

日時 平成27年2月28日(土) 13:00~17:00

場所 日本病院会ホスピタルプラザビル 3階会議室

出席者 堺 常雄 (会長)

今泉暢登志、末永 裕之、岡留健一郎、相澤 孝夫、梶原 優、大道 道大 (各副会長)  
前原 和平、藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、中村 利孝、高木 誠、万代 恭嗣、中井 修、  
中嶋 昭、中 佳一、山田 實紘、武田 隆久、楠岡 英雄、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 (監事)

山本 修三、佐藤 眞杉、大井 利夫、村上 信乃、宮崎 忠昭 (各顧問)

坂本 すが(代理:菊池令子)、松田 朗、邊見 公雄、池上 直己、齊藤 壽一、  
高橋 正彦、富田 博樹 (各参与)

木村 壯介、福永 秀敏、望月 泉、原 義人、大道 久、松本 純夫  
崎原 宏 (各委員長)

中村 博彦、堀江 孝至、三浦 將司、井上 憲昭、毛利 博、松本 隆利、  
三浦 修、中川 義信、細木 秀美、福井 洋、副島 秀久 (各支部長)

永易 卓 (日本病院会 病院経営管理士会 会長)

阿南 誠 (日本診療情報管理士会 会長)

総勢57名の出席

堺会長から開会挨拶があり、議事録署名人を選出した後、梶原副会長の進行により審議に入った。

## 〔承認事項〕

### 1. 会員の入退会について

平成27年1月8日~平成27年2月23日受付分の下記の会員異動について審査し、承認した。

〔正会員の入会12件〕

- ①健康福祉機構・独立行政法人労働者健康福祉機構鹿島労災病院 (会員名: 山口邦雄院長)
- ②JCHO・独立行政法人地域医療機能推進機構諫早総合病院 (会員名: 君野孝二院長)
- ③都道府県・岩手県立千厩病院 (会員名: 吉田徹院長)
- ④市町村・隠岐島前病院 (会員名: 白石吉彦院長)
- ⑤共済及連合・国家公務員共済組合連合会呉共済病院忠海分院 (会員名: 近藤圭一分院長)
- ⑥公益法人・公益社団法人益田医師会益田地域医療センター医師会病院 (会員名: 狩野稔久院長)
- ⑦医療法人・特定医療法人社団清和会奥州病院 (会員名: 佐藤芳邦理事長・院長)
- ⑧医療法人・医療法人社団健育会石巻港湾病院 (会員名: 竹川節男理事長)
- ⑨医療法人・社会医療法人渡邊高記念会西宮渡辺心臓・血管センター (会員名: 佐々木恭子理事長)
- ⑩医療法人・医療法人藤和会藤村病院 (会員名: 藤村昌史理事長・院長)
- ⑪医療法人・医療法人社団仁鷹会たかの橋中央病院 (会員名: 林鷹治病院長)
- ⑫医療法人・特定医療法人茜会昭和病院 (会員名: 吉水一郎理事長・院長)

〔正会員の退会2件〕

- ①医療法人・医療法人仁雄会穂高病院（会員名：古川穰理事長）
- ②個人・磐田脳神経外科病院（会員名：金子的実院長）  
〔賛助会員の入会1件〕
- ①A会員・イン・ステップ株式会社（代表者名：須田和男代表取締役）

平成27年2月28日現在 正会員 2,421会員  
特別会員 204会員  
賛助会員 256会員（A会員105、B会員116、C会員3、D会員32）

## 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、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛等依頼8件）

- ①平成27年度「看護の日」及び「看護週間」（厚生労働省）の協賛
- ②第63回公益社団法人日本医療社会福祉協会全国大会、第35回日本医療社会事業学会（公益社団法人日本医療社会福祉協会）に対する後援
- ③第11回医療機関広報フォーラム（公益社団法人日本広報協会）に対する後援名義使用
- ④平成27年春季全国火災予防運動（消防庁）に対する協力
- ⑤第19回日本医業経営コンサルタント学会（公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会）後援名義使用
- ⑥『第26回全国介護老人保健施設大会神奈川in横浜』（公益社団法人全国老人保健施設協会）後援名義使用
- ⑦第11回ヘルシー・ソサエティ賞（ヘルシー・ソサエティ賞事務局）への後援及びロゴ使用
- ⑧『蓄熱月間』（一般社団法人ヒートポンプ・蓄熱センター）に対する協賛名義使用  
（新規：後援依頼1件）
- ①第50回日本理学療法学会（公益社団法人日本理学療法士協会）後援名義の使用  
（新規：委員等推薦依頼1件）
- ①次世代医療ICT基盤協議会（内閣官房健康・医療戦略室）への参加  
就任者：堺会長

## 3. 平成27年度事業計画（案）について

堺会長より以下の報告を受けて審議し、平成27年度事業計画（案）を承認した。

- ・事業計画の項目としては、1. 見える化の推進、2. 一般社団法人としての基盤整備、3. 将来に向けた病院医療の推進、4. 病院職員の人材育成、5. 医療の質と安全の推進、6. 国際活動、7. 医療関連団体との連携推進、8. 国際モダンホスピタルショーへの取り組みとした。
- ・3. では、「医療介護総合確保推進法への取り組み」で地域医療構想への援助、診療報酬改定に向けては平成26年度改定と、次の28年度を見据えた取り組みをやっていきたい。
- ・5. では、診療行為に関連した死亡の調査手法への取り組み、高齢化社会の中での終末期医療への取り組み、6. では、MEJの支援、IFHIMAの国際大会（2016年度）に向けた取り組みをやっていきたい。
- ・学会等の開催では、日本病院学会が6月に長野で、診療情報管理学会は9月に岡山で、病院長・幹部セミナーは8月6・7日に東京で、国際モダンホスピタルショーは7月15～17日に東京で、第56回人間ドック学会学術大会が7月に横浜で行われる。
- ・委員会は今年度と同じだが、委員会の見直し、委員入替え等も検討していきたい。各委員会

で行うアンケート調査は年度初めにスケジュールを調整して負担にならないようにしたい。

#### 4. 平成27年度予算（案）について

相澤副会長より以下の報告を受けて審議し、平成27年度予算（案）を承認した。

- ・収入では、受講料の通信教育で腫瘍学分類コースを新しく始め、4,450万円プラスとしたほかは、ほとんど今年度と変わりなく、経常収益12億4,325万円を予定している。
- ・経常費用では、支部増に伴い助成金の支部運営費を500万円に増やした。研究研修会費は診療報酬改定の説明会を行う分の支出が増えており、合計11億7,949万円を予定している。
- ・当期の収支差額は1,328万円、前期繰越しの収支をプラスした次期への繰越し収支は3,429万円で、来年も健全な財務が賄えると考える。

#### 5. WHO2016年の支援事業について

大井顧問より以下の報告を受けて審議し、2016年の支援事業を承認した。

- ・ICD-11が2017年にWHO総会に提出される見込みで、その仕上げの段階に来ている。2005年からWHO（ICD関係）に対し日本病院会が行っている支援を継続したい。
- ・期間は2016年1月1日から12月31日まで、金額は同じく30万米ドルだ。ただし、日本病院会の支出としては平成27年度の支出になる。
- ・WHO-FICと日本病院会との共同事業は2つの柱があり、ICDの改善と、ICDの普及だ。当面はこの改善に向けての支援となる。

#### 6. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

梶原副会長より説明があり、下記16施設を承認した。

（1月分：更新6件）

- ①秋田県・社会医療法人 青嵐会 本荘第一病院
- ②広島県・医療法人 広島健康会 アルパーク検診クリニック
- ③広島県・医療法人社団 朋仁会 広島中央健診所
- ④東京都・城西病院 予防医学本部健診センター
- ⑤愛知県・愛知県厚生農業協同組合連合会 江南厚生病院 健康管理センター
- ⑥千葉県・医療法人社団 普照会 井上記念病院

（2月分：新規5件）

- ①東京都・医療法人社団 進興会 進興クリニック
- ②東京都・医療法人社団 進興会 オーバルコート健診クリニック
- ③愛知県・一般社団法人 岡崎市医師会 はるさき健診センター
- ④滋賀県・近畿健康管理センターKKC ウェルネスひこね健診クリニック
- ⑤東京都・一般財団法人 日本健康管理協会 新宿健診プラザ

（2月分：更新4件）

- ①岐阜県・まつなみ健康増進クリニック 人間ドック・健診センター
- ②神奈川県・東名厚木メディカルサテライトクリニック
- ③山口県・一般社団法人 山口総合健診センター
- ④兵庫県・公立学校共済組合 近畿中央病院
- ⑤宮城県・東日本電信電話株式会社 東北病院 健診センター

〔報告事項〕

## 1. 各委員会等の開催報告について

日本病院会の下記委員会の開催報告等があり、了承した。

### (1) 第9回・第10回医療経営・税制委員会（1月26日、2月23日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・ 1月分では、昨年12月に政府与党から出された2016年税制改正大綱の中で医療に係る消費税についてきちんと議論すると明記されたことを受け、議論の方向性を検討した。
- ・ 医療機関における消費税の補填について補填率でのみ議論していた。補填のやり方が税の公平性に欠けることが明らかになった。2月分では補填額について資料を基に議論している。
- ・ 再来年の税制改正要望については、医療法人（持ち分あり）の株価評価を類似業種批准方式でやるが、「医療福祉」と「その他の産業」のカテゴリーの価格を参照しなければならない。業績のいい産業が含まれるカテゴリーなので相続や税で大変問題となっている。どちらか安いほうでやってくれるよう要望を出すことを議論している。
- ・ 消費税ばかりでなく、会員病院の経営に資する情報を発信したいと検討しているが、他の委員会でも取り上げており、独自でテーマとすべきものが見つからない。
- ・ 四病協で実施した「診療における患者負担金の未収金に関する調査」結果は、経緯があつて四病協レベルでは公表しない結論だ。日本病院会会員に向けては結果を報告したいと、その分のデータだけをもらい準備中だ。
- ・ 2月分では、消費税補填分に関する調査で補填不足が明確になったことを確認している。

### (2) 第10回雑誌編集委員会（1月27日）

原委員長より、以下の報告があった。

- ・ 2月号、3月号、4月号の編集を考えた。
- ・ 3月号では、平成26年度の病院・幹部職員セミナー、日本病院学会のシンポジウムを掲載予定だ。4月号はセミナーと、やはり学会のシンポジウムを掲載する。

### (3) 第4回社会保険診療報酬委員会（1月28日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・ 平成28年度診療報酬改定に係る、以前出した要望書の修正を議論し、改訂版を作成した。
- ・ 後半は変えていないが、入院医療についてという前文を充実させ、病棟ごとに入院基本料を選択できる方式の導入をうたい、病床機能報告制度との関連を掲げた上、報告制度で急性期とされた病棟は7対1か10対1をそのまま算定させてほしいとした。7対1を高度急性期に規定されないようにしたいということだ。
- ・ 重症度、医療・看護必要度が患者病態を反映していないことから、医療資源投入量の多寡等で評価する形に変えている。
- ・ 急性期病床での平均在院日数の維持はそのままとした。今後、改訂版のほうで要望していく。

### (4) 第19回医療制度委員会（2月4日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・ 今回は、地域医療構想（ビジョン）策定ガイドライン等に関する検討会の進展状況の報告を受け、地域医療委員会と一緒に討議した。都道府県での協議の場に病院団体が入っていないことで、病床機能報告の4区分で処理できない病院の多い過疎化地域が、医療費適正化で平均化され切り捨てられる懸念がある。地域の特殊性を主張していかなければいけないとの意見だった。
- ・ 今年度の委員会活動として、医療基本法が新たに国会に上程される動きもあるので、地域医療構想とともに検討していく。地域の医師偏在等の解決策としてあり得る専門医制度についても検討していくことになった。

### (5) 第4回看護職場環境委員会（2月5日）

望月委員長より、以下の報告があった。

- ・看護業務の役割分担に関する実態調査を企画している。5年前と比べ、看護業務に関する役割分担の変化、今後移譲したい職種などを尋ねる。メーリングリスト等で議論を行う。
- ・特定行為及び特定行為研修の基準等に関する意見を取りまとめた。

#### (6) 第2回国際医療推進委員会 (2月12日)

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・これからの方向を定めるため、会員病院向けにアンケート調査を行うことにした。
- ・現在、外国人の診療を各病院でどのようにしているかだ。ぜひ協力願いたい。

#### (7) 第5回地域医療委員会 (2月13日)

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・地域医療構想について、医師の地域偏在がどうかにならないかと議論した。ガイドラインにも、医師の確保に関しては地域医療支援センターの医療法上の明確化と、特定機能病院と地域医療支援病院に知事が派遣を要請できるぐらいしか書かれていない。都会と地方では温度差、認識のギャップがあり、委員会として埋めていくアプローチが必要となった。
- ・今の地域医療構想を進めていくと、結果として地方の衰退に拍車をかけることになるのではないか。この方向と、国が今推進している地方創生との整合性はどうかと議論した。
- ・ガイドラインに関して、委員会の考え、議論が日病会員に広まるよう、日病雑誌に委員が連載していくことも考えたい。
- ・2年前に、地域医療再生を妨げる制度の壁について多面的にアンケート調査をやった。再度実施して2年前と現在の状況を明確にしていくことになった。

#### (8) 第2回精神医療委員会 (2月13日)

今泉副会長より、以下の報告があった。

- ・6月に軽井沢で行われる、第65回日本病院学会でのワークショップのテーマ「総合病院・地域における認知症高齢者支援の取組み」について、座長と演者を決めた。
- ・平成28年度の診療報酬改定に向けた要望事項を検討し、新しいものも2、3入った。
- ・厚労省が公表した新オレンジプランと、厚労省が自民党に示した当初案とに違いがあつて問題視した。精神科病院のあり方に関する内容が削除されていることを検証した。
- ・「総合病院・大学病院の精神科について考えるシンポジウム 一般救急と精神科救急の連携」について紹介があった。

#### (9) 第6回医療の安全確保推進委員会 (2月19日)

本日の協議事項での報告とした。

#### (10) 第3回中小病院委員会 (情報交換会) (2月21日)

土井常任理事より、以下の報告があった。

- ・群馬で意見交換会をしたが、そこで委員会も開催した。
- ・第65回日本病院学会で、「中小規模病院は地域医療の担い手となれるか」をテーマにシンポジウムを行う。シンポジストを3名に絞り、ディスカッションに時間をとりたい。
- ・そのため、「地域包括ケアの担い手である中小病院における医療改革のあるべき姿」をテーマにアンケート調査を行う。現在、準備しているところだ。
- ・情報交換会は、地域包括ケアをテーマに行った。基調講演は厚労省の保険局長が行ったが、インパクトがあった。会長、副会長も参加して盛り上げてもらった。シンポジウムを行い、幅広いディスカッションができた。地域包括ケアはまちおこしではないかと思った。

#### (11) 第3回倫理委員会 (2月25日)

松本委員長より、以下の報告があった。

- ・外部オブザーバーを招き、尊厳死について話を聞いた。

- ・がん研有明病院緩和ケア部長は、がん末期の推定予後3ヵ月前後から対応しているが、がん発生のときから緩和ケアを始めたほうがいいとの意見もある。穏やかで尊厳のある最期は、多職種チームのケアによって可能になる。懸念材料として、緩和ケアを担当する医師数が少ない。今後は在宅も含め緩和ケアを充実させるべきだと話をした。
- ・国立病院機構東京医療センター総合内科医長は、認知症の高齢者の患者はどこが終末期か決めがたい。延命治療の不開始は行うが、既になされている医療介入の積極的な中断はしていない。認知症になる前に、人々が平均健康寿命の年齢を迎えたときリビングウィルの意見書を書いておく方法も推奨されると話をした。
- ・今後の議論として、人の自然死に思いをいたし、緩和医療を推進し誰もが受容し得る終末期医療を目指し、メールで協議を行う。最終意見をまとめ、会長・副会長会議に提出したい。

#### (12) 第4回QI委員会（2月3日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・アンケート調査結果を調べると、結果をどう生かすかが不十分と受け取れた。長野で開催の日本病院学会で開くQIのシンポジウムでも、そのことを考えてみたい。
- ・そのとき参加してくれる精神と療養型の病院については、一般のQIとは区分をして、ワーキンググループを設置して考えていくことを話し合った。

#### (13) 第3回栄養管理委員会（1月30日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・栄養管理セミナーは日本静脈経腸栄養学会（JSPEN）に全面協力してもらっているが、JASPENが事業拡大のため今まで以上に前向きに考えてくれている。摂食嚥下や口腔ケアも加えようと内容も更新している。会員の若いドクターにも参加を勧めてほしい。
- ・人事異動等でNST加算要件に有資格者の欠落が生じると、審査や監査が入ると多額の返還を要求されることがある。医師ならセミナーの2日間出れば資格要件を満たすし、多く参加すれば資格者も複数名用意できることになる。JASPENは複数回の開講にも前向きだ。

#### (14) 病院中堅職員研修「医事管理」コース（第8回）（1月30日・31日）

#### (15) 病院中堅職員研修「人事・労務管理」コース（第8回）（2月20日・21日）

(14) (15) について、宮崎常任理事より、順調に行われていると報告があった。

#### (16) 第2回病院経営管理研修会（2月27日）

宮崎常任理事より、盛大に行われたと聞いていると報告があった。

#### (17) 診療情報管理士通信教育 第8回診療情報管理士認定試験（2月8日）

武田常任理事より、全国17会場で3,770名が受験した。去年は雪で交通が乱れ再試験をしたが、今年は無事開催でき終了したと報告があった。

#### (18) 診療情報管理士通信教育 DPC制度の現状と今後の方向性に関する講演会（2月23日）

#### (19) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会（1月17日～2月20日）

#### (20) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会（1月17日～2月20日）

#### (21) 診療情報管理士教育委員会 第4回医師事務作業補助者コース小委員会（2月25日）

(18)～(21) についての報告は、資料一読とした。

#### (22) 日本診療情報管理学会 第73回診療情報管理士生涯教育研修会（1月24日）

以下の(22)～(28) について、大井顧問より報告があった。

- ・表記の研修会を東京で、444名の診療情報管理士を集めて行った。

#### (23) 日本診療情報管理学会 第3回国際疾病分類委員会（1月31日）

- ・俗称「診療情報管理学会ICD委員会」で、日本病院会とWHO支援の中でICD-10のトレーニングツール日本語版に向け約20万単語の翻訳作業を行っている。
- ・ICDの改訂ワーキンググループの意見出しについて、857項目を全部調べ、4人の委員が集ま

って意見をまとめることを始めている。着々と進める予定だ。

- ・ ICD-11のリファレンスガイドの日本語訳も担当する。ICDの改訂に向けて最後の急ピッチの段階だ。
- ・ ICD-11のβ版が決定してくるので、最後のフィールドテストを実施するが、日本でやるには日本語版が必要になる。診療情報管理学会が日本語翻訳を引き受け、鋭意取り組む。
- ・ GHWC (Global Health Workforce Council) は、アメリカのほうで発案され、診療情報管理士のランクづけの世界的規模の協議だ。これにも対応している。

#### **(24) 日本診療情報管理学会国際疾病分類委員会 ICDの向上に関する協力委員との合同協議 (1月31日)**

- ・ 表記の合同協議を行った。

#### **(25) 日本診療情報管理学会 第74回診療情報管理士生涯教育研修会 (2月14日)**

- ・ 九州で231名参加し行った。

#### **(26) 日本診療情報管理学会 第3回編集委員会 (2月24日)**

- ・ IFHIMA国際大会の成果物を冊子にしたいと編集委員会で協議している。

#### **(27) WHO関係 GHWC第2回対面会議 (1月18日～20日)**

- ・ GHWCの対面会議をアイルランドのダブリンで行った。横堀課長が参加した。
- ・ そのとき、横堀課長とホイブ氏によりWHO-FICのEICの共同議長会議を行った。
- ・ その後、スイスのジュネーブへ飛んでWHOの担当官との会議を行った。

#### **(28) WHO-FICアジア・パシフィックネットワーク作業会議 (2月12日)**

- ・ ICD-10アジア版の簡易版の最終案ができ揃ってきた。さらに煮詰めて、できればアジア・パシフィックネットワーク作業会議の今年度のバンコク会議あたりで完成させたい。

#### **(29) 第36・37回生 病院経営管理士通信教育 前期試験・後期スクーリング (1月12日～17日、1月19日～24日)**

#### **(30) 第2回病院経営管理士教育委員会 (2月24日)**

(29) (30) についての報告は、資料一読とした。

#### **(31) 病院経営管理士会 第2回理事会 (2月27日)**

永易病院経営管理士会会長より、以下の報告があった。

- ・ 研修会に先立ち、理事会を行った。役員の変更があり、新任3名、退任4名、計11名の新執行部で27年度は運営していく。平成26年度の事業報告、収支決算、27年度の事業計画案、収支予算案を取りまとめた。
- ・ 第2回病院経営管理研修会は、参加者数150名、相澤日病副会長の「病床機能報告制度と今後の病院経営」の講演、事例報告の講演2題、「地域医療構想について～ナショナルデータベースの活用を中心に～」の講演等で研修を実施した。多数の参加に感謝する。

#### **(32) 福島県病院協会 定期報告**

前原常任理事より、震災より4年になる福島県の現状について報告があった。

- ・ 原発事故によって全館退避し現在も休止中の病院が20キロメートル圏内で7病院、診療を再開した病院が30キロメートル圏内で6病院あるが、大変厳しい時を迎えている。
- ・ 昨年末に経産省資源エネルギー庁と東京電力が合同で説明会を行い、営業権の喪失を含め営業損害賠償を来年2月で打ち切るとの方針が示された。この13病院は破綻せざるを得ない。病院は地域コミュニティの復興に不可欠な社会共通資本であることを掲げ、継続の要望をしている。経産省副大臣が再検討を言明し、自民党の復興加速委員会が政府に見直し要望を出したとの報道はある。
- ・ 福島病院協会では、昨年11月に文科省、復興庁、経産省の担当官に、1月27日には厚生労働大臣に直接会って、賠償継続の要望書を提出している。

- ・現在の避難の状況は、今年1月現在で12万2,000人だ。最大が16万4,000人だったから、4年間で25%しか減っていない。
- ・県民の健康状況として、現在、先天異常新生児や甲状腺がんの増加は認められていない。
- ・学校いじめは、全国平均が1,000人当たり13.4件だが、福島県は1.2件と全国最小だ。震災により思いやりの心が育まれたのではないか。

### (33) 平成28年度診療報酬改定に向けた要望事項の提出について（依頼）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成28年度診療報酬要望事項の提出をお願いしている（期限3月13日）。前回まで多くの項目を提出しており、今回もそれをイメージしているが、多過ぎて採用してくれない。
- ・具体的には、先ほど示した要望の改訂版にある項目やそれ以外のものも書いてもらった上、大きくまとめて要望書にしたい。協力願いたい。

## 2. 日病協について

中井常任理事、堺会長より以下の報告があり、了承した。

### (1) 第113回診療報酬実務者会議（1月21日）

### (2) 第114回診療報酬実務者会議（2月18日）

(1) (2) について、中井常任理事より報告があった。

- ・ともに中医協の報告があり、平成28年度の診療報酬改定に対する要望について議論した。
- ・まだ地域医療ガイドライン検討会の結論が出ず、動けない。国立大学附属病院における増税による影響状況について報告があり、かなり損税が多いとのことだ。
- ・2月の会では、地域医療ガイドライン検討会の最新の状況が報告され、医療資源投入量で高度急性期、急性期、回復期を分ける基準のところ、慢性期が消えて在宅に入れるようになったとのことだ。慢性期の国の締めつけが厳しいのではないかと議論になった。

### (3) 第123回代表者会議（1月23日）

### (4) 第124回代表者会議（2月27日）

(3) (4) について、堺会長より報告があった。

- ・第123回では、来年度の日病協代表者会議で、現在副議長の楠岡日病常任理事（国立病院機構）が議長に、副議長には新たに参加した日本社会医療法人協議会の神野副会長が就任する。
- ・第124回では、中医協報告の中で、本年6月実施の第20回医療経済実態調査の調査対象病院は全国の3分の1だそうだが、全病院が回答するよう依頼があった。
- ・医療機関における消費税に関する調査結果報告があった。主に平成25年度の実績値を用いて診療報酬による消費税増税の補填の状況を推計したもので、実態とは若干違っている。回答数が40.3%、433病院、有効回答数が28.2%、303病院だった。
- ・病院の分布状況を見ると、中央値が84.2%だが、病床規模別に見ると、総額補填率は303病院で76.2%で、病床が多くなるほど補填率が下がる。総額補填率から見た補填状況は、どの規模群でも補填不足の生じる可能性が示唆されている。
- ・補填不足額は全国推計で総額344億円で、2月27日の日病協の記者会見で発表されている。

## 3. 中医協について

万代常任理事より以下の報告があり、了承した。

### (1) 第8回DPC評価分科会（1月26日）

- ・退院患者調査の報告について、平均在員日数や治癒の退院人数の変化についてももう少し詳しく調べるよう中医協から指示がある。今後、もう少し詳細に検討していく。
- ・特定機能病院とコーディングに問題がありそうな病院に対するヒアリングの報告があった。



特定機能病院で分院として機能を分けている病院について、機能を分化させているためにそういう形態もあるとの議論もある。どう扱うかは今後の問題だ。

#### (2) 第20回費用対効果評価専門部会 (1月28日)

#### (3) 第21回費用対効果評価専門部会 (2月25日)

- ・ (2) (3) について、具体例に対する検討が始まったが、非公開なので報告できない。
- ・ 総論的には、既に販売されている5品目(診療材料2、医薬品3)を、費用対効果の分析と照らし合わせて妥当性があるかの検討が始まっている。

#### (4) 第290回総会 (1月28日)

- ・ 先進医療の平成26年6月30日現在での種類、金額についての実績が報告された。
- ・ 「選定療養として導入すべき事例を把握する仕組みの構築について」の案が示された。昨年6月に閣議決定された「日本再興戦略」改訂2014に療養時のアメニティの向上として示されたものが中医協においてきて、どういう仕組みにするか対応方針が中医協で議論された。
- ・ 外保連、内保連、その他からの意見のほか、ホームページを通じて幅広く意見を集約し、集約された段階で中医協で議論することになった。
- ・ 次期診療報酬改定に向けた検討について、これまでは基本問題小委員会で改定の項目を多く議論し、その結果を総会で最終的に議論するやり方だった。それを診療報酬改定項目については総会を基本とし、基本問題小委の担当するものを変更させるよう役割を変えた。

#### (5) 第291回総会 (2月18日)

- ・ 第20回医療経済実態調査について、調査実施小委からの実施案が報告された。会計基準が平成26年度から変わり25年度と比べられないため、公立病院のみの集計をして比較する。また、営業・投資・財務の3つの経済活動によるキャッシュ・フローと、収支と長期借入金と減価償却費に基づく簡易なキャッシュ・フロー計算についてもデータを集めることとなった。
- ・ 調査への協力依頼文も出される。例年3割ぐらいの回答率なので、できるだけ回答率を上げ、現在の病院実態を正確に反映し、それに基づく診療報酬改定としたい狙いだ。
- ・ 在宅医療についての議論が始まった。在宅医療の課題が示されたが、現状として高齢者が同一日に同一建物でまとめて診療したり、医療機関の隣接住宅に訪問診療を行う形態が見られたり、看取り件数等に着眼した評価が行われたりしている。それらを基に在宅医療の質と量を確保するよう今後の評価のあり方を考えていく。
- ・ 訪問看護について現状が報告されたが、今後の論点として、重症者等の受入れ体制やターミナルケアのさらなる推進について、どのような提供体制にするか議論していく。
- ・ 医療費の動向のポイントが示された。伸び率が計1.4%とかなり低い。マイナス改定とかもあつての状況だ。国の方向どおりに医療費の削減が進んでいるとも見える。

## 4. 四病協について

下記会議の概要報告があり、了承した。

#### (1) 第10回医業経営・税制委員会 (1月22日)

#### (2) 第11回医業経営・税制委員会 (2月19日)

(1) (2) について、安藤常任理事より以下の報告があった。

- ・ 第10回では、平成27年度税制改正について、厚労省の担当官から、税制改正大綱の中の社会医療法人の認定要件等と、医療法人の分割に関する制度見直しに関する説明があった。
- ・ 第11回では、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会と四病協との打合せ報告があり、日医から病院団体に対し、消費税ばかりでなく広く税制全体を見通し、特に法人税のあり方、外形標準課税等に対する病院団体の意見を聞きたいという命題が与えられた。これを受け、四病協や日病の委員会でも税制全体を把握してから消費税を吟味しなければならない。

### (3) 第10回総合部会（1月28日）

### (4) 第11回総合部会（2月18日）

(3) (4) について、堺会長より以下の報告があった。

- ・第10回で、日精協から、日本介護人材開発センター（仮称）を設立し介護人材の技能検定や評価をやるよとの提案があった。意見交換の後、四病協も参加することになった。
- ・第11回では、日本専門医機構の平成26年度入会金、年会費が議論された。四病協には専門医機構の社員として入会金20万円、年会費30万円、計50万円の支払い請求が来ており、4つの病院団体応分の負担をすることになった。ただ、最近の専門医機構の動きが学会、大学主導でかなり一般病院に厳しいとの話があり、四病協として要望書を提出しようとなった。

### (5) 第8回日医・四病協懇談会（1月28日）

報告は、資料一読とした。

### (6) 第10回医療保険・診療報酬委員会（2月6日）

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・中医協報告で、日本再興戦略で出された選定療養拡大の報告があった。3月から医療関係者や国民にパブコメを求め、中医協で議論してから審議をするということだ。
- ・診療報酬の調査委員会が来年に向けてそろそろスタートするとのことだ。
- ・費用対効果については、非公開で事例を検討していること。地域医療構想策定ガイドラインについては、相澤副会長から検討会での審議の報告を受けた。

### (7) 第6回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会（1月28日）

梶原副会長より、福祉医療機構から平成27年度の予算枠組みの話があり、あくまでも民業を侵さず民業補完の観点から平成27年度も動くこと、国の政策で地域と医療・介護の相互確保の推進を支援するため融資が大きく膨らむが、限度額を90%に引き上げ、平成37年度末までこの優遇措置を続ける。一般では70%の融資率であり、金利も1.1%で始まるという報告があった。

### (8) 第8回在宅療養支援病院に関する委員会（2月9日）

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・在宅療養支援病院の要件について、今800病院が届出をされていて実質やっているのは380病院ぐらいだが、ネットワークを組むのに厳しい要件がたくさんついており、やっている診療所がだんだん取り下げている。外来をやりながら訪問診療もして年間2件看取りをやらなければいけないがそれが厳しく、今年はクリアしても来年クリアできるかわからない。
- ・こうした実態を捉えるため、アンケート調査をすることになった。

## 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

会議の概要報告があり、了承した。

### (1) 第5回医療法に基づく臨床研究中核病院の承認要件に関する検討会（1月23日）

楠岡常任理事より、以下の報告があった。

- ・承認要件がまとまった。医療法の中にある承認要件10項目について具体的な数値を決めた。
- ・能力要件としては、実施体制、実績、施設要件、人員要件となる。施設要件はほぼ特定機能病院と同じだ。人員要件は、医師、薬剤師以外に、臨床研究コーディネーター、データマネージャー、生物統計家といった人員を必要とする。
- ・実績は、医師主導治験4件以上、または臨床研究80件以上とかなりハードルが高い。
- ・実施体制については、臨床研究に関し不正事案をいかに防止するか、つまり大学病院など臨床研究中核病院のガバナンスをいかにきかせるか。臨床研究を統括する全体的な管理部門をつくり、その長は病院長がなること。ガバナンスが適正に動いているか、外部の人員だけで第三者委員会をつくってチェックすること。各診療科の長が一時的に病院長を兼ねるといっ

たやり方ではガバナンスをきかすことができないので、病院長は診療科の科長等から切り離せという強硬な意見が報告書に盛り込まれている。

## (2) 第27回社会保障審議会（1月29日）

楠岡常任理事より、以下の報告があった。

- ・委員の改選があり、新たに会長が選出されたが、西村周三委員（医療経済研究機構所長）が引き続き会長を務める。
- ・平成27年度の予算がほぼ決まり、社会保障関係に関し厚労省から説明があった。

## (3) 第7回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（1月29日）

## (4) 第8回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（2月12日）

(3) (4)については、本日の協議事項での報告とした。

## (5) 第9回医療法人の事業展開等に関する検討会（1月30日）

## (6) 第10回医療法人の事業展開等に関する検討会（2月9日）

(5) (6)について、大道副会長より以下の報告があった。

- ・1年3カ月ほど議論してきた。地域医療連携推進法人制度（仮称）というのは、一時物議をかもした非営利ホールディングカンパニー型医療法人が、その後変遷しての呼称だ。
- ・この制度の仕組みとして、社員総会で全て決める。社員総会から選ばれた理事会が業務を行う。理事会には必ず地域住民やガバナー等を入れて意見を聞き尊重しなければいけない。
- ・社員は、医療法人、その他の介護事業をする非営利法人に限られる。株式はここには入らないということだが、今後どうなるかはまだ不透明だ。
- ・3月までに国会に提出され、医療法を改正する形で発効する。
- ・しかし、力のない民間医療法人が10個集まって新型法人をつくっても、そこにお金を貸す銀行がいるとは思えない。何をやるにもお金が要るので、ヘルスケアリートとワンセットで考えることになりそう。あるいは、お金を持っている医療法人や、人材が豊富な大学とグループを組むことになる。民間医療法人にとってそれがどういうことになるかだ。

## (7) 第5回医療事故調査制度の施行に係る検討会（2月5日）

## (8) 第6回医療事故調査制度の施行に係る検討会（2月25日）

(7) (8)については、本日の協議事項での報告とした。

## (9) 第39回社会保障審議会医療部会（2月18日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・地域医療連携推進法人、地域医療構想策定ガイドラインについて議論の状況、地域医療介護総合確保基金の執行状況、臨床研究中核病院の承認の検討状況、医療事故調査制度の施行に係る検討会の検討状況の報告があった。
- ・3月中にもう一回開かれ、医療部会で承認して国会に提出する段取りのためかと思う。

## (10) 第4回病院等を対象とするヘルスケアリートの活用に係るガイドライン検討委員会（1月30日）

梶原副会長より、欠席の石井監事かわってとして、以下の報告があった。

- ・さきに報告のあった医療法人の事業展開等に関する検討会とともに、1月30日開催のこの2つの検討会において、医療提供体制の再編とアベノミクス成長戦略のための受け皿のスキームと資金調達スキームの方向づけが行われた。ヘルスケアリートの資金源泉は黒田マジック、塩崎GPIF改革により潤沢に提供され、そのことにより、現在医療・介護事業者の長期安定的な資金調達先として機能している福祉医療機構にも大きな影響を与える可能性がある。運営主体としての地域医療連携推進法人を統治する者が誰かが重要なポイントになる。病院経営は儲からないから株式会社は参入しないという意見と整合しないことが同時多発的に置きようとしている。

- ・以上の点を十分に了解して今後の対応を考えてもらいたいとのことだ。
- ・自治体病院の整理のために大きな武器として使われるのではないとも言われている。

#### (11) 「特定行為に係る看護師の研修制度に関するスケジュール」に関して厚労省医政局看護課から日本病院会への要望（2月2日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・スケジュールがもう決まって、パブコメも終わって症例案を作成し、厚労省のホームページにも載っている。4月から指定研修機関の申請が開始される。
- ・10月からは特定行為に係る看護師の研修制度が施行される。指定研修機関の基準が盛り込まれているが、研修項目には共通科目と区分別科目がある。共通科目は315時間座学として行われ、実習、演習等の区分別科目が1区分が15時間から72時間となっている。この区分別項目と共通科目の研修施設に手を挙げなくてはならなくなる。
- ・厚労省では、区分別科目については二次医療圏で1カ所以上、1カ所で年間30名ほどの応募を期待しているとのことだ。プロトコルに則った特定医療行為について包括的指示のもとで看護師ができるよう教育をする。高齢化の中で病人に対処するためにチーム医療が必要として始まっていることだ。
- ・立派なものをつくったことになるが、研修する施設がないとか、手挙げがないと一体何だとなってしまう。ホームページを見てもらって、研修を受けさせる施設認定を受けたり、看護師に参加を勧めてもらいたい。

#### (12) 第5回日本専門医療機構理事会（2月2日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・社員総会では、領域の代表は学会の代表でなければおかしいと強い意見が出た。既に4つの学会から社員を離脱し、新しく学会として入会する申請も出ている。第三者機関からは、それでは第三者性が損なわれるという強い懸念が出された。この形でいくことになるが、理事長としては運営に関して可及的に影響力を排除したいと考えている。
- ・財政基盤としては、学会からの施設認定料と専門医の認定料、更新料で賄っていく形になるが、はっきりと決まっていない。臨時理事会を開きそこを詰めていく話になっている。財務がしっかりしていないとガバナンスの働かせようがないことがある。
- ・学会の一番の不安は、自分たちの取り分を取られて財政的につらくなることだろう。全体の学会の中で認定料を決め、学会の部分をそんなに損なわない形で研修機構のほうにも回っていくようにするのが落としどころではないか。
- ・各種委員会は非常に進んでいる。研修施設評価認定委員会は、プログラム整備基準の内容を盛り込んだフォーマットを提出し、それぞれの学会に対してチェックをしている。各学会はまじめにきちんとこたえてくれているとのことだ。地域偏在防止への対応として地域の意見を聞くことも必要として話題にはなっている。
- ・専門医認定・更新では、泌尿器科の専門医更新基準はよくできており、他学会も参考にしようにとまで出てきている。ただ、厳密にすればするほど独立できなくなり、大学医局の力が強くなる懸念がある。四病協の中で委員会をつくり機構に申し入れる話になっている。
- ・もう一つの問題は、2020年から新しい専門医機構の認定に全てなる。今持っている人は内科学会だとサブスペシャリティの更新時に基本領域の内科も同時に更新できる。しかし、サブスペシャリティを持っていない人が万単位でいる。この人たちをどうするか。今、各学会が持っている専門医の扱いを徐々に専門医機構のほうに移していつているが、そこは検討中だ。

#### (13) 第2回医事法関係検討委員会（2月18日）

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・日本医師会で行われている医療基本法制定についての検討委員会だ。

- ・羽生田議員と連携し参議院法制局との折衝を続けており、この委員会で決定は法制局との話し合いの中に生かされていくということだ。
- ・現在の医師法や医療法等の中の齟齬を検討している。今回は医療の不確実性、計画体系の明示、介護を含めるかどうかの3点について意見を出し合った。医療の不確実性は継続審議になり、計画体系は取り入れない、介護も別にしようと委員会として決めた。そうしていくと、医療法としては大きく見直されていくことが予測される。
- ・尊厳死等の問題は、今後も続けていく。

## 6. 3月諸会議の開催案内（案）

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・第4回定期理事会、平成26年度の社員総会を3月28日に開催する。委任状による議決権は行使できない。過半数の出席が必須なので、ぜひそのことを周知願いたい。
- ・医政局長による特別講演がある。保険局審議官にも来てもらう。今回の改正がどうだったか、来年どうかもしっかり聞く。皆さん全員出席してもらいたい。

### 〔協議事項〕

#### 1. 地域医療構想について

堺会長は、地域医療構想について相澤副会長に説明を求めた。

相澤副会長は、地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会の資料に基づき、次のように説明した。

- ・医療需要をどう推計するか。地域医療構想は都道府県が構想区域単位で策定する。よって、将来の医療需要や病床の必要量についても国が示す方法に基づき都道府県が推計するとある。厚労省はデータだけを都道府県に投げる。都道府県が医療需要や病床の必要量をガイドラインに沿って計算する構造になっているということだ。
- ・医療機能とは、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と区分し、医療需要として1日当たりの入院患者数を算出し、それを病床稼働率で割り戻して病床の必要量を推計する。二次医療圏ごとの患者が住んでいる所でどれぐらいの需要があるかだ。
- ・病床機能報告制度で報告している、高度急性期、急性期を構想区域で足した数と、この計算した数は合わない。あくまでも医療需要を推定しているだけで、病床数とは合わない。
- ・ナショナルデータベースとDPCのデータを基に計算する。毎日の医療資源投入量で決めるが、計算には入院基本料、リハビリも入っていない。
- ・なぜ入院基本料を外したか。7対1でも10対1でも13対1でも同じ医療を提供しており、それを日本全国同じ基準で見たいということだ。同じ医療を提供しようと思っているが看護師の数が足りなくて7対1でなく10対1で頑張っているところも評価しようということだ。
- ・各医療機能区分の境界点C1、C2、C3が決まってきている。それで計算した数値が、厚労省がシミュレーションして高度急性期が20万床、急性期が40万床というところで、これでいくと急性期のベッドが回復期に移行する方向で数値の調整をしているのではないか。
- ・慢性期病床をどう推計するか。医療資源投入量で切りたいが基準がない。慢性期機能は障害者、難病患者病棟とかある。7対1であろうと機能は慢性期だという考え方でやっている。
- ・一般病床でC3基準未満の患者は在宅へ移せという考えを厚労省は持っているようだ。
- ・この病床数をどうするか。全国の都道府県ごとに差がある。全国平均の療養病床のベッド数を慢性期の病床数として、そこに収斂させるようにやってくれと言う。厚労省は、今から2025年に向かってそういう状況にしていく計画を県につくってやってもらおうと言っている。

- ・病床機能報告制度でどういう項目を報告するかが決まっている。その項目全てについて公表したいというのが厚労省の考え方だ。どういうフォーマットで公表するかはこれから案がつくられてくる。
- ・医療需要から病床数を推計するためには、病床稼働率も考慮しないといけない。厚労省は医療需要を算出した量を、高度急性期には75%、急性期は78%、回復期は90%で割るという。実際に計算された数より必要ベッド数推計が多くなるということだ。病棟単位での報告された病床数とずれがある。そこをどう解決していくかが今後の問題だ。
- ・ガイドラインの素案が出されているが、病床機能報告制度をもとに考えていく地域医療構想は、もともと医療介護総合確保推進法で決められ、それに基づいて医療介護総合確保方針が決められ、このもとにつくられていく。医療介護総合確保推進法では、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築が2大方針になっている。地域医療構想は、あくまで医療法で決められている地域の医療計画の一部であるとの考え方であり、地域医療構想を決めるのは医療計画を決めていく一部という位置づけで会議もなされていく。
- ・ガイドラインは、これに応じて都道府県が地域の医療構想を定め、計算された病床数に収斂するように、都道府県が主導してやっていくことになる。厚労省は何をするのか。都道府県における地域医療計画の策定状況やその後の進捗状況についてきちんとガイドラインに定められたようにやっているかを、厚労省が管理する。医療計画の一部なので、地域医療構想を策定する際は、地域医療全体を見据えた上、5疾病、5事業等の医療計画と整合を図る。
- ・どういう法律に基づいてやるか。これまでの法律の中に、医療計画を決めていくのはあくまでも都道府県であり、それを決める一番のものが都道府県の医療審議会であり、そのもとに地域医療構想を決めていく会議はある。これまでの法律では、医療審議会の中に病院団体は書かれていない。三師会が中心で書かれている。協議の場に病院団体を入れてくれと申し入れて、それはここに書かれている。しかし、地域医療構想は医療計画の一部なので、ここには病院団体を入れることができない、学識経験者の団体に入れてもらうよう各地域の病院団体で頑張ってもらいたいと厚労省は言っている。
- ・ガイドラインについて訂正してほしいことがあれば言ってほしい。次の検討会で意見として言いたい。
- ・二次医療圏で県をまたいで患者がやって来る場合は、県同士できちんと話をしりと書かれている。今、二次医療圏ごとにデータをとっているが、患者流入・流出がたくさんある場合は、二次医療圏単位で話し合っただけでどうしていくかを定めるようにとも書かれている。  
副島支部長は、医療事務推計の1日当たりの入院患者数はざっくりし過ぎている。熊本では県の担当者から四病協と医師会に説明があったが、そのことが問題になったと述べた。  
相澤副会長は、病床機能報告制度の裏には、レセプトデータ、DPCのデータを厚労省が全部吸い上げる仕組みがあって、1カ月の単位で集める。そして患者を並べてやる。1カ月の統計をとったものを30で割って機能別の1日分を求めるという考え方だと述べた。  
副島支部長は、冬期と夏期ではすごく差がある。通年ではだめなのかと尋ねた。  
相澤副会長は、私もそう言ったが、急には間に合わないとのことだった。1年間にしりと主張しているし、今後はずっと主張していきたいと述べた。  
副島支部長は、ここは大きく間違ふところなので、ぜひ主張してもらいたいと述べた。  
堺会長は、厚労省はPDCSサイクルを回す約束をしている。今回は1カ月でも、通年のデータを使うようチェックしていく必要があると述べ、他に発言を求めた。  
塩谷常任理事は、日本病院会が7項目の要望書を出した1つに、二次医療圏を越えて都会型、過疎型をつくってほしい、地方の衰退に対する政策的な配慮とあった。このガイドライン案にほとんど反映されていないようだがどうなのかと尋ねた。

相澤副会長は、厚労省はこれは地域医療構想をどうするかガイドラインで、地域でいろいろな人を確保したりまちづくりをどうするかとは違う政策のものとの回答だったと述べた。

塩谷常任理事は、ガイドラインには「医療従事者の確保・養成」で総論的に言及があるだけだ。地域医療構想を引っ張っていく推進エンジンである医師数が少ない地域で、地域医療構想をより現実的にして住民にどう安全・安心を届けるかに入っしてほしいと思うと述べた。

相澤副会長は、医療従事者をどうしていくかは医療介護総合確保推進法の中で地域医療支援センターで検討するようにと書かれていて、別な法律になってしまう。ガイドラインにそれを書き込むのは法律が違うとの考え方のようだ。ナースセンターに関しても違う法律で規定していく考え方のようだと言った。

塩谷常任理事は、納得できないが理解したと述べた。

安藤常任理事は、施設個々のデータも参照する一方、ナショナルデータベースやDPCデータも集めていると思う。これらのデータは均質だという前提があるのか。アップコーディングや過剰診療もあるが度外視されるという懸念があると述べた。

相澤副会長は、厚労省では今はあまり個々の症例を考えていない、2年かけて大まかに定量的基準を出していく、個々の症例は6～7月に検討会を立ち上げて定量基準を決めていくとの話だ。まず方法論を決めて、具体的な数値はそこから議論が始まるようだと言った。

安藤常任理事は、各県に2つずつある支払基金や国保連合会の審査機関には相当な病院個々の情報の蓄積がある。実情に近いものがあるこれをなぜ参照しないのかと言った。

相澤副会長は、その参照はどうやるかの手段の問題もある。ガイドラインは地域についておおよそ今後どんな考え方でやっていくかを示したもので、今回は個々の病院がどうかを見ていくものではない。その考え方で今回は使うものだと理解してほしいと言った。

堺会長は、国保や支払基金のデータを使いたいとの思いがあるのは確かだが、そこまでまだ手が回らないのかもしれない。もったいないことだと言った。

梶原副会長は、千葉県で地域医療構想にかかわっているが、平成25年の高齢化需要に二次医療圏ごとにどうやっていくかが課題になる。しかし現実には、千葉県の東葛、南部、北部と東京都は75歳以上がピークになるが、成田より奥の地域は高齢化ピークは終わっている。その二次医療圏ではあれこれ要らなくなるが、東京圏に足りないからと療養型病床を増やすようなことになる。全体の社会資本の投下が無駄になるのではないかと。平成25年のときに余剰と不足となる地域を考え、全県で互いに利用したほうがよい。雇用も担保され、介護は住所地から支払われるので地域再生にもなる。二次医療圏ごとの需要と供給の関係は年度ごとにマッチングもやらないと無駄が出る。厚労省に提言してもらいたいと言った。

相澤副会長は、それについては意見を述べている。ガイドラインに急性期と回復期と慢性期は二次医療圏ごとに完結するように書かれているのはおかしい。東京都では東京よりも他県に行っている慢性期患者が多く、それを東京都内で吸収するのは難しい。そうでなく、地域間の連携でやりとりが可能な方向で書いてくれと言ったが、厚労省は慢性期のベッドを削りたがっている。急激なことはやめてほしいと主張したいと言った。

中村支部長は、高度急性期、急性期の稼働率の数値が出ているが、季節ばかりでなく日による変動もすごく大きい。75%の稼働率は、がん等の急性期医療の病院では土日・祝日や連休など手術をやらない日も多く、平日9割ぐらいやっていないと達成できない。低く抑えておかないと、何か災害があったりしたら足りないことになる気がすると言った。

相澤副会長は、自分の病院を考えてもそうだし、話はわかる。ガイドラインはその地域でどれくらいあったら需要に応じられるかの大まかな計算をして、この方向でやると決めるだけで、細かいことは決まっていないと言った。

中村支部長は、機能別の病床稼働率は75や78と出て決まる方向に行くのではないかと述べた。

相澤副会長は、おおよその量の目安をつくる、どういう方向でいくのをまず決めるということだ。75%でなく70%にしるとは伝えると述べた。

中村支部長は、回復期とかは土日や祝日でも変わらないが急性期は検査しないと述べた。

相澤副会長は、慢性期の病院は連休中も止まらない。正月やお盆も急性期でない患者が増えて平均在員日数が増え、連休が終わると一気に慢性期へ移っていくと述べた。

中村支部長は、急性期をやっていると慢性期は家に帰すことが多いのではないかと尋ねた。

相澤副会長は、在宅へ戻す人は90%を超えるが、あとの2%の人がそこにたまるのは大変なことだ。ベッドの稼働率をどうするかはおおよその線でやっておいたほうがよい。細かい議論を始めるといろいろな問題がたくさん出てくる。これを固定したものだと考えているわけではない。基準は決めて定量的な線は6～7月頃から検討を始めていくと述べた。

堺会長は、都道府県にはC3の値に随分反発もあるようだ。推移を見たほうが良いと述べた。

中村支部長は、一回数字が決まると、各都道府県でそれに合わせて全部やらないといけなくなる気がする」と述べた。

堺会長は、全国一律ということはないと思うと述べた。

武田常任理事は、病床機能報告については、データを見るとリハのところは回復期としてほとんどの部分が申請しているようだ。10対1や13対1、15対1で急性期をやっていると認識をしているところも、C3の件数を切られたとき回復期に落ちる可能性があって、怖いところだ。自分たちが急性期をしたいと思っても、線引きされ回復期だよと言われたとき、我々はどう対策していったらいいのかと尋ねた。

相澤副会長は、点数で切って回復期何%、急性期何%と出した病院があったが、この数値で自分の病院のことをはかるのは当座しないでもらいたいと厚労省は説明していると述べた。

武田常任理事は、そうした場合、回復期という名前でいくと、どうしても回復期リハだけが回復期を申請する傾向にあるが、そういう考え方はどうなのかと尋ねた。

相澤副会長は、高度急性期、急性期、回復期の区分を決めるときにすぐもめた。厚労省は高齢者の軽度の急性期は全部回復期に入れたかったが、病院団体と医師会が病期という考え方をに入れてやろうと反対した。回復期は急性期の治療が終わってある程度落ち着いた状況を言うことになったが、ではどこで線を切るのか。急性期は診療報酬のところで切って大体の量を把握したいとして今の議論になっている。点数とか稼働率とか細かいことを言い始めるとまた混乱してくる。おおよその量の把握のためだと考えてもらいたいと述べた。

楠岡常任理事は、おおよその量の決め方として、DPCで在院日数と投入量のグラフから決め、C1、C2で線を引くのは概念としてはわかる。しかし、二次医療圏ごとにDPC分布も違うので、その分布に合わせることも考えられる。地域で治療方針が変わってしまう可能性もあるので、決め方をきっちりと文書で出してもらいたい。全国である1カ月のデータを全部集めてそれで決めて、あとはそれを各二次医療圏に割り戻して終わりという話になるのか。すると実態はかなり崩れてしまう。どこまでやるのかが見えないと述べた。

相澤副会長は、具体的なことは6月以降決めていく。高密度医療をやっていないのに高い薬を使うと点数だけ上がる例もある。具体的には、DPCはある年数かけてデータが集まっており、その物差しで決めていくのがいいと私は考える。厚労省は、そこは今後の検討だと言っている。この裏には医療費適正化計画があり、それをしっかりやるため病床機能の分化と連携する形だ。日本全体のベッド数をどうするかを内閣官房の会議でシミュレーションし、政策を決めていくためにやろうとしている。きちんとしたことはこれから議論をして決めていかなければいけないと述べた。

楠岡常任理事は、二次医療圏ごとに分析するなら問題ないが、医療費が一番減っていく可能性がある効率のいいタイプをモデルとして全国へ押しつける形で使われると、二次医療圏ごと



の分化で治療方針を決めているのが全部崩れてしまう。これは危険なところで、見ていかなければいけないと述べた。

相澤副会長は、言われるとおりで述べた。

大道副会長は、2025年の医療需要の数値は正確性がどう担保されるのか。数年前の厚労省の推計では、今ごろ日本中の病院は看護師が溢れ日本の医療費は70兆円を超えているはずだが、実態と全然違う。今から10年後の推計も信用できるのだろうかと言った。

相澤副会長は、信用していいかどうかは疑問だが、政策決定の一つの道具だと考えればよい。推計は人口構造の変化を見て決めるとなっているが、計算方式が合っているかは、病院団体がチェックしていかなければいけないことだ。厚労省にはデータを全部くれと言っている。厚労省だけが握って都合のいいように変えられてしまっただけだと述べた。

邊見参与は、内閣官房が今の財政赤字を見て数字を決定している。厚労省はこの数字ではやりたくないが、内閣官房に通るように大体でいいとしてやっている。病床報告制度を出してきて、ある程度時間を稼ぐような形だ。その中で工夫してやっていかなければしょうがない。今までは医療供給体制もやりたい放題でやってきたが、これは守れない。医師の地域偏在、診療科偏在、5疾病のうちの精神が入っていない、介護との連携も悪い、チーム医療も評価されていないと問題は多いが、経産省と必死で戦っている厚労省をある程度我々がバックアップしなければならぬと思うと述べた。

## 2. 平成26年度医療安全に係わる実態調査報告書概要（案）

堺会長は、医療事故調の検討会が厚労省の中にあるが議論が錯綜してまとめができなくなっている。10月開始なので逆算すると4月にはいろいろやっていかなければならない。事情とアンケート調査も含めて説明してもらい、皆さんの意見を伺いたいと述べ、説明を求めた。

木村委員長は、医療の安全確保推進委員会資料に基づいて、次のように説明した。

- ・昨年10月、2,399の日本病院会会員全施設に送り892（37.2%）の回答を得た。
- ・施設の基本的な事項を聞いた上、今現在の医療安全管理、会員病院でどんな医療事故があり、どういう対応をしているか、また、新しい医療事故制度に関して聞いている。
- ・部門別の職員数を調べると、大学を除いた病院と大学病院のみとで500床以上では、大学を除いた病院は24名だが、大学病院では58名だ。大学と一般病院ではこれほど違う。
- ・会員病院の82%が医療安全対策加算を既に有しているが、小規模病院で36%、大規模病院では98%と、大規模が多い。
- ・日本医療機能評価機構による病院機能評価を受けているか。全国規模で26%、2,200施設ぐらい、会員病院では51%、回答病院では62%が受けている。機能が高いところからの回答が多かった。救急医療体制においても二次、三次をとっている病院からの回答が多い。
- ・病院の規模では、日本全国の病院では20~200床が全体の70%を占めている。会員病院では大体均等に分布している。500床以上では全国450の病院のうち295、65%が会員病院だった。今回の回答もそこが多かった。全国との差は推計に大きな問題になってくる。
- ・医療安全管理委員会は、月に1回、定期的に開かれている。ヒヤリ・ハットは、院内の公開は85%が公開している。医療機能評価機構の医療事故収集事業には、45%が参加している。全国の病院では15%なので、会員病院はかなり高い率で参加している。
- ・医療安全管理者は80%でそういう方がいて、平均1人いる。
- ・医療安全管理室の部屋があるかどうかは、約半分があって資料等を蓄えてある。
- ・マニュアルについては、97%があると答えているが、ポケットマニュアルで個々に所有する形は3割だった。
- ・医療事故にどう対応しているか。医療事故に遭った経験として、障害程度4~5度、重篤な

後遺障害や死亡の例を聞いた。「経験がある」が45%、「経験はない」が52%だった。経験がある中で、3年以内の事故の件数が平均4件だ。892の中で平均2件、3年間にある。

- 重篤な医療事故発生件数を算出すると、全国で年間2,500件起こることが推計される。全国では、1施設で1年間に0.29件起きている。3年間で死亡事例が何件あるかは、20~99床では合計7件で、年間0.0285件ある。500床以上は0.7326件ある。
- 3年間の事故件数は、885回答で死亡事例が810、年間270だ。その割合が0.30になるので、全国8,540にすると2,605件あることになる。死亡事例は年間1,225件起きると推計される。
- 医療事故の報告書の作成は、300病院からの回答で84%が作成している。匿名化した上で外部公表しているかは、20%が公表、80%が公表していない。報告書を患者家族に渡しているかは、31%が渡して、68%は渡していない。原因究明の結果を説明しているかは、80%が説明しているが、説明も渡しもししていないのが15%だった。
- 原因究明で困ったこととしては、専門家がいらない、患者家族のケアや当事者のケア等だ。
- 医療事故の判断は、最終的には院長がしており、アドバイザーや相談が必要としている。
- 新制度についてどう考えているか。新制度での説明について、報告書は「当然手渡すべき」「匿名性を配慮した上で手渡すべき」と考える会員が73.9%、「説明を十分に行うので手渡さなくてもよい」が13%あった。ただ、ケース・バイ・ケースや要望があれば渡すや、手渡す方向で検討中が多いので、実際には手渡すべきとしているのは80%になるだろう。
- 説明会の開催は、院内の調査委員会から説明を行うべきが83%、質問を受けるかどうかは、文書で受ける、口頭でもその場で答えられれば答えるが98%に上った。
- アンケートで、日病の会員病院は機能として高いものを持った病院グループであることがわかった。今後まとめるが、新制度を具体化していくときそうした数字を使ってもらいたい。
- 状況として、厚労省省令や通知を決める諮問委員会としての検討会が開かれ、2月25日が最終回だったが、先ほどの堺会長の話のとおり流れてしまった。そのとき一番問題になったのは、医療事故調査の報告書を手渡すかどうかだ。責任追及につながり反対する意見が多く、「開示義務はない」という文言を加えるかで決裂してしまった。
- 省令には、予期しなかったものということで医療事故を使っている。その予期しなかったものは何かについて、記録も説明もなくとも了解される対象になるのは一般的にはおかしいとして折り合いがつかず、検討会は流れてしまった。
- 厚労省は、10月施行の準備のためにもこれを何とかおさめようとしている。今度の制度では、院内事故調査委員会が自ら事故の調査をすることになっている。そこに外部委員が入る。準備としては、その外部支援団体についてはほとんど決まっていない。会員病院は、地域の基幹病院として支援団体として協力してもらおうことがある。日本医師会、日本看護協会、大学病院、基幹病院、日赤のようなネットワーク、日本病院会の会員病院といった支援団体が県の中で1つの協議会を持って互いに連絡をとり、診療所や小さな病院で起きた事故等の相談に乗ったり手伝ったりしないと、この制度は動かない。そういうことも十分ある前提で、報告結果も見てもらいたい。

池上参与は、全国件数の推計では、死亡事故のほとんどは一般病床で発生すると思われる。精神科病床や療養病床も含めて規模が規定されるので、病床規模をそのまま当てはめると過大評価される可能性もあるので、検討いただきたいと述べた。

木村委員長は、調査は病床規模だけを分類枠にしているが、調査した別の分類に分けてやれば別な数値が出てくる。日本病院会の会員病院はそれぞれ何ベッドとわかっているのので、1病床当たりや機能別に分類できる。全国版との比較のため、グループ分けで調べている。機能別に分類してみる価値はたくさんある。やってみたいと述べた。

万代常任理事は、資料の医療事故の件数推定値は、今回のアンケートで推計し直されている。

医療事故はどのような基準でこのアンケートに数値として盛り込まれたのか。現在、事故調で議論されている基準で事故として判定して届けた件数なのかと尋ねた。

木村委員長は、4～5度は大学の基準とかで微妙に違う。合併症も入れた数値を報告してきた施設は外した。死亡事例は死亡しているのは確かだが、それを事故として捉えるかは病院の判断なので、どうしてもずれがある。定義でもずれがあるので、数字はその範囲での件数報告だが、自分たちで事故という判断をしている数値になると答えた。

堺会長は、今の省令のイメージでは当該死亡または死産が予期されていなかったものとして3つ挙げている。その3つのうち一番問題になったのは、「管理者が、当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取及び、医療の安全管理のための委員会からの意見の聴取を行った上で、当該医療の提供に係る医療従事者等により、当該死亡または死産が予期されていると認めたもの」だ。救急の場面で時間もないとかいうことがあったりする場合だ。遺族への説明は非常に揉めた。検討会構成員から「遺族が希望するような方法で説明するよう努める」ではどうかとしたが、必ずしも報告書を渡す必要はない趣旨の文言を付記すべきだという反対意見が挙がりまとまらなかった。日病のアンケート調査では、説明書を渡してもいいという意見が4分の3あったがとして、このことへの意見を求めた。

中井常任理事は、刑事免責がない状態で全てを当事者の話で報告書にしてそれを遺族に渡せば、それは告発もあり得る。当事者がきちっ報告をしなくなる懸念はあると述べた。

木村委員長は、こういうものを法律家の立場で解析していくと必ずそこに行き着く。医療の基本、医療者が行う責務という法律以前の問題で考えていくことも必要だという見方とぶつかってくる。報告書の書き方の問題でもある。ヒューマンエラーでも遺族に伝えないといけないし、そこを隠すと問題になる。事実を伝えて、それがイコール刑事責任につながることにならないような基本的な部分を考えないといけない。報告書は起きた原因やシステムの問題の面から書く、具体的な個人名はそこに載せないということなら、金銭的な民事の問題は出てくるが、刑事にはならない。原因究明をきちっとやっても、刑事事件として告発されることにつながらないものに結びつけることは課題として残っていると述べた。

堺会長は、省令イメージ、通知イメージの中で「本制度の目的は医療安全であり、個人の責任を追及するためのものではない」というのが各所に書いてある。木村委員長のよう意見は多かったが、一方で頑なな意見を言うところもあって揉めている。今の中井常任理事の意見はどうか。これは危険性があると思うかどうかだと意見を求めた。

木村委員長は、意見の中で、遺族に渡す報告書は別なものを作ったらどうかという案もあった。それはそれで問題だ。医療の場でそれがイコール本人の責任に結びつかないことに持っていけないといけないと思う。遺族側の意見は、真実を伝えられないことのほうが問題で、それを出してくれれば刑事事件等にはならないという言い方をしている。ただ、法律ではそうっていない部分もある。医療だけは何をやっても刑事責任にならないのは、それはそれで問題だ。医療の本質と法律の問題をうまく解決する文章にしないとダメだといけないと述べた。

堀江支部長は、現役時代に一度死亡事故を経験して、当事者たち全員で徹底して話し合った上で、遺族に対してその内容に基づいた報告をした。その経験からは、後で指摘が出てきた事例は必ず齟齬があることがわかってきて、そこが問題になったのではないかと。裁判が背景にあっても、家族に対して説明をするのは、わかっている事実について正確に伝えることは基本にしておかないと、逆に問題にならないかと心配すると述べた。

木村委員長は、私たちの経験でも、最初に踏み間違えると、後からの修正は時間が経てばたつほど難しくなる。真実をきちっと伝え、医療側も遺族側も共有することが基本にある。そうやる以上は、疑ってそれを訴えるとかいうのではなく、明らかになっていけばそこで大体終わりになる。刑事事件で追及されることはなくなる。口頭でもよい、書面を渡す義務はないんだと

書いてしまうと、逆に今度は裁判になれば、ありとあらゆるものを出さなければいけなくなる。今度の制度では、医療機関が行った医療事故調査の説明に対して遺族が異議を持つと、今度はセンターの調査になり、センターの調査は全部文書を渡すことになる。次のステップでは必ずそういうものが控えている。今の議論はそういうところで、真実をそのまま伝えるのが大事だというのは基本の基本だと思ふと述べた。

安藤常任理事は、私が聞いたところでは、現在でも既に警察が動いたケースを検察に送検するかどうかというとき、検察サイドは、今動いているシステムとして医療機能評価機構の中で事故報告制度があるが、その収集事業に届けているかどうかを聞きに来ているそうだ。参考情報だが、そういう動きはあるようだと思ふと述べた。

堺会長は、今までいろいろ不幸な事件を見ていると、ガバナンスがしっかりしていないところが多い気がする。そういう場面に接すると病院トップも驚くかもしれないと思ふと述べた。

中井常任理事は、アメリカでも刑事告発があるので完全免責になることは日本でもあり得ないと思ふ。医師側から正直な報告制度をつくって、それによって検察のほうが謙抑的に動くようになるのが理想なのかと思ふと述べた。

### 3. その他

大井顧問より、以下の説明があった。

- ・ 来年のIFHIMAの第18回国際会議開催に当たり、国際大会を行うには非常にお金がかかるので、日病会員に皆さんに寄付をお願いしたい。
- ・ 趣意書では、寄付金が2,580万円となっているが、実際には5倍、最低1億円ぐらい必要だ。
- ・ 場所は東京国際フォーラムで、WHO-FICの2016年の年次大会も行い、第42回診療情報管理学会も同時開催していく中でIFHIMAの国際大会をやろうということだ。
- ・ きょうは頭を下げてお願いする。何とぞよろしくお願いしたい。

以上で閉会となった。