

平成23年度

大学病院 情報マネジメント部門連絡会議

抄録集

医療情報にかかわる本音のcontroversy

～ 電子カルテ、DPC、クリニカルパスの光と影 ～



会期 ● 平成24年 1月19日(木)・20日(金)

会場 ● ひめぎんホール (愛媛県県民文化会館)

会長 ● 石原 謙 (愛媛大学大学院医学系研究科 医療情報学)

ご挨拶

平成23年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議開催にあたり巻頭言に代えて

経済から見る日本の医療の素晴らしさ

--- DPCと 民間医療保険と TPPの問題点 ---

愛媛大学大学院医学系研究科 医療情報学講座 教授 石原 謙

今回の会議を準備する1年前の当初にテーマとして「医療情報にかかわる本音のcontroversy -電子カルテ、DPC、クリニカルパスの光と影-」をかかげたが、その後の3月11日に未曾有の東日本大震災が発生した。そのために御覧のように災害対応をテーマとしたセッションが充実した。いずれにせよ少々物議を醸すような内容についても、本質を見定めて、じっくり本音で意見交換やディスカッションを行っていただきたい。

そこでまずはあまり知られていない経済から見た日本の医療の実態と本質をお伝えし、国民皆保険の良さをあらためてご認識いただき、その見地から「DPC」と「民間医療保険」と「TPP」の問題点を指摘したい。

【日本の健康保険制度は、国民ばかりでなく、産業そのものを守っている】

日本の公的医療保険(=健康保険)が国民の健康を守っていることは、誰もがご存じだが、実は日本の産業をも強力に守っている。日本の公的医療保険が、自動車や家電の輸出競争力の源泉となり「日本経済を支える医療制度」であるという経済的事実をも知るべきである。米国の私的保険主体での実態をみると、はっきりする。

GMの医療費負担
\$1500/台

地球回覧
医療費が奪う
米の自由度
厚いサービスを提供する
セネラル・モーターズGM
医療費負担を車一
台分にならすと約千五百
ドルの差が出る

四月、米連邦政府は、
四半世紀ぶりに改正
された。価格競争を
する同法七条の適用を
しく動員、一定の所得が
同業界は遊園費をた
る。自己破産急増に恐れ、人生をやり直す機会を
をなし方レシットア、奪う。プリンストンの大の
ト業界が議案にロビー攻、ホル・クルアマン教
された。価格競争を
勢をかけた。米国の目、授は「米国の取捨活
破産は」と年百六方、括括途絶え、息苦し
件、十年前の二倍だ。社に「なる」と言っ
同業界は遊園費をた、膨れ上がる医療費は保
上

四月、公法案と、市による医療費の肩
が州議を通した。標代わり分が膨らみかね
州議に大型補償を、議案は恐れた。
ワオラマート・ストア、「議案が民間企業の自
一、低所得者対象の州、由競争を制限した。プ
の公的医療保険に社員が「ルーバーク市長は憤然
の對、納税者に負担を押し、英エコノミスト
付けられている。誌も「保護主義は資本主
に発展し保護主義が広

米の自由度
厚いサービスを提供する
セネラル・モーターズGM
医療費負担を車一
台分にならすと約千五百
ドルの差が出る

厚いサービスを提供する
セネラル・モーターズGM
医療費負担を車一
台分にならすと約千五百
ドルの差が出る

厚いサービスを提供する
セネラル・モーターズGM
医療費負担を車一
台分にならすと約千五百
ドルの差が出る

日経新聞2005年 5/19

前図の新聞記事のように、GMやフォードなどのアメリカの自動車1台の製造原価における医療費コストは1500ドル(10万円～15万円)程度である。これは従業員雇用のための福利厚生費の一部として製造原価に組み込まれる。しかしわが国の自動車生産においては僅かに8千円程度なのだ。製造原価における日米での十数万円の差は、定価では約50万円もの価格差になるので、圧倒的な価格競争力をもたらす。日本の効率的な公的保険医療は輸出産業の価格競争にも大いに貢献している訳だ。経済学者でさえ間違えやすいが、今の超円高での輸出競争力低下を、医療費や社会保障のせいにしてはならない。

輸出競争力だけではない。日本の医療費が安いために、国民が他の消費財を購入する余力も生まれる波及効果をも含み、国内の内需をも強く支えていることは言うまでもない。この経済的事実は、あまり知られていないが個人にとっても国家にとっても本当に重要な事実なので、是非とも覚えておいて欲しい。

ただし、後述のように、その余力の購買力が私的保険の購入という保険料に過大に回っていることは日本の大問題であり、DPCやTPPを介して米国が虎視眈々と狙っているところである。

【日本の医療は、安くて高品質】

日本医療は安いばかりではなく高品質であることも国際的に高く評価されている。近年の World Health Report では最高ランクが続いている。診療あたりの医療費は米の 1/10 ほどで、年 36 兆円は先進国中最低の GDP 比(国内総生産額との比)なのに、医療費財源問題が常に議論されるのは医療者とマスコミと政治家の勉強不足あるいは説明不足としか言えない。

安さの例を挙げると、正常分娩の費用は日本では全国均一にほぼ40万円程度で1週間の入院だが、米国では 200 万円～300 万円で1泊2日か2泊3日である。

さらに加えて高品質の例を出産に関連して挙げると、周産期死亡率という新生児がどのくらい死亡するかの数値があるが、これは日本が世界の最高値(つまり少ない)で、米国は日本の倍ほどの新生児が亡くなる。

虫垂切除術についても同様の数字が挙げられる。日本では1週間の入院で約40万円程度が医療費総額だ。窓口で患者が支払う金額は、この3割あるいは1割が原則で、高齢者は市や県によってはさらに安くなる補助がある。米国では1泊2日か2泊3日で 200 万円から 300 万円。

医療費を下げよという診療報酬抑制が続き、勤務医ばかりではなく開業医も含めた医療関係者全体が皆青息吐息なのは、医療崩壊を早めるおかしな日本社会の無理解である。

【医療関係者の苦労話だけに終われば、医療の崩壊は続く】

医師は労働基準監督署が絶対に認めない過労死認定レベルの長時間労働を強いられ、医師不足を切実に感じている。多忙を嘆く勤務医の大変さや看護師の仕事のきつさは、マスコミの取り上げることとなったが、国民感情は単純ではない。「医療関係者だけが大変なんじゃない。医療免許のない私達はもっと大変だ。」というのが国民の多くの正直な感想だからである。これを医療者が忘れると、国民と医療者との話はすれ違う。たしかに世間の経済不安は本当に強い。この10数年、国民の8割は経済的に青息吐息なのである。

一方、開業医に聞けば、かならず医者が多すぎる、と過当競争による経営難を嘆く。医師どおしでもこのように話がすれ違う。勤務医が医者を増やせと叫んでも、開業医は同じ医療費のパイを過剰な医師がシェア争いをする恐怖のシナリオを想像するので単純には同調できない。一般国民から見るとこの意見の相違は理解し難い。要は、医療に国民全体が安心できる理解に基づく経済戦略が必要なのだ。

ではどうすれば日本の医療と国民の安心が改善できるか？ まずは、現行の国民皆保険制度がいかに国民にとっても産業にとっても経済的に得であるかをしっかり理解することだ。公的医療保険が抑制される(米国はこれをTPPで狙っている)と、私的医療保険がシェアを拡大し、実はそれは大きな個人と国家の経済的損失かつ将来の不安要因になることを理解することが重要だ。その理解に基づく経済行動(要は、御自身の家庭での生命保険や医療保険の合理的な見直し・解約)が、家計のためにも、国家産業戦略のためにも賢明である。

【日本と世界の保険の実態とTPPの狙い】

日本が世界に最も誇りうるのは、各地の世界遺産どころか、国民皆保険とその結果であるにもかかわらず、「公的医療保険はもう危ない」という危機感を煽り、商売をする企業群がある。民間企業による保険業界だ。理解のために数値を単純化するが以下をじっくりお読みいただきたい。

今の日本の医療費が年36兆円だとはよく知られている。医療費については一般市民もマスコミもそして医療関係者までもが「医療費亡国論」という抑制論に踊らされてきた。約三分の一の10兆円程度が被保険者自身である国民の支払う年間の公的医療保険料(=健康保険料)だ。この保険料も高すぎる、けしからんと言われ続けてきた。しかし騙されてはいけない！！
年間に約10兆円の医療保険料が高すぎるとか、国を亡ぼすと言われるこの日本で、私企業である民間保険会社が集める(つまり皆様がみずから進んで自発的に納める)保険料は、毎年50兆円にも及ぶ。保険金の契約

高総額の間違いではない。生命保険や医療保険そして物損保険などの年間保険料が日本では50兆円にもおよび、生命保険や医療保険など人保険と分類される保険がその9割を占めている。

年50兆円という民間保険料は、生命保険契約高3000兆円(誤植ではない)等への日本国民の毎年の支払いだが、日本のGDPが500兆円程度であることを考えると、この金額がいかに異常な状態であるか、日本人が将来の不安に対してどれほど盲目的に民間保険をかけているかを理解できるはずだ。実は世界の生命保険の半分を日本人が占める異常事態なのだ。

TPPでは米国の企業が営業しやすいように強要してくる。TPPが、農業よりもはるかに影響が深刻なのは、医療保険・生命保険などを含むサービス業・金融業である。TPPを締結した後に、米国の保険会社が日本政府を相手に「日本の国民健康保険制度は、我が社の医療保険を売るのに非関税障壁だ。国民健康保険を廃止せよ。さもなければ、我が社の逸失利益を日本政府が補填せよ。」という訴訟すら起こしうる。その裁定は一審制で、ワシントンDCのICSIDという国際間の投資仲裁機関(アメリカ政府や企業意向が強く反映されることは言うまでもない)が下し、日本政府は拒否できない。それでもTPPが日本の経済を繁栄に導くと思えるか？

兆円という数字が続くとリアリティに欠けるが、分かりやすい良い方法がある。

日本という国を慎ましい一つの家族と考えて、GDPの500兆円を年収500万円と置き換えてみていただきたい。そして上記の中での「世界」を「村」に、「兆円」をすべて「万円」と置き換えて再度お読み下さると、現実感を持って理解しやすくなるものと思う。ぜひとも、どうか数回読み直して、実感をもって嘯みしめてほしい。

年間10万円の公的医療保険料を高すぎると不満を言っている年収500万円の一家が、年間50万円もの民間保険を支払っている支出のアンバランスに気付かれたらどうか？

【窓口での3割負担でも、高額療養費制度で実負担は軽減される】

日本の素晴らしい制度として、「高額療養費制度」をご存じない医師は居ないと思う。

医療費の自己負担額が高額となる場合には、家計負担を軽減できるように、一定の金額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻されるのが高額療養費制度だ。収入にもよるが月約10万円を越える医療費は公的負担してくれる。詳しくは社保庁の <http://www.sia.go.jp/seido/iryo/kyufu/kyufu06.htm> にある。この高額療養費制度は、低所得者の支払いをもっと低減するよう、今まさにさらなる改善が続けられている。本当に日本の公的医療保険(=健康保険制度)は素晴らしい。

【私企業による生命保険や医療保険業界が日本を不健全にしている】

日本人は世界平均の数倍以上もの民間保険に入っている。加入の動機が「不確定な不安に対する備え」ならば、日本は世界で最も不安な国としか言いようがない。これは健全な国家観あるいは経済行動と言えるか？

日本で営業する民間保険会社の上位数社は、1社あたり数兆円もの保険料を毎年得ている。私的保険好きの日本の国民性(=不安に対して政治を変えようとせず、自分の家族だけを保険で守ろうとする視野の狭さ!)に付け込んだ私企業が売る保険を信じ続ける愚は、もう止めよう。

国の経済において300兆円程度の個人消費は過半を占める重要なセクターだ。300兆円に対する年間50兆円もの民間保険料のせめて半分でも個人消費に回せば、どれだけ景気改善に即効性があることか考えてみていただきたい。適切な情報が国民に開示されず、「不安」と「念のため」というマインドコントロールによって、民間保険(しかも外資が伸びている!)が内需を無駄に蚕食している不健全な状態に気付こう。

他人事ではない!!! 生命保険や医療保険などの民間保険への支払いが生活の質を低下させているのは、まさにこの文章をお読みのあなたのご家庭でのことなのだ!!!

日本の医療が独走状態

Health Indicators

Health

Rank	Country	Grade
1	Japan	A
2	Switzerland	A
3	Italy	A
4	Norway	A
5	Sweden	B
6	France	B
7	Finland	B
8	Germany	B
9	Australia	B
10	Canada	B
11	Netherlands	C
12	Austria	C
13	Ireland	C
14	U.K.	D
15	Denmark	D
16	U.S.	D

Note: Data are not available for Belgium. For the rest, data for the most recent year available were used.
Source: The Conference Board of Canada.

	Life expectancy	Self-reported health status	Premature mortality	Mortality due to cancer	Mortality due to circulatory diseases	Mortality due to respiratory diseases	Mortality due to diabetes	Mortality due to musculo-skeletal system diseases	Mortality due to mental disorders	Infant mortality	Mortality due to medical mis-adventures
Australia	B	A	A	A	B	B	B	C	B	C	D
Austria	C	A	A	B	D	A	D	A	A	A	D
Belgium	C	A	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	B	n.a.
Canada	B	A	B	B	B	B	C	C	B	C	B
Denmark	D	A	B	D	C	C	B	D	D	B	A
Finland	C	B	B	A	D	A	A	B	D	A	A
France	B	A	B	B	A	A	A	B	B	B	C
Germany	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
Ireland	C	A	A	C	C	D	B	D	B	B	C
Italy	B	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
Japan	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
Netherlands	C	A	A	C	B	C	B	B	C	B	A
Norway	B	A	A	B	B	B	A	B	C	A	A
Sweden	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
Switzerland	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
U.K.	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
U.S.	D	A	D	B	D	C	C	C	B	D	C

Note: Data for the most recent year available were used. For details on data sources, see the Methodology section of this website.
Source: The Conference Board of Canada.

OECD health data 2009 に基づく カンファレンス ボード オブ カナダ資料一部改
<http://www.conferenceboard.ca/HCP/Details/Health.aspx#Indicators>

日本人の過剰な不安は、OECD health data 2009 に基づく Conference Board of Canada の資料 <http://www.conferenceboard.ca/HCP/Details/Health.aspx#Indicators> 等で一目瞭然だ。日本の医療は、呼吸器疾患の治療にやや劣る以外はすべて最高ランクの治療成績で、総合治療成績はトップなのに日本人の健康満足度は最低ランク(=不安)なのだ。日本人のこのアンバランスは医療人が繰り返し是正啓発すべきである。

【医療問題は保険を抜きにしては語れない】

皆様は、医療の話が民間保険会社の経済の話になり、変だと感じるかもしれない。しかし国民と医療者の認識の乖離の背景が、「医療費は少なければ少ないほどよく、医師は1人でも少なければ良い。」という思いこみからなので経済的に正確な説明が必要なのだ。

さらに、「出来高制度で運営されている公的医療には無駄が多く、DPCや民間医療保険こそ効率的で高品質だ。」というのは誤った神話であるので、民間保険の実態と、現状の公的健康保険制度の現実を知らなければ理解に至れない。大学病院が支えたいと願う医療の将来のシナリオを最も左右する本質がここなのだ。

【社保庁を潰したら、それで良いのか？】

社会保険庁は、国民からの信頼を失ってしまった。しかし、だからと言って民間に任せると上手く行くとの神話を信じると、遙かに大きな取り返しのつかない損失を日本にもたらす。米の医療保険を牛耳る民間保険会社の実態と、日本国内での保険会社の財務諸表をつぶさに見れば、いかに国民のためになっていないかがすぐに読み取れるのに、マスコミも経済学者も黙っている。マスコミは宣伝広告費が欲しいからその沈黙を理解できないこともないが、日本の経済学者の大半が御用学者のように大人しいのは学者の社会的責任の放棄だ。

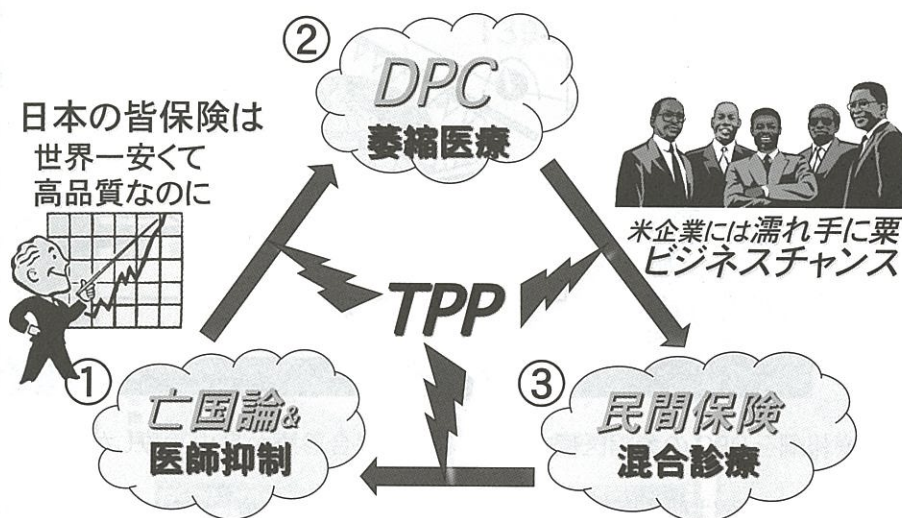
市場原理によるアメリカ型民間保険の反社会性と、官僚による公的保険のいずれを取るかの選択を迫られている我々だが、冷静にならねばならない。

【DPC は萎縮医療をもたらし、そこにつけ込む TPP と私的医療保険】

勤務医の大半がご存じのように DPC (医療費抑制を目的に導入された包括支払い制度、要は病名が決まれば、病院への一日あたりの診療報酬支払いが固定され、しかも入院日数が進めば急激に安くなってゆく医療費の支払い制度。)は萎縮医療の張本人だといわざるを得ない。DPC 制度のもとでは医療機関は、支出の抑制で

しか経営改善ができないために萎縮医療は必然である。米国などでの DRG/PPS (DPC という日本の包括支払い制度のもととなった国際的用語)は、高騰しすぎた医療費抑制のために導入された。米の医療費を見ていると確かにそれもうなずける。

TPPと民間医療保険とDPCの悪循環



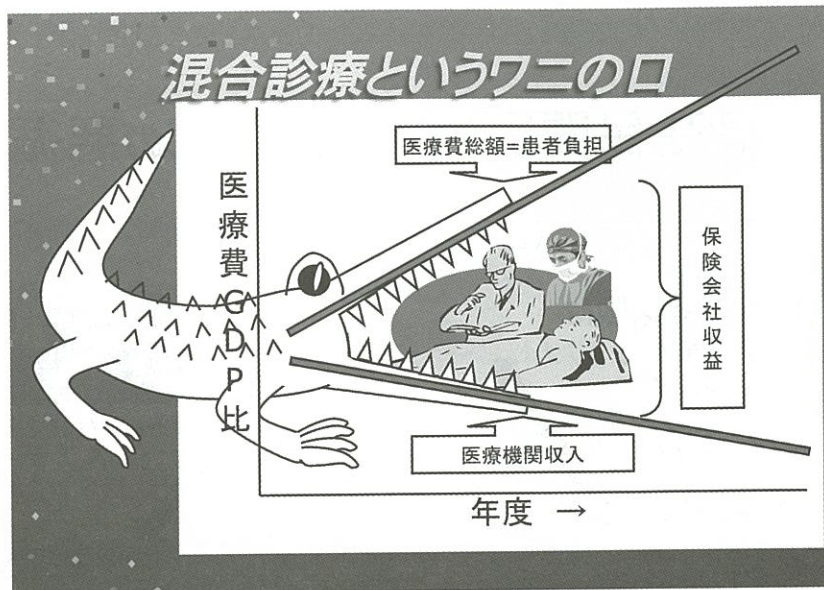
しかし日本には本当は DPC 導入の必然性はない。DPC のもとでは「いかに医療行為を減らすか？」と経営姿勢を換えざるをえない。手間のかかる DPC 対応のために病院は事務職員を増員するしかない。医事職員や診療情報管理士そして主治医など医療現場の手間が増えるのが現実である。また DPC ならデータが集まるので経営分析ができるという人がいるが、それは大量のデータを病院から強制的に提出させているからに過ぎない。本当は経済バイアスの無い出来高制度で同様に調査を行う方がデータの精度・信頼性ともに高い。

【混合診療はやがて日本経済まで麻痺させる毒饅頭】

DPC医療の時代に、混合診療なら高度な診療が可能となり患者も満足で病院収益も改善するというのは間違いだ。良い治療法ならば公的医療保険に含むべきで、真つ当な高度先進医療は、厚労省が発表しているようにすべてを含めても年間100億円以下だから日本の公的保険制度を揺るがすことはない。

難病患者の一部が望んでいる混合診療解禁のロジックは、社会保障を科学的・経済的かつ倫理的観点から医療を考えたときには、その患者氏よりも貧困な階層への配慮を忘れた「蜘蛛の糸」のカンダタの強欲のようだ

と言わざるを得ない。当該患者には深く同情し心情的には理解できるが、その発言は私的保険会社を利するだけで、国民にとっては将来の不幸の種としか言えぬ。



これ以上、診療報酬をDPCの萎縮医療で抑制し続け、混合診療か自由診療しかないというプロパガンダを放置すれば、今後「高度医療は私的医療保険での混合診療か自由診療しかない」と国民の多くが洗脳される。

今、多くの民間保険会社が「公的医療保険が崩壊するので我が社の医療保険に！」あるいは「医療費の3割負担時代には私的保険が必須」と宣伝しているが、これは正しい情報を与えずに国民を不安で騙すものと言わざるを得ない。残念ながらマスコミは広告宣伝費というスポンサーバイアスのために民間医療保険の邪悪さを国民に知らせることができぬ。それどころか、大新聞ですら私的医療保険の特集企画を積極的に組んで広告収入の確保に励んでいるのが実情だ。

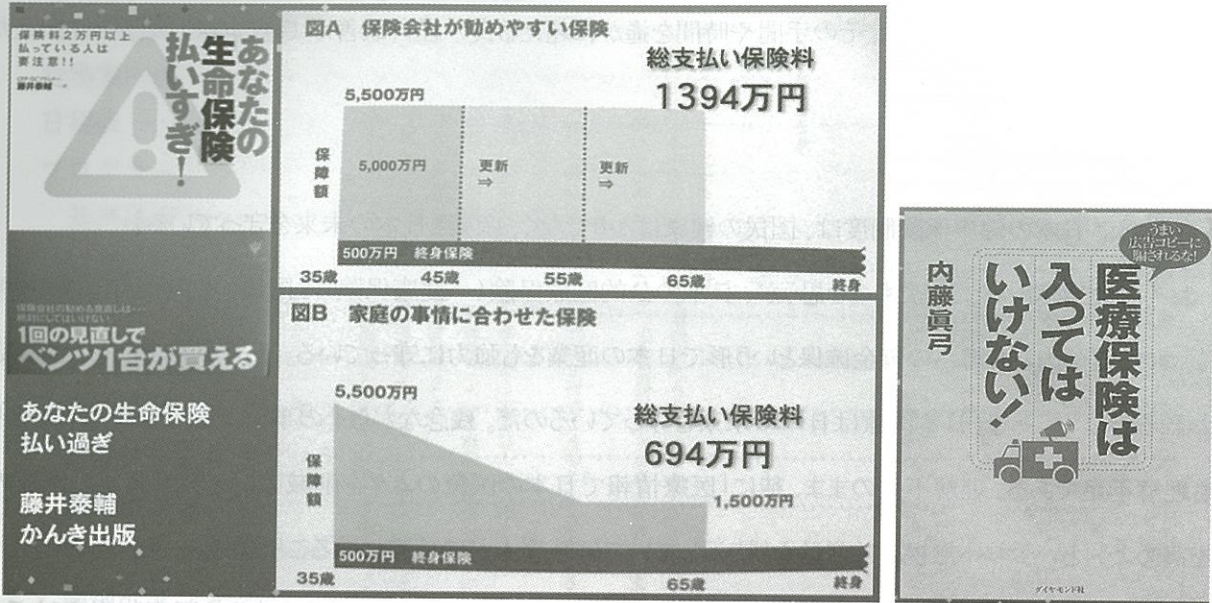
諸兄は自らのご家庭の私的医療保険の見直しや契約解除をなさるとともに、患者や国民に私的医療保険の無駄を広く知らせるべきだ。高額医療費制度を知っておれば、私的医療保険は不要であるという認識を、再び日本に住む者の常識として復活させなければならない。

【ご自宅での生命保険と医療保険の見直しを】

皆様の家計を守るために、是非ご家庭での生命保険と医療保険の再評価と見直しをしていただきたい。再評価し、合理的に解約すると生涯保険料が数百万円から数千万円も節約できる。日本人の生涯支出のなかで

最大のものは不動産購入だ。それに次ぐのが保険である。調査によると保険料は月々数千円から十数万円まで多様であるが、家庭での総額を見直すと意外なほどに大きい。

ともあれ、こういう会議に出席される真面目な人ほど、「せめて生命保険と医療保険ぐらいは念のために入っておこう」という発想と決断で、合理的なリスクマネジメントを忘れ、エビデンスに基づぬ民間保険に加入する。



その挙げ句が民間保険会社の収益や広告費に回って、広告がさらに人々の健康不安を煽り、混合診療や自由診療でなければ高度医療は受けられぬという誤解を生じ、公的医療保険崩壊に手を貸すことになる。

理解のための必読書

36 [COVER STORY]

SOS! ニッポンの医療

38 震災が突き付けた医療危機

44 追い詰められる病院・診療所

60 「兵糧攻め」続く福島の医療

68 再燃する医療費問題

拒否できない日本

CHUKMA SHINSHO

中国を拒否できない日本

原中勝征

「診療所こそ地域医療の根拠だ」

「追い詰められる病院・診療所」

「兵糧攻め」続く福島の医療

「再燃する医療費問題」

自らの私的保険加入が、日本の国民の不安の増強と自らの資産を切り崩すことになっているのでは余りにも切ない。

ぜひとも、ご家庭での医療保険や生命保険についての特約としてのがん保険とか、3大疾病保険あるいは女性のための保険等々を冷静に見直し、減額あるいは解約をすることをお勧めする。この作業には意外と時間と手間がかかるものだ。しかし、その手間や時間を遙かに超える良い経営改善ができるので、頑張ってください。

【再確認：日本の健康保険制度は、国民の健康ばかりでなく、産業と日本の未来を守っている】

おそらくご理解いただけたものと思うが、日本の公的医療保険（＝健康保険）は国民の健康を守るばかりでなく、コスト競争力と内需への資金確保という形で日本の産業をも強力に守っている。医療が平時の安全保障といわれる所以でもある。日本医療は日本の未来を守っているのだ。残念ながらその事実は医療関係者にも余りにも理解不足である。理解不足のまま、徒に「医療情報で日本の医療のムダを削減しよう」とか「日本の医療の質を高めよう」というコスト無視の神学論を繰り返しては医療人が消耗戦に陥ることとなる。

日本の公的医療保険が、自動車や家電の輸出競争力の源泉となり「日本経済を支える医療制度」であるという経済的事実を、産業界や政界に充分納得していただくための行動が大学病院関係者の務めではなかろうか。

【謝辞】 長文をお読みいただいたことに深謝いたします。疑問点や私の間違いにつきましては何なりと、ご遠慮なくご指摘ください。また、学者として独りよがりにならぬために、率直な感想をお教え下さいますことも本当に参考になります。

ken@m.ehime-u.ac.jp まで お気軽によろしくお願ひします。

平成23年度大学病院情報マネジメント部門連絡会議 会場使用計画

開会前日 2012年1月18日(水)

	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
道後温泉ふなや 光輪の間										幹事会 16:00-17:00	部長会 17:00-19:00			
道後温泉ふなや 彩雲の間													部長懇親会 19:00-	

第1日目 2012年1月19日(木)

	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
A会場 サブホール (1階)			開会式	A-1 情報交換会A 10:00-11:30			A-2 病院マネジメントセッション 13:15-15:15			A-3 情報交換会B 16:00-17:30				
B会場 真珠A(2階)				B-1 病院情報システム セッション 10:00-11:30	ランチョン セミナー 11:45-12:45 日本IBM		B-2 診療情報管理士 セッション 13:15-14:45	スイーツ セミナー 15:15- 16:00		B-3 治験セッション 16:05-17:35				
C会場 真珠B(2階)				C-1 薬剤セッション 10:00-11:30	ランチョン セミナー 11:45-12:45 PSC		C-2 地域連携セッション 13:15-14:45	C-3 部長会セッション 14:45-16:15						
D会場 第6会議室(3階)				D-1 歯科セッション 10:00-11:30	ランチョン セミナー 11:45-12:45 ヘルシア サベス		UMIN小委員会(薬剤) 13:20-15:20			UMIN小委員会(幹事会) 16:30-18:30				
E会場 第4会議室(2階)									UMIN 小委員会 (事務) 15:30-16:20					
打合せ会場 第1会議室(2階)										診療情報 管理士 連絡会 16:00-17:00				
ポスター会場 県民プラザ(1階)				ポスター掲示					立会 15:20 -15:50	ポスター掲示				
展示会場 ロビー(2階)				企業展示										
ホスピタリティーム 第7会議室 (3階)				ホスピタリティーム 東芝医療情報システムズ										
道後 大和屋本店													全体懇親会 18:30-	

第2日目 2012年1月20日(金)

	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
A会場 サブホール (1階)			A-4 テーマセッション 9:30-11:00	基調講演 11:00-12:00			総会・閉会式 13:20-14:50	UMIN 総会						
B会場 真珠A(2階)			B-4 看護セッション 9:30-11:00		ランチョン セミナー 12:10-13:10 アライドテレシス									
C会場 真珠B(2階)			C-4 医療情報技師 セッション 9:30-11:00		ランチョン セミナー 12:10-13:10 シスメックス									
D会場 第6会議室(3階)					ランチョン セミナー 12:10-13:10 GEヘルシア ジャパン				運営委員会 15:20-16:20					
ポスター会場 県民プラザ(1階)			ポスター掲示		撤去									
展示会場 ロビー(2階)			企業展示											
ホスピタリティーム 第7会議室 (3階)			ホスピタリティーム 東芝医療情報システムズ											

本(司)...

てき...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

1月20日

座長：松田

...

...

...

...

...

...

...

...

...

プログラム

基調講演

大学病院の現状と課題について

1月20日（金）11：00～12：00 A会場（サブホール）

演者：玉上 晃（文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室 室長）

A-1、A-3 情報交換会

災害対策

<情報交換会 A>

1月19日（木）10：00～11：30、 A会場（サブホール）

東芝医療情報システムズ株式会社、富士通株式会社

<情報交換会 B>

1月19日（木）16：00～17：30、 A会場（サブホール）

日本アイ・ビー・エム株式会社、日本電気株式会社

総合司会：木村 通男（浜松医科大学医学部附属病院）

構成は例年通り、発表が半分を超えない程度おこなっていただき、質疑の時間を十分にとります。他ベンダの方々、ユーザの方々の参加も歓迎いたします。

テーマは「災害対策」とします。対象は幅広く、事例報告、電源やネットワークなどインフラ整備、機器の災害対策、情報のバックアップ（リモート含む）、発災時の診療支援、被災施設への支援、施設内・地域内統合指令体系、Business Continuation Plan, Recovery Plan、など、関連するものを広く扱うこととし、参加者に有益な情報を提供することを目的とします。

「災害」は自然災害に留まらず、ネットワーク事故、サイバーテロ、機種交換（特に異社間）など、人災に当たるものも対象とします。

A-2 病院マネジメントセッション

1月19日（木）13：15～15：15 A会場（サブホール）

座長：竹田 幸博（東京大学医学部附属病院）

山崎 哲朗（愛媛大学医学部附属病院）

演者：足立 裕史（名古屋大学医学部附属病院）

川村 篤（名古屋大学医学部附属病院）

上條 由美（昭和大学大学院保健医療学研究科）

渡邊 一義（筑波大学附属病院）

池田 一郎（筑波大学附属病院）

富田 有一（東北大学病院）

山本 公一（神戸大学医学部附属病院）

陰山 陽介 (神戸大学医学部附属病院)

石坂 雅志 (神戸大学医学部附属病院)

本セッションは、近年は「病院の経営分析」、「人材養成」などを主なテーマとしてきました。

平成23年3月11日に発生した東日本大震災に対し、全国の大学病院が重層的な連携の下、長期にわたる医療支援を行いました。災害時に果たした大学病院の種々の機能を紹介するとともに、医療支援を通じて得られた教訓や課題、その対応策や改善方法を検討することは、災害に強い大学病院の在り方のマネジメントにつながります。

全国国公立大学病院に「震災(クライシス)マネジメント」～東日本大震災に対する大学病院の取組と得られた教訓～をテーマとした各取組を募集いたしました。そのうち5つの大学病院に発表をお願いします。

セッション前半は、これらの大学病院から、各病院が行った取組事例についての発表をしていただき、セッション後半は、会場参加者とともにディスカッションを行い、災害時に大学病院が果たす役割、教訓や課題、その対応策や改善方法について検討していきたいと思えます。

事務部主催のセッションではありますが、病院事務職員だけでなく、全ての医療従事者、また病院関係者でない方々にとっても有意義なセッションになるかと思えますので、皆様ぜひご参加ください。

また、本セッションとは別に、同テーマによりポスターセッションも行います。こちらもぜひご覧いただければ幸いです。

A-4 テーマセッション

医療情報にかかわる本音の controversy -電子カルテ、DPC、クリニカルパスの光と影-

1月20日(金)9:30~11:00 A会場(サブホール)

座長: 松田 晋哉(産業医科大学医学部)

石原 謙(愛媛大学医学部附属病院)

演者: 石原 謙(愛媛大学医学部附属病院)

武田 理宏(大阪大学医学部附属病院)

若田 好史(九州大学病院)

奥原 義保(高知大学医学部附属医学情報センター)

松田 晋哉(産業医科大学)

コーディネーター: 石原 謙(愛媛大学医学部附属病院)

電子カルテのいわゆる三局長通知で要請される「真正性・見読性・保存性」は、コンピュータウイルス感染時あるいはデータ領域にまで及ぶシステムトラブルの発生時に

は、現実的には守れない。それどころかシステム更新の際には同一ベンダーであっても移行作業の際には完全に破綻している。そろそろ現場から、現実的なガイドライン策定の声を上げるべきではないだろうか。そもそもシステム更新の際に、自院電子カルテの蓄積データが異なるベンダーへの移行の妨げになるようでは本当の情報化とは言えない。病院経営的にも著しい不利益をもたらすことは言うまでもない。電子カルテ普及が進行中の今、この問題の解決は焦眉の急だ。

医療費抑制のツールである DPC は決定事項として仕方がないのか？ 大変な手間暇がかかるし、萎縮医療をせざるを得ない現実が発生している。医療情報関係者には、DPC でのデータを目の前にしてデータ解析に燃える Excel 病や Access 病の罹患者が多いが、その前に支払いに直結した DPC のデータは解析に値するのか？ から始まり、日本に抑制ツールたる DPC が必要なのか？ という真剣な疑問をこそ、大学人は持つべきだ。

クリニカルパスを臨床現場でスムーズに適応できる疾患・患者割合はおそらく 2 割程度だが、整形外科や各外科系での予定手術での便利さが他の全疾患に適応できる筈もない。またクリニカルパスが完成しても、日進月歩の医療に対応させるために年毎に改訂する作業の人的・経済的コストを冷静に判断すると、毎年数十例以上の該当患者が居る病院以外ではパスの作成と維持はナンセンスだ。まして、地域クリニカルパスが適応できてそのメリットがデメリットを凌駕する疾患や地域は本当に数えるほどしかない。パスを自己目的化してはならない。

日本の国民皆保険という医療サービス制度は世界一である。その世界一のサービスは、我々医療人が先進国中最低の医療費 GDP 比で頑張っているという献身によって、目下のところかろうじて支えられている。だがこのままでは医療界も医療を支える医薬・医療機器産業や情報産業までも疲弊してしまう。今の医療費は、マクロにもミクロにも外科系の技術料を中心に 1.5 倍以上にさせるべきだ。そのための原資は、日本国民が毎年私的に民間保険会社に 50 兆円の保険料を支払っている事実をみても、日本には充分にある。

この認識をまず我々医療人が持ち、さらには一般国民やマスコミそして政治家に伝えて行かなければならない。

B-1 病院情報システムセッション

患者情報の信憑性を阻害する要因の検証に基づく病院情報システムの再構築

1月19日(木) 10:00~11:30 B会場(真珠A)

座長: 合地 明(岡山大学病院)

木村 映善(愛媛大学医学部附属病院)

演者: 石川 澄(広島大学病院)

津久間秀彦(広島大学病院)

合地 明 (岡山大学病院)
奥原 義保 (高知大学医学部附属医学情報センター)
栗原 幸男 (高知大学医学部)
木村 映善 (愛媛大学医学部附属病院)
コーディネーター: 木村 映善 (愛媛大学医学部附属病院)

我々は教育研修病院が研究・教育・そして医療における社会的使命を果たすために、その屋台骨となる医療情報システムを開発し、「医療プロセスの電子化」を推し進めてきた。診療の場で発生する情報を電子的に記録するとともに、検査、放射線、薬剤部門などの中央診療部門との連携や、保険基金への診療報酬請求業務の効率化に対して一定の成果を上げてきたし、その過程において医療情報システムには膨大な医療保健情報が蓄積されるようになった。

しかし、この蓄積された医療保健情報のデータ量は多いが、医療の質、特に患者の医療安全に対しては、そのデータ量に比肩した貢献を果たしていると言えるだろうか？医療の質を改善すべく、臨床判断支援や医療従事者間での情報共有を促進する「一次利用」、臨床評価指標や臨床研究等の基礎データを提供する「二次利用」における要望に対して、現在の医療情報システムは応えられているだろうか？また、最近の広域震災における医療の継続性も課題になっているが、その継続性を支えるものになっているだろうか？

これらの課題は電子医療記録の「信憑性」を如何に担保していくかということに帰結すると思われる。本セッションでは、「信憑性」は4階層の「物語性」「一覧性」「連続性」「正確性」より構成されるという理論を提唱し、今後の大学附属病院における医療情報システムが取り組むべき課題を整理したい。

B-2 診療情報管理士セッション

診療情報管理の光と影－医療の現場を支える診療情報管理業務の実情と将来像について－

1月19日(木) 13:15～14:45 B会場(真珠A)

座長: 佐藤 弥 (山梨大学医学部附属病院)
長浜 宗敏 (大阪大学医学部附属病院)
演者: 松井 孝文 (愛媛大学医学部附属病院)
野村 俊子 (大分大学医学部附属病院)
佐藤 弥 (山梨大学医学部附属病院)
北村 臣 (関西医科大学附属枚方病院)

コーディネーター: 長浜 宗敏 (大阪大学医学部附属病院)

診療録管理体制加算やDPCの導入、病院機能評価での診療情報管理の重要性など

から、大学病院における診療情報管理士の需要は拡大し、専門職としての必要性が広く認識されるようになりました。しかしながら、雇用形態や配置状況は、医療機関によって大きな違いが見られます。

本セッションでは、診療情報管理業務を中心に、がん登録、疾病統計や各種分析データの作成、診療録の監査など、広範囲に及ぶ業務に従事、または管理されている各シンポジストから、それぞれの医療機関が抱える問題点や課題、それに対する取り組み方法について報告して頂きます。

また、大学病院診療情報管理士連絡会が実施した最新の調査結果について報告します。

後半のディスカッションでは、診療情報管理業務を行う為の理想的な組織作りや、現状とのギャップを埋める為の取り組み方法について、会場の皆様との意見を交えながら議論したいと思います。また実務者や病院管理者の立場から、大学病院における診療情報管理士の将来像やキャリアプランについて提案できればと考えます。

B-3 治験セッション

治験のIT化～光と影～

1月19日(木) 16:05～17:35 B会場(真珠A)

座長: 古川 裕之(山口大学医学部附属病院)

永井 将弘(愛媛大学医学部附属病院)

演者: 古川 裕之(山口大学医学部附属病院)

小宮山 靖(ファイザー株式会社)

山下梨沙子(愛媛大学医学部附属病院)

氏原 淳(北里大学北里研究所病院)

コーディネーター: 永井 将弘(愛媛大学医学部附属病院)

大学病院における治験・臨床試験をとりまく環境においても、IT化、ネットワーク化の流れが押し寄せてきている。しかし、本セッションのテーマである「治験のIT化～光と影」が示すようにIT化により一部効率的になった反面、バリデーション基準、規制、運用面、互換性、コスト等の問題などにおいて対処すべき課題も多い。本セッションでは、(1) 変化する大学病院に要求されている臨床研究の実施環境、(2) スポンサー企業ごとに異なるデータ収集プロセスのため現場に煩雑さをもたらしている現状と治験データ標準化への取り組み、(3) 大学病院での治験実施における電子カルテベンダー変更への対応と電子化への取り組み、(4) IT活用による大学病院における治験・臨床研究関連業務の効率化への取り組みについて講演していただき、治験・臨床試験におけるITの有用性と課題について議論していきたい。

B-4 看護セッション

患者参画型看護を支える情報システム

1月20日(金) 9:30~11:00 B会場(真珠A)

座長: 宮井 千恵(高知大学医学部附属病院)

田淵 典子(愛媛大学医学部附属病院)

演者: 小林優梨子(鳥取大学医学部附属病院)

北林 正子(富山大学附属病院)

中西 智子(熊本大学医学部附属病院)

森脇留美子(愛媛大学医学部附属病院)

コーディネーター: 山下 真代(愛媛大学医学部附属病院)

患者・家族を中心とした質の高い医療を実現するためには、医療に携わるスタッフが、より専門性を高め、協働し、再統合を図ることが重要である。同時に、患者を常に「生活者」として捉え、地域でその人らしく生活するための支援が今後の大きな課題ともいえる。今後チーム医療は、病院から地域を含めたフィールドを視野に入れ充実させることが必要となる。

チーム医療を推進するためには、医療の本質にある「信頼」という関係を築き、看護の力を発揮し、医師、コメディカルとの協働によるスキルミックスによって、医療ニーズに応える活動を展開することが大切である。そして、職種による専門性をもつ各自が、コミュニケーションを介して目的を共有し、明確な役割分担の中で成果を生み出すことが求められる。個々の能力を発揮し、自らの判断を情報として提供し、共有・活用することによりチーム活動の循環が良好となる。チーム医療の中心に患者・家族が存在するためには、互いの情報を共有し、自由にコミュニケーションし協働することが大切である。

今回のセッションにおいては、患者(家族)参画型看護をさせるための情報の観点からの発表を参考に、今後のチーム医療のありかたについて論議して頂きたい。

C-1 薬剤セッション

薬剤システムの新たな飛翔—現状を踏まえて—

1月19日(木) 10:00~11:30 C会場(真珠B)

座長: 宮村 充彦(高知大学医学部附属病院)

荒木 博陽(愛媛大学医学部附属病院)

演者: 高田 敦史(九州大学病院)

椎木 芳和(鳥取大学医学部附属病院)

下堂 蘭 権洋(鹿児島大学医学部・歯学部附属病院)

コーディネーター：守口 淑秀（愛媛大学医学部附属病院）

薬剤セッションでは『薬剤システムのあらたな飛翔—現状をふまえて—』のテーマのもと、各施設におけるシステム上の工夫の紹介と、処方せん記載方式の変更への対応に関して情報提供をしてもらい、将来に向けた意見交換を行う。

まず、現状の問題として九州大学からは各施設で算定数が伸び悩んでいる退院時指導加算に関して、自己作成による「薬剤情報管理指導支援システム」を用いて好成績をあげている内容について、鳥取大学からは、書類ベースや外部システムにより対応している施設が多い血液製剤の LOT 管理記録作業を、病院情報システム本体内で処理できるように工夫した「血液製剤 LOT 管理記録システム」について紹介してもらおう。また、将来への問題として、各施設とも処方せんの新記載方式への対応に準備を進めているものと思われる。この件に関して日本医療情報学会から「処方オーダーリングシステム用標準用法マスタ仕様（内服および外用編）20100819b」が既に公開されているが、平成 23 年 9 月に日本薬剤師会、日本病院薬剤師会から、「内服薬、外用薬に関する標準用法用語集(第 1 版)」が公開され、マスター関連の仕様が一応固まり各ベンダーとも作業が加速すると思われる。鹿児島大学では平成 24 年 1 月に過渡的措置方式(1 回量と 1 日量併記)ならびに標準用法設定での運用が予定されているので「処方せん記載方式の改変への対応」に関して、先陣施設としての準備段階の御苦労や、運用後の状況や問題点（場合によっては進捗状況）等について紹介してもらおう。

C-2 地域連携セッション

大学病院の地域連携マネジメントの現状と今後の展望

1 月 19 日（木）13：15～14：45 C 会場（真珠 B）

座長：松本 武浩（長崎大学病院）

櫃本 真事（愛媛大学医学部附属病院）

演者：川崎 浩二（長崎大学病院）

小林 利彦（浜松医科大学医学部附属病院）

鈴木 裕介（名古屋大学医学部附属病院）

内藤 純子（神戸大学医学部附属病院）

長野宏一郎（東京大学医学部附属病院）

コーディネーター：櫃本 真事（愛媛大学医学部附属病院）

全国国立大学病院の院内外の連携に関する実際の取り組みを通じて、現状の問題点や活動の評価、及び全国的に推進すべき今後の展望についてディスカッションすることとしている。国立大学病院の連携担当部門の現状・活動報告、国立大学連携部門連絡会議や医療連携研究会及び国際連携プロジェクトなどの全国ネットワークの現状報

告、各大学の独創的・先駆的な活動報告などから、①患者・家族のニーズに応じた前方・後方支援 ②連携推進のための人材育成 ③地域資源のマネジメント ④大学間連携による調査研究及び評価 ④患者を生活に戻すためのチーム医療などを検討して、“医療を生活資源に”をミッションとした今後の病院の方向性や、連携担当部門の役割についても言及したい。

C-3 部長会セッション

情報システムが医療安全に寄与できること、できないこと

1月19日(木) 14:45~16:15 C会場(真珠B)

座長: 井上 裕二(山口大学医学部附属病院)

コーダ: 近藤 克幸(秋田大学医学部附属病院)

演者: 太田 吉夫(岡山大学病院)

遠藤 晃(北海道大学病院)

松本 武浩(長崎大学病院)

指定発言: 近藤 克幸(秋田大学医学部附属病院)

白鳥 義宗(岐阜大学医学部附属病院)

コーディネーター: 石原 謙(愛媛大学医学部附属病院)

医療安全・質向上は病院診療の基本であり、医療現場では地道な努力が積み重ねられています。病院情報システムを通じた医療安全への取り組みは診療業務の情報化、システム化を推進し管理運営する部門にとって最も重要な課題であり、入院時の持参薬取扱いの標準化、RFIDのような新しいデバイスの活用、オーダ入力時に予期される危険の通報など、医療安全に向けた新たな情報システムの活用は多岐にわたります。しかし、大学病院の医療安全管理委員会に出されてくる「ひやり・はっと」の事例は、与薬のミス、指示変更の見落とし、診療情報提供の際のFax誤送信、など、情報システムそのものが内包する問題に起因するのでは、といえそうなものも多々あり、一方では、情報システムに過度に依存する業務運用は医療者の気づきを妨げて問題を潜在化させる、という指摘もあります。

本セッションでは、病院の情報化・システム化が医療安全にどのように寄与したのか、これまでの取り組みを冷静に振り返ってみて、今年の会議のテーマにそって「光と影」を議論の主題とします。医療安全の環境整備に取り組んでおられる現場から本音の苦勞を紹介いただき、パネルディスカッションを通して今後の取り組みを考えるきっかけにして頂きたいと願っています。

2) 医科で使用

3) 歯科の保険

4) 歯科の自費

C-4 医療情報技師セッション

大学病院における医療情報部門と医療情報技師の在り方について

1月20日(金) 9:30~11:00 C会場(真珠B)

座長: 松村 泰志(大阪大学医学部附属病院)

木村 映善(愛媛大学医学部附属病院)

演者: 松村 泰志(大阪大学医学部附属病院)

中川 肇(富山大学附属病院)

成清 哲也(東京医科大学病院)

宮本 正喜(兵庫医科大学情報センター)

入江 真行(和歌山県立医科大学附属病院)

コーディネーター: 木村 映善(愛媛大学医学部附属病院)

電子カルテシステムの時代となり、病院情報システムの重要性は以前と比較して格段に大きくなっています。システムが停止してしまうと業務は完全に停滞し、多大な経済的損失が発生することは、これまでのシステム障害事例をみても明らかです。また、システムの作りが悪いと、医療の効率性が落ちるだけでなく、安全性にも影響がでてしまいます。このように医療情報部門が病院や医療の安全な運用に関して背負う責任は大きくなっており、また運用責任だけでなく、DPCやクリニカルパスなど医療プロセスの可視化と説明責任がいよいよ求められる時代ですが、大学附属病院において電子カルテシステムの導入が完了しているにもかかわらず、臨床評価指標や医療の質改善に直結するデータを出せるシステムが少ないのが現状と言えます。このような状況が生じている理由の一つに医療情報の一次・二次利用を見据えたシステムの企画・開発・運用を担当していく専門組織や情報管理体制が未成熟であるということが考えられます。

この重要なシステムを維持・発展させていくためには、情報管理部門に高度な専門的知識をもつ人材を配備する必要があります。医療情報技師認定制度はこのような問題意識を背景として2003年に創設され、上級医療情報技師も増加しつつあります。

今回のセッションでは、大学附属病院の医療情報部門を実際に統括している先生がたに、医療情報部門が担っているミッションと、その医療情報部門の職員にも求められる人材像について紹介して頂きます。そして、医療情報技師がこれらの医療情報部門の在り方にどのように関わっていくべきか、またどのように評価されるべきか、今後のビジョンについて議論します。

D-1 歯科セッション

病院における歯科情報システムの構築方法について

1月19日(木) 10:00~11:30 D会場(第6会議室)

座長: 森本 徳明(広島大学)

演者: 森川 富昭(徳島大学病院)

演者: 伊藤 豊(北海道大学病院)

演者: 新美 奏恵(新潟大学医歯学総合病院)

玉川 裕夫(大阪大学歯学部附属病院)

瀧川 智義(日本大学歯学部附属歯科病院)

コーディネーター: 中城 公一(愛媛大学医学部附属病院)

歯科大学病院独自の医事会計システムが、医科のシステム更新に合わせて、医科のオーダリングシステムから歯科診療情報システムの構築が行われ、約20年になる。当初は、歯科独自の医事会計システムに、医科で開発された処方、検査、入院、給食システム等が歯科用に改修されて導入されると同時に、外来中心であり歯科の保険制度に合わせた、歯科病名処置オーダエントリシステム等が開発されてきた。

しかし、この10年で、医科での電子診療録への流れ、および医科と歯科の病院統合によるシステムの変更、それによる歯科の電子診療録への移行に伴い、オーダではなく診療録の記載のためのツールや歯科特有の口腔内写真や歯科用レントゲンフィルム取り扱い等、新しい課題が発生してきた。

また、歯科用レセコンでは当然のベンダによる保険改正時のマスタ、システム変更が、独自開発の大学病院では、各施設、担当ベンダ双方で大きな負担となっている。

このような問題に対応するため、1) 今まで通り、医科・歯科同一ベンダでより使いやすい歯科システムの開発を続けている施設、2) 医科と異なるが歯科システムの経験豊富なベンダと契約し医科システムとの連携を図る施設、3) レセコン機能を取り入れるために歯科レセコンベンダと契約し医科システムとの連携を図る施設、4) 通常の歯科レセコンベンダでは持っていないオーダリングシステムや入院システムを、一から指導して構築する施設、などの取り組みが行われている。

今回のセッションでは、この4つの代表的な開発事例として実際に稼働している歯科大学病院の演者の方に、

- 1) 歯科特有のユーザインターフェース(歯式、1号用紙、2号用紙等)
- 2) 医科で使用している機能の利用(入力、参照、感染症・禁忌チェック等)
- 3) 歯科の保険診療への対応(入力、取り漏れ、算定チェック、レセプトチェック等)
- 4) 歯科の自費診療への対応

- 5) 各種統計データ、帳票の作成
 - 6) 医療記録としての正当性（共同指導等への対応等）
 - 7) マスタ・システムメンテナンス（特に保険改正時）
 - 8) データの保存
 - 9) データの二次利用
 - 10) 開発コスト・期間・人員（大学およびベンダの体制を含む）
- について、開発・導入方法、運用の利点、欠点についてお話しいただく予定です。
今後の大学病院の歯科システムの構築のあり方、また、電子診療録を目指す医科大学の歯科システムの導入の方向を示すことができると考えております。

総会

1月20日（金）13：20～14：50 A会場（サブホール）

ポスター展示

掲示：1月19日（木）10：00～15：20、15：50～17：00

1月20日（金）9：30～12：00

立合：1月19日（木）15：20～15：50

撤去：1月20日（金）12：00～12：30

ポスター会場（1階「県民プラザ」）

ランチョンセミナー1

クラウドで何が変わるか？－医療情報システムのクラウド化の経験から－

1月19日（木）11：45～12：45 B会場（真珠A）

座長：紀ノ定保臣（岐阜大学大学院医学系研究科医療情報学）

演者：山下 芳範（福井大学医学部附属病院医療情報部）

共催：日本アイ・ビー・エム株式会社

ランチョンセミナー2

事務サイドから進める業務改革（診断書、持参CD、診療情報提供書）（仮）

1月19日（木）11：45～12：45 C会場（真珠B）

座長：本多 正幸（長崎大学病院医療情報部）

演者：渡辺 宏樹（東京大学医学部附属病院企画情報運営部）

共催：株式会社ピーエスシー

ランチョンセミナー3

次世代医療のセキュリティを支える基幹技術

1月19日(木) 11:45~12:45 D会場(第6会議室)

座長: 木村 映善(愛媛大学医学部附属病院医療情報部)

演者: 澤 勉(KRDコーポレーション株式会社開発部)

「完全なトレーサビリティをはじめて実現する技術—セラミック IC タグ—」

玉井 成知(株式会社シー・エス・イー ICT本部)

「いつでもどこでも MY 診察室を実現する認証技術

—クラウドベースでのセキュアマトリクス認証—」

共催: 株式会社パルソフトウェアサービス

ランチョンセミナー4

クラウド時代の院内 LAN

1月20日(金) 12:10~13:10 B会場(真珠 A)

演者: 山下 芳範(福井大学医学部附属病院医療情報部)

共催: アライドテレシス株式会社

ランチョンセミナー5

診療支援部門に求められるマネジメント力とリーダーシップ

～検査室のモノづくりからサービス開発への変貌～

1月20日(金) 12:10~13:10 C会場(真珠 B)

演者: 吉田 隆志(シスメックス株式会社国内事業推進本部

トータルソリューション部)

共催: シスメックス株式会社

ランチョンセミナー6

1月20日(金) 12:10~13:10 D会場(第6会議室)

座長: 未定

演者: 未定

共催: GE ヘルスケア・ジャパン株式会社

スイーツセミナー

進化する地域医療連携システム「カルナコネクト」で高度医療機器の有効活用を目指す！

—大学病院における近隣病院への検査依頼連携の効果と今後の展望—

1月19日（木）15：15～16：00 B会場（真珠A）

座長：宇宿功市郎（熊本大学医学部附属病院医療情報経営企画部）

演者：山下 康行（熊本大学医学部附属病院画像診断・治療科）

共催：富士フイルムメディカル株式会社

各種委員会

医療情報部長会・幹事会

1月18日（水）16：00～17：00 道後温泉ふなや「光輪」の間

医療情報・企画関連部長会

1月18日（水）17：00～19：00 道後温泉ふなや「光輪」の間

大学病院診療情報管理士連絡会

1月19日（木）16：00～17：00 第1会議室（2階）

UMIN小委員会（薬剤）

1月19日（木）13：20～15：20 D会場（第6会議室）

UMIN小委員会（事務）

1月19日（木）15：30～16：20 E会場（第4会議室）

UMIN小委員会（幹事会）

1月19日（木）16：30～18：30 D会場（第6会議室）

運営委員会

1月20日（金）15：20～16：20 D会場（第6会議室）

企業展示

1月19日（木）10：00～17：00

1月20日（金）9：30～12：00

展示会場 2階ロビー

ホスピタリティルーム

1月19日（木）10：00～17：00

1月20日（金）9：30～12：00

3階 第7会議室

東芝医療情報システムズ株式会社