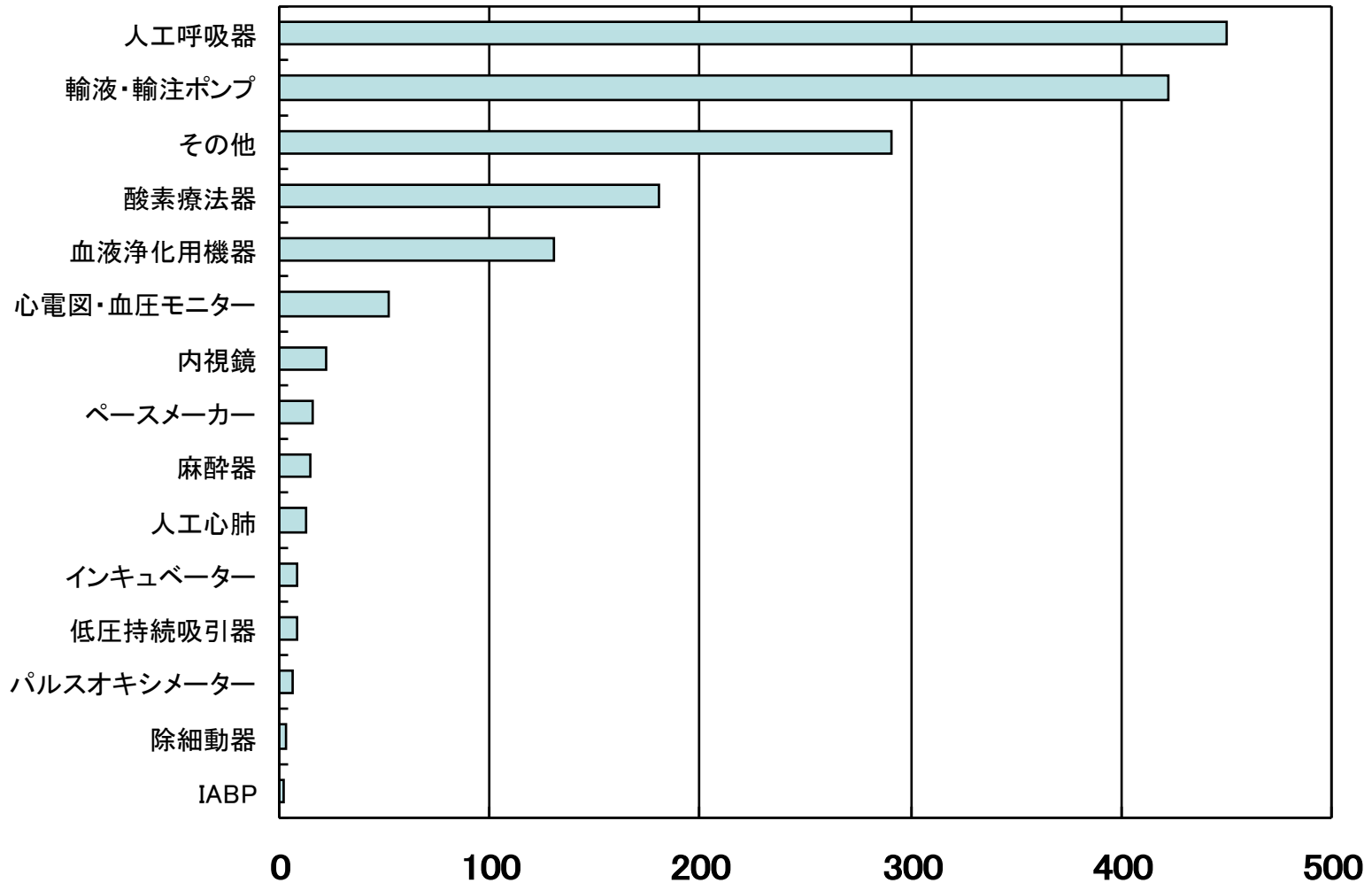
ヒヤリハットの医療機器種別



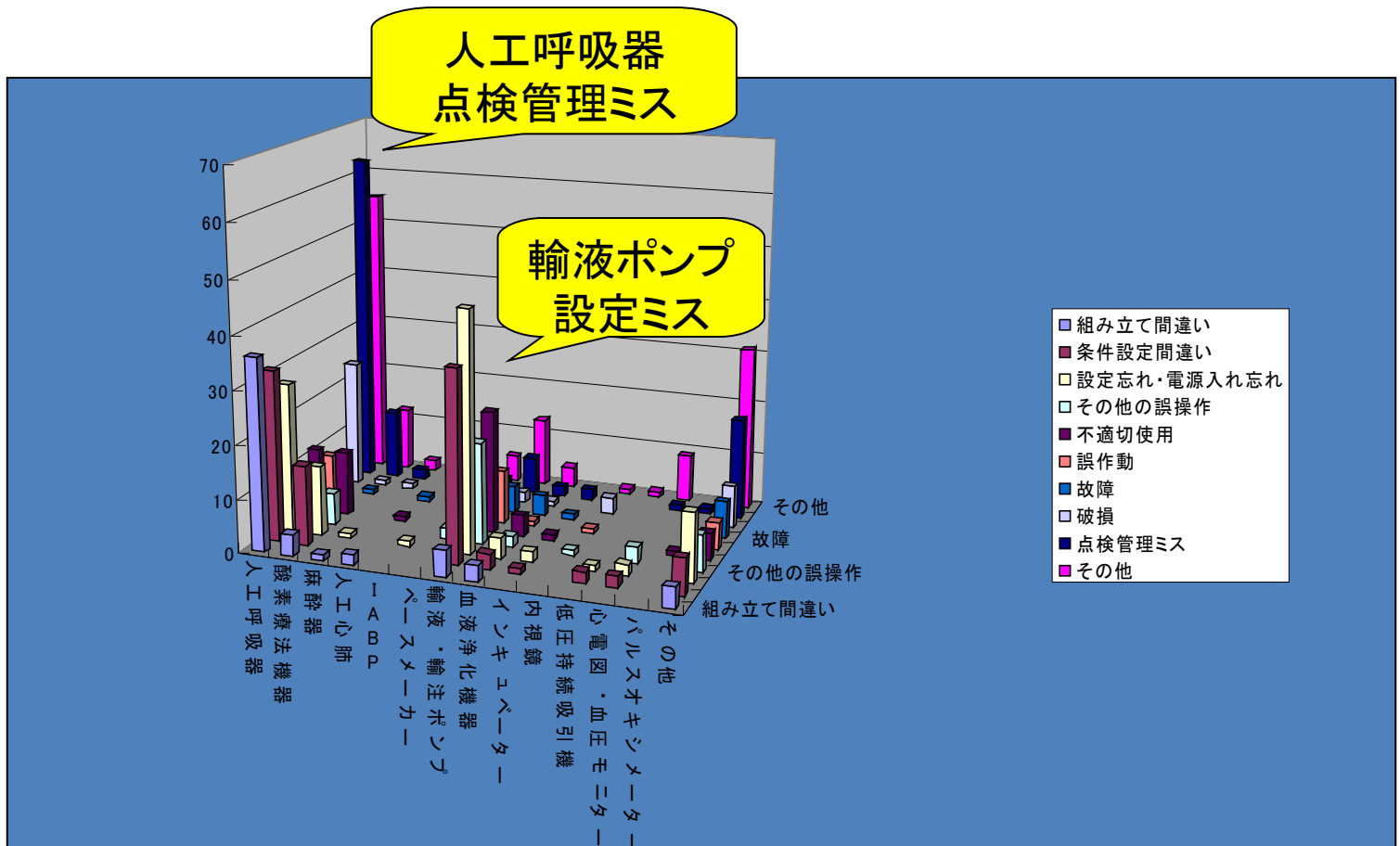
医療機器のヒヤリハットの内容



医療機器ヒヤリハット件数(平成15年)

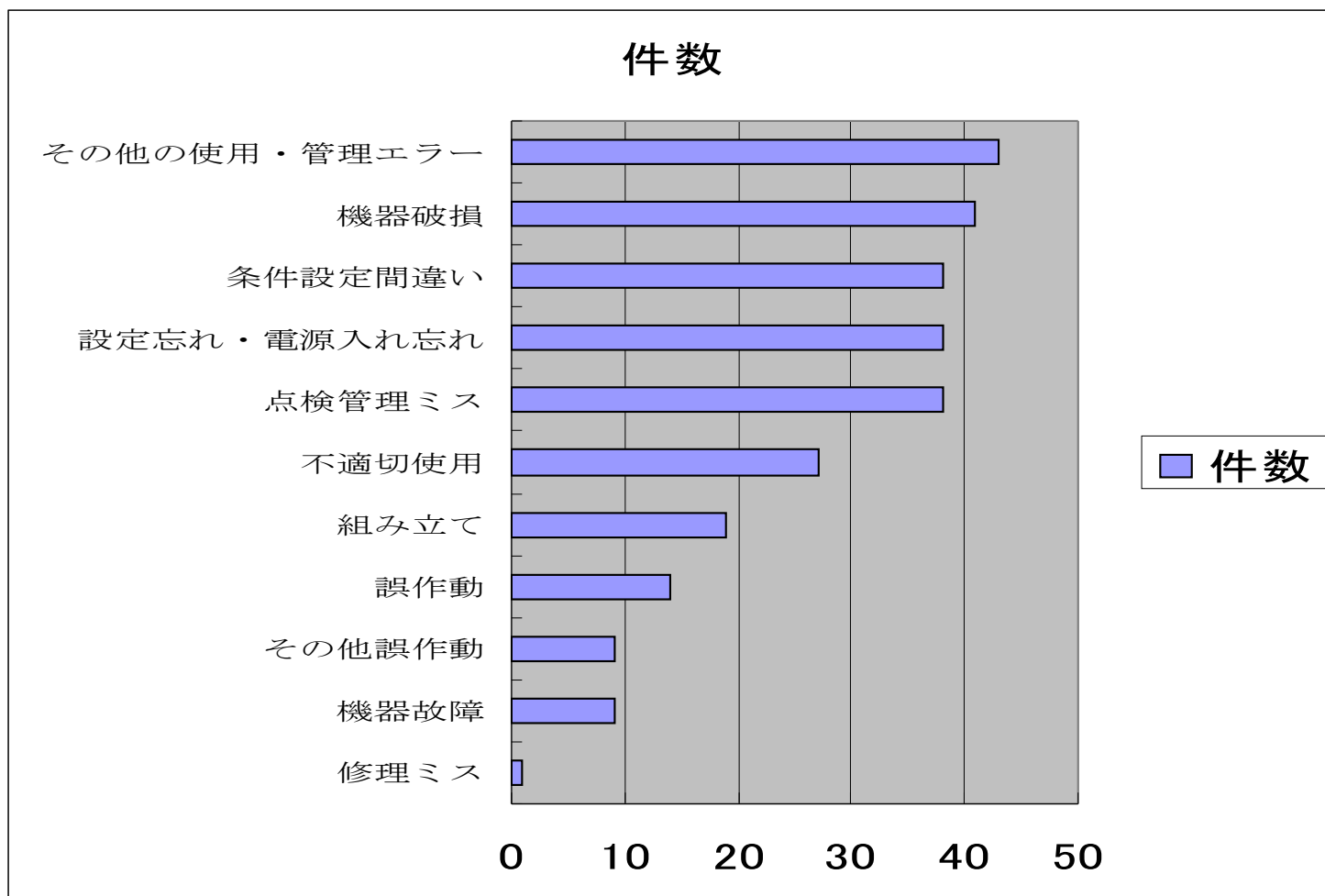


機器場面・内容のクロス分析



医療機器のヒアリハット714件

人工呼吸器関連ヒヤリハットの内容 厚生労働省ヒヤリハット収集事業 (2006年10月～12月)より



人工呼吸器：呼吸回路の基本模式図

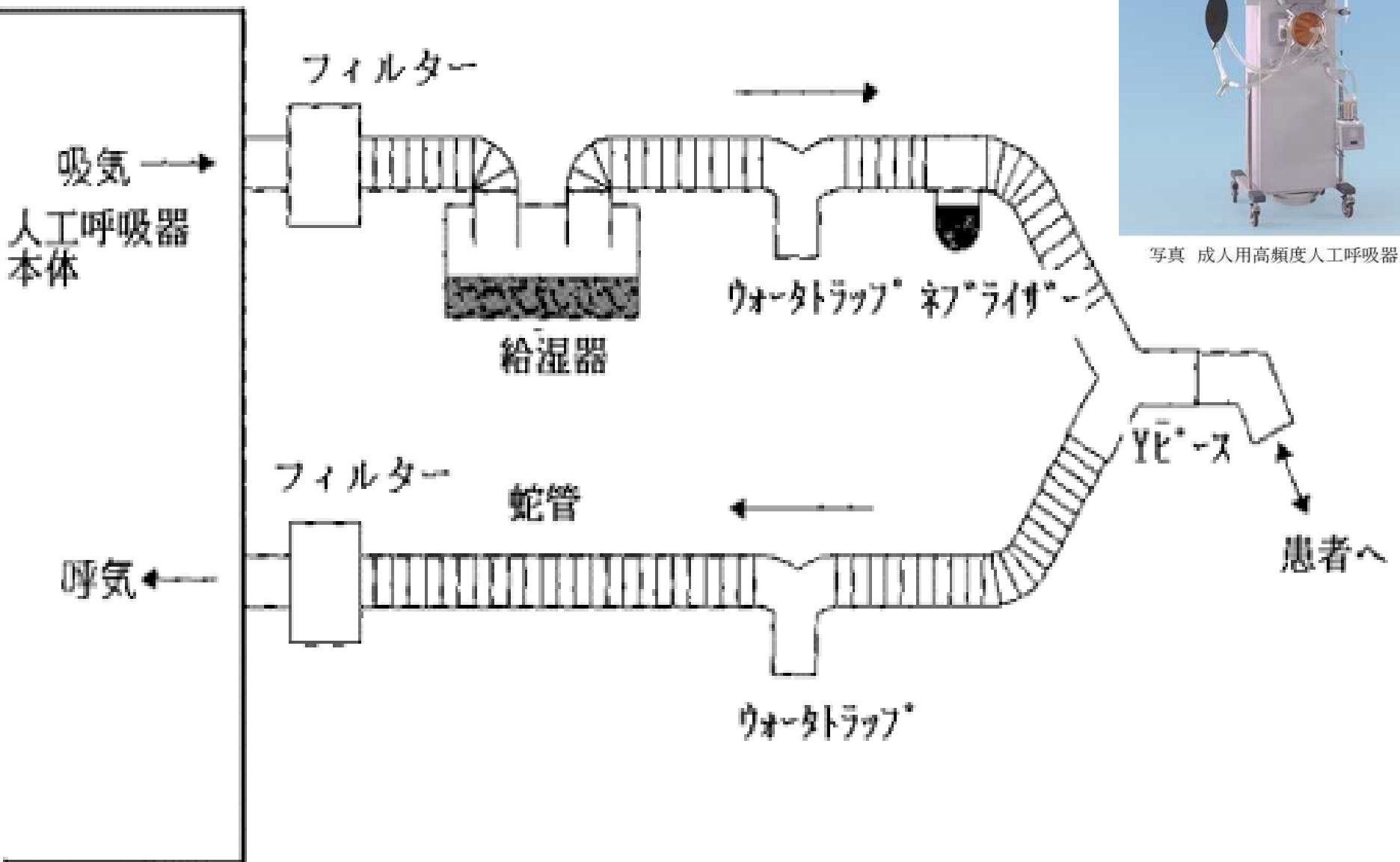
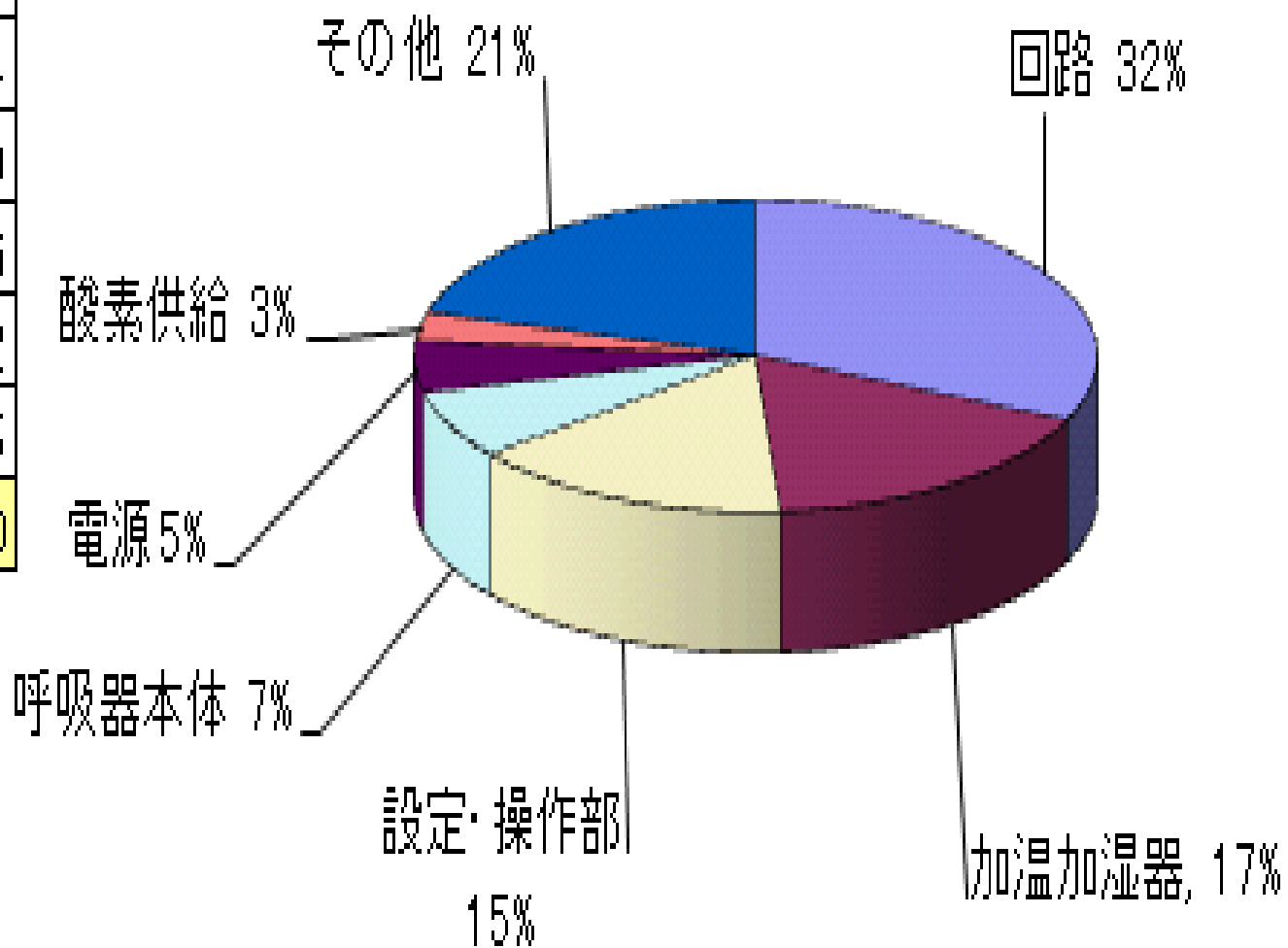


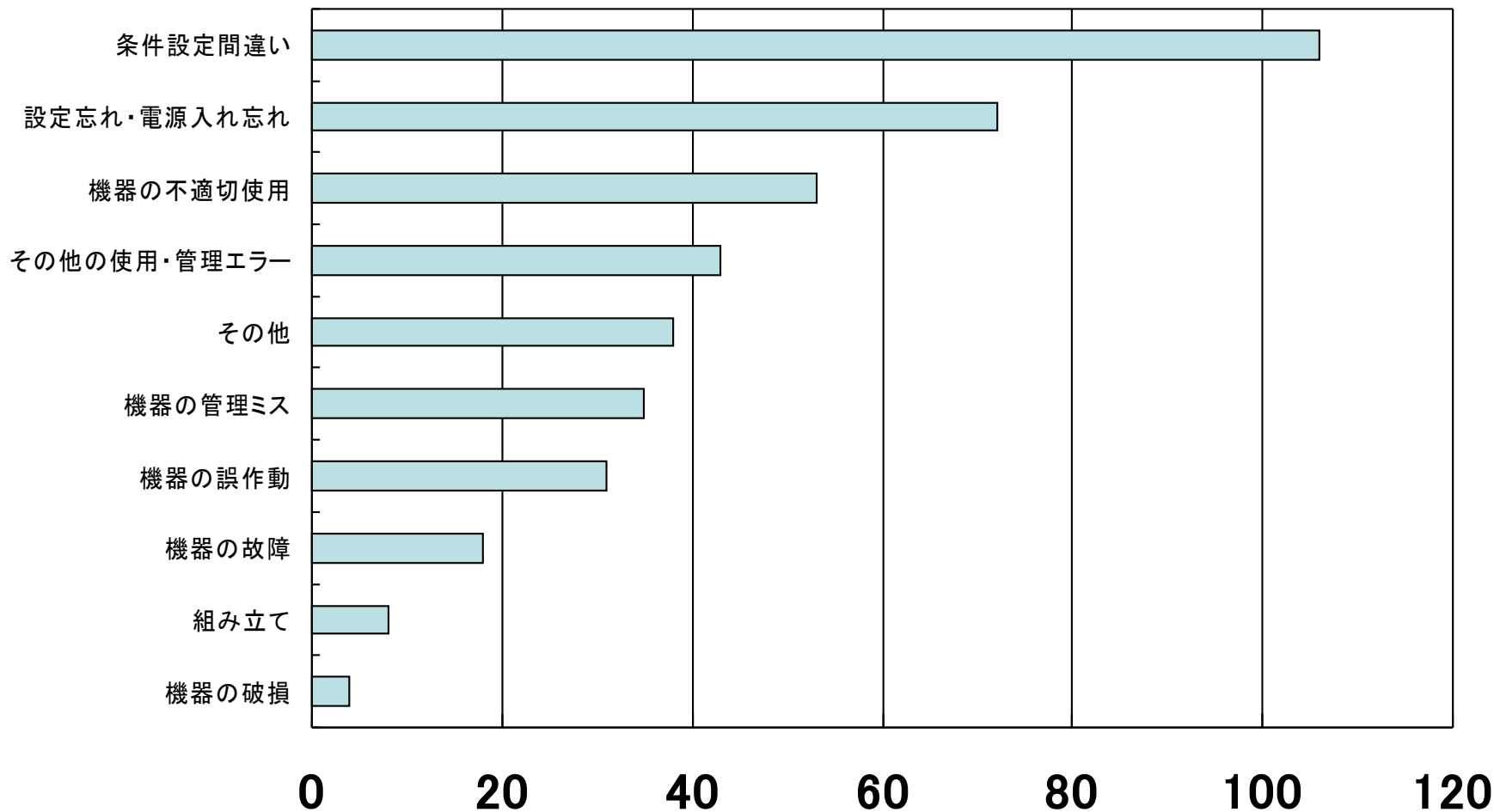
写真 成人用高頻度人工呼吸器

人工呼吸器ヒヤリ・ハット 事例 分類別割合

分類	件数
電源	9
酸素供給	5
回路	54
加温加湿器	29
設定・操作部	26
呼吸器本体	12
その他	35
総計	170



輸液・輸注ポンプ ヒヤリハット原因(平成15年)



輸液ポンプの設定間違い

- 輸液ポンプのパネル入力
- 予定量
- 流量
- 小数点の位置
 - 浮動小数点
- 予定量と流量を同じパネル上で交互に表示刷るタイプもある



術中空気栓塞の重大インシデント

(例)N病院における術中輸血ポンプ空回りによる
エア流入インシデント

- 45歳男性 虚血性心疾患、胆石症
- ○月○日
- 9:58 心臓バイパス術(CABG)開始、午後からパコレ実施
- 13:12 ラパコレ開始
- 14:00 自己血輸血開始
- 14:20 肺動脈圧上昇、血中酸素分圧低下
- 14:35 輸血ポンプによる下肢静脈内へのエア流入に気付く
(輸血リザーバーのキャップはずれ、輸血ポンプ設定ミス)
- 14:40 空回りしている輸血ポンプ緊急停止
 - 流入エア量推定160ml
- 15:25 手術終了
- ○月○日患者予定どおり退院

問題の輸血ポンプ

- 輸血量設定ミス

エア抜きキャップはずれ

エア混入センサー
がなかった

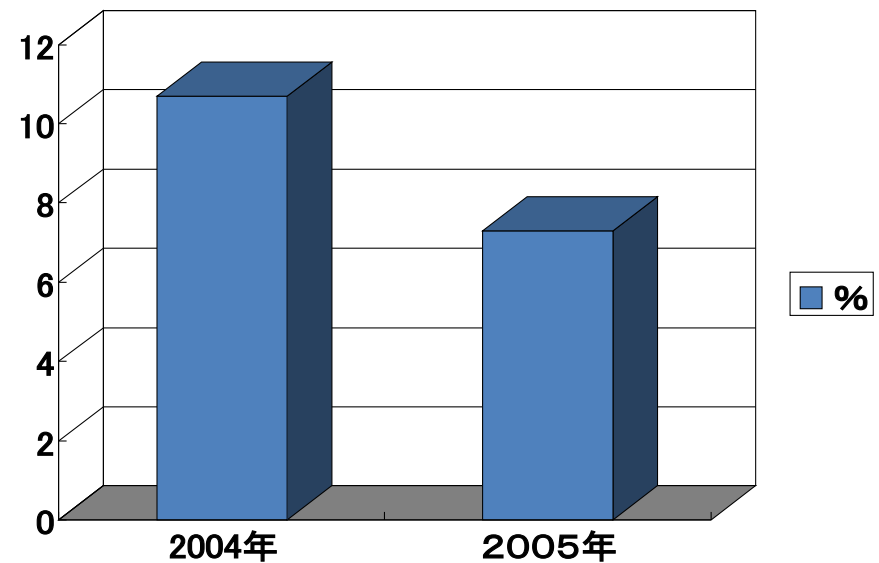


輸液ポンプの標準化

- 独協医大で620台の輸液ポンプを標準化した
 - 輸液ポンプのメンテナンス付リース方式



輸液ポンプ関連の
インシデント発生率



医療機器管理体制

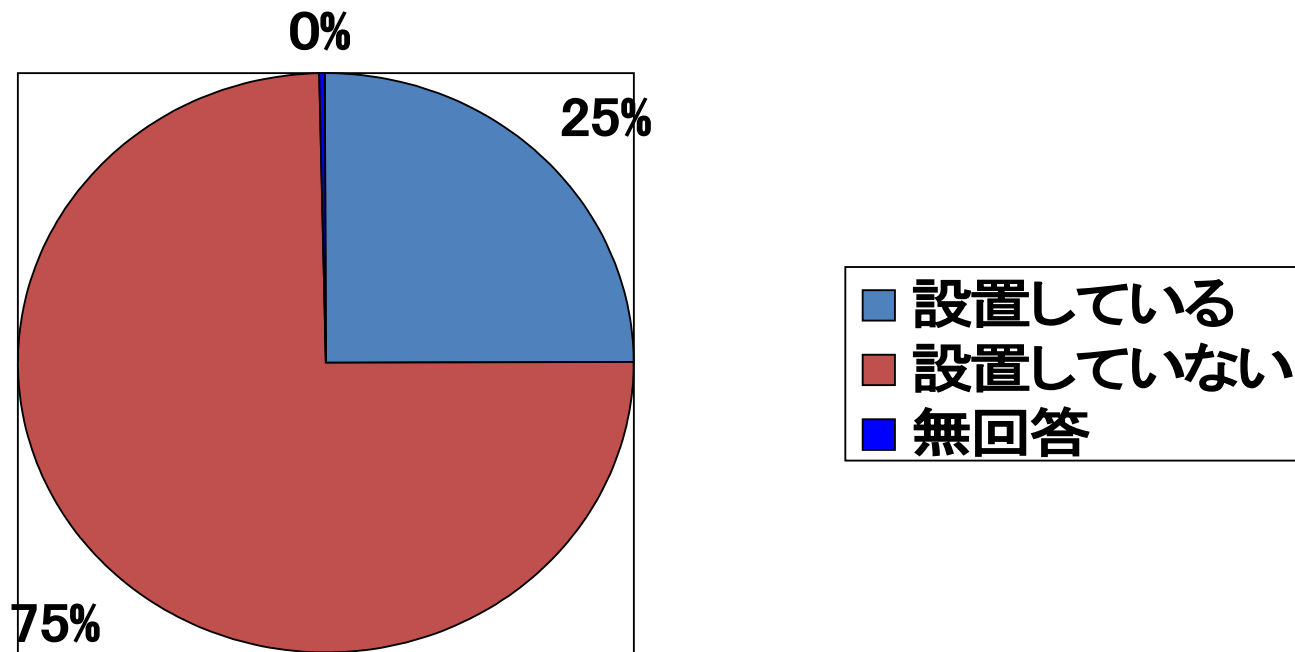
医療機器管理体制の実態より

大阪府のアンケート調査より

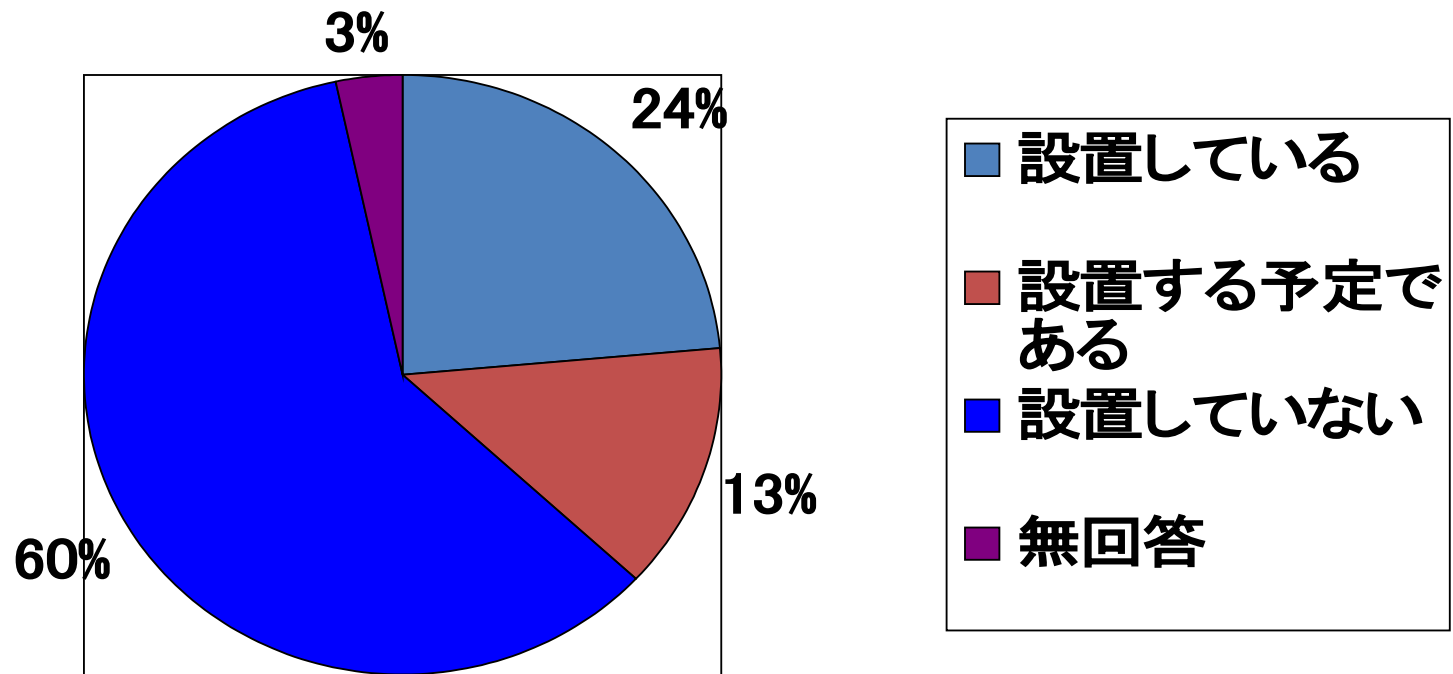
アンケート調査概要

- 大阪府の医療機器安全性確保対策検討委員会
- 府内の390病院に対して平成17年12月に行った
- 対象となった医療機器
 - 人工呼吸器、酸素吸入器、麻酔器、輸液ポンプ、シリンジポンプなど14種類

問1 中央管理部門を設置していますか？



問2 統括責任者を配置していますか？



医療機器安全管理責任者

2006年6月の第5次医療法改正を受けて、今年4月から医療機器安全管理責任者をおくことになった

改正医療法

- ① 医薬品安全管理責任者と医療機器安全管理責任者の選任
- ② 医療安全管理指針の策定
- ③ 院内感染対策指針の策定
- ④ 医薬品の安全使用のための業務手順の作成
- ⑤ 医療機器の保守点検計画の策定

医療機器安全管理責任者

- 医療機器安全管理責任者
 - 医療機器の安全使用に関する研修
 - 医療機器の保守点検計画の策定と実施
 - 医療機器の安全使用に関する情報収集
- 医療機器の保守点検計画
 - ①人工心肺装置及び補助循環装置
 - ②人工呼吸器
 - ③血液浄化装置
 - ④除細動装置(ADE除く)
 - ⑤閉鎖式保育器
 - ⑥診療用高エネルギー放射線発生装置(リニアック等)
 - ⑦診療用放射線照射装置(ガンマナイフ等)

まとめと提言

- ・DPC病院がいよいよ1700病院時代
- ・DPCでは医薬品、医療材料のコスト削減がテーマ
- ・しかし、単なる医療材料のコスト削減ではなく
感染予防や安全性に配慮することが必要
- ・DPCではトータルコストの考えたかが重要

イザイ 篠原出版新社

- 医療材料の情報提供と人材育成のための専門誌
- 連載
 - Dr.武藤のイザイ安全講座
 - 医療材料部門担当者に聞く
有能な用度職員はこうすれば育つ！
 - 漫画 カテーテルの旅
 - 医療材料の購入対策・共同購入
 - 医材の政府調達の実状と対策
- 日本医療マネジメント学会医療資材委員会監修



医療材料の事故防止・安全管理 のポイント

- **武藤 正樹【著】**
ぱる出版（2010/08/10
出版）
- 191p / 21cm / A5判
ISBN: 9784827205794
NDC分類: 492.8
- 価格: ￥2,625 (税込)
ポイント: 25 pt



医療材料マネジメント研究会

Medical material management study group

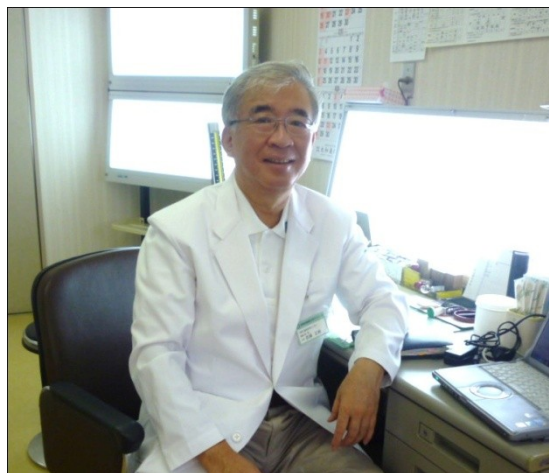
第5回 医療材料マネジメント研究会 シンポジウムのご案内

- 開催日時
 - 平成22年12月18日(土) 13:00～17:30
- 会場
 - 東京女子医科大学 弥生記念講堂
- プログラム
 - 1. 研究会代表あいさつ
 - 代表幹事 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)
 - 2. 材料共同購入と医療行政
 - 厚生労働省医政局経済課課長補佐 高山研

国内における共同購入の取り組み

- 3. 国内における共同購入の取り組み
 - 特定非営利活動法人 日本医療流通改善研究会
東日本税理士法人代表社員 長隆
 - 日本文化厚生農業協同組合連合会
理事 業務部 部長 木内健行
 - 国家公務員共済組合連合会
横須賀共済病院 物流管理室 課長 許山茂
 - シンポジウム
 - » 共同購入の今後の課題(アメリカGPOの仕組みなど)
 - » 東京女子医科大学医療・病院管理学教授 上塚芳郎
 - » 医療経済研究機構 専務理事 岡部陽二
他演者 一同
- 医療材料マネジメント研究会シンポジウムのお申し込みは研究会ホームページからお願いします。

ご清聴ありがとうございました



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.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)