

巻頭言

## 第59回日本病院学会を開催するにあたって

宮崎 久義 — ③

グラフ：病院紹介 医療法人社団 綾和会 浜松南病院 — ④

### ●第58回日本病院学会

#### シンポジウム「新医療計画施行！ 医療機能情報提供制度 ～それぞれの取り組み状況～」

●座長：武田 隆久・中村 洋一 12

①[基調講演]アンケート調査報告 ●大井 利夫 13

②山形県における医療機能情報提供制度の取り組み ●阿彦 忠之 19

③医療機能情報提供制度の現状と課題について ●飯村 康夫 24

④医療機能情報提供制度——東京都の取り組み ●坂巻 壽 32

⑤患者・住民の立場から ●本田 麻由美 39

⑥討 論 ● 47

### ●病院経営管理者養成課程通信教育卒業論文

- ・ 医事課職員の教育体制の確立に向けて——真の『人財』育成とは  
●今泉 隆行 58
- ・ 入院限界利益拡大に向けての——考察 ●浦川 一輝 64

### 【資料 保険教室】

医師のための保険診療手引き〔第22版〕 ●総合病院国保旭中央病院 73

連載・医学史の旅 **ギリシャ⑪** 【中北部地方】 ●星 和夫 99

#### ようこそ日病へ・新入会員の紹介

医療法人甲療会 赤坂台病院（山梨県） ●河口 忠彦 103

病院経営管理者養成課程通信教育「通教月報2月号」巻頭言 ●鈴木 莊太郎 104

一番町だより 平成20年度第10回定期常任理事会・第3回定期理事会議事抄録  
（平成21年1月13日） ●105

#### お知らせ

診療情報管理士通信教育第75期生募集について ●112

「DPCコース修了者」（仮称）通信教育第1期生募集について ●118

病院経営管理士通信教育 第32回生募集について ●122

日本病院会正会員・賛助会員入会申込書 ●128

本誌へのご寄稿のお願い ●130



宮崎 久義

みやざき ひさよし

- 第59回日本病院学会会長
- 国立病院機構  
熊本医療センター名誉院長



## 第59回日本病院学会を 開催するにあたって

第59回日本病院学会を2009年7月23日(木)、24日(金)の2日間にわたり、熊本市において開催いたします。伝統ある本学会をお引き受けできることを大変光栄に存じ、責任の重大さに身の引きしまる思いです。

今、世界は100年に1度といわれる経済危機のなかにあり、日本においても各種の経済政策が実行に移されているところですが、未だに成果のみられる段階にはないようです。

さて、ご承知のように日本は、世界にないハイスピードで高齢化社会へと移行しつつあります。このことは有病者の増加と疾病構造の変化を来し、かかる医療費も増加することは必然の理です。限られた医療資源のもと、この少子高齢化社会における医療をどのようにして提供していくかは、医療に携わる私どもの最大の課題です。

加えて、昨今顕在化した医師不足、偏在によるといわれる地域医療の崩壊はさらに進行しつつあり、急ごしらえでいくつかの対策が検討されているところですが、こちらも未だに今後の方向性は見えない状況にあります。

このような時こそ、医療を实践する現場から適切な情報発信、提言が行われ、施策に反映させることが大切であろうと考えます。そこで、第59回日本病院学会のテーマは「よりよい医療のあり方を求めて」としました。

このテーマのもとに本学会では(社)日本病院会 山本修三会長による会長講演に1時間を取り「新たな医療提供への道」と題して、また、招待

講演も1時間を取り、(社)日本医師会の唐澤祥人会長に「21世紀の国民医療を求めて—国民の望む医療とは—」と題して講演をいただきます。記念講演は女性知事として活躍された前熊本県知事の長崎国際大学 潮谷義子学長に「いのちをみつめて」と題してご講演をいただきます。なお、本講演は公開講演とし、広く市民にも開放します。

特別講演は「DPC」「医事紛争」「コミュニケーションスキル」「IT化」「医療の質の評価」の5分野5題を取り上げ、第一線でご活躍中の先生方に講師をお願いしました。現在の最先端のお話をいただけると期待しています。シンポジウムには、タイムリーな多岐にわたる重要課題7テーマを取り上げ、そのほか10のワークショップ、13のランチョンセミナーを計画してあります。

さらに、熊本ならではの特色ある企画として、熊本城に詳しい富田紘一熊本市文化財専門相談員に「熊本城の歴史と魅力」について講演をしていただきます。楽しい話が聞けるものと確信しています。

一般演題につきましては例年より多く約600題の応募をいただきました。内容も多岐にわたり医療の現場にすぐに活用できる珠玉の発表が目白押しです。多職種の参加する本学会の特色であろうと思います。

本学会へご参加いただき、元気を得て現場に帰っていただければ幸甚です。

熊本県民、日本病院会熊本県支部一同心よりご参加をお待ち申し上げます。

# 医療法人社団 綾和会 浜松南病院

浜松南病院は浜松市南区に平成18年4月に開院しました。診療科目は消化器科，内科，外科，整形外科，泌尿器科，脳神経内科，リウマチ科，リハビリテーション科であり，一般病床50床，療養介護型病床80床を有する中規模病院です。

当院の特徴は，ダブルバルーン内視鏡・カプセル内視鏡をはじめ，最新の医療機器を駆使したがんの早期発見と治療に積極的に取り組んでいることであり，生活習慣病に対してもきめこまかい生活・栄養指導を中心とした治療を行っています。特に消化器病の治療に力を注いでおり，食道，胃，小腸，大腸の消化管疾患に加え，肝臓，胆嚢，膵臓疾患に対し，内科，外科の枠を越えた診療体制を整えた消化器病センターを設置，より高度な専門的医療を行っています。なかでも，潰瘍性大腸炎とクローン病からなる炎症性腸疾患に対しては最新の医療情報に基づき患者さま1人1人にQOL（生活の質）を考慮した最適な治療法を選択し，きめこまかい対応を行っています。

整形外科では，毎週行われる院内リハビリカンファレンスを通し，常に治療の標準化・最新の知識の研鑽に努めておりますし，高齢者医療・介護には通所リハビリテーションをはじめ訪問リハを含めたリハビリテーション機能を強化して対応するなど，地域医療に貢献すべく，努力しております。

また，一般病床，療養介護型病床の両方を有するため，両者間の連携をとりながら，治療を行っているのも当院の特色の1つです。

■病院の外観



## ■ 高度な医療を支える最新医療機器

専門的診療のみならず、がん検診をはじめとするスクリーニングにも威力を発揮する最新医療機器を備えています。



■ 0.4T永久磁石MRI



■ 16列MDCT (マルチディテクター)

### ◎ 消化器病・炎症性腸疾患診療への取り組み

食道、胃、小腸、大腸の消化管疾患に加え、肝臓、胆嚢、膵臓疾患に対し、内科、外科の枠を越えたより高度な専門的医療を行います。特に、潰瘍性大腸炎とクローン病からなる炎症性腸疾患に対しては最新の医療情報に基づきQOLを考慮した最適な治療を選択、きめこまかい対応をいたします。



■ 顆粒球単球除去療法



■ IBDセンター



■ 小腸ダブルバルーン内視鏡を含む最新機器

## 小腸検査に有効！ カプセル内視鏡を県下で初めて導入



① Pill Cam SBカプセルを少量の水で飲みこみます。



② カプセルは消化管内を移動しながら画像の撮影をします。カプセルから発信された画像データは、患者さまが装着したデータレコーダに保存されます。



③ 画像データをRAPIDワークステーションにダウンロードし、RAPIDソフトウェアを使用して画像解析をします。

## ◎がん・生活習慣病対策への取り組み

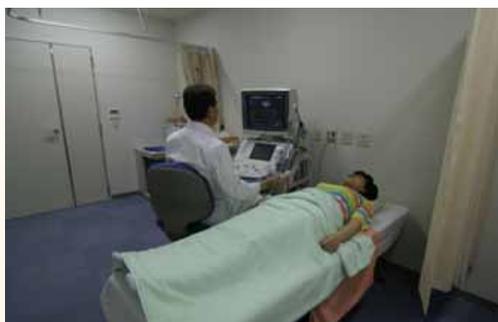
浜松南病院メディカルクラブ（健診センター）では、血液・便潜血による一般的な検査に加え最新の画像診断機器、内視鏡設備によるがんの早期発見に積極的に取り組む一方、高血圧・糖尿病等の生活習慣病に対しても、わかりやすい情報を提供し、きめこまかい生活・栄養指導を行います。また、がん・生活習慣病の企業検診、各種人間ドックにも個別に対応しています。

## ◎栄養治療体制の確立

医療の基本である栄養管理を重視し、医師、管理栄養士、看護師、薬剤師で構成するNST（栄養サポートチーム）による栄養治療を実施します。

## ◎高齢者医療への取り組み

通所リハビリテーションでは、心身機能の維持・向上を図る在宅介護を提供し、療養病床では適切な医療との連携のもと、安心感のある施設介護を提供いたします。



■エコー室



■化学療法室



■内視鏡受付



■内視鏡室



■内視鏡待合



■検査室

## ■ 浜松市南部地域の中核病院として

行政機関，医師会，医療・福祉機関などとの連携のもと，きめこまかい良質な医療・介護サービスを提供しています。



■ 診察室



■ リハビリの様子



■ リカバリー室



■ リハビリ室



■ 中央処置室

◎充実したリハビリテーション  
急なけがはもちろん，肩・腰・膝の痛み，手足のしびれなど身近で切実な症状に対しても最先端の機器で診療し，最新の知見に基づいた最善の治療を提供しています。



■ 言語聴覚室



■ 手術室

## 療養に専念できる安らぎの入院生活

病室は個室を多く確保し、プライバシーが保たれる配慮をしています。



■病室（個室）



■介助浴室

### ◎快適で落ち着いた病棟

病棟は快適で落ち着いた療養の場所です。一般病床としては4人部屋…6室、2人部屋…4室、個室…18室の50床が設けられています。近年増加傾向にある炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎、クローン病）や、その他の消化器（食道・胃・十二指腸・小腸・大腸）疾患の患者さまの内科・外科的治療、生活習慣病の患者さまの生活指導、外傷や整形外科の患者さまの急性期・回復期の治療が行われます。



■スタッフステーション



■デイケア浴室



■デイケア食堂

## ■ 十分なスペースを確保

院内のスペースを広くとり、不安になりがちな患者さまが安らげるような工夫をしています。



■ ピロティ



■ 病院玄関



■ 外来ホール

### ◎ プライバシーを尊重した外来

患者さまのプライバシーを保護するために、外来では受付番号での呼び出しをします。また、診察室に中待合室は設けず、患者さま1人ずつ入室・診療するようになっています。

## ■ フロア案内

6階	図書室/第1,第2会議室/院長室/医局/看護師長室/法人本部事務局/顧問室
5階	療養病床(40床)/ナースステーション/処置室/介助浴室/食堂談話室
4階	療養病床(40床)/ナースステーション/処置室/介助浴室/食堂談話室
3階	一般病床(50床)/ナースステーション/処置室/一般浴室/介助浴室/食堂談話室/洗濯室
2階	内視鏡室/超音波検査室/IBDセンター/栄養指導室/X線テレビ撮影室/手術室/事務室/物流センター/地域医療連携室/カルテ管理室/血球除去室/厨房
1階	各科外来診察室/救急処置室/臨床・生理検査室/一般・CT・MRI撮影室/薬局/リハビリ室/通所リハビリ室/事務長室/事務室/喫茶室

■ 病院の夜景



## 医療法人社団 綾和会 浜松南病院

## ● 病院理念 ●

心を尽くし、技術を磨き、知識を深め、患者さまに優しい思いやりのある全人的医療を行います。

1. 患者さまの立場にたち、安心できる医療サービスを行います。
2. 患者さまの知る権利と治療における自己決定権を尊重するとともに、患者さまご自身の個人情報を守ります。
3. 患者さまに最新、最良かつ高度な医療を提供できるよう職員一同、自己研鑽に励みます。

## ● 浜松南病院 患者権利・義務憲章八か条 ●

当院は、「患者の権利宣言（リスボン宣言）」を尊重し、以下のような「患者さまの権利・義務憲章八か条」を制定しています。

1. 患者さまは、その人格を尊重され、最善で適切な医療を公平に受ける権利があります。
2. 患者さまは、自分が受ける治療法や検査の有効性や危険性、他の治療法の有無などについて、十分な説明を受ける権利があります。
3. 患者さまは、病気の診断、検査や治療の効果と危険性、他の治療法の有無などについて、自由に質問し、自らの意思で治療法などを選択できる権利があります。
4. 患者さまは、当院で受けた検査の結果や治療法の内容に対して知る権利と、他の医師や医療機関の意見（セカンド・オピニオン）を参考にする権利があります。
5. 患者さまは、プライバシーについて保護される権利があります。
6. 患者さまは療養や健康に関し教育を受ける権利があります。
7. 患者さまは適切な医療を受けるために、過去の疾患やアレルギーの有無などの患者さま自身の情報を医療提供者に正確に伝える義務があります。
8. 患者さまは、病院内での規則やマナーを守り、他の患者さまの治療や病院職員による医療提供に支障を与えないよう配慮する義務があります。

## 病院の概要

- **名 称** 医療法人社団 綾和会 浜松南病院
- **所 在 地** 〒430-0846 静岡県浜松市南区白羽町26番地
- **電 話** tel. 053-443-2111 fax. 053-443-2116
- **ホームページ** <http://www.hamamatsu-minami.com/>
- **院 長** 渡邊 文利
- **開設年月日** 平成18年4月1日
- **診 療 科 目** 内科、外科、消化器科、整形外科、肛門外科、泌尿器科、脳神経内科、リウマチ科、リハビリテーション科、健康診断
- **病 床 数** 130床（一般病床50床、療養病床80床）
- **職 員 数** 医師31名、看護師71名、その他127名 計229名
- **建 物 概 要** 敷地面積：9,814.05㎡ 延床面積：9,189.79㎡  
本館：免震構造、鉄筋コンクリート造、地上6階建  
附属棟：鉄筋コンクリート造、地上1階建
- **駐 車 場** 260台
- **設 備** エレベーター：乗用（2基）・業務用（3基）、冷暖房設備、脱臭（酸素クラスター）設備、医療ガス設備、スプリンクラー設備、自家発電機設備、電化厨房設備、他
- **学 会 認 定** 日本消化器病学会専門医制度認定施設・日本消化器がん検診学会認定指導施設・日本消化器内視鏡学会専門医制度指導施設・日本静脈経腸栄養学会栄養サポートチーム（NST）稼働施設・日本外科学会外科専門医制度関連施設・日本大腸肛門病学会認定施設・日本がん治療認定医研修施設



シンポジウム

# 新医療計画施行！ 医療機能情報提供制度 ～それぞれの取り組み状況～

上都賀総合病院  
名誉院長

大井 利夫

山形県健康福祉部  
次長

阿彦 忠之

厚生労働省医政局総務課  
薬事情報専門官

飯村 康夫

東京都立駒込病院  
副院長

坂巻 壽

読売新聞社会保障部  
記者

本田麻由美

(座長) 医療法人医仁会 武田総合病院  
理事長

武田 隆久

(座長) 茨城県立医療大学保健医療学部  
人間科学センター長

中村 洋一

**座長(武田)** それではシンポジウム「新医療計画施行！医療機能情報提供制度——それぞれの取り組み状況」を開催いたします。座長を務めます日本病院会のインターネット委員会委員長の武田です。よろしくお願ひします。

**座長(中村)** 同じく日本病院会のインターネット委員の中村と申します。本日は武田先生と2名で座長を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願ひします。

**座長(武田)** 本日のシンポジウムの進め方です

が、日本病院会では各都道府県の取り組み状況についてアンケート調査をしましたので、まず、その結果に基づいて日本病院会副会長の大井先生より基調講演をいただきます。その後、4名のシンポジストの方々に、それぞれ都道府県、国、医療機関、患者・住民という立場からお話しいただき、その後にディスカッションをして、さらに議論を深めていこうと思っております。それでは、早速ですが基調講演に入ります。日本病院会副会長、上都賀総合病院名誉院長の大井利夫先生、よろしくお願ひします。

# 1 [基調講演] アンケート調査報告

大井 利夫

シンポジウム「新医療計画施行！医療機能情報提供制度——それぞれの取り組み状況」の基調講演として、私ども日本病院会のインターネット委員会を中心になって行いましたアンケート調査の報告をさせていただきます。

昨年（平成19年）つくば市で開催された第57回日本病院学会においても、本日のテーマと同様の「病院のこれからの情報発信を考える——医療機能情報公表制度（当時は「公表制度」）をふまえて」というシンポジウムが開かれ、その際も私が基調講演をさせていただきます。その内容は「日本病院会雑誌」（vol. 54, 9月号）に出ておりますので、そちらをご参照いただくと、そのときに基調講演の

## 第57回日本病院学会 基調講演「医療機能情報提供制度について」 まとめ

- 1) 医療機能情報提供制度は、患者の受療行動や医療の選択に新しい動きを生み出す可能性がある。
- 2) 医療機能情報提供制度は、医療機関同士の状況把握や他機関との比較検討に役立ち、自院の質の向上につながる可能性がある。
- 3) それ故、情報提供制度の活用は、病院経営にとって重要な戦略となる可能性が強い。

スライド1

## 医療機能情報提供制度に関する調査

- 【実施者】(社)日本病院会 インターネット委員会
- 【目的】第5次医療法改正により創設され、平成19年度から一部、平成20年度より全面施行される「医療機能情報提供制度」に対する病院の取り組み状況を調査し、問題点を探ること。
- 【方法】日病会員病院を対象にアンケートによる調査を施行。
- 【調査月】平成20年2月
- 対象病院数：2533病院
- 回答病院数：820病院（回答率：32.4%）

スライド2

まとめとして次の3点を掲げました（スライド1）。

第1に、この医療機能情報提供制度は、患者の受療行動や医療の選択に新しい動きを生み出す可能性があること。2番目に、この医療機能情報提供制度は、医療機関同士の状況把握、あるいは他機関との比較検討に役立ち、医療の質の向上へつながら可能性が強いこと。それ故、結論として、この情報提供制度の活用は、病院経営にとって重要な戦略となる可能性が強いこと。以上の3点です。

## ■今回のアンケート調査の概要

（スライド2）今回行った調査は「医療機能情報提供制度に関する調査」と銘打ちましたが、もともとこの情報提供制度は、施行主体である都道府県知事、そして情報を提供する医療機関、さらにその情報を見て判断する住民、この3つの立場がうまく作用してはじめて効果的に運用されることとなります。今回は、このうちの医療機関の取り組みについて調査しました。

調査の目的は、平成19年度から一部施行され、平成20年度から全面施行される医療機能情報提供制度に対する病院の取り組みを調査し、問題点を探ることです。

調査方法は日本病院会の会員病院を対象に簡単なアンケート調査で行いました。施行した調査月は平成20年2月で、新年度に入る直前の状態を調査させていただきました。回答病院数は820で、回答率は32.4%でした。

## ●調査項目

（スライド3）調査項目はここに示した9項目です。基本的な状況はどうか、そして、ほかに主としてどういう取り組みがどの程度行われているかを調

## 調査項目

1. 病床数
2. 基本情報提供月
3. 全項目提供体制の整備状況
4. 院内会議（検討会等）の開催
5. 診療情報管理士の関わり状況
6. 院内周知方法
7. 制度活用への取り組み
8. 今後の患者・医療機関関係の展望
9. 今後の医療機関関係変化の見通し

スライド3

査しました。あくまでも医療機関の取り組みの状況を見ることを目的としておりますし、調査したのが平成20年2月という状況のなかでの回答（回答は3月末までいただきました）ということでご判断いただきたいと思えます。

### ■アンケート結果

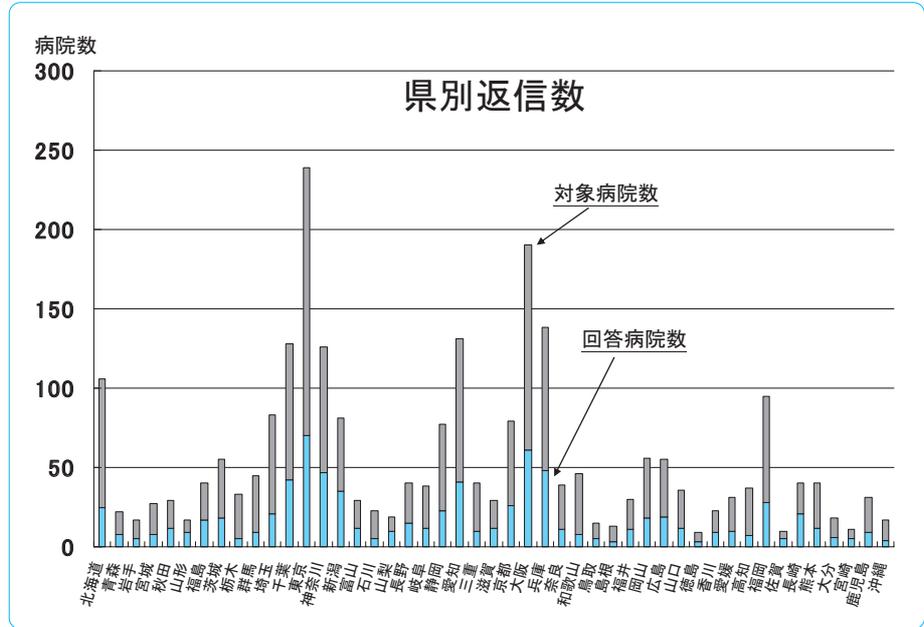
県別の回答数はスライド4のグラフのようになります。こまかい点を見ますと対象病院数に対する回答病院数はさまざまですが、有意な差はありません。

日本病院会の会員病院ですので多少偏りがあるかもしれませんが、回答していただいた病院の病床数を見ますと、100床以上の病院と400床以上の病院が多くなっています（スライド5）。

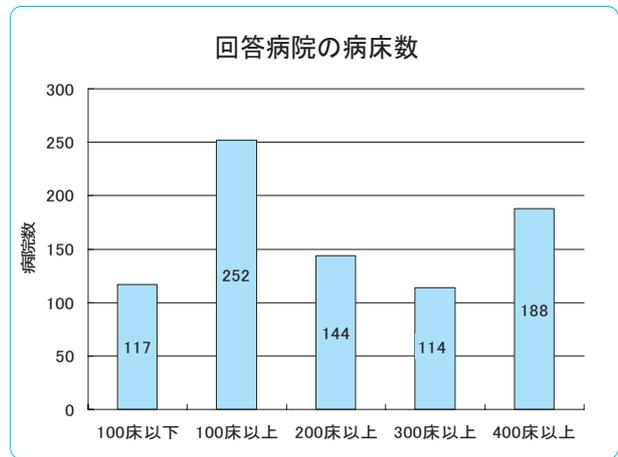
これらをアンケート回答病院の背景として、以下、各設問に対する回答を説明させていただきます。

#### ●基本情報の提供月

（スライド6）まず、平成19年度中に基本情報を提供した月を調べました。結果は、このグラフでもわかるように、実は多くの病院が平成20年になってから提供しています。早いところでは昨年4月に報告した病院もありますが、多くの病院は立ち上がりが遅れている傾向が見て取れます。



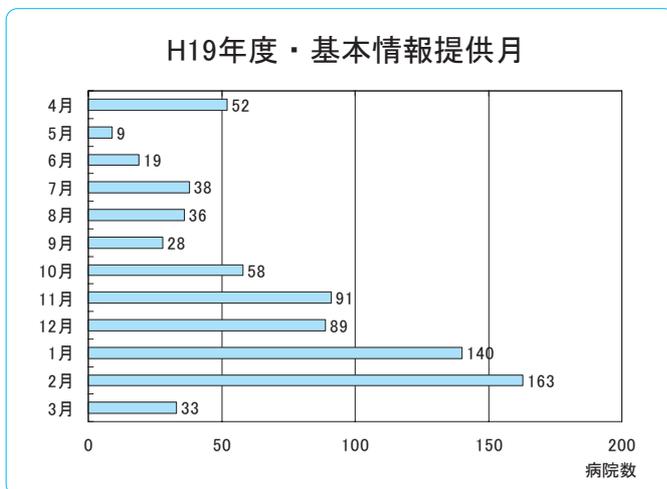
スライド4



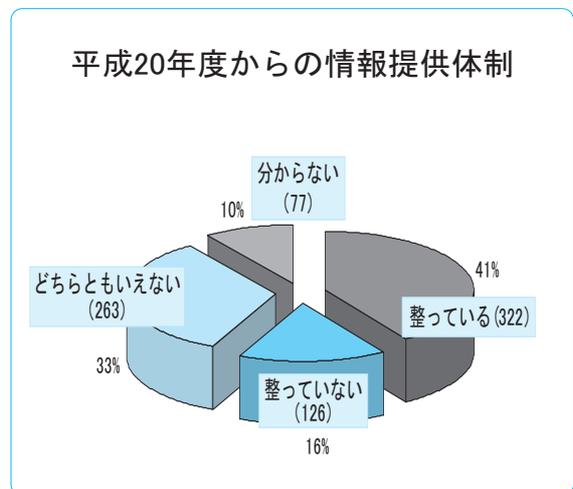
スライド5

#### ●平成20年度からの情報提供体制

（スライド7）「平成20年度から全面施行される医療機能情報提供制度にすべて体制が整っています

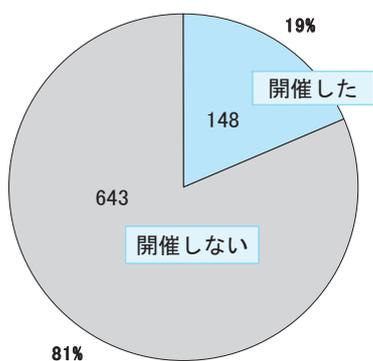


スライド6



スライド7

## 院内会議（検討会等）開催



スライド 8

か」という設問に、「整っている」と答えたのは322病院（41%）だけで、残りは「整っていない」「どちらともいえない」「分からない」という状況でした。

## ●院内会議などの開催

（スライド8）この制度について、実際に何らかの会議や検討会を院内で行ったかどうかを尋ねたところ、「開催した」は19%にすぎませんでした。ほとんど体制は整っていると答えた病院もありますが、一度も会議や検討会などをしていない病院が81%でした。

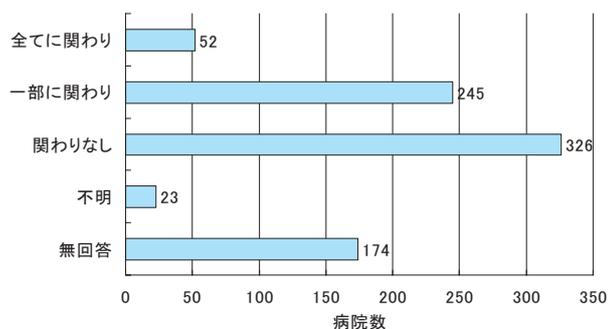
## ●診療情報管理士の関わり

（スライド9）情報提供には診療情報管理士が関わることを奨励しておりまして、私は診療録管理学会の理事長でもありますので、診療情報管理士が情報提供に関わっているかを知りたく、それについて尋ねました。結果は、「全てに関わり」と「一部関わり」を合わせて36.2%の病院で何らかの関わりが見られましたが、「関わりなし」という回答も326病院、約40%の病院にのぼります。無回答も多く、診療情報管理士の関わりにはあまり積極的ではない状況が見られました。

## ●院内周知方法

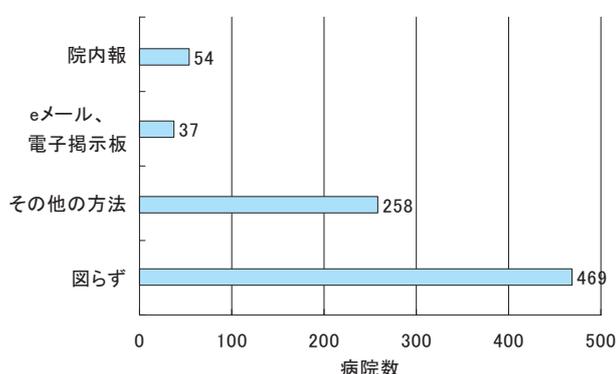
（スライド10）4割の病院しか体制は整っていないことは仕方がないといえば仕方がないことですが、それでも平成20年度からの法令で決められているこの医療機能情報提供制度について、何らかの周知を院内で図っているかを問いました。

「院内報」で周知を図っているのが54病院、「eメール、電子掲示板」が37病院、「その他の方法」が258

情報提供への  
診療情報管理士の関わり

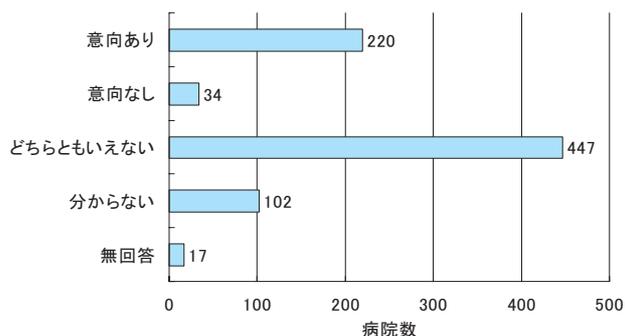
スライド 9

## 院内周知



スライド10

## 制度活用の意向



スライド11

病院ありましたが、まったくそういう周知を図っていない病院が469病院（約60%）にのぼりました。6割の病院では職員にはまったく周知が図られていない状況でした。

## ●制度活用の意向

（スライド11）回答いただいた先生方（院長先生が主体）に、この情報提供制度を活用する意向があるかどうかを質問しました。

「意向あり」が220病院 (26.8%)。そのほかは「意向なし」「どちらともいえない」「分からない」になりますが、「どちらともいえない」という、今のところまだ決めかねていて、様子見をしている病院が447病院 (55%) ありました。

### ●住民・患者対医療機関の関係

(スライド12) それでも、この制度によって住民・患者と医療機関の関係が変わるかどうかという質問には、「大きく変わる」と答えた病院が26病院、「少しは変わる」と答えた病院も362病院あり、合わせると約半数の病院が変わる可能性を感じ取っていました。そういうことを敏感に感じ取っていることもあって、「変わらない」という病院は比較的少なかったようです。

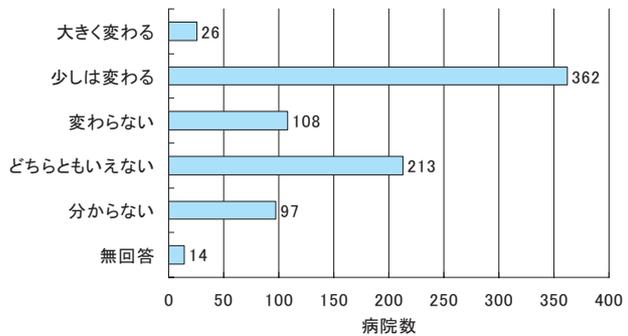
### ●医療機関相互の関係

(スライド13) もう1つ、この制度によって医療機関相互の関係が変わるかどうかも尋ねました。これに対する回答は、対住民・患者の関係とまったく同じ傾向で、「大きく変わる」と「少しは変わる」を合わせると約45%になります。「変わらない」と答えた病院もありますが、半数近くの病院は医療機関相互の関係が変わることを直感的に感じていたことになります。

### ■自由記載の意見

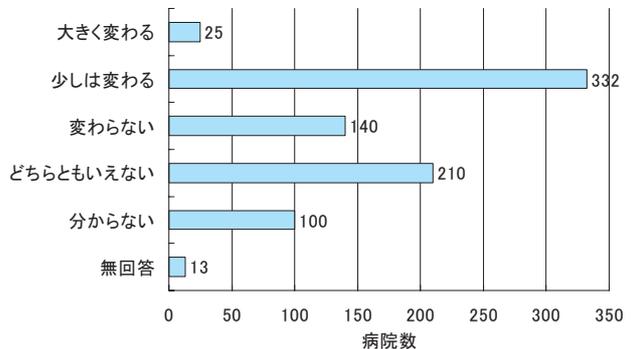
以上がアンケートの結果ですが、このアンケート

住民・患者対医療機関の関係



スライド12

医療機関相互の関係



スライド13

には自由記載欄があり、そこに大変多くの意見が寄せられました。820の病院のほとんどがこの欄に書いてくださり、非常に多くの意見があったのですが、私の独断と偏見で選ばせていただいて4枚のスライドにまとめました。以下、ご紹介します。

(スライド14) まず、「折角の制度であるけれども、現状では住民・患者でその制度を知っている人は少ない。県の広報を望みたい」というもっともな意見がありました。病院側が周知を積極的に図っているかどうかは別の問題として、「ぜひ県のほうで動いてほしい」という意見です。

また、「何を基準に住民は医療機関を選ぶのか。これでは全然見えない」という懐疑的な意見もありました。

「当院は紹介病院のため、一般病院のように情報はオープンにできない。この制度に対して意義を感じていない」という意見があり、こういう意見がいくつか

### 主なる意見 (1)

- 折角の制度であるから住民・患者にその制度を広報し病院等の適切な選択に資するべき。現状、住民・患者でその制度を知っている人は少ない。県の広報を望みたい。(愛知県)
- 何を基準に住民の方が医療機関を選ぶのか? サイトの運営主旨やリサーチが不十分で、タウンページの代わりではあまり利用されないのでは? (大阪府)
- 当院は紹介病院のため、一般病院のようにオープンにできないという事情があり、この制度に関しての意義を感じていない。(鹿児島県)
- 患者からしてみれば各病院の比較ができるので便利だと思う。このことより、今後の病院選びも行われ、淘汰されていこう。反面、誤った情報を提供し、後々患者に損害を与えることもありうるので、そういった意味ではこの制度のみに頼るのは不安がある。(鹿児島県)

スライド14

ありました。紹介型病院なので医療機能情報提供制度は意味がないというのは、どういうお考えなのかよくわかりませんが、そういう回答がありました。

一方、同じ県の病院ですが、「患者からしてみれば各病院の比較ができるので便利だと思う。このことによって、今後の病院選びも行われ、淘汰されていくだろう。不安もあるが、だんだんそういうふうになっていくだろう」と答えている病院もありました。

(スライド15) それから、「救急などに情報提供機能を優先すべきだ」という意見がありました。

また、「医療機能情報の項目がこまかい数字にまで及んでいるが、集計するシステムが整っていないために非常に苦労した。苦労した割には正確な数字がわからない」という回答もありました。

「インターネット等の情報は表面的で、実際の診療活動を十分に反映しているとは言い難い」という懐疑的な意見もありました。

「制度ができて提供体制の整備が進んでおらず、いまだ自院ですべて終わらせようとしている県立病院があり、周りの病院はどうしようもない状態が続いている」という叫びに似た声を寄せてくださった先生もいます。

(スライド16) 「医療機関の開示データから、自分の病院の診療機能が把握でき、職員が胸を張れることが理解された。この点で素晴らしい制度だ」という積極的な意見もありました。そういう病院はよろしいのでしょうか。

また、「当院は総合病院で、診療科目も細分化され、受診方法も科によってさまざまにもかかわらず、調査票が非常に簡略で、記入に大変戸惑った。あらゆる医療機関を想定した調査票であってほしい」という希望もありました。

「制度の詳細についてマスコミを通してもっと一般市民への情報提供をしないと利用されない」という意見や、似たよ

## 主なる意見（2）

- 救急とか救命の情報サービス(機能)をまず構築し、救急車の搬送先、救急車で搬送された患者の転送先の情報提供機能を優先すべき。(神奈川県)
- 医療機能情報の項目が手術件数や検査件数などまでに及んでおり、正確な数字を上げなければ意味がないが、集計するシステムが整っていないためドクターに聞きまわることになり苦労する割りに正確な数字があがらない。(岐阜県)
- インターネット等の情報は表面的であり、実際の診療活動を十分に反映しているとは言いがたい。医療者同士はある程度承知しているが、情報のみが一人歩きしてしまうことや、これを医療機関が意図的に宣伝に使用し、実態と異なったイメージが伝わってしまうと問題である。(群馬県)
- 制度ができて提供体制の整備が進んでおらず、いまだ自院ですべて終わらせようとしている県立病院などあり、周りの病院はどうしようもない状態が続いている。(滋賀県)

スライド15

## 主なる意見（3）

- 医療機能の開示データから、自病院の診療機能(手術件数等)が把握でき、職員が胸をはれることが理解された。この点では素晴らしい制度と理解される。(静岡県)
- 当院は総合病院で診療科目も細分化され、受診方法も科によって様々であるにも拘わらず、調査票は非常に簡略であったため、記入時大変戸惑った。あらゆる医療機関を想定した調査票であってほしい。(静岡県)
- 制度の詳細についてマスコミを通してもっと一般市民への情報提供をしないと利用しないと思う。(千葉県)
- こんな細かい情報を提供しても、一般人では判らない。医療関係者であってもこんな細かい内容が必要か疑問に思う。(東京都)
- この制度の開始により、院内の情報管理の重要性が増すことが考えられる。患者に最新の情報を提供する体制を構築する必要がある。(東京都)

スライド16

## 主なる意見（4）

- 現在はほとんどの医療機関がホームページで情報提供を行っている。国が法によって強制するのはいかがなものか。しかも設備投資の資金はどうするのか。強制するならば国が資金を提供すべき。口は出しても金は出さないなら余計なことを言うな。(東京都)
- 住民・患者思考として「診療科が多い」「医療設備が充実している」として200床以上の病院への受診動向が大きくなるのではないか。(長崎県)
- すぐに大きな変化はないが、5年、10年という単位で変わっていくと思う。(長野県)
- 医療機能情報の中で、何を住民・患者が必要と思っているのか。提供した情報が活用されるか疑問である。(新潟県)
- 当院のような中小病院では、70歳以上の老人が多く、インターネット利用の効果は疑問である。(兵庫県)

スライド17

うな意見で「マスコミに協力を願ったほうがいいのではないか」というものもありました。

「こんなこまかい内容が必要か」という疑問の声もありましたが、一方で「この制度の開始により、院内の情報管理の重要性が増すことが考えられる」として、院内の情報体制を整備していこうと積極的にとらえた病院もありました。

(スライド17)「現在はほとんどの医療機関がホームページで情報提供を行っている。国が法によって強制するのはいかなものか。しかも設備投資の資金はどうするのか。強制するなら、国が資金を提供すべき。口は出しても金は出さないなら、余計なことを言うな」という声もありました。

また、「200床以上の病院への受診動向が大きくなるのではないかと懸念している病院もありましたが、「すぐに大きな変化はないが、5年、10年という単位で変わっていくと思う」と予想している病院もありました。

それから「情報提供制度のなかで、提供した情報が活用されるか疑問」という回答や、情報は原則インターネットで提供することになっていますが、70歳以上の人たちの多くはインターネットを使えないので、「インターネット利用の効果は疑問だ」という声もありました。

以上、ご覧いただいたように、この制度を積極的にとらえて活用していこうとする病院、疑問視し、じっと様子見している病院、まったく関知していない病院、この3通りくらいにはっきりとわかれていました。

## ■まとめ

(スライド18) 医療機能情報提供制度に対する理解と取り組みについてアンケート調査を行い、820の病院から回答を得ました。

情報提供体制は整っているとした病院は、平成20年2月現在では41%でした。

本制度を活用する意向を示した病院は27%、制度施行にあたって院内で検討会などを開催した病院は19%にすぎませんでした。

しかし47%の病院が、本制度の施行により住民・患者対医療機関の関係が変わると回答しています。

## まとめ

1. 医療機能情報提供制度に対する理解と取り組みにつき、日病会員病院を対象にアンケートに調査を施行し、820病院より回答を得た(回答率: 32.4%)。
2. 情報提供体制が整っているとした病院は322病院(41%)であった。
3. 制度活用の意向を示した病院は27%で、さらに制度施行につき院内で検討会等を開催した病院は19%に過ぎない。
4. しかし、47%の病院が、本制度施行により住民・患者対医療機関の関係が変わると回答。また、44%の病院が医療機関相互の関係が変わると回答している。
5. 自由記載の意見欄には、積極的取り組みから疑問・慎重論まで様々な記載が寄せられ、本制度施行に対する地域および病院間の温度差が感じられた。

### スライド18

また44%の病院が、医療機関相互の関係が変わると回答しています。

自由記載の意見欄には、積極的取り組みから疑問・慎重論まで、多くのさまざまな意見が寄せられまして、本制度施行に対する地域および病院間の温度差を全体として感じることができました。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

**座長(武田)** ありがとうございました。私ども日本病院会が行ったアンケート調査の結果に基づいての基調講演でした。それぞれの立場によって、考え方も利用方法もいろいろとあるかと思います。

続きまして、シンポジストの4名の先生のお話をうかがいます。まず都道府県の取り組みということで、山形県健康福祉部次長、山形県衛生研究所所長の阿彦忠之先生よりお話をいただきます。阿彦先生、よろしく願いいたします。

## 2 山形県における医療機能情報提供制度の取り組み

阿彦 忠之

地元の山形県健康福祉部の阿彦と申します。平成20年2月に今日のシンポジウムのお話をいただきました。山形県でも提供制度の準備の真っ最中だったのですが、今日座長をなさっている中村洋一先生は、私が学生時代からお世話になっている先生なのでお断りできず、見本になるようなものではありませんが一応システムを立ち上げ、提供している地元を代表して、山形県における取り組みを紹介します。

### ■従来の情報ネットワークから、新制度へ

（スライド1）実は山形県では平成17年度から「山形県医療機関情報ネットワークシステム」というこ

とで、今回の制度よりも項目数が少ない24項目の公表システムを運用しておりました。これは国の広域災害救急医療情報システム（EMIS）と同じ項目を関係機関で共有できるシステムで、災害時の救急の情報ネットワークに24項目の公表を乗せるかたちで行っておりました。

ただこれは法的根拠のない、県独自の任意制度であったために、医療機関の情報が更新されないという大きい課題があり、登録情報を更新する医療機関は約半数にとどまっておりました。

### ●新システムのイメージ

スライド2は新しいシステムのイメージ図ですが、広域災害救急医療情報システムがあり、これと一部共有しております。

「山形県医療機関情報ネットワーク」ということで、医療機関から県庁のサーバー（バックアップ用とで2カ所）に直接入力します。当初は紙ベースでの報告を県庁で入力しますが、本格運用になれば医療機関から直接登録、更新となります。ただインターネット環境が整っていない医療機関については、地区医師会の協力を得て、医師会が紙ベースでいただいたものを代行入力します。こうして登録された情報を県民に広く利用していただく、あるいは医療機関からも利用していただく、そういうかたちを考えております。

### ●新システムの開発

（スライド3）新しい制度への取り組みですが、従来システムと同様に、インターネットを介して各医療機関が医療機能情報を直接登録できるシステムということになりました。そして今回の制度導入を契

#### 山形県の医療機能情報提供制度 ＜新制度導入前の取り組み＞

平成17年4月～19年3月

「山形県医療機関情報ネットワークシステム」の運用

- ①医療機能情報（24項目）の公表システム
- ②国の広域災害救急医療情報システム（EMIS）と同じ項目を関係機関で共有できるシステム

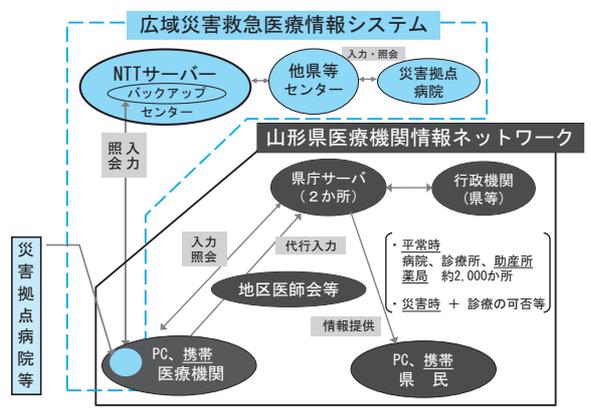
#### ＜課題＞

法的根拠のない県独自の任意制度であったため、医療機関の情報が適宜更新されず。

（登録情報を更新する医療機関は約半数のみ）

スライド1

#### 山形県医療機関情報ネットワークのイメージ



スライド2

#### 山形県の医療機能情報提供制度 ＜新システムの開発＞

- ・インターネットを介して各医療機関が医療機能情報を直接登録できるシステム（従来システムと同様）
- ・携帯電話による検索機能の追加（新規）
- ・薬局機能情報も同じシステムで公表（新規）
- ・提供される情報項目数の大幅増加に伴うシステムの全面改修（24項目 → 国指定56項目 ± 2項目）
- ・災害システムについても、国のEMISの項目見直しに合わせて全面改修

山形県独自の追加項目  
⇒ ① 一般外来受付の有無  
② 女性専門外来の有無

スライド3

機に、新たに携帯電話による検索機能を追加しました。また、薬事法に基づく薬局機能情報もスタートしておりますので、薬局の情報も同じシステムのなかで公表することにしました。

24項目だった従来の県独自のシステムを国指定の56項目に大幅増加し、全面改修しました。県独自の追加項目としては、一般外来をやっていない病院もありますので「一般外来受付の有無」、それから「女性専門外来の有無」、この2項目を追加し、病院で計58項目で運用しております。

災害システムについても、従来は48項目でしたが、これは逆に国の項目見直しで13項目に絞り込まれたので、それに合わせて全面改修しました。

## ■導入までの準備

(スライド4) 導入までの準備ですが、平成19年4月に法が施行され、9月補正でこの新しいシステムの開発経費予算約900万円を確保しました。

11月から県医師会・歯科医師会への説明を行い、



### 山形県の医療機能情報提供制度

#### <新制度の導入準備経過>

- H19年 4月 改正医療法（医療機能情報提供制度）施行
- 10月 新システムの開発経費予算の確保
- 11月 県医師会・歯科医師会に説明、システム開発開始
- 12月 県医師会・県歯科医師会の各会報に制度周知のための記事掲載
- ～20年 1月
- 2月上旬 県内6カ所で医療機関に対する説明会開催
- 2月下旬 各医療機関から医療機能情報報告書（紙媒体）を保健所で受理
- 3月 システム開発完了、システムへのデータ入力  
県庁ホームページ上で公開（3月末）

※ H20年6月5日現在

⇒ 医療機関登録数 1,495ヶ所（登録率 97.7%）

スライド4

### - 山形県医療機関情報ネットワーク - リニューアルのお知らせ

平成17年度から運用してまいりました「山形県医療機関情報ネットワーク」をリニューアルし、県内の各種医療機関や薬局のより細かい情報をご覧いただけるようになりました。

携帯電話でのご利用も可能です。また、従来どおり災害時には診療可能な医療機関の情報を提供いたします。

- ◆対象 病院、一般診療所、歯科診療所、助産所、薬局
- ◆内容 名称、所在地、連絡先、診療科目、診療時間、  
専門医の有無、対応できる予防接種  
(災害時は診療可能な医療機関の情報)
- ◆アドレス (パソコン版) <http://www.pref.yamagata.jp/medical-net/>  
(携帯電話版) <http://www.pref.yamagata.jp/medical-net/mob/>

スライド5

システム開発を開始しました。システム開発は大手ではなく地元業者に委託しておりますので、ほかの県のシステムと違うかもしれません。

12月から翌平成20年1月にかけて、県医師会・歯科医師会の各会報に制度周知のための記事を掲載し、2月上旬には県内6カ所で医療機関の担当者を対象に、情報登録の仕方などについての説明会を開催しました。

そして2月下旬、各医療機関から紙ベースの医療機能情報報告書を保健所にお送りいただき、開発完了したシステムを使ってこの報告書のデータ入力をし、なんとか3月末に県庁ホームページ上で「山形県医療機関情報ネットワーク」を公開することができました。

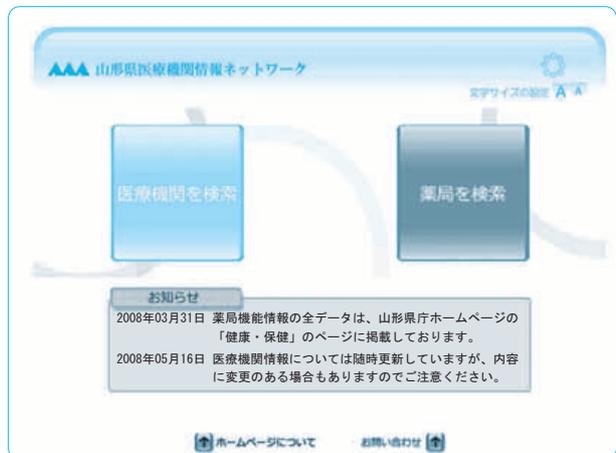
平成20年6月5日現在、登録医療機関数は1,495カ所、登録率97.7%となっております。薬局を合わせますと2,000カ所以上の登録になっていると思います。

## ■当県の医療機能情報提供制度の概要

ネット上では、こういうかたち(スライド5)で新しくなった山形県医療機関情報ネットワークのお知らせをしています。

県庁ホームページのトップページから直接ではありませんが、「医療」を経由してこのページに来ると、パソコン版と携帯電話版のリンクが張っておりますので、ここからネットワークに入り、「医療機関を検索」または「薬局を検索」のそれぞれの画面に入っていくこととなります(スライド6)。

「医療機関を検索」をクリックすると検索の画面が開きます(スライド7)。検索の条件項目が並んでいますので、このなかから選んで検索すると、ス



スライド6



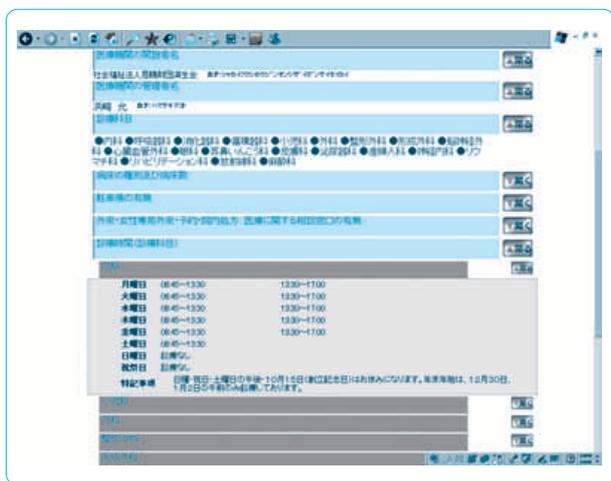
スライド7



スライド9



スライド8



スライド10

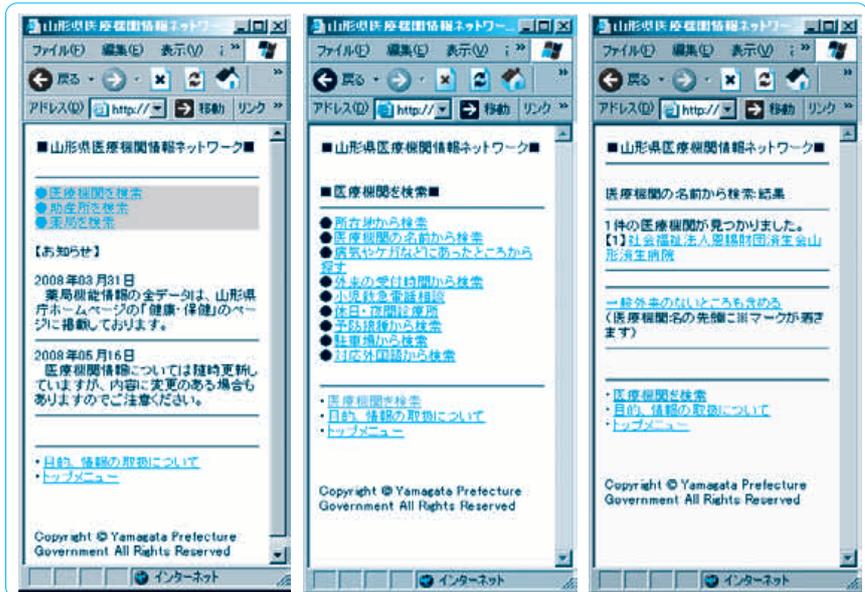
スライド8のような病院のリストが表示されます。

先ほど県独自の項目としてお話した「一般外来受付の有無」については、20床以上あれば病院になりますが、県立の療育訓練センターなど一般外来を受け付けていないもの、また20床以上で健診・人間ドック等専門に行っているものについては、×マークを付けております。

●各医療機関情報の画面へ

リストに挙げられた病院の「詳細」をクリックすると各病院の画面になります。今回の学会長である濱崎先生が院長をなさっている済生会山形済生病院を例にとらせていただきますと、このような画面（スライド9）が出てきます。

本県の場合は、住所の下に病院のマップを表示し



スライド11

ています。さらに県独自の項目、国の指定項目が並んでいます（スライド10）。各項目についての情報、例えば「女性専用外来の有無」について知りたいときは、「開く」をクリックすると情報画面が出てくる

ようになっています。スライド10は、「診療時間（診療科目）」を開いた画面です。

●携帯電話からの検索

先ほど申しましたように携帯電話からの検索もできます。スライド11の左の画面→「医療機関を検索」→「医療機関の名前から検索」で、スライド12の済生会山形済生病院の画面を出しました。住所などのほか、対応している予防接種の種類、外来受付時間といった情報も携帯から見て取れるような設計になっています。



スライド12

■検索例から見た課題

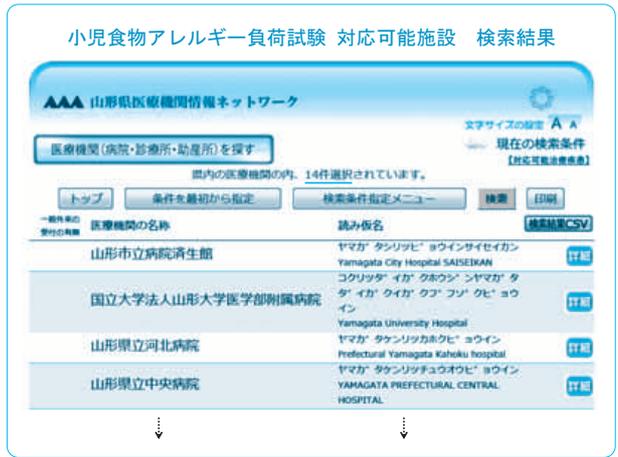
検索に関してはいろいろな課題もあります。例えば検索画面（スライド13）で「専門医対応可能な疾患・治療」をクリックすると、「専門医」「対

応可能な疾患・治療の領域」「詳細な疾患・治療内容」という検索条件を入力する画面（スライド14）が出てきます。

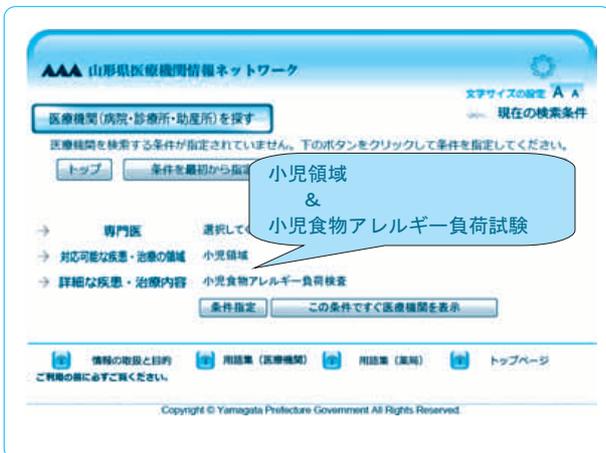
そこで例えば「小児領域」と「小児の食物アレルギー負荷試験」という条件を組み合わせると「この条



スライド13



スライド15



スライド14

**東京都福祉保健局**  
Bureau of Social Welfare and Public Health

東京都内で小児の食物アレルギー負荷検査を実施している医療機関一覧

この一覧表は、次の条件を満たした医療機関を掲載しています。

- 1) 小児の食物アレルギー負荷検査について、厚生労働大臣が定める施設基準に適合し、東京社会保険事務局長にその旨の届出をしている、東京都内の医療機関。
- 2) 1)のうち、小児の食物アレルギー負荷検査を実施している当ホームページに掲載可能な医療機関。

平成20年3月25日現在（計26病院）

（出典）東京都アレルギーホームページ

スライド16

件ですぐ医療機関を表示」をクリックしますと、検索結果の画面（スライド15）が出てきます。このスライドには収まりきれなかったのですが、全部で14件の県内医療機関が選択されています。

ところで、この情報システムは今のところ、一般の県民よりも医療機関の先生方が関心を示し、実際にアクセスして使い物になるかどうかを確かめているようなところがありますが、ある小児科の先生がこの画面を見て意見を寄せてくださいました。先生がおっしゃるには「食物アレルギー負荷試験をやる施設というのは、施設基準がけっこう厳しく、14件もあるはずがない。おかしいのではないか」ということでした。

そこで東京都の状況を見てみました。東京都の場合は、医療機能情報のネットワークとは別に、保健福祉局の「東京都アレルギーホームページ」で、小児の食物アレルギー負荷試験の実施医療機関一覧を公表しています（スライド16）。その条件は、「厚生労働大臣が定める施設基準に適合し、東京社会保険事務局長にその旨の届出をしている東京都内の医療機関」であって、「小児の食物アレルギー負荷検査を実施していて、このページに掲載可能な医療機関」となっており、東京都全体でも26病院しかなく、それも全部病院です。

一方、山形県の場合は14件のなかには診療所が入っていたりなどしています。

やはり情報の登録に当たっては、「専門性の高い検査の場合は施設基準を満たしていること、届け出の必要な検査の場合は届け出をしていることを条件に登録してください」というように丁寧な説明をすることが求められるのではないかと思います。

また、例えば肝炎のインターフェロン治療のようなものについては、医療機能情報提供制度のシステムとは別に、東京都のアレルギーホームページのような、特定の疾患・治療に対応できる医療機関一覧を、このシステムと重複しても構わないので、別掲でお知らせしてもいいのではないかと思います。

（スライド17）もう1つ、検索例です。「呼吸器領域」で「肺悪性腫瘍摘出術」に対応できる医療機関を検索してみました。これも14件出てくるのですが、この検索結果を見た肺がん専門の外科医の先生は、「120万人弱の山形県で、肺がんの手術をする医療機関が14もあるというのは多いんじゃないか」とおっしゃいました。

検索例 → 対応可能な疾患・治療の領域 = 「呼吸器領域」  
→ 詳細な疾患・治療内容 = 「肺悪性腫瘍摘出術」

山形県医療機能情報ネットワーク

医療機関(病院・診療所・助産所)を探す

現在の検索条件

県内の医療機関の内、14件選択されています。

医療機関の名称	読み仮名	検索結果CSV
山形市立病院済生館	ヤマガタシ立病院 済生館	詳細
公立学校共済組合東北中央病院	公立学校共済組合 東北中央病院	詳細
国立大学法人山形大学医学部附属病院	国立大学法人 山形大学 医学部 附属病院	詳細

スライド17

## 山形県医療機能提供制度 (今後の課題)

### ①システムの早期本格稼働

- ・現在は、医療機関から保健所に提出された報告書の医療機能情報を県庁で登録
- ・本稼働後は、各医療機関が自ら登録

### ②情報の更新

- ・基本情報の随時更新
- ・年1回の定期報告の円滑な実施
- ・新医療計画に明示された「4疾病5事業」の医療連携体制に関する情報（役割別の医療機関名）の見直しと連動させた更新

### ③登録情報の正確性の確保

- ・保健所による医療機関への立入検査（病院は通常年1回）における登録情報の確認
- ・社会保険事務局との連携も考慮（特掲診療料の施設基準に係る届出情報との整合）

スライド18

こういう検索結果を見ていきますと、いろいろなことがあるなど感じているところです。

## ■今後の課題

### ●システムの早期本格稼働

（スライド18）まず、システムの早期本格稼働です。現在は医療機関から保健所に提出された紙ベースの報告書をもとに県庁へ情報登録するかたちですが、平成21年度の本稼働後は各医療機関が自ら登録するというので、それに向けたいろいろな説明が必要だと思います。

### ●情報の更新

情報の更新も課題です。基本情報は随時更新ですが、年1回の定期報告を円滑に実施しなければいけません。これについては、新医療計画に明示された4疾病5事業の医療連携体制に関する情報——紙ベースで医療機関の連携体制を描いており、これも年

1回更新したいと思っています——の見直しと連動させて更新するという方法があると思います。

#### ●登録情報の正確性の確保

最後に、登録情報の正確性の確保です。保健所による医療機関への立ち入り検査が病院については年1回以上ありますので、このときに登録情報の確認ができると思います。

また、先ほど申しあげた特掲診療料の施設基準にあるような検査・治療については、届出情報との整合性を図るためのいろいろな手立てが必要だと思っております。

以上です。ありがとうございました。

**座長（武田）** ありがとうございました。質疑の時間は後ほどシンポジウムのなかでまとめて取らせていただきます。続いて、この制度をつくられた国の立場ということで、厚労省からのお話をうかがいます。プログラムには中村企画官の名前がありますが、お仕事の都合上お越しになれず、本日は厚労省医政局総務課、薬事情報専門官の飯村康夫先生にお話いただくことになりました。飯村先生、よろしくお願ひします。

## 3 医療機能情報提供制度の現状と課題について

飯村 康夫

ご紹介いただきましたように本日は当課の中村企画官が公務の関係で来られないということで、情報関係の仕事を一緒にしております、専門官である私が代わりにご説明にうかがいました。本日は貴重なお時間をいただきまして、またこういう場で意見交換ができるということで、非常にありがたいと思っております。

国がこの医療機能情報提供制度を創設した趣旨と、どんな制度なのかをもう一度おさらいし、そして、先ほどの大井先生、阿彦先生のお話にもありましたが、どんな課題があるのかなどをお話しさせていただきたいと思ひます。

### ■医療機能情報提供制度の創設の趣旨

**スライド1**は、平成18年の医療法改正全般を説明するときに使っている、医療機能情報提供制度の創設に関する資料です。

趣旨は上の部分に書いてありますように、「医療機関に対し、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、都道府県への報告を義務付け、都道府県が情報を集約してわかりやすく提供する仕組みを創設」するもので、「薬局についても同様の仕組みを創設」するというのが概要です。

なぜこういう制度をつくったかと言いますと、改正前は患者さんが医療情報を得る手段は、医療機関が行う広告、またはインターネット上の各医療機関のホームページでの広報活動、この2つくらいしかなく、この2つはあくまでも医療機関側による任意の情報提供です。したがって医療機関側が広告を出さず、インターネットにも載せていなければ、情報が全然得られません。タウンページなどがありますが、患者さんが積極的に情報を得る手段は限られていました。医療機関の院内掲示は、従前の医療法でも義務づけておりましたので、実際に病院に行けば見られますが、これも情報を得る手段としては限られたものでしかない。

そこで見直しの視点ということで、必要な情報、

患者さんが知りたいような情報は一律に提供すべきではないか。情報を集約化したほうがいいのではないか。そして、これが重要なことですが、客観的な情報をわかりやすく提供する必要があるのではないか。さらに、情報を提供するだけでは患者さんにはわかりませんから、相談・助言の機能を充実していくべきではないか。以上の視点から新しい制度を創設することになったわけです。

## ■制度の概要

この制度のおさらいをしますと、医療機関に対して医療機能に関する一定の情報（これについてはスライド1の下の部分に書いてありまして、あとでお話しします）についての報告を医療法で義務づけます。医療機関は都道府県に報告します。都道府県はその報告された情報を集約し、インターネット等でわかりやすく住民に提供するという仕組みです。

さらに、情報を流すだけでは住民の方々がうまく活用できるとは限りませんし、活用方法がわからないということもありますので、都道府県に対しては、情報を提供するだけでなく、情報の使い方や見方などに関する相談・助言を医療安全支援センター等

で行ってくださるとお願いして、住民に広く情報を提供していただきます。

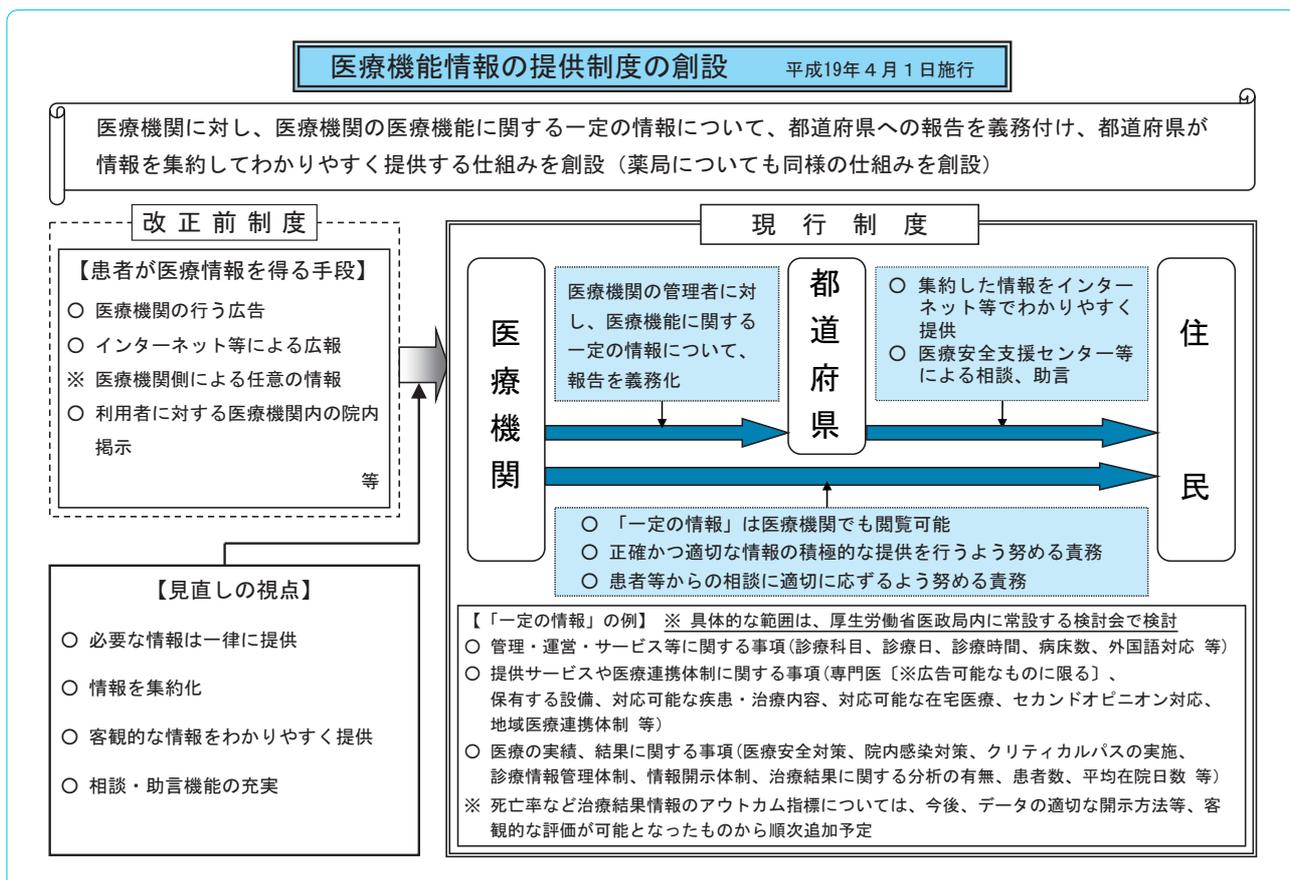
医療機関には、都道府県に提供した一定の情報を直接、住民に提供することも義務づけております。これは紙ベースのものを備えつけておけば十分ですが、一定の情報については医療機関内においても閲覧を可能にすることを医療法で義務づけております。

これも努力義務・責務として掲げていることですが、当然のことながら正確かつ適切な情報提供に努めなければいけない。また、患者さんから「先生のところの情報を見たのですが、わからないので教えてください」と言われたときには、適切に相談に応じていただくことも求めています。

### ●「一定の情報」とは

「一定の情報」とは何かといいますと、ここに書いてありますように、まず「管理・運営・サービス等に関する事項」で、これは診療科目、診療日などの基本情報です。

次に「提供サービスや医療連携体制に関する事項」で、これは対応可能な疾病・治療内容、在宅医療をやっているか、セカンドオピニオンに対応しているかといったこと。



【「一定の情報」の例】 ※ 具体的な範囲は、厚生労働省医政局内に常設する検討会で検討

- 管理・運営・サービス等に関する事項（診療科目、診療日、診療時間、病床数、外国語対応 等）
- 提供サービスや医療連携体制に関する事項（専門医〔※広告可能なものに限る〕、保有する設備、対応可能な疾患・治療内容、対応可能な在宅医療、セカンドオピニオン対応、地域医療連携体制 等）
- 医療の実績、結果に関する事項（医療安全対策、院内感染対策、クリティカルパスの実施、診療情報管理体制、情報開示体制、治療結果に関する分析の有無、患者数、平均在院日数 等）
- ※ 死亡率など治療結果情報のアウトカム指標については、今後、データの適切な開示方法等、客観的な評価が可能となったものから順次追加予定

スライド1

それから「医療の実績、結果に関する事項」。これは、患者数、手術件数など、そして結果に関するアウトカムの情報、これは一部ですが院内感染対策、平均在院日数など。

一番下に書いてありますが、死亡率などの治療結果情報のアウトカム指標あるいは術後の生存率など、一部の患者さんたちがいちばん知りたがっている情報については、やはり評価がまだ確立していません。例えばあるがんの治癒率、救急の救命率など、数字が高いところが本当に良いのかといいますと、結局、重症度などで違います。

また、数字を出しますと、数字の高いところに患者が殺到したり、重症患者のたらい回しが起きるのではないかという懸念もありますので、今回は手術件数までは対象にしましたが、いわゆる改善率とか生存率に関しては時期尚早ということで見送りました（治療結果に関する分析を行っているか、その分析結果の情報を患者さんの求めに応じて提供しているか、インターネットで公開しているか、というところまでにとどめている）。客観的な評価ができるようになったものから順次追加していくことを決めております。

医政局内に常設する検討会（大井先生にも委員になっていただいています）で、こうした情報は提供していいのではないかというご意見をいただいて、制度をスタートしました。

## ■運用開始のスケジュール

（スライド2）これももうご存じと思いますが、提

供制度の施行スケジュールです。平成19年度は準備期間ということで①から⑨までの基本情報だけを公表すればいいのですが、平成20年度は準備期間から運用開始の本格施行までとなっていますので、基本情報だけではなくすべての情報を公表しなければならないことになります。

公表方法は、平成20年度までは準備期間中ですので紙媒体またはパソコン端末等となっています。インターネットには対応してほしいのですが、紙媒体でも構わないということです。

準備期間は平成20年度で終わり、来年度（平成21年4月1日から）は完全運用開始となります。すべての情報が対象となり、その情報を都道府県はインターネットで公表しなければいけないこととなります。なお、各医療機関から都道府県への情報の公表は紙媒体またはパソコン端末等でも構いません。

## ■各都道府県における実施状況

（スライド3）各都道府県の実施状況を確認させていただきますと、このようになりました。7月1日現在の数字ですが、平成19年度中に公表しなければならなかった基本情報に関しては、47都道府県全部で対応していただいています。

ただし、紙媒体しかできていない県が8県あります。先ほど阿彦先生のお話にありました山形県や東京都などは、この制度ができる前から類似のシステムがあり、それを活用することでインターネットでの公表に対応していただいています。そうしたものがなかった県ではシステムをつくるのが大変だということで、まだネットには対応できず、紙媒体での公表になっています。

平成20年度中に公表するフル情報に関する対応状況を見ますと、18都府県が対応できていて、そのうちインターネットにも対応できているのは16都府県です。まだ半分以上の道府県が準備中ということですので、これから努力していただいて、平成20年度中にフル情報をインターネットの各県のホームページで公開して

### 医療機能情報提供制度〔施行スケジュール〕

		公表する情報	公表方法
平成十九年度	準備期間	【基本情報】 ①名称・②開設者・③管理者 ④所在地・⑤電話番号 ⑥診療科目・⑦診療日 ⑧診療時間 ⑨病床種別及び届出・許可病床数 十 【別添に掲げる情報のうち 都道府県が定めるもの】	【紙媒体又はパソコン端末等】
平成二十年度	準備期間 ↓ 運用開始	【別添に掲げる全ての情報】	【インターネット】 十 【紙媒体又はパソコン端末等】
平成二十一年度	完全運用開始		

スライド2

## 医療機能情報提供制度実施状況 [平成20年7月1日現在]

	【紙媒体】	【インターネット】	
<b>【基本情報】</b> ①名称・②開設者・③管理者 ④所在地・⑤電話番号 ⑥診療科目・⑦診療日 ⑧診療時間 ⑨病床種別及び届出・許可病床数	8 県	39 都道府県	47 都道府県
<b>【基本情報】</b> + <b>【別添に掲げる全ての情報】</b>	2 県	16 都府県	18 都府県

スライド 3

いただくこととなります。

## ■医療機能に関する情報の項目

「医療機関の医療機能に関する情報」の項目はこのようなになっています（スライド 4）。

先ほどから申している基本情報は 1 から 9 までの項目で、これは平成19年度中にすでに公表されたものです。そのほかにフル情報といいますと、こんな小さな字で書いてもこれだけのものになってしまっていて、全部で56項目あります。

### 1. 管理・運営・サービス・アメニティに関する事項

（スライド 4）大きな項目の 1 は「管理・運営・サービス・アメニティに関する事項」で、（1）の「基本情報」はすでに公表されています。

（2）の「病院へのアクセス」では、利用交通手段、駐車場、ホームページアドレス、予約診療の有無、面会の時間帯、こうした情報を報告していただきます。

（3）の「院内サービス・アメニティ」では、障害者や車椅子利用者に対するサービス（バリアフリーになっているかなど）、それから入院食の提供方法、院内の売店・食堂の有無など。

（4）の「費用負担等」では、クレジットカードが使えるかどうか、こうした情報まで報告していただきますし、医療の内容に関することでは、選定療養はどんなことを保険外で対応しているのかもご報告いただきます。

### 2. 提供サービスや医療連携体制に関する事項

（スライド 5）大きな項目の 2 は「提供サービスや医療連携体制に関する事項」です。（1）として

「診療内容、提供保健・医療・介護サービス」となっていて、どのような専門医や専門看護師がいるか、保有する施設や併設している介護施設の状況、専門外来の対応状況、どんな予防接種をしているか、在宅医療をしているか、介護をやっているか、セカンドオピニオンをやっているか、こうした情報を届けていただくこととなります。

34番は「対応することができる疾患・治療の内容」と簡単に書いてありますが、実はここには、今日ご紹介できませんが、別表 2 というものすごい量の表がついています。それを見ますと内科、外科、消化器科など各領域ごとに主な措置・疾患名があり、それについて保険診療で対応しているかとか、手術などであれば件数まで報告していただくこととなります。つまり、この「対応することができる疾患・治療の内容」では、どんな治療ができるのか、件数は何件かという非常にこまかな情報が求められているわけです。

### 3. 医療の実績、結果に関する事項

（スライド 5, 6）大きな項目の 3 は「医療の実績、結果に関する事項」です。病院の人員配置の状況、医療安全対策としてどんなことをやっているか、院内感染対策はどんなことをやっているかということ。それから診療情報管理体制として電子カルテを導入しているか、オーダーリングシステムを導入しているかといったこと。そのほか、情報開示の窓口の有無、患者数、平均在院日数（これも一種のアウトカム情報です）など、そうしたものを報告していただきます。

52番の「治療結果情報」ですが、先ほども申しましたが、死亡率、再入院率、疾病別・治療行為別の平均在院日数、その他の治療結果に関して、ここでは数字そのものを報告していただくのではなく、そうした治療結果を分析しているかどうか、そして分析している場合にはその情報を提供しているかどうか、この 2 点を今回の制度には入れております。

例えば、大腸がんの患者さんが大腸がんの手術をやっている病院を探し、術後の治癒率、生存率は何

## 医療機関の医療機能に関する情報【病院】

1. 管理・運営・サービス・アメニティに関する事項	詳細	記載上の留意事項
(1) 基本情報		
1	病院の名称	
2	病院の開設者	
3	病院の管理者	
4	病院の所在地	
5	病院の案内用の電話番号及びFAX番号	
6	診療科目	医療法第6条の6に基づく診療科名を指す。
7	診療科目別の診療日	
8	診療科目別の診療時間	標榜している診療科目毎の診療を行う時間を記載
9	病床種別及び届出又は許可病床数	医療法第7条第2項に規定する病床種別(一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の別)
		医療法の規定に基づき許可を受けた又は届け出た総病床数及び病床種別病床数(一般病床数、療養病床数、精神病床数、感染症病床数、結核病床数)
(2) 病院へのアクセス		
10	病院までの主な利用交通手段	病院等の最寄りの公共交通機関の駅等の名称、当該最寄りの駅等から病院等までの主な交通手段、所要時間等を記載
11	病院の駐車場	(i) 駐車場の有無 敷地内及び隣接地(概ね徒歩5分圏内)に駐車場を保有しているかどうか。
		(ii) 駐車台数 (i)の駐車場について、駐車可能な普通乗用車等の台数を記載
		(iii) 有料又は無料の別 (i)の駐車場の有料・無料の区別を記載(有料の場合、料金を記載することも差し支えない。)
12	案内用ホームページアドレス	患者や住民が閲覧可能なホームページを有している場合にURLを記載
13	案内用電子メールアドレス	患者や住民が連絡、相談を行うことができる電子メールアドレスを有している場合にはそのアドレスを記載
14	診療科目別の外来受付時間	
15	予約診療の有無	
16	時間外における対応	別表1の1)
17	面会の日及び時間帯	
(3) 院内サービス・アメニティ		
18	院内処方の有無	外来患者に対して、病院内で処方が行われているかどうか。
19	対応することができる外国語の種類	
20	障害者に対するサービス内容	別表1の2)
21	車椅子利用者に対するサービス内容	別表1の3)
22	受動喫煙を防止するための措置	別表1の4)
23	医療に関する相談に対する体制の状況	(i) 医療に関する相談窓口設置の有無
		(ii) 相談員の人数 医療に関する相談窓口を設置している場合の、窓口対応を行う医療ソーシャルワーカー等の相談員の人数(※非常勤も含む。非常勤を含む場合には常勤換算により記載)
24	入院食の提供方法	別表1の5)
	病院内の売店又は食堂(外来者が使用するものに限る。)の有無	
(4) 費用負担等		
26	保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院の種類	別表1の6)
27	選定療養	(i) 「特別の療養環境の提供」に係る病室差額料が発生する病床数及び金額
		(ii) 「予約に基づく診察」に係る特別の料金の徴収の有無及び金額
		(iii) 「保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察」に係る特別の料金の徴収の有無及び金額
		(iv) 「病床数が200以上の病院について受けた初診」に係る特別の料金の徴収の有無及び金額
		(v) 「病床数が200以上の病院について受けた再診」に係る特別の料金の徴収の有無及びその金額
28	治験の実施の有無及び契約件数	薬事法(昭和35年法律第145号)に規定する治験を実施しているかどうか。実施している場合は、報告を行う年度の前年度の治験実施に係る契約件数
29	クレジットカードによる料金の支払いの可否	
30	先進医療の実施の有無及び内容	病院において、健康保険法(大正11年法律第70号)により厚生労働大臣の定める評価療養のうち、先進医療を実施しているかどうか。実施している場合は先進医療の内容(ただし、内容を記載する部分については、都道府県の実定する様式において、字数制限を定めることができる。)

2. 提供サービスや医療連携体制に関する事項		
(1) 診療内容、提供保健・医療・介護サービス		
31	医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の専門性に関する資格の種類及びその種類毎の人数	別表1の7) 該当する資格を保有する医療従事者(非常勤を含む)が在籍している医療機関は当該専門資格を保有する医療従事者の人数(非常勤を含む場合には常勤換算により記載)をその種類毎に記載すること
32	保有する施設設備	別表1の8)
33	併設している介護施設	別表1の9)※同一敷地内に併設されているもの
	対応することができる疾患・治療の内容	別表2
35	対応することができる短期滞在手術	別表1の10)①(日帰り手術) 別表1の10)②(1泊2日手術)
36	専門外来の有無及び内容	病院内において、設置している特定の患者、部位、疾患、治療を対象とする専門的外来を設置しているかどうか。設置している場合、医療法に基づき、広告が可能な患者特性や治療方法に限る。また、名称を記載する部分については、都道府県が定める様式において、字数制限を設けることができる。
37	(i) 健康診査の実施の有無及び内容	内容については、「乳幼児検診」、「胃がん検診」等、対象者や部位を付記することは差し支えなく、「人間ドック」という表現も差し支えない。ただし、医療法に基づき、広告が可能なものに限る。また、内容を記載する部分については、都道府県の定める様式において字数制限を設けることができる。
	(ii) 健康相談の実施の有無及び内容	内容については、「がんに関する健康相談」、「生活習慣病に関する健康相談」、「歯の健康相談」等、対象者や部位を付記することは差し支えない。ただし、内容については、医療法に基づき、広告が可能なものに限る。また、内容を記載する部分については、都道府県の定める様式において字数制限を設けることができる。
38	対応することができる予防接種	別表1の11)
	対応することができる在宅医療	別表1の12)
	対応することができる介護サービス	別表1の13)
41	(i) セカンド・オピニオンに関する状況	診療報酬点数表に基づき、診療情報を提供しているかどうか。(主治医がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供すること)
	(ii) セカンド・オピニオンのための診察の有無及び料金	患者がセカンドオピニオンを求めて受診した場合に、そのための診察を行い、セカンドオピニオンを行っているかどうか。また、セカンドオピニオンを自費診療としている場合の料金
42	(i) 地域医療連携体制に関する窓口の設置の有無	「地域医療連携室」など、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための窓口を設置しているかどうか。
	(ii) 地域連携クリティカルパスの有無	退院後に患者が治療を受ける医療機関の間で共有する、治療開始から在宅復帰までの全体的な治療計画を導入しているかどうか。
	地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口設置の有無	退院後の相談窓口として、病院等以外の保健医療サービス又は福祉サービスを提供している事業所又は施設との連携についての窓口を設置しているかどうか。
3. 医療の実績、結果に関する事項		
病院の人員配置	(i) 医療従事者の人員数	別表1の14) 常勤者の数と非常勤者について「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」別紙「常勤医師等の取扱いについて」に基づき常勤換算した数とを足しあわせた数について記載する。なお、担当させている業務内容が2以上にわたる場合は、その主たる業務によって計上し、看護師及び助産師の免許を併せて有する者については、現に主として行っている業務内容により、そのいずれか一方に計上する。
	(ii) 外来患者を担当する医療従事者の人員数	(i) の医療従事者のうち、主として外来患者を担当するもの(病棟担当と分けられない場合、重複計上可)
	(iii) 入院患者を担当する医療従事者の人員数	(i) の医療従事者のうち、主として入院患者を担当するもの(外来担当と分けられない場合、重複計上可)
45	看護師の配置状況	病院内の病床別のそれぞれの看護師実質配置の状況(1対〇) (計算方法)各病床別の1日平均患者数÷看護師及び准看護師数(常勤換算) ※「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」及び別紙「常勤医師等の取扱いについて」に基づき算出すること
46	(i) 医療安全についての相談窓口の設置の有無	病院内に常設される患者相談窓口を設置し、患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保しているかどうか。
	(ii) 医療安全管理者の配置の有無及び専任又は兼任の別	当該病院における医療に係る安全管理を行う部門の業務に関する企画立案及び評価、病院内における医療安全に関する職員の安全管理に関する意識の向上や指導等の業務を行う者を配置しているかどうか。また、専任は、医療安全対策の推進に関する業務に専ら従事していることをいい、兼任は専任以外の場合をいう。
	(iii) 安全管理部門の設置の有無及び部門の構成員の職種	専任の医療に係る安全管理を行う者及びその他必要な職員で構成され、医療に係る安全管理のための委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当該病院内の安全管理を行う部門を設置しているかどうか。
	(iv) 医療事故情報収集等事業への参加の有無	医療法施行規則に基づく事故等分析事業(事故等事案に関する情報又は資料を収集し、及び分析し、その他事故等事案に関する科学的な調査研究を行うとともに、当該分析の結果又は当該調査研究の成果を提供する事業)に参加しているかどうか。

%なのかを知りたいければ、その病院の「治療結果情報」を見れば、治療結果を分析しているか、それを開示しているかがわかる仕組みになっています。

55番の「患者満足度の調査」も同様で、調査の結果自体は報告の対象としておらず、満足度調査を実施しているか、調査結果を分析し結果を公開しているか、ということにとどめている状況です。

■今後の課題

(スライド7) 医療機能情報提供制度はまだこれ

からの制度で、いろいろな課題があります。

●制度全般の課題

制度全般の課題は、先ほど大井先生のアンケートのご意見にもありましたが、そもそもこの制度が一般になかなか知れ渡ってないことで、これは我々も大いに反省しなければいけないところです。

各県ホームページ上でのサイトもこれからできてきますので、厚生労働省ホームページの「医療」のところで、医療機能情報提供制度というのがあります、とお知らせして各都道府県の該当ページのリン

47	法令上の義務以外の院内感染対策	(i) 院内感染対策を行う者の配置の有無及び専任又は兼任の別	当該病院における院内感染対策を行う部門の業務に関する企画立案及び評価、病院における職員の院内感染対策に関する意識の向上や指導等の業務を行う者を配置しているかどうか。 また、専任は、院内感染対策の推進に関する業務に専ら従事していることをいい、兼任は専任以外の場合をいう。
		(ii) 院内感染対策部門の設置の有無及び部門の構成員の職種	専任の院内感染対策を行う者及びその他必要な職員で構成され、院内感染対策のための委員会等で決定された方針に基づき、組織横断的に当該病院内の院内感染対策を行う部門を設置しているかどうか。
		(iii) 院内における感染症の発症率に関する分析の実施の有無	対象を定め、継続的・定期的に集計・解析し、何らかの形で医療機関における院内感染対策の取組として活用しているかどうか。なお、分析結果そのものについては記載しないこと。
48	入院診療計画策定時における院内の連携体制の有無		入院診療計画を策定するにあたり、院内において患者の治療の状況に応じた部門間等の連携体制をとっているかどうか。
49	診療情報管理体制	(i) オーダリングシステムの導入の有無及び導入状況	別表1の15) 検査、処方や予約に係る業務をオンライン上で指示したり、検査結果を検索・参照できるシステム(オーダーエントリーシステム)の導入の有無及びその導入範囲(例:検査及び処方まで導入)
		(ii) ICDコードの利用の有無	「ICDコードの利用」とは、ICD(※)コードに基づいた診療情報管理を行っていること。※ICD(疾病及び関連保健問題の国際統計分類):異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較等を行うことを目的に、世界保健機関(WHO)より提示されている分類。
		(iii) 電子カルテシステムの導入の有無	
		(iv) 診療録管理専任従事者の有無及び人数	専任の診療録を管理する者を配置しているかどうか。
50	情報開示に関する窓口の有無		病院内に常設される情報開示の手続き等を行う窓口を設置し、患者等からの診療情報等の情報に関する相談、開示請求に応じられる体制を確保しているかどうか。
51	症例検討体制	(i) 臨床病理検討会の有無	当該病院内において定期的に実施している臨床病理検討会(CPC)があるかどうか。
		(ii) 予後不良症例に関する院内検討体制の有無	当該病院内において予後不良症例に関する検討を行う体制(M&M)があるかどうか。
52	治療結果情報	(i) 死亡率、再入院率、疾患別・治療行為別の平均在院日数その他の治療結果に関する分析の有無	例えば、死亡率、再入院率など、当該病院における患者に対する治療結果に関して何らかの分析を行っているかどうか。なお、分析結果そのものについては記載しないこと。
		(ii) 死亡率、再入院率、疾患別・治療行為別の平均在院日数その他の治療結果に関する分析結果の提供の有無	「治療結果に関する分析結果の提供」は、治療結果に関する分析の結果について、患者等の求めに応じて提供しているかどうか、または、年報やホームページで提供しているかどうか。
53	患者数	(i) 病床の種別ごとの患者数	「病床の種別ごとの患者数」は、「1日平均患者数」とし、「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」に基づき、前年度の入院患者延数をそれぞれ暦日で除した数を記入する。
		(ii) 外来患者数	「外来患者の数」は、「1日平均患者数」とし、「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」に基づき、前年度の外来患者延数を実外来診療日数で除した数を記入する。この場合、外来患者数に在宅患者数は含まない。
		(iii) 在宅患者数	「在宅患者の数」は、「1日平均患者数」とし、「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」に基づき、前年度の在宅患者延数を実在宅診療日数で除した数を記入する。
54	平均在院日数		報告する年度の前年度の【(在院患者延数/(1/2×(新入院患者数+退院患者数)))(病床種別)】
55	患者満足度の調査	(i) 患者満足度の調査の実施の有無	患者に行う病院に対する満足度についてのアンケート等を実施しているかどうか。ただし、調査結果そのものについては記載しないこと。
		(ii) 患者満足度の調査結果の提供の有無	(i)のアンケート等の結果を、患者等の求めに応じて提供するかどうか。
56	(財)日本医療機能評価機構による認定の有無		(財)日本医療機能評価機構の病院機能評価を受審し、認定証を発行されているかどうか。

ク集を載せ、各県のホームページに飛べるようにしようかと考えております。

また、医療関係者と地域住民に対して、制度に関する一層の理解を求める取り組みが必要です。せっかく医療機関が良い情報を出しているのに、なかなか活用されておらず、ここをどうするかが課題です。

ちょっと趣旨が違うかもしれませんが、まず報告を徹底していただき、そして正確性を確保していく。また、うっかり誤った情報を報告してしまうことはどうしてもありますから、その場合にどうやって修正するか、これは各都道府県とも相談させていただきながら考えていかなければいけない問題だと感じています。

### ●報告内容の課題

報告いただく内容の課題としては、まず項目の適時な見直しです。制度改正や、2年に1度の診療報酬改定がありますから、これをどう反映していくか。

実はこれについては、本当は平成20年の診療報酬改定のなかで一部用語などが変わっているのですが、当方の告示や症例にはまだそれが反映できていないという問題もあります。

それから皆さま方も感じていらっしゃるかもしれ

## 医療機能情報提供制度の課題

### 【制度全般】

- 制度の普及  
(各県HPのリンク集を厚労省HPに開設予定)
- 医療関係者、地域住民の制度に対する一層の理解を求める取り組み  
(報告の徹底、報告内容の正確性の確保、誤情報の速やかな修正等)

### 【報告内容】

- 項目の適時な見直し(制度改正、診療報酬改定等の反映)
- 項目の追加等(アウトカム情報等)
- 項目の表現の工夫、わかりやすさの追求

スライド7

ませんが、最近の大きな制度改正としては、標榜できる科目名称を平成20年4月から大きく変えました。したがって標榜科目がまったく違ってしまっています。従前の限定列挙の診療科目にしか対応していない都道府県のシステムがありますので、新しい診療科目の制度にどう対応していくか、これはちょっと問題となっております。

同じようなことですが、項目の追加等も課題です。今回は制度改正で診療科目のいろいろな追加がありました。同じように、先ほど説明しましたアウトカム情報も、客観的評価が可能になったものは随時

## 広告規制の見直しによる広告可能な事項の拡大(医療法)

- 広告規制制度における広告可能な事項の規定方式について、従来の個別事項を細かく列挙する方式を改め、一定の性質をもった項目群ごとに、「〇〇に関する事項」というように包括的に規定する方式に改正。  
⇒ 広告規制の大幅な緩和
- 広告可能な事項以外の内容を広告した場合の対応について、直接罰方式から間接罰方式へと改正。

広告する内容	改正前の制度	改正の背景・考え方	改正後の現行制度
広告可能な事項	個別事項を細かく列挙 (例)・病床数、病室数 ・機能訓練室に関する事項 ・診療録を電子化している旨 ・従業員数、患者数に対する配置割合 等	医療の選択を支援する観点から広告可能な内容を拡大。	一定の性質をもった項目に関する事項を規定 (例)・施設、設備又は従業者に関する事項 ・提供される医療の内容に関する事項 ・管理又は運営に関する事項
広告可能な事項以外の内容	直接罰(※)を適用	都道府県は実態として行政指導で対応。	・広告の中止命令・是正命令 ・命令違反に対する間接罰(※)を適用
虚偽の内容	直接罰を適用	不適切な広告による不当な誘因から利用者を保護。	直接罰を適用

※…6ヶ月以下の懲役又は30万円以下の罰金。

### 【緩和された広告の例】

- 医療従事者の専門性 ○ 施設や医療従事者等の写真、映像 ○ 治療方針 ○ 治験薬の一般名・開発コード
- 提供している診療、治療内容のわかりやすい提示 ○ 医療機器に関する事項 等

(※ただし、法令及びガイドラインに沿った内容でなければならない)

スライド8

追加していくように、規制改革のほうからも患者団体からと言われておりますので、客観的評価が可能であれば、そうしたアウトカム情報もどんどん追加していこうと考えております。

一方、項目を追加すると、都道府県や医療機関は報告したり集計しなければいけないという課題も生じてきます。しかし、基本的な方針としては、情報提供すべき情報があれば追加していこうと考えています。

それから、項目の表現の工夫、わかりやすさの追求です。各医療機関からいただいた情報をそのまま都道府県が提供しても、結局、わかりにくい、使いにくいものしかできないということで、適切な注釈を加えるなど都道府県のホームページでも工夫していただいて、一般の方々にわかりやすい、より良いものにしていただければと思っております。この辺りが課題として認識しているところです。

繰り返しになりますが、まだ新しい制度ですので、これから先生方、病院団体、それから患者団体が、それぞれの都道府県の状況を評価し、この県のは使いやすい、この県は使いにくい、というような情報が集まってくれば、各都道府県にもより良い方向が見えてきますから、それを目指して直していただければいいと考えております。

**スライド8**は参考ということで出させていただきました。平成18年6月の医療法改正で広告規制も改正されており、平成19年4月から大幅に改正されたということで、そのご紹介のためにつくってきたスライドです。持ち時間を過ぎておりますので、これについては改正しましたという紹介だけにとどめまして、終わりとさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

**座長(武田)** ありがとうございました。引き続きまして、情報を提供する医療機関の立場ということで、坂巻先生にお話しいただきます。プログラムでは坂巻先生の役職が東京都立駒込病院血液内科部長となっておりますが、現在は都立駒込病院の副院長をしておられます。坂巻先生、よろしくお願ひします。



## 4 医療機能情報提供制度 ——東京都の取り組み

坂巻 壽

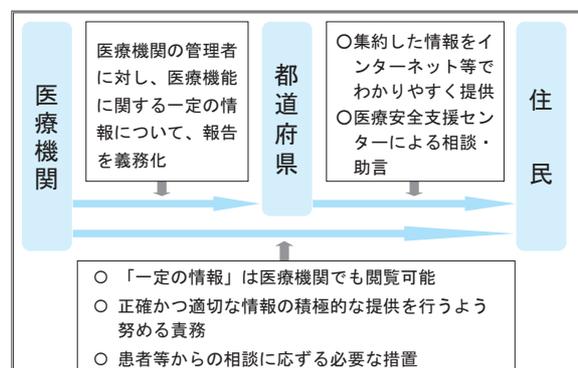
昨年(平成19年)私は、この学会の医療機能情報公表制度(当時は「公表制度」)に関するシンポジウムで発表させていただきました。そのときは駒込病院という比較的規模の大きな病院での取り組みを中心に、東京都がすでに行っている「ひまわり」という制度との対比で紹介させていただきました。

今回は、その「ひまわり」が新たな医療機能情報提供制度に合わせて大きくリニューアルしたことを踏まえまして、その後どのように変わったかをお話ししたいと思います。したがって、ほとんどの資料は東京都福祉保健局のご協力をいただいて作成しました。この場をもって福祉保健局の職員の方に深謝いたします。

### ■この制度について

(スライド1) これは先ほどの飯村先生のスライドとまったく同じものです。東京都ですと、医療機関が都の福祉保健局に「一定の情報」をインターネットないしは紙で登録しまして、福祉保健局がそのデータを集約し、インターネット等でわかりやすく提供します。さらに医療安全支援センターによって、その後、いろいろな相談や助言を行うというシステムを取っていますし、各医療機関は住民に対して直接それぞれのホームページで情報を提供するとなっております。

《制度の概要》平成19年4月施行(20年度中に完全実施)



スライド1

（スライド2）「一定の情報」については、やはり飯村先生からご説明がありましたので、これも簡単にさせていただきます。

大きく分けるとまず「管理・運営・体制に関する項目」。そして「情報提供や医療連携体制に関する事項」。これはクリティカルパスの実施、他の医療機関との連携の状況、セカンドオピニオンの実施等です。それから「医療の内容、実績に関する事項」。これについては、アウトカムの出し方が非常に難しいということを今年のシンポジウムでもお話しさせていただいたとおりで、現時点でもなかなか難しいだろうと思っております。

#### ●実施概要——目的・実施体制など

（スライド3）これも飯村先生のお話とかなり重なってしまっていますが、この制度の目的は病院等（病院、診療所、助産所）に対して、病院等の有する医療機能情報について、都道府県知事への報告を義務づけ、都道府県知事はそれを住民・患者にわかりやすく提供するというものです。

情報の性格としては、病院等が自らの責任で医療機能情報を都道府県知事に報告し、知事は報告を受けたその情報を、基本的にはそのまま公表するとなっております。

病院等は住民・患者から相談等があったときに、適切に応じるように努めなければならないということで、相談・支援センターというものが必要になっております。

都道府県における実施体制は、都道府県の医政担当部局において実施すること、住民・患者からの医療機能情報についての質問・相談およびそれに対する助言等については、質問・相談に関する窓口を設けるなど適切に行うこと、となっております。

#### ■東京都の医療機能情報システム「ひまわり」について

（スライド4）東京都は「ひまわり」という医療機関の情報をお知らせするネットワークを随分昔から持っております。

その歴史をお話しますと、昭和49年から、保健衛生に関する連絡通報受理業務ということで、法定伝

##### 【「一定の情報」の例】

※ 具体的な範囲は、厚生労働省医政局内に常設する検討会で検討

- 管理・運営・体制に関する事項  
（診療日、診療時間、安全管理体制等）
  - 情報提供や医療連携体制に関する事項（クリティカルパスの実施、他の医療機関との連携の状況、セカンドオピニオンの実施等）
  - 医療の内容（医療機能）、実績に関する事項（診療・治療内容、在宅医療の実施、専門外来の設置、手術件数等）
- ※ 医療の実績情報（アウトカム指標）については、データの適切な開示方法等、客観的な評価が可能となったものから積極的に提供

##### 【実施予定】

平成19年度中：医療機関名称、所在地、診療科目など基本情報の公表  
平成20年度中：完全運用

スライド2

#### 医療機能情報提供制度実施要領 H. 19. 3. 30

##### ◆目的

病院、診療所、助産所（以下「病院等」という。）に対し、病院等の有する医療機能情報について、都道府県知事への報告を義務付け、都道府県知事はそれを住民・患者に分かりやすく提供することで、住民・患者による病院等の適切な選択を支援する。

##### ◆情報の性格

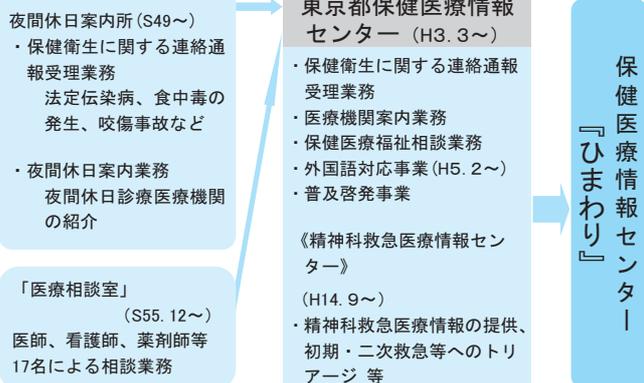
- 病院等が自らの責任で医療機能情報を都道府県知事に報告  
→ 知事は報告を受けた情報を基本的にそのまま公表
- 病院等は住民・患者からの相談等があった場合、適切に応じるように努めなければならない

##### ◆都道府県における実施体制

- 都道府県の医政担当部局において実施すること
- 住民・患者からの医療機能情報についての質問・相談及びそれに対する助言等については、質問・相談に関する窓口を設けるなど適切に行うこと。

スライド3

#### 「ひまわり」の沿革



スライド4

染病や食中毒が出たり、咬傷事故などがあったときに、速やかに情報を収集して、保健衛生の行政に役立てるといったような業務をやっておりました。夜

間・休日の案内業務も行っており、これは当時はもちろん電話での対応でした。

その後昭和55年に医療相談室というものが開設され、医師、看護師、薬剤師による相談業務を行っていましたが、これが平成3年3月から東京都保健医療情報センターとなり、従来の業務のほかに、医療機関の案内業務、保健医療福祉相談、外国語の対応事業、普及啓発事業、また、精神科の救急医療の情報センターもやっておりました。そして平成15年4月からは保健医療情報センター「ひまわり」としてインターネットないしは携帯電話を通じて情報の提供を行っております。

(スライド5)「ひまわり」は都内の医療機関の情報を集積した情報提供用のインターネット・データベースシステムです。パソコンや携帯電話などを利用したインターネットやファクスなど多彩なメディアからのアクセスが可能で、都内の医療機関情報の365日24時間提供を、すでに平成15年からスタートしておりました。こういうものがありましたので、東京都の場合には今回の情報提供制度に対してもある程度の基盤はできていたと言えると思います。

### ●新しいシステム「ひまわり」の2つの機能

(スライド6)「ひまわり」は、これは以前からですが、2つの機能を持っております。1つは住民向けの情報、もう1つは医療機関向け情報です。先ほどの山形県のお話でも、やはり患者向けの情報と医療機関向けの情報という2つの側面がありました。

住民向けの情報としては、診療科目、診療日・診療時間、診療領域、費用負担、施設・設備など。医

## 東京都医療機関情報システム「ひまわり」

平成15年4月からスタート

- ・都内の医療機関の情報を集積した情報提供用のインターネット・データベースシステム
- ・パソコン、携帯電話などを利用したインターネットや、FAXなど多彩なメディアからのアクセスが可能。都内医療機関情報を365日24時間提供している。

スライド5

療機関向け情報は、医療関係者のみが閲覧可能な別のページになっています。そのなかではかなりこまかく、どういう検査ができるか、どういう治療ができるかという情報があり、医療連携に役立つようなシステムになっております。

そのほか、山形県でも独自の項目がありましたように、東京都でも脳卒中情報、リハビリ情報など独自の項目を追加しております。

(スライド7)インターネットでのほか、このようなポスターをつくりまして、都内の保健所、保健センター、病院、図書館、幼稚園、大使館などに配布しております。

### ■「ひまわり」の検索画面

(スライド8)①が新しくなった「ひまわり」のホームページです。医療機関を探す検索方法がいくつもあり選択できるようになっています。「自宅や勤務先などの近くの医療機関をさがす」「診療中の医療機関をさがす」「当番医をさがす」「医療機関の名称でさがす」「診療科目や診療の領域でさがす」「助

### 新システム「ひまわり」の2つの機能

#### 「ひまわり」の提供情報

##### 【住民向け情報】

- 診療科目
- 診療日・診療時間
- 診療領域
- 費用負担
- 施設・設備

(都項目) +

- 脳卒中情報
- リハビリ情報

・急性期病院における脳卒中患者の受入体制等  
・リハ設備・専門医数等  
・気切・ベグ等の処置があっても診られる診療所

##### 【医療機関向け情報】

(医療関係者のみが閲覧可能)  
検査・治療・手術  
肺血管造影検査(呼吸器系領域)  
食道静脈瘤手術(消化器系領域)  
負荷心電図検査(循環器系領域)・・・  
★ 病棟・診断治療機器  
放射線病室・回復期リハビリテーション病棟・血管造影撮影装置・・・

★ さらに詳細な情報を提供  
★ 検索できる項目も充実

スライド6

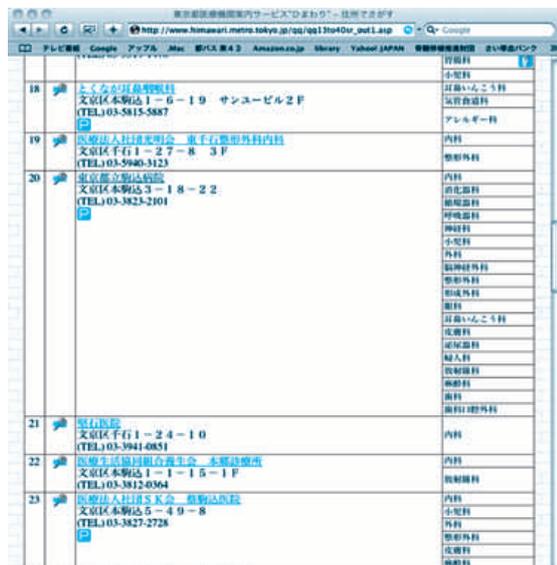


都内の保健所、保健センター、病院、図書館、幼稚園、大使館等に配布

スライド7



①



③



②



④

スライド 8

産所をさがす」「対応できる外国語でさがす」となっています。

②がよく使われる「住所でさがす」画面です。東京都の地図が出てきますので、例えば文京区で探したいときは「文京区」をクリックするのですが、「文京区」をクリックすると非常に多くの医療機関が出てきます。ですから、町名を選択して一覧③を出せるようになっていました。一覧のなかに東京都立駒込病院が出てきますので、ここをクリックしますと、④のような駒込病院の情報が出てきます。タグを選ぶことによって、駒込病院のいろいろな情報が出てきます。駒込病院のホームページ（スライド9）にもつながります。



スライド 9

## ■「一定の情報」と「ひまわり」記載事項の対比

(スライド10) これは、飯村先生のお話に出てきた国指定の56項目の情報のうち、25番目まで(「基本情報」「病院へのアクセス」「院内サービス等」)について、「ひまわり」に記載されているかどうか、2007年度と2008年度の状況を対比したものです。

例えば2番の「病院の開設者」は、2007年度は入っていませんでしたが、2008年度には追加されています。また、赤字(誌面上では緑)で書いてある項目は都独自のもので、病院の性格、休診日等も載せております。救急医療機関かどうかということもわかるようにしています。

「ひまわり」ではこの辺のところは、平成19年のうちから大体網羅されていることがわかります。

スライド11は、次の「費用負担等」と「診療内容、提供保健・医療・介護サービス」の項目です。去年はなかった「予約に基づいて診察」の項目は、2008年度の「ひまわり」では対応できるようになっております。そのほか、都独自の項目の追加もあります。

スライド12の「医療の実績、結果に関する事項」については、2007年度の「ひまわり」では病院の人員配置、法令上の義務以外の医療安全対策、法例上の義務以外の院内感染対策など、まだ十分に対応できていませんでしたが、2008年度には全部対応できるよう

## 医療機関の医療機能に関する「一定の情報」

医療機関の医療機能に関する情報【病院】

▲:一部記載 赤字:都項目

1.管理・運営・サービス等に関する事項	詳細・注記等	ひまわりに記載	
(1)基本情報		2007年度	2008年度
1 病院の名称	※正式名称(フリガナ)・英語表記(ローマ字表記)	○	○
2 病院の開設者		×	○
3 病院の管理者		○	○
4 病院の所在地	※郵便番号・住所(フリガナ)・英語表記	○	○
5 案内用電話番号及びファクシミリ番号		▲FAX無	○
6 診療科目	※医療法施行令第3条の2に基づく診療科目名	○	○
7 診療日(診療科目別)	※表記方法は都道府県の任意	○	○
8 診療時間(診療科目別)	※表記方法は都道府県の任意	○	○
9 病床種別及び届出・許可病床数		○	○
病院の性格(急性期・慢性期等)		○	○
休診日		○	○
(2)病院へのアクセス			
10 病院までの主な利用交通手段	※表記方法は都道府県の任意	○	○
11 病院の駐車場	有無	○	○
	駐車台数	○	○
	有料・無料の別	×	○
12 案内用ホームページアドレス		○	○
13 案内用電子メールアドレス		×	○
14 外来受付時間(診療科目別)	※表記方法は都道府県の任意	○	○
15 予約診療の有無	※表記方法は都道府県の任意(診療科の別、初診・再診の別、予約用電話番号等)	○	○
16 時間外対応	※別表	○	○
救急医療機関		○	○
17 面会の日及び時間帯		○	○
(3)院内サービス等			
18 院内処方の有無		○	▲外
19 対応することができる外国語の種類	※表記方法は都道府県の任意	○	○
20 障害者に対するサービス内容	※別表	○	○
21 車椅子利用者に対するサービス内容	※別表	○	○
22 受動喫煙を防止するための措置	※別表	×	○
23 医療に関する相談に対する体制の状況	医療に関する相談窓口の設置の有無	○	○
	相談員の人数	▲有無	○
24 病院内の売店又は食堂の有無		○	○
25 入院食の提供方法		×	○
その他の院内サービス等	苦情相談窓口・送迎バス・待ち時間表示等	○	○

スライド10

(4)費用負担等		2007年度	2008年度
26 保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院の種類	※別表	○	○
27 選定療養	「特別の療養環境の提供」に係る全病床に占める差額ベッド数及びその金額	○	○
	「予約に基づく診察」に係る特別の料金の徴収の有無及びその金額	×	○
	「保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察」に係る特別の料金の徴収の有無及びその金額	×	○
	「病床数が200以上の病院について受けた初診」に係る特別の料金の徴収の有無及びその金額	×	○
	「病床数が200以上の病院について受けた再診」に係る特別の料金の徴収の有無及びその金額	×	○
28 治験の実施の有無及び契約件数	報告を行う年度の前年度の治験実施に係る契約件数	×	○
29 クレジットカードによる料金の支払いの可否	都追加:デビットカード	○	○
30 先進医療の実施の有無及び内容	※記入式(文字数等の制限可)	▲	○
2.提供サービスや医療連携体制に関する事項			
(1)診療内容、提供保健・医療・介護サービス			
31 専門医の種類及び人数	※別表	▲	○
32 保有する施設設備	※別表	▲	○
33 併設している介護施設	※別表	○	○
34 対応することができる疾患・治療内容	※別表	▲	○
臨卒中間連	急性期・回復期・維持期対応	×	○
リハビリ関連	専門技術・力を入れている疾病・障害等	○	○
35 対応することができる短期滞在手術	※別表	○	○
36 専門外来の有無及び内容	※記入式(文字数等の制限可)	×	○
37 健康診断、健康相談の実施	健康診断実施の有無及び内容(文字数等の制限可)	○	○
	健康相談実施の有無及び内容(文字数等の制限可)	○	○
38 対応することができる予防接種	※別表	○	○
39 対応することができる在宅医療	※別表	○	○
40 対応することができる介護サービス	※別表	○	○
41 セカンド・オピニオンに関する状況	セカンド・オピニオンのための診療情報提供の有無	○	○
	セカンド・オピニオンのための診療の有無及び料金	○	○
42 地域医療連携体制	医療連携体制に対する窓口設置の有無	×	○
	地域連携クリティカルパスの有無	×	○
43 地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口設置の有無		×	○

スライド11

になっています。

## ■東京都における状況

### ●情報の報告状況

東京都における医療機能情報提供制度の状況を見てみます。

(スライド13) これは昨年度の、この提供制度で情報を報告していただいた医療機関の実績です。東京都の要報告病院数は635で、報告いただいたのは633病院。報告していないのはたった2病院で、99.7%の病院が情報を報告しています。

診療所は約1万2,000ありますが、報告数は約1万。この1万のうちには一部しか報告していない施設があります。助産所については、残念ながら約3分の1からまだ報告がありません。

報告の方法を見ますと、病院はオンラインもしくはメールでの報告が約3分の2ですが、診療所はオンラインでの報告は4分の1、歯科は約20%というところです。助産所ではインターネットでの報告は1件もなく、全部がまだ紙ベースになっています。

なお、この要報告数は、医療機関数ではありません。例えば診療所で歯科と両方やっているようなところは別々になります。

### ●システムの利用状況

(スライド14) システムの利用状況を見てみます。2008年度はまだ4月、5月の数字しかありませんので2007年同月との比較ですが、インターネットのトップページへのアクセス件数は、前年比で105.5%ですから、それほど増えているとはいえません。携帯ではむしろアクセス数は減っています。新しくなったのですが、決してアクセス数が増えているわけではないということです。

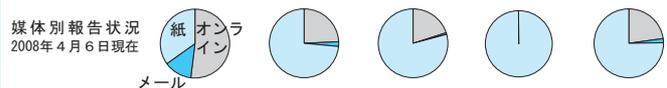
検索実績件数を見てみますと、「住所でさがす」が相変わらずいちばん多く、「機関名称でさがす」もあるのですが、これは減っています。圧倒的に多くなったのが「診療領域で

3. 医療の実績、結果に関する事項		2007年度	2008年度
44 病院の人員配置	医療従事者の人数 ※別表	×	○
	外来患者を担当する医療従事者の人数 ※別表	×	○
	入院患者を担当する医療従事者の人数 ※別表	×	○
45 看護師の配置状況	※一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床別の看護配置	○	○
	医療安全についての相談窓口設置の有無	×	○
46 法令上の義務以外の医療安全対策	医療安全管理者の配置の有無及び専任又は兼任の別	▲	○
	安全管理部門の設置の有無及び部門の構成員の職種	▲	○
	医療事故情報収集等事業への参加の有無	○	○
47 法令上の義務以外の院内感染対策	院内感染対策を行う者の配置の有無及び専任又は兼任の別	×	○
	院内感染対策部門の設置の有無及び部門の構成員の職種	▲	○
	院内での感染症の発症率に関する分析の実施の有無	×	○
48 入院診療計画策定時における院内の連携体制の有無		×	○
		×	○
49 診療情報管理体制	オーダリングシステムの導入の有無及び導入状況	×	○
	ICDコードの利用の有無	×	○
	電子カルテシステムの導入の有無	×	○
	診療録管理専任従事者の有無及び人数	×	○
50 情報開示に関する窓口の有無		×	○
51 症例検討体制	臨床病理検討会の有無	×	○
	予後不良症例に関する院内検討体制の有無	×	○
52 治療結果情報	死亡率、再入院率、疾患別・治療行為別の平均在院日数等治療結果に関する分析の有無	×	○
	死亡率、再入院率、疾患別・治療行為別の平均在院日数等治療結果に関する分析結果の提供の有無	×	○
53 患者数	病床種別ごとの患者数 前年度の1日平均患者数	×	○
	外来患者の数 前年度の1日平均患者数	×	○
	在宅患者の数 前年度の1日平均患者数	×	○
54 平均在院日数	前年度の日数	×	○
55 患者満足度調査	患者満足度調査実施の有無	×	○
	患者満足度調査結果の提供の有無	×	○
56 (財)日本医療機能評価機構による認定の有無		○	○

スライド12

## 医療機能情報調査報告状況

種別	病院	診療所	歯科	助産所	合計
要報告数	635	12,517	10,612	306	24,070
報告数	633	10,608	9,130	204	20,575
報告率	99.7%	84.7%	86.0%	66.7%	85.5%



(ご注意!) 「要報告数」=「医療機関数」ではありません。  
休止等、報告不能の医療機関は含みません  
医科歯科併設の診療所はそれぞれ1機関とカウントしています。

スライド13

## システム利用状況

### アクセス件数

( ) 内は前年同月実績

サービス名	4・5月累計	前年比
インターネット TOPページ	167,535 (158,799)	105.5%
携帯版 TOPページ	45,607 (60,218)	75.7%

### 検索実績件数

診療領域の検索が増加

( ) 内は前年同月実績

検索項目	4・5月累計	前年比
住所でさがす	81,662 (158,799)	105.5%
機関名称でさがす	45,607 (60,218)	75.7%
診療科目でさがす	4,642 (22,097)	21.0%
診療領域でさがす	14,620 (2,165)	675.3%

「消化器系でさがす」(前年の約55倍の検索件数)  
「眼科領域」(約12倍)、「耳鼻科領域」(約13倍)  
「婦人科領域」(約10倍)……

(理由は?…)

各診療領域での  
検索項目の種類が拡大

スライド14

さがす」で、もともとそれほど多くなかったこともあります。前年比6倍を超える数になっています。これはたぶんホームページ上の検索のしやすさによるものではないかと思えます。

## ■システムの再構築にあたって

(スライド15) システム再構築にあたって苦勞した点ですが、東京都の場合には医療機関の圧倒的な多さが大変だったようです。初期データの収集、そして膨大なデータを短期間で入力するのに大変な労力を要したということです。

また、保健所所管の相違によるデータ把握の困難性。特に診療所のデータについては、23区と八王子市は区と市が所管し、多摩地区（八王子市以外）は都が所管していて、所管が異なることでデータの把握に難しいところがあったとかがっております。

さらに、本制度をいかに医療機関に理解してもらうかという点です。今までも「ひまわり」があったわけですが、これは任意でした。今回の制度は医療法に位置づけられた制度ということで、報告しない場合や虚偽の報告した場合には指導・是正、最終的には罰則規定もあることになっております。今回、医師会や歯科医師会の全面的な協力が得られて、実施されております。

(スライド16) システムの再構築にあたっては、データ数が非常に多くなるのに対して、アクセスのレスポンスを保つ努力をしています。医療機関のデータ更新の迅速性と、データ更新時のセキュリティの確保のために、医療機関にはパスワードを発行しています。

## システム再構築にあたり苦勞した点

- 医療機関数の多さに起因するもの
    - ☆初期データの収集(システムを全面的に改修したため全てのデータを再収集)
    - ☆膨大なデータを短期間でパンチするため多大な労力を要した
  - 保健所所管の相違によるデータ把握の困難性(診療所等データ)
    - ☆23区・八王子市は区・市、多摩地区(八王子市以外)は都が所管
  - 本制度をいかに医療機関に理解してもらうか(医療法に位置づけられた制度であること)
    - ☆任意でデータを登録していた既存の「ひまわり」と根本的に異なるシステム
    - ☆報告しない場合、虚偽の報告をした場合、指導・是正。最終的には罰則規定
- ※ 医師会、歯科医師会の全面的な協力により実施

スライド15

## システム再構築

- レスポンス
  - ☆データ数量増に対するアクセスレスポンス
  - ☆医療機関データ更新の迅速性とデータ更新時のセキュリティ確保(パスワードの全医療機関への配布)
- 膨大な初期データの入力の方法
  - ☆基本は紙媒体とせざるを得ないが、インターネットによる直接入力も可能とする。
- 検索システムの再構築
  - ☆これまでの使用頻度を勘案して再決定

スライド16

膨大な初期データの入力の方法として、まだ基本は紙媒体とせざるを得ないのですが、将来はだんだんインターネットによる直接入力になっていくだろうと思います。

検索システムの再構築については、これまでの使用頻度を勘案して再決定していますが、これもどんどん変えていかなくてはいけないかもしれません。

### ●一般に向けた周知

(スライド17) この制度をもっとよく知ってもら

## 医療情報を正確に理解していただく活動

〈知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ〉

- 子育て世代編
- 中・高校生編
- シニア編

※ 冊子及びインターネットサイトで提供

URL <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/inavi/>

携帯 <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/inavi/k/>



スライド17

## どの程度目的が達せられたか

〈概ね達成〉

1. 住民へ
  - 充実した情報を住民に見やすく提供。
  - ニーズに対応した検索項目を使いやすく配置。
2. 医療機関へ
  - 医療機関の報告がしやすい環境を整備。
3. その他:
  - 短期間でシステムを再構築し大きな混乱なく切り替えることに成功。

スライド18

## 今後の課題

- ひまわりの認知度アップ
- システムメンテナンスの問題
- データの充実及び精度の確保
- その他（医療計画との関係、アウトカムデータ、薬局情報システムとの統合など）
- 医療機関の連携への活用

### スライド19

うために、子育て世代、中・高校生、シニア世代に向けた冊子をつくっております。冊子だけでなくインターネットサイトでも提供しております。

## ■評価と今後の課題

（スライド18）どの程度、目的が達せられたかということで、これはある意味で自分たちへの評価なのですが、おむね達成できたのではないかと考えております。住民へは充実した情報を見やすく提供できたのではないかと。ニーズに対応した検索項目を使いやすく配置できた。医療機関へは報告がしやすい環境を整備した。短期間でシステムを再構築し、大きな混乱もなく切り替えることに一応成功している。このように思っております。

（スライド19）今後の課題としては、やはり「ひまわり」の認知度アップを図り、もっと使っていただくということです。それからシステムメンテナンスの問題と、データの充実および精度の確保がやはり課題です。そのほか、医療計画との関係、アウトカムデータをどうしていくか、薬局情報システムとの統合などが問題ですし、医療機関の連携に活用してもらえるにはどうすればいいかという点など、まだまだ課題はあると思っています。以上です。

**座長（武田）** ありがとうございます。それでは最後に、制度を利用する患者・住民の立場、またマスコミの立場もあるかもしれませんが、それも含めまして読売新聞東京本社編集局社会保障部記者、本田麻由美様よりお話をいただきます。よろしくお願ひします。

## 5 患者・住民の立場から

本田 麻由美

読売新聞の記者の本田と申します。今日は患者・住民の立場からの話をとということですが、ちょっと難しいなと思ったので、私自身が実は乳がん患者で現在も治療中であるという立場から（スライド1）、お話ししたいと思います。

## ■患者になって——痛感した情報の大切さ

（スライド2）当たり前のことですが、患者になって、情報の大切さということを実に痛感しました。患者になって5年、記者になって17年ですが、ここまで情報の大切さを思ったことはなかったという感じです。

スライド2のなかに「現代の闘病は情報戦」と書きましたが、これは私がまだ抗がん剤治療をしてい

### 私の乳がん患者歴

- 2002年 5月 「乳がん」告知
- 6月 乳房温存手術
- 7月 乳房全摘手術（同時再建断念！）
- 8～9月 抗がん剤治療
- 11月 局所再発 → 部分切除手術
- 12月 放射線治療
- 2003年 1～9月 抗がん剤治療
- 4月 卵巣がん疑惑浮上 → 検査漬け
- 10月 ホルモン治療開始 → うつ状態に
- 2004年 10月 乳房再建手術 → 06年人工乳房入替術
- 現在 治療続行中、骨転移疑惑でグツタリ…

### スライド1

### 患者になって感じたこと

- 自分の病気を理解し、治療を選択するには
  - “現代の闘病は情報戦”
  - カギは医師との対話 でも、どう受け止めていいのか…
- 治療を選択する難しさ
  - 術後化学療法で妊娠できなくなったら…でも無治療は怖い
  - 「選択」による責任の重さ VS 価値観に基づく納得
- 病院選択が治療選択につながりかねない現実
  - 病院によって治療の選択肢が異なる
  - 病院の連携が不十分

### スライド2

る最中に、柳田邦男さんを取材した際に言われた言葉です。病気と闘うといいますが、情報に振り回されるなかでどうやって納得を得ていくか、それを柳田さんはこのような言葉で表現されたのです。そのときの私にはこの言葉がともしっくりしました。

例えば治療を選択する難しさがあります。特に病院の選択が治療の選択につながりかねない現実があることを、私は常に感じていました。

わからないままに、ある病院で治療をずっと受けていて、ある日突然「こういう治療が本当は必要だが、うちではやっていない」と言われたときに、ではその治療をやっている病院につないでいただけるのかどうか、それが素人の患者にはなかなか把握しづらい。まだ連携に対する信頼性がないなど、患者になって情報に対する切実な思いを本当に強く感じました。

### ●病院選択の難しさ

(スライド3) 病院選択の難しさということですが、この病院でいいのか、このお医者さんで大丈夫かと思うのですが、何をもって大丈夫なのかはわからない。なんとなく「大丈夫」と思うのですね。その病院や医師の情報、診療実績を知りたいと思いますが、では専門医ならば安心なのかといえば、最近

## 病院選択の難しさ

- この病院・医師で大丈夫？
  - 病院・医師の情報、診療実績を知りたい・比較したい
  - だが、例えばがんの場合は「がん登録」未整備
    - がん病院の生存率は64～52%との差があるとの調査も
    - 大阪府でがん医療の均てん化がなされると5.6%の死亡が回避されるとの試算もある
- どのような治療法を手掛けているのか？
  - 「同時乳房再建手術」をやっているのだろうか
  - どのようなレジメンの抗がん剤治療をしているのか
  - やっていない治療法が必要な場合、別の病院との連携は？

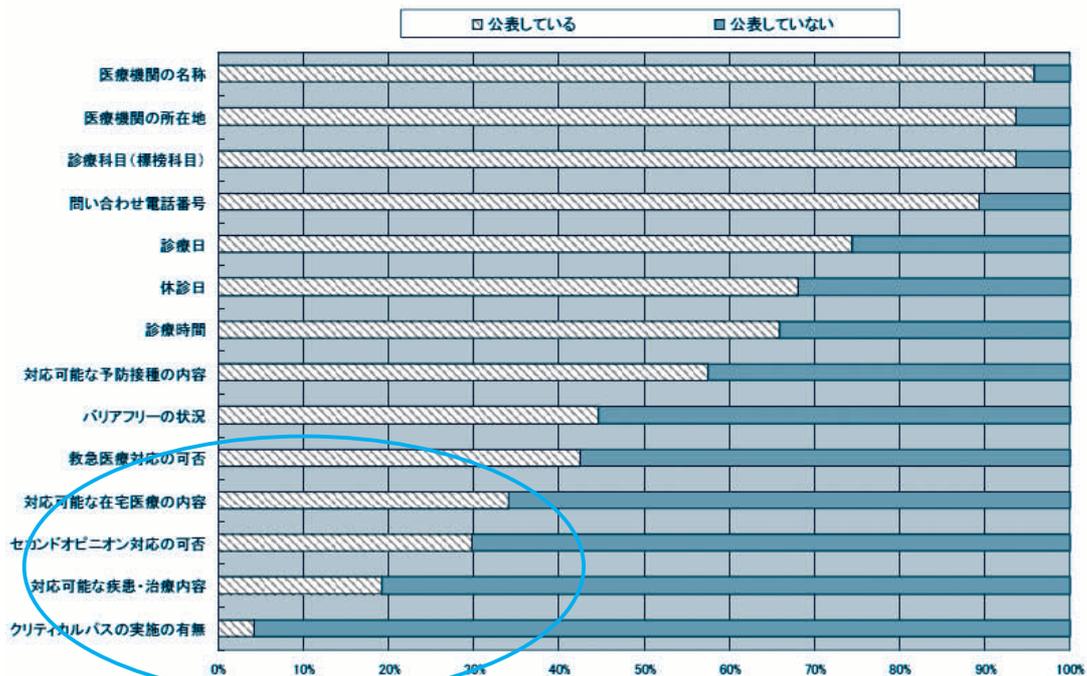
スライド3

はそうでもないというように、いろいろな情報があるなかで、どう考えていいのかわからない。

どんな治療法を手がけているのかということまで、患者はだんだん知りたくなってきます。例えば、私は最終的に全摘手術が必要になり、どうしても同時乳房再建手術をしたかったのですが、それに関する情報はない。口コミしかありません。オープンにできないという保険診療上の問題もあるかと思いますが。

例えば乳がんの場合、どんなレジメンの抗がん剤治療をやっているのかを知りたくなります。初期治

## 都道府県による医療機関(病院)の情報公表への取組状況例



(注)パーセント表示は、全都道府県に占める割合 (資料)医政局総務課調べ(平成18年)

スライド4

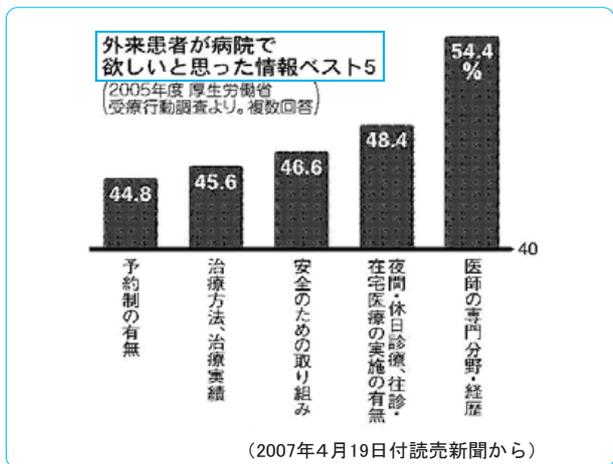
療はいいのですが、再発したときに、どこまで、どんな治療の選択肢があるのか、なんとなく不安になってくる。でも患者になる前はこういうことはわからなかったのです。患者になってみると、私がかかっている病院はどうなのかということまで不安になってきます。

■ほしい情報がなかなか提供されていない

(スライド4) 患者がそういう状況にあるなかで、これは平成18年の医政局のデータですが、都道府県が提供している医療機関の情報はどのようなものかという、提供されているのは問い合わせ番号や診療日、休診日などで、初期には必要な情報ですが、最終的に患者にとって切実な情報とはいえません。

スライドの丸で囲んだ部分、例えば、最近はもっと増えていると思いますが、セカンドオピニオンの対応も以前はなかなかありませんでしたし、対応可能な疾患・治療内容、在宅医療をやっているのかといった情報はなかなか提供されていません。

そういうことに関して患者さんたちは、何をもって判断していいかわからない。ですから、なんとなく医師の専門分野や経歴がわかればいいのかと思って、そういう情報を得たいと思っている状況が



スライド5

あると思います (スライド5)。

■患者が医療機関を選択した理由

(スライド6) 患者さんが医療機関を選択した理由を見てみると、これも厚労省の資料ですが、やはり専門性が高そうだからとか、かかりつけの医師に紹介されたからといったものが多くなっています。これは平成17年の受療行動調査なので、インターネットで紹介されたからというのはとても少ないですが、今後の調査ではどうなってくるだろうかと思えます。

医療機関を選択した理由												
	総数	理由がある	理由									特にな
			かかりつけ医だから	医師に紹介されたから	専門性が高いから	家族・友人・知人から勧められたから	交通の便がよいから	広告、刊行物、番組、インターネットで紹介されていたから	保健所などの行政機関からの情報	その他		
外 来	100.0	94.7 (100.0)	(40.9)	(23.9)	(27.2)	(17.3)	(33.1)	(1.3)	(2.1)	(7.7)	3.0	
○ 特定機能病院	100.0	97.3 (100.0)	(23.2)	(50.0)	(39.2)	(14.6)	(19.1)	(2.0)	(1.2)	(5.8)	1.2	
大 病 院	100.0	95.9 (100.0)	(31.0)	(36.7)	(38.1)	(15.8)	(25.6)	(1.5)	(1.9)	(7.3)	2.2	
中 病 院	100.0	94.4 (100.0)	(37.5)	(25.8)	(28.0)	(16.7)	(33.1)	(1.1)	(2.3)	(8.5)	3.3	
小 病 院	100.0	94.8 (100.0)	(45.2)	(14.2)	(26.8)	(22.4)	(35.3)	(1.9)	(1.8)	(7.0)	3.0	
療養病床を有する病院	100.0	93.9 (100.0)	(52.5)	(12.7)	(18.0)	(17.4)	(39.5)	(1.1)	(2.2)	(7.8)	3.6	
入 院	100.0	94.1 (100.0)	(32.9)	(39.7)	(23.3)	(19.8)	(27.6)	(1.5)	(3.6)	(9.0)	4.4	
特定機能病院	100.0	97.2 (100.0)	(23.2)	(62.6)	(37.5)	(12.9)	(16.0)	(2.3)	(1.1)	(5.9)	1.5	
大 病 院	100.0	95.6 (100.0)	(28.7)	(49.7)	(35.0)	(16.5)	(24.5)	(2.0)	(2.1)	(8.8)	3.1	
中 病 院	100.0	94.8 (100.0)	(33.0)	(42.0)	(28.5)	(17.0)	(27.2)	(1.7)	(2.6)	(8.8)	3.5	
小 病 院	100.0	93.4 (100.0)	(40.6)	(26.1)	(26.8)	(21.7)	(26.9)	(2.4)	(1.7)	(8.8)	4.5	
療養病床を有する病院	100.0	93.1 (100.0)	(34.1)	(34.7)	(15.3)	(22.7)	(30.0)	(1.2)	(5.0)	(9.5)	5.5	

注: 総数には無回答を含む。(資料)厚生労働省大臣官房統計情報部「受療行動調査」(平成17年)

スライド6

### 患者はどのように選択している？

- これまでは
  - 国民皆保険制度と医療機関へのフリーアクセスのもと、自由に医療機関を選ぶことができ、国民は誰でも全国どこでも、同じコストで均質な医療が受けられると言われてきた
- しかし
  - 実際には医師や医療機関、地域によって格差がある。提供される医療の内容やレベルに違いがあることを、多くの国民は体験や報道などから認識
  - 患者・国民の関心は、保険範囲内の医療にとどまらない。インターネットの普及で、世界での新薬・新治療法の開発事情、補完・代替療法などの情報に簡単に接することができるように

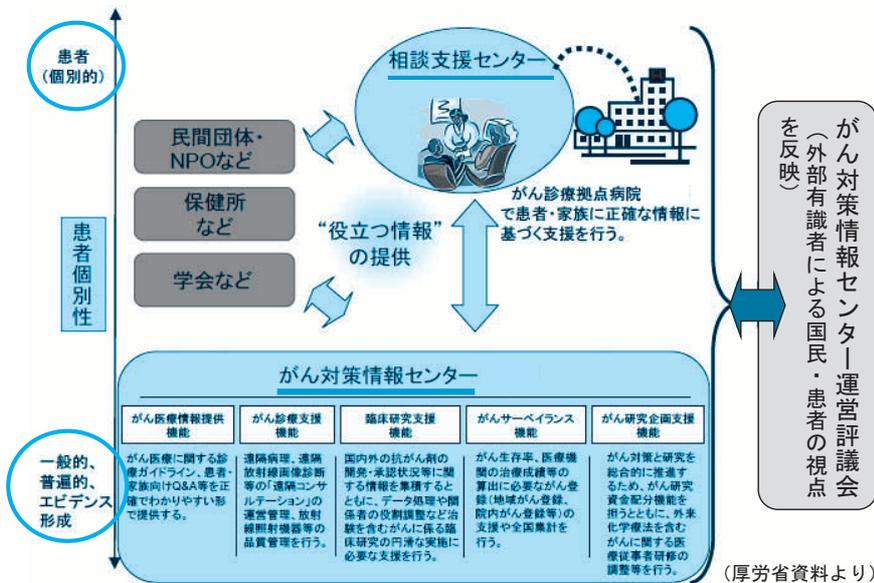
スライド7

### 患者はどのように選択している？

- 様々な情報が容易に！
  - インターネットの普及で、医療機関のホームページや様々な医療機関を比較・紹介する病院ランキングのサイトや書籍等の増加
  - 個人のブログ情報で「生の声」もチェック！
- 氾濫する情報に悩みも…
  - 溢れる情報に何が正しいのか判断が難しい
  - 「肩つば」な情報も ⇒ 医療機関のホームページも！！
  - 正しい情報の提供を望む声の高まり ⇒ ex.「がん対策情報センター」の創設

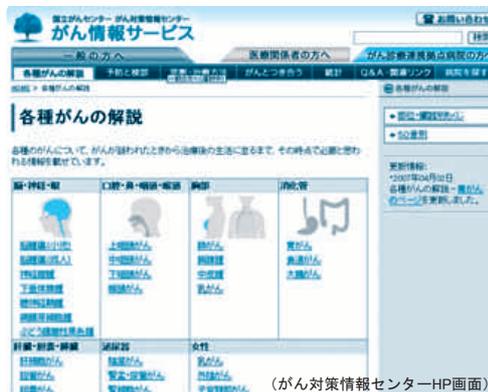
スライド8

## 「がん情報ネットワーク」



(厚労省資料より)

### HPで一般的情報を提供



②

(がん対策情報センターHP画面)

### 「拠点病院」を探すには



③

情報センター冊子でも一覧表を作成

がん対策情報センターHPに一覧表で紹介

スライド9

(スライド7, 8)では今、実際に患者さんはどのように選択しているのだろうかということですが、さまざまな情報があふれています。

インターネットを見れば医療機関のホームページばかりでなく、比較・紹介するような病院ランキング的なサイトや書籍が出てきますし、さらに個人のブログで主観的な情報をいっぱい書いてあるようなものもある。日本は全世界的に見てブログ天国で、英語のブログより日本語のブログのほうが多いらしいのですが、そういうなかで生の声をチェックしていくという患者さんもけっこういます。その情報が本当に正しいかどうかはわからないのですが、あれやこれや見て、なんとなく「行ってみようかな」と思う。

### ■望まれる正しい情報の提供

情報を判断する基準が、今ないのです。ですから悩んでしまう。何が正しいのかよくわからないし、例えばある大学病院の公式ホームページに載っていた医療実績が、実は医療界の常識ではない成績の取り方によるもので、裁判に至っているケースもあります。大学病院のホームページですらそんなことがあることを知ってしまうと、何をもって正しいと見ればいいのかわからなくなります。

こうした氾濫する情報のなかで、正しい情報の提

## 医療機能情報提供制度

- 患者の医療機関選択を支援
  - 情報不備への国民の不満に対応
  - 正しい情報の提供
- 「新たな医療計画」の柱として
  - 「急性期から在宅まで、患者が一貫した治療方針のもとに切れ目ない医療を受けることができるように、地域の医療連携体制を構築する」
  - 「患者の病院選択を促し、それにより医療機関の機能分化を進め、結果として医療提供体制の効率化と地域連携を進める」ための“牽引役”

スライド10

供が望まれています。がん患者の間でもそうした声が非常に高まったことにより、「がん対策情報センター」というものがつくられた経緯もあります(スライド9)。

がん対策情報センターのホームページ(①)では、このようないろいろな情報が提供され(②)、拠点病院を探す方法も紹介されています(③)。しかし実際のところ、がん登録もなく、正しい情報はまだちゃんとつくられていないなかで、どうやっていいのか、模索している状況かと思います。

(スライド10) そんななかでできた医療機能情報提供制度です。これは、そもそも患者さんの医療機関選択を支援し、それを医療の質の向上につなげる

医療機能情報提供制度

現在：...

17万機関の「質」 ネットで公表へ

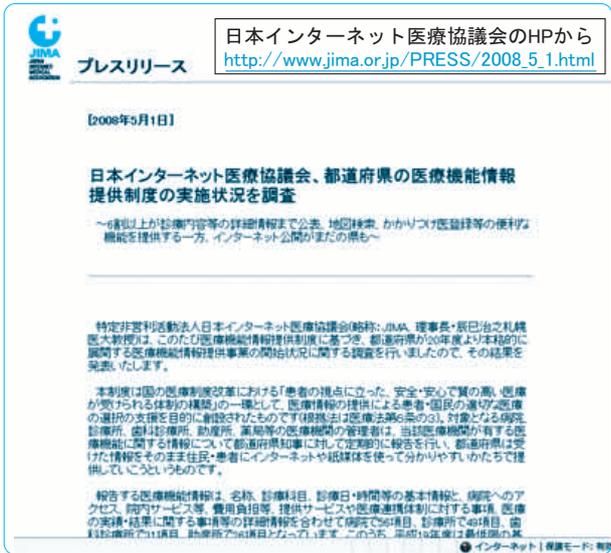
安心事典

読売新聞2007年4月19日 付け夕刊紙面から

スライド11

という趣旨でつくられた制度であると当時取材していた私は思っています。

スライド11は2007年4月、この制度が始まったときの読売新聞の記事です。始まったばかりの頃はマスコミもこうやって報道しましたが、最近ではちょっと忘れてしまったような感じで、私もちゃんと報道してきていないということで、記者として反省しなければいけない、今日を機会にまた勉強させていた



スライド12

だこうと思っています。

■患者・市民から見た医療機能情報提供制度

そんななかで患者・一般市民はこの制度をどう見ているのか、取材させていただきました。

●各都道府県の実施状況を調査し、公開

日本インターネット医療協議会という市民団体があり（スライド12）、この制度に強い関心を持っていて、実施状況の調査をしています。各都道府県ごとに情報提供の状況や、情報の中身などについてまとめた結果をホームページで公開しています（スライド13）。

内容は、使う側からの調査なので使い勝手が中心になっていますが、ちょっと紹介しますと、「地図や住所からの検索など、インターネットの技術でわかりやすくなってきている」「かかりつけ医登録や自分の住所登録で、使いやすくなっている」「また携帯電話向けサービスなど、いろいろなものができている」ということが良くなった点として挙げられています。しかし一方で、取り組みの状況が県ごとにばらばらなので、まだこれからだ、というような話になっていました。

表1 都道府県における医療機能情報提供状況調査

特定非営利活動法人日本インターネット医療協議会

インターネット調査 2008.4.1～4.5、電話聞き取り調査(一部) 2008.4.7～4.16

No.	自治体	医療機能情報提供ページ	基本情報のみ提供 (検索機能あり)	詳細情報も提供 (検索機能あり)	エクセルファイルで提供	PDFで提供	サービス開始状況、提供機能等
1	北海道	<a href="http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/in/iryoukanmeibo.htm">http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/in/iryoukanmeibo.htm</a>			○		2007.10.1時点の道内の医療機能情報がエクセルファイルでダウンロードできるようになっているだけで、特に制度の説明はない。
2	青森県	該当のページ見つからず(2008.4.4現在)					
3	岩手県	<a href="http://www.med-info.pref.iwate.jp/">http://www.med-info.pref.iwate.jp/</a>		○			2008.4.11に、従来の「いわて医療情報ネットワーク」をリニューアル。
4	宮城県	<a href="http://medinf.mmic.or.jp/">http://medinf.mmic.or.jp/</a>		○			2007.2.1から運用の「宮城県医療機関選択支援システム」があり、医療機関情報が検索できるが、規定の医療機能情報ではない。
5	秋田県	<a href="http://www.qg.pref.akita.jp/">http://www.qg.pref.akita.jp/</a>		○			2007.9.3オープン「秋田医療情報ガイド」で提供。外国語で情報提供もあり。
6	山形県	<a href="http://www.pref.yamagata.jp/medical-net/">http://www.pref.yamagata.jp/medical-net/</a>		○			2008.3.31に「山形県医療機関情報ネットワーク」をリニューアル。各項目からの検索が可能。
7	福島県	<a href="http://www.fmnis.pref.fukushima.jp/">http://www.fmnis.pref.fukushima.jp/</a>		○			2008.3.30より「福島県総合医療情報システム」のページを提供開始。地図に自宅登録、かかりつけ医・薬局登録ができる。英語での情報提供サービス、携帯電話サービスもあり。サイトポリシーも明示。各医療機関HPへのリンクあり(ただし、外部移動の知らせはない)。
8	茨城県	<a href="http://www.qg.pref.ibaraki.jp/">http://www.qg.pref.ibaraki.jp/</a>		○			財団法人茨城県メディカルセンターが運用する「茨城県救急医療情報システム」で病院検索や救急医療の案内がされている。所在地登録が可能。
9	栃木県	<a href="http://www.qg.pref.tochigi.jp/">http://www.qg.pref.tochigi.jp/</a>		○			2008.2.29に従来の救急医療情報システムを「とちぎ医療情報ネット」としてリニューアル。検索時に起点となる場所(自宅や会社など)を登録できる所在地登録の機能あり。各医療機関HPへのリンクあり(ただし、外部移動のアナウンスはない)。「このサイトについて」のページで運営趣旨を説明している。
10	群馬県	<a href="http://www.pref.gunma.jp/cts/PortalServlet?DISPLAY_ID=DIRECT&amp;EXT_DISPLAY_ID=U0000048&amp;CONTENTS_ID=97564">http://www.pref.gunma.jp/cts/PortalServlet?DISPLAY_ID=DIRECT&amp;EXT_DISPLAY_ID=U0000048&amp;CONTENTS_ID=97564</a>			○		基本情報をエクセルファイルで提供しているだけ。(2008.4.1現在)
11	埼玉県	<a href="http://www.iryu-kensaku.jp/saitama/">http://www.iryu-kensaku.jp/saitama/</a>		○			2008.3.31より「埼玉県医療機能情報提供システム」を開始。かんたん検索、キーワード検索、目的別検索のほか、医療計画から検索が可能。
12	千葉県	該当のページ見つからず(2008.4.5現在)					「ちば救急医療ネット」があるが、規定の医療機能情報は提供されていない。
13	東京都	<a href="http://www.himawari.metro.tokyo.jp/">http://www.himawari.metro.tokyo.jp/</a>		○			2008.4.11に、従来の東京都医療機関案内サービス「ひまわり」のページをリニューアル。疾患・治療内容に加え、東京都独自に調査した脳卒中関連の情報を、「急性期」「維持期」「回復期」の各段階で対応可能な医療機関が検索できる。
14	神奈川県	<a href="http://www.iryu-kensaku.jp/kanagawa">http://www.iryu-kensaku.jp/kanagawa</a>		○			2008.3.28より「かながわ医療情報検索サービス」がスタート。基本情報、詳細情報の検索、地図検索ができるほか、指定の医療機関のデータを比較できる「みくらべ」機能がある。
15	新潟県	<a href="http://www.qg.pref.niigata.jp/">http://www.qg.pref.niigata.jp/</a>	○				新潟県広域災害・救急医療情報システムを「いがた医療情報ネット」としてリニューアル。
16	富山県	<a href="http://www.qg.pref.toyama.jp/">http://www.qg.pref.toyama.jp/</a>		○			「とやま医療情報ガイド」のページあり。地域、地図と連動した検索がベース。自宅等の所在地登録が可能。

[http://www.jima.or.jp/PRESS/2008\\_5\\_1.html](http://www.jima.or.jp/PRESS/2008_5_1.html)

スライド13

## ●アクセスが困難、検索しづらいなどの課題

日本インターネット医療協議会に、この制度の課題を尋ねてみました。まず挙げられたのが、都道府県のホームページのトップページから直接、医療機能情報提供ページに行けるところが本当に少なく、普通の人ではなかなかたどり着けないということです。「こういう制度をつくって公表していても、たどり着けないのだから、使えないじゃないか」と強く言っています。

検索の方法も、きちんと説明している都道府県もあれば、まったく説明がなく、どう使えばいいかわからないところもある。また、都道府県ホームページに各医療機関のホームページへのリンクを付けているところもあるし、付けていないところもある。そのほか、検索方法が使いづらい。正確性は担保されているか。以上のような課題が挙げられました（スライド14）。

取材の後、私も各都道府県のページをいろいろ見せていただいたのですが、私がインターネットを使いこなせないからかもしれませんが、県のホームページからどうしても医療機能情報提供ページにたどり着けない県もありました。たどり着けない県では、一体どうやってこれを使えというのだろうかと思いました。

また、見比べ機能をつくってほしいと思いました。住所からの検索で、この近所にはどういう病院があり、その病院はどうなんだろうという情報までは入っていきけるのですが、候補となるお気に入り病院を例えば3つ設定して、この3つの病院を比較してみようと思っても、見比べ機能があるところはほとんどありませんでした。

## ■今後の課題——患者・市民から見

この制度は患者・住民からすると、とにかく知られていない、わかりにくいということで、それをどう改善していくかが、大きなポイントです。それにはマスコミもちょっと頑張らなければいけないと感じています。

もう1つ、ニーズに応じて提供すべき内容の拡充が必要です。先ほど言いましたように、治療法の詳細も、どこまで書けるのかはわかりませんが、やはり患者にしてみれば切実にほしい情報であって、そういう情報も検索できてこそ「最終的に使えた」という話になるかもしれません。そういうことを今後

## 今後の課題として

- インターネット医療協議会から
  - 都道府県HPからリンクを、各医療機関HPへリンクを
  - 提供されるサービスの利用法や趣旨の案内を
  - 提供されている情報の迅速な更新と正確性担保
- 一般患者・住民からみて
  - とにかく知られていない&分かりにくい
    - 全県分を統合したサイトが必要？見比べ機能も！
  - ニーズに応じて提供すべき内容の拡充
    - 連携病院、治療法の詳細、患者会情報なども
  - 診療実績や治療成績などのデータの整備・提供
    - DPCデータやレセプトオンライン化で今後どうする？

### スライド14

どうやって考えていくのか、患者さん側からのそういう声も聞きながら、項目の拡充などを考えていただければと思います。

「患者会情報なども」と書きましたが、患者は、治療だけではなく、生活もしているわけです。ですから、病院がどういうふうにして患者の生活を支えているかというようなことをアピールしていただくと、患者にとっては大きな意味があります。「どうやって生きていけばいいのだろうか」とか、若い人なら「この病気をかかえながら結婚できるのだろうか」「この病気をかかえながら仕事をやっている人はいるのだろうか」と思っている患者にとって、そういう情報は、医療そのものとは関係ないかもしれませんが、とても重要です。そういう情報を入れていただくことも考えられるのではと思います。

さらに診療実績や治療成績については今日皆さんもおっしゃっていましたが、やはり患者の本音としては、そういうデータをある程度整備していただきたいというのがあると思います。ただ、先ほど言いましたように、大学病院のホームページもまゆつばな数字で裁判になっていることもありますように、データの整備をどうやってしていくのかは、医療界そのものの問題になっていくのかなと感じています。

DPCのデータなどが集まってくるなかで、それをどう加工し、ちゃんと情報提供していきけるようになるのか。これについてはいろいろな患者会で言われるようになっていきます。DPCデータでいろいろわかるらしいということを患者さんの団体も知ってきている現状があるので、ぜひ、その辺を一緒に考えていきけるような状況をつくっていただきたい。

患者側してみれば、そういう情報が公開されて

いないということは、「やはり隠しているんだ」と思ってしまうのです。まだ出せないのなら、なぜ出せないのか、どこまでは出せるのかということを議論していかないと、逆に不審に思われてしまう状況もこれからは生じてくるかもしれないと感じています。特にこの「治療結果情報」というところですね（スライド15）。

49	クリティカル・パスの実施	
50	診療情報管理体制	オーダリングシステムの導入の有無及び導入状況
		ICDコードの利用の有無
		電子カルテシステムの導入の有無
		診療録管理専任従事者の有無及び人数
51	情報開示体制	
52	症例検討体制	臨床病理検討会の有無
		予後不良症例に関する院内検討体制の有無
53	治療結果情報	死亡率、再入院率、疾患別・治療行為別の平均在院日数等治療結果に関する分析の有無
		死亡率、再入院率、疾患別・治療行為別の平均在院日数等治療結果に関する分析結果の提供の有無
54	患者数	病床種別ごとの患者数
		外来患者の数
		在宅患者の数
55	平均在院日数	

スライド15

●患者を支えるための情報

（スライド16）自分が患者になって、患者会や生き方情報というものが、治療をしていく気持ちを支

「患者会・患者支援・患者参加」情報を



患者たちが運営する島根大病院の「ほっとサロン」 MDアンダーソンがんセンターでボランティアをする元乳がん患者のナン・フルデンシャルさん

スライド16

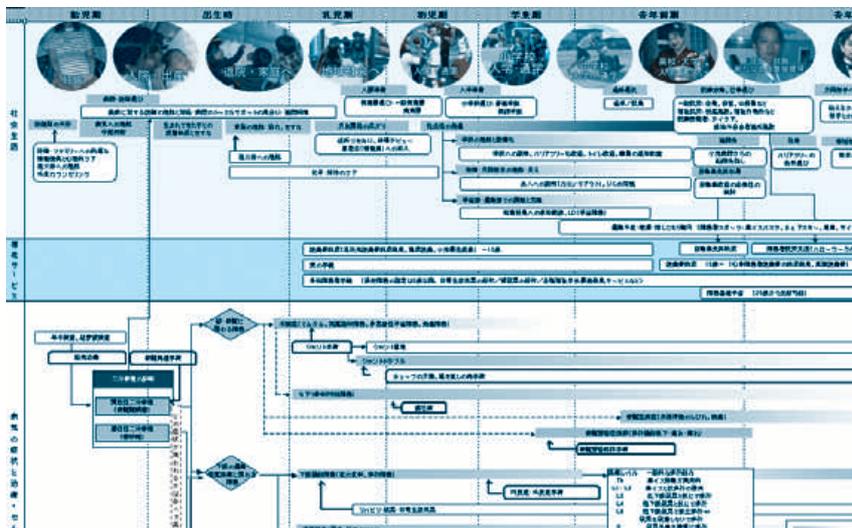
えるためにも大切だと本当に感じました。だからこそ病院が地域の住民や患者さんとどういつながりを持っているかを知りたいのです。

スライド17は二分脊椎症の患者会のホームページで、こういう病気を持って成人して働いて、結婚して、生活を送っていますということが示されています。

こういう情報が同じ病気を持った患者さん・ご家族の安心につながることを、患者会のお話を聞いていて、私も感じています。ぜひ、こういう部分の情報にも目を向けていただければと思いました。どうもありがとうございました。

座長（武田） ありがとうございます。

「生き方」の支援情報も



二分脊椎症ライフマップ

スライド17

## 6 討 論

**座長（中村）** それではディスカッションに入ります。最初に、基調講演の大井先生を含めて演者の先生方の発表内容について、シンポジストの先生からご意見やご質問をいただき、その後でフロアの皆さんからご意見をいただくというかたちで進めたいと思います。

まず、大井先生の基調講演に関しまして、シンポジストの先生方からご意見やご質問ありますでしょうか。大井先生が使われた調査データは、日本病院会の会員病院を対象としたものですから、母集団は日本全体の病院ではありませんが、かなり代表していると思われま。日本病院会は公的病院も私的病院も、大小含めて2千数百の病院が入っておりますので。回収率が5割を切っている問題はありますが、平成20年2月の時点での貴重なデータだと思います。いかがでしょう。はい、どうぞ。

### ■医療機関の好意的な受け止め方に感謝、医療機関にもうまく活用してほしい制度

**飯村** 大井先生には日本病院会でアンケートを取っていただき、貴重な情報を提供していただきまして、ありがとうございます。今日、大井先生をはじめ皆さんのお話に通じ、また私自身も言いましたが、この制度の課題は、せっかく良い制度ができたのに、なかなか周知されていないという点で、これは私どもも反省しなければいけない点です。

大井先生のお話をうかがいまして、この情報提供制度を非常に好意的に受け止めてくださっている医療機関が、思っていたより多く、非常にありがたいと思いました。この情報提供制度は、患者さんの選択の支援という観点からつくらせていただいたもので、正直なところ医療機関側にとっては、あくまでも規制をかけられるものです。医療法を改正して報告を義務づけている。義務ですから守らない場合には当然指導して、指導に従わないときは命令をして、命令に従わないときは、最終的には罰則、業務停止にまでかわるような話で、非常に重い規制をかけていただいています。そうしたなかで、好意的

にとらえてくださる医療機関が多かったことに感謝したいと思います。

この情報提供制度は確かにうまく使いますと、今日おいでの方は病院の先生が多いと思いますが、診療所の先生が病院との連携を図るときに役立つのではないかと思います。高度な手術が必要になった患者さん、高度の治療が必要な患者さんに、今までは近隣であるとか、先生と医局とのつながりで病院を紹介していましたが、今後は診療所の先生が、患者さんの近くの地域でその分野を得意としている病院を、患者さんと一緒に探すことができます。もちろん患者さんも自分でインターネットで探せます。また、先ほどご紹介した各都道府県の医療安全支援センターでも、例えば「肝臓がんが悪化しているから手術しなければいけないと言われたが、手術の件数が多い病院はどこか」というような相談ができるようになっています。

こうしたことで、医療連携にもこの情報提供制度は非常に使えるのではないかと考えております。我々の目的はあくまでも患者さんの選択の支援ですが、医療機関の先生方にとっても非常にうまく活用いただける制度ではないかと考えております。

病院でも同じで、やはり病院の得意な分野、不得意な分野はありますでしょうし、医師不足のなかで、特定の分野の先生がやめてしまい、その分野が弱くなっている場合に、近隣のどの病院を紹介すれば患者さんのためになるか、そういった医療連携を考えていただくときにも、ぜひこの情報提供制度を活用していただければと思います。医局とのつながり、学会でのつながりなどが弱い病院も、この制度で他の病院の手術件数や得意領域などがわかりますので、患者さんと相談されながら、「この病院はこの領域に強いから紹介状を書きましょうか」あるいは「この病院への紹介状を書きますが、先生にも接触しましょうか」というように、患者さんのための連携を進められます。ぜひ病院の先生方にも活用していただければ、この制度をつくった側としてもありがたいと思います。

**座長（中村）** ありがとうございます。厚労省の飯村先生からこの制度を医療連携にというお話が出ましたが、大井先生は検討会委員の立場として、どうお考えでしょうか。

## ■経営戦略にも活用でき、医療の質を上げるのにも

**大井** この点は昨年シンポジウムでも指摘させていただいたのですが、本制度始まりの目的は、確かに患者さんに選択の情報を提供するという一方で、医療機関側にある種の義務をかぶせていく制度です。しかし、もっと積極的に考えるならば、患者さんの受診行動なども大きく変わっていくことを見据えて、病院側も戦略を立てなければならぬということもありますし、また、飯村先生が今おっしゃったように、医療機関同士の情報の活用には相当大きな意味がある、というよりもそういうことに目覚めていかなければならぬと私は思っています。

これからは情報管理抜きには本当に良い質の医療の構築はできないだろうと考えていますが、そういう意味で、各医療機関に情報を担当する専門の立場、分析する専門の立場の人が必要ではないか。CIOのような立場の人がこれからたぶん求められるようになり、その人たちの情報を基に経営戦略を考えていくのが、院長や理事長、CEOの立場だろうと思っています。

ですから、患者さんに対する情報提供と同時に、医療機関の経営戦略を考えるうえでの情報の活用もまた必要であって、それが最終的にはその地域の医療のレベルを上げていくはずで、前向きに考え、そういうふう積極的にとらえていく必要があるだろうと思います。

先ほども申しましたが、アンケートの率直な感想を申しますと、答えていただいた多くの病院の先生方に本当に感謝しているのですが、それにしても少し温度差を感じましたし、もう少し積極的に考えていただいてもいいのかなと内心思いました。これは日本病院会のそういう役職にいる我々の責任といえは責任かもしれませんが、もう少し日本病院会としても、この情報提供制度の活用について積極的にアナウンスしていく必要があるのではないだろうかと思っております。

そういう意味で、この学会で方向性を示していただくなり、意見を出していただくことはとても役に立つので、多くの意見をいただきたいと願っています。

**座長(中村)** はい。坂巻先生、どうぞ。

## ■立ち上がり時点では地域による温度差も

**坂巻** 大井先生のご報告のなかでも、施設によって考え方にかなり温度差があるわけですが、あのアンケートのなかで、地域の傾向、例えば東京都ですと「ひまわり」というベースがあってこの制度というときに、このようなシステムのなかった地域はどうだったのでしょうか。

**大井** 実は都道府県によって大きな温度差を感じました。平成20年2月の時点では、立ち上がりが全体的に遅かったのかなと思います。しかし、このところ急ピッチにこの制度が広まってきつつありますので、これから先どう活用するかという方向に目を向けていき、その活用の方法を正しくアナウンスしていかないと、この制度は生きていかないかなと感じています。

**座長(中村)** ありがとうございます。はい、本田さん、どうぞ。

## ■全県のリンク集がほしい、情報活用で医療連携が進めば患者にもプラス

**本田** 医療機関でもそういう状況なので、患者、国民はこういう制度があることをたぶん、ほとんど知らないと思うのです。一般の人が見るようになれば、患者さんの間でも話題になれば、もっと良くしたほうが良いということになっていくのかなと感じました。

先ほど、厚労省のお話にも全県のリンク集のことが出ましたが、まさにそういうものが必要で、もちろん病気によって違いますが、県内だけの病院を探しているわけではない患者さんも大勢います。病気が進行してしまい、どこか別の病院へ行ったほうがいいのかと探したくなる。ですから全県リンク集のようなものができれば、みんなが比較し始めて、情報が充実しているかどうか、ちゃん答えているかどうか、それがわかるようになると思うので、そういうものがぜひ欲しいと感じています。

もう1つ、連携という問題ですが、患者のためにこの制度がつくられたというのは、もちろんそうだと思いますし期待もしていますが、一方、医療機関が連携に使うことも歓迎すべきことだと思っております。医療機関同士の連携がないことは、患者にとってはまったくプラスではないと感じています。

私の話のなかでは、患者はいろいろなことがそろ

っている病院を求め、そうした病院を探す、ととられたかもしれませんが、そういうことではないのです。もちろんそういう患者さんもいらっしゃいますが、例えばある病院で乳がんの治療を受けたい、あの病院なら何でもそろっているから、と思うのですが、実際に行くとなるととても込んでいてしんどい。「こんな込んである病院じゃなく、もう少しゆっくり対峙してくれる病院に行く」と脱落していく人もいます。

そういう状況ですから、例えば普段の注射は地域の病院でももらい、半年に1回の診断と意見を聞きにできればいいというような役割分担の連携をやってくれる病院だったら、そっちのほうがいいという人は、絶対たくさんいらっしゃる。私自身もそういう考え方なので、そういう連携をちゃんとやることがわかれば安心につながると思います。

**座長（中村）** ありがとうございます。私も6月に入ってから47都道府県のこの制度のページを見たのですが、確かにホームページのトップページにあるところは少なく、学習効果でだんだん探し方がうまくなってくると、なんとか探し出せるのですが、とても現状では患者・地域住民へのサービスからは程遠いという気はしました。しかしこれが第1のステップで、今後、本田先生からご意見をいただいたようなことも、順次なされるよう期待したいと思います。

ここでフロアの方々から大井先生に対するご質問などありますでしょうか。はい、どうぞ。

#### ■普及のためにインターネット検索会社への働きかけもしたい、事業を推進する主体はどこ？

**質問者** 国立成育医療センター病院の山野辺と申します。私は、先ほど本田さんからご紹介がありましたNPO法人日本インターネット医療協議会の理事をしていますので、今日はその立場で、情報提供と質問をしたいと思います。この制度についてはまだ取り組みも遅れているし、継続的改善が必要だろうというのは皆さんの共通認識だと思うのです。

まず、先ほどおっしゃいました厚生労働省のリンクページは必要でしょう。ただ、やはり一般の利用者の立場から言いますと、例えば山形県で女性専門外来を探そうとすると、どうしてもYahoo!とかGoogleなどで検索しようとするわけですね。ではどうすればいいかというと、これは硫化水素自殺を思

い出していただければいいのですが、硫化水素自殺を検索しようとする、自殺の仕方のサイトではなく、まず、自殺を考えている人が相談するサイトが出ます。それはたぶん、だれかが検索企業に働きかけたと思うのです。

ですから、この制度においても、そういう検索サイトで、例えば「山形県で女性専門外来」で検索すると、この情報提供制度のサイトがトップに来るような働きかけをしたいと思っています。日本インターネット医療協議会としては、今後もそういう調査研究や提言をしたいと思います。

1つお聞きしたいのは、この事業を推進するに当たっての主体はだれなのかということです。もちろん厚生労働省が法律で決めて、都道府県が主体なのですが、今言った検索会社への働きかけなどは、やはり日本病院会なり都道府県の担当者の横の協議会みたいなものから、できればと思うのですが。

**座長（中村）** ありがとうございます。では、大井先生、お願いします。

**大井** 私からお答えするのが正しいかどうかかわからないのですが、この制度の検討会の委員でもありましたので、その雰囲気も含めてお答えしたいと思います。

この情報提供制度は、この始まりは患者さんの医療機関を選択するための情報提供ということで、あくまでも実施主体は都道府県知事ということになっていました。ただ情報提供しても、ただらだと載せるのでは何の意味もないので、検索ツールをつくってもいいということを検討委員会で決めたわけです。それはすべて実施主体である都道府県知事に任せられるということになっているはずですが。したがって都道府県が検索ツールをつくっていくことになろうかと思います。病院団体が何らかのツールをつくるというわけにはいかないと、私は今のところは考えています。

**座長（中村）** ありがとうございます。話が制度全体のことになっております。はい、フロアの開原先生、どうぞ。

#### ■継続的なフォローと評価を続けることが大事

**質問者** 開原と申します。興味深く聞かせていただいたのですが、1つコメントです。実は私も「ほまわり」を最初につくったとき、健保連が「ほすびたる」という似たようなシステムをつくったとき

に関係しましてつくづく思ったことは、こういうシステムをつくるのはいいのですが、つくことで終わってしまうのです。その後どう使われたか、現実に使われているのかどうか、そのことは意外にわかっていないと思うのです。

今回、日本病院会でこういうアンケート調査をされたのは素晴らしいことだと思います。これと同じように、今後、こういうシステムが実際にどのくらい活用され、それが医療にどういう影響を与えたか、そうしたことをだれかがフォローをしていかない限り、システムは良くなると思います。その辺のところをどなたかがぜひ評価し続けるということ、ぜひお願いしたいのです。

**座長（中村）** はい。貴重なご意見をありがとうございます。

**大井** ありがとうございます。開原先生のおっしゃるとおりで、実は先ほどの検索ツールに関するご意見に、今のところ考えていないと言いましたが、それは、インターネット上の検索ツールに日本病院会が手を出すことはできないし、手は出さないということです。しかし日本病院会が、公表されていく情報を独自の視点で活用することは、十分考えております。まったく目的が違い、検索ツールをインターネット上に公表するという工作には一切タッチしないとお考えいただきたいと思います。それぞれの医療団体、医療機関が、そういうふうに関心を持って取り組むべきだと、逆に私はそう思っています。

**座長（中村）** はい。本田先生、どうぞ。

**本田** 今、開原先生がおっしゃったことは本当に大切だと思います。こういう制度は、「ああ、できた」で、その後どうやって使われているのかわからなくなるのです。そうしないためには評価していくことが必要ですが、評価をする媒体はいろいろあったほうがいいと思います。日本病院会にもいろいろなことをやっていただければいいと思いますし、インターネット医療協議会のような医療者も入った市民団体、患者会なども、この制度にもっと興味を持ってもらうように私たちは働きかけていきたいと思っています。

先ほど紹介し忘れたのですが、私が取材させていただいたインターネット医療協議会の事務局長は、自分たちの指標を持って各県のホームページのベンチマーキングをして、公表していきたいというお考えも持っていらっしゃるそうです。その指標はあく

までも自分たちの指標だから、その指標を変えれば、ベンチマーキングの成績は変わると。でも、そういうことをいろいろなところがやれば面白いのではないかとおっしゃっていました。そういうことを、また報道で紹介していきたいと思っています。

**座長（中村）** ありがとうございます。ほかにご意見ありますか。はい、どうぞ。

#### ■医療機関の選択と集中につながる懸念、そこで自由記載の項目を入れてはどうか

**質問者** 石川県の恵寿総合病院の神野と申します。あえて、うがった見方をさせていただきます。患者さまの立場でということでの情報提供制度ができたと思うのですが、ただこれは、うまくいえば機能分担ですが、選択と集中ということにつながるわけです。選択されて集中していただいた病院はいいですが、その他の病院は「どうぞご退場ください」というようなかたちにならないか。そういう見方もあるわけですね。

そのなかで、今日、大井先生のアンケート調査のなかで、最後にコメントがいっぱいあったのが非常に面白かったわけです。

この情報提供制度も、国がお決めになった項目だけではなく、自由記載というか、先ほど本田さんがおっしゃったように、「うちは症例数は少ないけれど、じっくり時間をかけます」とか、「入院期間はそこそこですが、ご飯だけはおいしいです」とか、「がんの成績は、確かにアウトカムとしては見た目は悪いが、実は当院はよそでもう駄目だと言われた非常に末期の方に対して一所懸命治療をしています。しかし、これだけしか5年生存は出ません」というように、自由記載を与える。敗者復活戦ではありませんが、そういうチャンスはこの制度に与えることができないか。あるいは、それはかえって混乱を来すのか。ご意見をいただければうれしく思います。

**座長（中村）** ありがとうございます。はい、大井先生。

**大井** 先ほど開原先生がおっしゃった健保連の「ぼすびたる」では、自分のところの“売り”を書き込む欄がありまして、私も時々見させていただくのですが、「ちょっとな」というところもあることはあるのです。“売り”はもっともだとは思いますが、私はこの情報提供制度は別な視点のものだろうと思っているのです。

というのは、この制度だけを使って患者さんが病院を選択するなどということは絶対あり得ない。情報というのはそういうものであって、比較検討し今このレベルなのだということなどを知るために、あるいはこれとこれ、これとこれとこれというふうに考えていくときに必要なものです。56項目を自由に組み合わせるといくつかに絞られていくことは確かだと思いますが、それで絶対的に決まるということはないと、私は思っています。

情報だけで治療ができるわけではありませんので、結局は人対人なのです。医療者と患者さんとの接点がいちばん大切であって、その接点をつなぐための情報を提供しているだけだと思っています。

選択と集中によって淘汰につながって、乗り遅れた病院が脱落するのではないかと懸念も確かに一面あります。しかし私は、物事をそういうふうに見るのではなく、あらゆる病院が“売り”を明確にしていく方策ができる情報提供制度になっていくだろうと前向きに考えていただき、そのためには何をどういうふうに見直していけばいいか、提供項目をどうしていけばいいかと考えていったほうが良いのではないかと考えています。

一言だけ言わせていただくと、情報には落とし穴、ピットホールもたくさんあるのです。ですから、さっきも言いましたが、結局は人と人です。情報の最大のツールである電話を発明したベルが、成功したときに隣の部屋にいる助手のワトソン君に言った言葉は有名ですね。電話で話していて、「ワトソン、つながったぞ。こっちへ来い」と呼んだというのです。一緒に喜ぼうよというわけです。そういうものだと思っています。ですから、もうちょっと前向きに考えていただいたほうがいいかなと感じています。

**座長（武田）** はい。飯村先生、どうぞ。

**飯村** 病院の自己PRのような欄をつくれないうというご提案ですが、そういうこともこの制度を導入するときに検討はしておりました。正直言って性善説に立てば、病院のPRというのは入れたほうがいいとなるのですが、やはり内容の信憑性を担保するのが難しいのではないかとということで、項目に入れなかった経緯があります。

おっしゃるとおり淘汰されるとか、あるいは手術件数が出て並び替えもできてしまうというなかで、誤解されるおそれは確かに我々も危惧しております。それもあって死亡率や術後生存率などは対象から外

しているのです。

開原先生のご指摘ともつながってくるのですが、やはり患者・住民の皆さん、市民団体や患者会も、ぜひとも積極的にこの制度を活用いただいて、うまく勉強していただいて、誤解のないような使い方を進めていただきたいと思います。それに関しては、患者団体などから、この制度を説明してくれというお声があれば、我々も積極的に説明にうかがっておりますし、患者団体とも協力しながら、誤解のないような、うまく活用できる制度となるようにしていきたいと思っております。

#### ■都道府県を超えたシステムを国がつかれないか

**座長（武田）** ありがとうございます。今の話についてお聞きしたいのですが、データの信頼性のチェックや担保などについて、今後どう取り組んでいけばいいのか。もう1つは、この制度は都道府県単位でやっていますが、都道府県を超えたデータがほしいということであれば、国がやはりそのシステムをつくり、全都道府県に配布すれば検索も楽になると思うのですが、そういうことを考えられたことはないのでしょうか。

**飯村** これも実は厚生労働省だけの問題ではなく、地方自治の問題もあるのですが、医療に関する法律は国が制定しますので厚生労働省が所管しておりますが、医療法の医療に関する部分は基本的には地方自治のなかにありまして、都道府県あるいはその下の保健所設置市や23区などが所管しています。そのなかで、国がそういうシステムをつくって、各県にこれを一律にやれというのは、地方分権の観点にはなじまなくなってきています。

また、国が一律のシステムをつくっても1個しかできません。1個よりは、やはり47個つくってそのなかの良いものに合わせていくほうがいいのではないかと。そういう考えもあります。都道府県には本当に大変な負担をかけてしまっていると我々も認識しているのですが、各県の実情に合ったシステムをつくっていただくということです。

山形県も東京都も独自の項目を追加なさいましたが、独自の項目を追加するような仕組みを、もともとの省令で定める報告事項のなかに入れさせていたのも、やはり国が考えが及ばないところはどうしてもあり、そこはより住民に近い地方自治体にお任せしたほうがいいのではないかと考えています。

そういうことで、国が一律のシステムをつくるよりは、各県にお任せして、市民団体、マスコミ、病院団体からのご批判もいただきながら各県に改善いただいて、より良いものができていけばと考えております。

**座長（中村）** はい。ありがとうございました。制度全般の話になっていますので、阿彦先生には少しお待ちいただいて、厚生労働省の立場でお話しただきました飯村先生に、シンポジストの先生方のなかでご質問のある方はいらっしゃいますか。はい、阿彦先生、どうぞ。

#### ■ 項目内容の信頼性、およびその責任の所在は？

**阿彦** データの信頼性ということが話題になりましたが、私が発表したように、中身がまだ十分でないものが項目ごとにあるのです。例えば、基本項目と言われる飯村先生がご説明になった9項目は、医療機関の開設許可事項なので、届けというよりも許可が必要な事項で、変更があったときは速やかに保健所に正確な情報をきちんと届け出る。許可を受けて、この情報提供制度のほうの情報も速やかに変更することになると思うのですが、そのほかの50項目弱の項目については、今、牛肉やウナギなどの表示偽装があるなかで、やはり信頼性が問われます。

公表は都道府県知事の責任でやるわけですが、届けられた情報は、基本的にはそのまま公表することになっているなかで、都道府県知事の責任で国民や県民に正確な情報を提供するに当たって、開設許可事項ではないいろいろな項目、県独自の項目も追加してやっているわけですが、その辺は法的にどうなのか。また、ずっと更新しないとか、まったくやらない検査もやれるように登録された情報があつたときに、責任は医療機関側にあると言えるのかどうか。あるいはそうならないように、やはり時間をかけて、きちんと医療機関や医師会などと協議して、届出情報の正確さや比較的短い期間で更新することをお願いするしかないのか。その辺のご見解をうかがいたいのですが。

**飯村** ありがとうございます。今、山形県からもご指摘いただきましたが、ほかの都道府県も同じ状況です。基本情報は許可台帳で正しいかどうか全部わかるし、実際にチェックしているので問題ないのですが、その他の項目の情報は医療機関の申告に任せるしかない状況です。

先ほど東京都のご説明にもありましたが、私どもが出している実施要領でも、基本的には医療機関からいただいた情報を加工するだけで（これは検索などができるようにするための加工です）、中身の数字を変えたりすることはせず、そのまま載せるとしてあります。ここは医療機関性善説に立って、報告は正しくしていただくことをお願いしたいと思いません。

不正確な情報には2種類あると思うのです。1つは故意のもの。うその情報を書いてくるというのはもう論外で、これは住民あるいは他の医療機関の先生から、あそこはこんなに件数をやっているわけがないとか、こんな治療ができるわけがないというような情報があつたときには、自治体で事実をきちんと確認していただき、指導して直していく。これに関しては厳しく対処していただくということです。

もう1つは、誤解に基づくものですね。今日の山形県の事例にあつたようなものは、施設基準を満たしている医療機関でしか算定できませんので、そんな数が出てくるはずがない。それなのに上がってきているというのは、おそらく故意ではなく、誤解に基づくものだと思うのです。これに関しては丁寧に説明していただく。

確かに大量の情報を報告していただきますから、特に先生1人の診療所などは診療をやりながら、非常にお忙しいなかでこうした報告をしていただきますので、我々も本当にご迷惑をおかけしていることを恐縮に思っておりますが、きちんと趣旨をご理解いただきまして、都道府県も医療機関に対してその辺の周知を図り、こういうものを書くのですよという懇切丁寧な説明会を開いていただくなどして、誤解をなくしていくような取り組みをお願いしたいと思います。

**座長（中村）** ありがとうございます。

**大井** 検討委員会に所属していた者として、私はまったく違ったふうに考えていました。これはインターネット上にあふれる自己宣伝などとは違って、パブリックにオーソライズされた情報です。ですから、もし仮に故意に間違えたものがあつたら、罰則規定があるということです。全然違いますね。この情報の持っている意味の重さをぜひ理解していただきたいと感じています。

最初のうちは故意の間違いもあるいはあるかもしれませんが、それはもう2、3年の間に絶対にわか

っていってしまうし、そこのところは厳しく、たぶん国も県も対処されると思いますので、精度の高い、オーソライズされた情報を提供していくという本来の目的に収斂していくのではないかと感じています。

**座長（中村）** ありがとうございます。はい、フロアの方、どうぞ。

#### ■用語の定義を明確にしてほしい、それとマスコミ取材が多いのを整理できないか

**質問者** 制度についてのお話に関連するのですが、定義をなるべく明確にさせていただきたいのです。すでに陳腐化してしまった処置など、いろいろ出てくるようで、病院が非常に困っているという現場の問題があります。ですから、できるだけ定義をガイドライン的につくっていただいて、誤解がないようにしていただきたい。それが1つです。

もう1つは、マスコミや一般の方が見られる場合には、どうしてもいちばん単純な数字が独り歩きしてしまうということです。大井先生が言われるように、医師がしっかりそれぞれを受け止めて記入すれば正確性は高いのですが。

最近マスコミからいろいろなアンケートが毎週のように来まして事務方が大変です。事務方が現場と対応しながら回答しているのですが、現場も悲鳴を上げる。そうすると事務方が重要性をわからないと抜けたり、変な回答になったりして、正確さを欠いたものになります。こうしたアンケートとは違って、厚労省のこの制度の情報はもっと重いものですから、そういうことはないと思いますが、その辺の整理をマスコミのほうでもやっていただきたいのです。各社から来られますと現場では対応が大変で困りますので、ちょっと外れたことも申しあげましたが、よろしくをお願いします。

**座長（中村）** ありがとうございます。本田先生、ご意見ありますか。

**本田** 取材にうかがうと「こんなに新聞社が来ているんだよ」とか「新聞社同士、一緒にやれよ」とかよく言われるのですが、そこは民間企業ですし、アイデアが違うなどなかなか難しいところがあります。でも、こういうかたちで本当に必要とするものがちゃんと出てくると、みんなが似たようなものをやらなくなると思うのです。今は過渡期だと思います。皆さんにもいろいろお手数をおかけして恐縮なところもある一方で、一般の方々が情報に惑わさ

れている現状のなかで、こういう公的な制度がきちんとできていけば、また状況も変わるのかなと、ちょっと棚上げで恐縮ですが、そのように感じております。

**座長（中村）** ありがとうございます。たぶんほしい情報が出ていないので、各社競ってということなんでしょうかね。はい、どうぞ。

#### ■この制度に診療情報管理士の活用を

**大井** 基調講演のなかでも言ったのですが、私は、日本病院会の副会長のほかに、もう1つ診療録管理学会の理事長という立場もありまして、医療情報提供のようなものに深く携わっていく資質を持つ人たちを育てているつもりでいます。

診療情報管理士はWHOでも日本の教育制度が高く評価されており、非常に優秀な人たちが認定されておりますので、この制度の活用にはぜひ診療情報管理士の人たちを活用していただきたい。もちろん最後の責任は病院管理者の先生たちにありますが、情報の整理の部分などには診療情報管理士が十分役立つだろうと思いますので、ぜひそういう人たちをお使いいただければ大変ありがたいと感じております。

**座長（中村）** はい。それでは都道府県の立場の阿彦先生と、関連しますので坂巻先生も併せて、お二方に行政側のことについてのご質問やご意見があれば、お受けしたいと思います。シンポジストの先生方のなかで何かありますか。

#### ■社会保険事務局の情報なども使うのか

**本田** 阿彦先生のスライドで情報の信頼性を担保するというなかで、社会保険事務局などの情報も使っていく可能性のようなことが書かれていました。そういうことは実際にできるようになっているのか、その場合にはどれだけ正確性が期されるのか、また、課題などを教えていただきたいのですが。

**阿彦** 先ほど、小児の食物アレルギー負荷試験の例を挙げましたが、社会保険事務局に施設基準の届け出が来ている施設が何施設あるかなどの情報は都道府県としてありますので、その数と検索結果の数とのずれがどれくらいあるかというチェックは可能です。しかし報告していただいた情報をこちらが勝手に修正するわけにはいきません。

ですから、今後の更新時には、社会保険事務局へ

のそういう届け出をされている場合だけ、このところは情報として挙げてくださというお願いをしなければいけないと思っていますところ。

**座長（中村）** ありがとうございます。はい、どうぞ。

#### ■この制度のいちばんの価値は網羅性

**質問者** 開原ですが、今の都道府県の話と関係あるのですが、私はこのシステムのいちばんの価値は、公的なものということもありますが、網羅性だと思うのです。このシステムを見れば、その県のなかにあるすべての診療している機関が、せめて名前だけでも載っているということになると、このシステムは1つの入口として使えると思うのです。

先ほどの神野先生のお話しもありましたが、私はやはり、このシステムだけがすべてではないと思っております。これのほかに各医療機関が作るホームページがあるわけですから、ホームページには思いの丈をいくらでも書くことができます。たぶん、このシステムを使うような人は、その医療機関にかかりたいと思えば、そのホームページも同時に見ると思います。ですから、まずこのシステムが網羅性を持ち、そのなかに医療機関のホームページのURLなどが入っているのがいちばんいいのではないかと、私は思っています。

網羅性と、ある意味での公的性格を持つこのシステム、そして思いの丈が書かれた各医療機関のホームページ、この2つをリンクさせて、両方を見ていくと非常にバランスが取れるのではないかと考えているのです。そういう意味では、このシステムに網羅性が本当にあるのかどうか、私はちょっとよくわからないので、そこのところをうかがいたいです。

実はWAMシステムというのが非常に良いのは網羅性を持っていることです。ただ情報は非常に少ないのですが。

**飯村** この制度は医療法に基づいて報告を義務としておりますので、基本的には100%網羅します。ごく例外として矯正施設（刑務所）内の診療所だけは除外していますが、基本的にはすべての医療機関というかたちで義務づけております。一部出していない医療機関もありますので、まだ100%ではないところはありますが、基本的には網羅するという制度です。

**質問者** もし医療機関が報告をしなかったとき

には、名前だけは出して、データのないようなものがそこへ出るかたちになるのでしょうか。それとも報告を出さなかったら、医療機関の名前さえも落ちるのでしょうか。

**飯村** 都道府県の運用になるのですが、私どもが聞かれたときは、許可台帳から基本情報だけでも載せるようにと都道府県に言っております。ただもしかすると、一部の県はそういったものも載せていない可能性はあり得ます。

一般の人が絶対受診できないような、例えば自衛隊の施設などに関しては、その診療所と話したうえで外すことは構わないと言っていますが、そうした例外を除いて、基本的には、医療機関から報告が来なくても、基本情報だけは載せるようにというかたちで都道府県にお願いしております。

**座長（中村）** よろしいでしょうか。文章を見ますと、医療機関から報告があったものを載せるということで、極端に言えば、報告がなければ載らないのかなと私も思っていたのですが、指導としては載せるという話ですね。

報告率は、阿彦先生の山形県では97.7%。東京都は機関別に分けていて、病院が99.7%、ところが足を引っ張っているのが助産所で60%台だったですかね。ですから網羅性との関連で、やはりターゲットを挙げ、きちんと報告してもらおうというアプローチも、都道府県としては必要だと思うのですが、いかがでしょうか。

**坂巻** 病院は99.7%、診療所については84.7%、歯科が86%、助産所が66.7%です。残りの報告していないところにつきましては、やはり、この制度の徹底ができていないと理解しております。おそらく、ほぼ100%に近い捕捉は可能ではないかと予想しておりますが、現時点ではまだ徹底が不十分なのだろうと私は思っています。

**座長（中村）** それに関して言いますと、情報は都道府県がつくれませんが、許可をしているわけですから、報告しないところに、報告しなさいと指導するとか、極端には、それぞれ医療機関の取り消しというところまで踏み込む手段はあるわけですね。ほかにご質問ありますか。はい、どうぞ。

#### ■携帯電話での情報提供をやっている県は

**大井** 山形県のお話で、携帯電話による情報の提供というのを聞いて私はちょっとびっくりしました。

携帯は今検索のツールなのですね。確かに携帯に明るい若い人たちは、いろいろお使いになっていらっしゃる。それこそ道順まで携帯で調べるような時代ですが、実際に携帯電話でこの情報を提供しているのは、山形県や東京都のほかはどこかあるのでしょうか。

**本田** インターネット医療協議会の資料によると、福島県でもそういうサービスを出していらっしゃるし、ほかの県でもいくつか書いてあります。福井県も書いてありますね。というふうに少しずつ増えているような感じです。

### ■近隣の都道府県の情報を扱っているか

**座長(中村)** もう1つ、この制度には近隣の都道府県との情報も合わせてという一文があったと思うのですが、その辺を山形県や東京都ではどのようにお考えになっているのでしょうか。

**坂巻** 近隣の県との連携はできておりません。一応これは東京都の責任でやっているもので、東京都のなかだけと私は理解しておりますが。

**座長(中村)** 検討もされていないということでしょうかね。概念的にはできるわけですが、どう実施するかがイメージできないのです。飯村先生、いかがでしょうか。

**飯村** 国からは都道府県に、県の医療機関の情報を全部提供してくださいということをお願いしており、連携についても考えてくださいということは伝えておりますが、具体的に連携ができていているという報告を受けたことはまだありません。今は、都道府県にご自分のところのより良いシステムを一所懸命つくっていただいている状況です。ただ、地域によっては隣の県の医療機関のほうが近く、交通の便も良く、便利だという住民の方々がいらっしゃいますので、この制度が完成されたときには、具体的に連携を考えることになると思います。

いちばん簡単なのは相互リンクを張ることでしょうが、住所等での検索で、県境をまたいだ分の医療機関が双方で出るようにすることなどは、将来的にはシステム上可能だと思います。国としては、県内のシステムが十分にできてきた段階で、近隣の県の情報も検索時に出てくるシステムもつくっていただければ、ありがたいとは思っております。

**座長(中村)** この制度は都道府県でデータを一元管理しますから、県をまたいでの検索はデータベ

ースが分かれていて難しいところがあると思います。今後どう工夫し、近隣の県の情報も併せて提供するか、その道筋もつけていただきたいという気はします。ほかにご意見ございますか。はい、どうぞ。

### ■更新の頻度は？

**質問者** 国立成育医療センターの山野辺です。今度は病院の診療情報管理士としての立場で、坂巻先生にうかがいます。私自身は実務には携わっていませんが、例えば外来の担当の時間を変えると、随時、この制度の情報も更新しないとイケませんが、担当者は病院のホームページの更新だけでもかなり大変でして、リアルタイムというか遅滞なく更新できなかった場合、例えばこの提供制度の情報を見た患者さんが、その日の午後に行ってみたら外来はもう閉まっていたということもありうる。そういう問題が起きないように、病院としてはどういう取り組みができるのか、もしおわかりでしたら教えていただきたいのですが。

**坂巻** 病院単位のものとはホームページでできるのですが、「ひまわり」に載せる情報につきましては、変更があれば自主的に届ける部分もありますが、基本的には1年に1度の更新です。基本情報についてはすぐに届け出す必要がありますが、それ以外のものについては病院側の努力ということになります。現時点では病院として、東京都の医療情報提供制度の情報の変更までは、率先してというところまでは行っていないような気がします。

**座長(中村)** 私も年1回の報告では、誤った情報——故意でもなく、ミスでもなく、報告した時点では正しかったものの、その後変わってしまったもの——が生じてしまうという非常に大きな問題があると思います。今後なんとかして改善していかなくてはいけない課題だと思っています。

現状はインターネットと紙が混在していますから、なかなかリアルタイムの変更はできません。しかし、そもそも県に出した情報がそのまま載るわけですから、インターネットで医療機関が直接更新してもいいのでは、と漠然と思うのですが。飯村先生、いかがでしょうか。

**飯村** なかなか難しい問題です。医療機関側にパスワードを渡し、オンラインで変更できるシステムをつくっている都道府県であれば、この情報提供システムでも変更は可能です。しかし、そういうシス

テムではない都道府県，あるいはネット環境やノウハウがない医療機関では，オンタイムでの変更はやはり限界があるということで，最低限年1回の定期的メンテナンスで終わってしまっているのが実情です。

確かに課題として認識しておりますが，技術的にやはり限界がありますので，県が提供するホームページでは「何月何日時点の情報であり，変更はあり得る」「受診する前にお問い合わせください」と注釈を付けていただくくらいが限界だと思います。

もう1つ，今日ご紹介できませんでした，都道府県からさまざまな問題点を挙げていただいております。そのなかでいちばん県から指摘されているのが，情報更新のメンテナンスの実効性です。診療時間はよく変わるし，標榜科目が変わっているのに，なかなか更新されないという問題点を指摘されています。

**座長（中村）** 網羅性を持ち，きちんとした情報が載っていて，それがやはり使いよくないと，今後の利用実態を調査しても，あまり意味がないことになってくると思いますので，この制度を生かすような努力を各方面でしていただきたい，また，したいと考えます。そろそろ時間となりますが，最後にご質問・ご意見のある方いらっしゃいますか。先生方もよろしいですか。

**座長（武田）** この制度の持つ有用性とポテンシャルが非常に高いことはもう明らかですが，まだまだ手直しをしていくこともたくさんあると思います。今後ともこの制度をじっくりと育てていくような取り組みをしていきたいと思っておりますので，皆さん，ご協力をよろしくお願いします。

今日は，シンポジストの先生方，また基調講演をいただいた大井先生，ありがとうございました。

# 日本病院会の倫理綱領

我々病院に働く者は、地域の人々の健康を守るために、限りない愛情と責任をもって最善の努力を尽くさなければならない。この使命を達成するために、我々が守るべき行動の規範を次のとおり定める。

## 1. 医療の質の向上

我々は医療の質の向上に努め、人格教養を高めることによって、全人的医療を目指す。

## 2. 医療記録の適正管理

我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。

## 3. 権利擁護とプライバシーの保護

我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。

## 4. 安全管理の徹底

我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。

## 5. 地域社会との連携の推進

我々は地域の人々によりよい医療を提供するために、地域の人々とはもちろんのこと地域の医療機関との緊密な連携に努める。

社団法人 日本病院会

## 病院憲章

一、病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保証することを目的とする。

二、病院は、生命の尊重と人間愛とを基本とし、常に医療水準の向上に努め、専門職的倫理的医療を提供するものとする。

三、病院は、利用しやすく、且つ、便益を人びとに公正に分ち合うサービスを志向するものとする。

四、病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。

五、病院は、地域医療体系に参加し、各々のもてる機能の連携により、合理的で効率的な医療の成果をあげることにも努めるものとする。

社団法人 日本病院会

# 医事課職員の教育体制の確立に向けて—真の『人財』育成とは

For the establishment of the education system of the staff of medical affairs section

—With true “person fortune” upbringing

総合病院多根病院  
管理部 課長代理

今泉 隆行  
Takayuki Imaizumi

**要旨：**病院にとって優秀な人材の確保は重要な課題であるが、昨今の厳しい経営状況では、なかなか医事課職員の人材確保まで手が回らない。その一方で、現在の医事課職員に対する教育体制は、医事課自体がギリギリの人数で運営しているため、日常業務や月次業務に埋もれてしまい、教育どころではないというのが実情である。このような現状のなかで、当院管理部（医事課）は平成19年4

月に「管理部教育プログラムチーム」を起ち上げ、管理部（医事課）における継続的な教育体制を確立させるべく、年間カリキュラムの作成、研修方式の提案等を行った。その経過と基本的な考え方について報告する。

**キーワード：**“人財”，OJT，Off-JT，自己啓発，接遇，診療報酬，管理部教育プログラムチーム

## 【所属施設の紹介】

- ・所在地：大阪市西区
- ・開設主体：特定医療法人きつこう会
- ・施設名：特定医療法人きつこう会  
総合病院多根病院
- ・病床数：304床
- ・病床区分：一般304床
- ・診療科目：内科，循環器科，呼吸器科，神経内科，外科，消化器科，肛門科，脳神経外科，整形外科，形成外科，小児科，泌尿器科，婦人科，耳鼻咽喉科，皮膚科，リハビリテーション科，放射線科，麻酔科，救急部，検診事業部
- ・関連施設：多根脳神経リハビリテーション病院（回復期リハ病院；50床），多根記念

眼科病院（眼科専門病院；58床），多根第二病院（慢性期病院；216床），多根介護老人保健施設てんぼーざん（老健施設；定員100名），多根クリニック（人間ドック），多根訪問看護ステーション（訪問看護），介護老人福祉施設江之子島コスモス苑（特別養護老人ホーム；定員104名，ショートステイ定員16名），ケアハウスコスモスガーデン（軽費老人ホーム；定員40名）

- ・平均在院日数：  
15.2日（平成19年度）
- ・1日平均外来患者数：  
453人（平成19年度）
- ・1日平均入院患者数：  
277人（平成19年度）

## 1. はじめに (目的)

病院にとって、優秀な人材の確保は最重要課題であるが、経営環境が厳しさを増すなか、医師・看護師数の充実には力を入れていても、医療事務職員（以下、「医事課職員」という）の人材確保にはなかなか手が回らないのが実情ではないかと考える。また、経験則ではあるが、新人の医事課職員が一人前になるには4～5年はかかると考える。その間、病院には医事課職員が幅広い知識と経験を積めるような体制作りが求められ、一方では職員自身にも自己啓発の機会を増やし、自ら成長しようとする意欲が必要とされる。このような環境の下、現在の医事課職員を院（部）内教育によって「人財」に変えるためにはどのような取り組みが求められるのか、また育てる側・育てられる側の双方が直面している課題にはどのようなものがあるのかを分析し、病院として、引いては社会全般が求める真の「人財」とは何かについて検証を加えたい。

### 2-1. 医事課の業務 (現状)

医療はサービス業であると言われて久しいが、病院では患者が満足するようなサービスが本当に行われているのであろうか。日本病院会の「病院憲章」に『1. 病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人々との健康と福祉を保証することを目的とする。……4. 病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。5. 病院は、地域医療体系に参加し、各々のもてる機能の連携により、合理的で効率的な医療の成果をあげることに努めるものとする』と掲げられている。病院には医師をはじめ、看護師・薬剤師・臨床検査技師・診療放射線技師・理学療法士・管理栄養士などの国家資格を持つスタッフがいる一方で、事務職（医事課・総務・経理・人事等）は国家資格こそ持たないが、これまで学んできた専門知識を駆使し、技能を磨き、新しい知識を吸収しながら病院本来の目的である「患者中心の医療サービス」を担う一員としての役割とホスピタリティーの精神を持ちながら、日々の患者接遇を担う役割を車の両輪のように動かしながら、業務に当たることが求められている。医事課は病院の中において、患者が受診の際、最

初に訪れる「窓口」である。初めて病院を訪れた患者は「窓口」で受ける第一印象を病院全体のイメージとして捉えやすく、その意味では医事課は病院のイメージを決める部署と言える。また、業務は患者の対応と医師の診療によって得られる診療報酬の費用を請求する業務であり、これらは日常業務（受診した患者の接遇）と月次業務（診療報酬の請求業務）とに分けられるが、それぞれの部署が遂行する日常業務が病院経営の根幹をなす診療報酬請求業務に繋がっている。すなわち、日常業務と月次業務は同時進行であり、表裏一体の関係にあると言える。

また、医事課の業務は患者対応が中心となるが、院内のすべての職種と関わりを持っているのも特徴である。一例として、レセプト関連においては、医師・看護師・薬剤師・検査部内（臨床検査・放射線検査）、リハビリ、栄養科などとの連携は不可欠であり、事務部門内でも材料の購入（用度課）、診療報酬の入金管理（経理部）との関わりは密接であり、医事課に人員補充が必要となる場合は、人事部門との繋がりも欠かせなくなる。

以上のように病院のイメージ作りに関わりながら、同時に病院経営にも少なくない影響力を持つ医事課職員には、どのような知識・技能が求められるのであろうか。それは、「診療報酬に関する知識の応用」と「患者の接遇」に代表されると考える。

診療報酬請求業務を行う上で、必要な知識としては、

- 1) 診療報酬点数表解釈
- 2) 医療保険制度
- 3) 医学的基礎知識
- 4) 医事関連法規
- 5) 薬価基準
- 6) レセプト関連

の6つが挙げられ、それぞれの内容を理解するとともに、業務に活用することが求められていると考えられ、知識の量としては膨大なものである。保険医療のシステムと診療報酬請求の相関関係を理解した上で、日常業務中にマインド的要素である患者へのサービス（接遇全般）や職員間の連携や円滑なコミュニケーションへの配慮をしていくことが求められる。医事課の職員にとって、パソコンが使える、データが入力できればそれで良しとする時代は終焉し、上記6つのスキルをすべて身に付けて、ようやく

「一人前の医事課職員」となる時代になっている。そうなるためには長い時間をかけ、知識と経験を積み、更に本人自らの意思で自己啓発する努力も必要になってくる。しかし、医事課職員が自分1人の力で一人前になることは非常に困難であり、職員を「人材」化させるには、職場における教育の力が絶対に必要になると考える。

## 2-2. 医事課職員への教育体制（現状）

当院においても採用する医事課職員は専門学校である程度の専門知識を学んできた学生を採用するか、医療関係とは全く関係ない一般の高校や大学を卒業した学生を定期的あるいは不定期に採用している。しかし、多くの医療機関と同様、ギリギリの人数で運営しており、人員のやりくりの方が大変であるため、新人教育どころではないというのが実情である。そのため、新人教育も各現場任せになっている。一般的には、新人職員の育成方法にはOJT（職場内訓練）、Off-JT（職場外研修）、自己啓発支援の三通りがあるが、当院では基本は一通り教え、その後はすぐに現場で実地体験させ、あとはマンツーマンで覚えさせるというOJTの方法を採っている。レセプト業務についても、担当科を決めて、先輩してもらい、時間をかけて覚えていってもらう方法を探らざるを得ない状態であり、本来は職員1人1人のレベルアップを図る取り組みも必要であるが、人的・時間的余裕がないのが実情である。その結果、職場内に仕事がよく分かる職員とそうでない職員との格差が生じることになる。医事課の常として、いったん入職し、実務に携わるようになると日常的な患者対応とデータ入力に追われることになり、その一方では点数表をその都度確認しなくても入力マニュアルにさえ従っていれば、業務を進めることは可能となるため、診療報酬の算定に関係する知識は、なかなか身につかない。しかし、そのようにして職員のレベルが低下し、業務における精通者が少なくなれば、業績は伸びなくなる。前述のように、医事課の業務に対する評価が接客技能向上により、患者に喜ばれることで評価されることとともに、請求業務の精緻化、すなわち請求漏れを防止し、減点・査定をいかにゼロに近づけられるかという所でも評価される部署であることを忘れてはならないと考える。

## 2-3. マネジメントの視点から見た医事課の人材育成の問題（現状）

職場のリーダーを育成するには、医事課内でのローテーションが有効であると考えられる。外来受付や会計では、医療保険制度やカルテおよび病名に関する知識を身に付けることが可能であり、入院病棟では診療内容の把握や診療部門およびコメディカル部門とコミュニケーションを図りながら、レセプト業務を円滑に進める能力を養うことが可能となる。バランスのとれた能力を持つリーダーとなるためには、すべての業務を一通りマスターすることが理想であり、そのためには少なくとも4～5年かかるのが一般的であろう。しかし、医事課がギリギリの人員でやりくりしている場合は、ローテーションも思うように組めず、職員が万遍なく仕事を覚えられる環境を整えることは困難である。このような環境下では広い視野で病院経営を捉えられるようなリーダー、更にはエキスパートを育てることは難しく、大半の職員はマネージャー的な役割を担うだけの存在、つまり「人材」に留まってしまう。また、頼れる「人材」があまり育っていない状況で、リーダー格の職員が異動になったり、退職したりすれば日常業務に深刻な影響を及ぼすことになる。

## 3. 分 析

以上より、専門職としての自覚を持ち始めた職員を職場に留まらせ、更なる成長を促していくには、医事課職員の教育体制を体系的に確立させ、医事課職員全体のレベルアップを図ることが重要である。そこで、当院において、受付・外来・入院の医事課職員から業務経験3～5年の者を各1～2名選出し、主任・係長クラスをオブザーバーに添えた『管理部教育プログラムチーム』を起ち上げ、医事課の教育体制の構築と個人への意識付けを現場レベルで行うこととして、平成19年4月に活動をスタートさせた。最初に上記2-1～2-3で記載した現状の洗い出しを行い、実務に即し、かつ過度に負担とならない年間目標『主体性を持った学ぶ姿勢』『診療科（部署）の垣根を越えた相互理解』を策定した。そして、教育プログラム作成に当たって、医事課職員全員から「どのような知識が必要で、何を勉強したいか」について、アンケート調査を実施したところ、別表

1のような声が聞かれた。また、その他の意見としても別表1欄外のような声も聞かれた。

#### 4. 教育プログラムの起ち上げ

上記3で実施したアンケートにおいて出された要望・意見を踏まえて、年間目標を達成し、かつ次年度へ継続的に活動を続けられるよう、教育プログラムチームで別表2のような年間カリキュラムを策定した上で、当該カリキュラムを基本に医事課全員が

参加する形で月1回ないし月2回の勉強会を開催することとした。開催に先立ち、各課員をグループに分け、グループ毎に年間カリキュラムで決定しているテーマを割り当て、各グループで調べた内容を勉強会当日にその他の医事課職員を前に講義・発表してもらう形式を採用し、勉強会当日にだけ出席して聞くだけで終わりということのないように配慮を行った。また、教育プログラムチーム員及びチームのオブザーバーでもある主任・係長を各グループのオブザーバーとして配置し、グループによる知識の偏

### 【別表1】アンケート結果 集計表

設問 医療・保険請求・レセプトについて等、知りたいこと、勉強したいことなど何でも構いませんので、ご記入下さい。

#### 回答結果

勤務年数	内 容
勤務1年以下	・同日再診について ・保険の種類について ・診療情報提供料の算定基準 ・高額療養費委任払いについて ・労災・交通事故の仕組みについて ・代表的な薬剤の種類について ・検査の内容と手順について
勤務1年以上3年未満	・特定疾患について ・個人情報保護法について ・交通事故の請求方法について
勤務3年以上5年未満	・各診療科の外来算定やレセプトチェックでの着眼点について ・我が国の社会保障について
勤務5年以上10年未満	・画像診断の算定方法について（一連と個別の違い等） ・管理指標（平均在院日数・1日平均外来患者数・新患率等）の見方・算出方法・その意味について ・医事課として押さえておくべき法律や療養担当規則
勤務10年以上	・在宅管理料，医学管理料，初診料の算定の再確認 ・入院レセプト作成における転記について ・DPCコーディングについて

〔その他の意見〕

- ・勤務年数1年未満の人は週1回か月2回くらいして欲しい
- ・講義方式よりも作業（グループワーク）を重点に置いた形式が良い
- ・その場限りにならないような研修にしたい
- ・医療問題についての時事ネタを皆で討論するのも良いのではないか

りを防ぐとともに、チームの意図を課員に伝えやすくする体制を整えた。当該勉強会を始めてまだ6カ月であり、返戻・減点の減少といった業績向上などの目立った成果は見られないが、入職年数の浅い課員が先輩課員からのアドバイスを積極的に受けたり、お互いの間違いを指摘し合いながら、フォローし合うといった姿勢も見られるようになっており、今後の成果が楽しみに思える空気が広がっている。

## 5. 派遣職員の教育

現在の病院運営では、すべての業務を自分達のみで実施することは困難な時代となっている。当院でも清掃業務や医療廃棄物の処理は外部業者に委託し

ているが、医事業務についても一部ではあるが委託化している。多くの病院で「人材コストの削減」「離職者問題」「業務の画一化と教育の徹底」「患者接遇や業務の平均化」といった問題に直面し、派遣導入を決めたところは少なくないが、この派遣職員への教育まで手が回らないのが現状ではないだろうか。正規職員が派遣職員の教育まで行くとすると、日常業務に支障を来すことになり、派遣職員の教育を行うために専門の教育スタッフを外部より派遣してもらうといった事態に陥りかねない。こうした問題を解決するに当たって、教育プログラムチームにおいて派遣職員と正規職員の区別はせずに、双方の連携を明確にし、派遣職員も正規職員と同等の業務が行えるよう「ペア制度」を組織化する

### 【別表2】年間カリキュラム

年間目標 『主体性を持った学ぶ姿勢』  
『診療科（部署）の垣根を越えた相互理解』

#### 年間カリキュラム予定表

	カリキュラム名	内 容
第1回	我が国の保険制度①	保険制度の沿革，国民健康保険制度
第2回	我が国の保険制度②	社会保険制度の概要・種類，後期高齢者医療制度
第3回	我が国の保険制度③	公的保険制度（特定疾患・結核・ひとり親等），算定方法，手続き方法等
第4回	我が国の保険制度④	生活保護制度の概要・手続き方法等
第5回	第1回～第4回に関する復習テスト	生活保護制度の概要・手続き方法等
第6回	高額療養費委任払い制度	制度の概要・手続き方法等
第7回	交通事故について	自賠責保険と任意保険等
第8回	労災保険制度①	制度の概要・種類・手続き方法等
第9回	労災保険制度②	アフターケア制度の概要等
第10回	第6回～第9回に関する復習テスト	制度の概要・種類・手続き方法等

こと、およびフォローアップと情報交換を兼ねて、派遣元の営業担当者と定期的に面接を実施して、問題点の吸い上げを行い、現場に戻すことを徹底化することを管理職に提案した。このような流れが他の職員に波及し、派遣職員のレベルアップのために正規職員が派遣職員向けのマニュアルを作成したり、派遣職員のリーダーと正規職員によるミーティングの開催に繋がったりする等、正規職員と派遣職員がお互いに情報伝達に努め、連携を深める素地が出来つつある。

## 6. 他院、他業種との交流

改めて、医療界では変革の嵐が吹き荒れており、その影響は医事課にも及んでいる。後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の新設、診療報酬のさらなる包括化、施設基準の強化・締め付け、そして急性期病院にとっては避けて通れないDPCの拡大などの変革は波になって押し寄せている。特にDPCについては、現在のところ適用病院が既に360病院、2006年度の準備病院が371病院、2007年度に準備病院として“手上げ”を行った病院が700病院以上に上っている。また、医事課的な範疇では、入院請求＝包括化、外来＝出来高（慢性疾患は包括化の流れ）という二極化への拍車、2011年4月からのすべての医療機関でのレセプトオンライン請求の導入などが迫っている。こうした情勢のなかで、当院の医事課としてどのように対処すべきかを考えると、まず個々の医事課職員で共通した問題意識を持てるような素地を作る必要がある。その上で、病院の内側しか見えていない（見えていない）職員がいるとすれば、それは人員育成の1つのポイントであると言える。つまり、自己啓発が足りないということが言えると考え。病院の外に一步も出ることなく、狭い視野を持っていたのではこれから医療界に起こりうる変革についていけなくなる。他病院の医事課職員や関連職員など、より多くの人々との交流を図ることによって、自分自身の視野が広がると同時に考え方も

変わってくるであろう。また、人の輪が広がれば人脈も出来てくるが、人脈を広げるには積極的な交流が望まれる。つまり、院外に出た自己啓発が必要になってくると考える。

## 7. 結 び

当院においても職員の育成については、何年にも渡って課長または係長クラスが一通りレクチャーした後、現場で先輩職員が業務時間内に業務を通して指導していく形で経過していたが、今回の取り組みによって学ぶことに対する主体性、同じテーマを持った仲間同士で1つのものを作り上げていく楽しさというものを体感する素地を作り出せたと思われる。しかし、まだ受身であることは否めず、今後、病院や上司が自分に何をしてくれるのかではなく、自分が誰のために、何のために役立てるかという視点を持ってもらうことが必要であると考え。自分を育て上げるのは、自分自身であり、病院や上司はそれに力を貸してくれる存在にすぎない。自分で目的を定め、コツコツと努力を積み重ねることで、自分自身を“人財”へと進化させることが出来る。そのことを肝に銘じて自己啓発に努めてもらえれば、近い将来、病院、引いては社会が求める真の“人財”に成長してくれるのではないだろうか。

## 【参考文献】

- 黒川清・尾形裕也監修：『医療経営の基本と実務 下巻 [管理編]』、70-71, 77-78, 2006年12月25日発行、日経メディカル開発
- 梅津勝男・佐合茂樹・中村彰吾監修：『医療制度“激変”時代の院内改革マニュアル [06~07年版]』（第1版）、74-75, 82-83, 2006年8月1日、医学通信社
- 『最新医療経営Phase 3 (2008年2月号No282)』、20-31, 2008年1月10日、日本医療企画

# 入院限界利益拡大に向けての 一考察

A Study on maximizing marginal profit of hospital admissions

(株)麻生飯塚病院  
経営管理部 経理課長兼建設準備室長

浦川 一輝  
Ichiki Urakawa

**要旨**：「新棟建設を伴う飯塚病院リニューアル計画」がスタートした。療養環境改善が期待され、地域住民にとってもまた当院スタッフにとっても望ましいことである。当然のことながら、建設に伴う資金は当院自身で賄わなければならない。新

棟建設目前の当院において、自立経営を継続するために何に取り組むことができるかを考察した。

**キーワード**：限界利益，入院料，手術技術料，医師支援体制

## ■所属施設の紹介

- ・都道府県：福岡県
- ・開設主体：株式会社麻生
- ・施設名：飯塚病院
- ・所属：経営管理部経理課長兼建設準備室長
- ・病床数：1,116床
- ・病床区分：一般（978床），精神（138床）
- ・診療科目：内科，肝臓内科，消化器内科，呼吸器内科，内分泌・糖尿病内科，血液内科，心療内科，総合診療科，膠原病リウマチ内科，循環器科，腎臓内科，神経内科，漢方診療科，画像診療科，小児科，外科，小児外科，産婦人科，整形外科，脳神経外科，心臓血管外科，皮膚科，形成外科，泌尿器科，眼科，耳鼻咽喉科，呼吸器外科，精神神経科，歯科口腔外科，リハビリテーション科，麻酔科，病理科，救急部，消化器外科（34科）
- ・平均在院日数：15日（一般，平成19年度）
- ・1日外来患者数：2,158人（平成19年度）
- ・1日入院患者数：850人（平成19年度）
- ・救急車搬送件数：7,176件（平成19年度）

## ■はじめに

外来診療機能と一部病棟の移転を中心とした約3年半に及ぶ「新棟建設を伴う飯塚病院リニューアル計画」がスタートした。新棟が完成すれば、療養環境が大幅に改善され、地域住民に歓迎されることになろう。問題は数十億円に上る投資に対して、どこまで経済性を担保できるかという点である。新機能設置や既存機能の拡大による投資額の回収を前提としているが、自治体病院のない地方都市で地域基幹病院としての役割を担わなければならない環境にあるため、採算性に乏しい診療科や小規模診療科を放棄するという選択は現実的には困難である。

現時点の当院において、新棟計画に依存せず、診療を通して健全な利益を獲得し、当計画に必要となるキャッシュの確保に貢献できることはないか検討したい。

## ■当院の現状

### 1. 限界利益推移

まず当院の限界利益の推移をみると毎年増加しており、特に平成15～17年度にかけて大きく伸びていることがわかる(表1)。各年度の特記事項をまとめると、平成16年度はハイケア棟(救命センター移設拡充、ハイケアユニット新設、がん化学療法病棟新設、透析センター拡充)の本格稼働。平成17年度は地域医療支援病院認定、心身合併症センター開設、手術室2室増設稼働。平成18年度は一般病棟7対1入院基本料算定開始、膠原病センター開設、地域連携ささえあい小児診療開始などが挙げられる。このなかでもとくに平成16年度のハイケア棟稼働による救急医療の充実は大きなインパクトとなった。

また平成17年度から18年度にかけて入院診療の限界利益の伸びが500百万円を超えて高水準の伸びとなったが、これは一般病棟7対1入院基本料算定による影響である。

### 2. 固定費推移

固定費も限界利益同様右肩上がりでも推移している。固定費の増大が限界利益の拡大を支えている状況もある。内訳は給与費の伸びが最も大きく、毎年度の固定費伸び額の6～8割程度を占めている。これはスタッフ数の増大による影響である。ちなみに平成14年度給与支給人員1,354人/月に対し平成19年度は1,652人/月(+298人/月増加)となっている。ただ平成18年度をピークに給与費増加が頭打ちになり、替わって設備や医療機器に関する費目であるリース料や減価償却費の増加が目立ちつつある状況である。

### 3. 経常損益とキャッシュフロー

最近20年間黒字基調を継続してはいるが、右肩上がりの傾向という訳ではない。経常損益の増減推移をみると対前年度5期比較(平成14～平成19年度の6年間5期)のうち増加3期、減少2期となっている。経常損益が対前年度と比較して減少しているということは、限界利益の伸びが固定費の伸びを下回っているということで、固定費の吸収ができていないということを示すものである。

その結果キャッシュ残高(※注)を試算すると年間1,300百万円、多い年で1,700百万円近くを確保し、設備投資と法人税等(当院は株式会社を母体とする医療機関のため普通法人と同様に法人税等を試算すると年間納税額は400～500百万円となる)の支払を差引くと400～500百万円のキャッシュ残となっていると考えられる。ただし平成15～平成16年度は

表1 限界利益対前年比較推移

(百万円)

	H14 ⇒ H15	H15 ⇒ H16	H16 ⇒ H17	H17 ⇒ H18	H18 ⇒ H19
入院	150	577	333	532	364
外来	113	235	353	-65	226
その他	-15	28	72	-37	70
計	248	840	758	430	660

平年より多いキャッシュアウトとなったが、これはハイケア棟建設の影響である。現状400～500百万円のキャッシュ残から、建設から4年足らずのハイケア棟建設コスト返済分を考慮すると、計画中の新棟建設にかかる資金補填を確保する必要があると考える。

(※注) キャッシュ残高 = 税引前損益 + キャッシュイン金額 - キャッシュアウト金額

●キャッシュイン金額：減価償却費 + 退職給与引当繰入額 + 貸倒引当繰入額

●キャッシュアウト金額：設備投資額 + 退職金支払額 + 法人税等

●法人税等：所得金額（税引前損益 + 加減算項目金額）×実効税率（40.4%）

#### 4. 考察の対象

表2は限界利益の構成を入院、外来、その他（差額室料、ドック健診など）に区分して表したものである。大まかには入院70%、外来25%、その他5%という構成で推移している。ちなみに限界利益のう

表2 限界利益構成比

	H14	H15	H16	H17	H18	H19
入院①	72.94%	72.70%	72.45%	70.94%	72.48%	71.74%
外来②	21.68%	22.15%	22.52%	23.79%	22.66%	23.16%
その他	5.37%	5.14%	5.03%	5.26%	4.86%	5.10%
計	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
①÷②（倍）	3.36	3.28	3.22	2.98	3.20	3.10

表3 入院行為別売上高構成比

	H14	H15	H16	H17	H18	H19
基本料計	53.50%	52.76%	54.47%	55.66%	56.59%	57.15%
入院料	52.95%	52.21%	51.05%	50.45%	51.11%	51.91%
その他	0.55%	0.55%	3.41%	5.21%	5.48%	5.24%
投薬料計	2.18%	2.12%	2.11%	2.18%	2.06%	2.07%
注射料計	7.72%	7.75%	7.53%	7.11%	6.46%	6.65%
処置料計	3.97%	4.10%	3.47%	3.32%	3.18%	3.03%
手術料計	22.28%	22.38%	21.91%	21.10%	21.13%	20.22%
手術・麻酔技術料	12.66%	12.98%	12.31%	11.66%	12.12%	12.26%
（うち手術技術料）	9.75%	9.96%	9.44%	8.89%	9.14%	9.18%
手術材料	7.25%	6.99%	7.04%	6.97%	6.36%	5.48%
その他	2.37%	2.42%	2.56%	2.47%	2.65%	2.48%
検査料計	5.88%	6.04%	5.60%	5.11%	4.60%	4.38%
画像関係計	3.03%	3.15%	2.59%	2.60%	2.57%	2.55%
その他計	1.44%	1.70%	2.32%	2.92%	3.42%	3.95%
合計	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

注1) DPC算定対象者も含め、すべて出来高算定で計算

注2) H16/7月～DPC移行

ちもっとも高い割合を占める入院の限界利益率は、74%台で推移していたが平成18年度は77.68%、19年度は78.25%と増大傾向にある。

今後は救急医療をコアとする大規模病院が提供する医療は入院診療が中心となり、さらに外来診療の縮小化傾向が進むと考えられる。実際、平成20年度当院の事業計画では、連携医療機関からの紹介患者と入院前患者を中心とした外来診療を目指しており、その結果外来診療縮小化を進めることになる。直近5年間の動きをみると、外来売上高の伸びが入院売上高の伸びを上回り、売上高全体に占める入院売上高の割合が縮小傾向にあることが影響し、限界利益の構成についても同様の傾向となっている。結果、入院診療限界利益对外来診療限界利益比率（表3①÷②）が3.36倍から3.10倍へと、わずかではあるが縮小している。

キャッシュを拡大するためには経常利益の拡大が前提となる。経常利益の拡大には、①限界利益の拡大、②固定費の圧縮がその対策となる。先述の動向を踏まえ、病院全体限界利益の7割を占める入院診療の限界利益を拡大することで、キャッシュ確保を図ることに絞って考察する。

## ■課題と対策

### 1. 入院売上構成

入院診療売上高構成比推移（表3）をみると、入院料で約5割、手術料で2割、注射と処置で1割、その他2割という構成になっており、入院料と手術料で7割を占めている。数年来、入院料は毎年200万円を超す伸びを示しており、また手術料も数千円程度の伸びを示していたが平成17年度から手術材料売上が減少傾向にあり平成18年度から平成19年度にかけては伸びがマイナスに転じている。入院料の増大は平成16年7月のDPC移行、平成18

年8月の10対1から7対1入院基本料への移行などが影響している。なおDPC移行による出来高算定の場合との差額（DPCメリット）は基本料その他に含まれている。

### 2. 入院限界利益

病院全体の限界利益の約7割を占める限界利益の内訳を平成18～平成19年度でみると、上位項目は入院料と手術料に含まれる手術技術料である。平成18年度は入院料65.8%、手術技術料11.8%（2項目合計77.6%）、平成19年度は入院料66.3%、手術技術料11.7%（同合計78.0%）となっており、入院限界利益の約8割を占めている。

### 3. 入院料確保

#### （1）現状

平成18年8月に7対1入院基本料への移行により病院全体の1日あたり入院料が17～18百万円台から19～20百万円台へと上昇した。固定費である労務費も増加しているが、それでも経常利益増額に貢献している。

表4は平成18～19年度を半期ごとに1カ月当たりの新規入院患者数を示したものであるが、季節要因もあり、下期の入院患者が上期に比べ15～25人程度多い。また下期はICUや救急病床などの特定入院料算定病床への入院患者が増える傾向にあるため、入院単価も上昇傾向にある。結果として下期に依存する収益構造となるため、上期における入院患者獲得の対応策検討が必要であると考えられる。

#### （2）対策

具体的な対応策としては、①地域連携は、ふれあいセンター地域連携室を中心に進めてきた。新しい試みとして、最近では更なる医療機関との連携と地域医療の質向上を図ることを目的として、一昨年に転倒・転落防止のための教育用DVDを作製し医療機関に役立てていただく取り組みを行った。また昨

表4 新規入院患者数

(人/月)

	H18/上	H18/下	H19/上	H19/下
新規入院患者数	1,323	1,337	1,314	1,337

年は2回にわたり院外看護師を対象とした救急医療における呼吸管理研修を開催した。当院看護師向けのプログラムを院外の看護師にも開放したもので約50医療機関からの応募があった。救命救急部の医師、重症集中ケア認定看護師など当院スタッフのノウハウを公開し、より一層の信頼関係構築を目指している。今後も地域医療機関に役立てていただけるノウハウを積極的に提供し、地域連携促進による新規入院患者の獲得につながる取り組みを行っていききたい。②以前より取り組んでいる物忘れ外来や最近取り組み始めたSAS外来などの専門外来から、入院での検査が必要な患者確保が対応策として考えられる。とくに上期は一般的に夏休みの期間も含まれるために、その期間を利用した入院患者確保に向けた地域住民への広報活動を進めていく必要がある。③昨年設置した広報室で地域への広報体制が整ったところである。今まで地域住民を直接対象とした広報活動はほとんど取り組まれていない。地域住民の口コミ拡大を目的に積極的に取り組んでいきたいと考える。

#### 4. 手術技術料確保

表5は入院手術技術料の算定件数と算定点数の構成割合について、上位5診療科を算定点数構成割合の高い順に並べたものである。上位5診療科で件数の約5割、点数の約6割を算定している。全体の約2割の算定件数を占める外科は当院では最大規模の診療科である。心臓血管外科と脳神経外科の算定件数構成は、ともに4～5%台であるが、算定点数は

おのおの15.41%、8.78%となっており、手術技術料単価の高さがうかがえる。この2診療科のうち算定件数と算定点数の比率がもっとも高い心臓血管外科について考察したい。

#### 5. 心臓血管外科

##### (1) 現状

福岡県のほぼ中央部にある筑豊地域で唯一開設している当院心臓血管外科の、診療報酬上の手術技術料算定件数は年間で550件程度、約200百万円の算定金額となる。この中で手術技術料算定単価が50,000点以上(直近5年間)の行為項目と、その算定件数をまとめたものが表6である。心臓血管外科全体件数の約3割を占めており、手術技術料金額の約7割を確保している。算定金額が高額な上位3項目は、①算定件数最多の冠動脈・大動脈バイパス移植術、②弓部大動脈瘤切除術、③腹部大動脈瘤切除術となっており、3項目で年間100百万円、心臓血管外科手術技術料全体の50%を占めている。

冠動脈・大動脈バイパス移植術の主な対象患者の受診ルートは、当院循環器科で施術しているPCI適応外の患者および院外からの紹介患者である。循環器科のPCI施術件数拡大が結果としてバイパス移植術件数拡大に貢献することになるため、PCI対象患者獲得を推進することがバイパス移植術拡大に向けた対応策の1つとなる。また最近では、高齢者や合併症を有する患者で、バイパス移植術が困難な患者に対してステントグラフト内挿術による治療に取り組んでいる。専門医資格取得を要するが、さら

表5 手術件数・点数構成比

No.	診療科	件数構成		点数構成		②÷①
		科別①	累計	科別②	累計	
1	外科	20.02%	20.02%	24.08%	24.08%	1.20
2	心臓血管外科	5.92%	25.94%	15.41%	39.49%	2.60
3	脳外科	4.07%	30.01%	8.78%	48.27%	2.16
4	整形外科	9.89%	39.90%	8.01%	56.28%	0.81
5	耳鼻科	7.91%	47.81%	6.01%	62.29%	0.76
	その他	52.19%	100.00%	37.71%	100.00%	0.72
	合計	100.00%	—	100.00%	—	1.00

に加速する高齢化に対応可能となる治療法で、新規患者獲得に貢献すると考えられる。平成19年度は胸部および腹部合わせて13例であるが、今後拡大が期待される治療法である。

弓部大動脈瘤切除術は難易度が高く、病院として提供する治療法として付加価値の高いものであるが、

当院での治療成績は良く、手術技術料獲得にも大きく貢献している。また実施件数としては僅かであるが、左室形成術や心室中隔穿孔閉鎖術も高度な治療法であり、治療成績も良い。

(2) 対策

①継続的な学会や書籍等での治療成績公開を進め

表6 心外科手術件数

(件)

診療行為名称	H15	H16	H17	H18	H19
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（胸腹部大動脈）	2	3	2	3	2
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（弓部大動脈）	10	7	18	16	18
大動脈瘤切除術（上行大動脈）（大動脈弁置換（形成）及び冠動脈再建）				3	3
大動脈瘤切除術（上行大動脈）（大動脈弁置換及び冠動脈再建）	2	2			
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（上行大動脈）（その他のもの）	2	8	10	7	3
心室中隔穿孔閉鎖術（単独のもの）				1	
冠動脈，大動脈バイパス移植術（2本以上のもの）	65	67	61		
冠動脈，大動脈バイパス移植術（2吻合以上のもの）				45	63
冠動脈，大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（2吻合以上）				9	8
弁置換術（3弁のもの）	2	1			
心室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの）					1
左室形成術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの）				1	
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（下行大動脈）	2	3	4	3	1
弁置換術（2弁のもの）	6	2	8	6	4
左室自由壁破裂修復術（単独のもの）				1	
血管移植術（腹腔内動脈）					1
不整脈手術（Maze手術）	1	3	2		
冠動脈，大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（1吻合）				5	3
弁形成術（2弁のもの）	3	2	5	2	2
弁形成術（1弁）					2
心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）（冠動脈血行再建術を伴うもの）		1	2		
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（腹部大動脈・分枝血管再建）	45	39	33	47	39
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（腹部大動脈）（その他のもの）	6	7	5	2	1
弁置換術（1弁のもの）	18	19	20	21	18
冠動脈，大動脈バイパス移植術（1本のもの）	7	14	4		
血管移植術（大動脈）					1
バイパス移植術（大動脈）		1	1		
（合計）	171	179	175	172	170

※全体件数に占める割合 32% 32% 33% 31% 31%

ることが必要であるが、そのための記録の整理や報告書作成に医師が時間を費やしている現状がある。勤務医の苛酷な労働が話題になっているが、医師にとっての成果物である治療成績や診療記録の整理、報告書作成など医師支援体制の構築が治療成績公開を促進するには必要となり、そのための人材育成が不可欠であるが不十分な対応にとどまっている。当院でも今年4月から医療秘書の配置を試みている。まだ緒についたばかりであるが、専門用語への慣れ、事務処理能力、医師とのコミュニケーションなどのレベルアップで対応していかなければならないと考えている。

②また循環器科や呼吸器科を開設する近隣医療機関とのカンファレンスも重要となる。「顔の見える連携」と言われて久しいが、医師は多忙な治療の合間を縫って地道にカンファレンスを実践している。ふれあいセンター地域連携室を中心に連携推進を図っているものの、個別のカンファレンスまで十分に支援できていないのが現状である。事前準備や資料作成など、先述と同様に医師支援体制の充実を図る必要があると考える。

## ■まとめ

当院は筑豊診療圏（45万人）で、病院としての付加価値を提供し自立経営を実践している。医療提供にはマンパワーと設備機器の充実は重要で、そのための経済基盤の確立は不可欠である。ただし、経済基盤の確立もマンパワーに依存するところが大きい。ため、当院では医師や看護師、技術職などすべてのスタッフが個々人のモチベーションを上げて仕事に取り組める環境を提供しようと平成20年度に以下の取り組みを試みる。①医師業務支援のための医療秘書配置、②将来も含めたスタッフの自己キャリアプラン検討や策定についての相談対応、情報提供などを行うキャリアプラン形成支援室設置、③活発な院内交流やオペレーション効率改善の推進、そして何よりも明るい職場作りを目指した、④新組織への大幅なリニューアル。

老朽化に伴う新棟建設は病院経営を続ける限り短くとも数十年ごとに巡ってくる。その時のためにも継続して経済的な自立を実現しなくてはならない。



# 日本病院会の主な事業活動

**学会運営**：日本病院学会・日本診療録管理学会

**委員会活動**：政策提言や人材の育成、調査の分析、広報活動を円滑に行うための委員会を組織しています。平成20年度は23委員会、1部会体制で活動しています。

**人材育成**：臨床研修指導医・医療安全管理者・感染管理者（ICS）  
診療情報管理士・病院経営管理者  
人間ドック健診情報管理指導士（人間ドックアドバイザー）  
人間ドック健診食生活改善指導士 等の養成

**セミナー等**：病院長・幹部職員セミナー（東京）、医療の質を考えるセミナー（札幌）、  
感染制御講習会（東京）、医療安全管理者養成講習会（東京）、  
介護報酬改定説明会（開催予定）

**調査活動**：病院運営実態分析調査、病院経営分析調査、手術時の医療材料に関する調査、  
患者の病院選択動向調査、看護師入退職状況および採用コストについての調査  
を実施しました。（平成19年度実施の調査）

**国際活動**：国際病院連盟（IHF）理事、アジア病院連盟（AHF）理事  
WHO活動支援

**要望・提言**：自民党、公明党、民主党、厚生労働省等へ、税制改正や診療報酬などに関し、5  
要望しました。（平成19年度実施）

**その他**：国際モダンホスピタルショウ、無料職業紹介

**厚生労働省・各種団体への委員派遣**：

厚生労働省の審議会・検討会、消防庁、日本医療機能評価機構、日本医師会等  
へ派遣をしています。

**病院団体連携**：日本病院団体協議会、四病院団体協議会



# 日本病院会の国際活動

## ●国際病院連盟（IHF） International Hospital Federation

1929年に発足し、本部をフランス（フェルネイ・ボルテア）に置く世界規模の病院連盟。現在、59カ国が加盟。

会員は原則、一カ国一団体になっており、本会は1965年常任理事国入りが決まり、以来40年以上常任理事国を務める。

現在、本会代表IHF理事は山本修三会長。

## ●アジア病院連盟（AHF） Asia Hospital Federation

1971年にフィリピン・マニラにおいて第1回会議を開催。フィリピンのマユ会長が選出され、本格的な活動を開始。AHF理事会は毎年1～2回、会長国を主に加盟国が持ち回りで開催し、本会は昭和48年に当時の神崎三益会長がAHF会長を務めた。

設立当初は日本、台湾、韓国、フィリピンの4カ国であったが、現在は12カ国・地域が加盟。

現在、AHF本会代表理事は山本修三会長、堺常雄副会長、秋山洋名誉会長の3名。加盟国・地域は、台湾、韓国、香港、モンゴル、マレーシア、フィリピン、タイ、インドネシア、インド、オーストラリア、ニュージーランド、日本。

## ●WHO活動支援

日本病院会は日本診療記録管理学会と共に、世界保健機構（WHO）が掌握している国際疾病分類（ICD）について、その窓口となっている厚生労働省大臣官房統計部ICD室との協力関係を強化しています。ICD-10へのアップデートのほか、2015年にはICD-11への改定など、ICDの適切な普及啓発のため技術・経済分野で支援をしています。

# ◆ 医師のための保険診療手引き

## 〔第22版〕 2009年

総合病院国保旭中央病院

## 目 次

一般的事項	75	超音波検査	
病名の記載	75	その他	
重点的審査の対象	75	第13部 病理診断	80
査定率を下げるための方策	75	画像診断	80
基本診療料・療養指導料	75	画像診断の電子媒体保存	
特定入院料の算定時の留意事項	76	造影剤の量	
指導管理料	76	CTとMRI	
難病外来指導管理料	76	その他	
悪性腫瘍特異物質治療管理料の初回加算	76	投薬と注射	81
手術前医学管理料	76	原則	
手術後医学管理料	76	気管支喘息と薬剤	
交付文書の写しを添付	76	消化性潰瘍と薬剤	
その他	76	肝・胆・膵疾患と薬剤	
検査	77	ビタミン剤の投与方法	
検査の原則		高カロリー輸液	
腫瘍関連マーカーの保険請求上の問題点		ウロキナーゼ投与時の留意点 (t-PAを含む)	
脂質の検査		DIC治療 (原則として14日間が限度)	
糖尿病に関する検査		静注用降圧剤について	
肝炎ウイルスマーカーの検査基準		ニコリンの投与方法 (ヒルトニン含む)	
呼吸不全時の検査		エラスポールの適応	
心筋梗塞時の検査		骨粗鬆症用剤	
モニター関連 (呼吸心拍・CVP・観血的動脈 圧・持続的脳圧測定・SpO <sub>2</sub> )		人工呼吸器使用時の薬剤投与の留意点	
膠原病関連検査		循環器用剤	
甲状腺疾患関連検査		抗生物質の使用上の留意点	
白血病・悪性リンパ腫関連検査		抗真菌剤	
血栓性疾患と凝固・線溶系検査		抗ウイルス剤	
細菌学的検査		抗悪性腫瘍剤の使用上の注意点	
ラジオアイソトープ (RI) 検査		成分輸血	86
内視鏡検査		原則	
		血液製剤使用法の改正	
		赤血球 (MAP) の適応	
		FFPの適応	
		FFPの不適切な使用	

FFPの投与量	
アルブミン製剤	
未熟児早期貧血への輸血	
血小板輸血の基準	
AT-ⅢとXⅢ因子製剤	
XⅢ因子製剤の使用基準	
静注用ガンマグロブリンの使用基準	
サイトカイン関連	
その他の薬剤治療	
リハビリテーション	89
処置	90
一般処置	
血液浄化療法	
血漿交換療法	
救急処置	
その他の処置	
手術	92
原則	
手術料	
麻酔	97
精神科関連	98
特別〔中央〕審査の傾向	98

## 一般的事項

### 1. 保険診療とは何か

保険診療は各種法令と厚生労働大臣あるいは厚生労働省によって定められた契約診療であり、これからはずれた医療行為に対してはその費用は支払われない。

### 2. 担当規則の留意事項

- 厚生労働大臣〔以下大臣〕の定めのない医療行為はたとえ学会で常識となっても認められない。
- 健康診断は自己負担。
- 研究目的（治験を含む）で行なわれたものは請求できない。
- 食事摂取ができる状態では注射薬よりも内服薬が優先される。
- 単なる疲労や通院不便などでは入院は認めない。

### 3. 保険給付対象外の診療

- 労務、日常生活に支障のないもの：白髪、そばかす等。
- 美容整形手術。
- 予防医学：予防接種等。  
例外として次のものは認められている。
  - ・ 破傷風予防のための抗毒素、テタノブリン
  - ・ 狂犬病ワクチン
  - ・ 手術、外傷、老人、乳幼児、衰弱患者への予防的抗生物質投与
- 妊娠分娩・人工妊娠中絶・業務上。
- 喧嘩・泥酔・著しい不行跡による事故は保険者の認定がなければ給付外。
- 故意の事故。
- 刑務所、留置場内、外国在住。
- 第三者加害行為（例：交通事故）による場合、ただし被害者が保険証を提示して保険診療を望んだ場合は傷病届あるいは第三者行為被害届を提出（義務的でありこれによって保険者が請求権を得る）してもらって保険診療。
- 他の法令による給付：結核予防法、感染症予防法など。

## 病名の記載

- 再審査請求時には病名の追加は認められないので医療行為に該当する病名を明記すること。

- 病名はできるだけ整理する。
- 症状詳記時の注意点
  - ・ 診断根拠（症状・検査）および治療とその結果について具体的に記載する。
  - ・ 「予防のため」、「保険適応はないが多数の報告がある」等は認められない。
  - ・ DPCで病名と症状詳記が一致しない場合は返戻して説明を求められる。

## 重点的審査の対象

1. 高点数〔8万点以上〕のレセプト
2. 誤請求の多い施設のレセプト
3. 初診料の誤請求
4. 病名と診療内容の不一致および説明不足
5. 検査項目と回数が多い場合
6. 同系検査の同時実施
7. 画像診断のない腫瘍マーカーによるスクリーニング
8. 抗精神薬では投与期間の限定があるものがある
9. 条件付き薬剤の適応と期間（カルバペメム系、VCM等）
10. 成分輸血の適応、量、期間
11. 血液製剤の適応と量、期間
12. アルブミン製剤は疾患で適応が異なる
13. 重症感染症に対するガンマグロブリンは15g／日まで。説明は必須
14. 体外循環時のヘパリン以外の抗凝固剤は必ず説明を
15. PET 施行時は適切な説明を

## 査定率を下げるための方策

1. 投薬：薬剤に対応した病名漏れの防止と適正量
2. 注射：適正量を適正期間
3. 検査：病名漏れの防止。念のための検査は止める
4. 画像：特にCT検査の適正頻度
5. 材料：特に血管形成術、血管内手術時の材料（ガイドワイヤー、ステント、コイル等の過剰使用を避ける）

## 基本診療料・療養指導料

1. 妊娠経過中に前置胎盤、早産などで受診：自院で

妊娠の管理をしていた場合の初診料は算定不可。

- 慢性疾患管理中の休日加算：急性疾患発生時のみ加算できる。
- 無菌治療室管理加算：90日まで。適応は白血病、再生不良性貧血、MDS、重症複合型免疫不全など。
- 白血病で化学療法後に敗血症：無菌室管理料は算定できない。
- 入院時医学管理料の起算日：同一疾患の場合であっても前回退院日から、いずれの医療機関にも入院することなく3カ月を経過した場合は新しく入院した日を起算日とする〔悪性腫瘍では1カ月〕。
- 胃ポリープ切除術における短期間または同一入院期間の意味：入院時医学管理料起算日が同じ場合をいう。
- 同一月に2回同じ病名で入院した場合の救急医療管理加算：初回入院時のみ算定できる。

#### 特定入院料の算定時の留意事項

- 救命救急入院料・特定集中治療室管理料は治療内容によって審査される。
- 経過順調な大動脈解離の保存療法：救命救急入院料は4日まで。
- 脳動脈瘤手術例の救命救急入院料：手術日と翌日の2日のみ認める。
- 患者家族が延命治療を望まない例での救命救急入院料：不適と判断する。
- NICUから直接退院：酸素投与期間+1日まで認める。
- 脳死状態に陥った後の救命救急入院料は認めない。
- 経皮的動脈血酸素飽和度と終末呼気炭酸ガス濃度測定は特定集中治療管理料に含まれる。
- 時間外緊急院内検査・時間外院内画像検査診断加算は救命救急入院料に含まれる。
- ICU入院中の超音波検査は特定集中治療管理料に含まれる。
- ICU入室中の病理検査は算定できない。

#### 指導管理料

- 喘息様気管支炎、アレルギー性気管支炎での初診、特定疾患指導料：気管支喘息と同様に扱う。
- 特定薬剤管理料
- 薬品名を併記する。

・該当病名が必要〔例：てんかん〕。

#### 難病外来指導管理料

- 公費患者でなくても算定できる。
- 慢性関節リウマチは対象疾患ではない。

#### 悪性腫瘍特異物質治療管理料の初回加算

初診月に限る。

#### 手術前医学管理料

- 手術前1週間に算定した血液学的検査判断料は、同月に手術前医学管理料を算定した場合は算定できない。
- 手術前医学管理料を算定した同一月に逡減が係る検査を行なった場合は所定点数の90/100で算定。

#### 手術後医学管理料

- 手術後医学管理料算定時の判断料：算定すべき期間が月を跨った場合でも算定できる〔判断料の算定は月単位で考える〕。
- 手術後医学管理料：入院の日から10日以内に行なわれた閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学管理を行なった場合に、手術の翌日から3日間を限度として算定。
- 1つを算定した日は他のものを算定できない。

#### 交付文書の写しを添付

- 診療情報提供
- 訪問看護指示
- 運動療法指導管理
- 入院診療計画
- 輸血同意書
- 画像診断報告書〔専門医〕

#### その他

- 在宅酸素療法指導管理料：算定に当ってはSpO2測定を月1回程度実施し、その結果について診療報酬明細書に記載すること。

- 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料の対象として心身障害児も含む。
- 特養入所中の方に在宅成分栄養経管栄養法管理指導料は請求不可。
- 在宅患者訪問看護・指導料算定患者での気管内吸引チューブの器材請求は不可。

## 検査

### 検査の原則

- 検査は治療に必要な限度で行なう。
- 〇〇大学方式のような慣習的診療は原則として認めない。脳死状態での頻回検査については認めない方向。
- 基本的検体検査実施料を実施している医療機関の外來での入院前および手術時検査は、基本的検体検査実施料に含まれる。
- 生化学検査（1）の注に規定する10項目以上の包括点数を算定する場合の入院時初回加算と入院時医学管理料の起算日との関係：入院毎に算定できる。

### 腫瘍関連マーカーの保険請求上の問題点

1. 腫瘍マーカーの意義  
一般的な考えとして、診断に寄与するというよりは、治療効果と再発の監視用と考えたい。したがって画像診断との併施が求められる。
2. 必ずしも画像診断を要求されない場合  
・B・C型慢性肝炎および肝硬変の際のAFP。  
・前立腺がん疑いのPAP, PA。  
・高齢者で侵襲度の高い検査（大腸鏡検査）のない大腸がん疑いのCEA。
3. 同一月で「疑い」が「確診」になった時は管理料で請求。
4. 初回加算は初回月のみ。
5. 治療中のマーカー〔管理料〕検査の間隔は、一般に治癒的手術後では3-6カ月、非治癒的治療ではその間隔が狭められる。その際画像診断を併施すべきである。
6. その他  
・肺がんでAFP, CA 19-9：認めない。  
・CEAとDUPAN-2：一方のみ認める。  
・子宮内膜症での腫瘍マーカー：術前後の2回認める。  
・胃・大腸早期がんでの腫瘍マーカー測定：認めない。

### 脂質の検査

脂質異常が予見される場合に実施する。

1. 基本検査  
Tch, TG, HDL-C, LDL-C
2. 電気泳動法  
TchとTGがともに高い場合、特にⅢ型の確診に必須。
3. アポ蛋白測定  
・家系的に著しい血清脂質異常がある時。  
・Tch > 300mg/dl, TG > 500mg/dlの場合。  
・原発性高脂質血症の疑いが強い場合。  
・動脈硬化が強い場合。

### 糖尿病に関する検査

1. 診断のための検査は日本糖尿病学会の基準による。
2. 腎症早期発見のために尿中微量アルブミン測定は3カ月に1回認める。ただしすでに腎症発症している例では認めない。
3. インスリン精密とCPR精密：一方のみ算定。
4. CPRを血液、尿の両方で測定した場合：血液のみ認める。

### 肝炎ウイルスマーカーの検査基準

〔1994年日本消化器病学会「肝機能研究班」より抜粋〕  
(下線は必須)

1. 急性肝炎  
・型別診断：IgM-HAAb, HBsAg, IgM-HBcAb, HCVAb  
・経過観察：  
B型肝炎：HBsAg, HBeAg, HBeAb  
C型肝炎：HCV NSAb, HCVコア抗体, HCV-RNA  
・治療判定：  
B型：HBAg, HBsAb  
C型：HCVコア抗体, HCV-RNA
2. 慢性肝疾患  
・型別診断：HBsAg, HBsAb, HBcAb, HCVAb, HCV NSAb, HCVコア抗体, HCV-RNA  
・急性増悪期：IgM-HAAb, HBsAg, IgM-HBcAb, HBeAb, HBeAb, HBV DNA/DNA-P, HCVAb, HCV-RNA
3. 慢性肝炎  
・経過観察  
B型：HBeAg, HBeAb, HBsAg, HBV DNA/DNA-p (2-4週に1度)

C型：HCVAb, HCVNS抗体, HCV-RNA〔3 - 4  
カ月に1度〕

・抗ウイルス剤の適応判定

B型：HBsAg, HBeAg, HBeAb,  
HBV DNA/DNA-p

C型：HCVコア抗体, HCV-RNA, HCVNS抗体

4. 無症候性キャリアーの経過観察

B型：HBsAg, HBeAg, HBeAb

5. HBワクチン接種者の選別

HBsAg, HbsAb, HBcAb

6. その他

・HCV核酸同定と同核酸定量の同時算定：認めない。

・血清線維化マーカーの重複に注意：肝線維化のみ適  
応。

### 呼吸不全時の検査

1. 血液ガスと電解質測定：急性期4日間は4 - 6回  
／日, 以後1週間は2 - 3回／日, 2週間以後は必  
要に応じて1回／日以内を目安。慢性期は必要に  
応じて1回／日とする。これを超えたら病状説明を。

2. 血液ガスと動脈血採血の算定：別に算定。動脈血  
採血点数は1日につきである。血液回路から採取し  
た場合は算定できない。

3. 手術中の観血的動脈圧測定とSpO<sub>2</sub>測定の同時施  
行：心不全などのリスクのある症例での全身麻酔で  
のみ認める。

4. 超未熟児における血液ガス分析：6回／日, 2週  
間までは3回／日以内, それ以後は1回／日とする。

### 心筋梗塞時の検査

1. CPKアイソザイムは原則として2回, 心筋ミオシ  
ンI鎖測定は発症月のみ2回まで。

2. HANP測定：心不全のある場合のみ。

3. PCI翌日の心筋TnT測定：認められない。

4. PTCA前後のHANP測定：2回まで。

5. 血清酵素活性と心電図：発症当日は3 - 6回ごと,  
その後安定するにつれて1回／日, 1回／3 - 7日  
とする。

6. 心拍出量は1週間くらい認める。

7. PTCA終了後, あらためて右心カテ：認められる。

### モニター関連（呼吸心拍・CVP・観血的動脈圧・持続 的脳圧測定・SpO<sub>2</sub>）

1. 呼吸心拍監視以外は14日を限度（救命センター,

ICU, CCU含む）。

2. 呼吸心拍監視算定上の留意事項

・算定開始日を記載。

・装着と休止を繰り返した場合の算定開始日は最初の  
日。

・特定入院料算定（救命救急入院, 特定集中治療室）  
例では算定不可。

・全身麻酔当日は算定不可。

・がんを含む死亡前の監視や単なる不整脈の監視では  
認められないか, 短期間とする。

・ペースメーカー設置時は3日以内。

・新生児, 未熟児では心機能障害・呼吸機能障害があ  
るかその恐れのある患児に常時行なっている場合に  
算定。

・人工呼吸時の呼吸心拍監視：算定不可, 人工呼吸管  
理料に含まれる。

3. SpO<sub>2</sub>測定

・SpO<sub>2</sub>測定と動脈血酸素濃度測定の同時施行：前者  
は14日まで。後者は必要最小限度に抑える。

・酸素投与のない例では算定不可。

・人工呼吸時には算定できない。

・内頸動脈経皮的酸素飽和度測定：まだ認められない。

4. 心拍出量の頻回検査：2回目以降は90%で。

5. 深部体温測定関連

・全身麻酔時は算定できない。

・術後3日くらいは適応があれば認める。

6. その他

・トノメトリー法による非観血的連続血圧測定と麻  
酔：麻酔時に限り認める。

・スワンガンツカテ挿入による血行動態検査と右心カ  
テ：従来区別していたが後者の点数を認める。

・末梢血行動態検査の適応：慢性動脈閉塞症の診断と  
病態把握の場合のみ適応。

・特定入院と一般入院のある場合のモニター日数：合  
計14日とする。

### 膠原病関連検査

1. 不明熱, 膠原病疑い, RA疑い：一時検査として  
RA, CH50, ANA, 蛋白分画（以上検査A）を認め  
る。

2. SLE疑い：検査A + 抗DNA抗体

3. 補体算定の上限：週1回まで。

4. ANCA：いずれもELISA法のみ。C-ANCAは  
Wegener症候群, P-ANCAは急速進行性腎炎症候

群のみ。

5. MPO-ANCAは血管炎症候群の病名があれば認められる。

#### 甲状腺疾患関連検査

- 甲状腺機能異常症の経過観察：TSH精密とf-T4 (T4) あるいはf-T3 (T3) のみで十分。
- 甲状腺機能低下症でのTSHR-Ab検査 (刺激型)：適当でない。
- 甲状腺自己抗体算定時の注意：サイログロブリン抗体かマイクロゾーム抗体かを明記。

#### 白血病・悪性リンパ腫関連検査

- 腫瘍マーカー検査は認められない。
- モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査は原則として初回1回のみ認める。
- 染色体分析は原則として初回1回のみ。それ以外の場合は理由を付記。
- HTLV-1はリンパ系悪性疾患例で算定できる。

#### 血栓性疾患と凝固・線溶系検査

- DIC：血小板, FDP, PT, Fibrinogenを最初の週は1回/1-2日, その後1回/週。
- DIC診断不確実または基礎疾患があってDIC発症の危険性大。
  - ・ TATまたはプロトロンビンフラグメント
  - ・ フィブリンモノマーまたはフィブリノペプチド
  - ・ D-Dダイマー
  - ・ プラスミン-PI複合体
  - ・ 血小板第4因子またはβトロンボグロブリン

#### 細菌学的検査

1. 原則として必要なものに絞る。特に嫌気性培養, 鼻腔培養, 結核菌培養等は病名, 理由などを記載。
2. 実日数1日で薬剤感受性検査：培養陽性菌名と2度目に患者が来院しなかったことを付記する。翌月請求の時は実日数0として前記の注を付記。
3. 初診月の結核菌同定検査はあり得ないので注記を。
4. 細菌培養は週に1回を目途とする。
5. 血液培養時の血液塗抹標本, 細菌顕微鏡検査は別に算定できない (劇性連鎖球菌感染症を除く)。
6. 感染症の記載の無い開心術後の多種細菌検査：認めない。
7. 移植後の細菌培養：血液, 痰, 尿について1回認

める。

8. 開心術前の咽頭培養：算定できない。
9. 大手術前のMRSAの咽頭培養：院内感染防止対策に含まれると理解される。
10. 病原性大腸菌O-157の検査手順  
まず便の培養 → 血清抗体法によるO抗原またはH抗原の同定 → ペロトキシン検出の3段階で行なう。
11. ツ反応と結核菌核酸同定検査：結核 (疑い) 病名が必要。
12. 治療開始後の結核菌核酸同定精密検査および結核菌群核酸増幅同定検査：リファンピシを含む治療開始後は前者は死菌でも陽性となるので治療開始後は用いない。
13. 同一検査で結核菌核酸同定検査と核酸増幅同定検査：後者のみ算定。
14. 肺結核で咽頭粘液, 胃液, 骨髄液で核酸増幅同定検査：一連として扱う。
15. 結核菌核酸同定精密検査, 抗酸菌群核酸同定精密検査の同時算定について：原則として前者その他で結核が否定された後に後者を施行する。試料採取が困難な場合で, 両者の疑いがあるときは後者による。
16. 結核菌あるいは抗酸菌群核酸同定検査の施行回数：同一目的の場合は治療開始前1回のみ。肺と髄液のように病巣が異なる場合は, 病名欄にその病名を掲げて別に算定できる。治療開始後の核酸同定検査は菌の生死が区別できないので不可。
17. 抗酸菌分離培養検査の場合, 検体の採取部位が異なる場合でも, 同時または一連として検体を採取した場合には所定点数の算定は1回のみ。
18. 結核菌分離培養の算定法：同一臓器では3回まで認める。複数場所よりの採取は, それぞれの病名の無い限り一連とする。結核菌核酸同定は1回のみ。
19. 3カ月以内の再入院での梅毒反応, 肝炎マーカー検査：原則として認めない。輸血後などは理由を付して算定する。
20. 症状等から同一起因菌によると判断された場合, 異なった部位または同一部位の数カ所から検体を採取した場合は主たる部位または1部位のみの所定点数を算定する。例えば, 肺炎の起因菌同定のために痰, 咽頭液あるいは気管支鏡による採痰, 肺胞洗浄液の細菌培養を行なった場合はD018「細菌培養同定検査」口腔, 気道, または呼吸器からの検体の点数のみの算定となる。気管支鏡などの技術料は算定で

きる。

21. 該当病名なしでのカンジダ抗原，エンドトキシン測定は認めない。
22. 小児のインフルエンザ診断は臨床診断で可，ただし，成人ではインフルエンザ抗原検査は必須。

### ラジオアイソトープ (RI) 検査

1. 腹腔膿瘍疑いでのGaシンチ：適応あり。
2. 心筋シンチ：核種は原則1種類。
3. 肺がん術前の骨シンチは説明を要する。
4. 肺がん術後の肺血流シンチは認めない。
5. パーキンソン病でのMIBGシンチ：保険適応ではない。

### 内視鏡検査

1. 内視鏡時のグルカゴン注射：全例使用の施設に対しては返戻して理由を訊く。
2. 上部消化管内視鏡の前処置としてのドルミカム注：外来で全例は不要であろう。
3. 内視鏡時の局所麻酔剤：2剤まで認める。

### 超音波検査

1. 頸部超音波検査（パルスドップラー）：頸動脈閉塞が疑われた場合に算定。
2. 産婦人科では「腹部腫瘤」に対する超音波検査（D-215）は，月1回，「不妊症」では月3回認めている。

### その他

- 脳梗塞では抗血小板療法時の $\beta$ トロンボグロビン測定は月1回認める。
- 脳死判定時の聴性誘発反応は，脳幹障害時に1回のみ認める。
- RAとRAHAの併施は初診時のみ認めるが，経過観察では一方のみ認める。

## 第13部 病理診断

特定入院料（救命救急入院料等）と別途に病理診断料（N006），病理判断料（N007）を別途算定できる。病理診断料を算定できる保険医療機関は，病理診断をもっぱら担当する医師が勤務する病院でなければならない。また病理部門の要員を備えていること。

1. 尿路感染症での病理検査：認められない。

2. CFの際，盲腸，横行結腸およびS状結腸・上部直腸からポリープを切除した場合の生検回数：3臓器（限度）。
3. 胃がんで食道浸潤のある場合の内視鏡生検：2臓器ではなく1臓器である。
4. 胃がん手術に際して胃，リンパ節，膵臓（病変なし）の病理検査：2臓器。
5. 肺がん切除試料で電子顕微鏡加算：paraneoplastic syndrome例でのみ認める。
6. 肺がん診断のための細胞診回数：最高6回まで認める。
7. 内視鏡施行時の細胞診，病理組織学的検査：後者のみ認める。
8. S状結腸・直腸がん手術時の病理組織学的検査は2臓器とする。
9. 経皮的血栓除去時の血栓の病理検査：算定できない。
10. アテローム，ガングリオンの病理組織検査：算定できない。
11. 虫垂切除時の病理組織検査：20歳以上では認める。
12. 病理組織顕微鏡検査では臓器名を明記。

### 画像診断

#### 画像診断の電子媒体保存

- 電子媒体の費用は検査にかかる所定点数に含まれるので別途算定できない。
- プリントアウトした場合のフィルム料は算定できない。
- CT，MRIの電子媒体保存は算定可。
- 位置確認のためのX線透視：算定不可。
- 頭部・頸椎・骨盤・腰椎はそれぞれの病名がないと一連となる。副鼻腔も。
- 肺・肋骨，側湾症における胸椎・腰椎は一連とする。
- 植物状態の濃密な診療：認められない。
- 門脈造影時のプロスタグランディン製剤使用：リブル，パルクスは認める。
- 2時間以上間隔をおいた胃・腸の透視診断：別個に算定できるが病名を。
- ガストログラフィン造影CT時の造影剤加算：手技料に含まれる。
- イレウス管を用いた腸管造影：造影剤撮影で算定。
- 画像診断のない腫瘍マーカーは原則として査定。
- UCG，胸部レントゲン写真の無いBNP/HANP測

定は認められない。

- マルチスライスCT後のCAG：マルチスライスCTの後にCAGが必要であった理由を記載すること。

### 造影剤の量

- 脳血管撮影の場合、椎骨動脈では20ml以下、上腕からの逆行性造影でも200ml以下。
- 冠動脈造影時の造影剤300mlまで。
- 膣頭部がんでの選択造影：250mlを限度とし造影血管を付記する。
- PTCA：300mlまで。

### CTとMRI

- 脳血管障害時のCTの回数：入院時、1 - 2週間後、3 - 4週後の3回。
- 脳手術後のCT, MRI：一般に4回まで。MRIをいれて7回まで。
- 脳槽造影CTの算定法：一般に3, 6, 24, 48時間に撮影するがこれらは一連とする。
- 直腸がん入院で転移巣検索目的に日を異にして肝臓・骨盤などのCT検査：一連とする。
- 頭蓋単純撮影：外傷時のみ認める。
- 単純CTと造影CT同日施行：後者のみ認める。
- 同日にCTとMRI：後者のみ認める。
- 心弁膜症でCTとMRI：一方のみ認める。
- 心膜炎時のCT, MRI：CTのみ認める。
- PTCR前後のMRI：研究段階なので認められない。
- PTCA翌日の確認造影：認めない。
- 心臓と胸部大動脈のMRI：一連とする。
- 末梢動脈血流障害に対するMRI：条件を満たせば認められる。
- 回復不能が明らかな胸腰椎多発転移例でのCT, MRI頻回検査：認められない。
- MRI時の経口造影剤使用：認められない。
- 脳血管障害時のSPECT：初診月は2回、以後月に1回。
- dual SPECTでの核種の使用量：薬用量の下限とする。
- 心臓のSPECTで負荷を行なった場合：実施日を記載。
- 心筋SPECT時の核種が2種：原則として1種類とする。
- dual CTで理由が明記してない場合：高い方のみ算定。
- SPECTの解析算定：不可。

- 心筋梗塞後に心筋SPECTとPET：心筋SPECTによる評価が不十分な場合にPETを施行する。PETのみの施行は認められない。
- 同一日に安静時と負荷後SPECT：負荷後のみ算定。
- 弁置換術前の心筋SPECT：適応なし。
- くも膜下出血手術前のXe-CT：認められない。
- 脳血流評価のためのキセノンガス使用量：1回925MBqで十分。ダイアモックス負荷で2回行なう条件は、発症直後、手術適応例、術後早期など。
- 脳血管造影を1回で3血管に行ない別々に請求：1回のみとする。
- 1ルートで行なった冠動脈造影と脳血管造影：両者の手技料を認める。

### その他

- 脳波検査：てんかん慢性期では年に1 - 2回。抗けいれん剤減量中では月2回。統合失調症では認められない。
- 屈折検査と調節検査の算定法：屈折異常の無い場合は、屈折検査のみとし、前月以前に屈折異常の病名がある例は調節検査のみとする。ただし、白内障手術時は別とする。
- 角膜曲率半径計測：1回の測定のみ。ただし手術前後は認める。
- 骨粗鬆症の確定診断：骨塩測定のみでは不可。必ず腰椎X-Pを。

### 投薬と注射

**原則**：患者の病態に応じた期間処方できる。

1. 同一患者に同時に院内・院外処方箋は出せない。
2. 患者のミスで薬を紛失した場合：再投薬分は保険適用とならない。
3. 薬剤の適応と量：能書記載の範囲。小児の最高薬用量は成人量を超えない。
4. 適応外使用は認められない（例：注射液 → 外用）。
5. 禁忌無視：査定する。
6. 処方過多：服用回数・時期の同じものは1処方として薬価計算。一般に4剤を超えるか、150単位を超える多剤処方は返戻されることがある。
7. 頓服の出し方：1回量を基準として、5単位以内、月3回、12単位まで。
8. 低容量で多数のアンプルを使用した場合：高容量に換算する。（例：フサン10mg/Aを10A使用した

→ 50mg/Aを2A使用した)。

9. 入院中に食なし28日で内服30日分処方の場合：  
処方を7日分とする（入院時の慣例）。
10. 注射薬残量破棄の取り扱い：70%以上使用と保存不能の場合は全量の算定を認める。
11. 作用機序の同じもの、効果の同じものの併用
  - ・抗生物質：重症例でも常用量とする。骨髄抑制を伴った重症感染症でも常用量の50%増しとする。
  - ・脳血流増進剤：内服・注射を含めて一方とする。
  - ・蛋白分解酵素阻害剤：一方にまとめる。
12. 数回の手術に対する点滴など：手術ごとに時系列的に内容を説明。
13. 新生児などで薬剤の一部使用の場合：その製品の最低価格のもので請求して残量廃棄を明記する。
14. 浣腸、座薬使用時のキシロカインゼリー：認めない。
15. 禁忌は査定の対象となる。

例1：NSAIDs：消化性潰瘍、喘息、出血を伴う血小板異常、重篤な肝腎障害、重篤な高血圧、直腸炎（座薬）

例2：緑内障・前立腺肥大に抗コリン剤

例3：高カロリー輸液と各種病態

例4：ロペミン：偽膜性腸炎、細菌性下痢、潰瘍性大腸炎

例5：ベザトールSR：人工透析者、腎不全（血清クレアチニン $>2.5\text{mg}/d\text{L}$ ）、高齢

例6：静注用脂肪乳剤：血栓症・DIC、重篤な肝障害、出血傾向

例7：リン酸コデイン：重篤な呼吸抑制時、気管支喘息発作時、重篤な肝障害

### 気管支喘息と薬剤

- インターカプセルは60個まで（アレルギー性鼻炎は30個まで）。
  - テオドール400mg/日を超えたら血中濃度を明記。
  - ムコダイン、ムコソルバン併用は認める。
  - 気管支喘息にソルコーテフ：適応外。
  - 吸入に注射薬を用いた：認めない。
  - 点鼻薬と抗アレルギー内服薬：小児のアレルギー性鼻炎では認める。
  - 喘息にアルマール：禁忌。
  - 作用機序の同じ抗アレルギー薬：一方のみとする。
- 皮膚筋炎・間質性肺炎でネオール：認めない。  
タナドール：外来は原則1カ月、正当な理由があれば3カ月認める。

### 消化性潰瘍と薬剤

1. トロンビン内服：一般に1回2万単位、重症例は10万単位で30万単位まで。
  2. プロトンポンプ阻害薬：
    - ・十二指腸潰瘍は6週まで。胃潰瘍、吻合部潰瘍、逆流性食道炎は8週まで。使用開始日を明記。逆流性食道炎の難治・再発例のみ維持療法が認められる。
    - ・NSAIDとPPI、H<sub>2</sub> blockerの併用：認められない。
    - ・PPI注射薬は1週間を限度に認める。
    - ・ガスター注とPPI注併用は後者のみ。
    - ・再投与の要件は少なくとも3カ月の休業期間後再発が確認された場合。
  3. H<sub>2</sub>ブロッカーの適応
    - 注射は消化性潰瘍、ストレス潰瘍、出血性胃炎による「上部消化管出血」と麻酔前。
    - ガスター注の適応条件：
      - 侵襲的ストレスによる上部消化管出血の抑制
      - ・術後ICUへ入室する例
      - ・呼吸・循環管理を要するもの
      - ・全身麻酔2時間以上に及ぶもの
      - ・脳血管障害
      - ・多臓器不全
      - ・意識障害レベル30以上の頭部外傷
      - ・広範囲熱傷（指数10以上）
- 以上の状況での予防的投与は3日間程度。  
腎不全時のガスター注：20mg×2A/日は7日まで。以後は1A/日に減量。
- 胃ポリープでのポリペクミー後潰瘍：術後ストレス潰瘍として3日間認める。
  - 胃がんのストリップバイオペシー施行後のH<sub>2</sub>ブロッカー：3日の注射を含む2週間は認める。
  - 再発年月日の書き換えは必ず行なう。
  - 胃切除のない逆流性食道炎ではフォイパンは認められない。
  - 胃全摘後患者にPPI：認められない。

### 肝・胆・膵疾患と薬剤

1. 病名の注意
  - ・なるべく漫然とした「肝障害」は避ける。査定の原因となる。
  - ・「急性」か「慢性」かはっきり記載。
2. 強力ミノCとタチオン
  - ・肝機能障害で強ミノC注は認められない。適応は「慢性活動性肝炎に伴う肝障害」。

- ・強ミノC40-60mg/日, 100mg/日を超えない。14日間で漸減。
  - ・慢性肝炎に小柴胡湯エキス：長期投与を認める。
  - ・タチオン内服は慢性肝炎に適応なし。
3. アミノ酸製剤
- ・アミノレバンの適応は「肝性脳症」であって、肝硬変ではない。
  - ・アミノレバンの用量：2-4瓶, 6瓶まで。
  - ・キドミンの用量は腎不全でも急性と慢性では異なる。
  - ・肝腎不全時のアミノ酸の適応  
肝不全：アミノレバン, モリヘパミン  
腎不全：キドミン
4. C型慢性肝炎にインターフェロン使用：薬剤開始年月日を必ず記載。
5. 肝硬変のGI療法：劇症肝炎の記載が無ければ認められない。
6. 食道静脈瘤出血時のピトレシン：5Aまで認める。
7. 肝腫瘍へのエタノール注入：エタノールは算定しない。
8. フサン, ミラクリッドについて
- ・肺炎に対するフサン注の投与期間：術後肺炎では1週間とする。  
食なし日数+4日間を限度とする。
  - ・フサン透析時の肺炎にフサン全身投与：透析日数を差し引いた日数とする。
  - ・急性心不全と肺炎にミラクリッドとフサンの同日投与：重複と考える。
  - ・重症潰瘍性大腸炎に文献にしたがいミラクリッド投与：認めない。

## ビタミン剤の投与方法

1. 原則
- ・漫然とした投与は査定の対象となる。
  - ・V.B<sub>12</sub>の漫然たる使用およびニューロパチーに対する14日間以上は査定。
  - ・食有りでV.B, C剤併用は査定。
  - ・IVHでは必ずMVIを併用。
  - ・ビタミン剤注と食事：五分粥以下の日数を付記。
  - ・IVH (1,500Cal/日以上) では食なしとする。
2. ビタミンKの適応と量
- ・重症肝障害に基づく凝固因子欠乏ではV.Kの適応はない。
  - ・吸収不全による場合が良い適応。
  - ・長期IVHのV.Kの必要量は2mg/日。
3. ビタミン剤使用についての日医・厚生労働省合意事項
- ・レセプトに注記する必要のないもの  
ウエルニッケ脳症, 脚気心, V.B<sub>1</sub>欠乏症, 末梢神経炎, 中枢神経障害, 術後腸管麻痺, 神経痛, 関節痛, 筋肉痛
  - ・レセプトに注記が必要な病名  
ビタミンの需要増大 (消耗性疾患, 甲状腺機能亢進症, 妊娠, 授乳, 肉体疲労)  
ビタミン摂取・吸収障害 (下痢, 嘔吐, 脱水, 食欲低下, 術後衰弱)

## 高カロリー輸液

- 1,000-1,500Cal/日の輸液と食有りの場合：食事の質と摂取カロリーを付記して併用理由を記載。
- イントラリピッドの量：10% 500mlまたは20% 250mlを1日量とする。2g/kg/日以内とする。
- 慢性動脈閉塞症にイントラリポス：禁忌で全査定。

## ウロキナーゼ投与時の留意点 (t-PAを含む)

- 心筋梗塞：24万単位製剤を96万単位, 30分で点滴。  
冠動脈内注入は12万単位×8まで。
- 肺梗塞：24万単位×7日。300万単位まで。
- くも膜下出血血管れん縮にラジカット：不可。脳梗塞の病名が必須。
- 脳梗塞：発症5日以内。6万単位/日×7日。
- 末梢動脈閉塞：発症10日以内。初期6-24万単位/日, 漸減7日間まで。
- MCLS, バージャー病は適応なし。
- 動脈血栓除去術とウロキナーゼ併用：後者は査定。
- 脳梗塞で選択的にウロキナーゼを注入する際の量：冠動脈内血栓融解法に準じて96万単位を限度とする。
- t-PA (グルドパ・アクチバシン・プラスミナー)：発症3時間以内の虚血性脳血管障害および発症後6時間以内の急性心筋梗塞が適応。虚血性脳血管障害では60mgまで。冠動脈内投与は160万単位 (1ビン) 1回。必要時4回 (最大640万単位) まで。
- 高齢者の脳血栓症にウロキナーゼとキサンボン併用：安全性が確立されてないので行なうべきでない。
- スロンノンの冠動脈内注入：認められない。
- ウロキナーゼによる脳室洗浄：6万単位/日まで。

## DIC治療 (原則として14日間が限度)

- FOY, レミナロン：肺炎も適応。DICは24本まで

(それ以上は体重を付記)。

- フサン：毎時0.06-0.2mg/kg (60kgで300mg/日)。
- DIC疑いでは蛋白分解酵素阻害薬は不可(確定病名が必要)。
- DIC時に脂肪乳剤使用：禁忌。

#### 静注用降圧剤について

- 術中高血圧用剤の使用(術後2日まで認める)
- ・プロスタンディン500：毎分0.1-0.2μg/kg。
- ・ヘルベッサ：毎分5-15μg/kg。
- ・ペルジピン：はじめ毎分2-10μg/kg, 緊急時10-30μg/kg。
- ・ミリスロール：0.5-5μg/kg, 急性心不全時は0.05-0.1μg/kg。
- 高血圧緊急症にヘルベッサ注：7日まで認める。
- ペルジピン注を解離性大動脈瘤に使用：不可。高血圧性緊急症が適応。
- ペルジピン注：10mg×25A/日まで。

#### ニコリンの投与方法(ヒルトニン含む)

- 頭部外傷・脳手術に伴う意識障害：1,000mg/日まで。
- 脳卒中後麻痺(上肢機能改善)：250-1,000mg/日, 4週連日。1年以内。
- 脳梗塞急性意識障害1,000mg/日, 連日2週間。
- 急性膵炎：蛋白分解酵素阻害薬とともに1,000mg/日, 連日2週間。
- 遷延性意識障害にヒルトニン：発症7日以後とする。
- 植物状態にヒルトニン：認められない。
- ヒルトニン：くも膜下出血, 頭部外傷後の遷延性意識障害が適応。

#### エラスポールの適応

- SIRSなど適応が限定されている。
- 原則として人工呼吸器使用下のみで認める。使用要点を記載する。
- 手術当日は認めない。

#### 骨粗鬆症用剤

- 骨粗鬆症の治療は, 腰椎のX-P撮影で骨塩定量によって確定した例のみ。
- カルシトニン(骨痛に対して)：週2-3回, 3カ月くらい。
- カルシトニン・エストロゲンとオステンの併用は不

可。V.D<sub>3</sub>との併用は可。

#### 人工呼吸器使用時の薬剤投与の留意点

- ドルミカム：24筒/日まで。
- ディプリバン：10筒/日まで。

#### 循環器用剤

- ショック時のアドレナリン, ノルアドレナリン注の上限：100管/日。
- イノバン, ドブトレックス：両者併せて24A/日まで。
- シグマート注：12A/日までとする。7日間まで。
- ミリスロール投与量：100mg/日まで。
- 急性心不全時のミリスロール：1発作7日まで。
- HANP注の量と期間：1日20本を限度とする。7日まで。
- ワソラン：5A/日まで。
- メキシチール注：6A/日まで。
- シグマート注射液：心原性ショックでは禁忌。急性心筋梗塞では4日まで。
- ミラクリッドの使用法：急性循環不全(出血性, 細菌性, 外傷性および熱傷性ショック)には1回10万単位, 1日1-3回, 3日間。心原性ショックは不可。
- 肺梗塞にプロスタグランディン：適応なし。
- 開心術後のトラジロール注：100万単位/日, 1日だけ認める。
- CABG例にプロスタンディン注, アンプラーク錠：両者とも不可。
- プロスタンディン注500：慢性動脈閉塞症では認められない。

#### 抗生物質の使用上の留意点

1. 原則
  - 抗生剤の使用・併用は必要最小限とし, 濫用しない。
  - 術後の感染症予防：常用量とする。
2. 一般抗生剤
  - ABPC静注製剤ではアミベニックス2g/日まで。髄膜炎では単独12g/日, 併用6g/日まで。
  - 髄膜炎時の投与量：PCGは単独2,000万単位/日, 併用1,000万単位/日, まで。セフトラックスは単独8g/日まで。
  - 細菌性心内膜炎のPCGとCEZ併用：CEZ 5g/日とする。

- 投与期間14日と明示されているもの：マキシピーム、メロペン、ファーストシン。
- ペントシリン注：一般には4 g/日、最高8 g/日まで。
- GM注は一般には120mg/日まで。2週間。
- ペースメーカー設置後の抗生剤：5日まで。
- 小児の気管支喘息時の抗生剤投与：感染症によることが多いので認める。
- クラリス200mg錠剤×2の慢性副鼻腔炎、慢性気管支炎に対する投与期間：一般には2週間以内、急性増悪があれば3カ月以内は認める。
- 開心術後の抗生剤：感染合併の無い例では1剤とする。
- ITPでヘリコバクターピロリー除菌：除菌は認められない。
- 検査後（CAG等）のセファメジンα 1 g/日とする。
- シプロキサシ静注：first choiceは認めない。「カルバベネム、第3世代セフェム系またはそれ以降のセフェム系注射用抗生物質を使用しても十分な効果が得られない例でかつ経口抗菌剤が投与不可能な場合」に限定される。

ただしFirst choiceではないが重症肺炎等で説明が合理的であれば認める。

### 3. 抗MRSA薬

- 投与する場合は確定診断が得られていること。感染部位を明記、投与期間は原則として14日間以内とする。
- ・ 深部臓器と腸管とにVCM適応疾患があった場合はそれぞれ14日まで認める（内服と静注）。心内膜炎では21日まで可。
  - ・ 高齢者ではVCM注は1 g/日とする。
  - ・ VCMとハベカシンの併用：一方のみ。両者合わせて14日。ただし、膿瘍形成例や難治例では14日以上投与を認める。また症例によってはVCMとハベカシン併用もあり得る。
  - ・ 偽膜性腸炎：注射の適応ではなく内服による。
  - ・ キャリアに対するVCM投与：不可。
  - ・ バクトロバン軟膏使用上の注意点：全く予防的なものは不可。適正な症例に3日間のみ。
  - ・ タゴシッドの投与期間：14日以内。
  - ・ 人工弁感染時は長期投与もやむをえない。

### 抗真菌剤

- アンコチルとフロリードFの併用：注射を主とし、1週間まで。
- 急性白血病に伴う内臓真菌症に対してジフルカン、

イトリゾール併用：後者は査定。

- ジフルカン投与期間：30日投与例でβ-Dグルカン1回のみでは14日に査定。
- 重症の基礎疾患の無い場合の抗真菌剤投与：2週間以内とする。
- 眼内真菌症：ジフルカン400mg/日×12日+200mg/日×12日以内。
- 深部内臓カンジダ症に対する抗真菌剤の3剤併用：2剤まで認める。
- 真菌性口内炎に抗真菌剤（注射用）の含そう：フロリードゲルを用いるべきである。
- 胃・十二指腸潰瘍術後に腸内殺菌目的にフラジオ腸溶剤を使用：不可。
- 詳記に説明のないジフルカン400mg/日：200mg/日に減量して認める。
- ファンガードの投与期間：2-3週間以内とする。
- 検尿でカンジダが認められるのみで抗真菌剤の静脈投与は認められない。
- 肺アスペルギルス症にイトリゾール内用液：適応でない。
- 肺カンジダ疑いでファンガード：疑いでは認められない。

### 抗ウイルス剤

- ヘルペス脳炎に対するゾビラックス注の日数上限：14日とする。
- 口唇・陰唇ヘルペスにゾビラックス内服と軟膏併用：認める。
- 単なる「脳炎」病名でゾビラックス：認められない。
- ヘルペス脳炎にゾビラックス注：6V/日で14日を限度とする。
- 原因ウイルスを同定できなかった脳炎にゾビラックス注12日間：7日間へ。
- 水痘にゾビラックス錠の使用：現段階では不可。
- 急性白血病治療中に発症したサイトメガロウイルスにホスカビル：不可。本剤はAIDS患者のサイトメガロ網膜炎が適応。

### 抗悪性腫瘍剤の使用上の注意点

- 白血病化学療法時のそれぞれの使用量と使用法：JALSG-AMLの範囲で。
- ペプシド：AMLが適応だがCMLの急性増悪でも認める。
- L-アスパラギナーゼ（ロイナーゼ）投与によるAT

Ⅲ低下に対してノイアート投与：ノイアートは認めない、FFPは可。

- キロサイドNによる急性白血病に対する大量療法の認可：適応：AML，ALLで再発例および難治例の寛解（サルベージ）療法，地固め療法。

用法：成人で2 g/m<sup>2</sup> × 2/日を6日間

小児では3 g/m<sup>2</sup> × 2/日を3日間

- 小児血液悪性疾患における抗腫瘍剤大量療法
    - ・AraC大量療法：3 g/m<sup>2</sup>，12時間ごと6回点滴静注。
    - ・MTX大量・ロイコボリン救済療法：MTX 3 g/m<sup>2</sup>，7-14日ごと，3クール。ロイコボリン15 mg/m<sup>2</sup>，6時間ごと7回。
    - ・エンドキサン大量療法：非ホジキンリンパ腫で1.2 g/m<sup>2</sup>，3回/週，ALLで/週。
    - ・小児の白血病治療時は体表面積を付記（小児科の申し合わせ）。
  - MTX大量療法時のロイコボリンの規定以上の使用：血中濃度測定成績を指標としている場合は常用量の2倍まで。
  - ホジキン病にMTX大量療法でロイコボリンの量：45Aまで。
  - 悪性リンパ腫にキロサイドN大量療法：適応なし。
  - リツキサン：CD20陽性検査日を記載。1週間隔で投与。
  - 難治性TTPにリツキサン：まだ保険適応ではない。
  - 悪性リンパ腫にリフォマイド：認めない。
  - 悪性リンパ腫にスミフェロン：適応ではないが他が無効のときは仕方が無い。
  - 非小細胞肺癌にクレスチン：可とする。がん以外では認めない。
  - 腎がんにはピシパニール，サンドスタチン：認めない。
  - がん性疼痛にデュロパッチ：毎日の張替えでも算定可とする。
  - がん性腹膜炎疑いでサンドスタチン：疑い病名では算定できない。
  - 急性白血病の分化誘導療法：現在のところ認められない。全トランス型レチノイン酸（ベノシド）はAPLのみ。
  - シスプラチンの術中腹腔内散布：認める。
  - 精巣腫瘍にPVB療法とPVB-6療法：適応の無い薬剤を含んでいるが認める。
- 注：PVB：シスプラチン，ビンブラスチン，プレオ  
PVA-6：PVBに加えてエンドキサン，アクテノマイシ

ND，エトポシド

- シスプラチン大量1回投与後のカイトリル注：とりあえず7日間まで認める。
- 食道がんパラプラチン：適応なし。
- サンドスタチン：カルチノイド腫瘍かガストリン産生腫瘍，末端肥大症が確定した場合および進行・再発性癌患者の緩和医療における消化管閉塞に伴う消化器症状の改善が適応となる。。
- 5FUにロイコボリン併用：認められない。
- 縦隔腫瘍にランダの胸腔内注入：認めない。
- がん性腹膜炎にランダ（プリプラチン）の腹腔内散布：認められない。
- 尿管・膀胱がん手術後，白血球減少に対してグラン投与と並行してMTX投与：MTXは査定。

## 成分輸血

成分輸血を行なった場合はその理由を付記すること。

### 1. 原則

- 濃厚赤血球 + FFP投与：望ましくない。緊急で保存血や新鮮全血が間に合わないことが付記されない場合は査定の対象となる。
- 輸血時の白血球除去フィルター：血液照射が行なわれている場合は算定不可。
- 濃厚血小板輸血時の白血球除去フィルターは算定不可（日赤で照射済み）。
- FFPは単なるアルブミンの代わりに使用しない。
- 積極的な治療目的の無い，単なる低アルブミン血症にアルブミン投与の適応なし。
- 血液製剤輸注時のフィルター：小児では少量でも認める。

### 2. 血液製剤使用法の改正

2005年改訂の「輸血療法の実施に関する指針」および「血液製剤の使用指針」にしたがって審査される。

- 赤血球（MAP）の適応

内科適応：慢性貧血（MDS，再生不良性貧血，造血器悪性腫）でHb 7 g/dlを目安として10 g/dlまで。鉄剤V.B<sub>12</sub>，EPOで治療可能な例は不可。

外科適応：

術前：持続する出血がコントロールできない場合。

術中：循環血液量の20-50%の出血ならば細胞外液系補液 + MAP。50-100%の出血では適

宜等張アルブミン製剤。

100%以上では更にFFPや濃厚血小板液の使用を考慮。

術後：バイタルが安定していたら補液のみで十分。

#### ● FFPの適応

投与前にPT, APTT, フィブリノゲンの測定が原則。

- ・凝固因子の補充：DIC, 肝障害, クマリン系薬剤効果の緊急補正（緊急手術時に限る）
- ・血漿因子の補充：TTP, HUS
- FFPの不適切な使用
- ・循環血漿量減少の改善と補充
- ・蛋白源としての栄養補給
- ・創傷治療の促進
- ・その他（DICを伴わない熱傷治療, 人工心肺使用時の出血予防）
- ・出血性ショック

#### ● FFPの投与量

一般に200ml - 400ml/日, 重症例では800ml/日まで。1クール7日間を目途とするが更に使用した場合は病状を記載。

出血症状が出没するDICは400ml/日として実日数の半分まで認める。

術後肝不全には手術当日は1,600ml。

破裂胸部大動脈瘤手術当日は5,400mlまで, 翌日は3,200mlまで。

肝区域切除当日：FFPは3,200mlまで, プラズマカッターは10瓶まで。

#### ● アルブミン製剤

症状詳記で説明のないアルブミン投与は査定される。

##### 等張アルブミン

- ・出血性ショック
- ・凝固因子の補充を必要としない治療的血漿交換療法
- ・重症熱傷
- ・重症肺炎
- ・低アルブミン血症による胸水貯留

##### 高張アルブミン

- ・難治性腹水を伴う肝硬変あるいは大量の腹水穿刺時（1週間が限度）
- ・血行動態の不安定な血液透析時
- ・難治性の浮腫, 肺水腫を伴うネフローゼ症候群
- ・低蛋白血症に起因する肺水腫

##### 不適切なアルブミン使用

- ・蛋白源としての栄養補給

- ・脳虚血発作あるいはくも膜下出血後の血管れん縮
- ・単なるアルブミン濃度の維持
- ・末期患者への投与
- ・無輸血手術での投与

#### アルブミン投与量について

使用量：25g/日まで。開心術は50 - 70g。

腹部大動脈瘤切迫破裂の緊急手術後, 循環動態安定までの投与は1週間認める。

腹部大動脈瘤グラフト手術時のアルブミン注：100gまで（胸部は200gまで）。

開心術時のプラズマカッター：適応ではない。

術中のアルブミン製剤投与：赤血球輸血もないので認められない。

#### ● 未熟児早期貧血への輸血

呼吸障害が認められない場合：Hb < 8 g/dl, Hbが8 - 10 g/dlでは貧血による症状がある場合。

#### ● 血小板輸血の基準

適応：産生障害：慢性例では高度の減少（1万以下）で出血症状を伴う場合のみ。

ITPでは緊急避難の場合のみ（多くの場合抗体あり）。

急性白血病では病勢の進行速度から頭蓋内出血の恐れがある時は5万くらいでも適応となる。

DICでは他の治療法が先行し, やむを得ない場合のみ。投与量：1回5単位。3日に1回が目安。

・重症例は1日10単位, 短期的には20単位。総量で100単位まで。

・白血病では150単位を目途とし, 症状により200単位まで。

手術当日は20単位まで認める。

#### ● AT-IIIとXIII因子製剤（必ず検査を）

AT-III製剤の使用基準：AT-III < 70%で原則としてヘパリンと併用。1クール5日間。DICで1,500倍/日（30倍/kg）, 緊急時40 - 60倍/kg。

#### ● XIII因子製剤の使用基準

・適応（血中レベル併記）：先天性欠損症（1日1 - 5V）, 因子低下に伴う縫合不全・ろう孔（1日3 - 6V, 5日間, 月2クールまで）, シェーンライン・ヘノッホは1日3 - 5V, 3日間。緊急時には1日6Vまで。

・低アルブミン血症でのフィブrogamin P（XIII因子）使用：XIII因子の適応は正常アルブミン値となっている。

・原則として抗生剤投与のない条件下で使用する。

### ● 静注用ガンマグロブリンの使用基準

適応：レセプト上で重症かつ抗生物質使用の認められるもの。

使用法：

- ・一般的な重症例では15g/月
- ・白血病など強力な骨髄抑制例の敗血症では20g/月、1クール3日間  
半減期を超えて再発ある時は再投与が認められる(使用日を付記)。
- ・特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) では摘脾あるいは大手術前、緊急時は200-400mg/kg, 5日連続使用。
- ・ITPで頭蓋内出血を危惧したヴェノグロブリン-IH: 3日間認める。
- ・低いし無ガンマグロブリン血症: 血中濃度200mg以上を保つようにする。初回200-400mg/kg, 以後毎月100-300mg/kg。
- ・ITPでステロイド投与のないガンマグロブリン大量療法: 認めない。
- ・帯状疱疹での適応: 全身性あるいは頭蓋内感染の場合のみ認める。高力価で5g/日, 3日間。
- ・開心術も含めて大手術後の低グロブリン血症・感染予防投与は認めない。
- ・骨髄移植時の感染: 細菌(20g), HSV(高力価で5g/日, 3日間, CMV(週1回, 200-400mg/日で予防, 治療時はHSVと同じ)。
- ・間質性肺炎に免疫グロブリンの大量療法: 適応でない。
- ・SLEによる重症血小板減少症に対し緊急避難のため静注用ガンマグロブリン大量療法: 認める。
- ・SLEで血小板4000, 眼底出血: ガンマグロブリン大量投与: 認めない。
- ・川崎病急性期: ベニロン, ヴェノグロブリンなどのみ承認。発病7日以内に200mg/日, 5日間。体重を記載すること。
- ・血漿交換時の投与は認めない。
- ・劇症型溶連菌感染症時の抗生剤と静注用免疫グロブリンの量: 髄膜炎と同じ。
- ・慢性炎症性脱髄性多発神経炎 (CIDP) に対するガンマグロブリン療法: 400mg/kg/日×5日まで認める。
- ・「重症感染症」でガンマグロブリン投与: 細菌培養検査がされてない場合は認められない。

### ● サイトカイン関連

- ・TTPにリツキサン: 適応でない
  - ・G-CSFの使用条件: 適応条件と使用開始年月日を付記する。一般に2週間を限度とするがMDSおよび再生不良性貧血では3週までとする。
  - ・MDSにG-CSF: G-CSF投与はむしろ白血病への悪化を促進する恐れがあるので認められない。
  - ・多発性骨髄腫にG-CSF: 認められない。G-CSFは化学療法後の白血球減少が適応である。多発性骨髄腫や悪性リンパ腫の原疾患による白血球減少症はG-CSFの適応ではない。
  - ・AMLで化学療法時にG-CSF投与: 同時投与は不可, G-CSF単独は可。
  - ・グラン適応の拡大: 造血幹細胞移植に関する造血幹細胞の末梢血中への動員と移植時の好中球数の増加促進。
  - ・放射線療法による白血球減少症にノイトロジン注: 認めることとする。
  - ・アンサーとノイトロジン併用: 前者は査定する。
  - ・特発性間質性肺炎に対するエンドキサンプルス療法の結果起こった好中球減少にグラン注: 認められない。
  - ・骨髄腫サイトメガロウイルス肺炎にノイトロジン: 査定。
  - ・エボジン使用時は体重とHb濃度を記載。
  - ・多発性骨髄腫, 慢性腎不全でMAP輸血繰り返しながらエリスロポエチン投与: エリスロポエチンは, 認めない。  
MDS・再生不良性貧血はエリスロポエチンの適応ではない。
  - ・AMLにIL-2: 現在適応なし。
  - ・ロイコプロールの適応と化学療法剤: 適応はAML(シタラビン, エノシタビンのみ)と卵巣がん(シクロホスファミド, ドキソルビシン, シスプラチンのみ)だけ。
  - ・メルカゾールによる無顆粒球症にノイアップ: 認める。
- ### ● その他の薬剤治療
1. 漢方薬の多剤併用: 2剤まで。
  2. 骨髄移植時のソルメドロール: 腎移植に準ずる。
  3. 椎間板炎にニューキノロン: 5カ月まで認める。
  4. ベル麻痺にプレドニン: 20-40mg/日。
  5. プロスタルモンFの手術当日からの投与: 不可。  
少なくとも2-3日後とする。

6. 高脂血症用剤の大量使用

シンレスタール：1,000mg／日（家族性高コレステロール血症）。  
 メバロチン20mg／日（重症の場合）。  
 リポバス10mg／日（重症の場合）。  
 上記量使用の場合（ ）内の文章を付記。

リハビリテーション

リハビリは必要があると認められる場合に行なう。  
 4つのカテゴリーに分ける。  
 疾患別リハビリの標準的リハビリ日数を超えたものについては、1カ月当たり13単位まで算定可能とする。

	脳血管疾患等リハ	運動器リハ	呼吸器リハ	心大血管疾患リハ
対象疾患	脳血管疾患 脳外傷 脳腫瘍 神経筋疾患 脊髄損傷 高次脳機能障害等	上・下肢の複合損傷 上・下肢の外傷・骨折手術後 四肢切断義肢 熱傷瘢痕による関節拘縮等	肺炎・無気肺 開胸手術後 肺梗塞 COPDであって重症後分類Ⅱ以上の状態の患者等	急性心筋梗塞 狭心症 開心術後 慢性心不全でEF<40% CABG術後 大血管術後等
リハビリ（Ⅰ／Ⅱ／Ⅲ）	ⅠまたはⅡ またはⅢ	ⅠまたはⅡ	ⅠまたはⅡ	ⅠまたはⅡ
標準的実施日数	180日	150日	90日	150日

（算定単位数上限を超えたものについては、選定療養として実施可能）

リハビリ従事者1人・1日当たりの実施単位数  
 ・18単位を標準とし、週108単位までとする。  
 ・1日当たりの単位数は、18単位を標準とし、24単位を上限とする。  
 ・1週当たりの単位数は、非常勤の従事者については

常勤換算で1人当たりとして計算する。

「入院料1」の算定要件

回復期リハビリを要する状態の患者が8割以上を占め、かつ次の要件を満たすこと。  
 1. 新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者。  
 2. 退院患者のうち、他の医療機関へ転院した者等を除く者の割合が6割以上。

回復期リハビリ病棟入院料の算定対象となるリハビリを要する状態と算定日数

一. 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症または手術後2カ月以内の状態（高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷および頭部外傷を含む多発外傷の場合）	150日  (180日)
二. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の骨折または手術後2カ月以内の状態	90日
三. 外科手術または肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後または発症後2カ月以内の状態	90日
四. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節または膝関節の神経・筋・靭帯損傷後1カ月以内の状態	90日
五. 前四号に準ずる状態	

## 障害児・者に対するリハビリの算定

### 算定要件

- ・脳性麻痺等の発達障害児・者および肢体不自由施設等の入所・通所者を対象患者とする。
- ・1日6単位まで。
- ・脳血管疾患等リハビリを算定した場合には算定できない。

## 摂食機能・嚥下機能障害リハビリの算定

摂食機能療法（1日につき）として算定

- ・月4回まで。
- ・治療開始から3カ月以内については毎日算定できる。
- ・（術後）廃用症候群では脳血管リハビリまたは運動器リハビリの算定を認める。
- ・無菌室管理中のリハビリ算定：妥当とは言えない。
- ・整形外科手術直後に廃用症候群病名で脳血管リハビリ：運動器リハビリで算定。
- ・下部消化管手術で呼吸器リハビリ：算定できない。

### 処置

- 画像診断（血管造影等）時の局所消毒は算定可なるもイソジン10mlを基準。
- 手術時の消毒薬は算定できない。
- 手術時に算定できない消毒薬とは手術野の消毒に使用する薬剤をいう。
- PCIの消毒薬：手技料に含まれる。
- 硬膜外麻酔時の消毒薬：認める。
- 手術当日の人工呼吸は算定できない。

### 一般処置

#### 1. J000創傷処置

- ・熱傷に対する処置は100分の300に相当する点数で算定。2カ月まで。
- ・同一疾病またはこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置または湿布処置が行なわれた場合は、それぞれの処置面積を合算して算定。
- ・同一部位に創傷処置、皮膚科軟膏処置、圧出法、または湿布処置が行なわれた場合はいずれかにより算定。
- ・創傷処置における創傷には熱傷が含まれる。熱傷には電撃傷、薬傷および凍傷が含まれる。

- ・複数部位の手術後の創傷処置については、それぞれの面積を合算し、合算した広さに該当する点数で算定する。
- ・処置の回数に拘らず、1日につき算定する。
- 2. 術後創傷処置は原則として14日間とする。
- 3. 脳外科手術後の開放創処置の期間：2日とする。
- 4. 脳外科術後ドレーン抜去：術後創傷処置で算定。
- 5. 人工髄液：4,000mlまで。
- 6. 創傷処置・術後創傷処置に関する疑義解釈
- ・創傷処置（外来で算定）：1日に2回行なった場合は2回算定できる。
- ・疾患が異なる場合は、部位が異なれば、部位ごとに算定する。
- ・同じ病名でも別の日に発症したのであれば別疾患と考える。
- ・皮膚移植の採皮箇所は、術後創傷処置として算定する。
- ・熱傷部位に皮膚移植術を実施後、処置料を算定する場合は、熱傷部位と採皮箇所それぞれ別に算定する。
- 7. 熱傷処置について
- ・手もしくは指または足もしくは指にわたる範囲の熱傷処置は入院では算定できない。
- ・頸部-胸部-気道熱傷で気管切開を行なっている場合、熱傷処置と術後創傷処置はいずれか主たるもので算定する。
- ・熱傷の一部を植皮した場合、植皮を行なった熱傷部位と植皮を行っていない熱傷部位は面積を合算して算定する。採皮部位は別に術後創傷処置として算定する。
- ・前項の場合であって、1日2回包帯交換を行なった場合は、1回目は植皮部位と植皮してない部位と合算して算定するが、2回目の創傷処置の点数は植皮部位は除いた創傷処置の点数で算定する（術後創傷処置は1日につきの点数のため）。なお、熱傷処置は初回の処置から起算して2カ月を経過するまで100分の300で算定する。
- 8. 膿胸に対して胸腔内ドレーンで洗浄：ドレーン法で算定。
- 9. 処置の回数：褥創の包帯交換1日2回、湿布1回。
- 10. 胃がん術後イレウスに高圧酸素療法：5日間認める。

## 血液浄化療法

### フサンの使用について

- ・出血性疾患がなく、注記もない場合は査定する。
  - ・4時間前後行なわれる血液透析では50mg/時間、CHDFでは30mg/時間とする。
  - ・人工腎臓（J038）ではフラグミン静注（5,000U、5ml）の0.6管（3,000U）まで。
  - ・DICでのフサン全身投与と体外循環のフサン併用：体外循環分認められない。
  - ・出血性疾患のある場合のフサン透析：当月は通常通り6-7回、次月は3日間。
  - ・脳梗塞でラジカット・キサンボン投与中にフサンで透析：フサンは査定。
1. エンドトキシン選択吸着式血液浄化法：施行条件を満たしていることを明記する。グラム陽性球菌敗血症性ショックでは適応なし。
  2. 人工腎臓の導入期加算は急性腎不全では不可。
  3. 人工腎臓の導入期加算と障害者加算の同時算定は可能。
  4. 持続緩徐式血液濾過術（CHDF）。
    - ・血液透析と合計して15回以上は手技料を算定できない。
    - ・「透析困難症」加算は算定できる。
    - ・血液透析との同日施行はどちらか一方のみ算定。
    - ・サブラッドは16L/日まで。
    - ・重症肺炎に対するCHDFは8回を限度とする。
  5. 透析アミロイドに対する $\beta 2$ ミクログロブリン吸着器の適応。
    - 3条件を明記すること。
  6. 血液透析とCAPD併用時の手技料：主たる治療法の手技料のみとする。

## 血漿交換療法

- 対象疾患：多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、劇症肝炎、薬物中毒、重症筋無力症、悪性関節リウマチ、SLE、TTP、HUS、重度血液型不適合妊娠、術後肝不全、急性肝不全、多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎、ギランバレー症候群、天疱瘡、類天疱瘡、FGS、家族性高コレステロール血症、ASO、インヒビターを有する血友病。
- ・血漿交換療法の適応と回数は厳格に適用される。
  - ・治療開始日、これまでの施行回数を付記すること。
  - ・劇症肝炎に対するFFP投与：原則として3,200mlまで。

- ・Wegener肉芽腫症は血漿交換の適応ではない。
- ・グッドパスチャー症候群：血漿交換療法を認める。6回まで。
- ・TTP/HUS：FFP 3,200ml/日の交換を認める。
- ・術後肝不全に対する血漿交換は7回を限度とし、8回を超えたら材料も認めない。
- ・ギランバレー症候群、CIDPに血漿交換療法：月に7回3カ月まで。
- ・TTPに血漿交換：週3回を限度に3カ月まで。
- ・血管炎症候群は血漿交換の適応ではない。

## 救急処置

- 気管内挿管を繰り返した場合（当日と翌日）：再挿管を1回のみ認める。
- ドルミカムの量：24管/日まで。
- 長期の人工蘇生器使用による酸素量：6L/分（8,640L/日）を目途とする。
- 人工呼吸時の気管支ファイバーによる吸引：認められない。
- 無意味と思われる（儀礼的なものを含む）カウンターショック：認めない。
- 気管内洗浄と内視鏡による痰吸引：前者は洗浄で、後者は吸引で請求。
- 「処置」は時間外、深夜加算は入院当日のみ認める（入院中は不可）。
- ミニトラック・トラヘルパー挿入：救命のための気管内挿管で算定。

## その他の処置

- 褥創に対するユーパスタ月500g算定は範囲、病状が合理的であれば認める。
- バルーン留置時の膀胱洗浄：週2回、月10回を限度（汚染が甚だしくない場合）。
- 膀胱洗浄にウロマチック、ウリガールの使用一般には認められない。
- 経皮的腎ろう造設後の腎盂洗浄：腎盂洗浄による。
- ストーマ処置（J043-3）と腎盂洗浄（J061）の同時算定は不可。
- 同日に行なった処置の算定可否：表22参照
- ネブライザーの算定：入院以外の場合のみ1日2回まで算定。
- 咽頭疾患に対するネブライザー：咽頭処置で算定（外来のみ）。
- 破損による腰部固定帯交換時の加算：算定可。

- 分娩時鈍性頸管拡張法（J081）：一般的に助産婦が行なう行為で分娩料に含まれるが、医師が行なう必要があった場合は注記が必要。
- 鼻処置（J097）と口腔、咽頭処置（J098）の併施は不可。

## 手術

### 原則

1. 同種ないし同目的の手術を引き続いて行なった場合：一連の場合は主たるもののみ算定。ただし特定治療材料は認める。
2. 手術の時間外・休日・深夜加算
  - 外来時の初診・再診に引き続いた手術の場合：認められる。
  - 入院中の場合：緊急のため、休日または深夜に行なわれた場合は認める。
  - 午前11時来院し、午後6時40分から大動脈瘤手術の時間外算定：来院後8時間以内ならよいことになっている。
  - 入院中の緊急CABG：休日加算は認めない。
3. 同一手術野または同一病巣に対する2以上の手術
  - 3方向から行なった同一の頭蓋内腫瘍の手術：1種のみ認める。
  - 同一視野内の手術：特に規定する場合のみ、従たる手術の所定点数の50%を認める。
    - ・3臓器以上の同一視野内で手術時加算：2臓器目の50%とする。
    - ・腹腔内手術の同一視野の考え方：胃と骨盤内臓器は同一視野ではない。
    - ・「主たる手術の所定点数に従たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算して算定する場合、加算対象となる従たる手術は、1種類」。
    - ・胃と胆嚢の手術：前者の手術料に後者の手術点数の100分の50を加える。
    - ・胃がんと腎がんの同時手術：両者とも算定（術者が異なる場合）。
    - ・胃がんとは別に横行結腸の手術を行なった場合の算定：同一視野であるので前者の手術料に後者の手術点数の100分の50を加える。
    - ・食道がん手術で胃部分切除術算定：認めない。
    - ・食道閉鎖根治術と胃ろう造設術：前者のみ算定。
    - ・横結腸がんと胆嚢摘出術の同時施行：同一視野である。

- 肺がん手術とCABG同時手術：両者とも100分の100算定。
- 胆石と大腸がんで胆摘出は腹腔鏡下手術、大腸がんは開腹手術施行し腹腔鏡手術50/100算定：腹腔鏡下手術算定は不可。

### 4. 手術中絶時

- 手術直前に中止となった場合：技術料はもちろん、手術に必要かつ再使用不可能な特定材料も原則として請求できない。ただし、極めて高額であり、事情が充分納得できるものはその都度考慮する。
- 手術中、中絶の止む無きに至った場合はその時点に最も近似した術式に準ずる。
- 最初の内視鏡的止血術が失敗して、引き続き開腹手術を行なった場合：前者は査定。
- 同一手術で失敗した器材の取り扱い：最終的に使用したもののみ算定。
- 肺切除後の気管支リークに接着剤で失敗し開胸手術：後者のみ算定。
- 肝がん手術がプローベに終わり、エタノール注入：試験開腹で算定。
- 手術当日の中心静脈注射料、精密持続加算は算定できない。

### 手術料

#### 1. 皮膚・皮下組織

- 皮膚悪性腫瘍手術時に皮弁形成術：皮弁形成術は100分の50で算定。
- 指・頭部（前額部を除く）・踵部に対する真皮縫合加算：認めない。
- 下腿壊死部に筋皮膚弁術、次いで皮膚移植：それぞれ算定。

#### 2. 筋・骨格系・四肢・体幹

- 頸椎損傷時の骨移植術と移植用骨採取術：前者のみ算定。
- 人工関節術後の大量出血にFFP投与：出血傾向検査ないので不可。
- 頸椎手術：椎体間固定と後方固定を区別する。
- 大腿骨頸部骨折のみの例で特定集中治療管理加算：算定できない。
- 人工関節置換術と人工骨頭挿入術：間違いやすいので注意。材料製造元を付記。
- 人工関節再置換術算定の条件：置換術から6カ月以上経過した場合。
- 非観血的整復が成功せず、更に人工骨頭手術を行な

った場合：後者のみ算定。

- 頸椎と胸椎の黄色靭帯骨化症の手術を同一皮切下で行なった場合：1つの手術とする。
- 手術中に1本破損し、あと2本使用した脊椎プレート：2本とする。
- 整復とギブス固定を別の日に行なった場合は施行日を記載。
- 変形性膝関節症でアルツディスポにキシロカイン：併用は認めない。

### 3. 神経系・頭蓋

- 2箇所以上の脳動脈瘤：手術部位と手術法を付記する。
- 脳動脈瘤クリッピングで低体温麻酔：不可。
- 感染が制御されない水頭症でVPシャント：手技料・材料ともに算定不可。
- 脳血管写とCAG：主たるもののみ。
- 緊急脳外科手術患者が抗血小板薬飲んでいたので血小板20単位投与して手術に入った：血小板は不可。
- 左前頭葉髄膜腫手術で側臥位加算：算定できない。
- 髄膜腫の術前にPET：適応とは思えない。
- くも膜下出血の脳血管れん縮にプラズマネート：4本/日、10日間認める。
- 破裂脳動脈瘤直達手術後の水頭症シャント術：引き続き行なった場合は算定不可。詰まり易いので複数回の算定も認めたい。
- 未破裂脳動脈瘤クリッピング後にアルガトロバン：算定できない。
- 中大脳動脈の選択的血栓除去の点数：脳動脈造影による。
- 脳腫瘍に脳血管塞栓術：血管内手術でなく脳血管撮影で算定する。
- 内頸動脈閉塞に選択的血栓溶解療法：脳血管撮影で算定。
- 未破裂脳動脈瘤のクリッピングに低血圧麻酔：算定できない。
- 脳動脈瘤血管内手術でコイルを挿入できなかった：脳血管写で算定する。
- くも膜下出血でアルチバ投与：1時間2本が目安。
- 内頸動脈狭窄に胆道用ステント：認められない。

### 4. 眼科・耳鼻科

- 眼内レンズ挿入術のヒーロン：2Aまで認める。
- 浸出性中耳炎時の鼓膜切開術と耳管処置の併施：認める。
- 突発性難聴にプロスタグランディンE1：初診月と

翌月認める。

- 白内障手術と虹彩癒着剥離術：同一視野なので併施は認められない。
- 白内障術後例で術後1カ月は術後創傷処置として14日まで認めている。

### 5. 顔面・口腔・頸部・胸部

- 気管カニューレの交換は週に1本まで。
- 両側血胸で開胸により両側胸腔内血液を排除した場合：胸腔内血腫除去術で両側。
- 縦隔炎時の縦隔内処理：食道周囲膿瘍切開誘導術（開胸）による。
- 両側肺気腫性巨大ブラを胸骨縦割りで両側肺の手術をした場合：同一視野ではなく別個に算定。
- 肺悪性腫瘍手術時の肺動脈形成術：後者は100分の50で算定。
- 縦隔リンパ節郭清術は肺悪性腫瘍手術に含まれる。
- 原発不明がんで縦隔リンパ節転移の手術：縦隔郭清術で算定。
- 肺がん術後、血栓予防のためにフラグミン：フラグミンは適応でない。
- 胸腔鏡下肺悪性腫瘍切除術時の自動縫合器加算：認められない。
- 進行食道がんで食道気管支ろう発生時の手術料算定法：気管支ろう閉鎖術、食道外ろうおよび胃ろう造設術の合算による。

### 6. 心臓・血管

- S・Gカテ挿入手技料：数日間観察時は手技料は算定できない。心カテ検査時は所定点数に含まれる。
- 心室瘤切除とCABG同日手術：心室瘤切除術は算定できない。
- 左心房内粘液腫摘出術：K571（心室瘤切除）で算定。
- 開心術後開放創で帰室、後で胸骨縫合術：縫合術は創傷処置。
- AMIでPTCA中にショックとなり心のうドレナージ算定：心膜穿刺で算定。
- ペースメーカー移植術：やり直しは7日以内では算定できない。一時型設置後の永久型設置も同様。
- PTCA, スtent挿入関連
  - ・ PTCAと体外ペースメーカー：ブロックが起こったとき、特に深夜来院し、外来とICUにわたったときは両者ともに認める。予防的ペーシングは不可。
  - ・ PTCA中に徐脈発生し一時的ペーシング算定：後者は前者に含まれる。
  - ・ PTCA時の待機的ペーシング：認められない。

- ・PTCA (grading) の回数：1枝について2回，7日以上の間隔。
- ・PTCAから緊急手術になった場合：後者のみ算定。
- ・CAGの6時間後にPCI：CAGは算定できない。
- ・PTCA時の血管内超音波法の算定：手術に伴う画像診断および検査の費用は算定できない。
- ・PTCA後，念のためにIABPを行なった。：前者のみ。
- ・PTCAを2回行なったが，不十分なため経皮的冠動脈ステント留置術を深夜に行なったが算定をどうするか：同一日に連続的に行なわれた場合は，前者の開始時間による加算とし，手術料（材料は別）は後者のみとする。
- ・PTCAあるいはステント植え込み術のカテーテル，ガイドワイヤの本数：バルーンカテは1回2本，適切な説明あれば3本まで，ガイドワイヤは2本まで。
- ・PTCRとIABPの併施：別に算定できる。
- ・PTCAで血管内超音波カテーテル，フローワイヤ，ウェーブワイヤの併用：最初のものだけ認める。
- ・肺動脈狭窄に対するPTCA用ステント：バルーンで算定。
- ・内胸動脈入口部狭窄にPTCA用ステント：認められる。
- ・PTCA後，上腕動脈仮性瘤の切除：血管結さつ術による（局麻）。
- ・急性心筋梗塞に同一日に2回のPTCA：1回とする。
- ・急性心筋梗塞にサイファーステント：認められない。
- ・Direct stentingでバルーンは算定不可。
- ・急性心筋梗塞にソリナーゼ：翌日投与は認められない。
- ・PTCA後の術後創傷処置は1回のみ。
- ・PTCA後のプレタールは適応外。
- IABPについて：予防的挿入は認められない。
- ・十分な待機期間のあった不安定狭心症に手術前日にIABPを行なった：IABPの手技料は認めない。
- ・IABPに合併した下肢血栓症の血栓除去後，別のルートから新しいセットで治療を試みた：バルーンが汚染・破損したことが明記してあれば認める。
- ・IABPと人工心臓の同日算定：後者のみ算定。
- ・細菌性心内膜炎によるショックにIABP施行：認められない。
- ・急性心筋梗塞で心肺停止例にIABP挿入の後PCPS装着してPTCA：IABPは査定。
- ・心原性ショックにIABP挿入の後PCI施行：両者の手技料ともに算定可能。
- ・IABP中の観血的動脈圧測定は認めない。
- ・IABP例にHANP，心マッサージは妥当でない。
- 開心術関連
- ・三尖弁と肺動脈弁の血栓で弁置換を行なった場合の算定：バルサルバ洞動脈瘤破裂手術による。
- ・開心術の際に心筋保護を目的に大動脈基部・冠動脈から保護液の冠灌流を行ないK598を算定：認められる。
- ・3枝病変にCABG施行後24時間以内に再度開胸：一連とする。
- ACバイパスなど
- ・冠動脈バイパスなどの手術のため入院した当日に大動脈硬化を診断するために画像診断：傾向的であれば施設に注意する。
- ・人工心臓をスタンバイでoff pump CABG：人工心臓は認められない。
- ・ACバイパス手術後，引き続いて出血に対する再開胸を行なった：翌日にわたっても，引き続きでは認められない。
- ・経皮的副伝導路遮断術の算定方法：使用カテーテルは5本まで。手術料はPTCAに準ずる。
- ・大動脈弁置換とACバイパスを行なった場合：後者は100分の50。
- ・冠動脈石灰化に対するローターブレード：通常1本で充分。2本の場合は説明付記。3本は認めない。
- ・心臓手術後出血のため再開胸：全身麻酔は一連とする。
- ・ガイドワイヤが抜けないようにするトラップカテ：認める。
- ・ヒス束心電図採取時診断用カテーテルは請求できないとあるがどうか：高額でもあり，1本は認める。
- ・シネアンジオのフィルムの長さは必ず記載のこと。
- ・動脈圧測定用カテーテル：認められない。
- ・特殊縫合糸：手術の所定点数に含まれる。
- ・人工心臓下で感染リードを除去し，心筋電極を取り付けた場合の算定法：前者は心内異物除去で，後者は電池交換の算定による。
- 血管手術について
- ・PTA〔血管形成術〕：腎動脈形成術は腎血管性高血圧症手術に準ずる鎖骨下動脈，四肢の動脈の形成術は四肢の血管拡張術で算定。
- ・末梢動脈のPTAでは冠動脈用カテは認めない。
- ・総腸骨動脈狭窄にバイパス：「大動脈」ではなく「腹

- 腔内動脈」で算定。
- 末梢血管のPTAでもIVUSが認められることがある。
- 総腸骨動脈ASOのPTAでIVUS：IVUSは不可。
- 高度狭窄のASOに貫通用カテーテル：完全閉塞が適応なので認められない。
- 末梢ASOにPTA：冠動脈用ガイドワイヤーは認められない。
- 腎血管性高血圧のPTAにIVUS：認める。
- 鎖骨下動脈狭窄にPTA：吸引カテとocclusionカテは認めない。
- 腎不全で透析例に左右鎖骨下静脈にステント留置：認めない。
- 大動脈・大腿動脈バイパスグラフト術：「腹腔内動脈」で算定。
- 経皮的末梢血管形成術で末梢動脈用ステント：認める。
- 大動脈瘤弓部手術の算定条件：枝の再建のある場合に認める。
- ステントグラフト内挿術：外科手術が困難な例等に適応が限定される。
- 腹部大動脈瘤手術時に体外循環を行ない、併せて冠灌流を行なった：冠灌流は算定できない。
- 胸腹部大動脈瘤で腹部大動脈瘤に対し胸腹移行部でパッチ療法を行なった：腹部大動脈瘤に対する点数で算定。
- DPCコードで腹部大動脈瘤の「切迫破裂」は『未破裂』と解釈。
- Y字グラフト使用時は分岐再建で算定してよいか：妥当である。
- 大動脈内窓設置術の準用は：動脈血栓内膜摘出術（大動脈に及ぶもの）による。
- 大腿動脈に仮性動脈瘤が生じた際の手術点数は：固定点数はないが、縫合で済むものであれば血管結さつ術のその他のものによるのが近い。
- 大動脈弁置換、Maze手術および弓部大動脈瘤の三者を行なった場合の算定法：上行大動脈（大動脈弁置換術および冠動脈再建を伴うもの）および弓部大動脈の大動脈瘤切除術を取る。
- 腹部大動脈瘤手術でフォガティカテ使用：不可。
- 人工血管で大動脈瘤をバンディング：認められない。
- 総腸骨動脈瘤で人工血管置換術を行なった場合の点数：Y字型とも腹部大動脈瘤切除で算定。
- 血管移植・バイパス術の総腸骨動脈血管移植術：大動脈（K614-1）ではなく腹腔動脈（K614-3）で

- 算定する。
- 腹部大動脈瘤手術時に大腿動脈血栓除去を併施した場合：前者のみ算定。
- 総腸骨動脈と大腿動脈の2カ所の狭窄に日を置いて2回の血管拡張術・血栓除去術施行：1回で。
- 冠動脈内血栓溶解療法の繰り返し：同一薬剤で短期間に繰り返すことは認められないが、ウロキナーゼ、t-PAと異なる場合は2回はありうる。再発作の場合は認める。
- Y字グラフト移植術と大腿動脈からの血栓除去術：前者のみ認める。
- 血管移植術後に確認造影で人工血管内に血栓発見しアーテレクトミー施行：確認造影は認めるがアーテレクトミーは算定できない。
- 外傷性弓部大動脈破裂に縫合のみ：外傷性心筋縫合術による。
- 腸間膜動脈血栓症に対し開腹による腸切除。その際、フォガティにより血栓除去：フィガティも認める。
- 内視鏡的縦隔郭清術の算定法：点数表にないので、縦隔鏡検査；内視鏡下生検+病理検査による。
- 肺動静脈ろうに対するコイル塞栓術：コイルは認める。
- 自然気胸の胸腔鏡下手術後再発8日後に再度鏡下手術：1回目の手術は胸腔鏡検査（6,000点）に訂正して認める。
- 下大静脈血栓症で肺血栓塞栓症予防のために下大静脈フィルター設置：材料のみ認め手技料は認められない。
- 総腸骨動脈瘤切除の手術点数：K560-8で算定。
- 小血管用人工血管：「永久留置した人工血管しか認めない」ことになっている。一時的留置は認めない。また、使用した長さしか請求できない。
- 内シャント狭窄例の血管拡張術の手技料：血栓除去術で算定。

## 7. 消化管

- 内視鏡的止血法を繰り返した場合の算定法は何か正しいか：1日1回、週3回が限度。
- 食道静脈瘤に硬化療法・結さつ術を繰り返した場合：2週間以内は一連として扱う。
- 消化管出血に対する内視鏡的止血時のペリプラスト使用：認められない。
- 胃がんの結腸浸潤で胃悪性腫瘍手術と結腸悪性腫瘍切除（50/100）：胃がん手術と結腸切除とする。
- 十二指腸乳頭がんは膵頭十二指腸切除+胃部分切

除：K703-3でなくK703-2。

- 胃がん腹膜播種例で胃悪性腫瘍手術算定：胃切除術とする。
- 腹腔鏡下手術での同一手術野：できる範囲は同一手術野となる。
- 内視鏡下手術での内視鏡フィルム算定について：内視鏡検査の費用は手術点数に含まれ、別に算定できない。
- 悪性腫瘍の姑息的手術では悪性腫瘍手術を算定できない。
- 直腸がんで最初早期悪性腫瘍粘膜切除術、2週間後遺残が認められたので切除術：双方の点数を算定できる。
- 術後、病理組織検査で良性腫瘍であることが判明した場合の算定法：良性腫瘍に対する術式とする。したがって、病理組織顕微鏡検査は1臓器のみとなり、リンパ節郭清も、自動吻合器加算も認められない。
- 直腸がん手術後の腹膜炎手術：腹膜炎手術は試験開腹とする。
- リンパ節郭清を伴わない悪性腫瘍手術：良性腫瘍手術手技料で算定。
- 直腸切断術に人工肛門造設術：後者は算定できない。
- 胃がんと直腸がんの手術：手術料はおのおの100/100で算定（別視野）。
- 直腸がん手術で直腸切断術と人工肛門造設術：人工肛門造設は認めない。
- 直腸がんで鏡視下手術後に縫合不全で腹膜炎手術：K638でなくK636（試験開腹術）で算定。
- 残胃癌再発の下部食道浸潤で食道がんの手術料算定：胃全摘出とする。
- 術後小腸狭窄に対するバルーン拡張術：内視鏡検査の点数のみ。
- 消化管切除後縫合不全にフィブログミン：術後2週以後とする〔慢性期〕。
- 肛門がん手術時の自動吻合器加算：認められていない。
- 結腸切除術では自動縫合器は算定できるが、自動吻合器は算定できない。
- タココンプの適応病名に注意：「腹腔鏡下で全大腸摘出、肝臓外科、肺外科、心臓外科、産婦人科領域の手術時の組織接着、閉鎖（ただし、縫合部から血液、体液、体内ガスの漏出を来たし、他に処置法のない場合に限る）」。

## 8. 肝・胆・膵

- 胆嚢摘出の翌日に出血のため肝縫合術：肝縫合術→試験開腹で算定。
- 胆嚢摘出術で病理検査3臓器（胆嚢、肝臓、リンパ節）：胆嚢のみとする。
- 肝がんにマイクロ波凝固を2回：2回やっても一連とする。
- 転移性肝腫瘍でS8切除：区域切除（K695-2）ではなく部分切除（K695-1）。
- 短期間ないし同一入院期間に繰り返し行なわれた内視鏡的胆道碎石術の算定：最初の1回のみ。
- 体外衝撃波治療後に内視鏡的に結石を除去した場合は一連とする（胆石、尿路結石共通）。
- 結石除去のための内視鏡的処置の後に体外衝撃波療法を行なった場合は両者ともに算定できる（胆石、尿路結石共通）。
- 胆管結石に対して最初は経十二指腸的にドレーンを入れ、後に内視鏡的胆道碎石術：前者は胃・十二指腸ファイバースコピの点数による。
- 胆嚢がんで乳頭切開術不成功でPTCD施行：乳頭切開術は査定。
- 胆管がんの疑いで手術したが、悪性ではなかった場合の算定：胆管腫瘍切除術による。
- がん性腹膜炎を伴った胆嚢がんで胆嚢悪性腫瘍切除術を算定：胆嚢摘除術で算定。
- 重症膵炎で胃・脾・膵尾部切除：急性膵炎で膵切除を伴うものによる。
- 腹腔鏡下胆嚢切除術と開腹によるS状結腸切除の併施：開腹によるものとして前者は1/2の点数。
- 術後膵液ろうにサンドスタチン：認められない。
- 外傷性膵臓破裂にサンドスタチン：認めない。
- 消化管がん術後に肺血栓症予防のためにフラグミン：認めない。
- 内視鏡的止血術後に胃切除術：一連とする。
- 鏡視下で胆嚢摘出翌日に胆汁漏出して開腹：開腹術は試験開腹（K636）とする。
- 胃がん術後4日に腹腔内出血して再手術：再手術はK639をK636に訂正する。
- 早期胃がんのEMR11日後に胃切除術：胃切除術のみとする。
- PTCD：2回/月まで。カテ交換は処置で。
- 肝がんにマイクロ波凝固法施行6日後に出血してTEA施行：両者とも認める。

## 9. 尿路・性器系

- 患者が自己抜去したカテーテル類の再設置料は医学管理料に含まれる。
- 泌尿器科手術における血管造影用ガイドワイヤーの算定：必須のものなので認める。
- 経皮的腎ろう造設術が成功せず、同日に腎盂切開術を行なった場合：一方のみ算定。
- 上行結腸がん術後の尿管狭窄に対して尿管ステント留置：尿管カテーテル法（D318）で算定。
- 尿管がんで合併膀胱切除：膀胱切除術は算定できない。
- 尿管がんと膀胱がんの手術：両者とも100/100算定。
- 膀胱がん全摘出と子宮全摘（膀胱がん浸潤）：子宮全摘出は50/100で算定。
- 膀胱がんの全摘出術で尿管皮膚ろうを請求：不可。

## 10. 輸血関連

- 冠動脈バイパス術中術後自己血回収術：認められない。
- 自己血回収器具の算定：手術料に含まれる。
- 白血球除去用フィルターをGVHD予防のため使用：認められない。ただし、別の目的で、指示されている適応に合致するときは認める。

## 11. 骨髄移植時の抗生剤、抗ウイルス剤の予防投与の目安

- 腸内殺菌〔全菌叢抑制〕
    - ・ ゲンタシン，TOB：900mg/日
    - ・ バンコマイシン：1,500mg/日
    - ・ ファンギゾン50-100mg/kg〔成人2,400mg/日〕  
以上30-40日〔好中球5,000に増加するまで。ファンギゾン服用困難例にはナイスタチン600万単位またはニューキノロン系〕。ジフルカン3-5mg/kgの経口または点滴静注。
  - ヘルペス感染予防  
ゾビラックス1,000mg/日，経口投与。内服困難な場合は静注。
  - サイトメガロウイルス感染予防  
小児では高力価抗CMV免疫グロブリン100mg/kg，成人では200-400mg/kgを週1回，7-100日。
- 留意事項：睾丸腫瘍，白血病，MRSA腸炎，DICで末梢血幹細胞移植を行なう場合は移植有核細胞数とその採取年月日，当月の好中球数・血小板の推移，患者の身長・体重を具体的に記載。

## 12. その他

- 針付き特殊縫合糸：認められない。

- 高価格治療材料について：保険で認められている治療材料のうち例えば人工骨頭等では価格に幅がありその選択は主治医に任せられているが，保険診療の立場からは医学的，経済的および社会的にそれぞれ妥当，適切に処理されるべきものと考えられる。この3要素を踏まえて個々の症例で審査する。

## 麻 酔

### 1. 原 則

- 検査時の麻酔：麻酔欄（50）に記載し，「検査時」と付記する。
- 腰椎麻酔時のSpO<sub>2</sub>監視：監視装置による術中監視は認められないが，検査としての測定は認められる。
- 2種の手術を24時をはさんで施行した場合の麻酔回数：2回認める。ただし，やり直しのための連続した手術では器材のみ。
- 全身麻酔管理料は検査・処置の場合は算定できない。手術のみ。
- 低体温麻酔時間は手術記録に基づく。

### 2. 麻 酔 薬

- 吸入麻酔薬の使用量：通常的气体流量は6L/分（小児は4L/分）。  
セボフレン：3.3×濃度(%)×ガス流量×時間。1時間当たり40ml以下。  
フォーレン，エトレン：3×濃度(%)×ガス流量×時間。  
フローセン：2.7×濃度(%)×ガス流量×時間。
- 腹部大動脈瘤等の手術時に全麻とともに行なわれる硬膜外麻酔の算定法：穿刺部位による規定に従う。例えばTh12-L1間以上はイにより，L5-S1以上はロにより，それ以下はハによる。
- 同一疾患に連続2回の手術で麻酔管理料とモニター検査2回算定：前者は一連として1回，後者は1日につき1回。
- 関節鏡施行時の脊椎麻酔：認められない。

### 3. 低体温麻酔

脳動脈瘤手術で一時脳虚血下の手術では認める。

### 4. 低体温療法

脳内出血，硬膜下血腫，AVM，血管れん縮での低体温療法は認めない。

### 5. 低血圧麻酔

- 用いられる降圧剤：多くの薬剤に「術中異常高血圧に対し」とあるが，これにこだわらず認める。

- 低血圧麻酔請求時の麻酔記録：必ず添付のこと。
- 骨髄腫瘍時の低血圧麻酔：認められない。
- 頸動脈内膜血栓除去術では低血圧麻酔は認められない。

#### 6. 麻酔料について

L008閉鎖循環式全身麻酔は「1」,「2」,「3」,「4」,「5」に区分され、さらに「イ」(麻酔困難)と「ロ」(イ以外)に区分される。

- 側仰位における手術の加算：100分の10。
- 未破裂脳動脈瘤手術で麻酔の腹臥位加算は算定できない。
- 人工心肺を使用せずに冠動脈・大動脈バイパス移植術を行なった場合の加算：100分の100。
- 一連と考えられる場合は最初の麻酔時のみ算定。1日2回でも初回のみ算定。

#### 7. 全麻時の終末呼気CO<sub>2</sub>濃度測定の記事場所：

麻酔欄〔50〕に記載。

#### 8. 麻酔時の呼気麻酔ガス濃度加算：笑気以外の吸入麻酔ガスを1種でも使用していれば可。

### 特別〔中央〕 審査の傾向

1. 大手術時〔循環血漿量以上の出血〕におけるFFP投与
  - ・手術当日は4,800ml
  - ・第2日は2,400ml－3,200ml
  - ・3日以後は800ml／日
2. 凝固因子補充および慢性期FFP投与
  - ・800ml／日まで
3. 血小板濃厚液
  - ・200ml (10単位) を2パック〔20単位〕／日まで
4. アルブミン製剤：厳密に適応される
  - ・高張アルブミン：肺水腫、肝硬変難治性腹水が適応
  - ・等張アルブミン製剤：出血性ショック、重症膵炎、重症熱傷が適応
5. CHDFについて：疾患によって回数が設定されている。
  - サブラッドは16L／日まで。フサン50mgは15ビンまで。
6. 血液製剤は原則として説明がなければ査定される傾向。

(注) この資料は保険診療の要点について、院内研修医向けに千葉県旭中央病院保険教室専門委員会でもとめられたもので、今回掲載したのは、その第22版です。

### 精神科関連

- 心身医学療法：心身症でのみ算定。
- 精神科電気痙攣療法：施行時の全身麻酔は認めるが終末呼気炭酸ガス濃度とSpO<sub>2</sub>加算は認めない。
- 統合失調症・心身症では脳波検査は認められない。
- 夜間せん妄にセレネース：個々で判断されるが、8A／日まで。
- セレネースの薬剤治療管理料算定：統合失調症以外では不可。
- 統合失調症ではマイスリーは認められない。

# 医学史の旅—ギリシャ⑪



星 和 夫

青梅市立総合病院  
名誉院長

## 中北部地方

### ★ブドウ球菌 (*staphylococcus*)

デルポイ(デルフィ)の遺跡を後に元の道を下って Andirion の港まで戻りますと、そのすぐ西にカリュドーン Kalydōn という町があります。(図1)。

昔々、この地方に Oineus という王様がおりました。彼は沢山のヤギを持っておりましたが、そのうちの1頭の雄ヤギだけが毎日姿を隠し、遅くなって戻ってくる時には、いつも満腹している様子なので、不思議に思った彼は、ある時 *Staphylos* という1人のヤギ飼いに後をつけさせました。するとその雄ヤギは、ある谷間で青い房の果物を美味しそうに食べているではありませんか。そこで彼もその房を摘んで果実の汁を搾り、アヘローオス川の水で薄めて飲んだところとても美味しかったので、早速 Oineus 王のもとへもって帰りました。

王もその美味しさに大変喜んで、その液に自分の名前を付けて *óinos* (ブドウ酒) と呼び、その果物

図2…スタフィロコッカス  
(画…鈴木敏恵(文京学院大学准教授))



図1…ギリシャ北中部

の房にはそれを発見したヤギ飼いの名 *Staphylos* からとって *staphylé* と名付けたのです(図2)。

1882年、スコットランドの外科医 Alexander Ogston がブドウの房のような形に連なる細菌を発見した時、これを *staphylococcus* (ブドウ球菌) と名付けました。

ほかにも *staphylectomy* (口蓋垂切除術), *staphyloma* (ぶどう膜腫) などと使われています。そうそう、今大問題の MRSA も *methicillin resistant staphylococcus aureus* でした。

### ★パパニコロウ

デルポイから東のほうへ下りると *Arachoba* という町があります。この町の中心の三叉路にパパニコロウの像(図3)がありますからお見落としなく。医学に携わる方々で、George Nicolas Papanicolaou (1883-1962) の名をご存じない方はいらっしゃらないでしょう。彼は癌の細胞診断学の父とされています(図4)。ふつうパパニコロウと呼ばれていますが、正式には“パパ・ニコラウ



図3…パパニコロウ像



(パパ=神父)”と発音します。

彼はアメリカ人と思われていますが、実はこの東のエウボイア島 (Euboia = 現 Evia の Kimi ; 図1) の生まれのギリシャ人なのです。1883年5月13日ここで生まれた彼は、1904年アテネ大学卒業後ドイツで生物学を学び学位を得ました。1913年にアメリカに移住し、以後は終生アメリカで (主としてコーネル医科大学で) 研究生活を送りました。1942年、彼が考案したパパニコロウ染色法は、核の微細構造が明瞭で標本の透徹性に優れているため、癌の細胞診として欠かせない重要な診断法になっていることは、ご承知のとおりです。



図4: パパニコロウ

この町とは本来無関係なのですが、近くに住む鉦山会社の社長が彼の記念のため、人通りの多いここに像を建設したということです。

### ★ケイローン

アラホヴァの北のバルナツソス山からリヴァディア、テーバイにかけてはギリシャ神話の宝庫です。医学に関する二、三のお話をお伝えしておきましょう。

アスクレーピオスを医神といわれるような名医に育てたのは、<sup>ケイローン</sup> Cheirōn という <sup>ケンタウロス</sup> Kentauros 族の1人でした。ケンタウロスというのは半人半馬の怪物で、弓矢をもって山野を駆けめぐる荒々しい種族ですが、しかしケイローンは、生まれつき手が器用で賢く、医術を知っていました。chéir がギリシャ語で“手”を意味し、これに érgon (仕事) が付いた cheirourgōs (手仕事) からできたのがドイツ語の <sup>ヒルルギー</sup> Chirurgie (外科)、さらにフランス語の chirurgie を経て、英語の <sup>サージャリイ</sup> surgery という言葉ができたのです。

### ★カドミウム

アラホヴァからアテネへ向かって少し下がったところに <sup>ティンヴァ</sup> Thiva (テーバイ) という町があります。皆さん、亜鉛華という薬をご存じでしょう。これはテーバイの町で最初に発見されたため、その町の建設

者 <sup>カドモス</sup> Kádomos の名をつけて kadomeiā (カドモスの土) と呼ばれていました。1871年、ドイツの化学者 F. Stromeyer は、炭酸亜鉛を熱したところ、酸化亜鉛 (亜鉛華) の白色にならないで黄褐色になったことに注目し、新しい亜鉛族元素を発見しました。彼はこれをギリシャ語の kadomeiā にちなんで kadomium (独) と命名したのです。カドミウムはイタイイタイ病の原因として大問題になりました。ついでに、彼らの子孫で <sup>イリュリア</sup> Ilyria の王様になった Gentius が、胃腸薬ゲンチアナ末の発見者になるのですが、それについてはまたいずれ……。

### ★オイディプースと浮腫

テーバイは、有名なスフィンクスの物語の舞台でもあります。昔々テーバイ王 <sup>ライオス</sup> Laiōs は、王妃と幸せな日々を送っていましたが、ふたりの未来を知りたくて神託を仰いだところ、“息子が父王を殺し、母を妻とするであろう。”と告げられました。そこでライオス王は、子供が生まれるとすぐに足に金のピンを刺し通し、羊飼いに命じて山に捨てさせました。子供を預かった羊飼いは、友だちのコリント王の家畜番にこの子を預けました。

子供のいないコリント王はこの話を聞いてその子を引き取り、わが子として育てることにしました。そして、穴をあけられた足がまだ腫れていたのので、“oideîn (腫れた) + pous (足)” という意味で Oidipus と名付けました (図5)。

こうしてオイディプースは立派に成人しましたが、ある日ふとしたことで自分の出生の秘密を知り、悩んだ末に旅に出ました。その旅先の、とある狭い山道 (Daulis の三叉路; 図6) で、威丈高に“道を開けよ”と命じた老人の一行と争いになり、ついにこ



図5: オイディプースを引き取るコリント王 (画: 鈴木敏恵<文京学院大学准教授>)





図6：Daulisの三叉路付近

の老人を殺してしまいましたが、この老人こそ彼の実父テーバイ王だったのでした。

さてその頃、テーバイの城門の前には上半身は人間、爪はライオン、下半身は龍、背中には翼をもった怪物スフィンクスが座りこみ、道行く人々に謎をかけては解けないと食い殺しておりました。これを聞いたオイディプスはスフィンクスに挑戦し、“朝は4本足、昼は2本足、夜は3本足の動物は何？”という謎にみごと“人間”と解いて負かし、スフィンクスを自殺させてしまいました。寡婦となっていたテーバイ王妃は、大変喜んで彼を王として迎えました。この王妃こそ実は彼の実母だったのでした。

10余年の月日が流れ、ふとしたことからこの事実を告げられた王は自分が大罪人であることを知り、また夫がわが子と知った王妃は首をくくって死んでしまいました。彼は目をくり抜いて自らを罰し、王位を降りて、娘のアンティゴネーに手を引かれながら諸国を流浪し、最後にアッティカの聖域で、雷鳴が轟くうちに世を去ったといわれています。

さてこんなお話が医学とどんな関係があるのでしょうか？ いろいろな病気で起こる浮腫（むくみ）のことを edema（英）、Ödem（独）といいますが、これらは oideîn（腫れる）→ oidîma（腫脹）と変化してできた言葉なのです。myxedema（粘液水腫）、Lungenödem（肺水腫）などという病気もありますね。また Freud の精神分析学では、男の子が無意識に母に対して覚える性的な思慕を、このオイディプスのエピソードから <sup>エディプス</sup> <sup>コンプレックス</sup> Oedipus complex、ふつつ

## こぼれ話

ギリシャ語で病院のことを <sup>ノソコミオン</sup> nosokomion といいます。これは nósos（病気）からきた言葉で、我々も nosocomial infection（院内感染）、nosology（疾病分類学）、nosophobia（病気恐怖症）などと使っています。

ついでに医者はいatrósで、iatrogenic disorder（医原性障害などと使っています。このiatrósの元はいatríā（医術、治療法）で、これが接尾語となって pediatric（小児科学）、psychiatry（精神病学）などの言葉ができたのです。

mother complex と呼ばれています。

## ★ <sup>テルモピュレス</sup> Thermopiles (<sup>テルモピュライ</sup> Thermopylai)

再び国道1号線を北上すると海辺にテルモピュレスという町があります。ここはペルシャ戦争の古戦場として知られている所です。ギリシャとペルシャは前後3回も戦っていますが、その3回目、紀元前480年に、ペルシャの Xerxes 王が自ら陸海の大軍を率いてギリシャに遠征してきました。

その時ここテルモピュライで、オイテ山と海に挟まれた要害の狭路を利用して迎撃したのが <sup>レオニダース</sup> Leonidas 王の率いるスパルタ軍で、たった300人のため全滅しましたが、一時的にしるペルシャの大軍をくい止め、アテネ軍に海上決戦の準備をさせた彼等の功績は讃えられています。アテーナーイにまで侵入したペルシャ軍は、テミストクレスに率いられたアテーナーイの海軍にサラミス水道で撃破されてしまいました。これが有名なサラミスの海戦です。レオニダース軍は撃破されましたが、テルモピュレスの峠には Leonidas 王の記念碑があり、“旅人よ、行きてラケダイモン（スパルタ）の人に伝えよ。我ら、その命を守りて、ここに死せり”という詩人シモニデスの詩が刻んであり、また国道沿いには、槍をまさに敵に投げつけんとしているレオニダースの像があります（図7）。降伏勧告を拒否した時の彼の有名な言葉“欲しければ戦って取れ”はスパルタのところ

で書きましたので、思い出してください (vol. 55, 12 月号)。

さてこの Thermopylai という地名ですが、<sup>テルメー</sup>thérmē は“熱”，<sup>ピュロス</sup>pýlos は“門” (pylorus = 門の番人 = 幽門を思い出してください) で、要するに“温泉の入り口”という意味なのです。事実、山の下の川に硫黄泉が吹き出しています。

## ★マグネシウム

国道をさらに北上するとボロスの町に着きます。この東側がマグネシア半島です (図1)。大昔、この付近のペーリオン山の麓に、<sup>マグネース</sup>Magnēs という神様が住んでいましたので、彼の住んでいた付近の半島はいつしか Magnēsia 半島と呼ばれるようになりました。

この地方は昔から magnesia lithos (マグネシアの石) と呼ばれるいろいろな鉱石がとれましたが、そのうちの magnesia alba と呼ばれる白い石 (炭酸マグネシウム) は、18世紀にすでに医薬品として用いられていました。1808年、イギリスの Humphrey Davy がこれを還元して少量の金属を取り出し、これに <sup>マグネシウム</sup>magnesium という名前を初めて付けたのです。マグネシウムは人体にとって重要な電解質ですね。

一方、magnesia nigra と呼ばれた黒い石は manganese (マンガン)、のちに磁石の原料となった鉄の酸化物は magnet と命名されました。このマンガンは動植物の発育に不可欠な元素で、いろいろな代謝に関係していることはご存じのとおりです。



図8：メテオラ (1)



図9：メテオラ (2)



図7：レオニダース王の碑

## ★メテオラ (Metéōla)

ギリシャ本土のほぼ真ん中辺に世界遺産メテオラの修道院群があります。ギリシャの象徴的な観光名所ですから、写真やポスターでご覧になられたことでしょう。<sup>メテオラ</sup>metéōla は“宙に浮く”という意味です。

400 m に及ぶ岩の塔や山のような巨大な岩が切り立つ頂上に、人の手によって築かれた建築物があります。その数6つ。ここは世界でももっとも険しい場所に築かれた修道院群の1つといわれています。14世紀、ビザンツ帝国を脅かしたオスマントルコの手を逃れ、ギリシャ正教の祈りを守り抜こうとした1人の修道士が、縄はしごで上り下りする以外にアクセスできなかった断崖の上に修道院を造りました。今も54人の修道士・修道女が暮らしているそうです。「修道生活とは、一步一步自分を高め神に近づくこと」と語る修道女たち。日々祈るだけではなく、修道院にやってくる苦悩をかかえた人々とも向きあっています (図8, 9)。このうちの1つにはかつて病院だったところの跡もあります (図10)。

※2006年8月号～2008年5月号までの記事が日本病院会出版 (TEL 03-3264-9888) より書籍になりました (『医学史の旅—イタリア・マルタ』)。



図10：メテオラの病院跡



# よこぞ 日本病院会へ

## 新入会員の紹介

(同院は平成21年1月の本会入会)

医療法人甲療会

### 赤坂台病院

山梨県甲斐市竜王新町2150 TEL 055-279-0111

かわぐち ただひこ  
院長 河口 忠彦

# 優しさと思いやりをもって信頼される医療を目指します。

山梨県甲斐市にあります赤坂台病院です。この度日本病院会の一員となりましたので当院について紹介させていただきます。

#### ●当院の特色

当院は日本医療機能評価機構認定病院として、医療・看護・介護・在宅と高齢者のための総合的な支援を目指し実践しています。

病棟は一般病棟と療養病棟があります。高齢者を対象に「植物の育成あるいは園芸など、植物全般に関するさまざまな活動を通じて身体の機能、精神、情緒の安定等を促しこの活動を続けることによって向上を図る」園芸療法を取り入れています。

また、訪問看護ステーションと連携を深めた在宅医療を実践しており、とくに在宅での緩和ケアを積極的に行い、癌の終末期の方々の在宅ホスピスに力を注いでいます。

昨年には、県下初の病院が運営する高齢者専用賃貸住宅を開設しました。

地域の高齢者が住み慣れた街で暮らし続ける支援と同時に、医療機関と福祉施設の安心を兼ね備えた第二の自宅と位置づけています。病院が運営するため必要に応じ往診の実施や訪問看護・介護を行い医師や看護師、介護スタッフがすぐそばにいるそんな住宅です。本人及び家族の希望があれば、終の棲家として最後まで安心して暮していけるよう支援しています。

#### ●当院の理念

病院の理念は、「病める人々の心身を癒し健康の回復と穏やかな入院生活を過ごせるように努めます。職員は、優しさと思いやりをもって信頼される医療を目指します」を掲げ、地域に密着した家庭的な温



かい医療を提供する病院を目指しています。

#### ●病院概要

##### 診療科目

内科、消化器内科、神経内科、循環器内科、麻酔科、リハビリテーション科

##### 病 棟

一般病床48床 障害者施設等入院基本料

13：1看護 10：1看護補助

療養病棟52床 療養病棟入院基本料2（8割以上）

##### 関連部門

赤坂台訪問看護ステーション

赤坂台ヘルパーステーション

居宅支援事業所

デイサービスセンター赤坂台

高齢者専用賃貸住宅こでまり

#### ●おわりに

医療費抑制政策により医療機関を取り巻く環境が激変し、医療提供に注力するだけでなく、トップマネジメントが関与した組織マネジメントが求められている中変革を成功へと導くため、今後も当院は努力してまいります。



# 医師不足の背景—医師は本当に不足しているのか？

藤沢市保健医療センター 顧問  
「診療情報管理」講師

鈴木 莊太郎

平成16年度に施行された臨床研修医制度の義務化と時期を一にして、地方における医師不足が進行している。新聞やTVなどでは、我が国の医師総数の不足が原因であると報道されている。一方では、産科救急における診療拒否の根底には、専門診療に従事する勤務医の不足が原因であることが最近重大な社会問題とされている。これらの医師不足の現状を明らかにするために、医師の教育機関である医科大学・医学部の数と学生数の動向を見ると、昭和25年には46校で2,900名、40年は46校で3,560名であったが、各県1医科大学構想により50年には70校7,120名、60年は80校8,340名と35年間で2.9倍に増加した。その後の医師削減政策により、平成2年に80校で7,750名、20年は7,868名と20余年で470名減少した。次に、医師の勤務先である病院と診療所数の変化を見ると、平成11年には病院9,286、診療所91,500であったが、18年には8,943と98,609と7年間で病院は343減少し、診療所は7,109増加し、この内の無床診療所を見ると16年から18年で3,465と約半数が増加していた（国民衛生の動向）。

戦後の医師の卒後教育を振り返ると、昭和43年に戦後GHQの指導により導入されたインターン制度が廃止され、2年間の臨床研修医制度が導入された。しかし、この制度はその後36年の間、単なる努力目標であり、研修のカリキュラム、処遇などの対応はされず、従来の大学医

学部の講座制に連動した医局制度のなかで実施されていた。平成16年度に義務化された研修医制度では医局に関与せず、医師国家試験合格後に研修医が自由に研修病院を選択出来る方式であったため、都市の市中病院へ研修医が集まり、大学病院及び関連病院の研修医の減少を来たした。当初、大学病院側では2年間の研修終了後には、専門医や研究を目指す医師は大学へ戻ってくると期待していた。しかし、平成18年以降になっても大学病院へ戻る医師は少なく、加えて少数で耐えていた中堅指導者層の専門医が大学や関連病院を退職する傾向が顕著となった。そして、研修終了後の医師の希望が少ない救急救命、小児科、産科などで医師不足が顕著となり、最近では研修終了後に内科、外科などの主たる診療科を避けて、皮膚科、眼科、耳鼻科、形成外科などを志望する傾向が顕著となって、主たる診療科の医師不足が進行している。

現在、多くの研修終了後の医師や専門医療の中堅世代は何処へ行ったのか？

従来、処遇の劣る大学病院や勤務状況の厳しい勤務医に就くことは医師の常識であった。昨年「医師は社会的常識に欠ける」と公言されたが、前述した国民衛生の動向より考えると、社会的常識に従って、処遇や待遇に満足できる診療所開設を選ぶ医師が増加し、厳しい状況の小児科医、産科医や救急医の不足を招いているのではないだろうか。

# 平成20年度 第10回定期常任理事会 議事抄録

## 第3回定期理事会

**日時** 平成21年1月13日(火) 午後1時～5時  
**場所** 東京都千代田区・帝国ホテル本館4階「桜」の間  
**出席者** (会長) 山本 (副会長) 池澤, 佐藤, 堺, 大井, 村上, 宮崎(忠)  
 (常任理事) 宮崎(瑞), 石井(暎), 梶原, 齊藤, 木村(壯), 末永, 松本(隆), 武田(隆久), 大道(道), 小川, 中島, 安藤, 宮崎(久), 須古  
 (理事) 西村, 宮下, 濱崎, 高橋, 藤原(秀), 遠藤, 原, 中井, 崎原, 関口, 中, 渡部, 相澤, 神原, 渋谷, 足立, 松谷, 藤原(久), 砂川, 奥村, 小西, 成川, 土谷, 片岡, 武久, 吉田(博), 今泉, 岡留, 高野, 松本  
 (監事) 柏戸, 石井(孝) (代議員会議長) 加藤 (代議員会副議長) 野口  
 (顧問) 大道(學), 奈良  
 (参与) 行天, 岩崎, 宇沢, 木村(久常参与代理), 堀内, 渡辺, 邊見  
 (委員会委員長) 星, 有賀, 大道(久) (支部長) 福田

大井副会長の議事進行により会議に入った。  
 開会に際し山本会長から、新年の挨拶とともに、中長期的な視点から日本病院会のあり方について理事の意見を伺いたい旨の挨拶があった。

続いて、山本会長から、会議定足数として、定数66名中、出席45名、委任状13通、計58名(過半数34名)で会議が成立している旨の報告後、議事録署名人に渋谷正人、松谷之義両理事を選任し議案審議に入った。

### 〔承認事項〕

#### 1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員移動として、正会員の入会2件、正会員の退会3件、賛助会員の入会1件について諮られ、いずれも承認された。

〔正会員の入会2件〕

- ①京都市・医療法人 三青園丹後ふるさと病院(会員名: 瀬古敬理事長)
- ②福岡県・医療法人 高邦会福岡中央病院(会員

名: 大橋昌夫院長)

〔正会員の退会3件〕

- ①北海道・医療法人 譲仁会大滝温泉病院(会員名: 上原総一郎院長)
- ②北海道・医療法人 譲仁会北湯沢温泉病院(会員名: 入江正院長)
- ③福岡県・医療法人 聖和会安永病院(会員名: 安永雅克院長)

〔賛助会員の入会1件〕

- ①A会員・東京都 株式会社サンワ(平成21年1月13日現在)
- ・正会員2,659
- ・賛助会員241(A会員99・B会員102・D会員40)
- ・特別会員242

#### 2. 各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議した結果、依頼を承認した。

(継続: 協賛)

- ①第15回第1種ME技術実力検定試験及び講習会(ME技術教育委員会)の協賛依頼(新規: 委員推薦等)
- ①「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」



(厚生労働省健康局長)への委員参画依頼  
・宮崎瑞穂常任理事を推薦

- ②関東信越地方厚生局における医療安全調査委員会  
(仮称)(関東信越厚生局長)のシンポジウム講師  
依頼  
・大井利夫副会長を推薦

### 3. 代議員の交代について

代議員(山梨県)の交代を承認。

(新)山下晴夫(山梨県立中央病院病院長)

(旧)江口英雄(前 富士吉田市立病院病院長:平成20年8月31日退職)

### 〔報告事項〕

#### 1. 各委員会開催について

下記の委員会報告が行われた。

(日本病院会関係)

- (1) 第2回感染症対策委員会(12月24日)

佐藤副会長より、感染制御講習会は第1・2クールが終了し、2月7~8日の第3クールをもってすべて終了予定であり、約450名に対し修了証書を授与する予定。また、新型インフルエンザの最新情報について、委員から提出された情報や資料はホームページや日本病院会ニュースで広く広報していくとの報告があった。

- (2) 第9回雑誌編集委員会(12月25日)

星委員長より、雑誌新年号の内容紹介及び今後の方針が報告された。

- (3) 平成20年度医療安全管理者養成講習会・第3クール(12月19日~20日)

宮崎常任理事より、第3クールをもって本年度の講習会を終了し、最終的に会員221名、非会員4名、合計225名が参加したとの報告があった。

- (4) 診療情報管理士教育委員会・第6回分類小委員会(12月19日)

大井副会長より、教科書改訂等のほか、認定試験問題について検討を行った旨の報告があった。

- (5) 診療情報管理課程通信教育・第1回DPCコース小委員会(1月6日)

大井副会長より、平成21年度から実施予定のDPCコースについて、カリキュラムの内容、シラバスの改訂等の検討を行った旨の報告があった。

- (6) 診療情報管理課程通信教育・第1回医師事務作業補助者コース小委員会(1月9日)

大井副会長より、シラバス案について議論を行った旨の報告があった。

- (7) 診療情報管理課程通信教育・第4回診療情報管理士教育委員会(1月9日)

大井副会長より、平成20年度後期郵送試験の結果、診療情報管理士認定試験の実施予定、66期生以前の受講生の対応について協議を行った旨の報告があった。

- (8) 日本診療録管理学会 国際疾病分類委員会 ICDの向上に関する協力者会議(1月10日)

大井副会長より、29名の参加を得て、プログラムに沿って緻密なディスカッションが行われた旨の報告があった。

- (9) 診療情報管理課程通信教育 コーディング勉強会

大井副会長より、12月20日の開催記録及び1~3月の開催予定について報告があった。

(四病院団体協議会関係)

- (1) 第12回治療費未払問題検討委員会作業部会(12月25日)

報告は資料一読とした。

- (2) 第19回治療費未払問題検討委員会/第13回作業部会(1月8日)

崎原理事より、未収金発生防止・回収マニュアル(案)について検討し、次回3月13日の第20委員会にて終了することとした旨の報告があった。

#### 2. 3月28日(土)の代議員会・総会について

場 所:ロイヤルパークホテル

諸会議:

理事会	13:00~14:50	3階ロイヤルB
代議員会・総会	15:00~16:20	3階ロイヤルA
特別講演	16:30~17:30	3階ロイヤルA
記者会見	17:45~	3階クラウン



特別講演：伊藤元重先生（東京大学大学院 経済学  
研究科 教授）

### 3. 2009国際モダンホスピタルショウ開催説明会／ 新春講演会について

大道委員長より、「国際モダンホスピタルショウ  
2009」（7月15日～17日開催）の説明会及び新春講演  
会を1月20日（火）、虎ノ門パストラルホテルにて実  
施予定であり、新春講演会は「生命（いのち）輝か  
そう日本の社会保障関係者～平成維新は社会保障の  
構築から～」と題して、赤穂市民病院の邊見公雄院  
長に講演いただく旨報告された。

### 4. 四病協・メディカルスクール検討委員会報告書 の発表会について

堺副会長より、四病院団体協議会メディカルスク  
ール検討委員会報告書の発表会を1月22日（木）、星  
陵会館にて実施予定であり、「医療の原点」と題し新  
潟大学の中田力氏による基調講演及びシンポジウム  
を行うとの報告があった。

### 5. 福岡県病院協会／日本病院会中小病院委員会情 報交換会の開催について

佐藤副会長より、2月21日（土）、ホテルクリオコ  
ート博多にて福岡県病院協会との情報交換会を行う  
予定であるとの報告があった。

### 6. 日本病院会就業規則の改正について

池澤副会長及び横山事務局長より、高齢者雇用確  
保の措置について所轄の公共職業安定所より指導を  
受け、就業規則の一部改正として、高齢者の雇用措  
置、育児・介護休業制度の充実、セクシャルハラス  
メント防止の対応等についての見直しを図り、12月  
26日付で所轄の労働基準監督署に提出した旨の報告  
がされた。

### 7. 産科医療補償制度発足式の開催報告について

大井副会長より、本年1月1日から施行された産  
科医療補償制度に伴い1月5日に制度発足式が開催  
されたとの報告があった。

## 〔協議事項〕

### 1. 当面の諸問題について

#### (1) 平成21年度事業計画（案）について

事業計画（案）の一環として、①病院医療の再生、  
②医療保険制度と診療報酬体系の検討、③医療の  
質と安全の取り組み、④人材育成、⑤情報提供の  
推進、⑥新公益法人制度への対応、⑦病院団体の  
再編、⑧日本人間ドック学会創設50周年記念式典  
／祝賀会への対応、⑨日本病院会創立60周年記念  
事業への対応、⑩事務局組織の充実・強化——の  
重点項目を設定し、3月期総会へ提案することに  
ついて承認を得た。

#### (2) 医療・介護提供体制および診療報酬体系のあ り方について

齊藤常任理事より、入院医療、介護入所施設、診  
療報酬体系の基本的あり方等に関して取りまとめ  
た「医療・介護提供体制および診療報酬体系のあ  
り方」の概要が説明された。

#### (3) 臨床研修制度について

堺副会長より、臨床研修制度のあり方に関する  
検討会で示された論点整理と検討の方向性の概要  
が説明された。四病協としては、論点整理を検討  
し、より良い臨床医の養成と直面している医師の  
診療科・地域偏在等に対応するため「一貫した医  
師養成のための提言」を取りまとめ、12月25日に  
厚労省に提出した旨が報告された。提言内容とし  
ては、①卒前臨床研修②初期臨床研修③専門医研  
修（いわゆる後期研修）等が紹介された。また、医  
師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関す  
る省令及び省令の施行（改正省令）について質疑  
応答を実施した。

#### (4) 医療安全調査委員会（仮称）について

大井副会長より、医療安全調査委員会における  
大綱案審議の概要が報告された。また、医療安全  
調査委員会設置法案（仮称）大綱案について会員  
各位の意識調査（病院勤務医も含めて）を実施す  
るか否かの提案があり、挙手による採決を実施し



た結果、ほぼ全員から意識調査実施について賛成を得た。調査のメインは会員を対象とし、病院勤務医は別途検討することとした。

上記の協議事項について趣旨説明、問題提起をした上で、出席理事全員から、協議事項を含め各地域の医療提供体制の実情等について意見交換をした後、質疑応答を行った。

濱崎理事から、東北・北海道では医師・看護師不足のみならず、患者不足になっており、総崩れの状態。中小の町立病院が次々に閉鎖しており、臨床研修ができる病院はほとんどない。医師がどんどん減っている状態に何とか早く対応してほしいとの要望が述べられた。

遠藤理事は、医師偏在に関して、全国を6つくらいのブロックに分けて、研修は卒業した医科大学があるブロック内で行う制度にすべきとの見解を示した。また、2年間の研修について、2年目は自分が専門とするところを勉強できるようにしたほうがいいと書いてあったが、専門科はその後ずっとやっていくものであり、2年かけて専門外の分野を勉強するのが最大の目的である。本末転倒にならないようにすべきとの意見を述べた。

原理事は、臨床研修制度について、まだ4年しかたっていないのに短縮するという話がどんどん進んでいることが不満。実際現場では研修医の力が平均して上がってきていると感じているので、2年間をしっかりと維持してほしい。また、国民が「こういう医療ならぜひお金を出したい」と思えるような医療を皆さんで検討し、提案していきたいとの見解を述べた。

中井理事からは、死因究明制度について、法律が非常に不明確であるために問題が起こっている。法曹界ともきちんと話し合って類型化し、何をしたら罰せられるのか、ぜひ詰めてもらいたいとの要望があった。また、医師偏在の問題の根底には日本の自由標榜制があり、少なくとも研修する病院数だけでもある程度コントロールして制限することが必要との認識が示された。

崎原理事は、死因検討のあり方に関する検討会は

大綱をまとめて1つそれなりのものをつくってほしいとの要望を述べ、さらに日本病院会を日本医師会や厚生労働省にも太刀打ちできる強い団体にしてほしいと激励した。

中理事は、医療は市場原理主義と一線を画する存在であることを基本的な立脚点とし、今後の方針を展開してほしいと述べ、臨床研修制度の問題については、今までその職責にあった人が自ら評価をし、検討してほしいとの見解を述べた。

渡部理事は、新潟県の現状について、公的病院・私的病院ともに病床が確保できず崩壊寸前の状態であると述べた上で、日本病院会としても国民に力強いメッセージを与えられるような活動が必要であるとの見解を示した。また、入院基本料のあり方について、医師、看護師等のリーズナブルな人件費はどうあるべきか、コンセンサスを得ながら強いメッセージを出してほしいとの要望があった。

相澤理事は、日本病院医療の再生を図るためゼロから出発しなければならないと述べた上で、1点目として、どういう医師を育てるのか、日本病院会としてどういう医師が欲しいのか明確な線を打ち出す必要がある。2点目として、日本の医療は自由開業制だが、自由だけではだめであり、しっかりコントロールして制度を見直すべきではないか。3点目として、医療安全調査委員会について、どういうところからも独立し、医療人が判断した調査結果を渡すなどというのは言語道断ではないかとの意見を述べた。

神原理事は、医師不足への対応策として、コメディカルスタッフとの役割分担を積極的に進める以外にないとの意見を述べ、医師増のためのブロック制に関しては、偏在が起こっている状況やブロックにしても救われない県の実情なども含めて検討する必要があるとの認識を示した。また、医療安全の問題をこのまま放置しておくべきではなく、とにかくスタートすべきだと述べた。

渋谷理事は、臨床研修制度において、精神科については考え直さないと研修制度が続いていかないと見解を示した。また、社会保険病院は公的病院のグループとして様々な努力をしており、御支援をいただきたいと述べた。

足立理事は、三重県でも医師不足である状況を述べた上で、ブロックの中でも厳しいため、定員制のようなものを考えてはどうかと提案した。

松谷理事は、中小病院は危ないという話や、あまり特徴のない病院の削減をほのめかすような厚労省の話などを耳にするが、やる気のある中小病院を生かしていける施策についても検討する場をつくってほしいし、中小病院委員会の地域をもう少し広げてはどうかと提案した。さらに、療養病床も今非常に大きな問題を抱えており、慢性期医療をやっていく団体の活動にも目を向けてもらって、サポートや話し合いにのってもらえる機会があれば非常にありがたいと述べた。

藤原理事は、日本には医療者全体で国に対してプレッシャーをかけるような団体がなく、医師側の意見が弱いと感じている。医師免許を受けた者が必ず入るような団体が必要ではないかとの見解を示した。また、大学医局の復活は極めてナンセンスであり、きちんとしたシステムを考えるべきだと述べた。さらに、医師の半数は総合医であるべきで、今の医師不足等の混乱の主要な原因は総合医が育っていない点にあるとの認識を示した。

砂川理事からは、初期研修は戦力として考えることを前提とした議論はやめたほうがいいのではないかと提案があったほか、産婦人科、小児科、救急に関する議論も深めてほしいとの要請があった。

奥村理事は、研修医制度について、基礎的・常識的な指導をしっかり行うこと、さらに指導医をもっと評価することが研修制度をさらに充実させることにつながるとの見解を述べた。

小西委員は、個人的には、大学は初期研修から手を引くべきであり、後期研修の一時期に何らかの制限を設けて地方に医者が行くようなシステムをつくるべき。また、二次医療圏でベッドコントロールをしているが、それに準じて開業医の数を制限するくらいのことをやってもいいのではないかと見解を述べた。さらに、医療安全委員会について、第3案は根本的にあまり内容が変わっていないのでアンケートをとる意味がない。むしろ問題は医師法第21条で、これを元に戻せば解決できるのではないかと述べた。

土谷理事は、臨床研修病院である自院の例を挙げて実体験を述べたほか、医療安全調査委員会に関して、医師側は警察や検察に呼ばれたりするのが精神的に耐えられないのではないかと意見を述べた。

片岡理事は、診療報酬体系についてはよくまとめていただいたが、具体的にそれでどうよくなっていくかが重要であるとの見解を示した。また、臨床研修制度の問題について触れ、精神科の問題等難しい点も出ているが、2年を1年にするとか、500床未満の病床は研修施設として認めないといった発言について、なぜ研修委員会に選ばれたのかわからないとの意見を述べた。

武久理事は、日本慢性期医療協会長の立場から、適切な慢性期医療を施し、サービスを提供することが高度急性期病院を支えるとの見解を示し、大阪での第三次救急と慢性期病床の連携を例に挙げ、ミスマッチングをそれぞれの機能別に引き受けることは救急医療に関して有効であると述べた。また、病院のあり方として、地域でどうしても必要な病院があるが、高度急性期と慢性期と回復に分けてしまうと存在できないので、「地域一般病床」という言い方よりは「地域認定病院」として、どうしてもそこになくはないものは都道府県が認定して診療報酬体系に何か加算するべきと提案した。また、医療安全について、問題化したものについては、まず委員会に行くことが第一で、いきなり警察が土足で入ってくるのを防ぐべきとし、今よりいい制度にしてほしいとの要望を述べた。

吉田理事は、病院団体、看護協会、医療従事者が今の厚生労働省の行政をどれだけ支持しているか調査して突きつけてみたらどうかとの意見を述べた。

今泉理事は、医療・介護提供体制および医療報酬体制のあり方は、ぜひ結束力を強めて実現してほしいと述べた。また、臨床研修病院の精神科の問題について、常勤医がいて病床がない場合はどうなるのかとの質問に対し、岩崎参与より、施設基準どおりにいくと、精神科の標榜科があっても入院施設はなくてもいいことになっている。入院患者を診る必要がある場合には精神科と組むことはあるが、管理型や協力型研修病院の施設基準の中には、精神科を標榜していて、外来であっても精神科の常勤医がいる



ということがついているとの回答があった。

高野理事は、中小病院は縛りや制約が多く、いろいろやろうとしても資格を得ることができない辛さがあると述べ、地域医療の役に立てるように法律を改正してほしいとの要望を述べた。また、支部活動について熊本での例を挙げ、中央でも支部活動を活発に行うよう提案した。

松本理事は、医療は公共財であるという視点が厚生労働省になく、マスメディアもそこまで迫っているのかどうかという点が一番の問題だと指摘し、日本の疾病構造に見合った形での一定の規制は必要だと述べたほか、自由診療と医療機関の適正配置の問題にも触れた。卒後臨床の問題については、今までの臨床研修を反省せず見直しすべきでないとの見解を示し、日本病院会としてもはっきりすべきであるとした。さらに、診療報酬体系のあり方に関し、7対1看護基準をあわせて入れてほしいと述べた。

藤原理事から、省令改正による施設基準の見直しについて、「単独型或いは管理型及び協力型臨床研修病院で必ず確保して頂くこととなります」との記述があるが、これは群で確保したらいいということではないのかとの質問があり、岩崎参与が「群」の考え方も今回の省令の改正で変わっており、「病院群」という呼び方の中に臨床研究協力施設は入れないことになっていると回答したが、明確な解釈については確証が得られなかったため、山本会長より厚生労働省へ正しい見解を確かめるとの発言があった。

精神科の臨床研修の必修化について、中島常任理事は、学会としては精神科を絶対残せと要求しているが、今日の意見を聞き、精神科は外すべきとのことであればそれに従うとの見解を示したが、2年間の研修を守るならば、その中には精神科を必ず残すべきとの意見を述べた。

村上副会長より、医療安全や計画配置といった問題について、今度の地域医療委員会の中で取り扱っていくことになっているとの発言があった。

神原理事より、学会が主体になって集約化の方向に動いているが、基準を設けることによって多くの病院で教育研修ができなくなり、ひいては地域医療や医師の偏在に多大な影響を与えることになるため、病院協会としてもぜひ検討してほしいとの意見が述

べられた。

松本理事より、卒後臨床研修の問題において、総合医が必要なにもかかわらず、大学中心に戻せという発想自身が今の情勢を的確にとらえていない。総合医を育てるには地域医療をやっているところが一番であり、そういうところと連携して、いい医者をつくるかという視点での卒後臨床研修を改めて考え直してほしいとの要望があった。

木村常任理事より、自院では2年間の研修で以前より大きな効果が上がっていると感じるが、一方で地域の医師不足は明らかであり、大きなプレッシャーがある。よい医者を育てるには初期研修だけではだめで、大きな病院や研修病院は地域医療に対する責務が同時にあり、その責務を果たすためには、研修を終えた医師に対して、もう一度地域に出て総合医療をやる制度をつくる必要があるのではないかとの意見が述べられた。そして、医師にバラエティに富んだ道を用意してやり、何もないところで1人で考える力をつけるのも教育の一つという観点をもち、全体を通して考えることが必要ではないかとの見解が示された。

遠藤理事より、総合医を育てるという話が出ているが、口で言うのは簡単だが、実際にはすごく難しいことで、総合医は専門医より立場が弱く、病院間及び病院内の連携においてもうまく機能しないのが現状。総合医を専門医とするのは非常に難しいので、やはり初期研修2年間で全科を回って総合医を育てるとか、後期研修でも一定期間全科を回らせるとか、専門医として育てるけれども全部の患者を診られるドクターを育てるしかないのではないかとの意見が述べられた上で、それだけに2年間の研修医のシステムは絶対死守してほしいとの要望があった。

藤原理事より、「規制」という言葉についていろいろ誤解を伴うことがあり、派遣制度や何かについて「規制を設ける」といった言い方ではなく、具体的に「こうする」という話に持っていけないと誤解を受けるのではないかとの意見が挙げられた。また、総合医について、大病院で総合医を育てていないことが一番大きな問題であり、何が何でも総合医を育てて半数以上を総合医にするというところまでいかないと医療崩壊は止まらない。もう「難しいから育

てない」と言っている時期ではないとの意見が述べられた。

中島常任理事より、臨床研修制度の問題について、緊急の課題と中長期的課題に分けて対応策を考えることが必要。いつまでに何をすればいいか決めておいたほうがいいとの意見が出された。

末永常任理事より、医師偏在の問題はしばらく続くため、EREと総合医を育てることが必要であり、そのためにも2年研修は絶対的に維持しなければならないとの見解が示された。

渡辺参与より、臨床研修について政府内の直近の状況について報告があり、今後病院団体に向けてヒアリングが行われるとの認識が示された。

邊見参与より、世界中の医療制度を見ても、日本ほど医師に対して野放図とも言うべき自由な国はな

い。計画性を持って国民に医療を提供する体制をもう少し考えなければいけないとの意見が述べられた。

佐藤副会長より、日本病院会では、中小病院は影が薄く、現在の医療機能の分化・集中という政策においては非常に苦しい立場であり、中小病院で急性期医療をやろうとするとなかなか採算がとれない現実がある。しかし、アメリカやカナダの実例を見る限り、中小病院だからといって先がないということはある得ないのではないかと。徐々にではあるが、中小病院も頑張っていきたいと思うので、また意見をいただきたいとの要望が述べられた。

以上で閉会となった。

(日本病院会事務局 総務課)

理事長 殿  
病院長 殿  
事務長 殿

社団法人 日本病院会  
会長 山本 修三  
診療情報管理士教育委員会  
委員長 大井 利夫

### 診療情報管理士通信教育第75期生募集について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

本会諸事業については、格別のご協力、ご指導を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本会で実施しております診療情報管理士通信教育は、昭和47年に診療録管理士の養成課程として開講し、平成8年には診療情報管理士と名称を変更し、「診療情報管理士」認定者合計16,747名が全国各地の医療機関で活躍しているところであります。

今般、第75期生を下記により募集することと致します。

今後、診療情報管理士の役割は医療機関において益々その重要性を増すものと考えられ、会員、非会員を問わず貴院におかれましても業務ご多忙のこととは存じますが、職員の受講にご高配賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 開講月日 平成21年7月1日
2. 申込締切 平成21年5月29日（必着）
3. 申込方法 指定の申込用紙、履歴書（写真貼付）等の必要事項にご記入のうえ、  
（社）日本病院会 通信教育課  
〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3 までお申込み下さい。
4. 修業期間 2年（基礎課程、専門課程各1年）
5. 受講料 基礎課程、専門課程ともそれぞれ1年 100,000円  
受講受理通知を受けてから納入のこと。既納の受講料は返却しない。  
受理通知は、平成21年6月中旬頃発送します。
6. 募集定員 1,000名（先着順）
7. 「診療情報管理士」資格認定機関
  - ・ 四病院団体協議会
    - （社）日本病院会 （社）全日本病院協会
    - （社）日本医療法人協会 （社）日本精神科病院協会
  - ・ （財）医療研修推進財団

※ 平成8年に診療録管理士から診療情報管理士へ名称変更。今期、診療録管理士育成として通算第75期、診療情報管理士育成として第27期。

※ 年2回（1月、7月）募集実施のため、7月入講生は前期カリキュラムから、1月入講生は後期カリキュラムからの開始となる。

「診療情報管理士」の認定を受けるためには、本通信教育の全課程を修了後、認定試験（毎年2月開催）を受験しなければならない。（募集要項参照）

7 5

平成21年 月 日

## 診療情報管理士通信教育第75期生受講申込書

このたび診療情報管理士通信教育を受講いたしたく、履歴書（様式2）を添え申し込みます。

※黒ボールペンで記入してください。フリガナ以外は主に漢字・数字で記入し、□には✓をつけてください。

フリガナ(カタカナ記入)	<input type="text"/>	捺 印	※記入しないで下さい 1 2 3 4										
氏 名	<input type="text"/>	(印)											

※氏名・フリガナは、姓と名前の上に1マス開ける。濁点は、1マス使用する。

性 別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>				
生年月日(西暦)	<input type="text"/>	年 <input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日生 <input type="text"/>	※数字は、右詰で記入する。	
勤務先名 (派遣先名)	<input type="text"/>					
勤務先所属 (派遣先所属)	<input type="text"/>					
勤務先所在地 (派遣先所在地)	〒 <input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>					
ビル名	<input type="text"/>					
勤務先電話番号 (派遣先電話番号)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	※市外局番など - で分ける。
派遣元会社名 *派遣社員の場合のみ記入	<input type="text"/>					
自宅住所	〒 <input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>					
マンション・アパート名	<input type="text"/>					
自宅電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	※市外局番など - で分ける。 電話番号が記入できない場合は、 携帯電話番号を記入する。
教材・郵便物等の送付先	勤務先 <input type="checkbox"/>	自宅 <input type="checkbox"/>				
専門課程編入	※専門課程に編入する場合は、必ず該当箇所をチェックしてください。(注1)					
	医師 <input type="checkbox"/>	看護師 <input type="checkbox"/>	薬剤師 <input type="checkbox"/>			

- (注) (1) 専門課程への編入資格について  
 医師・看護師(准看護師除く)・薬剤師は、様式3  
 に記入し添付すること。  
 (2) 受講料の納入について  
 受講料の納入は「受講受理通知書」受領後すみやかに  
 納入すること。



- <受講生証用写真について>  
 受講生証(IDカード)を作成  
 のため左枠内に写真を貼付  
 してください。  
 写真貼付のない場合、受講  
 生証の発行は出来ません。  
 1. 縦4cm、横3cm  
 2. カラー写真  
 (白黒写真は不可)  
 3. 本人単身、胸から上  
 4. 裏面のりづけ

※診療情報管理士通信教育受講申込書、履歴書、医師・看護師・薬剤師の免許登録番号に記入された個人情報には以下の目的に使用します。  
 診療情報管理士通信教育入講および受講、受講中の連絡





## 診療情報管理士通信教育募集要項

### 診療情報管理士通信教育第75期生募集

#### 受講資格ならびに受講内容

##### 1. 受講資格

原則として2年制以上の短期大学または専門学校卒以上の学歴を有する者。

ただし、現在、病院に勤務している者は、当分の間、高卒者でもよい。

このうち一部病院勤務者でない者は後述の病院実習を必要とする場合がある（第7項参照のこと）。

##### 2. 専門課程編入資格

医師、看護師（准看護師を除く）、薬剤師

##### 3. 申込方法

- ・ 申込用紙 (社)日本病院会の指定用紙
- ・ 履歴書 (社)日本病院会の指定用紙
- ・ 申込締切日 第75期生の申込受付は、平成21年5月29日までとする。

##### 4. 実施要綱

- (1) 修業期間 基礎課程 1年 } 計2年  
                  専門課程 1年 }

受講期間は通算6年とする。

- (2) 受講者選考 書類審査

- (3) 受講料 2年間 200,000円  
(専門課程編入は100,000円)

※半期延長料(半年)は10,000円。

納入方法：入講時に基礎課程分 100,000円、2年目に専門課程分 100,000円をそれぞれ納入する。

※受講料は受講受理通知を受けてから納入のこと。既納の受講料は返却しない。

受理通知は、平成21年6月中旬頃発送します。

##### 5. 履修科目

<基礎課程(1年次)12科目・

各科目2単位24単位>

- ①医療概論
- ②人体構造・機能論
- ③臨床医学総論(先天性疾患、外因性傷病等含む)
- ④臨床医学各論Ⅰ(感染症および寄生虫症)
- ⑤臨床医学各論Ⅱ(新生物)
- ⑥臨床医学各論Ⅲ(血液・代謝・内分泌等)
- ⑦臨床医学各論Ⅳ(精神・脳神経・感覚器系等)
- ⑧臨床医学各論Ⅴ(循環器・呼吸器系)
- ⑨臨床医学各論Ⅵ(消化器・泌尿器系)
- ⑩臨床医学各論Ⅶ(周産期系)
- ⑪臨床医学各論Ⅷ(皮膚・筋骨格系)
- ⑫医学用語

<専門課程(2年次)9科目・24単位>

- ①医療管理総論 2単位
  - ②医療管理各論Ⅰ 2単位
  - ③医療管理各論Ⅱ 2単位
  - ④医療情報学 2単位
  - ⑤医療統計学 2単位
  - ⑥診療情報管理論Ⅰ 2単位
  - ⑦診療情報管理論Ⅱ 2単位
  - ⑧国際疾病分類概論 2単位
  - ⑨分類法 8単位
- ※病院実習(2週間)(7項参照)

##### 6. 単位取得方法

上記の基礎課程24単位、専門課程24単位の合計48単位を修得する。

- ①各テキストを読了し、自宅用レポート問題にて自習する。(一部提出有り)
- ②所定のスクーリングを出席する。
- ③試験(全科目)に合格する。(合格基準：各科目100点満点60点以上合格)

##### (1) 学習教材

学習スケジュールに従って配布される教科書およびレポートで自習する。自宅用レポートの解答は配付される。レポートによる自習を終え、提出用レポートを

作成し、期日（月報で通知）までに本会へ送付する。提出用レポートは採点され返送される。

### (2) スクーリング（対面授業）

スクーリングは年間2回北海道、宮城、東京、愛知、大阪、岡山、福岡（開催地の詳細は月報で通知）を中心に開催する。スクーリングは各課程を年2回程度に分け開催するので各自、計画的に該当科目を全て受講しなければならない。

※受講者数によって開催地の増減あり

### (3) 試験

試験は各課程の学年末から受験できる。基礎課程の受験は入講後1年、専門課程の受験は入講後2年を経過し受験する。受験には期日（月報で通知）までに(1)の提出用レポートを提出し、(2)のスクーリングの出席単位を取得しなければならない。ただし、作成していないとみなされるレポートの提出があった場合、レポートは採点が行われず返送され試験は受けられない。

試験は年2回（9月・12月を予定）行う（詳細は月報で通知）。

### (4) 合否判定

合否判定は(3)の試験結果に基づき診療情報管理士教育委員会において行う。

### (5) 診療情報管理士認定試験

日本病院会診療情報管理士通信教育の修了者は(社)日本病院会が実施する診療情報管理士認定試験を受験することができる。診療情報管理士認定試験は別に通知する。

## 7. 実習

1項の一部受講者は、(社)日本病院会指定の各地の病院において2週間の病院実習を行い履修証明書を提出する。ただし、当分の間、希望者のみとする。

## 8. 申込および問合せ

(社)日本病院会通信教育課

〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3

電話 (03) 5215-6647 (受講生専用)

### ◎診療情報管理士 (Health Information Manager)

診療情報管理士とは、診療記録および情報を適切に管理し、そこに含まれるデータを加工、分析、編集し活用することにより医療の安全管理、質の向上および病院の経営管理に寄与する専門的職業である。

米国では1932年にMedical Record Librarianとして発足し、現在は登録医療情報管理士R.H.I.A (Registered Health Information Administrator) という称号の専門職として養成されている。

わが国において、医療の質の向上につとめている病院にとって、診療記録に含まれているデータや情報は診療上からも研究上からも病院経営からも重要な記録で、これを病院の公式記録としてしっかり管理すべきであることは当然である。

(社)日本病院会は昭和47年から基礎課程、専門課程各1年(計2年)の通信教育により、診療録管理士の養成課程を開講し、2,231名を認定した。平成8年度には資格名称を診療情報管理士と変更して(財)医療研修推進財団と、平成15年度からは(社)全日本病院協会、(社)日本医療法人協会、(社)日本精神科病院協会が加わり四病院団体協議会で認定を行うこととなり、認定者合計16,747名を養成、認定している。

### ◎診療情報管理士の取得について

診療情報管理士通信教育全課程修了者は日本病院会が実施する診療情報管理士認定試験を受験することができる(年1回、2月実施予定)。認定試験合格者は、四病院団体協議会((社)日本病院会、(社)全日本病院協会、(社)日本医療法人協会、(社)日本精神科病院協会)および(財)医療研修推進財団の認定する「診療情報管理士」として登録する。

※(社)日本病院会では、診療情報管理士育成において大学、専門学校(3年制以上)を認定しており、該当する単位修得者は診療情報管理士認定試験を受験することができる。平成21年3月現在、指定大学は16大学、指定専門学校は42校。

理 事 長 殿  
病 院 長 殿  
事 務 長 殿

社団法人 日 本 病 院 会  
会 長 山 本 修 三  
診 療 情 報 管 理 士 教 育 委 員 会  
委 員 長 大 井 利 夫

## 社団法人日本病院会認定「DPCコース修了者」（仮称）通信教育 第 1 期生募集について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

本会諸事業については、格別のご協力、ご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本会診療情報管理士教育委員会では、病院におけるDPCの専門的な技術者を養成するため、「DPCコース」を設置することとなりました。

病院職員がDPC業務を担当するにあたり必要となるDPCの専門的なコーディング技術、データベースの構築方法、データ分析など具体的な手法を習得する 1 年間の通信教育です。

つきましては、第 1 回生を下記のとおり募集いたしたく、貴院におかれましては業務ご多忙のことと存じますが、職員の受講にご高配を賜りたくよろしくお願い申し上げます。

敬 具

記

1. 開 講 月 日 平成21年 7 月 1 日
2. 申 込 締 切 平成21年 5 月 31 日（必着）
3. 申 込 方 法 申込用紙に必要事項を記入し、下記まで郵送にてお申込み下さい。  
(社) 日本病院会 通信教育課 DPCコース係 宛  
〒102-8414  
東京都千代田区一番町13- 3  
お問合せ：TEL 03-3265-1281 FAX 03-3265-1282
4. 受 講 対 象 者 (1) 「診療情報管理士」の資格を有する者  
(2) 日本病院会診療情報管理士通信教育の修了者  
(3) 認定大学・認定専門学校で所定の単位を履修した卒業者  
ただし、(2)、(3)の者は「診療情報管理士」認定をもって「DPCコース修了者」認定となる。

5. 修業期間 1年間
6. 受講料 1年間30,000円（教材費、スクーリング参加費、認証料含む）  
・受講受理通知を受けてから納入のこと。（受理通知は6月中旬頃発送）  
・既納の受講料は返却できません。  
・分納はできません。  
※受講受付については、6月中旬頃発送予定の受理通知をご確認ください。8月に入り受理通知が届かない場合、日本病院会事務局までご連絡ください。
7. 募集定員 1,000人（スクーリング開催地別先着順）  
東京：500名  
大阪：300名  
福岡：200名
8. 認証名称 社団法人日本病院会認定「DPCコース修了者」

## < 教育概要 >

### 1. 研修科目

- (1) 診断群分類の基礎（DPC制度、診断群分類の仕組み）  
対面授業：3時間 自宅学習17時間
- (2) 診断群分類の実務（診療情報管理、コーディング、精度管理、実務）  
対面授業：3時間 自宅学習17時間
- (3) 診断群分類を活用した分析Ⅰ・Ⅱ  
（データ分析（分析の基礎、プロセス、マーケティング、コスト））  
対面授業：6時間 自宅学習34時間

### 2. 対面授業（スクーリング）

開催地：東京・大阪・福岡（開催予定を参照）

期間：2日間

### 3. 自宅学習

レポートによる自学習

### 4. 評価

レポートの提出による（翌年1月中旬頃提出）

以上

## < 平成21年度スクーリング会場および日程（予定） >

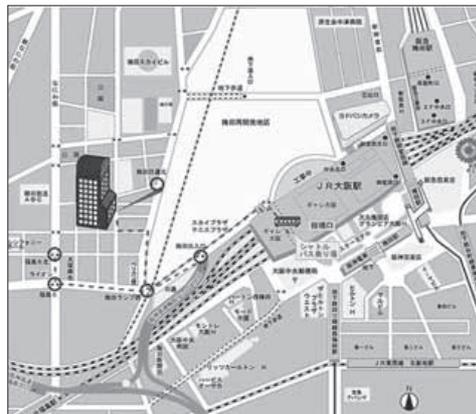
### （1）大阪開催

・平成21年9月25日（金）～26日（土）

会場：新梅田研修センター 本館・新館2F

住所：〒553-0003 大阪市福島区福島6-22-20

DPCコース会場地図

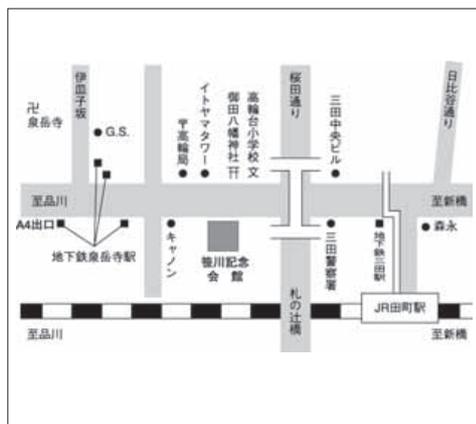


### （2）東京開催

・平成21年10月30日（金）～31日（土）

会場：笹川記念会館 2Fホール

住所：〒108-0073 東京都港区三田3-12-12



### （3）福岡開催

・平成21年11月23日（月）～24日（火）

会場：国立病院機構九州医療センター 3F講堂

住所：〒810-8563 福岡市中央区地行浜1-8-1



※時間割は、別途受講者に連絡します。

※会場および日程は、会場の都合によりやむを得ず変更する場合があります。受講が開始されますと、事務局より受講生へのお知らせをいたしますので必ずご確認ください。

社団法人日本病院会認定「DPCコース修了者」(仮称) 通信教育  
第1期生受講申込書

写真貼付

1. 縦4cm×横3cm
2. 本人単身、上半身  
正面脱帽のカラー  
写真(白黒は不可)
3. 裏面に氏名を記入

(平成21年 月 日)

(フリガナ)				東京・大阪・福岡 (参加する会場名に○印)
氏名	(印)			
勤務先				
勤務先住所	(〒 - )			
電話			e-mail	
自宅住所	(〒 - )			
マンション・アパート名				
電話			e-mail	
教材等の送付先 (どちらかに○印)	勤務先 ・ 自宅			
診療情報管理士 以外の医療に関 する免許・資格			診療情報管理士 職務歴	年
診療情報管理士 認定番号			通信教育修了者 受講番号	
最終学歴 (いずれかに○印)	高校・短大・大学	学校名		
	日本病院会認定 大学・専門学校	学校名		
	卒業年月日(西暦)	年 月 日		

※ご記入いただいた個人情報については、名簿の作成、資料の発送、その他「DPCコース修了者」に附帯する内容に限り使用いたします。

日病会発第3号  
平成21年4月1日

理事長 殿  
病院長 殿  
事務長 殿

社団法人 日本病院会  
会長 山本修  
病院経営管理士教育委員会  
委員長 小川嘉誉



## 病院経営管理士通信教育 第32回生募集について

拝啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

当会における通信教育受講生募集にあたりましては、毎回格別のご支援とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

昭和53年7月、2カ年間の事務長および病院経営管理者養成のための通信教育を設立し、32年目を迎え、毎年1月と7月に東京で開催される集中スクーリングでは著名な講師陣による教育指導を行い多くの優秀な受講生を送り出してまいりました。

この間、昨今の厳しい病院経営下に適応していくためカリキュラムを改定し、「事務長」のみならず職種を問わず広く病院経営管理に参画する者を対象とした教育を目指し、さらに、本年度よりカリキュラムを全面的に見直し実施していくこととなりました。

また、本年度より本通信教育の修了者には、日本病院会認定の「病院経営管理士」として資格を付与いたします。

つきましては、向学の志を持つ貴院の職員が受講されますようご高配賜りたくお願い申し上げます。

敬 具

記

1. 開講月日 平成21年7月1日
2. 締 切 平成21年5月31日（締切間際の申込は要連絡）
3. 申込方法 指定の申込用紙（別紙）、履歴書等に必要事項をご記入のうえ、  
社団法人日本病院会 通信教育課  
〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3 までお申込ください。
4. 修業期間 2カ年
5. 受講料 1カ年480,000円（但し前期・後期分納として、240,000円毎納入）

※ 本通信教育は、事務長養成課程から通算第32回、平成11年名称変更し、病院経営管理者として第11回となる。また、平成21年度より修了者に「病院経営管理士」として認定。

## ごあいさつ



社団法人日本病院会は、昭和23年(1948)に制定された医療法の精神を受け「病院の向上発展と使命の遂行を図り、社会福祉増進に寄与する」ことを目的として、昭和26年(1951)に発足しました。

当会の会員病院は開設形態を問わず、大学病院を含む公的・私的病院の開設者が加入しており、全国に占める割合は、病院数で約30%、病床数では約44%で国民の医療の確保に貢献させていただいています。

日本病院会の目指すものは、医の倫理の確立、病院医療の質の向上と安全確保、病院経営の健全化等であり、医療は国民のためにあるという姿勢の下に、医療制度改革や介護保険の問題にも提言を行い、国民が安心して良い医療を受けられる体制の確立を図る活動を行っております。

このための事業の一環として診療録管理士(現・診療情報管理士)の通信教育を昭和47年(1972)から開始し、続いて昭和53年(1978)より事務長ならびに事務長候補者を対象とした講座として「事務長養成課程通信教育」を開始しました。その後、事務長はもとより各部門で病院経営管理に携わる方を含めた、病院経営管理士の養成としての教育を継続して実施しています。

そして、30年を超えるこの教育により数多くの卒業生を輩出し、この方々が病院で活躍され病院経営の健全化、安定化へ尽力されています。

このような活動を通して、より一層研鑽し、国民より信頼される医療を確保する病院を目指して努力を重ねております。

社団法人日本病院会 第10代会長 山本修三



社会の進展、そして医学の進歩には目覚ましいものがあります。また、戦後のわが国の医療制度の変遷の中で、特に目覚ましい発展を遂げたのが病院医療です。

病院経営管理に関する業務は広範多岐にわたっており、単に病院長、事務長にとどまらず病院における各職種の管理者にとっても病院医療、経営管理、患者サービス等病院組織全体にわたる知識と総合的判断力が不可欠となっております。

日本病院会では、事務長の能力向上ならびに事務長候補者に対する教育体制の確立として昭和53年(1978)より「事務長養成課程通信教育」を開始しました。

その後の社会情勢・医療制度の変化に対応して、カリキュラムを改定し事務部門だけでなく医師、看護師、薬剤師などコ・メディカルを含め幅広く病院経営管理者の育成をすることとして現在に至っております。

開始以来、少人数制ではあるものの既に573名の卒業生がそれぞれの病院、施設等で習得された知識を発揮し活躍されています。

このたび通信教育により多くの科目とその内容を履修されたことは病院医療の発展に貢献することとして「病院経営管理士」資格を付与することとなりました。

また、急激な変貌を遂げる医療に対応するために教育内容を全面的に見直し、新しいカリキュラムとして実施してまいります。

病院経営全般を網羅した科目と著名な講師のご協力のもとに実施される通信教育をこの機会に多くの皆様にご協力賜ればと期待いたします。

社団法人日本病院会 常任理事  
病院経営管理士教育委員会 委員長 小川嘉誉

# 「病院経営管理士」通信教育とは

社会の進展、そして医学の進歩には目覚ましいものがあります。また、戦後のわが国の医療制度の変遷の中で、特に目覚ましい発展を遂げたのが病院医療です。そして、個人ではなく、専門医集団と看護師をはじめコ・メディカルなどの多数の病院人による組織として高度の医療提供が行われるようになってきました。これにより病院管理が非常に重要な要素となり、この良否が病院医療の質をも左右するまでになってきました。

また、事務長についても戦前の医療制度における単なる書記集団の長ではなく、専門職集団の中において病院管理全般に亘って、広く深い知識が要求されてくるようになりました。

このような状況を背景に日本病院会では、それぞれの病院の事務長の能力向上および事務長候補者に対する教育体制の確立が必要であるとして、昭和53年(1978年)より「事務長養成課程通信教育」を開始しました。

当初は事務長の職に就いておられる方、もしくは将来その病院での経営管理職のポストに就かれる方の、登竜門としての講座でしたが、その後の時代の変遷とともに、看護師、薬剤師、コ・メディカルの医療従事者も受講されるようになり、名称も「病院経営管理者養成課程」と改められました。

開始当初より、レポート・スクーリング・試験を柱に実施し、既に871名の受講生が在籍され、少人数制ではあるものの既に573名の卒業生がそれぞれの病院、施設等で習得された知識を発揮し活躍されています。

時は急速に変化し、昭和60年(1985年)には第一次医療法改正が行われ、続いて第二・第三・第四次医療法改正、そして、第五次医療法改正と次々と制度が変わってまいりました。

それらの環境の変化に対応すべく、カリキュラムの変更を行い、現在では、I. 医療関連科目(医療に関する知識)、II. 経営管理科目(経営管理についての知識)、III. 経営管理演習(経営手法)、IV. 特別講座、V. 卒業論文として、演習を含めて病院経営管理全般にわたって広く深い知識が履修できるよう編成しています。

そして、このたび本通信教育修了者には、日本病院会認定の「病院経営管理士」としての資格を付与することとなりました。

講師については第一線で活躍されている方のご協力と一部の科目では本講座を受講された卒業生が講師を務め、自分自身が講義を受けた経験を活かして、後輩受講生の指導にあたります。

2年間の通信教育は、自院での限られた人員のなかで、責任ある日常の仕事进行处理しながら、スクーリング、レポート提出、期末試験、卒論準備と人知れず自分との闘いの苦勞があります。しかしこの苦勞を分り合える同級生が存在しその絆は非常に力強く、切磋琢磨しながら新しい人脈の形成と、不撓不屈の精神を醸成していきます。卒業生たちは「病院経営管理者協議会」を組織し、定期的な機関誌の発行と、時局のテーマを演題に研修会を開催して、同窓生のブラッシュアップと、最新で最適な情報を発信し続けています。



認定証授与



認定式

# 多彩なカリキュラムと一流の講師陣

## 病院経営管理士通信教育科目

教科目	講師(敬称略)	単位	教科目	講師(敬称略)	単位
<b>I. 医療関連科目 (医療に関する知識)</b>					
1. 医学概論	星 和夫 (ベトレヘムの園病院 院長)	1	11. 病院施設・設備管理	小室 克夫 (聖路加国際病院 施設環境設備課マネージャー)	1
2. 診療部門管理	土井 章弘 (岡山旭東病院 院長)	1	12. 環境衛生管理	酢屋 コリ子 (北里大学病院事務部 元・環境整備課長)	1
3. 看護部門管理	鶴田 恵子 (日本赤十字社看護大学 教授)	1	13. 診療情報管理	鈴木 壯太郎 (藤沢市保健医療センター 顧問)	1
4. 薬剤部門管理	関口 久紀 (社団法人日本病院薬剤師会 専務理事)	1	14. 医療安全管理概論	橋本 迪生 (横浜市立大学医学部 教授)	1
5. 医療技術部門管理	木村 満 (青梅慶友病院 院長)	1	15. 病院建築論	長澤 泰 (工学院大学工学部建築学科 教授)	1
6. 医事・事務部門管理	中村 栄 (日本鋼管病院 医事部長)	1	16. 医事関連法規	西脇 正義 (埼玉県立循環器・呼吸器病センター 主査)	1
7. 病院人事・労務管理	佐合 茂樹 (木沢記念病院 病院長補佐)	1	17. 医事紛争	児玉 安司 (三宅坂総合法律事務所 弁護士)	1
8. 病院管理概論	小山 秀夫 (静岡県立大学大学院経営情報学部 教授)	1	18. 社会保障概論	藤井 良治 (千葉大学 名誉教授)	1
9. 栄養食事管理	中村 丁次 (神奈川県立保健福祉大学 教授)	1	19. 医療経済学	山内 一信 (藤田保健衛生大学 教授)	1
10. 病院物品管理	大石 洋司 (前・登米市病院事業管理者)	1	20. 医療・介護保険制度	大久保 一郎 (筑波大学社会医学系 教授)	1
合計					20

<b>II. 経営管理科目 (経営管理についての知識)</b>					
1. 組織管理論(1) 経営戦略と組織	明石 純 (流通科学大学サービス産業学部 教授)	2	5. マーケティング論(2) マーケティング戦略	島津 望 (上智大学総合人間科学部 教授)	2
2. 組織管理論(2) 組織行動と人的資源管理	明石 純 (流通科学大学サービス産業学部 教授)	2	6. 財務管理論(1) 基礎編	石尾 肇 (石尾公認会計士事務所 所長)	2
3. 統計概論	中村 洋一 (茨城県立医療大学保健医療学部 教授)	1	7. 財務管理論(2) 実務編	石井 孝宜 (石井公認会計士事務所 所長)	2
4. マーケティング論(1) マーケティング概論	島津 望 (上智大学総合人間科学部 教授)	2	8. 病院経営管理概論	正木 義博 (済生会横浜市東部病院 院長補佐)	2
合計					15

<b>III. 経営管理演習 (経営手法)</b>					
1. 組織管理演習(1)	明石 純 (流通科学大学サービス産業学部 教授)	1	4. マーケティング演習(2)	島津 望 (上智大学総合人間科学部 教授)	2
2. 組織管理演習(2)	明石 純 (流通科学大学サービス産業学部 教授)	1	5. 財務管理演習	石井 孝宜 (石井公認会計士事務所 所長)	2
3. マーケティング演習(1)	島津 望 (上智大学総合人間科学部 教授)	1	6. 病院経営管理演習	正木 義博 (済生会横浜市東部病院 院長補佐)	2
合計					9

<b>IV. 特別講座</b>					
1. 病院機能評価概論	大道 久 (日本大学医学部医療管理学教室 教授)	1	3. 医療(病院)情報システム管理	八幡 勝也 (産業医科大学 准教授)	1
2. 先端医療技術	藤正 巖 (政策研究院 アカデミックフェロー)	1	4. 特別講義 「医療の現状と将来的展望」	小川 嘉誉(病院経営管理士教育委員会委員長・日本病院会常任理事)	1
合計					4

<b>V. 卒業論文</b>					
卒論指導	星 和夫 (ベトレヘムの園病院 院長)		松峯 敬夫 (東峯婦人クリニック)		1
総計					49

※都合により変更となる場合があります。

# 充実した教育プログラム

## レポート

該当38科目のレポートを課題に沿って自学習し、期日までに仕上げます。内容については担当講師により評価され、受講生に返却します。

## スクーリング（面接授業）

1単位3時間の講義を48単位144時間、半期に1度6日間、東京においてスクーリングとしておこない出席単位を取得します。一方的な講義だけでなく演習を設け、事例を研究・検討し、発表・討論する講義も実施します。

## 試験

習得した知識を確認するため筆記試験を行い合格者に所定の単位が与えられます。

## 卒業論文

2年間の集大成として、日常業務における研究・調査報告、事例報告、また、各科目の講義等から「病院経営管理に関する事項」のテーマを選び提出し、評価されます。



## 受講の申し込みから卒業まで



※スケジュールは事情により変更になる場合があります。  
 詳細は受講生ご本人にお知らせいたします。  
 ※スクーリングは東京において6日間行われます。

## 病院経営管理士通信教育 第32回生受講申込書

このたび病院経営管理士通信教育を受講いたしたく、履歴書を添えて申し込みます。

平成 21 年 月 日

ふりがな 氏 名	⑩		
病 院 名 <small>(経営主体、種別、病床数)</small>	経営主体※1	種 別※2	病 床 数※3
役 職 名			
所 在 地	〒		
電話番号・FAX	TEL	FAX	
教材・連絡文 書等の送付先	〒		
	TEL E-Mail	FAX	
管 理 者 名	⑩理事長 ⑩病院長		

社団法人 日本病院会会長 殿

(注) (1) 上記該当欄に必要事項を記入のうえ、本紙を事務局まで郵送すること。(履歴書添付)

(2) 受講料は「受講受理通知」受領後すみやかに納入すること。

※1、※2 は以下から選択して記入すること。

経営主体※1：厚生労働省、(独)国立病院機構、国立大学病院、(独)労働者健康福祉機構、国・その他、都道府県、市町村、日赤、済生会、厚生連、全社連、厚生団、健保連、共済及連合、その他公的、公益法人、医療法人、学校法人、会社、その他法人、個人

種 別※2：一般、特定機能、地域医療支援、精神、結核、専門

病 床 数※3：許可病床数の合計数を記入

### 【募集要項】

#### ■受講資格

- (1) 施設等の長が適格と認められた者、また同等と認められる者。
- (2) 短大卒以上(ただし病院勤務者は当分の間高卒でもよい)

#### ■募集定員 50名(先着順)

#### ■申込方法

- (1) 申込用紙は本紙を使用のこと。
- (2) 履歴書は市販のものを使用、写真添付のこと。  
※申込用紙と履歴書に①学歴、②職歴、③病院勤務歴等を記入したものを当会事務局に郵送すること。

#### ■申込締切日 平成 21 年 5 月 31 日

#### ■実施要綱

- (1) 修業年限 2カ年
- (2) 受講者選考 書類審査
- (3) 受講料 1カ年 480,000円(1年を前期、後期の2回で240,000円ずつ分納)

※受講者選考後、該当者へ受講受理通知を送付する。

受講受理通知を受けてから、1年次前期分を指定口座に納入すること。ただし、既納の受講料は返却しない。

#### ■スクーリング(予定)

- (1) 開催地 東京
- (2) 会 場 アルカディア市ヶ谷(私学会館)  
東京都千代田区九段北 4-2-25  
電話 (03) 3261-9921
- (3) 期 日 平成 21 年 7 月 6 日(月)～7 月 11 日(土)

#### ■資 格

修了者は社団法人日本病院会認定の病院経営管理士として会に登録する。

#### ■申込及び問合わせ先

社団法人 日本病院会 通信教育課  
〒102-8414 東京都千代田区一番町 13-3  
電話 (03) 3265-1281/FAX (03) 3265-1282

(第1号様式)

## 社団法人 日本病院会 正会員入会申込書

社団法人日本病院会長 殿

私は貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

入会承認の上は、貴会の定款を遵守することを誓約いたします。

平成 年 月 日

〒

所在地

病院名

会員名 病院長又は医師  
である開設者等 役職名

印

申込取扱者氏名	印
職名	
電話	内線

平成 年 月 日

社団法人 日本病院会 会長 殿

住 所 〒  
会 員 名 会社・団体  
又は個人名



### 社団法人 日本病院会 賛助会員入会申込書

貴会の趣旨に賛同し賛助会員の A . B . C . D 会員として入会します。  
(該当する種類に丸印を付して下さい)

会 社 ・ 団 体 又 は 個 人 名	
代 表 者 名	(役職)
業 種	
住 所 電 話 番 号	〒
担 当 者 所 属 部 課 名 氏 名	
会 費 納 入 方 法	1. 郵便振替                      2. 銀行振込
紹 介 者	

## 本誌へのご寄稿のお願い

『日本病院会雑誌』では、親しみやすい誌面づくりに努めておりますが、その一環として、趣味に関する原稿、あるいは旅行記、エッセイ、俳句、短歌など、ほっとする内容の記事の掲載を企画しており、会員の皆さまのご応募をお待ちしています。

かつて「黄色いページ」として親しまれていましたページと同様とお考えいただければと思います。

**原稿**：字数の制限はありません。写真の掲載も可能です。

**募集期日**：随時受け付けています。

**謝礼**：掲載誌及び別刷り30部を贈呈し、謝礼とさせていただきます。

### ◆送り先・問い合わせ先

『日本病院会雑誌』 編集代行：植松 文子  
〒160-0015 東京都新宿区大京町31番地 御苑住宅1階 (有)木耀社  
電話 03-6666-4001 FAX 03-6666-4002  
(e-mail : uematsu @ m. email. ne. jp)

## 日本病院会雑誌

第56巻第4号 2009年4月1日発行（毎月1日発行）

頒価 1,200円（会員の購読料は会費の中に含まれます）

発行所 社団法人日本病院会

〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3

電話：03-3265-0077（代） FAX：03-3230-2898

<http://www.hospital.or.jp>

発行人 山本 修三

編集人 星 和夫

編集協力 (株)美和企画（東京都渋谷区南平台町12-6 電話：03-3496-6751（代））

印刷・製本 日本平版印刷（株）（東京都文京区小石川4-3-6）

本誌の転載・複写についてはあらかじめ許諾をお求めください。