

日本・岡山篇

日本・岡山篇 目录

1 日本国民看病流程	3
· 事例：一位腹痛呕吐患者的夜间就诊	
· 说明：患者的就诊程序・健康保险・患者在医院窗口应办理的手续等	
2 医疗机构的患者应诊	5
· 事例：一位腹痛呕吐患者的急诊住院	
· 说明：医师业务・护士业务・医疗机构的患者信息管理・医药费用保险支付申请等	
3 日本的急救医疗	8
· 说明：急救医疗体系	
· 事例：医院急救门诊夜间值班医生的业务	
4 医师	11
· 说明：医师临床研修规定	
· 事例：一位研修医的自我介绍	
5 护士	13
· 说明：护士的培养及护理级别	
· 事例：急性期医疗医院住院部护士的业务	
6 医疗技术人员及团队医疗	17
· 说明：概要及代表性职种	
7 地方医疗的确保	19
· 说明：冈山县内的医疗体系	
· 事例：一位医院院长眼中的地方医疗	
8 医院的经营及医院的功能	22
· 说明：概要	
· 事例①：冈山县精神科医疗中心医院概况	
· 事例②：冈山旭东医院概况	
9 社会保障制度及医疗制度	27
· 说明①：日本的社会保障制度及健康保险制度概要	
· 说明②：「社会保障制度改革国民会议」报告所示今后医疗制度改革的方向	
10 日本的精神科医疗	31
· 说明：日本的精神保健制度及精神科的团队医疗	
11 日本的医药制度及临床研究	34
· 说明：日本医药制度及医药品的开发	
· 事例：抗精神病药氯氮平的开发过程	
12 日本汉方医学	37
· 说明：概要	
13 日本滞留交流时的注意事项	39
· 说明：一般注意事项及《临床训练制度》	
14 元气团（资料）	40

*《日本·冈山篇》通篇有关注释：

- 1 通篇记述内容截止 2013 年 12 月 31 日有效。
- 2 第 1、2、5 章中的医药费用具体结算方法例示、该结算规则及结算基准价（各项目的医药费用点数、药价等），以截至 2013 年 12 月 31 日现行的规定为准。
- 3 本《便览》由“地方独立行政法人冈山县精神科医疗中心”编辑，该法人的中文翻译名称，指法人时译为“冈山县精神科医疗中心”；指该法人运营的医院时，依照医院规模按中国通称译为“冈山县精神科医疗中心医院”。
- 4 第 12 章〈日本汉方医学〉的大部分内容是根据下面的渡边贤治先生（庆应义塾大学环境情报学部教授・医学部兼任教授）的著作改写的。
【汉方医学】（讲谈社知识丛书）2013 年
【日本人不知道的汉方功效】（祥传社新书）2012 年

I. 日本·冈山篇

1 日本国民看病流程

首先，通过一个常见的急诊实例来说明一下日本患者是怎样在医疗机构就诊及负担哪些费用。

本手册中所举事例均依照事实，但按照个人信息保护规定，在参考实例之上略有修改。

【事例】

一位腹痛呕吐患者的夜间就诊

患者是居住在冈山邻县的 35 岁家庭主妇。某年某月某日，因出席亲戚的葬礼来到冈山。傍晚突然腹痛并呕吐数次，静卧一阵不见好转。听说冈山市内 N 病院有夜间急诊，遂打电话向医院询问，医院回答可以接受就诊。患者因腹痛未能进食晚餐。

20:00 时分，患者由家属（她母亲）陪伴乘出租到了 N 医院。先是负责急救门诊的护士请其出示健康保险证，确认其姓名、年龄、性别、地址等，然后让其进急诊室。值班医生赶来急诊室，开始为其诊查。

医生先询问其病因和症状，患者忍着腹痛说：“中午吃的炒饭和面汤，傍晚开始呕吐并同时肚子疼。”医生一边听其述说一边查看她的心率、血压、呼吸状态及体温，接着诊查了她的腹部。因她腹痛较重，遂指示护士打静脉点滴，点滴里含有镇痛药、止吐剂。

20:20 时分，医生向患者说明：“诊查的结果，重病的可能性不大，大概是急性胃肠炎。已经做了对危处理，不必急于进行血液检查和影像检查，请先在医院休息一下，看看情况。”然后给患者开了护胃的药，叮嘱其服下，静坐休息。

21:50 时分，患者在门诊休息室休息了一会儿后，说：“好多了，想回家。”医生再来急诊室诊查了她的腹部，同意其回家。医生告诉她：“今天晚上不要吃饭，我给你开两天的胃药和镇痛药，镇痛药只在腹痛时服用。现在外面的药房关门了（日本有的医院药房在医院外独立经营），医院内备药给你。”

22:00 时分，患者拿了药，在医院收费处付了钱，然后和家属一起乘出租回到自己的住处。

【说明】

患者的就诊程序·健康保险·患者在医院窗口应办理的手续等

在日本所有国民都要加入健康保险，此规定被称为“国民皆参保”。强制性参加，不可任意选择。原则上，医药费的 30% 自费，70% 由健康保险支付，但 75 岁以上的老年人适用《后期老龄医疗制度》，该制度自费负担额原则上为 10%。详细请参考〈第 9 章 社会保障制度及医疗制度〉。

在日本几乎所有的医疗机构都是可以使用健康保险的“保险医疗机构”。只要出示证明自己已参保的“健康保险证”，就可以享受健康保险，在哪个保险医疗机构都可以就医。

但是，日本不同于中国的是，没有挂号时选就医师的规定，无论看哪个医师，无论医师级别高低，所需挂号费都是相同的。患者自己提出希望就诊某位医师，或拿有其他医疗机构介绍信，推荐就诊某位特定医师的情况也有，但最终由哪位医师接诊，一般由医院决定。

在医疗机构看完病后，就诊患者要在等候室等候，其间收费处计算其当天的医药费额，向就诊人提示自费负担金额的费用单（一般患者为 30%、后期老龄制度适用患者为 10%），就诊人付费后即可离开医院。

医疗机构每月都要把所有就诊患者的医药费做一统计,患者一人一张医药费用明细计算单(医务人员一般称之为“处方明细”),处方明细上要记明医药费明细计算过程,作为医院向保险机构申请患者自费额以外的、保险费用支付的凭据。

但各医疗机构实际上并不直接向各保险机构申请支付,而是先把处方明细寄送到“保险支付审核机构”申请支付。

医药费的计算方法依据所规定的治疗、药剂标准明细价格表算出。医疗价格表是日本全国统一标准,被称为“医药费用点数表”;其中的药剂价格健康保险支付额也是全国统一,被称为“药价标准”。

医药费用点数表的1点相当10日元,费用合计:“点数 \times 10日元”。比如,以前述患者为例,因是夜间急诊,急诊费加上初诊费合计355点;药剂费用:点滴输液、止吐剂、镇痛药、胃黏膜保护剂及院内配药费合计645点,共计:1000点 \times 10日元=10000日元。医院向患者征收相当于30%的3000日元,剩下的7000日元向保险支付审核机构申请支付。

话题重新回到就诊后的患者身上,大多数医生给患者开药方,但开方有两种。第1种是医生把开的药方交给患者,由患者拿着药方到医疗机构外面的药房去取药,这叫“院外处方”;第2种是由医疗机构内的配药房根据医师的药方备好药,在医疗机构的取药处把药直接交给患者,这叫“院内处方”。无论哪种,药房的药剂师都必须向患者做必要的说明。另外给患者配药叫“调剂”。现在大多数医疗机构都采用院外处方方式。但是,急诊时基本上是院内处方。前例患者就是院内处方、院内调剂配药。

另外,让患者本人掌握其所花医药费总额及其明细是很重要的,所以大多数医疗机构在患者付费时,都把医药费用明细计算单交给患者。而且,很多保险机构都定期向参保者个人发出其所花医药费总计金额和医疗内容的通知。

2 医疗机构的患者应诊

第1章的事例主要是从患者的角度记述的。下面为了诸位易于理解日本医师、护士的日常基本工作，举同一患者住院一晚为例，详细记述医师、护士采取的基本患者应诊措施。

【事例】

一位腹痛呕吐患者的急诊住院

一位35岁家庭主妇，某年某月某日，傍晚突然腹痛并呕吐数次，静卧一阵不见好转，患者因腹痛未进食晚餐。遂打算在有夜间急诊的冈山市内N病院就诊，打电话向医院询问后，由家属陪伴来到医院。

20:00时分，患者由家属（她母亲）陪伴乘出租到了N医院。先是负责急救门诊的护士请其出示健康保险证，确认其姓名、年龄等并输入进电子病历，然后让其进急诊室。护士让患者躺在急诊室病床上，值班医生从值班室赶来，开始为其诊查。医生先询问其腹痛起因，患者忍痛述说腹痛过程。医生问她是否饮酒、吸烟、怀孕等等，与此同时，护士做基本检查（血压100/60mmHg、心率60次/分、体温36.3℃、血氧饱和度（SpO₂）100%），皆属正常范围。

然后，医生开始诊查她的腹部，在电子病历上输入“腹部柔软、平坦，心窝处有轻度压痛，腹部听诊肠鸣音弱。”接着写下诊断：“虫垂炎、胃穿孔的可能性低。”

诊查中，患者不停地说：“疼、恶心。”护士遂按医生指示从急救门诊常备药架取出静脉输液配套器具、解痉灵及止吐剂，医生现场核实。护士从患者左臂打静脉点滴，并在静脉点滴里加入解痉灵、止吐剂。

急诊门诊点滴：乳酸林格氏液500mL 静脉点滴。点滴液里添加灭吐灵 Primperan (药品名) (成份：甲氧氯普胺 metoclopramide) 1袋 (10mg/2mL)。从点滴侧管（3向分叉的侧孔）注射一袋 (20mg/1mL) 解痉灵 Buscopan (药品名) (成份：丁溴东莨菪碱 scopolamine) 与20mL的生理盐水的混合液。

医生向患者说明：“诊查结果，不像是重病，初步考虑是急性胃肠炎，已经做了对症处理，不必紧急做血液检查和影像检查。今天晚上不要进食，你也可以回家，但是你要不放心的话，就在医院住一晚看看情况。”

患者说：“肚子还疼，我害怕，就住院吧。”就这样定下住院。医生向在等候室的家属又做了说明并开了当天和次日的药。药方是胃酸中和剂、黏膜保护剂和胃痛时的内服解痉片。

20:45时分，门诊护士随即和病房护士联系，定下病房。用担架车把患者移到四人一室的女病房，家属一起跟去。

住院期间的内服药处方：胃酸中和剂 Maalox (药品名) (成份：氢氧化铝和氢氧化镁的悬浊口服液) 饭后（未饮食时是指在通常的饮食时间内）服用；胃溃疡治疗药的达克普隆 O D 錠 Takepron (药品名) (成份：南索拉唑口溶片 lansoprazole) 晚饭后服一片30mg；胃痛时服用的解痉剂丁溴东莨菪碱 Buscopan (药品名) (成份：东莨菪碱 scopolamine) 口服一片10mg。

在病房护士简短地向患者和家属说明了住院的注意事项。23:00时分，护士查房时问了患者的情况，患者虽处于睡意之中，说：“好多了”；凌晨2:00时分，夜班的护士查房时，患者醒了，既不腹痛也未再呕吐；凌晨4:00时分，护士查房时，患者正睡眠中，呼吸平稳。

6:30时分，护士查房时，患者既无腹痛也无恶心，并核实其已排尿。体温36.5℃、心率60次/分、血压100/50mmHg、SpO₂97%、腹部听诊有肠鸣音。护士向住院部值班医汇报了患者状况，医生指示，可以吃早饭。7:30吃早饭，早饭后服药。

8:00时分，值班医回诊。患者说：“已经没事了，想出院。”遂许可其出院。

10:00时分，护士做出院前指导。告诉她，先从少量稀饭开始，不要吃刺激性食物，并交给她院内调剂的14天的治胃溃疡药和5次用解痉灵。

11:30时分，家属来接她，一个人步行出院。

【说明】

医师业务·护士业务·医疗机构的患者信息管理·医药费用保险支付申请等

如上例所示，在日常的诊疗中，医师需要做的是诊查、处置、指示护士、指示技师(检查项目)、制定治疗方案、开药方、向患者和家属说明诊查结果和治疗方案等重要事项并写病历等等。

护士的业务按法律规定是“诊疗辅助”和“疗养护理”，但这两条包括的业务范围很广，给患者做基本生命体征测量、按医生的指示用药(包括静脉注射)、做处置(静脉采血、导尿、吸痰等)、医生处置时的助理、院内的联络调节、向患者和家属做说明、住院患者的巡视、听患者的要求、写护理记录等等。在第5章，对护理业务再做详细说明。

近年来，电脑在医疗机构业务上的应用得到广泛普及，本文所列医院皆是用电脑管理诊疗记录、护理记录，这些记录一般被称为“电子病历”。

医疗机构保存的信息除了诊疗记录、护理记录以外，还有检查项目及结果、药剂处方、影像诊断、与其他机构互换的诊疗信息、诊断书、出院总结、向患者的书面告知和知情同意书、医药费用明细计算单等等。也有许多医疗机构只把诊疗记录写在纸上，检查项目、药剂处方等电子化。医药费用明细计算单在2011年以后被规定原则上要电子化处理。

在第1章对日本健康保险的医药费用保险支付申请做了简单的说明，下面以前述住院患者为例，具体计算一下费用明细金额。有关日本健康保险制度，详细另请参照第9章。

住院医药费用的保险支付有“各项合计”方式和“定额计算”方式。因规定极为复杂，大致来说，“各项合计”就是把患者各项具体的医疗点数、每个药剂价格点数合计起来。

例如，前述患者若按“各项合计”点数计算，则共计点数如下。

- 初诊费：包括夜间急诊费，合计355点。
- 药剂费：调剂费及药剂费合计447点。
- 注射费：点滴注射费及注射药剂费合计254点。
- 住院费：两天住院基本费计2321点/天×2天，还有一些附加费合计4812点。(住院基本费包括住院期间的医学管理费、护理费、疗养环境费等等。配置护士人数若不同、费用亦不同，这里的2321点是达到“7比1护理标准”(参考注释1)病区的住院点数。)
- 住院期间的伙食疗养费：640日元/餐(此费用通常用日元表示。因该患者只吃了一顿早饭，为640日元)。

上述两天住院费用合计：

$355+447+254+4812=5868$ 点(58680日元)、加上640日元，合计59320日元。

患者自费负担如第1章所述原则上为30%，但住院伙食疗养费自费每餐定额为260日元。

以下说明更加复杂。现在医院的住院费用按“定额计算”方式计算医药费用的较多。特别是2003年开始实施的以急性期住院医疗为对象的“疾病分类定额计算”(DPC)方式(参考注释2)，被日本全国有普通住院部医院的半数以上采用。

前述患者实际住院的“N医院”也是采用DPC方式，所以按DPC方式计算的住院医药费用如下：

首先，该患者被诊断为“急性肠胃炎”，按DPC，属于“食道、胃、十二指肠、其他肠炎(其他良性疾病)”的“病类”，这位患者没做手术，没有并发症(副伤病)，这种情况的一天住院费点数规定为

- A 住院1~3天 2608点/天
- B 住院4~7天 2014点/天
- C 住院8~15天 1712点/天

住院期超过15天时，按实际天数计算，但这时的住院基本费的单价极低，医院就想尽量避免C天数以上的住院。各“病类”数值的1天的点数及A、B、C的天数都不同。

简单来讲，用这个“病类1天的点数”乘上各医疗机构的系数（基本系数、功能评估系数Ⅰ、Ⅱ等，计算极复杂。），再乘住院天数，以1点=10日元计算住院医药费用金额。

前述患者因住院两天，其点数为：

2608 （所属病类天数的一天点数） $\times 1.2400$ （该医院的规定系数） $\times 2$ （住院天数） $=6468$ 点；

再加上定额以外的初诊费（包括夜间急诊附加费）355点，出院后的药费等391点，实际的申请费额为：

$6468+355+391=7214$ 点（72140日元）加上住院伙食疗养费640日元，合计72780日元。

这个住院费比前述“各项合计”方式计算的59320日元要高。因用DPC方式计算有利，所以积极改为DPC方式的医院较多。

同时，采用DPC方式计算医药费用额的医院，除了医药费用明细计算单以外，还必须向国家提交许多有关医疗的数据。因此，若采用DPC方式计算，医院要有效、恰当地处理数据，完善院内电子化设备，人员上也要配置医疗记录管理士等等。

申请医药费用保险支付时，需要进行如上述的极复杂计算作业。采用电子病历的医院，把施行的医疗、药剂和医疗材料输入到电脑，电子病历系统软件就会自动算出处方明细的费用金额。但是，有可能发生输入遗漏、输入错误等，所以每月申请医药费用保险支付时，通常医院的事务员要花费很多时间核对方明内容。

（注释1）7比1护理标准

护士的出勤制是白天班、晚班、夜班等等，时间段不同，病区里配置的护士人数也不同。全体平均起来，7位住院患者配置1人以上护士时，即达到“7比1护理标准”。（在第5章补充详细说明）

（注释2）疾病分类定额计算（DPC:Diagnosis Procedure Combination）

以急性期住院医疗为对象的医药费用定额计算标准。详细请参照第9章。

3 日本的急救医疗

【说明】

急救医疗体系

急救医疗体系中负责救护运送(运送中做应急处置)的消防机构和实施急救诊疗的急救医疗机构所起的作用尤其重要。日本急救医疗体系分为三个功能：“第1次急救”、“第2次急救”及“第3次急救”，各医疗机构分工合作承担，组成各地区的急救合作网络。

“第1次急救”(又叫“初期急救”)是夜晚或节假日、以自己来医院就诊的、病症比较轻的急诊患者为对象的急救，由各地方诊疗所轮流承担。

“第2次急救”是以救护车运送来的患者为对象，并能提供住院治疗，无论白天、夜晚或节假日皆能为重症患者提供医疗的急救，由数所医院轮流承担负责。

“第3次急救”是以病危患者为对象，一天24小时均可紧急施行复杂处置、手术等高度专门治疗的急救，由都道府县行政指定的“抢救·急救中心”等承担。

夜晚或节假日的急救诊疗需要配备值班医生、护士、诊疗放射线技师、临床检查技师、药剂师等等。

下面我将介绍一下承担第2次急救功能的急性期医疗医院夜晚值班医生的工作。

大多数负责急救的医院，一般医生夜间值班后，还要接着看白天的门诊，也有的要接着做手术，工作需要体力还得快速细致，所以要想方设法确保休息时间，非常辛苦。

【事例】

医院急救门诊夜间值班医生的业务

K医院的夜间值班医生是从傍晚18:00到次日早晨8:00负责救护车送来的患者及急诊门诊患者。

K医院规定，住院患者病情突变时由值班医生以外的医生负责；另外，值班医生需要其他医生援助时，可电话紧急联系非当班医生赶来医院救援。

某年某月某日，S值班医生夜间值班时共诊疗了以下7位患者。

第1例：18:20 家属陪同来医院的5岁女童

就诊理由

傍晚，左脚被夹在自行车车轮之间，脚跟骨后部的肌腱附着部位处有3cm的撕裂伤，由其父母带来医院。

医疗处置

仔细洗净后，诊查了其脚的活动程度，确定其肌腱没有损伤。为了保险起见，做了脚部单纯X线摄影，核实没有骨折。应急处置后，和其父母做了说明，叫其次日再来门诊看病。

第2例：18:40 救护车送来医院，就诊时姓名、年龄不详，女性。

就诊理由

在百货商店里，失去意识、口角流涎，店员发现后，叫救护车送来。

医疗处置

送来时，意识不清；对疼痛刺激有反应；呼吸匀整；打鼾；双侧瞳孔缩小、瞳孔等大；有自发动作；血压、体温、血液检查、心电图无特别异常。

开始作为身份不明者对待，但是本人所持提包内手机呼声响起，护士应答，是其母亲来的电话，即叫其母亲来医院。遂判明姓名、住址、年龄。30岁，有过大量服用睡眠药的经历。这次外出前也服用了大量的睡眠药。起初考虑实施头部MRI（核磁共振图像诊断）检查，但听到上述情况，决定不实施MRI，先暂持续观察。其家属19:30到医院。这样家属一直在静养室守护到过了23:00，因意识恢复家属遂带其回家。

第3例：19:30 家属陪伴来医院的80岁女性

就诊理由

在家晚饭后，突然头晕目眩，以往从来无此经历，并且伴有呕吐。她儿媳陪其来医院。

医疗处置

意识清醒；头晕目眩、恶心。但诊查上，无其他异常。

先给予乳酸盐格林液点滴，然后输液7%碳酸氢钠（小苏打）20mL和止吐剂。接着实施头部MRI检查。虽有与年龄相应的老龄性变化，但和头晕没有必然的关系，诊查结果：无出血、梗塞、肿瘤等异常。将MRI影像向患者及家属做了说明。患者本人因还有症状比较担心，要求住院。家属也要求住院。和病房联系后，安排其住院。（这个患者结果次日上午出院。）

20:30时分，诊疗告一段落，S值班医生一看没有新患者来院，就急奔职员食堂进晚餐。晚餐当中，负责急救门诊的护士呼叫说，有救护车联系：意识不清的老年人，可否接受。回答：可以。

第4例：21:20 救护车送来医院的85岁男性

就诊理由

患者被运来时，意识不清。据急救队员讲，晚饭后，突然失去意识，呼叫救护车。据随后到的家属（同住的长子及长媳）讲，晚饭后和家人说话时很正常，但20:00时，正要上厕所就突然摔倒，失去了意识。

医疗处置

疼痛刺激时手足稍动，但昏迷不醒；双眼瞳孔大小不同，均无光反射，并同向右凝视；呼吸稍不整；血压140/80mmHg；心率80次/分；吸氧5L/分，SpO₂回升到100%。开始乳酸盐格林液点滴。动脉抽血血液检验结果，血液氧化物、酸碱平衡都没有大问题；心电图检查有轻微室性期外收缩；胸部X光显示心脏扩大。为检查头内是否出血实施头部CT检查，无颅内出血。因此，立即实施头部MRI/MRA（核磁共振图像/核磁共振血管图像）检查。右颈内动脉基部有堵塞，末梢血液呈停滞状态。MRI的水分子扩散图像中右后头叶部呈高信号。症状与急性脑梗塞一致。时间为21:50，说明发作时刻为20:00以后。另外，MRI的水分子扩散图像中，高信号范围不大，考虑采用tissue-plasminogenactivator（t-PA）经静脉血栓溶解治疗。发后4.5小时以内，符合治疗条件，但考虑到其85岁高龄，和神经内科的主治医师打电话征求了意见（参考注释）。

接着向家属说明，因脑梗塞造成脑组织大面积受损，病状危险，需进集中治疗室（ICU）住院。家属同意。22:00~22:30，30分钟静脉点滴脑保护剂（自由基清除药依达拉奉Edaravone，30mg）。其间，神经内科医师赶到医院，向家属做了说明，如果施行t-PA治疗，堵塞动脉有可能开通，但由于副作用，也有可能引起脑和其他部位出血的危险。如果不施行这个治疗，将在没有恢复意识的状况下死亡；另外，这个治疗必须发病后及时实施，所以是否实施这个治疗，必须马上决定。家属听了这个说明后，在同意书上签名，22:20，开始t-PA治疗。（其后，在神经内科医师、ICU护士和药剂师团队的共同努力下，患者得以逐步恢复。）

（注释）在K医院，规定t-PA治疗须由神经内科医生按规定程序实施，即使其他科的医师值班的时候，也要和神经内科负责医师联系，神经内科医生即使是深夜也必须来院出诊。也有的医院是由脑外科医师负责实施t-PA的。

第5例：22:30 朋友陪同来医院的45岁女性

就诊理由

傍晚开始头痛，直到夜里也不见好，并伴有呕吐，遂由朋友陪伴来医院。

医疗处置

意识清醒；血压180/80mmHg，较高。但诊查上，无其他异常。

实施头部MRI/MRA检查，无造成头痛、呕吐原因的异常。把这个结果告知本人后，问其能否回家。本人说，头痛见好，能回家。院内处方开了消炎镇痛剂和胃黏膜保护剂，告其若症状不见好，次日来看门诊。之后，回家。

第6例：23:00 家属陪同来医院的70岁女性

就诊理由

约1个月前，在常去的其他医院被诊断为右头部慢性硬膜下血肿，处于居家观察期间。夜里，突然右肩痛，接着右手痛、并渐渐发麻。因她常去的医院，没有夜间急救门诊，遂由家属(女儿夫妇)陪伴来K医院。

医疗处置

意识清醒；血压220/85mmHg；右第6～第8颈髓神经节(C6～C8)区域知觉异常；上下肢腱反射无亢进、减弱等表现。实施颈椎4位片X线摄影及头部CT检查，无特别异常；慢性硬膜下血肿亦已被吸收消失，状态正常。向本人及家属解释，并告知：因为血压高，请次日到常去的医院看门诊。遂后回家。

0:00时分，上述应诊完毕，因没有其他患者就诊的联系，准备在值班医休息室小憩，正想冲个淋浴，负责急救门诊的护士呼叫，救护车询问痉挛患者是否可接受。回答：可以。

第7例：1:30 救护车送来医院的60岁男性

就诊理由

0:00左右，在家痉挛发作，自己叫了救护车。救护车到时，已倒在家中。单身生活。

医疗处置

因其家离K医院较远，送到医院花费了较长时间。痉挛不止，意识不清，诊断为癫痫持续状态。立刻用乳酸格林液确保静脉输液通路，并在确保呼吸道通畅的同时静脉点滴1/4多美康安眠药Dormicum(商品名)(成份：咪达唑仑midazolam) 1A(10mg/2mL)，但依然发作不止，再追加点滴2.5mg。动脉血氧饱和度为98%，心动过速，痉挛发作一时停止，把抗癫痫药大仑丁Aleviatin(商品名)(成份：苯妥英Phenytoin) 250mg/5mL溶解于100mL生理食盐水，静脉点滴30分钟。在此处置中，左上下肢再次痉挛，但随后马上停止。本人能说话后，问其姓名。本人述说：癫痫是脑溢血后遗症，平时在自家附近的医疗机构治病。其后送他到X光检查室胸部X线摄影，无特别异常。实施头部MRI/MRA检查，双侧大脑中动脉有狭窄；右中大脑动脉领域有大范围脑溢血痕迹。令其ICU住院，之后痉挛没再发作，全身状态稳定。随后在电子病历上向次日早晨交接该病人的院内神经内科住院主治医写委托书。

淋浴后就寝时为凌晨4:00。

值班医生短时间小睡后，早上7:30起床。迅速回诊前一天夜里值夜班时新住院的患者和自己负责的患者。早上8:00，出席核对放射影像诊断见解的“影像研讨会”；完毕后，出席早上8:45医院全体干部会，会上汇报了夜里值班时就诊患者的处置情况。9:00～13:00，门诊出诊。

因次日有自己主治的脑动脉瘤破裂出血患者开颅直达手术，作为主执刀医要做4～5小时的手术，所以迅速完结业务，做必要的休息。

4 医师

【说明】

医师临床研修规定

日本法律规定，大学医学部毕业后并通过医师国家考试取得医师执照者其后要经过两年的临床研修才可行医。这个法定的两年研修被叫做“前期研修”，其后在各医院、各诊疗科接受的研修叫“后期研修”。

研修医被分配到1所临床研修医院，按该医院的研修计划在指导医师的指导下参加诊疗。研修医在临床研修的两年间，专心于研修，以逐渐做好当医师的思想准备，并掌握基础诊疗能力。

研修医的业务也和一般医师一样，给患者诊查、开检验项目、开药、写病历等等。做重要的诊断时可向指导医师请教，但常见病的诊断要自己进行。若下了不正确的诊断将被追究做为医师的责任。这就要求指导医师要从医疗质量和教育的两方面来兼顾研修医，既要确保其诊断准确又要锻炼其能力提高。

研修计划由各临床研修医院制订。必修科目：第一年内科（6个月以上）和急救（3个月以上）、第2年地区医疗（1个月以上）。其他期间按本人的志愿，外科、麻醉科、妇产科、小儿科、精神科的选择科目中必选数科目，另外比如可延长内科研修期间或选择耳鼻科等科目。临床研修医院也可安排自家医院以外的“临床研修合作医院”的研修，由此可全面进行各种诊疗的研修。

下面举一个研修医的实例，从其医学学生时开始，到临床研修医院的志愿分配、医师资格的取得，作为一个研修医所从事的业务过程做一说明。

完成2年临床研修的医师要向国家（日本厚生劳动省）申报。如果没有经过临床研修，就不能担任医院、诊所等的管理者。

这个医师临床研修规定是从2004年开始实施，2003年以前取得医师执业资格者不属该规定适用范围之内。以前，综合性的临床研修不是义务只是个努力指标，绝大部分医师毕业后直接进入到大附属医院的某个诊疗科，从研修医期间开始一直在该诊疗科积累医师经验。后来随着强调在新任医师初期培养广泛基础诊疗能力重要性的社会舆论变强，规定也被修改。

医师临床研修完了的医师可自由应招医疗机构的招聘，被采用后即可在该医疗机构工作。一般自己决定专科，如内科、小儿科、外科、妇产科、精神科等，在具有教育研修功能的医院进一步积累该专科的工作经验，以当上该专科学会（如日本内科学会等）认定的专科医。医师基本上可以自由更换工作医院，但是医师们普遍认为获得学会认定资格将对保持以后长期一贯从事某专科工作，或更换工作医院都有利。

但是，是否有学会认定资格，对医师的医疗行为没有影响，另外，和工作报酬是否挂钩，由各医疗机构自主决定。

和中国不同的是，日本没有医师职称级别（如主任医师、副主任医师、主治医师等）。另外进行诊疗时的医疗费，包括研修医在内，不论哪个医师接诊费用皆相同。这一点也和中国的规定大不相同。

【事例】

一位研修医的自我介绍

在日本，医师志愿者高中毕业后，须先考入大学医学系，医学学生为6年制。每1学年从4月开始到次年3月结束。每年升级必须完成该学年的必修课程，并通过考试。

我因想从事抢救儿童生命的工作，2006年考上了故乡四国（日本地名）的某大学医学系。医学系4年级的时候，通过了临床实习资格考试（客观性临床能力考试（OSCE）），此后，顺利升级，进行了充实的临床实习。

2011年夏天，我六年级的时候，在网上查看了各临床研修医院公布的临床研修计划，开始考虑毕业后在哪个医院进行临床研修。参考毕业生的意见，定下了三个志愿临床研修医院，7月、8月参观了这些医院。

9月，接受了这几个医院的考核，各个医院考核内容不一样，哪个医院都有面试，也有的医院再加上小论文、笔试、小组讨论。

10月，我把这几个医院标上先后志愿顺序，提交给“医师临床研修审查协议会”。同时，医院方面也开始检讨毕业生的录用。审查协议会根据我的志愿顺序和医院的录取结果，定下我的研修医院并在12月通知我。我被分配到第一志愿的冈山县N医院。

在同一时期，从7月到9月有毕业考试，次年2月有医师国家资格考试，这是医科大学时代学习的最后冲刺。2012年3月，我大学顺利毕业的同时通过了医师国家资格考试，拿到了医师执照，在日本厚生劳动省管理的医师登记簿“医籍”上注册。

我从4月开始在N医院临床研修。按N医院的临床研修计划，第1年一直在N医院，1年级研修医的15人被分别分配到各个科室，我最初的两个半月被分配到消化器内科，大部分时间都是和2年级研修医一起在病房或门诊做普通诊疗。一般不会让1年级研修医一个人单独负责门诊，诊疗是在2年级研修医或上级医师的指导下进行。

这样第1年研修，内科合计6个月、急救和麻醉合计3个月、外科、小儿科、妇产科各1个月。在各个科室一边接受研修指导医师的指导，一边为了接受评估，在指导医师面前演习基本操作、接受口试问答、提交例症小论文。研修进度状况写入“EPOC”网站开设的用暗号保护的个人页，指导医师可以打开这个网页输入对我研修目标完成状况的评估。

从2013年4月开始进入第2年的研修。最初的1个月学习“地方医疗”，到冈山县内的R医院，在内科指导医师的指导下，负责门诊、病房、急诊值班。下不了诊断时，和指导医师或上级医师商量，有时门诊、病房查房由我单独进行，这点和第一年研修时不一样，责任很重。但是，指导医师和上级医师在繁忙的日常诊疗中，抽出时间给予我热心指导，学到了很多。N医院的研修计划中，“地方医疗”的合作研修医院有四个候选，我认为选R医院选对了。

这个“地方医疗”是我临床研修的最后一个必修科目。第2年研修的5月以后，在N医院和其它合作医院，进一步深入内科、小儿科的研修学习，同时开始了小儿外科、精神科等的研修。

完成两年的临床研修后，我面向最终目标，开始计划进一步提高自己做为小儿科医生的能力，所以后期研修中，我打算在小儿科再专攻3年，取得日本小儿科学会授予的小儿科专科医师认定资格。

至此，我在哪个科室都受到上级指导医师的热心严格的指导，收获很大，我非常满意。

5 护士

【说明】

护士的培养及护理级别

当护士，必须要通过护士国家考试。要参加护士国家考试，首先要取得应试资格，有几种方法：高中毕业后，上有护士培养课程的大学（4年制）；或者在护士专科学校等（3年制）学完必修课等。

另外，在日本，有都道府县级（相当于中国省级）助理护士资格。高中毕业后在2年制助理护士培养学校学习毕业；或者职业高中卫生护理科（3年制）毕业后，通过都道府县主办的助理护士资格考试者，将能取得该资格。取得助理护士资格后，再从事3年以上助理护士工作；或者，一边从事助理护士工作，一边在2年制的培养学校完成必修课的学习，便可取得护士国家考试的应试资格。

持有日本以外的国籍、在日本以外的国家完成护士培养课程的人员，在符合一定条件的情况下，才会被授予日本护士国家考试的应试资格。国家考试必须使用日语。

此外，有日本护士协会授予的“专门护士”和“特殊护士”资格。该资格规定是为了评价特殊专门护理领域中，具有较高熟练护理技能和知识的护士。

“专门护士”资格的接受认定审查(应试)条件是护理专科学士毕业，具有一定的实际经验，并完成规定的学分学习。

“特殊护士”资格是具有一定的实际经验，并完成规定的特殊护理教育课程（6个月，615小时以上）之后，审查(考试)合格者将被授予。上述二者的“一定的实际经验”皆指5年以上的护士实际经验，其中3年以上必须是从事专门护理实际业务。

按照2013年4月的现行规定，专门护士限定属于“癌症护理”、“精神护理”、“急性、重症患者护理”、“感染症护理”、“上门护理”等11个专科；特殊护士限定属于“急救护理”、“ICU护理”、“癌症化学治疗护理”、“癌症疼痛护理”、“感染管理”、“痴呆症护理”、“中风康复护理”等21个专科。

关于“护士”的职业名称，以前，女性护士，使用“看护妇”一词，男性护士，使用“看护士”一词。但是，2002年相关法律被修改，不论性别，均用“看护师”命名。

日本护士不同于中国的是，和日本医师同样，没有主任护师、副主任护师、主管护师等职称级别规定。

关于护士的具体业务，以负责急性期医疗的冈山市内某医院为例，随后将进行具体说明。

护士人数的配置与医院可收取的住院基本费额、即医药费用计算方式有密切关系。不同种类医院、不同种类病区规定稍有差异，但基本上，是根据病区护士配置人数，来设定相应的医药费用金额。并且，在符合一定条件的情况下，许可增加一些项目的医药费用。

例如，按照2013年使用的医药费用点数表，在普通医院的、达到“7比1”护理标准的普通病区住院时，患者1人1天的住院基本费用(注释1)是1566点(15660日元)，“15比1”的情况下是945点(9450日元)等，有相当大的差距。(此医药费用金额的结算未采用DPC方式)

2006年以后，医药费用的结算项目中加入了“护理重度级别”(参考注释2)评估规定。2008年以后，要求按7比1住院基本费用结算的所有病区，每天都要对每位患者的重症度和护理级别进行评估。

以下通过具体的医院实例，对护理业务、护士的研修等进行说明。

【事例】

急性期医疗医院住院部护士的业务

在这里，用冈山市内 K 医院病区护理科长的话，对该院的护理体系、护理业务、护士的在职教育来做说明。（没有特别标注时，均为 2012 年数据。）

K 医院，病床数 162 床，住院部门有 4 个普通病区（各病区的病床数平均为 38 床），和 1 个集中治疗室（ICU）（8 床）。护士的业务出勤管理，基本上由每个病区各自负责。此外，护士的配置科室还有手术室和门诊部门等。在各医院，护士业务出勤安排管理的各组成单元（“各病区”等）也被称为“护理单元”。

K 医院是脑、神经、运动器官疾患的综合性专科医院，主要承担急性期疾病医疗，因此护士业务内容也与其对应。在日本，各护理单元的“长”，多被称呼为“师长”，但在 K 医院被称作“科长”。

以下对各个病区的特点等进行简单说明。

- 在 A 病区，脑外科、神经内科、整形外科的患者混合在一起，因此也被称为“综合病区”。负责接受一般急性期患者、手术后患者。
- B 病区也是综合病区，其中的 16 床（4 床/室×4 室）被指定为亚急性期病床（参考注释 3），亚急性期病床用于急性病恢复期的患者。
- C 病区承担着院内“脑中风中心”功能，在这里住院的基本上都是脑血管疾病患者。
- D 病区是综合病区，负责手术后患者及急性期患者。邻接护士站，有两间能随时观察患者状态的观察室。
- ICU 的业务安排和手术室是一体挂钩。
- 门诊也是一个护理单元，门诊护士除了平常接诊时间段应对门诊患者，还负责夜间和节假日的门诊急救。

K 医院的护理体系，符合医药费用计算规定上的“7 比 1”护理标准，因此在病区的护理业务中，“护理重度级别”的评估也成为重要的日常工作。按评估项目一览表，在电子病历中输入每位患者的情况，护理重度级别则自动被统计计算。护理重度级别的各项目的评估方法相当复杂，要充分理解并准确恰当地输入，需要经过研修并具有一定的经验。

K 医院的出勤为三班倒，分为白天班的日勤业务时间段（8：30～17：00）、晚班的准夜勤业务时间段（16：30～1：00）、夜班的深夜业务时间段（0：30～9：00）。每个班次之间，为了交接班，分别设置了 30 分钟的重复时间。电子病历中，还配备了留言板的功能，活用这些，使交接班能够在短时间内高效地进行。

白天班的业务内容，举例如下。在 A 病区，每天人数有所不同，但白天班大致有 12 名护士工作。

8：30 和夜班工作人员交接班（病区日志、钥匙的交接（组长负责））；交换自己负责患者的病情信息。

9：00 和夜班工作人员共同核对人工呼吸器、输液泵、注射泵等的状况；核对预定出院的患者；核对白天班时间段的注射医嘱（从电子病历中打印出来）；巡视自己负责的患者、核对是否已服药、测量体温、观察病状。

10：00 开始护理看护和处置。

例：清拭、更换尿垫、变换体位、吸痰、注射、更换纱布等；整理疗养室、送去康复训练、帮助入浴；向组长报告必要事项、输入电子护理记录。

11：00 对新转入或转出病区患者做相应安排。

11：30 做口腔护理、准备并实施胃管营养（例如，通过从鼻向胃插入的管道（经鼻胃管），注射流食）；测量血糖、准备午餐、喂餐前药及核对是否已口服。

12：00 配发午餐、为胰岛素使用患者注射餐前胰岛素；辅助进餐、发药、做餐后口腔护理。

12：30 餐后收拾、核对是否已服用餐后药。

（11：30～13：00 之间，护士轮流交替休息进餐）

13：00 碰头会（全员参加，了解核实住院患者的病情）。

14：00 对新转入或转出病区患者做相应安排、测量体温。

15：00 向组长报告必要事项、输入护理记录。

15：30 更换尿垫、变换体位。

16: 00 患者导尿管（这里指从膀胱向采尿袋里集尿的导尿管）集尿并废弃、更换呼吸道吸引瓶等；清点药品和物品、核对医嘱的注射实施完了并输入电脑；输入病区日记、更新“应急避难时的患者核对名单”。

16: 30 和晚班工作人员交接班，向晚班组长递交钥匙。

17: 00 和晚班工作人员共同核对人工呼吸器、输液泵、注射泵等的状况；向自己负责的患者道安，工作结束。

晚班、夜班和白天班相比，配置人员较少。A 病区，晚班和夜班，各配有 3 人。适当交替休息。

晚班的业务，举例如下：

17: 00 观察重症患者和术后患者。

18: 00 配发晚餐并辅助进餐、发药、做餐后口腔护理、餐后口服药喂药。

19: 00 巡视病房、做夜晚的静脉注射。

20: 00 更换尿垫、变换体位。

21: 00 发睡前药、测量重症患者和术后患者等的四项生命体征。

22: 00 巡视病区、熄灯、核对睡前药是否已内服。

23: 00 更换尿垫、变换体位、核对并准备每 24 小时更换一次的静脉注射。

24: 00 巡视病房、核对重症患者的四项生命体征；

统计 1 天排尿和排便次数并输入电脑、核对 1 天水分出入量（统计口服和点滴的水分摄取量及尿等的排出量，核对摄取与排出是否均衡）。

夜班的业务，举例如下：

1: 00 观察重症患者和术后患者。

2: 00 巡视病房。

3: 00 更换尿垫、变换体位。

4: 00 病房巡视。

5: 00 用手指指点核对连接器械等是否正常运转；准备和实施胃管营养、采血。

6: 00 巡视病房、点灯；开始护理看护、测量体温、做早上的静脉注射、输入护理记录。

7: 00 更换尿垫、变换体位、集尿和废弃患者导尿管、清点药品和物品、输入病区日志。

8: 00 配发早餐并辅助进餐、发药、做餐后口腔护理、餐后口服药喂药。

护士必须能迅速地进行如上专业的、多样的业务。为了维持和提高其护理能力，定期的现职教育及研修的实施是不可缺少的。

在 K 医院，护理部要制订年度研修计划，根据经验年数排列“临床阶梯”（Clinical Ladder）（“梯子”意为：能力向上攀登），新手第一年为“第 1 阶”，第二年为“第 2 阶”，依次类推，8 年以上的为“第 8 阶”，再往上，是“副主任”、“主任、科长”，医院备有与各护士的经验年数和能力相称的研修计划。

各个“阶梯”中，按医疗安全、综合、护理实践、教育（学习）、管理、研究的各个项目，制定有相应的标准，接受指导护士（preceptor）的指导和评估。团体教育（即以集团形式接受讲义）每年只举办数次，主要为现场教育（即在护理现场边接受指导护士的指导边学习的形式）。

贯通整个护理实践的基本最终归结为“身体诊查技法”（即通过观察查看患者的呼吸循环状态、意识、营养、排泄、动作、表情、仪容整洁等，判断患者的身体状态是否有异常）。依此判断之上，可自行展开护理（对应各个患者的不同状态做相对护理）工作，同时亦可提高对自己下面护士的指导能力。

现在（2013 年），在 K 医院有一名中国人护士，她有中国护士资格，同时在日本也取得了护士资格。另外，还有 2 名护理助手，一边工作一边准备考取日本护士资格。

(注释1) 7比1住院基本费

7比1住院基本费的护理标准,在第2章已做说明,虽然白天班、晚班、夜班,病区配置的护士人数不同,但平均7名住院患者相对配置有1人以上的护士。

保证达到此护士人数标准,不仅能使护理业务顺利进行,还直接关系到经营。因为,如果达不到这个护理标准的话,规定的1天住院基本费额将大幅降低。

要达到7比1的标准所需护士人数的计算较为复杂。以1天的平均住院患者数为35人的病区为例,如下计算。

- 1天所需护士人数: $35 \div 7 = 5$ 人
- 护士1年的总劳动时间: $5 \text{人} \times 24 \text{小时} \times 365 \text{日} = 43800 \text{小时}$
- 假定1个月所定劳动时间150小时,1年的带薪休假为80小时,护士1人1年的实际劳动时间: $150 \text{小时} \times 12 \text{个月} - 80 \text{小时} = 1720 \text{小时}$
- 所需护士人数: $43800 \div 1720 = 25.5$ 人

实际上,医院总体所需护士人数计算更为复杂。计算出病区护士所需人数后,还有其他补充因素,比如ICU需要进行2比1重点护理等。

(注释2) 护理重度级别

重点护理病区的住院患者病情较重,所需护理业务内容密度大。按医药费用计算规定,要对此做出证明。为此被采用的评估标准为“护理重度级别”。根据日本厚生劳动省规定的“普通病区用重症度和护理级别评估标准一览表”,对各项目进行点数评估。评估项目,大致分为“(A)监测及处置等”和“(B)患者的状态等”两项。

(A)项目中,更进一步分有“创伤处置”、“血压测量”、“定时测尿”、“呼吸护理”、“点滴管路同时3根以上”、“心电图监测”、“注射泵的使用”、“输血及血液制剂的使用”、“专门性治疗和处置”9个细目,每一项判定选择“没有”或“有”,“没有”为0点,“有”为1点,再把各项点数合计。

(B)项目也更进一步分有“翻身”、“站起”、“坐姿保持”、“移动”、“口腔清洁”、“食物摄取”、“衣服的穿脱”7个细目,判定“能做”、“一定条件下能做”、“不能做”,分别为0点、1点、2点。

然后,统计整个病区中,达到“(A)项2点以上,且(B)项3点以上”条件的患者,占该病区住院患者总体的百分之几。

7比1住院基本费病区在2008年以后,10比1病区在2012年以后,规定要每天进行这种护理重度级别评估。一定程度的护理重度级别住院患者达到一定比例以上时,医药费用金额可申请附加费。护理重度级别不仅直接影响医院的收入,同时,是决定各病区护理人员配置人数的重要事项。

(注释3) 亚急性期病床

按医药费用计算规定,2004年起实行的规定中,对平时配置13比1以上(但是夜班整个病区2名以上的)护士人数的普通病区,以每一病室为一单位,此病室从住院之日起的60日为限,以“亚急性期住院医药管理费”的点数(即包括药剂、注射、处置等费用的综合点数)结算。

例如,以DPC方式结算医药费用的医院,各疾病分类有不同住院时间限定,超过这一期间,将成为低额的按劳计酬。急性期已过,但要到症状稳定,还需要住院的患者住院时,医院若持有这种以60日为限来结算一定点数的病床,将于经营有利。

能利用该病床住院患者的条件有两种类型,“1、病情急性恶化的急性期治疗完了或者居家、介护设施等的患者”(2061点);“2、急性期治疗完了的患者(即为了进一步等待症状稳定,有继续住院必要的患者)”(1911点)。无论哪种情况,对这些患者提供“恢复回家的援助”及“高效高质的医疗”时,都能够加算点数。

6 医疗技术人员和团队医疗

【说明】

概要及代表性职种

在日本，从事医疗的工作人员被统称为“医疗从业者”。除前两章介绍的日本医师和护士以外，还有许多职种的工作人员活跃在医疗领域。

英语中有“paramedic”一词，狭义指医师以外的、接受过急救生命处置训练的急救队员，广义指和医师一起支撑医疗的全体技术工作人员。在日本，由此语派生的日式英语“co-medical”被广泛使用，意为“医疗从业者”。(日本)国语词典也列有“医疗从事人员”的条目，解释为“医师、护士以外的从事医疗工作人员”。在本文译为“医疗技术人员”，简称“医技”。

医师、护士等各职种工作人员运用各自的专业知识和技能，互相协作，分别对每个患者进行逐一治疗和援助，在日本，通常称之为“团队医疗”。在日本，团队医疗今后将越发被重视。“医技”这个词语在说明团队医疗时，常被使用。

“医技”所示职种的范围在日本全国没有通用的严格定义，以各医疗机构的惯例，指在该医疗机构做有关患者治疗和援助工作的、医师·护士以外的职种。有的医疗机构所指“医技”不包括药剂师、临床检查技师、诊疗放射线技师、管理营养师等。但无论各医疗机构如何称呼，这些职种在团队医疗中都起着很大作用。

在冈山县精神科医疗中心医院，一般把作业治疗士、精神保健福利士、临床心理技术者（即临床心理士）统称为“医技”。

在冈山旭东医院（该院没有使用“医技”这个称呼），由物理治疗士、作业治疗士、言语听觉士、临床工学技士、临床心理士、医疗咨询顾问及福利专业资格的介护福利士等共同协助，对患者进行治疗、护理及援助。

因每个职种的执业资格制度、业务内容、历史性经纬等曲折复杂，在本章只对几个职种做简要说明。

【药剂师】

·《药剂师法》所定国家资格，该法中规定其为负责“调剂、医药品的供给及其他药事卫生工作”。药剂师的国家考试应考资格的教育年限以往为大学教育4年制，2006年度以后改为6年（有过度期）。在医院工作的药剂师负责院内药房的调剂业务及保证住院患者等安全确实服药的医疗安全工作，并对患者进行药剂说明、参加治验药临床研究的实施等，工作内容范围很广。

【临床检查技师】

·《有关临床检查技师等法律》所定国家资格，负责血液检查、心电图检查、脑电图检查等各种临床检查。影像诊断中不用放射线的超音波检查，多由临床检查技师施行。在急救医疗机构，因需紧急临床检查，夜班值班或夜晚紧急呼叫待命等，在急救医疗上也发挥着重要作用。

【诊疗放射线技师】

·《诊疗放射线技师法》所定国家资格，负责对人体照射放射线进行检查和治疗。具体工作是，为了做影像诊断，进行单纯X线摄影、X线CT、血管摄影、核医学检查等。MRI检查不用放射线，但一般也由诊疗放射线技师施行。在急救医疗机构，因需紧急进行单纯X线摄影、X线CT、MRI等影像诊断检查，夜班值班或夜晚紧急呼叫待命等，在急救医疗上也发挥着重要作用。

【临床工学技士】

·《临床工学技士法》所定国家资格，负责生命维持管理装置的操作、维修检查等。具体工作是，负责管理人工呼吸器、辅助循环装置、血液透析装置等。因这些机器的是否正常运行直接危及于生命，ICU、手术室缺一不可，并需其夜间随时待命。

【管理营养师】

·《营养师法》所定国家资格，对患者的疗养进行必要的营养指导，并负责配给饮食的管理等。近几年，鉴于医疗上的营养管理重要性，许多医院组织“营养援助队”(Nutrition Support Team: NST)，实施团队医疗。管理营养师在这种团队医疗中起着中心作用。

【言语听觉士】

·《言语听觉士法》所定国家资格，对音声机能、言语机能、听觉障碍者进行言语训练、必要的检查、指导、一般训练等。另外对摄食·吞咽机能障碍做评估、指导、训练。

【物理治疗士】

·《物理治疗士及作业治疗士法》所定国家资格，负责实施物理治疗。物理治疗是康复的重要因素，为了使身体障碍者恢复其基本动作能力，主要通过运动（运动治疗）、物理性手段（物理治疗）进行治疗。适用对象有脑中风、外伤、循环系统疾患、呼吸系统疾患等，范围很广，患者的年龄也从身体机能低下的老人到小儿运动麻痺等涉及各个年龄层。

【作业治疗士】

·《物理治疗士及作业治疗士法》所定国家资格，负责实施作业治疗。作业治疗是康复的重要因素，为了恢复身体障碍、精神障碍者的实际动作能力和社会适应能力，通过手工等作业进行训练治疗。作业治疗的训练活动除了帮助其恢复日常生活必要的进餐、购物、烹饪、清扫等行为的训练，还包括艺术、运动等创作活动及文艺活动等。对象疾患从身体疾患到精神疾患涉及范围很广，普通医院、精神科医院等的需求面很大。

【精神保健福利士】

·《精神保健福利士法》所定国家资格，负责对精神科医院等的精神障碍患者，实施咨询相谈、助言、指导、适应日常生活等的训练援助。不仅限于精神科医院内，还援助其适应社会回归后的生活，指导其如何利用各种援助制度等。另外，在医疗、介护、福利各有关机构之间相互提携协作的调节工作上，起着中心作用。该職種亦被称为精神科社会福利士（Psychiatric Social Worker: P S W）。

【临床心理技术员】

·对患者和咨询相谈者进行心理检查、心理判定、心理科学助言、心理相谈等。不属于国家资格，但大多具有民间财团法人日本临床心理士资格认定协会授予的临床心理士资格，有该资格者亦被称为临床心理士。在医疗领域，活跃在精神科医院及普通医院等。此外，教育机构、保健·福利的行政机构、司法机构、民间企业的健康管理部、研究机构等活跃范围广泛。

7 地方医疗的确保

【说明】

冈山县内的医疗体系

日本的行政单位是由国家(中央级)、都道府县(省级)、市镇村的3级构成。中国是中央级(国家)、省级、市级、县级、乡级的5级构造。日本全国共有47个都道府县(省级行政),冈山县为其中之一。各都道府县再下分为市镇村,截至2013年12月底止,日本全国有1742个市镇村。

冈山县地理上东西、南北跨度均为100多公里,面积7100平方公里,共有27个市镇村,其中之一为冈山市,是县(省级)府所在地,属“指定都市”,比其它一般市镇村行政权限范围大。

各都道府县制订有地区医疗计划,该计划是了解该地区医疗状况的重要资料,因含有疾病预防方面的保健措施,几乎所有的都道府县都把该计划称为“保健医疗计划”。以下参照“冈山县保健医疗计划”(2011年制订,2013年补订时添加了精神疾患医疗体系、居家医疗体系、医务人员的确保持续措施等内容。)的数据,以下介绍一下冈山县的状况,基本上是采用2009年的数据(一部分是2008年数据)。

冈山县人口为194万。其中,0~14岁人口约占15%,15~64岁人口约占60%,65岁以上人口约占25%;平均寿命男性79岁、女性86岁;每年的出生人口数是约16000人,总和生育率1.39人,死亡人数约19000人。

主要的死亡原因从大到小比率排列分别为癌症、心疾患、肺炎、脑血管疾患,此4个病因约占全体死亡人数的66%。

冈山县有176所医院(其中精神科医院为17所);住院病床数为30248床(其中精神病床为5843床),人口占有率平均每1000人16床(其中精神病床约3床),高出全国平均数;有1623所普通诊疗所、1005所牙科诊疗所,诊疗所的病床为2913床。

医师人数为5317人,在职护士为17769人,助理护士为6042人(人口平均占有率每1000人分别为约3人、约9人、约3人),高于全国平均值。

政府每3年对医疗机构的某一天做一次大规模的抽查。据2008年的调查,推计冈山县内牙科以外的门诊就诊人数约87000人(其中医院约30000人、诊疗所约57000人),住院约25000人(其中医院约24000人、诊疗所约1000人)。按疾患分类从多到少排列:门诊为消化系统、循环系统、筋骨格系、呼吸系统;住院为精神疾患、循环系统、外伤、癌症、神经系、呼吸系统。

在日本,全国住院病床数早已满足需求必要量,1985年已经施行了抑制医院病床数增加的政策。

具体做法是,各都道府县在制订的医疗计划中,把管理区域分为几个“医疗区域”,各个区域内的普通病床数按一定标准定下“标准病床数”上限,以限制病床新设。

冈山县共设有5个“医疗区域”,无论是人口多的县南部的2个区域,还是人口比较少的县北部的3个区域,标准病床数均已满额。另外,精神病标准病床上限数不分5个区域、是以冈山县整体而定,但标准病床数也已满额。

虽然病床数充足,但是医师配置偏倚(特别是县北部增加新医师不容易)等等,在医疗资源的确保上还存在着很大的问题。

日本医疗体制特征之一就是医院运营大多由民间承担,民营医院中有很多是个体经营。但近几年,多数医院的运营主管机构为非营利性的“医疗法人”。医疗法人中按公益性、运营的持续性、税收范围(课税或免税)等又分为数类型。

另外,国家、都道府县、市镇村及日本红十字会等运营的公立医院也占有一定的比例。具有行政性功能的“独立行政法人”组织运营管理的医院也不断增多,法律规定变得很复杂。冈山县现有176所医院中28所医院为公立医院。

由于各医院在发展过程中发生各种变化，民营医院和公立医院的作用没有明确区别。比如：冈山县内有两个大学医学部附属医院，一个是国立冈山大学(属独立行政法人)运营的公立医院冈山大学医院；另一个是私立川崎医科大学运营的民营医院川崎医科大学附属医院，该医院虽为民营，具有高度的抢救·急救医疗功能，是县内唯一的常备救护直升飞机的机构。

在第3章已对急救医疗进行了说明，这里有部分重复。急救医疗的有关项目也是「保健医疗计划」的重要构成因素。

县指定的能24小时接受病危急救患者、具有“第3次急救”医疗功能的“抢救·急救中心”共有五所。位于县东南部、冈山市内的冈山大学医院和冈山红十字医院；位于县西南部、仓敷市内的上述川崎医科大学附属医院、仓敷中央医院(民营医院)；位于县北部的津山中央医院(民营医院)。

具有“第2次急救”医疗功能的医院是接受救护车运送的患者、夜间或节假日也可住院治疗(可施行手术)的医院。县在确保该功能医院时，民营医院所起的作用很大。

负责急救运送(包括运送中的应急处置)的消防机构、夜间或节假日接受自己来就诊等门诊患者的医院为“第1次急救”(也叫“初期急救”)的医疗机构。由第1次、第2次、第3次医疗机构的互相协助，才实现了地方急救医疗体系的完善。再由各医疗机构的医师、护士、救护队、行政有关人员的不断努力得以维护。此外，地区居民的理解和合作也不可缺。

以上仅以急救医疗为例对冈山县的概况做了说明，但国家规定各都道府县的医疗计划应记载“5疾病5项目”。“5疾病”是指癌症、脑中风、急性心肌梗塞、糖尿病、精神疾患；“5项目”是指急救医疗、灾害医疗、偏僻地医疗、周产期医疗、小儿医疗。以前是“4疾病5项目”，从2013年新加了精神疾患。

另外，洛阳医界有关人士较熟悉的冈山旭东医院是财团法人运营的民营医院，冈山县精神科医疗中心医院以前是冈山县运营管理，现在是“地方独立行政法人”运营管理的公立医院。

下面我们请位于冈山县北部的、有急救医疗功能的地方主干医院R医院的K院长登场。

【事例】

一位医院院长眼中的地方医疗

我是R医院的院长兼理事长，R医院是冈山县北部真庭医疗区域内的、有172病床的民营医院。本院包括12名在职医师、103名在职护士在内的共288名职工抱成一团日夜努力，怀揣“通过医疗、贡献社会”的理念，通过第2次急救医疗、内科、外科、脑神经外科、整形外科等，致力满足真庭地区居民广泛范围的诊疗需求，并还承担着地区居民的健康管理体检。

医院现状简介如下(2012年或2013年数据)：

住院部包括急性期医疗普通住院部3病区130病床、慢性病医疗疗养病区42病床；普通住院部的一个人的平均住院天数(参考注释)是16.4天、病床利用率为86.4%；门诊1天平均268人次、1年77000人次以上。

(注释)平均住院天数

一定期间的平均住院天数的算式：

分子：该期间住院患者人次

分母：[(该期间的新入院患者数) + (该期间的出院患者数)] ÷ 2

比如，极单纯计算，1个病床30天中，一直有患者使用，这30天中有1人新入院、1人出院，其平均住院天数为：

分子 [住院患者人次 (30日 × 1床)] /

分母 [(1+1) ÷ 2] = 30/1 = 30日

根据医药费用计算规定，普通病床达到充实的“7比1护理标准”，同时按DPC的1天定额结算方式，接受医药费用保险支付。在设备方面，备有MRI(3T)、64排多断层CT、手术用显微镜装置、X线血管连续摄影装置(DSA)、乳房X线摄影装置、超声波诊断装置、超声波骨评估装置、检查自动分析装置、高精度内视镜系统、高精度内视镜手术系统等。

R 医院是 1951 年我父亲设立的、有 20 病床的、个体经营的医院。经数次扩建，规模最大时的 1967 年达到 278 床。1981 年设立医疗法人，该法人成为医院运营母体，基于非营利的原则，努力实现稳定经营。1983 年转为医疗法人中公益性高的“特定医疗法人”。该制度规定医院设立时的原始出资人放弃医院出资财产权，提高公益性，取而代之在税收方面可接受法人税减轻待遇。另外，医院的经营者交替时免缴遗产税、赠与税等，因而可维持医院运营的持续性，以保证地方不可缺少的医疗。1986 年我继承了医疗法人理事长职位，领头指挥当时 206 床规模的医院经营。

此后，医院的运营随着该地区的变化而变化。在密切分析地区人口、年龄构成、疾病种类·频度等数据推移变化的同时，紧紧把握全国医疗制度的动向、患者的需求，时而相应地减少了病床数；另外和同一地区的其他医院分担合作，不搞竞争。

本院虽一直以急性期医疗为主，但考虑到地区居民的需求，1995 年增设了一栋老年慢性病住院治疗疗养病楼；1996 年为了满足居家病人的需求，又开设了一所上门护理服务中心；2000 年介护保险制度施行，开始提供一些介护保险服务；但此后基本上以急性期医疗为医院运营主轴。

急救医疗上，一年 365 天、一天 24 小时，都能做到接受急救患者。实际上，1 日平均约接受 3 件急救。为此，值班医生、急救门诊护士需在医院内彻夜待命，临床检查技师、诊疗放射线技师要轮流在家待命，如夜里有需要，要马上赶到医院。为了这些有关人员能长期坚持工作，防止他们过累，编班要合理，繁忙时要给予援助。

在对外方面，和负责救护的消防队日常联络沟通也很重要。特别是夜里值班医生只有两名（午夜后值班医师 1 名、另 1 名在家待命），无法对应紧急手术和高度专门性治疗，为此平时要和接受重症患者转院的医院（第 3 次急救医院等）搞好合作关系。往可治疗医院转院护送时，本院的医生和护士要同乘救护车向新转入医院的医生、护士交接。

2001 年本院被“日本医疗功能评估机构”认定为高水准医疗提供体系完善的医院；2003 年引进了电子病历记录系统。

2008 年本院又被认定为超急性脑中风 24 小时能够实施专门医疗的机构；2012 年作为能为地区居民提供高水准癌症治疗的医院，被认定为“癌症医疗合作促进医院”。要提供以上专门医疗需要配备具有高度知识和经验丰富的医师，并且需要有能力较高的工作人员支撑配合。

在医药费用计算标准上，2008 年达到“7 比 1 护理标准”，2009 年成为 DPC 结算医院。

2009 年县(省级)认可本院的运营母体为“社会医疗法人”。该制度彻底要求医院的非营利性；保证地方所需的高公益性急救医疗；同时法人税、固定资产税免税。虽然本院是民营医院，实际上被认可为地方贡献型·高公益性机构。

另外，本院为“合作型临床研修医院”。在医师临床研修上，作为“地方医疗”的研修机构，在医学学生、护理学生的实习上，为培养将来支撑地方医疗的人材付出自己的努力。

其他，还协助警察，实施入宅死亡验尸，在医疗以外方面也致力于为地区做贡献。

本院虽然受免税待遇，但经营绝不轻松。民营医院受国家、县补助项目极为有限，医院收入（指医疗收入）几乎都是依靠医疗收益。医院运营的根本在于确保一定人数的、高技术、高志向的职工，医院支出（指医疗支出）中人工费所占比例很大（一般医院超出 50%），这在医院经营上是无法避免的。在这样的收支中，还要征得职工的理解，从医疗收益中支出医院设施的改建费及维修费、新医疗器械的购买费用等。

本院所在的真庭地区，如果利用高速道路从冈山市中心开车只需 1 个小时左右的路程，但由于处于人口稀疏的山区，工作人员中，特别是专职(或稳定的非专职)医师的招聘，并使其长期稳定工作下去，需要做出很大的努力。

比如，医师、护士及其他医务人员的建议要认真听取，积极采用；部分职工负担偏重等不公平现象要尽快改正等等，管理阶层要尽量保证职工们工作环境安心和工作有意义。

8 医院的经营及医院的功能

【说明】

概要

医院的经营，如第7章中介绍的R医院K院长所讲及前面各章所述内容，受各种因素影响。从各种视角和多样因素来列举的话，有医院经营理念、在地方医疗所起的作用、组织结构、设施·设备、各部门及各职种的业务流程·出勤安排·人事管理·教育研修、医疗安全、感染症对策、药剂·资材·物品的管理、医疗废弃物的处理、急救患者的接受、病床利用率、平均住院天数、电子病历的计算机系统、财务·会计、法令的遵守、患者满意度、患者意见·诉讼的应对、灾害对策、医疗以外方面的社区贡献等等，这些因素相互有机地关联，皆反映到医院经营上。

以下省略一般事例，以洛阳医界有关人员很熟悉的两个医院为例，简要说明概况。

【事例1】

冈山县精神科医疗中心医院的概况

【理事长】

中岛丰尔

【院长】

浮田实

【运营主管机构】

地方独立行政法人冈山县精神科医疗中心。

该法人除了总部的精神科医疗中心医院以外，还经营有东古松圣克特精神科诊疗所（有精神科门诊诊疗和日托护理）。

【经营理念】

维护做人的尊严、实现安心·安全的医疗。

基本方针：

- 尊重人权、站在患者的角度提供优质的医疗服务。
- 促进社区和有关机构的合作，积极援助患者参加社会活动。
- 提供充满“阳光、煦风、翠绿”的舒适治疗环境。
- 通过研修·研究努力钻研，提高精神科医疗水平。
- 担负公立医院的责任，实现健全、透明度高的医院经营。

【诊疗科目】

精神科(专科)

【主要医院功能（受行政机关指定部分）】

- 临床研修指定医院（合作型）
- 精神科急救医疗机构
- 紧急住院指定医院

【主要医疗仪器设备】

- 永磁型 0.4T 开放式 MRI 装置
- 多断层 CT 装置
- 一般 X 线摄影检查装置（数码影像）
- 临床检查自动分析装置
- 无抽搐电痉挛疗法装置

【住院部门】

病床数：252 床

住院部病区

住院部皆为封闭式病区。

- 西馆 2 楼住院病区（综合治疗）（55 床）

- 西馆 3 楼住院病区（急救·急性期）（53 床）
- 西馆 4 楼住院病区（依存症）（50 床）
- 中馆 2 楼住院病区（儿童·思春期）（16 床）
- 中馆 3 楼住院病区（综合治疗）（42 床）
- 东馆住院病区（《医疗观察法》法定司法精神科）（36 床）

符合医疗费用计算规定标准的病区等（主要部分）

- 精神科病区住院基本费（13 比 1）及护理補助加算 2（西 2、西 4、中 3）
- 精神科急救住院费（西 3）
- 儿童·思春期精神科住院医疗管理费（中 2）
- 医疗观察法病区的住院医学管理费（东）

【职工人数及构成】

- 专职工工 295 名（2013 年 4 月数据）

（医师 32（其中、精神保健资格医师 14）、护理人员 181、作业治疗士 17、精神保健福利士 17、临床心理技工 15、儿童福利司·社会福利士 1、药剂师 6、管理营养士 2、诊疗放射线技师 1、临床检查技师 2、诊疗信息管理士 1、事务 20）

- 其他，非专职工工有：医师 5、护理人员 6、其他医疗技术人员 5、事务 5，合计 21 名。

以上合计 316 名。

- 此外有外部委托职工 74 名（2012 年 4 月数据）

（医疗事务 16、护理助理 21、配膳供给部门 19、楼房管理 8、清扫 5、警卫 4、综合导医 1）

【患者人次等】（2011 年 4 月～2012 年 3 月，12 个月）

- 住院患者人次 83295 人

病床利用率 90.3%

平均住院天数 60.6 日

患者平均一人住院收入 21316 日元（不包括医疗观察法病区）

- 门诊患者人次 62857 人

患者平均一人门诊收入 6149 日元

【急救等公共责任的担负】（2011 年 4 月～2012 年 3 月）

- 节假日·夜晚的精神科急救患者人次 2190 人

参考：各住院形态的住院患者人次

冈山县精神科医疗中心医院	冈山县全体	
防危险措施住院	24	48
紧急住院	89	103
医疗保护住院	324	2835

【上述以外值得一提的业务】

· 作为地方独立行政法人运营的公立医院，每 5 年制订一中期计划，每年制订一年度计划。实际达成状况要接受法人理事会评估，其后这个评估结果要向冈山县议会报告。第 1 期中期计划（2007～2011 年的 5 年）的评估良好。现在是第 2 期中期计划（2012～2016 年的 5 年）的期间。在这个期间计划中，写进了推进与中国医疗交流的内容。

- 早期出院及回归社会生活的促进

①精神科日托护理精细度的加强（解决人员减缩、急性期后患者安排问题）。

②作业治疗法功能的强化（从住院期间就开始个别实施出院训练；医院租借公寓对长期住院患者实施生活训练）。

③对出院后在家疗养的患者施行 24 小时电话咨询相谈服务。

④上门诊疗、上门护理的充实强化（配置专职人员）。

· 非营利医疗的强化（根据现在的法定规定，作为公立医院，即使没有收益，但公共利益价值大的项目，无论收支如何也要施行。）。

①儿童·思春期患者的安排对策（与学校、儿童咨询站、儿童养护设施携手合作，全面性支援儿童·思春期患者；细心对待家长的咨询；设置院内学习班）。

②依存症医疗（在医院内开断酒会、家属会、免费实施家属咨询相谈）。

③向精神科医疗资源短缺的边远地区派遣医师。

④司法精神住院部（医疗观察法病区）的运营。

⑤向儿童咨询站、大学、学校、保健所等召开的委员会、各种咨询会等派遣职工。

【经营状况】（2011年4月～2012年3月）

- 医业收益 26亿2639万7千日元
 - 经常收益 33亿4146万5千日元
 - 医业费用 27亿843万2千日元
 - 经常费用 31亿6509万5千日元
 - 医业收支比率 97.0%
 - 经常收支比率 105.6%
 - 人工费比率（医业收益中所占人工费的比率） 74.2%
- （参考：加上人工费相关的委托费时 82.7%）
- 药剂及资材费比率（医业收益中所占药剂及资材费比率） 9.1%
- （参考：加上资材费相关的委托费（包括伙食材料等）时 11.3%）
- 折旧费率（医业收益中所占折旧费的比率） 8.4%

【沿革（主要部分）】

- 1957年4月 冈山县立冈山医院（精神科专科医院）开设
- 1998年4月 中岛丰尔院长就任
- 2002年10月 被指定为精神科急救医疗设施
- 同年同月 医院改建工程动工（此后，分为第Ⅰ～Ⅲ期改建工程。）
- 2004年3月 西2、西3、西4住院病区运营开始
- 2006年5月 中3住院病区运营开始
- 2007年4月 改为独立行政法人冈山县精神科医疗中心
（从县立医院移交）
- 同年同月 中2住院病区运营开始
- 2007年10月 司法精神住院病区（东馆住院病区）运营开始
- 2009年5月 被日本医疗功能评估机构认定为高品质医疗体系医院
- 2012年4月 电子病历计算机系统运行开始
- 同年同月 永磁型0.4T开放式MRI装置配置
- 2013年4月 东古松圣克特精神科诊疗所开业

【事例2】 冈山旭东医院的概况

【理事长】

土井章弘

【院长】

土井章弘

【运营主管机构】

财团法人操风会（属非营利组织的一般财团法人）

该财团除冈山旭东医院以外，还经营有冈山康复医院（129床）、高田眼科医院、上门护理站蒲公英（事务所设置在旭东医院内）、幸福生活操风（老年人照顾服务住宅）（72户）。

【经营理念】

- 可令人安心托付生命的医院。
- 提供舒适温馨医疗服务及疗养环境的医院。
- 与其他医疗机构、福利设施共同合作实现优良医疗的医院。
- 让每个职工都感到人生幸福、工作有意义的医院。

【诊疗科目】

脑神经外科、整形外科、神经内科、康复科、内科、循环器科、整形外科、风湿性关节炎科、放射线科、麻醉科

【主要医院功能（受行政机关指定部分）】

- 临床研修指定医院（合作型）
- 急救指定医院

- 地区医疗援助医院

【专科医师培训功能（受有关学会指定的主要部分）】

- 脑神经外科专科医师培训指定机构
- 整形外科专科医师培训指定机构
- 神经内科专科医师培训指定机构
- 康复科专科医师培训指定机构

【主要医疗仪器设备】

- 手术室 3 室
- 三度空间电脑自动刀（定位放射线治疗仪）
- P E T - C T 装置 2 台、S P E C T - C T 装置 1 台
- M R I (3.0 T 装置 1 台、1.5 T 装置 1 台)
- 64 排多断层 C T 装置
- 血管造影检查装置
- 一般 X 线摄影检查装置（数码影像）
- 临床检查自动分析装置
- 骨密度定量检测仪器
- 激光椎间板减压术（P L D D）装置

【住院部门】

病床数：162 床

住院病区

- 主馆 3 楼住院病区（脑溢血治疗中心）
- 主馆 2 楼住院病区（综合病区，包括 2 间观察室。）
- 西馆 2 楼住院病区（综合病区）
- 西馆 3 楼住院病区（综合病区，包括 2 间观察室、16 床亚急性病床。）
- I C U（连接在主馆 3 楼手术室隔壁）（8 床）

注记：现在医院正改建，预计将从其他医院迁移来 40 床，增为 202 床。

符合医疗费用计算规定标准的病区等（主要部分）

- 采用疾病分类定额计算（D P C）方式结算医药费用
- 普通病区住院基本费（7 比 1）
- 急性期护理辅助体系加算（50 比 1）
- 特定集中治疗室管理费 1
- 亚急性期住院医疗管理费 1
- 地方医疗援助医院住院加算
- 临床研修医院住院诊疗加算（合作型）
- 急救医疗管理加算
- 超急性期脑溢血加算
- 急性期病区等退出调整加算 1
- 急救搬送患者地区合作加算

等等。

【职工人数及构成】

- 专职工 437 名（2013 年 4 月数据）

（医师 34、护士 186、介护福利士 10、护理助理 16、门诊导医台 3、诊疗放射线技师 19、放射线助理 5、药剂师 13、临床检查技师 13、临床工学技士 3、管理营养士 5、厨师 14、物理治疗士 19、作业治疗士 16、语言听觉士 5、临床心理士 2、按摩师 1、牙科卫生士 1、音乐治疗士 1、康复助理 1、医疗咨询顾问 5、营业计划负责人 2、事务部 64（事务局长、事务科长、诊疗信息管理、社区合作、医疗事务助理、会计・总务、设施管理、规划、学术管理、计算机系统、健康管理(体检)等）

- 其他，非专职工 25、临时职工 6、半天出勤职工（不包括半天出勤护士）21。

【患者人次等】（2012 年 4 月～2013 年 3 月，12 个月）

- 住院患者人次 53331 人

病床利用率 90.2%

平均住院天数 15.0 天

患者平均一人住院收入 64576 日元

• 门诊患者人次 79953 人

患者平均一人门诊收入 26001 日元

【急救等公共责任的担负】(2012 年 4 月~2013 年 3 月)

• 接受救护车次数 1517 次

【上述以外值得一提的业务】

• 每年全体职工参加制定修改《经营指针》，基于该指针全体职工齐心合力共同运营医院。

• 为了共享医院管理运营的信息并进行共同讨论，每天早晨，干部汇集起来召开干部会议，就前一天的状况和当天的计划等进行交流（15 分钟严守）；每月 1 次，各部门的负责人汇集起来召开“业务联系讨论会”，就经营状况进行交流。

• 旭东医院把对医院经营的各个方面进行全面监督检查的“业务管理平衡点数卡”（B S C：Balanced Score Card）管理方式，独自进行了修改，作为经营状况的监督检查使用。

其中从 4 个角度检查经营状况。

①财务角度：从种种角度对所有的收益及费用等进行分析。

②业务流程：对平均住院天数、医疗事故及可能造成事故的危险情况发生件数、治疗的合并症等的发生率、接受其他医疗机构介绍就诊的患者率（接受介绍率）、相反向其他医疗机构介绍的患者率（向外介绍率）等进行分析。

③顾客角度：对患者的医院服务满意度评分结果（患者满意度分数）、门诊等待时间、患者意见、疾病教育等教室的参加人数、医院活动的参加人数等进行分析。

④学习及进步的角度：对职工满意度调查、职工辞职率、参加率（经营指针制定会议、院内发表会）、学会的发表等进行分析。总收益中所占职工教育费比率的努力目标为 1%。

【经营状况】(2012 年 4 月~2013 年 3 月)

• 医业收益 57 亿 5495 万日元

• 医业收支比率 110.1%（不考虑折旧）

• 人工费比率（医业收益中所占人工费的比率）49.8%

• 药剂及资材费比率（医业收益中所占药剂、资材费、伙食材料费的比率）27.4%

【沿革（主要部分）】

• 1983 年 11 月 开业（最初为旭东整形外科医院（19 床的诊疗所））

• 1984 年 12 月 旭东整形外科医院（40 床）重建

• 1988 年 1 月 土井章弘院长就任、病床规模达 102 床

• 1991 年 8 月 开始运用 M R I

• 1997 年 4 月 新住院部（西馆）开设

• 1998 年 11 月 被日本医疗功能评估机构认定为高品质医疗体系医院

• 1999 年 12 月 特定集中治疗室（I C U）的运用开始

• 2004 年 7 月 开始采用 D P C 医药费用计算方式

• 2004 年 8 月 旭东医院新改建开业（新医院开业）；

配置电子病历计算机系统

• 2007 年 4 月 3.0T M R I、64 排多断层 C T 装置运用开始

• 2012 年 3 月 新电子病历系统运行开始

• 2012 年 10 月 医院新建工程动工（从建停车场开始）

9 社会保障制度及医疗制度

【说明 1】

日本的社会保障制度及健康保险制度的概要

现在的日本国宪法于 1946 年制定、公布，其第 25 条规定的所谓社会权利为“所有国民具有维持健康、文化的最低限度生活的权利”。

日本至今 50 多年来，制定社会保障制度时，皆基本依据 1950 年社会保障制度审议会对内阁总理大臣提出的《有关社会保障制度的建议》。该建议中指出，国家应该整体综合性地规划、推进社会保障制度，通过社会保险（健康保险、养老金保险、失业保险、劳灾保险）、贫困扶助（贫困生活保护）、公共卫生及医疗服务、社会福利（在这里指对需援助者的指导和援助），使国民能够享受健康的、有文化性的生活。

其后进入 1960 年代，构筑起“国民皆参保·皆养老”的、现在的社会保障制度基本构造。再到 1973 年，社会保障得到实质性的强化和扩充，被称为“福利元年”。社会保障支出初次超出 GDP 的 10%，开始实施以 70 岁以上老年人为对象的《老人医药费免费制》，但结果该制度在财政上无法维持。从 1983 年，为了支撑老年人医药费的支出，开始实施《老人保健制度》，此制度实行老人医药费的部分自费，在职人员的健康保险费用部分负担，再加上投入公费。

从 2000 年开始又新创设了《介护保险制度》，在满足 65 岁以上老年人介护需求的同时，把一部分健康保险范围的服务划分到介护保险范围。

在残疾人支援政策方面，2005 年制定了《残疾人自立援助法》，该法于 2012 年被修改为《残疾人综合援助法》，并于 2013 年施行。有关残疾人支援政策，在〈第 10 章 日本的精神科医疗〉一章将做进一步说明。

有关日本的医疗保险制度已经在第 1 章、第 2 章等通过医疗现场实例进行了解说。以下重新做一详细说明。

【日本的健康保险制度】

健康保险制度概要

- 在日本所有国民都要加入健康保险，被称为“国民皆参保”。
- “皆参保”的特点是，无业者、低收入者也加入健康保险。（※ 国际上，无业者、低收入者也参保的国家很少。）
- 健康保险大致分为 2 类。

第 1 类为“在职者保险”，以公务员、教员、企业等组织的工作人员及其家属为对象的保险。第 2 类是以在职者保险以外的国民为对象的保险，被称为“国民健康保险”。这些健康保险是以家庭为单位参保。

· 在职者保险的运营机构有多种，比如国家公务员属于“国家公务员共济工会”；地方公务员属于各地方行政的“地方公务员共济工会”；比较大的民间企业的在职者分别属于各企业所属的“健康保险工会”；中小企业的在职者属于全国中小企业联合团体的“全国健康保险协会”等。国民健康保险的运营机构是市镇村行政。运营健康保险的机构统称为“保险主”。

- 几乎所有的健康保险的自费负担皆为 30%。
- 参保人 1 年所纳保险费以冈山县的国民健康保险为例，按家庭收入等有所差异，但平均为 7~9 万日元（2011 年度）。
- 75 岁以上的国民按《后期老年医疗制度》运营医药费。该制度的保险运营机构是同一都道府县内的几个市镇村联合组织的、被称为“广域连合”的团体。该制度为个人参保，非家庭参保。自费负担原则为 10%。
- 2013 年 10 月的现行暂时措施，70~74 岁国民的自费负担为 10%。但是，国家正研讨将之升到 20%。
- 健康保险的参保人每月必须向保险机构缴纳保险费。若未缴保险费，将不能使用保险。
- 如果尽了最大努力依然生活贫困的国民，可以申请生活保护并在被批准的情况下，作为生活保护的一环，医药费由公费支出，该公费费用非从健康保险支出，而是由生活保护制度财政支出。

健康保险参保人的就医

· 就诊时必须在医疗机构窗口出示保险证，以证明自己是否加入了保险、加入的是哪个保险。如果没出示保险证，将要自付全额医药费。现在，几乎所有保险机构保险证的大小皆与信用卡相同。

·在日本几乎所有医疗机构皆为健康保险可以使用的“保险医疗机构”。只要提示证明自己加入的是哪个健康保险的“保险证”，就可以使用健康保险，并在任何保险医疗机构就诊。

·日本的医疗机构分类为医院及诊疗所。医院指有 20 床以上住院病床的、诊疗所指没有住院设施或只有 19 床以下住院病床的医疗机构。在日本全国有 8670 所医院、9 万 9824 所诊疗所、6 万 8384 所牙科诊疗所。另外从事医疗工作者的人数中，医师 29 万 5049 人、牙科医师 10 万 1576 人、药剂师 27 万 6517 人、护士 99 万 4639 人（皆为 2010 年数据）。

·医院和诊疗所的医药费没有太大差别。但是，在大学附属医院或有 200 床以上住院设施的大医院就诊时，若没有小医院或诊疗所医师的介绍信，会被加收自费初诊费，各医院金额不同，有的医院收 5000 日元左右。该规定被称为“选定疗养”，是医疗保险外的自费负担规定之一。该规定的目的是为了尽量促使患者在诊疗所及中小医院就诊。

·因有的病情需要使用高额的医药品及医疗设备，接受高密度的医疗，此时医药费额非常高，即使 30% 的自费负担也很重。为此，健康保险中设有《高额疗养费制度》。根据患者家庭的收入虽稍有差异，一般中档收入患者，1 个月的医药费自费额超过 8 万 100 日元时，其超出部分的医药费自费率非 30%，而只为 1%。

比如 1 个月的医药费为 100 万日元时，按 30% 自费率计算自费额应为 30 万日元，但是因有《高额疗养费制度》，实际的自费额为：

$8\text{万}100 + (100\text{万} - 26\text{万}7000) \times 1\% = 8\text{万}7430\text{日元}$

（※ 26 万 7000 日元的 30% 为 8 万 100 日元。）

按以往的规定先由患者全付自费额 30 万日元，其后通过申请手续，退回：30 万日元 - 8 万 7430 日元 = 21 万 2570 日元。但这样一时需付高额现金，为了减轻此负担，现在只要事先办理手续从开始就只付 8 万 7430 日元即可。

保险医疗机构的医药费用计算

·医疗机构每月都要把所有就诊患者的医药费做一统计，患者一人一张医药费用明细计算单（医务人员一般称之为“处方明细”），处方明细上要记明医药费明细计算过程，同时还作为保险费用支付申请单出示给保险机构，申请支付全部医药费中除去就诊者自费部分以外的费用。

·各医疗机构把处方明细寄送到“保险支付审核机构”申请支付。支付审核机构具有两个功能，一是审核各医疗机构送来的处方内容是否属实和符合标准；二是把各保险主支付的钱款收集起来，支付给医疗机构。原则上，处方明细全部以电脑可以处理的电子邮件传递。这里的“医药费用”指包括保险支付额在内的、医院所得全额医药报酬。

·医药费的计算方法依据所规定的治疗、药剂标准明细价格表算出。医药价格表是日本全国统一标准而定，被称为“医药费用点数表”；其中的药剂价格健康保险支付额也是全国统一，被称为“药价标准”。

·医药费用点数表的 1 点相当 10 日元，费用合计：“点数×10 日元”。“药价标准”直接以金额计算。

·住院医药费用的保险支付有“各项合计”方式和“定额计算”方式。门诊原则上采用“各项合计”方式。

·“各项合计”方式就是把患者各项具体的诊疗点数、每个药剂价格点数合计起来。医药费用点数表的大项目有住院基本费、检查、影像诊断、用药、注射、康复、精神科专门治疗、处置、手术、麻醉等。

·住院基本费包括住院中的医学管理、护理服务、疗养环境的提供等费用。费用额根据护士的人数设定，普通住院病区护士人数最多的为“7 比 1”护理，在住院基本费中所计算点数也最高。

·如第 2 章所作说明，7 比 1 护理指 7 名住院患者相对配置有 1 人以上的护士，达到此标准，该病区即为“7 比 1”护理。虽然白天班、晚班、夜班，病区配置的护士人数不同，但平均 7 名住院患者相对配置有 1 人以上的护士即可。

·“定额计算”方式是指根据对一定规定范围内的医疗行为设定的点数，1 天定额计算。有用一般的医药费用点数表定额计算方式及“疾病分类定额计算”（DPC: Diagnosis Procedure Combination）方式。

·一般的医药费用点数表定额计算方式中设定的一天定额，是把住院基本费、检查、影像诊断、用药、注射、处置等全部包括起来的 1 天的点数。1990 年前后，取代旧方式的“各项合计”，先在老人病区施行。因检查、用药等无论多少，都按天定额计算，所以有防止过多检查及用药等的效果。另一方面，也有医疗实施不充分的悬念，但该规定已被各种病区采用，并逐渐落实下来。

·例如，作为定额计算方式，现在针对慢性期住院患者有“疗养病区住院基本费”等。另外，针对急性期、亚急性期、精神科等也各有定额计算点数项目，适用的病区种类例如有，“急救住院费”病区、“亚急性期住院医疗管理费”病区、“精神科急救住院费”病区等。

疾病分类定额计算（DPC）

- 疾病分类定额计算方式（DPC）于 2003 年实施，是以急性期住院医疗为对象的医药费用定额评估标准。申请采用 DPC 方式，并达到国家（厚生劳动省）要求标准的医院不是用一般的医药费用点数表，而是用 DPC 方式结算急性期住院医药费用。现在日本全国有 1500 多所医院采用 DPC 方式结算普通病床的住院费用。按日本总计普通病床数来看，90 万左右普通病床中约 47 万床是 DPC 方式结算病床。但是，精神科医院不许采用 DPC 方式。
- DPC 方式是按住院患者的状态，先分类到 500 多种的“基本疾患”，再根据其重症度、年龄、手术的有无、处置、副损伤病名分类到 2200 多种诊断群中，医药费用按此分类规定 1 天的定额费用。1 天的定额中含有住院基本费、检查、影像诊断、用药、注射、处置等，不含手术、麻醉、康复等费用。DPC 方式的具体点数计算方法请参考第 2 章例示。
- 另外，日本没有美国健康保险中 DRG / PPS (Diagnosis Related Group, Prospective Payment System) 方式的、住院期间全体医药费定额规定（根据病患种类，住院期间医药费用定额规定）。日本的医药费只限于 1 天定额。

【说明 2】

「社会保障制度改革国民会议」报告所示今后医疗制度改革的方向

背景

- 日本的医药费 2010 年为 36.6 兆日元、2011 年为 37.8 兆日元，持续猛增，如此下去保险财政将处于危机状况。另外，2011 年的医药费按国民平均一人计算金额如下：
 $37.8 \text{ 兆日元} \div 1.3 \text{ 亿人} = \text{约 } 29 \text{ 万日元}$
- 医药费持续增加的原因出于老年人医药费比率在人口构成中的增加；医疗内容的高度化；日本整体上，医疗提供构造不适合现今的医疗需求等。
- 另一方面，出现无职者、低收入者由于医疗保险费过高，不能缴费状况。
- 在日本不仅医疗，介护、养老金、育儿援助等社会保障制度全体都需要更新转换以适应新时代，这已成为近几年的重大政策课题。2008 年以来，政府内高层次的研讨已经经过两次政权换代（2009 年 9 月、2012 年 12 月），以不同的形式承续下来。
- 其重大转折之一是 2013 年 8 月 6 日日本政府（内阁）发表的「社会保障制度改革国民会议」报告。该报告指明了有关今后医疗、介护的社会保障改革方针和方向，在包括医疗政策在内的日本社会保障政策整体的历史中，具有划时代的意义。

【「社会保障制度改革国民会议」报告的内容概要】

- 下面以医疗为重点就该报告的内容概要做一介绍。

全文概要

- 作为社会保障制度整体改革的方向，极为重要的是把社会保障从高度经济成长期确立的“1970 年代模式”，转换到对应现今超老龄化的进展、家庭·社区街道的转变、雇用环境的变化等“21 世纪（2025 年）日本模式”。
- 致力实现以全体年龄层为服务对象，按各自的负担能力来负担，所有的人能一直持续工作的社会；努力充实育儿援助，保证非正式雇用劳动者的雇用稳定和待遇改善；解决经济差距、贫困问题。
- 在医疗、介护方面，作为社区建设政策的一环，实行医疗功能的分工合作，建设社区综合护理服务中心，以使国民在自己居住习惯的地区生活到最后。
- 今后为了把按需求医的“任意选择就诊医院”机制维持下去，要求诊疗所的医师等针对患者的病状做出恰当求医指南；并要求国民配合，把医院的人力、物力资源重点投入到急性期医疗；尽早使患者回归家庭、社会，同时充实急性期后治疗的社区护理病床、上门医疗·上门护理服务，在所有医疗服务者之间的密接合作下确保社区护理网络。

医疗及介护服务体系的改革

- 采用各医院向都道府县行政申告各自医院病床医疗功能的规定。都道府县对此进行分析，在 2018 年以前制订出符合各地区需求的、各医疗功能需要量的「地区医疗规划」。这样根据具体数据，由都道府县行政主管设立、运营统划机构，以实现医疗需求和提供体系相平衡。
- 国民健康保险的财政运营机构（保险主）由现在的市镇村移交到都道府县，同时力图建立由都道府县和市町村合理分担保险费收费等业务的方式。
- 为了医疗、介护服务机构避开竞争，互相合作建立社区护理网络，需要使医疗法人等能够便于实施再编·统合。为此要整备修改现制度。
- 在介护服务方面，力求结合上门医疗合作、充实生活援助服务、积极发挥居民中心作用。

- 计划使用消费税增收部分，作为推进医疗、介护服务体系改革的财源。具体使用范围:对医院功能和病床功能的分担、互相协助的援助；针对急性期医疗，人力、物力资源的重点集中投入机制；上门医疗、上门介护的推进；为了建立社区综合护理网络而实行的医疗介护合作；生活援助・介护预防（预防恶化到要介护状态）的初级服务提供体系；认知症(痴呆症)对策；人才确保等。

- 在医药费用、介护费用方面，为了扩展支撑社区生活的医疗、介护服务，推进服务体系的改善。

- 今后医疗的目标为，综合诊疗医师的培养、团队医疗的推进、医疗机构工作环境的改善、临终医疗的国民共识、医疗效果评估数据的收集・分析等。

健康保险制度改革

- 以市镇村行政为保险机构的国民健康保险一直存在财政赤字及运营上的各种问题。为了保证财政基底稳定，努力实现保险机构向都道府县的顺利移交。另外，扩充减轻低收入者保险费负担的措施，对有负担能力者提高负担水准等等，以求保险费的国民负担公平化。

- 力求自费率的合理调整:住院时的伙食支付改为自费；现在70~74岁老人的医药费自费率10%的特例今后改为20%；高额疗养费按收入区分等。同时鼓励使用专利过期药等，努力实行保险费的有效利用。

- 在疑难病对策等方面力求改革。

- 在介护保险制度方面，修改自费规定，实行服务内容重点化、服务提供效率化等。

10 日本的精神科医疗

【说明】

日本的精神保健制度及精神科的团队医疗

目前，日本的精神科医疗，基本上在医疗整体中占有一个领域。在医疗服务提供体系的法律法规《医疗法》上，对精神科医疗也有明文规定；并且精神科医疗亦属于健康保险的适用对象。但是，精神科医疗在法律规定上和其他科医疗有不同的一面，存在有关特例及精神科固有规定。

在谈到精神科医疗的时候，应该注意到社会因素对制定精神医疗制度时的影响。比如对精神障碍者的歧视和偏见，不仅以前，现在也依旧存在；还有对社会冲击较大的一些重大事件的发生等等。

在术语方面，以前曾一般使用“精神病医院”一词，但为了“消除精神障碍者收容机构的印象，确实明示其为提供专门性医疗的机构”，2006年相关的法律一律被修改，法规上的术语被统一为“精神科医院”。

另外，关于精神科的医疗，“精神医疗”与“精神科医疗”两词均被使用，官方没有规定必须使用其中哪一种。关于病房和病床，法规上使用的“精神病房”、“精神病床”的名称，一般也被广为使用。

但是，有关“精神疾患”与“精神障碍”两词的区别尚不明确。医师做诊断时，尽可能依据世界卫生组织（WHO）汇总的国际疾病分类（ICD：International Classification of Diseases）第10版（ICD-10、1992年刊行）（参考注释1）为准；但是，参考美国精神医学会汇总的《精神障碍诊断与统计手册》（DSM：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）的情况也很多；而且与ICD及DSM不同的、以往的老病名也经常使用。

（注释 1）

ICD-10是包括身体疾患在内的所有疾患的分类，其中关系到精神科章节的标题为“精神与行为障碍”（The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders）。因分类代码的开头字母为“F”，故也被称为“F分类”。

日本精神科医务人员，一般在使用“精神疾患”一词时，通常指ICD-10的F分类中记载的各种分类项目及以往的疾患名等（参考注释2）。日本的《精神保健福利法》是决定精神保健、精神医疗相关政策的基本法规，在该法规中，对精神疾患和精神障碍的关系，如下规定。

“第5条 此法律中的‘精神障碍者’，指的是统合失调症、精神作用物质引发的急性中毒或依存症、智力障碍、精神病质，及其他精神疾患的人。”

（注释 2）

关于癫痫，不仅是精神科，神经内科、脑外科等也进行治疗。癫痫在国际疾病分类中，属于神经疾患（病名代码的开头字母为“G”），但在日本的法律规定中，被列入精神疾患。

2011年日本全国的精神病床位数约有34.4万张。1960年时约有10万个床位，在此后的10年当中大幅增加了2倍以上。但是80年代后，鉴于治疗法的进步及世界精神科医疗的趋势等，日本也尽可能使精神障碍者边在社区里生活边接受治疗，换言之，努力实现“从医疗机构到社区”、“从住院到上门”的转变。因此，90年代后，精神病床位数稍微趋于减少。

通常提到的精神科医院，其诊疗科主要是精神科、病床全是或绝大多数是精神病床。除此之外，日本全国也有相当数量的综合医院备有精神病床。大学附属医院出于便于教学的观点，通常设置有精神病床。在《精神保健福利法》中，对精神障碍者住院有相关规定，该法规中提到“精神科医院”时，也包括综合医院里的精神病床。

精神科医院的住院，即使不经本人同意，也可以强制其住院。出于这种精神科医疗的特性，为了保证对人权的尊重和医疗的切实实施这两个方面的平衡，法律对住院形式做有明确规定。精神保健福利法规定的住院形式有：任意住院、防危险措施住院、医疗保护住院、紧急住院四种形式。此外还有，

《处于精神失常等状态而严重伤害他人的行为者的医疗及观察等相关法律》（通称：《医疗观察法》）规定的、经过地方法院手续办理的鉴定住院（以精神状态的鉴定为目的）及地方法院决定的处置住院，但能够接受这两种住院的医疗机构很有限。

任意住院，即征得本人同意后住院。住院时，根据症状的变化有可能实行动限制和出院限制，但 these 在办理住院手续时，都必须通过书面形式向本人说明，征得同意。在精神科医院，让精神障碍者住院时，法律规定尽可能采用任意住院形式。

除了任意住院形式之外，还有违背患者本人意愿强制住院的形式。这种形式的采用，主要由精神保健资格指定医（以下简称为“指定医”）判断决定。指定医资格，必须符合四个条件，①5 年以上的诊疗经验；②3 年以上精神科的诊疗经验；③为了证明第②项精神科临床经验，提交规定格式的病例报告；④参加规定的研修讲座。具备上述四个条件的医师，在本人提出申请之上，由厚生劳动大臣指定。

防危险措施住院形式是指，对如果不住院、其精神障碍的病状存在有自杀企图等自残行为、或者引发伤害等伤害他人行为的危险（自残害他危险）的患者，行使都道府县知事等（参考注释 3）的行政权限施行的强制住院。通常，这种形式的住院的手续程序是，检察官、警察官等依据法律规定，向都道府县等进行通报，接到通报后，都道府县等政府工作人员（通常为保健所的工作人员）进行联络调整，由 2 名指定医对患者本人诊查。诊查结果，2 名指定医一致判定其具有自残害他危险时，实行强制措施住院。能够接收强制措施住院的医院，限于都道府县设立的医院或都道府县指定的医院（通称：指定医院）。强制措施住院是行使行政权限的强制性住院，患者住院时，由都道府县等政府工作人员通知本人，住院期间的医疗费原则上由都道府县负担。

（注释 3）

“都道府县知事等”的“等”，是指日本的“指定城市”（即人口 50 万以上的大、中城市）的市长，在指定城市由市长行使此行政权限（国家规定）。比如冈山县冈山市发生的案件，在冈山市市长名义下，由冈山市政府工作人员办理强制措施住院的手续。

医疗保护住院形式以指定医的诊查和家属等的同意为必要条件，不须本人同意亦可强制其精神科医院住院的形式。指定医诊查的结果为“此患者为精神障碍者，为了医治及保护，需要住院，但无法采取任意住院方式”时，再征得家属等的同意，即可决定其住院。此外，患者没有家属等的情况下，规定上，得到该患者居住地的市镇村长的同意后可实施医疗保护住院。

采取医疗保护住院措施时，代替患者本人签署住院同意者，以前法令中被称为“保护者”。该人不仅代替签署住院同意，并且担负使患者接受治疗等的义务。但是社会上批评这个保护者规定使家属等负担过重，因此，2013 年的《精神保健福利法》修改中，保护者规定被废止。同时，为了促进医疗保护住院者出院后适应社区生活，在精神科医院新设置了“出院后生活顾问”等人员。

紧急住院形式，指定医诊查结果为，“如果不立即令此人住院，将对医治及保护带来严重影响，无法立刻征得家属等同意的情况下”，72 小时内不经患者本人同意，强制精神科医院住院的形式。能够接收紧急住院的精神科医院，限于由都道府县知事指定的医院。超过 72 小时后继续住院时，在 72 小时内，必须向医疗保护住院等其他住院形式变更。

精神保健福利法中，除住院形式规定以外，对住院患者的行动限制也做了详细规定。这是为了保证对人权的尊重和医疗的切实实施两个方面的平衡，办理行为限制手续时，指定医的职责尤为重要。不论怎样，在任何情况下都不能限制其发送及受理书信，不能限制其与人权拥护相关行政机构工作人员或患者的代理律师打电话及会面。

另外，没有指定医判定有必要时，不可实施的行动限制有：①患者的隔离（把该患者放进本人无法从里面打开、不能自由进出的单间，以造成和其他患者隔离。）②身体的约束（在垫子上面用约束带捆住等暂时性约束患者的身体、限制其行动）。另外，采用任意住院形式的患者，原则上，本人希望出院时，不可阻止，鉴于病状，指定医认定有继续住院必要时，只可强制限于 72 小时以内。

《精神保健福利法》中，对“精神障碍者保健福利手册”也有规定。此手册由本人在市镇村的办事处进行申请，由都道府县知事等裁定许可，申请时，必须附加主治医的诊断证明。手册中，为了能判明本人，须贴附本人照片。封皮上仅写着“障碍者手册”。在手册制度制定之初，封皮上大字标记着“精神障碍者”，对此当事人等提出这种标记令人难于出示，鉴于此意见，后加以更改。精神障碍者若持有手册，作为证明出示时可享受一些优惠，如各种障碍者优惠服务；所得税、住民税等障碍者纳税优惠政策；公共交通部门运费优惠等。

以上介绍的精神保健福利法体系，主要是涉及精神障碍者必要的健康管理方面与医疗方面的对策。此外，考虑到精神障碍者的生活能力障碍及与正常人的社会上的差距（不利条件），也制定有援助措施。

《障碍者基本法》是贯穿各种障碍者措施的基本方针大纲，在该法中定义障碍者为“身体障碍、智力障碍、精神障碍（包括发育障碍）以及有其他身心机能障碍（以下统称为“障碍”）的、由于障碍及社会环境局限持续日常生活或社会生活受到相当限制状态的人。”日本近年来在障碍者措施制定上的基本展开方向，不只以精神障碍者，而是以全体障碍者为对象，对各种障碍特性细致对应。

援助精神障碍者生活的法律和措施有，例如：规定综合性提供各种生活援助服务的《障碍者综合支援法》（此为 2013 年 4 月以后的名称，此前的法律名称为《障碍者自立支援法》）；为了促进障碍者职业生活的自立而制定的《障碍者雇用促进法》等。另外，障碍年金制度、生活保护制度，都是与精神障碍者的生活援助密切相关的措施。

《障碍者综合支援法》经过复杂而频繁的修改，变为现在的名称和内容。在此法律中，对精神障碍者从医院出院后融入社区生活所需的各种服务做有规定。法律规定的实施管理以市镇村为主，实际的服务提供由民间企业承担。服务项目众多，服务种类有“介护服务”、“训练等服务”、“社区生活援助项目”、“自立援助医疗”等。

作为代表性服务的“介护服务”中，有派遣上门助工在家帮助进餐等的“上门介护”；“训练等服务”中，有实际工作兼训练的“持续就劳援助”，即在工作场所按其能力安排相应生产活动等，以提高其必要的劳动就业能力（其中，有与工作单位签定雇用合同，保障雇用法制度中最低薪金额的“A 型”；以及没有签定雇用合同，虽然领取工资较低，但以提供参加活动机会为宗旨的“B 型”）；“社区生活援助项目”中，有对各种服务项目的利用以及租房等问题承受咨询和提供信息的“咨询援助项目”等。

“自立援助医疗”是由都道府县及(人口 50 万以上的)大、中城市的行政部门实施管理。以精神障碍者为对象的部分，也被称为“精神门诊医疗”。在门诊接受治疗时，通常自己负担的 30% 就诊医疗费，原则上减免为 10%，其差额由行政负担。要利用这个规定，必须带上主治医的诊断书，到市镇村的受理窗口进行申请，领取“支付资格者证”。

精神障碍者从医院出院到进入社区日常生活的过程中，是否能顺利利用这些规定和服务极为重要。精神障碍者在这些方面咨询时，提供建议、指导、训练等各种援助的专业人员主要是第 6 章所述的精神保健福利士。

在第 6 章所述“团队医疗”，在精神科也被称之为“精神科团队医疗”，和医师、护士、药剂师、营养管理士等一起发挥重大作用的还有作业治疗士、精神保健福利士、临床心理技工。今后的精神科医疗，无论是住院、门诊，还是走访患者住所的上门医疗，团队医疗的加强都将会更受重视。

1.1 日本的医药制度和临床研究

【说明】

日本医药制度及医药品的开发

不用说，医药品是医疗中不可欠缺的。医药品从开发到上市需要制药企业、批发商、医疗机构、药店、行政机构等等广泛围多方面机构的工作。比如，开发、制造、销售、流通、库存管理、处方、调剂、向患者推销、安全管理等等。治疗效果越大的医药品副作用的风险越大，是把“双刃剑”，杀伤力强但也难免伤己，所以世界各国政府都设有规制。医疗器械也同样被规制。

在日本为了保证医药品及医疗设备器械的质量、有效性、安全性，基本上依据《药事法》法规来规制。该法规被通称为“药事制度”。《药事法》于1960年制定，此后，有过数次修改。其中，2002年的修改内容最多，成为现在有关法律规定的根本方针。以下，特别就医药品从开发到上市销售的过程做一简洁说明。

所谓制药企业必须是被国家认可的“制造销售企业”，并对医药品的制造、质量管理、制造销售后的安全管理都必须做出保证。另外，为了制造销售医药品，对每个品种的药都要就有关质量、有效性、安全性收集数据，接受审查，获得国家许可。

每个医药品从开发到临床应用所经过的过程是：“研究开发”、“非临床实验”、“临床实验”、“许可申请”、“许可”、“上市销售”。

以下主要依据日本国厚生劳动省(相当于中国民政部)的资料记述。

医药品的候补是从科学合成物、植物、土壤细菌、海洋生物等发现的物质中，选取可能成为医药品的物质，先从试管实验、动物实验开始，这被称为“非临床实验”。这个实验是为了调查药效、体内的动态(吸收、分布、代谢、排泄)及对生物体的毒性。其结果，预测对疾病有疗效，并确保人体使用安全之后，才能进一步检验对人体的效果。

下一阶段进行对人体的效果实验，即“临床实验”。为了上述医药品候补能取得国家认可，而进行的收集数据的临床实验还特别被称为“治验”。治验是制药企业开发工作的核心。治验的实施必须用科学的方法，以参加者的人权为最优先。

治验分几阶段实施。一般分为第I相、第II相、第III相。

第I相也叫“临床药理实验”，最先对人投治验药的实验。以少数人的健康成人志愿者、特定状态的志愿患者(比如轻度的高血压症患者)为对象，调查药物的安全性和人体内的效果动态。药物1次或1天的使用量叫作“用量”，在用量的范围内核实安全性和药效的平衡，检查有没有重大毒性(即“耐受性”(tolerance))。

第II相是以同意协助的患者做药验对象(即治验参加患者)，因治验药的治疗效果有“探索”的意思，所以也叫做“探索实验”。先是通过比较投药前后的状态，确定对哪种疾患需多少用量、用法(用药方法、用药次数、用药时间、用药速度等等)，此被称为第II相前期实验。

接着为了进一步确认药品的有效性和安全性，比如一般以数十到数百人的患者为对象实施“随机对照比较实验”(RCT: Randomized Controlled Trial)。这也叫第II相后期实验。“对照比较”是指治验参加患者中，分成用药治疗组(称“用药组”)和不用药治疗组(称“不用药组”或“对照组”)做双方比较。“随机”(又称“任意抽样”)是分开用药组和对照组时，用乱数表(随机号码表)等避免两组之间发生偏倚(比如一组里年龄高的人或血压高的人偏多等等)。

第III相是取得医药品许可的最后阶段，对治验对象疾患、状态(“适应症”)的患者组，验证该治验药安全、有效(即第II相中得到的证据)，所以也叫“验证实验”。

第II相中除了“随机对照比较实验”以外，通常还要做“盲检化”实验。准备和治验药形状相同的“安慰剂”(无药效成分的模仿药或需要和治验药效果进行比较的、药效稳定的既存药物等等)，不告知被验者本人是属于用药组，还是对照组，这是为了避免服用成份无药效但外观同样的“安慰剂”，症状也减轻的现象(暗示效果)。最好不仅被验者，即使是有关医生也不告知，这叫“双盲实验”。

第Ⅲ相在极复杂、精密的计划下实行。通常患者对象百名左右，也有以数万患者为对象的大规模实验，时期也需半年、1年或更长，实施费用庞大。所以，若在第Ⅲ相阶段，发生安全性、有效性等问题中止开发时，制药公司将遭受重大损失，因此，第Ⅱ相之前的预备性实验的正确性极为重要。

实行治验的制药公司要遵守《药事法》，按国家制定的规则（G C P：Good Clinical Practice）实施。该规则被以欧美各国为主的国际公认。G C P的规定，比如：向国家申报治验内容；治验审查委员会必须审查治验内容；必须征得参加治验患者的同意；重大的副作用必须向国家报告；制药公司要保证治验正确实施等等。

医药品、医疗器械的审查主要由2004年设立的独立行政法人“医药品医疗器械综合机构”（P M D A：Pharmaceutical and Medical Devices Agency）担任。制药公司一般在上记医药品的开发过程中，向P M D A以“治验相谈”的形式征求意见。制药公司从临床实验经过治验第Ⅲ相，确认了该医药品的有效性和安全性后，向国家（厚生劳动省）申请制造销售许可。国家先委托P M D A审查这个医药品。P M D A将从多重角度严密审查，比如申请案件是否符合G C P，提出数据是否属实等等。

国家根据该审查结果，听取药事、食品卫生审议会的意见，然后许可制造销售。需综合判断每个药剂的成分、分量、效能效果、用法、用量、剂型、制造方法、制造厂情况资料等等，才下许可。

经过以上过程，医药品才得以上市销售。

医药品上市销售后，制药公司对医药品的有效性、安全性等仍负有继续调查的义务，称为“市贩（市场销售）后临床实验”。因是得到国家许可后的临床实验，不属于治验，但因是在第Ⅰ～Ⅲ相治验后的实验，有时被称为“第Ⅳ相”。

因有关医药品的制造销售的规制各国不同，外国已许可的新药若在日本使用，需按日本的法定规定重新办理许可手续。但是会出现这样的情况，比如美国、欧洲许可的医药品已在世界上通用，因在日本未被许可而不能使用。即使办理申请手续也要经过上记一连串的过程，获得许可耗费时间很长。此问题被称为“新药许可过迟”（drug lag），特别是在癌症和一些难病的治疗上发生阻碍，在日本已成为社会性的大问题。

现在摸索解决该问题的方法之一是努力寻求国际性的合作。特别是在日本、美国、欧洲（E U）之间，尝试相互交换医药品许可申请所需要的治验实施法、数据等。在1991年开始召开的日米欧三极医药品规制调和国际会议（I C H：International Conference on Harmonization）上，参加国对上记的G C P内容取得了一致的意见。

另外还有一个问题，对海外正使用但日本未许可、临床期待实用化但治验成本大的医药品，没有愿意施行治验的制药公司出现，治疗法在国际上已成为标准但日本患者不能享受。现在这个问题的解决方法之一是，法律规定上许可以医疗机构等的医师为主导施行治验，也叫“医师主导治验”。

下面就现在精神科受注目的、治疗抵抗性統合失調症治疗药氯氮平（日本商品名：KUROZARIRU）的从开发到许可、销售的一系列过程做一介绍。

【事例】

抗精神病药氯氮平的开发过程

据称最初的精神科领域药物疗法是1952年氯丙嗪（chlorpromazine，抗精神病药之一，也叫冬眠灵）作为医药品在临床的使用。其后不久的50年代后期瑞士合成了氯氮平（clozapine）；1966年有报告说，其具有抗精神病效果；1971年施行了最初的双盲实验，报告其具有抗精神病效果且没有其他抗精神病药所见的椎体外系症状（即身体变硬、手发颤症状）的副作用，遂开始在欧洲上市销售；70年代中期在美国也被评价为有效的抗精神病药。

但是1975年芬兰研究者报告说，服用氯氮平的患者中有16例无颗粒球症（即因好中球白血球显著减少而易患感染症的一种重症病）发生，其中8例死亡，为此几乎所有国家的制药公司停止了制造销售。但极少数国家此后在定期进行血液检查的条件下，继续允许使用。

80年代美国发表了氯氮平对治疗抵抗性患者(其它抗精神病药没有治疗效果的患者)有效的研究成果。为此1989年美国食品药品监督管理局(FDA: Food and Drug Administration、美国负责医药品规制的行政厅)限定治疗抵抗性统合失调症的患者在定期进行血液检查的严格条件下,才许可使用。

证实氯氮平效果的临床实验大致如下施行。研究是在多家精神科医疗机构的合作下施行,精神科医按照全美国使用的诊断指导手册DSM-III诊断出的统合失调症患者之中,对即使使用3种抗精神病药症状仍不见改善的患者,招募参加临床研究。对征得同意的患者先用氟哌啶醇(haloperidol,传统抗精神病药)做6周盲检化实验,把仍不见症状改善的患者做为本实验对象,这样严密限定实验对象为“治疗抵抗性”的患者。

实验对象患者268名被“随机”地任意分为氯氮平治疗组(用药组)和氯丙嗪治疗组(对照组),通过6周双盲实验观察比较其症状变化。症状是否改善的评估是由熟练的精神科医按精神科广泛使用的症状评估标准BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale)(合计18个评估项目)打分判定。

其结果,氯氮平治疗组30%得到改善,相对的氯丙嗪治疗组只有4%,按统计学观点可证明有足够的差别。以美国的这些动向为转机,2008年世界上已有97个国家许可氯氮平做为抵抗性统合失调症的治疗药。

在日本,制药公司Novartis Pharma株式会社申请了氯氮平的制造销售,2009年4月得到许可,同年7月以KUROZARIRU商品名开始上市销售。

日本的治验有77例被验者参加。第II相后期实验的26周内30例中17例(57%)、第III相实验的24周内43例中29例(67%)精神症状得到改善。安全方面77例中2例(3%)患发无颗粒球症,但未致死亡;8例(10%)患发高血糖等。

氯氮平在日本上市销售之前美国已有约25万例实际使用,其中无颗粒球症829例(0.3%)、高血糖等163例(0.07%)。此外,诸外国使用氯氮平发生的重大副作用例症有,心脏副作用(心肌炎、心膜炎)、癫痫发作及痉挛、肺栓塞、肝炎、肠梗阻等等。还可能有起立性低血压、困倦、流涎(口水过多)、震颤、恶心呕吐、便秘等副作用。

日本给KUROZARIRU的许可付加了严格条件,做为制药公司销售后的企业责任要提供并运营“KUROZARIRU患者观察服务(CPMS)”,以对无颗粒球症等重大副作用早期发现、早期应对。还要由有关人员组成第三者委员会,以监督CPMS正确运营。

使用KUROZARIRU的医师被限定必须是参加过理解该药知识讲习会的CPMS登记医师,并且在能应对无颗粒球症的医疗机构才能使用。

另外,对患者也付有条件。首先,开始用KUROZARIRU治疗时,必须住院。这是为了令患者充分理解治疗、核实药效和副作用、决定适当的药量、确认患者确实服药、可随时进行检查等,原则上需住院18周。出院后作为无颗粒球症对策,服药开始后26周以内每周1次、26周后每两周1次必须接受血液检查。

负责医师每次都要把血液检查结果输入暗号保护的CPMS专用网页。这个CPMS是美国、英国、澳大利亚等国家为了确保氯氮平的正确使用而设。

在这些严格条件之下,日本的氯氮平使用逐渐扩大,2013年2月登记医疗机构202所、登记患者达到1387例。但是,日本全国统合失调症就医患者数推测约80万人,假定其中约30%为治疗抵抗性统合失调症的话,就有24万人为潜在氯氮平治疗对象,但现状还未达到1%。

在中国有数据称统合失调症患者的约25%使用氯氮平治疗,日中比较也许将成为一个有意义的信息交换课题。

12 日本汉方医学

(本章的大部分内容是根据渡边贤治先生的著作改写的。参照 P. 27 注释)

【说明】

概要

首先，参考维基百科 (Wikipedia)，来解释术语。

汉方医学 (Kampo medicine) 是古代从中国大陆传入日本的传统中国医学在日本形成的独自体系，多被简称为“汉方”，本稿也将如此表述。汉方，尤其在日本江户时代 (1603~1868 年) 得到了很大发展，其原形延续至今。汉方的开方 (称“生药方”) 方法是以传统方式诊断后，选生药材调药。开方开的药被称为“汉方药”。通常“汉方医学”一词，除生药方以外，还包括针灸、按摩、食疗养生等。另外还有“东洋医学”的说法，此词本是日本汉方医学和中国中医医学等的合称，但在日本几乎和“汉方医学”同义。

在日本，和东洋医学相关的国家资格有“针灸按摩指压师”、“柔道正骨师”。具有这些资格的人进行施术的场所，被称作“针灸院”、“整体院”等等，这样的场所在日本全国众多。其中一部分指定疾病的治疗可使用健康保险，但判断是否可用保险的现状复杂多样，无法简明解释。

医师在日常诊疗中，通常不施行针灸、按摩等。但是，开方时经常开汉方药的医师很多。据说日本 90% 以上的医师经常开汉方药，这是因为作为医用药使用条件已齐备。其背景有二，一是工业化量产的成方制剂在市场上广泛流通；再有自 1976 年以来许多种成方制剂被允许适用健康保险等。

西医做诊断时使用“病名”，但汉方做诊断时用“证”这个人体状态的属性概念。“病名”是“疾病的分类”，相对“证”被称为“疾病宿主的抗病反应的分类”。日本汉方治疗的原则称“方症相对”，意指患者的症状和治疗方法是对应的。

日本直到江户时代，使用的是与现代医学病名不同的传统病名，诊断出病名加上患者人体反应的证，确定治疗方针。但是，在日本明治时代的 1883 年发布的医师执业资格规则里，医师考试只采用西医知识，这样只学习中医知识的人通往医师的道路被封闭。因此，1900 年以后重新开始使用日本汉方的医师们，都是在学习西医以后再实施汉方，而且实施汉方时不可避免要使用西医病名。实施汉方的所有医师，都要在大学医学部学习西医，西医的国家考试合格后，经过西医的医师临床实习，才能进行汉方诊疗。这点是日本汉方医学现状的一大特征。

虽然“病名”和“证”，完全出于不同的思维体系，但在汉方治疗中，二者缺一不可。例如，按西医治疗，通常给病毒性感冒患者开特效药时，处方是达菲 tamiflu (商品名) (成份: 奥司他韦 oseltamivir) 胶囊。但按汉方治疗时，仅凭病毒性感冒这个病名，无法确定治疗方法。比如，先诊看出“该患者尚有体力，无汗，高烧，关节和腰部疼痛”的症状，才开“麻黄汤”的汉方处方。

日本汉方开方的根本想法基于中国一千五、六百年前编撰的《伤寒论》和《金匱要略》。《伤寒论》，以变化急剧的急性病为例，论述了疾病的变化及对应这些变化的药物疗法。《金匱要略》，论述了急性热病以外的慢性疾病的治疗，此书原与《伤寒论》合为一部《伤寒杂病论》。参照《伤寒论》和《金匱要略》两本古籍，能够了解急性和慢性的各种病症的药物疗法。

在日本汉方界，即使现在也仍依据这些古籍所指教的内容治疗，换言之，日本汉方医学没有采用西医的“进步发展”的世界观，这是日本汉方的又一特征。

现在的中医医学在近代化发展过程中，理论变得越来越复杂，与此相比，可以说，日本汉方是以古代《伤寒论》和《金匱要略》为原点，固执于简朴的体系，其结果，与中国的中医医学相比较，和“证”相关的用语数变得很少。

日本汉方的基本诊疗方式是根据患者的“证”的诊断，选择与其对应的已调配成方的生药制剂。处方的末尾，标上“证”字，比如有“葛根汤证”等的说法，就是说，该患者具有服用葛根汤症状治愈征候。

例如，有以下诊断。“葛根汤证：脉浮紧，项背拘急不舒，并时常伴有头痛，且发热时，兼有恶风、恶寒，但无汗。如有以上症状，无论是什么病名，都为葛根汤适应症。感冒、神经痛、结膜炎、副鼻窦炎、中耳炎，病名不明的情况下，亦可用葛根汤。”（以上引用《汉方医学》大冢敬节著）

在中国，通常，对每一种中药材及其成分都要逐一进行考究。与此相对，日本汉方，一般以调配成方的生药制剂作为用药基本单位（例如，“葛根汤”处方。是用葛根、麻黄、生姜、大枣、桂皮、芍药、甘草按一定比例调配而成）。在日本，专家在调配煎药的时候，也对一种生药材的性质进行思量，但大多数医师是以成方制剂为单位开处方的。这一点和中医医学比较起来，或许也可说是日本汉方的特征之一。

在日本生药研究的历史中，自 1885 年长井长义从麻黄中提取出麻黄碱（ephedrine）以来，以传统手法进行的生药材药理作用等基础研究很多。但从 1970 年前后，医用成方精炼制剂大量生产，此后，医师之间也开始了这种成方制剂的基础研究。

例如，有分析性的研究成果说，用于花粉症和支气管哮喘治疗的小青龙汤，配方中含有麻黄，这种麻黄中的麻黄素具有呼吸道扩张作用，所以说明小青龙汤的药效合理。但是，也有许多研究成果依汉方药的作用机序解释说，药效是生药材的相加相乘作用等的复合效果，所以，仅靠一种生药材、成分无法说明药效。

现在，用第十章曾解释过的“随机对照比较实验”（RCT: Randomized Controlled Trial）等方法，实证汉方治疗效果的临床研究也很多。2010 年，日本东洋医学会收集了 345 篇 RCT 论文，均以医学论文标准格式撰写，编辑成《汉方治疗实验报告》并公开发表。

另一方面，对用西医研究方法做汉方相关的临床研究是否适当，争论纷纷。换言之，日本汉方的诊断是以西医的病名和“证”为基础，尊重每个患者人体反应的个别性和患者的主观感受。针对汉方的这种特点，用以舍弃个别性为发展方向的 RCT 方式做研究是否合适，成为争论焦点。

另外，至今为止积累下来的有关日本汉方医学研究成果，大多仅能用日语参阅，把临床研究的成果投稿于世界有名英文医学杂志的努力尚且不够，这是今后待决的课题。

13 日本滞留交流时的注意事项

【说明】

一般注意事项及《临床训练制度》

一般注意事项

一般注意事项可列举为以下几点：

- 日本滞留期间的条件等依据 2010 年中国洛阳市中心医院（洛阳参加交流医疗机构的代表）和日本冈山旭东医院（冈山参加交流医疗机构的代表）交换的合作协议书所定内容。
- 因有法律上的限制，即使有中国医师、护士等资格，原则上亦不可在日本进行医疗行为。这与日本医师、护士等去中国时不可进行医疗行为相同。
（作为例外，日本的《临床训练制度》规定在一定的条件下被许可进行医疗行为，此在后详述。）
- 虽不可进行医疗行为，在日本医疗机构交流期间，可以在医疗现场参观、体验院内院外的活动、进行意见交换等。
（· 若有交流医疗机构的许可，在一定的范围内，可以阅览检查数据、诊疗记录、各种资料等，或者特别出席职工会议等。）
- 如果能得到负责医师和患者的同意，可（通过翻译）和患者面谈。但是，如患者不同意时，需暂时离席，对此还望理解。
- 因尊重患者的个人隐私特别重要，原则上不许对患者摄影。其他摄影时，也需征得随行医院工作人员的同意。
- 其他问题与研修医疗机构商量解决。

《临床训练制度》

- 在符合国家（厚生劳动省）规定的条件并取得许可的医院，在符合所定条件的指导医师的指导下，基于医院制订的临床训练计划，允许符合所定条件的外国人医师（临床训练医）参与诊疗的规定。
- 指导医和临床训练医之间不需翻译亦可语言疏通是必要条件之一。必须有外语能力考试认定证明等证明日本医师和中国医师之间双方可用日语、汉语、英语等其中一种语言进行交流疏通。
- 另外，临床训练计划必须以特定的专门知识及技能的取得为目的。
- 指导医必须是该诊疗专科学会认定的专家等，并符合有 3 年以上临床训练医诊疗经验等条件。
- 《临床训练制度》的许可有效期限最长为 2 年。
- 如上所述该规定条件严格繁多，适用于相对长期滞留日本、以取得特定诊疗技能等为目的的临床训练。当前冈山和洛阳的医疗交流不适宜利用该规定，从现实性考虑，计划先以参观、现场体验、意见交换等为重点进行交流。

14 元气团（资料）

（冈山县精神科医疗中心
中岛丰尔理事长的研究发表）

我向大家发表一个我的秘密研究成果

“元气团”的大发现

元气团的 7 个特性

1. 元气团：

赠送的人比接受的人更加元气充足，
精神振奋。



元气团的 7 个特性

2. 元气团：

需时自来，来则无尽；
取即可用，用之不竭



元气团的 7 个特性

3. 元气团:

相反，若赠送不当，气腐质变，
时而“元气团”自变为“郁气团”。



元气团的 7 个特性

4. 元气团:

微动变幻，维持艰难。
一旦生成，限期 2 ~ 7 天必用。



元气团的 7 个特性

5. 元气团:

此为心技，若长期不发，将心钝不明，
元气渐虚，有终生能力丧失危机。



元气团的 7 个特性

6. 元气团的最佳赠送及传播法:

“心领神会悄然递交”

“心领神会悄然接受”



元气团的 7 个特性

7. 元气团蕴藏法:

正研究中。

若环境条件齐备，或可蕴藏相当长时间。
好像与“阳光、煦风、翠绿”等自然环境密切相关。

