

日 時 平成22年10月23日（土） 13：00～17：00

場 所 社団法人日本病院会 5階会議室

出席者 堺 常雄（会長）

今泉暢登志、高橋 正彦、相澤 孝夫、梶原 優、大道 道大（各副会長）

宮崎 瑞穂、石井 暎禧、木村 壯介、松本 純夫、万代 恭嗣、渡邊 史朗、武田 隆久、
生野 弘道、小川 嘉誉、土井 章弘、塩谷 泰一、安藤 文英（各常任理事）

柏戸 正英、宮川 信、石井 孝宜（各監事）

野口 正人（代議員会議長）、中嶋 昭（代議員会副議長）

奈良 昌治、山本 修三、池澤 康郎、佐藤 眞杉（各顧問）

久常 節子（代理出席：洪 愛子常任理事）、松田 朗、堀内 龍也、池上 直己、
齊藤 壽一（各参与）

有賀 徹、大道 久、崎原 宏（各委員長）

柴山勝太郎、松本 隆利、細木 秀美、高野 正博（各支部長）

永易 卓（日本病院会 病院管理者協議会 会長）

五十嵐邦彦（公認会計士）

中村 紘一（新会員・臨床試験東京病院 院長）

堺会長の開会あいさつの後、会議定足数について、定数26名中、出席者17名、委任状8通、計25名（過半数14名）で会議が成立している旨報告があった。

その後、議事録署名人に渡邊史朗常任理事及び万代恭嗣常任理事を選任した。

次いで、新参与の池上直己慶應義塾大学医学部教授から就任あいさつ、及び新規入会病院の臨床試験東京病院の中村紘一院長から入会あいさつがあり、今泉副会長の議事進行により会議に入った。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、正会員の退会2件、賛助会員の入会1件、特別会員の退会1件について承認した。

〔正会員の退会2件〕

①神奈川県・共済及連合・国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院分院（会員名：長堀薫 分院長）

②静岡県・医療法人・医療法人社団静和会静和病院（会員名：吉田晃院長）

〔賛助会員の入会1件〕

①A会員・東京都・有限会社オフィス・スプレッド（代表者：服部紀子）

〔特別会員の退会1件〕

①東京都・明治安田新宿健診センター（代表者：貴島政邑所長）

平成22年9月25日現在、正会員 2,509会員

特別会員 239会員

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議した結果、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛・協力依頼4件）

- ①平成22年秋季全国火災予防運動（消防庁）に対する協力
- ②「第11回アジアメディカルショー」（第11回アジアメディカルショー実行委員会）の後援名義使用
- ③第22回「国民の健康会議」（全国公私病院連盟）の協賛
- ④第60回日本理学療法学会（（社）全国病院理学療法協会）の後援名義使用

（継続：委員委嘱・推薦等依頼1件）

- ①日本経営協会委員会委員の就任
 - ・ホスピタルショウ委員会委員 高橋正彦副会長（継続）、横山直一事務局長（継続）
 - ・保健・医療・福祉部会委員 大道道大副会長（所属変更の上、継続）
 - ・医療情報部会委員 現任：佐合茂樹委員 → 新任：相澤孝夫副会長に交代

3. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

検討の結果、新規認定施設、更新認定施設として、下記4施設の指定を承認した。

（新規1件）

- ①熊本県・社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院

（更新3件）

- ①福岡県・医療法人財団博愛会 人間ドックセンター ウェルネス天神
- ②広島県・国家公務員共済組合連合会 呉共済病院
- ③大阪府・社会医療法人きつこう会 多根クリニック

4. 保険診療に係る消費税非課税制度の是正を求める訴訟に関する支援について

社団法人兵庫県民間病院協会が保険診療に係る消費税非課税制度の是正を求める訴訟を提起したことに伴い、日本病院会にその支援依頼が来た。四病院団体協議会として民主党厚生労働部門会議の座長に対して消費税についての要望を出したり、日本医師会、四病協共同で税制改正要望を出すなど、消費税は非常に関心のあるところであるが、直接の支援は難しいため、精神的な支援を行おうと考えている。

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

下記委員会等の開催報告があり、了承された。

（1）第2回病院経営管理士教育委員会（9月24日）

- ・演習講義、パンフレットの作成、テキストの作成、スクリーニング代替研修会について協議を行った。

（2）第1回社会保険診療報酬委員会（9月28日）

- ・日病協の平成22年診療報酬改定に向けた要望項目の中で実現されないもの、具体的には基本診療料、電子化に伴うデータの二次利用、二次救急医療の充実と診療報酬による対応をメインに検討した。その他、終末期医療やリハビリ、中小病院についての問題、DPC制

度についても議論することとなった。

(3) 第4回雑誌編集委員会 (9月30日)

- ・10月号には、7月14・15日に開催された国際モダンホスピタルショーにおける堺会長の講演や、公開シンポジウムの内容、及び7月2日に大阪府立急性期・医療センターで開催されたセミナーでのシンポジウムを掲載することとした。11月号には、第60回日本病院学会における学会長講演や堺会長の講演、招待講演、記念講演、及びシンポジウム1を掲載することとした。
- ・第60回日本病院学会で一般応募があった演題の中から10題の優秀・優良演題を決定した。
- ・雑誌編集に関するアンケートを検討しているので、ご協力をお願いしたい。

(4) 第2回精神科医療委員会 (10月1日)

- ・平成24年度診療報酬改定に向けて精神科としての要望事項をまとめるため、救急・児童・認知症・総合病院部門に分けて検討することとなった。
- ・来年の日本病院学会のワークショップのテーマを「緩和医療の充実を目指して」に設定し、登壇候補者にリエゾン看護師、臨床心理士、緩和医療チームの医師などを挙げ、幅広い職種の方の参加を求めたい。
- ・精神疾患対策基本法の制定に向けた100万人の署名活動について、日本病院会の協力を呼びかけられた。

(5) 第3回第3回医業経営・税制委員会 (10月1日)

- ・日本医業コンサルタント協会が取りまとめた提言「医療費財源に関する提言－消費税と寄附金について－」の取り扱いについて協議を行った。消費税にまつわる損税の具体的な数字を広く世の中に伝達していく。
- ・今後のテーマとして、IT化にかかる費用等の問題を検討したい。

(6) 第3回医療の安全確保推進委員会 (10月6日)

- ・日病会員病院のアンケート調査「医療安全に係わる実態調査」について協議し、各病院における安全に対する組織づくりについて、実態調査という形で進めることとなった。それにより、医療安全推進の次のステップが見えるようなものを目指したい。
- ・死因究明に関する院内事故調査について、異常死で24時間以内に届け出たもののその後の経過等の提示してもらって、議論の進展を図りたい。これについて、堺会長より、非常に重要な問題なので、できればこの委員会で死因究明に関する検討をしていただきたいとの発言があった。
- ・医療安全から見た医師の労働実態については、当面注視していく。

(7) 第3回医療制度委員会 (10月6日)

- ・診療報酬、介護報酬の同時改定に向けて我々として提言していくために、今までの財源の議論に加え、今回は医療供給体制について協議を行った。救急医療体制が地域によって異なることから、各地域の実情について報告があった。また、医療と介護の中間的なところの問題については病院団体の中でも温度差があり、継続審議となった。
- ・病院病床の機能区分についてさまざまな意見が出されたが、まだ集約していく段階ではないので、しばらく幾つかの領域の問題を検討しながら、全体的な意見という形で提言をつくっていききたい。

(8) 第2回診療情報管理士教育委員会 (10月12日)

- ・平成22年度前期科目試験の合否判定を行った。合格率は、基礎課程が98.4%、専門課程が84%で、特に問題ない。
- ・基礎課程・専門課程・分類・DPCコース・医師事務作業補助者コースの各小委員会の報告があった。なお、DPCコースについて、診療報酬改定があるごとに分厚い教科書を改

訂するのは大変なので、平成24年改訂の際には、テキスト作成をにらんで開催時期を変更してはどうかとの提案や、上級のDPCコースの設置についての提案があった。

- ・全国一斉講師会を、今年は12月11日に笹川記念会館で開催する。
- ・指定大学・指定専門学校の申請について審議した。なお、北海道ハイテクノロジー専門学校のサテライト授業については承諾できないとした。
- ・経費節減のため、受講生証を紙タイプへ変更する。
- ・受講料及び延長料の未納について、今後、年を区切りながら除籍していく。
- ・通信教育の「研修事業安全管理マニュアル」（案）が提出された。今後、検討していく。
- ・診療情報管理士の資格を確認できるバッジのデザインを確定し、販売していく。
- ・職員が森之宮病院に出向しており、その研修報告があった。

(9) コーディング勉強会（9月25日～10月18日）

- ・27教室で開催、580名が参加。10月23日から12月19日までについては、123教室、2,676名が参加予定。

(10) 第3回病院経営の質推進委員会（10月14日）

- ・人材育成計画について、2日間の短期コースの内容、日程、講師、運営方法について話し合った。多数の職員の参加を期待する。
- ・診療報酬改定の影響度調査がほぼまとまった。回収した768件について、異常値を除いた上で概要をまとめた。

(11) 第2回中小病院委員会（10月16日）

- ・中小に限らず、民間病院の人材確保問題に取り組むため、200床以上の病院にアンケートをお願いしたい。
- ・中小病院の情報交換会を高知で行う。総合テーマは「高齢化先進県における中小病院の役割」。基調講演は、堺会長にさせていただく予定。
- ・第61回日本病院学会シンポジウムのテーマを、「中小病院は地域を守る～超高齢社会における中小病院の役割」に決定した。
- ・次回は北海道で中小病院の情報交換会を開催することとなった。

(12) 第2回ニュース編集委員会（10月15日）

- ・新春座談会を1月10日に掲載する予定。テーマは「健全な社会を創生する医療－医療の見える化と医療連携－」。
- ・連載企画については、平成24年度の診療報酬改定と介護報酬の同時改定がテーマとして上がっている。先生方には執筆をお願いしたい。
- ・政策報道・政策提言の活発化について、日病の考え方、会員の方が知りたい情報をなるべく早く知らせることが大事であるとの観点から議論がなされた。
- ・新聞の内容についてアンケートを実施中。

2. 日病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第63回診療報酬実務者会議（10月20日）

- ・ITの現状について、東大の大江和彦教授に「医療情報システムの現状と今後の展望」をテーマに講演をいただいた。ある程度強制力を持った形で標準化を進めるべきであると述べられた。
- ・中医協報告があり、コスト分析について支払い側と対立するような形になっていることや、DPCの特別調査について調査が始まっていること、「療養病床再編に係る調査及び慢性期入院医療に係る調査・検証の進め方について」の結果概要が示されたが、結論に疑義が

あり、エビデンスについてもその中身をチェックする必要があること等が報告された。

- ・同一医療機関における同一日の複数診療科受診の結果について、674病院から回答をいただいた（回答率26.7%）。初再診料を算定できなかった患者数は、200床未満は8.7%、200床以上は11.5%だった。同一日の複数診療科の受診状況については、200床未満は1.09科、200床以上は1.11科だった。これに基づいて、外来患者のうち初再診料を算定できなかった患者に対して再診料を算定した場合に増加する医療費を試算すると、患者数割合に基づいた影響額は373億円、病床数に基づいた影響額は446億円となった。

（2）第72回代表者会議（7月30日）

下記のとおり報告があった。

①病院等における必要医師数実態調査の概要

資料一読とした。

②中医協の報告

コスト分析について、二号側委員から「基本診療料及び技術料に係るコスト分析についての二号側の考え方」という資料が提出され、これについて検討を行ったが、議論はかみ合わなかった。

③死因究明に資する死亡時画像診断の活用について

死因究明の一手段としてのA iの導入には賛成だが解剖にとって代わるものではない。また、A iの選択基準、適用基準や、病理解剖、司法解剖、行政解剖とA iの位置づけ、A iの読影の専門家の養成、専用の機械の設置といったことが必要で、死因究明制度を早急に立法化していただきたいとまとめた。

④医療安全全国共同行動について

11月26日、27日に開催されるこのキャンペーンのフォーラムの成果を見て、日本病院協会としての対応を決めることになっている。日本病院会としては、あくまでもこの活動は日病協の中の活動なので、日病協の決定に従うつもりでいる。

3. 中医協について

下記のとおり報告があった。

（1）第6回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（9月24日）

DPC制度は、発足後6年を経て、実績を積んできた一方で、問題点も浮上してきた。

まず、DPC制度では何を包括し、何を外出しにするか、いわゆる出来高算定にするかなかなか定まっていないので、例えば診断がつかない救急医療の第1日目を出来高にするのかしないのか、あるいはがん化学療法の新薬等高額な薬の扱いをどうするかといった点が問題となってくる。

また、機能評価係数について、長期的にどういう項目について機能を評価するのかがこれから問題になってくる。2回の改定を経て、現在行われている調整係数をなくして機能評価係数に置き換えていく処理で差し支えないのかが課題となっている。

その他、コスト分析に関連して、外科系のドクターフィーは外出しになっている手術料にかなり算定されているが、内科系のドクターフィーはDPC制度の中のどこに、どうついているのか全く見えない。これはかなり問題なので、これから検討に入りたい。

4. 四病協について

下記会議の概要報告を了承した。

（1）第7回医療保険・診療報酬委員会（10月1日）

- ・中医協報告として、コスト分析の話のほか、支払い側委員から診療報酬体系の簡素化が提

案された話があった。簡素化でうまくやられるのではないかと注意したほうが良いという意見が出た。

- ・看護職員の再就職を支援するための研修カリキュラム、及び一般病棟における24時間介護体制加算について検討し、次回の委員会までに結論を得て、それをもって日本看護協会と合同会議を行うことが提案され、了承された。
- ・入院中の患者が他医療機関を受診した場合の算定について、複数科受診をした場合の算定の問題と関連するので、あわせて検討することとなった。
- ・入院中の患者が他医療機関を受診した場合に入院料を減算するのはおかしいのではないかと、入院料減額措置の撤回を求める議論を行い、提案をすることとなった。

(2) 第6回医業経営・税制委員会 (10月15日)

- ・医療用機器等の特別償却制度に関する実態調査については、来年の税制改正以降、特別償却制度が継続されることは、税収が減っている現状を考えると難しいとの意見があった。
- ・医療法人の現状と課題に関するアンケート調査の集計結果が提供された。医療法人の事業継続の問題と関連して、医療法人をどういう形態で維持・存続するのか、あるいは変革を迫られるのかについて、いずれ革新的な議論が必要になると思われる。
- ・民主党厚生労働部門会議・税制改正要望ヒアリングに梶原副会長が出席し、意見を述べた。

(3) 保険医療指導監査に係る厚生労働省の考え方について

- ・声明文を四病協としてまとめ、厚生労働省保険局医療課長のほか、日比谷クラブ、厚生記者会の2つの記者クラブへ配布した。内容は資料一読のこと。

(4) 民主党厚生労働部門会議税制改正要望ヒアリング (10月12日)

- ・事業税の存続について、昨年、1年後に見直すということがあり、今年は危機感を持って、四病協で統一して提出した。
- ・消費税における社会保険診療報酬等の非課税制度の見直しや、社会医療法人に対する寄附金の問題等、日本医師会と四病協とも合同で提出した。
- ・財務省主税局の反応は芳しくないとも聞いたが、事業税の特例措置だけは何が何でも負られない。

5. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第12回社会保障審議会医療部会 (10月15日)

- ・報告資料5の3ページから51ページについて、厚生労働省より説明があった。これに対して、厚生労働省の資料の選び方は恣意的ではないかとの指摘があった。
- ・厚生労働省が今後の景気回復の大きな柱と位置づけている医療、福祉の中にメディカルツーリズムが挙げられているが、もしこれが日本の医療の中で定着すると、日本の保険医療体制が崩壊するとの意見が出された。
- ・医師数の不足について、今後人口が減少していくことを考えれば、今の医学部の定員増で十分足り、医学部の新設には反対するとの医師会の意見が出された。
- ・地域医療センターを創設し、医師の偏在を解消するというが、本当にこれでやっていけるのか、医学部の県ごとの定員枠が本当にちゃんと機能するのかという議論があった。
- ・日本病院会として、次のような意見を述べた。
 - ・今後、明らかに人口構成が変わり、高齢者が増えていく中で、急性期病院に入ってきたお年寄りの方の行く先がないのは大変なので、そこに対してしっかりとした医療提供体制を考えることが必要ではないか。
 - ・チーム医療は病院の医療の質向上のためにやるのであって、医師の過酷な労働を軽減す

るためにやるのではないので、根本的に考え方を改めてほしい。

(2) 第22回ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会（10月15日）

- ・「ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会報告書」については、資料一読とした。
- ・国、地方公共団体における取り組み状況の確認として、地方は地方公共団体の現状をつかまえることが必要。また、国は厚労省、文科省、法務省の3省でプロジェクトチームをつくって進めていくことが要望として出されているが、具体的な会合はまだないので、その催促がされた。
- ・全国の病院を対象にハンセン病の取り組み状況についてアンケート調査を行いたい。その方法について次回までにある程度のたたき台を出す。

(3) 「明細書発行原則義務化後の実施状況調査」第1回調査検討委員会（9月29日）

- ・病院調査票と病院患者調査票をもとに、事前に各委員に送付した調査案を検討した。12月に回収、平成23年3月に調査結果を作成する。ただ、客体として、病院が1,500施設というのは少ないので、予算確保とともに、対象施設の母数確保をあわせて見直すことになっている。
- ・今現在、第3版の調査票案の意見をまとめている。

(4) チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ（10月20日）

- ・チーム医療といっても、看護師の仕事ぶりに特化した議論が展開している。
- ・資料1は、看護実態調査の結果（前回の宿題事項）として、今現在の状況と将来的に可能な範囲をジャンル別にまとめている。例えば、2ページ27番の12誘導心電図検査の実施の決定については、現在と将来のいずれも、看護師、ドクターともほかと比べて高い割合となっている。4ページ28番の12誘導心電図検査の実施についても同様である。3ページ47番の骨密度検査の実施の決定は、現在はほとんどやられていないが、将来的にはOKという割合が高い。また、17ページ194番の在宅で終末期ケアを実施してきた患者の死亡確認は、看護師の割合は4%だが、訪問看護ステーションなどでは結構行われている。
- ・看護師が行う医行為を、そのレベルに応じて3段階程度に分けて、看護師の業務を現場でやれるようにしたい。特に特定看護師に関してはそれなりの勉強プロセスを経て国家資格にすべきという議論も出るかもしれない。
- ・看護師の医行為についてはグレーゾーンがあったが、厚生労働省のお墨付きでグレーゾーンの行為を勇気を得てやることができている。
- ・11月6日の日本病院会のシンポジウムにぜひ参加してほしい。

(5) 第2回病院委員会（10月20日）

- ・担当者不在のため、報告は資料一読とした。

6. 診療報酬改定影響度調査の中間報告について

回答数768病院、回答率30.8%だったが、異常値の除去を行った結果、有効回答数は571病院となった。

1病院当たりの診療収益の前年比は、80%の病院で増収を見込んでおり、特に入院のほうが多くなっている。病床区分で見ると、ケアミックスと一般で大きな差は見られない。精神病院は全体で下がっているが、回答数が少ないため、数値の信頼性に疑問がある。病床規模で見ると、入院収益、外来収益ともに、大規模病院の増加率が高い傾向がある。開設主体で見ると、大きな差はない。病院機能で見ると、外科系の併科病院が一番増収率が高く、単科病院はあまり高くない。

単価は、DPCの適用別に見ると、対象病院のほうが単価が上がっており、全体でも入院、

外来とも単価は上がっている。病床区分で見ると、やはり精神病院が下がっているが、前述のとおり信頼性に疑問がある。外来では、いずれの病床区分でもプラスになっている。病床規模で見ると、大規模になるとやや増加率が高い。DPCの対象病院で見ると、99床以下の病院で高くなっているが、母数が少なく、信頼性に疑問がある。開設主体で見ると単価はほとんど変わりが無い。病院機能で見ると、入院単価、外来単価とも、外科系の併科病院が増加率が高い。単価と収益と両方が同じような傾向を示している。手術料の増加の影響と見られる。入院基本料別入院単価で見ると、7対1では増加率が高く、13対1ではほとんど上がっていない。

診療行為別点数の前年度比は、入院ではプラスの項目、マイナスの項目と分かれていたが、外来ではほとんどすべてプラスとなっている。

置き換え試算による比較では、88%の病院がプラスで、平均2.46%上がっている。

費用も含めた利益を見ると、全体では6割が増収増益と回答しているが、99床以下では35%で、病床規模によって損益の見込みに大きな違いが出ている。収益への影響見込みとしては、診療報酬の改定や入院患者数、基本料等が考えられる。費用見込みとしては、人件費や材料費が伸びると予測している。

診療報酬改定の届出項目を見ると、7対1入院基本料、10対1病院の一般病棟看護必要度評価加算、いずれも大きい病院ほど高い傾向が出ている。総合入院体制加算は、算定できている病院が16%にとどまり、すべて200床以上の病院である。入院体制の問題や外来縮小体制が影響している。事務作業補助者の算定状況や急性期看護補助体制加算、栄養サポートチームの加算、医療安全対策加算についても、200床以上と以下とで差がある。感染防止対策加算や呼吸器ケアチーム加算については、500床以上と以下とで差がある。また、新設届出項目の届出状況を見ると、項目によって大きな差が出ている。

全般的に増収増益だが、外科系や大規模病院が高い傾向がある一方、加算をとりたくても資格のある人が少ないことも浮き彫りになっている。

また、これは、上がったからこれでいいととらえるのではなく、実態的には、上がってやっと少し追いついてきたととらえるべきと考えている。

最後に、堺会長より、数字だけが一人歩きしないように、取り扱いには十分注意してほしいとのコメントがあった。

7. WHO関係の会議報告について

(1) WHO-FIC ICD改定i-CAMP 2 及び改訂運営会議 (R S G) (9月27日～10月20日)

- ・堺新会長のメッセージを持って参加してきたが、日本病院会の活動が評価されていると感じた。また、新しい事務局長に会うことはできなかったが、堺新会長のメッセージが伝わり、礼状が届いた。
- ・今度のICD-11に、伝統医学とプライマリーケアが入った。ICD-11のアルファバージョンが3冊できたが、まだ20%程度の出来で、2014年までに完成してほしいと強く要望した。

8. AHF理事会及びシンポジウムの開催報告について

昨年、韓国で行われた理事会の決定を修正、追認した。また、各国の理事から報告があったが、香港が非常に効率的にやっていることや、台湾がなかなかしっかりした医療保険体制をつくっていることが印象に残った。

9. その他

来年、日本病院会創設60周年を迎えるのを契機に、倫理委員会で倫理綱領の見直しの検討を

お願いしたい。

〔協議事項〕

1. 新公益法人制度への移行について

最初に、横山事務局長より経過説明があった。

現在、現在、日本病院会は特例民法法人だが、平成25年11月30日までに公益社団法人か一般社団法人に移行しなければならず、移行しない場合は解散となる。移行する場合は、事業内容、財産の規制、行政庁のチェック、税制、寄附者に対する恩恵、計算書類の提出、収支相償等の点を勘案し、どちらの法人に移行するか決定することになる。税制で優遇される反面、運営にさまざまな制約があるのが公益社団であり、その逆が一般社団であるといえる。

本会は、移行に向けたプロジェクト委員会を立ち上げ、これまで6回開催し、検討を行ってきた。

公益社団へ移行するためには、公益目的事業比率は100分の50以上でなければならない。本会の事業を平成19年度決算をベースに公益目的事業、収益事業、法人会計の3区分に分類すると、公益目的事業比率は24.9%だが、本会の事業の中で構成割合が一番高い通信教育事業(36.2%)を公益目的事業とすれば、合計61.1%となり、50%以上は達成できる。

しかし、そうすると今度は収支相償のルールに引っかかる。それぞれの事業ごとに収支相償である100分の50の範囲におさまっている必要があるが、通信教育事業の収入と支出の比率は約150%なので、公益目的事業とするなら授業料を大幅に下げる等の措置が必要となる。その場合、財政面で大きな影響を受ける。

一方、税制については、現在の税率を1とすると、公益社団移行の場合は0.8、一般社団移行の場合は1.1となる。公益社団選択の場合は現在より2割の税額減となるが、事業運営にさまざまな制約が生じる。一般社団選択の場合は、税としては1割増額となるが、自由な運営ができる。

以上より、委員会の検討結果としては、現段階では一般社団に移行することが適切ではないかという方向性が出されたが、新会計基準による決算が出てから正式に方針を決定することとされた。

次に、五十嵐公認会計士より、平成21年度決算の面から説明があった。

まず、公益移行を前提に考えると、目いっぱい公益目的事業として整理しても44.36%にしかならず、やはり通信教育を公益目的事業に持っていく等の対策を講じない限り50%を満たすのは難しいといえる。税制面では、現在より14%程度減ることになる。

次に、一般移行を前提に考えると、公益目的支出計画の規制があるが、純資産額や赤字の事業の赤字額を分析すると、7～8年で公益目的支出計画が完了すると考えられる。税制面では、現在より14%程度増えることになる。

最後に、梶原副会長がまとめの説明を行った。

通信教育事業を公益目的事業にした場合、授業料や受験料を大幅に下げるなどして収支比率を下げなければならず、利益が飛ぶ。その分を、病院会の年会費を上げるなどして穴埋めしようにも、病院の経営状況も厳しい中、大幅に上げることはできない。やはり通信教育事業で収益を得て活発な活動をしたほうが、日本病院会の活性化にはつながるし、AHF、IH F、WHOにも貢献できるといえる。また、公益社団に移行すると、税負担は14%、金額

にして120～130万円ほど下がるかわりに、毎年行政庁から、50%の公益性の収支相償を初めとしたさまざまなチェックを受けなければならない。それを考えれば、税額が120万円程度上がってもフリーハンドでいたい。

人・物・金の中で一番大事な我々の力は、人である。今までたくさんの病院人の育成をしてきたことが日本病院会の誇りでもあり、やはり活動資金としてはフリーハンドで、日病独自の活動が自由にできるほうがよいと考える。したがって、一般社団法人に移行したほうが有利ではないかという結論を得た。

以上を前提に、質問や意見を求めた。

安藤常任理事は、消費税746万6,000円は、いただいた消費税を払って、プラスマイナス0なのかと質問した。これに対し、五十嵐公認会計士は、日本病院会が申告納税した金額で、現金キャッシュアウトとして税金が出ていった金額であると回答した。

協議の結果、一般社団法人へ移行する方針に賛同が得られたため、その方向で作業が進められることとなった。

2. 診療情報管理士の位置づけについて

まず、松田参与より説明があった。

資料A裏側の絵のように、診療情報管理士の役割、目的からすると、直接診療内容にかかわらないものの、医師・歯科医師で行っている全体トータルの診療の中に食い込んでおり、医療の質・安全の向上と非常に密接に関係しているといえる。

一方、現在、特定看護師の問題が出ているが、看護協会が養成している専門看護師や認定看護師を特定看護師に格上げし、国家資格化するなど法的に位置づけるのであれば、日本病院会で養成してきた診療情報管理士も同じように扱っていただくいいチャンスだと思う。ある1つの職種を国家資格にするときには2つの資格を一緒にする例は少なくないし、政権が変わって非常に物が訴えやすくなっていることから、いいタイミングであるといえる。

診療情報管理士を法的に扱うときに参考になるのは、社会福祉士や介護福祉士である。それらは現在、社会福祉士及び介護福祉士法で定められているが、第1条（定義）、第2条（目的）の条文を診療情報管理士に置き換えれば、堂々と診療情報管理士の養成ができるし、第46条（秘密保持義務）、第48条（名称の使用制限）も診療情報管理士に当てはまる。現状では業務独占や名称の使用制限は難しいが、国が認めればこれらも可能になると思われる。議員立法を目指してはどうかと考える。

以上の説明を前提に、質問や意見を求めた。

日本看護協会の洪常任理事（久恒参与代理）は、専門看護師、認定看護師は日本看護協会が教育を決めて資格を付与しているが、特定の医行為を前提として教育や資格付与はしていない。そこにどういう教育を付与すれば特定看護師に道がつながるかという議論をしているので、教育が付与されていないものに医行為を乗せるということではないと述べた。それに対し、松田参与は、特定看護師は反対ではないが、その前に既存の認定看護師や専門看護師の位置づけを考えないとおかしいのではないかと述べた。また、特定看護師の議論をするときに診療情報管理士を忘れないでほしいということも言いたかったと述べた。

安藤常任理事は、現在オンゴーイングのものも、まだ資格は与えられていなくても議員立法で位置づけることは可能なのかと質問した。それに対し、松田参与は、食育基本法と同様に、懇意な役人に知恵をもらって原案づくりをし、それを担いで、与党議員を中心に超党派

で、10人も熱心な議員がいればできると思っている。あとは根回しをして国会を通すだけだから非常に可能性があるのではないかと述べている。ただ、国家資格にした場合に診療情報管理士の絶対数が足りなくなるので、暫定措置を設けるとか配置計画を立てる等、想定問答をしておく必要があると述べた。

山本顧問は、厚生労働省は基本的に患者に触らない医療職はないとの考え方をとっており、診療情報管理士は医療職員としての国家資格は無理との立場である。いきなり国家資格というのは、厚生労働省のそのバリアを破れるかが大きな問題となる。それだったら、差し当たって、情報を見える化して、きちっとした病院の職種としてこれを認めていくという方向もあるのではないかと述べた。松田参与も、国家資格でなくても公的資格で引き下がるという手も次にはあると述べた。

梶原副会長は、日本病院会は、診療情報管理士の重要性をよくわかって、長年、養成してきたが、松田参与も医業経営コンサルタント協会の会長としてあらゆる病院をコンサルして、チーム医療にとって診療情報管理士の能力がいかに重要かを熟知している。その上で日病のほうに逆に提言してくださったことは大変心強い。もしこれが公的資格になったら、日本病院会そのものが公益法人になるよりもはるかに、社会的な信用も日本病院会の本当の意味での価値も高まる。皆さんからも、診療情報管理士を公的資格なり国家資格にするためにはどうしたらいいかというポジティブな意見をお願いしたいと述べた。

山本顧問は、チーム医療で一番大事なことは患者の情報の共有である。それをまとめる診療情報管理士はチーム医療のかなめであり、そういう視点で何とか突破しないといけないと述べた。

高野支部長は、診療情報管理士に対する認識が病院によって温度差があるので、日本病院会の会員の人たちにも、啓蒙というか、もう少し底辺を広げてほしいと述べた。

堺会長は、機が熟していなかったせいも、確かに温度差はある。今回、チーム医療ということでその重要性が言われており、タイミング的にはいいので、日本病院会としてもどんなプランがいいか検討して厚生労働省と接触したいと提案し、会員の賛同を得た。

高久参与は、「診療情報」という本を各病院に配ると啓発が進むのではないかと述べた。

3. 地域医療の再生に向けて

まず、堺会長より説明があった。

昭和56年をピークに、医学部の定員は減っていたが、ここ3年増え続け、平成22年4月には8,846人と、昭和56年の8,280名を超えている。

これとは別に、現場の病院はどう感じているかということで、病院等における必要医師数実態調査を見ると、必要医師数が2万4,033人で、現員医師数が16万7,063人の1.14倍となっている。これが出てどうなるか質問したところ、各県25億円のうち、医師の育成にどのぐらい使うか苦慮しているようだった。

また、地域医療支援センター構想との整合性や、地域偏在、専門家別偏在についても質問した。支援センターのほうは特別枠なので、なるべく県に1つ、3次医療圏に1つということで、できれば大学の関与を強く期待しているということで、地域医療センターには医局長的機能を持つてほしいということだった。医師派遣機能、学生の地域枠、初期研修・後期研修のプログラム、共有プログラムなどいろいろ考えているのかもしれないが、今後どうなるか、なかなか見えないところはあるが、そういう形で医師不足、地域偏在、専門家別の偏在を解消したいということであった。

以上を前提に、質問や意見を求めた。

宮崎常任理事は、今、週休2日制は実態にそぐわなくなっている。当直の日に少ない人数で大変な思いをするより、病気は365日出るから、普通の外来は別として、手術や救急は365日体制でやればいいのかということをも提案したいのだが、そのためには医師をもっと増やさないと足りない。厚生労働省や文部科学省は全然実態をわかっていない印象があると述べた。

石井常任理事は、地域医療支援センターの今の構想は真っ向から反対である。今さら医局の二番煎じはいらない。また、医者を増やすといっても、労働人口が減っていく中で、質の保証された医者を増やすことが可能なのか疑問がある。地域偏在を初め、さまざまな偏在もあるが、それには社会的な理由があり、無理に規制をかけたところで根本的な解決にはならない。どういう医療システムをつくり、どこに医者を集中的に配置すべきかを考えて本当の効率化をすべきで、そのような無駄金を使うことは反対であると述べた。

相澤副会長は、厚生労働省は、旧国立大学の地域枠に入った人にそこで医師として従事してもらうにはどうすればいいかを考えているらしいと述べた。

堺会長は、反対するだけでなく、何か政策提言をやっていく必要があると述べた。

高久参与は、地域枠は増えているが、県の中から募集するとレベルに達しない学生もいるし、条件も県によって違うが、ないよりはあったほうが地元に残る可能性は高いと思う。ただ、地域枠は原則、現役が推薦で入るが、去年あたりから1浪、2浪が増えており、学生の質が落ちてくるのではないかという影響が出ている。また、地域医療支援センターはへき地医療支援機構と二重機構のような感じがすると述べた。

塩谷常任理事は、この調査は都市部と田舎の病院がごちゃ混ぜになっているが、分けた数字を出してほしい。今、本当に困っているのは田舎の病院である。先ほどの診療報酬改定の問題も、増収の病院はそれでよいが、問題なのは減収になって恩恵をこうむっていない病院である。それらの病院に光を当てた施策を考え、提言していくべきである。医師派遣のセンターも、難しいかもしれないが、システムとしてつくっていかなければ、田舎の小さな病院は倒れるしかなくなると述べた。

梶原副会長は、塩谷常任理事に対して、支援金が入ってきた場合の使い道について質問した。塩谷常任理事は、ソフト面に投資したいと回答した。ただ、お金は、医師が集まってくるインセンティブにはならない。そのお金の使い方は非常に難しく、今現在は寄附講座でしのぐしかない。徳島大学にも4つつくってもらって、へき地の病院に派遣してもらっているが、これは4年間なので、金の切れ目が縁の切れ目とならないよう、その間に何とか国としてシステム化をしてほしいと述べた。

松本常任理事は、未確認だが、ある学会は、大学の医局にある期間在籍しないと専門医を取れないというシステムを導入しつつあるので、そういうものと政策のすり合わせをするような形で、地域や診療科が偏在しないような提言を日本病院会としてすべきだと述べた。

木村常任理事は、今の若い医師は自分の専門が決まるレジデントになったときからずっと計画を立てている。うちはハンセンに派遣したり海外の研修などを入れて、広くやることを教育の基本にしているが、行くと専門医を取るのが1年遅れると言う。こちらからの派遣として行っている間もつながった経歴になるとか、行きやすいようにしてあげる必要がある。例えば、行った先がへき地で、そこで熱心な先生と一緒にできれば、非常に魅力的で得がたい経験になると述べた。

松本支部長は、塩谷常任理事に賛同し、地域である診療科がどんどん減って、なくなると、その診療科をなしにされるので、必要数として出てこない。したがって、本当はその地域には何人か欲しいはずなのに、出てこないという問題がある。病院側の視点と患者側の視点には大きな乖離があるので、この地域にはこのぐらい医療施設があって、こういう診療科が必

要であるという観点でもう一度見直すべきだと述べた。

堺会長は、D P CとG I Sを組み合わせれば、地域にどのくらい患者がいるかという事はわかるようだが、厚生労働省は縦割りで横はなかなか見ない。日本病院会として何か提言できることがあればご意見をいただきたいと述べた。

崎原委員長は、地域や診療科の偏在の対策が立てられるのであれば医師の増員には賛成だが、そういう対策なしに増員しても今までの繰り返しになる。医療事故への不安や診療科による収入格差なども偏在を生む原因となっており、国がイニシアチブをとってそれらを解決してから医師の増員に踏み切ったほうが良いと述べた。

万代常任理事は、この実態調査については、自分の病院ではどのくらい欲しいということしか出てこない。医師の業務として、どのくらいの患者さんがいて、どういう医療を施して、どのくらいの業務が必要なのかを出すような方向でないと納得してくれないのではないかと。堺会長も言われたが、D P Cのデータなども用いて時代に合わせた業務量なりを出していくことが必要だと述べた。

木村常任理事は、医師が本来やらなければいけない高度な部分のみを医師がやり、だれでもできる部分は助手なり補助員に任せるといった、作業内容の見直しも必要。医師だけを増やすのではなく、そういった助手や補助員も増やすことが必要であると述べた。

塩谷常任理事は、必要医師数の調査をするには、必要数の定義を明確にしないと、大ざっぱな調査にしかならず、現場が困っていることに対する解決にならない。また、必要医師数を調査するのであれば、漫然と調査をするのではなく、こういう結果が出ると予測して、それに対してこういう施策をするために調査するということが必要であると述べた。

生野常任理事は、医師の増員に反対する意見もあるが、現場の立場からすると、明らかに医師の絶対数が足りない。むしろ問題は、医師派遣機能をだれが持つかである。大学がやるのは失敗したし、役人がこれを持つのは大反対。では、だれが良いのかということについて、皆さんで議論してほしいと述べた。

武田常任理事は、看護師の紹介業が解禁されたことによって一気に流動化したような気がする。インターネット等を通して派遣業で自由に動けるようになり、余計に医局の派遣機能が減っている。逆行と言われても、紹介や派遣を禁止することが、正常化のためには必要だと述べた。

堺会長は、今日の意見を拝聴すると、全体としてやはり足りない。また、地域によっても違うし、塩谷常任理事がおっしゃったように、このデータの原資料は残っていると思うので、再分析することも提案していただきたい。日本病院会としてもタイムリーに、こういう調査が出た後に意見を言っていきたいと述べた。

4. その他

(1) 身体障害者補助犬法と補助犬受け入れについて

盲導犬や聴導犬等の障害者を補助する犬がなかなか病院に入れない状況があるので、日本病院会の会員病院には、ノーマライゼーションの観点からこういうものに目を向けていただきたい。

以上で閉会となった。

社団法人 日本病院会 平成22年度 第7回 定期常任理事会

議事録署名人 _____ 印

議事録署名人 _____ 印