

国際医療福祉総合研究所 プロデュース

これからの医療・介護の経営への提言 ～環境の変化と制度改革が進む中で～

第5回（平成26年10月21日）

「病床機能分化と病院経営～2014診療報酬改定の影響～」

国際医療福祉総合研究所
（国際医療福祉大学大学院教授）

武藤正樹



国際医療福祉総合研究所

■ 講義スケジュール

回	日時	概要（内容は変更になる場合があります）	講師
1	9/23	「社会保障改革の動向とこれからの医療・介護の経営」	中村 秀一
2	9/30	「租税政策を意識した医療介護」	安部 和彦
3	10/7	「コンサルティングとこれからの医療経営」	石川 雅俊
4	10/14	「人口減少社会と病院経営」	高橋 泰
5	10/21	「病床機能分化と病院経営～2014診療報酬改定の影響～」	武藤 正樹
6	10/28	「DPCと費用対効果を意識した医療経営」	池田 俊也
7	11/4	「診療情報データに基づいた医療を目指す経営」	山本 康弘
8	11/11	①実務家の声を聞く「医療経営の現場」	万代 恭嗣氏 (東京山手メディカルセンター 院長)
9	11/18	「医療改革とこれからの医療・介護経営」	松山 幸弘
10	11/25	「ケアマネジメントと介護経営」	竹内 孝仁
11	12/2	「地域包括ケアシステムにおける地域マネジメントと事業者の役割」	高橋 紘士
12	12/9	「介護経営と法」	岡村 世里奈
13	12/16	②実務家の声を聞く「介護経営の現場」	廣江 研氏 (社会福祉法人こうほうえん 理事長)
14	12/23	「環境変化に対応した医療・介護の経営計画の立案」	羽田 明浩
15	1/6	パネルディスカッション	中村秀一 他

病床機能分化と病院経営

～2014年診療報酬改定の影響～

国際医療福祉大学大学院教授
参議院厚生労働委員会調査室客員調査員
武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

目次

- パート1
 - 地域医療ビジョン3つの課題
- パート2
 - 2014年診療報酬改定の影響～病床機能分化と連携
- パート3
 - 2014年診療報酬改定と後発医薬品、バイオシミラー



パート1

地域医療ビジョンと3つの課題



医療介護一括法可決成立(2014年6月18日)

地域医療介護一括法のポイント

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)

6月18日可決
成立

(カッコ内は施行時期)

5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



病床機能報告制度と 地域医療構想(ビジョン)

地域医療ビジョン

3つの課題

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

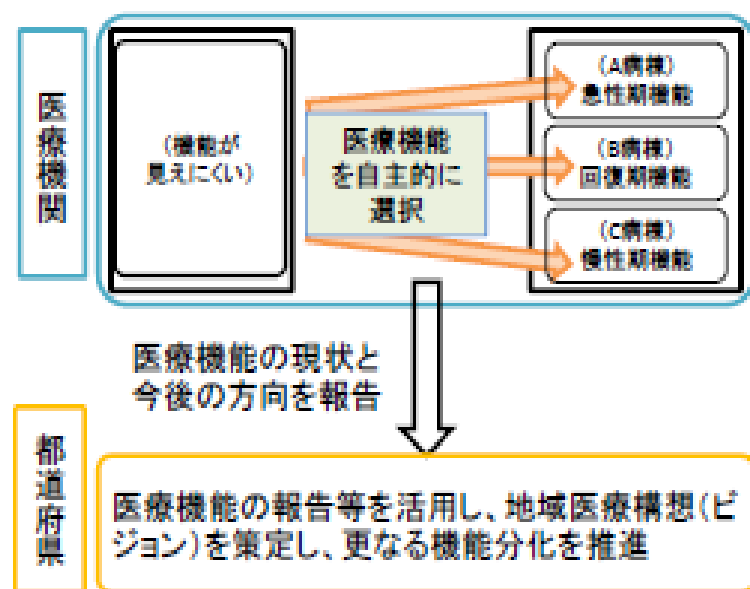
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



(地域医療構想(ビジョン)の内容)

1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

医療機関が報告する医療機能

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

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

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

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

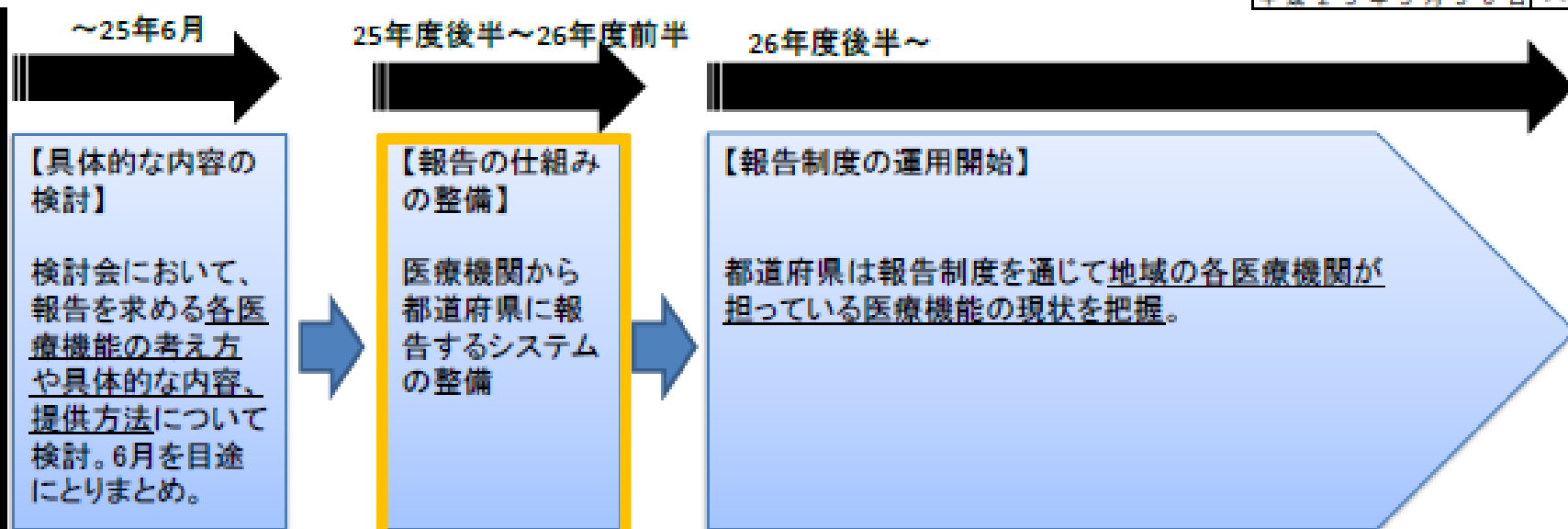
(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

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

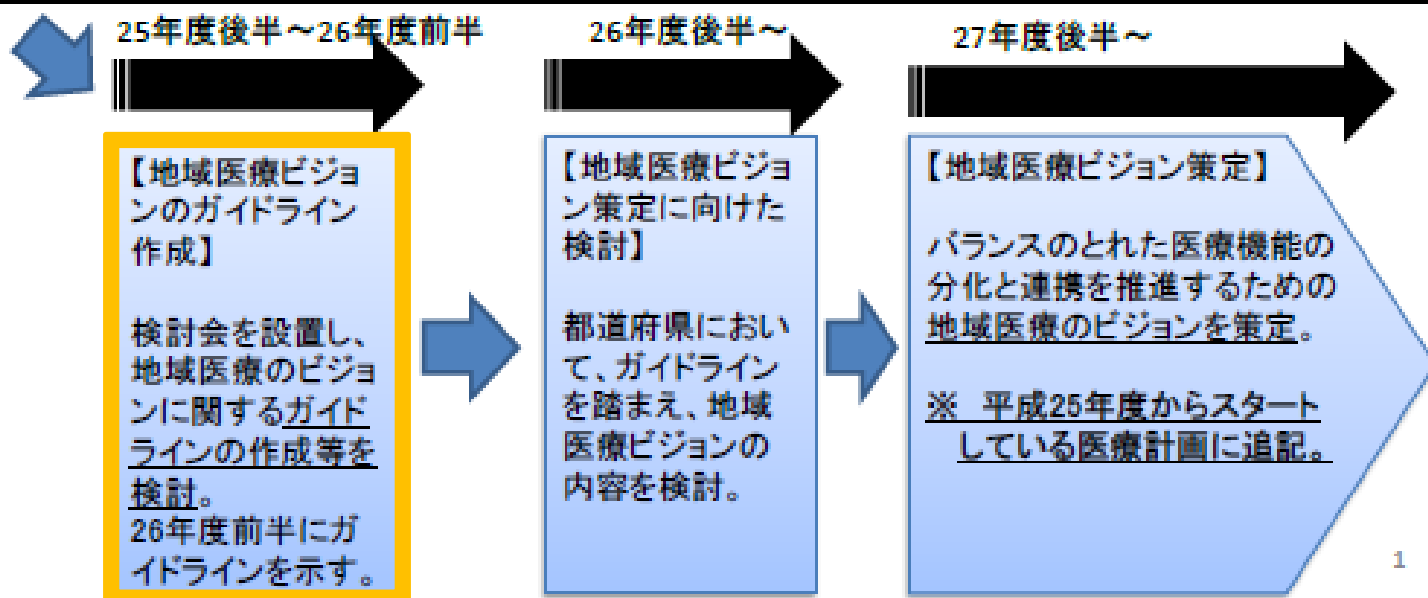
◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

報告制度



地域医療ビジョン



病床機能報告制度と地域医療ビジョン

- 報告項目

- 人員配置・医療機器等

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

- 手術・処置件数等

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

- 地域医療構想（ビジョン）

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

報告項目(案)(未定稿)

※原則としていずれの機能を選択しても、以下の全ての項目について報告することとする。

●: 概ね外科のみで実施され则认为される項目

☆: 医療計画において示されている指標例に類すると考えられる項目

#: 構造設備・人員配置等に関する項目のうち、有床診療所からの報告を求めるもの

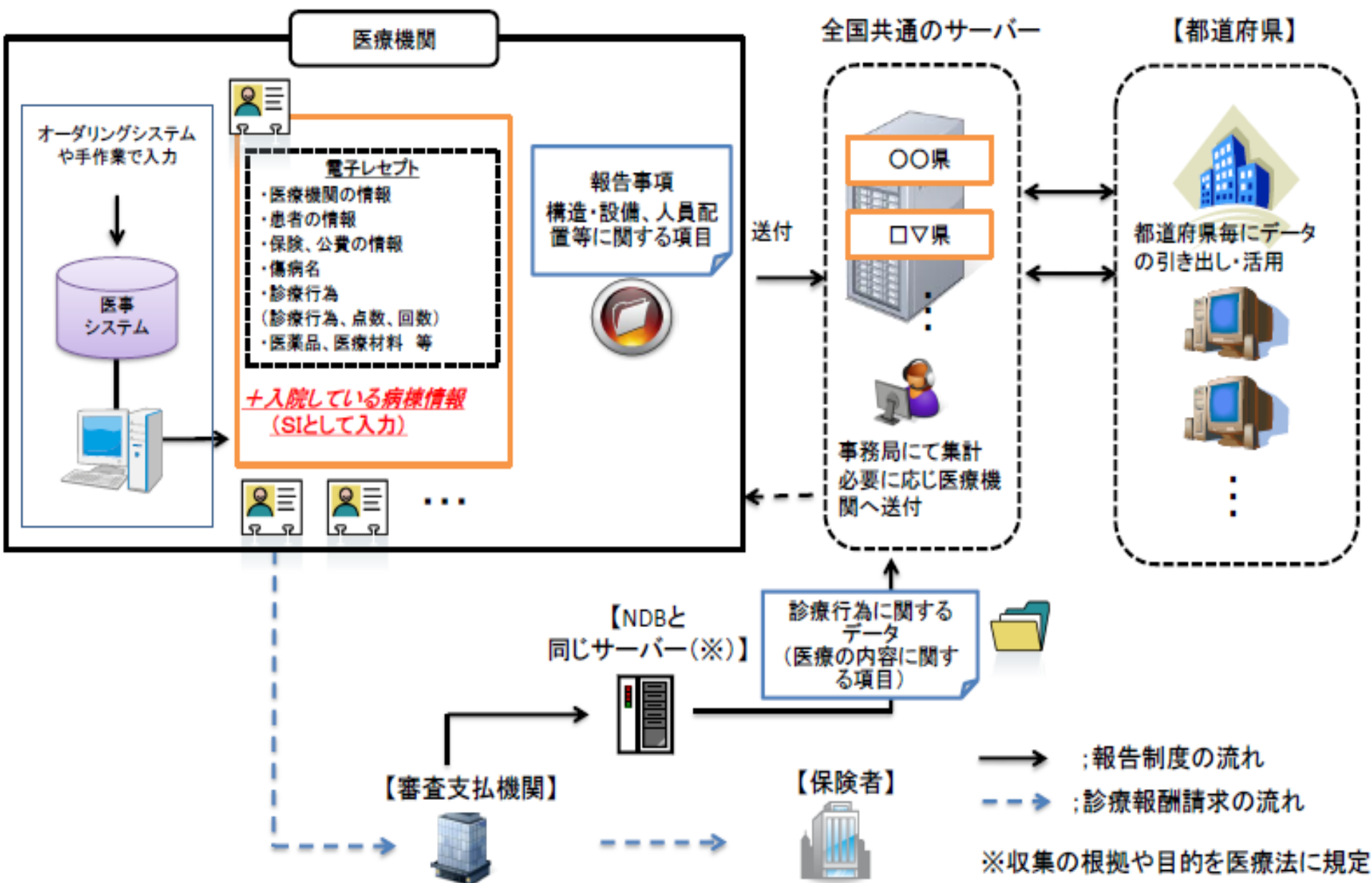
△: 前回の資料からの変更点

第12回病院機能情報の調査・調査の具体的なあり方に関する検討会	資料2
平成26年7月24日	

担う役割	具体的な項目	病院単位で報告を 求める項目		備考	
			レセプト を活用		
医療機能	# 現在の機能、将来時点の機能の予定	○			
(1) 構造設備・人員配置等に関する項目					
病床数・人員配置・機能など	# 許可病床数(療養病床の場合そのうち介護療養病床の数)	○			
	# 稼働病床数(療養病床の場合そのうち介護療養病床の数)	○			
	# 一般病床、療養病床の別	○			
	# 医療法上の経過措置に該当する病床数	○			
	# 看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数	○		○	傾斜配置も含め病床毎の配置を記載する。また、外来、手術室も別途記載する
	理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学技士	○		○	病床単位も記載する
	# 主とする診療科	○			一つの病棟を複数の診療科で活用することを基本とする場合の選択肢を設ける
	算定する入院基本料・特定入院料	○	(○)		
	DPC群			○	
	在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無			○	
	上記届出を行っている場合、医療機関以外での看取り数、医療機関での看取り数			○	介護老人保健施設等の入所施設は医療機関以外に含む
	☆ 二次救急医療施設、救急告示病院の有無			○	
	64列以上のCT			○	
	16列以上64列未満のCT			○	
	16列未満のCT			○	
	3T以上のMRI			○	
	1.5T以上3T未満のMRI			○	
	1.5T未満のMRI			○	

病床機能報告制度における集計等の作業について

別添2



病床機能報告制度に基づく病床配分の適正化(私案)

情報公開

全国平均

高度急性期

- ・ 対象医療行為 200件/100床/日

一般急性期

- ・ 対象医療行為 400件/100床/日

回復期

- ・ 対象医療行為 300件/100床/日

慢性期

- ・ 対象医療行為 100件/100床/日

医療圏平均

高度急性期

- ・ 対象医療行為 100件/100床/日

一般急性期

- ・ 対象医療行為 200件/100床/日

回復期

- ・ 対象医療行為 400件/100床/日

慢性期

- ・ 対象医療行為 200件/100床/日

〇〇病院

高度急性期

- ・ 対象医療行為 10件/100床/日

一般急性期

- ・ 対象医療行為 150件/100床/日

回復期

- ・ 対象医療行為 500件/100床/日

慢性期

- ・ 対象医療行為 300件/100床/日



病床区分ごとの基準病床数

- 社会保障審議会医療部会(部会長:永井良三・自治医科大学学長)2013年10月4日
- 1案
 - 新しい病床機能の定義を、次期医療法改正に盛り込んだ上で、現行の基準病床数(一般病床、療養病床を含む)に基づく新規開設、増床の許可に係る仕組みを適用する
- 2案
 - 医療法上の定義は変えないものの、病床機能報告制度の中で定量的な基準を設けて、著しい偏りがあるなどの場合、都道府県が一定の範囲内で補正できる仕組みを取り入れる。
-

病床区分ごとの基準病床数案に反対相次ぐ

- 日本病院会副会長 相沢孝夫氏
 - 「医療機関が必要な連携をしつつ、自主的に機能分化が進めるのが前提のはず。2つ目の案で、(病床数適正化に向けて)『誘導』との表現があるが、強制的に進めるようにしか見えない」。
- 日本医師会副会長 中川俊男氏
 - 1案について「病床基準数を法律で定めるというのは硬直的な案。5年後、10年後、何があるか分からず、柔軟に地域の医療機関が決められるようにすべき」、2案についても、基準を定める方向性に不満を示した。
- 全国自治体病院協議会会長 辺見公雄氏
 - 「公的病院では、自主的なベッド削減をほとんどやっている。民間病院も経営の必要があり、上が決めなくても、ふさわしい医療をやっていく」
- 慶応義塾大学経営大学院教授の田中滋氏
 - 「がちがちに基準を決めるのは良くない」

第3案(修正案)

- 修正案

- 地域医療ビジョンで定めた医療機能の必要量に収斂させていくため、医療機関相互の「協議の場」を設置
- 医療機関に対して、協議の場への参加と合意事項への協力などを努力義務とする案
- 合意を無視して、必要量に照らして過剰な医療機能の病床を増やそうとする、あるいは何らかの事情により、協議が機能不全になったなどの場合に、都道府県によるペナルティー的な対応を行う

- ペナルティー案

- ①医療機関名の公表、②各種補助金の交付対象や福祉医療機構による融資対象からの除外、③地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消



ムチ！

機能分化と連携を進める 医療機関に基金制度



アメ

- 2014年度予算政府案
 - 厚生労働省が「新たな財政支援制度」として検討を進めている基金制度に、約602億円を充てる
 - 地方の負担分を含めた基金の総額は約904億円
 - 機能分化・連携を進める医療機関への補助財源とするほか、現在は地域医療再生基金を活用して取り組む医療従事者の確保・養成を目的とする事業も補助対象とする予定
 - 地域包括ケアシステムの構築を推進する目的で、在宅医療・介護サービスの充実にも活用できるようにする方針

地域医療ビジョンの3つの課題

- ①医療圏見直し
- ②基準病床算定式見直し
- ③地域経営統合

①医療圏見直し

- 2次医療圏単位で「協議の場」の設定を想定
- **しかし現状の2次医療圏がそもそも妥当か？**
- 前回医療計画見直しの際、2次医療圏見直し（地方の小規模医療圏見直し）を行おうとしたが進まなかった経緯がある
- 2次医療圏見直し
 - 人口20万人未満で、流出率20%以上、流入率20%未満の医療圏を見直すことになった
 - 87医療圏が対象、しかし実際には3県の医療圏しか見直されなかった

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

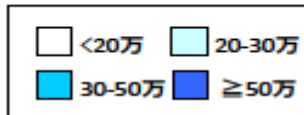
医療計画見直しの方向性

- ①医療圏見直し
 - 人口20万人未満、流出率20%以上、流入率20%未満
- ②数値指標の見直し
- ③精神疾患を5疾患目に追加
- ④医療従事者の確保に関する事項
- ⑤災害時における医療体制の見直し
- ⑥在宅医療に係わる医療体制の充実・強化

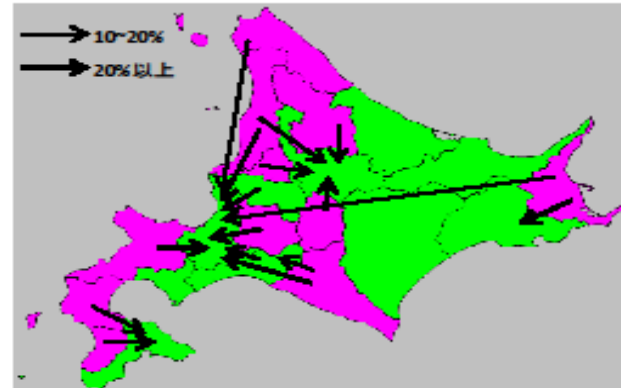
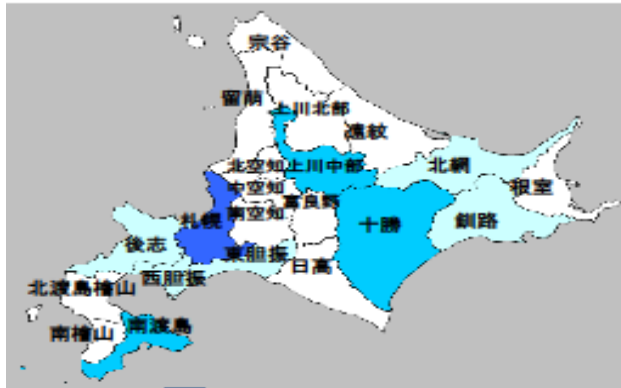
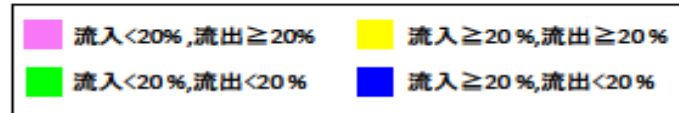
(北海道)

人口20万人未満、流出率20%以上、流入率20%未満

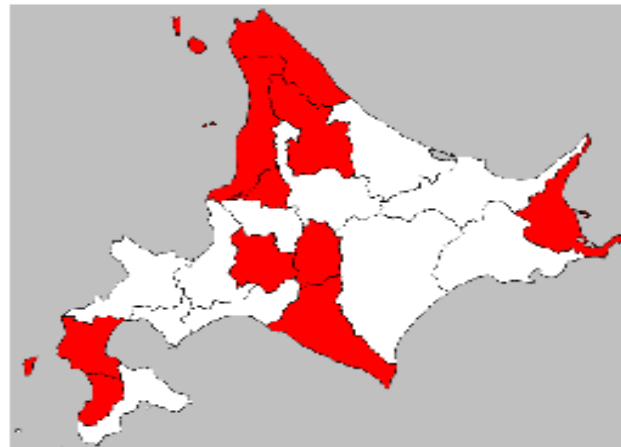
人口



流入出



■ 人口20万人未満
かつ患者流入率20%未満
かつ患者流出率20%以上



10医療圏が見直し対象となる
しかし、まったく見直しが
なされなかった!

(参考)各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状

都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上	都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上
	S63年	H22年				S63年	H22年		
北海道	21	21 (0)	12	10	滋賀県	7	7 (0)	4	2
青森県	6	6 (0)	3	3	京都府	6	6 (0)	3	2
岩手県	9	9 (0)	<7>	<5>	大阪府	4	8 (0)	0	0
宮城県	5	7 (0)	<4>	<4>	兵庫県	10	10 (0)	3	1
秋田県	8	8 (0)	7	3	奈良県	3	5 (0)	1	1
山形県	4	4 (0)	1	0	和歌山県	6	7 (0)	6	4
福島県	7	7 (0)	<3>	<3>	鳥取県	3	3 (0)	1	0
茨城県	6	9 (0)	0	0	鳥根県	6	7 (1)	5	4
栃木県	5	5 (0)	0	0	岡山県	5	5 (0)	3	2
群馬県	10	10 (0)	6	0	広島県	10	7 (0)	2	1
埼玉県	9	10 (0)	1	1	山口県	9	8 (0)	4	2
千葉県	12	9 (0)	1	0	徳島県	3	6 (0)	5	3
東京都	13	13 (1)	0	0	香川県	5	5 (1)	2	1
神奈川県	8	11 (0)	0	0	愛媛県	6	6 (0)	4	2
新潟県	13	7 (1)	0	0	高知県	4	4 (0)	3	2
富山県	4	4 (0)	2	0	福岡県	10	13 (0)	7	4
石川県	4	4 (0)	2	2	佐賀県	3	5 (0)	4	1
福井県	4	4 (0)	3	2	長崎県	9	9 (4)	2	2
山梨県	8	4 (0)	3	1	熊本県	10	11 (0)	10	4
長野県	10	10 (0)	5	4	大分県	10	6 (0)	4	3
岐阜県	5	5 (0)	1	0	宮崎県	6	7 (0)	6	3
静岡県	10	8 (0)	2	0	鹿児島県	12	9 (2)	5	4
愛知県	8	11 (0)	2	0	沖縄県	5	5 (2)	1	1
三重県	4	4 (0)	1	0	計	345	349 (12)	151 <14>	87 <12>

(カッコ内は被災3県における二次医療圏数)

※二次医療圏数は平成22年4月現在

出典：平成20年患者調査(医政局指導課による特別集計：二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合)

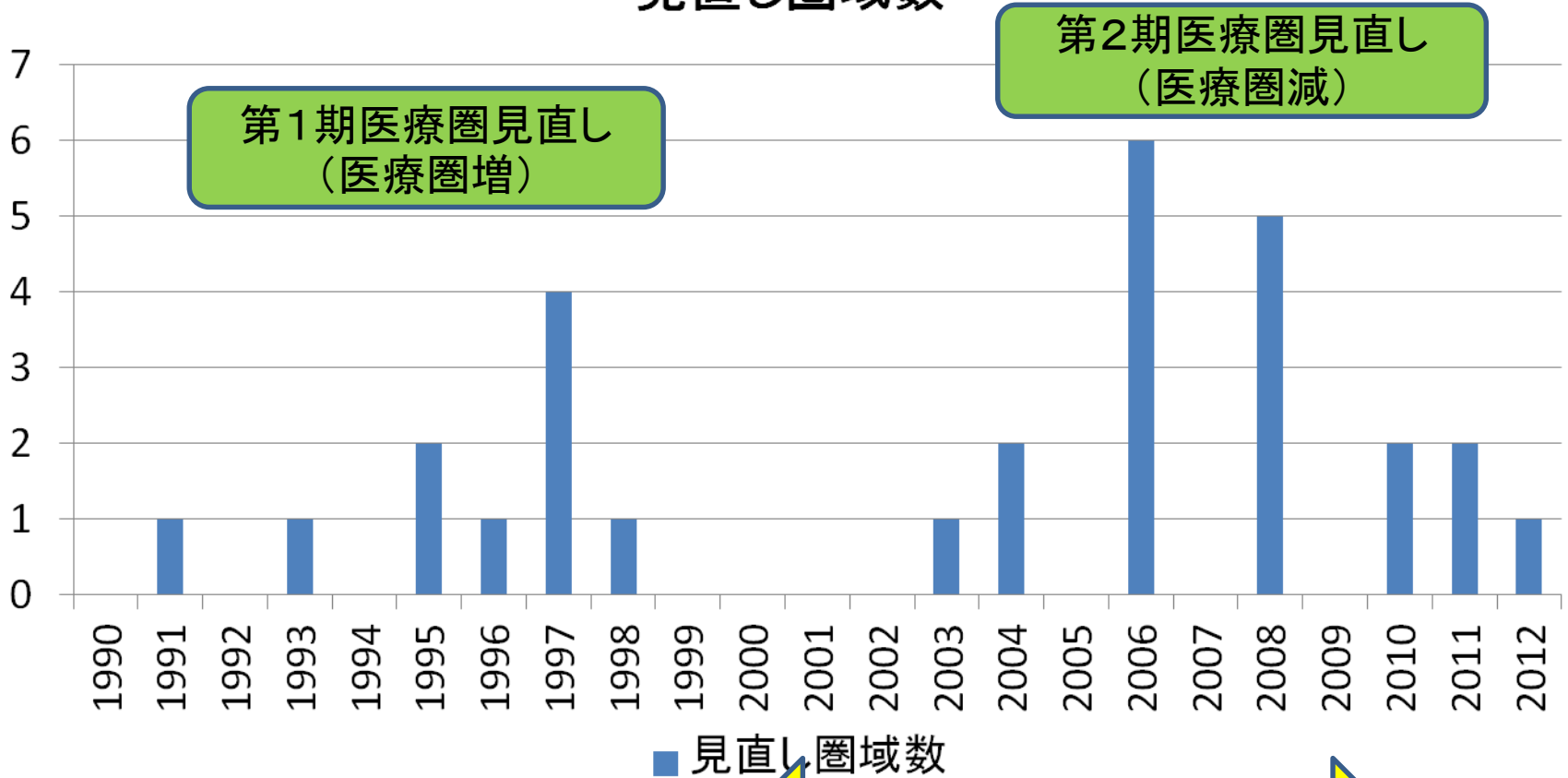
見直しをしない理由

～都道府県アンケート調査～

- 「見直す必要がない」(8府県、5府県は見直し対象圏域を含まない府県)
- 「(見直しの)メリットがない」(4県)
- 「医療資源の確保がより困難になる」(4県)
- 「(見直しの)時間がない」(2県)
- 「2次医療圏に関連づけられた拠点病院の指定などに影響が出る」(2県)
- 「地域医療再生基金など進行中の事業計画に影響が出る」(2県)
- 自由回答
 - 「見直しに伴い患者の利便性が低下するとの懸念から関係団体の理解が得られない」
 - 「地域特性を考えると医療圏の合併は医療サービスの低下を招く恐れがある」
 - 「医療圏の中核病院の維持・強化が必要」「現医療圏での課題に取り組み、患者の流入を解消することが住民に望まれている」

2次医療圏見直し圏域数の推移

見直し圏域数



第1期医療圏見直し
(医療圏増)

第2期医療圏見直し
(医療圏減)

■ 見直し圏域数

1985年医療法改正で
医療計画がスタート

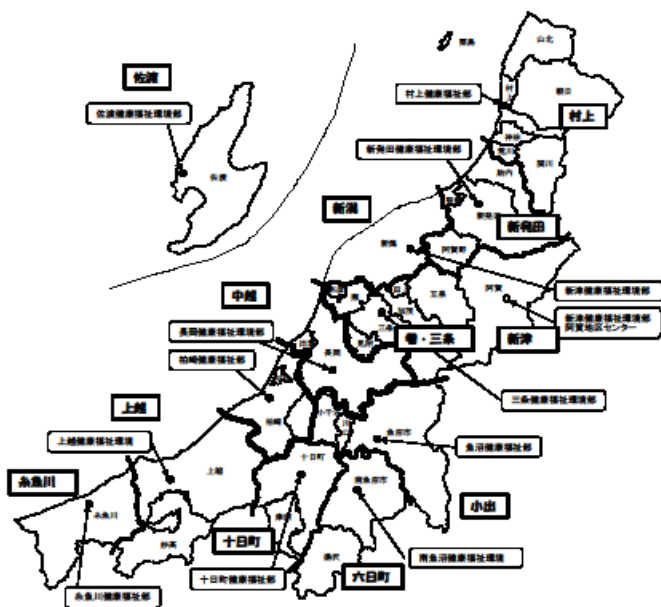


平成の市町村大合併
(1999～2010年)

地域医療再生資金(2009～2011年)

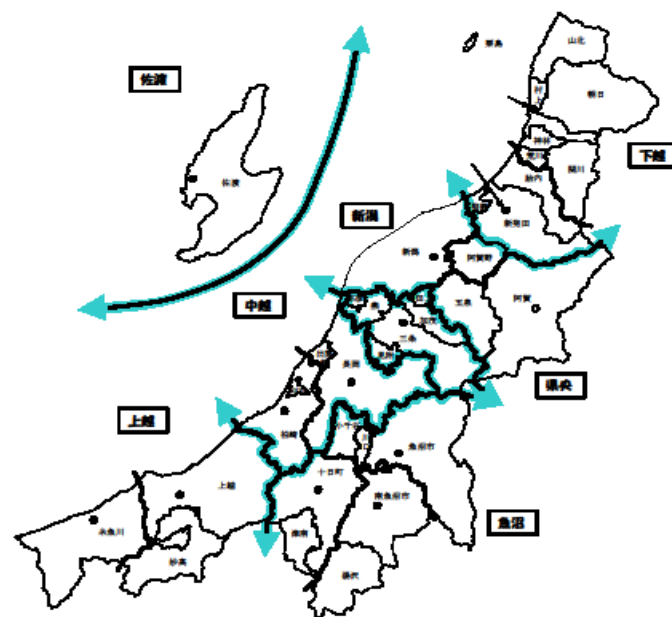
新潟県における二次医療圏見直し 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

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

2次医療圏見直しの課題

- 2次医療圏の再設定

- 人口規模が大きく、流入型の医療圏を中核として、医療圏を統合してはどうか？

- 新たな見直しコンセプトと基準を設定する

- キーワードは「集中！」

- 前回は人口規模の小さい医療圏の見直し

- これからは人口規模の大きい医療圏に周辺医療圏を統合する。このため中核医療圏を指定してはどうか？

- 中核医療圏の指定基準を作ってはどうか？

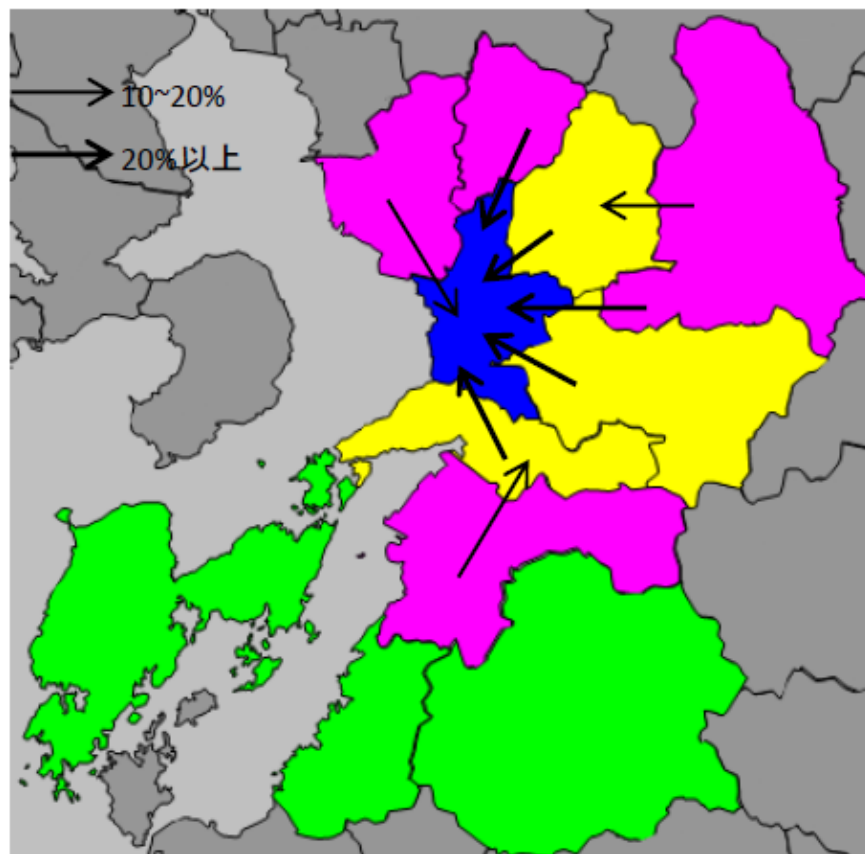
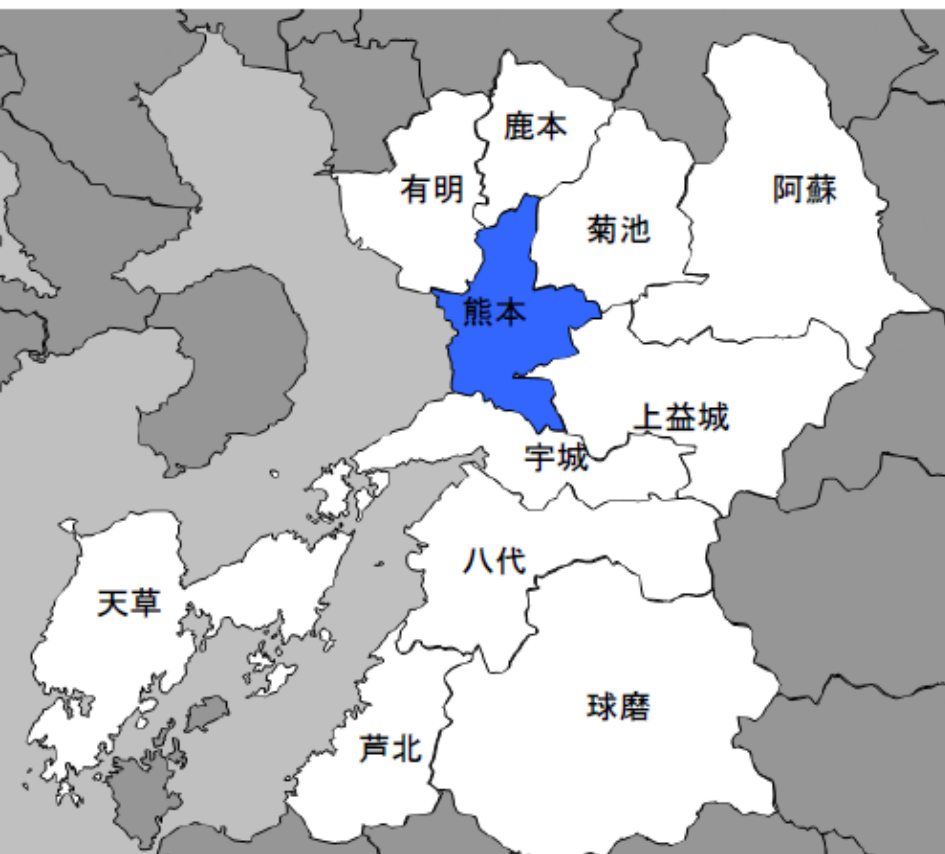
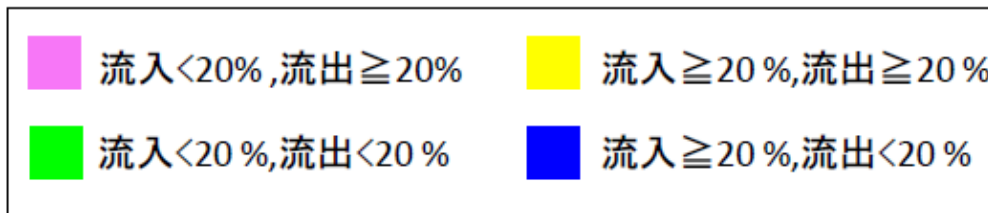
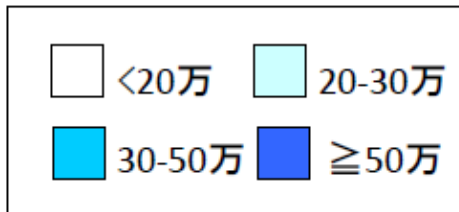
- 2次医療圏見直しを新たな基金で誘導してはどうか？

- 新たな基金による医療機能分化の適応要件と2次医療圏見直しをリンクさせる

人口

熊本県

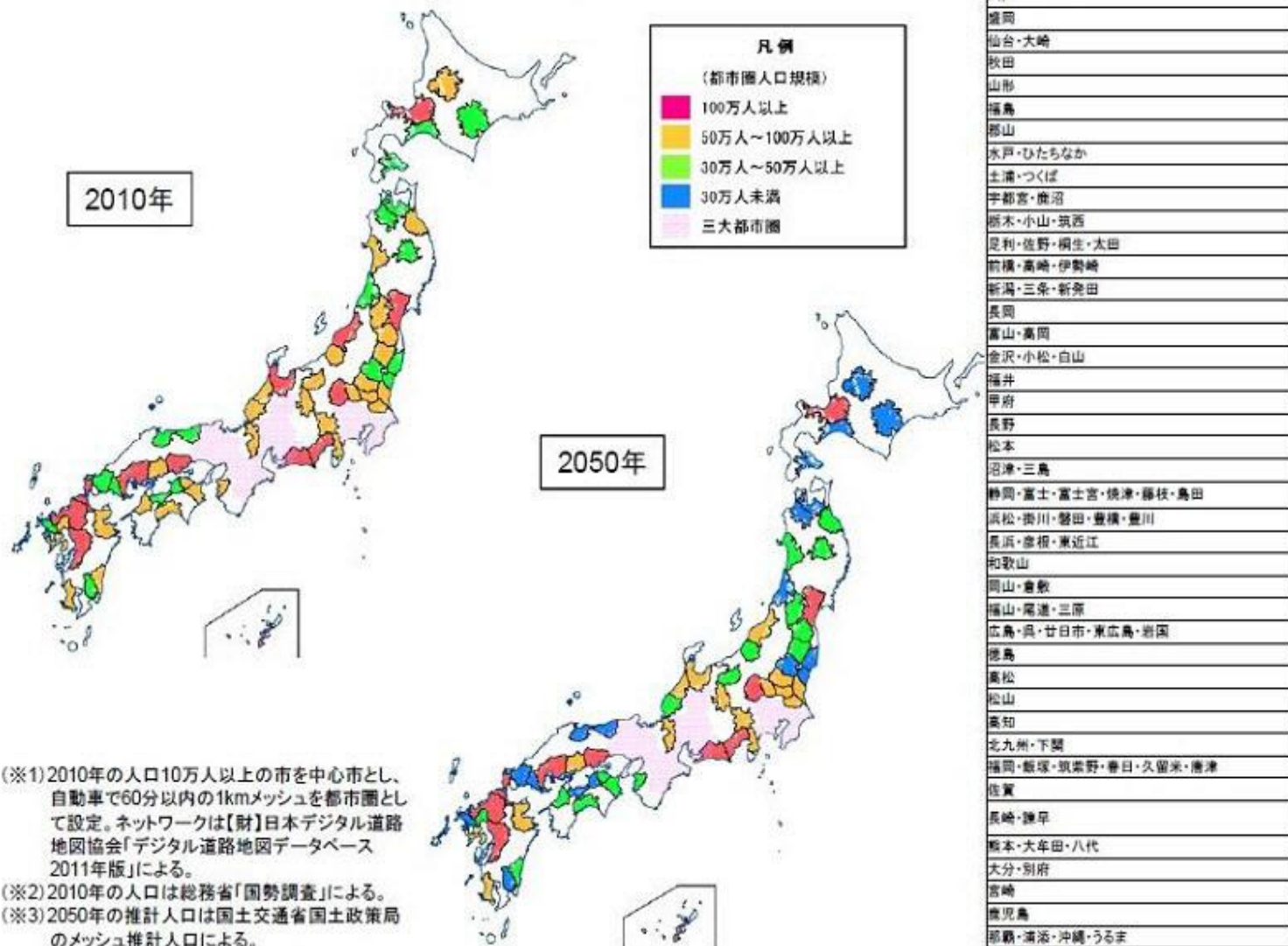
流入出



○30万人以上の都市圏※は、61(2010年)から43(2050年)へと激減。

※)三大都市圏を除く。

2010年に人口30万人以上の都市圏(三大都市圏を除く)の人口の変化



2050年に人口30万人を維持できる都市圏(中心市)

【43都市圏】

札幌・小樽・江別
八戸
盛岡
仙台・大崎
秋田
山形
福島
郡山
水戸・ひたちなか
土浦・つくば
宇都宮・鹿沼
栃木・小山・筑西
足利・佐野・桐生・太田
前橋・高崎・伊勢崎
新潟・三条・新潟田
長岡
富山・高岡
金沢・小松・白山
福井
甲府
長野
松本
沼津・三島
静岡・富士・富士宮・焼津・藤枝・島田
浜松・掛川・磐田・豊橋・豊川
長浜・彦根・東近江
和歌山
岡山・倉敷
福山・尾道・三原
広島・呉・廿日市・東広島・岩国
徳島
高松
松山
高知
北九州・下関
福岡・飯塚・筑紫野・春日・久留米・南津
佐賀
長崎・諫早
熊本・大牟田・八代
大分・別府
宮崎
鹿児島
那覇・浦添・沖縄・うるま

2050年に人口30万人を維持できない都市圏(中心市)

【18都市圏】

函館
旭川
帯広
苫小牧
青森
弘前
鶴岡・酒田
いわき
日立
郡濱塩原
鳥取
米子
徳島
山口・防府
丸亀
新居浜・西条
佐世保
那覇

(※1) 2010年の人口10万人以上の市を中心市とし、自動車で60分以内の1kmメッシュを都市圏として設定。ネットワークは【財】日本デジタル道路地図協会「デジタル道路地図データベース2011年版」による。

(※2) 2010年の人口は総務省「国勢調査」による。

(※3) 2050年の推計人口は国土交通省国土政策局のメッシュ推計人口による。

大都市圏の医療圏見直し

- 大都市圏の医療圏見直し

- これから起きる都市部の高齢化には、大都市部の医療圏の見直しが必要
- 大都市は特に県境医療圏問題が大きい
- たとえば東京都およびその周辺県の医療圏の設定はどうすればよいのか？

東京都 二次保健医療圏



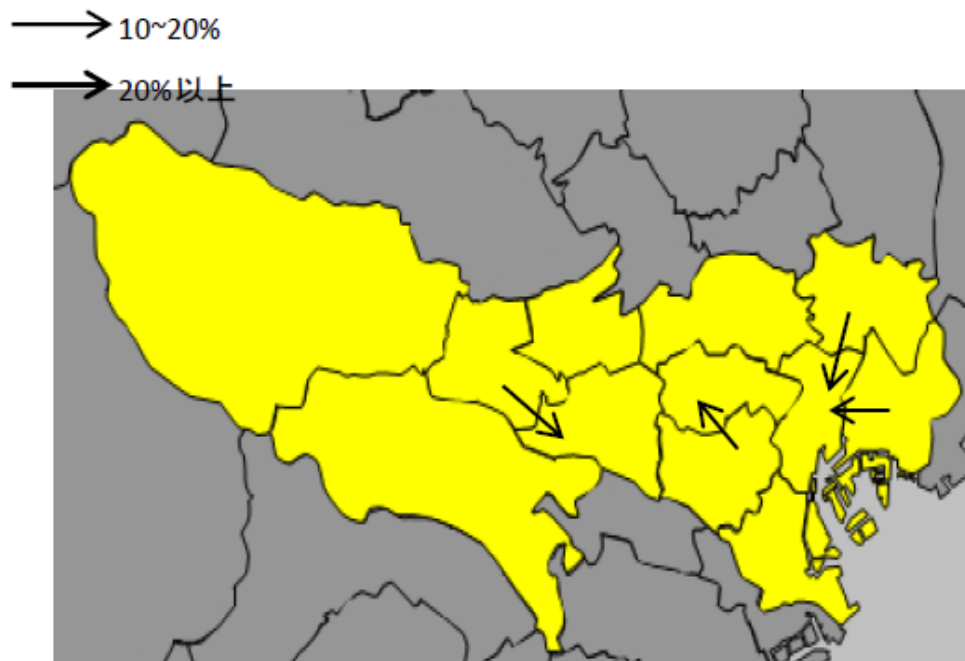
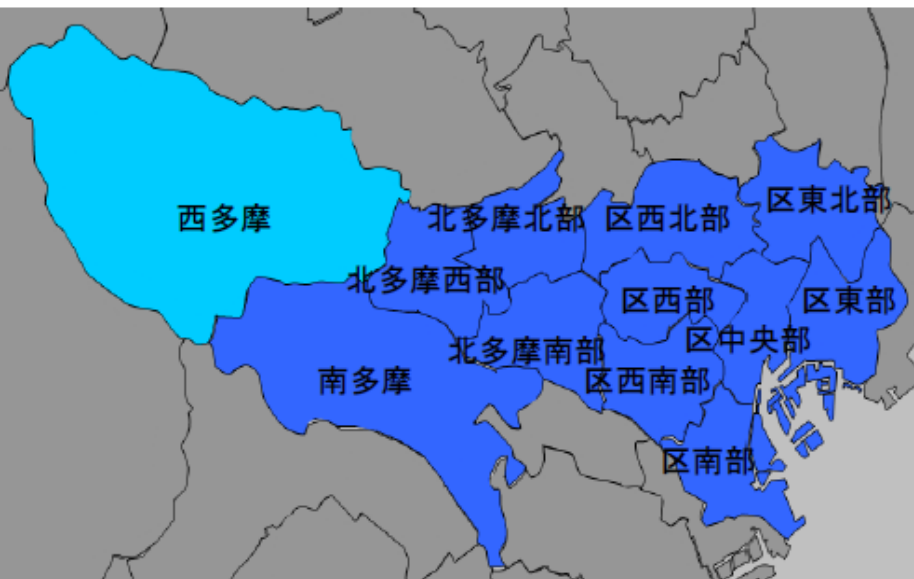
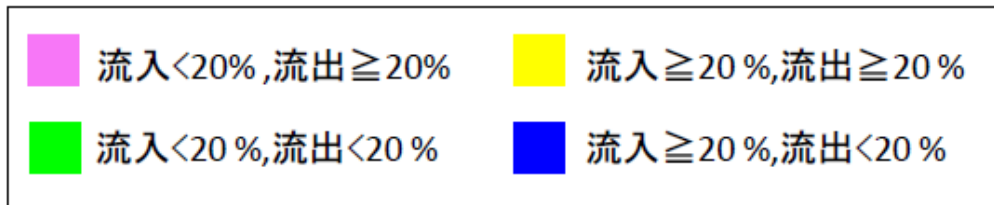
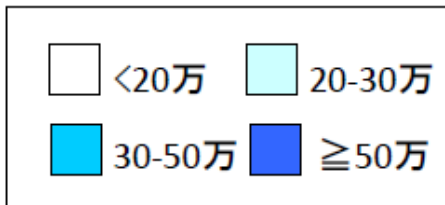
島しょ保健医療圏

大島町	利島村	新島村	神津島村	三宅村	御蔵島村	八丈町	青ヶ島村	小笠原村

人口

東京都

流入出



構想区域の設定

- 構想区域

- 「地域における病床の機能分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域」

- 医療法

- 二次医療圏

- 入院医療を完結する圏域

- 医療介護総合確保促進法

- 医療介護総合確保区域を定めて、基金を活用した地域の医療介護の総合的な確保を図る

- 市町ごと？

構想区域

- 中核医療圏を中心に統合した二次医療圏を基本として、5疾病・5事業＋在宅医療ごとの亜区域を設定してはどうか？
- 新たな医療圏はこれまでと違って大きな圏域となるため
- この際に、医療介護総合確保区域、老人福祉圏域との整合性も考慮する必要がある
- 県境問題もある

地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会

- 10月17日開催検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長）
- 「現状の2次医療圏は、さまざまな課題を持っているとはいえ、他に代わる有効なものがあるわけではないので、これをベースにし、4つの要素を勘案するという、厚労省の提案がおおむね認められたと思う」
- 「4つの要素」
 - (1)人口規模
 - (2)患者の受療行動（流出率・流入率）
 - (3)疾病構造の変化
 - (4)基幹病院までのアクセス時間等の変化



②基準病床見直し

基準病床数見直し

- 現状の基準病床数の計算式は分子に年齢階級別人口が入っている
- このため高齢化が進展すると、基準病床数がどんどん増えていく。
 - 前回医療計画見直しの際千葉県は3000病床増加した
- 社会保障と税一体改革では、2025年へむけて一般病床数は現状107万床から、放置すれば130万床になるところを103万床までしぼりこむとしている。
 - 基準病床数計算式の変更が必要

基準病床数制度の算定式(一般病床及び療養病床)の変遷

第一次医療法改正以前 (※病床規制の対象は公的医療機関等のみ)

「その他の病床」の必要病床数 = (一定の地域に含まれる各市町村別人口) × (各市町村の区分に応じて厚生大臣が定める数値)

第一次医療法改正(S60)(医療計画制度の創設)

「その他の病床」の必要病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

第四次医療法改正(H12) (「その他の病床」を一般病床と療養病床に区分)

「一般病床+療養病床」の基準病床数(*) = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

* 病床種別の届出期間中(~H15.8.31)は、経過措置として、「一般病床+療養病床」+「その他の病床(診療所の療養型病床群を含む)」の基準病床数

新算定式の導入(H18. 4. 1)

○ 一般病床の基準病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別退院率) × (平均在院日数 × 0.9) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

○ 療養病床の基準病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院・入所需要率) - (介護施設(介護療養型医療施設を除く)等に対応可能な数) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

2025年モデルにふさわしい算定式に変更
介護福祉、在宅等をも勘案した病床算定式

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 30万人/月 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15～16日程度	
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 長期ケア 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度
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 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	29万人/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 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 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。

必要病床数の算定

- 各都道府県別の医療・介護サービスの需要と供給(必要病床数)の2025年見込みが必要
- 見直した医療圏ごとの病床区分(在宅区分含む)ごとの必要量をNDBを基に算出することが必要
- 全国一律の算定式で対応できるか？

地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会

- 10月17日開催検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長）
- 2025年の医療需要と病床の必要量の推計
 - 社会保障・税一体改革で2011年6月に行った推計の基本的考え方を基に、レセプトデータやDPCデータなどを活用して、推計を精緻化する方針でもほぼ合意
 - 厚労省は次回の10月31日の会議で、医療需要等の推計のたたき台を提示する予定だ。



③地域経営統合

国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一



なぜ、競争ではなく協調なのか

- 個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難——診療報酬によって利益誘導できる話ではない。
- 量的拡張を目指す時代には、競争は有効だった。
- しかし、量的には整備された段階でも、今までのような競争を続けていけば、囚人のジレンマ状況に陥って、みんなが辛い状態の均衡に陥る——いや、陥っている。

解決の方向性は

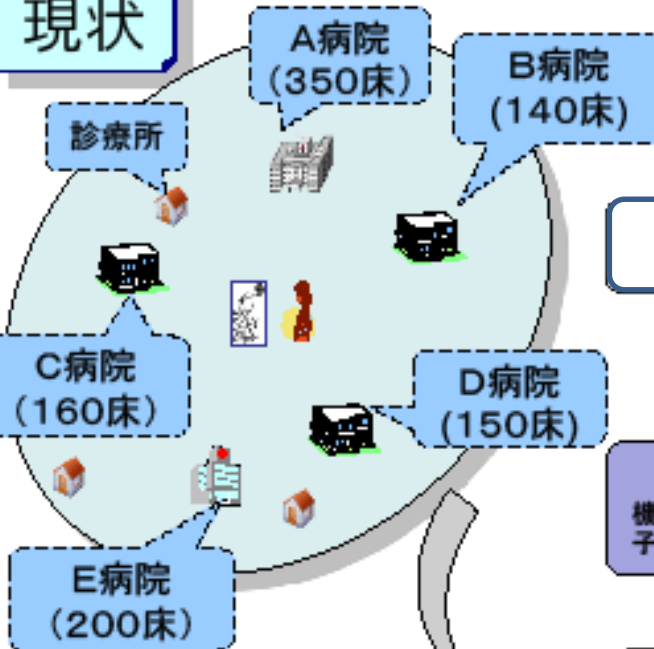
- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
 - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
 - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

連携ネットワークから統合ネットワークへ

- 地域連携ネットワーク(現状)
 - 経営主体の異なる医療機関・介護福祉施設の連携
 - 医療計画における連携推進
 - 疾病別・事業別ネットワーク
- 地域統合ネットワーク(今後)
 - 経営主体の異なる医療機関、介護福祉事業体等を経営統合した事業体を形成→IHN
 - IHNとは
 - 50km~100Km医療圏に急性期病院、回復期リハ、慢性期病院、診療所、介護施設、在宅医療・介護
 - 売り上げ規模1000億~2000億円規模の統合ネットワーク
 - 保険者、物流、医療人材、情報の統合ネットワークを形成
 - 医療人材養成機関(大学)を併設あるいは連携

地域連携ネットワークから地域統合ネットワークへ

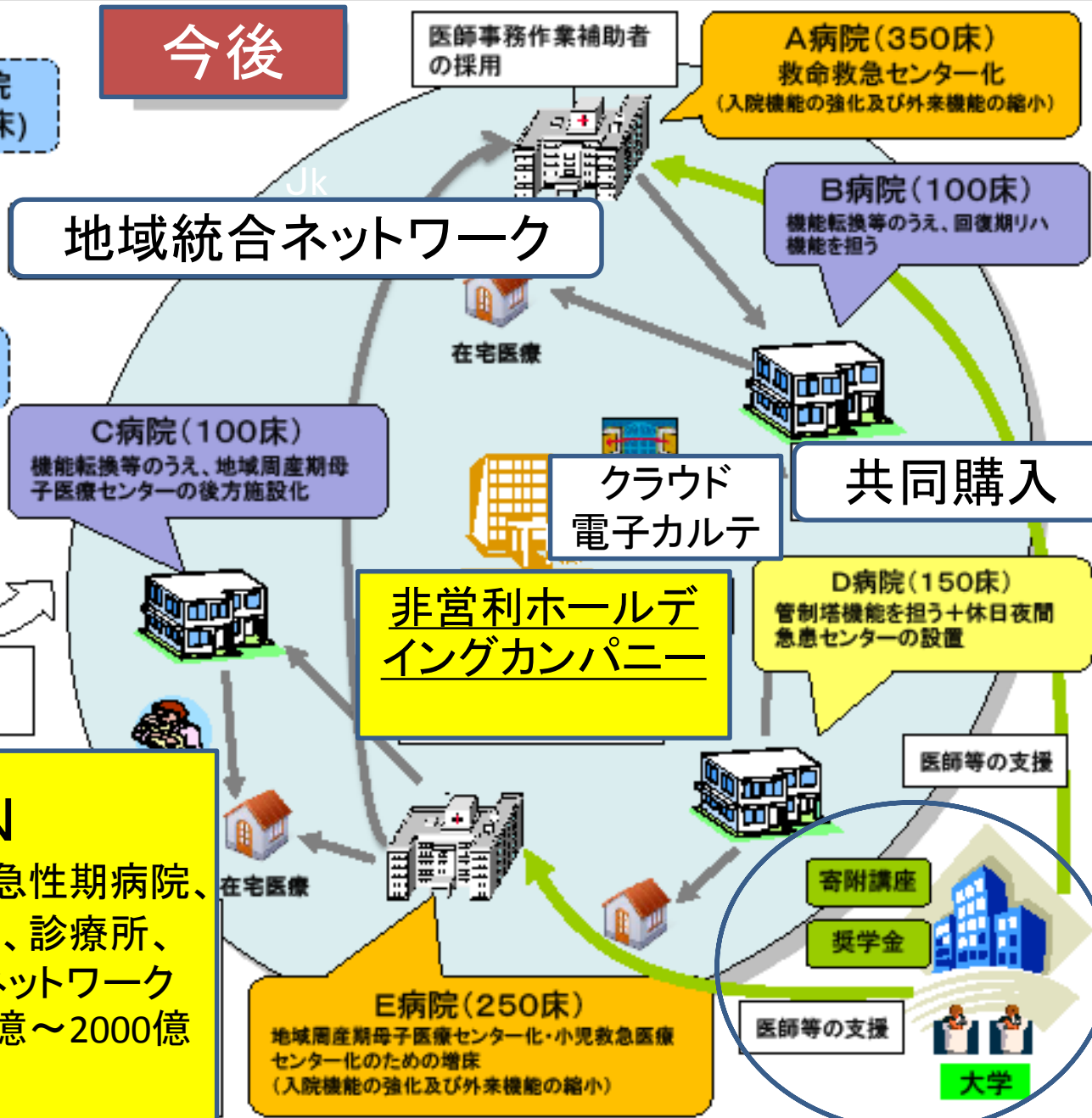
現状



- 課題
- 地域の医療資源が不足している
 - 施設間で機能分化と連携ができていない

今後

地域統合ネットワーク



日本版IHN

半径50Km~100Km 圏内に急性期病院、回復期リハ病院、慢性期病院、診療所、介護福祉施設、大学の統合ネットワーク (IHN) を形成、売り上げ1000億~2000億円規模

大学

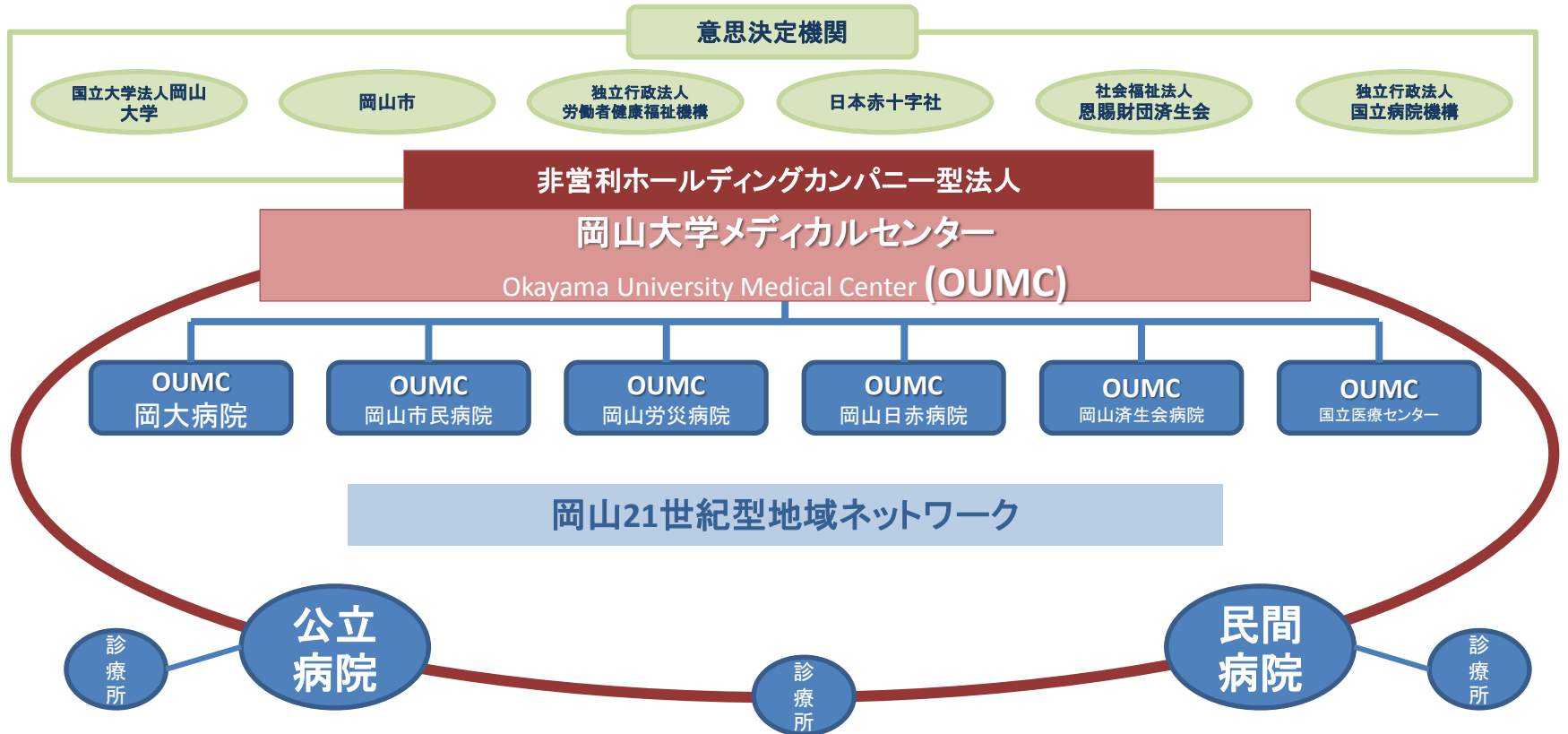


岡山大学メディカルセンター構想

～岡山における医療・福祉サービス提供体制の効率化と地域経済活性化の実現～

平成26年3月28日
岡山大学 森田 潔

(2) 岡山大学メディカルセンター構想の概要



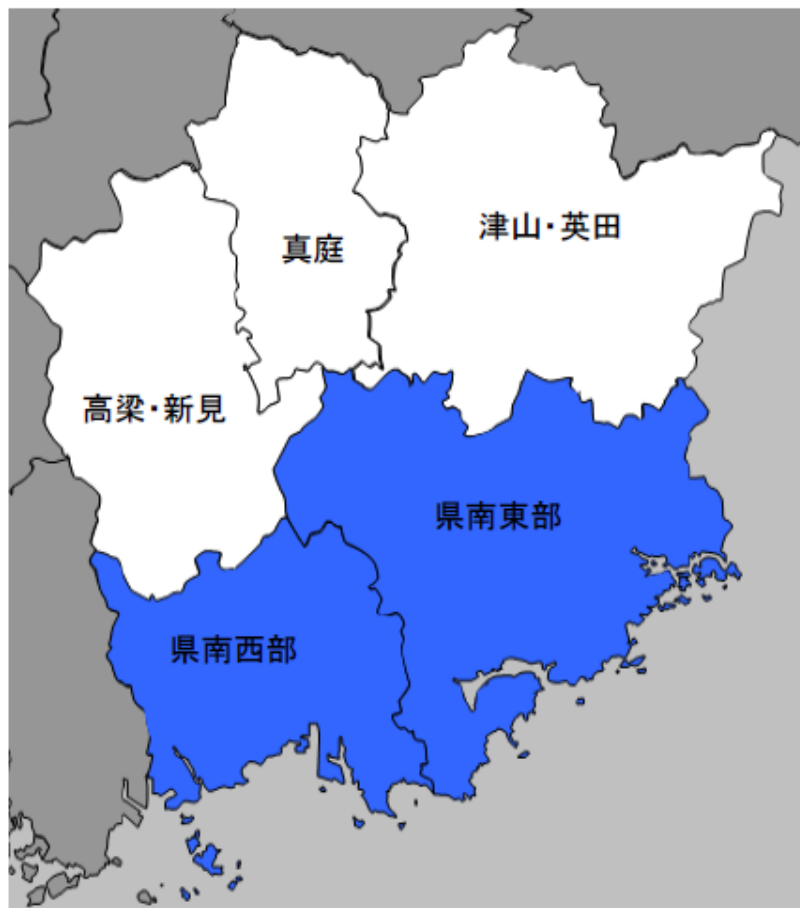
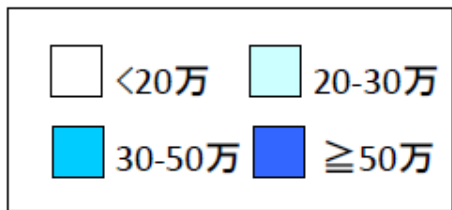
(3) 岡山大学メディカルセンター構想の期待される効果③

Okayama University Medical Center (OUMC)

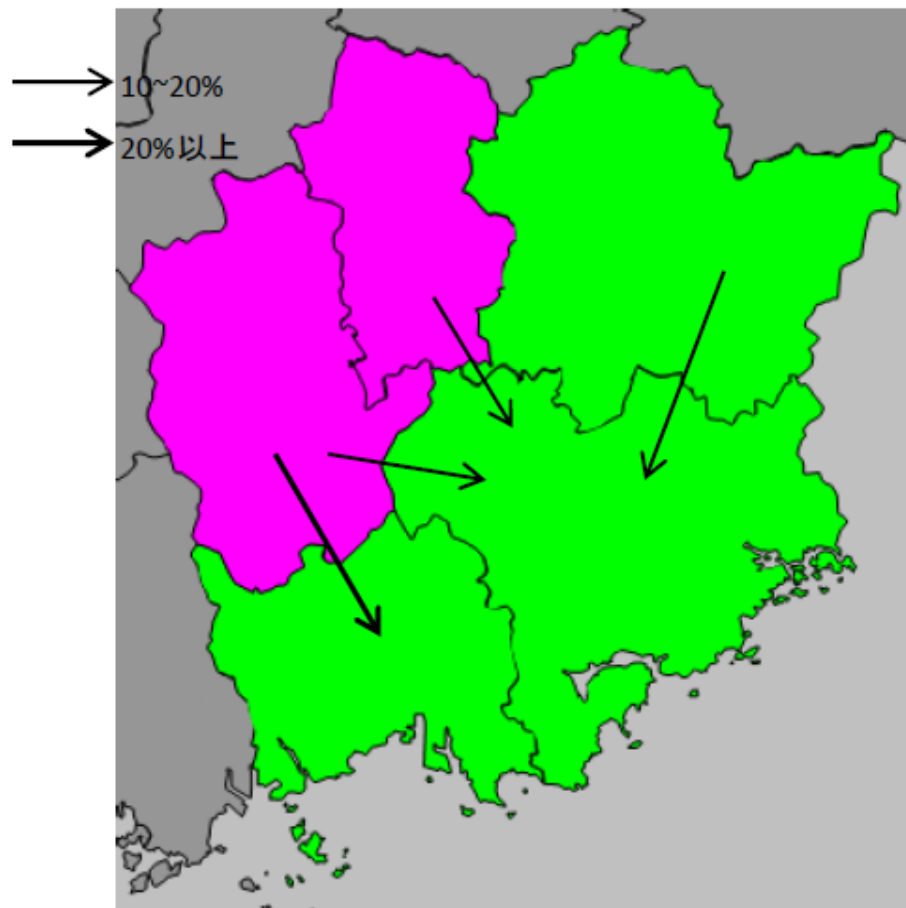
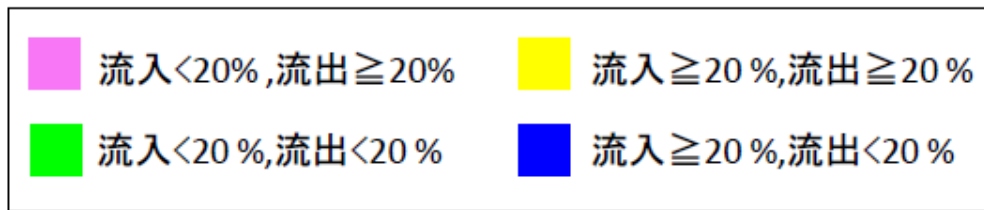
《医療産業都市を形成する》

- ✓ 県内外から患者を呼び込む。
 - * 集約による医療レベルの向上を通じて、県外からも患者を受け入れる。
 - * 内外からの患者吸引力が増大することで、宿泊施設などの県内周辺産業の需要増につながる。
 - * 来訪者の増加に加え、「医療」「健康」の地域イメージと、農水産物などの地域資源を組み合わせることで、様々な産業振興、経済活性化の可能性が生まれてくる。
- ✓ 医薬品や医療機器の研究開発の基盤を充実する。
 - * 症例集積が進むことで、医療の質の向上、治療成績の向上など、医療技術の向上に繋がるとともに、研究開発の基盤が充実する。（岡山大学病院は臨床研究中核病院に認定）
- ✓ 医療関連産業の集積。
 - * 全体で症例が蓄積し、研究開発機能が集約されることで、創薬ベンチャーを含めた医薬品産業、医療機器産業、資本の集積に繋がる。
- ✓ 日本の医療サービス輸出の拠点となる国内企業のアジア進出を後押しする。
 - * 岡山大学がミャンマーの医師育成に長年協力してきた実績を踏まえ、OUMCを基盤に東南アジア諸国の医療制度整備に貢献する。これまでに築いた人脈をソフトパワーとして、日本の医療サービスの輸出する拠点となる。

人口



流入出

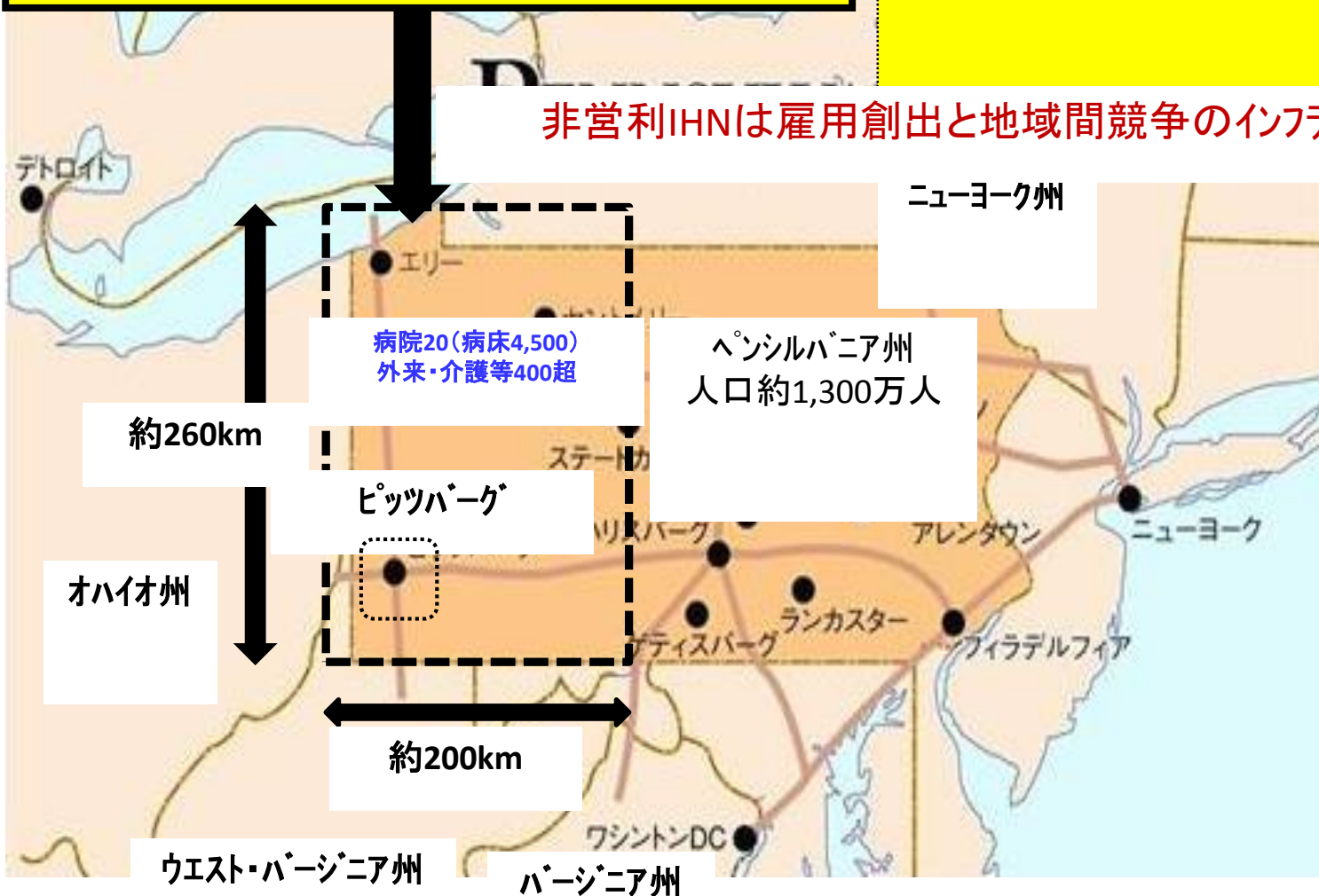


UPMCの病院医療市場シェア
ピッツバーグのあるアルゲニー郡で60%
同一医療圏にライバル非営利IHNが存在
⇒市場独占は独禁法に抵触

UPMCの医療圏(人口約400万人)

ピッツバーグ大学メディカルセンター(UPMC)

非営利IHNは雇用創出と地域間競争のインフラ



1986年創立、25年でMayo を追い抜いたUPMC

地域経営統合についても地域医療構想の中で積極的に位置づけるようにしてはどうか？

パート2

2014年診療報酬改定の影響 ～病床機能分化と連携～



2014年診療報酬改定の課題

病床機能分化と在宅医療

中医協調査専門組織
入院医療等調査・評価分科会

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会

委員名簿

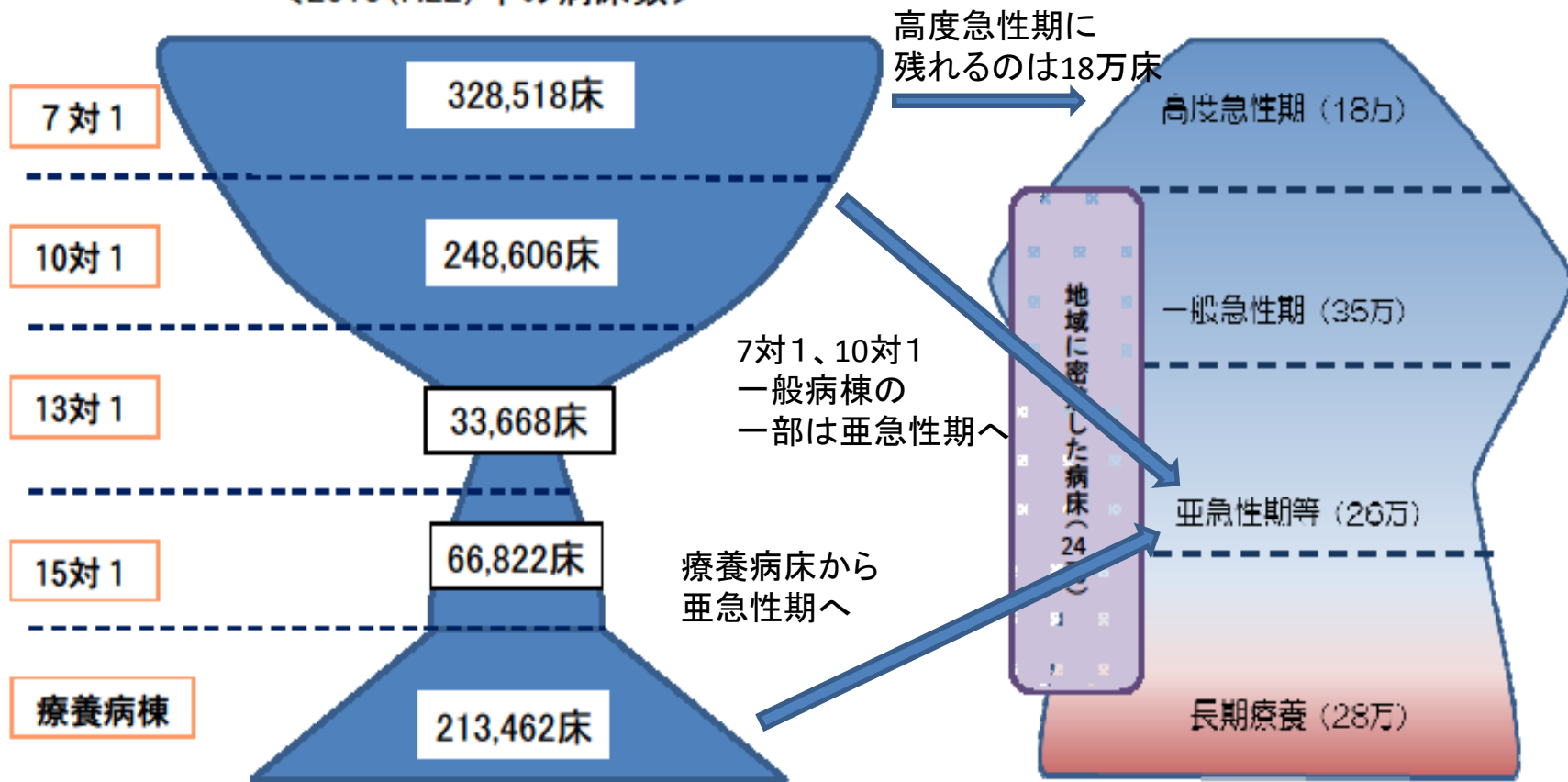
氏名	所属
あんどう ぶんえい 安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
かつき すすむ 香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
こうち えいたろう 高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
さなぎ すすむ 佐柳 進	独立行政法人国立病院機構関門医療センター一病院長
しまもり よしこ 嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	医療法人平成博愛会 理事長
つつい たかこ 筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
ふじもり けんじ 藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター一長
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○ : 分科会長

診療報酬による病床機能分化 ～ウィングラス型からヤクルト型へ～

<2010(H22)年の病床数>

<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

入院医療等の調査・評価分科会

- (1) **一般病棟入院基本料**の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
 - ①平均在院日数について
 - ②重症度・看護必要度の項目
 - ③その他の指標について
- (2) **亜急性期入院医療管理料**等の見直し
- (3) 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

7対1入院基本料のあり方

- 7対1入院基本料を算定している医療機関は、長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された短期間の医療を提供するのではなく、主に「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」と考えられる。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関のあり方を踏まえ、平均在院日数の算出において、治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術や検査は平均在院日数の計算対象から外す
- 退院支援の強化と受け皿となる病棟の評価を検討することを前提に、特定除外制度については13対1・15対1と同様の取り扱いとする

7対1病床はどれくらい
削減されるだろうか？

当初は9万床と言っていたが...

その他指標

- 7対1入院基本料を算定している医療機関の診療実態を明らかにし、継続的に調査分析を行うためにDPCデータの提出を要件とすること
- 在宅復帰率75%
 - 退院支援の取り組みの評価としての在宅復帰率（自宅、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、在宅復帰機能強化加算を届けている療養病床への退院）
- 早期リハ
 - 急性期病棟におけるADL低下や関節拘縮等の予防のための早期リハによる介入ができる体制を評価する指標

地域包括ケア病棟の新設

- 地域包括ケア病棟（亜急性期病棟）の機能
 - ①急性期病床からの患者受け入れ
 - 重症度・看護必要度
 - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
 - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
 - ③在宅への復帰支援
 - 在宅復帰率
- データ提出
 - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

地域包括ケアを支援する病棟の評価

▶ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められる。

(新)	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1	2,558点	(60日まで)
	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2	2,058点	(60日まで)
	看護職員配置加算	150点	
	看護補助者配置加算	150点	
	救急・在宅等支援病床初期加算	150点	(14日まで)

[施設基準等]

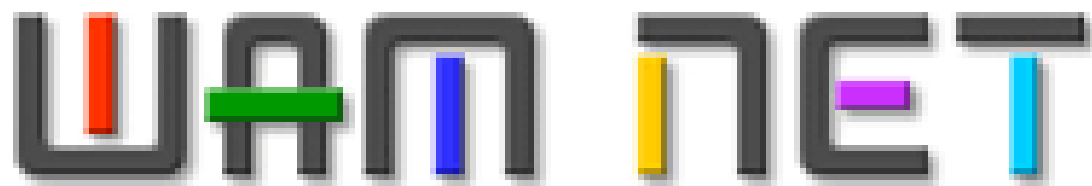
- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることにはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

「地域包括ケア病棟」
リハは包括化された



福祉医療機構アンケート調査

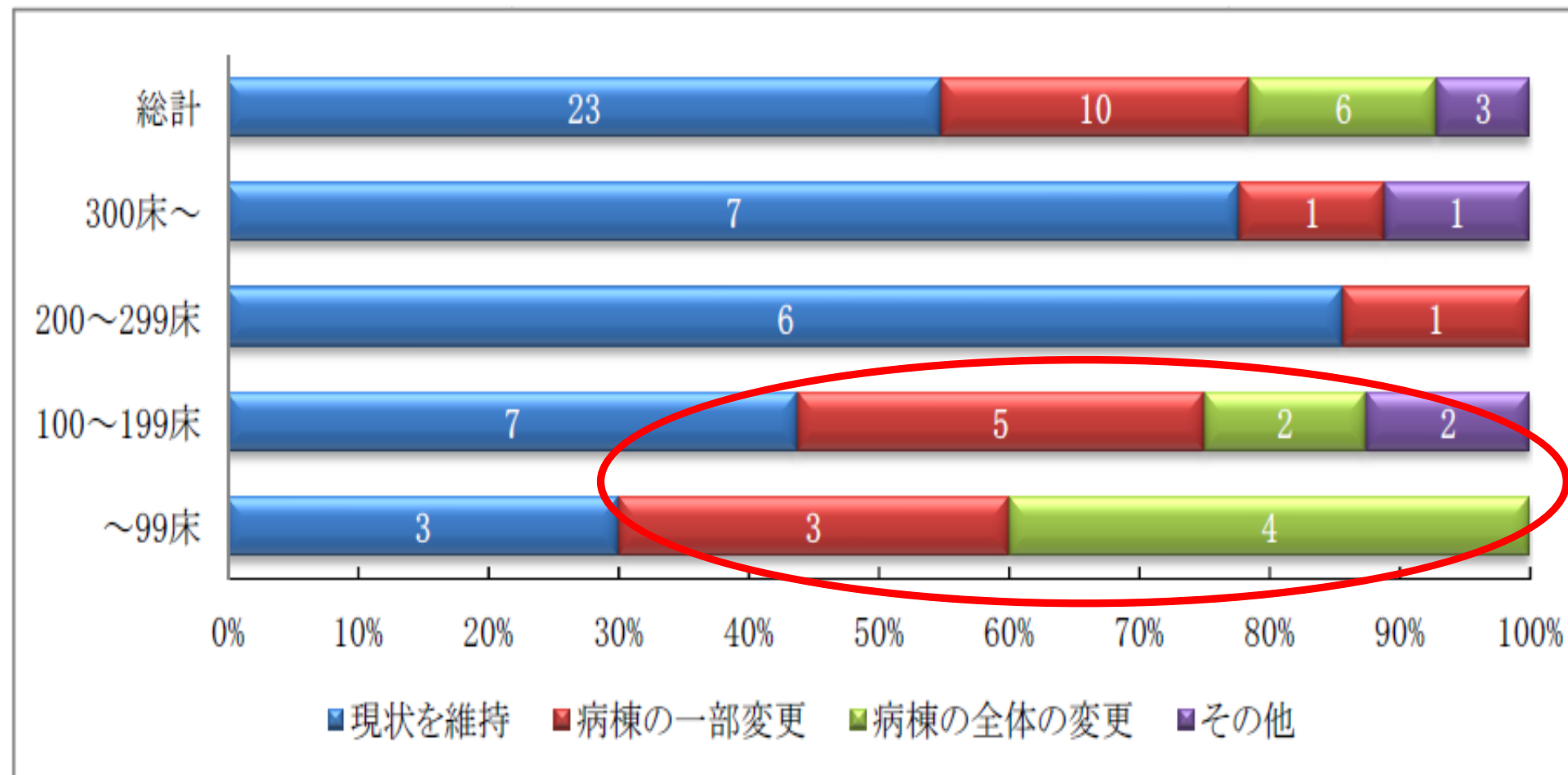
貸付先1380施設(990法人)を対象

2014年5月12日～23日にかけて、

Webアンケートを実施

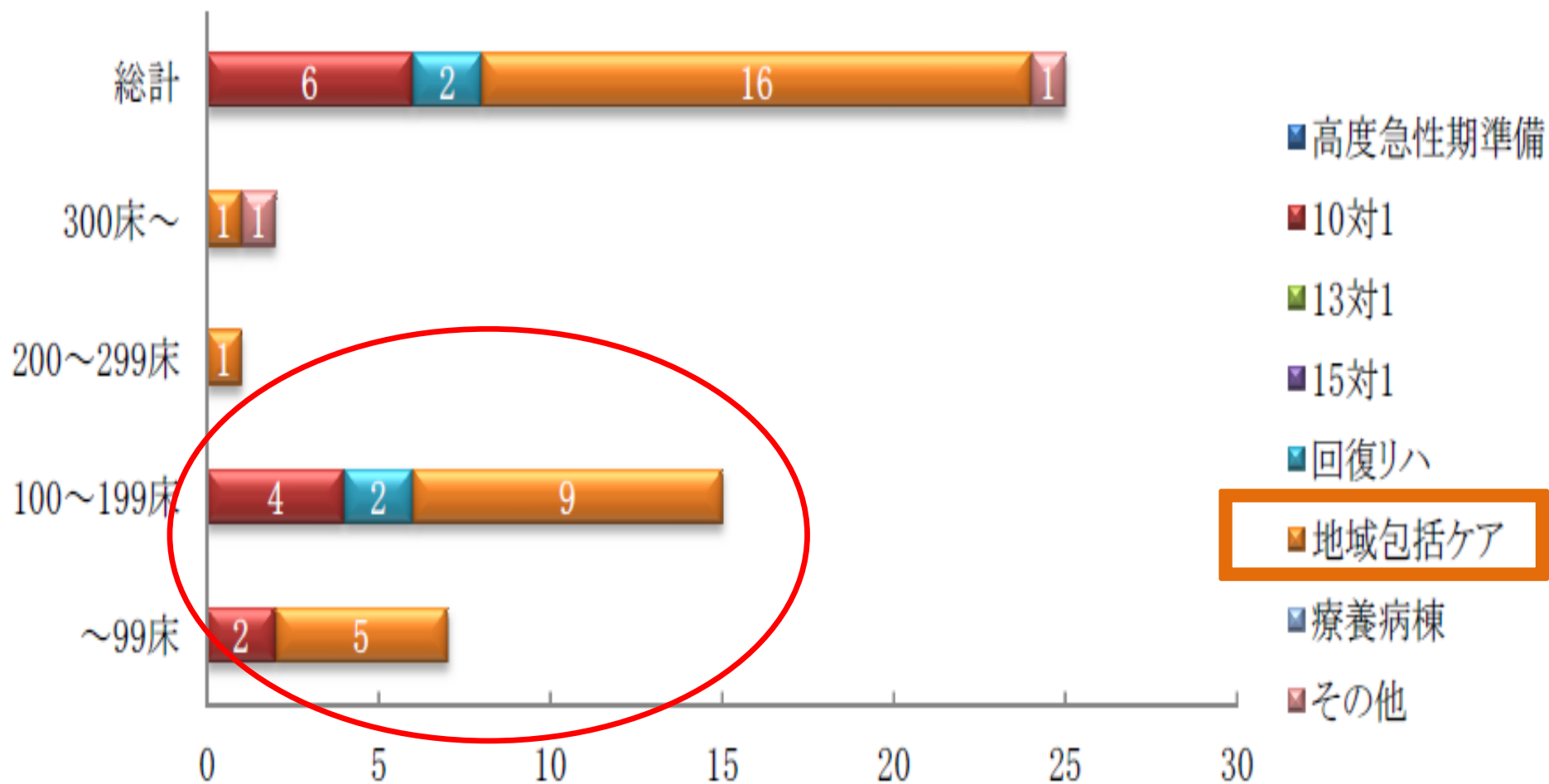
201施設(172法人)より回答を得た(回収率14.6%)

(図表 8) 病棟変更の検討 (7 対 1 入院基本料)



※ グラフ内の数値は回答数

(図表 10) 7 対 1 入院基本料からの変更先



※ グラフ内の数値は回答数

在宅療養後方支援病院 地域包括ケア病棟の例



医療法人 平成博愛会

世田谷記念病院

SETAGAYA MEMORIAL HOSPITAL

日慢協 武久洋三氏



平成24年4月2日開院

地域包括ケア後方病院？

全室個室200床

医療療養病床 105床

地域包括ケア病棟

長期急性期病床 56床
長期慢性期病床 49床

回復期リハビリ病棟 95床

診療科目
内科、整形外科、リハビリテーション科
診療時間
午前9時～正午



2つのタイプの療養病床

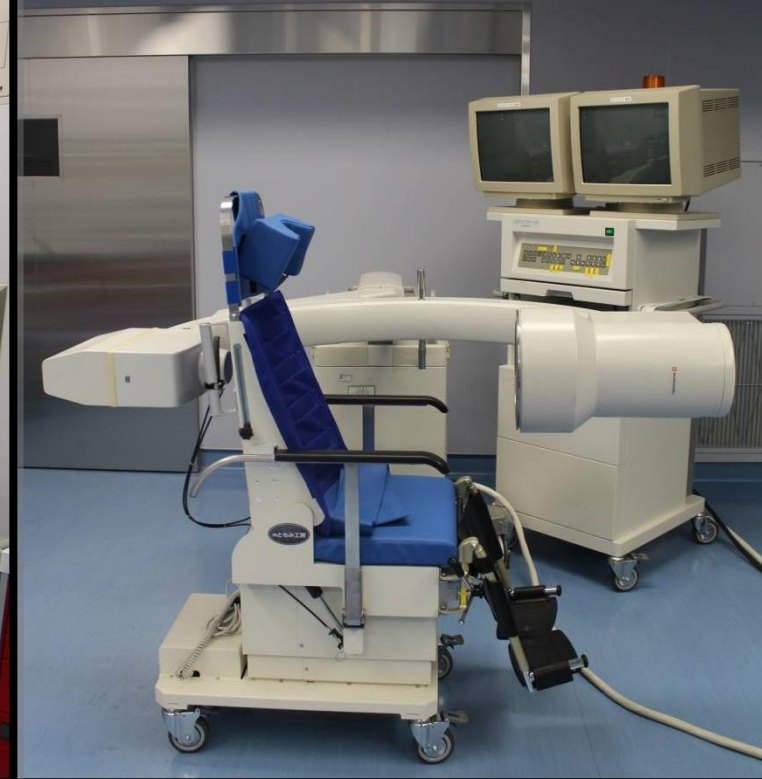
長期急性期病床

地域包括ケア病棟

- 急性期治療を終えた患者様を早期(1~2週間)に受け入れる
- 積極的な治療とリハビリにより早期退院を目指す
- 在宅療養や施設入所患者様の状態悪化時の後方支援病床
- 看護配置は15:1(通常の療養は20:1)→10対1
- 目標平均在院日数は2ヶ月
- 在宅復帰率 70%

長期慢性期病床

- 長期急性期病床での治療で状態が安定した患者
- 入院前から長期療養が必要と分かっている患者
- 長期急性期病床と同様に積極的な治療とリハビリにより退院を目指す



実施可能な手技・検査

PICC・CVカテーテル挿入

嚥下造影

VE検査

内視鏡検査(経鼻・経口)

中心静脈リザーバー挿入術

胃瘻造設術



リハビリテーション

PT 57名

OT 17名

ST 8名

合計 82名

回復期

9単位/日

24時間365日

長期急性期

1~2単位/日

地域包括ケア病棟
2単位必須

長期慢性期

集団リハビリ・レクリエーション

2014年診療報酬改定の インパクト

熊本市を例に

2014年診療報酬改定の影響

- 済生会熊本病院と医療連携先の病院の事例報告があった
- 熊本医療圏人口は73万人で、病院数91、診療所数574

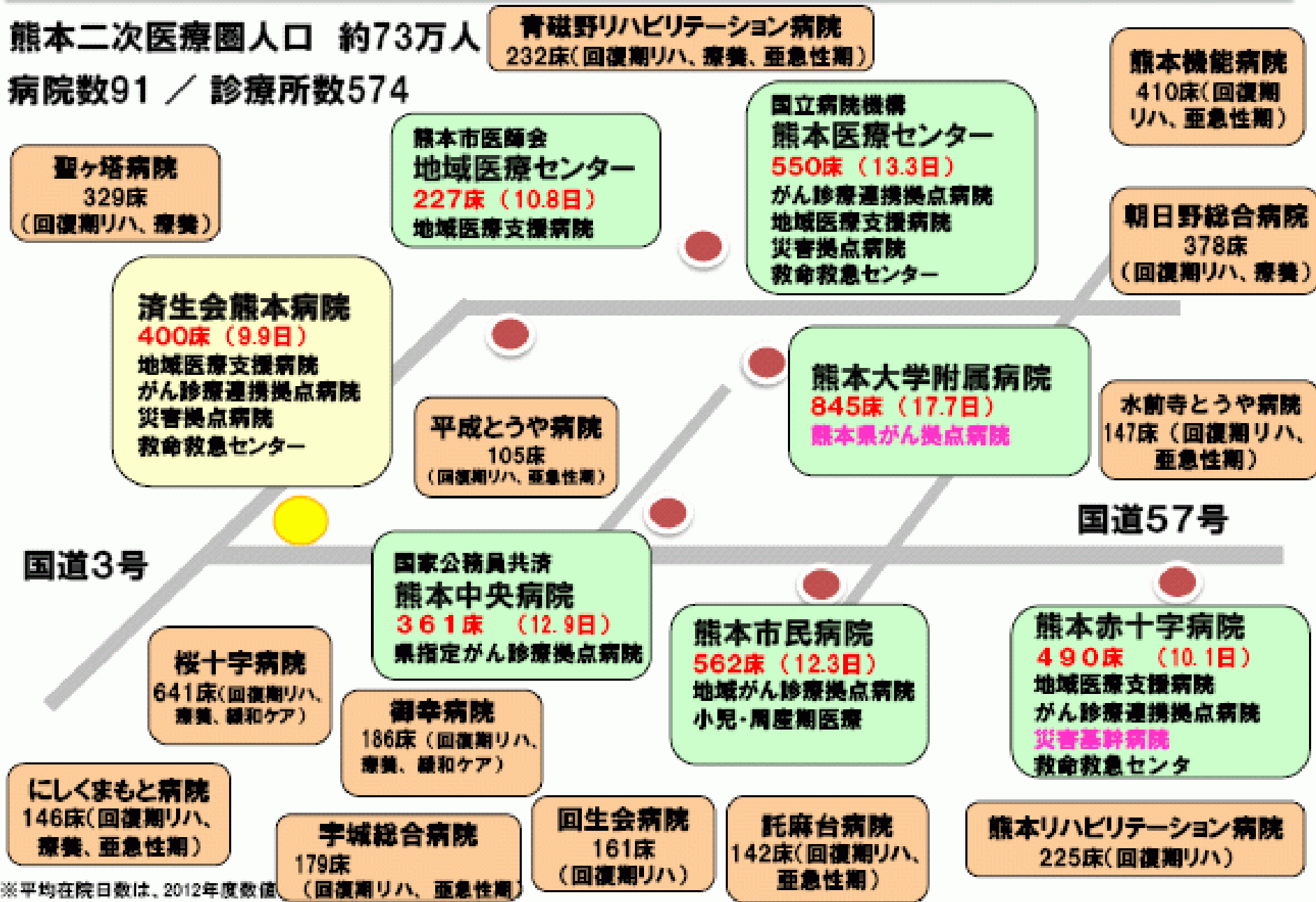


9月28日、日本長期急性期病床(LTAC)研究会
(会長:上西紀夫氏、公立昭和病院長)が済生会熊本病院で開催

図1 熊本市の医療環境

熊本二次医療圏人口 約73万人

病院数91 / 診療所数574



※平均在院日数は、2012年度数値



济生会熊本病院

済生会熊本病院

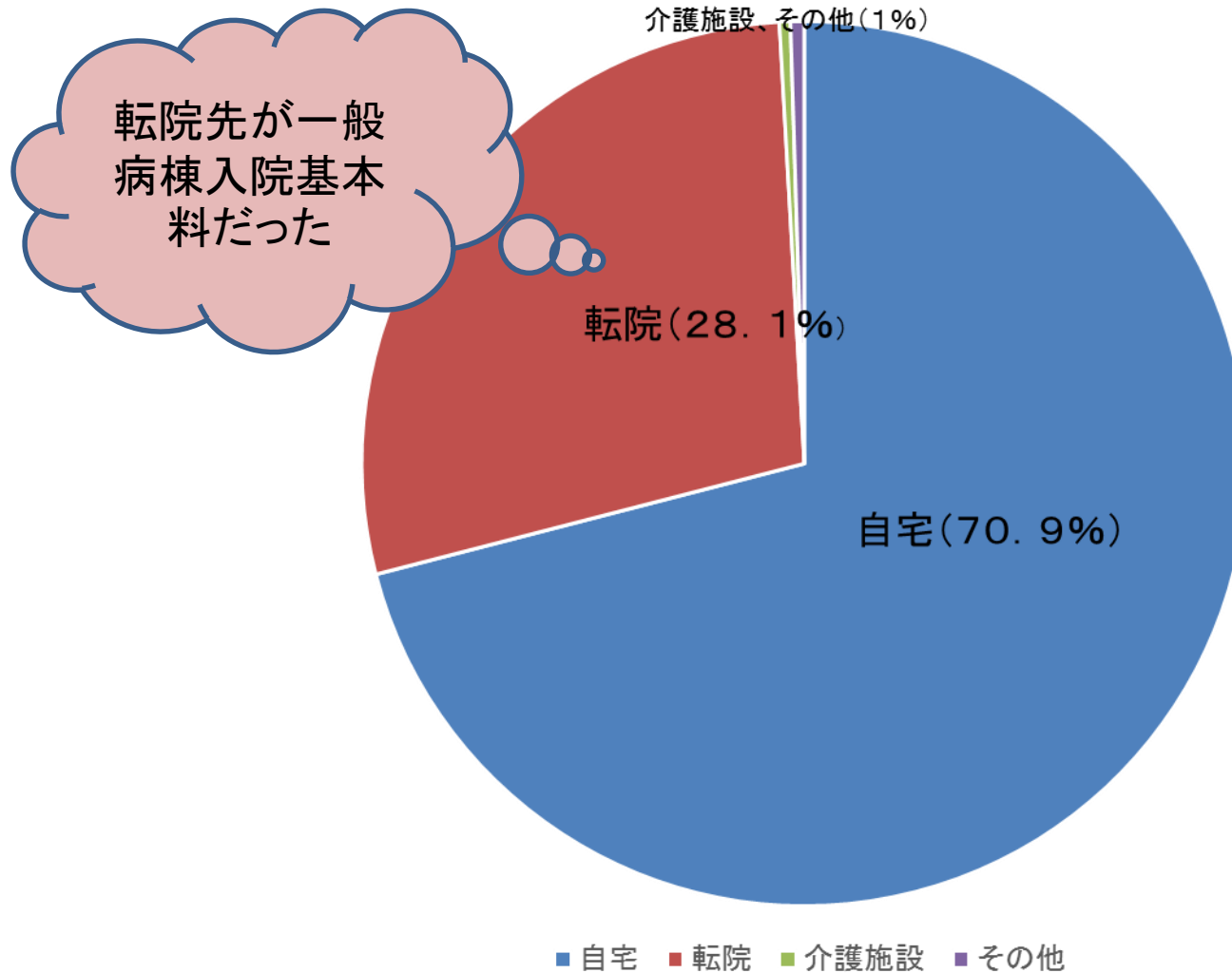
- 済生会熊本病院

- 400床、医師数134名、診療科目は19科目、重要臓器に絞ったセンター制をとるきわめて専門特化した急性期病院
- 救急車台数も年間9000台以上で全国3位
- 平均在院日数10.1日、病床利用率95.0%（2013年度）
- 入院患者数は2013年度実績で13,455人、そのうち3,812人（28%）が他施設へ転院
- 転院先の医療施設は全数で253施設あるが、そのうち11施設で転院患者の50%を占めている。

在宅復帰率75%

- 済生会熊本病院の在宅復帰率
 - 2013年度実績の在宅復帰の内訳は、自宅70.9%、転院28.1%、介護施設0.4%、その他0.5%
 - このうち転院について連携先病院にヒアリングしたところ、転院当初は一般病棟入院料算定病床での受け入れを行っていて、直接、回復期リハ病棟に受け入れる例が少ないことがわかった
 - このように転院先で、まず一般病棟で受け入れてから回復期リハ病棟という流れでは、済生会熊本病院では在宅復帰率75%要件は達成されない。

済生会熊本病院の退院・転院先(2013年度)



連携会議

- 2014年3月、連携先の病院の事務長との間で地域連携に関する情報交換会を行った
- 連携先病院の方でも、「(報酬改定によって)、これからは地域包括ケア病棟や回復期リハ病棟に直接受け入れをしないと急性期病院から患者を紹介してもらえないのではないか?」という危機感を持っていた
- また多くの病院が回復期リハへの直接転院受け入れを検討中であることが判った
- また地域包括ケア病棟新設を検討中であることも分かった。ただ地域包括ケア病棟の施設基準について、救急告知の申請やデータ提出加算の届出について不安の声が聞かれた。

連携先の病院が 地域包括ケア病棟開設へと動いた

- 情報交換会を行ったこともあって、結果的にはこれら転院上位病院の11病院中8病院が地域包括ケア病棟を8月までに届けを出し、済生会熊本病院の在宅復帰率もなんとか75%要件達成にメドが立った

救急トリアージと心不全患者

- 済生会熊本病院の救急の課題
 - 救急外来からの直接、他院転院例も月間10～20件程度、見られる。
 - 高齢者でADL低下の患者の骨折や腰痛など患者、一過性の意識障害の患者の入院経過観察などの患者
- 心不全患者が病床を占有
 - 高齢の心不全患者の救急も増加と心不全患者が循環器病床を占有することも課題
 - 心不全患者は再入院率が高い
- 救急患者のトリアージが課題
 - 誤嚥性肺炎、転倒による骨折、心不全

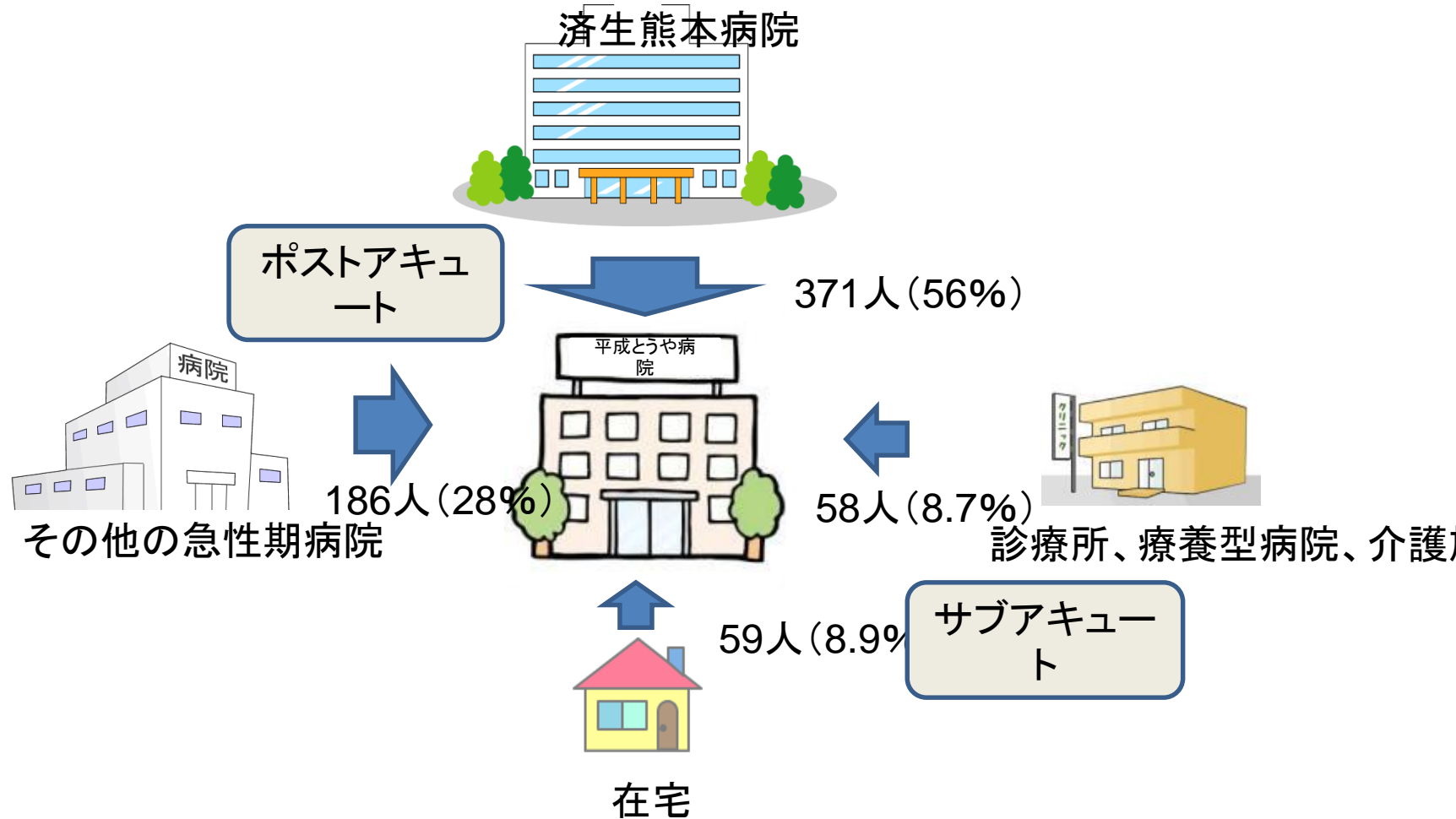
平成とうや病院



平成とうや病院

- 110床のケアミクス病院
 - 2013年度は一般病棟44床(10対1)、亜急性病床10床、回復期リハ病床56床
 - 2014年6月より一般14床(10対1)、地域包括ケア病棟40床、回復期リハ病床56床
 - 年間入院総数663人
 - ポストアキュート
 - 84%を熊本市内の急性期病院から転院で受け入れ
 - » 済生会熊本病院からの患者は、受け入れ患者の8割以上
 - サブアキュート
 - » 療養病床や介護施設から8.7%、在宅からは8.9%受け入れ
 - 在宅復帰率は80.9%

平成とうや病院の入院患者663名の経路内訳(2013年度)



平成とうや病院

- 病床別受け入れ患者数割合
 - 一般病棟におよそ3割、地域包括ケア病棟に3割、回復期リハ病棟に4割
 - 一般病棟
 - 患者数は少ないが、人工呼吸器装着のポストアキュート患者も受け入れた経験があるという。
 - 地域包括ケア病棟
 - 患者は回復期リハビリ病棟ほどの専門リハビリは必要としないが、1日に2単位以上のリハビリを必要とする患者
 - たとえば急性期病院での術後の廃用症候群、四肢骨の遠位部骨折の術後、心不全などのリハビリ患者や、同時に在宅や施設から来る誤嚥性肺炎や転倒による四肢骨の遠位部骨折や靭帯損傷など

入院医療調査評価分科会

- 次回2016年報酬改定へ向けての影響調査票の作成(10月9日)
- 一般病棟7対1入院基本料の要件見直し(特定除外制度や重症者の基準、短期滞在手術・検査の見直し、総合入院体制加算1の見直し)の影響
- 地域包括ケア病棟新設の影響
- 慢性期入院医療の状況
- 有床診療所入院基本料見直しの影響
- 医療資源が少ない地域の医療機関の評価方法の見直しの影響。

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長:
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度2回
平成24年度4回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度14回
平成24年度7回

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長:
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 3
開催: 改定の議論に応じて開催

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度9回
平成24年度1回

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度開催なし
平成23年度開催なし
平成24年度5回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4
開催: 調査設計で開催
平成22年度3回
平成23年度1回
平成24年度3回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

- DPC評価分科会 時期: 月1回程度
会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)
- 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度
会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)
- 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 入院医療等の調査・評価分科会
会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 松本純夫(東京医療センター院長)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、3月に3回程度

パート4

2014年診療報酬改定と 後発医薬品、バイオシミラー



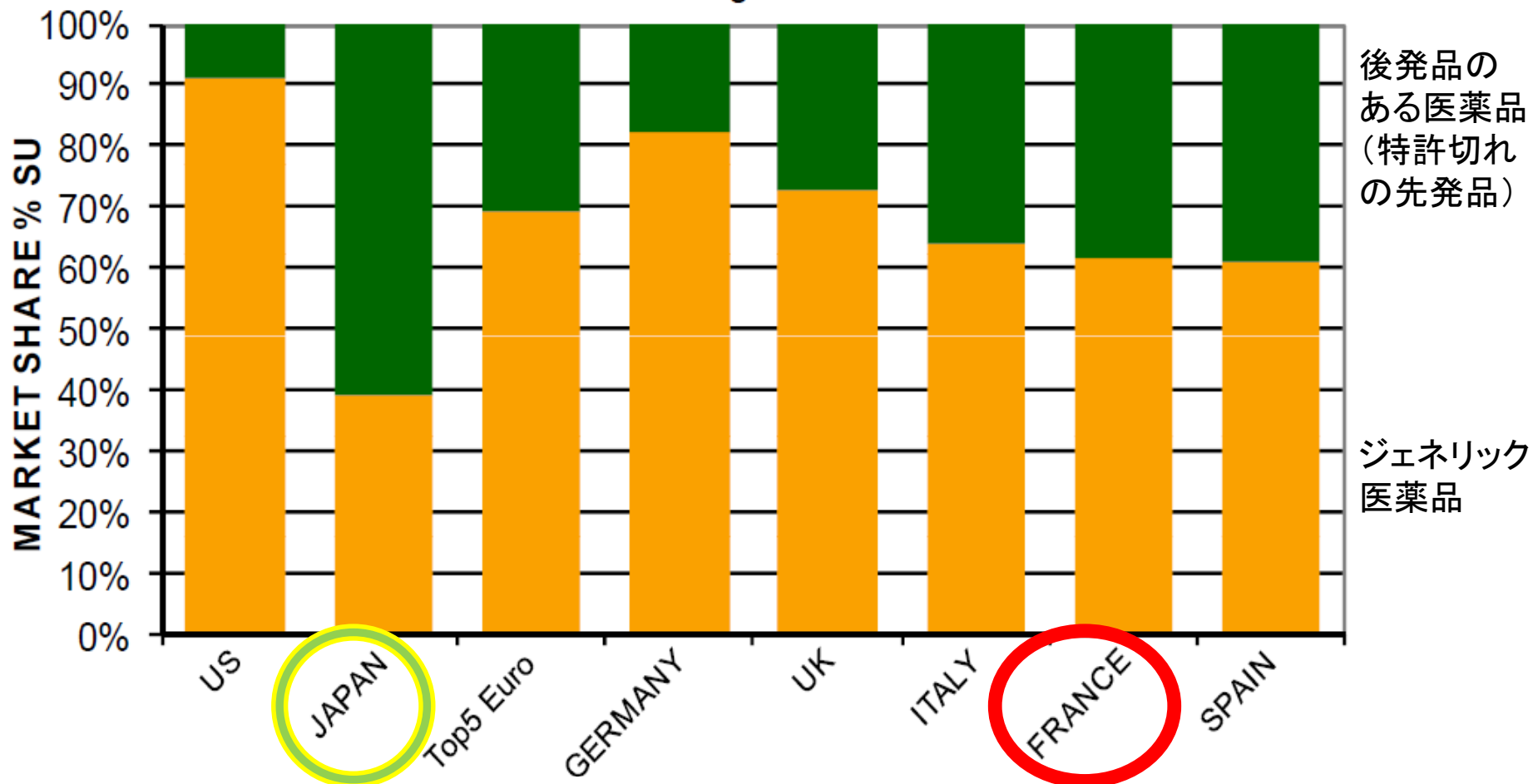
ジェネリック医薬品のあらたなロードマップ

新たなジェネリック医薬品普及の ロードマップ

新目標は新指標で
2017年度末までに60%
2013年4月5日厚生労働省発表

60%を達成す
ると年間1兆円
の医療費削減
になる

後発品のある医薬品に占める ジェネリック医薬品の割合（置き換え率）の国際比較



(1)Source: Central Social Insurance Medical Council 2012

(2)Source: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, MAT 2010

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

機能評価係数Ⅱの見直し

2-2. 機能評価係数Ⅱ

(1) 見直しの概要

- 現行6項目によって評価されている機能評価係数Ⅱについては、下記のとおり見直すこととする。

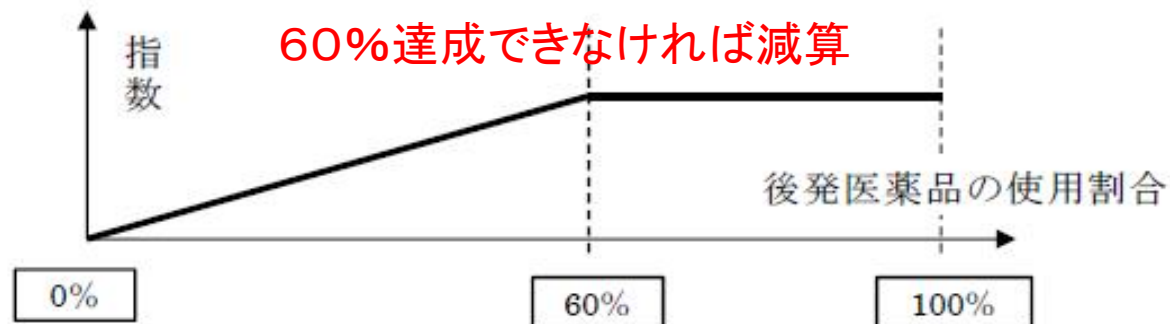
現行		平成26年改定
① データ提出指数	→見直し	① <u>保険診療指数(仮)</u>
② 効率性指数	現行通り	② 効率性指数
③ 複雑性指数	現行通り	③ 複雑性指数
④ カバー率指数	現行通り	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	→見直し	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	→見直し	⑥ 地域医療指数
	新設	⑦ <u>後発医薬品指数(仮)</u>

⑦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）〕



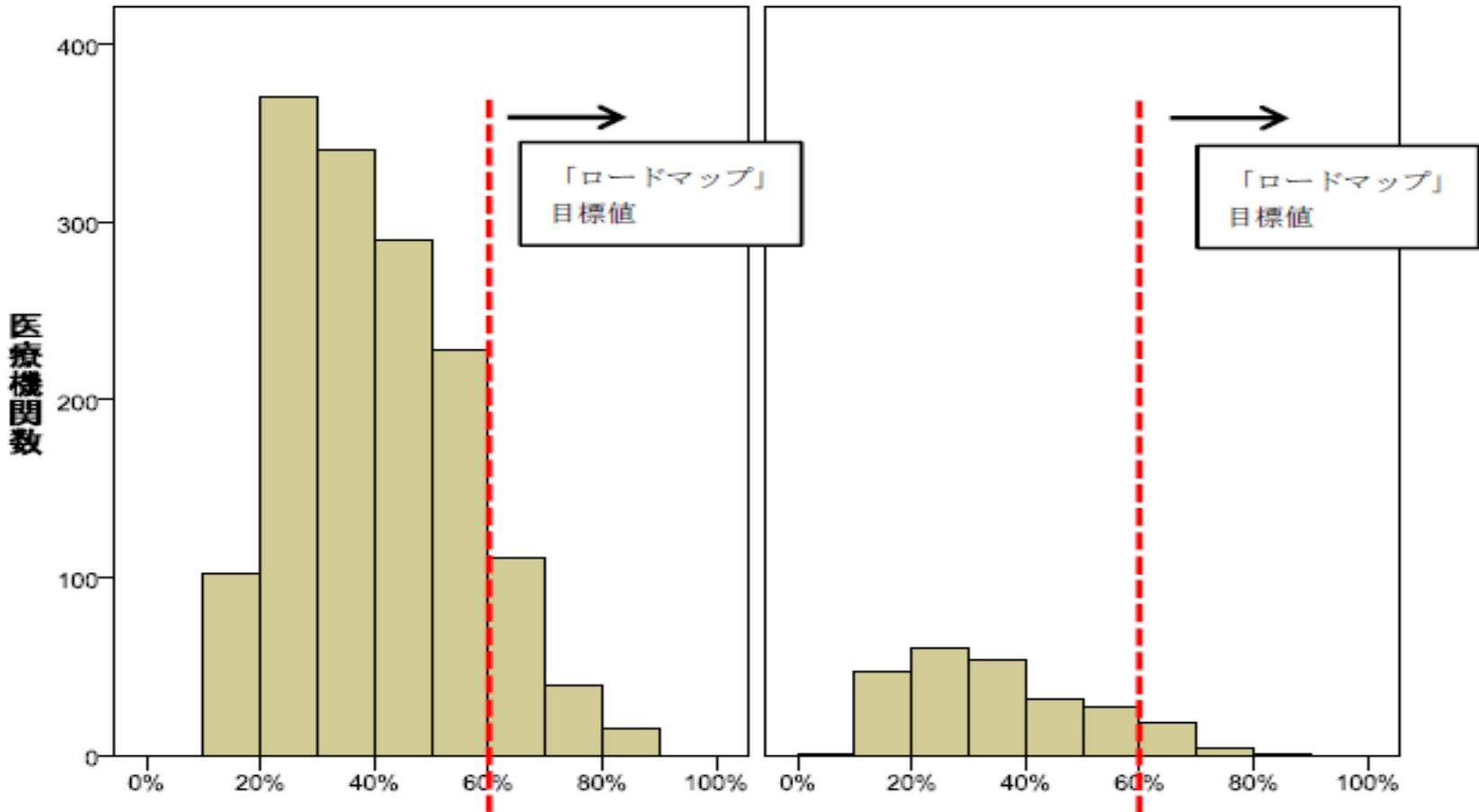
後発医薬品数量シェア

- 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。

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

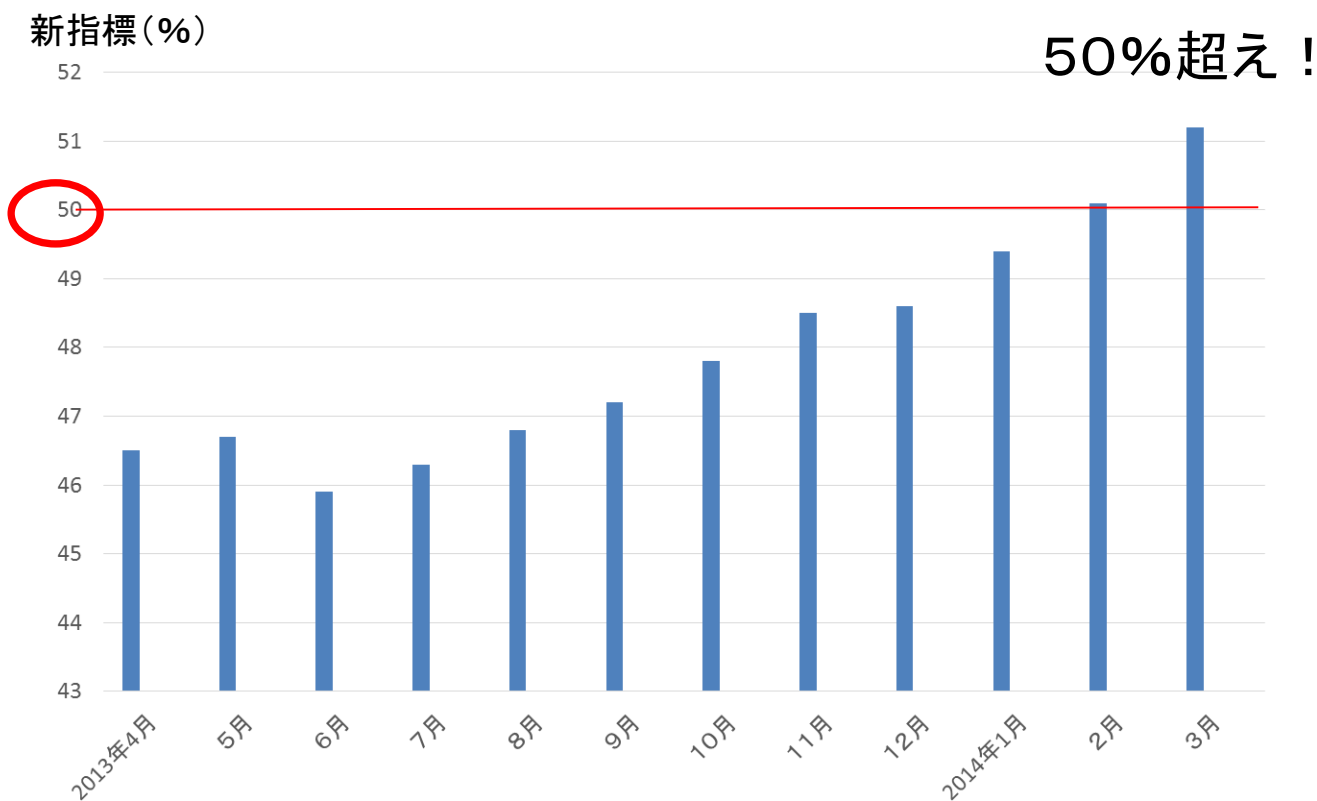


DPC II 群病院リスト(2013年トップ10)

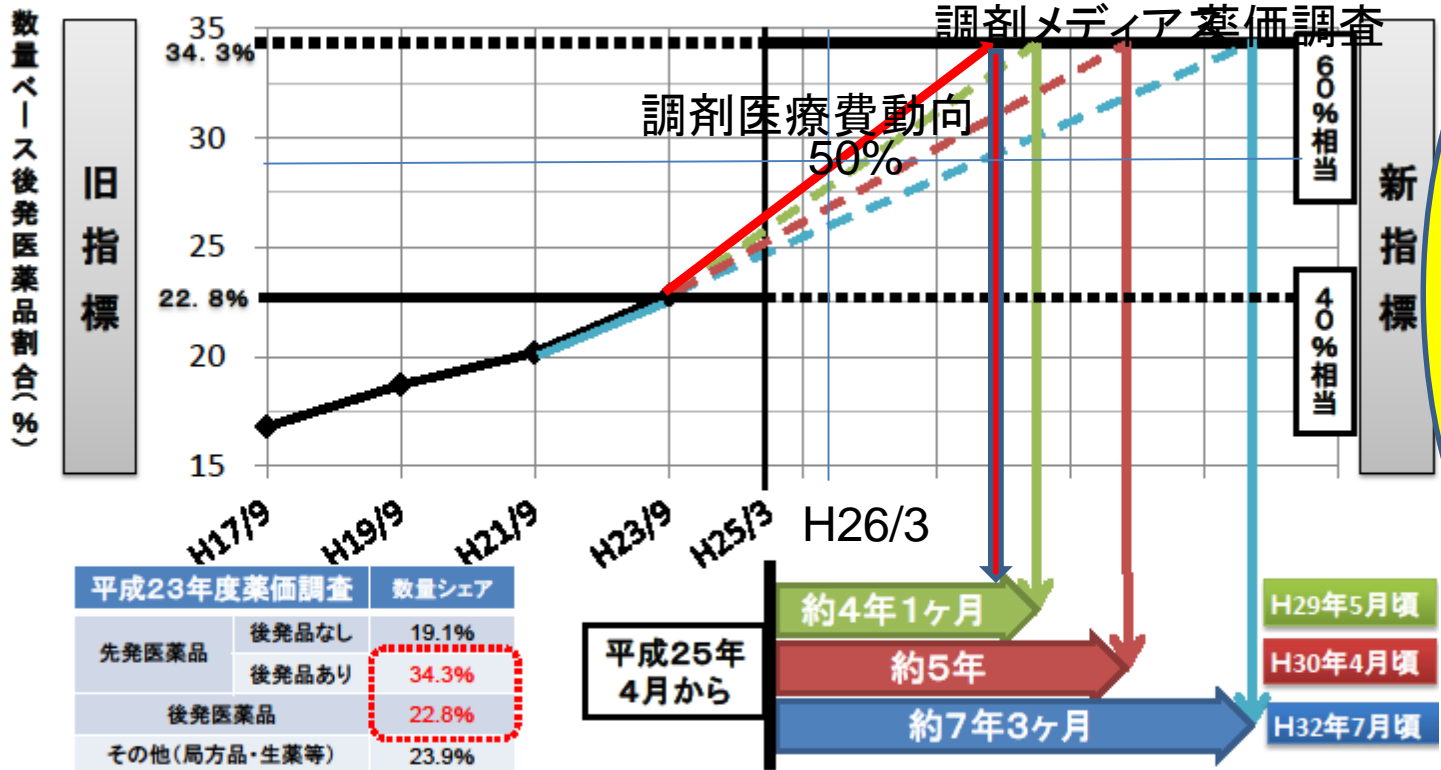
機能評価係数 II

1	済生会熊本病院	II	熊本県	熊本市	0.0361
2	市立函館病院	II	北海道	函館市	0.034
3	財団法人 倉敷中央病院	II	岡山県	倉敷市	0.0338
4	JA北海道厚生連 帯広厚生病院	II	北海道	帯広市	0.0316
5	青森県立中央病院	II	青森県	青森市	0.0311
6	神戸市立医療センター中央市民病院	II	兵庫県	神戸市中央区	0.031
6	高知県・高知市病院企業団立高知医療センター	II	高知県	高知市	0.031
8	岩手県立中央病院	II	岩手県	盛岡市	0.0298
9	医療法人 沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院	II	神奈川県	鎌倉市	0.0294
10	東京都立多摩総合医療センター	II	東京都	府中市	0.0288

調剤医療費動向(2013年度)



後発品置換え率の将来推計に基づく到達期間



2020年までに
80%
「2080
運動」
を!

新旧指標の相対性

○平成23年の薬価調査から、後発品の数量シェアが22.8%(旧指標)は、下式1のとおり、新指標では新指標で40%に相当し、新指標における60%は、下式2のとおり、旧指標の34.3%に相当する。

〔式1〕 $22.8\% \times 100 / (22.8\% + 34.3\%) = 39.9\%$

〔式2〕 $34.3\% \times 100 / (22.8\% + 34.3\%) = 60.1\%$

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～

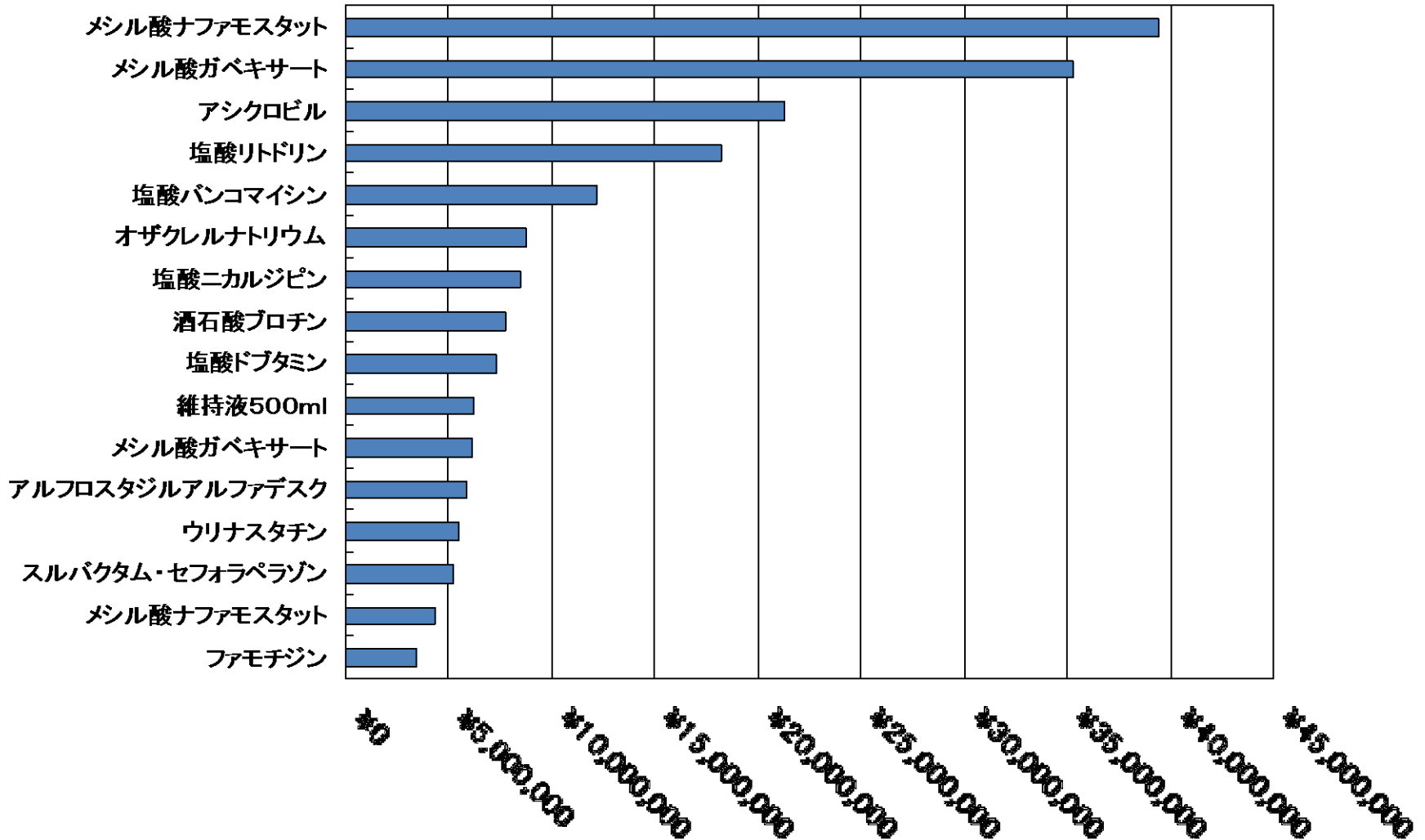
三田病院におけるジェネリック医薬品 切り替え方針

- 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)

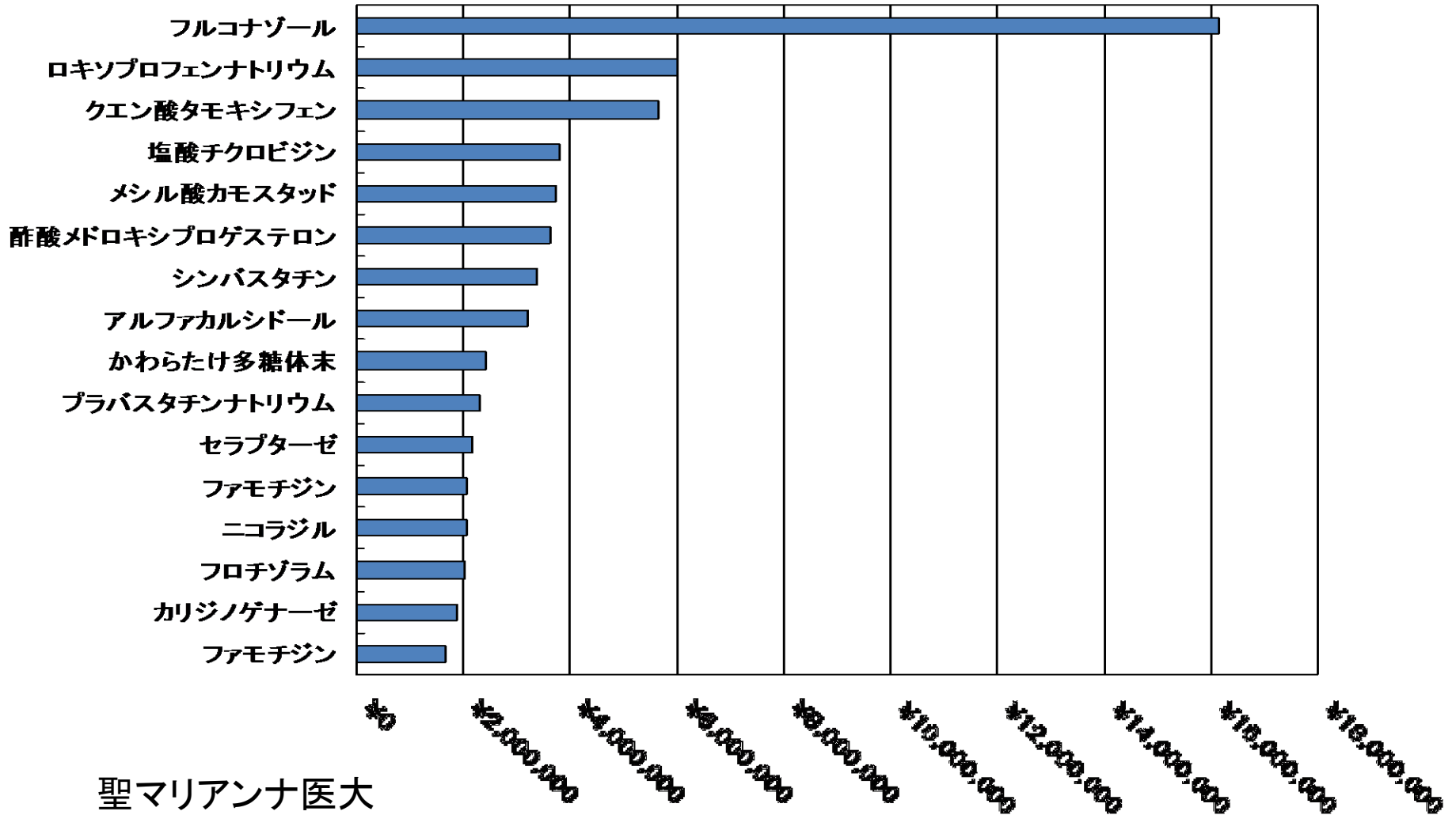


聖マリアンナ医大

■ 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

注射薬をジェネリックに置き換え



三田病院では注射薬65品目を
ジェネリックに一斉置き換え

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 「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

抗がん薬治療にかかる医療費

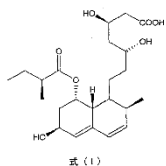
- 医薬品市場 9兆4,800億円
 - 病院 3兆7,000億円
 - 抗腫瘍剤 6,250億円(17%)
- 出展:IMS医薬品市場統計(2011)より
- 抗がん剤注射62成分中、11成分にジェネリック医薬品がある。
- しかし他の薬効群に比べて、後発品への切り替えが進まない現状がある

ジェネリックのある主な抗がん剤の薬価(2010年10月現在)

一般名	規格・単位	先発医薬品	最安値のジェネリック
ゲムシタビン	1g1瓶	2万5179円	1万6770円
エビルピシン	50mg1瓶	2万5052円	1万5118円
ドキシソルピシン	10mg1瓶	2326円	1628円
エトポシド	100mg1瓶	6192円	4499円
イリノテカン	100mg1瓶	1万5600円/1万4895円	9530円
ピノレルピン	10mg1瓶	6085円	4415円
パクリタキセル	100mg1瓶	3万4996円	2万2974円
カルボプラチン	150mg1瓶	1万6352円	9286円
シスプラチン	50mg1瓶	1万3845円/1万3513円	5492円

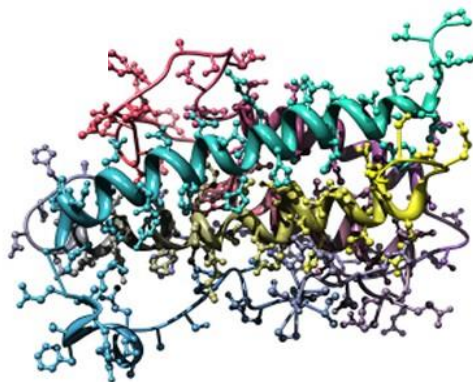
抗がん剤領域での
バイオ医薬品使用が増えてきた

時代は低分子医薬品から バイオ医薬品へ移り変わっている



メバロチン

White

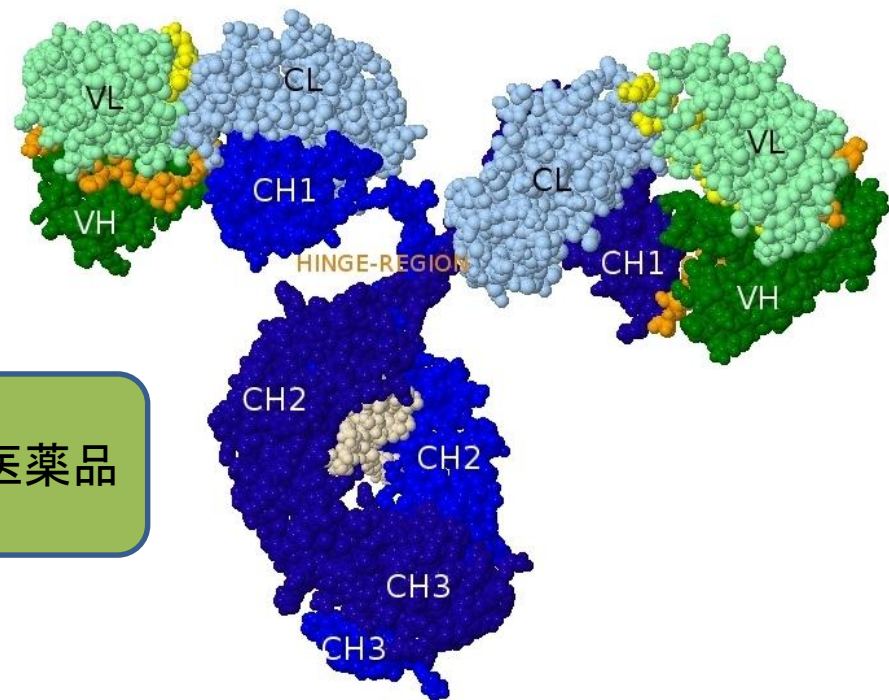


ヒト成長ホルモン

低分子
医薬品



バイオ医薬品



モノクローナル抗体

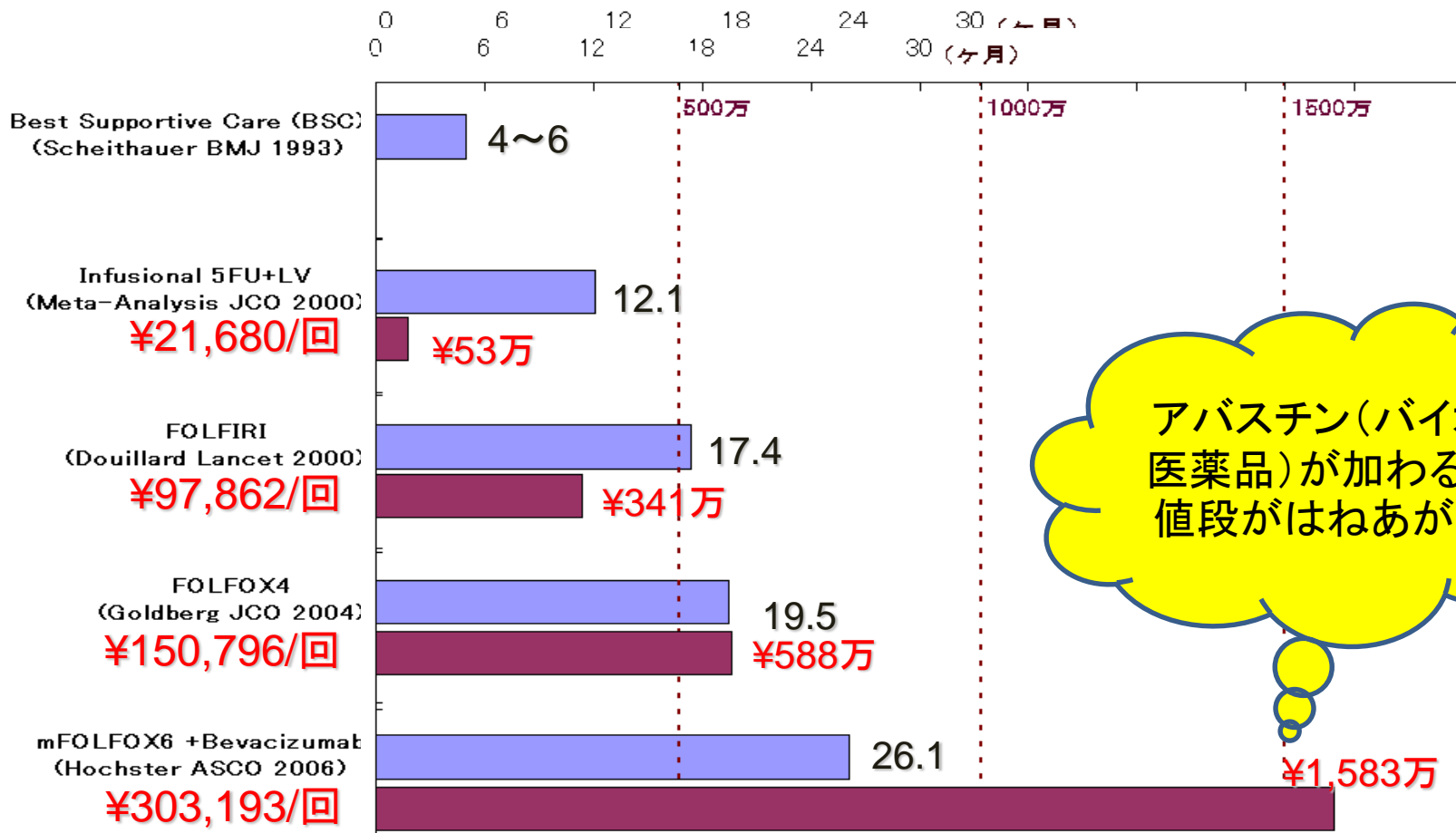


A県立中央病院 医薬品購入額上位10

購入額のトップ10位
のうち7つまでバイオ
医薬品

順位	物品名	規格	メーカー	購入金額
1	レミケード点滴静注用100	100mg	田辺三菱製薬	¥53,103,000
2	アバスチン点滴静注用400mg	16ml 1V	中外製薬	¥51,147,950
3	ソリリス点滴静注300mg	※ 30ml	アレクシオンファーマ合同会社	¥29,362,500
4	ルセンチス硝子体内注射液2.3mg/0.23ml	専用フィルター付採液針添付	ノバルティスファーマ	¥29,103,000
5	リツキサン注10mg/mL	500mg 50ml×1	全薬工業	¥26,468,400
6	エルプラット点滴静注射液100mg	100mg	ヤクルト	¥21,889,280
7	アリムタ注射用 500mg	1V	日本イーライリリー	¥19,409,700
8	アバスチン点滴静注用100mg	4ml 1V	中外製薬	¥18,515,690
9	シナジス筋注用100mg	※	アッヴィ合同会社	¥13,860,140
10	アービタックス注射液100mg	20ml	メルク	¥12,948,480

大腸がん化学療法の生存期間と薬剤費



進行再発転移大腸がんの標準治療の薬剤費は30万~60万円/月になる

FOLFIRI+ベバシズマブ

	体表面積 1.6m ²	先発	GE
イリノテカン	240mg	36,495	23,257
レボホリナート	320mg	30,296	19,537
5FU	4,480mg	7,092	7,092
1回		73,883	49,886
1ヶ月(2回)		147,766	99,772
+グラニセトロン(2回)		10,988	4,992
合計		158,754	104,764
+ベバシズマブ(2回)	300mg	299,754	=(299,754)
合計		458,508	404,518

妻は低分子ジェネリックで
朝食代をなんとか節約、
でも亭主はバイオ医薬品で豪華なディナー

朝食



節約



夕食



2015年から、バイオ医薬品が 続々と特許切れを迎える



2015年問題

主要バイオ医薬品の特許有効期間

2010年世界市場売上上位20位以内品目

一般名	製品名	主な対象疾患	特許有効期間(年)	
			米国	欧州
エポエチンアルファ	エポジェン	腎性貧血	2012-2015	失効
フィルグラスチム	ニューポジェン	好中球減少症ほか	2010-2017	失効
エタネルセプト	エンブレル	関節リウマチほか	2011-2019	2015
ラニビズマブ	ルセンチス	加齢黄斑変性症	2011-2017	2016-2018
ダルベポエチン α	ネस्प	腎性貧血	2012-2015	2014-2016
インターフェロンb-1a	アボネックス	多発性硬化症	2011-2015	失効
リツキシマブ	リツキサン	非ホジキンリンパ腫	2013-2019	2013
トラスツズマブ	ハーセプチン	乳癌ほか	2013-2018	2010-2014
ベバシズマブ	アバスチン	結腸/直腸癌ほか	2013-2018	2014
インフリキシマブ	レミケード	関節リウマチ/クローン病ほか	2014	2014
アダリムマブ	ヒュミラ	関節リウマチ/クローン病ほか	2017	2018
セツキシマブ	アービタックス	結腸/直腸癌	2015	2016

出典:ジェネリック医薬品業界の国内・海外動向と開発情報。シーエムシー出版, 2011

バイオ後続品(バイオシミラー)とは

国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品(先行バイオ医薬品)と同等／同質※の品質、安全性及び有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品である

※先行バイオ医薬品に対して、バイオ後続品の品質特性がまったく同一であることを意味するのではなく、品質特性において類似性が高く、かつ、品質特性に何らかの差異があったとしても、最終製品の安全性や有効性に有害な影響を及ぼさないと科学的に判断できることを意味する。

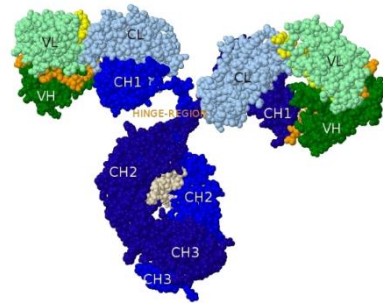
- 低分子の化学合成医薬品で用いられる「後発品」と区別され、「バイオ後続品」という名称が用いられる
- 欧州では、「類似の」という意味の「シミラー(Similar)」をつけて、「バイオシミラー」と呼ばれる

承認申請に必要な資料

バイオ後続品とは、既に販売承認を与えられているバイオテクノロジー応用医薬品と同等／同質の医薬品をいう。

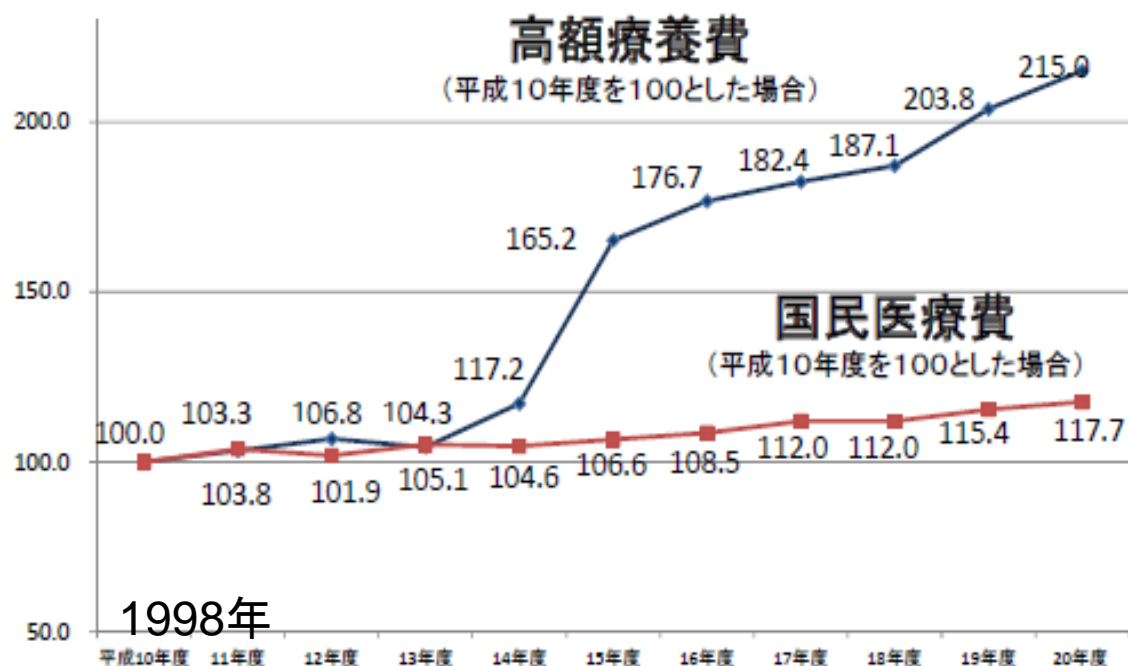
承認申請資料		新有効成分含有医薬品	バイオ後続品	後発医薬品
イ. 起原又は発見の経緯及び外国における使用状況等に関する資料	1. 起原又は発見の経緯 2. 外国における使用状況 3. 特性及び他の医薬品との比較検討等	○ ○ ○	○ ○ ○	× × ×
ロ. 製造方法並びに規格及び試験方法等に関する資料	1. 構造決定及び物理的・化学的性質等 2. 製造方法 3. 規格及び試験方法	○ ○ ○	○ ○ ○	× △ ○
ハ. 安定性に関する資料	1. 長期保存試験 2. 苛酷試験 3. 加速試験	○ ○ ○	○ △ △	× × ○
ニ. 薬理作用に関する資料	1. 効力を裏付ける試験 2. 副次的薬理・安全性薬理 3. その他の薬理	○ ○ △	○ × ×	× × ×
ホ. 吸収、分布、代謝、排泄に関する資料	1. 吸収、2. 分布、3. 代謝、4. 排泄、 5. 生物学的同等性 6. その他の薬物動態	○○○○○ × △	△△△△ × △	××××× ○ ×
ヘ. 急性毒性、亜急性毒性、慢性毒性、 催奇形性その他の毒性に関する資料 <small>FIL5001改1 フィルグラステム</small>	1. 単回投与毒性、2. 反復投与毒性、 3. 遺伝毒性、4. がん原性、5. 生殖発生毒性、 6. 局所刺激性、7. その他	○○ ○△○ △△	△○ ○△○ △△	×× ××× ××
ト. 臨床試験の成績に関する資料	臨床試験成績	○	○	×

高額療養費制度とバイオシミラー



高額療養費制度がネックになって
バイオシミラーの使用が伸びない

(参考2)国民医療費、高額療養費の指数変化
(平成10年度を100とした場合)



1998年

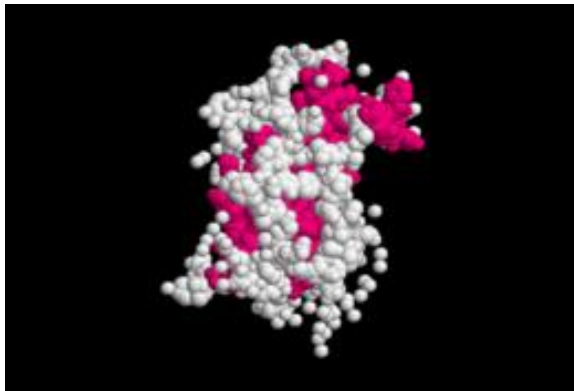
診療報酬等の確定額及び各制度の事業年報等を基に作成

(注1) 平成13年度の支給額の減少の理由は、13年1月から医療保険の自己負担限度額に上位所得者の区分を設けたこと等による。

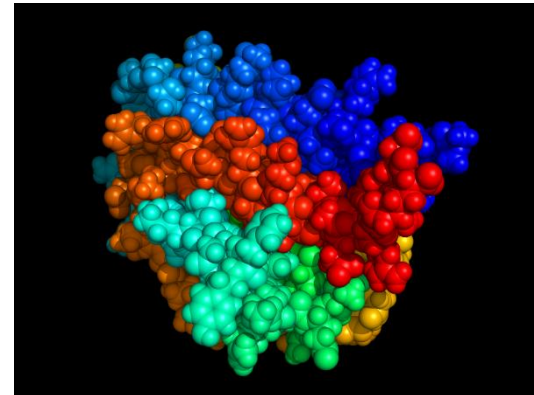
(注2) 平成15年度の大規模な支給額の増加は、14年10月から老人保健制度に1割負担(すべての医療機関)を導入したこと、15年4月から健保本人の自己負担割合を2割負担から3割負担に引き上げたこと等による。

現在市場に出ているバイオ後続品

- ヒト成長ホルモン
 - 191アミノ酸、分子量22kDa
 - 2009年
- エリスロポイエチン
 - 166アミノ酸 分子量18kDa
 - 2010年



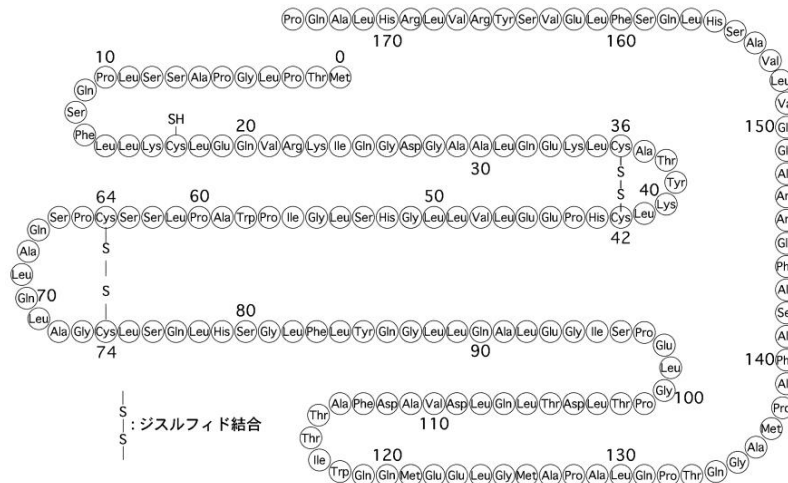
低身長症、下垂体機能低下症など



慢性腎疾患による腎性貧血

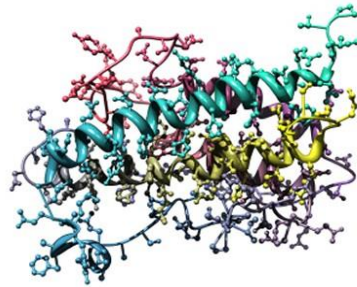
現在市場に出ているバイオ後続品

フィルグラスチム(顆粒球コロニー刺激因子)
175個のアミノ酸、分子量:約18,799



がん、再生不良性貧血など

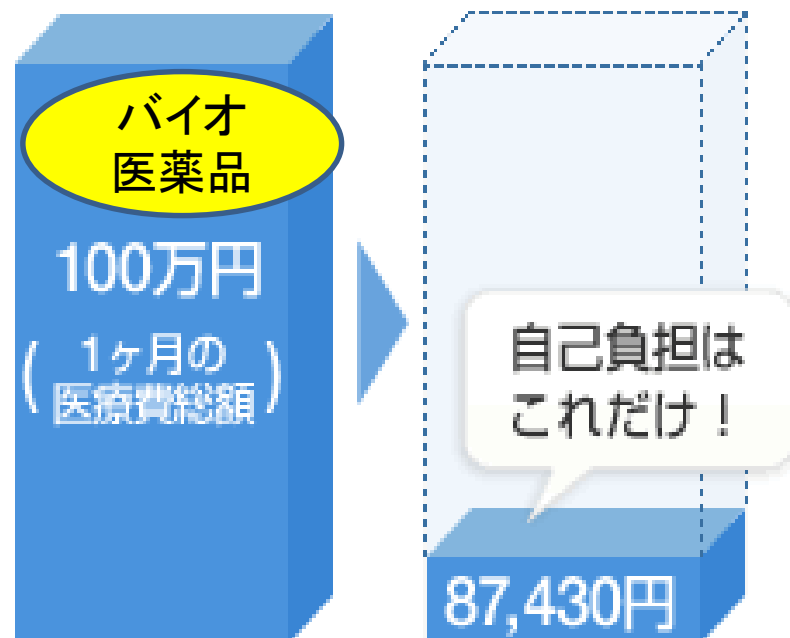
高額療養費制度・公費助成制度と バイオ医薬品



成長ホルモン

<医療費の自己負担が小さくなる「高額療養費制度」>

※1
1ヶ月の医療費総額が100万円であっても、自己負担は9万円程度



高額療養費制度の自己負担額の計算方法※2

所得区分が一般の方は

$8万100円 + (ひと月の医療費総額 - 26万7千円) \times 1\%$

1ヶ月の医療費総額が
30万円なら

自己負担 80,430円

1ヶ月の医療費総額が
100万円でも

自己負担 87,430円

医療費が高額になっても自己負担額は限定的です。

※1 高額療養費制度は「1日～末日」を「1ヶ月」として医療費を計算します。

※2 上記の自己負担限度額は、所得区分が「一般」の方のケースで計算しています。

所得区分によって医療費の自己負担上限額は異なります。

高額療養費制度のため、バイオシミラーを使って自己負担分を軽減するという患者側の動機付けが働かない...

バイオシミラーのほうが安いですよ！

自己負担分が変わらないのなら、先行バイオ医薬品をお願いします

バイオ医薬品は高額であるため高額療養費制度の適応となる。



同じことは小児慢性疾患で公費助成制度を受けている疾患についても言える

バイオシミラーのほうが安いですよ！

自己負担分が変わらないのなら、先行バイオ医薬品でお願いします

成長ホルモン分泌不全の低身長症の患者さんは成長ホルモン(バイオ医薬品)による治療を行っている



公費助成により自己負担の上限額が決まっている。このため、バイオシミラーを使って自己負担分を節減するという、患者側の動機付けは働かない

小児慢性疾患治療研究事業

ご存じですか？ 小児慢性特定疾患対策

1. 対象者

18歳未満（引き続き治療が必要と認められる場合には、20歳未満）の児童が厚生労働大臣が定める疾患（11疾患群、514疾病が対象※）に罹った場合に対象となります。

（※一定の認定基準があります。）

2. 自己負担

右表に記載された金額を限度とする患者一部負担額を医療機関に対して支払うこととなります。

（重症患者に認定された方の自己負担はありません。）

小児慢性特定疾患治療研究事業における自己負担限度額

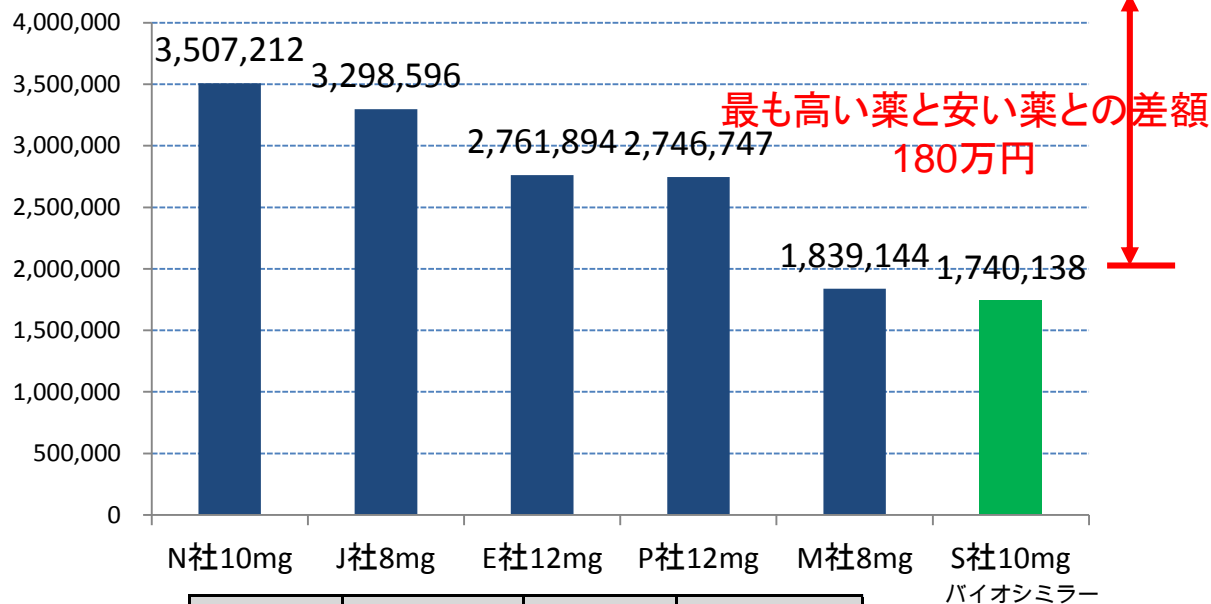
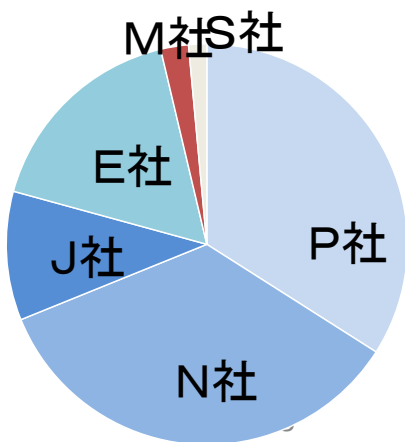
階 層 区 分	自己負担限度額（月額）	
	入 院	外 来
生活保護法の被保護世帯	0円	0円
市町村民税が非課税の場合	0円	0円
前年の所得税が非課税の場合	2,200円	1,100円
前年の所得税課税年額が5,000円以下	3,400円	1,700円
前年の所得税課税年額が5,001円～15,000円	4,200円	2,100円
前年の所得税課税年額が15,001円～40,000円	5,500円	2,750円
前年の所得税課税年額が40,001円～70,000円	9,300円	4,650円
前年の所得税課税年額が70,001円以上	11,500円	5,750円

※生計中心者の市町村民税及び所得税が対象

成長ホルモン剤は外来治療になる。

成長ホルモン製剤 体重40kgの患者の年間薬剤費(薬価)比較

成長ホルモンの市場は600億円
そのうちバイオシミラーの市場シェア(数ベース)はなんと1.4%!



製剤	薬価(円)/mg	製剤	薬価(円)/mg
N社10mg	9,609	P社12mg	7,525
J社8mg	9,037	M社8mg	5,039
E社12mg	7,567	S社10mg	4,768

※薬価は2014年4月薬価改定後

※治療期間は通常5年位続けます。

(2013年9月12日)

日本化薬 レミケードのBSを承認申請、「大型品時代」幕開け

日本化薬は11日、田辺三菱製薬の抗ヒトTNF α モノクローナル抗体「レミケード」(一般名=インフリキシマブ)のバイオ後続品(BS)の製造販売承認申請を行った。2012年度の**国内売上高が735億円に上るレミケード**は、これまで発売されたBSの中で最も市場規模が大きく、日医工とサノフィも共同開発を急ぐ。レミケードを皮切りに、大型の生物学的製剤や抗がん剤のBSが続々と投入される見込みで、本格的なBS時代の幕開けとなりそうだ。

レミケードは関節リウマチ(RA)のほか、クローン病や乾癬、潰瘍性大腸炎など幅広い適応を持ち、売り上げの半分程度がRA、35%がクローン病の適応とされる。日本化薬のBSは**関節リウマチ、クローン病、潰瘍性大腸炎の3つの適応**で申請しており、今後の適応追加も検討する。

順位	製品名	薬効分類・領域	13年度	伸び率
1	プラビックス	抗血小板剤	1168	14.3
2	ブロプレス	ARB	1055	▲ 8.2
3	ディオバン	ARB	943	▲ 12.9
4	レミケード	抗リウマチ薬	931	8.4
5	アリセプト	アルツハイマー病	903	▲ 10.5
6	アバスチン	抗がん剤	901	13.6
7	オルメテック	ARB	898	7.5
8	モーラステープ群	鎮痛・消炎	888	0.3
9	ジャヌビア	DPP-4阻害剤	827	11.2
9	リュープリン	ホルモン剤	759	▲ 0.1

レミケードBS 11月発売予定

- ・ 関節リウマチ
- ・ クローン病
- ・ 潰瘍性大腸炎

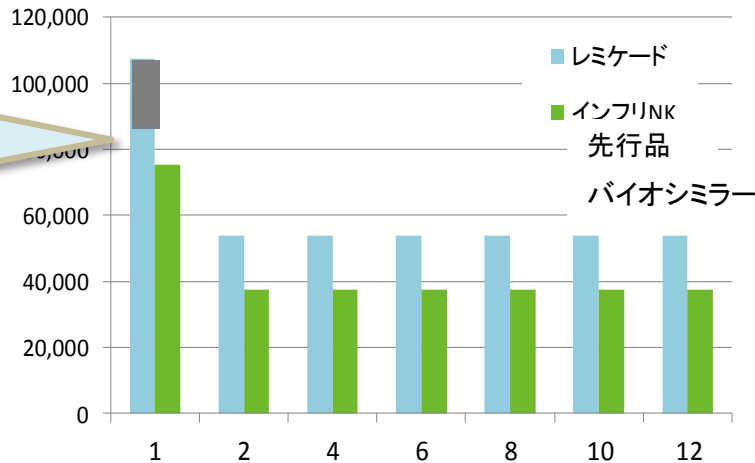
クローン病、潰瘍性大腸炎で売上の50%を占めるが、公費負担のため患者負担は変わらない。バイオシミラーは普及しない??

出典:じほう

レミケードバイオシミラーの事例

リウマチ 体重50kg 2バイアル使用 初回のみ月2回投与以降8週毎 所得一般

高額療養費



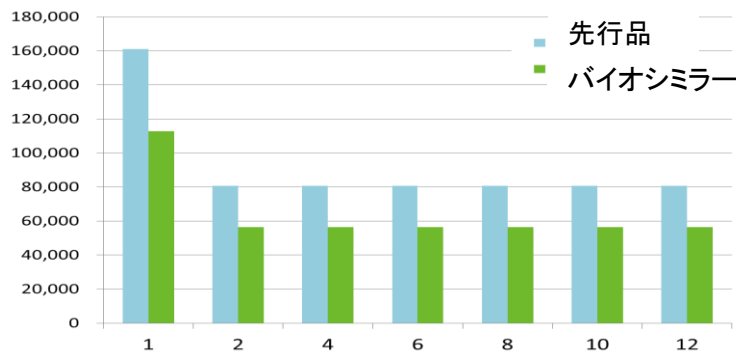
患者は1回の支払額が1.6万円軽減

薬剤費 年間 43万円削減

患者負担 年間10万円負担減

クローン病・潰瘍性大腸炎 体重50kg 3バイアル使用 初回のみ月2回投与以降8週毎 所得一般

公費助成



患者へのメリットなし

薬剤費 年間 65万円削減

厚労省 高額療養費で後発医薬品の使用割合を調査 患者の恩恵薄く、規制改革会議が問題意識

日刊薬業 平成26年8月1日

医療費が一定額を超えると自己負担に上限を定める高額療養費制度では、患者が後発品に切り替えるインセンティブが乏しい。医療費を公費で賄う生活保護では後発品の使用が原則となったが、高額療養費での後発品の扱いも議論になりそうだ。

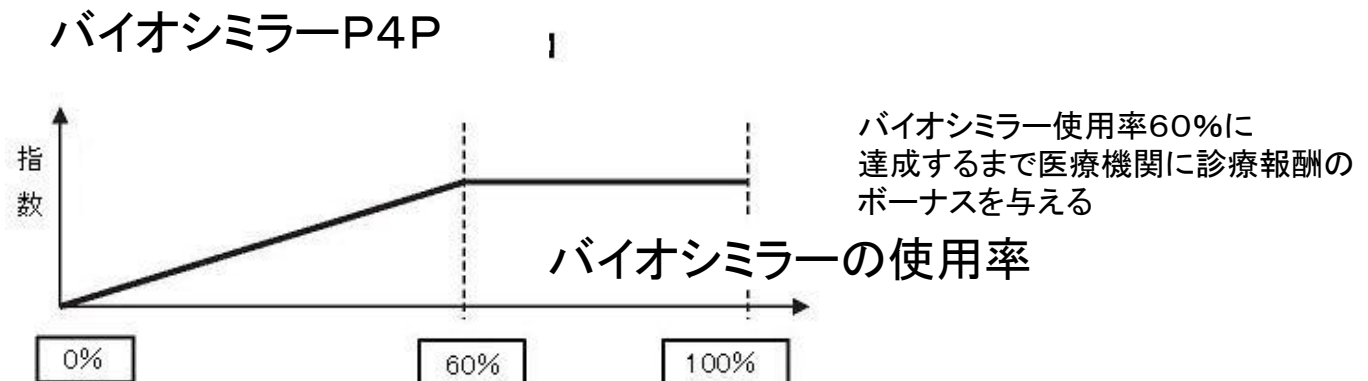
会議側が問題視するのは、高額療養費制度では患者の自己負担の上限が決められているため、後発品を使用する意欲が患者に湧きにくいことだ。高額な抗がん剤治療などでは、患者が後発品を選択しても負担額が変わらないケースが多い。

会議側が医療上、後発品を使用できない場合を除いて高額療養費制度の適用を受ける患者が後発品を選択するよう促す措置を講じるべきだと主張。

バイオ
シミラー
でも同じ
ことが言
える

そこでご提案……

- ① バイオシミラー使用率の実態調査を行ってはどうか？
 - まず高額療養費制度、公費助成制度におけるバイオシミラーの使用率の実態調査をナショナルレセプトデータベースを使って行ってはどうか？
- ② 高額療養費制度、公費助成制度においては、バイオシミラーの使用を促進する制度が必要！
- ③ バイオシミラーP4P (Pay for Performance)を導入してはどうか？
 - バイオシミラーの品目ごとの使用率目標を医療機関に設定して、目標達成割合に応じて医療機関に診療報酬ボーナスを与えてはどうか？



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
- **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。

まとめと提言

- ・2025年へ向けて医療計画のさらなる見直しが必要
キーワードは「集中と統合」
- ・医療計画においても地域経営統合の視点が重要
- ・2014年診療報酬改定は7対1削減と地域包括ケア病棟の創設、この地域医療に与えるインパクトに着目
- ・2014年診療報酬改定における後発医薬品の影響は大、2020年までに80%を目指そう、「2080運動」
- ・そしてバイオシミラーの高額療養費問題にも着目しよう

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

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

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp