

日 時 平成25年2月23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、高橋 正彦、末永 裕之、相澤 孝夫、梶原 優、大道 道大（各副会長）
藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、石井 暎禧、木村 壯介、松本 純夫、万代 恭嗣、山田 實紘、
武田 隆久、生野 弘道、小川 嘉誉、中島 豊爾、塩谷 泰一、岡留健一郎、安藤 文英
（各常任理事）

柏戸 正英、上津原甲一、石井 孝宜（各監事）

野口 正人、中嶋 昭

奈良 昌治、山本 修三、池澤 康郎、佐藤 眞杉、大井 利夫、村上 信乃（各顧問）

坂本 すが（代理：菊池 令子）、松田 朗、（各参与）

前原 和平、福永 秀敏、吉田 孝宣、原 義人、崎原 宏（各委員長）

中村 博彦、柴山勝太郎、松本 隆利、中川 義信、細木 秀美、福井 洋、高野 正博
（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48名の出席

堺常雄会長からの開会挨拶の後、2月16日に逝去した渡邊史朗常任理事に対する黙禱を行った。その後、高橋正彦副会長の公私病院連盟会長への就任報告及び中川義信香川小児病院長の香川県支部長への就任報告が行われ、議事録署名人に松本純夫常任理事及び安藤文英常任理事を選出し、相澤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

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり届け出を承認した。

〔正会員の入会2件〕

①佐賀県・社団法人巨樹の会新武雄病院（会員名：鶴崎直邦理事長）

②鹿児島県・社会医療法人博愛会相良病院（会員名：相良吉昭理事長）

〔正会員の退会撤回1件〕

①岩手県・医療法人楽山会せいてつ記念病院（慰留者：佐々木崇理事）

〔正会員の退会1件〕

①千葉県・医療法人社団威風会栗山中央病院（会員名：藤平威夫院長）（慰留実施）

〔賛助会員の入会1件〕

①B会員・神奈川県・公益財団法人神奈川県予防医学協会（代表者：土谷尚理事長）

〔賛助会員の退会2件〕

①A会員・東京都・株式会社ベネッセMCM（代表者：浅見誠代表取締役社長）

②D会員・千葉県・藤平威夫（所属：栗山中央病院）

平成24年2月23日現在、正会員 2,371会員

特別会員 226会員

賛助会員 243会員（A会員102、B会員108、C会員2、D会員31）

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・協賛等依頼5件）

- ①第17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
- ②「循環器専門ナース研修コース」（公益社団法人臨床心臓病学教育研究会）に対する後援名義使用
- ③「第55回全日本病院学会in埼玉」（社団法人全日本病院協会）に対する後援名義使用
- ④平成25年度「看護の日」及び「看護週間」（厚生労働省）の協賛
- ⑤平成25年春季全国火災予防運動（消防庁）に対する協力

（新規：後援依頼1件）

- ①「骨髄バンク普及映画をつくる会」（骨髄バンク普及映画をつくる会）の後援

3. 平成24年度補正予算（案）について

相澤副会長より以下の説明があり、承認された。

- ・経常収益の合計は11億151万円で、予算よりも増えている。
- ・経常費用は、病院職員の努力により1億9,000万円削減し、合計11億9,373万9,000円となったが、減価償却前の当期の経常利益はマイナス9,222万9,000円である。
- ・投資活動収入は予算どおりの金額である。
- ・投資活動支出は、土地購入料金や仲介手数料、固定資産税の負担金等で、7,624万2,000円の支出増となった。
- ・財務活動収入・支出は予算どおりの金額である。
- ・結果、当期の収支差額は737万4,000円となり、前期からの繰越金760万4,436円と合わせて、1,497万8,436円を次期に繰り越す。

4. 平成25年度事業計画（案）について

堺会長より以下の説明があり、承認された。

- ・重点項目1、見える化の推進として、「ニュース」「雑誌」「ホームページ」等の充実をもっと精緻化する必要がある。また、ウェブ会議の推進をさらに進め、出席率の向上に努める。
- ・2、一般社団法人としての基盤整備として、会員病院増加への取り組みについては、日本病院会の説明をして入会を促したい。収益事業への取り組みについては、ホームページや配布物に広告を入れるなど、会費収入に頼らない収益事業に取り組みたい。支部の拡大並びに活性化については、宮城県を中心に強化を図りたい。
- ・4、医療の質と安全の取り組みとして、医療の質・評価の推進、医療基本法の策定に向けた取り組み、診療行為に係る死亡・事故の原因究明制度の在り方の検討、QIプロジェクト事業の強化を行う。
- ・5、国際活動としては、自民党政権になって、内閣府を中心とした各府省でいろいろな活動を行うことになると思うので、日本病院会も積極的にそういう活動に参加、協力したい。
- ・ほかに、6番目として医療関連団体との連携強化、7番目として災害対策活動、8番目として国際モダンホスピタルショーを行う。

- ・学会等の開催は、案内しているとおりであります。
- ・見える化に関連して、「インターネット委員会」を「ホームページ委員会」に名称を変えた。

5. WHO-FICに関する2012年の報告書および2014年の支援継続について

堺会長より以下の説明があり、了承された。

- ・日本病院会はWHOに対して年間30万米ドルの支援をしてきた。WHOではICD-11の改訂に向けて着実な活動を行っている。また、アジアWHO-FICには、30万米ドルの中から5万米ドル分出しており、着実な活動を行っている。
- ・大井先生を中心に尽力いただいております、アジア・パシフィックネットワーク会議の座長にも遠藤東京女子医大教授に就任いただいております。
- ・円安になって支払いが少し増えたが、余り迷惑をかけないような形で支払えたと思う。

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

検討の結果、下記4施設の指定を承認した。

(新規3件)

- ①鹿児島県・医療法人 青雲会 青雲会病院
- ②東京都・社団法人 東京都教職員互助会 三楽病院
- ③大分県・大分東部病院

(更新8件)

- ①石川県・医療法人社団博友会 金沢西病院
- ②福井県・福井県立病院
- ③神奈川県・公益財団法人 神奈川県予防医学協会 中央診療所
- ④広島県・国家公務員共済組合連合会 吉島病院
- ⑤神奈川県・JA健康管理センターさがみはら
- ⑥神奈川県・医療法人社団 相和会 みなとみらいメディカルスクエア
- ⑦岡山県・一般財団法人 淳風会 健康管理センター
- ⑧東京都・一般財団法人健康医学協会附属 東都クリニック

〔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回救急医療委員会(1月8日)

前原委員長より、以下の報告があった。

- ・22年、23年に引き続いて同様のアンケートを行うこととした。
- ・前々回の救急医療のアンケート結果でいただいた意見をもとに、救急外来の原価計算表をダウンロードしてそこに記入していただくことにした。また、救急外来患者の動向で年齢構成の変化を加えた。
- ・シンポジウムに関しては、「救急医療の活性化に向けて」という題で、二次救急病院を地方から2つ、都市部から2つの4病院を選んで行う。
- ・26年度の診療報酬改定に向けては、救急車受け入れ加算2,000点と救急医療管理加算1,200点、14日間に延長ということで少し色はつけてもらったが、微々たるものなので、24年度と同じことを要望したい。

(2) 第5回地域医療委員会（1月9日）

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・制度の壁のアンケートに対する項目を最終的に決めた。できるだけ多くの回答をいただきたい。
- ・2週間ほど前に、宿直勤務時間全てに対して割り増し賃金イコール時間外手当を払えという最高裁判決が確定した。宿直時間全てが時間外勤務になると救急医療は成り立っていない。このタイミングで、制度の壁アンケートにおいて、三六協定の問題や宿直許可の問題、オンコール体制に対する時間外手当の支払いの仕方等、細部にわたって意見を聞いているので、このアンケートにしっかりと答えて、最高裁判決に対する我々地域医療委員会としての意見を出したい。

(3) 第5回災害対策委員会（2月5日）

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・ライオンズクラブの山田先生のご尽力でライオンズクラブの支援が大分進んだ。
- ・復興に関して、岩手、宮城は新病院の建設計画が策定される一方、福島は医療だけでなく生活そのものが苦勞しているという報告が前原先生からあった。福島県での医師確保に向け、役員会等でお願いを継続してやっていくこととなった。
- ・義援金が何千万か残っているが、被災3県からお願いされた都度考えていくことに決定した。

(4) 第3回社会保険診療報酬委員会（1月11日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・中医協の議論に基づく改定の方向性ということで、1年弱の流れを報告した。
- ・平成24年の診療報酬改定においていただいた意見をもとに、最重点項目、重点項目と分けて要望した。幾つかは反映されたが、まだまだ貴重な意見があったので、この委員会として再要望することとした。

(5) 医療制度委員会（第29回：1月15日、第30回：2月6日）

- ・高橋副会長より、医療基本法について、大井先生にいただいた参考資料をお渡ししたところ、ほかの病院団体も考えるようになった旨の報告があった。
- ・相澤副会長より、一般病床の機能区分に関するアンケート結果が集まりつつあり、最終的に1,000病院を超える勢いなので、かなりのことを言っていけると思うとの報告があった。

(6) 医療の安全確保推進委員会（第27回：1月17日、第28回：1月30日）

木村常任理事より、平成23年10月に出した中間報告を、さらに第二次報告という形で早くまとめたいとの報告があった。

(7) 病院経営の推進委員会 第4回経営管理コース（1月18日、19日）

(8) 病院経営の推進委員会 第2回病院経営管理研修会（2月15日）

(9) 病院経営の推進委員会 第4回人事・労務管理コース（2月15日）

- ・以上の会議についての報告は、資料一読とした。

(10) 医業経営・税制委員会（第8回：1月21日、第9回：2月20日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

(第8回)

- ・患者未収金問題についてのアンケートの集計結果がまとまった。報告書文案について検討している。
- ・税制の基礎的知識について、牧委員に講演をお願いした。公的と私的のオーナーシップの違いについて、民間もオーナーシップをなくして税制上同じ取り扱いをすることを主張すれば理解が得られやすいとの考えが述べられた。

(第9回)

- ・未収金のアンケート調査に関する報告書について議論した。1病院当たりの未収金平均額は1,100万円余となっており、過去2回の分と比較して大幅増となっている。公・私間差が微妙にある。また、未収金の発生率は、公的は私的の倍ほど発生している。ただ、今回は圧倒的に公的病院からの回答が多く、解釈は難しい。
- ・全国の病院も未収金の総額は、過去の分も累積しているので、推計で2,147億円となっている。

(11) 第10回雑誌編集委員会（1月29日）

原委員長より、以下の報告があった。

- ・2月号は、国際モダンホスピタルショウ2012のオープニングセッション、第62回日本病院学会でのシンポジウム2、その他講演を掲載する予定。
- ・3月号は、病院長・幹部職員セミナーでの講演、第62回日本病院学会でのシンポジウム1を掲載する予定。

(12) 第2回精神科医療委員会（2月8日）

中島常任理事より、以下の報告があった。

- ・今年、新潟で行う病院学会のワークショップは、日本児童青年精神医学会理事長の齊藤万比古オブザーバーを座長に、主に「子供の心の発達を支援する」というテーマで、虐待を中心にしつつ、いじめについても話を加えていく。
- ・平成26年度診療報酬改定に向けた要望事項の検討は、前回通ったもの以外はとりあえず出す。特に精神病床は除外される項目が多いため、これを何とかする必要がある。
- ・2月24日日曜日にアルカディア市ヶ谷で総合病院の精神科についてのシンポジウムを行う。

(13) 第3回広報委員会（2月15日）

藤原常任理事より、以下の報告があった。

- ・最初に、各委員会の現状、課題等を討議した。日本病院会の重点事業計画である見える化の実践に向けて、広報活動は極めて重要であり、広報3部門がしっかり体制を整えながら行っていく。
- ・「インターネット委員会」という名称を「ホームページ委員会」に改めたほうがいいとの意見が出た。事業計画の冒頭の第2項でも、ニュース、雑誌、ホームページと銘打っているので、この名称に変えることが妥当だということになった。

(14) 第5回中小病院委員会／情報交換会（2月16日）

今泉副会長より、以下の報告があった。

- ・来年度の情報交換会を、2月に大分県で松本委員の担当で開催することが決まった。
- ・今年の日本病院学会でのシンポジウムは、「2025年に向けて中小病院の進むべき選択と決断」をテーマに行われる。シンポジストの決まった方たちの打ち合わせを行った。
- ・情報交換会では、シンポジウム「災害時における中小病院の役割」で非常に有意義な報告があった。

(15) 診療情報管理士通信教育関連

①第7回専門課程小委員会（1月11日）

②第4回診療情報管理士教育委員会（1月11日）

③第3回DPCコース小委員会（2月6日）

④第6回診療情報管理士認定試験（2月10日）

⑤コーディングの勉強会（1月12日～2月2日）

⑥医療統計学勉強会（1月12日～2月2日）

武田常任理事より、第6回診療情報管理士の認定試験は、全国16会場で3,586名が受験し、

特に問題なく終了した旨の報告があった。他の会議についての報告は、資料一読とした。

(16) 日本診療情報管理学会関連

- ①第63回診療情報管理士生涯教育研修会（1月19日）
- ②第3回生涯教育委員会（1月23日）
- ③第3回国際疾病分類委員会（2月2日）
- ④ICDの向上に関する協力委員との合同会議（2月2日）

・以上の会議についての報告は、資料一読とした。

(17) WHO関連

大井顧問より、以下の報告があった。

①WHO-ICD改訂第5回TAG Face to Face Meeting（2月6日、7日）

- ・当初の計画どおり、2015年にICD-11を改訂することを確認し、今後の各ワーキンググループ活動計画、特にiCAT入力に当たって協力することとなった。
- ・ICD-11のフィールドテストは準備中で、フィールドテストの開始は未定である。

②アジア・パシフィックネットワーク議長会議（2月11日、12日）

- ・東京女子医大の遠藤教授が新たにチェアマンに決定し、韓国のスクル・キム氏と共同の議長となる。
- ・2013年は、タイで第1回の会議が、タイ政府も関与して大々的に行われる。

③WHO国際統計分類協力センターweb開設

- ・報告は資料一読とした。

(18) 病院経営管理士通信教育関連

①前期試験・後記スクーリング（第34回：1月14日～19日、第35回：1月21日～26日）

- ・報告は資料一読とした。

(19) 病院経営管理士関連

①第3回理事会（2月15日）

永易病院経営管理士会会長より、役員改選のスケジュールや平成25年度の事業計画・予算（案）、第63回日本病院学会ワークショップ等について検討した旨の報告があった。

(20) 福島県病院協会定期報告

前原委員長より、以下の報告があった。

- ・福島県の避難生活者は、現在15万7,000人で、5,000人しか減少していない。放射線自体の健康被害よりは、生活習慣の変化や精神的ストレスが大きい。
- ・病院協会で包括支払いと財物補償を進めている。現在は個人と中小企業のみが対象だが、大企業についても協議が進んでいる。
- ・課税阻止については、引き続き国に要望していきたい。病院会からもお願いしたい。
- ・日本病院会のホームページに福島県のドクターバンク、ナースバンクをリンクする。緊急要望は別枠で設けるが、小野田病院から、透析対応のできる腎臓内科医の緊急要望が出ている。
- ・福島県医師の2割が体調不良で、震災前の3.5倍に上っている。
- ・震災後、救急車が急増している。避難生活している高齢者が多いからではないかと考えられる。
- ・福島県の子どもの肥満率が上がったとの報告があった。屋外での運動制限が影響していると思われる。
- ・児童虐待も増えている。避難生活のストレスが原因と考えられる。
- ・安倍内閣に、福島県から根本匠復興大臣、森内閣府特命担当大臣の2人が入閣したので、風通しがよくなることを期待する。

- ・ 1月6日に、震災特例措置にかかわる提出書類に対する意見を厚生労働省保険局医療課に提出した。
- ・ 1月11日に福島復興局を本社化した。

(21) 第2回認定個人情報保護団体審査委員会（2月15日）

崎原委員長より、以下の報告があった。

- ・ 第38回日本診療情報管理学会における研修会のアンケート結果について報告があった。そこで出た自由意見に基づいてQ & Aを作成し、日病のホームページに掲載してフィードバックを図ることとした。
- ・ 苦情処理依頼や電話相談についての検討を行った。
- ・ 新年度の研修会の計画について意見が出され、4月に検討することとした。
- ・ 平成25年度の個人情報保護団体の予算について報告があり、了承した。

2. 日病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第12回診療行為に関連した死因究明制度に係るWG（1月31日）

木村常任理事より、死因究明に専念して、医療外紛争、補償制度とは別にするという事は日本病院会の意見が通ったが、対象に関しては意見が分かれた旨の報告があった。

(2) 診療報酬実務者会議（第89回：1月16日、第90回：2月20日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

(第89回)

- ・ 消費税に関して、医療機器等の保有状況調査の調査対象をなるべく広く拾ってほしいと要望し、病院の規模にもよるが、100万円以上から対象となる形になった。

(第90回)

- ・ 入院基本料の設定に関する考え方とその調査方法について議論した。これまで看護師の配置基準で入院基本料が規定されていたが、看護必要度だけでなく、医療必要度という考えを打ち出し、それをもとに入院基本料等を考えてほしいという旨の、入院基本料に関する要望書をまとめた。

(3) 代表者会議（第98回：1月25日、第99回：2月22日）

堺会長より、以下の報告があった。

(第98回)

- ・ 議長、副議長、座長、副座長が田村厚生労働大臣を表敬訪問し、要望書を手渡した。要望事項は診療報酬マターだけでなく、多岐にわたっている。

(第99回)

- ・ 深尾議長から、日本病院団体協議会のあり方についてワーキンググループを立ち上げたいとの提言があった。もともとは診療報酬を議論するために設立されたが、11団体が入っているので、いろいろな問題について議論したらどうかということで、各病院団体から、知識と経験の豊富なベテランと将来の日本の病院医療を背負って立つ若手の2名を、委員として出したらよいのではないかとの提案だった。

3. 中医協について

万代常任理事より下記会議の概要報告があり、了承した。

(1) 調査実施小委員会（第36回：1月23日、第37回：2月13日）

- ・ 経済実態調査が毎回行われるが、今回、複数の店舗を持っている調剤薬局のデータを個別にとることと、事業税についての調査を復活するという修正があった。

- ・調査内容について、国家公務員の地域手当に係る級地域を参考にして地域別に集計することと、医療を提供している医療資源の少ない地域というものを設定し、病棟ごとに違う区分の一般病棟入院基本料を設定できることがわかる調査をするという変更が了承された。

(2) 総会（第236回：1月23日、第237回：2月13日）

（第236回）

- ・次回の診療報酬改定に向けて本格的な議論が始まりつつある。今回は、フリーディスカッションを行った。
- ・いかに病院での外来の負担が多いかということが、医師のアンケートを中心に出示された。
- ・同じ病気で別の医師にかかっている外来患者が一定程度いるので、効率性の観点から、病院は専門的な外来を、診療所は一般的な診療をほしいというような方向性を示したい。

（第237回）

- ・在宅医療についてフリーディスカッションを行い、増加しつつある認知症や高齢者の人たちの終末期をどう見るか、その人たちの看取りをどうするかについて議論した。
- ・26改定に向けて在宅をもう少し充実させ、不適切な事例も含めてどのように対応していくかについて議論があった。

(3) 第7回費用対効果評価専門部会（1月23日）

- ・費用の範囲や取り扱い、データの取り扱いについて報告があった。
- ・費用の中に生産性損失をどのように取り入れるかについて、例示として外国の例も含めて提示された。諸外国では、どちらかということを含めないで費用を算出する方向で議論が進んでいる。

4. 四病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第5回医療制度委員会（1月8日）

高橋副会長及び相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・医療法の改正により、一般病床の機能区分を行い、病棟ごとに報告を求めることが決められたが、その報告に何を含めるかについて議論を行った。具体的には、平均在院日数と許可病床数と稼働病床数と1日の平均入院患者数ぐらいを厚生労働省に報告するというところでどうか、この後、ご議論いただきたい。
- ・私ども病院団体としては、病院が今やっていることを報告し、そのデータを集めて、こういう病棟が急性期病棟であるというところに持っていきたい。

堺会長は、厚生労働省が示した2025年の医療提供体制というのは、現場の実態をわからない状況で書いていると思われるので、実際に今行っている医療を示す必要があると述べた。

小川常任理事は、今、各都道府県は、報告する場合には看護必要度も報告しているが、病棟ごとに看護必要度は異なる。従って、現在、各病棟の看護必要度にどの程度の差があるかを出し、それが当てになるかを検証して、それを加えてもいいのではないか。見える化を推進するのであれば、基本的にデータはできるだけ見える化すべきだと述べた。それに対し、相澤副会長は、入院基本料を看護配置だけで決めるのはいかがなものかという議論があるが、この調査を行うと、入院基本料の中に看護配置がしっかりと盛り込まれることで危惧し、意図的に抜いたものである。必要であれば報告を求めてもいいかと思うと述べた。

(2) 医療保険・診療報酬委員会（第10回：1月11日、第11回：2月1日）

生野常任理事より、以下の報告があった。

（第10回）

- ・東京医科大学茨城医療センターの事件が中医協に報告されたということで、当委員会も取

り上げて、指導要綱・監査要綱をもう一回見直すこととなった。

(第11回)

- ・指導要綱・監査要綱について引き続き議論を行ったが、結論は出ず、引き続き議論を行う。

(3) 医業経営・税制委員会 (第9回：1月17日、第10回：2月14日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

(第9回)

- ・医療法人会計基準の策定に関して、平成18年度に決まりかけたものをそのままというわけにはいかないので、再検討することとなった。
- ・税制改正に関して、自民党税調に四病協として要望を提出した。

(第10回)

- ・第9回のときに提出した税制要望に対する回答があった。社会保険診療報酬等の非課税制度の見直しは今後検討するということだった。事業税の特例措置も引き続き検討で、来年度は大丈夫だが、課税措置になる可能性がある。
- ・医療機関における消費税に関する調査を行い、全国の病院の消費税非課税に関して生ずる控除対象外消費税等の負担額を推計したところ、4,000億円に上ることが発表された。

(4) 第10回総合部会 (1月23日)

報告は資料一読とした。

(5) 第9回日本医師会・四病院団体協議会懇談会 (1月23日)

堺会長より、非常勤医師の常勤換算が話題になったとの報告があった。

(6) 第5回在宅療養支援病院に関する委員会 (2月4日)

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・前回のアンケートでは360病院程度だったが、今、789病院が在宅療養支援病院として手を挙げている。そこで、四病協として在支診、在支病、介護施設が包括ケアの中で実際にどう動いて展開しているのか、アンケート調査をもう一度行うこととなった。その内容について、今月末に報告がまとまる予定。
- ・日本医師会の在宅医療連絡協議会に私もパネリストとして参加するので、このアンケートを通じて、直近の在宅療養支援病院の現状を知りたい。

(7) 第11回准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会 (2月22日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・准看護師が正看になるための実務経験を、10年から5年に短縮してほしいという意見が、日精協から出された。
- ・新人看護職員研修の中で、新人准看護師の技術到達の目安も必要ではないかということで、そのたたき台が出された。
- ・平成23年度統計では、看護師入職者数よりも離職者数のほうが2万4,000人以上多く、厚労省の統計では全国で約5万6,000人の看護師が不足している。給与の官民格差が地方においては大きく、公立及び公的病院では、年齢の高い高給な看護師が多くて、中途退職者は民間に比べて少ないが、経営を圧迫する要因の一つになっている。一方、民間にとっては看護師確保の障害となっているとの話があった。

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

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第3回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会 (1月11日)

報告は資料一読とした。

(2) チーム医療推進会議 (第17回：1月30日、第18回：2月22日)

堺会長より、以下の報告があった。

(第17回)

- ・診療の補助における特定行為について、①行為そのものに「技術的な難易度又は判断の難易度」があることに加えて、②予め対象となる病態の変化に応じた行為の内容が明確に示された、特定行為に係るプロトコールに基づき、看護師が患者の病態の確認を行った上で実施することがある行為という、2つの考え方に基づき、検討を行った。
- ・特定行為に係る看護師の研修制度について、「看護師の特定能力認証制度」から「特定行為に係る看護師の研修制度」に名称が変わった。
- ・また、この研修制度を保助看法によって明確化し、特定行為を行おうとする看護師は、厚生労働大臣が指定する研修機関において厚生労働省で定める基準に適合する研修の受講を義務づけ、厚生労働大臣は、指定研修を修了した看護師の申請により、当該研修を修了した旨を看護師籍に登録して登録証を交付するという制度案が示された。民間が主体で研修や登録を実施する案もあるが、しっかり公的機関で行ったほうが良いと考える。

(第18回)

- ・法的にグレーゾーンがある現状を解決するために研修制度の法制化に賛成する意見が多いが、日本医師会など、危険なことまではやらないのでそのようなことは必要ないとの意見もある。また、日本看護系大学協議会は、今の研修が大学病院から外れて自分たちの関与が少なくなるということで、反対している。まだ決着を見ないが、両論併記になると思われる。

(3) 第1回救急医療体制等のあり方に関する検討会(2月6日)

(4) 第16回専門医の在り方に関する検討会(2月6日)

以上の会議についての報告は、資料一読とした。

(5) 第5回医事法関係検討委員会(2月13日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・今年に入って、各地区で医師会が主導になって医療基本法制定に向けたシンポジウムを開催しており、もう既に提出する法案の条文を検討する段階に入ってきている。
- ・実際の法案制定化に向けて政治的な動きを加速していく。医療基本法は総務省の直轄にあり、各省庁を網かけしていくような法になるので、厚生労働省には余り働きかけていない。
- ・実際にこれが具体化すると、非常に大きな動きになると思う。現在の医師法や医療法、保助看法も、全部見直しにかかる可能性が強い。

6. その他

(1) 厚生労働省指導医療官について

堺会長より、以下の報告があった。

- ・厚生労働省保険局医療課の監査室長が、東京医大茨城医療センターの保険指定病院としての再指定のお話で来たときに、指導医療官が少なくてなかなか手が回らないし、目も届かなくて大変なので、よい人がいたら推薦していただきたいとの話があった。日本国籍を持ち、医師または歯科医師免許取得後5年以上で臨床経験5年以上など、採用には幾つかの条件があり、採用されると国家公務員として勤務することになる。

〔協議事項〕

1. 今後の医療制度改革について

まず、石井監事から以下の説明があった。

小泉政権の改革の志向を明確に引き継いだ第1次安倍政権は、非常にはっきりとした医療改革、社会保障改革の方向を打ち出し、医療・介護サービスの高コスト構造を是正すべきだとして、「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」を出した。今回発足した第2次安倍政権は、成長戦略を最重要課題としている。

成長戦略の一丁目一番地は規制改革で、雇用、エネルギー・環境、健康・医療が重点分野となっている。優先順位も、現状では医療が最初となっている。これを受けて、甘利大臣は、社会保障も含めて痛みを伴う改革を実行して実現する、社会保障制度国民会議で負担と給付の最大効率を議論すると明言しており、医療制度改革の過去からの積み残しとなっていた混合診療の解禁と営利法人の医療の経営参入について、議論が再度行われる可能性が高まっている。

この2つの解禁と参入という問題は、医療界や医療市場にどのような影響を与えるか。実はTPPの最大ターゲットは医療・介護で、その中心は混合診療の解禁である。これにより民間医療保険市場が成長して、医療・介護市場は100兆円になると言われている。これこそが成長戦略一丁目一番地の規制改革である。

保険のことを考えてみると、基礎部分は公的保険で上乗せ部分は民間保険か、医療費の請求システムは民営化か、民間に診療報酬決定システムを委ねて中医協や協会けんぽや国保連合会が要らないのではないかという議論が出てくると思う。保険者機能との関係でも、契約医療機関の問題、値引き・契約価格問題、医療内容の選別という議論も出てくる可能性がある。

また、日本の医療には地域差があり、大都市では民間保険の契約医療機関から排除される医療機関が出てきたり、地方では契約しないという選択が民間保険側にないなど、地域差問題も非常に大きな要素として存在する。

安全・安心の観点から見ると、混合診療を解禁することは、自由に薬剤等を使用すること等に対する医学的有効性や安全性に確実な保証がなく、倫理的にも政策的にも反社会的であるとして、医療界は一般的に反対している。医療訴訟も増加し、医療行為の責任は誰がとるのかという議論まで出てくると思われる。この問題との関係で、パブリックセクターとプライベートセクターという問題もかわりが出てくる。公私にかかわらず、大都市中小病院は消滅する。

民間保険が台頭すると、加入者は誰になるのか。そのとき公的医療保険はどうなるのか。病院、あるいは医療機関そのものはどうなるのかという問題がある。株式会社の参入があると、医療法人制度はかなり大きく変化する。医療も介護も情報開示が進んで、誰が運営してもチェックはできるとなれば、民間としての医療法人制度、自治体病院も要らないという話になるかもしれない。ただ、地域医療計画で病床規制をしていて、大部分が過剰病床地域の状況の中で、どうやって株式会社が参入するのか。とりあえずは、株式会社が医療法人を支配するという方法しかないと思われる。

また、株式会社の参入が認められると、売上高が2,000億円近くにある調剤薬局チェーンが病院の経営に入ってくることが考えられる。しかし、医療機関側は薬局経営ができない。このような矛盾も出てくる。

以上のように、大きな変化の可能性はある。

以上の発言に対し、松本常任理事は、メルボルンへ視察に行ったが、全部の病院がパブリックホスピタル、いわゆる公共的な保険で賄われている無償の救急体制で、そこだけではさばけない。プライベートホスピタルで1階部分は保険である程度賄われるけれども、保険会社と契約している人はそちらに行ってくれという体制になっている。医療費がどんどん増大し、日本と全く同じ問題を抱えて、どうやって解決していくかはわからないと述べた。

堺会長は、アメリカではチェーン病院化して巨大化していて、無駄を省いて医療の効率も質も上げているが、日本は護送船団で、公的保険の中に守られて本当の競争がなかった。本当の

競争になると、残る病院と残れない病院は明白に分かれる。また、アメリカの資本が入って一番先に狙われるのは公的病院だと思いと述べた。

小川常任理事は、日本の医療は高コスト構造だというのが、なぜそういわれるのかわからない。薬の出し方やかかりつけ医の問題などで無駄な面はあるかもしれないが、高コストとまでは言えない。我々はまだ理論的に反発できるし、戦えるところは大いに戦うべきだと思いと述べた。

石井常任理事は、日本は明らかに低コスト構造で、高コスト構造というのは嘘を言っている。しかも問題をすりかえている。医療の内容を抜きにして、高コストとか在院日数が長いというのは意味がない。むしろアメリカのほうがコストは高いし、医療も制限的である。安倍内閣の再生計画も全く機能しないと思うので、我々としては具体的に反論しながら、個々に出てくる政策は一つ一つ潰していくべきだと思いと述べた。

梶原副会長は、以前から株式会社を参入させろという圧力はあったが、株式会社立の病院を全部調べて、我々の医療法人がやるよりもはるかに株式会社のほうが経営効率が悪いことを示して、医療界は突っぱねている。しかし、持ち分のある医療法人は配当はしないが、実態は株式会社と一緒にという圧力をずっと受けている。株式会社がオーケーとなったら、それこそアメリカから、株式会社が支配している医療法人を買い取ってあるので、今の医療の様相は全く変わってしまう。必ずしも医療界の人たちがみんな思考が同じではないと思いと述べた。

また、梶原副会長は、自民党は絶対に介護保険制度は手放さないと国民に対して約束しているが、世界標準の医療に関しては、公的でカバーするというので、その実態は結局、公的で認めた混合医療である。だから、株式会社を参入させて、医療法人をどちらかに選ばせ、選定療養をどんどん拡大していけば、民間保険が参入する余地があると思いと述べた。

2. その他

診療行為にかかわる死亡・事故の原因究明制度の在り方について、木村常任理事から以下の説明があった。

1994年の法医学会のガイドラインで、自然死、普通の病死以外のものは異状死として警察に届けるべきこととされ、それを後押しするように、リスクマネジメントマニュアル作成指針という2000年の厚生労働省声明や、都立広尾病院の届け出義務違反を有罪とする最高裁判決が出た。そこで、医師法21条の届け出の解釈をめぐるいろいろな案が出されているというのが、今までの流れである。

昨年10月の厚労省の検討部会において、田原医事課長は、医師法21条の解釈に関連して、前述の2000年の声明は、医療過誤で死亡した、障害が発生した場合のみ報告を求めるものであり、対象となるのも国立病院とナショナルセンターのみで、一般の医療機関ではないと思いと述べた。また、最高裁判決については、外観上何か異常がある場合に適用されるものであって、通常の医療事故は医師法21条の適用にはならないことを明言した。ただ、このことにより、日本医師会などは、医師法21条から医師たちをどうやって守るかに主眼を置いていたのを、目標の再検討を余儀なくされている。

この点、日本病院会は、21条にとらわれず、死亡以外の医療事故も対象にするという考え方が底流にあり、大きな違いがある。

新しい二次報告では、究明制度の中立・客観性に関して、「医療を評価する第三者」とは何かということを示した。事故が起きたときに、正しい判断に基づいて行われたかどうか審議するに当たっては、専門家である医療者でないといけないことも多いが、医療を受ける側にとっては、疑義を持つ医療が見えないところで審議されているイメージを持つことにもなる。

そこで、これを公平に第三者という立場で裁くために、当該領域の専門医で構成された医療の立場の第三者を設定し、それをさらに外側から社会的な目で見るといったものを設定する

必要があるというのが我々の意見である。構造的に言えば、院内の事故調査、外部事故調査、中央委員会という3段階を考え、当該医療機関の関係者が院内の事故調査を担い、当該医療機関に関係しない当該領域の専門医で構成された外部委員が外部事故調査を担い、事故の当事者以外の有識者で構成する社会的な視点からの第三者が中央委員会を担うことになる。院内の事故調査の報告書等をもとに、外部事故調査委員会が医療者の立場からの結論をまず出し、中央事故調査委員会は、審議が全体として公平、客観的に行われているか審査し、最終報告書を出すという形で機能分担を行うことを病院会としては考えている。

医療事故の範囲については、ヒヤリ・ハットから死亡事例まで全部を対象にすべきだというのが我々の基本的な考えである。同じヒューマンエラーが原因でも、結果としてヒヤリ・ハットで済む場合もあれば、死亡する場合もある。原因究明制度として、再発防止まで制度の中で組み込むことを設定する以上、その対象を、事故の結果である障害の程度を基準で分けるのではなく、事故の原因を念頭に、全ての範囲の医療事故を対象とする必要がある。

実際に全ての医療事故を対象とした場合、どのように処理するのかについては、日本医療機能評価機構の「医療事故」の定義により分類すればよいと考える。具体的には、グループⅠ、明らかな誤った医療行為または管理に起因して死亡や障害が起きた場合は、臨床経過をきちんと分析する。グループⅡ、明らかに誤った医療行為または管理は認められないが死亡や障害が起きた場合は、病態の調査分析を行う。グループⅢ、ヒヤリ・ハット等、医療に係わる事故の発生の予防、再発の防止に資するものはデータベースに登録し、統計的に解析するという処理になる。また、日本医療安全調査機構は死亡例の調査分析を行っているが、日本医療機能評価機構と日本医療安全調査機構という2つの公的な機構を合体するような機関をつくれれば、このようなグレードをつけて処理することが可能だと考える。

この2つの機関を合体したものを第三者機関とし、事例の届け出を受けたり、データベース事業を行ったり、グレード分けの業務を行うこととしたい。院内事故調査委員会の指導や、外部調査委員会の委員の任命・招集、中央事故調査委員会の支援等を行うのがこの第三者機関になると考える。

以上の発言に対し、大井顧問は、この考え方に賛成で、非常に高く評価したい。ぜひ日本病院会としての最終の報告書にたかめていってほしい。また、最高裁判決に関しては、医師法21条はどういうプロセスで死に至ったかということの規定しておらず、外観の異常に気づきながら届け出なかったことを問われたのであり、木村常任理事のおっしゃるとおりだと述べた。

山本顧問も、大井顧問に同調した。

木村常任理事は、我々は医療者として、障害が起きたらその原因を究明するのが責務であり、死亡したか否かという結果は大きな問題ではない。しかし、行政の側から見るとそれは大きな問題であり、我々は今までその行政の土俵の上で一生懸命戦ってきたと言える。その意味では、医師法21条があったために振り回されてきたとあってよいと述べた。

末永副会長は、どの時期に中央委員会に届け出るのか、質問した。木村常任理事は、医師法21条に対抗するという意味では、24時間以内に第三者機関に届け出ることになるが、そこはあえてカットしたと述べた。

高橋副会長は、四病協でも、最初は医師以外の外部の人が入ることに抵抗していたが、第三者機関でやるのも構わないという方向になってきていると述べた。

木村常任理事は、3段階の委員会のところ家族への説明は行うが、紛争を解決することはまた別であると述べた。

原委員長は、日本医療安全調査機構の提案と非常に近いが、中央委員会に上がった段階で初めて第三者が入ってくるという形で本当に患者団体等に納得してもらえるのか。機構は、なる

べく最初から透明性を持って事故調査に当たりたいと考えていると述べた。それに対し、木村常任理事は、現場での調査や、専門医による専門的な調査に外部団体が入ってきても、何の解決にもならないことは、患者団体も了解しつつある。最後の段階で入ってきていただくのではないと意味がないし、これは了解してもらわないといけないと述べた。

また、原委員長は、外部事故調査委員会で全ての事例が中央委員会に上がるのか、それとも外部調査委員会で出た報告で家族が納得すれば中央には上がらないのかと質問した。木村常任理事は、原因究明・再発防止の観点から、問題になるような症例は全部中央委員会に報告書が通る形になると思う。納得すればそれで終わりというわけにはいかない。ただ、ヒヤリ・ハットのようなものはデータベースとして蓄積されていけばいいと回答した。

藤原常任理事は、故意による医療事故というのは、もはや医療事故ではなく犯罪になるので、第三者に届けるようなものではなく、別問題と捉えていいのかと質問した。木村常任理事は、指摘のとおりであり、医療事故の範疇からは外れると回答した。

中島常任理事は、木村常任理事にまとめていただいたこの在り方の文書は、常に医療者が何か問題になったときに立ち返るべき文書としてきちんと保存してほしい。本当に立派なものができて、日本病院会ここにありということがはっきり示せると述べた。

堺会長は、日本病院会の常任理事会としてこれを認め、来週月曜日の記者会見で発表することを提案し、賛同を得た。

坂本参与(代理：菊池令子副会長)は、患者の側からすると、院内事故調と外部委員会も医療関係者だけでなく、患者側の団体も入ったほうが議論の透明性が担保されるのではないかと思ったが、それは中央委員会できちんと確認することになるのだろうと述べた。それに対し、木村常任理事は、外部委員会や、場合によっては院内の事故調でも、オブザーバーのような立場で、発言はしないが参加するということがあり得るかもしれないと述べた。

また、木村常任理事は、最近では医師だけではなくて、複数の人が1つのチームになっており、お互いの責任が重なり合った中で事故が起きているので、最終的に1人の責任者を追及するものであってはいけないと述べた。

松本常任理事は、メディアを入れる考えはあるか。メディアを入れないと透明性が担保されないのではないかと質問した。木村常任理事は、最後の中央委員会に入るのはよいかと思うが、院内事故調査委員会、外部事故調査委員会の段階で入れることは考えていないと回答した。

中村支部長は、中央委員会はよいが、有識者ばかりなので集まるのに時間がかかるのではないかと述べた。木村常任理事は、中央委員会を絶えず開けるようにしたり、定期的に開くなど、何かいい方法を考えないといけないと述べた。

その他、相澤副会長は、報告の内容が法律で決められると、それを報告しないと罰せられることになる。病棟ごとに、病床数、平均在院日数、1日平均患者数を報告すればおよそその病床の機能がわかるので、それ以上の細かいことは法律に盛り込まないほうがいいと述べた。

小川常任理事は、患者数と平均在院日数でそういう機能はそれで出てくるのかどうか。看護必要度や看護師の数も特に手間がかからなければ出して、外へ出すときにうまく選択する方法もあるのではないかと述べた。それに対し、相澤副会長は、法律にのせられるとすぐに変えられないし、それをずっと報告するのが責務になるので、そこをうまく乗り切るためこの程度でやっておけばよいのではないかと述べた。

また、石井常任理事は、平均在院日数は今まで病院全体のことをいっていたが、病棟となると概念が変わってくるのではないかと述べた。それに対し、相澤副会長は、一般病床の中に回復期リハも特定集中治療室管理料もハイケアユニット管理料も、全部入っているが、報告としては分けて報告している。病棟の機能を見るので、病院全体の平均在院日数と合わなくても、

病棟に何日間いたかを報告すべきだと述べた。

また、石井常任理事は、今は看護ユニットのことを病棟と言っているので、ICUやHCも1つの病棟と考えるが、そういう意味での病棟なのかと質問した。それに対し、相澤副会長は、例えば同じ急性期でも都会の病院と地方の病院では違いがあるので、急性期の機能なのか、亜急性期の機能なのかを決めるのではなく、その病棟が有する機能の報告を上げるだけにしたほうがよいという方向に今は傾いていると回答した。

以上で閉会となった。