

る。

6)意見が違の場合の話し合いの手順 (LEARN model)

意見が違の場合の話し合いの手順として下記の項目に沿って面接を進めることが提唱され、(LEARN model)と呼ばれている。

- ①L: listen -----傾聴する
- ②E: explain-----医者が見立てについて説明する
- ③A: acknowledge-----医者の考えと患者の考えの共通点と相違点を確認する
- ④R: recommend-----今後の方針を提案する
- ⑤N: negotiation-----今後の方針について協議する

患者と対立しそうになったら、このような順序を踏んで話し合いを進めているか点検してみると、不十分だった点に気がつくことが多い。最終的に 100%合意することをめざすのではなく、共通点と相違点を互いに認識しあうことを当面の目標にすれば、次の対策も見つかりやすくなる。また、物別れに終わる場合でも、患者に正しい情報を提供し、誠実に対応したという印象を与え、信頼関係を保つことができる。

3. 医師と患者の心理

(1) 医師の心理

1) 自分の気持ちを意識する

コミュニケーションによって医師の中に様々な気持ちが生じてくる。医師は「どの患者にも分け隔てなく同じような態度と気持ちで対応しなければならない」という意識の強い人が多く、個々の患者とのコミュニケーションの際に自分の中に生じる気持ちの動きを、意識的あるいは無意識のうちに押え込んでしまう傾向がある。そして自分の気持ちを整理できないまま、いつの間にかその気持ちに振り回されてしまうこともある。この気持ちの動きを感じ取り、振りまわされる前にそこから少しだけ離れて、自分と患者の関係を客観的に観察することが大切である。

2) 自分と患者を客観的に観察する

例えば患者の態度に腹が立った時に、その怒りを患者に表出する前に「患者の心理状態で見落としはないか(例:不安)」「患者が元々どのような人なのか把握しているか(例:人格障害)」「医師側の心理状態はどうか(例:逆転移)」などを点検してみると、状況がより正確に把握できる場合がある。これらの視点をそれぞれ、「精神力動的的理解」「パーソナリティ論的理解」「治療関係論的理解」と呼ぶことがある。

3) 傾聴から受容、そして共感へ

共感的態度が大切とは言っても、すぐには共感できないことの方が多い。共感に至るには、患者の話を十分に聞き(傾聴)、その内容を医師が受け入れ(受容)しなければならない。

(2) 患者の心理

1) 転移と逆転移

力動精神医学では、「医師と患者がコミュニケーションをとる際に、患者が医師に対して抱く気持ちにはそれ以前に患者が経験した様々な人間関係が反映されている」としている。そのような気持ちの動きを「転移(以前の人間関係を医師の上に移し置く)」と呼び、逆に医師の中に湧き起こる気持ちの動きを「逆転移」と呼ぶ。このような理解の仕方は、精神分析療法の過程の中で認識されるようになったが、精神科領域に限らず、患者とのコミュニケーションの状態を把握する上で広く役に立つ。

2) 病気に対する患者の心理反応

病気に対する患者の一般的な心理的反応として代表的なものを示す。

① 退行: 子供がえり

② 抑制・抑圧・否認: 病気に対する感情を無くする心の動き

抑制＝必要に応じて一時的に考えないようにする／比較的健康的な防衛機制

抑圧＝無意識のうち嫌なことに対する感情を押し殺す／マイナス面もある

否認＝嫌なことを認めない(癌の診断は医師の誤りだとする)／有害になりうる

③不安(恐怖): 最も大きな心の動き

(病気がもたらす具体的な不安の例)

社会的能力の低下、離別、愛情喪失、身体機能低下、判断力低下、痛み

④怒り: 「なぜ自分が!？」という思いは周囲の人、特に医師への怒りにつながる

⑤悲哀: 喪失体験に伴う最も一般的な反応

医療におけるコミュニケーションについて、医師患者関係、医療面接、医師および患者の心理を取り上げて述べた。医師患者間のトラブルの多くはコミュニケーション不足と考えられる。常に患者の視点から医師の行動を律していくこと、患者の悩みや痛みを耳を傾け、受容し、支持していくことが医の原点である。

(最終改正；平成18年3月14日 厚生労働省令第32号)

○保険医療機関及び保険医療養担当規則

(昭和三十二年四月三十日)

(厚生省令第十五号)

(最終改正；平成18年3月14日 厚生労働省令第32号)

(最終改正；平成18年9月8日 厚生労働省令第157号)

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第四十三条ノ四第一項及び第四十三条ノ六第一項（これらの規定を同法第五十九条ノ二第七項において準用する場合を含む。）の規定に基き、並びに日雇労働者健康保険法（昭和二十八年法律第二百七号）及び船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）を実施するため、保険医療機関及び保険医療養担当規則を次のように定める。

保険医療機関及び保険医療養担当規則

目次

第一章 保険医療機関の療養担当（第一条—第十一条の三）

第二章 保険医の診療方針等（第十二条—第二十三条の二）

第三章 雑則（第二十四条）

附則

第一章 保険医療機関の療養担当

（療養の給付の担当の範囲）

第一条 保険医療機関が担当する療養の給付並びに被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者の療養（以下単に「療養の給付」という。）の範囲は、次のとおりとする。

- 一 診察
- 二 薬剤又は治療材料の支給
- 三 処置、手術その他の治療
- 四 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 五 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

（療養の給付の担当方針）

第二条 保険医療機関は、懇切丁寧に療養の給付を担当しなければならない。

2 保険医療機関が担当する療養の給付は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）の療養上妥当適切なものでなければならない。

（診療に関する照会）

第二条の二 保険医療機関は、その担当した療養の給付に係る患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関から照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

（適正な手続の確保）

第二条の三 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方社会保険事務局長に対する申請、届出等に係る手続及び療養の給付に関する

費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第二条の四 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。

2 保険医療機関は、保険医の行う処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

(掲示)

第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

(受給資格の確認)

第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて被保険者証を提出することができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。

(要介護被保険者等の確認)

第三条の二 保健医療機関等は、患者に対し、訪問看護、訪問リハビリテーションその他の介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第一項に規定する居宅サービス又は同法第八条の二第一項に規定する介護予防サービスに相当する療養の給付を行うに当たっては、同法第十二条第三項に規定する被保険者証の提示を求めるなどにより、当該患者が同法第六十二条に規定する要介護被保険者等であるか否かの確認を行うものとする。

(被保険者証の返還)

第四条 保険医療機関は、当該患者に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けるべき者に返還しなければならない。

(一部負担金等の受領)

第五条 保険医療機関は、被保険者又は被保険者であつた者については法第七十四

条の規定による一部負担金、法第八十五条に規定する食事療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「食事療養標準負担額」という。）、法第八十五条の二に規定する生活療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が生活療養標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「生活療養標準負担額」という。）又は法第八十六条の規定による療養（法第六十三条第二号第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。）についての費用の額に法第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額（食事療養を行った場合においては食事療養標準負担額を加えた額とし、生活療養を行った場合においては生活療養標準負担額を加えた額とする。）の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項、第八十五条第二項、第八十五条の二第二項又は第八十六条第二項第一号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第一百条の規定による家族療養費として支給される額に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

- 2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の二第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払いを、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）又は同項第四号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

（領収証の交付）

第五条の二 保険医療機関は、前条の規定により患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。

（食事療養）

第五条の三 保険医療機関は、その入院患者に対して食事療養を行うに当たっては、病状に応じて適切に行うとともに、その提供する食事の内容の向上に努めなければならない。

- 2 保険医療機関は、食事療養を行う場合には、次項に規定する場合を除き、食事療養標準負担額の支払を受けることにより食事を提供するものとする。
- 3 保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。
- 4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

（生活療養）

第五条の三の二 保険医療機関は、その入院患者に対して生活療養を行うに当たっては、病状に応じて適切に行うとともに、その提供する食事の内容の向上並びに温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成に努めなければならない。

2 保険医療機関は、生活療養を行う場合には、次項に規定する場合を除き、生活療養標準負担額の支払を受けることにより食事を提供し、温度、照明及び給水に関する適切な療養環境を形成するものとする。

3 保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて生活療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第五条の四 保険医療機関は、評価療養又は選定療養に関して第五条第二項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

(証明書等の交付)

第六条 保険医療機関は、患者から保険給付を受けるために必要な保険医療機関又は保険医の証明書、意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しなければならない。ただし、法第八十七条第一項の規定による療養費（柔道整復を除く施術に係るものに限る。）、法第九十九条第一項の規定による傷病手当金、法第一百一条の規定による出産育児一時金、法第一百二条の規定による出産手当金又は法第一百四十四条の規定による家族出産育児一時金に係る証明書又は意見書については、この限りでない。

(指定訪問看護の事業の説明)

第七条 保険医療機関は、患者が指定訪問看護事業者（法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（介護予防訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。）から指定訪問看護（法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護並びに介護保険法第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス（同法第八条第四項に規定する訪問看護の場合に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス（同法第八条の二第四項に規定する介護予防訪問看護の場合に限る。）をいう。以下同じ。）を受ける必要があると認められた場合には、当該患者に対しその利用手続、提供方法及び内容等につき十分説明を行うよう努めなければならない。

(診療録の記載及び整備)

第八条 保険医療機関は、第二十二条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

(帳簿等の保存)

第九条 保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から三年間保存しなければならない。ただし、患者の診療録にあつては、その完結の日から五年間とする。

(通知)

第十条 保険医療機関は、患者が次の各号の一に該当する場合には、遅滞なく、意見を附して、その旨を管轄地方社会保険事務局長又は当該健康保険組合に通知しなければならない。

- 一 家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき。
- 二 闘争、泥酔又は著しい不行跡によつて事故を起したと認められたとき。
- 三 正当な理由がなくて、療養に関する指揮に従わないとき。
- 四 詐欺その他不正な行為により、療養の給付を受け、又は受けようとしたとき。

(入院)

第十一条 保険医療機関は、患者の入院に関しては、療養上必要な寝具類を具備し、その使用に供するとともに、その病状に応じて適切に行い、療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。

2 保険医療機関は、病院にあつては、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床数の範囲内で、診療所にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(看護)

第十一条の二 保険医療機関は、その入院患者に対して、患者の負担により、当該保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

2 保険医療機関は、当該保険医療機関の従業者による看護を行うため、従業者の確保等必要な体制の整備に努めなければならない。

(報告)

第十一条の三 保険医療機関は、厚生労働大臣が定める療養の給付の担当に関する事項について、地方社会保険事務局長に定期的に報告を行わなければならない。

第二章 保険医の診療方針等

(診療の一般的方針)

第十二条 保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。

(療養及び指導の基本準則)

第十三条 保険医は、診療に当たっては、懇切丁寧を旨とし、療養上必要な事項は理解し易いように指導しなければならない。

(指導)

第十四条 保険医は、診療にあたっては常に医学の立場を堅持して、患者の心身の状態を観察し、心理的な効果をも挙げることができるよう適切な指導をしなければならない。

第十五条 保険医は、患者に対し予防衛生及び環境衛生の思想のかん養に努め、適切な指導をしなければならない。

(転医及び対診)

第十六条 保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の保険医療機関へ転医させ、又は他の保険医の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない。

(診療に関する照会)

第十六条の二 保険医は、その診療した患者の疾病又は負傷に関し、他の保険医療機関又は保険医から照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

(施術の同意)

第十七条 保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によつて、みだりに、施術業者の施術を受けさせることに同意を与えてはならない。

(特殊療法等の禁止)

第十八条 保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行つてはならない。

(使用医薬品及び歯科材料)

第十九条 保険医は、厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬物を患者に施用し、又は処方してはならない。ただし、薬事法（昭和三十五年法律第百四十五号）第二条第十五項に規定する治験（以下「治験」という。）に係る診療において、当該治験の対象とされる薬物を使用する場合その他厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

2 歯科医師である保険医は、厚生労働大臣の定める歯科材料以外の歯科材料を歯冠修復及び欠損補綴等において使用してはならない。ただし、治験に係る診療において、当該治験の対象とされる機械器具等を使用する場合その他厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

(健康保険事業の健全な運営の確保)

第十九条の二 保険医は、診療に当たっては、健康保険事業の健全な運営を損なう行為を行うことのないよう努めなければならない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第十九条の三 保険医は、処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。

2 保険医は、処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

(指定訪問看護事業との関係)

第十九条の四 医師である保険医は、患者から訪問看護指示書の交付を求められ、その必要があると認めた場合には、速やかに、当該患者の選定する訪問看護ステーション（指定訪問看護事業者が当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所をいう。以下同じ。）に交付しなければならない。

2 医師である保険医は、訪問看護指示書に基づき、適切な訪問看護が提供されるよう、訪問看護ステーション及びその従業者からの相談に際しては、当該指定訪問看護を受ける者の療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行わなければならない。

(診療の具体的方針)

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 診察

イ 診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。

ロ 健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。

ハ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。

ニ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。

ホ ニによるほか、各種の検査は、研究の目的をもつて行ってはならない。ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

二 投薬

イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。

ハ 同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。

ニ 栄養、安静、運動、職場転換その他療養上の注意を行うことにより、治療の効果を挙げることができると認められる場合は、これらに関し指導を行い、みだりに投薬をしてはならない。

ホ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

ヘ 注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができることとし、その投

与量は、症状の経過に応じたものでなければならず、厚生労働大臣が定めるものについては当該厚生労働大臣が定めるものごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

三 処方せんの交付

イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 前イによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四 注射

イ 注射は、次に掲げる場合に行う。

(1) 経口投与によつて胃腸障害を起すおそれがあるとき、経口投与をすることができないとき、又は経口投与によつては治療の効果を期待することができないとき。

(2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。

(3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

ロ 内服薬との併用は、これによつて著しく治療の効果を挙げることが明らかな場合又は内服薬の投与だけでは治療の効果を期待することが困難である場合に限つて行う。

ハ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

ニ 輸血又は電解質若しくは血液代用剤の補液は、必要があると認められる場合に行う。

五 手術及び処置

イ 手術は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 処置は、必要の程度において行う。

六 リハビリテーション

リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。

六の二 居宅における療養上の管理等

居宅における療養上の管理及び看護は、療養上適切であると認められる場合に行う。

七 入院

イ 入院の指示は、療養上必要があると認められる場合に行う。

ロ 単なる疲労回復、正常分べん又は通院の不便等のための入院の指示は行わない。

ハ 保険医は、患者の負担により、患者に保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 診察

イ 診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。

ロ 健康診断は、療養の給付の対象として行つてはならない。

ハ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。

ニ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。

ホ ニによるほか、各種の検査は、研究の目的をもつて行つてはならない。ただし、治験に係る検査については、この限りでない。

二 投薬

イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。

ハ 同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。

ニ 栄養、安静、運動、職場転換その他療養上の注意を行うことにより、治療の効果を挙げることができると認められる場合は、これらに関し指導を行い、みだりに投薬をしてはならない。

ホ 投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

三 処方せんの交付

イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 前イによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四 注射

イ 注射は、次に掲げる場合に行う。

(1) 経口投与によつて胃腸障害を起すおそれがあるとき、経口投与をすることができないとき、又は経口投与によつては治療の効果を期待することができないとき。

(2) 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。

(3) その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。

ロ 内服薬との併用は、これによつて著しく治療の効果を上げることが明らかな場合又は内服薬の投与だけでは治療の効果を期待することが困難である場合に限つて行う。

ハ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。

ニ 輸血又は電解質若しくは血液代用剤の補液は、必要があると認められる場合に行う。

五 手術及び処置

イ 手術は、必要があると認められる場合に行う。

ロ 処置は、必要の程度において行う。

六 歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ 歯冠修復

(1) 歯冠修復は、必要があると認められる場合に行うとともに、これを行つた場合は、歯冠修復物の維持管理に努めるものとする。

(2) 歯冠修復において金属を使用する場合は、金位十四カラット合金又は代用合金を使用するものとする。ただし、金位十四カラット合金は臼歯部の歯冠継続歯に限つて使用するものとし、前歯部の鑄造歯冠修復又は

歯冠継続歯については金合金又は白金合金を使用することができるものとする。

ロ 欠損補綴てつ

(1) 有床義歯

- (一) 有床義歯は、必要があると認められる場合に行う。
- (二) 鉤こうは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。
- (三) バーは、代用合金を使用する。

(2) ブリッジ

- (一) ブリッジは、必要があると認められる場合に行うとともに、これを行つた場合は、その維持管理に努めるものとする。
- (二) ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、歯冠継続歯又は前歯部の複雑窩洞かどう若しくはポンティックに限つて使用する。

(3) 口蓋がい補綴てつ及び顎がく補綴てつ

口蓋がい補綴てつ及び顎がく補綴てつは、必要があると認められる場合に行う。

七 リハビリテーション

リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う。

七の二 居宅における療養上の管理等

居宅における療養上の管理及び看護は、療養上適切であると認められる場合に行う。

八 入院

イ 入院の指示は、療養上必要があると認められる場合に行う。

ロ 通院の不便等のための入院の指示は行わない。

ハ 保険医は、患者の負担により、患者に保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。

九 歯科矯正よう正

歯科矯正よう正は、療養の給付の対象として行つてはならない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

(診療録の記載)

第二十二條 保険医は、患者の診療を行つた場合には、遅滞なく、様式第一号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

(処方せんの交付)

第二十三條 保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方せんに必要な事項を記載しなければならない。

2 保険医は、その交付した処方せんに関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

(適正な費用の請求の確保)

第二十三條の二 保険医は、その行つた診療に関する情報の提供等について、保険医療機関が行う療養の給付に関する費用の請求が適正なものとなるよう努めな

ればならない。

第三章 雑則 (略)

平成18年の医師・歯科医師の行政処分例

平成18年8月2日 医道審議会医道分科会の答申

(医師)		24件
医業停止	3年	… 1件(覚せい剤取締法違反)
医業停止	2年	… 1件(覚せい剤取締法違反・大麻取締法違反)
医業停止	1年6月	… 1件(業務上過失致死)
医業停止	1年	… 4件(業務上過失致死3件、贈賄1件)
医業停止	9月	… 2件(贈賄1件、窃盗・診療報酬不正請求1件)
医業停止	6月	… 9件(医師法違反1件、業務上過失致死4件、診療報酬不正請求3件、青少年育成条例違反・児童買春、児童ポルノに係る行為等の処罰及び児童の保護等に関する法律違反1件)
医業停止	3月	… 4件(傷害1件、業務上過失致死1件、虚偽診断書作成1件、公用文書毀棄・廃棄物の処理及び清掃に関する法律違反1件)
医業停止	2月	… 1件(診療報酬不正請求)
医業停止	1月	… 1件(診療報酬不正請求)
(歯科医師)		8件
歯科医業停止	5年	… 2件(強制わいせつ1件、保護責任者遺棄1件)
歯科医業停止	3年	… 1件(暴力行為等処罰に関する法律違反・脅迫)
歯科医業停止	9月	… 1件(建造物侵入・窃盗未遂)
歯科医業停止	3月	… 2件(業務上過失致死1件、道路交通法違反・業務上過失傷害1件)
歯科医業停止	1月	… 2件(診療報酬不正請求2件)

平成18年3月1日 医道審議会医道分科会の答申

(医師)		34件
免許取消		… 3件(強制わいせつ・わいせつ誘拐未遂1件、準強制わいせつ致傷・準強制わいせつ・有印私文書偽造・同行使1件、準強制わいせつ1件)
医業停止	5年	… 2件(詐欺・診療放射線技師法違反1件、詐欺1件)
医業停止	3年	… 3件(麻薬及び向精神薬取締法違反1件、児童買春、児童ポルノに係る行為等の処罰及び児童の保護等に関する法律違反・インターネット異性紹介事業を利用して児童を誘引する行為の規制等に

			関する法律違反1件、収賄1件)
医業停止	2年	…	3件(覚せい剤取締法違反1件、医事に関する不正(医療行為)1件、業務上過失致死1件)
医業停止	1年6月	…	1件(法人税法違反)
医業停止	1年	…	7件(業務上過失致死7件)
医業停止	9月	…	1件(保健師助産師看護師法違反)
医業停止	6月	…	7件(保健師助産師看護師法違反1件、業務上過失致死1件、業務上過失傷害1件、業務上過失傷害・道路交通法違反1件、児童買春、児童ポルノに係る行為等の処罰及び児童の保護等に関する法律違反2件、公衆に著しい迷惑をかける行為の防止に関する条例違反・公然わいせつ1件)
医業停止	3月	…	4件(業務上過失傷害・道路交通法違反2件、公衆に著しい迷惑をかける行為の防止に関する条例違反1件、電磁的公正証書原本不実記録未遂1件)
医業停止 (歯科医師)	1月	…	3件(道路交通法違反1件、診療報酬不正請求2件) 24件
免許取消		…	1件(贈賄・業務上横領・政治資金規正法違反)
歯科医業停止	5年	…	2件(歯科医師法違反1件、贈賄・業務上横領・公職選挙法違反・政治資金規正法違反1件)
歯科医業停止	3年	…	1件(業務上横領・公職選挙法違反)
歯科医業停止	2年	…	1件(贈賄)
歯科医業停止	1年6月	…	2件(贈賄1件、不正請求1件)
歯科医業停止	1年	…	2件(歯科医師法違反1件、業務上横領1件)
歯科医業停止	6月	…	6件(業務上過失致死1件、公職選挙法違反1件、診療報酬不正請求4件)
歯科医業停止	3月	…	3件(傷害1件、業務上過失傷害・道路交通法違反2件)
歯科医業停止	1月	…	6件(暴力行為等処罰に関する法律違反1件、道路交通法違反1件、診療報酬不正請求4件)

第2603号 2004年10月4日

インタビュー

電子カルテ導入に必要な視点

中田善規氏 (帝京大学医学部附属市原病院副院長)

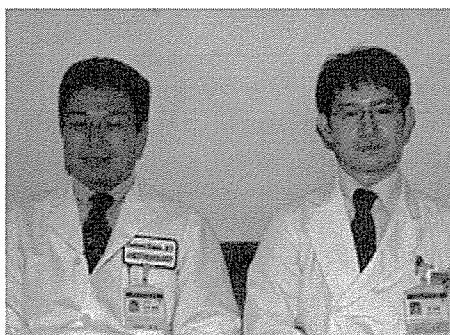
澤智博氏 (帝京大学医学部麻酔科学講座・助教授)

電子カルテの導入には、500床以上の病院の場合、20-40億円と非常に高額なコストがかかっている。また、導入や改修の際に診療を制限しなくてはならない場合や、運用過程でトラブルが生じた際の対応など、問題点も多い。

帝京大学医学部附属市原病院は550床の大学病院で、現在独自に開発した電子カルテを使用している。導入時のコストは4億5000万円。一体どのような電子カルテなのか、副院長の中田善規氏、システムを開発した澤智博氏に聞いてみた。

—まず、独自の電子カルテシステムを開発するに至った経緯をお願いします。

澤 中田先生が病院の経営改善に取り組まれていた際に、必要なデータがコンピュータのどこに入っているかわからず「ちょっと探してみてくださいませんか」と頼まれたのがきっかけでした。そこで私が調べてみたのですが、どうにも見つからなくてコンピュータ会社に聞くと「そんなものはないです」という答えが返って



中田善規氏(左), 澤智博氏

きました。ならば自分たちがほしいデータは自分たちで作る以外にないだろうと考え、一からシステムの構築をすることにしたのがきっかけです。

—市販の電子カルテではニーズに対応できなかったということですね。

中田 コンピュータ会社の方は医療をよく知っているわけではありませんから、

製品である電子カルテも、医療者のニーズに十分応えられているとは言い難いわけです。

また、現在多くの病院で電子カルテの導入が進んでいますが、500床以上の病院の場合、最低でも20億円くらいかかります。ここで大事なことは、「電子カルテ自体はお金を生み出さない」ということです。当然ですよ。お金を生み出すのは医師の診療行為や看護であり、電子カルテではありません。にもかかわらず、企業の提示するまま、病院の規模、経済状態を無視した非常に高額な電子カルテシステムを買っているのが現状です。

澤 車にたとえると、普通乗用車にF1のエンジンを積むようなものですね。必要なのは、性能のよい普通の乗用車なのです。今、おそらく「他の病院が入れているからうちも」というように、導入自体が目的になっているところも多いのではないかと思います。そうではなく、本当の意味で使う側の医療者と患者さんの利益になるようなシステムを導入しなければなりません。その1つのモデルを提示しようというのが、もう1つの理由です。

“設計図”を持っている強み

——具体的にどのような特徴があるのでしょうか？

澤 まず、ソフトウェアの設計図を持っているというのがキーポイントです。電子カルテは診療と密接に結びついているので、例えばある病気の診断法が変わった場合、電子カルテに新たに輸入項目を増やさなければならない場合が起こります。また、コンピュータの分野は進歩が早いですから、時代に追いつかなくなったりもします。

こうした時に、すぐに設計図を書き換えて対応できるわけです。メーカー製の電子カルテシステムでは、変更のたびに何百万円もかけてプログラマーを呼んだり、最新のものに入れ替えるはめになります。

次に、モバイル環境を充実させたことです。医療従事者は、病棟や外来、ベッドサイドなど移動しながら仕事をしています。無線対応PDA（携帯端末）により、最新の情報をいつでもどこでも閲覧し入力することが可能です。

また、Web型の電子カルテシステムであるということも大きな特徴で、インターネットが利用できるパソコンであれば多少古くても電子カルテを利用できます。市販の電子カルテを導入すると、端末用の電子カルテソフトの購入が必須であったり、そのメーカー製のパソコンを抱き合わせで購入を勧められたりしますが、こうしたコストも抑えられます。これはまだ検討中ですが、地域の開業医の先生にアクセス権を発行すれば簡単に患者さんのカルテを共有することもできます。

それから、コストに関係することとしてマルチベンダー化があげられます。これは電子カルテを構成するネットワーク機器、サーバー、ソフトウェアなどについて、それぞれを得意とする会社に個別に依頼するというものです。

中田 そのまったく反対が、現状の大手電子カルテメーカーで行われているゼネコン方式です。1つの会社がネットワークからPCの端末まですべて請け負う形で、全部が同じメーカー製のものになってしまうのです。実際には地域のプログラマーや子会社に下請けに出して、そこでやったものを自社の名前で納入してくる

形になりますから、その過程ごとにコストがかかってきます。マルチベンダー化の利点は、そういった余分なコストがかからない点にあります。

澤 もっとも、マルチベンダー化はいいことづくめというわけではありません。数多くの会社がそれぞれ計画に従って動いているわけですから、いまどういった状況なのかを把握するだけでも大変です。

中田 厚生労働省では現在マルチベンダー化を推奨してはいますが、どこの病院でも可能かと言うと、人材面で非常に難しいと思いますね。

ベッドサイドで情報を入力・閲覧

——院内で使われているPDAについて、もう少し詳しくお願いします。



PDAが置かれたナースステーション

澤 現時点で主に使っているのは看護師さんですが、無線LANで電子カルテとリンクしていますので、患者さんのベッドサイドでカルテの内容や体温や血圧などのバイタルサインをその場で閲覧できると同時に、入力することができます。入力した内容はすぐに電子カルテに反映されます。ですからナースステーションに戻って電子カルテに再度入力する手間が省け、ミスも少なくなります。

また、薬剤情報や検査値も見ることができず。これは医師から要望があったのですが、こうした声にすぐ対応できるのも、システムの設計図を持っているからです。

——年齢によっては、こうした機械が苦手な方もいらっしゃるのではないですか。

澤 非常に不思議なのですが、年齢ではなく、モチベーションの問題なんですね。若い人でも苦手な人はいますし、「この人は無理だろう」と思う年配の人が逆に先導してやっていたりするのです。これは僕自身も意外でした。

——院内で使い方講習会のようなものは？

澤 例えば「今日の15-16時までここの病棟で講習会をしますよ」と伝えて、その時間を空けられる人に来てもらっています。一度に全員集めるのは無理ですね。

中田 全員集めるには診療制限しなくてはいけませんからね。診療制限することなく、日常の業務に差し障ることなく、そうっと導入していくというのも、非常に重要なのです。「電子カルテを導入するので診療を止めます」というのが当たり前になってしまうと、どこの病院でも導入に二の足を踏んでしまうのではないのでしょうか。

診療制限せずに導入できたのは、医療がわかる人間がやっているからです。どこまでなら診療が制限できるのか、どうやれば診療制限せずに導入できるのか、コンピュータ会社の人にはわかりませんから。

医療情報学の専門家を育てる

——つまり医療とコンピュータの両方に詳しい人材が必要なのですね。

中田 そうです。導入する病院の側にも、職員、それもできれば医師で、よく医療情報学や電子カルテを理解している人が必要なのです。しかし現状では、ただ単に「コンピュータが好き」なだけの人が担当になっていたりします。こうしたユーザーレベルの好き嫌いでは、ネットワークやプログラム、さらに今後の発展性を見据えたシステム構築はできません。

澤 日本では電子カルテ推進のために病院への補助金事業を行っていますが、アメリカは人材育成に対して補助を行いました。医学部を出た人に大学院レベルでコンピュータサイエンスまたは情報学を学んでもらうという教育システムを、NLM (National Library of Medicine : 米国国立医学図書館) が補助金事業で作ったのです。同じお金を使うのでも、アプローチの仕方がまったく違うなと思いました。

電子カルテは蓄積した情報を目的通りに役立てるように設計することが重要です。経営に役立てたいのか、臨床や研究に役立てたいのかといった医療従事者の観点から目的を設定し、その実現に向けた技術的な手段の選択がカギになります。それはきちんと専門の教育を受けた人間がやるべきです。医療情報学の専門家を育成するということは大きな課題だと思います。

——最後に今後の方向性をお願いします。

澤 まずはベストプラクティス、つまりモデルを提示するということですね。電子カルテを入れると、このぐらいの規模の病院ではこうなります、さらに電子カルテにこの技術を入れるとこうなりますよということを、提示していきたいと考えています。

中田 まだ研究の段階です。今はじめて作ってみたシステムですから、これが今後どう発展していくかがわかるまでには、少し時間がかかると思うのです。

この病院自体を、いろいろなことが発信できるような場所にしたいと思っています。そして、「なんか違う方向にいつてるな」と思っている日本の医療情報全体を、いい方向にむけられるようになればいいと考えています。

——ありがとうございました。

帝京大学医学部麻酔科学講座HP

<http://www.teikyo-masui.jp>

帝京大学市原病院医療情報システム部HP

<http://www.medical-informatics.jp>

中田善規氏

東京大学医学部および経済学部卒業。エール大学経営大学院修了。MBA, 医学博士。ハーバード大学マサチューセッツ総合病院 (MGH) レジデント, 帝京大学経済学部助教授, マサチューセッツ大学医学部助教授などを経て, 2002年より帝京