

日 時 平成25年11月16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、高木 誠、万代 恭嗣、中井 修、中 佳一、
武田 隆久、楠岡 英雄、中島 豊爾、塩谷 泰一、安藤 文英（各常任理事）

柏戸 正英、上津原甲一、石井 孝宜（監事）

奈良 昌治、佐藤 眞杉、大井 利夫（各顧問）

坂本 すが（代理：川本利恵子）、高久 史磨、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 壮介、有賀 徹、望月 泉、崎原 宏（各委員長）

堀江 孝至、三浦 將司、神原 啓文、成川 守彦、中川 義信、細木 秀美、

福井 洋（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）

中村 利孝（オブザーバー）

総勢47名の出席

会議冒頭、厚生労働省結核感染症課・新型インフルエンザ対策推進室長の井上肇氏より、特定接種新型インフルエンザに伴う準備としての特定接種について、以下の説明があった。

この4月から新型インフルエンザ等対策特別措置法が施行され、新型インフルエンザが発生した場合のワクチンの接種の準備、手順を整えることになった。各医療機関には事前に接種人数を登録していただきたい。

ワクチン生産体制も、ここ一、二年で、パンデミック発生後、半年以内に全国民分のワクチンの生産が整う見通しだが、接種の優先順位として、特定接種という枠組みで、一般の住民接種に先立ち、まず医療従事者、社会機能維持者に接種する仕組みをつくっている。この対象者は恐らく1,000万人を超える膨大な人数になるが、中でも最優先になるのが医療分野にかかわる方々になる。それぞれの医療機関における接種人数の登録をしていただきたく、今後、保健所を通じて各病院に連絡を差し上げ、12月から1月にかけて登録していただきたい。

登録する対象者は、常勤の医療職のみならず、事務系の職員も含まれる。医事会計や給食業務等を外注している場合には、そうした職員も含まれる。当該医療機関が有事の際も機能するに実質的に必要な数の全て登録をしていただく形になる。また、有事の際にはワクチンにかかる費用は全て公費で持つが、病院の中での実際の診察や接種にかかわるコストは病院の側でお願いをすることになると、今のところ考えている。

こうした形で、有事の際に迅速に最優先の接種者である医療関係者にワクチンをお届けする仕組みを、平時のうちに作りたくと考えている。

以上の説明に対し、神原支部長は、安全性確認という意味合いもあって医療者からスタートするのかと質問した。それに対し、井上室長は、有事の際に全く新しく出てきた病原体をもとに作成したワクチンを非常に迅速な形で安全性、有効性を確認するので、通常の季節性インフルエンザやその他のワクチンと安全性、有効性の確認でスタンダードが違うということはある

得るが、最初に医療者に投与することによる安全性の確認という意図は全く持っていないと回答した。

武田常任理事は、人数は年々変動するが、毎年調査するのかと質問した。それに対し、井上室長は、毎年ではなく、一定のタイミングごとの調査を想定しているが、正確な人数というより、概ねの人数がわかれば、実際の運用上は十分だと思っていると回答した。

次いで、堺常雄会長からの開会挨拶の後、第51回日本人間ドック学会学術大会の大会長を務め、この10月に亡くなった吉田先生を偲んで、奈良顧問より挨拶があった。

議事録署名人に中井修常任理事、中佳一常任理事を選出し、次いで、新規入会病院の鈴木幹男氏（仙台東脳神経外科病院院長）、土屋喬義氏（土屋小児病院理事長）の挨拶が行われ、末永副会長の進行により審議に入った。なお、新規入会病院の宮尾陽一氏（新生病院院長）の挨拶が、会議途中で別途行われた。

〔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兵庫県・北播磨総合医療センター企業団北播磨総合医療センター（会員名：横野浩一病院長）
- ②愛媛県・社会福祉法人恩賜財団済生会今治第二病院（会員名：堀池典生院長）

〔正会員の退会 1 件〕

- ①千葉県・医療法人社団ときわ会常盤平中央病院（会員名：田村仁理事長）

〔賛助会員の入会 1 件〕

- ①B 会員・東京都・株式会社リンクコーポレイトコミュニケーションズ（代表者：押見史久 代表取締役社長）

平成25年11月16日現在、正会員 2,371会員

特別会員 218会員

賛助会員 248会員（A 会員103、B 会員111、C 会員 2、D 会員32）

2. 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東京都・医療法人社団青泉会 下北沢病院 健診センター
- ②大阪府・済生会吹田病院 健康管理センター
- ③愛知県・医療法人社団似心会 中野胃腸病院 健診センター なかの

（更新 1 件）

- ①京都府・医療法人社団石鏡会 田辺中央病院

3. 顧問の退任について

後藤田正純衆議院議員の内閣府副大臣就任に伴い、同氏の顧問の退任を承認した。

〔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7回雑誌編集委員会（10月29日）

報告は資料一読とした。

(2) 第4回地域医療委員会（10月29日）

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・来年の日本病院学会の地域医療委員会担当セッションのテーマを「なぜ、地域医療が再生しないのか～医師の偏在解消のための地域医療ビジョンとは～」と設定した。
- ・今後の委員会の方針として、地域医療ビジョンに関する議論をしっかりと行い、タイムリーな提言、問題提起ができるようにしていくことを確認した。

(3) 第2回災害対策特別委員会（10月30日）

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・ライオンズクラブ国際協会からいただいた約4億8,000万円の義援金の活用結果について報告があった。一番喜んでいただいているのが訪問診療車で、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療に活躍し、1年少しの間によく走行距離数万キロに上った。福島県にはホールボディカウンター2台送ったが、ほかも含めて約4万件の活用があった。
- ・今後、3カ月に1回委員会を開き、被災3県の先生方から現状報告と要望をお聞きすることとした。また、東南海・南海地震についても検討を重ねることとなった。

また、災害に絡んで、堺会長は、台風30号で甚大な被害を受けたフィリピンに対して、日本病院会としても支援することが今日の正副会長会議で決まり、義援金の募集を始めるが、時間がかかるので、東日本大震災の義援金を借りて、1,000万円の義援金を出したいと提案し、了承された。

また、神原支部長は、静岡県立大学の学生援助に行きたいと言っているが、個人的に行くとは消えてしまうので、そういうルートについても検討いただきたいと述べた。

(4) 第4回病院診療の質向上検討委員会（10月31日）

有賀委員長より、以下の報告があった。

- ・多職種協働によるチーム医療の推進事業の第1回目シンポジウムが、126名の参加を得て、10月11日に長崎で行われた。また、施設見学を105名で行った。
- ・第64回日本病院会のシンポジウムの企画について検討した。メインテーマは『多職種協働によるチーム医療－チームリーダー・キーパーソンと職種間連携－』とした。

(5) 第2回病院経営の質推進委員会（11月6日）

宮崎常任理事より、以下の報告があった。

- ・従来の「診療報酬改定影響度調査」を、「診療報酬等に関する定期調査」と名称を変えて、定期的に行うこととした。11月中に締め切り、12月に集計を行い、2月に報告したいと考えている。
- ・病院中堅職員育成研修の26年度の開催等について協議した。各支部長会議で、各地方でもこの会を開催してもらいたいとの要望があり、前向きに検討したい。
- ・病院経営管理士会と共催の病院経営管理研修会、また病院学会で病院経営管理士会と共催のワークショップについて、検討を行った。

(6) 第5回医療制度委員会（11月6日）

中井常任理事より、以下の説明があった。

- ・医療提供体制について、社会保障審議会医療部会で議論された「必要な病床の適切な区分

の設定の2つの案」に対して、都道府県の権限を強化して都道府県に任せるのは問題が多いのではないかという議論を行った。

- ・医療基本法は、前回の理事会で、正副会長会議に一任することとなった。

大井顧問は、11月20日に日本医師会で、医療基本法について医事法関係検討委員会で検討することになっており、私から日本病院会でまとめたことについて紹介したい。日本医師会では、提供施設の問題とか病院組織としての提言があるので、それをどう取り入れるかについて意見をまとめていきたいと述べた。

(7) 第4回医療の安全確保推進委員会 (11月6日)

協議事項にて検討を行う。

(8) 診療情報管理士通信教育関連

①第5期生DPCコーススクーリング (9月21日～10月26日)

②コーディング勉強会 (10月19日～10月26日)

- ・以上の会議についての報告は、資料一読とした。

(9) 日本診療情報管理学会関連

大井顧問より、以下の報告があった。

①第2回編集委員会 (10月31日)

- ・会誌「診療情報管理」について、編集の意見をまとめたほか、投稿論文の増加に伴い臨時増刊号を発刊することとなった。来年度から年4回にしたいと考えている。
- ・40周年記念誌を発刊することとなった。

②第2回国際疾病分類委員会 (11月12日)

- ・厚生労働省から依頼されているICD-11のICD-10のWebトレーニングツールの翻訳や厚労科研の問題、ICD-11への改訂、リビジョンの問題などを協議している。
- ・外保連の手術コード試案について、現在8.2版までいった。新しい事柄がいろいろ入っているが、これがKコードへのかわりになるもので、これが変わるとKコードががらっと変わるので、注意いただきたい。

③第68回生涯教育研修会 (11月9日)

- ・笹川記念会館において、362名の参加を得て行われた。

2. 中医協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第253回総会 (10月30日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・基本問題小委員会は、24改定から委員が全て参加する形で行われていたが、なかなか改正されないため、もっと頻回に、一月に1回開催してほしいと前委員から提言があった。そこで、ここ2年ほど小委員会がほとんど開かれずに総会を開催していたのを、小委員会で基本的には問題点を討議し、総会では余り議論しないで行いたいとの事務局の提案があった。人数も、支払い側も診療側も7名から4名に絞るということで提案された。平成26年4月から実施予定。
- ・在宅医療(その4)に関して、機能強化型の在支診・在支病の要件等については、在宅を推進する中で、在支診・在支病を算定しているところが必ずしも活躍しているというデータはなく、特に、幾つかのグループを集めて看取りや在宅の緊急往診をしているという実績が、必ずしも全てのところがやっているわけではないので、例えば3つの診療所を合わせて強化型をする場合でも、それぞれの診療所が要件を個々に満たすような形の縛りにしたいと提案された。

- ・訪問看護は、規模を少し大きくするような方向で評価したいと提案された。
- ・在宅医療における注射薬や衛生材料等の提供については、これまで薬事法上、補液が使用できる薬剤のリストに入っていなかったもので、それを入れることについて審議された。

意見参加は、基本問題小委員会の人数を減らして4人にするということだが、日本医師会は、患者や看護協会、そして病院団体の代表を減らしたいと思っている。先生が残らないと病院の意見がほとんど通らなくなるので、どうにかして残るようにしていただきたいと述べた。万代常任理事は、メンバーに関してはいろいろせめぎ合いになると考えていると述べた。

(2) 第8回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会 (10月30日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・中医協総会への報告の結果概要について報告があった。総会では、出来高部分における後発の使用割合を少し増やしてはどうか等の意見が上げられた。また、3日以内再入院ルールについて、3日以内の再入院で病名が異なる症例の割合が55%もあり、4日を超えると30%ぐらいに減るので、何らかの操作があるのではないかとということで、見直されることとなった。

(3) 第254回総会 (11月1日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・入院医療棟の調査・評価分科会からの最終取りまとめの報告があった。8月の中間の取りまとめから幾つか変更点があった。
- ・13対1、15対1で特定除外の見直しをしたが、これはスムーズに行われているので続ける。
- ・7対1の算定要件の経過措置について、2年間、7対1の基準を満たさない場合の救済措置があったが、来年の3月で経過措置は終了する。
- ・13対1、15対1で、平成24年の改定で90日超えの患者を特定除外にするか、平均在院日数に入れないで出来高にするという取り扱いを、7対1、10対1にも取り入れる方向性が模索されている。厚労省調査と日医・四病協調査が行われているが、全体の病床数が10倍ぐらい違うという形の調査結果になっている。試算では、50床の稼働で90日を超えて入院している患者が5人の場合、その他の平均云々が15日までであれば、全体の平均の日数が18日以下となるというシミュレーションが出ている。前回、7対1入院基本料等の要件として、平均在院日数が18日となったが、今回は18日のままではないかと考えている。
- ・重症度・看護必要度については、厚労省がデータ加工中だと思われる。現場の混乱がないようにと主張はしている。
- ・金曜入院、月曜退院の比率が余り多いところはペナルティーという形になったが、現場もほとんど患者の内容で対応しており、影響はないので、続けるという提案があった。
- ・外来の機能分化について、これまでは500床以上の地域医療支援病院について、紹介率や逆紹介率を規定し、それを両方とも満たさない人には初診料を減額するという処置だったが、それを500床以上全部の病院に行うこととなった。

(4) 第38回調査実施小委員会 (11月6日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・経済実態調査が出た。一般病院は、医療法人、国立とも少し伸びており、全体的にデータ上では医業収益はアップしている。11月20日に実調に対する見解を出す、2号側としては、一応数字としては伸びているが、ほとんど自然増の範疇であり、実際の経営はまだまだ大変だと主張することになると思う。

(5) 第14回費用対効果評価専門部会 (11月6日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・薬も含め、医療技術としてどういったものを対象にするか、また費用対効果の費用の算出

方法や効果の判定方法をどうするか等について、中間的な整理を行った。

- ・効果指標の特徴について、事務局としてはQALYを一つの代表的な効果指標として使いたい、必ずしも諸外国で広く使用されているわけではないので、LY等についても効果指標として使うことが議論されている。今後、具体的な薬や技術を取り上げて行いたい。

(6) 第255回総会 (11月6日)

報告は資料一読とした。

(7) 第93回薬価専門部会 (11月6日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・薬価算定組織から薬価算定の基準に関する意見ということで、薬剤について、イノベーションについての評価を少し高くしてはどうかという方向性と、できるだけ薬価を切り下げる方向での価格の設定という、2つの方向性が出されている。後者については、最高価格が最低価格の3倍を超える場合は、当該価格を除外した相加平均として平均を下げ、薬価をできるだけ外国価格の安いところと合わせるという方向が1つある。前者については、国内で製造が行われて原価がわかりやすくなっているものについては、外国の平均価格での調整をしないということと、有用性のある薬剤については、営業利益率を今まで50%だったのをプラス100%まで高くすることを提案されているが、まだ費用対効果との関係で議論中である。
- ・これに対し、各号側から意見が出されているほか、製薬の代表からは、新薬の開発には費用がかかるので、種々のイノベーションも含めた評価もしてほしいとの提案があった。
- ・製薬保護としては、小児やオーファン、アンメットニーズ対応品を公募で開発したり、独自に開発しているので、よろしくお願ひしたいという主張である。

(8) 第1回診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会 (11月12日)

報告は資料一読とした。

(9) 第256回総会 (11月13日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・新規医薬品の薬価算定について、成分名セチリスタット、販売名オブリーン錠という、肥満症に対する効能・効果を持つ薬があるが、平均的な営業利益率18.3%に対して、その薬によって有用性がある場合には加算し、有用性が低いと考える場合には最大半分まで減算するという形で、薬価算定組織から提案された。ただ、体重減少については少しデータがあるが、エンドポイントで薬が効いていることが臨床試験で示されていないので、データがはっきりしないものを中医協で認めるわけにはいかないということで議論が紛糾し、最終的には差し戻しとなった。
- ・入院医療の中で、特定集中治療室管理料加算については、高度急性期・一般急性期を平成26年改定で切り分けていく。具体的には、高度急性期18万床へどうやって7対1を集約していくかが目標となる。特定入院料が2万床、総合入院体制加算が12万床で、これを合わせても18万床に足りないので、それだけが高度急性期と規定するわけではないが、1つの高度急性期の類型としての提案がされている。
- ・特定集中治療室管理料の要件として、まず面積要件については、1床当たり15平米以上から20平米以上へと、少しきつくされて提案されているが、余り議論にならなかった。もう一つ、急性血液浄化における臨床工学技士の役割ということで、臨工の24時間勤務体制が上げられている。これらの要件を満たした場合に評価を上げるということである。臨工の24時間勤務体制については時期尚早だという意見もあり、人の取り合いにならないようにしてほしい、また段階的導入が実際的だと主張した。
- ・小児特定集中治療室管理料が平成24年の改定で設けられた。これをもう少し算定できるよ

うにするという議論があった。

- ・総合入院体制加算については、今のところ、全国で243ぐらいの病院が算定している。施設基準の要件もあるが、精神科については、24時間対応できる体制であればよく、病棟はなくてもよいとされている。それを、今の精神科については病棟を持たなくては行けないということと、現在は望ましいとされる要件を全て必須にするということ、事務局は提案している。これはかなり厳しい条件で、これに合致する病院を高度急性期の一つとする方向性で考えている。事務局の試算では全国で10から20ぐらいのところはこれに合致すると思われる。
- ・そういう方向性で、比較的簡単な手術で平均在院日数を短くしている病院や特定除外で一定程度の病院を外すという、本当の急性期ではないところを7対1から外し、高度急性期を担う病院を7対1のまま残すという、両極端が今のところ出されている。

堺会長は、7対1は高度急性期に残すということなのかと質問した。それに対し、万代常任理事は、7対1の中から要件に合致する病院を、まず高度急性として切り分けていくという方向性だと思ふと述べた。

また、堺会長は、2対1、3対1、4対1の議論はないかと質問した。万代常任理事は、そういう話にはなっていない。むしろ全体として、総合入院体制加算について、いろいろ条件を厳しくしてやっていく方向性かと思うが、どのように絞るかはまだ見えていない。重症度や看護必要度をどういう点数にするかは何とも言えないが、少しずつしか変えないと思ふと述べた。

(10) 第94回薬価専門部会（11月13日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・長期収載品を値下げすることによって、全体の医薬品の費用を下げるのが模索されている。5年間程度を見た段階で、後発品に置き換えが60%に満たないものについて。長期収載品を一定程度下げるといふようなルールでどうかということである。

(11) 第8回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（11月13日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・何が結論だったかよくわからないが、基本的には、副傷病名はきちんとしてほしいという議論になっている。もう少しはっきりした段階で報告したほうがよいと思う。

(12) 第9回診療報酬調査専門組織・医療機関等における消費税負担に関する分科会（11月14日）

石井監事より、以下の報告があった。

- ・消費税問題に関して、高額投資に関する個別の措置をしないという話になり、従来から行われている通常の診療報酬改定への上乗せ部分について、誰でも納得できるようなやり方で診療報酬への反映をさせようということで、今作業しているが、初めて費用構造の分析を行った。病院や診療ごとに医療費のシェアを出して、そのシェアと課税経費率を積算し、それぞれの病院、診療所、歯科診療所、保険薬局ごとの反映すべき財源を明確にして、それを基本的には初診料と再診料で上乗せをする。病院に関しては、それを越えた部分については入院基本料等で反映をするという整理でいくという前提で、今回これが出た。
- ・減価償却費は設備投資部分の個別対応はしないので、厚生労働省は減価償却費も課税シートとみなして、課税経費率の中に入れることを考えている。
- ・平成元年と9年のときの改定結果がどうもよくわからない。きちんと反映しているのかわからないという議論を、一番メインで指摘した。おおむね5,000億円の財源をどこから持ってきて、金額はどれくらいが適切で、それをどうやって配分するかに関するトレーサビリティがなかったので、これをはっきりしたいという議論をずっとしてきた。今回、一

応中間整理において、何となくそれができるとなっているが、最後は確認しないとわからない。その確認ができるタイミングは、来年の4月改定以降になると思われる。

- ・医薬品と特定保険医療材料費なので、既に診療報酬とは別の薬価の世界で、従来から5%加味した状態で整理しているが、外来診療のみの診療所の場合はきれいに切り分けができるが、入院医療を中心とした病院においてはほとんど全てが、DPCも含めて包括化されている。本体報酬に薬価、材料価格が包括されている入院料、例えばDPCにおける包括評価部分は、医薬品、特定保険医療材料に係る仕入れを含めた課税仕入れ割合を課税経費率として計算することが必要であるという確認は、厚生労働省もきちんと文書としているが、検証作業はどうするのかと思っている。

(13) 第257回総会（11月15日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・個別事項として、がん対策等について議論した。平成24年改定で、いろいろがんに関する評価がされている。また、がん診療の均てん化について議論し、107ある空白の医療圏の対策として地域がん診療病院を設け、また特定領域がん診療病院も設けて日本全国での均てん化を図るという方向性となった。
- ・外来点滴療法の算定方法が少し変わる。外来化学療法をA、Bに分け、例えば抗悪性腫瘍については、ホルモン剤は抜かして、皮下や皮内、筋注を除く静注、動注、中心静脈注射等のみを外来化学療法加算Aとし、それ以外はBとする。それにより、少し点数が下がることもあると思われる。
- ・在宅自己注の管理料は、導入当初と安定期とでは手のかかり方が違うので、評価体系を変え、一定期間を過ぎたところで減額するような方向性になる。

望月委員長は、空白の二次医療圏に新しくがん診療を担う病院をつくるのが目的のように見えるが、もともとある地域がん診療連携拠点病院の要件がかなり厳しくなる。例えば病理の常勤医がいるとか、放射線の治療医と診断医が両方いるなど、都会はともかく、地方のがん診療連携拠点病院はかなり落とされる気がする。新しくつくることよりも、むしろそれが目的なのではないかと述べた。それに対し、万代常任理事は、健康局の提案では、基本的には107の空白の医療圏に、要件を少し緩和して新しい地域がん診療病院をつくるということで、がん診療の均てん化を行うために拠点病院を増やすと主張している。現在の拠点病院は、病理の常勤医や放射線について、満たしているからなっているという理解だと述べた。

それに対し、望月委員長は、その理解は違っていて、常勤病理医や放射線科医の配置は今の地域がん診療連携拠点病院の要件にはなく、今度、新たに盛り込まれるものである。空白の医療圏を満たすためには新たに地域がん診療病院をつくれればよいが、強化というのがみそになっていると述べた。それに対し、万代常任理事は、確かに診療実績要件の厳格化ということをやっていた。均てん化と言いながら逆方向だということ発言したいと述べた。

(14) 第61回保険医療材料専門部会（11月15日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・イノベーションについて評価する方向で、評価方法が変わる。例えば、革新性の高い新規材料Aが出た後にBという同種の製品が出た場合、同じ価格にした場合は、材料Aについてはその価格を維持する方向にする。これにより、メーカーとしても、自分がつくった新規材料について一定程度価格が維持されれば、そこからの収益を回収した資金で次の投資もできるという仕組みになる。

3. 四病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第7回在宅療養支援病院に関する委員会 (10月31日)

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・在宅療養支援病院は800病院ぐらい届け出されているが、実際に在宅療養支援病院として行っているのは、約百五、六十しかなく、そこを活性化する方策をとる必要がある。そこで、在宅療養支援病院の要件の見直しを行い、今まで「担当者をあらかじめ指定し」としていたのを、「担当部署があること」と変更した。また、今まで「往診担当医の氏名」としていたのを、「往診担当責任者の氏名」とした。また、看取りに関しては、「病診連携の中で相当な実績を有したものを可とする」と加え、ネットワークで行っている場合には、そういうネットワークの中の実績を有したものも認めることとした。

(2) 第8回医療保険・診療報酬委員会 (11月8日)

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・医療法人が4.4%の収益差額があり、医療法人は儲け過ぎているとの主張がされているが、税引き後の損益差額では医療法人は2.1で、社会保険病院は3.0、公立は2.7なので、決して医療法人は儲け過ぎではないと主張をしたほうが良いということを議論した。

4. 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1回医療法人の事業展開等に関する検討会 (11月6日)

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・今回は第2クール目となる。
- ・医療の国際展開について、今回、話があった。これと、医療機関による健康増進・予防や生活支援の推進については、年内をめどに決めたい。
- ・参考人に出席をいただき、カンボジアでの医療展開、中国でのリハビリテーション病院設立、ウラジオストクでの画像の遠隔診断などの話をいただいた。
- ・医療法人が他の事業に出資すること、及び出資したときに全体の投資額の何%まで医療法人として単独で出資できるかについて、話が出た。現行法では、医療法人が他の事業主体に出資することに関して明確な基準はなく、出資する場合には合計の49%以下でなくてはならないとされている。案としては、医療法人が海外へ展開する場合に限り、医療法人から海外への出資金は、その日本の医療法人の剰余金の範囲内としてはどうかとか、海外へ投資するときに、そこで新しくつくる法人の出資金の49%制限を引き上げてはどうか等が出された。
- ・医療法人による医療の国際展開に係る論点として、本来業務である病院等の業務に支障がない範囲内で、海外においても適正な内容の医療を行うことを条件で認めてはどうか、支障がない限り附帯業務に位置づけてはどうか、海外の医療の適正性を担保するために定期的に事業報告書を提出させればどうか等があった。
- ・今後の検討会で議論していくテーマとして、健康増進・生活支援に係る取り組みがある。これは、病院が配食サービスを行うことを附帯業務に位置づけてはどうかという議論である。また、医療法人の合併等について、地域医療における病院同士の業務分担あるいは機能分化に関して、それぞれの病院がお金を出し合っただけでホールディングカンパニーのようなものをつくってはどうか等について議論すると思う。

また、石井監事から、内閣府の産業競争力会議の医療・介護等分科会における今後の具体的な検討項目の参考資料について紹介があった。

(2) 第35回社会保障審議会医療部会 (11月8日)

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・チーム医療の推進等について議論した。
- ・特定行為に係る看護師の研修制度については、指定された研修施設で研修を行い、研修を修了した場合に、看護師籍に研修が修了した旨を登録する。この指定研修施設は、指定基準を定めて、省令で定めるようにしたいということだった。
- ・診療放射線技師の業務範囲の拡大は、造影剤の血管内投与等の行為について、教育をしっかりと行ってもらえばいいということで承認している。
- ・臨床検査技師の業務範囲の見直しについては、微生物学的検査について、研修をしっかりと行って臨床検査技師の業務とする方向に賛成の意見がほとんどであった。
- ・歯科衛生士の業務の見直しについては、法律の規定の「女子」を「者」に改めるもので、全員の賛成を得た。
- ・薬剤師の居宅における調剤業務の見直しについては、医師に相談した上で薬を調整することについて、安全性を確保するために研修を行うということであった。
- ・外国人医師の臨床修練制度について、外国の人が日本に来て日本の医療を勉強するとき、もう少し臨症的なことをさせたいとの話があった。臨床修練病院の認定には厳しい要件があったが、受け持ち病院が指導医を決めてもよいなど、受け入れをしやすくする方向を考えている。
- ・歯科技工士試験の国家資格化について、全員の賛成を得た。
- ・特定機能病院の承認要件の見直しについて、これまで論文数を使用言語を問わず年間100件だったのを、英語論文に限って年間70件以上にするということを厚生労働省は強調していたが、単に英語でよいというのではなく、載る雑誌の基準も決めたほうがよいとの意見があった。
- ・地域医療支援病院の承認要件について、以前話した案が実際に出てきて、そのまま通った。

(3) 第3回高齢者や障がい者に適した火災警報措置に関する検討部会（11月12日）

有賀委員長より、以下の報告があった。

- ・高齢者や障害者で耳の遠い方は火災警報に気づかないおそれがあるので、音だけではなく、光で知らせる装置をつけるといいのではないかとということについて、検討している。

5. 自民党「予算・税制等に関する政策懇談会」（11月11日）

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・消費税の問題や規制のことなど、いろいろ言いたいことを言ってきた。
- ・例えば看護師の派遣について、都道府県のナースセンターに年俸の20%ではなく、1カ月分を入れるようにしてはどうか。そこでたくさん人を使って活性化すれば、休んでいる看護師も教育できるし、なまじ税金で縛って制度の壁でやるより、もっと自由にしたほうが我々はいいという話をした。いろいろな補助金をつけられて自由に地域医療ができないということもあるので、活性化したほうがいいと思い、思ったことを言ってきた。

6. 賀詞交歓会－新年の集い－の開催について

末永副会長より、平成26年の賀詞交歓会をホテルオークラ東京本館1階『平安』で、平成26年1月9日17時30分より行う旨の報告があった。

〔協議事項〕

1. 医療事故に係る調査の仕組み等について

最初に、木村委員長から以下の説明があった。

11月8日に社会保障審議会医療部会が開かれ、医療事故に係る調査の仕組み等について、法制化に向かって具体的な動きが開始された。

平成24年2月から今年5月まで、13回にわたって医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会が開かれており、11月8日に開かれた医療部会では、今年5月に出された厚労省からの検討部会でのまとめを再度確認する格好になっている。

医療の安全を確保するための措置として、1、医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、2、その調査報告を民間の第三者機関に報告し、収集・分析をすることで再発防止につなげるための医療事故に係る調査の仕組みを、医療法上に位置づけてはどうかということで、来年の通常国会に乗せる方向で動き出すこととなった。対象は、医療・管理に起因し、あるいは起因すると疑われるもので、予期しなかったものとなる。

院内調査は、すぐ届け、院内調査委員会で速やかな調査を行う。その際、外部の医療の専門家に必要な協力を求めることができる。支援という形で、支援組織、法人をあらかじめ登録する。そして、出た結果を説明するとともに、第三者機関に報告する。第三者機関は、医療機関が行う院内調査に対する助言や、報告の確認・検証・分析、問題がある場合の直接の調査、再発防止に係る啓発活動、事故調査等に携わる者への研修を業務とする。

医師法21条との関係では、届け出ることによって警察への通報は行わないが、事件性等がある場合には、21条に基づいて警察へ届けることとなる。

費用については、学会等からの負担金、国からの補助金に加えて、申請した医療機関や遺族からも負担を求めるというのが加わっているが、反対意見も多い。

以上が5月の厚労省の結果である。この形を基本として、今後、医療事故の原因究明、再発防止の制度として動いていくことになる。

360ページのポンチ絵に、調査制度の仕組みをまとめている。事故が起きると、医療機関は届け出を行い、院内調査を開始して遺族に説明をして、その結果を第三者機関に報告する。第三者機関は、それを確認、分析する。院内調査を始めるに当たっては、支援法人・組織が原則として外部の医療専門家の支援として中に入って支援を行う。また、第三者機関は医療機関の求めに応じて助言を行うこととなる。

日本病院会の考え方はもう少し原則に基づいた形で、医療事故が起きたら、医療事故調査委員会を院内事故調、外部委員会、中央委員会に分けて原因究明を行い、再発防止につなげる。最初の部分は医療側の自律、自浄作用に期待し、後半の部分は客観的な原因究明を担う。そして、これらの原因究明、再発防止は、裁判や賠償とは全く独立して考えることとする。

このような3つの委員会を立てた根底には、専門性、中立・公正性、透明性という、制度の根幹となる3つの要素がある。当該医療機関は、ある程度の専門性はあるが、中立・公正性、透明性に欠ける。そこで、専門性にすぐれた外部の専門医による評価、中立・公正性及び透明性にすぐれた社会的第三者による審査を経ることで、初めて社会から認められた原因究明制度になるという考えから、このような形を考えている。

日本医師会は、医療機関が主体の院内事故調査委員会、医師会が主体の医療安全調査機構、第三者性を担保したり高度の調査を担う中央医療安全調査機構という3段階になっている。

また、厚生労働省はこのような仕組みを考えている。事故が起きると、まず届け出を第三者機関に出し、遺族に説明する。同時に、院内に調査委員会を立ち上げる。そして、そこに対して助言と、支援法人・組織が支援を送る。この支援は、実際に専門家なり外部の立場の人が入って一緒に作業を行うので、この院内事故調査委員会には外部委員も入った形を考えている。医療機関や診療所等の規模によって支援組織による支援の内容は変わり、一定レベル以上の機能、組織となるようにする。外部の支援組織が入ることによって中立性、専門性を担保するもので、

この2つの要素を合わせているのが支援組織という形になる。そして、具体的な助言等を第三者機関が行うというのが、厚労省の考えている形である。

今後の問題点としては、支援組織が外部から入るとき、余り一体になると中立・公正性が保てなくなるのではないかとことがある。

それから、院内の事故調査の現状を見ると、医療機関による格差が非常に大きくなっている。今回行おうとしているのは、全国の8,000を超える病院で起きた全ての医療事故、死亡事故に対応しようというものである。年間、1,500から2,000の診療関連死が全国で年間起きていていると見られるが、大きな病院でも、本人にとってそういう事故は初めての経験という割合がかなり高く、70~80%に上る。したがって、病院内の事故調における支援としては、時系列の経過記載や整備、資料の準備、日程調整等になっているのが現状である。それに対して、厚労省の提言では特に言及していないが、第三者機関が助言の範疇で行うことになると思われる。また、長期的には研修やマニュアル作成等の取り組みにより、調査に関する対応のレベルアップを図っていく必要がある。

また、院内調査委員会に入る支援の人たちが第三者性をどう保つかというのも、問題があるところである。中立・公正性の観点から、同じ出身大学、医局ではなく、かつ細分化された専門性に対応できるのは、東京地域ぐらいである、中立・公正性と言葉で言うのは簡単でも、実際にこれを行うのは大変だし、また、第三者機関が全例を確認・検証することについても、年間2,000例弱のものを全例検証するとなると、人員配置や資金の問題も検討する必要がある。

それから、起きた事例を医療事故対象として対応するかどうかの判断のところ、穏便に済ませたい病院がスイッチを入れないと動き出さないため、その判断基準を考えてほしいという要望もある。この流れに乗せる最初のスタートの部分を検討する必要がある。

今後に関しては、厚労省が提示したこの基本的なあり方を基に進んでいくことは、もう決まっている。今後検討すべき点としては、支援組織の中立・公正性及び専門性の担保・検証、院内調査に必要な基本的な業務、準備等の指導の担い手をどう考えるかが問題になる。それ以外にも、資金の問題もあると思われる。

以上の説明に対し、有賀委員長は、医療者の責務として、よい医療をやっていくための一つの方法として本件があるので、21条のことに話が及ぶと、それとは無関係なところに議論が迷入していくので、21条については言及していない。その部分の考え方は、日本病院会のほうが医師会よりしっかりしていると述べた。

また、有賀委員長は、費用に関して、病院会や医療機関がかかる費用を払うのは正しいが、調査を申請した遺族が払うという考え方も入っている。厚生労働省は受益者負担の観点からということで、既に対立の構造を想定しているが、国民がその医療から益を得るという意味において、ある遺族だけがそれを払うという話には多分ならないし、患者側の弁護士も山ほど入っているので、そのことをきちんと踏まえて議論しないと結構しんどいと思うと述べた。

中井常任理事は、第三者機関が患者へ報告する報告書は裁判で利用できるのかと質問した。それに対し、その件に関しては何度も議論されているが、刑事事件では証拠には採用されないと思われるが、民事事件では裁判所の判断で証拠として採用される可能性がある。ただ、弁護士によっては、それも採用されないという意見もある。患者側に渡す報告書は概要版で、例えば個人名は出てこない形になっているが、その人が民事裁判で出廷を求められる可能性はあると思われる。ただ、もしそうなった場合に、この医療事故原因究明制度そのものが大きな影響を受けるということは、どこかで言う必要がある。また、原因究明、再発防止のために、自分に不利なこともあえて報告したということのを考慮すべきであるということ、今後こういうものをつくる文章の中に入れていきたいと述べた。

有賀委員長は、患者に渡すものがあった場合、その渡すものが誰のものかとも関係する。外部が入ってきても、患者への報告は、病院が自分たちの仕事として説明する形になるので、半分対立状態であれば、渡すものは限られてくると思われる。信頼関係があることを前提にすれば、相当程度渡してもいいかもしれないが、標準的なものをつくるのであればひな形をつくっておくしかない」と述べた。それに対し、木村委員長は、病院、遺族だけでなく、外部委員がいるところで渡す形をとれば、これは客観的な評価であるという保証にもなると述べた。

宮崎常任理事は、原因を追究し、再発防止につなげるという意味では、本当にいいものができたと思うが、刑事事件との関係が気になる。医師に重大な過失があった場合は警察が独自に動くことが想定されるが、その辺の関係をもう少し明らかにしていただければ、医師も安心して働けると述べた。それに対し、木村委員長は、厚労省の提言では、最初の届け出は医療機関からだけで、遺族側からはそういうルートがないため、遺族としては、どうしても疑惑があるときには警察に届けることになるかもしれないという議論はある。ただ、解剖をきちっと行って原因の調査をした場合、裁判までいくのはわずか5%程度で、きちっと動いて筋を保つことにより、二次的な医療紛争は抑えられていくと考えられる。そういう文化を育てる必要があると述べた。

堀江支部長は、死亡診断書を書くときに、異状死にするかどうか大きな問題で、この判断は非常に難しい。また、監察医務院制度の有る無しにもよるが、異状死となったときに我々の立場でもって、そこの施設で解剖してしまっているのか、大きな問題だと述べた。それに対し、有賀委員長は、診療に関連した死亡について、異状死として届け出るといった意見があったのは事実だが、我々の医学部長・病院長会議の中では、主体的にきちっと家族に説明し、なおかつ原因については自分たちの責任でやっていくということで、21条に関してはむしろ余計な議論はせず、異状死に関してはやんわりと後ろへ送ってしまっているのが実態ではないかと述べた。

木村委員長は、法医学会がガイドラインを出した1994年で、現在でも死亡診断書の裏にガイドが書いてあり、異状死については法医学のガイドラインを参照にすべきことが書かれている。ただ、新しい制度を動かそうというときに、解剖がどんどん減っている中で、病理解剖と法理解剖がもっと協力し合おうという雰囲気が高くなっている。どちらがやっても同じようにデータを使えるようにできないかという動きがあると述べた。

堺会長は、費用に関して、遺族は日病としてどういうふうに捉えたらよいのかと質問した。それに対し、木村委員長は、原因究明、再発防止は医療者が負うべき責務であるので、遺族側が少しでも払うべきだというのはおかしいと思うと述べた。

また、堺会長は、今、医療安全調査機構に年間50万円出しているほか、設立時に一括で3,000万円、多分もうちょっと多くのお金が必要になるという気はしていると述べた。それに対し、木村委員長は、今、医療安全調査機構は年間1億2,000万円、国から補助金として出しているほか、医療団体トータルで五千何百万、計1億7,000万円ぐらいで毎年動かしている。ただ、実際にやっている解剖の調査としては、三十何例しかできていない。また、医療安全調査機構がカバーしている県は、47都道府県のうちたった13しかない」と述べた。

堀江支部長は、外科や内科等の関連する学会で、都道府県単位で問題が起こったときに専門領域の医者が入ってサポートするという取り組みが始まっていたのではないかと思うと述べた。それに対し、木村委員長は、各県で事故への対応をしているところもあるかもしれないが、解剖の体制は、地域によってやり方は少し違うものの、解剖が自分のところでできないところができる場所に依頼する体制が組まれていると述べた。

堺会長は、この前の調査機構の中で、委員長の高杉先生が、先生の2枚目の資料は余りにも厚生労働省寄りだということをおっしゃったが、日本医師会の論点はどうだったかと質問した。

それに対し、木村委員長は、日本医師会がもっと中心になってやるということで、あらゆるところに医師会が入っている。中立性、公正性という点からは、医師会だけがこれを行うのは適当でないが、地域の窓口になると、各県の医師会に随分お願いしているところもある。医療界全体が協力し合ってやるのが正解だと思うと述べた。

柴山支部長は、このシステムは非常によくできているが、あくまでも原因究明及び再発防止の仕組みなので、もう少し手を入れればかなり立派なものができると思う。ただ、この問題と医事紛争や刑事事件の問題は全然別なので、これはこれで結論を出してまとめ、医事紛争や刑事事件の問題についてはこれをもとに改めて検討するという考え方でよいと思うと述べた。

楠岡常任理事は、支援法人、支援組織のところで、誰が外部として入るのかについて、患者からすると、同じ地域や医局の医師は信用しないというのが前提にあるので、この組織を動かすときには、都道府県単位を超えた形でのやりとり必要だと思うと述べた。それに対し、木村委員長は、東京地域以外、1つの都道府県だけでできるところはないので、北海道、東北、関東甲信越といったブロックに分けて行うという形で、今動いている。ただ、本当に専門領域というみんな仲がよく、知っている者同士だと無意識のうちにバイアスがかかることを意識して捜査に当たるといふことで、宣誓書に書いていただいで行うことを考えている。あらかじめ遺族側と病院側に限界があることを示した上で進めるしかないと思ふと述べた。

2. その他

最初に、相澤副会長から以下の説明があった。

社保審の医療部会では、病床の区分については決められているが、報告された病床の取り扱いについて問題となっている。厚生省の出した案1は、一般病床の中に高度急性期、急性期、回復期、慢性期という病床ごとに基準病床数を決めて、二次医療圏ごとにその基準病床で縛っていく考え方で、案2は、病床区分は一応報告制度にはするものの、基準病床としての規制には用いないという考え方である。これらの案に医療界が猛反対し、対案として案3と案4をつくったという経緯がある。

案3は、行政がその地域で病床区分ごとに必要な病床数を示し、あとは医療機関が自主的に選択したり、地域の中で相談して決めていくものである。案4は、医療法上の一般病床のところに報告制度の病床区分を位置づけ、報告をもらいながら自主的に行うものである。両者は、医療法上に報告制度で決めた病床区分を位置づけるのか、位置づけずに報告制度のみにとどめるのかという点が異なる。

先生方のご意見をいただきたい。

以上の説明に対し、楠岡常任理事は、次の医療法改正の中で、病床数の規制に関して、民間の医療機関についても少し強化するという意見が出ているが、そうすると案4は危険ではないかと述べた。それに対し、相澤副会長は、今、厚生労働省はかなりの権限を都道府県におろそうとしており、余り医療法に位置づけてしまうと、今後、相当な窮屈なことが起こるのではないかとと思われるので、なるべくそれは避けたいと述べた。

万代常任理事は、私も同じことを考えていて、自主的に選択するというところが担保されないと非常に窮屈なことになってしまう。地域の実情に応じた財政支援ということで都道府県の権限が入ってくるのは、一定程度は容認せざるを得ないが、そのところをいかに病院の自主性を担保するかが重要だと思うと述べた。

福井支部長は、都道府県知事に権限を与えて、例えば民間病院のベッド数まで削減勧告のようなことができるのか。これは二次医療圏でないと行えないのではないかと思う。市町村単位の二次医療圏が主体となって動くべきで、市町村の首長のところで、医療団体を中心とした二

次医療圏ごとの話し合いの調整に持っていけないかと考えていると述べた。

相澤副会長は、厚生労働省案では、都道府県知事が公的医療機関及び公的医療機関以外の一般の医療機関に対し、過剰な医療機能からの転換の要請をすることができることとなっており、それはまずいと感じている。日本の医療機関がうまくいっているのは、多様な設立主体の中で揺れ幅がありながら、上手に変わってきていると思うので、そこをあえて行政力で行う必要性はなく、案3で調整ができるとよいと述べた。

梶原副会長は、公立病院改革ガイドラインに、実際に公的病院や医療機関もベッド数を決めて動いているので、これをさらに削減するのは無理だろうと思うと述べた。

塩谷常任理事は、国がガバナンスを発揮しなければ地域偏在は是正されないと思うので、医師法に位置づけて行ったほうがスムーズにいくと思う。したがって、案4がよいと述べた。

梶原副会長は、日本の医療の6割は持ち分のある医療法人で、そこには補助金は出せない。持ち分を放棄して社会医療法人に移行しようとするすると贈与税がかかる。ここに大きな矛盾があり、これを解決するのは政治力しかない。ここを医療の現場から突いていかないといけないので、力を貸してほしいと述べた。

福井支部長は、厚生労働省はいまだに社会医療法人という言葉に余り使わず、日本病院会でも医療法人ということにまとまって、社会医療法人なのかもわからないという実態なので、そのところをもう少し主張していいのではないかと述べた。

以上で閉会となった。