三菱商事のグループ企業です。
NIHON HOSPITAL SERVICE

NHS NEWS

NHSニュース
2007.08.20 Vol.3

医療制度改革を深掘りする

―経営環境変化への問題認識

「第8回 病院の経営を考える会」(2007年6月8日開催)

株式会社日本ホスピタルサービスは6月8日、東京・品川プリンスホテルで、「第8回 病院の経営を考える会」を開催しました。

国際医療福祉大学教授の高橋泰氏、東邦大学医学部教授の長谷川友紀氏が、医療制度改革を踏まえつつ、今後の医療機関や行政機関が進むべき方向性についてそれぞれ講演を行い、その後、埼玉県済生会川口総合病院院長の原澤茂氏、九州大学医学部教授の尾形裕也氏らが加わりパネルディスカッションが行われました。また、経営に関するテーマとして、(株)船井本社代表取締役会長の船井幸雄氏が厳しい時代を乗り切るための経営者の心構えなどについて語り、更に特別講演として、厚生労働副大臣で参議院議員の武見敬三氏が今後の医療政策について示唆に富んだ講演を行いました。

テーマに対する関心の高さもあって、病院関係からは140名を超える出席をいただくことができ、また、多くの方々が最後の意見交換会まで出席されるなど、盛会のうちに幕を閉じました。

講演

「ＤＰＣの現状と将来―病院経営へのインパクト」

ＤＰＣ導入は急性期病院の“ふるい”に 情報の電子処理で分析や比較も可能に

高橋氏は、近年普及が進んでいるＤＰＣの持つ意義について、医療制度改革、医療機関の経営管理、患者の3つの視点から説明しました。ＤＰＣ導入が急性期病院を選別するための「ふるい」となる可能性が高いことを指摘したほか、診療にかかわる各種の情報を電子的に処理することによって、さまざまな分析や比較が可能になるなどの効果を紹介しました。

国際医療福祉大学医療福祉部　医療経営管理学科教授　学科長　高橋　泰 氏

日本はＤＰＣ最後進国

ＤＰＣとは、病名と受けた治療の種類によって患者を分類し、医療費を決めたり分析をしたりする方法です。この方法の基礎となる患者の分類を診断群分類といいます。介護保険制度下で、手のかかり具合に着目して介護を受ける人を分類する要介護認定と同じ手法といえます。元々は病院のパフォーマンスを評価するために開発された手法です。

一般的に、在院日数が短く、１日当たりの医療費が安い病院は効率が良いといわれていますが、診断群分類を用いることによって疾患群ごとの効率性を比較することができるようになります。諸外国ではすでにこうした診断群分類を用いた病院評価が一般的ですので、診断群分類を用いて情報を集めようとしている最後の先進国が日本であるといえます。近年になって、この方法によって得られた病院の評価を診療支払いに応用しようという考え方が出てきました。

ＤＰＣは大きく分けて３つの側面を持っています。

ひとつは医療制度改革という側面です。ＤＰＣ病院には▽看護配置基準10対１以上▽診療録管理体制加算を算定▽調査データの国への提出が可能―の３つの要件が必要で、この要件に基づいて急性期医療を担う病院を選別することができます。そのため「ＤＰＣでないと生き残れないのでは」といった懸念が広がっていますが、私自身は急性期病院と全日本病院協会などのいう「地域一般病床」のような病院に二極化していくだろうと思っています。３つの要件のうち、診療録管理加算を算定できない病院が手上げをしているケースもあります。努力目標となっている▽特定集中治療管理料▽救命救急入院料▽病理診断料▽麻酔管理料▽画像診断管理加算―を算定していることも、今後調整係数がなくなることなどを考えた場合、重要な要件となってくる可能性が高いため、取得しておくことが賢明です。

質の向上にも期待大

二つめの医療機関の経営管理という側面からは、医療情報を比較することによる質の向上が図られるという期待があります。日本のレセプトは、世界で最も詳細な医療情報を記したデータですが、従来は紙で処理していたため医療の質の管理に利用することができませんでした。これを活用できるようにするというのが、日本のＤＰＣ発想の原点です。医療界は航空業界と共通点がよく比較されますが、航空業界では飛行スケジュールなどを決める地上スタッフ、実際に飛行機を飛ばすパイロット、適切に飛行しているかを監視する管制官というように、それぞれが別の役割を担っているのに対し、医療界は医師個人が治療の方針を決め、それを監視する人は誰もいないという状態です。そのためＤＰＣの導入によって、国が指定した共通のフォーマットで電子化した情報を提出すれば、病院経営に関する多くの指標を高度に比較、分析することが可能になります。

患者サイドにも大きなメリット

患者にとっては、ＤＰＣ導入によって疾患にかかる費用と入院期間が分かるという面もあり、国もこうした面には大きな期待を寄せています。今後重要性を増す地域連携クリティカルパスが普及することによって、急性期病院で手術を終えた患者が、入院期間が短く費用が安い病院を選択することが可能になります。回復期となった後の患者の情報を、急性期病院にフィードバックする流れができることで、急性期病院がどの病院に患者を移せば早く良くなるかが一目瞭然になります。どのような医療を提供しているかが、国民にとっても分かりやすくするツールという側面も、ＤＰＣは持っているのです。

講演

「医療計画制度と病院経営」

医療情報を有効活用して住民の視点に立った計画策定を

長谷川氏は、新しい医療制度下における医療計画の在り方とその背景を解説しました。医療の質に注目した施策の促進やＩＴ化の進展などによって、医療に関する情報の分析ができるようになったことを踏まえ、こうした情報を有効に活用して住民に分かりやすい医療計画を策定する必要性を訴えました。その過程では、新制度の下で医療行政の中核となる都道府県と医療機関の共同作業の必要性を指摘しました。

東邦大学医学部社会医学講座　医療政策・経営科学分野教授　長谷川友紀 氏

医療の質への関心高まる

小泉前政権では、2000年の省庁再編によって強まった首相官邸や内閣府の権限を最大限に利用して、広範な分野での構造改革に取り組みました。国の施策も、これまでの所管省庁主導から、政府の経済財政諮問会議などが中心となって作った素案に基づいて決めるようになりました。内閣府の主導で進められた医療制度改革議論では、医療の質向上の重要性に注目した考え方が打ち出されました。

ニーズの高い医療と、実際に提供されている医療の間では大きな差があるため、医療の質向上は日本をはじめ各国で大きな関心事となっています。例えば、現在医系大学での教育は急性期医療が中心ですが、実際の疾病構造は慢性期が中心になりつつあります。この状況が続けば、実際の医療ニーズと提供される医療サービスの差はますます広がってしまいます。ニーズに応じた適切な医療を提供するためには、医療システムを抜本的に変える必要があります。

質を評価するシステム構築も

医療システムを変えていく上で、何が大きな問題かを評価し、優先順位を付け、アクションプランを作ることが必要になります。日本では医療計画がこれに該当します。計画立案を適切に行うためには何が問題かを知ることが必要で、そのためには電子的に情報を収集することが不可欠です。電子的に行うことにより、リアルタイム、悉皆、安価に二次利用可能な形で情報を入手することが可能になります。また、医療の質は、現在では可視化が可能で、積極的な管理と資源投入の対象であると認識されています。診療報酬は従来のコスト補てんとしての位置づけから、質に関する一定の情報を提供する医療機関への報酬を厚くするペイ・フォー・リポーティング（Ｐ４Ｒ）や、質に応じて支払いを行うペイ・フォー・パフォーマンス（Ｐ４Ｐ）といった考え方が出てきています。

レセプトオンライン化の完全実施に加え、今後はＤＰＣも普及・拡大することから、各医療機関はさまざまなデータの提出を求められることになります。電子的に集積された情報を公益のために活用するためのルールづくりが今後の課題となってきます。さまざまな情報と結びつけることによって、エビデンスに基づいた政策立案も可能になり、審査支払業務も大きく効率化できます。韓国では、レセプトオンライン化が進んだことで、データウエアハウスの構築が進み、またデータ利用のルールも確立されています。

「ライフコースアプローチ」を提言

私は04年には医療計画の見直し等に関する検討会のワーキンググループに参加しましたが、従来の医療計画は住民の視点から見て評価が難しいものでした。それを踏まえて、住民にとって脅威となる健康問題をライフステージごとに明らかにし、それぞれの疾病にどのような医療を提供するかを盛り込む「ライフコースアプローチ」の考え方を提言しています。新しい医療計画に用いられる新たな指標として、受診率割合や入院日数などが盛り込まれる予定です。

新しい医療計画の核は「情報」です。例えばハイリスク手術の成績があまり変わらない病院がいくつかあれば、情報公開により、その中で手術件数の多い病院を中心とした医療圏が形成されてきます。行政はこのような情報を出す仕組みづくりをすることが役割です。医療法改正によって都道府県がこれらの情報を集めることができるようにしたのが、「医療機能情報公表制度」です。集まった情報はインターネットで公表されます。医療機関が情報を提供するか否かは、これまでは任意でしたが、今後は一定の情報を提供しなければならなくなりました。これは大きなパラダイムの転換です。

地域の医療計画策定に向けては、医療機関から提供される情報を基に、都道府県と各医療機関が共同で作業を進める必要があるでしょう。

医療情報活用できる人材の育成は？

講演に続いて、パネルディスカッションが行われました。その中で埼玉県済生会川口総合病院院長の原澤茂氏は、同院の建て替え後の業務効率化や労働組合との関係などについて説明しました。その後、講演した高橋、長谷川両氏も加わり、医療計画を策定する上で重要となる情報を分析する人材の育成や、ＤＰＣ導入が進む中で注目される亜急性期病床の今後の見通しについて意見を交わしました。モデレーターは九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座教授の尾形裕也氏。

九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座教授 尾形裕也 氏

尾形：ここでご登場いただきます原澤先生に、ご発言をお願いします。

原澤：1999年に私が院長に就任する前は増築を繰り返した古い病院で、病棟建替えの必要性に迫られていました。済生会では、病棟を建て替える場合、本部の承認が必要です。建て替えの条件として本部からは、「人員削減と賃金体系の改定を労働組合との協定を結ぶ」という厳しい条件が示されましたが、どうにかクリアし、400床の病院を３期にわたって現地で建て替えました。当時の経済状況にも助けられ、建築費は約65億円に抑えることができました。

2001年に臨床研修病院の指定を受け、06年６月からＤＰＣ病院に、さらに人事考課制度を導入しています。05年２月に日本医療機能評価機構の病院機能評価認定を受けました。今後の行動計画としては、医療の質向上のためにいくつかのポイントを掲げています。地域医療支援病院、災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院の認可を目指しています。地域医療連携もほぼ全科にわたり、紹介外来制を導入しています。地域の中で選ばれる病院になるためには、地域医療連携が不可欠と考え、連携強化にも力を注いでいます。現在、連携登録医は200人以上に上ります。

ＤＰＣの導入や７対１入院基本料算定によって、マイナス3.16%となった06年度診療報酬改定を乗り切ることができました。７対１入院基本料は、もともと組合があり、忙しい病棟に看護師を厚く配置していたことが幸いし、問題なく取得できました。診療報酬のマイナス改定が続く中で、1996年と比較すると医業収益は1.4倍に増えています。その半面人件費が伸びていないのは、2001年度と06年度の就業規則改定によってかなりの人件費を抑制したためです。材料費もＳＰＤなどの導入によってかなりの削減に成功しました。

尾形：講演された方々は補足的に説明することがありますか？

長谷川：都道府県が医療計画をうまく作れるかということがポイントだと思います。これは大きな社会的実験だと言えます。通常の組織では、権限を持った人が計画を立て、資源を配分し、指揮する権限を持ちますので、責任体制ははっきりしています。それに対して、都道府県が医療計画に関して持っている権限は少ないのです。都道府県の権限を強化し、企画立案能力を発揮してもらうことに、医療関係者が不安を感じるのは当然です。

権限の少ない都道府県にとって、唯一のキーワードは「情報」です。医療機関が出す情報によって自然発生的に疾病ごとの医療圏が形成された場合、医療機関間の競合が起きたとしても都道府県は仲裁できません。利用者が医療機関の情報を基に判断し、２～３年の間に自然と医療機関は淘汰されていくことになるでしょう。

初年度から全都道府県で、医療計画が成功する可能性は高くはないでしょう。実際にうまくいくのは２、３カ所で、他はうまくいったところに倣っていくことになると思います。政策立案能力や保険のリスクプールの大きさ、医師の需給を考えた場合、都道府県が適切な単位なのか、広域都道府県や道州などにすべきではという議論にもなるでしょう。

高橋：亜急性期の今後について説明します。亜急性期は、病院団体などが提唱していた地域一般病床を想定していました。急性期の在院日数が短縮される中で、家に帰れず、リハビリや内科的治療を続ける患者と、急性増悪によって医療が必要となった患者が、利用する駆け込み寺的な病床という想定でした。しかし、実際には、一般病床の患者を出来高で治療した後に亜急性に移

埼玉県済生会川口総合病院院長 原澤 茂 氏

亜急性期病床の行方は？

し在院日数を調整するために使われているというのが現状で、調整的な病床になっています。これを次の改定では地域一般病床的な病床にしたいと思っています。

ＤＰＣは高度専門急性病棟と地域一般病棟が、それぞれの役割にふさわしい包括払いにすべきだと考えています。基本的には、日本の医療はＤＰＣまたは１入院当たりの包括（ＤＲＧ）になり、医療区分による包括も含めて、進むとみています。このような医療の根本的なところに医療の現場の声が反映されないことは許されません。日本ＤＰＣ協議会という組織を立ち上げ、急性期の医療提供体制や調整係数をどうなくすかについての病院経営者や論客を集めて、ＤＰＣのあるべき姿を提言したいと考えています。

ＤＰＣの調整係数は03年度の収益を担保するためのもので、急性期病院を守ろうという考え方に基づいています。しかし、ＤＰＣはコストの削減に容易に利用できますので、経済財政諮問会議などで包括払いを拡大する議論が出てきています。ＤＰＣを導入した医療機関を優遇しない政策は取らないと思いますが、ＤＰＣに対して大盤振る舞いする時代はもう終わったという気がします。

尾形：都道府県を中心とした医療計画の中で、各医療機関から提供される膨大な情報に基づいたデータベースを的確に分析し、エビデンスに基づいた政策を立案できる人材が必要になると考えられます。人材育成についてのお考えを。

長谷川：これまで地方の人材が中央に集中していたという現実があります。しかしそれを問題にしていては話が進みません。いずれにしても、情報に基づいて医療計画を進めていく中では、いくつかの都道府県はうまくいくはずです。その知恵を共有して水平展開を図ることです。こうした社会的実験の中で、大勢の国民が迷惑を被る事態は避けなければなりません。混乱を防ぐ仕組みづくりが急務です。

高橋：地方も発想を変えて、地方にとって都合のいいような政策を提言していけばいいと思います。短期的、長期的な視点が必要です。大学での育成や、大学院でのケーススタディをしたいと思っています。

原澤：私たちの県や医師会も、来年４月に向けてさまざまな部会を設けて議論しています。ただ、都道府県が権限を持たない中で、「初年度なので」という理由で議論が中途半端に終わる可能性も否定できません。都道府県ではなく、もう少し大きな単位が必要かと考えています。

尾形：亜急性期病床については、諸外国にも同様のものがあるのか、それはどういう機能を果たしているのかという議論や、日本ではどれだけのニーズがあるのかという議論があります。

長谷川： 02年に全日本病院協会が「地域一般病床」として最初に提唱しました。これは04年から診療報酬に「亜急性期」として反映されました。それは、超急性期を脱した（post-acute）患者という考え方と、中小病院の外来などで診ている患者が急性増悪を起こした（sub-acute）患者という考え方があり、両方を見る病床があれば効率的であるという考え方が基本にありました。在宅医療が現実味を帯びるためにも、中小病院が担う地域一般病床の役割は大きいと思います。

高橋：日本は1960年代以降、ヨーロッパ諸国とは反対に、病床数が増え、在院日数も延び続けてきました。その背景には老人医療の無料化などがあります。この間に増えすぎてしまった病床を削減し、急性期に寄せるかというのが現在の医療制度改革と言えます。どこまで削減できるかと考えた場合、地域一般病床的なところである程度吸収しないと現実性がないと思います。医療連携の面でも、政策的な着陸地点という面でも、地域一般病床はかなり現実的なところでしょう。

特別講演

「わが国の医療政策と病院経営」

医療が抱える諸問題は喫緊の政治課題 財源確保には国民合意の形成が不可欠

武見氏は、深刻さを増している医師不足の問題に対する国や与党の姿勢を解説した上で、この問題が厚生労働省や自民党などにおいても重要な議論の一つであることを紹介しました。その解決に向け最大の障壁となっている財源確保の問題については、「医師不足に象徴される医療の問題が広く認識されるとともに、予算配分の上でも配慮され、国民の合意を形成できるかが重要になる」と述べました。

厚生労働副大臣　武見敬三 参議院議員

医師確保　緊急対策まとまる

医師不足問題は、「労働」という面から考えても重要な課題となっています。２年ほど前から産科や小児科の医師不足を指摘する声が多くなり、現在では幅広い分野で医師不足が議論されています。統一地方選でもこの問題が取り上げられ、喫緊の政治問題にもなっています。自民党では、４月下旬に緊急医師不足対策特命委員会を立ち上げました。５月連休明けには自民党だけでなく医師確保に関する政府・与党協議会での議論を開始、その議論の中で医師不足問題は短期・中期・長期の視点で包括的に取り組むべき課題だとして、５月末に緊急医師確保対策をまとめました。

この確保対策の柱は、医師が不足している地域に緊急臨時的に医師を派遣する体制の整備です。医師不足の背景にある勤務医の過重労働解消に向けた環境整備として、医師が担っているさまざまな業務を医師以外の職種の人に担ってもらう業務分担の見直しも盛り込んでいます。女性医師の離職防止と復職促進は、当面の医師不足を解決する上で極めて有効といえるため、院内保育所の整備や復職に向けた研修などに取り組む病院への支援、院外の保育所での受け入れ態勢整備などを検討しています。研修医の定員を見直し都市部への集中を是正することも謳っています。医療訴訟が多いとされる産科などへの支援策として無過失補償制度の早期実現、死因究明制度などの医療リスクに対する支援体制も充実させる方針です。無過失補償制度に関しては、将来的には裁判外調停制度である日本版ＡＤＲを立ち上げることも必要だと考えています。中長期的には、医学部定員増員を認め、奨学金制度などを設けて医師を養成しますが、医師の診療科目選択の自由をどこまで尊重しつつ、必要な診療科の医師数を確保するかが課題となります。

労働面の過酷さ顕著

厚生労働省労働基準局の呼びかけで医師が宿直勤務をしている全医療機関6600カ所に自主点検調査を実施しましたが、夜間勤務や宿日直などで法律が守られていない実態が浮き彫りになりました。その原因は、国の医師不足対策の遅れや診療報酬による手当の問題だと思いますが、労働という側面から医療の現場を見るとさまざまな問題があると言えます。改善報告が未提出だったり、改善が期待できなかったりする約600カ所には監督指導を実施したところ、何らかの労働関連法令に違反する事例が72.1%、宿日直にかかわる許可条件を満たしていない医療機関が41.8%ありました。改善のためには、医師の増員や交替制の導入などを行った医療機関が多く、こうした方法は医師の労働条件改善に有効であることが分かりました。しかし、労働基準局がこれ以上徹底した対応をすれば、医療の現場は大混乱に陥ることが懸念され、医療費が大きく増えることも予想されます。仮に財源を確保しても、実際に医師がいるかどうかも問題です。医師不足が顕著となる中で、厚生労働省医政局が中心となって同様の調査をすべきかもしれませんが、医政局には強い権限がなく、医療機関に協力を得るのが困難な状況です。

医療財源確保に国民合意を

医師不足解決はそれに先立つ財源が問題となります。医療費に対する基本方針では1.1兆円抑制しなければなりませんが、杓子定規に毎年同じ金額を減らしていくという考えではなくなっています。社会保障や少子化対策などの極めて重大な問題を抱えている分野にはあらためて予算措置を考えることも相当議論されるようになってきました。財務省などは今後も保険免責制などの医療費抑制策を打ち出してくる可能性がありますが、少なくとも内閣府と厚生労働省、自民党の間では、社会保障とくに医療に関する議論の流れは変わってきました。必要な医療財源は確保すべきだという方向になってきました。

来年３月までは、医師不足に象徴される医療の問題解決に向け、どこに焦点が当たり、財源確保に関する国民の合意が得られるかが問われます。それによっては次期診療報酬改定も大きく左右されると言えます。

講演

「厳しい環境下での企業経営の決め手」

トップの条件は勉強好き、素直、プラス発想 持っている長所を伸ばして業績向上を

船井氏は、ますます厳しくなることが予測される病院経営を乗り切るための経営トップの心構えを解説しました。業績を改善するために、自分の病院や医院の長所を伸ばすことの有効性も訴え、有力な業務への人材投入を呼びかけました。

㈱船井本社代表取締役会長　船井幸雄 氏

病医院の経営環境はこれからも厳しさを増すことが予想されます。厳しい状況を乗り越えられるかどうかの99.9%は経営のトップで決まり、成功するかどうかはトップが命をかけて経営に臨んでいるかどうかで決まります。また、①勉強好きで、②過去の常識にとらわれない素直さがあり、③プラス発想ができるという成功の条件を満たしていること、する／しないの意思決定のルールを知っていること、顧客（患者）の視点で求められている物事を考えることも大切です。

松下幸之助さんなどの例にあるように、ツキ続けていることが成功のカギです。そのためには運の良い人と付き合うこと、自分の中でツイてるもの・強いもの・伸びているものに力を入れることが必要です。だから、自分たちの病院にある数多くのサービスの中で良い成績を挙げている部分に集中して人材を投入する「長所伸展法」が賢明であり、短期間で業績を伸ばすことも決して不可能ではありません。

自然の理や良心に反する行動・感情なき知性・労働なき富を排する哲学、健康のコツたる摂理・人に喜ばれるような言動の癖・稼ぐという意識（福禄寿）を幼少より身につけ、必要な勉強を怠らず、やがて人材を育てるに至る道筋が「帝王学」です。ところが、自由・自主的・自己責任で世のため人のために働く人材となると、どの組織でも全体の２割もいないのが現実です。そこで、並のレベルにある大多数を如何にして人材へと育てあげるかが課題となり、ここで経営手腕が問われます。

まともな経営をしていれば、これからの時代でもやっていくことはできます。きちんと取り組んでいる病院や、医療以外の世界でもしっかりとした経営をしているところなどを見るべきでしょう。患者を不安がらせず、夢を持たせる医療を提供し、国の制度に保護してもらわなくても十分にやっていける病院になってほしいと思います。

「第８回病院の経営を考える会」を終えて

代表取締役社長
後藤俊男

大変遅くなりましたが「第８回病院の経営を考える会」の抄録をお届けします。ご参加できなかった皆様のご参考に、またご参加された皆様の覚えとしてご一覧頂ければ幸甚です。

医療制度改革も第５次を数え、その理解が病院経営にとって重要度を増しており、今回は改めて「医療制度」に焦点を当てた企画としました。盛り沢山な内容と限られた時間のため十分な論議が出来なかった点は事務局として大いに反省するところでありますが、医療制度改革の全体像、方向性、主要な課題を提示し皆様のご参考に供することはできたかと存じます。

本会も年々ご参加者数が増えておりますが、今回は弊社顧客病院が150に迫ることもあり140名を越す皆様にご参加頂き盛会とすることができました。

また、夕刻開催の「意見交換会」では、ご参加の皆様が設立母体を超えて歓談される光景を多々拝見し主催者として喜ばしく思いました。

来年は６月６日に関西地区で開催の予定です。なんとか皆様の病院経営のお役に立つ企画といたしたいと思いますので何卒ご参加をご予定いただきたくよろしくお願い申し上げます。

皆様の医療機関の益々のご発展をお祈り申し上げます。

― 株式会社日本ホスピタルサービス ―

広告

共同購入（GP・PB）商品

株式会社日本ホスピタルサービスの共同購入（GP）は、平成11年に第1弾として手術用ガウン、手術用手袋、医療用テープ等から始まり、現在、NHSプライベート商品を含め、111品目までになりました。
共同購入は、皆様方病院の参加企画であり、結果として、自院へ経済効果をもたらすものであります。
今後も引き続き、年間2回（4月、10月）新たな共同購入品をリリースしていく予定でございます。
しかしながら病院様のご協力なくして拡大は不可能と考えますので診療現場での共同購入品切替調整に関し、力強いご支援を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

手術室

手術用ガウン
手術用手袋
滅菌ドレープ
サージカルマスク
キャップ
シューズカバー
オペガーゼ
スキンマーカー
スキンステープラー
精密尿量計
弾性ストッキング
サージカルクリッパー
電気メスペンシル
対極板
インジケーターテープ

病　棟

検診用手袋
テープ
ドレッシング
注射判
吸引カテーテル
注射針
ペーパータオル
翼状針
（安全機能付含む）
留置針
（安全機能付含む）
尿バッグ
綿球
酒精綿
検診用シーツ

麻酔・呼吸器

気管内チューブ
人工鼻
酸素カニューラ
血ガス用採血キット
（安全機構付）
呼吸器用フィルタ
炭酸ガス吸収剤

検査室

顕微鏡グラス

消化器科

イレウスチューブ

カテーテル室

アンギオキット

糖尿関連

血糖測定用試薬・針
インシュリン用シリンジ
ペン型針

腎臓内科

血液回路
透析キット

2007年下期予定

OPガウン（見直し）
PCA（例:インフューザー）
持続吸引カテーテル
透析針

詳しい内容のお問い合わせは、弊社サプライセンターまでお願い致します。