

7) 産婦人科の病床数は何床ですか。(以下の条件に合致するところにご回答ください)

- ・産婦人科として合算されている場合 () 床
- ・産科と婦人科に分かれている場合 産科 () 床/婦人科 () 床
- ・他科と混合病棟の場合 合わせた病床数は何床ありますか () 床
通常産婦人科で何床を使っていますか () 床
何科と共用していますか () 科

8) 当直についてお尋ねします。(~ のすべてにお答えください)

- 産婦人科医の全科当直がありますか (ある・ない) →「ある」ならば、
産婦人科の割当は月に科全体として何日ありますか () 日
産科の当直がありますか (ある・ない) →「ある」ならば、
常勤産婦人科医師ひとりあたりの割当は月に何日ですか () 日
当直や待機でない原則的にフリーの夜は常勤産婦人科医師ひとりあたり月に何日ありますか
() 日

9) 医師の定員数と実数についてお尋ねします。(以下のすべてにお答えください)

- 研修医をのぞく産婦人科定員数 () 人
研修医をのぞく産婦人科実数 () 人
産婦人科研修医数 () 人
助産師定員数 () 人
他科勤務を含む助産師実数 () 人
研修医をのぞく麻酔科定員数 () 人
研修医をのぞく麻酔科実数 () 人
麻酔科研修医数 () 人
研修医をのぞく小児科定員数 () 人
研修医をのぞく小児科実数 () 人 うち新生児を扱う医師 () 人
小児科研修医数 () 人 うち新生児を扱う医師 () 人

貴施設名 _____ ご氏名 _____

以上です。ご協力ありがとうございました。

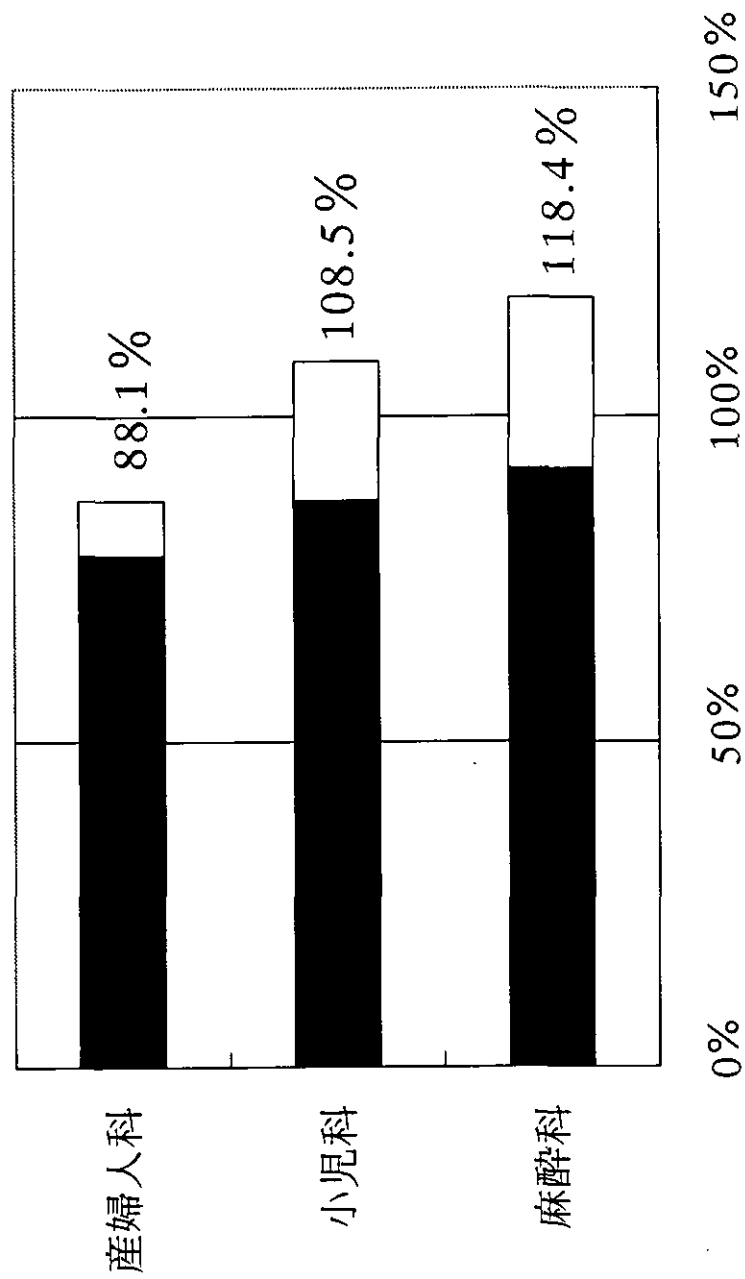


図1. 各科医師充足率の比較

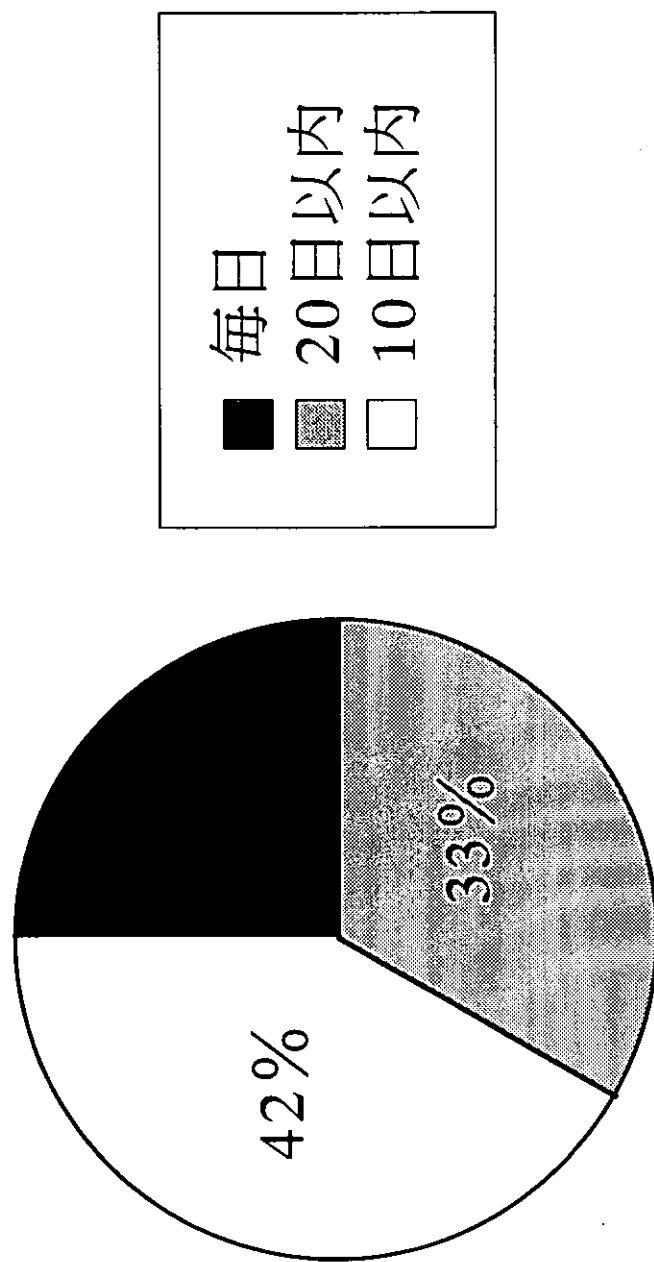


図2. 月間夜間拘束日数

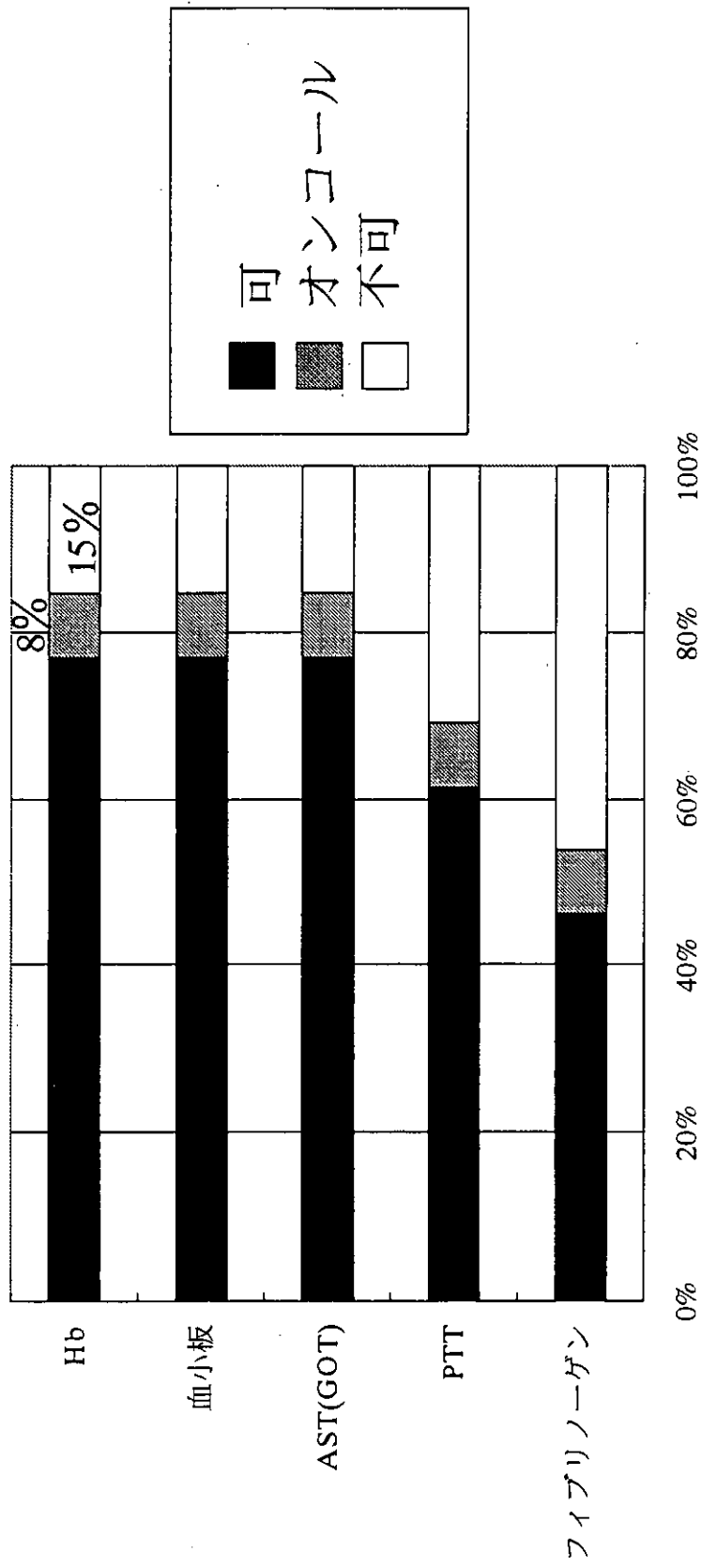


図3. 夜間緊急検査の施行

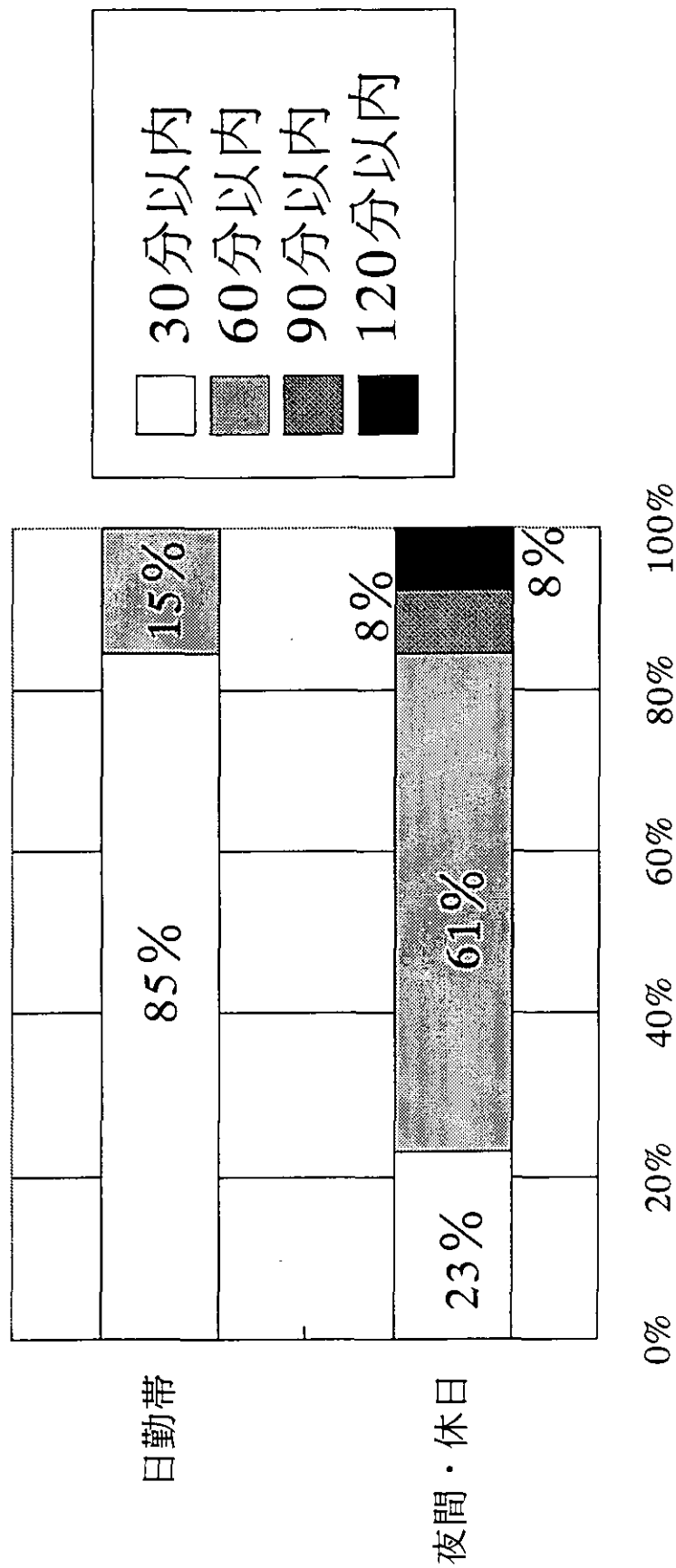


図4. 緊急帝王切開の決定から見娩出までの時間

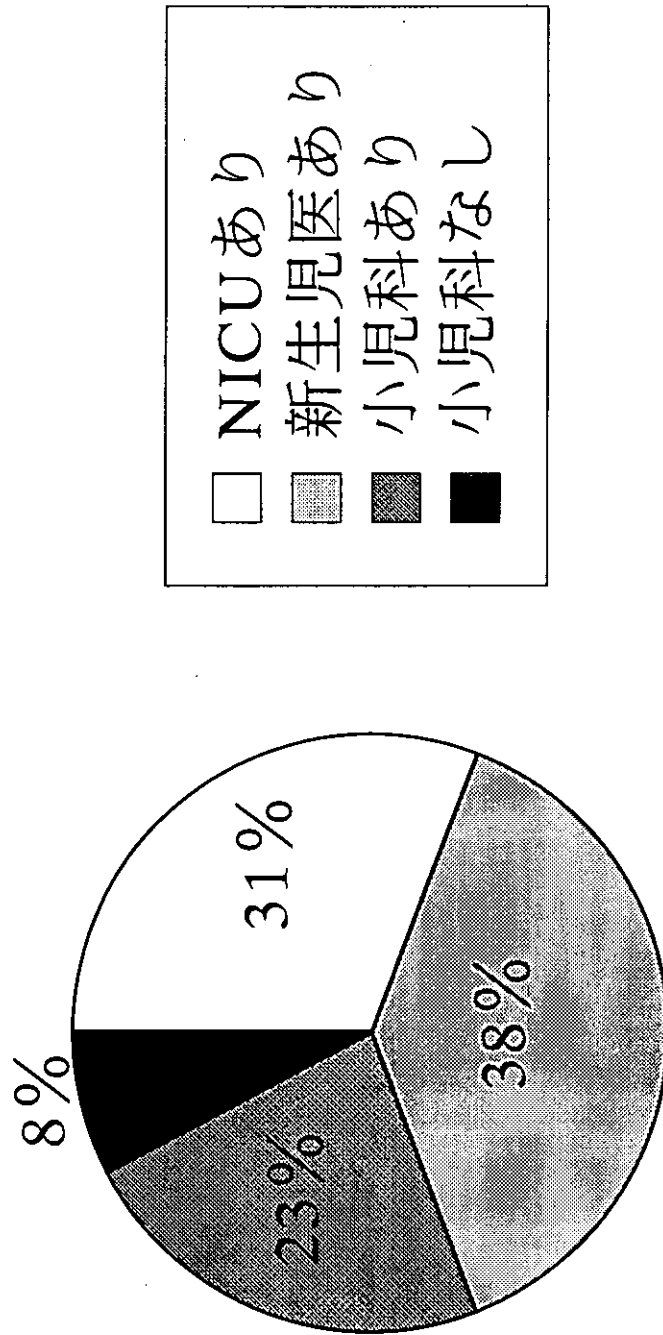


図5. 小児科充実度

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

分担研究報告書

仙台における病病・病診オープン化モデルの現状、問題点とプランニング
～オープン化に対する仙台地区の勤務医・開業医の意識調査の分析～

分担研究者： 和田 裕一（国立仙台病院産婦人科）

研究協力者： 鬼怒川博久（鬼怒川産婦人科）

上原 茂樹（東北公済病院産婦人科）

研究要旨

仙台市における産科オープンシステムの導入構想の背景には分娩の大病院への集中化傾向、産婦人科医の減少により病院勤務医の充足が不十分であり労働過重となっていること、一方で若い開業医に周産期医療への意欲があると考えられることなどがある。このような背景のもと仙台産婦人科医会では会員の開業医と勤務医それぞれに対して、オープンシステムに関するアンケート調査をおこなった。その結果開業医では、94%がオープンシステムに興味があり、妊婦健診を開業医でおこなうシステムへの協力可能との回答が90%、紹介分娩への立会いが可能との意見が62%に上った。一方、勤務医では開業医による妊婦健診協力を望む意見が93%、開業医分娩立会い希望が77%、分娩当番を希望が71%であった。以上の結果は仙台市において産科オープン化に向けての基盤は十分にあると考えられた。オープン化の理念としては、産科医師の不足の問題のみならず、本来分娩に対して安全な管理をおこなう上で、緊急時に複数の産科医で対応が可能なことも大切な事項である。今後、現実的な対応についてクリアすべき幾多の問題があり、更に詳細な検討が必要である。

A. 研究目的

現在、仙台市では年間約10,000件近くの分娩があるが、分娩を取り扱わない産婦人科オフィス診療医が増加し、分娩の公的病院への集中化が顕著である。その一方、産婦人科を専攻する新入医局員が減少し病院勤務医の必要絶対数の充足が困難となってきており、勤務医一人当たりの仕事量は確実に増えている。医療の複雑化や安全対策のため病院勤務医の仕事の質も変化しており、そのような中で夜間分娩当直をもルーチンにこなす

病院の産婦人科医師の労働環境は劣悪化していると言わざるを得ない。

仙台市ではこの状況を憂慮して、産婦人科医会（鬼怒川博久会長）が中心となり病院のオープン化システム実現の可能性を検討する目的で産婦人科勤務医および診療所医師に対してアンケート調査を実施した。その結果を分析してシステムのあり方や問題点について検討した。

B. 研究方法

調査対象

仙台市の開業産婦人科または婦人科医
47名

仙台市の勤務産婦人科医
27名

調査内容

以下の点についてアンケート調査した。

開業医への質問事項

1. オープン化に興味がありますか
2. 妊婦健診への協力が可能ですか
3. 紹介分娩への立会いが可能ですか
2. 月に一度の分娩当番は可能ですか
2. 回診は可能ですか

勤務医への質問事項

1. オープンシステムに興味がありますか
2. 開業医の妊婦健診協力を希望しますか
3. 分娩（紹介例）立会いを希望しますか
4. 分娩当番の協力を希望しますか
5. 開業医の（紹介例への）回診を希望しますか

その他手術の立会いの可否についても質問した。

C. 研究結果

アンケートに対する回答率は

開業医 33/ 47 (70. 2%)

勤務医 16/ 27 (59. 3%)であった。

開業医からの回答

1. オープン化システムに興味がある31名(94%)
ない2名(6%)

2. 妊婦健診への協力を
する27名(90%)
しない3名(10%)
3. 紹介分娩の立会い
する18名(62%)
しない11名(38%)
4. 月1回の分娩当番は
可能15名(52%)
不可14名(48%)
5. 回診(術後を含めて)
可能17名(57%)
不可13名(43%)
6. 手術立会いは
可能16名(52%)
不可15名(48%)
7. 手術執刀は
可能11名(35%)
不可20名(65%)

勤務医からの回答

1. オープン化に興味がある16名(100%)
2. 開業医健診での妊婦健診協力を希望
する13名(93%)
しない1名(7%)
3. (紹介例)立会いを希望
する10名(77%)
しない3名(23%)
4. 分娩当番の協力を希望
する10名(71%)
しない4名(29%)
5. 紹介例の回診を希望
する10名(77%)
しない3名(23%)

6. 手術立会いを希望
する10名(71%)
しない4名(29%)

以上の回答であった。

D. 考察および結論

産婦人科医師が減少傾向にあり、その中で勤務医が労働過重の状態となっており、さらに仙台市では分娩を取り扱わない開業医がふえている状況を踏まえて、オープンシステムに対する産婦人科医の意見についてアンケート調査が実施された。オープン化の実際として、病診連携においては開業医が妊婦健診をおこなう、あるいは開業医が妊婦健診をおこなった妊婦の分娩に契約病院に出向いて立ち会ったり回診したりするシステムが考えられるが全体としてオープン化に肯定的な意見が多かった。これは仙台市においては勤務医と開業医の産科診療に求めるニーズが一致していることも一因と考えられる。今後実際の問題としては、病院側には開放病床の設置や、労働報酬についての契約、開業医側には分娩に立ち会うための時間的な余裕、病院医師やメディカルスタッフとのスムーズな関係など細やかな取り決めが必要と考えられる。また、このシステムを実施するためには診療レベルを一定にするための勉強会や症例検討会の実施や妊婦健診システムのマニュアル化などが重要であろう。また、病診連携のみならず病院間でも近い将来診療機能分担が求められるため、近く仙台地区において検討委員会を発足してこのような様々

な問題を分析検討することが必須と考えられる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定含)

なし

仙台産婦人科医会オープンシステムに
関するアンケート調査（回答）

回答医師氏名

該当する方を○で囲んでください。

1. オープンシステムに興味がある ある ない
2. 妊婦健診への協力を する しない
3. 紹介分娩の立会いは する しない
する場合（可能な例のみ 全例）
4. 月に1回位の分娩当番は 可能 不可
5. 回診（術後を含めて）は 可能 不可
6. 手術の立会いは 可能 不可
7. 手術の執刀は 可能 不可
8. オープン化やドクターフィ等についてのご意見等

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

分担研究報告書

浜松における病病、病診オープン化モデルの現状、問題点について

分担研究者	浜松医科大学	金山 尚裕
共同研究者	聖隷浜松病院	成瀬 寛夫
	遠州総合病院	稲本 裕
	浜松社会保険病院	木村 聡
	県西部医療センター副所長	前田 真
	イフクリニック	石川 孝次
	おおたにレディースクリニック	大谷 嘉明
	森下レディースクリニック	森下 正美

研究要旨

静岡県の浜松市ではすべての総合病院が病診連携体制をとって全国のモデル地区になっている。このシステムのメリットおよびデメリットについて検討した。診療所のメリットは拘束時間の減少から医師の QOL や診療の質の上昇が、デメリットとして病院医師とのコミュニケーション不足があげられた。病院のメリットとして患者数の増加があげられたが、デメリットとして勤務医の過重労働、各診療所の医師との対応の違いによる精神的ストレスの増加があげられた。

A. 研究目的

医療サービスの向上、医療の効率化などを旨として病診連携（オープンシステム）が注目されている。静岡県の浜松市では大学を除くすべての総合病院が病診連携体制をとって全国のモデル地区になっている。総合病院が病診連携をとるようになり2年が経過した。そこで浜松市産婦人科医会の支援により病診連携の現状を検討してみた。そして本病診連携の長所、そして問題点などを指摘してみたい。

B. 研究方法

1) オープンシステムを利用している診療所の医師（4人）から聞き取り調査を行なった。また搬送側（病院側）からのオープンシステムに関するメリット、デメリットを3つのオープンシステム病院の部長あるいは科長にインタビューで聴取した。

C. 研究結果

以下に示すメリット、デメリットが指摘された。

搬送側（診療所）

妊婦にとってのメリット

- ・ 距離的、心理的に身近な診療所の医療と、より安全性の高い中核病院の医療の双方を得ることができる。
- ・ 分娩時の急変に対し、より高いレベルでの対応を受けることができ、安全性が高い。
- ・ 他の患者さんの分娩、手術などにより診察がストップすることがない。

妊婦にとってのデメリット

- ・ 分娩に立ち会えない場合がある。
- ・ 最低1回は受け入れ病院を受診しなくてはならない。
- ・ 年々分娩に立ち会う回数が減少してきた。(医師の疲労等による)

診療所の医師のメリット

- ・ 受け入れ病院と同レベルの妊婦管理を行なうことができる。
- ・ 自院の診療内容が病院側にオープンになるため、診療の質を常に問い直すことができる。
- ・ 自院で診療時間の制約なく自然な分娩経過に対処できる。
- ・ 分娩時の帝王切開への移行がよりスムーズなため、経膈分娩に固執することなく、児の予後を悪化させることが少ない。
- ・ 外来診療に専念できるため、きめ細かな妊婦管理が可能である。
- ・ オープンシステムとしてから時間的、肉体的拘束が少なくなった。
- ・ 夜勤がないためスタッフの雇用を得ることが楽である。

診療所の医師のデメリット

- ・ 管理方針が院内主治医と異なる場合もあり苦慮することがある。
- ・ 受け入れ病院の看護スタッフ、事務スタッフとの連携にストレスを感じることもある。
- ・ 分娩に立ち会えない場合、不完全燃焼感を覚える。
- ・ 完全オープンシステムの場合時間的拘束、体力的消耗に収入が比例しない。
- ・ 自院で分娩を取り扱わないため、特に看護スタッフの満足感、充実感を維持することが難しい。
- ・ 受け入れ病院の外来機能との競合となる可能性があり、常に比較選択される。

搬送受け入れサイド（病院側）

搬送側（病院側）からのオープンシステムに関するメリット、デメリットを3つのオープンシステム病院の部長あるいは科長にインタビューで聴取した。

・病院経営としてのメリット

- ・ 紹介率の上昇
- ・ 分娩・手術数の増加による収益の増加
- ・ 地域支援型病院としてのアピール（宣伝効果）

・病院経営としてのデメリット

- ・ 分娩立ち会い、手術執刀に対する報酬の支払い（自院医師に対しては支払う必要無し、紹介ならば全額収益となる）
- ・ 医療事故が発生した際、対応が複雑となる（責任の所在が曖昧となる可能性が大きい）
- ・ 院内スタッフからの不満増大（業務が増えて、院内スタッフに対して報酬がない不満）

・対応する共同診療施設の増加により個別対応が難しくなる

→新参入の共同診療施設を制限なく組み入れることにより病院のサービス低下につながらないか？

→医療サービス低下による従来の共同診療施設からのクレーム

・当初は対応可能なことでも、オーバーワークとなり対応できない（既得権の扱い、内容の縮小など）

・必要十分な産婦人科医師の確保困難

・“かかりつけ医”の放棄（診療所側の夜間業務からの撤退）

→共同診療の年月が長くなると、特に分娩・夜間救急の丸投げが多くなる（当初の取り決めより受け入れサイドの仕事量が増える方向にシフトする→院内スタッフからの不満増大）

・勤務医としてのメリット

・より多くの症例を経験できる

・事前にハイリスク症例が紹介となることで、突発的な母体搬送・新生児搬送を減少できる

・地域の開業医と接点ができる（コミュニケーションが取りやすくなる）

・勤務医としてのデメリット

・報酬が変化せずに、仕事量が増加する

・分娩数・緊急手術の増加、ハイリスクの集中

・サマリー・各種書類等、事務的仕事量の増加

・夜間救急、夜間受診者の増加による当直業務の増加

・院外主治医と治療方針につき綿密な打ち合わせが必要

→精神的・時間的負担の増大

・院外主治医が標準的でない治療法を主

張した場合、問題が生じやすい

例) 手術適応、手術方法など

・自分自身の受け持ち患者への診療時間が圧迫される

D. 考察

浜松地区では確かに病・診連携のチームワークは発展してきている。時代の要求がその方向を示唆していることは勿論のこと、それは診療所、病院双方の熱意と努力が大きく関与してきたからに相違いない。しかし上記のような問題点も挙げられている。今後よりよきオープンシステムを構築するうえでも上述したようなメリットをさらに伸ばし、デメリットの改善が必要であることが感じられた。また静岡県全体としてはオープンシステムが進んでいないところもあり地域差があることも今後の課題であろう。

E. 結論

全国に先駆けて行われている浜松市のオープンシステムのメリット、デメリットが浮き彫りにされた。

	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院
妊婦健診	<ul style="list-style-type: none"> ・共同診療の分娩は36週 ・開業医と連絡をとり決める事が多い (異常妊娠等ケースにもよる) 	<ul style="list-style-type: none"> ・30週過ぎて1回健診を受けてもらう ・40週過ぎてお産にならない場合は健診を受けてもらう 	<ul style="list-style-type: none"> ・35週過ぎて1回健診を受けてもらう ・分娩時に1回は受診してももらう ・産婦人科規定に沿って決めている 	<ul style="list-style-type: none"> ・開業医と連絡をとり決める ・ケースバイケース
産後1ヶ月健診	<ul style="list-style-type: none"> ・分娩時の状態にもよるが基本的には開業医で受けてもらう ・患者さんの希望 	<ul style="list-style-type: none"> ・開業医で受けてもらう 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的には開業医で受けてもらう ・患者さんの希望 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースバイケース
立ち会い分娩の報酬 (共同診療)	50% 紹介を受けたら報酬	紹介が多い場合は%が多くなる 30-50%	50%	50%

妊娠・分娩に関する事項

紹介医側	結果	保険請求 (共同診療指導料)	病院側の支払い	
A)共同診療を望まない	妊娠22週以降の分娩	不可	共同診療自費分病院負担金 10,000円(当院で分娩が終了した者に限る)	妊娠 35 週までに紹介してください
A-2)異常妊娠を紹介		診療情報料を算定	支払いなし	
A-3)異常分娩を紹介		診療情報料を算定	支払いなし	
B)共同診療を望む	a)分娩時立会	不可	分娩料の50%	妊娠 35 週までに紹介してください
	b)分娩立会でできず 24 時間前後以内に診察	不可	分娩料の50%	
	c)分娩立会でできず退院までに診察	不可	共同診療自費分病院負担金 10,000円と交通費 5,000 円	
B-2)異常妊娠を紹介	分娩時の診療なし	可(分娩まで)	なし	異常妊娠が終了すれば B-1)へ
	分娩が正常で分娩時立会		分娩料の50%	
	分娩が異常で分娩時立会	可	分娩料の50%	
			帝王切開手術手技料 (執刀50%、助手10%)	
B-3)異常分娩を紹介	分娩に立会	可	分娩立会・分娩料の50%	
			帝王切開手術手技料 (執刀50%、助手10%)	

A) 共同診療を望まない

B) 共同診療は望むが分娩立会は望まない 患者さんの同意をかならずとってください

C) 共同診療・分娩立会ともに望む 患者さんの同意をかならずとってください

(当分の間、早産の帝王切開については院内主治医が執刀させていただきます))
(異常分娩については分娩立会のみ立会料が支払われます)

※執刀した場合は必ず当院規定の手術記録に記入をお願いします。

※産院側の支払いは分娩が終了したときの月末となります。

本取り決めの各条件を履行しなかった場合には、運営管理会議で検討し、本取り決めに破棄できるものとします。

地域における分娩施設の適正化に関する研究

（医療システムの構築に関する研究）

分担研究者 濃沼信夫 東北大学大学院医療管理学分野 教授

研究要旨

産科機能を集約化（センター化）する条件とその経済的得失について検討することを目的に、地域の中核的病院2施設（A、B 病院）における産科業務の状況、コストデータを分析するとともに、産科機能を一方の病院に集約化した場合の経営面の影響についてシミュレーションを行った。設定した条件下では、自由診療請求額が多く、診療単価の高い A 病院に分娩機能を集約化した方（両病院の平均利益率は 13.3%）が、集約化しない場合（同 10%）、B 病院に集約化した場合（同 7.0%）よりも、経営的に有利となることが判明した。

A. 研究目的

地域で複数の病院に分散した産科機能、ある特定の病院（分娩センター）に集約した場合、それぞれの病院の経営に与える影響を、システムモデルを用いてシミュレーションすることにより、産科機能集約化の条件とその経済的得失について検討することを目的とする。

B. 研究方法

産科診療を積極的に展開している地域の中核的病院2施設（表1）を対象に、産科業務に関する調査（調査票による留め置き自記調査）を行うとともに、保険診療レセプトと自由診療請求明細書の提供を受け、原価計算等のデータ解析を行った。このデータから、2病院の産科機能の違いを明らかにした。次いで、2病院の産科機能を1病院に集約した場合の、病院収益の変動に

ついてシミュレーションを行った。これらは、次年度以降の産科機能集約化に関する調査検討のパイロット研究に位置づけられるものである。

（表1）2病院の

概要

A病院	病床数	約200
	診療科	内科 小児科 外科 整形外科 産婦人科 など
B病院	病床数	約430
	診療科	内科 呼吸器科 消化器科 循環器科 小児科 外科 整形外科 産婦人科 など

（倫理面への配慮） コストデータは個人名を被覆して入力するとともに、データはすべて統計的に処理し、個人が特定されないよう万全の配慮を行った。

C. 研究結果

1) 産科機能の相違点

2病院のコストデータをみると、手術ありの分娩の割合は大きく異なる。すなわち、保険診療の平均額は類似するが、自由診療の平均額はB病院で極端に低い、手術ありの平均額または手術なしの平均額はB病院でともに低い、B病院は手術ありの分娩の割合が高い、などの特徴がある(表2)。

(表2) 2病院の分娩件数(入院、6ヶ月間)

A病院	患者数	平均請求額
保険診療あり	119	416,437
自由診療あり	117	247,147
保+自(手術あり)	82	733,815
保+自(手術なし)	37	494,576
合計	119	659,430

B病院	患者数	平均請求額
保険診療あり	177	467,557
自由診療あり	175	7,234
保+自(手術あり)	166	482,940
保+自(手術なし)	16	240,962
合計	182	461,667

2) 機能集約化のシミュレーション

産科機能がA病院に集約されると、流動コスト(人的コスト、物的コストとも)はそれぞれ分娩件数に比例して増大し、請求額はA病院の平均額にあわせて、同じく比例して増加する。設備費用の総額は変わらない(患者あたりの額は減少する)。B病院では収入・支出がそれぞれ0になり、設備費用のみが残る。結果として、A病院の

支出増は、B病院の使われなくなった設備費用をカバーしてもなお、従前の利益率10%を上回る13.3%となる。

逆に、産科機能がB病院に集約された場合、同じくA病院に設備費用のみが残る。全体としての利益率はプラスを維持するが、従前の利益率10%を下回る7.0%となる。

(表3) 産科機能集約化のシミュレーション

A病院に集約した場合

A病院で6ヶ月間に301件の分娩 (単位 円)

	A病院	B病院	合計
収支	41,451,746	-15,124,208	26,327,538
利益率	20.9%	-	13.3%
集約前との差益	33,604,534	-23,526,546	10,077,987

B病院に集約した場合

B病院で6ヶ月間に301件の分娩 (単位 円)

	A病院	B病院	合計
収支	-14,124,983	23,785,080	9,660,097
利益率	-	17.1%	7.0%
集約前との差益	-21,972,195	15,382,742	-6,589,453

D. 考察

地域の2病院を対象に、産科の業務調査とコストデータから、病院の産科機能を把握することを試みた。両病院では部門別原価計算が行われていなかったが、解析に工夫をこらし、機能の輪郭を捉えることができた。すなわち、人的コストの計算では、医師、助産師をはじめとする各従事者の月平均給与と勤務時間が得られ、各従事者の時間単価を求めることができた。正常分娩

といくつかの手術例について、所要時間、所要人員が得られ、従事者の時間単価と合わせて、一回平均の人的コストが求められた。また、調査期間（6ヶ月間）の分娩・手術の各合計件数が得られ、平均コストと組み合わせて、人的コストが求められた。

産科（分娩）機能集約化のシミュレーションでは、分娩件数の移行に合わせて、収入として、分娩に関わる一切の請求額、支出として、①分娩に関わる給与費（人的コスト）、②分娩に関わる消耗品費・光熱費・経費（流動的な物的コスト）、および③分娩に関わる機器・設備の減価償却費（固定的な物的コスト）が、病院間で減少、または増加するとした。そして、施設ごとの総費用は、それぞれの新たな分娩件数で再分配されるとした。ただし、物的コストのデータが得られなかったため、①両病院とも、現行の分娩の利益率は10%、②機能集約化とともに移行する費用（人的コスト・流動的な物的コスト）は8割、移行しない費用（固定的な物的コスト）は2割、③流動的なコストは人的・物的ともに、患者数に比例するとして計算した。流動コスト全体は、利益の9割のさらに8割であるとしたが、全てが患者数とともに増加するため、流動コストに占める人的コストの割合は、シミュレーションに影響を及ぼさなかった。

この仮定によれば、分娩センターとなるための病院の条件は、①現時点での利益率が高い（他病院の設備費用をカバーできる）、②流動費用の割合が少ない（件数が増えても、費用が増大しすぎない）の2つがあげられる。複数の病院の経営状態などを調べ、それぞれの利益率と設備状況を見れば、どの病院を分娩センターにすれば最

も利益を上げることができるかが予測できることになる。

今回の検討は、来年度以降の本格調査に向けたパイロット研究である。今後検討すべき課題として、①請求額に関する計算の精緻化、②間接費用の考慮、③件数の増加による人的コストの増加は比例的でよいかの検討、④件数の増加により、新たな設備投資が必要になる可能性の検討、⑤分娩センター以外の病院における設備費用削減の方策、などが挙げられる。次年度以降、これらの課題の検討を踏まえて、より正確なシミュレーションを実施する予定である。

E. 結論

A、B 両病院をモデルとして、一方に分娩を集約した場合の、請求額（収入）と各費用（支出）の変化や、それにとまう収支の増減についてシミュレーションを行った。A、B 病院の請求額は大きく異なり、従事者の平均給与も異なるため、どちらを分娩センター化するかで、結果は異なってくる。産科機能がA病院に集約された場合、A病院の支出増は、B病院の使われなくなった設備費用をカバーしてもなお、従前の利益率を上回る結果となる。一方、B病院に集約された場合、全体としての利益率はプラスを維持するが、従前の利益率10%を下回る結果となる。すなわち、自由診療請求額が多く、診療単価の高いA病院に分娩機能を集約化した方（両病院の平均利益率13.3%）が、集約化しない場合（同10%）、B病院に集約化した場合（同7.0%）よりも経営的に有利な状況が生じることが判明した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Koinuma N, Takeyoshi H, Ito M: The economic evaluation of cancer treatments using a system model. Proceeding book, 14th International Congress on anti-cancer treatment: 322, 2003.
- 2) 濃沼信夫: 病院の外来機能をどう考えるか. 保険診療 58(2):65-69, 2003.
- 3) 濃沼信夫: がんの医療経済. 新しい診断と治療の ABC「胃癌」(飯田三雄編集) P211-222. 最新医学社. 2003.8.
- 4) 濃沼信夫: 地域における医療機能の分化と連携. 地域医療支援病院と医療連携のありかた. じほう. 2004.2.
- 5) 濃沼信夫: 入院包括評価導入のインパクト. 新医療 341:44-48, 2003.5.
- 6) 濃沼信夫, 武吉宏典: 有害反応対策の医療経済. 日本臨床 826(61-6):1030-1038, 2003.6.
- 7) Koinuma N, Takeyoshi H: Cancer economics for effective resource utilization using a system model. 4th International Health Economics Association World Congress Abstract Book:368, 2003.
- 8) 濃沼信夫: 医療の質と安全を担保する人員配置. 看護 55(11):38-41, 2003.
- 9) 濃沼信夫: がん治療の医療経済. 日産婦誌 55(9):N231-235, 2003.
- 10) Koinuma N, Ito M: Attitudes of oncologists toward the economic evaluation for the cancer treatments. EJC Suppl. 11(3):S13, 2003.
- 11) Koinuma N, Namiki S: QOL and economic evaluation of treatment alternatives for patients

with advanced prostate cancer. Quality of Life Research 12 (7):825, 2003.

2. 学会発表

- 1) 濃沼信夫: がん治療の医療経済. 第 55 回日本産科婦人科学会. 福岡. 2003.4.
- 2) 濃沼信夫: クリティカルパスと 21 世紀の医療. 医療マネジメント学会. 仙台. 2003.6.
- 3) Koinuma N, Takeyoshi H: Cancer economics for effective resource utilization using a system model. 4th International Health Economics Association World Congress. San Francisco. 2003.6.
- 4) Koinuma N, Ito M: Attitudes of oncologists toward the economic evaluation for the cancer treatments. 3rd European Conference on the Economics of Cancer. Brussels. 2003.9.
- 5) 濃沼信夫, 伊藤道哉: 癌医療の経済評価に関する課題と展望. 第 62 回日本癌学会. 名古屋. 2003.9.
- 6) 濃沼信夫, 伊藤道哉: 糖尿病対策の経済評価. 第 41 回日本病院管理学会学術総会. 東京. 2003.10.
- 7) Koinuma N, Namiki S: QOL and economic evaluation of treatment alternatives for patients with advanced prostate cancer. 10th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research, Prague, Czech Republic, 2003.11.
- 8) 濃沼信夫: 肺癌検診の経済評価. 第 19 回日本肺癌学会肺癌集検セミナー. 東京. 2003.11.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし