

平成12年度  
事業報告書

自 平成12年4月1日

至 平成13年3月31日

社団法人 日本病院会

# 目 次

## 平成12年度事業報告書

事業報告総括	2
第1 会務報告	4
第2 会員状況	15
第3 会 議	17
第4 委員会・部会	76
第5 研究会	212
第6 セミナー	224
第7 予防医学活動	233
第8 診療情報管理課程通信教育	289
第9 病院経営管理者養成課程通信教育	292
第10 第50回日本病院学会	295
第11 第41回日本人間ドック学会	299
第12 第26回日本診療録管理学会	306
第13 国際モダンホスピタルショウ2000	311
第14 国際活動	317
第15 広 報	320
第16 医療従事者無料職業紹介所	331
第17 統計情報室	332
第18 病院幹部医会	333
第19 他団体との連絡協議及び連合	335
第20 日本病院会政治連盟	353
第21 要望・提言	355
役員・委員名簿	
役員名簿	378
委員会委員名簿	389
研究会委員名簿	398

## 平成12年度事業報告（総括）

項目	ページ	総 括			
第1 会務報告	4～14	報告事項の合計	51回		
		日病行事・出来事	16回	行政、国会関係	4回
		四病協・日医等関連	9回	表彰、祝賀等	4回
		審議会、懇談会、聴取	5回	国際活動	4回
		要望、報告、提言等	5回	その他	4回
第2 会員状況	15～16	13年3月末現在	正 会 員	2,754病院 (対前年 +56)	
				730,262 床 ( +8,914)	
			賛助会員	509会員 ( -1)	
第3 会 議	17～75	総 会	2回 225名出席	常任理事会	8回 157名
		代議員会	2回 86名	(次期)代議員会	1回 68名
		理 事 会	4回 173名	(次期)理 事 会	1回 53名
		(常任理事会と合同開催)			
第4 委員会・部会	76～211	23委員会・部会 (委員会18、部会 1、特別委員会 4)			
		開催回数 96回 出席 842名			
第5 研究会	212～223	8 研究会	開催13回 (対前年 - 2)		
			参加者 1,275施設 (-172) 1,821名 (-28)		
第6 セミナー	224～232	6 セミナー	開催 8回 (対前年±0)		
			参加者 888施設 (-89) 1,333名 (-232)		
第7 予防医学活動	233～288		指定施設 (11.12末)	受診者 (11.1～11.12)	
		一泊ドック(短期)	607病院 (対前年+6)	226,231名 (対前年 -16,820)	
		一日ドック(総合健診)	259施設 (対前年+20)	1,327,486名 (対前年 +32,419)	
第8 診療情報管理課程通信教育	289～291	入学生	1,744名 (第57期 954名、第58期 790名) (対前年 +932)		
		卒業生	492名 (第52期 200名、第53期 292名) (対前年 +73)		
		認定者総数	診療録管理士	2,232名 (第1～43回生)	
			診療情報管理士	2,429名 (第44～53回生、特別補講937名含む)	
		計	4,661名 (対前年 +492)		
第9 病院経営管理者養成課程通信教育	292～294	入学生	42名 (第23回生) (対前年 +11)		
		卒業生	23名 (第21回生) (対前年 -1)		
		認定者総数	291名 (対前年 +23)		
第10 第50回日本病院学会	295～298	6月15～17日	秋田市	参加者延べ 4,100名	
		学会長	林 雅人 (平鹿総合病院院長)		
		テーマ「21世紀の展望－病院像の曙光を探る」			
		学会長講演1、特別講演4、シンポジウム5、緊急報告1、一般演題425			
第11 第41回日本人間ドック学会	299～305	8月24～25日	福井市	参加者 5,200名	
		学会長	藤澤正清 (福井県済生会病院院長)		
		テーマ「21世紀の生活習慣病対策の変革－潤いのある健やかな人生をめざして」			
		学会長講演1、特別講演3、教育講演2、シンポジウム1、公開講演3			
		パネルディスカッション2、ランチョンセミナー4、人間ドック全国集計成績1、判定ガイドライン及び手帳改定小委員会報告1、一般演題271			

項目	ページ	総括
第12	第26回日本診療録管理学会 306～310	9月21～22日 福岡市 参加者 1,098名 学会長 熊澤浄一（前国立病院九州医療センター院長） テーマ「世紀末の診療録管理から21世紀の診療情報管理へ」 学会長講演1、シンポジウム4、パネルディスカッション1 ワークショップ1、一般演題41
第13	国際モダンホスピタルショウ2000 311～316	7月12～14日 東京ビッグサイト（通算27回） 出展社 307社（対前年 +117） 来場者 58,900人（対前年 +6,600） 特別企画展示「蘭学事はじめコーナー」日蘭交流400周年記念事業
第14	国際活動 317～319	国際病院連盟 理事会 6月1日 Palma、11月6日 Bahrain アジア病院連盟 理事会 5月8日 香港、第50回日本病院学会の参加者 （香港1、台湾2、モンゴル2、フィリピン1、韓国1） 海外視察研究会 10月1日～11日（11日間） 参加者 17名 医学の歴史を巡る旅（第2回）－ギリシャ・エーゲ海－
第15	広報 320～330	日本病院会ニュース 第605号～625号（21回発行） 日本病院会雑誌 第47巻4号～48巻3号（12回発行） ジャパン・ホスピタルズ No.19 JULY 2000（1回発行）
第16	医療従事者無料職業紹介所 331	求職 13件 求人 153件 就職（医師） 2件
第17	統計情報室 332	発行 「平成12年度病院概況調査報告書」 各種情報収集
第18	病院幹部医会 333～334	幹事会 5回 セミナー 3回・338名参加
第19	他団体との連絡協議及び連合 335～352	四病院団体協議会（四病協） 設立 7月28日 構成（日病、全日病、医法協、日精協） 総合部会 開催9回 出席150名 委員会（計8）23回 209名 医療安全パネルディスカッション 235名 活動（規制改革委員会公開討論、参院国民福祉委参考人、病院建物容積率の緩和要望書等） 全国病院団体連合 常任幹事会 1回 9名出席
第20	日本病院会政治連盟 353～354	常任幹事会 2回 33名 日病ニュース（政治連盟特集）1回 予算要望聴取 2回 自民党・日医連盟関係会合 4回
第21	要望・提言 355～375	総数 5回 税制関係 2回 予算関係 1回 診療報酬関係 1回 病院建築関係 1回
役員・委員名簿 377～400	役員名簿 委員会委員名簿 研究会委員名簿	

## 第1 会務報告

- 平成12年  
4月1日 診療報酬改定、3月3日の中医協答申を受け4月1日から実施。改定幅は1.9%と現行の合理化で0.9%を捻出し2.8%で重点配分。現行の入院環境料、看護料、入院時医学管理料を整理統合、包括評価し「入院基本料」として設定、また「診療録管理体制加算」として一定の施設基準を満たす病院に入院初日1回に限り30点加算が実現した。
- 15日 平成12年の桜を見る会が新宿御苑で開かれ高橋政祺元通信教育委員長が招待され出席した。招待主催者の小淵総理が倒れ、5日後継に就いた森首相が出席した。
- 16日 北海道・有珠山噴火（3月31日）の現地視察のため中山会長が千歳空港に降りた。西村常任理事の迎えを受け伊達日赤、伊達市役所の対策本部、壮瞥町の避難所を訪れ、日鋼記念病院の転院患者を慰問した。
- 22日 第9回（通算52回）診療情報管理通信教育認定式をダイヤモンドホテルで挙行了。木村委員長挨拶、中山会長の認定証授与など行われ、今回の認定者は200人、通算2,137人（総計4,369人）となった。
- 27日 平成12年春の園遊会に南理事が招待され、天皇・皇后両陛下により赤坂御苑で開催された。
- 29日 平成12年春の叙勲で当会推薦の廣田耕三理事が勲四等旭日小綬章を受賞、7月22日常任理事会終了後に祝賀会を開催した。
- 5月11日 政治連盟常任幹事会を開催、中山委員長が退き藤澤副委員長を後任に指名した。森内閣が発足し、政権中枢とパイプの太い藤澤氏を適任としたもの。衆院解散・総選挙に向けて重点候補支援などを決めた。
- 27日 昭和55年制定の「病院倫理綱領」について、時代の変遷と社会の変化に対応し見直す必要があると常任理事会で提議され6月特別委員会を立ち上げることとした。会長・副会長ほかメンバーで委員長に星監事を委嘱した。
- 27日 代議員会・総会を開き平成11年度事業報告および収支決算報告を承認した。11年度に死去・退任した理事6氏（諸橋、矢崎、北條、笠岡、中野、遠山）の補選が行われ、小堀、村上、関口、阿曾、間部、柏戸各理事が選出された。また参与に日医常任理事の星北斗氏を委嘱した。終了後厚生省保険局尾寄医療課長（当日、梅田企画官に交代）の講演「今回の医療費改定と今後の医療保険行政」が行われた。
- 6月8日 故小淵総理の内閣・自民党合同葬が日本武道館で行われ、中山会長が出席。
- 14日 秋田で合同理事会が開かれ、退任した常任理事（矢崎、北條両氏）の後任に小堀、中西両氏が推された。医療制度委員会の北條委員長は委員長として留任した。

- 14日 商標登録している診療録管理士および診療情報管理士の商標権侵害問題が解決し、先方の財団が陳謝、撤回してきた旨を木村委員長から理事会に報告がなされた。
- 15日 第50回日本病院学会が林雅人学会長のもと秋田県民会館他で開かれた。「21世紀の展望ー  
～17日 病院像の曙光を探る」をテーマに一般演題316題、学会長講演、特別講演4題、シンポジウム5題等と要望演題、ポスターセッションを合わせ総数425題、参加者は延べ4,100人であった。
- 23日 平成13年度税制改正要望について国税11項目、地方税7項目をまとめ、厚生省に提出した。消費税の損税解消、医療法人の法人税率引下げ・非課税、事業税の非課税・特例存続、固定資産税の非課税適用などである。
- 7月4日 厚生省・災害医療体制のあり方に関する検討会の初会合が開かれ土屋常任理事が出席した。阪神・淡路大震災の教訓を生かしハード面の施策を講じてきたが、ソフト面の整備を再検討する目的の検討会で年度内に報告書をまとめる予定。
- 6日 平成12年度病院長・幹部職員セミナーが京都で武田隆男副会長担当のもと開催、316人が  
～7日 参加した。特別講演に厚生省講師と病院管理者をあて、シンポジウムは藤澤副会長が2題を受け持ってリスクマネジメントなどを取り上げた。
- 12日 国際モダンホスピタルショー2000が東京ビッグサイト・西展示棟で開かれ、3日間58,900  
～14日 人の来場者を集めた（昨年より6,600人増）。外国から18カ国・地域79社を含む307社が出展、6,000㎡の展示面積であった。今回、オランダ大使館の日蘭交流400年記念事業の認定を受け、特別企画「蘭学事はじめコーナー」を設けた。併設カンファレンス・セミナー等に延べ4,100人が参加した。
- 16日 日医主催「患者の安全に関するセミナー」の参加要請を受け東京、千葉、神奈川、栃木の各支部・関係機関から47人が出席した。第2回セミナー（9月2日）には42人が参加した。両回とも米国における安全対策が主テーマとなった。
- 22日 医療制度委員会（北條委員長）が「21世紀の国民医療と病院」の報告書をまとめ会長に提出した。21世紀の国民医療のあり方と病院の果たすべき役割、スタンスを示す目的で各委員が分担執筆し、中山会長、社会保険老人保健委員会の応援も求めた。
- 28日 日病、全日病、医法協、日精協の各団体会長・副会長が日医会館に集まり、大同団結して病院共通の問題の協議の場を設けることで合意した。かつての四病院が平成5年に分裂して以来7年余ぶり復活する形で、名称は四病院団体協議会（略称・四病協）とし、運営要綱も定めた。
- 8月24日 第41回日本人間ドック学会が藤澤正清学会長のもと福井市・フェニックスプラザで開かれ、

5,200人の多数が参加、一般演題は271題と過去最多であった。「21世紀の生活習慣病対策の変革—潤いのある健やかな人生をめざして」をテーマに学会長講演、特別講演3題、教育講演2題、シンポジウム1題、パネルディスカッション2題、公開講演3題等が生まれ、寛仁親王殿下の「がんを語る」の特別講演も行われた。

- 9月1日 昭和58年作成の「勤務医師マニュアル」について、環境の変化に応じて全面改訂し、「勤務医師のために」と改題して発刊した。医療制度委員会ワーキング委員会の手によるものでA5判50ページ、定価800円の共済会扱いとした。
- 1日 日医・消費者契約法の施行に関する懇話会が病院団体等に呼びかけ開かれ、北條委員長が出席した。平成13年4月施行の「消費者契約法」に対する事前検討会で、医療においては入院時の患者負担の料金体系の説明などが想定されている。
- 21日～22日 第26回日本診療録管理学会が熊澤浄一学会長（前国立病院九州医療センター院長）ものと福岡市のアクロス福岡で開かれた。「世紀末の診療録管理から21世紀の診療情報管理へ」をメインテーマに一般演題41題、学会長講演、パネルディスカッション1題、シンポジウム4題、ワークショップ1題などが行われた。参加者は1,098人。
- 27日 四病協総合部会が開かれ、委員会として①医療制度委員会②医療保険・診療報酬委員会③医療経営・税制委員会④医療従事者対策委員会⑤介護保険委員会⑥医療安全対策委員会を設けることを決めた。各委員会とも1団体3人の委員を出し、委員長を各団体に分担することとして、具体的活動に入る。
- 28日～29日 第33回台湾病院協会年次総会が台北ベテラン総合病院を会場に開かれ、奈良副会長が出席し開会式で挨拶を行った。
- 30日 病院経営管理者通信教育の第2回（通算21回）認定式がダイヤモンドホテルで開かれ、木村委員長、中山会長ほか関係者が出席した。今回認定は23人、累計291人。認定者を代表し小千谷総合病院の目崎徳一氏が答辞をよんだ。終了後に懇親会。
- 10月1日～11日 「医学の歴史を巡る旅～ギリシャ・エーゲ海～」11日間に18人が参加、藤澤正清団長、星和夫コーディネーターにより、コス島・アスクレピオス神殿跡におけるヒポクラテスの誓いの儀式など折りませ企画した。平成13年1月12～14日には日本版「近代医学のルーツを探る京都の旅」を企画、実施した。
- 17日～26日 医療関連サービス振興会の第10回海外調査視察団長として西村常任理事が依頼され、派遣した。今回は米国の外来・在宅医療を中心に関連サービスの現状視察を行ったもので、関連業界20人が参加した。
- 20日 総務庁・規制改革委員会の公開討論（第3回・医療）として、「優れた医療を提供する者が

報われる医療システムの在り方について」－患者の立場に立った競争政策とは－が行われ、四病協代表で中山会長と西沢全日病副会長が出席した。ほかに日医、有識者、委員会というメンバー。

23日 「診療ガイドライン評価センター（仮称）設立に向けての準備委員会」の初会合が行われ、山本修三理事が日精協高橋常務理事とともに四病協代表で出席した。E B M（根拠に基づく医療）にそった公正かつ適正な診療ガイドラインの開発、評価、普及について、国でなく日医主導でセンターを作ろうと病院団体、学会等に呼びかけたもの。

11月3日 平成12年秋の叙勲が発令され、当会推薦の福田浩三常任理事が勲四等瑞宝章を受賞した。12月16日の常任理事会終了後祝賀会を開催した。

10日 平成13年度予算・税制改正ヒアリングが自民党本部で開かれ池澤常任理事が出席した。予算はIT関連、療養環境の整備など、税制は消費税問題、法人税率などについて改善を要望した。さらに11月15日民主党、11月17日公明党とヒアリングが開かれ、池澤常任理事が説明した。

11日 日本医療法人協会（豊田会長）の「第15回全国医療法人経営セミナー」が新潟市で開かれ、前夜祭とも中山会長が出席した。

16日 国際病院連盟クロー会長が日蘭友好400周年記念事業として大阪で講演、これに合わせ大道・武田両副会長、秋山国際委員長と懇談の場をもった。

22日 平成12年度補正予算が国会成立、かねて政治連盟が要望していた情報技術（IT）関連で、オーダーリング等院内情報システムの整備促進に対し60億円が措置された。½補助で事業規模は120億円、民間対象で機種の新規更新も対象となった。

25日 診療情報管理通信教育の第53回（第10回）認定式がダイヤモンドホテルで行われ山本副委員長、中山会長らが出席、認定証を授与した。今回認定は292人、延べ2,429人（4,661人）となった。

12月1日 任期満了に伴う役員改選の選挙告示を行った。来年3月24日の選挙期日に向け、代議員の選出、理事・監事・代議員会議長・副議長の選出および会長・副会長・常任理事選出について告示したものである。

15日 厚生省「民間病院等における診断群分類を活用した調査」の参加に関する打合わせ会を日病、全日病、医法協および全自病協の四団体で開催した。試行診断群分類の見直しに関し、試行（PPS）に参加するのではなく、調査（DRG）に参加、協力する方向で一致した。1月26日第2回会合で、各団体から計55病院の参加を報告、四団体のプロジェクトチームが発足し、日病山本理事が委員長に指名された。

- 16日 医療事故対策委員会（川崎委員長）が「医療事故対策に関する活動状況調査」の会員アンケート結果を報告した。608病院の集計により、医療事故対策に対する取組みと事故報告書（アクシデント＜事故＞とインシデント＜ニアミス、ヒヤリ・ハット＞レポート）の件数、原因などを分析、元原副委員長が説明した。
- 26日 医療審議会総会が開かれ、改正医療法（11月30日成立）に係る政省令、告示案を了承、答申した。第四次改正として一般病床の看護職員配置3対1、病室床面積6.4㎡以上等と経過措置が盛り込まれた。総合病院等の精神病床については一般病床の基準に準じることとなった。その他広告事項の追加などが盛りられ、3月1日施行。奈良副会長が参画。
- 平成13年  
1月6日 中央省庁再編スタート、1府22省庁から1府12省庁になり、厚生省は労働省と統合して厚生労働省となる。坂口厚労相の下に副大臣、政務官各2氏がつき政治主導をめざす。
- 18日 全日本病院協会（佐々会長）の創立40周年記念祝賀会がホテルオークラで開かれ、中山会長出席。
- 20日 諸橋芳夫先生を偲ぶ会が旭中央病院（村上信乃院長）大講堂で職員主体の1周忌として開かれ、中山会長ほか出席。
- 23日 ホスピタルショウ2001開催説明会・新春講演会が東条インペリアルパレスで開かれ、ホスピタルショウ委員会三宅委員長の後任里村洋一氏が挨拶を行った。講演会は全社連谷修一副理事長の「今後の医療の方向と課題」。
- 25日  
～27日 平成12年度診療情報提供環境整備事業の実施主体である日本診療録管理学会と医療研修推進財団が、合同で診療記録の在り方を主に研修事業を実施した。厚生省の補助事業として予算措置のついた診療録管理従事者と臨床研修病院の指導医に対する研修で、通信衛星を使い全国8会場で実施し、受講者は計304人であった。
- 2月24日 合同理事会の終了後、帝京大学医学部附属溝口病院副院長・大村昭人氏により「アメリカの管理医療の現状と日本の方向」の特別講演をきいた。管理医療（マネジド・ケア）について、その全貌と最新情報であった。
- 27日 四病協総合部会で「構造設備基準の変更に伴う病院の建替え等について」要望提出することになった。第四次医療法改正による病院の設備構造基準の変更があり、病床削減とならないよう病院建築の容積率緩和などを関係方面に求めていく。
- 3月2日 四病協主催の医療安全パネルディスカッションを東医健保会館で開催、「医療の安全と組織管理・質向上の努力」をテーマに各分野の講師を集めた。167施設235人参加。
- 12日 厚労省「病院における薬剤師の人員配置基準に関する検討会」の初会合が行われ、奈良副

会長が出席した。平成10年に見直しがあり、今年末再見直しを行うための検討会である。

24日 代議員会・総会がダイヤモンドホテルで開かれ平成13年度事業計画・予算案を承認した。  
引続き（新）代議員会、（新）理事会が行われ、任期満了に伴う役員改選が行われて中山  
耕作会長が再選された。大道、藤澤、奈良、武田各副会長も重任となった。

## 庶務・人事

### 1. 常任理事

#### (就任)

小堀鷗一郎	国立国際医療センター院長	12年6月14日
中西昌美	市立札幌病院院長	〃

#### (退任)

矢崎義雄	国立国際医療センター院長	12年3月31日	院長退任
北條慶一	公立昭和病院院長	〃	〃

### 2. 理事

#### (就任)

小堀鷗一郎	国立国際医療センター院長	12年4月1日
村上信乃	国保旭中央病院院長	〃
関口令安	東京都立豊島病院院長	〃
阿曾佳郎	藤枝市立総合病院院長	〃
間部英雄	岐阜県立多治見病院院長	〃
柏戸正英	柏戸病院院長	〃

#### (退任)

笠岡千孝	藤沢市民病院院長	12年3月31日	院長退任
中野哲	大垣市民病院院長	〃	〃
遠山正道	佐倉厚生園園長	〃	辞任
小堀鷗一郎	国立国際医療センター院長	12年6月13日	常任理事就任
中西昌美	市立札幌病院院長	〃	〃
佐々木俊夫	佐々木外科病院院長	7月7日	死去
川崎勝也	済生会唐津病院院長	13年3月13日	〃

### 3. 参与

#### (就任)

星北斗	日本医師会常任理事	12年5月27日
-----	-----------	----------

#### 4. 委員長

(退任)

木村 明 通信教育委員会委員長 12年12月20日 死去

#### 5. 代議員

(就任)

田中 猛夫 福井赤十字病院・福井 12年4月1日

倉澤 卓也 国立療養所南京都病院・京都 ”

広瀬 周平 岡山済生会総合病院・岡山 ”

山本 好信 和歌浦中央病院・和歌山 6月10日

志村 早苗 光ヶ丘スペルマン病院・宮城 7月16日

(退任)

津田 昇志 福井県立病院・福井 12年3月31日 院長退任

赤坂 裕三 京都府立与謝の海病院・京都 ” ”

佐々木澄治 国立岡山病院・岡山 ” ”

山田 和毅 山田内科外科病院・和歌山 5月31日 退会

高橋 寛 光ヶ丘スペルマン病院・宮城 7月15日 院長退任

高木忠一郎 十善会病院・長崎 11月7日 死去

#### 6. 支部長

(就任)

茨城県支部 真田 勝弘 土浦協同病院 12年6月1日

山口県支部 水田 英司 小野田赤十字病院 12月12日

群馬県支部 塩崎 秀郎 前橋赤十字病院 13年2月1日

(退任)

茨城県支部 小泉 澄彦 茨城県立中央病院 12年5月31日

山口県支部 佐々木俊夫 佐々木外科病院 12月7日

群馬県支部 野上 保治 社会保険群馬中央総合病院 13年1月31日

#### 7. 事務局

(採用)

山口 和英 事務局長 12年4月1日

高瀬 敦俊 経営課 ”

波賀 恵子 総務課  
(退職)

12年4月1日

古畑 巧 学術課、嘱託

13年3月31日

## 8. 平成12年春の叙勲・褒章受章者（発令日・4月29日）

（役員及び会員病院・委員現職者、厚生省関係のみ）

〔勲三等旭日中綬章〕	伊 東 和 人	元国立千葉病院長 元日病代議員	千 葉 75
〔勲三等瑞宝章〕	永 田 高 見	元宮崎県立延岡病院長 元日病代議員	宮 崎 71
〔勲四等旭日小綬章〕	島 田 寔	諏訪赤十字病院名誉院長 日病代議員会議長	長 野 70
〔 “ ” 〕	廣 田 耕 三	熊本リハビリテーション病院理事 日病理事	熊 本 70
〔 “ ” 〕	杉 浦 實	浜之宮病院長	和歌山 70
〔 “ ” 〕	中 嶋 重 雄	元済生会滋賀県病院長 元日病代議員	滋 賀 73
〔 “ ” 〕	中 村 隆 俊	戸田中央総合病院理事長	埼 玉 72
〔勲四等瑞宝章〕	岩 宮 緑	元鳥取県済生会境港総合病院長 元日病代議員	鳥 取 75
〔 “ ” 〕	後 藤 司 郎	元済生会新潟第二病院長 元日病代議員	新 潟 71
〔 “ ” 〕	針 谷 達 志	元病院管理研究所経営管理部長 日病通信教育講師	東 京 70
〔勲六等宝冠章〕	十 川 和 子	大阪警察病院看護部長	大 阪 60
〔 “ ” 〕	夏 目 正 代	名古屋掖済会病院看護部長	愛 知 67
〔藍綬褒章〕	渡 邊 史 朗	湘南第一病院長	神奈川 61

## 9. 平成12年秋の叙勲・褒章受章者（発令日・11月3日）

（役員及び会員病院現職者）

〔勲三等瑞宝章〕	荻 原 正 雄	元富士市立中央病院長 元代議員	静 岡 72
〔 “ ” 〕	小 谷 彦 蔵	元刈谷総合病院長 元代議員	愛 知 77
〔 “ ” 〕	坂 行 雄	名古屋掖済会病院長	愛 知 74
〔 “ ” 〕	橋 本 勇	元京都第一赤十字病院長 元理事	京 都 76

〔勲三等瑞宝章〕	肥田木	つとむ 孜	元大分県立病院長 元理事	大分	70
〔 “ 〕	藤田	ひで ひこ 英彦	慈圭病院長	岡山	72
〔勲四等旭日小綬章〕	藤井	英雄	済生会山口総合病院長	山口	71
〔勲四等瑞宝章〕	福田	浩三	元総合上飯田第一病院長 常任理事	愛知	72
〔 “ 〕	會澤	孝	元大洗海岸病院長 元代議員	茨城	77
〔 “ 〕	比嘉	みのる 實	元沖縄赤十字病院長 代議員	沖縄	70
〔勲五等双光旭日章〕	関口	隆	関口整形外科病院長	群馬	73
〔 “ 〕	千代反田	ちよたんだ 泉	千代田病院理事長 代議員	宮崎	73
〔勲六等宝冠章〕	内藤	加津子	川崎社会保険病院総看護婦長	神奈川	61
〔 “ 〕	平田	久子	埼玉社会保険病院総看護婦長	埼玉	60
〔紫綬褒章〕	矢崎	義雄	国立国際医療センター総長 元常任理事	東京	62

## 10. 感謝状

南 利 明 (株)アスオ 代表取締役社長・大阪市

(平成9年度から34件の賛助会員(A)を入会勧誘した「組織拡大貢献」として)

# 役員所掌分担の一覧

平成12年4月～平成13年3月

役職氏名	所掌委員会・部会等（日病関係）	審議会、委員会等（厚生省他）
〔会長〕 中山耕作	総括 四病協総合部会、全病団連代表幹事、AHF理事	日本医療機能評価機構・医療研修推進財団・医療機器センター・日本医療保険事務協会・日露医学医療交流財団・国際医療技術交流財団・日本災害医療支援機構・日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団各理事、日本医薬情報センター・防災情報機構評議員、日医税制委
〔副会長〕 大道學	<情報発信・総務企画に関する委員会> 学術、広報 総務（長）、倫理（長）、組織、50周年事業（長）、総務・会計担当、四病協総合、政治連盟（副）、全病団連（常任）	医療経済研究機構理事
藤澤正清	<病院経営に関する委員会> 教育、医療事故対策、救急医療防災対策、中小病院、看護教育施設、政治連盟（長）、四病協総合、全病団連（常任）	日本医療機能評価機構・改定部会
奈良昌治	<政策策定に関する委員会> 医療制度、社保老健、医療経済税制、統計情報、介護保険、医療保険対策特別、四病協総合、政治連盟（副）、全病団連（常任）、予防医学（長）、日本人間ドック学会理事長	医療審議会、病院薬剤師の人員配置基準検討会 日本救急医療財団理事 日本医療機能評価機構評議員、同企画運営委員会
武田隆男	<事業展開に関する委員会> 通信教育、国際、感染症対策（長）、ホスピタルショウ、病院幹部医会、四病協総合、政治連盟（副）、全病団連（常任）	日本経営協会評議員
〔常任理事〕		
中西昌美		医療情報システム開発センター評議員
西村昭男	社保老健委（副）、組織委（副）、国際委（副）、四病協委員	日本メディカル給食協会・評価認定委員会
林雅人	看護教育施設部会、四病協委員	医療関連サービス振興会・評価認定制度委員会
大井利夫	教育委員会、広報委員会（副）、四病協委員	日医・医療安全対策委員会
川城丈夫	救急医療防災対策委員会（副）	内科系学会社会保険連合、メディカル給食協会・評価認定委員会
小堀嶋一郎	学術委員会（副）、四病協委員	
三浦恭定	感染症対策委員会（副）	内科系学会社会保険連合
秋山洋	国際委員会、IHF理事、AHF理事	
池澤康郎	医療経済・税制委員会、四病協委員	医療機能評価機構研修委員会、医療関連サービス振興会評議員委員
土屋章	救急医療防災対策委員会、予防医学委員会（副）	災害医療体制あり方検討会、医療関連サービス基本問題検討会、同振興会理事、日本消防検定協会・消火栓等操作性評価委員会
栗山康介	社会保険・老人保健委員会、四病協委員	日医・社会保険診療報酬検討委員会
福田浩三	医療経済税制委員会（副）、中小病院委（副）、四病協委員	日医・病院委員会
武田惇		医療関連サービス振興会・評価認定制度委員会部会
中後勝	統計情報委員会、四病協委員	
元原利武	医療事故対策委員会（副）	
瀬戸山元一	医療保険制度対策特別研（副）、教育委員会（副）	
井手道雄	看護教育施設部会（副）、四病協委員	
福井順	医療制度委員会（副）	
大山朝弘	介護保険制度委員会（副）、四病協委員	
〔理事〕		
織本正慶	中小病院委員会、政治連盟会計責任者	日本医薬経営コンサルタント協会理事
廣田耕三	広報委員会	
山本修三	医療保険制度対策特別研究会、通信教育委（副）、四病協委員	診療ガイドライン評価センター、民間病院診断群分類プロジェクト
岸口繁	組織委員会	
川合弘毅	介護保険制度委員会、四病協委員	医療機能評価機構・長期療養機能検討会
川崎勝也	医療事故対策委員会	
石井暎禰		日医・医療経済経営検討委員会
〔監事、参与他〕		
星和夫	学術委員会、病院倫理綱領見直し特別委員会	
梶原優	四病協委員、政治連盟監事、全病団連監事	
牧野永城	AHF理事	
木村明	通信教育委員会、日本診療録管理学会理事長（～12月）	
北條慶一	医療制度委員会、四病協委員	
三宅浩之	ホスピタルショウ委員会、統計情報委員会（副）	
里村洋一	ホスピタルショウ委員会（1月～）	
岡島光治	日本診療録管理学会理事長代行	
石井孝宜	四病協委員	
加藤正弘	政治連盟監事	

## 第2 会員の状況

日本病院会の会員数は、平成12年度1年間で、新規に入会した会員が101病院、一方、閉院等で退会した会員が45病院、差し引き56病院の増となり、平成13年3月末で2,754病院である。2,754会員の病床数は730,262床で、公的が985病院・370,558床、私的が1,769病院・359,704床であり、公的と私的の比率は病院数で36対64、病床数で51対49となっている。病床種別では一般が2,639病院・645,969床、精神は80%以上精神病床を含めると109病院・58,975床となる。病床規模別では50床以上400床未満の病院の占める率が高く、200床未満と200床以上に分けると約48%対52%になる。

なお、全国の病院数（平成12年12月現在、9,254病院・1,645,676床）と比較すると、日本病院会の組織率は病院数において30%、病床数では44%である。一般病床（全国1,264,083床）については51%の組織率となる。

### 1. 開設者別会員数

(13. 3. 31)

開設者別	病院数	病床数
総数	2,754 100.0%	730,262 100.0%
厚生省	196	83,056
文部省	6	4,409
労働福祉事業団	30	13,063
その他 (国・小計)	8 240	1,723 102,251
都道府県	100	41,872
市町村	291	99,679
(自治体・小計)	391	141,551
日赤	93	40,002
済生会	66	20,085
北海道社会事業協会	4	1,168
厚生連	79	31,313
国民健康保険団体連合会	2	410
全国社会保険協会連合会	43	12,681
厚生団	4	2,019
船員保険会	3	940
健康保険組合及び連合会	15	3,091
共済組合及び連合会	44	14,727
国民健康保険組合 (その他公的・小計)	1 354	320 126,756
公的・計	985 35.8%	370,558 50.7%
公益法人	167	47,912
医療法人	1,233	216,739
学校法人	50	38,189
会社	44	11,268
その他法人	97	24,013
個人	178	21,583
私的・計	1,769 64.2%	359,704 49.3%

2. 都道府県別会員数

(13. 3. 31)

総 数	2,754
北海道	118
青森	25
岩手	20
宮城	31
秋田	31
山形	18
福島	44
茨城	57
栃木	35
群馬	46
埼玉県	86
千葉県	127
東京都	266
神奈川県	140
新潟	72
富山	32
石川	24
福井	32
山梨	22
長野	42
岐阜	42
静岡県	78
愛知県	145
三重	40
滋賀	29
京都	86
大阪	226
兵庫県	158
奈良	42
和歌山	61
鳥取	18
島根	13
岡山	71
広島	55
山口	35
徳島	10
香川	19
愛媛	36
高知	44
福岡	104
佐賀	11
長崎	50
熊本	35
大分	21
宮崎	14
鹿児島	24
沖縄	19

3. 病床種別会員数

(13. 3. 31)

病床種別	会 員	
	病院数	内 訳
総 数	2,754	730,262
一 般	2,639	645,969
精 神	109	精神病床100% 81 同 80%以上 28
結 核	5	結核病床100% 2 同 80%以上 3
感 染	1	感染病床100% 1

4. 病床規模別会員数

(12. 3. 31)

病床規模	会 員			
	病院数	構成割合	病床数	構成割合
総 数	2,754	100.0%	730,262	100.0%
20～ 29床	16	0.6%	386	0.1%
30～ 39	36	1.3%	1,216	0.2%
40～ 49	54	2.0%	2,404	0.3%
50～ 99	455	16.5%	33,279	4.6%
100～ 149	413	15.0%	50,853	7.0%
150～ 199	356	12.9%	61,474	8.4%
200～ 299	478	17.4%	114,905	15.7%
300～ 399	366	13.3%	123,408	16.9%
400～ 499	237	8.6%	104,140	14.3%
500～ 599	140	5.1%	74,538	10.2%
600～ 699	85	3.1%	54,732	7.5%
700～ 799	42	1.5%	31,005	4.2%
800～ 899	21	0.8%	17,404	2.4%
900床以上	55	2.0%	60,518	8.3%

5. 賛助会員

種 別	平成12年 3月31日	平成13年 3月31日	増 減
賛助会員 A	169	164	- 5
〃 B	280	287	7
〃 D	61	58	- 3
計	510	509	- 1

# 第 3 会 議

## 総 会

### 第 1 回総会

平成12年5月27日（土） ダイヤモンドホテル 出席者90名

1. 平成11年度事業報告の承認に関する件

原案どおり承認

2. 平成11年度収支決算の承認に関する件

原案どおり承認

(一般会計)

(単位：円)

収入の部

1. 会費収入	298,097,273
2. 事業収入	230,666,220
3. 賛助会員会費並に寄付金	35,591,470
4. 雑収入	11,055,346
5. 他会計より繰入金収入	0

当期収入合計 575,410,309

前期繰越収支差額 150,197,776

収入合計 725,608,085

支出の部

1. 事業費	293,839,617
2. 負担金	1,684,800
3. 会議費	27,268,294
4. 事務諸費	181,141,670
5. 他会計へ繰入金支出	27,000,000
6. 予備費	0

当期支出合計 530,934,381

当期収支差額 44,475,928

次期繰越収支差額 194,673,704

(特別会計)

A. 基本財産

収入の部

1. 雑 収 入	831,258
----------	---------

2. 他会計より繰入金収入	0
当期収入合計	831,258
前期繰越収支差額	188,267,890
収入合計	189,099,148
支出の部	
当期支出合計	0
当期収支差額	831,258
次期繰越収支差額	189,099,148
B. 退職手当積立金	
収入の部	
1. 雑収入	194,729
2. 他会計より繰入金収入	8,000,000
当期収入合計	8,194,729
前期繰越収支差額	49,117,804
収入合計	57,312,533
支出の部	
当期支出合計	0
当期収支差額	8,194,729
次期繰越収支差額	57,312,533
C. I H F 国際交流基金	
収入の部	
1. 雑収入	931,104
2. 他会計より繰入金収入	4,000,000
当期収入合計	4,931,104
前期繰越収支差額	147,964,495
収入合計	152,895,599
支出の部	
1. 事業費	3,214,614
2. 負担金	1,759,608
当期支出合計	4,974,222
当期収支差額	△ 43,118
次期繰越収支差額	147,921,377

D. 創立50周年事業

収入の部

1. 雑 収 入	2,097
2. 他会計より繰入金収入	15,000,000
当期収入合計	15,002,097
前期繰越収支差額	0
収入合計	15,002,097

支出の部

1. 事業諸費	234,910
当期支出合計	234,910
当期収支差額	14,767,187
次期繰越収支差額	14,767,187

※特別講演

「今回の医療費改定と今後の医療保険行政」

厚生省保険局医療課企画官 梅田 勝

第2回総会

平成13年3月24日(土) ダイヤモンドホテル 出席者135名

1. 平成13年度事業計画(案)の承認に関する件  
原案どおり承認
2. 平成13年度収支予算(案)の承認に関する件  
原案どおり承認

(一般会計)

(単位:円)

収入の部

1. 会 費 収 入	297,336,000
2. 事 業 収 入	253,350,000
3. 賛助会員会費並に寄付金	33,455,000
4. 雑 収 入	12,522,000
5. 他会計より繰入金収入	0
当期収入合計	596,693,000
前期繰越収支差額	134,075,000
収入合計	730,768,000

支出の部

1. 事業費	407,844,000
2. 負担金	2,500,000
3. 会議費	39,323,000
4. 事務諸費	252,686,000
5. 他会計へ繰入金支出	24,000,000
6. 予備費	2,000,000
当期支出合計	728,353,000
当期収支差額	△ 131,660,000
次期繰越収支差額	2,415,000

(特別会計)

A. 基本財産

収入の部

1. 雑収入	1,070,000
2. 他会計より繰入金収入	0
当期収入合計	1,070,000
前期繰越収入差額	190,094,000
収入合計	191,164,000

支出の部

当期支出合計	0
当期収支差額	1,070,000
次期繰越収支差額	191,164,000

B. 退職手当積立金

収入の部

1. 雑収入	210,000
2. 他会計より繰入金収入	6,000,000
当期収入合計	6,210,000
前期繰越収入差額	56,794,000
収入合計	63,004,000

支出の部

当期支出合計	0
当期収支差額	6,210,000
次期繰越収支差額	63,004,000

C. I H F国際交流基金

収入の部

1. 雑 収 入	300,000
2. 他会計より繰入金収入	3,000,000
当期収入合計	3,300,000
前期繰越収入差額	147,102,000
収 入 合 計	150,402,000

支出の部

1. 事 業 費	4,850,000
2. 負 担 金	2,029,000
当期支出合計	6,879,000
当期収支差額	△ 3,579,000
次期繰越収支差額	143,523,000

D. 創立50周年記念事業

収入の部

1. 雑 収 入	530,000
2. 他会計より繰入金収入	15,000,000
当期収入合計	15,530,000
前期繰越収入差額	15,125,000
収 入 合 計	30,655,000

支出の部

1. 事 務 諸 費	26,000,000
2. 他会計へ繰入金支出	4,655,000
当期支出合計	30,655,000
当期収支差額	△ 15,125,000
次期繰越収支差額	0

## 代 議 員 会

### 第 1 回代議員会

平成12年5月27日（土） ダイヤモンドホテル 出席者36名

1. 平成11年度事業報告の承認に関する件  
原案どおり承認
2. 平成11年度決算報告の承認に関する件  
原案通り承認
3. 理事の補選に関する件  
理事退任に伴う後任理事6名の選出を承認（任期は4月1日から1年間）

（理 事）

小 堀 鷗一郎 （東京都・国立国際医療センター・国）  
村 上 信 乃 （千葉県・国保旭中央病院・自治体）  
関 口 令 安 （東京都・都立豊島病院・自治体）  
阿 曾 佳 郎 （静岡県・藤枝市立総合病院・自治体）  
間 部 英 雄 （岐阜県・岐阜県立多治見病院・自治体）  
柏 戸 正 英 （千葉県・柏戸病院・医療法人）

4. 参与の委嘱に関する件  
星 北 斗 （日本医師会常任理事）

### 第 2 回代議員会

平成13年3月24日（土） ダイヤモンドホテル 出席者50名

1. 平成13年度事業計画（案）の承認に関する件  
原案どおり承認
2. 平成13年度収支計画（案）の承認に関する件  
原案どおり承認

## 新代議員による代議員会

平成13年3月24日（土） ダイヤモンドホテル 出席者68名

### 1. 代議員会議長選出の件

加藤 正 弘 （東京都・江戸川病院長）氏を選出

### 2. 代議員会副議長選出の件

赤 沼 克 也 （福島県・白河厚生総合病院長）氏を選出

### 3. 理事選出の件

理事立候補者66名（定数）の選出を承認

### 4. 監事選出の件

星 和 夫 （東京都・青梅市立総合病院長）

梶 原 優 （千葉県・板倉病院理事長） 両氏を再選

## 理 事 会

### 第1回理事会

平成12年4月22日（土） 日病会議室 出席者45名

### 1. 会員の入退会について

正会員の入会5件、退会1件、退会慰留1件、賛助会員の退会3件について承認。計、正会員2702会員、賛助会員507会員となった。

### 2. 厚生省及び各団体からの依頼について

- |                     |                                  |
|---------------------|----------------------------------|
| ① 幹部医セミナー共催の依頼      | 依頼元：財団法人日本医薬情報センター               |
| ② 評議員就任の依頼          | 依頼元：財団法人日本建築防災協会                 |
| ③ 第52回保健文化賞の推薦について  | 依頼元：第一生命保険相互会社                   |
| ④ 第22回ME技術講習会協賛名義借用 | 依頼元：（社）日本エム・イー学会<br>：（財）医療機器センター |
| ⑤ 「蓄熱月間」に対する協賛の依頼   | 依頼元：（財）ヒートポンプ・蓄熱センター             |

②については中山会長が就任、その他は承認。

### 3. 5月代議員会・総会の議案について

- ① 平成11年度事業報告に関する件（中山会長）
- ② 平成11年度収支決算報告（案）及び監査報告に関する件（大道副会長、星監事）
- ③ 理事の退任と補選に関する件（中山会長）
- ④ 特別講演について（中山会長）

（特別講演「今回の医療費改定と今後の医療保険行政」厚生省保険局・尾寄新平医療課長）

①全312ページの報告書を承認、②一般会計の当期収支、約4千470万円の黒字、次期繰越約1億9千460万円の報告を承認（①、②に関しては総会案内とともに近日中に送付）、③諸橋、矢崎、北條、笠岡、中野、遠山、の5名の理事の退任を受け、5月27日の代議員会に補選、を承認、④総会開催時の特別講演を尾寄新平厚生省保険局医療課長の「今回の医療費改定と今後の医療保険行政」に決定

### 4. 日本病院会就業規則の改正（育児・介護休業規定の追加）

大道副会長より就業規則の改定（育児・介護の休業規定）について提案があり、原案どおり承認。

### 5. その他

日本医師会から星北斗（日本医師会常任理事）先生を日病の参与として参画させ、日病と日医のパイプ役としたい旨の依頼があり、協議の結果、医療制度委員会、医療経済（税制）委員会、社会保険・老人保健委員会の委員として参画してもらい、5月の代議員会で参与として委嘱することを承認。

#### 〔報告事項〕

#### 1. 各委員会、研究研修会の開催報告について（各委員長）

感染症対策委員会－日本医療機能評価機構のサーベイに、感染症関係の項目を入れてもらいに専門委員派遣することについて、今後日本医療機能評価機構に要望をしていくことになった。

通信教育委員会－診療情報管理課程の合否判定の結果、診療情報管理士認定授与式（4/22）のスケジュール、診療情報管理士課程のカリキュラム検討結果について報告。

中小病院委員会－第50回日本病院学会のシンポジウム打合せの報告。

統計情報委員会－平成12年度診療報酬改定影響率調査の調査用紙、調査日程、解析ワーキ

ング委員の選出、第50回日本病院学会における緊急調査結果報告ワークショップの概要などを報告。

医療経済（税制）委員会－平成10年度の病院経営分析報告書について、今回の医療費改定で新設された紹介外来特別加算の条件である入院対外来比率1.5以内は43病院、有効回答の7.3%であった、消費税の損税についての調査を、日医を含む他の医療団体・病院団体とも合同で調査、要望活動をして行きたいと報告

組織委員会－3000会員目標を掲げ、昨年度2回であった会員増強を今年度は4回行いたいと報告。

学術委員会－6、7月号の内容報告と銷夏随筆の執筆願いがあった。

ホスピタルショウ委員会－国際モダンホスピタルショウ2000の概要報告と、次期ショウのネーミング変更の報告。

## 2. 第50回日本病院学会案内・プログラム

林雅人学会長より、第50回日本病院学会のプログラム説明があり、了承された。

## 3. 日本医師会坪井会長の当然祝賀会の出席報告について

4月1日に坪井日医会長再選のお祝いがあり、大道、奈良両副会長が出席、その際、星北斗（日医常任理事）の日本病院会参与への参画が依頼された、と報告。

## 4. 平成12年春の園遊会並びに桜を見る会の招待について

「園遊会」に南溢理事夫婦、「桜を見る会」に高橋政祺元通信教育委員長が招待された旨、報告された。

## 5. 事務局の人事異動について

山口和英新事務局長と、高瀬敦俊、波賀恵子両新事務局員の紹介及び事務局人事異動が報告された。

## 6. 有珠山噴火の被害報告について

有珠山噴火に伴う会員の被害状況と4月16日に中山会長が現地を訪れ、現地視察、入院患者の慰問を行った、と報告。

## 7. 第9回診療情報管理課程通信教育認定式について

4月22日の認定式詳細を報告、今回の認定者200名、通算2,137名になったと報告。

## 8. (財)日本医療保険事務協会・理事会報告について

3月27日の理事会において、平成12年度事業計画(案)、平成12年度収支予算(案)、評議員選出区分別名簿(案)、新会員名簿が承認された、と報告。

## 9. 厚生省等からの通知について

厚生省医薬安全局麻薬課長からの麻薬の廃棄に係る事務処理について、厚生省健康政策局長から国家公務員倫理法の施行について、(財)日本医療機能評価機構から病院評価の診査結果についての開催報告等が報告された。

## 10. その他

北海道病院協会の設立について、日本病院会政治連盟の会計報告、日米医療費各セミナーの案内、広報委員会委員委嘱に六麿理事、日本病院会熊本県支部総会の開催報告、等が報告された。

また、「病院前救護体制のあり方に関する検討会報告(案)」が提出され概要についての説明がなされた。

### 〔協議事項〕

#### 1. 診療報酬改定の問題

社会保険・老人保健委員会の委員を中心に今回の診療報酬改定について、情報化の推進関係など新しい体系に関する配慮については一定程度評価はできる、点数そのものに関しては依然問題が多い、医療制度・保険制度に先行するかたちで診療報酬改定がなされるのは問題である、紹介外来特別加算の外来入院比率1.5の計算は基準がはっきりしない、など意見が出され個々の問題に対しては今後の要望等に反映して行きたいので、5月10日～11日ごろまでに事務局あて意見を提出することになった。

## 第2回理事会

平成12年6月14日(水) 秋田キャッスルホテル 出席者43名

### 〔承認事項〕

#### 1. 会員の入退会について

正会員の入会2件、退会慰留1件、賛助会員の入会1件について承認。計、正会員2705件、賛助会員508会員となった。

## 2. 厚生省及び各団体からの依頼について

- |                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| ① 平成12年度治験コーディネーター養成研修の後援 | 依頼元：厚生省健康政策局長              |
| ② 日本医師会社会保険診療報酬検討委員会委員の推薦 | 依頼元：日本医師会長                 |
| ③ 第79回品質管理学会シンポジウムの後援     | 依頼元：日本品質管理学会<br>医療のTQC推進会議 |
| ④ 災害医療のあり方に関する検討会委員の推薦    | 依頼元：厚生省                    |

②については栗山常任理事、④については土屋常任理事を推薦。その他は承認。

## 3. 一泊人間ドック施設の指定について

籠原病院（埼玉県）、3床の指定を承認。

## 4. 新役員の日本病院学会評議員への推薦について

村上信乃（国保旭中央病院）、小堀嶋一郎（国立国際医療センター）、関口令安（東京都立豊島病院）、間部英雄（岐阜県立多治見病院）、阿曾佳郎（藤枝市立総合病院）の5名の推薦を承認。

### 〔報告事項〕

#### 1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

予防医学委員会－①健保連から「短期人間ドック、自動化健診の契約書一部改定の要望」  
②人間ドック認定指定医の問題③第1回人間ドック認定指定医研修会開催報告④人間ドック判定に関するガイドライン作成小委員会報告⑤人間ドック手帳改定検討小委員会報告⑥人間ドック学会理事・評議員の異動について⑦人間ドック実施調査中間報告について⑧第41回人間ドック学会について。

病院幹部医会－7月15日開催予定のセミナーについてのプログラムについて報告。

救急医療防災対策委員会－10月13日開催予定のセミナープログラムについて報告。

統計情報委員会－6月16日開催予定のフォーラムのプログラムについて報告。

国際委員会－アジア病院連盟理事会報告、IHF会議を2001年香港で開催する旨の報告、台湾がオブザーバーとしてWHOに加入するための協力要請、明日からの日病学会にモンゴル、韓国、台湾、フィリピン、香港が出席する旨の報告。

#### 2. 商標権侵害警告の回答について

(財)日本病院管理教育協会から使用を中止する旨の回答があった、今後この件について徹底するためにも、ニュース等に掲載したい、と報告。

### 3. 小淵前総理葬儀出席報告

6月8日

中山会長から、6月8日に武道館における小淵前総理の葬儀に出席した旨の報告。

### 4. 日本医療保険事務協会理事会の出席報告

6月9日

中山会長から、6月9日に開催された理事会に出席し、理事長の交替と収支について決議されたと報告。

### 5. その他

#### ① 患者の安全に関するセミナーの参加要請について

日医からの標記要請について、東京、千葉、神奈川等の支部、県病院協会に協力をおねがいすることになった。

#### ② 政治連盟の報告について

藤澤副会長から、今回の衆議院選挙について本部からの推薦と、各理事からの推薦の立候補者一覧表について提示と説明があった。

#### ③ 介護保険委員会の委員の追加について

川合委員長から、近畿大学の岡本悦司氏を委員として追加したい、旨の提案があり、了承された。

### 〔協議事項〕

#### 1. 平成12年度診療報酬改定影響度・経営実態の現状と今後の展開について

中後常任理事から、平成12年4月実施の診療報酬改定は、医療機関の機能分担と連携を促進する医療技術を適正に評価し出来高払いと包括払いの善悪の組み合わせを実施すると観点から、基本診療料、手術料を中心に改定幅医科2.0%の引き上げと同時に薬価基準が平均して7.0%引き下げられたため、実質医療費平均0.2%の引き下げとなった。

しかし、その改定の内容は入院基本料の創設、200床を基準とした点数の線引など全ての病院に影響を及ぼしており、その影響度を調査し、病院経営の実態を早急に把握することは極めて重要なことである。

病院経営は、長期に及ぶ厳しい診療報酬制約下で、患者のニーズの多様化へのような厳し

い環境下で機能分化や連携などの経営戦略についての意思決定が求められる。

今回の調査では、平成12年2月、3月、4月の診療報酬の増減を比較しその影響を調べるとともに経営実態をアンケート調査も併せ行ったので現在までに回収されたデータに基づき、その結果について中間報告を行なう、としてこの調査の概要報告と、分析に関するワークショップを学会の中の分科会で行なうこととした、と説明。

## 2. 病院倫理綱領の見直しについて

先般の役員会で了承されたが、先程の会長副会長会議で標記に関する特別委員会を作り、人選に関しては会長一任でお願いしたい、と説明があり了承された。

## 3. 医療費、医療制度、医療保険制度について

紹介率の算定に関しては、先般の梶原案を今後検討して行きたい。また四病団でもこれにそって検討して行きたい。

日医の先端治療は民間保険でとか、日医総研の混合診療容認を提案などは、日病として早急に検討して行かなければならない、など議論がなされた。

## 4. 平成13年春の叙勲候補者の推薦について

白河厚生総合病院の元院長、遠藤良一元常任理事を推薦することに決定した。

## 5. 常任理事の選出および所掌業務について

矢崎先生の後任に小堀鷗一郎（国立国際医療センター院長）理事、北條先生の後任に中西昌美（市立札幌病院院長）理事を、それぞれ選出することになった。

また、所掌業務は

学術委員会副院長	矢崎義雄	→	小堀鷗一郎
内科系学会社会保険連合	矢島義雄	→	三浦恭定
医療制度委員会院長	北條慶一	→	北條慶一
医療情報システム開発センター	北條慶一	→	中西昌美

に変更することで了承された。

### 第3回理事会

平成12年11月25日（土） 日病会議室 出席者43名

#### 〔承認事項〕

#### 1. 会員の入退会について

正会員の入会12件、退会5件、賛助会員の入会2件、退会1件、日本光電の退会は保留になり役員から慰留することで承認。

正会員2741会員、賛助会員510会員になった。

#### 2. 厚生省及び各団体からの依頼について

##### ① 第4回国際福祉健康産業展～ウェルフェア2001～ 協賛名義使用の依頼

依頼元：名古屋国際見本市委員会

##### ② 第12回「国民健康会議」の協賛依頼

依頼元：全国公私病院連盟

##### ③ 第5回治療食等献立・調理技術コンテストに対する後援及び審査委員の派遣依頼

依頼元：（社）日本メディカル給食協会

①～③について承認、③の審査委員派遣は後日人選

#### 3. 1泊人間ドック施設の指定について

公立富岡病院8床を承認。

#### 4. 事務局職員の給与改定について

11月14日に参議院本会議において改定給与法が可決成立したのを受け、国家公務員の俸給表を準用している本会職員給与の改定が提案され、承認された。内容は期末勤勉手当0.2%の削減を含む、全体として1.1%のマイナス改定。

#### 〔報告事項〕

#### 1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

##### ① 病院倫理綱領の見直しに関する特別委員会

表題を「日本病院会の倫理綱領」とした。大項目を1. 医療の質の向上、2. 診療録等の管理と守秘の義務、3. 権利とプライバシー、4. 安全管理、5. 地域社会への協力、に決定した、と報告。

② ホスピタルショウ委員会

来期の委員長を三宅浩之先生から里村洋一先生に交替、2001年のホスピタルショウのメインテーマを「新世紀の健康・医療・福祉」に決定したと報告。

③ 国際委員会

韓国からの視察団は中止、2001-IHF-Congress スタティーツアーの開催を日本で行ってほしい旨の依頼は、現在のところ無理である等の、報告があった。

④ 感染症対策委員会

「スタンダード・プリコーション・ハンドブック」作成の経過報告、四病協結成に伴う日病感染症対策委員会の位置付けの検討、等の検討報告。

⑤ 医療経済・税制委員会

税制改正ヒアリング報告、衆議院厚生委員会での意見陳述、規制改革委員会・公開討論について、日医消費税の代替案の是非、等について報告。

⑥ 選挙管理委員会

三宅浩之先生を委員長に選出、立候補届け様式の経歴書に「写真貼付」「専門科記入欄」を設けることの決定、代議員数を北海道、東京都、福岡県各一名の増員、等が報告され承認された。

⑦ 広報委員会

インターネット・ホームページの運営、活用化の検討、日病ニュース新年号は「21世紀の病院のあり方について」四病協各会長の座談会に決定と報告。

⑧ 医療制度委員会

医療審議会の検討事項に対する意見聴取、四病協医療制度の検討項目に対する意見聴取、行ったと報告。

⑨ 学術委員会

日病雑誌1月号の編集について、2月号の企画について、第50回日病学会の推薦演題について検討を行ったと報告。

⑩ 研究会・セミナー報告

・全国薬事管理研究会	10/27~28	仙台市	73名
・医療事故防止のためのセミナー	11/1~2	東京都	226名
・全国看護管理研究会	11/9~10	新潟市	155名
・全国用度研究会	11/10~11	名古屋市	141名
・病院管理社協議会研修会	11/17~18	大阪市	60名
・全国医事研究会	11/17~18	浜松市	305名
・病院医療の質を考えるセミナー	11/18	東京都	116名

2. 平成13年度予算・税制改正ヒアリングの出席報告について

11/10 自由民主党、11/15 民主党、11/17 公明党

予算要望については、IT関連、療養環境の整備、税制に関しては関係方面へ既に提出している要望書をもとに説明してきた、と報告。

3. 四病院団体協議会諸会議の開催報告について

・10/31 医療保険・診療報酬委員会

担当団体を全日病として委員長は猪口委員、今後は今までの活動報告、平成12年度診療報酬改定の問題点、医療保険制度・高齢者医療保険制度の検討、医療費の支払方式を検討していく。

・11/20 介護保険委員会

担当団体は日病として委員長は川合委員、介護保険の不備な点の洗い出し、介護保険の見直しにむけての要望まとめ、高齢者医療保険制度の検討、を今後行うことになった。

・11/22 総合部会

当番団体である日病（10月～12月）中山会長が司会を行い、各委員会の報告、案銀国民福祉委員会の意見陳述について全日病西澤副会長より説明、平成12年度補正予算について日病山口事務局長より説明、と報告。

4. 医療法人協会、全国セミナーの出席報告

11月11日

中山会長が出席し、挨拶を行ったと報告。

5. 日医坪井会長の世界医師会長就任を祝う会の出席報告

11月21日

中山会長が出席した旨の報告。

6. 平成12年秋の叙勲・褒章受章者について

中山会長より、本会推薦の福田浩三常任理事が勲四等瑞宝章を受章され、12月の常任理事会終了後に祝賀会を開催したい旨の報告。

7. 医療研修財団設立 5 周年記念式典の出席報告

11月22日

中山会長が出席した旨の報告。

8. 日本医師会設立記念医学大会出席報告

11月 1 日

奈良副会長が出席した旨の報告。

9. 医療関連サービス振興会創立10周年記念講演会・祝賀会出席報告

11月20日

奈良副会長が出席した旨の報告。

10. 日医・医療安全対策委員会出席報告

11月 9 日

大井常任理事から、委員会で「医療事故発生時の警察への届出はどうするのか」という検討課題があり、協議してもらいたい旨の報告があり、協議の結果、日病としては診療上の死亡については、届出の義務はない、との結論で意見を統一することになった。

11. IHF 会長との懇談

11月16日

大阪において、大道副会長、武田副会長とともに懇談した報告。

12. 第53回診療情報管理課程通信教育認定式について

11月25日

今回認定者292名、で会長、副会長出席のもと、ダイヤモンドホテルにおいて開催される旨の報告。

13. 日本病院会・茨城県支部役員の交替について

支部長が茨城県立中央病院の小泉澄彦院長から、土浦協同病院の真田勝弘院長へ交替した旨の報告。

14. 日医・病院委員会の報告について

10月18日

21世紀の病院医療の目指すべき基本的方向、公私の病院の役割分担と今後のあり方、等について論議があった、と報告。

15. その他

中山会長から日医の医業税制委員会で、相続税における社団医療法人出資の評価方法見直しについて論議された、と報告。

〔協議事項〕

1. 医療費、医療制度、医療保険制度について

DRGの最近の動向、中医協薬価調査の問題、都立病院の検討会の動向などを論議。

2. 病院経営、税制、医師、看護婦について

療養型病床群とリハビリテーション医療、高齢者医療保険と介護保険の問題などを論議。

3. 平成12年度事業計画（案）について

中山会長から8月の常任理事会を人間ドック学会の開催にあわせて、前日に札幌で行うことを提案し、了承された。

第4回理事会

平成13年2月24日（土） 日病会議室 出席者42名

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

正会員の入会4件、退会4件、賛助会員の入会2件、退会9件について承認。計、正会員2747、賛助会員513会員となった。

2. 厚生省及び各団体からの依頼について

① 第11回日本臨床工学技士会学術大会の後援依頼

依頼元：日本臨床工学技士会・会長 川崎忠行

② 日本医療保険事務協会、試験委員（内科）の推薦依頼

依頼元：（財）日本医療保険事務協会・理事長 仲村英一

①②について承認。

3. 一泊人間ドック（短期人間ドック）施設の指定について

有松中央病院（1床）－石川県・金沢市、日本たばこ産業株式会社東京専売病院（2床）－東京都・港区、の認定を承認。

4. 診療情報管理士認定試験受験大学及び診療情報管理通信教育専門課程編入専門学校の指定について

広島国際大学（医療福祉学部：医療経済学科）についての認定を承認。

5. 3月代議員会・総会に提出する議題について

① 平成13年度事業計画（案）に関する件

中山会長から説明がなされ、原案どおりで承認。

② 平成13年度収支予算（案）に関する件

大道副会長から説明があり、原案どおりで承認。

〔報告事項〕

1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

①統計情報委員会

会員病院に対して、薬剤に関するアンケートを近々行うことになり、そのアンケート調査（案）についての説明があった。

②病院倫理綱領見直しに関する特別委員会

倫理綱領の解説の部分がほぼ出来上がったが、さらに検討を加えることとなった。大項目については1. 医療の質の向上、2. 医療記録の適正管理、3. 権利擁護とプライバシーの保護、4. 安全管理の徹底、5. 地域社会との連携の推進、で了承。

③広報委員会

次期シリーズ特集について、テーマに「医療と情報を考える」が決まった。

インターネットホームページの運営について、活性化を図る目的のもと年度内に小委員会を立ち上げる予定。

④医療事故対策委員会

来年度から当委員会の名称を「医療安全対策委員会」に変更。それに伴いセミナーも「医療安全対策のためのセミナー」となる。

7月開催予定のセミナーについて、12、13日に有明ワシントンホテルにて開催することに決定。

#### ⑤医療経済・税制委員会

委員会報告書について、各委員から論文を提出してもらい、年度内にはまとめて発行予定。かねてより集計・分析作業をしていた病院経営分析報告書がまとまり、その説明がなされた。今後、経営分析報告書Ⅱとして、救急体制などによる経営上の影響などを分析する予定。

#### ⑥社会保険・老人保健委員会

2月7日開催の日医第4回社会保険診療報酬検討委員会についての報告。  
患者紹介率算定方式の統一化にむけた調査集計結果の報告があった。

#### ⑦医療制度委員会

四病協第3回医療制度委員会の開催報告。  
臨床研修指定病院の指定について、今後は病院団体が主導となって行うのが理想的との意見があり、さらに検討を重ねることになった。

#### ⑧組織委員会

組織対策総括として、今期（平成10年度～12年度）の入退会結果として、正会員103（入会203、退会100）、賛助会員45（入会103、退会58）の純増の成果。  
今後も3000会員を目標に活動。

#### ⑨学術委員会

雑誌4月号の編集と5月号の企画についての説明報告。

#### ⑩研究会・セミナー報告

事務長セミナー 2/21～22 神奈川県 161名

### 2. 四病協諸会議の開催報告について

#### ① 医療安全対策委員会（2月9日）

3月2日開催の「医療安全パネルディスカッション」についての説明。  
「診療に関する警察への届け出に対する見解」（東京都病院協会）についての解説。  
その他「面積問題」、「マスコミへの対応」についての意見交換がなされた。

②医療経営税制委員会（2月9日）

今後の税制要望の進め方として、消費税、法人事業税、事業継承税制、NPO支援税制などについての話し合い。

今後、政界に働きかけていきたいとの意見。

③医療制度委員会（2月9日）

四病協医療制度委員会提言案として、病院の外来診療制限、臨床研修制度について意見の取りまとめを行い、今後さらに具体的に検討。

「病院会計準則等研究会」（専門家小委員会）設置について、当委員会の下に置くことで了承。

医療機関の個人情報の保護の徹底についての説明がなされた。

④医療保険・診療報酬委員会（2月23日）

200床問題についての議論。

紹介率算定方式の問題についてのアンケート調査結果の報告、さらに分析を進める意向。

「総合病院」レセプトに関する問題についての協議が行われた。

3. 「民間病院等における診療群分類を活用した調査」プロジェクトの開催報告

（1月26日、2月23日）

厚生労働省が実施する標記調査に対して、協力していくことで意見一致。

調査に関わる諸問題として、参加希望の56病院の取り扱い、各病院に振り分けられる金額などについて話し合われた。

4. 第1回診療情報提供環境整備に関する講習会の開催報告について

（1月25日～27日）

標記講習会について、スケジュールの説明があり無事に終わったとの報告。

5. 日医・病院委員会の開催報告について（1月17日）

21世紀の病院医療の目指すべき基本的方向について、病院に対する法的規制のあり方についての協議。

委員会としての意見の取りまとめには努力と決断が必要。

6. 日医・医療安全対策委員会の開催報告について（2月21日）

医療用具の安全性検討について協議、趣旨に賛同し各種団体に協力要請することとなった。  
「患者の安全を確保するための諸対策」の答申案について、さらに討議を進めまとめる予定。
7. 賛助会員南利明氏へ感謝状贈呈（組織拡大貢献）について  
賛助会員の南利明氏（(株)アスオ）に対し、日本病院会表彰規程に基づき、平成9年度から34件の法人をA会員の賛助会員として入会に導いた組織拡大貢献を行ったとして、感謝状と副賞を授与することとなった。
8. 日本医療評価機構、病院機能評価の審査結果について  
平成13年2月19日現在で、今回認定10施設、累計で431病院となっているなどの報告。
9. 日本医療保険事務協会の理事会出席報告  
標記協会の行っている診療報酬請求事務能力認定試験の結果についての説明、試験内容などの解説があった。
10. 国際医療技術交流財団の保健文化賞受賞記念祝賀会への出席報告（1月30日）  
KKRホテル東京において行われ、盛会のうちに終了。
11. 自民党と社会福祉・環境関係団体との新年懇親会への出席報告（2月14日）  
2月14日開催され、48団体が参加した、などの報告。
12. 日本病院会・群馬県支部長の交替について  
平成13年2月1日付で、野上保治氏（社会保健群馬中央総合病院長）から塩崎秀郎氏（前橋赤十字病院長）へ変更となった、と報告。
13. その他
  - ①厚生労働省医薬局より、医療法第25条に基づく立入検査結果（平成11年度分）についての通知文書の説明。
  - ②井手常任理事から、第51回日本病院学会開催概要について、スケジュール等の報告がなされた。

〔協議事項〕

1. 理事、監事、議長、副議長立候補者の使命通知と代議員の選出結果について

2月24日付、会員あての役員立候補使命通知文を提示。理事66名、監事2名、議長・副議長各1名の定数どおりであった。代議員は公的58、私的63、計121名の選出が確定。

新理事による理事会

平成13年3月24日（土） ダイヤモンドホテル 出席者53名

1. 会長の選出に関する件

中山耕作理事（静岡県・聖隷浜松病院総長）を会長に選出

2. 副会長の選出に関する件

大道學（大阪府・ポバース記念病院理事長）、藤澤正清（福井県・福井県済生会病院総長）、奈良昌治（栃木県・足利赤十字病院長）、武田隆男（京都府・武田病院会長）、各理事を選出

3. 常任理事の選出に関する件

会長、副会長の協議により、19名の常任理事を選出

中西昌美	北海道・市立札幌病院院長
西村昭男	北海道・日鋼記念病院理事長
林雅人	秋田県・平賀総合病院院長
真田勝弘	茨城県・土浦協同病院院長
川城丈夫	埼玉県・国立療養所東埼玉病院院長
小堀鷗一郎	東京都・国立国際医療センター院長
三浦恭定	東京都・社会保険中央総合病院顧問
秋山洋	東京都・虎の門病院院長
池澤康郎	東京都・中野総合病院院長
天川孝則	神奈川県・横浜赤十字病院院長
山本修三	神奈川県・済生会神奈川県病院院長
土屋章	神奈川県・澁野辺総合病院理事長
福田浩三	愛知県・上飯田第二病院名誉院長
中後勝	大阪府・高槻病院理事長
川合弘毅	大阪府・若草第一病院理事長
元原利武	兵庫県・明舞中央病院理事長

瀬戸山 元 一 高 知 県・高知市立市民病院参与  
井 手 道 雄 福 岡 県・聖マリア病院理事長  
福 井 順 長 崎 県・長崎記念病院顧問

## 常任理事会

### 第1回常任理事会

平成12年4月22日（土） 日病会議室

第1回理事会と合同開催（理事会の項参照）

### 第2回常任理事会

平成12年5月27日（土） 日病会議室 出席者18名

#### 〔承認事項〕

#### 1. 会員の入退会について

正会員の入会4件、退会3件、退会慰留2件、賛助会員の入会1件、退会1件について承認。計、正会員2703会員、賛助会員507会員となった。

#### 2. 厚生省及び各団体からの依頼について

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| ① 第29回日本医療福祉設備学会および<br>HOSPEX JAPAN 2000の後援および協賛 | 依頼元：日本医療福祉設備協会<br>日本能率協会 |
| ② 平成12年度「愛の血液助け合い運動」の後援                          | 依頼元：厚生省医薬安全局             |
| ③ 日本医師会内委員会委員の委嘱                                 | 依頼元：日本医師会                |
| ④ 第22回第2種ME技術実力検定試験の協賛                           | 依頼元：日本エム・イー学会他           |
| ⑤ 医療事故調査会第5回シンポジウムの協賛                            | 依頼元：医療事故調査会              |

③については医業税制検討委員会に中山会長、病院委員会に福田浩三常任理事、医療経済・経営検討委員会に石井暎禧理事を推薦。その他は承認。

#### 〔報告事項〕

#### 1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

医療経済・税制委員会－平成13年度税制改正要望（案）について、医療機関に損税が生じないように措置を講じてもらうために、国税11項目、地方税7項目をまとめたと報告。

通信教育委員会－診療情報管理課程通信教育のカリキュラムの見直し、受講生急増問題及び平成13年度実施教育について全面見直しのための小委員会を設置。「診療情報管理士」「診療録管理士」の他団体名称使用についての当会としての対応を検討したなど報告。

医療制度委員会－現行マチマチである紹介率算定式について、梶原委員から一本化の提言がなされた。内容は、①逆紹介を分子、分母に入れる②緊急的に入院し、治療を必要とした救急患者数を分子に入れる③救急患者を初診患者の分子より減算する、というもので、何れも地域医療を守る医療機関を評価するという根拠を持って提言されたもの。この主張を日病のスタンスとするのか、拳手で諮られ、承認された。

医療事故対策委員会－会員病院における医療事故防止対策の取り組みを把握するため、アンケート調査を実施することとなったと報告。

社会保健・老人保健委員会－診療報酬改定の問題点について、19項目をまとめた。また、福井委員より健保組合の財政資料が提出され、その不明瞭な点を指摘、今後の参考にしたいと報告がされた。

## 2. 理学療法士・作業療法士報告について

理学療法士、作業療法士について会員病院へ調査を行った。結果としては、何れの職種も需要過多、供給不足の状態にあり、特に中小病院で顕著。国はこれら職種の人員計画を再検討し、早急に計画するべき、以上報告があった。

## 3. 日医新役員披露会出席報告

4月25日

今後、当会の参与として日医の常任理事、星北斗氏が委嘱されるが、その経緯として、日医会長の坪井栄孝氏より、病院全般のことについては是非鍛えてやって欲しい、と依頼があったなど報告された。

## 4. 四病団会長懇談会出席報告

5月9日

病院を取り巻く様々な問題については、今後は病院団体が結束し、組織力をアップして提言を行うことでより充実した病院の環境整備を図れるのではないかという意図の下、当会、日本医療法人協会、日本精神病院協会、全日本病院協会の四病院団体が集まった。次回は6

月30日を予定、以上報告された。

5. 政治連盟常任幹事会の開催報告について

5月11日

5月11日の常任幹事会において、委員長が中山耕作から藤澤正清に交替。中山前委員長は名誉委員長に就任した。

6. 日医・医業税制検討委員会出席報告

5月11日、26日

医療機関の損税解消、税制要望を主な議題として、四病院団体を含む12名が出席した、と報告。

7. 日本看護協会総会出席報告

5月17日

国立代々木競技場第一体育館で開催され、丹羽厚生大臣など出席があった、と報告。

8. 日本医療機能評価機構事業推進会議出席報告

5月18日

今後の医療機能評価の発展のため、認定結果などをインターネットを活用して公表するなどして、事業推進に努めていきたいなど報告があった。

9. 日精協新役員披露懇親会出席報告

5月19日

新役員披露会というより、前会長の慰労会の色彩が強かった、と報告。

10. 日本建築防災協会評議員会出席報告

5月23日

耐震診断などの議題が主で、医療関係の話題はなかったと報告。

11. 代議員の交替について

代議員の交替について、京都の赤坂祐三氏の後任に倉澤卓也氏、福井の津田昇志氏の後任に田中猛夫氏を選出した、と報告がなされた。

12. 平成12年春の叙勲・褒章受章者及び祝賀会の開催について

当会関係者を祝う意味で、7月の役員会後に開催したいと報告があった。

〔協議事項〕

1. 病院倫理綱領の見直しについて

遺伝子医療など医療の高度技術発展に伴い、病院倫理綱領の見直しをはかりたいと提案がなされ、了承された。今後、本格的に検討することとなった。

2. 高齢者医療の問題について

高齢者医療制度改革について、制度企画部会は四案併記でまとまっておらず、これからの日病のスタンスをどうするのか、協議した。社会保険・老人保健委員会の川合、福井両委員からは、第一案（公費を主要な財源とし全ての高齢者を対象とした地域単位の新たな医療保険制度を設ける考え方、いわゆる高齢者健康保険制度案）を主張し、根本的な見直しをはかるべきとの意見が出された。中山会長より、今後、委員会の中ではっきりした意見をまとめてもらいたいと要望がなされた。

3. 介護保険がスタートしてからの問題について

まだ施行されたばかりで、レセプト請求の仕方など都道府県ごとで異なっており、混乱している状況。はっきりとした問題点がまだ浮かび上がってこない。落ち着くまでに3年ほどかかるだろう。今は、個々の医療機関が自らを律するという方法で対応するしかないのでは、と報告された。

4. 医療費、医療制度、医療保険制度について

池澤常任理事より、今回の診療報酬改定で、小児医療に関して当病院で試行した結果、前月比でマイナスとなった。より充実した小児医療を整備するような配慮をお願いしたい、と意見が出された。

5. 理事補選立候補者について

中山会長から、理事補選立候補者について、前回の理事会において承認された6名を代議員会に諮る。公的が小堀嶋一郎氏、村上信乃氏、関口令安氏、阿曾佳郎氏、間部英雄氏の5名、私的が柏戸正英氏の1名。

### 第3回常任理事会

平成12年6月14日(水) 秋田キャッスルホテル

第2回理事会と合同開催(理事会の項参照)

### 第4回常任理事会

平成12年7月22日(土) 日病会議室 出席者19名

[承認事項]

#### 1. 会員の入退会について

正会員の入会15件、退会3件、国立病院・療養所の再編成で-2、退会慰留1件、賛助会員の入会1件、退会4件について承認。計、正会員2715会員、賛助会員505会員となった。

#### 2. 厚生省及び各団体からの依頼について

##### ① 「救急の日2000」の後援名義および協賛金の協力依頼

依頼元：厚生省、自治省消防庁、(財)日本救急財団、(財)日本中毒情報センター

##### ② 第13回「子どもの周りの無煙環境づくりの啓発事業」の後援名義依頼

依頼元：「子どもに無煙環境を」推進会議

##### ③ 「健康強調月刊」の実施に伴う協力名義依頼

依頼元：健康保険組合連合会

##### ④ 第29回日本医療福祉設備学会 併設「HOSPEX JAPAN 2000」協賛名義依頼

依頼元：日本医療福祉設備協会、社団法人日本能率協会

※日本診療録管理学会宛(日本病院会は5月に承認済み)

##### ⑤ シンポジウム「欧米医療における質改善の取組み」の特別発言依頼

依頼元：日本品質管理学会、医療のTQM推進協議会

##### ⑥ 「医療ガス保安管理技術者講習会」協賛名義依頼

依頼元：財団法人医療機器センター

##### ⑦ 医療とニューメディアを考える会への講師派遣依頼

依頼元：医療とニューメディア

##### ⑧ 日本医師会「安全対策委員会」への委員派遣依頼

依頼元：日本医師会

①については後援名義のみ承認、②③④⑥は承認、⑤は小堀常任理事、⑦は山本理事、⑧は大井常任理事を推薦することで承認。

3. 一日人間ドック施設の指定について

日本総合健診医学会の実査により、大分県厚生連健康管理センター、宮城県医師会健康センター、神戸市健康づくりセンター、円山クリニック、埼玉医科大学附属病院健康管理センター、中日病院、東京海上ビル診療所の7件が推薦され、承認された。

4. 第1四半期一般会計及び特別会計の収支・監査報告について（大道副会長）

大道副会長より、ほぼ昨年同様であると報告、星監事より適正に処理されていると監査報告があり、承認。

5. 病院倫理綱領の見直しに関する特別委員会の設置について

中山会長から、医科の委員構成で標記特別委員会の設置が提案され、承認された。

委員長－星和夫、委員－牧野永城、行天良雄、井部俊子、岩崎榮、池澤康郎、大道學、藤澤正清、奈良昌治、武田隆男、（担当役員 会長 中山耕作）

〔報告事項〕

1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

① 診療情報管理課程通信教育検討小委員会

診療報酬の点数化、またカルテ開示の問題もあって、診療情報管理士の受講生が1000名にもせまる勢いで増加し、またカルテ開示の問題もあって、診療情報管理士の受講生が1000名にもせまる勢いで増加しており、事務局の体制、レポートの問題、スクリーン会場確保の問題など解決方法を検討した、と報告。

② 人間ドック認定指定医小委員会

人間ドック認定指定医の第2回分の報告、評議員の数を会員の8%程度にすることで今後調整、今後の研修会の予定、人間ドック認定指定医の手帳の発行などについて報告。

③ 国際委員会

IHF理事会（スペイン）での台湾加盟問題の報告、第50回日本病院学会でのAHF各国への対応、国際医療技術交流財団からのコ・メディカル受入れ、大韓病院協会の日本での病院視察受入施設などの報告。

④ 感染症対策委員会

毛利委員からのレクチャー「結核の現状と結核院内感染対策」を雑誌に掲載する、今後「病院医療の質を考えるセミナー」に感染症対策のテーマを取り扱ってもらう、などを報告。

⑤ 医療経済、税制委員会

平成12年度病院経営分析調査についての調査票が報告された。

⑥ 統計情報委員会

日病学会での緊急フォーラムの報告と、平成12年度診療報酬改定影響率調査の報告書作成予定が報告された。

⑦ 社会保険・老人保健委員会、介護保険制度委員会合同委員会

高齢者医療制度の見直しについて保険局企画課長からのレクチャー、診療報酬体系改革、介護保険制度委員会の検討事項についての検討を行なったと報告。

⑧ 医療制度委員会

「21世紀の国民医療と病院」発行の報告、「勤務医師のために」も近日中に完成予定と報告。

⑨ 創立50周年記念事業実行委員会

当日のスケジュール、会場割り当ての決定、記念後援の演者選定基準、大臣表彰、会長表彰の候補者リスト、記念誌の発行、記念品等について検討したことを報告。

⑩ 広報委員会

インターネット・ホームページの運営方法、シリーズ特集の企画中小病院コーナーの運用等について報告。

⑪ 学術委員会

8月号の紹介、9月号の編集内容、10号の企画予定を報告。

⑫ 病院幹部医会幹事会

平成13年の「病院医療の質を考えるセミナー」の企画、平成12年10月のセミナー開催が報告された。

2. 第41回日本人間ドック学会開催について

藤澤学会長より、標記学会の詳細な内容について報告された。

3. 第26回日本診療録管理学会開催について

熊澤学会長より、標記学会の内容について報告された。

4. 第50回日本病院学会開催結果について

林学会長が欠席のため、中山会長から延べ4100人の参加者、425題の発表があったと報告。

5. 病院長・幹部職員セミナーの開催結果報告

武田副会長から7月6日～7日、京都・リーガロイヤルホテル京都で204施設、316人の参加で盛大に開催された旨の報告。

6. 国際モダンホスピタルショウ2000の開催結果について

三宅委員長から、7月12日～14日、東京ビックサイトにおいて計58900人の参加者を持って成功裏に開催、とりわけ外国からの出展が18カ国79社におよんだことが報告された。

7. 日本診療録管理学会理事会の開催報告について

木村委員長欠席のため、山本理事から7月18日に開催され、平成11年度の決算、平成12年度の予算事業計画、27回28回の日本診療録管理学会の開催予定等について報告。

8. 全国公私病院連盟総会の出席報告

6月21日

中山会長から、標記総会に出席挨拶を行なった旨の報告。

9. 医療研修推進財団理事会の開催報告

6月23日

中山会長から標記理事会に出席、評議員の交替、平成11年度の事業・決算報告が行なわれた旨の報告。

10. 医療審議会の開催報告

6月26日

奈良副会長から、標記審議会に出席、医療法改正の経緯、安全体制確認状況等のヒアリング結果、医療事故防止対策等について論議された、と報告。

11. 医療機能評価機構理事会・評議員会合同会議開催報告

6月29日

中山会長から標記理事会に出席、決算報告、組織の変更、評議員の選出等が行われたと報告。

12. 四病院団体会長会議の開催報告

6月30日

中山会長から、今後四病院団体協議会（四病協）として正式に発足したい旨の報告が行われた。

13. 災害医療体制のあり方に関する検討会

7月4日

土屋常任理事から、標記検討会に出席し、今後の検討課題について論議され、平成13年1～2月頃に報告書を作成する予定であると報告。

14. 日医・医業税制検討委員会の開催報告

7月14日

中山会長から、標記委員会に出席し、平成13年度の税制改正項目について説明を受け、日病の要望項目も大部分取り上げられている旨の報告。

15. 代議員の交替について

大道副会長から、和歌山県の代議員が山田和毅先生から山本好信先生、岡山県の代議員が佐々木澄治先生から広瀬周平先生、宮城県の代議員が高橋寛先生から志村早苗先生へそれぞれ交替した、と報告。

16. 厚生省等からの通知について

大道副会長から、厚生省大臣官房統計情報部長から平成12年度介護サービス施設・事業所調査協力依頼、財団法人日本医療保険事務協会から第12回診療報酬請求事務能力認定試験の申込状況報告がそれぞれ来ていることを報告。

〔協議事項〕

1. 国立病院の独立行政法人化について

中山会長から標記について、各役員の見解を求め、協議を行なった結果、ナショナルセンターと政策医療関係を残し、一般の民間病院等と競合するような病院は、独立行政法人にした方がよい、との意見が大部分であった。

2. 医療費、医療制度、医療保険制度について

福井常任理事から、中医協の医療経営実態調査の健康保険組合の収支状況を見ると、一般にいわれるような赤字ではなく、トータルで黒字になっておりマスコミ操作に惑わされないようにしなくてはならない、と発言があり議了。

## 第5回常任理事会

平成12年8月26日（土） 日病会議室 出席者19名

### 〔承認事項〕

#### 1. 会員の入退会について

正会員の入会9件、退会6件、賛助会員の入会1件、退会1件について承認。正会員2718会員、賛助会員505会員となった。

#### 2. 厚生省及び各団体からの依頼について

##### ① 総合防災学院研修講座への後援依頼

依頼元：NPO防災情報機構

##### ② 日本災害医療支援機構の理事就任依頼

依頼元：日本災害医療支援機構

##### ③ 「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のために講習会」後援依頼

依頼元：（財）麻薬・覚せい剤乱用防止センター、（財）日本薬剤師研修センター

##### ④ コージェネレーションシンポジウム2000の協賛名義試用依頼

依頼元：日本コージェネレーションセンター

##### ⑤ フード・ケータリングショー／シンポジウム及び第1回厨房設備機器大展示会協賛名義試用依頼

依頼元：（社）日本能率協会

##### ⑥ 第50回日本理学療法学会の後援名義使用依頼

依頼元：（社）全国病院理学療法協会、第50回日本理学療法学会

##### ⑦ （財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団設立発起人就任願い

依頼元：（財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

##### ⑧ JET品質システム審査登録専門家委員及び代理人推薦願い

依頼元：（財）電気安全環境研究所

##### ⑨ 健康啓発冊子の会員への配布について

依頼元：健康と料理社

②、⑦については中山会長、⑧は山口事務局長、その他については承認。

〔報告事項〕

1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

① 人間ドック施設認定小委員会

人間ドック実施指定病院の評価結果について検討を行い、来年以降の参考にして行くことになった、と報告。

② 総婦長セミナー

8月18日、東京マリオットホテルで開催され、111施設191名の参加者があったと報告。

2. 「12年度第1回日本医師会病院委員会」の開催報告について

8月2日に日本医師会において開催され、坪井会長の挨拶のあと、「21世紀における病院のあるべき姿について」諮問され、今後論議して行くことになった、次回開催は10月18日と報告。

3. 第41回日本人間ドック学会開催報告について

8月24日～25日、福井市において開催され、登録参加者、招待参加者、公開講演参加者等あわせ、5200名の参加があった、と報告。

4. 第26回日本診療録管理学会の開催について

9月21日～22日、福岡市のアクロス福岡において熊澤浄一（前国立九州医療センター院長）学会長のもと開催される旨を報告。

5. 診療情報提供環境整備事業の実施について

診療録管理学会と医療研修財団が合同で、診療情報管理士と臨床研修の指導医師を対象に、診療情報の提供と活用に関する知識と技法の研修会を開催する旨を報告。

6. 病院経営管理者養成課程通信教育卒業試験実施結果について

6月23日

6月23日に病院経営管理者養成課程通信教育の卒業試験を行い、23名が合格見込、9月30日にダイヤモンドホテルにおいて認定式を実施する旨の報告。

7. 四病院団体協議会の開催報告について

7月28日

日本医師会において開催され、四病協の規約等を決定した、次回は8月30日に開催され、

委員会の設置等について協議する、と報告。

8. 医療審議会総会開催結果報告について

8月8日

8月8日に総会が開かれ、主に医療事故と救急救命士の件について論議、21日は医療経営と患者サービスに関する小委員会が開かれ、規制緩和に関する論点公開について協議を行った、と報告。

9. 医療関連サービス基本問題検討会開催報告について

8月9日

業務委託に関する調査報告があり、食事の提供、寝具類の洗濯、施設の清掃について契約内容の見直し、また業務内容の低下、患者からの苦情等によって契約の解除を行なった病院が多かったと、報告。

10. 中川官房長官への表敬訪問について

8月16日

日本病院会についての説明、四病協の動きなどの報告、今後さらに四病協で政治的働きかけが強力に必要になるであろう、と報告。

11. 予防医学委員会記者発表について

8月21日

従来行っていた、県別の健康マップは種々の弊害があるので、今後は公表しないことになった、と報告。

12. 厚生省等からの通知について

(財)日本医療保険事務協会からの診療報酬請求事務能力認定試験の状況、建設省住宅局から建築防災週間実施のお知らせ、(財)国際医療技術交流財団の保健文化賞受賞決定、日本医師会から患者の安全に関するセミナーの参加者派遣依頼、等について報告。

〔協議事項〕

1. 四病院団体協議会（四病協）に期待するもの — どのような委員会を設置するか—

できるところから、要求行動の一致を行ない、組織的統合は急ぐべきではない。日医と病院団体の違いを明確化させ、よりよい医療実現のため進めればよい。政治団体だけでも取り

敢えずまとまってみてはどうか。委員会の設置としては、制度政策に提言するようなもの、教育研修に関するもの、病院経営・医療経済に関するものを設置してはどうか。地方ではうまく行っているの、中央でも今後は問題なく行くのではないか。などの意見があり、次回以降の総合部会において、正副会長の判断に一任することになった。

## 2. 病院倫理綱領の見直しの検討項目について

患者の権利の事項など、前回の綱領に触れられていない項目などを今後検討し、随時報告して行くので、今後気がついたことがあれば委員、事務局などに意見を頂きたい。

## 第6回常任理事会

平成12年9月30日（土） 日病会議室 出席者20名

〔承認事項〕

### 1. 会員の入退会について

正会員の入会14件、賛助会員の入会5件について承認。計、正会員2732会員、賛助会員510会員となった。

### 2. 厚生省及び各団体からの依頼について

- ① 平成12年度臨床検査月刊に対する協賛名義使用依頼  
依頼元：（社）日本衛生検査所協会
- ② バリアフリー2001後援名義使用依頼  
依頼元：（社福）大阪府社会福祉協議会
- ③ 第1回健康セミナー「生活習慣病から身を守る」の後援名義使用依頼  
依頼元：（財）三越厚生事業団
- ④ 第2回フォーラム「医療の改善活動」後援名義使用依頼  
依頼元：「医療のTQC推進協議会」
- ⑤ 第11回秋田県病院大会後援名義使用依頼  
依頼元：（社）秋田県病院協会
- ⑥ 第3回フランス病院栄養士・調理師特別講習会后援名義使用依頼  
依頼元：フランス文化を識る会
- ⑦ 病院給食における米の消費量調査について  
依頼元：厚生省健康政策局指導課

上記①～⑥についてはすべて承認。⑦については武田病院、日鋼記念病院、中野総合病院、医療法人愛仁会、聖マリア病院、中頭病院、府中病院が引き受けることになった。

※「総合健診（一日人間ドック）施設」の承認について

京浜健診クリニックが日本総合健診学会より推薦があり、承認された。

### 3. 四病協委員会の委員委嘱について

	委員長	委員	委員
医療安全対策委員会	藤澤 正清	大井 利夫	斎藤 広子
医療制度委員会	奈良 昌治	北條 慶一	梶原 優
医療保険・診療報酬委員会	栗山 康介	西村 昭男	山本 修三
医療経営・税制委員会	池澤 康郎	福田 浩三	小堀鷗一郎
医療従事者対策委員会	中後 勝	林 雅人	井手 道雄
介護保険委員会	武田 隆男	川合 弘毅	大山 朝弘、

以上承認された。

#### 〔報告事項〕

#### 1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

##### ① 予防医学委員会

健保連からの要望通知案、第2回日本人間ドック認定指定医、認定指定医研修会、人間ドック判定に関するガイドライン作成小委員会、平成11年度予防医学委員会報告、について報告。

また日本人間ドック学会における食品等の推薦基準については、・厚生省特定保健用食品であること、・EBMによって評価されたもの、・日本人間ドック学会、もしくは日本人間ドック学会が評価した日本内科学会、日本外科学会、日本循環器学会、日本動脈硬化学会等で学会発表、もしくは論文発表があることを基準に推薦を行っている旨を報告。

##### ② 予防医学委員会（人間ドック実施病院実査委員会）

人間ドック実施指定病院の調査結果555病院のうち、優良が328病院、要指導・要注意が227病院であったと報告。

##### ③ 病院倫理綱領見直しに関する特別委員会

今後の開催予定の決定と、患者の権利、安全管理、医療の質の向上、の3項目を大項目に取り入れるかどうか、次回に検討と報告。

##### ④ 医療保険制度対策特別研究会

第二次急性期医療費調査の実施について報告があった。

⑤ 国際委員会

AHF、IHFの関連行事予定について、国際医療技術交流団からの受入れ、大韓病院協会の訪日研修会の予定について、台湾病院協会定時総会への日病代表出席について、以上について報告された。

⑥ 感染症対策委員会

「インфекション・コンプリート・ハンドブック」の作成について検討している旨の報告。

⑦ 医療経済・税制委員会

平成12年度病院経営分析調査についての分析、税制改正要望事項における日病の要望が取り上げられた（特定医療法人の承認基準の緩和）旨の報告。

⑧ 広報委員会

インターネットホームページの運営、シリーズの企画、新年座談会の企画について打ち合わせたと報告。

⑨ 統計情報委員会

平成12年度診療報酬改定影響度・経営実態調査の報告書、とりまとめについて検討を行い、次回常任理事会において概要を報告するように決定した、と報告。

⑩ 社会保険・老人保健委員会

2002年の診療報酬改定要望を来年の2月頃までにまとめ、日医に提出する予定なので要望事項は今年中に事務局まで提出してもらいたい旨の報告。

⑪ 学術委員会

日病雑誌11月号の概要報告と、英文雑誌原稿募集について報告があった。

2. 全国病院団体連合常任幹事会の開催報告について

9月7日

四病協も出来たことでもあり、コ・メディカル中心のものとし、今後の活動は講演会などの活動を重点的に行って行きたい、なお名称はそのままとする、と報告。

3. 四病協総合部会の開催報告について

8月30日、9月27日

四病協において1)医療制度委員会、2)医療保険・診療報酬委員会、3)医業経営・税制委員会、4)医療従事者対策委員会、5)介護保険委員会、6)医療安全対策委員会を設けることになった。日医の「診療ガイドライン評価センター（仮称）設立に向けての準備委員会」委員には四病協から山本修三（日病）、高橋正和（日精協）を推薦、総務庁の規制改

革委員会公開討論には中山日病会長を推薦した旨を報告。

4. 第2回医療安全対策連絡会議の出席報告について

9月13日

日病からは、いままで本会が行ってきたセミナー等の取組みについて説明したと報告。

5. 日医第1回医療安全対策委員会開催報告について

8月30日

討議を進める項目を1) ヒト、2) モノ、3) 組織、4) 情報の共有、の4項目にして、今後医師法21条の解釈も含め検討して行くことになった。

6. 四病協第1回医療安全対策委員会開催報告について

9月27日

厚生省の「医療機関における安全管理の実施状況に関する調査」に協力して行くことになった、と報告。

7. 中川官房長官との懇談報告について

9月21日

会長・副会長で中医協への病院団体の参加と、IT予算の民間病院への予算配分をお願いしてきた、と報告。

8. 第41回日本人間ドック学会特別講演等の報告について

8月24日・25日

三笠宮寛仁親王の特別講演、行天先生のシンポジウムなど大変盛会であった、と報告。

9. 第26回日本診療録管理学会開催報告について

9月21日・22日

福岡市で開催され、1098名の参加者があったと、報告された。

10. 第2回日本診療録管理学会理事会開催報告について

9月20日

診療録管理学会にあわせ福岡市で開催、平成14年度は天理よろず相談所病院が引き受けることになった、と報告。

11. 診療情報管理課程編入・認定試験について  
9月9日・23日  
9月9日に編入試験9校201名、9月23日に認定試験2校168名、が実施されたと報告。
12. 第21回病院経営管理者要請課程通信教育認定式について  
9月30日  
本日常任理事会終了後、ダイヤモンドホテルにおいて開催される旨の、報告。
13. 「消費者契約法」の施行に関する懇話会の出席報告について  
9月1日  
関係団体が日本医師会に集まり、平成13年4月より施行される「消費者契約法」の対策について検討を行い、近々日医雑誌等に掲載される旨の報告。
14. 日本病院会熊本県支部・研修会報告について  
9月6日  
国立熊本病院研修センターで開催され、56名（日病会員32病院）が参加、研修会と会員増強の願いを行い、大変好評であった旨、報告。
15. 第33回台湾病院協会年次総会の出席報告について  
9月28日・29日  
会長代理として奈良副会長が出席し、挨拶を行ったと報告。
16. 日本医療機能評価機構・病院機能評価の審査結果及び日本医療保険事務協会理事会出席報告について  
8月21日、9月18日に日本医療機能評価機構において審査が行われ、合計379病院が認定証の発行を受けた、と報告。  
9月5日に日本医療保険事務協会の理事会があり、第12回合格者の決定、副会長の選任を行ったと報告。
17. その他  
医療関連サービスの第10回海外調査（西村常任理事が団長9の報告がされた。  
西村常任理事より、9月19日に、日本メディカル給食協会の第34回評価認定委員会が開催され、基本審査、資格認定試験講習会修了者判定が行われた、と報告。

三宅委員長より、国際モダンホスピタルショウの概要報告があり、いままでの中で最大規模の開催であった旨の報告。

〔協議事項〕

1. リスクマネジメントについて

東京都では都立病院だけでチューブ等の色分けを行っているが、全病院同じ仕様で決めないと危険である。

医療事故のアンケートは次回の役員会までに概要が報告できる予定、など意見があり議了。

2. 医療費、医療制度、医療保険制度について

・医療費

2000年は介護保険に回り、医療保険は減るのではないか。

日病では財源論についてもっと論議すべきである。

健保組合等の状況をもっとマスコミにしらしめるべきである。

などの意見があり議了。

・中医協

病院の代表の参加問題は、日医との関係を保ちながら、四病協とも協力して次回の参議院選の頃までにはなんとか目途を出したい、など論議があり議了。

3. 病院経営、税制、医師、看護婦について

・消費税

四病協結成になった最大の目的でもあり、厚生省発表した資料ですら病院の損税になっていることを示しており、引続き解決するよう努力する、旨の論議があり議了。

## 第7回常任理事会

平成12年10月28日 日病会議室 出席者21名

〔承認事項〕

1. 会員の入大会について

正会員の入会3件、国立病院療養所の再編によりー1件、賛助会員の入会1件、退会2件を承認。計、正会員2734会員、賛助会員509会員となった。

## 2. 厚生省及び各団体からの依頼について

- ① 第4回脂質栄養シンポジウムの後援依頼  
依頼元：日本栄養・食糧学会関東支部
- ② 第7回アジアメディカルショーの後援依頼  
依頼元：九州医科器械団体連合会、福岡県医療機器協会
- ③ 実践講座「病院における電磁環境障害とその対策」の後援依頼  
依頼元：(社)国際年コミュニケーションセンター 医療・福祉におけるECM対策技術研究委員会
- ④ 「ホスピタルショウ大阪2001」の「ホスピタルショウ」名称使用依頼  
依頼元：(社)日本経営協会 関西本部
- ⑤ 「生き生きライフ21」北海道講演会への後援依頼  
依頼元：(社)日本健康倶楽部北海道支部
- ⑥ ICD・9・CM（病名編、手術、処置編）の日本語訳監修名義使用依頼  
依頼元：(財)医療情報システム開発センター

上記①～⑥についてすべて承認。

## 3. 第2四半期一般会計及び特別会計の収支監査報告について

大道副会長より、順調に推移している旨の報告、星監事より予算執行状況は収支ともに適正であると監査報告がなされ、承認。

### 〔報告事項〕

#### 1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

- ① 病院倫理綱領見直しに関する特別委員会  
表現、項目の追加、項目の整理、作業手順、等について検討を行った、と報告。
- ② 社会保険・老人保健、介護保険制度、医療制度合同委員会  
高齢者医療保険制度について、岡本悦司委員より厚生省が現在行っている試行調査、医療経済研究機構の研究、中医協の調査等の内容説明を解説した。  
病院会計準則の見直しに関して、石井委員より引当金制度が順次縮小、廃止の方向にあり、税法処理基準にしたがった会計処理をした場合、経営収支があたかも改善されたような損益計算書を表示する可能性があるため、病院経営者および実務担当者に現状の周知を行いたい、との意見が述べられた。

平成12年度の診療報酬に対する不合理点について、要望してもらいたい等の意見があっ

た、と報告。

③ 通信教育委員会

第53回診療情報管理課程合否判定の検討、第53回診療情報管理士認定授与式についての検討を行ったと報告。

④ 創立50周年記念事業実行委員会

当日のスケジュール及び部屋割り、大臣表彰、会長表彰の対象者、記念講演の演者、記念品、について検討を行ったと報告。

⑤ 人間ドック手帳改定検討小委員会

現在の「人間ドック手帳」「人間ドック質問表」の改定を行うべく検討した、と報告。

⑥ 学術委員会

日病雑誌12月号の編集について検討を行った。また「近代医学のルーツを探る京都の旅」を企画した旨の報告があった。

⑦ その他

- ・救急医療防災セミナー 10月13日 東京消防庁本所都民防災教育センター 95名
- ・全国栄養調理研究会 10月13/14日 山形市山形イン 105名
- ・全国図書研究会 10月20日 日本病院会 60名
- ・病院経営者管理研究会 10月26/27日 ばるるプラザ京都 151名

以上開催された旨の報告

2. 日医・医業税制委員会の開催報告について

10月13日

平成13年度税制改正要望事項の日医と日病の比較検討、「わが国税制の現状と課題－21世紀に向けた国民の参加と選択」の説明と検討を行ったと報告。

3. 四病協・総合部会の開催報告について

10月25日

- ・四病協各委員会の運営方法－委員長は1年任期、委員長は各団体分担、事務局は委員長の所属団体
- ・総務庁規制改革委員会公開討論の出席報告
- ・平成12年度厚生省補正予算の説明－IT関連で民間病院向けに72億円
- ・厚生省の中小病院等に関する調査の委員推薦－全日病から1名推薦
- ・消費者契約法の施行について－今後、日医と協力の上、「苦情・相談窓口」機能充実を検討
- ・その他－日病検討中の「感染症対策ハンドブック」を四病協として発行

4. 平成12年秋の叙勲受賞者及び祝賀会の開催について

福田浩三常任理事の勲四等瑞宝章が内定、12月の常任理事会終了後に祝賀会を開催したい旨の報告。

5. 規制改革委員会公開討論（医療）の出席について

10月20日

規制緩和、情報公開、広告規制等に関して、日医とその他の医療関係者、有識者との意見の食い違いが目立った、と報告。

6. 診療ガイドライン評価センター設立に向けての準備委員会の出席について

10月23日

名称は今のところ、診療ガイドライン評価センター（仮称）設立に向けての準備委員会であり、今後「EBMに係わるデータベースを構築、専門家の評価を経た上で、インターネットなどを通じて医療情報を提供」等のために検討を行なっていく予定と報告。

7. 医学の歴史を巡るギリシア・エーゲ海の旅の開催報告について

10月1日～11日

総勢18名で、無事終了と報告。

8. 厚生省等からの通知について

- ・厚生省健康政策局総務課長より「医療機関における安全管理体制の整備状況等に関する調査」の協力依頼。
- ・日本医師会羽生田俊常任理事から「准看護婦養成所の実習の積極的受入れ」のお願い

9. その他

- ・（財）医療関連サービス進興会第10回海外調査視察の修了報告（西村常任理事）
- ・政治連盟の開催報告（藤澤副会長）
- ・第51回日本病院学会参加料等の決定報告（井手常任理事）

〔協議事項〕

1. 医療費、医療制度、医療保険制度について

- ・混合診療と日医の「自立投資」の問題。

- ・今回の診療報酬改定で200床未満と以上の区分の問題。
- ・小児医療、入院基本料の問題。
- ・機能分化の問題、混合診療の問題も、そろそろ論議すべき時期。
- ・保険者による医療機関選別の問題。
- ・医療機能評価機構に関する問題。

など意見が出されて、議了。

## 2. 役員改選及び選挙管理委員会の設置について

私的から 三宅浩之、牧野永城

公的から 岡崎 通、北條慶一

その他 山口事務局長

以上を選任

## 3. 平成13年度事業計画（案）について

役員会の開催地を、年に2・3回は地方開催を行いたい旨の提案があり、検討することになった。

## 第8回常任理事会

平成12年11月25日（土） 日病会議室

第3回合同理事会と合同開催（理事会の項参照）

## 第9回常任理事会

平成12年12月16日（土） 日病会議室 出席者21名

〔承認事項〕

### 1. 会員の入退会について

正会員の入会6件、退会2件、国立病院療養所の再編により－1、賛助会員の入会7件、を承認。計、正会員2744会員、賛助会員516会員となった。

### 2. 厚生省及び各団体からの依頼について

① 「ニューメンブレンテクノロジーシンポジウム2001」の協賛名義使用の依頼

依頼元：（社）日本能率協会

② 「第7回第1種ME技術実力検定試験および講習会」協賛依頼

依頼元：(社)日本エム・イー学会

③ 「自治体総合フェア2001」協賛名義使用依頼

依頼元：(社)日本経営協会

上記①～③についてすべて承認。

3. 一泊人間ドック施設の指定について

新行橋病院2床を承認。

4. 国際病院連盟理事後任候補者の推薦について

現在IHFの理事である、秋山洋常任理事の任期が2001年の5月で満期になるため、後任に牧野永城参与を推薦したい旨の提案があり、承認された。

〔報告事項〕

1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

① 医療制度委員会

- ・ 四病協の開催報告、病院の外来機能、臨床研修について、公私病院のあり方、規制緩和等について検討を行った。
- ・ 医療審議会の開催報告、医療法改正に係る政・省令及び告示案、医療計画の基準病床数の算定に関する事項について報告した。

② 病院倫理綱領見直しに関する特別委員会

日本病院会の倫理綱領が以下の5項目に決まった。

- ・ 医療の質の向上
- ・ 医療記録の適正管理
- ・ 権利擁護とプライバシーの保護
- ・ 安全管理の徹底
- ・ 地域社会との連携の推進

③ 看護教育施設部会

2年毎に実施している「看護学校運営に関する実態調査」来年1～2月に実施、集計は4～5月頃になる、と報告。

④ 予防医学委員会

- ・ 来年度のドック利用料金について健保連と打合せを行い、本年度と同額であると伝えた。
- ・ 人間ドック実態調査は来年早々に実施する。

- ・人間ドックにおける閉経以後高コレステロール血症についての予後調査委員会、人間ドックにおける検査項目見直し小委員会は矢崎義雄・国立国際医療センター総長を委員長に調査検討始めたい。
- ・第2回人間ドック認定指定医研修会は、来年度ドック学会開催時も実施し年2回とする。以上報告があった。

⑤ 通信教育委員会

- ・木村委員長入院のため、平成13年3月31日まで山本副委員長が委員長代行を行うことになった。
- ・講師会において新カリキュラム案の説明を行い、2月末頃までにまとめることになった。
- ・診療情報管理課程認定指定専門学校の指定申請が6件、今後認定規定の再検討が必要。
- ・病院経営管理者養成課程の前期試験・後期スクーリングの概要と、講師の異動についての報告。
- ・病院管理者協議会研修会報告。

以上の報告

⑥ ホスピタルショウ委員会

来年1月23日に開催される新年講演会の講師が谷修一氏、テーマは「今後の医療の方向と課題」に決まった、と報告。

⑦ 社会保険・老人保健委員会

- ・内保連90回例会が開催されるため、内保連委員の三浦常任理事に出席願い意見を交換した。
- ・平成12年度診療報酬改定の不合理点、矛盾点をまとめた。
- ・四病協の医療保険・診療報酬委員会の報告

以上の方向。

⑧ 救急医療防災対策委員会

平成13年度のセミナー企画、10月12日（金）大宮ソニックにて開催を決定した。

⑨ 医療経済・税制委員会

平成13年度税制改正大綱について、とりわけ日医が要望していた病院建物立替による特別償却の実現について、説明がなされた。

平成11年度決算報告による、経営分析調査報告がなされた。

⑩ 病院幹部医会幹事会

平成13年3月9日のセミナーの概要決定について、13年度の開催予定について、幹事の交替について、報告が行われた。

## 2. 四病協諸会議の開催について

### ・11/30 医業経営税制委員会

今後の運営について、消費税制、承継税制、人員配置の算定方法見直しについて、法人税性について、を中心に議論して行くことになった。

### ・12/1 医療安全対策委員会

「職業がん対策専門家会議における物質の発がん性についての検討結果」について、労働省の担当者から説明。

東京都病院協会から依頼のあった「診療に関する警察への届け出にたいする見解」について、検討を行ったが結論は出ず、今後引き続き検討して行くことになった。

### ・12/8 医療制度委員会

厚生省の医療審議会にあわせて、論議して行くことになり、「病院と診療所との機能分化について」、「臨床研修の必修化について」意見を出し合った。

### ・12/15 医療保険・診療報酬委員会

各団体のこれまでの活動状況、平成12年度診療報酬改定の分析報告が行われ、「紹介率算定方式の問題について」今後検討して行くことになった。また、200床問題についても引き続き検討して行くことになった。

## 3. 医療審議会の開催報告について

12月6日、13日

医療機関の広告規制緩和に関する事項、基準病床数の算定式の検討を行ったと報告。

## 4. 厚生省・急性期入院医療の定額支払方式対象病院の追加募集説明会への出席報告

12月5日

厚生省の標記会議に出席し説明を受け、12月15日には全日病、医法協、全自病と日病の四病院団体が対応を検討した結果、各団体が会員に呼びかけ、プロジェクトチームを発足させ、厚生省に対して一致して対応させることになった。

## 5. 第50回日本病院学会決算報告について

標記決算報告がなされ了承された。

6. 第51回日本病院学会について

標記について平成13年6月21日～23日、アクロス福岡にて開催され、特別講演、シンポジウム等概略が決まり、演題募集を開始した、と報告。

7. 医療事故対策に関する活動状況集計結果報告について

608病院から回答があり、80%の病院が医療事故対策委員会が設置されており、事故対策マニュアルが60%の病院で作成されている、事故の原因については不注意が28.4%、思い込みが14.5%となっており、一部でいわれているような、過重労働によるものとは考えにくい、などの報告があった。

8. 医療機能評価機構・病院機能評価の審査結果について

今回10病院に新たに認定書を発行し、合計397病院になったと報告。

9. 日本医療保険事務協会・第13回診療報酬請求事務能力認定試験の申込状況について

今回9086名（うち歯科273名）が受験することになった、と報告。

10. その他

厚生省から理学療法士及び作業療法士需給推計の意見書、医療関連サービス振興会から医療関連サービスの実態調査報告、厚生省から第1回肝炎対策に関する有識者会議報告、日精協から朝倉病院問題に関する声明、厚生省から診療情報提供環境整備事業の実施について、それぞれの資料について説明がされた。

〔協議事項〕

1. 役員改選について

三宅選挙管理委員長から12月1日付で、選挙告示を行った旨の報告があり、了承された。

2. 平成13年度事業計画（案）について

中山会長から概要の説明があり、各自検討することになった。

3. 平成13年度予算（案）について

大道副会長から、概要説明があり、了承された。

4. 平成13年秋の叙勲候補者の推薦について

中山会長から福井常任理事を推薦したい旨の提案があり、了承された。

第10回常任理事会

平成13年1月27日(土) 日病会議室 出席者18名

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

正会員の入会6件、退会4件、退会慰留2件、賛助会員の入会4件、退会1件について承認。計、正会員2747会員、賛助会員520会員となった。

2. 厚生労働省及び各団体からの依頼について

① 平成13年度「看護の日」及び「看護週間」の協賛依頼

依頼元：厚生労働事務次官

② 第49回日本医療社会事業全国大会ならびに第21回日本医療社会事業学会の後援名義使用依頼。

依頼元：(社)日本医療社会事業

③ 生活習慣病予防週間の後援依頼

依頼元：厚生労働省健康局長

①②③について承認。

3. 一泊人間ドック施設の指定について

松園第二病院(3床)－岩手県・盛岡市・財務省印刷局東京病院(1床)－東京都・北区、の認定を承認。

4. 第3四半期、一般会計及び特別会計の収支・監査報告について

大道副会長から、第3四半期の収支報告の説明、星監事より予算執行状況は適正である旨の監査報告を承認。

〔報告事項〕

1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

① 国際委員会

IHFフィールドスタディコースの概要について、2001年5月14日～18日北海道、ツアー企画を見積りの結果、日本旅行になった。

IHFの理事候補として牧野参与をノミネートすることを決定。

第51回日本病院学会にAHF加盟各国に参加招待状を送付済み。

IHF kongress 2001で秋山国際委員長が講演する。

## ② 中小病院委員会

第51回日本病院学会シンポジウム「中小病院の経営戦略パートⅣ」の演者の決定。

第3回情報交換会を2月10日、京都市の「マリアージュ」にて開催。

## ③ 感染症対策委員会

スタンダード・プリコーション・ハンドブックの作成は新年度早々に出来る予定。

「肝炎対策に関する有識者会議」において、病診連携の構築、ウィルス感染者対策の強化、国民および医療機関への啓蒙活動、などが論議。

平成13年度の委員会活動について、第51回日本病院学会の講演、そのためセミナー等を企画。

ICNの養成について、日本病院会認定制度も含め、早急に検討を行うことになった。

インフルエンザの発生状況の報告。

## ④ 医療制度委員会

改正医療法の政省令および告示案の答申内容について、とりわけ旧総合病院の精神病床に関する人員配置基準について意見交換。

四病協医療制度委員会の報告。

平成16年の臨床研修必修化を踏まえ、病院団体として一括引受のための検討を行った。

100床以上の病院は管理栄養士をおくという、日本栄養士会からの申し入れに対しての了承。

その他、診療報酬上の200床区分、紹介率計算の統一化、病院会計準則の見直し、精神障害者雇用問題等について検討した。

## ⑤ 社会保険・老人保健委員会

平成14年度の診療報酬改定項目についての検討。

内保連の開催報告。

患者紹介率の算定方式について、約150病院のアンケート調査をもとに、日病方式、全日病方式それぞれで計算して調べてみることになった。

## ⑥ 介護保険委員会

要介護認定、介護入所施設の一元化、おむつ代、介護保険適用型療養病床群と医療保険適用型療養病床群等の問題点についての論議。

高齢者医療制度の4案について、老人の心身の特性、老若の公平な負担等をないりよし、今後更に検討。

⑦ 学術委員会

3月号の編集について、第50回日本病院学会推薦演題について、4月号の企画について検討。

⑧ 統計情報委員会

薬剤に関するアンケート調査を今年度中に行うべく、実施目的、項目内容、実施直答について、検討。

2. 四病協諸会議の開催報告について

・総会部会（12月20日、1月24日）

平成13年度の税制改正大綱の説明、四病協各委員会の報告、DRG調査の協力、医療安全推進者養成講座実施要綱の説明、全日病40周年記念パーティーへの出席要請、総合部会当番月3カ月から4カ月への変更。

病院建築計画に伴い規制される状況に関するアンケート調査結果の報告、日本医療機能評価機構の認定について、四病協各委員会の報告。

・医療制度委員会（1月12日）

病院の外来制限について、臨床研修制度について、営利企業の病院経営参入問題について、広告規制について意見交換を行った。

・介護保険委員会（1月16日）

第4次医療法改正でいう療養病床のあり方について、介護職員の配置基準3:1の適用の延長について、介護療養病床-医療療養病床の一元化等の問題で意見交換をした。

・医療従事者対策委員会（1月19日）

昨年12月25日に厚生省より提出された、看護職員の需給計画に関する検討会報告書にもとづき意見を交換、正・准看に分けての需給計画になってない、将来動向を推し量るのは困難、3年計画の策定による見通しは妥当ではない、などの意見が出された。

・医療保険・診療報酬委員会（1月26日）

200床問題については次回に使用をそろえ検討することになった、紹介率算定問題についてはアンケートの回答した150病院をそれぞれの方式で試算し検討することになった。

3. 日医・医業税制委員会の開催報告について  
自民党の平成13年度税制改正大綱についての説明があった、と報告。
4. 全日本病院協会創立40周年記念式典の出席報告（1月18日）  
1月18日にホテルオークラにて、盛大に行われた、報告。また、大道副会長より、日病の50周年についての進捗状況が報告された。
5. 諸橋芳夫先生を偲ぶ会の出席報告（1月20日）  
1月20日に旭中央病院にて、職員を中心にとりおこなわれた、と報告。
6. 日医・病院委員会の出席報告（12月6日）  
大病院の外来機能のあり方、公私の病院の役割分担、病院に対する法的規制のあり方について検討を行った、と報告。
7. 日医・医療安全対策委員会の出席報告（1月17日）  
「日本医師会医療安全対策委員会答申たたき台」の説明があり、これに対する意見を出し合い、次回委員会において中間報告をまとめることになった。
8. 内保連・第90回例会の開催報告について（1月16日）  
平成12年度の会計報告、平成13年度の運営費徴収について、またDRG／PPSの現状報告、それと平成14年度の診療報酬改定について論議した、と報告。
9. 国際モダンホスピタルショウ2001開催説明会・新春講演会の開催報告について  
2001年度の開催説明の後、「今後の医療の方向と課題」をテーマに元・厚生省健康政策局長の講演が行われた、と報告。
10. 医療審議会の開催報告について（12月18日、21日、26日）  
医療審議会に置ける、改正医療法に伴う、政令、省令及び告示について、諮問・答申の報告を行った。とりわけ、旧総合病院における精神病床の取り扱いについて、一般病床の人員配置基準でいいのかどうか、今後さらに論議して行くことになった。
11. 日本医療法人協会賀詞交換会の出席報告（1月19日）

（奈良副会長）（資料13）

1月19日、東京會館において行われた、と報告。

12. 平成13年度「短期人間ドック」「自動化健診」の検査綱目及び利用料金について  
平成13年度の「短期人間ドック」の料金上限61,000円（HCV抗体検査+は63,500円）、「自動化健診」は50,000円となった旨の報告。
13. 日本病院会・山口県支部長の交替について  
前支部長の死去に伴い、水田英司（小野田赤十字病院長）が支部長に選任された旨の報告。
14. 厚生労働省等からの通知について  
厚生労働省より、看護婦等養成所の運営に関する手引き、看護婦等養成所の運営に関する指導要領について、毒薬等の適正な保管管理等の徹底について通知が来ている旨の報告。  
日本栄養士、全国病院栄養士協議会から医療法改正および診療報酬改定にかかわる陳情書が届いている旨の報告。

〔協議事項〕

1. 医療費、医療制度、医療保険制度について  
介護保険－医療保険の問題、特別養護老人ホーム老人保健施設の問題、高齢者医療保険の問題等について、資料をもとに論議を行った。
2. 平成13年度事業計画（案）について  
前回の説明から、IFH2001フィールドスタディコース（北海道）の開催、IHF香港総会ツアーの開催が新たに付け加えられた、と説明。
3. 平成13年度収支予算（案）について  
一般会計＋特別会計、収入合計1,165,993千円の予算の説明がなされた。
4. その他  
厚生労働省の組織図等が資料として提示された。

## 第11回常任理事会

平成13年2月24日（土） 日病会議室

第4回理事会と合同開催（理事会の項参照）

## 第12回常任理事会

平成13年 3月24日（土） 日病会議室 出席者21名

### 〔承認事項〕

#### 1. 会員の入退会について

正会員の入会12件、退会2件、国立病院の経営委譲及び統廃合により+2、-5、賛助会員の入会2件、退会6件について承認。計、正会員2754会員、賛助会員509会員となった。

#### 2. 厚生労働省及び各団体からの依頼について

- ① 「病院における薬剤師の人員配置に関する検討会」委員就任依頼  
依頼元：厚生労働省医政局長
- ② 第2回「癒しの環境研究会」全国大会の後援依頼  
依頼元：癒しの環境研究会
- ③ 「患者中心の参加型医療をめざして2001」の後援依頼  
依頼元：ヘルスケア・リレーションシップ・マーケティング研究会
- ④ 第5回研究発表大会 後援名義依頼  
依頼元：（社）日本医業経営コンサルタント協会
- ⑤ 第4回医療機能評価機構研究フォーラムの後援名義依頼  
依頼元：（財）日本医療機能評価機構

①～⑤全て承認。

### 〔報告事項〕

#### 1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

- ① 病院倫理綱領見直しに関する特別委員会  
大項目の解説部分の一部訂正と、各論の論議を行ったと報告。

- ② 創立50周年記念事業実行委員会

#### スケジュールの最終確定

正副会長会議（桃の間）	10：00～11：00
常任理事会（桜の間）	11：10～13：20
代議員会・総会（富士の間）	13：30～14：20
記念講演（富士の間）	14：35～15：35

記念式典（光の間） 16：00～16：45  
（秋篠宮殿下、同妃殿下のご臨席を賜る予定になっております）  
記念祝賀会（富士の間） 17：00～19：00

#### 記念品の確定

切子のペアワイングラス

以上が確定されたと報告。

#### ③ 予防医学委員会

新人間ドック手帳作成（A4サイズ）、「人間ドックの本」の発刊、第2回人間ドック認定指定医研修会の開催予定（3月13日）、日本人間ドック学会の開催と第3回人間ドック認定指定医研修会の開催予定（9月1日）、日病、全日病、健保連の三者協議について、閉経後高コレステロール血症についての予後調査研究等について報告。

#### ④ 病院幹部医会幹事会

平成13年7月11日（水）開催予定のセミナーの会場が、東京ファッションタウンビル906・907号室、テーマが「もう一度クリティカルパスを考える」に決定。  
幹事の交替、次回開始予定等が報告された。

#### ⑤ 教育委員会

平成12年度の各研究会開催結果報告、平成13年度開始予定案について、次期研究会委員について等が、報告された。

#### ⑥ 通信教育委員会

診療情報管理課程合否判定、診療情報管理士認定授与式4月28日開催予定の概要、平成13年度の通信教育事業予定、編入指定校（北海道ハイテクノロジー専門学校、お茶の水医療秘書歯科助手専門学校、新潟工科専門学校、京都保健衛生専門学校、大阪医専、国際医療福祉総合学院）6校、認定大学（鈴鹿医療科学大学）1校が申請今後検討する、と報告。

#### ⑦ 医療経済・税制委員会

病院経営分析調査報告の続編として、入院経路とクリティカルパスについての項目を報告書Ⅱとしてまとめた、と報告。

⑧ 社会保険・老人保健委員会

保険証認証システムの構築についての説明、患者紹介率算定方式の集計結果報告、混合診療についての日病としての意見のとりまとめ、を行ったと報告。

⑨ 学術委員会

日病雑誌5月号の編集について、6月号の企画について検討を行ったと報告。

2. 四病協諸会議の開催報告について

① 総合部会

病院建築に関する規制緩和の要望書を、関係方面へ提出する、四病協の規約改正、診療報酬明細書の記載要項についての要望書の検討、「民間病院等における診断群分類を活用した調査」プロジェクト委員会について、病院会計準則の見直しについて、四病協その他の委員会の開催報告、以上について報告、検討を行ったと報告。

② 医療制度委員会

個人情報の保護に関する法律（案）の説明を厚生労働省医政局指導課田村補佐からうけ、質疑応答を行った、四病協医療制度委員会の提言（病院の機能分担、臨床研修制度）を引き続き検討して行く、四病協初期臨床研修委員会 or 四病協初期臨床研修連絡協議会の設置について、の報告。

③ 介護保険委員会

介護保険適用療養型病床群と医療保険適用療養型病床群の機能、介護入所施設の一元化、以上検討したと報告。

④ 医療安全対策委員会

「医療機関における安全管理の実施状況に関する調査」（厚生労働省）結果概要について厚生労働省担当官から報告、四病協としての報告書作成について検討を行った、と報告。

⑤ 病院会計準則研究委員会

設置の経緯説明と検討課題について協議を行った、と報告。

3. 医療機能評価機構理事会・評議員会合同会議の出席報告  
理事会に出席、平成13年度事業計画、収支予算、寄付行為の変更について協議したと報告。
4. 日医・医業税制検討委員会の開催報告  
平成13年度の意見をもとに、14年度の意見書のたたき台を作成したと報告。
5. 第5回日医・病院委員会の出席報告  
21世紀の病院医療の目指すべき基本的方向、病院に対する法的規制の在り方、などこれまでの論議の総まとめを行った、と報告。
6. 「病院における薬剤師の人員配置に関する検討会」の出席報告  
第一回目なので今後の検討方向について、論議したと報告。
7. 宮崎秀樹先生の繰上げ当選と激励会の出席報告  
帝国ホテルで行われ、盛会であったと報告。
8. 第5回治療食等献立・調理技術コンテスト出席報告  
来賓としてあいさつを行い、コンテストの審査を行った、と報告。
9. 事務局職員の異動について  
産休による事務局職員の配置異動と、パートの採用を行った旨の報告。
10. 厚生省などからの通知について  
時間の関係で資料を後ほど読んでもらうことで終了。

〔協議事項〕

1. 医療費、医療制度、医療保険制度について  
時間の関係で、資料の提示のみ。
2. 病院経営、税制、医師、看護婦について  
時間の関係で、資料の提示のみ。

3. 介護保険について  
時間の関係で、資料の提示のみ。
  
4. 本日の役員改選等会議日程について  
本日の会議の説明があり了承。

## 第4 委員会・部会

### 1. 医療制度委員会

1. 開催回数 7回
2. 出席者数 56名
3. 協議事項
  - 1) 報告書『21世紀の国民医療と病院』について
  - 2) 出版図書『勤務医師のために』について
  - 3) 医療法の一部改正に係る政省令事項について
  - 4) 紹介率の統一化について
  - 5) 臨床研修について
  - 6) 四病協に対する意見提出について

### 4. 総 評

○本年度は委員会の報告書として『21世紀の国民医療と病院』を7月に発刊した。

これは平成10年度当委員会の初回会議で、本委員会の取り組みを、医療審議会の審議事項に対する意見聴取のほかに、将来の医療提供体制のあるべき姿について意見提案をすることを申し合わせ、本年度中にまとめることにしていたもので、内容は後掲の通りである。

ただ、割愛した原稿に貴重な見解が含まれているとの指摘から、全文を掲載した報告書も6月に発行している。

○更に、9月には勤務医師マニュアルの改訂版を、『勤務医師のために』と名称変更し発刊した。

担当を西村委員、構成と執筆者は次の通りで、

第1章 求められる医師像	聖隷浜松病院院長 堺 常雄
第2章 病院の機能	〃
第3章 地域との関わり	恵寿総合病院院長 神野 正博
第4章 診療業務	〃
第5章 医師の業務とチーム医療	日鋼記念病院院長 大平 整爾
第6章 医療の質と安全の保障	〃

付録に医師常識集を盛り込んでいる。

○また、梶原委員より現行の紹介率が、一般病院、特定機能病院、地域医療支援病院でマチマチであり不合理であるとし、次のような新たな算定式に統一するよう提案をみた。

$$\frac{(\text{紹介患者数})+(\text{他の病院又は診療所に紹介した患者数})+(\text{緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数})}{(\text{他の病院又は診療所に紹介した患者数})+(\text{初診患者数})+(\text{当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者数})-(\text{緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数})} \times 100$$

当委員会として承認、現在、社会保険・老人保健委員会で各病院から患者数のデータにもとづき、当算定式に当てはめ作業を実施しているところである。

○平成16年4月から実施される臨床研修の必修化にあたり、当委員会として関わる事項、範囲について意見交換を図り、研修生のミキシングの必要性、研修場所として在宅医療、診療所、ホスピス、特養等多様な施設での研修が求められるとし、これらの施設を有する病院団体が、窓口を設け、研修を引き受けるのが相応しいとの思いから、問題点は多岐に亘っているが、研修生と研修施設のあいだを取り持つ事業に取り組むことを検討することにした。

2月の委員会では厚生省の医事課長を招致し意見交換を実施、翌年度への継続案件としている。

○12月の厚生省医療審議会の審議事項である改正医療法の政省令事項に対して、審議会委員である奈良副会長の報告にもとづき意見交換を実施した。特に医療計画の必要病床数が基準病床数に変わり、基準病床数算定にあたって、入院率が全国平均値か都道府県値の何れか低い方が適用されることを問題視、意見提出することを求めた。

#### ○委員会開催

回	開催日	主な協議事項	開催場所	出席者数
第16回	4月21日(金)	21世紀の国民医療と病院	日本病院会	8名
第17回	5月19日(金)	21世紀の国民医療と病院	日本病院会	7名
第18回	7月21日(金)	勤務医師のためにについて	日本病院会	5名
第19回	11月24日(金)	改正医療法の政省令について	日本病院会	9名
第20回	12月14日(木)	改正医療法の政省令について	日本病院会	9名
第21回	平成13年			
	1月26日(金)	臨床研修の必修化について	日本病院会	8名
第22回	2月23日(金)	臨床研修の必修化について	日本病院会	10名

平成12年7月22日

社団法人 日本病院会  
会長 中山耕作 殿

21世紀の国民医療と病院について（提言）

今般、みだしの事項につきまして別添のとおり取り纏めましたのでご提出いたします。

医 療 制 度 委 員 会				
委 員 長	北	條	慶	一
副 委 員 長	福	井		順
委 員	石	井	孝	宜
委 員	梶	原		優
委 員	竹	田		秀
委 員	西	村	昭	男
委 員	星		和	夫

# 21世紀の国民医療と病院

平成12年7月

社団法人 日本病院会  
医療制度委員会

# 目 次

はじめに	1
§ 1 国民医療と将来展望	2
1. わが国の医療制度と医療需要の変化	
2. 医療費の状況－現状・未来	
3. 医療保険財政の状況	
4. 医療提供体制の状況	
1) 病院施設の状況	
2) 病院開設主体の状況	
5. 病院事業	
§ 2 医療提供体制	4
1. 国民に開かれた医療提供の実現－患者中心の医療－	
2. 高度技術の医療	
3. 医療機関の機能分担と連携	
1) 急性期と慢性期の病床区分	
2) 病診の機能分担	
3) 専門医院への積極的支援	
4) 専門家庭医の養成	
5) 情報 I T の利用、ネットワークの確立と活用	
4. 医師数、病床数	
1) 医師数の制限は疑問	
2) 病床数	
5. 介護療養型医療施設の分離・強化	
6. これからの病院	
〈地域における病院の役割〉	
1) 2次医療圏における医療供給体制	
2) 地域における公民病院のあり方	
〈病院の機能〉	
1) チーム医療の提供	
2) 外来機能と入院機能	
－紹介外来制－	
3) 在宅医療／訪問看護と介護保険サービス	
4) 臨床研修	
5) 保健予防と健康管理	
6) 情報 I T の利用、在宅医療と連携	
7) サービス向上と経費負担	

- 8) 保険診療とその制限の規制緩和  
〈民・公病院のあり方〉
  - 1) 民間病院と公的病院
  - 2) 民間病院の特性と役割
    - ①公費による補助の相違
    - ②経営の柔軟性と統一性
    - ③人事の独自性
    - ④地域医療における公民連携
    - ⑤介護保険と高齢社会への対応
    - ⑥民間病院の経営
  - 3) 公的医療機関の設置目的と現状、将来

§ 3 医療保険制度 ..... 1 1

1. 医療保険制度の現状と問題点
  - 1) 制度の概要
  - 2) 制度の目的
  - 3) 保険料格差の是正
  - 4) 相互扶助と連帯の精神
2. 保険制度の改革
  - 1) 保険制度の改革の欠落
  - 2) 老人保健制度の見直し

§ 4 診療報酬体系 ..... 1 2

1. 診療報酬の適正な決定
2. 出来高払いと包括払い－適切な組合せ
3. 不採算医療
4. DRG／PPS
5. 混合診療
6. 特定療養費制度
7. 複雑な診療報酬点数表
8. 保険者の機能
9. 高齢者医療保険制度の創設
10. 消費税負担

§ 5 公的介護保険制度 ..... 1 5

1. 保険者、被保険者
2. 保険料と保険財政－保険か福祉か－
3. 自己負担金と市町村の負担
4. 要介護度認定の不透明
5. 介護報酬額

6. マンパワー	
7. 家族介護	
8. 訪問看護、在宅看護	
9. 介護保険に対する考え方	
§ 6 薬価制度の改革	…………… 17
§ 7 医薬分業	…………… 18
終わりに	…………… 19

## 21世紀の国民医療と病院

日本病院会医療制度委員会

はじめに

－21世紀医療は病院を中核とする機能連携のもとに患者中心の医療を提供－

日本の医療は戦後50年皆保険制度の導入やフリーアクセスの保証などで、世界一の長寿と最低の乳児死亡率をもたらすべき成果を上げている。しかし21世紀を迎え、急激な少子高齢社会と経済基調の変化で医療費の伸びと経済成長の伸びとの間に不均衡が拡大し、このままでは国民皆保険制度そのものが崩壊の途をたどりかねず、早急に従来の医療保険制度の抜本的構造改革を必要としてきている。このため政府をはじめ関係諸団体も審議を重ねもろもろの改革案の提唱をみるところである。

一方、国民医療の現状をみると、医師数の65%、医療費の75%は病院が占めており、とくに救急医療、周産期医療、臨床研修、災害拠点などでは病院が主導的役割を担っている。これは医学の進歩と医療技術の革新で病院の存在価値を高からしめた結果であり、したがって21世紀の医療も、より一層その傾向が強まり、病院を中核とした機能連携のもとに展開され国民の健康保持が図られることになるとと思われる。

本報告書は国民本位の医療の発展のために、21世紀の国民医療のあり方と病院の果たすべき役割について、医療制度委員会がこの2年間に議論し、さらに医療保険制度については社会保険・老人保健委員会のご支援をいただいて纏めたものである。

## § 1 国民医療と将来展望

### 1. わが国の医療制度と医療需要の変化

わが国の医療提供体制は、国民皆保険制、自由開業制、診療報酬出来高払制という3本柱によって築き上げられてきた。公的医療保険という国民皆保険下で、患者は世界に類をみない公平性（受療機会の公平）を保障されるとともに低価格で受診を享受することができ、医療機関はどこでも開設が許されるとともに、患者は自由に医療機関を選択でき、医療費支払いは実施した医療行為の出来高に従って支払われる方式により、長寿社会の実現に寄与してきた。

わが国の医療制度は、医療費の対GDP比でみた場合、先進諸国の中でもっとも低い水準にあり、長い外来待ち時間、病院施設の人員不足、アメニティの貧弱などいくつかの問題があるとしても、人口の急増期および経済の成長期においては、総じて適合した制度であったと評価される。

しかしながら、先進諸国が経験したことの少ない少子高齢化社会の到来、生活習慣病の増大による疾病構造の変化、さらなる診断・治療の進歩・高度化（医療の技術革新）医療情報の開示と提供・療養環境の改善といった患者ニーズの増大などのなかで、良質でかつ適切な医療の提供、皆保険とフリーアクセス制度を維持していくためには、いまの医療制度—すなわち医療提供体制と、医療保険制度を再構築することが必要である。

なお、超高齢社会を迎えるにあたり、介護との境界の難しい療養型医療の需要の増加も今後の大きな課題である。

### 2. 医療費の状況—現状、未来

国民医療費の規模は、1999年度（平成11年度）約30兆円、そのうち老人医療費が11兆円と見込まれており、国民医療費は平均で毎年5%程度の伸びを示し、金額にして年間約1兆3千億円程度の規模で増加している。

### 3. 医療保険財政の状況

今後、より一層進展することが予想される社会構造の変化や早ければ2005年から始まる労働力人口の減少は、保険料収入の長期的減少を予感させるとともに、今後増加の一途を辿る高齢者人口は、さらなる老人医療費の増大を招来することとなり、医療保険制度の財政基盤はもちろんのこと、理念までも根底から見直さざるを得ない状況となっている。

医療保険制度は、年金、福祉と並ぶ社会保障制度の根幹である。国民的合意を得たうえで21世紀の社会に適合する社会保障制度を確立するためには、現行医療保険制度の再評価を実施し、時代の変化に対応した制度の抜本的見直しを行うだけでなく、年金・医療・福祉などの横断的調整を行い、社会保障制度全体の見直しを実施することが必要である。

#### 4. 医療提供体制の状況

医療を取り巻く環境変化のなかで、今後、質の高い医療の確保と医療保険制度の安定的運営との調和を図っていくためには、医療の効率化を求めて医療機関の機能分担の推進、患者の病態に応じた入院医療の提供、医療需要に見合った適正かつ効率的な医療提供体制の確立が望まれる。

##### 1) 病院施設の状況

1990年（平成2年）10,096件でピークに達した病院数は、1997年（平成9年）9,413件まで、6年間で683件（6.8%）が減少した。そのほとんどが100床未満の一般病院であった。

これに対し、一般診療所数は、1997年（平成9年）89,292件に達し、この6年間で8,448件（10.4%）の純増となっている。

また、病院病床数は、過去6年間で一般病床および精神病床数に大きな増減はみられない。

一般病院および病床は、平成4年7月および平成9年12月の医療法改正において、医療機関の機能分担と連携の促進ならびに高齢化社会への対応を目途として、特定機能病院、療養型病床群（平成4年7月改正）、地域医療支援病院（平成9年12月改正）の各制度が創設され、一般病床約126万床の中での機能区分が進んでいる。

##### 2) 病院開設主体の状況

全国に9千有余開設されている病院は、そのほとんどが保険診療を中心として運営を行っているが、開設の主体は様々である。1997年（平成9年）時点における開設者別内訳は、国380件、公的医療機関1,369件、社会保険団体133件、医療法人5,039件、個人1,642件、その他（公益法人、学校法人、会社他）850件である。1990年（平成2年）から1997年（平成9年）の6年間で減少した683件の病院は、ほとんどが個人病院であり、同期間において減少した個人病院数1,439件の半数が個人病院から医療法人への組織変更、残り半数が実質的な廃止である。ここ数年間に個人開設病院は半減している。

#### 5. 病院事業

現在、国民医療費30兆円のうち、60%近い約17兆円が病院施設に保険医療費として給付されている。また、病院施設従事者は150万人近くにのぼり、保険・医療・福祉分野という社会サービス従事者約317万人（1996年（平成8年））の2分の1に迫る雇用を吸収している。医療は消費であるとともに健康をつくる産業であり、GDPの7.32%（97年）を占めている。

病院の施設設置目的は、継続的に傷病者（患者）を受け入れることであり、開設主体にかかわらず、良質な医療、特に入院医療を適切に提供することを運営の理念としている。このため、診療所とは異なる様々な法的規制や遵守規程が定められている。

## § 2 医療提供体制

### 1. 国民に開かれた医療提供の実現－患者中心の医療－

(キーワード)

- 皆保険、フリー・アクセスの尊重
- 快適な医療環境
- 人員配置基準、構造設備基準の改善
- インフォームド・コンセントの徹底
- リスクマネジメントの推進
- 診察券のデスクカード化（兼診療録）
- カルテの開示
- 情報開示、病院機能評価公示
- プライバシーの保護
- 規制緩和（設備など）
- 広告規制の緩和
- 介護療養型医療施設の強化

### 2. 高度技術の医療

(キーワード)

- EBMに基づき医療の標準化－レベルの向上
- 質の高い看護
- リハビリテーションの充実
- 臨床研修制度の充実
- 情報ITの推進、カルテの電子化など
- ゲノム解析による新医療の推進（予防医学）

### 3. 医療機関の機能分担と連携

#### 1) 急性期と慢性期の病床区分

医療を病状の日々変化の激しい急性期と病状が比較的安定した経過をたどっている慢性期に分け、一般病床と療養病床（施設）の区分をし、患者にふさわしい医療を提供できる体制を確保しようというのは合理的であるが、同一疾患、同一病人といっても必ずしも急性と慢性に区分することは容易でなく、また、区分・分離することによって、とくに看護要員は増加することがあっても削減は困難で医療費の削減にはならないであろう。いわゆる社会的入院は排除されるべきであるが、病床運営上、従来どおりの急・慢混合のほうが弾力的運用が可能となり、逆に効率がよいことも考慮する必要があらう。

#### 2) 病診の機能分担

病診連携が重要で、機能分担として病院は入院、診療所は外来という棲み分けは原則的に望まれる。ただ、大病院への外来集中が批判されているが、患者のフリーアク

セスは尊重されるべきで、経済的誘導、法的に規制しようとするのは患者の利益にはならない。むしろ、病院外来に集中する原因を真剣に検討分析する必要がある。

また地域の特徴もあり一様に「病院は紹介外来を原則」とするのは不適切で強制すべきでない。200床とか300床などと病床数の大小で医療機能を区別すべきでない。一般に病床数や病院機能は地域の特性により定まるものである。

### 3) 専門医院への積極的支援

現在の開業医は、大方開業まで大学教室にいてもろもろのグループに所属し、専門的医療教育を受けており得意とする領域がある。したがって、その領域の程度の高い専門性は重視されるべきである。病診連携、逆紹介などの推進が必要である。

### 4) 専門家庭医の養成

病院外来と開業医とで同レベルの患者の外来受診を競い合うような現状を改善するためには、専門的家庭医の養成が急務である。家庭医は世界のすう勢からも専門医としての教育を経て新しく認定されるべきである。臨床研修の項とも関連するが、資格認定制度導入と教育プログラムの整備とを連動させるべきである。

専門家庭医制度の定着によって多数の専門家庭医が地域で活動することは、病院医療と家庭医療の双方の特質を高めることになり、厚生省が平成13年度に提唱する予定の「国民の医療に対する信頼回復」へも大きく貢献することになるであろう。

専門家庭医養成の教育プログラムは、基幹病院がイニシアティブを取って進めることが有効であり、広く会員病院に推奨したい。これは、専門家庭医の教育で診療各科における研修が必須であることに加えて、バックアップ病院として地域での家庭医療支援モデルを示せるからである。専門各科の診療以外にも、病院のもつ様々な機能（リハビリ、栄養、ソーシャルワーク、訪問看護、デイケアなど）を、専門家庭医として活用することができる。

こうした一歩進んだ質の高い病診連携を進めることで、地域（家庭）にいながらにして、病院のケアとの連続性を保ちつつ国民のさらなる健康増進を図れる。もちろん病院が専門家庭医の養成を支援することで、在院日数の短縮、紹介患者増にも結びつくこととなる。

### 5) 情報ITの利用、ネットワークの確立と活用

医療システムの情報化は、医師や医療機関の役割分担を一層推進するものと期待される。すなわち地域医療のシステムの構築、患者の臨床所見や検査所見をすべてデジタル化して記録することによって共通のものとし、中核基幹病院と診療所との連携を密にして患者の受ける負担を軽減し、医療の質的向上に資するものと期待される。

## 4. 医師数、病床数

### 1) 医師数の制限は疑問

医師数の増加が医療費を押し上げる要因になっているとし、医師数を制限しようとしているが、そのために医学部の入学定員を減らす必要があるか否か疑問である。無

医村は少なくなく、まずは医師の偏在を正さなければならない。たとえば一県一医科大学制度が実施されたが、卒業生はその趣旨に則り卒業県に留まる制度、政策を考えるべきである。

医師数の制限の前に、むしろ保険医の資格認定の際に厳格に選考され、また資格更新制度が採用されるべきである。

## 2) 病床数

現状では地域医療計画による病床数の規制は続行されてよい。企業のビジネスを目的とした参入は反対である。ただし、標欠病床は厳しく評価、是正されるべきである。

## 5. 介護療養型医療施設の分離・強化

高齢者などの脳軟化症、脳出血症や脳梗塞などによる麻痺患者、痴呆症などリハビリテーション効果のあまり期待できない療養者に対する医療サービスは、一般病院から分離して介護保険も利用して現行の老人療養型施設の強化で対応する。しかし、高齢者の人間性を尊重し、十分な敬意を払って処遇できるように、施設環境の一層の改善を図るべきである。

## 6. これからの病院

一般的に病床数の大きい病院は、診療科目も多く救急機能など機能も豊富であり、医療スタッフや医療機器も充実している傾向にあるといえるが、一律に規模により機能区分を図るのではなく、中小規模病院であっても病院の専門性や自主性を生かせるように配慮すべきである。

### <地域における病院の役割>

#### 1) 2次医療圏における医療供給体制

特定機能病院や大学病院が提供する医療サービスを除くと、ほとんどの医療は、2次医療圏において完結している。2次医療圏における病床規制や機能分担を行うのなら、地域の特性に応じた柔軟なもので、さらに需給の変化に合わせて即応できるような制度であるべきである。

#### 2) 地域における公民病院のあり方

公民様々な開設主体の病院があるが、地域医療という観点からは、ほぼ同じような機能を担っていることが多い。公民が区別なく、第三者をまじえた地域医療協議会を設置し、まず住民のニーズに応じて調整されるべきで、強制的な機能区分の必要はない。

国立病院は、政策医療や高度医療を担うことが期待されるが、2次医療圏の状況によっては必ずしもそうでない場合もある。高次機能病院を頂点とした再編計画が進められ、今後は各病院の機能を明確にしつつ、計画に沿って整備を進めるとともに、独立行政法人としての効率的な経営を目指すべきであろう。

公立病院・公的病院は地域における基幹的な役割を担っている大病院が多い一方、

過疎地での医療を担っている病院もある。いずれも地域にとってはなくてはならない存在である。

公立病院については、民間病院による医療提供体制と調和を保ちつつ、地方公営企業法に定める政策医療を重点的に担い、あるいは地域医療を支援する病院として地域医療を支えていくべきである。また、経営改善のためには、より自由度の高い地方公営企業法の全部適用や質の高い経営管理にもとづく手法などの導入、さらには経営委譲や統廃合を含めて経営のあり方を検討すべきである。

公的病院については、経営状況が良い病院も多いが、その設立当初の目的を果たした病院や経営不振の病院は、民営化も含めてそのあり方についての検討が必要である。

## <病院の機能>

### 1) チーム医療の提供

病院は、診断、治療、ケアを適切に行うために、医師、看護部門はもちろんのこと検査部門、薬剤部門、栄養部門等の院内各部門が協力してチーム医療を行う体制が整っていないなければならない。

21世紀の病院は、患者中心のチーム医療が展開される場であり、そのためには電子カルテ、クリニカルパス、治療計画、副作用などの情報をデータベース化し、部門間で情報を共有化して有効に活用するとともに、業務の標準化を進めることが必要である。

### 2) 外来機能と入院機能

21世紀の病院は、効率を考えると基本的には入院機能を主体とし、外来機能はより専門性の高い診療を担う専門外来に向かうことになる。

プライマリケアは主に地域の診療所や小規模病院が担い、病院の外来はそれらの医療機関と連携して、紹介患者に対する専門的な診療を重点にしていくべきである。しかし地域の医療体制—家庭医制度が必ずしも整っていない現状においては、病院がプライマリケアを担うことが必要になる場合も少なくない。地域の状況に応じて柔軟な機能分担がなされるような体制が望ましい。

ホスピタルフィーとドクターフィーの分離、医療法における診療所の人員基準や設備構造基準の見直しなどの制度面の整備が必要である。

入院機能は、当然のことながら欧米並みの人員配置と療養環境を実現し、平均在院日数の短縮を図ることが、グローバルスタンダードから見たわが国の課題である。高度成長をとげた日本経済のもとで、多くの国民が豊かな暮らしを営んでいる現在、入院した際にはせめてホテル並み以上の快適な療養環境が望まれよう。

#### —紹介外来制—

大病院は入院機能を中心に担い、外来については主に紹介患者を扱うという方向性は支持するものの、患者の選択を阻害するような施策は望ましくない。制度上、紹介率という概念だけで機能区分を推し進めるものではない。

とくに地方においては、病院の医師がいわゆる「かかりつけ医」として役割を果たしている場合も多い。また、診療科（産婦人科、小児科、整形外科、眼科、耳鼻科な

ど)によっては近くに専門の診療所がない場合もある。単に紹介状を書いてもらうために敢えて診療所を受診する手間をかけることは、時間的にも経済的にも無駄であるばかりではなく、紹介制度の趣旨からもはずれよう。

### 3) 在宅医療／訪問看護と介護保険サービス

従来から多くの病院が、在宅医療や訪問看護に取り組んできている。これは入院生活よりも在宅でのケアを望む高齢者や患者、家族の希望に答えてきた結果である。

病院としては地域の要望に答えたサービスを提供していかなければならない。介護保険サービスの基盤は医療サービスであり、医療機関のサポートがなければ良質な介護サービスは成り立たない。病院が自ら訪問看護や訪問介護を行うことが望ましいのは、医療基盤があることによって医療と介護の総合的なサービスが提供できるからである。

### 4) 臨床研修

臨床研修の提供は病院の重要な任務のひとつである。

臨床医を目指すには地域に密着した病院で研修することが望まれる。そのためには研修実施病院を拡大するほかに、介護施設、在宅ケアなど高齢者に対するサービスや終末期医療などの施設においても研修をすべきであろう。また、専門志向の研修から、総合的な診療能力を身につけることを目的とした研修にしていくことも重要である。そのための指導医の確保についての施策と研修病院に対する経済的な手当てが必要である。

### 5) 保健予防と健康管理

健康診断や人間ドックは従来から病院の重要な業務になっているが、21世紀にはますますその役割が大きくなる。健康を損なってから治療するのではなく、健康を損なわないように指導管理していくことが重視される。とくに生活習慣病が増加しつつある状況から、日常の生活を各個人が管理することが大切である。

地域住民に対する啓蒙や教育、高リスク者に対して継続的管理を行うことは病院の役割である。健診・人間ドックだけでなくより健康増進施設、各種健康教室、健康情報ライブラリーの設置、栄養指導など、病院が地域において住民の健康維持に積極的に関与することが期待される。

### 6) 情報ITの利用、在宅医療と連携

診察券のデスクカード化、電子カルテ、病院間をはじめ病診連携を促進する情報ネットワークの確立、在宅医療、僻地医療などに大きな革新をもたらし、医療の効率化に有益となろう。

### 7) サービス向上と経費負担

待ち時間の短縮、予約、薬効の説明、情報提供、診療録の開示、諸アメニティの改善など患者の要望は年々高くなっていく。電算システムの導入は必須である。

医療はサービス業でありサービスの向上、サービス量・業務の増加は人件費の上昇を必然的に招く。医療サービスの向上を求める声が強いが、関係者はそれ相応のコスト負担の必要性を認識しなければならない。

## 8) 保険診療とその制限の規制緩和

保険医療には限界があり、とくに自由経済社会において特別の高度の医療、高度のアメニティを求めるとき、保険医療の枠からはみ出さざるを得ない。いわゆる階層医療を是とするものではないが、特定療養費制度や混合診療の容認（民間保険の活用）を良くも悪くも検討すべき時期に来たといえよう。

〈民・公病院のあり方〉

### 1) 民間病院と公的病院

民間病院は全病院数の約80%を、また、病院病床数の割合では約67%を占めている。わが国の地域医療の大部分は民間病院によって支えられているといってもよい。

一方、公立あるいは公的病院は一般的に大病院が多く、地域住民の医療ニーズに基づき、あるいは広い社会公共性をかかげて、一般医療のほかに、経済性を超えて救急、癌や循環器病、未熟児、リハビリ、難病など高度・特殊・先駆的医療、僻地医療などに積極的に取り組み、日本の最新医療の牽引的役割を果たしているものが少なくない。

自治体病院などに年間8000億円にのぼる多額の補助金が出され、かつ非課税で、民間病院に比べ不公平で、医療経済の面からみて非効率であるという。したがって、「地域医療において、公立病院の守備範囲を段階的に縮小し、施設を民間に経営委譲すべきである。公立は政策医療の原点に戻り採算分野のみを補填すればよい」という意見もあるが、非現実的で、厳しい医療環境のなかで補助金に恵まれた結果として最新の医療機器を備えることができ、最先端の医療、高度専門医療、さらには病院改築などでアメニティの向上に寄与している功績も否定できない。公立・公的医療機関あるいは民間医療機関の一方だけでは不可能で、お互いの協力が必要であり、共存しなければならない。そのためには国民の側にも受け入れられるものとして、民間病院には公的資金の投入で設備をはじめ医療レベルの一層の向上を図り、公立病院は体質に基づく非効率を否定できず、経営体質の改善に努力することが必要である。相互理解・相互協調による地域医療の確立を目指す施策が望まれる。

### 2) 民間病院の特性と役割

#### ①公費による補助の相違

民間病院に対する補助としては、医療施設近代化施設整備事業、看護婦宿舍施設整備事業等の事業と老人保健施設など高齢者の施設整備費等についての補助制度がある。

民間医療機関の一層のレベルアップのために医療施設近代化施設整備事業の大幅な拡充と、苦しい自治体財政に鑑み、これに代わって国庫負担分の増額が望まれる。

#### ②経営の柔軟性と統一性

民間病院は事業方針の決定や人員計画や人事異動、外注化などについて、臨機応変

で柔軟な経営ができることが強みである。速い意思決定に基づくニード即応の経営が民間病院の特長である。

また多くの場合、開設者（理事長）が病院に常勤体制でおり、病院管理者（病院長）と意思疎通を図りながら病院運営に当たっている。したがって病院の現場の状況を踏まえて、理事会と病院側が一体となった経営が行えると言えよう。

### ③人事の独自性

給与制度や人事制度などの労働条件について、民間病院の場合は公務員と異なり病院独自に設定できる。病院の事業目標を達成するために、目標管理制度や能力給制度を導入して組織の活性化を図ることが可能である。人件費については、病院の経営状況に応じてコントロールがしやすい。

### ④地域医療における公民連携

民間病院と公立病院、公的病院が存在する地域においては、同じ機能を備えて競うのではなく、大胆な機能分担が望ましい。とくに国立病院や公立病院は、その存立趣旨から高度医療や僻地医療の支援、伝染・結核等の政策医療を主に担うとともに民間病院を支援することが望まれる。

一方、民間病院はその機能を明確にし、それぞれの特色を生かしたサービスを地域に提供していくことが基本である。とくにプライマリケア、人間ドック等のより地域住民に密着したサービスを担うとともに、経営の機動性を生かして地域に欠けているサービスを迅速に提供していくべきである。

### ⑤介護保険と高齢社会への対応

民間病院が高齢者の施設サービスで果たしている役割は大きい。

また、居宅介護支援、在宅医療、訪問看護、訪問介護など介護保険の在宅サービスの提供主体も、民間の医療機関が中心になると思われる。公立病院がなかなか手がつけられない地域のニーズをとらえて、サービスを行っていくことが、民間病院の役割である。

また高齢社会において、デイケア、ホスピス、グループホーム、ケアハウスなどのニーズもますます増加しよう。このような分野も公立病院では、なかなか迅速に対応しにくい。高齢者サービスの分野は、民間病院の機動性を生かして積極的に取り組んでいくべきである。

### ⑥民間病院の経営

病院経営については、民間病院と公立病院の間に大きな違いがある訳ではない。以下の項目には、これからの民間病院経営における方向性を示すが公立・公的病院にも適用できよう。

- 病院の理念と組織的基盤の確立
- 地域ニーズの反映に基づく運営
- 患者を中心とした診療の質の確保

- 看護の適切な提供
- 患者の満足と安心への志向
- 病院運営管理の合理性の追求 (日本医療機能評価機構の評価項目より)

### 3) 公的医療機関の設置目的と現状、将来

全国で9千余の病院があるが、そのうち公立病院1438施設、公的病院429施設がある。それぞれ異なった趣旨で設立され、現在もユニークな特性を残しているが、政策医療として国立が担っている部分を除けば、存在する地域の基幹的な医療を提供している。他の病院と変わるところがなく、今後も地域中核・基幹病院として地域医療を支援しつつ地域住民と一層密接な関係が保たれていこう。

とくに、公立病院は、今後の経営状況を考えると公設民営ないし独立行政法人化も検討すべき一つの方向である。

## § 3 医療保険制度

第2次世界大戦の敗戦国として疲弊のどん底にあったわが国が、戦後50年余を経て、世界の最長寿、乳児最低死亡率の国として国際的に誇り得る存在となったことに、わが国の医療保険制度が果たした役割は大きい。

しかしこの制度が内蔵する基本的な構造上の欠陥は、加速する少子高齢社会の到来や低迷する経済不況期に対応することができず、その財政は破綻寸前であり、今や「国民医療のあり方」に重大な影響を与える結果を招くに至っている。

### 1. 医療保険制度の現状とその問題点

#### 1) 制度の概要

現行国民皆保険は、国民の強制加入制度で、被保険者である国民に「どの制度に加入するか」を選別する自由はない。国民は制度の定めるところにより年齢別、職業別、業種別、事業主別、地域別に5千2百余の保険者団体に分断され強制的に加入を余儀なくされている。公的医療保険制度であるが、複雑で、負担も給付も不統一で保険者間の格差が甚だしい。

#### 2) 制度の目的

医療保険の目的は、生命と健康に対する脅威から国民を守ることにある。したがって、給付はすべて国民に向けて行われ、国民に還元されねばならない。財源はすべて被保険者（国民）が拠出したもので、保険者が中心に主体となるものでない。

#### 3) 保険料格差の是正

所得が豊かな保険者団体と所得が貧しい保険者団体が存在し、前者は負担は軽く給付に恵まれ、後者は負担が重く給付は乏しいのが現実の姿である。

これは社会保障の理念に矛盾するものであり、早急に改善が求められねばならない。

被用者保険を組合健保、共済組合、政管健保に分割しておく理由はない。健保の一元化・一本化・弱者保護に向かうべきである。

#### 4) 相互扶助と連帯の精神

すべて保険制度は相互扶助、社会的連帯の精神を基盤として成立する。健保制度は、本来「生まれ、育ち、働き、老い、死んでいく人間（国民）」のためにある。人の一生を年齢別、職業別、地域別、所得別等に分断し、若くて健康なときと、年老いて疾病に罹患しやすいときに、これを差別した制度間に強制加入させる現行制度には、既に連帯の精神が乏しく見直す必要がある。

高齢社会の医療保障・保険にとって世代間の連帯は不可欠である。5千2百余人に分立した現行制度がその阻害因子となっている。

## 2. 保険制度の改革

### 1) 保険制度の改革の欠落

「医療保険制度」は「医療制度」と「保険制度」が表裏一体となって存在するものである。したがって「医療保険制度」の抜本改革は、「医療制度」の改革と「保険制度」の改革が車の両輪として適正に議論されることが必要である。

しかし現在「医療保険制度の抜本改革」は「医療制度の抜本改革」に論議が集中され、「医療保険制度」の抜本改革とは言えない。

同時に「保険制度」のほうも、健全に運営されているかどうか十分に情報の公開がなされたうえで、仔細に検討がなされる必要がある。

「保険制度」は、戦前戦後の「人生五十年時代」に発想された「保険制度」を基盤として、今もなお根強く国民の間に残存し、国民皆保険という名称のもとに、そのまま現在も続いている。

ここに著しい制度間格差は存在し、制度間の不公平・不平等は、そのまま制度を構成する国民間の不公平・不平等に繋がっている。

「保険制度」こそ抜本的な改革が早期に必要なものである。

### 2) 老人保健制度の見直し

すべての国民はやがて老人になる宿命にある。老人保健制度の見直しは老人だけの問題でなく、国民すべての問題として取り組むべきである。残りの少ない人生の持ち時間をより幸せに、より健やかに、より豊かに過ごさせるために過剰な老人負担は避けるようにしたい。

## § 4 診療報酬体系

### 1. 診療報酬の適正な決定

病院はcapital costが大で、その償還費が十分に診療報酬制度上評価されねばならない。また医師の技術料が適正に評価されねばならない。原則的に一物一価でなければならぬが、地域格差は導入されるべきである。

このような診療報酬を最終決定する中央社会保険医療協議会に最大当事者である病院代表の委員が参加すべきである。

また医療法改正に相当する変更を経ずに、診療報酬点数の変更で政策誘導することはよろしくない。

## 2. 出来高払いと包括払い－適切な組合せ

定額払いか、出来高払いか、どちらも長短がある。出来高払いの弊害が強調されすぎている。定額払いは技術的にかなりの問題がある。合理的な定額の決め方（病名、重症度）が容易でなく多くの矛盾がでる。医療の質、看護体系との関連も、病院の機能特性も反映させることは難しい。粗診粗療、過小医療になる可能性があり、合併症、併発症、重症例、低いADL (activity of daily life) などは費用が高むので敬遠され、差別されるおそれがある。医療の質をどう保つか大きな問題となる。

定額払いの拡大は支払い側に都合よく、行き過ぎて過小医療になれば結局は患者に不利益をもたらそう。保険事務の簡素化はできるが、政府が医療費の節減対策として導入しようとしても、そうはならないであろう。

## 3. 不採算医療

医療は人間の生命維持、健康の保持増進のために必要不可欠のものである。不採算だからという理由で必要な医療が行われ難くなるようなことは避けねばならない。むしろ公共性が強い医療であればあるほど、実行しやすく採算がとれるように診療報酬点数を設定する工夫が望ましい。

## 4. DRG/PPS

導入が既成事実のように流布されているが多くの問題がある。

DRG、コード化は医療の標準化に有益であり、診断名、処置名など従来のレセプト病名をなくし正確な記載に役立つであろう。しかしそれをPPSに繋げようとするれば定額払いの問題を提起し、技術的にかなりの問題がある。病名や手術処置名に対して標準化したサービスが提供されていることが前提となるが、現状はそうではない。大病院・中小病院・診療所間の格差が大き過ぎる。医療・看護の質、病院の機能特性も反映させることは難しい。また技術料 (Dr' fee) やamenity については不明確となる。

医療費抑制に目をとられて医療の本質をおろそかにせず、米国の失敗を顧み十分な調査研究が必要で、導入には慎重を期すべきである。

## 5. 混合診療

現在の皆保険とフリーアクセス制度を維持していくため、ある程度の私保険、民間保険を組み合わせてよいのではないかと、自由診療と保険診療の二者択一でなく、保険診療をベースに患者・家族の意志による継ぎ足していく仕組みを作る－そのような時代を迎えているのではなかろうかという意見が多くなってきた。しかし現時点では、医療環境に関しては認めても、診療部門に関しては公平性から考えると容認できない。

「国民誰もが、公平に医療サービスを受けることができる」ように新しい有用な検

査、治療が開発されたら、保険給付が早く適用されることが望まれる。

## 6. 特定療養費制度

特定療養費制度とは、患者の選択の幅を広げるため、特別なサービスや高度な医療を含んだ療養に限って、一般治療と共通する部分については、特定療養費として保険の給付を行い、特別なサービスや療養の部分は、患者の自己負担とする制度で、一種の混合診療ともみなされる。

療養環境に関しては、今後も容認してもよいが、国民皆保険制度を崩壊させないために、無制限、無差別に自己負担を増すべきでなく、一定の基準、規定のうえで、進められるべきである。

## 7. 複雑な診療報酬点数表

科学の急速な進歩で医学、医療の分野にも新しい検査、治療法、治療技術が導入されてきている。これらも、順次保険診療に加えられ、多くの国民が享受できるようになった。しかし、保険診療に導入される項目が多くなり、留意事項も増加し、さらに医療費抑制もあり、算定制限が加えられ、煩雑化し、膨大化した。このあまりにも規制が多く、難解な項目が多い現在の点数表は、かえって明快さを欠き、診療報酬請求および審査上の判断が困難とならざるを得ない面があり、簡便なものに見直しが求められる。

## 8. 保険者の機能

患者と医療提供者との間には大きな情報格差があり、弱者である患者の代弁者として保険者の登場も一部必要である。だが、保険者が肥大化して力が逆転し、米国のようにエコノミーを優先してひとり歩きをし、保険者が直接契約で医療機関を支配するようになってはフリーアクセスが大きく制限され、患者の利益にもならず、健全な医療の破壊をもたらす。医療保険制度の抜本的改革をせずに、機能強化することは賛成できない。

マネージドケアの導入は避けるべきである。

## 9. 高齢者医療保険制度の創設

組合保険側は突き抜け型を主張するが、国全体の視点で老人医療を社会保障とみなし、新しい高齢者医療制度の創設と、将来的には介護保険制度を一元化されるのが望ましい。

## 10. 消費税負担

納税者が、医療費に含まれる消費税の細目を理解しやすいように、どの項目に何点加算されているかを明らかにするとともに、今後の消費税の引き上げを予想すると、患者の消費に相当するものにかかる消費税は消費者すなわち患者が負担する仕組みを講じるべきである。

## § 5 公的介護保険制度

医療費が年々約1兆円ずつ増加してすでに30兆円に達しようとし、そのうちの高齢者の医療費の急速な伸びは、高齢化がいつそう激しくなる2025年頃までの医療財政にとっては大きな脅威となる。その対策として創設される公的介護保険は、医療と福祉の分野から高齢者介護の部分を取り出して保険制度で補おうとするもので画期的な出来事といえる。現在医療保険で提供されているサービスの一部が介護保険に移行することになる。

### 1. 保険者、被保険者

わが国では市町村が保険者となることになったため、保険料の徴収もれと、それに伴う自治体の負担増、地域間格差などが問題である。

また、被保険者である介護保険の対象者は、65歳以上の要介護、要支援者（第1号被保険者）が主で、40～64歳は老化が原因の疾患のみ対象（第2号被保険者）とするなど、かなり限定されたものになっている。医療の現場では、40歳未満でも種々の障害により要介護となった多くの患者を抱えているので、いずれ対象とする年齢の拡大が必要である。

### 2. 保険料と保険財政－保険か福祉か－

わが国の保険料負担とその徴収方法はきわめて問題が多い。

公的保険導入に当たって、途中政治的な思惑で徴収年齢の後退、徴収開始時期の延期とか減額、この分の赤字約1兆円は赤字国債で賄うといったことがなされて、保険ではない、国税を当てる福祉である、またはそうしたほうがよい、などという議論が今なおなされている。このような理念と財政基盤確立のための明確なコンセプトなしに再三手直しを加える現状は、この制度の前途に不安を抱かせるものである。

第2号被保険者は徴収漏れの懸念から医療保険に上乘せして給与から徴収されることになったが、政管健保、組合健保ともに上乘せすると現行法の上限を超えるため、低く抑え、法改正後に乗せするという2段階実施となった。このようなスタート直後における後追いの手直しは、場当たりの政策の感が否めない。

### 3. 自己負担金と市町村の負担

介護サービス利用者はその1割を自己負担することになっているが、その上限額を37,200円/月（低所得者はさらに軽減）と定め、それを超える分は市町村の保険会計から補填することとなったが、市町村財政にとっては一層の重荷となる。とくに介護施設の多い市町村ほど負担が大きくなる仕組みは問題である。

### 4. 要介護度認定の不透明

要支援から要介護まで6段階に認定されるが、一次判定のコンピューター区分に関して、実体との乖離が指摘され、二次判定は「主治医の意見書」を中心に協議されるが、その「主治医」の定義そのものも定かではなく、「かかりつけ」であるというこ

とから大病院医師に意見書の記載を求めるケースが多い。またこのような方式はどうしても評価、認定に際して透明性を欠きやすい。

医師が必ず関与する審査会に関しても、65歳以上の人口の12～13%が介護保険の該当者として約280万人、申請者はその1.5から2.0倍、5人に1人が毎回申請、しかも6カ月ごとの更新となると膨大な作業量になって精度の低下が心配される。

## 5. 介護報酬額

在宅サービスを受ける場合、利用者はそれぞれの要介護度に応じた支給限度額の範囲内で介護支援専門員と相談しながらもっとも適したサービスの組合せを選ぶことになる。しかし、ここで要介護度が低く認定された場合に、現在各市町村で福祉として実施されている各種介護サービスの継続か打ち切りかという問題が生じる。

施設サービスの場合は、事業者を支払われる介護報酬は利用者の要介護度に応じて定まっているが、一旦発表された報酬額が間もなく減額変更されたが、これは予算に合わせて簡単に減額されるのではという不安感を与える結果となった。

単年度予算方式の市町村が保険者となり、長期財政計画に基づく公的介護保険のもとで、市場価格でマンパワーを集めることには無理があるのではなかろうか。要するに、景気が好転して労働単価が上昇しても、それに即応しにくい介護報酬制度では、たちまちマンパワーの不足という事態を招きやすい。

加えて、10兆円を超えといわれる介護サービス事業は、企業にとっても魅力的なものであるが、収支次第では容易に撤退され得るものであることを念頭におかなければならない。

## 6. マンパワー

介護保険のもっとも大きな問題はマンパワーの不足であろう。とくにホームヘルプサービスの不足、混乱は必至と考えられる。1995年に約8,700万人であったわが国の労働人口は、2000年には約8,600万人に減少、今年からは急速に減少して2005年には5,700万人に低下することが明らかにされている。これに対して介護を必要とする高齢者は、2025年までに今の280万人から520万人とほぼ倍増すると推計されており、これに要するヘルパーを始めとする介護要員は、2010年には、ホームヘルパー58万人、施設介護職員42万人が必要とされている。少子化が進むわが国では、その充足は絶対的に不可能な数字である。「保険あれど介護なし」という事態の到来が危惧される。

## 7. 家族介護

今回の制度では、基本的理念の一つに「女性の家庭介護からの解放」「介護の社会化」などを掲げたため、原則として当初から家族介護に何らの給付も認めていない。これに反対する種々の意見が出るなかで、厚生省はやむをえず「家族がホームヘルパーの資格を取得し、自治体が必要と認めたときのみ給付する」と改めた。主として高齢の夫もしくは妻が介護に当たっている現状に適合する措置とは考えられない。

家族介護に対するきちんとした理念に基づいた施策が実行できるよう、単に社会的な面や女性問題としてだけでなく、保険財政や道德教育の面からも今後十分に論

議する必要がある。

## 8. 訪問看護、在宅看護

介護保険の開始に向け、厚生省は「ゴールドプラン21」において今後5年間に訪問看護ステーションを9,900カ所、通所介護施設を25,700カ所と大幅に増やす計画を立てている。しかし、訪問看護、在宅看護はわが国においてやや問題がある。

わが国でそのような高齢者は施設に収容され、医師や看護婦のサービスを受けるし、また看護婦、保健婦は訪問看護をしても点滴を始めとするいわゆる医行為に含まれる行為は一切できず、したがって血圧の測定と医師の受診を必要とするか否かの判断をするに過ぎない。このような現状では、「かかりつけ」医の応需体制の整備のほうがむしろ有効だと考えられる。でなければ訪問看護ステーションの深夜サービスまで整備されつつある状況から、保助看法の改正まで含めた訪問看護、在宅看護の見直しを図るべきである。

## 9. 介護保険に対する考え方

「介護保険で老後はすべて面倒をみてくれる。保険に入っていれば安心だ」という過大な幻想を与えるべきではない。期待感と現実との落差が制度不信と混乱を引き起こす。「介護保険に入っていれば少しは助かる」程度の期待にとどめ、あとは「保険あって介護なし」の事態だけは避けなければならない。

## § 6 薬価制度の改革

薬価制度および医療用医薬品の取り扱いに関して、利害関係者それぞれの立場で、主張するところが異なっている。

ただ当該問題に対する当事者の共通の認識として、薬価問題も社会保障構造改革の一部であり、医療制度、医療保険制度、診療報酬制度の改革のなかで解決されるべきものである。

製薬業界、医療機械（材料）業界、卸業業界等は資本主義社会のなかで、企業として成立するものであり、21世紀にはグローバルマーケットの統一規準のルールの中での競争戦略が必要である。

医療機関の薬価差益と高薬価シフトは出来高払い制度の結果であり、将来、包括化とDRG/PPSへの移行も想定され、差益追求よりも薬材比率低下への方向が考えられる。

これらを踏まえた場合、以下のように当面の施策と中長期的視野からの施策を実施することにより問題解決が図られよう。

### 1. 薬価制度の当面の方向（中医協等で示されているとおり）

R幅2%による公定薬価制度の堅持

薬価算定ルールの透明性の確保

薬価算定専門部会の設置  
薬価設定作業委員会の設置  
医薬品審査制度改革  
医薬品、医療機器審査センターの機能強化  
中央薬事審議会の審査機能改革  
画期的新薬に特段の薬価配慮をする。

## 2. 中・長期的方向

医療制度、医療保険制度、診療報酬のあり方などの抜本的改革が議論され、中長期的変化を展望すると、薬価問題の取扱いも次のような将来の姿が見えてくる。

- 1) 製薬業界、卸薬業界は資本主義制度のなかで利潤の追求を求め、21世紀にはグローバルスタンダードの中での競争が待っている。
- 2) 医療機関は診療報酬包括化のなかで、より廉価で質の良い医薬品を求めるようになる（国際マーケットより）。
- 3) 公定薬価制度の意義はなくなり、存続すればメーカー保護につながる。
- 4) 医薬品承認制度（中央薬事審議会）もグローバルスタンダードとなり、国際的承認制度の統一が図られる可能性がある。

## § 7 医薬分業

医薬分業は、平成5年を境界として分業率が上昇している。

その理由は、第1に薬価差益のここ数年来の激減と消費税増税問題があげられる。

第2には、医療法上の薬剤師の定数問題である。第3次医療法改正時に、人員配置の緩和が図られたが、地方では未だ医療法標欠が存在している。

第3には、薬剤の取扱いは薬剤の専門職である薬剤師に委ねるべきであるとする考え方の台頭である。とくに最近では、医療、介護、福祉の現場で、在宅における服薬管理も要求され、地域における薬剤師の役割がますます重要なものとなってきている。しかし、いくつかの問題点もあがってきている。

- 1) 地域医療圏の事情から、医薬分業率は最大でも68%が限界と思われる。過疎・僻地では調剤薬局の経営は成立せず、地方の孤立した診療所では困難であり、また、地域中核的大病院では対応できる調剤薬局が限られ、むしろ院内薬局のレベルが臨床薬剤師の養成や情報化など格段に高く、分業することでは高度、効率化が図れないなどが考えられる。
- 2) 文化的側面として、患者側に、医師に診療を受け薬を調合してもらい、療養のあり方までトータルで指導されることを求める傾向が強い。
- 3) 大分定着をみてきているが、診療の都度、医療機関と調剤薬局と2度の支払いをする手間が煩わしい。

今後の問題として、医薬分業率が全国100%に達することができない以上、病院内

薬局と院外調剤との診療報酬上の格差が取り上げられる。すなわち、現行、病院の薬剤師配置数が処方箋75枚に1人に対して、調剤薬局は40枚に1人という人件費の差で点数設定されているが、行われている業務はすべて同じであることを考えれば、院外薬局と同じ薬剤師人員を確保できれば、薬価差益が限りなくゼロに近づき、診療報酬の包括化が進行している現状を考えれば、同一の診療報酬にすべきである。

このように、強制的な医薬分業の実施について問題があり、是非を国民に直接問う必要がある。

## 終わりに

医療の抜本改革が医療法の改定なくして診療報酬制度によって経済的誘導のもとに行われようとしているのはよろしくない。規制緩和が叫ばれている現在に、現場の意見を無視して病院の機能を病床数で規制しようとしたり、在院日数や外来紹介率、外来数／入院数などと病院機能を事務的に決めるものでなく、関係者の議論のうえで措置されるべきものである。

○医療制度委員会開催実績

第1回	平成10年	7月	7日	(火)
第2回	平成10年	8月	21日	(金)
第3回	平成10年	11月	27日	(金)
第4回	平成10年	12月	18日	(金)
第5回	平成11年	1月	22日	(金)
第6回	平成11年	2月	26日	(金)
第7回	平成11年	3月	19日	(金)
第8回	平成11年	4月	23日	(金)
第9回	平成11年	5月	21日	(金)
第10回	平成11年	7月	12日	(月)
第11回	平成11年	8月	27日	(金)
第12回	平成11年	11月	26日	(金)
第13回	平成11年	12月	17日	(金)
第14回	平成12年	2月	5日	(金)
第15回	平成12年	3月	10日	(金)
第16回	平成12年	4月	21日	(金)
第17回	平成12年	5月	19日	(金)
第18回	平成12年	7月	21日	(金)

○ 委 員 名 簿 (平成12年3月31日 現在)

会 長	中山 耕作	聖隷浜松病院総長
副会長	大道 學	医療法人大道会理事長
"	藤澤 正清	福井県済生会病院院長
"	奈良 昌治	足利赤十字病院院長
"	武田 隆男	医療法人医仁会会長

(医療制度委員会)

委員長	北條 慶一	公立昭和病院院長
副委員長	福井 順	長崎記念病院顧問
委 員	石井 孝宜	石井公認会計士事務所代表
"	梶原 優	板倉病院理事長
"	竹田 秀	竹田綜合病院理事長
"	西村 昭男	日鋼記念病院理事長
"	星 和夫	青梅市立総合病院院長

(社会保険・老人保健委員会)

委員長	栗山 康介	名古屋第二赤十字病院院長
副委員長	西村 昭男	日鋼記念病院理事長
委 員	川合 弘毅	医療法人若弘会理事長
"	竹田 秀	竹田綜合病院理事長
"	福井 順	長崎記念病院顧問
"	松本 洋一	聖隷浜松病院情報システム管理室部長
"	矢崎 義雄	国立国際医療センター院長

## 2. 社会保険・老人保健委員会

1. 開催回数 8回（内1回が介護保険制度委員会と合同）  
（内1回が介護保険制度委員会及び医療制度委員会と合同）
2. 出席者数 延べ70名
3. 協議事項
  - (1) 高齢者医療制度について
  - (2) 「診療報酬体系改革（医科）に関する中間提言」についての検討
  - (3) ザ・メイキング・オブ・DRG、要介護認定
  - (4) 病院会計準則について
  - (5) 平成12年度診療報酬改定に対する不合理点等について
  - (6) 四病協 医療保険・診療報酬委員会について
  - (7) 改正医療保険制度関連法
  - (8) 平成14年度診療報酬改定に対する要望事項について
  - (9) 200床問題について
  - (10) 内科系学会社会保険連合第90回例会の開催報告について
  - (11) 患者紹介率算定方式の調べについて

## 4. 総 評

今年度も栗山委員長のもと、診療報酬改定の疑問点、矛盾点などについて議論を行った。平成12年4月から導入された200床基準、紹介率加算についてなど、病院で問題視していることを協議、各委員間で意見が交わされ前向きな考えで取り組んでいた。

介護保険制度委員会、また、医療制度委員会とも合同委員会を開催して一つの課題に多くの委員より様々な情報を聞き、有意義な時間が流れていた。

また、栗山委員長は「平成12年度診療報酬改定に対する不合理点」を10項目にまとめ日医に提出。病病連携、病診連携と言った国民が生活しやすい環境を願っている。

更に、四病協、医療保険・診療報酬委員会の依頼を受けて、会員病院に対する紹介率算定に係わる患者数を調査、日病提案の紹介率、全日病提案の紹介率にあてはめ作業を実施し紹介率として適正な算定式を研究する材料提供を行った。

この先、委員会として平成14年4月の診療報酬改定については勿論、病院職員への情報提供、一般ユーザーに対してのサービスなど日本医療界に務めていくようベストを尽くす。

## 平成12年度診療報酬改定に対する不合理点

日医 社会保険診療報酬検討委員会 委員  
日本病院会 常任理事 栗山 康介

### 1. 紹介率算定方式について

現状では、地域医療支援病院、特定機能病院、一般病院について、それぞれの紹介率の算定式がある。地域医療支援病院は、紹介状持参による受診が難しい夜間、休日の初診患者数より除くことができ、また、特定機能病院は、逆紹介患者数を算定式に加算でき、紹介率をアップが可能となる算定が認められている。

一般病院の中には、地域の中核病院とした周産期医療、NICUを含む未熟児医療センターを備えた小児の救急医療を充実している病院も多い。このような小児医療の充実した病院には、一度診療所に受診して紹介状を持って病院に受診されるより、小児科専門医が常駐している（夜間当直医のいる）病院へ直接受診される場合が多い。

紹介率を上げるために、一旦診療を断って「どこかの開業医の紹介状をもらってからくるように」など、発熱や痙攣等の緊急状態で駆け込んで来た両親に言えるはずがない。また、大病院でさえ小児科は不採算部門として縮小しているところもあり、小児科医の不足とともに、小児科医の当直医が常駐している施設は極めて少ない。

小児科が充実し、毎日しかも毎夜小児科の当直を常勤させているような施設には、自然と患者が集まり、その殆どは紹介状を持っていない。

現状では大半の休日、夜間の救急患者に対する診療（特に小児患者が半数を占めており小児の場合は、かかりつけ医によらず直接来院するケースが多い）は、一般病院が対応している。また、逆紹介患者も特定機能病院だけがしているものでもない。

また、紹介率算定方式に使用する初診患者数、紹介初診患者数があるが、それぞれについて細かい取り決めが不明確である。

これらを踏まえ、当会としては、別紙の紹介率に統一を図るよう提案する。

また、紹介率を病院全体の平均値として算定する場合、小児科だけは算定から除外するのが適切と考える。

更に、病院機能は地域の特性に負うところが大きいので、これらを紹介率に反映されるよう求める。

## 2. 大規模病院の紹介外来推進について

大病院では、診療科が専門化されており、複数科を同日受診した場合、診療科は1科のみの算定しかできず、受診者にとっては1病院で複数科受診でき、そのうえ診療所を受診するよりも支払額は少ないので、ますます大規模病院への受診傾向が高まる。

したがって、大規模病院の紹介外来を推進するなら、病院のそれぞれの科ごとの診察科を算定できるようにすべきである。

しかし、地域によっては、診療所機能、病院機能、救急医療をはじめとする急性期医療、療養を目的とした慢性医療も併せて行わなければならない多機能病院もある。

病院周辺に診療所も少なく、地域に密着した古くから地域の信頼を得ている病院は外来患者も多い。したがって診療所から紹介率も少なく、入院：外来比率も大きくなる。すなわち、病院の地域性、特性を考慮せず、医療機関を200床の病床数で線引きして、一律に類型化することは、地域に密着した医療政策とはいえない。

一般病院で、小児科は外来診療が中心で、医学的に比較的軽症であっても、病院に連れてくる傾向が強い。その一因は、小児科専門の一般診療所（開業医）が減っているためである。したがって、外来：入院比率を見ると、圧倒的に外来の比率が高まる。

外来患者は、その大部分は非紹介であり、紹介率を減らす要因になっている。

小児科は外来患者は多いわりには、入院は比較的少なく外来：入院比率を上昇させる要因になっている。

## 3. 平均在院日数の計算の除外対象患者の拡大について

新生児医療を行っている医療機関では、超未熟児、未熟児で生まれた患者は、急性時期を逸脱すれば、ある一定の体重に達するまでにはケースにより長時間を必要とする。新生児に対して、除外対象患者にしてほしい。

4. 病院の機能は、本来、病床数で決まるのではなく、地域の特性により定まるものである。しかし、200床で分けることに合理性があるとしても、療養病床と一般病床では性質が異なり、許可病床として、介護療養型医療施設の病床や精神病床、結核病床、感染症病床を一律に取り扱うことは妥当性に欠ける。

そもそも、病床の機能を明確化しようとする改正医療法の趣旨にも合致しない。

## 5. 特定集中治療室管理料について

①手術中の迅速病理組織検査を特定集中治療室管理料の包括外にしてほしい。

②迅速病理組織検査について、入室状況の如何を問わず、算定できるようにしてほしい。

したがって、特定集中治療室入室日が手術日であっても、手術中の上記の検査に関しては、包括化の対象としないでほしい。

## 6. 回復期リハ病棟の入院患者にも薬剤管理指導料を算定すること

発症後服薬治療中にリハを開始するので、実際に与薬が行われており、服薬指導料も算定してほしい。

## 7. 通院精神療法について

通院精神療法は病院外来であれ、診療所外来であれ、内容が変わるところなく病院の場合も診療所の場合と同じ点数であるべきである。

(病院：340点、診療所392点)

## 8. 200床未満の病院の外来管理加算について

厚生大臣が定める検査のうち、超音波検査で残尿検査を行うと50点、行わないと52点で、点数の適正化を。

## 9. 手術に関して

K766 経皮的上部尿管拡張術 12, 200点  
(経皮的腎瘻造設術を含む)

K775 経皮的腎瘻造設術 12, 600点  
適正な点数評価を希望。

10. 特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) の検査PAIGGは難病申請書に検査結果を記載しなければならないのに、点数かされていない。点数化してほしい。

## 「紹介率算定式への提言」

社団法人 日本病院会

今日まで、数次の医療法改正において病院の機能分化がはかられ、特定機能病院、地域医療支援病院につづき、新たに一般（急性期）病棟・病院、療養（慢性期）病棟・病院への区分けが図られようとしている。このことは、病診連携、病々連携をもって、地域医療の機能的連携と効率化を推進することにより、より質の高い地域医療の提供を目的としていることと理解されている。

しかしながら、これら病院機能を医療法上で指定する際に、歴史上さまざまな経緯があったことは事実である。特に問題とされるのは、紹介率とその算定式である。

特定機能病院の指定の際は、当初指定を希望する医療機関が少なく、紹介率の引き下げ、算定式の中に連携の実をあげるために逆紹介も導入された。

地域医療支援病院の指定の際は、地域医療機関支援と連携の為に紹介率80%と高いレベルを設定したが、これも非常にハードルが高い為、算定式のなかに、救急用自動車による搬入を削除し、緊急的に入院した患者数を紹介率の分子に加え、分母の初診患者数より休日、時間外、夜間の救急患者数を差し引くことにより、紹介率の上昇をはかった。

急性期一般病院のみ、従来よりの診療報酬上の算定式があり、同じ地域医療を機能分担して連携していくうえに非常に不利となっている。

特に、今回の診療報酬改革に際し、30%の紹介率によって診療報酬上の加算が強く設定された。医療法上、医療機関指定の条件が診療報酬にも反映されたわけであるが、診療報酬に反映される以上、早急に全ての医療機関の紹介率は統一を図り、整合されるべきもの考える。

従って、紹介率を次の算定式に見直すように提案する。

$$\frac{(\text{紹介患者数}) + (\text{他の病院又は診療所に紹介した患者数}) + (\text{緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数})}{(\text{他の病院又は診療所に紹介した患者数}) + (\text{初診患者数}) - (\text{当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者数})} \times 100$$

（緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数を除く）

### 1. 逆紹介を分子、分母に入れる理由

病診連携、病々連携の活性化への促進策。

### 2. 緊急的に入院し、治療を必要とした救急患者数に改める理由

救急患者は必ずしも救急用自動車で来院するわけではなく、自家用車で来院してくる。救急車以外を算入できないならば、病院側は全て救急車で来院するよう指示を出すため、救急出動件数が飛躍的に上昇し、社会負担の増大を招く。

### 3. 救急患者を分母の初診患者より減算する理由

どこの地域医療でも救急医療システムを構築しており、休日、夜間の救急初診患者を減算しなければ、紹介率の低下につながり、救急患者の受け付け拒否の方向となる。これは、救急医療システムの崩壊につながる。

(ご参考－現行の紹介率の算定式－)

#### ○特定機能病院（医療法施行規則第9条の20第6号）

$$\frac{(\text{紹介患者数}) + (\text{他の病院又は診療所に紹介した患者数}) + (\text{救急用自動車によって搬入された患者数})}{(\text{他の病院又は診療所に紹介した患者数}) + (\text{初診患者数})} \times 100$$

#### ○地域医療支援病院（平成10年5月健政局長通知第639号、一部修正第858号）

$$\frac{(\text{文書により紹介された患者数}) + (\text{緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数})}{(\text{初診患者数}) - (\text{当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者数(緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数を除く)})} \times 100$$

#### ○一般病院（診療報酬上）

$$\frac{(\text{文書により紹介された患者数}) + (\text{救急用自動車によって搬入された患者数})}{(\text{初診患者数})} \times 100$$

## 紹介率算定式によるあてはめ調査結果報告

回答数：42病院

(単位：%)

		一般	地域	特定	日病	全日病
平均	成人	25.3	35.3	32.6	44.0	61.7
	合計	22.6	37.7	29.6	44.8	62.1
算定の差	成人	0	10.0	7.3	18.7	36.4
	合計	0	15.1	7.0	22.2	39.5
成人	最大	63.4	/	/	95.3	106.6
	最小	1.9	/	/	6.3	15.1
合計	最大	61.5	/	/	120.6	113.1
	最小	1.2	/	/	6.3	11.4
算定の差	成人最大	0	/	/	31.9	43.2
	成人最小	0	/	/	4.4	13.2
	合計最大	0	/	/	59.1	51.6
	合計最小	0	/	/	5.1	10.2

(単位：病院)

成人	一般	地域	特定	日病	全日病
0～10%	5	3	2	1	0
10.1～20%	6	7	6	4	1
20.1～30%	18	11	9	7	1
30.1～40%	8	6	12	6	6
40.1～50%	4	6	9	8	5
50.1%～	1	9	4	16	29
合計	42	42	42	42	42

(単位：病院)

合計	一般	地域	特定	日病	全日病
0～10%	7	4	2	2	0
10.1～20%	10	9	8	5	3
20.1～30%	14	7	12	9	2
30.1～40%	8	6	11	2	7
40.1～50%	2	4	7	8	1
50.1%～	1	12	2	16	29
合計	42	42	42	42	42

(単位:%)

	都道府県	経営主体	病床数		一般	地域	特定	日病	全日病
A	埼玉県	医療法人	55床	成人	1.9	7.6	4.8	11.3	30.1
				合計	1.2	2.8	4.3	6.5	17.3
B	香川県	市町村	415床	成人	35.9	57.3	42.8	64.0	77.3
				合計	28.2	51.9	34.3	58.3	76.7
C	新潟県	その他法人	114床	成人	32.2	43.9	40.7	54.1	80.1
				合計	30.6	42.2	38.7	52.2	78.7
D	茨城県	医療法人	332床	成人	9.7	18.7	12.1	21.6	41.4
				合計	8.4	16.7	10.6	19.5	11.4
E	北海道	医療法人	672床	成人	32.7	18.6	49.0	53.6	64.6
				合計	33.2	18.3	49.3	54.2	66.3
F	神奈川県	共済及連合	655床	成人	22.3	28.9	28.8	36.5	49.2
				合計	22.5	29.2	28.4	37.0	59.2
G	岡山県	日赤	500床	成人	20.8	51.8	37.1	60.8	78.0
				合計	26.3	59.0	33.7	70.3	84.4
H	埼玉県	医療法人	195床	成人	9.8	4.5	14.2	10.3	34.0
				合計	9.9	9.0	17.6	14.4	36.0
I	秋田県	厚生連	232床	成人	22.2	45.7	29.3	52.9	75.7
				合計	19.4	43.6	26.8	52.4	74.2
J	長野県	厚生連	320床	成人	19.4	26.3	26.0	34.9	56.3
				合計	15.3	21.7	20.6	28.7	52.1
K	埼玉県	医療法人	288床	成人	22.7	29.7	33.8	43.3	57.4
				合計	22.8	34.3	33.8	48.7	67.0
L	新潟県	医療法人	122床	成人	10.3	10.9	16.0	18.3	38.0
				合計	7.6	7.9	11.7	13.2	33.2
M	神奈川県	医療法人	191床	成人	5.8	4.3	8.0	6.3	15.1
				合計	5.1	4.3	6.9	6.3	15.4
N	青森県	市町村	250床	成人	20.2	24.4	25.2	29.8	35.5
				合計	12.3	16.7	15.6	20.3	29.6
O	静岡県	日赤	394床	成人	24.7	35.8	30.5	42.5	65.6
				合計	21.8	38.6	26.8	44.4	68.8
P	静岡県	その他法人	744床	成人	43.2	92.8	55.4	95.3	106.6
				合計	41.2	109.6	52.4	106.1	113.1
Q	千葉県	市町村	956床	成人	22.9	38.6	30.5	48.0	67.9
				合計	19.6	38.2	23.5	48.2	70.1
R	愛知県	市町村	200床	成人	9.2	19.1	13.5	23.6	32.1
				合計	7.1	13.7	11.5	18.6	30.3
S	大阪府	済生会	300床	成人	27.1	19.4	40.6	32.6	42.9
				合計	24.0	12.4	36.7	25.3	38.9
T	長崎県	市町村	342床	成人	20.4	26.2	31.3	40.9	56.8
				合計	19.9	150.8	30.9	120.6	109.2
U	山梨県	日赤	226床	成人	20.2	20.2	30.9	37.1	67.6
				合計	13.3	13.5	21.3	25.9	56.4
V	栃木県	日赤	560床	成人	25.0	44.8	37.5	58.8	72.7
				合計	21.8	52.8	32.7	65.0	81.9
W	静岡県	市町村	660床	成人	31.8	60.6	37.1	66.1	85.6
				合計	26.7	59.7	32.2	65.8	87.9
X	山形県	済生会	473床	成人	12.9	11.9	22.8	23.5	31.8
				合計	12.1	14.5	22.2	26.0	33.0
Y	大分県	済生会	200床	成人	29.9	48.1	36.1	55.3	77.4
				合計	21.3	35.8	26.6	42.2	66.2
Z	長崎県	済生会	230床	成人	63.4	43.1	64.5	45.0	75.9
				合計	61.5	38.8	62.5	40.5	75.6

(単位: %)

	都道府県	経営主体	病床数		一般	地域	特定	日病	全日病
AA	秋田県	日赤	300床	成人	40.3	58.6	36.3	66.4	80.0
				合計	35.5	56.7	43.2	64.6	80.4
AB	福井県	済生会	466床	成人	35.1	38.8	40.6	46.0	67.3
				合計	30.7	41.5	36.3	48.7	70.9
AC	東京都	全社連	418床	成人	21.2	23.2	27.3	29.5	29.5
				合計	20.7	22.7	27.0	29.2	29.1
AD	岡山県	公益法人	1,176床	成人	29.8	46.4	37.6	54.6	66.0
				合計	26.6	50.6	33.3	58.0	74.1
AE	青森県	市町村	609床	成人	47.9	71.0	55.9	77.1	86.4
				合計	41.0	69.6	49.7	76.2	85.9
AF	福岡県	日赤	509床	成人	31.0	39.6	42.0	52.2	65.7
				合計	32.3	42.0	42.4	53.5	66.6
AG	岐阜県	厚生連	335床	成人	22.4	22.7	24.6	26.2	65.6
				合計	20.3	24.1	25.3	32.6	72.8
AH	福岡県	会社	1,157床	成人	30.0	54.3	44.8	69.4	84.6
				合計	24.1	62.6	37.0	75.2	91.5
AI	大阪府	医療法人	394床	成人	40.5	68.1	47.9	74.7	98.3
				合計	38.2	63.5	45.4	70.8	95.5
AJ	愛知県	日赤	835床	成人	39.0	72.2	49.4	79.4	90.4
				合計	37.8	82.9	48.4	87.7	95.5
AK	熊本県	市町村	195床	成人	14.6	31.9	16.8	34.4	50.2
				合計	9.4	19.1	11.2	21.2	38.5
AL	大阪府	医療法人	230床	成人	38.3	23.8	52.7	44.5	62.4
				合計	35.6	23.3	49.6	43.7	64.0
AM	北海道	医療法人	135床	成人	21.9	12.3	25.6	17.2	44.7
				合計	20.6	11.5	23.9	16.2	46.0
AN	茨城県	医療法人	108床	成人	14.2	26.6	20.3	33.2	42.4
				合計	12.5	22.6	17.8	28.6	38.5
AO	兵庫県	市町村	358床	成人	26.7	36.0	34.1	47.6	83.3
				合計	19.7	32.9	25.8	40.9	65.5
AP	北海道	医療法人	251床	成人	14.2	24.0	16.4	27.2	58.6
				合計	11.9	21.7	13.8	24.7	58.8

### 3. 医療経済・税制委員会

1. 開催回数 9回
2. 出席者数 延べ70人
3. 協議事項
  - ・病院経営分析調査について
  - ・平成13年度税制改正について
  - ・その他

### 4. 総 評

当委員会は病院経営をより良くするために、実態を把握するための経営分析調査や病院負担の割合が大きい現行税制に対する改善の要望・陳情を行ってきた。

調査については例年どおり「病院経営分析調査」を実施した。調査対象2715施設中580病院（回答率21.4％）から回答が寄せられた。うちケアミックス病院、療養病院、精神病院を除いた一般病院533病院（公的：338／私的：195）の集計結果を見ると黒字病院数が232病院（公的：115／私的：117）であった。公私の内訳を見るとわかるように、私的病院の方が黒字病院が多いことがわかる。昨年度調査と比較して黒字病院割合が大きくなったが、その要因としては人件費、材料費を削減したことが考えられる。（調査総括表については別紙参照）

今年度の新たな試みとして、患者の入院経路、クリティカルパス、救急医療体制について集計している。入院経路については、病院が外来機能を縮小することは経営的にどうなのか、クリティカルパスについては、導入有無が在院日数の短縮や経費削減につながっているか。救急体制については、医業収益の損益にどのように影響するかの判断材料とすることが目的である。

税制改正要望については、従前通りの厚生省と自由民主党に加え、民主党、公明党にも出向き、病院に関する税制の陳情をした。なお、提案項目の一つであった特定医療法人に係る要件の緩和が、厚生労働省税制改正要望項目に挙げられた。要望内容は「全病床に占める差額ベッド割合20％以下」についての緩和であったが、30％以下に緩和するというものであった。要望内容は消費税、法人税などの国税11項目、事業税、固定資産税などの地方税7項目。（全文については別紙参照）

## － 税制改正に関する要望の提出先一覧 －

平成12年 6月23日	厚生省健政局	指導課長	貝谷 伸 様
9月20日	自由民主党政務調査会	税制調査会長	武藤嘉文 様
10月24日	自由民主党政務調査会	部長	熊代昭彦 様
	自由民主党社会本部	社会福祉環境関係団体委員長	田村憲久 様
11月15日	民主党税制調査会	会 長	峰崎直樹 様

11月17日 公明党

政務調査会長  
税制調査会長  
団体渉外委員長

北川一雄 様  
日笠勝之 様  
河上覃雄 様

また、中山会長が日本医師会の医業税制検討委員会に参画されているため、当委員会では日病の税制要望と日医のそれとを比較対照した一覧を作り、資料として提出した。（一覧については別紙参照）

その他協議事項として、委員が参考人陳述を行った第150回国会、厚生委員会の報告があった。概要は臨床研修についてであり、医師法16条の改正案や、研修医や指導医の手当といった財源保障についてであった。

また、各委員の提言・主張を論文として提出してもらい、それに任期期間中の活動記録を添付した、報告書をまとめ発刊することとなった。

# 病院経営分析報告書 I

(平成11年度の決算分析)

平成13年1月

社団法人 日本病院会  
医療経済・税制委員会

# I. 回 答 状 況

## 1. 経 営 主 体 別

		調査病院数	回答病院数	回答率 (%)	有効回答	一般病院数	精神病院数	結核病院数	療養病院数
国		249	4	1.6	2	2			
自治体	都道府県	100	53	53.0	51	46	5		
	市町村	290	180	62.1	177	175	1		1
公的	日赤	93	29	31.2	29	29			
	済生会	66	28	42.4	28	27	1		
	北社協	2	0	0.0	0				
	厚生連	76	36	47.4	36	36			
その他	全社連	41	6	14.6	6	6			
	厚生団	4	0	0.0	0				
	船保会	3	1	33.3	1	1			
公的	健保組合及び連合	15	6	40.0	6	6			
	共済組合及び連合	42	10	23.8	10	10			
	国保組合	1	0	0.0	0				
	国保連	2	0	0.0	0				
公 的 計		984	353	35.9	346	338	7	0	1
医 療 法 人		1,177	167	14.2	164	144	7	1	12
学 校 法 人		49	2	4.1	2	2			
その他法人	公益法人	164	30	18.3	29	26			3
	会社法人	46	5	10.9	5	5			
	その他法人	97	16	16.5	15	14			1
個 人		198	7	3.5	5	4			1
私 的 計		1,731	227	13.1	220	195	7	1	17
総 計		2,715	580	21.4	566	533	14	1	18

### 3. 経営主体別（公的・私的病院）にみた黒字病院の比率

区 分		公 的 病 院 計			国			自 治 体			公 的			そ の 他 公 的		
		施設数		黒字の病院	施設数		黒字の病院	施設数		黒字の病院	施設数		黒字の病院	施設数		黒字の病院
		施設数	比率	施設数	比率	施設数	比率	施設数	比率	施設数	比率	施設数	比率	施設数	比率	
一般病院総数		312	115	36.9	2	2	100.0	205	39	19.0	83	61	73.5	22	13	59.1
病 床 規 模	20～99床	15	3	20.0	0	0	0.0	12	2	16.7	1	0	0.0	2	1	0.0
	100～199床	30	9	30.0	0	0	0.0	20	4	20.0	8	5	62.5	2	0	0.0
	200～299床	56	21	37.5	0	0	0.0	37	5	13.5	14	13	92.9	5	3	60.0
	300～399床	67	33	49.3	1	1	100.0	41	12	29.3	18	15	83.3	7	5	71.4
	400～499床	59	19	32.2	1	1	100.0	36	4	11.1	19	11	57.9	3	3	100.0
	500床～	85	30	35.3	0	0	0.0	59	12	20.3	23	17	73.9	3	1	33.3
都 道 府 県 ブ ロ ッ ク	北海道	17	5	29.4	0	0	0.0	12	1	8.3	2	1	50.0	3	3	100.0
	東北	45	13	28.9	0	0	0.0	30	1	3.3	15	12	80.0	0	0	0.0
	関東	50	20	40.0	0	0	0.0	28	3	10.7	18	13	72.2	4	4	0.0
	東京都	14	1	7.1	0	0	0.0	8	0	0.0	1	0	0.0	5	1	20.0
	信越・北陸	44	18	40.9	1	1	100.0	27	7	25.9	15	10	66.7	1	0	0.0
	東海	58	23	39.7	0	0	0.0	42	11	26.2	14	10	71.4	2	2	100.0
	近畿	34	12	35.3	0	0	0.0	26	6	23.1	5	4	80.0	3	2	66.7
	中国	16	7	43.8	1	1	100.0	11	3	27.3	3	3	100.0	1	0	0.0
四国	8	4	50.0	0	0	0.0	5	3	60.0	3	1	33.3	0	0	0.0	
九州	26	12	46.2	0	0	0.0	16	4	25.0	7	7	100.0	3	1	33.3	
ケアミックス病院総数		26	10	38.5	0	0	0.0	16	5	31.3	9	4	44.4	1	1	100.0
療養病院総数		1	0	0.0	0	0	0.0	1	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0
精神病院総数		7	1	14.3	0	0	0.0	6	0	0.0	1	1	100.0	0	0	0.0

私的病院計			医療法人			学校法人			その他法人			個人			区分	
施設数	黒字の病院		施設数	黒字の病院		施設数	黒字の病院		施設数	黒字の病院		施設数	黒字の病院			
	施設数	比率		施設数	比率		施設数	比率		施設数	比率		施設数	比率		
146	117	80.1	105	90	85.7	2	1	50.0	36	23	63.9	3	3	100.0	一般病院総数	
25	22	88.0	22	20	90.9	0	0	0.0	1	0	0.0	2	2	100.0	北海道 東北 関東 東京都 信越・北陸 東海 近畿 中国 四国 九州	
42	37	88.1	33	30	90.9	0	0	0.0	8	6	75.0	1	1	100.0		20～99床
25	20	80.0	18	15	83.3	0	0	0.0	7	5	71.4	0	0	0.0		100～199床
24	15	62.5	12	9	75.0	0	0	0.0	12	6	50.0	0	0	0.0		200～299床
14	10	71.4	11	9	81.8	1	0	0.0	2	1	50.0	0	0	0.0		300～399床
16	13	81.3	9	7	77.8	1	1	100.0	6	5	83.3	0	0	0.0		400～499床
8	6	75.0	7	6	85.7	0	0	0.0	1	0	0.0	0	0	0.0	500床～	
8	6	75.0	5	4	80.0	0	0	0.0	3	2	66.7	0	0	0.0		
29	22	75.9	21	17	81.0	2	1	50.0	5	3	60.0	1	1	100.0		
21	16	76.2	9	9	100.0	0	0	0.0	10	5	50.0	2	2	100.0		
11	9	81.8	9	7	77.8	0	0	0.0	2	2	100.0	0	0	0.0		
14	13	92.9	10	9	90.0	0	0	0.0	4	4	100.0	0	0	0.0		
29	21	72.4	24	19	79.2	0	0	0.0	5	2	40.0	0	0	0.0		
4	4	100.0	3	3	100.0	0	0	0.0	1	1	100.0	0	0	0.0		
3	3	100.0	3	3	100.0	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0		
19	17	89.5	14	13	92.9	0	0	0.0	5	4	80.0	0	0	0.0		
49	40	81.6	39	34	87.2	0	0	0.0	9	5	55.6	1	1	100.0	ケアミックス病院総数	
17	16	94.1	12	11	91.7	0	0	0.0	4	4	100.0	1	1	100.0	療養病院総数	
7	5	71.4	7	5	71.4	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0	精神病院総数	

II-1、経営主体別 一般病院 《 公的病院、総括表 》

区 分	公 的 病 院			国			自 治 体		
	全 体	黒 字	赤 字	全 体	黒 字	赤 字	全 体	黒 字	赤 字
<b>【 基 礎 】</b>									
施設数 (病院)	312	115	197	2	2	0	205	39	166
許可病床数 (床)	388.9	393.9	385.9	391.5	391.5	0.0	386.9	404.5	382.8
実働病床数 (床)	381.9	388.7	377.9	391.5	391.5	0.0	380.6	402.8	375.4
1日平均入院患者数 (人)	338.5	353.5	329.7	368.1	368.1	0.0	336.8	370.1	329.0
1日平均外来患者数 (人)	1,004.8	1,091.7	954.1	575.3	575.3	0.0	992.2	1,229.5	936.5
従業員数 (人)	457.4	488.8	439.0	341.1	341.1	0.0	443.4	502.6	429.5
医師数 (人)	54.1	56.9	52.5	40.7	40.7	0.0	52.8	57.9	51.6
看護婦数 (人)	255.0	261.8	251.0	187.0	187.0	0.0	254.6	277.6	249.2
医師平均年齢 (才)	40.3	39.7	40.7	40.1	40.1	0.0	40.5	39.2	40.8
看護婦平均年齢 (才)	35.6	34.6	36.2	35.3	35.3	0.0	36.4	36.0	36.6
<b>【 機 能 性 】</b>									
病床利用率 (%)	86.7	88.3	85.8	93.9	93.9	0.0	86.6	88.5	86.2
外来／入院比 (倍)	3.18	3.28	3.12	1.77	1.77	0.00	3.19	3.59	3.10
平均在院日数 (日)	21.5	20.4	22.2	34.4	34.4	0.0	22.0	20.3	22.4
患者100人当たり従業員数 (人)	68.0	68.0	67.9	63.3	63.3	0.0	66.3	63.3	67.1
患者100人当たり医師数 (人)	7.8	7.9	7.7	7.2	7.2	0.0	7.5	7.0	7.7
患者100人当たり看護婦数 (人)	37.4	36.0	38.2	34.4	34.4	0.0	37.7	35.0	38.3
患者1人1日当たり入院収益 (円)	32,456	33,095	32,083	28,516	28,516	0	32,173	32,933	31,996
患者1人1日当たり外来収益 (円)	8,991	9,345	8,783	12,354	12,354	0	8,760	9,175	8,661
<b>【 収 益 性 】</b>									
医業収益対医業利益率 (%)	-6.4	3.1	-12.0	7.8	7.8	0.0	-10.2	3.1	-13.3
人件費率 (役員報酬を含む) (%)	55.7	49.7	59.2	47.2	47.2	0.0	58.3	50.6	60.1
材料費率 (%)	29.5	29.5	29.5	27.2	27.2	0.0	29.2	28.5	29.4
経費率 (%)	9.1	8.2	9.7	7.8	7.8	0.0	9.5	7.6	10.0
委託費率 (%)	5.9	4.6	6.7	2.0	2.0	0.0	6.7	5.2	7.0
減価償却費率 (%)	6.0	4.8	6.7	7.9	7.9	0.0	6.3	4.7	6.7
經常収益対支払利息率 (%)	2.5	1.7	2.9	0.0	0.0	0.0	3.1	2.7	3.2
総収益対総利益率 (当期純利益率) (%)	-0.6	2.1	-2.4	1.7	1.7	0.0	-1.6	1.6	-2.5
<b>【 生 産 性 】</b>									
従業員1人当たり年間給与与費 (千円)	8,065	7,461	8,417	7,504	7,504	0	8,437	7,881	8,568
医師1人当たり年間給与与費 (千円)	15,818	15,135	16,216	13,133	13,133	0	16,093	15,567	16,220
看護婦1人当たり年間給与与費 (千円)	6,238	5,763	6,513	6,498	6,498	0	6,568	6,391	6,609
従業員1人当たり年間医業収益 (千円)	14,833	15,185	14,628	15,843	15,843	0	14,882	15,703	14,689
医師1人当たり年間医業収益 (千円)	150,587	154,806	148,111	149,320	149,320	0	148,225	153,940	146,874
労働生産性 (千円)	7,258	7,940	6,860	8,686	8,686	0	7,127	8,349	6,840
労働分配率 (%)	122.2	94.1	138.7	86.5	86.5	0.0	134.6	94.7	144.0

公 的			そ の 他 公 的			区 分
全 体	黒 字	赤 字	全 体	黒 字	赤 字	
						<b>【 基 礎 】</b>
83	61	22	22	13	9	施設数 (病院)
406.0	398.1	428.1	342.1	343.1	340.7	許可病床数 (床)
397.3	390.7	415.4	334.3	336.2	331.5	実働病床数 (床)
355.2	354.6	356.9	288.2	296.7	275.9	1日平均入院患者数 (人)
1,033.1	1,027.1	1,050.0	1,054.6	1,061.0	1,045.4	1日平均外来患者数 (人)
498.3	492.1	515.4	444.2	454.9	428.6	従業員数 (人)
53.9	53.3	55.5	68.5	73.5	61.3	医師数 (人)
268.4	264.1	280.5	213.7	214.9	212.1	看護婦数 (人)
39.7	39.4	40.5	41.4	42.0	40.3	医師平均年齢 (才)
34.0	33.7	34.9	34.1	34.7	33.2	看護婦平均年齢 (才)
						<b>【 機 能 性 】</b>
87.6	88.6	84.9	83.6	85.7	80.6	病床利用率 (%)
2.97	2.98	2.96	3.95	3.98	3.89	外来／入院比 (倍)
20.3	20.0	21.1	20.2	20.0	20.3	平均在院日数 (日)
71.1	70.4	72.9	71.8	72.0	71.5	患者100人当たり従業員数 (人)
7.4	7.4	7.6	11.0	13.0	8.2	患者100人当たり医師数 (人)
37.8	37.5	38.7	34.0	32.8	35.8	患者100人当たり看護婦数 (人)
33,128	33,402	32,370	32,908	32,815	33,047	患者1人1日当たり入院収益 (円)
9,340	9,298	9,455	9,510	9,612	9,362	患者1人1日当たり外来収益 (円)
						<b>【 収 益 性 】</b>
1.1	3.1	-4.4	-0.7	2.5	-5.4	医業収益対医業利益率 (%)
50.3	49.1	53.4	53.2	49.8	58.0	人件費率 (役員報酬を含む) (%)
30.1	29.8	31.1	30.3	31.4	28.6	材料費率 (%)
8.4	8.5	8.0	8.4	8.3	8.6	経費率 (%)
4.4	4.2	4.9	5.1	4.8	5.6	委託費率 (%)
5.5	5.1	6.8	3.8	3.1	5.0	減価償却費率 (%)
1.1	1.1	1.0	1.3	0.8	2.0	経常収益対支払利息率 (%)
1.2	2.6	-2.6	1.0	1.6	-0.1	総収益対総利益率 (当期純利益率) (%)
						<b>【 生 産 性 】</b>
7,309	7,264	7,433	7,491	7,120	8,027	従業員1人当たり年間給与費 (千円)
15,617	15,139	16,924	14,053	13,950	14,194	医師1人当たり年間給与費 (千円)
5,478	5,327	5,888	6,015	5,831	6,292	看護婦1人当たり年間給与費 (千円)
14,776	14,981	14,207	14,504	14,486	14,530	従業員1人当たり年間医業収益 (千円)
159,103	157,872	162,516	140,471	143,857	135,579	医師1人当たり年間医業収益 (千円)
7,500	7,747	6,817	7,431	7,506	7,322	労働生産性 (千円)
98.0	93.7	109.7	101.4	94.8	110.9	労働分配率 (%)

II-II、経営主体別 一般病院 《私的病院、総括表》

区 分	私 的 病 院			医 療 法 人			学 校 法 人		
	全 体	黒 字	赤 字	全 体	黒 字	赤 字	全 体	黒 字	赤 字
<b>【 基 礎 】</b>									
施設数 (病院)	146	117	29	105	90	15	2	1	1
許可病床数 (床)	272.3	262.9	310.3	239.1	228.7	301.2	717.0	1,026.0	408.0
実働病床数 (床)	263.8	255.3	298.1	230.8	222.3	281.8	716.5	1,025.0	408.0
1日平均入院患者数 (人)	230.7	225.6	251.3	200.7	194.0	240.7	648.8	921.1	376.6
1日平均外来患者数 (人)	655.9	642.5	709.7	568.1	550.4	673.7	1,761.1	2,653.8	868.4
従業員数 (人)	360.1	351.4	395.0	304.8	295.9	358.1	1,175.0	1,768.3	581.8
医師数 (人)	41.4	40.1	46.7	30.7	29.7	36.4	348.9	570.1	127.8
看護婦数 (人)	170.1	163.6	196.4	141.8	137.2	169.3	542.9	777.4	308.5
医師平均年齢 (才)	41.7	41.9	40.8	42.0	42.3	40.0	36.7	35.4	38.0
看護婦平均年齢 (才)	33.1	33.2	32.8	33.0	33.0	33.1	27.4	28.6	26.2
<b>【 機 能 性 】</b>									
病床利用率 (%)	85.1	85.6	83.1	84.7	85.2	82.3	91.0	89.7	92.3
外来/入院比 (倍)	3.12	3.11	3.17	3.14	3.13	3.22	2.59	2.88	2.31
平均在院日数 (日)	22.7	23.3	20.1	23.9	24.3	21.4	22.2	22.2	22.3
患者100人当たり従業員数 (人)	81.7	81.8	81.1	81.6	82.5	76.3	92.6	97.9	87.3
患者100人当たり医師数 (人)	8.2	7.9	9.4	7.5	7.5	7.5	25.3	31.5	19.1
患者100人当たり看護婦数 (人)	37.7	37.1	40.0	37.1	37.3	35.4	44.6	43.0	46.3
患者1人1日当たり入院収益 (円)	32,782	32,268	34,764	31,620	31,669	31,326	47,523	43,857	51,189
患者1人1日当たり外来収益 (円)	9,088	9,303	8,221	9,007	9,345	6,981	12,688	10,117	15,259
<b>【 収 益 性 】</b>									
医業収益対医業利益率 (%)	2.9	5.3	-6.7	4.4	5.7	-3.7	-0.6	5.4	-6.7
人件費率 (役員報酬を含む) (%)	48.8	47.5	54.0	48.1	47.2	53.7	39.2	43.8	34.6
材料費率 (%)	26.3	26.0	27.4	25.5	25.4	25.8	39.5	35.6	43.5
経費率 (%)	12.7	12.6	13.3	13.3	13.1	14.6	4.9	3.9	6.0
委託費率 (%)	5.1	4.6	7.0	4.6	4.6	4.9	7.6	6.4	8.9
減価償却費率 (%)	4.0	3.7	4.8	3.9	3.7	4.6	9.3	4.9	13.7
経常収益対支払利息率 (%)	1.4	1.4	1.3	1.4	1.4	0.9	0.3	—	0.3
総収益対総利益率 (当期純利益率) (%)	2.7	3.9	-3.4	3.3	4.0	-1.9	3.1	3.1	—
<b>【 生 産 性 】</b>									
従業員1人当たり年間給与費 (千円)	6,193	6,063	6,739	5,966	5,955	6,030	6,483	6,726	6,241
医師1人当たり年間給与費 (千円)	14,844	15,161	13,490	15,207	15,378	14,200	6,891	6,983	6,799
看護婦1人当たり年間給与費 (千円)	4,789	4,707	5,137	4,543	4,535	4,589	5,665	5,998	5,332
従業員1人当たり年間医業収益 (千円)	12,923	12,993	12,634	12,655	12,875	11,353	16,699	15,350	18,049
医師1人当たり年間医業収益 (千円)	152,739	159,332	124,656	162,760	167,450	133,282	80,547	78,927	82,168
労働生産性 (千円)	6,580	6,750	5,870	6,547	6,700	5,631	6,295	7,552	5,038
労働分配率 (%)	95.1	89.9	116.8	91.8	89.1	108.0	106.4	89.0	123.9

その他法人			個人			区 分
全体	黒字	赤字	全体	黒字	赤字	
						<b>【基礎】</b>
36	23	13	3	3	0	施設数 (病院)
359.1	385.1	313.2	96.3	96.3	0.0	許可病床数 (床)
348.8	371.6	308.6	96.3	96.3	0.0	実働病床数 (床)
308.1	338.7	253.9	74.1	74.1	0.0	1日平均入院患者数 (人)
888.9	973.6	739.1	196.3	196.3	0.0	1日平均外来患者数 (人)
498.5	541.0	423.3	91.8	91.8	0.0	従業員数 (人)
58.2	61.5	52.5	10.2	10.2	0.0	医師数 (人)
243.2	256.8	219.2	33.6	33.6	0.0	看護婦数 (人)
40.9	40.4	42.0	46.5	46.5	0.0	医師平均年齢 (才)
32.7	32.4	33.1	46.0	46.0	0.0	看護婦平均年齢 (才)
						<b>【機能性】</b>
86.3	88.0	83.3	80.7	80.7	0.0	病床利用率 (%)
3.05	2.98	3.19	3.51	3.51	0.00	外来/入院比 (倍)
19.5	20.1	18.4	19.6	19.6	0.0	平均在院日数 (日)
82.6	80.6	86.2	65.2	65.2	0.0	患者100人当たり従業員数 (人)
9.4	8.6	10.8	7.2	7.2	0.0	患者100人当たり医師数 (人)
40.4	37.9	44.8	23.9	23.9	0.0	患者100人当たり看護婦数 (人)
35,631	34,658	37,203	26,512	26,512	0	患者1人1日当たり入院収益 (円)
9,292	9,394	9,111	7,086	7,086	0	患者1人1日当たり外来収益 (円)
						<b>【収益性】</b>
-1.2	3.7	-10.1	3.1	3.1	0.0	医業収益対医業利益率 (%)
50.8	48.1	55.8	53.5	53.5	0.0	人件費率 (役員報酬を含む) (%)
28.4	28.6	28.1	21.1	21.1	0.0	材料費率 (%)
11.4	10.8	12.4	15.1	15.1	0.0	経費率 (%)
6.3	4.6	9.3	5.4	5.4	0.0	委託費率 (%)
4.1	4.0	4.4	1.6	1.6	0.0	減価償却費率 (%)
1.7	1.5	2.3	1.0	1.0	0.0	経常収益対支払利息率 (%)
0.8	3.4	-5.3	4.8	4.8	0.0	総収益対総利益率 (当期純利益率) (%)
						<b>【生産性】</b>
6,863	6,444	7,667	6,142	6,142	0	従業員1人当たり年間給与与費 (千円)
14,016	14,440	13,131	17,057	17,057	0	医師1人当たり年間給与与費 (千円)
5,463	5,269	5,867	4,960	4,960	0	看護婦1人当たり年間給与与費 (千円)
13,628	13,546	13,785	11,476	11,476	0	従業員1人当たり年間医業収益 (千円)
131,884	139,059	118,133	103,446	103,446	0	医師1人当たり年間医業収益 (千円)
6,702	6,945	6,237	6,515	6,515	0	労働生産性 (千円)
104.4	92.6	127.1	94.5	94.5	0.0	労働分配率 (%)

## 平成13年度税制改正要望対比表（要約）

項 目	日 病 要 望	日 医 要 望
消費税	損税が発生しないように講じること。	ゼロ税率課税に改めること。代替案として医療用機器30%、病院用建物25%の特別償却又は5%の特別税額控除を認める措置の創設。
医療法人の法人税率	30%→22%	30%→22%
特定医療法人の法人税率	22%→非課税	22%→非課税
特別医療法人の法人税率	要望なし	30%（22%）→非課税
特定医療法人の承認基準の緩和	差額ベット割合20%以下を緩和する。	要望なし
	医師等の給与の基準見直し。	
医療機関建物に係る特例措置	耐震構造にした場合、改善費を全額損金処理可能に配慮を。	防災施設・設備を取得した場合、取得年度に得価額の30%特別償却又は7%の法人税額（所得税額）の特別控除。
	要望なし	当該施設・設備を取得した場合、固定資産税及び不動産取得税の減免措置。
医療機器に係る特別償却制度と法定耐用年数	法定耐用年数の大幅な短縮。	ファイバースコープ 6年→3年他
	特別償却制度となる対象機器の範囲拡大	特別償却制度の適用期限の延長と償却率の拡大 14%→16%
建物耐用年数	要望なし	39年→30年
個人が法人化する場合の措置	現物出資分に係る譲渡所得の軽減措置の創設。	現物出資分に係る譲渡所得の軽減措置の創設。
医療法人の継承時の相続税	軽減措置及び納税猶予制度の創設。	平成12年度改正の結果を見極め検討する。
医療施設準備金制度について	医業収入の一定割合を医療施設構造改善準備金として損金処理により引当を認める制度の創設。	医療施設近代化準備金制度として、医業収入を一定割合まで積立てし、その積立額の損金算入を認める。また、整備計画に基づく近代化医療施設を取得した場合には、特別償却額の計上に応じ準備金を取り崩し益金に算入する制度の創設。
研究・研修費の特別控除	医師、看護婦等の研究・研修費においては法人税の特別控除ができる措置の創設。	医師、看護婦等の研究・研修費においては法人税の特別控除ができる措置の創設。
メカトロ税制	適用期限の延長。	要望なし
	対象機器の追加。	対象機器の追加。
	自動血球分析装置・レーザー手術装置一般 一般の医療法人にも拡大適用	人工呼吸器、酸素飽和測定装置、CO2モニター、全自動薬剤分包機、ポータブル心細動除去装置、電機メス、レーザー手術装置、自動血球分析装置

項目	日病要望	日医要望
休日・夜間等の報酬の措置	病院における休日・夜間の救急医療、予防接種、各種健診の報酬は非課税措置にすること。	休日・夜間の救急医療、予防接種、各種健診の報酬は非課税措置にすること。
寄付金の取扱い	第三者の監査のもと基金に組み入れた場合、課税対象外取引とみなすこと。	要望なし
介護施設建物等の特別償却制度	老人保健施設、療養型病床群の建物、付属施設に係る特別償却制度の延長と割増償却率の引き上げ。	老人保健施設、療養型病床群の建物、付属施設に係る特別償却制度の延長と割増償却率の引き上げ。
	取得後5年間10% → 取得後10年以内50%  老健施設の建物耐用年数の短縮 39年→30年	期限については数値なし。  割増償却率 老人性痴呆疾患療養病棟 8%→10% 療養型病床群建物
社会保険診療にかかる事業税	非課税の特例措置の存続。	非課税の特例措置の存続。
医療法人の社会保険診療以外の事業税	医療法人を特別法人とする軽減措置の存続。	医療法人を特別法人とする軽減措置の存続。
民間病院の固定資産税等	病院用建物、土地の固定資産税を非課税措置。	病院用建物、土地の固定資産税を軽減措置。
	老人保健施設等について、登録免許税・固定資産税・不動産取得税の非課税措置。  要望なし	介護老人保健施設、療養型医療施設に係る登録免許税・不動産取得税の非課税措置。  地域医療支援病院に係る登録免許税・不動産取得税の非課税措置。
圧縮記帳に際しての不動産取得税及び固定資産税の取扱	圧縮分を非課税措置。	要望なし
医療法人の経営する看護学校の固定資産税の取扱	固定資産税・不動産取得税の非課税措置。	要望なし
在宅介護支援センターの固定資産税の取扱	病院、老健施設等に設置された在宅介護支援センターの固定資産税を非課税措置。	要望なし
介護保険制度、福祉系サービスに係る事業税	医療系サービス同様に事業税非課税措置。	事業税の軽減措置。予防接種の報酬に係る事業税の軽減措置
社会保険診療報酬の所得計算について	要望なし	四段階制の存続。
社会保険診療報酬等に対する所得税の源泉徴収税率について	要望なし	10%→5%
医師会立訪問看護ステーションについて	要望なし	法人税の収益事業から除外すること その土地・建物に係る登録免許税・不動産取得税・固定資産税を減免すること。

項目	日病要望	日医要望
へき地医療への配慮	要望なし	へき地医療を担う医師の所得の一定割合を特別控除するなど、税制措置。
看護婦確保の税制措置措置	要望なし	給与所得の非課税限度額の引き上げ 夜勤手当の一定額までは非課税措置とする。 看護婦等養成施設を設置・運営している公益法人を特定公益増進法人に加え、その法人への寄付金は寄付金控除又は全額損金算入を認め、相続税は非課税とする措置の創設。
日本医師会年金について	要望なし	この年金制度の掛金を個人の年金保険料控除制度の対象とし、給付される年金は公的年金等特別控除制度の対象とする制度の創設。

(社) 日本病院会  
医療経済・税制委員会

#### 4. 統計情報委員会

1. 開催回数 6回
2. 出席者数 39名（延べ人数）
3. 協議項目
  - ・平成12年4月診療報酬改定影響度調査について
  - ・「緊急報告フォーラム」の実施について
  - ・薬剤に関する調査について
  - ・公私病院連盟との協力調査について
  - ・その他

#### 4. 総 評

平成12年4月実施の診療報酬改定に対して、調査を5月に実施した。

6月16日に中間報告書としてまとめ、秋田の日本病院学会で「緊急フォーラム」を開催し、報告した。

542病院の調査協力を得て、10月に「平成12年診療報酬改定の影響度・経営実態調査報告書」として取りまとめた。この報告書は平成9年度、平成10年度の調査との比較も行い、過去3年間の診療報酬改定の特徴を明確にした。また併せて病院経営収支、アンケート調査も行い、その調査結果の最終報告を10月の常任理事会で報告した。

他に、下落する薬価への病院の対応策を明らかにするため、薬剤に関する調査も実施した。

例年とより公私病院連盟との協力調査として「平成12年度病院運営実態分析調査」を実施し、平成13年2月「病院概況調査報告書」としてまとめた。

来年度の病院運営実態分析調査については、大幅な調査内容の変更を行うため、公私病院連盟内に作業委員会を発足させ検討することとなった。

#### 統計情報委員会 「緊急報告フォーラム」

開催月日 平成12年6月16日

開催場所 秋田ビューホテル

参加者数 235名

#### 《緊急フォーラム・プログラム》

総合司会

日本病院会統計情報委員会委員 下 間 幸 雄

緊急フォーラム開催のあいさつと趣旨

日本病院会統計情報委員会委員長 中 後 勝

#### Part I 「診療報酬改定に関する分析の基調報告」

座 長 中 後 勝  
コメンテーター 梅田 勝（厚生省保険局医療課企画官）  
基調報告 関田康慶（日本病院会統計情報委員）

#### 病院特性別診療報酬改定の影響度

- (1) 今回の診療報酬改定の特徴
- (2) 今回の調査設計の概要
- (3) 調査結果の概要
- (4) 分布関数を用いた診療報酬影響度の分析
- (5) 病院意思決定分析
- (6) 経営実態分析

## Part II ワークショップ「今回の改定の現状分析と今後の展開」

座 長 中 後 勝  
コメンテーター 梅 田 勝（厚生省保険局医療課企画官）

### (1) 200床病院区分の妥当性

司 会 三 宅 浩 之（日本病院会統計情報委員会副委員長）  
データ解析担当・発表 赤 木 匠（東北大学院生・統計情報ワーキング委員）

### (2) 急性期、慢性期区分の妥当性

司 会 里 村 洋 一（日本病院会統計情報委員）  
データ解析担当・発表 李 忻（東北大学院生・統計情報ワーキング委員）

### (3) 入院基本料の妥当性

司 会 山 門 和 明（日本病院会統計情報ワーキング委員）  
データ解析担当・発表 加 藤 由 美（東北大学院生・統計情報ワーキング委員）

### (4) 機能分化と連携の評価

司 会 関 田 康 慶  
データ解析担当・発表 糟 谷 昌 志（東北大学院生・統計情報ワーキング委員）

### (5) 総合討論 梅田 勝 先生のコメント

閉会のあいさつ 日本病院会統計情報委員会副委員長 三 宅 浩 之

# 平成12年診療報酬改定の影響度・経営実態調査報告書

## (概要)

### 1. 調査の目的

当会では、今回の改定が厚生省発表（実質医療費0.2%の引き上げ）のように、実際に診療報酬収入が増えたのかを検証する目的で調査を実施した。また、長期に及ぶ低医療費政策下で、患者ニーズの多様化への適応、病院サービスの向上を目指して困難な経営を継続している公的・私的会員病院の経営実態アンケートも併せて実施した。

### 2. 調査方法と対象

日本病院会会員病院 2,550 病院を対象に郵送法にて調査を実施した。診療報酬改定の影響は、平成12年2月、3月、4月のデータを比較して求めた。すなわち2月、3月と4月の診療報酬を比較する指標を採用した。

### 3. 回収成績

カテゴリー		発送数	回収数	回収率
合計		2550	542	21.3%
公的	200床未満	167	50	29.9%
	200-399床	393	127	32.1%
	400床以上	403	147	36.2%
私的	200床未満	1014	93	9.2%
	200-399床	413	78	18.9%
	400床以上	160	47	29.4%

公的：国立、自治体立、その他公的（日赤、済生会、厚生連、社保等）

私的：財団・社会福祉法人、医療法人、個人、学校、その他私的（会社、生協等）

### 4. 分析方法

#### 4-1 1日当点数比指標と1人1日当点数比指標

診療報酬改定の影響度を指標化するため、1日当点数と1人1日当点数の改定前後の比を求めた。すなわち次のような影響率指標を用いた。これは診療報酬改定の影響率を示している。

(1) 1日当点数比指標

1日当点数比指標 = 4月の1日当点数 / (2,3月の1日当点数) × 100

アップ率 = 1日当点数比指標 - 100

ダウン率 = 100 - 1日当点数比指標

(2) 1人1日当点数比指標

1人1日当点数比指標 = 4月の1人1日当点数 / (2,3月の1人1日当点数) × 100

アップ率 = 1人1日当点数比指標 - 100

ダウン率 = 100 - 1人1日当点数比指標

### 5. 1日当点数影響率分析

(4月 / (2月 + 3月) の平成9年、10年、12年の比較) 1日当点数比影響率 (1日当点数比指標) を分析して、病院経営への影響の程度をメチアンを用いて明らかにした。

表 5 - 1 - 1. 1日当点数影響率 (4月 / (2月 + 3月)) メチアンの平成9年と平成10年との比較

		平成9年		平成10年		平成12年	
		入院	外来	入院	外来	入院	外来
全体		99.3	97.4	97.5	96.3	97.0	97.9
公的	200床未満	98.6	97.2	92.4	97.2	97.4	101.3
	200-399床	99.5	96.7	96.9	97.3	96.1	97.0
	400床以上	99.5	97.0	98.2	97.7	97.2	97.7
私的	200床未満	98.6	98.5	97.5	97.1	96.8	100.6
	200-399床	98.3	98.6	98.5	97.2	96.5	97.3
	400床以上	100.0	99.3	98.1	97.7	97.8	97.5

#### 統計用語解説

(1) **メチアン** (中央値, 中位数)

データを大きさの順に並べたときの真ん中の値をメチアン (中央値, 中位数) という。データの分布が左右対称でないときには平均値よりも中央値の方が分布の位置を示す代表値として優れている。また外れ値に対しても頑健 (安定的) である。

(2) **平均値**

データを単純に合算し、データの数で割って求めたもの (算術平均)。

(3) **幾何平均**

全データ相乗積の同次乗根で、一群の正数に対して常に算出することができる。

最近の厚生省データは幾何平均を使用する場合があるため、それらと比較できるように本報告書も一部採用している。

(4) **標準偏差**

データのばらつきを示す指標の一つ。数値が大きいほどデータのばらつきが大きい

表5-1-2. 平成12年 1日当点数比の基本統計量

			入院		外来		*入院+外来	
			医療保険 +		医療保険 +		医療保険 +	
			医療保険	介護保険	医療保険	介護保険	医療保険	介護保険
公的	200床未満	病院数	44	49	30	48	27	48
		平均値	116.7	115.4	103.5	101.4	99.8	98.9
		メヂアン	97.4	97.9	101.3	101.0	98.5	98.7
		標準偏差	135.2	128.1	13.8	11.8	11.6	9.6
		幾何平均	100.2	100.6	102.8	100.9	99.2	98.4
	200-399床	病院数	118	125	93	124	92	124
		平均値	103.4	102.9	98.2	97.7	101.5	100
		メヂアン	96.1	96.1	97.0	97.0	97.0	96.9
		標準偏差	78.2	76.0	12.6	11.7	43.4	37.6
		幾何平均	98.0	97.7	97.6	97.1	98.7	97.7
	400床以上	病院数	138	141	104	139	103	139
		平均値	95.9	96.0	96.8	97.0	95.5	96.3
		メヂアン	97.2	97.2	97.7	97.8	97.2	97.4
		標準偏差	11.6	11.5	12.4	11.0	10.8	9.5
		幾何平均	94.0	94.2	95.4	95.9	94.2	95.3
	公的合計	病院数	300	315	227	311	222	311
		平均値	101.9	101.7	98.3	97.9	98.5	98.1
		メヂアン	96.9	97.1	97.8	97.9	97.3	97.3
		標準偏差	71.6	69.9	12.8	11.5	29.2	24.9
		幾何平均	96.5	96.5	97.2	97.1	96.6	96.7
私的	200床未満	病院数	76	90	65	90	59	90
		平均値	108.9	107.1	98.7	98.7	107.4	103.9
		メヂアン	96.8	96.9	100.6	100.3	98.4	98.2
		標準偏差	113.9	104.7	14.4	13.1	79.4	64.4
		幾何平均	96.5	96.6	95.4	96.2	97.2	97.2
	200-399床	病院数	60	71	41	69	40	69
		平均値	95.1	96.9	98.2	98.3	96.0	96.8
		メヂアン	96.5	96.6	97.3	97.6	96.0	96.3
		標準偏差	12.6	16.8	10.1	8.5	4.1	11.3
		幾何平均	92.7	94.4	97.8	98.0	95.9	96.2
	400床以上	病院数	43	45	31	44	30	44
		平均値	97.9	97.6	96.6	96.4	97.8	97.0
		メヂアン	97.8	97.6	97.5	97.6	98.4	97.3
		標準偏差	5.3	5.3	6.6	6.9	4.8	4.5
		幾何平均	97.7	97.5	96.4	96.1	97.7	96.9
	私的合計	病院数	179	206	137	203	129	203
		平均値	101.6	101.5	98.1	98.1	101.6	100.0
		メヂアン	97.2	97.1	98.7	98.5	97.7	97.3
		標準偏差	74.6	69.9	11.8	10.5	53.8	43.4
		幾何平均	95.5	96.0	96.3	96.8	96.9	96.8
総合計	病院数	479	521	364	514	351	514	
	平均値	101.8	101.7	98.2	98.0	99.7	98.9	
	メヂアン	97.0	97.1	97.9	98.0	97.3	97.3	
	標準偏差	72.7	69.9	12.4	11.1	40.0	33.4	
	幾何平均	96.1	96.3	96.9	97.0	96.7	96.7	

\*「入院+外来」入院と外来両方とも提出された病院数で算出した

## 6. 1人1日当点数比影響率分析

(4月/2月+3月)の平成9年、10年、12年比較) 1人1日当点数比指標は診療内容の変化を示す指標であり、改定による患者への影響を取り除いた部分に相当する。

表 6-1 1人1日当点数比メジアン(4月/2月+3月)の平成9年、10年、12年比較

		平成9年度		平成10年度		平成12年度	
		入院	外来	入院	外来	入院	外来
総数		101.3	99.9	100.7	98.1	100.7	98.5
公的	200未満	100.9	99.5	100.7	99.7	102.3	101.1
	200~399	101.3	99.8	101.1	97.8	100.4	97.8
	400以上	101.3	99.7	100.3	97.4	100.3	97.6
私的	200未満	101.9	100.7	100.8	99.8	100.9	100.0
	200~399	101.2	99.8	101.4	97.9	99.0	98.2
	400以上	101.0	100.8	100.3	98.0	100.4	97.4

※平成12年度は医療保険対応病院のみで数値を分析

平成12年度1人1日当点数比

### 参考2 1人1日当点数比

		入院				外来				
		医療保険 +		医療保険 + 介護保険		医療保険 +		医療保険 + 介護保険		
		医療保険	介護保険	医療保険	介護保険	医療保険	介護保険	医療保険	介護保険	
公的	200床未満	病院数	42	47	30	48				
		メジアン	102.3	102.2	101.1	101.5				
		標準偏差	7.9	7.5	13.8	12.1				
		平均値	100.3	100.3	103.7	102.2				
		幾何平均	99.9	100.0	103.0	101.6				
	200-399床	病院数	114	121	89	116				
		メジアン	100.3	100.3	98.1	97.8				
		標準偏差	5.3	6.1	13.0	12.1				
		平均値	100.3	100.1	99.5	98.6				
		幾何平均	100.2	99.9	98.9	98.0				
	400床以上	病院数	134	137	104	135				
		メジアン	100.4	100.4	98.3	98.3				
標準偏差		4.3	4.3	9.3	9.2					
平均値		100.1	100.1	98.7	98.2					
幾何平均		100.0	100.0	98.4	97.8					
公的合計	病院数	290	305	223	299					
	メジアン	100.6	100.6	98.4	98.4					
	標準偏差	5.3	5.6	11.6	10.9					
	平均値	100.2	100.1	99.7	99.0					
	幾何平均	100.0	99.9	99.2	98.5					
私的	200床未満	病院数	74	88	63	81				
		メジアン	100.9	100.8	101.0	100.3				
		標準偏差	9.0	9.1	7.2	7.0				
		平均値	101.5	100.7	100.5	100.0				
		幾何平均	101.1	100.4	100.2	99.7				
	200-399床	病院数	58	68	43	66				
		メジアン	99.0	98.9	98.2	98.2				
		標準偏差	5.5	5.6	9.6	8.3				
		平均値	100.3	100.1	99.5	98.7				
		幾何平均	100.2	99.9	99.2	98.4				
	400床以上	病院数	43	44	31	41				
		メジアン	100.4	100.3	97.4	97.4				
標準偏差		4.6	4.5	6.7	6.4					
平均値		100.4	100.4	96.5	96.6					
幾何平均		100.3	100.3	96.2	96.4					
私的合計	病院数	175	200	137	188					
	メジアン	100.8	100.6	98.8	98.4					
	標準偏差	7.0	7.2	8.1	7.4					
	平均値	100.8	100.4	99.3	98.8					
	幾何平均	100.6	100.2	99.0	98.5					
総合計	病院数	465	505	360	487					
	メジアン	100.7	100.6	98.5	98.4					
	標準偏差	6.0	6.3	10.4	9.7					
	平均値	100.4	100.2	99.6	98.9					
	幾何平均	100.3	100.0	99.1	98.5					

## 7. 診療行為別収益影響分析

### 7-1 入院の1人1日当診療行為別収益比指標

#### (1) 影響率の全般的傾向

1) ダウンした診療行為項目は、投薬料（ダウン率 4.4 ポイント）、注射料（ダウン率 7.1 ポイント）、画像診断料（ダウン率 4.7 ポイント）手術料（ダウン率 1.1 ポイント）、入院検査料（ダウン率 7.1 ポイント）、処置料（5.1 ポイント）、人工透析（ダウン率 4.8 ポイント）、薬剤管理指導料（ダウン率 3.3 ポイント）となっている。

2) アップした診療行為別項目は、入院基本料（アップ率 5.4 ポイント）のみである。

3) 影響率の分散のばらつきが大きいのは処置料、薬剤管理指導料である。

入院1人1日当診療行為別点数比較統計量

		入院合計	投薬料	注射料	画像診断料	手術料	検査料	処置料	人工透析	入院基本料	その他リハビリ料	薬剤管理指導料		
公的	200床未満	病院数	47	45	46	47	43	46	44	12	47	46	33	
		メジアン	102.6	94.4	92.9	94.2	99.1	95.8	96.7	96.1	105.0	97.7	100.4	
		平均値	102.4	93.3	96.8	99.6	102.4	92.6	113.6	106.5	107.8	105.2	135.4	
			標準偏差	9.3	18.4	42.1	36.3	34.0	19.9	140.2	45.5	20.6	64.0	222.6
	200-399床	病院数	121	121	121	120	118	121	118	52	121	121	105	
		メジアン	100.3	96.0	90.7	94.4	96.4	93.9	92.6	99.7	105.4	99.3	98.8	
		平均値	100.8	96.8	91.5	95.5	101.9	94.5	94.7	103.3	112.1	99.5	98.4	
			標準偏差	7.6	10.5	15.6	20.5	71.8	13.7	17.9	46.7	67.2	22.1	19.2
	400床以上	病院数	134	133	132	133	129	133	130	86	134	133	121	
		メジアン	100.2	95.0	92.8	95.3	99.2	91.5	95.2	94.7	105.6	95.5	95.9	
		平均値	100.0	94.9	92.4	96.3	101.9	91.6	95.6	98.4	104.3	96.2	97.0	
			標準偏差	4.2	11.8	9.0	13.3	22.5	10.1	14.8	40.4	10.0	19.1	21.5
合計	病院数	302	299	299	300	290	300	292	150	302	300	259		
	メジアン	100.6	95.0	92.1	94.8	98.8	92.6	94.6	95.5	105.4	98.1	97.4		
	平均値	100.7	95.4	92.7	96.5	102.0	92.9	97.9	100.7	108.0	99.9	102.4		
			標準偏差	6.7	12.6	20.1	21.2	49.8	13.5	56.3	42.9	43.8	31.4	
私的	200床未満	病院数	86	79	79	84	84	79	85	23	85	84	63	
		メジアン	100.9	96.7	96.7	96.2	99.9	96.6	96.5	100.8	105.5	96.8	101.6	
		平均値	101.7	98.9	101.9	98.3	111.8	98.2	197.6	115.4	109.2	94.6	144.4	
			標準偏差	10.1	18.9	30.0	22.2	94.5	16.1	919.6	80.8	18.2	38.3	
	200-399床	病院数	69	67	67	67	65	67	66	29	67	67	56	
		メジアン	100.9	97.9	93.1	97.6	102.7	95.0	94.9	93.1	104.9	99.5	99.9	
		平均値	104.4	101.0	95.1	101.8	106.1	99.0	100.2	102.0	113.6	99.2	99.3	
			標準偏差	22.4	24.5	18.7	22.3	32.9	22.2	25.0	46.8	45.4	24.9	
	400床以上	病院数	45	44	44	45	44	44	41	27	45	45	38	
		メジアン	101.4	94.8	92.5	92.2	98.9	88.8	95.0	93.7	106.2	97.9	95.9	
		平均値	100.8	94.7	93.3	94.2	100.6	91.1	95.9	94.5	106.3	96.8	97.4	
			標準偏差	4.1	4.9	9.9	7.8	13.5	12.1	10.9	15.6	4.8	17.3	
合計	病院数	200	190	190	196	193	190	192	79	197	196	157		
	メジアン	101.0	96.7	94.0	96.1	101.3	94.7	95.6	95.3	105.5	98.0	99.5		
	平均値	102.4	98.7	97.5	98.5	107.3	96.8	142.4	103.3	110.1	96.7	116.9		
			標準偏差	14.8	19.2	23.0	20.0	65.4	18.0	612.0	52.7	29.1		
総合計	病院数	502	489	489	496	483	490	484	229	499	496	416		
	メジアン	100.8	95.6	92.9	95.3	98.9	92.9	94.9	95.3	105.4	98.0	98.0		
	平均値	101.4	96.7	94.6	97.3	104.1	94.4	115.6	101.6	108.8	98.0	107.9		
			標準偏差	10.7	15.5	21.4	20.7	56.6	15.5	388.0	46.4	38.7		

### 7-2 外来の1人1日当診療行為別収益比指標

#### (1) 影響率の全般的傾向

1) ダウンした診療行為項目は、初診・再診料（ダウン率 3.9 ポイント）、投薬料（ダウン率 2.5 ポイント）、注射料（ダウン率 6.6 ポイント）、処置料（ダウン率 4.7 ポイント）検査料（ダウン率 1.7 ポイント）となっている。

2) アップした診療行為別項目は、指導管理料（アップ率 6.4 ポイント）、手術料（アップ率 7.4 ポイント）、画像診断料（2.0 ポイント）在宅医療料（0.9 ポイント）となっている。

とりわけ、前回の調査時では手術料が3.2ポイントのダウンとなっていたのに対し、今回の調査では大きくアップしたことは注目すべきである。

3) 影響率の分散が大きいのは在宅医療料、手術料などである。

外来1人1日当診療行為別点数比較統計表

		外来合計	初診・再診料	指導管理料	在宅医療料	投薬料	注射料	処置料	人工透析	手術料	検査料	画像診断料	その他	リハビリ料	院外処方料	
公的	200床未満	病院数	46	46	43	41	46	45	45	13	43	46	46	44	31	20
		メチアン	101.1	104.8	109.9	102.4	97.5	97.2	100.0	103.6	106.4	102.4	99.4	98.0	105.6	98.2
		平均値	103.4	105.6	110.6	104.2	95.4	97.6	101.8	101.4	140.2	104.7	100.7	105.7	112.0	98.2
		標準偏差	13.7	5.5	12.9	33.0	15.3	17.3	17.3	8.2	194.5	15.2	16.3	61.2	20.5	8.9
	200-399床	病院数	118	118	111	96	118	118	114	58	113	118	117	118	104	77
		メチアン	98.0	94.3	107.0	100.8	96.8	92.8	91.3	99.2	107.9	97.3	101.4	100.9	99.8	100.3
		平均値	98.0	95.2	109.5	101.2	96.5	93.3	84.0	101.2	118.1	96.9	102.9	122.7	100.1	104.5
		標準偏差	5.8	7.8	26.5	16.7	12.2	9.7	23.6	21.9	64.4	7.1	10.4	202.8	19.9	26.5
	400床以上	病院数	135	134	131	110	134	133	133	95	127	134	134	133	126	93
		メチアン	98.2	93.7	105.6	102.5	97.8	94.3	95.3	100.0	106.4	98.2	100.8	100.7	99.5	100.4
		平均値	97.6	94.2	103.3	314.2	95.8	94.3	92.2	100.4	108.2	97.3	100.3	98.6	100.5	115.0
		標準偏差	5.9	8.9	16.9	2141.7	12.7	10.3	17.0	19.0	24.6	7.4	10.1	19.0	20.5	88.8
合計	病院数	299	298	285	247	298	296	292	166	283	298	297	295	261	190	
	メチアン	98.4	94.7	106.6	102.0	97.5	93.7	95.2	100.1	107.4	98.1	100.9	100.7	100.3	100.2	
	平均値	98.7	96.4	106.8	196.5	96.0	94.4	90.5	100.7	117.0	98.3	101.4	109.3	101.7	109.0	
	標準偏差	7.8	8.9	20.9	1429.6	12.9	11.5	20.7	19.4	87.6	9.3	11.4	131.2	20.5	64.6	
私的	200床未満	病院数	85	82	72	64	81	83	82	18	79	83	83	81	56	52
		メチアン	100.4	104.9	107.1	99.5	96.9	95.8	99.1	98.9	110.0	100.9	107.2	98.1	100.7	99.5
		平均値	99.5	105.2	109.4	104.7	96.2	95.0	111.9	101.2	111.7	105.6	114.5	99.4	115.1	119.2
		標準偏差	8.2	10.0	12.6	63.5	20.0	20.7	88.0	9.5	52.1	28.8	60.4	24.3	67.4	108.4
	200-399床	病院数	69	67	63	56	67	67	67	32	63	67	67	66	58	40
		メチアン	98.2	95.8	105.7	100.5	99.2	91.9	90.6	99.0	103.7	98.8	103.7	101.0	100.8	99.9
		平均値	97.4	95.7	110.7	98.1	98.5	93.9	84.2	101.9	110.9	99.2	109.9	101.9	110.8	104.9
		標準偏差	13.1	7.4	23.0	22.6	18.6	12.6	23.1	11.1	41.9	7.4	34.2	22.5	98.6	26.1
	400床以上	病院数	45	44	42	34	45	45	45	25	40	45	45	44	37	25
		メチアン	97.2	94.4	103.4	99.4	97.1	92.8	95.3	98.7	105.9	98.0	101.8	101.7	98.1	99.6
		平均値	114.7	111.8	142.1	118.5	117.2	120.6	95.8	94.9	148.4	127.1	126.0	128.6	137.2	115.0
		標準偏差	131.7	120.8	178.1	142.5	127.1	127.7	20.0	20.9	274.3	159.3	145.8	149.2	171.3	51.0
合計	病院数	199	193	177	154	193	195	194	75	182	195	195	191	151	117	
	メチアン	98.4	98.6	105.9	99.7	97.6	92.9	95.6	98.8	108.1	99.1	103.6	100.0	100.2	99.9	
	平均値	102.2	103.4	117.6	105.4	101.9	100.5	98.6	99.4	119.5	108.4	115.6	107.0	118.8	113.4	
	標準偏差	63.1	58.0	88.5	79.3	63.7	63.7	60.6	15.0	135.0	79.0	82.5	74.8	111.9	77.3	
総合計	病院数	498	491	462	401	491	491	486	241	465	493	492	486	412	307	
	メチアン	98.4	96.2	106.4	100.9	97.5	93.4	95.4	99.3	107.4	98.3	102.0	100.5	100.2	100.1	
	平均値	100.1	99.1	111.0	161.5	98.3	96.8	93.7	100.3	118.0	102.3	107.0	108.4	108.0	110.7	
	標準偏差	40.3	37.1	57.3	1123.1	41.2	41.2	41.7	18.1	108.5	50.4	53.0	112.3	70.0	69.6	

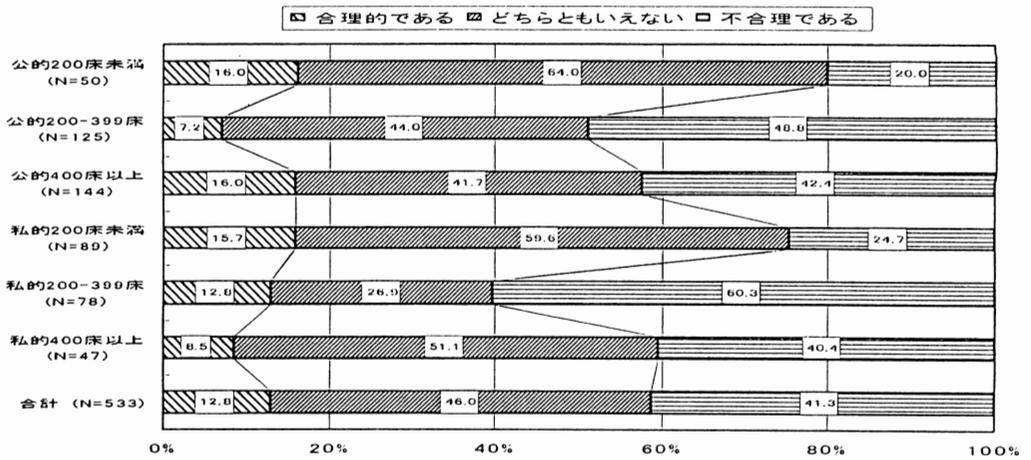
## 9. 診療報酬改定に対する意思決定分析

(1) 大病院における評価の在り方について

【質問 16 (1-1)】

- 総数では、200床基準で病院機能が分けられたことに対して「不合理である」との回答が4割強を占め、「合理的である」(12.8%)とする割合をかなり上回った。
- 病床規模別にみると、公的、私的とも、「不合理である」とする割合が、200床未満では少なく、200床以上では多い傾向がみられた。200床以上のうちでも、特に200-399床の病院で「不合理である」と回答する傾向が強く、私的200-399床では6割強に達した。

質問16. (1-1) 200床基準で病院機能が分けられたことに対して P<0.01

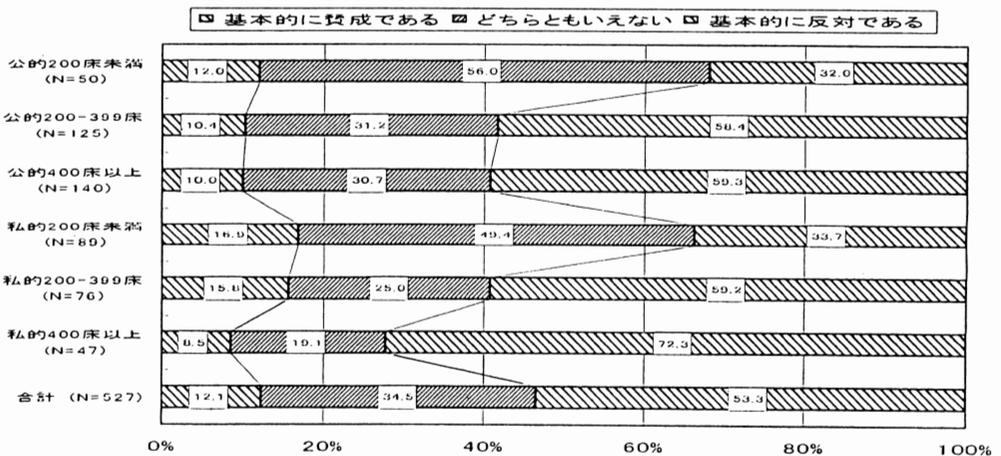


(1) 入院基本料の加算に入院/外来比率が採用されたことについて

【質問16 (1-3)】

- 1) 総数でみると、半数以上の病院は「基本的に反対である」と回答している。その一方で、「基本的に賛成である」と回答した病院も約12%みられる。
- 2) 公的、私的を問わず、200床以上の病院では「基本的に反対」の割合が6割弱から7割強を占め、特に私的400床以上の病院に反対の傾向が強い。
- 3) また、公的、私的を問わず、200床未満の病院では「基本的に反対」の割合が3割強で、他の病院群に比べて少ない傾向がみられる。

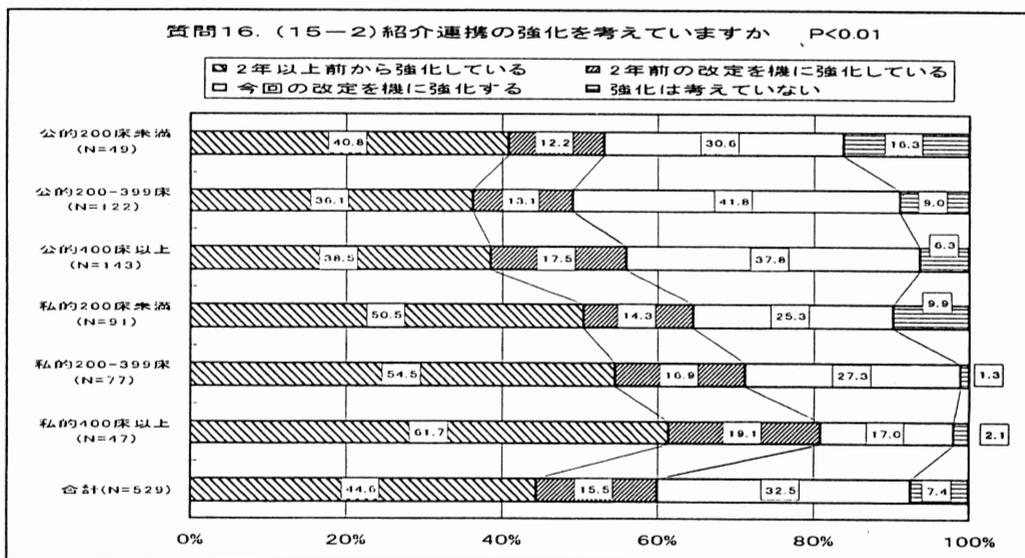
質問16. (1-3) 入院基本料の加算に入院/外来比率が採用されたことについて P<0.01



(15) 紹介・連携への対応について

【質問 16 (15-2)】

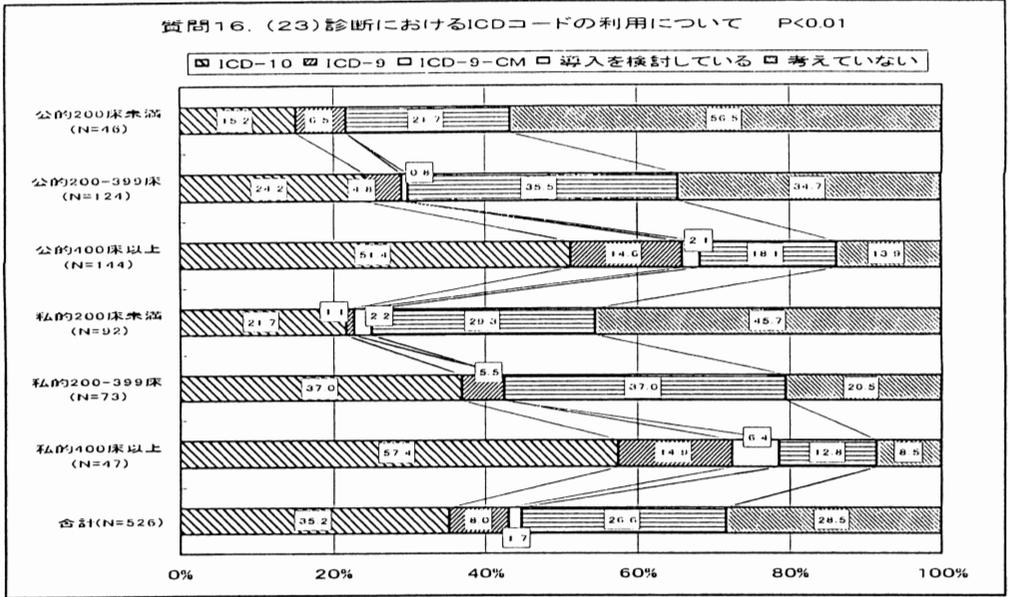
- 1) 総数で見ると、今回の改定を機に強化する病院（約 33%）を含めて、全体の 9 割以上が紹介・連携の強化を図っている。
- 2) 病院特性別にみると、私的病院では半数以上が 2 年以上前から紹介・連携を強化しており、その傾向は病床規模の大きい病院ほど強い。
- 3) 公的病院では、今回の改定を機に強化する病院が 3~4 割みられる。
- 4) 紹介・連携の強化を考えない病院の割合は、公的、私的ともに病床規模が小さいほど多くみられる。特に公的 200 床未満の病院では、約 16% が紹介・連携の強化を考えていない。



(23) 診断における ICD コードの利用について

【質問 16 (23)】

- 1) ICD-10 を利用している病院の割合が全体的に多かった。また、病院の規模が大きいほど、ICD-10 を利用する割合が多い、私的病院が公的病院より多い傾向が見られた。
- 2) 全体的に見ると、規模の小さい病院は ICD コードを利用していない病院の割合が多かった。

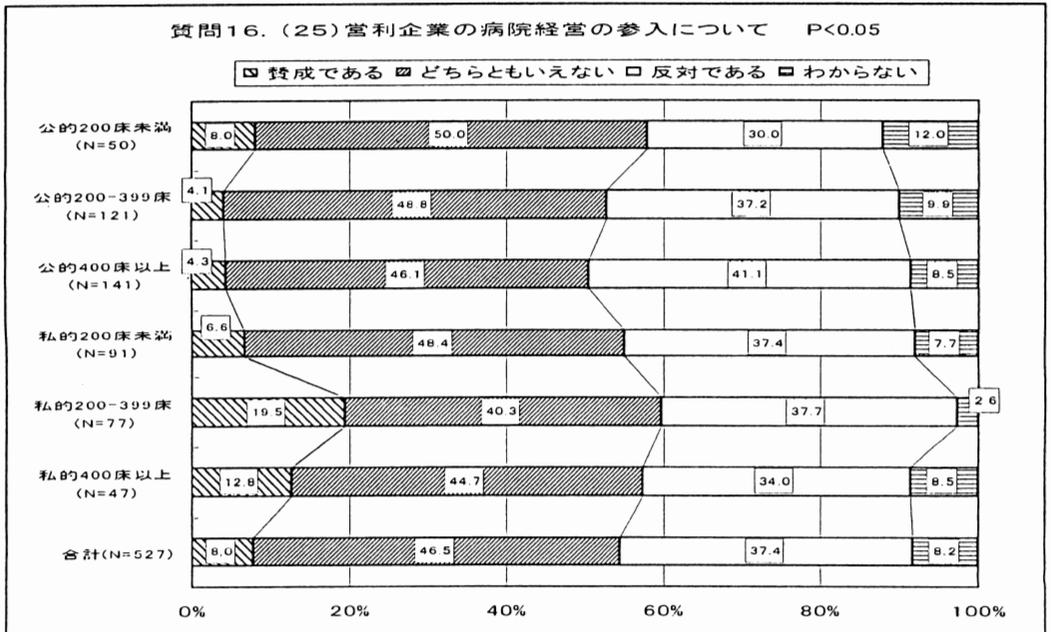


(25) 営利企業の病院経営の参入について

【質問16 (25)】

営利企業の病院経営参入については、「どちらともいえない」が40~50%程度と一番多い。「反対である」が公的400床以上で41.1%、公的200~399床で37.2%と高くなっている。

私的病院でも35%前後をしめており、概ね客観視、否定的な見解が強い。



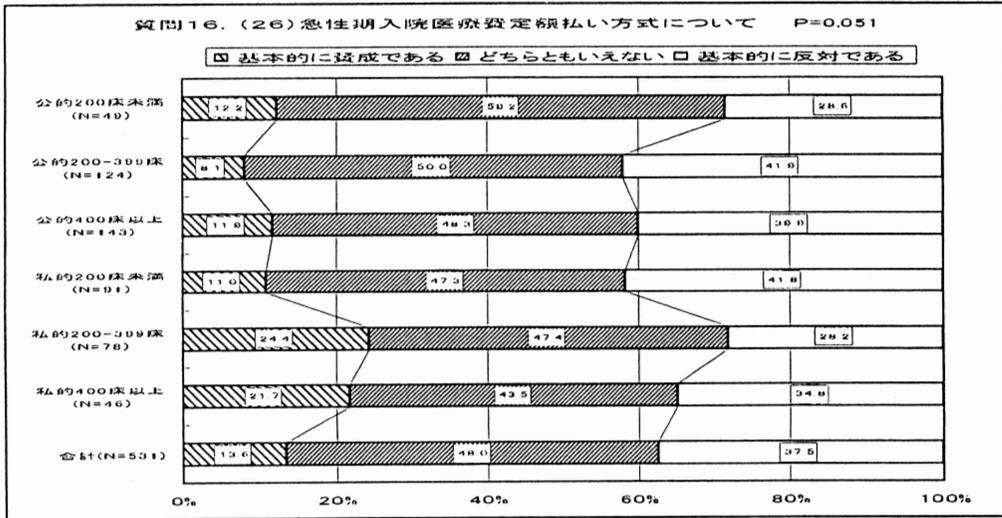
(26) 急性期入院医療費定額払い方式について

【質問 16 (26)】

急性期入院医療費定額払い方式については、「どちらともいえない」が、どの病院規模属性においても 50% 前後をしめており、最も高くなっている。

又、「基本的に反対である」は公的 200～399 床 41.9%、公的 400 床以上 39.9%、私的 200 床未満 41.8% の順で高くなっている。

反面、「基本的に賛成である」は私的 200～399 床 24.4% 私的 400 床以上 21.7% となっており、私的 200 床以上病院で前向きに評価されている。



## 10. 経営実態分析

### (1) 総収入合計対総費用合計

1) 総収益に公的病院では国庫補助金・他会計からの繰り入れが加算される。

私的病院はそうした補助金がないにもかかわらず、代表的な病院（マリア付近）でみると、平成 11 年度の総収益合計対総費用合計の比率はいずれの病床規模でも私的病院が公的病院よりも総収益が相対的に大きい数値を示している。

2) 但し、私的病院では 3 カ年の推移で見ると、200 床未満と 400 床以上で低下傾向が見られる。200～399 床では平成 11 年度は平成 9 年に比べ、0.4 ポイント上昇している。

### (2) 医業収入合計対医業費用合計

1) 医業収入合計対医業費用合計は、公的病院では平成 9 年度より経営が改善されたのに対し、私的病院では 0.3～3.0 ポイント悪化している。私的病院では 3 カ年比較で連続低下しており、厳しい状況にある。

2) 公的病院では病床規模の小さい病院の方が経営状況は悪いが、私的病院では病床規模の大きい病院の方が経営状況は悪い。

3) すべての病床規模で見ても、公的病院の方が私的病院よりも経営状態は悪い。

表10-1経営実態調査分析結果 1  
一般病床 平成11年度医業収支

		全体	公的			私的		
			200未満	200～399床	400床以上	200未満	200～399床	400床以上
総収入合計 対 総費用合計	病院数	476	44	117	128	81	71	35
	メジアン	100.3	100.0	100.0	100.1	100.9	101.6	100.5
	平均値	100.1	96.4	98.9	100.1	101.2	101.8	101.6
	標準偏差	8.6	9.7	6.8	7.0	11.3	9.2	6.2
医業収入合計 対 医業費用合計	病院数	476	44	117	128	81	71	35
	メジアン	100	94.6	98.4	98.1	102.0	101.1	100.8
	平均値	97.9	87.2	94.9	97.1	102.0	103.3	101.3
	標準偏差	11.7	23.6	10.2	6.4	9.2	11.0	6.3
給与費合計 対 医業収入合計	病院数	463	42	115	120	80	71	35
	メジアン	52.9	58.8	54.1	53.0	53.0	51.4	48.1
	平均値	57.1	58.7	56.4	56.5	58.1	59.6	52.2
	標準偏差	17.5	11.3	13.3	15.2	21.3	21.9	20.4
薬品費合計 対 医業収入合計	病院数	448	42	115	120	79	58	34
	メジアン	21.2	21.5	22.6	22.3	17.0	17.4	19.7
	平均値	27.5	21.9	23.5	28.4	29.1	33.1	27.5
	標準偏差	25.8	17.8	14.3	22.8	32.7	35.1	27.5
経費 対 医業収入合計	病院数	445	42	115	128	68	58	34
	メジアン	13.5	12.8	12.2	12.1	17.8	16.3	14.2
	平均値	15.4	18.7	14.3	12.9	18.8	17.3	14.2
	標準偏差	12.4	31.5	7.0	0.7	7.2	10.6	4.0
その他材料費 対 医業収入合計	病院数	445	41	115	128	70	58	33
	メジアン	8.7	7.0	8.2	10.0	7.7	8.9	10.3
	平均値	9.4	9.6	8.9	10.3	7.7	9.5	11.2
	標準偏差	0.2	1.9	0.3	0.3	0.5	0.6	0.6
入院収入合計 対 医業収入合計	病院数	441	40	115	128	68	56	34
	メジアン	62.1	51.6	61.2	63.7	60.0	66.7	64.7
	平均値	65.4	66.3	62.4	66.8	62.0	70.0	67.8
	標準偏差	27.5	79.7	9.9	11.9	22.4	21.6	14.1
外来収入合計 対 医業収入合計	病院数	441	40	115	128	68	56	34
	メジアン	35.4	41.7	34.6	33.8	38.9	33.2	33.7
	平均値	41.4	49.9	36.3	38.6	46.6	43.8	39.6
	標準偏差	28.0	60.2	13.2	20.1	27.5	30.7	23.4
室料差額収入 対 医業収入合計	病院数	426	37	113	126	66	52	32
	メジアン	1.2	0.8	1.1	1.1	2.3	1.9	1.5
	平均値	1.7	1.1	1.2	1.4	2.9	2.3	1.8
	標準偏差	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.3	0.2
医業外収益 対 医業収入合計	病院数	445	42	115	128	70	56	34
	メジアン	1.7	1.8	2.0	1.8	1.6	1.4	1.7
	平均値	4.4	7.8	5.2	5.6	2.1	2.1	2.1
	標準偏差	0.3	2.2	0.6	0.6	0.2	0.2	0.3

表10-2 経営実態調査分析 平成11年度・9年・8年比較

		総収入合計 対 総費用合計			医業収入合計 対 医業費用合計			給与費合計 対 医業収入合計					
年度		平成8年	平成9年	平成11年	平成8年	平成9年	平成11年	平成8年	平成9年	平成11年			
全体		100.6	100.6	100.3	100.1	100.0	100.0	51.8	52.5	52.9			
公的	～199床	99.5	99.2	100.0	95.0	93.8	94.6	57.2	57.3	58.8			
	200～399床	100.1	100.0	100.0	98.3	97.4	98.4	52.6	53.3	54.1			
	400床以上	100.0	100.2	100.1	96.6	97.7	98.1	52.1	51.8	53.0			
私的	～199床	102.2	101.2	100.9	103.2	102.3	102.0	49.4	52.7	53.0			
	200～399床	103.1	101.2	101.6	104.9	102.6	101.1	48.2	51.5	51.4			
	400床以上	102.0	102.3	100.5	105.3	103.8	100.8	46.2	47.5	48.1			
		薬品費合計 対 医業収入合計			経費合計 対 医業収入合計			医業外収益 対 医業収入合計					
年度		平成8年	平成9年	平成11年	平成8年	平成9年	平成11年	平成8年	平成9年	平成11年			
全体		23.9	22.0	21.2	13.2	13.7	13.5	1.8	1.6	1.7			
公的	～199床	25.5	24.9	21.5	13.0	13.9	12.8	4.5	4.7	1.8			
	200～399床	25.3	24.4	22.6	11.8	12.5	12.2	2.3	1.5	2.0			
	400床以上	25.2	24.0	22.3	12.2	11.9	12.1	2.5	1.6	1.8			
私的	～199床	19.2	14.7	17.0	17.7	18.8	17.8	1.5	1.8	1.6			
	200～399床	19.5	15.0	17.4	15.0	15.7	16.3	1.0	1.5	1.4			
	400床以上	21.9	19.9	19.7	15.3	14.6	14.2	2.2	1.8	1.7			
		その他材料費 対 医業収入合計			入院収入合計 対 医業収入合計			外来収入合計 対 医業収入合計			室料差額収入合計 対 医業費用合計		
年度		平成8年	平成9年	平成11年	平成8年	平成9年	平成11年	平成8年	平成9年	平成11年	平成8年	平成9年	平成11年
全体		7.8	8.1	8.7	59.1	60.2	62.1	36.9	35.4	35.4	1.1	1.1	1.2
公的	～199床	6.5	6.5	7.0	50.9	47.3	51.6	44.6	45.3	41.7	0.6	0.6	0.8
	200～399床	7.9	7.8	8.2	57.9	57.5	61.2	38.7	39.1	34.6	0.9	1.0	1.1
	400床以上	9.4	9.2	10.0	62.0	61.8	63.7	34.8	34.8	33.8	1.0	1.0	1.1
私的	～199床	6.8	7.1	7.7	59.2	59.8	60.0	34.9	32.9	38.9	1.9	2.2	2.3
	200～399床	8.4	8.3	8.9	60.7	66.1	66.7	35.3	30.2	33.2	1.6	1.5	1.9
	400床以上	8.7	8.9	10.3	63.7	63.5	64.7	32.3	31.8	33.7	1.7	1.7	1.5

## 5. 介護保険制度委員会

1. 開催回数 3回
2. 出席者数 延べ17人
3. 協議事項
  - ・ P T・O T配置状況調査の集計
  - ・ 介護保険の現状と問題点・矛盾点について
  - ・ 高齢者医療制度について

### 4. 総 評

前年度からの継続事業として、P T・O Tの配置状況調査を行った（報告書は別紙）。この調査はP T・O Tの現在の配置状況、理想的な配置状況、将来的な配置状況に関する調査を行い、実態を把握するための基礎データを収集し基礎資料を得ることを目的とした。

結果としてはP T・O Tは需要過多・供給不足の状態にあり、特に中小病院に著しいことがわかった。

新規事業としては第1回を社会保険・老人保健委員会と、第2回を医療制度、社会保険・老人保健両委員会と合同で行った。7月には厚生省保険局企画課長の柴田雅人氏（当時）を招き、高齢者医療制度について講演を頂いた。10月には当委員会の委員でもあり、近畿大学医学部の講師でもある岡本悦司氏による、DRGと介護認定についての講演を頂いた。講演のほか、他の委員会委員と意見交換・情報交換の場を経て第3回の委員会で協議事項について意見をまとめた。

現状の問題点や矛盾点については次の意見が挙げられた。

1. 要介護認定の遅延。
2. 建物の容積率、建ぺい率。
3. 介護入所施設の一元化問題。
4. おむつ代の問題。
5. 医療保険適用型療養病床群と介護保険適用型療養病床群の機能区分・範囲。 等

その中でも3、5についてはとりわけ重要であり、来年度以降も引き続き議論していくこととした。

高齢者医療制度については平成14年の抜本改革に向けて、独立型・突き抜け型・年齢リスク調整・一本化の4案が挙げられている。老人の心身の特性や老若の公平な負担を配慮した改革を進めるべきであり、今後更なる検討をしていくこととなった。

# 理学療法士・作業療法士 配置状況調査

## 報 告 書

平成 12 年 4 月

社 団 法 人 日 本 病 院 会

# 理学療法士・作業療法士調査の概況

## I. 調査の概要

### 1. 調査の目的

理学療法士・作業療法士の現在の配置状況、理想的な配置状況、将来的な配置状況に関する調査を行い、本会会員の実状を把握する為の基礎的なデータの収集、分析を行い、基礎資料を得ることを目的としている。

### 2. 調査期間

平成12年4月1日現在

### 3. 調査客体

日本病院会会員病院

### 4. 調査事項

(1)開設者／病床規模

(2)平成12年4月1日現在の理学療法士・作業療法士の人数

(3)現在の病院規模での理想的な理学療法士・作業療法士の人数

(4)5年後に必要なと思われる理学療法士・作業療法士の人数

### 5. 調査方法

郵送(往復はがき)による、記名・記述回答式

### 6回収の結果

配布数	2,556	施設
回収数	1,535	施設
回収率	60.1	%
有効回答	1,458	施設

#### 公私別

公的	577	施設	37.6%
私的	958	施設	62.4%
計	1535	施設	100.0%

#### 病床規模別

20～99	262	施設	17.1%
100～199	443	施設	28.9%
200～299	256	施設	16.7%
300～399	230	施設	15.0%
400～499	133	施設	8.7%
500～	211	施設	13.7%
計	1535	施設	100.0%

※但し、一部無回答もあるため、設問により有効回答数は異なる。

## II. 集計の結果

### 【理学療法士】

病床規模	調査対象	H12. 4. 1現在の配置		現病床規模であと何人必要か		現病床での理想的な配置		5年後には何人配置か			現在と5年後の増加人数	現在と5年後の増加率
		平均人数A	最大値	平均人数B	最大値	平均人数 A+B	調査対象	平均人数C	最大値	平均人数 C-A	率 C-A/A×100	
20～ 99床	219	1.5	11	1.1	5	2.6	196	2.9	15	1.4	92.2%	
100～199	422	2.9	22	1.2	10	4.2	378	4.7	40	1.8	60.4%	
200～299	247	4.0	47	1.1	13	5.1	198	5.9	45	1.9	47.9%	
300～399	229	4.9	24	1.1	11	6.0	176	6.5	30	1.6	32.0%	
400～499	131	4.9	19	1.1	13	6.0	100	6.6	37	1.8	36.3%	
500～	210	6.7	33	1.6	25	8.3	165	9.0	50	2.2	33.0%	
計	1,458	3.9	-	1.2	-	5.1	1,213	5.6	-	1.7	42.7%	

※245施設が無回答であった。

### 【作業療法士】

病床規模	調査対象	H12. 4. 1現在の配置		現病床規模であと何人必要か		現病床での理想的な配置		5年後には何人配置か			現在と5年後の増加人数	現在と5年後の増加率
		平均人数A	最大値	平均人数B	最大値	平均人数 A+B	調査対象	平均人数C	最大値	平均人数 C-A	率 C-A/A×100	
20～ 99床	219	0.3	6	0.4	6	0.7	196	1.1	13	0.8	220.6%	
100～199	422	0.8	16	0.6	5	1.4	378	1.8	12	1.0	120.7%	
200～299	247	1.6	32	0.7	7	2.3	198	2.9	34	1.4	87.7%	
300～399	229	1.7	13	0.7	6	2.4	176	3.1	15	1.3	76.4%	
400～499	131	2.1	10	0.8	7	3.0	100	3.5	13	1.4	65.4%	
500～	210	3.1	22	1.2	20	4.2	165	5.0	30	1.9	61.8%	
計	1,458	1.5	-	0.7	-	2.2	1,213	2.6	-	1.2	79.5%	

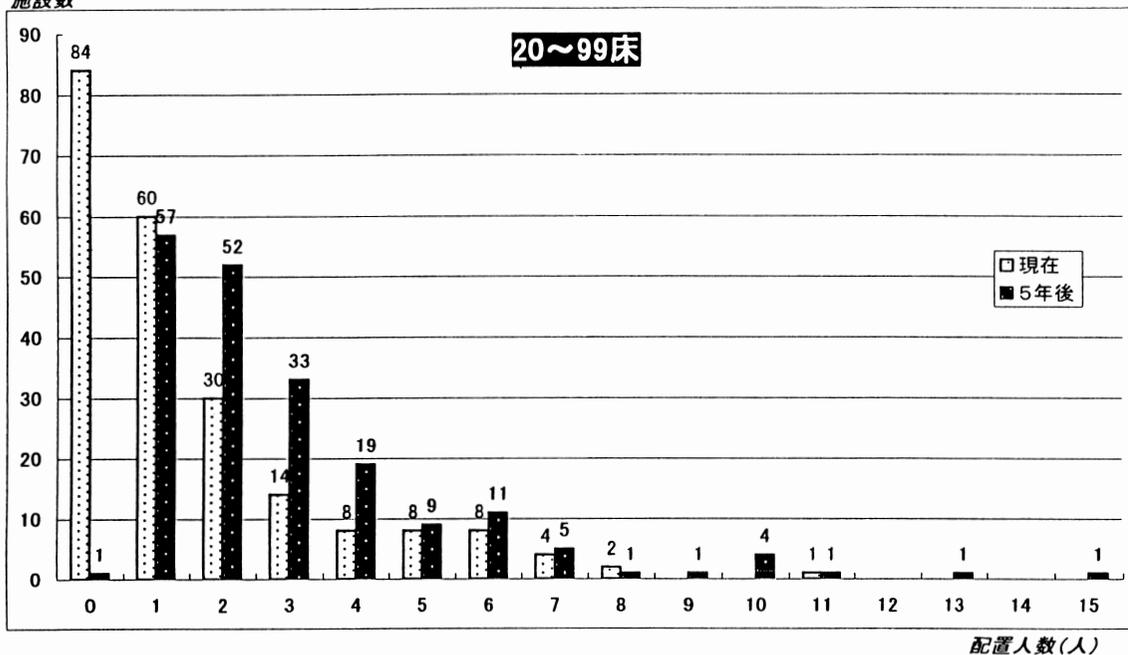
※245施設が無回答であった。

### Ⅲ. 施設別配置状況

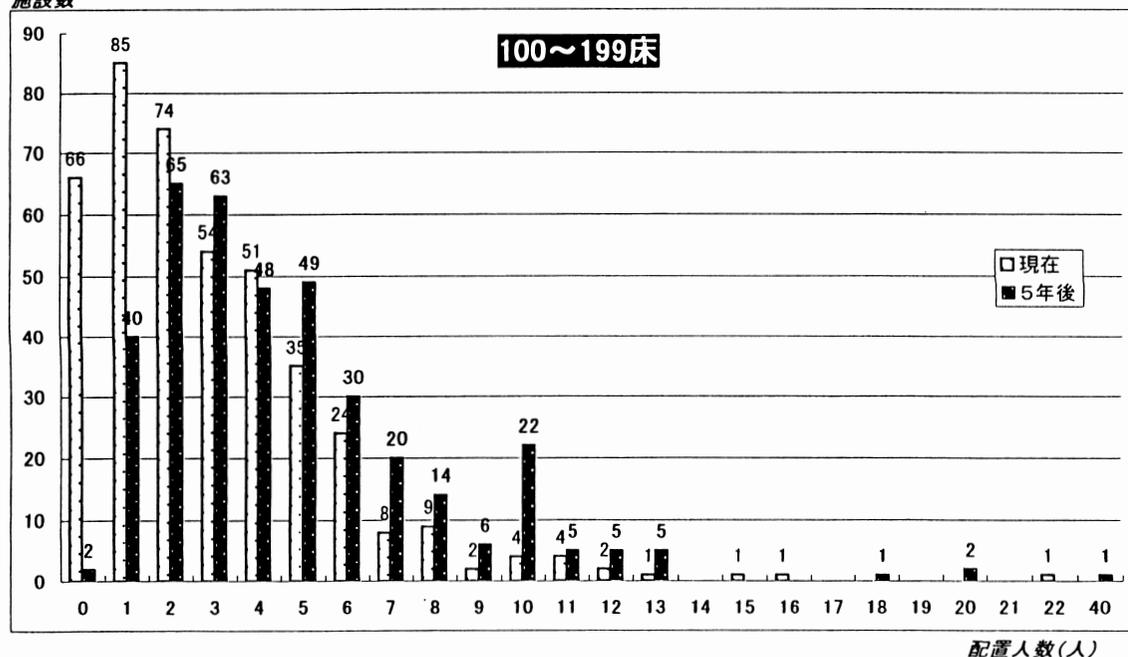
#### 理学療法士

病床規模別配置状況

施設数



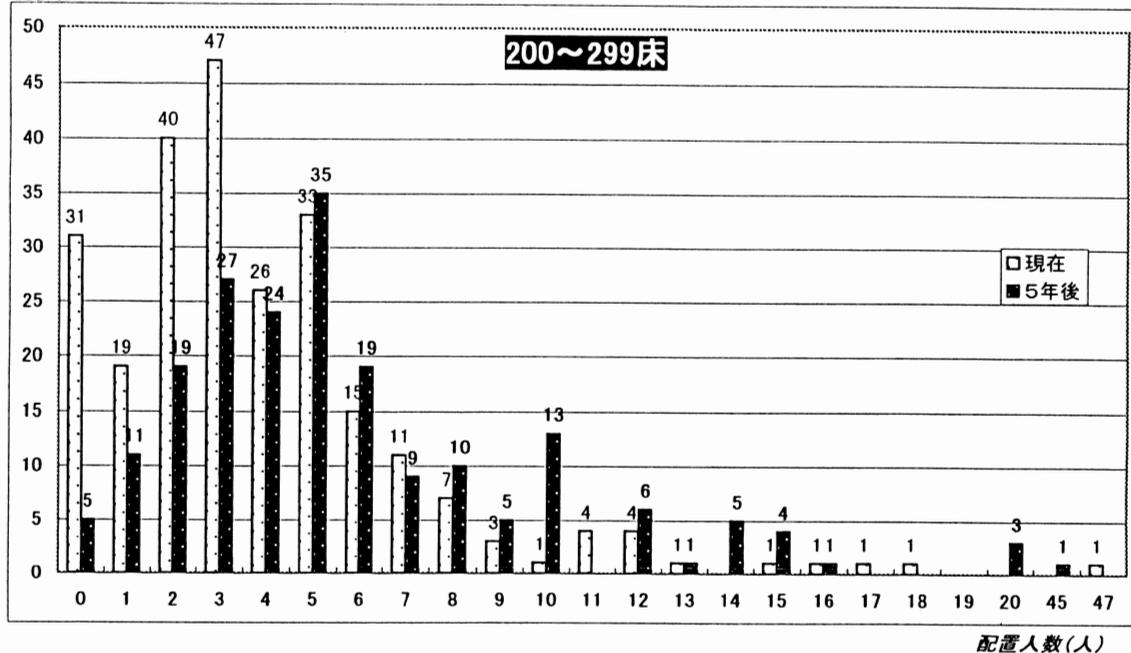
施設数



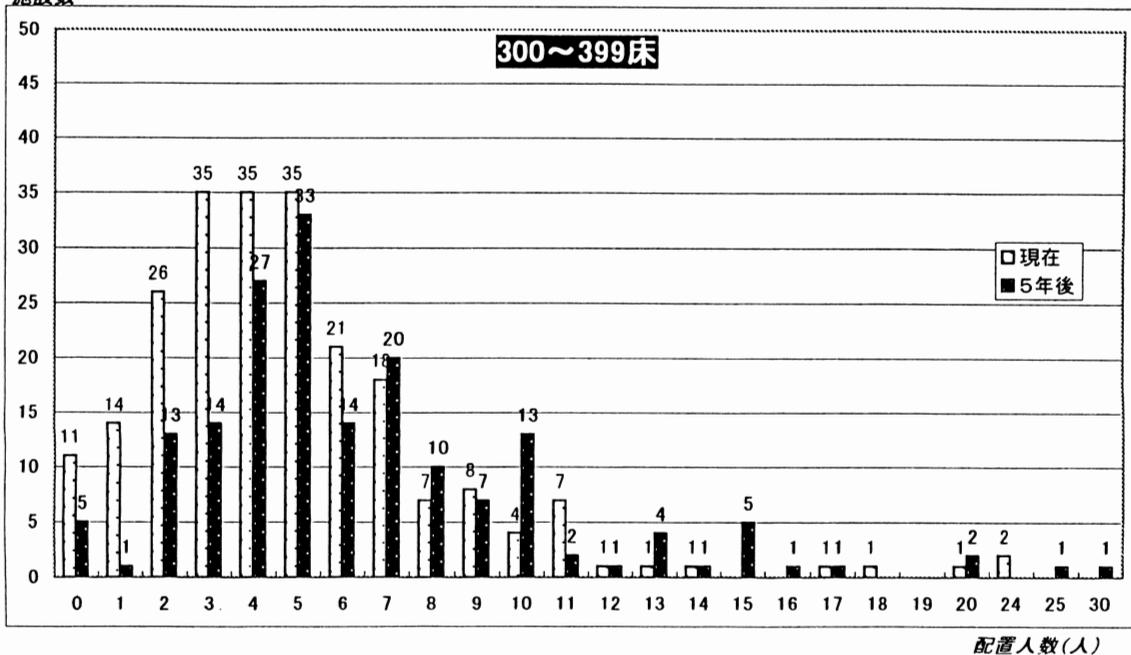
# 理学療法士

## 病床規模別配置状況

施設数



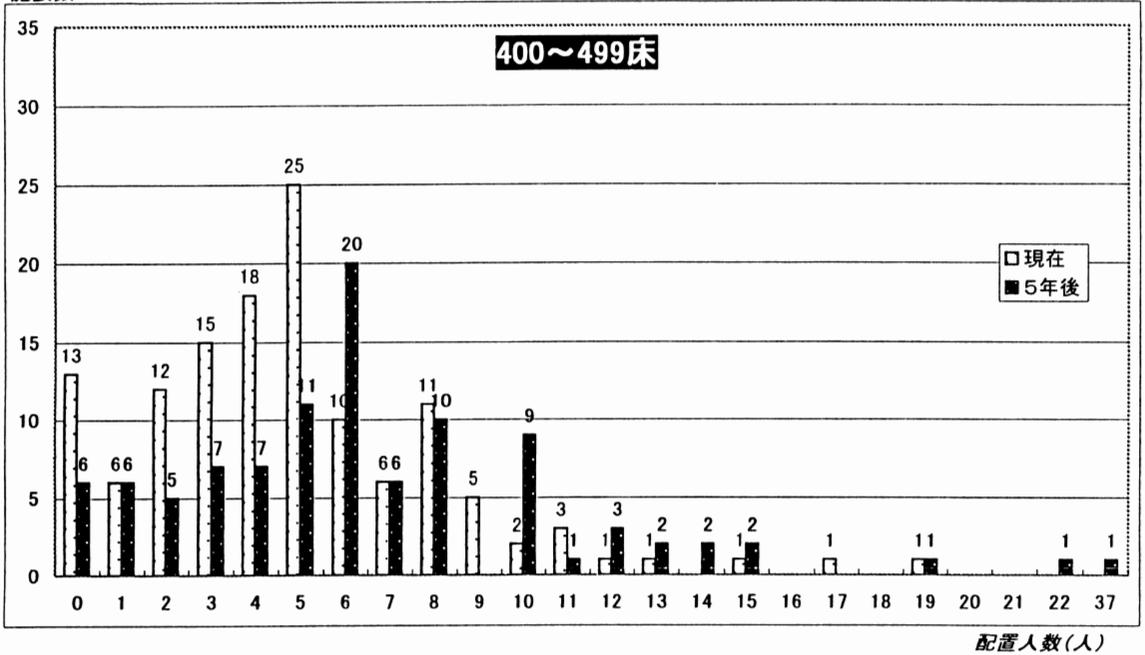
施設数



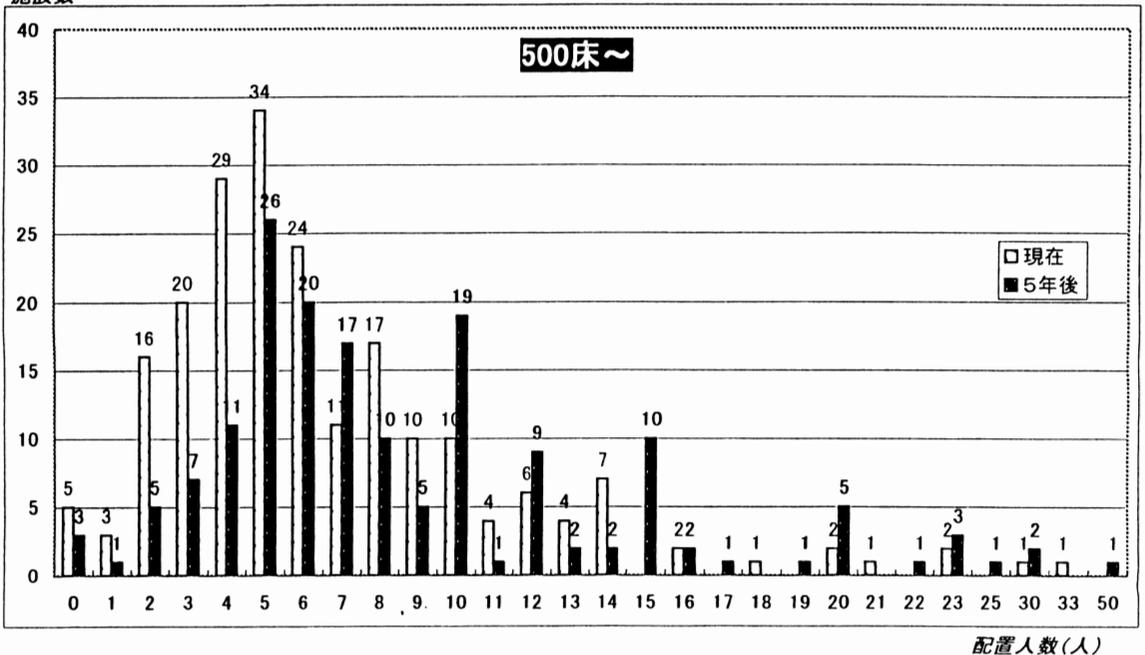
# 理学療法士

## 病床規模別配置状況

施設数

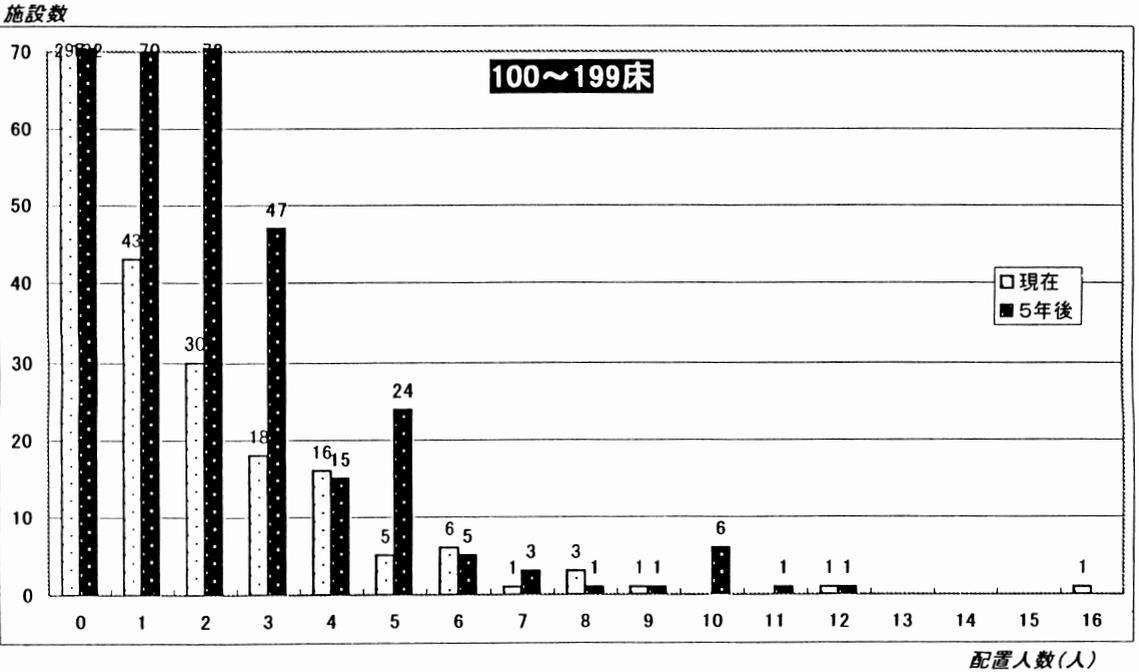
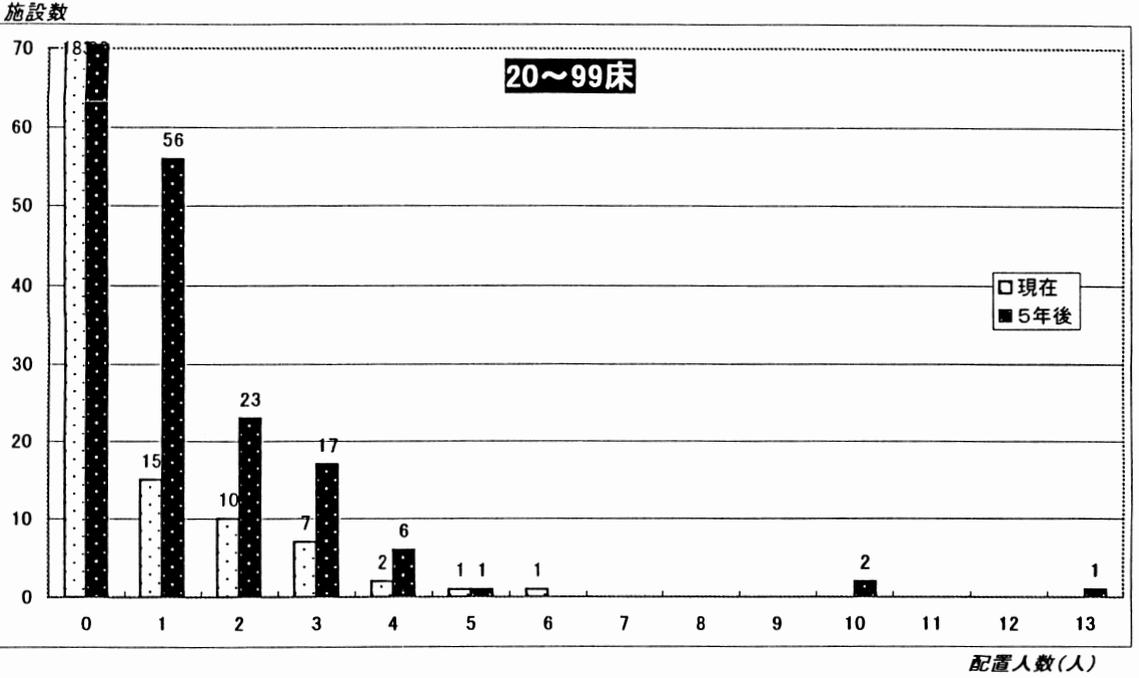


施設数



# 作業療法士

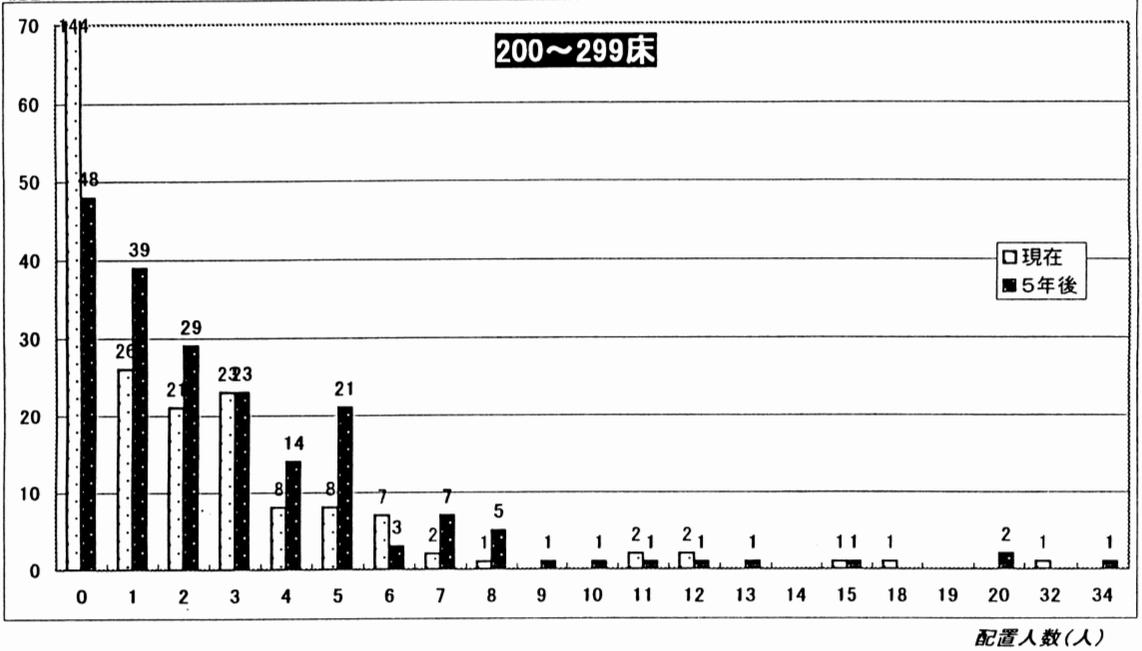
## 病床規模別配置状況



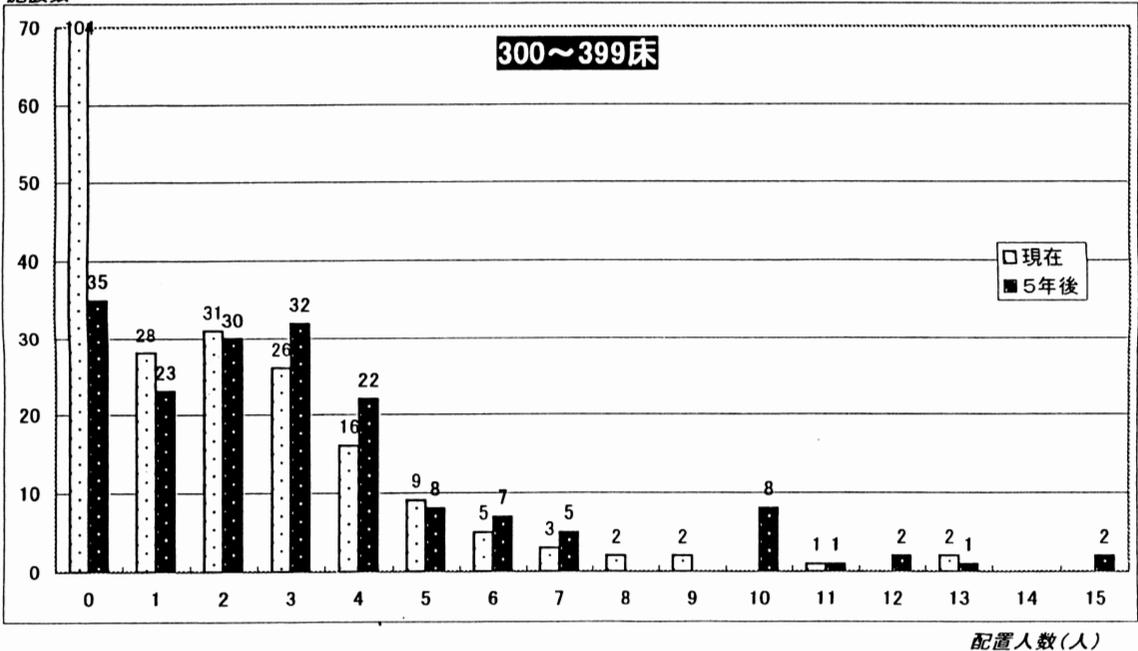
# 作業療法士

## 病床規模別配置状況

施設数

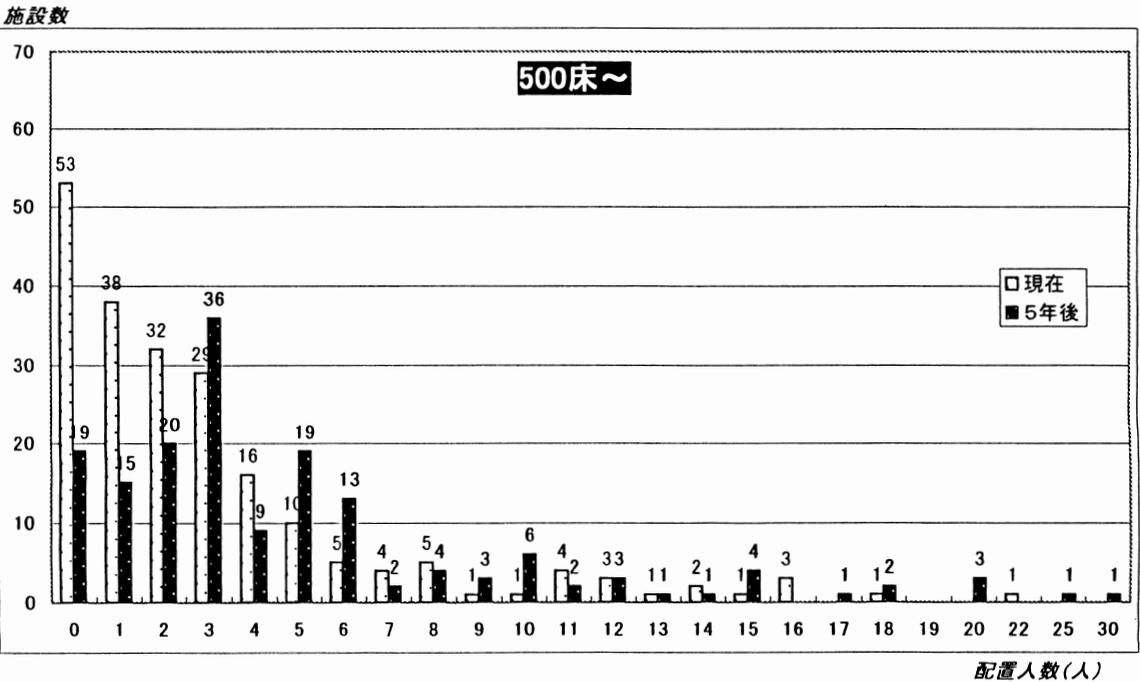
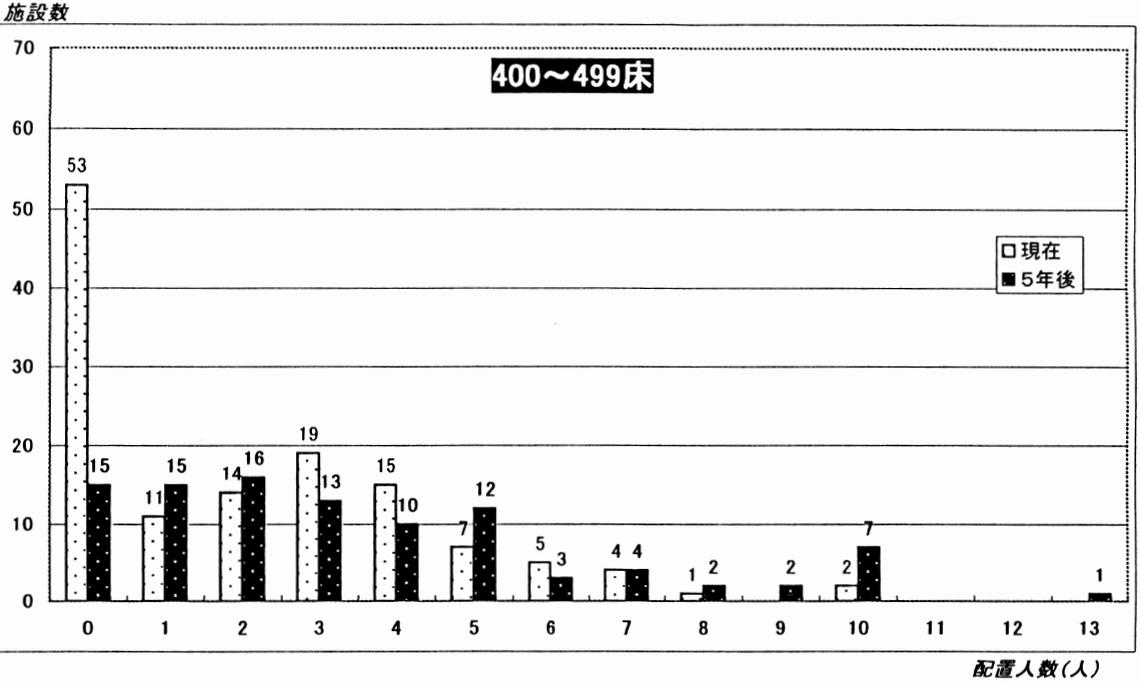


施設数



# 作業療法士

## 病床規模別配置状況



#### IV. 考察・まとめ

##### 【考察】

- 1 現在、5年後の両時点で、各施設は理学療法士・作業療法士の配置を必要としている。特に、200床未満の中小病院では、理学療法士・作業療法士とも5年後の増加率が高かった。
- 2 理学療法士や作業療法士の配置されていない施設が多いが、これらの施設は5年後には配置を予定している。
- 3 配置人数が30人、40人と突出している施設は、リハビリテーション病院や介護老人保健施設を併設している病院であった。
- 4 病床規模により、理学療法士と作業療法士の必要性が異なる。  
理学療法士が在職しない病院も、5年後には雇用をしたいと考えている。この率は病床規模が小さいほど著しい。  
作業療法士は逆に、病床規模が大きいほど5年後の雇用を考えている。
- 5 概して、理学療法士は作業療法士より需要が多そうである。
- 6 中小病院は、希望しても雇用しにくい環境にあり将来希望を託しているものと推論できる。

##### 【まとめ】

理学療法士や作業療法士は需要過多・供給不足の状態にある。特に、この傾向は中小病院に著しい。国は理学療法士・作業療法士の需給計画を再検討し、人員増加の方策を至急に計画されたい。

## 6. 医療保険制度対策特別研究会

1. 開催回数 2回
2. 出席者数 10名（延べ人数）
3. 協議項目
  - ・第2次急性期入院医療費調査について
  - ・その他
4. 総 評

第一次調査を参考に、53施設、分析対象疾患を平成12年10月退院患者11疾患に限定し、医療費は診療報酬日計表をベースに、病名は病歴病名、合併症、併存症を明確にし、精度の高いデータを収集することとした。更にデータの集計作業を平成13年2月より実施し、平成13年度も引き続き集計分析作業を行うこととした。

また、この分析を行うため、梅里良正（日大医療管理学教室）助教授を委員とした。

## 7. 教育委員会

1. 開催回数 1回
2. 出席者数 8名
3. 協議事項
  1. 平成13年3月21日（水）15：00～17：00
    - 1）12年度研究会等開催結果報告について
    - 2）13年度研究会開催予定について
    - 3）次期研究会委員について
    - 4）診療技師研究会（旧放射線研究会）再開再依頼について
    - 5）その他
4. 総 評

各研究会の研修内容は、関係部署以外の職員に対しても共通なテーマが取り上げられているので、研究会開催案内をご覧の上、担当職員はもとより、他部署の職員の積極的な参加を希望したい。

## 8. 医療事故対策委員会

1. 開催回数 2回
2. 出席者数 10名（延べ人数）
3. 協議項目 第1回 平成12年5月24日（水） 13：30～15：30
  1. インシデントレポートについて
  2. 医療事故防止のためのセミナーの開催について

第2回 平成13年1月30日（火） 15：00～17：00

1. 委員会及びセミナーの名称変更について
2. 平成13年7月開催予定の「医療安全対策のためのセミナー」について
3. インシデントレポートについて
4. その他

#### 4. 総 評

本年度は「医療事故対策に関する活動状況」の調査を実施し、集計結果を公表した。集計結果には多くの反響が寄せられ、医療事故への関心度の高さがうかがえるとともに、対策への第一歩が踏み出せたように思われる。

また、従来より実施しているセミナーを1回開催した。

来年度より委員会名を「医療安全対策委員会」とし、セミナー名を「医療安全対策のためのセミナー」と変更する。医療の安全を考えるという意味で、これまでの経験を活用しながら、前向きに活動していきたい。

# 医療事故対策に関する活動状況調査 集計結果報告

平成12年11月30日  
社団法人 日本病院会  
医療事故対策委員会

この度、医療事故対策委員会は、昨今の手術患者の誤認や薬剤の取り違いなどの医療事故が連続して発生し、医療機関における医療従事者の業務範囲と責任のさらなる明確化が必要な時期であり、今後の医療事故対策強化の取り組みへの参考とするため、会員病院における現在の医療事故対策に関する活動状況についてアンケート調査を実施した結果をご報告いたします。

## A 病院の特性について

### (1) 開設者 n = 608

1. 国立	22病院	2. 公立	206病院	3. その他公的	129病院
4. 医療法人	172病院	5. 個人	13病院	6. その他私的	64病院
				未記入	2病院

※開設主体の「その他公的」とは、日赤・済生会・北海道社会事業協会・厚生連・国保関係団体・社保関係団体・厚生団・船員保険会・健保関係団体・共済関係団体を示し、「その他私的」とは公益法人・学校法人・会社・その他法人を示す。

### (2) 病床数 (平均 339.2床)

### (3) 標榜診療科

1. 内科	578病院	2. 心療内科	64病院	3. 精神科	237病院
4. 神経科	93	5. 神経内科	236	6. 呼吸器科	268
7. 消化器科	299	8. 胃腸科	76	9. 循環器科	348
10. アレルギー科	33	11. リウマチ科	80	12. 小児科	435
13. 外科	535	14. 整形外科	533	15. 形成外科	156
16. 美容外科	11	17. 脳神経外科	369	18. 呼吸器外科	109
19. 心臓血管外科	181	20. 小児外科	72	21. 皮膚泌尿器科	21
22. 皮膚科	412	23. 泌尿器科	415	24. 性病科	6
25. 肛門科	80	26. 産婦人科	329	27. 産科	31
28. 婦人科	82	29. 眼科	432	30. 耳鼻咽喉科	404
31. 気管食道科	24	32. リハビリテーション科	378	33. 放射線科	415
34. 歯科	171	35. 矯正歯科	17	36. 小児歯科	9
37. 歯科口腔外科	162	38. 麻酔科	384	未記入	3

### (4) 職員数

	常勤	非常勤
①医師	(平均 43.4) 名	(平均 20.6) 名
②看護婦(士)	( 207.0)	( 12.7)
③医療技術員	( 53.8)	( 3.3)
④技能労務員	( 31.6)	( 7.6)
⑤事務員	( 36.6)	( 7.0)
⑥合計	( 372.4)	( 51.2)

### (5) 救急診療体制

①休日夜間の外来診療を受付けているか

1. いる	85.0% (a. 毎日 87.4% b. 一定日 5.2% 未記入 7.4%)
2. いない	13.7%
未記入	1.3%

②救急医療体制に参加しているか

1. いる 80.1% (a. 二次 83.2% b. 三次 15.2% 未記入 1.6%)  
 2. いない 17.3%  
 未記入 2.6%

③救急告示病院であるか

1. ある 76.8%  
 2. ない 20.2%  
 未記入 3.0%

B 医療事故対策について

(1) 医療事故対策を目的とした委員会が設置されているか

1. いる 80.3%  
 2. いない 19.7% (a. 設置予定である 62.5%  
 b. 設置の予定はない 20.8% 未記入 16.7%)

(設置されている場合以下の設問に回答してください)

- (2) 委員会の設置時期 1975年～1994年 42病院 6.9% 1995年～1998年 84病院 13.8%  
 1999年 191 31.4% 2000年 146 24.0%  
 2001年予定 2 0.4% 未記入 143 23.5%

(3) 委員会の運営規則 (委員会の目的、位置づけ、メンバー構成、業務、権限等について) があるか

1. ある 86.5%  
 2. ない 12.3%  
 未記入 1.2%

(4) 委員会は定期的開催されているか

1. いる 83.2% (a. 1ヶ月に2回以上 5.2% b. 1ヶ月に1回 63.3%  
 c. 1ヶ月に1回未満 27.8% 未記入 3.7%)  
 2. いない 15.0%  
 未記入 1.8%

(5) 委員会は必要に応じて不定期にも開催されているか

1. いる 78.7% (a. アクシデントがあったとき 38.8%  
 b. 患者側からクレームがあったとき 6.5%  
 重複回答 a+b 14.6%  
 c. その他 29.2%  
 未記入 10.9%)  
 2. いない 18.6%  
 未記入 2.7%

(6) 委員会のメンバー数は (平均 9.9名)

(7) 専任のメンバー (リスクマネージャー等) がいるか

1. いる 25.2% 2. いない 73.6% 未記入 1.2%

(8) 院内で広報活動をしているか

1. いる 70.7% 2. いない 26.4% 未記入 2.9%

(9) 院内研修会を行っているか

1. いる 64.5% 2. いない 31.6% 未記入 3.9%

(10) 施設全体の事故対策の責任者は決まっているか

1. いる 93.0% 2. いない 4.7% 未記入 2.3%

- (11) 病棟毎に事故対策の責任者は決まっているか  
 1. いる 69.9% 2. いない 27.7% 未記入 2.5%
- (12) 職種毎に事故対策の責任者は決まっているか  
 1. いる 69.9% 2. いない 27.5% 未記入 2.7%
- (13) 医療事故対策マニュアルは作成されているか  
 1. いる 59.2% 2. いない 37.7% 未記入 3.1%
- (14) マニュアルは改訂されているか  
 1. 定期的に行われている 17.8% 2. 予定されている 36.1%  
 3. いない 21.7% 未記入 24.4%

### C 事故報告書（アクシデント・レポートおよびインシデント [ニアミスあるいはハットヒヤリ]・レポート）について

- (1) 職員に事故報告を義務づけているか  
 1. いる 93.3% 2. いない 4.9% 未記入 1.8%
- (2) 報告は全職種で行っているか  
 1. いる 79.3% 2. いない 17.6% 未記入 3.1%
- (2-2) 上記で「2」とお答えの場合、報告を行っているのはどこか  
 所属長 17病院、 医師・看護婦 6病院、 看護部 69病院、  
 事務部以外 2病院、 不明 13病院、
- (3) 報告書の様式は設定されているか  
 1. いる 90.6% 2. いない 5.9% 未記入 3.5%
- (4) アクシデントとインシデント [ニアミスあるいはハットヒヤリ] の報告書は別様式になっているか  
 1. いる 42.1% 2. いない 53.6% 未記入 4.3%
- (5) 職種によって様式をかえているか  
 1. いる 18.9% 2. いない 73.7% 未記入 7.4%
- (6) 速報用と詳細報告用が区別されているか  
 1. いる 17.6% 2. いない 76.8% 未記入 5.6%
- (7) 万が一裁判になったときのことを考慮し、報告書の様式や報告手順等に配慮しているか  
 1. いる 42.3% 2. いない 51.5% 未記入 6.3%
- (8) 報告書に事故原因の分析・今後の対策まで記載させているか  
 1. いる 76.8% 2. いない 17.6% 未記入 5.6%
- (9) 報告の手順（ルート・時期）は決まっているか  
 1. いる 87.2% 2. いない 8.4% 未記入 4.4%

### D 事故の現状（過去1年間の貴施設での現状）について

- (1) 報告件数 (平均 129.8) 件
- (2) アクシデントとインシデントの比率  
 1. アクシデント (31.7%) 2. インシデント (68.3%)

※以下（３）・（４）はアクシデントに関してご記入下さい

（３）報告者

①医師	(	5.9%)
②看護婦（士）	(	82.6%)
③薬剤師	(	4.0%)
④検査技師	(	2.7%)
⑤放射線技師	(	1.2%)
⑥その他の医療技術員	(	1.8%)
⑦技能労務員	(	0.5%)
⑧事務員	(	1.3%)

（４）事故の内容

①発生時間帯		
(a) 日勤帯	(	54.9%)
(b) 準夜帯	(	22.5%)
(c) 深夜帯	(	22.6%)

②発生場所

(a) 外来	(	5.5%)
(b) 手術室	(	3.6%)
(c) 集中治療室	(	4.2%)
(d) 内科系病棟	(	32.2%)
(e) 外科系病棟	(	27.5%)
(f) その他の病棟	(	12.3%)
(g) 検査部門	(	3.3%)
(h) 薬局	(	4.0%)
(i) その他	(	7.4%)

③事故発生時の状況

(a) 一般診療	(	3.9%)
(b) 手術	(	2.6%)
(c) 麻酔	(	0.4%)
(d) 特殊治療・集中治療	(	2.1%)
(e) 注射	(	28.4%)
(f) 内服	(	14.4%)
(g) 輸血	(	0.8%)
(h) 麻薬	(	0.8%)
(i) 採血	(	2.3%)
(j) 検査	(	5.7%)
(k) 移動・搬送	(	8.1%)
(l) 食事	(	2.0%)
(m) その他	(	28.5%)

④事故の種類

(a) 患者誤認	(	7.4%)
(b) 種類誤認	(	8.3%)
(c) 量誤認	(	9.3%)
(d) 時間誤認	(	2.9%)
(e) 方法誤認	(	4.3%)
(ルート・速度等)		
(f) 機器・設備の操作ミス	(	3.0%)
(g) 機器・設備のトラブル	(	1.6%)
(h) ルートトラブル	(	6.5%)
(血管ライン・チューブ・ドレーン等)		
(i) 指示未実施	(	4.1%)
(j) 指示なし	(	0.5%)
(k) 不適切指示	(	1.2%)
(l) 連絡・連携のミス	(	2.9%)
(m) 合併症	(	1.2%)
(n) 異物遺残	(	0.5%)

- (o) 接遇のトラブル ( 1.3%)
- (p) 転倒・転落 ( 24.4%)
- (q) 検体・データの紛失・破損 ( 1.1%)
- (r) 事務的ミス(入力・予約など) ( 2.1%)
- (s) その他 ( 17.4%)

⑤事故の原因

- (a) 思い込み ( 14.5%)
- (b) 不注意 ( 28.4%)
- (c) 知識不足 ( 4.1%)
- (d) 経験不足 ( 3.1%)
- (e) 診療録の記録が不十分 ( 0.7%)
- (f) スタッフ間の意志疎通・連絡・連携が不十分 ( 5.7%)
- (g) 患者の状態把握不足 ( 10.7%)
- (h) 患者・家族への説明・指導・教育が不適切・不十分 ( 3.6%)
- (i) 医師指示ミス(口頭指示を含む) ( 1.1%)
- (j) 管理ミス ( 5.0%)
- (k) 設備の要因による ( 1.7%)
- (l) 患者側の要因による ( 8.3%)
- (m) 不可抗力 ( 4.0%)
- (n) その他 ( 9.1%)

⑥生命への危険度

- (a) 高い ( 6.8%)
- (b) 低い ( 34.6%)
- (c) ない ( 53.9%)
- (d) 不明 ( 4.7%)

⑦担当者の健康状態

- (a) 良好であった ( 40.3%)
- (b) 疲労していた(肉体的に・精神的に) ( 6.2%)
- (c) 不明 ( 53.5%)

E 事故対策の効果

(1) 事故対策に対する職員の意識は向上しているか

- 1. いる 73.8%
- 2. いない 4.3%
- 未記入 21.9%

(2) 事故対策を開始して事故は減少しているか

- 1. 減少している 27.3%
- 2. 不変 37.5%
- 3. 増加している 2.0%
- 未記入 33.2%

アンケート調査集計について、日本病院会会員 2,557病院を対象に調査表を送付して 608病院から回答が得られた。

回答総病床数は 206,204床であり、診療科は全診療科を網羅している。このうち約80%が何らかの形で救急医療を行っている。

医療事故対策について

医療事故対策委員会は約80%の病院で設置されており、委員会も80%余りの病院で定期的に行われている。

委員会の構成については前記の通りであり、大多数の病院では事故対策の責任者は決まっており、事故対策マニュアルも約60%の病院で作成されている。

#### 事故報告について

事故報告を義務づけている病院が93.3%と非常に多く、その様式も設定されている。報告先は看護部、所属長等が最も多い。アクシデントとインシデントの報告を別様式で行っている病院は約半数である。

#### 事故の現状について

報告総数78,905件で、アクシデント 31.7%、インシデント 68.3%であった。アクシデントの内容は以下のとおりであった。報告者は、看護婦(士)が 82.6%と最も多く、看護業務の繁雑さと高度医療に伴う多岐に亘る業務内容を反映している。

#### 事故の内容について

発生時間帯は 54.9%が日勤帯であり、考えられたように人員の手薄な時間帯に多いとは限らないことがわかった。発生場所の多いのは内科系病棟 32.2%、外科系病棟 27.5%であったが、これは基本病床数が多いことによると思われる。

#### 事故発生時の状況について

注射 28.4%と多く、内服投薬が 14.4%でこれに次ぐ。

#### 事故の種類について

転倒、転落が 24.4%と最も多く、設備上の問題もあるが、高齢者をかかえ、脳神経系、運動器系の疾患が多いためと考えられる。介助、介護に一段の注意が必要であろう。薬剤量の誤認が9.3%でこれに次ぎ、薬剤種類誤認が8.3%となっており、呼称確認の徹底、複数者によるチェックが望まれる。患者誤認も7.4%あり、確認の方策を徹底させる必要がある。ルートトラブルが6.5%と多く、血管ライン、チューブ等の操作に熟練と共に細心の注意がいる。その他指示の不適切、連絡、連携ミス等あらゆる行為に亘ってアクシデントが発生している。

#### 事故の原因について

不注意が 28.4%、思いこみが14.5%となっており、ダブルチェック、複数者による確認が必要である。患者の状態把握不足 10.7%になっている。いづれも慣れによるものが多いと思われる。患者の生命への危険度の高いアクシデントは6.8%と少なく、全く危険のないものも 53.9%になっており、大部分は重大な事故につながってはいない。当事者の健康状態は良好であったもの 40.3%、疲労していた6.2%になっており、一部で言われるように過重労働によるものとは考えにくい。

#### 事故対策の効果について

職員の意識は向上している。が、 73.8%に達している。

#### 事故の減少について

減少しているが 27.3%、不変が 37.5%となっている。

以上が集計の要約であり、アクシデントについての具体例と結果を求めた報告が、212例に上がっている。この内容はいづれも全述の事故状況の報告と内容に該当するものであった。

以上の集計により、各病院で対策委員会の設置と、くり返して従業員の意識向上と共に日常の医療の中で重大な事故に至る迄に、早く被害を最小限に抑制できるシステムを各部署で構築する必要がある。

## 9. 救急医療防災対策委員会

1. 開催回数 2回

2. 出席者数 12名（延べ人数）

### 3. 協議事項

1. 平成12年6月8日（木） 14：00～16：00

1）平成12年度救急医療防災セミナー進捗状況について

2）平成12年度アンケート調査（救急医療活動に関する調査）について

3）その他

2. 平成12年12月14日（木） 14：00～16：00

1）13年度セミナー企画について

2）その他

### 4. 総 評

当委員会併設の救急医療防災セミナーについて、12年度は、防災対策マニュアルの指針になればと災害をテーマにした企画を、13年度は、救命救急をテーマにした企画について協議がされた。

# 救急医療活動に関する調査 結果報告

日本病院会 救急医療・防災対策委員会 委員  
広島国際大学医療福祉学部医療経営学科  
教授 河口 豊

2000年6月に救急医療・防災対策委員会から標記の調査を会員病院(2557病院)にお願いした。657病院から回答がよせられ、それらをまとめたので発表する。

## 1. 調査の目的と概要

高齢社会の中で公的介護保険をはじめ福祉サービスの整備が進み、医療施設の機能分化が実現できるようになってきたが、在宅療養を含め救急医療活動と施設間連携などを改めて考える必要がある。そのため現状を捉え、会員病院の救急医療活動の参考に資する。2000年6月に会員病院を対象とし、問1～問5の質問の調査票を配布した。657病院から回答があり、これを集計・分析した。

## 2. 結果の概要

回答病院は国立4.4%。公立31.4%、その他公的21.6%、医療法人立28.3%、個人立1.8%、その他の私的法人立12.5%である。病床規模別では～49床が2.0%、50床～が8.4%、100床～19.3%、200床～17.5%、300床～が28.6%、500床～が24.2%であった。300床～が52.8%と過半数を超えており、救急医療活動というテーマから規模の大きい病院の関心が高かったといえよう。昨年度の回答病院と比較すると国公立が2～3%割合が高くなり、その分医療法人と個人の割合が下がった。病床規模では規模の大きい病院の割合が増している。

問1. 貴院の救急医療体制についてお伺いします。

問1-1 貴院では救急患者(時間外患者、医療機関間の搬送等を含む)に対応していますか。

対応している病院は96.3%とほぼ全病院が対応している。対応していない病院は、経営主体別に見ても病床規模別に見ても特徴はない。

問1-2 貴院では救急患者とは次のどの患者を指しますか。

救急患者をどのように定義しているかを聞いたものである。3分の2の病院では、時間を問わず緊急処置を要するために来院したすべての患者を指している。次いで外來診療受付時間外に来院したすべての患者を救急患者としている病院が16.0%であった。休日・夜間に来院した患者(診療報酬点数表に記載)のみを指す病院は7.8%と少なかった。

経営主体別ではその他の私的病院の外來診療受付時間外がやや高い、また病床規模別では500床以上で時間を問わず緊急処置を要するが高めである。

現在の規定で救急患者の定義は、診療報酬点数表に掲げられている休日・夜間に来院した患者ということになる。国の指定統計である患者調査では、患者票に救急車利用状況という項目があるが、昼間に救急車で来院する人もいるし、夜間に自家用車で駆けつける人もおり、一義的ではない。何のために救急患者を定義する必要があるかということも含めて討議をする時期にあるとあってよいのではないか。

### 問1-3 貴院では年間取り扱い救急患者数はどのくらいになりますか。

500人以下の病院が14.0%を占めるが、2000人までで29.3%となる。4000人まででは12.5%を占めるが、それ以上では6000人で7.3%、8000人で8.6%、10000人で7.7%と余り低下しない。10000人を越えるような多数の救急患者を扱う病院はそう多くはないが、しかし、合わせると26.5%と4分に1を超える病院が扱っている。中には50000人以上を扱う病院もあった。無論ここでいう救急患者は前問の各病院で定義した患者であるので統一された内容の患者ではない。

経営主体別では取り扱い患者数の多いのは公立、その他の公立で割合が高く、医療法人や個人、その他の私的では取り扱い患者数が少ない病院が多い。しかし、医療法人やその他の私的でも公立やその他の公的病院の匹敵する患者数を取り扱っている病院もある。病床規模別では当然ながら病床規模の大きい病院ほど取り扱い患者数が多い。

#### 問1-3-1 年間取り扱い救急患者数は年間新外来患者数の何%位になりますか。

新外来患者数の中に占める救急患者数の割合を聞いたものである。10%までが28.1%と断然高い（うち約半数は3%まで）が、20%までは12.9%、30%までが14.9%、40%までとなると11.1%になる。比較的救急患者による新外来患者が多いことがわかる。50%を超える病院は13.3%であり、うち7病院は100%を超えている。長期通院患者の救急受診などが含まれると考えられる。

経営主体別では個人で紹介率が低く、国立、医療法人、その他の私的病院でも低い病院が一部にある。病床規模別では病床規模が大きくなるに従い紹介率は高くなっている。

### 問1-4 貴院は現在自治体の救急医療体制に入っていますか。

入っている病院は88.9%で、救急患者に対応している病院96.3%の92%が救急医療体制の下で活動している。入っていない49病院の際だった特徴はなく経営主体別、病床規模別でも全体に及ぶ。敢えて挙げれば、数は少ないが経営主体では国立、個人で多く、病床規模では小規模病院である。

#### 問1-4-1 貴院は現在どのような救急体制を担っていますか（複数回答可）。

（高度）救命救急センター（厚生省補助金）は調査対象病院657に対して、8.5%、56病にもなる。三次救急医療施設は同様に11.6%、二次救急医療施設の病院群輪番制病院は54.9%であり、半数を超えている。共同利用型病院は1.9%と少ない。見方を変えて救急告示病院（消防法）となっていたのは66.1%であり、全体の3分の2である。因みに

患者調査と同様に国の指定統計である医療施設調査の平成8年版は、静態調査で救急医療体制の統計が掲載されているが、救急医療体制に参加している病院は4263、44.9%であり、うち二次救急病院は43.5%、三次救急病院（救命救急センターを含む）は1.4%である。会員病院は救急に関心が高いが、これらから中でも今回の調査回答病院は救急医療活動に熱心な病院が多いことがわかる。

経営主体別では個人病院は半数であるが、その他は国立が75.9%と若干低い他は80%を超えている。

#### 問1-5 救急医療を担当する日の担当者は総数で何人ですか。

配置されている職員の数には5人までが36.4%で一般的な姿といえよう。10人までの配置体制も30.7%とかなりの病院に見られ、この両者で3分の2となる。これより多い職員配置はかなりの患者を扱う病院と考えられる。50人以上の職員を配置する病院もあるが高度救命救急ではこのような配置がみられる。

経営主体別では個人病院で少ない配置の病院が多く、医療法人でも若干多いが他は似た傾向である。病床規模別では規模の大きい病院ほど多数の職員配置をしている病院が多い。

#### 問1-5-1 担当する医師は次のうちのどの役割の人ですか。その数は何人ですか。

医師の数は1人が27.1%、2人が23.3%と約半数の病院が1~2人である。3人が12.0%、4人が10.2%、5人が5.5%であった。0人を含めて5人以下が84.6%と大方の病院の医師配置状況である。10人を超える医師を配置している病院は5.5%、46病院であり、うち13病院では20人を超える医師を配置している。

救急担当医のみの病院は4.7%と多くなく、救急担当医と当直医による病院は23.9%となる。当直医のみの病院が最も多く54.9%と半数を超える。その他の医師も参加する体制の病院もみられる。

経営主体べつでは大きな特徴はない。病床規模別では全般的に病床規模の大きい病院ほど医師の配置数が多い。小規模病院でも医師の配置数が多い病院があるが、独立した救命救急センターや循環器病専門病院や脳外科専門病院などが考えられる。

#### 問1-5-2 担当する看護婦（士）は次のうちのどの役割の人ですか。その数は何人ですか。

看護職員の数には1人が17.0%、2人が30.3%と約半数の病院が1~2人である。3人が17.4%、4人が7.9%、5人が3.2%であった。0人を含めて5人以下が84.3%と大方の病院の看護職員配置状況であり、医師の配置状況とかなり似た状況である。

配置された看護職員は救急担当看護婦（士）のみによる病院が23.7%であり、救急担当看護婦（士）と病棟勤務以外の他の看護婦による配置の病院は13.9%である。一方、病棟勤務以外の他の看護婦によるものは32.0%であった。その他の看護職員のみによる病院も12.8%あるが、これは病棟看護婦などがでていくと考えられる。

経営主体別、病床規模別の傾向は医師の場合とほぼ同様である。

問 1 - 6 救急用施設は専用にありますか。

救急専用処置室を持つ病院は 78.1 %である。外来診察・処置室と兼用している病院が 16.3 %であった。救急患者数の多くない病院では兼用で用は充分足りる。

経営主体別では公立とその他の公的の専用設置率が高く 90 %近い。病床規模別では 100 床以上で 3分の 2、200 床以上では 80 %以上の設置率となり、病床規模が大きくなるほど専用施設の設置率は高くなる。

問 2 救急体制における医療機関の連携についてお伺いします。

問 2 - 1 貴院では救急患者の内、他の医療機関からの紹介患者は年間何人くらいですか。または年間取り扱い救急患者数のうち何%くらいになりますか。

無記入が半数近くあるため注意しなければならないが、紹介患者は 100 人以下が 19.9 %と最も多く、以下紹介患者数が多くなるに従い逡減していく。しかし 1000 人を超える病院が 9 %もある。

経営主体別では公立・その他公的に紹介患者の多い病院の割合は高い。病床規模別では当然規模の大きい病院ほど数は多くなる。

その救急患者に占める割合は、これも 43 %が無記入であるが、5 %までが 29.7 %になる。10 %までは 12.5 %であるが、中には 30 %以上の病院が 3.2 %、21 病院もある。

経営主体別では個人病院を除いて大きな特徴はない。病床規模別では病床規模が大きくなるに従い紹介率の高い病院が増してくる傾向にある。

問 2 - 2 貴院に紹介されてくる救急患者は特定の医療機関からですか。

特に定まっていないという病院が 77.6 %と圧倒的に多い。救急患者という性格から当然であろうか。しかし、特定の医療機関が主であるがそれ以外の医療機関からもあるという回答が 14.9 %もあり、特定機関との連携も多いことを示している。特定の医療機関からのみは 1 %にも満たない。

経営主体別では医療法人、その他私的病院において、特定の医療機関が主であるがそれ以外の医療機関からもある割合が若干高い。関連病院などの関係もあろう。病床規模別では特徴的な点はないようである。

問 2 - 3 貴院が紹介する救急患者は特定の医療機関へですか。

逆に紹介する場合を見てみると、特定の医療機関が 17.2 %もあり、特定の医療機関もあるがそれ以外の医療機関へもあるになると 33.2 %のも病院が該当する。特に定まっていないのは 39.7 %と送られる場合の半分に割合が下がる。当然といえば当然であるが、紹介する場合は相手の病院の事情に精通していなければならないからであろう。

経営主体別では特定の医療機関と、特定の医療機関もあるがそれ以外の医療機関へもあるを併せてみると医療法人では 60 %、その他の公立及びその他の私的病院で 50 %、公立と国立で 40 %前後と差がみられた。同様に病床規模でみると、500 床以上では 34 %、300 ~ 499 床では 48 %と、他の 60 から 65 %より低い。病床規模が大きくなると診療圏の範囲も広がり各地の病院へ依頼することになるからと考えられる。

問 2-4 貴院に紹介されてくる救急患者は特定の患者ですか。

特に定まっていないが 69.7 %と3分の2を超える。次いで、重症の患者がほとんどであるが 13.7 %と後方病院としての受け皿機能を持つ病院が多いことを示している。傷病の種類がだいたい決まっているのは 9.9 %であるが、これはその病院が専門的に対応できる疾患がある場合であろう。

経営主体別では公立で重症患者がほとんどという病院は 20.4 %と高かったが、医療法人では 7 %と低かった。一方、傷病の種類がだいたい決まっているのは医療法人で 18.3 %、その他の私的病院で 12.2 %と高く、公立では 2.9 %と低かった。経営主体の特徴が現れている。病床規模別にみても病床規模が大きくなるにつれ重症患者の割合は高くなり、逆に病床規模の小さい方の病院では傷病の種類がだいたい決まっている病院の割合が高まる。

問 2-5 貴院が紹介する救急患者は特定の患者ですか。

紹介する場合も、特に定まっていないが紹介を受ける場合と同様最も多いが、38.2 %とかなり割合は低くなる。重症の患者がほとんどであるが 28.5 %、傷病の種類がだいたい決まっているが 20.9 %である。

経営主体別では医療法人の 36.0 %、公立の 30.5 %が重症患者を紹介しその割合が高い。また医療法人の 25.8 %、その他の公立の 21.1 %が傷病の種類が決まっている患者を紹介し、その割合が高い。病床規模別では 500 床以上の病院で重症患者を紹介する割合が 10.1 %と低く、傷病の種類が決まっている患者についてはあまり特徴的な傾向はみられない。

問 2-6 貴院で受け入れた、またはその後持続的植物状態となった救急患者は昨年 7 月から本年 6 月までの 1 年間で何人いましたか。

無記入が 3分の1 近くあるが、いなかったが 40.6 %であった。しかし、逆にいた病院は 27.3 %と3割近い病院で患者を扱っている。回答に 10 人とか 20 人などラウンドナンバーがみられるが、それでも年間 32 人とか 59 人と回答していただいた病院もある。最大の病院は 180 人であった。

経営主体別には差が明確ではない。病床規模別では病床規模の大きい病院ほど持続的植物状態となった救急患者は多かった。

問 2-7 貴院のある地域では救急患者の紹介について取り決めをしていますか。

取り決めをしている地域の病院は 11.9 %である。特に取り決めはしていないが今までの経緯からだいたい決まっていると回答したのは 31.5 %であり、併せて 43.4 %の病院が何らかのシステムで救急医療における紹介を行っているといえる。その時その時で対応している病院はそれよりも若干多い 46.3 %であった。

問 3 今後の救急活動についてお伺いします。

問 3-1 活発な救急活動はこれからの医療体制を変えるとお考えですか。

医療体制を変えると考えると回答した病院は 56.8 %にも上り、半数以上の病院が今後の医療体制における救急活動は重要であると認識している。理由は不明であるが、医療体制を変えらるゝとは考えられないと回答した病院は 16.7 %であり、今までの厚生行政への批

判部分も考えられる。

経営主体別では国立が若干低い他はほとんど差がみられず全体の傾向と似ている。病床規模別でも顕著な差はみられない。

問3-2 今より救急活動を活発に行うために貴院で何を整備する必要があるとお考えですか。該当する主たる項目を3つまであげて下さい。

延べ1598が選択された。うち最も多かったのは医師で68.3%の病院が挙げた。次いで施設・設備を54.6%の病院が、他医療機関との連携を45.2%の病院が挙げている。看護職員についてはそれに続く43.4%であった。救急情報システムは行政サイドの意味もあり、19.6%と低かった。

経営主体別でみると、国公立で医師を挙げたのは70%強と高く、医療法人の59.1%や個人病院の41.7%は低かった。看護職員を挙げたのは国立病院で65.5%と高く、他は40%台以下である。施設・設備は公立、その他の公立、その他の私的病院などで60%前後の病院が挙げている。他医療機関との連携を挙げているのは医療法人・個人で60%近い病院である。これを病床規模別でみると、病床規模200床以上では70%以上の病院が医師を問題として取り上げている。看護職員も規模の大きい病院ほど取り上げているが医師ほどでなく50%弱である。施設・設備については50床からと199床までの病院を除けば60%前後の病院が指摘している。

問4 公的介護保険実施により在宅療養・介護を受ける人が増すと考えられますが、貴院では今後それらの人々の救急医療には積極的に対応される方針でしょうか。

積極的に対応したいと回答した病院は62.6%と約3分の2に上り、介護保健による在宅療養・介護に積極的に対応しようとする姿勢の病院が多かった。積極的にには対応するつもりはないという病院は医療において他の病院をバックアップするような中核病院であると考えられる。

経営主体別にみると、その他の公立、医療法人、個人病院が70%前後の割合で積極的に対応したいと回答し、介護保険対応に今後の中心的な役割を果たそうとしているように考えられる。公立とその他の私的病院も55%前後と半数以上が対応に積極的である。病床規模別では50～99床と200～299床の病院では70%近い病院が積極的に対応したいと回答し、その他の病院群も60%前後は対応に積極的である。

た。

問5 現状の我が国の救急医療体制についてご意見がありましたら記述して下さい。

自由書きの意見を整理してみると以下ようになる。

①システムについて、は内容を分類してみると延べ249になり、多いのは地域に体力差があり、システムとして完成していない、公的に定めて整備して欲しい、救急医療体制の再構築が必要であるの3点について50前後の病院から意見が出されていた。

②搬送について、は245の意見であるが半数近くの103病院から人員・能力・ヘリポートなどの整備不足などが意見として出された。その他には、救急要請の有料化や適正利用の徹底(30病院)、適材適所への搬送(28病院)、プレホスピタルケアの充実(25病院)、連携の必要性(22病院)がある。

③医療機関連携については、195 の意見である。多いのは連携（83 病院）、機能不全で活用されていない（42 病院）、機能分化と専門性の促進（34 病院）がある。

④報酬については、242 の意見であったが、ほとんどは低額でありコストに見合った制度や公的補助が必要というものであった（230 病院）。

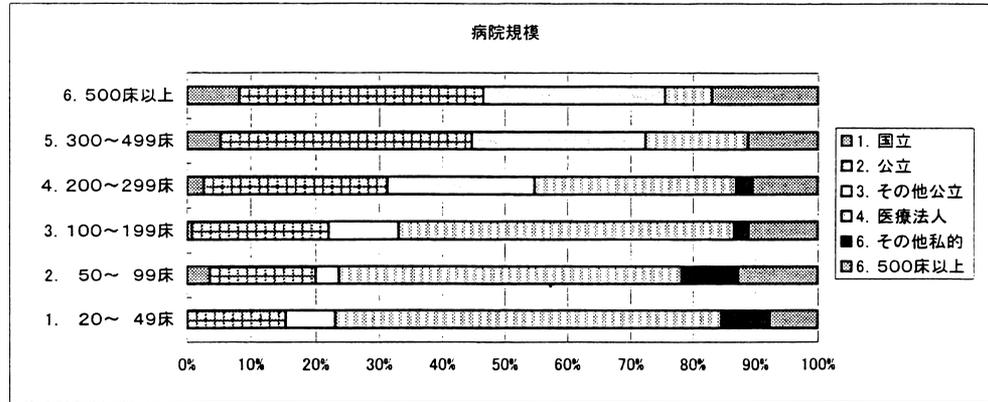
⑤その他については、123 の意見があり、多いのは救急専門医等の不足（36 病院）、一般住民の理解・教育（30 病院）、勤務体制など（26 病院）であった。

いずれも 21 世紀へ引き継がれるべき課題となろう。

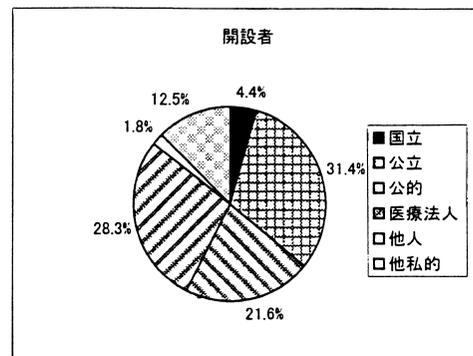
調査にご協力いただきました病院の院長はじめ関係部門の方々に、ここに紙面を借りて厚く御礼申し上げます。

調査回答病院

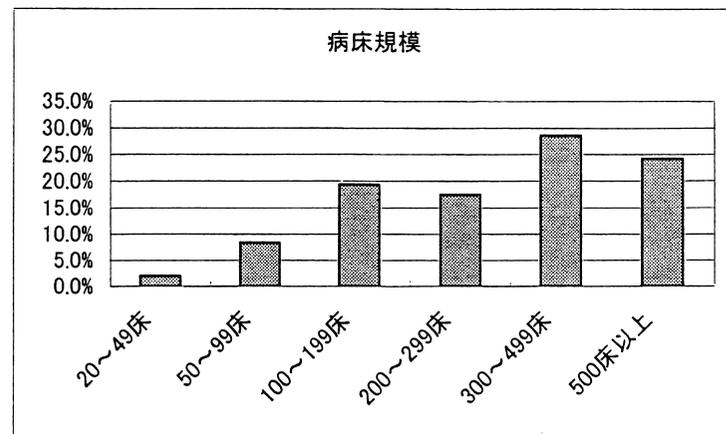
開設者	病床規模						総計
	1. 国立	2. 公立	3. その他公立	4. 医療法人	5. 個人	6. その他私的	
1. 20～49床		2	1	3	10	13	29
2. 50～99床	2	9	27	33	74	61	206
3. 100～199床	1	2	14	27	52	46	142
4. 200～299床	8	30	68	37	31	12	186
5. 300～499床	1	5	3	3			12
6. 500床以上	1	7	14	12	21	27	82
総計	13	55	127	115	188	159	657



開設者	計	%
国立	29	4.4%
公立	206	31.4%
公的	142	21.6%
医療法人	186	28.3%
他人	12	1.8%
他私的	82	12.5%
総計	657	100.0%

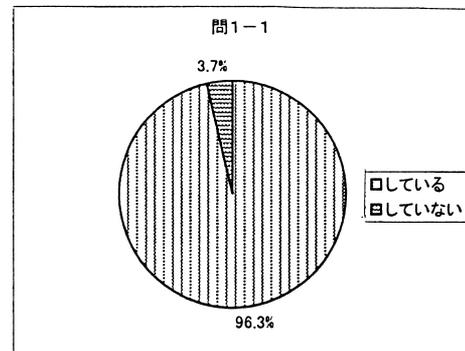


病床規模	計	%
20～49床	13	2.0%
50～99床	55	8.4%
100～199床	127	19.3%
200～299床	115	17.5%
300～499床	188	28.6%
500床以上	159	24.2%
総計	657	100.0%



救急患者に対応

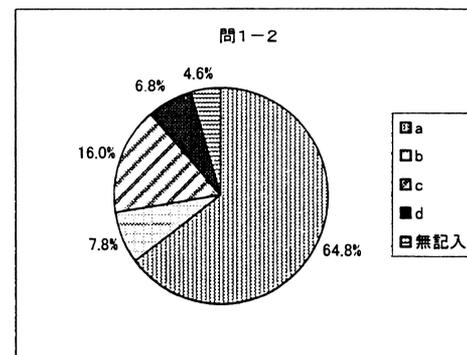
問1-1	計	%
している	633	96.3%
していない	24	3.7%
総計	657	100.0%



救急患者の定義

- a、時間を問わず救急処置を要するために来院したすべての患者
- b、休日・夜間に来院した患者(診療報酬点数表に記載)
- c、外来診療受付時間外に来院したすべての患者
- d、その他(具体的にお書きください)

問1-2	計	%
a	426	64.8%
b	51	7.8%
c	105	16.0%
d	45	6.8%
無記入	30	4.6%
総計	657	100.0%

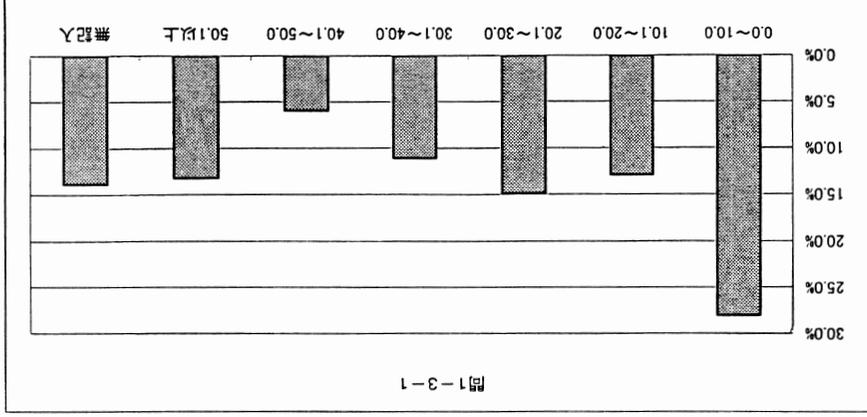
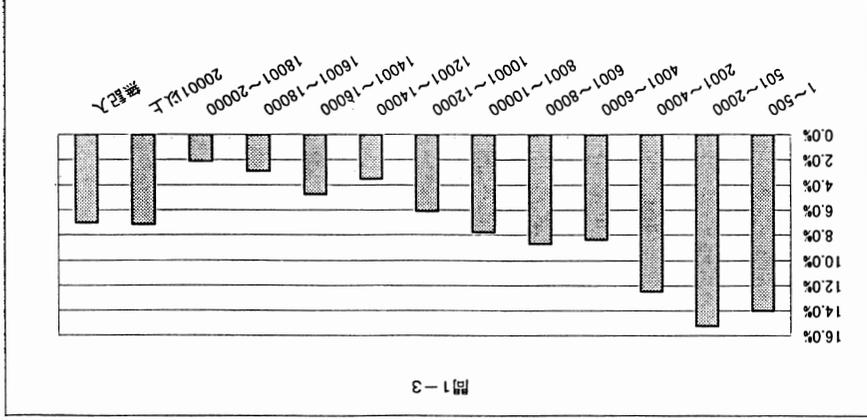


年間取り扱った救急患者数	問1-3	計	%
1～500	92	14.0%	
501～2000	100	15.2%	
2001～4000	82	12.5%	
4001～6000	55	8.4%	
6001～8000	57	8.7%	
8001～10000	51	7.8%	
10001～12000	40	6.1%	
12001～14000	23	3.5%	
14001～16000	31	4.7%	
16001～18000	19	2.9%	
18001～20000	14	2.1%	
20001以上	47	7.2%	
無記入	46	7.0%	
総計	657	100.0%	

年間取り扱った救急患者数

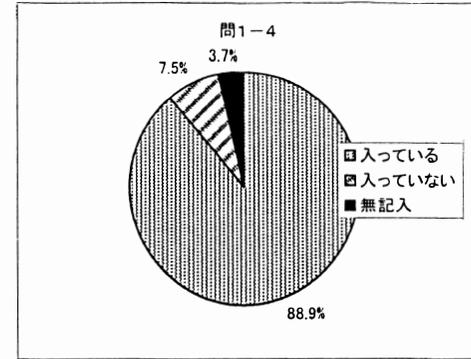
救急患者数/新外来患者数	問1-3-1	計	%
0.0～10.0	184	28.0%	
10.1～20.0	85	12.9%	
20.1～30.0	98	14.9%	
30.1～40.0	73	11.1%	
40.1～50.0	39	5.9%	
50.1以上	87	13.2%	
無記入	91	13.9%	
総計	657	100.0%	

救急患者数/新外来患者数



自治体の救急医療体制

問1-4	計	%
入っている	584	88.9%
入っていない	49	7.5%
無記入	24	3.7%
総計	657	100.0%



救急体制の種類

a、(高度)救命救急センター(厚生省補助金)

b、三次救急医療施設

c、二次救急医療施設

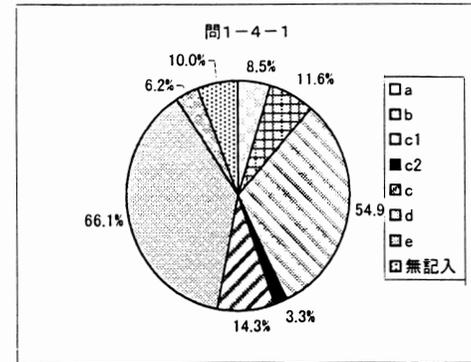
c-1病院群輪番制病院 c-2共同利用型病院

d、救急告示病院(消防法)

e、その他(具体的にお書きください)

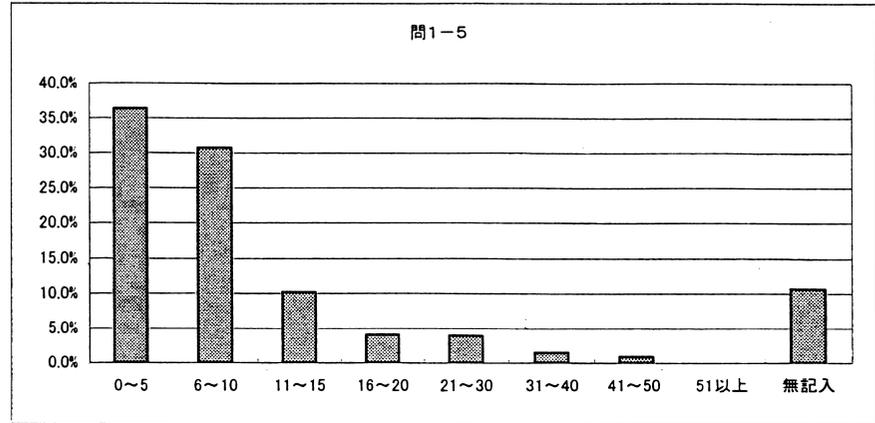
問1-4-1	計	%	%
a	56	4.9%	8.5%
b	76	6.6%	11.6%
c1	361	31.4%	54.9%
c2	22	1.9%	3.3%
c	94	8.2%	14.3%
d	434	37.7%	66.1%
e	41	3.6%	6.2%
無記入	66	5.7%	10.0%
総計	1150	100.0%	174.9%

複数回答可



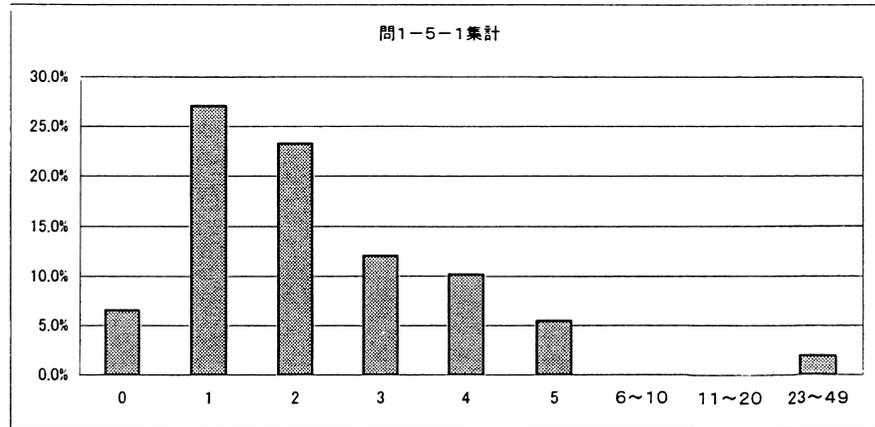
担当日の担当者の総数

問1-5	計	%
0~5	239	36.4%
6~10	202	30.7%
11~15	67	10.2%
16~20	27	4.1%
21~30	26	4.0%
31~40	10	1.5%
41~50	6	0.9%
51以上	0	0.0%
無記入	70	10.7%
総計	647	98.5%



医師数

問1-5-1集計	計	%
0	43	6.5%
1	178	27.1%
2	153	23.3%
3	79	12.0%
4	67	10.2%
5	36	5.5%
6~10	0	0.0%
11~20	0	0.0%
23~49	13	2.0%
総計	657	86.6%



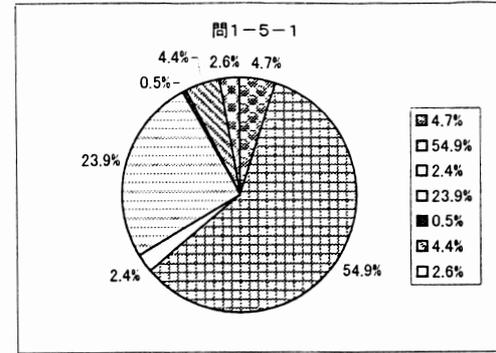
担当医の役割

a、救急担当医

b、当直医

c、その他(具体的にお書きください)

問1-5-1	計	%
aのみ	31	4.7%
bのみ	361	54.9%
cのみ	16	2.4%
a+b	157	23.9%
a+c	3	0.5%
b+c	29	4.4%
a+b+c	17	2.6%
無記入	43	6.5%
総計	657	100.0%



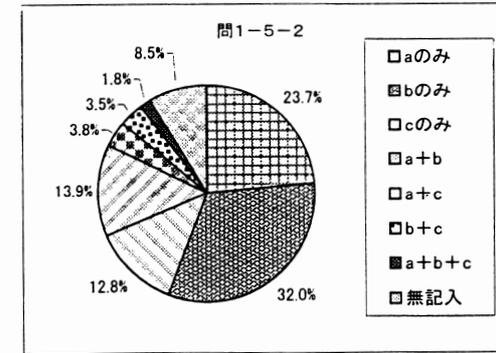
看護婦の役割

a、救急担当看護婦(士)

b、病棟勤務以外の他の看護婦(士)

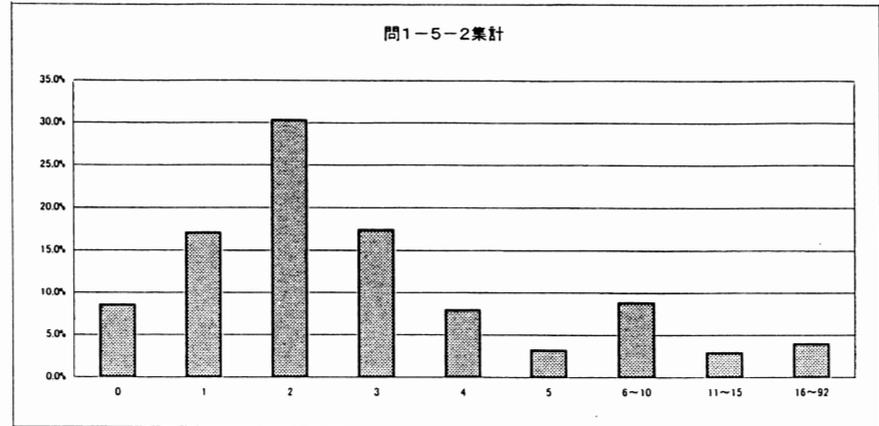
c、その他(具体的にお書きください)

問1-5-2	計	%
aのみ	156	23.7%
bのみ	210	32.0%
cのみ	84	12.8%
a+b	91	13.9%
a+c	25	3.8%
b+c	23	3.5%
a+b+c	12	1.8%
無記入	56	8.5%
総計	657	100.0%



看護婦数

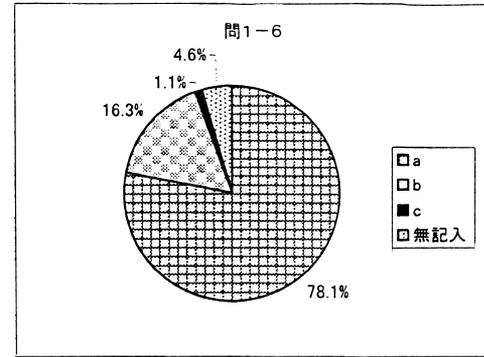
問1-5-2集計	計	%
0	56	8.5%
1	112	17.0%
2	199	30.3%
3	114	17.4%
4	52	7.9%
5	21	3.2%
6~10	58	8.8%
11~15	19	2.9%
16~92	26	4.0%
総数	657	100.0%



専用施設

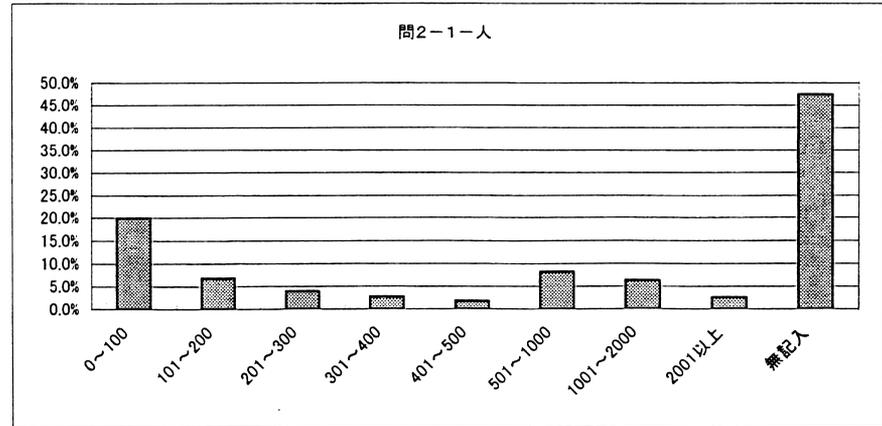
- a、救急専用処置室がある
- b、外来診察・処置室と兼用
- c、その他

問1-6	計	%
a	513	78.1%
b	107	16.3%
c	7	1.1%
無記入	30	4.6%
総計	657	100.0%



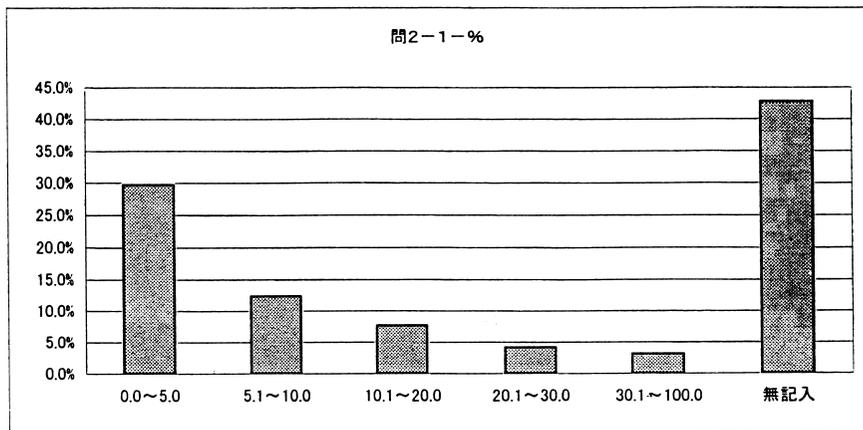
他の医療機関からの紹介患者

問2-1-人	計	%
0~100	131	19.9%
101~200	45	6.8%
201~300	26	4.0%
301~400	18	2.7%
401~500	12	1.8%
501~1000	54	8.2%
1001~2000	42	6.4%
2001以上	17	2.6%
無記入	312	47.5%
総計	657	100.0%



紹介患者の緊急患者のうちの割合

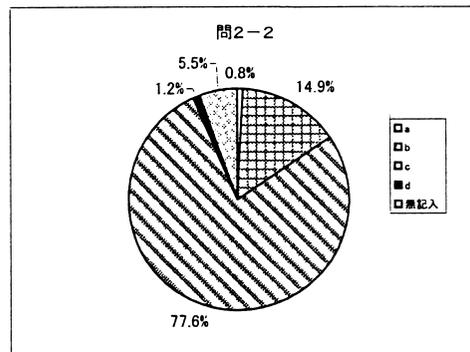
問2-1-%	計	%
0.0~5.0	195	29.7%
5.1~10.0	82	12.4%
10.1~20.0	51	7.7%
20.1~30.0	27	4.2%
30.1~100.0	21	3.2%
無記入	281	42.8%
総数	657	100.0%



受ける紹介患者は特定の病院から

- a、特定の医療機関
- b、特定の医療機関が主であるがそれ以外の医療機関もある
- c、特に定まっていない
- d、その他(具体的にお書きください)

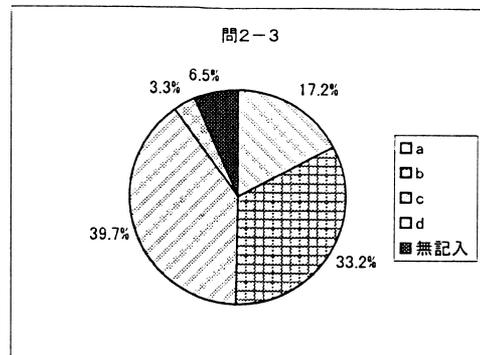
問2-2	計	%
a	5	0.8%
b	98	14.9%
c	510	77.6%
d	8	1.2%
無記入	36	5.5%
総計	657	100.0%



送る紹介患者は特定の病院へ

- a、特定の医療機関へ
- b、特定の医療機関が主であるがそれ以外の医療機関もある
- c、特に定まっていない
- d、その他(具体的にお書きください)

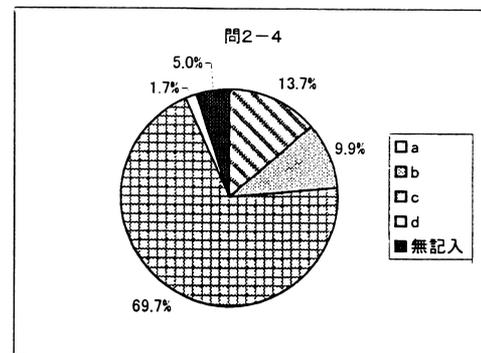
問2-3	計	%
a	113	17.2%
b	218	33.2%
c	261	39.7%
d	22	3.3%
無記入	43	6.5%
総計	657	100.0%



受ける紹介患者は特定の患者か

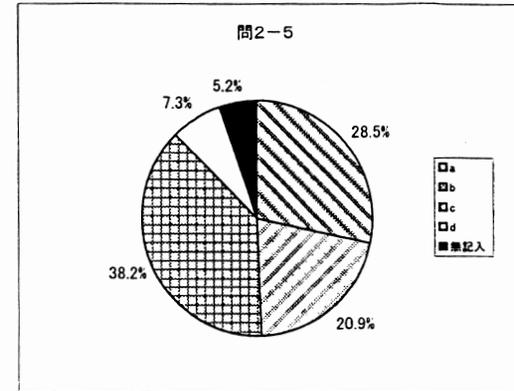
- a、重症の患者がほとんどである
- b、傷病の種類がだいたい決まっている
- c、特に定まっていない
- d、その他(具体的にお書きください)

問2-4	計	%
a	90	13.7%
b	65	9.9%
c	458	69.7%
d	11	1.7%
無記入	33	5.0%
総計	657	100.0%



- 送る紹介患者は特定の患者か
- a、重症の患者がほとんどである
  - b、傷病の種類がだいたい決まっている
  - c、特に定まっていない
  - d、その他(具体的にお書きください)

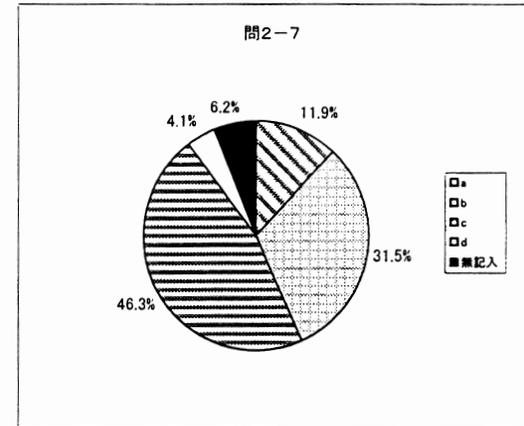
問2-5	計	%
a	187	28.5%
b	137	20.9%
c	251	38.2%
d	48	7.3%
無記入	34	5.2%
総計	657	100.0%



地域の取り決め

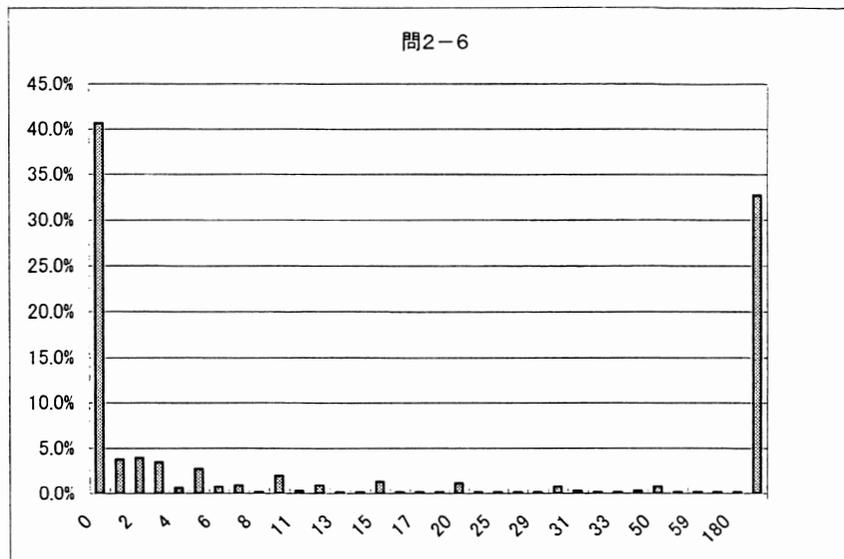
- a、取り決めている
- b、特に取り決めはしていないが今までの経緯からだいたい決まっている
- c、その時その時で対応している
- d、その他

問2-7	計	%
a	78	11.9%
b	207	31.5%
c	304	46.3%
d	27	4.1%
無記入	41	6.2%
総計	657	100.0%



持続的植物状態

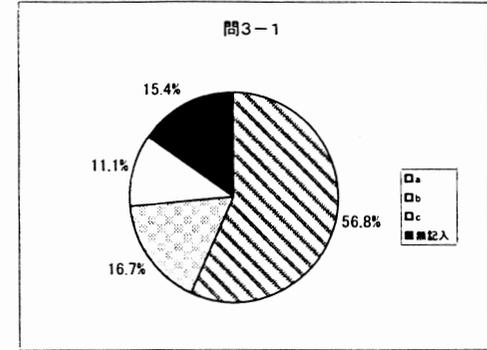
問2-6	計	%
0	267	40.6%
1	25	3.8%
2	26	4.0%
3	23	3.5%
4	4	0.6%
5	18	2.7%
6	5	0.8%
7	6	0.9%
8	1	0.2%
10	13	2.0%
11	2	0.3%
12	6	0.9%
13	1	0.2%
14	1	0.2%
15	9	1.4%
16	1	0.2%
17	1	0.2%
18	1	0.2%
20	8	1.2%
24	1	0.2%
25	1	0.2%
27	1	0.2%
29	1	0.2%
30	5	0.8%
31	2	0.3%
32	1	0.2%
33	1	0.2%
40	2	0.3%
50	5	0.8%
56	1	0.2%
59	1	0.2%
60	1	0.2%
180	1	0.2%
無記入	215	32.7%
総計	657	100.0%



今後の救急活動

- a、医療体制を変えようとする
- b、医療体制を変えようと思えない
- c、その他

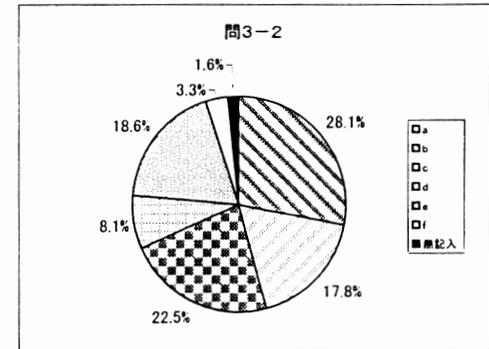
問3-1	計	%
a	373	56.8%
b	110	16.7%
c	73	11.1%
無記入	101	15.4%
総計	657	100.0%



整備する必要があるもの

- a、医師
- b、看護婦(士)
- c、施設・設備
- d、救急情報システム
- e、他の医療機関との連携
- f、その他

問3-2	計	%
a	449	28.1%
b	285	17.8%
c	359	22.5%
d	129	8.1%
e	297	18.6%
f	53	3.3%
無記入	26	1.6%
総計	1598	100.0%



複数回答3つまで可

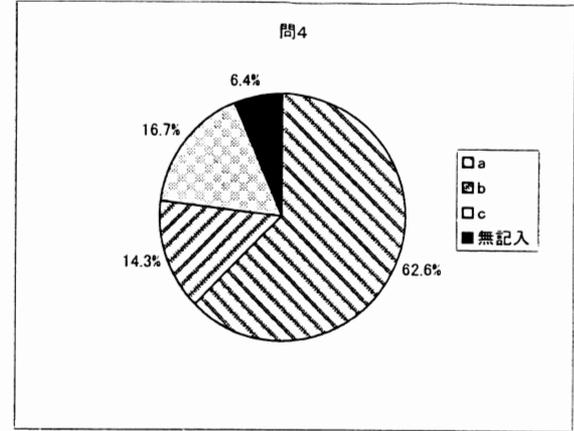
公的介護保険対応

a、積極的に対応したい

b、積極的に対応するつもりはない

c、その他

問4	計	%
a	411	62.6%
b	94	14.3%
c	110	16.7%
無記入	42	6.4%
総計	657	100.0%



## 10. 中小病院委員会

1. 開催回数 2回
2. 出席者数 13名（延べ出席人員）
3. 協議項目
  - 1) 第51回日本病院学会（福岡市）シンポジウム「中小病院の経営戦略パートVI」への協力について
  - 2) シンポジウムでの討議内容検討について
  - 3) 情報交換会の開催について
4. 総 評

医療改革の変貌が著しく中小病院の経営がますます厳しい現状にある。当委員会としては、いかにして健全な病院経営を図り生き残ってゆくことを基本に取り上げ、日本病院学会時のシンポジウムへの協力、情報交換会等を通して中小病院問題の提起、解決方法、経営指標等を図り中小病院の今後のあり方を模索している。各委員の協力により、継続して諸問題の探求、情報提供等を図り中小病院の経営に役立つような活動を推進させたい。

## 中小病院委員会（情報交換会）

- ①日 時 平成13年2月10日（土） 14：00～16：00
- ②会 場 京都市・マリアージュ8階「高雄の間」
- ③担 当 日本病院会 中小病院委員会 委員 清 水 鴻一郎  
医療法人 清水病院 病院長
- ④協 力 社団法人 京都私立病院協会 （武 田 隆 男 会長）
- ⑤概 要 開会挨拶  
社団法人 日本病院会 副会長 武 田 隆 男  
社団法人 京都私立病院協会 会長  
社団法人 日本病院会 理事 織 本 正 慶  
社団法人 中小病院委員会 委員長  
講演「高齢者医療の現状と展望」 ～中小病院の今後のあり方を探る～  
厚生労働省 保険局総務課 老人医療企画室 室長 鈴 木 俊 彦 氏
- ⑥参加状況 130名（京都・奈良・滋賀・大阪・福井）

## 中小病院委員会（シンポジウム「経営戦略パートVI」打ち合わせ）

- ①. 開催回数 2回
- ②. 出席者数 10名（延べ出席人員）
- ③. 協議事項 1）第51回日本病院学会（福岡市）のシンポジウム「中小病院の経営戦略パートIV」運営について
- ④. 開催要領 平成13年6月22日（金） 14：00～16：30  
会場：アクロス福岡 西ウイング7階（大会議室）

（座長）

（東京都） 日本病院会 中小病院委員会 委員長 織本正慶  
医療法人財団 織本病院 名誉院長

（シンポジスト）

（千葉県） 日本病院会 中小病院委員会 委員 梶原 優  
医療法人弘仁会 板倉病院 理事長

（愛知県） 医療法人愛仁会 総合上飯田第一病院 院長 岸本秀雄

（静岡県） 特定医療法人松愛会 松田病院 理事長・院長 松田保秀

（福岡県） 医療法人佐田厚生会 佐田病院 理事長・院長 佐田正之

### ⑤. 総 評

ここ数年シンポジウムでは病院経営の一考察として、シンポジストの赤裸々な病院経営実態（参考資料の配布）、経営戦略を披露している。今学会の地元シンポジストとしては佐田正之（医療法人佐田厚生会 佐田病院（180床）理事長・院長）氏に依頼した。

## 11. 看護教育施設部会

1. 開催回数 1回
2. 出席者数 4名
3. 協議項目
  - 1) 平成12年看護学校運営に関する調査実施について
  - 2) 部会委員について
  - 3) 今年度の事業活動について
4. 総 評

任期途中で2名の委員が退職され部会活動が懸念されたが、二年に一度実施している平成12年看護学校運営に関する調査を実施することができた。今回の調査に際しては従来の調査項目、調査報告書要領について慎重な検討を図り実施した。調査によると准看護婦養成の廃止、少子化等により応募学生が少なくなり、数多くの廃校が見受けられた。当部会では、健全なる学校運営が図れるよう厚生労働省の通達①看護婦等養成所の運営に関する手引き②看護婦等養成所の運営に関する指導要領を会員各位に配布した。

## 看護学校運営（平成12年）に関する調査票

日本病院会 看護教育施設部会

**A. 学校養成区分について（該当する番号に○をつけてください）**

- |                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| 1. 看護婦学校養成所3年課程（全日制）        | 2. 看護婦学校養成所3年課程（定時制） |
| 3. 看護婦学校養成所2年課程（全日制）        | 4. 看護婦学校養成所2年課程（定時制） |
| 5. 看護婦学校養成所4年課程（大学・学部学科）    |                      |
| 6. 看護婦学校養成所3（2）年課程（短期大学・学科） |                      |

**B. 開設者の区分について（該当する番号に○をつけてください）**

- |           |           |          |          |         |
|-----------|-----------|----------|----------|---------|
| 1. 国（厚生省） | 2. 国（その他） | 3. 自治体   | 4. その他公的 | 5. 公益法人 |
| 6. 医療法人   | 7. 学校法人   | 8. その他私的 |          |         |

**C. 学生数と職員数について（人数をご記入ください。なお職員数は専任者のみ記入し、パート・臨時職員等は含みません）**  
 （平成12年度：実数は平成12年12月末現在でご記入ください。）

		3年課程	同定時制	2年課程	同定時制	大 学	短期大学
学 生 数	1 学年定員						
	総 定 員						
	今年の応募者						
	入学者数						
	内男性数						
新卒者数							
職 員 数	教 員 数						
	事務職員数						
	その他の職員						
	合 計						

※ 入学者募集をどのように工夫されていますか。

---



---



---

D. 学生負担金について（平成12年初年度納付金・年額）

1. 受験料  円      2. 入学金  円
3. 授業料  円
4. 施設費・実習費  円
5. その他  円  
(教科書代・教材費・制服代等)

E. 奨学金制度について（平成12年新入生・育英資金は除く）

1. 都道府県・市町村からの奨学金支給について 支給を受けた学生数  名  
1名あたり平均金額  円
2. 病院（または開設者）からの奨学金支給について 支給を受けた学生数  名  
1名あたり平均金額  円

F. 看護学生宿舎について（該当する番号に○をつけてください）

1. 宿舎をもっていない
2. 宿舎をもっている  
(内訳)  
個室  %    2人室  %    3人室以上  %

G. 途中退学者数について（過去3年の平均：9・10・11年度分）

9年度  名    10年度  名    11年度  名

H. 休学者数について（過去3年の平均：9・10・11年度分）

9年度  名    10年度  名    11年度  名

I. 学校（学部・学科）の年間運営費について（平成11年度でご記入ください。）

1. 年間運営費総額  億  万円

そのうち

教員の研修費

万円

学生の教材費

万円

2. そのうち病院（または開設者）からの繰入補填額  億  万円

3. 同繰入補填率  %

（繰入補填とは、年間運営費総額から学生負担金や各種補助金等の収入を除いた額）

4. 国・都道府県・市町村からの助成金合計  億  万円

5. 同助成金の年間運営費に占める比率  %

J. 講師への謝金（平成11年度）について

・開設者側講師 年間約  万円

1時間平均単価  円

・学外講師 年間約  万円

1時間平均単価  円

K. 実習施設への謝金（平成11年度）について（該当する番号に○をつけてください）

・実習病院（開設者）へ 1. 支払う 年間約  万円 2. 支払わない

・実習病院（外部）へ 1. 支払う 年間約  万円 2. 支払わない

・訪問看護ステーションへ 1. 支払う 年間約  万円 2. 支払わない

・介護施設 へ 1. 支払う 年間約  万円 2. 支払わない

・老人保健施設 へ 1. 支払う 年間約  万円 2. 支払わない

・保育所 へ 1. 支払う 年間約  万円 2. 支払わない

- ・保健所・保健センターへ1.支払う 年間約  万円 2. 支払わない
- ・その他 へ 1.支払う 年間約  万円 2. 支払わない

L. 教員について（該当する番号に○をつけてください）

- ・学校長 1. 医師 2. 看護職 3. 行政職 4. 事務職
- ・副学校長 1. 医師 2. 看護職 3. 行政職 4. 事務職 5. なし

M. (1) 専任教員1人当たりの年間講義・授業時間について

（3年・2年・大学・短大の該当箇所に○を、併設課程がある場合は別々にご記入願います。また、年間とは平成10年4月～平成11年3月までです）

- 時間   
  時間   
  時間  
 （3年・2年・大学・短大）    （3年・2年・大学・短大）    （3年・2年・大学・短大）

(2) 専任教員1人当たりの年間実習指導時間について（通学・実習準備の時間は含まず）

- 時間   
  時間   
  時間  
 （3年・2年・大学・短大）    （3年・2年・大学・短大）    （3年・2年・大学・短大）

N. (1) 教務主任1人当たりの年間講義・授業時間について

- 時間   
  時間   
  時間  
 （3年・2年・大学・短大）    （3年・2年・大学・短大）    （3年・2年・大学・短大）

(2) 教務主任1人当たりの年間実習指導時間について（通学・実習準備の時間は含まず）

- 時間   
  時間   
  時間  
 （3年・2年・大学・短大）    （3年・2年・大学・短大）    （3年・2年・大学・短大）

O. 教員のいわゆる夏季休暇を実施している場合の日数について

日間

・本調査に対するご意見欄

ご協力ありがとうございました。

学校（院）名

〒

所在地

記入者名（所属・役職名）

連絡先 TEL :

FAX :

送付先：〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3  
社団法人 日本病院会 看護教育施設部会 担当事務局 井上行  
TEL 03-3265-0077・0070  
FAX 03-3230-2898

締め切り日：平成13年1月31日（水）迄にお願いします。

## 12. 予防医学委員会

### A. 予防医学委員会

1. 開催回数 4回
2. 出席者数 29名(延べ)
3. 協議項目 ①5月12日付健保連から日病宛の通知「平成12年度の短期人間ドック及び自動化健診の料金に関する契約書の一部改訂及び一部改訂にあたっての要望について」

先方の要請は(a)毎年行っている実施状況調査について組合の受診者の利用状況を把握すること(b)ドック担当者の資質の向上に努めること(c)指定施設については精度管理の向上に努めることなど。

各指定施設の既存のコンピュータソフトの変更など費用のかかることもあり、今後鋭意努力すると返答。

- ②人間ドック認定指定医(小委員会委員長=日野原重明氏)について

現在(5月現在)、人間ドック学会総会員数2,450名

” 医師正会員数1,700名

昨年の認定指定医数 800名

今夏に予定される本認定指定医は200名前後の予定。

- ③8月24日福井での第41回人間ドック学会「総会」時の授与式(日野原重明・人間ドック認定指定医小委員会委員長出席)
- ④3月4日聖路加看護大学での第一回人間ドック認定指定医研修会の開催結果報告(380名)
- ⑤人間ドック判定に関するガイドライン作成小委員会報告(清瀬委員)
  - (a)血球算定に関するガイドライン案を再度検討し、学会直前に最終報告を完成させる。「健康医学」誌や日病雑誌に随時掲載していく。
  - (b)学会時のパネルディスカッション「女性総コレステロール値勧告の妥当性について」
  - (c)毎年行っている実施調査で新たに「ドックで発見した癌症例報告」を提出してもらっている。経年変化を今後着実に見ていきたいこと、各施設の状況を把握することにより優良指定ドックに値するか否かなどの将来を見通しての貴重な資料としたいため今後人間ドック学会より支出することが承認された。
- ⑥人間ドック手帳改訂検討小委員会報告(日野原委員)
- ⑦人間ドック学会理事・評議員の異動について

今学会理事会に約20名の異動が報告される予定。

⑧第41回日本人間ドック学会（学会長＝藤澤正清氏）について

⑨明年は北海道、再来年は長野開催を予定。

⑩健保連からの来年度に向けての要望案通知について

労働安全衛生法の改正により11年1月から健康診断項目HDL-コレステロールとBMI（肥満度）が追加された。ついては健保連としては、13年度から必須項目として改訂案を提出。本会としてはHDLになる方向であること、また身体計測の一部であるBMIも今後取り入れていく予定。

⑪第二回人間ドック認定指定医について

最終的に215名が今回の対象となった。また認定手帳を各該当者に全国配布することになった。

⑫人間ドック認定指定医研修会については、今年度より年二回開催とする。

⑬人間ドック判定に関するガイドライン作成小委員会結果報告（清瀬委員）

血算を含む判定区分については今年の「健康医学」誌の掲載を通しまとまった旨報告する。今回の数値については数万人近いデータを基に検討した。

特筆すべきは白血球数については喫煙者は普通の人に比べた場合、三割増しの数値である。これは喫煙者が慢性気管支炎であり、ガンへの誘因になっている可能性が大きい。二十代男性の喫煙率は七割強で女性では二割強との報告もあり、喫煙率は他の年齢層に比べ増加傾向。

⑭11年一年間の予防医学委員会報告（笹森委員）

日本の中で健康度については地域差がなくなってきている。また健常者頻度も前年と同率の15.8%で健康度の悪化傾向はようやくストップした状態である。その理由としてはライフスタイルに関係の深い肥満、耐糖能異常、高コレステロール、高中性脂肪、高血圧、肝機能異常の各項目を比較するとほとんど変化が見られない。

従来役目であった病気の早期発見から、今後は健康づくりへと重点を転換しなければならないと強調した。

⑮日本人間ドック学会における食品等の推薦基準について

本学会へ詳細な資料及びデータの提出と共に申請があり、なおかつ以下三項目を満たしていること。

(1)厚生省特定保健用食品であること。

(2)EBM（Evidence Based Medicine）により評価されたもの。

(3)日本人間ドック学会、もしくは日本人間ドック学会が評価した日本内科学

会、日本外科学会、日本循環器学会や日本動脈硬化学会などで学会発表もしくは論文発表があること。

なおこれら食品が社会問題を引き起こしたり事故などが生じた場合には直ちに理事会を経て推薦を取り消す。

#### ⑩日本人間ドック学会理事・評議員異動について

西村昭男氏や武田隆男氏をはじめとする新理事9名と林雅人氏や大井利夫氏など新評議員47名をドック学会理事会に提出することを報告。今後とも実力あるメンバーを推挙していく。

#### ⑪11月14日の健保連との事務局打合せ

先方からの要望事項、(a)実施状況調査での健保組合員の受診利用状況を把握すること(b)各人のドック受診成績表には最低でも過去二年間分の検査結果を記載すること(c)ドック担当者の資質向上に努めること(d)短期人間ドックの指定病院についても実情調査および指定後の継続的な精度管理の向上に努めることについてのその後の状況について質問があり、本会から今後更に努力する旨回答した。特に(c)や(d)については精度管理以上に予防医学に携わっている経験年数や反復受診者に対する判断のバラツキが大きいと認識より、より優秀な担当医師を全国に輩出するために「人間ドック認定指定医」制度を昨年度より設け、全人的指導の出来るように研鑽の場を積極的に持つことに努力していると理解を求めた。

その他、健保連よりドック受診率と医療費抑制との関係がどのくらい反映されているのかを知る効果測定の方法またはどのくらい貢献度があるかを考えてほしいなどが提案された。

また来年度のドック利用料金については生活を取り巻く諸状況から本年度と同じ金額をと本会から伝えた。

最後に本会より、以前から提案している「一日病院外来ドック」の健保連指定についてはその後どうなったかを確認。健保連より精度管理が徹底しているのであれば構わないとの返答があった。日本総合健診医学会との同意があれば結構で双方で話し合っしてほしいと話されたことなどが報告された。

#### ⑫毎年年初に行われる人間ドック実施状況調査について

昨年の「人間ドック成績判定に関するガイドライン作成小委員会報告」を受け、今回より新判定区分を採用することになった。記載については混乱が起きないように配慮した記述法と一部見直された事務局案は了承され、早々に実施することに決定された。全国配布は1月初旬で回答は2月一杯。

①⑨新「人間ドック手帳」について（日野原茂雄委員）

長年、日本病院共済会より販売していたドック手帳が約一年間をかけて最新の内容で、受診者にはとてもわかりやすく見やすいようにとの主旨でこの程改定された。これは病院・施設でのドック・健康診断の時に使うデータを記入する「問診表」「人間ドック成績報告書」やその内容を解説した「検査説明書」の三部構成。今春発売予定で大きさもA4サイズとサイズアップした。

②⑩「人間ドックのほん」発刊について

平成2年9月から発売されていた「やさしい保健シリーズ」（予防医学委員会編）は「胃のはなし」「肥満のはなし」から始まり「膀胱・前立腺・尿道のはなし」の16巻が出版されている。

昨今の医療技術の進歩は目を見張るものがあり、執筆からかなりの日時が経た冊子もあり、所期の目的を果たしたものと判断し、この度新しい知見とデータを加え、新装の「人間ドックのほん」（三分冊。日本人間ドック学会監修で本会発行。発売は日本病院共済会）が刊行される運びとなった。

日ごろ患者さんと接している経験をもとに生活習慣病の「予防と治療」についてわかりやすくまとめた健康読本の決定版としてセット価格4,500円で今春発売。

②⑪第二回人間ドック認定指定医研修会について

3月17日中央区の聖路加看護大学講堂にて7名の講師による勉強会を開催することになる。講師は日野原重明氏、浜松医大副学長の菅野剛史氏や芝池伸彰・厚生労働省大臣官房参事官など。定員は270名。

人間ドック認定指定医になるためには一定期間内にドック学会などに五回以上参加し、かつ、本研修会に一回以上参加しないと取得・継続出来ない。

②⑫第42回日本人間ドック学会（8月30日と31日）と第三回人間ドック認定指定医研修会（9月1日同ホテル）について

プログラムの内容について話し合った。評議員会、予防医学委員会、実査委員会の時間帯など。

次回認定指定医研修会は奈良委員長と田村委員の宿題。

②⑬人間ドックにおける閉経後高コレステロール血症についての予後調査研究について（清瀬委員）

「人間ドック成績判定に関するガイドライン作成小委員会報告」勧告案、すなわち、閉経後女性の総コレステロールについて220～239mg/dl を判定

区分B「軽度高値なるも現在心配なし」、ならびに240～259mg/dl を判定区分C「異常あり要経過観察」とした勧告案の妥当性について前向きにその予後について調査研究する予定。

委員長に国立国際医療センター総長で日本循環器学会理事長である矢崎義雄氏とし委員に日本糖尿病協会の後藤由夫氏、河合忠氏らを含む16名の運営委員会などから構成される予定。

ただし調査期間は5年間と長く、かつ調査費用も年間一千万円かかる試算。これらを運営するための費用は今のところ確かな手立てもなく、今後の大きな課題。

④今期の本委員会はこれで最後となるが、新たな執行部のもとでも、人間ドックや健康診断で日ごろから患者さんと向かい合っている現役の医師が結集し、現場の声を第一にとの変わらぬ方針で今後も期待したいと一致した。

## B. 人間ドック手帳改定検討小委員会

1. 開催回数 5回
2. 出席者数 35名(延べ)
3. 協議項目 長い間、日本病院共済会で販売していた「人間ドック手帳」はドック・健康診断の時に使うデータを記載する「問診表」「人間ドック成績報告書」や各々の検査内容を解説した「検査説明書」の三部構成としてロングセラーであったが、受診者にとって「わかりやすい」「見やすい」との主旨で約一年間の改定作業が行われた。

基準値などは専門学会の値を参考にしたり、「人間ドック成績判定に関するガイドライン作成小委員会報告」勧告値などを積極的に取り入れた。

サイズも一回り大きいA4判で13年の春に日本病院共済会より発売となる。人間ドック認定指定医認定手帳も合わせて作成した。

## C. 人間ドック判定に関するガイドライン作成小委員会

1. 開催回数 1回
2. 出席者数 8名
3. 協議項目 ①人間ドック成績判定に関するガイドライン作成小委員会報告(血算)

平成9年の調査結果をもとに血球判定の判定区分、指導要領について結論を得たものについての論文について説明。症例の多さ、豊富なデータより抽出した。

②福井での日本人間ドック学会時の二日目午前に行われるパネルディスカッション

ン「女性総コレステロール値勧告の妥当性について」

4月下旬に人間ドック認定指定医650名に実施した「血清総コレステロール基準値に関するアンケート」(有効回答数約40%)の結果を山門委員より報告。

#### D. 人間ドック認定指定医小委員会

1. 開催回数 1回

2. 出席者数 7名

3. 協議項目 ①今夏の第二回人間ドック認定指定医について(6月現在)

ドック会員数	A会員(医師)	1,739
	B会員(その他)	219
	C会員(施設)	536
	S会員(賛助)	4
		<u>2,498</u>

第一回認定指定医 本会 561

日本総合健診医学会 216

777名(退会者除外)

第二回認定指定医 本会 120

日本総合健診医学会 60

180名(予定)

②日本人間ドック学会理事・評議員について

現在評議員は全会員の4%程度になっているが田村委員より日本総合健診医学会は8%とのアドバイスを受け、人数・質ともに丁度いい数字ではないかとの方向で了承された。

今夏の理事会では昨年末に推薦のあった方々を含め以下のメンバーを提出する。

新理事 7名

新評議員 46名

認定指定医 10名

③福井での第41回日本人間ドック学会の総会時における認定指定医授与式の確認

④今後の認定指定研修会については年に2回開催する予定

⑤人間ドック認定指定医認定手帳について

⑥人間ドック認定指定医の広報について

一部マスコミなどの誤解や偏向報道・中傷発言に対し12年1月に会員宛にこれを受けての正確な文書を送付した旨事後報告。

#### E. 人間ドック施設認定小委員会

1. 開催回数 1回
2. 出席者数 6名
3. 協議内容 ①人間ドック実施指定病院の評価結果について

- (a)実施状況調査中、一泊人間ドックと同じ数である555病院（91%）
- (b)今回から始めた一泊人間ドック判定基準に則って以下の結果をみた。

A（優。81点以上）	328病院
B（良。80～51点）	（59.1%）
C（要指導。50～31点）	227病院
D（要注意。30点以下）	（40.9%）

- (c)担当医とシステムについて点数配分を考慮した内容に是正していくことになった。

また医療機能評価機構のドック項目（人、施設、メンテナンスなど）も参考にしていきたい。

- ②一泊人間ドックと一日病院外来ドックの受診者動向について

- (a)一年間に101～500名程度の受診者を占める施設が約44%。
- (b)同じく一年間に1,000～5,000名程度の受診者を占める一日病院外来ドックが約38%。

#### F. 人間ドック実施病院実査委員会

1. 開催回数 1回（人間ドック学会時に開催）
2. 出席者数 30名
3. 協議内容 ①先の人間ドック施設認定小委員会でもまとめたことにつき事後報告。  
②奈良委員長より懸案となっている「一日病院外来ドック」を健保連との契約健診となるように今後要望すると提案した。



健連発第781号

平成12年12月19日

(社)日本病院会  
会長 中山 耕作 殿

健康保険組合連合会  
会長 千葉



### 平成13年度「短期人間ドック」の検査項目及び利用料金について

平素から本会の事業運営につきましては、ご支援を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成13年度における貴会との「短期人間ドックに関する契約書」第2条の検査項目につきましては、下記のとおり改めて契約し、平成13年度より実施いたしたく、ご通知申し上げます。

また、利用料金につきましては、平成12年度同様、基本検査項目に限って実施した場合は、61,000円、任意検査項目のHCV抗体検査を加えて実施した場合は63,500円を上限料金とする、上限料金以内での自由競争と致したく、併せてご通知申し上げます。

### 記

1. 別紙「検査項目」参照

【担当：保健部健康開発課】

短期人間ドック検査項目表

区分	検査項目		備考
生理	血圧測定	○	負荷試験は任意で実施  簡易聴力 努力性肺活量、1秒量
	眼底検査	○	
	眼圧検査	○	
	視力検査	○	
	聴力検査	○	
他	胸部X線	○	フィルム大角2枚 2方向 胃X-P 4F8枚以上(分割を含む)。 発泡剤、鎮痙剤、下剤の使用は任意とする。 検査対象臓器は胆のう・肝臓(脾臓を含む)・膵臓・腎臓とする。但し、膵臓検出できない時はその旨記載すること。
	腹部超音波	○	
生化学	総蛋白	○	択一  血糖3回、尿糖3回、75gブドウ糖負荷。 明らかに糖尿病と判明している場合は省略し、『空腹時血糖』、『尿糖』、および『HbA1cまたはフルクトサミン』で可。
	A/G	○	
	アルブミン	○	
	クレアチニン	○	
	尿酸	○	
	総コレステロール	○	
	HDLコレステロール	○	
	中性脂肪	○	
	総ビリルビン	○	
	尿糖	○	
血液学	赤血球数	○	
	白血球数	○	
	血小板数	○	
	MCV	○	
	MCHC	○	
清血学	C型肝炎抗体	○	初回のみ必須 初回のみ必須  択一  実施が望ましい。
	Rh抗体	○	
	ABO型	○	
	Rh型	○	
尿	尿蛋白	○	血糖3回、尿糖3回、75gブドウ糖負荷。 明らかに糖尿病と判明している場合は省略し、『空腹時血糖』、『尿糖』、および『HbA1cまたはフルクトサミン』で可。 蛋白、潜血反応が陰性であれば省略可。
	沈渣比	○	
便潜血	○	免疫法で実施。できれば2回法が望ましい。	
病理	子宮細胞診	○	女性のみ
項目	数	男性	43
項目	数	女性	44
身体計測(身長、体重、肥満指数【BMI】)、問診、診察(内、外、婦、眼)説明、教育、指導		○	
		○	
		○	

○印は基本検査項目、△は任意検査項目を表示します



健連発第781号②  
平成12年12月19日

(社) 日本病院会  
会長 中山 耕作 殿

健康保険組合連合会  
会長 千葉 一男



### 平成13年度「自動化健診」の検査項目及び利用料金について

平素から本会の事業運営につきましては、ご支援を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成13年度における貴会との「自動化健診に関する契約書」第2条の検査項目につきましては、下記のとおり改めて契約し、平成13年度より実施いたしたく、ご通知申し上げます。

また、利用料金につきましては、平成12年度同様、50,000円を上限とする、上限料金以内での自由競争と致したく、併せてご通知申し上げます。

### 記

1. 別紙「検査項目」参照

【担当：保健部健康開発課】



### 13. 通信教育委員会

1. 開催回数 4回
2. 出席者数 13名（延べ人数）
3. 協議事項

第1回 平成12年5月16日（火） 16：30～18：30

#### 1）日本病院会通信教育業務体制について

木村委員長より日病事務局長及び平成12年度事務担当者の異動について報告があった。

#### 2）平成12年度通信教育事業について

診療情報管理課程の夏期スクーリング大阪会場は会場の都合等により10月開催とし、その他の通信教育事業は概ね例年どおり実施することとした。

#### 3）診療情報管理課程通信教育カリキュラムの見直しについて

医療機関のニーズの変化、診療報酬の点数化、受講生の増加に伴い、通信教育の全面見直しを行い、平成13年度実施新カリキュラム作成のための小委員会を設置することとした。

なお、問題のあらいだしは小委員会一任とし、対応の急がれる事項から逐次実施にかかることとした。小委員会委員構成は、木村委員長と山本副委員長（診療情報管理課程担当）一任とした。（小委員会：木村 明委員長、山本修三委員長、中村洋一委員）

#### 4）「診療情報管理士」、「診療録管理士」の他団体名称使用について

他団体による「診療情報管理士」、「診療録管理士」（日本病院会商標登録）名称の使用が行われ、その対応について検討を行った。今回は、商標登録担当の弁理士より抗議文を送ることとし、今後同様の事項が発生した場合の対応について日病役員会に意見を求めることとした。

#### 5）診療情報管理課程認定指定専門学校の指定申請等について

##### ① 川崎医療福祉大学（カリキュラム名称変更）

認定コースの名称変更について申請があり了承した。

##### ② お茶の水医療秘書歯科助手専門学校（編入指定校申請申込）

該当コースの実績がないこと等により申請受理を見送ることとした。

##### ③ 編入受験料（5,000）・認定料（10,000）について（参考：認定試験受験料25,000）

現行の受験料、認定料分納を、大学認定試験と同様に「受験料」として15,000円とし、編入指定校に通知、平成12年9月編入試験より実施することとした。

#### 6）病院経営管理者養成課程通信教育について

平成11年度名称変更後の病院経営管理者養成課程通信教育状況について報告がされた。名称変更後、事務長職中心の受講申込から医師、看護婦をはじめ広範囲の職種から申込が増えているとの報告があった。

7) 病院管理者協議会運営について

病院管理者協議会の運営状況、平成12年度新役員について報告があった。

第2回 平成12年10月27日(金) 13:00~15:00

1) 第53(10)回診療情報管理課程合否判定について

平成12年8月27日(日) 10月22日(日)実施 3会場

(東京(8/22)、大阪(10/22)、福岡(8/22))に実施した卒業試験、進級試験の結果について合否判定を行った。

	受験者	合格者	不合格者	合格率
卒業試験	164	149	15	90%
進級試験	340	300	40	88%

平成12年9月23日(土)実施 2会場

9/23に実施した川崎医療福祉大学、藤田保健衛生大学短期大学の認定試験結果について合否判定を行った。

	受験者	合格者	不合格者	合格率
2大学総合結果	168	143	25	85%

平成12年9月9日(土)実施 会場各校

9/9に実施した9校の専門課程編入試験結果について合否判定を行った。

	受験者	合格者	不合格者	合格率
9校総合結果	186	110	76	59%
最高評価校	7	6	1	85%
最低評価校	17	1	16	5%

2) 第53(10)回診療情報管理士認定証授与式について

平成12年11月25日(土)17時10分からダイヤモンドホテルにて行う。

今回認定者 292名 認定者累計 2,429名

認定者総累計 4,661名(診療録管理士 2,232名含む)

3) その他

第3回 平成12年12月6日(水) 15:00~17:00

山本修三副委員長より木村 明委員長の入院について報告があり、任期期間(平成13年3月

31日まで) 山本副委員長が委員長代行を行うこととした。

1) 平成13年度診療情報管理課程実施要綱について

13年度診療情報管理課程実施要綱の見直しについて小委員会より報告があった。

小委員会委員として木村委員長に代わり鈴木荘太郎先生(東邦大学医学部病院管理学研究室教授)、また、若干の委員を補充(木村 満先生(東京都済生会中央病院副院長))し、平成14年度新カリキュラム実施を目標に検討を続けることとした。

2) 診療情報管理課程通信教育新カリキュラムについて

11/30(金)福岡、12/1(土)大阪、12/6(水)東京で行った講師会について報告があった。診療情報管理課程通信教育の現状、問題点、新カリキュラム案について講師に説明を行い、小委員会新カリキュラム案等について講師の意見を2月末頃目途に纏める旨報告がされた。

3) 診療情報管理課程認定指定専門学校の指定申請等について

① お茶の水医療秘書歯科助手専門学校(編入指定校申請申込 2回目)

書類不備(該当コース開始年月日等)があり再度提出を求めることとした。

② 関西医療技術専門学校(編入指定校申請申込 2回目)

申請書が整ったため視察を行うこととした。(平成13年2月役員会報告し、承認された。)

③ 大阪医専(編入指定校申請申込 1回目)

産科学、解剖学、生理学の各講師が医師ではないこと、定員が30名(40名以上であること)であることについて指導を行い再度提出を求めることとした。

④ 鹿児島ハイテク専門学校(編入指定校申請申込 1回目)

該当課程の開始が平成13年4月1日のため入学状況を確認した上で平成13年秋頃に視察を行うこととした。

⑤ 新潟工科専門学校(編入指定校申請申込 1回目)

入学人員の実績が20名以上となること、該当科目(6科目)全てを1人の講師が担当しているため講師数を増やすこと、テキスト等について指導を行い再度提出を求めることとした。

⑥ 広島国際大学(認定大学申請申込 1回目)

申請書が整ったため視察を行うこととした。(平成13年2月役員会報告し、承認された。)  
なお、編入指定校及び認定大学申請が大変多くなっている旨報告があり、認定規定の再検討が必要であるとした。

4) 病院経営管理者養成課程通信教育報告について

本年度前期試験・後期スクーリング(平成13年1月15日~27日ホテルB & G)について報告があった。

また、下記のとおり担当講師の変更を行うこととした。

①「診療情報管理」講師：鈴木荘太郎（東邦大学医学部病院管理学研究室 教授）

②「薬剤管理」講師：石射 正英（(社)日本病院薬剤師会 事務局長）

5) 病院管理者協議会研修会報告について

本年度第2回研修会（11月17日・18日大阪市）の開催結果が報告された。

第4回 平成13年3月22日（木）14：00～16：00

1) 第53回 (10) 回診療情報管理課程合否判定について

平成12年2月11日（日）、18日（日）実施 3会場

（東京（2/11）、大阪（2/18）、福岡（2/18））に実施した卒業試験、進級試験の結果について合否判定を行った。

	受験者	合格者	保留者	不合格者	合格率
卒業試験	259	245	5	9	94%
進級試験	270	141	80	49	52%

また、再試験者がスクーリング、レポート作成等を終了し、勉強の機会から離れ合格率が低くなっている問題について検討し、再試対象科目について試験に変わるレポート提出による単位認定を行うこととした。

2) 第54 (11) 回診療情報管理士認定証授与式について

平成13年4月28日（土）17時10分からダイヤモンドホテルにて行う。

今回認定者 245名 認定者累計 2,674名

認定者総累計 4,906名（診療録管理士2,232名含む）

3) 平成13年度通信教育事業について

平成13年度通信教育事業予定（案）について確認し、平成13年度通信教育委員会にて検討することとした。

4) 診療情報管理課程通信教育カリキュラムの見直し小委員会報告について

山本修三委員長より第2期（平成13年1月～平成14年3月31日）カリキュラム検討小委員会について経過報告がされた。新委員2名を加え現在、第2(2)回目を終了し、平成14年実施の診療情報管理課程通信教育要項の見直しを行うとした。

5) 診療情報管理課程認定大学、指定専門学校の申請等について

編入指定校申請6校（北海道ハイテクノロジー専門学校、お茶の水医療秘書歯科助手専門学校、新潟工科専門学校、京都保健衛生専門学校、大阪医専、国際医療福祉総合学院）、認定大学申請1校（鈴鹿医療科学大学）については、平成13年度通信教育委員会において検討

することとした。

6) その他

診療情報管理課程カリキュラム検討小委員会について

1. 開催回数 6回
2. 出席者数 20名(延べ人数)
3. 開催日時 第1回 平成12年6月7日(水) 17:00~20:00  
第2回 同上 6月13日(火) 15:00~18:00  
第3回 同上 6月27日(火) 13:00~16:00  
第4回 同上 7月17日(月) 15:00~18:00  
第5回 同上 10月12日(木) 10:00~12:00  
第6回 平成13年1月18日(木) 16:00~18:00

4. 検討項目

1) 診療情報管理課程通信教育実施要綱の見直しについて

教育科目、項目、教授内容等を全面的に見直し、平成14年度実施に向けて新要項を作成する。

2) スクーリング実施要領について

受講生の増加に伴い、受講者が集中する東京、大阪会場の教育効果を考慮し、開催会場地、開催回数、スクーリング実施方法等検討し開催する。

3) 担当講師について

新カリキュラム講師として複数の講師体制で適任者を具体的に調査、選出する。

4) レポート問題について

採点業務、取扱事務の効率化、自学習教育効果の向上等を考慮し、平成13年度対応新レポート問題を作成する。

5) 教科書について

平成14年度使用教科書を作成する。

6) 試験出題規準について

平成14年度新カリキュラムに対応した試験出題規準を作成する。

7) 認定大学、専門学校の指定について

平成14年度に向け指定規定を見直しする。

8) その他

#### 14. 国際委員会

1. 開催回数 5回
2. 出席者数 延べ40名
3. 協議事項
  1. 2000年6月 第50回日本病院学会（秋田）開催時のアジア病院連盟（A.H.F）来賓の対応について
  2. 2000年5月開催のアジア病院連盟（A.H.F）理事会について
  3. IHF および AHF の2000年分会費の支払いについて
  4. 2000年9月 台湾病院協会学会について
  5. 2001年6月 第51回日本病院学会（福岡）の AHF 加盟各国への招待案内について
  6. 第51回日本病院学会出席の AHF 加盟各国代表の対応について
  7. IHF Field Study Tour 開催協力について
  8. その他

各国年次総会への出席

2000年9月28日（木）～ 29日（金）

第33回台湾病院協会年次総会

台北市・ベテラン総合病院にて開催の年次総会には、中山会長代理として奈良昌治副会長が出席、会長の親書を手渡し、また、開会式において祝辞を述べた。

#### 4. 総 評

韓国が開催を予定していた IHF スタディツアーが、韓国国内事情の関係で急遽本会が引き受けることとなり当初混乱も予想されたが、西村副委員長の全面協力のもと事前調整・および打合せが順調に進められたため、次年度の開催は当初の予想以上に円滑に行く情勢となった。

次年度以降も更なる的確な対応、そしてアジア地域のみならず IHF 関連の諸外国との交流を深めるべく、積極的な運営をしていくことになった。

#### 15. 感染症対策委員会

1. 開催回数 5回
2. 出席者数 延べ35名
3. 協議事項
  1. 医療の質に関する研究会関連報告
  2. 病院機能評価における感染症対策（関連団体との連携など）
  3. 日病学会開催時の感染症セミナー・研修会などの開催検討

#### 4. 感染症対策関連マニュアル・パンフレット作成等の企画について

★スタンダード・プリコーション・ハンドブック

#### 5. 四病協結成に伴う日本病院会感染症対策委員会の位置付け

#### 6. 肝炎対策に関する有識者会議報告

#### 7. ICNの養成など

#### 4. 総 評

本委員会、そして委員長が本年度もっとも力を入れた、スタンダード・プリコーションハンドブック作成のため毎回各委員が持ち寄った都度最新の項目およびデータをもとに、本年度末でほぼ発刊に向けての最終段階に到達した。

平成13年度の新体制のもと、新委員にこれらが引き継がれ、年度のできるだけ早い時期に会員施設および各種関係団体へ配布する体制がほぼ整った。また、ICNの養成事業についても本会として検討中であり、次年度は日本看護協会との連携をいかに進めていくかが今後の課題である。

### 16. 国際モダンホスピタルショウ委員会

#### 1. 国際モダンホスピタルショウ2001委員会

- 1) 回 数 8回
- 2) 出席者 延べ115名
- 3) 議 題
  - ① 国際モダンホスピタルショウ2001の企画、運営について
  - ② 付帯セミナーの実施について
  - ③ その他の関連事項について

### 17. 学術委員会

1. 開催回数 9回
2. 出席者数 延べ90名、1回平均10名
3. 協議項目
  - 1) 日本病院会雑誌2000年6月号～2001年5月号の編集について
  - 2) 日本病院会雑誌2000年7月号～2001年6月号の企画について
  - 3) 英文誌「Japan Hospitals」No19の編集及び刊行について
  - 4) 第50回日本病院学会における優秀演題の選考・表彰に関する事項について
  - 5) その他

#### 4. 総 評

##### (1) 日病雑誌

ア. 医療保険精度、リスクマネジメント、等に関する記事の掲載が多かった。また、投稿が例年より多くなってきたのは良い傾向である。

イ. 保険教室「医師のための保険診療常識集（第13版）」（4月号・旭中央病院）は、相変わらず好評で、会員以外からの購入希望も多く、全国版となりつつある。

(2) 英文誌

英文誌「Japan Hospitals」No19（8編、62ページ）は編数・ページ数とも例年並みで、内容も充実したものとなった。

(3) 1月12日～14日（2泊3日）に実施した「近代医学のルーツを探る京都の旅」には20人が参加し、仁和寺所蔵の国宝「医心方、黄帝内経大素、黄帝内経明堂、新修本草」の見学等貴重な研修をした。

## 18. 広報委員会

1. 開催回数 7回（小委員会1回含む）

2. 出席者数 43人（延べ人数）

3. 協議事項

(1) 委員会

① 日本病院会ニュースの紙面構成について

② シリーズ特集の企画立案について（「リスクマネジメント」「医療と情報を考える」）

③ インターネット・ホームページの運用について

(2) 日本病院会ニュースへの寄稿・座談会の収録について

① 委員による寄稿（「無影灯」「中小病院コーナー」「シリーズ特集」等）

② 委員による座談会

4. 総 評

(1) 日本病院会ニュースについて

① 基本的な紙面構成について

今年度の紙面構成の題材を大きく括ると、〈医療制度抜本改革の流れ〉と今年度から発足した〈四病院団体協議会の動向〉の二点が挙げられる。前者は、改正健康保険法等の成立（高齢者への上限付1割負担）と改正医療法（新たな病床区分として従来の「その他の病床」を「一般病床」「療養病床」に区分変更）に関する情報を中心に掲載に努めた。後者は、7月に発足した四病院団体協議会（＝四病協。日本病院協会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神病院協会）の活動を紹介すると共に、新年号（1月1日号）では四病協主催により各団体会長が一堂に会して行った座談会「21世紀の病院医療のあり方」を掲載した。

## ② 発行・編集について

平成12年度は第605号（4月10日）～625号（平成13年3月25日）の計21回の発行となった。4ページ建て18回、8ページ建て3回と例年並の発行であった。本年度のニュースの企画・編集で医療制度抜本改革の関連事項と四病協の動向の他に留意した事項は、社会問題にまで発展した〈医療安全問題〉に関して、シリーズ特集「リスクマネジメント」として5回の連載で組んだほか、本会医療事故対策委員会が行った会員状況調査の結果分析などを織りまぜて対策と課題を提起した。このほか、平成12年4月の診療報酬改定に関し、3月に行った診療報酬改定説明会での質問事項を整理した「診療報酬改定に伴う質疑応答80問集」を605号、606号（4月25日号）に掲載すると共に、同改定に伴う影響度について統計情報委員会が行った調査集計結果を618号（11月25日）で紹介した。また、622号（2月10日）で、ようやく改善傾向を示した日病会員の昨年度の決算状況に関する調査集計結果を紹介した。

また、現在、厚生労働省・中央社会保険医療協議会で実施しているDRG試行に関する取り組み状況について、継続的な情報提供に努めた。

このほか、今年度から、広報委員を中心にした座談会「わいわいがやがや～広報委員トーク・ジャムセッション」をスタート。委員会開催に併行して5回実施し、その一部を掲載した。匿名座談会として談論風発の掛け合いを行い、袷を脱ぎ本音で語る内容を特徴としたものの。

昨年度に引き続いて、組織委員会との協力により〈会員増強特集・第3弾〉をカラー版で608号（5月25日）に掲載した結果、多数の入会に結びついた。

## (2) インターネット・ホームページの運営について

本会ホームページに登録制によるメンバーズ・ルームを平成11年12月1日から開設したが、登録者が伸び悩みの傾向にあるため、ホームページそのものの活性化を図る必要から当委員会の中にインターネット小委員会（大井利夫副委員長を小委員長に外部委員1名で構成）を設置し、3月に初会合を持ち今後の基本的な取り組みを検討した。また、ホームページの更新や情報管理の担当者を事務局内で1名兼務として配置し、フレキシブルな情報提供に取り組む人的整備を図った。今後は、有用な情報提供を図るように小委員会の活動を活発化して、ホームページが日病ニュースと共に当会広報の両輪となるよう内容充実を図る方針である。

## 19. 総務委員会

今年度は、変更すべき規定、規則等がなかったため開催はなかった。

## 20. 倫理委員会

会員の定款違反や先端医療等の倫理問題がおきた時に審議する目的でつくった委員会である。今年度の開催はなかった。

## 21. 組織委員会

1. 開催回数 2回
2. 出席者数 延べ9名
3. 協議事項 (1) 今年度の会員増強対策について  
(2) 3年間の組織対策総括と申し送り事項について
4. 総 評

昨年度同様、今年度も積極的な勧誘活動を行った。

6・7月と10・11月を会員増強月間としてキャンペーン活動を実施、日病ニュース特集号を作成し役員への勧誘依頼を2回、未入会病院へのダイレクトメール送付を4回行った。結果、入会101病院、退会45病院で、差し引き56病院の増となった。退会については、国立病院の再編成、診療所に変更、閉院等が理由になっている。

賛助会員については入会27件、退会28件で、差し引き1件の減となっている。

結果、今期（平成10年度～平成12年度）3年間の総括として、正会員110（入会217、退会107）、賛助会員41（入会105、退会64）の純増となった。正会員は、前期委員会の申し送り事項であった私的中小病院の増強に重点を置いたこともあり、全入会病院217病院中134病院、62%が私的中小病院であり、まずまずの成果をあげた。

申し送り事項として、目標3,000会員を掲げ活動していくこととなった。

## 22. 創立50周年記念事業実行委員会

1. 開催回数 3回
2. 出席者数 21名
3. 協議項目 1) 創立50周年記念事業について
4. 総 評

33周年、40周年と実績等にもとづき検討した結果、以下のように決定した。

### ① 開催月日

平成13年5月25日（金）

### ② 会場及びスケジュール

帝国ホテル

正副会長会議（桃の間） 10：00～11：00

常任理事会（桜の間）	11：10～13：20
代議員会・総会（富士の間）	13：30～14：20
記念講演（富士の間）	14：35～15：35
記念式典（光の間）	16：00～16：45
記念祝賀会（富士の間）	17：00～19：00

③ 大臣表彰、会長表彰について

大臣表彰候補者、会長表彰、併せて100名程度

④ 祝賀会招待者

関係団体、国会議員他で概ね800名程度

⑤ 記念品その他について

切子ペアワイングラスに決定

⑥ 50年史の作成について

上製本、箱入り、本文：2色、A4版420頁、単独執筆、4,500部印刷とする。

⑦ 収支予算について

概ね33周年、40周年を踏襲し、35,000千円以内で納まるように努力して行く。

23. 病院倫理綱領の見直しに関する特別委員会

1. 開催回数 6回

2. 出席者数 48名

3. 協議項目

1) 病院倫理綱領の見直しについて

最近の医療界の相次ぐ医療事故の発生等により、医療に対する国民の不信感が高まっている事態を重くみて、日本医師会は先般、約50年ぶりに「医師の倫理綱領」を廃止して、「医の倫理綱領」を制定し、現執行部の第3期目の重要課題に挙げた。

また現在医療界では「ヒトゲノム研究」の問題を始めとして、「遺伝子治療」「臓器移植」など、生命倫理に関する問題が大きくクローズアップされてきている。

日本病院会では、昭和55年に病院倫理綱領特別委員会を設け、「病院倫理綱領」を作成し、全会員に配布し、今日に至っている。しかしながら、昨今の医療界の情勢から、この「病院倫理綱領」も見直しの時期ではないかとの意見もあり、この特別委員会設置に至った。

日時・回数・場所は原則として、毎月第4土曜日、日本病院会常任理事会終了後、日病会議室において、1時間半程度。8月より開催し、数回程度でまとめる予定、実際には次年度頃までかかると思われる。

## 第5 研究会

### 1. 病院経営管理研究会

1. 開催回数 1回
2. 開催期日 平成12年10月26日(木)～27日(金)
3. 開催地 京都・ぱ・る・るプラザ京都
4. 参加者数 101施設 151名
5. 演 題

開会挨拶 (社)日本病院会 副会長・(社)京都私立病院協会 会長

武田病院グループ 会長 武田 隆 男

講演「診療報酬改定の影響と今後の病院経営」

～医師・管理職の意識改革が病院を変える～

講 師 特定医療法人大道会本部

常務理事 天野 圓

「地域における医療ネットワーク」～紹介率向上の実際～

講 師 総合病院聖隷浜松病院 事務次長・地域医療連絡室 室長

リスクマネージャー 内藤 好 則

「介護保険と福祉の市場化」

講 師 国際医療福祉大学

医療福祉学部医療経営管理学科教授

矢野 聡

「少子高齢化時代の病院情報システム」～ITによる経営改善～

講 師 国立国際医療センター

第一専門外来第五内科医長 兼

情報システム部長 秋山 昌 範

「感染症対策とリスクマネジメント」

講 師 聖路加国際病院

感染管理部長 柴田 清

「病院経営と管理者の役割」

講 師 国立医療・病院管理研究所

医療経済研究部長 小山 秀 夫

### 6. 総 評

地域における医療ネットワークの取り組み、ITによる経営改善等、これからの病院運営の参考にして戴けることと思う。

なお、開催にあたり、武田病院・(社)京都私立病院協会にご協力を戴き御礼申し上げます。

## 2. 医事研究会

1. 開催回数 2回
2. 開催日時 平成12年5月25日(木) 13:00~18:30  
5月26日(金) 10:00~13:00
4. 開催地 千葉県・サンルートプラザ東京
5. 参加者数 93施設 132名
6. 演 題

－ 5月25日(木) －

開会挨拶

千葉県民間病院協会 環境部長 子安啓司  
北習志野花輪病院 事務長  
社団法人 日本病院会 医事研究会 委員長 藤田勝弘

講演「平成12年度診療報酬改定影響度」

講師／社団法人 日本病院会 医事研究会 委員 松本祐三  
済生会川口総合病院 医事課 課長

講演「診療報酬改定による200床以上の病院の影響度」

講師／医療法人社団誠馨会 加曽利病院 医事課 課長 小原佐知子

講演「2000年4月診療報酬改定による200床以下の病院としての影響度」

講師／医療法人柏葉会 柏戸病院 医事課 課長 三浦昇

グループ討議(診療報酬改定による影響度について)

A: 200床以上 B: 200床以下

－ 5月26日(金) －

グループ討議の発表

グループ討議の回答、質疑応答

開催日時 平成12年11月17日(金) 9:30~18:15  
11月18日(土) 9:00~12:00

開催地 静岡県・グランドホテル浜松

参加者数 195施設 305名

## 演 題

－11月17日（金）－

開会挨拶 社団法人 日本病院会 医事研究会 委員長 藤 田 勝 弘

講演「支払い側からみたレセプトチェック」

講師／健康保険組合連合会 指導員 後 藤 信 也

講演「未収金管理」

講師／総合病院 聖隷浜松病院 経理課 課長 中 村 重 彦

講演「レセプト点検会社から見たレセプトチェック」

講師／株式会社 エム・アイ・シー 取締役会長 上 野 脩

グループ討議（レセプト作成と未収金管理）

－11月18日（土）－

グループ討議発表

解説「未収金回収に関するワンポイントアドバイス」

アドバイザー／社団法人 日本病院会 医事研究会 委員 武 田 匡 弘  
日本鋼管病院 管理部医事室 主任

## 総 評

今年度は秋の研究会に、ともに医事業務に係わる人々の永遠のテーマの一つであるレセプトと未収金をとりあげたためか、とても多くの方々の参加があった。研究会中に実施したアンケートには「参考になった」という内容の回答が数多く見られ、大成功の研究会となったのではなかろうか。

新年度も参加者からの要望に応えられるよう、内容をよく吟味し、研究会を開催していきたい。

### 3. 用度研究会

1. 開催回数 2回
2. 開催日時 平成12年6月29日(木) 13:00~22:30  
6月30日(金) 9:00~12:00
3. 開催地 千葉県・新浦安オリエンタルホテル
4. 参加者数 118施設 128名
5. 演 題

－ 6月29日(木) －

開会挨拶 社団法人 日本病院会 用度研究会 委員長 梅 津 勝 男

#### I. 話題提供「診療報酬改定(医療制度改革)と病院経営」

講師/社団法人 日本病院会 用度研究会 委員長 梅 津 勝 男

#### II. 講演「用度業務について」

講師/社団法人 日本病院会 用度研究会 委員 倉 辻 明 男

#### III. 講演「特定保険医療材料の価格推移と価格展望について」

講師/社団法人 日本病院会 用度研究会 委員 小 松 太

#### IV. 講演「薬価改正に関する情報提供について」

講師/社団法人 日本病院会 用度研究会 委員 久保田 義 徳

グループ討議オリエンテーション 社団法人 日本病院会 用度研究会 委員

グループ討議

A: 用度業務について

B: 診療材料について

C: 医薬品について

D: コンピューターについて

－ 6月30日(金) －

グループ発表

全体討議

開催日時 平成12年11月10日（金）10：00～17：20

11月11日（土）9：00～12：30

開催地 愛知県・マルエイ カーネーションホール

参加者数 116施設 141名

演 題

－11月10日（金）－

開会挨拶

社団法人 日本病院会 常任理事 栗山 康 介  
名古屋第二赤十字病院 院長

社団法人 日本病院会 用度研究会 委員長 梅 津 勝 男

プレゼンテーション「事務管理と病院経営 ～木沢記念病院の取り組み～」

講師／木沢記念病院 総合企画部 部長 佐 合 茂 樹

事例発表「院内効率化支援システム経過報告」

講師／総合上飯田第一病院 経理課 係長 佐々木 伸 明

オリエンテーション

社団法人 日本病院会 用度研究会 委員

用度業務全般にわたるグループ討議と情報交換

A：用度業務全般について

B：医薬品に係わる情報関係について

C：コンピューターについて

D：診療材料等について

－11月11日（土）－

グループ発表及び全体討議・質疑応答

用度業務全般に互るアンケート調査報告

①用度業務（一般的事項）について

社団法人 日本病院会 用度研究会 委員 倉 辻 明 男

②医薬品を除いた物品の価格調査について

社団法人 日本病院会 用度研究会 委員 小 松 太

③医薬品に関する調査について

社団法人 日本病院会 用度研究会 委員 久保田 義 徳

総 評

6月の研究会においては、今年度も夜遅くまでのグループ討議を実施したが、時間ぎりぎりまで討論している様子を目の当たりにすると、この研究会への参加者の意気込みと普段の仕事への熱心さが伝わってくる。秋のグループ討議には、事前に参加者自身が準備してきた資料を配る姿などがあり、頭がさがる思いであった。

また、今年度も業務多忙の中、数多くの病院の方々にアンケートにご協力いただきました。委員一同、心より御礼を申し上げます。

4. 看護管理研究会

1. 開催回数 2回（新潟市・東京都）

（1回目）

2. 日 時 平成12年11月9日（木）10：00～16：30  
～ 10日（金）9：10～12：00

3. 会 場 メルパルク新潟2階 「雪・椿の間」

4. 参加者数 90施設・155名

5. 後 援 新潟県病院協会 （朝 倉 均 会長）

社団法人 新潟県看護協会 （望 月 綾 子 会長）

6. 開催要領 開催挨拶

（第一日目）

社団法人 日本病院会 理事 杉 山 一 教  
新潟県病院協会 副会長

社団法人 新潟県看護協会 会長 望 月 綾 子 氏

基調講演「リスクマネジメントの現状について」

加藤法律会計事務所・弁護士・医師 加 藤 濟 仁 氏  
日本病院会 医療事故対策委員会 委員

シンポジウム「看護管理者に必要なリスクマネジメント」

①行動科学の視点から考える

財団法人 集団力学研究所 所長 安 藤 延 男 氏

②診療部門における組織的な取り組み ～医療事故の予防と対策～

武蔵野赤十字病院 副院長 三宅祥三氏

③医療事故を防ぐための取り組み

新潟医療生活協同組合木戸病院 看護士長 滝沢則男氏

④メンタルヘルス支援の取り組み

横浜市立市民病院 看護部長 田中由紀子氏

(第二日目) 文化講演「酒とは何か」

朝日酒造 株式会社 取締役 嶋 悌 司 氏

特別講演「21世紀の医療改革と病院経営」

国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部 部長

尾形裕也氏

(2回目)

1. 日 時 平成13年2月15日(木) 10:00~16:30

2. 会 場 東京都・港区・ABC会館ホール

3. 参加者数 138施設・244名

4. 開催要領 講演「リーダーシップと組織論」

～より質の高い中間管理者の育成を目指して～

ビジネスブレン 代表取締役 永井則子氏

5. 総 評

今年度は「リスクマネジメント」と「中間管理者の育成」を取り上げ実施した。研究会の企画アンケートを実施した結果、希望項目が多種にわたり提出されたが、少しでも多く参加者の希望に沿うため事項を整理し来年度の企画に努めたい。

## 5. 薬事管理研究会

開催回数 1回

開催日時 平成12年10月27日(金) 10:00~17:00

10月28日(土) 9:00~12:00

開催地 宮城県・イベントホール松栄

参加者数 67施設 73名

演 題

—10月27日(金)—

開会挨拶

社団法人 日本病院会 薬事管理研究会 委員長 樺山 照一

平 幸 雄  
社団法人 日本病院会 理事  
総合病院 仙台市立病院 事業管理者

水 柿 道 直  
宮城県病院薬剤師会 会長  
東北大学 教授 医学部附属病院 薬剤部長

基調講演「21世紀に向けて病院薬剤師に望む事」

講師／総合病院 仙台市立病院 事業管理者 平 幸 雄

特別講演「副作用回避を目的とした遺伝子診断と病院薬剤師の役割」

講師／東北大学 教授 医学部附属病院 薬剤部長 水 柿 道 直

時局講演「診療報酬改定の示唆するもの」

講師／社団法人 日本薬剤師会 常務理事 藤 井 基 之  
日本薬剤師連盟 副会長

シンポジウム「チーム医療の中でのリスクマネジメント」

座長／ 石巻市立病院 薬剤科 部長 佐 藤 秀 昭  
社団法人 日本病院会 薬事管理研究会 委員 谷古宇 秀

シンポジスト／

「医師の立場から」 仙台徳州会病院 院長 石 出 信 正

「看護婦の立場から」 東北大学医学部附属病院 看護部長 高 橋 貞 子

「薬剤師の立場から」 国立仙台病院 薬剤科長 水 内 義 明

－10月28日（土）－

シンポジウム「病院経営と病院薬剤師」

座長／ 太田総合病院附属太田西ノ内病院 薬剤部薬局長 野 崎 征支郎  
社団法人 日本病院会 薬事管理研究会 委員 佐 野 寿 夫

シンポジスト／

「病院経営の立場から」 樺島病院 薬剤部長 能 勢 能

「メーカーの立場から」 日本ヘキサール株式会社代表取締役 中 道 淳 一

「医薬品卸の立場から」 宮城県薬剤師会 会長 一 條 安 彦

「病院薬剤師の立場から」 太田総合病院 薬剤部薬局長 野 崎 征支郎

## 総 評

昨年度に引き続き今年度も非常に充実した内容の研究会となった。基調・時局講演とシンポジウムについては地元の講師の先生にご協力いただき、薬剤師を主とする参加者に様々なことを提示できたのではないだろうか。

来年度は再び3回の開催となるので各回、内容を十分に検討し、参加者の望む内容の研究会にしていきたい。

## 6. 栄養調理研究会

1. 開催回数 2回（山形市・東京都）

（1回目）

2. 日 時 平成12年11月13日（木）10：10～16：40

～ 14日（金）9：00～12：00

3. 会 場 山形イン

4. 参加状況 65施設・105名

5. 後 援 山形県病院協議会 （横 山 絃 一 理事長）

社団法人 山形県栄養士会 （茨 木 清 子 会 長）

6. 開催要領 開催挨拶

（第一日目）

社団法人 日本病院会 代議員

山形県病院協議会 理事長 横 山 絃 一

山形県中央病院 院長

社団法人山形県栄養士会 会長 茨 木 清 子 氏

基調講演「栄養指導とEBMについて」

国立がんセンター研究所支所 臨床疫学研究部室長 佐々木 敏 氏

教育講演「遺伝子組み換え食品（作物）を考える」

山形大学 理学部 生物学科 教授 原 慶 明 氏

シンポジウム「個別対応食への対応」

・公立学校共済組合東北中央病院 給食課 主任栄養士 中 村 伊都子 氏

・財団法人 三友堂病院 栄養管理部 栄養管理室室長 二 宮 久美子 氏

・財団法人 三友堂病院 栄養管理部 専門調理師 高 橋 寛 氏

（第二日目） 文化講演「米澤藩刊行の救荒書（かてもの）と食文化」

山形県立米沢女子短期大学 名誉教授 高 垣 順 子 氏

特別講演「調理師の心構え」 ～創意工夫に学ぶ～

株式会社 つきち田村 代表取締役 田 村 暉 昭 氏

(2回目)

1. 日 時 平成13年2月22日(木) 13:20~17:00
2. 会 場 東京都・文京区・東京弥生会館 2階「大和の間」
3. 参加状況 72施設・100名
4. 内 容 講演「保健機能食品の意義と活用法」

厚生労働省 医薬局 食品保健部 井上浩一氏  
企画課新開発食品保健対策室

講演「野菜の栄養成分の変化」 ～栽培から調理まで～

女子栄養大学 栄養学部 栄養学科 教授 吉田企世子氏

講演「検査値に基づく栄養指導」

せんぼ東京高輪病院 栄養管理室長 足立香代子氏

#### 5. 総 評

当研究会は栄養士、調理師が一緒になり知識、技術の向上を図り患者サービスの向上に努めている。毎回、栄養士、調理師が直面している諸問題、知り得たい情報をいち早く取り上げて研修を実施している。患者給食問題も最近では多岐にわたりテーマ設定に苦慮している現状にある。

## 7. ハウスキーピング研究会

1. 開催回数 2回(東京都)
- (1回目)
2. 日 時 平成12年7月12日(水) 14:00~16:00
3. 会 場 江東区・東京ファッションタウン 9階 9-A会議室
4. 参加状況 85施設・132名
5. 開催要領 「病院環境の整備と消毒・洗浄・清掃の基本と応用」

～Facilities Services の展開～

明治製菓株式会社 学術部 次長 波多江新平氏

(2回目)

1. 日 時 平成13年2月16日(金) 14:00~16:00
2. 会 場 日本病院会 会議室
3. 参加状況 81施設・95名
4. 開催要領 講演「廃棄物処理法改正に伴う医療機関の対応」

東京都 環境局廃棄物対策部 産業廃棄物対策課 指導係主任

斉藤伸明氏

## 6. 総 評

院内環境整備の改善、充実を図り患者サービスの向上に繋がるテーマを設定しながら活動している。最近では、院内清掃業務も外部委託となっており、医療機関の担当者だけを対象とせず、委託業者の方々と一緒になって諸問題を切磋琢磨している。そのため年々参加者が増加という傾向にある。

## 8. 図書研究会

1. 開催回数 1回

2. 開催日時 平成12年10月20日（金）13：00～20：30  
10月21日（土）10：00～15：10

3. 開催地 東京都・社団法人 日本病院会

4. 参加者数 54施設 60名

5. 演 題

－10月20日（金）－

開会挨拶

社団法人 日本病院会 常任理事  
国立国際医療センター 病院長

小 堀 鷗一郎

社団法人 日本病院会 図書研究会 委員長 和 気 たか子

継続教育「病院図書室に係わる著作権」

講師／東京大学情報基盤センター 図書館情報掛長 谷 澤 滋 生

グループ討議

- |             |            |        |
|-------------|------------|--------|
| ①インターネット    | ②病院機能評価    | ③患者図書室 |
| ④文献検索       | ⑤相互貸借      | ⑥利用者教育 |
| ⑦業務のコンピュータ化 | ⑧新任担当者のために |        |

グループ討議発表

特別講演「図書館員の役割と方向性」

講師／産能短期大学 助教授 原 田 智 子

－10月21日（土）－

実務講演「オリエンテーションの仕方」

講師／川崎市立川崎病院 図書室 司書 篠原 寿美江

教育講演「病院図書室で利用できるNACSISサービス」

講師／国立情報学研究所 開発・事業部コンテンツ課

コンテンツ形成管理係長 米 澤 誠

シンポジウム「図書室業務のスリム化とパワーアップ」

司会／ 社団法人 日本病院会 図書委員会 委員 野原 千鶴

シンポジスト／

「インターネットでレファレンス」

長岡赤十字病院 病歴管理課図書係主事 安達 栄子

「オンラインジャーナル導入事例」

虎の門病院 図書課 司書 熊谷 智恵子

「医中誌WEB ～現状と展望～」

医学中央雑誌刊行会 電子出版課 課長代理 松田 真美

## 6. 総 評

昨年度を上回る人数の参加となり、充実した研究会になったと思われる。講演の聴講、及びグループ討議によって他の病院がどのようなシステムになっているのかを知り、また互いに情報の交換ができるので、この研究会が存在することは非常に意義があろう。懇親会も同じ会場にて行ったが、スペースがあり動きやすかったので、参加者同士が話をするにはよかったのではないだろうか。

病院内のあらゆる業務の質の向上のためにも、一人でも多くの関係者の方に当研究会にご参加いただきたい。

## 第6 セミナー

### 1. 病院長・幹部職員セミナー

1. 開催回数 1回
2. 開催期日 平成12年7月6日(木)・7日(金)
3. 開催地 京都・リーガロイヤルホテル京都 春秋の間
4. 参加者数 204施設 316名
5. 演題

第1日目 7月6日(木) 13:00~19:20

#### 特別講演Ⅰ「医療制度抜本改革について」

講師：厚生省 健康政策局 指導課 課長 貝谷 伸  
座長：(社)日本病院会 会長 中山 耕作

#### 特別講演Ⅱ「総合診療部門(科)の重要性」

講師：天理よろづ相談所病院 前副院長 今中 孝信  
(日本医学教育学会総合診療教育ワーキンググループ主任)  
座長：(社)日本病院会 副会長 大道 學

#### シンポジウムⅠ「病院経営にあたる院長・幹部職員に今何が求められているか」

座長：(社)日本病院会 副会長 藤澤 正清  
講師：①国立医療・病院管理研究所 医療経済研究部長 小山 秀夫  
②朝日新聞 東京本社 編集委員 田辺 功  
③高知県・高知市病院組合 理事 瀬戸山 元一  
④医療法人美杉会 佐藤病院 院長 佐藤 眞杉

懇親会 リーガロイヤルホテル京都 比叡の間

あいさつ：(社)日本病院会 副会長 奈良 昌治

第2日目 7月7日(金) 9:30~16:00

#### 特別講演Ⅲ「今、感染症に何が起きているのか」

講師：国立感染症研究所 感染症情報センター 前センター長 井上 榮  
座長：(社)日本病院会 副会長 奈良 昌治

特別講演Ⅳ「ブレインアタックから脳を守る」

講師：国立循環器病センター 総長 菊池晴彦  
座長：(社)日本病院会 副会長 武田隆男

特別講演Ⅴ「動き出した介護保険制度」

講師：厚生省 老人保健福祉局老人保健課 課長 西山正徳  
座長：(社)日本病院会 副会長 藤澤正清

シンポジウムⅡ「リスクマネジメントの実際」

～リスクマネジメントは永遠の課題～

座長：(社)日本病院会 副会長 藤澤正清  
講師：①京都大学大学院 医学研究科臨床疫学 教授 福井次矢  
②上都賀総合病院 院長 大井利夫  
③国立大阪病院 看護部長 内藤正子  
④三宅坂総合法律事務所 弁護士・医師 児玉安司

6. 総 評

医療法改正、病院経営、介護、医療事故など各々の有識者の方々より講演を戴き、これからの病院運営を行うにあたり参考にして戴けるものと思う。

なお、開催にあたり武田病院職員の皆様にご尽力を戴き感謝申し上げます。

2. 病院医療の質を考えるセミナー

1. 開催回数 3回(特別集会2回含む)
2. 開催日時 平成12年7月15日(土)10:00～17:30
3. 開催地 東京都・日本薬学会長井記念館
4. 参加者数 98施設 129名
5. 演 題

—12年7月15日(土)—

開会挨拶 社団法人 日本病院会 病院幹部医会 会長 有賀 徹  
財団法人 日本医薬情報センター 理事長 三宅 浩之

特別講演「米国における医療評価と診療情報管理」

講師／ 社団法人 日本病院会 統計情報委員会 委員 梅里良正  
日本大学医学部 医療管理学教室 助教授

ワークショップ（シンポジウム）「第一線の臨床に役立つ医薬関連情報」

座長／ 社団法人 日本病院会 病院幹部医会 会長 有 賀 徹  
昭和大学 救急医学 教授

財団法人 日本医薬情報センター 理事長 三 宅 浩 之  
社団法人 日本病院会 病院幹部医会 顧問

シンポジスト／

《病院幹部医会》 ～病院内で発生する医薬品をめぐる諸問題～

「医薬関連情報入手ルートと実務の問題」

社団法人 日本病院会 病院幹部医会 副会長 貴田岡 正 史  
公立昭和病院 第一病棟部長

公立昭和病院 薬剤部 課長補佐 町 田 道 郎

「臨床現場への医薬品供給の問題点と解決法」

昭和大学病院 薬剤部 課長補佐 峯 村 順 子

「リスクマネジメントと医薬関連情報」

社団法人 日本病院会 病院幹部医会 副会長 安藤 恒三郎  
名古屋第二赤十字病院 副院長

《製薬企業》 ～医薬情報担当者の現状と医薬関連情報の提供～

「医薬品情報とMR」

日本製薬工業協会 教育研修委員会 委員長 小久保 光 昭  
大日本製薬 株式会社 医薬研修部長

「医薬品情報提供システムの課題」

日本製薬団体連合会 安全性委員会 委員長 宮城島 利 一  
田辺製薬 株式会社 医療情報部 企画情報部長

「 Medikation エラー防止に向けて」

日本製薬団体連合会 P T P 等包装検討部会 部会長 大 澤 總 弘  
三共 株式会社 生産部 包装企画課長

開催日時 平成12年11月18日（土）13：00～18：00

開催地 東京都・日本薬学会長井記念館

参加者数 93施設 116名

演 題

－12年11月18日（土）－

開会挨拶 社団法人 日本病院会 病院幹部医会 副会長 安藤 恒三郎  
財団法人 日本医薬情報センター 理事長 三宅 浩之

基調講演「我が国の医薬品情報の提供と利用をめぐる諸問題」

講師／ 千葉大学 名誉教授 山崎 幹夫  
日本医薬品情報学研究会 代表幹事

ワークショップ（シンポジウム）「第一線の臨床に役立つ医薬関連情報」

座長／ 社団法人 日本病院会 病院幹部医会 副会長 安藤 恒三郎  
名古屋第二赤十字病院 副院長

財団法人 日本医薬情報センター 理事長 三宅 浩之  
社団法人 日本病院会 病院幹部医会 顧問

シンポジスト／

《病院幹部医会》 ～病院の対応を巡る諸問題～

「病院内のリスクマネジメントの観点から」

横浜市立大学 医学部 医療安全管理学 教授 橋本 廸生  
横浜市立大学附属病院 安全管理部門

「病棟薬剤師の業務と医薬品情報の観点から」

昭和大学病院 薬剤部 田中 克巳

《製薬企業》 ～医薬関連情報提供の立場に立って病院に望むこと～

「MRの情報提供と病院活動の現状について」

日本製薬工業協会 教育研修委員会 委員長 小久保 光昭  
大日本製薬 株式会社 医薬研修部長

「医薬品市販後調査の現状と病院に望むこと」

日本製薬工業協会 医薬品評価委員会 委員長 半田 修  
住友製薬 株式会社 医薬情報部 部長

《病院幹部医会からの指定発言者》

社団法人 日本病院会 病院幹部医会 副会長 貴田岡 正史  
公立昭和病院 第一病棟部長

社団法人 日本病院会 病院幹部医会 幹事 木田 義久  
小牧市民病院 脳神経外科 部長

社団法人 日本病院会 病院幹部医会 幹事 辺見 弘  
国立病院東京災害医療センター 副院長

総括発言

社団法人 日本病院会 病院幹部医会 会長 有賀 徹  
昭和大学 医学部 救急医学講座 教授

開催日時 平成13年3月9日(金) 8:30~17:00

開催地 東京都・国立病院東京災害医療センター

参加者数 53施設 93名

演 題

—13年3月9日(金)—

開会挨拶 社団法人 日本病院会 病院幹部医会 会長 有 賀 徹  
国立病院東京災害医療センター 院長 荒 井 他嘉司

病院概要説明 国立病院東京災害医療センター 院長 荒 井 他嘉司

特別講演「過去の災害を教訓とした災害医学とその進歩」

講師／大阪府立千里救命救急センター 所長 太 田 宗 夫  
司会／国立病院東京災害医療センター 院長 荒 井 他嘉司

パネル「21世紀に向けた災害医療対策」

司会／ 日本医科大学 救急医学 高度救命救急センター 教授 山 本 保 博  
パネリスト／

「災害医療情報」

厚生労働省 医政局指導課 救急医療専門官 田 中 一 成

「東京都医師会の災害医療対策」

東京都医師会 理事 木 村 佑 介

「災害拠点病院」

国立病院東京災害医療センター 副院長 辺 見 弘

「私立病院としての災害対策」

医療法人誠和会 白鬚橋病院 院長 石 原 哲

「災害時の医薬品の供給」

社団法人 東京都薬剤師会 常任理事 嶋 田 勝 一

「アメリカにおけるNBC(放射線・生物・化学)テロ災害対策の現状」

国立病院東京災害医療センター

救命救急センター 第2外科医長 本 間 正 人

立川広域防災基地見学

東京災害医療センター職員の災害訓練

(8方面レスキュー隊訓練基地)

防災館

国立病院東京災害医療センター

## 総 評

今年度のセミナーは、(財)日本医薬情報センターのご協力により、特別集会として2回開催することができ、とりわけ医薬品等に関して関係者が望む情報を提供できたように思う。

また、3月には国立病院東京災害医療センター等の施設見学を含めたセミナーを実施し、災害医療に関するそれぞれの分野の専門的な話を聞くことができ、さらに施設見学にて目で確かめることもできた。

この場をお借りしてご協力いただいた両センターの皆様には幹部医会幹事一同、御礼申しあげたい。

## 3. 医療事故防止のためのセミナー

開催回数 1回

開催日時 平成12年11月1日(水) 10:00~16:30

11月2日(木) 9:00~12:30

開催地 東京都・晴海グランドホテル

参加者数 128施設 226名

### 演 題

-11月1日(水)-

開会挨拶 社団法人 日本病院会 常任理事 池澤 康郎  
中野総合病院 院長

社団法人 日本病院会 医療事故対策委員会 副委員長 元原 利武

講演「医療事故の防止」

講師/ 社団法人 日本病院会 医療事故対策委員会 委員 加藤 済仁  
加藤法律会計事務所 弁護士・医学博士

講演「病院医療の総合的品質管理」

講師/医療法人医真会 理事長 森 功

講演「看護業務と医療事故防止」

講師/日本看護協会 常任理事 嶋森 好子

－11月2日（木）－

講演「医師賠償責任保険からみた医事紛争の現状」

講師／安田火災海上保険株式会社

企業サービスセンター部 医師賠償チーム 佐々木 博 道

講演「病院における医事紛争とリスクマネジメント」

講師／日本大学医学部法医学教室 教授 押 田 茂 實

総 評

例年通り、今年度のセミナーも様々な立場の方から医療事故に関するお話をいただいた。

連日のように医療事故のニュース等が報道されるので、世間の風当たりも強くなっているかもしれないが、セミナーにて見たこと、聞いたことを日常業務における問題の解決へのヒント・指針とし、その結果ミスが減っていくことを切に願う。

#### 4. 救急医療防災セミナー

1. 開催回数 1回
2. 開催期日 平成12年10月13日（金） 9：30～17：00
3. 開催地 東京・東京消防庁 本所都民防災教育センター
4. 参加者数 61施設 95名
5. 演 題

開会挨拶 （社）日本病院会 常任理事・救急医療防災対策委員会 委員長

刈野辺総合病院 理事長 土 屋 章

（社）日本病院会 常任理事・東京都支部 支部長

中野総合病院 院長 池 澤 康 郎

来賓挨拶 東京都 衛生局医療計画部

部長 丸 山 浩

（社）東京都医師会

会長 勝 呂 安

東京都病院協会

会長 河 北 博 文

講演「欧米の災害医療対策について」

講師 国立病院東京災害医療センター 名誉院長 西 法 正

座長 救急医療防災対策委員会 委員長 土 屋 章

集計報告「救急医療活動に関する調査」

講師 広島国際大学医療福祉学部医療経営学科 教授 河 口 豊

座長 救急医療防災対策委員会

副委員長 川 城 丈 夫

防災体験学習「地震・煙・消火・暴風雨・応急手当等」

シンポジウム「災害時病院マニュアルの重点」

座長 中野総合病院 院長 池 澤 康 郎

「警察における災害対策」

講師 警察庁 警備局警備課 課長補佐（災害対策係） 藤 川 富 雄

「大地震発生時における東京消防庁の救助・救急活動対策」

講師 東京消防庁 救急部 救急医務課長 細 田 正 夫

「病院災害マニュアルの意義」災害訓練も含めて

講師 国立病院東京災害医療センター 第2外科医長 兼

副救命救急センター長 兼 臨床研究部病態蘇生研究室長 原 口 義 座

閉会挨拶

救急医療防災対策委員会 委員 小 峰 健 二

## 6. 総 評

今年度は、災害をテーマに各々の有識者の方々よりご講演戴き、さらに、防災体験学習を交えた企画で開催された。参加者の方々には、災害マニュアル作りの参考にして戴けることを願う。

なお、開催にあたり中野総合病院の職員の方々にご尽力を戴き感謝申し上げます。

## 5. 事務長セミナー

1. 開催回数 1回
2. 開催期日 平成13年2月21日（水）・22日（木）
3. 開催地 神奈川・神奈川県総合医療会館 7階講堂
4. 参加者数 140施設 161名
5. 演 題 第一日目 2月21日（水）10：00～17：00

開会挨拶 （社）日本病院会 常任理事・（社）神奈川県病院協会 会長

澁野辺総合病院 理事長 土 屋 章

講演「医療法改正」

講師 厚生労働省 医政局 総務課 課長補佐 榊 原 毅

講演「21世紀の医療保険」 ～外部から見た医療～

講師 日本経済新聞社 論説委員 渡 辺 俊 介

講演「医療保険制度改革と診療報酬の課題－DRG／PPS導入の展望」

講師 日本福祉大学 経済学部 教授 高木 安雄

第二日目 2月22日（木）9：30～12：30

講演「21世紀の病院経営 介護保険と病院経営」

講師（医）永生会 永生病院 院長 安藤 高朗

講演「DRG／PPSに必要なコーディング」

講師 日本コーディングセンター 所長 菊池 優子

講演「看護必要度」

講師 東京女子医科大学 看護学部 教授 金井Pak 雅子

## 6. 総 評

今年度は、医療法改正、21世紀の医療保険、診療報酬、介護保険、コーディング、看護必要度等各々の有識者よりご講演を戴き、21世紀の病院運営の参考にして戴ければと開催された。

なお、開催にあたり（社）神奈川県病院協会の職員の方々にご尽力を戴き感謝申し上げます。

## 6. 総婦長セミナー

1. 開催回数 1回（東京都）
2. 日 時 平成12年8月18日（金）10：00～16：00
3. 会 場 墨田区・東京マリオットホテル錦糸町東武 4階「錦の間」
4. 参加状況 111施設・197名
5. 開催要領 特別講演「私が体験した看護業務の実際」

元 社団法人 日本看護協会会長 大森 文子 氏

教育講演「病院経営と看護管理」

東京大学大学院 医学系研究科 保健経済学分野 福田 敬 氏

## 6. 総 評

今回は、特別講演に大森文子先生、教育講演に福田敬先生を迎えセミナーを開催した。特に、大森先生には「看護の意義と使命」を若い管理者に伝承させたいという思いで予定の時間をオーバーしての講演いただいた。また、福田先生には今後の看護管理者には病院経営に意識をもって参画する必要があると、分かりやすく経営論をご教授いただいた。

## 第7 予防医学活動

この項では、「予防医学委員会報告」の中から人間ドック指定病院・施設の状況と受診者統計を報告し、さらに「人間ドックのほん」と、すこやか健保のドック掲載記事、そして平成12年度に制作、完成した「人間ドック認定指定医認定手帳」と「人間ドック手帳」（全面改訂版）を掲載する。（第4委員会・部会の予防医学委員会の項参照）

### 予防医学委員会報告（人間ドックの現況）

人間ドックが我が国に誕生して、46年を経ています。その間に人間ドックの形式も交通機関の発達と同様にスピード化が進み、一週間から一泊二日の入院コースへ、更には総合健診と言われる一日コースが普及している現況です。

日本病院会・予防医学委員会では、1959年（昭和34年）に一泊二日の短期人間ドックが発足以来、優良施設の認定と共にその利用状況を調査し、毎年発表してまいりました。

第26回日本人間ドック学会（1985年）の宿題報告を契機として、人間ドック検査成績についても全国調査の必要性が認識されるようになりました。その後、毎年日本人間ドック学会の際に予防医学委員会より報告が行われ、16年目を迎えました。

全国集計の内容は日本病院会雑誌並びに日本人間ドック学会誌「健康医学」に掲載し、学会員及び優良認定病院長並びに施設長に配布しています。

このたび、第41回日本人間ドック学会の際に、人間ドック実施状況調査とともに全国集計成績の要点を抜粋して『予防医学委員会報告（人間ドックの現況）』を作製し、ご希望の方々に広く配布することにいたしました。

なお、一泊人間ドック指定病院で行われている一日コースのドックが急増しているので、97年4月より日本病院会では人間ドックの名称を下記のとおりに変更いたしました。

- 一泊人間ドック（短期人間ドック）
- 一日人間ドック（総合健診）
- 一日病院外来ドック

集計にあたっては、従来は一泊人間ドックの中に一日病院外来ドックを含めていましたが、前回より外来ドックを区別し、総合健診およびその他の人間ドックとあわせて4種類に分類して集計を行っています。

本資料が、各病院・施設の健康評価の一環としてご利用いただくとともに、人間ドックの質的向上に役立つことを期待しております。

# I 日本病院会 人間ドック指定病院及び指定施設（平成11年12月末）

都道府県別一覧表

	一泊	一日		一泊	一日		一泊	一日
北海道	9	8	新潟県	20	9	岡山県	15	5
青森県	5	1	富山県	3	2	広島県	14	7
岩手県	7		石川県	9		山口県	16	2
宮城県	5	5	福井県	5		徳島県	3	1
秋田県	4		岐阜県	7	2	香川県	4	2
山形県	3		静岡県	27	12	愛媛県	7	
福島県	14		愛知県	17	15	高知県	3	2
茨城県	17	7	三重県	9	2	福岡県	41	14
栃木県	9	2	滋賀県	11	1	佐賀県	1	
群馬県	19	2	京都府	29	7	長崎県	2	1
埼玉県	14	7	大阪府	29	34	熊本県	5	3
千葉県	39	8	奈良県	2		大分県	1	3
東京都	82	67	和歌山県	3		宮崎県	3	
神奈川県	40	22	兵庫県	26	4	鹿児島県	3	
山梨県	6		鳥取県	2		沖縄県	2	2
長野県	12		島根県	3		計	607	259

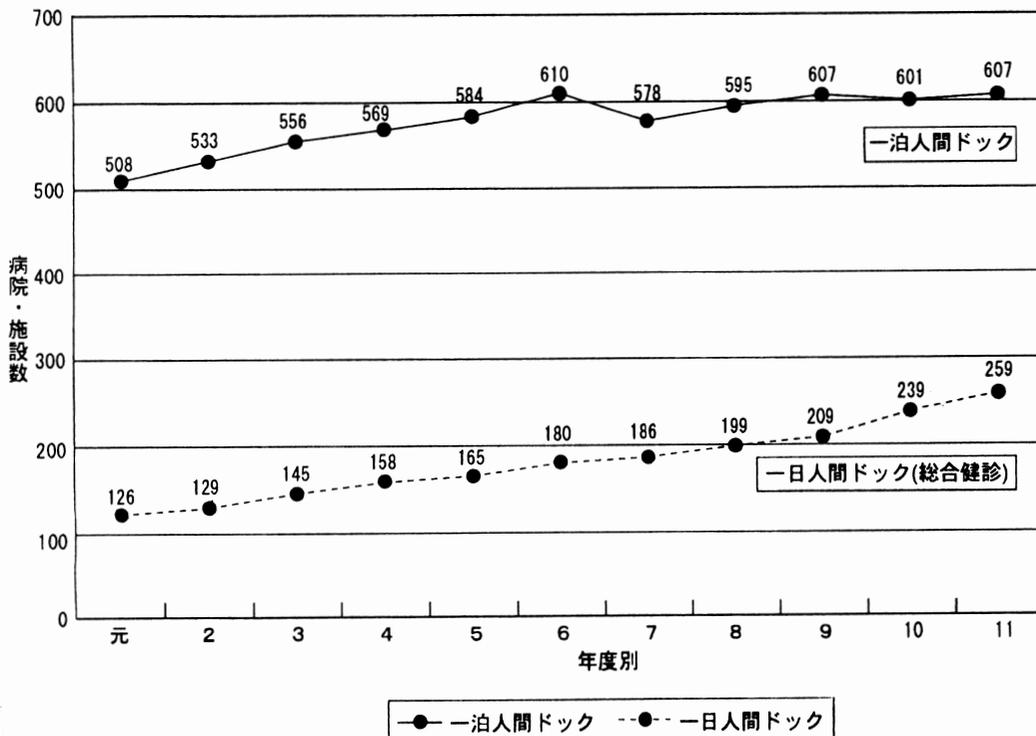
合計 一泊人間ドック（短期人間ドック）指定病院数 607 施設  
 一日人間ドック（総合健診）指定施設数 259 施設

- 注 ①一泊人間ドック（短期人間ドック）指定病院中、新病棟建築中並びに医師、看護婦不足等の事由により一時休止5病院が含まれている。
- ②一泊人間ドック（短期人間ドック）指定病床数は、2,188床である。
- ③一泊人間ドック（短期人間ドック）新指定病院 10病院  
 一泊人間ドック（短期人間ドック）指定辞退病院 4病院  
 ※3年毎に行う日病・健保連との指定見直しによる指定取消病院を含む。
- ④一日人間ドック（総合健診）新指定施設 21施設  
 一日人間ドック（総合健診）指定辞退施設 1施設

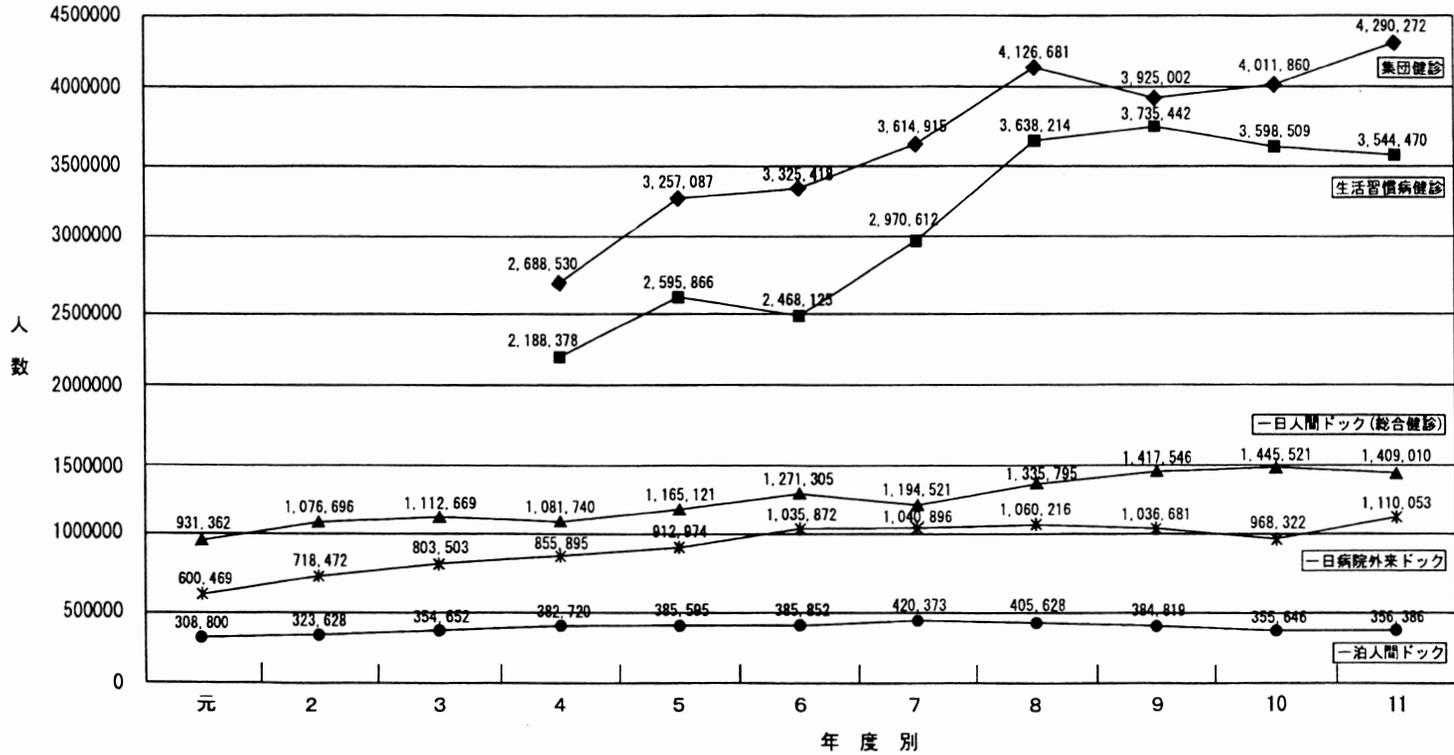
## Ⅱ 人間ドック指定病院・指定施設 経営主体別一覧 (1999年)

開設別	一泊		一日		開設別	一泊		一日	
	病院数	%	施設数	%		病院数	%	施設数	%
厚生省	1	0.2	0	0.0	船保会	3	0.5	3	1.2
郵政省	1	0.2	0	0.0	健保及連合	7	1.2	2	0.8
労働福祉事業団	2	0.3	1	0.4	共済及連合	16	2.6	5	1.9
都道府県	8	1.3	2	0.8	公益法人	51	8.4	87	33.6
市町村	47	7.7	4	1.5	医療法人	284	46.6	110	42.5
赤十字	45	7.4	2	0.8	学校法人	7	1.2	6	2.3
済生会	28	4.6	3	1.2	会社	7	1.2	4	1.5
厚生連	28	4.6	4	1.5	その他法人	21	3.5	7	2.7
全社連	24	4.0	0	0.0	個人	24	4.0	19	7.3
厚生団	3	0.5	0	0.0	合計	607	100.0	259	100.0

## Ⅲ 最近11年間の一泊人間ドック指定病院、一日人間ドック指定施設の推移



#### IV 最近11年間の各種人間ドック・健診受診者数の推移



◆ 集団健診 ■ 生活習慣病健診 ▲ 一日人間ドック \* 一日病院外来ドック ● 一泊人間ドック

## V 人間ドック実施状況調査（平成 11. 1. 1～12.31）

日病会員約2,600の病院施設に対しアンケート提出を求めたが、報告提出は一泊人間ドック 1,041 病院と一日人間ドック 255施設であった。

- 一泊人間ドック（短期人間ドック）実施病院 1,041 [日病指定（健保連契約）病院 607]
- 一日人間ドック（総合健診）実施施設 255 [日病指定（健保連契約）施設 259]

### (1) 日病会指定病院における各種人間ドックの受診者報告 553 病院

（単位：人）

種 別	利用者数			受診者数（平成 11 年 1 月～12 月）			平成 10 年 1 月～12 月
	男 性	女 性	計	男 性	女 性	計	計（540 病院）
一泊人間ドック	169,472	56,759	226,231				243,051
一日病院外来ドック	416,421	253,043	669,464				664,343
（3～7日）入院ドック	11,657	4,954	16,611				11,544
生活習慣病健診	972,808	617,409	1,590,217				1,363,587
集 団 健 診	571,803	553,162	1,124,965				1,386,428
総 計	2,142,161	1,485,327	3,627,488				3,668,953

（注）精度管理サーベイ参加状況 437 病院（79.0%）が日本医師会等へ参加

### (2) 日病会指定施設における一日人間ドック（総合健診）受診者報告 231 施設

（単位：人）

種 別	利用者数			受診者数（平成 11 年 1 月～12 月）			平成 10 年 1 月～12 月
	男 性	女 性	計	男 性	女 性	計	計（221 施設）
一日人間ドック	850,720	476,766	1,327,486				1,295,067

（注）精度管理サーベイ参加状況 231 施設（100.0%）が日本総合健診医学会等へ参加

## (3) その他日病会員病院における各種人間ドックの受診者報告 488 病院

(単位：人)

種 別	利用者数	受診者数（平成 11 年 1 月～12 月）			平成 10 年 1 月～12 月
		男 性	女 性	計	計（472 病院）
一泊人間ドック		87,539	41,616	129,155	112,595
一日病院外来ドック		263,319	177,270	440,589	303,979
(3～7日)入院ドック		11,276	3,363	14,639	1,582
生活習慣病健診(多項目)		1,700,911	999,144	2,700,055	2,234,922
集 団 健 診		1,213,705	1,205,800	2,419,505	2,625,432
総 計		3,276,750	2,427,193	5,703,943	5,278,510

(注) 精度管理サーベイ参加状況 220 病院 (45.1%) が日本医師会等へ参加

## (4) その他日病会会員施設における一日人間ドック（総合健診）受診者報告 24 施設

(単位：人)

種 別	利用者数	受診者数（平成 11 年 1 月～12 月）			平成 10 年 1 月～12 月
		男 性	女 性	計	計（38 施設）
一日人間ドック		49,189	32,335	81,524	150,454

(注) 精度管理サーベイ参加状況 22 施設 (91.7%) が日本総合健診医学会等へ参加

## (5) 一泊人間ドック実施病床数

(単位：床)

実施病床数	健保連契約(指定)	健保連契約外(その他)	総 計	総計(平成10年度)
日病会指定病院(報告553病院)	2,188	1,121	3,309	3,511
その他会員病院(報告488病院)		993	993	1,560

参考：ホテルドック設置病院（施設）数

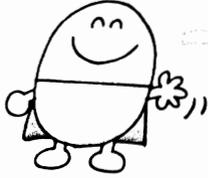
(単位：病院)

	平成 11 年	平成 10 年	
日病会指定病院(報告553病院)	103	(報告 537 病院)	102
その他会員病院(報告488病院)	48	(報告 472 病院)	89

## (6) 一日人間ドック 1 日実施可能数

(単位：人)

	平成 11 年			平成 10 年	
	1 日実施可能数(計)	1 施設平均		1 日実施可能数(計)	1 施設平均
日病会指定施設(報告231施設)	7,703	33.3	(報告221施設)	9,036	40.9
その他会員施設(報告 24施設)	724	30.2	(報告 38施設)	1,253	33



Good-bye!!  
生活習慣病

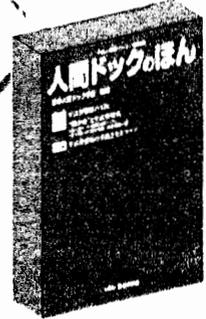


A5判  
並製  
本文2色刷

日本人間ドック学会の監修による  
『人間ドックのほん』

日本人間ドック学会の先生方が、日  
ごろ、患者さんと接している経験を  
もとに、生活習慣病の“予防と治療”  
につき、わかりやすく説いた“家庭  
常備”の健康読本の決定版・3分冊。

人間ドックのほん



全3冊 ケース入り  
セット価格 4500円(各冊 1500円)

執筆された先生方

第1編 生活習慣病の予防と治療

- 糖尿病……笹森典雄
- 高血圧……安藤幸夫
- 高脂血症……田中剛二
- 高尿酸血症/痛風……日野原茂雄
- 心臓病……宇津典彦
- 脳卒中……堺 常雄/中山耕作

第2編 わかりやすい生活習慣病のはなし

- 胃……大川日出夫
- 肝臓……鈴木豊明
- 胆のう・膵臓……奈良昌治
- 大腸……金澤鉄男
- 膀胱・前立腺・尿道……近藤捷嘉/大橋輝久

第3編 生活習慣病のセルフケア

- 肥満……小関忠尚/松田小百合
- 栄養・運動……佐藤祐造
- ストレス……星 恵子
- 検査値の見方……清瀬 関
- 人間ドック……田村政紀

最新の知見とデータ

中山耕作(日本病院会会長)

●各方面からの要望に応え、既刊の「やさしい保険シリーズ」をさらに充実して、最新の医学上の知見とデータを加えて増補改訂した新装版が、この「人間ドックのほん」、全三冊です。(本書「序文」から)

身近な存在の「ドック」をめざし…

奈良昌治(日本人間ドック学会理事長)

●みなさんに、人間ドックを一層身近な存在とさせていただくことが、日本人間ドック学会に結集した医師の至上の使命で、その使命感から、情熱を込めて取りまとめたのが本書です。(本書「序文」から)



社団法人 日本病院会

〒102-8414  
東京都千代田区一番町十三番地三(日文一番町ビル内)  
TEL. 03-3265-0077 (代表) FAX. 03-3230-2898  
<http://www.hospital.or.jp/>

株式会社 日本病院共済会

〒102-0082  
東京都千代田区一番町十三番地二(ワイトワイビル五階)  
TEL. 03-3264-9888 FAX. 03-3222-0016  
<http://www.nichibyoo.co.jp/>

# すこやか健保

2001年2月1日 第627号



健康保険組合連合会  
〒107-8538 東京都港区南青山1-21-4  
電話 (03) 3403-0939

平成13年2月1日発行(第三種郵便物認可) ●郵料34%2/3日第三種郵便物認可 月九日発行 本誌掲載料600円(送料別) ●会員の送付は健康保険組合のみにあてられます ●掲載料には消費税は含まれていません



2000年に生まれた赤ちゃんは、1999年より1万1000人増えて、およそ118万9000人。こんな推計が厚生省より発表されました。わずかながら、出生数が増加したことは大変うれしいニュースです。しかし、その数は過去4番目の少なさという事実が示すように、依然として少子化傾向は続いています。

また、昨年末に発表された1998年の社会保険給付費(公的年金、医療保険、福祉などの社会保険制度から国民に給付された額)では、給付費総額が72兆1411億円と、はじめて70兆円を突破。このうち3分の2(66.3%、47兆8041億円)が、60歳以上の高齢者への給付で占められています。高齢者関係給付の前年度比5.9%増の高い伸びは、社会保険給付費全体の伸び率3.9%を大きく上回る結果となりました。

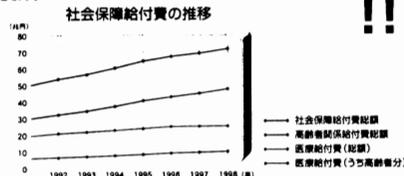
このように、少子高齢化が進む日本を21世紀も活力ある社会にしていけるためには、安心して子育てする子も産み、育てることができる環境づくりとともに、社会保険制度における高齢者の位置づけや高齢者医療のあり方を早急に見直す必要があります。

このままでは、年金、高齢者医療ともに現行制度を維持することは困難です。とりわけ、その費用のほとんどをサラリーマンなど現役世代の保険料で賄っている高齢者医療制度の状況は深刻です。多くの健保組合(保険者)が、高齢者医療費への拠出金を捻出するまでに、まさにギリ

ギリの経営努力をしておこなっています。しかし、それも限界。世代間の不公平をなくした新しい高齢者医療制度をつくらなければなりません。

昨年10月に「社会保険構造の在り方について考える有識者会議」がまとめた「持続可能な制度」へ向けた提言を受け、新たに「社会保険改革関係閣僚会議」が設置され、実際に動き始めています。今後は、この場で高齢者の負担も視野に入れた抜本改革への総合的な議論が行われることとなります。また、1月6日には厚生労働省が誕生し、改革へ向けた新体制がスタートしました。

私たち健保組合は、被保険者とその家族のみならずとも、今夏行われる参院選をはさんだ政府・与党の社会保険制度再構築に向けた動きを注意深く見守り、正念場を迎える医療保険制度抜本改革へ全力で取り組んでいきます。



## 少子高齢化が止まらない！ 急激に進む高齢者医療社会に対応した 新しい高齢者医療制度の創設を！！



悪化する国民の健康度を改善しよう

一八九〇年代以降、年々悪化の一途を辿っている、日本病院会の予防医学委員会が毎年発表している「八開ドック全国統計成績」は、国民の健康について憂慮すべき状況を報告している。

同委員会は一八八四年から全国八開ドック受診者の判定別年代別総合成績の調査を行ってきたが、昨年発表された一九九九年調査(対象者二四〇万)では「異常なし(健康者)の割合はわずかに五八・八%、要経過観察が一八・二%、要治療二二・二%、要手術が四・四五八%となっており、要経過観察が延べ人数でも多く、一人で複数の異常項目を抱えている高齢者が目立っている。

「四年の全国調査で、健康者の割合は三三%を占めていた。しかしその割合は年々全国的に低下し、一五年間で半減するに至っている。

国民の健康度を悪化させた最大の要因は、生活習慣病予備軍の増大である。この一五年間の検査成績をみると、生活習慣病の危険因子とされる六項目(肝機能異常、高コレステロール、肥満、高中性脂肪、高血圧、耐糖能異常)の二六項目が常に異常傾向の地位を占め、しかも年々悪化してきている。また六項目中三項目以上で異常値を指摘された症例が三五%にのぼる上で、生活習慣病の危険因子は今や、三〇歳代を含めますます増加する傾向を示している。

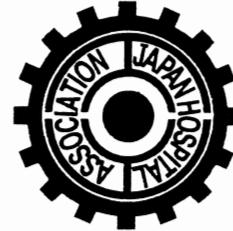
こうした中で八開ドック学会は昨年、国民の健康度を改善するため、受診者の食事、飲酒、喫煙、運動等の生活習慣病予防を充実させ、問診と検査成績の総合判定による個別指導を行い、二〇〇〇年に健康者の割合を三〇%以上に引き上げることを掲げ、「健康づくり」疾病の一次予防を推進する人前ドックの実施である。

これは重要な課題である。我々の周辺にあられる生活習慣の乱れ、不規則で偏った食生活、運動不足……の現状を放置すれば超高齢社会は「何れも国民」に陥れてしまふ。健保日本二二が自揮す「健やかな長寿」を表現する……は、生涯をかけた健康管理の視点から健康づくりを推進する……が何よりも必要である。

被保険者の健康を改善する具体的な取組み、保険者機能の発揮がいま強く求められている。

人間ドック認定指定医  
認定手帳

Board Nominated Health Care Physician  
Associated with Accredited Human Dry Dock Institute



社団法人 日本病院会

日本人間ドック学会

日本総合健診医学会

人間ドック認定指定医委員会

## 人間ドック認定指定医について——

### □認定の目的

日本病院会は、人間ドックの使命である国民の健康増進、疾病予防のための生活指導、即ち一次予防、さらに早期発見・早期治療による健康の回復など二次予防の重要性を認識し人間ドック担当医の資質の向上を図る目的で、人間ドック認定指定医制度を発足させ、第1回の認定は第40回日本人間ドック学会総会の平成11年8月26日に行った。

### □認定指定医の名称

日本医学会の内科学会、外科学会などの認定制度との混乱を避けるために正式名称は、「日本病院会・日本人間ドック学会と日本総合健診医学会の認定する人間ドック指定医（略称「日本病院会人間ドック認定指定医」又は「日本病院会人間ドック指定認定医）」とした。

### □認定証

日本病院会人間ドック認定指定医委員会が認めた人間ドック事業の理念を正しく理解し、所定の研修を修了した医師に対し、日本病院会と日本人間ドック学会および日本総合健診医学会が共同で人間ドック認定指定医の認定証を交付します。

認定証受領後も、所定の学会参加と研修を義務付け、5年ごとに認定証を更新します。

### □認定条件

人間ドック事業の理念を十分に理解し、人間ドック認定指定医委員会所定の研修を修了し、かつ医学経験、人格とも水準に達した医師で、日本病院会人間ドック認定指定医委員会が承認した医師を認定指定医とします。

### 【認定条件（移行措置）】

1. 日本人間ドック学会正会員5年以上の医師（留学等中断の場合は延年）
2. 日本総合健診医学会正会員5年以上の医師
3. 日本人間ドック学会理事、評議員、予防医学委員会委員、実査委員、日本総合健診医学会理事、評議員
4. 人間ドック事業に対する特段の貢献を評価し、人間ドック認定指定医委員会が推薦した医師
5. 日本内科学会認定医、専門医の有資格者は、日本人間ドック学会または日本総合健診医学会正会員4年とする。

## 認定更新の条件

日本人間ドック学会あるいは日本総合健診医学会のいずれかの学術大会に、合計5回以上参加し、さらに人間ドック認定指定医研修会に1回以上参加すること。

但し、学術大会参加回数が4回に達している場合には研修会に合計2回参加することで、学会参加数の不足を1回分のみ補えるものとする。

日本人間ドック学会、日本総合健診医学会及び人間ドック認定指定医研修会  
参加記録 余備欄


社団法人 日本病院会案による判定の定義

判定は、下のA～Dの4または5段階に行う

A：異常なし

B：軽度異常を認めるが心配なし

C：経過観察を要する

D：要医療・精検 (D1：要医療, D2：要精検)

要医療とは、投薬、処置あるいは指導が必須

判定区分

項目	A 異常なし	B 軽度高値なるも現在心配なし	C 異常あり生活改善後要経過観察	D(1), D(2) 要精検、医療
総タンパク (g/dl)	6.5……8.0	8.1……9.0	6.0……6.4	9.1…… ……5.9
アルブミン (g/dl)	4.0……		3.6……3.9	……3.5
総コレステロール (mg/dl)	140……199	200……219	220……239	240…… ……139
閉経後女性 (mg/dl)	(150……219)	(220……239)	(240……259)	(260…… ……149)
HDL-C (mg/dl)	40……99	100……	35……39	(100……) 34
中性脂肪 (mg/dl)	……149	A 異常なし	150……249	250……
クレアチニン (mg/dl): M (酵素法) F	……1.1 ……0.8	1.2 0.9	……1.3 ……1.0	1.4 1.1
尿酸 (mg/dl)	……7.0	7.1……7.5	7.6……7.9	8.0……
GOT (IU/l)	……35	36……45	46……49	50……
GPT (IU/l)	……35	36……39	40……49	50……
rGTP (IU/l)	……55	56……79	80……99	100……
空腹時血糖 (mg/dl)	……109		110……115	126……(D1) 116…… 125(D2)

平成14年に見直す予定

# MEMORANDUM

## 判定区分（血算）

項目	性	A 異常なし	B 軽度異常あ るも現在心 配なし	C 軽度異常あ るも経過観 望し必要 なし	D 要医療 D1 要精検 D2
白血球数 $\mu\text{l}$		3,300..... <9,000 参考値8,600	9,000..... <11,000	2,600..... <3,300	<2,600 11,000.. 10,000
赤血球数 10 $\mu\text{l}$	男	400.....<540	540..... <580	360..... <400	.....<360 580.....
	女	360.....<490	490..... <520	330..... <360	.....<330 520.....
血色素量 g/dl	男	13.0..... <16.7	16.7..... <17.6	12.1..... <13.0	.....<12.1 17.6.....
	女	11.4..... <14.7	14.7..... <15.5	10.8..... <11.4	.....<10.8 15.5.....
ヘマトク リット %	男	37.9..... <49.2	49.2..... <52.0	35.1..... <37.9	.....<35.1 52.0.....
	女	33.7..... <43.5	43.5..... <46.0	31.3..... <33.7	.....<31.3 46.0.....
血小板数 10 $\mu\text{l}$		14.....<36	36.....<45	11.....<14	.....<11 45.....
MCH pg		28.....<35	35.....<37	22.....<28	.....<22
MCV fl		78.....<102	102.....<103	72.....<78	.....<72
MCHC %		31.....<36	36.....<37	30.....<31	.....<30 37.....

参考：赤血球系の男性若年者では稍高く、男性高齢者では稍低いことに注意

註：これは平成14年に見直す予定

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# 人間ドック手帳

ふりがな	
氏名	

# 人間ドック質問表

- この質問表はドック健診の成績を判定し、今後の生活の指導のために必要なものですから、必ずご記入の上、ドック受診の際に提出してください。
- 記入は各項目ごとの指示に従って、(はい・いいえ)を○印でかこみ、付随の質問にも答えてください。答えられない項目には、注をつけるか、またはそのままにしてください。後でうかがいます。
- この質問票は秘密扱いとして医療関係者以外の人には見せません。

様

## A 氏名・年齢・職業

1	ふりがな			性別	
	氏名			男	女
2	年齢	明・大・昭	年	月	日生満歳
3	住所	<input type="text"/>		電話 昼間連絡先	
4	職業 (くわしく)				
5	結婚歴	未婚・既婚・死別・別居・離婚			

## B 健康管理の状況

### 1. 健康診断を受けていますか (○をつけてください)

毎年定期的に受けている ・ 時々受ける ・ 受けたことがない  
住民健診 ・ 職場健診 ・ 人間ドック (          回目)  
その他 (                                  )

### 2. ホームドクターはいますか……………いない ・ いる

## C 既往歴・現病歴

いつ頃、どんな病気をしたか、子供の頃からの主なものを記入してください。

年齢	病名	経過・治療法	現在治療中は○を
①			
②			
③			
④			



## F 生活状況

### 1. 食生活 (○をつけてください)

1) 1日何回食事をとりますか…………… 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回

2) 主食は毎食どの位とりますか (米飯・パン・うどん・そば等、品目と量を書いてください)

朝 ( ) 昼 ( )

夕 ( ) 夜食 ( )

3) 下記の食品で、多く摂るものには a. 少ないものに c. どちらでもないものに b. をそれぞれ○で囲んでください。

	多 い	ふつう	少 ない
肉	a.	b.	c.
魚	a.	b.	c.
乳 製 品	a.	b.	c.
卵	a.	b.	c.
穀 類	a.	b.	c.
豆 類	a.	b.	c.
油 類	a.	b.	c.
緑 黄 色 野 菜	a.	b.	c.
果 物	a.	b.	c.
塩 分	a.	b.	c.
香 辛 料	a.	b.	c.
甘 い も の	a.	b.	c.
インスタント食品	a.	b.	c.

4) お腹いっぱい食べるほうですか……………はい ・ いいえ

5) 外食をすることが多いですか……………はい ・ いいえ

6) 熱いものが好きですか……………はい ・ いいえ

7) 食事時間は不規則ですか……………はい ・ いいえ

8) 早食いですか……………はい ・ いいえ

9) 間 食 :

a. 多 い                      b. ときにする                      c. 殆んどしない

2. 飲 酒 (○で囲んでください)

飲酒習慣について

1) 飲酒回数は

- a. 飲まない
- b. 週3日以下
- c. 週4～5日
- d. ほとんど毎日

2) 一日の平均飲酒量 (複数回答可)

日本酒	ビール(大ビン)	ウイスキー(W)	酎ハイ	グラスワイン
1合以下	1本以下	1杯以下	1杯以下	2杯以下
2合位	2本位	2杯位	2杯位	4杯位
3合位	3本位	3杯位	3杯位	6杯位
4合以上	4本以上	4杯以上	4杯以上	8杯以上

3) 飲酒年数は

- a. 5年未満
- b. 5～10年未満
- c. 10～20年未満
- d. 20年以上

3. タバコ (○をつけて書き込んでください)

1) 吸わない: 以前から吸わない

( ) 年前から止めた(以前1日 本 歳より)

2) 吸う: 1日 本 歳より

吸い方 (深く吸う ・ あさく吸う)

4. 運 動 (歩行、体操、サイクリングなど1回20分以上)

1) 運動はしていますか

していない ・ している(内容 )

週に( )日位・1回( )分位

2) 1日の歩く時間は 平均( )分位

5. 体 重

1) 20歳の体重…………… kg

2) 今迄の最高の体重…………… kg 歳のとき

3) 最近の体重の変動……………ない ・ ある

カ月間に kg増えた

kg減った

## 6. 睡眠

- 1) 寝付きが悪いですか……………はい ・ いいえ
- 2) 夜中に目がさめやすいですか……………はい ・ いいえ
- 3) 就寝する時刻は不規則ですか……………はい ・ いいえ
- 4) 睡眠時間(平均 時間)：就寝時刻 ( 時)：起床時刻( 時)
- 5) 熟睡感はありますか……………はい ・ いいえ
- 6) 睡眠剤を使いますか……………はい ・ いいえ

## 7. 休養 (○をつけてください)

- 1) 一日の労働時間は平均10時間以上ですか……………はい ・ いいえ
- 2) 疲れをとる時間が少ないですか……………はい ・ いいえ
- 3) 朝、起きたとき疲れが残っていますか……………はい ・ いいえ
- 4) 気疲れ(自覚的なストレス)がひどいですか……………はい ・ いいえ

## 8. 便秘

- 1) 不規則ですか……………はい ・ いいえ
- 2) 便秘しますか……………はい( 日間、下剤：要・不要) ・ いいえ
- 3) 痔がありますか……………はい ・ いいえ
- 4) 出血することがありますか……………はい ・ いいえ
- 5) 便秘と下痢が交互にくることがありますか……………はい ・ いいえ

## 9. 実行している健康法があれば……………

## G 婦人に関する質問

- 1) 月経は不順ですか……………はい ・ いいえ
- 2) 月経の量は異常に多いですか……………はい ・ いいえ
- 3) 月経時、具合が悪く感じますか……………はい ・ いいえ
- 4) 月経中、下腹部痛や腰痛がありますか……………はい ・ いいえ
- 5) 月経中、寝込むことがありますか……………はい ・ いいえ
- 6) 妊娠中や産褥でむくみ、蛋白尿、高血圧がありましたか  
……………はい ・ いいえ
- 7) お産をしたことがありますか……………はい( 回) ・ いいえ
- 8) 最後のお産(または流産)は何歳の時でしたか……………( 歳時)
- 9) お産で何か異常がありましたか……………はい( ) ・ いいえ
- 10) 流産(人工流産を含む)をしたことがありますか  
……………はい( 回) ・ いいえ
- 11) おりものになやまされていますか……………はい( 年前より) ・ いいえ
- 12) 月経の他に出血することがありますか……………はい( 年前より) ・ いいえ
- 13) 下腹部に痛みを感ずることがありますか……………はい( 年前より) ・ いいえ
- 14) 婦人科医から婦人科の病気があるといわれたことがありますか  
……………はい(病名 ) ・ いいえ
- 15) 婦人科の病気、お産その他で手術をうけたことがありますか  
……………はい(病名 ) ・ いいえ
- 16) 最初の月経は何歳の時ですか……………( )歳の時
- 17) 閉経は何歳の時ですか……………( )歳の時
- 18) 乳房にしこりができたことがありますか……………はい ・ いいえ



# 人間ドック成績報告書

年 月 日実施

氏名		性別
		男・女
生年月日	M・T・S 年 月 日 歳	
受診番号		

実施医療機関名

所在地

電話

担当医

	診断および所見	判定
1. 身体計測		A. B. C. D1. D2
2. 循環器 (血圧・心臓)		A. B. C. D1. D2
3. 呼吸器		A. B. C. D1. D2
4. 食道・胃・十二指腸		A. B. C. D1. D2
5. 大腸		A. B. C. D1. D2
6. 肝臓・胆のう・膵臓		A. B. C. D1. D2
7. 腎臓・尿路		A. B. C. D1. D2
8. 糖尿病		A. B. C. D1. D2
9. 脂質 (コレステロール・中性脂肪)		A. B. C. D1. D2
10. 尿酸		A. B. C. D1. D2
11. 血液		A. B. C. D1. D2
12. 血清反応		A. B. C. D1. D2
13. 眼科		A. B. C. D1. D2
14. 聴力		A. B. C. D1. D2
15. 乳房		A. B. C. D1. D2
16. 婦人科		A. B. C. D1. D2
17. 前立腺		A. B. C. D1. D2
18. その他		A. B. C. D1. D2

A：異常ありません。

B：軽度異常を認めるが心配ありません。

C：経過観察が必要です。

D1：医療機関で治療を受けて下さい。

D2：医療機関で精密検査を受けて下さい。

## 日常生活上の注意

### 1. 食 事

1) 量		今まで通り	減らす	増やす
2) 内 容	蛋 白 質	今まで通り	減らす	増やす
	脂 肪 (動物性、植物性)	今まで通り	減らす	増やす
	糖 質	今まで通り	減らす	増やす
	塩 分	今まで通り	減らす	
	野 菜	今まで通り		増やす
	刺 激 物	今まで通り	減らす	

### 2. 酒

今まで通り      減らす      禁ずる

### 3. タ バ コ

今まで通り      減らす      禁ずる

### 4. 運 動

今まで通り      積極的に軽い運動をする  
(散歩・体操)

### 5. 体 重      現在のままでよい

体重を      kg前後に調節する

### 6. 休 養

今まで通り      減らす      増やす

### 7. 睡 眠

今まで通り      減らす      増やす

## 指 示 事 項

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

氏名 \_\_\_\_\_

実施日 年 月 日

診察所見：異常なし・異常あり

### 1. 身体計測

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

肥満度 \_\_\_\_\_ % (-10~10)

体格指数(BMI) \_\_\_\_\_ (18.5~24.9)

体脂肪率 \_\_\_\_\_ %

### 2. 循環器(血圧・心臓)

#### 血 圧

収縮期 \_\_\_\_\_ mmHg (100~129)

拡張期 \_\_\_\_\_ mmHg (50~85)

#### 心電図所見

心拍数 \_\_\_\_\_ /分 (50~100)

異常なし

上室性・心室性期外収縮

心房細動 房室ブロック(I・II・III)

その他不整脈

右脚・左脚ブロック(完全・不完全)

右室肥大 左室肥大

ST・Tの変化(虚血性、非特異性)

その他( )

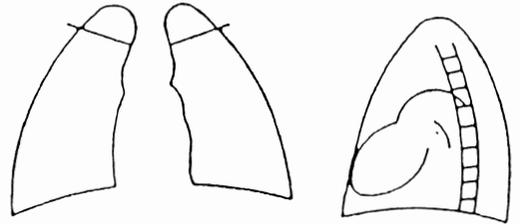
#### 胸部X線検査

心 臓：

異常なし 心拡大

心胸部比 \_\_\_\_\_ % (50以下)

その他( )



### 3. 呼 吸 器

#### 肺機能検査

努力性肺活量 \_\_\_\_\_ cc

% 肺活量 \_\_\_\_\_ % (80以上)

1 秒 量 \_\_\_\_\_ cc

1 秒 率 \_\_\_\_\_ % (70以上)

#### 胸部X線検査

肺：

異常なし

所見( )

#### 喀痰細胞診

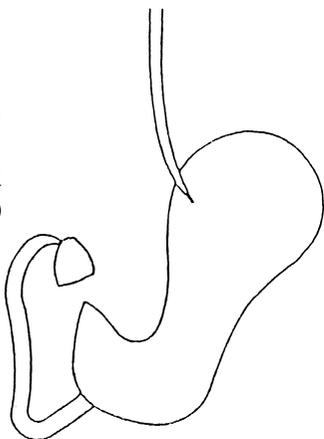
.....

#### 4. 食道・胃・十二指腸

食道：  
異常なし ヘルニア 憩室 その他( )

胃：  
異常なし ホリーフ 潰瘍 憩室 ニッシェ 集中像  
その他( )

十二指腸：  
異常なし 変形 潰瘍 憩室 充盈不良  
その他( )



#### 5. 大腸

便潜血 免疫法 \_\_\_\_\_ (-)

#### 6. 肝臓・胆のう・膵臓

総蛋白 _____	g/dℓ (6.5~8.0)	アルカリP _____	IU/ℓ
アルブミン _____	g/dℓ (4.0以上)	LDH _____	IU/ℓ
A/G比 _____		HBs 抗原 _____	(-)
GOT (AST) _____	IU/ℓ (35以下)	HBs 抗体 _____	(-)
GPT (ALT) _____	IU/ℓ (35以下)	HCV 抗体 _____	(-)
γ-GTP _____	IU/ℓ (55以下)		

#### 腹部超音波検査

●胆のう部：異常なし	胆のうホリーフ	胆石	その他( )
●肝臓：異常なし	肝のう胞	脂肪肝	その他( )
●膵臓：異常なし	膵のう胞	描出不能	その他( )
●腎臓：異常なし	腎のう胞	腎結石	その他( )
●その他：			

#### 7. 腎臓・尿路

#### 腎機能検査

クレアチニン \_\_\_\_\_ mg/dℓ ( $\frac{\text{男 } 1.11}{\text{女 } 0.81}$ 以下)

尿素窒素 \_\_\_\_\_ mg/dℓ

#### 尿検査

蛋白定性 \_\_\_\_\_ (-)

糖定性 \_\_\_\_\_ (-)

ウロビリノーゲン \_\_\_\_\_ (+)

潜血 \_\_\_\_\_ (-)

沈  
渣

赤血球	全視野
白血球	全視野
上皮	全視野
円柱	硝子 顆粒 赤血球 白血球
結晶	
細菌	

## 8. 糖 尿 病

空腹時血糖 \_\_\_\_\_ mg/dℓ (70~109)

HbA1c \_\_\_\_\_ %

### 糖負荷試験

血 漿	正 常 域	糖 尿 病 域	血 糖	尿 糖
前	<110	≥126	mg/dℓ	
120分	<140	≥200	mg/dℓ	
判 定	正 常 型 ・ 境 界 型 ・ 糖 尿 病 型			

## 9. 脂 質

(コレステロール・中性脂肪)

総コレステロール \_\_\_\_\_ mg/dℓ (140~219)

LDLコレステロール \_\_\_\_\_ mg/dℓ

HDLコレステロール \_\_\_\_\_ mg/dℓ (40~99)

中性脂肪(トリグリセライド) \_\_\_\_\_ mg/dℓ (149以下)

## 10. 尿 酸

尿 酸 \_\_\_\_\_ mg/dℓ (7.0以下)

## 11. 血 液

白血球 \_\_\_\_\_  $10^3/\mu\ell$  (3.3~8.9)

赤血球 \_\_\_\_\_  $10^4/\mu\ell$  (男 400~539  
女 360~489)

ヘモグロビン \_\_\_\_\_ g/dℓ (男 13.0~16.6  
女 11.4~14.6)

ヘマトクリット \_\_\_\_\_ % (男 37.9~49.1  
女 33.7~43.4)

MCV \_\_\_\_\_ fℓ (78~101)

MCH \_\_\_\_\_ pg (28~34.9)

MCHC \_\_\_\_\_ % (31~35.9)

血小板 \_\_\_\_\_  $10^4/\mu\ell$  (14~35.9)

赤 沈

1時間値 \_\_\_\_\_ mm

## 12. 血 清 反 応

ガラス板法 \_\_\_\_\_ (-)

RF \_\_\_\_\_

TPHA \_\_\_\_\_ (-)

CRP \_\_\_\_\_ (-)

### 血 液 型

ABO \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_

**13. 眼 科**

		右	左
視 力		( )	( )
眼 圧			
眼 底	KW		
	Scheie	H	
		S	
糖尿病性変化			
そ の 他			

(カッコ内矯正)

**14. 聴 力**

	右	左
1000 Hz		
4000 Hz		

**15. 乳 房**

触 診：異常なし・腫瘍触知・その他( )

**16. 婦 人 科**

診 察：異常なし・子宮筋腫  
その他( )

細 胞 診 (子宮頸部)

Class	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	V
-------	---	-----	-----	------	------	----	---

**17. 前 立 腺**

PSA \_\_\_\_\_ ng/ml

**18. そ の 他**

# 人間ドックについて

1. 人間ドックは、充実した人生をおくるために必要な「転ばぬ先の杖」といえます。がんや脳卒中、心筋梗塞などは突然起こるように思われがちですが、病気は潜かに始まって進行するもので、しかも原因がいろいろと明らかになっています。人間ドックは潜かに生じた病気を早期に発見して治療するだけが目的ではなく、原因を見出して、病気が起こらないように予防することが目的です。病気によって人生計画が狂わないようにするために、人間ドックをご利用ください。
2. 人間ドックで、異常が発見された方、または異常の疑いのある方は、医師の指示に従って、精密検査、または再検査を受けてください。必要に応じて、生活習慣の改善を行ったり、治療を受けるなどして自分の健康を管理することが肝要です。これを確実に行わないとドックに入った意味がなくなります。また、異常なしといわれても、それは現在検査上問題がないあるいは健康体であるということで、将来の健康を保証するものではありません。実際に変化が起っていても、初期の場合には発見されないこともあります。このために、新たな自覚症状が現れた場合は、医師を受診するなどして注意し、さらに定期的なドックに入ることをおすすめします。
3. ドックの記録は、いわば健康上の通信簿です。病気になった場合、あるいはドックに入ったときにこの健康歴は大変に役立ちます。このドック成績報告書を毎回ファイルして大事に保存してください。
4. 人間ドック成績報告書は複写になっており一部は病院のひかえとします。

# 説明書作成にあたって

ドックではどんな検査をし、それがどんな意味をもつのかを説明し、また簡単に日常生活の注意事項にも触れてみました。ドック手帳にファイルされたドック成績報告書と照合して判読してください。

人間ドックの意義は、少しでも異常があればそれを早目に発見し、これから後の生活に支障を来さないようにするのが目的であって、健康な人に不安を持たせるのは決して本意ではありません。どの病院のドックの成績をみても、男女共半数近くになんらかの異常を発見されるのが普通で、その結果、再検査や精密検査に回される例が多いのですが、それをいちいち気に病んでいてはドックの建設的意義が失われます。取り越し苦労して、自己判断することをやめて、不明な点はドック担当医によく説明をうけてください。また反対にドックで注意をうけても、自分の健康に対して鈍感で一向に守らないのも困ります。自分の健康を守るものは結局は自分なのでありますから。

さらに、ドックではなにもかもすべてわかるといえるものではありません。具合が悪くなった場合はその都度専門医を受診願います。

それではドック成績報告書の検査項目について説明をいたしましょう。各項目別に異常があった場合には診断および所見が記入されます。また、判定のA、B、C、D1、D2は下記の意味するものです。

- |    |                     |
|----|---------------------|
| A  | : 異常ありません           |
| B  | : 軽度異常を認めるが心配ありません  |
| C  | : 経過観察が必要です         |
| D1 | : 医療機関で治療を受けてください   |
| D2 | : 医療機関で精密検査を受けてください |

判定区分

項目	A 異常なし	B 軽度異常ある も心配なし	C 要経過観察	D 要医療 (D 1) 要精検 (D 2)
総蛋白 (g/dl)	6.5~8.0	8.1~9.0	6.0~6.4	9.1~ ~5.9
アルブミン (g/dl)	4.0~		3.6~3.9	~3.5
GOT (IU/l)	~35	36~39	40~49	50~
GPT (IU/l)	~35	36~39	40~49	50~
γ-GTP (IU/l)	~55	56~79	80~99	100~
空腹時血糖 (mg/dl)	~109	110~115		126~(D 1) # 116~125 (D 2)
総コレステロール (mg/dl) (閉経後女性)	140~199 (150~219)	200~219 (220~239)	220~239 (240~259)	240~ ~139 (260~) (~149)
HDL コレステロール(mg/dl)	40~99	100~	35~39	~34 100~
中性脂肪 (mg/dl)	~149	150~199	200~249	250~
クレアチニン (mg/dl) 男性	~1.1	1.2~1.3		1.4~
女性	~0.8	0.9~1.0		1.1~
尿酸 (mg/dl)	~7.0	7.1~7.5	7.6~7.9	8.0~

# D 2 の血糖 116-125 mg/dl は GTT, HbA<sub>1c</sub>、1-5 AG、フルクトサミン等を実施することが望ましい

判定区分（血算）

項目	性	A 異常なし	B 軽度異常ある も心配なし	C 要経過観察	D 要医療（D1） 要精検（D2）
白血球数 (/μl)	喫煙者	3,300~8,999	9,000~10,999	2,600~3,299	~2,599 11,000~
	非喫煙者	3,300~8,599	8,600~9,999	2,600~3,299	~2,599 10,000~
赤血球数 (10 <sup>4</sup> /μl)	男	400~539	540~579	360~399	~359 580~
	女	360~489	490~519	330~359	~329 520~
血色素量 (ヘモグロビン) (g/dl)	男	13.0~16.6	16.7~17.5	12.1~12.9	~12.0 17.6~
	女	11.4~14.6	14.7~15.4	10.8~11.3	~10.7 15.5~
ヘマトクリット (%)	男	37.9~49.1	49.2~51.9	35.1~37.8	~35.0 52.0~
	女	33.7~43.4	43.5~45.9	31.3~33.6	~31.2 46.0~
血小板数 (10 <sup>4</sup> /μl)		14~35.9	36~44.9	11~13.9	~10.9 45~
M C V (fl)		78~101	102~107	72~77.9	~71.9 108~
M C H (pg)		28~34.9	35~36.9	22~27.9	~21.9 37.0~
M C H C (%)		31~35.9	36~36.9	30~30.9	~29.9 37~

参考：赤血球数は、男性若年者ではやや高く、男性高齢者ではやや低いことに注意

# 診 察 所 見

内科診察では、全身一般状態や眼瞼・眼球結膜、口腔、甲状腺、リンパ節、心音、呼吸音、腹部や皮膚の異常などを調べますが、自覚症状、既往歴、ドックでの他の検査所見などとあわせて判断します。甲状腺腫は機能的に正常であれば心配ないことが多いのですが、触診で結節を触れたりそれが硬い場合にはがんの可能性を考慮して精密検査が必要です。また、頸部、腋窩、鼠径（ソケイ）部などのリンパ節腫脹がみられた場合には自覚症状や検査結果も参考に精密検査を進めることもあります。腹部の触診では肝、脾、大腸、大動脈の異常や子宮筋腫などを触れることがあります。

## 1. 身体計測

### ① B M I

身長および体重測定が基本です。身長に対して適正な体重とは成人の場合、身長(メートル)×身長(メートル)×22で求められます。つまり171 cmの人は $1.71 \times 1.71 \times 22 = 65$  kgとなります。この上下10%の範囲内にあるのが理想です。

体格を示す指数としてbody mass index (BMI)があります。これは、kgで表わした体重をmで表わした身長の二乗で割ったもの、つまり、 $BMI = \text{体重} \div (\text{身長} \times \text{身長})$ です。体重65 kg、身長171 cmの人のBMIは、 $65 \div (1.71 \times 1.71) = 22.2$ となります。わが国の肥満学会の提唱では、病気になりにくいBMIとして男女とも22が好ましいとされています。これは、健康診断のいくつかの重要な項目で異常を示す割合が一番低いBMIを求めたところ、BMIは22付近であったという報告を根拠にしています。25を越えると糖尿病や高脂血症などの代謝の病気や高血圧などを生じやすくなります。

日本肥満学会（1999年）による新しい  
肥満の判定基準

BMI	判定	WHO 基準
～18.4	低体重	低体重
18.5～24.9	普通	正常
25.0～29.9	肥満（1度）	前肥満
30.0～34.9	肥満（2度）	I度
35.0～39.9	肥満（3度）	II度
40.0～	肥満（4度）	III度

## ② 体脂肪率

体脂肪率という指標も良く使われるようになりました。ただ、この数値はどのような原理で測定するのか、体のどの部位を用いて測定するのかなどで多少異なり、絶対値を単純に比較することはまだ難しいようです。もちろん、同じ機器を用いて、自分の数値を経時的にみることについては支障ないわけですから、個人の健康管理のモニターの指標として有用です。

# 2. 循環器（血圧、心臓）

## ① 血圧

高血圧は脳梗塞、心筋梗塞の最も重要な危険因子です。高血圧の診断は日本高血圧学会の作成した「高血圧治療ガイドライン」2000年版の高血圧分類に従い判定します。なお、収縮期血圧と拡張期血圧が異なる分類に属する場合は、高い方の分類に組み入れます。

	収縮期血圧		拡張期血圧
至適血圧	～119	かつ	～79
正常血圧	120～129	かつ	80～84
正常高値血圧	130～139	または	85～89
軽症高血圧	140～159	または	90～99
中等症高血圧	160～179	または	100～109
重症高血圧	180～	または	110～

低血圧は収縮期血圧が 100 mmHg 未満とします。

なお、高血圧ならびに低血圧の診断は異なる機会に何度か測定し、常に高い場合を高血圧、低い場合を低血圧と判定します。

さらに、高血圧と診断されても直ちに薬による治療（降圧療法）が必要とは限りません。ことに高血圧による臓器障害のない方、高血圧以外に糖尿病、高脂血症などの動脈硬化を促進する病気のない方（低リスク群）では、まず減塩、軽い運動などの非薬物療法による血圧のコントロールを始めます。これらの生活習慣の改善を 3 ヶ月あるいは 6 ヶ月続けても高血圧が持続する方には薬物療法が必要となります。しかし、すでに臓器障害のある方、糖尿病のある方（高リスク群）では早期からの薬物療法が必要です。また、ご家族に脳梗塞、心筋梗塞のおられる方も早期からの薬物療法が必要です。

## ② 心電図

不整脈をはじめ、冠状動脈の動脈硬化に基づく狭心症、心筋梗塞の診断に不可欠です。さらに心肥大の診断にも重要です。

不整脈は大きく 2 つに分類されます。上室性不整脈と心室性不整脈です。上室性不整脈では脈が極めて速くなる頻脈がなければ多くの方で心配はありません。代表的な症状は動悸です。一方、心室性不整脈はその数が多い方、あるいは不整脈が連続して起こる方では薬物療法を必要とすることが多く、24 時間心電図検査（ホルター心電図）や心臓超音波検査などの精密検査が必要です。脈が跳ぶ、胸の圧迫感などが代表的な症状です。また、心臓の刺激の伝わり方の異常（刺激伝導障害）も診断されます。高度の刺激伝導障害の方も精密検査が必要です。意識が薄れる、あるいは意識がなくなるなどが進行した場合の症状です。精密検査の指示があった方は必ず検査をお受けください。放置すると生命に危険なことがあります。

冠状動脈異常についても、運動負荷試験などの精密検査の指示があった方は必ず検査をお受けください。また、心電図に異常がなくても胸痛などの自覚症状のある方も精密検査をお受けになることをお勧めいたします。

心肥大を指摘された方は、心筋症の診断との区別に心臓超音波検査が必要となります。

## ③ 胸部 X 線検査

心拡大を診断します。胸部 X 線撮影で心臓の大きさと胸部全体の幅との比を「心胸郭比」とし、51 % 以上を心拡大とします。高血圧、弁膜症、心筋症、先天性心臓病などで心拡大が見られます。しかしこの数値は肥満の方では横隔膜が上方に上がっていることから、見かけ上大きくなりますので心電図などで肥満による心

拡大心臓病によるものかを区別する必要があります。

## 3. 呼 吸 器

### 呼 吸 器

肺は呼吸により空気中の酸素を体内に取り込みながら、二酸化炭素などの不要物を排泄する器官です。さらに口から吸った空気を肺に送る気管支や肺、そしてそれらを覆っている胸膜などを併せて呼吸器といいます。呼吸器の検査として、空気の出し入れの働き具合を調べる肺機能検査と、呼吸器組織に異常があるかどうかを X 線を通して写真に映し出す胸部 X 線検査の 2 通りの方法を行います。

#### ① 肺機能検査

肺機能検査ではいろいろな肺の働きが測定できます。重要なものに「%肺活量」と「1 秒率」があります。吸い込んだ空気を一気に吐き出せる空気の容積を調べます。そして、あなたと同じ身長、年齢、性別の健康者と比較してどれくらい多いか少ないかの割合を表す「%肺活量」を算出します。また、吸い込んだ空気を一気に吐き出す場合に、最初の 1 秒間で何パーセント吐き出すことができるかという能力を「1 秒率」として調べます。

##### 1) 「%肺活量」が少ない (80 %未満) 場合

肺の容積が小さくなっている、あるいは空気を吸い込んだときに肺が十分膨らまないことが考えられます。この場合を拘束性障害と呼んでいます。肺の炎症の後の癒着などが原因になります。

##### 2) 「1 秒率」が少ない (70 %未満) 場合

空気の通り道である気管支が狭くなっている、あるいは肺の弾性収縮力が悪くなっていると考えられます。この場合を閉塞性障害と呼んでいます。肺気腫や喘息が原因になりますが、喫煙も大きな原因です。

##### 3) 「%肺活量」が少ない (80 %未満)、「1 秒率」も少ない (70 %未満) 場合

1)、2)の病気がひどくなる、あるいは 1)と 2)の病気を両方もっていると、この状態になります。この場合を混合性障害と呼んでいます。

病名を確定するには、次項の胸部 X 線検査さらには、胸部 CT 検査や喀痰検査などを行う必要があります。

## ② 胸部X線検査

X線を体にあてると、器官や組織の違いにより濃淡のコントラストとなってフィルムに写しだされます。空気を多く含んだ肺はX線写真上で黒く見えます。

肺にがんなどの腫瘍や肺炎などの炎症があると、X線写真上で白い陰影として映し出されます。腫瘍などの塊の病気ですと、その白い陰影の輪郭はくっきりとしています。一方肺炎のような浸潤性の病変では、辺縁のはっきりしない陰影として見られます。病名を確定するには、胸部CT検査、喀痰検査や気管支鏡検査などを行う必要があります。

死亡率の高い肺がんには、肺の末梢に出来る肺野型肺がん、肺門の周辺にできる中心型肺がんがあります。ドックでは胸部写真を正面と側面の2枚撮りますが、胸部写真は主に肺野型肺がんの発見を目的とするものです。正面写真では写りにくい心臓の後ろにある異常が側面写真で発見できることがあります。中心型肺がんについては胸部写真のみでは不十分で、喫煙する方やせき、たん等の症状が長く続く方は、喀痰の検査を受けた方がいいでしょう。

## 4. 食道・胃・十二指腸

食べ物は、口から入り、食道、胃、十二指腸、小腸、大腸、直腸を通過して肛門から排泄されます。病気のほとんどが小腸以外に発生します。食道、胃、十二指腸は上部消化管とも呼ばれそこでの病気を調べるには、「バリウム」という白い液体を飲んで調べる「バリウム造影検査」があります。

雨が降った場合、道路に凹みがあると水溜りができます。一方石があると、石のまわりにのみ雨水が張っています。バリウム検査も同じで、潰瘍などにより粘膜がえぐられていると、バリウムの溜まりとして見られます。一方ポリープやがんなどの腫瘍があると、その部分だけバリウムがはじかれて見えます。このようにバリウムの溜まりやはじかれを見つけることにより、病気を発見できるわけです。さらに、溜まりの深さあるいは盛り上がりの大きさ、異常な部分の辺縁の状態などから、いくつかの所見用語がありますので、簡単に紹介します。

**ヘルニア**：横隔膜より下にある胃の一部が、横隔膜より上に出ている。

**憩室**：壁の弱い部分が袋状に膨らんでいる。

**ポリープ**：いぼのような形をした塊り。

**ニツシエ**：潰瘍などにより粘膜組織が欠損している場合、バリウムがそこに溜まっているという異常所見。

**集中像：**胃の壁にはヒダが平行して走っているが、潰瘍やがんがあるとヒダがその部分に集中する。

**変形：**本来の壁の状態ではなく、潰瘍などにより変形が起きる。

**球部充盈（じゅうえい）不良：**十二指腸の入り口の部分に、バリウムが充分入りこめない状態。潰瘍の場合もあるが健康者で見られることもある。

疑わしい陰影がある場合は内視鏡検査や生検（胃の組織の一部を採って顕微鏡で調べる検査）などを行い詳しく調べます。内視鏡検査は食道や胃・十二指腸の粘膜を直接観察することができて診断精度が高く異常所見の早期発見に優れた検査法です。内視鏡検査をドックで行うことも多くなってきました。バリウム検査は異常所見の発見のほか、胃などの全体像を観察できるという利点があります。

## 5. 大腸

大腸検査は上部消化管の検査に比べ時間と負担がかかるため、最初から行うことはあまりなく、まず大便の中に血液が混じっているかどうかを調べます。これを潜血検査と言います。潜血がある場合は、大腸、直腸、肛門などに病変があり、そこから出血していると推定されますので、大腸検査を受けてください。ポリープやがんなどが発見されますが、その場合は適切な処置が必要になります。

歯肉の出血や鼻出血などで胃に入った血液は胃酸で破壊されてしまうことが多いため、便に潜在する血液は大腸からの出血がもっとも疑わしいといえます。痔の影響は除外できませんが、陽性の場合には積極的に大腸の検査を受けるようにしてください。大腸の腺腫性ポリープ（いぼのような形をした塊り）は前がん状態とされており、内視鏡検査でポリープが見つかったらとっておくようにします（内視鏡的ポリープ切除）。特に1 cm以上の大腸ポリープでは、増大するに従ってその一部にがんがあるものの割合が高くなります。

## 6. 肝臓・胆のう・膵臓

肝臓は、栄養素の吸収を助ける胆汁を作る、出血したときに血を止める凝固物質の生成、たんぱく質や脂肪の合成など多くの働きを行っています。胆汁は肝臓から胆道を通過して胆のうで貯めておきます。食事をして食べ物が十二指腸を通ると胆のうが収縮して胆汁を十二指腸に排泄します。膵（すい）臓は食物の脂肪を

分解する膵液を産生し、十二指腸に流し込みます。また血液中の糖分をコントロールするインスリンというホルモンも作っています。

## ① 血液検査

血液検査では、膵臓などの働きや細胞の破壊の程度がわかります。代表的な項目について説明します。

**アルブミン**：肝臓で作られるたんぱく質。肝臓の働きが悪いと低くなります。

**GOT・GPT**：肝臓の細胞が破壊されるとこれらの値が高くなります。ただし GOT は心臓や筋肉の病気でも上昇します。

**γ-GTP**：飲酒によりこの酵素が多く産生されます。

**アルカリP・LDH**：一般に肝臓や胆のうの病気が高くなりますが、その他の臓器障害でも高くなります。

**HBs 抗原**：B型肝炎ウイルスが血液の中にあるかどうかを調べる検査です。

B型肝炎は感染者の血液や体液を介して感染します。輸血、出産時に母親から感染する母子感染、性行為による感染が考えられます。成人での急性肝炎として発症し慢性化することは少ないのですが、母子感染ではそのまま体内にウイルスを持ち続けキャリアと呼ばれます。

現在は輸血による感染はほとんどありません。母子感染についてもワクチンができており新しいキャリアは急速に減少しています。

**HBs 抗体**：すでにB型肝炎ウイルスが体内に入ってそれに対する防衛物質の抗体を保有している状態です。B型肝炎にかかることはきわめて稀です。

**HCV 抗体**：C型肝炎ウイルスが現在血液の中に存在している、あるいは過去に存在したことがある場合、陽性(+)となります。また抗体陽性の場合にはC型肝炎ウイルスがどれくらい存在するかを調べるくわしい血液検査を受けてください。

C型肝炎は慢性化しやすく、感染しても肝炎特有の症状がでないことも多く、いつのまにか慢性肝炎へと移行します。また慢性肝炎が長く続くと肝硬変、肝がんになることがあります。肝臓がんの80%はこのC型肝炎ウイルスが原因です。

## ② 腹部超音波検査

腹部の各臓器に超音波をあてて、そのはねかえりの差を画像にして、異常をみつけようとする検査です。腹部ガスが多かったり肥満のある場合には十分に観察されないこともありますが、副作用も苦痛もないという点でドックには最適の検査です。

## 胆のう

胆のうはポリープが多く発見されますが、1 cm以上のポリープは周辺粘膜との関係もみながら胆のうの手術を考えます。大腸ポリープと同様に、特に1 cm以上になるとがんのある頻度が増加するからです。また、胆石もよくみつかりますが、ドックで発見される胆石のほとんどは、症状もなく心配もないのです。一方、大部分の胆のうがんは胆石が混在しています。胆のうがんの頻度は少ないのですが、定期的に検査して確認しておくことが大切です。また、胆石の影で胆のうの内腔が観察できない場合には精密検査をしておいた方がよいこともあります。胆のう炎や疼痛発作を繰り返す場合には手術が必要です。

## 肝臓

肝臓で認められる頻度の高いものは脂肪肝や、嚢胞（のうほう）と血管腫があります。典型的な場合には心配ありませんが、肝細胞がんや転移性肝がんとの鑑別が困難な場合には、CTやMRIなどの精密検査が必要です。特にB型やC型の肝炎ウイルスによる慢性肝炎の方は、肝がんの発生頻度が高くなります。

## 膵臓

膵臓の大きさや明るさ、また膵管の太さなどを観察します。実質性あるいは嚢胞性腫瘍や膵管拡張を認めた場合には精密検査とします。しかし、膵臓は胃の後に位置していることもあり、条件によっては観察しにくいことがしばしばあります。

# 7. 腎臓・尿路

腎臓は体の中で出来た老廃物を尿に排泄したり、体に必要な成分を再び尿から吸収したり、体の水分量を調節したりして私たちの血液の水、酸および電解質のバランスをいつも一定にしています。さらに体の塩分量を調節して、あるいは血圧を調節するホルモンを産生して血圧のバランスにもおおきな役割を果たしています。また、腎臓でできた尿を尿管、膀胱、尿道に送る管が尿路です。

## ① 血液検査

腎臓機能は血液検査の尿素窒素、クレアチニンで調べます。腎臓の機能が低下すると、尿素窒素、クレアチニンの排泄が低下してこれらの血液の値が高くなります。

ます。

## ② 尿 検 査

**蛋白：**尿に蛋白を含む蛋白尿は、腎臓病ことに腎炎（糸球体腎炎、糖尿病性腎症など）の診断に重要な所見です。しかし起立性蛋白尿などの生理的、すなわち病気でないこともありますので、蛋白尿を初めて指摘された方は早朝第一尿（寝ている時に膀胱に貯まった尿）での検査、2次検査が必要です。

**尿糖：**糖尿病の発見の手がかりとなります。陽性であれば糖尿病が疑われます。また、腎性糖尿でも陽性となりますので、血糖値を参考にして判定します。

**ウロビリノーゲン：**肝臓、胆のう、胆道系の障害があると異常となります。

**潜血：**尿に赤血球が含まれていることを示します。腎炎、腎結石、腎腫瘍、膀胱炎などで認められます。腎炎では蛋白尿を伴っているかどうか、腎結石、腎腫瘍では腹部超音波検査の結果を、また、膀胱炎では白血球などを参考にして判定します。中高年で血尿がみられる場合には腎盂がんや膀胱がんを疑って、細胞診の実施が望まれます。

**白血球：**尿に細菌がいることを示します。多くの場合は症状のない膀胱炎（無症候性膀胱炎あるいは細菌尿といいます）です。まれに特殊な腎炎でも陽性となることがあります。また、婦人科系の炎症でも陽性となることがあります。

## ③ 超音波検査

腎臓の腫瘍、結石、のう胞、水腎症などがわかります。腫瘍では、がんとともに良性腫瘍が見つかります。初めて指摘された方は、造影CT検査あるいは造影MRI検査などによる精密検査が必要です。頻度の多い良性腫瘍は腎血管筋脂肪腫です。小さいものは経過観察とします。大きいものは泌尿器科で精密検査をうけます。腎結石は症状がなければ経過観察とします。症状のある方は衝撃波による破砕治療などが必要となります。のう胞は液体の内容物を含む球状の「ふくろ」のことで、腎臓では尿管の一部が「ふくろ」になったものです。したがって腎のう胞は尿を含んでいます。加齢とともに頻度が高くなります。30歳台で約10%、50歳台で約25%、70歳台で約40%の方に見られます。機能的に異常を認めず、自覚症状もないのが普通です。大きくなり症状がでれば治療が必要となります。通常は放置しておいてかまいません。水腎症は尿路の結石によることが多く、尿路結石の治療が必要です。放置すると腎臓の機能を低下させます。また、まれに尿管腫瘍、膀胱腫瘍、婦人科的腫瘍などが原因となりますので、尿路結石が原因ではない水腎症では精密検査が必要です。

## 8. 糖 尿 病

糖尿病は、膵臓でつくられて血糖を下げるホルモン、インスリンの働きが不足して、血糖値が高くなってしまう病気です。糖尿病は、その成因と病期からいくつかに分類されていますが、人間ドックで発見されるのは、ほとんどが2型糖尿病です。2型糖尿病は遺伝的背景をもっている人が、環境の影響、つまり、食習慣、飲酒習慣、運動習慣、身体活動、ストレスなどの影響を受けて発症するものです。したがって、ご両親や兄弟に糖尿病の人がいる場合には、一層の用心が必要です。

糖尿病では、自覚症状が出現する場合がありますが、それは限られた状態においてのみ起こります。いま現在糖尿病の状態がとても悪いとき、つまり著しく血糖値が高い場合です。尿量が増え、のどが渇き、体重が減り始め、身体がだるくなるというような症状が起こります。しかし、ほとんどの糖尿病は発症してから何年もの間自覚症状の無いまま進行します。

重要なことは、高血糖が長く続くことによって、自覚症状の有無にかかわらず、合併症が生じてくるということです。神経や眼あるいは腎臓の障害による症状、例えば、手足のしびれや痛み、視力の低下、足のむくみなどの症状が出現します。糖尿病の管理を怠っていると早期に合併症が出現し、それがどんどん進行してしまうので社会的活動が制限されたり、長生きできなくなってしまうのです。

しかし、糖尿病は食事療法や運動療法、あるいは薬剤によって血糖値の高い状態を良くすることはできますし、ほぼ正常化した血糖値を持続できれば、合併症の発症や進展を防ぐことが可能です。

空腹時血糖値を調べることが、糖尿病の有無を判定する基本的な検査ですが、グリコヘモグロビン(HbA<sub>1c</sub>)は過去1～2カ月の平均血糖値を推測する補助的検査です。75gのブドウ糖溶液をのんで、1時間後、2時間後などに血糖値を調べる75gブドウ糖経口負荷試験は、より正確に糖尿病の有無と程度を判定できます。

空腹時血糖値および75g経口糖負荷後2時間  
値の判定基準

		ブドウ糖濃度 (mg/dl)		
		静脈血漿	静脈全血	毛細管全血
糖尿病型	空腹時	≥ 126	≥ 110	≥ 110
	または/および 2時間値	≥ 200	≥ 180	≥ 200
境界型	正常型にも糖尿病型にも属さないもの			
正常型	空腹時	< 110	< 100	< 100
	および 2時間値	< 140	< 120	< 140
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 随時血糖値 (静脈血漿) ≥ 200 mg/dl の場合も糖尿病型とみなす。</li> <li>・ 正常型であっても、1時間値が 180 mg/dl (静脈血漿) 以上の場合、180 mg/dl 未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険が高いため、境界型に準じた取り扱い(経過観察など)が必要である。</li> <li>・ 静脈血漿 1時間値 ≥ 180 mg/dl に相当する静脈全血値は ≥ 160 mg/dl、毛細管全血値は ≥ 180 mg/dl である。</li> </ul>				

(日本糖尿病学会、1999年)

血糖コントロールの指標

ベストコントロール

ほとんど正常に近いコントロールで合併症の発症を防ぐことができるレベルです

まあまあのコントロール

ほぼこのレベルであれば、合併症の予防に有効なコントロールです。空腹時血糖 130 (≧ 126)、2時間血糖値 200 は診断基準に近い値です

コントロール不十分区域

脱水など急性合併症はないが血管合併症が潜在的に進行すると考えられ、可及的に“まあまあのレベル”にもっていく必要があります。診断基準を 20~40 mg/dl 越えた値です

コントロール警戒区域

脱水なども伴いやすく治療を見直し、合併症の検査なども必要で、患者指導を十分に行うことが必須です

コントロール指標	血糖値 (mg/dl、血漿値)		HbA <sub>1c</sub> (%)
	空腹時の血漿値	食後2時間の血糖値	
ベストコントロール	≤ 110	< 150	< 6.1
まあまあのコントロール	≤ 130	≤ 200	6.1~7.0
コントロール不十分区域	≤ 160	≤ 240	7.1~8.0
コントロール警戒区域	> 160	> 240	> 8.0

## 9. 脂 質

脂質というのは、コレステロールや中性脂肪（トリグリセライド）のことをいいます。血液中にコレステロールや中性脂肪が多くなりすぎている状態を、高脂血症と呼びます。閉経後の女性では、ホルモンの関係でコレステロールが上昇傾向となります。

高脂血症はなぜ問題になるかということ、それは動脈硬化を促進させる危険因子としての影響が大きいからです。動脈硬化の結果生じる具体的な病気としては、心筋梗塞や狭心症というような虚血性心疾患あるいは脳梗塞が重要です。高脂血症は症状のない病気の典型だといえます。高脂血症の有無は血液検査をしないとわかりませんので、食事や運動を工夫したり、あるいは薬剤を使用して高脂血症が正常化した場合でも、定期的に血液検査によって確認しておく必要があります。

一方、遺伝的に高脂血症になりやすい人がいます。遺伝的背景の影響が強い場合には、食事などの一般的な生活習慣の改善を実行するだけではなかなか高脂血症を管理できませんが、有効な薬剤の選択とその組み合わせによって、多くの場合には良好な治療効果が得られます。したがって、生活習慣病と呼ばれる病気の代表の一つである高脂血症の中にも、一般的な生活習慣の改善を続けるだけでは効果のあがらないものが多く存在することも事実です。

なお総コレステロールには色々なものが含まれており、代表的なものは、動脈硬化を促進する LDL コレステロール(悪玉といわれる)と動脈硬化を予防する HDL コレステロール (善玉) があります。

冠動脈疾患の予防、治療の観点からみた日本人のコレステロール値適正域および高コレステロール血症診断基準値

	血清総コレステロール	LDL コレステロール
コレステロール値適正域	200 mg/dl 未満	120 mg/dl 未満
境界域	200～219 mg/dl	120～139 mg/dl 未満
高コレステロール血症	220 mg/dl 以上	140 mg/dl 以上

- コレステロール値が境界域にあっても、他の動脈硬化因子の存在によっては治療が必要な場合がある。
- 冠動脈疾患発症例は厳重な管理が必要であり、治療適用基準値が血清総コレステロール値 180 mg/dl (LDL コレステロール値 100 mg/dl) 以上に設定されている。コレステロール値が適正域にあっても治療を必要とする場合があることに注意する。

(日本動脈硬化学会高脂血症診療ガイドライン検討委員会：動脈硬化、25 (1・2)、1997 より)

冠動脈疾患の予防、治療の観点からみた日本人の高コレステロール血症患者の管理基準

	生活指導、食事療法 適用基準 <sup>(注1)</sup>	薬物療法適用基準 <sup>(注2)</sup>	治療目標値
A 冠動脈疾患 <sup>1)</sup> (－) 他の危険因子 <sup>2)</sup> (－)	LDL-C 140 mg/dl 以上 (TC 220 mg/dl 以上)	LDL-C 160 mg/dl 以上 (TC 240 mg/dl 以上)	LDL-C 140 mg/dl 未満 (TC 220 mg/dl 未満)
B 冠動脈疾患 (－) 他の危険因子 <sup>(注3)</sup> (+)	LDL-C 120 mg/dl 以上 (TC 200 mg/dl 以上)	LDL-C 140 mg/dl 以上 (TC 220 mg/dl 以上)	LDL-C 120 mg/dl 未満 (TC 200 mg/dl 未満)
C 冠動脈疾患 (+)	LDL-C 100 mg/dl 以上 (TC 180 mg/dl 以上)	LDL-C 120 mg/dl 以上 (TC 200 mg/dl 以上)	LDL-C 100 mg/dl 未満 (TC 180 mg/dl 以上)

1) 冠動脈疾患

①心筋梗塞、②狭心症、③無症候性心筋虚血(虚血性心電図異常など)、④冠動脈造影で有意狭窄を認めるもの

2) 高コレステロール血症以外の主要な動脈硬化危険因子

①加齢(男性：45歳以上、女性：閉経後) ②冠動脈疾患の家族歴 ③喫煙習慣 ④高血圧(140 and/or 90 mmHg 以上) ⑤肥満(BMI 26.4 以上) ⑥耐糖能異常(日本糖尿病学会基準：境界型、糖尿病型)

注1：生活指導、食事療法はA、B、C、全てのカテゴリーにおいて治療の基本をなすものである。特にAでは少なくとも数カ月間は生活指導、食事療法で経過を観察すべきである。Bでは他の危険因子の管理強化でAに改善される例があることに留意する。

注2：薬物療法の適用に関しては、個々の患者の背景、病態を考慮して慎重に判断する必要がある。

注3：末梢動脈硬化性疾患、症状を有する頸動脈疾患や脳梗塞など、冠動脈疾患以外の動脈硬化性疾患を有するものは、冠動脈疾患発症の危険性が高い群として他の危険因子がなくともカテゴリーBに含めて治療する。

(日本動脈硬化学会高脂血症診療ガイドライン検討委員会：動脈硬化、25 (1、2)、1997 より)

高トリグリセライド血症診断  
基準値

空腹時トリグリセライド値

高トリグリセライド血症 150 mg/dl 以上

低HDLコレステロール血症診断  
基準値

HDL-C 40 mg/dl 未満

(日本動脈硬化学会高脂血症診療ガイドライン検討委員会：動脈硬化、25 (1、2)、1997 より)

## 10. 尿酸

血液中の尿酸が7.0 mg/dl 以上の場合を高尿酸血症と呼び、高尿酸血症が持続して急性関節炎を含む健康障害をきたした状態を痛風といいます。成人男性の体内には、尿酸が約1.2 g プールされていますが、一日の尿酸の産生量は0.7 g、一日の排泄量は腎臓から0.5 g、消化管から0.2 g と通常はバランスが保たれています。しかし、尿酸の体内での産生量が増加したり、腎臓からの排泄量が減少したりすると血液中の尿酸が上昇します。血液の中の尿酸は7.0 mg/dl を越えると、飽和してそれ以上溶けていられなくなり結晶化してしまいます。尿酸の結晶は種々の組織で沈着し、組織障害をきたすこととなります。痛風発作とは、このような結晶に誘発された関節炎です。尿酸の結晶が皮下に析出したものを痛風結節と呼びます。また、尿酸の結晶が腎臓に沈着したり、尿酸結石が腎臓に形成されるなどのために腎障害を生じる場合を痛風腎と呼びます。

典型的な痛風発作の症状は、突然始まる足の親指のつけねにある関節の激痛、腫れ、発赤です。1日くらいで症状はピークに達し、2週間以内には軽快しますが、また再発します。肥満、アルコール摂取、激しい運動、脱水、動物の内臓や肉の過剰摂取は高尿酸血症の誘因とされています。

高尿酸血症のある人は、脳血管の病気や心臓血管の病気による死亡が正常の尿酸値の人よりも多いといわれていますので、典型的な痛風発作や尿路結石による症状で困ったことがないからといって安心しているわけにはいきません。

# 11. 血 液

血液は体のすみずみに酸素を運ぶ赤血球、病原菌を殺す働きのある白血球、出血を防ぐ血小板などからなっています。

## ① 白血球

白血球は細菌やウィルスの感染、がんなどによって増えたり、減ったりします。喫煙者は多い傾向にあります。また、白血球には5種類の細胞（好中球、リンパ球、単球、好酸球、好塩基球）があり、感冒、扁桃腺炎のような急性感染のときは好中球が、アレルギー性疾患や寄生虫疾患では好酸球が、慢性の疾患ではリンパ球が増えてきます。数が非常に多かったり少ないときは血液の病気が疑われます。

## ② 赤血球

赤血球数は少なくなると貧血、多くなると多血症が考えられます。高齢になると男女とも数が減少してくる傾向にあります。

血色素（ヘモグロビン）は赤血球の中の赤い色素です。赤血球数と血色素のバランスから、赤血球の大きさ（MCV）や色の濃さ（MCH）が求められ、貧血の種類を判断します。

最も多いのは小球性低色素性貧血（MCVが小さくMCHが低い）で女性に多く見られるものです。過多月経、子宮筋腫、妊娠、出産等では鉄分を多く必要とするため鉄分不足になり起こってくるのです。また、無理なダイエットが原因となることもあります。男性では胃腸のがん、潰瘍などの出血が原因となって起こることがあり注意が必要です。また、胃の手術をした場合数年以上たつと貧血がでてくることがあります。骨髄で赤血球が正常に作れなくなったり、作るのに必要な成分（鉄分、蛋白質、ビタミンB<sub>6</sub>、B<sub>12</sub>）が不足したり、利用できないために起こってくる貧血もあります。

貧血が発見されたら精密検査を受けてその原因を明らかにすることがまず必要です。

## ③ 血小板

血小板は血を止める働きをもっています。実際にはかなり数が減らないと出血は起きません。3～4万ぐらいになると出血しやすくなります。逆に数が多くな

り血が固まりやすくなることもあります。

## ④ 赤 沈

赤沈は急性、慢性の炎症(リウマチ、膠原病、結核など)、貧血、がん、などではやくなります。はやいというのは血液の中の固形成分が沈む速さを測定しているからです。1時間値は男 10 mm 以下、女 15 mm 以下ぐらいが基準です。しかしかなり個人差があり、とくに女性は原因を特定できずにかなり速い数値をしめすことがあります。数回以上検査を受けている人は自分の健康な時の数値を知ることができるものです。数値が基準をかよりはなれた結果の時は隠れた異常がないか調べる必要があります。

# 12. 血清反応

## ① 血清梅毒反応

梅毒は2種類の検査を組み合わせて判定します。TPHA、ガラス板法(VDRL法)で、2種類とも陰性の場合には梅毒ではありません。1つが陽性の場合にはさらにくわしい検査を受けて治療の必要性を検討することが大切です。しかし、ガラス板法では梅毒ではないのに陽性にでることがあります。膠原病などの自己免疫性疾患、肝疾患などででます。

梅毒は現在増えており、内視鏡検査、手術、出産の時は必ず検査します。

## ② CRP

CRPは急性の炎症、感染、組織の破壊で血液中にふえてくる蛋白質です。赤沈とほぼ同じような経過をしめしますが、血沈より速い時期に反応し、状態がよくなると速やかにもとに戻ります。リウマチ、膠原病、などの経過をみるのにも使われることがあります。

# 13. 眼

# 科

## ① 視 力

視力検査では左右の視力の測定とともに、眼鏡の度が適正かどうかを調べます。

## ② 眼 圧

日本人の眼圧の基準値は10～20 mmHg とされ、21 mmHg 以上の眼圧の高い場合は緑内障が疑われます。ただし、眼圧が正常な緑内障の方もおられますので、これらの方では眼底検査の結果も参考にします。また、眼圧が21 mmHg 以上でも緑内障の所見のない方もおられ、その方は高眼圧症として経過を観察します。

## ③ 眼底検査

眼底検査では白内障、緑内障の有無を調べます。緑内障は失明の大きな原因ですので、自覚症状がなくても、眼圧が高い方あるいは眼底検査で緑内障が疑われた方は眼科での精密検査が必要となります。ことに“乳頭陥凹拡大”といわれた方は必ず眼科を受診する必要があります。白内障は自覚症状がない方、おもに物がかすんで見えるなどの症状のない方は経過を観察します。さらに眼底検査では網膜の血管を直接見ることができますので、血管の検査、ことに血压による変化、動脈硬化による変化を判定することが出来ます。これにより高血圧、動脈硬化による臓器障害の有無、程度が判定されます。判定は Keith-Wagener (KW) 分類および Scheie (S) の高血圧 (H)、動脈硬化 (S) の分類で、0～4で示します。

### KW 分類、S、H分類

0 度	異常なし
1 度	軽度
2 度	中等度
3 度	重度
4 度	極めて重度

さらに糖尿病による変化の有無も確かめることができます。判定は治療および予後を含めた重症度の表現である福田の分類などで示します。

なお、人間ドックでの眼底カメラおよび眼圧測定装置は無散瞳、無接触ですので

安全です。

## 14. 聴 力

聴力検査では、低音 1,000 Hz（ヘルツ）と高音 4,000 Hz の音がどの程度の大ききさで聞こえるかを調べます。通常 30 dB（デシベル）以下の小さな音が聞こえれば正常と判断します。高齢になるほど 4,000 Hz の高い音は、大きな音量でないと聞こえにくくなります。

## 15. 乳 房

ドックでの乳房検査の基本は視触診です。乳房の触診では硬結や分泌物や腋窩リンパ節腫脹の有無などを診察します。乳腺症のある方や性周期によっては異常を発見しにくいこともあります。乳房の硬結には線維腺腫やのうほうなどの良性腫瘍も含まれていますし、また、がんと紛らわしい腫瘤を形成する乳腺症もあります。少しでもがんの疑いがある場合には専門医で精密検査を受けます。ドックで乳腺超音波検査や、X線検査（マンモグラフィー）を行うことも多くなってきました。いずれも早期がんを 100%検出できるわけではありませんが、視触診と比較すると有用性はかなり高くなります。また、乳がんのような体の比較的表面にできるがんは注意すれば自分で発見できるものもあります。毎月 1～2 回の自己触診を習慣にすることも有効です。

## 16. 婦 人 科

婦人科では、手による診察、腔鏡での視診、必要に応じコルポスコーピーによる観察ならびに細胞診を行います。子宮筋腫は頻度の高い良性腫瘍で、大きさ、発生部位、年齢やそれに伴う症状などを総合的に考えて経過観察とするか手術するかを判断します。そのほか、子宮腺筋症（子宮内膜症の一部）や子宮脱などが診断されます。

細胞診は子宮頸がんの発見を目的とします。ドックでは子宮頸部がんの検診が

行われ、子宮腔部と頸管の細胞を擦過して採り顕微鏡で調べます。以前は子宮がんの大部分は頸部がんでしたが、衛生状態の改善などで減少してきており、それに反して体部がんの割合が徐々に増加しています。

婦人科のがんではその他に卵巣がんがありますが、ドックでの発見はなかなか困難といわざるをえません。経膈超音波検査で卵巣の観察ができますが、サイズが大きくなならない卵巣がんの発見は困難です。

## 17. 前立腺

前立腺は精子の働きを助ける精腺に付属する器官です。年齢とともに肥大してきます。排尿回数の変化、ことに睡眠時の回数が多い、あるいは排尿に時間がかかる、りきまなければ出にくいなどが前立腺の肥大したときの症状です。このような方は泌尿器科を受診してください。また、わが国におきましても前立腺がんが増えてきていますので、50歳以上の方は血液による検査でPSAと呼ばれる前立腺がんの検査もお受けになるとよいでしょう。

## 18. その他

### 腫瘍マーカー

腫瘍マーカーといわれるがんの有無を調べる血液検査があります。PSA（前立腺特異抗原）は前立腺肥大症などの良性疾患でも高くなる場合がありますが、前立腺癌の比較的早期の発見に有効です。PSAが基準値を超えて高い場合には必ず専門医の診断を受けるようにします。しかし、PSA以外の腫瘍マーカーは残念ながら今のところ早期がんの発見に有用とはいえません。

卵巣の腫瘍マーカーとしてCA 125が利用されますが、性周期によっても、あるいは良性疾患でも上昇することがあり、早期がんでは大部分が正常範囲です。

# 生活習慣病の予防に関する一般的注意事項

生活習慣病の原因は危険因子と呼ばれ、この危険因子をたくさん持っている、動脈硬化が早く進み、若くして心筋梗塞や脳卒中やがんになってしまうということになります。簡単にいえば、危険因子とは動脈硬化の原因といえます。具体的にはコレステロールが高いとか、血圧が高い、あるいはタバコを吸う習慣があるといったことで、実はこれらが動脈硬化を促進する三大原因といわれる最も重要な危険因子なのです。

遺伝や、環境は危険因子として重要ですが、さらに塩分摂取が多い、飲酒量が多いといった生活習慣が、高コレステロール血症や高血圧症の原因になります。ある種の病気が原因になることもあります。ここでは悪い生活習慣が大きな原因であることを銘記してください。運動不足や不規則な生活、食べ過ぎ、飲み過ぎ、脂肪の摂り過ぎ、野菜不足、間食、朝食抜きの生活、過度なストレス、肥り過ぎといった悪い生活習慣が動脈硬化を進め、老化を早め、若くして病気を発病させてしまいます。

アメリカの有名な研究の結果で、「7つの健康な生活習慣」というのがあります。健康な習慣とは、適度な運動、禁煙、適正体重の維持、適量の飲酒、7から8時間の睡眠、朝食を摂る、間食をしないという7つの習慣です。これらの生活習慣のある人々と無い人々を長期間観察し、比較した結果では、これらの生活習慣のある人々では病気になる率や死亡率が明らかに低く、若い人ほど顕著な差があったということが分かりました。

繰り返しになりますが、悪い生活習慣は、動脈硬化を早め、老化を早めるため、危険因子の多くある人は、若くして心筋梗塞や、脳卒中やがんになりますので、実際の暦の年齢よりも健康度レベルから見た健康年齢は高齢になります。すなわち40才の人でも、タバコを吸い、血圧も高め、肥満もあるということになりますと、健康年齢は55とか60才になっていると考えられます。生活習慣病の予防は、この健康年齢を若く保つように心がけることが大切になります。要するに、悪い生活習慣があればこれを改め、さらに検査結果などに異常があった場合は速やかに改め、健康年齢を若く保つことが重要です。

生活習慣病は症状が出にくい病気ですが、新たに症状が現れた場合にはそれが病気のシグナルのこともあります。前回の人間ドックの結果が「異常なし」の判定であっても注意して医者にかからなければなりません。あとは、定期的な健康チェックで、早期発見の機会を逃さないようにしていただければよろしいでしょう。

## 健康な生活を習慣化しよう

**運動**は、20～30分以上の歩行や体操やサイクリングといった軽い運動を毎日欠かさないように心がけるのがよいと思います。少なくとも、週に4日程は実現していただきたいものです。

**タバコ**はいうまでもなく喫煙しないことです。喫煙されている方は禁煙すべきです。節煙はストレスを長引かせるだけで、実効は上がらないものです。禁煙で大変なのは、最初の3日間の禁断症状です。3週間、3カ月、3年と次第に快調になります。禁煙できたときの素晴らしさを想像してみてください。身体は軽くなり、味覚は10倍の感度に上がります。また、がんや心筋梗塞、脳卒中になる年齢が恐らく15年以上は先送りになり、これらの病気にならなくなる可能性も飛躍的に高くなります。禁煙は、失敗を恐れず挑戦することが大切でこれが成功の秘訣です。

**体重**は前述されていますが、BMI 22を目指しましょう。

**飲酒**は日本酒一日一合が飲酒量としては理想的です。2合が限界で、それ以上は危険区域に入ります。ビールなら1本、ワインならグラスワイン2杯、ウイスキーダブル1杯、酎ハイなら1杯が日本酒1合に大体相当します。

**食事**は、適正体重の維持にとって重要であり、これはがんの予防や高血圧、高脂血症、糖尿病などの生活習慣病の全般の予防にとって大切なものです。食事は栄養のバランスを考えて、1日30品目、量としては腹7～8分目、薄味にして塩分の摂りすぎや食べすぎを予防し、カロチンやビタミン、さらに食物繊維を欠かさぬように野菜を多めにするとよいでしょう。

**休養**は、心身の疲労をとり、明日の活力のための源です。質の高い睡眠を規則正しくとることが大切です。そのためには、上述の運動習慣や入浴などが有効です。又、仕事や、家族、友人などのストレスをためこまないことも大切です。睡眠のほか、昼休みや、週休、年休を有効に、すなわち、身体を休めるばかりではなく気力をも養うために過ごせているか、見直してみましょう。

厚生省「健康日本21」では、以下のような目標が挙げられております。参考にご覧下さい。

### 生活習慣の改善

#### (栄養・食生活)

- ◎ 20～40歳代の1日あたりの平均脂肪エネルギー比率を減少 (27.1%→25%)
- ◎ 成人の1日あたりの平均食塩摂取量を減少 (13.5g→10g)
- ◎ 成人の1日あたりの平均カリウム摂取量を増加 (2.5g→3.5g)
- ◎ 成人の1日あたりの野菜の平均摂取量を増加 (300g→350g)
- ◎ カルシウムに富む食品 (牛乳・乳製品、豆類、緑黄色野菜) の成人の1日あたりの平均摂取量を増加 (牛乳・乳製品 107g→130g、豆類 76g→100g、緑黄色野菜 98g→120g)
- ◎ 自分の適正体重を認識し、体重コントロールを実践する者の割合を増加 (男性 62.6%、女性 80.1%→90%)
- ◎ 20、30歳代男性の朝食の欠食率を減少 (20代 32.9%、30代 20.5%→15%)
- ◎ 量、質ともに極端に偏った食事をする者の割合を減少 (偏らない者 <56.3%> →70%)
- ◎ 外食や食品を購入する時に栄養成分表示を参考にする者の割合を増加 (11年調査)
- ◎ 自分の適正体重を維持することのできる食事量を理解している者の割合を増加 (<男性 65.6%、女性 73.0%> →80%)
- ◎ 自分の食生活に問題があると思う者のうち、改善意欲のある者の割合を増加 (男性 55.6%、女性 67.7%→80%)
- ◎ 職域等における給食施設、レストラン、食品売場において、ヘルシーメニューの提供比率を上げ、その利用者を増加させる (12年調査)
- ◎ 地域、職域で健康や栄養に関する学習の場を提供する機会と参加する者 (特に、若年層) を増加 (12年調査)
- ◎ 地域、職域で、健康や栄養に関する学習や活動を進める自主グループを増加 (12年調査)

#### (運動・身体活動)

- ◎ 「日頃から健康の維持・増進のために意識的に運動をしている人」を増加 (男性 52.6%、女性 52.8%→65%)
- ◎ 「散歩をしたり、速く歩いたり、乗り物やエレベータを使わずに歩くようにしている」人を増加 (男性 25.7%→32%、女性 32.5%→40%)
- ◎ 1日平均歩数を1,000歩増加 (男性 8,202歩→9,200歩、女性 7,282歩→8,300歩)

#### (休養・こころの健康)

- ◎ ストレス
  - ・調査前1カ月間にストレスを感じた人の割合を減少 (1割減少)
- ◎ 睡眠
  - ・睡眠によって休養が十分にとれていない人の割合を減少させる (1割減少)
  - ・眠りを助けるために睡眠補助品 (睡眠薬・精神安定剤) やアルコールを使うことのある人を減らす (1割減少)

#### (アルコール)

- ◎ 1日平均3合を超えて大量に飲酒する人を、2割減少させる
- ◎ 未成年の飲酒をなくす
- ◎ 「危険の最も少ない飲酒」としては、1日平均1合程度である旨の知識を普及する

#### (歯科)

- 甘味料◎砂糖を含む菓子類や飲料を1日3回以上飲食する習慣を持つ者を減少
- ◎ 40、50歳における歯間部清掃用具を使用している者の割合を増加 (35～44歳 19.3%、45～54歳 17.8%→40%以上)

※無断転載・複写を禁じます。

初版 2001年4月1日

発行責任者 社団法人 日本病院会 予防医学委員会

委員長 奈良 昌治

人間ドック手帳改訂検討小委員会

日野原茂雄／笹森 典雄／清瀬 闕／野呂 光子

山門 実／折津 政江／堀 三郎／和田 高士

発行所 株式会社 日本病院共済会

TEL (03) 3264 - 9888

FAX (03) 3222 - 0016

<http://www.nichibyو.co.jp/>

## 第8 診療情報管理課程通信教育（旧診療録管理課程通信教育）

### 1. 入学状況

#### ・第57(9)期生入学

- 1) 開講月日 平成12年7月1日
- 2) 入学者数 954名（ただし、専門課程編入生107名含む）
- 3) 受講料 70,000円（年額）ただし、専門課程編入で教科書不要の者は、60,000円とする。）

#### ・第58(10)期生入学

- 1) 開講月日 平成13年1月1日
- 2) 入学者数 790名（ただし、専門課程編入生185名含む）
- 3) 受講料 70,000円（年額）ただし、専門課程編入で教科書不要の者は、60,000円とする。）

### 2. 卒業状況

#### ・第52(9)回生卒業

- 1) 卒業者数 200名 男79名、女121名
- 2) 卒業式典 平成12年4月22日（土）  
同会場 東京：ダイヤモンドホテル

#### ・第53(10)回生卒業

- 1) 卒業者数 292名 男85名、女207名
- 2) 卒業式典 平成12年11月25日（土）  
同会場 東京：ダイヤモンドホテル

### 3. 受講者人員数状況

- |          |  |
|----------|--|
| ・入学者の総数  | 受講者数   |
| 診療録管理課程  | 5,355名（第1回昭和47年7月～第48回平成8年1月）<br>男1,155名 女4,200名                                     |
| 診療情報管理課程 | 3,987名（第49(1)回平成8年7月～第58(10)回平成13年1月）<br>男1,374名 女2,613名<br>通算9,342名 男2,529名 女6,813名 |
| ・卒業者の総数  | 卒業者数   |
| 診療録管理士   | 2,232名（第1回昭和49年9月～第43回平成7年10月）<br>男392名 女1,840名                                      |
| 診療情報管理士  | 2,429名（第44(1)回平成8年4月～第53(10)回平成12年11月）   |

ただし、特別補講（第46(3)回860名、第50(7)回77名）を含む

男595名 女1,834名

通算4,661名 男987名 女3,674名

・受講者の総数 2,948名

54(6)期以前441名

55(7)期363名 56(8)期400名

57(9)期954名 58(10)期790名

#### 4. 集中スクーリング及び試験実施状況

##### 1) 夏期集中スクーリング（第57回）

期日 東京Ⅰ・福岡 平成12年8月24日（木）～ 30日（水）

	基礎課程			試験	専門課程		
	8/24 (木)	8/25 (金)	8/26 (土)		8/27 (日)	8/28 (月)	8/29 (火)
大阪	○	○	○	○	○	○	○
福岡	○	○	○	○	○	○	○

期日 東京Ⅱ 平成12年10月19日（水）～ 21日（土）（基礎課程のみ）

大阪 平成12年10月19日（木）～ 25日（水）

	基礎課程			試験	専門課程		
	10/19 (木)	10/20 (金)	10/21 (土)		10/22 (日)	10/23 (月)	10/24 (火)
大阪	○	○	○				
福岡	○	○	○	○	○	○	○

東京会場は受験生増のため基礎課程を2回（8月、10月）に分け、3会場の開催期日を変えて実施した。

会場 東京（8月24日（木）～26日（土））：日本大学医学部 基礎課程 1,256名

（8月27日（日）～30日（水））：国立オリンピック記念総合センター

専門課程 1,190名

（10月）：桐杏学園 基礎課程 450名

大阪：天満研修センター 基礎・専門課程 2,034名

福岡：国立病院九州医療センター 基礎・専門課程 855名

2) 冬期集中スクーリング (第58回)

期日 東京 基礎Ⅰ・専門 平成13年2月11日(日)～21日(水)  
 基礎Ⅱ 平成13年3月29日(木)～31日(土)

	基礎課程			試験	専門課程		
	2/19 (月)	2/20 (火)	2/21 (水)		2/11 (日)	2/12 (月)	2/13 (火)
東京	○	○	○	○	○	○	○
	3/29 (木)	3/30 (金)	3/31 (土)				
	○	○	○				

期日 大阪・福岡 平成13年2月15日(木)～21日(水)

	基礎課程			試験	専門課程		
	2/15 (木)	2/16 (金)	2/17 (土)		2/18 (日)	2/19 (月)	2/20 (火)
大阪	○	○	○	○	○	○	○
福岡	○	○	○	○	○	○	○

東京会場は受験生増のため基礎課程を2回(2月、3月)に分け、3会場の開催期日を変えて実施した。

会場 東京(2月): 国立オリンピック記念総合センター 基礎・専門課程 2,229名  
 (3月): 砂防会館 基礎課程 1,055名  
 大阪: 天満研修センター 基礎・専門課程 2,425名  
 福岡: 国立病院九州医療センター 基礎・専門課程 527名

5. 講師会

- 1) 開催月日 東京担当講師会 平成12年12月6日(水) 13:00～15:00  
 大阪担当講師会 平成12年12月2日(土) 10:00～12:00  
 福岡担当講師会 平成12年12月1日(金) 12:00～14:00

2) 出席者数 23名(延べ人数)

3) 協議事項

- ① 診療情報管理課程通信教育の現状について
- ② 診療情報管理課程通信教育の問題点について
- ③ 診療情報管理課程通信教育新カリキュラムの基本的構成について  
 到達目標、教授内容、面接授業のあり方等
- ④ その他

## 第9 病院経営管理者養成課程通信教育

### 1. 入学状況

- 第23(2)回生入学

- 1) 開講式 平成12年7月1日
- 2) 入学者数 42名
- 3) 受講料 480,000円(年額)

### 2. 卒業状況

- 第21回生卒業

- 1) 卒業者数 23名(男23名)
- 2) 卒業式典 平成12年9月30日(土)  
会場 東京：ダイヤモンドホテル

### 3. 受講者人員数状況(平成13年3月31日現在)

- 入学者の総数

[第1回～第23(2)回生]

累計 498名  
男 459名  
女 39名

- 認定者の総数

[第1回～第21回生]

累計 291名  
男 277名  
女 14名

- 現受講者の総数

22(1)回生 34名  
(含留年生3名)  
23(2)回生 38名

#### 4. 修了試験、集中スクーリング及び試験実施状況

##### (1) 修了試験（含施設見学）

- ・期 別 第21回生
- ・期 日 平成12年6月23日（金）
- ・会 場 武蔵野赤十字病院 三番館 山崎記念講堂

##### (2) スクーリング

- ・前 期 平成12年7月10日（月）～ 15日（土）  
7月17日（月）～ 22日（土）
- ・延出席者数 2年次生〔第22（1）回生〕 184名  
1年次生〔第23（2）回生〕 261名

期日	7月10日	11日	12日	13日	14日	15日	17日	18日	19日	20日	21日	22日
曜日	月	火	水	木	金	土	月	火	水	木	金	土
内容	試 験 〔#22(1) 1年次後期〕	スクーリング 〔#22(1) 2年次前期〕					スクーリング 〔#23(2) 1年次前期〕					
会場	東京：ホテル B & G											

- ・後 期 平成13年1月15日（月）～ 20日（土）  
1月22日（月）～ 27日（土）
- ・延出席者数 2年次生〔第22（1）回生〕 136名  
1年次生〔第23（2）回生〕 193名

期日	1月15日	16日	17日	18日	19日	20日	1月22日	23日	24日	25日	26日	27日
曜日	月	火	水	木	金	土	月	月	火	水	木	金
内容	試 験 〔#23(2) 1年次前期〕	スクーリング 〔#23(2) 1年次後期〕					試 験 〔#22(1) 2年次前期〕		スクーリング 〔#22(1) 2年次後期〕			
会場	東京：ホテル B & G											

##### (3) 単位取得状況

- ・修了試験（2年次後期）
  - 1) 期 別 第21回生
  - 2) 試験期日 平成12年6月23日（金）
  - 3) 会 場 武蔵野赤十字病院 三番館 山崎記念講堂
  - 4) 受験者数 23名

- 5) 単位取得者数 23名
- 1年次後期
  - 1) 期 別 第22 (1) 回生
  - 2) 受験者数 28名
  - 3) 単位取得者数 28名
- 1年次前期
  - 1) 期 別 第23 (2) 回生
  - 2) 受験者数 37名
  - 3) 単位取得者数 37名 (見込)
- 2年次前期
  - 1) 期 別 第22 (1) 回生
  - 2) 受験者数 25名
  - 3) 単位取得者数 25名 (見込)

## 5. 総 評

新カリキュラムとなって2回目の受講生を迎えた。

アンケートによると、受講するきっかけは「病院管理者に勧められて」が最も多く36.6%、続いて「卒業生からの紹介」が14.6%であった。職種は事務部門が75.6%、病院勤務歴は「10年～20年」が24.4%、「21年以上」が12.2%で合わせて36.6%、その一方、「5年未満」が31.2%あり、そのほとんどは他業種から転職された方であった。

講義に対しては“概論あり具体的実例ありと講義内容がバラエティに富んで興味深く受講出来た”旨の感想が34.2%あった。

要望として、講師に対しては“理論と講師の経験した具体的事例を交え、意見交換をしたい”が15%あった。

教科目に関しては、“自分で能動的に考え、行動することが今必要とされている。他施設・職種の方と情報交換をし参考にしたいので、ケーススタディを増やしてほしい。”が20%あった。

その他目立ったものは“病院経営管理者の地位向上のために、本通信教育修了者にはなんらかの社会的評価が得られるよう働きかけてほしい”旨の声が22%あった。

## 第10 第50回日本病院学会

1. 学 会 長 林 雅 人 (平鹿総合病院 院長)
2. テ ー マ 「21世紀の展望 ー病院像の曙光を探るー」
3. 開催期日 平成12年6月15日(木)～17日(土)
4. 開催地 秋田県
5. 会 場 秋田県民会館・秋田キャッスルホテル  
秋田ビューホテル・秋田アトリオン
6. 演 題

### (1) 学会長講演 1題

「21世紀の展望 ー病院像の曙光を探るー」

講師：第50回日本病院学会 学会長 林 雅 人

### (2) 特別講演 4題

#### ①「私の病院観」

講師：(社)日本病院会 会長 中山 耕作

#### ②「21世紀に問われる日本人像」

講師：岩手県立大学 学長 西 澤 潤 一

#### ③「21世紀の医療と病院像」

講師：国立国際医療センター 総長 矢 崎 義 雄

#### ④「情報開示時代の幕開け」 ～理想の病院～

講師：作家 中 島 み ち

### (3) シンポジウム 5題

#### ①「住民から見た21世紀の病院像」

座長：医事評論家 行 天 良 雄

1) 秋田経済法科大学短期大学部 教授 田 中 玲 子

2) 秋田魁新報社 編集局長 前 川 重 明

3) 秋田県医師会 会長 寺 田 俊 夫

4) 元学校教諭 佐 川 君 子

5) 秋田大学医学部付属病院 院長 佐 藤 光 三

②「21世紀の病院かくあるべし」 ～世界標準の病院運営とは～

座長：東北大学大学院	教授	濃 沼 信 夫
1) 厚生省 保険局	企画官	梅 田 勝
2) GreggMayer & Company	社長	Gregg Mayer
3) 日本医師会総合政策研究機構	主任研究員	江 口 成 美
4) 葉山ハートセンター	院長	須 磨 久 善
5) 亀田総合病院	院長	亀 田 信 介

③「病院医療の質の向上を目指して」 ～病院人の質が問われる新世代～

座長：日本医科大学	常任理事	岩 崎 榮
1) ハワイ大学医学研修事業団	プログラムディレクター	真栄城 優 夫
2) 聖路加国際病院	副院長・看護部長	井 部 俊 子
3) 京都大学大学院	教授	福 井 次 矢
4) 青森県立保健大学	教授	上 泉 和 子
5) 総合病院坂出市立病院	院長	塩 谷 泰 一

④「中小病院の経営戦略 パートV」

座長：医療法人財団 織本病院	名誉院長	織 本 正 慶
1) (医) 弘仁会 板倉病院	理事長	梶 原 優
2) (医) 愛生会 総合上飯田第一病院	院長	岸 本 秀 雄
3) (医) 天馬会 チクバ外科胃腸科肛門科病院	院長	瀧 上 隆 夫
4) (医) あげぼの会 花園病院	理事長	寺 邑 能 實
5) 特定医療法人松愛会 松田病院	院長	松 田 保 秀

⑤「感染症対策の現状と将来展望」

座長：東北大学大学院	教授	賀 来 満 夫
1) 恵寿総合病院	院長	神 野 正 博
2) 聖路加国際病院 感染管理部長		柴 田 清
3) サクラ精機株式会社 学術顧問		青 木 眞
4) 明治製菓 学術部	次長	波多江 新 平

(4) 緊急報告

「平成12年度診療報酬改定影響度・経営実態の現状と今後の展開」

座長：(医)愛仁会理事長	・日本病院会統計情報委員長	中 後 勝
1) 日本医薬情報センター理事長	・統計情報副委員長	三 宅 浩 之
2) (医)明舞中央病院院長	・統計情報 委員	元 原 利 武
3) 東北大学経済学研究科大学院教授	・統計情報 委員	関 田 康 慶
4) 日大医学部医療管理学教室助教授	・統計情報 委員	梅 里 良 正
5) 千葉大医学部附属病院医療情報部長	・統計情報 委員	里 村 洋 一
6) (医)愛仁会顧問	・統計情報 委員	下 間 幸 雄

(5) 一般演題等 425題

7. 医療人の集い(秋田キャッスルホテル)
8. 併設展示会
9. カルチャーコース 4コース
10. 参加者数 延べ 4,100名
11. プログラム (別掲)

# 第50回 日本病院学会 日程表 (関連行事含む)

## 21世紀の展望 ~病院像の曙光を探る~

月・日	会 場			9:00	10:00	11:00	12:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00			
6/14 (水)	秋 田 キ ャ ッ ス ル ホ テ ル									正副会 長会議	合同理事会			学会長招宴					
6/15 (木)	秋 田 県 民 会 館	第 1 会 場	大ホール 1,839名	開会式 学会長 講演 特別講演 中山謙作 特別講演	(西澤潤一)	特別講演(矢崎義雄)	シンポジウム(座長:行天良雄)	要 望 演 題 (A)				一 般 演 題							
	秋田キャッスルホテル	第 2 会 場	矢留 AB 300名					要 望 演 題 (A)				一 般 演 題							
	秋田アトリオン	第 11 会場 (展示会場)	イベント広場					学 会 評 議 員 会											
								医 療 機 器 ・ 福 祉 機 器 展 示											
								飛 翔											
								医 療 人 の 集 い											
								飛 翔											
								飛 翔											
								飛 翔											
飛 翔																			
6/16 (金)	秋 田 県 民 会 館	第 1 会 場	大ホール 1,839名	シンポジウム (座長:瀬沼信夫)	特別講演 (作家 中島みち)	総 会		シンポジウム(座長:岩崎 兼)	閉 会 式										
	秋田キャッスルホテル	第 2 会 場	矢留 AB 300名	シンポジウム(座長:織本正慶)		シンポジウム(座長:賀来満夫)													
	秋田アトリオン	第 11 会場 (示説)	千秋 120名	一 般 演 題				一 般 演 題											
				要 望 演 題 (A)				要 望 演 題 (A)											
				一 般 演 題				一 般 演 題											
				一 般 演 題				一 般 演 題											
				一 般 演 題				一 般 演 題											
				一 般 演 題				一 般 演 題											
				一 般 演 題				一 般 演 題											
	秋田ビューホテル	第 10 会 場	光琳 200名	要 望 演 題 (B) ポスターセッション・実演				緊 急 報 告											
秋田アトリオン	第 11 会場 (展示会場)	イベント広場	医 療 機 器 ・ 福 祉 機 器 展 示																
秋田ビューホテル	飛翔		賞 研 委 員 会																
6/17 (土)				カ ル チ ャ ー コ ー ス															

# 第11 第41回日本人間ドック学会

会 期： 平成12年8月24日（木）～ 25日（金）

メインテーマ： 21世紀の生活週間病対策の变革 —潤いのある健やかな人生をめざして—

会 場： 福井：フェニックスプラザ

学 会 長： 藤澤正清

参加者数： 5200名

一般演題： 271題

## 第1日

8月24日（木）

第1会場 福井フェニックスプラザ 1階大ホール

開会式 9:00～9:20

開会宣言	第41回日本人間ドック学会実行委員長	田 中 延 善
開会挨拶	第41回日本人間ドック学会学会長	藤 澤 正 清
挨拶	(社)日本病院会会長	中 山 耕 作
挨拶	日本人間ドック学会理事長	奈 良 昌 治
来賓祝辞		

学会長講演 9:30～10:00

「当院の健診事業の歩み —肺ガン検診—」

●講 師	第41回日本人間ドック学会学会長 福井県済生会病院院長	藤 澤 正 清
●司 会	日本人間ドック学会理事長 足利赤十字病院院長	奈 良 昌 治

特別講演Ⅰ 10:00～10:50

「癌を語る」

●講 師		寛仁親王殿下
●司 会	第41回日本人間ドック学会学会長	藤 澤 正 清

特別講演Ⅱ 11:00～11:50

「21世紀の医学・医療」

●講 師	自治医科大学学長	高 久 史 磨
●司 会	第41回日本人間ドック学会副学会長 福井医科大学学長	須 藤 正 克

総会 13:00~13:30

挨拶	第41回日本人間ドック学会学会長	藤澤正清
挨拶	(社)日本病院会会長	中山耕作
挨拶	日本人間ドック学会理事長	奈良昌治

教育講演Ⅰ 13:40~14:20

「検診発見による小型肺ガン」

●講師	金沢大学名誉教授(前第一外科教授) 金沢医科大学病院呼吸器外科長	渡邊洋宇
●司会	聖路加国際病院院長	櫻井健司

シンポジウム 14:20~16:20

「人間ドックの価値と21世紀にめざすもの」

●司会	医事評論家	行天良雄
●シンポジスト	厚生省 保健医療局地域保健・健康増進栄養課 課長補佐	北窓隆子
	日本医師会常任理事	櫻井秀也
	健康保険組合連合会常任理事	鈴木久雄
	日本人間ドック学会理事長	奈良昌治

特別講演Ⅲ 16:20~17:00

「生活講堂変容の科学を知らなかった20世紀の医学と人間ドック」

●講師	聖路加国際病院理事長	日野原重明
●司会	岡山赤十字病院名誉院長	依田忠雄

第2会場 福井フェニックスプラザ 2階小ホール

人間ドック全国集計成績 13:40~14:20

(予防医学委員会報告)

●報告	牧田総合病院附属健診センター院長	笹森典雄
●司会	渕野辺総合病院理事長	土屋章

第2日

8月25日(金)

第1会場 福井フェニックスプラザ 1階大ホール

公開講演Ⅰ 9:00～9:50

「心の癒し」 ●講師 大本山永平寺監院 南澤道人  
●司会 第41回日本人間ドック学会副学会長 中上光雄  
福井県医師会会長

公開講演Ⅱ 10:00～10:50

「やさしい街、やさしい人」 ●講師 女優 石井めぐみ  
●司会 (社)日本病院会副会長 武田隆男

公開講演Ⅲ 11:00～11:50

「人間再発見」 ●講師 作家 藤本義一  
●司会 (社)日本病院会副会長 大道學

教育講演Ⅱ 13:30～14:20

「画像診断とIVR」 ●講師 慶応義塾大学医学部放射線診断科 客員教授 平松京一  
●司会 慶応義塾大学病院院長 北島政樹

パネルディスカッションⅠ 14:30～16:30

「二次検診はどこまで行うか」

●司会 (社)日本病院会会長 中山耕作  
●パネリスト PL東京健康管理センター所長 田村政紀  
広島原爆障害対策協議会健康管理・増進センター所長 伊藤千賀子  
聖路加国際病院予防医療センター長 堀三郎  
福井県済生会病院健診センター所長 田中延善

閉会式 16:40～17:00

閉会挨拶 第41回日本人間ドック学会会長 藤澤正清  
挨拶 次期日本人間ドック学会会長 西村昭男  
(日鋼記念病院理事長)  
閉会宣言 第41回日本人間ドック学会実行委員長 田中延善

第2日

8月25日(金)

第2会場 福井フェニックスプラザ 2階小ホール

人間ドック判定に関するガイドライン作成小委員会報告と人間ドック手帳改定検討小委員会報告 9:00~9:30

「血球算定基準等について及び生化学基準値勧告に関する意見報告」

- 報告 三井記念病院総合健診センター名誉顧問 清瀬 闊
- 司会 牧田総合病院附属健診センター院長 笹森 典雄

パネルディスカッションII 9:30~11:30

「今回の女性総コレステロール値勧告の妥当性について」

- 司会 聖路加看護大学教授 日野原 茂雄  
三井記念病院総合健診センター名誉顧問 清瀬 闊
- パネリスト 東海大学医学部総合診療部教授・所長 小川 哲平  
三井記念病院総合健診センター所長 山門 実  
聖路加国際病院予防医療センターチーフ 高橋 為生  
江草玄士クリニック 江草 玄士  
桜美林大学教授 柴田 博  
東京都老人総合研究所名誉所員

ランチョンセミナー

8月24日(木) PM12:00~13:00

第2会場

(1)「前立腺癌診断におけるPSA(前立腺特異抗原)の有用性」

- 講師 関西医科大学泌尿器科教授 松田 公志
- 座長 福井医科大学泌尿器科学教授 岡田 謙一郎

8月24日(木) PM12:00~13:00

第4会場

(2)「検診での肝機能異常社のフォロー」

—肝発癌予備群の発見とその治療—

- 講師 京都府立医科大学第3内科助教授 岡上 武
- 座長 第41回日本人間ドック学会実行委員長 田中 延善  
福井県済生会病院副院長

8月25日（金） PM12：00～13：00

第2会場

(3)「高脂血症治療と動脈硬化の予防」

- 講 師 東京都国保連合会福生病院院長  
慶応義塾大学医学部客員教授 中 谷 矩 章
- 座 長 第41回日本人間ドック学会実行副委員長  
福井県済生会病院副院長 土 屋 良 武

8月25日（金） PM12：00～13：00

第4会場

(4)「H.pylori と胃癌 ～ up-to-date ～」

- 講 師 国立がんセンター中央病院内視鏡部長 齊 藤 大 三
- 座 長 第41回日本人間ドック学会実行副委員長  
福井県済生会病院副院長 三 浦 將 司

	第1会場 (1階)	第2会場 (2階)	第3会場 (B1階)	第4会場 (3階)	第5会場 (3階)	第6会場 (4階)	コ ー ナ ー 商 業 展 示
	大ホール	小ホール	地下会議室	映像ホール	301号室	402号室	
8:30	受付						商 業 展 示
9:00	開会式						
	学会長講演 「当院の健診事業の 歩み―肺ガン検診―」 (藤澤正清) 司会: 奈良昌治						
10:00	特別講演Ⅰ 「癌を語る」 (真仁親王殿下) 司会: 藤澤正清						
11:00	特別講演Ⅱ 「21世紀の医学・ 医療」(高久史郎) 司会: 須藤正克						
12:00		ランチョンセミナー(1) 「前立腺癌診断にお けるPSA(前立腺特 異抗原)の有用性」 (松田公志) 座長: 岡田謙一郎	評議員会	ランチョンセミナー(2) 「検診での肝機能異 常者のフォロー」 (岡上 武) 座長: 田中延善			
13:00	総会						
14:00	教育講演Ⅰ 「検診発見による 小型肺ガン」 (瀧澤洋宇) 司会: 櫻井健司	人間ドック 全国集計成績 (笹森典雄) 司会: 土屋 章					
15:00	シンポジウム 「人間ドックの価値と 21世紀に めざすもの」 司会: 行天良雄	健診の意義・ システムⅠ 一般001~005 座長: 星 和夫  健診の意義・ システムⅡ 一般006~010 座長: 土肥 達  健診の意義・ システムⅢ 一般011~015 座長: 天川孝則	循環器・高血圧Ⅰ 一般016~020 座長: 岩塚 徹  循環器・高血圧Ⅱ 一般021~025 座長: 林 雅人  循環器・高血圧Ⅲ 一般026~031 座長: 宇津典彦	糖尿病・血糖・内分泌Ⅰ 一般037~040 座長: 田中剛二  糖尿病・血糖・内分泌Ⅱ 一般041~044 座長: 川崎勝也  糖尿病・血糖・内分泌Ⅲ 一般045~049 座長: 川合弘毅	事後指導・問診Ⅰ 一般058~062 座長: 秋山 洋  事後指導・問診Ⅱ 一般063~067 座長: 池澤康郎  事後指導・問診Ⅲ 一般068~073 座長: 加藤正弘	喫煙Ⅰ 一般079~083 座長: 鎌本正徳  喫煙Ⅱ 一般084~088 座長: 北條慶一  食事・栄養 一般089~094 座長: 寺田由紀夫	
16:00	特別講演Ⅲ 「生活行動変容の科学を 知らなかった20世紀の 医学と人間ドック」 (日野原重明) 司会: 依田忠雄		呼吸器 一般032~036 座長: 宮崎忠昭	ライフスタイルⅠ 一般050~053 座長: 安藤幸夫  ライフスタイルⅡ 一般054~057 座長: 委沢利行	事後指導・問診Ⅳ 一般074~078 座長: 井手道雄	体力・運動 一般095~099 座長: 濱田耕三	
17:00							
18:00							

懇 親 会 (福井ワシントンホテル)

午後6時30分

参加費 6,000円

8/25(金)

会場/福井フェニックスプラザ

	第1会場 (1階)	第2会場 (2階)	第3会場 (B1階)	第4会場 (3階)	第5会場 (3階)	第6会場 (4階)	コ ー ナ ー 商 業 展 示	
	大ホール	小ホール	地下会議室	映像ホール	301号室	402号室		
8:30								
9:00	公開講演Ⅰ 「心の癒し」 (南澤道人) 司会:中上光雄	人間ドック判定に関するガイドライン作成小委員会報告と人間ドック手帳改訂検討小委員会報告 (清瀬 潤) 司会:笹森典雄	上部消化管Ⅰ 一般116~121 座長:栗山康介	ライフスタイルⅢ 一般152~156 座長:小関忠尚	骨・整形外科 一般189~195 座長:大井利夫	肝・胆・脾 一般232~235 座長:北尾 武	商 業 展 示	
10:00	公開講演Ⅱ 「やさしい街、やさしい人」 (石井めぐみ) 司会:武田隆男		パネルディスカッションⅡ 「今回の女性域コレステロール値勧告の妥当性について」 司会:日野原茂雄 清瀬 潤	上部消化管Ⅱ 一般122~127 座長:大川日出夫	ライフスタイルⅣ 一般157~162 座長:小山和作	脳・神経 一般196~201 座長:高橋光太郎		検査値・検査法Ⅰ 一般236~240 座長:大迫文隆
11:00	公開講演Ⅲ 「人間再発見」 (藤本義一) 司会:大道 學		上部消化管Ⅲ 一般128~133 座長:瀬戸山元一	高脂血症・血清脂質Ⅰ 一般163~166 座長:鈴木豊明	超音波検査Ⅰ 一般202~207 座長:福田浩三	検査値・検査法Ⅱ 一般241~245 座長:竹本吉夫		
12:00		ランチョンセミナー(3) 「高脂血症治療と動脈硬化の予防」 (中谷矩章) 座長:土屋良武	人間ドック実施病院実査委員会	高脂血症・血清脂質Ⅱ 一般167~171 座長:野村孝史	検査値・検査法Ⅲ 一般246~251 座長:岡本清也			
13:00			ランチョンセミナー(4) 「H.pyloriと胃癌~up-to-date~」 (高橋大三) 座長:三浦將司					
14:00	教育講演Ⅱ 「画像診断とIVR」 (平松京一) 司会:北藤政樹	健診の意義・システムⅣ 一般100~104 座長:西村昭男	上部消化管Ⅳ 一般134~138 座長:登内 貴	婦人科 一般172~176 座長:紙谷尚之	超音波検査Ⅱ 一般208~212 座長:福井 順	症例報告その他Ⅰ 一般252~255 座長:中川原信三		
15:00	パネルディスカッションⅠ 「二次検診はどこまで行うか」 司会:中山耕作	健診の意義・システムⅤ 一般105~109 座長:渡原 俊	上部消化管Ⅰ 一般139~142 座長:山本修三	泌尿器Ⅰ 一般177~182 座長:菅田敏明	超音波検査Ⅲ 一般213~218 座長:大滝秀徳	症例報告その他Ⅱ 一般256~260 座長:林 正岳		
16:00		健診の意義・システムⅥ 一般110~115 座長:武田 輝	下部消化管Ⅱ 一般143~147 座長:白崎信二	泌尿器Ⅱ 一般183~188 座長:大山朝弘	超音波検査Ⅳ 一般219~223 座長:木谷栄一	症例報告その他Ⅲ 一般261~265 座長:田中廣昌		
			下部消化管Ⅲ 一般148~151 座長:田中猛夫		超音波検査Ⅴ 一般224~227 座長:木村謙一	症例報告その他Ⅳ 一般266~271 座長:大中正光		
17:00	開会式				超音波検査Ⅵ 一般228~231 座長:河北公孝			
18:00								

## 第12 第26回日本診療録管理学会

1. 会 期 平成12年9月21日（木）～ 22日（金）
2. 開催地 福岡市（アクロス福岡）
3. 学会長 熊澤浄一（前国立病院九州医療センター院長）
4. テーマ 「世紀末の診療録管理から21世紀の診療情報管理へ」
5. 演 題
  - 1) 学会長講演 1 題
  - 2) パネルディスカッション 1 題
  - 3) シンポジウム 4 題
  - 4) ワークショップ 1 題
  - 5) 一般演題 41 題

6. 参加者 1098名

### 7. プログラム

#### ① 学会長講演

（9月21日 9：40～10：00）：司会 柏戸征三郎（国立病院九州医療センター院長）

「病院スタッフは診療録をどう意識しているか」

熊澤浄一（前国立病院九州医療センター院長）

#### ② パネルディスカッション・シンポジウム・ワークショップ・総括

##### ● パネルディスカッション「診療情報開示のあり方を考える」

（9月22日 11：25～12：25）：司会 朔 元則（国立病院九州医療センター診療部長）

1) 医師の立場から：開原 成允

（財団法人医療情報システム開発センター理事長：国立大蔵病院名誉院長）

2) 市民（法学者）の立場から：内田 博文（九州大学法学部長）

3) 日本医師会から：宮坂 雄平（社団法人日本医師会常任理事）

##### ● シンポジウム(1)「医療・福祉機能と診療情報」

（9月21日 10：00～12：00）：司会 田原 孝（日本福祉大学教授）

1) 急性期型：倉部 直子（江別市立病院 診療情報管理士）

2) 福祉、定住型：塚原安紀子（ライフコンプリート社長）

3) 指定発言：井上 通敏（国立大阪病院院長、次期日本医療情報学会会長）

- 4) 発言へのコメント：三村 智子（新潟市民病院 診療情報管理士）
- 5) 発言へのコメント：三宅 裕子（東筑波短期大学助教授 診療情報管理士）
- 6) 医療・福祉機能と診療情報に関する新たな提案：田原 孝

●シンポジウム(2)福岡市医師会一般公開シンポジウム

「カルテ開示に於ける診療現場での問題点」

(9月21日 17:00～18:30): 司会 江崎 泰明（福岡市医師会副会長）

- 1) 金岡 毅（福岡大学病院医療情報部部長：大学病院の立場から）
- 2) 津田泰夫（福岡通信病院院長：公立病院の立場から）
- 3) 江頭啓介（江頭会さくら病院院長：民間病院の立場から）
- 4) 大木 實（大木整形外科医院院長：医事調停委員の立場から）
- 5) 入江 尚（入江内科小児科医院副院長：有床診療所の立場から）
- 6) 山崎 節（山崎内科クリニック院長：内科無床診療所の立場から）
- 7) 井上 博（井上内科小児科医院院長：在宅医療の立場から）

●シンポジウム(3)「診療情報の標準化と電子ネットワーク」

(9月22日 13:25～14:40): 司会 阿南 誠

(国立病院九州医療センター医事専門官 診療情報管理士)

- 1) 標準化と診療録：里村 洋一  
(千葉大学医学部附属病院医療情報部教授、日本医療情報学会会長)
- 2) 政策医療ネットワーク：富澤 一郎（厚生省国立病院部政策医療課課長補佐）
- 3) 電子カルテ（A-net）とその動向：秋山 昌範（国立国際医療センター内科医長）
- 4) HOSPnet（国立病院等情報ネットワークシステム）における臨床産科情報ネットワーク  
：中村 幸夫（国立弘前病院産婦人科医長）
- 5) 指定発言：イントラネット上のデータベースの利用価値  
：中島 淳博（国立病院九州医療センター心臓血管外科医師）

●シンポジウム(4)「クリティカルパスと診療情報」

(9月22日 16:50～18:10): 司会 長谷川 敏彦

(厚生省国立医療病院管理研究所医療政策研究部長)

- 1) 医師の立場から：武藤 正樹（国立長野病院副院長）
- 2) 看護婦の立場から：坂本 すが（NTT東日本関東病院看護部長）
- 3) コメディカルの立場から：飛野 幸子（済生会熊本病院薬局長）

●緊急ワークショップ「診療情報管理と診療報酬点数化を考える」

(9月22日 15:35~16:50): 司会 入江 真行

(和歌山県立医科大学先端医学研究所医学医療情報研究部助教授)

1) 行政側の立場から: 迫井 正深 (厚生省保険局医療課課長補佐)

2) 病院管理者の立場から: 奈良 昌治 (足利赤十字病院院長)

3) 診療情報管理士の立場から (情報開示について)

: 枝光 尚美 (大阪府立母子保健医療センター 診療情報管理士)

4) 診療情報管理士の立場から: (DRG/PPS試行施設)

: 秋岡美登恵 (国立病院九州医療センター 診療情報管理士)

●学会総括発言

(9月22日 18:10): 岩崎 榮 (日本医科大学常務理事)

# 学会 第1日目 (9月21日 木曜日)

発表予定時間	テーマ・司会等	No.	発表者	所属	演題
9:30	開会の挨拶：第26回日本診療録管理学会会長 熊澤 淨一				
9:33	開会の挨拶：日本病院会会長 中山 耕作				
9:36	開会の挨拶：日本診療録管理学会理事長 木村 明				
9:40	学会長講演：第26回日本診療録管理学会会長 熊澤 淨一 司会：国立病院九州医療センター院長 柏木征三郎				
10:00	シンポジウム：医療・福祉機能と診療情報（司会 日本福祉大学教授 田原 孝）				
12:00	昼食タイム				
13:00	総会				
13:30	業務・運用管理	1	中村 正	聖マリアンナ医科大学 病院病歴部	診療録の早期提出のための工夫：新しい 診療情報管理に向けて
13:39	司会：	2	遠藤 恵子	新潟市民病院地域医療 部病診連携係	新潟市民病院における病診連携の実態
13:48	熊本市市民病院副院長 長尾 和治	3	太田 勇司	田川市立病院外科	入退院カルテの標準化と問題点：特に退 院時サマリの未納に関して
13:57	公立昭和病院医事課 小野 祥子	4	白吉 一仁	厚生省大臣官房統計情 報部人口動態統計課	死亡診断書の様式改正後の記載状況と 「原死因」の決定方法について
14:06		5	小林 智彦	姫路聖マリア病院	我が国の病院における診療録管理の現況調 査：診療録管理委員会の有意性について
14:15	情報管理	6	定本 清美	東邦大学医学部付属大 森病院地域連携室	大学付属病院からの転院に必要な診療情 報についての検討
14:24	司会：	7	藤岡 宏	中村記念病院診療情報 管理室	診療情報管理の業務統計を試みて
14:33	北里大学東病院病歴室長 長澤 哲夫	8	佐藤 元美	中村記念病院診療情報 管理室	当院における退院サマリー病名の検証： 病名標準化への考察
14:42	川崎医科大学中央病歴室長 大蝶 好子	9	松岡 美帆	総合大雄会病院医事課	当院における過去5年間の死亡者統計の 分析
14:51		10	愛敬 美一	医療法人大雄会診療録 管理室	当院における長期入院患者の在院理由の 検証
15:00		11	三浦 莊治	秋田県診療録管理研究 会	秋田県の疾病構造について：第一報
15:10	電子カルテ・ネットワーク	12	北本 正俊	金沢医科大学病院	電子カルテ化に伴うカルテ管理業務の改 善
15:19	司会：	13	木村 映善	愛媛大学医学部附属病 院医療情報部	メールシステムを用いたMML交換フレ ームワークの構築
15:28	名古屋大学医学部附属病院医療情報部 教授 山内 一信	14	田端 文子	佐賀医科大学附属病 院診療録センター	POS方式統合型電子カルテを目指して
15:37	福井心臓血管センター福井循環器病院 医療情報部 村中 美知子	15	松村 泰志	大阪大学医学部附属病 院医療情報部	電子カルテと紙カルテの併用運用の試み
15:46		16	寺延 美恵子	島根県立中央病院医療 情報管理科	電子カルテシステム
15:55	教育・調査報告	17	水野 智	名古屋大学大学院医学研 究科医療管理情報学教室	国立大学附属病院における診療録管理の 現状
16:04	司会：	18	松浦 はるみ	公立玉名中央病院診療 情報管理室	診療情報管理士認定後2年の歩みと21世 紀にめざすもの
16:13	磐城済世会松村総合病院管理部長 有坂 馨	19	曾我 のり子	東海大学医学部付属病 院病歴情報管理室	21世紀へ引き継ぐべき診療情報と管理体 制について
16:22	北九州市立門司病院内科部長 三木 幸一郎	20	小澤 久美子	河北総合病院	東京ネットコーディングの勉強会：発足 準備から1年の経過
16:31		21	亀谷 和代	福岡記念病院診療録管 理室	卒後教育の試み、手術処置などの勉強会
16:40	休憩（入れ替え）				
17:00	一般公開シンポジウム：カルテ開示における現場での問題点（司会 福岡市医師会副会長 江崎 泰明）				
18:30	終了				

## 学会 第2日目（9月22日 金曜日）

発表予定時間	テーマ・司会等	No.	発表者	所属	演題
9:00	病院情報システム	1	寺林 希美	東邦大学医学部付属大森病院診療録管理センター	オーダリングシステム導入におけるシステム改革の現状と今後の展望
9:09	司会：	2	須貝 和則	昭和大学病院診療録管理室	診療録と放射線画像フィルムの電子ファイリングシステムを導入して
9:18	東海大学付属病院医事課副参事 霞堂 直史	3	原田 恵司	戸田中央総合病院診療情報管理室	在院患者の情報管理業務の取り組み
9:27	日生病院医事部病歴図書室 小坂 清美	4	大瓦 三香	杏林大学医学部付属病院診療情報管理センター	サマリー作成支援システムの構築：オーダリング診療録管理看護支援システムとの接続
9:36		5	佐藤 正幸	札幌社会保険総合病院医療情報管理室	病歴データベース公開のためのセキュリティ管理の試行について
9:45	DRG/PPS・医療経済	6	阿南 誠	国立病院九州医療センター医事課	DRG/PPS試行における退院時病名のあり方：第2報（汎用病名集の開発）
9:54	司会：	7	上田 京子	国立仙台病院医事課	急性期入院医療の定額支払い方式試行の現状分析
10:03	九州大学大学院医学系研究科医療システム学教室教授 信友 浩一	8	藤田 由理子	福井県済生会病院病歴管理室	病歴管理データの有効活用：厚生省発表DRG/PPSデータとの比較
10:12	国立病院九州医療センター医事課中央診療録管理室 柴田 実和子	9	渡部 愛	海南病院診療情報管理室	医事データと診療情報データのリンクによる、医師別、疾病別、診療行為別の入院点数及び平均在院日数の分析
10:21		10	今泉 浩徳	さわらび会福祉村病院医療事務課	インフルエンザ予防接種と医療経済
10:30			早田 由美	社会保険諫早総合病院	指定発言：試行病院の立場から
10:35	診療情報提供・開示	11	橋口 誠	麻生飯塚病院病歴室	診療情報開示に備えて当院の入院診療録チェックの試み
10:44	司会：	12	白鳥 淑孝	聖マリアンナ医科大学病院病歴部	聖マリアンナ医科大学医学部付属病院における「診療記録の開示に関する指針（ガイドライン）について」
10:53	佐賀医科大学検査部教授 只野 壽太郎	13	石井 裕一	昭和大学病院診療録管理室	「診療情報の提供に関する指針」における当院の取り組み
11:02	福井県立病院病歴室 五十嵐 よしあ	14	肥田 美佐子	横浜労災病院病歴室	診療情報開示における基盤整備の取り組み
11:11		15	笹川 紀夫	広島国際大学医療福祉部	医療電子情報の保存・処理に対する患者意識に関する研究
11:20			上田 京子	国立仙台病院医事課	指定発言：いくつかのガイドラインを参考に
11:25	パネルディスカッション：診療情報開示のあり方を考える（司会 国立病院九州医療センター診療部長 朔 元則）				
12:25	昼食タイム				
13:25	シンポジウム：診療情報の標準化と電子ネットワークを考える（司会 国立病院九州医療センター医事専門官 阿南 誠）				
14:40	クリティカルパス・医療評価・看護管理	16	梅里 良正	日本大学医学部医療管理学教室	医療費データを用いた診療の質管理手法に関する研究－外科系疾患における試み－
14:49	司会：	17	川上千英子	フォーカスチャーティング研究会	パス法の記録にフォーカスチャーティングを
14:58	日本大学医学部医療管理学教室助教 梅里 良正	18	片山 律子	日綱記念病院診療情報管理部	医療の質評価のための症例グループ化の問題についての考察
15:07	医療法人宗仁会奥村病院システム課長 合戸 久美	19	宮澤 総介	聖隷三方原病院循環器科	医師用インシデント・アクシデントレポートの書式と報告結果分析
15:16		20	吉村 浩美	聖隷三方原病院婦長室	看護における医療情報の活用の実際
15:25		21	中安 輝美	聖隷三方原病院看護部	転倒・転落のアクシデントレポートの結果と分析
15:35	ワークショップ：診療情報管理と診療報酬点数化を考える（司会 和歌山県立医科大学先端医学研究所医学医療情報研究部助教 入江 真行）				
16:50	シンポジウム：クリティカルパスと診療情報（司会 厚生省国立医療病院管理研究所医療政策研究部長 長谷川 敏彦）				
18:10	総括発言（日本医科大学常務理事 岩崎 榮）				
18:25	閉会の挨拶等				
18:30	終了				

## 第13 国際モダンホスピタルショー2000

### 国際モダンホスピタルショー2000 開催要綱

1. 名 称 国際モダンホスピタルショー2000
2. 主 催 社団法人日本病院会／社団法人日本経営協会
3. テ ー マ 「さらなる飛躍をめざして——21世紀への保健・医療・福祉の展開」
4. 会 期 平成12年7月12日(木)～14日(金) 3日間
5. 開場時間 午前10時～午後5時（最終日は、午後4時まで）
6. 面 積 会場面積 19,000㎡ 展示面積 6,000㎡
7. 出展社数 307社〔前回 190社〕
8. 来場者数 58,900人〔前回 52,300人〕 いずれも3日間延べ
9. 会 場 東京ビッグサイト（東京・有明）西展示ホール1・2、アトリウム、会議棟  
〒135-0063 東京都江東区有明3-21-1  
東京ファッションタウンビル
10. 後 援 厚生省、外務省、通商産業省、郵政省、自治省、消防庁、科学技術庁、東京都、中小企業総合事業団、日本貿易振興会、(財)製品輸入促進協会、(社)日本医師会、(社)日本歯科医師会、(社)日本薬剤師会、(社)日本看護協会、(財)医療情報システム開発センター、(社)日本医薬情報センター、(財)医療機器センター、(財)医療関連サービス振興会、(社)全国自治体病院協議会、(社)全日本病院協会、(社)日本精神病院協会、(社)日本医療法人協会、全国公私病院連盟、(社)日本病院薬剤師会、(社)日本栄養士会、(社)日本放射線技師会、(社)日本臨床衛生検査技師会、(社)日本理学療法士協会、(社)日本作業療法士協会、(社)全国病院理学療法協会、(社)東京都臨床衛生検査技師会、(社)病院管理研究協会、(社)全国社会保険協会連合会、(財)日本訪問看護振興財団、NHK、(社)日本民間放送連盟、アメリカ合衆国大使館 商務部、英国大使館、オランダ大使館、デンマーク大使館、EU（ヨーロッパ連合）（順不同）
11. 協 賛 全国社会福祉協議会、日本医療機器関係団体協議会、(社)日本エム・イー学会、(社)日本画像医療システム工業会、(社)日本電子機械工業会、日本薬科機器協会、日本医科器械商工団体連合会、日本医用機器工業会、日本医療器材協会、日本人工臓器工業協会、日本理学療法機器工業会、日本医用光学機器工業会、(社)日本分析機器工業会、(社)日本衛生検査所協会、(社)日本衛生材料工業連合会、(社)日本ホームヘルス機器工業会、(社)日本医療福祉建築協会、(社)全国消防機器協会、保健医療福祉情報システム工業会、日本在宅医療福祉協会、(社)東京都医療社会事業協会、東京医科器械商業組合、日本臨床工学技士会、東京商工会議所、生活・福祉環境づくり21（順不同）
12. 展示内容 ①病院環境・設備  
②医療機器・材料  
③事務機器  
④医療情報システム  
⑤看護支援関連  
⑥在宅関連  
⑦医療関連サービス（アウトソーシング）  
⑧人材教育・図書など

13. 特別企画展示「蘭学事はじめコーナー」日蘭交流400周年記念事業

＜蘭学事はじめコーナープロジェクト委員会主催＞

- ミュージアム・エリア
- オランダ・ナウエリア
- カンファレンス・エリア

14. 企画コーナー

- 医療・福祉車輛コーナー
- ブックコーナー
- ベンチャー企業支援コーナー
- ヒーリングガーデンコーナー

15. ホスピタルショウ カンファレンス＜ホスピタルショウ委員会企画部会主催＞

- 「医療人と利用者のパートナーシップ～適正な医療制度と質の向上をめざして～」
- 「21世紀の病院経営の針路を考える」
- 「クリティカル・パスとアウトカム」
- 「看護におけるリスクマネジメントを考える」
- 「診療情報開示の視点から考える看護記録」
- 「開かれた医療と電子カルテ」
- 「介護と福祉の情報化の現状と将来」
- 「地域でつくる利用者本位の高齢者ケアサービス」

16. 研究会 ＜日本病院会主催＞

「病院環境の整備と消毒・洗浄・清掃の基本と応用」(ハウスキーピング研究会)

17. テクニカルセミナー ＜6セッション開催＞

18. EU (欧州連合) Gateway to Japanテクニカルセミナー

19. 併設展「EMPREP2000」(米国災害予防・緊急時対応展示会/セミナー)

## 国際モダンホスピタルショウ2000 実施概要

国際モダンホスピタルショウ2000は、“さらなる飛躍をめざして—21世紀への保健・医療・福祉の展開”をメインテーマに7月12日(水)～14日(金)の3日間、東京ビッグサイト（東京国際展示場）の西1・2ホール、アトリウム（会場面積19,000㎡・展示面積6,000㎡）を使用して開催した。会期中3日間の来場者数は58,900名であった。出展社数は307社（内、海外出展は18カ国・地域・機関から延べ79社）を数えた。

展示内容は、一般展示として環境設備、医療機器、ナース・サポート関連、在宅関連、医療関連サービス（アウトソーシング）、医療情報システム、海外、人材教育・図書などをゾーン分けし、国内外のメーカー・ディーラーによる展示・実演が行なわれた。

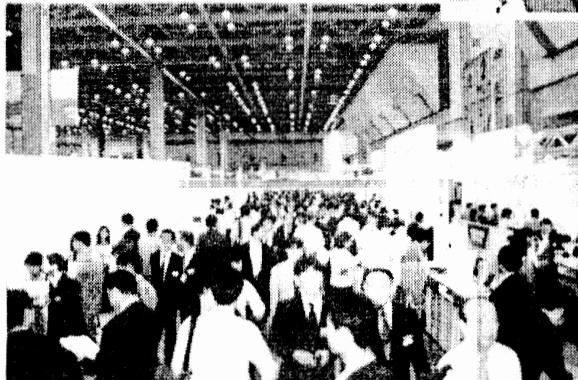
今回、特別企画事業として、オランダ大使館の日蘭交流400周年記念事業の認定を受け「蘭学事はじめコーナー」を設置した。わが国では、中国伝来の漢方医学がオランダからもたらされた近代医学と融合し、革新的な飛躍をみたが、その核を担ったのが蘭学者たちだった。江戸時代に起きた医療の革命的な時代を、担った代表的な蘭学者の紹介と貴重な文物をミュージアムエリアで紹介するとともに、カンファレンスエリアでは、“オランダに学ぶ”をコンセプトに講演や各種セミナーを展開、オランダナウエリアでは、オランダ企業の最新の優れた医療・福祉機器が展示された。

継続の企画事業としては、在宅関連ゾーンで(株)日本自動車工業会の協賛を得て「医療・福祉車両コーナー」を、さらに医療・看護等に関する書籍、教育的なCD-ROM等を即売する「ブックコーナー」、「テクニカルセミナー」、「ヒーリングガーデンコーナー」を設けた。また、今回、初めて中小企業総合事業団の後援で「ベンチャー企業支援コーナー」を設け、医療・福祉・介護関連のベンチャー企業の独創的な技術・サービス等を医療・福祉関係者へ情報発信した。

併設展として、初めてEMPREP2000（第4回米国災害予防・緊急時対応展示会／セミナー）が米国外使館主催で開催され、米国の緊急医療及び災害救助関連企業23社が出展、危機管理セミナーも実施された。

また、近年高い関心が寄せられている病院等における事故に対し、展示企業側からも何らかの提案ができればとの主旨から、「事故防止に役立つ展示品」が来場者に容易に目視できるプレート掲げ好評を博した。

会期中には、日本病院会研究会、ホスピタルショウカンファレンス、テクニカルセミナー、プレゼンテーションステージ等を数多く開催し、聴講者は延べ4,100名を越し盛況であった。



## 展 示 規 模

2000年	307社	会場面積	19,000㎡	展示面積	6,000㎡
'99年	190社	会場面積	14,000㎡	展示面積	3,900㎡
'98年	216社	会場面積	19,000㎡	展示面積	4,500㎡

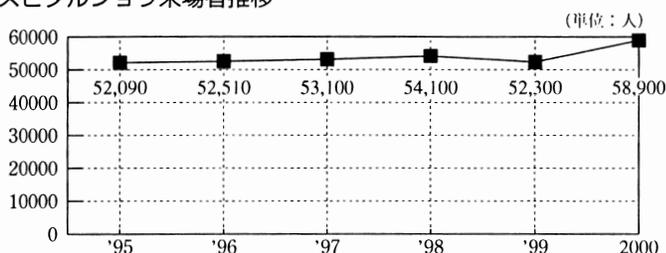
## 来 場 者 数

会期3日間の来場者数と近年の来場者数推移は以下のとおりである。

### 1. 日別来場者数

		2000年(第27回)人数	'99年(第26回)人数
第1日	7月12日(水)	15,300名	7月7日(水) 12,900人
第2日	7月13日(木)	21,600名	7月8日(木) 17,500人
第3日	7月14日(金)	22,000名	7月9日(金) 21,900人
合 計		58,900人	合 計 52,300人

### 2. 国際モダンホスピタルショウ来場者推移



### 3. 海外来場者

今回は、以下のとおり、26ヵ国・地域、336名の外国人の来場者があった。

7月12日(水)	108名
7月13日(木)	170名
7月14日(金)	58名
合 計	336名

#### 〈国 別〉

アメリカ、イギリス、フランス、ドイツ、イタリア、スペイン、オランダ、ベルギー、オーストリア、アイルランド、ギリシア、ロシア、カザフスタン、ウズベキスタン、リトアニア、イスラエル、オーストラリア、ニュージーランド、アルゼンチン、中国、香港、韓国、台湾、インド、パキスタン、インドネシア (順不同)

## パブリシティ活動

主催者ならびに出展社から、病院関係者、ユーザーに対し50万部の招待状が発送されたほか、種々の媒体を通じての広告をはじめ、ニュースリリース、各種印刷物を作成し、積極的なパブリシティ活動を展開して来場者動員に努めた。

国際モダンホスピタルショー2000  
INTERNATIONAL MODERN HOSPITAL SHOW 2000  
7/12(水)～14(金)  
東京ビッグサイト(有明区豊洲2-1-3)



### 1. ポスター (製作部数: 3,000部)

全国の病院および出展社・協賛団体を中心に配布。

### 2. 招待状 (制作部数: 500,000部)

(社)日本病院会会員病院、ホスピタルショー後援・協賛団体、委員会委員、出展社および自治体、社会福祉施設、保健所、老人保健施設、訪問看護ステーション等に配布。

### 3. 特別招待状 (制作部数: 1,500部)

出展社、後援・協賛団体、主催団体会員等に配布。

### 4. インターネットホームページ

年間を通してホスピタルショーのホームページを開設。インターネット上の広報活動を行ない、出展社ホームページとリンクした。

URL: <http://www.noma.or.jp/hs/>



### 5. 国際モダンホスピタルショー2000ガイド

(発行部数: 70,000部)

会期中、招待状持参者に無料配布。来場者のガイドとして、また、病院経営に役立つ情報誌として刊行。

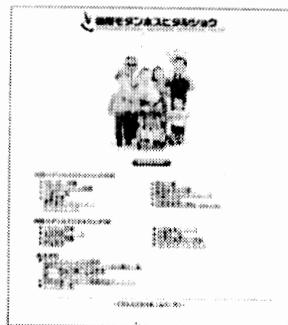
- ①会場案内図
- ②セミナープログラム
- ③特別企画展示

「蘭学事はじめコーナー」

日蘭交流400周年記念事業

- ④出展社の見どころ
- ⑤出展社一覧/分野別出展社一覧
- ⑥出展社名簿

体裁: A4判変型 本文163頁





## 第14 国際活動

### 1. 国際病院連盟 (IHF)

2000年度の IHF Governing Council Meeting は Palma (Mallorca) および Bahrain において、それぞれ6月1日および11月6日に開催され、秋山 IHF 理事は前者に出席した。

IHF の契約出版社 (Sterling Publishing Group PLC) との間に Website の協力が成立し、2000年度の著作権料として£18,750 が入金予定である。

年会費値上げについては、英国の生活費指数を超えるべきではないとして、当面持ち越されることとなった。

Dr. E. K. Yeoh より、中国の A member として加入の件について報告があった。北京との交渉によると、中国と台湾が別々の A member としてであれば喜んで加入するとのことであった。これに関しては IHF の会則変更を要する。

今後の学会・会議として、香港における2001年 IHF 総会、Buenos Aires における2002年 Pan-Regional Conference, San Francisco における2003年 IHF 総会等々がある。

なお、2001年5月、香港の IHF 総会後に企画されている Field Study Course (FSC) は当初、韓国で開催される予定であったが、大韓病院協会が辞退を申し出たため IHF・AHF 会長が検討した結果、前回 AHF の Study Tour 開催 (1999年6月、北海道) の実績のある日本病院会に依頼した。(日本病院会では急な依頼で困難な面も多いが、北海道開催と言うことで西村常任理事に何かと協力を願い開催することとなった。)

### 2. アジア病院連盟 (AHF)

2000年度の AHF Governing Council Meeting は香港において5月8日に開催され、秋山 AHF 理事が出席した。

冒頭、Lai 会長より、前年6月に開催された第49回日本病院学会に中山日病会長、及び西村学会長に Lai 会長はじめ AHF の会長等が招待され、大変歓待していただいたとの感謝の言葉があり、また、引き続いて開催した北海道の AHF Field Study Course についての感謝の意も述べられた。

隔月発行の "Hospital Product Asia" の "First Asia Publishing Pte. Ltd" との契約更新について、今後やや不利な面もあるが、交渉を続けることとしたい。

Cornhill Publications Ltd. や Sterling Publishing Group PLC からの基金により、AHF Fellowship/ scholarship award をもうけ、\$8,000~10,000を異なる国からの member が IHF 総会やその後の Field Study Course (FSC) ~韓国の辞退により日病が開催) に参加することに補助したいとの提案があった。

Lai 会長は2000年12月にマイアミにおいて開催される International Summit on Private Health Sector において “Regional Perspective on Hospital Trends” と題して IHF の要請により講演の予定である旨報告があった。

第50回日本病院学会（6月15～17日、秋田市）へのアジア病院連盟各国からの参加者は次のとおりであった。

香港病院協会	会長	1名
台湾病院協会	常任理事夫妻	2名
モンゴル病院協会	会長夫妻	2名
フィリピン病院協会	副会長	1名
大韓病院協会	副会長	1名

### 3. 海外視察研究会

日 程：2000年10月1日（日）～ 10月11日（水） 11日間

団 長：藤澤正清（副会長）

コーディネータ：星 和夫（監事）

参加者：17名

★コース等については次の通り

# 旅のお誘い

## ～医学の歴史を巡る旅（第2回）

### ギリシャ・エーゲ海～

今回のハイライトは医学のメッカ、コス島行きです。ギリシャ文化庁の特別許可を得て、古代ギリシャの総合病院アスクレピオス神殿跡で、“ヒポクラテスの誓い”の儀式を再現します。

その他エビダウロスのアスクレピオス神殿跡、十字軍の籠ったロドス島の病院跡、内耳迷路（ラビリンズ）の語源となったクレタ島のクノッソスの宮殿跡などを訪れます。

あとはエーゲ海クルーズをお楽しみください。皆様のご参加をお待ちします。

団長：福井県済生会病院院長 藤澤 正清

コーディネータ：青梅市立総合病院院長 星 和夫

旅行期間：平成12年10月1日（日）～平成12年10月11日（水）（11日間）

旅行方面：ギリシャ・エーゲ海

旅行日程

日次	月日 (曜)	地名	現地時刻	交通機関	日 程	朝食	昼食	夕食
1	10/1 (日)	成 田	12:00	JL419	空路、ミラノへ。(所要12時間20分)			
		ミラノ着 / 発	17:20/18:45	OA246	アテネへ。(所要2時間15分)			
		アテネ	22:00	専用車	着後、ホテルへ。 【アテネ泊】			
2	10/2 (月)	アテネ(ビレウス)	11:00	船	エーゲ海クルーズ。 【船中泊】		○	○
		ミコノス島						
3	10/3 (火)	トルコ・クシャダス			エベソス遺跡観光 【船中泊】	○	○	○
		バトモス島						
4	10/4 (水)	ロドス島			十字軍の病院跡他 【船中泊】	○	○	○
		クレタ島						
5	10/5 (木)	クノッソス		クノッソス宮殿跡他 【船中泊】	○	○	○	
		サントリーニ島						
6	10/6 (金)	アテネ(ビレウス)	7:00	専用車	シンタグマ広場(衛兵の交代式)			
		アテネ	18:00	OA734 (予定)	アクロポリスの丘他	○	○	○
		コス島	18:55	専用車	コス島へ。(所要55分) ホテルへ。 【コス島泊】			
7	10/7 (土)	コス島	午前	専用車	アスクレピオスの神殿跡			
		コス島発	午後	OA735 (予定)	「ヒポクラテスの誓い」のセレモニー	○	○	○
		アテネ着	19:35 20:25	専用車	騎士の城 ヒポクラテスのプラタナス(医学の木) 空路、アテネへ。(所要50分) ホテルへ 【アテネ泊】			
8	10/8 (日)	アテネ		専用車 (約90km)	コリントス博物館・遺跡・運河			
		コリントス		(約30km)	ミケーネの遺跡	○	○	×
		ミケーネ		(約20km)	ホテルへ。 【ナフプリオン泊】			
9	10/9 (月)	ナフプリオン		専用車 (約30km)	アスクレピオスの神殿跡・博物館	○	○	○
		エビダウロス		(約120km)	アネ市内観光 【アテネ泊】			
10	10/10 (火)	アテネ	15:15	KL1576	空路、アムステルダムへ。(所要3時間40分)	○		
		アムステルダム着 / 発	17:55/20:00	JL412	成田へ。(所要11時間10分) 【機中泊】			
11	10/11 (水)	成 田	14:10					

※この日程表は、最も新しい資料に基づいて作成されていますが、交通機関の都合により発着時間の変更が生ずることがあります。  
※JL…日本航空 OA…オリンピック航空 KL…KLM オランダ航空

## 第15 広 報

### 1. 日本病院会ニュースの発行（主な記事・寄稿）

〈号数〉 〈発行日〉

605号 4月10日

- 1) 中山会長が当面の問題への具体的考えを明示（平成11年度代議員会・総会）  
3,000病院目標に組織拡大をと  
平成12年度事業計画案を承認 事務長養成通教を改称 門戸を広げ育成  
平成12年度予算3.1%増の10億4,600万円
- 2) 寄稿「診療報酬改定と今後の課題」（栗山康介・社会保険・老人保健委員長）
- 3) 寄稿「3月31日付の厚生大臣の定める療養告示の内容について」（渡辺元三・聖母病院医事課長）
- 4) 中小病院コーナー「病診連携を唱える以上 職員も連携先に受診を」（岡田玲一郎・社会保険研究所長）
- 5) 診療報酬改定に伴う質疑応答集80問集 ～付録～

606号 4月25日

- 1) 北海道・有珠山噴火 警戒態勢長期の様相～現地会員～
  - ・現地報告「中山会長 有珠山噴火災害現地を視察」（林 茂・日鋼記念病院医療事務部長）
  - ・同「有珠山噴火災害現地視察報告」（中山耕作・日本病院会会長）
- 2) 在院日数 定点比較の全開設主体で短縮（日病・平成10年度病院経営分析報告書）
- 3) シリーズ特集〈高齢者医療を考える・第5回〉「リハビリテーション医の立場から高齢者医療を考える」（古関博明・医療法人社団熊本丸田会会長）
- 4) 「21世紀の展望～病院像の曙光を探る」テーマに 第50回日本病院学会 6月15日・16日に秋田市で
- 5) 日本病院会選挙告示 理事の欠員補充選挙 公5・私1名
- 6) 中小病院コーナー「中小病院の進路と効率性 病床規模が本質的ではない」（石井暎禧・医療法人石心会理事長）

607号 5月10日

- 1) 寄稿「医療事故を防ぐための基本的事項」（川崎勝也・日本病院会医療事故対策委員長）
- 2) 「世紀末の診療録管理から21世紀の診療情報管理へ」 第26回日本診療録管理学会 9月21・22日、福岡市で

- 3) 中医協薬価部会 今年度以降の継続検討事項を確認。算定ルール、類似薬選定の透明化
- 4) 常任理事会だより(4月度)
- 5) 春の叙勲・褒章で廣田理事らが受章
- 6) 中小病院コーナー「正念場を迎える21世紀の医療界」(廣田耕三・熊本リハビリテーション病院理事)

608号 5月25日

- 1) 診療録管理の診療報酬点数化 木村通教委員長が評価  
診療情報管理通信教育のあらまし カルテ開示の要請に応える専門職を養成  
平成8年から医療研修推進財団と共催  
診療情報管理士200名を登録 ～日病の第9回(第52回)通教認定式～
- 2) 日病政治連盟の新委員長に藤澤正清氏 中山会長が急きょ指名
- 3) 医療法改正案も事実上廃案へ 秋の臨時国会に持越し
- 4) PT、OTの配置状況を調査集計 需要過多・供給不足が判明(日病1,458会員)
- 5) シリーズ特集〈高齢者医療を考える・第7回〉「高齢者も死ぬまで俗人」(大野善三・元NHK医療番組ディレクター)
- 6) 中小病院コーナー「急性期特定病院」(中 佳一・特定医療法人三思会理事長)  
《会員増強特集・第3弾》新世紀へ向け病院共生圏を! 組織力が政策提言の力 私的中小病院の増強を得て  
《付録・政治連盟特集》「日病の政治力を発揮し我々の病院を守ろう!」

609号 6月10日

- 1) 国際モダンホスピタルショウ 開催規模が大幅に拡大 7月12~14日、東京ビッグサイトで
- 2) 代議員会・総会で中山会長が強調 自らも良い医療のために環境変革を 医療保険制度等の抜本改革の動向注視も  
平成11年度事業報告案・決算報告案を承認
- 3) DRG試行見直しへ(中医協)今後の作業等の論点整理を了承
- 4) 紹介率算定式で日病案
- 5) 主潮「医療事故多発に思う」
- 6) シリーズ特集〈高齢者医療を考える・最終回〉「老人医療はどのように議論されるべきか」  
(石井暎禧・日本病院会広報委員)
- 7) 常任理事会だより(5月度)
- 8) 中小病院コーナー「中小病院経営戦略パート5〈科別月別原価計算〉」(織本正慶・医療法

人財団織本病院名誉院長)

- 9) 税経セミナー「退職給付会計(その2)」(牛尾克己・税理士)

610号 6月25日

- 1) 第50回日本病院学会を開催 秋田市で延べ4,000人が参加 21世紀への病院医療に成果  
緊急報告フォーラム・平成12年度診療報酬改定影響度 入院0.6%増、外来1.6%減 入院シ  
フト裏付ける格好に「200床区分」に4割が反対
- 2) 商標権侵害で警告! 日病が名称登録済 木村明通信教育委員長が説明
- 3) 理事会で「混合診療」へのスタンスを確認 「アメニティに限定。生命を左右するものには  
反対」
- 4) 主潮「総合病院と外来」
- 5) 結核院内感染対策で緊急提言(日病感染症対策委員会)
- 6) 常任理事会日より(6月度)

611号 7月10日

- 1) 第41回日本人間ドック学会来月開催 「21世紀の生活習慣病対策の変革〈潤いのある健やか  
な人生をめざして〉」テーマに
- 2) 平成13年度税制改正で要望 厚生省に消費税損税解消など求め
- 3) 平成11年医療経済実態調査の確定値を報告(中医協) 調査方法の見直しの声も
- 4) 第50回日本病院学会・中小病院の経営戦略パートV
- 5) 主潮「規制緩和」
- 6) 中小病院コーナー「ヒューマンネットワークが真の連携をもたらす」(梶原 優・日病中小  
病院委員)

612号 7月25日

- 1) 病院長・幹部職員セミナーを開催 京都市で300人超  
医療事故の防止策を討議 「リスクマネジメントの実際」テーマに  
シンポジウム 経営に対する院長論に課題山積
- 2) 国際モダンホスピタルショウ2000開催 東京ビッグサイトに58,900人が来場
- 3) シリーズ特集〈リスクマネジメント・第1回〉「患者のためのRMは経営を救う」(須磨忠  
昭・メディアーク経営研究所長)
- 4) 主潮「少子化と小児科減少傾向に抜本的対策を」
- 5) 中小病院コーナー「“病院の方針”を強く訴えていく時」(岡田玲一郎・社会医療研究所長)

- 6) 中小病院委員会連絡帳「中小病院経営学通論序説」(織本正慶・医療法人財団織本病院名誉院長、日本病院会中小病院委員長)

613号 8月20日

- 1) 病院の課題解決へ「四病協」発足 7年余ぶり協議の場 医療制度、診療報酬など取り組み、四病協会員で6割強の加入 政策合意による共同行動
- 2) 夏季座談会「正副会長当面の諸問題を大いに語る」
- 3) 医療制度委員会が21世紀の医療と病院のあり方を提言 2年越しの検討課題を集約
- 4) 主潮「“現場を知ること”と“現場に任せること”」
- 5) 第26回日本診療録管理学会 9月21～22日、福岡市で。テーマは「世紀末の診療録管理から21世紀の診療情報管理へ」
- 6) 中医協の急性期入院医療試行調査結果 定額払いの影響評価は困難 調査方法の見直しも
- 7) シリーズ特集〈リスクマネジメント・第2回〉「事故発生時の対応」(川崎勝也・医療事故対策委員長)
- 8) 中小病院コーナー「理念の徹底は、中小の得意技」(石井映禱・医療法人石心会理事長)

614号 9月10日

- 1) 盛況! 第41回日本人間ドック学会 「21世紀の生活習慣病対策の変革〈潤いのある健やかな人生をめざして〉」テーマに掲げ、寛仁親王殿下ご臨席、福井市に5,000人超 平成11年度人間ドック全国集計成績 毎年の健康度悪化にブレーキ 今後、総合健康度評価で個別指導へ
- 2) 四病協総合部会で6委員会設置を決定 実質的な活動の支えに 優先的に医療安全対策委員会から立ち上げ
- 3) 薬価算定組織等を10月設置(中医協) 事前審査による透明化視野に
- 4) 厚生労働省の来年度予算概算要求 4.5%増の18兆472億円 注目はメディカルフロンティア戦略
- 5) 主潮「医師研修義務化に提言」
- 6) 中小病院コーナー「スピードと透明性」(中佳一・特定医療法人三思会理事長)
- 7) シリーズ特集〈リスクマネジメント・第3回〉「リスクコントロール〜一般病院の立場から」(六鹿直視・半田市立半田病院長)

615号 9月25日

- 1) 津島厚相が同省・医療安全対策連絡会議で行政と医療側の一体的取組みを指示

- 2) 勤務医マニュアルを全面改訂 現在の医療環境の変革に対応
- 3) 高度先進医療専門家会議を設置(中医協) 効果測定等手続きも明確化
- 4) 来年4月からの消費者契約法の対応協議 日医の呼びかけで各病院団体と
- 5) 職能団体との連携拡大へ 中山全国病院団体連合代表幹事が強調 一部役員を異動(全病  
団連常任幹事会)
- 6) シリーズ特集<リスクマネジメント・第4回>「医療の安全管理は現場での取り組みから」  
(谷野浩太郎・日本病院会広報委員)
- 7) 常任理事会だより(8月度)

616号 10月10日

- 1) 第26回日本診療録管理学会を開催 福岡市に1,000人超 「世紀末の診療録管理から21世  
紀の診療情報管理へ」をテーマに掲げ 今世紀の節目飾る「圧倒的内容」  
岩崎榮氏が<学会総括発言> 学会のあるべき姿にも言及  
“多軸評定”の構想を提唱(田原孝・日本福祉大学教授) I C I D H (国際障害分類)で I  
C Dを補完
- 2) D R G試行方針で再整理案(中医協) 併行調査に民間病院も
- 3) 病院会計準則の矛盾指摘(四病協) 医法協の研究会報告基に対応へ
- 4) 主潮「感染症廃棄物処理」
- 5) 常任理事会だより(9月度)
- 6) 中小病院コーナー「病診・病院連携のあり方を考える」(廣田耕三・熊本リハビリテーショ  
ン病院理事)

617号 11月10日

- 1) 企業参入問題 平行線のまま(規制改革委員会公開討論会) 中山会長ら医療側は反対姿勢  
堅持 「優れた医療を提供する者が報われる医療システムの在り方について」をテーマに  
委員側は事後的規制の考え
- 2) 四病協総合部会 6委員会の陣容揃う 日病は医療制度、介護保険を担当  
消費者契約法の対応を文書化
- 3) 差額ベッド料の扱い示す 患者への費用徴収を整理(中医協) 内容明示と確認が必須
- 4) ヘリコバクター・ピロリの検査・治療に保険(中医協)
- 5) 平成12年度台湾病院協会総会に出席 奈良副会長が開会式で祝辞
- 6) 日病図書研究会 担当者教育に尽力 院内教育の不十分な環境に対応
- 7) 日病・病院経営管理者養成通信教育第21(2)回認定式で23人を登録

618号 11月25日

- 1) 中医協で急性期入院医療定額払い試行見直し案を了承 民間病院、大学病院等で併行調査  
183診断群分類を600に細分化
- 2) 自民党の平成13年度予算・税制改正要望 ITの普及、消費税の損税解消等
- 3) 四病協医療保険・診療報酬委員会が第1回会合 紹介率算定式の不統一問題を優先検討課題  
に
- 4) 介護保険の訪問通所サービスと短期入所サービス 支給限度額を1カ月単位の管理に一本化  
(医福審)
- 5) 主潮「小病院の精神に学ぼう」
- 6) 平成12年度診療報酬改定影響度調査報告書を作成 入院はマイナス基調  
外来は97%台で横ばい
- 7) 電子カルテ、光ファイバー関連等で補助 平成12年度補正予算
- 8) 中小病院コーナー「最近マスコミがしきりに取り上げている医療ミスと昔の武士道」(織本  
正慶・織本病院名誉院長)
- 9) 平成12年秋の叙勲・褒章 福田常任理事らが受章

619号 12月10日

- 1) 改正医療法・健保法等が成立 高齢者に上限付1割負担 来年1月1日施行  
意見「健康保険法等の一部改正について～早く抜本改革を」(北條慶一・医療制度委員長)  
改正健保法等の一部負担金の取扱い  
改正医療法 新たな病床区分に 一部除き来年3月1日施行
- 2) 主潮「平均健康寿命トップの日本」
- 3) 中小病院コーナー「再び、中小病院・診療所のチャンス到来を訴える！」(岡田玲一郎・社  
会保険研究所長)

620号 1月1日

- 1) 共同企画座談会「21世紀の病院医療のあり方」 期待される四病協へ 国民皆保険堅持し、  
選ばれる病院作りを
- 2) 改正医療法 政・省令、告示要綱を決定 精神・感染症・結核病床の要件改正  
旧総合病院の精神病床は医師16:1のまま
- 3) 年頭所感「21世紀初頭に思う」(中山耕作・日本病院会会長)
- 4) 被保険者証がカード化へ 4月から1人1枚、紙と併存(中医協)
- 5) 木村明通信教育委員長が逝去 診療情報管理の進展に尽くす

- 6) 第51回日本病院学会の演題募集開始
- 7) 病院建替えて15%の特別償却 平成13年度税制改正で新設 消費税負担の解消策に
- 8) 役員改選の選挙告示

621号 1月25日

- 1) 医療事故対策の実態提示 (608会員の調査結果) 日勤帯の事故件数が夜間上まわる  
1 病院当たり年間130件発生 リスクマネージャー配置は25%
- 2) 厚生労働省が発足 (旧)健康政策局→(新)医政局
- 3) 四病協総合部会で4委員会の当面の方針固まる 消費税問題、紹介率統一化など
- 4) 主潮「病院もIT時代に」
- 5) 材料価格を告示 都道府県購入価材料の一部(厚生省、2月1日実施に)
- 6) 常任理事会だより(12月度)
- 7) 追悼文「故木村明先生を偲んで」(山本修三・日本病院会通信教育委員長)
- 8) 老人保健制度改正で問答集～当局提供～
- 9) 中小病院コーナー「医療業界は“腹何分目”?」(中佳一・医療法人三思会理事長)
- 10) シリーズ特集<リスクマネジメント・最終回>「まとめ」(大井利夫・日本病院会広報委員会副委員長)

622号 2月10日

- 1) 日病会員の平成11年度決算状況 黒字病院5割に、収支が改善 平均在院日数の短縮止まる  
材料費率漸減し30%台割込む～定点観測～
- 2) 常任理事会だより(1月度)
- 3) 国際モダンホスピタルショウ2001の概要発表 7月11～13日、東京ビッグサイトで  
テーマを一新「新世紀の健康・医療・福祉」  
新委員長に里村氏 IT路線強調
- 4) DRG 年度内の再試行へ 見直し案了承、診断群532分類に拡大(中医協)
- 5) 主潮「凛とした職業意識を！」
- 6) 中小病院コーナー「病院の危機管理～各部署スタッフによる手作りマニュアルのすすめ」  
(廣田耕三・熊本リハビリテーション病院理事)
- 7) 寄稿「病院管理者協議会研修会に参加して」(荒堀光信・大津赤十字病院第2医事課長)

623号 2月25日

- 1) 一般・療養各病床への移行 無届けは開設許可を取り消し! 締切は平成15年8月末日

厚労省周知徹底へ（全国医政関係主幹課長会議）

- 2) 医師数の遵守率は7割（平成11年度の医療監視結果）苦しい充足状況が浮彫に
- 3) 医療経済実態調査の基本案を了承 客体を200床で区分、介護保険も区別
- 4) カルテ記載の問題を論議 第1回診療情報提供環境整備に関する講習会を実施
- 5) 保険証の個人カード化へ 4月以降も紙と併存
- 6) 寄稿「病院機能評価事業本格稼働開始5年目を目前に控えて」（滝沢良明・財団法人日本医療機能評価機構事業部長
- 7) 理事等の立候補者を確定 新代議員121名を選出
- 8) 中小病院コーナー「薩長は生きている（1）」（織本正慶・医療法人財団織本病院名誉院長）

624号 3月10日

- 1) 四病協が建物容積率の緩和を要望 建替えによる病床削減の回避に向け 改正医療法の影響 建築規制が都市部の病院を直撃
- 2) DRG再試行に伴う民間病院等の調査 参加希望等の60病院を発表（中医協） 54病院の特性の開きを問題視（診療側委員）  
DRG調査 当局が病院側に説明会 データ外す可能性の了承求める
- 3) 主潮「卒後臨床研修改革の課題」
- 4) 「医療制度改革の課題と視点」 厚労省が国民議論の材料めざし冊子を作成 高齢者医療制度が焦点
- 5) 新支部長に水田氏（山口）、塩崎氏（群馬）
- 6) 意見「臨床研修必修化に向けて～四病協初期臨床研修委員会（仮称）設置」（北條慶一・医療制度委員長）
- 7) 常任理事会だより（2月度）
- 8) 中小病院コーナー「薩長は生きている（2）」（織本正慶・医療法人財団織本病院名誉院長）

625号 3月25日

- 1) 中山会長、更なる期待で再選！（役員改選） 執行部は経験重視型 4副会長とも再任  
常任理事の信任は4氏 会員との結束で最善の医療提供を  
高齢者医療制度 医療安全対策が当面の関心事  
役員改選の経過  
次期正副会長、常任理事、理事、代議員会議長等の名簿  
平成13年度事業計画案と収支予算案を承認（平成12年度代議員会・総会）
- 2) DRG調査希望の民間病院等54施設を承認

- 3) 川崎理事が逝去 医療安全対策に尽力
- 4) 改正医療法Q & A (厚生労働省)
- 5) 中小病院コーナー「薩長は生きている(3)」(織本正慶・医療法人財団織本病院名誉院長)
- 6) 第27回日本診療録管理学会の演題募集中(9月6・7日、東京で開催) メインテーマは「患者主体の医療と診療情報管理～医療の科学性と透明性を目指して」

## 2. 日本病院会雑誌

### 主要掲載記事

(4月号) 164ページ

グラフ: 国際モダンホスピタルショウ'99

巻頭言: 電子カルテシステムの導入 (瀬戸山元一)

記事: 病院改革と薬剤師へ望むこと (土井章弘)

諸橋名誉会長を悼む～全自病・日病合同「お別れの会」

保険教室「医師のための保険診療常識集(第13版)」(旭中央病院)

(5月号) 150ページ

グラフ: 第25回日本診療録管理学会

巻頭言: 医療保険制度の変革期際して思うこと (井手道雄)

記事: 病院感染のリスク管理 (小林寛伊)

シンポジウム 医薬品の適正使用と薬剤師の役割～新たなる展開～

(6月号) 168ページ

グラフ: 中馬病院

巻頭言: 第50回日本病院学会の開催に当たって

21世紀の展望～病院像の曙光を探る～ (林 雅人)

記事: 講演 病院における医事紛争と予防対策 (押田茂實)

文化講演 心の時代に生きる (麻生文雄)

(7月号) 180ページ

グラフ: 諏訪赤十字病院

巻頭言: 「五倍の老人医療費」について (福井 順)

記事: 適正なレセプト作成と査定の実状について (加賀谷寿孝)

(8月号) 140ページ

グラフ: 済生会栗橋病院

巻頭言: 第41回日本人間ドック学会開催にあたって (藤澤正清)

記事: 講演 介護保険下における施設サービスのあり方とその事業展開 (児玉博行)

銷夏隨筆

(9月号) 164ページ

グラフ：せんぼ高輪病院

巻頭言：世紀末の診療録管理から21世紀の診療情報管理へ（熊澤浄一）

記事：講演 院外処方と病院薬剤師の役割（井上忠夫）

シンポジウム 業務の効率化とアウトソーシング

(10月号) 172ページ

グラフ：第50回日本病院学会

巻頭言：在院日数と外来患者数（大山朝弘）

記事：学会長講演 農村における地域中核病院をめざして（林 雅人）

特別講演 私の病院観（中山耕作）

特別講演 21世紀に問われる日本人像（西沢潤一）

シンポジウム 中小病院の経営戦略パートV

(11月号) 172ページ

グラフ：平成12年度病院長・幹部職員セミナー

巻頭言：保険は医療や介護になじむのか（秋山 洋）

記事：特別講演 医療制度抜本改革について（貝谷 伸）

特別講演 動き出した介護保険制度（西山正徳）

(12月号) 148ページ

グラフ：国際モダンホスピタルショウ2000

巻頭言：21世紀の先端医療が実地医療に取り入れられるまで（三浦恭定）

記事：シンポジウム 住民から見た21世紀の病院像

講演 病院清掃の基本と実務～院内感染と清掃について～（石原 勉）

(1月号) 156ページ

グラフ：医学の歴史を巡る旅～ギリシア・エーゲ海～

巻頭言：年頭所感～医療制度における抜本改革の展望～（中山耕作）

記事：特別講演 プレインアタックから脳を守る（菊池晴彦）

(2月号) 156ページ

グラフ：茨城西南医療センター病院

巻頭言：21世紀の医療（小堀鷗一郎）

記事：日本病院会における病院経営管理システムの開発状況（三宅浩之）

シンポジウム 第一線の臨床に役立つ医薬関連情報

(3月号) 148ページ

グラフ：第41回日本人間ドック学会

巻頭言：医療保険制度改革の行方（大道 學）

記事：講演 病院経営と管理者の役割（小山秀夫）

委員会報告 医療事故対策に関する活動状況調査結果報告

## 第16 医療従事者無料職業紹介所

### 1. 平成12年度の実績

	求職件数	求人件数	就職件数
医 師	13	111	2
看護婦	0	36	0
その他	0	6	0
計	13	153	2

### 2. 就職件数の内訳

(医師2人)

- ① 診療科 内科 2人
- ② 年齢 30代 1人 50代 1人
- ③ 就職地 東北 1人 四国 1人

### 3. 総 評

平成12年度の求職件数は医師13人であった。医師の年代は30代5人、40代3人、50代3人、60代1人、70代1人。内科医が10人を占めた。

## 第17 統計情報室

本年度も、「病院運営実態分析調査」を実施し「病院概況調査報告書」を発刊した。

◎平成12年度病院概況調査報告書

病院概況	(病院数、入院基本料の状況、病床数、専用病床保有状況)
患者状況	(入院-外来、救急比率等)
設備状況	(ICU、CCU、未熟児室、医療機器、コンピュータ等)
職員数	(職種、病床規模、1病院当り、開設者、常勤、非常勤別)
部門別業務量	(診療、薬剤、放射線、検査、給食、事務等)
外注委託状況	(寝具、清掃、給食、検査等)
その他	(入院基本料、救急告示、手術件数、敷地建物面積、培検率、病床利用率、平均在院日数等)

## 第18 病院幹部医会

### 1. 幹事会 5回

- 第1回 平成12年4月27日(木) 17:00~19:00
- 第2回 平成12年6月5日(月) 17:30~20:00
- 第3回 平成12年7月15日(土) 17:30~18:30
- 第4回 平成12年11月18日(土) 18:45~20:00
- 第5回 平成12年3月8日(木) 18:00~20:00

### 2. 協議項目 第1回 (幹事:6名 会場:(財)日本医薬情報センター)

- 1. JAPICデータベースについて
- 2. 病院幹部医会入会案内の説明と承認について
- 3. 平成13年2月(3月)開催予定のセミナーについて
- 4. 平成12年7月15日開催のセミナー・特別集会について
- 5. 幹事 伊藤 拓先生の幹事辞退並びに顧問就任要請について

### 第2回 (幹事:3名 会場:東京ステーションホテル)

- 1. 7月15日開催のセミナー・特別集会の運営について

### 第3回 (幹事:9名 会場:(財)日本医薬情報センター)

- 1. 平成13年3月開催のセミナーの運営について
- 2. その他

### 第4回 (幹事:6名 会場:(財)日本医薬情報センター)

- 1. 平成13年3月9日開催のセミナーについて
- 2. 平成13年度 セミナーについて
- 3. 幹事 三浦 将司先生の幹事辞退について
- 4. その他

### 第5回 (幹事:8名 会場:立川オーセンティックホテル)

- 1. 平成13年7月11日開催予定のセミナーについて
- 2. 幹事 小田 良彦先生の幹事辞退について
- 3. 次回の幹事会の開催について

### 3. 総 評

今年度は会員の拡大に努め、それにより会員数は大幅に増えた。

幹事会において非常に活発な意見交換ができ、それがセミナーの内容に活かされたことが非常に良かったように思う。来年度も2回のセミナーの開催を予定しているが、内容を十分に検討し、文字通り「病院医療の質を考える」セミナーを実施していきたい。

## 第19 他団体との連絡協議及び連合

### 〔四病院団体協議会〕

- 設立月日 平成12年7月28日
- 構成団体 社団法人日本病院会  
社団法人全日本病院協会  
社団法人日本医療法人協会  
社団法人日本精神病院協会
- 構成病院数 5,458病院（四病協の会員数合計は7,252である）  
※平成12年7月日病調

### 運営要綱

## 四病院団体協議会（四病協）運営要綱

### （名称）

第1条 本会は、ヨンビョウインダンタイキョウギカイ 四病院団体協議会（略称：ヨンビョウキョウ 四病協）という。

### （組織）

第2条 本会は、社団法人格を有する（社）日本病院会、（社）全日本病院協会、（社）日本医療法人協会、（社）日本精神病院協会の四病院団体をもって組織する。

### （事務所）

第3条 本会の事務所は、（社）日本病院会、（社）全日本病院協会、（社）日本医療法人協会、（社）日本精神病院協会のそれぞれの事務所内に置く。

### （目的）

第4条 本会は、医道の高揚、病院医療の発展向上を図り、国民の保健・医療・福祉の増進に寄与することを目的とする。

### （総合部会）

第5条 本会に総合部会を設置する。

- 2 総合部会は、第2条に規定する四病院団体の会長、副会長をもって構成し、会務を掌理する。
- 3 総合部会には、議事案件に関係する者を加えることができる。

### （委員会）

第6条 事業を推進するために、本会に委員会を設置する。

- 2 委員会の設置は、総合部会において行い、委員会委員の数は、各委員会に各団体それぞれ

3名から5名をもって構成する。

(当番団体)

第7条 当番団体は、毎年度4月から6月は(社)日本医療法人協会、7月から9月は(社)全日本病院協会、10月から12月は(社)日本病院会、1月から3月は(社)日本精神病院協会とする。

(経費負担)

第8条 本会運営に関する費用は、第2条の規定に基づき組織する四病院団体が応分の負担をする。

(要綱改正)

第9条 本要綱改正は、総合部会において行う。

付 則

1 この要綱は、平成12年7月28日から施行する。

- ・一部改正 平成13年2月27日承認
- ・改正内容 第7条を、当番団体は、(社)日本医療法人協会、(社)全日本病院協会、(社)日本病院会、(社)日本精神病院協会の順に4月毎に交替して当番団体の任に当るものとする。に改める。

付則に、第7条の改正規定は平成13年4月1日より施行する。を追加する。

設置機関	総合部会	
	医療制度委員会	9月27日承認
	医療保険・診療報酬委員会	〃
	医業経営税制委員会	〃
	医療従事者対策委員会	〃
	介護保険委員会	〃
	医療安全対策委員会	〃
	民間病院等における診断群分類を活用した調査プロジェクト委員会	2月27日承認
	病院会計準則研究委員会	〃

#### 会議の開催記録

平成12年

5月9日(火)	四病院団体会長会議	全日本病院協会	4名
6月30日(金)	四病院団体会長会議	日本医師会	4名
7月28日(金)	第1回総合部会	日本医師会	16名
8月30日(水)	第2回総合部会	日本医師会	17名
9月27日(水)	第3回総合部会	全日本病院協会	15名

9月27日(水)	第1回医療安全対策委員会	全日本病院協会	11名
10月25日(水)	第4回総合部会	日本医師会	17名
10月31日(火)	第1回医療保険・診療報酬委員会	日本病院会	9名
11月20日(月)	第1回介護保険委員会	日本病院会	7名
11月22日(水)	第5回総合部会	日本医師会	14名
11月30日(木)	第1回医療経営税制委員会	日本医療法人協会	8名
12月1日(金)	第2回医療安全対策委員会	全日本病院協会	12名
12月8日(金)	第1回医療制度委員会	日本病院会	11名
12月15日(金)	第2回医療保険・診療報酬委員会	全日本病院協会	11名
12月15日(金)	民間病院等における診断群分類を 活用した調査の打ち合せ会	全日本病院協会	12名
12月20日(水)	第6回総合部会	ダイヤモンドホテル	17名
平成13年			
1月12日(金)	第2回医療制度委員会	日本病院会	10名
1月16日(火)	第2回介護保険委員会	日本病院会	7名
1月19日(金)	第1回医療従事者対策委員会	日本精神病院協会	9名
1月24日(水)	第7回総合部会	日本医師会	16名
1月26日(金)	第3回医療保険・診療報酬委員会	全日本病院協会	10名
1月26日(金)	第1回民間病院等における診断群 分類を活用した調査プロジェクト委員会	全日本病院協会	12名
2月9日(金)	第3回医療制度委員会	日本病院会	9名
2月9日(金)	第2回医療経営税制委員会	日本医療法人協会	7名
2月9日(金)	第3回医療安全対策委員会	全日本病院協会	7名
2月23日(金)	第4回医療保険・診療報酬委員会	全日本病院協会	10名
2月23日(金)	第2回民間病院等における診断群 分類を活用した調査プロジェクト委員会	全日本病院協会	9名
2月27日(火)	第8回総合部会	日本医師会	19名
3月9日(金)	第4回医療制度委員会	日本病院会	9名
3月13日(火)	第3回介護保険委員会	日本病院会	7名
3月14日(水)	第4回医療安全対策委員会	全日本病院協会	10名
3月19日(月)	第1回病院会計準則研究委員会	日本病院会	6名
3月28日(水)	第9回総合部会	日本医師会	15名
3月29日(木)	第2回医療従事者対策委員会	日本精神病院協会	8名

3月30日（金） 第5回医療保険・診療報酬委員会 全日本病院協会 6名

#### 活動記録（1）

- 10月20日（金） 規制改革委員会公開討論（医療）に、四病協として中山会長、全日病西沢副会長出席（発言資料後掲）
- 10月23日（月） 日医の診療ガイドライン評価センター（仮称）設立に向けての準備委員会に、四病協として日病山本委員長、日精協高橋正和常任理事が参画
- 11月21日（火） 参院国民福祉委に、四病協として全日病西沢副会長が出席、改正医療法に関して参考人として意見表明
- 3月2日（金） 医療安全パネルディスカッションを東医健保会館で、四病協として開催 235名が参加

#### 活動記録（2）

- 8月 病院会計準則等研究についてのワーキンググループが報告書を提出
- 3月7日 厚生省保険局長に対して、診療報酬の記載要領について要望（要望書後掲）
- 3月19日 厚生省 国土交通省に対して病院建物容積率の緩和を要望（要望書後掲）

#### 委員会

（総合部会）

- 開催回数 9回
- 出席者数 150名（延べ人数）
- 協議項目
- ・四病院団体の病院数について
  - ・四病院団体協議会運営要綱（案）について
  - ・委員会の設置、運営方法（案）について
  - ・「病院会計準則等研究会」（専門家小委員会）設置について
  - ・「民間病院等における診断群分類を活用した調査」プロジェクト委員会設置について
  - ・四病院団体協議会運営要綱の改正（総合部会当番期間の変更）について
  - ・C型肝炎対策について
  - ・滅菌消毒に使用されているEO（エチレンオキシド）ガスの発ガン性について（労働省職業がん対策専門家会議指摘）

- 日本医療機能評価機構の認定について
- 「消費者契約法」の施行について（確認）
- 病院建築に関する規制緩和の要望書について
- 「旧総合病院」のレセプトに関する要望書について
- 日本栄養士会陳情書及び要望書について
- 紹介率算定式への提言について（日本病院会提出）
- 診療報酬（200床問題）について（日本医療法人協会提出）
- 病院の人員基準の切り上げ、切り捨ての問題について（日本精神病院協会提出）

#### 報告、依頼事項等

- 総務庁規制改革委員会公開討論について  
（四病協の代表として日病中山耕作会長、全日病西澤寛俊副会長）
- 参議院国民福祉委員会の意見陳述について  
（四病協の代表として全日病西澤寛俊副会長）
- 中小病院等に関する調査（厚生省より参加推薦者の依頼）について  
（四病協の代表として全日病西澤寛俊副会長）
- 日本医師会の「診療ガイドライン評価センター設立に向けての準備会」委員推薦について  
（四病協の代表として日病山本修三理事、日精協高橋正和常務理事）
- 病院会計準則等研究会報告書について
- 病院建築計画に伴い規制される状況に関するアンケート調査結果について
- 平成12年度厚生省補正予算について
- 各委員会の開催報告について

#### 総 評

平成12年7月28日（金）四病院団体協議会総合部会が発足した。毎月1回定例に総合部会を開催し、各病院団体の会長が持ち回りで議事進行を進め、専門的な内容については各病院団体の担当役員等が委員となって、6つの委員会と2つの専門委員会を発足させた。この総合部会では日本医師会より石川高明副会長も出席され、医療関係者が一堂に会する意義は大きい。

## 消費者契約法施行に伴う対応について（確認）

消費者契約法は平成12年4月28日、国会において成立し、平成13年4月1日から施行される。

医療機関と患者の間には、通常民法上の「契約」があると考えられており、消費者契約法が原則として適用される。

ただし、保険診療、老人医療、労災医療等については、消費者契約法上、問題になる場合は考えられないと経済企画庁、厚生省、労働省においても確認されている。

四病院団体協議会は、消費者（患者）の利益の擁護を図る事を目的とした消費者契約法の理念を尊重し、会員に法の理解、順守を徹底し、国民に信頼される医療の提供を行うこととする。

一方、消費者（患者）に対しても法の正しい理解の普及に努め、日本医師会と協力のうえ、「苦情・相談窓口」の充実をはかることとする。

以上、消費者契約法施行に向けて対応していくこととする。

平成12年10月25日

### 四病院団体協議会

社団法人 日本病院会

会長 中山 耕作

社団法人 全日本病院協会

会長 佐々 英達

社団法人 日本医療法人協会

会長 豊田 堯

社団法人 日本精神病院協会

会長 仙波 恒雄

## (医療制度委員会)

- 開催回数 4回
- 出席者数 46名(延べ人数)
- 協議項目
- ・病院と診療所との機能分化について
  - ・臨床研修の必修化について
  - ・四病協医療制度委員会提言(案)について
  - ・「四病協初期臨床研修委員会」または「四病協初期臨床研修連絡協議会」(案)の設置について
  - ・「病院会計準則等研究会」(専門家小委員会)設置について
  - ・個人情報の保護に関する法律(案)について

## 総 評

平成12年12月8日(金)四病院団体協議会医療制度委員会が発足した。

当会、奈良昌治副会長を委員長として毎月1回(第2週金曜日)開催することに決定し、4回にわたる議論、意見交換の結果提言として取りまとめた。

## 四病協医療制度委員会(提言)

四病院団体協議会

医 療 制 度 委 員 会

### 1. 臨床研修制度について

#### (1) 研修方法等について

大学病院、研修指定病院でも、同一診療科内ですら、益々専門・細分化され、研修計画にも問題も多い。大学病院や大病院だけの研修では全人的な真の臨床医は育たない。指導医のいない病院に研修医を出すのは如何という意見もあるが、研修制度では、まずかかりつけ医・家庭医の養成を考えなくてはならない。国際医療援助でも諸外国の医師は産科でも小児科でも小外科でも診療するが、日本の医師は適応できない場面も多く、これは専門分化した医局制度を引きずった現在の医学教育制度の欠陥である。2年間の臨床研修には、まず明確な教育理念と目標がなくてはならない。広く一般臨床の基礎を徹底的に教育すべきで、研修初期の一定期間は、臨床研修指定病院で研修を受けさせなければならないが、残りの期間は先輩として相談できる常勤医師がいる地方の医療機関に配属する。地域医療に貢献している中小民間病院も含め研修病院・診療所群という概念で研修させるべきである。

更に、心のケアの出来る医師を育てる為には、精神科病院での研修を義務づける必要がある。なお、臨床研修病院は新しく制定される指定基準に従って、現在の大学病院も含め研修指定の認定を受けることが望ましい。

いわゆる大学医学部だけで育った擬専門の欠陥医師を育てないためにも、臨床研修制度を早くスタートさせてほしい。また研修教育費を診療報酬から捻出するのではなく国民の健康維持のために国家から研修医・指導医の予算を拠出するのが必要である。これは医療事故防止、大学病院、大病院で研修医による無駄な検査経費の節約のためにも、研修医の給料は、研修医養成費として国家予算化すべきである。指導医の報酬は教育研修施設に補助金の形で支給をすべきである。

研修医のアルバイトは原則的に禁止とする。

## (2) 研修医の身分について

研修期間中2年間、保険医として診療できないと、民間中小病院での研修は事実上不可能となり、地域医療の体得が出来にくくなるとともに、地方の中小病院は今以上に医師不足に陥ることになる。研修医単独では保険診療を認めないが保険医の指導の下で保険診療が可能とすべきで、実務的に保険診療を認めるべきではないか。研修中も施設長・病院長が認めれば診断書等が書けるように認めてもよいのではないか。

今後、臨床研修のカリキュラム作成委員会に、実際に地域医療の担い手として貢献している四病院団体協議会から複数の委員を出すべきである。

## (3) 卒後臨床研修を受け入れ機関窓口の設立について

文部科学省当局は、今なお大学を中心に卒後臨床研修教育を考慮しており、古い医局制度の上になされた卒後教育制度の弊害を繰り返す可能性がある。

そこで四病院団体協議会医療制度委員会としては以下のことを提案する。

- ① 卒後初期臨床研修の遂行にあたって四病協が主体性を持ち、研修医受け入れ機関の窓口を設立する。
- ② 四病協医療制度委員会の下に卒後初期臨床研修カリキュラム作成委員会を設置し、わが国の医学研修の統一化（標準化）を図る。

以 上

#### (医療保険・診療報酬委員会)

1. 開催回数 5回
2. 出席者数 延べ46名
3. 協議事項
  - (1) 各団体の委員会活動
  - (2) 平成12年4月診療報酬改正の分析について
  - (3) 紹介率算定式の問題について
  - (4) 200床基準の問題について
  - (5) 「総合病院」のレセプトに関する問題について
  - (6) 平成14年診療報酬改定に対する基本的考え方について
  - (7) 混合診療について

#### 4. 総 評

今年度より4つの各病院団体から代表の役員が参加し、「四病協、医療保険・診療報酬委員会」が開催された。担当団体に全日本病院協会、委員会委員長に猪口先生が務めることとなり、四病協の総合部会で報告、了承された。

当委員会の協議する内容としては、主に、2年ごとに改正される診療報酬改定について視点が向けられており、平成12年4月の診療報酬改定では、各団体及び各委員の病院でも問題に取り組んでいることなど、さまざまな意見が交換され会が活気に溢れていた。来年度も200床基準の問題や患者紹介率算定式についてなど、平成14年の診療報酬改定でよりよい病院環境を公的、私的に問わず築いていく方針である。

#### (医業経営・税制委員会)

1. 開催回数 2回
2. 出席者数 延べ15人
3. 協議事項
  - ・委員会運営方法について
  - ・税制要望の進め方について

#### 4. 総 評

当委員会では経営問題や税制問題について、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神病院協会といった各団体の立場から、多種多様な意見を提案してもらい審議していく。当面は平成14年度の税制改正要望について審議していくことになった。

「消費税」「承継税制」「法人事業税」について重点的に審議しており、「NPO支援税制」についても議案に挙げた。現状では、保険医療機関における消費税は非課税制度であるため、事業者たる医療機関が転嫁できない消費税負担を強いる結果となっている。承継税制においては、

出資持分の財産評価は、収益性の高い法人は出資額の評価額以上に高くなり、結果として承継できないという制度上の矛盾が生じている、という問題点が委員から指摘された。

また、当委員会では今後の要望の進め方についての審議も行っている。従来通りの厚生労働省や財務省の陳情という形では堂々巡りで終わってしまい、成果が期待できない。このような過去の経験から、ただ解消を要望するのではなく代替案や譲歩案などを戦略的に行ってはどうかとの意見が提案された。特に切実である消費税問題については政界から意見を聞き入れてくれる人物を招聘し、問題点を訴えていく案。承継税制については、出資額限度法人を医療法に基づく法人として位置づけてもらい、その後に税率について交渉するという段階を踏むという案である。

審議項目、要望方法については来年度以降も引き続き審議していくことになっている。

#### (医療従事者対策委員会)

1. 開催回数 2回
2. 出席者数 延べ17名
3. 協議事項 (1) 看護・コメディカルスタッフの需給状況等について  
(2) 「民間病院における看護職員確保に関する調査」報告について  
(3) 「大阪府看護職員確保コンサルテーション事業」の結果報告について
4. 総 評

今年度より、看護職員等に対するの委員会として四病協、医療従事者対策委員会が設けられた。近年、医療事故が多発している約3割が看護婦のミスによる。看護職員のみならずこういった病院の事故を少しでも減らして行きたく委員会に取り組む。

#### (介護保険委員会)

1. 開催回数 3回
2. 出席者数 延べ22人
3. 協議事項
  - ・ 介護保険の現状の矛盾点・問題点について
  - ・ 高齢者医療制度について
  - ・ 介護保険適用療養型病床群と医療保険適用療養型病床群の機能について
  - ・ 介護入所施設の一元化について
4. 総 評

各委員により、現時点での介護保険制度の矛盾点が指摘された。主な内容は①建坪率や容積率の緩和。②人員配置基準の見直し。③介護保険適用と医療保険適用の療養型病床群の機能について。④介護報酬に含まれるおむつ代問題。⑤介護入所施設の一元化について。⑥高齢者医療保険制度、等であった。

①については委員会レベルの問題ではないため、総合部会で解決が図られるよう提案した。

②については平成15年3月31日までの介護職員の配置基準3：1適用期限延長についてである。行政が3月に実態把握調査を行うとのことであり、その結果を踏まえ早急に対処することとなった。

③の介護保険適用と医療保険適用の療養型病床群の機能について、委員からは次のような意見が挙げられている。

- ・報酬体系（保険給付）が違っており、整合性がない。
- ・制度上の違いだけであって、サービスとしての違いはないのではないか。
- ・財源的問題だけであって、将来的に療養型病床群の一本化をしてもいいのではないか。

今後、この問題は高齢者医療制度も視野に入れながら引き続き検討することとなっている。

④について、介護保険制度、高齢者医療制度の一体化を考えると、おむつ代の取扱いについては解決を図らなければならない問題であると認識している。

⑤介護入所施設の本一化については、四病院団体共通の意見が次のようにまとまった。

医療法や介護保険法で定められているように、介護療養型医療施設は明らかに特別養護老人ホームや老人保健施設とは違うものである。仮に特養と老健が一本化されたとしても、介護療養型医療施設はあくまで別立てで考えるべきである。

⑦については来年度以降に、介護保険制度諸問題を単体でなく高齢者医療制度もからめて取り組んでいく方針である。ただし、介護保険制度に対し矛盾点を指摘し、要望や提言をするという委員会の姿勢に変わりはない。

#### (医療安全対策委員会)

1. 開催回数 4回
2. 出席者数 36名（延べ人数）
3. 協議項目
  - ・今後の委員会としての対応について
  - ・「診療に関する警察への届け出に対する見解」（東京都病院協会）について
  - ・四病協：医療安全対策委員会としての報告書作成について
  - ・「医療安全パネルディスカッション」の開催・運営について
  - ・「診療に関する警察への届け出に対する見解」（東京都病院協会）に対する回答について
  - ・「医療機関における安全管理の実施状況に関する調査」（厚労省）結果概要について
  - ・「職業がん対策専門家会議における物質の発がん性についての検討結果」（労働省）について

#### 4. 総 評

今年度、四病院団体協議会が発足し、その中の一委員会として医療安全対策委員会が設けられた。平成12年9月27日を第1回とし、今年度は4回開催され、石原 哲 委員長（全日本病院協会 常任理事）を中心に懸案事項等について議論を重ねた。

毎回の協議の結果、当委員会としての医療安全に関する意見をまとめ、総合部会へ提出する形となったが、やはり医療の安全性については各病院、各医療従事者が常日頃より意識しながら仕事に取り組んでいただきたい。

#### （「民間病院等における診断群分類を活用した調査」プロジェクト委員会）

1. 開催回数 2回
2. 出席者数 21名（延べ人数）
3. 協議項目
  - ・プロジェクト委員会の発足について
  - ・委員会の今後の運営方法等について

#### 4. 総 評

平成13年1月26日（金）プロジェクト委員会が発足した。

この委員会には日病、全日病、医法協に加え全国自治体病院協議会も役員が委員として参加しており、当会山本修三理事が委員長に就任した。

また、厚生労働省の矢島鉄也企画官も出席し、今後どのように委員会を運営していくか議論中である。

#### （病院会計準則研究委員会）

1. 開催回数 1回
2. 出席者数 6名
3. 協議事項
  - 1) 到達目標について
  - 2) 今後の運営について

#### 4. 総 評

① 現行の病院会計準則が昭和58年に策定されて以来、4回の医療法改正が実施されたにも拘らず見直しが図られていなく、現在の病院の財政状態、経営成績の実態を正確に反映したものとなっているか。

② 医療経済実態調査が開設者を問わず共通の会計基盤にたって処理されているか。

③ 企業会計のグローバルスタンダードへの移行を踏まえ、病院会計準則が見直される際に、病院団体として意見提出を図る。

上記の趣旨のもと、公認会計士らを委員とする病院会計準則の調査研究機関を設置することと

した。

委嘱期間は2年とし、月1回の頻度で委員会を開催する。また、この委員会は四病院団体協議会の医療制度委員会ならびに医業経営税制委員会の下に設け、事務局は当会があたることとした。

第1回の会議で、委員長に石井孝宜公認会計士を選出後、今後のスケジュールを話し合い、1年を情報収集期間、半年を情報分析の期間、残りの半年で報告書を作成することとし、委員会の検討課題を、

- 1) 病院会計準則をベースとして、医療法人等の民間病院に限定せず全ての開設主体にとって病院会計の基準がどのようなものであるべきかを検討する。
  - 2) あるべき病院会計の基準を検討するために様々な開設主体の現状における会計処理の実態を調査・研究する。
  - 3) 独立行政法人会計基準、社会福祉法人会計基準、介護老人保健施設会計基準、公益法人会計基準等周辺関連基準との比較研究を行う。
  - 4) いわゆる会計ビッグバンにおける新会計潮流への対応の必要性を検討する。
- とすることを申し合わせた。

## 研修会事業

### 『医療安全パネルディスカッション』

開催回数 1回

開催日時 平成13年3月2日(金) 14:00~17:30

開催地 東京都・東医健保会館

参加者数 167施設 235名

演 題

－3月2日(金)－

開会挨拶 全日本病院協会 副会長 西澤 寛 俊  
西岡病院 理事長

趣旨説明 四病院団体協議会医療安全対策委員会 委員長  
全日本病院協会 常任理事 石原 哲  
白鬚橋病院 院長

病院「病院界の取り組み・自院の取り組み」

河北総合病院 診療部長 尾形 逸朗

製薬会社「業界の取り組み・自社の取り組み」

武田薬品工業（株）医薬営業本部 医薬学術部 部長 吉原 寛

医療器材会社「業界における自社の取り組み」

テルモ（株）医療リスクマネジメントプロジェクト サブリーダー 鈴木 雅隆

品質管理研究者「品質マネジメントの仕組みと道具について」

中央大学 理工学部 経営システム工学科 教授 久米 均

討議「医療の安全と組織管理・質向上の努力」

座長／四病院団体協議会 医療安全対策委員会 委員 飯田 修平  
練馬総合病院 理事長

河北総合病院 診療部長 尾形 逸朗

武田薬品（株）医薬営業本部 医薬学術部 部長 吉原 寛

テルモ（株）医療リスクマネジメントプロジェクト サブリーダー 鈴木 雅隆

中央大学 理工学部 経営システム工学科 教授 久米 均

## 総 評

今回のパネルディスカッションは四病院団体協議会主催として開催された。四病協が発足した同年度内にこのような機会をもてたのは、全日本病院協会を中心とし、各団体・各委員の熱心な活動の成果であると思われる。

また、全国各地から多数の参加者が集まっていることから、医療の安全に対して非常に高い関心があることがわかる。その意味では今回の開催は非常に有意義であった。

## 資料等

規制改革委員会に提出された公開討論での中山会長・全日病西澤副会長の発言内容

平成12年10月20日

## 公開討論（医療）資料

四病院団体協議会

（社）日本病院会会長 中山耕作

（社）全日本病院協会副会長 西澤寛俊

## 1. 医療分野に於ける競争促進の在り方

情報の提供、共有なくしては利用者の選択機能は働かない。

一方、厚生省の施策としては地域に於ける医療のネット作り、病々病診連携の強化（診療報酬に於いても）を促進している。

競争促進の主旨は尤もだと思うが、企業間の競争のように他社を蹴落としても自社の顧客を増やし収益増のみを考えるわけには行かない。

節度ある競争 顧客の満足度の向上、信頼関係の構築、質の向上に努力するのは当然である。  
(安く・早く・安定に)

○病床規制については、結核・精神病床等は逆に撤退が困難となっている。

しかし、地域の実状に併せて都道府県に委せるべきかと思う。

○機能分担

余程の情報が無い限り利用者の選択に委せて専門性の向上と機能分化が促進されるだろうか？

○開設主体規制、営利法人の参入

採算性の良いものだけをやる可能性。営利法人について公正なルールとは如何なるものか？原則反対→国民に奉仕するか株主に奉仕するか投資の対象としてよいか、大資本・外資の導入が考えられる。

## 2. 利用者による選択を支えるシステムの在り方

ネガティブリスト化は賛成

利用者の選択の自由と意思決定の自己責任

地域によって選択肢の幅の違いをどうするか？

医療の標準化

医療機能評価機構による clinical indicator の作成と実質評価を必要とする。

DRG の標準化、医療内容の標準化、医科系大学の垣根の取払い

## 3. 医療費体系・価格決定メカニズムの在り方

混合診療

低所得者の保護

民間保険、自立投資（日医）

総合保険の付加給付が有り得る。その際政府管掌保険は？

保険者機能の強化は

非契約の病院 受診できないのか、療養費払いとなるのか？

トライ廻しの可能性

契約した病院は保険者によりダンピングを強いられないか？

ゲート・キーパーの存在

#### 4. その他

診療報酬改定で紹介率算定の不統一

医療廃棄物の処理費用、感染症対策の十分な評価

消費税の損税の発生（一病院平均6,000万円）

土地の容積率、建蔽率の規制緩和

(以上)

### 四病院団体協議会 委員会委員名簿

#### 総合部会

中山耕作	聖隷浜松病院	総長	静岡県	053-473-2150
大道學	医療法人大道会	理事長	大阪府	06-6962-9621
藤澤正清	福井県済生会医療福祉センター	総長	福井県	0776-23-1111
奈良昌治	足利赤十字病院	院長	栃木県	0284-21-0121
武田隆男	武田病院グループ	会長	京都府	075-361-1335

#### 医療制度委員会（担当団体：日本病院会）

委員長 奈良昌治	足利赤十字病院	院長	栃木県	0284-21-0121
委員 北條慶一	元公立昭和病院	院長	東京都	03-3267-0667
梶原優板	倉病院	理事長	千葉県	0474-31-2662

#### 医療保険・診療報酬委員会（担当団体：全日本病院協会）

委員 栗山康介	名古屋第二赤十字病院	院長	愛知県	052-832-1121
---------	------------	----	-----	--------------

西村昭男	日鋼記念病院	理事長	北海道	0143-24-1331
山本修三	済生会神奈川県病院	院長	神奈川県	045-432-1111

**医業経営・税制委員会**（担当団体：日本医療法人協会）

委員	池澤康郎	中野総合病院	院長	東京都	03-3382-1231
	福田浩三	上飯田第二病院	名誉院長	愛知県	052-916-3681
	小堀鷗一郎	国立国際医療センター	院長	東京都	03-3202-7181

**医療従事者対策委員会**（担当団体：日本精神病院協会）

委員	中後勝	医療法人愛仁会	理事長	大阪府	06-6375-0660
	林雅人	平鹿総合病院	院長	秋田県	0182-32-5121
	井手道雄	聖マリア病院	理事長	福岡県	0942-35-3322

**介護保険委員会**（担当団体：日本病院会）

委員長	川合弘毅	医療法人若弘会	理事長	大阪府	06-6646-0818
委員	武田隆男	武田病院グループ	会長	京都府	075-361-1335
	大山朝弘	総合病院中頭病院	理事長	沖縄県	098-939-1300

**医療安全対策委員会**（担当団体：全日本病院協会）

委員	藤澤正清	福井県済生会医療福祉センター	総長	福井県	0776-23-1111
	大井利夫	上都賀総合病院	院長	栃木県	0289-64-2161
	斉藤広子	聖隷浜松病院	看護部長	静岡県	053-474-2222

**病院会計準則研究委員会**（担当団体：日本病院会）

	田中重代	社団法人日本医療法人協会	参与	東京都	03-3234-2438
	塩原修蔵	塩原公認会計士事務所	所長	埼玉県	048-756-1531
	松田紘一郎	松田公認会計士事務所	所長	東京都	03-3498-3333
	石井孝宜	石井公認会計士事務所	所長	東京都	03-3839-5960
	五十嵐邦彦	銀座公認会計士共同事務所	代表	東京都	03-3564-3371
	石尾肇	監査法人エーマックス	代表	東京都	03-5793-4477

## 〔全国病院団体連合〕

### 1. 常任幹事会

- 期 日 平成12年 9 月 7 日  
場 所 日本病院会会議室  
出席者 9 名  
議 題 ① 役員の退任と補充  
② 平成11年度事業報告及び収支決算報告  
③ 今後の活動

全国公私病院連盟の役員交代に伴い全病団連役員の一部異動があった。

役 職	退 任 者	後 任 者
常任幹事	遠 山 正 道（公私連会長）	竹 内 正 也（公私連会長）
〃	寺 田 守（〃 副会長）	星 和 夫（〃 副会長）
監 事	星 和 夫（日病監事）	梶 原 優（日病監事）

今後の活動について、平成12年 7 月発足の四病院団体協議会（四病協）との関連で病団連の存在意義が問われているが、病団連は別の組織である、コメディカルが加盟している病院特有の組織であることをアピールする事業をおこしてはどうか、などの議論があり、病団連の名前はこのままで、各種職能団体を勧誘し、それが育ったとき病団連として応援する、将来四病協とも共同行動するときがくるなどと結論づけた。

### 2. 依頼事項等

- ① 第12回「国民の健康会議」の協賛（平成12年12月11日、全国公私病院連盟）
- ② 医療法改正にかかわる陳情書（平成13年 1 月19日、日本栄養士会・全国病院栄養士協議会より、病院に「栄養相談室」の設置と施行規則の人員配置基準の栄養士を管理栄養士に改めること）
- ③ 社会保険診療報酬改定にかかわる要望書（同日、同会・協議会より、次期改定では栄養食事指導料の増額と栄養食事指導対象枠及び対象疾患の拡大、入院栄養食事管理料の新設等について要望）

### 3. 会員の状況

（平成12年 4 月現在）

- 病 院 団 体 24団体・6,312病院（重複除く推計4,200病院）  
医学・職能団体 6 団体・630,614人

## 第20 日本病院会政治連盟

(会務報告)

平成12年

5月11日 常任幹事会を日本病院会で開催し、9人が出席した。4月2日小淵総理が倒れ、5日に森幹事長が後継首相に指名されて、衆院議員の任期残り半年を控え政局が一気に解散総選挙に向けて走り出したため、この対応を協議する目的であった。

会議冒頭、中山委員長は自ら委員長を退き、藤澤副委員長を後任に指名して賛同をえた。特に今日諸問題を抱えて政治力を必要とし、今回の執行部と太いパイプをもつ藤澤氏に任せたいというものである。中山委員長は名誉委員長に推戴された。

総選挙対策については、①連盟推薦政党は自民党一党とする ②その上で重点候補を絞り支援する(11人) ③従来からの顧問議員(10人)は引続いて支援するという3点を決めた。

5月25日 日本病院会ニュース第608号(5月25日)に「政治連盟特集」を付録ページとして掲載した。「日病の政治力を発揮し我々の病院を守ろう!!」衆院選に対する連盟の方針と題し、藤澤委員長の論文を掲げた。

5月26日には中山会長、藤澤委員長が同道し重点候補の各氏を訪ねた。また各理事からの地元での推薦候補に推薦状、ポスターを交付した。

衆議院は6月2日解散、13日公示、25日選挙となり、重点候補11人のうち10人当選となった。

7月26日 参議院議員武見敬三後援会選挙事務所開きが日本医師会館で行われ、加藤監事、山口事務局長が出席した。

8月16日 政治連盟として中山名誉委員長、藤澤委員長、大道・奈良副委員長が橋衆院議員の案内で首相官邸に中川官房長官を訪問、9月21日再度藤澤委員長、大道副委員長が出かけ、病院の諸問題について懇談した。ちょうど情報技術(IT)関連で平成12年度補正予算として国立病院の電子カルテ化推進策があり、民間病院は規模等に応じてオーダーリング等院内情報システムの整備促進をはかるべきと要望し、これに72億円の措置要求が盛りられることになった。11月22日補正予算が国会成立し、査定後60億円で確定、2分の1補助で事業規模は120億円となる。機種の新更新も対象とされ、都道府県が窓口となるので会員に早目の準備をするよう広報した。

9月8日 自治省が1999年分（平成11年1月～12月）の政治資金収支報告書を公表した。同日付官報で日本病院会政治連盟は収入総額1,772万円（内、会費収入388人・492万円）、支出総額164万円であった。

10月28日 第2回常任幹事会を日本病院会で開催、24人が出席した。来年夏の参議院選挙対策として資金の問題を中心に協議した。現在の手持ちでは顧問との会合とかの経費も事務経費も出ない、日常的、政治的活動に使うべきとして、会費収納を上げるため従来のやり方でなく本会計と同時請求を行うことに決めた。

平成13年

1月26日 第19回参議院議員選挙・全国医師総決起大会（日本医師連盟主催）がキャピトル東急で開かれ、藤澤委員長、大道、奈良、武田各副委員長が出席した。

2月14日 自民党組織本部・団体総局主催、社会福祉・環境関係団体との新年懇親会が赤坂プリンスホテルで開かれ、奈良副委員長、山口事務局長が出席した。

3月13日 参議院宮崎秀樹先生が繰り上げ当選となり、その報告と激励会が日本医師連盟主催で帝国ホテルで開かれて、武田副委員長が出席した。

要 望 · 提 言

平成 12 年 11 月 10 日

自由民主党組織本部

社会福祉環境関係団体委員会

委員長 田村 憲久 殿

自由民主党政務調査会

部会長 熊代 昭彦 殿

社団法人 日本病院  
会長 中山 耕



平成 13 年度 予 算 に関する要望  
税制改正

標記について次の通り要望いたします。

記

平成 13 年度予算に関する要望	1 頁
平成 13 年度税制改正に関する要望	4 頁

## 平成13年度予算要望について (日本新生プランに対する予算要望)

わが国国民が、21世紀社会を健康で安心して暮らしていくには、社会保障制度がセイフティネットとして安定して運営されていかなければならない。

殊に、医療制度については、いつでも、どこでも、だれでも、適正な価格で受診できるという現行の皆保険制度が堅持される必要がある。

更に、医学の進展により可能となる遺伝子治療、生殖医療、臓器移植が日常的に享受できるような医療保険システムを構築しなければならない。

従って、給付と負担のあり方について、高齢者医療保険制度の見直しを含め、抜本改革に積極的に取組まなければならないが、病院をはじめとする提供者側についても、医療資源の有効活用が図られるように、利用者のニーズに適した質の高い医療を効率的に提供することが強く求められている。

これらの実現のため所要の予算措置を実施されるよう要望する。

### 1. ITなどを活用し医療情報システムを確立すること。

#### ①個人レベルの医療情報システムの構築化

現行の保険証を改め、国民一人ひとりに対する電子カード化とし、個人の血液型、アレルギー、常備薬など基本医療データの入力のほか、既往歴、現病歴を盛り込み、事故発生に際して迅速に対応できるような診療システムを敷くべきである。

#### ②医療機関単位の医療情報システムの構築化

医療機関内の診療情報システムの一元化を図り、業務の合理化、標準化を推進するため、電子カルテ、オーダリングシステムが、大学病院、自治体病院に止まらず広く中小規模の病院にまで普及されることが望まれる。

これらは単に院内業務の効率化に寄与するだけでなく、患者と診療情報を共有するための有効なツールとしても活用できる。

このため医療機関内の医療情報システムの定着化を促進されるよう要望する。

#### ③地域の医療情報システムの構築化

患者の病態に照らして適切な医療環境を選択できるように、医療機関のネットワーク化を図り、病・病連携、病診連携に努めなければならない。

これらは医療機関の特性の把握、病院間のデータ形式の統一化など地域医療情報システムの整備を図ることによりなし得るものである。

病院団体として、病院間の連絡・調整を重要な目的の一つとしている当会に対して、IT活動費を支援されるよう要望する。

加えて、医療機関のもつ公共的役割に鑑み、夜間の診療体制情報、空床情報の提供等を、常時、インターネットに掲載できるよう特段の予算措置を要望する。

## 2. 21世紀の福祉国家に相応しい療養環境を提供できるよう整備を図ること。

- ①民間病院を社会的資本と位置付け建て替えなど整備に要する費用について大幅な国庫補助を実施すること。

平成11年6月を対象に実施された中央社会保険医療協議会の医療経済実態調査によると、一般病院の有効回答907施設中に、建築年月が30年を超えている病院は224、全体の1/4を占めている。これを単純に全国規模に当てはめると約2千病院が該当することとなる。

これらの病院の多くは、建て替えを実施する時期を迎えているにも拘らず資金の目処がたたないため建て替え出来ないでいる。

現在、民間病院の療養環境整備に対する唯一の補助である医療施設近代化施設整備費は、平成12年度予算額305億5100万円と僅少で、これとて専ら療養型病床群の整備に資するためのものであり、一般病院の療養環境を充実させるところまでいっていない。無論、介護施設の整備も重要であるが、医療サービスの基盤が確立してはじめて介護サービスの円滑な実施が可能となるのである。

また、入院室料に対応する診療報酬上の取り扱いは、入院環境料として1日当たり1,650円で、本年4月から医学管理料、看護料を加えた入院基本料として1日当たり7,880円から12,160円となっている。これでは維持費、人件費に見合うだけで、資本整備に必要なキャピタルコストに相当する分が含まれているとは思えない。

更に、OECD加盟主要国の98年ヘルスデータをみると、国民総医療費に占める入院医療費の構成割合は、わが国が29.4%であるのに比べ20ヵ国平均で42.41%、米国42.22%、イギリス42.19%、ドイツ34.63%、フランス44.3%である（濃沼信夫／医療のグローバル・スタンダード）。わが国の入院医療費が他国に比較してあまりにも少ないのが浮き彫りになっている。手術等技術料の適正な評価がされていないこともさることながら、入院料があまりにも低い評価であることがうかがえる。

次に、わが国の療養環境をみると、一般病院8,421の病室総数428,312のうち、5人以上室が110,643室で、全病床の半分がこれらの病室で占められている。今後の療養環境は、入院患者のプライバシーの保護、院内感染の防止等のために個室化の導入を積極的に進めるべきと考える。

また、地震多発国として、建物については免震設計を取り入れるなどし改善に努めるべきである。

民間病院も公的施設と同様、多くの市民が集まる公共施設である。この意味では病院の建て替えは大きな公共事業である。単に、医療施設近代化という厚生省予算の増額を図るだけでなく、公共投資と認知し、国庫補助を実現されるよう強く要望する。

②医療廃棄物の処理費用は社会的費用として予算化すること。

21世紀において地球環境の保全は大きな社会問題である。特に、廃棄物処理の問題は、全ての国民が問題意識をもち対処しなければならない課題である。

現在、医療機関にとって感染性廃棄物の適正な処理は、社会の構成員としての責務から実施しているが、処理にあたっての必要なコストは年々負担が重くなり病院経営を圧迫している。

一般企業が商品の価格にこれらの費用を盛り込むことができるのに対して、診療報酬上なんらの手当てもなく、各医療機関の見識に頼っているのが現状である。

また、医療機関のなかには、院内に焼却設備を設置し処理しているところが見受けられるが、本来、回収、焼却業務は自治体が行うべきである。

赤字法人もこれらのサービスの恩恵を受けていることから、地方税を課税するなどして財源を確保し、院内処理までのコストは診療報酬で評価し、院外処理からは行政が責任を負うべきと考える。

③院内感染対策諸費用を診療報酬で評価すること。

感染症疾患に罹患している患者に対して観血的処置を実施する場合、感染防止のため、ガウン、ゴーグルなどディスポ製品が大量に消費される。

現在これらに要する費用は保険請求できないが、患者数の増加により病院負担が大きくなっていることから、診療報酬において適正に評価されるべきである。

更に、救急時に本人に対して検査実施の事前承諾が得られない場合などを考慮し、今後は、諸外国なみに、罹患の有無に拘らず、罹患しているものと見做しディスポ製品を診療報酬上取り扱われるべきと考える。

④病院建物の容積率、建ぺい率の制限を緩和すること。

建築基準法により用途地域内の建築物の用途制限が定められており、都市計画法によって地域の建築物の容積率、建蔽率が決められている。

現在、病院建物を近代化し、患者にとって好ましい療養環境を提供しようとしても、これらの規制が障壁となって建て替え出来ない場合がある。

従って病院建物の容積率、建蔽率の緩和措置を講じられるよう要望する。

## 平成13年度税制改正に関する要望

### 【国税】

1. 社会保険医療に係る消費税は課税取引として損税が発生しないように講じること。

#### 《理由》

現行、最終消費者である患者に転嫁できない仕入れ消費税相当分は社会保険診療報酬に加算され、中間段階である医療機関には益税は勿論、損税も発生しないシステムを敷いてるとのことである。

厚生省は社会保険診療報酬に消費税分として1.53%の点数加算しているが、医療機関が購入する医薬品や医療材料、病院建物増改築や委託業務の際に係る支払消費税が、受取消費税額を上回った場合は、非課税制度であるが故に還付の手続きをとることができない。つまり医療機関がその分の差額を負担する、いわば損税が発生することになる。

更に直近、薬価差の縮小により、一部取引で消費税相当額を負担することで、購入価額が薬価基準を上回る場合がある。

このような不合理を是正するため、社会保険医療も消費税の体系に組み入れ、ゼロ税率課税も含め、医療機関に損税が生じないように措置を講じられること。

#### 〈参考〉

日本病院会会員病院の平成10年度決算数値に基づいた調査によると、消費税負担割合は2.62%となり、厚生省による点数加算1.53%と比べ、1.09%の乖離が生じる結果となった。これを金額で表すと、1病院当たり平均6000万も持ち出していることになる。

2. 医療法人については公益法人の収益事業と同一の法人税率を適用するとともに、特定医療法人については承認基準の見直しを図り、非課税とすること。

#### 《理由》

医療法人は医療法を根拠とし、剰余金の配当が禁止されるなど営利追求が認められない法人である。このような制約を受けているにも拘わらず、営利法人と同様の税率が課せられているという不合理が生じている。また、公益法人の行う医療保健業と何ら差異がないにも拘わらず、税率においては均衡を欠いており、極めて不公平である。したがって、医療法人の法人税率は公益法人のそれと同率の22%に是正すべきである。

特定医療法人は、その組織・運営及び解散時の財産帰属が社会福祉法人と同一条件でありながら課税法人とされていることは極めて不公平である。非課税に是正すべきである。

また特定医療法人の承認基準においても、次の項目について見直しを図られたい。

#### 〔差額ベッドについて〕

全病床に占める差額ベッドの割合20%以下を緩和すること。

差額ベッドの平均料金5000円以下を緩和すること。

#### 〔医師等に対する給与について〕

現行の基準では、承認を受けることにより、経営に専念していて院長兼務でない理事長或いは常務理事の従来給与月額の水準が保障されなくなる。病院規模によっては経営に専念している理事長等が多い現状を考慮し、この基準を見直すべきである。

3. 病院建物を耐震構造に強化した場合の改善費については、当該年度の損金処理を可能にすること。

《理由》

現在、国や自治体は災害拠点病院や後方支援病院の指定を策定し、災害発生時の医療提供体制の確保・充実を図っているとのことである。

これらの病院が建物を免震構造に改造した場合に要した費用については、当期の所得の計算上、全額を損金に算入できるように税制面の配慮をお願いしたい。

4. 医療機器の特別償却制度の対象となる機器の範囲を拡大すること。

また電算ソフト取得費については、当該年度の損金に算入できるようにすること。

《理由》

医療機器については技術革新が著しく、経済的使用可能年数と法定耐用年数との乖離が生じているのが現状であり、大幅に短縮すべきである。

更に、医療機器の特別償却の対象となる範囲は「直接医療用に供される機器・装置並びに器具・備品」とされているが、医療サービスを提供するうえで必要欠くことのできない間接的なものにも特別償却制度の適用範囲を拡大すべきである。

〈参考〉 救急車、患者運搬車、解剖台、死体保存庫、自動カルテ抽出機など。

また医療情報の提供を促進させるためにも、税制面での特例措置を図るべきである。電子カルテシステムや医療情報システムに係るソフト等を購入した場合、当該年度の損金に算入できるように図られたい。

5. 個人が法人化する場合の現物出資分に係る譲渡所得の軽減措置を図ること。

医療法人の継承時の軽減措置及び納税猶予制度を創設すること。

《理由》

医業経営の合理化や病院診療の継続性を指向する医療法人制度を推進するため、個人から法人へ転換する際に医業用の土地や建物等を現物出資した場合には、これに係る譲渡所得の課税が軽減されるよう税制面での配慮を図るべきである。

また、地域医療に果たす医療法人の役割から、医療サービスが安定的永続的に供給されるように措置を講じるべきである。地価の評価並びに納税手段においても特段の配慮がされるべきである。

6. 中小医療法人の医療施設構造改善準備金制度の創設を図ること。

《理由》

医療法人の剰余金の配当禁止という特殊性に鑑み、医療法人が行う医療保健業の収益金のうち、一定割合を「医療施設構造改善準備金」とし、損金処理による引当てを認めるという制度を創設すべきである。

7. 医療関係者が医療に関する高度の知識及び技能研修のために要する費用の額が増加した場合の法人税額の特別控除を創設する。

《理由》

近年の医学・医術の進歩は飛躍的であり、医療従事者にとってその知識習得は不可欠である。したがって、医師や看護婦等の技能向上等のための試験研究及び新しい技術の習得に要する費用については一般中小企業に認められている試験研究費に準じ、法人税の特別控除ができる措置を創設すべきである。

8. 中小企業新技術体化投資促進税制の適用期限を延長するとともに、対象医療機器の追加、対象範囲の拡大を図ること。

《理由》

医療関連設備の近代化とその整備充実の促進を図るべき、電気機器利用設備の適用期限を引き続き延長のうえ、適用機器を追加をすべきである。

〈要望〉 自動血球分析装置 レーザー手術装置一般

更に、医療機器が高度急速な進歩により短期間で更新を余儀なくされていること、取得に際して多額の資金が必要とされていることに鑑み、本適用を中小企業に限らず一般の医療法人にも対象拡大を図ること。

9. 病院における休日、夜間等の救急医療・予防接種・乳幼児健診等各種健診への報酬は非課税とすること。

《理由》

休日・夜間の救急医療、予防接種または各種健診業務は、極めて社会的責任の高い医療活動である。これらの報酬については、所得の計算上非課税取引とすべきである。

10. 病院に対する寄付金については、第三者の監査のもと基金に組み入れたい場合、課税対象外の取引とみなすこと。

《理由》

国民の医療に対するニーズや疾病の多様性、著しい医療技術の進歩など病院を取りまく環境は年々厳しくなっている。このような環境であつても病院は絶えず患者サービスに努め、医療の質向上を図るといふ社会的使命がある。

現在多くの病院は診療報酬を唯一資金の源泉としているが、これでは将来のわが国医療を担う供給体制としてはあまりにも選択肢がない。医療関連への助成寄付などを通じ社会福祉に貢献したい患者等篤志家の要望に応えるためにも、当該寄付金を所得税或いは相続税の算定にあたって所得控除に算入可能とすべきである。

また、病院が第三者の監査を経てこれらを寄付金を基金に組み入れた場合、課税外取引として資金調達を容易にすべきである。

11. 老人保健施設の建物や療養型病床群の建物、それらの付属設備に係る特別償却の適用期限を延長し、更に割増し償却率を引き上げること。

《理由》

老人保健施設用建物、療養型病床群用建物等は長期収容施設であり、大規模な施設である。その設置の負担を軽減するために平成3年4月1日以降に取得・建設した該当施設に対し、取得後5年間10%の割増し償却制度が認められたが、この適用期間を10年以内に延長と割増し償却率を50%への引上げを図るとともに、老人保健施設の建物耐用年数を30年とすべきである。

【地方税】

1. 医療機関における社会保険診療報酬に係る事業税非課税の特例措置を存続すること。  
また、この特例措置は開設者を問わず、全ての民間医療機関に適用すること。  
医療法人については特別法人として事業税の軽減措置を存続すること。

《理由》

公的医療機関に比較して税負担という出費を余儀なくされている民間医療機関に、更に税負担の加重を強いることは、経営の悪化を招き医療事業の健全性を損なう恐れがある。地域医療の円滑推進のために本特例措置は存続させるべきである。

医療法人は営利を目的として開設することは認められず、剰余金の配当は禁止されるなど、営利を目的とする普通法人とは質的に異なる法人である。また、医療法人は地域住民に医療サービスを提供するという公共性の高い法人であることから、特別法人として扱い普通法人より軽減された事業税率の適用を存続すべきである。

加えて、事業税の算出は各々の都道府県によって計算方法が異なっている。合理的に統一を図るべきである。

2. 民間病院の直接その用に供する固定資産については、公的医療機関と同様に固定資産税を非課税とすること。特に公的性格そのものである特定医療法人には直ちに適用すること。

《理由》

現在、公的医療機関においては、直接その用に供する固定資産については固定資産税は非課税となっている。地域医療を担う民間病院も、公的病院と同様に社会的に位置づけられるものである。殊に、介護保険制度が施行した現在では、介護関連施設の整備を求められていることから、この非課税措置は必要である。

3. 国、地方公共団体から交付された補助金で取得した固定資産について、法人税法上の圧縮記帳が行われた場合、当該圧縮分に見合う不動産取得税及び固定資産税は非課税とする事。

《理由》

政策誘導のための助成措置の趣旨に鑑み、一連の処置を講じて補助の効果を高めるべきである。

4. 医療法人が運営する看護婦養成所等において、直接その用に供する固定資産について、固定資産税・不動産取得税を非課税とすること。

《理由》

医療関係者の養成機関については、公的または特定医療法人以外の施設においてもその機能と社会的貢献度は何ら変わらない。課税面でも同一とすべき。

5. 病院・老健施設等に設置された在宅介護支援センターの整備を促進するため、固定資産税を非課税とすること。

《理由》

高齢化社会の進展や介護保険制度の施行に伴って、在宅介護支援センターの役割は益々重要なものとなっている。本施設の整備を促すための税制面からの誘導措置は不可欠である。

6. 老人保健施設等について登録免許税・固定資産税及び不動産取得税を非課税とすること。

《理由》

高齢化社会の進展や介護保険制度の施行に伴って、老人保健施設や療養型病床群の整備は社会的な要請である。これらの施設の普及を促進し、制度の円滑な確立を期すためにも税制面からの誘導措置は不可欠である。

7. 全ての医療機関における訪問介護、通所介護、訪問入浴介護、短期入所生活介護、痴呆対応型共同生活介護等、福祉系サービスの報酬に係る事業税を医療系サービスと同様に非課税とすること。

《理由》

医療法に基づく医療の非営利性や介護保険の社会保険制度たる性格に鑑みれば、医療系・福祉系を問わずサービス全てにおいて、社会保険医療機関が行う場合として一律に取り扱う方が合理的である。

平成12年11月27日

自由民主党

税制調査会長 武藤嘉文様

社団法人 日本病院会  
会長 中山耕作

## 平成13年度税制改正に関する要望

### 【国税】

1. 社会保険医療に係る消費税は課税取引として損税が発生しないように講じること。

#### 《理由》

現行、最終消費者である患者に転嫁できない仕入れ消費税相当分は社会保険診療報酬に加算され、中間段階である医療機関には益税は勿論、損税も発生しないシステムを敷いていることである。

厚生省は社会保険診療報酬に消費税分として1.53%の点数加算しているが、医療機関が購入する医薬品や医療材料、病院建物増改築や委託業務の際に係る支払消費税が、受消費税額を上回った場合は、非課税制度であるが故に還付の手続きをとることができない。つまり医療機関がその分の差額を負担する、いわば損税が発生することになる。

更に直近、薬価差の縮小により、一部取引で消費税相当額を負担することで、購入価額が薬価基準を上回る場合がある。

このような不合理を是正するため、社会保険医療も消費税の体系に組み入れ、ゼロ税率課税も含め、医療機関に損税が生じないように措置を講じられること。

#### 〈参考〉

日本病院会会員病院の平成10年度決算数値に基づいた調査によると、消費税負担割合は2.62%となり、厚生省による点数加算1.53%と比べ、1.09%の乖離が生じる結果となった。これを金額で表すと、1病院当たり平均6000万も持ち出していることになる。

2. 医療法人については公益法人の収益事業と同一の法人税率を適用するとともに、特定医療法人については承認基準の見直しを図り、非課税とすること。

#### 《理由》

医療法人は医療法を根拠とし、剰余金の配当が禁止されるなど営利追求が認められない法人である。このような制約を受けているにも拘わらず、営利法人と同様の税率が課せられているという不合理が生じている。また、公益法人の行う医療保健業と何ら差異がないにも拘わらず、税率においては均衡を欠いており、極めて不公平である。したがって、医療法人の法人税率は公益法人のそれと同率の22%に是正すべきである。

特定医療法人は、その組織・運営及び解散時の財産帰属が社会福祉法人と同一条件でありながら課税法人とされていることは極めて不公平である。非課税に是正すべきである。

また特定医療法人の承認基準においても、次の項目について見直しを図りたい。

#### 〔差額ベッドについて〕

全病床に占める差額ベッドの割合20%以下を緩和すること。

差額ベッドの平均料金5000円以下を緩和すること。

〔医師等に対する給与について〕

現行の基準では、承認を受けることにより、経営に専念していて院長兼務でない理事長或いは常務理事の従来の給与月額の水準が保障されなくなる。病院規模によっては経営に専念している理事長等が多い現状を考慮し、この基準を見直すべきである。

3. 病院建物を耐震構造に強化した場合の改善費については、当該年度の損金処理を可能にすること。

《理由》

現在、国や自治体は災害拠点病院や後方支援病院の指定を策定し、災害発生時の医療提供体制の確保・充実を図っているとのことである。

これらの病院が建物を免震構造に改造した場合に要した費用については、当期の所得の計算上、全額を損金に算入できるよう税制面の配慮をお願いしたい。

4. 医療機器の特別償却制度の対象となる機器の範囲を拡大すること。

また電算ソフト取得費については、当該年度の損金に算入できるようにすること。

《理由》

医療機器については技術革新が著しく、経済的使用可能年数と法定耐用年数との乖離が生じているのが現状であり、大幅に短縮すべきである。

更に、医療機器の特別償却の対象となる範囲は「直接医療用に供される機器・装置並びに器具・備品」とされているが、医療サービスを提供するうえで必要欠くことのできない間接的なものにも特別償却制度の適用範囲を拡大すべきである。

〈参考〉 救急車、患者運搬車、解剖台、死体保存庫、自動カルテ抽出機など。

また医療情報の提供を促進させるためにも、税制面での特例措置を図るべきである。電子カルテシステムや医療情報システムに係るソフト等を購入した場合、当該年度の損金に算入できるよう図られたい。

5. 個人が法人化する場合の現物出資分に係る譲渡所得の軽減措置を図ること。

医療法人の継承時の軽減措置及び納税猶予制度を創設すること。

《理由》

医業経営の合理化や病院診療の継続性を指向する医療法人制度を推進するため、個人から法人へ転換する際に医業用の土地や建物等を現物出資した場合には、これに係る譲渡所得の課税が軽減されるよう税制面での配慮を図るべきである。

また、地域医療に果たす医療法人の役割から、医療サービスが安定的永続的に供給されるように措置を講じるべきである。地価の評価並びに納税手段においても特段の配慮がされるべきである。

6. 中小医療法人の医療施設構造改善準備金制度の創設を図ること。

《理由》

医療法人の剰余金の配当禁止という特殊性に鑑み、医療法人が行う医療保健業の収益金のうち、一定割合を「医療施設構造改善準備金」とし、損金処理による引当てを認めるという制度を創設すべきである。

7. 医療関係者が医療に関する高度の知識及び技能研修のために要する費用の額が増加した場合の法人税額の特別控除を創設する。

《理由》

近年の医学・医術の進歩は飛躍的であり、医療従事者にとってその知識習得は不可欠である。したがって、医師や看護婦等の技能向上等のための試験研究及び新しい技術の習得に要する費用については一般中小企業に認められている試験研究費に準じ、法人税の特別控除ができる措置を創設すべきである。

8. 中小企業新技術体化投資促進税制の適用期限を延長するとともに、対象医療機器の追加、対象範囲の拡大を図ること。

《理由》

医療関連設備の近代化とその整備充実の促進を図るべき、電気機器利用設備の適用期限を引き続き延長のうえ、適用機器を追加をすべきである。

〈要望〉 自動血球分析装置 レーザー手術装置一般

更に、医療機器が高度急速な進歩により短期間で更新を余儀なくされていること、取得に際して多額の資金が必要とされていることに鑑み、本適用を中小企業に限らず一般の医療法人にも対象拡大を図ること。

9. 病院における休日、夜間等の救急医療・予防接種・乳幼児健診等各種健診への報酬は非課税とすること。

《理由》

休日・夜間の救急医療、予防接種または各種健診業務は、極めて社会的責任の高い医療活動である。これらの報酬については、所得の計算上非課税取引とすべきである。

10. 病院に対する寄付金については、第三者の監査のもと基金に組み入れたい場合、課税対象外の取引とみなすこと。

《理由》

国民の医療に対するニーズや疾病の多様性、著しい医療技術の進歩など病院を取りまく環境は年々厳しくなっている。このような環境であっても病院は絶えず患者サービスに努め、医療の質向上を図るといふ社会的使命がある。

現在多くの病院は診療報酬を唯一資金の源泉としているが、これでは将来のわが国医療を担う供給体制としてはあまりにも選択肢がない。医療関連への助成寄付などを通じ社会福祉に貢献したい患者等篤志家の要望に応えるためにも、当該寄付金を所得税或いは相続税の算定にあたって所得控除に算入可能とすべきである。

また、病院が第三者の監査を経てこれらを寄付金を基金に組み入れた場合、課税外取引として資金調達を容易にすべきである。

11. 老人保健施設の建物や療養型病床群の建物、それらの付属設備に係る特別償却の適用期限を延長し、更に割増し償却率を引き上げること。

《理由》

老人保健施設用建物、療養型病床群用建物等は長期収容施設であり、大規模な施設である。その設置の負担を軽減するために平成3年4月1日以降に取得・建設した該当施設に対し、取得後5年間10%の割増し償却制度が認められたが、この適用期間を10年以内に延長と割増し償却率を50%への引上げを図るとともに、老人保健施設の建物耐用年数を30年とすべきである。

【地方税】

1. 医療機関における社会保険診療報酬に係る事業税非課税の特例措置を存続すること。  
また、この特例措置は開設者を問わず、全ての民間医療機関に適用すること。  
医療法人については特別法人として事業税の軽減措置を存続すること。

《理由》

公的医療機関に比較して税負担という出費を余儀なくされている民間医療機関に、更に税負担の加重を強いることは、経営の悪化を招き医療事業の健全性を損なう恐れがある。地域医療の円滑推進のために本特例措置は存続させるべきである。

医療法人は営利を目的として開設することは認められず、剰余金の配当は禁止されるなど、営利を目的とする普通法人とは質的に異なる法人である。また、医療法人は地域住民に医療サービスを提供するという公共性の高い法人であることから、特別法人として扱い普通法人より軽減された事業税率の適用を存続すべきである。

加えて、事業税の算出は各々の都道府県によって計算方法が異なっている。合理的に統一を図るべきである。

2. 民間病院の直接その用に供する固定資産については、公的医療機関と同様に固定資産税を非課税とすること。特に公的性格そのものである特定医療法人には直ちに適用すること。

《理由》

現在、公的医療機関においては、直接その用に供する固定資産については固定資産税は非課税となっている。地域医療を担う民間病院も、公的病院と同様に社会的に位置づけられるものである。殊に、介護保険制度が施行した現在では、介護関連施設の整備を求められていることから、この非課税措置は必要である。

3. 国、地方公共団体から交付された補助金で取得した固定資産について、法人税法上の圧縮記帳が行われた場合、当該圧縮分に見合う不動産取得税及び固定資産税は非課税とする事。

《理由》

政策誘導のための助成措置の趣旨に鑑み、一連の処置を講じて補助の効果を高めるべきである。

4. 医療法人が運営する看護婦養成所等において、直接その用に供する固定資産について、固定資産税・不動産取得税を非課税とすること。

《理由》

医療関係者の養成機関については、公的または特定医療法人以外の施設においてもその機能と社会的貢献度は何ら変わらない。課税面でも同一とすべき。

5. 病院・老健施設等に設置された在宅介護支援センターの整備を促進するため、固定資産税を非課税とすること。

《理由》

高齢化社会の進展や介護保険制度の施行に伴って、在宅介護支援センターの役割は益々重要なものとなっている。本施設の整備を促すための税制面からの誘導措置は不可欠である。

6. 老人保健施設等について登録免許税・固定資産税及び不動産取得税を非課税とすること。

《理由》

高齢化社会の進展や介護保険制度の施行に伴って、老人保健施設や療養型病床群の整備は社会的な要請である。これらの施設の普及を促進し、制度の円滑な確立を期すためにも税制面からの誘導措置は不可欠である。

7. 全ての医療機関における訪問介護、通所介護、訪問入浴介護、短期入所生活介護、痴呆対応型共同生活介護等、福祉系サービスの報酬に係る事業税を医療系サービスと同様に非課税とすること。

《理由》

医療法に基づく医療の非営利性や介護保険の社会保険制度たる性格に鑑みれば、医療系・福祉系を問わずサービス全てにおいて、社会保険医療機関が行う場合として一律に取り扱う方が合理的である。

平成13年3月7日

厚生労働省 保険局長  
大塚 義治 殿

四病院団体協議会  
社団法人 日本病院  
会長 中山 耕  
社団法人 全日本病院協会  
会長 佐々 英達  
社団法人 日本医療法人協会  
会長 豊田 堯  
社団法人 日本精神病院協会  
会長 仙波 恒雄



## 診療報酬明細書の記載要領について（要望）

診療報酬明細書の記載要領について、下記のとおり要望する。

### 記

旧総合病院の外来における複数科受診の診療報酬明細書の記載要領について、旧総合病院以外の病院と同様とする。

### （理由）

総合病院は平成9年の医療法改正により廃止されているが、平成12年4月26日保険発第84号・老健第98号の通知において、「第3 診療報酬明細書の記載要領」の「1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項」の(3)に「同一の被保険者等が2以上の傷病について診療を受けた場合においても、1枚の明細書に併せて記載するが、医療法の一部を改正する法律（平成9年法律第125号）による改正前の医療法（昭和23年法律第205号）第4条の規定による承認を受けている病院である保険医療機関（以下「旧総合病院」という。）の外来において2以上の診療科にわたって診療を受けた場合には、当分の間、各診療科ごとに別個の明細書を作成すること・・・」となっている。

これにより、旧総合病院はレセプト枚数が一般病院より必然的に多くなると共に、行政への届出の外来患者数はレセプト枚数に基づき算出されているため、複数科受診の患者が旧総合病院において一般病院より多く数えられていることになる。

診療報酬における各種加算算定要件等において外来／入院比率という概念が用いられるのであれば、すでに形骸化している総合病院のレセプト請求方法を医療法に基づき正常化し、旧総合病院のレセプトによる外来患者数の算出を一般病院と同様にすべきである。

また、社会保険診療報酬支払基金においてレセプト点検費用が保険者より徴収されており、旧総合病院の外来の複数科受診におけるレセプトの1枚化は、財政難の健康保険組合等の負担軽減や旧総合病院の請求労務の軽減や経費節減にも貢献すると考える。



平成13年3月19日

社団法人 日本医師会  
会長 坪井 栄 孝 殿

四病院団体協議会



社団法人 日本病院会  
会長 中山 耕作  
社団法人 全日本病院協会  
会長 佐々 英 達  
社団法人 日本医療法人協会  
会長 豊田 堯  
社団法人 日本精神病院協会  
会長 仙波 恒 雄

構造設備基準の改正に伴う病院の建替え等について（お願い）

四病院団体協議会の活動につきましては、日頃からご理解とご支援を賜り厚く御礼を申し上げます。

さて、第四次医療法の改正により病院の構造設備基準が改正されたところですが、会員病院に対し新しい基準に適合する病院の建替え等についてアンケート調査した結果、きわめて深刻な問題があるため、別紙のとおり関係行政機関等へ要望書を提出することと致しました。

つきましては、事情ご賢察の上、ご理解を賜り、四病院団体協議会の要望の実現についてご支援を賜りたくお願いを申し上げます。

別紙

平成13年3月19日

次 葉 要 望 先 殿

四病院団体協議会

社団法人 日本病院会  
会 長 中 山 耕 作  
社団法人 全日本病院協会  
会 長 佐 々 英 達  
社団法人 日本医療法人協会  
会 長 豊 田 堯  
社団法人 日本精神病院協会  
会 長 仙 波 恒 雄

構造設備基準の改正に伴う病院の建替え等について(要望)

第四次医療法の改正により、病院の建物の新築、増築及び全面改築においては、改正医療法の基準に適合する構造設備とし、療養環境の改善を図らなければならないことになりました。

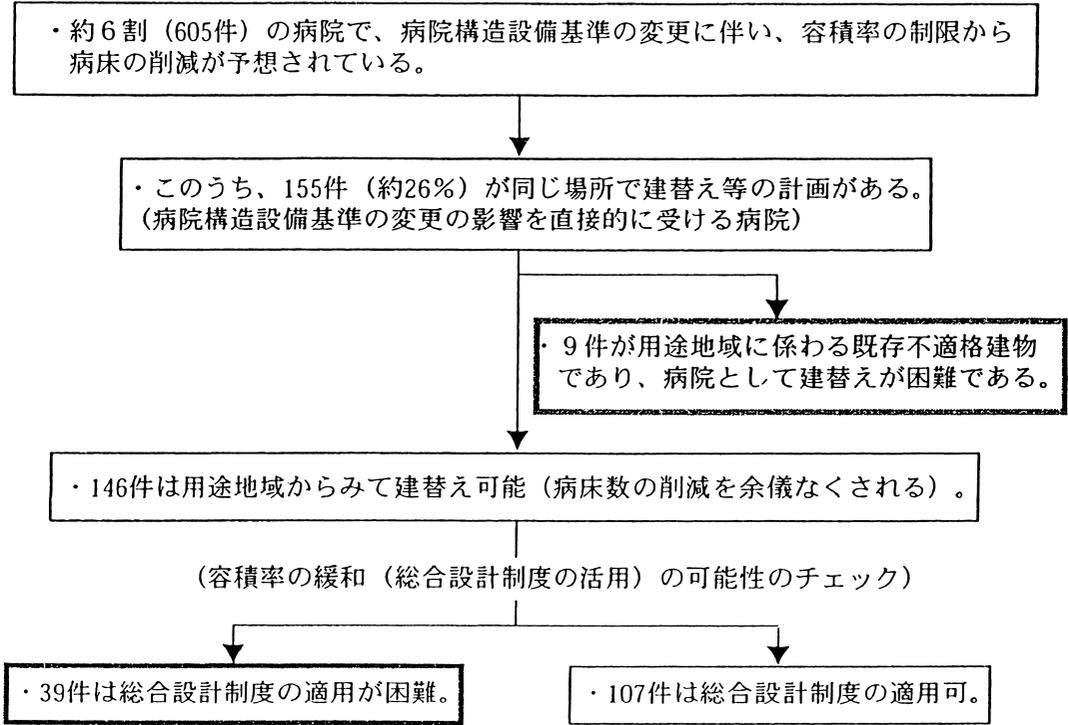
しかしながら、第四次医療法改正の動向に合わせ、(社)全日本病院協会、(社)日本医療法人協会、(社)日本精神病院協会の三者が所属会員を対象に昨年行った、「病院建築計画に伴い規制される状況に関するアンケート調査」の結果によれば、約6割(605件)の病院で容積率の制限から病床の削減が予想され、最高で40%以上のケースがあります。このうち、約26%(155件)が同じ場所での建替え計画があるが用途地域に反することとなり、病院としての建替えが出来ない例もあります。

このように会員病院が改正医療法の基準を遵守し、新しい基準に適合した施設整備を行なうには大変深刻な問題があり、このことが地域医療に及ぼす影響にも配慮し、都市計画法、建築基準法に基づく規制について特別の措置を講じて戴き、病院の建替え等が円滑に推進できますようお願い致します。

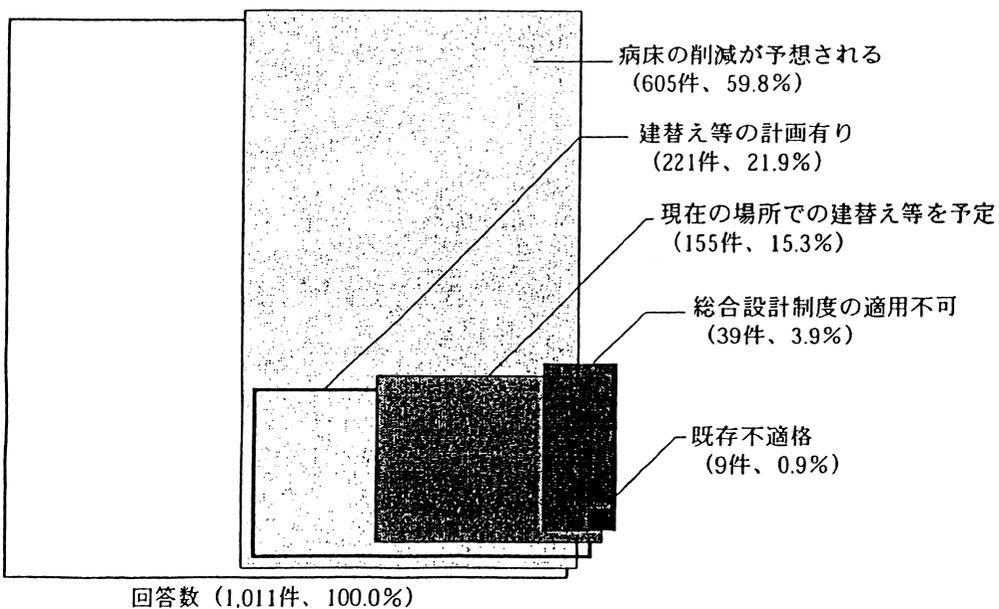
要 望 先

国土交通省都市・地域整備局長	板 倉 英 則
地域整備局都市計画課長	田 中 裕 司
住宅局長	三 澤 真
住宅局市街地建築課長	椋 周 二
厚生労働省医政局長	伊 藤 雅 治
医政局総務課長	大 谷 泰 夫
社会・援護局障害保健福祉士部長	今 田 寛 睦
社会・援護局障害保健福祉部 精神保健福祉課長	松 本 義 幸

## 結果の概要



### ■集計・分析結果の概要(概念図)



# 役員・委員名簿

社団法人 日本病院会 役員名簿

(自平成10年4月1日  
至平成13年3月31日) (順不同)

会長、副会長、常任理事

平成13年3月31日

役職名	都道府県名	氏名	病院名	経営主体	〒	病院所在地	TEL
会長	静岡県	中山耕作	聖隷浜松病院	その他法人 自宅	433-8558 433-8123	浜松市住吉2-12-12 浜松市幸2-17-1	FAX 053-474-2 053-471-6 053-474-6
副会長	大阪府	大道 學	医療法人 大道 会	医療法人 自宅	536-0023 659-0087	大阪市城東区東中浜1-5-1 芦屋市三条町23-5	FAX 06-6962-9 06-6963-2 0797-34-0
〃	福井県	藤澤 正清	福井県済生会 医療福祉センター	済生会 自宅	918-8503 910-0016	福井市和田中町舟橋7-1 福井市大宮2-10-5	FAX 0776-23-1 0776-28-8 0776-21-2
〃	栃木県	奈良 昌治	足利赤十字病院	日赤 自宅	326-0808 326-0808	足利市本城3-2100 足利市本城2-4003-2 第2陽光台ハウス703号	FAX 0284-21-0 0284-22-0 0284-42-5
〃	京都府	武田 隆男	武田病院グループ	医療法人 自宅	600-8558 600-8231	京都市下京区塩小路通西洞院東入 東塩小路町841-5 京都市下京区木津屋橋通 油小路東入南町507	FAX 075-361-1 075-361-7 075-371-2
常任理事	北海道	中西 昌美	市立札幌病院	市町村 自宅	060-8604 001-0022	札幌市中央区北11条西13 札幌市北区北22条西8-2-1	FAX 011-726-2 011-726-7 011-716-5
〃	〃	西村 昭男	日鋼記念病院	医療法人 自宅	051-8501 051-0004	室蘭市新富町1-5-13 室蘭市母恋北町2-9-14	FAX 0143-24-1 0143-24-2 0143-22-4
〃	秋田県	林 雅人	平鹿総合病院	厚生連 自宅	013-8610 013-0033	横手市駅前町1-30 横手市旭川3-3-31	FAX 0182-32-5 0182-33-5 0182-32-1
〃	栃木県	大井 利夫	上都賀総合病院	厚生連 自宅	322-8550 322-0022	鹿沼市下田町1-1033 鹿沼市東町1-1-13	FAX 0289-64-2 0289-64-2 0289-64-0
〃	埼玉県	川城 丈夫	国立療養所東埼玉病院	国 自宅	349-0196 150-0011	蓮田市大字黒浜4147 渋谷区東1-14-4-402	FAX 048-768-1 048-769-5 03-3407-0
〃	東京都	小堀 鷗一郎	国立国際医療センター	国 自宅	162-8655 154-0022	新宿区戸山1-21-1 世田谷区梅丘2-18-4	FAX 03-3202-7 03-3207-1 03-3426-0
〃	〃	三浦 恭定	社会保険中央総合病院	全社連 自宅	169-0073 113-0024	新宿区百人町3-22-1 文京区西片1-8-19	FAX 03-3364-0 03-3364-5 03-3816-2
〃	〃	秋山 洋	虎の門病院	共済及連合 自宅	105-8470 166-0003	港区虎ノ門2-2-2 杉並区高円寺南3-10-16	FAX 03-3588-1 03-3582-7 03-3316-5

名	都道府県名	氏名	病院名	経営主体	〒	病院所在地	TEL
東京	東京都	池澤康郎	中野総合病院	その他法人 自宅	164-8607 216-0001	中野区中央4-59-16 川崎市宮前区野川3017	FAX 03-3382-1231 03-3381-4799 044-751-3078
神奈川	神奈川県	土屋章	湘野辺総合病院	医療法人 自宅	229-0006 229-0006	相模原市湘野辺3-2-8 相模原市湘野辺1-8-7	FAX 0427-54-2222 0427-54-0334 0427-52-5193
愛知	愛知県	栗山康介	名古屋第二赤十字病院	日赤 自宅	466-8650 467-0003	名古屋市昭和区妙見町2-9 名古屋市瑞穂区汐路町5-14-1	FAX 052-832-1121 052-832-1130 052-841-5270
大阪	大阪府	福田浩三	上飯田第二病院	医療法人 自宅	462-0802 462-0811	名古屋市北区上飯田北町3-57 名古屋市北区山田北町2-28-5	FAX 052-916-3681 052-991-3112 052-914-6881
大阪	大阪府	武田惇	大阪府済生会泉尾病院	済生会 自宅	551-0032 573-1112	大阪市大正区北村3-4-5 枚方市楠葉美咲3-12-20	FAX 06-6552-0091 06-6553-8824 0720-55-0461
大阪	大阪府	中後勝	医療法人愛仁会本部	医療法人 自宅	531-0072 662-0871	大阪市北区豊崎3-2-1 淀川五番館十階 西宮市愛宕山15-42	FAX 06-6375-0660 06-6375-0560 0798-73-7278
兵庫	兵庫県	元原利武	明舞中央病院	医療法人 自宅	673-0862 676-0825	明石市松ヶ丘4-1-32 高砂市阿弥陀町北池256	FAX 078-917-2020 078-914-1877 0794-47-1062
高知	高知県	瀬戸山元一	高知市立市民病院	都道府県 自宅	780-0844 693-0002	<連絡先> 高知県・高知市病院組合 高知市永国寺町6-13 出雲市今市町北本町3-5-11	FAX 088-871-3040 088-871-3151 0853-25-2552
福岡	福岡県	井手道雄	聖マリア病院	医療法人 自宅	830-8543 830-0038	久留米市津福本町422 久留米市西町712	FAX 0942-35-3322 0942-34-3115 0942-33-2809
長崎	長崎県	福井順	長崎記念病院	医療法人 自宅	851-0301 850-0992	長崎市深堀町1-11-5 長崎市江川町448-7	FAX 095-871-1515 095-871-1510 0958-78-3512
沖縄	沖縄県	大山朝弘	総合病院中頭病院	医療法人 自宅	904-2195 904-0021	沖縄市知花723 沖縄市胡屋3-34-30	FAX 098-939-1300 098-937-8699 098-932-4255

理事

役職名	都道府県名	氏名	病院名	経営主体	〒	病院所在地	TEL
理事	北海道	芳賀宏光	旭川赤十字病院	日赤 自宅	070-8530	旭川市曙一条1丁目	0166-22-8
					070-0033	旭川市三条通2丁目 03・13・2	0166-23-0
〃	宮城県	平幸雄	仙台市立病院	市町村 自宅	984-8501 980-0801	仙台市若林区清水小路3-1 仙台市青葉区木町通2-6-46	022-266-7 022-272-8
〃	福島県	水野章	福島赤十字病院	日赤 自宅	960-8530 960-8055	福島市入江町11-31 福島市野田町字高野3-11	024-534-6 024-557-3
〃	〃	白岩康夫	寿泉堂綜合病院	公益法人 自宅	963-8585 960-8141	郡山市駅前1-8-16 福島市渡利字柵町50-5	0249-32-6 024-522-1
〃	埼玉県	浅井亨	川口市立医療センター	市町村 自宅	333-0833 211-0955	川口市西新井宿180 川崎市幸区南加瀬3-3-27	048-287-2 044-588-8
〃	〃	石井暎禧	石心会狭山病院	医療法人 自宅	350-1323 253-0061	狭山市鶴ノ木1-33 茅ヶ崎市南湖4-20-28	0429-53-0 0467-86-5
〃	千葉県	村上信乃	総合病院国保旭中央病院	市町村 自宅	289-2511 289-2515	旭市イの1326 旭市西足洗757-20	0479-63-8 0479-63-4
〃	〃	柏戸正英	柏戸病院	医療法人 自宅	260-8656 260-0854	千葉市中央区長洲2-21-8 千葉市中央区長洲2-21-16	043-227-8 043-222-3
〃	東京都	大菅俊明	東京労災病院	労働福祉 事業団 自宅	143-0013 305-0055	大田区大森南4-13-21 つくば市上原637	03-3742-7 0298-37-2
〃	〃	関口令安	東京都立豊島病院	都府県 自宅	173-0015 251-0033	板橋区栄町33-1 藤沢市片瀬山1-1-1	03-5375-1 0466-29-6
〃	〃	崎原宏	永寿総合病院	公益法人 自宅	111-8656 272-0021	台東区元浅草2-11-7 市川市八幡3-2-3	03-3833-8 047-326-1
〃	〃	織本正慶	織本病院	医療法人 自宅	204-0002 178-0063	清瀬市旭が丘1-261 練馬区東大泉3-38-10	0424-91-2 03-3922-1
〃	神奈川	天川孝則	横浜赤十字病院	日赤 自宅	231-0836 240-0024	横浜市中区根岸町2-85 横浜市保土ヶ谷区瀬戸ヶ谷町288	045-622-0 045-715-2
〃	〃	山本修三	済生会神奈川県病院	済生会 自宅	221-8601 158-0082	横浜市神奈川区富家町6-6 世田谷区等々力1-12-1	045-432-1 03-3701-1
〃	〃	元田憲	横浜栄共済病院	共済及連合 自宅	247-8581 247-0005	横浜市栄区桂町132 横浜市栄区桂町150	045-891-2 045-894-8
〃	〃	荏原光夫	高田中央病院	医療法人 自宅	223-0063 223-0063	横浜市港北区高田西2-6-5 横浜市港北区高田町342	045-592-5 045-592-6
〃	新潟県	杉山一教	厚生連長岡中央綜合病院	厚生連 自宅	940-8653 940-0864	長岡市福住2-1-5 長岡市川崎5-3792-2	0258-35-3 0258-32-4

職名	都道府県名	氏名	病院名	経営主体	〒	病院所在地	TEL
事	新潟県	桑名昭治	桑名病院	医療法人 自宅	950-0056 951-8102	新潟市古川町6-4 新潟市二葉町1-820	025-273-2251 025-223-3741
ノ	長野県	宮崎忠昭	長野赤十字病院	日赤 自宅	380-8582 381-0012	長野市若里1512-1 長野市柳原中俣2120	026-226-4131 026-243-0594
ノ	岐阜県	間部英雄	岐阜県立多治見病院	都府県 自宅	507-8522 463-0036	多治見市前畑町5-161 名古屋市守山区向台2-1215-1	0572-22-5311 052-771-6991
ノ	〃	松波英一	松波総合病院	医療法人 自宅	501-6062 501-6062	羽島郡笠松町田代185-1 羽島郡笠松町泉町11	058-388-0111 058-388-0111
ノ	静岡県	石原直毅	清水市立病院	市町村 自宅	424-8636 424-0886	清水市宮加三1231 清水市草薙1-26-47 ダイヤル-草薙403	0543-36-1111 0543-48-7891
ノ	〃	阿曾佳郎	藤枝市立総合病院	市町村 自宅	426-8677 426-0078	藤枝市駿河台4-1-11 藤枝市南駿河台2-5-8	054-646-1111 054-646-2985
ノ	愛知県	六鹿直視	半田市立半田病院	市町村 自宅	475-8599 492-8145	半田市東洋町2-29 稲沢市正明寺2-5-14	0569-22-9881 0587-32-1975
ノ	〃	久野邦義	愛知県厚生連更生病院	厚生連 自宅	446-8602 474-0026	安城市御幸本町12-38 大府市桃山町1-2-5	0566-75-2111 0562-47-7428
ノ	〃	佐藤太一郎	八千代病院	医療法人 自宅	446-8510 446-0072	安城市東栄町1-10-13 安城市住吉町荒曾根12	0566-97-8518 0566-97-9388
ノ	三重県	前田太郎	前田耳鼻咽喉科病院	医療法人 自宅	515-0019 515-0019	松阪市中央町505-1 松阪市中央町505-1	0598-51-4133 0598-51-4133
ノ	大阪府	井上通敏	国立大阪病院	国 自宅	540-0006 545-0033	大阪市中央区法門坂2-1-14 大阪市阿倍野区相生通2-2-37	06-6942-1331 06-6675-4619
ノ	〃	岸口繁	府中病院	医療法人 自宅	594-0076 589-0023	和泉市肥子町1-10-17 大阪狭山市大野台2-25-6	0725-43-1234 0723-66-6555
ノ	〃	川合弘毅	医療法人若弘会	医療法人 自宅	556-0005 590-0117	大阪市浪速区日本橋4-7-7 パンキョー日本橋ビル2F 堺市高倉台1-10-24	06-6646-0818 0722-94-0115
ノ	兵庫県	牧野尚彦	兵庫県立尼崎病院	都道府県 自宅	660-0828 617-0843	尼崎市東大物町1-1-1 長岡京市友岡1-4-10	06-6482-1521 075-955-8709
ノ	〃	北村行彦	優生病院	医療法人 自宅	660-0814 664-0882	尼崎市杭瀬本町2-19-15 伊丹市鈴原町7-49-2	06-6488-1851 0727-81-1785
ノ	〃	渡邊高	西宮渡辺病院	医療法人 自宅	662-0863 662-0813	西宮市室川町10-22 西宮市上甲東園1-22-13	0798-74-2630 0798-52-2347
ノ	奈良県	南溢	秋津鴻池病院	医療法人 自宅	639-2273 639-2244	御所市池の内1064 御所市柏原1604	07456-3-0601 07456-2-2765

役職名	都道府県名	氏名	病院名	経営主体	〒	病院所在地	TEL
理事	和歌山	中村了生	中村病院	医療法人 自宅	640-8342 640-8351	和歌山市友田町2-32 和歌山市新内18	0734-31-0 0734-33-3
〃	岡山県	土井章弘	岡山旭東病院	公益法人 自宅	703-8265 703-8277	岡山市倉田567-1 岡山市御成町5-8	086-276-3 086-271-1
〃	広島県	竹内辰五郎	竹内病院	個人 自宅	734-0004 811-2101	広島市南区字品神田4-6-15 糟屋郡宇美町字美4987-27	082-251-2 092-934-3
〃	高知県	細木秀美	細木病院	医療法人 自宅	780-8535 780-0928	高知市大膳町37 高知市越前町1-10-17	0888-22-7 0888-20-4
〃	福岡県	棟久龍夫	田川市立病院	市町村 自宅	825-8567 826-0032	田川市大字楠1700-2 田川市平松町1-62	0947-44-2 0947-44-6
〃	熊本県	廣田耕三	熊本リハビリテーション病院	医療法人 自宅	869-1106 862-0913	菊池郡菊陽町曲手760 熊本市尾の上2-13-23	096-232-3 096-385-5

4. 代議員会議長・副議長

職名	都道府県名	氏名	病院名	経営主体	〒	病院所在地	TEL
理事	東京都	星 和 夫	青梅市立総合病院	市町村 自宅	198-0042 176-0022	青梅市東青梅4-16-5 練馬区向山4-12-18 FAX	0428-22-3191 0428-24-5126 03-3999-4078
〃	千葉県	梶原 優	板倉病院	医療法人 自宅	273-0005 273-0005	船橋市本町2-10-1 船橋市本町2-10-1 FAX	0474-31-2662 0474-32-8578 0474-33-4566
〃	東京都	谷口 孝	(株)自治体病院共済会		102-8556 136-0074	千代田区紀尾井町3-27 剛堂会館 FAX 江東区東砂8-5-12-904	03-3263-3397 03-3265-5868 03-3615-4091

職名	都道府県名	氏名	病院名	経営主体	〒	病院所在地	TEL
議員 会長	長野県	鳥田 寛	諏訪赤十字病院	日赤 自宅	392-8510 392-0022	諏訪市湖岸通り5-11-50 諏訪市高島3-1400 FAX	0266-52-6111 0266-57-6036 0266-52-0829
議員 会 長	東京都	加藤 正弘	江戸川病院	その他法人 自宅	133-0052 133-0052	江戸川区東小岩2-24-18 江戸川区東小岩3-6-5 FAX	03-3673-1221 03-3673-1229 03-3659-8122

## 顧問

役職名	氏名	所属	〒	連絡先	TEL
顧問	小野田 敏郎	佼成病院 名誉院長	176-0025	練馬区中村南3-24 (自宅)	03-3990-958
〃	内藤 景岳	総合病院南大阪病院 名誉院長 自宅	559-0012 558-0053	大阪市住之江区東加賀屋1-18-18 大阪市住吉区帝塚山中1-8-9	06-6685-022 06-6673-41
〃	遠山 豪	遠山病院 名誉院長 自宅	514-0043 607-8422	津市南新町17-22 京都市山科区御陵封じ山町3-22	0592-27-617 075-581-332
〃	岡山 義雄	東海記念病院 名誉顧問 自宅	487-0031 461-0001	春日井市廻間町字大洞681-47 名古屋市東区泉1-17-3 第2ビルヂャビル8F-A	0568-88-050 052-951-242
〃	若月 俊一	佐久総合病院 名誉総長 自宅	384-0301 384-0301	南佐久郡日田町日田197 南佐久郡日田町日田2211-2	0267-82-31 0267-82-20
〃	財津 晃	長浜赤十字病院 名誉院長	522-0053	彦根市大藪町225-143 (自宅)	0749-26-22
〃	登内 真	なめがた地域総合病院 院長 自宅	311-3516 161-0032	行方郡玉造町大字井上藤井字六十塚98-8 新宿区中落合3-29-6	0299-56-060 03-3951-19
〃	竹本 吉夫	秋田赤十字病院 名誉院長 自宅	010-1495 010-0966	秋田市上北手猿田字苗代沢222-1 秋田市高陽青柳町14-2	018-829-500 018-824-44
〃	依田 忠雄	総合病院岡山赤十字病院 名誉院長 自宅	700-8607 700-0823	岡山市青江2-1-1 岡山市丸の内2-1-28	086-222-881 086-222-462
〃	高橋 勝三	武蔵野赤十字病院 名誉院長 自宅	180-8610 184-0011	武蔵野市境南町1-26-1 小金井市東町1-15-13	0422-32-311 0423-83-19
〃	寺田 守	公立陶生病院 名誉院長	489-0065	瀬戸市西追分町160	0561-82-510
〃	坪井 栄孝	日本医師会 会長	113-8621	文京区本駒込2-28-16	03-3946-212
〃	宮崎 秀樹	日本医師連盟 参与	102-0072	千代田区飯田橋2-6-3 千代田ビル4F	03-3264-340
〃	自見 庄三郎	衆議院 議員	100-0014	千代田区永田町2-1-2 衆議院議員第2議員会館231号室	03-3581-511 内7231

名	氏 名	所 属	〒	連 絡 先	T E L
与	松 田 朗	前 国立医療・病院管理研究所所長	102-0083	千代田区麹町2-12 グランアクス麹町701 (自宅)	03-3511-5922
	高 久 史 彦	自 治 医 科 大 学 学 長 自宅	329-0498 176-0005	河内郡南河内町薬師寺3311-1 練馬区旭丘1-43-13	0285-44-2111 03-3953-9833
	鴨 下 重 彦	国立国際医療センター名誉総長 自宅	162-0052 110-0014	新宿区戸山1-21-1 台東区北上野2-12-13-1106	03-3202-7181 03-3812-6242
	武 谷 雄 二	東京大学医学部附属病院院長	113-8655	文京区本郷7-3-1	03-3815-5411
	北 島 政 樹	慶應義塾大学病院院長	160-8582	新宿区信濃町35	03-3353-1211
	行 天 良 雄	医 事 評 論 家	240-0011	横浜市保土ヶ谷区桜ヶ丘1-5-22 (自宅)	045-331-2938
	牧 野 永 城	元聖路加国際病院院長	247-0022	横浜市栄区庄戸5-17-2 (自宅)	045-894-0672
	岡 崎 通	国立津病院名誉院長	514-0063	津市浜見町770-35 (自宅)	0592-25-4030
	内 田 卿 子	元聖路加国際病院副院長	104-0051	中央区佃2-1-1-4511 (自宅)	03-5547-3545
	岩 崎 榮	学校法人日本医科大学常務理事 自宅	113-0022 121-0814	文京区千駄木1-1-5 足立区六月1-36-20-306	03-3822-2131 03-3860-2747
	南 裕 子	日 本 看 護 協 会 会 長	150-0001	渋谷区神宮前5-8-2	03-3400-8331
	星 北 斗	日 本 医 師 会 常 任 理 事	113-8621	文京区本駒込2-28-16	03-3946-2121
	全 田 浩	日 本 病 院 薬 剤 師 会 会 長	150-0002	渋谷区渋谷2-12-15 日本薬学会会長井記念館8F	03-3406-0485

代 議 員

都 道 府 県	氏 名	病 院 名	経営主体	〒	病 院 所 在 地	TEL
北海道	南須原 浩一	幌南病院	共済及連合	062-0931	札幌市豊平区平岸1条6-3-40	011-822-1811
〃	藤本 征一郎	北海道大学医学部附属病院	文 部 省	060-8648	札幌市北区北14条西5	011-716-1161
青森	坂田 優	三沢市立三沢病院	市町村	033-0001	三沢市中央町4-1-10	0176-53-2161
岩手	遠山 美知	遠山病院	医療法人	020-0877	盛岡市下ノ橋町6-14	0196-51-2111
宮城	田中 元直	東北厚生年金病院	全社連	983-8512	仙台市宮城野区福室1-12-1	022-259-1221
〃	志村 早苗	光ヶ丘スベルマン病院	公益法人	983-0833	仙台市宮城野区東仙台6-7-1	022-257-0231
秋田	岸部 陸	北秋中央病院	厚生連	018-3312	北秋田郡鷹巣町花園町10-5	0186-62-1451
〃	瀬戸 泰士	中通総合病院	医療法人	010-8577	秋田市南通みその町3-15	0188-33-1121
山形	横山 紘一	山形県立中央病院	都道府県	990-8520	山形市桜町7-17	0236-23-4011
〃	仁科 盛章	三友堂病院	公益法人	992-0045	米沢市中央6-1-219	0238-24-3701
福島	赤沼 克也	白河厚生総合病院	厚生連	961-0907	白河市横町114	0248-22-2211
〃	有我 由紀夫	大原総合病院	公益法人	960-8041	福島市大町6-11	0245-22-6151
茨城	高橋 慎一郎	国立水戸病院	国	310-0035	水戸市東原3-2-1	0292-31-5211
〃	石岡 国春	秦病院	医療法人	316-8533	日立市鮎川町2-8-16	0294-36-2551
〃	岡 裕爾	日立総合病院	会 社	317-0077	日立市城南町2-1-1	0294-23-1111
栃木	古泉 桂四郎	大田原赤十字病院	日 赤	324-8686	大田原市住吉町2-7-3	0287-23-1121
群馬	野上 保治	社会保険群馬中央総合病院	全社連	371-0025	前橋市紅雲町1-7-13	0272-21-8161
〃	山崎 學	慈光会病院	医療法人	370-0857	高崎市上佐野町786-7	0273-47-1171
埼玉	戸倉 康之	浦和市立病院	市町村	336-8522	浦和市大字三室2460	048-873-4111
〃	漆原 彰	大宮共立病院	医療法人	330-0816	大宮市大字片柳1550	048-686-7151
〃	井上 寿一	上福岡総合病院	医療法人	356-0011	上福岡市大字福岡931	0492-66-0111
千葉	武者 広隆	国立千葉病院	国	260-0042	千葉市中央区椿森4-1-2	043-251-5311
〃	佐藤 裕俊	船橋市立医療センター	市町村	273-8588	船橋市金杉1-21-1	0474-38-3321
〃	亀田 俊忠	亀田総合病院	医療法人	296-8602	鴨川市東町929	04709-2-2211
〃	早田 正敏	山之内病院	医療法人	297-0022	茂原市町保3	0475-25-1151
東京	足立 山夫	東部地域病院	公益法人	125-8512	葛飾区亀有5-14-1	03-5682-5111
〃	山浦 伊梨吉	九段坂病院	共済及連合	102-0074	千代田区九段南2-1-39	03-3262-9151
〃	石橋 晃	救世軍ブース記念病院	その他法人	166-0012	杉並区和田1-40-5	03-3381-7231
〃	加藤 正弘	江戸川病院	その他法人	133-0052	江戸川区東小岩2-24-18	03-3673-1231
〃	石橋 秀雄	目蒲病院	個 人	146-0092	大田区下丸子3-23-3	03-3759-8881
神奈川	竹村 浩	済生会横浜市南部病院	済生会	234-8503	横浜市港南区港南台3-2-10	045-832-1111
〃	松島 善視	松島病院	医療法人	220-0041	横浜市西区戸部本町19-11	045-321-7311
〃	小林 泉	小林病院	医療法人	250-0011	小田原市栄町1-14-18	0465-22-3161
新潟	村川 英三	新潟県立中央病院	都道府県	943-0192	上越市新南町205	0255-22-7711
〃	品田 章二	済生会三条病院	済生会	955-8511	三条市大野畑6-18	0256-33-1511
〃	薄田 芳丸	信楽園病院	その他法人	950-2087	新潟市西有明町1-27	025-267-1211
富山	舘野 政也	富山赤十字病院	日 赤	930-0859	富山市牛島本町2-1-58	0764-33-2211
〃	三川 正人	不二越病院	会 社	930-0964	富山市東石金町11-65	0764-24-2811

道 県	氏 名	病 院 名	経営主体	〒	病 院 所 在 地	TEL
川	大家 他喜雄	石川県立中央病院	都道府県	920-8530	金沢市新南保町ヌ153	0762-37-8211
//	仲井 信雄	辰口芳珠記念病院	医療法人	923-1226	能美郡辰口町緑ヶ丘11-71	0761-51-5551
井	田中 猛夫	福井赤十字病院	日 赤	918-8501	福井市月見2-4-1	0776-36-3630
//	大滝 秀穂	大滝病院	医療法人	910-0029	福井市日光1-1-1	0776-23-3215
梨	島津 寿宏	甲州リハビリテーション病院	医療法人	406-0032	東八代郡石和町四日市場2031	0552-62-3121
野	島田 寔	諏訪赤十字病院	日 赤	392-8510	諏訪市湖岸通り5-11-50	0266-52-6111
//	関 健	城西病院	医療法人	390-8648	松本市城西1-5-16	0263-33-6400
阜	松下 捷彦	高山赤十字病院	日 赤	506-8550	高山市天満町3-11	0577-32-1111
//	山田 實紘	木沢記念病院	医療法人	505-0034	美濃加茂市古井町下古井590	0574-25-2181
岡	結城 研司	富士市立中央病院	市町村	417-8567	富士市高島町50	0545-52-1131
//	安藤 幸史	浜松赤十字病院	日 赤	430-0907	浜松市高林1-5-30	053-472-1151
//	新居 昭紀	聖隷三方原病院	その他法人	433-8558	浜松市三方原町3453	053-436-1251
知	奥山 牧夫	稲沢市民病院	市町村	492-8510	稲沢市御供所町1-1	0587-32-2111
//	原 誠	一宮市立市民病院	市町村	491-8558	一宮市文京2-2-22	0586-71-1911
//	伊藤 伸一	総合大雄会病院	医療法人	491-8551	一宮市桜1-9-9	0586-72-1211
//	小林 武彦	小林記念病院	医療法人	447-8510	碧南市新川町3-88	0566-41-0004
重	幸治 隆一	松阪中央総合病院	厚生連	515-8566	松阪市川井町字小望102	0598-51-5252
//	松本 常男	遠山病院	医療法人	514-0043	津市南新町17-22	0592-27-6171
賀	原 慶文	長浜赤十字病院	日 赤	526-8585	長浜市宮前町14-7	0749-63-2111
//	加藤 明	琵琶湖病院	医療法人	520-0113	大津市坂本1-8-5	0775-78-2023
都	倉澤 卓也	国立療養所京都都病院	国	610-0113	城陽市中芦腹11	0774-52-0065
//	中野 進	京都四条病院	医療法人	600-8481	京都市下京区東堀川通四条下ル 四条堀川町272-6	075-361-5471
//	相馬 秀臣	相馬病院	医療法人	602-8386	京都市上京区御前通今小路下ル 南馬喰町911	075-463-4301
阪	藤井 暁	大阪市立総合医療センター	市町村	534-0021	大阪市都島区都島本通2-13-22	06-6929-1221
//	加藤 幹夫	高槻赤十字病院	日 赤	569-1096	高槻市阿武野1-1-1	0726-96-0571
//	佐藤 真杉	佐藤病院	医療法人	573-1141	枚方市養父西町24-10	0720-50-8711
//	小川 嘉誉	総合病院多根病院	医療法人	550-0024	大阪市西区境川1-2-31	06-6581-1071
//	中野 博光	中野こども病院	医療法人	535-0022	大阪市旭区新森4-13-17	06-6952-4771
庫	石川 稔晃	神戸市立西市民病院	市町村	653-0013	神戸市長田区一番町2-4	078-576-5251
//	鍋山 晃	姫路赤十字病院	日 赤	670-8540	姫路市龍野町5-30-1	0792-94-2251
//	安田 俊吉	広野高原病院	医療法人	651-2215	神戸市西区北山台3-1-1	078-994-1155
//	松浦 梅春	姫路第一病院	医療法人	671-0234	姫路市御国野町国分寺143	0792-52-0581
良	島田 健太郎	済生会奈良病院	済生会	630-8145	奈良市八条4-643	0742-36-1881
//	松本 功	西奈良中央病院	医療法人	631-0024	奈良市百楽園5-2-6	0742-43-3333
歌山	井関 良夫	済生会和歌山病院	済生会	640-8325	和歌山市新生町5-35	0734-24-5185
//	濱 正純	浜病院	医療法人	640-8137	和歌山市吹上2-4-7	0734-36-2141
//	山本 好信	和歌浦中央病院	医療法人	641-0054	和歌山市塩屋6-2-70	0734-44-1600

都道府県	氏名	病院名	経営主体	〒	病院所在地	TEL
鳥取	植木 寿一	鳥取県立中央病院	都道府県	680-0901	鳥取市江津730	0857-26-22
〃	野島 丈夫	野島病院	医療法人	682-0863	倉吉市瀬崎町2714-1	0858-22-62
島根	河野 龍之助	益田赤十字病院	日赤	698-8501	益田市乙吉町イの103-1	0856-22-14
〃	杉原 徹彦	松江記念病院	医療法人	690-0015	松江市上乃木3-4-1	0852-27-81
岡山	廣瀬 周平	岡山済生会総合病院	済生会	700-8511	岡山市伊福町1-17-18	086-252-22
〃	佐能 量雄	光生病院	医療法人	700-0985	岡山市厚生町3-8-35	086-222-68
〃	石田 豊	金光病院	医療法人	719-0104	浅口郡金光町大字吉見新田740	086-542-32
広島	奥原 種臣	安佐市民病院	市町村	731-0293	広島市安佐北区可部南2-1-1	082-815-52
〃	高杉 敬久	博愛病院	個人	737-0051	呉市中央2-6-13	0823-23-89
山口	水田 英司	小野田赤十字病院	日赤	756-0889	小野田市須恵東	0836-88-02
〃	鈴木 敏	宇部興産株式会社中央病院	会社	755-0151	宇部市大字西岐波750	0836-51-92
徳島	片岡 善彦	小松島赤十字病院	日赤	773-8502	小松島市中田町字新開28-1	08853-2-25
〃	矢野 勇人	碩心館病院	医療法人	773-0014	小松島市江田町字大江田44-1	08853-2-35
香川	美馬 恭一	香川県済生会病院	済生会	760-0074	高松市桜町1-16-4	0878-33-15
〃	大林 幸	キナシ大林病院	医療法人	761-8023	高松市鬼無町佐藤54-1	0878-81-36
愛媛	白石 恒雄	松山赤十字病院	日赤	790-8524	松山市文京町1	0899-24-11
〃	宮田 信熙	松山市民病院	公益法人	790-0067	松山市大手町2-6-5	0899-43-11
高知	高橋 功	高知県立中央病院	都道府県	780-0821	高知市桜井町2-7-33	0888-82-12
〃	島津 栄一	島津病院	医療法人	780-0066	高知市比島町4-6-22	0888-23-22
福岡	吉田 正彦	福岡赤十字病院	日赤	815-0082	福岡市南区大楠3-1-1	092-521-12
〃	横倉 弘吉	ヨコクラ病院	医療法人	839-0295	三池郡高田町濃施394	0944-22-58
〃	佐々木 勇之進	福岡間病院	医療法人	811-3216	宗像郡福岡町花見ヶ浜1-5-1	0940-42-01
佐賀	幸田 弘	唐津赤十字病院	日赤	847-8588	唐津市二夕子1-5-1	0955-72-51
〃	山口 弾之	至誠会病院	医療法人	840-0051	佐賀市田代2-7-24	0952-24-53
長崎	田口 厚	日赤長崎原爆病院	日赤	852-8511	長崎市茂里町3-15	0958-47-15
熊本	松金 秀暢	熊本赤十字病院	日赤	862-0939	熊本市長嶺南2-1-1	096-384-21
〃	高野 正博	高野病院	医療法人	862-0924	熊本市帯山4-2-88	096-384-10
大分	松本文六	天心堂へつぎ病院	医療法人	879-7761	大分市大字中戸次字二本木5956	097-597-45
宮崎	本田 正之	宮崎県立延岡病院	都道府県	882-0835	延岡市新小路2-1-10	0982-32-61
〃	千代反田 泉	千代田病院	医療法人	883-0052	日向市鶴町2-9-20	0982-52-71
鹿児島	新村 健	鹿児島赤十字病院	日赤	891-0133	鹿児島市平川町2545	0992-61-21
〃	崎元 哲郎	花倉病院	医療法人	892-0871	鹿児島市吉野町5147	0992-43-51
沖縄	比嘉 實	沖縄赤十字病院	日赤	900-8611	那覇市古波蔵4-11-1	098-853-31
〃	石井 和博	大浜第一病院	医療法人	902-8571	那覇市安里1-7-3	098-866-51

# 委員会委員名簿

(平成13年3月31日現在)

## 政策策定に関する委員会 (担当副会長 奈良昌治)

### 1) 医療制度委員会

委員長	北條慶一	元公立昭和病院	院長	東京都	03-3267-0667 (自宅)
副委員長	福井順	長崎記念病院	顧問	長崎県	0958-71-1515
委員	石井孝宜	石井公認会計士事務所	所長	東京都	03-3839-5960
	梶原優	板倉病院	理事長	千葉県	047-431-2662
	竹田秀	竹田綜合病院	理事長	福島県	0242-27-5511
	西村昭男	日鋼記念病院	理事長	北海道	0143-24-1331
	星和夫	青梅市立綜合病院	院長	東京都	0428-22-3191
	星北斗	日本医師会	常任理事	東京都	03-3946-2121
事務局	中谷一美	(株)日本病院会	政策課	東京都	03-3265-0078

### 2) 社会保険・老人保健委員会

委員長	栗山康介	名古屋第二赤十字病院	院長	愛知県	052-832-1121
副委員長	西村昭男	日鋼記念病院	理事長	北海道	0143-24-1331
委員	川合弘毅	医療法人若弘会	理事長	大阪府	06-6646-0818
	小堀鷗一郎	国立国際医療センター	院長	東京都	03-3202-7181
	堺常雄	聖隷浜松病院	院長	静岡県	053-474-2228
	竹田秀	竹田綜合病院	理事長	福島県	0242-27-5511
	福井順	長崎記念病院	顧問	長崎県	0958-71-1515
	星北斗	日本医師会	常任理事	東京都	03-3946-2121
事務局	西川幸一	(株)日本病院会	政策課	東京都	03-3265-0078

### 3) 医療経済・税制委員会

委員長	池澤康郎	中野綜合病院	院長	東京都	03-3382-1231
副委員長	福田浩三	上飯田第二病院	名誉院長	愛知県	052-916-3681
委員	石井暎禧	石心会狭山病院	院長	埼玉県	0429-53-6611
	中佳一	東名厚木病院	理事長	神奈川県	0462-29-1771
	星北斗	日本医師会	常任理事	東京都	03-3946-2121
	松本文六	天心堂へつぎ病院	理事長	大分県	097-597-4535
	森功	医真会八尾綜合病院	院長	大阪府	0729-48-2500

委員	山下昭雄	財団法人佐々木研究所	事務顧問	東京都	03-3292-2011
事務局	竹内幸大	(株)日本病院会	政策課	東京都	03-3265-0071

#### 4) 統計情報委員会

委員長	中後勝	医療法人愛仁会	理事長	大阪府	06-6375-0601
副委員長	三宅浩之	(財)日本医薬情報センター	理事長	東京都	03-5466-1811
委員	梅里良正	日本大学医学部医療管理学教室	助教授	東京都	03-3972-8111
	里村洋一	千葉大学医学部附属病院	医療情報部長	千葉県	043-222-7111
	下間幸雄	医療法人愛仁会	顧問	大阪府	06-6375-0601
	関田康慶	東北大学大学院経済学研究科	教授	宮城県	022-217-6211
	元原利武	明舞中央病院	院長	兵庫県	078-917-2011
ワーキング 委員	山門和明	医療法人愛仁会	局長	大阪府	06-6375-0601
	赤木匠	東北大学大学院経済学研究科 福祉経済設計講座	大学院生	宮城県	022-217-6211
	糟谷昌志	〃	〃	〃	〃
	加藤由美	〃	〃	〃	〃
	李忻	〃	〃	〃	〃
事務局	中田彬	(株)日本病院会	政策課	東京都	03-3265-0071

#### 5) 介護保険制度委員会

委員長	川合弘毅	医療法人若弘会	理事長	大阪府	06-6646-0811
副委員長	大山朝弘	総合病院中頭病院	理事長	沖縄県	098-939-1301
委員	漆原彰	大宮共立病院	理事長	埼玉県	048-686-7111
	岡本悦司	近畿大学医学部	講師	大阪府	0723-66-0211
	中川義隆	大阪府済生会泉尾第二病院	院長	大阪府	06-6551-0411
	中村彰吾	聖路加国際病院	事務長	東京都	03-3541-5111
	南溢	秋津鴻池病院	会長	奈良県	07456-3-0601
事務局	竹内幸大	(株)日本病院会	政策課	東京都	03-3265-0071

#### 6) 医療保険制度対策特別研究会

委員長	山本修三	済生会神奈川県病院	院長	神奈川県	045-432-1111
副委員長	瀬戸山元一	高知県・高知市病院組合	理事	高知県	088-871-3041
委員	大石洋司	練馬総合病院	事務長	東京都	03-3972-1001
	岡山政由	東海記念病院	理事長	愛知県	0568-88-0561

	木村 明	新潟市民病院	名誉院長	新潟県	025-379-1385
	久野 邦義	愛知県厚生連更生病院	院長	愛知県	0566-75-2111
	櫻井 健司	聖路加国際病院	院長	東京都	03-5550-7097
事務局	中田 彬	(社)日本病院会	政策課	東京都	03-3265-0078

・病院経営に関する委員会 (担当副会長 藤澤正清)

7) 教育委員会

委員長	大井 利夫	上都賀総合病院	院長	栃木県	0289-64-2161
副委員長	瀬戸山 元一	高知県・高知市病院組合	理事	高知県	088-871-3040
委員	樺山 照一	杏林大学医学部付属病院	薬剤部長	東京都	0422-47-5511
	崎原 宏	永寿総合病院	院長	東京都	03-3833-8381
	増子 ひさ江	武蔵野赤十字病院	看護部長	東京都	0422-32-3111
	松波 英一	松波総合病院	院長	岐阜県	058-388-0111
	山本 敏博	聖隷福祉事業団	理事長	静岡県	053-439-1100
事務局	太刀川 東吾	(社)日本病院会	経営課	東京都	03-3265-0070

8) 医療事故対策委員会

委員長	川崎 勝也	済生会唐津病院	院長	佐賀県	0955-73-3175
副委員長	元原 利武	明舞中央病院	院長	兵庫県	078-917-2020
委員	大井 利夫	上都賀総合病院	院長	栃木県	0289-64-2161
	加藤 濟仁	加藤法律会計事務所	弁護士	東京都	03-3352-4595
	斉藤 広子	聖隷浜松病院	看護部長	静岡県	053-474-2222
	福永 千鶴子	城東社会保険病院	総婦長	東京都	03-3685-1431
	山本 敏博	聖隷福祉事業団	理事長	静岡県	053-439-1100
事務局	高瀬 敦俊	(社)日本病院会	経営課	東京都	03-3265-0070

9) 救急医療防災対策委員会

委員長	土屋 章	渕野辺総合病院	理事長	神奈川県	0427-54-2222
副委員長	川城 丈夫	国立療養所東埼玉病院	院長	埼玉県	048-768-1161
委員	加藤 彰	(社)神奈川県病院協会	事務局長	神奈川県	045-242-7221
	河口 豊	広島国際大学医療福祉学部	教授	広島県	0823-70-4611
	小峰 建二	武蔵野赤十字病院	人事課長	東京都	0422-32-3111
	廣瀬 俊一	アークヒルズクリニック	院長	東京都	03-3505-5151

委員	渡邊 高	西宮 渡辺 病院	理事長	兵庫県	0798-74-2630
事務局	太刀川 東吾	(社) 日本病院会	経営課	東京都	03-3265-0070

10) 中小病院委員会

委員長	織本 正慶	織本 病院	名誉院長	東京都	0424-91-2120
副委員長	福田 浩三	上飯田 第二 病院	名誉院長	愛知県	052-916-3680
委員	梶原 優	板倉 病院	理事長	千葉県	047-431-2660
	菊地 紀夫	国保八日市場市民総合病院	院長	千葉県	0479-72-1520
	崎原 宏	永寿 総合 病院	院長	東京都	03-3833-8380
	佐藤 眞杉	佐藤 病院	理事長	大阪府	072-850-8710
	清水 鴻一郎	清水 病院	院長	京都府	075-611-2250
事務局	井上 新一	(社) 日本病院会	経営課	東京都	03-3265-0070

11) 看護教育施設部会

委員長	林 雅人	平鹿 総合 病院	院長	秋田県	0182-32-5120
副委員長	井手 道雄	聖マリア 病院	理事長	福岡県	0942-35-3320
委員	西村 昭男	日鋼 記念 病院	理事長	北海道	0143-24-1330
	古瀬 清次	大阪府済生会野江病院	院長	大阪府	06-6932-0400
	宮崎 忠昭	長野赤十字 病院	院長	長野県	026-226-4130
事務局	井上 新一	(社) 日本病院会	経営課	東京都	03-3265-0070

3. 事業展開に関する委員会 (担当副会長 武田隆男)

12) 予防医学委員会

委員長	奈良 昌治	足利 赤十字 病院	院長	栃木県	0284-21-0120
副委員長	土屋 章	渕野 総合 病院	理事長	神奈川県	0427-54-2220
委員	天川 孝則	横浜 赤十字 病院	院長	神奈川県	045-622-0100
	清瀬 闊	三井記念病院総合健診センター	名誉顧問	東京都	03-3300-3690 (自宅)
	笹森 典雄	牧田総合病院付属健診センター	院長	東京都	03-3762-5140
	田村 政紀	PL東京健康管理センター	所長	東京都	03-3469-1160
	日野原 茂雄	聖路加国際病院予防医療センター	医長	東京都	03-5550-2400
事務局	千須和 美直	(社) 日本病院会	事業課	東京都	03-3265-0070

12)-2 人間ドック施設認定小委員会

委員長	鈴木 豊明	東京警察病院	顧問	東京都	03-3334-8947 (自宅)
委員	奈良 昌治	足利赤十字病院	院長	栃木県	0284-21-0121
	天川 孝則	横浜赤十字病院	院長	神奈川県	045-622-0101
	清瀬 闊	三井記念病院総合健診センター	名誉顧問	東京都	03-3300-3690 (自宅)
	笹森 典雄	牧田総合病院付属健診センター	院長	東京都	03-3762-5143
	日野原 茂雄	聖路加国際病院予防医療センター	医 長	東京都	03-5550-2400

12)-3 人間ドック手帳改定検討小委員会

委員長	日野原 茂雄	聖路加国際病院予防医療センター	医 長	東京都	03-5550-2400
委員	清瀬 闊	三井記念病院総合健診センター	名誉顧問	東京都	03-3300-3690 (自宅)
	笹森 典雄	牧田総合病院付属健診センター	院 長	東京都	03-3762-5143
	野呂 光子	東京医科大学病院総合健診センター	講 師	東京都	03-3993-2759 (自宅)
	山門 実	三井記念病院総合健診センター	所 長	東京都	03-5687-6331
	折津 政江	日本赤十字社医療センター	健診部部长	東京都	03-3400-1311
	堀 三郎	聖路加国際病院予防医療センター	所 長	東京都	03-5550-2400
	和田 高士	東京慈恵会医科大学健康医学科	講 師	東京都	03-3433-1111

12)-4 人間ドック判定に関するガイドライン作成小委員会

委員長	奈良 昌治	足利赤十字病院	院 長	栃木県	0284-21-0121
副委員長	河合 忠	国際臨床病理センター	所 長	東京都	03-3414-9395 (自宅)
委員	後藤 由夫	東北厚生年金病院	名誉院長	宮城県	022-259-1221 (自宅)
	中村 治雄	(財)三越厚生事業団	常務理事	東京都	03-3348-5791
	依田 忠雄	岡山赤十字病院	名誉院長	岡山県	086-222-4628 (自宅)
	鈴木 豊明	東京警察病院	顧 問	東京都	03-3334-8947 (自宅)
	笹森 典雄	牧田総合病院付属健診センター	院 長	東京都	03-3762-5143
	清瀬 闊	三井記念病院総合健診センター	名誉顧問	東京都	03-3300-3690 (自宅)
	日野原 茂雄	聖路加国際病院予防医療センター	医 長	東京都	03-5550-2400
	小山 和作	日本赤十字社熊本健康管理センター	所 長	熊本県	096-384-2111
	野呂 光子	東京医科大学病院総合健診センター	講 師	東京都	03-3993-2759 (自宅)
	山門 実	三井記念病院総合健診センター	所 長	東京都	03-5687-6331

### 12)-5 人間ドック認定指定医小委員会

委員長	日野原 重明	聖路加国際病院	理事長	東京都	03-5550-7001
委員	土屋 章	渕野辺総合病院	理事長	神奈川県	0427-54-2222
	天川 孝則	横浜赤十字病院	院長	神奈川県	045-622-0101
	笹森 典雄	牧田総合病院付属健診センター	院長	東京都	03-3762-5143
	田村 政紀	PL東京健康管理センター	所長	東京都	03-3469-1161
	日野原 茂雄	聖路加国際病院予防医療センター	医長	東京都	03-5550-2400

### 13) 通信教育委員会

委員長	木村 明	新潟市民病院	名誉院長	新潟県	025-379-1385 (平成12年12月20日死去)
副委員長	山本 修三	済生会神奈川県病院	院長	神奈川県	045-432-1111
委員	黒田 幸男	元国家公務員共済組合連合会	顧問	東京都	03-3264-8191
	秋山 俊二	蘇生会総合病院	事務局長	京都府	075-621-3101
	桜井 勉	慶應義塾大学病院	医療事務室長	東京都	03-3353-1211
	中村 彰吾	聖路加国際病院	事務長	東京都	03-3541-5151
	三浦 葉子	元虎の門病院	病歴室係長	東京都	03-3353-4832 (自宅)
事務局	一之瀬 秀樹 横堀 由喜子	(社)日本病院会	事業課	東京都	03-3265-0079

### 13)-2 カリキュラム検討小委員会

委員長	木村 明	新潟市民病院	名誉院長	新潟県	025-379-1385 (平成12年12月20日死去)
副委員長	山本 修三	済生会神奈川県病院	院長	神奈川県	045-432-1111
委員	木村 満	東京都済生会中央病院	副院長	東京都	03-3451-8211
	鈴木 荘太郎	東邦大学医学部病院管理学研究室	教授	東京都	03-3762-4151
	中村 洋一	茨城県立医療大学人間科学センター	助教授	茨城県	0298-40-2140

### 14) 国際委員会

委員長	秋山 洋	虎の門病院	院長	東京都	03-3588-1111
副委員長	西村 昭男	日鋼記念病院	理事長	北海道	0143-24-1331
委員	川村 功	下都賀総合病院	院長	栃木県	0282-22-2551
	北原 光夫	東京都済生会中央病院	副院長	東京都	03-3451-8211
	堺 隆弘	武蔵野赤十字病院	院長	東京都	0422-32-3111
	藤代 成一	組合立国保成東病院	薬剤科長	千葉県	0475-82-2521

委員	星 和 夫	青梅市立総合病院	院長	東京都	0428-22-3191
事務局	大内 全	(社)日本病院会	事業課	東京都	03-3265-0077

#### 15) 感染症対策委員会

委員長	武田 隆 男	武田病院グループ	会長	京都府	075-361-1335
副委員長	三浦 恭 定	社会保険中央総合病院	院長	東京都	03-3364-0251
委員	井上 榮	前国立感染症研究所	感染症情報センター長	東京都	03-5285-1111
	賀来 満 夫	東北大学大学院	感染症内科教授	宮城県	022-717-7371
	木村 哲	東京大学医学部附属病院	教授	東京都	03-3815-5411
	小松本 悟	足利赤十字病院	副院長	栃木県	0284-21-0121
	近藤 明 恵	前)武田病院	院長	京都府	075-572-6331
	根岸 昌 功	都立駒込病院	感染症科医長	東京都	03-3823-2101
	毛利 昌 史	国立療養所東京病院	院長	東京都	0424-91-2111
事務局	大内 全	(社)日本病院会	事業課	東京都	03-3265-0077

#### 16) ホスピタルショウ委員会

委員長	三宅 浩 之	(助)日本医薬情報センター	理事長	東京都	03-5466-1810
副委員長	里村 洋 一	千葉大学医学部附属病院	医療情報部長	千葉県	043-222-7171
委員	大道 久	日本大学医学部医学管理学教室	教授	東京都	03-3972-8111
	益澤 秀 明	新東京病院	顧問	千葉県	047-366-7000
	山口 和 英	(社)日本病院会	事務局長	東京都	03-3265-0077
事務局	大内 全	(社)日本病院会	事業課	東京都	03-3265-0077

### 4. 情報発信に関する委員会 (担当副会長 大道 學)

#### 17) 学術委員会

委員長	星 和 夫	青梅市立総合病院	院長	東京都	0428-22-3191
副委員長	小堀 鷗一郎	国立国際医療センター	院長	東京都	03-3202-7181
委員	岡崎 通	国立三重中央病院	名誉院長	三重県	059-259-1211
	佐野 忠 弘	青山病院	顧問	東京都	03-3400-7221
	波多野 誠	日経 B P 社診療所	所長	東京都	03-5210-8407
	松 峯 敬 夫	大森赤十字病院	院長	東京都	03-3775-3111
事務局	古畑 巧	(社)日本病院会	学術課	東京都	03-3265-0328

## 18) 広報委員会

委員長	廣田 耕三	熊本リハビリテーション病院	理事	熊本県	096-232-3111
副委員長	大井 利夫	上都賀総合病院	院長	栃木県	0289-64-2161
委員	石井 暎禔	石心会狭山病院	院長	埼玉県	0429-53-6611
	岡田 弘	日本放送協会	チーフディレクター	神奈川県	0463-61-8730 (自宅)
	須磨 忠昭	メディアーク経営研究所	所長	東京都	03-3630-3919
	谷野 浩太郎	(株)社会保険研究所	編集課長	東京都	03-3256-8934
	六鹿 直視	市立半田病院	院長	愛知県	0569-22-9881
事務局	江連 修一	(社)日本病院会	広報課	東京都	03-3265-0328

## 18)-2 インターネット小委員会

委員長	大井 利夫	上都賀総合病院	院長	栃木県	0289-64-2161
委員	中村 洋一	茨城県立医療大学人間科学センター	助教授	茨城県	0298-40-2140

## 5. 総務企画に関する委員会 (担当副会長 大道 學)

### 19) 総務委員会

委員長	大道 學	医療法人大道会	理事長	大阪府	06-6962-9621
委員	藤澤 正清	福井県済生会医療福祉センター	総長	福井県	0776-23-1111
	奈良 昌治	足利赤十字病院	院長	栃木県	0284-21-0121
	武田 隆男	武田病院グループ	会長	京都府	075-361-1335
	山口 和英	(社)日本病院会	事務局長	東京都	03-3265-0077
事務局	小椋 敏正	(社)日本病院会	総務課	東京都	03-3265-0077

### 20) 倫理委員会

委員長	大道 學	医療法人大道会	理事長	大阪府	06-6962-9621
委員	藤澤 正清	福井県済生会医療福祉センター	総長	福井県	0776-23-1111
	奈良 昌治	足利赤十字病院	院長	栃木県	0284-21-0121
	武田 隆男	武田病院グループ	会長	栃木県	075-361-1335
	行天 良雄		医事評論家	神奈川県	045-331-2938
	高久 史磨	自治医科大学	学長	栃木県	0285-44-2111
事務局	小椋 敏正	(社)日本病院会	総務課	東京都	03-3265-0077

21) 組織委員会

委員長	岸口 繁	府中病院	理事長	大阪府	0725-43-1234
副委員長	西村 昭男	日鋼記念病院	理事長	北海道	0143-24-1331
委員	池澤 康郎	中野総合病院	院長	東京都	03-3382-1231
	大山 朝弘	総合病院中頭病院	理事長	沖縄県	098-939-1300
	久野 邦義	愛知県厚生連更生病院	院長	愛知県	0566-75-2111
	白岩 康夫	寿泉堂総合病院	院長	福島県	0249-32-6363
	細木 秀美	細木病院	院長	高知県	0888-22-7211
事務局	滝澤 直繁	(社)日本病院会	総務課	東京都	03-3265-0077

22) 創立50周年記念事業実行委員会

委員長	大道 學	医療法人大道会	理事長	大阪府	06-6962-9621
委員	藤澤 正清	福井県済生会医療福祉センター	総長	福井県	0776-23-1111
	奈良 昌治	足利赤十字病院	院長	栃木県	0284-21-0121
	武田 隆男	武田病院グループ	会長	京都府	075-361-1335
	廣田 耕三	熊本リハビリテーション病院	理事	熊本県	096-232-3111
	星 和夫	青梅市立総合病院	院長	東京都	0428-22-3191
	山口 和英	(社)日本病院会	事務局長	東京都	03-3265-0077
事務局	小椋 敏正	(社)日本病院会	総務課	東京都	03-3265-0077

23) 病院倫理綱領の見直しに関する特別委員会(担当 会長 中山耕作)

委員長	星 和夫	青梅市立総合病院	院長	東京都	0428-22-3191
委員	大道 學	医療法人大道会	理事長	大阪府	06-6962-9621
	藤澤 正清	福井県済生会医療福祉センター	総長	福井県	0776-23-1111
	奈良 昌治	足利赤十字病院	院長	栃木県	0284-21-0121
	武田 隆男	武田病院グループ	会長	京都府	075-361-1335
	池澤 康郎	中野総合病院	院長	東京都	03-3382-1231
	井部 俊子	聖路加国際病院	副院長	東京都	03-3541-5151
	岩崎 榮	日本医科大学	常任理事	東京都	03-3822-2131
	行天 良雄		医事評論家	神奈川県	045-331-2938
	牧野 永城	亀田総合病院	副院長	千葉県	0470-92-2211
事務局	小椋 敏正	(社)日本病院会	総務課	東京都	03-3265-0077

# 研究会委員名簿

平成13年3月31日現在

## 1. 病院経営管理研究会

顧問	山本敏博	聖隷福祉事業団	理事長	053-439-1100
委員長	竹田秀	竹田総合病院	理事長	0242-27-5511
委員	齋藤壽明	(株)聖路加サービスセンター	管理部長	03-3542-9746
	篠塚功	河北総合病院	財団本部事務 シニアマネージャー	03-3339-2983
	高尾博	亀田総合病院	管理本部人事部長	0470-92-2211
	玉木義朗	田名病院	事務局長	0427-78-3080
事務局	太刀川東吾	(株)日本病院会	経営課	03-3265-0070

## 2. 医事研究会

委員長	藤田勝弘	渚野辺総合病院	事務次長	042-754-2222
副委員長	合羽井昭雄	永寿総合病院	理事・事務部長	03-3833-8381
編集委員	渡辺元三	聖母病院	医事課長	03-3951-1116
委員	平良秀一	杏雲堂病院	医事課係長	03-3292-2051
	松本祐三	済生会川口総合病院	医事課長	048-253-1551
	吉井文吾	練馬総合病院	医事課長	03-3972-1001
	武田匡弘	日本鋼管病院	管理部医事室主任	044-333-5591
事務局	高瀬敦俊	(株)日本病院会	経営課	03-3265-0070

## 3. 用度研究会

委員長	梅津勝男	日比谷病院	事務次長	03-3502-7231
副委員長	大石洋司	練馬総合病院	事務長	03-3972-1001
編集委員	倉辻明男	聖路加国際病院	物品管理センター マネージャー	03-5550-7013
委員	久保田義徳	社会福祉法人市川会	事務長	047-327-3311
	小松太	日本鋼管病院	管理部 資材会計室主任	044-333-5591
	松島雅夫	(株)北里研究所	事務本部次長	03-3444-6161
事務局	高瀬敦俊	(株)日本病院会	経営課	03-3265-0070

#### 4. 看護管理研究会

委員長	河野 佳代子	九段坂病院	看護部長	03-3262-9191
編集委員				
副委員長	長尾 眞澄	(社)全国社会保険協会連合会	参事	047-495-7700
委員	大川 ノブ子	北里研究所病院	看護部長	03-3444-6161
	川口 敷子	東京都老人医療センター	看護科長	03-3964-1141
	柴田 レイ子	救世軍ブース記念病院	総看護婦長	03-3381-7236
	古瀬 敬子	東京都済生会中央病院	看護教育部長	03-3451-8211
	増子 ひさ江	武蔵野赤十字病院	看護部長	0422-32-3111
事務局	井上 新一	(社)日本病院会	経営課	03-3265-0070

#### 5. 薬事管理研究会

顧問	牧戸 宏行	(社)細菌製剤協会		03-3269-4749
委員長	樺山 照一	杏林大学医学部付属病院	薬剤部長	0422-47-5511
副委員長	八木下 将也	(社)東京都病院薬剤師会	会長	03-3499-3388
編集委員	谷古宇 秀	東京女子医科大学附属第二病院	薬剤部長	03-3810-1111
委員	巖 藏	武蔵野赤十字病院	薬剤部長	0422-32-3111
	海老沼 廣	東京警察病院	薬剤部長	03-3263-1371
	佐野 壽夫	昭和薬科大学臨床薬学研究室	客員教授	03-3371-0766 (自宅)
	竹内 淳美	(前)都立駒込病院	薬剤科長	03-3823-2101
事務局	高瀬 敦俊	(社)日本病院会	経営課	03-3265-0070

#### 6. 栄養調理研究会

委員長	松崎 政三	東京厚生年金病院	栄養部長	03-3269-8111
副委員長	小林 武夫	都立駒込病院	技能長	03-3823-2101
編集委員	本田 佳子	虎の門病院	栄養部長	03-3588-1111
委員	榎本 眞理	杏雲堂病院	栄養科長	03-3292-2051
	小山 正博	順天堂大学医学部附属順天堂医院	栄養課長	03-5802-1185
	田中和 恵	都立大塚病院	栄養科長	03-3941-3211
	中里 良三	東邦大学医学部付属大橋病院	上席調理室長	03-3468-1251
事務局	井上 新一	(社)日本病院会	経営課	03-3265-0070

## 7. ハウスキーピング研究会

委員長	松浦弘子	都立清瀬小児病院	用度係長	0424-91-0011
副委員長	滝田敦子	栃木県済生会宇都宮病院	ハウスキーピング課長	028-626-5500
委員	唐島孝彰	順天堂大学医学部附属順天堂医院	管理課	03-5802-1142
	島野文夫	虎の門病院	施設環境課長	03-3560-7761
	田中多恵子	永生病院	管理課リーダー	0426-61-4108
	津野文男	日本通運健康保険組合東京病院	環境管理課長	03-3946-5151
事務局	井上新一	(株)日本病院会	経営課	03-3265-0070

## 8. 図書研究会

委員長	和気たか子	藤沢市民病院	図書室司書	0466-25-3111
副委員長	安田裕子	信楽園病院	調査広報室	025-267-1251
委員	野原千鶴	済生会下関総合病院	図書室	0832-31-5201
	千葉常子	神奈川県立厚木病院	総務課	0462-21-1570
	渡辺幸代	日本赤十字社医療センター	総務課・司書	0462-21-1570
	柴田洋子	倉敷中央病院	医療情報課	03-3400-1311
			図書係	086-422-0210
事務局	高瀬敦俊	(株)日本病院会	広報課長	086-422-0210
			経営課	03-3265-0070