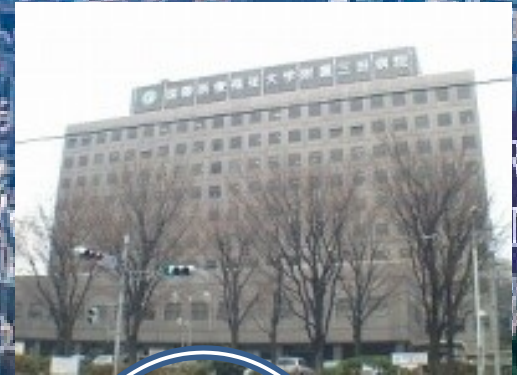


医療計画の現状と課題

～2012年診療報酬改定から
公立病院改革ガイドラインまで～

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
(株)医療福祉総合研究所
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
東京都認定がん診療病院
2008年7月からDPC対象病院

新三田病院建設中



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、薬剤師等のコメディカルを育成している。

国際医療福祉大学



栃木県大田原

東京本部
(乃木坂)

総務部
人事部
企画部
医療管理部



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



国際医療福祉大学クリニック

目次

- パート1
 - 2012年診療報酬改定
- パート2
 - DPCとジェネリック医薬品
- パート2
 - 地域医療計画の見直し
- パート2
 - 公立病院改革ガイドライン
 - * 病院再生セミナーのお知らせ



パート1

2012年診療報酬改定



4月20日中医協

2010年度診療報酬改定

• 全体改定率 +0.19%

700億円

• 1 診療報酬改定(本体)

• 改定率 +1.55%

5700億円

– 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%

4400億円
うち急性期病
院4000億円

• 2 薬価改定等

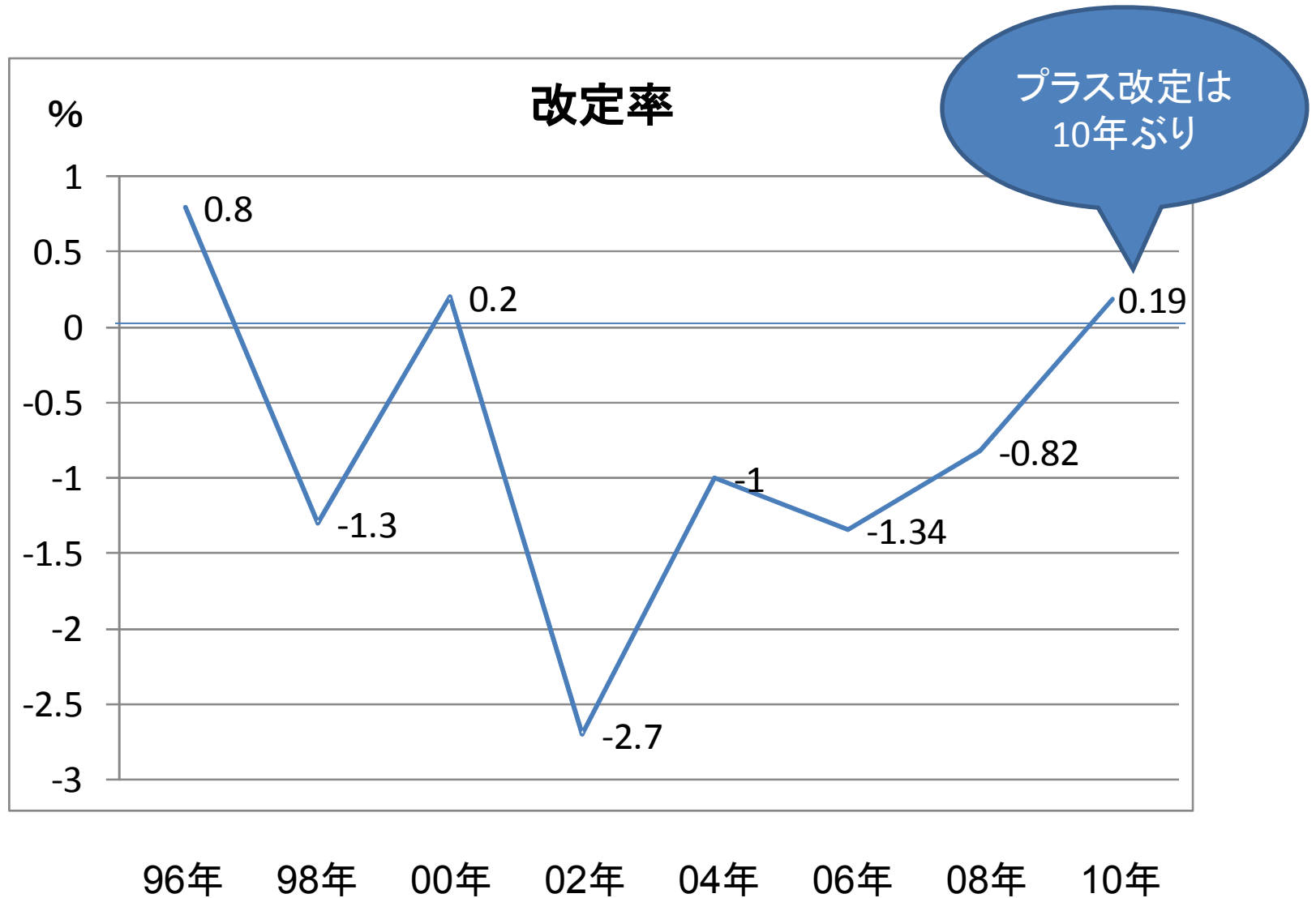
– 改定率 ▲1.36%

5000億円

– 薬価改定 ▲1.23%(薬価ベース ▲5.75%)

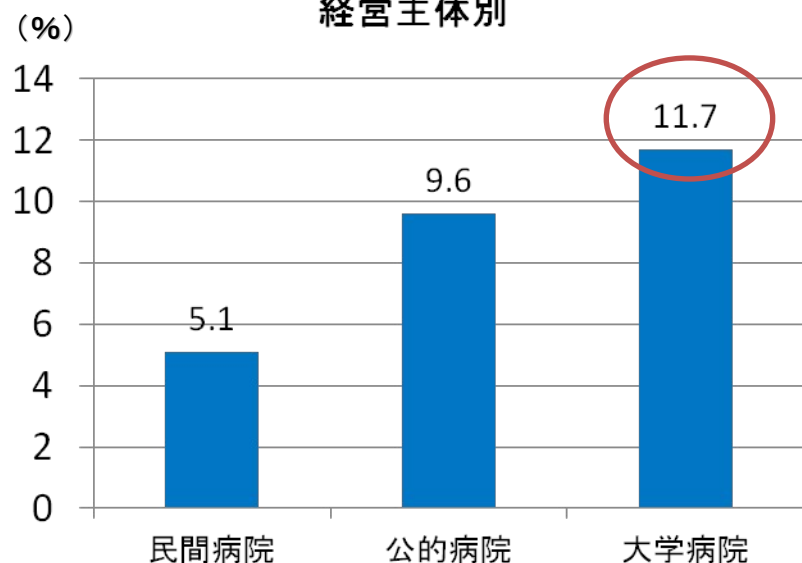
– 材料価格改定 ▲0.13%

診療報酬改定率

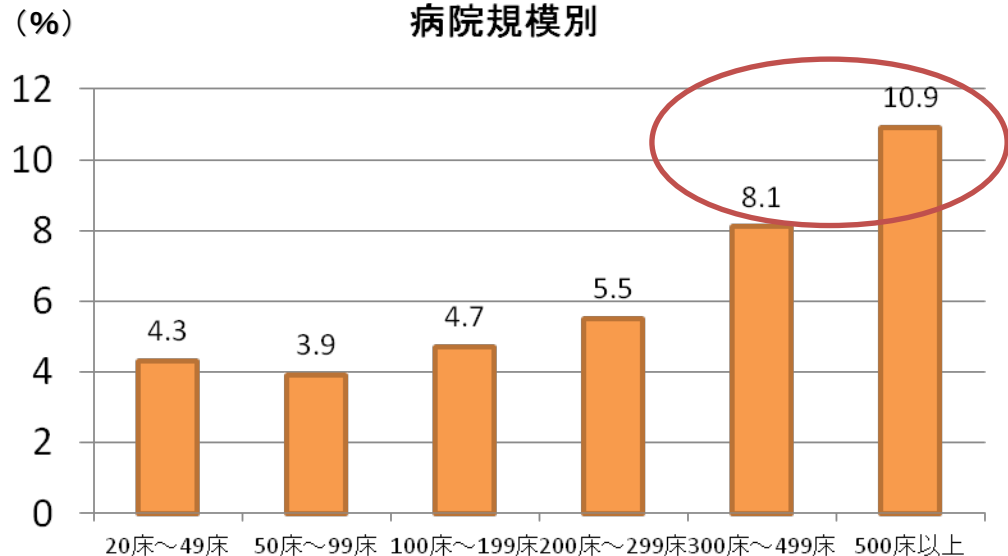


平成22年度診療報酬改定後の一日あたり医療費の伸び率 (平成22年4月～平成23年2月対前年同期比)

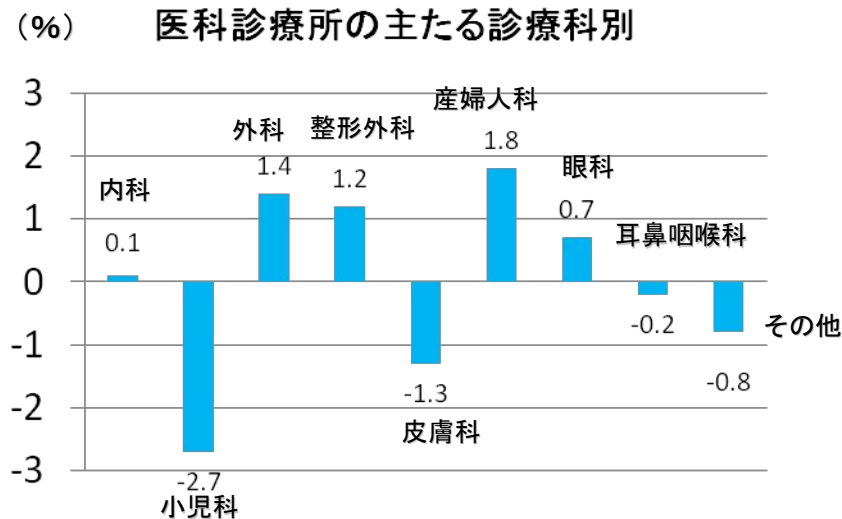
経営主体別



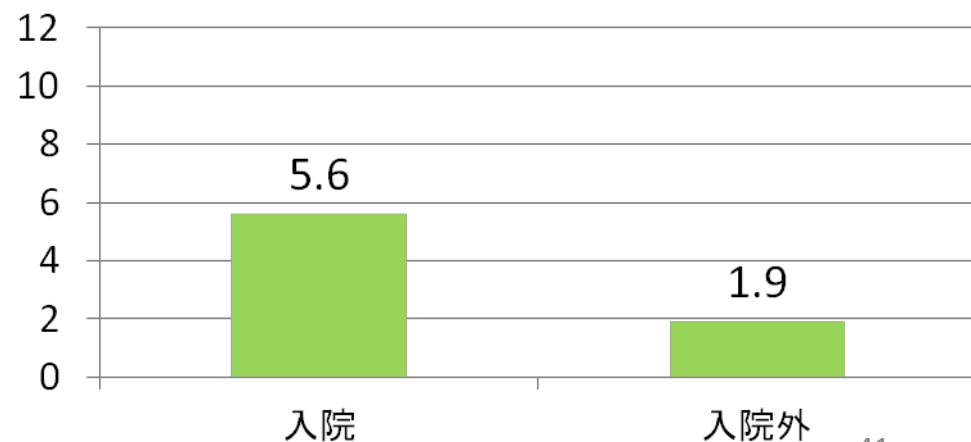
病院規模別



医科診療所の主たる診療科別



診療種類別



次期診療報酬改定へむけたプロセス

平成22年 2月 9月 10月 11月 12月 平成23年 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 平成24年 1月 2月 3月 4月

診療報酬改定

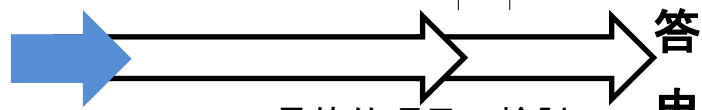
社会保障・税一体改革成案
(政府・与党社会保障改革検討本部決定)

改定率

基本方針に向けた議論

- ① スケジュール等
- ② 視点・方向の概論
- ③ 具体的な視点・方向
- ④ 基本方針案

基本方針提示



具体的項目の検討

答申

被災地訪問の報告

歯科診療

精神医療

医療従事者の負担軽減

医療と介護の
連携

歯科・薬剤
リハビリ
退院調整
在宅医療
訪問看護

基本診療料

1号側・2号側
優先して議論すべき事項

平成22年度改定答申

附帯意見

コスト調査分科会

各種報告

慢性期入院医療の
包括評価分科会

22年改定結果検証

医療経済実態調査

23年改定結果検証
(速報)

DPC評価分科会

薬価部会
保険医療材料部会

医療技術評価分科会

内閣

医療部会
医療保険部会

総会

中央社会保険医療協議会

部会・組織・小委

社会保障審議会医療保険部会 (2011年9月16日)

- ① 2010年改定の4つの視点については踏襲してはどうか？
- ② 2012年改定は診療報酬・介護報酬の同時改定であるので、医療・介護の連携体制の構築について評価すべきではないか？
- ③ 社会保障・税一体改革成案において掲げられた病院・病床機能の分化・強化と連携や、在宅医療の充実についてどのように考えていくのか？
- ④ 東日本大震災を踏まえて災害に強い医療の在り方に対する評価や被災地への診療報酬上の対応を考える必要があるのではないか？

社会保障改革に関する 集中検討会議

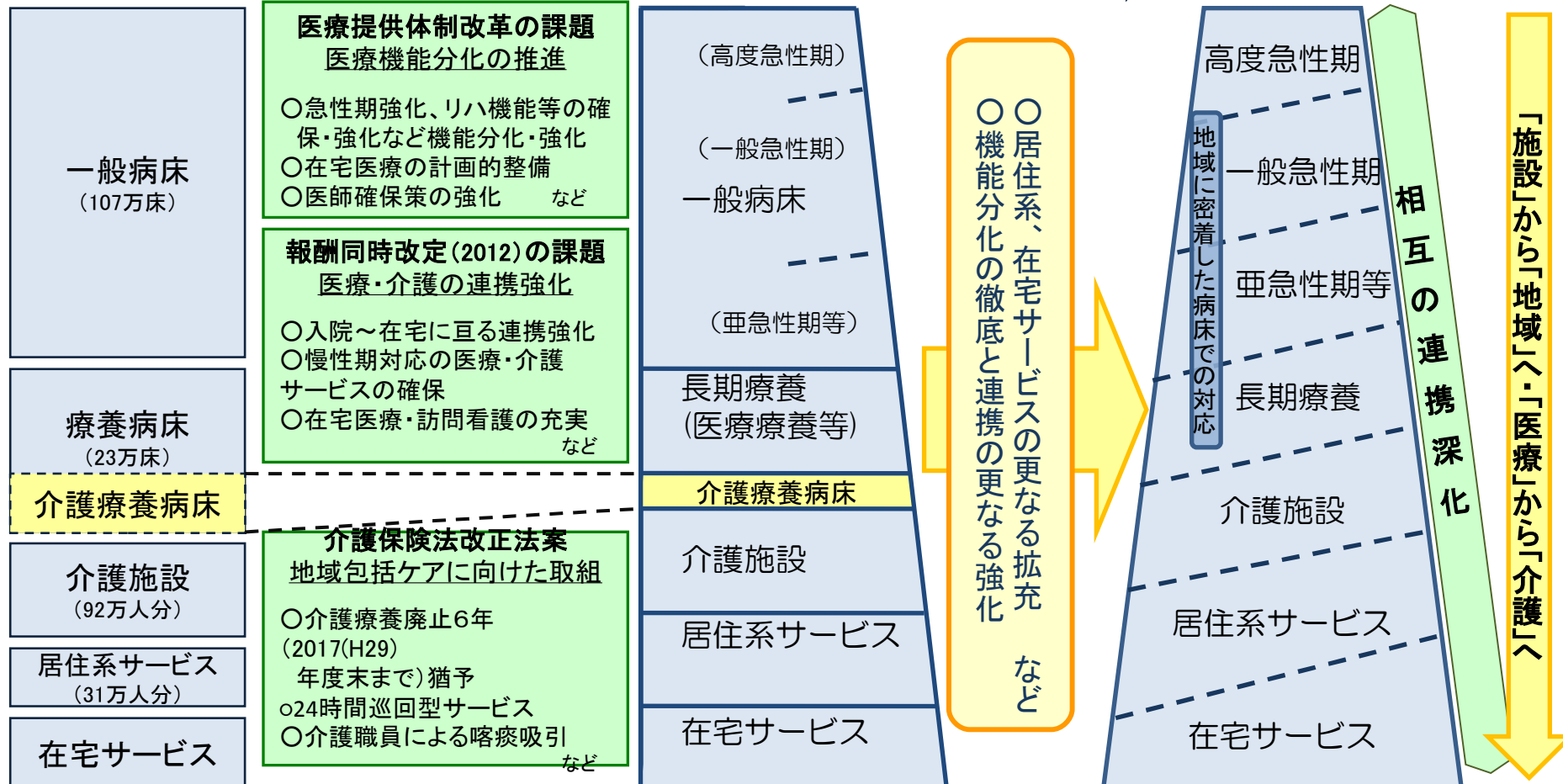
第10回会議(2011年6月2日)



将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の实情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【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

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等57～58日程度 長期ニーズ 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度
介護施設	92万人分	161万人分	131万人分	
特養	48万人分	86万人分	72万人分	
老健（老健＋介護療養）	44万人分	75万人分	59万人分	
居住系	31万人分	52万人分	61万人分	
特定施設	15万人分	25万人分	24万人分	
グループホーム	16万人分	27万人分	37万人分	

（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

（注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

医療一般病床の考え方

- 現在の医療一般病床
 - 「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期・回復期リハ等」に再編
 - 「地域一般病床」
 - 明確な区分けが難しい地方などでは、幅広い医療機能を担う地域密着型の「地域一般病床」を創設する。地域一般病床は、人口5万－7万人の自治体の住民100人あたりに1床程度を整備するとの想定だ。
 - 平均在院日数を大幅に短縮
 - 在宅サービスを充実

パターン1

- パターン1
 - 一般病床
 - 2011年度現在107万床(平均稼働率約75%、平均在院日数約19–20日)
 - 一般病床は2025年度の時点で103万床
 - ▽高度急性期18万床(70%、15–16日)
 - ▽一般急性期35万床(70%、9日)
 - ▽亜急性期・回復期リハ等26万床(90%、60日)
 - ▽地域一般病床24万床(77%、19–20日)
 - 長期療養(慢性期)23万床(91%、150日)→28万床(91%、135日)
 - 精神35万床(90%、300日)→27万床(90%、270日)

2012年診療報酬改定の基本方針

～2010年改定の4つの視点を踏襲～

- 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)

2012年診療報酬改定の 4つの視点と例示

2012年診療報酬改定の4つの視点と例示

- 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
 - 身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価
 - 認知症の早期診断等、認知症に対する精神科医療の適切な評価
 - 緩和ケア、小児がんを含む、がん医療の適切な評価
 - 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価
 - 手術等の医療技術の適切な評価
 - 医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価 等

4つの視点と例示

- 視点2 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質に配慮した医療
 - 高度急性期、急性期等の病院機能にあわせた入院医療の評価
 - 慢性期入院医療の適正な評価
 - 医療従事者の負担軽減に向けた評価の在り方（勤務体制等の改善の評価、外来診療の適正な評価、医師と病棟薬剤師等の他職種と役割分担と連携等の評価）

4つの視点と例示

- 視点3 医療と介護の機能強化・連携に関するもの
 - 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の評価
 - 早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取組の評価
 - 在宅での療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実
 - 退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実
 - 維持期のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携
 - 介護施設における医療提供の評価の在り方

4つの視点と例示

- 視点4 効率化余地がある領域を適正化する視点
 - 後発医薬品の使用促進
 - 市場実勢価格等を踏まえた医薬品、医療材料等の評価等
- その他
 - 東日本大震災を踏まえた災害対応に関するもの
 - 今後の災害対策の充実を促進するための評価の在り方
 - 補助金や補償との役割分担を踏まえた被災地における診療報酬上の対応策

2012年診療報酬改定 注目ポイントその1



「病棟薬剤師」が注目！

三田病院の病棟薬剤師

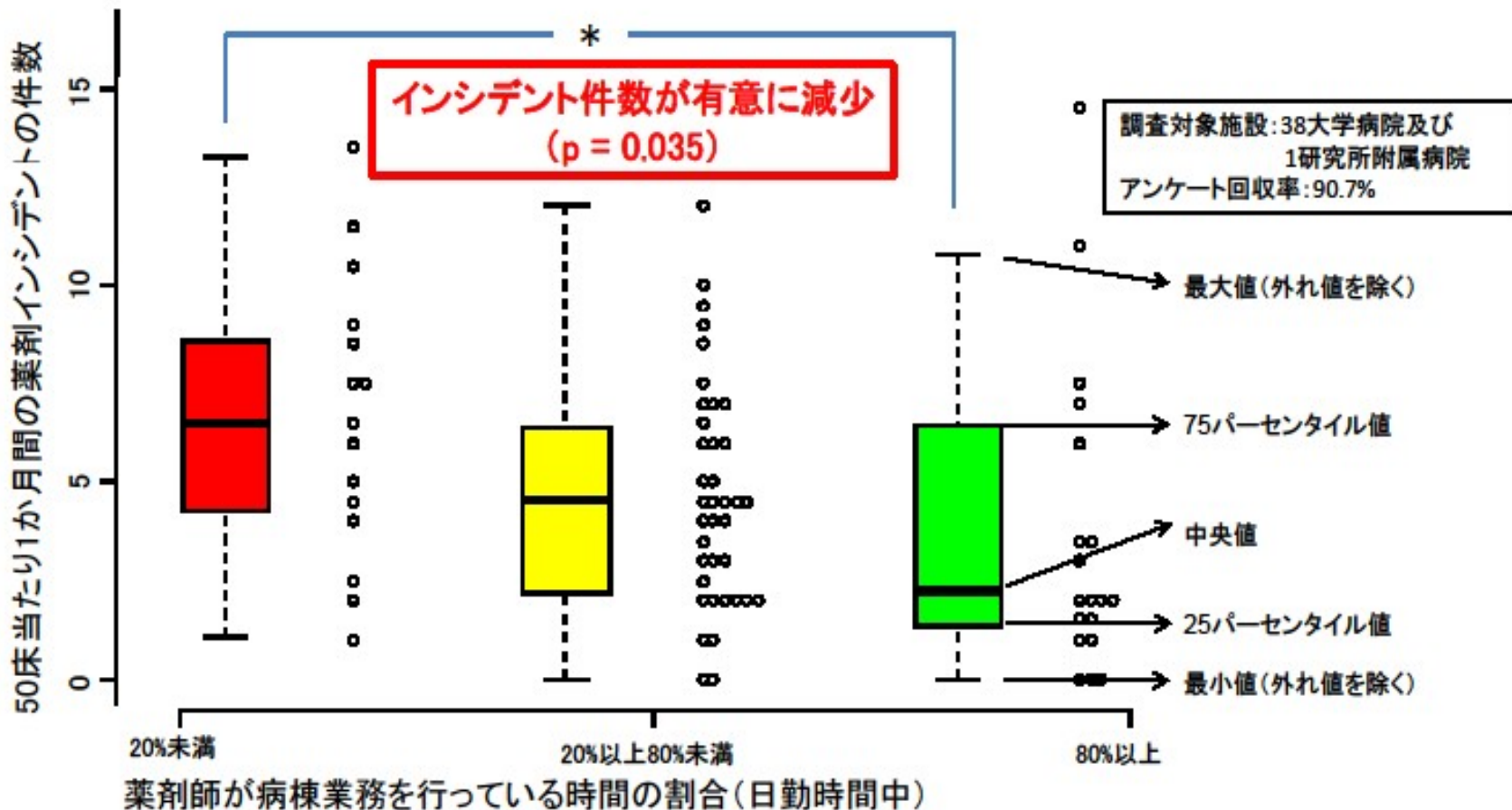


各病棟に薬剤師を配置し、薬に対しての疑問や不安など、入院患者の薬物治療に薬剤師が積極的に関わり、薬の内容や用量、服薬説明、治療効果や副作用の確認などを行っている。

医薬品の医療安全にも貢献

薬剤師の病棟配置時間と薬剤関連インシデント件数

- 薬剤師の病棟業務時間が80%以上の内科病棟においては、20%以下の内科病棟と比較して**薬剤関係のインシデント件数が有意に減少した**。



出典 : 「薬剤師の病棟勤務時間が長いほど薬剤が関連するインシデント発生数は少ない—国立大学病院における調査」
(松原和夫ほか、薬学雑誌、131、635-641 (2011))

日本病院団体協議会要望(7月29日)

- チーム医療の評価(医療各職種**の病棟配置**)
 - チーム医療の重要性が論じられ、各病棟においては既に様々なチーム医療が行われている。
 - そのため**薬剤師、リハスタッフ、管理栄養士、社会福祉士、臨床工学技士、精神保健福祉士等の病棟配置に対する加算評価を要望する**



日病協議長 西澤寛俊

注目ポイントその2

在宅医療と診療報酬改定

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院

06年在宅療養支援診療所の新設

特養、有料老人ホーム、ケアハウスの入居者で末期がんの患者に対する訪問診療料が算定できる



特養
有料老人ホームなど

死亡前24時間以内に訪問して患者を看取れば1万点

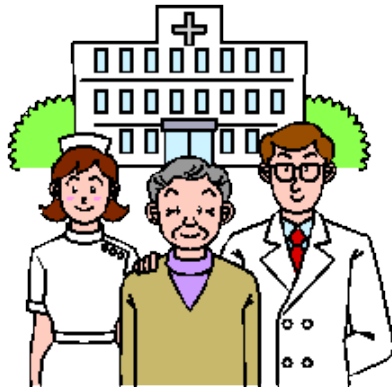


B診療所
(連携先)



往診料や訪問診察料に高い加算

A診療所
在宅療養支援診療所

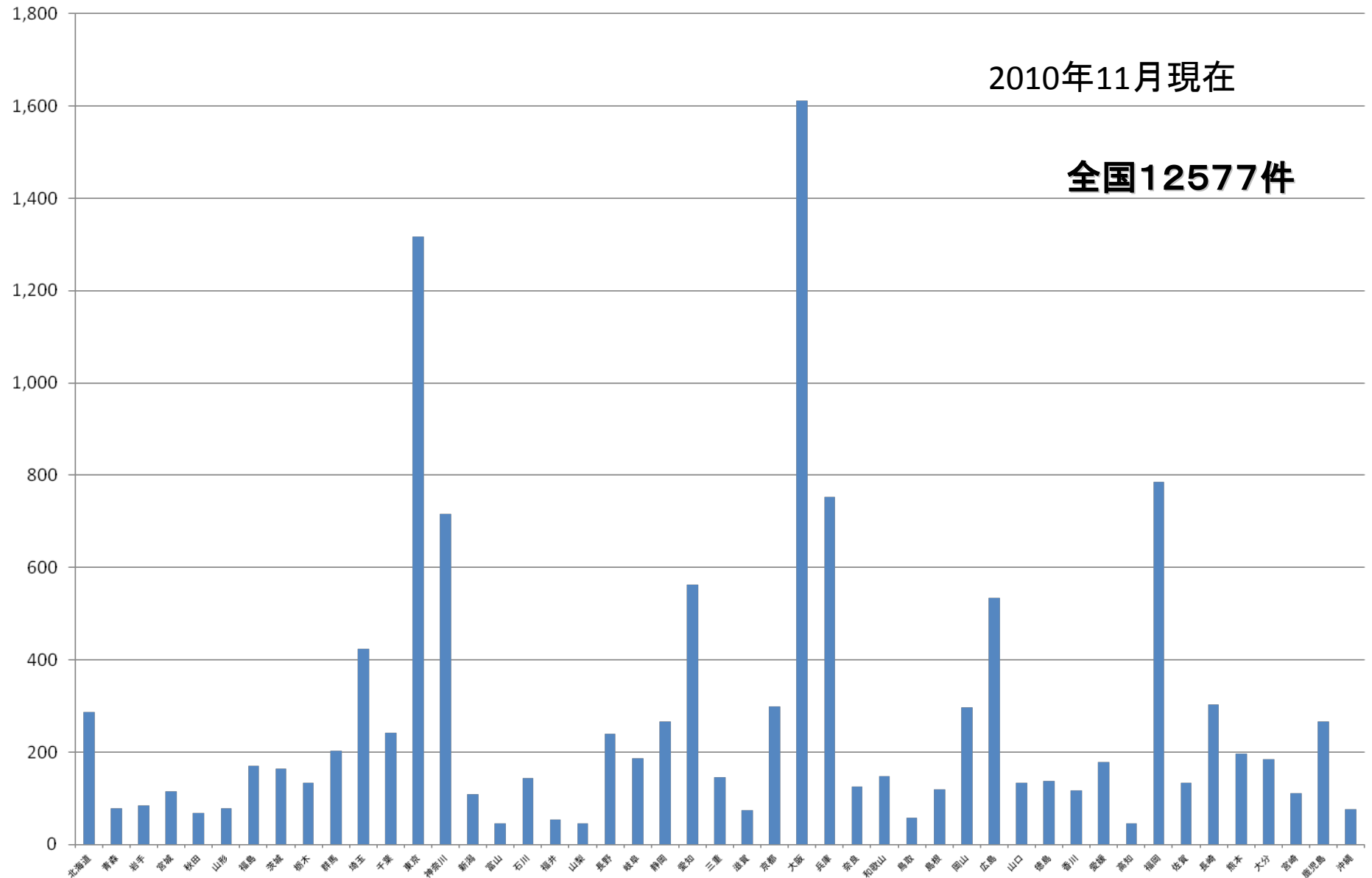


A診療所と連携しているB診療所(またはC病院)がA診療所の代形で訪問診療を行えば、在宅療養支援診療所なみの高い診療点数を算定できる

在宅療養支援診療所

2010年11月現在

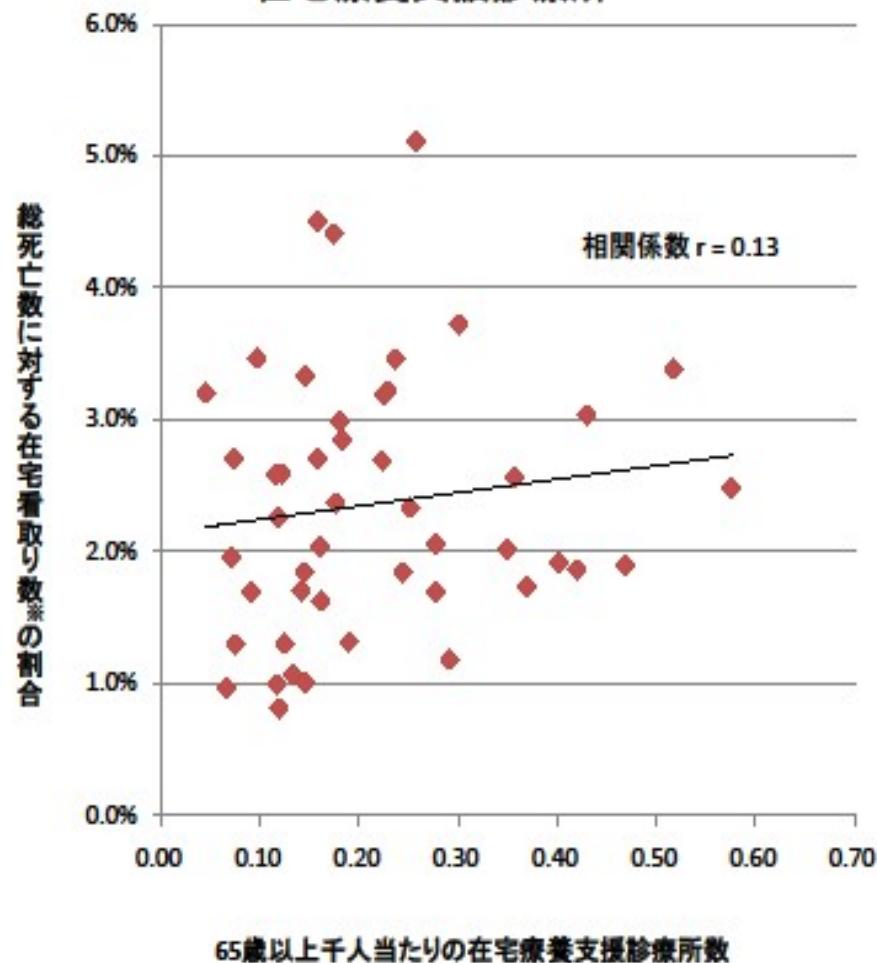
全国12577件



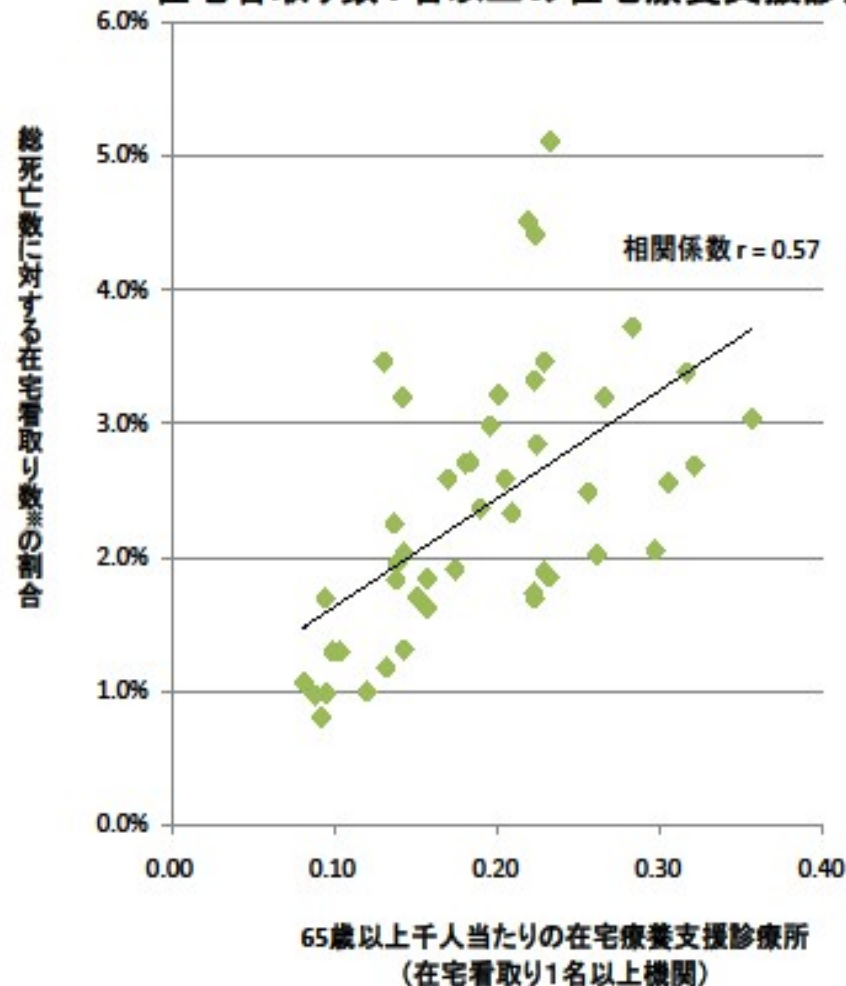
※地方厚生局施設基準届け出データより【2010年11月】

在宅療養支援診療所と在宅看取り数※の関係 (都道府県別)

在宅療養支援診療所



在宅看取り数1名以上の在宅療養支援診療所



(※)在宅療養支援診療所が行っている在宅看取り数

在宅療養支援病院とは？



在宅療養支援病院の規制緩和 (2010年診療報酬改定)

- 2008年診療報酬

- 在宅療養支援病院の要件は「半径4km以内に診療所が存在しないもの」とされていたので、僻地等地域において在宅療養を提供する診療所がない地域のみ限定されていた
- このため届け出は11病院に限定

- 2010年、この4Km要件が撤廃された
- この要件撤廃の影響は？

在宅療養支援病院

- **200床未満の病院でも、24時間365日体制をとり、届ければ在宅療養支援病院となり以下の算定が可能になる**
 - **往診料**
 - 緊急加算650点、夜間加算1300点、深夜加算2300点がある。届出なしに比べて緊急加算と夜間加算は2倍、深夜加算も1.8倍
 - **ターミナルケア加算**
 - 10000点、届出なしの点数の5倍

在宅療養支援病院

－ 在宅末期医療総合診療料

- ・ 処方せん交付で1495点、処方せんなしで1685点と、高い評価

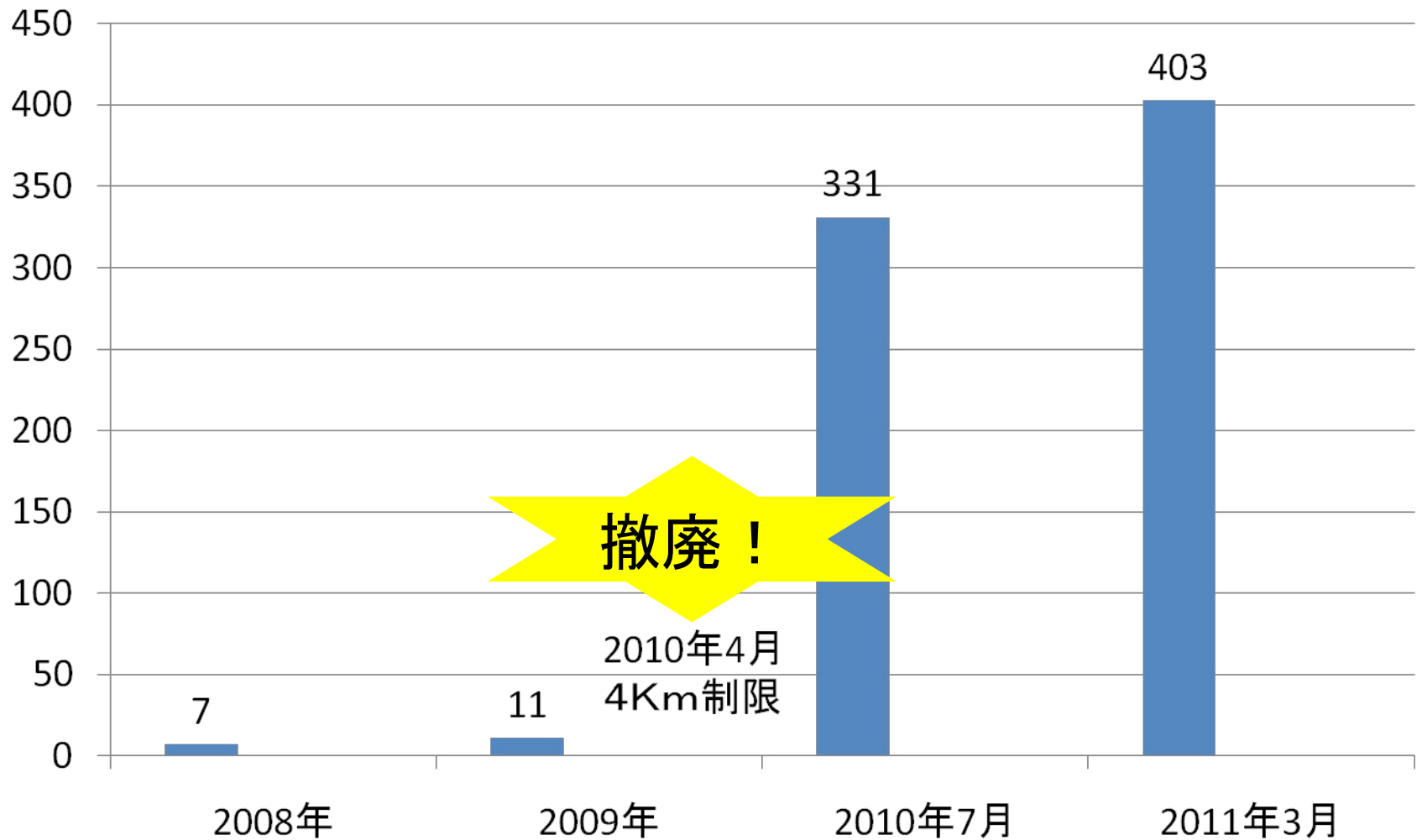
－ 在宅時医学総合管理料

- ・ 処方せん発行で4200点であり、届出なしの2200点よりも2000点高い
- ・ 処方せん発行なしでは4500点と2500点で、2000点の差がある

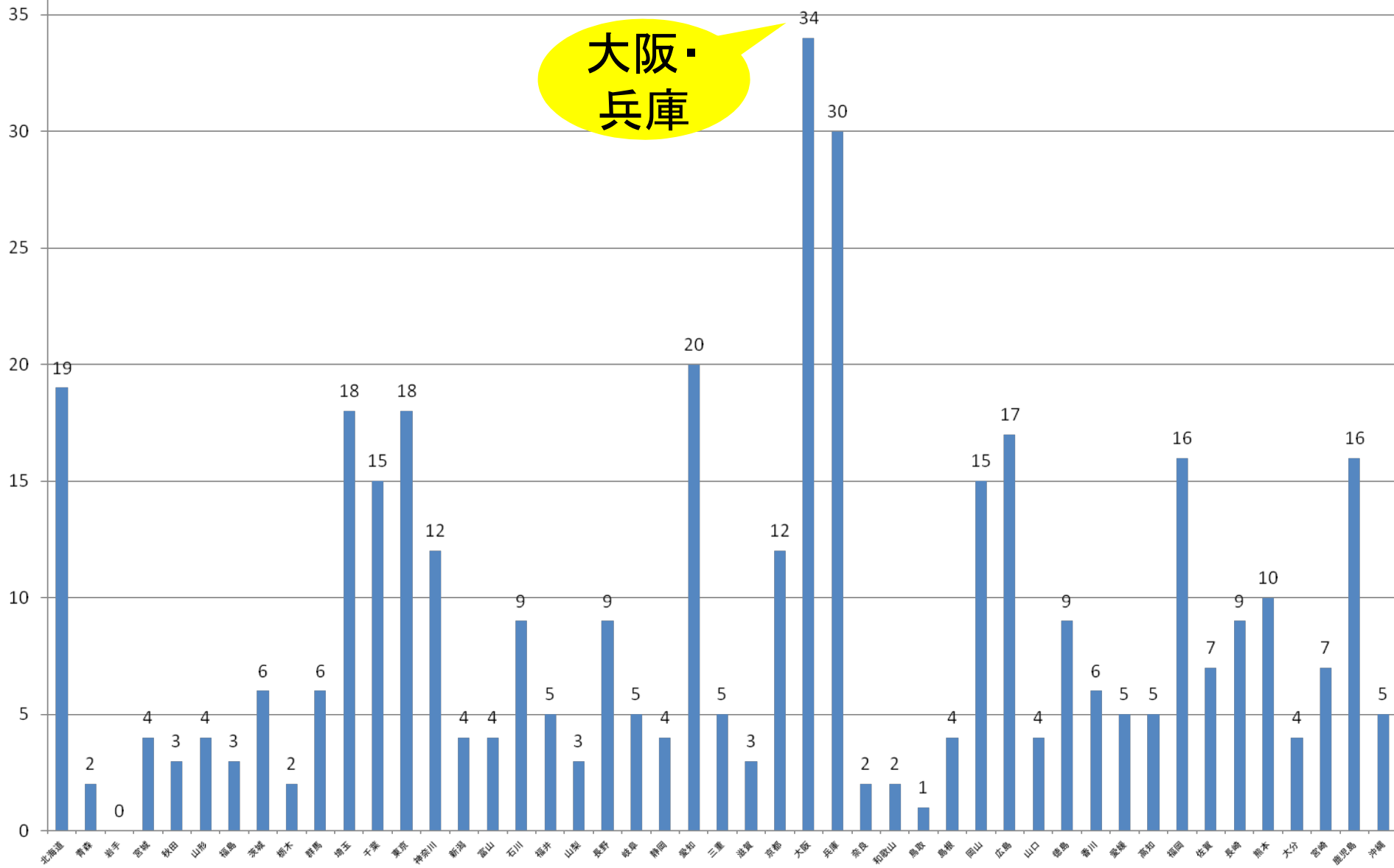
－ 特定施設入居時等医学総合管理料

－ 退院時共同指導料

在宅療養支援病院数の推移



在宅療養支援病院（403病院）2011年3月



医療法人財団厚生会古川橋病院

東京都で第1号の在宅療養支援病院

- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
 - 一般病床 49床
 - 介護老人保健施設 40床
 - 介護予防機能訓練施設 20名
 - 居宅介護支援事業所
 - 健診センター



鈴木先生



在宅療養支援病院実態調査

日本医療マネジメント学会
地域医療委員会

47都道府県 在宅療養支援病院

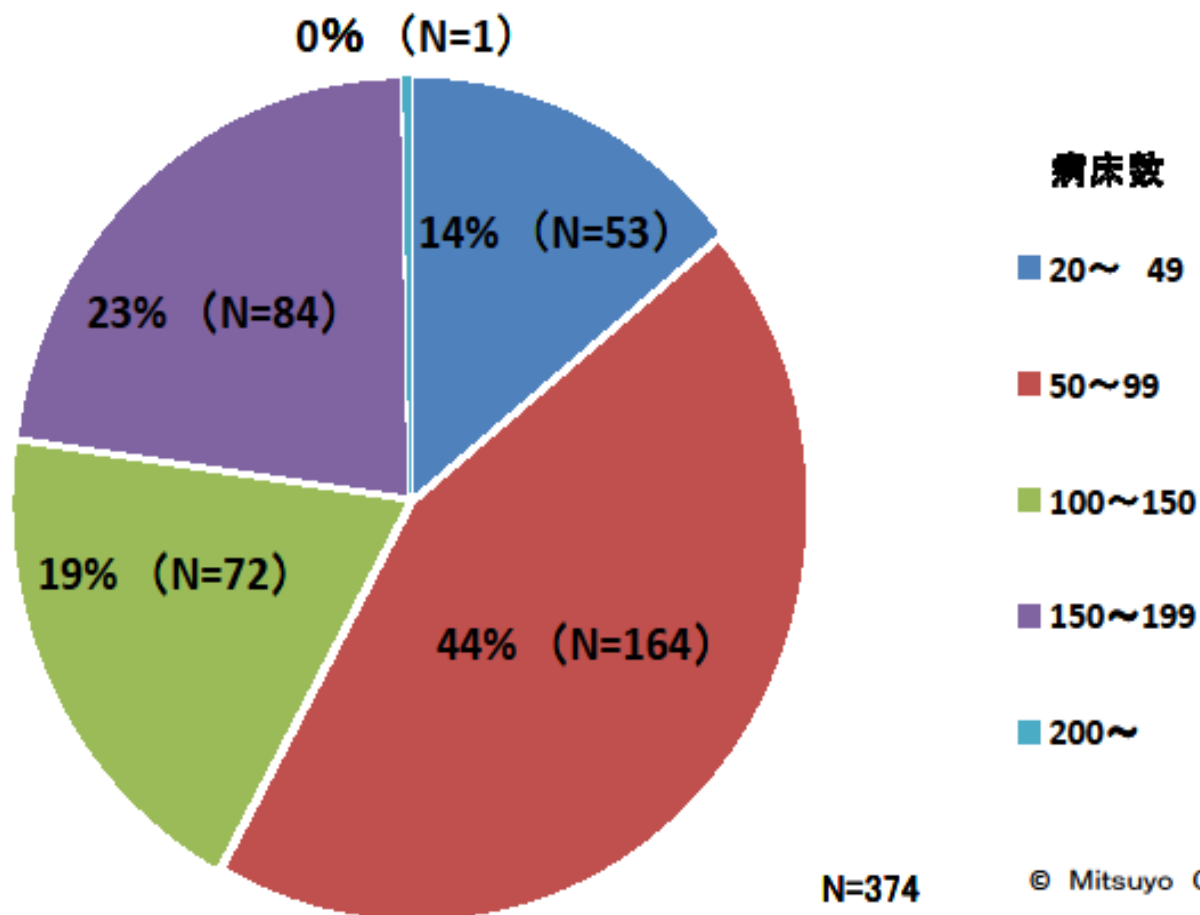
調査対象及び客体

- 平成22年12月時点、全国の在宅療養支援病院届け出のある374施設 (H23年3月時点 N=411)
- 調査票配布と回収状況

調査票配布数	回収数	回収率 (%)	有効回答数	有効回収率 (%)
374	107	28.61	106	28.34

47都道府県 在宅療養支援病院 病床規模別 施設数

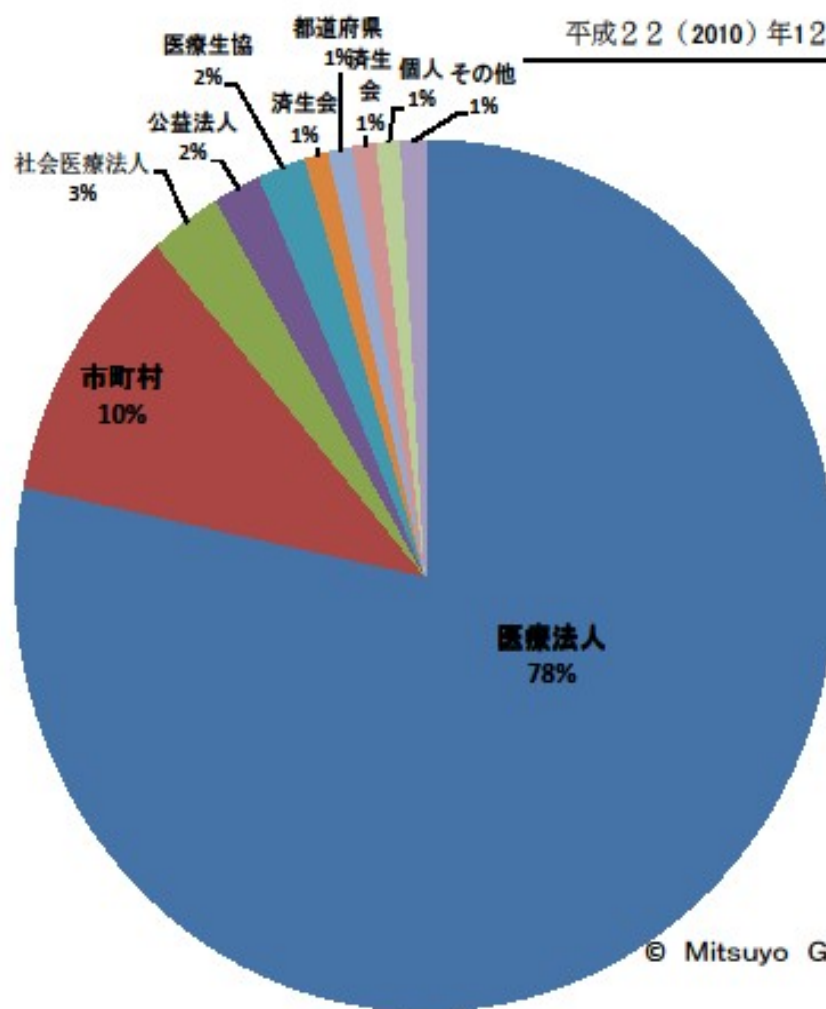
平成22(2010)年12月1日現在



47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 開設主体別にみた施設数

平成22(2010)年12月1日現在

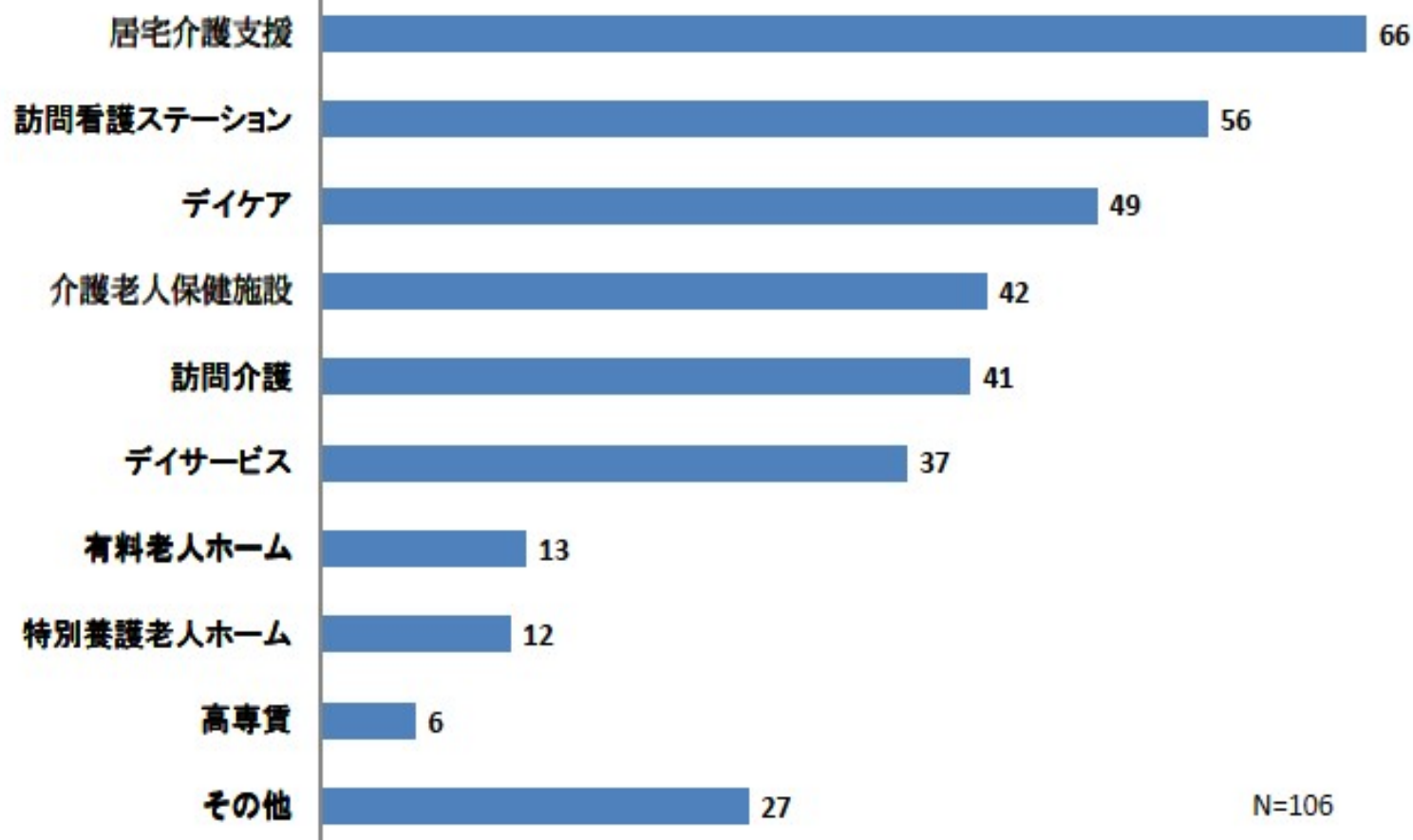
	度数	パーセント
有効		
医療法人	83	78.3
市町村	11	10.4
社会医療法人	3	2.8
公益法人	2	1.9
医療生協	2	1.9
済生会	1	.9
都道府県	1	.9
都道府県	1	.9
その他	1	.9
合計	105	99.1
欠損値		
システム欠損値	1	.9
合計	106	100.0



© Mitsuyo Goto

47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 所有する関連施設

平成22(2010)年12月1日現在

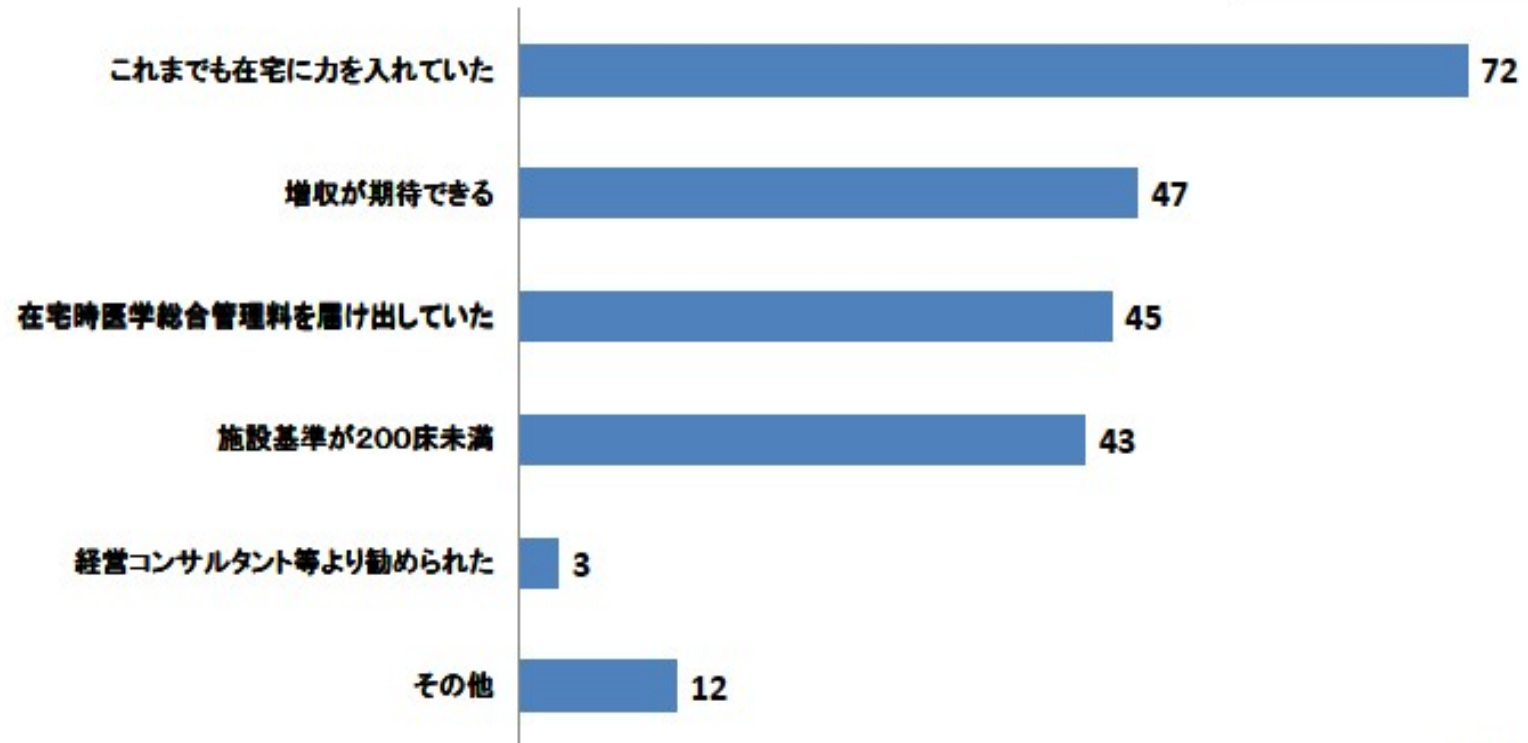


N=106

© Mitsuyo Goto

47都道府県 在宅療養支援病院 回答病院 届け出理由

平成22(2010)年2月1日現在



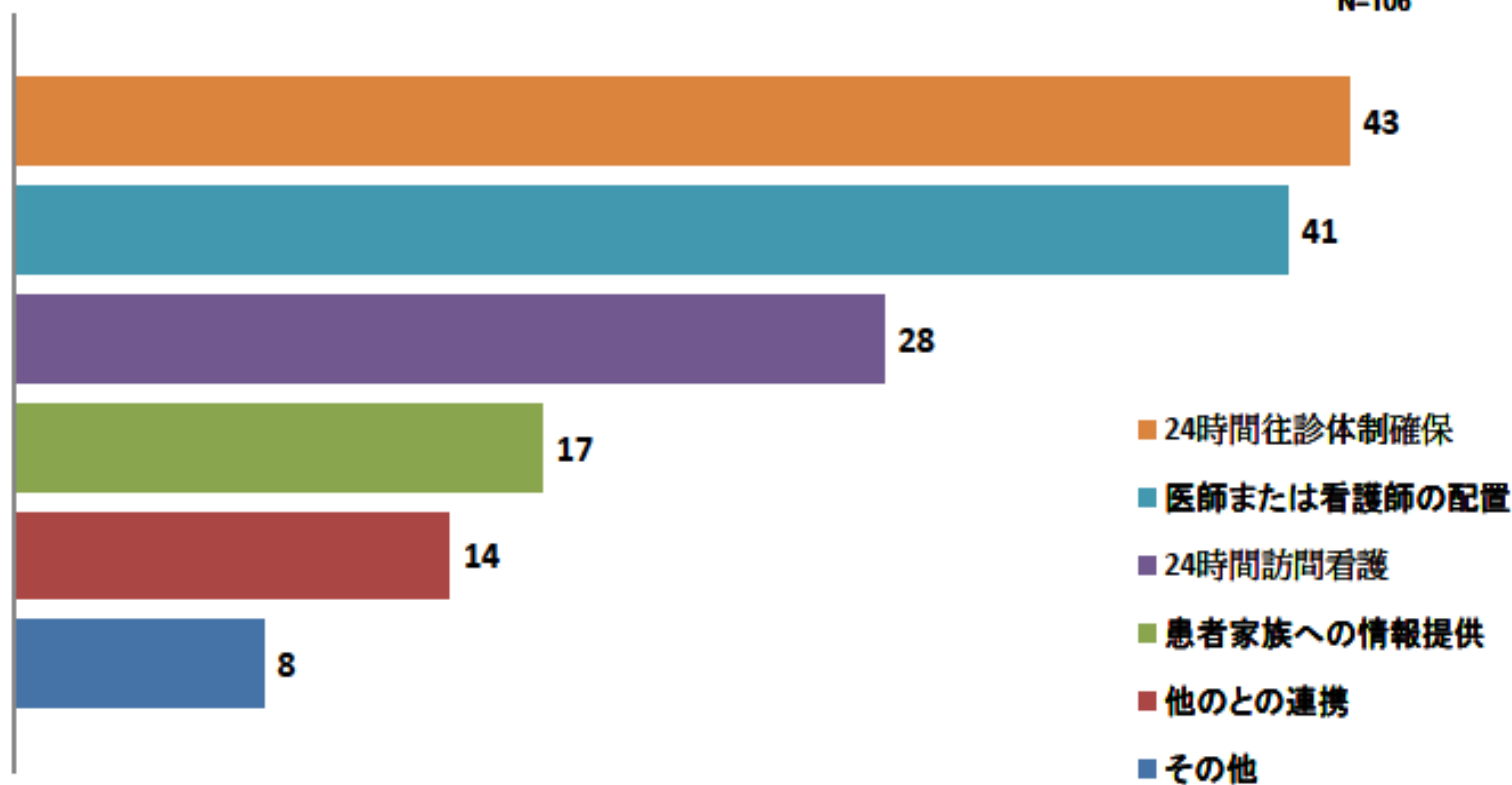
N=106

© Mitsuyo Goto

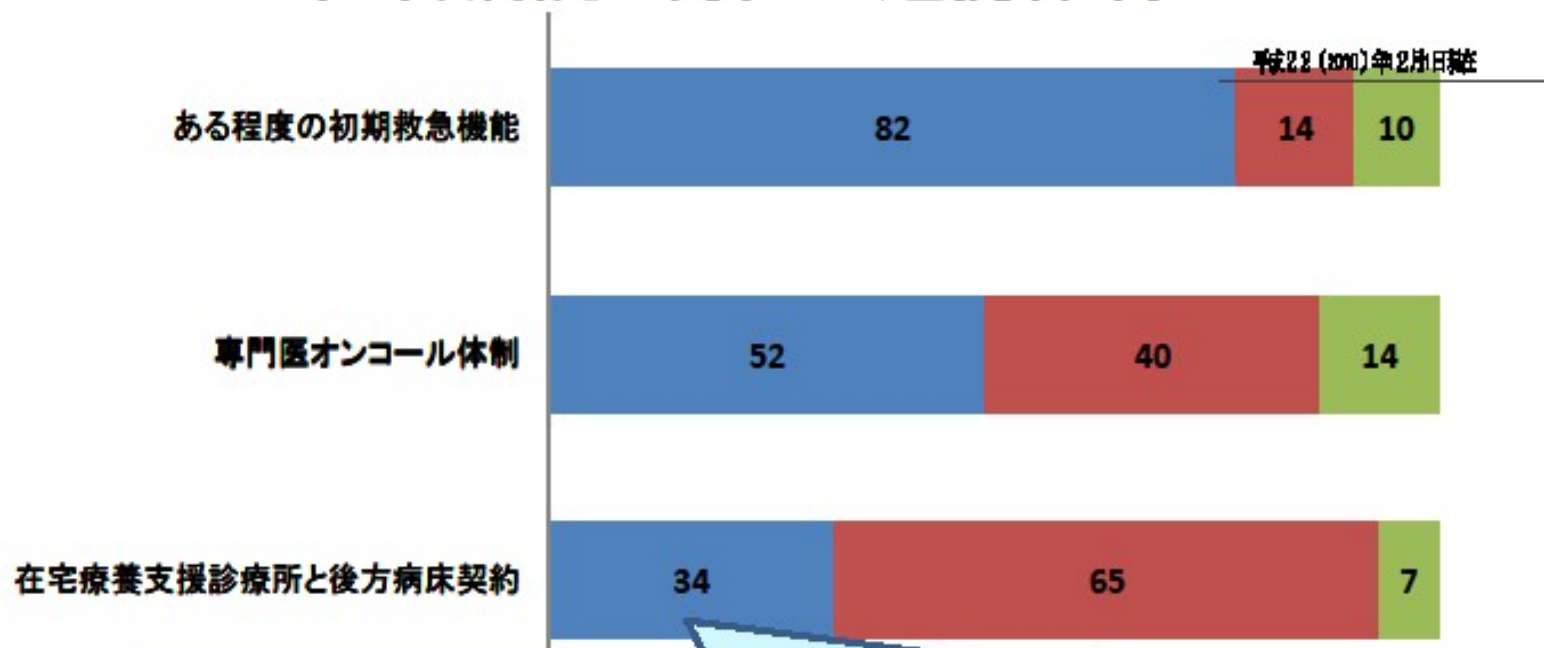
在宅療養支援病院 回答病院 施設基準で苦労した事

平成22(2010)年2月1日現在

N=106



在宅療養支援病院 回答病院 現在の連携体制



■ ある ■ ない ■ 無回答
N=106

在宅療養支援病院の 2012年改訂予想

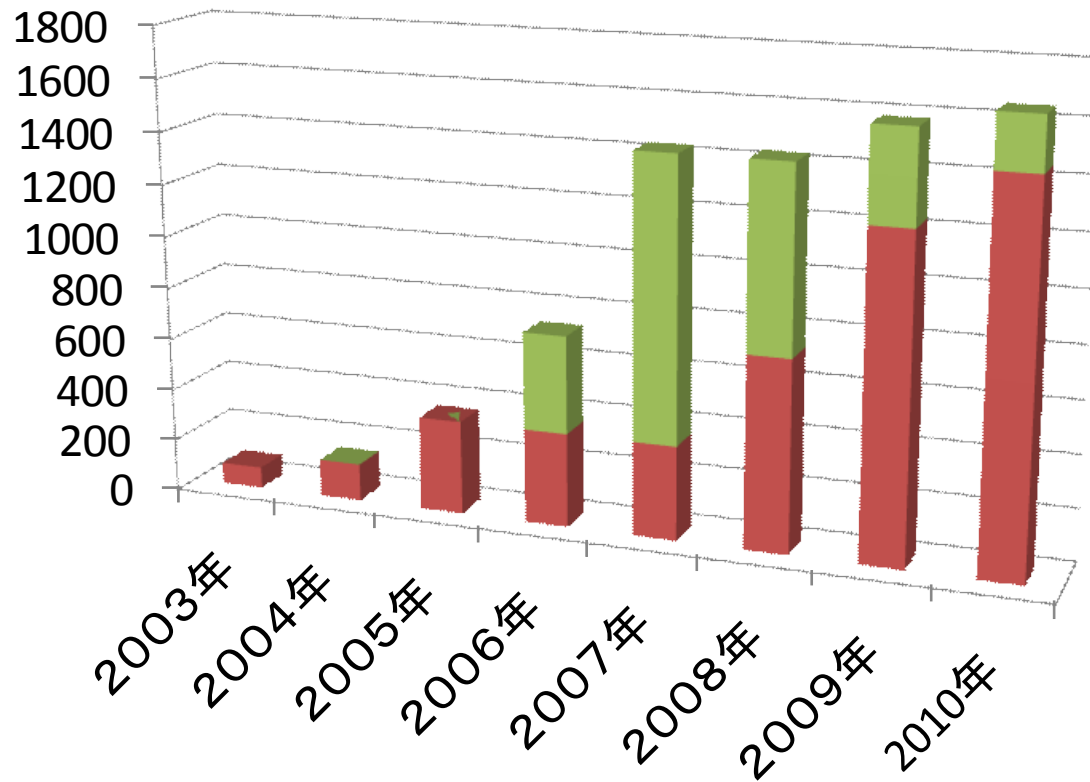
- 在宅療養支援診療所や一般診療所の在宅患者のための空床確保→新設
- 診療所医師のための開放病床確保→新設
- 24時間往診体制確保(2タイプ)
 - 当直医以外の往診担当医を確保(現行)
 - 地域の医療機関との輪番制で24時間対応(新設)

注目ポイントその3

DPC/PDPS



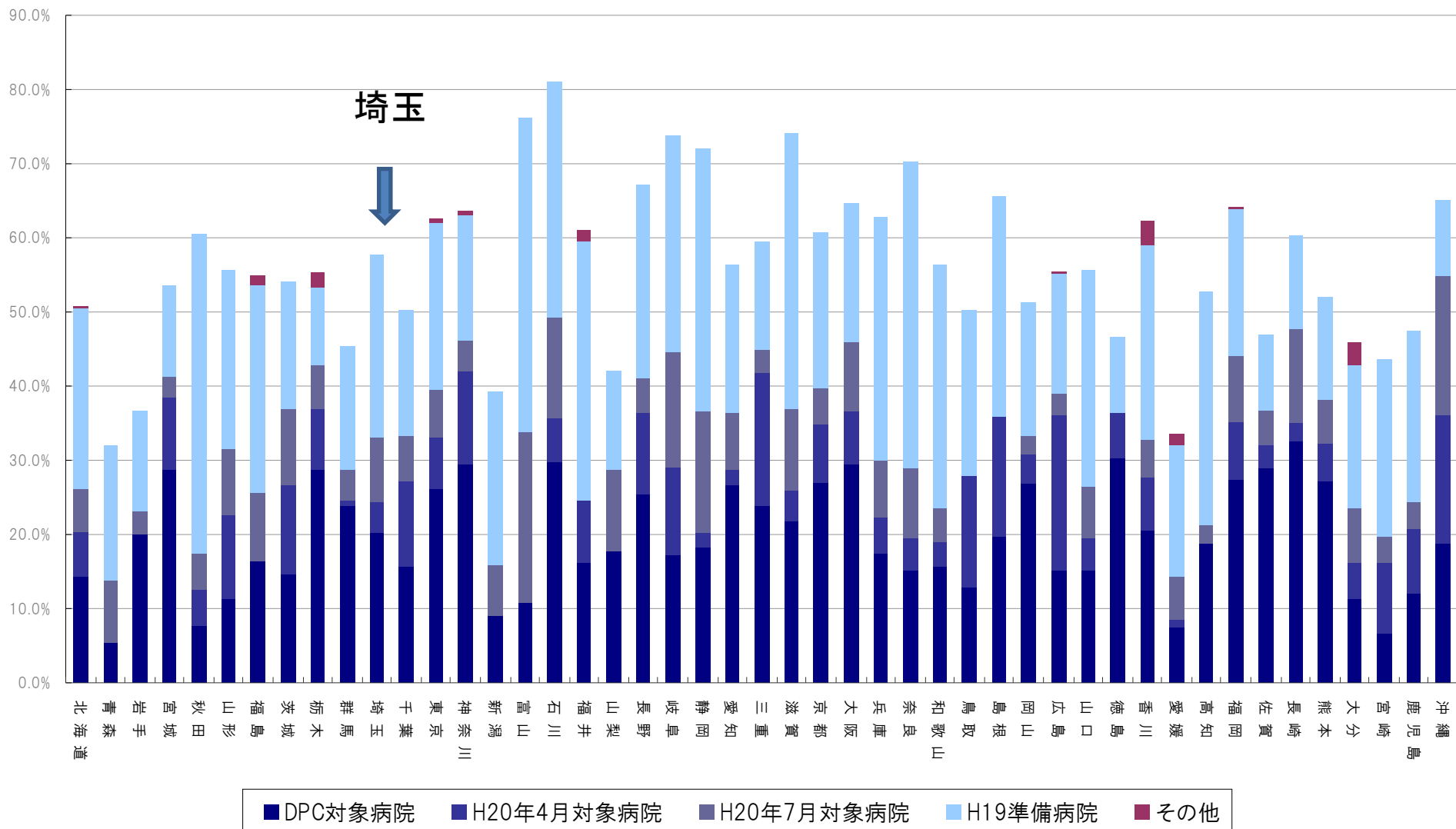
DPC関連病院の拡大 1650病院、50万床へ



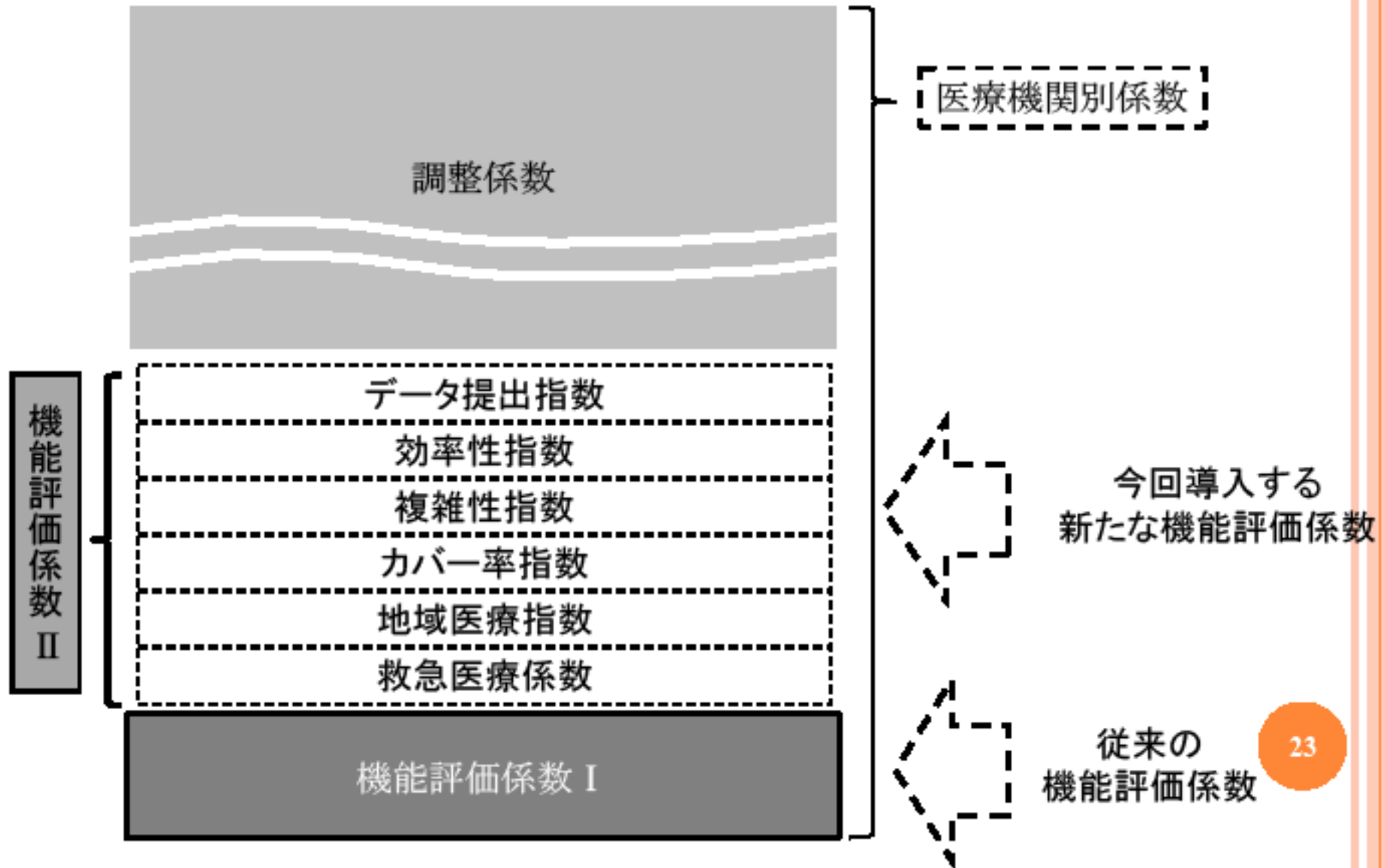
2011年4月から
DPC対象病院数
1449病院
DPC準備病院
201病院
合計 1650病院(50万床)

■ D P C 準備病院
■ D P C 準備病院

一般病床に占めるDPC関連病床割合



2010年診療報酬改定とDPC



2012年改定では
調整係数が基礎係数となる

現 行

機能評価係数 II

機能評価係数 I

調整係数



見 直 し 後

(新) 機能評価係数 II
診療実績や医療の質的向上等を評価

機能評価係数 I
医療機関単位での構造的因子
(人員配置等) への評価

医療機関
群 A

基礎係数

医療機関群 B

基礎係数

医療機関
群 C

基礎係数

基本的な診療機能に対する評価

基礎係数（新設）

- **基礎係数**は、機能評価係数Ⅰ、Ⅱでは評価しきれない、基本的な診療機能に対する診療報酬を算定するために導入
- **基礎係数**は、DPC 病院の診療機能（施設特性）を反映させるため、いくつかの医療機関群にわけて、医療機関群で共通の係数とする
- 医療機関群の例
 - － A群：大学病院本院群
 - － B群：**高診療密度病院群**
 - － C群：それ以外の病院群

パート2

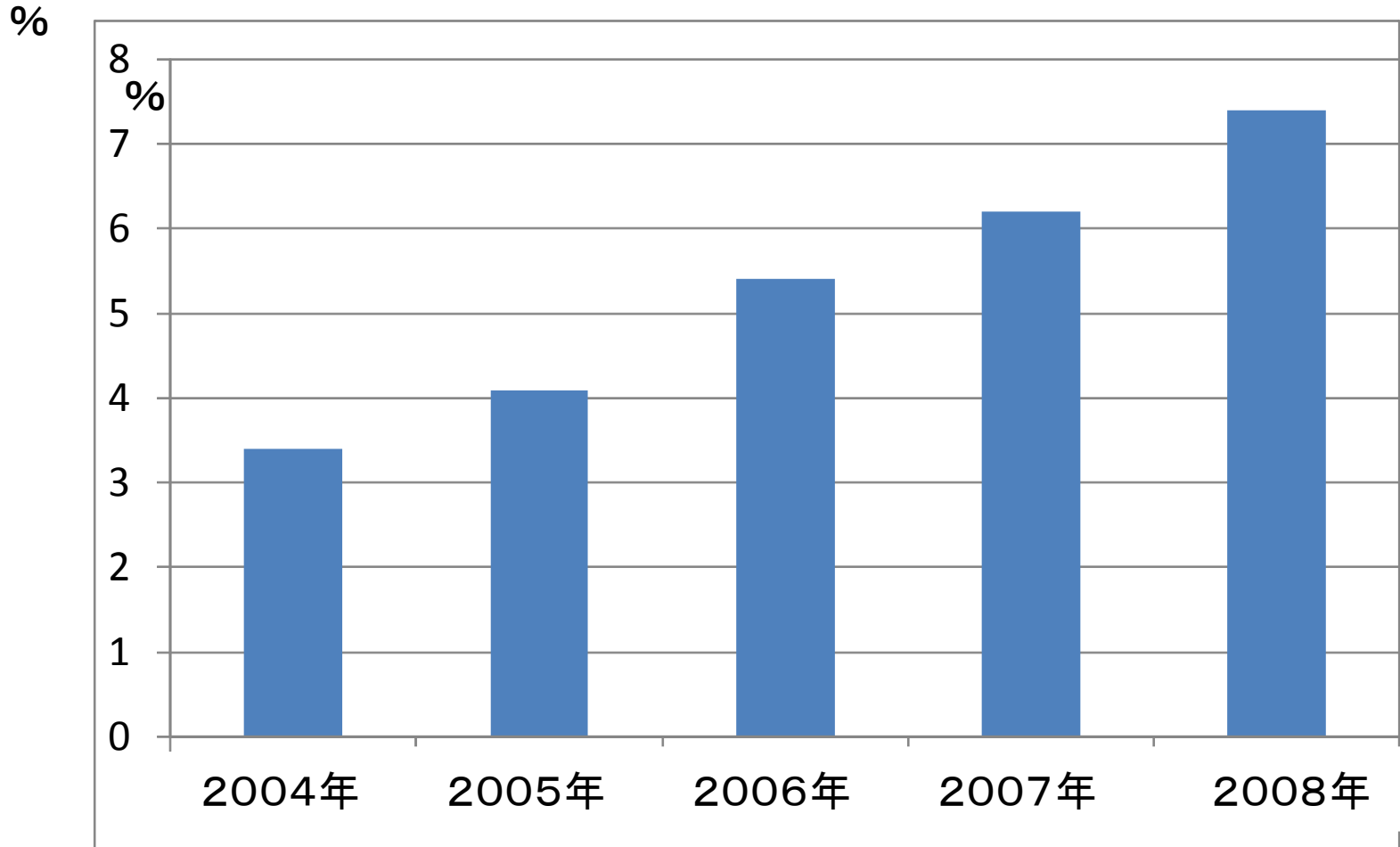
DPCとジェネリック医薬品

DPCによる医薬品の変化

中医協DPC評価分科会より

2005年4月12日

DPC対象病院・準備病院における ジェネリック医薬品使用状況



三田病院のDPC導入と ジェネリック医薬品



国際医療福祉大
三田病

～08年7月からDPC突入～

ジェネリック医薬品への置き換え



注射薬65品目の一斉置き換え

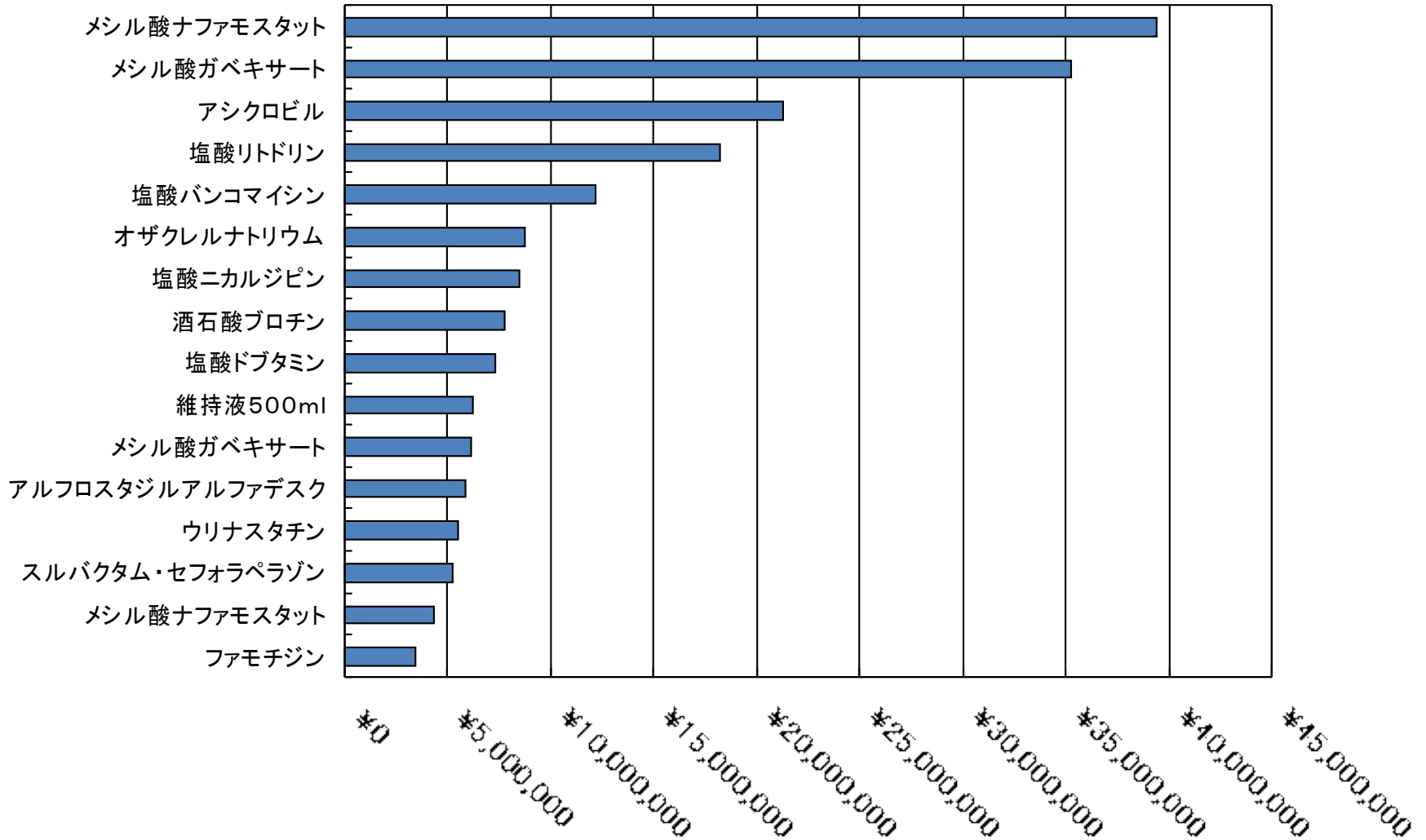
三田病院におけるジェネリック医薬品 切り替え方針

- 入院における注射薬について7月1日から切り替え、一段落したら次に内服外用薬を切り替え
- ジェネリック医薬品の選定方針
 - 国際医療福祉大学グループ3病院で使用している注射薬600品目のうちジェネリック医薬品が存在するのが300品目
 - 流通上の問題のあるもの、先発品と比較してコスト差があまりないもの等の整理を行い、約150品目に絞込み
 - 入院中心で使用されると想定される薬剤および造影剤に、更に絞って整理し65品目とした。
 - 流通に関しては、直納品ではなく大手卸会社経由のものにて選定。

聖マリアンナ医大の事例も参考にした

- 2003年4月1日よりDPC導入
- 全採用品目数約1700品目、年間医薬品購入費50億円
- 67品目の注射剤を先発品から後発品に切り替え
→年間2億円の削減効果
- 切り替えプロセス
 - 後発品のあるすべての注射薬120–130品目について検討
 - 品質、情報、安定供給を確認したうえで、67品目を切り替え

削減効果の多い注射薬(2005年)

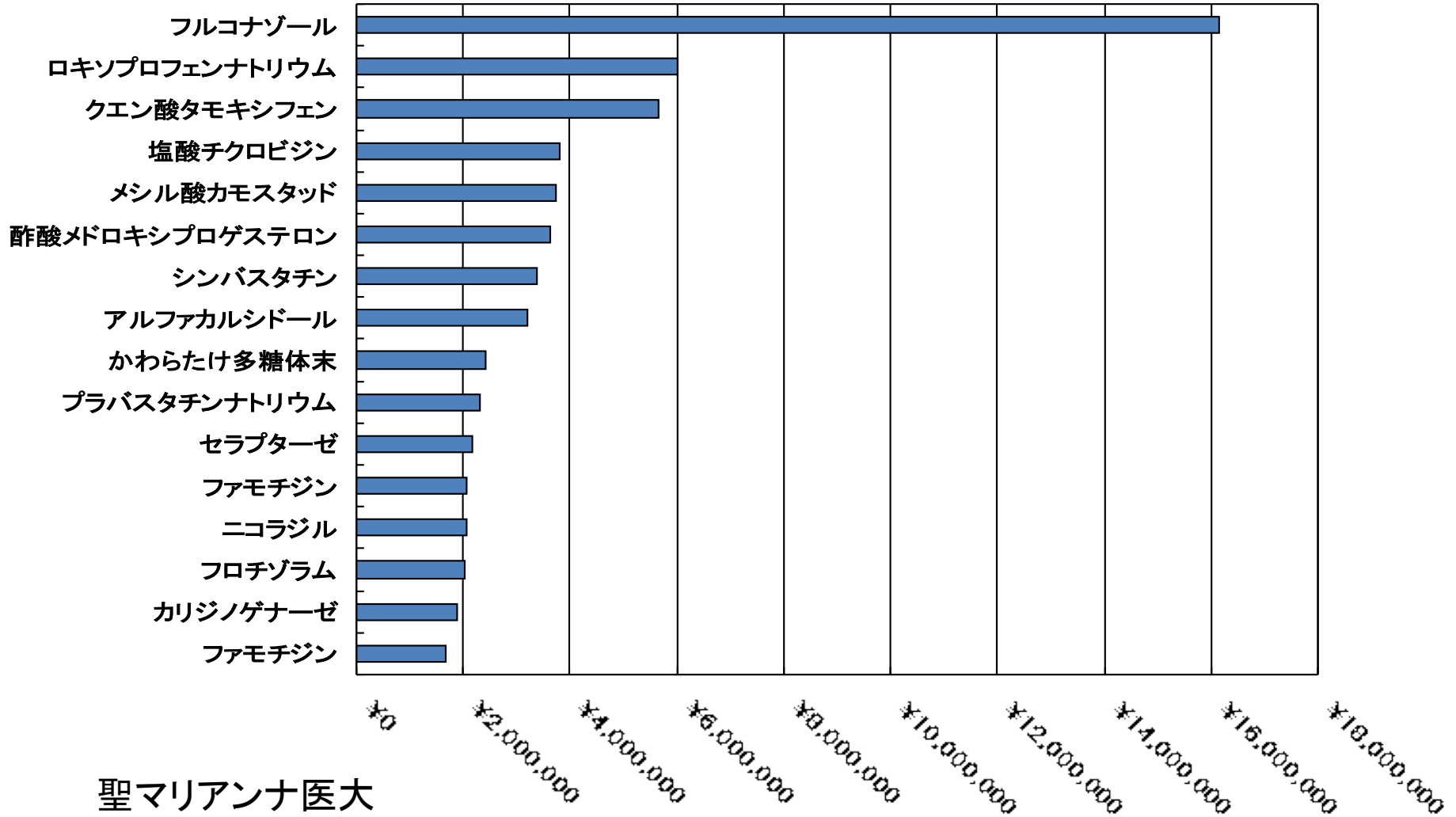


聖マリアンナ医大

■ 削減額

削減額の大きい内服薬（2005年）

Cost reductive Orals (2005)



聖マリアンナ医大

■ 削減額

三田病院後発品置き換え品目

先発薬品名	規格・単位	会社名
1 アデラビン 9号	1mL 1A	三和化学
2 アネキセート注射液 0.5mg	0.5mg 5mL 1A	アステラス
3 アミルレパン ソフトバッグ	500mL 1B	大塚
4 イノパン注 100mg	100mg 5mL 1A	協和
5 イントラリス 20% ソフトバッグ	20% 100mL 1B	大塚
6 ヴィーンF 注	500mL 1バイアル	興和
7 エフォーワイ注射用 100	100mg 1バイアル	小野
8 塩酸トパミン注キット 200	0.1% 200mL 1 バッグ	持田
9 塩酸トパミン注キット 600	0.3% 200mL 1 バッグ	持田
10 塩酸バンコマイシン点滴静注用	0.5g 1バイアル	塩野義
11 キサンボン注射用 20mg	20mg 1バイアル	キッセイ
12 グリセオール注 バッグ	200mL 1バッグ	中外
13 シグマート注 2mg	2mg 1バイアル	中外
14 シグマート注 48mg	48mg 1バイアル	中外
15 ルペラゾン静注用 1g	1g 1バイアル	ファイザー
16 セファメジンα 点滴用 1g キット	1g 1キット	アステラス
17 セファメジンα 注射用 1g	1g 1バイアル	アステラス
18 セフメタゾン キット点滴静注用 1g	1g 1キット	第一三共
19 セフメタゾン静注用 1g	1g 1バイアル	第一三共
20 セルシン注射液 10mg	10mg 1A	武田

後発薬品名	規格・単位	会社名
リバレス注	1mL 1A	日医工
フルマセニル注射液0.5mg「F」	0.5mg 5mL 1A	富士
ヒカリレパン	500mL 1B	光製薬
トパミン塩酸塩点滴静注用100mg「アイロム」	100mg 5mL 1A	アイロム
イントラファット注20%	20% 100mL 1B	武田
ソリュウケンF	500mL 1V	アイロム
注射用プロピトール100mg	100mg 1バイアル	日医工
塩酸トパミン注キット 200	0.1% 200mL 1 バッグ	アイロム
塩酸トパミン注キット 600	0.3% 200mL 1 バッグ	アイロム
塩酸バンコマイシン点滴静注用0.5g「TX」	0.5g 1バイアル	光製薬
キサロツト点滴静注20mg	20mg 1mL 1アンプ ル	アイロム
グリセレブ	200mL 1バッグ	テルモ
ニコランジル点滴静注用2mg「サワイ」	2mg 1バイアル	沢井
ニコランジル点滴静注用48mg「サワイ」	48mg 1バイアル	沢井
ハクフォーセ 静注用1g	1g 1バイアル	サント
ラセナゾリン注射用 1g	1g 1バイアル	日医工
ラセナゾリン注射用 1g	1g 1バイアル	日医工
セフメタゾン-Na静注用1g「NP」	1g 1バイアル	ニプロ
セフメタゾン-Na静注用1g「NP」	1g 1バイアル	ニプロ
シアセハム注射液10mg「タイヨー」	10mg 1A	大洋

三田病院後発品置き換え品目

21	パピラックス点滴静注用 250	250mg 1ﾊﾞｲｱﾙ	GSK
22	ソリターT 3号	200mL 1ﾊﾞｲｱﾙ	味の素
23	ソリターT 3号	500mL 1ﾊﾞｲｱﾙ	味の素
24	ソル・メドロール 125mg	125mg 1ﾊﾞｲｱﾙ	ファイザー
25	ソル・メドロール 500mg	500mg 1ﾊﾞｲｱﾙ	ファイザー
26	ソルダクトン 100mg	100mg 1A	ファイザー
27	タキソール注射液 30mg	30mg 5mL 1ﾊﾞｲｱﾙ	プリストル
28	タキソール注射液 100mg	100mg 16.7mL 1ﾊﾞｲｱﾙ	プリストル
29	タラシン S注射液 600mg	600mg 1A	ファイザー
30	テカトロン注射液 4mg	3.3mg 1mL 1A	万有
31	トブトレックス注射液 100mg	100mg 1A	塩野義
32	トランサミン注 10%	10% 10mL 1A	第一三共
33	トルミカム注射液 10mg	10mg 2mL 1A	アステラス
34	ハベカシン注射液 100mg	100mg 2mL 1A	明治
35	パラプラチン注射液 50mg	50mg 5mL 1ﾊﾞｲｱﾙ	プリストル
36	パラプラチン注射液 150mg	150mg 15mL 1ﾊﾞｲｱﾙ	プリストル
37	パラプラチン注射液 450mg	450mg 45mL 1ﾊﾞｲｱﾙ	プリストル
38	パンスホリン静注用 1g ﾊｯｸﾞS	1g 1ｷｯﾄ	武田
39	パントール注射液 100mg	100mg 1A	トーアエイヨ
40	パントール注射液 500mg	500mg 1A	トーアエイヨ
41	ヒルトニン 0.5mg 注射液	0.5mg 1A	武田

	アシクロビル注250mg「科薬」	250mg 1ﾊﾞｲｱﾙ	ホーラ
	ヒシナルク3号輸液	200mL 1ﾊﾞｯｸﾞ	ニプロ
	ヒシナルク3号輸液	500mL 1ﾊﾞｯｸﾞ	ニプロ
	注射用ソル・メルコート125	125mg 1ﾊﾞｲｱﾙ	富士
	注射用ソル・メルコート500	500mg 1ﾊﾞｲｱﾙ	富士
	ﾊﾞﾈｸﾄﾐﾝ静注用100mg	100mg 1A	大洋
	ﾊﾟｸﾘﾀｷｾﾙ注射液30mg「NK」	30mg 5mL 1ﾊﾞｲｱﾙ	日本化薬
	ﾊﾟｸﾘﾀｷｾﾙ注射液100mg「NK」	100mg 16.7mL 1ﾊﾞｲｱﾙ	日本化薬
	クリダマシン注600mg	600mg 1A	ニプロ
	デキサート注射液	3.3mg 1mL 1A	富士
	トﾞﾌﾞﾀﾐﾝ点滴静注用100mg「アイロム」	100mg 1A	アイロム
	トランサホン注1g	10% 10mL 1A	ニプロ
	ミダゾラム注10mg「サント」	10mg 2mL 1A	サント
	テコンタシン注射液100mg	100mg 2mL 1A	大洋
	カルボプラチン点滴静注用50mg「サント」	50mg 5mL 1ﾊﾞｲｱﾙ	サント
	カルボプラチン点滴静注用150mg「サント」	150mg 15mL 1ﾊﾞｲｱﾙ	サント
	カルボプラチン点滴静注用450mg「サント」	450mg 45mL 1ﾊﾞｲｱﾙ	サント
	ﾊﾞｾﾄｸｰﾙ静注用1g	1g 1ﾊﾞｲｱﾙ	ニプロ
	パンテニール注100mg	100mg 1A	アイロム
	パンテニール注500mg	500mg 1A	アイロム
	ヒシダリン注0.5mg	0.5mg 1A	ニプロ

三田病院後発品置き換え品目

42	ブスコポン注射液	2% 1mL 1A	N・B・I
43	プロスタルモン・F注射液 1000	1mg 1mL 1A	小野
44	1% フロホ°フォル注「マルイシ」	200mg 20mL 1A	丸石
45	ベルジピン注射液 2mg	2mg 2mL 1A	アステラス
46	ベルジピン注射液 10mg	10mg 10mL 1A	アステラス
47	ヘルベッサー注射用 10mg	10mg 1A	田辺三菱
48	ヘルベッサー注射用 50mg	50mg 1A	田辺三菱
49	ベントリン注射用 1g	1g 1ハリアル	大正富山
50	ベントリン静注用 2g パック	2g 1キット	大正富山
51	ミネラリン注	2mL 1A	日薬
52	セパ°シ静注用	1g 1ハリアル	GSK
53	ラシックス注 20mg	20mg 1A	サノフィ
54	硫酸アミカシン注射液「萬有」	100mg 1A	万有
55	リンデロン注 2mg (0.4%)	2mg 0.5mL 1A	塩野義
56	ロセフィン静注用 1g	1g 1ハリアル	中外
57	オムニパーク 300	64.71% 20mL 1V	第一三共
58	オムニパーク 300	64.71% 50mL 1V	第一三共
59	オムニパーク 300	64.71% 100mL 1V	第一三共
60	オムニパーク 300 シリンジ	64.71% 100mL 1シリンジ	第一三共
61	オムニパーク 350	75.49% 50mL 1V	第一三共
62	オムニパーク 350	75.49% 100mL 1V	第一三共
63	オムニパーク 350	75.49% 100mL 1V	第一三共
64	オムニパーク 350 シリンジ	75.49% 100mL 1シリンジ	第一三共

タゴシッド200mg
シプロキサシ注 300mg
プロスタンディン 20

アステラス
バイエル
小野

ブスコポン注射液	2% 1mL 1A	キョーリン
プロモン注1000	1mg 1mL 1A	富士
1% フロホ°フォル注「マイラン」	200mg 20mL 1A	マイラン
サリベックス注0.1%	2mg 2mL 1A	日医工
サリベックス注0.1%	10mg 10mL 1A	日医工
塩酸シ°ルチアセ°ム注射用10「日医工」	10mg 1A	日医工
塩酸シ°ルチアセ°ム注射用50「日医工」	50mg 1A	日医工
ビクフェン注射用1g	1g 1ハリアル	日医工
ビクフェン注射用2g	2g 1ハリアル	日医工
オレニク注	2mL 1A	大洋
セパ°シ静注用1g	1g 1ハリアル	光製薬
フロセミド注「ミタ」	20mg 1A	キョーリン
ベルマトン注100mg	100mg 1A	日医工
リロサル注射液2mg (0.4%)	2mg 1A	わかもと
セフィロ°ム静注用1g	1g 1ハリアル	日医工
イオパーク 300	64.71% 20mL 1V	コニカ
イオパーク 300	64.71% 50mL 1V	コニカ
イオパーク 300	64.71% 100mL 1V	コニカ
イオパーク 300 シリンジ	64.71% 100mL 1シリンジ	コニカ
イオパーク 350	75.49% 50mL 1V	コニカ
イオパーク 350	75.49% 100mL 1V	コニカ
イオパーク 350 シリンジ	75.49% 100mL 1シリンジ	コニカ

テイコプラニン点滴静注用200mg

シプロフロキサシン点滴静注液300mg
タンデトロン注射用20

日医工

日本ケミファ
高田

置き換えに当たって医師の意見を
聞きました



後発品切り替えに対する医師意見 「ゾビラックス」

- ゾビラックス切り替え（皮膚科医師）
 - ゾビラックスと後発品との違いですが、浸透圧比が1.1 (ゾビラックス) 対して 0.6~0.7 (後発品) と違っており、添加物で水酸化ナトリウムの量が違うようです
 - ヘルペスウイルス性脳炎など、生命予後に大きく影響する疾患に対して使用する重要な薬剤を、使用実績の少ない後発品に変更するのは納得できませんし、責任を持って処方することも出来ません。
- 結論：ゾビラックスは生食に溶解したときの値、後発は注射用蒸留水に溶解したときの値。生食に溶かせば同じ。

後発品切り替えに対する医師意見 「リンデロン」

- 呼吸器科医師
 - ジェネリック薬品ですが、リンデロンの注射製剤は残してください。アスピリン喘息の患者では、防腐剤で悪化しますし、コハク酸塩でも使えないことが多いので、リンデロンがジェネリックになった場合安心して使えません。重積発作の場合患者の死亡に繋がりますのでよろしくお願いします。
- 結論
 - 当初採用予定の後発品を別の後発品に変えた(リンデロンの添加物より、添加物の種類の少ない後発品に変えた)

後発品切り替えに対する医師意見 「カイトリル」

- 外科医師

- カイトリルバッグをアンプル製剤の後発品に変えるということに関してですが、ただでさえ抗がん剤の混注に手間がかかるのに、バッグ製剤をやめるとするのは医療安全の面でも逆行しているように思いますのでバッグ製剤のままでご考慮いただければ幸いです。

- 結論

- バック製剤のある後発品に変えた。

後発品切り替えに対する医師意見 「抗がん剤」

- 外科医師

- 抗がん剤の後発薬は安全性や有効性が保障されているのか？ 合併症発生時や緊急時の情報提供体制は大丈夫か？

- メーカーの説明会を実施

- タキソール→パクリタキセル(日本化薬)
- パラプラチン→カルボプラチン(サンド)

入院患者さんへジェネリック 医薬品のお知らせ

- 当院ではジェネリック医薬品を使用することがあります。
- ジェネリック医薬品に対するご質問がありましたら担当医や薬剤師にお聞きください。
- 患者クレームは2件
 - 医師の入院患者からのクレーム1件のみ「ゾロは使ってもらいたくない！」
 - VIP患者さんから「抗がん剤のジェネリックはいやだ」
 - 抗菌剤アレルギー体質の患者から、抗菌剤のジェネリックを使って欲しくないという要望

医薬品情報担当の薬剤師の役割

DI担当の薬剤師の森さん

- DPC移行に伴うジェネリック医薬品導入では医薬品情報担当の薬剤師の役割が大事
- 医師の質問に対する回答
- 看護師に対するジェネリック医薬品の置き換えに対する情報提供
 - 医師の口頭指示を看護師が後発品対照表を見比べて用意する





65品目の注射薬の
置き換え評価

ジェネリック医薬品への 置き換え評価

- 名称類似性によるヒヤリハット
 - イノバン(先)→ドパミン(後)
 - ドブトレックス(先)→ドブタミン(後)
 - イノバンの後発をドブタミンと間違えそうになった
 - 注射薬の対照表を作成
- ラセナゾリン副作用1例
 - アナフィラキシー様症状
- フサンの後発で透析回路の凝血2例

変更前	変更後
アデラピン9号 (1mL)	リハリス (1mL)
★ アトナ (50mg)	アーツェー (50mg)
アネキセート (0.5mg)	フルマゼニル (0.5mg)
★ アミノグリッド (500mL)	ビーブリード (500mL)
アミルパン (500mL)	ヒカルパン (500mL)
イノバン (100mg)	ドパミン 塩酸塩 (100mg)
イノトリン液 (20%100mL)	イノトリン液 (20%100mL)
グイーンF (500mL)	ソリューゲンF (500mL)
エオアツイ (100mg)	アピトール (100mg)
★ ガスター (20mg)	ガスボト (20mg)
キザンボン (20mg)	キザクロト (20mg)
グリセロール (200mL)	グリセリア (200mL)
シグマート (2mg)	ニコラジル (2mg)
シグマート (48mg)	ニコラジル (48mg)
スルヘララン (1g)	バクアオゼ (1g)
セファジニキト (1g)	ラセナゾリンバイアル (1g)
セファジニバイアル (1g)	
セフメタゾニキト (1g)	セフメタゾールバイアル (1g)
セフメタゾニバイアル (1g)	
セルシン (10mg)	シアゼハム (10mg)
ピラックス (250mg)	アシナピル (250mg)
ゾラ-T3号 200mL	ピナルク3号 200mL
ゾラ-T3号 500mL	ピナルク3号 500mL
ゾラダクソ (100mg)	ヘネグミン (100mg)
ゾル・メドロール (125mg)	ゾル・メドロール (125mg)
ゾル・メドロール (500mg)	ゾル・メドロール (500mg)
チキソール (30mg) かん	ハグリタキセル (30mg) かん
チキソール (100mg) かん	ハグリタキセル (100mg) かん
ダラシス (600mg)	クリダマシ (600mg)
★ チエナム (0.5g)	イネナム・ウラスチン (0.5g) かん
チカロン (4mg)	チキヤト (4mg)
ドブトレックス (100mg)	ドブタミン (100mg)
トランサミン (1g)	トランサボン (1g)
トルミカド (10mg)	ミダゾラム (10mg)
ハバカシ (100mg)	デコタシン (100mg)
ハラアラチン (50mg) かん	カルボアラチン (50mg) かん
ハラアラチン (150mg) かん	カルボアラチン (150mg) かん
ハラアラチン (450mg) かん	カルボアラチン (450mg) かん
ハンスホリンバッグ (1g)	ハセケルバイアル (1g)
ハントール (100mg)	ハンチニル (100mg)
ハントール (500mg)	ハンチニル (500mg)
ヒトニン (0.5mg)	ビシダリン (0.5mg)
アスコバン (2%1mL)	アズボン (2%1mL)
★ プリンヘラン (10mg)	エリチン (10mg)
アロスタキモン-F (1000μg)	アロシモ (1000μg)
ヘルシピン (2mg)	ザリハックス (2mg)
ヘルシピン (10mg)	ザリハックス (10mg)
ヘルヘッサー (10mg)	塩酸シメチジン (10mg)
ヘルヘッサー (50mg)	塩酸シメチジン (50mg)
ヘントリンバイアル (1g)	ピクフェニルバイアル (1g)
ヘントリンバッグ (2g)	ピクフェニルバイアル (2g)
ミネラリン	ボレニック
モダシン (1g)	セハダシン (1g)
★ ユダシン (1.5g)	ビシリハクタ (1.5g)
ラシックス (20mg)	フロセド (20mg)
塩酸アミダシ (100mg)	ヘルストン (100mg)
リンデロン (2mg)	リノサール (2mg)
ロセフィン (1g)	セフィロム (1g)

・メーカー変更のみで、品名変更の無い薬品は除外
 ・☆は以前からの変更でそので対応お願いします
 ・■:抗凝剤、抗ウイルス剤、がん、抗がん剤 平成20年6月26日現在

対照表しおりの作成

薬効分類	抗菌薬	抗菌薬	抗菌薬	抗菌薬	抗菌薬	抗菌薬	抗菌薬	抗菌薬	抗菌薬	抗菌薬	抗菌薬	抗菌薬
後発品写真												
変更後	塩酸バンコマイシン点滴静注用0.5g/100mL	クリダマシ注600mg	セバダシ静注用1g	セフィローム静注用1g	セフメタゾールNa静注用1g(NP)	デコタンシ注射液100mg	バクフォーゼ静注用1g	バセトクール静注用1g	ピクフェニ注射用1g	ピクフェニ注射用2g	ペルマン注100mg	ラセナゾリン注射用1g
変更前	塩酸バンコマイシン点滴静注用	ダラシんS注射液	モダシん静注用	ロセファン静注用	セフメタゾン静注用	ハベカシん注射液	スルベラゾン静注用	ハンスホリン静注用1g/バッグ	ペントシリン注射用1g	ペントシリン静注用2g/バッグ	硫酸アミカシん注射液	セファメジンα注射用

薬効分類	抗ウイルス薬	循環器用剤	循環器用剤	循環器用剤	循環器用剤	循環器用剤	循環器用剤	循環器用剤	循環器用剤	循環器用剤	循環器用剤	循環器用剤
後発品写真												
変更後	アシクロビル注250mg「科薬」	グリセレブ(200mL)	サリベックス注0.1%(2mg)	サリベックス注0.1%(10mg)	ドパミン塩酸塩点滴静注用100mg/70mL	ドパミン点滴静注用100mg/70mL	ニコランジル点滴静注用2mg/9mL	ニコランジル点滴静注用48mg/9mL	フロセמיד注「ミタ」	ベネトミン静注用100mg	ヘルペッサール注射用10mg	ヘルペッサール注射用50mg
変更前	ソビラックス点滴静注用	グリセオール	ベルジピン注射液2mg	ベルジピン注射液10mg	イノバン注	ドフトレックス注射液	シグマート注2mg	シグマート注48mg	ラシックス注	ソルダクテン	ヘルペッサール注射用10mg	ヘルペッサール注射用50mg

薬効分類	抗がん剤	抗がん剤	抗がん剤	抗がん剤	抗がん剤	ステロイド剤	ステロイド剤	ステロイド剤	ステロイド剤	神経用剤	神経用剤	神経用剤
後発品写真												
変更後	カルボプラチン点滴静注用50mg「ラント」	カルボプラチン点滴静注用100mg「ラント」	カルボプラチン点滴静注用450mg「ラント」	パクリタキセル注30mg	パクリタキセル注100mg	注射用ソル・メルコート125	注射用ソル・メルコート500	デキサート注射液	リノロサル注射液2mg	ジアセム注射液10mg「ダイオー」	1%プロポフォル注「マイクシ」	ミダゾラム注10mg「サンド」
変更前	パラプラチン注射液50mg	パラプラチン注射液100mg	パラプラチン注射液450mg	タキソール注30mg	タキソール注100mg	ソル・メドロール125mg	ソル・メドロール500mg	デカドロン注射液	リンデロン注	セルシん注射液	1%プロポフォル注「マイクシ」	ドルミカム注射液

薬効分類	輸液・栄養製剤	輸液・栄養製剤	輸液・栄養製剤	輸液・栄養製剤	輸液・栄養製剤	輸液・栄養製剤	輸液・栄養製剤	輸液・栄養製剤	輸液・栄養製剤	血液用剤	血液用剤	血液用剤
後発品写真												
変更後	イントラファット注20%(100mL)	ソリュヴェンF	パンテニール注100mg	パンテニール注500mg	ヒカリレバン(500mL)	ヒシナルク3号輸液(200mL)	ヒシナルク3号輸液(500mL)	ムドレニック注	キサクロット注2%	トランサポン注1g	トランサミン注	注射用プロボートール100mg
変更前	イントラリボス20%	ヴィーンF	パントール注射液100mg	パントール注射液500mg	アミノレバン	ソリター-T3号	ソリター-T3号	ミネラリン注	キサンポン注射用	キサンポン注射用	エフオーワイ注射用	

薬効分類	その他	その他	その他	その他	その他							
後発品写真												
変更後	ヒシダリン注	ブスボン注射液	フルマゼニル注射液0.5mg「F」	フロスモン注1000 μg	リバレス注							
変更前	ヒルトニン0.5mg注射液	ブスコパン注射液	アネキセート注射液	フロスタルモン-F注射液	アデラピン9号							

持参薬管理

- DPCでは徹底した持参薬管理が必要
 - 入院案内で持参薬の入院時持ち込みのお知らせ
 - 入院時に病棟担当薬剤師が持参薬チェックと術前薬の服薬指導を行う
 - 持参薬の鑑別票を作成
 - 持参薬の病棟保管
 - 退院時に病棟担当薬剤師が持参薬と退院時処方薬の服薬指導を行う

持参薬管理

DPCでは徹底
した持参薬管理
が求められる
持参薬が3倍に
増えた

7階病棟担当
薬剤師の
石井さん



10.09 10:43

佐久総合病院(長野)の 持参薬センター

- 佐久総合病院の持参薬センターでは年間2000万円の医薬品費節減に貢献している。



パート3

地域医療計画の見直し



2006年6月第5次医療法改正
地域医療計画の見直し

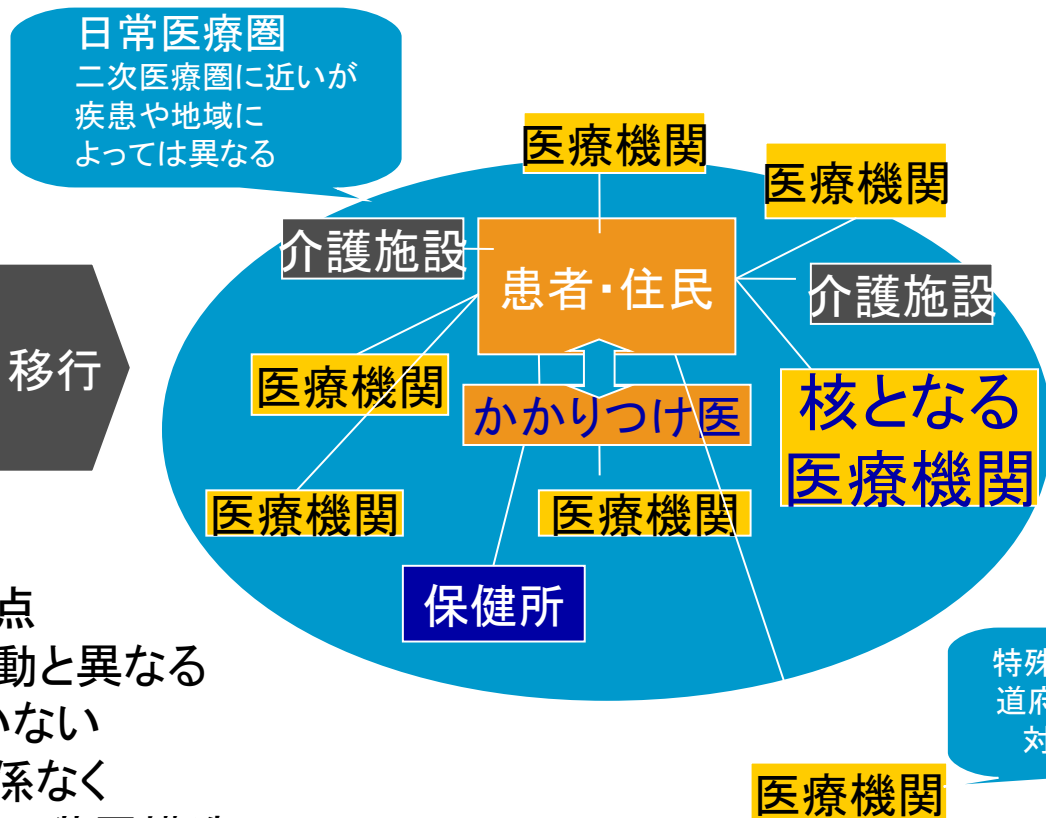
第5次医療法改正(2006年) 地域医療計画の見直し(2008年施行)

疾病別・事業別の地域連携ネットワーク

これまでの医療計画の
考え方



移行



現在の医療計画の問題点

- ①患者の実際の受療行動と異なる
- ②疾病動向を勘案していない
- ③地域の医療機能に関係なく
結果として大病院重視の階層構造

* 4疾患(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)と5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医、小児医療)別のネットワーク形成

4疾患5事業

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

地域連携クリティカルパスが連携ツールとして
地域医療計画作成指針に採用

2013年地域医療計画 次期見直し

地域医療計画は5年計画
2008年～2012年

医療計画見直しスケジュール(案)



医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- ○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

医療計画見直し等検討会

- **第1回 2010年12月17日**
 - **医療計画制度の現状と課題等について**
- **第2回 2011年2月18日**
 - **医療計画の新たな評価手法の導入等について**
 - 東京医科歯科大学・河原教授:「医療計画を踏まえた医療連携体制構築に関する評価方法について」
 - 尾形委員:「医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントについて」
 - 武藤座長:「医療連携体制に係る各都道府県の取り組み状況の差異について」

第1回検討会(2010年12月17日)

- 二次医療圏そのものも見直しの必要性
 - 全日本病院協会 神野正博副会長
 - 「医療圏そのものを見直し、定義をきちんとすべきかもしれない」
- 精神疾患を医療計画へ
 - 日本精神科病院協会 長瀬輝誼副会長
 - 精神科疾患は以前から比べると、かなりのウエートを占めるようになった
 - 精神科疾患にも配慮して医療計画を作るべき」だとの考えが示された。
- 介護との連携
 - 日本医師会 鈴木邦彦常任理事
 - 高齢化が進み、医療だけでは地域は支えられない
 - 介護との連携の必要性

第1回検討会(2010年12月17日)

- 中小病院の役割

- 日本医療法人協会 伊藤伸一副会長

- DPC病院以外の地域の一般病院の機能を、医療計画の中にどのような形で盛り込むのか。病院機能、病床機能をもう少し明確に表すようにすべきでないか

- 歯科連携

- 日本歯科医師会 池主憲夫常務理事

- 医療連携における歯科連携の重要性を強調した。

- 薬局の役割

- 日本薬剤師会 山本信夫副会長

- 在宅における癌治療、緩和医療における薬局の役割

第2回検討会(2010年2月18日)

- 医療計画策定のためのデータ集積や分析の在り方
 - 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
 - 「患者動向を示す最新データが、医療計画の見直し検討には必須である」
 - 「この5年間にDPCデータやレセプトオンラインデータが整備されてきているので、こうしたデータベースの利用が不可欠」
- 医療計画の評価
 - 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
 - 医療計画では、PDCAサイクルを回すことが必要
- 医療計画作成評価
 - 国際医療福祉大学大学院武藤正樹

医療計画見直し等検討会

- **第3回 平成23年2月28日**

- **各都道府県の医療計画への取り組み状況について**

- 千葉県健康福祉部・井上理事：「医療計画への取り組みについて」
 - 山口県宇部環境保健所・恵上所長：「地域医療連携体制構築に関する保健所の関与について」
 - 伏見委員：「医療圏における地域疾病構造及び患者受療行動に基づく地域医療の評価について」
 - 青森県健康福祉部・大西保健医療政策推進監：「保健医療計画の策定について」

医療計画見直し等検討会

- **第4回 平成23年5月23日(月)14:00**
 - 「災害医療について」 厚労省医政局指導課救急・周産期医療等対策室 宮本室長
 - 「東日本大震災におけるDMATの活動について」 小井土DMAT事務局長 国立病院機構災害医療センター臨床研究部長
 - 「二次医療圏データベースを用いてわかること」 国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授
 - 「循環器疾患の地域医療連携の取り組み」 順天堂大学医学部 田城准教授

第4回医療見直し等検討会

- **ポストDMATのシステム作り**
 - 鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）
 - 被災地における急性期医療のニーズが低かったことなどを挙げ、「これまでDMATが想定していなかったことが起きている」
 - 末永裕之委員（日本病院会副会長）
 - 「JMAT（日本医師会災害医療チーム）や病院団体との協働作業で、『ポストDMAT』をどうするかが課題
 - 亜急性期から慢性期を含めた長期的な支援の必要性を強調
- **災害時の情報連携の構築**
 - 神野正博委員（全日本病院協会副会長）
 - 津波による患者情報の流失などが起こったことから、「情報連携を何らかの形で入れ込むことが、これからの災害医療、あるいは医療計画に必要なことだと思う」

第5回医療計画見直し検討会

7月13日

在宅医療

集中検討会議パターン1と医療計画と
の関係は？

第5回医療計画見直し検討会

- 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室
 - 在宅医療に係わる提供体制、とくに在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院、訪問看護ステーションの現状の説明
- 医療計画における在宅医療の位置づけ
 - 神野正博委員(全日本病院協会副会長)
 - 「医療法上、在宅医療は規定されているものの、4疾病5事業にくらべて、医療機関も行政も、そして国民も(医療計画の項目として)なじみが薄い。在宅を事業として、精神疾患を入れて5疾病6事業、あるいは5疾病5事業1在宅などときちんと明示し国の指針を示すべきである。」
- 在宅医療指針を別途通知する予定

第6回医療計画見直し検討会

- 第6回医療計画見直し検討会 10月6日
- 検討課題
 - 精神疾患の医療体制構築に係わる指針
 - 傷害保健福祉部 精神・障害保健課 福田課長
 - 二次医療圏の設定のあり方、指標の設定・評価のあり方について
 - 医師確保等地域医療対策室田辺専門官

医療圏とは

- 医療圏

- 都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を測るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとする

- 3次医療圏

- 都道府県単位 52医療圏(北海道6医療圏)
 - 特殊な医療を提供(高度救命救急センター、都道府県がん診療連携拠点病院等)

- 2次医療圏

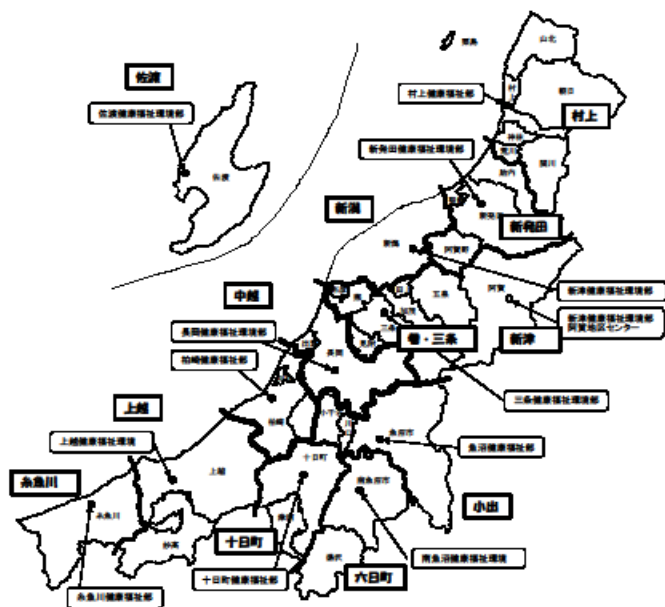
- 349医療圏(2010年4月現在)
 - 一般の入院医療に係わる医療を提供
 - 地理的条件、患者需要、交通事情等

二次医療圏の課題

- 二次医療圏の設定状況に以下の格差がある
 - 患者の受療動向の差
 - 人口・面積の差
- 二次医療圏の設定に関する課題
 - 1985年(昭和60年)の設置後、変更されていない地域もあり、医療提供体制について医療圏格差が生じている
 - 医療計画の作成指針では医療圏の設定について人口構造、患者の受療の状況等を検討することになっているが、数値による目安が示されていない
 - 人口、患者の受療状況(医療圏を超えた流入／流出割合)等を評価し、その特徴を捉える事が必要

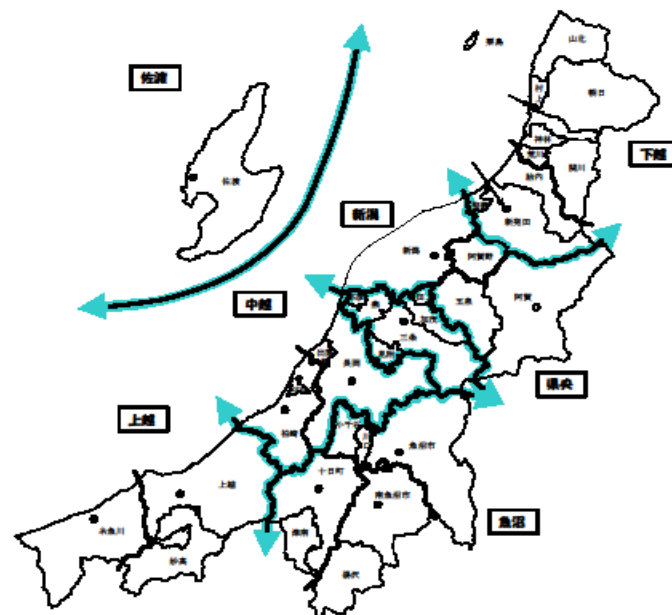
新潟県における二次医療圏見直し 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

平成 18 年 3 月 31 日までの二次保健医療圏



二次医療圏名

平成 18 年 4 月からの新たな二次保健医療圏



新しい二次医療圏

二次医療圏名

二次医療圏見直し(新潟県)

- 見直しの背景
 - 高速交通体系、医療情報の受発信・共有基盤の整備
 - 市町村合併の進展で13圏域の過半数が1～2市町村で構成、二次医療圏(広域市町村圏)の趣旨に合わなくなってきた
- 二次医療圏の見直し
 - 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

人口、流入流出でみた 二次医療圏のパターン



患者流入率 (%)

20%

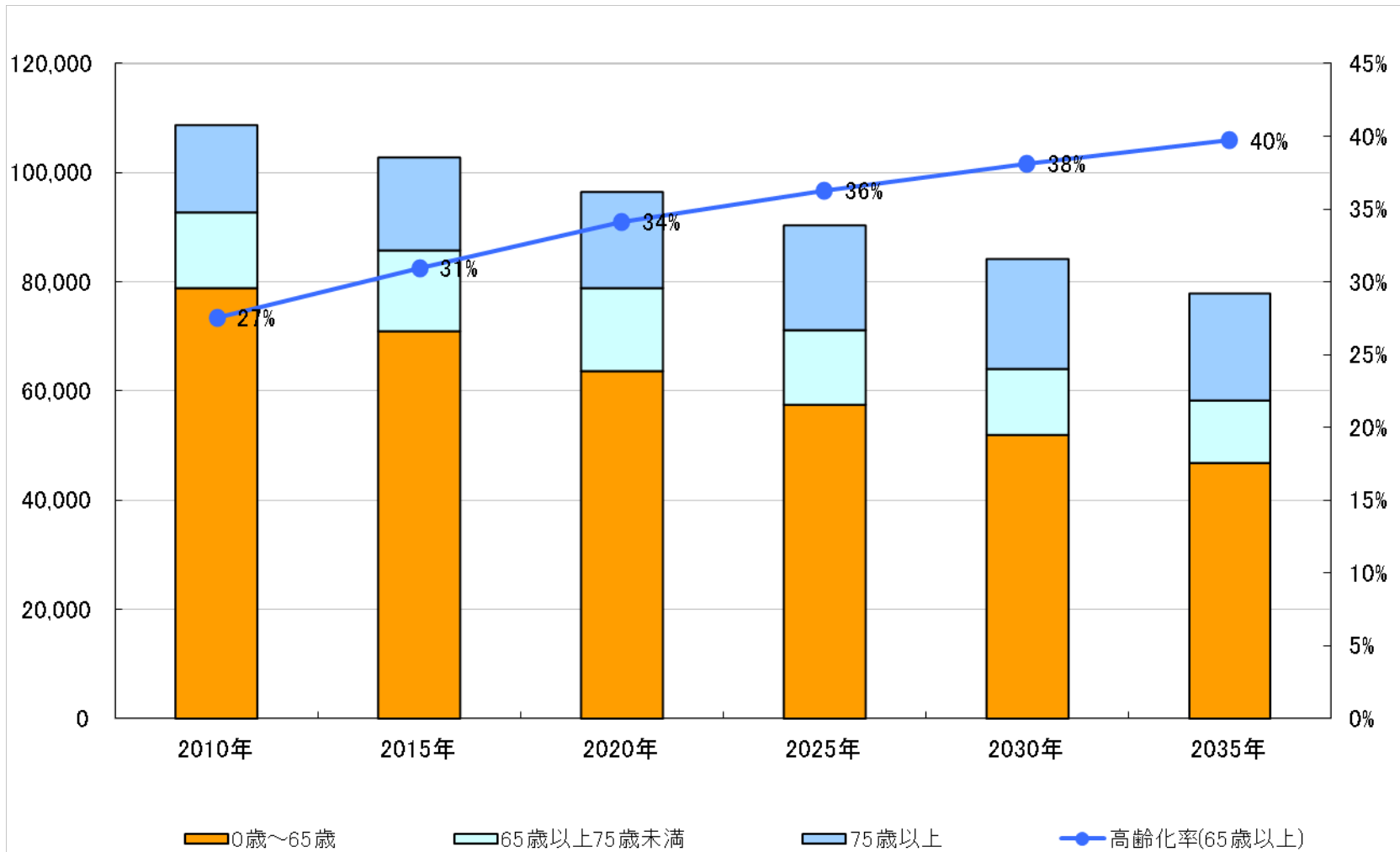
人口20万人以下で、
流出20%以上の医療圏を見直
してはどうだろうか？

埼玉県2次医療圏



総合計画である「ゆとりとチャンス of 埼玉プラン」において定められた地域区分と整合性を図るため、二次保健医療圏を9圏域から10圏域に変更(2010年)

秩父医療圏



2次医療圏データベースより

秩父医療圏

病院情報

病院数	14
-----	----

	DPC対象病院	大学病院	救急救命センター	地域医療支援病院	がん診療拠点病院	周産期母子医療センター	総合入院加算
病院数	0	0	0	0	0	0	0

病床情報 (H20年 病院報告)

	一般	療養
病床数	472	247
人口10万人あたりの病床数	434	227

病院勤務医数

	医師
人数	51.0
人口10万人あたり	47

2次医療圏データベースより

次期医療計画の見直しの方向性

災害医療、精神医療、在宅医療

4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

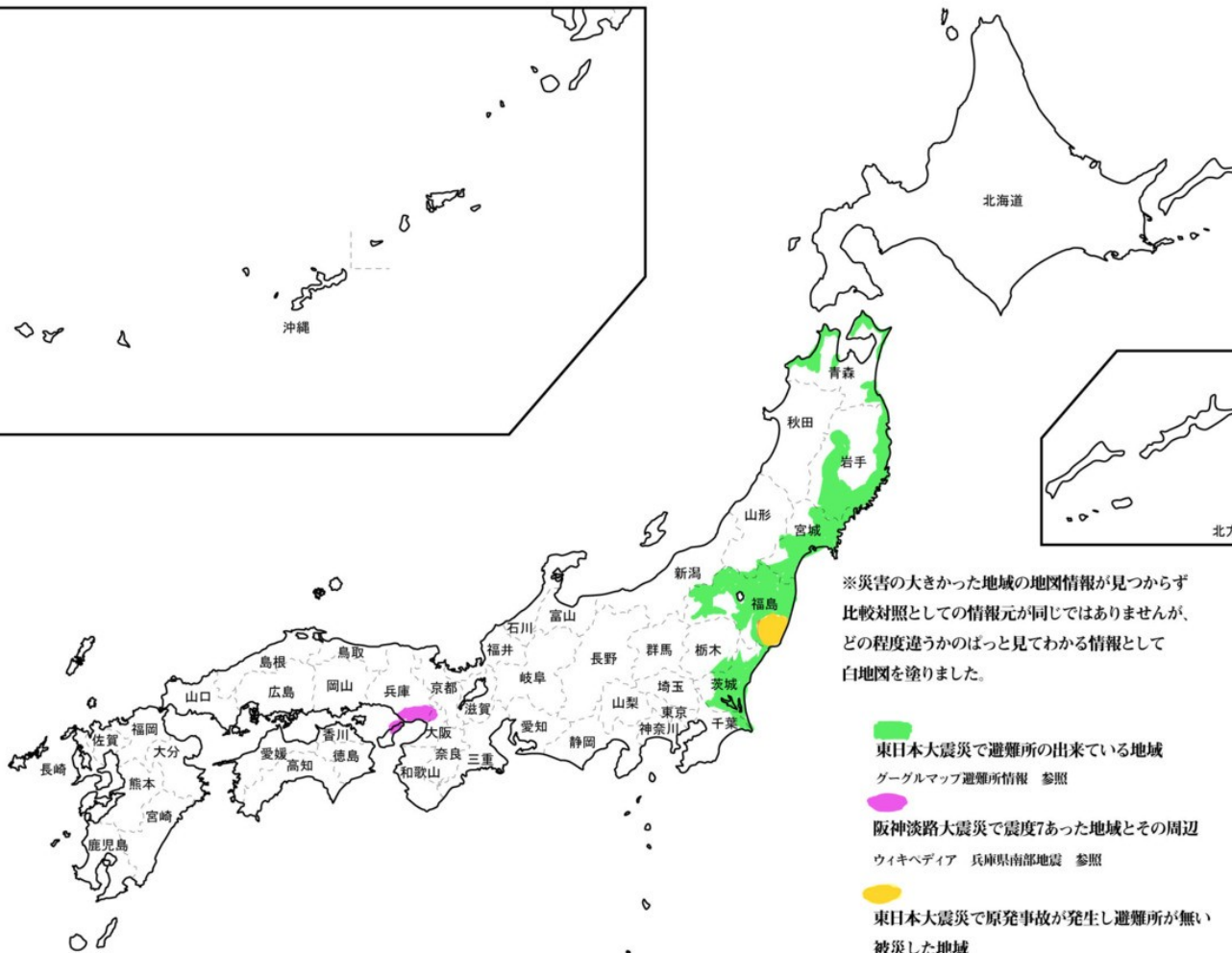
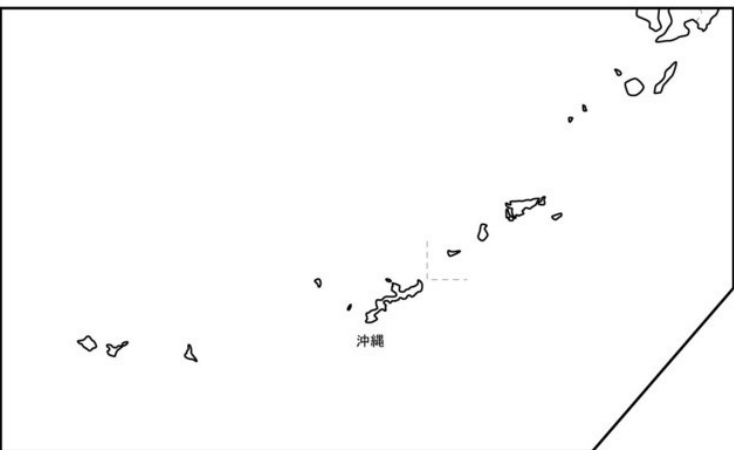
- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- *在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

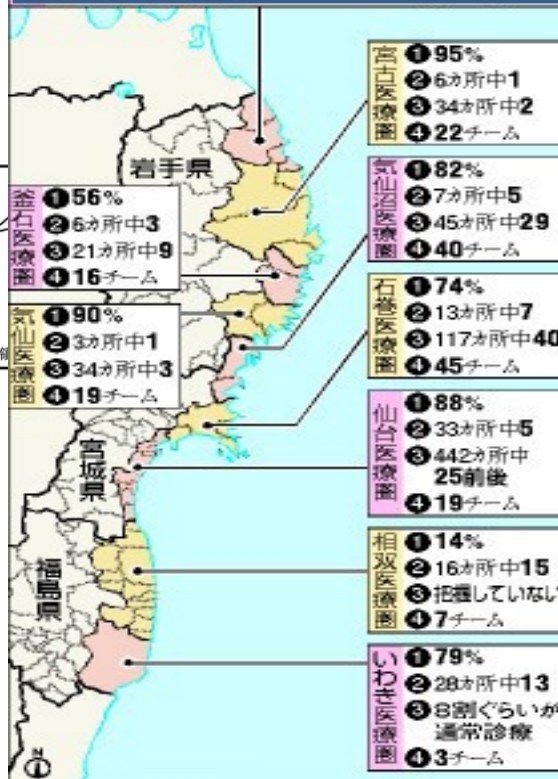
方向性その① 災害拠点病院の見直し



災害拠点病院の要件見直し



東北3県9医療圏が被災した



朝日新聞調べ(4月15~22日)。①②は各病院や保健所に問い合わせた。③④は県や保健所、医師会の把握数。仙台医療圏は仙台市宮城野区、若林区と沿岸市町に限定。相双医療圏の①②は原発から半径30km圏内を含む

東日本大震災における災害拠点病院の被害状況

	病院数	東日本大震災による被害状況		診療機能の状況												
		全壊	一部損壊	外来の受入制限			外来受入不可			入院の受入制限			入院受入不可			
				被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在	
岩手県	11	0	11	11	0	0	0	0	0	0	11	1	1	0	0	0
宮城県	14	0	13	5	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0
福島県	8	0	7	4	1※	1※	1	0	0	0	5	0	1※	0	1※	0
計	33	0	31	20	1	1	1	0	0	0	18	2	2	1	1	0

※緊急時避難準備区域

(7月1日時点: 医政局指導課調べ)

被災地の災害拠点病院のうち31病院は一部損壊で、全壊は0であった。(一部損壊には、建物の一部が利用不可能になるものから施設等の損壊まで含まれる。)

7月1日時点では、県立釜石病院(岩手県)、緊急時避難準備区域の南相馬市立総合病院(福島県)で入院・外来制限を行っている。

東日本大震災を受け 災害拠点病院の5つの課題

- ①建物の耐震性
- ②災害時の通信手段の確保
- ③広域災害救急医療情報システム
(EMIS)
- ④ライフライン
- ⑤備蓄
- その他
 - ヘリポート

岩手県立釜石病院も被災した 全床再開に向け、耐震補強工事を 急ピッチで進めた



岩手県立釜石病院

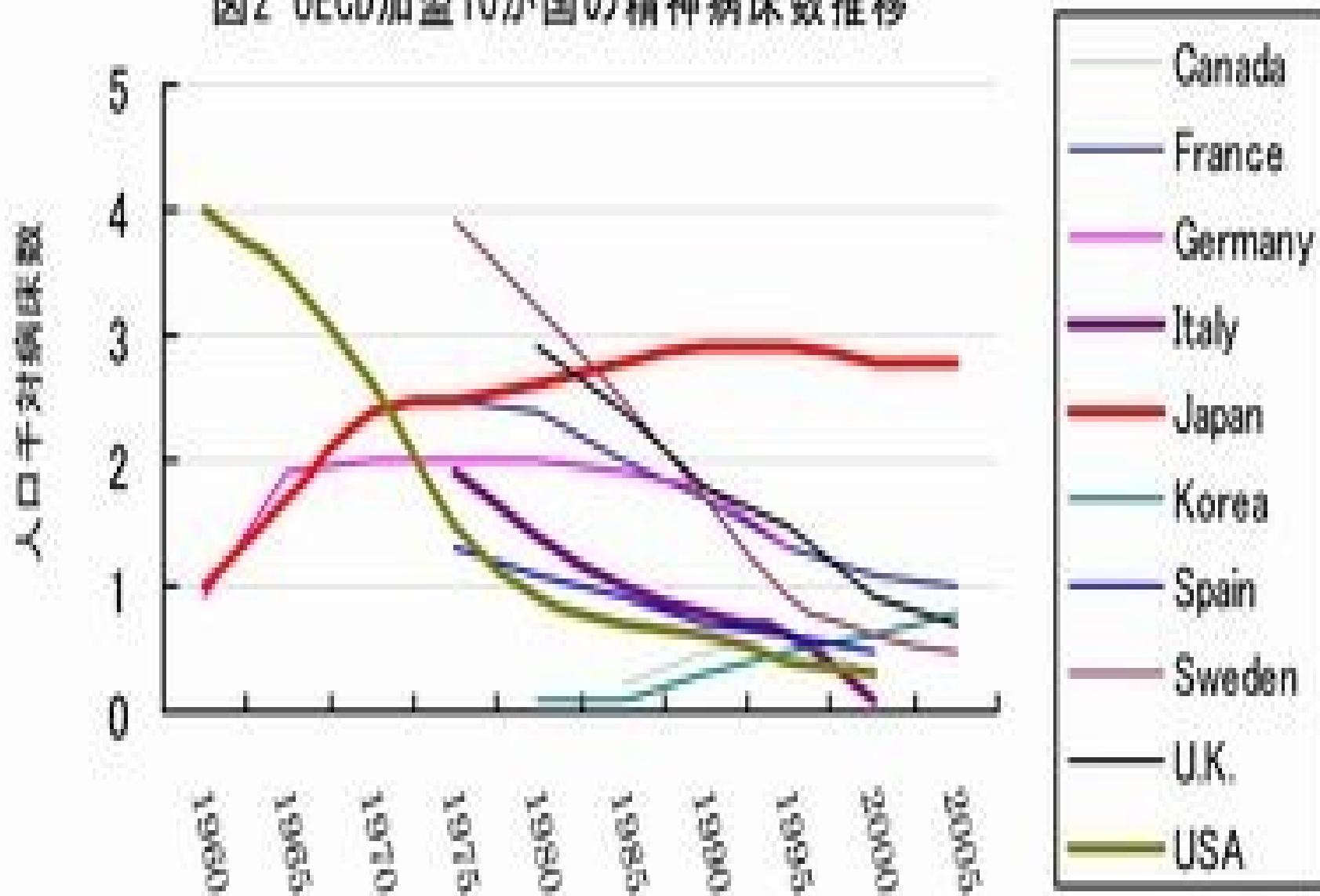


釜石病院の耐震化工事を説明する遠藤院長(左)

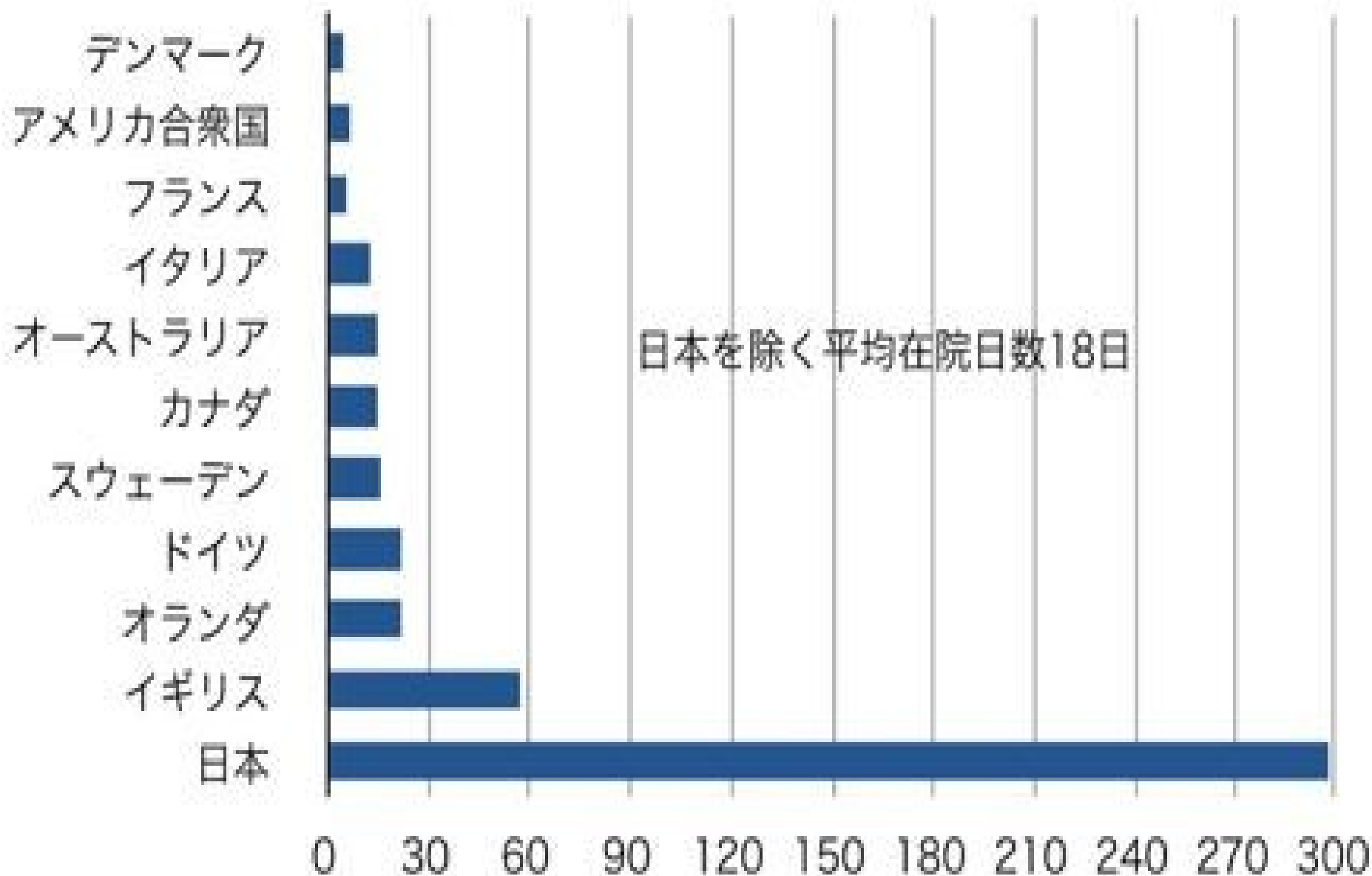
方向性その② 精神医療の見直し

日本の精神医療の特殊性

図2 OECD加盟10か国の精神病床数推移



2005年退院者平均在院日数



「地域医療計画の5疾患目に 精神科疾患を要望」

(日本精神科病院協会) 2010年12月22日

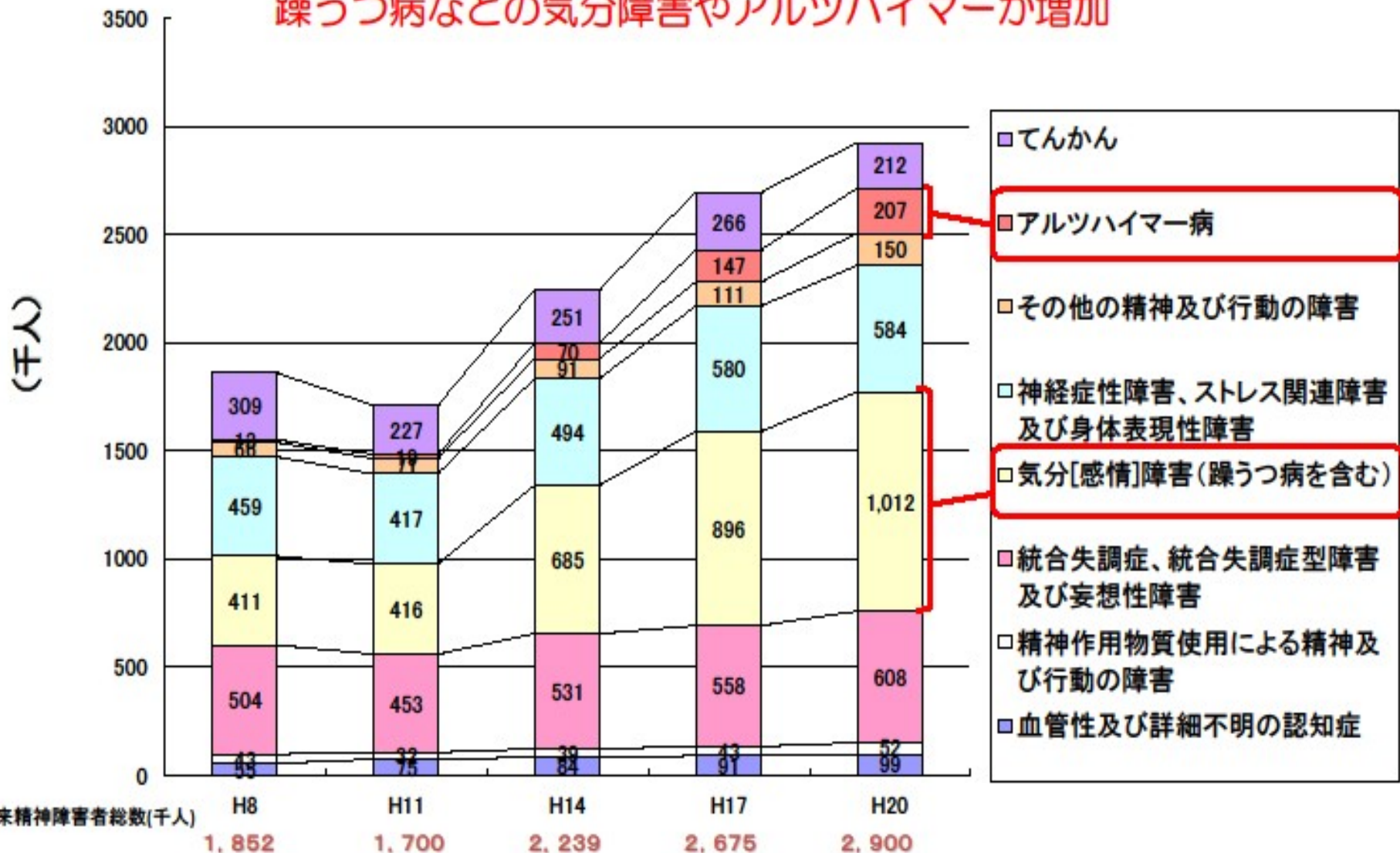
- 社団法人 日本精神科病院協会長 山崎 學氏
- 今後増加する精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するためには、一般医療と精神科医療との連携強化や地域連携を一層強化する必要がある。
- このため、医療計画のいわゆる4疾病5事業の疾病に、精神疾患を追加し、5疾病5事業とすることについて検討していただきたい。

社会保障審議会医療部会 (2011年7月6日)

- 医療計画の5疾患目に精神疾患を追加することで合意
 - 精神疾患の患者数は323万人(2008年患者調査)
 - 4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)のいずれよりも多い
 - 自殺による死亡者数3.1万人(糖尿病死亡者数1.4万人より多い)
- 委員からは積極的に支援する意見があいついだ
 - 「精神疾患は社会全体で見守らなければならない」(高智英太郎健保連理事)
 - 「他の4疾病よりも地域連携が必要」(横倉義武日医副会長)

精神疾患外来患者の疾病別内訳

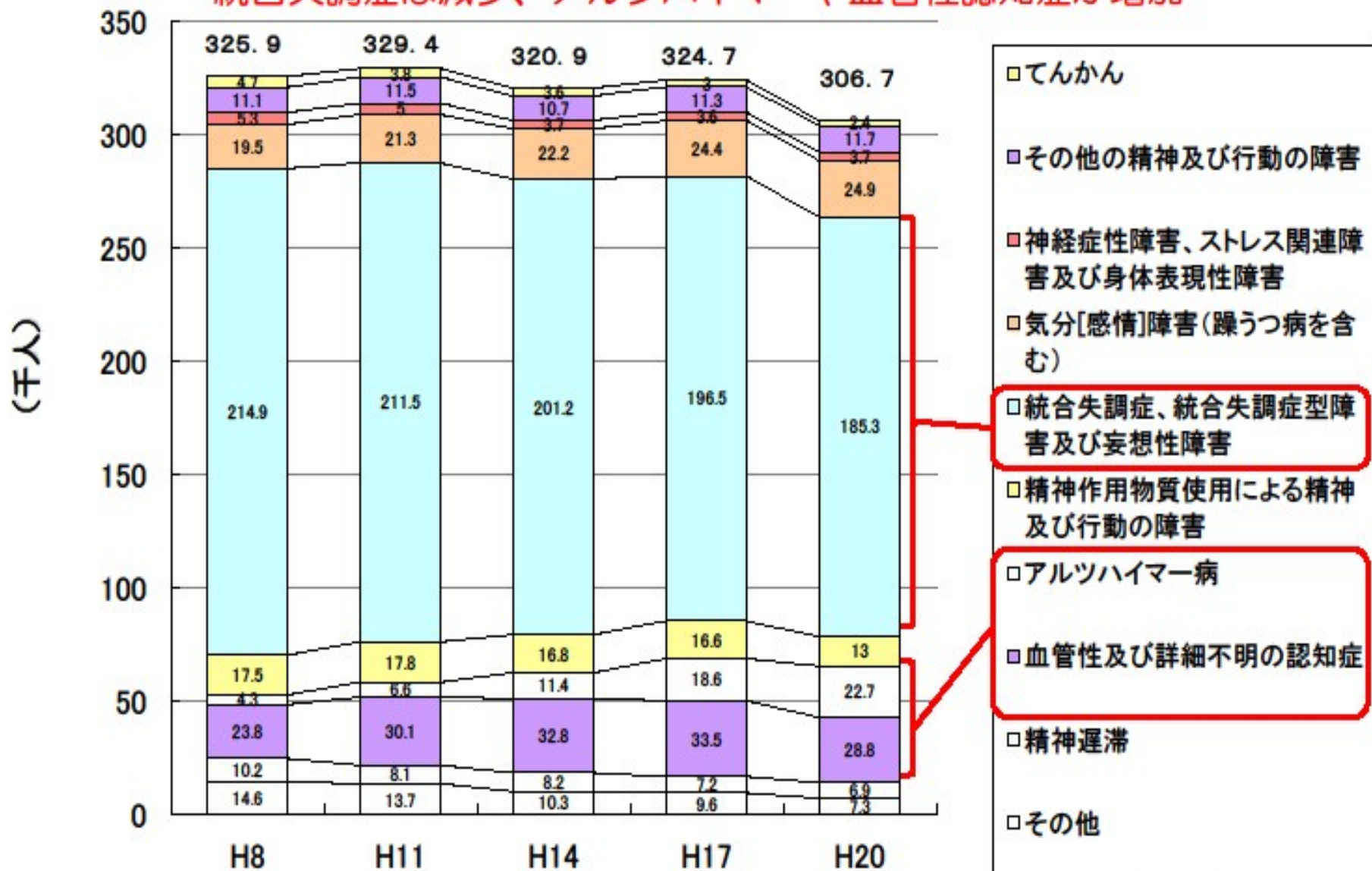
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

方向性その③ 在宅医療の見直し

第5回医療計画見直し検討会

「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
 - 24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
 - 看取りまで行える医療のための連携体制
 - 認知症の在宅医療の推進
 - 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

- 北海道
 - ・在宅医療を実施する医療機関割合
現状35.2%→目標値38.1%
- 山形
 - ・主任介護支援専門員研修受講者数
44人(H18)→50人(H24)
- 福島
 - ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
 - ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)
 - ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局
76.9%(H18) → 81%(H24)
 - ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合
84.1%(H18) → 85.9%(H24)
- 茨城
 - ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合
6%(H18) → 50%(H24)
- 東京
 - ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)
5自治体(H19) → 全市町村(H24)
- 山梨
 - ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数 1圏域(H18) → 4圏域(H24)
- 福井
 - ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区
→5地区(H24)
- 福岡
 - ・在宅医療を受ける患者数
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)
- 佐賀
 - ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)
- 熊本
 - ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
 - ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
 - ・往診や訪問看護を実施する医療機関数
582(H18) → 640(H24)
 - ・緊急時24時間対応訪問看護ST割合
24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)
24時間連絡可能 94.2%(H16) → 98%(H24)
 - ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合
82.9%(H18) → 100%(H24)
- 沖縄
 - ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)
0.46(H18) → 0.82(H24)
 - ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)
3.7(H18) → 4.5(H24)

パート4 公立病院改革ガイドライン

自治体病院こそが
地域医療の担い手

公立病院改革ガイドライン

- 背景
 - 公立病院経営悪化
 - 自体財政悪化
- 公立病院改革プラン
 - 2008年プラン作成
- 公立病院改革プランの3つの柱
 - ①経営効率化
 - 3年程度(2010年ごろまで)
 - ②再編・ネットワーク化
 - 5年程度(2012年ごろまで)
 - ③経営形態の見直し
 - 5年程度(2012年ごろまで)

公立病院改革はなぜ必要か？

- ① 自治体病院の経営状態・コスト構造の改革
- ② 地方自治体財政の健全化の要請
- ③ 「民間でできることは民間へ」民営化の流れ
→独立行政法人化・指定管理者制度導入の
推進
- ④ 医師不足解消
→研修制度・医師引き上げによる人材不足の
影響を公立病院は強く受ける
⇒診療科の閉鎖・廃院に追い込まれる病院も

民間病院と公立病院の収支比較 平成20年度データ

	民間病院	公立病院
1病床当たり収入	13,159千円	16,006千円
人件費率	53.3%	58.5%
材料費率	20.0%	26.8%
委託費率	5.4%	9.3%
医業収支比率	1.4%	-13.7%

民間病院と公立病院の収支比較 平成20年度データ

- 1病床当たり売上高について、公立病院は民間病院と比べて280万円高い
- **人件費率**について、公立病院は民間病院と比べて5.2ポイント高い
- 材料費率について、公立病院は民間病院と比べて6.8ポイント高い
- 委託費率について、公立病院は民間病院と比べて3.9ポイント高い
- 医業収支比率について、公立病院は民間病院と比べて12.3ポイント低く赤字である

【公立病院】

病床を多く抱え、1病床あたりの収入も多いが、高コスト体質のため医業収支(利益)が民間病院よりも低くなっている。

公立病院は民間病院と比べて、利益を出しにくい体質である。

公立病院改革プランの3つの柱

- ①経営効率化
 - 経常収支比率
 - 人件費率
 - 病床利用率
 - 3年連続で病床利用率70%未満の場合、診療所への転換や病床削減
- ②再編ネットワーク化
 - 公立病院同士の再編
 - 診療科の再編
- ③経営形態の見直し
 - 地方公営企業法全部適用
 - 独立行政法人非公務員型
 - 指定管理者制度

①経営の効率化

- 経営指標に係る数値目標を設定
 - － 1) 財務の改善関係(経常収支比率、職員給与費比率、病床利用率など)
 - － 2) 公立病院として提供すべき医療機能の確保など
- 一般会計からの所定の繰出後、「経常黒字」が達成される水準を目途
 - － (地域に民間病院が立地している場合、「民間病院並の効率性」達成を目途)
 - － 病床利用率が過去3年連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的見直し

公立病院改革プラン状況

出典：総務省「公立病院改革プラン実施状況等の調査結果」平成22年9月30日調査

①	改革プランの策定団体数、病院数	635団体、904病院 (99.7%)
②	①の内、21年度において経常黒字の病院	369病院(40.8%)
③	①の内、目標年度である23年度までに経常黒字が見込まれる病院	628病院(69.5%)
④	プラン策定市町村のうち点検評価済の団体	616団体(97.8%)

②再編・ネットワーク化

- 都道府県は、再編・ネットワーク化に医療計画の改定と整合を確保しつつ、主体的に参画
- 二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進
- 医師派遣拠点機能整備推進。病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討

パターンⅠ

再編前



A市立病院(250床)



B市立病院(200床)



C町立病院(50床)



D町立診療所(無床)



再編後

地方独立行政法人化



A地区診療所(無床)



新設S病院(400床)



B地区診療所(無床)



C地区診療所(無床)



D地区診療所(無床)

パターンⅡ



再編後

地方独立行政法人化



A地区診療所(無床)



B地区病院(基幹病院・400床に増床)



C地区診療所(19床・救急機能)



D地区診療所(無床)

パターンⅢ

再編前



日赤S病院



A町立病院(50床)



B町立病院(50床)



再編後

指定管理者



日赤S病院
(A、Bに医師派遣等)



A町立診療所(無床)



B町立診療所(無床)

パターンⅣ

再編前



S総合病院
(S医療法人)



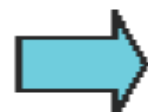
A県立病院(200床)



A市立病院(200床)



B町立病院(50床)



再編後

指定管理者



S総合病院
(S医療法人)

A県立病院とA市立病院を統合



公立A医療センター
(350床)



B町立診療所(19床・救急機能)

③経営形態の見直し

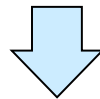
- 人事・予算等に係る実質的権限、結果への評価・責任を経営責任者に一体化
- 選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡を提示
- 診療所化や老健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、幅広く見直し

公立病院改革ガイドラインより

経営形態の見直し

地方公営企業法の全部適用については、比較的取り組み易い側面がある半面、逆に民間的経営手法の導入が不徹底に終わりがちであることに留意すべき。また、いずれの経営形態によっても、権限と責任が一体化される予必要がある。

- 地方公営企業法の全部適用 → 効果がない場合は見直しが必要
- 地方独立行政法人化(非公務員型) → 公務員型は認められない
- 指定管理者制度の導入 → 適切な管理者の選定に留意



- ・ 地方公営企業法全部適用による「改革したフリ」はNG。
- ・ 独立行政法人化・指定管理者制度導入等の抜本的な改革が求められる。

参照：公立病院事業の主な経営形態

	地方公営企業法 全部適用	独立行政法人 非公務員型	指定管理者制度
開設者	地方公共団体	地方独立行政法人	地方公共団体
事業責任者	病院事業管理者	法人の長(理事長)	受託事業者(公益法人、医療法人等)
病院の位置づけ	都道府県が設置する地方公営企業	都道府県が設置する地方独立行政法人	公設民営
職員の身分	地方公務員	民間職員と同様	受託者の職員(民間職員)となる
経営	管理者の権限と責任において経営を行う	設立団体の長(知事)が中期目標を設定する	受託契約の範囲内で受託者が事業を実施する

公立病院改革プラン策定・公表後の現状

2010年9月末現在の経営形態見直し計画の状況

出典：総務省「公立病院改革プラン実施状況等の調査結果」平成22年9月30日調査

	平成22年9月 末現在の経営 形態				
		経営形態の 見直しを実施 予定の病院			経営形態の見 直しの実施予 定なしの病院
			経営形態の見 直しの内容を 決定済の病院	経営形態の見 直しの内容を 検討中の病院	
経営形態の見直し を行っていない病 院(地方公営企業 法一部適用)	467	423	54	369	44
既に経営形態の 見直しを行って いる病院	437	193	22	171	134
地方公営企業 法全部適用	338	175	22	153	89
指定管理者制 度	59	18	—	18	34
地方独立行政 法人	40	—	—	—	11
合 計	904	616	(※)76	540	178

(※) 経営形態の見直しの内容を決定済みの 病院の見直し後の経営形態

出典:総務省「公立病院改革プラン実施状況等の調査結果」平成22年9月30日調査

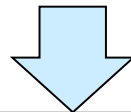
	平成22年 9月末現在 の経営形態	見直し後の経営形態				
		地方公営企業法 全部適用	指定管理者 制度	地方 独立行政法人	診療所	民間 譲渡
一部 適用の 病院	54	27	8	10	6	3
全部 適用の 病院	22	—	4	9	5	4
合 計	76	27	12	19	11	7

公立病院改革ガイドラインより

公立病院の果たすべき役割の明確化

採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供すること

- ①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地域の一般医療
- ②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療
- ③がん・循環器等、高度・先進医療
- ④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能



例えばこれらの内容について自らの果たすべき役割を見直し、明確化し、これを踏まえた市財政からの経費負担の基準を設定する
ただし、これらの事業は**マネジメントできない赤字**となりやすいため、運営資金等格別の配慮が必要

地域医療計画の 実施主体としての公立病院

5疾患5事業に着目しよう！

4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- *在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

まとめと提言

- ・2012年診療報酬改定では4つの視点が踏襲される
- ・地域医療計画では医療圏見直し、災害医療、精神医療、在宅医療が課題
- ・公立病院改革ガイドラインの実施が佳境を迎える
- ・自治体病院にとっては経営形態見直しが喫緊の課題となる

2011年後期乃木坂スクール 病院再生セミナーのお知らせ

コーディネーター

武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

成田徹朗(国際医療福祉大学大学院准教授)

趣旨

- 危機的な状況にある地域病院の再生について、セミナーでは以下について学びます
- 4つの再生
 - ①病院の人的再生
 - ②病院の質・安全を担保した経営再生
 - ③病院建築・設備再生
 - ④病院資金再生
- 3つの視野
 - ①業際的・複眼的視野
 - ②制度的な視野
 - ③国際的な視野

プログラム

- ① 9／24(土)
 - 地域医療再生とは
 - 東日本税理士法人
代表社員 長 隆
- ② 10／1(土)
 - 暴かれた地域医療の実像：銚子総合病院事例
 - 東北大学大学院 教授 伊藤 恒敏
- ③ 10／8(土)
 - 地域医療再生とIHNについて
 - (財)キヤングローバル戦略研究所 研究主幹 松山幸
弘

プログラム

- ④10／15(土)
 - －十和田市立中央病院の経営改革事例
 - －十和田市副市長 小久保 純一
- ⑤10／22(土)
 - －上野原市地域医療再生事業の現状
 - －上野原市 市長 江口 英雄
- ⑥10／29(土)
 - －民間病院の再生事例
 - －医療法人北海道家庭医療学センター 法人事業局長 高橋 宏昌

プログラム

- ⑦ 11／5(土)
 - － 和歌山県那智勝浦町立温泉病院再生事例
 - － 和歌山労災病院病院長
南條輝志男
- ⑧ 11／12(土)
 - － 独立行政法人国立病院機構滋賀病院の改革
 - － 独立行政法人国立病院機構滋賀病院 院長 井上修平
- ⑨ 11／19(土)
 - － 豊川市の地域医療連携事例
 - － 豊川市民病院 事業管理者
佐々木 信義

プログラム

- ⑩ 11／26(土)
 - － 地域再生の先導的モデル構築について
 - － 企業再生支援機構 代表取締役社長 西澤 宏繁
- ⑪ 12／3(土)
 - － 地域復興再生への資金援助について
 - － 福祉医療機構 理事 瀬上清貴
- ⑫ 12／10(土)
 - － 医療・介護再生への提言
 - － なぜ日本人は同じ轍を踏んで来たのか！
 - － 埼玉県済生会栗橋病院長補佐 本田 宏

プログラム

- ⑬ 12／17(土)
 - 地域に基盤を置いた連携体制の構築による効率的な医療提供について
 - 社会保険横浜病院 院長 大道 久



お申し込みは国際医療福祉大学大学院乃木坂スクールから
<http://www.iuhw.ac.jp/daigakuin/nogizaka/>

医療が変わるto2020

- 武藤正樹著
- 医学通信社 5月発売
- A5判 320頁、2400円
- DPC/PDPS, 地域連携, P4P, 臨床指標, RBRVS, スキルミクス, etc
- 好評発売中



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.or.jp