

◎判型と表紙が変わりました

今号から、判型をA4判に変更、本文の文字もひと回り大きくして2色刷りとし、読みやすくしました。それに伴い表紙をカラーとし、春夏秋冬で刷り色を変えることにしています。鳥がくわえている葉は、従来の表紙にもあったヒポクラテスゆかりの西洋プラタナス（スズカケノキ）です。

巻頭言

新執行部の発足に当たって 山本 修三 3

グラフ

特定・特別医療法人 かりゆし会
ハートライフ病院 4

●病院長・幹部職員セミナー

「DPCと急性期病院の医療」 ●齊藤 寿一 12

●国際モダンホスピタルショウ2006・カンファレンス

トピック

「制度としての健診と健診ビジネス」 ●奥 真也 28

●第56回日本病院学会 推薦演題

- ・DPC時代におけるクリニカルパス ●安永 佳代子ほか 42
- ・退院時に摂食・嚥下障害が残る在宅復帰例 ●栗山 朋子ほか 46
- ・岡山旭東病院 経営循環サイクルについて ●諏訪 仁一ほか 49
- ・介護を要する患者の在宅調整のための新規指標【ザイタックス】の構築 ●宗像 倫子ほか 52
- ・インターネットVPNを利用した地域医療連携 ●中山 和則ほか 56
- ・栄養管理における地域連携をめざして一院内NSTから地域NSTへ ●下山 美子ほか 59
- ・人工呼吸器回路の統一化（第2報） ●山本 桂ほか 62
- ・セルフメディケーション外来の取り組み ●日垣 直子ほか 66
- ・認知症患者に対するスウェーデン式排泄ケアの効果 ●三石 理恵ほか 69
- ・DPC導入後の病床利用率維持と病床再配分計画 ●長嶺 満利子ほか 73

【資料 保険教室】

医師のための保険診療手引き〔第20版〕 ●総合病院国保旭中央病院 77

連載・医学史の旅 イタリア⑨【フィレンツェ】 ●星 和夫 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 ●村上 美好 107

一番町だより 平成18年度 第10回定例常任理事会・第3回定例理事会合同会議 議事抄録
(平成19年1月15日) ●111

お知らせ 平成19年度 日本病院会の関連学会等 ●118



新執行部の発足に 当たって

この3月31日で役員が任期満了となるため、3月24日の役員会、代議員会で次期（本年4月から3年間）新役員の選出が行われた。今回、理事立候補者は所定の数に収まり、新代議員会での選挙はなく、理事が選出された。役員について定年制を敷いたこともあり、新理事は66人中28人が新人理事となった。この新理事会により会長、副会長、常任理事の選出が行われ、平成19年4月からの新執行部が選出された。私は新理事全員一致で会長として再選され、大変光栄なことと思う一方で、この難しい時期に日本病院会の会長としての責任の重さをかみしめているところである。副会長は、会長一任ということで私的病院から、池澤康郎（再任）、佐藤眞杉（再任）、堺常雄（新任、総合聖隷浜松病院）、公的病院から大井利夫（再任）、村上信乃（再任）、宮崎忠昭（新任、長野赤十字病院）の6氏が選任された。武田隆男（私的）、奈良昌治（公的）のお2人の先生は副会長を辞任された。今回、ご退任された役員の皆様に対し、これまで日本病院会に貢献された功績を称え、深く感謝申し上げる次第である。

新執行部のマニフェストは、早急に会長、副会長で検討立案し、4月の役員会に諮られる。今、われわれが取り組むべき課題は、病院医療の再生と地域医療の確保に尽きると考えている。病院が抱える具体的な課題は沢山あるが、いずれの課題も病院医療の再生につながる視点で捉え、早急かつ重点的に取り組む必要がある。国民が必要と

する医療を確実に提供するためには、人も足りない、医療費も少ないという状況を放置しておくわけにはいかない。この現状に対し、さらに医療抑制政策をとるならば、日本の医療は十分な機能を果たすことができずに、国民皆保険制度に基づく国民の医療に大きな影響が出ることは免れ得ない。医師、看護師等の確保と医療費の財源確保は喫緊の最重要課題である。

病院医療再生のために、各病院団体、特に日本病院団体協議会に参加している病院団体は、それぞれの団体の損得を捨てて、国民のための病院医療、医学・医療の進歩が患者に適切に還元される医療を提供できる環境の確保に一致して動かなければ、明日の病院はないと考えている。日本病院会は、「行くに^{こみち}徑に由らず」という姿勢で、社会共通資本としての医療を、国民皆保険制度という皆で助け合う医療システムで正常に機能させ、病院医療の質と経営が確保される仕組みをつくるのが、国民のためになるという確信の下で活動を展開してゆきたい。

この4月から、雑誌編集委員皆様のおかげで、日病雑誌もA4判に一新され、内容も一層充実されることが期待される。新執行部も前執行部の3年間の実績を引き継ぎ、この困難な時代に新たな展開を求めて動きださなければならない。会員皆様のご理解、ご支援とともに一緒に行動していただきたいと願っている。

特定・特別医療法人 かりゆし会 ハートライフ病院

ハートライフ病院は、「心と心をつなぐ信頼される医療」をめざし、沖縄本島中部東海岸の中城村に昭和63年8月に設立。保健と医療を中心に、診療所や介護・福祉施設との連携を密にした地域完結型医療を展開しています。19の標榜診療科のほかに専門外来として、生活習慣病・禁煙外来、睡眠時無呼吸外来、胸やけ外来、腎・リウマチ・膠原病外来、肝臓外来、漢方外来を開設し、充実した診療を提供しています。

施設ハード面においてもICU/CCU・無菌室（幹細胞移植）・シネアングロ・IABP・64列マルチヘリカルCT・MRI・RI・マイクロサージャリー・体外衝撃波結石破碎装置（ESWL）・内視鏡的手術など、最新の設備と医療機器を設置、疾病の予防からプライマリケア、救急医療など地域医療の一翼を担っています。平成19年4月には、地域医療支援病院の申請を予定しています。

また、氷蓄熱式空調や中水道による水の再利用を導入し環境にやさしい施設となっています。

■本館



■病院の全景





■ 外来ホール



■ 東から見た航空写真

沖縄の深い緑を背に、美しい海を望む豊かな環境に建つハートライフ病院。すべての空間が広々とし

て落ち着いた設計となっており、癒しの心が院内の隅々にまで行き渡っています。

■ ハートライフ病院の沿革

昭和63年 (8月22日) 医療法人かりゆし会ハートライフ病院開院 (157床)
 (12月) 増床 (300床) の認可を受ける
 昭和64/平成1年 (9月) 救急指定病院認可
 平成2年 (12月) 新館建設・旧館改築工事完成 (ベッド数300床)
 5年 ICUオープン
 政府管掌健康保険成人病予防健診指定医療機関承認
 8年 内視鏡センターオープン
 10年 「開放型病院」施設基準承認 (300床中22床)
 10周年記念「病院祭」10周年記念シンポジウム (於：沖縄コンベンションホール) ～長寿社会とハートライフ～
 11年 理事長 安里 哲好就任
 病院機能評価 一般病院 (B) 認定
 12年 診療録開示スタート

平成12年 院長 安里 哲好就任
 13年 糖尿病センター開設
 14年 南部地区「小児科救急当直輪番制」受入
 「特定集中治療室」6床認可
 16年 「臨床研修医制度」スタート 3名採用
 透析室拡張
 DPC調査協力病院
 17年 沖縄赤十字大会 有功労賞受賞
 禁煙分煙認定基準2A認定
 医療法人かりゆし会から、特定医療法人かりゆし会として認定
 救急センター拡張工事完成
 特定医療法人かりゆし会から、特定・特別医療法人かりゆし会として認定
 18年 頭頸部腫瘍センター開設
 悪性腫瘍相談支援センター開設



■ 救急センター内部



■ ICU



■ 移植手術可能なバイオクリーンシステム手術室

沖縄県中南部東海岸の地域中核病院として最新の医療機器を備え、質の高い急性期医療を提供しています。また、地域の救急病院として、24時間二次救急医療を担っています。



■ 人工透析室



人工透析



■ 透析を受ける患者さんの休憩室

最新の 医療機器 と設備

■MRI (磁気共鳴画像診断)



■64列マルチヘリカルCTでの検査



■RI検査 (シンチグラム)

■マンモグラフィ



■血管造影





見舞いの方とゆっくり会話を楽しめるように、いすやソファを配置した特別病室。そのほか、シャワー、トイレ、ロッカー、電話、テレビ、冷蔵庫が備えられています。

病棟

病室は基本的に個室になっています（無料個室177床・有料個室55床）。患者さまのプライバシーを守り、快適な環境で療養に専念していただきたいとの思いからです。



明るく広々とした一般病室。トイレ、電話、テレビが備わっています。

ナースセンター



ゆっくりくつろげる雰囲気ツインルーム



予防医学センター

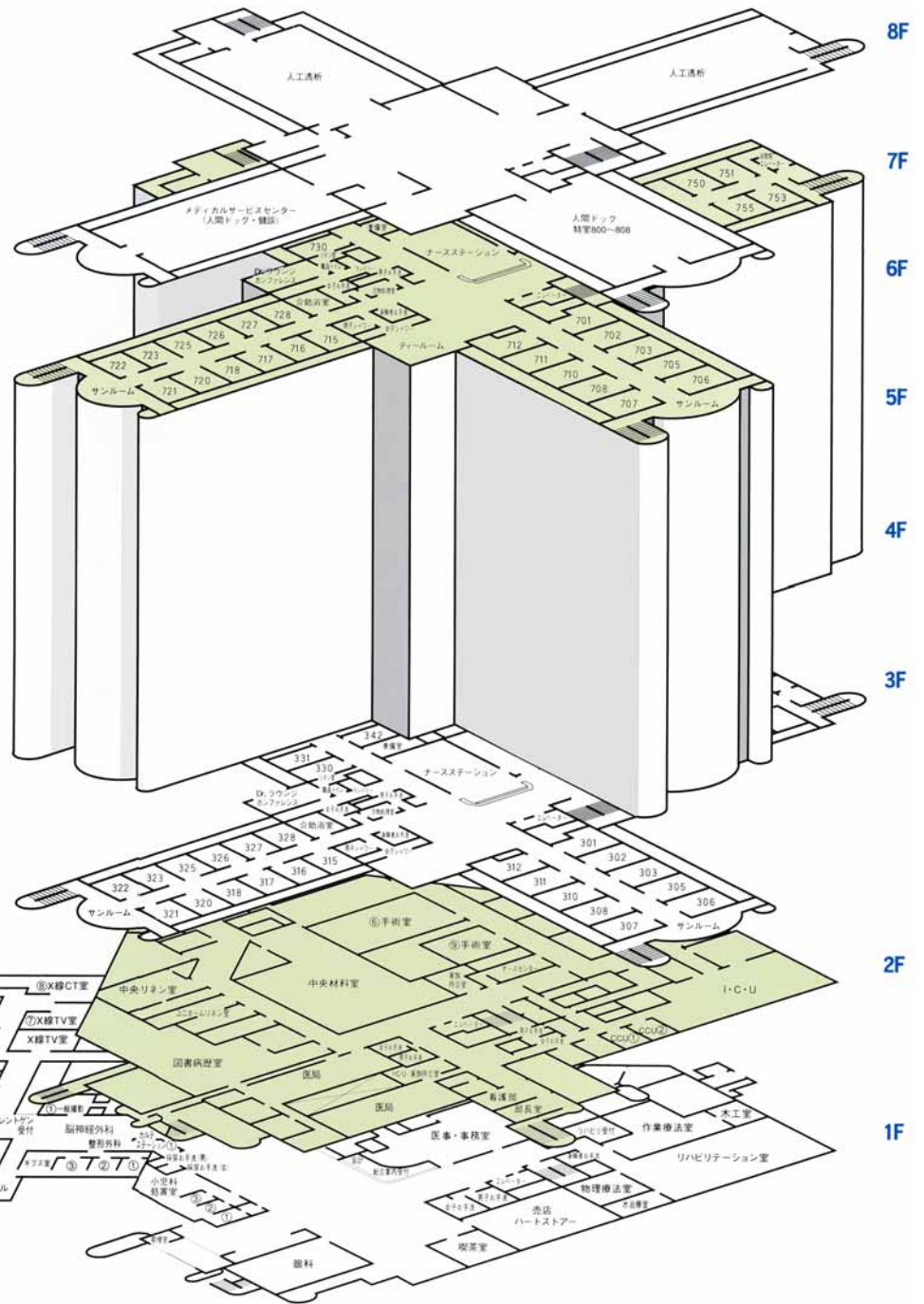
8階の予防医学センターでは、人間ドックや健診を行っています。人間ドックはホテル並みの宿泊空間を提供。専用フロア内で、検査から宿泊まですべてを済ませることができます。

眼下に海が広がる豪華なサニールーム。ここで食事をとることにしています。



病院内配置図

9F 人間ドック 健診 検査科 ホール 内視鏡センター



氷蓄熱式空調



中水道

深夜電力を利用した空調設備と水資源を再利用している省エネルギータイプの病院です。

特定・特別医療法人 かりゆし会 ハートライフ病院

- 病院の理念
- わたくしたちは
 - 心と心をつなぐ
 - 信頼される医療をめざします。
- 基本方針
- 急性期医療（質の高いチーム医療）
 - 地域完結型医療（地域保健・医療・福祉施設との連携）
 - 救急医療（24時間二次救急）
 - がんの予防治療をもって沖縄県民に貢献する
 - 研修教育病院
 - 健全な医療経営

病院の概要

- **開設者** 特定・特別医療法人 かりゆし会
- **所在地** 〒901-2417 沖縄県中頭郡中城村字伊集208番地
- **電話** TEL 098-895-3255
FAX 098-895-2534
- **ホームページ** <http://www.heartlife.or.jp/>
- **理事長** 安里 哲好
- **院長** 奥島 憲彦
- **標榜診療科** <19科> 内科 呼吸器科 消化器科 循環器科 リウマチ科 小児科 外科 整形外科 脳神経外科 呼吸器外科 皮膚科 泌尿器科 肛門科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 放射線科 麻酔科 リハビリテーション科
- **センター・部門等** 救急総合診療部 頭頸部腫瘍センター 悪性腫瘍相談支援センター 内視鏡センター 糖尿病センター 血液浄化部 予防医学センター（人間ドック）
- **病床数** 許可ベッド数300床（ICU 6床, CCU 2床, HCU 25床, 無菌室 2床）
- **職員数** 医師57人 看護師238人 その他333人 合計628人（平成19年1月1日現在）
- **建物概要** 敷地面積：19,474.80㎡ 建築面積：7,231.56㎡ 延床面積：28,701.22㎡
鉄筋コンクリート造り 地上9階地下1階
- **診療データ** 平均在院日数：15.8日 1日平均入院患者数：274.2人 1日平均外来患者数：515.8人
年間分娩件数：248件 剖検件数：13件 臨床病理研究会（CPC）の実施状況：6回
1日平均救急外来患者数：45人 1日平均救急車搬送患者数：6人
- **病院機能認定** （財）日本医療機能評価機構 一般病院 認定第GB97-2号 認定期間：2004年2月15日～2009年2月14日
- **その他** 医師臨床研修指定病院（管理型） 厚生労働省発医政第1030005号
開放型病院（開放病床22床）

DPC と急性期病院の医療

社会保険中央総合病院 院長

齊藤 寿一

病院長・幹部職員セミナー

DPC と急性期病院の医療

座長 皆さまご承知のように、2003年度から特定機能病院82施設がDPCに入りました。2005年までDPC試行的適用病院と呼ばれておりました社会保険病院あるいは民間病院などの62施設が2005年7月から10月までの間データを提示しまして、調査協力病院というかたちで参加しておりました228施設のうちから包括払いを希望した216施設、合わせて360施設で現在DPCが実施されております。特に4月にはこの調査協力病院から51病院、5月に24病院、6月に64病院、7月に77病院が参加しまして、それが一斉に出そろったわけです。また皆さまご承知のように5月の末から6月の初めにかけて、次年度の調査希望をなさる病院ということで、手挙げを要請しましたところ、正式にはまだ発表されておられません300を超える病院が声を上げられたという報告があります。今日お集まりの皆さま方も以上のどれかに属するわけです。齊藤寿一先生にはこの3つのグループにとってもご満足いけるお話を頂けるのではないかと考えております。

簡単に齊藤寿一先生のご経歴をご紹介します。先生は東京大学をご卒業になりましたあと、米国ボストンのタフツ大学、クリーブランドのウエスタンリザーブ大学に留学されました。その後、自治医大に帰られて、内分泌代謝学教室の助教授、教授を経られて、平成13年から現在の社会保険中央総合病院の院長にご就任されております。この間、厚生労働省のいろいろなお仕事をされたご縁もありますし、現在、日本病院会の常任理事をお務めで、しかも日本病院団体協議会の実務者会議の委員長をされておられました。私の記憶では、ちょうど昨年、各病院団体から500に近いいろいろな

座長： 済生会中津医療福祉センター 総長／日本病院会 理事
齊藤 洋一

要望があったものを先生を中心に13にまとめまして、これを厚生労働省への要望として出して、今回の4月の改定の中身に大きくつながっていることをご紹介しておきたいと思います。

齊藤先生も関岡先生と同じように大変能弁ですので、皆さまお聞き逃しのないように耳を傾けてお聞きいただきたいと思います。よろしく申し上げます。

齊藤 皆さまこんにちは。また齊藤先生にはご丁寧なご紹介、ありがとうございます。そしてこの講演の機会を与えてくださいました当セミナーの実行委員長の佐藤先生、それから日本病院会の山本会長には厚くお礼を申しあげたいと思います。

私どもの病院、社会保険中央総合病院はちょうど2年前、平成16(2004)年7月からDPCを導入いたしました。またそれに先立つ約1年前から、私は厚生労働省の中医協の下にあります診療報酬調査専門組織のDPC分科会の委員をして、この仕組みづくりにいろいろお手伝いさせていただきました。そういうことでDPCについていろいろ考えたり経験することが出てまいりましたので、この機会に先生方にその一端をご紹介申しあげて、お役に立てればと考えているところです。

■ DPC とは

(スライド1) DPCは、Diagnosis Procedure Combination(診断ともろもろの医療処置の組み合わせ)の略称ですが、診断群分類に基づいて急性期医療を包括的に評価する、というのがこのDPCの基本的な言葉の意味です。では、包括的に何を評価するのかということになりますと、主として3つのことが評価されると、私は考えております。1つは、診療報酬を決定

するための評価。これが私ども病院にとっていちばん切実なことで、急性期の入院医療が、DPCに参加した医療機関では診療報酬が包括的に評価されて支払われるということです。2つ目は、病院医療の経営指標がいろいろと分かるようになってくるといったことがあります。いわゆるベンチマークといわれるものです。そしてこれは、患者、それからとりわけそのかかりつけ医が病院のアウトカムを評価しやすくなるということで、終局的には3つ目の、病院医療のアウトカムを評価することにもつながると私は理解しております。

● DPCを貫く精神

(スライド2) DPCを貫く精神はどういうものかということですが、DPCを導入した病院は「結果責任」を負うこととなります。患者さんはどなたでも「早く良くなって、早く退院したい」、そういう希望を持つわけですが、その希望に結果として応えられる病院が最も報われる、診療報酬上でも良い結果を得ることになるというのがDPCの精神だと私は思っております。

今まで診療報酬は、どういう検査をいくつしたか、何の薬をどれだけ使ったかという個別の要素で評価され報酬も付いたわけですが、全体として病院医療が評価されますので、“木”の評価ではなくて“森”の評価になる。そのように発想を転換する必要があると思います。

患者さんの希望を達成するために、より良い医療を提供することが必要ですが、そのために「医療の質」が問われます。その質を支えるものは知識であり、いろいろな手術を含めた検査等の技術であり、特にDPCで重要なのは吟味し抜いて厳選して最も適切な医療を提供する、そういう病院の体質であると思います。吟味して厳選しませんが、無差別にたくさん医療資源を投入しますと、これは病院経営をみるみる圧迫することになります。そういう点で本当に大事なものは何なのかを吟味しながら、いわゆるエビデンスが求められますし、それからクリティカルパスが活用され、そして病院としてはチーム医療を駆使していくことになります。

新しい役割を取るようになるのが“かかりつけ医”です。つまり病院の周辺の開業医の方の評価が大変重要になってきます。患者や家族がどのくらい満足しているか。あるいは説明や情報の開示を、患者やかかりつけ医のニーズに基づいてどのくらい適切に行えるかが問われてくることとなります。

それらが非常にうまくいきますと、病院の経営指標

DPCとは

DPC (Diagnosis Procedure Combination)
診断群分類に基づく急性期医療の包括的評価

- (1) 診療報酬決定のための評価
- (2) 病院医療の経営指標の評価
- (3) 病院医療アウトカムの評価

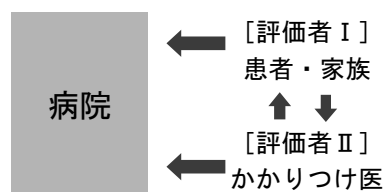
スライド1

DPCを貫く精神

- (1) 「早く良くなって、早く退院したい」という患者の希望に応える：結果責任
- (2) 医療要素個別評価からの脱却：“木から森へ”
- (3) 希望達成のための医療を提供する：
「医療の質」——知識・技術・吟味 →
EBM、パス、チーム医療の駆使
- (4) 患者・家族と“かかりつけ医”の満足度達成：説明・開示に基づく評価
- (5) 病院経営指標の向上

スライド2

DPCを支える評価構造： 情報の非対称性からの脱却



スライド3

は向上することになります。

● DPCを支える評価の構造

(スライド3) 従来、病院の医療は、医療の市場原理や競争原理が作動しにくい大きな理由の1つとして、情報の非対称性というものがあるが、病院側あるいは医療者はたくさん情報を持っているが、患者や家族はその中身が分からないから市場原理は機能しないのだといわれていたのですが、これからは評価者としてかかりつけ医という医療の専門家が病院のこまかい事情をよく理解するようになってくると思います。その結果、例えばどこの病院にどのような優秀な先生が来られたとか、どのような優秀な機械が導入されたということ

は、場合によると病院長よりも周辺のかかりつけ医のほうがよく知っているということにもなりかねませんし、かかりつけ医の意見はたちまち医師会での評価になるというかたちがDPCによって展開することになるだろうと理解しております。

●我が国の急性期病院での包括評価の歩み

(スライド4) 包括医療は我が国でどのような歴史を持っているのかをちょっと振り返ってみますと、平成10(1998)年から始まっております。その時は「DRG/PPS」という名前で、これは基本的には1入院当たりの急性期入院医療を包括的に評価するというものでした。その後のDPCは1日当たりの包括評価になります。包括医療の究極のかたちはDRGだとされておりますが、試行的に国立病院8病院と社会保険病院2病院でこれが展開されました。その後DRGを少し出来高に近いかたちに修正した日本独特の包括支払い方式「DPC」が平成15年に導入されてきて、これが大学

病院を主とする、いわゆる特定機能病院82病院を対象にして行われて、同時にその後の参入を目指す20病院が調査協力病院としてここに参加したわけです。平成16年になりますと、対象病院は82病院のままですが、試行的適用病院が62に増えました。このなかに私どもも含めて多くの社会保険病院(25病院)が試行的適用病院という名称で参加し、またここで将来の参加を目指して60病院が調査協力病院になりました。試行的適用とは言っても、やっていることは対象病院と全く変わりません。平成17年度になりますと調査協力病院は228病院に増えました。今年(2006年)の4月から今年度予定を確定された対象病院は全国で360病院と大変増えておまして、保健局医療課の担当官もその激増ぶりにむしろ驚いて喜んでいるという状況があります。それから準備病院は現在まで365病院がすでに手挙げしているということです。そういうことで、近々、おそらく700から800近い病院がこのDPCに参入することになるだろうという想定であり、この準備病院の激増ぶりもやはり厚生労働省自身驚いているという状況です。

■包括評価の算定

●包括評価の対象範囲と出来高評価の対象範囲

(スライド5) 病院医療のすべてが包括評価の対象になるわけではありません。包括評価されるのはまず入院基本料、それから検査の大部分で、内視鏡や病理診断等はそこから外されます。それから画像診断の大部分ですが、選択的動脈造影カテーテル手技といったこまかいもの、それから画像診断の管理加算などは包括評価から外されます。いわゆるホスピタルフィーといわれているものが包括評価に近く、ドクターフィーといわれる医師の個人技に依存しているような部分はかなり出来高に多く振られております。それから投薬と注射はすべて包括です。それから1,000点以下の処置はいずれも包括されてまいります。

一方、出来高の主体を占めるのは手術と麻酔、ここがおそらくドクターフィーの中核であろうと思いますが、そのほか放射線治療、医学管理料、それから1,000点以上になるいろいろ複雑な処置、リハビリテーション、精神科専門療法、内視鏡検査等が出来高になってくるといって、今後これらの出来高のどの部分をどういうふうに包括化していくのかが、この制度の1つの問題点であろうと思います。

我が国の急性期病院での包括医療

開始年	急性期包括医療	実施医療機関	施設数
平成10年～	DRG/PPS	国立病院 社会保険病院	8 2
15年～	DPC	対象病院 調査協力病院	82 20
16年～	DPC	対象病院 試行的適用病院 調査協力病院	82 62 60
17年～	DPC	対象病院 試行的適用病院 調査協力病院	82 62 228
18年～	DPC	対象病院 準備病院	360 予定

スライド4

急性期入院医療の包括評価の算定

包括評価

入院基本料
検査(内視鏡検査、病理診断、病理学的検査判断等を除く)
画像診断(画像診断管理加算、選択的動脈造影カテーテル手技を除く)
投薬
注射
処置(基本点数1,000点以上を除く)

出来高評価

手術・麻酔
放射線治療
医学管理(手術前医学管理料、手術後医学管理料を除く)
基本点数1,000点以上の処置
リハビリテーション(薬剤料を除く)
精神科専門療法(薬剤料を除く)
内視鏡検査等 等

スライド5

■診断群分類

●診断群分類——その視点は

(スライド6) 私は診療報酬調査専門組織で診断群分類の担当をさせていただきました。診断群分類はDPCの基本を成すわけですが、どういう視点で疾病を分類するのかということがあります。

まず医療資源の同等性が担保されているもの。ここで言う医療資源とは、その疾患の在院日数と、包括範囲点数つまりどのくらい点数が付くかということで、横軸に在院日数を、縦軸に包括点数を取りますと、多くの病院から寄せられたデータをプロットしますと1つの島のようになるとまとまってくるわけです。そのようなグルーピングが行われるものを1つの診断群と見なしましょうということで、指標は在院日数と包括点数です。それから、やはり臨床的にある程度似ていないと診断群分類になりませんので、教科書的に見ても、臨床的な観点からも、問題や違和感が少ないこと。それからあまり複雑であっては臨床現場が負担を増しますので、コーディングに際してはできるだけ簡素であるべきであること。それから制度の運用上も問題が少ないこと。この4つを基本として、診断群分類を進めました。

●DPCの疾患数と診断群分類数

(スライド7) 平成15年には疾患数575で、それをさらにこまかく診断群で分類しますと2,552であったのですが、もれが多いというご意見があって、それがいったん3,074に増えたのですが、今年4月からの診療報酬改定で再び整理されまして、おそらく現実的に問題

診断群分類の根拠

- (1) 医療資源同等性が担保されている。医療資源（在院日数、包括範囲点数）の投入量が適切にグルーピングされている。
- (2) 臨床的類似性が担保されている。臨床的な観点から問題・違和感が少ない。
- (3) 分類は可能な限り簡素であり、分類のコーディングに際して、臨床現場の負担が少ない。
- (4) 制度運用上の問題が少ない。

スライド6

DPCの疾患数と診断群分類数

	平成15年	平成16年	平成18年
疾患数	575	591	520
診断群分類数	2,552	3,074	2,388

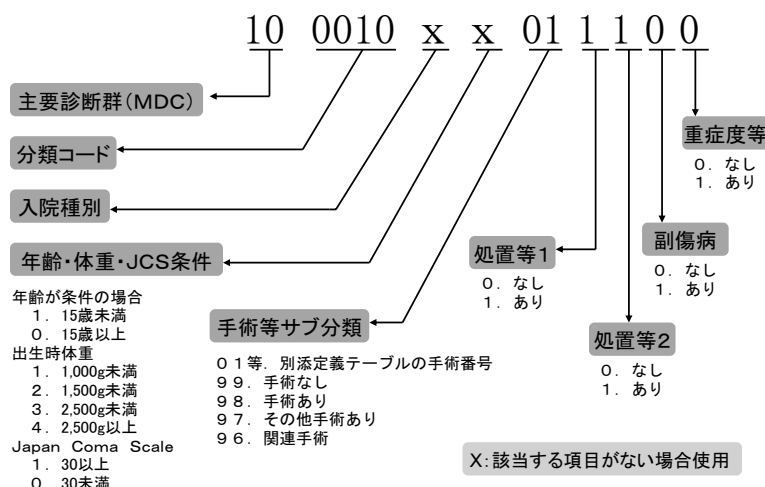
スライド7

が少ないだろうという2,388診断群に分類されたという経緯があります。

(スライド8) 診断群は演算をすべてコンピュータでやることとなりますので、14桁のコードでその構成を示し、この14桁の数字を見ると、どういう患者さんかということがかなりこまかく分かるような仕組みとなっています。16くらいが主要診断群ですが、そのなかでこまかく分類コードが付けられます。入院種別ところは昨年度まで検査入院とか教育入院が入って0, 1で示していたのですが、今年度からは教育入院、

検査入院がなくなりましたのでこの部分はxになります。そのほかに年齢・体重、それから意識状態の指標を入れまして、また手術等のいろいろなサブ分類を加え、また処置について軽いもの、あるいはこまかいものなど、0か1でなしありを加え、そのほかに副傷病としてどういう合併症があるかがこの14桁の診断群分類コードから分かります。ほとんどすべての疾患がかなりまとまって群として整えられることが、厚生労働省が集めた82特定機能病院のデータなどから明らかになりましたので、このような14桁の数字で疾病

診断群分類コード14桁の構成内訳

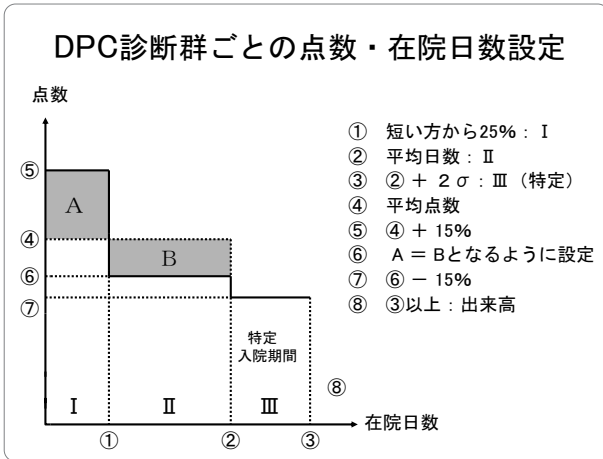


スライド8

を示すということになりました。

■ DPCの診療報酬の決まり方

(スライド9) もう1つ大変大事なことは診療報酬の点数がどういうふう決められてくるかということです。在院日数と点数の2つの指標がありまして、ま



スライド9

DPC対象病院の平均在院日数と病床利用率：地域と病院特性による差

平均在院日数 (日)	14年度*	15年度	16年度
A大学病院	22.4	21.0	20.5
B大学病院	23.4	21.1	18.3

病床利用率 (%)	14年度*	15年度	16年度
A大学病院	88.1	82.1	79.1
B大学病院	90.6	88.9	90.5

* DPC前(診調組)

スライド10

特定機能病院でのDPC導入前後の平均在院日数と病床利用率

地域	施設	日数：前	日数：後	率：前	率：後
北海道・東北	9	23.7	21.0	85.9	81.0
関東	25	19.1	17.5	86.6	86.8
中部・甲信越	14	22.6	19.7	83.5	79.4
近畿	13	22.9	20.3	84.8	82.6
中国・四国	10	22.6	20.2	83.5	82.5
九州・沖縄	11	23.2	21.1	84.4	83.9
合計	82	21.2	19.1	84.8	83.6

(診調組)

スライド11

ず第I時期はその疾患群をすべて並べて、短い在院日数のほうは、上から25パーセントのところをIとして、大変短い入院で早く退院できたというご褒美をあげるべき取り扱いということになります。それから平均の日数、その疾患群の平均のところですが、そこまでがIIになりまして、それから平均から2標準偏差伸びるところがIIIになります。

診療報酬のほうは、これは出来高の点数で算定したのですが、平均が置かれまして、Iの部分には平均に対して15%加算する。これは大変大きいわけですが、ボーナスということになります。Bのところはこの平均から少し差し引かれます。どれほど差し引かれるかということ、図の中のAに付けたボーナスと同じ面積になるように、つまりIIの期間になってしまったときは、この診療報酬と同じ額をこちら(B)に移します。その次はさらに下がってまいりまして、⑦のところになりますと平均から15%差し引くようになり、下げてくるわけです。そしてその期間がさらに長引いて平均から2標準偏差を超えるようになりますと、在院日数が伸びたときにはもうこれ以上は包括点数は付けません。出来高で支払います。

そういう構造になっているわけです。このように、早く退院することが診療報酬を支えるということが明らかです。

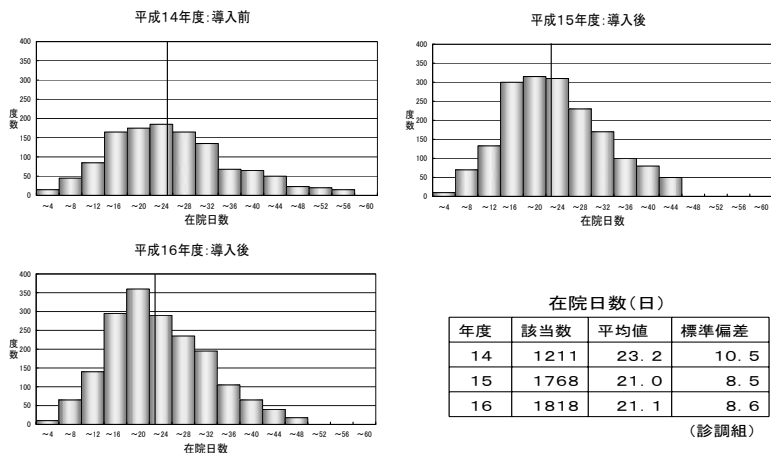
■ DPC導入前後で病床利用の変化は

(スライド10) そういう状況を受けまして、いろいろな医療機関がどういう反応を示したかということを見ますと、どこでも平均在院日数は短くなります。A大学病院では導入前が22日だったものが、平成16年度には20日になりましたし、B大学病院では23日だったものが18日になりました。そのときには必ず病床利用率が低下してくるわけです。その反応が地域によってかなり違う。それが病院の経営をかなり動かす要因になると考えています。A大学病院では2日短くなったただけですが、病床利用率は88%あったのが79%になって10%近く下がってしまった。B大学病院では約5日平均在院日数が短くなっているのですが、病床利用率は90%で全く変わらないのです。こういう状況で、明らかにB大学病院は良い経営状態にできますし、A大学病院は経営的には厳しいのではないかと考えられるわけです。

(スライド11) これを地域的に見ますと、やはり地域差がかなりありまして、例えば北海道・東北地区で

在院日数の変化：症例別

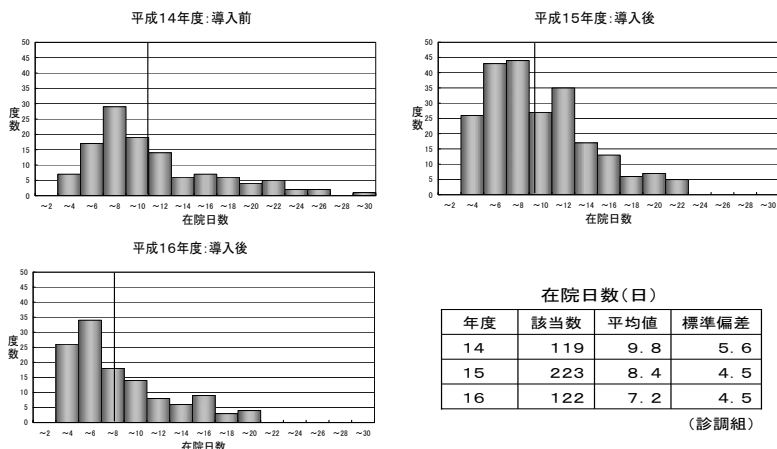
1000703x99x1xx 2型糖尿病（糖尿病性ケトアシドーシスを除く。）
手術なし 手術・処置等2あり



スライド12

在院日数の変化：症例別

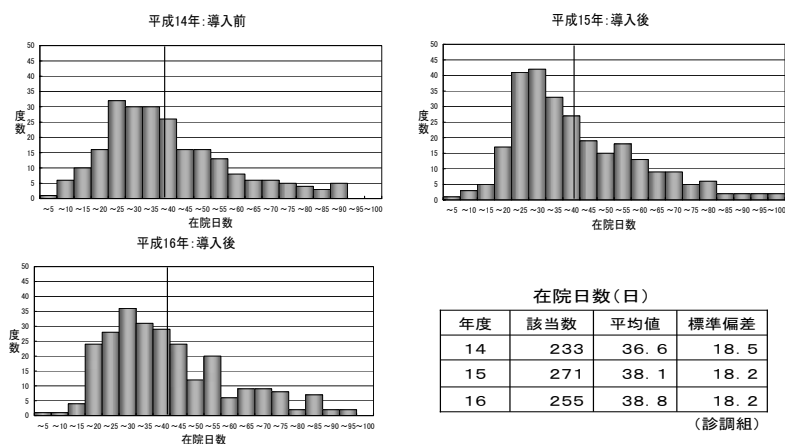
0201103x02x0xx 白内障、水晶体の疾患
白内障手術 手術・処置等2なし



スライド13

在院日数の変化：症例別

0100203002xxxx くも膜下出血、破裂脳動脈瘤（JCS3未満）
脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）等



スライド14

は1日半くらいの平均在院日数の短縮ですが、病床利用率は5%くらい下がってしまうわけです。それに対して、関東地区では2日程度の短縮ですが、病床利用率はむしろ増えているという状況で、地域性がいろいろあります。

● 疾病別で見る変化の有無

(スライド12) 疾病によっても非常に違いまして、例えば2型糖尿病の場合には、導入前の平均在院日数の分布を見ますとかなり長く在院しているのですが、平成15年、16年になりますと、どんどん長く入院した人は減ってくるわけです。長く入院しておりますと経営上厳しいということで、患者さん自身も早く退院していくようになるということで、シャープな分布を示すようになります。

(スライド13) ところが白内障でも外科系のもですが、やはり術後、非常にゆっくり病院におられた人が多かった導入前に比べますと、導入後は平成15年、16年とこういう部分がなくなって、シャープな分布を示しています。

(スライド14) 一方、病気によっては、例えばくも膜下出血の破裂脳動脈瘤のクリッピングを伴うものといった診断群では、非常に長く入院しておりますが、これはDPCを導入してもほとんど変わらないのです。平均の在院日数が36日、38日、38日と全然変化しません。

つまりどういう疾病を対象にしているかによっても、DPC導入後の動態がかなり変わってきます。こういったデータは厚生労働省のすでに発表した資料のなかでいろいろな病気について読み取ることができます。

● 術前術後の在院日数——ベンチマークの例

(スライド15) DPCを導入すると、

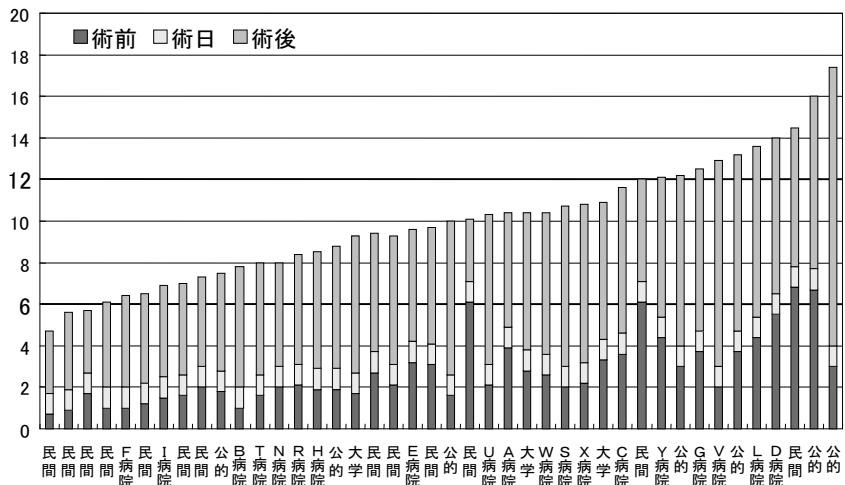
ベンチマークといわれる病院の経営指標が明らかになってまいります。このグラフはその1例ですが、社会保険病院とそのほかの研究に参加されました民間あるいは公的病院で、胆石症に対して胆嚢摘出手術を行ったときの在院日数の分布を見たものです。ある病院では例えば在院日数を平均しますと胆石摘出手術でも17日くらい入院しておられて、特に術後の期間が非常に長いという場合があります。それから、術後の期間は短いが術前の入院期間が大変多い民間病院もあります。一方、術前も術後も大変短くまとめている病院もありまして、手術はみんな1日ですが、こういうふうに変化が分かります。

これからこの種のデータがいろいろ出てくると思

術前術後の在院日数：A～Y 社会保険病院

0603303x04xx0x 胆嚢疾患（胆嚢結石など） 腹腔鏡下胆嚢摘出手術 副傷病なし
6日（Ⅰ）：2,918点 12日（Ⅱ）：2,220点 13日以上（Ⅲ）：1,887点

平均在院日数(日) 術前・術後日数 42病院 501症例 5症例以上ある病院を対象。アウトライヤー除く。



スライド15

ますので、自分の病院がほかと比べて、例えば手術の術前日数はどうか、術後日数はどうかということが比較的容易に解析できるようになります。ただ、術後の日数が長いとか術前の日数が長いというのは、患者の病態も非常に違いますし手術の術式も違いますので、長い短いが一概によしあしを意味するものではない。その辺は大変慎重に見ていく必要があると考えております。

■ DPC 導入後に病院医療はどう変わったか

(スライド16) それではその医療の中身はどういうふうになるのでしょうかということです。これは厚労省の診療報酬調査専門の組織で、DPC 導入後に病院医療は変わったかを医師、看護師、医療従事者1万4,824人に聞いていますが、「どちらとも言えない」「あまり変化していない」というのがやはりかなり多く、6割強を占めております。一言で言うと、DPCを導入しても病院医療はあまりすぐには変化しないということが分かります。

(スライド17) 退院した患者さんは連携先の医療機関に移っていくことになりまして、その行き先の医師や看護師にその意見を聞いてみますと、やはり「早すぎる退院での紹介が多くなった」といった意見を持つ看護師が31%とやや増えております。それから医師のほうは、「DPCの入院期間で十分だ」と81%が考えております。それから受け入れ先の医療機関のナースの約4分の1程度が「重症の患者が増えた」と考えております。重症の患者さんが早く退院してくるようになる——ここら辺にDPC病院の早く回転させていこ

DPC導入後に病院医療は変わったか 医師・看護師14,824名の受け止め(%)

大きく変化した	3.9
少し変化した	17.8
どちらとも言えない	39.9
あまり変化していない	27.3
まったく変化していない	4.1
無回答	7.1

(診調組)

スライド16

DPC病院からの患者を受け入れる連携医療 機関の医師と看護師の受けとめ方(%)

	医師 339名	看護師 279名
早すぎる退院での紹介が多くなった	19.0	31.1
DPC病院の入院期間で十分だ	81.0	68.9
重症の患者が増えた	17.4	23.8
変化はない	83.3	74.2

(診調組)

スライド17

うという動きが反映されているのかと思われます。

(スライド18) クリニカルパスの導入について1万5,154人の職員に聞いています。「よく利用されている」というのが4分の1程度ですが、その理由としては、やはり約40%が「DPCが導入されたから」ということで、DPCはクリニカルパスの導入の強力なインセンティブになると考えております。

(スライド19) DPC導入の前後に医療の内容に変化がありましたかということ、今度は患者さん2,681人(1年以上前に入院した患者さんと今回入院した患者さん)に聞いています。「変わらない」とか「あまり変わらない」という人がやはり60%、「どちらとも言えない」というところまで入れますと80%くらいの方が大きな中身の変化があったとは言えないと考えています。

■ DPC 実施病院と未実施病院の比較調査 (社会保険病院グループ)

私どもの社会保険病院グループでは、平成16年から25病院でDPCを実施しまして、27病院はもうしばらく様子を見るということで未実施のままでした。ということで未実施のグループを対象群として、DPCを実施した病院とどんなことが違うだろうかということ調査しております。

(スライド20) 例えば入院は、医師が何らかの目的を持って入院させるわけですが、退院した患者について入院目的が達成できたかを聞いてみますと、「十分できた」、そして「ほぼできた」と95%くらいの医師が感じておりますが、その傾向はDPC実施病院でも未実施病院でも変わりませんでした。つまり、DPCを実

クリニカルパスの導入：職員15,154名の意見(%)

よく利用されている：	26.6
その理由(%)	
DPCが導入されたから	40.1
時代の流れだから	45.8
たまたま	6.2
その他	0.1
無回答	7.8
	(診調組)

スライド18

DPC導入後の医療内容に変化があったか：1年以上前に入院経験のある患者2,681名の意見(%)

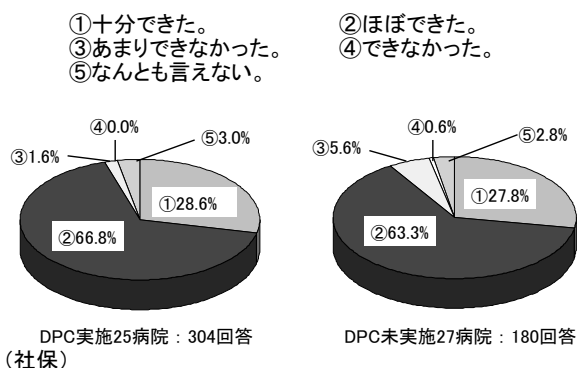
変わらない	35.6
あまり変わらない	22.0
どちらとも言えない	26.2
少し変化がある	12.2
まったく変わった	4.1
	(診調組)

スライド19

施したら目的を達成しないうちに早く退院してしまった、ということは、現実には起こらないことが示されております。

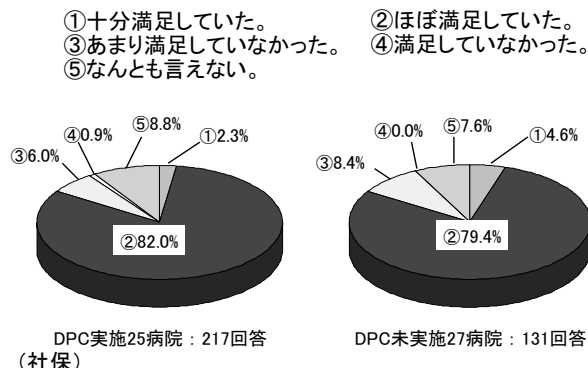
(スライド21) それから、看護師にも同じような質問ですが、「退院した担当患者は入院医療に満足していましたか」。「十分満足していた」、「ほぼ満足してい

医師に：今月退院した患者について入院目的は達成できましたか



スライド20

看護師に：今週退院した担当患者は入院医療に満足していましたか



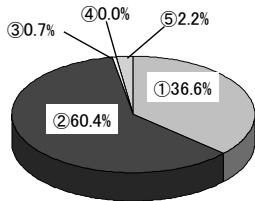
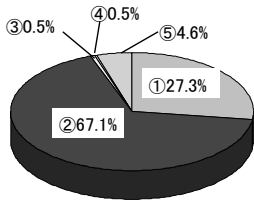
スライド21

た」というのがDPC実施病院で85%くらいありますが、未実施病院でもその数値はほとんど変わりません。8割以上の患者が満足して退院したということで、こちら辺で、DPCを導入すると粗診粗療が発生するのかが問題になりますが、このような調査から粗診粗療の痕跡は見られないことになります。

(スライド22) 同じく看護師に「退院した患者の入院

看護師に：退院した患者の入院医療は適切でしたか

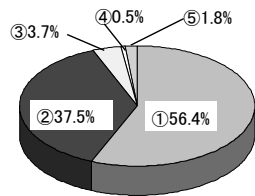
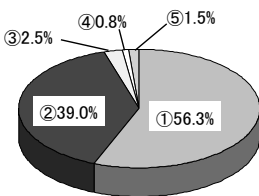
- ①適切であった。
- ②ほぼ適切であった。
- ③あまり適切ではなかった。
- ④適切ではなかった。
- ⑤なんとも言えない。



スライド22

患者に：入院中の医療に満足していますか

- ①十分に満足している。
- ②ほぼ満足している。
- ③あまり満足していない。
- ④満足していない。
- ⑤なんとも言えない。



スライド23

DPC実施25施設の導入前後の入院検査比率(%)

	導入前3カ月			導入後3カ月		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月
心電図	44	45	43	40	41	42
頭部単純MR	23	23	20	17	17	20

(平成16年, 社保)

スライド24

医療は適切でしたか」ということを聞いています。看護師は病院医療の大変適切な観察者ですから、その率直な意見を聞いているのですが、やはり「適切であった」、「ほぼ適切であった」とする者が実施病院で95%くらい、未実施病院でもその数値はほとんど変わらない状況です。

(スライド23) 患者の方々が退院する時に、「入院中の医療に満足していますか」ということを尋ねますと、「十分に満足している」、「ほぼ満足している」という者が合わせて95%くらいありまして、その割合は実施病院も未実施病院も変わらないということが分かります。

そうすることで、医療の中身に関する限り、厚生労働省の調査あるいは社会保険病院の調査でも、粗診粗療が起こるとか患者の満足度が下がるとか、そういう傾向は全く見られないと言ってよろしいと思います。

●入院での検査を手控える傾向は長く続かない

(スライド24) 検査を入院中にやると診療報酬から外れた包括化のなかに呑み込まれてしまうので、外来でやってはどうかという意見が一時ありました。そこで入院検査の比率、例えばある患者が外来でどういう検査を受け入院でどういう検査を受けたという、入院検査の比率を導入前の3カ月と導入後の3カ月について見ますと、確かに心電図についても、導入前は44、45、43%くらいのもので、7月からの導入後は40%まで下がっていますし、頭部単純MRの検査も、導入後は入院でやることを手控える傾向は出ております。しかし、その傾向はあまり長く続きません。やはり入院中に必要な検査をすることは患者のためにもなるし、病院医療にも重要だということが段々明らかになってきます。

●ヒヤリ・ハットも医療事故も減少傾向

(スライド25) これは本当にDPCの良い面といえる

ヒヤリ・ハットと医療事故の件数：DPC導入の影響

平成16年	4月	5月	6月	9月	10月	11月
DPC実施病院 (n=19)						
ヒヤリハット	1,057	1,026	1,104	960*	934*	962*
医療事故	13	16	20	6*	10*	11*
DPC未実施病院 (n=16)						
ヒヤリハット	918	996	1,312	1,179	1,116	1,151
医療事故	7	9	16	5	8	12

* DPC後(社保)

スライド25

かどうか分からないのですが、ヒヤリ・ハット、あるいは医療事故の件数にどういった影響があったかを同じく社会保険病院で調べています。導入前には1,000件以上あったヒヤリ・ハットが、導入後は1,000件を下回っておりますし、医療事故についてもやはり半分程度まで下がっている。3カ月間だけの観察ですので、“DPCがこのようなトラブルを減らす”と即断することはできないとは思いますが、やはり医療従事者が医療の中身を吟味して、注意深くいろいろな操作を展開していることの表れかとも考えております。この間、対象になる未実施病院では、こういう数値は全然変わっていないのです。

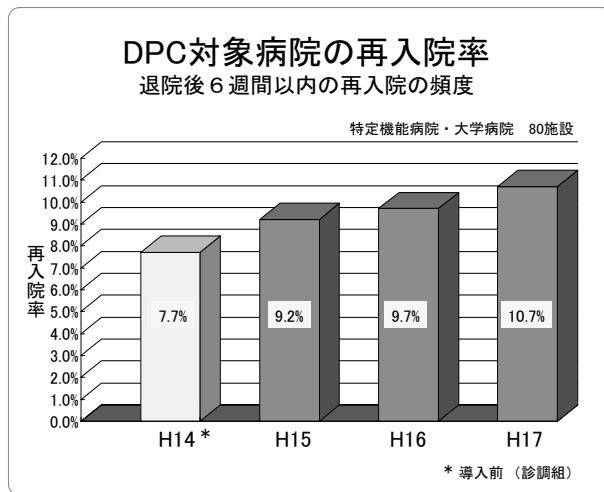
■再入院率の調査（厚労省研究班）

（スライド26）粗診粗療の1つの指標として、退院してまたすぐ悪くなって入院してしまう再入院が問題になりました。退院後6週以内に入ってくるものを再入院と考え、その頻度がどうなったかを厚労省の研究班で調べております。確かにDPC導入前は7.7%程度だったのですが、導入後、その頻度が次第に上がり、平成17年度には10.7%まで増えております。ただこれは必ずしも粗診粗療が増えたというよりは、例えばがんの化学療法など計画的な再入院といわれているものが各病院でだんだん増えてきておまして、入院をだらだら続けなくて、いったん退院してそして予定した入院をしていただくという状況が、いろいろな工夫としてDPC導入病院で展開しているということが分かります。

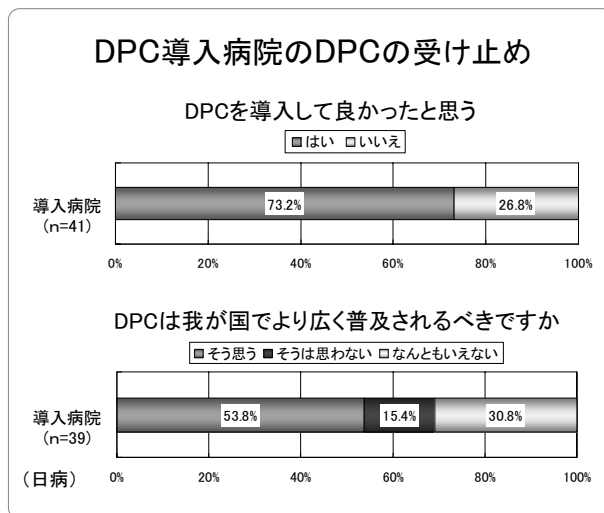
■日本病院会の調査から——DPCを導入して良かったかどうか、その理由は？

（スライド27）日本病院会でもいろいろなDPCの調査をしております。まず日本病院会会員のDPCを導入した病院で、DPCをどう考えておられるかということ調べておりますが、「DPCを導入して良かったと思いますか」ということについては73%の病院が「良かった」と思っている。否定的な病院は約4分の1にとどまっています。

一方、「DPCは我が国でより広く普及されるべきでしょうか」ということを、DPCの導入病院に聞いてみますと、約半数強の病院は「そう思う」、自分たちも良かったし全国に広げていきたい。それから判断を保留された病院が30%くらいありまして、15%くらいは「そうは思わない」、DPCを広げるのはかなり問題で



スライド26

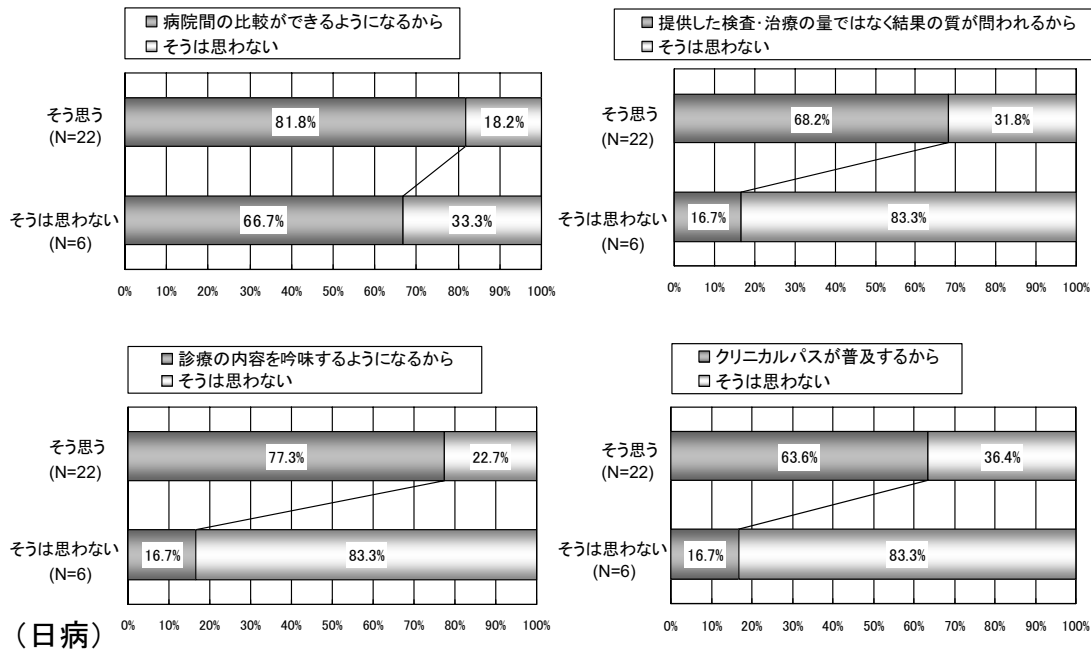


スライド27

はないかしらとやや否定的な見解を示しておられます。

（スライド28）こういう否定的な病院はどういう考えで否定しているのかを、クロス解析で少し見ております。例えば「広く普及されるべきでしょうか」という問いかけに、支持派は「病院間の比較ができるようになるから」という点を長所と考えているわけですが、慎重派は「そうでもない」ということで60%程度まで下がります。それからこら辺がかなりキーですが、「提供した検査・治療の量ではなくて結果の質が問われるから」。どのくらい検査や治療をたくさんやったかではなくて、結果が問われるからなのだという意見に、普及賛成派は7割近くがそうなのですが、普及慎重派は「必ずしもそんなところが良いとは思いません」と、15%くらいしか賛意を示していません。それから「診療の内容を十分に吟味するようになるから」。これもDPCの本質に近い問いかけなのですが、普及賛成派は8割近い病院が、「診療内容は十分吟味しないとイケませんから」とおっしゃいますが、普及慎重派は「吟味には直結しません。あるいは吟味してもそんなに変わらないでしょう」というネガティブなイメー

DPCは我が国でより広く普及されるべきですか？ 「そう思う」「そうは思わない」vs「良い点」の受けとめ



スライド28

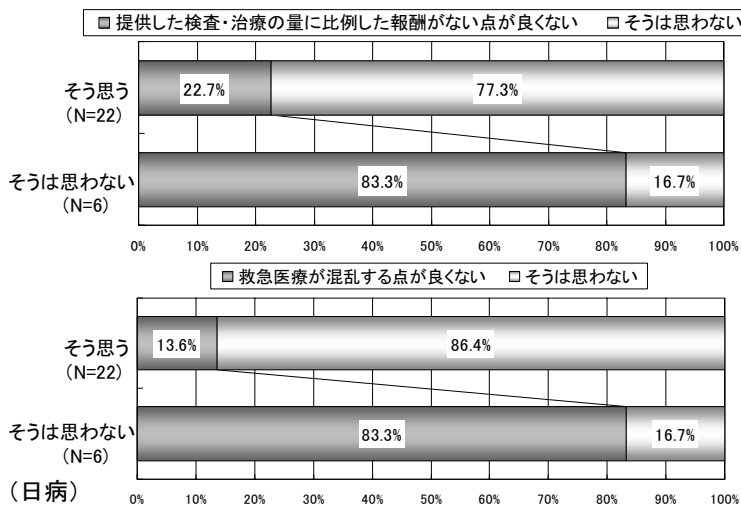
ジを持っています。クリニカルパスについても普及賛成派は6割強が「そうです、クリニカルパスが大事なのです」と言われますが、普及慎重派は「そうではない」というような見解を示しておられます。

(スライド29) それから悪い点もいろいろあり得るわけです。逆に「提供した検査や治療の量に比例した報酬がない」。こんなにたくさん診療の資源を投入し

ているのに報酬が付いていかない、そういう点が悪い点、そう思いますかと問うと、普及賛成派は「いやそんなことはないでしょう、包括下でちゃんと支払っているからよいのです」とこの意見に賛成する病院は22%にとどまっていますが、普及反対派は8割強の病院が、「そうなんです、こんなにたくさん検査や治療をやっているのにちっとも報酬がないではありませんか」。出来高的な発想からいけば、まさにそのとおりです。

「救急医療の現場が混乱する」。これもマイナスとしてよく言われるところです。診断がはっきりつかないから何をどのくらい投入してよいか分からないということですが、普及賛成派は「まあ、そうでもないでしょう」と、13%しかこの意見に賛成していません。普及慎重派は「そうなんです。救急医療なんかとてもやりにくくて困ります」と83%の病院がこういう意見に賛成しています。

DPCは我が国でより広く普及されるべきですか？ 「そう思う」「そうは思わない」vs「悪い点」の受けとめ



スライド29

■急性期病院にふさわしいDPC医療は

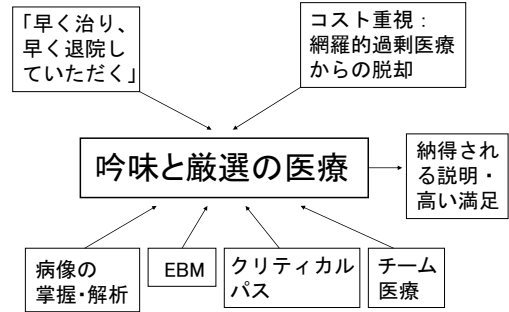
(スライド30) 以上の成績をまとめて、救急病院にふさわしいDPCの医療はどういうものかを考えてみますと、患者さんはどなたも「早く治り、早く退院したい」と思っている。これは公理のようなもので大前提として設定することになるわけです。一方「コストを重視」しなければなりません。従来のように「網羅的な過剰医療」、例えば、ちょっと不適切な表現かもしれませんが、たくさん鉄砲を撃てば当たるといふ種類の医療からは脱却することが必要です。使えば使うほど出費はかさむことになりますから。そこで求められるのは「吟味と厳選の医療」で、「本当に大事なものは何ですか、本当に大事なものは確実に提供しましょう」という医療が求められることとなります。そのためには「病像を掌握・解析」しますし、それに基づいた「エビデンス」をしっかりと掌握して、そして「クリティカルパス」を多用し、「チーム医療」を展開して最善の医療を提供する。それによって「納得される説明」とか、患者やかかりつけ医の「高い満足」が得られるような医療ができれば、DPCの導入の急性期病院は経営的にも大変保障されるようになります。

「早い退院」というキーワードは、先ほどの診療報酬のパターンでご覧になったように重視されるところですし、患者満足度が高くないと、これは後ほど詳しく出ますが、空床が減らないのです。つまり開業医の方から、あそこの病院は良い医療を展開しているから次の患者もあの病院に紹介しましょうと言ってもらわないと困るのです。

(スライド31) そういうことで「良質な説明と報告で結果責任を明示していく」ことが必要です。

患者には入院時に、今後の治療方針、検査計画など、クリティカルパスも活用しながら説明しますし、退院時には、その計画がどういうふうにとどこまでいったか、これからどうしようということをしていねいに説明します。紹介して下さったかかりつけ医の先生にも、ありがとうございましたという感謝を込めて報告するのですが、入院時の診断・検査予定から治療そして長期見通しまでお話しし、退院した時は「それらの計画がこういうことになりました。それによって今後はまた先生のところでよろしく願います」と、患者さんをお返しして、いわゆる切れ目のない地域医療連携をつくり上げていくのが理想的なパターンになると思います。

急性期病院にふさわしいDPC医療



スライド30

「良質な説明と報告」による結果責任の明示：情報の対称化

- 患者に——判りやすく理解される説明を
 - 入院時：現在の状態、検査の予定、考えられる診断治療計画、期待できる展開、クリティカルパスの活用
 - 退院時：入院後の検査、最終診断、治療、何がどこまで良くなったか、今後の見通し
- 紹介医に——速やかに感謝を込めた報告を
 - 入院時：入院時診断、検査予定、治療計画、展開の見通し
 - 退院時：最終診断、入院中の検査、治療、経過、予後見通し、診療計画

スライド31

粗診粗療は発生するか

入院医療の過度の抑制と希薄化は

- (1) 在院日数を延長させ報酬は低下する。
- (2) 患者・家族・かかりつけ医の評価の低下は病院離れを招き空床が増す。

➡ 粗診粗療は

- 一時的な経営指標改善に止まる。
- 長期的には病院経営指標が低下する。

スライド32

■DPCで粗診粗療は発生するか

(スライド32) 粗診粗療が発生するかどうかということが、DPCに伴ってよく言われたことです。診療報酬が決まっているなら、あまりあれこれやらないで出費を減らしたほうが収益になるではありませんか。しかしながら過度の抑制や診療の希薄化は、まず治療が遅延すると在院日数が延長します。延長するとなかなか治らない。報酬はみるみる低下していきます。それから患者、かかりつけ医から「あそこの病院に入院した

が大してやってくれない」と近所で評判が立ちますと、必ず発生する空床が埋まらずに、むしろ拡大していきます。そういうことで、その月くらいの指標で考えると、診療の中身を手控える、いわゆる粗診粗療は経営改善に役立つかもしれないですが、長期的には病院の経営指標は低下すると私は考えております。

■ DPC を導入すべきか？

(スライド33) DPC を導入すべきかどうか、と多くの病院の方々には考えておられます。まず自分たちが提供する医療の質について、「患者と近所のかかりつけ医の客観的な評価に耐えられるか？」ということなのです。それには、自分たちの病院の中身を情報開示し、かかりつけ医からサポートされるようにする必要があるわけです。「EBM, クリティカルパス, チーム医療を充実」して「早期治癒, 早期退院, 早く良くなって, 早く帰りたいという患者, かかりつけ医の希望を達成できるか。そういうことで「あそこは良い病院だ」ということで「選ばれる」ことになりまして、発生した空床にまたすぐ紹介していただけるということで入院が増大していきまして、経営は大変いい循環に入ることができることになりまして、ここら辺の要件を考えながらDPC医療を展開し、あるいはDPC参入病院になるかどうかを考えていく必要があると思います。

■ DPC 医療展開のポイント

(スライド34) 実際にやるときにどういうことが必要になるかと申しますと、大体多くの病院で、私たちのところもそうでしたが、コンピュータを駆使することになります。DPC 導入ソフトは2,000万~3,000万円の費用がかかると思います。コーディングが大変大事で、医事課に丸投げというのではどうしてもうまくいきません。まず入院後の3日以内に、私どもの病院では、入院させた医師あるいは担当医師がコーディングをして、これはどういう診断群分類に属するというのを医事課に報告して、それを医事課が綿密にチェックしています。「ほかにこういう病気は考えられないでしょうか」というような医事課と医師との連携が大事です。この際に、アップコーディングということが言われておまして少しでも高いほうに病名を移そうとなりがちですが、厚労省もいろいろな統計調査などでそういう病院はたちどころに分かるような工夫もしているようですので、やはりここら辺はできるだけ正直に、アップコーディングが起らないようにして

DPCを導入すべきか？

医療の質について患者とかかりつけ医の客観的評価に耐えられるか？

EBM、クリティカルパス、チーム医療の充実で早期治癒と早期退院が達成できるか？

選ばれる病院として発生する空床を入院増大で埋められか？

スライド33

DPC医療展開のポイント

- (1) DPC導入用ソフトは2,000~3,000万円
- (2) 医師の主導で入院後3日以内にコーディング：医事課が綿密連携
- (3) 過度の外来シフトや反復入院は患者負担増と次回改定時の医療機関別調整係数の低下を招く。
- (4) 看護師不足は高齢者の褥創や肺炎を招き入院長期化、報酬低下につながる。
- (5) 経営指標は長期的包括的評価を踏まえてから個別例、突出例を分析する。「まず森、それから木」
- (6) 病院指標は良否判断や非難材料に短絡させず原因分析に活用する。

スライド34

DPCを支える2つの緩衝系

- (1) 3期制（Ⅰ～Ⅲ）の1日定額（DPC）で1入院定額（DRG）ではない：平均的退院時期の内示
- (2) 医療機関別調整係数による全体動向から外れた医療機関の保護、前年比激変の回避

スライド35

いくことが必要だと思えます。典型的な場合の例ですが、昨年度までDICが非常に点が高いということで、DICという病名が急に増えたということを厚労省も重視しておりました。

過度の外来シフトは、医療機関別調整係数は入院期間中の出来高換算の部分で算定されますので、入院中の出来高部分が非常に少ないと次回の改定では医療機関別調整係数の低下を招く、という可能性があります。

それから人手が薄くなってまいりますと、高齢者で褥瘡や肺炎を招いて入院が長期化しますので、これは

最終的には出来高に移ってしまっただけで診療報酬の低下につながります。

そういうことで、経営指標は1カ月単位というよりは半年とか1年、つまり指標そのものを包括的に長期的な視野でゆったり見てほしい。個別例や突出例でDPCを批判するというよりは、全体としておおらかに考える。例えばこの患者ではこんなに医療資源を投入したのに報酬が少ないということで関係者が激怒したりしますが、ほかのところではそれなりに収入が増えるようになっていますので、包括的に個別の事案を考えるということ、突出例をあまり追及したりしないことが大事です。「まず森を見て、それから木を見る」。それで木についてはいろいろな原因を考える。

病院指標を良いとか悪いとかの良否判断や、在院日数あるいは手術後の日数が長いからだめではないとか、そういう非難材料に短絡させないで、なぜそういうことになるのか、それは本当に必要な資源なのかということに吟味することに活用する。そういうことが病院経営上は大変重要であろうと考えています。

■ DPCの緩衝系

(スライド35) DPCは出来高部分と包括部分から成り、完全な包括ではない部分がたくさんあるわけです。バッファと言えるような緩衝系が2つありまして、1つは、DRGのような1疾患1入院の定額なら大変分かりやすいのですが、1日定額であるわけです。これは入院期間のⅠあるいはⅡのところ、「平均的退院時期は大体これくらいです」ということを内示しているようなところがあります。ただこれはかなり問題がありまして、例えば入院期間Ⅰはかなり点数が良いものですから、入院後まもなく2日か3日でもう治ってしまっても、入院期間Ⅰの間入院していれば何もなくてもそれだけ定額が加算されてくるわけですから、そういう差があるということが指摘されております。

それともう1つは、医療機関別調整係数というもので、前年に比べて急に落ち込んだりすることがないように、あるいは全体の動向から見てちょっと外れた医療を展開している機関が困ったりしないように、前年のその病院の出来高を考慮した係数が機能するようにつくられています。こういう2つの緩衝系があります。

■ DPC制度の今後の検討課題

(スライド36) そのことも含めて、DPC制度は包括医療の完成形ではないと考えております。まず先ほど

DPC制度の検討課題

- (1) 1日定額制でよいか
- (2) 医療機関別調整係数は必要か
- (3) 何を出来高とするのか
- (4) 診断困難例での萎縮診療
- (5) 長期化予測の患者入院への逡巡
- (6) 長期化予測手術の術式への逡巡
- (7) 新しい高額な検査・治療の逡巡
- (8) 目先の緊急的稀薄診療の出現

スライド36

言いましたように、「1日定額制でいいのか」。DRGのように1疾患1入院で包括してしまっているのはいかという意見は根強くあります。厚生労働省の保健局医療課のなかにもそういう意見がかなり強くなってきていると思います。

それから「医療機関別調整係数」。これは先ほど言いましたように、前年の出来高を保障するとか、あまりほかの医療機関と違ったことにならないように担保しているわけですが、ちょっとその存在理由がはっきりしないことがあります。

そしてやはり、「何を出来高とするのか」。これも構造上問題で、例えば新しい高額な検査・治療をそのままやりますと、その部分がいわゆるアウトライヤーとして突出してきます。例えば平成17年度には、脳卒中のエダラボンという薬が非常に有効ですが突出して高いということで、それを使うと包括下では足が出てしまう。そのほかに悪性リンパ腫のリツキシマブ、リツキサンという名前で売られていますが、これも同じ扱いですし、それから心臓の電気生理学的な検査のあるものについても、やはりそれが非常に高額であるがためにそれをやると包括下ではとても採算が合わない。それは厚生労働省が平成17年度の7月ですが緊急外出しとしました。緊急外出しとして、その後18年度の改定で包括化になるような診断群分類とその点数を決めたという経緯があります。何を出来高とするのか、なかなか難しいところです。

それから診断がつかせんと従来は網羅的に検査しいろいろな治療をするのですが、そのことにためらいが生じて、しばらく様子を見ようという「萎縮診療」にならないかということがあります。

それから長くなりそうな患者、例えば高齢者などで、そういう患者の入院に医療機関がためらいを来すこと

がないだろうか。それからいったん入院した患者さんでも手術の術式によって、例えば悪性腫瘍のリンパ節広汎郭清を行いますと入院期間が非常に伸びそうだというときに、その術式にもためらいが出てくる可能性はないか。それからいろいろな保険収載の遅れで、あるいはそれがDPCの包括料金に反映していないような新しいしかし大変優れた検査や治療にためらいが生じるのではないかとことごとく、それから何ともしても今月は黒字を出したいというときに、緊急的な稀薄診療というものが出てくる可能性もないだろうか。

こういういくつかの問題が考えられますので、問題が全くないわけではないのですが、こういうことはそれぞれ慎重に考えれば、やはり患者中心の医の本道を歩むような病院医療を展開していくうえではDPCそのものを否定するような問題点にはなりません、そう考えているわけです。

以上で私のささやかな経験を皆さま方のお役に立てればと思つてまとめさせていただきました。どうもご清聴ありがとうございました。

質疑応答

座長 ありがとうございます。いろいろなご質問があろうかと思いますが、時間をちょっとオーバーしております。DPCの対象病院あるいは調査病院にとっては大変詳細なお話を頂けたかと思つています。DPCを遠く眺めている病院の方々としてはこの制度がどのくらいまで広がっていくかに関して懸念をお持ちではないかと思つています、いかがでございましょう。

● DPCはこれからどのくらい広がるか？

齊藤 やはり慢性の患者が多いとか、亜急性期にあ

る病院とか、そういうところでは必然的に入院日数が長くなりますし、それから受け皿病院があまりない、受け皿医療機関がない病院では患者さんに無理に退院していただくわけにはいきませんので、粛々と出来高の従来の診療体制をとっていかれるのも大変重要だと思います。今は確かにDPCの拡張期で、診療報酬上やや高い点数が付いてDPCの収益が増え気味になっておりますが、決してDPCを導入したら医療機関の収益が増えるとか、本質的にそういう性質のものではないのです。これは点数の付け方とか、医療機関別調整係数の付け方でDPC病院の収益は全く高くもなるし逆に非常に低く設定されることもあり得るということで、そのことの裏返しは、何か何でもDPCに入らないと大変だ、ということでもないと思うのです。地域の事情とか周辺状況、それから扱ってられる疾病の状況、そういうものをお考えになって、これは当院に向けたシステムだと判断なさったときにDPCを導入されるのがよいと思います。

座長 ありがとうございます。先ほど、先生からご紹介のありましたアンケートにつきましても、導入して良かったというご意見が非常にたくさんあったのですが、私の記憶では収益が下がったのは1病院だけだったのではないかと。それが回答に影響しているのではなかったかとも思つています。ただ回答紙のなかには、先ほどいろいろ挙げていただきましたが、いつか梯子を外されるのだろうかという懸念もあって、進めるといふご意見のパーセンテージが減ったという解釈もあろうかと思つています。ぜひそういうことがないような良質で安全な医療を提供できる制度として定着しますように、先生もぜひ頑張ってくださいと思います。どうも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

トピック

制度としての健診と健診ビジネス

東京大学医学部附属病院
22世紀医療センター健診情報学講座 助教授

奥 真也

※本文は、平成18年6月19日の厚生労働省の「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会」での資料を主に参考として、平成18年7月12日に講演したものを掲載しております。現在では変更になった部分も含まれていますので、ご了承ください。

本日は制度としての健診をお話しして、その後どのような健診に関係するビジネスが今後考えられるかについてもお話したいと思います。

今日、大勢の人が来てくださったことから、健診が義務化されて、今後の予防医療の大きな柱になっていくことを認識されている医療機関や企業の方が多いということを再確認しました。参加者の名簿を頂いているのですが、私が予想したよりも医療機関の方が多いので、制度そのものについての話を少し多めにしたいと考えています。

健診の制度の改正は、いろいろな事件の影にかくれてニュースでもあまり詳しく取り上げられずに、6月に国会を通過しました。これからどう運用していくかという詳しいドキュメントは今後厚生労働省から出てくると思います。とりあえず現在までに公開されているもののなかから、どう考えるべきものなのか、できるだけ詳しくお話ししていきたいと思っています。

(スライド1) まずは改正医療法の概要の部分と、それから健診の義務化がもたらすこととどういう意味があるのだろうかということ、そして、健診が基本的には2階建ての構造を目指すべきだということについて

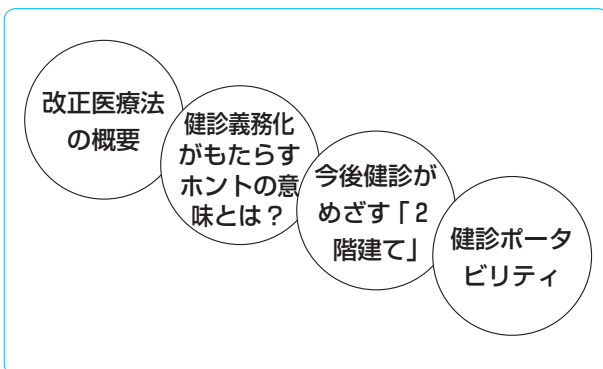
お話をして、もう1つは健診のデータの取り扱いについてどのようなストーリーが想定されているのかについて、健診ポータビリティという言葉を当ててみましたが、そういう観点でお話をしたいと思います。

■改正医療法の概要

(スライド2) 健診も含まれた改正医療法の概要の部分ですが、このスライドにできるだけメッセージを集約したつもりです。はじめに申しあげたように、ニュースがたくさんあるなかで出てきたこともあり、ニュースではあまり医療制度改革について取り上げられなかったといういきさつがあります。特に健診のことはあまり取り上げられていなくて、どちらかというと後期高齢者の医療費の負担増という問題がクローズアップされ、そちらの話ばかりが前面に出るようなかたちです。それで医療法改正は締め付けなのだという感じになっているところがあると思います。

しかし、インパクトの大小として考えると、健診が義務化されることは非常に大きい。特に民間に開放されていくと考えられる2階建てのビジネスの部分については非常に大きい可能性があることを指摘しておきたいと思っています。

健診の義務化は保健指導の義務化とペアになっているわけです。健診で大体5人に1人程度引かかる人が出てくるとすると、受診者が5,600万人だと要指導対象者が1,200万人程度という計算になるわけです。その1,200万人に対して管理栄養士、保健師、糖尿病療養指導士（これは日本糖尿病学会が中心になっている指導資格ですが、まだはっきり立ち立っていないということもあります）という陣容で十分な指導ができるのだろうか。できないとすればどういう解決策な



スライド1

りパラダイムについての考え方があるのかというところを見ていきたいと思ひます。象徴的に「保健指導難民」という言葉を使っていますが、今後この部分がどのようになっていくかは非常に重要な議論になると思ひます。

スライド3は2005年4月の新聞から取ったのですが、すでにその頃から、厚労省からのメッセージとして「皆健診で生活習慣病を予防しましょう」ということが出てきています。そういう意味ではかなり静かに周知をされながら進んできている背景はあります。今年（平成18年）の6月の国会で医療制度改革法が成立して、施行は来年ですが、「『生活習慣病に対策』40歳から健康診断義務に」、こういう見出しが出ています。高齢者の医療費の負担増より、ここにフォーカスが当たるのが全体像では正しいのかと思ひます。もちろん高齢者の医療費負担増は1つの大きな問題ではありません。ただ、今日は省きますが、計算をしていただくと簡単に分かるのですが、そちらのインパクトよりも健診が義務化されるインパクトのほうがはるかに大きいものがあります。

（スライド4） 健診に関連するところで要点を述べると、大体この3つくらいです。

特定健診という名前になっていますが、この特定健診を40～74歳を対象として義務化する。健診というのは何となく義務のように認識されていると思ひますが、義務化されるのは事実上今回が初めてということですから。今までは、老人保健法や労働安全衛生法などのいろいろな法規のそれぞれが担当する部分で、それぞれにそれなりのオブリゲーションがあったのですが、基本的には努力目標という位置づけで、完全な義務ではありませんでした。先ほど申しあげたように保健指導が義務化されることにつながるのだから、この部分を考えていけない。ところが、日本の今の有資格者の状況、それから医師の状況を見ると、保健指導を十分に充足することは難しい面があるのではないかと感じます。

2番目に、ここでは「健診情報の保持形式」と書いておきましたが、保持や流通について国からガイドラインが示される方向です。これについては、すでに厚生労働省のホームページに公開されている健診のあり方の検討会（標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会）の資料などに、かなり具体的に書き込まれているので、そのサイトをご覧いただければ分かると思ひます。6月19日の会議の資料をダウンロード

改正医療法の概要

最も重要なはずの健診義務化が注目されず、クローズアップされるのは後期高齢者の医療費の問題ばかり。健診義務化、保健指導義務化、これの凄いインパクトを再考してみましょう。特に保健指導難民があることは注目！1,300万人の要指導対象者に対する、管理栄養士、保健師、糖尿病療養指導士の数をあなたは知っていますか？

○改正医療法の概要

スライド2

健診法律（新聞）

- 日経新聞 2005/04/05見出し
「皆健診で生活習慣病予防」
全保険に義務付け
厚労省、来年に関連法案提出へ
- 日経新聞 2006/06/15見出し
「生活習慣病に対策」
40歳から健康診断義務に

○改正医療法の概要

スライド3

健診関連の要点は

1. 特定健診を40～74歳を対象として義務化
2. 健診情報の保持形式等のガイドラインを示す方向
3. 保健指導を明確に定義

○改正医療法の概要

スライド4

してみたのですが、30メガバイトくらいあります。すごい容量なので読むのに1週間くらいかかるかと思ひますが、これがけっこう読みごたえのある内容で、そこには重要なことがいろいろと書かれてあります。健診情報が今後どうかたちで取り扱われていくか、例えば個人情報保護法との関係はどうなのか、年金のような背番号による管理がされていくのか、そうでもないのか、ということについていろいろ示唆に富むものになっています。ここで詳しく解説する時間はないので、ジェネラルアイデアを持っていただくところにとどまるかもしれませんが、それをヒントにいろいろと考えていただければと思ひます。

もう1つは、保健指導について明確に定義されたということです。健診が義務化されて、今度は保健指導

が次のオブリゲーションステップとしてあるということなので、それについてはあとで条文をお見せしますが、かなり書き込まれていて、この次にどういうかたちでやってほしいというメッセージ性が非常にあります。もともとこの話は、基本的に医療費の増大を解決しようという方向の動きなのです。健診をやるだけやっつて、それでそのアウトカムに何も期待しないのであれば、義務化で健診の費用が膨らむだけで、かえって経費が増えてしまうのです。そうではなくて予防的な観点で、そこで食い止めることができれば、病気になる人が減って医療費が減るだろうと想定されているのです。例えば糖尿病が常態化すると、施設によっていろいろな値がありますが、1人について600万円とか700万円という医療費がかかるのです。そういうものが蓄積されることによる医療費全体に対するインパクトの是正を求められているという背景があります。あとでも触れますが、生活習慣病予防についての効果、特に医療経済学的な効果があるということについてはいろいろなエビデンスがあります。

● 特定健診の義務化のポイントは保険者機能の強化

(スライド5) 3つの要点を少しブレイクダウンすると、特定健診というメタボリックシンドロームを中心とする健診については、40歳から74歳という対象年齢になります。74歳というのは老人(後期高齢者)はまた別の枠でやるということなのですが、35年間という長いタイムスパンを1つの制度でまかなうということで、ちゃんとつくられているという感じはします。それが現実には、実際どのくらい履行されていくかは、今からお話するようなそれぞれのプレーヤーがどう動くかにもよると思います。

いちばんのポイントは、「保険者機能の強化」ということに尽きると思います。いろいろなかたちで計画を立てたり、いくつかの民間のディージェズマネジメントのサービスや情報提供のプログラムなど、いろいろなものが今後出てくるとは思いますが、それを選ぶのは

基本的に保険者、健康保険組合です。今日は医療機関の方もいますが、健康保険組合の方もかなりみえています。基本的には保険者機能が整備強化されることがこの制度の仕組み上のポイントだと考えてください。

● 健診ポータビリティ

(スライド6) もう1つはデータの話です。データの標準化についていろいろな議論がありました。そもそも健診情報を標準化しようという話には少なくとも20年くらいの歴史があり、いろいろなトライアルがあったのです。でもトライアルが必ずしもうまくいってないということで、今現実に皆さんが受けている健診は次の年に受けた時にその変化を追ってもらえない。前回より良くなったかどうか、ほとんどの場合分からない。紙で打ち出されてくるだけですので、自分で紙を見て、比較して、良くなったとか悪くなったとか、その程度のレベルのデータの継続性しかないわけです。今日の話には、このあたりのことをちゃんとやっていかないといけないということが精神としてかなり示されているので、よく読んでいただきたいと思います。

健診ポータビリティについて、ポータビリティとはあとで説明しますが、携帯電話の会社が変わっても同じ電話番号を使えるような仕組みのことをいいます。それと同じように、健診のデータも健診を行う事業者や保険者が変わっても、それは例えば何らかのビジネス的な要因で変わっても、転職によって変わっても、定年退職ということで担保される保険が変わるということでも、どれの場合でも、理想的にはちゃんと健診ポータビリティというものを持っていないといけない。しかし、そのことは個人情報の保護の問題や、受けたい権利をどうするかなどの問題と密接に関係があるので、ビジネスとしてデザインするのがかなり難しいところではあると思います。しかし逆に言えば、だれがやってもうまくいくわけではないという難しいことなので、これから選別が起こってくると思います。

健診関連の要点は

- 1. 特定健診を40~74歳を対象として義務化
 - 保険者機能の強化

○改正医療法の概要

スライド5

健診関連の要点は

- 2. 健診情報の保持形式等のガイドラインを示す方向
 - 健診ポータビリティという理想

○改正医療法の概要

スライド6

●保健指導が明確に定義された

(スライド7) 先ほどから申しあげていますが、保健指導を明確に定義したということで、担い手の数が足りそうにありません。その辺を、例えば人材をどういうふうに育成していくのか、ITを使ってどういう部分を効率化してやっていくのかなど真剣に考える時期に来ていると思います。

■保健指導は生活習慣病予防の徹底に尽きる

皆さん事業者の方も、それから医療機関の方も、不思議なことに厚生労働省のホームページをあまり見ないですね。情報はほとんど即時的に、網羅的に多く開示されています。ですから、厚生労働省のホームページを見るとよいと思います。膨大な資料があり、タイミングもアップデートしましたという新着メニューのような仕組みもうまく機能していないので、情報を入力するのが難しいところはあると思いますが、厚生労働省のホームページに基本的ないろいろなことが出ているので、これをぜひご覧になっていただければと思います。最近はいろいろと探してきて新しい情報が来るとそれを集めて通知してくれるようなIT(インフォメーションテクノロジー)のサービスもあることはご存じと思いますが、そういうものもうまく使えば、それぞれの省庁からどういうメッセージが出ていて、それがどういうボリュームになっているのかということもちゃんと把握できると思います。

それで、基本的には平成17年12月に出た医療制度改革大綱と、それからその後の1月に出たIT新改革戦略、その辺の情報が非常に重要です。それらをベースにして、健診が保健指導も含めてどう変わっていくかに関しては、「生活習慣病予防の徹底」というところに尽きます。まずここに手をつけないと次につながらないのではないかということだと思います。がんというのも、また1つ、注目されている大事なものですが、今日はあまり広く触れることはできませんし、この部

分はどちらかという制度整備が進んでいるほうだと思っています。それにがんの検診などに関しては、どちらかという提供する側がけっこう多くて、提供してほしいと思さえすれば比較的充足される環境にあるのではないのでしょうか。具体的にいうとPETセンターがけっこうありますし、MRやCTの台数はヨーロッパより日本のほうが多いということがあります。

しかし、生活習慣病については、あまり画像で判断するものでもないこともありますし、ほかの要因もあって、整備が遅れているという感じです。先ほどちょっと話しましたが、基本的に老人保健事業としてやっていたのです。老人保健と職域保険、あるいは労働安全衛生法が根拠になったりとか、いろいろなことが複雑に絡み合っただけで基本的に分かりにくい制度ともいえます。よく分からないがとにかくやらなくてはいけない、しかも出てきたデータはつながっていないからあまり役に立たないという、こういう状態がずっと続いていたので、この辺をできるだけ是正していいプログラムにしていきたいということが基本的な事項です。

生活習慣への介入の効果にはEBM(科学的な根拠)があるので、ちゃんとやれば効果が出るというところを、これからの事業では反映してほしいと思っています。保健指導の内容については、最近有名になっていますが、内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)というものがすごく注目されて、これをまず食い止めますという流れになっています。しかし保健指導については個別性を重視しなければいけないということが難しい。あとで資格の話などもしますが、どの部分を重視して個別性というのだろうかというところが非常に難しいわけですね。基本的に個人に合ったものをやらないと、結局、保健指導にならないわけで、このあたりが、例えばITで解決できるかという難しい部分があります。人間系でやる部分とITを使ってやる部分をうまく混ぜて効率よく事業をつくっていくことになると思います。

■「ウエスト測定が健診で義務化」——?

これは新聞の見出しです。新聞がこういうふうみんなに知らしめていることは大事なポイントですが、ただ正しくないのです。「ウエスト測定が健診で義務化」というのは間違いです。ウエストでなくて腹囲だからです。メタボリックシンドロームで対象するのはお腹の周囲であって、ウエストではありません。男性のボーダーラインが85cmだから大丈夫だと思っ

健診関連の要点は

3. 保健指導を明確に定義 — 担い手の整備が必要

○改正医療法の概要

スライド7

かをくくっている人がいますが、実はおへその周りだと85cmを超える人が多いのです。女性は90cmなのでその限りではないと思いますが。新聞社では見出しは別の係りの人がつけるので、記事の内容にはウエストとは一言も書いてないのですが、見出しは正しくありません。ウエスト測定といえば分かりやすいが、腹囲測定というと「何のことだ」となると思います。ただミスリードしている部分もあるのではないかと思います。

メタボリックシンドロームについては私よりは生活習慣病が専門の先生がお話しになることだと思いますが、基本的にはこれは日本発の概念で、何cmということについてもいろいろ異論があります。特に女性の方は5cm甘めに見られているわけです。そうすると85cmまでいっている男性と90cmまでいっている女性では人数が全然違うのです。変なのではないかという話はあって、いろいろな議論はされています。ここでは割り切って85cmで大きめにポピュレーションを取ってにおいて、そこを指導する価値はあると思います。ですから病態としてどうかという議論と、予防として正しいかどうかという議論は若干別なことなので、そのところは混同しないでいただきたいと思います。

■実施体制に関する問題

実施体制ですが、ここで事業者への委託が書かれています。先ほどの30メガの資料をダウンロードしていただくと、アウトソーシングの基準についてけっこうたくさん出てきます。これは基本的には保険者にやってもらいましょうということですが、保険者、例えば健康保険組合にはそのようなことができる人もいないし、そのようなことができるような仕組みにもなっていないので、できないのであれば、保健指導の施行に関しても事業者への委託がやはり非常に重要になるのです。これはメッセージとしてもそういうふうに出されています。

次に資格者の問題ですが、基本的には健診及び保健指導に関しては医師、保健師、管理栄養士の3つが書かれています。ただ実際には、医師のほとんどは臨床サイドにいますので、健診をはじめとする予防的な部分や保健指導にどのくらいの人が関わられるかという、あまり関われないのです。そうすると、保健師や管理栄養士がそれをどのくらいできるかということになります。このあたりはあとでもう少し詳しく見たいと思います。

事業の企画や立案も医療保険者に対して求められていることで、保険者のやるべきことが多くなっています。一般に日本の保険者は、様子をずっと見ていて、皆がやっていないからやるのをやめよう、ある時点から皆がやっているからやろうという考え方をします。日本人全般の特性とけっこう似たところがあると思いますが、そういう感じなので、それを参考にしたいとは思っています。

アウトソーシング先の医療機関に関してもいろいろなことが書かれています。「医師、保健師、管理栄養士等はそれぞれの養成課程における教育内容は異なり新たに取得すべき能力に差があるから、検証プログラムを組む際にはこの点を考慮する必要がある」と書いてあります。今のままだと、そんなにうまく健診や保健指導の担い手になってくれないのではないかと感じる文章です。

とにかくメタボリックシンドロームに着目することは、今の医療費の問題を考えると、それからこれからの日本の人口ピラミッドのデモグラフィック(demographic)なことを考えても非常に重要なところだと思います。もちろん医学的に見ると、例えば高血圧は脳梗塞のような血管障害や腎障害、神経障害などの合併症につながるからまずい問題だということがあるのですが、医療費という観点だけで考えてもメタボリックシンドロームにかなり着目する意義はあることをもう一度確認しておきたいと思います。

■基準値の標準化の必要

それから基準値のことでちょっと補足しますと、データを流通させる外枠の仕組みはうまくできても、そこに流通させるデータそのもの、その中身についてもきちんと正規化されたり標準化される必要があります。例えばコレステロールの測定が施設によって違う方法で行われていたり、使っている機械の値段が100倍くらい違ったとしたら、同じように信用できるかという、難しい面もあるだろうということです。健診の各項目や測定値についても標準化が必要であると今言われていまして、これについては、関係する臨床系や検査法に関する学会を交えていろいろな議論がされていますので、今後、成果が出てくると思います。基本的には、データに関しては外枠の標準化も大事ですし、中身の標準化も大事です。両方やらないとちゃんとデータが連続してつながっていくということにはなりません。

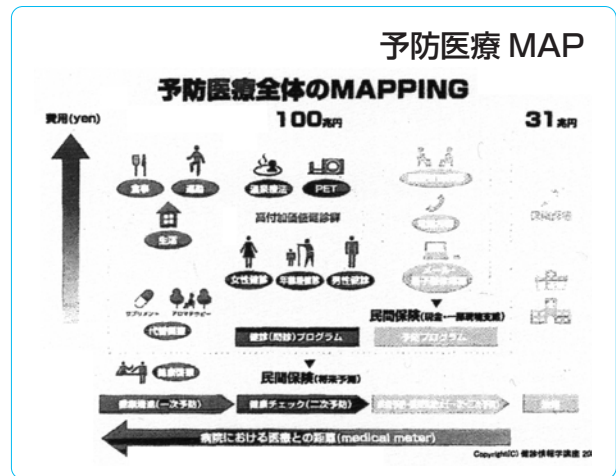
今までのいろいろな法律の例と比べると、40歳～74歳という長い期間にわたってデータを保持しなければいけないという仕組みはありませんでした。例えばカルテをどのくらい保持しなければいけないかという医師法で規定されている年限は5年です。その5年に比べてみれば30年というスパンがいかに長いかということがよく分かります。

今まで、放射線障害防止法や塵肺法などいくつかの法律では20年級の長い年限があります。ところがそれ以外の分野の法律でこんなに長い時間を規定したものがなかったので、ここは新しく踏み込んだ領域になります。

その基本には、厚労省が昔アドバルーンを上げていろいろ批判も受けましたが、電子カルテを導入しようという強いインセンティブがあって、かなり電子化は進みました。今日はあまり関係ないので軽く触れるだけですが、その時、努力目標に比べてかなり下回ったのです。下回ったが、下回ったなりの効果はあったと感じられます。当時私は直接関係していないので単なる感想ですが、高い目標を掲げることによって低いところくらいは何とかやってくれるだろうという、そんな感じのようにも見えるグランドデザインで、実際に大規模の病院ではかなり目標は達成されています。小規模、中規模の病院についても案外されている。補助金をバンバン出す時代は終わったのですが、精神は生きています。これまでのことでかなりインフラができてきた。そういうタイミングだからこそ、やっとな検査の中身について、標準化しましょうとか、検査項目のことも考えましょうということが現実的な議論になってきたということです。

さきがけとしては1980年や90年にもやっている人たちはいたのですが、機が熟してなかったのではなかろうかうまくいかなかったということがあります。今いろいろな意味のハイテクノロジー（と一応言っておきます）が整備されてきたことによって、こういうことが現実的な意味を持ってきているということです。

今回は基本的には階層化を行ってリスク峻別をします。どの人はどのくらい危ないという数字を付けてし



スライド 8

まうのです。3点の人は危ない、0点の人は危なくない。情報提供レベルというのは、程度によって介入しなければいけない度合いが強くなっていくということです。こういうことを考えて綿密に保健指導のプログラムをつくりましょうという話になっています。保険者に対して何かメッセージを送るとしたら、こういうことを考えてくださいということがありますし、例えば保険者向けのビジネスをやるところとすれば、そういうことについて、「ちゃんと階層化や効果を出すことを考えてできるような体制があります」ということが非常に重要だと思います。

(スライド 8) これはちょっと本論からそれますが、今医療費が大体31兆円くらいです。その制度を通過しているところが大体このくらいで、左から一次予防、二次予防、三次予防のイメージですが、このあたりの部分が今は制度的にはほとんど担保されていなくて、この小さい四角の部分、このくらいしか制度的に担保されていないのです。ですから本当にいろいろなことを予防医療としてやらなければいけなくなると思うと、これからその部分については、やはり民間でお金をどうやって調達していくか。特に民間保険というような商品がこれからそれにどう関与していくかということがかなり重要だろうということは念頭に置いていただきたいと思います。今日は保険会社の人があるくらい来ているの分かりませんが、そういう保険のいろいろな手法も今後重要になってくると思います。

■ 健診義務化がもたらすホントの意味とは？

● 健診を楽しく価値あるものにする

(スライド 9) 健診の義務化のポイントですが、先ほども申しあげたように保険者機能の強化が非常に重要

健診義務化がもたらすホントの意味とは？

今回は保険者機能の強化が一大テーマなので、すべてはそこを中心に考えましょう。

○健診義務化がもたらすホントの意味とは？

スライド 9

なところと理解していただければよいと思います。基本的には健診は楽しくない。今、週末に健診だからといってうきうきするという人はあまりいないわけで、その辺を何とかしないとイケないということは強く感じます。

(スライド10) これは私が勝手に言っているのですが、温泉に入るくらいに楽しいようなものを健診という概念に含めていかないとやはり広がっていかないだろうと感じます。そんなことを言っても温泉とは違う、というのは確かにそのとおりなのですが、やはりそこで健診はつまらないもの、限定的にしか価値がないものと考えていると進まない。こういうことを考えていきたいのです。今までの健診は心理的にネガティブなものを喚起するようなものなのですが、もう少し受けたいというものがあるといいと思います。受けたいと思うためには、やはり受けたら効果が見られたり、楽しかったり、気持ちよかったり、何かないとそういう気持ちにならないです。温泉は気持ちいい。そういう気持ちよさというのが身体的なのか精神的なのか、両方なのか分かりませんが、今後皆さんが考えていくうえで、そういった何かが必要だと思っていだきたいと思っています。

(スライド11) アウトソーシングについては、文字が多いのでここはとぼそうと思いますが、2行目の「利用者の利便性に配慮した健診」にだけちょっと注目してください。「例えば土日・祝日に行くなど」のところ、先ほどお話しした、楽しい健診をやっていくということと相通ずるものがあるのではないかと思います。今は医療機関で構えていて、どうぞ仕事休んで、あるいは途中で都合つけて来てくださいという体制でやっているわけです。その割りに出てくる結果がプアで、去年の結果と比較できないので受診者自身でやってくださいとか、要精検という結果が戻ってきて、

「要精検で何やねん」みたいなことがありますので、その辺を解決していかないといいものにはなっていないということはあると思います。

■保健指導の担い手についての問題

それで人の問題なのですが、アウトソーシングのところに書いてあるのですが、「事業所の管理者は、医師、保健師、管理栄養士……」、動機づけ支援（動機づけ支援というのはあとあとちゃんとそういうことが必要だということを理解するということです）についても「医師、保健師、管理栄養士……」、「対象者ごとの（それぞれの個別の）支援計画の実施について統括的な責任を持つ」、これも「医師、保健師、管理栄養士……」、同じフレーズが何回も出てきます。

厚生労働省の会議はオープンだったので、その議論の内容をお話すると、保健師さんという話に対して健診センターの人が看護師もやりましょうという話をされたのです。そうしたら看護協会の人が、ちょっとそれはできませんみたいな話になりました。いろいろな背景があって私にも理解できる部分はありますし、看護師さんとしての職業をどう考えていくかは看護協会がいちばん考えているところだと思います。いろいろなポリシーもあるし、いきなり担い手にされても、そこまでやれないということもありますのでしょうがない面はあると思いますが、看護師さんというたくさんポピュレーションがいるところがやってくれないとなると、本当にこういう人たちが足りるのですかということになります。

2番と3番に注目してもらいたいのですが、「積極的支援」のうち「食生活」の部分は管理栄養士がやってくださいという話で、これはリーズナブルな話だと思います。しかし、健診の後の保健指導というのは全人的、総合的な話なので、果たして現状の管理栄養士

将来の健診のイメージ



スライド10

健診の実施に関するアウトソーシング

- ・アウトソーシングを推進することにより、利用者の利便性に配慮した健診（例えば、土日・祝日に行くなど）を実施するなど対象者のニーズを踏まえた対応が可能となり、健診の受診率の向上が図られる。

厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）（案）第2編第6章より

スライド11

の人に全部任せられるのか、それでちゃんとプログラムがつくれるのかということ、かなり難しい面があります。

同じことが3番の「運動」にも言えます。健康運動指導士という資格があるのですが、これは「健体財団」といわれている「健康体力づくり事業財団」が主催してやっているところですが、比較的なりたい人はなれるという感じの資格で、それほど難しいものではないようです。そうすると、簡単に取得できる資格を持っている人が運動の部分について本当に踏み込んでできるのかということもあります。先ほどの管理栄養士の話と同じで、運動のことをやると当然カロリーや食事が関係してきますが、運動のほうの立場だけでその部分まで含めて本当にできるのかということがあります。専門的にやってくださいといっても、かなり難しいところがあるかもしれないと思います。この辺をどうやっていくかは今後考えないといけない。特に運動については、例えば太っている人が、やせるために激しい運動をすると、危険も想定されるので、そういう危険がないようなスキーム、役に立つスキームをどうやってつくっていくかは非常に重要なことだと思います。

■今後、健診が目指す「2階建て」

(スライド12) 1階の部分、例えばHbA1cを全員とりましょう、腹囲を全員測りましょう、そういう話です。こういう健診を義務化して特定健診を皆に行うこととなります。40歳以上の人全員にやるのだという1階部分は、もちろんビジネスとしてできるところもあると思うのですが、やはりいろいろプロフィットとか、事業的に回るかという意味で考えると難しいところがあります。したがって国が「民間でどうぞ」と言っているような2階の部分のやることを考えたらどうでしょうか。

(スライド13) 1階の部分は、先ほども申しあげたように血液検査、問診、腹囲などを象徴的にとらえてもらえばいいと思いますが、メタボリックシンドロームを中心とするものです。

●2階建て部分では自由な発想の新しいビジネスがあり得る

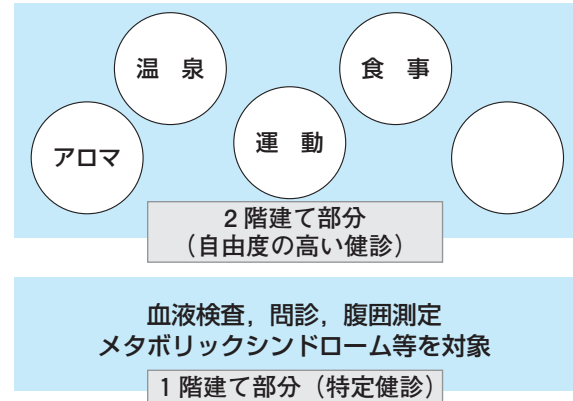
2階建て部分には直接健診に結びつかないのではないかと思うものもわざと入れておきましたが、こういうことも健診なんだというプログラムをつくっていかないと面白くないし、現実的な効果が出てこないだろうと思います。例えばアロマと書いてあるのは(現状

今後健診が
めざす
「2階建て」

- ・IT技術の使用についてのガイドラインのようなもの(具体的には標準的な健診データ取り扱いのルール)が提示されるのでそれを活用しましょう。
- ・制度が担保する部分とビジネスでやる部分は明確に分けて考えましょう。
- ・1階建て部分はビジネス的にはいろいろと難しい。国が「民間でどうぞ」と言っている2階をやりたいですよ。

○今後健診がめざす「2階建て」

スライド12



○今後健診がめざす「2階建て」

スライド13

のアロマが健診だという意味ではありませんが)、1つのヒント、こういうものも健診に含まれるという観点です。1階建て部分で義務がかぶせられた以上、その次にあるビジネスとして、例えば健康保険組合がそういうところに対してお金を出せる仕組みをつくることはできるだろうというお話をしているにすぎません。その辺は誤解のないようにしていただきたいと思います。基本的にはアロマでも温泉でも、先ほど出たような運動や食事の部分であろうが、空いているところには好きなものを入れていただければいいのですが、どんなものも広い意味でいう「健診」が担保するものになりうると思います。そういう意味では、2階建ての健診については従来の健診という言葉にとらわれないような自由な発想ができればいいと思います。また、健診という言葉や概念そのものを変えなければいけないかもしれないということも非常に強く感じるころではあります。新しい健診を創出するアイデアを、ぜひいろいろ出していただければと思いますし、私もいろいろ世の中に対して発信していきたいと思っています。

(スライド14) こんな話もということで、50年前の新聞を持ってきましたが、これは昭和29年、東大や国立のいくつかの病院で人間ドックを始めたという記事の見出しです。日付けが分かりますので、読売新聞

50年前の人間ドック

●読売新聞 昭和29年9月19日見出し

ヒマと金にまかせて……
ベッドを奪い合い
五晩六日 32種類の精密検査

仲良く夫妻で……
泣きたくなる検査攻勢

スライド14

(栄養失調+結核)



(栄養過多+がん)

○今後健診がめざす「2階建て」

スライド15



保健指導難民

スライド16

資格者は不足している

今後の保健指導の担い手

対象：1200万人以上

管理栄養士 (免許交付総数) 106,020人 (平成14年12月末現在)

保健師 (就業者) 39,195人 (平成16年末現在)

糖尿病療養指導師 (有資格者) 9,011人 (平成17年年度現在)

○今後健診がめざす「2階建て」

スライド17

次はストレス？

「メタボリック健診の次の関心事は
ストレス健診へ」

○今後健診がめざす「2階建て」

スライド18

から取り寄せるなり国会図書館でご覧になるなりしていただければと思いますが、面白いことに、今と内容は思ったほど変わりません。血液検査や問診など、十分読む価値がある文献だと思います。あまり内容が変わっていない問題点はあとのスライドでお話しします。

もう1つ、個人情報保護については隔世の感があります。この記事を読むと、国会議員のだれだれさん、だれだれさんが夫婦で受けてなどと名前が書いてありますが、本人が言っているのではなくて、その健診をやっている施設の院長が、だれだれさんが受けてどうだったと言っているのです。今ではもう全然考えられない話ですが、そういう時代だったのです。個人情報保護法については、この5年くらいで急激にその辺についてのリストラクションが厳しくなったとは思いますが、それにしても個人情報などの考えが全く違った時代から今に至るまで、ほとんど同じ内容の健診をしているということは、さすがにあまり効率がよくないだろうと思うのです。

(スライド15) その頃と今を、象徴的に考えると、こんな話だと思います。基本的に国民的課題は、昔は栄養失調と結核だったのです。その2つをなくしようということが、健診の重要なことだったのです。そのためにいろいろなプログラム、例えば胸のレントゲン写真なんかも結核予防法でずっとやられていたのです。ところが結核予防法が根拠であったのは平成17年までで、今はそれが根拠にさえなっていない状態です。どちらかという、今は栄養は「失調」よりも「過多」。がんが対象になっていることでコントラストが明確になっていると思いますが、今は国民的課題は「栄養過多+がん」の2つだと思うので、健診機関も健康保険組合も(昔と)同じことを求めているはさすがにまずくはないですかということはありません。

この話は難しいので、簡単に言うと、国の医療費は、どちらかというと支出が決まってから、収入が決まるので、本当はこんな経済学的なパラダイムは成り立たないのですが、基本的には1999年とかそのあたりに

1人1,000円／月のサービスを想定
1,000円のものも自分が使うとなるとためらう。



○今後健診がめざす「2階建て」

スライド19

コスト的なバランスが取れた時期があって、これから支出がどんどん大きくなってきます。だからこそ今から医療費の削減効果は目に見えてナショナルプロジェクトに影響してくるということなのです。こういうことを考えると、今から始めないと2012年頃に保険財政がいろいろ難しくなってきたときに対応できないということを申しあげたいのがこのスライド16です。

(スライド17) 保健指導の担い手が足りなくて困る状況があるので、これをどうやっていくかについてぜひいろいろアイデアを共有したいと思います。1,200万人に対して管理栄養士が10万人。10万人もいるという話なのですが、これは免許交付総数なので働いている人数とは違います。現実に管理栄養士さんは資格と関係ないところで働いている人も多く、そういう意味でこのままでは現実的にはあまり機能しないだろうということがあります。しかも全員で見たとしても1人が130人見なければいけないわけです。それを考えるとかなり大変でしょうから、何とかしたいということなのです。

(スライド18) この話は今回は省いたのですが、メタボリック健診の次には、たぶんストレス健診になるのだろうと私は思います。これはメタボリック健診が終わって、ある程度解決が緒についてから、次の課題、ひいてはビジネスにもなる、という感じでとらえています。

(スライド19) 少しだけ経済の話です。月に1,000円のお金を何かのサービスに払うのは難しい、もったいないと思うが、人を買ってあげるということに関しては、1,000円くらいいいということになるのです。

(スライド20) 私は、こういう代理購買の心理的閾値が低いことは、非常に重要なメッセージ性があると思っています。

代理購買の閾値



心理的閾値は低い

○今後健診がめざす「2階建て」

スライド20

健保組合も代理購買であること

○今後健診がめざす「2階建て」

スライド21

健保組合機能を強化

○今後健診がめざす「2階建て」

スライド22

(スライド21) 健保組合の代理購買ということについても、自分たちのところに加入してくれている被保険者、要するに労働者に対してどういうサービスを選択すればいいかを代行する責務が健保組合にはあるということです。ただ今回の法改正では、その結果責任を負う。もうちょっと分かりやすく言うと、ちゃんと効果が出ない健保組合にはお金の意味のペナルティがあるということが明確にされているので、結果責任があるのです。ですから、ちゃんとしたものを選ばなければいけないという度合いが今までの保険者よりもこれからの健保組合のほうが強くなるということは大事なことだと思います。

(スライド22) 健保組合を強化することについては、これも厚生労働省のホームページから持ってきましたが、「健康保険法等の一部を改正する法律案の骨子」ということで、「保険者の再編・統合」が詳しく述べられています。今回は医療法改正がメインなのですが、

医療法を改正すると、健康保険法や国民健康保険法など、関連する法規が調和を取るために変わります。相互に法律が影響し合っているところがあるわけです。そういうところはぜひ見ておいていただきたいと思います。かなり分かりやすくまとまっていると思いますし、この辺が今後のアドミニストラティブというか、行政的な立場、例えば県とか市とか、そういうレベルで考えても、民間のレベルで考えても非常に重要なことを示唆してくれていると思います。

● デিজーズマネジメントの可能性

デিজーズマネジメントという話は、軽く触れて終

わりにします。民間で医療費を削減したり、予防のところでもエントリーを防いで医療にかかわらないようにしようというデিজーズマネジメントもアメリカではいろいろなものがあります。群雄割拠状況であり流行っていると言ってしまうでもいいかもしれません。ただその辺は医療制度が違うことがあります。それから、デিজーズマネジメントはどの病院に行きなさいということも、そのレポートを規定してしまっているのです。その規定しているものが全体になったのが日本の医療で、「これは医療保険でやっていいですよ、これはやってはだめですよ」と決まっているので、デিজーズマネジメントの会社が持っているメニューと全く変わらないものを国は提供しているわけです。そういう国という1社独占のモデルで今までやってきたことが悪いということはないですが、民間のデিজーズマネジメントが根づきにくい理由であることは間違いない。いろいろなモデルがあると思いますが、特に財政の破たんの問題もあり、2012年頃になると1社独占型でいかなないことは確かです。そうすると、必要は発明の母で、新しいものは必ず出てくるということです。パラダイムのシフトがあって、その後が興味深いだろうと思っています。

健診ポータビリティ

個人情報保護法について

個人情報保護法に関する規定は、基本的に健診ビジネスの阻害要因とならない(はず)。

ただし、現状では、個人情報保護法に対する「必要以上の畏怖」が阻害要素となっている。

○健診ポータビリティ

スライド 23

番号ポータビリティの説明

○健診ポータビリティ

スライド 24

健診ポータビリティ

○健診ポータビリティ

スライド 25

■ 健診ポータビリティについて

(スライド23) 健診ポータビリティに割く時間が少なくなってしまうと恐縮です。個人情報保護法についてはいろいろなセッションやセミナーもあると思いますので、そちらで聞いていただきたいのですが、基本的に健診ビジネスの阻害要因にはならないと断言していいと思います。そこをあまり怖がって事業化をしなかったりとか、必要以上にそこを回避するために労力やお金をかけて、プログラム自体が悪いものになってしまうという例がこれに限らずいろいろありますから、その辺はちゃんとやれば、健診ビジネスの阻害要因にならないはずというメッセージはちゃんと示しておきたいと思っています。「必要以上の畏怖」というのはそういう意味です。

(スライド24) 番号ポータビリティは、NTTドコモである番号を使っていたら、同番号のままでボーダフォンに移れますよという話、これは皆さんご存じだと思います。これは今年(平成18年)の秋から始まります。

(スライド25) それと同じようにある保険者でみてもらっていた人が次の保険者に移る場合、それから保

険者は同じだが健診機関が変わる場合、いろいろなポータビリティがありますが、基本的にポータビリティを実現する方向に世の中は進んでいるということで、そのポータビリティの周りにあるいろいろなことを一緒にやっていきたいと思っています。

(スライド26) データのことは基本的にはこういういろいろな保険者とか事業者、それから国や支払基金などの流れがあって、そういうところに健診データが電子化、標準化されて蓄積していくことが重要な部分だということで、このあたりも前述の6月19日の検討会の資料に出ていますので、ゆっくりご覧になっていただければと思います。

繰り返しになりますが、「生活習慣病に対策」ということで、40歳からの健康診断が義務になる。これが1つのポイントです。この新聞記事(スライド3)もいちばん大きい見出しは医療費負担の話ですから、やはりちょっとミスリードしている。うそではないですが、やはりいちばん重要なことは何なのということがメッセージとして正しく伝わっていない部分はないかと思っています。

■まとめ

(スライド27) これは最後のスライドですが、健診ビジネスを展開するためには、まず健診制度を熟知することが必要だと思います。そのうえで市場性のあるビジネスをどう表現していくかが大事だと思います。以上です。

質疑応答

● 健保組合の役割が重要、変化の可能性がある

質問 資料にある代理購買の閾値(スライド20)ですが、1,000円くらい自分のために払うのは難しいが、代理購買的な払い方はあるのではないかといったところで、たぶんビジネスのヒントを頂いているのだと思うのですが、例えば具体的にはどういうかたちでそのビジネスを、例えば代理購買でないかたちでできるのかという、もう少し深いお話を頂ければと思います。

奥 今、実際そうなのですが、どうやって健保組合がそのプログラムを決めているかという、まずほかの健保組合のを見て、よそがやっていないことはできるだけやめよう、そもそも健保組合は今の状態だと、本社の人事の流れで来るのです。そういう背景もあって、わりと変わらない方向に流れます。ただこれ

健診データなどの電子化

基本的な考え方

○今後の新たな健診における、健診データの流れとして以下の場面が考えられる。

- ①健康診査実施機関・保健指導実施機関 → 保険者
- ②(扶養者の健診を行った)医療保険者
→(被扶養者所属の)医療保険者
- ③(異動元の)医療保険者 →(異動先の)医療保険者
- ④労働安全衛生法に基づく健診を実施した事業者
→(当該労働者所属の)医療機関保険者

また、健康診査等の実施状況などについては、以下の流れが考えられる。

- ⑤医療保険者→国、都道府県、支払基金

平成18年6月19日 厚生労働省健康局
標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)より

○健診ポータビリティ

スライド26

まとめ

健診ビジネス

- 展開にはまず健診制度を熟知することが必須
- その上で市場性のあるビジネスモデルを創出することが重要

スライド27

からは結果責任を求めるということになるので、もう少し健保組合が能動的にものごとを考えていかなければいけないわけです。企業健保が分かりやすいので企業健保の例でお話ししますが、要するに健保組合は予防にあてる財源というものを企業から与えられていて、それを最適に使うことがミッションなのです。その部分は、結局、サービスを受取る人で割れば1,000円かもしれないが、それぞれの人が1,000円を払うディシジョンをするわけではなくて、健保組合がそれを決めるわけです。その全体としての結果責任を負うので、そういう意味で言っていることです。だから1,000円を800円にすればやるのではないかとか、そういう議論をあまりしなくてもいいというのが基本的に言えばあった。あまり値段の競争になってほしくないということもあります。やはり基本的にはアウトカムが出て、“このプログラムを選ばいいことがあった、だから……”ということは健保組合にとって大事なことになる時代が変わってくるということで、そういう

ことは健保組合と代理購買との関係と考えています。

●健診プログラムはどのようなかたちで評価されるのか

質問 お話の内容から類推したことなのですが、国からこのような健診プログラムの方針等が出ておりますが、これが要は効果があったということを何らかのかたちで評価しないとやった意味が分からないと思います。これは結局どのようなかたちで評価されると思われませんか。

奥 評価についても記されています。やはり評価しましょうということが、ちゃんと流れとしても書いてあるのご存じかと思います。それでもう1つ大事なことは今日はあまりその意味では話さなかったのですが、先ほどの保険者の再編成というところで、基本的に都道府県単位で医療計画を立てましょう。都道府県単位でその効果も測定しましょうということがあるので、まずは都道府県という括りで効果が明確に見られる部分が出てくると思います。47のランクがつくと考えるわけです。もちろんポピュレーションが違って、例えば東京と地方とを同じように考えていいのかという議論はありますが、そこでは分かりやすいところで何らかの指標が出てくると思います。その指標が今度民間のほかの企業健保とか、別のタイプの保険者に対しても同じようなメカニズムで計測をする、効果を測定するという流れになってくると思います。

質問 それは、何か経済的な指標を立てるといったことなのですか。

奥 基本的には経済的な指標です。やはり医療費という観点だと思います。それでそのために2011年にレセプトをオンライン化しましょうという話がありますよね。そういうふう全体ストーリーとしては医療費がどの部分にかかっているかという分析が全体としてできるような流れになっていると思います。今おっしゃっている意味はおそらくそういう医療費だけの問題でなくて、例えば個人の、メタボリックシンドロームにならなかつたらどうかというようなことがちゃんと議論されなければいけないということは、私もその通りだと思います。それはどちらかというところと企業の健保なり、自治体なりと一緒に、マクロではなくてミクロに見ていくような分析があって、医療経済的な効果というよりは、その予防の介入がどういうふううまくいったかというようなことだと思います。スライドに出したのですが、経済産業省の事業で行われた九州大学とか、HCC というのは東京でやっている別の

グループですが、こういうところがやろうとしている一次予防から三次予防について、比較的全部を通してやるというサービス、それがどういう医学的な効果を出してきたかが今後出てくると思います。こういうものが今おっしゃっている意味ではモデルになっていくと思います。

●特定健診の費用の流れは？アウトソーシングのやり方は？

質問 2つ質問をお願いします。まず、労働安全衛生法で行われる健診結果を、この特定健診に流用と言いますか、使えるような表現があったと思うのですが、その場合の費用的な流れを、もしお分かりでしたら教えていただきたいということが1つです。それからアウトソーシングのときに、健診センターに特定健診とその次に行われる保健指導、ケアをセットでアウトソーシングするのではないかと考えていたのですが、そこら辺の構造的な変化、変容が考えられるのかどうか、できましたら教えていただきたいと思います。

奥 まず1つ目のことに関しては、労働安全衛生法でやらなければいけない部分との費用負担の問題ですが、これについては簡単に答えると分からないということです。なぜ分からないかというと、今までのどの部分はどこが担当しているという、そっち側の仕組みが分からなかったで、それを移行する場合に今度新しいほうは分かりやすいが、分からないものから分かるものに移行したときに、継続のしようがないのです。おそらくその部分はもう少したって実際に事業が進んでから、モデル事業が行われていくと思いますので、モデル事業のなかで判明していった軌道修正がされ、2008年の実施になると考えられます。

もう1つの問題は健診と保健指導を同じところに頼むかどうかという話ですが、私は本来は別のところに頼むのが基本だと思います。健診というのは今の医療機関なり健診センターそのものができることでしょう。それに比べて保健指導は、今までの医療機関や健診センターもやってはいたが、現実的なものとしてはやっていなかったわけです。そういう意味ではこのままの体制ではちょっと担い手としてはしんどいのだろうと思います。ですから、この保健指導の部分こそ、新しい参入者が出てきてほしいと強く願うところでもありますし、あともう1つは前述の一次予防から三次予防まで、通しでという話がありましたが、あれは例えば九州大学など、同じところが通しでやるということではなくて、あるところで一次をやって、あるところで

二次をやって、あるところで三次をやるということがちゃんと連続性を持つような、そういう一次や二次や三次のつくり方。だから好きな部品を集めてきて予防をやりましょうということをもう少しできるようにするのは、サービス業として成長するべき1つの課題なのでしょう。その辺がうまくいけば、この話は全体と

してうまくいくと思いますし、その辺がうまくいかないでやはりどこかに全部丸投げしてしまって、そのよしあしで決まるようなレベルだとなかなか効果の測定というさっきの話についても難しいと思います。全体として今皆で一所懸命やろうとしているこの事業がうまくいかなくなる要因にもなってしまうと思います。

DPC 時代における クリニカルパス

飯塚病院 DPC 管理室
院長*

○安永 佳代子
細川 忠行

福村 文雄
田中 二郎*

【はじめに】

DPC 制度では、病名と手術・処置との組み合わせを元に診断群分類が決定され、入院期間および1日点数の設定は、DPC参加病院のデータ・平均が用いられている。しかし厚労省発表のデータからも、入院期間に限ってみても民間病院の平均は短く、DPCの設定との乖離が懸念される。クリニカルパス（以下パス）は標準化を目的とするツールであり、DPC包括制度での自院の標準的治療の分析での有用性が議論されているが、現在のところその具体的な報告は少ない。

当院 DPC は2004年7月より試行的適応病院としてスタートした。またパスは現在、27診療科で111本、全体の使用率は35%程度であるが、外科は比較的使用率が高く、約半数はパスを使用している。今回、そ

の中でもさらに使用率が高い疾患の当院パスについて、DPC との適合性について評価を行った。

【方 法】

対象は、2005年1月～12月、当院外科にて手術を行った患者のうち、比較的パス使用率が高い、肺がん・肺切除術、大腸がん・結腸切除術、胆嚢炎および胆管炎・腹腔鏡下胆嚢摘出術、胃がん・胃全摘術および亜全摘術、虫垂炎・虫垂切除術、乳がん・乳房切除術を対象とした（表1）。

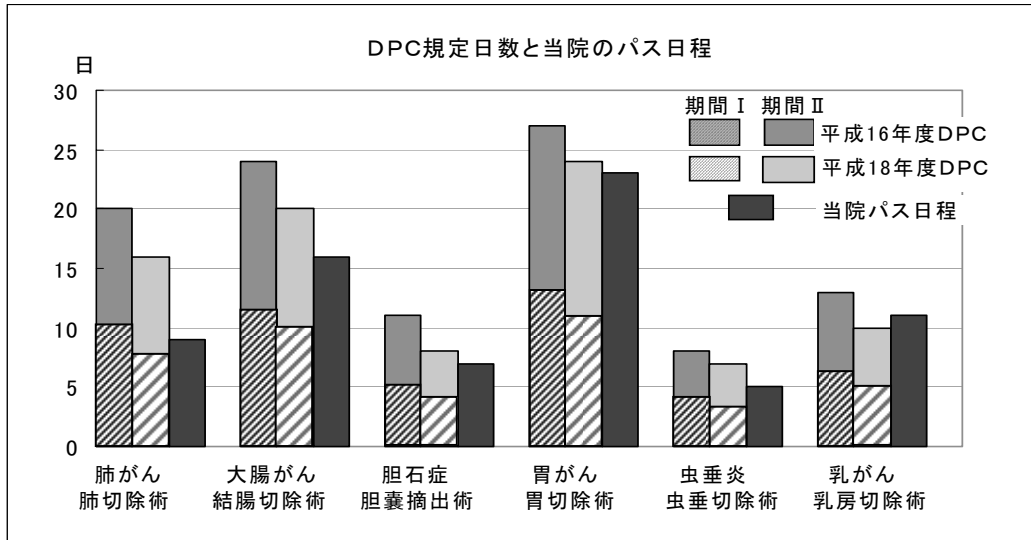
検討項目は、①当院パス設定日数と実日数、DPC標準在院日数との比較、②包括請求と出来高請求との収支の比較、③術後合併症の影響の検討を行った。

今回の調査の対象としたパスに該当する DPC コー

表1 対象診断群分類と症例数

パス名	手術名	処置	副傷病	DPC コード	症例数
肺切除術	胸腔鏡下肺切除術	×	×	0400403x04x00x	25
大腸切除	結腸切除術 (腹腔鏡下を含む)	×	×	0600353x01x00x	8
		×	○	0600353x01x01x	8
		○	○	0600353x01x11x	6
胆嚢摘出術	腹腔鏡下胆嚢摘出術	×	×	0603303x04xx0x	69
胃切除術	胃切除術 (腹腔鏡下を含む)	×	×	0600203x01x00x	9
		×	○	0600203x01x01x	23
	胃全摘術	×	×	0600203x02x00x	18
虫垂切除術	腹腔鏡下虫垂切除術	×	×	0601503x03xxxx	18
	虫垂切除術	×	×	0601503x02xx0x	22
乳房切除術	乳房切除術	×	×	0900103x010000	46

図1 DPC 規定日数と当院パス日程の比較



ドは、表1のようにになっている。

術式とDPCコードが1対1ではなく、幾つかのDPC診断群分類が含まれているものも存在する。

【結果】

1. 入院期間とパス日程

DPCで規定されている入院期間I及び入院期間IIと、当院のパス日程を比較するといずれも入院期間II以内に収まっていた。2004年からのDPC試行に伴う、パスの日程変更は行っていない。2006年DPC改訂後の入院期間と比較しても、乳房切除術以外は入院期間II内であった。また肺がん・肺切除では、Iの入院期間よりも短く設定されていた(図1)。

2. DPC包括請求と出来高請求の比較

図2(1-6)の上段グラフでは、DPC包括による請求と出来高計算での請求を右並示している。下段にその差を累計にして推移を表している。いずれもバリエーションのない入院の平均値で示している。

包括—出来高累計は、手術日および術後の注射薬、検査、病理などによって大きくマイナスになり、その後次第にプラスに推移していくことがわかる。

肺切除術の場合(図2-1)、術

図2-1 肺ガン(胸腔鏡下肺切除術)

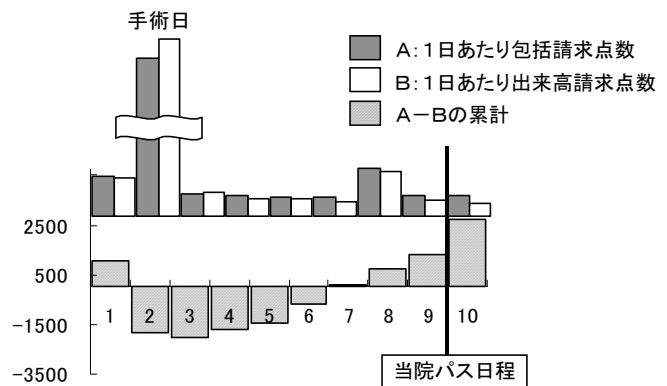


図2-2 大腸ガン(結腸切除術)

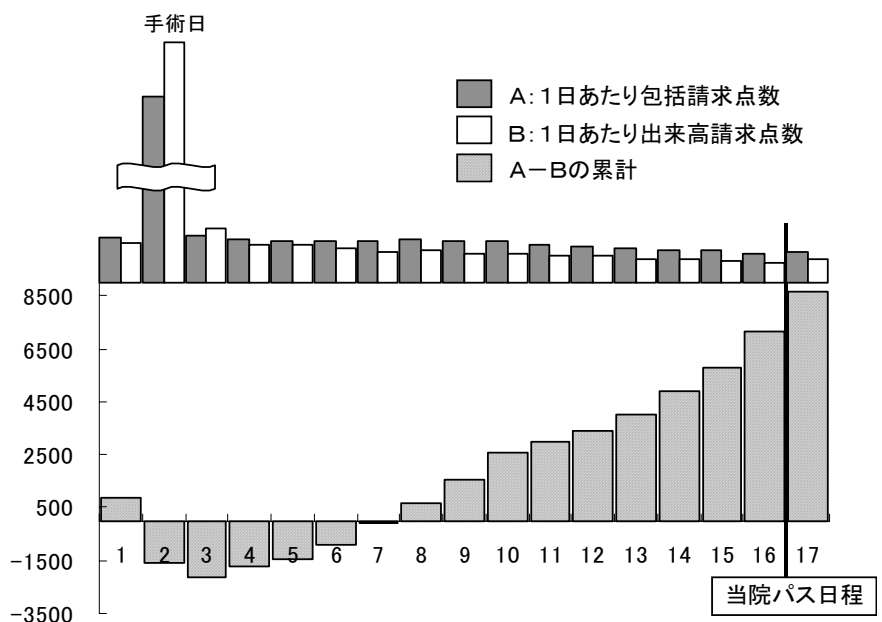


図2-3 胆嚢炎（腹腔鏡下胆嚢摘出術）

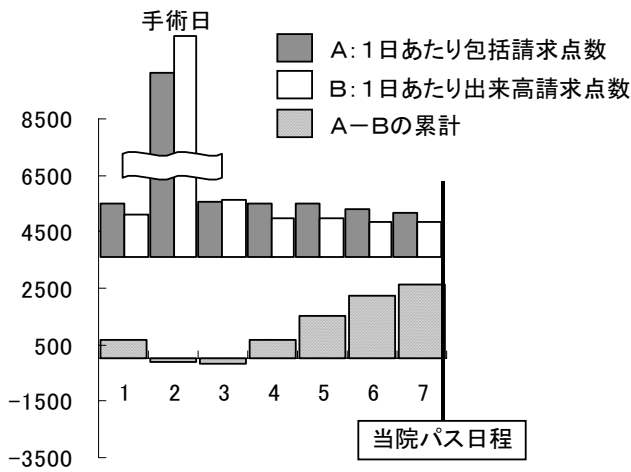


図2-4 乳がん（乳房切除術）

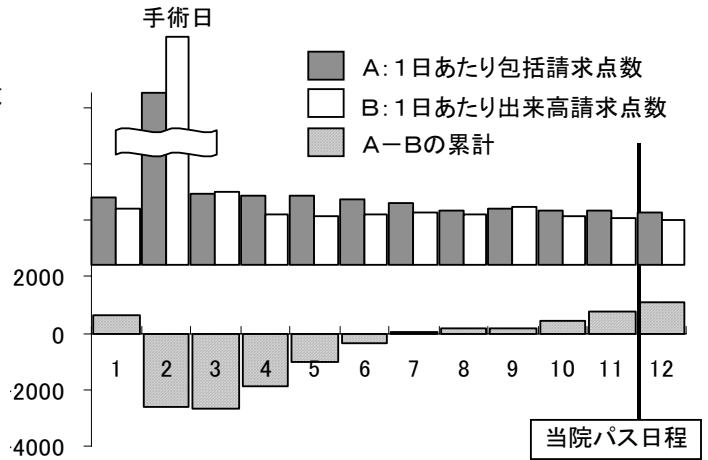
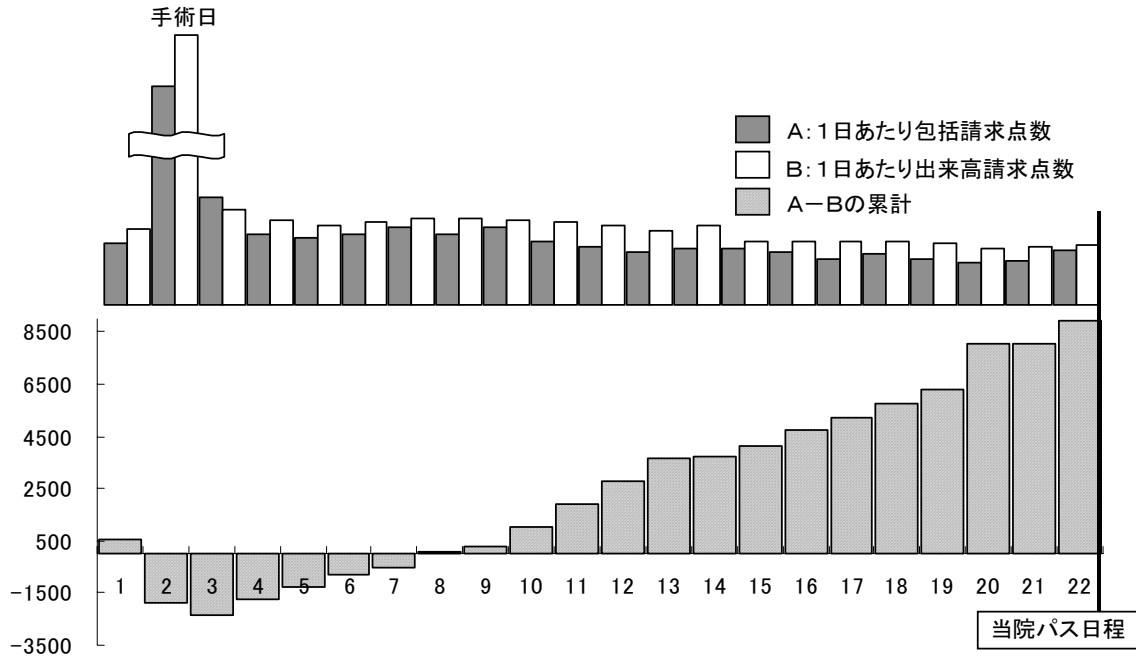


図2-5 胃がん（胃切除術）



後5日目くらいに包括請求点数と従来の出来高請求点数が同額となり、その後は包括によるプラスが累積される。

同様に結腸切除術も、術後6日目くらいに±0となっていた（図2-2）。

胆嚢摘出術の場合は、術後3日目くらいからプラス傾向となっていた（図2-3）。

乳房切除術の場合は、術後8日目くらいからプラス傾向となっていた（図2-4）。

胃切除術の場合は在院日数が比較的長く設定されており、退院時には平均約6,000点程プラスとなった（図2-5）。

成人の虫垂切除術はマイナスとなり、ほとん

図2-6 虫垂炎（虫垂切除術）※小児を除く

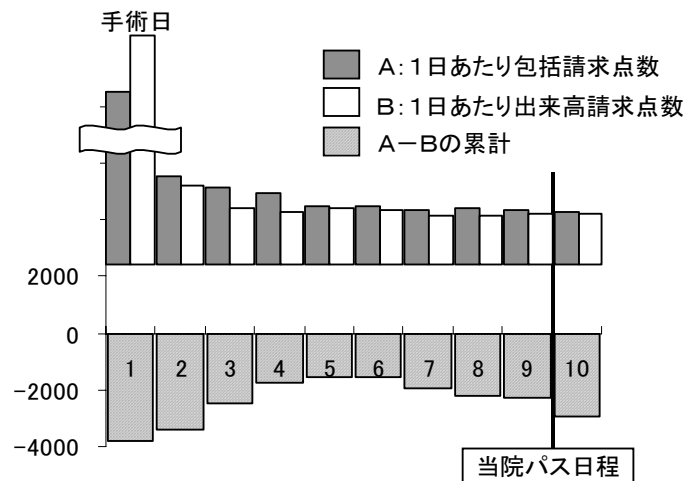
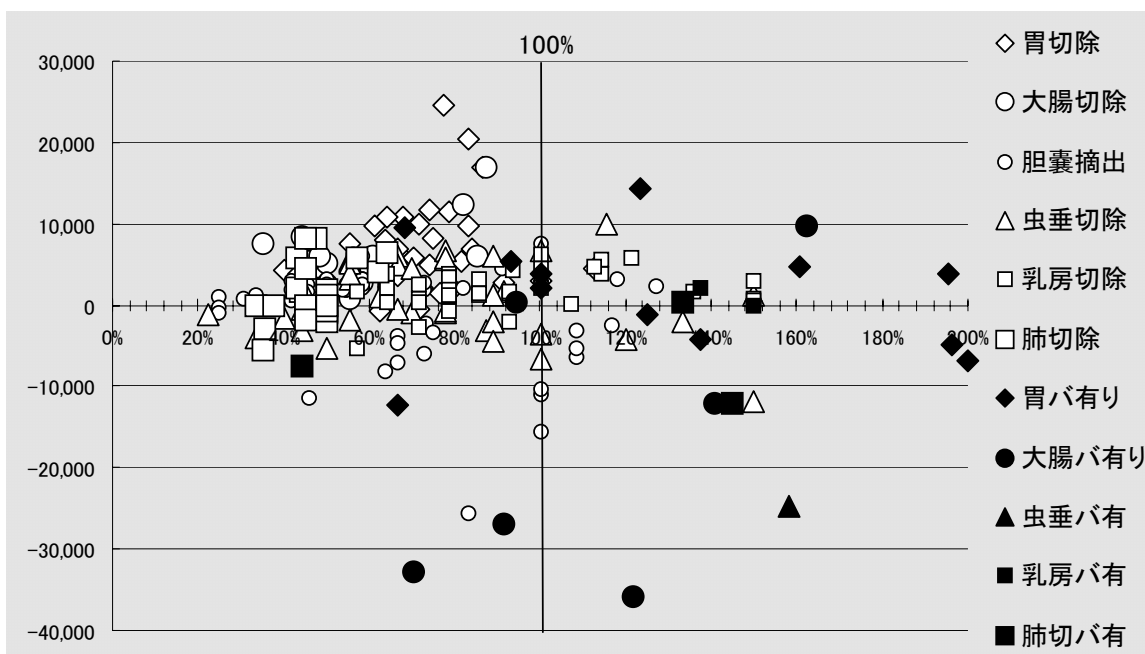


図3 術後合併症の影響度（在院日数／DPC－出来高の収支バランス）



どの場合、退院までマイナスは是正されていない。これは、緊急手術が多く、入院日にCT等の検査に医療資源が多く費やされるのに対し、DPC設定点数が低いことに起因していた(図2-6)。

3. 術後合併症が及ぼす影響

術後合併症は、結腸切除術や胃切除術で発生率が高くなり、内容として、術後イレウス、創感染、誤嚥などであった。

術後合併症発生による影響を入院期間と経済的側面から分析した。図3は、それぞれのDPC規定入院期間Ⅱを100%とした場合の入院日数を横軸とし、収支のバランスを縦軸にしたグラフである。術後合併症が発生すると入院日数が長くなり、マイナス会計になる傾向が見られた。特に、結腸切除術、胃切除術では顕著に表れていた。

【考察】

DPCとクリニカルパスの関連を考えた場合、DPC包括制度自体、適応基準を診断群分類選択とし、タスクの集合を設定された包括点数と考えれば、全国標準のクリニカルパスと見ることもできる。したがって、自院のクリニカルパスで定められた入院期間や請求点数をDPCと比較することは、全国の標準を見据えたクリニカルパス作成や改定の有用な手段と考えられる。

例えばDPCで定められた入院期間Ⅰは、25パーセントイル値であることから、これを1つの目標とすることも可能かもしれない。

手術や化学療法のように大きなイベントを含む入院では、イベント前後にかかるコストが大きく占められており、入院中の加療が平均的な疾患群とは、コスト分布が異なる。しかし、DPCは漸減性で設定されているが、1日点数での請求となるため、集中的に投入されたコストを短期入院でカバーできない問題点が予測され、今回の分析でも当院の肺切除術パスのように設定日数が入院期間Ⅰの中にある場合は、請求包括点数は手術前後のコストをカバーするに至らなかった。

DPC包括制度導入当初から、術後合併症は包括制度では、コスト的に不利に働くと言われてきたが、今回の分析においても疾患を問わず術後合併症の発生によって明らかに減益となるケースが多く確認された。

【結語】

当院外科でのクリニカルパスは、ほぼDPC標準在院日数以内に設定されていた。出来高請求との比較において、肺がん・肺切除のように、入院期間が短い方が診療報酬上必ずしも有利とは限らなかった。術後合併症によるバリエーション発生は、在院日数の延長と明らかな減益となる傾向にあった。

退院時に摂食・嚥下障害が残る在宅復帰例

医療法人社団 カレス アライアンス 日鋼
記念病院 リハビリテーションセンター

○栗山 朋子 前田 守
前田 三和子 小山内 康夫
三上 貴寛 堀 雅子
福田 美紀 梶田 美紀

I. はじめに

当院は北海道南西部に位置する地域の中核病院として、いわゆる平均在院日数12日程度の急性期病院である。

言語療法では脳血管疾患を始め、内科・外科的疾患、耳鼻科、歯科、そのほか廃用症候群の病名により摂食・嚥下障害を伴う受療者のリハビリテーションが対象となっている。

このため、主たる疾患の治癒により、摂食・嚥下障害を残したまま在宅復帰が余儀なくなるケースも少なくない。そのため、在宅生活では介護者が食事介助について不安を持つことが予想される。

今回、摂食・嚥下障害の治療途中で退院を迎えなければならないケースについて、後方視的に調査した。

表1 原因疾患

疾患名	人数
脳梗塞	18人
脳出血	3人
舌癌	3人
誤嚥性肺炎	3人
廃用症候群	2人
甲状腺癌術後 反回神経麻痺 左ドット麻痺 腎盂腎炎など	各1人

II. 対象

対象は平成16年4月～平成17年3月に当院で言語療法を行った418例の内、主たる疾患の治癒に伴い、摂食・嚥下障害が残存したまま在宅復帰となった38症例である。内訳は男性33名、女性5名、平均年齢は72.0歳(43～100歳)。平均訓練日数は43日(6日～242日)であった。

対象は脳梗塞が18例、47%で約半数を占めており、脳出血3例、舌癌3例、誤嚥性肺炎3例ずつ各8%であった。その他は甲状腺癌術後や反回神経麻痺など各1例ずつ、計9例である(表1)。

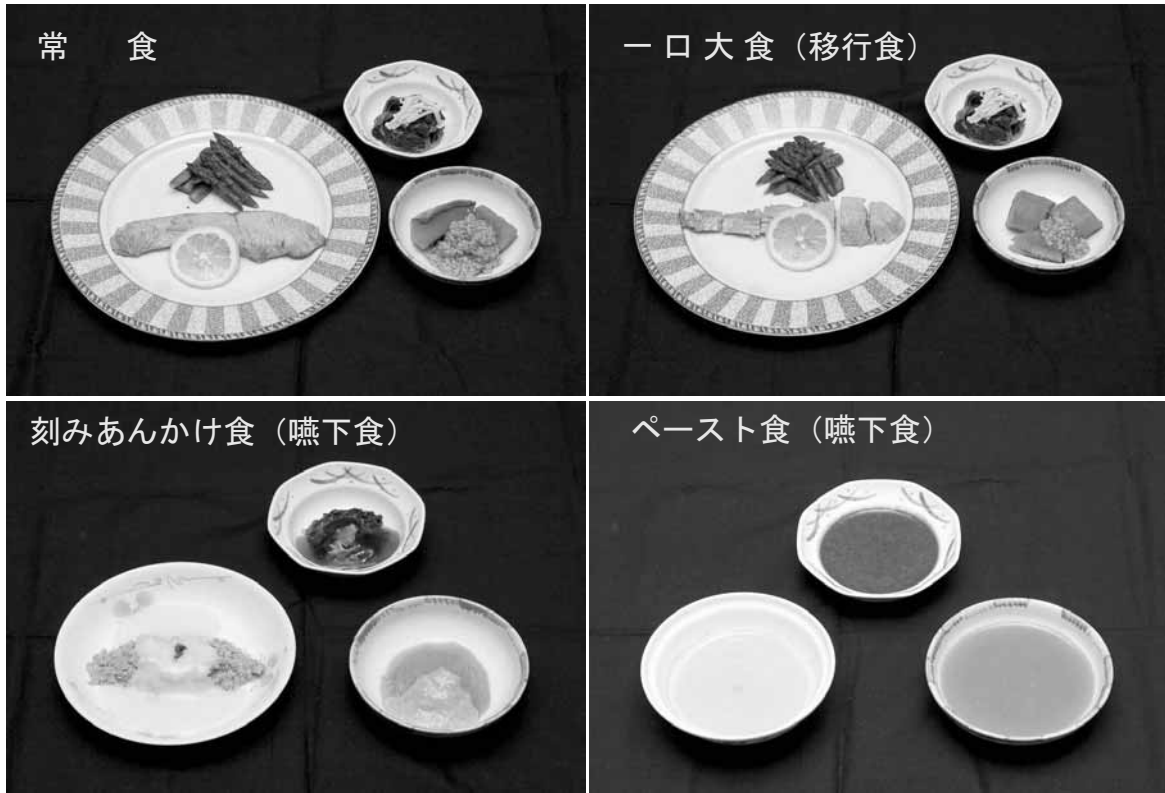
III. 目的と方法

調査は、1. 嚥下障害の重症度と食事形態の関連、2. 栄養摂取手段、3. 言語聴覚士による退院時の指導内容の3項目について行った。

表2 嚥下障害グレード(1993:藤島)¹⁾

I. 重症 経口不可	1	嚥下困難または不能、嚥下訓練適応無し
	2	基礎的嚥下訓練だけの適応あり
	3	条件が整えば誤嚥は減り、摂食訓練が可能
II. 中等症 経口と補助栄養	4	お楽しみとしての摂食は可能
	5	一部(1～2食)経口摂取
	6	3食経口摂取プラス補助栄養
III. 軽症 経口	7	嚥下食で3食とも経口摂取
	8	特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取
	9	常食の経口摂取可能、臨時的観察と指導を要する
IV. 正常	10	正常の摂食嚥下能力

図1 食事形態



嚥下障害の重症度分類は藤島の嚥下障害グレード(表2)を用いた。同嚥下障害グレードは10段階に分類され、重症が1～3で経口不可、中等症が4～6で経口と補助栄養、軽症が7～9で経口、正常が10となっている。

食事形態については図1に示すように、当院で扱っている常食、一口サイズに切った一口大食、細かく刻んだものにあんをかけた刻みあんかけ食、ペースト食の4種類の食事形態に分類した。この内、一口大食を移行食、刻みあんかけ食やペースト食を嚥下食とした。

IV. 結 果

栄養摂取手段については図2に示すとおり、経口摂取が34例、89%と最も多く、胃瘻はわずか4例、11%であった。なお、胃瘻の内3例はお楽しみ程度の経口摂取が可能であった。

また、嚥下障害の重症度と食事形態の関連について嚥下障害の重症度では、軽度のグレード7～9が最も多く、全体の89.5%を占めていた。中等度のグレード4は3例、7.9%、重度のグレード2は1例、2.6%のみであった(図3)。

しかし、重症度をグレード別にみると移行食を摂取しているグレード8が17例、44.7%と最も多く、次い

図2 栄養摂取手段

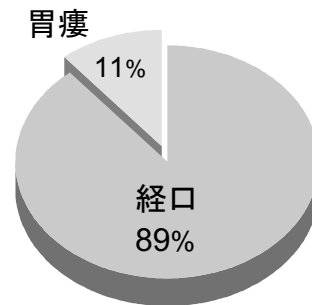
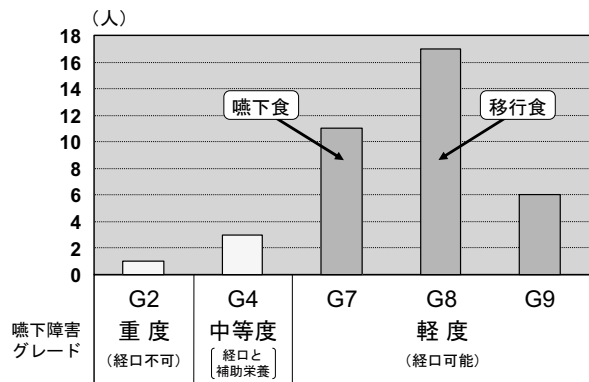


図3 嚥下障害の重症度と食事形態の関連



で多いのは嚥下食を摂取しているグレード7であり、11例、28.9%であった。お楽しみ程度の経口摂取であるグレード4を含め、何かしらの形態調整が必要であったのは、31例、81.6%であった。

これら言語聴覚士による指導内容については、全症例に対して何らかの指導を行ったが、その中でも図4に示すように食事の際に1回に口に取り込む量や食べる速度など、摂食に関する指導が28例、74%と最も多く、次いで摂食指導や飲水でのトロミや飲み方といった水分指導などを複合して行った例が5例、13%であった。

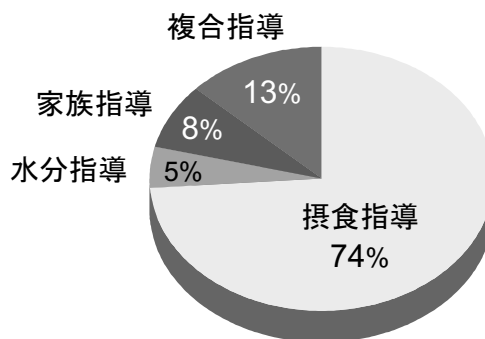
V. 考 察

近年、退院後の生活を住み慣れた地域や家で過ごすことが医療・福祉サービスのコンセプトとなっている。しかし一方では、在宅生活中の急変時の不安、いわゆる医療不安や、少子高齢化、老老介護による介護者の労力不足が原因となる身体的介護不安があり、退院後の在宅生活を阻害しているのが現状である。

それらに加えて、摂食・嚥下障害を残したまま在宅生活を過ごす場合、家族はお粥や形を調整した嚥下食などの慣れない調理に対する不安、むせや誤嚥により起こる誤嚥性肺炎への不安を抱くのではないかと危惧するところである。これらのように、病院ではなく自宅において介護をする場合、異なる環境による不安など医療不安や身体的介護負担とは別な「食事介護不安」が発生することは否めない。

調査では、栄養摂取手段は経口摂取が34名、胃瘻が4名と胃瘻の割合が少なく、胃瘻管理など医療手技面における家族負担はそれほど多くない印象を受けた。しかし、経口摂取が可能であっても移行食や嚥下食の割合が28例と多く、安全な経口摂食を継続していくために必要な食材選定や調理工夫に始まり、摂食時の

図4 指導内容



一口量や摂取速度、姿勢、食事介助の手技、水分でのトロミ調整、むせへの対処、口腔ケアなど日常生活において食事に関した多くの具体的作業がこれら家族への大きな介護負担となる事が予想される。

訪問言語療法は言語聴覚士の不足や在宅サービスの効率性が低いなどの理由から、退院後のフォローアップは全国的にまだ不十分な現状にある。しかし、この「食事介護不安」の軽減のためにも訪問言語療法の整備が必要であり、また訪問言語療法による継続した関わりが家族の心理的負担・介護負担、即ち「食事介護不安」の軽減のためにも重要と思われる。

引用参考文献

- 1) 聖隷三方原病院嚥下チーム：嚥下障害ポケットマニュアル，医歯薬出版，2001
- 2) 横塚百合子：訪問言語療法の現状，『埼玉圏央リハビリテーション研究会雑誌』，1(1)：8-9，2001
- 3) 藤川隆義：摂食・嚥下障害者に対する訪問リハビリテーションへのアプローチ，『障害者歯科』，第26巻第1号，2005

岡山旭東病院 経営循環サイクルについて

財団法人操風会 岡山旭東病院 事務部

○ 諏訪 仁一 高見 英敏
 藪野 佳之 林 淳子

〈はじめに〉

当院は、岡山市の南東部に位置し、病床数162床、7：1看護、脳卒中センター、サイバーナイフセンター、PET・RIセンター、健康センター、特定集中治療室（ICU）8床を有し、脳・神経・運動器疾患の総合的専門病院を目指している。1991年に第一回の経営指針の発表会を行って以来、経営理念を柱とし、経営

指針書を作成し、経営サイクルに基づいて病院の運営を行っており、この経営循環サイクルについて報告する。

〈経営指針〉

経営指針は、経営理念・経営方針・経営計画の総称で、これらを成文化したものが経営指針書である。経営理念は「病院の目的は何か」という、経営・運営の基本的考え方を指し示すものであり、岡山旭東病院は4つの経営理念を掲げている（図1）。

経営指針書は全員参加で作成されてこそ力を発揮するものである。これらを全職員が共有し、ベクトルを合わせ、それを目指していく。難しい課題であるがそれに向かっていくプロセスが重要である。経営はその指針によって運営されるものであるが、病院は医師・看護師・コメディカルスタッフ等の専門的集団であり、経営という言葉に違和感を覚える職員もいる。利潤のみを追求していたのでは、良い医療を行うことが出来ない。しかし、適正な利潤を生むことが出来なければ良い医療を行うことは出来ない。病院経営は理念を追求するのであって、利潤を追求するものではない。

〈経営戦略検討シート〉

経営指針作成にあたり、11月中旬にパート職員を含めた全職員により、経営戦略検討シートを作成する。「当院の取り巻く環境、市場の変化」、「我が病院の持ち味」、「患者様は何を望んでいるか」、「地域社会への貢献」、「克服すべき弱点」、「我が病院の戦略」、「貴方の思う理想（夢）の病院」の7項目について職員の意見を募る。これが、経営方針策定のための重要な資料となる（図2、図3）。

岡山旭東病院 経営理念

- ・ 安心して、生命をゆだねられる病院
- ・ 快適な、人間味のある温かい医療と療養環境を備えた病院
- ・ 他の医療機関・福祉施設と共に良い医療を支える病院
- ・ 職員ひとりひとりが幸せで、やりがいのある病院

図1

財団法人操風会 岡山旭東病院 経営循環概念図

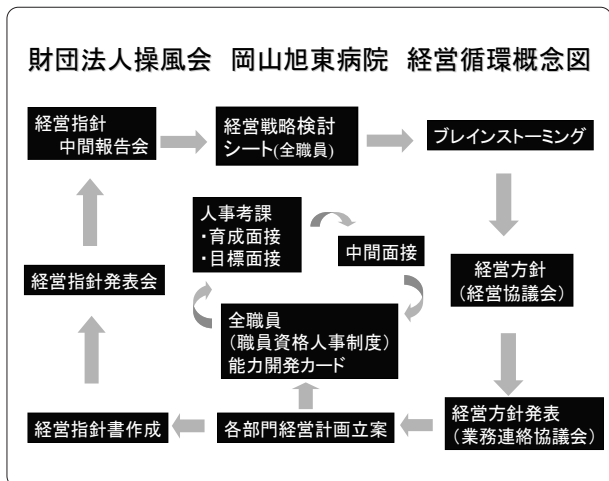


図2

〈ブレインストーミング〉

12月に、院長、副院長をはじめ経営陣から構成されるブレインストーミングにて、各部門長が経営戦略

(2007年の経営指針作成の資料)

経営戦略検討シート

所属 _____ 氏名 _____
作成 2006 年 月 日

<p>1 岡山旭東病院を取り巻く環境・市場の変化</p> <p>2 我が病院の強み</p> <p>3 患者様は何を望んでいるか</p> <p>4 地域社会への貢献</p>	<p>5 克服すべき課題</p> <p>6 我が病院の戦略</p> <p>7 最先端の情報はどんな情報ですか。</p> <p>8 最先端の情報をどう活用するか</p>
---	---

図 3



図 4 「経営協議会」



図 5 「業務連絡協議会」

シートを集約し報告する。また、コンサルタントから医療情勢等の意見を聞き、今後の病院の方向性について討議する。

〈経営協議会〉

病院の管理運営の最終的意志決定機関であり毎月第2火曜日に開催する。病院の経営理念を追求するため、経営方針を決定し、経営指針の作成の責任を持つ。ブレインストーミングの議論が集約され、院長から経営方針がこの経営協議会に提案される。これを最終討議し、微調整を行い決定する(図4)。

〈業務連絡協議会〉

各部署の責任者によって構成され、運営全般にわたる意見の交換と全職員への決定事項の伝達を目的とする。毎月第3金曜日に開催しており、病院全体に関係する意見を発言して経営に参画する場でもある。経営協議会で決定された事項が、次年度経営方針として、1月中旬頃、この業務連絡協議会で報告される(図5)。

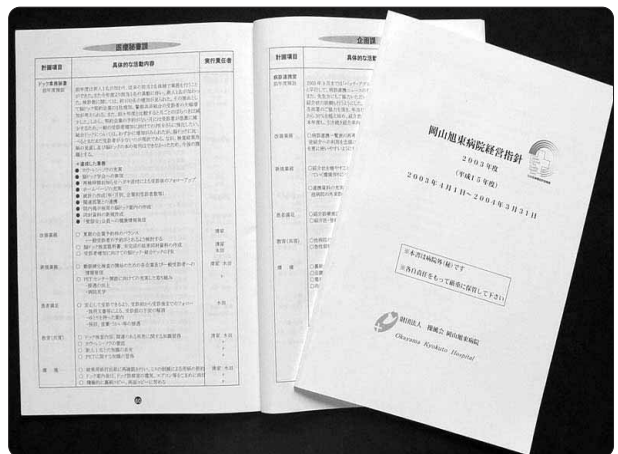


図 6 「経営指針書」



図 7 「経営指針発表会」

〈経営指針作成〉

経営方針発表をうけて、各部・課で、経営計画を立て、経営指針書としてまとめる。「前年度証」、「改善業務」、「新規業務」、「患者満足」、「教育（共育）」の項目から構成されており、それぞれの計画について責任者を明記することで、目標達成・検証をしやすくする等の工夫を行っている。各部署の計画書が出ると、院長と各部長とが計画の最終確認を行う。実現不可能なものでない限り自主性を重んじ原案は尊重される。これを小冊子にまとめ、全職員に配布する（図6）。

〈経営指針発表・半期見直し〉

3月中旬に経営指針の発表会を行う。全体にわたる経営指針は院長が発表し、各部署の責任者が前年度の検証、来期の計画を発表する。参加者は全職員（当日業務者を除く）で、外部からは取引銀行の方も出席頂き、決算見込み及び来期の予算報告も行う（経理の公開）。また、下半期に、半期見直し発表会を行い、進捗状況の報告をする（図7、図8）。

〈まとめ〉

経営指針書は我々のバイブルであるが、単なるお題目にならないよう、これを中心に病院の活動を行う仕組みが必要である。各部門経営指針は、職能資格人事制度の各職員の能力開発カードに落とし込まれ、それぞれの職員の目標となる。4月に育成面接・評価面接、10月に中間面接をそれぞれの部・課で行う。また、来

2006年度経営指針発表会			
日時：2006年3月23日(木)13:30～18:00		司会・進行：事務部	
場所：パッチ・アダムスホール			
13:30～13:35	開会の挨拶	院長	土井泰弘
13:35～14:15	2006年度収支決算・2006年度予算(要) 〈実績応答〉	事務部長	梅田正樹
		事務部長	高見英敏
		事務部次長	渡辺仁一
		医療総務課長	東野佳之
		院長	土井泰弘
14:15～14:40	2006年度経営方針発表		
14:40～14:45	職員表彰		
14:45～14:55	休憩		
14:55～18:00	2006年度各部門経営計画発表		
院長所屬部門	診療総務管理室(3分) → 地域連携室(5分) → 患者相談室(3分)		
診療部門	医局(3分) → 脳神経外科(3分) → 整形外科(3分) → 神経内科(3分) → リハビリテーション科(3分) → ICU・救急・麻酔科(3分) → 神経放射線科(3分) → 内科(3分) → 脳卒中センター(3分) → サイバーナイフセンター(3分) → 健康センター(3分) → PET・RIセンター(3分) → 診療部門部長総括(1分)		
診療技術部門	放射線科(3分) → 薬剤科(3分) → 臨床検査科(3分) → 臨床工学技士(3分) → 事務課(3分) → リハビリテーション課総括(3分) → OT(3分) → PT・OT(3分) → ST(3分) → 心理士(3分) → 歯科衛生士(3分) → 診療技術部門部長総括(1分)		
16:20～16:30	休憩		
16:30～17:55	2006年度各部門経営計画発表		
看護部門	ICU・OP室(3分) → 本部2階病棟看護部(3分) → 本部3階病棟看護部(3分) → 西館2階病棟看護部(3分) → 西館3階病棟看護部(3分) → 外来看護部(3分) → 看護部門部長総括(1分)		
事務部門	医療総務課(5分) → 業務管理課(3分) → 企画課(3分) → 情報システム課(3分) → 健康管理課(3分) → 事務部門部長総括(1分)		
医療支援部門	訪問看護ステーションたんぽぽ(3分)		
	M&Lジャパン(5分)		
	TDMセンター：医療安全管理部(15分)・経営管理部(15分)		
17:55～18:00	閉会の挨拶	副院長	土井英之

図8

期からはISOの活動目標等を経営指針のサイクルに合わせ盛り込んで運営してく。また、経営指針書を冊子にまとめることで、他部署の活動も知ることが出来、全職員の情報の共有化を図る事が出来る。組織風土づくりは、一朝一夕にはいかず、ある程度の時間が必要である。これら経営理念へ到達するプロセスが大切であり、循環サイクルとして経営理念の達成を目指している。

介護を要する患者の在宅調整のための新規指標【ザイタックス】の構築

聖隷浜松病院
B7病棟

○宗像 倫子
宮路 千代
鳥羽山睦子

中山 京子
平野 由樹

神経内科・脳卒中科

内山 剛

大橋 寿彦

《はじめに》

介護保険法の施行に伴い、施設介護から在宅介護へと移行している。これまで当病棟では、地域連携を図

ってきた。その際、開業医や訪問看護師から在宅療養における共通の指標についての要望が強く挙がった。そこでこの指標【ザイタックス】を作成した。【ザイタックス】とは【在宅】という言葉と、Zero aid the achievement of home-scaleの頭文字から名づけ、『0点になれば在宅が可能』という意味がある。新規指標ザイタックスでは、在宅へのイメージ化や方針決定・援助場面での問題点を解決することを目標とし、在宅調整のため、患者自身が数値化して評価できる独自の指標作りを試みたので報告する。

ザイタックス・・・とは

Zaitachs
=Zero aid the achievement of home-scale

『0点になれば在宅が可能』
という意味から
新規指標の名前となりました

スライド1

《研究方法》

既存の指標を参考に在宅調整に関わる項目を選択し、数値化と患者への開示を念頭に置き指標を作成した。

《結 果》

・項目は日常生活動作評価表(FIM)から抽出したものに、機能障害がなくても家族の介護負担のひとつとなる認知症と、家族の介護体制を追加して、全13項目ピックアップした。

項目：移動、移乗、食事、排泄、保清、更衣、整容、服薬管理、医療処置、言語表出、言語理解、認知症・精神症状、経済的条件 の計13

・医療者だけが使用するのではなく、患者・家族とともに使用することで在宅療養に対する理解やイメー

項目：移乗

定義：歩行が困難でベッド・車椅子。トイレなどへ移る一連の動作

±0 ベッドや車椅子などに一人で乗り移ることができる

+1 手すりが設置されている、トランスボードなどが一人で使用可能な状態に準備されている

-1 手すり・トランスファボードなどを使ってベッドや車椅子などに一人で乗り移ることができる

+2 移乗に必要な物品をセッティング、あるいは見守りができる介助者がいる

-2 移乗に必要な物品をセッティングしてもらい、あるいは見守りがあれば移乗できる

+3 介助の方法を理解した軽介助のできる介助者がいる

-3 立ち上がりや方向転換などに軽く体を支えるなど部分的に介助が必要

+4 坐位の段階から適切な方法を理解し、介助できる介助者がいる

-4 坐位保持から介助が必要で立ち上がりから着座まで50%以上は介助が必要、協力動作はできる

+5 全介助のできる介助者がいる

-5 全く協力動作が取れず、移乗は全介助が必要

スライド2

項目:	排泄	点	資料1
定義:	一連のトイレ動作、尿や便意、失禁の有無、オムツや膀胱内留置カテーテル、ストマなどの管理		
	±0 自分でトイレに行け排泄できる、失禁はない		
+1	洋式トイレで、トイレ及びトイレまでの通路に手すりがある	-1	手すりがあり、洋式トイレなら一人でできる、尿意があり失禁はない
+2	尿便意の確認や促しができる、ポータブルトイレや尿器のセッティングや片付け、交換したおむつの片付けができる、下着の上げ下ろしなどトイレの軽介助ができる介助者がいる	-2	尿便意は曖昧で時々失禁はある、自助具、あるいは下着の上げ下ろしなど軽介助があればベッドサイドやトイレでの排泄ができる
+3	介助の方法を理解した介助のできる介助者がいる	-3	尿便意有無に関わらず、トイレ、ポータブルトイレへの移動移乗や下着の上げ下ろし、拭くまでに介助が必要
+4	おむつ交換、便処置、膀胱内留置カテーテルの管理など全介助ができる介助者がいる	-4	おむつ交換、便処置、膀胱内留置カテーテルの管理など、常時全介助が必要
+5	状況を受け入れ、対応できる介助者がいる	-5	放尿、放便、便こねなど排泄に関わる清潔行動が取れない

資料1

ジ化につなげられると考え、より簡潔で理解しやすい文章を用いて表現し、各項目にはそれぞれ定義づけを行った。

『排泄』の定義は、「一連のトイレ動作、尿や便意、失禁の有無。オムツ、膀胱留置カテーテル、ストマなどの管理」とした。資料1参照

- ・各項目については、障害に伴うハンディキャップをマイナス(-)、代償する介護体制をプラス(+)と表した。自立は『0』とした。『-1』は自助具を使用すれば一人でできるレベル、『-2』は見守りでできるレベル、『-3』は軽介助でできるレベル、『-4』は中等度の介助でできるレベル、『-5』は全介助レベルの五段階で表した。
- ・評価表はプラスとマイナスの両者を線で結ぶことで、視覚化し、患者・家族が理解しやすいように、その

差を点数化して表した。

例えば、-3の障害に対して+3の介護力があれば、0点となり在宅が可能となるということになる。スライド2参照

- ・経済的条件、家族関係を1項目として組み込んだが、数値化が困難で評価しにくかったため、項目とは別に、家族データベースとして問題点を聞き取りできるように用紙を作成した。資料2参照

事例紹介

A氏 80歳男性。誤嚥性肺炎にて入院。入院時のADLはほぼ寝たきりで、JCS I-3。

家族構成は妻と息子夫婦、孫2人の6人家族。主な介護者は妻で、息子夫婦がサポート役となり、朝と夜の注入をつなげることと、妻が行う吸引を手伝う。家

在宅療養指標「ザイタックス」

ID
氏名 **A氏**
家族データベース

家族構成	介護に関わる人の情報		健康状態	健康
妻と息子夫婦 孫2人の6人家族	主となる介護者	妻	援助の内容	•朝夕注入をつなげる •妻が行う吸引を手伝う
	主介護者をサポートできる人	息子夫婦		
介護に関わる家族から見た問題点				
患者の病気や障害に対して	介護体制について			
<ul style="list-style-type: none"> •家に帰って自分でご飯を食べて病気がひどくならないか •常に家族が見守っていることは難しい、心配だ 	<ul style="list-style-type: none"> •平日の日中は妻のみ介護者となるため、訪問看護や訪問介護、デイサービスなどを利用する予定 •夜間や土・日は息子夫婦のサポートにて介護を行う 			
変更せざるを得ない家族内の役割	抵抗なく外部からの介護者を受け入れられるか			
<ul style="list-style-type: none"> •特になし •息子夫婦、仕事は継続 •日中は妻と2人のことが多い 	はい はい いいえ			
住環境に対して	経済面に対して			
<ul style="list-style-type: none"> •2階建ての和式家屋。 •居室は1階にある。 •トイレ・浴室は1階にあり、段差となるものは玄関のみ 	特に不安はない			

B7病棟

スライド3

族からは、口から摂取できない状態で家に帰ることは心配、何か口にすることで病気がひどくならないか、常に家族が見守っているのは難しい、妻が1人で経管栄養をやっていくことができるのか？ というような、介護に対する不安が聞かれていて、ここを問題点としてあげた。スライド3参照

ザイタックス提示

今回は、ザイタックス12項目中、初回評価時に最もマイナス点が高かった食事の項目について着目する。食事の定義は、「食事が用意された状態で、食物を口に運ぶ動作から咀嚼し嚥下するまでの一連の動作、経管栄養も食事とする」。初回評価時 A氏は、経管栄養を全介助で受ける必要があり、マイナス5に印が入る。プラス項目は介護体制がないため印は入らず、評価としてマイナス5点となる。データベースより明確になっている家族の不安・問題点から、高齢である妻のペースに合わせて指導を進めていくこと、土日に息子夫婦に指導を行うこと、妻への介護負担を減らすために通常朝・昼・夜

項目： 食事

定義： **食事が用意された状態で、食物を口に運ぶ動作から咀嚼し嚥下するまでの一連の動作、経管栄養も食事とする**

±0 食事の一連の動作が自立している

+1 食事に必要な特殊な食器・特殊な食事形態を準備できる介助者がいる	-1 特殊な食器・特殊な食事形態を準備すれば一人で摂取できる
+2 食事のセッティング、片付け、あるいは見守りができる介助者がいる	-2 ふたをあける、大きいものを一口大に切るなどのセッティングがあれば自分で摂取できるが、同じものばかり食べたり、こぼしたりする
+3 誤嚥防止の観察をしながら、見守りができる介助者がいる	-3 自分で摂取できるが、いくらかの誤嚥の危険がある
+4 食事摂取を介助できる介助者がいる	-4 ほとんど介助を受けて食事を摂取する -5点
+5 経管栄養の手法・管理ができる介助者がいる。嚥下訓練の方法が分かり実施できる介助者がいる	-5 全介助での経管栄養、あるいは嚥下訓練が必要 0点

スライド4

まとめ

- 指標を使用したことで、患者・家族が現在の問題点、課題を捉えることができた
- 家族への介入項目、援助内容を明確にすることができた
- 在宅調整していく上で、新規指標は有用である

スライド5

の3回の経管栄養を朝・夜の2回とすること等介入内容を具体的に計画し実施した。

退院前の評価時にはマイナス点は変わりなかったが、妻・息子夫婦が経管栄養を行うことができるようになったため、介護体制がプラス5となった。その結果、評価は『0点』となり、在宅退院可能とすることができた。スライド4参照

《考 察》

新規指標【ザイタックス】を使用したことで、『移

在宅療養指標「ザイタックス」	
ID	面談日（方針決定） /
氏名	退院指導開始日 /
家族データベース	
家族構成	介護に関わる人の情報
	主となる介護者 健康状態
	主介護者をサポートできる人 援助の内容
介護に関わる家族から見た問題点	
患者の病気や障害に対して	介護体制について
変更せざるを得ない家族内の役割	抵抗なく外部からの介護者を受け入れられるか はい いいえ
住環境に対して	経済面に対して

B 7 病棟

資料 2

動』『保清』『精神症状』等12項目の中から介入すべき項目が明確となり、家族自身が介護体制や介護に対する不安を問題点・課題と捉え、医療者は介入・支援のポイントを的確にすることができた。

本事例では、在宅調整していく上でこの指標を使用していくことは、有用であることがわかった。また病棟内カンファレンスで紹介したところ、他職種間においても問題点の共通理解が得られたことから、今後は院内のみならず地域との情報交換の際、共通ツールにしていくことができるのではないかと考える。

《まとめ》

- ・新規指標【ザイタックス】を用いることで、介護体

制の問題・課題が明確になり、家族の主体的行動に繋げることができた

- ・医療者は家族への介入を的確にすることができ、家族が主体となった指導に繋げることができた
- ・在宅調整の指標として、新規指標【ザイタックス】は有用である

《終わりに》

現在作成し1年が経過するが、1項目1枚、合計12枚を実施する困難さや実施する時期が明確ではないこと等、運用に関しての問題点が挙がってきている。今後も改良を重ね、患者・家族に開示できるものになるよう活動していきたい。

インターネットVPNを利用した地域医療連携

筑波メディカルセンター病院

○中山 和則
野口 祐一
石川 詔雄

鈴木 紀之
菊池 孝治

【はじめに】

当院は救命救急センター、地域がんセンターをもつ409床の急性期病院である。救急搬送がヘリ搬送を含め4,000件を超え、92%の病床利用率から、受け入れ不可となることもあり、DPC導入もあいまって、更なる在院日数の短縮が求められている。また、紹介率74%、逆紹介率49%をもって県内唯一の地域医療支援病院を維持しているが、つくばエクスプレスの開通により、都心まで45分となり、人口の急激な増加と都心の病院をも視野にいれた対応が求められている。このような環境のなか、これまで以上に、地域医療機関との関係を深めるため、電子カルテの稼動と平成17年度の厚生労働省地域IT補助金採択を機に、IT技術を使った地域連携システムを検討した。

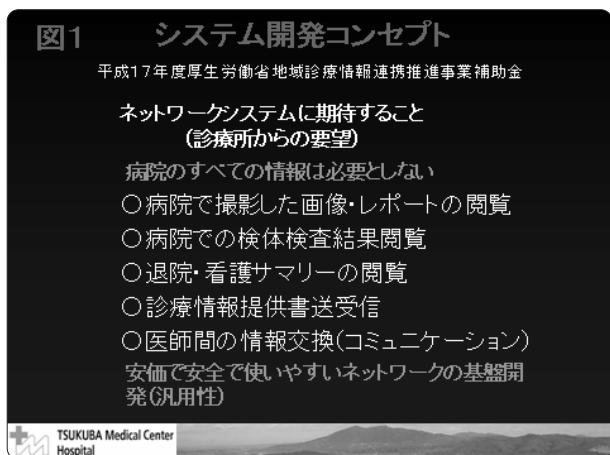


図1 システム開発コンセプト

現時点の技術では、開発ベンダーの違う電子カルテ同士をつなぐことは、すべての面においてハードルが高いため、連携実績のある診療所と協議し、開発コン

セプトを、「病院のすべての情報は必要としない」つまり、図1のようなことが、より安価で、安全に、かつ使いやすい形で行える、汎用性のあるシステムとした。

【事業概要】

補助金モデル事業としては、様々な環境の意見を集めるため、性格の異なる10医療機関を選び、維持費が高価な専用線を使うのではなく、より安価なインターネット回線で、高いセキュリティを保つネットワークシステムを目指した(図2)。

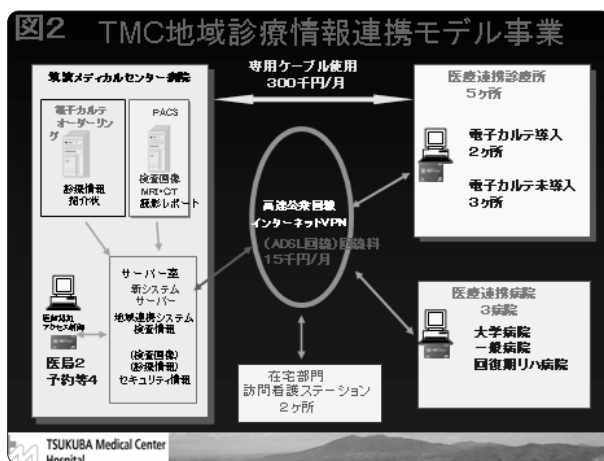


図2 TMC地域診療情報連携モデル事業

【開発のポイント】

開発の一番のポイントは、セキュリティの構築である。使用したインターネットVPNとは、インターネット回線を仮定の専用線いわばトンネルのような状態でパソコン間をつなぎ、不正なアクセスをブロックする技術である。病院側は、複数のファイアウォールを

立てたサーバーへ、電子カルテからは情報の下り方向だけにし、万が一の電子カルテへの攻撃を考慮した。連携側では、既にインターネットを利用している端末を使用することは、パソコンは1台ですむが、そのパソコンを経由してウイルスが入る危険性がある。このため、一般のインターネットにはつながらないこのシステム専用のパソコンとした。かつ、入力者のなりすまし防止のため、ID、パスワードのほか、ICカード認証をプラスし、これらの対策により、遠方にいながら、閉ざされたネットワーク環境をつくることができた(図3)。

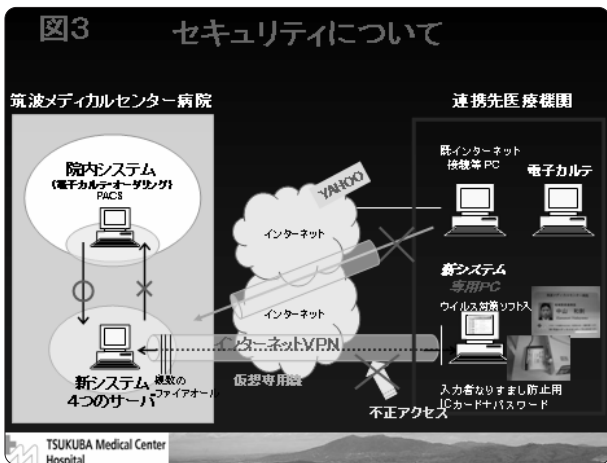


図3 セキュリティについて

【機能紹介】

(図4)は画像閲覧機能であり、診療所から撮影依頼のあったMRI・CTを、当院で撮影後、画像と読影レポートを診療所の端末で閲覧できるようにした。JPEG形式だが、画質的には病院内の閲覧端末と変わらないレベルである。



図4

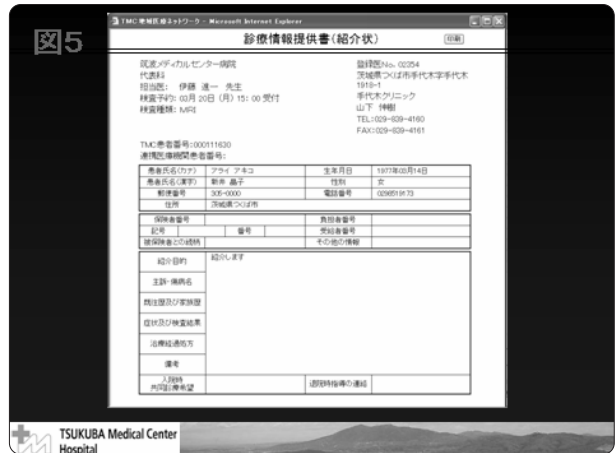


図5

(図5)は、診療情報提供書作成機能で、電子カルテのない診療所のため、必要項目を入力すると提供書フォームになり、送受信が可能となる。



図6

(図6)は、共有カルテ機能である。緩和ケアネットワークというグループに管理者側で登録した医療機関へ、1人の患者情報をグループ内で共有するもので、往診や訪問看護の情報などをプロセスのように時系列で互いに書き込み、閲覧ができ、褥創の写真等の添付も可能とした。電子カルテと直結できないため、二重入力の手間は生じるが、この方式は在宅療養支援診療所の共有カルテとしても発展できるだろう。

【導入評価】

導入の評価としては、システムを稼動したばかりであり、結果誘導的な質問となってしまうがちな画一的なアンケートではなく、様々な問題を集積するため面接による意見徴収という形をとった。結果、図7のとおり、利点もあるが、使える端末が少ないとか

FAXのほうが簡単で誰でも使えるなど厳しい意見もあり、まだまだセキュリティをあげたために、使いやすさの面で課題が残された結果となった。

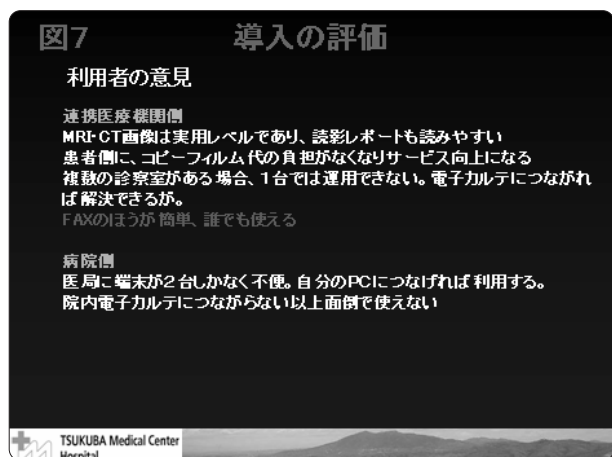


図7 導入の評価

【考察】

より安価で、安全なネットワークは構築された。しかし個人情報保護法が施行されて1年になるが、「FAXが便利」という利用者の声からも、システム管理者側と現場の医師側にセキュリティに関する認識の差が大きいことを改めて感じさせられた。

セキュリティをあげれば使いにくいものとなり、安全と使いやすさの中庸を目指して開発したシステムで

あったが、汎用性をもたせるには、もう一段使いやすさをあげることが求められる結果となった。

そのためには、玄関に鍵を2個付ければ、10個つけばということではなく、行政が一定のセキュリティ基準を作り、その基準を遵守したうえで、それでも盗まれた情報は、漏洩事故ではなく、窃盗事件として、病院側・システムベンダーの責任を問わないような、報道も含めた対応策を行政が打ち出さない限り、医療側は診療情報を外にだすことをためらい、ITの診療情報連携はモデル事業の域を超えて拡大しないものと考ええる。

【まとめ】

4月1日付けでレセプトオンライン請求に係るセキュリティガイドラインが、厚生労働省保険局より出された。

当システムは、既にこの基準は満たしており、これが医療連携システムも含めたセキュリティ基準となりうるかを見ていく必要はあるものの、これをベースに、在宅療養支援診療所との共有カルテや、地域医療連携パスの情報交換ツール、遠隔診断へと発展させ、最終的にはこのセキュリティ基準で電子カルテとの連結による使いやすさを求めていくつもりである。

栄養管理における地域連携をめざして — 院内NST から地域NST へ —

医療法人敬和会 近藤病院*¹
介護老人保健施設 ゆうあい*²
訪問看護ステーション ゆうあい*³

下山 美子*¹ 角田 和香代*¹
中山 洋子*¹ 松尾 一美*¹
池田 誠*¹ 大崎 隆之*¹
近藤 秀則 (NST チェアマン)*¹
芦田 由起子*² 妹尾 和子*³

1. はじめに

当院は、岡山県北部の真庭市（人口5万3,500人）に位置した地域民間病院（一般：55床）である。当医療圏は高齢化率が30.7%と高齢化が進んでおり、介護老人保健施設（50床）を併設し、介護老人福祉施設（100床）の嘱託医となっている。

最近5年間で経皮内視鏡的胃瘻造設術（以下PEGと

略す）を実施する低栄養患者の増加がみられ、患者個々に見合った栄養療法の実施、患者中心のチーム医療の充実を目指し、平成16年1月より栄養サポートチーム（以下NSTと略す）を導入した。

NSTは院内に留まらず地域NSTへと発展させる必要があり、栄養管理における地域連携を目指して、地域関連施設との連携強化を図っている。今回、当法人におけるNSTの取り組みについて報告する。

図1 当院におけるNSTの経緯

1. 平成16年 1月：NST立ち上げ（4職種でスタート）
2. 同年10月：施設・訪問看護の栄養アセスメント開始
胃瘻外来の開設
3. 平成17年 1月：日本静脈経腸栄養学会・
NSTプロジェクトへの参加
4. 同年 3月：栄養サポート外来の開設
臨床検査技師も加わり5職種となる
法人一体型NSTの構築
5. 同年10月：日本静脈経腸栄養学会・
NST稼働認定施設

図2 当院のNSTの概要

1. 運営システム 兼業兼務方式（PPM-I）
2. 構成メンバー
医師1名、看護師6名、管理栄養士1名、薬剤師1名、
臨床検査技師1名（5職種：計10名）
3. 活動内容
 - ・ NST回診（週2回／月・水）
 - ・ NSTカンファレンスの実施（週2回／月・水）
 - ・ 院内啓蒙活動：NST勉強会の開催（月1回）
 - ・ 対外的啓蒙活動：講演会、勉強会（年2回）
 - ・ コンサルテーション（患者の紹介、栄養相談）（随時）

2. 当院におけるNSTの経緯

当院では、平成16年1月にNSTを立ち上げ、当初4職種でスタートした。平成16年10月に施設・訪問看護で栄養アセスメントを開始し、同時に胃瘻外来を開設した。さらに平成17年3月に栄養サポート外来を開設し、臨床検査技師も加わり5職種となった。この時点で法人一体型NSTを構築することができた。そして平成17年10月、日本静脈経腸栄養学会NST稼働認定施設となった。（図1）

3. 当院のNSTの概要

NSTの運営システムとしては、兼業兼務方式（PPM-I）で行い、構成メンバーとしては、現在、医師1名、看護師6名、管理栄養士1名、薬剤師1名、臨床検査技師1名の5職種（計10名）で行っている。

NST活動としては、①NST回診（週2回／月・水）、②NSTカンファレンスの実施（週2回／月・水）、③院内啓蒙活動：NST勉強会の開催（月1回）、④対外的啓蒙活動：講演会、勉強会（年2回）、⑤コンサルテーション（患者紹介、栄養相談）（随時）等を行って

る。(図2)

4. 胃瘻外来の開設(平成16年10月)

胃瘻造設患者の栄養管理, カテーテル管理, スキンケア等の問題を明確にし, 対応できるように栄養アセスメント用紙(図3)を作成し活用している。受診時に, 情報が経時的にわかりやすいように記入し, 管理栄養士による栄養評価も随時, 行っている。

胃瘻造設患者の増加に伴い, 他施設に入所している胃瘻造設患者のカテーテル交換をより効率的に行うため, 胃瘻交換患者用クリニカル・パスを作成し, 現在使用している。

5. 対外的啓蒙活動としての講演会

NSTを地域に普及させるためには, まずPEGに関する知識の普及が重要と考え, 平成16年11月に「胃瘻と経腸栄養を考える会」を立ち上げ, 近隣の医療機関へも声をかけ, 過去3回開催した。会を重ねるごとに活発になり, 参加人数も増加し第3回では105名を数え, 約4割が院外からの参加であった。(図4)

6. 栄養療法における連携

1) 入院から退院へ

現在の当院におけるNSTのながれを図5に示す。入院患者に対してまず, 管理栄養士が栄養スクリーニング, アセスメントを行い, 栄養不良と判断された患者に対してNST介入となり, 患者個々に合った栄養療法が実施される。そして退院後も「継続した栄養療法の実施」を目標に, 他施設との連携を図るながれができた。

2) 法人一体型NSTの構築(平成17年3月)

このシステムを構築することにより, 病棟NST, 外来NST, さらに関連介護施設, 訪問看護などと

図3 胃瘻造設患者用栄養アセスメント用紙

栄養アセスメント(胃瘻造設用)							開始日 年 月 日	
氏名	年齢	歳	性別 男・女	病名	造設日 年 月 日			
必要エネルギー量 kcal	栄養:			外来・在宅施設(経口摂取(有・無)			
	水分:				キーパーソン:			
年月日	/	/	/	/	/	/	/	
食欲 (有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	
食事の状況								
身長(cm)								
体重(kg)								
BMI								
標準体重(kg)								
褥瘡 (有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	
チューブトラブル:								
注入時 (有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	
カテーテル (有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	
消化器症状:								
排便	下痢・普通・便秘	下痢・普通・便秘	下痢・普通・便秘	下痢・普通・便秘	下痢・普通・便秘	下痢・普通・便秘	下痢・普通・便秘	
腹満 (有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	
嘔気・嘔吐 (有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	
瘻孔周囲:								
肉芽								
びらん								
発赤								
検査データ:								
TP(g/dl)								
Alb(g/dl)								
Hb(g/dl)								
総リンパ球数								
栄養評価								
次回交換日	/	/	/	/	/	/	/	
問題点・指導								
評価								

栄養サポート外来

図4 対外的啓蒙活動としての講演会「胃瘻と経腸栄養を考える会」の開催

- 第1回 平成16年11月5日 (参加人数: 60名, うち院外14名)
- 第2回 平成17年2月25日 (参加人数: 85名, うち院外37名)
- 第3回 平成17年12月14日 (参加人数: 105名, うち院外40名)

互いの連携を密にし, コラボレーションすることで栄養管理におけるチーム医療が充実し, 法人内で継続的な医療・看護ができるようになった。(図6)

3) 胃瘻造設患者に対する連携

現在、胃瘻造設患者の退院後の連携状況は、当院併設の老健施設で10名、訪問看護で7名の患者の胃瘻管理を行っている（法人一体NST）。さらに医院・診療所では、4施設4名、関連福祉施設では3施設29名の患者に対して、連携を密に胃瘻管理を行っている（地域NST）。（図7）

7. まとめ

栄養療法における在宅・施設との連携においては、1) 栄養サポート外来・胃瘻外来の開設・利用、2) クリニカル・パスの作成・活用、3) NST勉強会、講演会の開催・参加等が重要と考えており、NST勉強会、講演会の開催は、知識の共有、情報交換の場の提供となり、顔のみえる連携づくりにとって有用であった。

栄養管理においては、病院のみならず在宅、施設においても、患者個々に見合った栄養療法を継続して行うことが重要である。今後は、地域連携を密にした地域一体型NSTの確立が課題と考えられる。

参考文献

- 1) 山中英治編著：『こうして作る、動かすNST』、日総研、2004
- 2) 東口高志著：『NST実践マニュアル』、医歯薬出版、2005
- 3) 山中英治、岡田晋吾編集：『NSTの進め方、秘訣がわかるQ & A』、照林社、2006

図5 当院におけるNSTのながれ

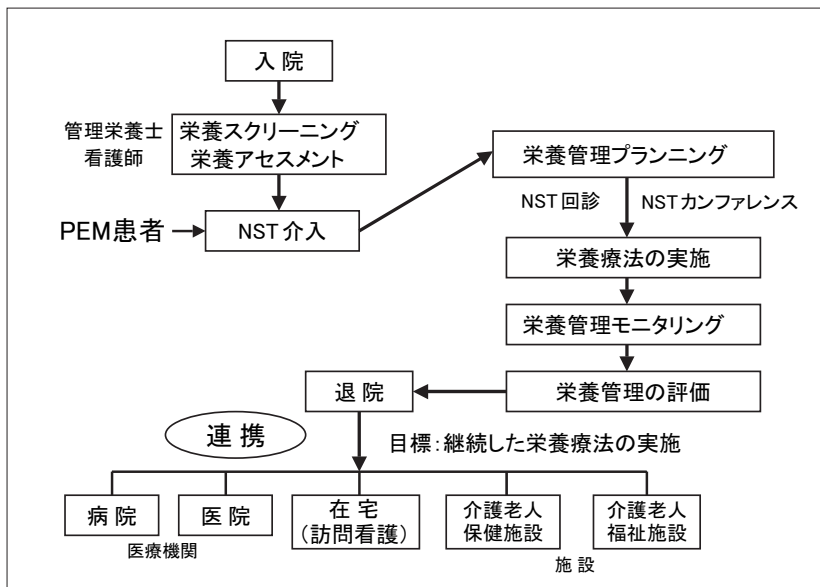


図6 法人一体型NSTの構築

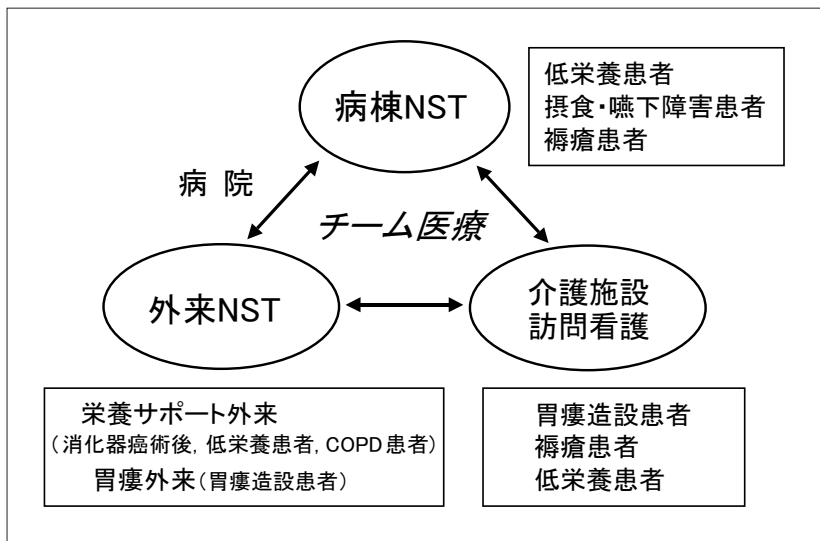
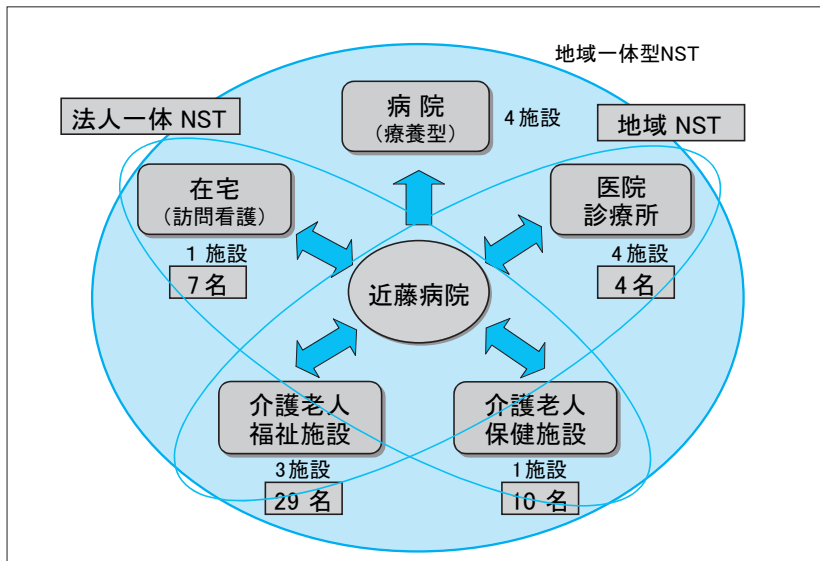


図7 栄養療法における連携（胃瘻造設患者）



人工呼吸器回路の統一化 (第2報)

ベルランド総合病院 医療機器管理室

山本 桂 村中 秀樹
茨田 友香 高橋 史子
中井 裕美 武市 和真

【はじめに】

当室の基本理念は、『医療機器の有効活用と安全な使用を推進する』であり、顧客ニーズに応える運営を行う事に重点を置いている(図1)。

2004年10月、搬送用として使用している1機種を除く、5機種の成人用人工呼吸器回路を統一した。今回成人用に引き続き、小児・新生児で使用している人

工呼吸器回路の統一も行ったので紹介する¹⁾。

【成人用呼吸回路の統一化への道のり】

成人用回路統一以前から、1997年11月に機種ごとに異なる回路の長さの統一化、2002年3月に回路を明瞭化し誤接続の防止²⁾を行うため、呼気側の回路をグレーのスムーズボアへ変更するなど(図2)、回路の簡略化、安全性の確保に取り組んできた。2004年3月には、感染防止、事故防止、看護労力の軽減等の理由から人工鼻を採用したが³⁾、人工鼻用2種類に加え、加温加湿器を使用する時のために、以前の回路も存在したため、5種類の回路が必要であった(図3)。

【成人用呼吸回路の統一化】

人工鼻の使用で回路は簡略化されたが、依然気道内圧チューブが有る回路、無い回路の2パターン必要であった。これに対してバクテリアフィルターのサンプリングポートより回路内圧を導くことによりすべての回路を統一することが出来るのではないかと考え、Yピースからと、バクテリアフィルターからの回路内圧の違いを検証するため実験を行った(図4)。結果、気道内圧チューブの位置の違いによるトリガー感度(図5)、圧力(図6)の差は見られなかった。また、アラームの作動においても問題は見られなかった。このためすべての回路を統一することが出来、それに伴い加温加湿器用として市販のディスプレイ回路を採用し、人工鼻用1種類、加温加湿器用1種類の2種

医療機器管理室 基本理念 『医療機器の有効活用と 安全な使用を推進する』

- 購入から廃棄まで
- 各部門横断的に
- 安全性に重点をおき
- 採算部門として
- 顧客ニーズに応える運営を行なう

ベルランド総合病院 医療機器管理室

図1 基本理念

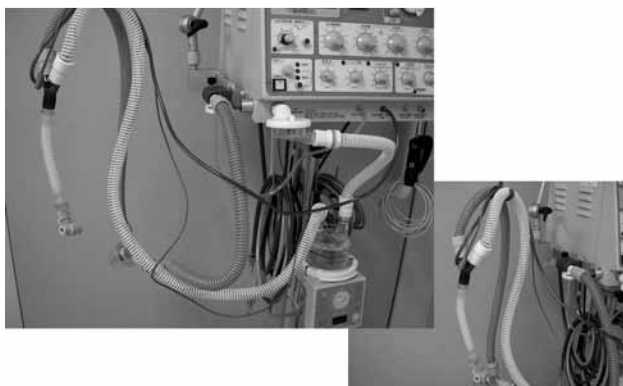


図2 吸気側・呼気側回路の識別

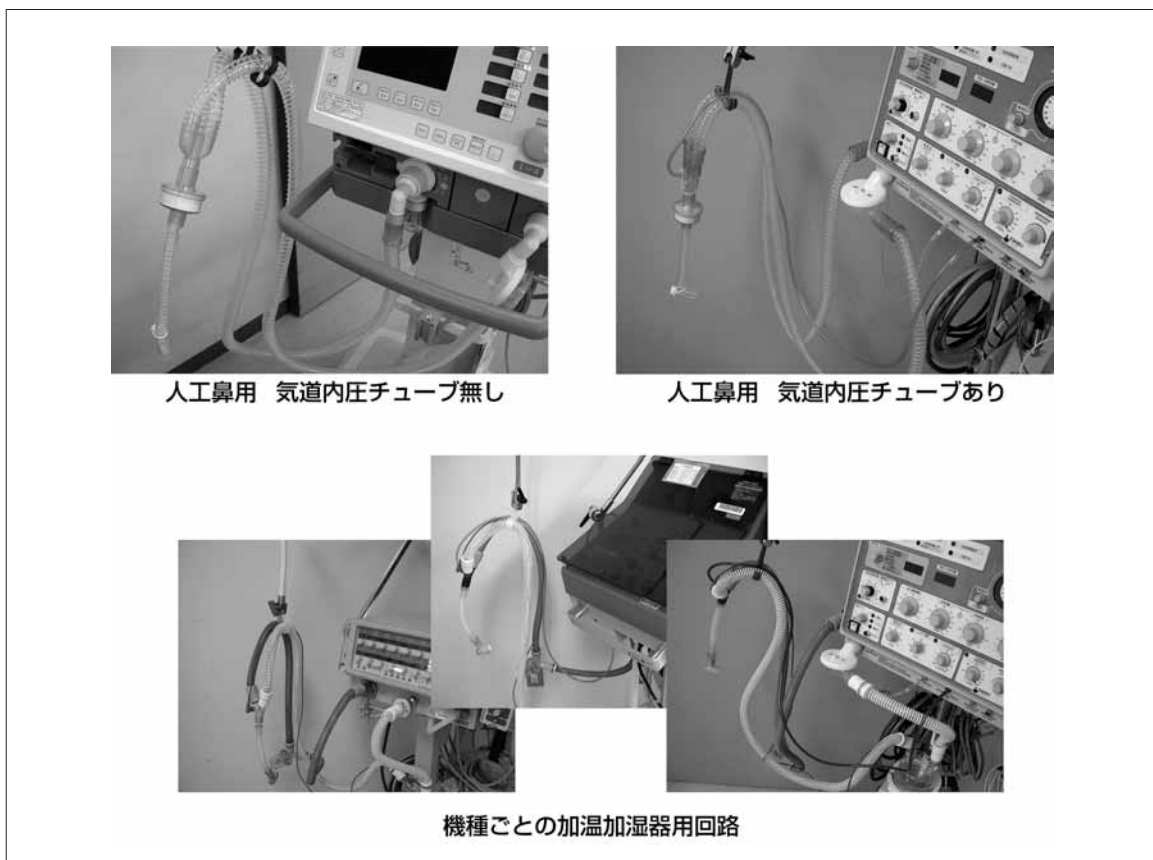


図3 人工鼻導入時の呼吸回路(人工鼻用2種, 加温加湿器用3種)

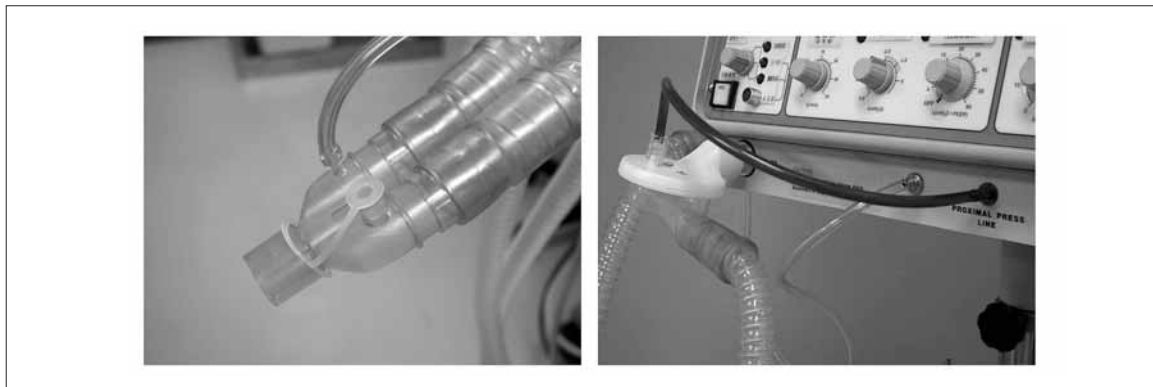


図4 Yピースからの圧力と(左), バクテリアフィルターからの圧力(右)

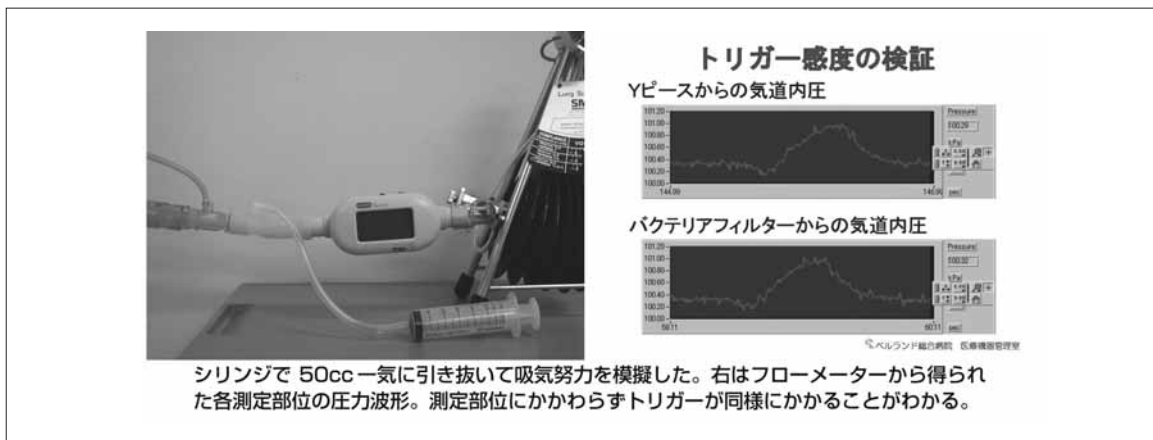


図5 トリガー感度の検証



口元にはフローメーターとテスト肺を取り付け、PEEPをかけた状態で三方活栓を切り替えた。右はフローメーターから得られた各部位の圧力波形。測定部位を切り替えても変化は認められない。

図6 圧力の検証

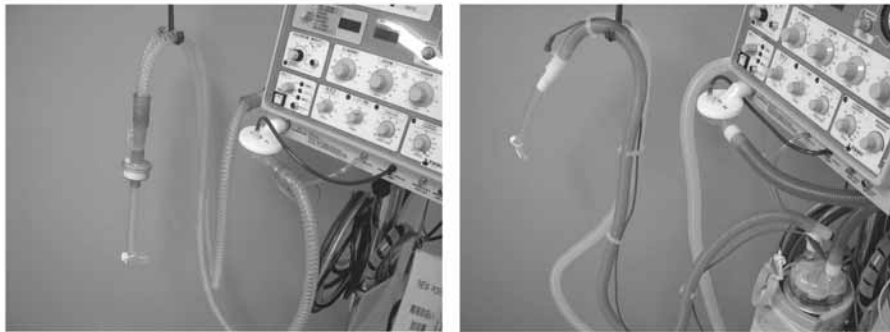


図7 成人用呼吸回路を統一（人工鼻用と加温加湿器用）

類の回路しか存在しなくなった（図7）。

【人工呼吸器回路統一化によるメリット】

回路の統一は回路に関するトラブルを減少させ、異なる機種的人工呼吸器でも、使用するスタッフの不安等を解消でき、安全性が向上できた。成人での成功をもとに、今回、小児・新生児的人工呼吸回路の統一化に取り組んだ。

【小児・新生児用回路の問題点】

V.I.P.BIRDの回路はタイゴンチューブを使用していたため、大変重く、使用中に挿管チューブを引っ張らないように十分な注意が必要であった。また硬質なプラスチック製の接続部は、破損が多発し、高価な部品であるためコスト面でも問題となっていた。同様に、SLE社製呼吸回路においても、硬質なプラスチック製の接続部は破損が多い等の問題があった。SLE社も対策を行った回路で対応していたが、依然破損による回路リークが起きていた。

また、小児・新生児用加温加湿モジュールは容量が

小さいために頻回に給水が必要となり、大変な労力となっていた。また給水作業が煩雑で清潔が保ちにくい等の問題も抱えていた（図8）。

【方 法】

各呼吸器メーカーに問い合わせ検討を行った結果、フィッシャー&パイク社製ディスプレイ呼吸回路RT127は、SLE専用の部品を外すことでV.I.P.BIRDの回路としても使用可能となり、3機種的人工呼吸器回路を統一できた（図9）。

【結 果】

V.I.P.BIRD回路の総重量は約3分の1となり挿管チューブの引っ張りや折れは軽減され、ケアを行う看護師からも大変好評である。回路の破損も回路統一後は発生していない。

加温加湿モジュールは成人でも使用している自動給水タイプのもを使用することで、頻回の給水作業から解放されている。また、以前は回路径の違いで別々のものを使用していたバクテリアフィルターも、成人

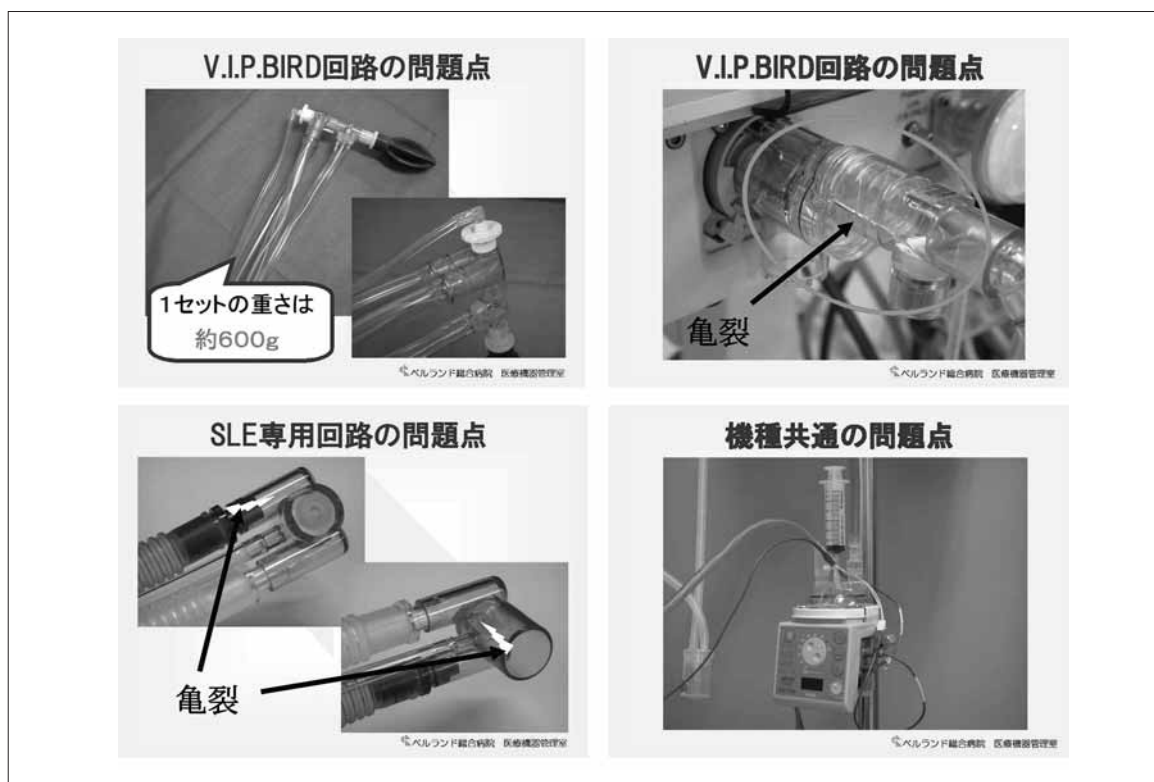


図8 小児・新生児用回路の問題点

と同じ物が使用出来るようになった。

回路の破損に対応するため用意していた、V.I.P. BIRDの高価な部品の在庫をなくし、成人と同じ消耗品を使用することで大幅にコストを削減することが出来た。

【考 察】

成人用、小児・新生児用、共に新たに機器を購入することなく人工呼吸器回路を統一できたことで、一部の消耗品を共通使用し、破損しやすい部品が無くなりストック数の削減等により、回路にかかる費用を大幅に削減することができ、回路の消毒、滅菌を行う作業も無くなった。また、自動給水タイプの加温加湿モジュールの使用で看護労力を削減できたうえ、シンプルで統一された呼吸回路の使用、回路の軽量化、破損しやすい部品が無くなったことで、インシデントとして多数報告されていた回路に関するトラブルを解消でき、人工呼吸器関連のできごと報告書（ヒヤリハット）は13分の1に減少した。これらのことにより、人工呼吸器管理中の高い安全性を確保するために大変有用であったと考える。



図9 小児・新生児用回路の統一

参考文献

- 1) 高倉照彦：臨床工学技士が行う医療機器のリスクマネジメントの、『Clinical Engineering』Vol.12 No.12；987-994, 2001
- 2) 新秀直：呼吸回路の吸気側と呼気側を間違えて接続した、『Clinical Engineering』Vol.16 No.4；316-323, 2005
- 3) 尾崎孝平ほか：加温加湿器と感染、『Clinical Engineering』Vol.14 No.9；957-962, 2003

セルフメディケーション外来 の取り組み

医療法人財団博愛会
博愛会病院

日垣 直子
大畠 啓史
金丸 美穂

堀 チカ子
才津 みさ
鈴木 静

中島 悦子
中島 敏昭
那須 繁

人間ドックセンター
ウェルネス

浪内 美和

はじめに

食習慣、運動、休養、喫煙、飲酒などのライフスタイルが関与する生活習慣病が増加し、その対策が重要な課題とされて久しい。当院においても生活習慣病、特に糖尿病や肥満症に対する食事療法と運動療法に力を注ぐべく、平成17年4月から患者自身による生活習慣改善を支援することを目的としたセルフメディケーション外来を開設した。その概要について報告する。なお、当院は福岡市の中央部に位置し、内科、外科、

整形外科を中心とした病床数145床（一般病床96床、回復期リハビリ病棟49床）、1日平均外来数250人の中小病院である。

セルフメディケーション外来の概要

平成16年8月、糖尿病担当医師、看護師、栄養士、理学療法士、薬剤師、広報担当者によるチームを結成し、約半年間にわたり、対象者、治療内容、治療期間、検査項目、指導方法、広報方法などについて検討を重ねた。外来日は担当医の診療日に合わせ、火曜日と木曜日の午後とした。対象者は、生活習慣の改善が必要とされる高血圧、糖尿病、高脂血症、肥満症の患者とした。図1に案内のリーフレットを示す。

治療内容は、まず受診者の病態や合併症を評価し、生活状況に応じて目標体重、食事量、運動量、飲酒量、禁煙などの目標を設定し、それに応じた生活指導や栄養指導を実施することにした。治療期間は3カ月間で、2週間ごと計6回の受診を原則とし、初回受診時にスケジュールを記載した治療計画書（図2）を作成する。毎回受診時に血圧、体重、体脂肪率、血糖値を測定し、腹囲は初回と6回目に計測する。

受診者には毎日の食事内容、運動の回数や量、飲酒量、体重、血圧などをライフスタイル記録表（図3）に記載してもらう。また、運動量の評価としてライフコーダー（生活習慣記録機）を2週間にわたり装着してもらう。これらライフスタイル記録表とライフコー



(図1)

デー記録をもとに、栄養士と看護師が指導にあたる。

2回目の受診時には昼食を提供し、600Kcalの食事を体験してもらう。同時に栄養士がライフスタイル記録表をもとに、摂取カロリーや栄養素のバランスを評価し、指導をおこなう(図4)。

3回目の受診時には、理学療法士による運動指導を実施する。効果的なウォーキング方法など実際に身体を動かしながらの指導で、受診者のライフスタイルに合わせた具体的な運動の提案をおこなう(図5)。

この間に、血液検査のほかに頸動脈超音波、血圧脈波、腎機能評価、ユリンメートを用いた24時間蓄尿による塩分摂取量の推定などを実施し、病態を評価する。なお、診療報酬上は、生活習慣指導管理料として請求した。

3カ月後に総合評価を行い、改善できなかった点は目標を設定しなおし継続する。目標を達成できた場合は、健康教室への参加や定期健診などを通じて、体重が維持できるように働きかけていく。平成18年1月、セルフメディケーション外来受診

治療計画書 (外来受診のスケジュール)

セルフメディケーション外来 治療計画書		様					
スケジュール		1 月 目		2 月 目		3 月 目	
	事前検査 及びあなごの目標	1 回 目	2 回 目	3 回 目	4 回 目	5 回 目	6 回 目
基本的な計測及び検査	身長・体重・血圧	<input type="checkbox"/> 体重・血圧	<input type="checkbox"/> 体重・血圧	<input type="checkbox"/> 体重・血圧	<input type="checkbox"/> 体重・血圧	<input type="checkbox"/> 体重・血圧	<input type="checkbox"/> 体重・血圧
	血液検査	<input type="checkbox"/> ウェスト測定	<input type="checkbox"/> ウェスト測定	<input type="checkbox"/> ウェスト測定	<input type="checkbox"/> ウェスト測定	<input type="checkbox"/> ウェスト測定	<input type="checkbox"/> ウェスト測定
検査	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/> 尿酸測定(Do)	<input type="checkbox"/> ユリンメート測定	<input type="checkbox"/> ユリンメート測定	<input type="checkbox"/> ユリンメート測定	<input type="checkbox"/> ユリンメート測定	<input type="checkbox"/> ユリンメート測定
	心電図	<input type="checkbox"/> 尿酸測定(Do)	<input type="checkbox"/> ユリンメート測定	<input type="checkbox"/> ユリンメート測定	<input type="checkbox"/> ユリンメート測定	<input type="checkbox"/> ユリンメート測定	<input type="checkbox"/> ユリンメート測定
生活指導	健康ファイル	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)
	ライフスタイル記録表	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)
栄養指導	食事のチェック	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)
	生活習慣の必要性について	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)
運動の指導	ウォーキング指導	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)
	ストレッチ指導	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)	尿酸測定(Do)

【特徴】 1. 個人に応じた治療計画を作成します。 2. 生活習慣病に対する精度の高い検査を行います。 3. ライフスタイルを用いた24時間の運動量をチェックいたします。 4. ライフスタイルを考慮した生活指導を行います。 5. 完全予約制となっております。 本センターの電話は連絡を 総合部741-2020 もしくは 予約部741-2700 まで、頂きますようお願いいたします。

【オプション】 1. 脳MRI 2. F波測定検査 (ヘモトロン) 3. BMI 25以上、ウェスト径 85-90cm 以上の方におすすめです。 4. この機会に診断を決定された方には健康パスを紐合せております。 5. 完全予約制となっております。 本センターの電話は連絡を 総合部741-2020 もしくは 予約部741-2700 まで、頂きますようお願いいたします。

日17年 月 日 主治医署名 患者署名 医療法人社団 博愛会 博愛会病院

(図2)

ライフスタイル記録表

ライフスタイル記録表		様						
() 月の記録		日	日	日	日	日	日	日
睡眠	起床時間 就寝時間							
食事	朝							
	昼							
	夕							
運動	○・× 何を どの程度							
飲酒	ビール その他	本	本	本	本	本	本	本
喫煙	本数	本	本	本	本	本	本	本
服薬	指示通り	朝昼夕就	朝昼夕就	朝昼夕就	朝昼夕就	朝昼夕就	朝昼夕就	朝昼夕就
体重	朝/夕							
血圧(脈)	朝	()	()	()	()	()	()	()
	夕	()	()	()	()	()	()	()

メモ

(図3)

栄養指導の実際

カロリーコントロールランチ



600kcal


＜ある日の夕食＞

指示カロリー	1900kcal
1900÷3=	633kcal
御飯(200g)	336 kcal
豆腐の味噌汁	64 kcal
鯖の煮付け	149 kcal
焼き餃子	352 kcal
めかぶの酢の物	32 kcal
生野菜サラダ	92 kcal
合計	1028kcal
	395kcalオーバー
	(メロンパン1個分)

(図4)

運動指導

効果的なウォーキングの指導風景



具体的な提案をします

「このような運動を始めてみませんか？」
「こんな運動なら出来ると思います」

(図5)

終了者を対象に、食事会を開催した。担当医による講話と食後に軽い運動をおこない、参加者からは近況報告をしてもらった。また、スタッフの知識向上を目的とした勉強会を月1回開催している。

平成17年4月から平成18年4月までに34名（男性13名、女性21名）の受診があり、31名（男性11名、女性20名）が3カ月間のプログラムを終了することができた。3名については仕事の都合などで継続できなかった。プログラムを終了することができた31名の受診前後の体重と腹囲の変化は、体重平均 -1.8kg （最大 -7.8kg 、最小 $+3\text{kg}$ ）、腹囲平均 -2.5cm （最大 -15cm 、最小 $+8\text{cm}$ ）で、体重減少したものは25名（80.6%）、腹囲が減少したものは22名（70.9%）であった。3カ月間では体重減少や検査値の改善を認めなくても、大半の人は間食の減少や運動の習慣化など何か1つでも生活習慣が改善しており、受診の意義を認めた。

改善が認められた症例を呈示する（図6）。54歳男性で、毎年健診で高血圧・高脂血症の治療をするように指示されていたが放置していた。今回、職場の同僚の突然死をきっかけに来院した。来院時、身長169cm、体重69kg、BMI24.2、腹囲93cmで、高血圧と高脂血症を認め、メタボリック症候群と診断された。毎日のウォーキングを指導し、ライフコーダーにより40分程の運動で消費エネルギーが300Kcal以上の効果的な運動であること、継続することにより内臓脂肪が減ることを説明し、支援していった。3カ月後には、検査値も正常となり体重が5kg、腹囲も11cm減少した。

54歳男性	開始前	終了時
体重 (kg)	69	63.5
BMI	24.2	21.9
体脂肪率 (%)	23.3	16.5
腹囲 (cm)	93	82
血圧 (mm/Hg)	159/103	145/98
総コレステロール (mg/dl)	270	203
中性脂肪 (mg/dl)	386	111
HDL コレステロール (mg/dl)	52	57
ヘモグロビンA1c (%)	4.8	4.7

(図6)

まとめ

自分の生活を振り返り、問題点を見出し、修正するという生活習慣の改善を促すことを専門としたセルフメディケーション外来をスタートさせた。一定の効果は見られたものの、メタボリック症候群が多く認められる中高年男性の受診者が女性に比し少ないこと、効果の認められなかった例の原因の分析と指導法の改善、受診終了後も改善した生活習慣を継続していくための効果的な支援体制など課題は山積している。平成20年4月からは、メタボリック症候群に着目した特定健診・保健指導が実施される予定で、当外来での取り組みが活用されるものと考えており、各職種のチームアプローチを基本に今後とも発展させていきたい。

認知症患者に対する スウェーデン式排泄ケアの効果

JA長野厚生連 佐久総合病院
美里分院 看護師

三石 理恵 森山 絃美
川手 さつき 堀 さおり
菊池 春江

I. はじめに

美里分院は佐久総合病院の分院として平成13年4月に開設し、認知症治療病棟60床と重度認知症デイケア25床、精神科療養病棟60床にて形成されている。

認知症治療病棟の入院患者の主疾患はアルツハイマー型認知症67%、血管性認知症20%である。排泄ケアが必要な患者は約50名でオムツを使用している人も多い。身体的な合併症を持つ患者も多く、ルーチンに行われていく排泄介助が業務の中で大きな割合を占めていた。(図1) そのような中、認知症患者に対しデメリットが少なく、排泄ケアとその他のケアの質が高められることができればと考え、スウェーデン式排泄ケアに取り組んだ。その結果を報告する。

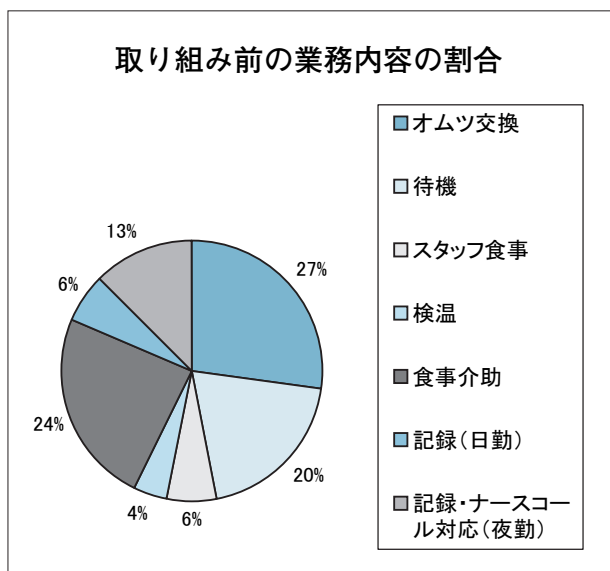


図1

II. スウェーデン式排泄ケアとは何か？

スウェーデンの高齢者排泄ケアの考え方は利用者の「尊厳を守り、安心して快適に暮らせるようさりげなくお手伝いすること」である。身体的には肌トラブルがない、可動域を損なわない、精神的にはつけていることを気にせずにいられる、社会的にはつけていることを他人には気付かれないことを基本としている。この考え方から作られたケアと製品が「TENA」であり、失禁の症状、体型、排尿時間をアセスメントし、最適なパッドと交換時間を決めるケア方法である。「TENA」は重ね使いしない1枚使用であり、1日のオムツ交換回数は平均4回である。(写真1, 2, 3)

III. 方法

1. TENAアドバイザー指導の下、学習会の実施
2. 患者の中から5名を選出し、2週間のテストを実施
3. 家人へ説明、同意を得て対象患者のオムツをTENAへ変更
4. 問題のある患者に対し、パッド・交換時間の検討とTENAアドバイザーへ相談
5. 患者の身体的・精神的変化の評価。患者にとってのメリット・デメリットの把握
6. スタッフへ意識調査

IV. 結果・考察

1. 個別に合わせたオムツ交換(寝たきり患者)

テスト期間中も含め、開始当初は患者の排泄パター

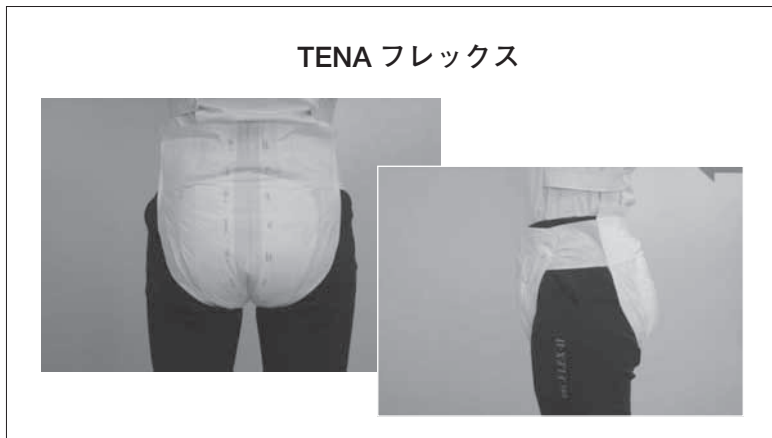


写真 1

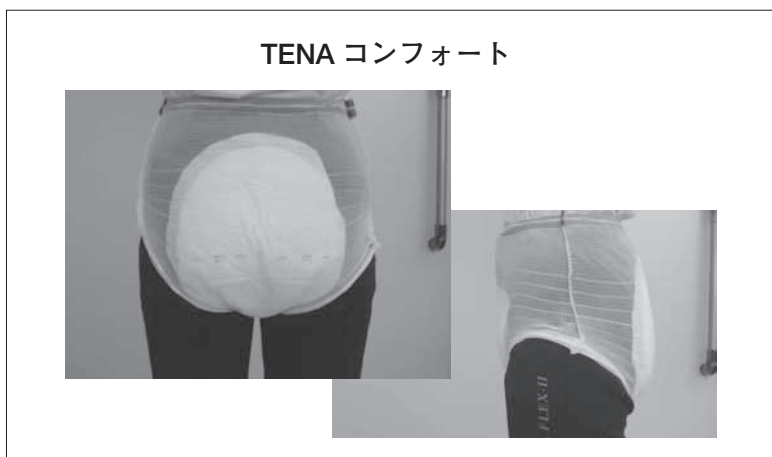


写真 2

ンを把握する事が難しく尿漏れが頻回だった。飲水量、活動量、気温、内服薬などによって変化する患者の排泄パターンを把握するため、3日間の尿量を測定した。またオムツ代は患者負担のため経済的なことも配慮し、約10種類の中から最適なオムツを選択した。尿量測定の結果、個々に排尿の多い時間帯が違うことがわかり、オムツ交換時間も個人に合わせた。(例 9時・15時・20時, 9時・15時・0時等)

2. 個別に合わせた排泄誘導

尿意が訴えられない患者が多いため、業務に合わせた誘導やパッドのみの交換が行われオムツ交換に追われていた。オムツを TENA へ変更し、定時オムツ交換時間が減少したことで、スタッフの中に時間と気持ちの余裕が生まれた。時間による排泄に拒否をする認知症患者もいたが、自室へ戻る途中や食事へ行く前など、個人に合わせたさりげない誘導を積極的に行えるようになり尿量が増えた。オムツに対する患者の満足度は言葉やアンケートなどでは調査することができなかったが、当院退院後に他のオムツへ変更したところ、付けたがらない・トイレへ行かないなど行動面で変化

があり、再度 TENA 使用になった症例があった。

3. 排便コントロール

1枚使用の TENA に変更したところ、水様便による便漏れが増加した。従来型のオムツは枚数を重ねていたために水様便でも漏れが少なかったと考え、改めて水様便の患者が多いことに気付いた。高齢、寝たきりのため腸蠕動の緩慢や精神薬の副作用による便秘のための大量の下剤内服が原因ではないかと考え、下剤調整により有形便が増えた。

しかし有形便は増えたが、浣腸による排便コントロールも増えた。多いときは1日13人施行されることがあり、中には浣腸時の不快、違和感を訴える患者もいた。今までは3~4日間排便が見られない患者に対し、夕方または眠前に下剤内服し、翌日の午前中に浣腸を施行していた。通常は、下剤内服後8時間から12時間程度で効果が見られるが、高齢や寝たきりのために腸蠕動が緩慢になるのに加え、水分摂取量も少なく発現に時間がかかるのではないかと考えた。そこで、下剤内服後1日経過を見たことで自然排便が増えた。また、発現が早く夜間排便が見られる患者がいる

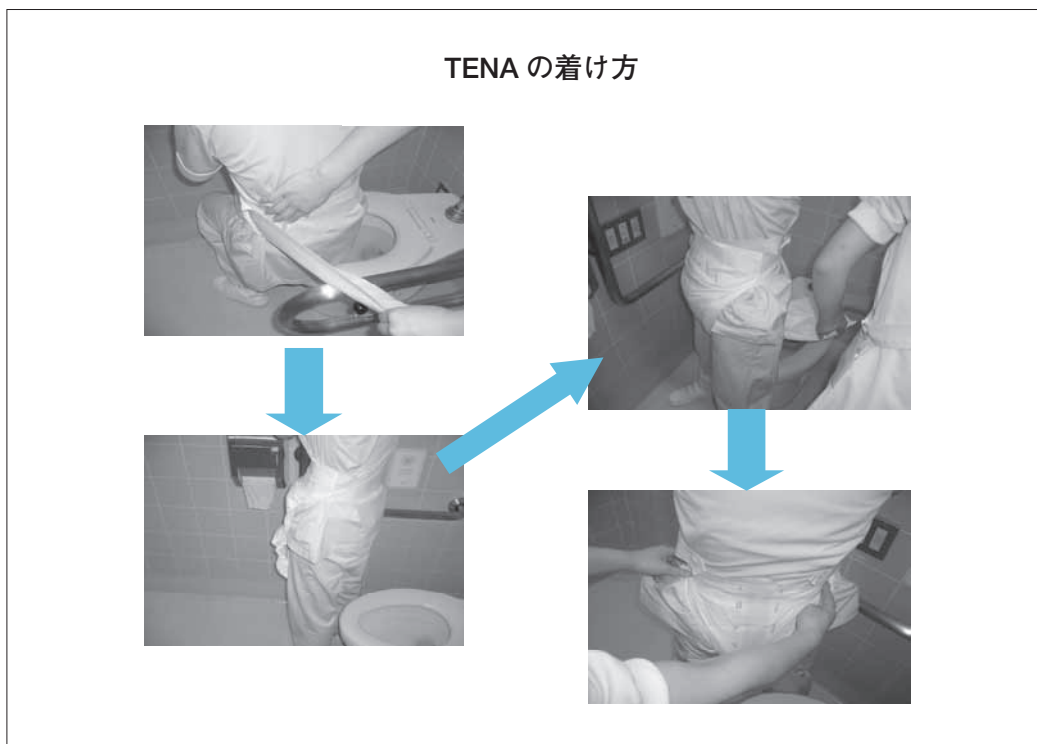


写真 3

ことから、下剤内服時間にも個別性があると考え、全員が同一時刻に下剤内服するのではなく、排便の効果を見ながら、朝内服してもらうことで午後には排便が見られるようになった。

4. 他のケアの質の向上

オムツ交換時間は従来より2時間45分短縮された。

日勤帯の14時・16時の2回のオムツ交換を15時1回にしたことで、16時以降に見られる夕暮れ症候群の患者や不安を訴える患者に寄り添うことができるようになり、穏やかに過ごせるようになった。夜間オムツ交換後、不眠から昼夜逆転がおり、昼間の居眠りが目立っていた患者が夜間交換がないため睡眠が妨げられず、昼間の活動量が増加した。

スタッフも気持ちの余裕ができたことで、患者と共に生活機能回復訓練等に参加でき、今まで見ることができなかった姿に出会い、残存能力に注目することができた。また余暇活動（散歩、ベランダでの野菜作りなど）を取り入れることができた。（図2）

5. スタッフの意識変化

オムツは濡れたら換えることが当たり前と考えていた。TENA 導入後も尿漏れ・皮膚トラブルを心配し交換時間以外にも交換するなど、4回交換の受け入れにもバラツキがあった。学習会にて正しい当て方を身に付けることで技術に対し自信が持て、漏れの減少によ

り製品への信頼につながった。また4回交換に対し抵抗もなくなっていった。

TENAへ変更していく中で、今まで行っていた排泄ケアは誰のために行われていたのかを考えるようになった。患者のために行っていた交換は自分たちの自己満足で、羞恥心や患者の意思に配慮できていたのかと考えた。交換回数が多いことやパッドを多く当てること、同じ時刻に交換・誘導すること、全患者が同一時刻に下剤内服し浣腸を施行するなど今までの排泄ケアは、自分たちの都合に合わせた手段であり、患者のた

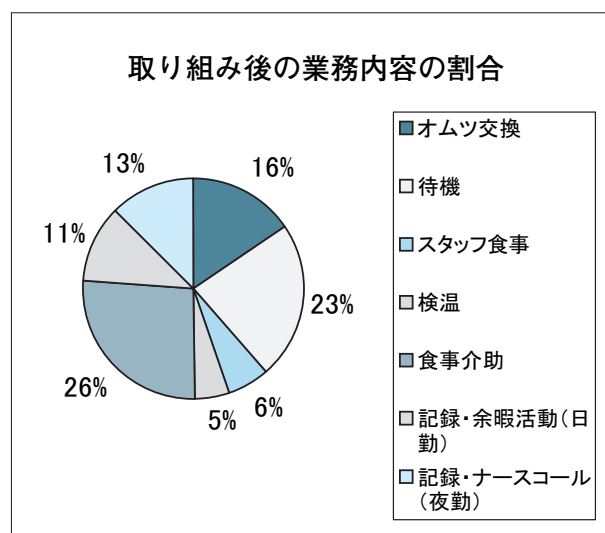


図 2

めのケアではなかったのでは？ と考えるようになった。

小澤氏は「痴呆を病む人たちは、一つ一つのエピソードは記憶に残っていないらしいのにそのエピソードにまつわる感情は蓄積されていくように思える」¹⁾と、述べている。排泄に関してもそれと同様のことが言えるのではないかと考えた。失禁した時に失敗したことを認知できない、または失敗した事実を忘れて過ごしている。しかし交換時に濡れたオムツを見たり、スタッフの言動により失敗感が発生する。そして再び失敗した事実を忘れ、心には悲しい感情が残ると考えられる。誘導により失禁がなく排泄できる、または失禁があっても交換回数が減ることによって一瞬、一瞬で生きる認知症患者の悲しい思いを減らすことができるのではないかと考える。

6. デメリット

長時間、同一のオムツを着けることで、スキントラブルが一番心配された。以前のテープ式オムツでは、交換時臀部に湿り気があり、皮膚に浸軟も見られていた。

「TENA」は常に尿取りパッドの一点で何度も吸収し、皮膚を伝わず、逆戻りもしないため、さらさらした状態を保つことができる。また、重ね使いしないため通気性もよく、ムレが少ないことで長時間肌に当たってもスキントラブルは起こらなかった。

患者の排泄パターンは、結果—1で述べたような様々な要因により刻々と変化している。季節による変化には現在対応できているが、日々の飲水量、活動量の把握は困難な場合もあり、尿漏れがみられることがある。訴えることのできない患者であるからこそ、患者の観察が必要であり、尿量を把握しその日ごとに適したオムツ交換・排泄誘導ができるなど、更なるスタッフの意識の向上が今後の課題であると考えられる。

V. おわりに

排泄にかかる時間が多くなる一方で、合併症を持ち身体的な管理が必要な患者が増えていた。今回、スウェーデン式排泄ケアに取り組んだ結果、オムツ交換時間の短縮が図れると共に個別に合わせた排泄ケアを展開できた。また、認知症患者の排泄ケアを通し、排泄に対する考え方を改めて見直すことができ、患者の立場に立ったケアが行なえるようになった。オムツ交換時間も短縮され、今まで行なうことのできなかつた精神的ケアや患者の持っている能力に目を向けられた。

今後の排泄ケアに限らず患者の意思を尊重したケアを行なえるように努めたい。

引用文献

- 1) 小澤勲：『痴呆を生きるということ』，2003，岩波新書；p 32

参考文献

- 1) 吉田時子他：『標準看護 2 基礎看護技術』，1982，金原出版
- 2) TENA パンフレット



DPC 導入後の病床利用率維持と病床再配分計画

特別・特定医療法人 愛仁会
高槻病院 事務部

長嶺 満利子 清水 栄一
松本 力

I. はじめに

当院は、大阪府北西に位置する人口35万人の中核都市高槻市にある、病床数477床（一般病床）、標榜診療科目20科の病院である。平成13年8月に総合周産期母子医療センターを開設、平成17年12月に地域医療支援病院の承認を得た。入院数455名/日、外来数1,282名/日、平均在院日数12.1日、手術326件/月、分娩115件/月、救急隊搬送数382回/月、職員数739名である（平成17年実績より）。平成16年2月に電子カルテを導入し、同7月より厚生労働省の「DPC導入の影響評価に係る調査」に参加、平成18年4月よりDPC対象病院として、診断群分類に基づく包括点数評価による診療報酬請求を開始した。

DPCは、高齢化、在院日数の長期化、医療費高騰などを背景に、「限られたベッドを効率的に使い、質の高いサービスを提供する」という課題を、医療機関に投げかけている。DPCでは、診断群分類別に入院期間と診療単価が規定され、在院日数が医業収益に大きな影響を与えることから、各診療科においてその管理を強化し、特にDPC入院期間Ⅱより長い診療科・診断群分類については短縮を図ることとなる。その結果、高いベッド稼働率を維持するためには、新入院患者をより多く受け入れることが課題となる。今回、その対策のひとつとして診療科ごとのベッド数再配置を行ったので報告する。

II. 対象と方法

平成17年7～10月に「DPC導入の影響評価に係る調査」に提出したデータより、当院の平均在院日数とDPCの入院期間Ⅱを比較した（表1）。その結果、各

診療科で当院の日数が長い診断群分類について入院期間Ⅱまで短縮が可能な日数を試算した（表2）。続いて、平成17年1～12月の診療科ごとの病床利用割合を基に、在院日数短縮後に必要な病床数を算出し、実績との差を削減可能な病床数として、再配分の対象とした（表3）。また、再配分先の選定には、これまでの収益面の貢献度も参考にすることとした。

III. 結果と対策

- 表1の通り、診療科別に当院の平均在院日数とDPC入院期間Ⅱを比較したところ、小児科は2.3日当院が長い結果となっているが、入院期間3年以上など在宅療養が困難な超重症患者は特例として除外すると当院が2.6日短くなることから、周産期系（産婦人科・小児科・小児外科）は当院の日数が短く、成人系は当院の日数が長く、病院全体では2.3日DPC入院期間Ⅱより長いことがわかった。在院日数が長い診療科が入院期間Ⅱを目指した場合、有するベッド数の86%で運用が可能、つまり14%のベッドが空くという計算になる。
- 表2の通り、病院情報分析システムを活用し、平成17年「DPC導入の影響評価に係る調査」データより、診療科ごとに診断群別の在院日数を入院期間Ⅱと比較し、当院の日数が長い分類について入院期間Ⅱまで短縮できると仮定し、診療科ごとに短縮可能な日数を算出した。その際、次のものは比較の対象外とした。
 - 診断群分類が1件のみで症例として稀なもの
 - 重症等で在院日数偏差が大きいもの
 - 既に当院の日数が入院期間Ⅱより短いもの
 以上により、結果は10の診療科において合計2,421

表1. 平成17年7～10月「DPC導入の影響評価に係る調査」データより在院日数比較

	産婦人科	小児外科	小児科	眼科	耳鼻科	皮膚科	外科	心臓血管外科	泌尿器科	整形外科	循環器内科	呼吸器内科	消化器内科	腎臓内科	神経内科	脳神経外科	神経科	合計
①DPC適応件数	618	173	620	72	23	49	278	28	119	259	141	253	541	63	47	59	24	3,367
②当院在院日数合計	5,530	1,129	9,486	469	171	562	5,010	612	1,037	5,607	2,266	5,305	13,264	1,710	1,306	1,538	906	55,908
③当院在院日数平均 (②/①)	8.9	6.5	15.3	6.5	7.4	11.5	18.0	21.9	8.7	21.6	16.1	21.0	24.5	27.1	27.8	26.1	37.8	16.6
④DPC入院期間Ⅱ日数合計	8,290	1,579	8,076	575	199	640	4,650	587	992	5,144	2,003	4,047	8,030	1,222	887	819	305	48,045
⑤DPC入院期間Ⅱ日数平均 (④/①)	13.4	9.1	13.0	8.0	8.7	13.1	16.7	21.0	8.3	19.9	14.2	16.0	14.8	19.4	18.9	13.9	12.7	14.3
当院-DPC (③-⑤)	▲4.5	▲2.6	2.3	▲1.5	▲1.2	▲1.6	1.3	0.9	0.4	1.8	1.9	5.0	9.7	7.7	8.9	12.2	25.0	2.3
在院日数の指標 (④/②)	150%	140%	85%	123%	116%	114%	93%	96%	96%	92%	88%	76%	61%	71%	68%	53%	34%	86%

表2. 在院日数短縮予測

診療科	DPCコード	DPC名称	①患者計	②平均在院日数-DPC期間Ⅱ日数	①×②
外科	0600353x01x01x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍 結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術(腹腔鏡(補助)下によるものを含む。)手術・処置等2なし 副傷病1あり	2	14.5	29
	0602103x02x00xx	ヘルニアの記載のない腸閉塞 腸管癒着症手術 手術・処置等2なし	3	14.0	42
	0600203x02x00xx	胃の悪性腫瘍 胃切除術(腹腔鏡(補助)下によるものを含む。)悪性腫瘍手術 手術・処置等2なし 副傷病なし	6	12.8	77
	0600353x01x11x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍 結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術(腹腔鏡(補助)下によるものを含む。)手術・処置等2あり 副傷病1あり	5	10.0	50
	1604603x99xxxxx	胸部実質臓器外傷 手術なし	2	9.5	19
	0900103x010000	乳房の悪性腫瘍 乳腺悪性腫瘍手術等 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし 副傷病なし 片側	15	5.0	75
	0600403x04x00xx	直腸肛門(直S状結腸から肛門)の悪性腫瘍 直腸切除・切断術 低位前方切除術(内視鏡下によるものを含む。)等 手術・処置等2なし 副傷病なし	2	4.5	9
	0600353x01x00xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍 結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術(腹腔鏡(補助)下によるものを含む。)手術・処置等2なし 副傷病なし	8	2.0	16
	0601403x97x00xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄 その他の手術あり 手術・処置等2なし	2	2.0	4
	0603353x04x00xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等 腹腔鏡下胆嚢摘出術 手術・処置等2なし 副傷病なし	17	1.8	30
0601703x02xx0xx	閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア ヘルニア手術 腹壁瘻痕ヘルニア等 副傷病なし	6	1.7	10	
				外科	361
呼吸器内科	0401503x99x00xx	肺・縦隔の感染、膿瘍形成 手術なし 手術・処置等2なし	4	9.0	36
	0401603x99xxxxx	呼吸器の結核 手術なし	3	3.0	9
	0401103x99x00xx	間質性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	8	2.5	20
	0401003099x00xx	喘息(15歳以上) 手術なし 手術・処置等2なし	24	1.3	30
				呼吸器内科	95
耳鼻科	0400603x99xxxxx	急性扁桃炎、急性咽喉頭炎(検査入院を除く。) 手術なし	2	1.5	3
					耳鼻咽喉科
循環器内科	0501303x9901xx	心不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2あり	2	15.5	31
	0500651xxxxxxx	拡張型心筋症(検査入院)	2	4.0	8
				循環器内科	39
消化器内科	1003303x99x00xx	栄養障害(その他)(検査入院を除く。) 手術なし 手術・処置等2なし	2	19.5	39
	0600503x99x11x	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。) 手術なし 手術・処置等2あり 副傷病あり	3	11.0	33
	0600103x99x20xx	食道の悪性腫瘍(頸部を含む。) 手術なし 手術・処置等2-2あり 副傷病なし	2	11.0	22
	0600503x99x00xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。) 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	2	8.0	16
	0601003x03xx1x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。) 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 その他のポリープ・粘膜切除術等 副傷病あり	4	7.5	30
	0401103x97x00xx	間質性肺炎 手術あり 手術・処置等2なし 副傷病なし	3	6.3	19
	0601203x07x00xx	門脈圧亢進症(食道、胃、消化管の静脈瘤を含む。) 食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)(一連として)等 手術・処置等2なし 副傷病なし	2	4.5	9
	0601303x97x00xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患) その他の手術あり 手術・処置等2なし	2	4.5	9
	0302453xxxxxxx	伝染性単核球症	2	3.5	7
	0600353x99x1xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2あり	2	2.0	4
0602103x99x00xx	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	7	1.7	12	
				消化器内科	200
心臓血管外科	0501803x01xxxxx	静脈・リンパ管疾患(検査入院を除く。) 下肢静脈瘤手術	4	5.3	21
	0501703x02xx1x	閉塞性動脈疾患 四肢の血管拡張術・血栓除去術 副傷病あり	3	4.0	12
				心臓血管外科	33
神経科	1600603x99x1xx	精神、行動の障害(教育入院を除く。) 手術なし 手術・処置等2あり	21	6.6	139
				神経科	139

(表2 続き)

診療科	DPCコード	DPC名称	①患者計	②平均在院日数- DPC期間Ⅱ日数	①×②
整形外科	1102803xxxx1xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 手術・処置等2-1あり	2	19.5	39
	1606903x99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)手術なし	14	15.1	211
	0703403x99xxxx	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)手術なし	11	12.9	142
	0704903x01xxxx	下肢のリウマチ(股関節を除く。)人工関節置換術等	2	8.0	16
	1606103x02xxxx	四肢筋腱損傷 腱縫合術等	2	8.0	16
	0700103x010xxx	骨軟部の良性腫瘍(脊椎脊髄を除く。)四肢軟部腫瘍摘出術等 手術・処置等1なし	3	4.0	12
	0702203x020xxx	股関節症(変形性を含む。)人工関節置換術 肩、股、膝(再置換でない場合)手術・処置等1なし	2	4.0	8
	0703503x99xxxx	椎間板変性、ヘルニア 手術なし	15	3.7	55
	1608003x01xxxx	股関節大腿近位骨折 人工骨頭挿入術 肩、股、膝	5	3.2	16
	1608503x97xxxx	足関節・足部の骨折、脱臼 その他の手術あり	11	2.5	28
	0702303x020xxx	膝関節症(変形性を含む。)人工関節置換術 肩、股、膝(再置換でない場合)等 手術・処置等1なし	14	1.6	22
				整形外科	565
腎臓内科	1102803xxxx2xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 手術・処置等2-2あり	8	14.6	117
	1102803xxxx1xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 手術・処置等2-1あり	23	9.6	221
				腎臓内科	338
内科	04008030xxx00x	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎(6歳以上) 手術・処置等2なし 副傷病なし	6	18.2	109
	1606903x99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)手術なし	2	12.0	24
	1002103x99xxxx	低血糖症 手術なし	2	8.5	17
	1103203099xxxx	腎、泌尿器の疾患(その他)(6歳以上) 手術なし	16	8.3	133
	1003803x99xxxx	体液量減少症(検査入院を除く。)手術なし	8	8.3	66
	0603353x99x00x	胆嚢水腫、胆嚢炎等 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	3	7.3	22
	0600353x99x0xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし	2	7.0	14
	1601603x99x00x	敗血症その他の感染症 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	5	6.6	33
	0705603x99x0xx	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患 手術なし 手術・処置等2なし	3	5.7	17
	0304103xxxxxxx	めまい(末梢前庭以外)	2	5.5	11
	1300903x99x0xx	貧血(その他) 手術なし 手術・処置等2なし	3	3.7	11
	0302453xxxxxxx	伝染性単核球症	2	3.5	7
	1000703x97x1xx	2型糖尿病(糖尿病性クアトアシドーシスを除く。)手術あり 手術・処置等2あり	4	2.3	9
	0601903x99x0xx	虚血性腸炎 手術なし 手術・処置等2なし	4	1.8	7
	1101203x99x0xx	上部尿路結石症 手術なし 副傷病なし	3	1.7	5
	0400603x99xxxx	急性扁桃炎、急性咽喉頭炎(検査入院を除く。)手術なし	4	1.5	6
	0602103x99x00x	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	4	1.3	5
0302703xxxxxxx	上気道炎	4	0.5	2	
				内科	498
脳神経外科	0100503x02x0xx	非外傷性硬膜下血腫 慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術 手術・処置等2なし	5	12.6	63
	0100403099x11x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30未満) 手術なし 手術・処置等2あり 副傷病あり	3	9.0	27
	0100503x01xxxx	非外傷性硬膜下血腫 頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの) 硬膜下のもの	2	2.5	5
				脳神経外科	95
泌尿器科	1100703x0101xx	膀胱腫瘍 膀胱悪性腫瘍手術切除等 手術・処置等1なし 手術・処置等2あり	2	16.0	32
	1100703x0600xx	膀胱腫瘍 膀胱悪性腫瘍手術経尿道の手術 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	16	1.4	23
				泌尿器科	55
			合計	2,421	

表3. 診療科別病床利用率(平成17年1~12月)からみた在院日数短縮後の必要病床数

	産婦人科	小児外科	小児科	眼科	耳鼻科	皮膚科	外科	心臓血管外科	泌尿器科	整形外科	循環器内科	呼吸器内科	消化器内科	腎臓内科	神経内科	脳神経外科	神経科	合計
A: 延べ患者数	19,594	7,306	30,078	990	876	1,647	14,478	1,994	2,991	19,354	8,528	18,407	35,146	4,202	4,324	4,697	2,902	177,514
B: 患者数比率(A/全科患者数)	11.0%	4.1%	16.9%	0.6%	0.5%	0.9%	8.2%	1.1%	1.7%	10.9%	4.8%	10.4%	19.8%	2.4%	2.4%	2.6%	1.6%	100%
C: 平均病床使用実績(477床×B)	52.7	19.6	80.8	2.7	2.4	4.4	38.9	5.4	8.0	52.0	22.9	49.5	94.4	11.3	11.6	12.6	7.8	477
D: 短縮可能日数	0	0	0	0	3	0	361	33	55	565	39	95	698	338	0	95	139	2421
E: 短縮後日数(表1の②-D)	5,530	1,129	9,486	469	168	562	4,649	579	982	5,042	2,227	5,210	12,566	1,372	1,306	1,443	767	53,487
F: 短縮率(E/表1の②)	100%	100%	100%	100%	98%	100%	93%	95%	95%	90%	98%	98%	95%	80%	100%	94%	85%	96%
G: 短縮後の延べ患者数(A×F)	19,594	7,306	30,078	990	861	1,647	13,435	1,886	2,832	17,404	8,381	18,077	33,296	3,371	4,324	4,407	2,457	169,827
H: 短縮後必要病床数(C×F)	52.7	19.6	80.8	2.7	2.3	4.4	36.1	5.1	7.6	46.8	22.5	48.6	89.5	9.1	11.6	11.8	6.6	456.3
再配分可能病床数(C-H)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.8	0.3	0.4	5.2	0.4	0.9	5.0	2.2	0.0	0.8	1.2	20.7

日の短縮が可能と考えられた。

3. 表3の通り、次の要領で必要病床数を算出した。
 - (1) 平成17年実績より、年間延べ患者数(A)の診療科別比率(B)を算出し、全病床477床に対して各診療科が占める病床数を算出した(C)。
 - (2) 表2で算出した診療科ごとの短縮可能日数(D)を表1の当院在院日数より短縮したとして(E)、その短縮率(F)より、短縮後の延べ患者数(G)と必要病床数(H)を算出した。上記の(C)と(H)の差より、成人系病棟の20床が再配分可能という結果を得た。
4. 収益面においては、周産期系各科(産科・小児科・小児外科)が使用するベッド数は全体の30%ながら、入院収益は全科の40%を占め、さらに医業利益は50%を占めている。そこで、収益率が高い上に、慢性的に病床数が不足している総合周産期母子医療センターについて、その必要病床数を平成17年度の実績より算出し、再配分の先とした。
5. 当院の総合周産期母子医療センターは、平成18年3月現在、MFICU 6床、産科病棟34床、NICU18床、GCU24床からなるが、平成17年の実績は、分娩1,382件、母体搬送147件と、毎年増加傾向にあり、そのような状況下で、満床のために受け入れ不可であった緊急母体搬送が51件、産科病棟満床のため他の病棟に入院した妊産婦が延べ356人と、病床数を大きく上回る需要があった。これらの患者を該当病棟で受け入れるのに必要な病床数を、平成17年「DPC導入の影響評価に係る調査」データを参考に、次の要領で算出した。
 - (1) 産科病棟は、平成17年受け入れができなかった緊急母体搬送が51件で、そのほとんどが切迫

早産であった。この51件が仮に入院しておれば、切迫早産の平均在院日数は22日であることから入院延べ日数は1,122日となり、必要病床数は3床/日となる。

- (2) 妊産婦が産科病棟以外に入院した日数は延べ356日で、産科病棟には更に1床必要となる。
 - (3) NICUは、平成17年母体搬送で受け入れた患者が出産した新生児は180人で、その大半を低出生体重児が占めている。仮に(1)の51名の母体搬送を受け入れ、同数の低出生体重児の新生児が誕生したとして、低出生体重児の平均在院日数は70日であることから入院延べ日数は3,560日となり、必要病床数は10床/日となる。
6. 平成18年6月より、再配置計画の第一弾として、内科系病床を産科系へ5床移動、外科系病床をNICUへ3床移動した。以降も周産期系病棟は満床が続いている。

IV. 考 察

1. DPCデータは、診療科別、診断群分類別に、医療機関の特性をリアルに現す。今後はその分析をタイムリーに行うことで、効率的な診療、在院日数の短縮、新入院患者の確保を目指す。
2. 特に周産期系病棟は、これまでも医業収益への貢献度は極めて高く、今後も安全な分娩へのニーズは高い。正常妊婦からハイリスク妊婦まで、体制の整った高機能医療機関へ集中する傾向がますます高まり、その傾向が当院の強みを助長していることから、更なる拡充も視野に入れて施策を講じる。

◆ 医師のための保険診療手引き

〔第20版〕

総合病院国保旭中央病院

目 次

一般的事項	79	ラジオアイソトープ (RI) 検査	
病名の記載	79	内視鏡検査	
重点的審査の対象	79	超音波検査	
査定率を下げるための方策	79	その他	
基本診療料・療養指導料	79	画像診断	84
特定入院料の算定時の留意事項	80	画像診断の電子媒体保存	
指導管理料	80	造影剤の量	
難病外来指導管理料	80	CTとMRI	
食事について	80	その他	
悪性腫瘍特異物質治療管理料の初回加算	80	投薬と注射	85
手術前医学管理料	80	原則	
手術後医学管理料	80	気管支喘息と薬剤	
交付文書の写しを添付	80	消化性潰瘍と薬剤	
その他	81	肝・胆・膵疾患と薬剤	
検査	81	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 (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 ₂)		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	
病理学的検査		成分輸血	90
		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	93
処 置	94
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	95
原 則	
手術料	
麻 酔	101
放射線治療	102
精神科関連	102
特別〔中央〕審査の傾向	102

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。

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

差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。
2. 特別の関係にある保険医療機関からの紹介では紹

介患者加算は不可。

- 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。

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。

食事について

- 濃厚流動食の場合は特別食加算が可能なので，鼻腔栄養では内容の確認が必要。
- 術後すぐの「選択メニュー加算」は不可。

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に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：当該月に検査をしなかった場合は算定不可。
- 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, CA19-9：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
・治癒判定：
B型：HBsAg, 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日に付きである。
3. 手術中の観血的動脈圧測定とSpO2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. PTCA前後のHANP測定：2回まで。
4. 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。
5. 心拍出量は1週間くらい認める。
6. 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・SpO2)

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. SpO2測定
 - ・SpO2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。
 - ・スワングア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fT4 (T4) あるいはfT3 (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。
- 甲状腺自己抗体請求時の注意：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 (劇症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 → ベロトキシン検出の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：リファンピシン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，骨髓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D108「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。

病理学的検査

1. 腹部大動脈・総腸骨動脈の血管移植術に際しての病理検査：1臓器のみ。
2. 尿路感染症での病理検査：認められない。
3. 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）。
4. 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。
5. 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。
6. 肺がん切除試料で電子顕微鏡加算：paraneoplastic syndrome例でのみ認める。
7. 肺がん診断のための細胞診回数：最高6回まで認める。
8. 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。
9. 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。
10. 経皮的血栓除去時の血栓の病理検査：算定できない。
11. アテローム，ガングリオンの病理組織検査：算定できない。
12. 虫垂切除時の病理組織検査：20歳以上では認める。
13. 病理組織顕微鏡検査における免疫抗体検査加算の適応：鑑別および確定診断に必要な場合に認める。
14. 病理組織顕微鏡検査では臓器名を明記。

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. 肝エコー時のドップラー加算：毎月は認められない。
2. 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。
3. 産婦人科では「腹部腫瘍」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 β 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。

画像診断

画像診断の電子媒体保存

- 電子媒体の費用は算定できない。
- 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。
- 膝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。
- 冠疾患にMRI:現在はまだ認めない。
- 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で日を異にして肝臓・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(申し合わせ事項)。
- 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のが可能となった。

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で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 $>2.5\text{mg/dl}$)、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ラル：認めない。

タナドopa：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_2 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_2 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 \times 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トミー後潰瘍：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プシー施行後の H_2 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。

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C 40-60mg/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
 - ・膵炎に対するフサン注の投与期間：術後膵炎では1週間とする。
 - 食なし日数+4日間を限度とする。
 - ・フサン透析時の膵炎にフサン全身投与：透析日数を差し引いた日数とする。
 - ・急性心不全と膵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.B₁₂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 (1500Cal/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の必要のないもの
 - ウエルニッケ脳症, 脚気心, V.B₁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

- ・IVHには必ず完全なビタミン剤を用いること。
- ・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 (発症後6時間以内)：静注用 (グルドパ・アクチバシ・プラスミナー) は29-43.5万単位/kg。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（14日間が限度）

- FOY, レミナロン：腓炎も適応。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）

- プロスタントイン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。
- 急性腓炎：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.D₃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例にプロスタグランディン注，アンブラーク錠：両者とも不可。
- プロスタグランディン注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静注製剤ではアミペニックス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
8 g/日まで。

- 細菌性心内膜炎のPCGとCEZ併用：CEZ 5 g/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a 1 g/日とする。
- シプロキササン静注：first choiceは認めない。「カルバペネム, 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。

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/m² × 2/日を6日間

小児では3 g/m² × 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/m²，12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/m²，7-14日ごと，3クール。ロイコボリン15 mg/m²，6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/m²，3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。
 - 腎がんピシバニール，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PVB6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，ピンプラスチン，プレオ
PVA-6：PVBに加えてエンドキサン，アクテノマイシ

ND，エトボシド

- 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。
- 食道がんにパラプラチン：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のみ認める。
- 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（ブリプラチン）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.B₁₂，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5単位/日, 重症例では10単位/日。緊急時20単位/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4単位/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20単位。

破裂胸部大動脈瘤手術当日は60単位まで, 翌日は40単位まで。

肝区域切除当日：FFPは40単位まで, 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

● 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5万位でも適応となる。

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ロガミン（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。

使用方法：

- ・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ベノグロブリン-III: 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。
- ・带状疱疹での適応: 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、ベ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
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パ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。

エポ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。

ロイコブ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。
7. 腎不全例にアルミニウム製剤: 不可。

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つのカテゴリーに再編された。

表1

	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 熱傷癒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)	IまたはII	IまたはII	IまたはII	IまたはII
算定日数上限	180日	150日	90日	150日

疾患別リハビリについては、合計で患者1人・1日当たり6単位までとする。ただし厚生労働大臣が定める患者については1日当たり9単位まで認める。

(注)厚生労働大臣が定める患者とは

- ・回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者。
- ・急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後60日以内の患者。

- ・ADL加算を算定する患者。

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。

表2. 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。

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、J001術後創傷処置、J053皮膚科軟膏処置またはJ003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、J001術後創傷処置、J053皮膚科軟膏処置、J057圧出法、またはJ003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。

2. J001術後創傷処置(1日につき)

- ・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。

3. 術後創傷処置は原則として10日間とする。

4. 脳外科手術後の開放創処置の期間：2日とする。

5. 創傷処置・術後創傷処置に関する疑義解釈

- ・入院患者に対する熱傷処置について、術後で無い場合、創傷処置の「1」を算定することはできない。
- ・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の処置料は、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。
- #### 6. 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日に付きの点数のため)。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。
- #### 7. 膿胸に対して胸腔内ドレーンで洗浄：ドレーン法で算定。
- #### 8. 処置の回数：褥創の包帯交換1日2回、湿布1回。
- #### 9. 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20mg/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、次回は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15L／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β2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40単位まで。
 - ・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：FFP40単位／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。
- 経皮的腎ろう増設後の腎盂洗浄：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。
- 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。
- 分娩時鈍的頸管拡張術（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. 腹腔鏡下手術で複数臓器（大腸がん、卵巣がん、胆嚢摘出）：現在複数手術が認められないので高いほうの1手術で算定。
5. 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、手術に必要な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

手術件数による手術点数加算はいったん廃止する。

現在加算の対象となっている手術については、手術実績がある場合の年間手術症例数を院内に掲示することを、当該手術に係わる点数の算定要件とする。（現在加算の対象となっている手術：人工関節術、ペースメーカー移植術、冠動脈、大動脈バイパス術、体外循環を要する手術、経皮的冠動脈形成術、頭蓋内腫瘍摘出術、黄斑下手術、鼓室形成術、肺悪性腫瘍手術、靭帯断裂形成手術、水頭症手術、肝切除術、子宮付属器悪性腫瘍手術など）

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。
- 人工関節置換術でバイポーラ加算：バイポーラ加算は股関節の人工骨頭挿入術の場合である。
- 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。
- 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る。
- 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。
- 内頸動脈ステント留置術：(点数がないので)脳血管造影による。
- 脳腫瘍に脳血管塞栓術：脳血管撮影で請求する。
- 内頸動脈閉塞に選択的血栓溶解療法：脳血管撮影で算定。

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の42点は認めている。

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。
- 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, ステント挿入関連
 - ・ 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。予防的ペースリングは不可。
 - ・ PTCA中に徐脈発生し一時的ペースリング算定：後者は前者に含まれる。
 - ・ PTCA時の待機的ペースリング：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。
 - ・ IVUSの適応：冠動脈に限定される。現時点ではASOや肺動脈は不可。
 - ・ PTCAから緊急手術になった場合：後者のみ算定。
 - ・ 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と人工心肺の同日算定：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。
- 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。
- 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。
- ・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ーテ：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。
- ・人工心肺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〕：腎動脈形成術は冠動脈形成術に準ずる鎖骨下動脈，四肢の動脈の形成術はK613で算定。
- ・末梢動脈のPTAでは冠動脈用カテは認めない。
- ・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：K611-3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。
- ・ステントグラフト内挿術（K605-2）の算定対象：大動脈に限定される。腸骨動脈などは不可。
- ・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。
- ・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。
- ・右心室内遺残カテーテル除去：K602-2で算定。
- ・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。
- ・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ーカーテ使用：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：固定点数がないので血管移植術の3．腹腔内動脈で， Y字型では腹部大動脈瘤切除〔口〕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（K611-1）ではなく腹腔動脈（K611-3）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クトミー施行：確認造影は認めるがアーテ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：後者も認める〔材料〕。
- ・内視鏡的縦隔かく清術の算定法：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：K605-7で算定。
- ・小血管人工血管：「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。

- ・内シヤ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。
- 噴門部がんで胃全摘・開胸を伴った場合：食道浸潤の記載があれば「胸部・腹部の操作」により， 記載が無ければK658の2による。
- 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。
- 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。
- 腹腔鏡下での胃切除と胆嚢摘出の併施：腹腔鏡下での取り決めは無いので一方のみ算定。
- 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。
- 直腸がんで直腸悪性腫瘍手術〔切除〕と膀胱悪性腫瘍手術〔全摘〕を算定：骨盤内臓器全摘術で算定。
- 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。
- 下行・S状結腸の憩室穿孔で低位前方切除術の算定：これは悪性腫瘍に対する手術なので不可。広範な手術なので結腸右半側切除（K719-2）で算定。
- S状結腸がんに低位前方切除， 膀胱部分切除， 尿管・腸・膀胱吻合術で自動吻合器6個の算定：4個とする結腸がんでイレウス+小腸穿孔あり， その閉鎖と

人工肛門の設置：小腸ろう閉鎖術で算定。

- 胃がんと直腸がんの手術：両方の手術料を100/100で算定（別視野）。
- 結腸がん手術時の静脈再建：腹腔内静脈形成吻合術による。
- 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。
- 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。
- 良性腫瘍術では自動縫合（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

- 肝腫瘍の経皮的穿刺：腹腔穿刺の「注」で経皮的針生検法による。
- 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。
- 胆石症に対して「胆嚢摘除術」と「胆管Tチューブ設置」を行ない，2日後，造影でTチューブ部以外の胆汁漏出を認めて再手術により胆管一部切除，吻合を行ない「胆管形成術」で請求：「胆管形成術」は本来，先天的胆道閉鎖症に行なうものであり，本例では試験開腹+ドレナージで算定する。
- 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治療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

腸ファイバースコープの点数による。

- 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。
- 肝細胞がんの胃浸潤時の胃切除：後者も悪性腫瘍の点数として2分の1算定。
- 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。
- 鏡下手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・生殖器

- 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。
- 尿管ステント留置術の算定法：点数がないので取りあえず「尿管カテーテル法」を準用したい。
- 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。
 - 自己血輸血：エリスロポエチン製剤は貯血時に算定する。輸血時算定は不可。
 - 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時は認める。

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SpO₂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1により、L5-S1以上は2により、それ以下は3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. 麻酔管理料について

重症の患者に対して行なう場合(L008-1)とそれ以外の場合(L008-2)で点数が異なる。

- ・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。

- 閉鎖循環麻酔と硬膜外麻酔の併施：前者のみ。
 - 時間外加算はできない。
 - 一連と考えられる場合は最初の麻酔時のみ算定。
7. 全麻時の終末呼気CO₂濃度測定の記載場所：
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。

放射線治療

骨髄移植例の放射線全身照射に体外照射用固定器具使用加算並びに放射線治療管理料の算定：いずれも対象外。

精神科関連

- 心身医学療法：心身症でのみ算定。精神科標榜医による精神療法が適応。
- 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SpO₂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。
- セレネースの特定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ない。不眠症の病名が必要。

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60単位
 - ・第2日は30－40単位
 - ・3日以後は10単位／日
2. 凝固因子補充および慢性期FFP投与
 - ・10単位／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15L／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20版です。

医学史の旅—イタリア⑨

星 和 夫

青梅市立総合病院
名誉院長



フィレンツェ

Firenze

Firenzeはトスカーナ地方の中心地、イタリア語のfióreは“花”ですから、“花の都”という意味です。12～15世紀にはルネッサンスの中心地となり、文字どおり“花の都”でした。ダンテ、ペトラルカ、ボッカチオ、ミケランジェロ、レオナルド・ダ・ヴィンチなどがこのフィレンツェを舞台に活躍しており、ウフィッツィ美術館をはじめ見どころもたくさんありますが、我々の見どころは……。

★メディチ家の紋章

Medici家は、ルネッサンス時代のフィレンツェの政財界を牛耳っていましたが、同時に多くの芸術家の大パトロンでもありました。市内のあちこちで見られるメディチ家の紋章にご注目ください。テントウムシのような紋章の花はユリの花ですが、6コの丸い印は丸薬をかたどったものなのです。これはメディチ家がもとは薬屋であったことを物語っています。メディチ・リッカルディ宮殿の中庭の柱廊上部、サン・ロレンツォ教会の主祭壇の手前の床、ベッキオ宮殿の階段の天井などをお見逃しなく(図1)。



図1：メディチ家紋章

★メドゥーサの首をもつペルセウス像

町の中心シニョリア広場 (Piazza della Signoria) の一角、ランツィのロジヤと呼ばれる回廊には、ネ

ブチューンの噴水、ヘラクレスとカクス、サビニ女の略奪など有名な野外彫刻がありますが、右から2番目の「メドゥーサの首をもつペルセウス」(図2)にご注目、肝硬変症になると、腹壁に見られるCaput Medusae (メドゥーサの頭)を思い出してください。



図2：メドゥーサの首をもつペルセウス像

★フィレンツェとペストと『デカメロン』

フィレンツェは、ペストの大惨禍を受けた都市として有名で、1348年の大流行の際は、この町だけで6万人、市民の約半数が死んだと記載されています。

近代小説の祖といわれるGiovanni Boccaccio (1313-1375)は、ここフィレンツェの生まれで、彼の代表作『Decameron』(十日物語)は、1348年のペストの流行を背景に人間社会の実相を鋭く描いた傑作とされています。その内容は、はなはだ退廃的、耽美的で、好色、卑猥、低俗ではありますが、人間のリアルな姿



を描いた傑作です。彼はその序文のなかで、自分がなぜこのような退廃的な小説を書いたかについて長々と述べると同時に、当時のペスト流行の悲惨な情景を生々しく描写しています。

『デカメロン』に興味をおもちの方々、読むのは序文だけ、序文だけですぞ！

★フィレンツェ科学史博物館 (Museo di Storia della Scienza)

ウフィッツィ美術館の東隣、アルノ川に面した建物が科学史博物館です。ここには有名なガリレオの望遠鏡とともに彼の右手の中指がガラスの容器に入って陳列されています。市内にはガリレオの陰棲の地や墓もありますが、彼が医学生であったことも思い出してください。

★フィレンツェ大学比較解剖学研究所 (Istituto di Anatomia Comparata)

ここは動物学、発生学、遺伝学などとの総合研究所ですが、沢山の人体模型が展示されており、一見の価値があります(図3)。



図3：フィレンツェ大学比較解剖学研究所

★サンタ・クロチェ教会 (Basilica di Santa Croce)

科学史博物館から東へ約500m歩いた所にサンタ・クロチェ教会(図4)があります。ここにはガリレオのほかに、ミケランジェロ、マキャベリの墓、ダンテの記念碑などがあります。ひととおり見学した後、右横の出口を出ると中庭(chiostro)の2階の回廊へ出ます。その中庭の出口左側の壁にナイチンゲールの



図4：サンタ・クロチェ教会



図5：ナイチンゲール



図6：子供の診察風景

像(Signóra dalla Lampada = ランプを掲げた婦人)がありますのでお見逃しなく(図5)。なぜ こんな所に彼女の像が？ 彼女はフィレンツェで生まれ、この教会で洗礼を受けたのです。

またこの教会の外側壁には、中世の子供の診察風景のレリーフがありますからお見逃しなく(図6)。

★ナイチンゲールの生家

Florence Nightingale (1820 - 1910) はイギリス人ですが、彼女の両親の2年間にわたるイタリアへの新婚旅行中の1820年5月12日に、市内の貸別荘 Villa-Colombaia で生まれたのです。Florence という名前は Firenze の英語名からです。

このコロンバイア荘は、ローマ門 (Port Romano) から車で7～8分の Via di Santa Maria a Marignolle, 2 に残っており、1957年以降は「Suore Adoratrici del Preziosissimo Sanguine」という修道女院になっています(図7)。ロビー(図8)には1994年にナイチンゲールの生家であることを証明したお墨付きも掲げられています。庭の一隅からはフィレンツェ市街が一望できます。





図7：旧コロンバニア荘



図8：旧コロンバニア荘の内部

★ドゥオーモ (Duomo, 花の聖母教会) 付近

フィレンツェの象徴で街の中心にありますから一度は訪れるところですが、右側の外壁に13世紀の薬局とビンを掲げて尿検査をしているレリーフがありますから、お見逃しなく(図9)。

またその道路の反対側には、1244年にMedici家によって作られた旅行者のための無料診療所(Ambulator medicum)があり、今



図9：13世紀の薬局



図10：サン・ジョバンニ礼拝堂
北側扉

でもボランティアの医師たちが黒い服を着て、無料で近い料金で診療に当たっています。

ドゥオーモの前の広場には八角形の大理石作りの建物サン・ジョバンニ洗礼堂(Battistero di San Giovanni)があります。金色に輝く東扉はミケランジェロが「天国の扉」と名づけたすばらしいものですが、興味深いのは北側の扉。これは1348年、ペストの大流行から復興したフィレンツェが、新しい時代を祈ってギベルディに作らせた扉で、「キリスト伝」と「諸聖人像」(下8枚)です(図10)。



図11：サンタ・マリア・ヌオーヴァ病院

★サンタ・マリア・ヌオーヴァ病院 (Ospedale di Santa Maria Nuova)

13世紀後半に設立され、230ベッドと100人の看護師を抱えるトスカーナ地方最大の病院で、1374年には34条から成る管理・運営上の詳細な規約を作るなど、今日の病院施設の最古のモデルといわれています。現在は主として救急病院として活動しています(図11)。

★フィレンツェと解剖学

この病院の隣の教会の地下室には、ミケランジェロのバスタブと称する水槽と、ここで解剖を行ったと称される部屋が残っています(図12)。ミケランジェロ(Michelangelo Buonarroti)は、1490年初めに芸術の現実主義的基礎を確立するために人体解剖を行ったのです。

1487年、ミラノで最初の人体解剖を行い、すばらしい解剖図を残しているレオナルド・ダ・ヴィンチも、1452年、このフィレンツェの近郊で生まれています。

もう1人このフィレンツェには「病理解剖学の父」と呼ばれるAntonio Benivieni(1443-1502)がいます。彼は開業医でしたが、死因が不明な時は、熱心に家族に許可を求めては解剖検査を行ったそうです。



図12：ミケランジェロの水槽と解剖室





図13：捨て子病院



図14：スワッドル



図15：回転木戸

★小児病院 (Istituto degli Innocenti per l'Assistenza-dell'Infanzia)

ドゥオーモから北へ少し行くと Piazza della S.S. Annunziata の前に古い小児病院があります。これは1421 - 24年に絹商人たちの浄財で建てられたもので、元来は孤児や捨て子の救済が目的であったため、「捨て子病院」とも呼ばれてきました (図13)。

正面1階には大きなアーチと円柱をもった長い回廊があり、各円柱の上部にはスワッドルを巻かれた幼児のテラコッタがついています (図14)。

swaddling というのは、赤ん坊の形をよくし傷害から守るためと称して体に包帯を巻く習慣で、産婦人科学の元祖として有名なエペソスの Soranus ^{ソラヌス} が提唱し、ローマ時代の名医 Galenus ^{ガレヌス} もこれを推奨したのでこの悪習は中世を通じて広く行われ、19世紀初めまで続いたということです。

回廊の左端の一隅には、母親が顔を見られずに子供を捨てられる回転木戸 (ruota) の跡が今も残っており、いささか胸が痛みます (図15)。

★バリウム

小児病院を出てすぐ脇の道路を少し歩き、Via la Pira を右に2～3分行った右側にフィレンツェ大学付属の鉱物博物館があり、ここに消化管造影剤硫酸バリウムの原石 (baritina, baryte) があります。硫酸バリウムは、少し北の Paterno で採れた鉱石からポローニ

ャ大学で分離されたともいわれています。

★セラチア

ここでちょっと思い出していただきたいのは、最近院内感染で有名になった腸内細菌 *Serratia* です。この名前は、19世紀のイタリアの科学者 Serafino Serrati にちなんで付けられたものです。彼は、1787年にこのフィレンツェで蒸気船を発明した人としても知られています。

こぼれ話

フィレンツェはさすがに花の都、まだまだ書くこともあります。この辺で。あとは世界的に有名な Chianti ^{キャンティ} でも飲みながらトスカナ料理をご賞味ください。キャンティはすぐ南のシエナを中心とする限られた地域で採れたブドウから造られた赤ワインです。

そして16世紀にメディチ家の娘カトリーヌが、フランスのアンリ2世に嫁ぐ時に連れて行った料理人のレシピが、今日のフランス料理の原点となったと言われています。

ついでに、1597年このフィレンツェで「ダフネ」という新しい形式の音楽劇が生まれ、それが後にオペラと呼ばれるようになったのです。





全員参画で 丁寧な心を込めたケアができる人 を育てたい

元 済生会横浜市南部病院 看護部長
「看護管理」講師

村上 美好

例年になく、今年の賀状には厳しい採用状況に悩む一言が付記されていた。医療界のニュース紙や一般紙、NHKでも看護師不足と採用の混乱状況を報じている。診療報酬改定で入院基本料の看護師7対1確保が唯一プラスだったことが最大要因である。が、看護師の量確保の問題は、従来より抱えていたことである。人事管理上の「募集・採用」に関して、看護部門だけがキリキリ舞いをしてきた感があるが、ここに至ってようやく病院全体のこととして取り組んでいる姿勢がうかがえる。

「7対1」は、ようやくなるべくしてなったと思う。OECDのデータでも、日本は医師も看護師も少なく、急性期医療を担うには、あまりにも酷な状態で働いている。患者の高齢化、疾病の複雑化と医療技術の高度化、さらには医療費抑制に伴う病床機能区分や在院日数短縮等々が着々と進んだことで、現場の看護師はすでに燃尽症候状態で次々離職しているからである。そもそも、旧表2対1の最高点数の頃から、病院によっては、すでに外来と病棟を1つのユニットチーム編成として病棟へ人数を組み込むことで、患者ケア不足に対する人手を補っていた。また、パートやアルバイト雇用も積極的にするなど雇用形態も工夫している。実態的に「7対1」に近い状況を勘案して何とかしのいでいたのである。したがって「7対1」を届け出ることができたとしても、現場スタッフにしてみれば決して充足されたとは思えないでいる。むしろ、計算の仕方にしぼりがあり、年休がとれなくなるとかさまざまな不満の声もある。

量の問題は質の問題と繋がる。が、いずれにせよ採用状況の如何にかかわらず、新人にとっては労働環境条件や教育訓練が最大の関心事である。これまでもさまざまに工夫してきたとしても受け入れ側の「習うより慣れろ」の姿勢が抜けきれないでは、早々に立ち去られるだけである。看護行為を中心に支えているのは、手技的・身体的技能（技術）であるが、加えて知的技能（技術）と社会的・人間的技能（技術）とが統合化・一体化させて質的に高めてゆくことが求められる。基礎教育では知的技能（技術）にウェイトがおかれ、国試もこれのみを担保しているにすぎない。臨床実習では、一応これら3者の統合化・一体化することが実践力であると学びはするが、体験に乏しい。現任教育としてのプログラムや夜勤の入り方などOFFJT、OJTについて全員参画で新たな模索をはじめなければならない時期がきている。

自院の存在すらも揺るがせている今だからこそ、看護部門は足もとの力をみつめ、他職種の力と支えを得て、後輩の実践力を培う手助けにこれまで以上に力を注ぐ必要がある。そして、新人も先輩も互いに苦勞を分かち合い、あらためて1人1人がよく働き、丁寧な患者ケア・仕事することに思いを込めることではなかろうかと思う。そうでないと、慢性期ケア、在宅ケアをアセスメント力があって自律的に実践できる人も育たず、人材が枯渇してしまうのではないかと危惧している。

全員参画で丁寧な心を込めたケアができる人を育てたい

「通教月報」より

平成18年度 第10回定例常任理事会・第3回定例理事会 合同会議 議事抄録

日時 平成19年1月15日(月) 午後1時～4時30分
場所 東京都・千代田区 帝国ホテル 本館2階「牡丹の間」
出席者 (会長) 山本 (副会長) 武田, 池澤, 佐藤, 奈良, 大井, 村上
 (常任理事) 林, 宮崎(瑞), 石井(暎), 梶原, 近藤, 齊藤(壽), 秋山, 土屋, 福田, 小川, 大道(道), 元原, 角田, 福井
 (理事) 樋口, 宮下, 有我, 石川, 関口, 荏原, 中, 宮崎(忠), 積, 末永, 佐藤, 中川, 土谷, 細木, 今泉, 高野, 谷口, 明石, 石井(和)
 (監事) 柏戸, 石井(孝)
 (代議員会議長) 加藤 (同副議長) 中藤 (顧問) 中山, 大道(學)
 (参与) 松田, 鴨下, 行天, 高久, 岩崎, 久常
 (委員長) 邊見, 有賀, 佐合 (支部長) 藤原, 成川

山本会長から、新年を迎えての開会挨拶後、本日開催される新年賀詞交歓会、3月に実施される役員改選への協力依頼が述べられた。議事録署名人に末永裕之、石井和博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

奈良副会長から、前回の役員会後の会員異動として、正会員の入会1件、正会員の退会1件、賛助会員の退会5件(A会員1件、B会員2件、D会員2件)の届出について諮られ、協議の結果、届出を承認した。

(1月15日現在会員数)

正会員2,699会員(公的936会員, 私的1,763会員), 賛助会員502会員(A会員119会員, B会員338会員, D会員45会員)

2. 各団体からの依頼について

奈良副会長から、前回の役員会後、下記依頼事項が届いていると述べ、内容について逐一説明があり、協

議の結果、各依頼を承認した。

(継続: 協力・後援依頼)

- ①産業廃棄物適正処理推進センター基金への出せん
(環境大臣)
- ②第13回第1種ME技術実力検定試験および講習会
(社団法人 日本生体医工学会)
- ③プライメッド・ジャパン2007
(プライメッド・ジャパン実行委員会)
- ④全国3都市で開催する「ホスピタルショウ」
(社団法人 日本経営協会)

3. 人間ドック健診施設機能評価の認定について

奈良副会長から、日本人間ドック学会では健診施設機能として申請のあった3施設を実査し、基準を満たしており指定を承認した。日本病院会としても認定願いたい旨の提案があり、協議の結果、3施設を指定した。

- ①栃木県済生会宇都宮病院健診センター
- ②総合病院 庄原赤十字病院
- ③聖隷沼津第一クリニック聖隷沼津健康診断センター

4. 診療情報管理課程通信教育認定試験受験指定校の指定について



大井副会長から、診療情報管理課程通信教育認定試験受験指定校として下記施設から申請があり、診療情報管理士教育委員会で実査をした結果、適正であったので日本病院会として指定を願いたい旨の提案があり、協議の結果、下記1校の指定を承認した。

①名桜大学（沖縄県）

5. WHO-FIC（世界保健機関国際分類ファミリー）に関する事務の協力について

大井副会長から、前回の常任理事会で協議し承認されている事項であると前置きし、このたび WHO-FIC（世界保健機関国際分類ファミリー）から厚生労働省（大臣官房統計情報部）を通じ本会に、① WHO-FIC アジア・パシフィックネットワーク会議を日本で開催することの対応、京都会議での支援、② WHO-FIC 普及委員会の共同議長として厚生労働省の首藤健治氏（大臣官房統計情報部 人口動態・保健統計課 疾病傷害死因分類調査室室長）の支援依頼が本会に届いている旨の概要説明があり、協議の結果、依頼を了承した。

6. 日本病院学会会則の変更について

佐藤副会長から、11月期常任理事会で提出し、原案を協議したが、その後、第4条（事業）第2項の語句を一部訂正し、本理事会での協議を願いたいと述べ、改正の目的として、①日本病院学会の開催に関し、日本病院会の総務委員会、理事会、事務局、日本病院学会長、開催担当事務局（仮称）との関係を明確にする、②次期・次々期学会長の選考方法、③役員の見直し、④評議員会の構成と役割、⑤細則の制定、⑥会則の整備を考慮し原案を作成したと述べ内容を逐一説明があった。この件に関し、齊藤常任理事から、評議員の構成は「理事、学会役員および次期学会長で構成する」となっているが、評議員が構成員となっていない点についての質疑があった。これに対し、佐藤副会長から、現在の評議員はほとんどが日病役員で構成されており、支障はないと考える旨の回答があった。さらに、岩崎参与から、第4条の第2項「病院の医療ならびに経営管理等に関する調……」となっているが、「病院管理」という言葉には「経営」が含まれていると思われ「医療管理」で統一するのはいかがなものか旨の提案があった。検討の結果、「病院の医療・医療・管理等……」

に修正することで承認された。

〔協議事項〕

1. 平成19年度事業計画（案）の策定について

山本会長から、平成19年度の事業計画は、前年と大差はないと述べ、新規事業等の変更点について逐一説明をし、原案を協議した。なお、事業計画（案）については、3月24日の代議員会、総会に提出し承認を求めることとなっており、事業の追加等があった場合は事務局へ報告願ひ、速やかに理事会構成員に周知、承認を求めたい。本日提案した事業計画（案）を基に収支予算（案）を作成し、次回の常任理事会（2/24）へ提出し、3月24日の理事会、代議員会、総会へ上程することを了解願ひたいと述べ協議した結果、事業計画（案）及び提案事項について承認された。

（事業計画・新規分）

1. 病院職員の養成・確保に関する事項
 - ・人間ドック健診情報管理指導士の養成
2. 公衆衛生と地域医療に関する事項
 - ・特定健診・特定保健指導に関する調査研究
3. 認定個人情報保護団体に関する事項
 - ・対象事業者の個人情報取扱いに関する苦情処理
 - ・個人情報に関する情報収集並びに情報提供
 - ・対象事業者に対する研修の実施
4. 関連事業
 - ・第57回日本病院学会の開催（学会長：藤原秀臣 総合病院土浦協同病院病院長）
（平成19年6月14日（木）～15日（金）・つくば市）
 - ・第48回日本人間ドック学会学術大会（学会長：中村治雄 三越厚生事業団常務理事）
（平成19年8月30日（木）～31日（金）・東京都）
 - ・第33回日本診療録管理学会学術大会の開催（学会長：武田隆男 武田病院グループ会長）
（平成19年9月13日（木）～14日（金）・京都市）
 - ・国際モダンホスピタルショウ（IMHS）2007の開催
（平成19年7月11日（水）～13日（金）・東京都）
5. 病院経営に関する委員会



- ・病院幹部医養成委員会の設置
- ・事務管理者委員会の設置
- 6. セミナー計画
 - ・医療安全管理者養成セミナー（仮称）の開催
 - ・感染制御セミナー（仮称）の開催
 - ・臨床研修指導者養成セミナー（仮称）の開催

上記の養成事業は、四病協の研修・認定センターで事業を実施していたが、いちど、白紙に戻し各団体に養成を図ることとした。
- 7. 認定個人情報保護団体の研修事業
 - ・個人情報保護対応研修会（仮称）の実施
- 8. 人間ドック認定医研修会及び人間ドック健診情報管理士養成実施計画
 - ・人間ドック健診情報管理指導士養成研修会の実施
- 9. 四病協・研修・認定センター講習会（平成18年度の継続分）
 - ・第5回感染管理講習会の実施
- 10. 役員会等の開催計画について
 - ・常任理事会
(平成19年 4/28, 7/28, 8/29, 9/29, 10/27, 11/17, 12/15, 平成20年 2/23)
 - ・理事会
(平成19年 5/26, 6/13, 平成20年 1/15, 3/22)
 - ・代議員会・総会
(平成19年 5/26, 平成20年 3/22)
 - ・日本病院学会
(平成19年 6/14~6/15・茨城)
 - ・病院長・幹部職員セミナー
(平成19年 8/2~8/3・東京都)

2. 役員改選について

山本会長から、平成19年3月の役員改選に伴い、昨年12月1日に選挙告示（平成18年12月1日）を実施し、理事、監事立候補（届出は平成19年2月9日）を通知している旨の現状報告後、理事の定数に関し、現在の理事は公的33名、私的33名と定められているが、これは昭和58年の「定款等諸規定検討委員会」での申し合わせ事項となって現在まで踏襲されている現状にあるが、このたびの役員改選に際しても理事定数を公的33名、私的33名と定めてよいかどうかを検討願いたい旨の提

案があった。この件に関し、福田常任理事から、愛知県下の役員選出、福井常任理事から、九州地区における役員選出に関し質疑があった。この件に関し、山本会長から、新執行部については次期役員体制のなかで検討される事項であることを理解願いたいとの回答があった。さらに、代議員の選出は定款施行細則第7条に理事会で選出することとなっているが、従来2月に開催していた理事会を新年賀詞交歓会の開催月（1月）に変更したため、代議員の届出を理事会で検討願うことができなくなった現状にある。ついては、代議員の選出については、2月期常任理事会で意見拝聴し、その後、各理事に送付しご意見を頂き、3月24日の理事会での承認を頂くことをご理解願いたいと述べた。続いて、土屋選挙管理委員会委員長から、山本会長から提案のあったように事務手続きについて本理事会で協議願うわけであるが、ご承知のように、昨年12月1日の選挙告示を実施し、代議員の選出は各都道府県に選出を願い、平成19年1月25日の届出締め切り、2月1日の第二次選挙人名簿の確定、2月9日に理事、監事の立候補届出締め切りとなり、3月9日に立候補者の氏名通知を実施する予定である。3月24日には、新代議員会で代議員会議長、同副議長が互選されたのち、理事立候補者、監事立候補者の選出について協議され、同日の新理事会で会長、副会長、常任理事が選出されることとなる旨の進行予定が述べられた。報告後、山本会長から、理事、監事立候補届、会員の事前届出（申立書・第6号用紙）要領について補足説明があった。以上の説明後、福田常任理事から、公的の理事選出要領について質疑があり、山本会長から、公的の理事の選出の現状についての回答があった。以上の質疑応答が実施され、この議題を議了した。

3. 准看護師養成所の実習の積極的な受け入れについて

山本会長から、日本医師会から、地域医療のマンパワー確保における准看護師養成を理解願ひ、本会会員施設においての実習を積極的に行ってもらいたい旨の依頼が本会あて届いていると紹介があった。



【報告事項】

1. 各委員会関係の開催報告について

(1) 地域医療委員会 (第23回・12月19日)

林常任理事から、「勤務医に関する意識調査」「医師確保に係る調査」の集計結果 (第3報) を基に報告書を取りまとめる委員を選任した。また、提言中の「医師過疎地域勤務医師の処遇改善」の一部訂正を委員会の総意とした旨の報告があった。

(2) 医療経済・税制委員会 (第8回・12月19日)

関口委員長から、委員会では「手術時の医療材料に関する調査」を予定し、対象病院を消費税調査の有効回答病院、手術材料の診療報酬上の評価に関する調査回答病院、病院経営分析調査・定点観測病院、これらに含まれない日赤病院とし、対象期間を平成18年4月1日～平成19年3月31日、対象手術を27項目とした。また、医療安全と物流効率化としての医薬品・医療機器トレーサビリティ調査研究委員会の動向としては、トレーサビリティ、共同購入についてのデジタル化について今後1年半をかけ基礎作成を検討することになっている。現在、海外の実態調査を(財)流通システム開発センターで企画しており、この件について総務委員会で検討願うこととしている旨の報告があった。

(3) 病院幹部医養成委員会 (第2回・1月9日)

有賀委員長から、第1回「医療の質を考えるセミナー」を4月20日(金)に予定しシンポジウム「総合的な患者相談窓口のシステム化の構築」「退院調整に関する諸問題」と昭和大学病院の施設見学を予定した。また、第2回セミナーは10月19日(金)に、名古屋第二赤十字病院を予定し、次回委員会で企画(案)を検討することとなった旨の報告があった。

(4) 中小病院委員会 (第3回・1月10日)

福田常任理事から、第57回日本病院学会(6/14～15・茨城県つくば市)でのシンポジウムを企画した。企画(案)は、テーマ「中小病院の生きる道を探る」、シンポジストは地元の会員を含め3名とし、座長は土井章弘委員とした。当日の発表に際し3月中にアンケートを実施し、集計結果を報告する予定で

ある。また、例年実施している情報交換会は、平成20年2月に岡山市で開催予定である旨の報告が述べられた。

(5) 予防医学委員会／人間ドック健診施設機能評価合同委員会 (第10回・1月11日)

奈良副会長から、人間ドック健診施設機能評価は1月11日現在、217施設から受審申請があり、累計認定施設数は137施設となった。現在、機能評価バージョン2の検討をしており、院内ドック施設としての検査室の併用を協議し、“人間ドック健診を実施している施設”として同じであり、解釈の差異を明確に示すことで対応し、あくまでも核(コア)となる評価体系については同一のもので実施することとした旨の報告があった。

(6) 日本人間ドック学会基本問題検討委員会 (第6回・1月11日)

奈良副会長から、人間ドック健診情報管理指導士の養成に関し指導士の認定を行う対象者、受講料等を協議した。ドック学会では特定健診・特定保健指導研修会の開催を企画しており、4月20日(金)に東京厚生年金会館で開催する予定である。また、現在、2名の派遣職員を正規の職員とすることを了承しており、本法人の就業規則、給与規定等を検討しており、19年4月から適用することとした。厚生労働省から「特定保健指導のアウトソーシング先等実態調査」の依頼があり、本法人と日本病院会と連携し早急に実施致したい旨の報告が述べられた。報告のうち、石川理事から、人間ドック健診情報管理指導士の養成として対象とする研修医は1年目か2年目との質疑があり、奈良副会長から、医師免許証を持っていればどちらでもよいと考えている旨の回答があった。

(7) 雑誌・ニュース編集委員会 (第2回・1月11日)

石井常任理事から、現在のニュース、雑誌が会員に対する情報提供・啓発という側面で十分な活動がなされていないと総務委員会から指摘があり対応を協議した。委員会としては、本会の広報であるニュース、雑誌、インターネットの使い分けとして即時的なものをインターネット、意見・主張をニュース、記録的なものは雑誌で対応することを確認した。また、ニュース編集小委員会および雑誌編集小委員会の取り組み状況、活動状況について報告をした旨が



述べられた。

- (8) ニュース編集小委員会（第1回・11月13日・第2回・2月15日）

中副委員長から、日本病院会ニュースの方向と編集方針を検討し、紙面の理念・方向性、編集方針・体制等、紙面企画の関連等について検討した。次回のニュース1月1日（新春特別号）の企画については、正副会長の年頭インタビュー記事を掲載することとした。また、第2回の委員会では、紙面の理念・性格付けの基本的方向、基本的な紙面構成と課題等について検討した旨の報告があった。

- (9) 雑誌編集委員会（第3回・12月26日）

雑誌2月号の企画・編集について検討した。内容は、第56回日本病院学会で実施された特別講演「新しい動物園のあり方を実践して（旭川市旭山動物園園長・小菅正夫氏）」、シンポジウム「変貌する慢性期医療と介護（川崎医療福祉大学副学長・小池将文氏）」を予定している。また、雑誌の表紙と判型の変更としては、2007年4月から表紙、従来のB5判からA4判に変更することとした旨の報告があり了承された。

- (10) コーディング勉強会（18年12/12～12/17分の報告）

資料一読とすることで了承。①全国7会場で開催し、225名の参加。②次回の開催予定について：1月13日～3月25日に全国29会場での開催予定を報告。③平成18年度の開催報告：参加者総数2,576人。

- (11) 事務管理者委員会（第1回・1月12日）

佐合委員長から、初回の委員会を開催し、今後の委員会活動を検討した。活動としては、病院経営管理等に関する調査・研究を実施、「病院経営管理者養成課程通信教育」修了者の継続研修、日本病院会会員病院事務職員の資質向上に努めることを確認した。また、診療報酬改定における不合理な部分、見直しが必要とされる内容について検討した旨の報告があり了承した。

- (12) 国際委員会（1月11日）

秋山常任理事から、IHF関係として中国・台湾問題、理事改選についての検討、IHF（2007年11月5～7日・ソウル）での協力について：協力要請内容を検討し、継続審議とした。AHF関係としては、理事会

の開催を5月7日か8日に予定し、議事次第（案）を検討。AHFの規約改正として、各国の改正提案を精査し、次回理事会へ提案することとした。

- (13) 民間病院部会からの依頼について

加藤委員長から、民間病院部会では、患者の観点から見てどのように病院選択を実施しているのか調査致したいと考えており、役員各位のご協力を願いたい旨が述べられた。

2. 四病協関係の会議開催報告について

（総合部会・12月20日・第9回）

山本会長から、当日は、環境省から①産業廃棄物適正処理推進センター基金への出えんの要請があり、基金の目的、活用状況、不法投棄の現状、対策その効果、②「廃棄物処理法に基づく電子マニフェスト」についての仕組み、運用について説明を受け、会員病院での電子化推進への協力要請があった。日医・四病協「レセプトオンライン化に関する作業部会」の設置に伴う委員推薦を協議し、担当事務局は全日病とし、年内に委員推薦を実施することとした。また、7対1看護配置問題に関し、四病協から日病協代表者会議に提出する「看護師確保対策等について（要望）」（案）を検討した旨の報告が述べられた。

（医療保険・診療報酬委員会・1月5日・第10回）

佐藤副会長から、報告事項として、中医協の概要報告を石井中医協委員から受けた。また、「看護師勤務時間数」の算定方法が厚生労働省と東京都とで相違について検討した。東京都では、「有給休暇の看護師は勤務しているとみなす」としたが、厚労省では「有休で病棟にいない看護師はカウントできない」との見解を示している。さらに関連して、「褥瘡対策チームの専任看護職員は、看護要員としては『1人』として算定はできず、病棟勤務時間を比例計算し算定する」「病棟勤務を兼務しているものについては、実際の病棟勤務時間を比例して算定」等の通知文、病棟外で行われる会議、研修等に出席した場合の病棟業務を行わない時間は勤務時間に計上できない等の事例紹介があり、検討した。検討の結果、これらの問題点を厚労省に現状説明とした旨の報告が述べられた。



3. 日病協諸会議の開催報告について

(代表者会議・12月22日・第27回)

山本会長から、WHO 事務局長選挙結果の報告に続き、厚生労働省から、最近の看護師事情として、第六次看護職員需給見通し、看護師の養成、潜在看護師、看護職員の資質の向上に関し説明を受けた。また、看護師確保対策の一環として、四病協から「看護問題の速やかな対応について」に関する意見書が日病協に提出され紹介されたが、この件に関しては、「看護師確保対策等に関する要望書打合せ会」を設置し検討を図った旨の報告があった。

(実務者会議・12月21日・第18回)

齊藤常任理事から、実務者会議（12月21日）の報告として、12月20日に開催した中医協の概要報告、平成20年度診療報酬改定に向けた各病院団体の主要要望事項、入院基本料7対1の影響について協議。代表者会議（12月22日）の報告として、WHO 事務局長選挙の報告、厚労省との看護師事情についてのヒアリング、中医協等の動向報告が述べられた。

(看護師確保対策等に関する要望書打合せ会・12月27日)

池澤副会長から、12月22日に開催した代表者会議で「看護師確保対策等について」の要望書（案）について見直しを図った。前文の一部修正、要望項目を①全国55万人の潜在看護師の掘り起こし・ナースバンクの活性化、②看護師の届出制度の法制化、③養成校の充実強化のための補助金の増額、④7対1の入院基本料について、⑤第六次看護職員需給見通しの再策定についてと取りまとめ、厚労省、日本医師会、自由民主党へ提出した旨の報告が述べられた。

4. 中医協の開催報告について

石井常任理事から、12月20日(水)の開催報告として、特段、新しい問題というものはないが、さまざまところから7対1看護問題、療養病床問題等について緊急是正を図ってもらいたいと話はあるが具体的な提案は今現在ない。7対1看護問題から看護師の争奪が激化しているので是正を図ってというのが中医協でもこの点については理解していることであり、これに対応する具体策については医療団体から提出されていない現

状にある。また、7対1の入院基本料についても病院、病棟単位とするかもさまざまな意見があり、取りまとめされていない。はっきりと決まった点としては、薬価改定の頻度を含めた薬価算定基準の在り方（論点）が取りまとめられ、07年度の薬価改定は行わず、08年度以降に検討する運びとなった。次期改定に向けては、これから基本問題を討議することとなる旨の現状報告があり、この議題を議了した。

5. がん対策の推進に関する意見交換会（第3回）報告について

宮崎常任理事から、四病協を代表し、12月20日(水)のヒアリングに出席した。事前の打合せを実施する時間がなく、私見として、①緩和ケアチームによる緩和ケア外来の兼務の認容、②がん診療連携拠点病院の指定に関しては厚生労働省が責任を持ってがん診療の実績に見合った病院を指定すること、を意見提出した旨の報告が述べられた。

6. 病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会（第1回）の報告

村上副会長から、12月27日(水)の報告として、病院の薬剤師の配置基準については、平成4年に調剤数80人に1人ということであったが、平成10年に見直しされ、外来処方75人に1人、入院患者70人に1人となり、これを3年後に見直そうとすることであった。平成13年にはこの配置基準を増やそうということであったが、現在、見直しがされず3年後に問題を先延ばしという現状にあるようだ。病院薬剤師会としては、薬剤師を増員させ、良質な医療提供を図りたいと考えているが、薬剤師の不足、また、2年後には薬学部が6年制になるといった問題等があることからこの薬剤師問題については先送りが危惧される旨の報告があった。

7. 標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会（第4回）の報告

奈良副会長から、1月10日(水)の開催報告として、保健師数不足により特定保健指導を実施するための基盤整備が困難となり、特定保健指導の対象者、実施体制を見直すこととなり、健診・保健指導プログラム（暫定版）の見直しを図ることと保健師の現状につい



て実態調査の依頼を受けた旨の報告があり了承された。

8. 終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会（第1回）の報告

大井副会長から、1月11日(木)の開催報告として、この検討会では、医療のあり方をどのように決定すべきかが重要問題となる。ガイドライン（タタキ台）を作成するにあたり、平成18年9月15日から19年1月5日に意見募集を図り、その結果も披露されながら終末期医療の手続きなどを定めたガイドラインの策定を検討した。ガイドライン（タタキ台）では、①終末期医療及びケアのあり方、②終末期医療及びケアの方針の決定手続について検討、意見交換が実施された旨の報告。ガイドラインの策定に関しご意見があれば提出願いたい旨が述べられ議了した。

9. 第56回日本病院学会の収支決算報告及び監査報告について

柏戸監事から、11月28日に第56回の日病学会の収支

決算について監査をし、会計帳簿、証拠書類は適正であった旨の報告が述べられ了承された。

10. 「日本診療情報管理士会」事務局設置及び事務業務取扱いの依頼について

大井副会長から、従来診療情報管理士は3つの団体に分かれていたが、この職能団体が平成19年4月1日から一本化することとなった。このたび、この事務局を日病に設置し事務業務の取り扱いについての依頼が届いた。この件について総務委員会で検討した結果、診療情報管理士の今後の発展のためには是非とも応諾致したいとの意見一致をみたと報告があり、協議の結果、依頼を了承した。

提出議案の審議を終了し、定刻に議了した。

(日本病院会事務局 総務課)

平成19年度 日本病院会の関連学会等

①会期, ②会場, ③学会長等, ④テーマ

1. **第57回日本病院学会**……①6月14日(木)～15日(金), ②つくば市・つくば国際会議場(エポカルつくば), ③藤原秀臣(土浦協同病院 院長), ④医療と社会の豊かな共生と新たな創造
2. **第48回日本人間ドック学会学術大会**……①8月30日(木)～31日(金), ②東京都・ロイヤルパークホテル, ③中村治雄(三越厚生事業団 常務理事), ④Aim high in Edo
3. **第33回日本診療録管理学会学術大会**……①9月13日(木)～14日(金), ②京都市・ホテルグランヴィア京都, ③武田隆男(武田病院グループ 会長), ④患者本位の医療と診療録管理における国際協力 ―診療記録のあり方と「ICD」普及支援―
4. **国際モダンホスピタルショウ2007** ……①7月11日(水)～13日(金), ②東京都・東京ビッグサイト

日本病院会雑誌

第54巻第4号 2007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 石井 暎禧

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。