

平成 24 年度

事業報告書

自 平成 24 年 4 月 1 日
至 平成 25 年 3 月 31 日



一般社団法人 **日本病院会**
Japan Hospital Association

平成24年度事業報告書

目 次

第1	会務報告	9
第2	会員の状況	17
第3	会 議	21
第4	委員会・部会	77
第5	研究会	121
第6	セミナー	123
第7	予防医学活動	141
第8	診療情報管理士通信教育	149
第9	病院経営管理士通信教育	161
第10	第62回日本病院学会	165
第11-1	日本診療情報管理学会	169
第11-2	第38回日本診療情報管理学会学術大会	179
第12	国際モダンホスピタルショウ2012	183
第13	国際活動	185
	(1) AHF・IHF関係（国際委員会）	186
	(2) WHO-FIC等関連事業報告	188
第14	広 報	195
第15	支部長連絡協議会	211
第16	QIプロジェクト	217
第17	情報統計	219
第18	認定個人情報保護団体	221
第19	四病院団体協議会（四病協）	225
第20	日本病院団体協議会（日病協）	253
第21	被災者健康支援連絡協議会	271
第22	要望・提言	275
第23	一般社団法人への移行について	279
第24	事務所移転・自社ビル取得について	281
	定款	285
	定款施行細則	293
	選挙規程	297

名簿	301
役員名簿	302
支部名簿	311
委員会名簿	312
四病院団体協議会名簿	347
日本病院団体協議会名簿	360

資料集 目次 (CD収録)

資料 1	診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度の在り方について …… P. 1～18
資料 2	平成23年度 救急医療に関するアンケート調査 …… P. 19～67
資料 3	患者未収金問題に関する2012年度アンケート調査結果報告 …… P. 68～121
資料 4	IT時代における病院の取り組みに関するアンケート調査 中間報告 … P. 122～134
資料 5	中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題アンケート調査 中間報告 … P. 135
資料 6	平成24年度 診療報酬改定影響度調査 —結果報告— …… P. 136～149
資料 7	2011年「人間ドックの現況」 …… P. 150～180
資料 8	平成25年度特定健康診査・特定保健指導委託契約書… P. 181～192
資料 9	国際モダンホスピタルショウ2012 …… P. 193～208
資料10	2012年WHO-FICネットワーク会議 ポスター1 「診療情報管理士認定教育における種目別研修会の成果」… P. 209
資料11	2012年WHO-FICネットワーク会議 ポスター2 「死亡診断書の精度向上に関する診療情報管理士の介入の試み」 …… P. 210
資料12	SEAR諸国調査結果報告書… P. 211～250
資料13	Health Information Management Journal (オーストラリア機関誌 寄稿) …… P. 251～253

資料14	「IFHIMA地域レポート (South East Asia)2012年4月5日」 …………… P. 254～256
資料15	「IFHIMA地域レポート (South East Asia)2012年7月11日」 …………… P. 257～259
資料16	「IFHIMA地域レポート (South East Asia)2012年12月10日」 …………… P. 260～262
資料17	「IFHIMA地域レポート (South East Asia)2013年2月22日」 …………… P. 263～265
資料18	在宅療養支援病院に関するアンケート調査 集計結果…………… P. 266～311
資料19	要望・提言 …………… P. 312～374
資料20	日本病院団体協議会のあゆみ＜平成17年度～平成24年度＞ …………… P. 375～428

平成24年度事業報告（総括）

項目	ページ	総括
第1 会務報告	P. 9～16	
第2 会員の状況	P. 17～19	25年3月末現在 正会員 2,370病院 (対前年 -14) 636,353床 (-1,900) 賛助会員 470会員 (-4)
第3 会議	P. 21～76	社員総会 2回 253名 (委任状を含む) 常任理事会 8回 396名 理事会 4回 276名
第4 委員会・部会	P. 77～119	27委員会 (8小委員会) 開催回数 139回 出席 869名
第5 研究会	P. 121～122	
第6 セミナー	P. 123～139	開催18回 参加者 3,758名
第7 予防医学活動	P. 141～147	指定施設 (23.12) 受診者 (23.1～23.12) 二日ドック 395病院 (対前年 -14) 198,436名 一日ドック 82施設 (対前年 -4) 2,989,398名 機能評価認定 280施設 (対前年 +18)
第8 診療情報管理士 通信教育	P. 149～160	入学生 2,155名 (第81期 1,211名、第82期 944名) (対前年 +116) 卒業生 1,893名 (第73期) (対前年 +40) 認定者総数 診療録管理士 2,231名 (第1～43回生) 診療情報管理士 23,238名 (第44～73回生、特別補講937名含む) 計 25,469名 (対前年 +1893)
第9 病院経営管理士 通信教育	P. 161～163	入学生 58名 (第35回生) (対前年 +11) 卒業生 45名 (第33回生) (対前年 +3) 総数737名 認定者 病院経営管理士 6名 (第1～31回生) 397名 病院経営管理士 45名 (第33回生) 87名 } 総数484名
第10 第62回日本病院 学会	P. 165～168	6月21～22日 福岡国際会議場/福岡サンパレス 参加者 2,230名 (延べ) 名誉学会長 今泉暢登志 (福岡赤十字病院 名誉院長、日本病院会 副会長) 学会長 岡留健一郎 (済生会福岡総合病院、日本病院会 常任理事) テーマ 「明日からの医療を考える ～これからの病院戦略」 学会長講演、会長講演、記念講演、招待講演、特別講演、シンポジウム5、 ワークショップ5、一般演題655、ランチョンセミナー17
第11-1 日本診療情報 管理学会	P. 169～177	理事会 3回 54名 評議員会 1回 86名 各種委員会 19回 178名 生涯教育研修会 (第58回～第63回) 参加者 (1,403名)

項目	ページ	総括
第11-2 第38回日本診療情報管理学会学術大会	P. 179～182	9月6～7日 愛知（名古屋国際会議場） 参加者 2,154名 学術大会長 末永裕之（日本病院会 副会長、日本診療情報管理学会 理事、小牧市民病院事業管理者兼病院長） テーマ 「医療の質の向上と診療情報管理 ～医療再生に向けて～」 大会長講演、特別講演2、シンポジウム4、市民公開講座、一般演題240、学生セッション34
第12 国際モダンホスピタルショー 2012	P. 183～184	7月18～20日 東京ビッグサイト 出展社 317社（対前年 +14） 来場者 81,550人（対前年 +4,420）
第13 国際活動	P. 185～193	国際病院連盟 理事会 11月 ジュネーブ アジア病院連盟 理事会 7月 マレーシア 【WHO-FIC関係】 ・2012 WHO-FIC ネットワーク会議 10月 ブラジル ・WHO国際統計分類協力センター運営会議（1回～4回） 6、9、12、3月 日本 ・WHO-FIC 第5回国際内科TAG対面会議 2月 日本 ・WHO-FIC APN（アジア・パシフィックネットワーク）議長会議 2月 日本 ・WHO担当官 ヴェデルハム・ウースタン氏 表敬訪問 2月 日本 ・WHO-FIC 教育普及委員会 電話会議 6、9、2月 【IFHIMA関係】 ・IFHIMA執行役員対面会議 9月 ドイツ ・IMIA（International Medical Informatics Association）年次総会 10月 中国 ・HIMMA（オーストラリア診療情報管理協会）ディレクター来会 5月 日本 ・インドIFHIMA（診療情報管理協会国際連盟）会員来会 ウェブ会議 2月 日本 ・Health Information Management Journal（オーストラリア機関誌2013年3月号）へ寄稿 ・IFHIMA執行委員会 電話会議 4、7、12、2月
第14 広報	P. 195～209	日本病院会ニュース 第862号～880号（19回発行） 日本病院会雑誌 第59巻4号～60巻3号（12回発行） ジャパン・ホスピタルズ No.31 JULY 2012（1回発行）
第15 支部長連絡協議会	P. 211～216	開催 3回 27名
第16 QIプロジェクト	P. 217～218	参加施設 145病院
第17 情報統計	P. 219～220	
第18 認定個人情報保護団体	P. 221～223	苦情処理依頼件数 2件 相談・問い合わせ件数 4件

項 目	ページ	総 括
第19 四病院団体 協議会 P. 225～252		総合部会 開催 12回 日医・四病協懇談会 10回 200名 委員会等 47回 456名
第20 日本病院団体 協議会 P. 253～269		代表者会議 11回開催 実務者会議 12回開催 診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ 5回
第21 被災者健康支援 連絡協議会 P. 271～273		開催 5回 19組織
第22 要望・提言 P. 275～278		総数 16回（日病3、四病協11、日病協2）
第23 一般社団法人へ の移行について P. 279～280		
第24 事務所移転・自 社ビル取得につ いて P. 281～283		
定款・定款施行細則・ 選挙規程 P. 285～299		
役員・委員名簿 P. 301～364		

第 1

会務報告

第1 会務報告

4月	1日	堺常雄会長のもと、新たに一般社団法人日本病院会としてスタートした。
	10日	堺会長がヘルシー・ソサエティ賞授賞式に参加。
	13日～ 14日	第1回病院中堅職員育成研修「薬剤部門管理」コースを開催。 79名の参加があった。
	17日	新ビル（千代田区三番町）の売買契約を締結。
	18日	国民医療推進協議会の一員として、TPP参加反対総決起大会に参加した。
	28日	一般社団法人として初の常任理事会を開催。移行に伴う様々な変更事項等について確認。協議事項では急性期病床群構想について、是非や法制化の問題点、機能分化のあるべき姿などを議論した。
	29日	春の叙勲、宮下正弘理事、大勝洋祐社員、柴山勝太郎社員他、9名の会員病院職員等が受章した。
5月	18日～ 19日	第3回病院中堅職員育成研修「人事・労務管理」コースを開催。 41名の参加。
	19日	一般社団法人として初めての理事会及び社員総会を開催。平成23年度事業報告案及び収支決算書案、常任理事会運営規則案等を承認するとともに、法人移行に伴い理事、監事、顧問らを選出。重点課題として会務運営の効率化と、会員に対する事業の見える化の取り組みを推進する考え等を明らかにした。
	25日	四病協と日医が電気事業連合会に対して、電力使用制限令及び計画停電発動に伴う医療機関等への通電に関する要望を提出した。
	27日	診療情報管理士第73回生認定授与式を挙行了。1893人を認定した。
6月	2日～ 3日	感染制御講習会第1クールを開催。計482名の参加があった。
	5日	第3回中小病院委員会を、Web会議方式にて開催した。
	6日～ 7日	塩谷泰一災害対策特別委員長、今泉暢登志副会長等が、東日本大震災で被災した岩手県・宮城県沿岸部の病院施設を再視察し、今後の支援のあり方のための情報収集を行った。
	8日～ 9日	医療安全管理者養成講習会第1クールを開催。計239名の参加。
	8日～ 9日	第3回病院中堅職員育成研修「経営管理」コースを開催。 65名の参加。
	5日～ 8日	IHF（国際病院連盟）理事会（南アフリカ・サンシティ）に堺会長が出席。
	15日	日本精神科病院協会の公益法人移行を祝う祝賀会に参加。
	20日	中小病院委員会が「IT時代における病院の取り組みに関するアンケート調査」の中間報告をまとめた。
	20日	第2回常任理事会を開催。急性期病床群等について協議した。

6月	21日～ 22日	第62回日本病院学会を福岡で開催。テーマは「明日からの医療を考えるーこれからの病院戦略ー」。参加者は2230名。一般演題655題、シンポジウム5題、ワークショップ5題。
7月	5～6日	病院中堅職員育成研修「第2回薬剤部門コース」を開催。79名の参加。
	5日	今泉暢登志副会長と塩谷泰一常任理事（災害対策特別委員会委員長）が福島県双相地区の2病院を訪問。
	12日	平成25年度税制改正要望を小宮山洋子厚生労働大臣と民主党厚生労働部会に提出。国税5項目、地方税3項目。
	17日	ホスピタルプラザビルに移転。
	17日	AHF(アジア病院連盟)理事会(マレーシア・クアラルンプール)に堺会長、福井常任理事が出席。
	18～20日	国際モダンホスピタルショー2012をビッグサイトで開催。3日間で延べ8万1,550名が参加。
	18日	国際モダンホスピタルショー2012 公開シンポジウム「どうする？これからの救急医療」を開催。180名の参加。
	20～21日	病院中堅職員育成研修「第3回医事管理コース」を開催。79名の参加。
	28日	第2回常任理事会開催。病院負担の消費税について協議。
8月	2～3日	病院長・幹部職員セミナーを開催（東京都）。294人の参加。「これからの病院医療！」など全8演題。
	7～9日	堺会長が医療セクター評議会に参加。
	8日	【四病協】平成25年度税制改正要望を厚生労働大臣に提出。重点事項11件。
	25日	第3回常任理事会開催。中医協入院医療等の調査・評価分科会資料を基に、入院基本料、72時間問題、看護必要度について協議。
	25日	第3回支部長連絡協議会開催。運営要綱の承認。東北地方の支部設立の検討。行政との関係について意見交換。
	30日	石巻赤十字病院にて、ライオンズクラブ国際協会の支援物品贈呈式が開催された。堺会長が出席。（災害救護車両等2台）
9月	6～7日	第38回日本診療情報管理学会学術大会を愛知で開催。一般演題240題。2154人の参加。
	7～8日	医療安全管理者養成講習会第2クールの開催。253名の参加。
	14日	第1回病院経営管理者研修会を開催。224名の参加。基調講演「平成24年度診療報酬改定とDPC」など全4演題。
	14日	平成24年度診療報酬改定影響度調査 中間報告を発表。
	15～16日	第1回臨床研修指導医養成講習会を開催。50名の参加。
	19～21日	IFHIMA(診療情報管理協会国際連盟)執行役員対面会議(ドイツ・ブラウンシュバイク)が開催された。
	27～28日	病院中堅職員育成研修「第3回財務・会計コース」を開催。78名の参加。

9月	29日	第4回常任理事会開催。病院負担の消費税、入院基本料のあり方について協議。
	29日	病院経営管理士第33回認定授与式を挙行政した。45名の認定。
10月	13～19日	WHO-FIC年次大会(ブラジル・ブラジリア)に大井利夫顧問が出席。
	17日	福島県庁にて、ライオンズクラブ国際協会の支援物品贈呈式が催された。堺会長が出席。(甲状腺超音波画像診断装置4台)
	19日	福島県郡山市保健所にて、ライオンズクラブ国際協会の支援物品贈呈式が催された。今泉副会長が出席。(ホールボディカウンター1台)
	23日	宮城県歯科医師会館にて、ライオンズクラブ国際協会の支援物品贈呈式が催された。堺会長が出席。(歯科巡回診療車1台)
	27日	第3回理事会開催。24年度事業計画重点事項である「見える化事業」について、担当の大道副会長より活動報告。入院基本料、医師臨床研修制度の再評価について協議。
	30日	公明党政務調査会厚生労働部会主催の平成25年度予算及び税制改正等の要望についての懇談会に安藤常任理事らが参加。
11月	3日	秋の叙勲、高久史磨参与、成川守彦理事他、10名の会員病院職員等が受章した。
	13日	三師会と四病協連名で、「控除対象外消費税問題」についての要望書を三井辨雄厚生労働大臣、副大臣、政務官全5名に提出。
	18日	診療の質向上を考えるセミナーを開催(大阪市)。220名の参加。基調講演「薬剤師の病棟常駐について」など2演題、1シンポジウム。
	24日	第5回常任理事会開催。医療基本法に対する日本病院会からの提言について協議。23年度救急医療アンケート調査報告。
	28日	IHF(国際病院連盟)STRATEGY WORKSHOP(イタリア・ジェノヴァ)に福井常任理事が出席。
12月	3日	QIプロジェクト 第1回フィードバック説明会を聖路加看護大学で開催。138名の参加。
	7～8日	医療安全管理者養成講習会第3クールの開催。255名の参加。
	15日	第6回常任理事会開催。病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会の報告。社会保障制度改革国民会議について協議。
	15日	第4回支部長連絡協議会開催。支部活動を日病ニュースで紹介することを承認。各支部の問題点について意見交換。
	20日	病院中堅職員育成研修「第3回財務・会計コース」を開催。78名の参加。
	21日	国民医療推進協議会の一員として、「国民医療を守るための総決起大会」に参加。
	22～23日	第7期生医師事務作業補助者コース研修会を開催。679名の参加。
	23日	病院中堅職員育成研修「第4回医事管理コース」を開催。37名の参加。
1月	4日	平成25年度予算、税制改正に関する要望を自民政務調査会に提出。

1月	9日	【日病協】医療のあるべき姿を政府や国民に訴えていく要望書を田村憲久厚生労働大臣に提出。
	9日	福島県済生会川俣病院春日診療所にて、ライオンズクラブ国際協会の支援物品贈呈式が催された。前原理事が出席。(ホールボディカウンター1台)
	10日	第7回常任理事会開催。自民党政権へ望むことについて意見交換。
	10日	【四病協】新年賀詞交歓会開催。田村憲久厚労大臣はじめ医療関係者750余人の参加。
	19日	病院中堅職員育成研修「第4回経営管理コース」を開催。60名の参加。
2月	1日	日本病院会正会員に選挙告示を行う。
	6～7日	WHO ICD改訂第5回内科TAG Face to face Meeting(東京)が開催される。
	7日	【日病協】入院基本料設定の考え方について厚生労働省保険局に要望書を提出。
	11～12日	アジア・パシフィックネットワーク議長会議(東京)が開催される。
	12日	渡邊史朗常任理事ご逝去。
	15日	第2回病院経営管理者研修会を開催。231名の参加。講演「社会保障改革と日本の医療」など全4演題。
	15日	病院中堅職員育成研修「第4回人事・労務管理コース」を開催。54名の参加。
	16日	中小病院委員会 情報交換会を横浜市で開催。117名の参加。シンポジウム「災害時における中小病院の役割」ほか1演題。
	23日	第8回常任理事会開催。2012年度患者未収金問題に関するアンケート調査の速報報告。医療制度改革について協議。
	23～24日	感染制御講習会第2クールの開催。497名の参加。
	27日	福島県災害復興支援協力のサイトを日病ホームページに開設。
3月	8日	病院中堅職員育成研修「第3回薬剤部門管理コース」を開催。72名の参加。
	2～3日	医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナーを開催。244名の参加。
	9～10日	第2回臨床研修指導医養成講習会を開催。50名の参加。
	11日	堺会長が東日本大震災二周年追悼式に参列。
	23日	第4回理事会開催。医療基本法策定に際しての日本病院会からの提言の報告。協議。
	23日	24年度社員総会を開催。平成24年度補正予算、25年度事業計画、25年度予算など全7議案の承認。
	26日	福島県庁にて、ライオンズクラブ国際協会の支援物品贈呈式が催された。前原理事が出席。(甲状腺移動検診車2台)
	27日	堺会長が社会保障制度改革国民会議に出席。四病院団体協議会を代表し、医療計画は国民会議主導にするよう要請した。

庶務・人事**1. 常任理事**

(退任)

渡邊史朗	湘南第一病院	25年2月12日
------	--------	----------

2. 社員（代議員）

(退任)

白川洋一	総合病院 回生病院	24年10月27日
------	-----------	-----------

富田博樹	武蔵野赤十字病院	24年3月23日
------	----------	----------

(就任)

鬼無 信	キナシ大林病院	24年10月27日
------	---------	-----------

丸山 洋	武蔵野赤十字病院	24年3月23日
------	----------	----------

3. 顧問

(退任)

原中勝征	日本医師会 会長	24年4月28日
------	----------	----------

(就任)

横倉義武	日本医師会 会長	24年4月28日
------	----------	----------

4. 参与

(退任)

矢崎義雄	国立病院機構 理事長	24年4月28日
------	------------	----------

堀内龍也	日本病院薬剤師会 会長	24年7月28日
------	-------------	----------

(就任)

桐野高明	国立病院機構 理事長	24年4月28日
------	------------	----------

北田光一	日本病院薬剤師会 会長	24年7月28日
------	-------------	----------

5. 支部長

(退任)

香川県支部 小川裕道	香川県済生会病院	25年1月10日
------------	----------	----------

(就任)

香川県支部 中川義信	香川小児病院	25年1月10日
------------	--------	----------

福島県支部 堀江孝至	太田総合病院附属太田西ノ内病院	25年3月23日
------------	-----------------	----------

6. 事務局

(採用)

西上由紀子	経理課	24年4月1日
-------	-----	---------

橋本明宏	企画課	24年4月1日
------	-----	---------

伊東佳恵	学術研修課	24年4月1日
勝野啓子	通信教育課	24年4月1日
中村寿美	通信教育課	24年4月1日
伊東実穂	通信教育課	24年4月1日
林恵子	通信教育課	24年4月1日
福田隆	事務局長	24年4月20日
(退職)		
井上新一	総務部	25年3月31日

7. 平成24年春の叙勲・褒章受章者

瑞小	宮下正弘	日本病院会 理事
瑞小	大勝洋祐	日本病院会 社員（代議員）
瑞小	柴山勝太郎	日本病院会 社員（代議員）
瑞小	深尾立	千葉労災病院院長
瑞双	小川裕美子	大阪府済生会中津病院看護部長
瑞双	梁田友子	室蘭太平洋病院総括看護部長
瑞双	山本秋子	倉吉病院看護部長
瑞双	吉川知佐乃	浜松労災病院看護部長
瑞単	藤村三津子	厚生年金高知リハビリテーション病院看護局長
瑞単	松瀬アツ子	赤羽中央総合病院看護部長
緑綬褒章	日立総合病院ボランティアグループ	
黄綬褒章	今井田敏	伊丹天神川病院看護部長

8. 平成24年秋の叙勲・褒章受章者

瑞大	高久史磨	日本病院会 参与
旭小	成川守彦	日本病院会 理事
瑞中	久野邦義	日本病院会 元理事
瑞小	須古博信	日本病院会 元常任理事
瑞双	池田誠	池田病院院長
瑞双	小太刀充	栃木県済生会宇都宮病院
瑞双	長谷川美栄子	東札幌病院副院長兼看護部長
瑞双	早坂早苗	宮城社会保険病院看護局長
瑞単	栗田由岐子	旭労災病院看護部長
瑞単	中村登美子	花の丘病院看護部長

9. 物故

天川孝則	元常任理事	24年9月18日
秋山洋	名誉会員・元常任理事	24年9月19日
渡邊史朗	常任理事	25年2月12日

役員等所掌分担の一覧

平成24年4月～平成25年3月

役職氏名	所掌委員会・部会等(日病・四病協・日病協他)	審議会・委員会等(厚労省他)
(会長) 塚 常 雄	総括、日病協代表者会議、四病協総合部会・委員会、IHF理事、AHF理事	社会保障審議会臨時委員(医療分科会)、特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会構成員、ヘルスケア産業プラットフォーム推進委員会委員、全国公私病院連盟顧問、社会保険病院運営審議会委員、国民医療推進協議会理事、日本医療法人協会特別顧問、日本医療機能評価機構理事、医療研修推進財団理事、国際医療技術交流財団理事、日本医業情報センター評議員、日露医学医療交流財団理事、NPO法人卒後臨床研修評価機構理事、日本医学会日本専門医制審議会委員、(株)日本医療企画医療経営白書2012年度版編集委員、IFHE国際病院設備学会諮問委員会委員、医療再生フォーラム21世話人、日本医療安全調査機構理事、日本臨床倫理学会顧問、医師臨床研修マッチング協議会・運営委員会、チーム医療推進協議会委員
(副会長) 合 泉 暢 登 志	日本診療情報管理学会理事、政治連盟(副)、四病協総合部会	日本医療機能評価機構評議員、医学中央雑誌刊行会理事、公衆衛生振興会理事、日本防災士機構評議員、ハセラボ問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会委員
(副会長) 高 橋 正 彦	日本診療情報管理学会理事、政治連盟(副)、日病協ワーキンググループ、四病協総合部会・委員会	予防行政のあり方に関する検討会委員、高齢者や障がい者に適した火災警報装置に関する検討部会構成員、臨床研究基盤整備研究の事前評価検討会委員、医療関連サービス振興会委員、医療情報システム開発センター監事、日本救急医療財団理事・役員選考委員会委員、日本経営協会評議員、日本経営協会ホスピタルショウ委員会委員
(副会長) 末 永 裕 之	日本診療情報管理学会理事、政治連盟(副)、四病協総合部会・委員会	治験拠点病院活性化事業医療機関評価協議会委員、「看護教育の内容と方法に関する検討会」メンバー、医療計画の見直しに関する検討会構成員、日本医師会病院委員会委員、チーム医療推進協議会オブザーバー、日本医療機能評価機構認定病院患者安全推進協議会・幹事会委員、日本災害医療支援機構理事、日本防災情報機構評議員
(副会長) 相 澤 孝 夫	日本診療情報管理学会理事、政治連盟(副)、四病協総合部会・委員会	社会保障審議会臨時(医療部会)委員、病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会構成員、日本医師会社会保険診療報酬検討委員会委員、医療関連サービス振興会理事、日本医療機能評価機構評価事業運営委員会委員、医療経済研究・社会保険福祉協会評議員、日本医療保険事務協会理事、日本経営協会医療情報部会委員、日本臨床衛生検査技師会認定センター委員
(副会長) 梶 原 優	日本診療情報管理学会理事、政治連盟(長)、四病協総合部会・委員会	レポートオンライン請求検討委員会委員、高齢者・障害者等の利用に配慮した建築設計標準改定検討委員会委員、「トルコ共和国における病院整備運営環境調査」検討委員会委員、日本医師会医業規制検討委員会委員、外科系学会社会保険連合実務委員会委員、日本医業経営コンサルタント協会副会長、「ほすびたる！」実行委員会委員、新エネルギー・産業技術総合開発機構NEDO技術委員、千葉県認知症対策推進協議会委員、ベトナム人看護師・介護福祉士人材マネジメント手引き(仮称)検討会委員、被災者健康支援連絡協議会構成員
(副会長) 大 道 道 大	情報統計委員会(長)、日本診療情報管理学会理事、政治連盟(副)、四病協総合部会	医療情報の提供のあり方等に関する検討会委員、保健医療情報標準化会議構成員、医療情報システム開発センター理事・ISO/TC215国内対策委員会委員、医療機器センター理事、社会保険診療報酬支払基金診療報酬情報マスター検討会委員、日本経営協会保健・医療・福祉部会委員、医療とニューメディアを考える会世話人、医療情報安全管理監査人協会理事、病院における地球温暖化対策推進協議会委員
(常任理事)		
藤 原 秀 広	広報委員会(長)、ニュース編集委員会(長)	
宮 崎 瑞 穂	病院経営の質推進委員会(長) 日本診療情報管理学会監事	「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」構成員、外科系学会社会保険連合検査委員会委員、医療情報システム開発センター評議員
石 井 暎 禧	医療制度委員会(長)、日本診療情報管理学会理事、日病協診療報酬実務者会議	
木 村 壯 介	医療の安全確保推進委員会(長)、精神科医療委員会(副)、日病協ワーキンググループ、四病協委員	再生医療における制度的枠組みに関する検討会委員
松 本 純 夫	倫理委員会(長)	外科系学会社会保険連合手術委員会委員、医療関連サービス振興会倫理綱領委員会委員・運営委員会委員
万 代 恭 嗣	社会保険診療報酬委員会(長)、日病協診療報酬実務者会議、四病協委員	中協委員
中 井 修 修	医療制度委員会(副)	医療関連サービス振興会評議員・開発委員会委員、日本医療機能評価機構企画調整委員会委員
福 井 次 矢	QI委員会(長)、メディカールスクール小委員会(長)、国際委員会(長)、臨床研修委員会(副)、四病協委員、AHF理事	厚生科学審議会臨時委員、文部科学省科学技術・学術審議会専門委員 日常的な医療の質の評価指標の標準化と公表方法に関する開発研究 分担研究者
渡 邊 史 朗	中小病院委員会(副)	医療関連サービス振興会評価認定制度委員会委員
山 田 實 紘	地域医療委員会(副)	
武 田 隆 久	診療情報管理士教育委員会(長)、インターネット委員会(長)、広報委員会(副)、日本診療情報管理学会理事	医療関連サービス振興会院内検体検査業務に係る検討会委員、看護師等の「雇用の質」の向上のための取組に係る企画委員会委員
岡 上 武 武	医療の安全確保推進委員会(副)	
生 野 弘 道	社会保険診療報酬委員会(副)、四病協委員	日本医療機能評価機構医療事故防止事業運営委員会委員
小 川 嘉 馨	病院経営管理士教育委員会(長)	
中 島 豊 爾	精神科医療委員会(長)	
土 井 章 弘	中小病院委員会(長)、病院経営管理士教育委員会(副)、日本診療情報管理学会理事	
塩 谷 泰 一	地域医療委員会(長)、災害対策特別委員会(長)	
岡 留 健 一 郎	臨床研修委員会(長)	日本専門医制評価・認定機構第三者機関検討委員会委員
安 藤 文 英	医業経営・税制委員会(長)、四病協委員	保険医療専門審査員
(理事)		
中 村 博 彦		日本医療機能評価機構研修委員会委員
前 原 和 平	救急医療委員会(長)、四病協委員	
吉 田 孝 宣	感染症対策委員会(長)	
吉 田 象 二	救急医療委員会(副)	
原 義 人	雑誌編集委員会(長)、ニュース編集委員会(副)	内科系学会社会保険連合副代表
崎 原 宏	認定個人情報保護団体審査委員会(長)、医業経営・税制委員会(副)、四病協委員	医療機器の流通改善に関する検討会委員、日本メディカル給食協会患者給食受託責任者資格認定委員
土 谷 晋 一 郎	国際委員会(副)、AHF理事	
(顧問・参与他)		
奈 良 昌 治	日本人間ドック学会理事長	
岡 裕 爾		治験のあり方に関する懇談会委員、日本医師会治験促進センター治験等適正化作業班構成員
池 澤 康 郎	政治連盟監事	
佐 藤 真 杉	倫理委員会(副)	
大 井 利 夫	日本診療情報管理学会理事長	医事法関係検討委員会委員
齋 藤 壽 一		審査支払機関の在り方に関する検討会委員、内科系学会社会保険連合代表
加 藤 正 弘	政治連盟監事	
工 藤 一 大		外科系学会社会保険連合麻酔委員
高 添 正 和		日本医療保険事務協会試験委員
酒 井 和 好		「災害医療のあり方に関する検討会」構成員
富 田 博 樹		外科系学会社会保険連合処置委員会委員
福 永 秀 敏	医療安全対策委員会(長)	
有 賀 徹	病院診療の質向上検討委員会(長)、ホスピタルショウ委員会(副)	
大 道 久	ホスピタルショウ委員会(長)、日本診療情報管理学会理事	
荒 川 泰 行	専門医制度小委員会(長)	
東 口 高 志	栄養管理委員会(長)	
大 塚 秋 二 郎	基礎課程小委員会(長)	
二 木 幸 一 郎	専門課程小委員会(長)	
鎌 倉 由 香	分類小委員会(長)	
阿 南 誠	DPCコース小委員会(長)、日本診療情報管理学会副理事長	
須 貝 和 則	医師事務作業補助者コース小委員会(長)、日本診療情報管理学会理事	

第 2

会員の状況

第2 会員の状況

日本病院会の会員数は、平成24年度1年間で、新規に入会した会員が26病院、一方、閉院等で40病院が退会した。差し引き14病院の減となり、平成25年3月末で会員数は2,370病院である。

2,370会員の病床数は636,353床で、公的が819病院・303,423床、私的が1,551病院・332,930床であり、公的と私的の比率は病院数で35対65、病床数で48対52となっている。

私的1,551病院のうち、医療法人は897病院、特定医療法人132病院、社会医療法人131病院の合計1,159病院となっている。

病床種別では一般が2,304病院、精神は80%以上精神病床を含めると66病院、病床種別では、一般が522,399床、療養が72,185床となる。

また、全国の病院数（平成25年1月現在、8,563病院・1,577,531床）と比較すると、日本病院会の組織率は病院数において27.6%、病床数では40.3%である。一般病床（全国898,229床）については58.1%の組織率となる。

なお、賛助会員（A会員、B会員、C会員、D会員、特別会員A）の1年間の推移は、合計4会員の減少であった。

1. 経営主体別の会員数 (25. 3. 31)

経営主体別	病院数	病床数
総数	2,370 100.0%	636,353 100.0%
厚生労働省	0	0
国立病院機構	56	23,858
国立大学法人	7	5,798
独労働者健康福祉機構	20	8,755
国立高度専門医療研究センター	6	3,548
その他	1	500
(国・小計)	90	42,459
都道府県	79	33,942
市町村	257	86,553
地方独立行政法人	36	16,343
(自治体・小計)	372	136,838
日赤	90	37,331
済生会	74	21,896
北海道社会事業協会	4	953
厚生連	86	31,935
国民健康保険団体連合会	0	0
全国社会保険協会連合会	44	12,584
厚生団	7	2,795
船員保険会	3	786
健康保険組合及び連合会	9	2,028
共済組合及び連合会	39	13,498
国民健康保険組合	1	320
(その他公的・小計)	357	124,126
公的・計	819 34.6%	303,423 47.7%
公益法人	173	49,737
医療法人	897	149,870
特定医療法人	132	24,023
社会医療法人	131	35,537
私立学校法人	55	36,881
社会福祉法人	52	13,904
医療生協	29	5,739
会社	35	9,529
その他法人	11	3,553
個人	36	4,157
私的・計	1,551 65.4%	332,930 52.3%

2. 都道府県別会員数

(25. 3. 31)

総数	2, 370
北海道	103
青森	19
岩手	14
宮城	29
秋田	26
山形	18
福島	36
茨城	53
栃木	28
群馬	41
埼玉	86
千葉	124
東京	205
神奈川	116
新潟	78
富山	22
石川	17
福井	26
山梨	18
長野	37
岐阜	43
静岡	70
愛知	118
三重	36
滋賀	27
京都	75
大阪	184
兵庫	132
奈良	37
和歌山	44
鳥取	13
島根	11
岡山	51
広島	53
山口	30
徳島	10
香川	24
愛媛	27
高知	36
福岡	100
佐賀	7
長崎	36
熊本	42
大分	16
宮崎	9
鹿児島	29
沖縄	14

3. 種類別会員数及び病床数

(25. 3. 31)

病院種別	病院数	内訳
総数	2, 370	
一般	2, 304	
精神	66	精神病床100% 56 同80%以上 10
結核	0	結核病床100% 0 同80%以上 0
療養病床を有する病院	866	(再掲)
地域医療支援病院	256	(再掲)

病床種別	病床数
総数	636, 353
一般	522, 399
療養	72, 185
精神	37, 069
結核	3, 362
感染症	1, 338

4. 病床規模別会員数

(25. 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, 370	100. 0%	636, 353	100. 0%
20 ～ 30	15	0. 6%	405	0. 1%
31 ～ 40	20	0. 8%	720	0. 1%
41 ～ 50	51	2. 1%	2, 407	0. 4%
51 ～ 100	361	14. 9%	28, 171	4. 4%
101 ～ 150	345	14. 3%	43, 906	6. 9%
151 ～ 200	398	16. 5%	71, 797	11. 3%
201 ～ 300	369	15. 3%	92, 600	14. 6%
301 ～ 400	324	13. 4%	110, 603	17. 4%
401 ～ 500	212	8. 8%	95, 072	14. 9%
501 ～ 600	117	4. 8%	64, 024	10. 1%
601 ～ 700	66	2. 7%	42, 768	6. 7%
701 ～ 800	31	1. 3%	23, 059	3. 6%
801 ～ 900	17	0. 7%	14, 250	2. 2%
901 床以上	44	1. 8%	46, 571	7. 3%

5. 賛助会員

(25. 3. 31)

種 別	平成24年3月31日	平成25年3月31日	増 減
賛助会員 A	101	101	0
〃 B	108	110	2
〃 C	1	2	1
〃 D	33	31	-2
特別会員 A	231	226	-5
計	474	470	-4

第 3

会 議

第3 会議

社員総会

第1回社員総会

平成24年5月19日（土）ロイヤルパークホテル 「ロイヤルA」 出席者121名（出席38名、委任状83名）

下記の各議題を審議した結果、承認された。

- 第1号議案** 議長、副議長の選出に関する件
議長に野口正人氏（福井県）、副議長に中嶋 昭氏（東京都）両社員を選出し、承認。
- 第2号議案** 平成23年事業報告書（案）の承認に関する件
提案のとおり可決承認。
- 第3号議案** 平成23年度収支決算書（案）の承認に関する件
提案のとおり可決承認。
- 第4号議案** 理事、監事、社員（代議員）の選任に関する件
前任の退職等により、新たに理事2名、監事1名、代議員7名を選任し、承認。
- 第5号議案** 顧問及び参与の委嘱に関する件
顧問に横倉義武氏（社団法人日本医師会会長）、参与に桐野高明氏（独立行政法人国立病院機構理事長）の委嘱を承認。

平成23年度収支決算の概要（平成23年4月1日～平成24年3月31日）

経常収益の部

1. 受取会費	293,591,930
2. 受取寄附金	27,897,330
3. 事業収益	776,704,838
4. 雑収益	4,628,855
経常収益合計	1,102,822,953

経常費用の部

1. 委員会・部会	47,130,810
2. ニュース発行費	20,912,727
3. 雑誌発行費	56,551,315
4. インターネット運営費	16,686,902
5. 日本病院団体協議会	1,171,193
6. 四病院団体協議会	5,127,036

7. 助成金	21,550,000
8. 負担金	29,588,300
9. 総会費	4,220,738
10. 常任理事会費	16,605,053
11. 理事会費	15,750,532
12. 代議員会費	6,182,468
13. 研究研修会費	24,479,224
14. 通信教育	470,530,056
15. セミナー1	51,966,323
16. セミナー2	6,138,550
17. 統計情報関係費	484,738
18. 国際交流費	22,162,434
19. 事務諸費	307,679,870
20. 予備費	0
経常費用（減価償却費外）合計	1,124,918,269
減価償却費前当期経常増減額	△ 22,095,316

第2回社員総会

平成25年3月23日（土）日本病院会ホスピタルプラザビル「2階会議室」 出席者132名（出席28名、委任状104名）

下記の各議題を審議した結果、承認された。

第1号議案 議長、副議長の選出に関する件

議長に野口正人氏（福井県）、副議長に中嶋 昭氏（東京都）両社員を選出し、承認。

第2号議案 平成24年度補正予算（案）の承認に関する件

提案のとおり可決承認。

第3号議案 平成25年度事業計画（案）の承認に関する件

提案のとおり可決承認。

第4号議案 平成25年度収支予算（案）の承認に関する件

提案のとおり可決承認。

第5号議案 社員の交代に関する件

香川県社員 白川洋一（総合病院回生病院 院長）から鬼無 信（キナシ大林病院 院長）へ、東京都社員 富田博樹（武蔵野赤十字病院 前院長）から丸山 洋（武蔵野赤十字病院 院長）への交代を承認。

第6号議案 顧問の退任に関する件

堺会長より提案があり、議案の取り下げが承認された。

第7号議案 参与の交代に関する件

日本病院薬剤師会 堀内龍也 前会長から北田光一 会長への交代を承認。

報告事項 日本病院会 福島県支部の設立について報告があった。

平成 25 年度収支予算の概要（平成 25 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日）

経常収益の部

1. 受取会費	300,300,000
2. 受取寄附金	29,000,000
3. 事業収益	844,132,000
4. 雑収益	2,930,000
経常収益合計	1,176,362,000

経常費用の部

1. 委員会・部会	34,582,000
2. ニュース発行費	20,098,000
3. 雑誌発行費	56,133,000
4. インターネット運営費	16,628,000
5. 日本病院団体協議会	1,095,000
6. 四病院団体協議会	3,942,000
7. 助成金	23,150,000
8. 負担金	4,000,000
9. 総会費	6,250,000
10. 常任理事会費	11,343,000
11. 理事会費	12,523,000
12. 研究研修会費	22,934,000
13. 通信教育	405,888,000
14. セミナー1	79,670,000
15. セミナー2	8,323,000
16. 統計情報関係費	54,441,000
17. 国際交流費	70,768,000
18. 事務諸費	276,987,000
19. 予備費	1,000,000
経常費用（減価償却費外）合計	1,109,755,000
減価償却費前当期経常増減額	66,607,000

理事会

第1回理事会

平成24年5月19日（土）ロイヤルパークホテル3階「ロイヤルB」出席者64名（理事出席35名）

〔承認事項〕

1. 理事会、常任理事会の運営について

(1) 理事会承認事項（案）について

一般社団法人移行による新定款第37条（理事会の権限）の規定に拘らず、下記事項（3項目）の議決承認については、常任理事会に委任できることを諮り、承認。

- ① 関係団体が開催、実施する会議、行事等に関する後援、協賛、共催等
- ② 国、地方公共団体、関係団体設置機関への役員、委員の派遣、推薦等
- ③ その他緊急に処理を必要とする事項

(2) 一般社団法人日本病院会 常任理事会運営規則（案）について

内容を審議し、承認。

2. 第1回常任理事会（平成24年4月28日開催）承認事項の追認について

下記依頼事項（計15件）を承認。

- ① 関係省庁、団体からの依頼等について
行事等の後援等8件、委員委嘱の推薦等3件
- ② 診療情報管理士認定受験校の指定について1件
- ③ 人間ドック健診施設機能評価認定施設について3件

3. 会員の入退会について

(1) 第1回常任理事会（平成24年4月28日）承認分

正会員の入会が1件、退会が9件と退会撤回が2件、特別会員の退会1件、賛助会員の入会2件と退会1件について承認。

(2) 会員入退会

正会員の入会が2件、退会が1件と退会撤回が1件、特別会員の退会2件、賛助会員の退会1件について諮り、承認。

4. 関係省庁および各団体からの依頼等について

下記依頼事項（7件）を承認。

（継続：後援・協賛等依頼3件）（継続：委員委嘱・推薦等4件）

〔報告事項〕

1. 委員会等の開催報告について

(1) 第2回災害対策特別委員会（5月8日）

宮城、福島両県から現在の復興状況等の報告。ライオンズクラブ国際協会からの義援金は、すでに承認されている3億円程が各地区へ振り込まれる。追加申請分1億8千万円程とあわせて4億8千万円程になる予定。

(2) 第1回社会保険診療報酬委員会（5月8日）

平成24年度診療報酬改定に向けて提出した要望項目に対して、提案された役員、委員会等から評価をいただき、当委員会にて確認した。当会独自に提出した73項目については○評価が11、△が

11、×が51。

(3) 第20回医療の安全確保推進委員会 (5月8日)

死因究明制度を現実化するために、まずは医療界での合意が必要という考えで一致した。

(4) 第21回医療制度委員会 (5月9日)

医療基本法について、病院の立場としての医療基本法のあり方の見解をまとめた上で、当会のスタンスとして発表していきたい。

(5) 第2回ホスピタルショウ委員会 (5月14日)

ホスピタルショウ 2012 のオープニングセッションは高橋副会長が担当する。日病コーナー内のパネルについては「病院で働く人々」をテーマとする。

(6) 第2回医業経営・税制委員会 (5月14日)

平成25年度税制要望について、7月頃までに取りまとめる予定。

(診療情報管理士通信教育)

(1) 医療統計学勉強会 (5月13日)

(2) コーディング勉強会 (4月21日～5月13日)

資料一読とした。

(日本診療情報管理学会)

(1) 災害時の診療録のあり方に関する合同委員会 (5月1日)

災害時の診療録のあり方について、国内で統一した診療録用紙が得られていないとして、4団体及び行政とも協力して活動していく。

(2) 第1回編集委員会 (5月7日)

会誌「診療情報管理」の1号、3号の掲載、発刊内容について検討した。

(3) 第1回生涯教育委員会 (5月11日)

診療情報管理士指導者認定試験のための受験資格審査について、10名の申請書類の確認を行い、受理することとした。

(福島県病院協会定期報告)

医師数、看護師数の変化について、前原和平 福島県病院協会会長より報告があった。

2. 日病協について

(1) 第90回代表者会議 (5月16日)

深尾議長の指名により、新副議長として武久委員(日本慢性期医療協会会長)が承認された。日本医療安全調査機構より依頼のあった運営委員会及び企画部会の委員推薦について、木村壯介 国立国際医療研究センター病院長(日本病院会常任理事)の推薦が承認された。

(2) 第81回診療報酬実務者会議 (5月16日)

3. 四病協について

(1) 第2回医療保険・診療報酬委員会 (5月11日)

資料一読とした。

(2) 第2回医業経営・税制委員会 (5月17日)

租税特別措置法の期限切れに伴うアンケート調査について、厚生労働省より外部説明があった。

4. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

(1) 第53回社会保障審議会医療保険部会 (5月11日)

審査支払機関の在り方についての保険者へのアンケートについて、中間報告があった。

(2) 専門医の在り方に関する検討会（5月18日）

資料一読とした。

5. 平成24年春の叙勲・褒章の受章について

平成24年春の叙勲受章として、役員、会員施設の受章者が紹介された。

6. 第62回日本病院学会開催時の諸会議日程について

第62回日本病院学会（福岡）に伴う会長・副会長会議、理事会について、日程・タイムスケジュールの報告があった。

〔協議事項〕

急性期病床群について

急性期医療に関する作業グループで、厚労省はこれまでの急性期に特化した考え方の「急性期病床群」から、地域医療全体を踏まえた考え方の「機能分化された病床群」を提案した。これを踏まえ先月に引き続き意見交換を諮った。

第2回理事会

平成24年6月20日（水）ホテルオークラ福岡4階「平安」出席者72名（理事出席37名）

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり届け出を承認した。

〔正会員の入会6件〕、〔特別会員の退会1件〕、〔賛助会員の入会1件〕、〔賛助会員の退会1件〕

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議した結果、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛等依頼5件）、（継続：委員委嘱・推薦等依頼4件）、（新規：委員等委嘱依頼3件）

3. 平成25年度税制改正に関する要望（案）について

平成25年度税制改正に関する要望（案）について説明があり、承認された。

4. コンプライアンスと情報セキュリティ規程について

コンプライアンスと情報セキュリティ規程について説明があったが、対象を日病職員に限っており、会員病院も含め幅広いものも入れた形がいいのではないかという意見が挙がったため修正をすることとなった。

5. 診療情報管理士認定試験受験校の指定について

下記の大学について検討した結果、認定試験受験校の指定を承認した。

①大原医療福祉専門学校

6. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

検討の結果、更新認定施設として、5施設の指定を承認した。

（新規1件）（更新4件）

7. 日本病院会 新ビルの名称について

「ホスピタルプラザビル」としたいとの提案があり、了承された。

8. 第64回日本病院学会の開催地について

香川県の国立病院機構香川小児病院、中川義信院長の主催で開催したい旨の提案があり、承認された。

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

下記委員会等の開催報告があり、了承された。

(1) 第8回ニュース編集委員会（5月18日）

災害対策特別委員会の活動状況の紹介、情報統計委員会による見える化事業の特集記事など、紙面の企画の報告があった。

(2) 第3回病院中堅職員育成研修「人事・労務管理」コース（5月18日、19日）

41名の参加を得て行われた旨の報告があった。

(3) 第3回病院中堅職員育成研修「経営管理」コース（6月8日、9日）

65名の参加を得て行われた旨の報告があった。

(4) 平成24年度診療報酬改定影響度調査の骨子（案）（6月）

- ・今回は文書は使わず、インターネット上で入力していただくので、入力も集計も楽になる。
- ・締め切りは8月10日で、8月下旬には中間報告が出せると思っている。
- ・基本情報は、従来は逐一書き込んでいたが、今回は既にウェブに入力してあるので、確認だけすれば済む。

(5) 第2回雑誌編集委員会（5月29日）

- ・6月号は、第61回日本病院学会シンポジウム5や、昨年8月開催の病院長・幹部職員セミナーでの講演2題を掲載する。
- ・7月号は、昨年8月開催の病院長・幹部職員セミナーでの講演1題や、銷夏随筆を掲載する。

(6) 第2回栄養管理委員会（5月29日）

- ・栄養管理委員会では、東口先生を委員長として、日本静脈経腸栄養学会と共催でNSTセミナーを行うということで話がまとまっている。2日間で10時間の講義で認定書がもらえるようにするという形で動いている。

(7) 感染制御講習会第1クール（6月2日、3日）

看護師323人、薬剤師61人、医師22人等、計482名の参加を得て行われた旨の報告があった。

(8) 医療安全管理者養成講習会第1クール（6月8日、9日）

看護師137人、医師38人、薬剤師20人等、計239名の参加を得て行われた旨の報告があった。

(9) 第3回中小病院委員会（6月5日）

- ・WEBアンケートシステムで、「IT時代における病院の取組みに関するアンケート」及び「中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題アンケート」の2テーマについて回答をお願いした。

(10) 第22回医療制度委員会（6月6日）

- ・厚労省が進める急性期病床群に対して日本病院会がとるべき方向性について、基本的にはそちらの方向で支持するけれども、厚労省の考えるような都道府県単位でいろいろな要件を認定する方法ではなくて、手挙げ方式で、結果を見ながら決めていく形がいいのではないかとすることで承認された。

(11) 第21回医療の安全確保推進委員会（6月6日）

- ・いろいろな医療団体が原因究明制度の提案を出してきているが、それぞれ考え方に違いがある。日本病院会では、原因究明と再発防止を最優先としたいと考えているが、紛争の解決に主眼を置く団体や、どこに主眼を置くかはっきりしていない団体もある。いずれにしても、医療団体とし

て、できれば一つの意見に統一して、大きな力として前に出していく必要があるという点では、意見は一致している。

(12) 第3回ホスピタルショウ委員会（6月11日）

7月18日から行われる国際モダンホスピタルショウについて、展示パネルの原案をもとに内容を検討したこと、及び公開シンポジウムについて話し合いを行ったことの報告があった。

(13) 診療情報管理士通信教育関連

①第73回診療情報管理士認定証授与式（5月27日）

・326名の参加を得て行われた。今回の認定者は1,893名で、認定者総数は2万5,000人を超えた。

②第1回DPCコース小委員会（6月5日）

・平成24年度の教材改訂について、本コースは8月に発刊を予定している。

③第1回分類小委員会（6月7日）

・テキスト改訂の内容について、修正案をチェックした。

④第1回基礎課程小委員会（6月12日）

・平成24年度の教材改訂について見直しを行い、11章の改訂を行う。

⑤平成23年度後期スクーリング（2月14日～5月21日）

・7会場、48日間で、2万4,546名の参加を得た。

⑥医療統計学勉強会（5月17日～6月2日）

・7会場、105人の参加を得た。平成24年度合計では、17教室、353名の参加となっている。

⑦コーディング勉強会（5月17日～6月9日）

・15教室、233人の参加を得た。平成24年度合計では、32教室、522名の参加となっている。

(14) 日本診療情報管理学会関連

①第1回理事会（5月23日）

・学会誌1巻から23巻までをPDFデータ化した。

・診療情報管理に関する研究会及び全国規模のほかの学術大会に本学会員が参加した場合、単位として認めてほしいという意見が出たが、異論が多数出て、継続審議となった。

(15) 日本診療情報管理士会関連

①第1回理事会（5月23日）

・全国研修会を7月14、15日に開催予定。日本診療情報管理学会の大井利夫理事長にご講演をお願いしている。

・長期未納者141人を退会処分とし、会員数は2,790名となった。

(16) 第1回WHO国際統計分類協力センター運営会議（6月15日）

・報告は資料一読とした。

福島県病院協会の現況報告

福島県の現況について報告があった。

2. 日病協について

(1) 第82回診療報酬実務者会議（6月13日）

・診療報酬改定が一段落した後の中医協の現状を万代常任理事と西澤全日病会長に報告していただいた。

・診療報酬基本問題小委員会で基本診療料に関する検討が始められた。

3. 中医協について

(1) 第225回総会（5月23日）

- ・報告は資料一読とした。

(2) 費用対効果専門部会（5月23日）

- ・試行的評価のあり方を含めた論点の整理を秋ごろまでに行うというスケジュール感となっている。
- ・費用対効果専門部会は総論的なことを決めて、各論はその下の基本問題小委員会、薬価専門部会、保険医療材料専門部会、そしてさらにその下の組織で決めるという方向性である。

(3) 第226回総会（6月6日）

- ・DPCデータ提出状況について、複数回提出遅延のあった病院は3病院で、遅延のあった病院のほとんどは1回だけであった。

(4) 第158回診療報酬基本問題小委員会（6月6日）

- ・コスト調査分科会の結果を受ける形で、基本診療料についてはどういったものを盛り込むべきかをまず決めて、それで審議していくという形になっている。

4. IHF（国際病院連盟）について

- ・6月5日から4日間、南アフリカのサンシティで国際病院連盟の理事会が開かれた旨の報告があった。

5. 四病協について

(1) 第2回総合部会（5月23日）

医療安全対策委員会が四病協の中で再開されたこと、夏期に向けた計画停電について要望書を全国9電力会社に提出したことの報告があった。

(2) 第1回日本医師会・四病院団体協議会懇談会（5月23日）

- ・報告は資料一読とした。

(3) 第3回総務委員会（6月1日）

- ・現在、12の委員会が四病協の中にあるが、ほかにも時代に合わせた委員会が必要ということから、2025年の医療提供体制に関する検討ということで、医療制度委員会及び医療安全対策委員会をまた復活させることが決まった。

(4) 第3回医療保険・診療報酬委員会（6月1日）

- ・栄養管理実施加算の廃止に伴う緊急影響調査を実施したところ、入院基本料算定の要件となっている管理栄養士の配置がなかなか手当てできない病院がかなりあるということで、保険局長に四病院団体協議会として緊急要望書を提出した。

(5) 第3回医業経営・税制委員会（6月19日）

- ・租税特別措置法が順次廃止される方向にあり、医療機器に関する措置法も風前のともしびである。この措置法の必要性について、厚労省による意向調査、実態調査が7月上旬に行われる。

(6) 第14回メディカルスクール検討委員会（6月19日）

- ・厚生労働省も、国立大学医学部長、附属病院長会も、医師数は足りていると言うが、厚生労働省が把握しているデータは実働の医師数ではなく、登録医師数である。実働の医師数のデータをしっかり提示してほしいとの議論があった。

6. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

(1) 第54回社会保障審議会医療保険部会（5月24日）

- ・医療費適正化計画は、平成24年度までは、いかに療養病床を減らすかということに重点が置かれ、厚生労働省も推し進めようとしたが、医療費適正化対策推進室が出した25年からの5年間の計画には、療養病床の削減は一行も書いていない。最近までは、療養病床を減らせば医療費が適正化されるというベクトル一本だったが、急性期病院の中にまぎっている慢性期の患者を出すほうが早いということに気がついて、それに今、力を入れている。次の医療保険部会で、療養病床を削減したら医療費を削減できるといったのはどうなったのか、療養病床は削減しないのかといった議論を展開するのではないかと報告があった。

(2) 第14回被災者健康支援連絡協議会（5月28日）

- ・国際ライオンズから多額の支援金をいただき、日本病院会がそれをコーディネートする形で、国際ライオンズと日本病院会で総額4億8,105万8,997円の整備の援助をしたことをこの協議会で報告した。

(3) 国際医療・福祉専門家受入れ支援協議会（5月30日）

- ・来年度の受け入れに対して、大阪で6月26日、東京で6月28日に説明会を行うので、ぜひ多くの病院や介護施設に参加していただきたい。

(4) 急性期医療に関する作業グループ（第7回：5月31日、第8回：6月15日）

- ・それぞれの医療機関が担う機能が住民・患者の視点でわかりやすく示されることにより、住民や患者が医療機関の機能を適切に理解することを促進する。
- ・医療機能情報提供制度を活用する。
- ・報告は病棟単位を基本とするが、病院全体での届け出も可とする。

(5) 第11回チーム医療推進会議（6月13日）

- ・医行為を絶対的医行為、特定行為、一般の医行為の3つに分け、さらに特定行為を判断の難易度による特定行為と技術的な特定行為を分けるイメージである。

(6) 第4回医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会（6月14日）

- ・報告は資料一読とした。

(7) 国際医療交流に関する厚生労働省の取組（外国人患者受入れに資する医療機関認証制度）について

- ・目的は、円滑な外国人患者の受け入れを図るため、外国人患者の受け入れに資する医療機関の認証制度を創設することである。

(8) 治療食供給システム推進事業案について

- ・以前、日本病院会は病院給食に関する委員会をずっとやっており、その下にNPO法人の病院地域医療推進協議会が立ち上がっていた。実際は休眠状態であったが、ここへ来て、「チーム医療推進」・「どこでもMY病院構想」・「医療と高齢者食機能との連携」国家プロジェクト関連で、日本病院会にはかつて給食委員会があり、病院地域医療推進協議会も休眠状態ではあっても生きているということで、厚労省・経産省・農水省から研究助成を出すので、日本病院会に協力してほしいということで依頼が来たものである。

(9) 第8回専門医の在り方に会社検討会（6月15日）

- ・報告は資料一読とした。

(10) 生体内圧力の計量単位について

生体内圧力の計量単位を、現在、水銀柱メートルや水柱メートルを使っているのを、平成25年9

月30日からパスカルにしたいということで、秋口にかけてヒアリングが行われる。

7. 委員会委員の交代について

地域医療委員会

(新任) 木村 純 市立函館病院院長

(退任) 吉田哲憲 市立札幌病院名誉院長

〔協議事項〕

1. 急性期病床群について

急性期病床群というのが議論の中で一般病床の機能分化ということになり、医療法の話を中心に、診療報酬や医療費の問題も含めて議論した。また、急性期医療に関する作業グループにおいて取りまとめている「一般病床の機能分化の推進」について、意見交換を行った。

第3回理事会

平成24年10月27日（土）ホスピタルプラザビル「2階会議室」出席者68名（理事出席48名）

〔承認事項〕

1. 第2回、第3回並びに第4回常任理事会承認事項の追認について

常任理事会で仮承認を受けた下記の各項の説明があり、追認した。

- ・ 会員の入退会（正会員の入会8件、正会員の退会11件、特別会員の入会1件、賛助会員の入会4件、賛助会員の退会1件）
- ・ 参与の交代（新任：一般社団法人日本病院薬剤師会 北田光一会長）
- ・ 日本病院会義援金の使途
- ・ 委員会特別委員の追加（診療情報管理士教育委員会特別委員 新任：遠藤弘良 東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学講座主任教授）
- ・ 関係省庁及び各団体からの依頼等（第2回常任理事会：継続7件、新規4件、第3回常任理事会：継続6件、新規1件、第4回常任理事会：継続10件、新規1件）
- ・ 診療情報管理士認定試験受験校の指定（第2回常任理事会：指定1件）
- ・ 人間ドック健診施設機能評価認定施設（第2回常任理事会：新規2件、更新1件、第3回常任理事会：更新1件）

2. 会員の入退会について

前回の常任理事会後の会員異動として、下記の届け出を承認した。

〔正会員の入会2件〕、〔正会員の退会2件〕、〔特別会員の退会1件〕

3. 社員の交代について

下記社員の交代の説明があり、承認した。

香川県 新任：鬼無 信（キナシ大林病院 院長） 前任：白川洋一（総合病院回生病院 院長）

4. 顧問の退任について

下記顧問の退任の説明があり、承認した。

梅村 聡 参議院議員

5. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議した結果、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛等依頼5件）、（継続：委員委嘱・推薦等依頼1件）※プライバシーマーク審査委

員会（一般財団法人医療情報システム開発センター）委員の推薦は、四病協から推薦。（新規：後援依頼3件）

6. 登録会員の規程について

会員の入会等について、常任理事会で承認後、理事会での正式承認までの間は登録会員とし、会費は月割り計算で支払う登録会員運用細則を設けるとの説明があり、承認した。

7. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

更新認定施設として、4施設の指定を承認した。

（新規3件）、（更新1件）

8. 選挙管理委員会の設置等について

下記の提案があり、検討の結果、承認した。

- ・ 来年5月の総会での役員、社員（代議員）の選挙のため選挙管理委員会が必要となる。その選挙管理委員として、山本修三名誉会長、村上信乃顧問、宮崎忠昭顧問、松田朗参与、齊藤壽一参与を推挙したい。
- ・ 社員選出時の端数の扱いとして、「各都道府県毎に正会員のうちから会員50名迄は2名とし、25名又はその端数を増す毎に1名を加える」としたい。

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

下記委員会等の開催報告があり、了承された。

（1）第6回雑誌編集委員会（9月25日）

資料一読とした。

（2）第2回病院診療の質向上委員会（9月26日）

11月18日に大阪で行う病院診療の質向上セミナーについて最終的な詰めをし、第63回日本病院学会でのシンポジウム「良質なチーム医療の実践～多職種間の理解とコミュニケーションについての工夫～」の座長や登壇者について議論したと報告があった。

（3）第3回病院中堅職員育成研修「財務・会計」コース（9月27日）

資料一読とした。

（4）第3回地域医療委員会（10月10日）

①第63回日本病院学会で地域医療再生を邪魔している制度の壁をタイトルにシンポジストがほぼ決定した、②宿日直の労働基準法に関する労働時間の問題等をアンケート調査し、平成9年の前回調査と比較したいと報告があった。

（5）第25回医療の安全確保推進委員会（10月15日）

・ 四病協、全日病、医療安全調査機構等が種々会議を開いているが、日病としては医療事故を「医療行為の手違い等によることが明らかな事例」と「事故との関連が疑われるものの死因等の詳細が明らかでない事例」に分けて定義し、内容を区別しようと議論している。

（6）第26回医療制度委員会（10月15日）

社会保障・税一体改革案について、需要と供給の見込み、行政が考える病院・病床機能の役割分担、高度急性期・一般急性期等々の実態を把握すべく、四病協と一緒にアンケート調査の検討を始めている。

（7）第6回医業経営・税制委員会（10月15日）

患者未収金問題のアンケート調査が終了した。回収率28%、670の施設から回答があり、来月報告できると報告があった。

(8) 第2回医療安全対策委員会 (10月19日)

①GRMの継続学習と5年ごとの更新に合わせて、来年度以降アドバンスコースを企画している。②平成25年度の医療安全管理者養成講習会について、日程、マイナーチェンジだが講師の選定を行っているという報告があった。

(9) 診療情報管理士通信教育 第2回診療情報管理士教育委員会 (10月5日)

(10) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会 (9月24日～10月14日)

(11) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会 (9月24日～10月14日)

資料一読とした。

(12) 日本診療情報管理学会 第3回災害時のあり方に関する合同委員会 (10月3日)

紙媒体として心理の記録に関するたたき台をつくらうとしており、次回、年末に行う会でそれが出るかという段階だと報告があった。

(13) 病院経営管理士通信教育 第33回認定証授与式 (9月29日)

男性39、女性6、計45名に授与した。公的病院からの出席が少なく、経営戦略等を練っていく上で差が出てくるので、より多くの参加を願いたいと報告があった。

(14) 2012年WHO-FIC年次大会 (10月13日～19日)

- ・今回はブラジルで開かれ、約30カ国、300人が集まった。ICD、ICF、ICHI分類があらゆる医療情報の基盤になっていることが認識されてきたからだと思う。
- ・ICD-10を2015年にICD-11に見直す動きが急ピッチに進んできた。今年5月14日のβ番がもっと細かくなり、7桁分類になって来年あたりに出てくるのではないかと。

(15) 2012年IMIA年次大会 (10月23日)

資料一読とした。

福島県病院協会の現況報告

福島県内の現況について、主に以下の報告があった。

- ・福島第一原発周辺の4町は5年間帰還しないことを決めたが、この中に5病院含まれる。20ミリ未満も除染に2年かかり、避難16万人は2年は仮設住宅や借り上げ住宅で暮らさざるを得ない。5病院は5年間再開できないことになる。
- ・8月31日に東京電力社長宛に要望書を提出した。個人は帰還困難区域5年間一括支払いができたが、法人等も病院として一括支払いをしてもらいたいとの目的で、社会共通資本の病院が復興・再生するための視点から検討してもらいたいという内容だ。
- ・9月19日に福島県議会に予算要望した。30キロ圏内13病院に対する特別地域医療再生基金150億円を活用してもらいたい。県では福島県特定地域医療機関特別資金(上限2億円)、すなわち運営資金を地域医療再生基金から出すことになり、今2病院が内定している。

2. 日病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第9回診療行為に関連した死亡究明制度等に係るWG (10月5日)

- ・日本医療安全調査機構は死亡例に対する解剖調査をするモデル事業が開始されたが、機構の進めていく方向を検討する企画部会で6回検討され、答申がまとめられた。

(2) 第86回診療報酬実務者会議 (10月17日)

資料一読とした。

(3) 第95回代表者会議 (10月26日)

事故調関係のワーキンググループの名称について種々議論の結果、厚労省が使っている「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」になった。

3. 中医協について

下記会議の概要報告があった。

(1) 第231回総会 (10月3日)**(2) 第161回診療報酬基本問題小委員会 (10月3日)**

- ・24年度診療報酬改定の結果検証として、①救急医療機関と後方病床との連携、②在宅、③訪問看護、④在宅、⑤医療安全対策や患者サポート体制に係る評価の影響調査を行う。

4. 四病協について

下記会議の概要報告があった。

(1) 第4回看護管理者意見交換会 (10月2日)

各病院団体から看護の管理にかかわる4人ずつを委員として加え、看護師勤務はどうあるべきか議論している。

(2) 第7回医療保険・診療報酬委員会 (10月5日)

看護師や看護助手の不足を補う手段としてジョブカードを検討しており、東京の病院で実験的にやってみようと話し合っていると報告があった。

(3) 第3回医療安全対策委員会 (10月12日)

第三者機関については免責や問題医師に対する懲罰委員会設置の意見があるが、医療事故調査委員会を病院の中に設けることは全員が一致し、第21条に関して検討していると報告があった。

(4) 第3回医療制度委員会 (10月17日)

資料一読とした。

(5) 第6回医業経営・税制委員会 (10月23日)

- ・政府税調が10月上旬に動き出し、12月10日目処の税制改正大綱決定に向けヒアリングがされている。
- ・医療法人の存続に関して大問題のことであり、今後、各委員会等の議論で意見を集約する必要がある。

(6) 第6回総合部会 (9月26日)、第7回総合部会 (10月24日)

- ・第6回では、医療法人会計基準策定のため四病協の中に小委員会を設置することになった。
- ・第7回では、医師臨床研修制度の再評価について議論された。

(7) 第5回日本医師会・四病協懇談会 (9月26日)、第6回日本医師会・四病協懇談会 (10月24日)

資料一読とした。

5. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について**(1) 第16回被災者健康支援連絡協議会 (10月1日)**

岩手、宮城は落ち着きつつあるが、福島はまだまだ渦中にある。医師不足に対するサポートも息切れしてきていて、長期待応のドクター不足は今後の検討となる。

(2) 第12回専門医の在り方に関する検討会 (10月3日)

資料一読とした。

(3) 第14回チーム医療推進会議（10月24日）

看護師の能力を認証する仕組みのあり方について、初期研修を終えた後に看護師籍に書き込めばよいとする流れできていたが、方向性を見出すまでに至っていないと報告があった。

6. 見える化事業について

- ・見える化事業の目的は、会員への情報発信で、日病の多岐にわたる仕事をデジタルでアーカイブしたこと。
- ・事業は、病院分析データベース構築、IT環境の整備、各種調査アンケートのウェブ化、解析技術の確立、レセプト分析技術がある。
- ・病院の分析データベース構築は、厚生局による許認可関係の1病院当たり四百数十項目の病院データ、人口推計データを地図上にはめ込んできた作業で、東日本大震災ではこれにより各地の病院の被害の概略が把握でき、救援計画を立てることに役立った。
- ・分析データベースの構築では、取得可能な公表データや「新医療」が把握している医療機器のデータ、レセプト電算データを蓄積しようとしている。
- ・IT環境の整備として、ネットワークをつくり、委員会ではテレビ会議も複数回試行した。
- ・解析技術では、AccessやExcelなど各病院で解析できるデータの提供をしたい。病院の商圏等も一目で見られるようGISを入れている。
- ・レセプト分析技術では、日病は中小病院の経営支援事業をしているが、電送化されるレセプトデータをVPN通信経由で日病に提供してもらえれば、秘匿化したまま解析をして返すことをする。

7. 診療報酬改定影響度調査の中間報告について

診療報酬改定影響度調査について、中間報告があった。

8. ライオンズクラブ国際協会の東日本大震災被災地援助の経過について

ライオンズクラブ国際協会からのトータル約4億9,000万円の被災地支援が実現した。

9. 平成25年度事業計画について

25年度事業計画について、概要の報告があった。

10. 第62回日本病院学会収支決算書について

第62回日本病院学会の収支報告書を柏戸、上津原両監事が監査し、承認を得たと報告があった。

11. その他

日本臨床倫理学会の発足について報告があった。

医療提供体制について

その他、松田参与から医療提供体制について資料を交えて説明があった。

〔協議事項〕

1. 入院基本料について

・入院基本料について、大方の意見は病棟単位がいいということかと思うが、病院単位なら傾斜配置ができるが、病棟単位では7対1病棟がどんどん増えてしまう等の意見もある、として各自の病院の状況を踏まえて意見交換を行った。

2. 医師臨床研修制度の再評価について

・厚労省の医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループで協議されている内容を含め、出席者と活発な意見交換を行った。

第4回理事会

平成25年3月23日（土）ホスピタルプラザビル「2階会議室」出席者72名（理事出席51名）

〔承認事項〕

1. 会員の入（退）会について

常任理事会で仮承認を受けた会員（第5回～8回常任理事会）の入退会について追認した。

（正会員の入会3件）、（正会員の退会5件）、（正会員の退会慰留2件）、（特別会員の退会1件）、（賛助会員の入会1件）、（賛助会員の退会3件）

また、新規の入退会について承認された。

（正会員の入会4件）、（正会員の退会5件）、（賛助会員の入会2件）、（賛助会員の退会1件）

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議した結果、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛等依頼6件）、（継続：委員推薦・委嘱依頼3件）、（新規：後援依頼2件）、（新規：委員委嘱1件）

3. 平成24年度補正予算（案）について

平成24年度補正予算（案）が提案され、原案を承認し、社員総会への上程とした。

4. 平成25年度事業計画（案）について

平成25年度事業計画（案）について、重点項目、学会等の開催、委員会、セミナー開催、国際活動、通信教育実施計画・関連事業、役員会等開催計画について説明があり、原案を承認し、社員総会への上程とした。

5. 平成25年度収支予算（案）について

平成25年度事業計画（案）に基づき、予算（案）の内容骨子について説明があり、原案を承認し、社員総会への上程とした。

6. 社員の交代について

選挙規定第2条の2に基き、社員の交代を承認した。

香川県 新任：鬼無 信（キナシ大林病院 院長） 前任：白川洋一（総合病院 回生病院 院長）

東京都 新任：丸山 洋（武蔵野赤十字病院 院長） 前任：富田博樹（武蔵野赤十字病院 前院長）

7. 顧問の退任について

堺会長より提案があり、取り下げを承認した。

8. 定款23条の2に基き、参与の交代を承認した。

参与 日本病院薬剤師会長 新任：北田光一 前任：堀内龍也

9. 日本病院会 支部の設立について

福島県支部設立の説明があり、承認した。

10. 平成24年度社員総会の議案について

議題（案）について提案がなされ、（案）を承認した。

第一号議案：議長・副議長の選出について

第二号議案：平成24年度補正予算（案）について

第三号議案：平成25年度事業計画（案）について

第四号議案：平成25年度収支予算（案）について

第五号議案：社員の交代について

第六号議案：顧問の退任について

第七号議案：参与の交代について

11. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

人間ドック健診施設機能評価認定施設として、新規3施設、更新7件を承認した。

〔報告事項〕

(1) 第11回雑誌編集委員会 (2月19日)

(2) 感染制御講習会第3クール (2月23、24日)

資料一読とした。

(3) 医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー (3月2、3日)

244名の参加があった。修了者には、栄養サポートチーム加算の要件を含んでいる。

(4) 第3回医療安全対策委員会 (3月5日)

来年度のプログラムについて検討した。

(5) 第3回QI委員会 (3月7日)

25年度の参加施設が220の予定である。QIのインディケータも13指標から、紹介率、逆紹介率などを加えた25指標にする。

(6) 第5回ホスピタルショウ委員会 (2月27日)

(7) 第31回医療制度委員会 (3月6日)

(8) 病院中堅職員育成研修「薬剤部門管理」コース (3月9日)

(9) 第2回臨床研修指導医養成講習会 (3月9、10日)

(10) 第11回ニュース編集委員会 (3月15日)

資料一読とした。

(11) 第10回医業経営・税制委員会 (3月15日)

患者未収金問題に関するアンケート調査、当委員会が担うべき役割について検討した。

(12) 第5回診療情報管理士教育委員会 (3月7日)

第6回診療情報管理士の認定試験の合否判定について、今回は43.7%と少し低かった。

(13) 分類法指導者のための勉強会 (3月9日)

(14) コーディング勉強会

(15) 医療統計学勉強会

資料一読とした。

日本診療情報管理学会

(16) 第3回編集委員会 (2月27日)

25巻1号の発刊の作業を行った。従来は年3回発刊だったものを、年4回の発刊に向けて臨時増刊を出していく。

(17) 2016年IFHIMA国際大会の日本開催へ向けての第2回誘致委員会 (3月6日)

2016年にIFHIMAの国際大会日本開催に向けて誘致している。プレゼンテーションを行うにあたって、安倍総理、田村厚生労働大臣等に招致メッセージをいただける予定である。

(18) 第3回理事会

資料一読とした。

(19) 今年度厚生労働科学研究の件

3月10日の朝日新聞に、死亡診断書「死因の記載不正確」2割、という記事が掲載された。

WHO関係

(20) 第4回WHO国際統計分類協力センター運営会議 (3月19日)

年間スケジュール、会議の報告方法等が検討された。

日本診療情報管理士会

(21) 第4回理事会

病院経営管理士通信教育

(22) 第2回病院経営管理士教育委員会

病院経営管理士会

(23) 第63回日本病院学会ワークショップ打ち合わせ会

福島県病院協会定期報告

施設基準緩和措置について、看護基準を初めとするもので、田村厚生労働大臣宛てに要望書を提出して、半年間延長となった。

現在、避難区域から8万5000人、区域外から7万人の方が避難生活をしている状態である。

2. 日病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第91回診療報酬実務者会議 (3月13日)

資料一読とした。

(2) 第100回代表者会議 (3月13日)

資料一読とした。

(3) 第95回代表者会議 (3月22日)

入院基本料を病院単位か病棟単位か、という議論があったが、コンセンサスが得られず継続審議となった。

1年交代の議長について、平成25年度からは日慢協の武久会長、副議長には国立大学附属病院長会議の宮崎勝先生が就任となった旨、報告があった。

3. 中医協について

(1) 第238回、240回総会 (2月27日、3月13日)

DPC評価分科会における特別調査ということで、基本的にはコーディングの精緻化になる。

診療報酬改定に向けた医療技術の評価、再評価についても検討した。

(2) 第5回診療報酬調査専門組織医療機関等における消費税負担に関する分科会 (3月18日)

病院機能に合わせた効率的な入院医療、これを目処とした全国調査を厚労省の医療課が主体となつてやる、という部分で、その調査について意見を具申する委員会となっている。

24年度はすでに終わっており、25年度については昨年の春の改訂で手を入れられた幾つかの項目についての影響調査となる。

(3) 第3回診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会 (3月21日)

消費税8%引き上げ時、来年4月における高額投資に関して、どのような考え方をとるか、という1点について議論されている。全てを診療報酬で上乗せ対応という考え方と、診療報酬上乗せ対応+高額投資対応という2つの考え方で整理されている。

4. 四病協について

(1) 第11回、12回准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会 (2月22日)

7対1の拡大による中小病院や精神科病院の看護師不足が非常にクローズアップされてしまっている。准看護師の役割も十分ある、という意見も出ていた。特に、現在准看護師が看護師試験を受けるためには10年間の就業経験が必要だが、これを5年でもいいのでは、という意見もあった。

(2) 第31回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会 (2月27日)

25年度の医療福祉機構の予算報告があった。

(3) 第11回総合部会 (2月27日)

(4) 第10回日本医師会・四病協懇談会 (2月27日)

厚生局の個別指導立ち合いの件については、支部長連絡協議会から要望があった。これを四病協で要求していこうと日本医師会とも検討している。

(5) 第6回医療制度委員会 (2月28日)

資料一読とした。

(6) 第12回医療保険・診療報酬委員会 (3月1日)

入院料について、施設基準が足りない場合の措置について、また、ジョブカードについて議論された。

(7) 第6回在宅療養支援病院に関する委員会 (3月4日)

在宅療養支援病院に関するアンケート調査の集計結果について議論された。在支病の届け出は、民間病院が80%を占めている。24年4月の改定後、従来型の在宅療養支援病院から加算もついているためか、強化型が約5割以上に増えている。

(8) 第11回医業経営・税制委員会 (3月21日)

来年度の税制改正要望について、少しずつ動き出している。

5. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

(1) 第18回被災者健康支援連絡協議会 (3月4日)

「大規模災害への対応にかかる提言及び要望書 (案)」について議論された。

(2) 第17回専門医の在り方に関する検討会 (3月7日)

資料一読とした。

(3) 第4回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会 (3月7日)

平成25年に法律を作って、26年から医療法によって医療機関の報告を厚労省が求める、ということが決められている。この委員会では、どういう内容を報告するのか、という点を議論している。この結果は診療報酬と密に関係してくるのでは、と理解していると報告があった。

(4) 第2回救急医療体制等のあり方に関する検討会 (3月15日)

資料一読とした。

(5) 第1回健康・医療戦略参与会合 (3月18日)

日本の経済成長戦略の中に医療が入った。それを受けて内閣官房の中に健康医療成長戦略室が立ち上がって、そこで意見を具申する参与が17名選ばれ、山本顧問がメンバーの一人となった。設置の理由、体制図等の説明、報告があった。

6. 第5回～第8回常任理事会承認事項の追認について

常任理事会で仮承認を受けた下記の各項の報告があった。

- ・ 関係省庁及び各団体からの依頼等 (第5回常任理事会：継続2件、新規2件、第7回常任理事会：

- 継続7件、新規2件、第8回常任理事会：継続5件、新規1件)
- ・診療情報管理士認定試験受験校の指定（第5回常任理事会：指定1件）
 - ・人間ドック健診施設機能評価認定施設（第5回常任理事会：新規1件、更新1件、第7回常任理事会：新規1件、更新3件、第8回常任理事会：新規1件、更新4件）

【協議事項】

1. 医療基本法策定に際しての日本病院会からの提言について

医療制度委員会（石井暎禧委員長）がまとめた「医療基本法策定に際しての日本病院会からの提言」について協議した。

医療基本法については、これまでに様々な団体から公表されているが、病院医療の立場を十分に反映しているものとは言えない。また、特定の団体が単独で提言すべきものではなく、全てのステークホルダーからの議論が集約されたものでなければならない、として、活発な意見交換を行った。

第1回常任理事会

平成24年4月28日(土) 日本病院会「5階会議室」出席者52名

【承認事項】

1. 一般社団法人への移行に伴う会議のあり方について

「監事の職務及び権限」、「理事会の権限」、「常任理事会の権限」など新旧定款比較表を提示して、定款第37条（理事会の権限）の規定に拘らず、「下記事項（3項目）の議決承認については、常任理事会に委任する。なお、常任理事会議長（会長）は、常任理事会において議決承認した事項について、直近の理事会に報告する」ことを諮り、承認。

- ①関係団体の会議、行事に冠する後援、協賛、共催
- ②国、地方公共団体、関係団体設置機関への役員、委員の派遣
- ③その他緊急に処理を必要とする事項

2. 会員の入退会について

正会員の入会が1件、退会9件と退会撤回2件、特別会員の退会1件、賛助会員の入会2件と退会2件について諮り、承認。

3. 関係省庁および各団体からの依頼等について

依頼事項（11件）を承認。

（継続：後援・協賛等依頼7件）（継続：委員委嘱・推薦等3件）（新規：後援等1件）

4. 平成24年度社員総会の開催について

- ・5月19日（土）東京都・中央区・ロイヤルパークホテル
- 諸会議日程、社員総会（代議員会）への提出議題などを提示して承認。

5. 顧問・参与の委嘱について

定款23条の2に基き、顧問・参与の交代（下記2名）を承認。

- 顧問 横倉義武・日本医師会 会長
- 参与 桐野高明・独立行政法人国立病院機構 理事長

6. 診療情報管理士認定試験受験校の指定について

医療法人社団慈恵会「神戸総合医療専門学校」の指定を承認。

7. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

人間ドック健診施設機能評価認定施設として、3施設の更新を承認。

〔報告事項〕

1. 委員会等の開催報告について

(1)医療の安全確保推進委員会（第18回・3月21日、第19回・4月9日）

- ・（第18回・3月21日）「診療行為に関わる死亡・事故の原因究明制度のあり方について（中間報告）」を踏まえて死因究明のあるべき姿について検討、継続審議。
- ・（第19回・4月9日）「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会（厚労省、3月29日）」のヒアリングで、（中間報告）の概要を説明したと報告。

(2)国際委員会（第1回・4月24日）

AHF（アジア病院連盟）理事会を7月にマレーシアで、IHF（国際病院連盟）第1回理事会を南アメリカで開催する。

(3)病院診療の質向上検討委員会（23年度第4回・3月21日）

「病院診療の質向上セミナー」を、9月28日（金）、大阪府で開催。教育講演は「地域医療の包括的システムと病院医療の質～2025年に向けて～」(仮題)。

(4)栄養管理委員会（第1回・4月19日）

委員会の設置目的は、教育を基本としてメディカルスタッフのレベルの底上げを目指す。第1回NSTセミナーは、10月26日（金）～27日（土）、10時間の講習として開催予定。

(5)雑誌編集委員会（23年度第12回・3月27日、第1回・4月24日）

- ・（23年度第12回・3月27日）4月号、5月号の企画・編集を検討。
- ・（第1回・4月24日）5月号、6月号の企画・編集を検討。

(6)Q I 委員会（23年度第2回・3月27日）

平成23年度QIプロジェクトデータフィードバック説明会（5月16日）、精神・療養病床を有する施設への説明会（5月22日）、平成23年度QIプロジェクト参加施設への説明会（5月17日、23日）などの開催要領を検討。

(7)地域医療委員会（23年度第5回・3月29日）

24年度の活動（地域医療再生を妨げる「制度の壁」についての継続的な議論、中小病院委員会との合同委員会の開催、平成25年度第63回日本病院学会にシンポジウムの企画提案、アンケート調査の実施）について検討。

(8)災害対策特別委員会（第1回・4月23日）

ライオンズクラブ国際協会からの義援金支援について、被災3県より支援要望のあった6項目を支援決定したと報告。

(9)ホスピタル小委員会（第1回・4月6日）

国際モダンホスピタルショー2012の日病コーナーのあり方、公開シンポジウム「どうする?これからの救急医療」のプログラムについて検討。

(10)医療制度委員会（第20回・4月11日）

医療基本法について検討を行い、「ギルドとしてのプロフェッショナルコード」について指摘。急性期病床群について意見交換、継続審議。

(11)中小病院委員会（第1回・4月12日、第2回・4月23日）

「中小病院経営支援事業」の試行、「IT時代における病院の取り組みに関するアンケート調査」の

実施・集計方法、第 62 回日本病院学会でのシンポジウム」のプログラムなどを議題にして、WEB 会議システムの試行を兼ねた委員会運営をする。

(12) 臨床研修委員会 (第 1 回・4 月 16 日)

臨床研修指導医養成講習会 (1 泊 2 日) は、参加者主体型の合宿方式 (於都市センターホテル) で、年 2 回開催を確定。受講料は 1 人 90,000 円 (含宿泊代、朝食代、情報交換会費)。

(13) 医業経営・税制委員会 (第 1 回・4 月 17 日)

25 年度税制改正要望の追加項目、四病協・消費税に関するアンケート調査の実施、未収金問題 (フォローアップ調査) の調査項目などについて検討、継続審議。

(14) 病院経営の質推進委員会 (第 1 回・4 月 24 日)

診療報酬改定影響度調査の実施・集計方法、ワーキンググループの設置について意見交換。今後、WEB 会議システムでの委員会開催を検討する。

(診療情報管理士通信教育関係)

(1) 医師事務作業補助者コース小委員会 (第 1 回・4 月 23 日)

教材の改訂、レポート問題、シラバス (実施要綱) の内容を整理する。

(2) 医療統計学勉強会 (4 月 7 日～4 月 24 日)

全国 8 教室、総数 173 名の参加と報告。

(3) コーディング勉強会 (4 月 1 日～4 月 16 日)

全国 7 教室、総数 117 名の参加と報告。

(日本診療情報管理学会関係)

(1) 平成 24 年度厚労科研事業「死亡診断書の精度向上に関する診療情報管理士の介入による記載適正化の研究」(第 1 回班会議・4 月 20 日)

23 年度研究課題の事後評価結果を報告。24 年度は、死亡診断書の記載適正化のための具体的な診療情報管理士の介入方法について、フィールドテストで実証することを研究課題とする。

(病院経営管理者協議会関係)

(1) 病院中堅職員育成研修「薬剤部門管理」コース (第 1 回・4 月 13 日、14 日)

修了者数 79 名と報告。

(2) 編集委員会 (第 1 回・4 月 20 日)

第 17 巻 (24 年 9 月発行予定)、第 18 巻 (25 年 2 月発行予定) の編集を検討。

(WHO 関係)

(1) WHO-FIC、ICD-11 改訂運営会議 (RSG)、SEG (3 月 15 日～18 日)

ICD-11 の改訂の経緯、2012 年 5 月発表予定の β 版に向け、コアメンバーによる最終合意のための会議内容を報告。

(2) WHO-FIC 教育普及委員会 (EIC) (3 月 19 日～21 日)

ICF ウェブトレーニングツール、国際トレーニングなどについて検討結果を報告。

(福島県病院協会定期報告関係)

警戒区域私的 4 病院の窮状を報告。現在の課題として、運転資金の確保、4 月以降の負債の支払い、金融機関の債権放棄に係わる不安、東電賠償金の支払い対応、免税措置の要望、国の仮払いならびに廃棄を余儀なくされた場合の東電と国の債務負担を挙げる。

2. 日病協について

(1) 代表者会議（第 89 回・3 月 23 日）

- 1) 24 年度診療報酬改定に係る実務者会議の意見を、中医協委員を通じて厚労省へ要望する。
- 2) 代表者会議の新議長に深尾 立・副議長が推薦され、満場一致で承認。新副議長は新議長が新年度第 1 回目の代表者会議で指名する。
- 3) 日本医療安全調査機構への 24 年度負担金拠出は加盟 6 団体が表明。25 年度以降の支援は各団体に改めて検討する。
- 4) 日本医療機能評価機構の産科医療補償制度運営委員会委員として、飯田修平・全日病常任理事、大濱紘三・全自病協常任理事の両氏を、日病協から継続して推薦する。

(2) 診療報酬実務者会議（第 80 回・4 月 18 日）

中医協報告（総会・3 月 28 日、4 月 11 日）、24 年度診療報酬改定に関する疑義などについて意見交換。

3. 中医協について

諸会議の資料に基き概要を報告。特に、「平成 24 年度診療報酬改定の総括と評価」については、主として内科系学会の要望、結果の評価などを報告。採択率は 17.0%。今後の課題として、疾患毎の内科系技術料の算定を特定内科診療として引き続き要望する、入院基本料の内訳・エビデンスづくりなどが求められていると説明。

4. 四病協について

(1) 厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会（第 27 回・3 月 28 日、第 28 回・4 月 25 日）

・（第 27 回・3 月 28 日）

福祉医療機構より提示された医療貸付事業に係る 25 年度予算要求に基き意見交換。

・（第 28 回・4 月 25 日）

福祉医療機構から融資制度の利用状況を報告。

(2) メディカルスクール検討委員会（第 13 回・3 月 29 日）

よりよい臨床医を育成するため、卒前・卒後研修の連続性、手技の評価、コミュニケーションスキルの評価、試験制度の改革などについて検討。

(3) 医療保険・診療報酬委員会（第 1 回・4 月 6 日）

中医協報告、新点数施行後の現状などについて意見交換。「栄養管理実施加算の廃止に伴う緊急調査」を行い、調査結果を検証した上で要望書提出を図る。

(4) 医業経営・税制委員会（第 1 回・4 月 19 日）

25 年度税制改正要望を 7 月に厚労省等へ提出することを目指す。併せて、日医との共通要望事項について、昨年同様に連名で取りまとめることを確認。

(5) 総合部会（23 年度第 12 回・3 月 28 日）

TPP 協定交渉についての意見交換（3 月 9 日）、東京電力株式会社の電気料金値上げに対する対応、医療法人に対する規制のあり方に係る通知改正などについて報告。

(6) 日本医師会・四病協懇談会（23 年度第 12 回・3 月 28 日）

日医から「医療事故調査に関する検討委員会」答申に関するアンケート調査集計結果を報告。

(7) 総合部会（第 1 回・4 月 25 日）

2025 年に向けた一般病床の機能分化の問題点、法制化の必要性などについて意見交換を行い、四

病協に協議する場を設けることについて四病協会長会議でまとめる。

5. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

(1) 医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会（第2回・3月29日、第3回・4月27日）

ヒアリングで、診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度のあるべき姿について、今日までの議論の流れを紹介したのち、「診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度の在り方について【中間報告】」の骨子を説明。

(2) ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針の見直しに関する専門委員会（第10回・4月16日）

資料一読とした。

(3) 国民医療推進協議会 TPP 参加反対総決起大会（4月18日）

TPP 参加に反対することを決議したと概要を報告。

(4) 急性期医療に関する作業グループ（第6回・4月20日）

厚労省は、医療法上で急性期病床の位置付けを明確にして一般病床を機能分化する当初案を、急性期に限らず、地域医療全体で求められる医療機能を位置付ける主旨の修正案を提示し、意見交換した模様を報告。

(5) 特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会（第2回・4月26日）

特定機能病院の承認要件、医師の教育・研修などについて意見交換したと報告

6. 創立60年記念事業の報告について

3月16日（金）、ホテルオークラ東京で「創立60年記念行事」を挙行了した概要を報告。

7. 事務所の移転について

新ビル移転スケジュール案を提示した。

8. 事務局職員の採用について

4月1日付、新規採用の正職員7名、契約職員4名を紹介。

〔協議事項〕

1. 急性期病床群について

急性期に限らず、地域医療全体で求められる医療機能をそれぞれ位置付けるという急性期病床群（仮称）に関する厚労省の修正案を踏まえて意見交換した。

第2回常任理事会

平成24年7月28日（土） ホスピタルプラザビル「3階会議室」出席者54名

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり承認した。

〔正会員の入会4件〕、〔正会員の退会7件〕、〔退会の慰留1件〕、〔特別会員の入会1件〕〔賛助会員の入会1件〕

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議し、依頼を承認した。

（継続：後援・協力等依頼6件）、（継続：委員委嘱・推薦等依頼1件）、（新規：後援・協力等依頼2

件)、(新規：委員等委嘱依頼2件)

3. 参与の交代について

一般社団法人日本病院薬剤師会会長の交代について説明があり、承認された。

新任) 北田光一

前任) 堀内龍也

4. 診療情報管理士認定試験受験校の指定について

学校法人新潟総合学園 新潟医療福祉大学の指定を承認した。

5. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

3施設の認定を承認した。(新規2件)(更新1件)

6. 日本病院会義援金の使途について

石巻港湾病院及び福島県病院協会の2団体に義援金配付を行いたいとの提案があり、了承された。

[報告事項]

1. 各委員会等の開催報告について

(1) 精神科医療委員会 第62回日本病院学会ワークショップ(6月21日)

(2) 第4回中小病院委員会 第62回日本病院学会シンポジウム(6月22日)

資料一読とした。

(3) 第3回、第4回雑誌編集委員会(6月26日、7月24日)

7月号及び8月号、学会特集号となる9月号の各号に掲載予定の内容についての報告があった。

(4) 第3回医業経営・税制委員会(6月29日)

- ・税制改正に関する要望の上位3項目について検討し、今後、要求していくことになった。
- ・消費税に関するアンケート調査の中間報告案が総合部会において了承された。

(5) 第1回QI委員会(7月3日)

・QI事業には昨年度は85病院、今年度は140病院が参加しており、11の指標について委員会で解析後、フィードバックしている。

(6) 第1回地域医療委員会(7月4日)

・労働基準法や医療法に見られる地域医療を妨げる制度の壁が打ち破れず、医師の過重労働等の問題に声を上げる者が増えてこないのが、シンポジウムやアンケート調査によって会員の意識を高めていきたい。

(7) 第3回災害対策特別委員会(7月25日)

- ・6～7月に岩手県、宮城県、福島県の病院を視察した。被災県での復興が進む中で、明確な将来のビジョンによって病院整備がなされているかどうかについては地域差がある。
- ・福島県に関しては他県とは別次元の放射能問題があり、その実態を知った上でのサポートが十分に得られていない。

(8) 第23回医療制度委員会(7月4日)

・医療基本法の制定に向けて、副委員長が議論のたたき台となる案をまとめつつある。

(9) 第21回医療の安全確保推進委員会(7月4日)

・医療安全調査機構の運営において日本医師会の出した提案を取り入れるという意見があるので、日病との整合性を軸にしながらか議論を行っているが、医師法第21条が大きな問題になっている。法律そのものは変わらないが、その適応基準が随分変わってきているので、医療界として統一し

た新ガイドラインを出す必要がある。

(10) 第2回病院中堅職員育成研修「薬剤部門管理」コース（7月5日、6日）

(11) 第3回病院中堅職員育成研修「医事管理」コース（7月20日、21日）

(12) 1年次後期試験・前期スクーリング（7月9日～14日）

(13) 第4回ホスピタルショウ委員会（7月18日）

(14) 日本病院会主催 公開シンポジウム（7月18日）

資料一読とした。

(15) 第1回医療安全対策委員会（7月13日）

- ・講習については、ジェネラルリスクマネジャーを対象としたアドバンストコース導入の話が出ている。

(16) 第3回栄養管理委員会（7月24日）

- ・NSTの講習会については厚労省に後援名義を依頼しており、医師が出席すれば10時間コースをとったものとして認定されるようになるように企図している。
- ・今回の講習は、初めは医師だけを対象にして考えていたが、多数の参加を得るために医師及びメディカルスタッフという形で行うことになった。

(17) 診療情報管理士通信教育関連

資料一読とした。

①第1回専門課程小委員会（6月25日）

②第1回診療情報管理士教育委員会（6月29日）

③診療情報管理士教育事業に関する説明会（6月29日）

④第6期生医師事務作業補助者コース研修会（6月23日）

⑤医療統計学勉強会（6月16日～7月21日）

⑥コーディング勉強会（6月16日～7月22日）

(18) 日本診療情報管理学会関連

①第2回生涯教育委員会（6月23日）

- ・委員会の前に診療情報管理士指導者認定試験を実施し、10名の受験者全員が合格基準に達していたので、次回の総会で認定証を授与することにした。

②第1回国際疾病分類委員会（6月26日）

- ・厚労科研の作業の問題について、ICD改正・改訂ワーキンググループの議論内容が報告された。
- ・ICD-11の対応については、5月14日に交付されたβ版をもとにしてICD委員会で検討を行い、意見出しを進めている。

③第1回倫理委員会（6月27日）

- ・診療情報管理学会倫理綱領2009を見直す提案を行い、その事業が始まった。
- ・個人識別番号法案が閣議決定され、医療分野の個別法についても検討が開始された。

④第59回診療情報管理士生涯教育研修会（6月30日）

- ・資料一読とした。

(19) 日本診療情報管理士会関連

下記会議等について報告があった。

①第2回理事会（7月14日）

- ・各委員会の報告と事業計画案の一部追加修正及び会費未納者の退会処分を決議した。この時点での会員数は2,811名。

②評議員会（7月14日）

- ・理事会で承認された内容を全会一致で承認した。

③サテライトセミナー（7月14日）

- ・「留意すべきICDコード一覧」について、セミナーAで報告した。

④全国研修会（7月15日）

- ・346名の参加を得て開かれた。来賓として大井日本診療情報管理学会理事長、厚労省保険局医療課の迫井企画官等が講演を行った。

⑤総会（7月15日）

- ・理事会、評議員会で承認された内容を総会にかけ、承認された。
- ・前会長の鳥羽先生、前副会長の長澤先生を名誉会員に推挙し、承認され、表彰を行った。

(20) 病院経営管理者協議会関連

①第62回日本病院学会ワークショップ（6月22日）

- ・「病院経営の質向上と経営の安定化を求めて—具体的な取り組みと工夫—」というテーマで開催され、170名の参加を得て盛会であった。

2. 日病協について

下記会議等についての報告があった。

(1) 第83回診療報酬実務者会議（7月18日）

- ・中医協における基本診療料についての議論に関して、各病院団体でどのように考えるか討議を行い、基本診療料に関する意見を募ることになった。

(2) 第91回代表者会議（6月25日）

- ・日病協・診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループについて、病院においてもそれが必要だということで、日病協でも発足させることになった。

(3) 第92回代表者会議（7月27日）

中医協報告のほか、日病協の歩みの編纂などの議論がなされたとの報告があった。

3. 中医協について

(1) 第227回総会（5月23日）

- ・従来の慢性期の評価分科会を改組して「入院医療等の調査・評価分科会」という名称に変え、審議内容を広くすることが提案された。
- ・入院医療に係る調査は、平成24年度診療報酬改定附帯意見に基づき実施するという一方で、平成24年7月から10月にかけて調査項目の策定・調査を行うというスケジュールが提示された。

(2) 第228回総会（7月18日）

- ・先進医療制度の見直しについて、これまで先進医療と高度医療と2つで審議されてきたものを一本化し、先進医療が実施された場合に、それぞれの実施機関から事務局に報告を上げる。さらに先進医療会議でそれを検証して、先進医療の技術に関して保険収載するか、先進医療として継続するか、先進医療から外すかについて評価を行う。

(3) 第2回費用対効果専門部会（6月27日）、第3回費用対効果専門部会（7月18日）

- ・費用対効果において何を審議するかということで用語の包括的な定義を行い、その中で技術を選

んで討議することが提案された。

(4) 第159回診療報酬基本問題小委員会（7月18日）

- ・コスト調査に関する事項では議論がすれ違っているので、まず1号側、2号側それぞれの委員が基本診療料に関する意見を出して、それをもとに審議をすることになった。

(5) 第81回薬価専門部会（7月18日）

- ・長期収載品の薬価、諸外国における後発医薬品の使用促進策等について議論した。

4. AHF（アジア病院連盟）について

7月17日、マレーシアのクアラルンプールで開催された理事会の報告があった。

5. 四病協について

(1) 第29回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会（6月27日）

- ・昨年行ったアンケートにより、医療職の人材あっせん業者に年間約500億円の費用が支払われていることが判明したので、厚労省や福祉機構等に報告した。

(2) 第4回医療保険・診療報酬委員会（7月6日）

- ・管理栄養士がいないと入院基本料を算定できないという問題について、その見直しを求める四病協の緊急要望書を出して、正式な回答を待っているところである。

(3) 第1回医療安全対策委員会（7月11日）

- ・死因究明制度等に関して、四病協で提案をし、意見をまとめるために第1回の委員会を開催した。

(4) 第1回医療制度委員会（7月11日）

- ・日本医師会から医療基本法が提案されたので、当委員会ではそれを検討し、病院にとって必要な条件は何かということを詰めていく。

(5) 第4回医業経営・税制委員会（7月17日）

- ・四病協版の税制改正要望について取りまとめをし、総合部会に提出した。
- ・医療機関における消費税に関する調査は母数が少ないので、前回のパイロットスタディを改良して取り組むことにした。
- ・医療における消費税は非課税ということの根拠として諸外国の例が挙げられているが、諸外国には病院が損をしない仕組みが存在しているということを主張していく必要がある。

(6) 第3回、第4回総合部会（6月27日、7月25日）

資料一読とした。

(7) 第2回、第3回日本医師会・四病院団体協議会 懇談会（6月27日、7月25日）

- ・6月27日－厚労省の医療機関等における消費税負担に関する分科会によれば、診療報酬上で消費税対応を図ることが限界だという点で診療側・支払側の合意ができそうである。
- ・7月25日－薬価には既に5%の消費税相当分が含まれているが、そのあたりの理解がなかなか得られにくい現実がある。

(8) 第7回准看護師の生涯教育体制のあり方に関する連絡協議会（7月27日）

- ・中小病院、診療所、精神科病院等は准看護師がいなくなるとやっていけない。
- ・准看護師の生涯教育体制のあり方についての議論が、四病協だけでなく医師会でも始まっている。

6. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

(1) 第28回社会保障審議会医療部会（6月28日）

急性期医療に関する検討グループの報告書のまとめが報告された。

(2) 第12回医療情報の提供のあり方等に関する検討会（6月29日）

- ・現在パブリックコメント中であるが、医療機関ホームページガイドラインは常識的な案になっていると考える。病院のホームページを医療法で規制すべきではない。

(3) 第3回、第4回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会（6月29日、7月27日）

- ・特定機能病院及び地域医療支援病院の要件が適正かどうか検討するための実態調査を行う。

(4) 第9回専門医の在り方に関する検討会（7月6日）

- ・現在、中間まとめの段階に入っており、順調にいけば8月中に完成し、来年度に中立的な第三者の専門医に関する機構が立ち上がっていくであろう。

(5) 第1回医事法関係検討委員会（7月13日）

- ・委員11名、専門委員4名を決定し、医療基本法の法制化に向けての詰めの協議を開始した。
- ・病院団体と合同の委員会を開きたいとの提案があった。

(6) 第12回チーム医療推進会議（7月12日）

- ・看護師の能力認証について、教育・研修や管理体制を法律で位置づけるかガイドラインで示すかの問題、及び能力認証を国が行うべきか第三者機関が行うべきかの問題で意見が割れているとの報告があった。

(7) 第1回病院委員会（7月25日）

- ・横倉日本医師会会長から「病院の機能分化と役割分担－病院外来のあり方」について諮問がなされた後、それに関するフリートークが活発に行われた。

7. 第62回日本病院学会の報告について

- ・655題の一般演題の応募があり、2日間で延べ約4,200人の参加を得て開催された。

8. 診療報酬改定の影響度調査について

- ・平成24年度診療報酬改定の影響度調査は7月10日に調査票をリリースし、8月10日までウェブ調査を実施する。現時点で約700の病院から回答があったが、会長から50%以上という目標を設定されているので協力をお願いしたい。

〔協議事項〕

1. 消費税について

- ・中医協・診療報酬調査専門組織・医療機関等における消費税負担に関する分科会の委員である石井監事より、資料に基づいて報告があった。控除対象外消費税の負担問題、病院側が問題視している病院の建て替えや高額設備投資などに伴う消費税負担等についても意見交換を行った。

第3回常任理事会

平成24年8月25日（土） ホスピタルプラザビル「3階会議室」出席者46名

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり承認した。

〔正会員の入会2件〕、〔正会員の退会5件〕、〔正会員の退会慰留1件〕、〔賛助会員の入会3件〕、〔賛助会員の退会1件〕

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議し、依頼を承認した。

(継続：後援・協力等依頼6件)、(新規：後援・協力等依頼1件)

3. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

人間ドック健診施設機能評価認定施設として、1施設の更新を承認した。

[報告事項]

1. 各委員会等の開催報告について

(1) 第24回医療制度委員会（8月8日）

(2) 第23回医療の安全確保推進委員会（8月8日）

資料一読とした。

(3) 第1回病院診療の質向上検討委員会（8月9日）

セミナー企画として病院薬剤師の問題を取り上げ、東京以外の開催地ということで大阪府私立病院協会等の後援も得て、11月18日に大阪で予定する。

(4) 第1回認定個人情報保護団体審査委員会（8月10日）

・以前から検討してきた情報に関する研修会は、9月6日開催の第38回日本診療情報管理学会で診療情報管理士生涯教育研修会と共催の形でやることになった。委員会についてのアンケート調査なども行いたい。また、個人情報に関するホームページを立ち上げた。

(5) 第4回医業経営・税制委員会（8月16日）

・患者未収金問題に関するアンケート調査は会員を対象として8月末目途に実施する、協力願いたいと報告があった。

(6) 第2回病院経営の質推進委員会（8月20日）

・診療報酬改定影響度調査は、関係者の協力を得てデータを集められた。今後は、平均在院日数が短くなって患者数が減ったと思われる関係、DPCの医療機関別係数が厚労省発表データと違う点を検討する。117病院の動向は定期的に分析・報告を行う。

・病院中堅の職員研修は、年2回、1回80名程度でやっていく。検査・放射線等の技術部門の管理コースを新設する。

(7) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会（8月4日～18日）

(8) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会（7月28日～8月11日）

(9) 日本診療情報管理学会 第2回災害時のあり方に関する合同委員会（8月1日）

資料一読とした。

(10) 病院経営管理士通信教育 第1回病院経営管理士教育委員会（8月3日）

・病院経営管理士認定のスクリーニングは今年度から教材を作成し直した。ホスピタルプラザビルを会場としたいが、認定証授与式は別に考えたいとの意見もある。

(11) 病院経営管理者協議会 第1回理事会（8月7日）

・平成23年度の事業報告（案）、収支決算（案）、24年度の事業計画・収支予算（案）を検討し了承した。

(12) 福島県病院協会定期報告

・民主党幹事長室、平野復興相、小宮山厚労相等に直接要望書を手渡してきたが、賠償金の課税阻止では財務省主税局が個別に相談に乗ろうというわずかな前進があった。

・日本病院会の災害対策特別委員会により、7月5日、旧緊急時避難準備区域の南相馬市にある雲

雀ヶ丘病院（精神病院）、小野田病院を視察いただいた。

- ・7月20日に政府が不動産、家財などの原発賠償額の目安を示し、これを受け東京電力が賠償基準を公表した。5年は帰れない帰還困難区域と2年で除染し帰れるという避難指示解除準備区域で賠償額に差がついているが、福島県病院協会では差をつけるべきでないとの主張だ。

2. 日病協について

(1) 第84回診療報酬実務者会議（8月15日）

- ・DPC評価分科会では、医療機関群Ⅰ・Ⅱ群は維持し、Ⅲ群のあり方はこれから検討していくと報告された。

(2) 第93回代表者会議（8月24日）

- ・消費税に関して、高額な設備投資に対する考え方の議論があり、後ほど診療報酬での措置を説明したいと報告があった。

3. 中医協について

(1) 第1回診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会（8月1日）

資料一読とした。

4. 四病協について

(1) 第5回医療保険・診療報酬委員会（8月3日）

- ・ジョブ・カードを潜在看護師の再就職につなげることが難しいことがわかり、「看護補助者の養成コース」に使えるかを検討していくと報告があった。

(2) 第2回医療安全対策委員会（8月17日）

- ・院内事故調査委員会を制度に組み込むと、四病協として合意としたが、制度の目的がセイフティマネジメントかリスクマネジメントかという話が出て、まとまっていない現状だとの報告があった。

(3) 第5回総合部会（8月22日）

- ・特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会では、要件の見直しを検討している。機能に見合った特定機能病院なら400床以上、地域医療支援病院なら200床以下の病院にアンケート調査をする。

5. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

(1) 第56回社会保障審議会医療保険部会（7月30日）

報告は資料一読とした。

(2) 第15回被災者健康支援連絡協議会（7月30日）

- ・被災県の事例が他の広域災害で生かされていないことから、今後大災害が起きたときの検討も行わねばならない。オールジャパンで各団体が参加したのは画期的だが、事態が進んで各ステージで主役になる団体がどこかを勉強しなければならないと報告があった。

(3) 第10回専門医の在り方に関する検討会（8月3日）

- ・18基本診療科を専門医制度の基本領域、この領域の専門医を取得した上でのサブスペシャリティ領域の二段階制の仕組みでまとまってきている。第三者機関がこの専門医制度を認定してプログラムの認定を行い、試験などは各学会と協力して行う。

6. 第1四半期会計報告並びに監査報告について

平成24年度第1四半期会計報告の後、監査報告が実施された。

7. 第38回日本診療情報管理学会学術大会の進捗状況について

- ・9月6・7日、名古屋国際会議場で「医療の質の向上と診療情報管理」のテーマで開催する旨の説明があった。

8. 病院長・幹部職員セミナーの開催報告について

- ・昨年と同じ場所のル・ポール麹町で8月2・3日の1日半行い、延べ294名の参加を得た。講演者・座長等としての協力を感謝すると報告があった。

9. 委員会特別委員の追加について

- ・日本病院会はWHOに対しICD-11改定事業につき年間30万ドルの資金援助をしており、その中で一部をアジア地域の中の普及事業に使ってもいいことになっている。念願であったWHO-FICのコラボレーティングセンターに日本が任命された旨の報告があった

〔協議事項〕

1. 入院医療等の調査・評価について

- ・診療報酬改定における入院医療等の評価・検証のため厚生労働省・中医協に設置された診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」をめぐり、委員に参画している安藤文英常任理事を中心に、検討課題や日病としての対応方針などについて活発な意見交換を行った。日病の「見える化事業」などを参考にして総合的な判断を行う必要性を強調、日病として全面的に協力支援を行う方向で意見の一致をみた。

第4 回常任理事会

平成24年9月29日（土） ホスピタルプラザビル「3階会議室」出席者53名

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり承認した。

〔正会員の入会2件〕、〔正会員の退会慰留1件〕

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議し、依頼を承認した。

(継続：後援・協力等依頼8件)、(継続：委員推薦・委嘱依頼2件)、(新規：後援依頼1件)

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

(1) 第2回地域医療委員会（8月28日）

- ・地域医療再生を妨げる制度の壁を来年の病院学会のシンポジウムで取り上げ議論していくこととなり、制度の壁のアンケートを実施予定と報告があった。

(2) 第5回雑誌編集委員会（8月28日）

(3) 第2回病院経営の質推進委員会（8月20日）

資料一読とした。

(4) 第1回病院経営管理研修会（9月14日）

- ・224名の参加があり、小山信彌DPC評価分科会会長からのDPCⅡ群、Ⅲ群の病院分けについてほか、先端病院事例の講演や報告による研修を行ったと報告があった。

(5) 第3回病院中堅職員育成研修「財務・会計」コース（9月27日・28日）

(6) 第25回医療制度委員会（9月12日）

資料一読とした。

(7) 第24回医療の安全確保推進委員会 (9月12日)

- ・医療界の見解が一致した死因究明制度を早期にまとめようと動いている。原因究明、再発防止を機軸としていこうと議論している。
- ・医療安全調査機構の扱う死亡ケース、解剖例だけでなく、重篤事故での後遺症や病院機能調査機構のヒヤリ・ハット例も含め、広く全体をカバーする制度に持っていきたい。

(8) 第5回医業経営・税制委員会 (9月13日)

患者未収金問題に関するアンケート調査の回収率が現在20%弱である。目標は回収率30%、700会員病院なので、ぜひ回答いただきたいと報告があった。

(9) 第1回臨床研修指導医養成講習会 (9月15日・16日)

昨年度までの3日間コースで座学が多い研修会を変え、ワークショップ形式で1泊2日で実施した。

(10) 医療安全管理者養成講習会第2クール (9月7日・8日)

第2クールを終了し、事後アンケート調査で8~9割が満足との評価だ。より高いレベルの研修希望もあり、来年度の具体化を進めていきたいと報告があった。

(11) 第1回国際委員会 (9月18日)

閣議決定された医療の国際化について、日本病院会に参加要請のあった厚労省、経産省の説明を聞いた。厚労省の外国人患者受け入れ医療機関承認制度は、当方の参加のインセンティブやメリットが見出しにくい話だった。

(12) 第1回精神科医療委員会 (9月20日)

今年度盛況だった病院学会のワークショップに、齊藤万比古オブザーバー（日本児童青年精神医学会理事長）にコーディネーターを、司会にもう一人女性を、演者に教育関係者、小児科医、精神科医、心理職から女性を最低1名、最多3名までとして依頼したと報告があった。

(13) 診療情報管理士教育委員会 第2回医師事務作業補助者コース小委員会 (8月31日)

(14) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会 (8月21日~9月1日)

(15) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会 (8月17日~9月15日)

資料一読とした。

(16) 日本診療情報管理学会 第2回倫理委員会 (8月27日)

(17) 日本診療情報管理学会 第2回理事会及び評議員会 (9月5日)

(18) 日本診療情報管理学会 第60回診療情報管理士生涯教育研修会 (9月6日)

(19) 日本診療情報管理学会 総会 (9月6日)

(16) (17) (18) (19) について、以下の報告があった。

- ・倫理委員会では、倫理綱領2012の骨格がほぼでき上がった。
- ・日本診療情報管理学会は名古屋国際会議場で開催され、末永副会長に大変お世話になった。9月5日に理事会、評議員会、9月6日に総会が開かれた。

(20) 病院経営管理者協議会 第2回理事会 (9月14日)

(21) 病院経営管理者協議会 第1回総会 (9月14日)

- ・理事会では、総会に提出する「病院経営管理士会」への名称変更等を確認、ホームページの作成事業や次年度の日本病院学会ワークショップのテーマについて検討した。また第2回病院経営管

理研修会は、開催候補日を2日に絞り込みを進める予定とした。

(22) IFHIMA（診療情報管理協会国際連盟）執行役員対面会議（9月19日～21日）

2016年のIFHIMA総会を日本に誘致する案は、診療情報管理学会ほかで了解・賛同いただいているが、中国、タイ、オーストラリアと競合することになる。

2. 日病協について

(1) 診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ（8月27日）

資料一読とした。

(2) 第85回診療報酬実務者会議（9月19日）

消費税に関し日病協は原則課税でゼロ税率を統一見解にしようとのことだが、それは税制改革の問題となり簡単ではないということだ。病院が薬品を買うのがゼロなら、薬品会社の仕入れもゼロにしないと合わないのではないかと聞いたが、その結論は出ていないとのことなので、後で協議したいと報告があった。

(3) 第94回代表者会議（9月28日）

資料一読とした。

3. 中医協について

(1) 第2回診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会（9月5日）

・これまでの慢性期の評価分科会が改組され、24年度改定の付帯意見のうち幾つかを審議する分科会として設けられ、日病からは安藤常任理事が委員で参加している。

(2) 第229回総会（8月22日）

・DPC評価分科会の報告では、26年度改定対応に係る基本方針として、基礎係数が入ること、医療機関群を3つに分けたこと、26年度改定でも基本的に24年度改定を踏襲したいとの確認があり、小規模病院や専門病院等に対してDPCをどう評価するかを議論していく。

(3) 第230回総会（9月19日）

・被災地で特例措置を採用の病院は9月で特例措置がなくなるが、ひとまず来年3月まで延長し、さらに延長が必要かはそのときの調査に基づいて考える。

(4) 第160回診療報酬基本問題小委員会（8月22日）

・基本診療料のあり方に関する検討については、事務局も変わり少し議論がストップしているところがある。1号側も2号側も、基本的に、入院基本料の算定は看護基準が主だというだけでは実態をあらわさない、そこを考えようという点では合意している。

(5) 第4回費用対効果評価専門部会（8月22日）

・これまでに合意されたうち、評価手法について具体的に議論を始めようとしているが、今後の進め方で様々な意見が出てストップし、入り口から先には進んでいない。

(6) 第82回薬価専門部会（8月22日）

・長期収載品を後発の価格と比べてどうするかについて、諸外国の後発品のシェア比較で留意する必要がある、日本は後発の導入のスピードや率が低い現状が報告された。

4. 四病協について

(1) 第5回総合部会（8月22日）

(2) 第4回日本医師会・四病協懇談会（8月22日）

(3) 第2回医療制度委員会（8月29日）

(4) 第6回医療保険・診療報酬委員会（9月7日）

報告は資料一読とした。

(5) 第8回准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会（9月14日）

- ・正看になる通信制の進学者への奨学金は、額が少なく返還期間が短いので余り使われていない。21年度は91人受けて15人はドロップアウトした。合格率は80%ぐらいあるとのことだ。

(6) 第5回医業経営・税制委員会（9月20日）

- ・日医と四病協の連名で来年度税制要望を取りまとめた。

(7) 第4回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会（9月26日）

- ・①社会医療法人に貸し付ける場合、公益法人と見なして融資をする形に変わる。②償還は減価償却と合わせるよう30年に延びる。③上乗せ金利により連帯保証人はとらない。④担保は借地にも認め、借地に建つ上物は担保率90%で見るとのことで、利率の内容が変更された。

(8) 第6回総合部会（9月26日）

- ・入院基本料、基本診療料について、7対1は現在病院単位だが、中医協の中で議論し病棟単位にできないかと議論された。
- ・基本診療料は主に看護基準で成り立っているが、チーム医療の中、看護だけでなく諸職種がかかわるので、四病協として意見を出そうと委員会を立ち上げる事となった。

(9) 第5回日本医師会・四病協懇談会（9月26日）

5. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

(1) 第11回専門医の在り方に関する検討会（9月7日）

資料一読とした。

(2) 第2回医事法関係検討委員会（9月21日）

- ・日本医師会の医事法関係検討委員会が動いている。9月21日に民主党の小西議員、超党派の医療基本法議連の事務局長を呼び、医療基本法制定に向けて具体的な討議に入った。

6. 診療報酬改定影響度調査の中間報告について

- ・回答数1,308件、回答率55%、有効回答数は798病院で、前回よりも回答が大分増え、中でも300床未満の病院が顕著に増えたとして、概要の報告があった。

7. 栄養サポートチーム加算について

- ・NSTに関する講習会を、10時間以上の研修要件を満たして栄養サポートチーム加算が取れる資格を与えてほしいと厚労省に働きかけてきた。最近、医師が日本病院会の「医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー」を修了した場合、栄養サポートチーム加算にある所定の研修修了と見なすと認められた。

8. 支部長連絡協議会の開催報告について

- ・各支部長の報告で、日病がどんな仕事をしているかはっきり知らない人が地方に多数いる。入会を勧めるためにも、日病の動きを10分の動画にして会合で何回も流せば仕事ぶりがPRできるとの意見が出た。
- ・県に病院協会があるところは病院協会と一緒に講演会等も行っているが、ほかは県により事情があり日病とだけで開催とはいかないところもある。その他、いろいろな状況や意見が出された。

9. 第38回日本診療情報管理学会報告について

- ・9月6日・7日、名古屋国際会議場で開催された。2,154人と多数の参加があり熱心に議論した。

今回は25年9月5日・6日、つくば国際会議場で開催すると述べた。

〔協議事項〕

1. 消費税について

主に①高額の投資に係る消費税負担について、②診療報酬で手当とする場合の論点や実務問題について、石井監事より資料を交えて説明があり、意見交換を行った。控除対象外消費税負担を診療報酬で手当する際の具体的な手法の例を交えて、出席者による議論を行った。

2. 入院基本料について

中医協の診療報酬調査専門組織として「入院医療等の調査・評価分科会」に参画している、安藤文英常任理事を中心に協議を行った。

入院医療等の診療報酬上の評価の検討に当たっての技術的課題に関し、専門的な調査および検討を行っていく、とした。

第5回常任理事会

平成24年11月24日（土） ホスピタルプラザビル「3階会議室」出席者52名

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり承認した。

〔特別会員の退会1件〕

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議し、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛等依頼2件）、（新規：後援依頼1件）、（新規：委員等委嘱・推薦等依頼1件）

3. 診療情報管理士認定試験受験校の指定について

岡山県の岡山ビジネスカレッジを診療情報管理士認定試験受験指定専門学校として指定することを承認した。

4. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

人間ドック健診施設機能評価認定施設として新規1件、更新1件の認定を承認した。

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

日本病院会関係の下記委員会等の開催報告があった。

（1）第3回病院診療の質向上検討委員会（10月24日）

病院診療の質向上セミナー及び第63回日本病院会におけるシンポジウムについて、その開催に向けて議論を行ったとの報告がなされた。

（2）病院診療情報の質向上を考えるセミナー（11月18日）

220名の参加を得て大盛況であったとの報告がなされた。

（3）第4回栄養管理委員会（10月26日）

・セミナーを来年3月2日と3日に開催することが決定された。医師がここで10時間の講習を受ければNST（栄養サポートチーム）担当の資格を取ることができる。

（4）第2回QI委員会（11月13日）

・QIは昨年80病院の参加によって始まり、現在144病院になった。その成果を示すため12月3日に「分

析結果報告およびシンポジウムによる意見交換会」を開催する。

堺会長より、日本病院会は診療の質と経営の質の担保を重要視しているため、全会員病院がQI委員会の活動にぜひ参加していただきたいとの要請があった。

(5) 第7回雑誌編集委員会 (10月30日)

- ・11月号と12月号の企画・編集を行った。11月号では、第62回日本病院学会における招待講演及びシンポジウム2を掲載する。12月号では、病院長・幹部職員セミナーにおける会長及び諸先生の講演を掲載する。

(6) 第1回救急医療委員会 (11月6日)

- ・今年2月から3月にかけて行ったアンケートの総括に関して協議した。アンケート回収率は、昨年の24.1%から30.5%に約6%増えた。最も顕著な結果は、1年間で救急車受け入れ台数が7.3%増えたことである。

(7) 第27回医療制度委員会 (11月7日)

- ・2025年の改革シナリオの検討のために四病協から社保審に急性期病院現状調査報告を提出する件について、相澤副会長から「入院基本料・特掲診療料等実施状況報告書」を代用したらどうかという提案があり、賛同を得た。

(8) 第1回インターネット委員会 (11月8日)

- ・日病会議室でのインターネットの回線利用の要望が多くあるが、マイクシステムと無線LANの混信が起るので、自由なインターネット利用は難しい。
- ・日病ウェブサイトについては英文サイト及び広く本会の活動を支えるコンテンツの充実を検討する。ウェブサーバーのセキュリティーについては、ベーシックな契約を更新する。

(9) 感染制御講習会第2クール (11月10日、11日)

- ・ICN関連の診療報酬の問題等があり関心が高く、看護師を中心に504名の参加があった。

(10) 第7回医業経営・税制委員会 (11月12日)

- ・各政党からヒアリングに呼ばれているので鋭意出席し、会として主張すべきことを主張している。
- ・平成26年度税制改正要望について、その文案を検討した。

(11) 第2回社会保険診療報酬委員会 (11月14日)

- ・次期の診療報酬改定に向けて要望事項の集約のスケジュール等について議論した。来年6月ごろを目途にまとめて、7月から9月ごろに厚労省への提出を考えている。

(12) 診療情報管理士通信教育関連

①第2回DPCコース小委員会 (11月7日)

- ・DPCコース及び医師事務作業補助者コースの講師も、診療情報教育委員会の全国一斉講師会に参加してもらうことを報告した。

②コーディング勉強会 (10月20日～11月17日)

- ・累計で137教室、2,421名の参加があった。

③医療統計学勉強会 (10月25日～11月17日)

- ・累計で55教室、1,028名の参加があった。

(13) 日本診療情報管理学会関連

①第2回国際疾病分類委員会 (11月16日)

- ・冒頭、11月4日に亡くなった藤原研司先生に対して黙祷が捧げられた。

- ・専門委員会の件、ICFの件、ブラジルの年次大会の報告等の後、各委員の担当分掌について検討した。

②第61回、第62回生涯教育研修会（11月10日、11月17日）

- ・愛媛の松山及び東京で開催された研修会の報告を行った。

(14) 福島県病院協会定期報告

- ・福島県病院協会としては、廣瀬直己東電社長あてに包括支払いという形で賠償を考えるように要請していたが、年明けから各病院個別に交渉に入れる状況となった。
- ・国に対しては、中間指針等に基づいた補償が迅速かつ十分に行われているかについて検証してほしいとの要望を行った。
- ・現在、警戒区域内では7病院が休止しているが、2病院は帰還後、現地で再開を目指す。南相馬市の1病院は新築移転を計画している。30km近傍のいわき市内の1病院は有床診療所に縮小する計画である。
- ・隣接する二次医療圏は病床過剰地域であるので、経営が立ち行かなくなる可能性及び医療スタッフの取り合いになる可能性があり、憂慮している。

2. 日病協について

(1) 第10回診療行為に関連した死因究明制度等に係るWG（10月31日）

- ・日本医師会による骨子案についての説明が高杉常任理事から行われた。
堺会長から、医療提供者側が一致団結することが必要であり、12月の常任理事会で議論を行って日病の明確なスタンスを出してほしいとの要請があった。

(2) 第87回診療報酬実務者会議（11月21日）

現在は入院基本料の矛盾がいろいろあり、それを中医協で見直すために日病協の意見を取りまとめるということで診療報酬実務者会議に検討を任せられたので、早急に意見をまとめて中医協に提案したいとの報告があった。

(3) 第96回代表者会議（11月22日）

- ・厚生労働省により、入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する長期入院等の実態調査（平成24年度調査）が行われるが、これは今後の議論で非常に重要な資料になるので、調査依頼にはぜひ協力してほしい。
- ・中医協で、消費税についての高額投資に係る消費税負担の状況把握に関する調査が行われている。我々としては原則課税を求めるといってやっていきたい。

3. 中医協について

(1) 第232回総会（10月31日）

- ・9月に事務局がほぼ総入れ替えになり、実質の審議は余り進んでおらず、個別の報告やルーチンの報告事項が多かった。

(2) 第34回調査実施小委員会（10月31日）

- ・今回の調査については小委員会をつくり、事務局が提示した論点に沿って議論を行い、それを踏まえて調査の仕方をまとめ、総会で承認を受けてから第19回の調査をするという方針を了承した。

(3) 第5回費用対効果専門部会（10月31日）

- ・QOL評価の具体的な方法に関して、英国NICEにおける費用対効果の評価プロセスについて福田参考人から解説が行われた。

(4) 第83回薬価専門部会 (10月31日)

- ・先発医薬品と後発医薬品の価格の差が発生することを許容することについては、ほとんどの委員がそれに賛成した。
- ・長期収載品については、後発品の価格と一定程度差を設けることを許容するという結論になったが、どの程度の薬価差にするのかについては今後の議論とする。

(5) 第233回総会 (11月14日)

- ・報告資料記載の15品目について資料が出され、承認された。
- ・チゲサイクリンについては、総原価の計算自体が本当に正しいかどうかというような疑問も出され、原価計算の資料を次回から提出を求め、それに基づいて議論することとした。

(6) 第4回医療機関等における消費税負担に関する分科会 (10月31日)

- ・高額投資に係る消費税負担の状況把握に関する調査専門チームからの報告が行われた。
- ・来年1月中旬をめぐりとして、全国の医療提供施設等病院診療所、歯科診療所、保険薬局等4,000施設を対象としてアンケート調査を行う。その結果を受けて、高額投資に係る消費税の個別的な措置ができるかどうかについて結論を出す予定である。

4. 四病協について

(1) 第7回総合部会 (10月24日)

- ・第2回目の四病協の合同新年賀詞交歓会を25年1月10日木曜日に開催するので、大勢の参加を期待する。
- ・医師臨床研修制度の再評価について、日本医師会はそのままでいいということであり、我々と意見がなかなか合わない。

(2) 第6回日本医師会・四病協懇談会 (10月24日)

- ・資料一読とした。

(3) 第9回准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会 (10月26日)

- ・済生会横浜市東部病院の副院長から新人の教育等に関する報告がなされた。学校教育と現場との乖離があるので、新人看護師には病院で改めて研修させる必要がある。

(4) 第8回医療保険・診療報酬委員会 (11月2日)

- ・費用対効果についてのQALYの計算方法についての勉強や消費税についての議論がなされている。
- ・入院基本料あるいは特定入院料等の施設基準が細か過ぎるのは、より簡素化するという方向にそぐわないので問題である。中医協で議論していないことを、厚労省が次々に決めて通知してくるのも問題である。

(5) 第7回医業経営・税制委員会 (11月15日)

- ・医療に係る消費税については、四病協の約1,000病院を対象とした調査が行われて現在集計中であり、実態の数字がより明確にされるものと思われる。

5. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

(1) 第8回国民医療推進協議会総会 (11月15日)

- ・総会で決議(案)が可決された。

(2) 第1回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会 (11月16日)

- ・資料一読とした。

(3) 第15回チーム医療推進会議 (11月21日)

- ・二百項目余りの特定行為があり、それに対して医師の包括的指示、具体的指示でやろうということなので、なかなかまとまらない状況である。
- ・特定看護師（仮）について、臨床研修医が2年間の研修を終われば医籍に登録するのと同じような形で看護籍に登録しようと議論があるが、臨床を受けていない看護師ができるという懸念もあり、この問題について現在、意見の集約を図っているところである。

6. 平成23年度救急医療に関するアンケート調査について

後の協議事項で取り扱うとの説明があった。

7. ホスピタルプラザビル5階のテナント入居について

当ホスピタルプラザビルの5階があいており、テナントを募集していたところ、日本医業経営コンサルタント協会との間で契約が成立した。賃借料は坪単価1万7,500円、1カ月189万5,425円、年間2,270万強であるとの報告があった。

8. 政党・厚生労働省への要望について

10月に公明党から呼ばれて、崎原理事と2人で出席した。坂口元厚生労働大臣はじめ5、6名の代議士が同席しており、主に消費税の問題を中心に要望を行ったとの報告があった。

9. 平成24年度秋の叙勲・褒章の受章について

平成24年秋の叙勲・褒章に関して、役員、会員施設の受章者が紹介された。

10. 日本病院会会員への情報発信について

- ・日病会員への厚生労働省諸会議等についての情報提供を行うことにした。主に会長、副会長が参加している厚生労働省関係の会議から会員に情報を流したい。
- ・1月、2月、3月は試行的に情報開示し、4月から本格運用を行いたい。メーリングリストがまだ不整備であり、必要な会員には情報の提供をお願いする。

〔協議事項〕

1. 医療基本法に対する日本病院会からの提言（案）について

医師会による医療基本法に関する提案が出たので、日本病院会あるいは四病協からの提言をまとめる必要があり、3つの提案をしたいとの発言があった。

日病のスタンスは個別各論主義に陥らずに、医師会だけでなく看護協会その他の職能団体や患者の意見も必要であるので、組織としての意見集約を医療制度委員会に依頼して提言（案）を取りまとめた、として出席者とのディスカッションを行った。

労働基準法違反を前提にした医療提供体制は改める必要があり、医療従事者の規制を中心にした現在の医療関連諸法をどういう方向に改めていくのかについての主張をぜひ織り込んでいただきたいとの発言もあった。

2. 平成23年度救急医療に関するアンケート調査について

救急医療委員会（前原和平委員長）による「平成23年度救急医療に関するアンケート調査」の結果がまとまったことを受け、出席者との意見交換を行った。年間救急車受入台数の増加が目立ち、不応需率（受入不能率）も微増しており、救急医療を取りまく環境が依然厳しい状況にある、とのことであった。

第6回常任理事会

平成24年12月15日（土） ホスピタルプラザビル「3階会議室」出席者43名

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり届け出を承認した。

〔正会員の退会3件〕、〔正会員の退会撤回1件〕、〔賛助会員の退会1件〕

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

下記委員会等の開催報告があった。

（1）第8回雑誌編集委員会（11月27日）

- ・12月号は、第62回日本病院学会の招待講演を1題と、一般演題の中から選ばれた優秀・優良演題10題を掲載し、巻頭言は安藤文英常任理事にお願いする。
- ・1月号は、「新しい病院医療」をテーマとした新春座談会を掲載し、巻頭言は堺会長にお願いする。

（2）第4回地域医療委員会（11月27日）

病院医療を妨げる制度の壁に関するアンケート調査の内容について議論した旨の報告があった。

（3）第4回災害対策特別委員会（12月4日）

- ・ライオンズクラブ国際協会からの義援金約5億円分の支援として医療機器等を被災3県の方々にほぼ配布できた。国際協会はニーズがあればまだ支援できるので、被災3県の方々のご希望を伺いながら要望してほしいという話があった。
- ・日病にいただいた義援金がまだ5,000万円弱残っているので、さまざまな要望やニーズに迅速に的確に対応できるようにストックし、その都度用途を考えていくこととなった。

（4）第26回医療の安全確保推進委員会（11月29日）、日病協：第11回診療行為に関連した死因究明制度等に係るWG（12月4日）、四病協：第4回医療安全対策委員会（12月3日）

関連するこれら3会議について一括して以下の報告があった。

（第26回医療の安全確保推進委員会）

- ・日病では、医療事故調査委員会として、院内、外部、中央という3段階で分けているが、ほかの団体も機能的には3段階に分けることで大体固まっている。まず院内で行い、その次に第三者を入れるが、医療事故の原因究明・再発防止は、医療者以外はできないので、まず外部委員会を医療側の第三者という形で行う。それを今度は中央委員会で、法曹界や有識者等の医療者以外の社会的第三者が判断し、議論の公平性・中立性を確保するという、3段階で行うことを明らかにしていく。
- ・中央委員会に全事例の報告が集中しないよう、軽症なもの等、事例により書類審査を行う。これらをまとめて第二次報告案を出した。

（日病協：第11回診療行為に関連した死因究明制度等に係るWG）

- ・医師法21条について、医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討会で厚労省から見解が示されたが、それによると21条に関してはほとんどクリアしているという評価になる。

（四病協：第4回医療安全対策委員会）

- ・四病協としては、死亡事例だけでなく、重大な事故も含めて検討の対象とするという形で進んでいる。

- ・紛争や訴訟等は対象にしないとしたことに医法協が反対の意を示し、これについては一致せず、議論が続いている。

(5) 第28回医療制度委員会（12月5日）

- ・2025年度の社保審の改革シナリオに関して、現状の急性期病院の状況を調査する方向で進めている。
- ・医療基本法について、前回の常任理事会でいただいた指摘を踏まえて修正した。

(6) 第3回病院経営の質推進委員会（12月6日）

- ・診療報酬影響度調査の最終報告がなされた。
- ・病院中堅職員育成研修に、放射線部門と臨床検査部門からなる医療技術部門管理コースを新設する。

(7) 医療安全管理者養成講習会第3クール（12月7日、8日）

資料一読とした。

(8) 第2回臨床研修委員会（12月10日）

- ・9月から新しいプログラムに変更し、従来の座学中心から参加者主体のワークショップ形式に変えた。アンケートの結果、評価が非常に高かった。

(9) 診療情報管理士通信教育関連

①第3回診療情報管理士教育委員会（12月8日）

- ・24年度診療情報管理士の第6回の認定試験は平成25年2月10日に開催で、開催会場等も決定した。監督者説明会を1月18日に開催する。

②全国一斉講師会（12月8日）

- ・今回はDPCコースの講師7名と医師事務作業補助者コース3名が出席し、出席者総数は74名となる。

③平成24年度前期スクーリング（8月16日～11月28日）

- ・7会場、48日間で、2万1,907名の参加を得た。

④コーディング勉強会（11月18日～12月1日）

- ・17教室、388人の参加を得た。平成24年度で総計は、154教室、2,806名となっている。

⑤医療統計学勉強会（11月24日～12月1日）

- ・6教室、240人の参加を得た。平成24年度総計では、61教室、1,268名となっている。

(10) 日本診療情報管理学会関連

①第2回編集理事会（11月29日）

- ・今まで発刊された会誌を保存するためにPDFデータ化することを決議したが、会員に対する提供方法について協議した。

②第1回IFHIMA国際大会の日本開催へ向けての誘致委員会（12月7日）

- ・平成28年に日本に誘致するため、申請書を提出した。
- ・来年5月12日にカナダのモントリオールで開かれる第17回IFHIMA大会で、プレゼンテーションを行う。

(11) 日本診療情報管理士会関連

①第3回理事会（12月4日）

- ・教育委員会の来年度の全国研修会を、札幌で7月13、14日の2日間行う。また、統計スキルア

ップ勉強会については講師の選定が難しく、日本病院会の通信教育委員会と調整して行うことになった。

福島県病院協会の現況報告

- ・11月14日に復興推進委員会の現地調査が南相馬市の雲雀ヶ丘病院で行われたが、委員からは、「病院の窮状については全く知らなかった。発信をしない病院団体の怠慢だ」との意見が相次いだ。
- ・11月25日に、県外流出・退職看護職員2,000人との報道が出た。数年後には看護師が952人不足するとの試算もあり、医師不足・看護師不足が大変深刻になっている。
- ・派遣システムの実情を調査したところ、福島県立医科大学寄附講座、災害支援講座から3病院に7名、福島県ドクターバンクから4病院に4名、福島県在籍派遣システムにより1病院に看護師1名、県から2名の派遣があった。
- ・福島県に支部を設立する。県下137病院中、日病の会員は36病院しかないので、会員の拡大を図っていきたい。
- ・10月1日現在で、避難児童が3万968人いる。まだ1万6,970人が県外に避難しており、母親である看護師等、子どもについて出ている方がかなり多いのではないかと推測する。

2. 日病協について

(1) 第11回診療行為に関連した死因究明制度等に係るWG (12月4日)

上記1. 各委員会等の開催報告について(4)に記載のとおり。

(2) 第88回診療報酬実務者会議 (12月12日)

- ・現在の一般入院基本料が看護師数のみで決定されている状況が問題であるという認識は一致しており、医師、薬剤師、栄養管理士、リハビリテーション職、MSW、PSWなどの配置も入院料に含まれていいとの意見があった。

3. 中医協について

(1) 薬価専門部会 (第85回：11月28日、第86回：12月5日)

(第85回)

- ・我が国の医療用医薬品市場は世界でも秩序ある優れた市場を形成しているとの認識に立ち、後発と先発の薬価の差についてはぜひ認めてほしいということは一致しているが、長期収載品に係る新たなルールを認めるのであれば、新薬創出加算等の本格導入や特例引き下げの廃止も一緒にあわせて、コストについても考えながら決めてほしいという主張だった。

(第86回)

- ・第85回における業界の主張を受け、「長期収載品の薬価のあり方等について」ということで中間取りまとめ(案)が提出され、この方向で認めた。

(2) 第35回調査実施小委員会 (12月5日)

- ・第19回の医療経済実態調査の調査項目について議論した。
- ・6月単月のみで行っている調査を通年にすることは合意しているが、通年にすると不都合なものは6月の在庫だけで通年のデータにしてはどうかとの案が出た。

(3) 第234回総会 (11月28日)

- ・「医療機器の保険適用について(平成25年)」ということで、5種類のものが提示された。この中のエクспанサーバルーンカテーテルについて、7万9,000円という原価計算がやや高いということで、医薬品も含めて、どういう原価計算になっているか今後提示していただきたいと申し上げ

た。

4. 四病協について

(1) 第8回総合部会（11月28日）

- ・医師臨床研修制度の評価について、四病協として意見を統一したいので、医療制度委員会の中で詰めることとなった。

(2) 第7回日本医師会・四病院団体協議会懇談会（11月28日）

- ・資料一読とした。

(3) 第4回医療安全対策委員会（12月3日）

上記1. 各委員会等の開催報告について（4）に記載のとおり。

(4) 第9回医療保険・診療報酬委員会（12月7日）

- ・ジョブカード制について、有期実習型訓練について、取り組んでいる。
- ・入院基本料について検討中ということで、救急救命入院料、ICUの管理料、救急医療管理料で、救急、重篤な患者の定義が一定でないことや、夜勤72時間問題というのが、16時間の定義があいまいだということなどを話し合った。

(5) 第4回医療制度委員会（12月13日）

一般病床の機能分化について検討しており、社会保障・税一体改革成案における医療提供体制に関する調査の原案作成を相澤副会長に依頼している旨の報告があった。

5. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

(1) 第13回専門医の在り方に関する検討会（11月29日）

資料一読とした。

(2) 第17回被災者健康支援連絡協議会（12月11日）

- ・福島復興の問題がまだ全く解決しない。関連死も福島が突出して多いが、まだこれからも増えると思われる。政治の決断のだらしなさでここまでひどいことになり、いまだに回復しない、内閣府や国権で全部やるべきだということを、日病としては主張している。
- ・福島の問題は真剣にオールジャパンで考えなければいけないということを感じたと報告があった。

(3) 第2回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会（12月13日）

後掲のその他の項にて議論。

6. 診療報酬改定影響度調査について

- ・有効回答数は807病院であった。
- ・DPC/PDPSの改定、延べ患者数減の要因、前回及び前々回調査の動向、平成24年度診療報酬改定に対する意見・要望事項を調査事項に追加した。

7. QIプロジェクト 第1回フィードバック説明会及び意見交換会について

- ・94施設138名が参加し、フィードバック説明会及び意見交換会を行った。

8. IHF STRATEGY WORKSHOP について

- ・国際病院連盟のあり方について、有利な点とウイークポイントなどについて、あらかじめ10カ国の正会員にアンケートを行い、今後どうするかディスカッションを行った。
- ・会費の関係もあって、正会員が減って準会員が増えている。会員数を増やすのであれば、何らかの病院の認定を行ってはどうかと提案したが、病院の質の評価はほかの団体が行っているため、IHFは手を出さないほうがいいという議論になった。

9. 平成25年度事業計画（案）について

- ・ 堺会長から、平成25年度事業計画（案）について、重点項目として挙げている8つの項目について説明があった。特に見える化の推進では、クラウドを利用し、安全性に配慮した情報提供環境を構築する。また、今後もさらにウェブ会議を推進し、組織の即応性、機動性を高める狙いも明らかにした。

10. 平成25年賀詞交歓会－新年の集い－について

日程や式次第、招待者数等の報告があった。

〔協議事項〕

1. 社会保障制度改革国民会議について

権丈参与から、社会保障制度を考える場合の財源の問題に関して説明があった。

国民会議の結論により行われる法制上の措置に各病院が円滑かつ適切な対応で、将来の病院の姿を明確に描くことが出来るように環境の整備を行うことが重要である、との意見があがった。

2. その他

相澤副会長から、自身が委員として参画している「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」の報告を交えて、出席者との意見交換を行った。

検討会で決まっていることの一つに、病院の持つ機能を都道府県に報告することで、基本的には病棟ごとに報告する。もう一つは、報告された内容を活用し、都道府県が医療計画をどうしていくか、という議論を中心に検討されている。

第7 回常任理事会

平成25年1月10日（木）ホスピタルプラザビル「3階会議室」出席者48名

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり届け出を承認した。

〔正会員の入会1件〕、〔正会員の退会1件〕

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議した結果、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛等依頼6件）、（継続：委員推薦・委嘱依頼1件）、（新規：委員委嘱・推薦等依頼2件）

3. 平成25年度事業計画（案）について

- ・ 平成25年度事業計画（案）について、重点項目として挙げている8つの項目について説明があった。特に見える化の推進では、クラウドを利用し、安全性に配慮した情報提供環境を構築する。
- ・ 医療の質と安全の取り組みとして、医療の質・評価の推進、医療基本法の策定に向けた取り組み、診療行為に係る死亡・事故の原因究明制度の在り方の検討、QIプロジェクト事業の強化を行う。
- ・ 国際活動として、AHF・IHFの活動、WHOへの協力・支援に加え、新たにWHO国際統計分類協力センター活動の実施、医療の国際化への取り組みを行う。
- ・ 学会としては、第63回日本病院学会（6月27・28日）、第39回日本診療情報管理学会学術大会（9月5・6日）、病院長・幹部職員セミナー（8月1・2日）、国際モダンホスピタルショウ2013（7月17～19日）を予定している。

- ・平成25年度委員会は基本的に24年度を踏襲するが、臨床研修委員会の小委員会に再検討を加える。
- ・平成25年度役員会開催計画について諮り、原則として第4土曜日に開催することで了承を得た。

4. 日本病院会福島県支部の設立について

日本病院会福島県支部が設立された旨の報告があり、了承された。

5. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

人間ドック健診施設機能評価認定施設として、新規1件、更新3件の施設の指定を承認した。

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

- (1) 第4回病院中堅職員育成研修「財務・会計」コース（12月20日、21日）
- (2) 第4回病院中堅職員育成研修「医事管理」コース（12月23日、24日）
- (3) 第9回雑誌編集委員会（12月25日）
- (4) 診療情報管理士通信教育関連
 - ①第3回医師事務作業補助者コース小委員会（12月22日）
 - ②第7期生医師事務作業補助者コース研修会（12月22日、23日）
 - ③コーディング勉強会（12月15日～22日）
 - ④医療統計学勉強会（12月15日～22日）

・資料一読とした。

- (5) 第4回災害時の診療録のあり方に関する合同委員会（12月26日）

大方の診療録の基本的構想が決まり、あと数回で災害時の診療録の草案が出来上がる予定である旨の報告があった。

- (6) 第3回WHO国際統計分類協力センター運営会議（12月21日）

日本がWHO-FICの協力センターに認定され、その具体的な会議を行った旨、また、東京女子医大の遠藤教授がアジア・パシフィックネットワーク会議の議長となり、引き続き日本病院会が事務局となる旨の報告があった。

- (7) 病院中堅職員育成研修「薬剤管理」コースの実施機関登録について

日本病院会が研修会実施機関として登録された旨の報告があった。

2. 日病協について

- (1) 第97回代表者会議（12月21日）

- ・社会保険診療に対する消費税の課税のあり方について検討する場を中医協とは別に設置することについて、日病協としても全面的にバックアップしてほしいという意見が出た。
- ・昨日、田村厚労大臣に日病協の要望という形で、高度急性期医療機能の充実、地域医療の充実、医療機能に応じた診療報酬体系の確立、医療に係る死因究明制度等の早期確立、医療施設への消費税の原則課税と軽減税率化の5項目を伝達した。

3. 中医協について

- (1) 第234回総会（12月19日）

- ・医療機関等の設備投資に関する調査の調査票の内容について議論した。調査に関して、できれば全部拾い上げたほうがよいとの意見と、それだと資産が多い病院は手間がかかるとの意見があり、検討の結果、300床未満の病院は金額によらず全ての機器を記載することとし、300床以上500床未満は原則として100万円以上の機器について、500床以上は原則として300万円以上の機器について、

それぞれ記載することとした。

(2) 第6回費用対効果評価専門部会（12月19日）

以下の報告があった。

- ・費用の範囲について、医療費や介護費なども含めたものを費用とし、本人の生産性損失については含めないというのが一般的だという説明だった。
- ・医師の技量、技術によって入院費を少なくしているのであれば、医師の技術の部分については十分見ていただきたいという主張をしている。

4. 四病協について

(1) 第9回総合部会（12月19日）

(2) 第8回日本医師会・四病院団体協議会懇談会（12月19日）

- ・推進基金に対して、従来の50万円から20万円に削減して援助することとなった。
- ・医療事故調査に関する検討委員会への四病協からの委員の派遣について日医から申し入れがあり、総合部会の段階では特に出さないということだったが、懇談会における検討の結果、四病協から1人構成員を派遣することとなった。

(3) 第8回医業経営・税制委員会（12月20日）

- ・医療機関における消費税に関する調査を行った結果、控除対象外消費税等負担額合計の医業・介護収益に対する割合は2.12%で、過去のデータとほぼ同じだった。
- ・消費税非課税は違法だということで兵庫県の4つの病院が裁判を起こしたが、敗訴した。
- ・医療法人会計基準の策定について、約10年前に中断したものの復活ということで動いている。

(4) 第10回准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会（12月21日）

日本看護協会から講演があり、准看護師の問題について議論した旨の報告があった。

(5) 第5回医療制度委員会（平成25年1月8日）

- ・社会保障・税一体改革において医療の基本体制について調査することとなり、調査項目がまとまった。
- ・医療基本法について日本医師会のシンポジウムがあり、我々の考え方と余り変わりはないことを確認した。できれば四病院団体協議会でも意見を一つにして提案したい。

(6) 医療安全対策委員会（平成25年1月9日）

- ・診療に関連して予期しない有害事象の要因分析と再発防止が主な趣旨で、紛争処理や補償はこれとは別枠で検討する。また、個人の責任追及の結果をもたらすものであってはならないという文言が入り、原因究明のために院内事故調査委員会が収集・作成した資料及び報告書は当事者にとって不利となる使われ方はすべきではないという文章が入った。
- ・日本病院会の中で医療の安全確保推進委員会も粛々として進めており、23年10月の中間報告を第2次報告として、さらに具体化したものを今まとめている。

5. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

(1) 第4回医事法関係検討委員会（12月19日）

- ・日本医師会の藤川常任理事が、議員立法による医事法関係の成立を進める意向を強く述べていた。医療基本法を定めると、個別の医師法や医療法も見直される可能性がある。これを動かすと非常に大変なので、日本医師会はこのままでできるだけ強行突破したいという姿勢であるが、医療提供団体の意見が一致していなければ正面突破できない。

- (2) 国民医療を守るための総決起大会（12月21日）
- (3) 第14回専門医の在り方に関する検討会（12月26日）

資料一読とした。

6. 役員改選について

日程の報告があり、2月1日が選挙告示、3月31日が代議員の選出報告書提出、4月13日が理事、監事立候補届け出締め切り、5月25日の総会で役員改選となる。

7. 平成25年度予算、税制改正に関する要望について

政権交代に伴い、自由民主党宛てに25年度予算、税制改正に関する要望書を提出する運びになった旨の報告があった。税制改正要望は10項目で、民主党政権時代に出したのと同じの文書となる。

8. 支部長連絡協議会（12月15日）の開催報告について

- ・支部の活動を日病ニュースに掲載することについて編集委員会の藤原委員長から提案いただき、1月10日号からお願いすることになっている。
- ・支部が設置されていない府県の支部事務担当者には、支部長連絡協議会に出席をお願いしたい。また、支部に対する助成金もお願いしたい。
- ・東京だけでなく、地域でも研修会や講演会を開催してほしい等の要望があった。

〔協議事項〕

1. 新政権に望むこと等について

- ・権丈参与から、消費税、年金問題、医療提供体制等の社会保障全般について説明があった。
- ・出席者からは、厚労省が唱えている機能分化と連携について、どのように国が実現させていくのか、また、病棟ごとに機能分化をして病棟間で協力するという姿を思い描いているが、具体的なことは明確になっていない。病院団体として自主的な努力だけでは実現が難しいという点から誘導していくべき、との意見があった。
- ・国家財政で医療を支えるのは苦しいので、経産省は規制緩和によって、財務省は自己負担増によって解決を図ろうとしているが、我々としては、供給側の提供体制のほうで少し協力してもらえば、何とか皆保険を維持しながら医療を保っていけると考えている、という発言があった。

第8回常任理事会

平成25年2月23日（土）ホスピタルプラザビル「3階会議室」出席者48名

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり届け出を承認した。

〔正会員の入会2件〕、〔正会員の退会撤回1件〕、〔正会員の退会1件〕、〔賛助会員の入会1件〕、〔賛助会員の退会2件〕

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議した結果、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛等依頼5件）、（新規：後援依頼1件）

3. 平成24年度補正予算（案）について

以下の説明があり、承認された。

- ・経常収益の合計は11億151万円で、予算よりも増えている。

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

4. 平成25年度事業計画（案）について

以下の説明があり、承認された。

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

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

以下の説明があり、了承された。

- ・日本病院会はWHOに対して年間30万米ドルの支援をしてきた。WHOではICD-11の改訂に向けて着実な活動を行っている。また、アジアWHO-FICには、30万米ドルの中から5万米ドル分出しており、着実な活動を行っている。

6. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

人間ドック健診施設機能評価認定施設として新規3件、更新8件の指定を承認した。

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

(1) 第2回救急医療委員会（1月8日）

- ・22年、23年に引き続いて同様のアンケートを行うこととした。
- ・前々回の救急医療のアンケート結果でいただいた意見をもとに、救急外来の原価計算表をダウンロードしてそこに記入していただくことにした。また、救急外来患者の動向で年齢構成の変化を加えた。
- ・シンポジウムに関しては、「救急医療の活性化に向けて」という題で、二次救急病院を地方から2つ、都市部から2つの4病院を選んで行う。

(2) 第5回地域医療委員会（1月9日）

- ・2週間ほど前に、宿直勤務時間全てに対して割り増し賃金イコール時間外手当の支払いを命じる

最高裁判決が確定した。宿直時間全てが時間外勤務になると救急医療は成り立っていかない。このタイミングで、制度の壁アンケートにおいて、三六協定の問題や宿直許可の問題、オンコール体制に対する時間外手当の支払いの仕方等、細部にわたって意見を聞いているので、このアンケートにしっかりと答えて、最高裁判決に対する我々地域医療委員会としての意見を出したい。

(3) 第5回災害対策委員会（2月5日）

- ・復興に関して、岩手、宮城は新病院の建設計画が策定される一方、福島は医療だけでなく生活そのものが苦勞しているという報告が前原理事からあった。福島県での医師確保に向け、役員会等でのお願いを継続してやっていくこととなった。

(4) 第3回社会保険診療報酬委員会（1月11日）

- ・平成24年の診療報酬改定においていただいた意見をもとに、最重点項目、重点項目と分けて要望した。幾つかは反映されたが、まだまだ貴重な意見があったので、この委員会として再要望することとした。

(5) 医療制度委員会（第29回：1月15日、第30回：2月6日）

- ・相澤副会長より、一般病床の機能区分に関するアンケート結果が集まりつつあり、最終的に1,000病院を超える勢いなので、かなりのことを言っていけると思うとの報告があった。

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

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

(7) 病院経営の推進委員会 第4回経営管理コース（1月18日、19日）

(8) 病院経営の推進委員会 第2回病院経営管理研修会（2月15日）

(9) 病院経営の推進委員会 第4回人事・労務管理コース（2月15日）

- ・資料一読とした。

(10) 医業経営・税制委員会（第8回：1月21日、第9回：2月20日）

（第8回）

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

（第9回）

- ・未収金のアンケート調査に関する報告書について議論した。1病院当たりの未収金平均額は1,100万円余となっており、過去2回の分と比較して大幅増となっている。未収金の発生率は、公的は私的の倍ほど発生している。
- ・全国の病院も未収金の総額は、過去の分も累積しているので、推計で2,147億円となっている。

(11) 第10回雑誌編集委員会（1月29日）

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

(12) 第2回精神科医療委員会（2月8日）

- ・今年、新潟で行う病院学会のワークショップは、日本児童青年精神医学会理事長の齊藤万比古オブザーバーを座長に、主に「子供の心の発達を支援する」というテーマで、虐待を中心にしつつ、

いじめについても話を加えていく。

(13) 第3回広報委員会（2月15日）

- ・日本病院会の重点事業計画である見える化の実践に向けて、広報活動は極めて重要であり、広報3部門がしっかり体制を整えながら行っていく。
- ・「インターネット委員会」という名称を「ホームページ委員会」に改めたほうがいいとの意見が出た。

(14) 第5回中小病院委員会／情報交換会（2月16日）

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

(15) 診療情報管理士通信教育関連

- ①第7回専門課程小委員会（1月11日）
- ②第4回診療情報管理士教育委員会（1月11日）
- ③第3回DPCコース小委員会（2月6日）
- ④第6回診療情報管理士認定試験（2月10日）
- ⑤コーディングの勉強会（1月12日～2月2日）
- ⑥医療統計学勉強会（1月12日～2月2日）

武田常任理事より、第6回診療情報管理士の認定試験は、全国16会場で3,586名が受験し、特に問題なく終了した旨の報告があった。他の会議についての報告は、資料一読とした。

(16) 日本診療情報管理学会関連

- ①第63回診療情報管理士生涯教育研修会（1月19日）
 - ②第3回生涯教育委員会（1月23日）
 - ③第3回国際疾病分類委員会（2月2日）
 - ④ICDの向上に関する協力委員との合同会議（2月2日）
- ・資料一読とした。

(17) WHO関連

- ①WHO-ICD改訂第5回TAG Face to Face Meeting（2月6日、7日）
 - ・当初の計画どおり、2015年にICD-11を改訂することを確認し、今後の各ワーキンググループ活動計画、特にiCAT入力に当たって協力することとなった。
 - ・ICD-11のフィールドテストは準備中で、フィールドテストの開始は未定である。
- ②アジア・パシフィックネットワーク議長会議（2月11日、12日）
 - ・東京女子医大の遠藤教授が新たにチェアマンに決定し、韓国のスクル・キム氏と共同の議長となる。
- ③WHO国際統計分類協力センターweb開設
 - ・資料一読とした。

(18) 病院経営管理士通信教育関連

- ①前期試験・後記スクーリング（第34回：1月14日～19日、第35回：1月21日～26日）
 - ・資料一読とした。

(19) 病院経営管理士関連

①第3回理事会（2月15日）

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

(20) 福島県病院協会定期報告

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

(21) 第2回認定個人情報保護団体審査委員会（2月15日）

- ・第38回日本診療情報管理学会における研修会のアンケート結果について報告があった。そこで出た自由意見に基づいてQ&Aを作成し、日病のホームページに掲載してフィードバックを図ることとした。

2. 日病協について**(1) 第12回診療行為に関連した死因究明制度に係るWG（1月31日）**

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

(2) 診療報酬実務者会議（第89回：1月16日、第90回：2月20日）

（第89回）

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

（第90回）

- ・入院基本料の設定に関する考え方とその調査方法について議論した

(3) 代表者会議（第98回：1月25日、第99回：2月22日）

（第98回）

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

（第99回）

- ・深尾議長から、日本病院団体協議会のあり方についてワーキンググループを立ち上げたいとの提言があった。

3. 中医協について**(1) 調査実施小委員会（第36回：1月23日、第37回：2月13日）**

- ・経済実態調査が毎回行われるが、今回、複数の店舗を持っている調剤薬局のデータを個別にとる

ことと、事業税についての調査を復活するという修正があった。

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

(2) 総会 (第236回：1月23日、第237回：2月13日)

(第236回)

- ・次回の診療報酬改定に向けて本格的な議論が始まりつつある。今回は、フリーディスカッションを行った。

(第237回)

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

(3) 第7回費用対効果評価専門部会 (1月23日)

- ・費用の中に生産性損失をどのように取り入れるかについて、例示として外国の例も含めて提示された。諸外国では、どちらかというも含めないで費用を算出する方向で議論が進んでいる。

4. 四病協について

(1) 第5回医療制度委員会 (1月8日)

- ・医療法の改正により、一般病床の機能区分を行い、病棟ごとに報告を求めることが決められたが、その報告に何を含めるかについて議論を行った。具体的には、平均在院日数と許可病床数と稼働病床数と1日の平均入院患者数ぐらいを厚生労働省に報告するというのでどうか、この後、ご議論いただきたい。

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

(第10回)

- ・東京医科大学茨城医療センターの事件が中医協に報告されたということで、当委員会も取り上げて、指導要綱・監査要綱をもう一回見直すこととなった。

(第11回)

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

(3) 医業経営・税制委員会 (第9回：1月17日、第10回：2月14日)

(第9回)

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

(第10回)

- ・第9回のときに提出した税制要望に対する回答があった。社会保険診療報酬等の非課税制度の見直しは今後検討するという事だった。
- ・医療機関における消費税に関する調査を行い、全国の病院の消費税非課税に関して生ずる控除対象外消費税等の負担額を推計したところ、4,000億円に上ることが発表された。

(4) 第10回総合部会 (1月23日)

資料一読とした。

(5) 第9回日本医師会・四病院団体協議会懇談会（1月23日）

非常勤医師の常勤換算が話題になったとの報告があった。

(6) 第5回在宅療養支援病院に関する委員会（2月4日）

- ・前回のアンケートでは360病院程度だったが、現在、789病院が在宅療養支援病院として手を挙げている。そこで、四病協として在支診、在支病、介護施設が包括ケアの中で実際にどう動いて展開しているのか、アンケート調査をもう一度行うこととなった。

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

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

5. 関係省庁等及び関係団体の各種検討会の開催報告について

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

資料一読とした。

(2) チーム医療推進会議（第17回：1月30日、第18回：2月22日）

（第17回）

- ・診療の補助における特定行為について、①行為そのものに「技術的な難易度又は判断の難易度」があることに加えて、②予め対象となる病態の変化に応じた行為の内容が明確に示された、特定行為に係るプロトコールに基づき、看護師が患者の病態の確認を行った上で実施することがある行為という、2つの考え方に基づき、検討を行った。

（第18回）

- ・法的にグレーゾーンがある現状を解決するために研修制度の法制化に賛成する意見が多いが、日本医師会など、危険なことまではやらないのでそのようなことは必要ないとの意見もある。

(3) 第1回救急医療体制等のあり方に関する検討会（2月6日）

(4) 第16回専門医の在り方に関する検討会（2月6日）

資料一読とした。

(5) 第5回医事法関係検討委員会（2月13日）

- ・今年に入って、各地区で医師会が主導になって医療基本法制定に向けたシンポジウムを開催しており、もう既に提出する法案の条文を検討する段階に入ってきている。
- ・実際の法案制定化に向けて政治的な動きを加速していく。医療基本法は総務省の直轄にあり、各省庁を網かけしていくような法になるので、厚生労働省には余り働きかけていない。

6. その他

(1) 厚生労働省指導医療官について

- ・厚生労働省保険局医療課の監査室長が、東京医大茨城医療センターの保険指定病院としての再指

定のお話で来たときに、指導医療官が少なくてなかなか手が回らないし、目も届かなくて大変なので、よい人がいたら推薦していただきたいとの話があった。日本国籍を持ち、医師または歯科医師免許取得後5年以上で臨床経験5年以上など、採用には幾つかの条件があり、採用されると国家公務員として勤務することになる。

〔協議事項〕

1. 今後の医療制度改革について

石井監事より、「第2次安倍政権の医療政策のゆくえ」と題して、資料を交えて説明があった。

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

2. その他

「診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度の在り方について（第二次報告）」について、木村壯介常任理事（医療の安全確保推進委員長）から説明があった。

医療事故の原因究明・再発防止のための制度設計案として、医療事故の対象範囲を死亡例に限定しないで、ヒヤリ・ハットを含めた全ての医療事故を扱うとした点がポイントになる。また、焦点の第三者による事故調査機関のあり方については、医療者を構成員として医学的見地に立脚した評価を行う「外部」事故調査委員会と、法曹界などの社会的視点も加えて審議全体の客観性・公平性を判断する「中央」事故調査委員会を構想している。

今回の提言は、随所に踏み込んだ内容となっており、当初からブレていない日病の考えとして、会員の期待に応える内容を持っている、と高い評価であった。

第 4

委員会・部会

1. 医療制度委員会.....	78	16. 病院経営の質推進委員会.....	94
1-2. 医療制度小委員会.....	79	診療報酬改定影響度調査.....	95
2. 医療の安全確保推進度委員会.....	79	17. 病院経営管理士会.....	95
3. 救急医療委員会.....	81	18. 情報統計委員会.....	99
4. 地域医療委員会.....	82	19. 広報委員会.....	99
5. 医業経営・税制委員会.....	83	20. ニュース編集委員会.....	100
6. 精神科医療委員会.....	84	21. 雑誌編集委員会.....	101
7. 中小病院委員会.....	85	22. インターネット委員会.....	101
8. 社会保険診療報酬委員会.....	87	23. ホスピタルショウ委員会.....	102
9. 医療安全対策委員会.....	89	24. 倫理委員会.....	102
10. 感染症対策委員会.....	89	25. 国際委員会.....	102
11. 病院診療の質向上検討委員会.....	90	26. 災害対策特別委員会.....	103
12. QI委員会.....	90	27. 診療情報管理士教育委員会.....	105
13. 臨床研修委員会.....	91	27-2. 基礎課程小委員会.....	112
13-2. 専門医制度小委員会.....	92	27-3. 専門課程小委員会.....	113
13-3. メディカルスクール小委員会.....	92	27-4. 分類小委員会.....	114
14. 栄養管理委員会.....	92	27-5. DPCコース小委員会.....	116
15. 病院経営管理士教育委員会.....	93	27-6. 医師事務作業補助者コース小委員会.....	118

第4 委員会・部会

1. 医療制度委員会

1. 開催回数 12回
2. 出席者数 延べ120名
3. 協議事項
 - (1) 当面の諸問題
 - 1) 医療基本法について
 - 2) 2025年度医療・介護サービスの需要と供給の見込み（改革シナリオ）について
 - ①病院病床の機能区分について
 - ②急性期医療について
 - (2) 委員からの意見提案について
 - 1) 医療計画について
 - 2) 医師臨床研修制度の再評価について

4. 総評

当委員会は、医療諸制度に関する政府・与党をはじめ厚労省等の施策に対して、現場を預かる専門家集団として迅速に適確な意見を取りまとめる役割を果たすため、本年度は、医療基本法、病院病床の機能区分、急性期医療などを中心に検討した。

医療基本法は継続審議事項である。11月、「医療基本法策定に際しての日本病院会からの提言」について大筋了承を得たのち3月まで微調整を行い、委員会として取りまとめた。

■医療基本法策定に際しての日本病院会からの提言（骨子）

1. はじめに
2. 法文（案）
 - 第1 医療において、患者および医療従事者は、等しく共同の責任を負う。
 - 第2 病院医療はチーム医療である。その中で医療技術の伝承が行われ、次世代の医療人が育成される。
 - 第3 医療従事者の適切な労務環境は保障されていなくてはならない。また、医療の実態に即した労働時間の基準の運用がなされなければならない。
 - 第4 医療事故の検証は、病院ならびに医療行為および医療法制の専門有識者をもって構成する医療事故調査委員会が行う。
 - 第5 医療事故に関する報道は、事実に基づき、公平に取材し、厳正になされなくてはならない。
 - 第6 医療行為は、法令または正当な業務による行為であり、罰しない。
 - 第7 受診者等は、有資格者の正当な医療行為によって損害を受けたことの故をもって、病院又は医療従事者に対し賠償を請求することはできない。
 - 第8 病院医療は公的なものであり、営利を第一として追求されることはあってはならない。

第9 公的皆保険制度を堅持し、営利を目的とする組織を参入させてはならない。

3. 日本医師会の医療基本法草案への提言

- 1) 医療の定義に、生命の尊厳を守る術を加える。
- 2) 医療の範囲と介護の範囲は重複する。
- 3) 医療の有する性質として、不確実性を加える。

1-2. 医療制度小委員会

1. 開催回数 6回
2. 出席者数 延べ24名
3. 協議事項
 - (1) 医療基本法について

4. 総評

日本医師会の「『医療基本法』の制定に向けた具体的提言」に盛り込まれていない部分として、①医療の範囲に安楽死や介護も含める、②医療の有する8つ目の性質、不確実性についても明記する、③医療提供者の適切な労務環境が保障されていること。またその労働の特質から機械的労働とは異なった基準の労働時間を採用する、④医療従事者の育成。患者は医師の指導医の管理の下に行なわれる教育的診療体制に協力する、などの趣旨を指摘してまとめる方向性で意見が一致する。

2. 医療の安全確保推進委員会

1. 開催回数 10回
2. 出席者数 延べ70名
3. 協議事項
 - (1) 日病会員病院の「医療安全に係わる実態調査」について
 - (2) 死因究明制度のあるべき姿について
 - 医療者団体での意見の統一について
 - 日病での検討事項について
 - 医療界以外での議論について

4. 総評

診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度については、いわゆる「第三次試案」や「大綱案」(『医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案』(平成20年4月)および『医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案』(平成20年6月))、刹那的な「足立案」の提案(民主党・足立信也氏による試案・平成21年)を経て、『医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について』(日医・平成23年6月)の発表や、いわゆる「死因究明二法」の成立(『死因究明等の推進に関する法律案』、『警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律案』(平成24年6月))等を契機に各団体において議論の進展をみた。当委員会では本年度、様々な団体等の意見、提案を俯瞰しつつ議論を重ね、平成23年度の『中間報告』に次ぐものとして『診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度の在り方について(第二次報告)』を公表した。

(別添 CD 資料集〈資料 1 P.1~18〉参照)

○原因究明制度に関する各検討主体とその提言等の俯瞰 (平成 24 年度)

検討主体	提案等
厚生省・医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会	
日本医師会	『診療に関連した予期しない死亡の調査機関設立の骨子 (日医案)』(9月26日)
日本医師会・医療事故調査に関する検討委員会	
日本医療安全調査機構・企画部会、理事会	『診療行為に関連した死亡の調査分析事業のあり方』(12月)
四病院団体協議会・医療安全対策委員会、総合部会	『診療に関連した予期しない有害事象(死亡・重大事故)の調査のあり方』(平成25年1月)
日本病院団体協議会・診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ、代表者会議	『診療に関連した予期しない死因究明制度の考え方』(平成25年2月)

○医師法 21 条と日病案の関係

厚生労働省「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」(第8回・10月26日)において、田原医事課長より①「医師が死体の外表を見て検案し、異状を認めた場合に、警察署に届け出る。これは、診療関連死であるか否かにかかわらない。・・・検案の結果、異状がないと認めた場合には、届出の必要はない」という解釈が改めて提示され、②『リスクマネジメントマニュアル作成指針』(2000年)は国立病院等に対して示したものであり、他の医療機関を拘束するものではなく、さらに同指針は医療過誤によって死亡又は障害が発生した場合の対応を示すものであって、医師法 21 条の解釈を示したわけではないという発言がなされた。

医師法 21 条(「医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。」)にいう死体の「検案」とは、医師が死因等を判定するために死体の外表を検査することをいい、当該死体が自己の診療していた患者のものであるか否かを問わないことは、都立広尾病院消毒液誤注射事件判例(平15(あ)第1560号、平成16.4.13第三小法廷判決)により明確化されており、医事課長の①の発言は、この判決を引用し改めて示したものに過ぎなかった。しかしながら「検案」の対象に自己の診療中の患者は含まれないとする「消極説」や部分的に含まれるとする「原則消極説」が従来は主流であったところを翻し、診療中の患者が含まれるとする「積極説」が同判決により初めて採用された際に、『リスクマネジメントマニュアル作成指針』が言及されている経緯もあって、医事課長発言は大きな衝撃を医療界に与えた。例えば、「医師法 21 条問題が解決してしまったので、もうこれ以上、医療事故調は要らない。」(井上清成弁護士、MMJ2012年12月 vol. 8No. 4)というような論調が見られ、医師法 21 条に基づく届け出先を警察署から第三者機関へと切り替えることを主眼とした各案も再考を迫られた。

当委員会も、医師法 21 条の適用が本来の司法警察への協力という主旨から拡大解釈され、行政警察的な面も併せ持つようになったことを認識しつつ、それらが学会ガイドラインや声明、厚生省通達、裁判判例、社会情勢等の因子によって変動してきたことを主張してきた。しかし日本病院会の

原因究明制度についての考え方は、すでに『中間報告』（前出）において「医療事故死等の原因を医学的に究明し、結果を教訓として、医療事故防止に努めることは医療者の社会的責務である」「医学的原因究明と再発防止を本制度の主旨とし、司法の判断・賠償問題の判断は別組織に委ねる」と基本理念に示した通り、医療を提供する側の視点だけでなく、医療を受ける側、さらに社会から見た究明制度という捉え方であり、『第二次報告』においてもこの考え方に基づいた検討が行われた。

3. 救急医療委員会

1. 開催回数 2回
2. 出席者数 延べ10名
3. 協議項目

(1) 第1回救急医療委員会

日 時：平成24年11月6日（火）

議 題

① 救急医療アンケート調査について

- ・平成19年度、20年度、21年度、22年度、23年度と「救急医療アンケート調査」（別添）を実施したが、多くの問題点が明らかになった。今回の平成23年度アンケート調査においては救急外来の原価計算に関する項目で黒字病院はわずか11%にとどまり、粗平均値は313万円の赤字であった。この結果に基づいて今年度の診療報酬改定に向けての要望を行い「夜間休日救急搬送医学管理加算200点」が認められたところである。前回のアンケートに引き続き救急医療における医療現場における問題点（例えば、救急医療に対する診療報酬の評価、未収金問題、たらい回し等）を絞って質問項目を特化し、回答しやすい内容で回収率も向上したところである。

（別添CD資料集〈資料2 P.19～67〉参照）

② 第63回日本病院学会におけるシンポジウムについて

- ・平成25年6月27日（木）、28日（金）に新潟で開催される予定であるが、シンポジウムは今回のアンケート調査の中から救急車受け入れ増加率50%以上の施設あるいは救急外来原価計算の黒字施設の中からおねがいすることとした。

(2) 第2回救急医療委員会

日 時：平成25年1月8日（火）

議 題

① 平成24年度救急医療アンケート調査の項目について

- ・前回に引き続き救急医療アンケート調査の項目について各委員から意見、要望を参考にして検討。主な調査項目としては1) 救急車不応需率、2) 時間外救急外来患者数の動向、3) 救急外来原価計算、4) 救急外来における未収金、5) 医師の当直業務に関する解釈の不統一に関する問題、6) 時間外外来自己負担金の有無等についての項目について調査を行うことにしている。

② 平成24年度のアンケート調査実施期間について

- ・調査の実施期間は平成25年2月22日から3月末日で実施をし、調査対象施設は会員病院約2,400カ所を予定している。また、アンケート調査の集計結果については記者発表での情報発信及び日本病院会雑誌等に掲載することとしている。

③ 第63回日本病院学会に向けての検討

- ・平成25年度6月に新潟で開催される第63回日本病院学会において行うシンポジウムにおいてはテーマを「救急医療の活性化について」に決定をした。シンポジストについては平成23年度アンケート調査で「救急車受け入れ増加率50%以上の施設及び救急外来原価計算の黒字施設」の中から以下の各施設にお願いをすることとした。公立甲賀病院、平鹿総合病院、戸田中央総合病院、名鉄病院

4. 総評

- ・平成19年度からは救急医療委員会となり、今までの防災を中心とした委員会から医療に特化した委員会となり24年度は2回の委員会が開催され救急医療について積極的に取り組んでいるところである。平成25年度は6月27日（木）、28日（金）に新潟で開催される第63回日本病院学会のシンポジウムで参考とするため「平成24年度救急医療アンケート」を平成23年度に引き続き実施し、各病院における救急医療の現場の問題点を更に詳しく把握することとしている。平成25年度においても救急医療体制を再構築するうえにおいて特に二次救急の現場の問題点を把握し、救急医療にどのような影響があるかを見極めてから救急医療委員会で検討することとしている。

4. 地域医療委員会

1. 開催回数 5回

2. 出席者数 延べ24名

3. 協議項目

(1) 第63回日本病院学会シンポジウムについて

(2) アンケート調査について

4. 総評

「現場実態とかけ離れ、しかも医療従事者の規制を中心とした労働基準法、医療法、医師法などの医療関連法令が、一貫性もなく、体系化もなされず、整合性もないまま制定されている」という問題があり、これらが「制度の壁」となって地域医療再生を妨げているという認識の下、問題の克服のために、実態の把握、情報の共有と問題意識の醸成に努め、「制度の壁」を打ち破る“うねり”を形成することを目的として、本年度の地域医療委員会は運営された。

具体的には、平成25年6月の日本病院学会において「オピニオン」を開催、「制度の壁」をアピールすると同時に、地域医療の問題に直面している病院に現状等をご紹介いただく。さらに『地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート』を実施し、問題の周知を行うほか、地域医療を支える現場の病院の声を収集し、「オピニオン」にて発表する。このような企図で、そのための人

選や、質問項目の選定につき、活発な議論がなされた。

折しもアンケートの実施期間中の2月12日、奈良県立奈良病院での「時間外手当」訴訟の最高裁による不受理の決定がなされ、「宿日直」扱いされていた宿日直中の診療について、時間外労働として割増賃金（時間外手当）を支払うべきであるとする大阪高裁判決が確定した。大阪高裁は、「宿日直勤務は、実際に診療に従事した時間だけではなく、待機時間を含めてすべてが勤務時間である」という考えを示しており、宿日直手当に加えて、実際に診療した時間に時間外手当（割増賃金）を支給するという併給方式は認められないこととなった。これを受けて急遽、委員長より上記内容等の事実の周知を、会員病院あてにメール一括送信により行うと共に、関連の高い質問項目のあるアンケートへの回答協力を再度依頼した。

以上のように、平成25年度の日本病院学会内「オピニオン」をメルクマールに首尾一貫した取り組みがなされた。

5. 医業経営・税制委員会

1. 開催回数 10回
2. 出席者数 延べ56人
3. 協議項目
 - (1) 平成25年度税制改正要望について
 - (2) 四病協・消費税に関するアンケート調査について
 - (3) 未収金問題について
 - (4) 四病協・平成25年度税制改正要望について
 - (5) 患者未収金問題に関するアンケート調査について
 - (6) 中医協・医療機関等における消費税負担に関する分科会 報告
 - (7) 各種「税」の病院設立母体別一覧について
 - (8) 税制の基礎的知識（特に消費税）について
 - (9) 病院の設立母体別にみた税制の相違について
 - (10) 現行「税制要望書」の精読
 - (11) 平成25年度税制改正要望ヒアリングについて
 - (12) 来年度、新体制のもと「医業経営・税制委員会」が担うべき役割（議題）について
 - (13) その他

4. 総評

- ・平成25年度税制改正に関する要望について

医療機関の消費税損税の解消を重点要望項目（国税）とし、国税5項目、地方税3項目に加え、原子力損害賠償に関する要望1項目を要望。厚生労働省、自民党、公明党に要望書を提出し、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が存続された。

- ・「患者未収金問題に関するアンケート調査」について

9月に調査を実施し、3月に「患者未収金問題に関する2012年度アンケート調査結果報告」を取りまとめた。2375病院へ調査依頼を発送、650病院より回答を得た（回収率27.4%）。2011年4月～2012年3月の1年間に発生し、2012年7月末現在、支払いがなされていない患者未収

金は、未収金ありと回答した 559 病院でみると、1 施設あたり約 11 百万円。2009 年 4 月～2012 年 3 月の 3 年間に発生し、2012 年 7 月末現在、支払いがなされていない患者未収金は、未収金ありと回答した 588 病院でみると、1 施設あたり約 25 百万円であった。

(別添 CD 資料集〈資料 3 P.68～121〉参照)

6. 精神科医療委員会

1. 開催回数 2 回

2. 出席者数 延べ 13 名

3. 協議事項

(1) 平成 24 年度診療報酬改定等について

(2) 平成 26 年度診療報酬改定に向けた要望事項の検討について

(3) 第 63 回日本病院学会ワークショップについて

4. 報告事項

(1) 第 62 回日本病院学会ワークショップの報告

日 時：平成 24 年 6 月 21 日（木）13：00～15：00

会 場：福岡国際会議場 409 号室

参加者：約 120 名

テーマ：医療従事者のメンタルヘルスを支援する

座 長：横浜市立市民病院 リエゾン精神看護専門看護師 福嶋 好重

(敬称略) 成田赤十字病院 精神神経科部長 佐藤 茂樹

登壇者：「精神看護専門看護師による看護師のメンタルヘルス支援」

(敬称略) 横浜市立市民病院 リエゾン精神看護専門看護師 福嶋 好重

「心理職によるメンタルヘルスケア」

成田赤十字病院 臨床心理係長

橘 稚佳子

「総合病院におけるメンタルヘルスケアの確立に向けて」

東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉）教授

黒木 宣夫

「医療従事者のメンタルヘルス」－若年看護師の支援を中心に－

産業医科大学産業生態科学研究所 精神保健学教授

廣 尚典

5. 総評

○当委員会は平成 23 年 11 月 25 日に精神科多職種チーム訪問管理料の新設等、計 21 項目から成る『平成 24 年度診療報酬改定に向けた精神科に係る要望書』を厚労省へ提出したため、その結果を検証。精神科救急入院料算定病床等が医師事務作業補助体制加算を算定可能とされたように、当会から、救急医療に特化した病床のみ、精神科であっても加算の対象となることを求め、概ねそのとおりの改定内容となったものがある一方で、強く要望したにも拘わらず受け入れられなかつ

た薬物依存症を重度アルコール依存症入院医療管理加算の算定対象とすることなどについては、データを付けたたり、他団体と協力しながら、次期診療報酬改定に向けて改めて要望していくことを確認した。

○当会・社会保険診療報酬委員会からの依頼を受け、平成26年度診療報酬改定に向けた精神科医療に係る要望事項について検討。平成24年度診療報酬改定に向けて提出した要望事項のうち、次期改定に向けても継続して要望する項目は原則的に要望が受け入れられなかったものとし、「精神科多職種チーム訪問管理料の新設」等（3項目）のほか、「総合入院体制加算」等、精神科に関連した著しく合理性を欠く項目の見直し（6項目）を含む計9項目とした。また、平成26年度改定に向けて新たに要望する項目については、①総合病院精神科の入院基本料の増額、②10対1精神科棟入院基本料の在院日数の延長、③精神科棟を他の診療科同様一般科棟入院基本料に合算可能とすること、の入院基本料に関する3点のほか、計20項目を社会保険診療報酬委員会へ提出することとした。

○今年度も日本病院学会においてワークショップ（「医療従事者のメンタルヘルスを支援する」）を開催。昨期同様、講演者に看護師ら医師以外の職種を招くなどの工夫を引き続き試みた結果、聴講者数が右肩上がりが増え、今年度も盛会のうちに終わった。本委員会は、来年の日病学会においても引き続きワークショップを開催する方向で合意し、虐待を受けた子供たちをどう治療するか等をメインテーマとして、演者には教育関係者も含めることとした。

7. 中小病院委員会

1. 開催回数 5回
2. 出席者数 延べ41人
3. 協議項目
 - (1) WEB会議システムの試行について（分析室からの説明）
 - (2) 『中小病院経営支援事業』の試行について（分析室からの説明）
 - (3) IT時代における病院の取組みに関するアンケート調査について
 - (4) WEBアンケートシステムの試用結果確認について
 - (5) 「IT時代における病院の取組みに関するアンケート」調査票について
 - (6) 調査結果の集計方法について
 - (7) 調査報告書の取りまとめについて
 - (8) WEBアンケートシステムでのコメント作成について
 - ①WEBアンケート処理における知見報告
 - ②エラー・異常値チェック内容の紹介
 - ③データ出力処理とコメント作成について
 - (9) 第62回日本病院学会 シンポジウム「IT時代における中小病院のあり方」事前打ち合わせについて
 - (10) 中小病院委員会の今後の活動について
 - (11) 第62回日本病院学会シンポジウムについて

- (12) 情報交換会について
- (13) 第63回日本病院学会での担当シンポジウムについて
- (14) 中小病院に関するアンケートについて
- (15) その他

1) 第62回日本病院学会シンポジウムについて

開催場所 第3会場 福岡国際会議場 5階 502+503

開催日 平成24年6月22日(金)

テーマ IT時代における中小病院のあり方ー医療、福祉の質への向上に役立つかー
座長

日本病院会 中小病院委員会 委員長

土井 章弘(岡山県・岡山旭東病院 院長)

中小病院経営支援事業の説明

大道 道大(日本病院会 副会長)

シンポジスト

山本 隆一(東京都・東京大学大学院 情報学環 准教授)

美原 盤(群馬県・財団法人脳血管研究所美原記念病院 院長)

高橋 肇(北海道・社会医療法人高橋病院 理事長)

学会長推薦特別発言

末廣 剛敏(福岡県・遠賀中間医師会おんが病院 救急総合診療科・HCU 部長)

コメンテーター

梶原 優(日本病院会 副会長)

2) 第13回情報交換会について

開催日時 平成25年2月16日(土) 14時～17時30分

開催場所 ホテル キャメロット・ジャパン 5階 ジュビリーⅡ

参加者 117名

趣旨 中小病院のよりよい運営、経営方針策定のため情報交換を行う場

テーマ 「災害時における中小病院の役割」

主催 日本病院会、神奈川県病院協会

プログラム

開会	神奈川県病院協会 副会長	長倉 靖彦
開会挨拶	神奈川県病院協会 副会長	岸 洋一
	日本病院会 会長	堺 常雄
	日本病院会 中小病院委員会委員長	土井 章弘
事業説明	「中小病院経営支援事業について」	
	日本病院会 副会長	大道 道大
基調講演	「神奈川県医療救護計画について」	
講師	神奈川県保健福祉局保健医療部健康危機管理課長	平井 和友

座長	神奈川県病院協会 副会長	太田 和年
シンポジウム	「災害時における中小病院の役割 ～勤務医と各病院は何をやるべきか～」	
座長	神奈川県病院協会 常任理事	新納 憲司
シンポジスト		
	大口東総合病院	高橋 睦長
	横浜旭中央総合病院	川瀬 譲
	横浜市立大学附属市民総合医療センター	長谷川 修
	横浜勤労者福祉協会汐田総合病院	窪倉 孝道
	横浜市医師会	新納 憲司
	日本病院会 中小病院委員会委員	成川 守彦
閉会	日本病院会 副会長	梶原 優

3) 調査について

- ・「IT時代における病院の取組みに関するアンケート」、「中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題アンケート」を4月に実施、第62回日本病院学会の担当シンポジウムで結果発表するとともに、調査報告書を取りまとめた。
- ・来年度4月に調査を実施し、第63回日本病院学会の担当シンポジウム「2025年に向けて中小病院の進むべき選択と決断」にて調査結果を報告する予定。

(別添 CD 資料集〈資料4、5 P.122～135〉参照)

8. 社会保険診療報酬委員会

1. 開催回数 3回

2. 出席者数 延べ23名

3. 協議事項

- (1) 平成24年度診療報酬改定について（日本病院会の要望項目の結果検証）
- (2) 今年度の活動方針
- (3) 次期診療報酬改定に向けた要望事項の検討スケジュール等について
- (4) 平成24年診療報酬改定に向けて要望するも採用不可の項目の必要性、実現性についての検討
- (5) 日本病院団体協議会、四病院団体協議会、中央社会保険医療協議会の検討状況について
 - ・入院基本料等の栄養管理体制の基準（四病協）
 - ・基本診療料のあり方、医療技術における費用対効果、長期収載品の薬価のあり方、後発医薬品（中医協）
 - ・入院料等（日病協）
- (6) その他
 - ・診療報酬改定影響度調査及びwebアンケートシステムについて

4. 総評

○平成24年度診療報酬改定に向けて平成23年秋に当会から厚労省へ提出した要望項目に関して、各項目を提案された当会役員、委員会に結果についての評価をいただき、当委員会にて確認。

日本病院団体協議会の要望項目と重複した8項目については、○評価が2、△が3、×が3。主な評価結果として、医師事務作業補助体制加算については、①精神科救急医療に特化した病床においても算定可能とされた、②30対1、40対1補助体制加算が新設されたことの2点が○とされる一方、①施設基準に専門性の高い入院手術数を要件の一つとして加えること、②国家免許を保持する医療職種配置に対する加算の新設への改定は×の評価となった。また、二次救急医療機関に対する評価は△とされた。

○当会独自の73の要望項目（最重点要望8項目、重点要望65項目）については、○評価が11、△が11、×が51。早期リハビリテーション加算で、より早期の期間における評価が引き上げられたこと、あるいは、がん診療連携拠点病院加算の算定要件に悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断された患者も含まれたことなどが○とされた。

○今改定の結果を受けて、当委員会としては、算定要件などは全国一律の基準とされ当該医療機関の実績や地域性が全く無視されるなど、まだ矛盾を感じる部分もあるとして、今後再検討していくことを決めたほか、要望は叶えてもらえる場合もあり、継続的に公平な判断での要望項目を提示するのは必須であることを実感した旨の意見が出された。

○次期診療報酬改定に向けた要望事項の検討スケジュール等について協議した結果、平成25年7月から9月頃の要望書提出を目途に、概ね前回の要領で、作業工程を若干前倒ししながら実施していくことを決定した。

【次期診療報酬改定に向けた要望事項の検討スケジュール（平成25年）】

①要望事項の募集

2月を期限として、日本病院会の副会長、常任理事、委員会委員長に要望事項の提出を依頼する。なお、募集に当たっては役員、委員長らが所属される自院のみでなく、委員会及び自身が声を掛けられる範囲での募集を依頼する。

②要望事項の検討、取りまとめ

6月頃を目途として集積された要望事項、及び平成24年改定に向けて提出した要望事項のうち結果を「×」と評価したものの中から、当会より厚労省へ提出する項目について継続して検討し、可能な限りデータによる裏付けを取りながら、次回改定の方向性の議論も考慮しつつ選定する。

③厚労省への当会要望書の提出

当会の承認を得た上で中医協の審議、及び日病協等の要望書提出の進捗を勘案しながら、7月から9月頃にかけて当会独自の要望事項を厚労省へ提出する。

○平成23年、厚労省に対し平成24年度診療報酬改定に向けて見直し等を要望するも採用不可となった項目について、次期診療報酬改定に向けても継続して要望するかどうかを検討。複数の委員から「継続要望事項」と評価された14項目（全59項目中）について検討した結果、12項目を継続要望事項とした。精神科に関する要望事項については精神科医療委員会（中島委員）に一任。

○中医協の審議状況について報告を受け、意見交換を実施。委員からは主に入院基本料について、入院基本料に平均在院日数要件を入れたことは回転率を高めることで病床数が減らせる、密度の高い医療を提供するという観点からある種適切であると思われるが、入院基本料の区分の基準を看護師の数に限定したことに問題がある。7対1を算定している病院と医療の内容は変わらない病院が、看護師が集められないという理由だけで10対1となっていては不満が募る等の意見が出された。

○今年度は、平成24年度改定の結果検証と平成26年度改定に向けて動き出した種々の会議とタイアップしながら活動してきた。平成25年度は前期の委員が築いたものを結実させたい。

9. 医療安全対策委員会

1. 開催回数 3回
2. 出席者数 15名
3. 協議事項

- (1) 委員会の運営方針について
- (2) 平成24年度医療安全管理者養成講習会の企画について
- (3) 平成25年度医療安全管理者養成講習会について
- (4) 医療安全管理者養成講習会 アドバンストコースの新設について
- (5) その他

4. 総評

昨年に引き続き、日本病院会主催による「医療安全管理者養成講習会」が開催された。

今年度は197名に日本病院会認定の受講修了証書を授与した。

プログラム構成は昨年同様「医療安全の意義と院内の体制作り」「情報収集と共有」「再発防止」などカテゴリー別にプログラムを整理し、またロールプレイやワークショップといった参加型プログラムを多く盛り込む内容とした。受講生の理解を深めるため、今年度から当委員会の委員を司会として配置し、各プログラムの趣旨説明及び質疑応答の時間を設けた。受講者の満足度も高いことから、平成25年度も同じ形式で講習会を実施する。

新たな取り組みとして、「医療安全管理者養成講習会 アドバンストコース」の設置について検討した。これは医療現場で実働している医療安全管理者のスキルアップを目的としたもので、ワークショップを主体に現場で抱える問題点やその解決法について学ぶ場とする。平成25年度から東京・名古屋・大阪で開催予定である。

その他の活動として、講習会の案内をはじめ医療安全に関する記事を日本病院会雑誌4月号（福永委員長）・7月号（長尾委員）に寄稿した。今後も情報発信を継続していく。

10. 感染症対策委員会

1. 開催回数：諸般の事情により委員会は開催せず、講習会開催時各クール責任者および担当委員が運営に関する協議をし、委員長および担当副会長に報告した。

11. 病院診療の質向上検討委員会

1. 開催回数 4回
2. 出席者数 29名
3. 協議事項
 - (1) 本委員会の運営方針について
 - (2) 平成24年度医療の質を考えるセミナーの企画、運営について
 - (3) その他

4. 総評

平成24年度の医療の質を考えるセミナーは、今回の診療報酬改定内容に着目し、「薬剤師の病棟配置をめぐって～今後の展開を考える～」をメインテーマにシンポジウムを企画した。プログラム構成は教育講演「今回の改定の影響と今後の展望について」（迫井正深先生：厚生労働省 老人保健課長）、基調講演「薬剤師の病棟常駐について～基本的な考え方～」（土屋文人先生：日本病院薬剤師会 副会長）、シンポジウム「病棟に常駐する薬剤師をめぐって」とし、1日かけて実施することとした。開催にあたり、一般社団法人 日本病院薬剤師会、大阪府病院協会、大阪府市立病院協会に後援を依頼し、大阪で開催することとした。

その他、第63回日本病院学会におけるシンポジウム開催について協議した。「良質なチーム医療の実践～多職種間の理解とコミュニケーションについての工夫～」をメインテーマに2時間半のシンポジウムを行う。シンポジストには医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、理学療法士など多職種の方をお願いすることとした。

12. QI 委員会

1. 開催回数 3回
2. 出席者数 27名
3. 協議事項
 - (1) 委員会の運営方針について
 - (2) 平成23年度 QI プロジェクトについて
 - (3) 平成24年度 QI プロジェクトについて
 - (4) 平成25年度 QI プロジェクトについて
 - (5) その他

4. 総評

平成23年度 QI プロジェクト（参加施設：85）について、5月に参加施設へのフィードバック説明会を実施した。参加者は65施設104名。説明会では各指標の集計結果および値改善に向けた取り組み例（事前に各施設へアンケートを実施）を参加施設へ報告した。その他、特に改善が見られた施設による具体的な活動紹介や QI プロジェクト運営に関する意見交換を行った。最終報告書は QI プロジェクトホームページに掲載し、参加施設へは施設毎のグラフ・詳細値を載せた報告資料を別途作成し配布した。

平成24年度 QI プロジェクト（参加施設：145）では、当プロジェクトを医療の質改善へより寄

与する内容にするため、データフィードバックの回数やフィードバック説明会の内容、ホームページ機能などを見直した。また、今年度から精神・療養病床を有する施設向けのQIプロジェクトを発足した。12月には第1回フィードバック説明会および意見交換会（シンポジウム）を行った。3つの参加施設にQIプロジェクトでの改善活動について発表をしてもらい、その後参加者との質疑・意見交換を行った。

平成25年度 QIプロジェクトに関して、参加施設からの意見を踏まえ内容を検討した。

指標については新たに12指標を加えた25指標を採用し、また、病床数規模別などサブ解析を新たに実施する。参加施設は226施設（継続141、新規85）。

13. 臨床研修委員会

開催回数：平成24年度において委員会は2回開催された。また、臨床研修指導医養成講習会は下記の通り2回実施された。平成25年度については1泊2日の開催日とし年3回の開催を予定している。

1. 開催回数 2回
2. 出席者数 12名
3. 協議項目

（1）第1回臨床研修委員会

日 時：平成24年4月16日（月）

議 題

- ① 平成24年度臨床研修指導医養成講習会の開催について
- ② 臨床研修指導医養成講習会における研修プログラムの見直しについて
 - ・現在の講演会を中心とした講習会からワークショップを主体とした参加者主体の体験型研修に研修プログラムを見直し実施することとなった。

（2）第2回臨床研修委員会

日 時：平成24年12月10日（月）

議 題

- ① プログラム見直しに伴う第1回臨床研修指導医養成講習会の報告があった。受講者からの評価についてはアンケートを行い4点台の高評価になりほぼ良好であった。
- ② 平成25年度の開催回数については年3回（6月、11月、2月）とし、開催日については会議室の利用状況等を確認してからきめることとした。

平成19年度から「臨床研修指導医養成講習会」の主催が四病院団体から日本病院会となり平成19年度以降においては年4回開催してきたが、平成24年度は研修プログラムの見直しに伴い、開催日数も年2回で実施し、平成25年度は年3回実施する予定である。

平成24年度開催日程は下記の通り実施した。

- ・第1回：平成24年9月15日（土）～16日（日）
- ・第2回：平成25年3月9日（土）～10日（日）

平成 25 年度開催日程は下記の予定である。

- ・ 第 1 回：平成 25 年 6 月 23 日（土）、24 日（日）
- ・ 第 2 回：平成 25 年 11 月 9 日（土）、10 日（日）
- ・ 第 3 回：平成 26 年 2 月 14 日（土）、15 日（日）

平成 26 年度についても開催を予定しているが下記の日程で調整する予定である。

- ・ 第 1 回：平成 26 年 6 月
- ・ 第 2 回：平成 26 年 11 月
- ・ 第 3 回：平成 27 年 2 月

今後の方向性

卒後研修等の見直しの準備をすすめ、後期研修で現状分析を行い日本病院会としてどうあるべきか検討することとしている。

13-2. 専門医制度小委員会

- ・ 現行の専門医制度は各学会が独自に認定しているため、社会に十分な理解がされていないのが現状である。公正、中立な専門医制度に改めるため、本来のあるべき専門医制度の枠組み、新たな制度及び国民が安全で安心な医療を提供できるしつの高い医師を育てるにはどうすべきか検討するため平成 23 年度に委員会を立ち上げたところであるが、平成 25 年度以降は本委員会の中で検討していくこととしている。また、厚生労働省において開催している「専門医のあり方に関する検討会」へは（今明秀：八戸市立市民病院副院長）先生が構成員として参加し検討を行っており 24 年度までに 13 回開催されている。

13-3. メディカルスクール小委員会

- ・ メディカルスクールにおいては従来の大学主体の 6 年間の医師教育からアメリカ型の病院主体の教育を目指す等の議論及び諸問題を検討するため委員会を立ち上げたところであるが、四病院団体協議会においてもメディカルスクール小委員会を開催しているところであり、今後は統合し、委員会を一本化して行く予定である。

4. 総評

- ・ 平成 16 年度より新臨床研修制度が始まり、各病院でも行っていたプログラムに沿った卒後研修が行われるようになった。この研修はプライマリ・ケアの基本的な能力を取得することを目的とし、全ての医師が受けるべきとされているが、臨床医は一定の専門医領域をもって患者に医療を提供しており、研修終了後に専門領域の基礎的な研修を行う必要がある。以上の状況を踏まえ臨床研修委員会の中で今後は専門医制度等に伴う後期研修の内容について検討していく。

14. 栄養管理委員会

1. 開催回数 4 回
2. 出席者数 26 名

3. 協議事項

- (1) 委員会の運営方針について
- (2) 平成 24 年度セミナーについて
- (3) 平成 25 年度セミナーについて
- (4) その他

4. 総評

今年度新しく設置された本委員会は、栄養管理に関する人材育成を目的として活動するものである。

平成 24 年度のセミナーについては、医師およびメディカルスタッフのレベルの底上げを目指すセミナーを企画した。セミナー名を「医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー ～基礎知識から臨床現場でのノウハウまで～」とし、基礎的な内容を中心に、かつ医師が受講した場合、栄養サポートチーム加算のための研修要件を満たすプログラムを作成した。平成 24 年 9 月 21 日の疑義解釈において医師が本セミナーを受講した場合、栄養サポートチーム加算にある所定の研修を修了したとみなされる旨回答が得られた。

平成 25 年 3 月 2・3 日にセミナーを開催し、235 名に日本病院会認定の受講修了証書を授与した。

平成 25 年度のセミナーについては、今年度開催したセミナーを引き続き開催するほか、看護師、薬剤師、栄養管理士等を対象としたセミナー、実習について企画検討していく予定である。

15. 病院経営管理士教育委員会

1. 開催回数 2回
2. 出席者数 12名（延べ人数）
3. 協議事項

- (1) 実施要綱一部改正
- (2) スクリーニング会場と認定証授与式会場
- (3) 第 33 回生認定
- (4) 第 1 回生～第 31 回生の病院経営管理士資格認定
- (5) 講師交代
- (6) パンフレット作成
- (7) 平成 25 年度事業（講義日程、実施要綱、第 36 回生募集、留年生）
- (8) 「病院経営管理士」英語表記
- (9) スクリーニング欠席者への対応

4. 総評

病院経営管理士通信教育となつてからの認定としては 2 年目となり、第 33 回生は 45 名を認定した。

受講生、認定者も順調に増えており、卒業生は累計 737 名、第 31 回生以前の病院経営管理士の資格認定者は累計 397 名となった。

実施要綱、資格認定など通信教育の内容を中心に協議が行われた。

また、科目別教科書作成も継続して進めており、充実をはかる議論を行っている。

なお、本年度日本病院会が自社ビルとなったことから、長期の会議室使用が可能となり、後期（1月）スクーリングから日本病院会セミナールームで開催した。

その他、社会保険診療報酬委員会への協力として、次期診療報酬改定要望34項目について、病院経営管理士会との連名で提出した。

16. 病院経営の質推進委員会

1. 開催回数 3回
2. 出席者数 25名（延べ人数）
3. 協議事項

- (1) 平成24年度診療報酬改定影響度調査について
- (2) 診療報酬改定要望の結果評価について
- (3) 病院中堅職員育成研修について
- (4) 病院経営管理研修会について

4. 総評

「診療報酬改定影響度調査」について、平成22年度に引き続き平成24年度調査を当委員会が担当することとなった。6月の前年同月の数値で調査（7月上旬～8月）し、集計はウェブを使用した方法を採用した。詳細な調査項目、精度検証を行うメンバーとしてワーキンググループを設置、計6回（うち1回はウェブ会議）実施し、出席者数は35名（延べ人数）であった。9月に中間報告を行い、最終報告は、翌1月上旬にウェブサイトによる報告を行った。

病院中堅職員育成研修は、昨年同様、各コースを原則2回ずつ開催した。参加者のアンケート結果からも満足が伺える。「薬剤部門管理コース」および「医療技術部門管理コース」を新設し、前者は4月に第1回を開催、キャンセル待ちの参加希望者が多く、好評を博したため年度内3回の実施を行った。後者は翌3月に第1回を開催した。

さらに「薬剤部門管理コース」は、公益財団法人日本薬剤師研修センターの研修認定薬剤師制度における認定対象研修を実施するコースとして、12月に申請、翌1月に登録された。

また、本コースのリーフレットを作成した。

その他、社会保険診療報酬委員会より協力が求められた次期診療報酬改定への要望について、50～60項目の内容を当委員会として提出した。

<設置コース>

①人事・労務管理コース	第1回	参加者	41人（修了者41人）
	第2回	参加者	54人（修了者50人）
②経営管理コース	第1回	参加者	67人（修了者65人）
	第2回	参加者	60人（修了者56人）
③医事管理コース	第1回	参加者	79人（修了者78人）
	第2回	参加者	37人（修了者35人）
④財務・会計コース	第1回	参加者	78人（修了者73人）

	第2回	参加者	41人（修了者38人）
⑤薬剤部門管理コース	第1回	参加者	81人（修了者79人）
	第2回	参加者	79人（修了者78人）
	第3回	参加者	72人（修了者72人）
⑥医療技術部門管理コース	第1回	参加者	84人（修了者81人）

【平成24年度 診療報酬改定影響度調査報告】

- 目的 平成24年度診療報酬改定が病院の収入に与える影響を検証し、会員病院の医療経営に資することを目的として実施。
- 方法 日本病院会に加盟する全病院に診療収入等についてウェブ調査により実施、回収を行った。一部のウェブ調査による回答ができない病院については、郵送およびFAXによる配布、回収を実施した。
- 期間 平成24年7月10日～8月24日（当初の8月10日の回収期限を延長し、10月にはDPCデータの未記入等についてEメールおよび電話による問い合わせを実施した。）
- 主な調査項目 平成23年6月と平成24年6月の月別の診療収入、件数、延べ患者数等。
- 内容（別添CD資料集〈資料6 P.136～149〉参照）
- 回答数 1,308病院（回答率：55.1%）有効回答数：807病院
（会員数2,376病院：平成24年6月30日現在）

以上

17. 病院経営管理士会（旧・病院経営管理者協議会）

1. 総会開催 1回
2. 理事会開催回数 3回（延べ人数37名）
3. 研修会開催回数 2回（参加者数：第1回224名、第2回231名）
いずれも病院経営の質推進委員会との共催により開催
4. 機関誌 「JHAC」発刊17巻
（会員以外配付先：日本病院会常任理事・理事、各大学図書館等）
5. 組織について 正会員：290名（平成25年3月31日現在）
賛助会員：1件（ " ）
6. 日本病院会事業への協力

【委員会活動】

- ・病院経営管理士教育委員会 委員〔永易会長、池田理事、正木理事〕

- ・病院経営の質推進委員会 委員〔永易会長、佐合理事、正木理事〕
- ・診療報酬改定影響度調査ワーキング委員〔永易会長、佐合理事、正木理事、中山副会長、池田理事〕
- ・診療報酬改定調査報告〔永易会長〕
- ・医師事務作業補助者コース小委員会 委員〔中山副会長、佐合理事〕
- ・雑誌編集委員会 委員〔佐合理事〕
- ・社会保険診療報酬委員会へ次期改定要望 34 項目を取りまとめ、病院経営管理士教育委員会との連名で提出。

【講師活動】

- ・病院経営管理士通信教育 講師〔佐合理事、正木理事〕
- ・病院中堅職員育成研修 講師
 - ①人事・労務管理コース 〔佐合理事、相馬理事〕
 - ②経営管理コース 〔正木理事〕
 - ③医事管理コース 〔永易会長、江原理事〕
 - ④薬剤部門管理コース 〔中山副会長〕
 - ⑤医療技術部門管理コース 〔池田理事〕
- ・医師事務作業補助者コース 講師〔永易会長、中山副会長、佐合理事〕

【その他の活動】

- ・日本病院共済会書籍「病院職員読本」〔永易会長、中山副会長、池田理事、佐合理事、佐々木理事、江原理事、相馬理事、山本理事〕

7. 第 62 回日本病院学会 ワークショップの開催

日 時 平成 24 年 6 月 22 日（金） 13：15～15：15

会 場 福岡県・福岡国際会議場（第 2 会場 5 階 501 国際会議室）

テーマ 「病院経営の質向上と経営の安定化を求めて～具体的な取り組みと工夫～」

参加数 170 名

座 長 宮崎 瑞穂（前橋赤十字病院 院長・一般社団法人日本病院会 常任理事）

中山 和則（筑波メディカルセンター病院 事務部長・病院経営管理者協議

会 副会長）

登壇者（敬称略・発表順）

（1） 病院移転が経営に与えた影響～病床管理の視点から～

小倉記念病院（福岡県）医事課担当課長 長浦 寛

（2） 「医療情報の活用～自院の今日、そして明日を読む～」

済生会下関総合病院（山口県）企画・建設対策室 主幹 中村 敦

（3） 「考える組織を目指して～経営の可視化とバランスト・スコアカード導入の取り組み～」

海老名総合病院（神奈川県）院長 内山喜一郎

(4) 「TQMシステムによる組織運営」

社会医療法人愛仁会（大阪府）常務理事 松本 力



平成24年度 第1回 病院経営管理研修会報告

1. 主催 一般社団法人日本病院会病院経営の質推進委員会・病院経営管理士会
2. 日時 平成24年9月14日（金）13:00～17:30
3. 会場 東京・日本病院会 2階セミナールーム
4. 参加数 224名
5. プログラム（敬称略）

《総合司会》 病院経営管理士会 理事 山本 展夫

13:00～13:10 開会挨拶: 一般社団法人日本病院会 会長 堺 常雄
 病院経営の質推進委員会 委員長 宮崎 瑞穂

13:10～14:10 【基調講演】:「平成24年度診療報酬改定とDPC—調整係数から基礎係数へ—」
 講師: 東邦大学医学部外科学講座教授

診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会会長 小山 信彌
 /座長: 一般社団法人日本病院会 副会長 末永 裕之

【事例講演〔先端病院の経営手法〕】

14:10～14:55 講演1:「医療法人社団 明石医療センターの病院経営」

講師: 明石医療センター 事務部長 木田 尚樹

〔兵庫県・明石市247床 DPCⅡ群病院〕

/座長: 病院経営管理士会 理事 中井 洋一

14:55～15:05 休憩

15:05～15:50 講演2:「信愛病院の病院経営」

講師: 社会福祉法人 信愛報恩会 信愛病院 理事長 桑名 斉

〔東京・清瀬市199床 療養・緩和ケアミックス病院〕

／座長：病院経営の質推進委員会 委員長
一般社団法人日本病院会 常任理事 宮崎 瑞穂

15：50－16：50 講演3：「亀田メディカルセンターの病院経営手法」
講師：医療法人鉄蕉会 経営企画室 室長 真田 正博
〔千葉県・鴨川市 一般865床・精神60床 DPCⅢ群病院〕
／座長：病院経営管理士会 理事 江原 正恭

16：50－17：30 【報告】：「平成24年度診療報酬改定影響度調査中間報告」
講師：病院経営の質推進委員会 委員
病院経営管理士会 会長 永易 卓

17：30 閉会 病院経営管理士会 会長 永易 卓

平成24年度 第2回 病院経営管理研修会報告

1. 主催 一般社団法人日本病院会病院経営の質推進委員会・病院経営管理士会
2. 日時 平成25年2月15日（金）13：00～17：05
3. 会場 東京・日本病院会 2階セミナールーム
4. 参加数 231名
5. プログラム（敬称略）

13：00－13：10 開会挨拶： 一般社団法人日本病院会 会長 堺 常雄

【講演】

13：10－14：20 講演：「社会保障改革と日本の医療：2025年（とその先）に向けて」
講師：厚生労働省 大臣官房 企画官（保険局医療課併任） 井上 肇
／座長：一般社団法人日本病院会 副会長 末永 裕之

【事例講演】

14：20－15：10 事例講演1：「医事課から仕掛ける院内ミッション」
講師：苫小牧市立病院 医事課 情報管理係長 小林 泰賀
〔北海道・苫小牧市 382床〕
／座長：病院経営管理士会 副会長 望月 眞一

15：10－15：25 休憩

15：25－16：15 事例講演2： 「地域連携の施策で創る地域医療と病院経営」
講師：財団法人倉敷中央病院 総合相談・地域医療センター 部長 十河 浩史
〔岡山県・倉敷市 1,161床〕

／座長：病院経営管理士会 副会長 中山 和則

16：15－17：05 事例講演3：「多根総合病院の現状と課題 ― 新病院へ移転1年半を振り返って ―」

講師：社会医療法人きつこう会 多根総合病院 管理部部長 四方 秀樹
〔大阪府・大阪市 304床〕

／座長：病院経営の質推進委員会 委員 永易 卓

17：05 閉会

病院経営管理士会 会長 永易 卓

18. 情報統計委員会

病院運営実態分析調査は昭和56年から毎年6月を調査対象月にして、全国公私病院連盟と当会との両団体会員病院に対して実施している。

調査目的は会員病院の運営実態を数量的に把握することにより、当会の診療報酬関連取組みの基礎資料にする。

今年度は事情により委員会を開催しなかったが、関係団体（全国公私病院連盟、全国自治体病院協議会、全国厚生農業協同組合連合会と当会）の各事務局が集まり、調査項目、WEBアンケート方式などについて議論し、委員長の下、会員病院へ事前に調査の案内をして7月8日付で調査を行う。

当会の調査対象病院は、全国公私病院連盟と重複している自治体、日赤、済生会、厚生連、岡山県病を除く1,645の会員病院。調査回収病院数は324病院（回収率19.7%）、有効回答病院数は247病院（有効回答率16.1%）。

全国公私病院連盟と併せた調査対象病院は3,106病院。調査回収病院数は1,533病院（回収率49.4%）、有効回答病院数は1,073病院（有効回答率34.5%）。

本調査としては初の試みとして、メール&FAX同報通信システムを利用する。

回答方法は、インターネット上にアンケート回答サイトを新設し、会員病院毎に回答できる仕組みを用意する。

報告書として「病院概況調査報告書」、「病院経営実態調査報告」、「病院経営分析調査報告」（いずれもCD付）の発刊準備をしている。

19. 広報委員会

1. 開催回数 1回
2. 出席者数 4人
3. 協議項目

ニュース編集委員会、雑誌編集委員会、インターネット委員会の取組の現状と課題

4. 総評

日本病院会の重点項目である“見える化事業”にとって広報活動は極めて重要である。そのためには、広報委員会3部門であるニュース編集委員会、雑誌編集委員会、インターネット委

員会の相互連携と情報の共有が不可欠である。また、媒体内容の充実に努めるのは言うまでもないが、各媒体における効率的な予算立てと経費削減も大切な課題である。

各委員会の取組みの課題は次のとおり。

<ニュース編集委員会>

- ①定日発行に苦慮している日病ニュースだが、3媒体の関係を崩さないためにも、定日発行の厳守を最優先項目とする。
- ②読者に“見える化事業”の狙いをもっと掘り下げて紹介する必要がある。

<雑誌編集委員会>

- ①注目が集まる記事やトピックスを含めて誌面の充実を図りたい。

<インターネット委員会>

- ①「インターネット委員会」を「ホームページ委員会」に改称
インターネット委員会は名称と活動内容に照らすと「ホームページ委員会」の名称のほうが明快で解りやすいとされ、改称することで一致した。
- ②会員がコンテンツに容易にアクセスでき、“見える化”が実感できるホームページに見直すことが必要である。これに伴い動画コンテンツ見直しの検討が必要である。
- ③予算の明確化と適正化に努める。

なお、広報委員会は藤原秀臣ニュース編集委員長の提案で22年度に設置され、日本病院会ニュース（ニュース編集委員会）、日本病院会雑誌（雑誌編集委員会）およびホームページ（インターネット委員会）の3媒体が、それぞれの特性を踏まえた効率的で的確な情報発信を行うよう、本委員会は3委員会に対して統括的な指示を与える委員会と位置付けられている。

20. ニュース編集委員会

1. 開催回数 10回（編集委員会3回、編集会議7回）
2. 出席者数 延べ36人
3. 協議項目
日本病院会ニュースの在り方、紙面の企画・構成など

4. 総評

ニュース編集委員会では、毎月1回、日本病院会ニュースの当面の企画・編集を行う「ニュース編集会議」と、年に4回、紙面の方向性や課題などを検討する「ニュース編集委員会」を開催している。編集体制見直し計画に基づき発行を重ねているところであるが、近年多様化・複雑化している医療状況において、日病の指導力強化への支援、迅速・的確な医療情報の提供などが課題とされている。23年度から始まった毎月の定例記者会見（会長が出席）は軌道に乗りつつある。「見える化事業」については、編集上の最重要課題であるが、会員が十分納得した上で事業に参加できるよう、本紙としては会員情報の安全確保、会員の事業参加促進の観点で記事を提供する必要があるとした。

このほか、かかる医療状況下にあつて、有用な紙面を製作するためには編集部員の増員を中心とした取材力・編集力の強化が急務である。

昨年度から開始した「日本病院会記者懇談会」を、24年度は5月、7月、9月、11月、翌1月、3月と予定通り年6回・奇数月に開催した。毎回テーマを設定し、ゲストによる話題提供を通じてメディア側とニュース編集委員が意見交換を行い、基本的知識と問題認識の共有を図るなど良好な医療環境を築く一歩にしたいという目的で実施している。

21. 雑誌編集委員会

1. 開催回数 12回
2. 出席者数 45名
3. 協議項目

- (1) 毎月第4火曜日に開催し、次号に向けて掲載記事の内容について協議し、掲載をしている。
- (2) 掲載記事は3ヶ月以内の記事を掲載するようにし、4ヶ月以上経過した題材については、原則掲載しないことにしている。
- (3) 各学会、セミナー等で講演された講師等からは必ず雑誌掲載に当たり「承諾書」で了承を得てから掲載手続きを進めることを徹底している。
- (4) 平成25年新春座談会について、平成25年1月号に掲載をしたがテーマは「新しい病院医療について」で会談し、会長以下5名でおこなった。
- (5) 第62回日本病院学会において一般公募した演題の中から、各座長から推薦された演題の中から優秀・優良演題を選ぶため各常任理事にお願いし10題を選定した。雑誌への掲載は11月、12月号の合併号である。
- (6) 2012, N031, Japan Hospitals を平成24年7月中旬に作成し発行した。2013, N032, Japan Hospitals は平成25年7月に発行に向けて準備中である。
- (7) PDF化について
 - ・平成19年度において日本病院会雑誌の昭和29年第1巻の創刊から平成19年12月号の全冊数（約650冊、38,000ページ）をデータベースとしてPDF化に整理をした。
 - ・その後平成20年、21年、22年、23年、24年度においても1月号から12月号（12冊分、1,500ページ）を毎年PDF化し整理を行っている。また、ホームページへは創刊号から掲載されており、閲覧できるようになっている。

4. 総評

- ・平成19年度より新たに「雑誌編集委員会」としてスタートさせ日本病院会会員病院等への情報発信の役割を充実させ、当会が行っている各研究会、講習会、セミナー等の情報や或いは常設の巻頭グラビア等をもうけ、最新の医療情報等を会員病院へより早く情報を伝達し、可能なかぎり多く伝えるようにさらに努力し、読みやすい雑誌を目指していく。また、読者からの要望等も聞きさらに読みやすい雑誌としての改善を図ることとしている。

22. インターネット委員会

1. 開催回数 1回（他はメール連絡）
2. 出席者数 延べ6名
3. 協議事項
 - (1) 情報発信の今後の姿について

- 日本病院会ホームページの英字版を国際委員会およびIHFと連携して開設
- (2) 会員専用サイトの運用について
コンテンツの強化に向けての各種協議を行った。
 - (3) プライバシーマークの取得に向けての協力およびMEDIS-DCとの協議
平成25年度内の取得に向けて、協力をしていくこととなった。
 - (4) 事務所移転に伴うネットワーク環境の変化について、確認と評価について
理事・関係者からのネット利用の制限について委員長への問合せがあり、可能な限り意見を聞き反映していくこととした。
 - (5) 日本病院学会でのシンポジウム企画について
大道副会長の提案により、第64回学会において委員会企画のシンポジウムを企画することとし、そのための視察調査を進めることとなった。

23. ホスピタルショウ委員会

1. 開催回数 4回
2. 出席者数 21名
3. 協議事項
 - (1) 国際モダンホスピタルショウ 2012 日本病院会コーナー 企画について
 - (2) 国際モダンホスピタルショウ 2012 公開シンポジウム 企画について
 - (3) その他

4. 総評

日本病院会コーナーについて検討した。展示内容は従来同様日本病院会の紹介に加え、チーム医療をテーマにパネル展示を企画した。今回は病院で働く人々について取り上げ、職種毎の役割・働きについて、また病院で働く人々の資格および養成団体等についてわかりやすくまとめて展示をした。

公開シンポジウムは「どうする？これからの救急医療！」をメインテーマをとり、プログラムを企画した。具体的には総論「緊急度判定の意義」、続いて各シンポジストによる講演「家庭での自己判断と緊急電話相談(#7119)について、119番コール トリアージについて、救急隊による救急現場での緊急判定度について、救急外来におけるトリアージについて」、最後にシンポジウム「どうする？これからの救急医療！」を行った。180名が参加した。

24. 倫理委員会

審議案件がなく、今年度は委員会を開催していない。

25. 国際委員会

1. 開催回数 2回
2. 出席者数 延べ 10名
3. 協議事項
 - (1) 2011年開催のアジア病院連盟 (A.H.F) 理事会 (マレーシア) について
2012年AHF理事会が7月に会長国のマレーシアで開催され、次期会長としてフィリピン病院協会会長が選出された。
 - (2) IHFおよびAHFの2011年分会費の支払いについて

- IHFは42,000CHF、AHFは750US\$ それぞれの会費支払いを行った。
- (3) IHF/APHM香港Congressについて
IHFとAPHMとの日程を合わせ、香港で開催され約2500名の参加があった。
- (4) IHF Leadership Summit および IHF理事会開催について
香港およびジュネーブでそれぞれ理事会が開催され、Communication Committee Chief に選出の堺理事が teleconference を実施し、IHF の website を効率的に運用していくこととし、日本病院会の活動内容の情報提供を行い、また国内会員向けとして IHF の活動内容を日本病院会会員施設へ、IHF News Letter および IHF の機関誌から委員が定期的に記事を選び、日病雑誌等で紹介することとした。
今回は、福井委員長が QI (Quality Indicator) について、日本病院会としての取り組みをまとめ、IHF に情報提供した。
- (5) JCI (国際医療機能評価) について
JCI の取り組みとして日本はかなり遅れているため、会員施設への紹介と説明を積極的に行い、参加を呼びかけることとなった。

26. 災害対策特別委員会

1. 開催回数 5回
2. 出席者数 28人 (アドバイザー含む)
3. 協議事項
 - (1) 被災地への支援活動について
 - (2) ライオンズクラブからの医療機器等の支援について
 - (3) その他

(1) 被災地への支援活動について

①被災病院の現状視察について

災害対策特別委員会の塩谷泰一委員長、担当副会長の今泉暢登志副会長、福田事務局長、鈴木総務部参事、江連渉外課長により、被災した下記の病院並びに仮設診療所を訪問し、現状と問題点等を抽出し、今後の委員会活動に反映させた。

- 【岩手県】 6月7日 県立山田病院、県立大槌病院、県立高田病院
- 【宮城県】 6月8日 公立志津川病院 (仮設南三陸診療所)、石巻赤十字病院、石巻市立病院、医療法人健育会 石巻港湾病院
- 【福島県】 7月5日 南相馬市 雲雀ヶ丘病院、小野田病院

被災から1年以上経過したのに県立山田病院、県立大槌病院、県立高田病院、公立志津川病院、石巻市立病院では病院建物も津波を受けた当時から手が入っておらず落胆した。地域そのものが今後その地に再建するのか、別の高台に移転するのも決まっておらず、復興計画の遅れが明確となった。それぞれ仮設の診療所を設置し、地域医療に奮闘されていたが、地域により置かれている病院の環境等が異なることから一律に対策が立たず、今後の支援の難しさが判明した。特に医師を含む医療従事者の不足については、そもそも不足していた地域でもあり、非常に切実な問題であった。また、福島県では福島第一原子力発電所事故による放射能汚染被害の問題が深刻であり、発電所から20km圏内に隣接する南相馬市を訪ねたが、

JR 常磐線の不通等交通網が寸断し、陸の孤島状態であること、若い人が離れ職員が高齢者ばかりになったこと、放射線被曝を恐れて医療従事者が減少し応援も来てもらえないこと、施設基準の緩和が認められないこと、東京電力からの賠償金が後払いのため運転資金が不足すること、賠償金が課税対象であること等、問題が山積していた。福島県については、福島第一原子力発電所事故の終息時期が見えず、放射能汚染の除去等、見通しが立たない点が他県と違う状況である。

②被災病院への支援活動について

岩手県、宮城県の被災病院には後述するライオンズクラブ国際協会からの支援により、医療機器、訪問看護車両等の支援を実施できた。災害対策特別委員会では岩手県立病院名誉院長の佐々木崇先生、石巻赤十字病院院長の金田巖先生をアドバイザーに迎え、県下の情報提供をいただくことで支援内容を検討し対策を進めている。福島県については、福島県病院協会会長の前原和平先生（本会理事）をアドバイザーに迎え情報提供をいただき、原発事故補償金に対する課税問題、医療従事者の派遣、風評被害、相双地区の医療崩壊等について検討し、政府、東京電力への要望や被災者健康支援連絡協議会（総務省、復興庁、厚生労働省、文部科学省の行政機関の他に日本医師会、本会を含む医療関係 19 団体により構成）への支援協力等を実施した。

③医療従事者支援に対する福島県庁への協力について

医師等医療従事者の支援方法について検討してきたが、日本病院会独自で求人情報等を集めても思うように集まらないことから、堺会長、福田事務局長、鈴木総務部参事で福島県保健福祉部地域医療課の馬場義文課長を訪問し検討した。その結果、福島県が設置している医師と看護師の募集サイトに対し、本会として全面協力していくことにした。これを受け、本会ホームページに「福島県支援のページ」を設置し、上記サイトへのリンク、支援申し出窓口の表示等を行った。この支援については、日本病院会ニュース平成 25 年 1 月 30 日号に掲載し、会員施設に支援の呼びかけを行うとともに、3 月 4 日に開催された被災者健康支援連絡協議会においても当支援の情報提供を行った。

(2) ライオンズクラブ国際協会からの医療機器等支援について

山田實紘委員（日本病院会常任理事）がライオンズクラブ国際協会のアポインターを務めていたことから、東日本大震災で被災した医療機関に対し医療機器等の支援が可能となり、昨年度末より当委員会で現地と調整して希望物品の候補を固めてきたが、今年度当初に正式にライオンズクラブ国際協会に支援申請を行い、下記のとおり総額約 4 億 9 千万円の支援を完了した。支援を受けた医療機関並びに県からも感謝された。改めてライオンズクラブ国際協会にお礼申し上げる。

【岩手県】 県立高田病院、県立大槌病院、県立山田病院、陸前高田仮設診療所、済生会岩泉病院、宮古市国民健康保険田老診療所、野田村公立診療所、大船渡市越喜来診療所、県立中央病院

【宮城県】石巻赤十字病院、石巻港湾病院、南三陸仮設診療所、宮城県歯科医師会

【福島県】郡山市保健所、公立小野町地方総合病院、福島県済生会春日診療所、福島県立医科大学

(3) その他

東日本大震災について、福島県では現在も被災被害が継続中であることから本会の義援金残額はそのまま保有し、被災県アドバイザー等からの情報把握により必要性があると判断した場合に会長・副会長会議に諮り執行していくこととした。

4. 総評

岩手県、宮城県は復興計画が進みつつあるが、福島県の場合は被災が長期化することから今後当委員会としてどのように関わっていくか検討の必要がある。また、次に起こるとされる災害に対する対策等について、本会として当委員会に担当させるのかということも解決すべき問題である。

27. 診療情報管理士教育委員会

1. 開催回数 5回
2. 出席者数 38名（延べ人数）
3. 協議事項

(1) 通信教育運営に関する件

診療情報管理士通信教育は、第81、82期生の通信教育を開講し、計2,155名の受講を受入れた。

診療情報管理士テキストⅠ～Ⅳについて、旧版（2009.7）から新版（2012.7）へ改訂した。平成24年度前期スクーリングでは、旧版と新版の両テキストの内容について講義を行った。

教育内容、教材、試験問題などの検討を基礎課程小委員会、専門課程小委員会、分類小委員会で進めた。

「DPC コース」では、スクーリングを東京、大阪、福岡、「医師事務作業補助者コース」では、6月に東京、大阪、12月に東京で研修を実施した。

- ①診療情報管理士教育委員会事業
- ②各小委員会の活動
- ③指定大学・指定専門学校の視察および審議
- ④指定大学・指定専門学校説明会
- ⑤診療情報管理士認定試験監督者説明会
- ⑥診療情報管理士認定試験の実施
- ⑦診療情報管理士認定証授与式の開催
- ⑧スクーリングの開催 前期・後期
- ⑨科目試験（郵送）の可否 前期・後期
- ⑩WHO-FIC の活動
- ⑪コーディング、医療統計学両勉強会の運営
- ⑫全国一斉講師会
- ⑬分類法指導者のための勉強会
- ⑭診療情報管理士テキスト・レポート
- ⑮診療情報管理士教育用DVDの作成
- ⑯東日本大震災に伴う日本病院会の対応等

(2) 試験合否判定の件

①通信教育の試験

平成24年度前期科目試験（平成24年9月10日～19日実施）および後期科目試験（平成24年12月5日～14日実施）について、合否の判定を行った。

[平成24年度前期科目試験（郵送）]（実施期間：平成24年9月10日～19日）

科目	受験者	合格	不合格	合格率
基礎課程試験（初回）	938	915	23	97.5%
基礎課程試験（再試験）	9	8	1	88.9%
① 基礎課程合計	947	923	24	97.5%
専門課程試験（初回）	1,130	899	231	79.6%
専門課程試験（再試験）	136	101	35	74.3%
② 専門課程合計	1,266	1,000	266	79.0%
受験者総数（①+②）	2,213			
今期修了者数		1,000		

[平成24年度後期科目試験（郵送）]（実施期間：平成24年12月5日～14日）

科目	受験者	合格	不合格	合格率
基礎課程試験（初回）	763	753	10	98.7%
基礎課程試験（再試験）	21	20	1	95.2%
① 基礎課程合計	784	773	11	98.6%
専門課程試験（初回）	826	621	205	75.2%
専門課程試験（再試験）	234	163	71	69.7%
② 専門課程合計	1,060	784	276	74.0%
受験者総数（①+②）	1,844			
今期修了者数		784		

平成24年度第6回診療情報管理士認定試験を平成25年2月10日（日）全国16会場で開催し、受験者数3,586名（基礎分野3,481名、専門分野3,580名、分類法3,579名）について、下記のとおり合否の判定を行った。全国16会場・スタッフ総勢119名。

	通信教育		指定学校			合計
	一般	編入生	大学	専門学校	編入生	
合格	745	68	236	518	0	1,567
不合格	1,432	35	370	180	2	2,019
合計	2,177	103	606	698	2	3,586
合格率	34.2%	66.0%	38.9%	74.2%	0%	43.7%

※合格者数1,567名（指定大学・指定専門学校：平成25年度卒業見込213名、平成24年度卒業見込541名（平成23年度以前卒業生18名を含む））

※認定者数1,511名予定（平成24年度卒業見込157名を含む）

（3）「診療情報管理士」認定証授与式について

第73回（第30回）

日時 平成24年5月27日（日） 15:00～19:00

会場 東京・グランドプリンスホテル新高輪「飛天」

認定者 今回認定者 1,893名

認定者総累計 24,454名（診療情報管理士23,238名 診療録管理士1,216名）

（4）「診療情報管理士」認定試験受験に関する専門学校、大学の認定について

①専門学校

ア. 書類審査 0校

イ. 視察 3校

学校名：神戸総合医療専門学校

視察日：平成24年4月9日（月）

視察者：武田隆久 委員長

学校名：大原医療福祉専門学校（札幌校）

視察日：平成24年5月17日（木）

視察者：鈴木莊太郎 委員

学校名：専門学校岡山ビジネスカレッジ

視察日：平成24年7月20日（金）

視察者：武田隆久 委員長

ウ．認定校3校（日本病院会役員会承認）

- ・医療法人社団慈恵会神戸総合医療専門学校（兵庫）診療情報管理士科
- ・大原医療福祉専門学校（北海道）医療事務学会・医療事務歯科アシスタント学科
- ・専門学校岡山ビジネスカレッジ（岡山）医療秘書学科診療情報管理士コース

エ．保 留 0校

オ．認定総数 50校64学科

②大学

ア．書類審査 1大学

イ．視 察 1大学

学校名：新潟医療福祉大学

視察日：平成24年7月20日（金）

視察者：大井利夫 特別委員

ウ．認 定 1大学（日本病院会役員会承認）

- ・新潟医療福祉大学（新潟）医療経営管理学部医療情報管理学科

エ．保 留 0大学

オ．認定総数 24大学25学科

日本病院会診療情報管理士認定試験受験指定大学・専門学校他 講演

① 平成24年6月8日（金）13：40～15：10

国際メディカル専門学校

演題：診療情報管理士の現状と今後の展望について

講演者：横堀 由喜子

② 平成24年9月25日（火）13：00～16：00

F・C 澁上医療福祉専門学校

演題：診療情報管理士の現状と今後の展望について

講演者：横堀 由喜子

③ 平成24年10月29日（月）13：00～14：30

北海道情報大学

演題：診療情報管理士の現状と展望

講演者：横堀 由喜子

- ④ 平成24年11月21日（水）13：00～16：00
ILP お茶の水医療福祉専門学校
演題：診療情報管理士を目指して～最新情報～
講演者：横堀 由喜子
- ⑤ 平成24年11月26日（月）16：00～16：50
国立病院機構本部
演題：診療情報管理に関する国際情報と ICD-11 改訂
講演者：横堀 由喜子
- ⑥ 平成25年1月24日（木）13：30～15：30
東京医療秘書福祉専門学校
演題：診療情報管理士を目指して
講演者：横堀 由喜子

4. 総評

今年度の診療情報管理士通信教育は、81期生、82期生が入講し、二期分の入講総数は2,155名であった。

診療情報管理士通信教育では、テキストの改訂を実施（2009.7→2012.7）。前期スクーリングでは新旧の両テキストをもって講義を行った。

「DPC コース」「医師事務作業補助者コース」の両コースの講習を実施。DPC コースは昨年度に続き今年度も500名を超えた。医師事務作業補助者コースについても、第6期生、7期生とも定員を超え、1,800名以上の申し込みを受け付けた。

毎年開催している全国7会場の全スクーリング講師による「全国一斉講師会」では、今年度、DPCコースおよび医師事務作業補助者コースの講師も集い、教育の基本方針について広く意見交換を図った。

ICDコーディング教育の標準化を目的とした「分類法」の科目を指導する講師および講師候補者を対象に「分類法指導者のための勉強会」を開催。コーディング勉強会の概要と講義のポイントを説明。「受講生が成果を出せる講義方法とは、実務に役立つ指導とは」と題し、グループディスカッションを行った。

平成25年2月10日には、全国16会場で「第6回診療情報管理士認定試験」を実施し、3,586名の受験者数となった。

診療情報管理士認定試験に関する説明会

1. 日 時 平成24年6月29日（金）13：30～15：30
2. 会 場 一般社団法人日本病院会 5F 会議室（ラウンドクロス一番町）
3. 出席者数 77名（委員6名、指定大学20名、大学29名、指定専門学校31校38名）

視察、申請準備校1 大学4名)

4. 説明内容 『各委員会からの活動報告』
『通信教育および大学、専門学校の入講状況』
『診療情報管理士テキスト改訂』（レポート含む）
『第5回「診療情報管理士認定試験」結果報告』
『第6回「診療情報管理士認定試験」開催計画』
『WHO-FIC 関連事業』
『第38回「日本診療情報管理学会学術大会」開催計画』など

全国一斉講師会

1. 日時 平成24年12月8日（土）13:00～17:00
2. 会場 笹川記念会館 4F 第1～6会議室
3. 出席者数 74名（委員10名、スクーリング講師51名、コーディング勉強会講師1名、
DPC コース講師7、医師事務作業補助者コース講師3、
厚生労働省大臣官房統計情報部2名）
4. 議題 『講演「ICD-11の改訂の動向について』』
『各小委員会報告』
『診療情報管理士通信教育に関する現状報告』
『各分野のグループディスカッション』など

病院の診療情報管理業務に関するDVDの作成

診療情報管理士の働きを紹介するDVDを5病院の協力を経て下記のとおり完成した。完成後は、通信教育の受講生用にスクーリング時に活用している。なお、指定大学・指定専門学校へは、使用の要望が多くあったため販売の方向で提供する。

目的：教育事業における国内外への診療情報管理士の紹介および普及

内容：病院の診療情報管理業務に関する動画

1) 診療情報管理士の業務

診療記録の点検（内容精査）、分類（コーディング）、データベースの構築、分析・統計（臨床指標の作成など含む）、情報の提供（カルテ開示）。その他DPC（およびがん登録）など

2) 病院外観、病院受付等

3) 院長、担当者等への取材

4) 関連委員会会議など

撮影病院・年月等：

No.	病院	都道府県	撮影年月	放映時間
1	昭和大学病院	東京都	2011年3月、5月	約17分
2	国立病院機構 九州医療センター	福岡県	2011年4月	約28分
3	小牧市民病院	愛知県	2011年5月	約7分
4	中村記念病院	北海道	2012年5月	約22分
5	相澤病院	長野県	2012年6月	約23分

<5 病院の DVD>



<昭和大学病院 DVD の一部映像>



第 38 回日本診療情報管理学会学術大会における演題発表について

<抄録>

東日本大震災における日本病院会通信教育課の対応

1 日本病院会 通信教育課、
2 日本診療情報管理学会 事務局、
3 日本病院会 通信教育課課長・日本診療情報管理学会 事務局

〇滝澤 直繁¹、千須和 美直²、吉川 肇³、西川 幸一³、横堀 由喜子³

【目的】
 診療情報管理士通信教育、日本診療情報管理学会等の業務を担う日本病院会通信教育課は、2011年3月11日の東日本大震災発生後、被災した受講生の被害状況を把握し、迅速に支援体制を構築するため調査を行った。今回、震災以降の取組みについて報告する。

【調査および対応】
 日本病院会は全体の対応として、被災地の医療実態と要望を把握すべく、災害対策本部と災害対策特別委員会を設置し、義援金の募集、被災地への人材派遣と物品提供支援を推進した。また、基準に基づき義援金の寄付と会費免除の対応を行った。

通信教育課は震災翌日から関係予定の診療情報管理士通信教育・官能トレーニングと3月中旬に開催予定の病院中級職員育成研修「対策・会社コース」の延期を決定し、震災発生から数日後、通信教育課員は官能トレーニング参加者の電話対応のため事務局に増援した。また、診療情報管理士教育委員会を開設し、受講生等の安否確認、要望把握を行い、延滞受講料の免除、震災に伴い紛失した教材の無償提供、認定書の再発行について検討した。結果、延滞受講料の免除を35名に、教材の無償提供を31名に行った。また、平成23年度は官能トレーニングを山形会場へ変更し実施することとした。認定書の再発行については他の認定団体との承認を得たうえで、9名を行った。

日本診療情報管理学会および日本診療情報管理士会では、日本病院会の対応と併せて会員の被害状況を調査し、対象242名中、7名から顕微鏡的被害の報告を受け、被災地域に会員に対し会費を免除した。

また、被災地の診療情報管理士から、今回の被災により紛失、破壊となった診療録の対応について問合せが入った。これを受け、日本病院会、日本診療情報管理学会、日本診療情報管理士会は三団体連名で厚生労働省へ照会を行い、厚生労働省から「災害被害に係る取扱いについて（災害分冊）」とする通知を受け、国から一定の指針を得ることができた。

【今後の課題】
 通信教育課は全国規模のスタンディングおよび研修を実施し、これまでも避難所の事前確保、防災用品の寄贈等の対策を講じ、今回の被災では有害に所得できた。また、各支援も被災者からの申請により対応した。しかし、災害発生後に正しく情報等を把握し、迅速に対応することが困難な場面も経験した。

今後、地震に限らず、不測の事態全般を想定した受講生管理、スタンディング・研修における安全管理の強化を目標に、マニュアルの作成・シミュレーション訓練などを定期的にを行い、学会員および日本病院会職員の一一人が防災意識の向上に努め、適切な判断を行えるようになることが必要である。

(演題名)

東日本大震災における日本病院会通信教育課の対応

(演者)

- 滝澤 直繁 (通信教育課)
- 千須和 美直 (日本診療情報管理学会 事務局)
- 吉川 肇 (通信教育課)
- 西川 幸一 (通信教育課)
- 横堀 由喜子 (通信教育課課長・
日本診療情報管理学会 事務局)

27-2. 基礎課程小委員会

1. 開催回数 4回
2. 出席者数 委員 26名、オブザーバー 2名（いずれも延べ人数）
3. 協議事項

(1) 教材

診療情報管理士教育委員会が3年ごとに改訂を行っている診療情報管理士テキストについて、修正点を以下のとおり整理し、平成24年7月に発刊した。

章	科目	主な修正点
1	医療概論	・「OECD8 原則」と「個人情報取扱い事業者の義務」の対照表
2	人体構造・機能論	・冠循環、肝区域および精巣と精子の構造の図 ・体液（ナトリウムカリウムポンプ）の説明
3	臨床医学総論（外傷学、先天異常等含む）	・病理解剖についての説明
4	臨床医学各論Ⅰ 感染症および寄生虫症	・関連傷病等として9・11章への参照ページの記載
6	臨床医学各論Ⅲ 血液・代謝・内分泌等	・血球の分化を表す図 ・糖尿病の特徴を表す図およびHbA1cの解説
8	臨床医学各論Ⅴ 循環器・呼吸器系	・脈圧、平均血圧を表す図
9	臨床医学各論Ⅵ 消化器・泌尿器系	・関連傷病等として4章への参照ページの記載
10	臨床医学各論Ⅶ 周産期系	・低出生体重児の呼称についての注釈 ・light-for-datesについての注釈
11	臨床医学各論Ⅷ 皮膚・筋骨格系	・関連傷病等として4章への参照ページの記載

テキストの改訂にあわせて、自宅学習用レポート問題の見直しを行った。

(2) リポート問題集

- ・提出用問題の作問（第81期生、第82期生）

1章～12章

平成24年度前期分（81期生） 各章5設問×5解答×12科目＝300設問・解答

平成24年度後期分（82期生） 各章5設問×5解答×12科目＝300設問・解答

計600設問・解答の作成

(3) 基礎課程試験

- ・科目試験（郵送）問題の作問・作成

前期分（12科目）各章4設問×5解答×12科目＝240設問・解答

後期分（12科目）各章4設問×5解答×12科目＝240設問・解答

計480設問・解答の作成

(4) 診療情報管理士認定試験

- ・問題の作問・作成

基礎分野 基礎課程12科目分、合計50設問の作成

27-3. 専門課程小委員会

1. 開催回数 7回（作問委員会含む）
2. 出席者数 52名（延べ人数）
3. 協議事項

(1) 教科書の改訂及び改訂後の検討

平成24年度前期（第79期生）、後期（第80期生）に使用する診療情報管理テキストⅢ（第5版）、Ⅳ「国際疾病分類概論（1章）」（第6版）の改訂を7月に行い、シラバス（実施要綱）の教授内容について加筆・修正を行った。また、改訂後に出された講師からの意見、同年開催された全国一斉講師会（12/8）で行った各課程（基礎、専門、分類法）別グループディスカッションでの指摘事項を基に、それぞれ内容の検討を行った。

(2) リポート問題の作成及び加筆・修正

- ・リポート問題集〔ドリル形式／模範解答、提出用問題付〕の加筆・修正（教科書改訂に準拠）
各章60設問×8科目＝480設問程度〈解答数約2,400〉

— 平成18年度前期（第67期生）から使用

- ・提出用問題の作成

各章5設問×8科目＝40設問〈解答数200〉 — 平成24年度前期（第79期生）

各章5設問×8科目＝40設問〈解答数200〉 — 平成24年度後期（第80期生）

(3) 科目試験問題の作問・作成

前期 8科目（各章4設問×8科目＝32設問、解答数160）

後期 8科目（各章4設問×8科目＝32設問、解答数160）

(4) 認定試験問題の作問・作成

専門分野（専門課程8科目、計50設問）

平成24年11月5日（月） 10:30～16:00 認定試験問題作問6名

平成24年12月7日（金） 10:30～16:00 認定試験問題確認8名

平成25年1月11日（金） 10:30～16:00 認定試験問題確認7名

(5) 医療統計学勉強会の開催について

昨年7月（平成24年度）より開始した医療統計学勉強会について、開始当初より継続して行っていたアンケート調査結果を踏まえた上で、コースの設定変更と講義資料の検討を行った。コースの設定については、「コース3」の推定と検定両方の実習を講義時間（3h）内に収めることが困難であるため、当年10月より下記の全3コースから全4コースに変更した。

講義資料については、今迄どおり「レジュメ＋演習問題形式」で行うとした。演習問題は、全開催会場での講義の共通性を担保し、同一の問題を使用することとした。

＜変更前（平成24年9月開催迄）＞

コース番号	コース名	到達目標
1	代表値・分散・標準偏差の理解コース	代表値の特徴を説明でき、分散・標準偏差を理解できる。
2	散布図の作成コース	散布図を作成でき、相関と相関関係を説明できる。
3	推定・検定の実践コース	区間推定が説明でき、カイ二乗検定ができる。

＜変更後（平成24年10月開催から）＞

コース番号	コース名	到達目標
1	代表値・分散・標準偏差の理解コース	代表値の特徴を説明でき、分散・標準偏差を理解できる。
2	散布図の作成コース	散布図を作成でき、相関と相関関係を説明できる。
3	推測統計の理解と推定の実践コース	確率と確率分布を説明できる。 統計的推定を説明できる。
4	検定の実践コース	統計的仮説検定が説明できる。

27-4. 分類小委員会

1. 開催回数 6回（作問委員会含む）
2. 出席者数 51名（延べ人数）
3. 協議事項

(1) 教科書改訂

診療情報管理士教育委員会が3年ごとに改訂を行っている診療情報管理士テキストについて、本小委員会はテキストIV（専門・国際疾病分類法編）第6版の改訂作業を行い、平成24年7月に発刊した。

(2) リポート問題の作成及び加筆・修正

- ・リポート問題集〔1章～22章及び原死因問題 ドリル形式／模範解答、提出用問題付〕の加筆・修正（疑義解釈の検討）

ICD-10コード問題（各章30問）、ICD-10、ICD-9-CMコード問題（各章2～5問）、サマリー問題（各章5問）、原死因問題（10問）

—平成18年度前期（第67期生）から使用

- ・提出用問題の作成

ICD-10コード問題（全章合わせて20問）、ICD-10、ICD-9-CMコード問題（全章合わせて10問）、サマリー問題（2問）、原死因問題（2問）

—平成24年度前期（第79期生）

ICD-10コード問題（全章合わせて20問）、ICD-10、ICD-9-CMコード問題（全章合わせて10問）、サマリー問題（2問）、原死因問題（2問）

—平成24年度後期（第80期生）

(3) 科目試験問題の作問・作成

前期 1科目 (合計8設問 85解答)

後期 1科目 (合計8設問 79解答)

(4) 認定試験問題の作問・作成

分類法 (1科目、7設問 53解答)

10月10日(水) 10:00~17:00 認定試験作成 9名

11月14日(水) 10:00~17:00 認定試験作成及び校正 9名

(5) コーディング勉強会問題の作成と見直し

前期、後期スクーリング同時開催勉強会問題 (初歩レベル 問題Ⅰ・Ⅱ、サマリー問題Ⅲ・Ⅳ) の作成を行った。

平成25年度より使用する通常開催勉強会問題 (初級 No.1・No.2、中級 No.1~No.3、上級 No.1~No.3 計8種類) の作成と、現行の問題に対する疑義解釈の検討と見直しを行った。

分類法指導者のための勉強会

1. 開催日 平成25年3月9日(土) 10:00~17:00
2. 出席者 22名 (委員等8名、講師6名、講師候補者8名)
3. 主催 診療情報管理士教育委員会 分類小委員会
4. 参加対象 診療情報管理士通信教育「コーディング勉強会」講師
診療情報管理士通信教育「コーディング勉強会」講師候補者
5. 内容
 - (1) 開会挨拶並びに委員会活動報告
 - (2) オリエンテーション
～通信教育の現状とICD-11改訂の動向について～
 - (3) コーディング勉強会概要説明
 - (4) 講義のポイントについて
 - (5) 模擬講義
 - (6) グループディスカッション
テーマ：受講生が成果を出せる講義方法とは
実務に役立つ指導とは
 - (7) グループディスカッション結果発表
 - (8) 総括および閉会挨拶



27-5. DPC コース小委員会

1. 開催回数 3回
2. 出席者数 10名（延べ人数）
3. 協議事項

（1）教材について

診療情報管理士教育委員会において計画している平成 24 年度の教材改訂について、診療報酬改定をふまえた最終改訂作業を行い、主な改訂点を以下のとおり整理し、平成 24 年 8 月に発行した。

章	科目	主な修正点
1	診断群分類の基礎	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関群に関する議論と基礎係数の導入についての説明 ・ 社会保障改革などの新たな政策的動向（国内外含め）の解説
2	診断群分類の実務	<ul style="list-style-type: none"> ・ ツリー図、定義テーブル等の図表 ・ コーディング精度についての説明 ・ 基礎調査データベース各項目についての詳説
3	診断群分類を活用した分析 I、II	<ul style="list-style-type: none"> ・ DPC データを用いた臨床指標の解説 ・ 病院ベンチマーキング（医療の質の評価）についての説明
巻末	用語集	<ul style="list-style-type: none"> ・ 五十音順および ABC 順へ並び変え

教材の改訂に沿って、レポート問題の変更を行った。

（2）講師会について

12月8日（土）開催の診療情報管理士教育委員会・全国一斉講師会について、グループディスカッションにおける議題案の検討を行った。講師会当日は、テキストについての意見、講師間での講義内容のすり合わせ、第5期生のスクーリング時に実施するアンケート内容について検討した。

（3）次期（平成 26 年度）教材改訂について

他の章と比較すると1章のページ数が多いため、「DPCの歴史」についての部分などは付属資料として巻末に移動および、「受講者に対して病院管理者が求めること」について追記することなどを、平成 25 年度への申送り事項とした。

【第4期 DPC コーススクーリング 会場・開催日・参加者数・講師について】

会場地	会場	開催日	参加者数
福岡	国立病院機構 九州医療センター	9/22 (土)・23 (日)	129
大阪	天満研修センター	9/29 (土)・30 (日)	153
東京	日本工学院専門学校 蒲田キャンパス	10/27 (土)・28 (日)	274
合計	3会場	6日間	556

①診断群分類の基礎

【福岡】

松田 晋哉 (産業医科大学 公衆衛生学教室 教授)

【大阪】

林田 賢史 (産業医科大学病院 医療情報部 副部長 (准教授))

【東京】

猪飼 宏 (京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 講師)

②診断群分類の実務

【福岡】

阿南 誠 (国立病院機構九州医療センター 医療情報管理センター 実務統括管理者)

秋岡美登恵 (国立病院機構九州医療センター 医療情報管理センター 診療情報管理室長)

【大阪】

荒井 康夫 (北里大学病院 医療情報管理室 診療情報管理課 課長補佐)

佐々木美幸 (箕面市立病院 診療情報管理室 室長)

【福岡】

須貝 和則 (国立国際医療研究センター 財務経理部 医事室専門職)

上田 京子 (健康保険医療情報総合研究所 医療・保険情報調査研究企画部シニアマネージャー)

③診断群分類を活用した分析 I・II

【福岡】

堀口 裕正 (東京大学大学院 医学系研究科 医療経営政策学講座 講師)

伏見 清秀 (東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 医療政策情報学分野 教授)

【大阪】

藤森 研司 (北海道大学病院 地域医療指導医支援センター センター長 (准教授))

猪飼 宏 (京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 講師)

【東京】

伏見 清秀 (東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 医療政策情報学分野 教授)

石川ベンジャミン光一 (国立がん研究センター がん対策情報センター がん統計研究部

がん医療費調査室長)

27-6. 医師事務作業補助者コース小委員会

1. 開催回数 3回
2. 出席者数 12名（延べ人数）
3. 協議事項

(1) 教材について

診療情報管理士教育委員会において計画している平成24年度の教材改訂について、診療報酬改定をふまえた改訂作業を行い、主な改訂点を以下のとおり整理し、平成24年6月に出版した。

章	項目名	主な修正点
1	医師事務作業補助者のあり方と接遇・個人情報の保護	<ul style="list-style-type: none"> ・医師事務作業補助者の業務範囲（看護補助者等との関係）についての説明 ・専従者（医師事務作業補助者）の常勤換算の解釈
3	医療情報システムと電子カルテ（診療録の記載・管理・がん登録含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・地域がん登録事業 実施状況の図
4	保険診療概要	<ul style="list-style-type: none"> ・高額療養費制度における限度額認定の説明
8	薬剤の基礎知識	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤管理指導料等の説明
10	診断書・証明書等の実務	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡診断書「作成にあたっての留意事項」の解説（削除） ・ICD-10の解説（削除）

教材の改訂にあわせて、レポート問題（安全管理や感染対策の自覚を促す問題の追加など）の変更を行った。

(2) 講師会について

12月8日（土）開催予定の診療情報管理士教育委員会・全国一斉講師会について、グループディスカッションにおける議題案の検討を行った。

(3) 研修会・福岡会場の開催について

研修会開催地について、九州地区での開催を検討し、以下の案を教育委員会（1/11（金））に諮り、了承された。

- ・4月入講を東京、大阪、福岡の3会場で開催し、その結果を見て今後の実施時期、回数を検討する。
- ・全3会場での講義の質を保つため、現行の講師が担当する。

【研修項目・14時間】

第6期：平成24年 6月23日（土）・24日（日）

会場：東京・笹川記念会館／大阪・天満研修センター 出席者数 1,191名

第7期：平成24年 12月22日（土）・23日（日）

会場：東京 笹川記念会館 出席者数 679名

時 間	章	研 修 (講 師)
(90分)	1章	医師事務作業補助者のあり方と接遇・個人情報の保護 (須貝 和則 国立国際医療研究センター 財務経理課 医事室専門職)
(90分)	2章	診療支援業務と配置部署における診療の流れ (高橋 勇二 浜松市リハビリテーション病院 副院長)
(90分)	3章	医療情報システムと電子カルテ (診療録の記載・管理・がん登録含む) (荒井 康夫 北里大学病院 医療情報管理室 診療情報管理課 課長補佐)
(90分)	4章	保険診療概要 (永易 卓 若草第一病院 事務局長)
(90分)	5章	医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要 (佐合 茂樹 木沢記念病院 事務長)
(90分)	6章	医学一般と感染対策 (東京会場：高橋 長裕 千葉市青葉看護専門学校 校長) (大阪会場：林 英夫 武田総合病院 総合診療科 特別顧問)
(60分)	7章	医療安全 (高橋 勇二 浜松市リハビリテーション病院 副院長)
(90分)	8章	薬剤の基礎知識 (処方せんの知識) (大槻 憲吾 相澤病院 がん集学治療センター がん登録・統計調査課 課長)
(60分)	9章	検査一般の知識 (井戸 靖司 岐阜医療科学大学 保健科学部 放射線技術学科 教授)
(90分)	10章	診断書・証明書等の実務 (中山 和則 筑波メディカルセンター病院 事務部長)

【院内研修レポート項目・18時間】

- (1) 医師事務作業補助者のあり方と接遇
- (2) 配置部署における診療の流れ (検査一般の知識含む)
- (3) 医療情報システムと電子カルテ (診療録の記載・管理含む)
- (4) 個人情報の保護に関する事項
- (5) 医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要
- (6) 医学一般と感染対策
- (7) 医療安全
- (8) 院内がん登録概要、登録手順、データ活用
- (9) 診断書・証明書等の実務

Web 会議

ホスピタルプラザビルでは、Web 会議を実施する環境が整備されている。一堂に会して会議を開催しなくても、膨大な資料でも Web 上で共有でき、拠点同士双方向での意見交換も可能である。意見を反映しての資料をその場でまとめることができるので、質の向上と充実化が期待されている。

また、東京から離れた病院に勤務する役員や委員に、移動時間の負担を大幅に軽減することができるなど、会議の効率化も図れる。

24 年度は中小病院委員会で試みたほか、診療報酬改定影響度調査の集計・分析の際に Web 会議機能を利用した。今後はより多くの委員会で利用することが期待される。

第 5

研究会

第5 研究会

1. 診療報酬改定説明会

2. 介護報酬改定説明会

○今年度は診療報酬改定、介護報酬改定がともに実施されないため、説明会の開催もなし

第 6

セミナー

1. 病院長・幹部職員セミナー	124
2. 病院診療の質向上を考えるセミナー	125
3. 医療安全管理者養成講習会	126
4. 感染制御講習会	129
5. 臨床研修指導医養成講習会	132
6. 病院中堅職員育成研修	132
7. 医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー	139

第6 セミナー

平成24年度 病院長・幹部職員セミナー 結果報告

- 日 時：** 平成24年8月2日(木曜日) 10:00～18:10
平成24年8月3日(金曜日) 9:00～12:50
- 会 場：** ホテル ル・ポール麴町 3階 ロイヤルクリスタル
- 申込者数：** 294 名
- プログラム：**
- 【初日】**
- 10:00 - 10:30 会長講演
日本病院会 会長 堺 常雄
- 10:30 - 11:40 講演「なぜBSC(Balanced Scorecard)は病院で役立つか。その成果は何か」
講師: 日本大学 商学部 教授 高橋 淑郎
座長: 日本病院会 会長 堺 常雄
- 11:40 - 12:50 昼休み
- 12:50 - 14:00 講演「これからの病院医療 ～ 今回の診療報酬・介護報酬の改定を踏まえて～」
講師: 日本病院会 常任理事 万代 恭嗣
座長: 日本病院会 副会長 相澤 孝夫
- 14:00 - 14:10 休憩
- 14:10 - 15:20 講演 「病院IT化の必要性 ～本格的な情報ネットワーク時代を迎えて～」
講師: 社会医療法人 高橋病院 理事長 高橋 肇
座長: 日本病院会 会長 大道 道大
- 15:20 - 15:40 休憩
- 15:40 - 16:50 講演 「これからの看護のあり方」
講師: 公益社団法人 日本看護協会 会長 坂本 すが
座長: 日本病院会 会長 末永 裕之
- 16:50 - 17:00 休憩
- 17:00 - 18:10 「地域における医療連携と病院」
～在宅医療とのコラボレーション～
講師: 尾道市医師会 地域医療システム研究所 所長・主任研究員 片山 壽
座長: 日本病院会 副会長 高橋 正彦
- 【二日目】**
- 9:00 - 10:10 「これからの病院における診療情報管理士の重要性」
講師: 日本病院会 顧問/日本診療情報管理学会 理事長 大井 利夫
座長: 日本病院会 副会長 末永 裕之
- 10:10 - 10:20 休憩
- 10:20 - 11:30 「これからの病院における薬剤師の役割」
講師: 一般社団法人 日本病院薬剤師会 前会長 堀内 龍也
座長: 日本病院会 副会長 高橋 正彦
- 11:30 - 11:40 休憩
- 11:40 - 12:50 「病院組織におけるキャリアパスのあり方と導入のメリット」
講師: 社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院 理事長・病院長 相澤 孝夫
座長: 日本病院会 副会長 梶原 優

出席者内訳:

①病床数別	件数
0-50	19
51-100	11
101-200	63
201-300	33
301-400	43
401-500	39
501-600	45
601-700	24
701-800	11
801-900	3
901-1000	3
合計	294

②会員別	件数
会員	282
非会員	12
合計	294

③職業別	件数
医師	142
薬剤師	77
看護師	36
臨床検査技師	29
その他管理系	5
その他技師系	3
その他事務系	2
合計	294

平成24年度 病院診療の質向上を考えるセミナー 報告

日 時：平成24年11月18日（日） 10:00～16:00

会 場：大阪府病院年金会館 コンベンションルーム

参加施設：200施設 220名

（薬剤師 163名，医師 14名 看護師 14名 事務系その他 29名）

※大阪府病院協会，大阪府私立病院協会関係 70名

プログラム：

開会挨拶 一般社団法人 日本病院会 副会長 末永 裕之

講 演： 医療を取り巻く現状と課題
厚生労働省 老健局 老人保健課長（前 保険局医療課 企画官） 迫井 正深
座長： 小牧市民病院 病院長 末永 裕之

基調講演： 薬剤師の病棟常駐について ～ 基本的な考え方 ～
一般社団法人 日本病院薬剤師会 副会長 土屋 文人
座長： 長崎リハビリテーション病院 理事長 栗原 正紀

シンポジウム： 病棟に常駐する薬剤師をめぐって
広島大学病院 薬剤部 副薬剤部長 畝井 浩子
近森病院 外傷センター シニア看護師長 齊藤 尚子
森之宮病院 看護部長 福岡 幸代
横浜新緑総合病院 薬剤部長 藤本 康嗣
司会： 国立循環器病研究センター 薬剤部長 栗原 健
獨協医科大学越谷病院 救命救急センター 副看護部長 浅香えみ子

総括・閉会挨拶 病院診療の質向上検討委員会 委員長 昭和大学病院 病院長 有賀 徹

**日本病院会主催 平成24年度医療安全管理者養成講習会
第1クール報告**

- 日時 : 平成24年6月8日(金)・9日(土)
 ■会場 : ヤマノホール
 ■参加数 : 出席:232名 / 欠席:7名

6月8日(金)**◇受講にあたって**

09:00-9:05	開会挨拶 日本病院会 副会長 末永 裕之
09:05-9:20	オリエンテーション 日本病院会 医療安全対策委員会 委員長 福永 秀敏

◇事例分析

09:30-11:00	エラーの発生メカニズムとその対策の考え方 自治医科大学医学部 メディカルシミュレーションセンター センター長 教授 河野 龍太郎
11:10-12:40	エラー事象分析の基礎知識とエラー事象分析手法ImSAFER(MedicalSAFER)の解説
13:40-15:20	ImSAFER(MedicalSAFER)による実習(時系列事象関連図、背後要因関連図の作成)
15:30-16:30	ImSAFER(MedicalSAFER)による実習(対策立案と決定)
16:40-17:40	分析結果の発表と解説

6月9日(土)**◇医療安全の意義と院内の体制作り I**

09:50-10:50	我が国の医療安全施策の動向 厚生労働省 医政局 総務課 医療安全推進室 室長 宮本 哲也
11:00-12:30	医療安全管理の基礎知識と意義 九州大学大学院医学研究院 医療経営管理学講座 准教授 九州大学病院 病院長補佐 鮎澤 純子
13:30-15:00	我が国の医原性有害事象発生状況について 近畿大学医学部 救急総合医療診療センター 教授 森本 剛
15:10-16:10	院内報告システムの意義と活性について 名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 教授 長尾 能雅

◇重要課題・その他

16:20-17:50	院内研修 I 医療安全研修の実際: 医師及び全職員への医療安全研修 倉敷中央病院 安全管理室担当 院長補佐 米井 昭智
-------------	--

種別	人数	%	職種	人数	%	病床数	人数	%
会員	210	87.9%	1 医師	38	15.9%	0 ~ 50	19	7.9%
非会員	29	12.1%	2 薬剤師	17	7.1%	51 ~ 100	27	11.3%
合計	239		3 看護師	140	58.5%	101 ~ 200	47	19.7%
			4 臨床検査技師	10	4.2%	201 ~ 300	45	18.8%
			5 その他管理系	3	1.3%	301 ~ 400	31	13.0%
			6 その他技師系	22	9.2%	401 ~ 500	27	11.3%
			7 その他事務系	9	3.8%	501 ~ 600	14	5.9%
			合計	239		601 ~ 700	12	5.0%
						701 ~ 800	7	2.9%
						801 ~ 900	5	2.1%
						901 ~ 1000	1	0.4%
						1001以上	4	1.7%
						合計	239	

日本病院会主催 平成24年度医療安全管理者養成講習会
第2クール報告

- 日時 : 平成24年9月7日(金)・8日(土)
■会場 : ヤマノホール
■参加数 : 出席:253名 / 欠席:9名

9月7日(金)

◇再発防止 I	
09 : 00-10 : 30	施設計画と医療安全(安全な療養環境) 工学院大学 建築学部 教授 笈 淳夫
◇院内研修の企画・運営について II	
10 : 40-12 : 10	院内研修II 院内研修と安全文化の醸成 名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 副部長/病院助教 安田 あゆ子
◇情報収集と共有 I	
13 : 10-14 : 10	日本医療機能評価機構から 公益財団法人日本医療機能評価機構 理事兼医療事故防止事業部長 後 信
◇再発防止 II	
14 : 20-15 : 50	医薬品事故防止対策 一般社団法人日本病院薬剤師会 副会長 土屋 文人
◇医療安全の意義と院内の体制作り II	
16 : 00-17 : 30	院内における医療安全の体制作り～自院の現状と課題～(グループワーク) 鹿児島大学医学部歯学部付属病院 副看護部長 田畑 千穂子

9月8日(土)

◇情報収集と共有 II	
10 : 00-11 : 00	医薬品医療機器総合機構から 独立行政法人医薬品医療機器総合機構 安全第一部 医療機器安全課長兼医療安全情報室長 石井 健介
11 : 10-12 : 10	院内における事故情報の共有・医療安全管理者のネットワーク 安房地域医療センター 医療安全管理室 セーフティマネージャー 古田 康之
◇重要課題・その他	
13 : 10-14 : 10	中小医療機関の安全対策 Uクリニック五十嵐歯科 院長 五十嵐 博恵
◇再発防止 III	
14 : 20-15 : 20	多職種からなるラピッド・レスポンスシステムの取り組み 北里大学病院 救命救急センター部RST部/RRT部 主任 小池 朋孝
◇重要課題・その他 II	
15 : 30-17 : 30	医療安全の具体的な取り組み 武蔵野赤十字病院 医療安全推進室 室長 齋藤 裕 聖隷浜松病院 院長補佐兼安全管理室長 林 泰広 北里大学病院 医療安全管理室 医療安全管理者 荒井 有美 四谷メディカルキューブ 外科部長 梅澤 昭子 (司会) 名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 教授 長尾 能雅

種別	人数	%
会員	223	88.1%
非会員	30	11.9%
合計	253	

職種	人数	%
1 医師	45	17.8%
2 薬剤師	19	7.5%
3 看護師	132	52.2%
4 臨床検査技師	10	4.0%
5 その他管理系	2	0.8%
6 その他技師系	24	9.5%
7 その他事務系	10	4.0%
8 その他	11	4.3%
合計	253	

病床数	人数	%
0	5	2.0%
1～50	13	5.1%
51～100	26	10.3%
101～200	44	17.4%
201～300	46	18.2%
301～400	35	13.8%
401～500	26	10.3%
501～600	17	6.7%
601～700	13	5.1%
701～800	9	3.6%
801～900	7	2.8%
901～1000	2	0.8%
1001以上	3	1.2%
記載なし	7	2.8%
合計	253	

日本病院会主催 平成24年度医療安全管理者養成講習会
第3クール報告

- 日時 : 平成24年12月7日(金)・8日(土)
- 会場 : ヤマノホール
- 参加数 : 出席:255名

12月7日(金)

司会	(司会)九州大学大学院医学研究院 医療安全管理学講座 准教授 / 九州大学病院 病院長補佐 鮎澤 純子
◇事故発生時の対応 I : 患者の救命と患者家族への説明	
9:30-10:30	事故治療の考え方と実例 名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 教授 長尾 能雅
10:30-11:30	医療安全Q&A ～前半を振り返って～ 名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 教授 長尾 能雅 京都大学医学部附属病院 医療安全管理室 准教授 松村 由美
12:30-14:00	Just cultureと真実説明 社会保険相模野病院 病院長 内野 直樹
14:10-15:40	事実説明・患者の立場から 医療の良心を守る市民の会 代表 永井 裕之
◇事故発生時の対応 II : 関連した法的対応	
15:50-17:20	事故発生時に知っておくべき法的対応 新星総合法律事務所 弁護士 児玉 安司

12月8日(土)

司会	(司会)九州大学大学院医学研究院 医療安全管理学講座 准教授 / 九州大学病院 病院長補佐 鮎澤 純子
◇再発防止IV	
9:30-11:00	ヒューマンエラー 公益財団法人鉄道総合技術研究所 主任研究員 重森 雅嘉
◇重要課題・その他 III	
11:00-12:00	患者とのパートナーシップ 東京海上日動メディカルサービス株式会社 メディカルリスクマネジメント室 主席研究員 山内 桂子
◇再発防止V	
13:00-14:00	クリティカルパスの活用 国立病院機構 熊本医療センター 副院長 野村 一俊
◇事故発生時の対応 II : 具体例に基づくロールプレイ	
14:00-17:20	事故後対応・ロールプレイ 国立病院機構 熊本医療センター 臨床研究部長 芳賀 克夫 豊の国医療教育ボランティア会 会長 野崎 公敏 豊の国医療教育ボランティア会 藤咲 里花

種別	人数	%
会員	228	89.4%
非会員	27	10.6%
合計	255	

職種	人数	%
1 医師	46	18.0%
2 薬剤師	18	7.1%
3 看護師	144	56.5%
4 臨床検査技師	11	4.3%
5 その他管理系	4	1.6%
6 その他技師系	23	9.0%
7 その他事務系	9	3.5%
合計	255	

病床数	人数	%
0～ 50	21	8.2%
51～ 100	23	9.0%
101～ 200	48	18.8%
201～ 300	45	17.7%
301～ 400	38	14.9%
401～ 500	28	11.0%
501～ 600	18	7.1%
601～ 700	12	4.7%
701～ 800	10	3.9%
801～ 900	7	2.7%
901～1000	2	0.8%
1001以上	3	1.2%
合計	255	

平成24年度 感染制御講習会 第1クール 結果報告

日 時： 平成24年6月2日(土曜日) 13:00～17:45
平成24年6月3日(日曜日) 9:00～12:30

会 場： ニッショーホール

申込者数： 482 名

プログラム：

第1日目

13:00 - 13:10 「開会挨拶」

日本病院会 感染症対策委員会 委員長 吉田 孝宣

13:10 - 14:10 「病院感染と感染制御」「病院感染制御の歴史」

講師：東京医療保健大学/大学院 学長 小林 寛伊

14:10 - 14:40 「看護の立場から望むこと」

講師：総合母子保健センター愛育病院 医療安全管理室/医療安全管理者 新井 晴代

14:40 - 15:00 「休憩」

15:00 - 16:00 「病院感染の微生物学」

講師：東北大学大学院医学系研究科 感染制御・検査診断学 教授 賀来 満夫

16:00 - 16:30 「臨床検査技師の立場から望むこと」

講師：獨協医科大学病院医療安全管理部 感染制御センター 奥住 捷子

16:30 - 17:30 「結核, 非定型抗酸菌感染症」

講師：特定医療法人大坪会 東和病院 名誉院長 毛利 昌史

第2日目

9:00 - 9:50 「1-5類感染症／可能性ある輸入感染症／微生物テロ」

講師：山口大学医学部附属病院薬剤部 准教授 尾家 重治

9:50 - 10:20 「問題の病院感染症」

MRSA, VRE, 環境よりの病院感染 (Acinetobacter spp., Burkholderia cepacia, Serratia marcescens, Pseudomonas spp., Clostridium difficile, その他) 疥癬, その他

講師：東京医療保健大学医療情報学科 副学長 教授 大久保 憲

10:30 - 10:40 休憩

10:40 - 12:30 ディスカッション(質疑応答)

出席者内訳：

①病床数別	件数
0-50	5
51-100	36
101-200	110
201-300	69
301-400	86
401-500	81
501-600	41
601-700	24
701-800	5
801-900	6
901-1000	10
1001	9
合計	482

②会員別	件数
会員	449
非会員	33
合計	482

③職業別	件数
医師	22
薬剤師	61
看護師	323
臨床検査技師	62
その他管理系	0
その他技師系	13
その他事務系	1
合計	482

平成24年度 感染制御講習会 第2クール 結果報告

日 時：平成24年11月10日(土),11日(日)

会 場：ニッショーホール

申込者数：504名

プログラム：

第1日目

13:00 - 13:50 「感染対策の実際」

講師：東京医療保健大学/大学院 学長 小林 寛伊

13:50 - 14:35 「手術部位感染SSI」

講師：NTT東日本関東病院 副院長 小西 敏郎

14:35 - 15:25 「尿路感染」

講師：富士市立中央病院 院長 小野寺 昭一

15:25 - 15:40 「休憩」

15:40 - 16:30 「人工呼吸器関連感染」

講師：岩手医科大学附属病院 医療安全管理部感染症対策室 室長 櫻井 滋

16:30 - 17:15 「カテーテル関連血流感染 CR-BSI」

講師：東京医療保健大学医療情報学科 副学長 教授 大久保 憲

17:15 - 18:00 「看護における実践」

講師：東京大学医学部附属病院 看護師長 間平 珠美

第2日目

9:00 - 9:45 「施設長(院長)の立場から望むこと」

講師：国立病院機構熊本医療センター 名誉院長 宮崎 久義

9:45 - 10:30 「ICNの実践」

講師：東京女子医科大学病院 感染対策部 看護副部長 大友 陽子

10:30 - 10:40 休憩

10:40 - 12:30 ディスカッション(質疑応答)

出席者内訳：

①病床数別	件数
-50	5
51-100	35
101-200	120
201-300	71
301-400	94
401-500	82
501-600	40
601-700	26
701-800	6
801-900	6
901-1000	10
1001-	9
合計	504

②会員別	件数
会員	468
非会員	36
合計	504

③職業別	件数
医師	22
薬剤師	68
看護師	333
臨床検査技師	67
その他管理系	0
その他技師系	13
その他事務系	1
合計	504

平成24年度 感染制御講習会 第3クール 結果報告

日 時： 平成25年2月23日(土曜日) 13:00～18:00
平成25年2月24日(日曜日) 9:00～12:30

会 場： ニッショーホール

申込者数： 497 名

プログラム：

【第1日目】

- 13:00 - 13:50 「消毒 disinfection (環境, 機器消毒) / 生体消毒 antisepsis」
山口大学医学部附属病院薬剤部 准教授 尾家 重治
- 13:50 - 14:50 「建築設備的病院感染対策」
工学院大学 建築学部建築デザイン学科 教授 筧 淳夫
- 14:50 - 15:50 「新生児室 / 未熟児室の感染対策」
富士重工業健康保険組合太田記念病院 病院長 佐藤 吉壮
- 15:50 - 16:05 「休憩」
- 16:05 - 16:55 「無菌操作」
東京医療保健大学 副学長 教授 大久保 憲
- 16:55 - 17:45 「滅菌(滅菌法, 滅菌保証)」
市立伊丹病院 伊丹市病院 事業管理者 中田 精三

【第2日目】

- 9:00 - 9:50 「職業感染対策」(肺結核を除く)
東京通信病院 院長 木村 哲
- 9:50 - 10:20 「ICN感染対策」
NTT東日本関東病院看護部 副看護部長 急性期・重症患者看護専門看護師 木下 佳子
- 10:20 - 10:30 休憩
- 10:30 - 12:30 ディスカッション(質疑応答)

出席者内訳：

①病床数別	件数
0-50	5
51-100	36
101-200	117
201-300	77
301-400	90
401-500	79
501-600	38
601-700	24
701-800	6
801-900	6
901-1000	10
1001-	9
合計	497

②会員別	件数
会員	459
非会員	38
合計	497

③職種別	件数
医師	21
薬剤師	70
看護師	324
臨床検査技師	67
その他管理系	0
その他技師系	14
その他事務系	1
合計	0

5. 臨床研修指導医養成講習会

(1) 目的

- ・新医師臨床研修制度の発足に伴い、各病院で指導を担当する研修責任者・指導者の養成を行うことを目的とする。

臨床研修指導医養成講習会を開催し、臨床研修責任者（各診療科で臨床研修を統括する者）、臨床研修指導者（各診療科で実際に研修医を指導する者）対象にそれぞれにカリキュラムの作成、研修プログラムの具体的運用、及び研修医と指導者の評価が出来る能力開発を行う。また、各病院等での診療場面での適切な指導法や効果的なフィードバックの与え方ができる能力の開発を目指す。

(2) 実施内容

①第1回：平成24年9月15日（土）～16日（日）

- ・受講修了者：50名
- ・場 所：都市センターホテル 7階会議室
住 所、千代田区平河町9-15

②第2回：平成25年3月9日（金）～10日（日）

- ・受講修了者：50名
- ・場 所：同 上

6. 病院中堅職員育成研修

- ◇目 的 良質な病院を永続的に維持発展させるため、経営の質向上に寄与できる次世代を担う中堅職員の育成を目的とする
- ◇名 称 病院中堅職員育成研修
- ◇対 象 病院の経営管理職（医師、看護師、薬剤師、コ・メディカル等他職種）次世代の経営を担う中堅職員の方
- ◇開 催 週末、休日に開催し、参加しやすく実施する。一か月 1～2 コースとして開催し、コースの増設を検討
- ◇会 場 一般社団法人日本病院会 ホスピタルプラザビル
- ◇定 員 各コース 80名
- ◇修了証 コース毎に修了証を発行
- ◇参加費 会員 30,000円、会員外 50,000円
- ◇申 込 病院中堅職員育成研修申込サイト 又は FAX



1. 人事・労務管理コース

○病院の組織と人事・労務管理〔180分〕

人事・労務管理とは何か／人事・労務管理の基本／病院組織における人事・労務管理の目的と重要性／病院の使命・理念と人事・労務管理／病院の人事・労務管理の特殊性／成長・発展に伴う組織体制等の見直し／望ましい組織体制と職場風土づくり／病院における危機管理

相馬 敏克 講師(いわてリハビリテーションセンター 参事兼業務推進部長)

○人材の確保とその留意点〔180分〕

病院における人材確保の現状／募集、採用面接の具体例／職種別人材確保のポイント／様々な就業形態とアウトソーシングの活用／処遇改善、離職防止対策について

佐合 茂樹 講師 (木沢記念病院 事務長)

○労務管理の重点ポイント〔180分〕

就業規則／休日と休暇／労働時間／労働契約の注意点／休職・退職／その他

渡辺 明良 講師 (聖路加看護大学 事務局長)

○人事労務制度〔180分〕

人材育成の重要性／人事評価の手法／教育・育成について／賃金管理と福利厚生

佐合 茂樹 講師 (木沢記念病院 事務長)

年度	回	期日	会場	参加者数	修了者数
23	累計			145	143
24	第1回	5月18日(金)・19日(土)	(旧)日本病院会 5F 会議室	41	41
	第2回	2月15日(金)・16日(土)	日本病院会 3F 会議室	54	50
累計				240	234

2. 経営管理コース

○組織目標と管理プロセス

・組織デザインの要素〔180分〕

企業と組織／医療業界とその特徴

渡辺 明良 講師 (聖路加看護大学 事務局長)

・組織目標と管理プロセス〔180分〕

環境認知(マクロ環境分析・ミクロ環境分析・内部環境分析)／戦略策定と組織目標(バランスシート・スコアカードとは)／運用と改善／まとめ

渡辺 明良 講師 (聖路加看護大学 事務局長)

○組織変革

- ・組織変革の必要性〔180分〕
- ・ビジョンと戦略の立て方（ミッションとビジョン／戦略の種類）
- ・組織マネジメントとは（マネジメントとは TQMとは／経営計画をする）

正木 義博 講師(済生会支部神奈川県済生会 業務担当理事)

- ・バランスト・スコアカードとは〔180分〕

各視点の戦略と戦術（顧客の視点の戦略と戦術／学習と成長の視点の戦略と戦術／業務プロセスの視点の戦略と戦術／財務の視点の戦略と戦術）

- ・変革の事例（済生会熊本病院の例、東部病院、神奈川県病院の例）

正木 義博 講師(済生会支部神奈川県済生会 業務担当理事)

年度	回	期日	会場	参加者数	修了者数
23	累計			149	142
24	第1回	6月8日(金)・9日(土)	(旧)日本病院会 5F 会議室	67	65
	第2回	1月18日(金)・19日(土)	日本病院会 2F セミナーフロア	60	56
累計				276	263

3. 医事管理コース

- オリエンテーション（グループ分け／グループごとの自己紹介等）〔30分〕

- 医事業務とその役割〔90分〕

医事管理コースの目的と概要／病院における医事部門とは／医事会計・受付業務・クレーム対応／保険請求業務／院内部門間連携・地域連携業務

永易 卓 講師（若草第一病院 事務局長）

- 診療報酬制度〔90分〕

診療報酬制度概要／中央社会保険医療協議会の役割／診療報酬点数の改定／包括支払方式（DPC／PDPS）への対応

江原 正恭 講師（社会医療法人社団三思会 法人本部 管理部長）

- 医事関連法規と法令遵守〔90分〕

施設基準の届出管理／地方厚生局の適時調査、個別指導、立入検査

櫻井 雅彦 講師（三井記念病院 医師支援部兼医療安全管理部 シニアマネージャー）

- 入金および未収金管理〔90分〕

収益管理と窓口出納業務／未収金管理とその対策／査定対策

櫻井 雅彦 講師（三井記念病院 医師支援部兼医療安全管理部 シニアマネージャー）

- 名刺交換会〔105分〕

- 医事実践講座 ～グループワーク～ グループにわかれてレセプトの検討〔120分〕

○医事統計～日次・月次統計管理～〔90分〕

収益分析／患者数分析／DPC分析（原価計算・クリティカルパス）

持田 勇治 講師（済生会横浜市東部病院 医事管理課 課長）

○医事部門における人事・労務管理〔90分〕

人事管理／医事課で必要な労働に関する法令／人材育成

原口 博 講師（武蔵野赤十字病院 会計課長）

○医事実践講座 ～グループワーク～ 発表と総括 〔60分〕

年度	回	期日	会場	参加者数	修了者数
23	累計			156	146
24	第1回	7月20日(金)・21日(土)	日本病院会 2F セミナーフロア	79	78
	第2回	12月23日(日)・24日(月)	日本病院会 2F セミナーフロア	37	35
累計				272	259

4. 財務・会計コース

○経済・財務の視点と会計〔180分〕

病院経営における経済・財務の視点／病院会計の基礎／財務諸表の理解と読み方

石井 孝宜 講師（石井公認会計士事務所 所長）

○経営指標とその分析・評価〔180分〕

機能性分析／収益性分析／生産性分析／財政状態分析／最近の動向（病院経営の透明化）

石井 孝宜 講師（石井公認会計士事務所 所長）

○管理会計と財務管理〔180分〕

予算管理制度／業務の把握と評価／コストマネジメント(原価管理)／キャッシュフローの管理

石尾 肇 講師（石尾公認会計士事務所 所長）

○個別の業務管理〔180分〕

設備投資／未収金／在庫管理

石尾 肇 講師（石尾公認会計士事務所 所長）

年度	回	期日	会場	参加者数	修了者数
23	累計			158	154
24	第1回	9月27日(木)・28日(金)	日本病院会 2F セミナーフロア	78	73
	第2回	12月20日(木)・21日(金)	日本病院会 2F セミナーフロア	41	38
累計				277	265



(財務・会計コース 講習風景)

5. 薬剤部門管理コース

○病院薬剤師への期待〔60分〕

病院長が求める薬局長像／薬剤師に期待すること／医療提供体制と求められるもの／その他

宮崎 瑞穂 講師(前橋赤十字病院 院長)

○病棟における薬剤師の業務〔90分〕

薬剤師病棟配置に向けた業務展開／病棟薬剤業務による薬物療法の安全と質の向上について
(医師との協働による負担軽減と効率化、患者満足度の向上)／病棟薬剤師を活用した薬品管理の実際

林 昌洋 講師(虎の門病院 薬剤部長、治験事務局長)

○病院経営の基礎〔90分〕

経営を意識した組織づくり／環境分析について／医療変革への対応／経営指標の見方

中山 和則 講師(筑波メディカルセンター病院 事務部長)

○病院薬剤師の新しい取り組み(グループ討議含)〔120分〕

病院薬剤師による患者サービスとは／事例報告(学術支援業務等)／その他

眞鍋 伸次 講師(KKR高松病院 薬局長)

○医療安全における薬剤師の役割〔90分〕

医療安全におけるITの活用／医薬品の安全管理・適正使用について／院内における事故防止対策

土屋 文人 講師(一般社団法人 日本病院薬剤師会 副会長)

○薬剤師のための保険請求業務〔90分〕

社会保険制度概要／診療報酬制度概要／診療報酬点数／診療報酬が支払われる条件／病院経営管理指標の説明／DPC分析例

持田 勇治 講師(済生会横浜市東部病院 医事管理課 課長)

○院内安全性情報活用について〔90分〕

安全性情報院内活用の実例／チーム医療における情報提供のあり方／各病院での安全管理情報周知について

栗林 左知 講師(シーサイド病院 院長補佐、事務部長、薬剤部長)

○管理職が理解する病院の労務管理〔90分〕

雇用形態／パート雇用の注意点／労働基準法と就業規則／労使協定・労働協約について／休日・休暇について／労働時間について／時間外勤務について／当直の考え方／退職・解雇／ハラスメントとその対策

原口 博 講師(武蔵野赤十字病院 会計課長)

年度	回	期日	会場	参加者数	修了者数
24	第1回	4月13日(金)・14日(土)	(旧)日本病院会 5F会議室	81	79
	第2回	7月5日(木)・6日(土)	(旧)日本病院会 5F会議室	79	78
	第3回	3月8日(金)・9日(土)	日本病院会 2Fセミナーフロア	72	72
累計				232	229

6. 医療技術部門管理コース

- 院長が技術部門に期待すること〔30分〕
病院経営の要となる管理職像とは

末永 裕之 講師(小牧市民病院 院長)

- 各部門の経営戦略

- ・診療技術部門〔60分〕

飯村 秀樹 講師(筑波メディカルセンター病院 診療技術部長)

- ・放射線部門〔60分〕

日下部 行宏 講師(聖隷浜松病院 事務局長)

- ・臨床検査部門〔60分〕

横山 一紀 講師(済生会横浜市東部病院 臨床検査部 課長)

- グループディスカッション(ケーススタディ)〔120分〕

- グループディスカッション(ケーススタディ) 発表と総括〔120分〕

- 技術部門における医療安全〔60分〕

管理職が押さえておくべき医療安全の知識／機器管理について／関連法規について／その他

井戸 靖司 講師(岐阜医療科学大学 教授)

- 病院組織の理解と病院経営〔90分〕

組織とは／マネジメントとは／病院理念の理解／ミッションとビジョン／病院経営に必要な指標の見方／経営分析

池田 隆一 講師(相澤病院 副院長、事務長)

- 管理職として心得ておきたい職場の人事・労務管理〔90分〕

人事・労務管理とは／人事・労務管理の基本／風通しの良い組織作り／人事評価制度／人材育成／各種ハラスメント対策／就業規則／休職、退職

原口 博 講師(武蔵野赤十字病院 会計課長)

年度	回	期日	会場	参加者数	修了者数
24	第1回	3月29日(金)・30日(土)	日本病院会 2F セミナーフロア	84	81
累 計				84	81

平成24年度「医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー」結果報告

日 時 : 平成25年3月2日(土曜日) 13:00~17:30
 平成25年3月3日(日曜日) 9:00~17:05
 会 場 : ヒューリックホール
 申 込 者 数 : 244 名

プログラム :

【第1日目】	
13:00 - 13:05	「開会のあいさつ」 一般社団法人 日本病院会 副会長 末永 裕之
13:05 - 13:10	「はじめに」 藤田保健衛生大学 外科・緩和医学講座 教授 教授 東口 高志
13:10 - 13:55	「栄養不良とその転帰」 藤田保健衛生大学 外科・緩和医学講座 教授 教授 東口 高志
13:55 - 14:55	「栄養素の消化吸収と代謝」 平成帝京大学 健康メディカル部 医療科学科 教授 鈴木 宏昌
14:55 - 15:10	「休憩」
15:10 - 15:50	「栄養スクリーニング手法」 平成帝京大学 健康メディカル部 医療科学科 教授 鈴木 宏昌
15:50 - 17:30	「栄養アセスメントと必要栄養量の求め方」 せんぼ東京高輪病院 栄養管理室長 教授 足立 香代子

【第2日目】	
9:00 - 10:00	「経腸栄養剤の種類と選択」 滋賀医科大学医学部付属病院 栄養治療部 病院教授 佐々木雅也
10:00 - 10:45	「経腸栄養法の実際 ～PEG管理を含む～」 明和病院 看護部 部長 矢吹 浩子
10:45 - 11:00	「休憩」
11:00 - 12:00	「経腸栄養の合併症とその対策」 滋賀医科大学医学部付属病院 栄養治療部 病院教授 佐々木雅也
12:00 - 13:00	「休憩」
13:00 - 13:50	「輸液製剤の種類と選択方法」 福山大学 薬学部 教授 大濱 修
13:50 - 14:50	「静脈栄養法の実際」 医療法人 川崎病院 外科総括部長 井上 善文
14:50 - 15:10	「休憩」
15:10 - 16:10	「静脈栄養における合併症とその対策」 医療法人 川崎病院 外科総括部長 井上 善文
16:10 - 17:00	「栄養管理におけるチーム医療」 藤田保健衛生大学 外科・緩和医学講座 教授 教授 東口 高志
17:10 - 17:05	「閉会の挨拶」 藤田保健衛生大学 外科・緩和医学講座 教授 教授 東口 高志

出席者内訳:

①病床数別	件数
0-50	2
51-100	12
101-200	60
201-300	35
301-400	38
401-500	38
501-600	25
601-700	17
701-800	3
801-900	7
901-1000	2
1001-	5
合計	244

②会員別	件数
会員	232
非会員	12
合計	244

③職種別	件数
医師	91
薬剤師	22
看護師	34
臨床検査技師	7
その他管理系	11
その他技師系	16
その他事務系	1
管理栄養士	62
合計	244

第 7

予防医学活動

第7 予防医学活動

人間ドックが我が国に誕生して、57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、一週間から二日ドックへ、さらには日帰りコースの一日ドックが普及している現況です。

公益社団法人日本人間ドック学会・一般社団法人日本病院会予防医学委員会は、1959年（昭和34年）に一泊二日の短期人間ドックが発足以来、優良施設の指定とともにその利用状況を調査し、毎年発表してまいりました。

1985年（昭和60年）に行われた第26回日本人間ドック学会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全国集計成績報告が行われ、28回目を迎えました。

全国集計の内容は日本人間ドック学会誌「人間ドック」並びに日本病院会雑誌に掲載し、機能評価認定施設並びに人間ドック指定病院長に配布しております。

このたび、第53回日本人間ドック学会学術大会の際に、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『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、2004年9月より、人間ドックの名称を下記のとおりに変更しました。

一日ドック（一日病院外来ドック、日帰りドック、半日ドック）

二日ドック（一泊人間ドックおよび三日以上ドックも含む）

今回の全国調査資料は一日と二日ドックおよび機能評価認定施設の合計で返信率は91.8%、対象の人間ドック受診者数は313万人で前年より約5万人増加しました。アンケート調査を始めた1984年はわずか41万人でしたが、以後年々増加傾向を示しております。

本資料が、人間ドックを実施している病院・施設の機能評価の一環としてご利用いただき、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。

（別添CD資料集〈資料7、8 P.150～192〉参照）

1. 人間ドック指定病院・施設および機能評価認定施設数

(2011年12月現在)

都道府県別一覧表

	二日	一日	機能 評価		二日	一日	機能 評価		二日	一日	機能 評価
北海道	5	2	8	石川県	9	1	1	岡山県	6	2	9
青森県	5	0	3	福井県	2	0	3	広島県	11	4	10
岩手県	5	0	2	山梨県	4	1	1	山口県	15	0	2
宮城県	1	0	8	長野県	5	0	7	徳島県	1	1	1
秋田県	3	0	4	岐阜県	4	1	7	香川県	3	1	5
山形県	1	0	2	静岡県	16	3	9	愛媛県	6	0	3
福島県	8	1	2	愛知県	7	1	15	高知県	2	1	2
茨城県	15	1	4	三重県	4	1	6	福岡県	28	6	11
栃木県	6	1	3	滋賀県	8	1	1	佐賀県	1	0	1
群馬県	16	1	5	京都府	20	2	11	長崎県	1	0	2
埼玉県	9	1	8	大阪府	18	10	19	熊本県	3	1	3
千葉県	34	4	9	兵庫県	17	0	10	大分県	0	2	3
東京都	47	22	47	奈良県	1	0	2	宮崎県	2	0	0
神奈川県	23	6	18	和歌山県	3	0	0	鹿児島県	3	0	2
新潟県	14	2	4	鳥取県	2	0	0	沖縄県	0	1	4
富山県	0	1	2	島根県	1	0	1	計	395	82	280

合計 二日ドック指定施設数 395病院

一日ドック指定施設数 82施設

機能評価認定施設数 280施設

*二日ドック指定施設は一時休止，指定辞退した施設は含んでいない。

*二日ドック指定ベッド数は1,404室である。

*機能評価認定施設ベッド数は659室，別にホテルドック契約は891室である。

*機能評価認定施設では

一日のみ指定 84施設

二日のみ指定 1施設

両方指定 168施設

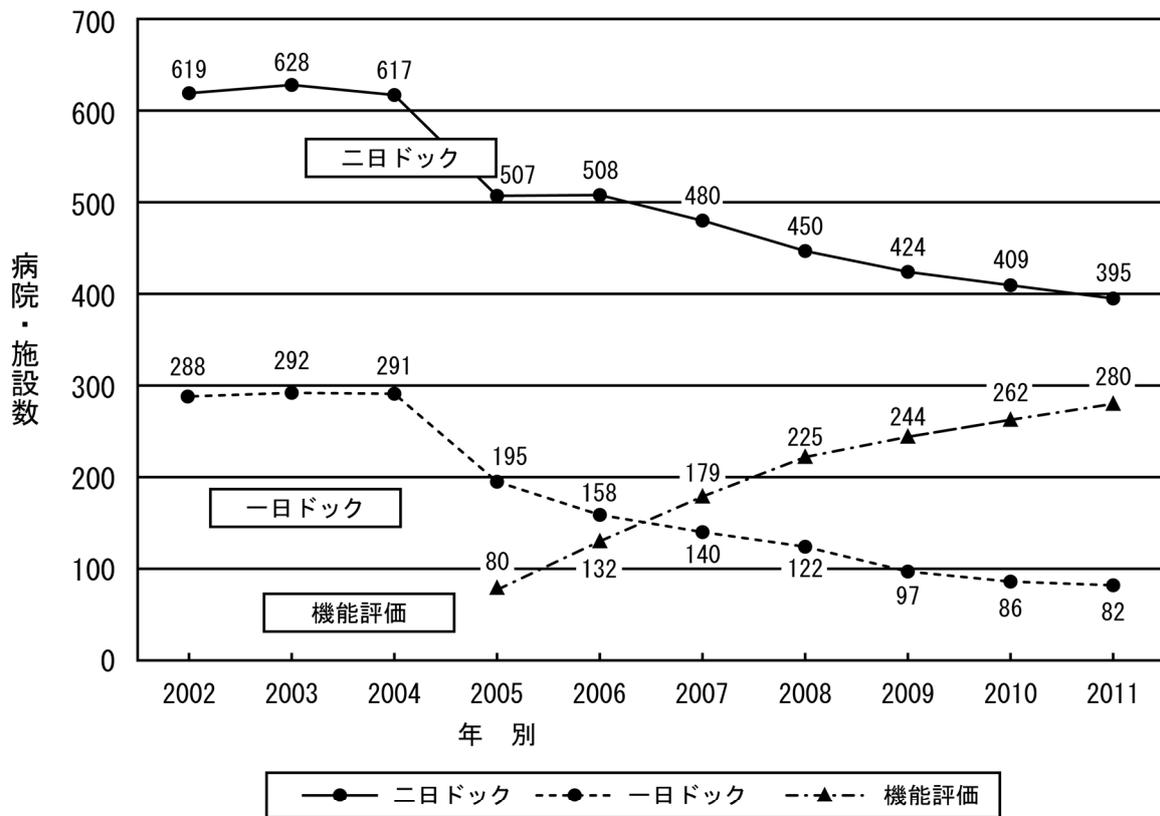
指定契約なし 27施設

合計 280施設

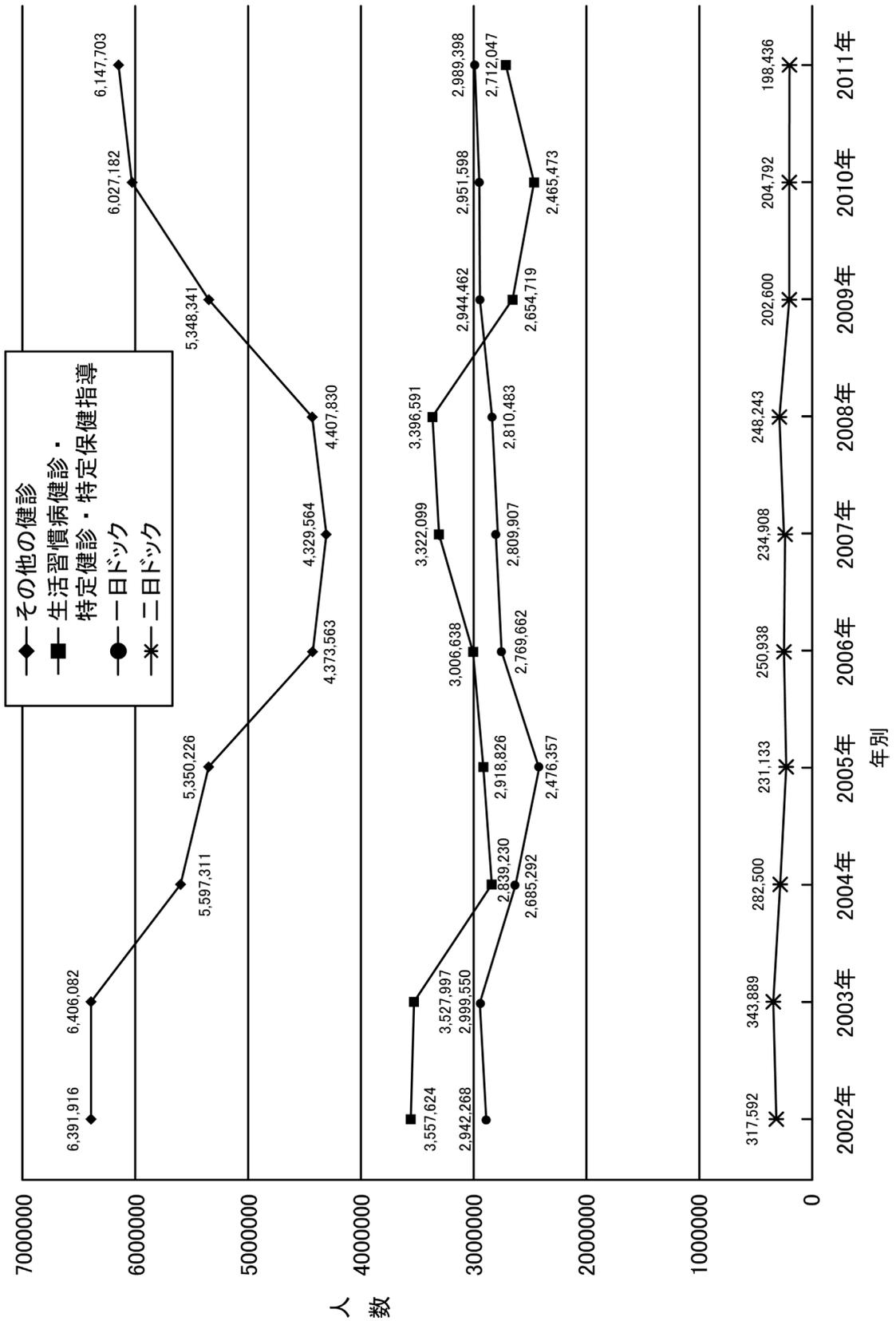
2. 人間ドック指定病院・施設 経営主体別一覧 (2011年)

ドック別 開設別	二日ドック		一日ドック		機能評価		ドック別 開設別	二日ドック		一日ドック		機能評価	
	施設数	%	施設数	%	施設数	%		施設数	%	施設数	%	施設数	%
独立行政法人 (国立病院機構等)	3	0.8		0.0	1	0.4	船 保 会	2	0.5		0.0	5	1.8
その他公的		0.0		0.0		0.0	健保及び連合	5	1.3		0.0	2	0.7
国 (その他)	1	0.3		0.0		0.0	共済及び連合	8	2.0	1	1.2	6	2.1
都 道 府 県	3	0.8		0.0	2	0.7	国 保 組 合		0.0		0.0		0.0
市 町 村	36	9.1	2	2.4	6	2.1	公 益 法 人	35	8.9	33	40.2	54	19.3
日 赤	22	5.6		0.0	16	5.7	医 療 法 人	198	50.1	35	42.7	117	41.8
済 生 会	18	4.6		0.0	7	2.5	学 校 法 人	7	1.8	2	2.4	8	2.9
北 海 道 社 会 事 業 協 会		0.0		0.0		0.0	会 社	2	0.5		0.0	10	3.6
厚 生 連	19	4.8	1	1.2	14	5.0	そ の 他 法 人	11	2.8		0.0	9	3.2
国 保 連		0.0		0.0		0.0	個 人	12	3.0	5	6.1	10	3.6
全 社 連	11	2.8	2	2.4	13	4.6							
厚 生 団	2	0.5	1	1.2		0.0	合 計	395	100.0	82	100.0	280	100.0

3. 最近10年間の二日ドック指定病院, 一日ドック指定施設および機能評価認定施設数の推移



4. 最近10年間の各種人間ドック・健診受診者数の推移



5. 人間ドック実施状況調査（2011年1月1日から12月31日）

(1) 二日ドック指定病院 395施設中358施設（90.6%）

（単位：人数）

種 別	利用者数	受診者数（2011年1月～12月）		
		男 性	女 性	計
二 日 ド ク	総 数	49,161	18,037	67,198
	健 保 組 合 員 数 （総数より再掲）	17,797 (36.2%)	5,030 (27.9%)	22,827 (34.0%)
	特定健診同時実施者 （総数より再掲）	32,906 (66.9%)	11,520 (63.9%)	44,426 (66.1%)
一 日 ド ク	総 数	421,561	292,685	714,246
	健 保 組 合 員 数 （総数より再掲）	192,718 (45.7%)	125,643 (42.9%)	318,361 (44.6%)
	特定健診同時実施者 （総数より再掲）	257,599 (61.1%)	174,143 (59.5%)	431,742 (60.4%)
合 計		470,722	310,722	781,444
生 活 習 慣 病 健 診		319,437	197,888	517,325
特 定 健 診 （国保及び健保等被扶養者）		75,173	115,074	190,247
そ の 他 の 健 診		701,684	577,581	1,279,265

(2) 一日ドック指定施設 82施設中71施設（86.6%）

（単位：人数）

種 別	利用者数	受診者数（2011年1月～12月）		
		男 性	女 性	計
二 日 ド ク	総 数	13,278	5,470	18,748
	健 保 組 合 員 数 （総数より再掲）	8,561 (64.5%)	3,841 (70.2%)	12,402 (66.2%)
	特定健診同時実施者 （総数より再掲）	9,181 (69.1%)	4,064 (74.3%)	13,245 (70.6%)
一 日 ド ク	総 数	305,624	203,635	509,259
	健 保 組 合 員 数 （総数より再掲）	212,755 (69.6%)	140,374 (68.9%)	353,129 (69.3%)
	特定健診同時実施者 （総数より再掲）	212,480 (69.5%)	138,001 (67.8%)	350,481 (68.8%)
合 計		318,902	209,105	528,007
生 活 習 慣 病 健 診		306,508	148,609	455,117
特 定 健 診 （国保及び健保等被扶養者）		70,001	84,799	154,800
そ の 他 の 健 診		1,203,412	715,146	1,918,558

(3) 機能評価認定施設 280施設中266施設 (95.0%)

(単位：人数)

種 別	利用者数	受診者数 (2011年1月～12月)		
		男 性	女 性	計
二 日 ドック	総 数	85,477	27,013	112,490
	健 保 組 合 員 数 (総数より再掲)	33,938 (39.7%)	9,273 (34.3%)	43,211 (38.4%)
	特定健診同時実施者 (総数より再掲)	54,159 (63.4%)	18,550 (68.7%)	72,709 (64.6%)
一 日 ドック	総 数	1,060,555	705,338	1,765,893
	健 保 組 合 員 数 (総数より再掲)	599,461 (56.5%)	375,897 (53.3%)	975,358 (55.2%)
	特定健診同時実施者 (総数より再掲)	715,302 (67.4%)	465,448 (66.0%)	1,180,750 (66.9%)
合 計		1,146,032	732,351	1,878,383
生 活 習 慣 病 健 診		612,193	364,602	976,795
特 定 健 診 (国保及び健保等被扶養者)		171,299	246,464	417,763
そ の 他 の 健 診		1,693,771	1,256,109	2,949,880

第 8

診療情報管理士 通信教育

(旧診療録管理課程通信教育)

第8 診療情報管理士通信教育 (旧診療録管理課程通信教育)

1. 入学状況

・第81(33)期生入学

- (1) 開講月日 平成24年7月1日
- (2) 入学者数 1,211名 (ただし、専門課程編入生78名含む)
- (3) 受講料 100,000円 (年額)

・第82(34)期生入学

- (1) 開講月日 平成25年1月1日
- (2) 入学者数 944名 (ただし、専門課程編入生60名含む)
- (3) 受講料 100,000円 (年額)

2. 卒業状況

・第73(30)回生卒業

- (1) 卒業生数 1,893名 男470名、女1,423名
- (2) 卒業式典 平成24年5月27日 (日)
同会場 東京・グランドプリンスホテル新高輪

3. 受講者人員数状況

・入学者数

- (1) 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)
男1,155名 女4,200名
- (2) 診療情報管理士 32,532名 (第49(1)回平成8年7月～第80(32)回平成24年1月)
男11,013名 女21,519名
- (3) 通算 40,042名
男12,837名 女27,205名

・卒業生数

- (1) 診療録管理士 2,231名 (第1回昭和49年9月～第43回平成7年10月)
男392名 女1,839名
- (2) 診療情報管理士 23,238名 (第44(1)回平成8年4月～第73(30)回平成22年5月)
ただし、特別補講 (第46(3)回860名、第50(7)回77名) を含む
男7,089名 女16,149名
- (3) 実数 24,454名 (名称移行者1,015名を除く)

・受講者数

受講者総数 4,753名 (平成25年3月末現在)

78(28)期以前	959名		
79(31)期	970名	80(32)期	810名
81(33)期	1,139名	82(34)期	875名

4. 集中スクーリング及び試験実施状況

(1) 前期

第81回スクーリング期日

北海道：	平成24年10月27日（土）～29日（月）	基礎課程
	平成24年10月26日（金）～28日（日）	専門課程
宮城：	平成24年8月17日（金）～19日（日）	基礎課程
	平成24年8月18日（土）～20日（月）	専門課程
東京：	平成24年11月23日（金）～25日（日）	基礎課程
	平成24年11月26日（月）～28日（水）	専門課程
愛知：	平成24年8月25日（土）～27日（月）	基礎課程
	平成24年8月22日（水）～24日（金）	専門課程
大阪：	平成24年9月28日（金）～30日（日）	基礎課程
	平成24年9月25日（火）～27日（木）	専門課程
岡山：	平成24年10月12日（金）～14日（日）	基礎課程
	平成24年10月15日（月）～17日（水）	専門課程
福岡①：	平成24年8月25日（土）～27日（月）	基礎課程
	平成24年8月22日（水）～24日（金）	専門課程
福岡②：	平成24年11月15日（木）～17日（土）	基礎課程
	平成24年11月18日（日）～20日（火）	専門課程

前期スクーリング会場及び参加者数（延べ人数）

会場地	会場	課程	参加者数
北海道	北海道自治労会館	基礎課程	461
		専門課程	538
宮城	仙台国際センター	基礎課程	664
		専門課程	1,053
東京	笹川記念会館	基礎課程	3,807
		専門課程	3,232
愛知	愛知県産業労働センター	基礎課程	1,267
		専門課程	1,091
大阪	天満研修センター	基礎課程	2,038
		専門課程	2,176
岡山	岡山コンベンションセンター	基礎課程	1,200
		専門課程	1,148
福岡①	九州医療センター（8月）	基礎課程	686
		専門課程	624

福岡②	九州医療センター(11月)	基礎課程	838
		専門課程	1,084
合計(延べ総人数)			21,907

前期科目試験(郵送)実施期間 平成24年9月10日(月)～19日(水)

受験者数 基礎課程 947名
 専門課程 1,266名
 受験者総数 2,213名

(2) 後期

第82回スクーリング期日

北海道：平成25年5月18日(土)～20日(月) 基礎課程
 平成25年5月17日(金)～19日(日) 専門課程
 宮城：平成25年3月15日(金)～17日(日) 基礎課程
 平成25年3月16日(土)～18日(月) 専門課程
 東京：平成25年4月12日(金)～14日(日) 基礎課程
 平成25年4月15日(月)～17日(水) 専門課程
 愛知：平成25年4月26日(金)～28日(日) 基礎課程
 平成25年4月23日(火)～25日(木) 専門課程
 大阪：平成25年2月23日(土)～25日(月) 基礎課程
 平成25年2月22日(金)～24日(日) 専門課程
 岡山：平成25年3月22日(金)～24日(日) 基礎課程
 平成25年3月25日(月)～27日(水) 専門課程
 福岡①：平成25年4月19日(金)～21日(日) 基礎課程
 平成25年4月22日(月)～24日(水) 専門課程
 福岡②：平成25年5月11日(土)～13日(月) 基礎課程
 平成25年5月14日(火)～16日(木) 専門課程

スクーリング会場及び参加者数(延べ人数) (平成25年3月現在の申込数)

会場地	会場	課程	参加者数
北海道	北海道自治労会館	基礎課程	590(見込み)
		専門課程	494(見込み)
宮城	仙台国際センター	基礎課程	771
		専門課程	1,020
東京	笹川記念会館	基礎課程	4,389(見込み)
		専門課程	3,037(見込み)
愛知	愛知県産業労働センター	基礎課程	1,353(見込み)
		専門課程	835(見込み)

大 阪	天満研修センター	基礎課程	2,587
		専門課程	2,816
岡 山	岡山コンベンションセンター	基礎課程	1,268
		専門課程	830
福岡①	九州医療センター(4月)	基礎課程	840 (見込み)
		専門課程	716 (見込み)
福岡②	九州医療センター(5月)	基礎課程	911 (見込み)
		専門課程	861 (見込み)

後期科目試験（郵送）実施期間 平成24年12月5日（水）～12月14日（金）

受験者数 基礎課程 784名
 専門課程 1,060名
 受験者総数 1,844名

5. 第6回診療情報管理士認定試験

試験日

全国16地区：平成25年2月10日（日）

会場地	会 場	受験者合計
北海道	北海道情報大学	188
宮 城	東北文化学園大学	273
栃 木	国際医療福祉大学	85
東 京	国士舘大学	893
新 潟	NSG 学生総合プラザ STEP	119
長 野	サンパルテ山王	77
愛 知	藤田保健衛生大学	276
三 重	鈴鹿医療科学大学	41
大 阪	関西女子短期大学	541
岡 山	川崎医療福祉大学	277
広 島	広島国際大学	159
高 知	高知医療センター	63
福 岡	純真学園大学	322
熊 本	熊本大学	86
鹿児島	原田学園こども医療秘書専門学校	89
沖 縄	おもと会天久の杜	97
	合 計	3,586

6. コーディング勉強会（「分類法」補講授業）

1) 開催地、回数、日時、参加者数

No.	会場地	教室数	問題番号等	会場	日	時	参加者数
1	北海道(札幌)	1	初級No.2	札幌医療秘書福祉専門学校	H24.7.14	13:30~16:30	13
2	北海道(札幌)	1	中級No.1	札幌医療秘書福祉専門学校	H24.8.11	13:30~16:30	10
3	北海道(札幌)	1	中級No.2	札幌医療秘書福祉専門学校	H24.9.15	13:30~16:30	8
4	北海道(札幌)	1	中級No.3	札幌医療秘書福祉専門学校	H24.11.17	13:30~16:30	16
5	北海道(札幌)	1	上級No.1	札幌医療秘書福祉専門学校	H24.12.15	13:30~16:30	8
6	北海道(札幌)	1	上級No.3	札幌医療秘書福祉専門学校	H25.1.12	13:30~16:30	12
7	北海道(札幌)	1	後期スクーリング同時開催	北海道自治労会館	H24.5.17	13:30~16:30	17
8	北海道(札幌)	1	前期スクーリング同時開催	北海道自治労会館	H24.10.25	9:30~12:30	13
9	北海道(札幌)	1	前期スクーリング同時開催	北海道自治労会館	H24.10.25	13:30~16:30	13
10	北海道(旭川)	1	中級No.1	旭川市民文化会館	H24.10.20	13:00~16:00	4
11	北海道(函館)	1	中級No.3	市立函館病院	H24.11.3	13:30~16:30	8
12	岩手	1	中級No.1	南昌病院	H24.10.6	13:00~16:00	19
13	宮城	1	後期スクーリング同時開催	仙台医療秘書福祉専門学校	H24.4.16	13:30~16:30	23
14	宮城	1	初級No.1	仙台医療秘書福祉専門学校	H24.6.9	13:30~16:30	27
15	宮城	1	初級No.2	仙台医療秘書福祉専門学校	H24.7.7	13:30~16:30	24
16	宮城	1	前期スクーリング同時開催	仙台医療秘書福祉専門学校	H24.8.17	9:30~12:30	18
17	宮城	1	前期スクーリング同時開催	仙台医療秘書福祉専門学校	H24.8.17	13:30~16:30	23
18	宮城	1	中級No.1	仙台医療秘書福祉専門学校	H24.9.15	13:30~16:30	27
19	宮城	1	中級No.2	仙台医療秘書福祉専門学校	H24.10.13	13:30~16:30	22
20	宮城	1	中級No.3	仙台医療秘書福祉専門学校	H24.11.10	13:30~16:30	31
21	宮城	1	上級No.1	仙台医療秘書福祉専門学校	H24.12.15	13:30~16:30	18
22	宮城	1	上級No.2	仙台医療秘書福祉専門学校	H25.1.19	13:30~16:30	21
23	宮城	1	上級No.3	仙台医療秘書福祉専門学校	H25.2.2	13:30~16:30	13
24	宮城	1	後期スクーリング同時開催	仙台医療秘書福祉専門学校	H25.3.15	9:30~12:30	4
25	宮城	1	後期スクーリング同時開催	仙台医療秘書福祉専門学校	H25.3.15	13:30~16:30	10
26	福島	1	中級No.1	ビッグパレットふくしま	H24.12.22	13:30~16:30	15
27	東京	2	初級No.2、中級No.3	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.4.7	9:00~12:00	31
28	東京	2	初級No.1、中級No.2	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.4.7	12:45~15:45	30
29	東京	2	後期スクーリング同時開催	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.5.13	9:00~12:00	33
30	東京	2	後期スクーリング同時開催	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.5.13	12:45~15:45	45
31	東京	2	初級No.1、中級No.2	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.6.2	9:00~12:00	38
32	東京	2	中級No.3、上級No.1	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.6.2	12:45~15:45	20
33	東京	2	初級No.2、中級No.3	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.7.7	9:00~12:00	54
34	東京	2	中級No.1、上級No.2	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.7.7	12:45~15:45	44
35	東京	2	初級No.1、中級No.1	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.8.4	9:00~12:00	48
36	東京	2	中級No.2、上級No.3	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.8.4	12:45~15:45	41
37	東京	2	初級No.2、中級No.2	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.9.1	9:00~12:00	42
38	東京	2	中級No.3、上級No.1	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.9.1	12:45~15:45	36
39	東京	2	初級No.1、中級No.3	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.10.13	9:00~12:00	66
40	東京	2	中級No.1、上級No.2	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.10.13	12:45~15:45	67
41	東京	1	中級No.2	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.10.29	13:00~16:00	17
42	東京	1	中級No.3	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.11.20	13:00~16:00	25
43	東京	2	前期スクーリング同時開催	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.11.25	9:00~12:00	52
44	東京	2	前期スクーリング同時開催	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.11.25	12:45~15:45	47
45	東京	2	初級No.2、中級No.1	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.12.1	9:00~12:00	47
46	東京	2	中級No.2、上級No.3	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.12.1	12:45~15:45	57
47	東京	1	上級No.1	一般社団法人日本病院会 会議室	H24.12.18	13:00~16:00	30

No.	会場地	教室数	問題番号等	会場	日時		参加者数
48	東京	2	初級No.1、中級No.2	一般社団法人日本病院会 会議室	H25.1.12	9:00～12:00	47
49	東京	2	中級No.3、上級No.1	一般社団法人日本病院会 会議室	H25.1.12	12:45～15:45	54
50	東京	1	上級No.2	一般社団法人日本病院会 会議室	H25.1.29	13:00～16:00	20
51	東京	2	中級No.3、上級No.2	一般社団法人日本病院会 会議室	H25.2.2	9:00～12:00	31
52	東京	2	中級No.1、上級No.3	一般社団法人日本病院会 会議室	H25.2.2	12:45～15:45	27
53	東京	2	初級No.1、中級No.1	一般社団法人日本病院会 会議室	H25.3.16	9:00～12:00	36
54	東京	2	初級No.2、中級No.2	一般社団法人日本病院会 会議室	H25.3.16	12:45～15:45	38
55	長野	1	初級No.2	JA長野県ビル	H24.10.27	13:30～16:30	9
56	長野	1	中級No.2	JA長野県ビル	H24.11.18	13:30～16:30	12
57	新潟	1	初級No.2	国際メディカル専門学校	H24.5.13	13:00～16:00	8
58	新潟	1	中級No.2	国際メディカル専門学校	H24.8.19	13:00～16:00	8
59	新潟	1	中級No.3	国際メディカル専門学校	H24.11.4	13:00～16:00	16
60	新潟	1	上級No.3	国際メディカル専門学校	H25.1.20	13:00～16:00	14
61	石川	1	初級No.1	国立病院機構金沢医療センター	H24.6.17	13:30～16:30	13
62	石川	1	中級No.1	国立病院機構金沢医療センター	H24.8.11	13:30～16:30	8
63	石川	1	中級No.2	国立病院機構金沢医療センター	H24.10.20	13:30～16:30	9
64	石川	1	上級No.1	国立病院機構金沢医療センター	H24.12.22	13:30～16:30	7
65	愛知	1	後期スクーリング同時開催	愛知県産業労働センター	H24.4.15	9:30～12:30	11
66	愛知	1	後期スクーリング同時開催	愛知県産業労働センター	H24.4.15	13:30～16:30	22
67	愛知	1	初級No.1	愛知県産業労働センター	H24.6.23	13:30～16:30	32
68	愛知	1	中級No.1	愛知県産業労働センター	H24.7.21	13:30～16:30	27
69	愛知	1	前期スクーリング同時開催	愛知県産業労働センター	H24.8.21	9:30～12:30	15
70	愛知	1	前期スクーリング同時開催	愛知県産業労働センター	H24.8.21	13:30～16:30	20
71	愛知	1	初級No.2	愛知県産業労働センター	H24.9.29	13:30～16:30	16
72	愛知	1	中級No.2	愛知県産業労働センター	H24.10.13	13:30～16:30	23
73	愛知	1	中級No.3	愛知県産業労働センター	H24.11.10	13:30～16:30	19
74	愛知	1	上級No.1	愛知県産業労働センター	H24.12.1	13:30～16:30	16
75	愛知	1	上級No.2	愛知県産業労働センター	H25.1.12	13:30～16:30	26
76	大阪	2	初級No.2、中級No.3	天満研修センター	H24.4.21	9:30～12:30	44
77	大阪	2	初級No.1、中級No.1	天満研修センター	H24.4.21	13:30～16:30	29
78	大阪	2	初級No.1、中級No.2	天満研修センター	H24.5.20	9:30～12:30	42
79	大阪	2	中級No.3、上級No.1	天満研修センター	H24.5.20	13:30～16:30	40
80	大阪	2	初級No.2、中級No.3	天満研修センター	H24.6.17	9:30～12:30	32
81	大阪	2	中級No.1、上級No.2	天満研修センター	H24.6.17	13:30～16:30	37
82	大阪	2	初級No.1、中級No.1	天満研修センター	H24.7.22	9:30～12:30	49
83	大阪	2	中級No.2、上級No.3	天満研修センター	H24.7.22	13:30～16:30	49
84	大阪	2	初級No.2、中級No.2	天満研修センター	H24.8.19	9:30～12:30	47
85	大阪	2	中級No.3、上級No.1	天満研修センター	H24.8.19	13:30～16:30	34
86	大阪	2	前期スクーリング同時開催	天満研修センター	H24.9.24	9:30～12:30	25
87	大阪	2	前期スクーリング同時開催	天満研修センター	H24.9.24	13:30～16:30	27
88	大阪	2	初級No.1、中級No.3	天満研修センター	H24.10.21	9:30～12:30	54
89	大阪	2	中級No.1、上級No.2	天満研修センター	H24.10.21	13:30～16:30	55
90	大阪	2	初級No.2、中級No.1	天満研修センター	H24.11.18	9:30～12:30	49
91	大阪	2	中級No.2、上級No.3	天満研修センター	H24.11.18	13:30～16:30	61
92	大阪	2	初級No.1、中級No.2	天満研修センター	H24.12.16	9:30～12:30	51
93	大阪	2	中級No.3、上級No.1	天満研修センター	H24.12.16	13:30～16:30	57
94	大阪	2	初級No.2、中級No.3	天満研修センター	H25.1.13	9:30～12:30	45
95	大阪	2	中級No.1、上級No.2	天満研修センター	H25.1.13	13:30～16:30	64

No.	会場地	教室数	問題番号等	会 場	日 時		参加者数
96	大阪	2	後期スクーリング同時開催	天満研修センター	H25.2.21	9:30～12:30	17
97	大阪	2	後期スクーリング同時開催	天満研修センター	H25.2.21	13:30～16:30	30
98	大阪	2	初級No.1、中級No.1	天満研修センター	H25.3.17	9:30～12:30	30
99	大阪	2	初級No.2、中級No.2	天満研修センター	H25.3.17	13:30～16:30	24
100	香川	1	中級No.1	穴吹医療大学校	H24.10.20	14:00～17:00	15
101	香川	1	上級No.2	穴吹医療大学校	H24.12.1	14:00～17:00	16
102	高知	1	初級No.1	高知医療センター	H24.6.2	14:00～17:00	10
103	高知	1	初級No.2	高知医療センター	H24.7.7	14:00～17:00	12
104	高知	1	中級No.2	高知医療センター	H24.8.11	14:00～17:00	20
105	高知	1	中級No.3	高知医療センター	H24.9.15	14:00～17:00	20
106	高知	1	上級No.1	高知医療センター	H24.11.10	14:00～17:00	18
107	高知	1	上級No.3	高知医療センター	H25.1.26	14:00～17:00	11
108	岡山	1	前期スクーリング同時開催	岡山コンベンションセンター	H24.10.14	9:30～12:30	29
109	岡山	1	前期スクーリング同時開催	岡山コンベンションセンター	H24.10.14	13:30～16:30	33
110	岡山	1	後期スクーリング同時開催	岡山コンベンションセンター	H25.3.24	9:30～12:30	14
111	岡山	1	後期スクーリング同時開催	岡山コンベンションセンター	H25.3.24	13:30～16:30	15
112	広島	1	初級No.1	広島市医師会臨床検査センター	H24.5.19	13:30～16:30	13
113	広島	1	初級No.2	広島市医師会臨床検査センター	H24.6.16	13:30～16:30	16
114	広島	1	中級No.1	広島市医師会臨床検査センター	H24.7.21	13:30～16:30	17
115	広島	1	中級No.2	広島市医師会臨床検査センター	H24.8.18	13:30～16:30	14
116	広島	1	中級No.3	広島市医師会臨床検査センター	H24.9.29	13:30～16:30	17
117	広島	1	上級No.1	広島市医師会臨床検査センター	H24.10.20	13:30～16:30	18
118	広島	1	上級No.2	広島市医師会臨床検査センター	H24.11.17	13:30～16:30	15
119	広島	1	上級No.3	広島市医師会臨床検査センター	H24.12.15	13:30～16:30	18
120	島根	1	初級No.1	鹿島病院	H24.8.11	13:30～16:30	14
121	島根	1	中級No.1	島根県中央労働福祉センター	H24.11.10	13:30～16:30	16
122	福岡I	1	後期スクーリング同時開催	F・C測上医療福祉専門学校	H24.4.24	13:30～16:30	13
123	福岡I	1	初級No.2	F・C測上医療福祉専門学校	H24.6.16	9:30～12:30	14
124	福岡I	1	中級No.2	F・C測上医療福祉専門学校	H24.6.16	13:30～16:30	17
125	福岡I	1	前期スクーリング同時開催	F・C測上医療福祉専門学校	H24.8.21	9:30～12:30	9
126	福岡I	1	前期スクーリング同時開催	F・C測上医療福祉専門学校	H24.8.21	13:30～16:30	14
127	福岡I	1	中級No.1	F・C測上医療福祉専門学校	H24.10.13	9:30～12:30	25
128	福岡I	1	上級No.2	F・C測上医療福祉専門学校	H24.10.13	13:30～16:30	16
129	福岡I	1	中級No.3	F・C測上医療福祉専門学校	H24.12.22	9:30～12:30	22
130	福岡I	1	上級No.3	F・C測上医療福祉専門学校	H24.12.22	13:30～16:30	18
131	福岡I	1	中級No.2	F・C測上医療福祉専門学校	H25.1.12	9:30～12:30	20
132	福岡I	1	上級No.1	F・C測上医療福祉専門学校	H25.1.12	13:30～16:30	17
133	福岡II	2	初級No.1、中級No.1	ILPお茶の水医療福祉専門学校	H24.5.19	13:30～16:30	17
134	福岡II	1	中級No.3	ILPお茶の水医療福祉専門学校	H24.7.14	9:30～12:30	14
135	福岡II	1	上級No.1	ILPお茶の水医療福祉専門学校	H24.7.14	13:30～16:30	11
136	福岡II	1	初級No.2	ILPお茶の水医療福祉専門学校	H24.9.29	9:30～12:30	20
137	福岡II	1	中級No.2	ILPお茶の水医療福祉専門学校	H24.9.29	13:30～16:30	18
138	福岡II	1	前期スクーリング同時開催	ILPお茶の水医療福祉専門学校	H24.11.17	9:30～12:30	15
139	福岡II	1	前期スクーリング同時開催	ILPお茶の水医療福祉専門学校	H24.11.17	13:30～16:30	17
140	福岡II	1	中級No.1	ILPお茶の水医療福祉専門学校	H25.2.2	9:30～12:30	11
141	福岡II	1	上級No.2	ILPお茶の水医療福祉専門学校	H25.2.2	13:30～16:30	10
142	福岡II	1	初級No.1	ILPお茶の水医療福祉専門学校	H25.3.16	9:30～12:30	22
143	福岡II	1	中級No.1	ILPお茶の水医療福祉専門学校	H25.3.16	13:30～16:30	14

No.	会場地	教室数	問題番号等	会 場	日 時		参加者数
144	大分	1	初級No.1	国家公務員共済組合連合新別府病院	H24.6.23	13:00～16:00	11
145	大分	1	初級No.2	国家公務員共済組合連合新別府病院	H24.7.21	13:00～16:00	12
146	大分	1	中級No.1	国家公務員共済組合連合新別府病院	H24.8.25	13:00～16:00	14
147	大分	1	中級No.2	国家公務員共済組合連合新別府病院	H24.9.15	13:00～16:00	16
148	大分	1	中級No.3	国家公務員共済組合連合新別府病院	H24.10.20	13:00～16:00	17
149	大分	1	上級No.1	国家公務員共済組合連合新別府病院	H24.11.10	13:00～16:00	16
150	大分	1	上級No.2	国家公務員共済組合連合新別府病院	H24.12.15	13:00～16:00	13
151	大分	1	上級No.3	国家公務員共済組合連合新別府病院	H25.2.2	13:30～16:30	10
152	熊本	1	初級No.2	熊本市立熊本市民病院	H24.6.9	13:30～16:30	9
153	熊本	1	初級No.1	熊本市立熊本市民病院	H24.7.28	13:30～16:30	4
154	熊本	1	中級No.3	熊本市立熊本市民病院	H24.8.18	13:30～16:30	5
155	熊本	1	中級No.1	熊本市立熊本市民病院	H24.9.29	13:30～16:30	9
156	熊本	1	中級No.2	熊本市立熊本市民病院	H24.10.27	13:30～16:30	10
157	熊本	1	上級No.1	熊本YMCA学院専門学校	H24.11.24	13:30～16:30	6
158	熊本	1	上級No.2	熊本YMCA学院専門学校	H24.12.22	13:30～16:30	2
159	沖縄	1	初級No.2	おもと天久の杜 あめくふれあいセンター	H24.7.21	13:30～16:30	11
160	沖縄	1	中級No.3	おもと天久の杜 あめくふれあいセンター	H24.8.18	13:30～16:30	9
161	沖縄	1	中級No.1	おもと天久の杜 あめくふれあいセンター	H24.9.15	13:30～16:30	10
162	沖縄	1	上級No.2	おもと天久の杜 あめくふれあいセンター	H24.12.22	13:30～16:30	14
163	沖縄	1	上級No.3	おもと天久の杜 あめくふれあいセンター	H25.1.19	13:30～16:30	7
19地区		212教室		25会場			3,793

2) 参加者総数

3,793名(延べ人数)

7. 医療統計学勉強会（「医療統計学（第5章）」補講授業）

1) 開催地、回数、日時、参加者数

No.	会場地	教室数	コース番号	会場	日時		参加者数
					日	時	
1	北海道	1	コース1（後期スクーリング同時開催）	北海道自治労会館	H24.5.17	9:30～12:30	15
2	北海道	1	コース1（前期スクーリング同時開催）	北海道自治労会館	H24.10.25	9:30～12:30	11
3	北海道	1	コース2（前期スクーリング同時開催）	北海道自治労会館	H24.10.25	13:30～16:30	12
4	宮城	1	コース1（後期スクーリング同時開催）	仙台医療秘書福祉専門学校	H24.4.16	9:30～12:30	25
5	宮城	1	コース1（前期スクーリング同時開催）	仙台医療秘書福祉専門学校	H24.8.17	9:30～12:30	25
6	宮城	1	コース2（前期スクーリング同時開催）	仙台医療秘書福祉専門学校	H24.8.17	13:30～16:30	23
7	宮城	1	コース1（後期スクーリング同時開催）	仙台医療秘書福祉専門学校	H25.3.15	9:30～12:30	19
8	宮城	1	コース2（後期スクーリング同時開催）	仙台医療秘書福祉専門学校	H25.3.15	13:30～16:30	13
9	東京	1	コース1	日本病院会 会議室	H24.4.7	9:00～12:00	5
10	東京	1	コース3	日本病院会 会議室	H24.4.7	12:45～15:45	8
11	東京	1	コース1（後期スクーリング同時開催）	日本病院会 会議室	H24.5.13	9:00～12:00	41
12	東京	1	コース2（後期スクーリング同時開催）	日本病院会 会議室	H24.5.13	12:45～15:45	34
13	東京	1	コース1	日本病院会 会議室	H24.6.2	9:00～12:00	6
14	東京	1	コース2	日本病院会 会議室	H24.6.2	12:45～15:45	12
15	東京	1	コース1	日本病院会 会議室	H24.7.7	9:00～12:00	14
16	東京	1	コース3	日本病院会 会議室	H24.7.7	12:45～15:45	24
17	東京	1	コース1	日本病院会セミナールーム	H24.8.4	9:00～12:00	18
18	東京	1	コース2	日本病院会セミナールーム	H24.8.4	12:45～15:45	20
19	東京	1	コース1	日本病院会セミナールーム	H24.9.1	9:00～12:00	9
20	東京	1	コース3	日本病院会セミナールーム	H24.9.1	12:45～15:45	19
21	東京	1	コース1	日本病院会セミナールーム	H24.10.13	9:00～12:00	34
22	東京	1	コース2	日本病院会セミナールーム	H24.10.13	12:45～15:45	30
23	東京	1	コース1（前期スクーリング同時開催）	日本病院会セミナールーム	H24.11.25	9:00～12:00	49
24	東京	1	コース2（前期スクーリング同時開催）	日本病院会セミナールーム	H24.11.25	12:45～15:45	37
25	東京	1	コース3	日本病院会セミナールーム	H24.12.1	9:00～12:00	44
26	東京	1	コース4	日本病院会セミナールーム	H24.12.1	12:45～15:45	42
27	東京	1	コース1	日本病院会セミナールーム	H25.1.12	9:00～12:00	25
28	東京	1	コース2	日本病院会セミナールーム	H25.1.12	12:45～15:45	28
29	東京	1	コース3	日本病院会セミナールーム	H25.2.2	9:00～12:00	26
30	東京	1	コース4	日本病院会セミナールーム	H25.2.2	12:45～15:45	24
31	愛知	1	コース1（後期スクーリング同時開催）	愛知県産業労働センター	H24.4.15	9:30～12:30	40

No.	会場地	教室数	コース番号	会場	日時		参加者数
32	愛知	1	コース2（後期スクーリング同時開催）	愛知県産業労働センター	H24.4.15	13:30～16:30	36
33	愛知	1	コース1（前期スクーリング同時開催）	愛知県産業労働センター	H24.8.21	9:30～12:30	14
34	愛知	1	コース2（前期スクーリング同時開催）	愛知県産業労働センター	H24.8.21	13:30～16:30	10
35	大阪	1	コース1	天満研修センター	H24.4.21	9:30～12:30	13
36	大阪	1	コース3	天満研修センター	H24.4.21	13:30～16:30	34
37	大阪	1	コース1	天満研修センター	H24.5.19	9:30～12:30	20
38	大阪	1	コース2	天満研修センター	H24.5.19	13:30～16:30	20
39	大阪	1	コース1	天満研修センター	H24.6.30	9:30～12:30	13
40	大阪	1	コース3	天満研修センター	H24.6.30	13:30～16:30	22
41	大阪	1	コース1	天満研修センター	H24.7.21	9:30～12:30	23
42	大阪	1	コース2	天満研修センター	H24.7.21	13:30～16:30	24
43	大阪	1	コース1	天満研修センター	H24.8.18	9:30～12:30	15
44	大阪	1	コース3	天満研修センター	H24.8.18	13:30～16:30	23
45	大阪	1	コース1（前期スクーリング同時開催）	天満研修センター	H24.9.24	9:30～12:30	12
46	大阪	1	コース2（前期スクーリング同時開催）	天満研修センター	H24.9.24	13:30～16:30	12
47	大阪	1	コース1	天満研修センター	H24.10.27	9:30～12:30	36
48	大阪	1	コース3	天満研修センター	H24.10.27	13:30～16:30	44
49	大阪	1	コース2	天満研修センター	H24.11.24	9:30～12:30	32
50	大阪	1	コース4	天満研修センター	H24.11.24	13:30～16:30	36
51	大阪	1	コース1	天満研修センター	H24.12.15	9:30～12:30	26
52	大阪	1	コース2	天満研修センター	H24.12.15	13:30～16:30	26
53	大阪	1	コース3	天満研修センター	H25.1.26	9:30～12:30	33
54	大阪	1	コース4	天満研修センター	H25.1.26	13:30～16:30	31
55	大阪	1	コース1（後期スクーリング同時開催）	天満研修センター	H25.2.21	9:30～12:30	24
56	大阪	1	コース2（後期スクーリング同時開催）	天満研修センター	H25.2.21	13:30～16:30	16
57	岡山	1	コース1（前期スクーリング同時開催）	岡山コンベンションセンター	H24.10.14	9:30～12:30	36
58	岡山	1	コース2（前期スクーリング同時開催）	岡山コンベンションセンター	H24.10.14	13:30～16:30	30
59	岡山	1	コース1（後期スクーリング同時開催）	岡山コンベンションセンター	H25.3.24	9:30～12:30	35
60	岡山	1	コース2（後期スクーリング同時開催）	岡山コンベンションセンター	H25.3.24	13:30～16:30	32
61	福岡 I	1	コース1（後期スクーリング同時開催）	F・C 渕上医療福祉専門学校	H24.4.24	9:30～12:30	12
62	福岡 I	1	コース1	F・C 渕上医療福祉専門学校	H24.6.16	9:30～12:30	10
63	福岡 I	1	コース2	F・C 渕上医療福祉専門学校	H24.6.16	13:30～16:30	11

No.	会場地	教室数	コース番号	会場	日時		参加者数
64	福岡Ⅰ	1	コース1（前期スクーリング同時開催）	F・C 涇上医療福祉専門学校	H24.8.21	9:30～12:30	4
65	福岡Ⅰ	1	コース2（前期スクーリング同時開催）	F・C 涇上医療福祉専門学校	H24.8.21	13:30～16:30	6
66	福岡Ⅰ	1	コース1	F・C 涇上医療福祉専門学校	H24.10.13	9:30～12:30	5
67	福岡Ⅰ	1	コース2	F・C 涇上医療福祉専門学校	H24.10.13	13:30～16:30	7
68	福岡Ⅰ	1	コース3	F・C 涇上医療福祉専門学校	H24.12.22	9:30～12:30	16
69	福岡Ⅰ	1	コース4	F・C 涇上医療福祉専門学校	H24.12.22	13:30～16:30	10
70	福岡Ⅰ	1	コース1	F・C 涇上医療福祉専門学校	H25.1.12	9:30～12:30	6
71	福岡Ⅰ	1	コース2	F・C 涇上医療福祉専門学校	H25.1.12	13:30～16:30	8
72	福岡Ⅱ	1	コース1	ILP お茶の水医療福祉専門学校	H24.5.19	9:30～12:30	13
73	福岡Ⅱ	1	コース3	ILP お茶の水医療福祉専門学校	H24.5.19	13:30～16:30	19
74	福岡Ⅱ	1	コース1	ILP お茶の水医療福祉専門学校	H24.7.14	9:30～12:30	11
75	福岡Ⅱ	1	コース2	ILP お茶の水医療福祉専門学校	H24.7.14	13:30～16:30	14
76	福岡Ⅱ	1	コース1	ILP お茶の水医療福祉専門学校	H24.9.29	9:30～12:30	12
77	福岡Ⅱ	1	コース3	ILP お茶の水医療福祉専門学校	H24.9.29	13:30～16:30	16
78	福岡Ⅱ	1	コース1（前期スクーリング同時開催）	ILP お茶の水医療福祉専門学校	H24.11.17	9:30～12:30	13
79	福岡Ⅱ	1	コース2（前期スクーリング同時開催）	ILP お茶の水医療福祉専門学校	H24.11.17	13:30～16:30	13
80	福岡Ⅱ	1	コース3	ILP お茶の水医療福祉専門学校	H25.2.2	9:30～12:30	5
81	福岡Ⅱ	1	コース4	ILP お茶の水医療福祉専門学校	H25.2.2	13:30～16:30	5
7 地区		81 教室		8 会場			1,676

2) 参加者総数

1,676名（延べ人数）

第 9

病院経営管理士通信教育

第9 病院経営管理士通信教育

1. 入講状況

・第35回生入講

- (1) 開講式 平成24年7月1日
- (2) 入講者数 58名
- (3) 受講料 480,000円(年額)

2. 認定状況

・第33回生卒業

- (1) 認定者数 45名(男39名 女6名)
- (2) 認定証授与式 平成24年9月29日
会場 東京：アルカディア市ヶ谷(私学会館)「伊吹」・「阿蘇西」

3. 第1回～第31回生 病院経営管理士資格認定

- (1) 認定者数 6名(累計397名)
- (2) 認定日 平成24年9月29日

4. 受講者人員数状況(平成25年3月31日現在)

・入講者の総数

[第1回～第35回生]

累計 1,074名
男 939名
女 135名

・卒業者の総数

[第1回～第33回生]

累計 737名
男 648名
女 89名

・現受講者の総数

第34回生 43名(復学生2名含む)
第35回生 57名
その他(留年生) 10名(30回生1名、31回生3名、32回生2名、33回生4名)

5. 試験および集中スクーリング(期末試験はスクーリング開始前に開催)

- (1) 試験 第34回生 170名 1年次後期(4科目) 平成24年7月9日(月)
(期末試験4科目 延べ160名、追試験4科目 延べ4名、再試験2科目 延べ6名)
- 第34回生 166名 2年次前期(4科目) 平成25年1月14日(月・祝)
(期末試験4科目 延べ152名、追試験8科目 延べ8名、再試験2科目 延べ6名)
- 第35回生 224名 1年次前期(4科目) 平成25年1月21日(月)
(期末試験4科目 延べ224名)

(2) スクーリング

- ・前期 平成24年7月9日(火)～14日(土)
7月16日(月・祝)～20日(金)
- ・延出席者数 2年次生[第34回生] 延べ469名(10科目12単位)
1年次生[第35回生] 延べ693名(12科目12単位)

期日	7月9日	10日	11日	12日	13日	14日		7月16日	16日	17日	18日	19日	20日
曜日	月	火	水	木	金	土		月・祝	月・祝	火	水	木	金
内容	試験 [#34 1年次後期]	スクーリング [#34 2年次前期]						オリエンテーション	スクーリング [#35 1年次前期]				
会場	東京：アルカディア市ヶ谷(私学会館)												

- ・後期 平成25年1月15日(火)～19日(土)
1月22日(火)～26日(土)
- ・延出席者数 2年次生[第34回生] 延べ463名(10科目12単位)
1年次生[第35回生] 延べ677名(8科目12単位)

期日	1月14日	15日	16日	17日	18日	19日		1月21日	22日	23日	24日	25日	26日
曜日	月・祝	火	水	木	金	土		月	火	水	木	金	土
内容	試験 [#34 2年次前期]	スクーリング [#34 2年次後期]						試験 [#35 1年次前期]	スクーリング [#35 1年次後期]				
会場	東京：日本病院会セミナールーム												

6. その他 新カリキュラム教材としての教科書を継続して作成配付

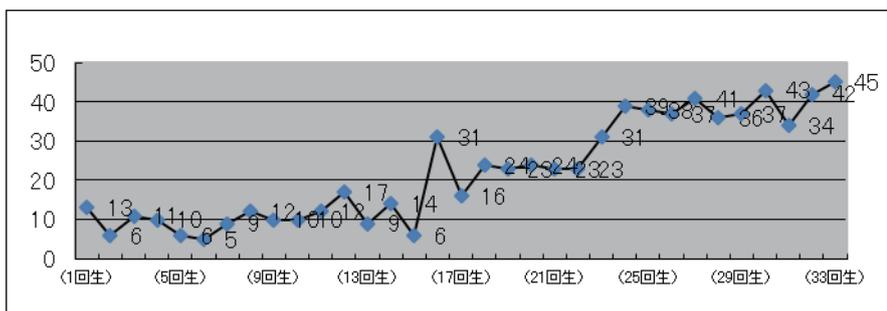


スクーリング(講義)



スクーリング(演習)

【卒業生の推移(第1回生～第33回生)】



第 10

第 62 回日本病院学会

第10 第62回日本病院学会

1. 開催日時 平成24年6月21日(木)～22日(金)
2. 開催場所 福岡国際会議場
〒812-0032 福岡市博多区石城町2-1 TEL 092-262-4111
福岡サンパレス
〒812-0021 福岡市博多区築港本町2-2 TEL 092-272-1123
3. 名誉学会長 今泉 暢登志(福岡赤十字病院 名誉院長)
4. 学会長 岡留 健一郎(済生会福岡総合病院 院長)
5. テーマ 「明日からの医療を考える ～これからの病院戦略～」
6. 開催内容

◎学会長講演	1題
◎会長講演	1題
◎記念講演	1題
◎招待講演	1題
◎特別講演	2題(内1題は第6回県民公開医療シンポジウム)
◎シンポジウム	5題
◎ワークショップ	5題
◎一般演題	655題(口演 300題 ポスター 355題)
◎ランチョンセミナー	17題
◎機器展示	49社
◎書籍販売	1社
7. 参加者数 2,230名
8. 関連会議・行事
 - ◎学会長招宴
6月20日(水) 18:00～20:00 於: ホテルオークラ福岡
 - ◎開会式
6月21日(木) 9:00～9:15
来賓 福岡県知事 小川 洋 (代理 福岡県副知事 山崎 健典)
日本医師会会長 横倉 義武
 - ◎医療人の集い
6月21日(木) 18:00～20:00 於: ホテルオークラ福岡
 - ◎閉会式
6月22日(金) 16:00～16:15

●開会式



●機器展示



●口演会場



●ランチョンセミナー



●ポスター会場



●医療人の集い



●特別講演 1



●閉会式



第 11 - 1

日本診療情報管理学会

第11-1 日本診療情報管理学会

A. 理事会

1. 開催回数 3 回
2. 出席者延べ数 54 名
3. 協議項目
 - 1) 平成 23 年度会計収支決算報告、同監査報告の件
 - 2) 平成 24 年度一般会計収支予算書案の件
 - 3) 平成 24 年度第 38 回学術大会収支決算報告、同監査報告の件
 - 4) 平成 24 年度事業報告案の件
 - 5) 平成 25 年度事業計画案の件
 - 6) 平成 25 年度一般会計収支予算書案の件
 - 7) 収支予算書および収支決算書の科目追加の件
 - 8) 委員会等の件
 - ①編集委員会
 - ②生涯教育委員会
 - ③倫理委員会
 - 9) 評議員退任の件
 - 10) 社会保障審議会統計分科会「疾病、傷害及び死因分類専門委員会」の専門委員の推薦の件
 - 11) 本年 10 月 13 日から 19 日開催の WHO-FIC ネットワーク会議の件
 - 12) IFHIMA 国際大会の件
 - 13) 賛助会員の取り扱いの件
 - 14) 名誉会員の件
 - 15) 平成 25 年度第 39 回学術大会の件
 - 16) 平成 26 年度第 40 回学術大会の件
 - 17) 平成 27 年度第 41 回学術大会の件
 - 18) 平成 28 年度第 42 回学術大会の件
 - 19) IMIA（国際医療情報学連盟）総会出席の件
 - 20) 平成 28 年日本での IFHIMA 国際大会開催へ向けての誘致委員会の件
 - 21) 平成 25 年度役員改選の件
 - 22) 次期支部長候補と次期学識経験者候補推薦の件
 - 23) 平成 24 年度長期会費未納者の件
 - 24) 研究等倫理審査委員会（仮称）の設置案の件
 - 25) 第 39 回学術大会主要プログラム案の件
 - 26) その他

B. 評議員会

1. 開催回数 1 回
2. 出席者 86 名（出席：50 名、委任状：36 名）
3. 協議項目
 - 1) 平成 23 年度事業報告案の件
 - 2) 平成 23 年度第 37 回学術大会収支決算報告、同監査報告の件

- 3) 平成 23 年度収支決算報告、同監査報告の件
- 4) 平成 24 年度事業計画案の件
- 5) 平成 24 年度一般会計収支予算書案の件
- 6) 会則一部改正の件
- 7) 第 39 回（平成 25 年度）学術大会の件
- 8) 第 40 回（平成 26 年度）学術大会の件

C. 編集委員会

1. 開催回数 3 回
2. 出席者延べ数 21 名
3. 協議項目
 - 1) 会誌「診療情報管理」第 24 巻 1 号発刊の件
 - 2) 会誌「診療情報管理」第 24 巻 3 号発刊の件
 - 3) 会誌「診療情報管理」第 25 巻 1 号発刊の件
 - 4) 会誌 PDF データ化とオンライン掲載の件
 - 5) 第 39 回茨城学術大会演題審査と学術大会特集号の編纂の件
 - 6) 会誌「診療情報管理」年 4 回発刊の件
 - 7) 優秀論文選考の件
 - 8) 平成 25 年度年間スケジュールの件
 - 9) 今までに学会誌に掲載された論文の演題分類項目に沿った仕分け作業の件
 - 10) その他

D. 生涯教育委員会

1. 開催回数 3 回
2. 出席者延べ数 23 名
3. 協議項目
 - 1) 平成 25 年度年間スケジュールの件
 - 2) 生涯教育研修会の件
 - ①第 60 回秋の生涯教育研修会
 - ②第 61・62・63 回冬の生涯教育研修会
 - ③第 64・65 回春の生涯教育研修会
 - ④第 66 回秋の生涯教育研修会
 - ⑤第 67・68・69 回冬の生涯教育研修会
 - ⑥平成 26 年度以降の生涯教育研修会
 - 3) 第 8 回診療情報管理士指導者認定の件
 - 4) 第 9 回診療情報管理士指導者認定の件
 - 5) 第 3 期診療情報管理士指導者更新の件
 - 6) 第 4 期診療情報管理士指導者更新の件
 - 7) 他団体主催の研究会の診療情報管理士指導者認定にかかる参加ポイントの付与の件
 - 8) その他

E. 国際疾病分類委員会

ア) 国際疾病分類委員会

1. 開催回数 3 回

2. 出席者延べ数 29 名
3. 協議項目
 - 1) 各担当作業の件
 - ①日本病院会・WHO 支援
 - ②厚生労働科学研究（大井班）作業
 - ③ICD 改正・改訂ワーキンググループ
 - ④ICD-10 疑義解釈
 - ⑤外科系学会社会保険委員会連合
 - ⑥厚生労働科学への英文投稿
 - ⑦他委員会との協力事項
 - 2) ICD - 11 の対応の件
 - 3) ICD - 10（2012 年版）に係る WHO 分類改訂改正委員会への投票作業に関する協力の件
 - 4) ICD の向上に関する協力委員の件
 - 5) 平成 25 年度の年間スケジュールの件
 - 6) その他

イ)ICD の向上に関する協力委員との合同会議

1. 日時 平成 25 年 2 月 2 日（土）13：00～16：40
2. 出席者延べ数 24 名
3. 協議項目
 - 1) 講演「ICD-10 アップデートについて」
松本 万夫（国際疾病分類委員会委員）
 - 2) 講演「外科系学会社会保険委員会連合コーディングワーキンググループについて」
大塚秋二郎（国際疾病分類委員会委員）
 - 3) 講演「WHO ICD-11 改訂の動向について」
谷 伸悦（厚生労働大臣官房統計情報部 企画課 国際分類情報管理室 室長）
 - 4) ディスカッション「ICD 意見提出について—ICD - 11 β 版を中心に—」

ウ)厚生労働省協力事業

1. 社会保障審議会統計分科会「疾病、傷害及び死因分類専門委員会（ICD 専門委員会）」への協力
2. 平成 22 年 5 月に国際分類情報管理室長から協力依頼のあった ICD-10 一部改正の変更点に関する検証作業の件
3. WHO-FIC URC（分類改正改訂委員会） ICD-10 の意見提出
 - 1) 10 月 13 日から 19 日までブラジル・ブラジリアでの WHO-FIC ネットワーク年次会議にて
本学会が提案した 2 項目は来年再提出となった。
 - 2) 2013 年 2 月に本学会より 5 項目を厚生労働省 ICD 室に提出した。
4. 「ICD の ABC」「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」の新年度版作成にあたり、内容について提案
5. 12 月 13 日にみらい CAN ホールにて厚生労働省と日本診療情報管理学会主催で、第 3 回 ICF シンポジウム「生活機能分類の活用に向けて—実用化に向けた課題と対策について—」を開催

エ)平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業統計情報総合研究

- 研究課題名「死亡診断書の精度向上に関する診療情報管理士の介入による記載適正化の研究」
（研究代表者＝大井利夫）
1. 開催回数 1 回
 2. 出席者延べ数 6 名
 3. 協議項目
 - 1) 原死因選択ルールについてのテキストの件

- 2) 総括研究報告書作成の件
- 3) 交付申請書案の件
- 4) 今後の企画の件
- 5) 死亡診断書の記載適正化のための具体的な診療情報管理士の介入方法案の件

F. 倫理委員会(および COI 委員会)

1. 開催回数 2 回
2. 出席者延べ数 15 名
3. 協議項目
 - 1) 「日本診療情報管理学会倫理綱領 2009 年版」の件
 - 2) 「日本診療情報管理学会倫理綱領 2012 年版案」の件
 - 3) 医療機関等における個人情報保護のあり方に関する件
 - 4) 平成 25 年度厚生労働科学研究事業当該研究計画についての審議

G. 役員等候補選考委員会

1. 開催回数 1 回
2. 出席者延べ数 5 名
3. 協議項目
 - 1) 次期支部長候補の推薦
 - 2) 次期学識経験者評議員候補の推薦
 - 3) その他

H. 災害時の診療録のあり方に関する合同委員会

1. 開催回数 5 回
2. 出席者延べ数 55 名
3. 協議項目
 - 1) 今後の本委員会について
 - 2) 災害時の診療録における必須項目等の課題の件
 - 3) 災害時診療録案の件
 - 4) 災害診療記録(案) Ver.1 の作成
 - 5) その他

I. 診療情報管理士指導者認定・更新

ア) 第 8 回「診療情報管理士指導者」認定事前講習会、検定試験

- 1) 日時 平成 24 年 6 月 23 日(土) 13:00~16:00
- 2) 会場 日本病院会 5階 第1会議室
- 3) スケジュール

13:00~13:05	オリエンテーション
13:05~14:05	事前講習会 講師/阿南 誠(生涯教育委員会委員長)
14:05~14:30	休憩
14:30~15:00	認定試験
15:00~15:15	休憩

15:15～16:00 小論文試験

イ)第 8 回「診療情報管理士指導者」認定者発表

- 1) 日時 平成 24 年 9 月 6 日 (木) の平成 24 年度総会時
- 2) 会場 名古屋国際会議場
- 3) 第 8 回「診療情報管理士指導者」認定者 (五十音順)
上田郁奈代、緒方 信明、來島 裕太、小林 美保、近藤 保、下村 淳一、
末福美恵子、高橋 文、野々下みどり、柳原 巧 以上 10 名

ウ)第 3 期「診療情報管理士指導者」更新

- 更新者 (五十音順)
枝光 尚美、片寄 順子、塩塚 康子、難波 淳子、橋本 昌浩 以上 5 名

※本学会が認定した診療情報管理士指導者は総数 55 名である。

J.優秀論文賞

理事会において第 23 巻 1 号に掲載された 高橋 文氏 (江別市立病院 管理課 診療情報係 主任) による原著論文「病理診断による死亡診断書の精度分析」を優秀論文賞に決定した。

K. 診療情報管理士生涯教育研修会

○診療情報管理士生涯教育研修会総計

- 開催地 北海道・大阪 (6 月)・愛知 (9 月)・愛媛・東京 (11 月)・長崎 (1 月)
- 開催回数 6 回
- 総参加者数 1,403 名

第 58 回生涯教育研修会

日 時	平成 24 年 6 月 16 日 (土)
会 場	北海道自治労会館 5 階 大ホール
参 加 者 数	103 名 (申込者 105 名)
プログラム	<p>開会挨拶 倉部 直子 (北海道ブロック支部長、北海道情報大学 医療情報学科 准教授) 診療情報管理士指導者認定と今後の生涯教育の方針 阿南 誠 (日本診療情報管理学会 副理事長、生涯教育委員会 委員長)</p> <p>講 演 I 「医療における説明責任と診療情報開示」 講 師 木村 満 (青梅慶友病院 院長) 座 長 倉部 直子 (北海道ブロック支部長、北海道情報大学 医療情報学科 准教授)</p> <p>講 演 II 「電子カルテの診療録としての問題点とその解決 —長期の記録継続性とデータ共有・閲覧性の観点から—」 講 師 松村 泰志 (大阪大学医学部附属病院 医療情報部 部長) 座 長 佐藤 正幸 (札幌社会保険総合病院 医療情報管理室 室長)</p> <p>シンポジウム「当院における診療情報提供の現状と課題」 座 長 佐藤 正子 (KKR 札幌医療センター 診療情報管理室 室長) シンポジスト 萩平 順一 (北見赤十字病院 医事課 医事係長) 久保 博文 (王子総合病院 診療録管理センター 副センター長) 大井 晃治 (国立大学法人旭川医科大学病院 経営企画課 診療情報管理係 係長)</p>

第 59 回生涯教育研修会

日 時	平成 24 年 6 月 30 日 (土)
会 場	大阪商業大学 5 号館 531 講義室
参加者数	258 名 (申込者 268 名)
プログラム	<p>開会挨拶 大道 道大 (近畿ブロック支部長、森之宮病院 理事長・院長) 診療情報管理士指導者認定と今後の生涯教育の方針 阿南 誠 (日本診療情報管理学会 副理事長、生涯教育委員会 委員長)</p> <p>講演 I 「医療における説明責任と診療情報開示」 講師 木村 満 (青梅慶友病院 院長) 座長 池田ゆきみ (市立四日市病院 診療情報管理室 主幹)</p> <p>講演 II 「電子カルテの診療録としての問題点とその解決 —長期の記録継続性とデータ共有・閲覧性の観点から—」 講師 松村 泰志 (大阪大学医学部附属病院 医療情報部 部長) 座長 枝光 尚美 (大阪府立母子保健総合医療センター 診療情報管理室)</p> <p>シンポジウム「当院における診療情報提供の現状と課題」 座長 河村 保孝 (焼津市立総合病院 医事課 診療情報担当 係長) シンポジスト 上田郁奈代 (大阪大学医学部附属病院 医療情報部) 島田 裕子 (国立病院機構大阪南医療センター 企画課) 田中 一史 (滋賀県立成人病センター 医事課 兼 医療情報室 参事)</p>

第 60 回生涯教育研修会

日 時	平成 24 年 9 月 6 日 (木)
会 場	名古屋国際会議場 レセプションホール
参加者数	461 名 (申込者 467 名)
プログラム	<p>開会挨拶 阿南 誠 (日本診療情報管理学会 副理事長・生涯教育委員会 委員長) 崎原 宏 (一般社団法人日本病院会 認定個人情報保護団体 審査委員会 委員長)</p> <p>講演「診療情報管理士が知っておきたい個人情報保護対策のポイント」 講師 白髪 昌世 (広島国際大学 医療経営学部 教授) 座長 原 臣司 (藤田保健衛生大学短期大学 名誉教授・第 38 回学術大会アドバイザー)</p>

第 61 回生涯教育研修会

日 時	平成 24 年 11 月 10 日 (土)
会 場	愛媛県武道館 大会議室
参加者数	90 名 (申込者 91 名)
プログラム	<p>開会挨拶 阿南 誠 (日本診療情報管理学会 副理事長、生涯教育委員会 委員長) 診療情報管理士指導者認定と今後の生涯教育の方針について 阿南 誠 (日本診療情報管理学会 副理事長、生涯教育委員会 委員長)</p> <p>講演 I 「診療情報管理士としての死亡診断書へのかかわり」 講師 高橋 長裕 (千葉市青葉看護専門学校 校長) 座長 阿南 誠 (日本診療情報管理学会 副理事長、生涯教育委員会 委員長)</p> <p>講演 II 「医療の可視化—クリニカル・インディケータを中心に—」 講師 伏見 清秀 (国立病院機構総合研究センター 診療情報分析部長) 座長 宮内 文久 (愛媛労災病院 院長代理)</p> <p>シンポジウム「診療情報の可視化にいかに取り組んでいるのか」 座長 河村 保孝 (焼津市立総合病院 医事課 診療情報管理担当 係長) シンポジスト 有吉 澄江 (山陽女子短期大学 人間生活学科 准教授) 来島 裕太 (山口県厚生農業協同組合連合会 長門総合病院 診療情報管理課) 上田郁奈代 (大阪大学医学部附属病院 医療情報部)</p>

第 62 回生涯教育研修会

日 時	平成 24 年 11 月 17 日 (土)
会 場	笹川記念会館 国際会議場
参加者数	332 名 (申込者 341 名)
プログラム	<p>開会挨拶 大井 利夫 (日本診療情報管理学会 理事長、関東・甲信越ブロック支部長) 診療情報管理士指導者認定と今後の生涯教育の方針について 阿南 誠 (日本診療情報管理学会 副理事長、生涯教育委員会 委員長)</p> <p>講演 I 「診療情報管理士としての死亡診断書へのかかわり」 講師 高橋 長裕 (千葉市青葉看護専門学校 校長) 座長 大井 利夫 (日本診療情報管理学会 理事長、関東・甲信越ブロック支部長)</p> <p>講演 II 「医療の可視化—クリニカル・インディケータを中心に—」 講師 藤森 研司 (北海道大学病院 地域医療指導医支援センター センター長・准教授) 座長 鈴木荘太郎 (藤沢市保健医療センター 顧問)</p> <p>シンポジウム「診療情報の可視化にいかに取り組んでいるのか」 座長 荒井 康夫 (北里大学病院 医療情報管理室 診療情報管理課 課長補佐) シンポジスト 星 賢一 (医療法人昨雲会 飯塚病院附属有隣病院 診療情報管理室 室長) 柳原 巧 (藤枝市立総合病院 医療情報室) 荒井 康夫 (北里大学病院 医療情報管理室 診療情報管理課 課長補佐)</p>

第 63 回生涯教育研修会

日 時	平成 25 年 1 月 19 日 (土)
会 場	長崎県歯科医師会館
参加者数	159 名 (申込者 162 名)
プログラム	<p>開会挨拶 吉田 晃治 (日本診療情報管理学会 理事、九州・沖縄ブロック支部長) 理事長挨拶 大井 利夫 (日本診療情報管理学会 理事長) 診療情報管理士指導者認定と今後の生涯教育の方針について 阿南 誠 (日本診療情報管理学会 副理事長、生涯教育委員会 委員長)</p> <p>講演Ⅰ「診療情報管理士としての死亡診断書へのかかわり」 講師 川合 省三 (医療法人さくら会 さくら会病院 副院長) 座長 吉田 晃治 (日本診療情報管理学会 理事、九州・沖縄ブロック支部長)</p> <p>講演Ⅱ「医療の可視化ークリニカル・インディケータを中心にー」 講師 伏見 清秀 (国立病院機構総合研究センター 診療情報分析部長) 座長 重田イサ子 (佐賀社会保険病院 診療情報管理室)</p> <p>シンポジウム「診療情報の可視化にいかに取り組んでいるのか」 座長 松浦はるみ (公立玉名中央病院 診療情報管理室) シンポジスト 丸山こずえ (国立病院機構都城病院 医療情報管理室 係長) 緒方 信明 (ILP お茶の水医療福祉専門学校 診療情報管理科 専任講師) 野々下みどり (医療法人社団シマダ 嶋田病院 診療支援部 診療情報管理課)</p>



6 月 30 日開催の第 59 回生涯教育研修会
(大阪：大阪商業大学) の講義風景



9 月 6 日開催の第 60 回生涯教育研修会
(愛知：名古屋国際会議場) の講師と座長

第 11 - 2

第 38 回日本診療情報 管理学会学術大会

第11-2 第38回日本診療情報管理学会学術大会

1. 会 期 平成24年9月6日(木)～7日(金)
2. 会 場 名古屋国際会議場(愛知)
3. 学術大会長 末永 裕之(日本診療情報管理学会 理事、一般社団法人日本病院会 副会長、小牧市民病院 事業管理者兼病院長)
4. テ ー マ 「医療の質の向上と診療情報管理—医療再生に向けて—」
5. 演 題
 - 1) 特別講演 2題
 - 2) 大会長講演 1題
 - 3) シンポジウム 4題
 - 4) 市民公開講座 1題
 - 5) 一般演題口演 240題
 - 6) 学生セッション 34題
6. 参 加 者 2,154人(学生セッション含む)
7. 主なプログラム

日 付	時 間	内 容
9月6日 (木)	9:20～9:50	大会長講演「これからの病院運営」 座 長：松本 隆利(社会医療法人財団新和会八千代病院 院長) 演 者：末永 裕之(第38回日本診療情報管理学会 学術大会長)
	10:00～11:50	シンポジウム1「“死因”を取り巻く諸問題」 座 長：川合 省三(医療法人さくら会さくら会病院 副院長) シンポジスト：石井 晃(名古屋大学大学院医学系研究科法医・生命倫理学教授) 松本 修一(小牧市民病院 副院長) 三木幸一郎(北九州市立医療センター 内科主任部長) 鎌倉 由香(昭和大学病院 診療録管理室 主任) 特別発言：大井 利夫(日本診療情報管理学会 理事長)
	14:30～15:30	特別講演1「医療に関する記録と情報 その真正性についての一考察 —医師は記録を正確に一」 座 長：堺 常雄(一般社団法人日本病院会 会長) 演 者：山本 修三(一般社団法人日本病院会 名誉会長)

9月6日 (水)	15:40~17:40	<p>シンポジウム2「電子カルテの功罪」</p> <p>座長：木村 通男（国立大学法人浜松医科大学医療情報部教授）</p> <p>植村 和正（名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター長）</p> <p>シンポジスト：山本 康仁（都立広尾病院 小児科医長兼 IT 推進担当）</p> <p>脇田 紀子（財団法人聖路加国際病院医療情報センター医療情報管理室 マネージャー）</p> <p>武井 哲也（社会医療法人財団慈泉会相澤病院 病院事務部門診療情報管理 課 課長代行）</p> <p>山野辺裕二（国立成育医療研究センター情報管理部情報解析室室長）</p> <p>佐藤 元紀（名古屋大学医学部附属病院総合診療科 病院助教）</p>
9月7日 (金)	8:50~9:50	<p>特別講演2「診療情報の価値—価値ある診療情報とは評価に値する診療情報ということ—」</p> <p>座長：大井 利夫（日本診療情報管理学会 理事長）</p> <p>演者：岩崎 榮（NPO 法人卒後臨床研修評価機構専務理事）</p>
	10:00~11:50	<p>シンポジウム3「大災害と診療情報—東日本大震災の教訓から—」</p> <p>座長：國井 重男（東北大学病院特任教授 メディカル IT センター副部長）</p> <p>近藤 泰三（小牧市民病院 内科部長）</p> <p>シンポジスト：伊勢 秀雄（石巻市立病院 院長）</p> <p>指定発言：山田 篤人（東海市民病院 医事課 情報管理係長）</p> <p>シンポジスト：佐藤めぐみ（星総合病院 診療情報管理センター 主任）</p> <p>石橋 悟（石巻赤十字病院 医療技術部長・救命救急センター長）</p> <p>木村 壯介（国立国際医療医療研究センター 病院長）</p> <p>湊 洋一（岩手県医療局 医事企画課 主査）</p> <p>特別発言：有賀 徹（一般社団法人日本救急医学会代表理事・昭和大学病院 院長）</p>
	13:10~14:40	<p>シンポジウム4「がん登録をどのように活用するか」</p> <p>座長：西本 寛（国立がん研究センター がん対策情報センター がん統計研究部長）</p> <p>伊藤 秀美（愛知県がんセンター 疫学・予防部 室長）</p> <p>シンポジスト：梅本 礼子（広島市立広島市民病院 医療支援センター診療情報管理室 主幹）</p> <p>仲本 奈々（琉球大学医学部附属病院 がんセンター）</p> <p>白岡 佳樹（国立病院機構四国がんセンター 医療情報管理室）</p> <p>城 一世（九州大学病院 がんセンター）</p>
	14:50~16:10	<p>市民公開講座「医療に望むこと：市民からのメッセージ」</p> <p>座長：末永 裕之（第38回日本診療情報管理学会 学術大会長）</p> <p>演者：山口 育子（NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長）</p>

8. 研 修 会

日 付	時 間	内 容
9月6日 (木)	12:00~13:30	診療情報管理士生涯教育研修会（ランチョンセミナー） 「診療情報管理士が知っておきたい個人情報保護対策のポイント」 座 長：原 臣 司（第 38 回学術大会アドバイザー・藤田保健衛生大学短期大学 名誉教授） 演 者：白髪 昌世（広島国際大学 医療経営学部 教授）



開会式 末永学術大会長のあいさつ



全国から 2,154 名の友が参加



山本修三・日本病院会名誉会長による「医療に関する記録と情報 その真正性についての一考察—医師は記録を正確に一」



優秀論文賞受賞者と第 8 回診療情報管理士指導者の認定者

第 12

国際モダン
ホスピタルショー 2012

第12 国際モダンホスピタルショー2012

詳細は別添 CD 資料集〈資料9 P.193~208〉を参照願います。

第 13

国際活動

- (1) AHF・IHF 関係（国際委員会）
- (2) WHO-FIC 等関連事業報告

第13 国際活動

(1) AHF・IHF関係 (国際委員会)

1. アジア病院連盟 (AHF)

1. 日 時 2012年7月17日(火)
2. 会 場 クアラルンプール・コンベンションセンター
3. 出席国 日本(堺 常雄 AHF 理事、福井次矢 AHF 理事)、インドネシア、マレーシア、韓国台湾、香港、フィリピン、オーストラリア

(1) 議事録の承認

2011年10月19日にジャカルタで開催された前回 BoG 議事録の総括が行われ異議、修正意見も無く承認された。

(2) 会員について状況報告

AHF 加盟国のうち、タイ、インド、モンゴル、ニュージーランドに関する最新の情報が報告され、タイ病院連盟の会長と連絡が取れ、Dr. Nipeck が同連盟の正式な会長であることが確認された。インドは、アポロ病院連盟 (Apollo Hospital Association) とフォルティス病院連盟 (Fortis Hospital Association) いずれかが代表になるべきであるが、これら二団体のパートナーシップの問題や最近では連絡が取りにくい旨報告があった。モンゴルも最近では連絡が取れないことが多いこと、そして香港の Dr. Lai によるニュージーランドへの働きかけは失敗に終わった旨の報告があった。

(3) 財務報告

AHF の財務状況について報告があり、今後の入金はずべて1つの定期預金に預け入れることとする。BoG は当該定期預金の使用および強化方法に関するガイドライン作成を検討する。

(4) その他

- ・韓国の Dr. Kim が、BoG の協議において2008年に設置した研究グループの背景を説明した。同グループは会長、前会長、次期会長、そして会長が指名したメンバーで構成される。
- ・Dr. Kim は、ウェブサイト (www.asianhospitalfederation.org) 運用準備の段階にあり、研究グループが出版社と協同でサイトの宣伝機会についている旨を発表した。
- ・BoG が2010年に承認したメンバーシップ・インセンティブ・プログラムについて説明した。B と C の新規会員の初年度年会費を30% OFF にするもので、初年度会費はB会員が350ドル、C会員が210ドルとなる。
- ・AHF 基金について Dr. Kim は、2009年1月に預入期間1年、金利年4%の定期預金に73,333ドルを預け入れ、預入期間を1年延長した旨報告。2011年12月28日現在、同基金の総額は89,407.59ドル。Dr. Kim がこれに自身の11,000ドルを寄付することを誓約。これにより総額は10万ドルを超えることになる。
- ・次回理事会は2013年7月2~4日、マレーシア・サンウェイピラミッド・コンベンションセンターで開催予定。

2. 国際病院連盟 (IHF)

1. 日 時 2012年11月28日
2. 会 場 IHF (国際病院連盟) 会議室 (Hospital de Loex - Bernex, Geneva)

3. 主な内容

(1) 会員の維持および新規募集

現状分析、IHF 会員の課題に関する共通理解、主な SWOT に関する合意、会員維持における優先事項および新規会員募集における優先事項の重要性についての協議。

※IHF の会員数の推移は 正会員が 2008 年- 42 団体、2012 年- 37 団体、うち 8 団体が会費未納 (準会員は 2008 年- 37 団体、2012 年- 64 団体、うち 13 団体が会費未納との報告)

(2) SWOT - 10 か国の正会員にアンケート実施の報告：

対象国はベルギー・ブラジル・フランス・ドイツ・香港・日本・韓国・ノルウェー・台湾、そしてアラブ首長国連邦のドバイにアンケートを実施した。

- ・ IHF に関わることのプラス面（メリット）として（カッコ内は回答件数）：
 - 知識と経験の共有・普及（イベントや出版物など）(8)
 - 唯一の国際組織である (6) ネットワーク化のプラットフォーム (5)
 - 国際協力活動のプラットフォーム (3)
 - 適切なプロジェクト（大学病院や GPO など）(3) 会員の地位が高い (3)
 - スタッフが有能かつ献身的 (2) 戦略が明確 (1) など。
- ・ マイナス面について：
 - 会費が高い (4) 会員が少なく会員のカテゴリーも限られている (3)
 - 財源が乏しい (2) 言語の壁がある (2) IHF の国際的知名度が低い (2)
 - 事務局のサービスを改善する必要がある (2) サービス志向の活動に欠ける (1)
- ・ 今後の方向性について：
 - 知識交換活動の多様化 (5) IHF 会員の地位向上 (4)
 - 地域での存在感を高め活動を増やす (3) 国際協力を進展させる (3)
 - 重要課題に積極的に取り組む (2) 会費を値下げ (2)
 - 国際的知名度を上げる (1) 支援活動 (1) など。

(3) 今後の国際活動：

- ・ 現在おこなわれている国際活動を継続
- ・ IHF との連携を深めるためになすべきことを模索
- ・ 賛助会員を動員するためのメリットの検討、提示
- ・ IHF が賛助会員に対し、効果的に訴えかける方法の検討
- ・ 機関紙：会員の関心や価値を反映した内容にする（ニュースレター、ウェブサイトでの情報提供）

(2) WHO-FIC等関連事業報告

【WHO-FIC 関係】

1. 2012 年 WHO-FIC ネットワーク会議

1. 開催日 2012 年 10 月 13 日 (土) ~19 日 (金)

2. 開催地 ブラジル、ブラジリア

(1) 13、14 日 : Mercure Brasilia Eixo Monumental

(2) 15~19 日 : The Convention Centre Ulysses Guimares

3. 参加者 約 30 カ国、6 団体、約 220 人

WHO : 8 人、WHO-RO : 9 人、開催事務局員 : 55 人

(日本病院会・日本診療情報管理学会 : 大井利夫、遠藤弘良、松本万夫、横堀由喜子、西川幸一)

4. 主な内容 WHO と PAHO 地域 WHO-FIC 協力センター等との共同開催により、「Improving Quality and Implementation」をテーマに開催。PAHO 地域の ICD 普及状況、活動情報などを報告。カウンシル、各委員会の議長 (任期 2 年 2 期まで) 選挙が行われた。韓国、タイ、ノルウェーが新たに協力センターとなった (WHO-FIC 協力センターは 17 カ国)

(1) 参加した委員会

- ・ EIC (教育普及委員会)
- ・ URC (改正改訂委員会) ICD-10 の改正について 48 件の承認
- ・ FDC (ファミリー拡張会議) ICHI (医療行為分類) α 版の提案
- ・ FDRG (生活機能分類グループ) ICF ユーザーガイドの提案

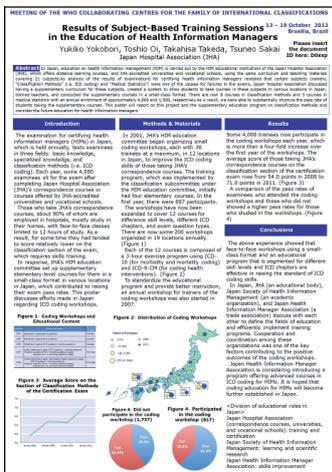
(2) ICD-11 改訂作業の報告と討議

- ・ RSG (改訂運営会議) TAG から改訂の活動状況の報告

(3) ポスター ※ポスターセッション座長 : ジョン・ホフ、横堀由喜子

(別添 CD 資料集〈資料 10、11 P.209~210〉参照)

< 日本病院会 >



「診療情報管理士認定教育における種目別研修会の成果」

著者 : 横堀由喜子
堺 常雄
武田隆久
大井利夫

< 日本診療情報管理学会 >



著者 : 松本万夫
川合省三
高橋長裕
三木幸一郎
阿南 誠
大井利夫

「死亡診断書の精度向上に関する診療情報管理士の介入の試み : step1」

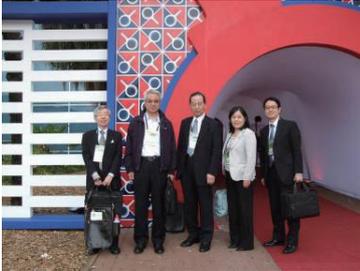
(4) その他

APN (アジア・パシフィックネットワーク) 会議 において、首藤賢治氏退任により遠藤弘良氏 (東京女子医大教授、診療情報管理士教育委員会特別委員) が議長就任。

次回開催地: 2013年 中国、北京 (決定)

今後の予定: 2014年 スペイン、バルセロナ

2015年 イギリス、ロンドン



2. WHO 国際統計分類協力センター運営会議

1. 開催日
 - 第1回 2012年 6月15日 (金) 参加者: 8名
 - 第2回 2012年 9月4日 (火) 参加者: 11名
 - 第3回 2012年 12月21日 (金) 参加者: 7名
 - 第4回 2013年 3月19日 (火) 参加者: 10名

2. 開催地 厚生労働省 専用会議室

3. 主な内容

(1) 協力センターの運営体制

- ・日本語訳の正式名称を「日本 WHO - FIC 協力センター」から「WHO 国際統計分類協力センター」へ変更
- ・センターの重点検討事項を「ICD 改訂、ICD 改正、海外教育・普及 (APN)、漢方、病名分類、ICF、WHODAS」とした。

(2) 年次活動計画

(3) 年次報告書の構成 (WHO-FIC 年次大会提出版、オンライン報告版)

(4) ウェブサイトの作成

(5) URC の投票

(6) ブラジル WHO-FIC 年次大会の参加計画、結果報告

(7) 2016年 WHO-FIC 年次会議の東京開催の計画

(8) アジア・パシフィックネットワーク議長交代 (遠藤弘良)

3. WHO ICD 改訂第5回内科 TAG Face to Face Meeting

1. 開催日
 - 平成25年2月6日 (水) 9:00~17:00 (1日目)
 - 2月7日 (木) 10:00~17:00 (2日目)

2. 開催地 渋谷・国連大学5階エリザベスローズホール

3. 主な内容

(1) 進捗状況の報告

- ・ ICD - 11 改訂についての報告

(2) 今後の各 WG (8) 活動計画

- ・ iCAT 入力についての意見交換

(3) ICD-11 の見直しとフィールドテストについて今後の作業確認

4. APN (アジア・パシフィックネットワーク) 会議 議長会議

1. 開催日 (1) 2013 年 2 月 11 日 (月) 15 : 00 ~ 17 : 40 (1 日目)

遠藤弘良共同議長、スクル・キム共同議長

(2) 2013 年 2 月 12 日 (火) 10 : 00 ~ 15 : 30 (2 日目)

遠藤弘良共同議長、スクル・キム共同議長、
ワンサ・パオイン (タイセンター長)

2. 開催地 日本病院会 3C 会議室

(1) 1 日目内容 : ・ WHO-FIC アジア・パシフィックネットワーク活動について

- ・ ICD、ヘルスイノベーションシステムの各国の状況
- ・ 今後の方向性および今後、2~3 年の具体的活動について意見交換
- ・ タイ会議に向けてタイセンター長および政府担当官との調整
- ・ WHO-FIC や IFHIMA で作成されている教育、普及のための素材 (ウェブトレーニングツール、コアカリキュラム、インフォメーションシート) などの有効活用

(2) 2 日目内容 : ・ 2013 年タイ、アジア・パシフィックネットワーク会議について

- ・ 日程、会場検討
- ・ アジェンダの作成
- ・ 参加国の確認
- ・ 事前調査の計画
- ・ 招待状の作成
- ・ ICD-11 支援の検討



議長会議

5. ベデルハム・ウースタン氏表敬訪問および事務打合せ

1. 日時 2013年2月5日(火) 14:30~16:00
2. 参加者 堺 常雄(日本病院会 会長)
ベデルハム・ウースタン
(WHO 担当官)
横堀由喜子
(日本病院会 通信教育課 課長)
3. 内容
 - ・WHO 年次報告(2102年5月~2013年5月)
 - ・APN 会議
 - ・ICD ウェブトレーニングツール
 - ・ICD-11 改訂状況



ウースタン氏と堺会長

【IFHIMA(診療情報管理協会国際連盟)関係】

1. IFHIMA(診療情報管理協会国際連盟)執行役員対面会議

1. 開催日 2012年9月19日(水)~21日(金)
2. 開催地 ドイツ・ブラウンシュバイク ブラウンシュバイク工科大学 IZ435号室
3. 参加者 9名(役員)(日本:横堀由喜子)
4. 主な内容
 - (1) 財務報告
 - (2) モントリオール総会
 - (3) 担当の報告
 - (4) SEAR 地域(日本担当)より、全地域(11ヵ国)の診療情報管理の現状報告の提出
(別添 CD 資料集〈資料12 P.211~250〉参照)
 - (5) 戦略的イニシアチブ(教育白書、電子カルテ白書、発展途上国のニーズ、データの質の白書の作成)
 - (6) ウェブサイト

2. IMIA(International Medical Informatics Association)年次総会

1. 開催日 10月23日(火) 8:30~16:30
2. 開催地 クラウンプラザサンパレス北京 2階 昆明ホール A(中国、北京)
3. 参加者 加盟協会数:56団体(日本会員加盟団体:日本医療情報学会)
日本診療情報管理学会:横堀由喜子(IFHIMA)
4. 内容 IFHIMA の関係団体である IMIA の総会
 - (1) 財務報告および予算計画
 - (2) 各担当業務、WG、分科会からの報告
 - (3) 地域報告
 - (4) Medinfo(大会)の誘致
 - (5) IMIA 年鑑の計画

3. HIMMA(オーストラリア診療情報管理協会)ディレクター来会

1. 日時 2012年5月29日(火) 10:00~11:30
2. 場所 日本病院会 2階、3階
3. 来訪者 ジェニー・ジルダー女史
HIMMA(オーストラリア診療情報管理協会)ディレクター、

ザ・コーディング・カンパニー診療情報・品質シニアマネージャー



ジェニー女史と日本病院会堺会長



4. インド IFHIMA (診療情報管理協会国際連盟) 会員来会 ウェブ会議

1. 開催日 2013年2月5日(火) 18:00~18:45
2. 開催地 日本病院会 6階
3. 参加者 3名
インドラジット・バタチャルヤ
(インド診療管理研究大学 IIHMR 教授)
ディビヤ・バーディー
(ヘルスマネージメントリサーチ研究所 IFHIMA 会員)
横堀由喜子(日本病院会 通信教育課 課長)
4. 内容 インド IFHIMA 協会の設立について



ウェブ会議

5. Health Information Management Journal (オーストラリア機関紙 2013年3月号) へ寄稿
テーマ:「Pathways to HIM Education」
~Working on an update about HIM education internationally~
執筆者:横堀由喜子
(別添 CD 資料集〈資料 13 P.251~253〉参照)

【電話会議】

1. WHO-FIC EIC (教育普及委員会) 電話会議 (日本時間)
 1. 開催日 2012年 6月 8日 (金) 6:00~7:30
 2. 開催日 2012年 9月 28日 (金) 6:00~7:30
 3. 開催日 2013年 2月 6日 (水) 7:00~8:30
 4. 場 所 日本病院会事務局
 5. 参加者 約 20名 (WHO 担当: 2名)、13名
 6. 主な内容
 - ・戦略的ワークプランおよびEIC ワークプラン (SWP) の更新
 - ・ICD・ICF オンライン・トレーニングツール
 - ・ICD・ICF 普及データベース
 - ・インフォメーションシート
 - ・WHO 地域事務局と IFHMA ディレクターとの連携
 - ・ICF ユーザーガイド
 - ・国際訓練・認定プログラム

2. IFHIMA 執行委員会 電話会議 (日本時間)

1. 開催日 2012年 4月 5日 (木) 20:00～ 21:30
2. 開催日 2012年 7月 11日 (水) 20:00～ 21:30
3. 開催日 2012年 12月 10日 (月) 21:00～ 23:00
4. 開催日 2013年 2月 22日 (金) 21:00～ 23:00
5. 場 所 日本病院会事務局
6. 参加者 約9名 (日本:横堀由喜子)
7. 主な内容
 - ・新規事業計画
 - ・各国の教育データベース
 - ・HIMSS ヨーロッパと AHIMA 教育者会議とのパートナーシップ
 - ・ナショナル協会設立のガイドライン
 - ・モンリオール大会
 - ・WHO-FIC 事業への協力
 - ・会長および地域ディレクターからの報告
 - ・2012年9月ブラウンシュワイク対面会議の議事録の承認
 - ・グローバルニュース
 - ・会計報告
 - ・AHIMA との電話会議
 - ・戦略的プランニング
 - ・ウェブサイト
 - ・地域レポート (South East Asia)(別添 CD 資料集〈資料 14～17 P.254～265〉参照)

以上

第 14

広 報

第14 広報

1. 日本病院会ニュースの発行

※主な記事および寄稿等は次のとおり

〈号数〉〈発行日〉

862号 4月10日

- 1) 堺会長が新生一般社団法人日本病院会を展望（4月1日付けで新法人の登記完了） 行動環境活かし事業展開 “見える化”、支部充実等で医療再生へ
- 2) 23年病院運営実態分析調査 赤字病院割合が前年比1.7ポイントアップの62.3%に
- 3) 主潮「医師確保について」（高橋正彦副会長）
- 4) 診療報酬算定方法の疑義解釈資料（厚労省・その1）

863号 5月10日

- 1) 急性期病床群（仮称）を集中協議（常任理事会） 機能分化は不可避に 急性期担う中小病院にも対象拡大を
- 2) 急性期病床群の議論難航（厚生労働省医療部会・作業グループ） 事務局修正案 認定制から登録制に変更
- 4) 主潮「社会保障における2025年問題 新生日本病院会の挑戦」（梶原優副会長）
- 5) 診療報酬算定方法の疑義解釈資料（厚労省・その2）

864号 5月25日

- 1) 地域医療再生を妨げる「制度の壁」（塩谷泰一・地域医療委員長が寄稿） 情報共有し“うねり”形成を 医療実態と労働規制等の乖離問題
- 2) 計画停電時等の通電、民間病院に拡大を（四病協と日医が電気事業連に要望）
- 3) 第62回日本病院学会の概要 岡留学会長が抱負語る 病院の活性化をテーマに 中間管理職の活用等を討議
- 4) 主潮「医療提供体制を考えるうえで」（末永裕之副会長）

865号 6月10日

- 1) 団体の目的・運営伝える日病へ（初の社員総会 堺会長が所信） 新法人機に“見える化”推進 60年の歴史区切りに新風も 退会の実態、経営の難しさ反映
- 2) 診療情報管理士1893人を認定 通算で約2万5千人に
- 3) 一般病床の機能を整理へ（厚労省の社保審医療部会・急性期医療作業班） 事務局修正案に理解 機能分化は医療計画と連動 機能は指標示し病院の選択で（日病・相澤副会長）
- 4) 主潮「病院を中心とした都市計画」（大道道大副会長）
- 5) 診療報酬算定方法の疑義解釈資料（厚労省・その4～5）

866号 6月25日

- 1) 病院現場の“見える化”事業を推進（堺会長に聞く・第1回） 中小病院経営支援事業など 情報の収集・発信システムを 中堅管理職が院長に事業参画促す必要も
- 2) 岩手・宮城被災病院を再視察 復興困難の中、落ち着きも（災害対策委）
- 3) 機能分化の考え方集約（厚労省の社保審医療部会・急性期医療作業班） 県に医療機能を報告 具体的な機能は別途検討へ 「急性期病床群」見送りに
- 4) 主潮「災害対策特別委員会のその後の活動」（今泉暢登志副会長）
- 5) 診療報酬算定方法の疑義解釈資料（厚労省・その6）

867号 7月10日

- 1) 中小病院のIT導入意識に課題（中小病院委の調査中間報告） 必要だが、コスト等負担感 普及には体制整備と公的補助も 医療連携、成果はこれから
- 2) 病院経営分析に診療情報管理士の参画も（堺会長の“見える化事業”インタビュー・第2回）
- 3) 福島県の現地再視察（災害対策委） 当面の医療確保が目標
- 4) 主潮「日本の医療になじまない地域医療制度」（高橋正彦副会長）
- 5) 入院医療分科会を新設（中医協） 長期入院等の課題検討 答申書附帯意見に対応
- 6) 「消費税分科会」が発足（中医協） 診療報酬上の補填 結果として患者負担に
- 7) 診療報酬算定方法の疑義解釈資料（厚労省・その7）

868号 7月25日

- 1) ①第62回日本病院学会盛會に（福岡に2230人） 明日の医療と病院戦略探る 演題過去最多の655題中心に活発討議
 - ②学会長講演（岡留健一郎学会長）：「病院活性化のための戦略 一私の考え一」 これからの病院経営は中間管理職の舵取りを
 - ③会長講演（堺常雄会長）：「明日からの病院医療を考える」 今後はパラダイムシフトが必要 日病は“見える化事業”で提言を
 - ④シンポジウム：「救急医療、現状の再評価」 救急医療には院内の強い指導體制を 救急医の確保、育成が急務
- 2) 新事務局 初の自社ビルで業務開始 閑静な千代田区三番町に立地 250人収容可能なセミナーフロア IT駆使する150人対応の会議室
- 3) 会員病院のデータを収集し、ベンチマークも（堺会長インタビュー・最終回）

869号 8月25日

- 1) 消費税問題特集（1）：①不明朗な補填の重ね塗りを危惧（伊藤伸一医業経営・税制委員） 寄稿「病院消費税の今後の方向性」 ②解説「消費税問題の対応の方向」（谷野浩太郎ニュース編集委員） ③控除対象外消費税問題を検討（常任理事会） 全取引段階非課税に別課題も（石井孝宜参与）
- 2) 会員影響度調査で中間集計（24年度診療報酬改定）：①1病院当たり診療収益の入院は+0.98%

に 外来は-0.42%、患者数減少 ②増収病院の割合は全体で 52%に 入院は 200 床未満で減収
診療単価は入院・外来とも増加、一方、患者減で減収に 中小病院にはハードル高い医師負担
減の届出項目

3) 病院長・幹部職員セミナー 病院医療の方向等探る

①病院存続賭け進路選択も (堺会長が税一体改革の将来像めぐり)

②BSC (バランス・スコアカード) の活用と成果を論じる (高橋淑郎日大教授)

③「これからの病院医療～今回の診療報酬・介護報酬の改定を踏まえて～」(万代恭嗣常任理事)
医療技術の進歩・促進は病院に追い風

④「人事改革せずに経営改革できない」(相澤孝夫副会長) 人的資産高める職群・職種別職能制度

4) 第 62 回日本病院学会 ワークショップ「チーム医療の充実のために一各職種から見た取組み」
6 職種などでチーム医療に大きく貢献

5) 控除対象外消費税解消を (日病が税制改正要望) 原発被災事故の関連も

6) 消費税に課税方式求める (四病協が税制改正要望)

870 号 9 月 10 日

1) 入院基本料のあり方論じ調査を (常任理事会で中医協部会めぐり) 「改定影響調査の解釈・活
用に問題があれば意見提示も」(部会委員の安藤文英常任理事)

2) 復興支援で車両寄贈 日病の橋渡しによりライオンズクラブ国際協会が石巻赤十字病院 (宮城)
に

3) 消費税問題特集 (2): 寄稿「消費税課税への条件」(安藤文英医業経営・税制委員長)

4) 主潮「世界に貢献する日本の病院医療 ー日本病院会の国際貢献ー」(梶原優副会長)

5) 勤務医の就労実態調査 (労働政策研究・研修機構) 医師不足感 7 割弱に ヒヤリ・ハット体験
は医師の 77%が感じる 年次有給休暇取得は約半数が 3 日以下

871 号 9 月 25 日

1) 医療の質の向上と診療情報管理 (第 38 回学術大会、名古屋に 2154 名) 記録の重要性を再確認
大災害の診療情報のあり方も

①大会長講演 (末永裕之学術大会長): データのインフォメーション化を 経営と診療の質向上に
活用

②特別講演 2 (岩崎榮氏): 「診療情報の価値」 質の高い価値ある教育を

③シンポジウムⅢ: 「大災害と診療情報」 喪失した場合に備えバックアップサーバーの持ち合い
を (伊勢秀雄・石巻市立病院長)

2) 入院関係の 24 年度調査決める (中医協が診療報酬改定の検証) 病院機能、地域性への配慮等 震
災特例措置は延長へ

3) 主潮「地域医療計画の見直しに向けて」(末永裕之副会長)

872 号 10 月 10 日

1) 延患者減少で増収抑制・減収に (日病の診療報酬改定影響度調査・中間報告) 診療収入 0.54%
の微増 患者 1 人 1 日当たり単価は入院 2.55%、外来 3.06%増

- 2) 定例記者会見：控除対象外消費税対応で課税採用求める方針確認
- 3) 45名に認定証を授与 日本病院会病院経営管理士通信教育 累計737名に
- 4) 悪化進む健康度—生活習慣病関連項目—(人間ドック全国集計)
- 5) 主潮「患者満足度100%の病院は理想の病院か」(大道道大副会長)
- 6) 診療報酬算定方法の疑義解釈資料(厚労省・その9)

873号 10月25日

- 1) “見える化”の先にパラダイムシフト(堺会長が構想) 現場データ基に病院類型 利用者、行政、提供者による協働主導
- 2) 「病院中堅職員育成研修」で宮崎瑞穂病院経営の質推進委員長語る 80人の少人数制を採用 グループ討議等で人脈確立も
- 3) ㈱日本病院共済会の活動紹介 Webで「日病人材サポート」
- 4) 看護師の能力認証の枠組み作り難航(厚生省のチーム医療推進会議) 事務局が試案で論点 詰めるべき課題等は拡大
- 5) 診療報酬算定方法の疑義解釈資料(厚労省・その10)
- 6) 主潮「日病会員病院数・支部数の増強を考える」(今泉暢登志副会長)

874号 11月10日

- 1) 7対1入院基本料のあり方協議(理事会) 病棟支持の一方、選択制も 7対1に固執せず複合型も視野に
- 2) 消費税問題で三井厚労相に政府税調での検討要望(四病協ら)
- 3) Web調査で中小病院の回答増加(日病・見える化事業) 分析精度の向上に期待も 万全に近いセキュリティ環境
- 4) 主潮「臨床研修制度について」(高橋正彦副会長)
- 5) 消費税率上げの対応協議(中医協) 高額投資の状況把握へ 病院等の設備投資を調査

875号 12月10日

- 1) 救急車受け入れが全国的に増加(日病救急医療委が726病院を集計) 2次救急59病院が原価計算、部門収支黒字は2件のみ
- 2) 2012年を振り返る(写真特集)
- 3) 第63回日本病院学会の開催概要 テーマ「限りある資源の中での病院機能の維持・質向上の方略」平成25年6月27・28日、新潟市で
- 4) <寄稿>
 - ①臨床研修医定数と医療ボリューム(副島秀久・済生会院長会政策委員長)
 - ②主潮「医療改革の荒波を乗り切る」(相澤孝夫副会長)
- 5) 医療機能の考え方整理へ(厚労省医療部会に検討会) 機能報告制度を導入 病棟単位で報告求める

876号 1月30日

- 1) 「質の高い安心・安全な医療」提供を（堺会長 新政権に望む） 消費税の原則課税要望も 8、10%では多数の病院存続困難
- 2) 早春対談：「これからの日本のかたち—社会の変革と新たな創生—」（堺常雄会長、唐澤剛厚生労働省政策統括官、司会・藤原秀臣ニュース編集委員長）
- 3) 四病協賀詞交歓会盛会に
- 4) <寄稿>
 - ①副会長の所感（6副会長）
 - ②支部・地域だより「支部長連絡協議会のスタート」（成川守彦支部長連絡協議会代表・和歌山県支部長）
 - ③主潮「地域医療の行方と日本病院会の役割—公私を問わず、自立・自助・共助・互助—」（梶原優副会長）
- 5) 日病協が田村厚労相に要望書 医療の非営利確保など
- 6) 国民医療推進協議会が総決起大会開く 国民皆保険の堅持を求め

877号 2月10日

- 1) 入院基本料の設定方法を提案（日病協が厚労省に要望） 分かりやすい制度に 医療必要度の数値化求める 中医協では本格議論へ
- 2) 国際モダンホスピタルショウ 2013 7月17～19日、東京ビッグサイトで
- 3) 第54回日本人間ドック学会学術大会 「トータル・ヘルス・ケアとしての人間ドック」 堺常雄学術大会長のもと8月29～30日、静岡・浜松市で
- 4) 主潮「これからの教育と医療」（末永裕之副会長）
- 5) 医療事故調査委員会のあり方の議論再開（厚労省・検討部会） 四病協が調査の原則示す 院内事故調の報告書

878号 2月25日

- 1) 医療事故の原因究明制度を提言（医療の安全確保推進委員会） 全ての医療事故対象に 事故調は院内、外部、中央の3段階原因究明と同時に予防も 会員に応えうる制度（堺会長）
- 2) DPC制度の検討課題決める（中医協・DPC分科会） 機能系数Ⅱへの追加 実績情報、第三者認証も検討

879号 3月10日

- 1) 「見える化事業」各委員会の連携促進を 委員長会議で協力要請 データ運用の明確化も鍵
- 2) <論説>「日本病院会に期待される『見える化事業』」（日本病院会ニュース編集室）
- 3) 災害時の中小病院の役割等討議 中小病院委員会が神奈川県病院協会と共催で情報交換会 横浜市の新防災計画に提言・役割記載の成果

880号 3月25日

- 1) 平成24年度日病・社員総会を開催 平成25年度事業計画案と収支予算案を承認
- 2) 患者未収金が増加、年1108万円に(日病調査) 2年で倍増に
- 3) 主潮「民間中小病院の経営の質向上のために」(大道道大副会長)

2. 発行回数

19回(4頁建て16回、8ページ建て3回)

3. 総評

(1) 日病ニュースの取り組みについて

現在の日本病院会ニュースは、平成19年6月に藤原秀臣編集委員長就任を契機に定めた編集基本体制(編集理念、編集方針、中期編集計画)に則して編集・発行業務を行っている。概ね毎月の編集会議、年4回の編集委員会などを通じて紙面の企画立案を行っている。

編集方針は、会員および行政、各団体に向けて迅速、的確、偏りのない広報活動を行うこと、具体的には記事、主潮、論説、投稿、特集企画、厚労省情報などにより紙面構成の充実に向け取り組んでいる。さらに会員に役立つ企画と情報を常に念頭に置き、会員参加型の開かれた機関紙をめざすこと、病院団体として病院および医療現場の諸問題について迅速で正確な情報提供および意見発信を目標にしている。

(2) 日病ニュースの発行概要

公益法人改革に伴い平成24年4月1日付けで移行した「一般社団法人日本病院会」について、410号(4月10日付)に堺常雄会長による抱負、865号(6月10日付)に初の社員総会の模様を掲載、利用者・国民目線に立った病院医療の実現が目標であることを示した。

日病の年間事業計画の重点項目である「見える化事業」について、取り組み状況に応じて随時紹介した。866号(6月25日付)～868号(7月25日付)の3号連載で堺会長へのインタビュー記事を掲載、また873号(10月25日付)と874号(11月10日付)に事業担当の大道副会長への取材記事を連載した。

平成26年度診療報酬改定に向けて日病協が中心となり提起している入院基本料の設定方法の明確化について、年度後半で随時その動きを紹介、同問題を今後の焦点と見据える病院側の考えなどを伝えた。

3.11東日本大震災に対する日病の支援活動について、災害対策特別委員会(塩谷泰一委員長)による岩手・宮城・福島各県の視察報告を866号(6月25日付)と867号(7月10日付)に掲載した。また、日病の仲介により実現した国際ライオンズクラブの義援金支援活動について、870号(9月10日付)に宮城県・石巻赤十字病院に寄贈された車両の贈呈式の様子を掲載した。

企画物では、876号(1月30日付)から新連載「支部・地域だより」欄を支部長連絡協議会(成川守彦代表)の協力によりスタートした。

2. 日本病院会雑誌の発行（主な記事・寄稿）

1) 病院経営

- ・講演：過疎、少子高齢化地域における複合的病院経営 細木秀美 8月号

2) 病院診療

- ・保険教室「医師のための保健診療手引き」（第25版） 総合病院国保中央病院 4月号
- ・日本病院会 QI プロジェクト 2011 の成果と今後の課題 日本病院会 QI 委員会 6月号
- ・平成 23 年度病院長・幹部職員セミナー
 - 「今問われるチーム医療：その実現のための課題と工夫」 栗原正紀 8月号
 - 「研修センターは（無限）の可能性」 清水貴子 8月号
- ・寄稿「高齢入院患者にみられるせん妄の予防と治療」 小宮山純他 8月号
- ・資料：「平成 23 年度救急医療に関するアンケート調査報告」 救急医療委員会 10月号

3) 医療経済・制度

- ・特別寄稿：病院における消費税問題 伊藤伸一 4月号
- ・特別寄稿：平成 24 年度診療報酬改定を振り返って 万代恭嗣 8月号

4) 特別企画・新春座談会

- ・新しい病院医療について

堺 常雄・今泉暢登志・末永裕之・安藤文英・原 義人 1月号

5) 病院管理

- ・寄稿：病院 Web サイトでの積極的な情報発信は職員の意識を変える 友利克利 4月号
- ・寄稿：病院の理念に表れる言葉の影響
 - 患者さまか、患者さんか、それとも患者か— 土肥修司 10月号

6) 医療安全対策

- ・特別寄稿：医療の安全と安心は、質の高い
 - 「医療安全管理者」を養成することからはじまる 福永秀敏 4月号
- ・寄稿：国際患者安全目標（IPSG）の導入を目指して ジョン・ウォーカー 6月号
- ・特別寄稿：医療安全管理者（GENERAL RISK MANAGER）
 - のさらなるスキルアップのために—医療安全管理者
アドバンスドプログラムの提案 長尾能雅 7月号

7) 学会

（第 61 回日本病院学会）

- ・シンポジウム：医療の質の評価・公表推進事業の成果 嶋田 元他 4名 4月号
- ・シンポジウム：チーム医療を効果的に推進するために
 - 各職種チーム医療教育はどのようにおこなわれているか— 佐藤弘毅他 7名 5月号

- ・シンポジウム：救急医療再生のための短・中期的目標 島崎修次他 6名 6月号

- (第62回日本病院学会)
- ・学会長講演：病院活性化のための戦略—私の考え— 岡留健一郎 9月号
- ・会長講演：明日からの病院医療を考える 堺 常雄 9月号
- ・記念講演：過去75年間の日本の病院の変遷と、これからの理想的病院像について 日野原重明 9月号
- ・会長講演：日本病院会創立60周年にあたり—日本の医療はどこへ向かうのか— 堺 常雄 9月号
- ・特別講演：野球が教えてくれたもの 王 貞治 9月号
- ・第62回日本病院学会主要演題・一般演題プログラム 9月号
- ・招待講演：なおすことはできませんが、トリートメントはできます 帯木蓬生 11、12月号

- (第62回日本病院学会優秀・優良演題)
- ・優秀演題：復職支援ツールとしての「医師ジョブシェアリング制度」と「看護師ワークシェアリング制度」—医療崩壊回避の5年間の振り返り 岩崎滋樹他 11、12月号
- ・優秀演題：逆紹介推進による各種医業指標の変化とその意義 沼田裕一 11、12月号
- ・優秀演題：地域情報シート作成によるネットワーク構築の試み 菊地恵子他 11、12月号
- ・優秀演題：自治体病院における事務経営部門の試みとその成果 阪本研一 11、12月号
- ・優秀演題：電子カルテ導入に伴う診療記録の監査と診療情報管理士の役割 橘木巧平他 11、12月号
- ・優良演題：当院における祖父母学級の取り組みと今後の課題 伊東美穂他 11、12月号
- ・優良演題：医師診療資格認定基準の設置—診療の質の向上と安全性の向上に向けて— 尾関一憲他 11、12月号
- ・優良演題：消化器内科における戦略的マーケティング活動 大 浩二郎他 11、12月号
- ・優良演題：透析施設災害時ネットワークの有用生について 魚住拓也他 11、12月号
- ・優良演題：転倒転落アセスメントの結果と転倒の関連性 廣見和世他 11、12月号

- 8) 巻頭言
- ・新生日本病院会の今年度の活動について 堺 常雄 4月号
- ・第62回日本病院学会開催にあたって 岡留健一郎 5月号
- ・最近の民間病院の医療情勢 武田隆久 6月号
- ・医療の進歩と停滞する政治 岡上 武 7月号
- ・停電訓練 生野弘道 8月号
- ・社会保障と税の一体改革—ぼやけてきたその意義— 小川嘉誉 9月号
- ・色即是空、空即是色 中島豊爾 10月号
- ・地域医療再生を妨げる「制度の壁」 塩谷泰一 11、12月号
- ・平成25年度年頭所感 堺 常雄 1月号

- ・決められない政治 安藤文英 2月号
- ・5 疾病 5 事業時代の地域包括ケアと病院 末永裕之 3月号

9) グラフ

- ・東海中央病院 4月号
- ・日本病院会創立 60 年記念式典 5月号
- ・総合病院国保旭中央病院 6月号
- ・東京都立駒込病院 7月号
- ・神戸市立医療センター中央市民病院 8月号
- ・第 62 回日本病院学会 9月号
- ・熊本リハビリテーション病院 10月号
- ・国際モダンホスピタルショウ 2012 11、12月号
- ・第 38 回日本診療録管理学会学術大会 11、12月号
- ・伊勢赤十字病院 1月号
- ・川崎市立井田病院 2月号
- ・国際医療福祉三田病院 3月号

10) 銷夏髓筆 7月号

- ・民主主義の危機；日本は大丈夫か 相澤孝夫
- ・じろりの烏賊 青崎眞一郎
- ・有終の生命と時の流れ 秋岡達郎
- ・美しい死 足立山夫
- ・春山淡冶にして笑うが如く 安藤文英
- ・医療における消費税問題の実像 石井孝宣
- ・沈みゆく日本 石川 誠
- ・医療と介護のはざままで 石原亮介
- ・旅 心 市原紀久雄
- ・「医療崩壊」雑感 伊藤健一
- ・マニアックな医師たち 稲賀 潔
- ・インドネシア訪問記 井上憲昭
- ・医療は「社会、国家、国民」に不可欠！ 今岡真義
- ・中国おそるべし 遠藤昌夫
- ・忘 路 大井利夫
- ・仏陀を超えた医療「今こそ考えるとき」 大石麻利子
- ・私の Gang age の頃 大隅義彦
- ・真夏の 2 ラウンドゴルフ 大洞慶郎
- ・銷夏は雑木林に限る 奥村秀弘
- ・一笑いの効用一 小田隆晴
- ・厚労省と財務省は同じ価値観を共有しているのか 梶原 優

- ・ 帰省して思うこと
 - ・ スキーと病院経営
 - ・ 荒野の呼び声
 - ・ モンゴル国との友好交流
 - ・ 花とともに
 - ・ イチロー研修会
 - ・ 母の病気で思うこと
 - ・ 医師のプロフェッショナリズム
 - ・ 原子力発電所再稼働に思う
 - ・ 見えないものは“ない”と考える思考
 - ・ 臨床推進力の涵養
 - ・ 夏が来れば思い出す (5)
 - ・ 忘れ得ぬ患者の父からの一言
 - ・ インバスケゲームをご存じですか
 - ・ ついに買いました! “iPad”
 - ・ 今年の春は医療と介護両保険の改定年
 - ・ 今ひとたびの青春を
 - ・ 2本のサルスベリ
 - ・ 研修医は、今
 - ・ 政局でなく政治を
 - ・ 外科医の心と技
 - ・ 歴史的真相ということ
 - ・ 変色した昔の写真を蘇らせてみると
 - ・ 明石魚の棚 春夏秋冬
 - ・ 母と子の紐帯
 - ・ 整骨「医」とマッサージ
 - ・ 病院団体雑感
 - ・ Government of the people by the people for the people
 - ・ 夢と夢そして夢
 - ・ これからの医療機能分化は
 - ・ 空気の麻酔作用
 - ・ 蝉しぐれ
 - ・ 病院船—4—
 - ・ 消費税増税
 - ・ 遍路のお粥
 - ・ 念願の地中海クルーズと老いの現実
 - ・ 人間を大切に社会
 - ・ ヘルシンキ宣言・日本 version
 - ・ 甲斐犬
- 片山和明
 - 金田道弘
 - 兼松隆之
 - 神原啓文
 - 菊地 誠
 - 木野昌也
 - 木本紀代子
 - 桐野高明
 - 古城資久
 - 小柳左門
 - 齊藤壽一
 - 堺 常雄
 - 坂巻 壽
 - 坂本すが
 - 崎原 宏
 - 佐々木恭子
 - 佐々木順子
 - 佐藤眞杉
 - 里見和彦
 - 澤井繁明
 - 澤田勝寛
 - 白川洋一
 - 白倉良太
 - 陣内研二
 - 鈴木啓二
 - 角南義文
 - 関 健
 - 高田三千尋
 - 高橋正彦
 - 武久洋三
 - 太城力良
 - 田中紀章
 - 千木良晴ひこ
 - 土谷晋一郎
 - 土井章弘
 - 土肥修司
 - 中 佳一
 - 中井 修
 - 中川義信

- ・北海道公安委員に就任して 中村博彦
- ・ Ask not what your country can do for you ask what
You can do for your country 中山健吾
- ・ 原発が再稼働する 野口正人
- ・ 自然災害について思う 林 充
- ・ 夏の楽しみ 林 紀夫
- ・ ディートリヒ・フィッシャー＝ディースカウの思い出 東 良平
- ・ 山陰の5月 日野理彦
- ・ リスクに関するエトセトラ 藤本宗平
- ・ 兵庫県受動喫煙防止条例について
一国際的スタンダード&神奈川県条例との比較一 藤原久義
- ・ 世界人口と日本の将来 細木秀美
- ・ 済生会と日赤病院の歌 堀江 裕
- ・ 自治体病院の事務職 堀見忠司
- ・ わたしのクールビズ 2012 前田雅道
- ・ 福島復興に向けて思うこと 前原和平
- ・ トルコ軍艦エルツールル号の遭難 松崎公作
- ・ 専業主夫 松田 朗
- ・ 想定外と訓練 松田忠和
- ・ 龍となれ 松谷之義
- ・ 患者図書室ひがしのおかオープン 松本純夫
- ・ ひまわり会（人工肛門・人工膀胱の患者会）との関わり 水上泰延
- ・ ベルリンで考えた 湊 泉
- ・ 畑仕事は私の運動 宮崎忠昭
- ・ DPC 対象病院の病院群分けに思うこと 宮崎瑞穂
- ・ 無情の理、変わらなくては 矢澤良光
- ・ 電力の安定供給と松永安左エ門 山口武兼
- ・ “北はりま絆ネット”の可能性 山邊 裕
- ・ 42, 195 km 山本修三
- ・ 貧困政治に翻弄される日本医療 山本泰久
- ・ 日本人が世界に向けて発信すべきもの 吉田静雄

11) 連 載

- ・ 体の文化史—⑫ [髪] 池澤康郎 4月号
- ・ 体の文化史—⑬ [手] 池澤康郎 5月号
- ・ 体の文化史—⑭ [あし] 池澤康郎 6月号
- ・ 体の文化史—⑮ [爪] 池澤康郎 7月号
- ・ 体の文化史—⑯ [膝 (ひざ)] 池澤康郎 8月号
- ・ 体の文化史—⑰ [肩・背] 池澤康郎 9月号

- ・体の文化史—⑱ [胸、乳房] 池澤康郎 10月号
- ・体の文化史—⑲ [乳房(2)・乳] 池澤康郎 11・12月号
- ・体の文化史—⑳ [尻] 池澤康郎 1月号
- ・体の文化史—㉑ [腰] 池澤康郎 2月号
- ・体の文化史—㉒ [心臓・肝臓] 池澤康郎 3月号

12) 書評

- ・吉村昭著「白い航跡(上・下)」 千葉勝司 4月号
- ・朝日新聞特別報道部著「プロメテウスの罫」 崎原 裕 5月号
- ・福永秀敏著「病と老いの物語」 原 義人 6月号
- ・マイケル・サンデル著「それをお金で買いますか」 坂巻 壽 8月号
- ・太田 肇著「承認とモチベーション」 佐合茂樹 9月号
- ・福岡伸一著「動的平衡2—生命は自由になれるか」 遠藤昌夫 10月号
- ・麦谷眞理著「60歳からのマジック入門」 堺 常雄 11・12月号
- ・医療再生と国家再建を提言する会議編著
「いのちを守る医療機器—なぜ、患者に届かない」 崎原 宏 11・12月号
- ・渡辺一史著「北の無人駅から」 福永秀敏 1月号
- ・ケリー・マクゴニガル著「スタンフォードの自分を変える教室」 坂巻 壽 2月号
- ・田中重代著「医療法人ものがたり」 崎原 宏 3月号

13) 新入会院

- ・飯塚嘉穂病院(福岡県) 西村純二 5月号
- ・西神戸医療センター病院(兵庫県) 片山和明 5月号
- ・脳神経センター太田記念病院(広島県) 太田泰正 5月号
- ・岩手県立大船渡病院(岩手県) 伊藤達朗 7月号
- ・阿蘇中央病院(熊本県) 湯本信也 7月号
- ・おんが病院(福岡県) 杉町圭蔵 8月号
- ・札幌市児童心療センター(北海道) 佐久間伸子 8月号
- ・嶋田病院(福岡県) 島田昇二郎 9月号
- ・菊南病院(熊本県) 室原良治 9月号
- ・武蔵ヶ丘病院(熊本県) 種子田岳史 9月号
- ・有澤総合病院(大阪府) 柴原伸久 10月号
- ・社会保険久留米第一病院(福岡県) 田中眞紀 11・12月号
- ・三室病院 橋本俊雄 11・12月号
- ・箕面病院(大阪府) 福山隆之 1月号
- ・仙台東脳神経外科病院(宮城県) 鈴木幹男 2月号
- ・亀井病院(徳島県) 亀井英文 3月号
- ・新武雄病院(佐賀県) 鶴崎直邦 3月号

14) 通教月報巻頭言

- ・ チーム医療と専門性—こだわるとこわばる— 中村丁次 4月号
- ・ 確定した未来社会と先進医療技術 藤正 巖 5月号
- ・ 東日本大震災に関する情報収集と診療情報 鈴木莊太郎 6月号
- ・ 平成24年診療報酬改定と病院経営管理士 永易 卓 7月号
- ・ チーム医療と共育 土井章弘 8月号
- ・ 看護職の視点から考えるチーム医療 山下美智子 9月号
- ・ 6年に一度の同時改定～2025年を見据えて 池田隆一 10月号
- ・ これからの医療組織には何が必要か 正木義博 11・12月号
- ・ グローバリゼーションと社会保障 藤井良治 11・12月号
- ・ 個人指導による不正請求摘発に思う 櫻井雅彦 1月号
- ・ 病院ランク～アジアで何番目?～ 小室克夫 2月号
- ・ 年頭所感 小川嘉誉 3月号

15) 支部だより

- ・ 香川県支部の現況について 小川祐道 5月号
- ・ 福井支部の活動（平成23年度渇仰報告） 三浦將司 6月号
- ・ 和歌山県支部報告 成川守彦 7月号
- ・ 東京都支部活動報告 池沢康郎 9月号
- ・ 高知県支部の活動報告 細木秀美 10月号
- ・ 熊本県支部報告 高野正博 1月号
- ・ 北海道ブロック支部活動報告 中村博彦 2月号
- ・ 群馬県支部報告 柴山勝太郎 3月号

16) 三番町だより

- ・ 平成23年度第3回定例理事会議事抄録 (平成24年1月12日) 4月号
- ・ 平成23年度第11回定例常任医事会議事抄録 (平成24年2月25日) 5月号
- ・ 平成23年度第4回定例理事会合同会議議事抄録 (平成24年3月16日) 6月号
- ・ 平成24年度第1回定例常任理事会議事抄録 (平成24年4月28日) 7月号
- ・ 平成24年度第1回定例理事会会議議事抄録 (平成24年5月19日) 8月号
- ・ 平成24年度第2回定例理事会会議議事抄録 (平成24年6月20日) 9月号
- ・ 平成22年度第2回定例常任理事会議事抄録 (平成24年7月28日) 10月号
- ・ 平成24年度第3回定例常任理事会議事抄録 (平成24年8月25日) 11、12月号
- ・ 平成24年度第4回定例常任理事会議事抄録 (平成24年9月29日) 11・12月号
- ・ 平成24年度第3回定例常任理事会議事抄録 (平成24年10月27日) 1月号
- ・ 平成24年度第8回定例常任理事会議事抄録 (平成24年11月24日) 2月号
- ・ 平成24年度第9回定例常任理事会議事抄録 (平成24年12月15日) 3月号

17) その他

- ・診療情報管理士通信教育第81期生募集について 4月号
- ・DPCコース第4期生 4月号
- ・平成24年度病院中堅職員育成研修(第3回)のご案内 4、5、6、7月号
- ・平成24年度日本病院薬剤師会医薬品安全管理者講習会のお知らせ 8月号
- ・平成24年度病院診療の質向上を考えるセミナー開催のご案内・申込書 8月号
- ・診療情報管理士通信教育第82期生募集について 8、9月号
- ・医師事務作業補助者コース第7期生 8、9月号
- ・平成24年度日本病院薬剤師会医薬品安全管理者講習会のお知らせ 9月号
- ・平成24年度第2回病院中堅職員育成研修のご案内 9、10、11・12、1月号
- ・平成24年度医師とメディカルスタッフのための
栄養管理セミナー開催のご案内 11・12、1月号
- ・平成23年度第2回病院経営管理研修会のご案内 11・12月号
- ・平成24年度第2回臨床研修指導医養成講習会開催案内のご案内 11・12月号
- ・日本病院会正会員・賛助会員入会申込書 4、5、6、7、8、9、10、11月号
- ・「Japan Hospital N032」(July2013)の原稿募集 2月号
- ・医師事務作業補助者コース第8期生 3月号
- ・診療情報管理士通信教育第83期生募集について 3月号

3. 英文雑誌 (JapanHospitals2012, N031) の発行

- ・毎年7月に発行し、著者については毎年投稿をさせていただいている方を中心に応募している。応募内容は日本の医療や病院の実情を海外に紹介、PRをするもので看護等医療現場の実態とか医療制度の問題なども含むものである。
- ・読者対象は国際病院連盟 (IHF)、及びアジア病院連盟 (AHF) であつたり、国内では大学医学部附属図書館等を対象に配布し、情報提供をおこなっている。
- ・Japan Hospitals 2013, N032 の発行は平成25年7月をめどに準備を進めている。

第 15

支部長連絡協議会

第15 支部長連絡協議会

立ち上げの経緯

平成22年3月11日に発生した東日本大震災では、日本病院会に情報が集まらなかったという問題が生じたことから、支部の重要性が指摘された。また、近年、日病の会員が減少していることの原因のひとつに日病が何をやっているのか見えないという指摘もあったので、今泉 暢登志副会長の尽力により平成23年11月18日（金）に「支部長連絡協議会（仮称）準備会」が立ち上がり、各都道府県の支部長、会長、副会長の出席のもとに議論され、正式な会として立ち上げることが決定した。

堺会長から支部長連絡協議会対し、検討テーマとして以下の4項目があげられた。

1. 地域における情報の提供
2. 会員確保対策
3. 災害発生時における対応
4. 支部と本体との連携強化

代表は和歌山県の成川守彦支部長、副代表は高知県の細木秀美支部長となった。

平成24年度開催状況

1. 第3回 支部長連絡協議会（正副会長合同）

平成24年8月25日（土）16時50分～18時33分

日本病院会ホスピタルプラザビル 2C会議室

出席者： [支部長] 10名、[正・副会長] 7名

議事内容

（1）各支部からの報告・意見

- ・日病の動きをDVD動画で作成していただき、講演会が始まるまでの間、会場に流したい。これは各支部で使える。
- ・日病に入るメリットとして、会員が日病のホームページを開いて役員会の資料を見られるようにしてほしい。そうすれば日病の紹介がしやすい。
- ・関東信越厚生局の一方的な調査と高額な自主返還に対して、行政訴訟を辞さない構えでいたところ、我々の意見がかなり通った。
- ・県医師会の中に医療部会を作り盛大にやっているが、支部としてももう少し活発にやりたい。
- ・日病は他団体より情報が早く、詳しく聞けるので、支部の会員に早く伝える事ができて良い。
- ・支部会員からは日本病院会の中央に意見を届けてほしいとの意向がある。
- ・医療従事者、特に看護師は中小病院には来てくれないため困っている。
- ・支部の会員が一堂に集まって情報伝達できる状況でないので、資料をメール会員に送れるようにしたい。
- ・四病協各団体支部プラス医師会の5団体で仲良く8年やっている。年1回共通テーマで

講演会をやっており、各団体とも参加自由としている。

- ・ 正式な県の行政窓口になっているのは県医師会である。
 - ・ 医療行政に病院は欠かせないものなので、支部は行政との足場を作るべきで、そうすると情報も入り、会員も増える。
- (2) 支部長連絡協議会 運営要綱(案)について
前回の協議会で意見のあった事項を加味した案を事務局が作成し検討した結果、運営要綱が承認された。【別紙参照】
- (3) 支部設立について
- ・ 福島県の前原和平理事に設立依頼をし、前向きに検討することになった。
 - ・ 支部が無い県でも、何かあったら連絡のつく所を作っておくべき。

2. 第4回 支部長連絡協議会

平成24年12月15日(土) 17時00分～18時45分

日本病院会ホスピタルプラザビル 2A会議室

出席者：〔支部長〕 7名、〔担当副会長〕 今泉 暢登志

臨時出席：福島県病院協会会長 前原 和平

- (1) 日病ニュースに各支部の活動を掲載
ニュース編集委員会の藤原委員長より、日本病院会ニュースに「支部・地域だより」欄を設け、会員病院に支部活動の情報提供をし、地域医療の活性化に役立てたいとの協力依頼があり、検討の結果実施することとした。
- (2) 行政等との関わりに関する支部アンケートの結果報告
- ①都道府県との関係
- ・ 行政との懇談会の実施（している＝3支部、していない＝7支部）
 - ・ 事業年度の初めに行政からの事業の説明（している＝1支部、していない＝9支部）
 - ・ 行政の人事異動後の就任挨拶回り（行政が来る＝3支部、こちらから行く＝0支部、ない＝4支部）
- ②医師会との関係
- ・ 医師会役員に支部（或いは病院団体）役員が就任しているか（就任している＝5支部、してない＝5支部）
 - ・ 医師会との懇談会は実施しているか（している＝2支部、してない＝8支部）
- ③厚生局との関係
- ・ 支部（或いは病院団体）が診療報酬説明会を開催しているか（している＝1支部、医師会が実施＝5支部）
 - ・ 支部（或いは病院団体）の役員・会員が個別指導などに立ち会っているか（いる＝0支部、いない＝3支部、医師会が立会い＝6支部）
- 支部長連絡協議会の意見としては、厚生局による病院への個別指導には病院のことがわからない医師会が立ち会うのではなく、病院団体が立ち会うべきなので、日病から厚生労働省に働きかけをしてほしいとした。
- (3) 福島県支部設立の経過報告について

福島県の前原和平理事から、支部を設立することにし、福島県内の日病会員を増やしていきたい。年内に支部設立の申立を行いたいとの報告。

(4) 支部が設置されていない府県への支部事務担当者の設置

支部のない県では県の病院協会が中心となっている等、状況は様々であるが、中心となる人を支部長連絡協議会等に出席していただくのが良いとし、代議員の活躍等を会長・副会長会議に諮ることとした。

(5) 各支部からの報告・意見

- ・会員宛に資料や情報のメールが来るようにしてほしい。
- ・県内にはいろいろな団体があり、棲み分けが必要だ。支部は会員に対し何をやるかだ。
- ・日病役員会の情報はすごい内容なのでぜひ会員にも配付してほしい。
- ・情報はどこからでも得られる時代なので、資料に対する説明や日病の主張をして差別化を図るべき。
- ・日病主催の病院中堅職員の研修を受けさせたいが東京でしか行われぬ。複数の職員を受けさせたいので地方での複数開催をお願いする。支部も協力する。地方でやれば会員増強もしやすくなる。
- ・地域での研修会や講演会を開催してほしい。
- ・モンスターペイシエント、未収金問題等、皆が興味のあるテーマでやると人は集まる。診療所も参加可として行い日病の名を上げる。
- ・地方で研修会等をやらないと、支部の価値がなくなる。
- ・日病のメリットを高めてほしい。

3. 第5回 支部長連絡協議会

平成25年3月23日(土) 17時00分～18時23分

日本病院会ホスピタルプラザビル 3A会議室

出席者：〔支部長〕 9名、〔担当副会長〕 今泉 暢登志

1. 福島県支部設立報告について

本日の第4回定期理事会において、福島県支部の設立が正式に承認され、15支部となった。

2. 支部アンケート(日本病院会会員であるメリットの提案)の結果報告

- ・以前より資料等の情報は流れてくるようになったので会員全員にも流れるようにすべき。
(現在メールアドレス等整備中)
- ・提言、要望等、日本病院会として出すものは日本病院会としての主張をハッキリ示すべき。
- ・会員は理事会協議事項等の内容を知りたいので、結果報告だけではなく議論の内容も示してほしい。
- ・役員会の回報は3か月位かかるので、緊急な事項だけでもセレクトして先に支部に送ってほしい。
- ・支部を作るには支部に対するサービスも考えてほしい。
- ・認定や資格の取れるセミナー等の案内は各会員にそれぞれ送付されるが、支部には今後3か月位先までの開催情報を支部に示してもらい、会員割引等をアピールしてメリットを示す。

- ・支部長連絡協議会の日本病院会での位置づけを明確にしてほしい。
- ・「見える化事業」と言うがそろそろ成果内容を示しても良いのではないか。日本全体のこと言われても見えないので例えば県単位での情報を示してほしい。

3. 前回支部長連絡協議会での要望について（回答）

①厚生局の立ち入りに対する病院職員の立会いについて

厚生局が立ち入りを行う際は医師会から人が行くが病院のことがわからないので、病院職員が立ち会うべきとの意見があった。平成7年12月22日保険局課長通知「指導大綱」では、個別指導における学識経験者の立会いについては、厚生労働大臣から日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会に依頼すると定めてあり、厚生労働省はこの部分のみ変更するのは困難とのこと。病院の医師も医師会に入っていることから日本医師会に話をしたところ、平成24年8月9日付の横倉会長通知「指導・監査等の見直しについての要望について」において、内容の見直しを検討することになった。

それに対し、個別指導の内容や件数、指導内容等、地元医師会はかなりの情報を持っているので病院にも情報を得られるようにしてほしいとの意見があった。

②支部未設置県の県代表代議員が支部長連絡協議会に出席する件について

会長・副会長会議で審議した結果、今年5月の役員改選後に人選をするとしたところ、常任理事等役員会に出席する人から県代表を選べば旅費がかからないとの意見があった。

③支部以外の県病への助成、支部に対する助成金について

会長・副会長会議に諮ったが、急に変更できないのもう少し時間をいただきたいとされたことを報告。これに対し、公平になるようにしてほしいとの意見があった。

4. その他

熊本県支部の高野支部長より、今年3月末で支部長を退任する旨の報告があった。長期間、日本病院会の代議員、理事、支部長として活躍されたことに対し、各支部長より労いの言葉があり、高野支部長より謝辞があった。

【別 紙】

日本病院会 支部長連絡協議会 運営要綱

(名 称)

第1条 この会は、日本病院会 支部長連絡協議会（以下「本会」と称する。

(事務所)

第2条 本会は、事務所を東京都千代田区三番町9-15番地ホスピタルプラザビルに置く。

(目 的)

第3条 本会は、日本病院会の都道府県並びにブロック支部の一致協力により、地域医療の情報発信、情報の共有化を図り、日本病院会と共に、地域医療の推進と地域社会の福祉増進に寄与することを目的とする。

(事 業)

第4条 本会の主な事業は次のとおりとする。

1. 支部ブロックの育成
2. 日本病院会への協力・支援
3. 日本病院会と支部との双方向の情報伝達

(組 織)

第5条 日本病院会の都道府県並びにブロック支部の支部長をもって構成する。

(会 議)

第6条 本会は、原則として年4回開催する。

2. 日本病院会 会長から諮問事項があった場合は開催する。
3. 第6条に定める代表が必要と認めた場合は、臨時に開催することが出来る。
4. 会議は、全支部長の過半数の出席をもって成立する。
5. 支部長が出席出来ない場合は、副支部長等の支部長が委任した副支部長等による代理出席も可とする。

(代 表)

第7条 本会に次の代表を置く。

- (1) 代 表 1名
- (2) 副代表 1名
2. 前項の代表は、支部長の互選とする。
3. 代表、副代表の任期は、それぞれ2年とする。但し再任は妨げない。
4. 前項に定める任期については、4月1日から翌年3月31日迄を1年とする。
5. 代表は会議を招集し、会務を総理する。
6. 副代表は、代表を補佐し、代表が職務を遂行出来ない場合は、その職務を代行する。

(事務局)

第8条 本会に事務局を置く。

2. 事務局は、日本病院会 総務部が担当する。

(運営要項の変更)

第9条 当運営要綱は、本会の議を経て、全支部長の過半数の賛成をもって変更することができる。

(雑 則)

第10条 本会の運営に関し必要な事項は、支部長連絡協議会で審議し、日本病院会に報告する。

附 則

1. この要項は、平成24年8月25日から施行する。

第 16

QI プロジェクト

第16 QIプロジェクト

平成24年度医療の質の評価、QI推進事業の実施について

- (1) 平成22年度は厚生労働省の補助事業として医療の質の評価・公表等推進事業を実施したところであるが、平成23年度は補助事業の対象外となり日本病院会の単独事業として継続して実施することとなった。事業を進めるにあたり委員会の名称をQI委員会に改め協力病院等への説明会を行い報告書の作成に当たった。

- (2) 日本病院会の会員病院の中からこの事業に参加してもらうため募集をし、協力病院85カ所で、平成24年度は新たに60カ所が協力病院として参加することとなり合計145カ所で推進することとなった。平成25年度は225カ所（継続135カ所、新規90カ所）が協力病院としてQI事業を推進する予定である。

- (3) 内容としては23年度に引き続き臨床評価指標11指標（①患者満足度（外来患者）、②患者満足度（入院患者）、③死亡患者退院患者率、④入院患者の転倒・転落発生率、⑤手術開始前1時間以内の予防的抗菌投薬与率、⑥褥瘡発生率、⑦糖尿病患者の血糖コントロール等の指標について協力病院からのデータを提出してもらい調査分析を行い、最終報告書として協力病院等へフィードバックをし、また、分析データの結果はホームページ等に公表することとしている。

第 17

情報統計

第17 情報統計

【中小病院経営支援事業の試行】

中小病院経営支援事業の試行を実施。複数の会員病院に PC を試験的な配備を行い、レセプトデータを病院外に出すことなく解析して日病に分析用データを送信することで、各病院にクラウド上から分析結果を報告するシステムの試行運用を行った。

- ・ 会員病院に日病開発の経営支援用プログラムをインストールした PC を配備。
(中小病院委員会の試行協力病院 7 か所と副会長病院 3 か所が試行対象)
- ・ 配備 PC には、GIS 分析用データの作成機能を付与。
- ・ レセプトデータのみでの多様な出力が可能なシステムとし、病院負担を軽減。
- ・ レセプトを病院配備の PC で解析し、個人情報の院外持ち出しの無いシステムを実現。
- ・ 各会員病院の分析用データの日病の分析サーバーへの送信は VPN 通信で暗号化。
- ・ 各病院に ID と PASS でアクセス制御した WEB サイトを用意。
- ・ 分析結果は各病院固有の WEB サイトで報告。
- ・ GIS や多様なグラフ表現によるクラウド分析結果出力を試行。
- ・ 時系列変化を動的に表現可能なグラフ出力機能を試行。

試行開発は 2012 年の秋に第一次試行を完了し順次拡大の予定であったが、同時期にホスピタルプラザビルの取得にかかる建築業務や日病の IT 環境やオーディオビジュアル設備の刷新業務が当課の担当業務となり、膨大な業務を同時期に錯綜して実施することとなり、2012 年度の試行は第一次試行で終了した。現在、2013 年度の夏に実運用を開始すべく機能追加を実施中である。

【病院経営環境データベースの構築と病院新タイプの開発】

病院の基本情報（開設主体や病床数）はもとより、施設基準の届出情報もデータベース化した。病院の診療圏域（同心円や時間距離等 11 種類の圏域）を解析し、圏域内の統計データ（人口動態・患者数・医師数・医療資源数）を病院の特性指標データとして蓄積した。地域の医療需給や医療資源、地形の特徴や交通インフラ整備状態などを用いて、新たな病院タイプも 3 種開発した。

【各種調査の IT 化推進】

従来は紙で行っていた調査を電子化する対応を試行した。調査手段として WEB や PDF による調査手法を複数の調査で実施した。また、調査依頼や調査票の配布もメール&FAX 同報通信システムにて試行し、従来に比べ高い回答率での調査結果を得ることが出来た。回答結果の集計や解析もクラウドシステムを利用するなどして、迅速かつ多様な表現（各種グラフ・表）での報告を試行実施した。本件試行結果による今後の調査方針について、委員長会議に成果報告し、2013 年度は日病内の調査全般に WEB-PDF 調査技術を適用する。

第 18

認定個人情報保護団体

第18 認定個人情報保護団体

平成17年4月1日の個人情報保護法施行に合わせ、当時の副会長 武田 隆雄先生を委員長とした「個人情報保護に関する委員会」を設置し、平成17年4月に「病院における個人情報保護法への対応の手引き」を作成し、全会員に送付し、個人情報保護法への対応を図った。武田委員長は、会員施設の個人情報の適正な取り扱いを確保する目的で、個人情報保護法第37条に規定された「認定個人情報保護団体」を日本病院会が取るべきとし、厚生労働省に申請の結果、平成19年3月26日に会員施設を対象事業者として厚生労働大臣の認定を受けた。認定個人情報保護団体では、業務規約第10条で「審査委員会」を設置し、苦情の処理等の対応や処理方針の決定、運営に関する事項等を審議している。

1. 審査委員会開催回数 2回

(短期間での対応が必要な事項が多いため、細かな案件等は委員会を開催せず、メールで意見調整して対応している。)

2. 出席者数 延 8名

3. 協議事項

- (1) 個人情報苦情処理依頼に対する対応について
- (2) 認定個人情報保護団体の運営について
- (3) 会員向け研修会について
- (4) その他

4. 平成24年度苦情処理等依頼状況

(1) 苦情等処理依頼件数		2件
内容内訳	利用目的の特定に関するもの	0件
	利用目的の制限に関するもの	1件
	適正な取得に関するもの	1件
	その他	0件
(2) 相談・問い合わせ件数		4件
依頼者内訳	説明要求	4件
	資料要求	0件
	その他	0件

5. 認定個人情報保護団体の運営について

会員に対するサービスを図る目的のため、本会ホームページ内に認定個人情報保護団体のページを作ることを検討してきたが、平成24年8月に日本病院会ホームページのトップページに認定個人情報保護団体のページを設置した。内部には厚生労働省のガイドライン等資料の他に、

本会の個人情報保護に関する委員会が個人情報保護法の対応用に作成した「病院における個人情報保護法への対応の手引き」も掲載した。今後、事例対応等、会員施設の皆様の役に立つ情報を掲載していく予定である。

6. 会員向け研修会について

昨年の認定個人情報保護団体審査委員会において、まずは医療情報に関する個人情報に接している診療情報管理士を対象に実施したいとされたことから、平成 23 年 9 月 22 日付で本会の堺会長、当委員会の崎原委員長の連名による文書により、日本診療情報管理学会の大井利夫理事長に協力依頼を申し上げた。その結果、平成 24 年 9 月 6～7 日に名古屋で開催された日本診療情報管理学会学術大会（末永裕之 学会長）中に行われた診療情報管理士向けの「生涯教育研修会」を認定個人情報保護団体と共催で行なうこととなり、9 月 6 日に 500 人近くの参加者に対し実施した。テーマは「診療情報管理士が知っておきたい個人情報保護対策のポイント」で、講師の広島国際大学 医療経営学教授 白髪昌也先生が個人情報保護法についてスライドを説明された。また、出席者へのアンケート調査を実施したので、集計結果について審査委員会で検討した。[回答率 54.4%、回答内訳：個人情報保護に気を付けて仕事している 98.0%、個人情報保護法施行後は以前と変わった 63.0%、個人情報の扱いで困ったことがある 50.2%等]業務の支障になった事項等を自由記載で回答してもらったので、それに対する Q&A を作成し、日病ホームページの認定個人情報保護団体のページに掲載し、診療情報管理士に見てもらうことでフィードバックを図ることとした。今後は他の職種への研修会開催も行ないたいことから、平成 25 年度は 8 月に東京で開催される「病院長・幹部職員セミナー」で開催することで調整を図っていくこととした。

7. その他

個人情報保護法施行から 7 年経ち、個人情報保護については当時ほど話題とらなくなり、本会の認定個人情報保護団体も認定後 6 年となった。医療においては電子カルテをはじめ、地域連携は診療報酬のレセプトまで電子化が進んでいるが、これら IT 上の個人情報の取り扱いや保護についてはまだ確立されていない部分があり、漏えいしてしまうと一度に多数の情報が流出してしまう特徴があることから、当該医療機関の信頼を大きく損ねてしまう結果となる。医療情報における個人情報保護についてはこれから取り組むべき課題としている。認定個人情報保護団体は本会の会員サービスの目的で設置したが、事務局体制が脆弱なことも問題である。来年度は第 2 回の個人情報保護研修会を実施する計画であり、少しずつだが前に進めていきたい。

第 19

四病院団体協議会（四病協）

1. 総合部会	231
2. 日本医師会・四病院団体協議会懇談会	240
3. 総務委員会	241
4. 医療保険・診療報酬委員会	243
5. 医業経営・税制委員会	244
6. 厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会	245
7. メディカルスクール検討委員会	245
8. 医療安全対策委員会	247
9. 二次救急に関する検討委員会	247
10. 在宅療養支援病院に関する委員会	247
11. 准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会	248
12. 医療制度委員会	249

第19 四病院団体協議会（四病協）

（庶務事項）

- 4月25日（水） 四病協を代表して、医療情報システム開発センターの理事に、大道道大・日病副会長の推薦を承認（任期：平成24年6月～平成26年6月）。
- 5月25日（水） 四病協・医療安全対策委員会を再開することで意見がまとまる。第1回は7月11日に開催。
- 6月27日（水） 四病協を代表して、医療情報システム開発センターの「クリティカルパス情報交換委員会」委員に、宮城敏夫・浦添総合病院理事長の推薦を承認（任期：平成24年6月18日～平成25年3月31日）。
- 6月27日（水） 四病協を代表して、日本医師会の「地域医療対策委員会」委員に、神野正博・全日病副会長の推薦を承認。
- 6月27日（水） 四病協・医療制度委員会を再開することで意見がまとまる。第1回は7月11日に開催。
- 7月25日（水） 四病協を代表して、厚労省「新型インフルエンザ対策等に係る有識者会議」委員に、永井庸次・全日病理事の推薦を報告。
- 9月26日（水） 医業経営・税制委員会に会計基準策定小委員会を設置。
- 11月28日（水） 四病協を代表して、「プライバシーマーク審査委員会」委員に、小森直之・医法協常務理事を新たに推薦することを承認。
- 12月19日（水） 産業廃棄物適正処理推進センター基金へ、不適正処理事案に対する財政支援として各団体20万円を出えんすることで了承。
- 12月19日（水） 四病協を代表して、厚労省「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」の委員に、宮崎瑞穂・日病常任理事、宮城敏夫・全日病代議員会副議長を継続して推薦することを承認。
- 1月10日（木） 四病協合同賀詞交歓会に関係者690名出席。
- 1月23日（水） 医療安全対策委員会で取りまとめた「診療に関連した予期しない有害事象（死亡・重大事故）の調査のあり方」を承認。
- 1月24日（木） 厚労省医政局長、経産省産業技術環境局長、経産省産業技術環境局知的基盤課計量行政室長に、「生体内圧力の計量単位について（要望）」を提出。
- 3月27日（水） 社会保障制度改革国民会議－関係者を交えての議論－に、四病協会長がヒアリングに出席。医療提供体制のあり方、一般病床の機能分化、在宅医療の推進などについて意見を述べる。
- 3月27日（水） 四病協を代表して、「社会保障審議会医療部会」委員に、相澤孝夫・日病副会長、西澤寛俊・全日病会長、山崎 學・日精協会長を継続して推薦することを承認。

(平成24年度・諸会議の開催)

4月6日(金)	第1回医療保険・診療報酬委員会	全日病	14名
4月19日(木)	第1回医業経営・税制委員会	医法協	10名
4月25日(水)	第28回厚労省・福祉医療機構・四病協勉強会	日精協	10名
4月25日(水)	第1回総合部会	全日病	19名
5月11日(金)	第2回医療保険・診療報酬委員会	全日病	10名
5月17日(木)	第2回医業経営・税制委員会	医法協	12名
5月23日(水)	第3回看護管理者意見交換会	医法協	15名
5月23日(水)	第2回総合部会	全日病	15名
5月23日(水)	第1回日医・四病協懇談会	日医会館	21名
6月1日(金)	第3回総務委員会	全日病	7名
6月1日(金)	第3回医療保険・診療報酬委員会	全日病	11名
6月19日(火)	第3回医業経営・税制委員会	医法協	11名
6月19日(火)	第14回メディカルスクール検討委員会	帝国ホテル東京	8名
6月27日(水)	第29回厚労省・福祉医療機構・四病協勉強会	日精協	9名
6月27日(水)	第3回総合部会	全日病	17名
6月27日(水)	第2回日医・四病協懇談会	日医会館	19名
7月6日(金)	第4回医療保険・診療報酬委員会	全日病	13名
7月11日(水)	第1回医療安全対策委員会	全日病	6名
7月11日(水)	第1回医療制度委員会	日病	7名
7月17日(火)	第4回医業経営・税制委員会	医法協	10名
7月25日(水)	第4回総合部会	全日病	19名
7月25日(水)	第3回日医・四病協懇談会	日医会館	26名
7月27日(金)	第7回准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する 連絡協議会	日医会館	8名
8月3日(金)	第5回医療保険・診療報酬委員会	全日病	13名
8月17日(金)	第2回医療安全対策委員会	全日病	9名
8月22日(水)	第5回総合部会	日病	16名
8月22日(水)	第4回日医・四病協懇談会	日医会館	24名
8月29日(水)	第2回医療制度委員会	日病	9名
9月7日(金)	第6回医療保険・診療報酬委員会	全日病	10名
9月14日(金)	第8回准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する 連絡協議会	日医会館	7名
9月20日(火)	第5回医業経営・税制委員会	日病	13名
9月26日(水)	第30回厚労省・福祉医療機構・四病協勉強会	日精協	10名
9月26日(水)	第6回総合部会	日病	19名
9月26日(水)	第5回日医・四病協懇談会	日医会館	22名
10月2日(火)	第4回看護管理者意見交換会	医法協	10名

10月5日(金)	第7回医療保険・診療報酬委員会	全日病	11名
10月12日(金)	第3回医療安全対策委員会	全日病	7名
10月17日(水)	第3回医療制度委員会	日病	7名
10月23日(火)	第6回医業経営・税制委員会	医法協	9名
10月24日(水)	第7回総合部会	日病	16名
10月24日(水)	第6回日医・四病協懇談会	日医会館	19名
10月26日(金)	第9回准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会	日医会館	7名
11月2日(金)	第8回医療保険・診療報酬委員会	全日病	13名
11月15日(木)	第7回医業経営・税制委員会	医法協	15名
11月28日(水)	第8回総合部会	日病	15名
11月28日(水)	第7回日医・四病協懇談会	日医会館	19名
12月3日(月)	第4回医療安全対策委員会	全日病	6名
12月7日(金)	第9回医療保険・診療報酬委員会	全日病	11名
12月13日(木)	第4回医療制度委員会	日病	10名
12月19日(水)	第9回総合部会	日精協	15名
12月19日(水)	第8回日医・四病協懇談会	日医会館	29名
12月20日(木)	第8回医業経営・税制委員会	医法協	9名
12月21日(金)	第10回准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会	日医会館	9名
1月8日(金)	第5回医療制度委員会	日病	6名
1月11日(金)	第10回医療保険・診療報酬委員会	全日病	14名
1月17日(木)	第9回医業経営・税制委員会	医法協	13名
1月23日(水)	第10回総合部会	日精協	15名
1月23日(水)	第9回日医・四病協懇談会	日医会館	23名
2月1日(金)	第11回医療保険・診療報酬委員会	全日病	11名
2月4日(月)	第5回在宅療養支援病院に関する委員会	日病	5名
2月14日(木)	第10回医業経営・税制委員会	医法協	8名
2月27日(水)	第31回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会	日精協	10名
2月27日(水)	第11回総合部会	日精協	17名
2月27日(水)	第10回日医・四病協懇談会	日医会館	19名
3月1日(金)	第12回医療保険・診療報酬委員会	全日病	11名
3月4日(月)	第6回在宅療養支援病院に関する委員会	日病	5名
3月8日(金)	第11回准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会	日医会館	7名
3月21日(木)	第11回医業経営・税制委員会	医法協	10名
3月27日(水)	第12回総合部会	日精協	17名

(担当(当番)団体一覧)

1. 総合部会	平成24年 4月～ 7月	社団法人 全日本病院協会
	8月～11月	一般社団法人 日本病院会
	12月～平成25年 3月	公益社団法人 日本精神科病院協会
2. 総務委員会	平成24年 4月～ 7月	社団法人 全日本病院協会
	8月～11月	一般社団法人 日本病院会
	12月～平成25年 3月	公益社団法人 日本精神科病院協会
3. 医療制度委員会		一般社団法人 日本病院会
4. 医療保険・診療報酬委員会		社団法人 全日本病院協会
5. 医業経営・税制委員会		社団法人 日本医療法人協会
6. 医療安全対策委員会		社団法人 全日本病院協会
7. メディカルスクール検討委員会		公益社団法人 日本精神科病院協会
8. 厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会		公益社団法人 日本精神科病院協会
9. 二次救急に関する検討委員会		社団法人 日本医療法人協会
10. 在宅療養支援病院に関する委員会		一般社団法人 日本病院会
11. 准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会		公益社団法人 日本精神科病院協会
12. 日医・四病協懇談会	平成24年 4月～ 7月	社団法人 全日本病院協会
	8月～11月	一般社団法人 日本病院会
	12月～平成25年 3月	公益社団法人 日本精神科病院協会
13. その他		
①看護管理者意見交換会		社団法人 日本医療法人協会

(参 考)

四病院団体協議会・委員派遣一覧

25.3.31現在

団体名	委員会名	氏名	団体名	備考
厚生労働省	社会保障審議会医療部会	相澤 孝夫	日病	22.4.24承認
		西澤 寛俊	全日病	
		日野 頌三	医法協	
		山崎 學	日精協	
	医療用医薬品の流通改善に関する懇談会	関 健	医法協	16.5.26承認
		菅野 隆	日精協	
	医療機器の流通改善に関する懇談会	崎原 宏	日病	
		中村 康彦	全日病	
		関 健	医法協	

	(臨床研究基盤整備推進研究事業) 事前評価委員会	高橋 正彦	日 病	22. 4. 24 承認
	医療施設体系のあり方に関する検討会	西澤 寛俊 山崎 學	全日病 日精協	18. 6. 28 承認
	医療情報提供のあり方等検討会	大道 道大 加納 繁照	日 病 医法協	18. 6. 28 承認
	がん診療連携拠点病院の指定に関する 検討会	宮崎 瑞穂 宮城 敏夫	日 病 全日病	20. 11. 18 承認
	看護師国家試験における母国語・英語での 試験とコミュニケーション能力試験の併用 の適否に関する検討会	加納 繁照 山崎 學	医法協 日精協	23. 12. 21 承認
	医療機関等の個人情報保護に関する検討会	小森 直之	医法協	24. 3. 28 承認
	新型インフルエンザ対策等に係る有識者会議	永井 庸次	全日病	24. 7. 25 承認
日本医師会	医業税制検討委員会	梶原 優 西澤 寛俊 伊藤 伸一 山崎 學	日 病 全日病 医法協 日精協	22. 4. 24 承認
	病院委員会	末永 裕之 安藤 高朗 加納 繁照 千葉 潜	日 病 全日病 医法協 日精協	22. 4. 24 承認
	社会保険診療報酬検討委員会	相澤 孝夫 菅野 隆	日 病 日精協	22. 4. 24 承認
	地域医療対策委員会	神野 正博	全日病	20. 6. 10 承認
	病院・介護保険施設における地球温暖化対策 プロジェクト委員会	大道 道大 加納 繁照 関 健 南 良武	日 病 全日病 医法協 日精協	20. 7. 23 承認
	医療事故調査に関する検討委員会	神野 正博	全日病	24. 12. 19 承認
日本医師会 医療研修推進財団 全国医学部長病院長会議 臨床研修協議会	医師臨床研修マッチング協議会・運営委員会	堺 常雄	日 病	15. 6. 25 承認
日本医療機能評価機構	倫理委員会	西澤 寛俊	全日病	21. 5. 27 承認
医療情報システム開発 センター	理事 プライバシーマーク審査委員会 クリティカルパス情報交換委員会	大道 道大 小森 直之 宮城 敏夫	日 病 医法協 全日病	22. 4. 24 承認 22. 4. 24 承認 20. 5. 28 承認

1. 総合部会

第 1 回総合部会

日 時 平成 24 年 4 月 25 日(水) 1 時 30 分～3 時 20 分

会 場 全日本病院協会 会議室

当番団体 全日本病院協会

議 事

[報告事項]

1. 中医協報告
2. 急性期医療に関する作業グループ会合報告
3. 東京電力緊急アンケート集計結果
4. TPP 参加反対総決起大会の開催結果
5. 四病協各委員会報告
 - ①メディカルスクール検討委員会
 - ②医療保険・診療報酬委員会
 - ③医業経営・税制委員会

[協議事項]

1. 一般財団法人医療情報システム開発センター理事候補者の推薦について(依頼)
 - ・四病協を代表して、理事に大道道大・日病副会長の推薦を承認（任期：平成 24 年 6 月～平成 26 年 6 月）。
2. その他
 - ①平成 24 年度総合部会開催日程について
 - ②平成 24 年度日医・四病協懇談会日程案について
 - ③前回部会議事報告書(案) について

第 2 回総合部会

日 時 平成 24 年 5 月 23 日(水) 1 時 30 分～3 時 15 分

会 場 全日本病院協会 会議室

当番団体 全日本病院協会

議 事

[報告事項]

1. 中医協報告
2. 東京電力株式会社の電気料金値上げについて
3. 四病協各種委員会開催状況
 - ①医業経営・税制委員会
 - ②看護管理者意見交換会
 - ③医療保険・診療報酬委員会

[協議事項]

1. 四病協・医療安全対策委員会の再開について

- ・医療安全対策委員会を再開することで意見が一致。
- 2. 夏期に向けた計画停電について
 - ・日医・四病協と電力各社の会合（5月25日）で、全国の2次救急医療機関に対する通電の確保とすべての医療施設・介護施設等への電力供給に務めるよう配慮を求める要望をすることを了承。
- 3. 日本医師会・四病協懇談会（平成25年5月23日）について

第3回総合部会

日 時 平成24年6月27日(水) 1時30分～3時30分

会 場 全日本病院協会 会議室

当番団体 全日本病院協会

議 事

[外部説明]

○計画停電が実施された場合の医療機関等の対応について

- ・厚労省医政局から「計画停電が実施された場合にも電力供給が確保される医療機関」のリストについて説明。これに対して、2次救急医療機関を通電対象に加えたというが、精神科の救急病院は大阪府を除くと対象に入らなかったことを問題視。

[報告事項]

1. 四病協総務委員会の検討結果報告
 - ・医療制度委員会を再開することで意見が一致。医療制度委員会の担当団体は日病。前回は承された医療安全対策委員会の担当団体は全日病。
2. 中医協報告
3. 平成24年度診療報酬改定に係る入院基本料等の栄養管理体制基準の抜本的見直しについて（共同緊急要望）
4. 医療機関における消費税に関する調査結果報告
5. 今夏の医療施設における電力確保のための要望について「電力使用制限令及び計画停電発動に伴う医療機関等への通電に関する要望」に対する回答
6. 四病協各種委員会開催状況
 - ①医療保険・診療報酬委員会
 - ②医業経営・税制委員会
 - ③メディカルスクール検討委員会

[協議事項]

1. 「クリティカルパス情報交換委員会」平成24年度委員の派遣について
 - ・四病協を代表して、委員に宮城敏夫・浦添総合病院理事長の推薦を承認（任期：平成24年6月18日～平成25年3月31日）。
2. 日本医師会地域医療対策委員会委員の推薦について
 - ・四病協を代表して、委員に神野正博・全日病副会長の推薦を承認。
3. 医療法人会計基準について
 - ・医業経営税制委員会が平成18年8月にとりまとめた医療法人会計基準案に修正を加えるなどの作業を開始することを承認。

4. 日本医師会・四病協懇談会（平成25年6月27日）について

第4回総合部会

日 時 平成24年7月25日(水) 1時30分～3時40分

会 場 全日本病院協会 会議室

当番団体 全日本病院協会

議 事

〔外部説明〕

○医療機関ネットワーク事業の開始について

- ・消費者庁から、国民生活センターが共同で取り組む「医療機関ネットワーク事業」を説明、同事業に協力する病院の推薦を要請。消費者庁から病院の地域分布案を得た上で、2次救急病院を主体とした推薦リストを総務委員会でまとめることを了承。

〔報告事項〕

1. 中医協報告
2. 社保審医療部会報告
3. 医療情報の提供のあり方等に関する検討会報告
4. ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会報告
5. 新型インフルエンザ対策等に係る有識者会議（仮）への委員推薦について
 - ・四病協を代表して、委員に永井庸次・全日病理事を推薦したと報告。
6. 成長分野等人材育成支援事業奨励金のご案内について
7. 四病協各種委員会開催状況
 - ①医療保険・診療報酬委員会
 - ②医療安全対策委員会
 - ③医療制度委員会
 - ④医業経営・税制委員会

〔協議事項〕

1. 平成25年度 税制改正要望について
 - ・医業経営・税制委員会がまとめた平成25年度税制改正要望を承認。
「消費税非課税の見直し」を第1項目。新たに「持分ある医療法人が持分ない医療法人に移行する際の移行税制の創設」と「医療法人の法人税軽減と特定医療法人の法人非課税」を追加。
2. 医療機関における消費税に関するアンケートの実施について
 - ・基本的に四病協傘下の全会員病院を対象に実施する案がまとまり次第、総合部会に諮ることにする。
3. 医療法上と診療報酬上の医師配置標準問題について
 - ・精神病棟の特定入院料のあり方について問題提起する。
4. 看護要員の傾斜配置について
 - ・同一の入院基本料を算定する病棟に認められている看護要員の傾斜配置が精神療養病棟には適用されないことについて問題提起する。
5. 「今後の認知症施策の方向性」について

- ・厚労省・認知症施策検討プロジェクトチームが公表した「今後の認知症施策の方向性」の中に、認知症に対する在宅対応の基盤がない中で精神病床が入院治療を引き受けてきたにもかかわらず、その現状を「不適切なケアの流れ」と表現するなど問題が多々あると指摘。

6. 日本医師会・四病協懇談会（平成24年7月25日）について

第5回総合部会

日時 平成24年8月22日(水) 1時30分～3時15分

会場 日本病院会 会議室

当番団体 日本病院会

議事

〔外部説明〕

○「医療等情報個別法（仮称）」の検討状況及び「医療機関等における個人情報の取扱いに関するアンケート調査」について

- ・「医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会」は、今後論点を整理し、秋以降、法制化に向けて検討するにあたり、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインの遵守状況についての意識調査（対象4,000病院）をすると説明。

〔報告事項〕

1. 前回総合部会・日医懇談会報告の確認
2. 中医協報告
3. 特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会報告
4. 「四病協平成25年度税制改正要望」提出報告
5. 医療機関における消費税に関する調査報告
6. 四病協各種委員会開催状況
 - ①准看護師の生涯教育体制のあり方に関する連絡協議会
 - ②医療保険・診療報酬委員会
 - ③医療安全対策委員会

〔協議事項〕

1. 入院基本料について
 - ・入院基本料と医療区分とを混同しているのではないかと問題提起。
2. 日本医師会・四病協懇談会（平成24年8月22日）について

第6回総合部会

日時 平成24年9月26日(水) 1時30分～3時20分

会場 日本病院会 会議室

当番団体 日本病院会

議事

〔報告事項〕

1. 前回総合部会・日医懇談会報告の確認
2. 中医協報告

3. 「医療分野の雇用の質改善」に向けたプロジェクトチーム設置について
 4. 子宮頸がん予防に対する意識調査について
 - ・厚労省の委託を受けた財団法人パブリックヘルスリサーチセンターによる「子宮頸がん予防に対する意識調査」に協力する。
 5. 平成25年度税制改正要望（日医・四病協）について
 6. 四病協各種委員会開催状況
 - ①医療制度委員会
 - ②医療保険・診療報酬委員会
 - ③准看護師の生涯教育体制のあり方に関する連絡協議会
 - ④医業経営・税制委員会
 - ⑤厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会
- [協議事項]
1. 医療法人会計基準策定のための小委員会設置について
 - ・会計基準策定小委員会の設置を承認。
 2. 病院をめぐる近々の問題について
 - ・入院基本料に看護必要度の要件が入っていること、看護必要度そのものの見直しについて意見交換
 3. 東京医大茨城センター保険指定取り消しについて
 4. 日本医師会・四病協懇談会（平成24年9月26日）について

第7回総合部会

日 時 平成24年10月24日(水) 1時30分～3時15分

会 場 日本病院会 会議室

当番団体 日本病院会

議 事

[報告事項]

1. 前回総合部会・日医懇談会報告の確認
2. 中医協報告
3. 四病協合同賀詞交歓会について
 - ・日 時：平成25年1月10日（木）17：30～19：30
 - 場 所：ホテルオークラ東京 本館1階「平安の間」
4. 四病協各種委員会開催状況
 - ①看護管理者意見交換会
 - ②医療保険・診療報酬委員会
 - ③医療安全対策委員会
 - ④医療制度委員会
 - ⑤医業経営・税制委員会
5. 医療機関における消費税に関する調査について
 - ・医業・介護収益に対する利益の割合が0.33%。控除対象外消費税等負担額の割合が1.77%、資産

に係る控除対象外消費税等負担額の割合が0.35%、合計2.12%と報告。

〔協議事項〕

1. 「プライバシーマーク審査委員会」委員の派遣依頼（継続）について
2. 病院をめぐる近々の問題について
 - ・入院基本料、「診療に関連した予期しない死亡の調査機関設立の骨子（日医案）」案文、医師臨床研修制度の再評価について意見交換。
3. 日本医師会・四病協懇談会（平成24年10月24日）について

第8回総合部会

日 時 平成24年11月28日(水) 1時30分～3時25分

会 場 日本病院会 会議室

当番団体 日本病院会

議 事

〔外部説明〕

○臨床検査技師の業務について

- ・宮島喜文・一般社団法人日本臨床衛生検査技師会会長から、臨床検査技師による血圧測定について説明

〔報告事項〕

1. 前回総合部会・日医懇談会報告の確認
2. 中医協報告
3. 病院機能情報の報告・提供のあり方に関する検討会報告
4. (三師会・四病協)「要望書」提出報告
5. 四病協各種委員会開催状況
 - ①医療保険・診療報酬委員会
 - ②医業経営・税制委員会

〔協議事項〕

1. 「プライバシーマーク審査委員会」委員の派遣依頼（継続）について
 - ・小森直之・医法協常務理事を新たに推薦することを承認。委嘱期間は平成25年1月1日から平成25年12月31日。
2. 病院をめぐる近々の問題について
 - ・医師臨床研修制度の再評価、入院基本料について意見交換。
3. 日本医師会・四病協懇談会（平成24年11月28日）について

第9回総合部会

日 時 平成24年12月19日(水) 1時30分～3時

会 場 日本精神科病院協会 会議室

当番団体 日本精神科病院協会

議 事

〔外部説明〕

○産業廃棄物適正処理推進基金への出えんについて（要請）

- ・吉田一博・環境省廃棄物・リサイクル対策部適正処理・不法投棄対策室長から、不適正処理事案に対する財政支援として、産業廃棄物適正処理推進センター基金への出えん要請を受ける。各団体 20 万円を出えんすることで了承。

〔報告事項〕

1. 前回総合部会報告（案）の確認
2. 中医協報告
3. 四病協各委員会報告
 - ①医療安全対策委員会
 - ②医療保険・診療報酬委員会
 - ③医療制度委員会
4. 日精協 精神科医療事故システムについて

〔協議事項〕

1. 救急医療体制等のあり方に関する検討会（仮称）の構成員の推薦について
 - ・四病協を代表して2名の推薦を提案。救急患者の約6割が精神科であることから、日精協からもさらに1名推薦したいと提案。
2. 厚労省「がん診療連携拠点病院の指定に関する委員会」委員の推薦について
 - ・四病協を代表して、厚労省「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」の委員に、宮崎瑞穂・日病常任理事、宮城敏夫・全日病代議員会副議長を継続して推薦することを承認。
3. 本日の日医・四病協懇談会について
4. その他
 - ①「国民医療を守るための総決起大会」について
 - ② 衆議院総選挙結果
 - ③ 四病協 合同賀詞交歓会について

第10回総合部会

日 時 平成25年1月23日(水) 1時30分～3時10分

会 場 日本精神科病院協会 会議室

当番団体 日本精神科病院協会

議 事

〔報告事項〕

1. 前回総合部会報告（案）の確認
2. 中医協報告
3. 四病協各委員会報告
 - ①医業経営・税制委員会
 - ②医療制度委員会
 - ③医療安全対策委員会
 - ④医療保険・診療報酬委員会
 - ⑤准看護師の生涯教育体制のあり方に関する連絡協議会

4. その他

①四病協合同賀詞交換会

- ・全体で690名の出席と報告。

[協議事項]

1. 「診療に関連した予期しない有害事象（死亡・重大事故）の調査のあり方（最終案）」について
 - ・最終案を承認。
2. 生体内圧力の計量単位について（要望）
 - ・厚労省医政局長と経産省産業技術環境局長あてに提出を承認。
3. 日医・四病協懇談会（平成25年1月23日）について
4. 平成25年度総合部会 開催日程（案）について

第11回総合部会

日時 平成25年2月27日(水) 1時30分～3時10分

会場 日本精神科病院協会 会議室

当番団体 日本精神科病院協会

議事

[外部説明]

○耐震改修促進法の改正について

- ・昭和56年以前に建築された5,000平米以上の病院等の不特定多数の者が利用する建築物について、平成27年末までに耐震診断の努力義務化・耐震診断結果の公表を行わなければならないと説明。

[報告事項]

1. 前回総合部会報告（案）の確認
2. 中医協報告
3. 四病協各委員会報告
 - ①医療保険・診療報酬委員会
 - ②在宅療養支援病院に関する委員会
 - ③看護管理者意見交換会
 - ④医業経営・税制委員会
 - ⑤厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会

4. その他

- ①日医「医療事故調査に関する検討委員会（第2回）」について
- ②四団体調査に係る覚書について
 - ・四病協が実施する各種調査にかかるデータの取り扱いについて、覚書を定め、2月1日に遡及して適用することを承認。
- ③生体内圧力の計量単位について（要望）
- ④「診療に関連した予期しない有害事象（死亡・重大事故）の調査のあり方」
- ⑤平成25年度 総合部会開催日程（案）

[協議事項]

1. 厚生局の個別指導等立会いについて

- ・厚生局の個別指導等立会い時、都道府県医師会の枠として病院団体からも立会いできるよう日医に申し入れたいと提案、賛同を得る。
2. 県立奈良病院の判決について
 - ・経営母体によって状況が異なる、救急医療の現場としてこの問題は県立奈良病院の件として限定した方がよいなどの意見が出る。
 3. 本日の日医・四病協懇談会について

第12回総合部会

日 時 平成25年3月27日(水) 1時30分～2時30分

会 場 日本精神科病院協会 会議室

当番団体 日本精神科病院協会

議 事

[外部説明]

○「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ(案)」について

- ・鎌田光明・厚労省医政局経済課長から、後発医薬品のさらなる使用促進を目的とするロードマップについて説明。

[報告事項]

1. 前回総合部会報告(案)の確認
2. 中医協報告
3. 四病協各委員会報告
 - ①医療制度委員会
 - ②医療保険・診療報酬委員会
 - ③在宅療養支援病院に関する委員会
 - ④医業経営・税制委員会

4 その他

- ・平成25年度 総合部会開催日程について

[協議事項]

1. 第7回社会保障制度改革国民会議について
 - ・3月27日、社会保障制度改革国民会議に、医療提供者としてヒアリングに参加する。医療提供体制のあり方、一般病床の機能分化、在宅医療の推進などの観点からまとめた資料内容を説明。医師の偏在、自由開業医制の見直し、保険医療機関指摘における地域配置計画などについて意見交換。
2. 社会保障審議会医療部会の委員について
 - ・四病協を代表して、社会保障審議会医療部会の委員に、相澤孝夫・日病副会長、西澤寛俊・全日病会長、山崎 學・日精協会長を継続して推薦することを承認。

2. 日医・四病院団体協議会懇談会

1. 回数／出席者数

第1回	平成24年5月23日(水)	16:30~18:00	日本医師会	計21名
第2回	平成24年6月27日(水)	16:30~18:00	日本医師会	計19名
第3回	平成24年7月25日(水)	16:30~18:00	日本医師会	計26名
第4回	平成24年8月22日(水)	16:30~18:00	日本医師会	計24名
第5回	平成24年9月26日(水)	16:30~18:00	日本医師会	計22名
第6回	平成24年10月24日(水)	16:30~17:50	日本医師会	計19名
第7回	平成24年11月28日(水)	16:30~17:40	日本医師会	計19名
第8回	平成24年12月19日(水)	16:30~17:50	日本医師会	計29名
第9回	平成25年1月23日(水)	16:30~17:45	日本医師会	計23名
第10回	平成25年2月27日(水)	16:30~17:45	日本医師会	計19名

2. 協議事項

- (1) 費用対効果評価について
- (2) 医療法上と診療報酬上の医師配置標準問題について
- (3) 消費税について
- (4) 看護要員の傾斜配置について
- (5) 「今後の認知症施策の方向性について」の反論
- (6) 入院医療等の調査・評価分科会について
- (7) 特定機能病院及び地域医療支援病院への調査について
- (8) チーム医療推進会議について
- (9) 医療に於けるIT化について(その1)
 - －レセプト情報ナショナルデータベース2次利用の問題と医療等情報個別法－
- (10) 看護師特定能力認証制度について
- (11) 医療におけるIT化について(その2)
 - －地域医療連携とそのIT化、さらに日医認証局について－
- (12) 入院基本料について
- (13) 医師臨床研修制度の再評価について
- (14) 医療機関等の行う高額投資に係る消費税負担について
- (15) 生活習慣病分野に於けるスイッチOTC薬化のあり方について
- (16) 日本看護協会認定看護師の専門性資格広告について
- (17) 常勤医師等の取扱いについて
- (18) 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方について
- (19) 特定入院料の取扱いについて
- (20) 調剤医療費の伸びについて
- (21) スイッチOTC薬化について
- (22) 厚生局の個別指導等立会いについて

(23) 県立奈良病院の判決について

(24) その他

3. 総評

本年度の日本医師会・四病院団体協議会懇談会は、2025年のあるべき医療制度の姿、『社会保障・税の一体改革』の妥当性の検証、環太平洋パートナーシップ協定（TPP）への参加が皆保険制度に与える脅威、平成25年度からの地域医療計画への働きかけ、医療事故調査制度の整備と医療事故が刑事罰に結びつくことへの問題意識、消費税の問題、等を念頭に議論を開始した。

政治の世界では、12月には自民党への政権復帰があり、平成25年3月には日本がTPP交渉に参加することが決定した。また日本医師会の羽生田副会長が、平成25年夏の参議院選挙に出馬することとなった。一方、厚労省の中央社会保険医療協議会では、今年度から費用対効果評価専門部会が設置され審議を開始するなどの事項があった。

当懇談会としては、前年度に引き続き、日本医師会と四病院団体協議会との連名において『平成25年度税制改正要望』を提出し、消費税における社会保険診療報酬等の非課税制度の見直し、医療機関に関する事業税の特例措置の存続、福島原発事故損害賠償金を非課税とすることについて、等14項目を要望した。災害医療の点では、このほか発災から2年が経過することとなる東日本大震災を踏まえて、超高速インターネット衛星「きずな」を用いた利用実証実験に関して、日本医師会とJAXA（宇宙航空研究開発機構）との間で協定が締結されたことが報告された。

以上のような政治、社会の動向を踏まえつつ、精力的に協議がなされた。各論では各団体の意見が異なる部分も見られたが、総論として医療界の意見をまとめて社会に出す必要性については一致した。

3. 総務委員会

1. 開催回数 1回

2. 出席者数 延べ7名

3. 協議事項

1) 四病協の会議構成について

4. 総評

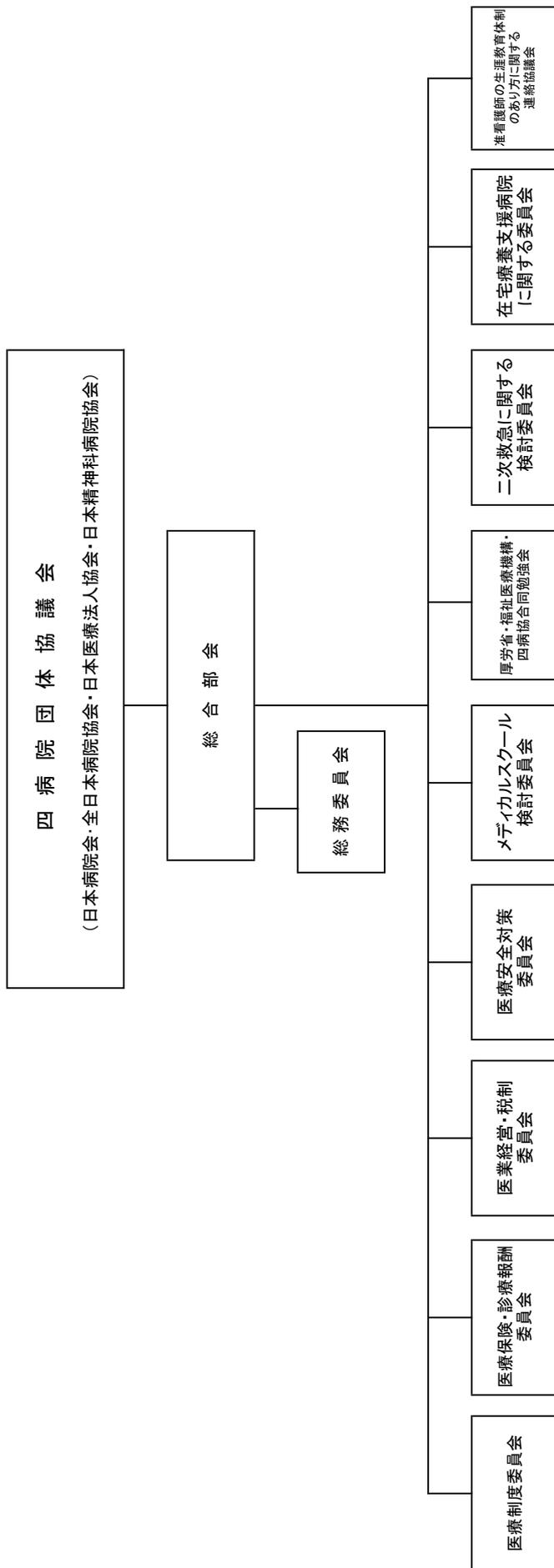
当委員会は同一月に開催される総合部会の議題等の整理及び総合部会からの特命案件を通常メールを活用して検討する。

委員長は総合部会当番団体の副会長、担当事務局は総合部会当番団体の持ち回りで行う。

5月23日の会長会議および総合部会で、2025年の医療提供体制のあるべき姿について検討する場を総務委員会に諮問される。

これを受けて、四病協の委員会のあり方も含めて協議を行い、平成22年5月に廃止した医療制度委員会の再開を総合部会に答申する。

四病院団体協議会(四病協) 組織図



4. 医療保険・診療報酬委員会

1. 開催回数 12 回

2. 出席者数 延べ 141 名

3. 協議事項

1) 医療保険・診療報酬に関する事項について

○平成 24 年度診療報酬改定について

○栄養管理実施加算の廃止に伴う緊急影響調査の結果、要望書及び提出報告について

○入院料、入院基本料について

2) 指導要綱・監査要綱について

3) ジョブカードについて

4) その他

○今後の検討テーマについて

4. 総評

○平成 24 年度診療報酬改定で、入院基本料及び特定入院料の算定要件に「当該保険医療機関内に、栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が 1 名以上配置されていること（以下、略）」という栄養管理体制の基準が設けられ、当該基準を満たせなくなったのち 3 か月を超えると特別入院基本料を算定しなければならなくなったことを問題視。緊急影響調査を実施し「管理栄養士が欠員になった場合、どのくらいの期間で採用できるか」の問いに、経過措置で欠員になっても従前の入院基本料を算定できるとされた「3 か月間」を超える「6 か月以内」もしくは「1 年以内」と回答した病院が合計で 3 割を超えたため、管理栄養士が欠員となった場合の救済策（雇用が確保されるまでの猶予期間、5 年以上の経験を有する栄養士を管理栄養士に代替可能とすること）を求める要望書を厚労省へ提出した。

○日本精神科病院協会より提案のあった、特別入院基本料を算定する病棟がある場合は、他の一般・精神病棟も特別入院基本料へ減額（いわゆるドミノ倒し）となる特定入院料の施設基準の見直しについて、13 対 1、15 対 1 入院基本料も含めすべての入院基本料及び特定入院料に、現在、7 対 1、10 対 1 につくられている特別入院基本料（入院基本料の 80% の点数設定）のような減算措置を設け、なおかつそれを特別入院基本料と呼ぶことはやめること、及び現在設けられている医師、看護要員等の一時的な変動への措置をリハビリ、精神科デイ・ケア等の施設基準等においても設定されることを、厚労省あるいは中医協に要望することを決定した。

○以前より当委員会で検討を続けているジョブカード活用による有期実習型訓練について、次年度以降、制度が見直されるとの情報を得たため今年度も引き続き検討を続けていたところ、平成 24 年 12 月の衆議院総選挙にて自民党が勝利し、安倍晋三総裁が自公政権下での制度創設時の利用者に有利な形に戻す考えを表明。その後の第二次安倍内閣では、ジョブカードの制度改正に関する議案が国会審議を通過したため、平成 25 年度の委員会にて東京都地域ジョブカードセンターの担当者から再び説明を受け、当委員会としての対応を検討していく予定とした。

○入院基本料等の算定要件に栄養管理体制の基準が設けられたことについて緊急調査を実施し、要望書を提出したが、当該事項については各病院の対応もあって大きな混乱もなく収束したのは良かった。しかしながら、診療報酬の中でもとりわけ入院基本料を含む入院料等については、日本精神科病院協会からも次の要望事項が提出されたように、まだまだ改善が必要な事項が多いため、平成26年度改定を翌年に控えた25年度も、会員病院にとって有益となる議論が望まれる。

5. 医業経営・税制委員会

1. 開催回数 11回
2. 出席者数 延べ107人
3. 協議項目
 - (1) 平成25年度税制改正要望について
 - (2) 医療に係る消費税について
 - (3) 医療機関における消費税に関する調査結果について
 - (4) (外部説明) 租税特別措置法の期限切れに伴うアンケート調査について
 - (5) 四病協・日医共同税制改正要望について
 - (6) 中医協診療報酬調査専門組織・医療機関等における消費税負担に関する分科会について
 - (7) 医療法人会計基準の策定について
 - (8) 医療法人税制問題議員懇談会について
 - (9) 櫻井厚生労働副大臣への面会について
 - (10) 平成25年度税制改正の動向について
 - (11) 事業税に係る総務省との意見交換会について
 - (12) 診療報酬に係る消費税非課税制度の是正を求める訴訟について
 - (13) 医療法人会計基準策定に向けた小委員会設置について
 - (14) 平成25年度税制改正要望の結果について
 - (15) 新政権による規制改革の動向について
 - (16) 平成26年度税制改正要望について
 - (17) その他

4. 総評

平成25年度税制改正に関する要望を厚労省及び関係団体に提出した。消費税における社会保険診療報酬等の非課税制度の見直し、医療機関に対する事業税の特例措置の存続等に加え、福島原発事故による損害に対する賠償金の非課税、医療従事者の確保対策用建物の固定資産税等軽減などを要望項目に盛り込んだ。昨年に引き続き、日医との連名にて税制改正要望を取りまとめた。消費税における社会保険診療報酬等の非課税制度の見直しは、今後の税調等での検討に委ねられるとし、医療機関に対する事業税の特例措置は存続、その他要望事項は実現しなかった。

また、5月に実施したパイロットテストを踏まえ、調査項目を簡素化し、対象病院数を拡大した上で、あらためて「医療機関における消費税に関する調査」を8月に実施した。調査結果を踏まえ、次年度に中医協診療報酬調査専門組織・医療機関等における消費税負担に関する分科会等への提言

に繋げる。

この他、医療法人会計基準検討報告書案（平成 18 年度報告書）をあらためて議論する必要があるとして、公認会計士を構成員とした会計基準策定小委員会を設置、来年度より議論を開始することとした。

6. 厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会

1. 開催回数 4 回
2. 出席者数 延べ 39 人
3. 協議項目
 - (1) 各団体からの報告
 - (2) 機構融資制度の利用状況について
 - (3) 平成 25 年度予算について
 - (4) 病院の人材確保・養成に関するアンケート調査結果報告
 - (5) 平成 25 年度予算概算要求事項案（貸付事業）について
 - (6) 「平成 25 事業年度予算概算要求案」の概要について
 - (7) その他

4. 総評

平成 25 年度予算概算要求に向けた要望事項を中心に福祉医療機構と意見交換等を行った。また、医師確保について融資先より相談を受ける機会が多くあることから、経営支援の一環として人材あっせん業を行いたいとの意見が機構より出され検討を行ったが、民業圧迫及び法律改正の壁があり実現は難しいとされた。これに関連し、日病が過年度に実施した調査報告書「病院の人材確保・養成に関するアンケート調査結果報告」が説明された。

7. メディカルスクール検討委員会

1. 開催回数 1 回
2. 出席者数 延べ 8 名
3. 協議事項
 - 1) 具体的なメディカルスクールでの教育方法等について
 - 2) 今後の予定等について
4. 意見交換

衆議院議員	池坊 保子（平成 24 年 11 月に引退）
文部科学省 高等教育局医学教育課長	村田 善則（平成 24 年 6 月 19 日時点）
5. 総評

前年度委員会（平成 23 年 3 月 29 日）では、米国 ECFMG 通告（Educational Commission for Foreign Medical Graduates：米国外の医学部卒業生に対して米国医師国家試験（USMLE STEP1, Step2）の受験資格を審査する NGO 団体。2023 年より、米国の医師国家試験については、アメリカ医科大学協会

(AAMC) または世界医学教育連盟 (WFME:WHO の下部組織) の基準により認証を受けた医学部卒業生以外の受験を認めない旨を、2010 年 9 月に日本の複数の認証評価機関に通知) も踏まえつつ、よりよい臨床医を育てる観点から、

- ・ 卒前・卒後の連続性について
- ・ 手技のチェックについて
- ・ コミュニケーションスキル (適性) の評価について
- ・ 試験制度の改革について
- ・ これらを実現させるための具体的な方法について

以上を実質的な論点とし議論。アメリカの大学に入学し、日本の病院で研修を行うという、実質的なメディカルスクールを今の枠組みの中で実現する手法を検討することで一致していた。

今年度委員会では、上記手法について、TPP (環太平洋パートナーシップ協定 ・ Trans-Pacific Partnership) に対する立場上難しいのではないかという意見や、新設大学がない中で外国の大学が設置認可されるはずがないという意見等が出されて、他の方法を検討することとなった。

委員会の目的について再検討し、当検討会の議論は以下の二点を出発点とすることを確認した。

- ①よりよい臨床医を養成する
- ②稼働している医師の不足

I

上記項目について「優秀な臨床医とは何か」「実際に診療行為を行っている医師数を把握する必要がある」という意見が出され、問題提起を行い、厚労省の取り組みを促す手法について意見を交わした。

具体的には、以下の通り。

<問題提起の手法>

実働の医師数を調べたことがあるのか国に質問し、調査を促す。

<調査の内容>

- ・ 実際に診療している医師数 (稼働医師数)
- ・ 日本経済が産み出す GDP の使われ方 (医療、教育などにいくら支出しているか。国防費、医療、教育には殆ど使われていないが、莫大な GDP は一体何処へ消えているのか。)

<今回の手法についての意見>

- ・ 稼働医師数調査が病院経営に悪影響を及ぼすことはないか。
- ・ 厚労省の担当を呼び話を聞くなど、ひとつひとつ進めて行くべき。
- ・ 問題提起の際に数字の出し方に注意するべき。まず問題を挙げ、正確な数字はむしろ出さない方がよい。数字が僅かに間違っているだけで問題提起を全否定されてしまう。数字を把握しながらも公表しないでにおいて、知らないふりをして質問をしてはどうか。

II

メディカルスクールは医療のみを対象とするため、医学と医療の両方を扱う医学部に対しコストのかからない教育システムだとし、東北大学を中心にメディカルメガバンク構想がスタートしているが、東日本大震災からの復興と絡めて特区を申請してはどうかという案が出された。特区を設けてメディカルスクールを設置することの可否について、学校教育の制度を変える必要があるとも考えられるが、特区の解釈も変化しつつあるのではないかとした。

8. 医療安全対策委員会

1. 開催回数 5回
2. 出席者数 延べ35名
3. 協議事項
 - 1) 医療事故に係る調査の仕組みのあり方と再発防止策の四病協としてのすり合わせについて
 - 2) 医療事故に係る調査の仕組みのあり方と再発防止策に関する四病協としての意見について
 - 3) 「診療に関連した予期しない死亡の調査機関設立の骨子（日医案）」について
 - 4) 委員長私案について
 - 5) 各団体からの意見について
 - 6) 診療に関連した予期しない有害事象（死亡・重大事故）の調査のあり方（とりまとめ案）について

4. 総評

本委員会は、第2回四病院団体協議会総合部会（平成24年5月23日）において、厚生労働省、日本医師会等の死因究明制度等に関する議論の進展や、いわゆる死因究明二法（「死因究明等の推進に関する法律」、「警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律」）の成立を踏まえて、同制度について四病院団体協議会構成団体の意見交換の場が必要として設置が決定されたもの。

5回に渡る議論の結果、各団体の最大公約数的な意見を集約し、『診療に関連した予期しない有害事象（死亡・重大事故）の調査のあり方』を取りまとめて総合部会に答申した後、休会した。

9. 二次救急に関する検討委員会

○本年は事情により開催されなかった。

10. 在宅療養支援病院に関する委員会

1. 開催回数 2回
2. 出席者数 延べ10名
3. 協議事項

- 1) 在宅療養支援病院へのアンケート調査及び結果について
- 2) 日本医師会在宅医療連絡協議会との連携・情報共有化について
- 3) その他

○在宅医療等に関する意見交換

4. 総評

○梶原委員長が、昨年、厚労省医政局指導課在宅医療推進室が公表した「在宅医療・介護あんしん2012」に掲載された在宅医療に関する予算、制度、報酬等も踏まえながら1年後に迫った次期診療報酬改定に向けて在宅療養支援病院（以下、在支病）に関する要望事項を検討したいとして、およそ2年ぶりに当委員会を再開。

○平成24年度診療報酬改定で在支病の施設基準が変わり、2年前の当委員会の調査時には360程度だった届出病院が約800病院（平成25年2月現在）となっていることから、在支病の実態を把握するべく平成23年3月に用いた調査票をベースとして再度調査を実施した。

○『在支病に関するアンケート調査』は、超高齢社会に向けて在宅支援の担い手としての在支病の普及を通して中小病院の役割を確立すると共に平成26年度診療報酬改定に向けて、在支病の現況を把握し、今後の政策立案に役立てることを目的に、平成25年2月18日～25日の約1週間で実施。平成25年2月現在のすべての在支病約800病院（四病協会員か否かは不問）を対象に表形式のアンケート票を送付して実施した。

○『在支病に関するアンケート調査』の結果、調査対象800病院のうち135病院（16.9%）から回答があり、単独型、連携型をあわせた強化型在支病が全体の約6割であること、在宅医療に取り組む医師の養成・確保が求められていることなどが明らかとなった。これらの結果を梶原委員長が連携・情報共有化を図るとした日本医師会主催の在宅医療支援フォーラムにて発表した。

○当委員会では調査結果も受けながら、在支病、在宅医療及び介護等についてフリーディスカッションを実施。介護職員の処遇改善が喫緊の課題であり、病院団体であっても四病協は介護報酬アップも要望すべきとの意見も出されるなどした。次年度は平成26年度診療報酬改定に向けた検討が予想されるが、再び、在支病の要件あるいは在支病として機能していないケースの原因等の研究がその課題としてあげられた。

（別添CD資料集〈資料18 P.266～311〉参照）

11. 准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会

1. 開催回数 6回
2. 出席者数 延べ45人
3. 協議事項
 - 1) 准看護師の現状と問題点について
 - 2) 准看護師の卒後研修、奨学金制度について

- 3) 准看護師試験日について
- 4) 新人看護職員研修について
- 5) 准看護師による看護師国家試験受験のための要件緩和（実務経験年数短縮化）について
- 6) 新人看護職員研修における新人准看護師の技術到達の目安（試案）について
- 7) 平成24年度厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業
新人看護職員研修制度開始後の評価に関する研究について

4. 意見交換

- ・ 准看護師の現状と問題点について
厚生労働省 医政局看護課 看護サービス推進官 島田 陽子
- ・ 准看護師の卒後研修、奨学金制度について
日本看護協会 常任理事 洪 愛子
- ・ 新人看護職員研修について
済生会横浜市東部病院 副院長兼看護部長 熊谷 雅美
- ・ 看護師等養成所における看護基礎教育の現状と課題
日本看護学校協議会 会長 荒川 眞知子、事務局長 遠藤 敬子
- ・ 新人看護職員研修における新人准看護師の技術到達の目安（試案）について
社会医療法人愛仁会本部看護担当理事・日本医師会医療関係者検討委員会委員
永池 京子
- ・ 平成24年度厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業
新人看護職員研修制度開始後の評価に関する研究について
日本赤十字看護大学 教授 佐々木 幾美

5. 総評

平成24年度の協議会は、神奈川県が6月に准看護師養成を停止したいという考えを表明したことを受けて開始した。結局、神奈川県では県医師会との話し合いにより平成27年まで准看護師養成施設への補助金を支出することとなった。この他、『新人看護職員研修ガイドライン』への准看護師の位置づけ、准看護師試験の日程が12都府県（平成25年2月14日時点）において看護師国家試験と同日であるために、いわば併願ができないこと、等を中心に意見交換を行った。広く看護職全体の質向上のための教育が必要という点で意見は一致している。

12. 医療制度委員会

1. 開催回数 6回
2. 出席者数 延べ48名
3. 協議事項
 - (1) 医療制度委員会の開催について
 - (2) 平成24年度委員会活動内容・運営方針について
 - (3) 2025年の社会保障・税一体改革成案における医療提供体制について（一般病床機能分化）
・ 一般病床の機能区分に関する調査
 - (4) 医療基本法

(5) 精神科医療における身体合併症問題

(6) 「医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会」について

4. 総評

会長会議および総合部会で、2025年の医療提供体制のあるべき姿について検討する場として、平成22年5月に廃止した当委員会が再開された。

協議事項は、2025年の社会保障・税一体改革成案における医療提供体制について（一般病床機能分化）を優先課題とし、次に医療基本法とする。

2025年度医療・介護サービスの需給と供給の見込み等行政が考える病院・病床機能の役割分担に対して医療側が意見提出するに当たり、裏付けとなる調査をする意向が大勢を占め、厚労省「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」の動向を踏まえて、四病協会員病院のうち一般病床を有する病院を対象に「一般病床の機能区分に関する調査」を行う。

調査目的は、2025年度医療・介護サービスの需要と供給の見込み等を踏まえ、(1)自病院が現在果たしていると考えられる機能、(2)2025年を目指して今後どのような機能にしようと考えているか、などを明らかにする。

調査票は3種類。①病院の概要、②毎年7月1日に所轄の厚生局から送付されてくる「入院基本料等に関する実施状況報告書」（平成24年7月1日現在）、③2025年の医療機能再編に向けて、現在の届出状況、2018年を目途に貴院で考える施設基準の届出、その考えを阻害する障壁等を質問する。

調査対象病院は、医療施設動態調査（平成24年10月末）の一般病院数（7,491病院）、一般病床数（897,164床）と比較すると、一般病床を有する会員病院数（3,515病院、除重複病院）は約5割、一般病床数（638,522床）は約7割に相当する。

調査方法は、委員会担当団体の日病から調査対象病院へ、メール&FAXの同報通信システムにより調査表を送付する。回答方法は、①調査用ホームページからPDFファイルの調査票をダウンロードし、その調査票によるデータ送信、②メール添付による返信、③記入された調査票のFAX返信の3通りとする。これにより、病院側の入力作業を軽減、入力ミスによる精度の低下を防止した。

平成25年2月7日付で調査を行い、調査回収病院数は1,065病院（回収率30.3%）。

四病協委員会(担当団体、委員長)の推移(平成12年度～24年度)

(注) ① 担当団体
② 委員長名

		12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
総務委員会	①			日病	日病	日病	日病					総合部会 当番団体 副会長	総合部会 当番団体 副会長	総合部会 当番団体 副会長
	②			山本修三	山本修三	西澤寛俊	西澤寛俊							
医療制度委員会	①	日病	(廃止)		(再開)日病									
	②	奈良昌治	奈良昌治	奈良昌治	奈良昌治	池澤康郎	池澤康郎	池澤康郎	池澤康郎	池澤康郎	池澤康郎	5月26日		高橋正彦
医療保険・診療報酬委員会	①	全日病	全日病	全日病										
	②	猪口雄二	猪口雄二	猪口雄二										
診療報酬小委員会	①			全日病										
	②			猪口雄二										
介護保険委員会	①	日病	日病	日病										
	②	川合弘毅	川合弘毅	川合弘毅										
介護報酬小委員会	①			全日病										
	②			木下 毅										
介護保険小委員会	①					全日病	全日病	全日病						
	②					猪口雄二	猪口雄二	猪口雄二						
医療経営・税制委員会	①	医法協	医法協	医法協										
	②	大塚 量	伊藤伸一	伊藤伸一	伊藤伸一	伊藤伸一								
医療従事者対策委員会	①	日精協	(廃止)											
	②	高橋幸彦	秋山一郎	林 道彦	林 道彦	林 道彦	4月27日							
医療安全対策委員会	①	全日病	全日病						日病	日病	日病	日病	日病	全日病
	②	石原 哲	石原 哲						大井利夫	大井利夫	大井利夫			神野正博
治療費未払問題検討会	①						日精協	日精協	日精協	日精協	日精協	日精協	(廃止)	
	②						山崎 學	4月27日						
治療費未払問題検討会 作業部会	①						日精協	日精協	日精協					
	②													
メディカルスクール検討委員 会	①								日精協	日精協	日精協	日精協	日精協	日精協
	②								山崎 學	山崎 學	山崎 學	山崎 學	山崎 學	山崎 學
メディカルスクール検討会 ワーキングチーム	①										日精協			
	②										山崎 學			
三師会・四病協オンライン 請求打合せ	①							全日病	全日病	全日病				
	②													
日医・四病協レセプト オンライン化作業部会	①							全日病	全日病					
	②													
資金調達のあり方に関する 委員会	①				医法協	医法協								
	②				日野頌三	日野頌三								
医療法人に関する研究会	①							医法協	医法協	医法協				
	②							豊田 堯	豊田 堯	豊田 堯				
社会保障の財源問題を 考える勉強会	①									医法協				
	②									日野頌三				
理事長の債務保証のあり方 に関する勉強会	①							日精協	日精協					
	②							山崎 學	山崎 學					
厚労省・福祉医療機構・ 四病協勉強会	①									日精協	日精協	日精協	日精協	日精協
	②									山崎 學	山崎 學	山崎 學	山崎 學	山崎 學
二次救急に関する検討委員 会	①											医法協	医法協	医法協
	②											加納繁照	加納繁照	加納繁照

		12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
在宅療養支援病院に関する委員会	①											日病	日病	日病
	②											梶原 優	梶原 優	梶原 優
准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会	①											日精協	日精協	日精協
	②											藤川謙二	藤川謙二	藤川謙二
「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	日病	日病											
	②	山本修三	山本修三											
病院会計準則研究委員会	①	日病	日病	日病										
	②	石井孝宜	石井孝宜	石井孝宜										
医療法人会計基準研究分科会	①		医法協											
	②		石井孝宜											
医療法人会計基準研究委員会	①						医法協	医法協						
	②						豊田 堯	豊田 堯						
会計基準策定小委員会	①							医法協						
	②							五十嵐邦彦						
高齢者医療制度・医療保険制度委員会	①		全日病											
	②		猪口雄二											
医療制度改革検討委員会	①		全日病	全日病										
	②		猪口雄二	猪口雄二										
病院建物耐用年数実態調査委員会	①				医法協	医法協								
	②													
病院建物耐震問題検討プロジェクト委員会	①						日病	日病						
	②						池澤康郎	池澤康郎						
研修医給与問題検討委員会	①						日病							
	②						堺 常雄							
療養病床及び看護配置対策特別委員会	①							全日病						
	②													
高齢者居住施設に関する医療・住宅関係者勉強会	①								日精協	日精協				
	②													
新型インフルエンザ対策等に係るワーキンググループ	①									医法協				
	②									鈴木邦彦				
EPAに基づく外国人看護師受け入れに関するワーキンググループ	①									日病				
	②									佐藤真杉				
医療の営利化を阻止するプロジェクトチーム	①										医法協			
	②										伊藤伸一			
看護管理者意見交換会	①												医法協	医法協
	②												伊藤伸一	伊藤伸一

第 20

日本病院団体協議会 (日病協)

1. 代表者会議.....	255
2. 診療報酬実務者会議.....	260
3. 診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ.....	266
4. 事務連絡会議.....	267
5. 担当団体一覧.....	267
6. 日本病院団体協議会委員派遣一覧.....	267
代表者会議・診療報酬実務者会議出席者名簿.....	268

第20 日本病院団体協議会（日病協）

会務報告

平成24年

5月16日（水） 深尾立 新議長（労働者健康福祉機構・千葉労災病院名誉院長）が副議長に武久洋三委員（日本慢性期医療協会会長）を推薦し全員一致で承認。新執行部による日病協8期目の第1回（通算90回目）代表者会議を開催し、あわせて、日病協が派遣する外部委員等を確認した。

6月25日（月） 深尾議長の提案により、休眠中の日病協・診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ（以下、死因究明制度等WG）の再編成を決定した。また、創設より7年が経過した日病協について、議論のたびに会の目的が話題となることから、日病協の在り方を見直してはいかかとの提案を受け、「歩み」を作成することも決定した。

7月17日（火） 日病協事務局を務める一般社団法人日本病院会の事務所移転に伴い、日病協の事務所も東京都千代田区三番町9番地15に置くこととされ、運営要綱第2条を下記のとおり変更。

（旧）第2条 本会は、事務所を東京都千代田区一番町13番地3に置く

↓

（新）第2条 本会は、事務所を東京都千代田区三番町9番地15に置く

8月24日（金） 深尾 前副委員長の代表者会議議長就任に伴い不在となっていた診療報酬実務者会議（以下、実務者会議）副委員長について、8月15日の第84回実務者会議にて承認された原澤茂 全国公私病院連盟常務理事（済生会川口総合病院院長）が推挙され、代表者会議も承認した。

9月28日（金） 日病協は社会保険診療における消費税の取り扱いについて、公平・公正・明快という税制の原理・原則の観点から考えても「原則課税」を求めていくことで意見が一致した。

10月26日（金） 死因究明制度等WGの名称について再検討を行った結果、名称変更しないことを決定。

平成25年

1月 9日（水） 深尾議長、武久副議長が、田村憲久 厚生労働大臣を表敬訪問し、「(自由民主

党新政権発足に伴う) 要望書」を提出した(厚生日比谷クラブ及び厚労記者会には資料投げ込みを実施)。

- 1月25日(金) 深尾議長が、日病協が発展を遂げることを目的に日病協の今後のあり方を検討するワーキンググループの立ち上げについて代表者会議に諮り、承認。
- 2月7日(木) 深尾議長、武久副議長及び猪口委員長が厚労省保険局を訪問し、宇都宮医療課長ら5名の担当官に面会の上、「入院基本料の設定に対する考え方とその調査方法について」及び「入院料(入院基本料・特定入院料等)における人員配置について」を提出(文書表記は木倉保険局長宛)。厚生日比谷クラブにおいて記者会見及び厚労記者会には資料投げ込みを実施した。
- 3月8日(金) 深尾議長、神野座長が日本医師会を訪問し、横倉義武会長に面会の上、「診療に関連した予期しない死因究明制度の考え方」を提出。その後、深尾議長は宮本哲也 厚労省医政局総務課医療安全推進室長に面会の上、同文書を提出した(文書表記は原医政局長宛)。
- 3月22日(金) 第100回代表者会議において、平成25年度代表者会議議長に武久洋三氏(日本慢性期医療協会会長)、副議長に宮崎勝氏(国立大学附属病院長会議常置委員会委員長)を選出した。また、「日病協のあゆみ」(別添CD資料集<資料20 P.375~428>参照)も完成した。

※「(自由民主党新政権発足に伴う) 要望書」等、各種要望書(ゴシック体表記)については、別添CD資料集<資料19 P.312~374>参照のこと。

会議報告

1. 代表者会議

第90回代表者会議(平成24年5月16日(水)、日本病院会会議室)

1. 万代 中医協委員外が中医協諸会議(3月28日外)の審議内容について概要を報告し、報告を受けて委員らと意見交換を行った(今年度も代表者会議では、開催された中医協等の内容に関して中医協委員外より報告を受けた)。
2. 猪口 診療報酬実務者会議委員長が、第80回実務者会議の審議内容に関して、主に平成24年度診療報酬改定後の出来事について意見交換を実施したことを報告。就任後4年が経過した実務者会議委員長、副委員長については猪口委員長の続投を決定。深尾副委員長は代表者会議議長に就任のため、後任を決定することとした。実務者会議のもようは以後も毎月報告を受けた(会議の内容は後掲の「2. 診療報酬実務者会議」の欄に掲載)
3. 厚労省等から依頼のあった2つの会議委員を下記のとおり承認。

●社会保障審議会臨時委員(医療分科会員)の再任

堺 常雄・日本病院会 会長

邊見 公雄・全国自治体病院協議会 会長

●日本医療安全調査機構運営委員会及び企画部会委員

木村 壯介（きむら そうすけ）・日本病院会 常任理事（国立国際医療研究センター病院長）

4. 収入保険料の用途等が不明瞭であると指摘された産科医療補償制度について日病協事務局が同制度の運営に当たっている日本医療機能評価機構に確認した内容について報告。依然として支払準備金の用途等明らかになっていない部分があるため、引き続き当事者に確認することとした。
5. 診療報酬以外のことも日病協において議論すべきかどうかについて意見交換を実施。賛否両論出されたこともあり、設立主旨に則りながら引き続き検討することとした。
6. 日病協から委員推薦を行った厚労省等の各種検討会（専門医の在り方に関する検討会、医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会）の審議のもようについても各委員より報告書の提出を受けるなどして報告した。

第9 1 回代表者会議（平成 24 年 6 月 25 日（月）、日本病院会会議室）

1. 万代 中医協委員外が中医協諸会議（5月 23 日外）の審議内容について概要を報告し、報告を受けて委員らと意見交換を行った。そのほか、全国自治体病院協議会が平成 24 年 4 月に実施した『消費税に関する緊急調査』の結果（有効回答数 164/874 病院、有効回答率 18.8%）を報告。回答病院から社会保障診療報酬に係る消費税のあり方については、①診療報酬を課税対象とし、税率を軽減（ゼロ税率等）、②医療機関が購入する薬品・診療材料は非課税、③仕入れに係る消費税は全額控除対象を求める意見が多く出された。
2. 深尾議長が、死因究明制度等WGについて、国あるいは日本医師会、四病院団体協議会等の医療関連団体がいわゆる死因究明制度に関する議論を再開させている現状を鑑みながら、当該制度はとりわけ勤務医にとって大きな問題であるとして、同WGの再編成を提案し、了承された。
3. 深尾議長は創設より 7 年が経過し、代表者会議も 91 回目を迎えた日病協について、議論のたびに当協議会の目的等が話題となりその都度設立当初の考え方に立ち戻って議論を始めようとするところがあるため、ここで一度立ち止まってその歴史を振り返り、日病協の在り方を見直してはいかかかと述べ「歩み」の作成を提案し、了承された。

第9 2 回代表者会議（平成 24 年 7 月 27 日（金）、日本病院会会議室）

1. 竹内正也 全国公私病院連盟名誉会長（日病協元議長）が当会議委員の退任に伴い挨拶。また、新任の同連盟副会長・中嶋昭委員も挨拶した。
2. 西澤 中医協委員が中医協諸会議（6月 27 日外）の審議内容について概要を報告。
基本診療料のあり方に関する検討で、診療側委員が一般病棟入院基本料からの検討を求めていることにに対し、精神病棟入院基本料の扱いをどう考えているかとの問いに、西澤 中医協委員は、様々な入院基本料を同時に議論するとまとまりがつかなくなるため、中長期的な検討課題として一般病棟入院基本料に関する議論からはじめることを提案していると回答した。
3. 死因究明制度等WGについて、各団体から推薦された委員を了承。他の医療関連団体も同様の検討をしているとの懸念が示されたものの、まずは病院団体としての大筋の見解を日病協がまとめ、日本医師会との検討に臨むなり、厚労省に提示するなどすべきではないかとの見解が大勢を占め、改めて再開が承認された。

4. 日病協の事務局を務める日本病院会の事務所移転（7月17日）に伴い、日病協の事務所も東京都千代田区三番町9番地15に置くこととされ、運営要綱第2条の事務所の表記を、「第2条 本会は、事務所を東京都千代田区三番町9番地15に置く。」に変更した。

第93回代表者会議（平成24年8月24日（金）、日本病院会会議室）

1. 西澤、万代 両中医協委員外が中医協諸会議（8月22日外）の審議内容について概要を報告。その外、消費税引き上げへの対応について意見交換を実施。医療に係る消費税の課税のあり方について中医協以外の場で検討されるべきではないかとの意見等が出された。
2. 深尾前副委員長の代表者会議議長就任に伴い不在となっていた実務者会議副委員長について、8月15日の実務者会議で承認された原澤茂 全国公私病院連盟常務理事（済生会川口総合病院長）を推し、代表者会議も承認した。
3. 深尾議長は、死因究明制度等WGの再開について、宮本哲也 厚労省医政局総務課医療安全推進室長もお招きして、8月27日に再開後第1回目の会議を開催することを報告。

第94回代表者会議（平成24年9月28日（金）、日本病院会会議室）

1. 9月10日付で厚労省保険局医療課長に就任した宇都宮啓氏が代表者会議を訪問。「消費税の取り扱いをはじめとして検討課題がたくさんあるため、病院団体からも意見をもらいながら良い方向に進めて行ければと思う」と医療課長就任にあたって挨拶した。また、初出席の加藤賢朗 労働者健康福祉機構理事も委員就任にあたり挨拶した。
2. 万代 中医協委員外が中医協諸会議（9月19日外）の審議内容について概要を報告。
3. 実務者会議に検討を依頼した社会保険診療に係る消費税の取り扱いについて猪口委員長は、実務者会議で検討の結果、「原則課税」を求めることで意見が一致した旨を報告。これを受けて深尾議長が代表者会議に「原則課税」とすることを諮り、全員一致で承認された。
4. 深尾議長は、8月27日に開催された死因究明制度等WGのもようについて報告した上で、年内を目途に日病協の見解をまとめ、日本医師会の案ともすり合わせをしながら医療界全体の意見として国に対し提出できるように作業を進めたいとの意向を示した。

第95回代表者会議（平成24年10月26日（金）、日本病院会会議室）

1. 万代 中医協委員外が中医協諸会議（10月3日）の審議内容について概要を報告。中医協での基本診療料のあり方に関する検討に関連して、入院基本料の届出を病院単位とするか病棟単位にするかについて意見交換。この日の代表者会議では意見集約に至らず、実務者会議に検討を依頼した。
2. 実務者会議から提出された要望書『入院基本料の設定に対する考え方とその調査方法について』を原案のまま承認。提出の時機を西澤、万代 中医協委員に一任した。要望書は、病院をサンプリングして費用を解析する、並びにモデル病院を設定して費用を分析するという2つの方法で厚労省の医療機関のコスト調査分科会において調査を実施すること等を求めるもの。
3. 死因究明制度等WGより代表者会議に対し、死亡事例に限定しないほうがいいのではないかとの意見から、同WGの名称について再検討の要請があったため議論した結果、旧来の名称に「等」の文字がありここに死亡事例以外も対象とすることや議論の範囲を限定するものではないという

意味も含まれていると解釈できるとして名称変更しないことを決定。

4. 日病協事務局を務める日本病院会が今夏にビル移転し、それを機に同会がペーパーレス化を進めているのに伴って同会会議室を使用している代表者会議も紙に印刷した資料の配布を極力やめ、出席者各自の机の上に日本病院会が所有するノートパソコンを置き、原則、パソコンで資料を見ながら会議を進めて行くこととした。

第96回代表者会議（平成24年11月22日（木）、日本病院会会議室）

1. 一戸和成 厚労省保険局医療課課長補佐が、平成24年7月に設置された診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」が実施している『入院医療における一般病棟、療養病棟等に関する長期入院等の実態調査（平成24年度調査）』について、本調査結果が平成26年度診療報酬改定の根拠となる可能性が高いため、事前に複数の医療関連団体にも呼びかけ、会員病院等へ周知を図ったものの、調査受諾率が低いため、改めて日病協加盟団体傘下の会員病院への周知を依頼した。
2. 万代 中医協委員外が中医協等諸会議（10月31日外）の審議内容について概要を報告。
3. 日本医療安全調査機構（以下、調査機構）からの「診療行為に関連した死亡の調査分析事業」に係る平成25年度負担金の拠出依頼については、平成24年度分の対応（第87回代表者会議にて決定）と同様に、各団体に一任とすることを決めた。また、日病協から調査機構へ要望し、了承されている下記2点についても改めて報告した。
 - 平成25年度以降分の負担金拠出依頼文書は11団体に個別に送付すること
 - 「日病協」は負担金を拠出していないため、調査機構ホームページの事業負担金支援団体の紹介欄への団体名掲載については、「日病協」ではなく、負担金を拠出した個々の病院団体名を記載すること

第97回代表者会議（平成24年12月25日（金）、日本病院会会議室）

1. 12月16日の衆議院議員総選挙を受けて、自民党の新政権が発足する際に病院団体としての要望事項を提出することを決定した。
2. 西澤 中医協委員外が中医協等諸会議（11月28日外）の審議内容について概要を報告。意見交換で出された「消費税問題」、「高度急性期医療の充実」、「医療財源の確保」等の内容を新政権への要望書に盛り込むことを決めた。

※12月9日、代表者会議及び実務者会議委員として日病協設立当初よりご活躍された篠原寛休 全国公私病院連盟会長が逝去。

第98回代表者会議（平成25年1月25日（金）、日本病院会会議室）

1. 万代 中医協委員が中医協諸会議（1月23日）の審議内容について概要を報告。平成24年度診療報酬改定の答申書附帯意見で引き続き検討を行うこととされた外来診療に関する検討が実施されていないとして、総会において「外来医療について」（その1）としてフリートーク形式による第1回目の議論が行われた。
2. 実務者会議から提出された要望書『入院料（入院基本料・特定入院料等における人員配置について）』を原案のまま承認。先に提出の決定していた『入院基本料の設定に対する考え方とその調

査方法について』と共に平成24年度中に提出することを決定した。

3. 第97回代表者会議(12月21日)にて提案のあった自民党新政権発足に伴う要望書を深尾議長、武久副議長が田村憲久 厚生労働大臣を表敬訪問し、提出したことが報告された(1月9日)。要望書では、①高度・急性期医療機能の充実、②地域医療の充実、③医療機能に応じた診療報酬体系の確立、④医療に関わる死因究明制度等の早期確立、⑤医療施設への消費税の原則課税と軽減税率化の5項目への配慮を求めた。
4. 深尾議長が、日病協が発展を遂げるために将来の日病協を担うような委員らによる日病協のあり方について検討を行うワーキンググループを立ち上げる意向を表明。

第99回代表者会議(平成25年2月22日(金)、日本病院会会議室)

1. 全国公私病院連盟の新任会長に就任した高橋正彦氏が代表者会議委員に就任し挨拶。
2. 万代 中医協委員が中医協諸会議(2月13日)の審議内容について概要を報告。報告を受けて新医薬品の薬価算定に関してインフレがもたらす影響について意見交換を行い、消費増税と併せ、当面の検討課題と認識。医療界をあげて国への進言が必要とされた。
3. 2月7日に深尾議長、武久副議長及び猪口委員長が厚労省保険局を訪問し、宇都宮医療課長ら5名の担当官に面会の上、要望書『入院基本料の設定に対する考え方とその調査方法について』及び『入院料(入院基本料・特定入院料等)における人員配置について』を提出したことが報告された。
4. 死因究明制度等WGが取りまとめた「診療に関連した予期しない死因究明制度の考え方」が提出され、原因分析、再発防止といった当該事項の基本部分についてまとめたものとの認識のもと、代表者会議はこれを承認。日本医師会、厚労省に提出することとした。
5. 深尾議長が、日病協の今後のあり方を検討するワーキンググループの立ち上げを正式に提案。代表者会議はこれを承認し、1団体につき2名程度の委員にて組織するものとした。
6. 平成25年度中の当会議の開催日程について、今年度同様、原則毎月第四金曜日の午後1時から3時とし、各団体からの行事等を勘案の上、一部を変更し決定した。

第100回代表者会議(平成25年3月22日(金)、日本病院会会議室)

1. 万代 中医協委員外が中医協等諸会議(2月27日外)の審議内容について概要を報告。昨年10月以来の開催となった中医協「医療機関等における消費税負担に関する分科会」で消費税8%への引き上げ時の対応が検討されたことを受けて、当会議でも協議。日病協としてのスタンスは「原則課税」であることを再確認した上で、分科会において厚労省から提案のあった医療機関の高額投資に対応するための基金の創設については日病協としても「反対」で意見が一致した。
2. 3月8日に深尾議長、神野座長が日本医師会の横倉会長、厚労省の宮本医療安全対策推進室長に面会の上、「診療に関連した予期しない死因究明制度の考え方」を提出したことが報告された。
3. 日病協のあり方検討ワーキンググループ(仮称)の委員が各団体より登録され、新年度以降、活動していくこととされた。
4. 次期の代表者会議議長に武久洋三 現副議長(日本慢性期医療協会会長)を全員一致で選出。新副議長には宮崎勝委員(国立大学附属病院長会議常置委員会委員長)が推薦され、こちらも全員一致で承認した。

5. 平成17年の発足以来、8年にわたって活動してきた日病協の軌跡を記した「日本病院団体協議会のあゆみ」が提出された。

2. 診療報酬実務者会議

第80回診療報酬実務者会議

日時 平成24年4月18日(水) 3時～4時50分

会場 全日本病院協会 会議室

議事

1. 諸会議報告

- (1) 日病協：代表者会議 報告
- (2) 中医協：総会 報告

2. 今後の検討事項等について

- ・国立病院機構が3月30日付で厚労省保険局長宛に提出した「超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の改正に関する要望」を提出。今回の改定で同加算が15歳までに発症しない神経難病患者等が算定対象外とされた件について、国立病院機構として算定できなくなる患者数が2,270人、影響額として年間約20億円のマイナスとなるとして、改正の見直しを求めたことを報告。本件については、次回の実務者会議において、障害者病棟入院基本料や特殊疾患病棟入院料の対象患者との比較も踏まえた上で検討を行う。

3. その他

- ・労働者健康福祉機構委員の交代（旧）深尾立委員→（新）調所廣之委員
なお、深尾前委員は副委員長であったため、新しい副委員長については代表者会議の意向も確認した上で選出する。

第81回診療報酬実務者会議

日時 平成24年5月16日(水) 3時～4時40分

会場 全日本病院協会 会議室

議事

1. 諸会議報告

- (1) 日病協：代表者会議 報告
- (2) 中医協：総会、診療報酬基本問題小委員会、DPC評価分科会 報告

2. 今後の検討事項等について

- ・15歳までに発症しない神経難病患者等は超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算の対象外とされた件について確認を行った結果、制度の複雑さから診療報酬体系そのものの整理、現状の病棟における機能分化の妥当性の検証を行うこととし、当面は実務者会議の基本診療料の議論の中で扱うこととした。

3. その他

- ・日本慢性期医療協会委員の交代（旧）富家隆樹委員→（新）伊豆敦子委員

第82回診療報酬実務者会議

日 時 平成24年6月13日(水) 3時～5時5分

会 場 全日本病院協会 会議室

議 事

1. 講演

- ・「米国における診療報酬の決定等」
東邦大学 医学部 長谷川 友紀 教授

2. 諸会議報告

(1) 日病協：代表者会議 報告

(2) 中医協：総会、診療報酬基本問題小委員会、費用対効果評価専門部会、DPC 評価分科会 報告

3. 今後の検討事項等について

- ・中医協・診療報酬基本問題小委員会では基本診療料についての検討が開始されたが、支払側委員は基本診療料に係るコスト調査を行うことに強く反対している。議論を進展させるために、森田中医協協会長から、次回の同小委員会の開催までに、支払、診療各側から意見書を提出してほしいとの要請がなされているとのことであった。日病協としてはこれまでに提出した要望書において、一貫して基本診療料のあり方の検討を求めており、本件について各団体から意見の提出を受け、それを中医協委員に伝えるとして、各団体より6月27日までに全日病事務局へ意見提出することとした。
- ・基本診療料の議論の開始にあたり、今回は東邦大学医学部の長谷川友紀教授が米国の診療報酬支払制度の現状について講演。現在、米国ではP4P（pay for performance）の導入が進められており、今後も情報の整備・公開と質に基づく診療報酬支払の流れは加速していくであろうとのこと。

3. その他

- ・全国自治体病院協議会委員の交代 （旧）佐藤裕俊委員→（新）木村泰三委員

第83回診療報酬実務者会議

日 時 平成24年7月18日(水) 3時～4時55分

会 場 全日本病院協会 会議室

議 事

1. 諸会議報告

(1) 日病協：代表者会議 報告

(2) 中医協：総会、診療報酬基本問題小委員会、費用対効果評価専門部会、DPC 評価分科会、
医療機関のコスト調査分科会 報告

2. 今後の検討事項等について

- ・各団体から提出された基本診療料についての意見は、中医協診療側委員が基本診療料意見書作成のとりまとめを行った際に、西澤・万代両委員から伝え、7月18日の中医協・診療報酬基本問題小委員会に提出した診療側委員の意見書に反映。
- ・国立病院機構から見直し要望が出されていた「超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算」が15歳までに発症しない神経難病患者等が算定対象外とされた件について、平成24年7月13日付事務連絡において、一部の患者を除いて当面の間算定できると変更されたこと

が報告された。

第84回診療報酬実務者会議

日時 平成24年8月15日(水) 3時～4時50分

会場 全日本病院協会 会議室

議事

1. 副委員長の選出について

- ・深尾前副委員長の代表者会議議長就任に伴い不在となっていた副委員長について、猪口委員長が原澤茂委員（済生会川口総合病院長）を推挙。全員一致で承認し、8月24日の代表者会議に報告することとした（8月24日の代表者会議にて承認）。

2. 諸会議報告

(1) 日病協：代表者会議 報告

(2) 中医協：DPC 評価分科会、医療機関等における消費税負担に関する分科会、
入院医療等の調査・評価分科会 報告

3. 今後の検討事項等について

- ・猪口委員長作成の「入院基本料の設定に対する考え方（叩き台）」及び、それに対する意見（日病・日慢協より提出）について、各々内容説明を行い、本件のとりまとめ方について議論。その結果、中医協・診療報酬基本問題小委員会における基本診療料に関する議論の進捗状況を踏まえつつ、引き続き実務者会議において検討を行い、最終的には、厚労省への要望書という形でとりまとめを行うこととした。

4. その他

- ・全国公私病院連盟委員の交代（旧）中嶋昭委員→（新）加藤誠委員

第85回診療報酬実務者会議

日時 平成24年9月19日(水) 3時5分～4時55分

会場 全日本病院協会 会議室

議事

1. 諸会議報告

(1) 日病協：代表者会議 報告

(2) 中医協：総会、診療報酬基本問題小委員会、費用対効果評価分科会、

医療機関等における消費税負担に関する分科会、入院医療等の調査・評価分科会 報告

2. 今後の検討事項等について

- ・深尾代表者会議議長より猪口委員長あてに実務者会議での検討依頼がされた消費税に関する日病協としての統一見解について検討した結果、病院団体としては診療報酬等への消費税を「原則課税」とするよう要望を行っていくことについては、各団体とも異論はないことを確認。中医協で議論されている8%への増税時における対応方法については、消費税に関する分科会の議論の推移を見守っていただきたいとの西澤 中医協委員からの意見もあり、直ちに日病協としての統一見解をまとめる必要はないとの結論となった。
- ・前回の実務者会議での検討を踏まえて修正を行った、猪口委員長作成の「入院基本料の設定に対

する考え方（叩き台）」について、委員長から修正点についての説明。本件については、中医協・診療報酬基本問題小委員会における基本診療料に関する議論の進捗状況をみながら、引き続き実務者会議において検討を行い、時機がきたら厚労省へ要望を行うことを確認した。

第86回診療報酬実務者会議

日 時 平成24年10月17日(水) 3時～4時20分

会 場 全日本病院協会 会議室

議 事

1. 諸会議報告

(1) 日病協：代表者会議 報告

(2) 中医協：総会、診療報酬基本問題小委員会 報告

2. 今後の検討事項等について

- ・「入院基本料の設定に対する考え方」について、日病協議長名による要望書形式としたものを提出し、内容の最終確認を実施。要望書については、中医協・診療報酬基本問題小委員会における基本診療料に関する議論の進捗状況を踏まえ、時機をみて厚労省へ提出することとした。
- ・次回改定に向けての要望書作成の基礎資料とするため、次回の会議までに、入院基本料、特定入院料における算定要件に関する問題点・矛盾点について各団体からの提出を受け、検討を行うことを決定。

第87回診療報酬実務者会議

日 時 平成24年11月21日(水) 3時～5時

会 場 全日本病院協会 会議室

議 事

1. 諸会議報告

(1) 日病協：代表者会議 報告

(2) 中医協：総会、費用対効果評価分科会、調査実施小委員会、
医療機関等における消費税負担に関する分科会 報告

2. 今後の検討事項等について

- ・入院基本料、特定入院料における算定要件に関する問題点・矛盾点を各団体より提出するための基礎資料として、37の入院料に係る概要・施設基準・診療報酬をまとめた資料を各団体に事前送付し、意見を求めた件に対して、日本医療法人協会、日本病院会、日本精神科病院協会の委員等から提出された意見についての説明が行われた。
- ・猪口委員長から、代表者会議より現行の入院基本料の問題点に対する要望を、平成25年1月を目途にまとめるよう依頼されていることが紹介され、それに対する考え方のたたき台として、入院基本料の根本的な考え方をまとめた資料についての説明が行われた。
- ・次回の実務者会議にて検討を行うため、① 猪口委員長がたたき台として示した入院基本料の考え方に対する意見、② 37の入院料の問題点・矛盾点に関する意見を、11月末を目途に各団体より提出することを決定。

第88回診療報酬実務者会議

日時 平成24年12月12日(水) 3時～5時

会場 全日本病院協会 会議室

議事

1. 諸会議報告

(1) 日病協：代表者会議 報告

(2) 中医協：総会、調査実施小委員会、DPC 評価分科会 報告

2. 今後の検討事項等について

- ・ 前回の実務者会議において、猪口委員長から提案された入院料に関する根本的な考え方をまとめた資料について、事前に各団体から出された意見の説明後、同修正案に関して猪口委員長から説明。次回の実務者会議において、猪口委員長の修正案に関して引き続き検討を行い、実務者会議での了解が得られれば、平成25年1月の代表者会議に最終案を提出する予定。
- ・ 救急医療管理加算・救命救急入院料・ICU・HCU等において診療報酬上算定可とする患者状態像、及び、ICU・HCU・一般病棟・回復期リハ病棟における重症度・看護必要度、に関する比較一覧表が提出され、各入院料における望ましい状態像や重症度・看護必要度について今後検討することを確認した。

第89回診療報酬実務者会議

日時 平成25年1月16日(水) 3時5分～4時50分

会場 全日本病院協会 会議室

議事

1. 諸会議報告

(1) 日病協：代表者会議 報告

(2) 中医協：総会、費用対効果評価専門部会 報告

2. 今後の検討事項等について

- ・ 実務者会議において検討を続けてきた入院料に関する要望書について、事前に各団体から出された意見を踏まえて猪口委員長が作成した最終案が示され、精神科や周産期、児童・思春期等への考え方の応用の追記と若干の文言の修正を行うことで了承された。
- ・ 既に代表者会議の承認を得ており、提出時期については中医協委員に一任されている「入院基本料の設定に対する考え方」の要望書と本要望書をついにまとめた形で代表者会議に諮ることとした。

第90回診療報酬実務者会議

日時 平成25年2月20日(水) 3時～5時

会場 全日本病院協会 会議室

議事

1. 諸会議報告

(1) 日病協：代表者会議 報告

(2) 中医協：総会、調査実施小委員会、費用対効果評価専門部会 報告

2. 今後の検討事項等について

- ・2月7日に厚労省保険局長あてに提出した「入院基本料の設定に関する考え方とその調査方法について」、「入院料における人員配置について」の厚労省への提出時、特に短期的な要望事項である「入院料における人員配置について」は、宇都宮医療課長から適切な医療必要度を作成する必要があることは理解できるので、どのような方法があるか具体的に提案していただきたいとの依頼があり、「医療必要度」を計る指標はどのようなものが望ましいのかについて議論を実施。
- ・現在、入院医療等の調査・評価分科会において実施中である「入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する長期入院等の実態調査」において、患者ごとのA項目（モニタリング及び処置等）、B項目（患者の状況等）の調査が行われており、厚労省ではこのデータと厚生労働科学研究で行われている看護必要度に関する調査を利用して、次回改定での看護必要度の見直しを考えているのではないかと意見があった。
- ・議論の結果、実務者会議としては、看護必要度や看護配置で入院基本料を決めるのではなく、チーム医療に対する評価として入院基本料が考えられるべきであるとの原則を確認し、引き続き本件についての検討を行うこととした。
- ・次回会議では、急性期に係る指標、慢性期に係る指標、精神科に係る指標と3つに分けて検討を行いたいとして、急性期については猪口委員長、慢性期については日本慢性期医療協会、精神科については日本精神科病院協会に、議論に資する資料の提出を依頼。

第91回診療報酬実務者会議

日時 平成25年3月13日(水) 3時～4時55分

会場 全日本病院協会 会議室

議事

1. 講演

- ・「一般病床の急性期機能と診療密度に関する検討」
東京医科歯科大学大学院 医療政策情報学分野 伏見 清秀 教授

2. 諸会議報告

- (1) 日病協：代表者会議 報告
- (2) 中医協：総会、費用対効果評価専門部会 報告

3. 今後の検討事項等について

- ・東京医科歯科大学大学院の伏見教授が①急性期医療、亜急性期医療を含めた病床機能分化の方向性、②急性期病床の指標の検討材料としての国立病院機構一般病床診療密度分析の報告、③DPC病院での診療密度分析の概要、④急性期病床の指標としての診療密度分析から入院機能評価への発展の可能性について講演。急性期医療に係る医療必要度の指標を作成することは非常に難しいと思われるが、DPCデータを用いた診療密度を分析することで、入院機能を評価する何らかの指標を作成することは可能ではないかとのことであった。
- ・日本慢性期医療協会より、慢性期に係る医療必要度に関する指標としては、病態別による患者分類が適当ではないかとして試案が提出された。

3. 診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ

1. 開催回数 5回

2. 出席者数 延べ76名

3. 協議事項

(1) 座長の選出について

(2) 死因究明制度等について

(3) ワーキンググループの名称について

(4) 副座長の選出について

(5) 医療事故調査制度等について各団体の現時点での意見について

(6) 「診療に関連した予期しない死亡の調査機関設立の骨子（日医案）」について

(7) 論点整理について

(8) 診療に関連した予期しない死因究明制度の考え方（案）について

(9) 各団体からの意見について

厚生労働省 医政局総務課

医療安全推進室長

宮本 哲也

日本医師会

常任理事

高杉 敬久

4. 総評

・当ワーキンググループについて

「診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ」は、第1回（平成21年5月19日・“死因究明制度等に係るワーキンググループ”、第3回より改称）から第7回（平成21年12月18日）まで開催され、『医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案』（第三次試案・平成20年4月）および『医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案』（平成20年6月）について検討した後、民主党への政権交代を受けて足立信也・参議院議員の通称・『医療の納得・安全促進法案』（平成21年5月）等について議論した。しかし民主党が議論を棚上げし、その後の進展がいっさい見られなかったことから、ワーキンググループの開催は休止していたもの。

その後、『医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について』（日医・平成23年6月）、『医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会』（厚労省・第1回：平成24年2月15日）、『死因究明等の推進に関する法律案』、『警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律案』の成立等、国あるいは各団体の関連する議論が進展した。これを受け第91回日病協・代表者会議（平成24年6月25日）において当ワーキンググループの再開が決定された。

本年度の5回に渡る議論の後、『診療に関連した予期しない死因究明制度の考え方』を取りまとめ、日病協代表者会議に答申し、当ワーキンググループは終了した。

4. 事務連絡会議

第11回

平成24年 6月 13日(水)

全日本病院協会会議室

5. 担当団体一覧

- | | |
|---------------------------------|---------|
| 1. 代表者会議 | 日本病院会 |
| 2. 診療報酬実務者会議 | 全日本病院協会 |
| 3. 診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ | 全日本病院協会 |

6. 日本病院団体協議会委員派遣一覧

25.3.31 現在

団体名	委員会名	氏名	備考
厚生労働省	医療裁判外紛争解決機関(ADR)連絡協議会	小山 信 彌	22. 1.29 承認
	社会保障審議会医療分科会	堺 常 雄 邊 見 公 雄	24. 5.16 再任
	専門医の在り方に関する検討会	今 明 秀	23. 8.29 承認
	医療の質の向上に資する無過失補償制度等の在り方に関する検討会	飯 田 修 平	23. 8.29 承認
	医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会	飯 田 修 平	24. 2.24 承認
日本医療機能評価機構	産科医療補償制度運営委員会	飯 田 修 平 大 濱 紘 三	24. 3.23 再任
日本医療安全調査機構	運営委員会 企画部会	木 村 壯 介	24. 5.16 承認

日本病院団体協議会 代表者会議出席者名簿

	第90回 24.5.16	第91回 24.6.25	第92回 24.7.27	第93回 24.8.24	第94回 24.9.28	第95回 24.10.26
1	国立大学附属病院長会議	宮崎	宮崎	宮崎	宮崎	
2	独立行政法人国立病院機構				梅田	
3	一般社団法人全国公私病院連盟	篠原	竹内	篠原	篠原	篠原
4	公益社団法人全国自治体病院協議会	豊田	中島	中島	中島	中島
5	社団法人全日本病院協会	西澤	西澤	西澤	西澤	西澤
6	社団法人日本医療法人協会	日野	日野	日野	日野	日野
7	一般社団法人日本私立医科大学協会	小山		小山	小山	
8	公益社団法人日本精神科病院協会	山崎	山崎	山崎	長瀬	長瀬
9	一般社団法人日本病院内会	塚	塚	塚	塚	塚
10	一般社団法人日本慢性期医療協会	武久	武久	武久	武久	武久
11	独立行政法人労働者健康福祉機構	深尾	深尾	深尾	深尾	深尾
	その他	万代	万代	万代	万代	万代

	第96回 24.11.22	第97回 24.12.21	第98回 25.1.25	第99回 25.2.22	第100回 25.3.22
1	国立大学附属病院長会議	宮崎	宮崎	宮崎	宮崎
2	独立行政法人国立病院機構		梅田		
3	一般社団法人全国公私病院連盟	中島	中島	中島	中島
4	公益社団法人全国自治体病院協議会	豊田	豊田	豊田	豊田
5	社団法人全日本病院協会	西澤	西澤	西澤	西澤
6	社団法人日本医療法人協会	日野	日野	日野	日野
7	一般社団法人日本私立医科大学協会	小山	加納	加納	加納
8	公益社団法人日本精神科病院協会	山崎	山崎	山崎	山崎
9	一般社団法人日本病院内会	塚	塚	塚	塚
10	一般社団法人日本慢性期医療協会	武久	武久	武久	武久
11	独立行政法人労働者健康福祉機構	深尾	深尾	深尾	深尾
	その他	万代	万代	万代	万代
		松永			
		加藤	加藤	加藤	加藤
		中川	中川	中川	中川
		安藤	安藤	安藤	安藤
		高橋	高橋	高橋	高橋
		山崎	山崎	山崎	山崎
		長瀬	長瀬	長瀬	長瀬
		加納	加納	加納	加納
		日野	日野	日野	日野
		西澤	西澤	西澤	西澤
		豊田	豊田	豊田	豊田
		中島	中島	中島	中島
		梅田	梅田	梅田	梅田
		宮崎	宮崎	宮崎	宮崎

日本病院団体協議会 診療報酬実務者会議出席者名簿

	第80回 24.4.18	第81回 24.5.16	第82回 24.6.13	第83回 24.7.18	第84回 24.8.15	第85回 24.9.19
1 国立大学附属病院長会議	藍 小池	藍	宮坂		宮坂	藍
2 独立行政法人国立病院機構	國光	國光	國光	國光	吉住	吉住
3 一般社団法人全国公私病院連盟	原澤	原澤	原澤	原澤	原澤	原澤
4 公益社団法人全国自治体病院協議会	原 佐藤	原 佐藤	原 木村	原 木村	原 木村	原 木村
5 社団法人全日本病院協会	猪口	猪口	猪口	猪口	猪口	猪口
6 社団法人日本医療法人協会	土谷		関 田島	関 田島	関 田島	関 田島
7 一般社団法人日本私立医科大学協会	田島	田島	田島	田島	田島	田島
8 公益社団法人日本精神科病院協会	菅野	菅野	菅野	菅野	菅野	菅野
9 一般社団法人日本病院会	石井		中井	中井	中井	中井
10 一般社団法人日本慢性期医療協会	富家	伊豆	伊豆	伊豆	富家	池端
11 独立行政法人労働者健康福祉機構	上家	上家	上家	上家	上家	上家
その他	西澤 万代	西澤 万代	西澤 万代 長谷川	西澤 万代	西澤 万代	西澤 万代

	第86回 24.10.17	第87回 24.11.21	第88回 24.12.12	第89回 25.1.16	第90回 25.2.20	第91回 25.3.13
1 国立大学附属病院長会議	藍		藍 小池	藍	藍	
2 独立行政法人国立病院機構	吉住	吉住			吉住	吉住
3 一般社団法人全国公私病院連盟	原澤	原澤	原澤	原澤	原澤	原澤
4 公益社団法人全国自治体病院協議会	原 木村	原 木村	原 木村	原 木村	原 木村	原 木村
5 社団法人全日本病院協会	猪口	猪口	猪口	猪口	猪口	猪口
6 社団法人日本医療法人協会	土谷	土谷	土谷	土谷	土谷	土谷
7 一般社団法人日本私立医科大学協会	菅野	菅野	菅野	菅野	菅野	菅野
8 公益社団法人日本精神科病院協会	中井	中井	中井	中井	中井	中井
9 一般社団法人日本病院会	伊豆	伊豆	伊豆	伊豆	伊豆	伊豆
10 一般社団法人日本慢性期医療協会	加藤賢	加藤賢	加藤賢	加藤賢	加藤賢	加藤賢
11 独立行政法人労働者健康福祉機構	西澤 万代	西澤 万代	西澤 万代	西澤 万代	西澤 万代	西澤 万代
その他						

第 21

被災者健康支援 連絡協議会

第21 被災者健康支援連絡協議会

被災者健康支援連絡協議会は、平成 23 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災を受けて、民主党により緊急結成された「被災者健康対策チーム」を発展させた組織である。

被災から 2 年が経ち各地で復興も進んでいるが、支援内容が緊急対応から被災後の健康維持、メンタルケアと需要が変わってきている。横倉義武日本医師会会長を代表に、下記の 19 組織が政府等関係機関に要望・提言を行いなど継続支援を行っている。

構成団体一覧

1	日本医師会
2	日本歯科医師会
3	日本薬剤師会
4	日本看護協会
5	全国医学部長病院長会議
6	日本病院会
7	全日本病院協会
8	日本医療法人協会
9	日本精神科病院協会
10	日本栄養士会
11	東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体
12	全国老人保健施設協会
13	日本慢性期医療協会
14	チーム医療推進協議会
15	日本救急救命士協会
16	日本放射線技士会
17	日本病院薬剤師会
18	日本赤十字社
19	日本臨床心理士会

関係省庁

厚生労働省
総務省
復興庁
文部科学省

●第 14 回 平成 24 年 5 月 28 日(月) 17:00—18:30

- ・横倉義武新代表の挨拶
- ・JMAT II (日本医師会災害医療チーム)の支援活動報告

・震災被災地視察報告(厚生労働省、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会)

●第 15 回 平成 24 年 7 月 25 日(月) 17:00-18:30

- ・岩手県、宮城県、福島県、茨城県との TV 会議
- ・東日本大震災を教訓とし、今後の大規模防災対策の抜本的見直しについて意見交換

●第 16 回 平成 24 年 10 月 1 日(月) 17:00-18:30

- ・文部科学大臣、厚生労働大臣、復興大臣の連名による、本協議会への感謝の意と被災地への継続支援依頼の報告
- ・震災における被災者健康支援の問題点について協議

●第 17 回 平成 24 年 12 月 10 日(月) 17:00-18:30

- ・震災における被災者健康支援の問題点について協議

●第 18 回 平成 25 年 3 月 4 日(月) 17:00-18:30

- ・岩手県、宮城県、福島県との TV 会議
- ・大規模災害への対応にかかる提言及び要望書について協議

〈要望・提言等〉

- ・平成 25 年 3 月

「大規模災害への対応にかかる提言及び要望書」

〈日本病院会の支援活動報告〉

- ・ライオンズクラブ国際協会と協同で 5 億円規模の医療物品支援

第 22

要望・提言

第22 要望・提言

要望内容

(日本病院会として提出した要望等)

月 日	種 別	内 容
平成24年		
7月12日	要 望	平成25年度税制改正に関する要望
10月30日	要 望	公明党：平成25年度税制改正に関する要望
平成25年		
1月4日	要 望	自民党：平成25年度予算、税制改正に関する要望

(調査等)

平成24年		
6月22日	① I T時代における病院の取組みに関するアンケート調査 (WEB調査)	
	② 中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題アンケート調査 (WEB調査)	
5月22日	セーフティネット保証5号(緊急保証制度)の規定に基づく特定業種の指定に係る調査	
7月8日	平成24年診療報酬改定影響度調査 (WEB調査)	
7月8日	平成24年病院運営実態分析調査 (WEB調査)	
7月12日	医療機器関連の特別償却制度に関する実態調査	
10月	平成23年度救急医療に関するアンケート調査報告	
平成25年		
1月24日	セーフティネット保証5号(緊急保証制度)の規定に基づく特定業種の指定に係る調査	
1月28日	地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート	
3月31日	患者未収金問題に関するアンケート (WEB調査)	

(その他の活動)

平成24年		
10月30日	ヒアリング	公明党：平成25年度予算及び税制改正等の要望についての要請懇談会
平成25年		
2月25日	記者会見	診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度の在り方について 【第二次 報告】

(四病院団体協議会として提出した要望等)

月 日	種 別	内 容
平成24年		
5月25日	要 望	(日医・四病協連名) 電力使用制限令及び計画停電発動に伴う医療機関等への通電に関する要望
6月14日	要 望	平成24年度診療報酬改定に係る入院基本料等の栄養管理体制基準の抜本的見直しについて(共同緊急要望)
8月 7日	要 望	民主党厚生労働部門会議:平成25年度税制改正要望の重点事項について
8月 8日	要 望	厚労省:平成25年度税制改正要望の重点事項について
9月21日	要 望	(日医・四病協連名)平成25年度税制改正要望
11月 1日	要 望	櫻井充・厚労副大臣:四病協の税制改正要望について
11月13日	要 望	(三師会・四病協連名)医療に係る消費税の課税のあり方について 要望
12月25日	要 望	自民党:平成25年度税制改正要望の重点事項について
平成25年		
1月15日	要 望	公明党:平成25年度税制改正要望
1月24日	要 望	生体内圧力の計量単位について
1月	提 言	診療に関連した予期しない有害事象(死亡・重大事故)の調査のあり方

(調査等)

平成24年		
4月19日		栄養管理実施加算の廃止に伴う緊急影響調査
5月 7日		医療機関における消費税に関する調査(第一弾)
7月10日		医療機器関連の特別償却制度に関する実態調査へのご協力をお願い
8月21日		医療機関における消費税に関する調査(第二弾)
平成25年		
2月 7日		一般病床の機能区分に関する調査(WEB調査)
2月15日		在宅療養支援病院に関するアンケート調査
3月		「子宮頸がん意識調査」への協力

(その他の活動)

平成24年		
8月 7日	ヒアリング	民主党厚生労働部門会議:平成25年度税制改正要望の重点事項について
10月10日	意見交換	三井辨雄・厚生労働大臣、櫻井充・厚生労働副大臣と意見交換

10月19日	意見交換	櫻井充・厚生労働副大臣と意見交換
11月2日	意見交換	総務省：事業税（医療法人の社会保険診療報酬以外部分に係る軽減措置）の見直しに関する総務省との意見交換会

平成25年

3月27日	ヒアリング	社会保障制度改革国民会議 ー関係者を交えての議論ー
-------	-------	---------------------------

（日本病院団体協議会として提出した要望等）

月 日	種 別	内 容
平成25年		
1月9日	要 望	新政権発足に伴う要望書
2月7日	要 望	入院基本料の設定に対する考え方とその調査方法について、入院料（入院基本料・特定入院料等）における人員配置について

（その他の活動）

平成25年

1月9日	表敬訪問	田村憲久新厚生労働大臣表敬訪問
3月8日	提 出	診療に関連した予期しない死因究明制度の考え方

第 23

一般社団法人への 移行について

第23 一般社団法人への移行について

制度改革の経緯

新公益法人制度に関する「関連3法」が平成18年6月2日に公布され、新制度は平成20年12月1日施行となった。その結果、従来の社団法人は平成25年11月30日までの5年間に「公益社団法人」又は「一般社団法人」に移行することとなり、移行しない場合は解散となる。公益社団法人となると、法人税、寄附等の優遇措置があるが、事業においては公益目的比事業比率が50/100以上、事業変更は認定が必要、公益目的事業ごとに収入が実施に要する費用を償う額を超えない、遊休財産額は公益目的事業を行うために必要な額に限定される等の規制がある。また、法人の運営全般について監督され、毎年実施のチェックで基準を満たしてないと認定取消しとなり、取消し後1ヶ月以内に公益目的事業財産の残額を公益目的団体等に寄付することとなる等の制約もある。法人としてどちらを選択するかが求められていた。

本会における移行への経過

平成20年8月に「公益法人制度見直しに係るプロジェクト委員会」を立ち上げ、6回の委員会を開催し、その後会長・副会長会議、常任理事会、理事会において検討を行った。その結果、公益社団法人の条件である公益事業比率50%以上、各公益事業毎に収入が支出を上回らない等の基準を満たし認定を得るのは難しく、税負担については、平成21年度実績による試算によると公益社団法人移行の場合は現在より年間119万円の減額に対し、一般社団法人移行の場合は120万円の増額となるが、公益社団法人となると各種制約や認定取り消しのリスク等を負いながらの運営に対し、一般社団法人は、様々な制約を受けずに法人として自由な運営ができるため、本会としては「一般社団法人」に移行することが適切との結論を得た。平成23年1月11日の理事会において、「一般社団法人」に移行することが承認され、平成23年3月26日の総会において機関決定した。この際に一般社団法人の定款(案)が示され、1ヶ月間会員から意見聴取を行ったところ反対意見はなかったことから、平成23年5月27日の総会で「一般社団法人日本病院会 定款(案)」を機関決定した。その後、内閣府の相談会等を経て、平成23年10月7日に内閣府公益等認定委員会に正式に移行申請を行った。内閣府の審査では、定款(案)に対して大きな修正依頼もなく、平成24年4月1日移行を希望したところ、平成24年3月26日付で内閣総理大臣から堺会長に宛てた「認可書」が交付され、平成24年4月1日に東京法務局に出向き、移行登記を行い、一般社団法人日本病院会となった。

一般社団法人となって1年が経過したが、従来からの公益性は十分に担保しながら、会員の利益となるような事業展開を行い、一般社団法人選択が正しかったという評価となるよう努力していきたい。

以上

第 24

事務所移転・ 自社ビル取得について

第24 事務所移転・自社ビル取得について

○ビル取得に至る経緯

日本病院会が自社ビルを持つのは長年の悲願であった。昭和52年11月5日、特別委員会として会館建設発起人委員会を設け、資金調達方法や会館建設用地などについて約2年半検討を重ねたが、実現に至らなかった。その後、事務所は、番町共済会館（現在の東京グリーンパレス）、麴町パレス、日交一番町ビル（現在のラウンドクロス一番町）の順に移転した。

しかし、山本修三前執行部は、平成24年度を創立60周年と一般社団法人移行を契機に新生日本病院会に生まれ変わる年と位置付け、改革の一つとして自社ビル取得を掲げ、水面下で検討を繰り返していた。堺常雄現執行部もそれを引き継いだ。

その折、EU（欧州連合）日本本部が入居していた現ビルが売りに出され、調査した結果、ラウンドクロス一番町の年間賃借料と自社ビル取得後の年間返済額とを比較すると、後者のほうが三分の二の費用で済むという見通しが立ったこと、現ビルの耐震性が最高品質の物件であることなどが取得を促す大きな要因となって、平成24年3月16日の代議員・総会で当会の自社ビル取得、移転が承認された。

○テナントビルから自社ビル取得に至る検討内容

平成24年4月17日、当会執行部、売主、仲介業者など関係者が当会会議室に会し、不動産売買契約書の締結を行い、自社ビルを取得した。

一方、事務局内には、3月12日、新ビル設立プロジェクト委員会を立ち上げ、3月22日、局内の課長会議で、新ビル移転にあたり、スケジュール調整ワーキンググループ（WG）、建築・レイアウトWG、情報システムネットワークWG、財務WGなどを設置。さらに、4月に収納WG、5月末から引越しWGを設置し、職員総出で準備を進めた。

その中でも、スケジュール調整WGは各WGの検討事項の調整を行うこととし、事務局長を中心に各課長が構成員となり、3月26日に第1回を開催。原則週3回（月・水・金曜日）開き、7月9日まで計21回開催した。IT環境への対応、セキュリティを万全にした現ビル（ホスピタルプラザビル）・事務局機能の整備など基本的なレイアウトを検討する。内装工事を経て、当初予定していた7月14日、15日、16日の日程で移転した。

主な検討課題は、

- ・4階フロアプラン（事務局）の作成
- ・日病保管資料（アクティブ、インアクティブ）の仕分けならびに収納の検討
- ・コンプライアンス規定（案）、情報セキュリティ規定（案）、情報セキュリティ細則（案）の検討
- ・自社ビル名称の検討
- ・職員証（IDカード）の作成
- ・日病IT資産（PC・ソフト・周辺機器等）の現況調査
- ・日病内のアンケート調査全体像を把握するための調査
- ・引越業者、家具解体業者の入札、確定
- ・引越しに関わるスケジュール案の検討
- ・建物管理・保守業者入札、確定

○ビルの階構成、テナント入居対応

ホスピタルプラザビルと名付けられた当ビルは地上6階、地下1階の建物で、延べ床面積は約3,300㎡である。

1階と5階はテナントスペースとして外部団体に貸出し、現在は公益社団法人日本人間ドック学会と株式会社日本病院共済会が1階に。公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会が5階に入居している。

2階のセミナーフロアは最大250人を収容でき、4区画の分割利用もできる。主に日本病院会が主催するセミナー研修会、勉強会を行う予定である。

3階の会議室フロアは最大150人を収容でき、3区画の分割利用もできる。セキュリティの高い無線LANが構築されており、主に日本病院会の役員会や委員会活動に利用している。

4階は当会事務局フロアで、全職員がこのフロアで日常業務をしている。

6階は多目的ホールと日本病院会のシンクタンクである情報統計分析室が配置されている。また日病資料コーナー(仮称)も整備され、日本病院会が所蔵する書籍・資料が閲覧できる様式で保管されている。

○各階の機能

2階のセミナーフロア、3階の会議室フロアは無線LANによる通信環境を整備した。これにより、常時PCが利用できる環境となり、ペーパーレスによる会議を可能とした。セミナー参加者にはペーパーによるテキストや資料を映し出すだけのプロジェクター型研修から、インタラクティブプレゼンテーションシステムを利用した参加型の講義・研修が可能となる。また、将来的には当ビルに来ることが出来ない方にも映像を配信することにより、遠隔での参加が可能となるインフラ整備も進んでいる。

6階の多目的ホールには、情報統計分析室の技術を集約し、テレビ会議や国際電話会議が行える環境が整備されている。

これら機能を全職員が有効利用できるよう、ITセキュリティ教育を受けた職員(ITコンシェルジュ)を養成し、その者をリーダーとして職員啓発も行っている。膨大な資料を管理する職員(ライブラリアン)も養成し、機能的な保管を心がけている。



定 款

定

款

一般社団法人 日本病院会 定款

第1章 名称及び事務所

(名称)

第1条 この法人は、一般社団法人日本病院会（英文名 Japan Hospital Association 略称 JHA）と称する。

(事務所)

第2条 この法人は、主たる事務所を東京都千代田区に置く。

第2章 目的及び事業

(目的)

第3条 この法人は、日本全病院の一致協力によって病院の向上発展とその使命遂行とを図り、社会の福祉増進に寄与することを目的とする。

(事業)

第4条 この法人は、前条の目的を達成するため、次に掲げる事業を行う。

- 1 わが国の医療制度殊に病院制度の調査研究に関する事業
- 2 病院の管理運営及び施設の改善向上に関する事業
- 3 病院関係者の教育、指導及び医療職員の養成確保に関する事業
- 4 病院の公衆衛生及び地域社会活動に関する事業
- 5 病院資質の向上、医療職員の教育研修及び病院施設の調査研究に関する事業
- 6 社会保障制度及び医療保険制度、その他病院関係諸法規の調査研究に関する事業
- 7 税制、金融その他病院財政一般に関する事業
- 8 病院用品の調査研究に関する事業
- 9 病院事業の国際的活動に関する事業
- 10 病院事業に関して政府その他の関係機関並びに団体との連絡協議に関する事業
- 11 学会及び病院大会に関する事業
- 12 病院機能評価に関する事業
- 13 機関誌その他の刊行物発行に関する事業

14 病院の広報活動に関する事業

15 医療従事者の職業紹介に関する事業

16 その他この法人の目的達成のため必要な事業

2 この法人が事業を行なう区域は、本邦及び海外とする。

第3章 会員

(会員の種類)

第5条 この法人の会員は次の4種とする。

- ・正会員 この法人の目的及び趣旨に賛同し入会した病院の代表者で、原則として当該病院が代表として届け出た医師とする。
- ・特別会員 病院の向上発展に寄与するため、学識経験者等にして、理事会において推薦したる者。
- ・賛助会員 この法人の目的及び趣旨に賛同し入会した正会員・特別会員以外の法人又は個人。
- ・名誉会員 多年本会の会員にして功労のある者で社員総会により承認した者。

(入会)

第6条 この法人の会員として入会しようとする者は、所定の入会申込書により申込みをし、理事会の承認を受けなければならない。

(退会)

第7条 会員は、本会を退会しようとするときは、理由を付して所定の退会届を提出しなければならない。

(会費)

第8条 会員は、会員になった時及び毎年、社員総会において別に定める額を支払う義務を負う。

2 会費は、毎年度の7月末日までに納入しなければならない。

(臨時会費)

第9条 会長は、緊急やむを得ない事情ありと認めたと

きは、社員総会の承認を経て臨時会費を徴収することができる。

(既納会費及び拠出金)

第 10 条 既納の会費又は拠出金は、その理由の如何を問わずこれを返還しない。

(戒告又は除名)

第 11 条 会員が次のいずれかに該当するに至ったときは、社員総会の決議によって、当該会員を戒告又は除名することができる。

- (1) この定款その他規則に違反したとき
- (2) この法人の名誉を傷つけ、又は目的に反する行為をしたとき
- (3) その他除名すべき正当な理由があるとき

(資格の喪失)

第 12 条 前条の場合のほか、会員は次のいずれかに該当するに至ったときは、その資格を喪失する。

- (1) 第 8 条の支払い義務を 3 年以上履行しなかったとき
- (2) 除名されたとき
- (3) 当該会員が死亡し、又は会員である病院又は法人が解散したとき

第 4 章 社 員 (代議員)

(代議員)

第 13 条 この法人の社員は、概ね 25 人の中から 1 人の割合をもって選出される代議員をもって一般社団・財団法人に関する法律 (以下「法人法」と記載する。) に規定する社員とする。(端数等の取り扱いについては理事会で定める)

- 2 代議員を選出するため、正会員による代議員選挙を行う。代議員選挙を行うために必要な細則は理事会において定める。
- 3 代議員は正会員の中から選ばれることを要する。正会員は前項の代議員選挙に立候補することができる。
- 4 第 3 項の代議員選挙において、正会員は他の正会員と等しく代議員を選挙する権利を有する。理事又は理事会は代議員を選出することはできない。
- 5 第 3 項の代議員選挙は、2 年に 1 度、5 月に実

施することとし、代議員の任期は、2 年後に実施される代議員選挙終了の時までとする。ただし、代議員が社員総会決議取り消しの訴え、解散の訴え、責任追求の訴え及び役員解任の訴え、「法人法」第 266 条第 1 項、第 268 条、第 278 条、第 284 条) を提起している場合 (「法人法」第 278 条第 1 項に規定する訴えの提起の請求をしている場合を含む。) には、当該訴訟が終結するまでの間、当該代議員は社員たる地位を失わない。(当該代議員は、役員を選任及び解任 (「法人法」第 63 条及び第 70 条) 並びに定款変更 (「法人法」第 146 条) についての議決権を有しないこととする。)

6 代議員が欠けた場合又は代議員の員数を欠くこととなるときに備えて補欠の代議員を選挙することができる。補欠の代議員の任期は、任期の満了前に退任した代議員の任期の満了する時までとする。

7 補欠の代議員を選挙する場合には、次に掲げる事項も併せて決定しなければならない。

- (1) 当該候補者が補欠の代議員である旨
- (2) 当該候補者を 1 人又は 2 人以上の特定の代議員の補欠の代議員として選任するときは、その旨及び当該特定の代議員の氏名
- (3) 同一の代議員 (2 人以上の代議員の補欠として選任した場合にあっては、当該 2 人以上の代議員) につき 2 人以上の補欠の代議員を選任するときは、当該補欠の代議員相互間の優先順位

8 第 6 項の補欠の代議員の選任に係る決議が効力を有する期間は、選任後最初に実施される第 6 項の代議員選挙終了の時までとする。

9 理事、監事は、その任務を怠ったときは、この法人に対し、これによって生じた損害を賠償する責任を負い、「法人法」第 112 条の規定にかかわらず、この責任は、すべての正会員の同意がなければ免除することができない。

(会員の権利)

第 14 条 正会員は、「法人法」に規定された次に掲げる社員の権利を、代議員と同様にこの法人に対して行使することができる。

- (1) 「法人法」第14条第2項の権利（定款の閲覧等）
- (2) 「法人法」第32条第2項の権利（社員名簿の閲覧等）
- (3) 「法人法」第57条第4項の権利（社員総会の議事録の閲覧等）
- (4) 「法人法」第50条第6項の権利（社員の代理権証明書面等の閲覧等）
- (5) 「法人法」第51条第4項の権利及び第52条第5項の権利（議決権行使書面の閲覧等）
- (6) 「法人法」第129条第3項の権利（計算書類等の閲覧等）
- (7) 「法人法」第229条第2項の権利（清算法人の貸借対照表等の閲覧等）
- (8) 「法人法」第246条第3項、第250条第3項及び第256条第3項の権利（合併契約等の閲覧等）

第5章 役員

（役員の設定）

第15条 この法人に、次の役員を置く。

- (1) 理事 60名以上 66名以内
 - (2) 監事 3名
- 2 理事のうち1名を会長、2名を会長代行副会長、4名を業務執行副会長、19名以内を常任理事とする。
- 3 前項の会長並びに会長代行副会長をもって「法人法」に関する法律上の代表理事とし、業務執行副会長を業務執行理事とする。

（理事等の職務及び権限）

第16条 理事は、理事会を構成し、この定款で定めるところにより、職務を執行する。

- 2 会長は、法令及びこの定款で定めるところにより、この法人を代表して職務を執行する。
- 3 会長代行副会長は、この法人を代表して業務全般に亘り会長を補佐し、理事会において別に定めるところにより、この法人の業務を分担執行するほか、会長に事故あるとき、又は会長が欠けたときは、その業務を代行する。
- 4 業務執行副会長は、業務全般に亘り会長を補佐

し、理事会において別に定めるところにより、この法人の業務を分担執行する。

- 5 常任理事は、理事会審議事項の円滑な検討のために、整備、準備を行う。

（監事の職務及び権限）

第17条 監事は、理事の職務執行を監査し、法令で定めるところにより、監査報告を作成する。

- 2 監事は、いつでも、理事及び使用人に対して事業の報告を求め、この法人の業務及び財産の状況の調査をすることができる。

（役員報酬等）

第18条 役員に対しては、報酬等を支払うことができる。

- 2 役員には費用を弁償することができる。
- 3 前2項に関し必要な事項は、社員総会の議決により定める。

（役員を選任）

第19条 理事及び監事は、社員総会の決議によって正会員の中から選任する。ただし、監事3名のうち1名については、社員総会の決議により会員以外から選任する。

- 2 会長、会長代行副会長、業務執行副会長及び常任理事は、理事会の決議によって理事の中から選定する。
- 3 理事及び監事は、代議員を兼ねることはできない。
- 4 監事は、理事及び使用人を兼ねることができない。
- 5 この法人の理事のうちには、理事のいずれか一人及びその親族その他特殊の関係がある者の合計数が、理事総数（現在数）の3分の1を超えて含まれることにはならない。

（役員任期）

第20条 理事の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定期社員総会の終結の時までとする。

- 2 監事の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定期社員総会の終結の時までとする。
- 3 補欠として選任された理事又は監事の任期は、

前任者の任期の満了する時までとする。

- 4 理事又は監事は、第 15 条に定める定数に足りなくなるときは、任期の満了又は辞任により退任した後も、新たに選任された者が就任するまで、理事又は監事としての権利義務を有する。

(役員解任)

第 21 条 理事は、社員総会の決議により解任することができる。

- 2 会長、会長代行副会長、業務執行副会長、常任理事は、理事会の決議によって解職することができる。

第 6 章 名誉会長、及び顧問、参与

(名誉会長)

第 22 条 この法人に、名誉会長若干名を置くことができる。

- 2 名誉会長は、多年会長の職にあつて、この法人に顕著な功労ある者で社員総会の承認した者とする。
- 3 名誉会長は会員総会、社員総会、理事会に出席し、参考意見を述べることができる。ただし、それぞれの会議の議決権は有しない。
- 4 名誉会長は、無報酬とする。

(顧問及び参与)

第 23 条 この法人に、それぞれ 15 名以内の顧問及び参与を置くことができる。

- 2 顧問及び参与は、この法人に功労ある者、又は学識経験ある者の中から、社員総会の承認を経て、会長が委嘱する。ただし、その任期は役員任期と同じとする。
- 3 顧問及び参与は、社員総会、理事会に出席し、参考意見を述べることができる。ただし、それぞれの会議の議決権は有しない。

第 7 章 会員総会

(総会の構成及び開催)

第 24 条 会員総会は全ての正会員をもって構成する。

- 2 総会は、会長が必要と認めるとき随時これを招集し、会長が、その議長となる。

(報告事項)

第 25 条 総会の報告事項は、日本病院会の会務報告等とする。

第 8 章 社員総会 (代議員会)

(構成)

第 26 条 社員総会 (代議員会) は全ての社員 (以下、代議員) をもって構成する。

(社員総会の開催)

第 27 条 社員総会は、毎事業年度終了後 3 ヶ月以内に開催する。

- 2 臨時社員総会は次の各号の一に該当する場合に開催する。

- (1) 会長が必要と認め、理事会に招集の請求をしたとき
- (2) 第 29 条 2 項による社員総会の開催要求があったとき。

(社員総会の権限)

第 28 条 社員総会は、次の事項について決議する。

- (1) 会員及び社員 (代議員) の除名
- (2) 理事及び監事の選任及び解任
- (3) 役員報酬等の額
- (4) 事業計画並びに貸貸対照表及び損益計算書の承認
- (5) 定款の変更
- (6) 合併、解散、事業譲渡及び残余財産の処分
- (7) その他法令又は定款で定められた社員総会で決議するものとされた事項

(社員総会の招集)

第 29 条 社員総会は、法令に別段の定めがある場合を除き、理事会の決議に基づき、会長が招集する。

- 2 代議員の議決権の 5 分の 1 以上の議決権を有する代議員は、会長に対し、社員総会の目的である事項及び招集の理由を示して、社員総会の招集を請求することができる。

(招集通知)

第 30 条 会長は、社員総会の日の 2 週間前までに、会議の日時、場所、目的及び審議事項を书面をもって代議員に通知しなければならない

(議長)

第 31 条 社員総会の議長並びに副議長は、当該代議員

会において代議員の権限行使出席者の中から選出する。

(議決権)

第 32 条 社員総会における議決権は、代議員 1 名につき 1 個とする。

(決議)

第 33 条 社員総会の決議は、総代議員の議決権の過半数を有する代議員が出席し、出席した当該代議員の過半数をもって行う。

2 前項に規定にかかわらず、次の決議は総代議員の半数以上であって、総社員の議決権の 3 分の 2 以上に当たる多数をもって行なわなければならない。

- (1) 社員の除名
- (2) 監事の解任
- (3) 定款の変更
- (4) 解散
- (5) 合併の承認

3 理事又は監事を選任する議案を決議するに際しては、各候補者ごとに第 1 項の決議を行わなければならない。理事又は監事の候補者の合計が第 15 条に定める定数を上回る場合には、過半数の賛成を得た候補者の中から得票数の多い順に定数の枠に達するまでの者を選任することとする。

(議決権の代理行使)

第 34 条 社員総会に出席できない代議員は、委任状又はその他代理権を証明する書面を会長に提出し、議決権を行使することができる。この場合においては、当該議決権の数を第 32 条の議決権の数に算入する。

(議事録)

第 35 条 社員総会の議事については、法令で定めるところにより、議事録を作成しなければならない。

2 社員総会で選出された 2 名の代議員は、前項の議事録に記名押印する。

第 9 章 理事会

(理事会の設置)

第 36 条 この法人に、理事会を置く。

2 理事会は、すべての理事をもって構成する。

3 理事会は、定期理事会の他に臨時理事会を開催することができる。

4 監事は、理事会に出席して意見を述べることができる。

(理事会の権限)

第 37 条 理事会は、次の職務を行う。

- (1) この法人の業務執行の決定
- (2) 理事の職務の執行の監督
- (3) 会長、会長代行副会長、業務執行副会長及び常任理事の選定及び解職

(理事会の招集)

第 38 条 理事会は、会長が招集する。

2 会長が欠けたとき又は会長に事故があるときは、会長代行副会長が理事会を招集する。

3 理事会を招集する者は、理事会の日時、場所、目的、その他必要な事項を記載した書面をもって、理事会の日の 1 週間前までに、各理事及び各監事に対してその通知を発しなければならない。

4 定期理事会は、毎年 4 回開催する。

(定足数・決議等)

第 39 条 理事会の決議は、決議について特別の利害関係を有する理事を除く理事の過半数が出席し、その過半数をもって行う。

2 前項の規定にかかわらず、「法人法」第 96 条の条件を満たしたときは、理事会の議決があったものとみなす。

(議事録)

第 40 条 理事会の議事については、法令で定めるところにより、議事録を作成する。

2 当該理事会に出席した会長及び会長代行副会長並びに監事はこれに署名又は記名押印しなければならない。

第 10 章 常任理事会

(常任理事会の設置)

第 41 条 この法人に、常任理事会を置く。

2 常任理事会は、すべての常任理事をもって構成する。

3 常任理事会は、会長が必要と認めるとき随時こ

れを召集し、会長が、その議長となる。

(常任理事会の権限)

第 42 条 常任理事会は、理事会審議事項の円滑な検討のために、整備、準備を行う。常任理事会で協議された事項は理事会の承認を得る。

第 11 章 委員会

(委員会等)

第 43 条 この法人の事業を推進するために必要あるときは、会長は理事会の議決を経て、部会、委員会を設置することができる。

2 部会又は委員会の委員は、正会員又は正会員以外の者から理事会が選任し、会長が委嘱する。

3 委員会の任務、構成及び運営に関し必要な事項は、理事会の議決により別に定める。

第 12 章 資産及び会計

(事業年度)

第 44 条 この法人の事業年度は、毎年 4 月 1 日に始まり、翌年 3 月 31 日に終わる。

(事業計画及び収支予算)

第 45 条 この法人の事業計画書、収支予算書、資金調達及び設備投資の見込みを記載した書類については、毎事業年度の開始の日の前日までに、会長が作成し、理事会の承認に付し社員総会の承認を受けなければならない。これを変更する場合も、同様とする。

2 前項の書類については、主たる事務所に、当該事業年度が終了するまでの間備え置きするものとする。

(事業報告及び決算)

第 46 条 この法人の事業報告及び決算については、毎事業年度終了後、会長が次の書類を作成し、監事の監査を受けた上で、理事会の承認を受けなければならない。

- (1) 事業報告
- (2) 事業報告の附属明細書
- (3) 貸借対照表
- (4) 損益計算書(正味財産増減計算書)
- (5) 貸借対照表及び損益計算書(正味財産増減計算

書)の附属明細書

2 前号の承認を受けた書類のうち、第 1 号、第 3 号、第 4 号の書類については、定期社員総会に提出し、第 1 号の書類についてはその他の内容を報告し、その他の書類については承認を受けなければならない。

3 第 1 項の書類のほか、監査報告を主たる事務所に 5 年間備え置くとともに、定款、会員名簿を主たる事務所に備え置くものとする。

(余剰金の処分)

第 47 条 この法人は、剰余金の分配を行うことはできない。

第 13 章 定款の変更及び合併並びに解散

(定款の変更)

第 48 条 この定款は、社員総会の議決によって変更することができる。

(合併)

第 49 条 この法人は、社員総会の決議により、「法人法」に定める他の一般社団法人又は一般財団法人との合併をすることができる。

(解散)

第 50 条 この法人は、社員総会の決議、その他法令で定められた事由により解散する。

(残余財産の帰属)

第 51 条 この法人が清算をする場合において有する残余財産は、社員総会の決議を経て、公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律第 5 条第 17 号に掲げる法人又は国若しくは地方公共団体に贈与するものとする。

第 14 章 公告の方法

(公告方法)

第 52 条 この法人の公告は、電子公告による。

2 やむを得ない事由により電子公告できない場合は、官報に掲載する方法により行う。

第 15 章 事務局

(事務局)

第 53 条 この法人は、事務を処理するために、事務局

を置く。

- 2 事務局には、事務局長その他の職員を置く。
- 3 事務局長は、理事会の承認を得て会長が任免し、その他の職員は、会長が任免する。
- 4 事務局の組織又は運営に関し必要な事項は、理事会の議決により、会長が別に定める。

第16章 附則等

(施行細則)

第54条 この定款施行について必要な細則は、理事会の議決により別に定める。

附 則

- 1 この法人の最初の代表理事は、次に掲げる者とする。
会長 堺常雄
会長代行副会長 今泉暢登志、相澤孝夫

- 2 この定款は平成24年4月1日から施行する。

定款施行細則

一般社団法人 日本病院会 定款施行細則

一般社団法人日本病院会定款第 54 条の規定による施行細則を次の如く定める。

(入会届の様式)

第 1 条 一般社団法人日本病院会定款（以下定款という）第 6 条の規定による入会届は第 1 号様式による。

(退会届の様式)

第 2 条 定款第 7 条の規定による退会届は第 2 号様式による。

(会 費)

第 3 条 定款第 8 条の規定による年額会費はつぎに定める額とする。但し事業年度の中で入会した会員の当該年度の会費は下記算式による月割計算の額とする。

会費 × (入会した月以降 3 月までの月数 / 12 ヶ月)

正会員 基本会費と病床数別会費の合計額とする。ただし、病床数が 50 床以下の正会員については病床数別会費を免除する。

また、病床数が 50 床を超え 100 床以下の正会員については病床数別会費に替えて一律 6,000 円を基本会費に加算した額とする。基本会費は 20 床から 200 床までは 1 病院 78,000 円（月 6,500 円×12）、201 床以上 300 床までは 84,000 円（月 7,000 円×12）301 床から 400 床までは 104,000 円、401 床から 500 床までは 114,000 円、501 床から 600 床までは 124,000 円、601 床以上は 134,000 円。病床数別会費はつぎによる。

一般病床	一床につき 160 円
療養病床	一床につき 160 円
精神病床	一床につき 160 円
結核病床	一床につき 130 円
一般病院にある結核病床も 130 円で計算する。	
ただし、600 床をもって上限とする。	

特別会員 A 人間ドック健診施設の会員

50,000 円

B 個人の会員

会費免除

賛助会員 A 株式会社等主として会社 組織の会員

100,000 円

B 社団法人・財団法人・その他法人および個人経営的な企業の会員

50,000 円

C 正会員として入会することが困難な病院の代表者で個人的に入会した会員

30,000 円

D 個人的に入会した会員

20,000 円

(会長代行)

第 4 条 定款第 16 条で定める会長代行副会長職務及び権限については、選任時に順位を定めておき、会長不在等の時に会長の職務を代行する。

(業務執行副会長)

第 5 条 定款第 16 条に定める業務執行理事の職務及び権限は、以下の区分とする。

総務担当副会長	1 名
医療政策担当副会長	1 名
人材育成担当副会長	1 名
情報発信担当副会長	1 名

(会長、顧問および参与の再任)

第 6 条 会長の再任については、特別の事情がある場合を除き、3 期を限度とする。

2 顧問および参与の再任については、原則として、3 期を限度とする。

(選挙規程)

第 7 条 選挙規程は別に定める。

(代議員の定数)

第 8 条 前項の定数は公私病院の均衡をはかるものとする。

2 公私の区別はつぎのとおりとする。

公とは、医療法第 7 条の 2 第 1 項各号に掲げる者に（独）国立病院機構等を加えたもの。

私とは公を除いたもの。

(理事の選出)

第 9 条 理事ならびに常任理事の数は公私病院の均衡をはかるものとする。

2 理事の定年は原則として 78 歳とする。

なお、任期途中に定年に達した場合には当該任期中はその職務を行う。

(常任理事会の運営)

第10条 定款第41条の規定による常任理事会については、理事の職務の円滑な遂行に寄与するために運営する。

2 常任理事会は原則月1回開催する。

(委員会の業務)

第11条 定款第43条の規定による委員会は、次の業務を行う。

- (1) 会長の諮問事項に対する答申
- (2) 会長に対する建議
- (3) 所轄する事項の処理
- (4) その他委員会の目的達成に必要な事項

2 委員会委員の任期は役員の任期に準ずる。

(規程の変更)

第12条 本規程は、理事会の決議により変更することができる。

(支部の名称使用)

第13条 理事会の議決により、日本病院会の支部として、他の団体に支部の名称を使用させることができる。(例：日本病院会〇〇県支部)

附 則

1. この細則は平成24年4月1日から施行する。

選舉規程

一般社団法人 日本病院会 選挙規程

第1章 総則

(目的)

第1条 一般社団法人日本病院会定款第13条第2項に規定する代議員選挙及び第19条第1項に規定する役員の選出を適正に行うために本規定を定める。

第2章 代議員選挙

(選出方法)

第2条 代議員は、正会員の中から選挙により選出する。
2 代議員は、この法人の総会の承認により選任される。

(選挙の期日と告示)

第3条 この法人の代議員の選挙は、当該事業年度の決算総会の日までに次期代議員の選挙を行う。
2 選挙の告示は選挙年の2月1日に会長が行う。

(選挙人の資格)

第4条 正会員における選挙人は、選挙年の2月1日をもって作成する選挙人名簿に記載されている者とする。
2 この名簿には、選挙期日に正会員資格を失うことが確実な者は掲載しない。
3 この名簿には、選出される任期開始のとき、正会員となる者を含む。
4 過去三年間会費を納入していない会員は選挙人名簿から除外する。

(補欠者)

第5条 代議員に欠員が出た場合は、定款第13条第6項により実施された補欠の代議員をもって補う。
2 第1項の次点者がいない場合には、欠員の生じた都道府県において補欠の代議員の選出を行う。
3 第1項並びに第2項により選出する代議員の任期は、前任者の任期の満了する時までとする。

第3章 理事及び監事の選出

(選出方法)

第6条 理事並びに監事は、正会員の中から立候補により選出する。
2 理事、監事は、この法人の社員総会の承認によ

り選任される。

(選挙方法)

第7条 理事候補者の確定は、得票順上位より定款第15条第1項(1)で定める66名とする。
2 監事候補者の確定は、得票順上位より定款第15条第1項(2)で定める3名とするが、うち1名は外部監事とする。

(選挙の期日と告示)

第8条 理事、監事の選出は、当該事業年度の決算総会の日に行う。
2 選挙の告示は選挙年の2月1日に会長が行う。

(役員の立候補届出)

第9条 理事または監事に立候補しようとする者は、所定の期日までに正会員3名以上の推薦状(第4号様式)を付して所定の様式(第3号様式)により立候補の届出をしなければならない。
2 人事異動等により、選挙人名簿と異なる者が立候補する場合は、別に定める様式(第6号様式)により当該病院の現正会員からの申立を必要とする。

(役員の立候補届の締切)

第10条 立候補届の締切は選挙期日の6週間前とする。会長は選挙期日の2週間前に立候補者の氏名を正会員に通告しなければならない。

第4章 選挙管理委員会

(設置)

第11条 第1条の目的を遂行するために、選挙管理委員会を置く。
(1)選挙管理委員会は選挙告示前に組織し、選挙業務終了後に解散する。
(2)選挙管理委員会の委員は、原則として本会会員以外の5名とし、委員の任命は理事会の議を経て会長が委嘱する。
(3)選挙管理委員会に委員長を置く。委員長は委員の互選による。

(業務)

第12条 選挙管理委員会の業務は次のとおりとする。
(1)第4条に定める選挙人名簿の作成に関すること。

- (2)立候補者名簿の作成
- (3)その他選挙が厳正かつ公正に行われるために必要な措置

第5章 附則等

(規程の変更)

第13条 本規程は、理事会の決議により変更することができる。

附 則

1. この規程は平成24年4月1日から施行する。

名簿

1. 役員名簿	302
2. 支部名簿	311
3. 委員会名簿	312
4. 四病院団体協議会名簿	347
5. 日本病院団体協議会名簿	360

一般社団法人 日本病院会 役員名簿

自平成24年4月1日(移行日)
至平成25年5月社員総会日

会長、副会長、常任理事

役職名	都道府県名	氏名	病院名	経営主体	〒	住所	TEL (FAX)
会長	静岡県	堺 常 雄	聖隷浜松病院	社会福祉法人	430-8558	浜松市中区住吉2-12-12	053-474-2222 (053-475-7596)
副会長 (会長代行)	福岡県	今 泉 暢 登 志	福岡赤十字病院	日 赤	815-8555	福岡市南区大楠3-1-1	092-521-1211 (092-522-3066)
〃	長野県	相 澤 孝 夫	相澤病院	医 療 法 人	390-8510	松本市本庄2-5-1	0263-33-8600 (0263-32-6763)
副会長 (業務執行)	茨城県	高 橋 正 彦	茨城西南医療センター病院	厚 生 連	306-0433	猿島郡境町2190	0280-87-8111 (0280-86-7702)
〃	愛知県	末 永 裕 之	小牧市民病院	市 町 村	485-8520	小牧市常普請1-20	0568-76-4131 (0568-76-4145)
〃	千葉県	梶 原 優	板倉病院	医 療 法 人	273-0005	船橋市本町2-10-1	047-431-2662 (047-432-3882)
〃	大阪府	大 道 道 大	森之宮病院	医 療 法 人	536-0025	大阪市城東区森之宮2-1-88	06-6969-0111 (06-6969-8001)
常任理事	茨城県	藤 原 秀 臣	総合病院 土浦協同病院	厚 生 連	300-0053	土浦市真鍋新町11-7	029-823-3111 (029-823-1160)
〃	群馬県	宮 崎 瑞 穂	前橋赤十字病院	日 赤	371-0014	前橋市朝日町3-21-36	027-224-4585 (027-243-3380)
〃	埼玉県	石 井 暎 禧	狭山病院	医 療 法 人	350-1323	狭山市鶴ノ木1-33	04-2953-6611 (04-2953-8040)
〃	東京都	木 村 壯 介	国立国際医療 研究センター病院	国立高度専門 医 療 研 究 セ ン タ ー	162-8655	新宿区戸山1-21-1	03-3202-7181 (03-3207-1038)
〃	〃	松 本 純 夫	東京医療センター	国立病院機構	152-0021	目黒区東が丘2-5-1	03-3411-0111 (03-3412-9811)
〃	〃	万 代 恭 嗣	社会保険中央総合病院	全 社 連	169-0073	新宿区百人町3-22-1	03-3364-0251 (03-3364-6217)
〃	〃	中 井 修	九段坂病院	共 済 及 連 合	102-0074	千代田区九段南2-1-39	03-3262-9191 (03-3264-5397)
〃	〃	福 井 次 矢	聖路加国際病院	公 益 法 人	104-8560	中央区明石町9-1	03-3541-5151 (03-3544-0649)
〃	神奈川県	渡 邊 史 朗	湘南第一病院	個 人	252-0804	藤沢市湘南台1-19-7	0466-44-7111 (0466-44-7103)
〃	岐阜県	山 田 實 紘	木沢記念病院	医 療 法 人	505-8503	美濃加茂市古井町下古井590	0574-25-2181 (0574-26-2181)
〃	京都府	武 田 隆 久	武田総合病院	医 療 法 人	601-1495	京都市伏見区石田森南町 28-1	075-572-6331 (075-571-8877)
〃	大阪府	岡 上 武	済生会吹田病院	済 生 会	564-0013	吹田市川園町1-2	06-6382-1521 (06-6382-2498)
〃	〃	生 野 弘 道	守口生野記念病院	医 療 法 人	570-0002	守口市佐太中町6-17-33	06-6906-1100 (06-6902-9060)
〃	〃	小 川 嘉 誉	多根総合病院	医 療 法 人	550-0025	大阪市西区九条南1-12-21	06-6581-1071 (06-6581-2520)
〃	岡山県	中 島 豊 爾	岡山県精神科医療センター	地 方 独 立 行 政 法 人	700-0915	岡山市北区鹿田本町3-16	086-225-3821 (086-225-3834)
〃	岡山県	土 井 章 弘	岡山旭東病院	公 益 法 人	703-8265	岡山市中区倉田567-1	086-276-3231 (086-274-1028)
〃	香川県	塩 谷 泰 一	高松市民病院	市 町 村	760-8571	高松市宮脇町2-36-1	087-839-2694 (087-839-2697)
〃	福岡県	岡 留 健 一 郎	済生会福岡総合病院	済 生 会	810-0001	福岡市中央区天神1-3-46	092-771-8151 (092-716-0185)
〃	〃	安 藤 文 英	西福岡病院	医 療 法 人	819-8555	福岡市西区生の松原3-18-8	092-881-1331 (092-881-1333)

渡邊史朗常任理事 平成25年2月12日 逝去

理事

役職名	都道府県名	氏名	病院名	経営主体	〒	住所	TEL (FAX)
理事	北海道	木村 純	市立函館病院	市 町 村	041-8680	函館市港町1-10-1	0138-43-2000 (0138-43-4434)
"	"	田中 繁道	手稲溪仁会病院	医 療 法 人	006-8555	札幌市手稲区前田1条12-1-40	011-681-8111 (011-685-2998)
"	"	中村 博彦	中村記念病院	医 療 法 人	060-8570	札幌市中央区南1条西14丁目	011-231-8555 (011-231-8387)
"	岩手県	佐々木 崇	岩手県立中央病院	都 道 府 県	020-0066	盛岡市上田1-4-1	019-653-1151 (019-653-2528)
"	秋田県	宮下 正弘	秋田赤十字病院	日 赤	010-1495	秋田市上北手猿田字苗代沢222-1	018-829-5000 (018-829-5255)
"	山形県	濱崎 允	済生会山形済生病院	済 生 会	990-8545	山形市沖町79-1	023-682-1111 (023-682-0123)
"	福島県	前原 和平	白河厚生総合病院	厚 生 連	961-0005	白河市豊地上弥次郎2-1	0248-22-2211 (0248-22-2218)
"	"	堀江 孝至	太田総合病院附属 太田西ノ内病院	公 益 法 人	963-8558	郡山市西ノ内2-5-20	024-925-1188 (024-925-7791)
"	千葉県	吉田 孝宣	下志津病院	国 立 病 院 機 構	284-0003	四街道市鹿渡934-5	043-422-2511 (043-421-3007)
"	"	吉田 象二	国保旭中央病院	市 町 村	289-2511	旭市イ-1326	0479-63-8111 (0479-62-5593)
"	東京都	原 義人	青梅市立総合病院	市 町 村	198-0042	青梅市東青梅4-16-5	0428-22-3191 (0428-24-5126)
"	"	崎原 宏	永寿総合病院	公 益 法 人	110-8645	台東区東上野2-23-16	03-3833-8381 (03-3831-9488)
"	"	村上 保夫	榊原記念病院	公 益 法 人	183-0003	府中市朝日町3-16-1	042-314-3111 (042-314-3150)
"	"	山口 武兼	豊島病院	公 益 法 人	173-0015	板橋区栄町33-1	03-5375-1234 (03-5944-3506)
"	神奈川県	中 佳一	東名厚木病院	医 療 法 人	243-8571	厚木市船子232	046-229-1771 (046-228-0396)
"	新潟県	岡部 正明	立川総合病院	医 療 法 人	940-8621	長岡市神田町3-2-11	0258-33-3111 (0258-33-8811)
"	石川県	山田 哲司	石川県立中央病院	都 道 府 県	920-8530	金沢市鞍月東2-1	076-237-8211 (076-238-5366)
"	長野県	井上 憲昭	富士見高原病院	厚 生 連	399-0214	諏訪郡富士見町落合11100	0266-62-3030 (0266-62-5188)
"	静岡県	神原 啓文	静岡県立総合病院	地 方 独 立 行 政 法 人	420-8527	静岡市葵区北安東4-27-1	054-247-6111 (054-247-6140)
"	愛知県	渋谷 正人	社会保険 中京病院	全 社 連	457-8510	名古屋市南区三条1-1-10	052-691-7151 (052-692-5220)
"	愛知県	松本 隆利	八千代病院	医 療 法 人	446-8510	安城市住吉町2-2-7	0566-97-8111 (0566-98-6191)
"	三重県	足立 幸彦	桑名西医療センター	地 方 独 立 行 政 法 人	511-0819	桑名市大字北別所416-1	0594-22-7111 (0594-24-1506)
"	大阪府	田中 一成	枚方公済病院	共 済 及 連 合	573-0153	枚方市藤阪東町1-2-1	072-858-8233 (072-859-1093)
"	"	松谷 之義	松谷病院	医 療 法 人	573-0126	枚方市津田西町1-29-8	072-859-3618 (072-859-1685)
"	兵庫県	藤原 久義	兵庫県立尼崎病院	都 道 府 県	660-0828	尼崎市東大物町1-1-1	06-6482-1521 (06-6482-7430)
"	"	佐々木 順子	三菱神戸病院	会 社	652-0863	神戸市兵庫区和田宮通6-1-34	078-671-7705 (078-672-2352)
"	奈良県	砂川 晶生	大和高田市立病院	市 町 村	635-8501	大和高田市磯野北町1-1	0745-53-2901 (0745-53-2908)
"	"	奥村 秀弘	天理よろづ相談所病院	公 益 法 人	632-0015	天理市三島町200	0743-63-5611 (0743-63-1530)

役職名	都道府県名	氏名	病院名	経営主体	〒	住所	TEL (FAX)
理事	和歌山県	小西 裕	日本赤十字社 和歌山医療センター	日 赤	640-8558	和歌山市小松原通4-20	073-422-4171 (073-426-1168)
〃	〃	成川 守彦	桜ヶ丘病院	医療法人	649-0316	有田市宮崎町841-1	0737-83-0078 (0737-83-0079)
〃	広島県	土谷 晋一郎	土谷総合病院	医療法人	730-8655	広島市中区中島町3-30	082-243-9181 (082-241-1865)
〃	山口県	三浦 修	防府胃腸病院	公益法人	747-0801	防府市駅南町14-33	0835-22-3339 (0835-23-2040)
〃	徳島県	片岡 善彦	徳島赤十字病院	日 赤	773-8502	小松島市小松島町字井利ノ口 103番地	0885-32-2555 (0885-32-6350)
〃	〃	武久 洋三	博愛記念病院	医療法人	770-8023	徳島市勝占町惣田9	088-669-2166 (088-636-3061)
〃	愛媛県	岡田 武志	済生会松山病院	済生会	791-8026	松山市山西町880-2	089-951-6111 (089-953-3806)
〃	高知県	細木 秀美	細木病院	医療法人	780-8535	高知市大膳町37	088-822-7211 (088-825-0909)
〃	福岡県	吉田 博	公立八女総合病院	市町村	834-0034	八女市高塚540-2	0943-23-4131 (0943-22-3185)
〃	熊本県	高野 正博	高野病院	医療法人	862-0924	熊本市帯山4-2-88	096-384-1011 (096-385-2890)
〃	大分県	松本文六	天心堂へつぎ病院	医療法人	879-7761	大分市中戸次二本木5956	097-597-5777 (097-597-7231)
〃	沖縄県	石井 和博	大浜第一病院	医療法人	900-0005	那覇市天久1000	098-866-5171 (098-864-1874)

理事合計 66名(会長1名、会長代行副会長2名、業務執行副会長4名、常任理事19名、理事40名)

監 事

役職名	都道府県名	氏名	病院名	経営主体	〒	住所	TEL (FAX)
監事	千葉県	柏戸 正英	柏戸病院	医療法人	260-8656	千葉市中央区長洲2-21-8	043-227-8366 (043-224-4868)
〃	鹿児島県	上津原 甲一	鹿児島市立病院	市町村	892-8580	鹿児島市加治屋町20-17	099-224-2101 (099-223-3190)
〃	東京都	石井 孝宜	石井公認会計士事務所		105-0001	港区虎ノ門5-1-5 虎ノ門45MTビル3階	03-5425-7320 (03-5425-7321)

社 員（代議員）

都道府県名	氏名	病院名	経営主体	〒	住所
北海道	川口 勲	帯広厚生病院	厚生連	080-0016	帯広市西6条南8-1
〃	赤坂 嘉宣	KKR札幌医療センター	共済及連合	062-0931	札幌市豊平区平岸1条6-3-40
〃	小笠原 篤夫	小笠原クリニック札幌病院	医療法人	005-0013	北海道札幌市南区真駒内緑町1-2-1
〃	高田 竹人	函館五稜郭病院	社会福祉法人	040-8611	函館市五稜郭町38-3
〃	櫻井 正之	北光記念病院	医療法人	065-0027	札幌市東区北27条東8丁目1-6
青森	坂田 優	三沢市立三沢病院	市町村	033-0022	三沢市大字三沢字堀口164-65
〃	淀野 啓	鳴海病院	公益法人	036-8183	弘前市品川町19
岩手	齋藤 和好	北上済生会病院	済生会	024-8506	北上市花園町1-6-8
〃	小西 一樹	盛岡繋温泉病院	医療法人	020-0055	盛岡市繋字尾入野64-9
宮城	桃野 哲	仙台赤十字病院	日赤	982-8501	仙台市太白区八木山本町2-43-3
〃	志村 早苗	光ヶ丘スペルマン病院	公益法人	983-0833	仙台市宮城野区東仙台6-7-1
秋田	小野地 章一	仙北組合総合病院	厚生連	014-0027	大仙市大曲通町1-30
〃	白山 公幸	藤原記念病院	医療法人	010-0201	潟上市天王字上江川47
山形	小田 隆晴	山形県立中央病院	都道府県	990-2292	山形市青柳1800
〃	仁科 盛之	三友堂病院	公益法人	992-0045	米沢市中央6-1-219
福島	鈴木 啓二	福島県立会津総合病院	都道府県	965-8555	会津若松市城前10-75
〃	本田 雅人	竹田総合病院	公益法人	965-8585	会津若松市山鹿町3-27
茨城	永井 秀雄	茨城県立中央病院	都道府県	309-1793	笠間市鯉淵6528
〃	岡 裕爾	日立総合病院	会社	317-0077	日立市城南町2-1-1
〃	永井 庸次	ひたちなか総合病院	会社	312-0057	ひたちなか市石川町20-1
栃木	宮原 保之	大田原赤十字病院	日赤	324-8686	大田原市住吉町2-7-3
〃	安田 是和	自治医科大学附属病院	学校法人	329-0498	下野市薬師寺3311-1
群馬	柴山 勝太郎	公立富岡総合病院	市町村	370-2393	富岡市富岡2073-1
〃	山崎 學	サンピエール病院	医療法人	370-0857	高崎市上佐野町786-7
埼玉	細田 洋一郎	埼玉社会保険病院	全社連	330-0074	さいたま市浦和区北浦和4-9-3
〃	関塚 永一	埼玉病院	国立病院機構	351-0102	和光市諏訪2-1
〃	小島 武	堀ノ内病院	医療法人	352-0023	新座市堀ノ内2-9-31
千葉	小林 繁樹	千葉県救急医療センター	都道府県	261-0012	千葉市美浜区磯辺3-32-1
〃	加藤 誠	成田赤十字病院	日赤	286-8523	成田市飯田町90-1
〃	鈴木 一郎	船橋市立医療センター	市町村	273-8588	船橋市金杉1-21-1
〃	亀田 信介	亀田総合病院	医療法人	296-8602	鴨川市東町929
〃	花岡 和明	井上記念病院	医療法人	260-0027	千葉市中央区新田町1-16
〃	三橋 稔	習志野第一病院	医療法人	275-8555	習志野市津田沼5-5-25
東京	高木 誠	東京都済生会中央病院	済生会	108-0073	港区三田1-4-17
〃	吉川 治	社会保険蒲田総合病院	全社連	144-0035	大田区南蒲田2-19-2
〃	丸山 洋	武蔵野赤十字病院	日赤	180-8610	武蔵野市境南町1-26-1
〃	南 智仁	東京都立多摩総合医療センター	都道府県	183-8524	府中市武蔵台2-8-29
〃	加藤 正弘	江戸川病院	社会福祉法人	133-0052	江戸川区東小岩2-24-18
〃	中嶋 昭	玉川病院	公益法人	158-0095	世田谷区瀬田4-8-1
〃	村上 恵一	多摩丘陵病院	医療法人	194-0297	町田市下小山田町1491

都 道 府 県 名	氏 名	病 院 名	経 営 主 体	〒	住 所
東 京	笠原 督	城 西 病 院	公 益 法 人	167-0043	杉並区上荻2-42-11
”	高木 由利	織 本 病 院	医 療 法 人	204-0002	清瀬市旭が丘1-261
神 奈 川	別所 隆	平 塚 市 民 病 院	市 町 村	254-0065	平塚市南原1-19-1
”	坂田 壽衛	社会保険 横浜中央病院	全 社 連	231-8553	横浜市中区山下町268
”	小林 泉	小 林 病 院	医 療 法 人	250-0011	小田原市栄町1-14-18
”	新納 憲司	大 口 東 総 合 病 院	医 療 法 人	221-0014	横浜市神奈川区入江2-19-1
”	長倉 靖彦	横 浜 掖 濟 会 病 院	公 益 法 人	231-0036	横浜市中区山田町1-2
新 潟	吉田 俊明	済 生 会 新 潟 第 二 病 院	済 生 会	950-1104	新潟市西区寺地280-7
”	亀山 茂樹	西 新 潟 中 央 病 院	国 立 病 院 機 構	950-2085	新潟市西区真砂1-14-1
”	皆川 信	信 楽 園 病 院	社 会 福 祉 法 人	950-2087	新潟市西区新通南3-3-11
”	矢田 省吾	木 戸 病 院	そ の 他 法 人	950-0891	新潟市東区上木戸5-2-1
富 山	泉 良平	富 山 市 民 病 院	市 町 村	939-8511	富山市今泉北部町2-1
”	高島 茂樹	金 沢 医 科 大 学 氷 見 市 民 病 院	学 校 法 人	935-8531	氷見市幸町31-9
石 川	若林 時夫	石 川 県 済 生 会 金 沢 病 院	市 町 村	920-0353	石川県金沢市赤土町二13-6
”	菊地 誠	金 沢 西 病 院	医 療 法 人	920-0025	金沢市駅西本町6-15-41
福 井	野口 正人	福 井 赤 十 字 病 院	日 赤	918-8501	福井市月見2-4-1
”	中村 康孝	中 村 病 院	医 療 法 人	915-0068	越前市天王町4-28
山 梨	長沼 博文	甲 府 病 院	国 立 病 院 機 構	400-8533	甲府市天神町11-35
”	中澤 良英	加 納 岩 総 合 病 院	医 療 法 人	405-0018	山梨市上神内川1309
長 野	小口 寿夫	諏 訪 赤 十 字 病 院	日 赤	392-8510	諏訪市湖岸通り5-11-50
”	関 健	城 西 病 院	医 療 法 人	390-8648	松本市城西1-5-16
岐 阜	中村 重徳	岐 阜 赤 十 字 病 院	日 赤	502-8511	岐阜市岩倉町3-36
”	松波 英寿	松 波 総 合 病 院	医 療 法 人	501-6062	羽島郡笠松町田代185-1
静 岡	水上 泰延	JA 静 岡 厚 生 連 遠 州 病 院	厚 生 連	430-0929	浜松市中区中央1-1-1
”	平井 達夫	藤 枝 平 成 記 念 病 院	医 療 法 人	426-8662	藤枝市水上123-1
”	木本 紀代子	東 名 裾 野 病 院	個 人	410-1107	静岡県裾野市御宿1472
愛 知	伊藤 健一	蒲 郡 市 民 病 院	市 町 村	486-8510	蒲郡市平田町向田1-1
”	千木良 晴ひこ	東 海 市 民 病 院	市 町 村	477-0033	東海市中ノ池3-1-1
”	小林 武彦	小 林 記 念 病 院	医 療 法 人	447-8510	碧南市新川町3-88
”	横山 泰久	横 山 胃 腸 科 病 院	医 療 法 人	460-0012	名古屋市中区千代田3-11-20
愛 知	今村 達雄	済 衆 館 病 院	医 療 法 人	481-0004	北名古屋市鹿田西村前111
三 重	浜田 正行	鈴 鹿 中 央 総 合 病 院	厚 生 連	513-8630	鈴鹿市安塚町山之花1275-53
”	加藤 俊夫	遠 山 病 院	医 療 法 人	514-0043	津市南新町17-22
滋 賀	濱上 洋	長 浜 赤 十 字 病 院	日 赤	526-8585	長浜市宮前町14-7
”	畑下 嘉之	セ フ ィ ロ ト 病 院	医 療 法 人	526-0045	滋賀県長浜市寺田町257
京 都	梶田 芳弘	公 立 南 丹 病 院	市 町 村	629-0197	南丹市八木町八木上野25
”	依田 健吾	京 都 第 一 赤 十 字 病 院	日 赤	605-0981	京都市東山区本町15-749
”	清水 紘	嵯 峨 野 病 院	公 益 法 人	616-8251	京都市右京区鳴滝宇多野谷9
”	真鍋 克次郎	八 幡 中 央 病 院	医 療 法 人	614-8071	八幡市八幡五反田39-1
大 阪	今岡 真義	大 阪 府 立 成 人 病 セ ン タ ー	都 道 府 県	537-8511	大阪市東成区中道1-3-3
”	佐々木 洋	八 尾 市 立 病 院	市 町 村	581-0069	八尾市龍華町1丁目3番1号

都道府県名	氏名	病院名	経営主体	〒	住所
大阪	田 嶋 政 郎	高 槻 赤 十 字 病 院	日 赤	569-1045	高槻市阿武野1-1-1
〃	杉 本 壽	星ヶ丘厚生年金病院	全 社 連	573-8511	枚方市星丘4-8-1
〃	木 野 昌 也	北 摂 総 合 病 院	医 療 法 人	569-8585	高槻市北柳川町6-24
〃	筒 泉 正 春	高 槻 病 院	医 療 法 人	569-1192	高槻市古曾部町1-3-13
〃	福 原 毅	ベルランド総合病院	医 療 法 人	599-8247	堺市中区東山500-3
〃	馬 場 武 彦	馬 場 記 念 病 院	医 療 法 人	592-8555	堺市西区浜寺船尾町東4-244
兵庫	湯 浅 志 郎	姫 路 赤 十 字 病 院	日 赤	670-8540	姫路市下手野1-12-1
〃	石 原 亨 介	神戸市立医療センター 西 市 民 病 院	市 町 村	653-0013	神戸市長田区一番町2-4
〃	大 洞 慶 郎	西 脇 市 立 西 脇 病 院	市 町 村	677-0043	西脇市下戸田652-1
〃	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
〃	安 田 嘉 之	広 野 高 原 病 院	医 療 法 人	651-2215	神戸市西区北山台3-1-1
〃	山 中 若 樹	明 和 病 院	医 療 法 人	663-8186	西宮市上鳴尾町4-31
奈良	今 川 敦 史	済 生 会 中 和 病 院	済 生 会	633-0054	桜井市阿部323
〃	青 山 信 房	平 成 記 念 病 院	医 療 法 人	634-0813	橿原市四条町827
和歌山	松 崎 交 作	済 生 会 和 歌 山 病 院	済 生 会	640-8158	和歌山市十二番丁45
〃	上 野 雄 二	誠 祐 記 念 病 院	医 療 法 人	649-6335	和歌山市西田井391
鳥取	下 田 光 太 郎	鳥 取 医 療 セ ン タ ー	国立病院機構	689-0203	鳥取市三津876
〃	野 島 丈 夫	野 島 病 院	医 療 法 人	682-0863	倉吉市瀬崎町2714-1
島根	秦 公 平	松 江 赤 十 字 病 院	日 赤	690-8506	松江市母衣町200
〃	大 田 誠	松 江 生 協 病 院	そ の 他 法 人	690-8522	松江市西津田8-8-8
岡山	清 水 信 義	岡 山 労 災 病 院	労働者健康 福 祉 機 構	702-8055	岡山市南区築港緑町1-10-25
〃	小 出 尚 志	倉 敷 紀 念 病 院	医 療 法 人	710-0803	倉敷市中島831
〃	佐 能 量 雄	光 生 病 院	医 療 法 人	700-0985	岡山市北区厚生町3-8-35
広島	弓 削 孟 文	尾 道 総 合 病 院	厚 生 連	722-8508	尾道市平原1-10-23
〃	辰 川 自 光	山 陽 病 院	医 療 法 人	720-0815	福山市野上町2-8-2
〃	長 崎 孝 太 郎	長 崎 病 院	医 療 法 人	733-0003	広島市西区三篠町1-11-12
山口	水 田 英 司	小 野 田 赤 十 字 病 院	日 赤	756-0889	山陽小野田市須恵東
〃	西 田 一 也	阿 知 須 同 仁 病 院	医 療 法 人	754-1277	山口市阿知須4241-4
徳島	長 瀬 教 夫	東 徳 島 医 療 セ ン タ ー	国立病院機構	779-0193	板野郡板野町大寺字大向北1-1
〃	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
香川	中 川 義 信	香 川 小 児 病 院	国立病院機構	765-8501	香川県善通寺市善通寺町2603
〃	鬼 無 信	キ ナ シ 大 林 病 院	医 療 法 人	761-8024	香川県高松市鬼無町藤井435-1
愛媛	淵 上 忠 彦	松 山 赤 十 字 病 院	日 赤	790-8524	松山市文京町1
〃	山 本 祐 司	松 山 市 民 病 院	公 益 法 人	790-0067	松山市大手町2-6-5
高知	堀 見 忠 司	高 知 医 療 セ ン タ ー	市 町 村	781-8555	高知市池2125-1
〃	島 津 栄 一	島 津 病 院	医 療 法 人	780-0066	高知市比島町4-6-22
福岡	安 井 久 喬	浜 の 町 病 院	共 済 及 連 合	810-8539	福岡市中央区舞鶴3-5-27
〃	村 中 光	九 州 医 療 セ ン タ ー	国立病院機構	810-8563	福岡市中央区地行浜1-8-1
〃	津 田 泰 夫	福 岡 通 信 病 院	会 社	810-8798	福岡市中央区薬院2-6-11

都 道 府 県 名	氏 名	病 院 名	経 営 主 体	〒	住 所
福 岡	平 祐 二	原 三 信 病 院	医 療 法 人	812-0033	福岡市博多区大博町1-8
佐 賀	榑 木 等	佐 賀 県 立 病 院 好 生 館	都 道 府 県	840-8571	佐賀市水ヶ江1-12-9
”	織 田 正 道	織 田 病 院	医 療 法 人	849-1392	鹿島市高津原4306
長 崎	兼 松 隆 之	長 崎 市 立 市 民 病 院	市 町 村	850-8555	長崎市新地町6-39
”	蒔 本 恭	田 上 病 院	医 療 法 人	851-0251	長崎市田上2-14-15
熊 本	馬 場 憲 一 郎	熊 本 市 民 病 院	市 町 村	862-8505	熊本市湖東1-1-60
”	吉 田 仁 爾	表 参 道 吉 田 病 院	医 療 法 人	860-0855	熊本市北千反畑町2-5
大 分	田 代 英 哉	大 分 県 立 病 院	都 道 府 県	870-8511	大分市大字豊饒476
”	高 田 三 千 尋	大 分 記 念 病 院	医 療 法 人	870-0854	大分市羽屋9組5
宮 崎	小 柳 左 門	都 城 病 院	国 立 病 院 機 構	885-0014	都城市祝吉町5033-1
”	千 代 反 田 晋	千 代 田 病 院	医 療 法 人	883-0052	日向市鶴町2-9-20
鹿 児 島	青 崎 眞 一 郎	済 生 会 川 内 病 院	済 生 会	895-0074	薩摩川内市原田町2-46
”	大 勝 洋 祐	大 勝 病 院	医 療 法 人	890-0067	鹿児島市真砂本町3-95
冲 縄	高 良 英 一	冲 縄 赤 十 字 病 院	日 赤	902-8588	那覇市与儀1-3-1
”	安 里 哲 好	ハ ー ト ラ イ フ 病 院	医 療 法 人	901-2492	中頭郡中城村伊集208

顧問

役職名	氏名		〒	住所	TEL (FAX)
顧問	奈良昌治	日本人間ドック学会 理事長	102-0075	千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル1階	03-3265-0079 (03-3265-0083)
〃	山本修三	日本病院共済会 代表取締役	102-0075	千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル1階	03-3264-9888 (03-3222-0016)
〃	池澤康郎	中野総合病院 理事長	164-8607	中野区中央4-59-16	03-3382-1231 (03-3381-4799)
〃	佐藤眞杉	佐藤病院 理事長	573-1124	枚方市養父東町65-1	072-864-1811 (072-868-3844)
〃	大井利夫	上都賀総合病院 名誉院長	322-8550	鹿沼市下田町1-1033	0289-64-2161 (0289-63-6076)
〃	村上信乃	国保 旭中央病院 名誉院長	289-2511	旭市イの1326	0479-63-8111 (0479-62-5593)
〃	宮崎忠昭	長野赤十字病院 名誉院長	380-8582	長野市若里5-22-1	026-226-4131 (026-228-8439)
〃	梅村聡	参議院議員	100-8962	千代田区永田町2-1-1 参議院議員会館435	03-3508-8435 (03-5512-2435)
〃	自見庄三郎	参議院議員	100-8962	千代田区永田町2-1-1 参議院議員会館236	03-3508-8236 (03-5512-2236)
〃	後藤田正純	衆議院議員	100-8981	千代田区永田町2-2-1 衆議院議員会館1-315	03-3508-7315 (03-3508-3315)
〃	古川俊治	参議院議員	100-8962	千代田区永田町2-1-1 参議院議員会館531	03-3508-8531 (03-5512-2531)
〃	横倉義武	日本医師会 会長	113-8621	文京区本駒込2-28-16	03-3946-2121 (03-3946-6295)

参与

役職名	氏名		〒	住所	TEL (FAX)
参与	坂本すが	日本看護協会 会長	150-0001	渋谷区神宮前5-8-2	03-5778-8095 (03-5778-5603)
〃	高久史麿	日本医学会 会長	113-8621	文京区本駒込2-28-16 日本医師会館内	03-3946-2121 (03-3942-6638)
〃	松田朗	日本医業経営コンサルタント協会 顧問	103-0004	中央区東日本橋1-1-7 東日本橋スカイビル3F	03-5822-6996 (03-5822-6991)
〃	門脇孝	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 (03-5800-9830)
〃	桐野高明	独立行政法人国立病院機構 理事長	152-8621	目黒区東が丘2-5-21	03-5712-5051 (03-5712-5081)
〃	武田純三	慶應義塾大学病院 院長	160-8582	新宿区信濃町35	03-3353-1211 (03-3357-2773)
〃	北田光一	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 長井記念館 8F	03-3406-0485 (03-3797-5303)
〃	邊見公雄	全国自治体病院協議会 会長	102-8556	千代田区紀尾井町3-27 剛堂会館 6階	03-3261-8555 (03-3261-1845)
〃	池上直己	慶應義塾大学医学部 教授	160-8582	新宿区信濃町35	03-5363-3773 (03-3225-4828)
〃	権丈善一	慶應義塾大学商学部 教授	108-8345	港区三田2-15-45	03-5427-1259 (03-5427-1259)
〃	齊藤壽一	社会保険中央総合病院 名誉院長	169-0073	新宿区百人町3-22-1	03-3364-0251 (03-3364-6217)

名誉会長

役職名	氏名		〒	住所	TEL (FAX)
名誉 会長	山 本 修 三	日本病院共済会 代表取締役	102- 0075	千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル1階	03-3264-9888 (03-3222-0016)

名誉会員

役職名	氏名		〒	住所	TEL (FAX)
名誉 会員	大 道 學	社 会 医 療 法 人 大 道 会 会 長	536- 0023	大阪市城東区東中浜1-5-1	06-6962-9621 (06-6963-2233)
〃	武 田 隆 男	武 田 病 院 グ ル ー プ 会 長	600- 8558	京都市下京区塩小路通西洞院東入 東塩小路町841-5	075-361-1335 (075-361-7602)
〃	奈 良 昌 治	日 本 人 間 ド ッ ク 学 会 理 事 長	102- 0075	千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル1階	03-3265-0079 (03-3265-0083)
〃	土 屋 章	医 療 法 人 社 団 相 和 会 会 長	252- 0206	相模原市中央区淵野辺3-2-8	042-754-2222 (042-757-4170)
〃	福 田 浩 三	上 飯 田 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 病 院 前 名 誉 院 長	462- 0802	名古屋市北区上飯田北町3-57	052-916-3681 (052-991-3112)
〃	池 澤 康 郎	中 野 総 合 病 院 理 事 長	164- 8607	中野区中央4-59-16	03-3382-1231 (03-3381-4799)
〃	佐 藤 眞 杉	佐 藤 病 院 理 事 長	573- 1124	枚方市養父東町65-1	072-864-1811 (072-868-3844)
〃	大 井 利 夫	上 都 賀 総 合 病 院 名 誉 院 長	322- 8550	鹿沼市下田町1-1033	0289-64-2161 (0289-63-6076)
〃	村 上 信 乃	国 保 旭 中 央 病 院 名 誉 院 長	289- 2511	旭市イの1326	0479-63-8111 (0479-62-5593)
〃	宮 崎 忠 昭	長 野 赤 十 字 病 院 名 誉 院 長	380- 8582	長野市若里5-22-1	026-226-4131 (026-228-8439)
〃	西 村 昭 男	アグリ工房イタンキ株式会社 代表取締役 (社会医療法人社団カレス・サッポロ前理事長)	050- 0084	室蘭市みゆき町3-12-8	0143-41-4567
〃	星 和 夫	ベ ト レ ヘ ム の 園 病 院 顧 問	204- 0024	清瀬市梅園3-14-72	0424-91-2524 (0424-95-2878)
〃	宮 崎 久 義	熊 本 医 療 セ ン タ ー 名 誉 院 長	860- 0008	熊本市二の丸1-5	096-353-6501 (096-325-2519)

一般社団法人 日本病院会 支部名簿

支部名	支部長名	〒	住所	TEL
北海道 ブロック支部	中村博彦	060-8570	札幌市中央区南1条西14丁目 中村記念病院内	011-231-8555
福島県支部	堀江孝至	960-8036	福島市新町4-22 福島県医師会館3階	024-521-1752
茨城県支部	藤原秀臣	300-0053	土浦市真鍋新町11-7 土浦協同病院内	029-823-3111
群馬県支部	柴山勝太郎	370-2393	富岡市富岡2073-1 公立富岡総合病院内	0274-63-2111
千葉県支部	柏戸正英	260-8656	千葉市中央区長洲2-21-8 柏戸病院内	043-227-8366
東京都支部	池澤康郎	164-8607	中野区中央4-59-16 中野総合病院内	03-3382-1231
新潟県支部	矢澤良光	957-8588	新発田市本町1-2-8 新潟県立新発田病院内	0254-22-3121
福井県支部	三浦将司	918-8503	福井市和田中町舟橋7-1 福井県済生会病院内	0776-23-1111
愛知県支部	松本隆利	460-0008	名古屋市中区栄4-14-28 愛知県病院協会内	052-263-0800
和歌山県支部	成川守彦	640-8319	和歌山市手平2-1-2 県民交流プラザ和歌山ビッグ愛6F 和歌山県病院協会内	073-436-0437
山口県支部	三浦修	747-0801	防府市駅南町14-33 防府胃腸病院内	0835-22-3339
香川県支部	中川義信	765-8501	善通寺市善通寺町2603 独立行政法人国立病院機構 香川小児病院内	0877-62-0885
高知県支部	細木秀美	780-8535	高知市大膳町37 細木病院 企画管理部内	088-822-7211
長崎県支部	福井洋	851-0301	長崎市深堀町1-11-54 長崎記念病院内	095-871-1515
熊本県支部	高野正博	862-0924	熊本市帯山4-2-88 高野病院内	096-384-1011

一般社団法人 日本病院会 委員会委員長名簿

委 員 会	担当副会長	委 員 長	担当部署
医 療 制 度 委 員 会	高 橋 正 彦	石 井 暎 禧	企画課
医療の安全確保推進委員会	高 橋 正 彦	木 村 壯 介	企画課
救 急 医 療 委 員 会	高 橋 正 彦	前 原 和 平	学術研修課
地 域 医 療 委 員 会	今 泉 暢 登 志	塩 谷 泰 一	企画課
精 神 科 医 療 委 員 会	今 泉 暢 登 志	中 島 豊 爾	企画課
中 小 病 院 委 員 会	今 泉 暢 登 志	土 井 章 弘	企画課
医 業 経 営・ 税 制 委 員 会	梶 原 優	安 藤 文 英	企画課
社会保険診療報酬委員会	相 澤 孝 夫	万 代 恭 嗣	企画課
医療安全対策委員会	末 永 裕 之	福 永 秀 敏	学術研修課
感染症対策委員会	末 永 裕 之	吉 田 孝 宣	学術研修課
病院診療の質向上検討委員会	末 永 裕 之	有 賀 徹	学術研修課
Q I 委 員 会	末 永 裕 之	福 井 次 矢	学術研修課
臨 床 研 修 委 員 会	末 永 裕 之	岡 留 健 一 郎	学術研修課
栄 養 管 理 委 員 会	末 永 裕 之	東 口 高 志	学術研修課
病院経営管理士教育委員会	末 永 裕 之	小 川 嘉 誉	通信教育課
病院経営の質推進委員会	末 永 裕 之	宮 崎 瑞 穂	通信教育課
情 報 統 計 委 員 会	大 道 道 大	大 道 道 大	企画課
広 報 委 員 会	大 道 道 大	藤 原 秀 臣	広報課
ニ ュ ー ス 編 集 委 員 会	大 道 道 大	藤 原 秀 臣	広報課
雑 誌 編 集 委 員 会	大 道 道 大	原 義 人	学術研修課
インターネット委員会	大 道 道 大	武 田 隆 久	学術研修課
ホスピタルショウ委員会	高 橋 正 彦	大 道 久	学術研修課
倫 理 委 員 会	梶 原 優	松 本 純 夫	総務課
国 際 委 員 会	梶 原 優	福 井 次 矢	学術研修課
認定個人情報保護団体審査委員会	梶 原 優	崎 原 宏	総務課
災 害 対 策 特 別 委 員 会	今 泉 暢 登 志	塩 谷 泰 一	総務課
診療情報管理士教育委員会	大 道 道 大	武 田 隆 久	通信教育課

I. 医療政策に関わる委員会

1. 医療制度委員会

(担当副会長:高橋正彦)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	石井 暎 禧	社会医療法人財団石心会 理事長 〒212-0013 神奈川県川崎市幸区堀川町580 ソリッドスクエア東館4階 TEL 044-511-2266 FAX 044-540-1135
副委員長	中井 修	九段坂病院 院長 〒102-0074 東京都千代田区九段南2-1-39 TEL 03-3262-9191 FAX 03-3264-5397
委員	小川 嘉 誉	多根総合病院 理事長 〒550-0025 大阪市西区九条南1-12-21 TEL 06-6581-1071 FAX 06-6581-2520
委員	土谷 晋 一 郎	土谷総合病院 理事長 〒730-8655 広島市中区中島町3-30 TEL 082-243-9181 FAX 082-243-9201
委員	中 佳 一	東名厚木病院 理事長 〒243-8571 神奈川県厚木市船子232 TEL 046-229-1771 FAX 046-228-0396
委員	邊見 公 雄	赤穂市民病院 名誉院長 〒678-0232 兵庫県赤穂市中広1090 TEL 0791-43-3222 FAX 0791-43-0351
アドバイザー	小長井 良 浩	小長井良浩法律事務所 所長 〒420-0018 静岡市葵区土太夫町22-1 TEL 054-252-0766 FAX 054-252-0730
アドバイザー	高木 安 雄	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授 〒252-0883 神奈川県藤沢市遠藤4411 TEL 0466-49-6247 FAX 0466-49-6247
アドバイザー	高橋 正 明	経済アナリスト
事務局	橋本 明 宏	一般社団法人日本病院会 企画課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-5226-7749 FAX 03-3238-6788

2. 医療の安全確保推進委員会

(担当副会長:高橋正彦)

区 分	氏名	施 設 名 住所／TEL・FAX
委員長	木村 壯介	国立国際医療研究センター病院 院長 〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1 TEL 03-3202-7181 FAX 03-5273-0113
副委員長	岡上 武	済生会吹田病院 院長 〒564-0013 大阪府吹田市川園町1-2 TEL 06-6382-1521 FAX 03-6382-2498
委員	安藤 文英	西福岡病院 理事長 〒819-8555 福岡市西区生の松原3-18-8 TEL 092-881-1331 FAX 092-881-1333
委員	佐々木 崇	岩手県立中央病院 名誉院長
委員	万代 恭嗣	社会保険中央総合病院 院長 〒169-0073 東京都新宿区百人町3-22-1 TEL 03-3364-0251 FAX 03-3364-6217
委員	藤原 久義	兵庫県立尼崎病院／兵庫県立塚口病院 院長 〒660-0828 兵庫県尼崎市東大物町1-1-1 TEL 06-6482-1521 FAX 06-6482-7430
委員	宮崎 瑞穂	前橋赤十字病院 院長 〒371-0014 群馬県前橋市朝日町3-21-36 TEL 027-224-4585 FAX 027-224-4552
事務局	橋本 明宏	一般社団法人日本病院会 企画課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-5226-7749 FAX 03-3238-6788

3. 救急医療委員会

(担当副会長:高橋正彦)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	前原 和平	白河厚生総合病院 院長 〒961-0005 福島県白河市豊地上弥次郎2-1 TEL 0248-22-2211 FAX 0248-22-2218
副委員長	吉田 象二	国保旭中央病院 院長 〒289-2511 千葉県旭市イ-1326 TEL 0479-63-8111 FAX 0479-62-0330
委員	許 勝 栄	相澤病院 救急総合診療科 統括医長 〒390-8510 長野県松本市本庄2-5-1 TEL 0263-33-8600 FAX 0263-32-6763
委員	里 見 昭	埼玉医科大学病院 副院長・総合支援部部長 〒350-0495 埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38 TEL 049-276-1654 FAX 049-276-1654
委員	島 崎 修 次	杏林大学医学部救急医学 名誉教授 〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2 TEL 0422-47-5511 FAX 0422-42-4866
委員	宮 崎 瑞 穂	前橋赤十字病院 院長 〒371-0014 群馬県前橋市朝日町3-21-36 TEL 027-224-4585 FAX 027-224-4552
委員	吉 井 宏	済生会神奈川県病院 院長 〒221-8601 神奈川県横浜市神奈川区富家町6-6 TEL 045-432-1111 FAX 045-432-1119
事務局	富 岡 孝	一般社団法人日本病院会 学術部 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3238-6789

Ⅱ. 医療提供に関わる委員会

4. 地域医療委員会

(担当副会長:今泉暢登志)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	塩谷泰一	高松市病院局 病院事業管理者 〒760-8571 高松市番町1-8-15 TEL 087-839-2694 FAX 087-839-2697
副委員長	山田實紘	木沢記念病院 理事長 〒505-8503 岐阜県美濃加茂市古井町下古井590 TEL 0574-25-2181 FAX 0574-26-2181
委員	井上憲昭	富士見高原病院 院長 〒399-0214 長野県諏訪郡富士見町落合11,100 TEL 0266-62-3030 FAX 0266-62-5188
委員	木村純	市立函館病院 院長 〒041-8680 函館市港町1-10-1 TEL 0138-43-2000 FAX 0138-43-4434
委員	淵上忠彦	松山赤十字病院 院長 〒790-8524 愛媛県松山市文京町1 TEL 089-924-1111 FAX 089-922-6892
委員	松本文六	天心堂へつぎ病院 理事長 〒879-7761 大分市中戸次二本木5956 TEL 097-597-4535 FAX 097-597-7231
事務局	橋本明宏	一般社団法人日本病院会 企画課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-5226-7749 FAX 03-3238-6788

5. 精神科医療委員会

(担当副会長:今泉暢登志)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	中島豊爾	岡山県精神科医療センター 理事長 〒700-0915 岡山市北区鹿田本町3-16 TEL 086-225-3821 FAX 086-225-3834
副委員長	木村壯介	国立国際医療研究センター病院 院長 〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1 TEL 03-3202-7181 FAX 03-5273-0113
委員	奥村秀弘	天理よろづ相談所病院 総長 〒632-8552 奈良県天理市三島町200 TEL 0743-63-5611 FAX 0743-62-7460
委員	佐藤茂樹	成田赤十字病院 精神神経科部長 〒286-8523 千葉県成田市飯田町90-1 TEL 0476-22-2311 FAX 0476-22-6477
委員	原義人	青梅市立総合病院 事業管理者・院長 〒198-0042 東京都青梅市東青梅4-16-5 TEL 0428-22-3191 FAX 0428-24-5126
委員	平田豊明	千葉県精神科医療センター センター長 〒261-0024 千葉市美浜区豊砂5 TEL 043-276-1361 FAX 043-276-1367
委員	細木秀美	細木病院 理事長 〒780-8535 高知市大膳町37 TEL 088-822-7211 FAX 088-825-0909
オブザーバー	栗田圭一	東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長 〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2 TEL 03-3964-3241 FAX 03-3579-4776
オブザーバー	齊藤万比古	国立国際医療研究センター国府台病院 精神科部門診療部長 〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1 TEL 047-372-3501
オブザーバー	内藤圭之	医療法人財団青山会 理事長 〒238-0115 神奈川県三浦市初声町高円坊1040-2 TEL 046-889-2400 FAX 046-889-2401
事務局	高瀬敦俊	一般社団法人日本病院会 企画課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-5226-7749 FAX 03-3238-6788

6. 中小病院委員会

(担当副会長:今泉暢登志)

区 分	氏名	施 設 名 住所/TEL・FAX
委員長	土井章弘	岡山旭東病院 院長 〒703-8265 岡山市中区倉田567-1 TEL 086-276-3231 FAX 086-274-1028
委員	安藤文英	西福岡病院 理事長 〒819-8555 福岡市西区生の松原3-18-8 TEL 092-881-1331 FAX 092-881-1333
委員	高橋 肇	高橋病院 理事長 〒040-8691 北海道函館市元町32-18 TEL 0138-23-7221 FAX 0138-27-1511
委員	成川守彦	桜ヶ丘病院 理事長 〒649-0304 和歌山県有田市箕島1265 TEL 0737-83-1000 FAX 0737-85-2640
委員	細木秀美	細木病院 理事長 〒780-8535 高知市大膳町37 TEL 088-822-7211 FAX 088-825-0909
委員	松本文六	天心堂へつぎ病院 理事長 〒879-7761 大分市中戸次二本木5956 TEL 097-597-4535 FAX 097-597-7231
オブザーバー	梶原 優	板倉病院 理事長 〒273-0005 千葉県船橋市本町2-10-1 TEL 047-431-2662 FAX 047-432-3882
事務局	菊池崇雄	一般社団法人日本病院会 企画課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-5226-7749 FAX 03-3238-6788

Ⅲ. 医療経営に関わる委員会

7. 医業経営・税制委員会

(担当副会長:梶原 優)

区 分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	安藤 文英	西福岡病院 理事長 〒819-8555 福岡市西区生の松原3-18-8 TEL 092-881-1331 FAX 092-881-1333
副委員長	崎原 宏	永寿総合病院 名誉理事長 〒110-8645 東京都台東区東上野2-23-16 TEL 03-3833-8381 FAX 03-3831-9488
委員	伊藤 伸一	大雄会第一病院 理事長 〒491-8551 愛知県一宮市羽衣1-6-12 TEL 0586-72-1211 FAX 0586-24-8853
委員	大村 昭人	帝京大学医学部 名誉教授、同附属溝口病院 院長補佐 〒213-8507 神奈川県川崎市高津区溝口3-8-3 TEL 044-844-3333 FAX 044-844-0468
委員	片岡 善彦	徳島赤十字病院 名誉院長 〒773-8502 徳島県小松島市小松島町字井利ノ口103 TEL 0885-32-2555 FAX 0885-32-6350
委員	牧 健太郎	牧公認会計士・税理士事務所 代表 〒101-0021 東京都千代田区外神田6-8-10 秋葉原リープレックスR2階 TEL 03-6803-2415 FAX 03-6803-2416
委員	山下 昭雄	本多病院 経営顧問
オブザーバー	梶原 優	板倉病院 理事長 〒273-0005 千葉県船橋市本町2-10-1 TEL 047-431-2662 FAX 047-432-3882
事務局	菊池 崇雄	一般社団法人日本病院会 企画課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階

IV. 診療報酬に関わる委員会

8. 社会保険診療報酬委員会

(担当副会長: 相澤孝夫)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	万代恭嗣	社会保険中央総合病院 院長 〒169-0073 東京都新宿区百人町3-22-1 TEL 03-3364-0251 FAX 03-3364-6217
副委員長	生野弘道	守口生野記念病院 理事長 〒570-0002 大阪府守口市佐太中町6-17-33 TEL 06-6906-1100 FAX 06-6902-9060
委員	石井暎禧	社会医療法人財団石心会 理事長 〒212-0013 神奈川県川崎市幸区堀川町580 ソリッドスクエア東館4階 TEL 044-511-2266 FAX 044-540-1135
委員	齋藤英彦	名古屋医療センター 名誉院長 〒460-0001 愛知県名古屋市中区三の丸4-1-1 TEL 052-951-1111 FAX 052-951-0664
委員	土谷晋一郎	土谷総合病院 理事長 〒730-8655 広島市中区中島町3-30 TEL 082-243-9181 FAX 082-243-9201
委員	中井修	九段坂病院 院長 〒102-0074 東京都千代田区九段南2-1-39 TEL 03-3262-9191 FAX 03-3264-5397
委員	中島豊爾	岡山県精神科医療センター 理事長 〒700-0915 岡山市北区鹿田本町3-16 TEL 086-225-3821 FAX 086-225-3834
委員	松本純夫	東京医療センター 院長 〒152-8902 東京都目黒区東が丘2-5-1 TEL 03-3411-0111 FAX 03-3410-1860
委員	宮崎瑞穂	前橋赤十字病院 院長 〒371-0014 群馬県前橋市朝日町3-21-36 TEL 027-224-4585 FAX 027-224-4552
オブザーバー	邊見公雄	赤穂市民病院 名誉院長 〒678-0232 兵庫県赤穂市中広1090 TEL 0791-43-3222 FAX 0791-43-0351
事務局	高瀬敦俊	一般社団法人日本病院会 企画課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-5226-7749 FAX 03-3238-6788

V. 人材育成に関わる委員会

9. 医療安全対策委員会

(担当副会長:末永裕之)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	福永秀敏	南九州病院 院長 〒899-5293 鹿児島県始良郡加治木町木田1882 TEL 0995-62-2121 FAX 0995-63-1807
委員	鮎澤純子	九州大学大学院医学研究院 医療経営管理学講座 准教授 〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1 TEL 092-642-6960 FAX 092-642-6961
委員	児玉安司	三宅坂総合法律事務所 弁護士 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-1-4 日比谷中日ビル6階 TEL 03-3500-2914 FAX 03-3500-2741
委員	嶋森好子	社団法人 東京都看護協会 会長 〒162-0815 東京都新宿区筑土八幡町4-17 TEL 03-5229-1530 FAX 03-5229-1524
委員	土屋文人	一般社団法人日本病院薬剤師会 副会長 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷2丁目12番15号 日本薬学会 長井記念館 8階 TEL 03-3406-0485 FAX 03-6730-2486
委員	長尾能雅	名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 教授 〒466-8550 愛知県名古屋市昭和区鶴舞町65 TEL 052-741-2111
事務局	大内全	一般社団法人日本病院会 学術研修課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3238-6789

10. 感染症対策委員会

(担当副会長:末永裕之)

区 分	氏名	施 設 名 住所/TEL・FAX
委員長	吉 田 孝 宣	下志津病院 院長 〒284-0003 千葉県四街道市鹿渡934-5 TEL 043-422-2511 FAX 043-421-3007
副委員長	小 林 寛 伊	東京医療保健大学 学長 〒141-8648 東京都品川区東五反田4-1-17 TEL 03-5421-7656 FAX 03-5420-2199
委員	岡 部 信 彦	前 国立感染症研究所 感染症情報センター センター長 〒162-8640 東京都新宿区戸山1-23-1 TEL 03-5285-1111 FAX 03-5285-1129
委員	木 村 哲	東京逡信病院 院長 〒102-8798 東京都千代田区富士見2-14-23 TEL 03-5214-7000 FAX 03-5214-7600
委員	一 山 智	京都大学医学部附属病院 副院長 〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54 TEL 075-751-3502 FAX 075-751-3233
委員	洪 愛 子	公益社団法人 日本看護協会 常任理事 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-8-2 TEL 03-5778-8831 FAX 03-5778-5603
委員	菅 野 み ゆ き	東京慈恵会医科大学附属病院 医療安全管理部 感染対策室副室長 〒105-8471 東京都港区西新橋3-19-18 TEL 03-3433-1111 FAX 03-5400-1258
委員	黒 山 政 一	北里大学東病院 薬剤部長 〒252-0380 神奈川県相模原市南区麻溝台2-1-1 TEL 042-748-9111 FAX 042-746-8906
事務局	大 内 全	一般社団法人日本病院会 学術研修課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階

11. 病院診療の質向上検討委員会

(担当副会長:末永裕之)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	有賀 徹	昭和大学病院 院長 〒142-8666 東京都品川区旗の台1-5-8 TEL 03-3784-8744 FAX 03-3784-6880
副委員長	栗原 正紀	長崎リハビリテーション病院 理事長・院長 〒850-0854 長崎市銀屋町4-11 TEL 095-818-2002 FAX 095-821-1187
委員	篠原 健一	河北総合病院 技師長 〒166-8588 東京都杉並区阿佐谷北1-7-3 TEL 03-3339-3753 FAX 03-3339-3735
委員	栗原 健	独立行政法人国立循環器病研究センター 薬剤部 薬剤部長 〒565-8565 大阪府吹田市藤白台5-7-1 TEL 06-6833-5012 FAX 06-6872-8074
委員	浅香 えみ子	獨協医科大学越谷病院 救命救急センター 副看護部長 〒343-8555 埼玉県越谷市南越谷2-1-50 TEL 048-965-1111 FAX 048-965-0783
委員	阿久津 直利	昭和大学藤が丘病院 事務部長 〒227-8501 神奈川県横浜市青葉区藤が丘1-30 TEL 045-971-1151 FAX 045-973-1019
委員	比留間 恵	東大和病院 看護部長 〒207-0014 東大和市南街1-13-12 TEL 042-562-1411 FAX 042-562-1590
事務局	大内 全	一般社団法人日本病院会 学術研修課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3238-6789

12. QI委員会

(担当副会長:末永裕之)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	福井次矢	聖路加国際病院 院長 〒104-8560 東京都中央区明石町9-1 TEL 03-3541-5151 FAX 03-3544-0774
委員	猪飼宏	京都大学 大学院 医学研究科 医療経済学分野 助教 〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町 TEL 075-753-4454 FAX 075-753-4455
委員	今中雄一	京都大学 大学院 医学研究科 医療経済学分野 教授 〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町 TEL 075-753-4454 FAX 075-753-4455
委員	岩崎榮	NPO法人卒後臨床研修評価機構 専務理事 〒102-0083 東京都千代田区麴町3-3-8 丸増麴町ビル2階 TEL 03-5212-2444 FAX 03-5212-2445
委員	清水貴子	聖隷浜松病院研修センター 副院長兼センター長 〒430-8558 静岡県浜松市中区住吉2-12-12 TEL 053-474-2222 FAX 053-475-7596
委員	砂川晶生	大和高田市立病院 院長 〒635-8501 大和高田市礪野北町1番1号 TEL 0745-53-2901 FAX 0745-53-2908
委員	深田順一	高知医療センター 副院長 〒781-8555 高知市池2125番地1 TEL 088-837-3000 FAX 088-837-6766
事務局	大内全	一般社団法人日本病院会 学術研修課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3238-6789

13. 臨床研修委員会

(担当副会長:末永裕之)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	岡留健一郎	済生会福岡総合病院 院長 〒810-0001 福岡市中央区天神1-3-46 TEL 092-771-8151 FAX 092-716-0185
副委員長	福井次矢	聖路加国際病院 院長 〒104-8560 東京都中央区明石町9-1 TEL 03-3541-5151 FAX 03-3544-0774
委員	佐々木 崇	岩手県立中央病院 名誉院長
委員	清水貴子	聖隷浜松病院研修センター 副院長兼センター長 〒430-8558 静岡県浜松市中区住吉2-12-12 TEL 053-474-2222 FAX 053-475-7596
委員	田中繁道	手稲溪仁会病院 院長 〒006-8555 北海道札幌市手稲区前田1条12-1-40 TEL 011-681-8111 FAX 011-685-2998
委員	富田博樹	日本赤十字社 事業局長兼幹部看護師研修センター所長 〒105-8521 港区芝大門1-1-3 TEL 03-3437-7500 FAX 03-3438-1339
事務局	富岡 孝	一般社団法人日本病院会 学術部 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3238-6789

13-(2). 専門医制度小委員会

(担当副会長:末永裕之)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	荒川 泰行	公立阿伎留医療センター 院長 〒197-0834 東京都あきる野市引田78番地1 TEL 042-558-0321 FAX 042-559-5734
委員	内田 璞	倉敷中央病院 名誉院長 〒710-8602 倉敷市美和1-1-1 TEL 086-422-0210 FAX 086-427-9325
委員	小野 純一	千葉県循環器病センター センター長 〒290-0512 市原市舞鶴575 TEL 0436-88-3111 FAX 0436-88-3032
委員	松村 理司	洛和会音羽病院 院長 〒607-8062 京都市山科区音羽珍事町2 TEL 075-593-4111 FAX 075-593-7772
委員	宮原 保之	大田原赤十字病院 院長 〒324-8686 大田原市住吉町2-7-3 TEL 0287-23-1122 FAX 0287-23-3004
事務局	富岡 孝	一般社団法人日本病院会 学術部 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3238-6789

13-(3). メディカルスクール小委員会

(担当副会長:末永裕之)

区 分	氏名	施 設 名 住所/TEL・FAX
委員長	福井次矢	聖路加国際病院 院長 〒104-8560 東京都中央区明石町9-1 TEL 03-3541-5151 FAX 03-3544-0774
委員	亀田隆明	亀田総合病院 理事長 〒296-0041 鴨川市東町929 TEL 04-7092-2211 FAX 04-7093-0420
委員	栗山勝	太田記念病院 院長 〒720-0825 福山市沖の上野3-6-28 TEL 094-931-8650 FAX 084-926-1123
委員	清水貴子	聖隷浜松病院研修センター 副院長兼センター長 〒430-8558 静岡県浜松市中区住吉2-12-12 TEL 053-474-2222 FAX 053-475-7596
委員	松村理司	洛和会音羽病院 院長 〒607-8062 京都市山科区音羽珍事町2 TEL 075-593-4111 FAX 075-593-7772
事務局	富岡孝	一般社団法人日本病院会 学術部 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3238-6789

14. 栄養管理委員会

(担当副会長:末永裕之)

区 分	氏名	施 設 名 住所/TEL・FAX
委員長	東 口 高 志	藤田保健衛生大学 外科・緩和医学講座 教授 〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1番地98 TEL 0562-93-2000
委員	井 上 善 文	医療法人川崎病院 外科総括部長 〒652-0042 兵庫県神戸市兵庫区東山町3-3-1 TEL 078-511-3131
委員	佐々木雅也	滋賀医科大学医学部附属病院 栄養治療部 病院教授 〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町 TEL 077-548-2518
委員	鈴 木 宏 昌	平成帝京大学 健康メディカル部医療科学科 教授 〒170-8445 東京都豊島区東池袋2-51-4 TEL 03-5843-3111
委員	大 濱 修	福山大学 薬学部 教授 〒729-0292 広島県福山市学園長1番地 TEL 084-936-2111
委員	足立香代子	せんぼ東京高輪病院 栄養管理室長 〒108-8606 東京都港区高輪3-10-11 TEL 03-3443-9191 FAX 03-3440-5124
委員	矢 吹 浩 子	明和病院 看護部 部長 〒663-8186 兵庫県西宮市上鳴尾町4-31 TEL 0798-47-1767 FAX 0798-47-7613
事務局	大 内 全	一般社団法人日本病院会 学術部 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3238-6789

15. 病院経営管理士教育委員会

(担当副会長:末永裕之)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	小川 嘉 誉	多根総合病院 理事長 〒550-0025 大阪市西区九条南1-12-21 TEL 06-6581-1071 FAX 06-6581-2520
副委員長	土井 章 弘	岡山旭東病院 院長 〒703-8265 岡山市中区倉田567-1 TEL 086-276-3231 FAX 086-274-1028
委員	池田 隆 一	相澤病院 事務長 〒390-8510 長野県松本市本庄2-5-1 TEL 0263-33-8600 FAX 0263-36-8373
委員	大久保 一郎	筑波大学 医学医療系 教授 〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1 TEL 029-853-2111 FAX 029-853-3067
委員	永 易 卓	若草第一病院 事務局長 〒579-8056 大阪府東大阪市若草町1-6 TEL 072-988-1428 FAX 072-985-6731
委員	正 木 義 博	済生会支部神奈川県済生会 業務担当理事 〒221-8601 神奈川県横浜市神奈川区富家町6-6(済生会神奈川県院内) TEL 045-423-2301 FAX 045-423-2300
委員	山下 美 智 子	筑波メディカルセンター病院 副院長・看護部長 〒305-8558 茨城県つくば市天久保1-3-1 TEL 029-851-3511 FAX 029-858-2773
事務局	吉 川 肇	一般社団法人日本病院会 通信教育課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-1281 FAX 03-3265-1282

16. 病院経営の質推進委員会

(担当副会長:末永裕之)

区 分	氏名	施 設 名 住所/TEL・FAX
委員長	宮 崎 瑞 穂	前橋赤十字病院 院長 〒371-0014 群馬県前橋市朝日町3-21-36 TEL 027-224-4585 FAX 027-224-4552
副委員長	佐 合 茂 樹	木沢記念病院 事務長 〒505-8503 岐阜県美濃加茂市古井町下古井590 TEL 0574-25-2181 FAX 0574-26-2181
委員	飯 村 秀 樹	筑波メディカルセンター病院 診療技術部 部長 〒305-8558 茨城県つくば市天久保1-3-1 TEL 029-851-3511 FAX 029-858-2773
委員	勝 原 裕 美 子	聖隷浜松病院 副院長・総看護部長 〒430-8558 静岡県浜松市中区住吉2-12-12 TEL 053-474-2229 FAX 053-474-2350
委員	永 易 卓	若草第一病院 事務局長 〒579-8056 大阪府東大阪市若草町1-6 TEL 072-988-1428 FAX 072-985-6731
委員	正 木 義 博	済生会支部神奈川県済生会 業務担当理事 〒221-8601 神奈川県横浜市神奈川区富家町6-6(済生会神奈川県院内) TEL 045-423-2301 FAX 045-423-2300
委員	眞 鍋 伸 次	KKR高松病院 薬局長 〒760-0018 香川県高松市天神前4-18 TEL 087-861-3261 FAX 087-834-0199
事務局	滝 澤 直 繁	一般社団法人日本病院会 通信教育課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-1281 FAX 03-3265-1282

VI. 情報発信(見える化)に関わる委員会

17. 情報統計委員会

(担当副会長:大道道大)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	大道道大	森之宮病院 理事長・院長 〒536-0025 大阪市城東区森之宮2-1-88 TEL 06-6969-0111 FAX 06-6969-8001
委員	河口洋行	成城大学経済学部 教授 〒157-8511 世田谷区成城6-1-20 TEL 03-3482-9297 FAX 03-3482-3660
委員	田城孝雄	放送大学 生活と福祉コース 教授 〒261-8586 千葉県美浜区若葉2-11 TEL 043-276-5111 FAX 043-297-2781
委員	田中滋	慶應義塾大学大学院 経営管理研究科 教授 〒223-8526 横浜市港北区日吉4-1-1 TEL 045-564-2030 FAX 045-562-3502
委員	中村洋	慶應義塾大学大学院 経営管理研究科 教授 〒223-8526 横浜市港北区日吉4-1-1 協生館 TEL 045-564-2032 FAX 045-562-3502
事務局	一之瀬秀樹	一般社団法人日本病院会 企画課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-5226-7749 FAX 03-3238-6788

18. 広報委員会

(担当副会長: 大道道大)

区 分	氏名	施 設 名 住所/TEL・FAX
委員長	藤原 秀 臣	土浦協同病院 名誉院長 〒300-0053 茨城県土浦市真鍋新町11-7 TEL 029-823-3111 FAX 029-823-1160
副委員長	武田 隆 久	武田総合病院 理事長 〒601-1495 京都市伏見区石田森南町28-1 TEL 075-572-6331 FAX 075-571-8877
委員	中 井 修	九段坂病院 院長 〒102-0074 東京都千代田区九段南2-1-39 TEL 03-3262-9191 FAX 03-3264-5397
委員	原 義 人	青梅市立総合病院 事業管理者・院長 〒198-0042 東京都青梅市東青梅4-16-5 TEL 0428-22-3191 FAX 0428-24-5126
委員	松本 隆 利	八千代病院 理事長 〒446-8510 愛知県安城市住吉町2-2-7 TEL 0566-97-8111 FAX 0566-98-6191
事務局	江 連 修 一	一般社団法人日本病院会 広報部 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3230-2898

19. ニュース編集委員会

(担当副会長:大道道大)

区 分	氏名	施 設 名 住所/TEL・FAX
委員長	藤原 秀 臣	土浦協同病院 名誉院長 〒300-0053 茨城県土浦市真鍋新町11-7 TEL 029-823-3111 FAX 029-823-1160
副委員長	原 義 人	青梅市立総合病院 事業管理者・院長 〒198-0042 東京都青梅市東青梅4-16-5 TEL 0428-22-3191 FAX 0428-24-5126
委員	網野 寛 子	帝京平成大学 千葉キャンパス ヒューマンケア学部 看護学科長 教授 〒290-0193 千葉県市原市うるいど南4-1 TEL 0436-74-5428 FAX 0436-74-5428
委員	谷野 浩 太 郎	株式会社 社会保険研究所 編集長 〒101-0047 東京都千代田区内神田2-4-6 WTC内神田ビル TEL 03-3252-7701 FAX 03-5256-9020
委員	松本 隆 利	八千代病院 理事長 〒446-8510 愛知県安城市住吉町2-2-7 TEL 0566-97-8111 FAX 0566-98-6191
事務局	江連 修 一	一般社団法人日本病院会 広報部 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3230-2898

20. 雑誌編集委員会

(担当副会長: 大道道大)

区 分	氏名	施 設 名 住所/TEL・FAX
委員長	原 義 人	青梅市立総合病院 事業管理者・院長 〒198-0042 東京都青梅市東青梅4-16-5 TEL 0428-22-3191 FAX 0428-24-5126
委員	遠 藤 昌 夫	さいたま市立病院 名誉院長 〒336-8522 さいたま市緑区三室2460 TEL 048-873-4111 FAX 048-873-5451
委員	崎 原 宏	永寿総合病院 名誉理事長 〒110-8645 東京都台東区東上野2-23-16 TEL 03-3833-8381 FAX 03-3831-9488
委員	佐 合 茂 樹	木沢記念病院 病院長補佐 〒505-8503 岐阜県美濃加茂市古井町下古井590 TEL 0574-25-2181 FAX 0574-26-2181
委員	坂 卷 壽	がん・感染症センター都立駒込病院 院長 〒113-8677 東京都文京区本駒込3-18-22 TEL 03-3823-2101 FAX 03-3823-5433
委員	濱 崎 允	済生会山形済生病院 院長 〒990-8545 山形市沖町79-1 TEL 023-682-1111 FAX 023-682-0123
事務局	富 岡 孝	一般社団法人日本病院会 学術部 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3238-6789

21. インターネット委員会

(担当副会長:大道道大)

区 分	氏名	施 設 名 住所/TEL・FAX
委員長	武 田 隆 久	武田総合病院 理事長 〒601-1495 京都市伏見区石田森南町28-1 TEL 075-572-6331 FAX 075-571-8877
副委員長	中 村 洋 一	茨城県立医療大学 保健医療学部 教授 〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町阿見4669-2 TEL 0294-840-2140 FAX 029-840-2240
委員	神 野 正 博	恵寿総合病院 理事長 〒926-8605 石川県七尾市富岡町94 TEL 0767-52-3211 FAX 0767-52-7483
委員	坂 卷 壽	がん・感染症センター都立駒込病院 院長 〒113-8677 東京都文京区本駒込3-18-22 TEL 03-3823-2101 FAX 03-3823-5433
委員	浜 田 正 行	鈴鹿中央総合病院 院長 〒513-8630 三重県鈴鹿市安塚町山之花1275-53 TEL 059-382-1311 FAX 059-384-1033
委員	山 田 恒 夫	財団法人 医療情報システム開発センター 研究開発部 首席研究員 〒113-0024 東京都文京区西片1-17-8 KSビル3階 TEL 03-5805-8203 FAX 03-5805-8211
事務局	大 内 全	一般社団法人日本病院会 学術研修課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3238-6789

22. ホスピタルショウ委員会

(担当副会長:高橋正彦)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	大道久	社会保険横浜中央病院 院長 〒231-0023 神奈川県横浜市中区下町268 TEL 045-641-1921 FAX 045-671-9872
副委員長	有賀徹	昭和大学病院 院長 〒142-8666 東京都品川区旗の台1-5-8 TEL 03-3784-8744 FAX 03-3784-6880
委員	梅里良正	日本大学医学部 社会医学講座医療管理学分野 准教授 〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30-1 TEL 03-3972-8111 FAX 03-5964-7036
委員	本田麻由美	読売新聞東京本社 編集局社会保障部 記者 〒100-8055 東京都千代田区大手町1-7-1 TEL 03-3217-1714 FAX 03-3217-1785
委員	箭内吉之	一般社団法人 日本経営協会 産業公共本部長 〒151-8538 東京都渋谷区千駄ヶ谷3-11-8 TEL 03-3403-1333 FAX 03-3403-5716
委員	山元恵子	富山福祉短期大学 看護学科 小児看護担当 教授 〒939-0341 富山県射水市三ヶ579 TEL 0766-55-5567 FAX 0766-55-5568
委員	渡辺明良	聖路加国際病院 事業管理部 財務経理課マネージャ 〒104-8560 東京都中央区明石町9-1 TEL 03-5550-7063 FAX 03-5550-6000
事務局	大内全	一般社団法人日本病院会 学術研修課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3238-6789

VII. 総務に関わる委員会

23. 倫理委員会

(担当副会長:梶原 優)

区 分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	松本 純夫	東京医療センター 院長 〒152-8902 東京都目黒区東が丘2-5-1 TEL 03-3411-0111 FAX 03-3410-1860
副委員長	佐藤 眞杉	佐藤病院 理事長 〒573-1124 大阪府枚方市養父東町65-1 TEL 072-864-1811 FAX 072-868-3844
委員	北島 政樹	国際医療福祉大学 学長 〒108-8329 東京都港区三田1-4-3 TEL 03-3451-8121 FAX 03-5765-0582
委員	高久 史磨	日本医学会 会長 〒113-8621 文京区本駒込2-28-16 日本医師会館内 TEL 03-3946-2121 FAX 03-3942-6517
委員	寺野 彰	獨協医科大学 理事長 〒321-0293 栃木県下都賀郡壬生町北小林880 TEL 0282-86-1111 FAX 0282-86-5678
委員	福井 次矢	聖路加国際病院 院長 〒104-8560 東京都中央区明石町9-1 TEL 03-3541-5151 FAX 03-3544-0774
委員	森岡 恭彦	日本赤十字社医療センター 名誉院長
事務局	鈴木 久之	一般社団法人日本病院会 総務部 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3230-2898

24. 国際委員会

(担当副会長:梶原 優)

区 分	氏名	施 設 名 住所／TEL・FAX
委員長	福井次矢	聖路加国際病院 院長 〒104-8560 東京都中央区明石町9-1 TEL 03-3541-5151 FAX 03-3544-0774
副委員長	土谷晋一郎	土谷総合病院 理事長 〒730-8655 広島市中区中島町3-30 TEL 082-243-9181 FAX 082-243-9201
委員	木村壯介	国立国際医療研究センター病院 院長 〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1 TEL 03-3202-7181 FAX 03-5273-0113
委員	富田博樹	日本赤十字社 事業局長兼幹部看護師研修センター所長 〒105-8521 港区芝大門1-1-3 TEL 03-3437-7500 FAX 03-3438-1339
委員	原 義 人	青梅市立総合病院 事業管理者・院長 〒198-0042 東京都青梅市東青梅4-16-5 TEL 0428-22-3191 FAX 0428-24-5126
事務局	大内 全	一般社団法人日本病院会 学術研修課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3238-6789

25. 認定個人情報保護団体 審査委員会

(担当副会長:梶原 優)

区 分	氏名	施 設 名 住所/TEL・FAX
委員長	梶 原 宏	永寿総合病院 名誉理事長 〒110-8645 東京都台東区東上野2-23-16 TEL 03-3833-8381 FAX 03-3831-9488
委員	中 佳 一	東名厚木病院 理事長 〒243-8571 神奈川県厚木市船子232 TEL 046-229-1771 FAX 046-228-0396
委員	堀 内 行 雄	川崎市立川崎病院 院長 〒210-0013 川崎市川崎区新川通12-1 TEL 044-233-5521 FAX 044-245-9600
委員	青 木 一 男	青木・関根・田中法律事務所 弁護士 〒105-0004 港区新橋2-12-1 ランディック第3新橋ビル8F TEL 03-3580-2131 FAX 03-3580-2132
事務局	鈴 木 久 之	一般社団法人日本病院会 総務部 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3230-2898

26. 災害対策特別委員会

(担当副会長:今泉暢登志)

区 分	氏名	施 設 名 住所/TEL・FAX
委員長	塩谷泰一	高松市病院局 病院事業管理者 〒760-8571 高松市番町1-8-15 TEL 087-839-2694 FAX 087-839-2697
委員	木村壯介	国立国際医療研究センター病院 院長 〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1 TEL 03-3202-7181 FAX 03-5273-0113
委員	崎原宏	永寿総合病院 名誉理事長 〒110-8645 東京都台東区東上野2-23-16 TEL 03-3833-8381 FAX 03-3831-9488
委員	中島豊爾	岡山県精神科医療センター 理事長 〒700-0915 岡山市北区鹿田本町3-16 TEL 086-225-3821 FAX 086-225-3834
委員	土井章弘	岡山旭東病院 院長 〒703-8265 岡山市中区倉田567-1 TEL 086-276-3231 FAX 086-274-1028
委員	山田實紘	木沢記念病院 理事長 〒505-8503 岐阜県美濃加茂市古井町下古井590 TEL 0574-25-2181 FAX 0574-26-2181
アドバイザー	金田巖	石巻赤十字病院 院長 〒986-8522 石巻市蛇田字西道下71番地 TEL 0225-21-7220 FAX 0225-95-9331
アドバイザー	佐々木崇	岩手県立中央病院 名誉院長
アドバイザー	前原和平	白河厚生総合病院 院長 〒961-0005 福島県白河市豊地上弥次郎2-1 TEL 0248-22-2211 FAX 0248-22-2218
事務局	福田隆	一般社団法人日本病院会 事務局長 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3230-2898

Ⅷ. 診療情報に関わる委員会

27. 診療情報管理士教育委員会

(担当副会長:大道道大)

区 分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	武田 隆久	武田総合病院 理事長 〒601-1495 京都市伏見区石田森南町28-1 TEL 075-572-6331 FAX 075-571-8877
委員	阿南 誠	国立病院機構九州医療センター 医療情報管理センター 実務統括管理者 〒810-8563 福岡県福岡市中央区地行浜1-8-1 TEL 092-852-0700 FAX 092-847-8802
委員	大塚 秋二郎	宇都宮リハビリテーション病院 総院長 〒321-0982 栃木県宇都宮市御幸ヶ原町43-2 TEL 028-662-6789 FAX 028-660-1041
委員	鎌倉 由香	昭和大学病院 診療録管理室 主任 〒142-8666 東京都品川区旗の台1-5-8 TEL 03-3784-8319 FAX 03-3784-8768
委員	須貝 和則	国立国際医療研究センター 財務経理課 医事室専門職 診療情報管理士 〒162-0052 東京都新宿区戸山1-21-1 TEL 03-3202-7181 FAX 03-3207-1038
委員	鈴木 莊太郎	藤沢市保健医療センター 顧問
委員	三木 幸一郎	北九州市立医療センター 内科主任部長 〒802-0077 福岡県北九州市小倉北区馬借2-1-1 TEL 093-541-1831 FAX 093-541-1831
委員	吉田 博	姫野病院 名誉院長 〒834-0115 福岡県八女郡広川町新代 2316 TEL 0943-32-3611 FAX 0943-32-3620
特別委員	遠藤 弘良	東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学講座 主任教授 〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1
特別委員	大井 利夫	上都賀総合病院 名誉院長 〒322-8550 栃木県鹿沼市下田町1-1033 TEL 0289-64-2161 FAX 0289-63-6076 <i>Email:</i>
事務局	西川 幸一	一般社団法人日本病院会 通信教育課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-1281 FAX 03-3265-1282

27-(2). 基礎課程小委員会

(担当副会長:大道道大)

区 分	氏名	施 設 名 住所/TEL・FAX
委員長	大塚 秋二郎	宇都宮リハビリテーション病院 院長 〒321-0982 栃木県宇都宮市御幸ヶ原町43-2 TEL 028-662-6789 FAX 028-660-1041
委員	川合 省三	さくら会病院 副院長 〒589-0011 大阪府大阪狭山市半田5-2610-1 TEL 072-366-5757 FAX 072-367-2808
委員	岸 真司	名古屋第二赤十字病院 第二小児科部長 〒466-8650 愛知県名古屋市昭和区妙見町2-9 TEL 052-832-1121 FAX 052-832-1130
委員	鈴木 莊太郎	藤沢市保健医療センター 顧問
委員	高橋 長裕	千葉市青葉看護専門学校 校長 〒260-0852 千葉県千葉市中央区青葉町1273-2 TEL 043-202-2030 FAX 043-202-2505
委員	仲田 裕行	介護老人保健施設ケーアイ 施設長 〒569-1051 大阪府高槻市大字原112 TEL 072-687-0103 FAX 072-687-3011
委員	宮内 文久	愛媛労災病院 院長代理 〒792-8550 愛媛県新居浜市南小松原町13-27 TEL 0897-33-6191 FAX 0897-33-6169
事務局	伊東 実穂	一般社団法人日本病院会 通信教育課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-1281 FAX 03-3265-1282

27-(3). 専門課程小委員会

(担当副会長:大道道大)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	三木幸一郎	北九州市立医療センター 内科主任部長 〒802-0077 福岡県北九州市小倉北区馬借2-1-1 TEL 093-541-1831 FAX 093-541-1831
委員	阿南 誠	国立病院機構九州医療センター 医療情報管理センター 実務統括管理者 〒810-8563 福岡県福岡市中央区地行浜1-8-1 TEL 092-852-0700 FAX 092-847-8802
委員	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 准教授 〒641-8509 和歌山県和歌山市紀三井寺811-1 TEL 073-441-0663 FAX 073-441-0663
委員	枝光 尚美	大阪府立母子保健総合医療センター 企画調査部 診療情報管理室 室長 〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840 TEL 0725-56-1220 (内2123) FAX 0725-56-5682
委員	佐藤 正子	KKR札幌医療センター 診療情報管理室 室長 〒062-0931 北海道札幌市豊平区平岸1条6丁目3-40 TEL 011-822-1811 FAX 011-832-3218
委員	高橋 勇二	浜松市リハビリテーション病院 副院長 〒433-8511 静岡県浜松市中区和合町1327-1 TEL 053-471-8331 FAX 053-474-8819
委員	八幡 勝也	住田病院 副院長 〒808-0122 福岡県北九州市若松区大字蛸住1435 TEL 093-741-1301 FAX 093-741-6277
委員	渡邊 一平	広島国際大学 医療経営学部 医療経営学科 教授 〒730-0016 広島県広島市中区熾町1-5 TEL 082-554-2069 FAX 082-211-5166
事務局	持田 耕子	一般社団法人日本病院会 通信教育課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階

27-(4). 分類小委員会

(担当副会長: 大道道大)

区 分	氏名	施 設 名 住所/TEL・FAX
委員長	鎌倉由香	昭和大学病院 診療録管理室 主任 〒142-8666 東京都品川区旗の台1-5-8 TEL 03-3784-8319 FAX 03-3784-8768
委員	鈴木庄太郎	藤沢市保健医療センター 顧問
委員	上田京子	(株)健康保険医療情報総合研究所 医療・保険情報調査研究企画部 シニアマネージャー
委員	河村保孝	焼津市立総合病院 医事課 診療情報管理担当 係長 〒425-8505 静岡県焼津市道原1000 TEL 054-623-3111 FAX 054-624-9103
委員	倉部直子	北海道情報大学 医療情報学科 准教授 〒069-8585 北海道江別市西野幌59-2 TEL 011-385-4411 (内128) FAX 011-384-0134
委員	小坂清美	専門学校 大阪医専 教務部診療情報管理学科 教官
委員	松浦はるみ	公立玉名中央病院 診療情報管理室 〒865-0064 熊本県玉名市中1950 TEL 0968-73-5000 FAX 0968-73-2867
作問オブ ザーバー	戸次弑子	麻生医療福祉専門学校 非常勤講師
作問オブ ザーバー	難波淳子	東京医療保健大学 医療情報学科 非常勤講師
事務局	伊東実穂	一般社団法人日本病院会 通信教育課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-1281 FAX 03-3265-1282

27-(5). DPCコース小委員会

(担当副会長:大道道大)

区分	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
委員長	阿南 誠	国立病院機構九州医療センター 医療情報管理センター 実務統括管理者 〒810-8563 福岡県福岡市中央区地行浜1-8-1 TEL 092-852-0700 FAX 092-847-8802
委員	秋岡美登恵	国立病院機構九州医療センター 医療情報管理センター 診療情報管理室長 〒810-8563 福岡県福岡市中央区地行浜1-8-1 TEL 092-852-0700 (内1019) FAX 092-833-6807
委員	桑原 一 彰	九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 准教授 〒812-8582 福岡県福岡市東区馬出3-1-1 TEL 092-642-6956 FAX 092-642-6961
委員	伏見 清 秀	東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 医療政策情報学分野 教授 〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45 TEL 03-5803-4025 FAX 03-5803-0357
委員	松田 晋 哉	産業医科大学 公衆衛生学教室 教授 〒807-8555 福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1 TEL 093-691-7244 FAX 093-603-4307
委員	吉 田 博	姫野病院 名誉院長 〒 834-0115 福岡県八女郡広川町新代 2316 TEL 0943-32-3611 FAX 0943-32-3620
事務局	滝澤 直 繁	一般社団法人日本病院会 通信教育課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-1281 FAX 03-3265-1282

27-(6). 医師事務作業補助者コース小委員会

(担当副会長: 大道道大)

区 分	氏名	施 設 名 住所/TEL・FAX
委員長	須 貝 和 則	国立国際医療研究センター 医事室専門職 診療情報管理士指導者 〒162-0052 東京都新宿区戸山1-21-1 TEL 03-3202-7181 FAX 03-3207-1038
委員	大 槻 憲 吾	相澤病院 がん集学治療センター がん登録・統計調査課 課長 〒390-8510 長野県松本市本庄2-5-1 TEL 0263-33-8600 FAX 0263-32-6763
委員	佐 合 茂 樹	木沢記念病院 事務長 〒505-8503 岐阜県美濃加茂市古井町下古井590 TEL 0574-25-2181 FAX 0574-26-2181
委員	高 橋 勇 二	浜松市リハビリテーション病院 副院長兼リハビリテーション科部長 〒433-8511 静岡県浜松市中区和合町1327-1 TEL 053-471-8331 FAX 053-474-8819
委員	中 山 和 則	筑波メディカルセンター病院 事務部長 〒305-8558 茨城県つくば市天久保1-3-1 TEL 029-851-3511 FAX 029-858-2773
事務局	滝 澤 直 繁	一般社団法人日本病院会 通信教育課 〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-1281 FAX 03-3265-1282

四病院団体協議会各団体の会長

役 職	氏 名	施設名 住所/TEL・FAX
日本病院会 会 長	堺 常 雄	総合病院聖隷浜松病院 〒430-8558 静岡県浜松市中区住吉2-12-12 TEL 053-474-2222 FAX 053-475-7596
全日本病院協会 会 長	西澤 寛 俊	西岡病院 〒062-0034 北海道札幌市豊平区西岡4条4-1-52 TEL 011-853-8322 FAX 011-854-2577
日本医療法人協会 会 長	日野 頌 三	医療法人 頌徳会 〒599-8123 大阪府堺市東区北野田636 TEL 0722-35-5800 FAX 0722-37-8908
日本精神科病院協会 会 長	山崎 學	サンピエール病院 〒370-0857 群馬県高崎市上佐野町786-7 TEL 027-347-1177 FAX 027-347-2850

< 事 務 局 >

日本病院会	〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3230-2898 http://www.hospital.or.jp
全日本病院協会	〒101-8378 東京都千代田区三崎町3-7-12 TEL 03-3234-5165 FAX 03-3234-5206 http://www.ajha.or.jp
日本医療法人協会	〒102-0071 東京都千代田区富士見2-6-12 TEL 03-3234-2438 FAX 03-3234-2507 http://www.ajhc.or.jp
日本精神科病院協会	〒108-8554 東京都港区芝浦3-15-14 TEL 03-5232-3311 FAX 03-5232-3309 http://www.nisseikyo.or.jp

総合部会

役職	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
日本病院会 会長	堺 常雄	総合病院聖隷浜松病院 〒430-8558 静岡県浜松市中区住吉2-12-12 TEL 053-474-2222 FAX 053-475-7596
日本病院会 副会長	今泉 暢登志	福岡赤十字病院 〒815-8555 福岡県福岡市南区大楠3-1-1 TEL 092-521-1211 FAX 092-522-3066
日本病院会 副会長	高橋 正彦	茨城西南医療センター病院 〒306-0433 茨城県猿島郡境町2190 TEL 0280-33-7300 FAX 0280-33-7341
日本病院会 副会長	末 永裕之	小牧市民病院 〒485-8520 愛知県小牧市常普請1-20 TEL 0568-76-4131 FAX 0568-76-4145
日本病院会 副会長	相澤 孝夫	相澤病院 〒390-8510 長野県松本市本庄2-5-1 TEL 0263-33-8600 FAX 0263-32-6763
日本病院会 副会長	梶原 優	板倉病院 〒273-0005 千葉県船橋市本町2-10-1 TEL 047-431-2662 FAX 047-432-3882
日本病院会 副会長	大道 道大	森之宮病院 〒536-0025 大阪府大阪市城東区森之宮2-1-88 TEL 06-6969-0111 FAX 06-6969-8001
全日本病院協会 会長	西澤 寛俊	西岡病院 〒062-0034 北海道札幌市豊平区西岡4条4-1-52 TEL 011-853-8322 FAX 011-854-2577
全日本病院協会 副会長	安藤 高朗	永生病院 〒193-0942 東京都八王子市栢田町583-15 TEL 0426-61-4108 FAX 0426-61-1331
全日本病院協会 副会長	猪口 雄二	寿康会病院 〒136-0073 東京都江東区北砂2-1-22 TEL 03-3645-9151 FAX 03-3646-1295
全日本病院協会 副会長	神野 正博	恵寿総合病院 〒926-8605 石川県七尾市富岡町94 TEL 0767-52-3211 FAX 0767-52-7483
日本医療法人協会 会長	日野 頌三	医療法人 頌徳会 〒599-8123 大阪府堺市東区北野田636 TEL 0722-35-5800 FAX 0722-37-8908
日本医療法人協会 副会長	須藤 祐司	嬉泉病院 〒125-0041 東京都葛飾区東金町1-35-8 TEL 03-3600-9007 FAX 03-3600-9010
日本医療法人協会 副会長	加納 繁照	加納総合病院 〒531-0041 大阪府大阪市北区天神橋7-5-15 TEL 06-6351-5381 FAX 06-6351-2667
日本医療法人協会 副会長	関 健	城西病院 〒390-8648 長野県松本市城西1-5-16 TEL 0263-33-6400 FAX 0263-33-9920
日本医療法人協会 副会長	鈴木 邦彦	志村大宮病院 〒319-2261 茨城県常陸大宮市上町313 TEL 0295-53-1111 FAX 0295-52-5315
日本医療法人協会 副会長	伊藤 伸一	総合大雄会病院 〒491-0036 愛知県一宮市桜1-9-9 TEL 0586-72-1211 FAX 0586-71-0017
日本医療法人協会 副会長	菅間 博	菅間記念病院 〒325-0046 栃木県那須塩原市大黒町2-5 TEL 0287-62-0733 FAX 0287-63-9357
日本精神科病院協会 会長	山崎 學	サンピエール病院 〒370-0857 群馬県高崎市上佐野町786-7 TEL 027-347-1177 FAX 027-347-2850
日本精神科病院協会 副会長	河崎 建人	水間病院 〒597-0104 大阪府貝塚市水間51 TEL 072-446-1102 FAX 072-446-5451
日本精神科病院協会 副会長	長瀬 輝誼	高月病院 〒192-0005 東京都八王子市宮下町178 TEL 042-691-1131 FAX 042-691-1717
日本精神科病院協会 副会長	富松 愈	三池病院 〒837-0921 福岡県大牟田市大字三池855 TEL 0944-53-4852 FAX 0944-53-0117
日本精神科病院協会 副会長	松田 ひろし	柏崎厚生病院 〒945-1392 新潟県柏崎市大字茨目字二ツ池2071-1 TEL 0257-22-0111 FAX 0257-22-0112

総務委員会

役職	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
日本病院会 副会長	末永裕之	小牧市民病院 〒485-8520 愛知県小牧市常普請1-20 TEL 0568-76-4131 FAX 0568-76-4145
日本病院会 副会長	梶原優	板倉病院 〒273-0005 千葉県船橋市本町2-10-1 TEL 047-431-2662 FAX 047-432-3882
全日本病院協会 副会長	安藤高朗	永生病院 〒193-0942 東京都八王子市櫛田町583-15 TEL 0426-61-4108 FAX 0426-61-1331
全日本病院協会 副会長	神野正博	恵寿総合病院 〒926-8605 石川県七尾市富岡町94 TEL 0767-52-3211 FAX 0767-52-7483
日本医療法人協会 副会長	加納繁照	加納総合病院 〒531-0041 大阪府大阪市北区天神橋7-5-15 TEL 06-6351-5381 FAX 06-6351-2667
日本医療法人協会 副会長	伊藤伸一	総合大雄会病院 〒491-0036 愛知県一宮市桜1-9-9 TEL 0586-72-1211 FAX 0586-71-0017
日本精神科病院協会 副会長	長瀬輝誼	高月病院 〒192-0005 東京都八王子市宮下町178 TEL 042-691-1131 FAX 042-691-1717

医療保険・診療報酬委員会

役 職	氏 名	施設名 住所/TEL・FAX
日本病院会 副会長	相澤孝夫	相澤病院 〒390-8510 長野県松本市本庄2-5-1 TEL 0263-33-8600 FAX 0263-32-6763
日本病院会 常任理事	生野弘道	守口生野記念病院 〒570-0002 大阪府守口市佐太中町6-17-33 TEL 06-6906-1100 FAX 06-6902-9021
日本病院会 常任理事	中井 修	九段坂病院 〒102-0074 東京都千代田区九段南2-1-39 TEL 03-3262-9191 FAX 03-3264-5397
全日本病院協会 副会長	※ 猪口雄二	寿康会病院 〒136-0073 東京都江東区北砂2-1-22 TEL 03-3645-9151 FAX 03-3646-1295
全日本病院協会 理 事	鉾之原大助	市比野記念病院 〒895-1203 鹿児島県薩摩郡樋脇町市比野3079 TEL 0996-38-1200 FAX 0996-38-0715
全日本病院協会 医療保険・診療報酬 委員会委員	山本 登	菊名記念病院 〒222-0011 神奈川県横浜市港北区菊名4-4-27 TEL 045-402-7111 FAX 045-432-2742
日本医療法人協会 副会長	関 健	城西病院 〒390-8648 長野県松本市城西1-5-16 TEL 0263-33-6400 FAX 0263-33-9920
日本医療法人協会 常務理事	金澤知徳	青磁野リハビリテーション病院 〒860-0073 熊本県熊本市西区島崎2-22-15 TEL 075-572-6331 FAX 075-571-8877
日本医療法人協会 医療・介護保険部会員	土谷晋一郎	土谷総合病院 〒730-8655 広島県広島市中区中島町3-30 TEL 082-243-9191 FAX 082-504-1353
日本精神科病院協会 副会長	河崎建人	水間病院 〒597-0104 大阪府貝塚市水間51 TEL 072-446-1102 FAX 072-446-5451
日本精神科病院協会 副会長	長瀬輝 誼	高月病院 〒192-0005 東京都八王子市宮下町178 TEL 042-691-1131 FAX 042-691-1717
日本精神科病院協会 常務理事	菅野 隆	東武中央病院 〒351-0114 埼玉県和光市本町28-1 TEL 048-464-6211 FAX 048-463-8680
日本精神科病院協会 理 事	平川 淳一	平川病院 〒192-0152 東京都八王子市美山町1076 TEL 042-651-3131 FAX 0426-51-3133

※委員長

医業経営・税制委員会

役職	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
日本病院会 副会長	梶原 優	板倉病院 〒273-0005 千葉県船橋市本町2-10-1 TEL 047-431-2662 FAX 047-432-3882
日本病院会 常任理事	安藤文英	西福岡病院 〒819-8555 福岡県福岡市西区生の松原3-18-8 TEL 092-881-1331 FAX 092-881-1333
日本病院会 理事	崎原 宏	永寿総合病院 〒110-8645 東京都台東区東上野2-23-16 TEL 03-3833-8381 FAX 03-3831-9488
全日本病院協会 副会長	猪口雄二	寿康会病院 〒136-0073 東京都江東区北砂2-1-22 TEL 03-3645-9151 FAX 03-3646-1295
全日本病院協会 常任理事	中村康彦	上尾中央総合病院 〒362-8588 埼玉県上尾市柏座1-10-10 TEL 048-773-1111 FAX 048-773-7122
全日本病院協会 医療制度・税制委員会 副委員長	今村英仁	今村病院 〒892-0822 鹿児島県鹿児島市泉町1-15 TEL 099-222-1644 FAX 099-223-2444
日本精神科病院協会 常務理事	南 良武	木島病院 〒597-0044 大阪府貝塚市森892 TEL 072-446-2158 FAX 072-447-0600
日本精神科病院協会 理事	松下兼介	福山病院 〒899-4501 鹿児島県霧島市福山町福山771 TEL 0995-55-2221 FAX 0995-55-3445
日本精神科病院協会 病院経営管理委員会 委員	塚本 一	吉祥寺病院 〒182-0011 東京都調布市深大寺北町4-17-1 TEL 0424-82-9151 FAX 0424-82-8260
日本医療法人協会 副会長	※ 伊藤伸一	総合大雄会病院 〒491-0036 愛知県一宮市桜1-9-9 TEL 0586-72-1211 FAX 0586-71-0017
日本医療法人協会 常務理事	小田原良治	小田原病院 〒892-0844 鹿児島県鹿児島市山之口町8-1 TEL 0992-23-7531 FAX 0992-23-9694
日本医療法人協会 常務理事	小森直之	なぎ辻病院 〒607-8163 京都府京都市山科区柳辻東潰5-1 TEL 075-591-1131 FAX 075-581-3169

※委員長

厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会

役 職	氏 名	施設名 住所/TEL・FAX
日本病院会 副会長	梶原 優	板倉病院 〒273-0005 千葉県船橋市本町2-10-1 TEL 047-431-2662 FAX 047-432-3882
全日本病院協会 副会長	安藤 高朗	永生病院 〒193-0942 東京都八王子市櫛田町583-15 TEL 0426-61-4108 FAX 0426-61-1331
日本医療法人協会 副会長	鈴木 邦彦	志村大宮病院 〒319-2261 茨城県常陸大宮市上町313 TEL 0295-53-1111 FAX 0295-52-5315
日本精神科病院協会 副会長	山崎 學	サンピエール病院 〒370-0857 群馬県高崎市上佐野町786-7 TEL 027-347-1177 FAX 027-347-2850
日本精神科病院協会 常務理事	千葉 潜	青南病院 〒039-1104 青森県八戸市大字田面木字赤坂16-3 TEL 0178-27-2016 FAX 0178-70-1036

メディカルスクール検討委員会

役 職	氏 名	施設名 住所/TEL・FAX
日本病院会 会 長	堀 常 雄	総合病院聖隷浜松病院 〒430-8558 静岡県浜松市住吉2-12-12 TEL 053-474-2228 FAX 053-475-7596
日本病院会 常任理事	福井次矢	聖路加国際病院 〒104-8560 東京都中央区明石町9-1 TEL 03-3541-5151 FAX 03-3544-0774
全日本病院協会 会 長	西澤寛俊	西岡病院 〒062-0034 北海道札幌市豊平区西岡4条4-1-52 TEL 011-853-8322 FAX 011-854-2577
日本医療法人協会 副会長	伊藤伸一	総合大雄会病院 〒491-0036 愛知県一宮市桜1-9-9 TEL 0586-72-1211 FAX 0586-71-0017
日本精神科病院協会 会 長	山崎 學	サンピエール病院 〒370-0857 群馬県高崎市上佐野町786-7 TEL 027-347-1177 FAX 027-347-2850
センター長	中田 力	新潟大学 脳研究所・統合脳機能研究センター 〒951-8585 新潟市旭町通1-757 TEL 025-227-0683 FAX 025-227-0822
院長補佐	本田 宏	済生会栗橋病院 〒349-1105 埼玉県北葛飾郡栗橋町五反田714-6 TEL 0480-52-3611 FAX 0480-52-0954

医療安全対策委員会

役職	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
日本病院会 副会長	高橋正彦	茨城西南医療センター病院 〒306-0433 茨城県猿島郡境町2190 TEL 0280-87-8111 FAX 0280-86-7702
日本病院会 常任理事	木村壮介	国立国際医療研究センター病院 〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1 TEL 03-3202-7181 FAX 03-5273-0113
全日本病院協会 副会長	※ 神野正博	恵寿総合病院 〒926-8605 石川県七尾市富岡町94 TEL 0767-52-3211 FAX 0767-52-7483
全日本病院協会 常任理事	飯田修平	練馬総合病院 〒176-0005 東京都練馬区旭丘2-41-1 TEL 03-5988-2200 FAX 03-5988-2250
全日本病院協会 常任理事	徳田禎久	禎心会病院 〒007-0844 北海道札幌市東区北44条東8-1-6 TEL 011-712-1131 FAX 011-751-0239
日本医療法人協会 副会長	加納繁照	加納総合病院 〒531-0041 大阪府大阪市北区天神橋7-5-15 TEL 06-6351-5381 FAX 06-6351-0719
日本医療法人協会 副会長	伊藤伸一	総合大雄会病院 〒491-0036 愛知県一宮市桜1-9-9 TEL 0586-72-1211 FAX 0586-71-0017
日本医療法人協会 常務理事	小田原良治	小田原病院 〒892-0844 鹿児島県鹿児島市山之口町8-1 TEL 0992-23-7531 FAX 0992-23-9694
日本精神科病院協会 常務理事	高宮眞樹	高宮病院 〒880-0841 宮崎県宮崎市吉村町大町甲1931 TEL 0985-24-5678 FAX 0985-22-1571
日本精神科病院協会 理事	佐藤譲二	総武病院 〒273-8540 千葉県船橋市市場3-3-1 TEL 047-422-2171 FAX 047-424-3125
日本精神科病院協会 医療関連死調査委員会 検討部会部会長	松尾典夫	松尾病院 〒800-0252 福岡県北九州市小倉南区葛原高松1-2-30 TEL 093-471-7721 FAX 093-471-7878

※委員長

二次救急に関する検討委員会

役 職	氏 名	施設名 住所/TEL・FAX
日本病院会 副会長	高橋正彦	茨城西南医療センター病院 〒306-0433 茨城県猿島郡境町2190 TEL 0280-87-8111 FAX 0280-86-7702
日本病院会 理事	前原和平	白河厚生総合病院 〒961-0907 福島県白河市横町114 TEL 0248-22-2211 FAX 0248-22-2218
全日本病院協会 常任理事	石原 哲	白鬚橋病院 〒131-0032 東京都墨田区東向島4-2-10 TEL 03-3611-6363 FAX 03-3611-6330
全日本病院協会 常任理事	猪口正孝	平成立石病院 〒124-0012 東京都葛飾区立石5-1-9 TEL 03-3692-2121 FAX 03-3692-2663
日本医療法人協会 副会長	※ 加納繁照	加納総合病院 〒531-0041 大阪府大阪市北区天神橋7-5-15 TEL 06-6351-5381 FAX 06-6351-2667
日本医療法人協会 副会長	伊藤伸一	総合大雄会病院 〒491-0036 愛知県一宮市桜1-9-9 TEL 0586-72-1211 FAX 0586-71-0017
日本精神科病院協会 常務理事	南 良武	木島病院 〒597-0044 大阪府貝塚市森892 TEL 072-446-2158 FAX 072-447-0600
日本精神科病院協会 理事	平川淳一	平川病院 〒192-0152 東京都八王子市美山町1076 TEL 042-651-3131 FAX 0426-51-3133

在宅療養支援病院に関する委員会

役 職	氏 名	施設名 住所/TEL・FAX
日本病院会 副会長	※ 梶原 優	板倉病院 〒273-0005 千葉県船橋市本町2-10-1 TEL 047-431-2662 FAX 047-432-3882
日本病院会 常任理事	生野 弘道	守口生野記念病院 〒570-0002 大阪府守口市佐太中町6-17-33 TEL 06-6906-1100 FAX 06-6902-9060
全日本病院協会 常任理事	織田 正道	特定医療法人祐愛会 織田病院 〒849-1392 佐賀県鹿島市大字高津原4306 TEL 0954-63-3275 FAX 0954-62-4474
全日本病院協会	黒澤 一也	社会医療法人恵仁会 ころさわ病院 〒385-0051 長野県佐久市中込3-15-6 TEL 0267-64-1711 FAX 0267-64-1705
日本医療法人協会 副会長	鈴木 邦彦	志村大宮病院 〒319-2261 茨城県常陸大宮市上町313 TEL 0295-53-1111 FAX 0295-52-5315
日本医療法人協会 常務理事	佐能 量雄	光生病院 〒700-0985 岡山県岡山市北区厚生町3-8-35 TEL 086-222-6806 FAX 086-225-9506
日本精神科病院協会	田邊 英一	慈雲堂内科病院 〒177-0052 東京都練馬区関町南4-14-53 TEL 03-3928-6511 FAX 03-3928-6626
日本精神科病院協会	田代 芳郎	東京足立病院 〒121-0064 東京都足立区保木間5-23-20 TEL 03-3883-6331 FAX 03-3884-7036

※委員長

准看護師の生涯教育体制のあり方に関する連絡協議会

役職	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
日本医師会 常任理事	※ 藤川 謙二	日本医師会 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 TEL 03-3946-2121 FAX 03-3942-6498(秘書課直通)
日本病院会 副会長	末 永 裕之	小牧市民病院 〒485-8520 愛知県小牧市常普請1-20 TEL 0568-76-4131 FAX 0568-76-4145
全日本病院協会 常任理事	川 島 周	医療法人川島会 川島病院 〒770-0011 徳島県徳島市北佐古一番町1-39 TEL 088-631-0110 FAX 088-631-5500
日本医療法人協会 副会長	菅 間 博	菅間記念病院 〒325-0046 栃木県那須塩原市大黒町2-5 TEL 0287-62-0733 FAX 0287-63-9357
日本精神科病院協会 会長	山 崎 學	サンピエール病院 〒370-0857 群馬県高崎市上佐野町786-7 TEL 027-347-1177 FAX 027-347-2850
日本精神科病院協会 常務理事	林 道彦	朝倉記念病院 〒838-0825 福岡県朝倉郡筑前町大久保500 TEL 0946-22-1011 FAX 0946-24-6446

医療制度委員会

役職	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
日本病院会 副会長	※ 高橋正彦	茨城西南医療センター病院 〒306-0433 茨城県猿島郡境町2190 TEL 092-521-1211 FAX 092-522-3066
日本病院会 副会長	末永裕之	小牧市民病院 〒485-8520 小牧市常普請1-20 TEL 0568-76-4131 FAX 0568-76-4145
日本病院会 副会長	相澤孝夫	相澤病院 〒390-8510 長野県松本市本庄2-5-1 TEL 0263-33-8600 FAX 0263-32-6763
全日本病院協会 副会長	神野正博	社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 〒926-8605 石川県七尾市富岡町94 TEL 0767-52-3211 FAX 0767-52-7483
全日本病院協会 常任理事	飯田修平	公益財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院 〒176-8530 東京都練馬区旭丘1-24-1 TEL 03-5988-2200 FAX 03-5988-2250
全日本病院協会 常任理事	徳田禎久	社会医療法人 禎心会病院 〒007-0844 北海道札幌市東区北44条東8-1-6 TEL 011-712-1131 FAX 011-751-0239
日本医療法人協会 副会長	加納繁照	加納総合病院 〒531-0041 大阪府大阪市北区天神橋7-5-15 TEL 06-6351-5381 FAX 06-6351-0719
日本医療法人協会 常務理事	小森直之	なぎ辻病院 〒607-8163 京都府京都市山科区柳辻東潰5-1 TEL 075-591-1131 FAX 075-581-3169
日本医療法人協会 常務理事	馬場武彦	馬場記念病院 〒592-8341 大阪府堺市西区寺船尾町東4-244 TEL 072-265-5558 FAX 072-265-6663
日本精神科病院協会 副会長	河崎建人	水間病院 〒597-0104 大阪府貝塚市水間51 TEL:072-446-1102 FAX:072-446-5451
日本精神科病院協会 常務理事	千葉潜	青南病院 〒039-1104 青森県八戸市大字田面木字赤坂16-3 TEL:0178-27-2016 FAX:0178-70-1036
日本精神科病院協会 政策委員会委員長	櫻木章司	桜木病院 〒779-3620 徳島県美馬市木ノ内3763 TEL:0883-52-2583 FAX:0883-52-0204

看護管理者意見交換会

役 職	氏 名	施設名 住所/TEL・FAX
日本病院会 副会長	相澤孝夫	相澤病院 理事長 〒390-8510 長野県松本市本庄2-5-1 TEL 0263-33-8600 FAX 0263-32-6763
委員	勝原裕美子	聖隷浜松病院 副院長 兼 総看護部長 〒430-8558 静岡県浜松市住吉2-12-12 TEL 053-474-2229 FAX 053-474-2350
委員	鶴川とよ子	茨城西南医療センター病院 看護部長 〒306-0433 茨城県猿島郡境町2190 TEL 0280-87-8111 FAX 0280-86-7702
委員	林 順子	小牧市民病院 看護局長 〒485-8520 愛知県小牧市常普請1-20 TEL 0568-76-4131 FAX 0568-76-4145
委員	福岡幸代	森之宮病院 看護部長 〒536-0025 大阪市城東区森之宮2-1-88 TEL 06-6969-0111 FAX 06-6969-8001

日本病院団体協議会

代表者会議

団体名	代表者氏名	所在地/TEL・FAX	連絡先
国立大学附属病院長会議	常置委員会委員長 宮崎 勝	〒113-0033 東京都文京区本郷3-25-13 グランフォークスV本郷ビル7階 TEL 03-5684-1601 FAX 03-5684-1602	事務局 局長 兼 山 精 次
独立行政法人 国立病院機構	理 事 長 桐野 高明	〒152-8621 東京都目黒区東が丘2-5-21 TEL 03-5712-5050 FAX 03-5712-5081	医療部 医療課 医療企画専門職 道上 幸彦
一般社団法人 全国公私病院連盟	会 長 高橋 正彦	〒150-0001 東京都渋谷区神宮前2-6-1 食品衛生センター4階 TEL 03-3402-3891 FAX 03-3402-4389	事務局 局長 神田 重高
公益社団法人 全国自治体病院協議会	会 長 邊見 公雄	〒102-8556 東京都千代田区紀尾井町3-27 剛堂会館6階 TEL 03-3261-8555 FAX 03-3261-1845	事務局 局長 高橋 喜代志
社団法人 全日本病院協会	会 長 西澤 寛俊	〒101-8378 東京都千代田区三崎町3-7-12 清話会ビル7階 TEL 03-3234-5165 FAX 03-3237-9366	事務局 局長 浦川 新
社団法人 日本医療法人協会	会 長 日野 頌三	〒102-0071 東京都千代田区富士見2-6-12 AMビル3階 TEL 03-3234-2438 FAX 03-3234-2507	事務局 局長 清 賢二
一般社団法人 日本私立医科大学協会	病院部会担当 業務執行理事 小山 信彌	〒102-0073 東京都千代田区九段北4-2-25 私学会館別館1階 TEL 03-3234-6691 FAX 03-3234-0550	事務局 局長 小栗 典明
公益社団法人 日本精神科病院協会	会 長 山崎 學	〒108-8554 東京都港区芝浦3-15-14 TEL 03-5232-3311 FAX 03-5232-3309	事務局 局長 中山 拓治
一般社団法人 日本病院会	会 長 堺 常雄	〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル4階 TEL 03-3265-0077 FAX 03-3230-2898	事務局 顧問 山口 和英
○ 一般社団法人 日本慢性期医療協会	会 長 武久 洋三	〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シヤトレ市ヶ谷2階 TEL 03-3355-3120 FAX 03-3355-3122	事務局 局長 池端 幸彦
◎ 独立行政法人 労働者健康福祉機構	千葉労災病院 名誉院長 深尾 立	〒212-0013 神奈川県川崎市幸区堀川町580 ソリッドスクエア東館 TEL 044-556-9862 FAX 044-556-9917	医療事業部 調査役 中村 恭

(◎議長 ○副議長)

診療報酬実務者会議名簿

団体名	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
国立大学附属病院長会議	宮坂信之	東京医科歯科大学医学部附属病院 院長 〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45 TEL 03-5803-5600
国立大学附属病院長会議	小池創一	東京大学医学部附属病院 企画経営部 部長 〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1 TEL 03-5800-8716 FAX 03-5800-8765
独立行政法人 国立病院機構	梅田珠実	独立行政法人国立病院機構本部 医療部長 〒152-8621 東京都目黒区東が丘2-5-21 TEL 03-5712-5050 FAX 03-5712-5081
全国公私病院連盟 常務理事	○ 原澤 茂	済生会川口総合病院 院長 〒332-8558 埼玉県川口市西川口5-11-5 TEL 048-253-1551 FAX 048-256-5703
全国公私病院連盟 理事	加藤 誠	成田赤十字病院 院長 〒286-8523 千葉県成田市飯田町90-1 TEL 0476-22-2311 FAX 0476-22-6477
全国自治体病院協議会 常務理事	原 義人	青梅市立総合病院 院長 〒198-0042 東京都青梅市東青梅4-16-5 TEL 0428-22-3191
全国自治体病院協議会 参与	木村泰三	富士宮市立病院 名誉院長 〒418-0076 静岡県富士宮市錦町3-1 TEL 0544-27-3151
全日本病院協会 副会長	◎ 猪口雄二	寿康会病院 理事長 〒136-0073 東京都江東区北砂2-1-22 TEL 03-3645-9151
全日本病院協会 医療保険・診療報酬 委員会委員	山本 登	菊名記念病院 理事長 〒222-0011 神奈川県横浜市港北区菊名4-4-27 TEL 045-402-7111
日本医療法人協会 副会長	関 健	社会医療法人 城西医療財団 理事長・総長 〒390-8648 長野県松本市城西1-5-16 TEL 0263-33-6400 FAX 0263-33-9920
日本医療法人協会 医療・介護保険部会員	土谷晋一郎	特定医療法人あかね会 理事長 〒730-8655 広島県広島市中区中島町3-30 TEL 082-243-9181 FAX 082-243-9201

団 体 名	氏 名	施設名 住所/TEL・FAX
日本私立医科大学協会 病院部会担当 業務執行理事	小 山 信 彌	東邦大学医学部 特任教授 〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1 TEL 03-3762-4151
日本私立医科大学協会 医療事務研究会 代表世話校常任委員	田 島 契 司	埼玉医科大学総合医療センター 医務課長 〒350-8550 埼玉県川越市鴨田1981 TEL 049-228-3698 FAX 049-226-1567
日本精神科病院協会 常務理事	菅 野 隆	東武中央病院 理事長 〒351-0114 埼玉県和光市本町28-1 TEL 048-464-6211 FAX 048-463-8680
日本精神科病院協会 理事	平 川 淳 一	平川病院 院長 〒192-0152 東京都八王子市美山町1076 TEL 042-651-3131 FAX 042-651-3133
日本病院会 常任理事	石 井 暎 禧	社会医療法人財団石心会 理事長 〒212-0013 神奈川県川崎市幸区堀川町580 ソリッドスクエア東館4階 TEL 044-511-2266 FAX 044-540-1135
日本病院会 常任理事	中 井 修	九段坂病院 院長 〒102-0074 東京都千代田区九段南2-1-39 TEL 03-3262-9191 FAX 03-3264-5397
日本慢性期医療協会 常任理事	池 端 幸 彦	医療法人池慶会 池端病院 理事長 〒915-0861 福井県越前市今宿町8-1 TEL 0778-23-0150 FAX 0778-24-2363
日本慢性期医療協会 理事	伊 豆 敦 子	医療法人康生会 診療統括部長 〒598-0063 大阪府泉佐野市湊4-5-17 TEL 072-462-2851 FAX 072-462-1899
独立行政法人 労働者健康福祉機構	上 家 和 子	独立行政法人労働者健康福祉機構 産業保健、賃金援護担当理事 〒212-0013 神奈川県川崎市幸区堀川町580 ソリッドスクエア東館 TEL 044-556-9831
独立行政法人 労働者健康福祉機構	調 所 廣 之	関東労災病院 院長 〒211-8510 神奈川県川崎市中原区木月住吉町1丁目1番 TEL 044-411-3131 FAX 044-433-3150

(◎委員長 ○副委員長)

診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ

団体名	氏名	施設名 住所/TEL・FAX
国立大学附属病院長会議	岡本美孝	千葉大学医学部附属病院 副病院長 〒113-0033 東京都文京区本郷3-25-13 グランフォークスV本郷ビル7階 TEL 03-5684-1601 FAX 03-5684-1602
国立大学附属病院長会議	中島勸	東京大学医学部附属病院 救命救急センター長 〒113-0033 東京都文京区本郷3-25-13 グランフォークスV本郷ビル7階 TEL 03-5684-1601 FAX 03-5684-1602
独立行政法人 国立病院機構	吉住奈緒子	国立病院機構本部医療部医療課長 〒152-8621 東京都目黒区東が丘2-5-21 TEL 03-5712-5074 FAX 03-5712-5084
全国公私病院連盟 常務理事	原澤茂	済生会川口総合病院 院長 〒332-8558 埼玉県川口市西川口5-11-5 TEL 048-253-1551 FAX 048-256-5703
全国公私病院連盟 特別参与	渡邊古志郎	横浜市立市民病院 名誉院長 〒240-8555 神奈川県横浜市保土ヶ谷区岡沢町56 TEL 045-331-1961 FAX 045-332-5599
全国自治体病院協議会 常務理事	大濱紘三	広島県病院事業管理者 〒730-8511 広島県広島市中区基町10-52 TEL 082-228-2111 FAX 082-223-3573
全国自治体病院協議会 常務理事	神原啓文	地方独立行政法人静岡県立病院機構 理事長・静岡県立総合病院 院長 〒420-8527 静岡県静岡市葵区北安東4-27-1 TEL 054-247-6111 FAX 054-247-6140
全日本病院協会 副会長	◎ 神野正博	社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院 理事長 〒926-8605 石川県七尾市富岡町94 TEL 0767-52-3211 FAX 0767-52-7483
全日本病院協会 常任理事	飯田修平	公益財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院 理事長・院長 〒176-8530 東京都練馬区旭丘1-24-1 TEL 03-5988-2200 FAX 03-5988-2250
日本医療法人協会 副会長	伊藤伸一	社会医療法人大雄会 総合大雄会病院 理事長 〒491-8551 愛知県一宮市桜1-9-9 TEL 0586-72-1211 FAX 0586-71-0017
日本医療法人協会 常務理事	小田原良治	医療法人尚愛会 小田原病院 理事長 〒892-0844 鹿児島県鹿児島市山之口町8-1 TEL 099-223-7531 FAX 099-223-9694

団 体 名	氏 名	施設名 住所/TEL・FAX
日本私立医科大学協会 医療安全対策委員会 副委員長	落 合 和 徳	東京慈恵会医科大学附属病院 副院長・産婦人科学教授 〒105-8471 東京都港区西新橋3-19-18 TEL 03-3433-1111 FAX 03-5400-1258
日本私立医科大学協会 医療安全対策委員会委員 法務委員会委員	小 林 弘 幸	順天堂大学医学部附属順天堂医院 総合診療科・病院管理学 漢方医学先端臨床センター 教授 〒113-8431 東京都文京区本郷3-1-3 TEL 03-3813-3111 FAX 03-3814-8040
日本精神科病院協会 常務理事	高 宮 眞 樹	高宮病院 理事長・院長 〒880-0841 宮崎県宮崎市吉村町大町甲1931 TEL 0985-24-5678 FAX 0985-22-1571
日本精神科病院協会 医療関連死調査委員会 検討部会 部会長	松 尾 典 夫	松尾病院 院長 〒800-0252 福岡県北九州市小倉南区葛原高松1-2-30 TEL 093-471-7721 FAX 093-471-7878
日本病院会 副会長	高 橋 正 彦	茨城西南医療センター病院 名誉院長 〒306-0433 茨城県猿島郡境町2190 TEL 0280-87-8111 FAX 0280-86-7702
日本病院会 常任理事	木 村 壯 介	国立国際医療研究センター病院 院長 〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1 TEL 03-3202-7181 FAX 03-5273-0113
日本慢性期医療協会 副会長	中 川 翼	定山溪病院 院長 〒061-2303 北海道札幌市南区定山溪温泉西3-71 TEL 011-598-3323 FAX 011-598-2079
日本慢性期医療協会 常任理事	桑 名 斉	信愛病院 理事長 〒204-0024 東京都清瀬市梅園2-5-9 TEL 042-491-3211 FAX 042-491-3214
独立行政法人 労働者健康福祉機構 理 事	上 家 和 子	独立行政法人労働者健康福祉機構 理事 〒212-0013 神奈川県川崎市幸区堀川町580 ソリッドスクエア東館 TEL 044-556-9862 FAX 044-556-9917

(◎座長)



一般社団法人日本病院会
Japan Hospital Association

平成24年度事業報告書 資料集

資料1	診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度の在り方について…………… P. 1～18
資料2	平成23年度 救急医療に関するアンケート調査…………… P. 19～67
資料3	患者未収金問題に関する2012年度アンケート調査結果報告…………… P. 68～121
資料4	IT時代における病院の取り組みに関するアンケート調査 中間報告… P. 122～134
資料5	中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題アンケート調査 中間報告 …………… P. 135
資料6	平成24年度 診療報酬改定影響度調査 ー結果報告ー…………… P. 136～149
資料7	2011年「人間ドックの現況」…………… P. 150～180
資料8	平成25年度特定健康診査・特定保健指導委託契約書…………… P. 181～192
資料9	国際モダンホスピタルショウ2012…………… P. 193～208
資料10	2012年WHO-FICネットワーク会議 ポスター1 「診療情報管理士認定教育における種目別研修会の成果」…………… P. 209
資料11	2012年WHO-FICネットワーク会議 ポスター2 「死亡診断書の精度向上に関する診療情報管理士の介入の試み」…………… P. 210
資料12	SEAR諸国調査結果報告書…………… P. 211～250
資料13	Health Information Management Journal (オーストラリア機関誌 寄稿)…………… P. 251～253
資料14	「IFHIMA地域レポート (South East Asia)2012年4月5日」…………… P. 254～256
資料15	「IFHIMA地域レポート (South East Asia)2012年7月11日」…………… P. 257～259
資料16	「IFHIMA地域レポート (South East Asia)2012年12月10日」…………… P. 260～262
資料17	「IFHIMA地域レポート (South East Asia)2013年2月22日」…………… P. 263～265
資料18	在宅療養支援病院に関するアンケート調査 集計結果…………… P. 266～311
資料19	要望・提言…………… P. 312～374
資料20	日本病院団体協議会のあゆみ〈平成17年度～平成24年度〉…………… P. 375～428

診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度の在り方について

【第二次 報告】

（「中間報告」平成23年10月22日以後、社会状況の変化を踏まえ、委員会での検討結果をまとめたもの）

Ver. 2.51

平成 25 年（2013 年） 2 月 25 日

一般社団法人 日本病院会

医療の安全確保推進委員会

目次

1. はじめに	2
2. 基本理念	3
3. 診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度の在り方を検討するにあたっての、基本となる考え方	3
3-1 医療事故の原因究明に係わる基本的な問題点	3
3-1-1 医療の本質と限界	3
3-1-2 事故要因の複雑性	3
3-1-3 「行なわれた医療を評価する第三者」の考え方	4
3-2 原因究明制度が扱う医療事故の範囲	5
3-2-1 制度としての基本的な在り方	5
3-2-2 【参考】「医療事故」の定義	5
3-3 全ての医療事故を対象とした制度設定の考え方	6
3-3-1 原則	6
3-3-2 事例の内容に対応した分類方法	6
3-3-3 現在すでにある、公的機関・制度との関連	7
4. 第三者機関について（「医療における第三者」とは異なる）	7
4-1 「第三者機関」の考え方	7
4-2 「第三者機関」の業務	8
4-2-1 受付、登録・振り分け業務	8
4-2-2 原因究明のための管理運営業務（参照：5. 医療事故調査委員会について） ..	8
5. 医療事故調査委員会について	9
5-1 組織	9
5-2 各委員会の構成・特徴・役割	10
5-2-1 院内事故調査委員会	10
5-2-2 外部事故調査委員会	10
5-2-3 中央事故調査委員会	11
6. 有害事象の報告・学習システムのための「WHOドラフトガイドライン」に対する考 え方	12
委員名簿	13

1. はじめに

従来から指摘されている医療事故の特性として、①診療に関連して発生する医療事故は、医療機関の施設規模や診療内容の差（急性期と慢性期、等）、救急体制の差、医療過疎地域の現状、等々により、多種多様であること、また、②医療そのものに本質的に存在する不確実な要素や、未知の部分が多々あること、そしてこれらに加えて、③人間が犯す間違い、④医療管理システムの問題等、多くの要素が加わった結果として発生しているということが挙げられている。

医療事故にどのように対処し、社会が納得する形でその原因を究明し、再発防止へ結びつけるかについては、長年検討されているが、未だ具体的な制度として完成していない。

しかしながら、平成23年以降、以前にも増して多くの医療団体、行政、公的機関からの提案・討議がなされ、考え方の違いが明らかになると同時に、共通・一致する点も了解されてきた。また、平成24年6月にいわゆる「死因究明二法」が成立したことにより、医療の領域においても早急に「診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度」を制定する必要があるという共通認識が持たれるようになったと思われる。最近では、平成24年10月26日、厚労省における「第8回医療事故に係わる調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」において、田原医事課長は、医師法21条に関し改めて考え方を説明、「医師が検案をして、異状だと考える場合は警察署に届け出ることを規定したものであること」、「検案とは基本的には外表を見て判断するということ」とした。なお、「平成12年に国立病院課が策定したリスクマネジメント作成指針の内容は医師法21条の解釈を示したのではないこと」という説明もあった。医師法21条から医師をまもる立場で究明制度の策定を行ってきた医療団体等は目標の再検討を余儀なくされた状況となっている。

日本病院会は、平成13年当初からこの問題に関与し、医療者の責務としての「診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度の在り方」を検討してきた。医療を受ける側、社会の立場からも、医師法21条の範疇にとらわれることなく、死亡以外の医療事故も対象に入れた制度として、平成23年10月22日に「中間報告」の形で、基本となる考え方を提示した。その後、他の医療団体等から出された意見・提案を検討し、以前からの我々の基本的な考え方を基に、更に検討を加え、改めて日本病院会の考えとしてこの制度のあるべき姿を提言したものである。

今回、新たに以下の三点を追加、検討した。医療を提供する側の視点だけでなく、医療を受ける側、さらに社会から見た究明制度としての問題点を検討し、対応・考え方を示した。

- ・ 究明制度の中立性・客観性に関連し、「医療を評価する第三者」とは何かを提示した。
- ・ 医療事故の原因究明・再発防止制度で取り扱う対象としての医療事故の範囲に関して基本的考え方を提示した。
- ・ 制度の中核を成す「第三者機関」の在り方、有すべき条件、業務を具体的に提示し、その中で、事故調査委員会の構成、役割を明確にした。

2. 基本理念

日本病院会・医療の安全確保推進委員会として、本究明制度を考察・建議するにあたり、日本病院会が当初から提示している基本理念を示す。

- (1) 医療事故死等の原因を医学的に究明し、結果を教訓として、医療事故防止に努めることは医療者の社会的責務である。
- (2) 医学的原因究明と再発防止を本制度の趣旨とし、司法の判断・賠償問題の判断は別組織に委ねる。

3. 診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度の在り方を検討するにあたっての、基本となる考え方

3-1 医療事故の原因究明に係わる基本的な問題点

3-1-1 医療の本質と限界

- ・医療者は与えられた環境・条件の中で、自らの知識・経験を活かし、真摯な態度で診療行為をする責務があり、求められている。しかしながら、技術・努力を生かし真摯に対応しても、診療行為には基本的に不確定な要素が含まれ、更に、状況によっては危険を伴うこともあり得る。
- ・医療には日々進歩している一方で、未だに不明・未知な点も多く、予測できない事象の発現、急激な変化も起こりうる。また、起きた事象を分析解明した結果においても同じく、その原因を明らかに説明・確定できない未知の部分があることも事実である。
- ・診療行為において知識・経験を活かした真摯な態度で努力をするのと同じく、万が一生じた医療事故に対しても真摯な努力をもって、その原因を究明、分析し、その結果を説明、教訓として次の診療行為へ活かすことが医療者としての責務であり、患者・家族、及び、医学の発展のためにとるべき行動である。

3-1-2 事故要因の複雑性

- ・今日の医療は、医師、看護師、及び技師、コメディカルが1つのチームとして、互いの業務・責任範囲が重なり合った連携の上に成り立っている。医療事故は、これらの連携の上に、多数の要因が絡み合っているといえる。したがって、事故要因の分析にあたっては、最終的に1人の責任者を追及するよりも、連携、確認の有無等、チーム医療を構築するシステムとしての問題点、さらに基礎にある教育、研修等の問題点にも注目すべきである。

3-1-3 「行なわれた医療を評価する第三者」の考え方

- ・ 医療は、金銭では計ることのできない生命を対象として行われているという点、医療を受ける側と提供する側の間で、持っている知識・経験に圧倒的な差違が存在するという点で、医療における患者・医師関係は本質的に対等ではあり得ない。**Professional Autonomy** の意味する「医師の自律」と相互の信頼関係が基本的条件として存在する上に医療が成り立っていることは広く了解されているところである。医療事故の原因究明制度では、この信頼関係に生じた疑惑の下で、事故原因を究明し、行われた医療を審議する必要がある。このような状況下では、当事者の **Professional Autonomy** を前提とする対応のみでなく、「第三者」による評価、分析を取り入れる必要があると考えるべきである。
- ・ しかしながら、医療事故の原因究明の中で、行われた医療行為に対してそれが適切な判断に基づいた正しい医療であったか否かを外から審議する「第三者」になりうるのは、やはり医療者である。当該領域の専門家でなければ医療における評価が不可能であることは、今日まで報告された多くの事例からも明らかであるといえる。このことは、医療を受ける側にとって、『疑義を持つ医療が、見えないところで審議されている』というイメージを与える要素にもなり、さらには医療側の専門的な判断を信用する、あるいは吞まざるを得ないというジレンマを生じる原因となっている。
- ・ 信頼関係が最も重要な医療を受ける側・提供する側の中に生じた、病態の予期せぬ変化に対する疑惑、医療者への疑惑を、診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度の中でどのように解決へ導くかに関する考え方、具体的な方法は、医療団体によって異なる。あくまで現場の医療者が主体となるべきという提言もあるが、我々は「外部事故調査委員会」と「中央事故調査委員会」の各々の役割を明確にし、「院内」「外部」「中央」の3段階とすることで、客観的、同時に専門的で、公平な評価を担保することを必要な条件と考え、医療者以外の外部の目から見て了解できる原因究明が可能となる手段として提言したい。
「外部事故調査委員会」は当該医療者、医療関係者が所属する医療機関とは全く関係のない「医療者としての第三者」を条件とし、当該領域の専門医を含んだ構成とする。当事者としての「院内事故調査委員会」からの報告書を基に、改めて専門的に審議・評価し、結論を出す。
そして、医学的な見地からの結論が出た上で、全体の審議が正しく、客観的に行われたかを「社会的視点からの第三者」として「中央事故調査委員会」が審議する。この「社会的第三者」は医療を提供する側、医療を受ける側の代表

に加えて、法曹界等の有識者で構成されるものとする。また、客観性を保つため、この中には当該医療事故の当事者は含まれない。

- ・医療を受ける側、提供する側双方が持つ知識・情報に大きな隔たりがある医療事故の審議を行うにあたっては、このような考え方を制度の中に組み込む必要があると考える。

3-2 原因究明制度が扱う医療事故の範囲

3-2-1 制度としての基本的な在り方

- ・原則として、ヒヤリ・ハットから死亡事例までを念頭に、全ての医療事故を取扱う制度として設定すべきである。「事故の結果としての障害の程度」を基準とし、死亡事例等のみを取扱い対象として設定することには問題がある。
- ・理由として、全く同じヒューマンエラーが原因でも、結果として起きた事故の障害の程度が、ヒヤリ・ハットから死亡例まで広範囲に及ぶことは、多くの事例から明らかであることが挙げられる。原因究明制度として、再発防止までを制度の中に組み込むことを基本として設定する以上、取扱い対象を「結果としての障害の程度」を基準として設定するのではなく、「事故の原因」を念頭に、すべての範囲の医療事故を検討の対象とし、分析を行う必要がある。これは、医療者として、医療を受ける側に対する、社会に対する責務であると考えられる。

3-2-2【参考】「医療事故」の定義

- ・日本医療機能評価機構は以下の3点を「医療事故その他の報告を求める情報」として定義している。
 - 一 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例
 - 二 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）
 - 三 前二号に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例

3-3 全ての医療事故を対象とした制度設定の考え方

- ・現状で実現可能な範囲での制度設定、および、早急に制度を成立させ、スタートさせることの重要性を加味し、以下を具体案として提言する。

3-3-1 原則

- ・当該医療機関で「医療事故」と判断し報告した、すべての医療事件事例を対象として取り扱うが、受付登録した後の対応処置に関しては、事例の内容を判断し段階を設けて対応する制度とする。

3-3-2 事例の内容に対応した分類方法

- ・日本医療機能評価機構の提唱する定義に対応した内容で、取扱いの段階を設けてある。

(1) 【グループⅠ；臨床経過分析群】：

- ・日本医療機能評価機構によって定義される「医療事故その他の報告を求める情報」の中で、「一 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例」が該当。
- ・臨床経過を徹底的に調査分析する。

(2) 【グループⅡ；病態究明・分析群】：

- ・日本医療機能評価機構による、「二 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）」が該当。
- ・事故の原因究明という観点から、病態の調査分析を行う。死亡事例に対しては、死因究明という観点から、原則解剖対象として、調査分析する。日本医療安全調査機構の提唱する解剖を原則とするが、解剖不可能な事例も、臨床情報から死因を究明する。

(3) 【グループⅢ；Database蓄積・分析群】：

- ・日本医療機能評価機構の定義による、「三 前二号に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例」が該当。ヒヤリ・ハットに該当する事例も含める。
- ・ Database を作成し蓄積、その頻度、共通部分の分析を行う。

(4) 【グループⅣ；その他の群】：

- ・個別に事例対応する。

3-3-3 現在すでにある、公的機関・制度との関連

- ・日本医療機能評価機構の行っている「医療事故情報収集等事業」、および日本医療安全調査機構の「診療行為に関連した死亡の調査分析事業」を合わせたものを制度に取り込むことを念頭に置いている。

4. 第三者機関について（「医療における第三者」とは異なる）

4-1 「第三者機関」の考え方

- ・中立的な立場で診療関連事故を扱う公的機関であり、医療事故の報告受付・登録、「医療事故調査委員会」の運営、及び事故原因の分析を行い、再発防止策としてまとめ、公表する。
- ・事例の届け出を受付、登録、収集する（Databaseを作成する）機能を持つ。
- ・すべての医療機関は、医療事故と認識した時点で、本機関へ届け出ることとする。
- ・すべての医療機関は、医療事故死に関して、本機関へ届け出ることにより、医師法21条の警察への届け出義務は免除される。
- ・具体的な組織として、日本医療機能評価機構の「医療事故情報収集等事業」及び日本医療安全調査機構の「診療行為に関連した死亡の調査分析事業」を発展的に合併したものを想定している。
- ・故意による医療事故が疑われる事例、事故に係わる事実の隠蔽、偽造が疑われる事例は警察への届け出対象とする。

4-2 「第三者機関」の業務

4-2-1 受付、登録・振り分け業務

① 届け出受付業務：

- ・医療機関自らが医療事故と判断した全ての事例の届け出を受け付ける。

② Database 業務：

- ・ヒヤリ・ハットから死亡まで、当該医療機関が自ら医療事故と判断した事例の届け出を受け付け、Database 化し収集、蓄積する。

③ 振り分け業務：

- ・受付時、事故の内容を把握し、登録のみで良いか、外部事故調査委員会の招集、さらに解剖の適用等、事故原因究明の分析方法の適用振り分けを行う。
- ・振り分けの具体的方法は、事例数の想定を含め、今後の検討によるが、原則的に「3-3-2 事例の内容に対応した分類方法」に準じ、受付の時点で段階に分け、受付業務、振り分けを行う。
- ・振り分け業務は、当番担当の総合調整看護師・医師が行う。

4-2-2 原因究明のための管理運営業務（参照：5. 医療事故調査委員会について）

① 「中央事務局」業務：

- ・中央事故調査委員会委員の選考、定期的委員会の開催
- ・外部事故調査委員の登録、任命。委員会開催時の調整依頼
- ・解剖事例のセットアップ
- ・各医療事故調査委員会の、議事記録、報告書作成、等の事務補助、それらの保管等を行う。

② 「医療事故調査委員会」の招集、運営管理、教育、指導

- ・「院内事故調査委員会」に関する業務：
 - ・当該医療機関に属するが、基本的な在り方の基準を提示。
 - ・個々の当事者が作成する報告書の様式を作成指導する。
- ・「外部事故調査委員会」に関する業務：
 - ・事例状況から、専門領域を確認、第三者委員を任命・依頼する。
 - ・院内事故調査委員会からの報告を管理、外部事故調査委員からの要請があれば、当事者を外部事故調査委員会へ招聘、再調査の機会を作る。
 - ・報告書作成支援、再発防止策案の作成支援。

- ・「中央事故調査委員会」に関する業務：
 - ・あらかじめ中央事故調査委員を指名登録する。
 - ・院内及び外部事故調査委員会の審査報告書を基に、その審査の中立性、公平性を審議するための支援。
 - ・最終的な報告書のまとめ、公表の支援。この際、個人名、医療機関名は匿名化される。
 - ・再発防止のための警鐘として「医療安全情報」の公表支援。

③ 解剖が必要な事例への対応

- ・病理解剖依頼事例に対し、解剖医・解剖の実施機関（大学、中核病院等）への依頼斡旋
- ・解剖施行に係わる、事務手続き、運営の援助

④ Database の解析

- ・集積された報告内容を解析、事故の分類・統計処理を行う。
- ・具体的には、医療事故の発生要因（環境、組織、人など）、具体的内容（事故のタイプ、構成要素、事故のタイミング、発覚のタイミング、予防可能性など）、予後、結果を増悪させる因子、最終結果、等（以上は、WHOドラフトガイドラインから）を今後検討する。

5. 医療事故調査委員会について

5-1 組織

- ・3つの委員会からなり、医療事故発生により起動する「院内事故調査委員会」を第1段階とし、「外部事故調査委員会」を第2段階、「中央事故調査委員会」を第3段階として「医療事故調査委員会」が構成される。委員会は、各々に役割が異なり、こうすることによって、全体として医療事故の内容を正確に、客観的に審査することが期待される。
- ・上記3段階の審議を経て、原因究明を行い、その結果を匿名化の上公開し、再発防止策としてまとめることまでを基本的な役割とする。原因が単純明白な事例、以前の報告と同様の事例等の場合でも、書類審査を行い、最終的にすべての事例が中央事故調査委員会へ収計され再発防止のために **Database** として登録・利用されるものとする。

5-2 各委員会の構成・特徴・役割

5-2-1 院内事故調査委員会

【構成】

- ・当該医療機関の、院長、当該診療科部長、看護部長、事務部長、医療安全委員会委員長、委員、（医療機関専属弁護士）

【調査対象】

- ・当該医療事故の担当医師、担当看護師、その他の事故関係者
- ・カルテ、看護記録、その他の記録
- ・関係医療機器、医療器具等

【特徴】

- ・事故当事者、当該医療機関管理者が各々の立場で、事故を記載・報告する。
- ・事故発生により、当該医療機関内で招集され、医療機関を代表する者、医療安全委員等を含む、医療機関に属する医療スタッフによる委員会。

【役割】

- ・起きた医療事故の内容を、1) 当事者各々が、2) 時系列で、3) どのような状況下で、4) どのような考えで、5) 何を行い、6) どのような反応があり、7) どう対応したかを正確に記載、報告することを第一の役割とする。
- ・当該医療機関の長は、院内事故調査委員会の委員長として、外部事故調査委員会へ提出するために報告書をまとめる。

5-2-2 外部事故調査委員会

【構成】

- ・当該事故の領域（診療科、専門領域、部署等）を専門とする専門医、看護師、技師、薬剤師等の専門家、但し、当該医療機関に関係しない第三者であること。

【調査対象】

- ・院内事故調査委員会のまとめた、各当事者の報告書。
- ・必要に応じて、追加資料の請求、当事者からの聞き出し。

【特徴】

- ・「医療者としての第三者」として、専門的立場から審議する。
- ・医療側の専門的で、医療者としての最終的な結論を下す委員会。
- ・当該医療者、医療関係者が所属する医療機関とは関係のない、当該領域の専門家で構成する。
- ・事故内容に対応した形で、専門領域を考慮し、その都度組織する。
- ・「外部事故調査委員会」委員の条件、招集基準等は、今後検討する。

【役割】

- ・「院内事故調査委員会」がまとめた当事者としての報告書・資料を基にして、当該領域の専門的知識・経験を有する医療者として審議し、医療者の立場からの結論を出す。

5-2-3 中央事故調査委員会

【構成】

- ・医療を受ける側、医療を提供する側、および法曹界の代表を含む有識者で構成され、事故の当事者は含まれない。

【調査対象】

- ・外部事故調査委員会のまとめた報告書を主な対象とする。
- ・必要と判断された場合、院内事故調査委員会の報告書。

【特徴】

- ・「社会的視点からの第三者」として、事例の取り扱い方、手続き等を主な観点として審議する。
- ・医療を提供する側だけでなく、医療を受ける側、法曹界の代表者等有識者で構成される。
- ・医療を受ける側、医療を提供する側共、当事者は参加しない。

【役割】

- ・外部事故調査委員会での審議、報告書を中心に（必要に応じ、院内事故調査委員会の資料を含む）、全体の審議が公平に、客観的に行われたかを審査し、最終報告書を作成する。
- ・当該医療事故の原因及び再発防止策を作成し、匿名化の上、公表する。
- ・医療事故を起こした当該医療従事者に対し、倫理的側面からの再教育が必要という結論が出た場合は、倫理委員会（別組織として今後検討）へ上申することができる。

6. 有害事象の報告・学習システムのための「WHOドラフトガイドライン」に対する考え方

- ・WHOドラフトガイドラインが示す、「医療事故の原因究明を目的として、院内事故調査委員会が収集した資料・情報は、原因究明に協力し、資料の提出を行った当事者に、不利となる使われ方をすべきではない」という精神を尊重すべきである。
- ・WHOドラフトガイドラインが医療事故に対する対応として指摘する項目は、世界の基本的基準として評価されつつある。この現状を考慮し、日本の現状にあった形で、本制度の中にもこの考え方の導入を進める必要がある。

以上

医療の安全確保推進委員会 委員

会長	堺 常雄	聖隷浜松病院 総長
副会長（担当）	高橋 正彦	茨城西南医療センター病院 名誉院長
副会長	末永 裕之	小牧市民病院 院長
委員長	木村 壯介	国立国際医療研究センター病院 院長
副委員長	岡上 武	済生会吹田病院 院長
委員	安藤 文英	西福岡病院 理事長
同	佐々木 崇	岩手県立中央病院 名誉院長
同	万代 恭嗣	社会保険中央総合病院 院長
同	藤原 久義	兵庫県立尼崎病院 院長 ／兵庫県立塚口病院 院長
同	宮崎 瑞穂	前橋赤十字病院 院長

医療における「第三者」の考え方

1. 医療の特異性
医療を受ける側、提供する側の関係

医療を受ける側

提供する側

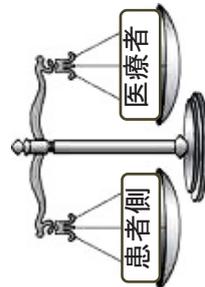
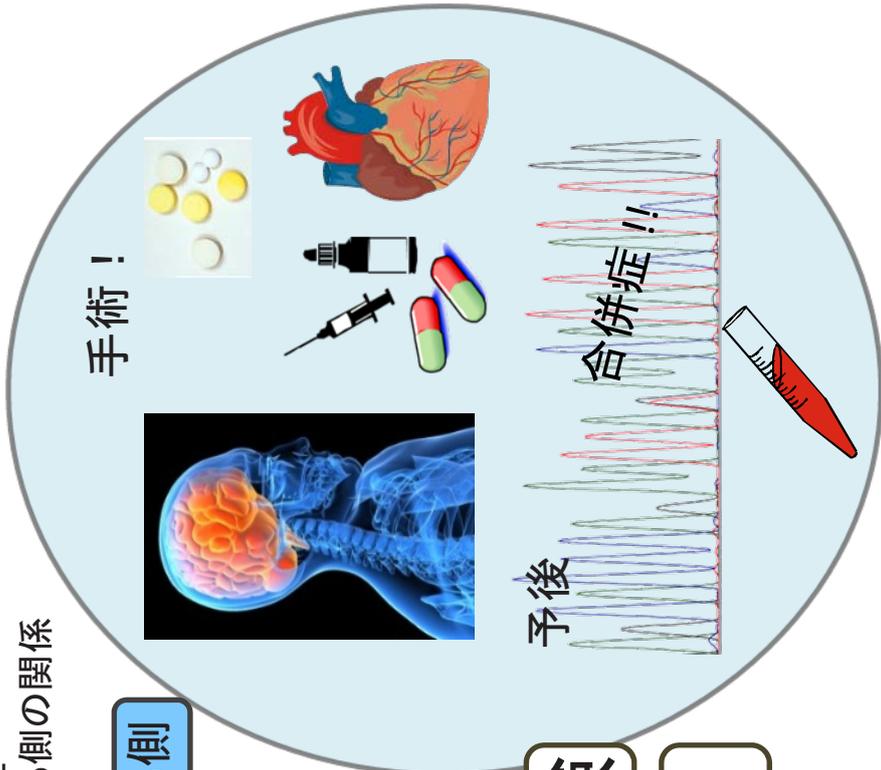
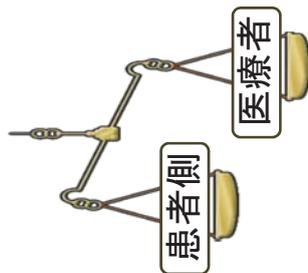


理解

《知識・経験

知識・経験

生命 ≠

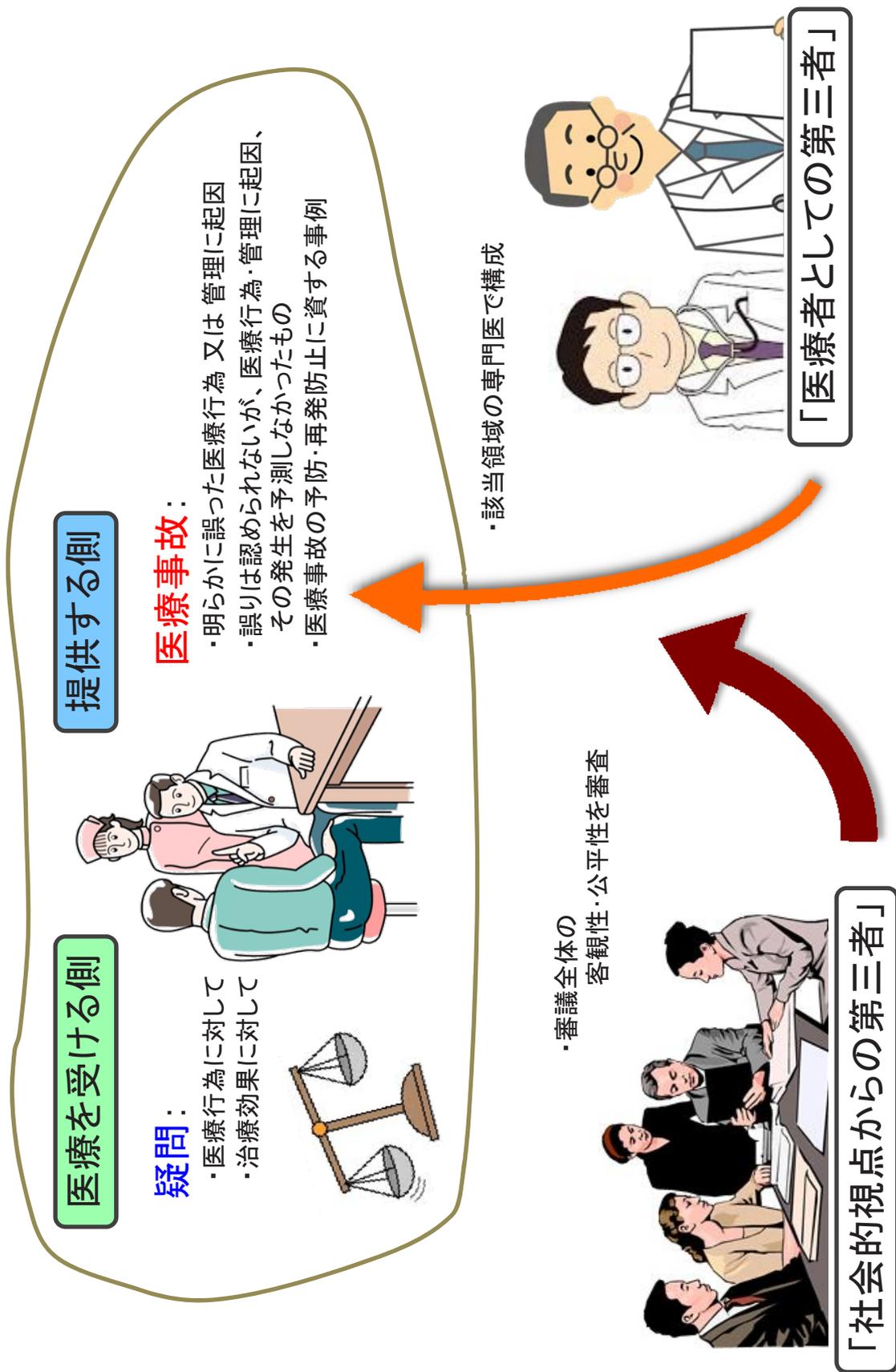


了解
信頼
安心

Professional Autonomy

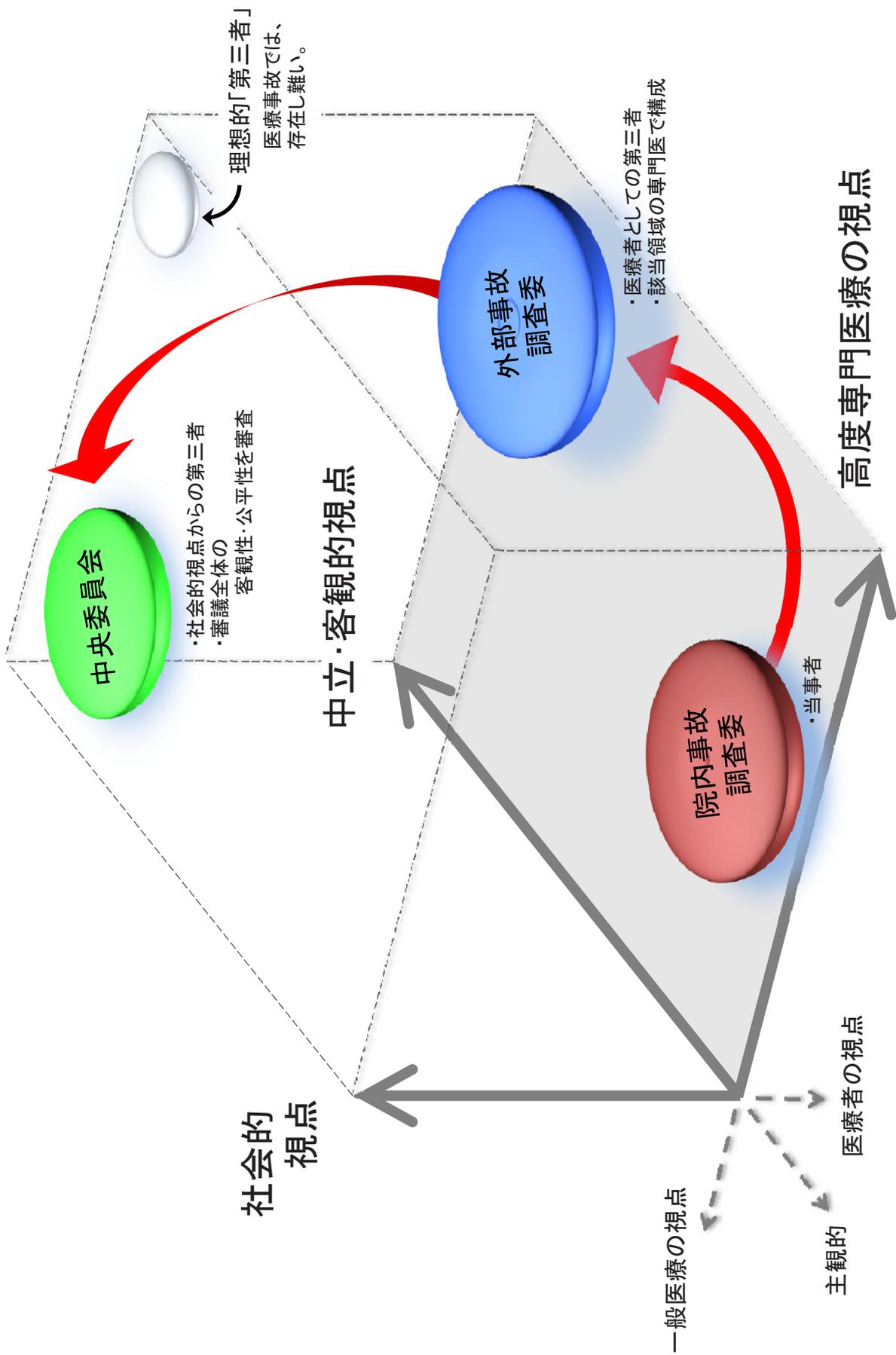
医療における「第三者」の考え方

2. 「医療者としての第三者」、「社会的第三者」の介入



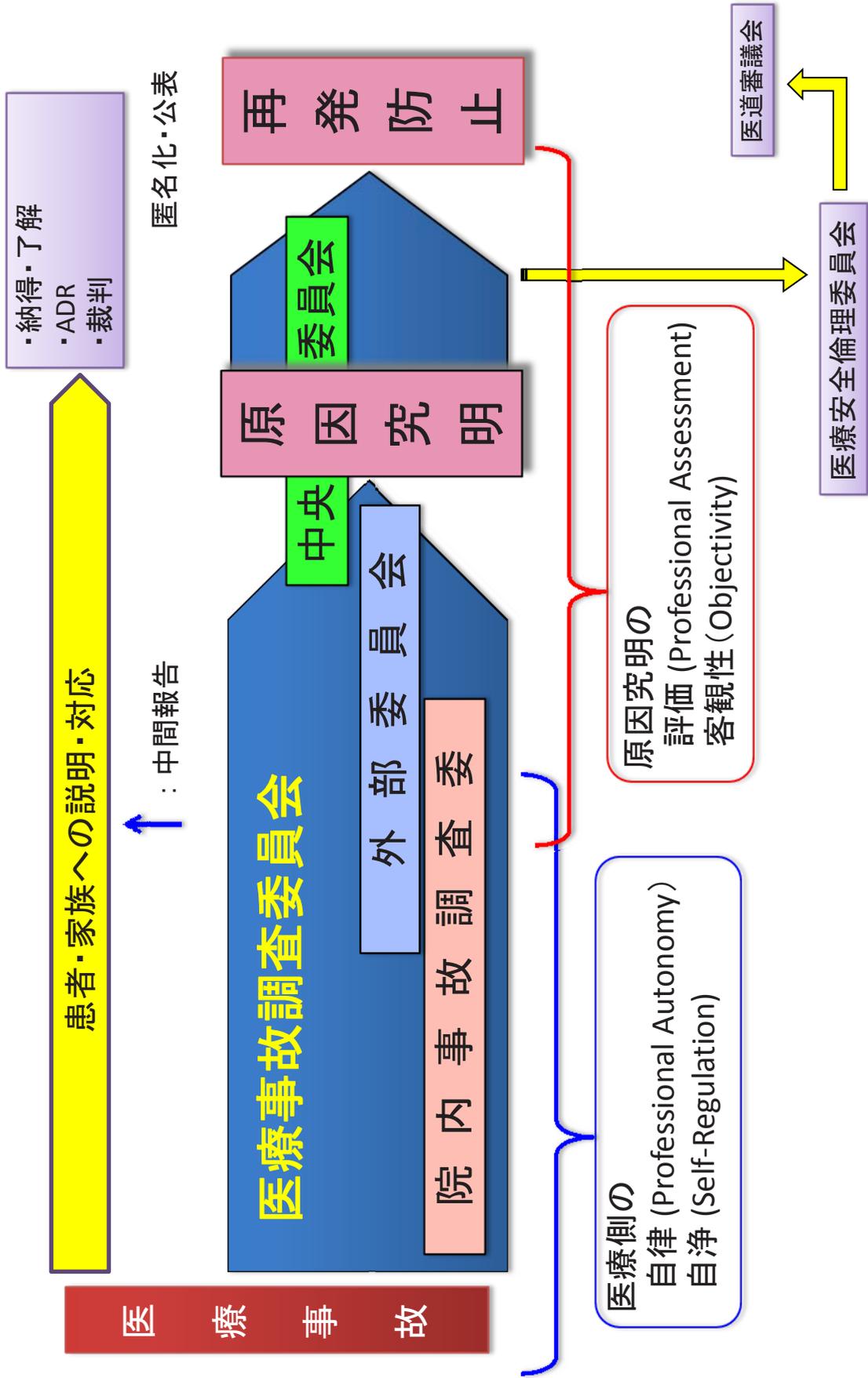
医療における「第三者」の考え方

3. 医療事故調査委員会、各々の特長、相互の関係



日本病院会のまとめ

診療行為に係わる死亡・事故の原因究明制度



平成23年度 救急医療に関するアンケート調査

1. 調査対象施設 2,384カ所
2. 回答施設 726カ所
3. 回答率 30.5%
4. 調査期間 平成24年2月 7日
～平成24年3月23日

目 次

	ページ
総 括	1
調査事項	
① 病院の基本情報	11
● 地域別	
● 都道府県別	
● 設立母体	12
● 常勤医数	
● 救急外来対応可能な科	13
● 病床数	14
● 救急体制	
● 二次救急病院の場合、常勤の専門医が救急医療に携わっていますか	15
● DPC 病院の有無	
② 救急車不応需率	16
● 年間救急車受け入れ台数	
● 救急車からの入院率	17
● 年間救急車不応需	19
③ 時間外救急患者の動向	22
● 救急外来患者の増減	
● 救急外来患者の入院率	26
● 救急外来（業務時間内救急車を含む）からの入院患者が病院全体の入院患者に占める割合	31

- 救急医療資源（救急外来の閉鎖・縮小）の増減について・・・・・・・・・・ 32
- ④救急外来原価計算のお尋ね（二次救急病院に限る）・・・・・・・・・・ 33
 - 計算方法は問いませんが救急外来の原価計算をしたことがありますか
 - ある場合、検討月当たりの収支
- ⑤救急外来における未収金・・・・・・・・・・ 34
 - 発生件数
 - 全救急外来受診患者に占める率
 - 発生金額
- ⑥医師の当直業務に関する解釈の不統一に関する問題・・・・・・・・・・ 35
 - 医師の当直業務に関して労働基準局から指導を受けたことがありますか
 - ある場合は、具体的内容
 - 病院の行った対応・・・・・・・・・・ 36
- ⑦時間外外来事故負担金（選定療養費）・・・・・・・・・・ 37
 - 時間外外来自己負担金を徴収してありますか
 - 徴収している場合、徴収する条件がありますか
- ⑧終末期医療・・・・・・・・・・ 39
 - 日本救急医学会終末期医療のあり方検討委員会のガイドライン
「救急医療における終末期医療に関する提言」を現場が知っていますか
 - 知っている場合、「提言」を利用してありますか
- ⑨検死・・・・・・・・・・ 40
 - 監察医制度がありますか
 - ある場合

- 救急外来における年間検死数（死体検案書数）の変化・・・・・・・・・・ 4 1
- ⑩Ai(Autopsy Imaging：死亡時画像診断)・・・・・・・・・・ 4 2
 - Aiを行っていますか
 - 行っている場合、診療報酬はどうしていますか
 - 別紙1（救急外来対応可能な科）・・・・・・・・・・ 4 3
 - 別紙2（医師の当直業務に関して労働基準局から指導を受けた内容（その他））・・・・・・・・ 4 4
 - 別紙3（病院の行った対応）・・・・・・・・・・ 4 5

平成23年度アンケート調査総括

救急医療委員会では平成20年度、21年度と救急医療の実態に関して、各部署職員数などを含む詳細なアンケート調査を行った。その結果、共有する問題点が明らかになるとともに、その定量的評価が可能となった。同様の詳細なアンケートは一定年度ごとに行っていく予定であるが、22年度は救急医療に関する法規の改正、ならびに診療報酬増額改定の要望につながる基礎データを収集することを目的として回答項目をしぼり、回答も簡略化した選択方式とした。

調査結果のなかで特筆すべきは救急外来の原価計算に関してであった。黒字の病院はわずか11%にとどまり、粗平均値は313万円の赤字であった。この結果に基づき、今年度の診療報酬改定に向けて四病院団体協議会を通して①救急搬送受け入れ加算2000点の新設、②救急医療管理加算の増点と期間の延長、1,200点14日間、を要望した。しかし、最終的に認められたものは①夜間休日救急搬送医学管理料200点（初診時のみ）②救急医療管理加算7日間、800点は据え置き；ただし6歳未満が200点から400点に、6歳から15歳までに200点が更に加算、というものであった。わずかな改善には止まったが、救急搬送受け入れ加算に関しては最後まで検討項目として残り、22年度アンケート調査が一定の役割を果たしたものと考えている。

今年度は、22年度と全く同じ回答項目とし、前回調査からの変化を検討することとした。

調査期間

平成24年2月7日から、3月23日の45日間

回答率

回答率は30.5%（対象2,384病院中726病院）であり、前回の24.1%に比べ6.4%増加した。回答病院数は131病院（22%）増加した。

以下に結果を示すがカッコ内の値は平成21年度（22年度アンケートによる）のものである。

1. 病院の基本情報

常勤医数

常勤医数では1~39人が52.6%（52.7%）、40~99人が29.1%（29.6%）、100人以上が18.3%（17.7%）であり平成22年度の病院構成とほぼ等しいと考えて良い。1~19人の病院が222病院で全体の31.2%を占め、中小病院の実態を充分に反映し得るものと考えられる。

救急外来対応可能な科

内科92.8%、外科86.4%、整形外科81.1%（内科92.8%、外科87.1%、整形外科80.7%）が上位3科で昨年と不変であった。次いで循環器科64.5%（65.2%）、脳神経外科56.2%（56.1%）、泌尿器科55.1%（55.1%）、小児科54.5%（54.1%）が50%を越え、順位、%ともにはほぼ昨年と不変であった。総合診療科のある病院は16.3%（16.1%）、救急科24.2%（21.7%）、救急部13.2%（17.5%）であり、救急部・救急科の合計は37.4%（39.2%）とほぼ変わらない。

病床数

20~199床が33.1%（31.1%）、200~499床が45.2%（47.6%）、500床以上が21.6%（21.3%）であり、分布は昨年と同様であるが、全国病院の構成比から見れば大病院に偏りがあると言える。

救急体制

救急救命センター（ER含まず）が15病院（2.2%）、救急救命センター（ER含む）が98病院（13.6%（13.8%））、二次救急が84.3%（84%）であり、救急救命センター113病院（16%）は実態の構成比率よりは多い。

DPC病院

67.1%（64.8%）とDPC病院が多く、本調査回答病院の特徴である。24年4月1日現在でDPC/PDPS病院は1505病院で

全一般病院の19.8%に過ぎない。

2. 救急車不応番率

以下は平成21年度と22年度の比較である。

(1) 年間救急車受け入れ台数

二次救急病院が84.3%を占めることから、年間499台以下すなわち一日1.5台以下の病院が20.3% (21.1%) あった。粗平均値 (中央値に件数をかけた平均) は21年度が2102台、22年度が2254台でこの1年間で7.3%も増加した。(昨年度のアンケートでは18年度/19年度と21年度の比較で2.3%の増加)。岩手、宮城、福島、被災3県からの回答数はわずか26病院で全体の3.6%に過ぎないので、東日本大震災が増加の主要因とは考えにくい。東北地方と栃木・茨城まで含めても85病院、11.6%である。

21年度と22年度の増減率

増加した病院が75.6% (18年度/19年度と21年度の比較では47.2%)、減少が24.4% (52.9%) であることから救急車受け入れ台数がこの1年で全国的に増加したことは間違いが無い。20%以上増加12.3% (9.0%、) 20%以上の減少は3.3% (9.8%) であった。粗平均値は+6.5% (-0.4%) である。

(2) 救急車からの入院率

21年度、22年度とも40~49%にピークがあり、21年度の粗平均値が45.2%、22年度が44.3%でほぼ不変であった。従って救急車搬送における軽症/重症の比率には変化が無いと言える。21年度と22年度の比較では増加35.3% (18年度/19年度と21年度の比較では44.4%)、不変28.7% (29.9%)、減少36% (25.6%) と不変であり粗平均値は-0.1%であった (18年度/19年度と21年度の比較では全体として増加傾向にあり+0.9%)。

(3) 救急車不応需率

救急車不応需率（受け入れ不能率）を自院で調べている病院は昨年の調査では33%に止まったが、今回は293病院、40.8%が回答した。21年度、22年度とも4.9%以下にピークがあり、90病院で全体の3割を占め、救命救急センターをはじめ地域救急の基幹病院がここに含まれているものと思われる。21年度の粗平均値は16.4%であったが、22年度は17.1%とやや増加している。前述の理由から全国の二次救急病院の平均不応需率はより高いことが推定される。

21年度との比較では増加37.3%(18年度/19年度と21年度の比較では33.1%)、不変41.7%(36.3%)、減少21.5%(30.6%)、と全体として増加傾向にあり、増加率の粗平均値は+2.8%であった。

受け入れられない理由は「専門医あるいは対応できる医師がいない」が最多で35.1%、「手術や処置などで手一杯である」32.6%、「満床である」22.3%が三大要因である。次いで「当直医の自己判断」8.8%、「輪番制などの当番日でないから」3.6%、「その他」5.5%であった。

3. 時間外救急患者の動向

(1) 救急外来患者の増減

1) 救急救命センター（ER含まず：14病院） 救急搬送のみということになるが21年度と22年度の比較では増加30.8%、減少69.2%であり、増減率の粗平均値は-1%であった。

2) 救急救命センター（ER含む：98病院）

救急外来患者数は平成21年度は年間24,349人（一日平均67人）、22年度は年間22,551人（一日平均62人）と減少し、増減率の粗平均値は-3.8%であった。

1)と2)から救急救命センターではやや患者が減っていることがうかがえる。

3) 二次救急病院（593病院）

二次救急病院では時間外一日平均患者数の粗平均値は、平成21年度は15.9人、22年度は15.8人であり、増減率の平均は-3.6%で減少傾向にある。

(2) 救急外来患者の入院率

1) 救急救命センター (ER 含まず：11病院) 21年度の入院率粗平均値は67.3% (18年度/19年度は58.4%) であり、22年度の増減率平均は+2.3%と入院率は増加し続けている。

2) 救急救命センター (ER 含む：81病院)

21年度の入院率粗平均値は19.4% (18年度/19年度は18.3%)、22年度は20.4%と増加し、増減率平均は+1.7%と入院率は増加している。

従って救急救命センターでの入院率は増加しつつある。

3) 二次救急病院 (578病院)

21年度の入院率粗平均値は17.0% (18年度/19年度も17.0%)、22年度は18.2%と増加し、増減率平均は+1.6%と入院率は増加している。

全体として患者数は減少傾向、入院率は増加傾向にあることから、軽症者の受診が抑制されている可能性がある。

(3) 救急外来(業務時間内救急車を含む)からの入院患者が全入院患者に占める割合

4.9%以下から50.0%以上まで全体に分散しており、21年度粗平均値は20.6%であった (18年度/19年度は21.0%)。22年度は21.1%とやや増加、増減率平均は+0.8%であった。

(4) 救急患者の増減の要因として医療圏内医療資源の減少(救急外来の閉鎖・縮小)によるドミノ現象があるか否かに関連して

18年度/19年度と21年度の比較では不変、61.2%、増加5.9%、減少32.9%と医療資源が減少していることが見て取れた。

21年度と22年度の比較では不変80.7%、増加3.2%、減少16.1%と大きな変化が無いといえる。

4. 救急外来原価計算

救急外来の原価計算をしたことのある二次救急病院は前回のアンケートでわずか62病院であったが、今回も回答をした病院は59病院に過ぎない。黒字の病院はわずか2病院、3.4%（前回アンケートでは11.3%）にとどまり、赤字が87.9%（85.5%）で月当たり500万円以上の赤字病院が37.9%（48.4%）に上る。粗平均値は311万円の赤字（313万円）であり前回に比して不変であった。今年度の診療報酬改定の影響は来年度調査を待たなければならぬ。

5. 救急外来における未集金（24年1月単月）

1) 発生件数

9件以下が52.3%（23年1月43.1%）である一方、50件以上が11.3%（17.1%）に上る。粗平均値は17.2件（22.3件）で減少傾向にある。

2) 全救急外来受診患者に占める率

1.9%以下が61.2%（23年1月49.9%）、10%以上が6.8%（11.5%）と昨年に比して改善している。粗平均値は2.9%（3.7%）と低下した。

3) 発生金額

29万円以下が75.6%（23年1月64.2%）、150万円以上が4.1%（4.9%）と昨年に比して改善している。粗平均値は31.7万円（39.6万円）と減少した。

救急外来における未集金は減少傾向にある。

6. 医師の当直業務に関する解釈の不統一に関する問題

医師の当直業務に関して労働基準局から指導を受けたことがある病院は73病院(12.7%)に上ったが、今回、この1年で指導された病院は29病院、4.1%であった。「労働基準法に基づく宿日直業務の範囲を超えている」が86.2%(前回61.6%)、「宿日直業務の回数が過剰である」が13.8%(16.4%)であった。

その対応としては、「現状を維持した」が27.6%(30.8%)、「当直料から時間外手当とした」が31.0%(20.0%)であった。救急外来を縮小した病院が1病院、閉鎖した病院が1病院あった。

7. 時間外外来自己負担金(選定療養費)

前回、選定療養費を徴収している病院は14.6%と予想外に多かったが、今回の調査ではさらに増えて16.8%と増加した。ほとんどの病院95.0%(91.8%)が徴収する際に条件を設けている。徴収額は前回のアンケートでは1,999円以下から1万円以上まで均等に分布し、粗平均額は4916円であった。今回の調査でもほぼ均等に分布し、粗平均額は5,216円でありやや増額している。

時間外救急外来患者は78.7%(79.9%)の病院で減少しており抑制効果は明らかであるが、粗平均値は-8.0%(-8.5%)と頭打ちである。

8. 終末期医療

日本救急医学会終末期医療のあり方検討委員会のガイドライン「救急医療における終末期医療に関する提言」を救急医療の現場が「知っている」病院が62.1%(前回59.7%)、「提言」を利用している病院は、53.9%(58.5%)であった。

9. 検死

監察医制度がある（東京、大阪、名古屋、横浜、神戸）病院が 14.7%（前回 15.6%）、ない病院が 85.3%（84.4%）であった。

検死件数は年間 19 件以下が 66.2%（平成 18 年度 73.2%、21 年度 68.9%）であり、粗平均値は 28.8 件（平成 18 年度 23.8 件、21 年度 27.3 件）であり検死数は増加し続けている。

10. Ai (Autopsy Imaging: 死亡時画像診断)

行っている病院が 51.1%（前回 48.8%）に上り増加しつつある。このうち、38.2%（37.7%）の病院では病院負担で行っている。

救急医療の実態調査総括：平成 21 年度(22 年度アンケート)から 22 年度(23 年度アンケート)にかけての変化

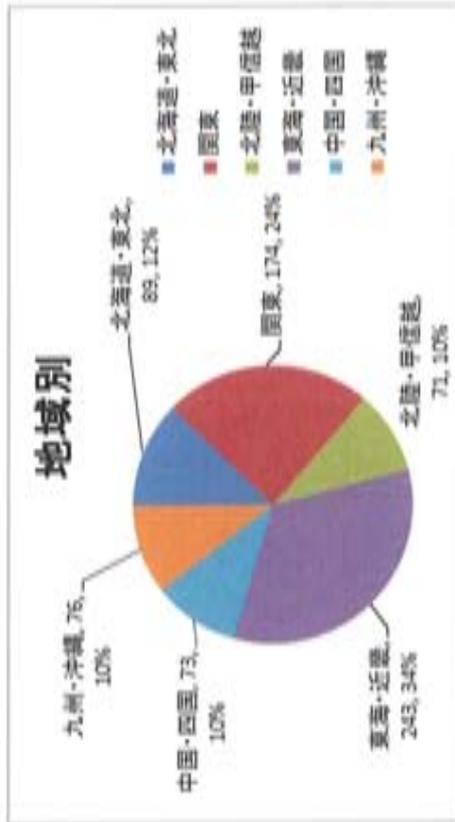
1. 母集団の特徴として中核病院が多いことが挙げられる。DPC/PDPS 病院が 67.1%(全国では 24 年 4 月 1 日現在で 19.8%)、救急救命センターが 113 病院 15.9%(全国で 245 病院 2.8%)を占めており、このアンケートの結果は救急医療基幹病院への偏りがある。
2. 救急車受け入れ台数は全国的に増加(+7.3%)しており、不応需率(受け入れ不能率)も微増(+2.8%)している。一方、救急車からの入院率は不変(-0.1%)であった。
3. 二次救急病院時間外救急外来患者は-3.6%、ER を含む救急救命センターでは-3.8%と walk in の救急外来患者数は減少傾向にある。一方、入院率は増加傾向(二次救急病院 +1.6%、ER を含む救急救命センター +1.7%)にあり、軽症者の受診に抑制傾向が認められる。
4. 二次救急病院救急外来の原価計算では 59 病院中、黒字は 2 病院のみであった。月当たり平均 311 万円の赤字(21 年度 313 万円)であり、ほとんど不変である。
5. 救急外来における未収金は減少傾向にあり、月当たり粗平均値は件数が 22.3 件から 17.2 件に、発生金額は 39.6 万円から 31.7 万円に減少した。
6. 選定療養費を徴収している病院は増加し(21 年度 14.6%から 22 年度 16.8%)、徴収額も 4,916 円から 5,216 円へと微増している。時間外救急外来患者数の抑制効果は明らかであるが、その効果は頭打ちである(21 年度 - 8.5%、22 年度 -8.0%)。

7. 検死数は増加し続けている（平成18年度23.8件、21年度27.3件、22年度28.8件）。

①病院の基本情報

●地域別

地域	件数	構成比
北海道・東北	89	12.3%
関東	174	24.0%
北陸・甲信越	71	9.8%
東海・近畿	243	33.5%
中国・四国	73	10.1%
九州・沖縄	76	10.5%
合計	726	100.0%

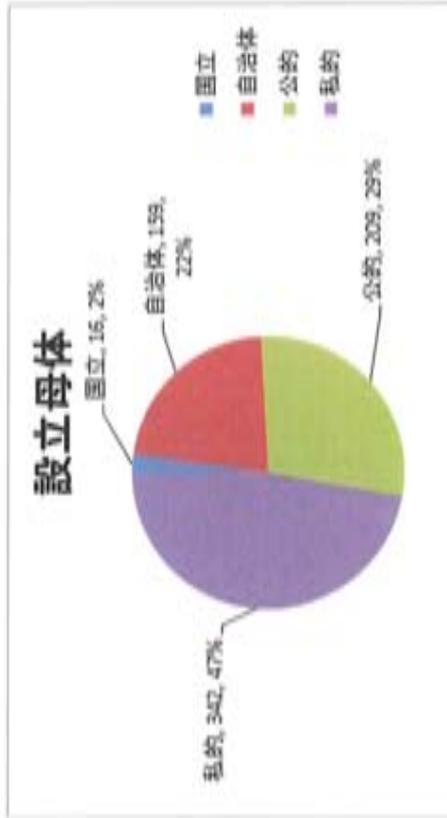


●都道府県別

都道府県	件数	構成比	都道府県	件数	構成比
北海道	34	4.7%	滋賀	12	1.7%
青森	6	0.8%	京都	26	3.6%
岩手	6	0.8%	大阪	59	8.1%
宮城	7	1.0%	兵庫	34	4.7%
秋田	16	2.2%	奈良	13	1.8%
山形	7	1.0%	和歌山	10	1.4%
福島	13	1.8%	鳥取	2	0.3%
茨城	18	2.5%	島根	5	0.7%
栃木	12	1.7%	岡山	15	2.1%
群馬	17	2.3%	広島	19	2.6%
埼玉	23	3.2%	山口	12	1.7%
千葉	24	3.3%	徳島	2	0.3%
東京	48	6.6%	香川	4	0.6%
神奈川	32	4.4%	愛媛	8	1.1%
新潟	28	3.9%	高知	6	0.8%
富山	5	0.7%	福岡	36	5.0%
石川	4	0.6%	佐賀	3	0.4%
福井	8	1.1%	長崎	5	0.7%
山梨	3	0.4%	熊本	15	2.1%
長野	19	2.6%	大分	8	1.1%
岐阜	23	3.2%	宮崎	1	0.1%
静岡	22	3.0%	鹿児島	5	0.7%
愛知	37	5.1%	沖縄	3	0.4%
三重	7	1.0%	合計	726	100.0%

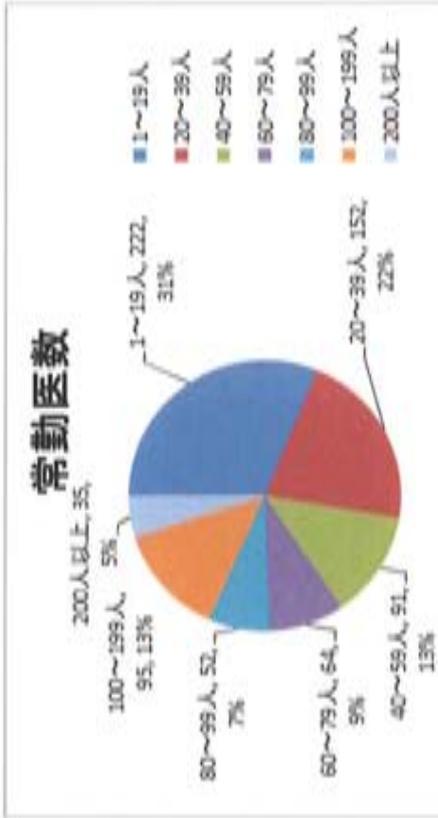
● 設立母体

母体	件数	構成比
国立	16	2.2%
自治体	159	21.9%
公的	209	28.8%
私的	342	47.1%
合計	726	100.0%



● 常勤医数

人数	件数	構成比
1~19人	222	31.2%
20~39人	152	21.4%
40~59人	91	12.8%
60~79人	64	9.0%
80~99人	52	7.3%
100~199人	95	13.4%
200人以上	35	4.9%
合計	711	100.0%



● 救急外来対応可能な科

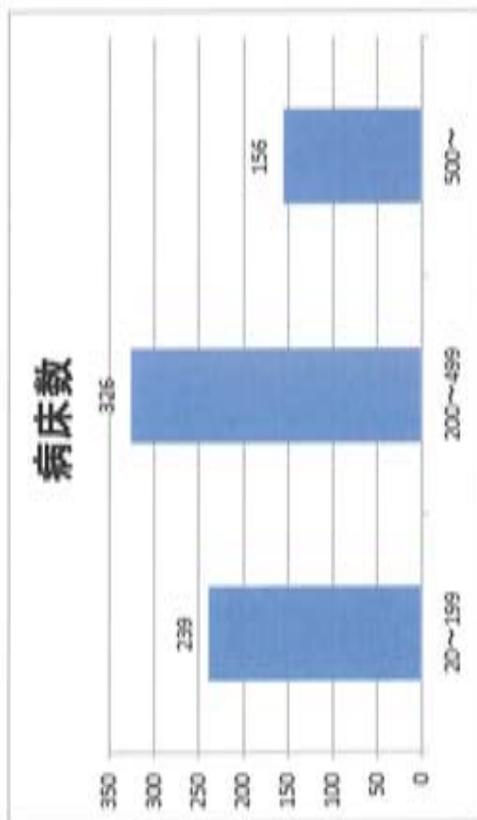
科目	件数	割合
内科	674	92.8%
神経科	169	23.3%
呼吸器科	349	48.1%
循環器科	468	64.5%
腎臓内科	244	33.6%
代謝内分沁内科	217	29.9%
血液内科	170	23.4%
小児科	356	54.5%
新生児科	80	11.0%
外科	627	86.4%
呼吸器外科	222	30.6%
消化器外科	335	46.1%
代謝内分沁外科	80	11.0%
小児外科	102	14.0%
脳神経外科	408	56.2%
心臓血管外科	218	30.0%
整形外科	589	81.1%
形成外科	196	27.0%
産婦人科	321	44.2%
泌尿器科	400	55.1%
耳鼻咽喉科	304	41.9%
眼科	300	41.3%
総合診療科	118	16.3%
救急科	176	24.2%
救急部	107	14.7%
その他	122	16.8%
合計	—	—

※割合は回答施設数(728)を分母として算出



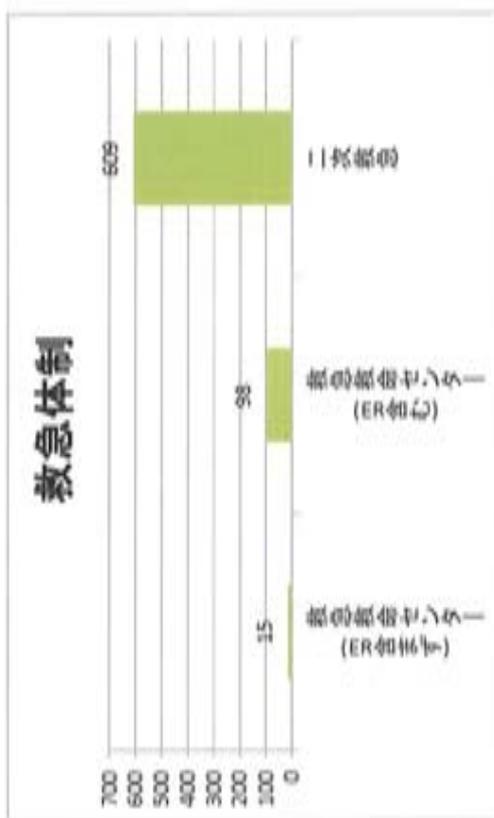
● 病床数

病床数	回答数	構成比
20～199	239	33.1%
200～499	326	45.2%
500～	156	21.6%
合計	721	100.0%



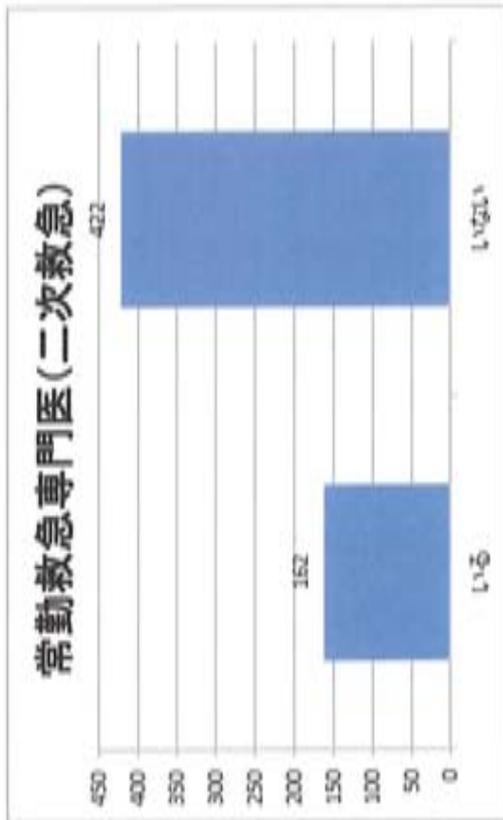
● 救急体制

救急体制	回答数	構成比
救急救命センター(ER含まず)	15	2.1%
救急救命センター(ER含む)	98	13.6%
二次救急	609	84.3%
合計	722	100.0%



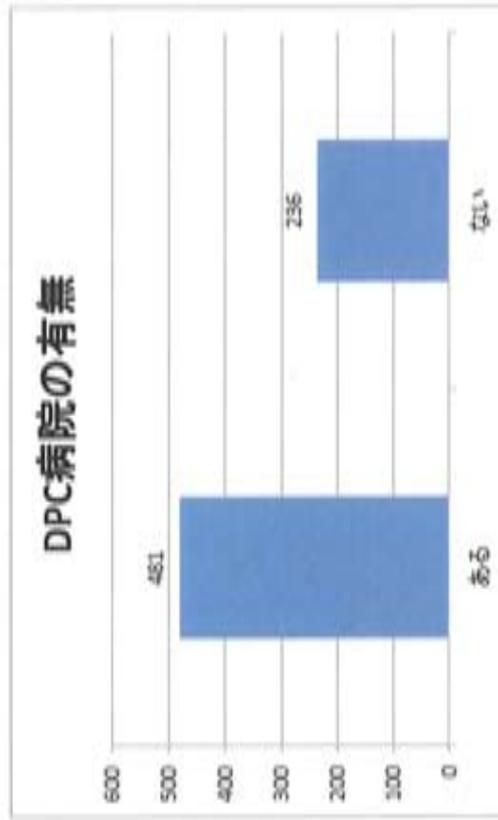
●二次救急病院の場合、常勤の救急専門医が救急診療に携わっていますか

常勤救急専門医	回答数	構成比
いる	162	27.7%
いない	422	72.3%
合計	584	100.0%



●DPC病院の有無

DPC	回答数	構成比
ある	481	67.1%
ない	236	32.9%
合計	717	100.0%



②救急車不応需率

●年間救急車受け入れ台数

(1) 平成21年度

台数	H21年度	構成比
～499	152	21.1%
500～999	129	17.9%
1,000～1,999	160	22.3%
2,000～4,999	213	29.6%
5,000～9,999	61	8.5%
10,000以上	4	0.6%
合計	719	100.0%



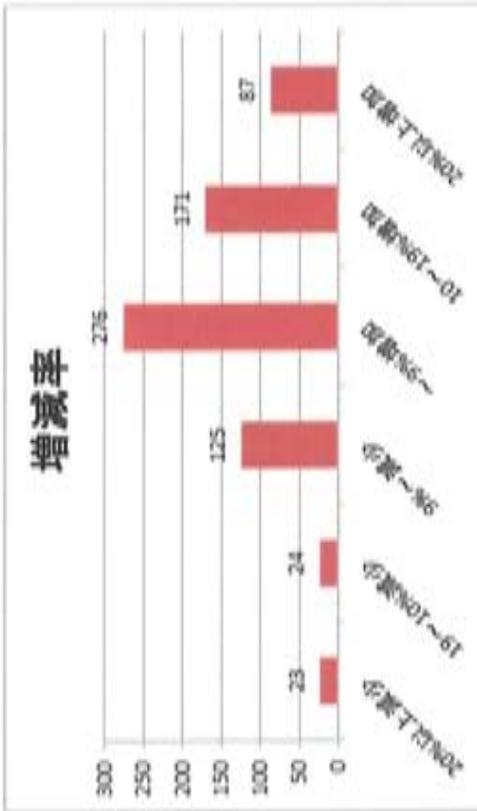
(2) 平成22年度

台数	H22年度	構成比
～499	146	20.2%
500～999	118	16.4%
1,000～1,999	151	21.0%
2,000～4,999	228	31.7%
5,000～9,999	73	10.1%
10,000以上	4	0.6%
合計	720	100.0%



(3) 増減率

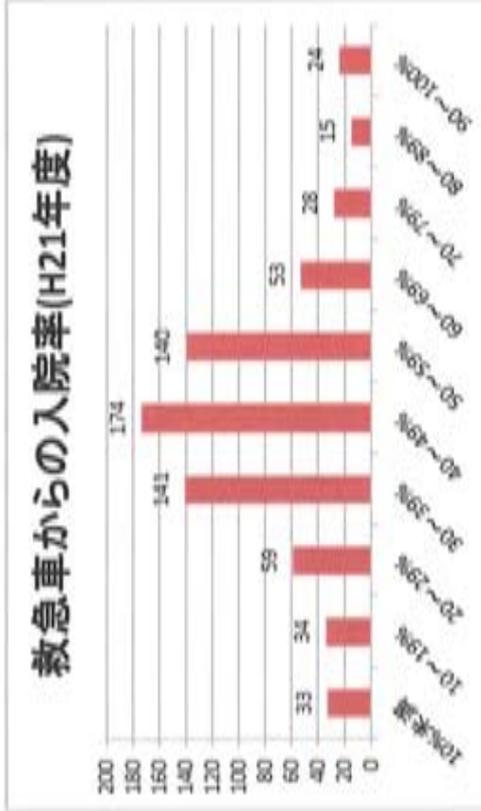
増減率	構成比
20%以上減少	23
19~10%減少	24
9%~減少	125
~9%増加	276
10~19%増加	171
20%以上増加	87
合計	706
	100.0%



● 救急車からの入院率

(1) 平成21年度

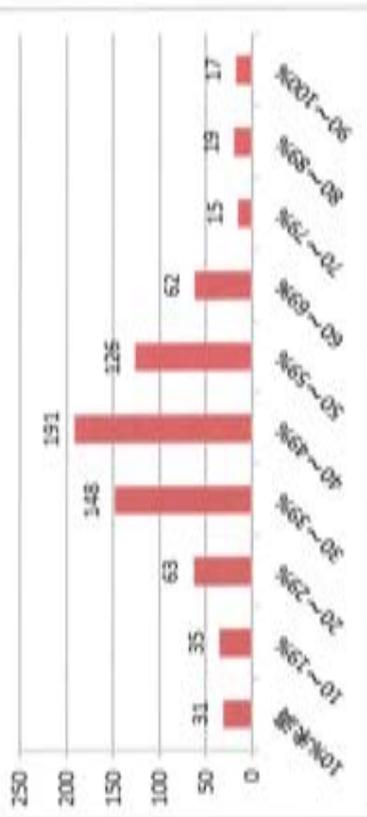
入院率	H21年度	構成比
10%未満	33	4.7%
10~19%	34	4.9%
20~29%	59	8.4%
30~39%	141	20.1%
40~49%	174	24.8%
50~59%	140	20.0%
60~69%	53	7.6%
70~79%	28	4.0%
80~89%	15	2.1%
90~100%	24	3.4%
合計	701	100.0%



(2) 平成22年度

入院率	H22年度	構成比
10%未満	31	4.4%
10～19%	35	5.0%
20～29%	63	8.9%
30～39%	148	20.9%
40～49%	191	27.0%
50～59%	126	17.8%
60～69%	62	8.8%
70～79%	15	2.1%
80～89%	19	2.7%
90～100%	17	2.4%
合計	707	100.0%

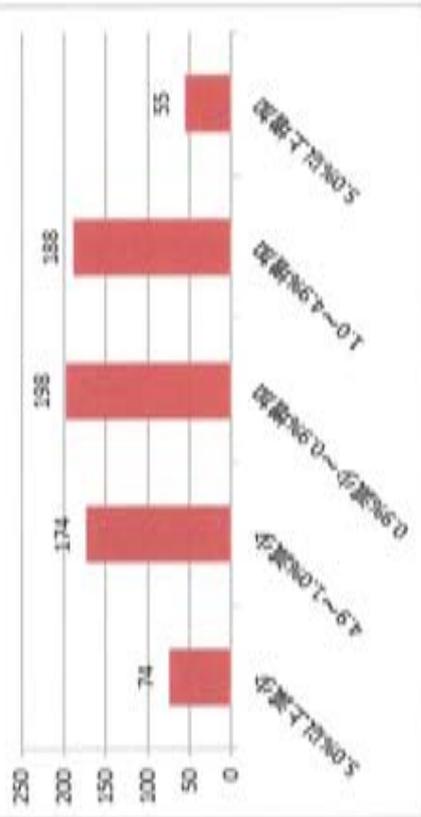
救急車からの入院率(H22年度)



(3) 入院率の変化(平成22年度と21年度との差)

入院率の変化	人数	構成比
5.0%以上減少	74	10.7%
4.9～1.0%減少	174	25.3%
0.9%減少～0.9%増加	198	28.7%
1.0～4.9%増加	188	27.3%
5.0%以上増加	55	8.0%
合計	689	100.0%

入院率の変化



●年間救急車不応需率

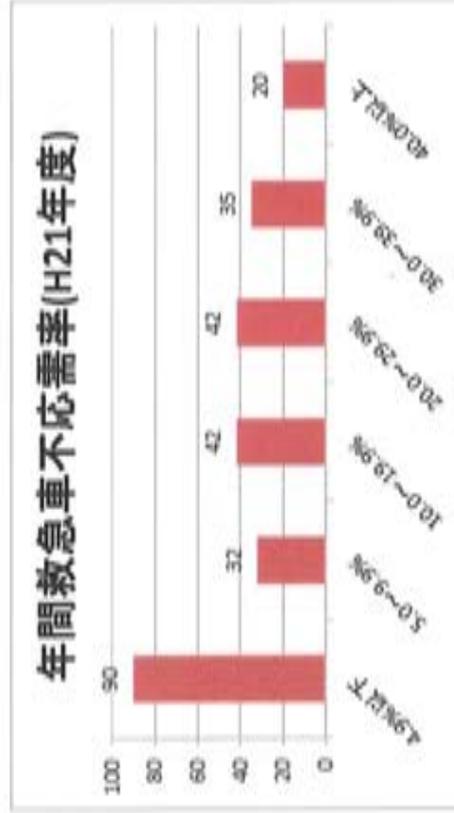
※年間救急車不応需率の統計を独自に調査していますか

統計調査		構成比
している	293	40.8%
していない	426	59.2%
合計	719	100.0%



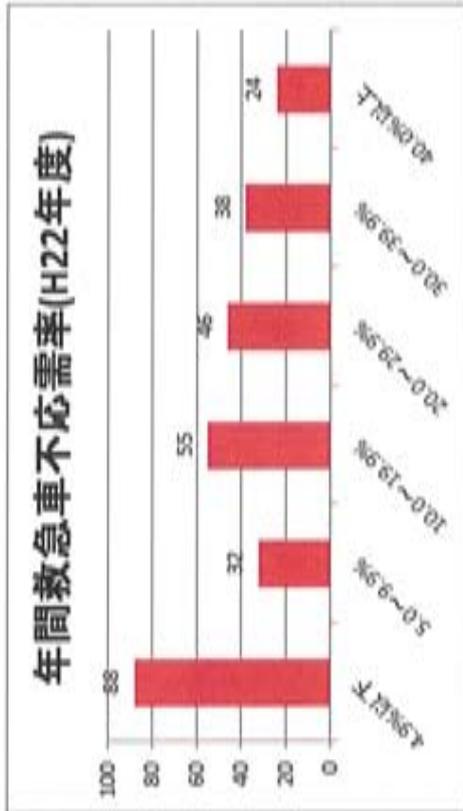
(1) 平成21年度

不応需率	H21年度	構成比
4.9%以下	90	34.5%
5.0～9.9%	32	12.3%
10.0～19.9%	42	16.1%
20.0～29.9%	42	16.1%
30.0～39.9%	35	13.4%
40.0%以上	20	7.7%
合計	261	100.0%



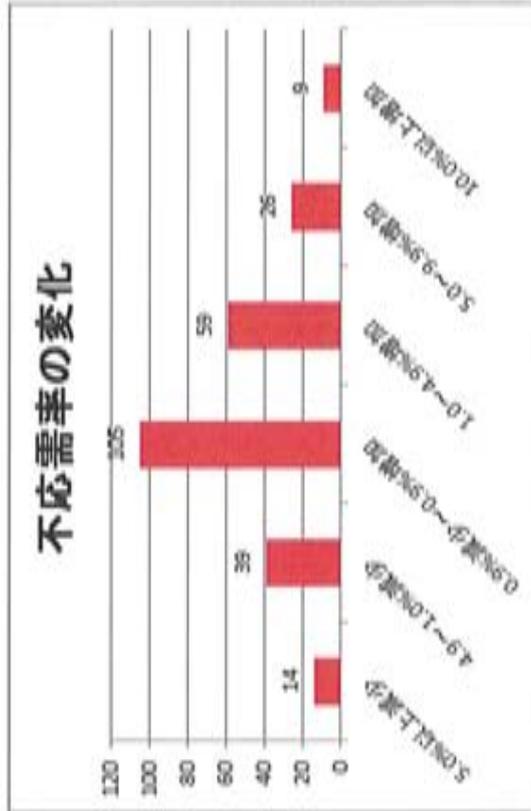
(2) 平成22年度

不応需率	H22年度	構成比
4.9%以下	88	31.1%
5.0～9.9%	32	11.3%
10.0～19.9%	55	19.4%
20.0～29.9%	46	16.3%
30.0～39.9%	38	13.4%
40.0%以上	24	8.5%
合計	283	100.0%



(3) 不応需率の変化

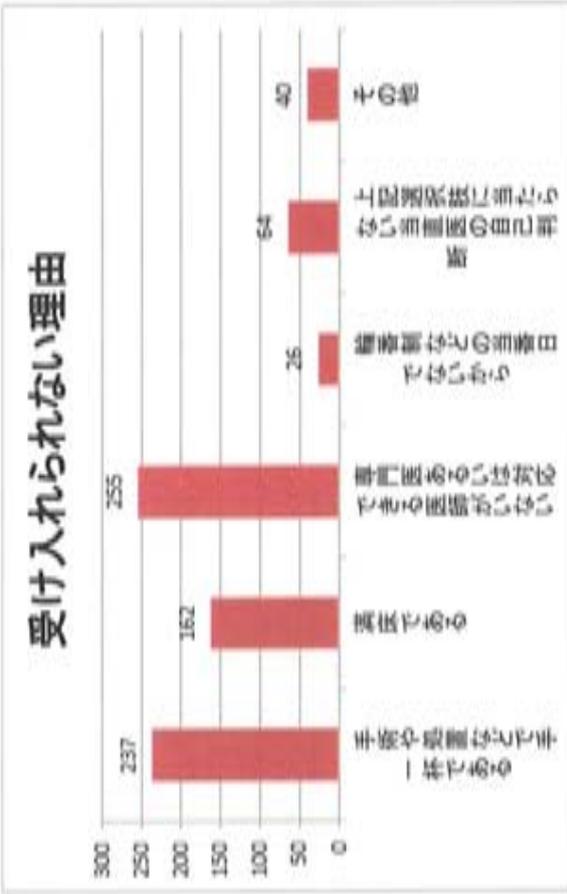
不応需率の変化	構成比	
5.0%以上減少	14	5.6%
4.9～1.0%減少	39	15.5%
0.9%減少～0.9%増加	105	41.7%
1.0～4.9%増加	59	23.4%
5.0～9.9%増加	26	10.3%
10.0%以上増加	9	3.6%
合計	252	100.0%



(4) 受け入れられない理由(多いものから2つ選択)

理由	回答数	割合
手術や処置などで手一杯である	237	32.6%
病床である	162	22.3%
専門医あるいは対応できる医師がいない	255	35.1%
輪番制などの当番日でないから	26	3.6%
上記選択肢に当たらない当直医の自己判断	64	8.8%
その他	40	5.5%
合計	-	-

※構成比は回答施設数(726)を分母として算出



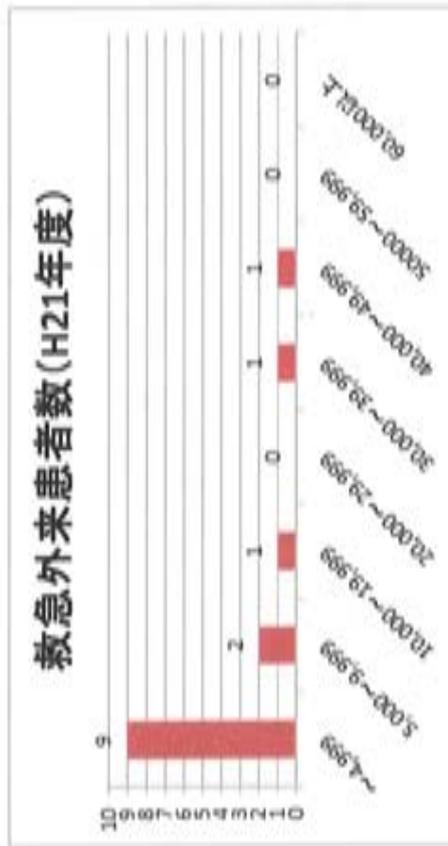
③時間外救急患者の動向

●救急外来患者の増減

1) 救命救急センター（ER含まず）

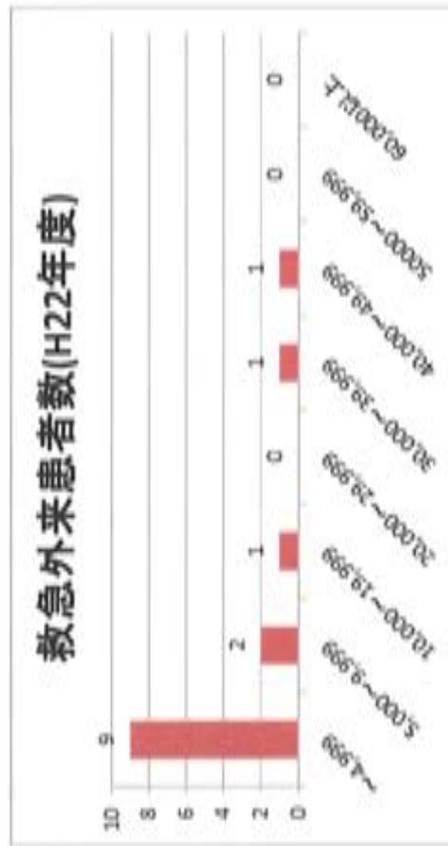
(1) 平成21年度

年間症例数	H21年度	構成比
～4,999	9	64.3%
5,000～9,999	2	14.3%
10,000～19,999	1	7.1%
20,000～29,999	0	0.0%
30,000～39,999	1	7.1%
40,000～49,999	1	7.1%
50,000～59,999	0	0.0%
60,000以上	0	0.0%
合計	14	100.0%



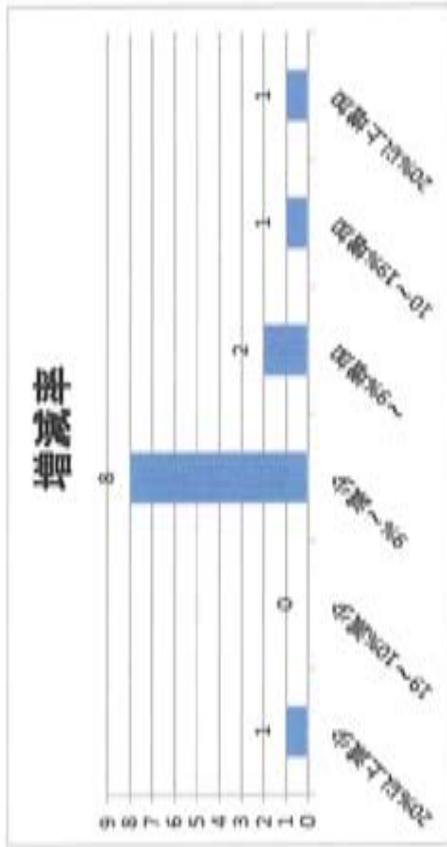
(2) 平成22年度

年間症例数	H22年度	構成比
～4,999	9	64.3%
5,000～9,999	2	14.3%
10,000～19,999	1	7.1%
20,000～29,999	0	0.0%
30,000～39,999	1	7.1%
40,000～49,999	1	7.1%
50,000～59,999	0	0.0%
60,000以上	0	0.0%
合計	14	100.0%



(3) 増減率

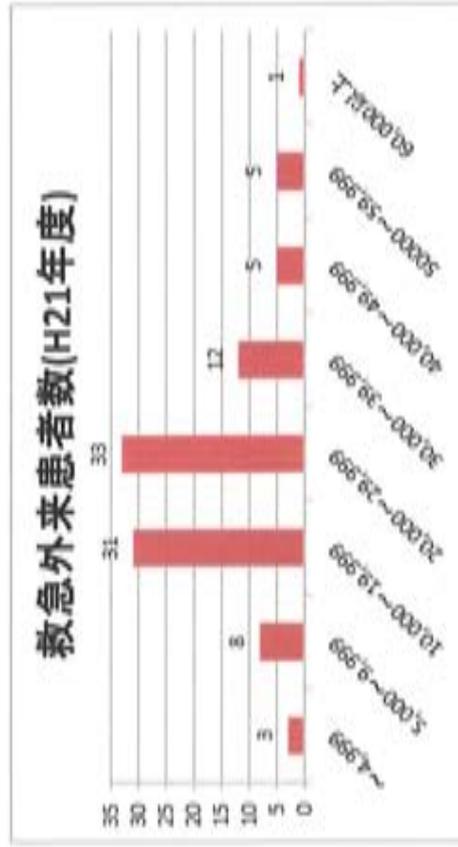
増減率	構成比
20%以上減少	1 7.7%
19~10%減少	0 0.0%
9%~減少	8 61.5%
~9%増加	2 15.4%
10~19%増加	1 7.7%
20%以上増加	1 7.7%
合計	13 100.0%



2) 救命救急センター(ER含む)

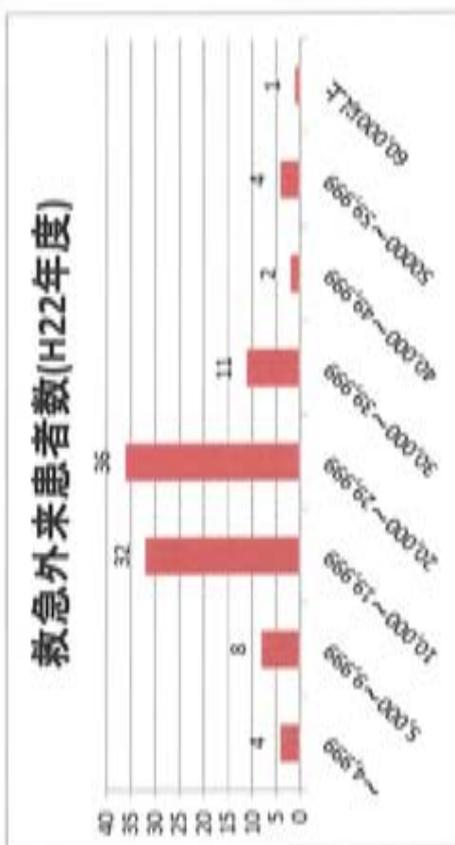
(1) 平成21年度

年間症例数	H21年度	構成比
~4,999	3	3.1%
5,000~9,999	8	8.2%
10,000~19,999	31	31.6%
20,000~29,999	33	33.7%
30,000~39,999	12	12.2%
40,000~49,999	5	5.1%
50,000~59,999	5	5.1%
60,000以上	1	1.0%
合計	98	100.0%



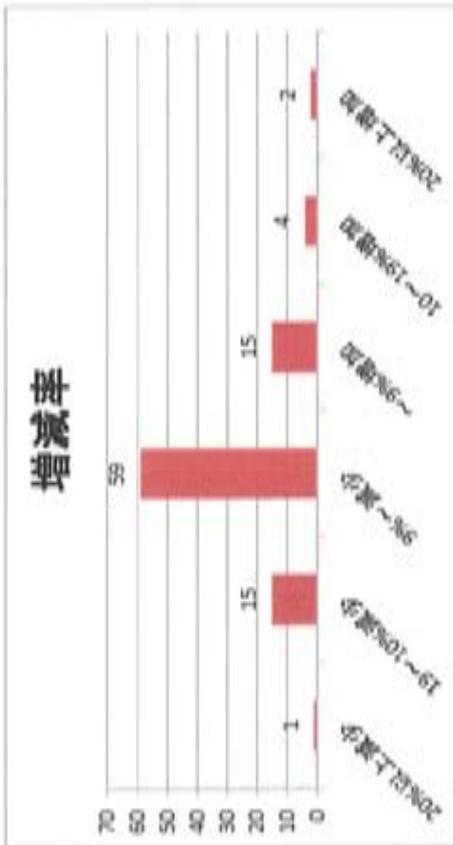
(2) 平成22年度

年票症例数	H22年度	構成比
~4,999	4	4.1%
5,000~9,999	8	8.2%
10,000~19,999	32	32.7%
20,000~29,999	36	36.7%
30,000~39,999	11	11.2%
40,000~49,999	2	2.0%
50,000~59,999	4	4.1%
60,000以上	1	1.0%
合計	98	100.0%



(3) 増減率

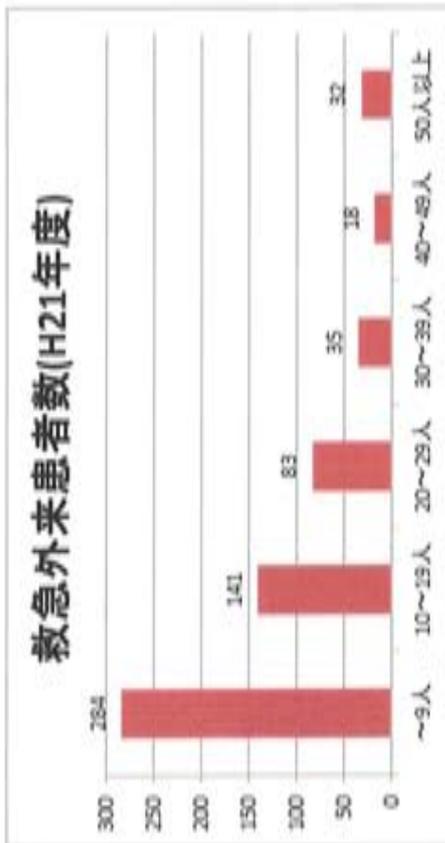
増減率	構成比
20%以上減少	1
19~10%減少	15
9%~減少	59
~3%増加	15
10~19%増加	4
20%以上増加	2
合計	96
	100.0%



3) 二次救急病院

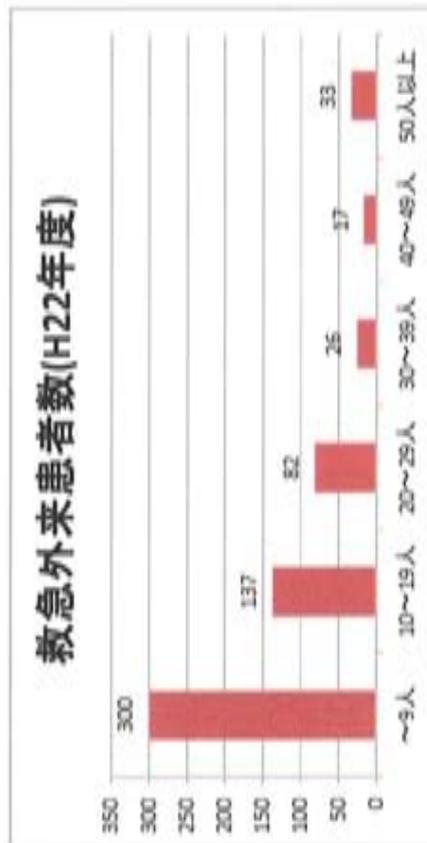
(1) 平成21年度

1日平均患者数	H21年度	構成比
～9人	284	47.9%
10～19人	141	23.8%
20～29人	83	14.0%
30～39人	35	5.9%
40～49人	18	3.0%
50人以上	32	5.4%
合計	593	100.0%



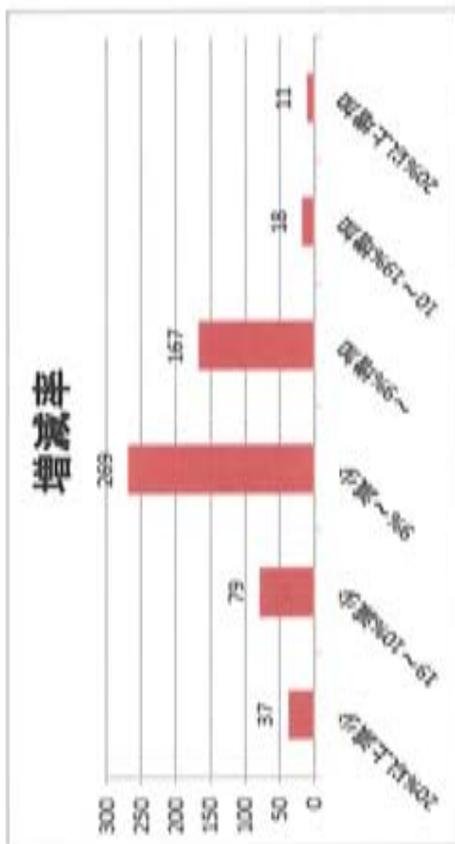
(2) 平成22年度

1日平均患者数	H22年度	構成比
～9人	300	50.4%
10～19人	137	23.0%
20～29人	82	13.8%
30～39人	26	4.4%
40～49人	17	2.9%
50人以上	33	5.5%
合計	595	100.0%



(3) 増減率

増減率	増減数	構成比
20%以上減少	37	6.4%
19~10%減少	79	13.6%
9%~減少	259	46.3%
~9%増加	167	28.7%
10~19%増加	18	3.1%
20%以上増加	11	1.9%
合計	581	100.0%



● 救急外来患者の入院率

1) 救命救急センター(ER含まず)

(1) 平成21年度

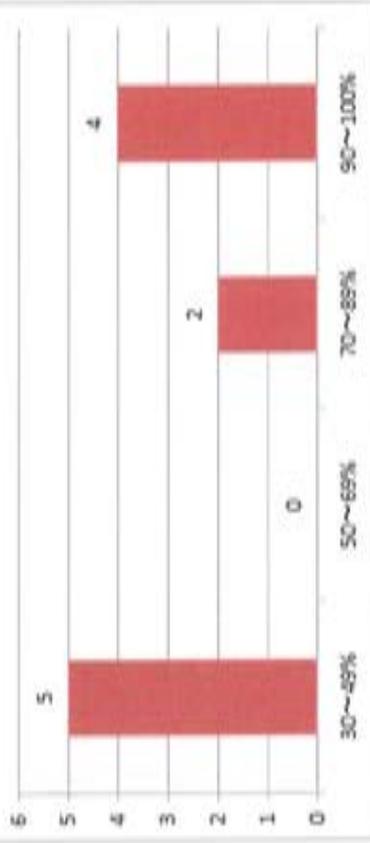
入院率	H21年度	構成比
30~49%	5	45.5%
50~69%	0	0.0%
70~89%	2	18.2%
90~100%	4	36.4%
合計	11	100.0%



(2) 平成22年度

入院率	H22年度	構成比
30～49%	5	45.5%
50～69%	0	0.0%
70～89%	2	18.2%
90～100%	4	36.4%
合計	11	100.0%

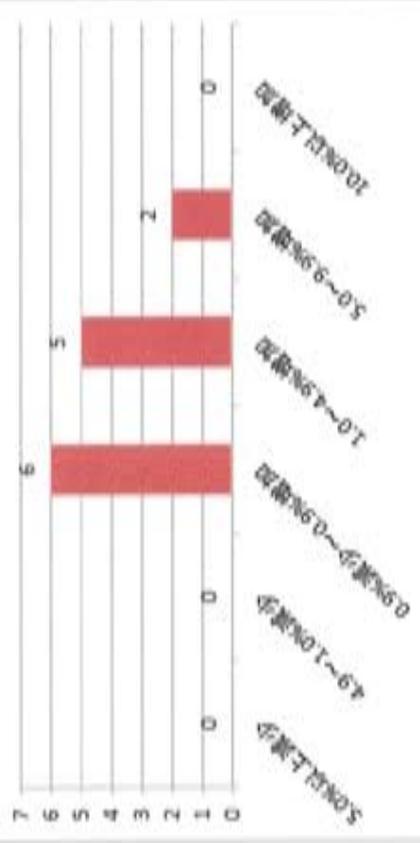
救急外来患者の入院率(H22年度)



(3) 入院率の変化

入院率の変化	構成比
5.0%以上減少	0
4.9～1.0%減少	0
0.9%減少～0.9%増加	6
1.0～4.9%増加	5
5.0～9.9%増加	2
10.0%以上増加	0
合計	13

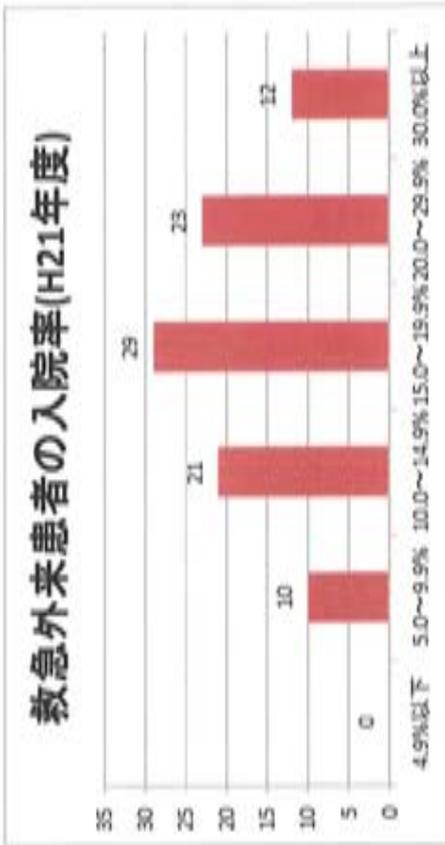
入院率の変化



2) 救急救命センター(ER含む)

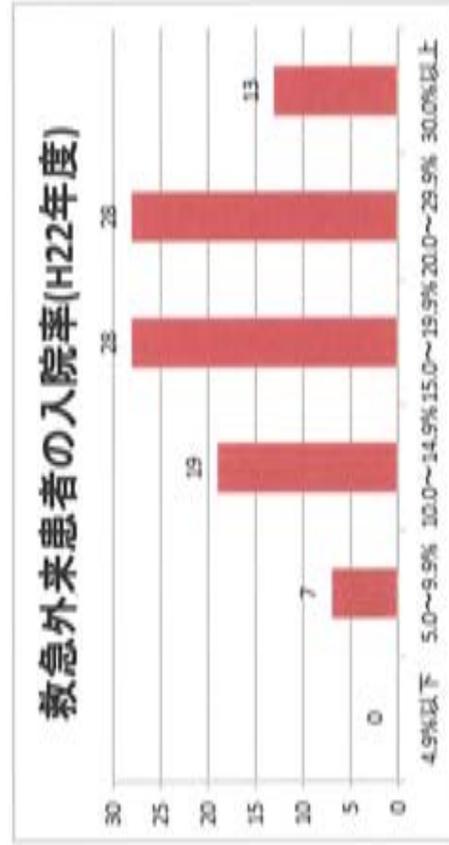
(1) 平成21年度

入院率	H21年度	構成比
4.9%以下	0	0.0%
5.0～9.9%	10	10.5%
10.0～14.9%	21	22.1%
15.0～19.9%	29	30.5%
20.0～29.9%	23	24.2%
30.0%以上	12	12.6%
合計	95	100.0%



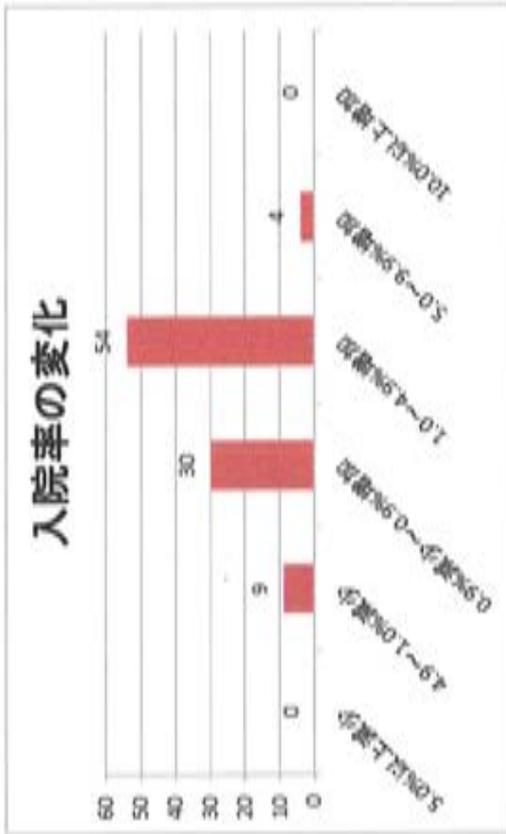
(2) 平成22年度

入院率	H22年度	構成比
4.9%以下	0	0.0%
5.0～9.9%	7	7.4%
10.0～14.9%	19	20.0%
15.0～19.9%	28	29.5%
20.0～29.9%	28	29.5%
30.0%以上	13	13.7%
合計	95	100.0%



(3) 入院率の変化(22年度と21年度との差)

入院率の変化	構成比
5.0%以上減少	0
4.9~1.0%減少	9
0.9%減少~0.9%増加	30
1.0~4.9%増加	54
5.0~8.9%増加	4
10.0%以上増加	0
合計	97
	100.0%



3) 二次救急病院

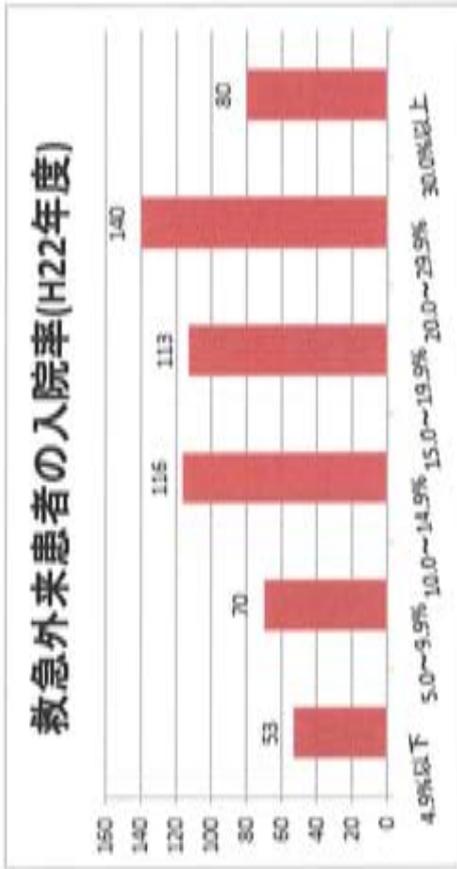
(1)平成21年度

入院率	H21年度	構成比
4.9%以下	55	9.5%
5.0~9.9%	86	14.9%
10.0~14.9%	133	23.0%
15.0~19.9%	119	20.6%
20.0~29.9%	118	20.4%
30.0%以上	67	11.6%
合計	578	100.0%



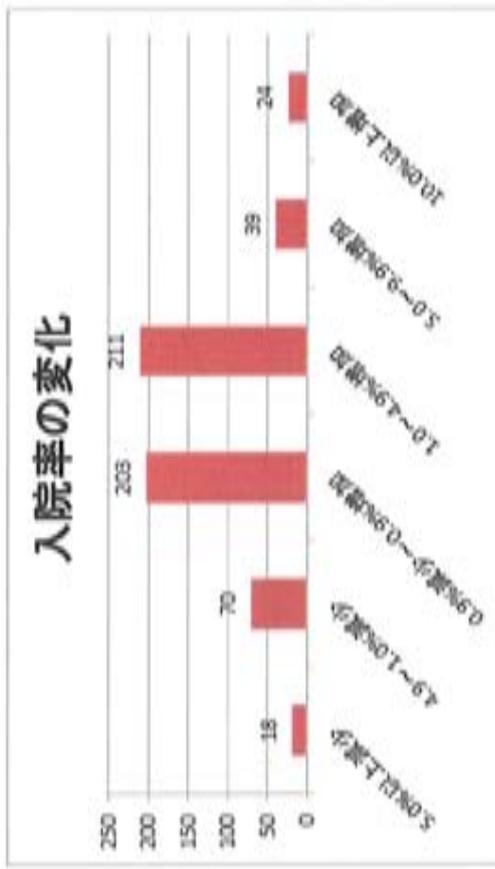
(2) 平成22年度

入院率	H22年度	構成比
4.9%以下	53	9.3%
5.0~9.9%	70	12.2%
10.0~14.9%	116	20.3%
15.0~19.9%	113	19.8%
20.0~29.9%	140	24.5%
30.0%以上	80	14.0%
合計	572	100.0%



(3) 入院率の変化

入院率の変化	構成比	
5.0%以上減少	18	3.2%
4.9~1.0%減少	70	12.4%
0.9%減少~0.9%増加	203	35.9%
1.0~4.9%増加	211	37.3%
5.0~9.9%増加	39	6.9%
10.0%以上増加	24	4.2%
合計	565	100.0%



● 救急外来(業務時間内救急率を含む)からの入院患者が病院全体の入院患者に占める割合

(1) 平成21年度

割合	H21年度	構成比
4.9%以下	134	19.5%
5.0～9.9%	60	8.7%
10.0～14.9%	82	12.0%
15.0～19.9%	81	11.8%
20.0～29.9%	154	22.4%
30.0～39.9%	109	15.9%
40.0～49.9%	41	6.0%
50.0%以上	25	3.6%
合計	686	100.0%



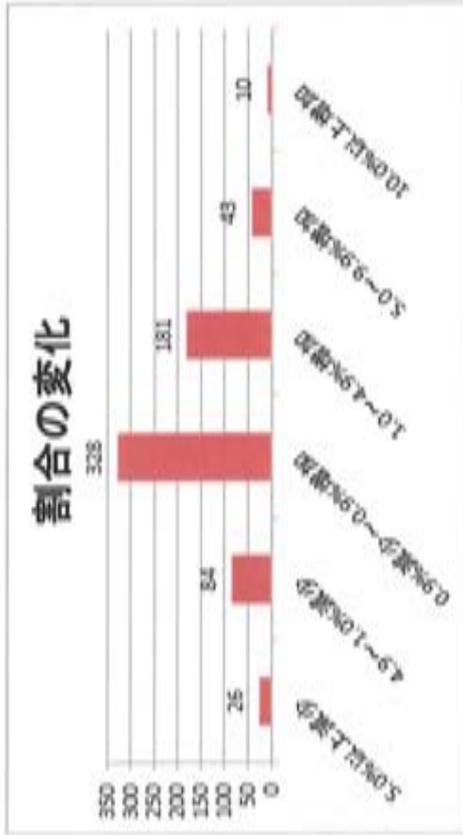
(2) 平成22年度

割合	構成比	
4.9%以下	135	19.5%
5.0～9.9%	49	7.1%
10.0～14.9%	88	12.7%
15.0～19.9%	70	10.1%
20.0～29.9%	163	23.6%
30.0～39.9%	118	17.1%
40.0～49.9%	41	5.9%
50.0%以上	27	3.9%
合計	691	100.0%



(3) 割合の変化(22年度と21年度の差)

割合の変化		構成比
5.0%以上減少	26	3.9%
4.9~1.0%減少	84	12.5%
0.9%減少~0.9%増加	328	48.8%
1.0~4.9%増加	181	26.9%
5.0~9.9%増加	43	6.4%
10.0%以上増加	10	1.5%
合計	672	100.0%



● 救急医療資源(救急外来の厚削・縮小)の増減について

(1) 21年度に比して22年度は医療圏内の救急医療資源(救急告示病院数など)が

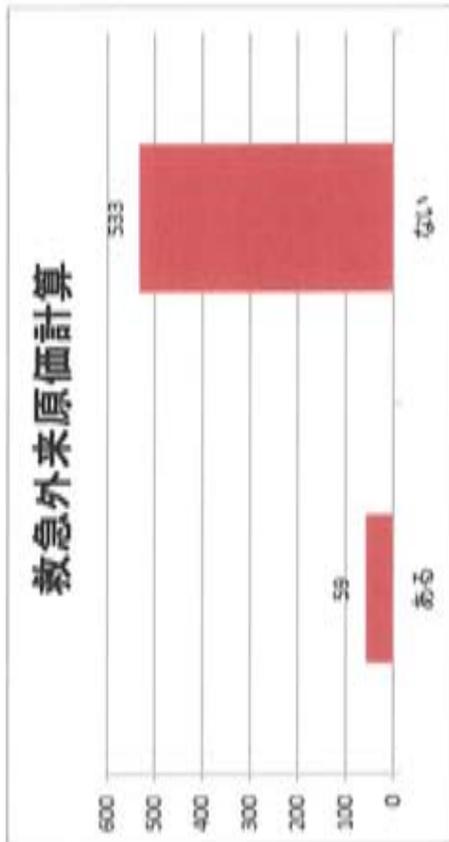
増減	構成比	
増加	21	3.2%
不変	531	80.7%
減少	106	16.1%
合計	658	100.0%



④救急外来原価計算のお尋ね(二次救急病院に限る)

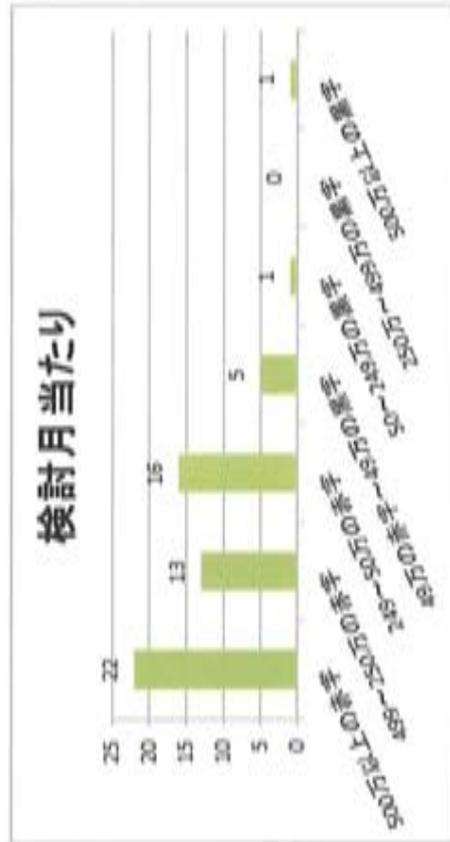
●計算方法は問いませんが救急外来の原価計算をしたことがありますか

	回答数	構成比
ある	59	10.0%
ない	533	90.0%
合計	592	100.0%



●ある場合、検討月当たりの収支

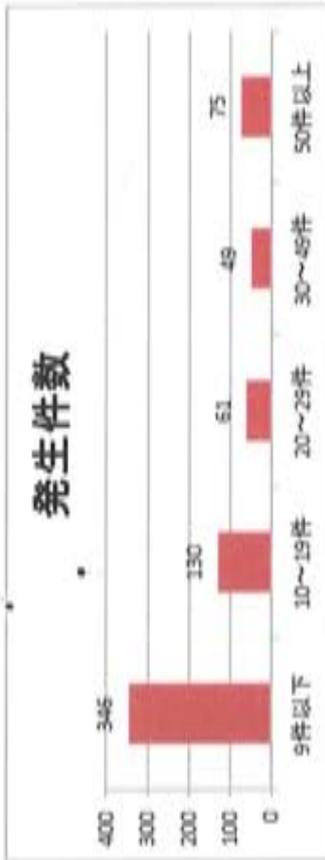
	回答数	構成比
500万以上の赤字	22	37.9%
499～250万の赤字	13	22.4%
249～50万の赤字	16	27.6%
49万の赤字～49万の黒字	5	8.6%
50～249万の黒字	1	1.7%
250万～499万の黒字	0	0.0%
500万以上の黒字	1	1.7%
合計	58	100.0%



⑤救急外来における未収金

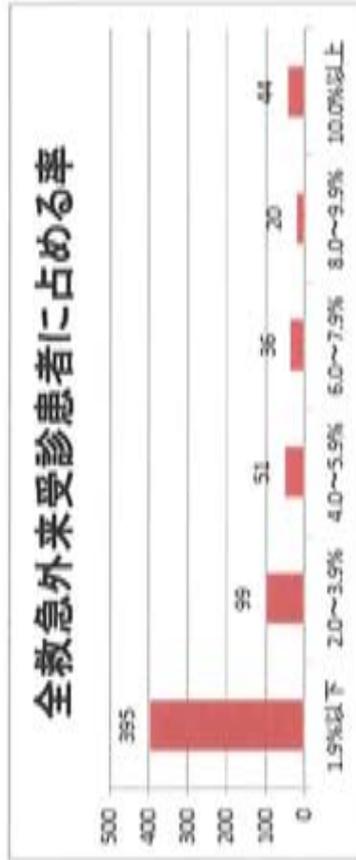
●発生件数

件数	回答数	構成比
9件以下	346	52.3%
10～19件	130	19.7%
20～29件	61	9.2%
30～49件	49	7.4%
50件以上	75	11.3%
合計	661	100.0%



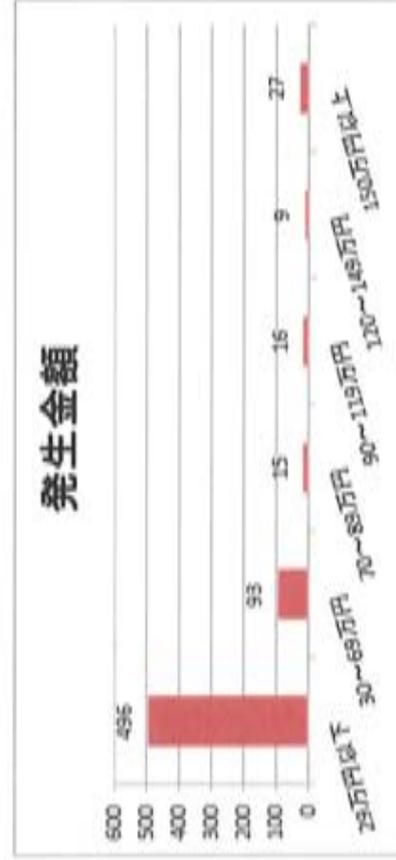
●全救急外来未受診患者に占める率

割合	回答数	構成比
1.9%以下	395	61.2%
2.0～3.9%	99	15.3%
4.0～5.9%	51	7.9%
6.0～7.9%	36	5.6%
8.0～9.9%	20	3.1%
10.0%以上	44	6.8%
合計	645	100.0%



●発生金額

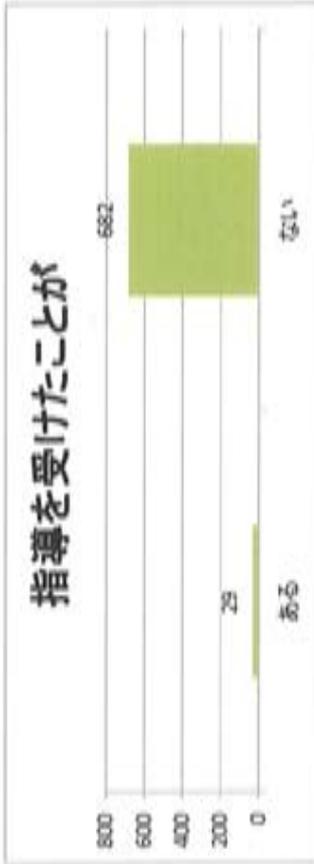
金額	回答数	構成比
29万円以下	496	75.6%
30～69万円	93	14.2%
70～89万円	15	2.3%
90～119万円	16	2.4%
120～149万円	9	1.4%
150万円以上	27	4.1%
合計	656	100.0%



⑥医師の当直業務に関する解釈の不統一に関する問題

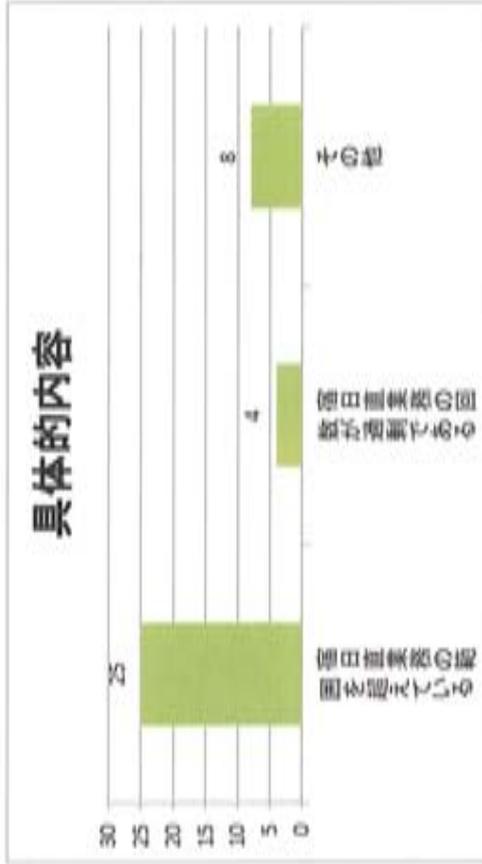
- 医師の当直業務に関して労働基準局から指導を受けたことがありますか

	回答数	構成比
ある	29	4.1%
ない	682	95.9%
合計	711	100.0%



- ある場合、具体的内容

内容	回答数	構成比
隔日直業務の範囲を超えている	25	86.2%
隔日直業務の回数が過剰である	4	13.8%
その他	8	27.6%
合計	-	-

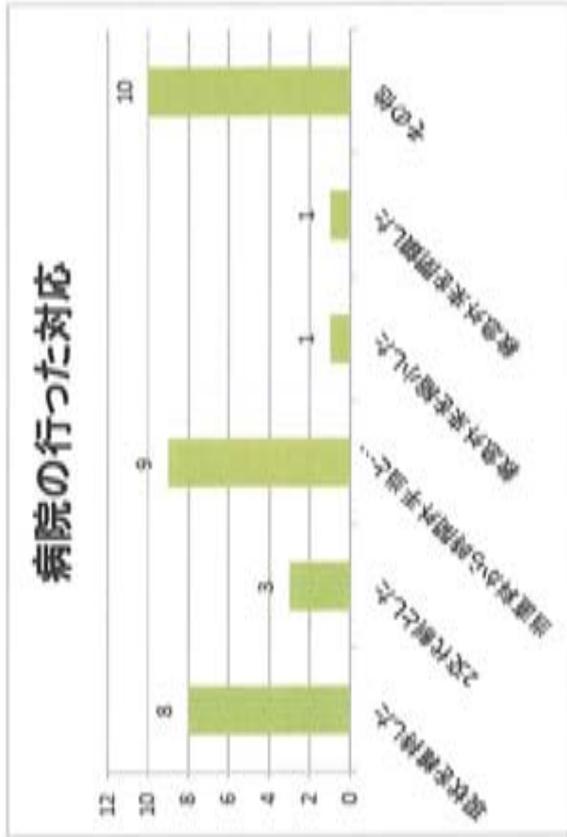


※構成比はあると答えた施設数(29)を分母として算出

●病院の行った対応

対応	回答数	構成比
現状を維持した	8	27.6%
2交代制とした	3	10.3%
当直料から時間外手当とした	9	31.0%
救急外来を縮小した	1	3.4%
救急外来を閉鎖した	1	3.4%
その他	10	34.5%
合計	-	-

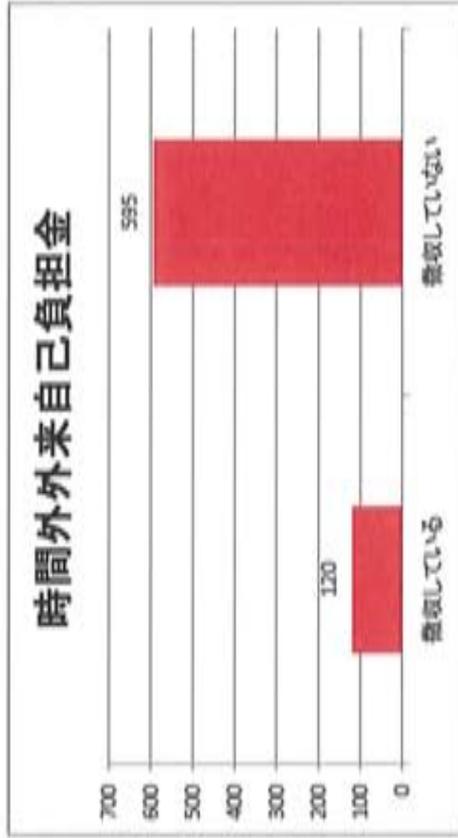
※構成比はあると答えた施設数(29)を分母として算出



⑦時間外外来自己負担金(選定療養費)

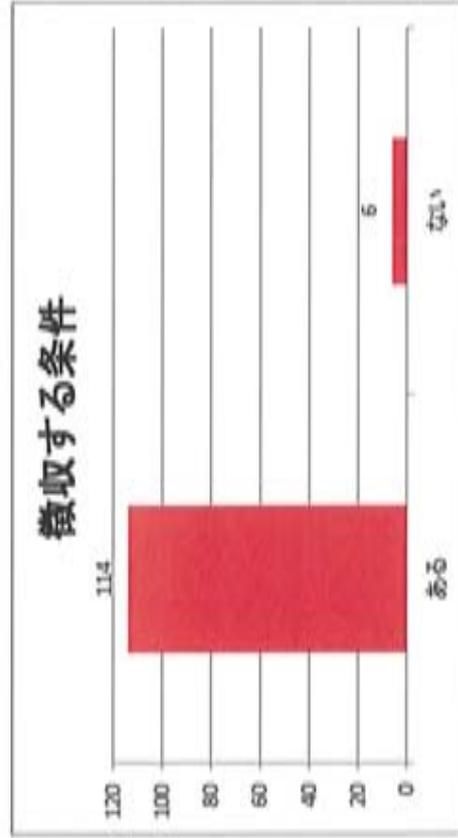
●時間外外来自己負担金を徴収してますか

	回答数	構成比
徴収している	120	16.8%
徴収していない	595	83.2%
合計	715	100.0%



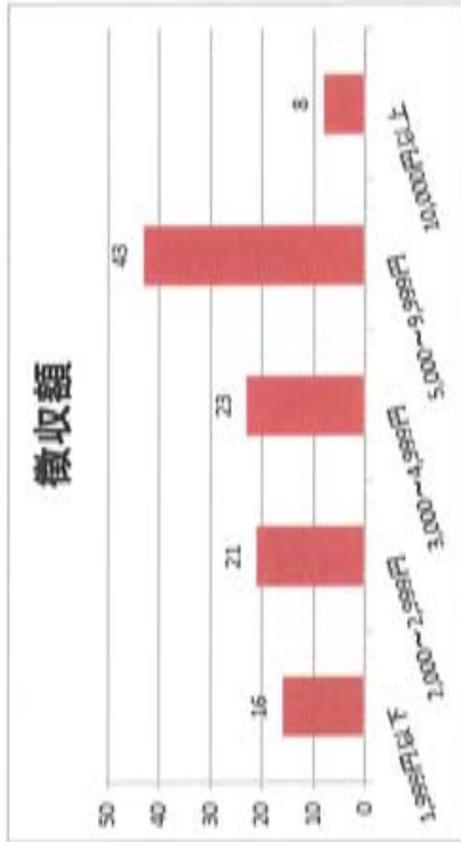
●徴収している場合、徴収する条件がありますか

	回答数	構成比
ある	114	95.0%
ない	6	5.0%
合計	120	100.0%



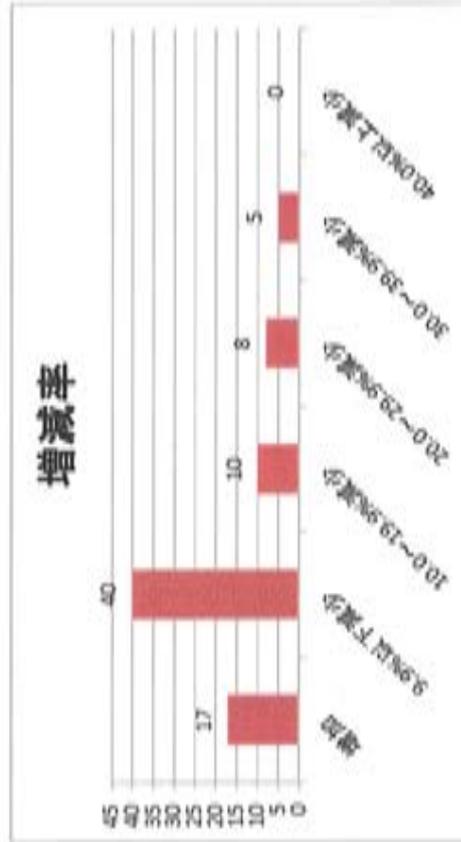
(1) 徴収額

徴収額	回答数	構成比
1,999円以下	16	14.4%
2,000～2,999円	21	18.9%
3,000～4,999円	23	20.7%
5,000～9,999円	43	38.7%
10,000円以上	8	7.2%
合計	111	100.0%



(2) 徴収前後での時間外外未患者の増減率(比較期間等は最も実態を反映していると思われるもので結構です)

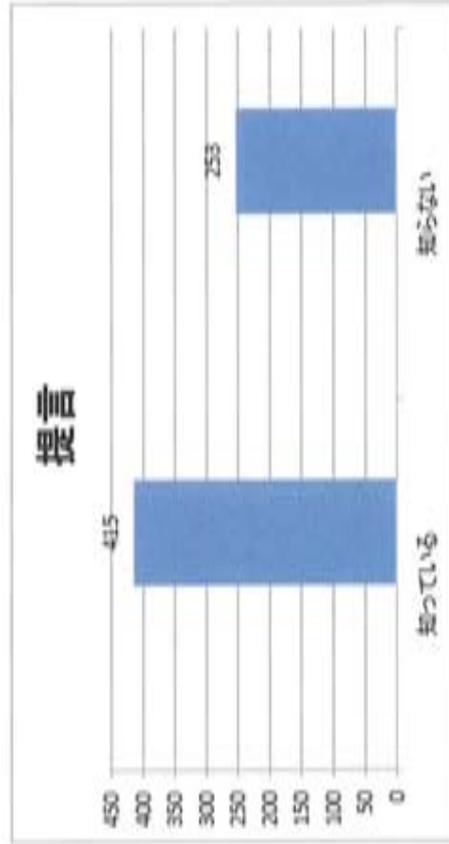
増減率	回答数	構成比
増加	17	21.3%
9.9%以下減少	40	50.0%
10.0～19.9%減少	10	12.5%
20.0～29.9%減少	8	10.0%
30.0～39.9%減少	5	6.3%
40.0%以上減少	0	0.0%
合計	80	100.0%



⑧ 終末期医療

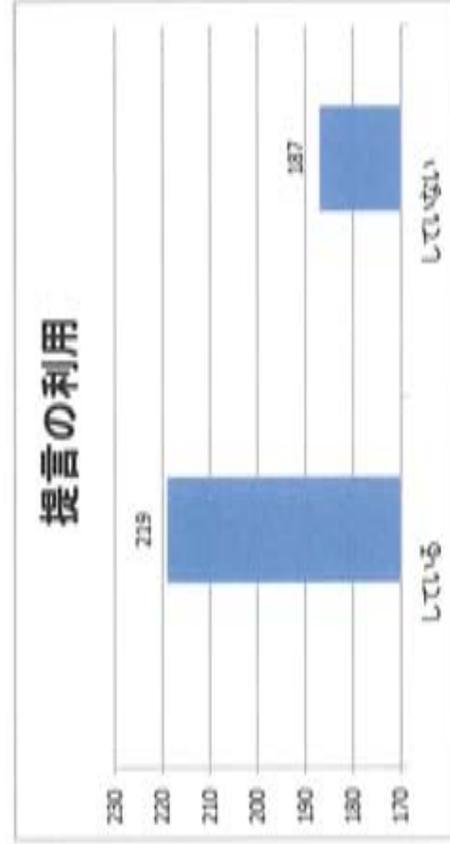
- 日本救急医学会終末期医療のあり方検討委員会のガイドライン「救急医療における終末期医療」に関する提言」を現場が知っていますか

提言	回答数	構成比
知っている	415	62.1%
知らない	253	37.9%
合計	668	100.0%



- 知っている場合、「提言」を利用していますか

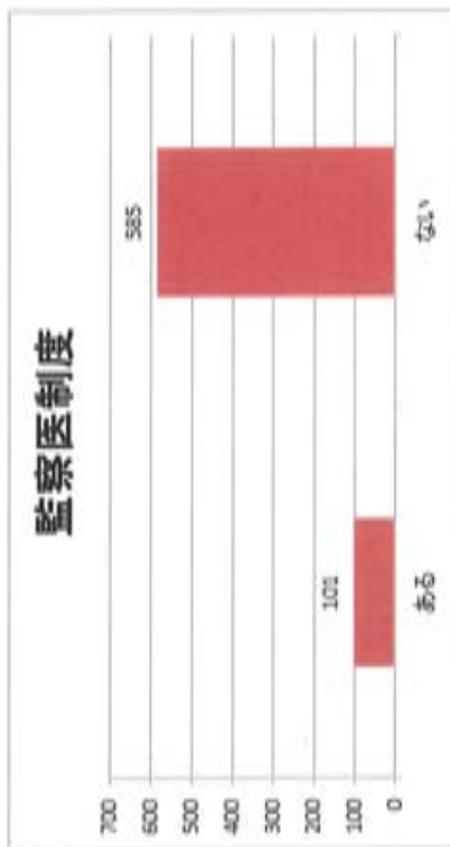
提言の利用	回答数	構成比
している	219	53.9%
していない	187	46.1%
合計	406	100.0%



⑨検死

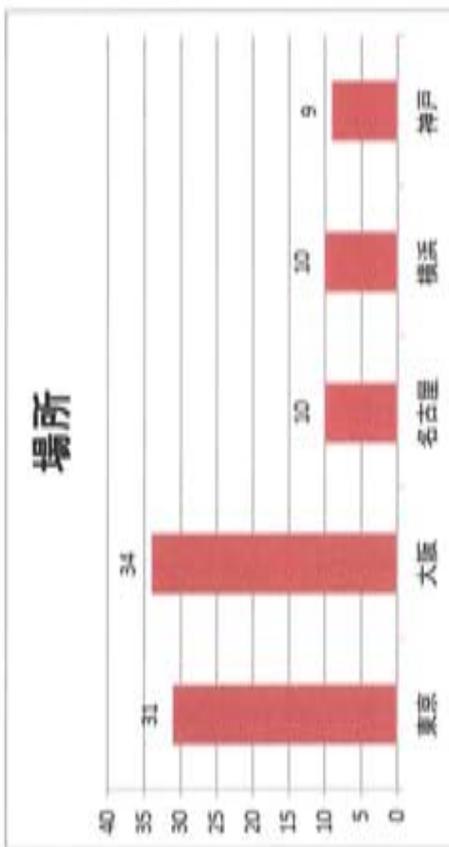
● 監察医制度がありますか

	回答数	構成比
ある	101	14.7%
ない	585	85.3%
合計	686	100.0%



● ある場合

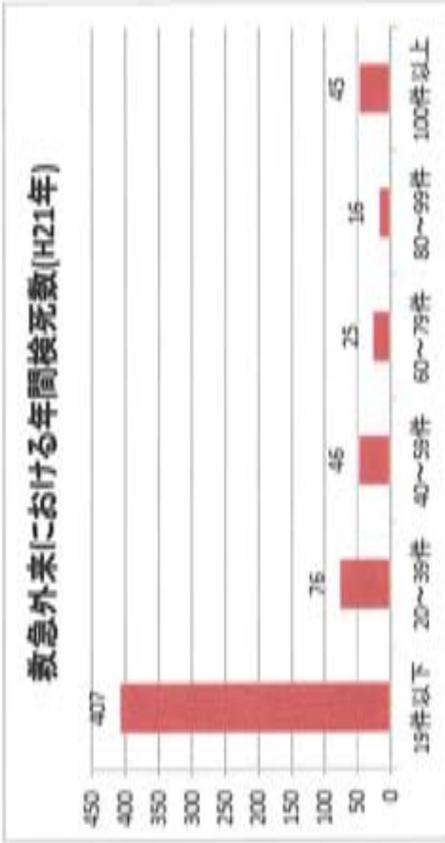
	回答数	構成比
東京	31	33.0%
大阪	34	36.2%
名古屋	10	10.6%
横浜	10	10.6%
神戸	9	9.6%
合計	94	100.0%



● 救急外来における年間検死数(死体検案書数)の変化

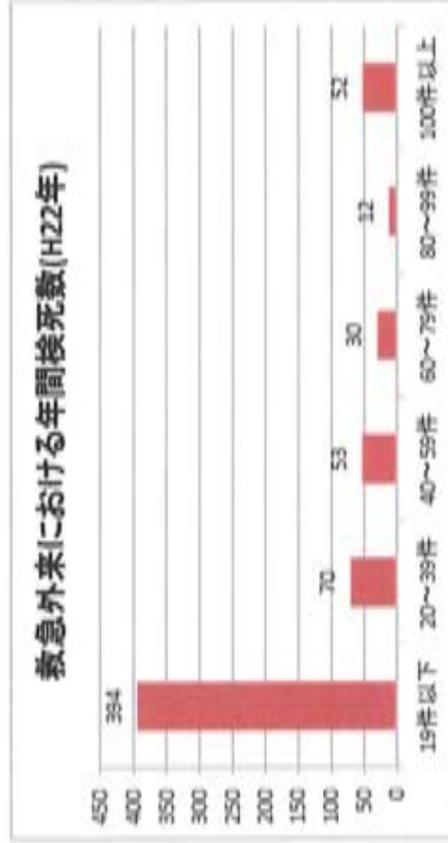
(1) 平成21年度

件数	回答数	構成比
19件以下	407	66.2%
20～39件	76	12.4%
40～59件	46	7.5%
60～79件	25	4.1%
80～99件	16	2.6%
100件以上	45	7.3%
合計	615	100.0%



(2) 平成22年度

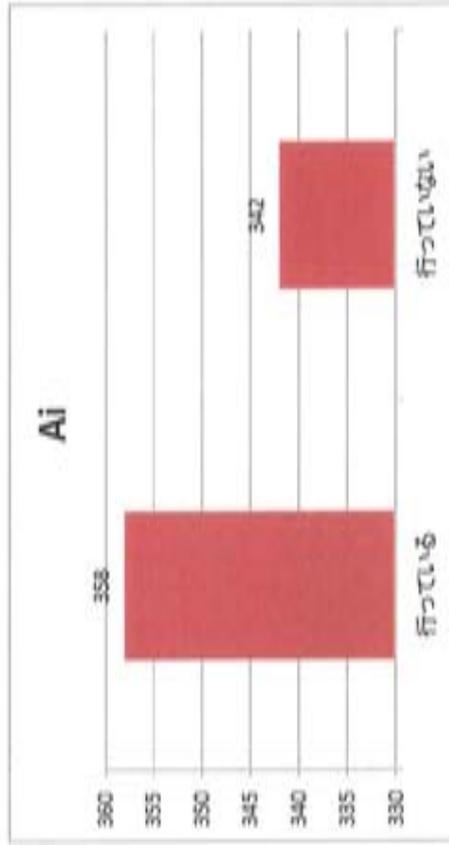
件数	回答数	構成比
19件以下	394	64.5%
20～39件	70	11.5%
40～59件	53	8.7%
60～79件	30	4.9%
80～99件	12	2.0%
100件以上	52	8.5%
合計	611	100.0%



①Ai(Autopsy Imaging: 死亡時画像診断)

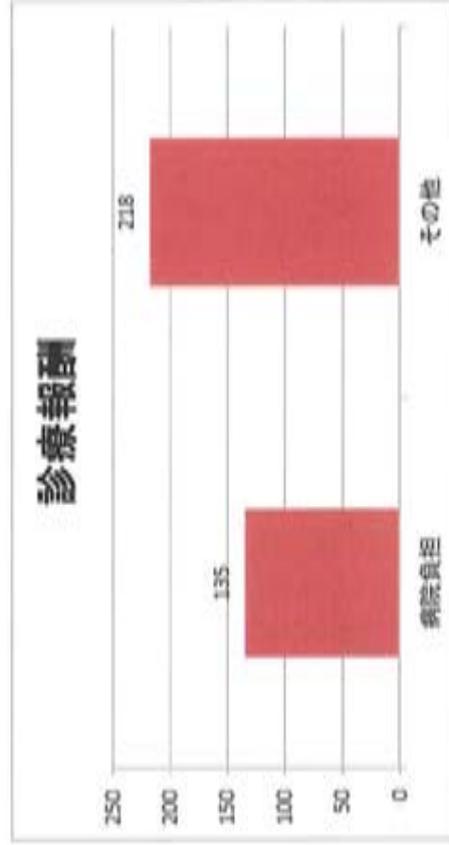
●Aiを行っていますか

	回答数	構成比
行っている	358	51.1%
行っていない	342	48.9%
合計	700	100.0%



●行っている場合、診療報酬はどうしていますか

	回答数	構成比
病院負担	135	38.2%
その他	218	61.8%
合計	353	100.0%



平成23年度救急医療アンケート

別紙1

救急外来対応可能な科

科目	計	科目	計
精神科	19	老年内科	1
皮膚科	62	臨床検査科	3
		膠原病内科	3
麻酔科	38	心臓血管外科	1
神経精神科	2	呼吸器外科	1
循環器内科	4	眼科	1
放射線科	34	耳鼻咽喉科	1
放射線診断科	1	整形外科	1
放射線治療科	1	脳神経外科	1
消化器内科	36	腎内分沁代謝内科	1
ペインクリニック	1	胃腸科	1
心療内科	3	大腸肛門科	6
神経内科	35	緩和ケア科	2
精神神経科	2	人口透視科	3
消化器科	19	肝臓のう	1
口腔外科	37	泌尿器外科	1
内視鏡外科	3	感染症内科	1
リハビリテーション科	13	血液化学療法内科	1
歯科	6	胸部外科	1
病理診断科	4	肝臓内科	1
腫瘍内科	7	肝胆腫内科	1
腫瘍外科	1	免疫感染症内科	1
リユマテ科	13	肝臓外科	1
乳腺外科	13	内視鏡内科	1
婦人科	9	脳血管内科	1
感腫腺外科	2	感染症科	1
泌尿器科	3	小児心臓外科	1
アレルギー科	6	小児循環器科	1
気管食道科	1		
美容外科	1		
糖尿病内科	6		
メンタルヘルス科	1		
呼吸器内科	3		

別紙2

医師の当直業務に関して労働基準局から指導を受けた内容(その他)

- ・時間外勤務とみなされ、手当額が少ないと指摘された。
- ・宿日直時間帯における応急患者の診療等に従事した時間について割増賃金の支払いをおこなうこと
- ・時間外労働時間の把握
- ・賞金不払い
- ・当直料から時間外手当とした
- ・宿日直許可を取得するか時間外手当を支払うよう指示を受ける

別紙3

病院の行った対応

- ・院外医師によるお応援日数の増加
- ・一部、2交代制を導入
- ・当直手当額を上げた
- ・過去2年間の時間外手当を支払った
- ・1直2勤務を導入した
- ・救急手当の新設(救急車対応、台数に応じて支給)
- ・1ヶ月にわたり、宿日直時の従事時間を調査し、時間集計及び同時間に対する時間外手当を計算の上報告
- ・抜本的対策、方針
- ・当直料を上げた
- ・当直明けに対し委員会を発足させ業務改善を図っている
- ・翌日の勤務を半日とした
- ・常勤医の当直を減らすため、非常勤医の採用を行った
- ・当直あげがあるためシフト勤務として対応

患者未収金問題に関する 2012 年度アンケート調査結果報告

平成 2 5 年 3 月 3 1 日

一般社団法人 日本病院会
医業経営・税制委員会

目 次

抄録	1
緒言	1
調査の概要	2
結果	
1. 回答病院プロフィール	3
2. クロス集計結果	6
3. 推計値	21
4. 四病協調査結果との比較	23
5. 自由記載文	24
考察	41
調査票	47
参考文献	51
委員名簿	

抄 録

四病院団体協議会治療費未払問題検討委員会により行われた 2006(平成 18)年、2010(平成 22)年の 2 度にわたる患者未収金問題についての全国的な調査から数年を経た 2012(平成 24)年現在の実態を知る目的で、一般社団法人日本病院会会員 2,375 病院を対象に Web 上アンケート調査を行ない、650 病院(27.4%)から回答を得た。その結果、回答病院の総額は一年間で 6,195,833,924 円で、一病院あたりの未収金平均額は一年間で 11,083,782 円、3 年間で 25,262,111 円であった。調査主体・客体は異なるが、一年間の金額を列記すると次のように比較できた。

2006(平成 18)年調査時 7,159,624 円

2010(平成 22)年調査時 5,482,217 円

今回調査分 11,083,782 円 であり、増加に転じたことが示唆された。

依然として高額であり、官民による問題解消を目指した様々な取り組みにも拘わらず 常態化しており、今後さらに悪化することが懸念される結果を得た。

緒 言

受けたサービスの対価を支払わない行為は一般的な経済的行為においては明確な犯罪行為として取り扱われる。しかし、医療界における「未収」についてはこのような意識は低く、かつて医療費がさほど高額ではなく、自己負担率も低いうちは顕在化しなかった。大きく事態が変わったのは、医療の高度化と相まって自己負担率が高くなったり、生活困窮者や無保険者の増加により未収となる事例が増え、その額も増大したうえに、医療費削減政策への転換、医療消費税非課税による控除対象外消費税の負担など現場に厳しい諸医療政策も加わり医業経営が複合的に圧迫されてきた 10 年ほど前からであり、看過できない問題として認識されるに至った。このことを背景として四病院団体協議会が 2006(平成 18)年¹⁾、2010(平成 22)年²⁾の 2 度にわたって全国的な調査を行い、詳細な報告書を発表した。それによると、一病院あたりの未収金額は 2006(平成 18)年調査時、1 年間で 7,159,624 円、2010(平成 22)年調査時で 5,482,217 円であった。調査対象病院(5,570～5,529)における推計総額は各々、373 億円、284 億円となり、減少傾向を示したが巨額であることが判明した。2009(平成 21)年には発生防止マニュアル・回収マニュアル³⁾を発行し、会員病院が統一した回収行動を取りえるようにした。厚生労働省は 2008(平成 20)年「医療機関の未収金問題に関する検討会」⁴⁾を開催した。このように官民でこの問題の存在を共有しその解消を試みてきた。

我々一般社団法人日本病院会(以下、当会)は 2011(平成 23)年に創立 60 周年を迎えた。これを機に組織の強化とともに独自ビルの入手も行ない、新しい体制と器とをプラットフォームとし、引き続き日夜、日本の病院の質の向上を目指し努めているところである。一方、世は長引くデフレーション社会の中、GDP 減少、可処分所得の減少、更なる医療費の増大とそれに付随する自己負担率の増加を背景に、未収金問題がより深刻化しているのではないかと、との根強い声があった。そこで当会医業経営・税制委員会は、初回調査から 6 年を経た 2012(平成 24)年現在の実態を知るべく、過去 2 回の調査に習い団体単独ではあるが全国規模の調査を行うこととした。

調査の概要

1. 目的

第一回目調査から6年目にあたる2012年現在の未収金に関する実態を知ること。病院開設者別、地域別、病院規模・機能別、入院・外来別、特に救急医療と産科医療を抽出しその特徴を知ること。各医療機関における事前の防止策ならびに回収や損失処理を含む事後の取り組み実態につき知ること。特に未収金の総額の過去調査との比較。これらの事実をもって、現時点における問題点を明らかにしたうえで医療政策提言の資とする。収集された事例を会員に還元し、日常業務の参考に資すること。

2. 方法

当会 会員全病院 2,375 施設(以下、会員)を対象とした。調査依頼を会員病院へメール、FAX、郵送のいずれかにて配信し、専用 Web サイトと PDF ファイルへの入力によるデータ受信、または FAX による回収を行なった。2011(平成 23)年 4 月～2012(平成 24)年 3 月の 1 年間と、2009(平成 21)年 4 月～2012(平成 24)年 3 月の 3 カ年間(累計)の発生状況調査。調査内容は、過去二回の調査結果との比較検討を行うことを念頭にして、それらに準じて作成した。但し、今回の調査目的を鑑みまた回答病院の負担を軽減する目的もあり医療保険種別の調査は行わないことにした。未収金には保険診療外自己負担金もその一部を成すが、区分しなかった。また、課題である外国人診療における実態も調査対象としなかった。未収金発生原因、各病院における未然防止策ならびに発生後の具体的対応について調査した。(調査票：資料別添)

3. 期間

2012(平成 24)年 9 月 7 日から同 10 月 26 日

4. データ処理(集計、結果取りまとめ)

日本病院会事務局企画部と情報統計分析室により行われた。

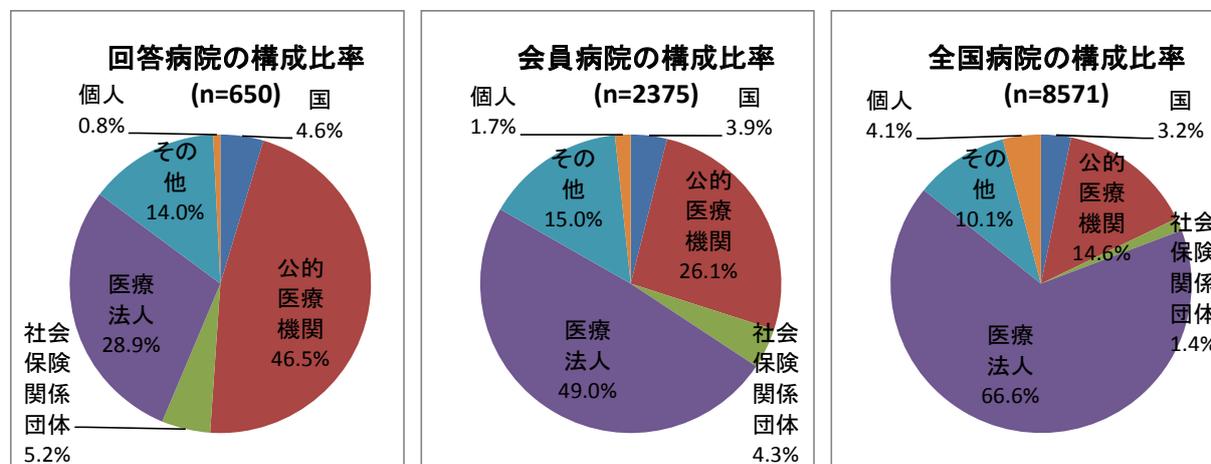
5. 報告書の作成

日本病院会医業経営・税制委員会委員により検討され作成された。

結果

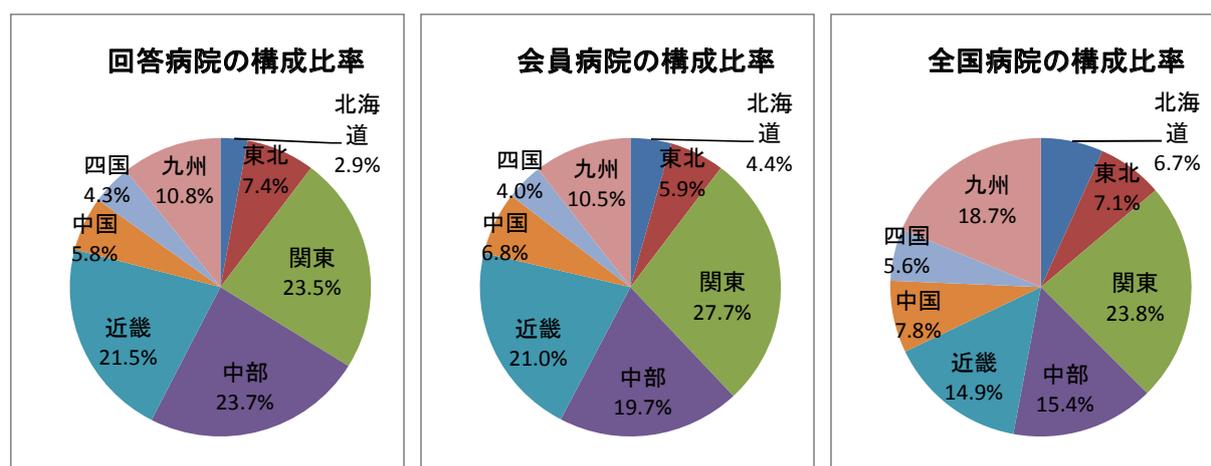
1. 回答病院プロフィール(図1～3、表1～6)

図1 開設者別病院内訳



回答病院数は650であり、回答率は27.4%であった。当会が公私混濁の団体であることを反映し、全国病院の開設者内訳比率において会員病院のそれは元々「公的」病院比率が大きいことが特徴として挙げられる。今回の調査においては回答病院の構成においてさらに顕著なものになっていた。即ち、「公的」病院からの回答数が「私的」のそれを上回った。これにより、今回の調査は、急性期病院の実態をより正確に反映するものであると考えられる。

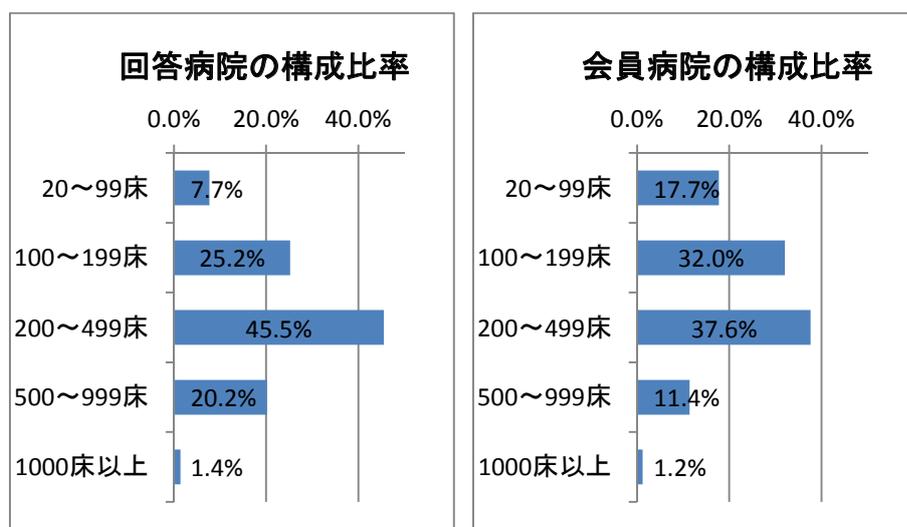
図2 地域別回答病院数



回答病院数：北海道 19、東北 48、関東 153、中部 154、近畿 140、中国 38、四国 28、九州 70
 会員病院数：北海道 104、東北 140、関東 659、中部 467、近畿 499、中国 161、四国 95、九州 250

回答率は東北(34.3%)、中部、四国、近畿、九州、中国、関東、北海道(18.3%)の順であった。2011年3月11日の東北大震災被災地である東北が高かった。

図3 病床規模別回答病院数



「大規模」病院に比し「中・小」規模病院からの回答率が低かった。平均病床数は340.4床であった。

表1 病院種別回答病院数

	発送数	回答数	回答率 (%)	構成比率 (%)	(参考) 会員病院の 構成比率 (%)
一般病院	1507	492	32.6	75.7	63.5
ケアミックス病院	658	131	19.9	20.2	27.7
療養型病院	144	17	11.8	2.6	6.1
精神科病院	66	10	15.2	1.5	2.8
合計	2375	650	27.4	100.0	100.0

- 一般病院：一般病床が全体の80%以上を占める病院
- 療養型病院：療養病床が全体の80%以上を占める病院
- 精神科病院：精神病床が全体の80%以上を占める病院
- ケアミックス病院：上記以外の病院

「一般病院」に比し「ケアミックス」、「療養型」、「精神科」の回答率が低かった

表2 機能別回答病院数（複数回答）

	病院数	割合 (%)	(参考) 会員病院の 取得率 (%)
特定機能病院	20	3.1	1.7
地域医療支援病院	143	22.0	10.2
臨床研修病院	338	52.0	45.2
DPC対象病院	389	59.8	42.6
DPC準備病院	127	19.5	2.3
無回答（該当なしを含む）	111	17.1	45.3
合計	650		

「特定機能病院」をはじめ高い役割を与えられた病院の回答率が高かった。とくにDPC病院は、準備病院も含み79.4%であり、全国のその17.6%(1,505/8,571)、会員病院の45%を上回った。

表3 救急体制状況

	病院数	割合(%)
二次救急	261	40.2
三次救急	54	8.3
救急医療体制なし	39	6.0
初期救急	13	2.0
無回答	283	43.5
合 計	650	100.0

二次と三次の救急病院が約半数である。

表4 産科有無

	病院数	割合(%)
産科なし	182	28.0
産科あり	171	26.3
無回答	297	45.7
合 計	650	100.0

表5 医師数、職員数

		病院数	平均人数
医師	全体	581	70.9
	20~99床	47	9.0
	100~199床	140	17.4
	200~499床	266	57.1
	500~999床	119	172.2
	1000床以上	9	510.2
	無回答	69	-
職員	全体	579	527.1
	20~99床	45	107.0
	100~199床	140	221.4
	200~499床	266	516.1
	500~999床	119	1085.6
	1000床以上	9	1904.3
	無回答	71	-

表6 経常利益

	病院数	割合(%)
黒字	357	54.9
赤字	159	24.5
無回答	134	20.6
合 計	650	100.0

2. クロス集計結果 (表7～表43)

注意：各表における対象項目名(例：未収金金額)が同じであっても、表毎の集計値に僅かな差が認められる。これは、表毎にその異なる目的において観察可能である客体病院の数が異なったことに起因するものである。つまり、質問項目に全ての回答病院が記載しないことがありブランク値をもたらす。回答病院数のカウントにおいて、このブランク値を差し引いて忠実な集計を行なったことによってもたらされた差である。

※ 公的、私的の定義

- ・公的…国、公的医療機関、保険関係団体が運営・管理をしている病院（国立病院、都道府県立病院、社会保険病院等）
- ・私的…上記に当てはまらない病院

表7 「近年の患者未収金の発生状況の変化」について

	全 体		公 的		私 的	
	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)
増加した	128	19.7	79	21.6	49	17.3
大きな変化は無い	344	52.9	194	53.0	150	52.8
減少した	159	24.5	81	22.1	78	27.5
無回答	19	2.9	12	3.3	7	2.5
合 計	650	100.0	366	100.0	284	100.0

「大きな変化は無い」と「増加した」が72.6%を占め、「公的」・「私的」間に差は無かった。

表8 「患者未収金合計金額」について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)
未収金額(1年)※1					
全 体	568	9	559	6,195,833,924	11,083,782
公 的	318	3	315	4,546,891,239	14,434,575
私 的	250	6	244	1,648,942,685	6,757,962
未収金額(3年)※2					
全 体	593	5	588	14,854,121,080	25,262,111
公 的	346	2	344	11,140,650,213	32,385,611
私 的	247	3	244	3,713,470,867	15,219,143

※ 未収金合計額に計上あるものを集計対象としている

※1 2011年4月～2012年3月の1年間に発生し、2012年7月末現在、支払いがなされていない患者未収金

※2 2009年4月～2012年3月の3年間に発生し、2012年7月末現在、支払いがなされていない患者未収金

有効回答数の集計により、「未収金あり」の病院は 568 病院中 559 病院 (98.4%)、「未収金無し」は 9 病院 (1.6%) であった。「公的」「私的」間に差は無かった。未収金総額は、2011(平成 23)年 4 月から 2012(平成 24)年 3 月の一年間に発生し 2012(平成 24)年 7 月末現在支払いがなされていない分で 6,195,833,924 円、2009(平成 24)年 4 月から 2012(平成 24)年 3 月までの 3 年間に発生し 2012(平成 24)年 7 月末現在支払いがなされていない分で 14,854,121,080 円であった。これから算出された一病院当たりの未収金金額は 1 年間で 11,083,782 円、3 年間で 25,262,111 円であった。規模や機能の差を無視すれば、「公的」のほうが「私的」を上回った。

表 9 患者未収金(1年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金件数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均	1病院あたり平均	1件あたり平均	1病院あたり平均	
						未収金件数	未収金金額(円)	未収金金額(円)	未収金発生割合(%) ※1	
全 体	I. 医業	590	11	579	222,155	6,414,552,541	383.7	11,078,675	28,874	0.50
	入院	593	24	569	60,035	5,137,010,173	105.5	9,028,137	85,567	1.20
	外来	580	27	553	161,589	1,321,189,016	292.2	2,389,130	8,176	1.26
	II. 介護	168	105	63	511	32,367,175	8.1	513,765	63,341	1.40
	III. 合計	465	9	456	162,863	5,042,305,240	357.2	11,057,687	30,960	0.57
公 的	I. 医業	332	3	329	154,431	4,738,461,693	469.4	14,402,619	30,683	0.58
	入院	331	7	324	43,854	3,811,666,592	135.4	11,764,403	86,917	1.30
	外来	325	5	320	110,470	9,70,581,320	345.2	3,033,067	8,786	1.92
	II. 介護	78	55	23	244	8,187,367	10.6	355,972	33,555	2.09
	III. 合計	260	3	257	112,757	3,740,652,793	438.7	14,555,069	33,174	0.72
私 的	I. 医業	258	8	250	67,724	1,676,090,848	270.9	6,704,363	24,749	0.40
	入院	262	17	245	16,181	1,325,343,581	66.0	5,409,566	81,907	1.06
	外来	255	22	233	51,119	350,607,696	219.4	1,504,754	6,859	0.36
	II. 介護	90	50	40	267	24,179,808	6.7	604,495	90,561	1.00
	III. 合計	205	6	199	50,106	1,301,652,447	251.8	6,540,967	25,978	0.39

※ 「医業」、「入院」、「外来」、「介護」、「合計」の数値は、それぞれ未収金件数、金額及び請求書発行総件数に計上あるものを

集計対象としており、各項目の数値を合算しても「医業」又は「合計」の数値とは一致しない。

※1 各病院の未収金発生割合(=未収金件数÷請求書発行総件数)を算出したうえで、その割合の平均値を用いている。

一件当たりの「入院」「外来」「介護」の「未収金金額」と「一病院当たりの未収金発生割合(%)」は、
 A)全体：入院 85,567 円 外来 8,176 円 介護 63,341 円 合計 30,960 円 (0.57%)
 B)公的：入院 86,917 円 外来 8,786 円 介護 33,555 円 合計 33,174 円 (0.72%)
 C)私的：入院 81,907 円 外来 6,859 円 介護 90,561 円 合計 25,978 円 (0.39%)

であり、「入院」によるものが圧倒的に多い。「入院」「外来」における金額は「公的」「私的」間に差は無かったが、「介護」では「私的」が「公的」の約 2.7 倍であった。一病院あたりの未収金発生割合は「全体」で 0.57%であった。「私的」の 0.39%に対し「公的」のそれは 0.72%と約 2 倍であった。

表 10 患者未収金(3年)について

		全 体								
	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金金額 合計(円)	1件あたり平均 未収金金額(円)					
合 計	453	7	446	10,144,510,156	22,745,538					
(再 掲)	6ヶ月未満		421	1,533,673,142	3,642,929					
	6ヶ月以上1年未満		428	2,052,759,849	4,796,168					
	1年以上2年未満		434	2,951,320,923	6,800,279					
	2年以上3年未満		422	2,467,995,341	5,848,330					
	3年以上		358	1,138,760,901	3,180,896					
		公 的			私 的					
	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金金額 合計(円)	1件あたり平均 未収金金額(円)	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金金額 合計(円)	1件あたり平均 未収金金額(円)
合 計	269	2	267	7,487,323,720	28,042,411	184	5	179	2,657,186,436	14,844,617
(再 掲)	6ヶ月未満		259	987,662,543	3,813,369	6ヶ月未満		162	546,010,599	3,370,436
	6ヶ月以上1年未満		263	1,629,529,679	6,195,930	6ヶ月以上1年未満		165	423,230,170	2,565,031
	1年以上2年未満		266	2,223,391,055	8,358,613	1年以上2年未満		168	727,929,868	4,332,916
	2年以上3年未満		262	1,861,054,532	7,103,262	2年以上3年未満		160	606,940,809	3,793,380
	3年以上		224	785,685,911	3,507,526	3年以上		134	353,074,990	2,634,888

※ 2009年4月～2012年3月の3年間に発生し、2012年7月末現在、支払いがなされていない患者未収金について、未収金金額及び再掲区分に計上あるものを集計対象としている

一病院あたり「2年以上」の額は約 900 万円であった。一旦発生すると長期化することが裏付けられる。

表 11 「救急」における患者未収金について

		有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金件数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり 平均未収金件数	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1件あたり平均 未収金金額(円)	1病院あたり平均 未収金発生割合(%) ※1
全 体	入 院	289	65	224	6,141	713,460,213	27.4	3,185,090	116,180	2.27
	外 来	312	39	273	19,867	247,187,217	72.8	905,448	12,442	1.81
	合 計	313	30	283	26,388	946,514,168	93.2	3,344,573	35,869	1.79
公 的	入 院	164	29	135	4,240	514,609,935	31.4	3,811,925	121,370	2.24
	外 来	174	20	154	12,367	168,017,521	80.3	1,091,023	13,586	1.45
	合 計	176	15	161	16,337	664,284,734	101.5	4,125,992	40,661	1.51
私 的	入 院	125	36	89	1,901	198,850,278	21.4	2,234,273	104,603	2.31
	外 来	138	19	119	7,500	79,169,696	63.0	665,292	10,556	2.28
	合 計	137	15	122	10,051	282,229,434	82.4	2,313,356	28,080	2.15

※ 「入院」、「外来」、「合計」の数値は、それぞれ未収金件数、金額及び請求書発行総件数に計上あるものを集計対象としており、各項目の数値を合算しても「合計」の数値とは一致しない。

※1 各病院の未収金発生割合(=未収金件数÷請求書発行総件数)を算出したうえで、その割合の平均値を用いている。

一件当たりの未収金金額は「全体」の「合計」で 35,869 円、発生割合も 1.79%であり、表 9 に示した 30,960 円より高く、0.57%の 3 倍以上であった。「入院」・「外来」、「公的」・「私的」、全てにおいて表 9 の数値を上回った。回答病院における総額は約 9.5 億円であった。

表 12 「産科」における患者未収金について

		有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金件数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり 平均未収金件数	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1件あたり平均 未収金金額(円)	1病院あたり平均 未収金発生割合(%) ※1
全 体	入 院	238	33	205	3,345	219,124,100	16.3	1,068,898	65,508	1.69
	外 来	225	31	194	5,925	19,925,968	30.5	102,711	3,363	0.46
	合 計	230	14	216	8,767	231,744,372	40.6	1,072,891	26,434	0.59
公 的	入 院	180	23	157	2,439	180,817,178	15.5	1,151,702	74,136	1.71
	外 来	169	22	147	3,217	13,830,974	21.9	94,088	4,299	0.51
	合 計	174	11	163	5,580	188,801,007	34.2	1,158,288	33,835	0.66
私 的	入 院	58	10	48	906	38,306,922	18.9	798,061	42,281	1.62
	外 来	56	9	47	2,708	6,094,994	57.6	129,681	2,251	0.32
	合 計	56	3	53	3,187	42,943,365	60.1	810,252	13,475	0.40

※ 産婦人科を含む

※ 「入院」、「外来」、「合計」の数値は、それぞれ未収金件数、金額及び請求書発行総件数に計上あるものを集計対象としており、各項目の数値を合算しても「合計」の数値とは一致しない。

※1 各病院の未収金発生割合(=未収金件数÷請求書発行総件数)を算出したうえで、その割合の平均値を用いている。

一件当たりの未収金金額、一病院あたりの未収金発生割合、いずれも表 9 に示した数値に近似した。発生状況は「全体」の平均値に近似し、明らかに「救急」に比し低頻度、低額であった(表 11)。2009(平成 21)年 10 月施行の出産育児一時金の病院への直接支払い制度が奏功したと思われる。回答病院における総額は約 2.3 億円であった。

(表 9) (表 11) (表 12) から、回答会員病院の未収金総額 64 億円の内訳は、

外来 13.2 億円

入院 51.4 億円 (内救急 9.5 億円、産科 2.3 億円)

介護 0.3 億円

と概観できた。

表 13 前年度医業収入に対する患者未収金額の割合

前年度医業収入に対する患者未収金額の割合	全 体			公 的			私 的		
	施設数	割合(%)	平均値(%)	施設数	割合(%)	平均値(%)	施設数	割合(%)	平均値(%)
全体	524	100.0	0.62	305	100.0	0.78	219	100.0	0.39
～0.1%未満	144	27.5	0.02	60	19.7	0.03	84	38.4	0.01
0.1%以上～0.5%未満	290	55.3	0.16	186	61.0	0.17	104	47.5	0.15
0.5%以上～1%未満	35	6.7	0.66	23	7.5	0.69	12	5.5	0.59
1%以上～	55	10.5	4.55	36	11.8	5.23	19	8.7	3.28

※ 2011年4月～2012年3月の1年間に発生し、2012年7月末現在、支払いがなされていない患者未収金について、前年度医業収入に占める割合に計上あるものを集計対象としている

前年度収入に対する未収金の割合は、「全体」で0.62%であったが、「私的」の0.39%に対し「公的」のそれは0.78%、と約2倍であった。

表 14 直近決算期末における患者未収金の貸倒損失処理額

直近決算期末における患者未収金の貸倒損失処理額	全 体			公 的			私 的		
	病院数	割合(%)	平均値(円)	病院数	割合(%)	平均値(円)	病院数	割合(%)	平均値(円)
全体	431	100.0	7,287,159	271	100.0	8,513,732	160	100.0	5,209,651
～100万円未満	104	24.1	342,666	53	19.6	363,046	51	31.9	321,486
100万円以上～500万円未満	170	39.4	2,749,897	102	37.6	2,860,745	68	42.5	2,583,624
500万円以上～1000万円未満	69	16.0	7,147,496	49	18.1	7,179,742	20	12.5	7,068,494
1000万円以上～2000万円未満	46	10.7	14,742,857	37	13.7	14,971,259	9	5.6	13,803,869
2000万円以上～3000万円未満	18	4.2	23,568,917	11	4.1	24,196,491	7	4.4	22,582,730
3000万円以上～4000万円未満	16	3.7	35,550,637	13	4.8	35,622,885	3	1.9	35,237,567
4000万円以上～5000万円未満	3	0.7	43,762,477	2	0.7	43,450,386	1	0.6	44,386,660
5000万円以上	5	1.2	68,391,836	4	1.5	68,570,104	1	0.6	67,678,762

※ 直近決算期末における患者未収金の貸倒損失処理額に計上あるものを集計対象としている

「全体」で7,287,159円、「公的」8,513,732円「私的」5,209,651円、であった。

表 15 患者未収金の未然防止策(複数回答)

		全 体		公 的		私 的	
		病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)
〈確認と書類作成〉	保険証の確認	629	96.8	352	96.2	277	97.5
	入院誓約書での連帯保証人記載	581	89.4	314	85.8	267	94.0
	やむを得ない未払事業の支払い誓約	475	73.1	282	77.0	193	68.0
	入院治療計画書への概算明記	29	4.5	16	4.4	13	4.6
〈担保確保と清算の徹底〉	時間外預かり金	329	50.6	156	42.6	173	60.9
	退院時全額清算	299	46.0	150	41.0	149	52.5
	出産育児一時金の受取代理制度の導入	250	38.5	191	52.2	59	20.8
	入院時説明同意書・預かり金制度の導入	185	28.5	74	20.2	111	39.1
	自賠責等支払者が未決定時の一時負担金	183	28.2	74	20.2	109	38.4
	過去に未納金がある場合の診療前清算	113	17.4	43	11.7	70	24.6
〈体制や支払方策の充実〉	MSW等の配置による患者に対する相談体制の整備	493	75.8	289	79.0	204	71.8
	支払い方法の多様化①：クレジットカード	449	69.1	266	72.7	183	64.4
	24時間会計の実施	220	33.8	159	43.4	61	21.5
	支払い方法の多様化②：デビットカード ※	219	33.7	104	28.4	115	40.5
	保証金制度の採用	89	13.7	26	7.1	63	22.2
	支払い方法の多様化③：コンビニ収納(院内即時発行)	46	7.1	32	8.7	14	4.9
	医療費用ローンの活用	19	2.9	12	3.3	7	2.5
その他		62	9.5	34	9.3	28	9.9
無回答		3	0.5	2	0.5	1	0.4
全 体		650		366		284	

※商品購入時に銀行などの預金口座から即時(あるいは数日後までに)引き落としで支払うクレジットカードに似たカードのこと。

「保険証の確認」や「入院誓約書での連帯保証人記載」などほとんどの病院で行われている事前の防止策に比して、他の項目では「公・私」間に差が認められた。「公的」・「私的」間で顕著な違いを示したのが、「担保確保と清算の徹底」の項における「私的」の優位、と「体制や支払い方策の充実」における「公的」の優位であった。クレジットカードとデビットカードの導入における公・私間差は印象的である。「確認と書類作成」の項では公・私間差はあまり無かった。

表 16 患者未収金の発生原因(複数回答)

	全 体		公 的		私 的	
	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)
生活困窮	627	96.5	360	98.4	267	94.0
分納中のため	529	81.4	330	90.2	199	70.1
悪質滞納	510	78.5	300	82.0	210	73.9
保険未加入	413	63.5	261	71.3	152	53.5
時間外・休日退院	374	57.5	234	63.9	140	49.3
診療上のトラブル	345	53.1	213	58.2	132	46.5
原因把握できず	152	23.4	101	27.6	51	18.0
その他	79	12.2	50	13.7	29	10.2
無回答	4	0.6	2	0.5	2	0.7
全 体	650		366		284	

「生活困窮」がほぼ全ての病院で経験されていること、「悪質滞納」や「診療上のトラブル」も相当な頻度で認められることが特筆される。従って、未然防止策はこれに対抗するに有効なものでなければならない。

表 9 における発生割合を反映し全ての項目で「公的」が「私的」を上回った。

表 17 実施している患者未収金の回収方法(複数回答)

	全 体		公 的		私 的	
	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)
電話催促	631	97.1	351	95.9	280	98.6
文書催告(一般文書)	631	97.1	355	97.0	276	97.2
未収金対策マニュアルの作成	439	67.5	252	68.9	187	65.8
訪問	395	60.8	242	66.1	153	53.9
文書催告(内容証明付郵便)	258	39.7	120	32.8	138	48.6
弁護士への相談	166	25.5	91	24.9	75	26.4
債権回収業者の利用	130	20.0	92	25.1	38	13.4
未収金の管理や催促を行う専門部署の設置	98	15.1	61	16.7	37	13.0
(裁判所による)支払督促	97	14.9	65	17.8	32	11.3
外国人未払医療費補填事業	70	10.8	36	9.8	34	12.0
救急患者による医療費損失補てん事業	60	9.2	32	8.7	28	9.9
少額訴訟	50	7.7	21	5.7	29	10.2
その他法的手続き(民事訴訟・民事調停・強制執行等)	34	5.2	22	6.0	12	4.2
保険者請求(保険者に対する未払一部負担金の処分請求)	14	2.2	3	0.8	11	3.9
その他	46	7.1	35	9.6	11	3.9
無回答	5	0.8	3	0.8	2	0.7
全 体	650		366		284	

「公的」「私的」、概ね同様の手法による回収努力が認められたが、「債権回収業者の利用」、「回収専門部署の設置」や「裁判所を利用する督促」など、「公的」が「私的」以上に活用していた。「少額訴訟」に至るケースは少なく、またかつてその活用が薦められたはずの「保険者請求」⁵⁾はごく少数に留まった。

表 18 病床規模別：近年の患者未収金の発生状況の変化について

	全 体		20～99床		100～199床		200～499床		500～999床		1000床以上	
	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)
増加した	128	19.7	3	6.0	27	16.5	66	22.3	30	22.9	2	22.2
大きな変化は無い	344	52.9	28	56.0	90	54.9	152	51.4	71	54.2	3	33.3
減少した	159	24.5	17	34.0	43	26.2	71	24.0	26	19.8	2	22.2
無回答	19	2.9	2	4.0	4	2.4	7	2.4	4	3.1	2	22.2
合 計	650	100.0	50	100.0	164	100.0	296	100.0	131	100.0	9	100.0

「発生割合」と「病床規模」の多寡とは関連があった。

表 19 病床規模別：患者未収金合計金額について（表 20～28 参照）

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金金額 合計（円）	1病院あたり平均 未収金金額（円）
未収金額（1年）※1					
全 体	568	9	559	6,195,833,924	11,083,782
20～99床	43	5	38	37,954,039	998,791
100～199床	142	2	140	292,441,281	2,088,866
200～499床	262	2	260	2,270,624,884	8,733,173
500～999床	114	0	114	3,266,338,595	28,652,093
1000床以上	7	0	7	328,475,125	46,925,018
未収金額（3年）※2					
全 体	593	5	588	14,854,121,080	25,262,111
20～99床	41	3	38	120,919,502	3,182,092
100～199床	146	0	146	647,988,812	4,438,280
200～499床	275	2	273	5,497,657,119	20,137,938
500～999床	124	0	124	7,970,266,834	64,276,345
1000床以上	7	0	7	617,288,813	88,184,116

※ 未収金合計額に計上あるものを集計対象としている

※1 2011年4月～2012年3月の1年間に発生し、2012年7月末現在、支払いがなされていない患者未収金

※2 2009年4月～2012年3月の3年間に発生し、2012年7月末現在、支払いがなされていない患者未収金

表 20 病床規模別：患者未収金(1年)について

		有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金件数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均	1病院あたり平均	1件あたり平均	1病院あたり平均	
							未収金件数	未収金金額(円)	未収金金額(円)	未収金発生割合(%) ※1	
全 体	I. 医業	590	11	579	222,155	6,414,552,541	383.7	11,078,675	28,874	0.50	
		入院	593	24	569	60,035	5,137,010,173	105.5	9,028,137	85,567	1.20
		外来	580	27	553	161,589	1,321,189,016	292.2	2,389,130	8,176	1.26
	II. 介護	168	105	63	511	32,367,175	8.1	513,765	63,341	1.40	
	III. 合計	465	9	456	162,863	5,042,305,240	357.2	11,057,687	30,960	0.57	
	20~99床	I. 医業	43	5	38	1,869	37,624,763	49.2	990,125	20,131	0.44
入院			45	12	33	390	31,078,209	11.8	941,764	79,688	0.95
外来			41	7	34	1,426	6,738,318	41.9	198,186	4,725	0.33
II. 介護		22	17	5	19	2,405,746	3.8	481,149	126,618	0.44	
III. 合計		38	5	33	1,761	36,232,399	53.4	1,097,951	20,575	0.48	
100~199床		I. 医業	144	3	141	15,574	286,396,520	110.5	2,031,181	18,389	0.35
	入院		146	8	138	4,371	245,758,802	31.7	1,780,861	56,225	1.14
	外来		143	9	134	11,071	56,478,964	82.6	421,485	5,102	0.32
	II. 介護	60	35	25	154	8,721,698	6.2	348,868	56,634	1.82	
	III. 合計	116	2	114	10,304	202,812,186	90.4	1,779,054	19,683	0.22	
	200~499床	I. 医業	279	3	276	105,517	2,489,276,130	382.3	9,019,116	23,591	0.51
入院			278	4	274	26,949	1,920,636,530	98.4	7,009,622	71,269	1.18
外来			275	10	265	77,983	533,716,629	294.3	2,014,025	6,844	2.12
II. 介護		63	42	21	234	13,159,087	11.1	626,623	56,235	0.82	
III. 合計		215	2	213	68,310	1,790,673,222	320.7	8,406,917	26,214	0.69	
500~999床		I. 医業	117	0	117	91,286	3,272,780,003	780.2	27,972,479	35,852	0.69
	入院		117	0	117	26,194	2,648,829,884	223.9	22,639,572	101,124	1.39
	外来		114	1	113	65,331	686,486,728	578.2	6,075,104	10,508	0.72
	II. 介護	23	11	12	104	8,080,644	8.7	673,387	77,699	1.94	
	III. 合計	89	0	89	74,579	2,684,112,308	838.0	30,158,565	35,990	0.81	
	1000床以上	I. 医業	7	0	7	7,909	328,475,125	1,129.9	46,925,018	41,532	0.26
入院			7	0	7	2,131	290,706,748	304.4	41,529,535	136,418	1.34
外来			7	0	7	5,778	37,768,377	825.4	5,395,482	6,537	0.18
II. 介護		0	0	0	-	-	-	-	-	-	
III. 合計		7	0	7	7,909	328,475,125	1,129.9	46,925,018	41,532	0.26	

※ 「医業」、「入院」、「外来」、「介護」、「合計」の数値は、それぞれ未収金件数、金額及び請求書発行総件数に計上されるものを集計対象としており、各項目の数値を合算しても「医業」又は「合計」の数値とは一致しない。

※1 各病院の未収金発生割合(=未収金件数÷請求書発行総件数)を算出したうえで、その割合の平均値を用いている。

「入院」「外来」「介護」別を病床規模別に示した。一件当たりの未収金額、一病院あたりの発生割合共に、規模が大きいほど高額であった。

表 21 病床規模別：患者未収金(3年)について

	全 体					20~99床				
	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金金額 合計(円)	1件あたり平均 未収金金額(円)	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金金額 合計(円)	1件あたり平均 未収金金額(円)
合 計	453	7	446	10,144,510,156	22,745,538	30	3	27	83,535,456	3,093,906
(再 掲)	6ヶ月未満		421	1,533,673,142	3,642,929	6ヶ月未満		20	12,744,182	637,209
	6ヶ月以上1年未満		428	2,052,759,849	4,796,168	6ヶ月以上1年未満		22	15,216,851	691,675
	1年以上2年未満		434	2,951,320,923	6,800,279	1年以上2年未満		23	33,020,331	1,435,667
	2年以上3年未満		422	2,467,995,341	5,848,330	2年以上3年未満		20	16,148,793	807,440
	3年以上		358	1,138,760,901	3,180,896	3年以上		16	6,405,299	400,331

	100~199床				200~499床					
	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金金額 合計(円)	1件あたり平均 未収金金額(円)	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金金額 合計(円)	1件あたり平均 未収金金額(円)
合 計	108	1	107	472,497,398	4,415,864	217	3	214	4,048,369,622	18,917,615
(再 掲)	6ヶ月未満		100	84,064,050	840,641	6ヶ月未満		206	566,967,725	2,752,271
	6ヶ月以上1年未満		103	85,611,644	831,181	6ヶ月以上1年未満		206	864,035,955	4,194,349
	1年以上2年未満		101	122,792,452	1,215,767	1年以上2年未満		212	1,152,936,125	5,438,378
	2年以上3年未満		96	100,259,748	1,044,372	2年以上3年未満		209	981,024,931	4,693,899
	3年以上		72	79,769,504	1,107,910	3年以上		183	483,404,886	2,641,557

	500~999床				1000床以上					
	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金金額 合計(円)	1件あたり平均 未収金金額(円)	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金金額 合計(円)	1件あたり平均 未収金金額(円)
合 計	92	0	92	4,963,652,515	53,952,745	6	0	6	576,455,165	96,075,861
(再 掲)	6ヶ月未満		89	691,293,441	7,767,342	6ヶ月未満		6	178,603,744	29,767,291
	6ヶ月以上1年未満		91	991,213,643	10,892,458	6ヶ月以上1年未満		6	96,681,756	16,113,626
	1年以上2年未満		92	1,516,422,960	16,482,858	1年以上2年未満		6	126,149,055	21,024,843
	2年以上3年未満		91	1,270,707,559	13,963,819	2年以上3年未満		6	99,854,310	16,642,385
	3年以上		81	494,014,912	6,098,950	3年以上		6	75,166,300	12,527,717

※ 2009年4月~2012年3月の3年間に発生し、2012年7月末現在、支払いがなされていない患者未収金について、未収金金額及び再掲区分に計上されるものを集計対象としている

表 22 病床規模別：「救急」における患者未収金について(1年)

		有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金件数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均	1病院あたり平均	1件あたり平均	1病院あたり平均
							未収金件数	未収金金額(円)	未収金金額(円)	未収金発生割合(%) ※1
全 体	入 院	289	65	224	6,141	713,460,213	27.4	3,185,090	116,180	2.27
	外 来	312	39	273	19,867	247,187,217	72.8	905,448	12,442	1.81
	合 計	313	30	283	26,388	946,514,168	93.2	3,344,573	35,869	1.79
20～99床	入 院	16	7	9	44	3,805,195	4.9	422,799	86,482	1.62
	外 来	16	7	9	149	2,282,695	16.6	253,633	15,320	1.63
	合 計	16	5	11	193	6,087,890	17.5	553,445	31,543	1.25
100～199床	入 院	60	30	30	147	14,127,530	4.9	470,918	96,106	1.28
	外 来	68	20	48	855	6,466,192	17.8	134,712	7,563	2.03
	合 計	68	18	50	1,002	20,593,722	20.0	411,874	20,553	1.58
200～499床	入 院	132	20	112	2,739	247,691,623	24.5	2,211,532	90,431	1.96
	外 来	142	7	135	10,392	112,888,833	77.0	836,214	10,863	1.87
	合 計	141	5	136	12,825	358,945,030	94.3	2,639,302	27,988	1.61
500～999床	入 院	77	7	70	2,969	418,062,775	42.4	5,972,325	140,809	3.08
	外 来	82	5	77	8,134	121,971,800	105.6	1,584,049	14,995	1.55
	合 計	84	2	82	11,789	527,536,739	143.8	6,433,375	44,748	2.14
1000床以上	入 院	4	1	3	242	29,773,090	80.7	9,924,363	123,029	6.89
	外 来	4	0	4	337	3,577,697	84.3	894,424	10,616	2.56
	合 計	4	0	4	579	33,350,787	144.8	8,337,697	57,601	4.51

※ 「入院」、「外来」、「合計」の数値は、それぞれ未収金件数、金額及び請求書発行総件数に計上あるものを集計対象としており、

各項目の数値を合算しても「合計」の数値とは一致しない。

※1 各病院の未収金発生割合(=未収金件数÷請求書発行総件数)を算出したうえで、その割合の平均値を用いている。

「救急」においては、一件当たりの未収金額は病床規模が大きいほど高額になる傾向が認められた。一病院あたりの発生割合は規模が大きいほど高率であった。

表 23 病床規模別：「産科」における患者未収金について(1年)

		有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金件数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均	1病院あたり平均	1件あたり平均	1病院あたり平均
							未収金件数	未収金金額(円)	未収金金額(円)	未収金発生割合(%) ※1
全 体	入 院	238	33	205	3,345	219,124,100	16.3	1,068,898	65,508	1.69
	外 来	225	31	194	5,925	19,925,968	30.5	102,711	3,363	0.46
	合 計	230	14	216	8,767	231,744,372	40.6	1,072,891	26,434	0.59
20～99床	入 院	1	0	1	1	199,980	1.0	199,980	199,980	0.11
	外 来	1	0	1	6	68,130	6.0	68,130	11,355	0.07
	合 計	1	0	1	7	268,110	7.0	268,110	38,301	0.07
100～199床	入 院	11	5	6	25	1,011,857	4.2	168,643	40,474	0.54
	外 来	10	4	6	76	643,400	12.7	107,233	8,466	0.31
	合 計	11	4	7	101	1,655,257	14.4	236,465	16,389	0.27
200～499床	入 院	130	24	106	1,349	98,529,461	12.7	929,523	73,039	1.91
	外 来	122	21	101	3,346	8,837,820	33.1	87,503	2,641	0.64
	合 計	124	8	116	4,604	102,227,479	39.7	881,271	22,204	0.71
500～999床	入 院	92	4	88	1,512	115,032,660	17.2	1,307,189	76,080	1.42
	外 来	88	6	82	2,350	9,916,088	28.7	120,928	4,220	0.28
	合 計	90	2	88	3,851	122,782,854	43.8	1,395,260	31,883	0.49
1000床以上	入 院	4	0	4	458	4,350,142	114.5	1,087,536	9,498	3.82
	外 来	4	0	4	147	460,530	36.8	115,133	3,133	0.14
	合 計	4	0	4	204	4,810,672	51.0	1,202,668	23,582	0.18

※ 産婦人科を含む

※ 「入院」、「外来」、「合計」の数値は、それぞれ未収金件数、金額及び請求書発行総件数に計上あるものを集計対象としており、

各項目の数値を合算しても「合計」の数値とは一致しない。

※1 各病院の未収金発生割合(=未収金件数÷請求書発行総件数)を算出したうえで、その割合の平均値を用いている。

「産科」においては、一件当たりの未収金額、一病院あたりの発生割合共に規模との相関は認められなかった。

表 24 病床規模別：前年度医業収入に対する患者未収金額の割合

前年度医業収入に対する患者未収金額の割合	全 体			20~99床			100~199床		
	病院数	割合(%)	平均値(%)	病院数	割合(%)	平均値(%)	病院数	割合(%)	平均値(%)
全体	524	100.0	0.62	33	100.0	0.79	133	100.0	0.30
~0.1%未満	144	27.5	0.02	16	48.5	0.01	59	44.4	0.02
0.1%以上~0.5%未満	290	55.3	0.16	13	39.4	0.15	57	42.9	0.15
0.5%以上~1%未満	35	6.7	0.66	0	0.0	-	9	6.8	0.61
1%以上~	55	10.5	18.77	4	12.1	6.03	8	6.0	3.15

前年度医業収入に対する患者未収金額の割合	200~499床			500~999床			1000床以上		
	病院数	割合(%)	平均値(%)	病院数	割合(%)	平均値(%)	病院数	割合(%)	平均値(%)
全体	241	100.0	0.79	110	100.0	0.61	7	100.0	0.15
~0.1%未満	53	22.0	0.02	14	12.7	0.04	2	28.6	0.01
0.1%以上~0.5%未満	148	61.4	0.16	67	60.9	0.17	5	71.4	0.20
0.5%以上~1%未満	16	6.6	0.69	10	9.1	0.65	0	0.0	-
1%以上~	24	10.0	6.38	19	17.3	2.53	0	0.0	-

※ 2011年4月~2012年3月の1年間に発生し、2012年7月末現在、支払いがなされていない患者未収金について、

前年度医業収入に占める割合に計上あるものを集計対象としている

病床規模と前年度医業収入に対する患者未収金額の割合の間に相関は認められなかった。

表 25 病床規模別：直近決算期末における患者未収金の貸倒損失処理額

直近決算期末における患者未収金の貸倒損失処理額	全 体			20~99床			100~199床		
	病院数	割合(%)	平均値(円)	病院数	割合(%)	平均値(円)	病院数	割合(%)	平均値(円)
全体	431	100.0	7,287,159	15	100.0	930,624	84	100.0	2,152,822
~100万円未満	104	24.1	342,666	11	73.3	269,214	46	54.8	292,139
100万円以上~500万円未満	170	39.4	2,749,897	4	26.7	2,749,503	31	36.9	2,076,902
500万円以上~1000万円未満	69	16.0	7,147,496	0	0.0	-	4	4.8	7,857,300
1000万円以上~2000万円未満	46	10.7	14,742,857	0	0.0	-	2	2.4	16,861,221
2000万円以上~3000万円未満	18	4.2	23,568,917	0	0.0	-	0	0.0	-
3000万円以上~4000万円未満	16	3.7	35,550,637	0	0.0	-	1	1.2	37,863,000
4000万円以上~5000万円未満	3	0.7	43,762,477	0	0.0	-	0	0.0	-
5000万円以上	5	1.2	68,391,836	0	0.0	-	0	0.0	-

直近決算期末における患者未収金の貸倒損失処理額	200~499床			500~999床			1000床以上		
	病院数	割合(%)	平均値(円)	病院数	割合(%)	平均値(円)	病院数	割合(%)	平均値(円)
全体	222	100.0	5,728,164	105	100.0	15,349,326	5	100.0	12,527,507
~100万円未満	40	18.0	402,180	7	6.7	450,035	0	0.0	-
100万円以上~500万円未満	111	50.0	2,853,098	23	21.9	3,219,931	1	20.0	1,348,120
500万円以上~1000万円未満	38	17.1	6,954,918	26	24.8	7,353,416	1	20.0	6,272,365
1000万円以上~2000万円未満	21	9.5	14,504,476	21	20.0	14,707,700	2	40.0	15,496,626
2000万円以上~3000万円未満	7	3.2	23,200,290	10	9.5	23,781,468	1	20.0	24,023,800
3000万円以上~4000万円未満	4	1.8	34,977,416	11	10.5	35,548,867	0	0.0	-
4000万円以上~5000万円未満	0	0.0	-	3	2.9	43,762,477	0	0.0	-
5000万円以上	1	0.5	67,678,762	4	3.8	68,570,104	0	0.0	-

※ 直近決算期末における患者未収金の貸倒損失処理額に計上あるものを集計対象としている

病床規模が大きいほど貸倒損失処理額も多かった。

表 26 病床規模別：実施している患者未収金の回収方法(複数回答)

	全 体		20~99床		100~199床		200~499床		500~999床		1000床以上	
	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)
電話催促	631	97.1	49	98.0	162	98.8	288	97.3	124	94.7	8	88.9
文書催告(一般文書)	631	97.1	45	90.0	160	97.6	289	97.6	129	98.5	8	88.9
未収金対策マニュアルの作成	439	67.5	20	40.0	95	57.9	220	74.3	97	74.0	7	77.8
訪問	395	60.8	19	38.0	103	62.8	193	65.2	77	58.8	3	33.3
文書催告(内容証明付郵便)	258	39.7	13	26.0	67	40.9	120	40.5	56	42.7	2	22.2
弁護士への相談	166	25.5	1	2.0	33	20.1	84	28.4	45	34.4	3	33.3
債権回収業者の利用	130	20.0	0	0.0	15	9.1	72	24.3	40	30.5	3	33.3
未収金の管理や催促を行う専門部署の設置 (裁判所による)支払督促	98	15.1	2	4.0	12	7.3	45	15.2	34	26.0	5	55.6
外国人未払医療費補填事業	70	10.8	4	8.0	9	5.5	33	11.1	22	16.8	2	22.2
救急患者による医療費損失補てん事業	60	9.2	2	4.0	8	4.9	33	11.1	16	12.2	1	11.1
少額訴訟	50	7.7	1	2.0	15	9.1	26	8.8	8	6.1	0	0.0
その他法的手続き(民事訴訟・民事調停・強制執行等)	34	5.2	1	2.0	4	2.4	12	4.1	15	11.5	2	22.2
保険者請求(保険者に対する未払一部負担金の処分請求)	14	2.2	0	0.0	4	2.4	9	3.0	1	0.8	0	0.0
その他	46	7.1	0	0.0	6	3.7	22	7.4	17	13.0	1	11.1
無回答	5	0.8	1	2.0	0	0.0	2	0.7	1	0.8	1	11.1
全 体	650		50		164		296		131		9	

病床規模が大きいほど多くの回収手法を実行する割合が高い傾向が認められた。

表 27 病床規模別：患者未収金の発生原因(複数回答)

	全 体		20~99床		100~199床		200~499床		500~999床		1000床以上	
	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)
生活困窮	627	96.5	41	82.0	156	95.1	292	98.6	130	99.2	8	88.9
分納のため	529	81.4	24	48.0	119	72.6	256	86.5	122	93.1	8	88.9
悪質滞納	510	78.5	23	46.0	113	68.9	246	83.1	120	91.6	8	88.9
保険未加入	413	63.5	18	36.0	69	42.1	215	72.6	104	79.4	7	77.8
時間外・休日退院	374	57.5	18	36.0	84	51.2	182	61.5	84	64.1	6	66.7
診療上のトラブル	345	53.1	12	24.0	50	30.5	177	59.8	100	76.3	6	66.7
原因把握できず	152	23.4	9	18.0	30	18.3	69	23.3	42	32.1	2	22.2
その他	79	12.2	6	12.0	17	10.4	30	10.1	24	18.3	2	22.2
無回答	4	0.6	1	2.0	0	0.0	1	0.3	1	0.8	1	11.1
全 体	650		50		164		296		131		9	

病床規模と発生原因とに関係性が認められた。即ち規模の大きい病院ほど多くのリスクに曝されていることが示された。

表 28 病床規模別：実施している患者未収金の未然防止策(複数回答)

	全 体		20~99床		100~199床		200~499床		500~999床		1000床以上		
	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	病院数	割合(%)	
書類作成と確認	保険証の確認	629	96.8	49	98.0	158	96.3	289	97.6	125	95.4	8	88.9
	入院誓約書での連帯保証人記載	581	89.4	46	92.0	154	93.9	262	88.5	112	85.5	7	77.8
	やむを得ない未払事案の支払い誓約	475	73.1	27	54.0	105	64.0	230	77.7	106	80.9	7	77.8
	入院治療計画書への概算明記	29	4.5	1	2.0	8	4.9	10	3.4	10	7.6	0	0.0
清算と担保の徹底	時間外預かり金	329	50.6	30	60.0	104	63.4	160	54.1	34	26.0	1	11.1
	退院時全額清算	299	46.0	20	40.0	70	42.7	147	49.7	59	45.0	3	33.3
	出産育児一時金の受取代理制度の導入	250	38.5	1	2.0	14	8.5	133	44.9	96	73.3	6	66.7
	入院時説明同意書・預かり金制度の導入	185	28.5	16	32.0	45	27.4	93	31.4	28	21.4	3	33.3
支払方法の多様化	自賠責等支払者が未決定時の一時的負担金	183	28.2	13	26.0	57	34.8	90	30.4	22	16.8	1	11.1
	過去に未納金がある場合の診療前清算	113	17.4	10	20.0	32	19.5	52	17.6	17	13.0	2	22.2
	MSW等の配置による患者に対する相談体制の整備	493	75.8	22	44.0	115	70.1	239	80.7	112	85.5	5	55.6
	支払い方法の多様化①:クレジットカード	449	69.1	15	30.0	92	56.1	221	74.7	113	86.3	8	88.9
	24時間会計の実施	220	33.8	1	2.0	24	14.6	120	40.5	71	54.2	4	44.4
	支払い方法の多様化②:デビットカード	219	33.7	5	10.0	46	28.0	109	36.8	55	42.0	4	44.4
その他	保証金制度の採用	89	13.7	2	4.0	28	17.1	43	14.5	14	10.7	2	22.2
	支払い方法の多様化③:コンビニ収納(院内即時発行)	46	7.1	0	0.0	2	1.2	23	7.8	19	14.5	2	22.2
	医療費用ローンの活用	19	2.9	4	8.0	3	1.8	9	3.0	3	2.3	0	0.0
その他	62	9.5	4	8.0	9	5.5	28	9.5	18	13.7	3	33.3	
無回答	3	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.3	1	0.8	1	11.1	
全 体	650		50		164		296		131		9		

病床規模が大きい病院ほど各種の策、即ち多様な防止策を活用する傾向が認められた。

表 29 開設者別：患者未収金(1年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	病床数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1床あたり平均 未収金金額(円)
公的計	318	3	315	126,403	4,546,891,239	14,434,575	35,971
国	28	0	28	15,662	659,193,510	23,542,625	42,089
公的医療機関	261	3	258	101,023	3,704,724,055	14,359,396	36,672
社会保険関係団体	29	0	29	9,718	182,973,674	6,309,437	18,828
私的計	250	6	244	65,679	1,648,942,685	6,757,962	25,106
医療法人	170	6	164	37,221	735,788,630	4,486,516	19,768
その他	76	0	76	27,868	905,654,246	11,916,503	32,498
個人	4	0	4	590	7,499,809	1,874,952	12,712
合計	568	9	559	192,082	6,195,833,924	11,083,782	32,256

「公的」が「私的」を大きく上回った。なかでも「国」が最高額を示した。

表 30 開設者別：患者未収金(3年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	病床数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1床あたり平均 未収金金額(円)
公的計	346	2	344	137,521	11,140,650,213	32,385,611	81,011
国	30	0	30	16,642	1,364,523,092	45,484,103	81,993
公的医療機関	285	2	283	109,933	9,347,566,212	33,030,269	85,030
社会保険関係団体	31	0	31	10,946	428,560,909	13,824,545	39,152
私的計	247	3	244	66,340	3,713,470,867	15,219,143	55,976
医療法人	163	3	160	37,005	1,636,280,431	10,226,753	44,218
その他	79	0	79	28,646	2,055,429,141	26,018,090	71,753
個人	5	0	5	689	21,761,295	4,352,259	31,584
合計	593	5	588	203,861	14,854,121,080	25,262,111	72,864

患者未収金(1年)と同様の傾向を示した。

表 31 病院種類別：患者未収金(1年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	病床数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1床あたり平均 未収金金額(円)
一般病院	423	2	421	160,794	5,650,057,859	13,420,565	35,138
ケアミックス病院	121	4	117	25,663	457,142,004	3,907,197	17,813
療養型病院	15	2	13	2,792	28,776,470	2,213,575	10,307
精神科病院	9	1	8	2,833	59,857,591	7,482,199	21,129
合計	568	9	559	192,082	6,195,833,924	11,083,782	32,256

「一般病院」「精神科病院」「ケアミックス病院」「療養型病院」の順に1床あたりの未収金金額が少なくなった。

表 32 病院種類別：患者未収金(3年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	病床数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1床あたり平均 未収金金額(円)
一般病院	451	2	449	172,234	13,736,086,458	30,592,620	79,752
ケアミックス病院	116	1	115	25,712	936,068,228	8,139,724	36,406
療養型病院	17	1	16	3,082	101,647,324	6,352,958	32,981
精神科病院	9	1	8	2,833	80,319,070	10,039,884	28,351
合計	593	5	588	203,861	14,854,121,080	25,262,111	72,864

「一般病院」「ケアミックス病院」「療養型病院」「精神科病院」の順に1床あたりの未収金金額が少なくなった。これは、患者未収金(1年)における「一般病院」「精神科病院」「ケアミックス病院」「療養型病院」の順と異なっており、「精神科病院」の金額が少なかった。「損失処理」が早く行われたのか或いは順調な回収が奏効したものと推測できる。

表 33 地域別：患者未収金(1年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	病床数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1床あたり平均 未収金金額(円)
北海道	14	0	14	5,265	110,007,237	7,857,660	20,894
東北	44	1	43	16,081	579,439,943	13,475,348	36,033
関東	135	1	134	49,957	2,183,393,835	16,293,984	43,705
中部	135	3	132	48,179	1,682,739,286	12,748,025	34,927
近畿	121	3	118	37,163	776,614,343	6,581,477	20,898
中国	32	0	32	9,779	213,676,210	6,677,382	21,851
四国	27	0	27	8,408	191,395,391	7,088,718	22,763
九州	60	1	59	17,250	458,567,679	7,772,334	26,584
合計	568	9	559	192,082	6,195,833,924	11,083,782	32,256

一床あたりの金額は「関東」が43,705円で最高額を示し、次いで「東北」「中部」「九州」が続き、「四国」「中国」「近畿」「北海道」では金額がほぼ20,000円で同じ水準を示した。このように大きな地域差が認められた。

表 34 地域別：患者未収金(3年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	病床数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1床あたり平均 未収金金額(円)
北海道	17	0	17	6,695	477,116,805	28,065,694	71,265
東北	44	1	43	16,006	1,119,766,530	26,041,082	69,959
関東	138	1	137	52,082	5,122,485,305	37,390,404	98,354
中部	145	2	143	52,254	4,010,229,928	28,043,566	76,745
近畿	125	1	124	39,809	1,991,917,465	16,063,851	50,037
中国	32	0	32	9,975	630,624,743	19,707,023	63,221
四国	28	0	28	8,580	412,837,246	14,744,187	48,116
九州	64	0	64	18,460	1,089,143,058	17,017,860	59,000
合計	593	5	588	203,861	14,854,121,080	25,262,111	72,864

一床あたりの金額は「関東」「中部」「北海道」「東北」「中国」「九州」「近畿」「四国」の順となり、「1年」の場合と順序が変わった。

表 35 都道府県別集計

病院数	病床計	平均病床	2011年4月～2012年3月の1年間に発生し、2012年7月末現在、支払いがなされていない患者未収金										2009年4月～2012年3月の3年間に発生し、2012年7月末現在、支払いがなされていない患者未収金									
			有効 回診数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金あり 病床数	未収金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金額(円)	1病院あたり平均 未収金額(円)	有効 回診数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金あり 病床数	未収金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金額(円)	1病院あたり平均 未収金額(円)						
北海道	19	6,993	368.1	14	0	14	5,265	110,007,237	7,857,660	20,894	17	6,695	477,116,805	28,065,694	71,265							
青森県	10	4,040	404.0	7	0	7	2,952	152,697,591	2,181,942	51,727	9	3,820	380,073,668	42,230,408	99,496							
岩手県	1	438	438.0	1	0	1	438	14,404,007	14,404,007	32,886	1	438	36,961,063	36,961,063	84,386							
宮城県	11	3,959	359.9	11	0	10	3,921	197,018,953	19,701,995	50,247	11	3,921	318,720,004	31,872,000	81,285							
秋田県	12	3,418	284.8	11	0	11	3,278	57,097,756	5,190,705	17,418	10	2,796	114,454,909	11,445,491	40,935							
山形県	6	2,737	456.2	6	0	6	2,737	77,355,213	12,892,536	28,263	6	2,737	174,978,010	29,163,002	63,931							
福島県	8	2,755	344.4	8	0	8	2,755	80,866,424	10,108,303	29,353	7	2,294	94,578,876	13,511,268	41,229							
茨城県	12	5,429	452.4	11	0	11	4,925	259,912,419	23,628,402	52,774	11	4,529	336,464,765	30,587,706	74,291							
栃木県	6	2,389	398.2	4	0	4	1,214	17,634,776	4,408,694	14,526	4	1,214	62,392,100	15,598,025	51,394							
群馬県	14	4,295	306.8	14	0	14	4,295	147,876,911	10,562,637	34,430	13	4,145	877,772,278	67,520,944	211,767							
埼玉県	24	9,135	380.6	20	0	20	7,666	309,682,850	15,484,143	40,397	22	8,567	845,101,341	38,413,697	98,761							
千葉県	24	7,424	309.3	23	1	22	6,944	258,127,366	11,733,062	37,173	23	7,102	585,177,922	26,598,996	82,396							
東京都	42	18,335	436.5	37	0	37	15,963	763,980,206	20,648,114	47,859	37	16,247	1,517,332,046	41,008,974	93,392							
神奈川県	31	11,942	385.2	26	0	26	8,950	426,179,307	16,391,512	47,618	28	10,288	898,244,853	32,080,173	87,310							
新潟県	25	6,138	245.5	25	1	24	6,083	114,653,150	4,777,215	18,848	24	5,771	213,852,790	9,297,947	37,056							
富山県	10	4,045	404.5	6	0	6	2,502	68,231,079	11,371,847	27,271	9	3,478	194,958,522	21,662,058	56,055							
石川県	4	1,376	344.0	3	0	3	1,256	29,933,741	9,977,914	23,833	3	1,256	57,779,245	19,259,748	46,003							
福井県	9	3,623	402.6	9	0	9	3,623	132,509,990	14,723,332	36,575	9	3,623	289,571,522	32,174,614	79,926							
山梨県	2	929	464.5	2	0	2	929	72,947,394	36,473,697	78,522	2	929	162,911,837	81,455,919	175,363							
長野県	17	6,139	361.1	12	1	11	4,212	160,227,415	14,566,129	38,041	17	6,139	385,950,531	22,702,972	62,969							
岐阜県	19	6,335	333.4	17	0	17	5,874	163,178,866	9,598,757	27,780	15	5,384	369,600,027	24,640,002	68,648							
静岡県	26	9,886	380.2	21	1	20	7,692	297,941,905	14,897,095	38,734	25	9,166	1,016,312,714	42,346,363	110,879							
愛知県	36	14,669	407.5	35	0	35	14,169	573,401,005	16,382,886	40,469	36	14,669	1,151,464,538	31,985,126	78,496							
三重県	6	1,918	319.7	5	0	5	1,839	69,714,741	13,942,948	37,909	5	1,839	167,828,202	33,565,640	91,261							
滋賀県	12	3,863	321.9	12	0	12	3,863	148,233,314	12,352,776	38,373	12	3,863	293,684,944	24,473,745	76,025							
京都府	19	6,926	364.5	18	1	17	6,529	117,689,739	6,922,926	18,026	18	6,744	334,731,162	18,596,176	49,634							
大阪府	55	18,331	333.3	43	0	43	15,018	296,238,659	6,889,271	19,726	46	16,462	749,216,861	16,287,323	45,512							
兵庫県	33	7,468	226.3	27	0	27	6,071	91,397,646	3,385,098	15,055	28	6,959	335,977,880	11,999,210	48,280							
奈良県	13	3,861	297.0	13	1	12	3,621	67,557,710	5,629,809	18,657	13	3,621	154,189,096	12,849,091	42,582							
和歌山県	8	2,160	270.0	8	1	7	2,061	55,497,275	7,928,182	26,927	8	2,160	124,117,522	15,514,690	57,462							
鳥取県	2	685	342.5	2	0	2	685	17,160,672	8,580,336	25,052	2	685	34,691,721	17,345,861	50,645							
島根県	5	2,009	401.8	5	0	5	2,009	50,195,202	10,039,040	24,985	5	2,009	201,385,691	40,277,138	100,242							
岡山県	10	2,233	223.3	10	0	10	2,233	55,598,653	5,559,865	24,899	8	1,913	154,374,601	19,296,825	80,698							
広島県	14	4,958	354.1	10	0	10	3,538	63,958,117	6,395,812	18,077	11	3,904	152,668,618	13,878,965	39,106							
山口県	7	1,779	254.1	5	0	5	1,314	26,763,566	5,352,713	20,368	6	1,464	87,504,112	14,584,019	59,771							
徳島県	4	1,347	336.8	4	0	4	1,347	40,362,373	10,090,593	29,965	4	1,347	68,385,975	17,096,494	50,769							
香川県	10	3,157	315.7	10	0	10	3,157	54,444,915	5,444,915	17,247	10	3,157	140,487,390	14,048,739	44,500							
愛媛県	5	1,027	205.4	5	0	5	1,027	12,782,081	2,556,416	12,446	5	1,027	28,350,438	5,670,088	27,605							
高知県	9	3,049	338.8	8	0	8	2,877	83,801,786	10,475,223	29,128	9	3,049	175,613,443	19,512,605	57,597							
福岡県	33	10,198	309.0	27	1	26	8,426	186,772,932	7,183,574	22,166	29	9,213	386,961,773	13,343,509	42,002							
佐賀県	2	790	395.0	2	0	2	790	34,152,113	17,076,057	43,231	2	790	77,957,624	38,978,812	98,691							
長崎県	5	1,042	208.4	5	0	5	1,042	10,653,369	2,130,674	10,224	5	1,042	30,987,197	6,197,439	29,738							
熊本県	9	2,412	268.0	8	0	8	2,213	48,644,841	6,080,605	21,981	9	2,412	129,790,449	14,421,161	53,810							
大分県	9	2,233	248.1	8	0	8	1,827	48,484,469	6,060,559	26,538	8	1,827	117,537,661	14,692,208	64,334							
宮崎県	2	664	332.0	2	0	2	664	3,905,312	1,952,656	5,881	2	664	11,664,873	5,842,437	17,598							
鹿児島県	5	1,116	223.2	4	0	4	892	17,537,960	4,384,465	19,661	5	1,116	46,004,282	9,200,856	41,222							
沖縄県	5	1,637	327.4	4	0	4	1,396	106,416,783	27,104,196	77,662	4	1,396	288,219,199	72,054,800	206,461							
合計	650	221,292	340.4	568	9	559	192,082	6,195,833,924	110,833,782	32,256	593	203,861	14,854,121,080	25,262,111	72,864							

表 36 病院機能別(複数回答) : 患者未収金(1年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	病床数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1床あたり平均 未収金金額(円)
特定機能病院	17	0	17	13,754	575,301,121	33,841,242	41,828
地域医療支援病院	125	0	125	60,367	2,261,449,759	18,091,598	37,462
臨床研修病院	293	1	292	129,163	4,924,873,827	16,866,006	38,129
DPC対象病院	332	0	332	145,384	5,498,917,772	16,563,005	37,823
DPC準備病院	115	4	111	24,550	400,519,702	3,608,286	16,314
無回答(該当なしを含む)	102	5	97	18,166	228,941,762	2,360,224	12,603
合計	568	9	559	192,082	6,195,833,924	11,083,782	32,256

「特定機能病院」など患者単価が高い病院ほど一床当たりの未収金額が多かった。

表 37 病院機能(複数回答) : 患者未収金(3年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	病床数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1床あたり平均 未収金金額(円)
特定機能病院	17	0	17	13,754	1,217,142,409	71,596,612	88,494
地域医療支援病院	135	0	135	64,738	6,061,776,845	44,902,051	93,636
臨床研修病院	314	1	313	137,871	11,729,093,205	37,473,141	85,073
DPC対象病院	359	0	359	156,167	13,092,091,378	36,468,221	83,834
DPC準備病院	115	3	112	25,408	1,102,768,940	9,846,151	43,402
無回答(該当なしを含む)	98	2	96	17,749	511,045,111	5,323,387	28,793
合計	593	5	588	203,861	14,854,121,080	25,262,111	72,864

患者未収金(1年)と同様の傾向を示した。

表 38 救急医療体制 : 患者未収金(1年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	病床数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1床あたり平均 未収金金額(円)
三次救急	51	0	51	31,402	1,628,479,113	31,930,963	51,859
二次救急	224	0	224	68,271	1,656,938,759	7,397,048	24,270
初期救急	10	0	10	3,059	48,619,706	4,861,971	15,894
救急医療体制なし	38	4	34	5,620	68,880,351	2,025,893	12,256
無回答	245	5	240	83,730	2,792,915,995	11,637,150	33,356
合計	568	9	559	192,082	6,195,833,924	11,083,782	32,256

「三次救急」「二次救急」「初期救急」「救急医療体制無し」の順に金額は下がった。

表 39 救急医療体制 : 患者未収金(3年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	病床数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1床あたり平均 未収金金額(円)
三次救急	52	0	52	32,137	3,379,017,087	64,981,098	105,144
二次救急	236	0	236	73,004	4,199,812,841	17,795,817	57,529
初期救急	11	0	11	3,222	120,069,116	10,915,374	37,265
救急医療体制なし	36	3	33	5,559	151,342,855	4,586,147	27,225
無回答	258	2	256	89,939	7,003,879,181	27,358,903	77,874
合計	593	5	588	203,861	14,854,121,080	25,262,111	72,864

患者未収金(1年)と同様の傾向を示した。

表 40 産科有無：患者未収金(1年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	病床数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1床あたり平均 未収金金額(円)
産科なし	157	4	153	33,912	642,984,539	4,202,513	18,960
産科あり	150	0	150	70,327	2,539,316,041	16,928,774	36,107
無回答	261	5	256	87,843	3,013,533,344	11,771,615	34,306
合計	568	9	559	192,082	6,195,833,924	11,083,782	32,256

「産科あり」が「産科なし」を上回った。「産科」診療に未収金の発生リスクがある。

表 41 産科有無：患者未収金(3年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	病床数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1床あたり平均 未収金金額(円)
産科なし	160	3	157	35,569	1,573,810,523	10,024,271	44,247
産科あり	160	0	160	74,376	5,970,638,862	37,316,493	80,276
無回答	273	2	271	93,916	7,309,671,695	26,972,958	77,832
合計	593	5	588	203,861	14,854,121,080	25,262,111	72,864

患者未収金(1年)と同様の傾向を示した。

表 42 経常利益別(前年度)：患者未収金(1年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	病床数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1床あたり平均 未収金金額(円)
黒字	313	3	310	112,937	3,767,989,187	12,154,804	33,364
赤字	142	2	140	39,569	1,207,658,031	8,626,129	30,520
無回答	113	4	109	39,576	1,220,186,706	11,194,373	30,831
合計	568	9	559	192,082	6,195,833,924	11,083,782	32,256

「黒字」・「赤字」の1床あたりの未収金額間に大差はなかった。

表 43 経常利益別(前年度)：患者未収金(3年)について

	有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	病床数 合計	未収金金額 合計(円)	1病院あたり平均 未収金金額(円)	1床あたり平均 未収金金額(円)
黒字	325	1	324	117,237	9,153,663,374	28,252,047	78,078
赤字	149	2	147	43,509	2,655,276,043	18,063,102	61,028
無回答	119	2	117	43,115	3,045,181,663	26,027,194	70,629
合計	593	5	588	203,861	14,854,121,080	25,262,111	72,864

患者未収金(1年)と同様の傾向を示した。

3. 推計値 (表 44～表 48)

A. 過去 2 回の全国推計手法と同様に 1 病院あたり未収金額を全国病院数にあてはめて算出したもの。

2006(平成 18)年調査報告書によると未収金額の推計金額は、平均値から算出された四病院団体傘下 5,570 病院全体で 373 億円、2010(平成 22)年調査(5,529 病院)では 284 億円であると報告された。今回の調査では、回答施設 568 病院全体の未収金総額は 6,195,833,924 円であり、現在の四病院団体病院数を 5,000 病院と仮定して同様の推計を行うと 545 億円となった。試みに同様の推計方法で現在の全国の全 8,571 病院について算出したところ、各々 574 億円、440 億円、今回は 935 億円であった。

算定式

(1 年) 11,083,782 円×8,435(未収金無しの病院を差し引いた病院数) = 93,491,701,170 円

(3 年) 25,262,111 円×8,499(未収金無しの病院を差し引いた病院数) = 214,702,681,389 円

B. 開設者別病院数をもとに病院単価を全国病院数に当てはめて算出したもの

表 44

	全国 病院数	調査結果データ				患者未収金(1年)の推計値		
		有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	1病院あたり平均 未収金額(円)	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金金額 合計(円)
公的計	1,644	318	3	315	14,434,575	14	1,630	24,972,124,624
国	274	28	0	28	23,542,625	0	274	6,450,679,348
公的医療機関	1,252	261	3	258	14,359,396	14	1,238	17,776,931,706
社会保険関係団体	118	29	0	29	6,309,437	0	118	744,513,570
私的計	6,927	250	6	244	6,757,962	201	6,726	35,701,446,876
医療法人	5,709	170	6	164	4,486,516	201	5,508	24,711,730,330
その他	867	76	0	76	11,916,503	0	867	10,331,608,306
個人	351	4	0	4	1,874,952	0	351	658,108,240
合計	8,571	568	9	559	11,083,782	216	8,355	60,673,571,499

1 年で 60,673,571,499 円と推計される。

表 45

	全国 病院数	調査結果データ				患者未収金(3年)の推計値		
		有効 回答数	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	1病院あたり平均 未収金額(円)	未収金なし 病院数	未収金あり 病院数	未収金金額 合計(円)
公的計	1,644	346	2	344	32,385,611	9	1,635	55,150,565,344
国	274	30	0	30	45,484,103	0	274	12,462,644,240
公的医療機関	1,252	285	2	283	33,030,269	9	1,243	41,056,624,740
社会保険関係団体	118	31	0	31	13,824,545	0	118	1,631,296,363
私的計	6,927	247	3	244	15,219,143	105	6,822	81,396,049,375
医療法人	5,709	163	3	160	10,226,753	105	5,604	57,310,722,096
その他	867	79	0	79	26,018,090	0	867	22,557,684,370
個人	351	5	0	5	4,352,259	0	351	1,527,642,909
合計	8,571	593	5	588	25,262,111	114	8,457	136,546,614,719

3 年で 136,546,614,719 円と推計される。

C. 開設者別病床数をもとに病床単価を全国病床数に当てはめて算出したもの

表 46

	全国 病院 病床数	調査結果データ				患者未収金（1年）の推計値		
		有効回答 病床数合計	未収金なし病院 病床数合計	未収金あり病院 病床数合計	1病院あたり平均 未収金額（円）	未収金なし病院 病床数合計	未収金あり病院 病床数合計	未収金金額 合計（円）
公的計	478,459	126,694	291	126,403	35,971	942	477,517	17,518,103,697
国	115,683	15,662	0	15,662	42,089	0	115,683	4,868,949,229
公的医療機関	328,027	101,314	291	101,023	36,672	942	327,085	11,994,888,961
社会保険関係団体	34,749	9,718	0	9,718	18,828	0	34,749	654,265,507
私的計	1,100,941	66,497	818	65,679	25,106	18,332	1,082,609	23,901,776,019
医療法人	852,491	38,039	818	37,221	19,768	18,332	834,159	16,489,742,560
その他	214,988	27,868	0	27,868	32,498	0	214,988	6,986,679,885
個人	33,462	590	0	590	12,712	0	33,462	425,353,574
合計	1,579,400	193,191	1,109	192,082	32,256	19,274	1,560,126	41,419,879,716

- ・病院数、病床数の推計値算出方法：回答のあった未収金有無別病院数および病床数の割合を全国病院数に乗算
- ・未収金合計の推計値算出方法：今回調査結果の1病院あたり未収金額に未収金あり病院数推計値を乗算
- ・全国病院数および病床数は、厚労省・医療施設動態調査平成24年7月末現在にもとづく

1年で41,419,879,716円と推計される。

表 47

	全国 病院 病床数	調査結果データ				患者未収金（3年）の推計値		
		有効回答 病床数合計	未収金なし病院 病床数合計	未収金あり病院 病床数合計	1病院あたり平均 未収金額（円）	未収金なし病院 病床数合計	未収金あり病院 病床数合計	未収金金額 合計（円）
公的計	478,459	137,614	93	137,521	81,011	277	478,182	38,714,141,131
国	115,683	16,642	0	16,642	81,993	0	115,683	9,485,165,536
公的医療機関	328,027	110,026	93	109,933	85,030	277	327,750	27,868,472,851
社会保険関係団体	34,749	10,946	0	10,946	39,152	0	34,749	1,360,502,743
私的計	1,100,941	67,050	710	66,340	55,976	16,048	1,084,893	53,468,525,131
医療法人	852,491	37,715	710	37,005	44,218	16,048	836,443	36,985,686,057
その他	214,988	28,646	0	28,646	71,753	0	214,988	15,425,979,200
個人	33,462	689	0	689	31,584	0	33,462	1,056,859,874
合計	1,579,400	204,664	803	203,861	72,864	16,325	1,563,075	92,182,666,262

- ・病院数、病床数の推計値算出方法：回答のあった未収金有無別病院数および病床数の割合を全国病院数に乗算
- ・未収金合計の推計値算出方法：今回調査結果の1病院あたり未収金額に未収金あり病院数推計値を乗算
- ・全国病院数および病床数は、厚労省・医療施設動態調査平成24年7月末現在にもとづく

3年で92,182,666,262円と推計される。

表 48 過去調査との比較

	第1回目調査（2006年度）		第2回目調査（2010年度）		今回調査（2012年度）	
対象病院数	5,570		5,529		2,375	
回答病院（%）	3,273（58.8）		2,694（48.7）		650（27.4）	
公・私比率	17.8：82.2		19.9：80.0		56.3：43.7	
病床数（平均）	729,208（222.9）		651,764（241.9）		221,292（340.4）	
未収金あり病院数（%）	1年	3,057/3,268（93.5）	1年	2,483/2,646（93.8）	1年	559/568（98.4）
	3年	2,628/2,779（94.6）	3年	2,259/2,374（95.2）	3年	588/593（99.2）
1病院あたり未収金額（円）	1年	7,159,624	1年	5,482,217	1年	11,083,782
	3年	16,200,767	3年	14,102,436	3年	25,262,111
未収金総額（回答病院）	1年	21,894,130,769	1年	13,612,343,807	1年	6,195,833,924
	3年	42,591,815,144	3年	31,857,403,010	3年	14,854,121,080
推計総額（対象病院）	1年	37,305,080,570	1年	28,441,741,796	1年	25,902,798,534
	3年	85,336,838,256	3年	74,192,915,796	3年	59,492,271,405
推計総額（全国8,571病院）	1年	57,584,855,832（574億）	1年	43,956,415,906（440億）	1年	93,491,701,170
	3年	131,307,216,535	3年	115,019,468,016	3年	214,702,681,389

- ※推計総額（対象病院） 1病院あたり未収金金額に対象病院数の未収金あり病院推計数を乗算
- ※推計総額（全国病院） 1病院あたり未収金金額に全国病院数の未収金あり病院推計数を乗算

4. 四病協調査結果との比較

図 4

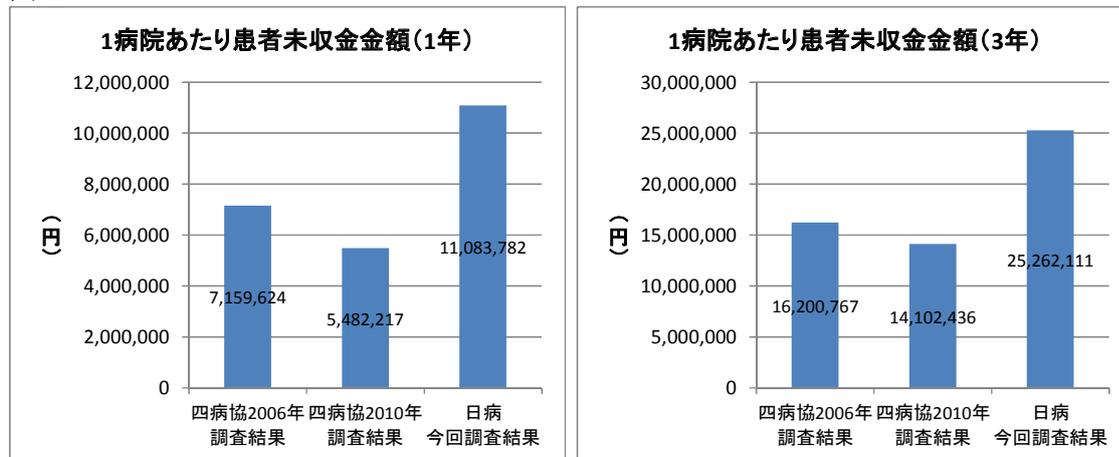


図 5

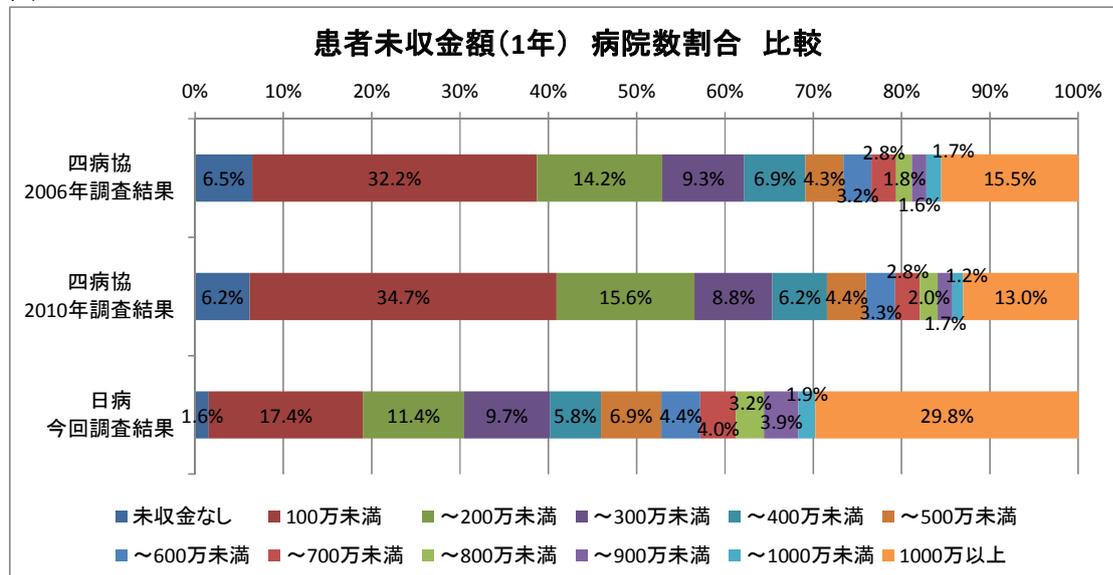
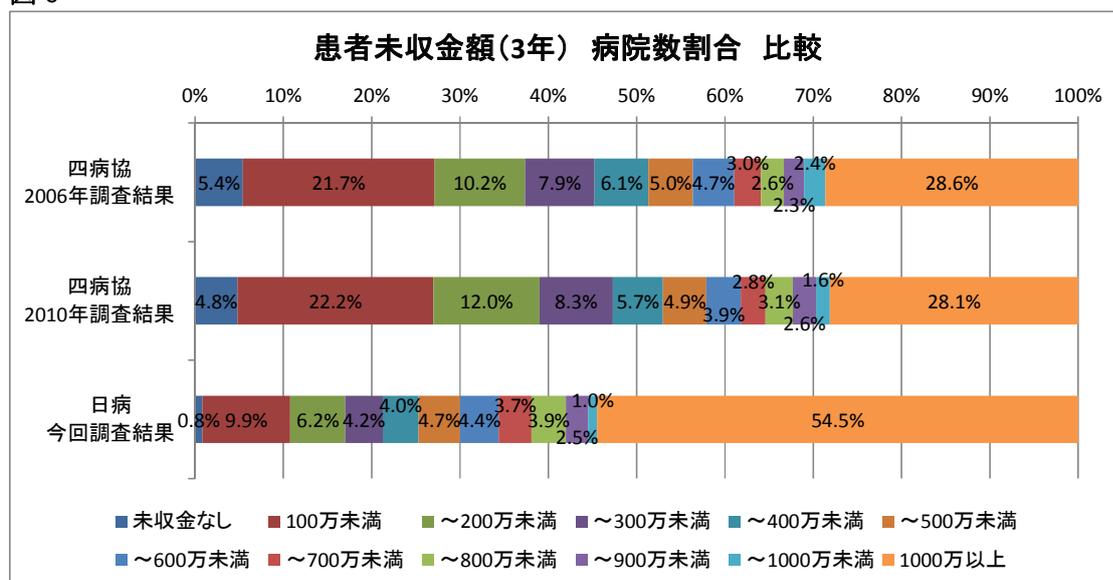


図 6



5. 自由記載文（全部掲載）

①実施している患者未収金の未然防止策 「その他」回答内容

1	医療費の分割支払いの場合には「医療費納入契約書」を提出させる
2	限度額認定証や医療助成の周知、分割申請の履行監視の強化、高額・悪質滞納者のファイル管理
3	土日祝日24時間会計の実施（平日は午前30分・午後30分の計1時間のみ会計未実施）
4	分納・限度額適用認定証の取得・高額貸付制度の推進等
5	資格証明者、無保険者の未収金回収対策
6	未収のある患者が外来・入院した際の、受付窓口との連絡体制の強化
7	限度額認定証についての説明。
8	限度額適用認定証の説明・取得の勧め
9	口座振替システム
10	医療費あと払いサービス導入
11	外来については、時間外でも請求・精算を行っています。
12	入院手続き時に限度額適用認定証の案内をし、退院時まで提示するよう案内を徹底して行っている
13	債権回収業者への依頼 弁護士への債権督促依頼
14	分割払い
15	入院費は銀行振込と自動引落払い
16	健康保険未加入者への代理加入手続き。限度額認定証の代理手続き。独居者の死亡時の代理手続き等。
17	前回未収金がある場合は自動精算支払機での支払いができないようになっている。
18	24時間会計は、支払いのみ実施（時間外診療の即日精算は行っていない）
19	交通事故初診時に損保会社の確認と対応への説明。
20	未収金対策プロジェクトの確立
21	上記チェックのうち、預かり金制度は実施していません。
22	退院時支払期日の誓約、分割納入の対応
23	保証人2名つける。1名は家族、1名は別所帯の第3者。
24	24時間会計ではないが、時間外・休日でも支払い可能である。
25	受付票への過去の未収金情報表示、口座振替対応、分納相談
26	土曜日・休日会計の実施、退院後の分割払いの実施
27	限度額認定、高額療養費制度の周知
28	口座引き落とし
29	支払い方法の多様化：非対面式クレジットカード支払い （診療費確定前に手続きをしてもらい、診療費が確定してからクレジットカードにて支払う）
30	高額療養費の限度額適用認定証の積極的活用
31	分納時誓約書記載
32	一括支払が難しそうな患者への支払計画書作成
33	外来等空白の箇所は不明です。救急科・産科のみのデータが不明のため。
34	未収担当と病棟担当との連携による退院時相談体制の整備
35	早期の医療相談の実施
36	分割支払いの対応
37	院内にATM設置
38	現金書留又は、振込による支払いも可能としている。
39	ゆうちょ銀行自動払込
40	支払完了を証明する確認書の発行で退院時看護師からアプローチする
41	該当する全入院患者への限度額適用認定証の使用依頼
42	連帯保証人へ署名した確認連絡を行う
43	分割対応
44	振込での支払い案内や分割での支払い案内の実施
45	限度額認定証の発行促進、未収金システムによる滞納前科者および現滞納者受診時の早期対応

46	外来診療費のみクレジット可能
47	口座振替、入院料の時間外・休日窓口預かり
48	高額療養費に係る限度額認定証の提示の徹底
49	口座引落とし対応（分納及び滞納者のみ）
50	院内 ATM の設置。
51	分割支払
52	24 時間会計精算は、外来診療に限る。
53	患者へ限度額適用認定証の発行依頼（高額医療制度の説明）
54	窓口を土日も開け、支払い可能にしている。
55	入院患者に対し、保険証事前確認を行うとともに医療優遇制度の事前説明を行っている。
56	クレジットカード及びデビットカードによる支払は本年 10 月中に導入予定
57	退院時完納出来ない方には、平成 23 年度よりすべて準消費貸借契約（分納又は支払猶予）にて締結
58	限度額認定証の積極的な案内、前日入退院患者の未収状況確認（必要に応じ診療現場へ連絡）等。
59	全国の銀行・ゆうちょ口座からの振替による支払
60	口座振り込み
61	夜間 9 時までの会計実施（365 日）
62	自己破産、相続放棄、自賠責保険適用調査を要するもの

②患者未収金の発生原因 「その他」回答内容

1	自己破産、相続放棄、自賠責保険適用調査を要するもの
2	旅行中の診療（以後行方不明）
3	1 人世帯患者の死亡（親族の居所確認等）、一時滞在者の受診（市外での転居・転出等の確認）
4	死亡退院
5	社保貸付金の生活費充当、国保税滞納による貸付利用不可・限度額証不交付
6	遠方からの受診
7	住所不明
8	夜間救急受診での未収金発生率が高い
9	不法滞在外国人
10	分割途中で支払困難
11	独居の高齢者の増加。国保税の滞納者の増加。
12	外国人の本国帰還
13	交通事故弁護士に相談する等の理由による支払い保留
14	請求先不明、連絡先不明
15	外国人（不法滞在）
16	病状のため
17	本人及び家族の死亡
18	支払後の追加金発生
19	夜間・休日等の時間外診療（救急医療）
20	外国人の支払方法が違う
21	死亡退院のため後日連絡を入れるも応答がない
22	手持ち不足・保険切替中で確認できない・公費申請中・第三者行為
23	追加請求が発生したためや、第三者行為に係る診療費の支払い拒否など
24	連絡不能外国人
25	転居で所在不明
26	精算後の一部負担金額の変更
27	偽名入院。無断離院
28	追加検査の回収もれ。（次回予約なし）
29	本人死亡（身内無）

30	住所等連絡先不明
31	身寄りなし独居老人の死亡
32	所在不明、連絡不能
33	モラルの低下
34	時間外救急のみ受診、第三者行為による受診。
35	行方不明
36	行方不明
37	自賠適用等任意保険一括請求中
38	患者の家族関係の崩壊
39	本人死亡
40	保険会社振込入金分（自賠責）
41	精算後の会計修正により請求が困難となった
42	転居先・所在不明
43	行き先不明
44	住所不明
45	居所不明・独居死亡・自己破産
46	事故一括等による、支払いのズレ。
47	後日請求
48	死亡、行方不明
49	交通事故、労災予定
50	支払い責任者が亡くなっていた。
51	保険会社からの支払い
52	交通事故や労災案件
53	請求先不明
54	会計後の診療（入力）内容変更による差額
55	所在不明、本人死亡
56	喧嘩等第三者が関わるトラブル等
57	連絡が取れない。（住所・電話番号・宛先不明）
58	者同士の第三者行為、生活保護申請前の医療費、短期国保のため限度額認定証発行されず
59	死亡退院
60	居所不明
61	誤計算や算定漏れ。死亡患者の債権者不明。
62	請求上のトラブル、住所不明
63	追加請求
64	請求保留
65	居住地不明者
66	自己破産
67	連絡先不明、住所不明
68	国民健康保険料滞納により限度額適用認定を受けられない。
69	退院（受診）後に転居され住所不明となり連絡が取れなくなる
70	患者家族の診療以外での不満によるもの
71	第三者行為（交通事故含む）による係争中等
72	救急を要する転院
73	第三者加害案件のため、医療扶助の適用なし
74	事故、仕事中のけがによる診療費支払い保留
75	高額療養費貸付制度本人支払分完了後、本人の手続き遅延による入金の遅れ
76	本人死亡
77	病院側督促方法の問題

③実施している患者未収金の回収方法 「その他」 回答内容

1	窓口会計業務受託業者への督促業務の一部委託（滞納が累積しないうちに早期に納付督促を実施）
2	未収金患者に対し「外来スケジュール表」にサインを記載し対象者に接触する機会を設けている
3	時間外の預かり金
4	市に債権を移管し、市が④⑥⑫を行なっている。⑭も実施予定。
5	自動再来受付機受付停止（面談後に解除）
6	預り金制度の導入
7	法律事務所への回収依頼
8	窓口来院時の面談
9	コンビニでの収納、クレジットカード払いの取扱い
10	弁護士事務所への債権徴収委託
11	役所への諸手続きの代行
12	弁護士へ診療費等病院療養費債権回収業務の委託
13	来院時に面談による話し合い
14	法律事務所に委任
15	院内での面談等
16	グループ病院間での相互回収協力
17	患者との面談
18	市役所本庁債権管理対策課へ悪質事案を移管
19	MSWによる相談、分割納入
20	残高証明書送付
21	弁護士事務所への委託を検討中
22	保証人請求
23	弁護士への債権回収委託
24	連帯保証人への通知
25	一宮市債権回収特別対策室へ移管（一部）
26	現在、支払督促、強制執行に向けて実施中
27	医事システムに「未収金あり」のコメントを入力し、誰でも閲覧出来るようにしている。
28	口座引き落とし、カード分割、コンビニ支払い
29	連帯保証人に対する文書催告
30	入院時保証金の預かり
31	弁護士法人へ債権回収委託
32	居住役所へ出向き、各種社会資源の適用を促す
33	未収金管理回収ソフトを使用して催促（督促）文書を自動発行している
34	再診受付機及び自動支払機利用停止処理を実施し、窓口誘導により受診の都度面談督促
35	徴収専門員（銀行OB）の配置
36	弁護士への債権委託
37	所在不明者について、住民票取得・勤務先、取引先金融機関割出し等
38	弁護士事務所に回収委託
39	窓口での催促
40	預り金
41	滞納者が診療で来院した際に折衝。
42	個人面談
43	法律事務所による未収金回収
44	回収手順上必要であれば 11、12、13 を行う予定ですが、実績はありません
45	債権回収を行っている法律事務所へ依頼
46	未収金徴収員の配置

④患者未収金の回収における問題点

1	未収金回収の専門の職員の配置が困難であり、通常業務と別に回収業務に従事している状況であり、回収業務としては不完全であると考えております。
2	近年、患者個人未収金につきましては、増加傾向及び、未収金収入率も減少しているのが現状であります。現在他業務と兼任して職員2名で対応しておりますが、専任職員の配置や債権回収業務委託の検討も必要と考えております。
3	<ul style="list-style-type: none"> ・旅行者による救急外来受診で未収となった場合、接触困難となり回収困難となる場合がある。 ・診療圏が広い為、訪問回収をするにも時間やお金が掛かる。
4	外来化学療法で長期間の高額な医療費が続き、支払いが追いつかない患者が増加。
5	<ul style="list-style-type: none"> ・生活保護受給前に発生した未収金の回収（生活困窮を理由に支払いを拒まれれば、なす術がない。 ・間違った権利意識の強まり（結果に満足がいけないといった理由で支払いを渋る等） ・公立病院であるため、連帯保証人まで求めづらい。病院側からは時効の援用について能動的に説明できない。 ・患者の倫理観の欠如（家族での未収、高額療養費貸付金・出産育児一時金の使い込み、医療費支払いの優先度が低い（住宅ローンや消費者ローン、携帯電話利用料金等の支払い優先）等）
6	確信犯的に支払を行わない債務者、繰り返し未収金がある債務者に対し、督促や小額債権訴訟以外の対応策がない。医師の応召義務の対極として、未収金への保険組合からの損金補填、または未収金債権の買取制度があってもいいと思います。
7	入院医療費は限度額適用事前手続きとお産にかかる直接支払制度を利用することで、未収金額は減少している。問題点 現在、当院は震災による被害を受けた地域でもあり、当院患者の2.5割が「震災に伴う医療費免除」の対象となっている。この「医療費免除」は、10月以降も県内の自治体国保と後期高齢者は延長となったが期限付きであり、終了となった場合、支払が困難で未収になるケースが増えることを想定している。（状況によって、受診中断することも考えられており、命にかかわる問題にもなりかねない）
8	電話、文書、訪問で働きかけても患者様本人と直接お会いできないことがあると未収金の回収が進展しない点。
9	東日本大震災により資料流失のため震災以前のデータは不明。震災後、病院においては未収金なし。
10	1)生活保護者等の生活困窮者の分納及び長期化と途中滞納者。 2)生活実態はあるが連絡不能な者。 3)会計違いが後日判明し請求したが受入れられない者。
11	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の支払意識の低下が挙げられます、未収金があっても診療拒否できないことを知って支払わなくても診療してもらえらる医師法19条にある応召義務がある限り、現行の医療費後払い制では医療費を支払っても支払わなくても適切な医療を受けることが出来る為、当人のモラルの低下が解消されない限り解決し難い問題。 ・医療費を支払う際に限度額認定の申請をしても、その人が市税滞納者の場合は該当にならない為、分割での支払いとなるわけですが、市税も払えない状況で医療費の支払いが出来るのかという問題もあると思われます。
12	保険者請求が可能ならば未収金の解決が計れると考える。保険者、医療機関一体となって対策を練るべきと考える。マイナンバー制度を早く導入して欲しい。資格喪失者の未収金が多くなっている。
13	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の担当者の配置が難しい。 ・業者委託までする必要があるとも思えない。 ・生活困難者の把握が退院後となってしまい、未収金につながってしまう。 ・休日・時間外で会計処理ができる体制となっていないため、未収になるケースも出てしまう。
14	時間外の外来受診に関して、当院は仮受金での対応をしておりますが、本人や家族に連絡をしてもなかなか来院してもらえず、未精算になってしまうケースが毎年数十件発生しています。このような事例に対する対策として他の病院ではどのような取り組みをしているのでしょうか。また、未収金発生対策として、クレジットカード支払いの導入、時間外外来会計の実施を検討しておりますが、その有効性について、アドバイス頂ければと思います。

15	診療拒否ができず、保険証未確認、貧困等による未払いによる未収発生件数が増加している。保険者請求を試みようにも、市町村等の保険者も保険料未納等を理由に申請が却下されてしまう。訪問回収も行っているが、不在、手持ち金不足等の理由でまったく回収できていない案件も増えてきている。外部への債権回収依頼、裁判所への支払督促も試みているが、回収不能、支払い能力不能等により回収率は上がっていない。種々の回収方策を実施しているが、未収金は増加傾向であるというジレンマに陥っている現状である。
16	<ul style="list-style-type: none"> 患者未収金を専門に担当する事務職員がいない。 財産調査権限を持たないため、法的な手続きを行うための資料がえら得ない。 徴収嘱託員による家庭訪問を実施しているが、留守、電話不通、転居先不明等で患者と接触出来ない。
17	携帯電話の契約切れ 死亡退院後支払う家族が決まらない 昼間の連絡では留守が多い ドクターヘリドクターカーは費用が発生することに納得できない
18	支払計画等約束はするものの、支払日に連絡が無かったり、別の支払に充ててしまった等の言い訳やうそに翻弄されています。訪問回収に行くものの、居留守を使われたり、対応に子どもをさせたりと、回収がなかなか出来ていないのが現状です。
19	未収金回収の為の人員確保。 遠隔地への自宅訪問。
20	人員不足のため未収金の督促、回収を行う専門部署がない。
21	低所得者の未収が多いと思います。生活保護者は軽度な症状でも受診する症例が多いのですが、低所得者世帯（高齢者家族含めて）は重症になってから受診する症例も少なくなく、返って負担額が多くなり、未収に繋がっています。時間給労働者が多いのも低所得世帯を増加させている要因です。未収分析を行いますと、結果は社会事情をそのまま映し出しているように思います。
22	病める人が負担金を持参せず治療を求めている以上、診療せざるを得ない。
23	人員不足で未収金の回収が進んでいない状況です。
24	専従担当をおく余裕がない。
25	分納している方で、開始当初は定期的に納入していても、長期になると継続が困難になり、滞ってくる方がいる。督促状や訪問により支払いを促すが、遠方の方は訪問もできずに、回収が難しくなってしまう事例がある。
26	<ul style="list-style-type: none"> 医療費に関する制度が複雑かつ国民に向けた案内の不足による認識不足（高額療養費制度等） 応召義務や診療を受ける権利ばかりを主張し、患者が病院に治療費を支払う義務については蔑にされている風潮（一般商店などで代金を払わなければ商品を手に入れない、代金を払わずに入手すると犯罪として成立するのに、医療費についてはそのような抑止力がない。せめて各保険者から被保険者に対してより一層の働きかけを期待する） 保険者請求の壁が高すぎる（実際に病院サイドでありとあらゆる回収努力を行っても回収できない債権であっても、保険者請求が保険者に認められることがない!） 以上の観点から、患者負担金を医療機関が徴収する制度は廃止し各保険者において徴収するべきではないかと考える。
27	入院患者の家族に自宅訪問や電話連絡の未収金回収をおこなっても、何も対応してくれない。電話も出なければ、自宅は居留守状態、郵便は届いてはいるが、何の音沙汰なし。手だてがない。
28	<ul style="list-style-type: none"> 住所、連絡先が不明となり、督促が困難になってしまう事がある。特に連絡先が固定電話でなく携帯電話の場合が多い。 現状として督促状ではなく、お願いの文章しか送れていない。 分割払いの場合、1回の支払額や分割期間の限度を決めていないため、長期にわたってしまっているものが多数ある。
29	応召義務による、未払いとなりそうな場合であっても診療を断れない点。 偽りの住所、電話番号の提示による、督促時に発覚する住所、電話番号の不定。
30	未収金対応する人員の不足。
31	未収メールや訪問などで催促を行っているが、件数が多く追求しきれていない現状がある。
32	当院も、債券回収業者に委託をしておりましたが、芳しくなく、8月から弁護士事務所に業務を委託しました。法律の専門家に委託をしてまだ間もないことから、様子を見たいと思っております。今後、病院としては、患者さんに強い態度で対応できるように、考えていかなければならないと思います。

33	生活困窮者に対しては、無いものは払えないが、支払に向けた十分な相談・アドバイスが必要で、継続的な支援をしてあげられない病院が多いのでは？
34	平成 19 年 4 月より、入院費の現物支給制度(限度額認定書) が導入されてから、未収金発生件数・金額共に減少傾向には有る物の、保険料滞納で制度の利用が出来ず回収仕切れない件数が増えている。
35	<ul style="list-style-type: none"> ・最初から支払うつもりのない方はどうすべきなのか？ ・住所不定の方の回収が難しい。 ・生活困窮者であるが生活保護に該当しない方の回収が難しい。 ・短期保険の高額医療患者の限度額認定が発行されない場合の回収問題。
36	行方不明者の回収はどうすればよいでしょうか？
37	<ul style="list-style-type: none"> ・少額訴訟等法的手続きについては、事務手続きに習熟した職員がおらず実行し難い。 ・診療費が少額の場合は、督促に係る事務的経費とのコストバランスが成立しない。 ・度重なる未納者であっても、医師の応召義務があるため診察拒否できない。 ・交通事故係争中のものは、自らの被害者意識から診察費に対する支払意識が低い。また、督促手続きも取りにくい。 ・分納、預かり金制度の維持は、職員への負担が大きい。 ・診療費未納に対して、患者自身の債務者意識が希薄。
38	<問題点> 未収患者が救急外来を受診し緊急入院に至った場合、新たな未収が発生してしまうこと。
39	当院では、入院患者様に対し入院誓約書を記入頂いており、その内容に連帯保証人を記載する事としております。患者本人にお支払い頂けない場合、この連帯保証人へ支払いをお願いする事となるが、虚偽の記載が多く、回収が滞る事態となっている。その対象は、死亡退院患者に多く、“内縁の妻”が続柄を”妻”と記載し、入院中に保険会社用の診断書を受け取り、まんまと身をくらませるといった件数が、ここ数年の間に発生している。誓約書に記入された連絡先は「現在使われておりません」となり、他の遺族もおらず発生した未収金は誰に請求できる訳でもなく、そのまま損金処理の対象となる。誓約の際に、保証人の身分証明書を添付頂く対応は困難である事から、提出頂く内容を信用する他なく、当院では部屋種別に応じた保証金を毎月お預かりする運用を検討している。また、高額未収金患者について問題は、分割払いである。全く支払わない訳ではなく、毎月 5,000 円等の支払いがあるため、回収業者に委託する訳にもいかず、2 年～10 年間の分割予定患者が数人おり、この対応による業務負担がとても大きなものとなっている。また、毎月の支払いについて、こちらより連絡を行うと支払うといった患者も多く、現場職員の負担となっている。
40	最近、外国人患者が多く受診する傾向あります。入院時、外来受診時に身元保証等の確認が重要となっています。
41	<ul style="list-style-type: none"> ・無銭飲食や盗難などと同じように刑事扱いにしてほしい。 ・医師法の応召義務の解釈を明確にしてほしい。 ・保険者負担にしてほしい。 ・患者の金銭の持ち合わせの範囲で治療を行ったのち、臨床上の問題が生じたとしても医療機関は責任を負わないようにしてほしい。 ・医療案件でクレームが付くと未収金問題に発展することが多いので、医療は万全ではなく、万一、クレームや係争に発展する場合であっても、いったんは治療費の支払いを行わなければならない旨、制度化するか国がもっと喧伝してほしい。 ・患者が直接受ける医療サービス以外の診療報酬点数は、診療行為に係る点数に包含し廃止してほしい。「自分には関係ない。」といった論調で支払に応じない患者もいる。 ・(病院会宛) メールにあった 1 施設あたりの年間の未収金について、施設規模別(病床規模)の平均未収金を明示してほしい。中小病院の未収金額が平均を引き下げていると思う。
42	文書催促の際、一定数の住所不明者がおり請求が滞る。未収金の管理・催促を行う専門部署がなく、他業務が多忙、人員に余裕もないため、未収金回収業務に割ける時間に限界がある。未収金回収にともなう経費の問題。
43	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間救急受診し未精算のものや資格喪失後の受診で返戻されたものは転居などで本人に連絡が取れない場合がある。 ・通常、飲食店や商店では未払いの場合警察が介入するが診療費未払いの場合は介入しない、また強く請求しづらく、法的手段にも馴染まないためごね得感がみうけられる。

	・未払いがある患者でも次の受診を拒否できない。
44	簡易裁判所による債務者への支払督促を実施しているが、強制執行が可能となっても財産調査や差し押さえができない状況である。未収金がある方に対して診療を制限できない。入院などして、身寄りのない方など回収が困難な例が多くなっている。
45	訪問徴収を行っても、本人に会えないことも多い。本人が所在不明の場合、回収が不可能。(病院届出の住所に居所実体がなく、住民票も置かれていないケース、住民票が職権で住所設定が消除されているケース) 徴収業務の費用対効果の問題。(少額の場合)
46	生活困窮者に対する未収金の回収が難しい。無断転居により連絡先が把握できない。
47	生活困窮などの経済的理由が多いが、家族が代行支払いするという意識が少なく患者のみが困っている状況を作られるようになって来た。療養病棟においては患者の年金を子供たちが使用してしまうケースも年に数回発生。(経済的虐待)療養といえども未収金発生のリスクは増えてきている。治療上のクレームがあれば真っ先に支払いを止められてしまう傾向が強い。患者側の治療に対する意識も変わってきた(少しのことでクレームと声を上げるようになった)
48	一人暮らしや親兄弟と疎遠状態である患者の診療費回収に苦慮している。また、当院は整形外科の患者が多いため、交通事故で自賠責扱いにならなかったもので、健康保険扱いになり自己負担分の請求に納得いかない患者の回収にも苦慮している。
49	①本当に生活困窮者なのか、見極めが難しい、②実際の生活状況の把握が出来ないので、分割支払時の回数、金額の設定も相手の言いなりになるケースが多い。
50	生活保護の特別室料金の滞納や集金が難しい。生活保護になると、以前(国保加入時)の未納分も支払わなくて良いと解釈する患者が多い。限度額認定証を提示すると、1ヶ月2,3万円の負担で済むと思っている患者が多い。限度額認定の申請中であることを理由に医療費を滞納するケース。誓約書を書けば済むと思っている患者とそれを受け入れざるを得ない病院側の対応。入退院を繰り返すと、月4万+食事代の負担は重く、必然的に滞納金が増え、回収が難しくなる。
51	療養病院は長期入院になりますが、入院時当初は支払えても、困窮により払えなくなり、かつ生活保護も受けられない入院患者への対応に苦慮しています。
52	時間が経過してしまう程に患者は支払う意志を弱めてしまうのか、回収に労力がかかる。また、連絡する期間を空けすぎると患者と音信不通になりやすかったり、当院の回収意欲が低いと思われやすい。接遇や診療内容・待ち時間などこちらが提供するサービスに対してその不満から未収となる意見も良く聞くため、気持ちよくお支払いいただけるサービス提供の向上も併せて努力する必要がある。
53	悪質な患者では病院の治療費を踏み倒しても訴えるまでは行われる事は稀である事を知っている。よって支払能力が有っても支払わない場合がある。また、支払能力の無い患者からは訴えたところで未収金の回収には繋がらない場合がある。しかし、支払う意思表示をされ診察を希望された場合は医師法もあるので診療を受けざるを得ないのが医療である。先払いや刑法で無銭飲食の様な法的な整備がなければ病院側の未収金に繋がる。患者から請求する事が困難であればその未収金を国が補助するかいづれかの対応が病院経営を守る事になる。
54	未収金の回収はどちらの医療機関でも悩んでいる状況かと思います。以前、未収金回収の研修会で「保険者請求」について学びました。当院でも試みたことがありましたが(保険者4件)「実例がない」とのことで受け入れはして頂けませんでした。保険者の協力体制に問題があるのでは?と思います。
55	全国健康保険協会が行なっている「出産費貸付制度」について、出産に係る直接支払制度を実施している医療機関においては、その利用を制限すべきだと考える。協会の安易な貸付後、患者さまがそれを目的外に使用してしまい、結果、直接支払制度が利用できずに未収となる案件が発生しており、制度の趣旨に矛盾するものだとと思われるため。
56	効果的な回収方法が見つかっていない。未収金がある患者が入退院を繰り返している。未収金回収には時間・労力・相手次第では相当なストレスもある。回収には専門部署は必要なのではないか。
57	今まで当院では未収金に対する体制等が一切なく、未収金に対する働きかけとしては外来患者の場合は医事部外来課の責任者が、入院患者の場合は医事部入院課の各病棟担当者のスキルに委ねられていた。ここ最近の社会情勢等もあり、近年未収金が増加傾向にあることから昨年度より今までの体制で回収できない金額の大きな未収金ないし悪質な未収金に対して、私が対応するようになりました。現在医事部長の指示を仰ぎながら対応にあたっている現状となっています。アンケートのとおり悪徳な未収金に対しては手探り状態ではありながら裁判所の少額訴訟制度・支払督促等を積極的に利用し未

	<p>取金回収に努めているが、さらに未収金は増えていくものと考えられ今後の課題として裁判等までの手順を含めたマニュアルの作成を行うことにより複数人の職員が対応できるよう検討している。</p>
58	<p>当院においては約 4 年程前から不良未収金防止・回収対策を強化してきました。その結果、最も不良未収金が多かった時期の約 1/4 程度に入院診療費の不良未収金額は抑えられてきました。しかし、なお多いのが死亡患者、救急患者、交通事故患者、第三者行為患者のほか、非社会的な患者、自己破産をする患者等様々であります。特に現在では悪質な未払い患者については行政へ協議の上、診療を遠慮していただくことも検討しているところでもあります。また、病院の様々な組織・機能をもって、患者の相談に真剣に接し、その結果として病院には無断で自己破産を申し立てる患者に対して、診療側にどのように話をして、破産後の診療を継続すれば良いか悩ましいこともあります。その他、督促をした患者側から暴言や脅迫に近い言葉を浴びせられることもあり、どのように職員を守るかも重要な問題であります。また、近々では犯罪を犯した患者の治療費は、その患者が独居で退院後、警察に確保されることが確定的である場合、どこにも請求できないなど、非常に大きな問題が救急医療機関には生じています。このままこのような問題が放置されれば、地域の救急医療は成り立たないことも十分に予測できます。</p>
59	<p>生保申請が非常に厳しい。申請した日からしか認定されないの、本人の相談がなければ後追いで、未収の巣窟の原因になる。（意識不明、意思表示ができない患者がたくさんあり）当院は救急車を断らないので、不法就労等で保険証なしの患者が毎年運び込まれる。県の外国人救急医療制度では、100 万しか補填しないので、過去にひとりで 700 万、200 万の未収患者があり。救急車受け入れ件数が非常に多い当院としては、遠隔地から無保険、外国人等未収リスクの患者が運びこまれる事が多々あり。公的補填制度の拡充、充実を望む。</p>
60	<p><問題 1> 外来診療費について 平成 24 年度 4 月から、外来診療費にも限度額認定証の使用が認められたが、それ以前に外来で抗がん剤治療などの高額な外来診療を受けている患者に対して提案できる減額措置が少なかった為、個人の未収金が高額となってしまっている。また、外来診療には入院と違い連帯保証人を立てていないので、自己破産や相続放棄等で最終的に請求先がなくなってしまうことがある。</p> <p><問題 2> 連帯保証人について 当院では、入院手続き時に連帯保証人を立ててもらっているが、身寄りがなく連帯保証人を立てられないケースが多くなっている。また、立てたとしても同じ世帯の家族や、支払能力・支払意思のない方の場合が多く、新たな請求先とならない。</p> <p><問題 3> 生活保護受給者について 未収金発生後に生活保護の受給が決定するケースがある。生活保護の資格は、ワーカーに相談があった日までしか遡及できないので、通院及び入院中に相談をした場合には、決定したとしても、それ以前のは本人負担となってしまう。保険料の滞納等で保険の制度を活用できなかったり、健康保険未加入の患者も多く、保護受給後に保護費の中から医療費を全額返済するのは、困難である。</p>
61	<p>未収が発生し保険者請求の問い合わせをしても、まず保険者担当者がシステムを把握していない。また督促の経緯を伝えても結局対応してくれない等（督促記録を記録しているが）の問題があります。決まりとして正式な運用方法を明示し、医療機関側もルールに乗っ取った督促を遂行した上で未収金が発生したのに関しては、各保険者に対応していただきたいと考えております。よって、保険者請求に関する運用の明確化を希望しております。</p>
62	<p>定期的に督促状を送付しても支払がない。住所不明等で連絡が取れなくなる。</p>
63	<p>支払誓約書記載の支払義務者、連帯保証人等の連絡先が連絡が付かない場合、役所等に問い合わせをしても個人情報保護を理由になかなか教えてくれない点。簡単にお支払いいただけない場合、1 人の未払者に対して相当な労力を要する点。</p>
64	<p>診療費について支払優先度が低い、またはモラルの欠如のため、長期の分割支払を余儀なくされる場合がある。患者本人の支払能力が低く、分割にて支払を受けているものの、毎月の支払金額より毎月の診療費のほうが上回ってしまい、未収金額が減少しない場合がある。訪問回収に行くものの患家に誰もいない、または支払能力のない家人のみが在宅の場合があり、成果につながらない場合がある。</p>
65	<p>本人が転居し連絡がつかなくなる。入院については、保証人の記載があるが、外来では保証人を取りにくい。外国人だと、受診後に出国するケースが多く、回収に苦慮する。生活困窮者が多く、未収金発生額に回収額が追いつかない。未収金の徴収には強制力がないため、労力に見合った成果が上がりにくい。</p>

66	未収金となっている患者は生活困窮者が多く、法的手段検討の判断が難しい。まだ支払督促・少額訴訟は実施できずにいる。
67	極小金額の未収金に対する督促行為の費用対効果との比較から、回収督促を継続するか否かの判断が難しい。
68	<ul style="list-style-type: none"> ・慢性的な疾患により就職できず、また家族、親戚からの援助を受けることができない患者は、診療が長期化し医療費が高くなり、未収になりやすくなっている。 ・社会構造、労働形態の多様化により夜間や休日に電話・訪問しても留守、居留守な場合がある。 ・夜間救急にのみ受診した患者が、電話催告や督促ハガキ、訪問に一切応じず、そのまま県外に住所変更、住所不明となってしまう例がある。電話もつながらなくなる。（旅行者、一時滞在的な建設業労働者に多い。） ・生活保護である患者で、生活保護適用以前の医療費は、回収が長期化する。裁判所による支払督促のような積極的な催告がしにくくなる。 ・未収患者が当院に受診しても、受診を拒否することはできないので、未収額は増える一方である。 ・ケンカ等の第三者行為の診療については、患者の被害者意識が強くなかなか払ってもらえない。また、第三者行為の届出は煩雑面倒なため保険証の使用になかなか至らず、10割計算としており未収額を増加させる一因となっている。 ・精神科受診の患者については、納付交渉が難しく回収を長期化させている。 ・未成年の子供に対する医療費または配偶者に対する医療費であっても、それは自分の医療費ではないとって相談に応じようとはしない。あまりしつこいと暴言を吐かれる場合もある。 ・医療費はレストランやスーパーのお金と違い、すぐに支払わなくても治療が受けられるため、患者の中で支払の優先順位が低くなり、容易に未収になりやすい。 ・裁判所による支払督促、強制執行しようとしても患者に財産があるかどうか把握しにくく、訴訟を起こしても確実に回収できるとは限らない。また、裁判に関係する手数料等費用が医療費に対して高く差し押さえに踏み切るには至らない。
69	・追加請求発生時の説明不足、会計担当者・回収担当者の状況理解不足により請求相手に不快感を与え回収困難となるケースがある。
70	債権回収の専門部署を設置しても投資額に見合う債権回収が見込まれないため。
71	一般の量販店や飲食店の様に、未収金が発生したからと言っても法的手段に訴えることが難しい。回収にしても同様。未収金があっても受診できてしまうため、患者の支払いの意識が希薄になってしまう。（応召義務制度の悪用）上記の問題に対し、病院だけでの問題解決は困難であるため、国や自治体を含めた大幅な制度の見直しなども必要ではないかと思われる。
72	現に入院している患者の診療費が滞納しており、未収入金は増加の一途を辿っている。家族の生活環境を考えると、強い態度も取れず対応に苦慮している。診療結果に不満を持ち、そのことを理由に支払を拒む例がある。
73	個人負担金の負担割合の増加とともに、未収金の増加につながってきている。入院などは限度額認定を勧めているが、保険者への保険料滞納などにより制度が使用できないことがあり、未収につながってしまう。訪問回収も行っているが、思うように徴収出来ない（転居、居留守、脅しなどあり）現状にある。未収金となる方は、生活に困窮（リストラ、一人暮らし老人、保険料も滞納）している方が多く、制度の使用も出来ないことが多い。
74	回収員による徴収を行った時期があったが、生活困窮者が多く出来て分割納入、接触が困難なケースも多い。
75	1. 身内が遠方に居て、高額療養費の現物給付手続きに苦慮する場合がある。 2. 保険料を滞納している患者は、期限付きの保険証を発行してもらえらるが、入院して高額療養費の現物給付手続きをしようとしても、保険料滞納分を全額支払わないと発行してもらえない。従って、入院料の未収金発生となる。生活困難者であり回収は困難となる。 3. 保険者請求をしても、保険者が本人に回収して保険者に入金にならないと、病院には支払ってもらえない。
76	<ul style="list-style-type: none"> ・入院費概算金については院外ウェブサイトにて明示しており、予定入院の場合は入院前、緊急入院の場合は入院後3日以内に御説明をしております。 ・過去に未納金がある場合の診療前清算はしておりませんが、外来・ER受診時、入院時に過去の未収金の有無については確認をしております。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ローン会社の医療費用ローンは活用しておりませんが、支払い誓約書にて分割の支払いをしていただいているケースがございます。 ・[問4]の前年度医業収入における割合ですが、小数点第二位以下は0.028%となっております。 ・当院の未収金ですが、平成20年度以前は一年度当たり数千万円の貸倒損失を計上しておりました。それが平成21年度初頭の病院事務部門の改革に伴い、体制・マニュアル等の整備、院内全体への啓蒙を行ない、MSW・看護部等多職種協働による支払困難者に対する支援・早期介入が実施出来るようになりました。それによって未収金が数百万円へと減少致しました。 ・当院の主な取り組みとして1.概算金の提示、2.支払困難者への早期介入、3.MSW・看護部等多職種に渡る連携、4.福祉制度の活用(限度額適用認定証、生活保護等)、5.退院時精算の徹底があげられます。
77	どの制度も利用できない人で、生活困難な人から回収する対応に苦勞している。
78	①医療行為による診療費であるとは考えず、ただ単なる未収金の回収と考えるならば未収金を回収することだけに努力すればよい。さらに支払い可能であるにも係らず、支払いをしない悪質者であれば債権回収業者または弁護士の利用・相談をする。場合によっては法的手続きを取る事も必要と考えるが、そのような事例は少数、小額であり、大半は生活困窮のため支払不能となる場合が多い。医療の質について問われる世の中になってきたが、未収金についても全く無関係ではない。やはり当院は、貧富の差関係なく誰でも公平に医療を受けることが出来る病院でありたいと考えている。しかしながら未収金が増加しても良い訳ではない。少々経費が掛かっても、経験豊富な相談員を多数配置できる体制を整えていけるよう努力したい。未収金は回収する努力よりも発生させない努力がより必要である。②保険料の滞納者が多くなってきた為か、国民健康保険の資格証明を持った患者が増加している。市町村の国民健康保険担当者には、保険料滞納を2年も3年も放置することなく、2~3ヶ月となった時点で訪問して説明し回収する体制を取って頂くよう医療機関側からももっと積極的に発信していくべきである。
79	*外国人患者の未収金回収について、言語の違いが障壁となり、回収が進まないケースがある。また、健康保険の未加入例が散見され、医療費の支払義務(医療保険制度)に対する認識の希薄さを感じる。 *高額療養費の限度額適応認定申請について、保険者によっては月を遡っての申請が不可の場合がある。(例:8月診療分の限度額適応認定申請を9月1日に行うと、理由の如何を問わず、8月は適応されず9月からの適応しか認められない。保険者によって対応が異なり、遡って適応されない理由が明確に示されていない。) *保険料の滞納で保険証、高額療養費の限度額適応認定証が発行されない患者の未収金の回収が困難である。患者の自己責任と言ってしまうがそれまでだが、患者の保険料滞納のつけが医療機関に回されているように感じる。保険者(特に自治体)の保険料の徴収努力も必要ではないか。
80	社会事業的要素の強い医療機関が、民間企業同様に未収金を回収するための行為をどこまで行うか、地域住民の評判を気にしながら踏み込んだ回収を行うことを躊躇しているのが現状である。患者の中には、これを逆手にとって支払を逃れようとする悪質なケースも存在する。また、患者一部負担金の軽減となる高額療養費限度額認定において、その支払い先が医療機関であったり患者であったりシステムが市町によって異なり、とくに後者の場合においては未収金になる確率がきわめて高い。そのため、医療保険も介護保険サービスの提供と同様に、救命救急を除いた受療機会においては、受診前に契約が必要であることを医療法等に明記されるか、行政や貴協会において医療サービスの提供を受けることは法的に準委任契約の締結であって、患者一部負担金の支払いは患者側の当然の義務であることの広報を強化して欲しいと思う。
81	生活保護認定前の診療費の回収が困難。無保険者(外国人含む)に対して、ソーシャルワーカーと協力して加入手続きの支援等を行っているが、自己負担分の回収が難しい。
82	国民健康保険税の滞納者に対する保険資格取得の適応が厳しく、高額療養費貸付や限度額適用認定の申請を制限される。そのため、高額療養費を受給されないまま申請の時効を迎えてしまうケースが後を絶たない。また、短期契約労働者や外国人等の多くは転居を繰り返している。転居先を調査しても把握できないまま短期消滅時効を迎えてしまうケースも多々ある。
83	未収金回収における研修会等、参加費用が安価なものを計画してください。
84	<ul style="list-style-type: none"> ・所持金不足を申し出る患者への対応策が不足か。 ・過去未収分のある患者(生活困窮者)から、どこまで回収が出来るのか。

	<ul style="list-style-type: none"> ・「過去に未納金がある場合の診療前精算」がルール化出来るのか。 ・「お金はないけれど受診に来た要治療患者からどれだけ回収出来るのか。また、再び所持金不足等の申し出がされた場合の対応はどうしていくべきか。
85	医師法の応招義務により悪質滞納者へどのような対応をしても形骸化してしまう。
86	公立に準ずる病院であるため、前回未収金のある者、支払実績のない者でも診療を引き受けざるをえない。完全に公立病院（市立病院）ではない為、市より、住所変更・転居者情報の協力を得られない。
87	外国人、保険未加入者の医療費が、未収金に繋がるケースが多い。こうした患者は、高額療養費等利用できる制度もないし、経済的に支払能力がないため回収困難である。
88	<ul style="list-style-type: none"> ・近年は景気の悪化に伴い、保険料未納や収入減を理由に、診療費の支払いが困難な患者が増えており、一括で支払わなければならないところ、分割での支払いを求める患者が増加しており、患者側において診療費を支払わなければならないという意識が低下している。 ・外来受診時および入院時に、家族構成や収入状況、保険料滞納、他院で未収金を滞納しているなどの患者の経済状況が把握できず、未収となるケースが発生している。
89	虚偽の住所や氏名使用し受診する悪質なケースや分納、後払い誓約を交わしながらも履行されないケースもあるが、療養のために収入が減少し、あるいは無収入となり、医療費に回らないケースも多々見受けられる。このようなケースは諦めざるを得ないと感じる。医療費は税金と違い私債権で収入や預金他を調査することはできないため、相手の財産状況が不明で、聞き取りによる調査がすべてとなる。真偽はともかく粘り強い交渉がすべてと感じる。実際、交渉の場においてもどの程度踏み込んでいくのか迷うことが多い。法的手段に訴える方法もあるが未収金業務を専従とはしていないため、手続きの煩雑を考えると二の足を踏み出せない。また、費用対効果も十分に考慮しないといけない。
90	患者未収金回収の取り組みで、成果を出している病院を特集等で取り上げてください。
100	携帯電話が多く、電話番号を変えられてしまう。着信番号が病院と分かるので電話に出ない。遠方の方は、訪問も出来ず回収が困難なケースが多い。
101	<ul style="list-style-type: none"> ・時間外で救急車受診の場合、保険証もなく持ちも無いという事があり、家族もいない場合は回収に苦労する。 ・入院する際支払いは問題ないという方が退院になって分割払いにしてほしいと言われることがあり、きちんと支払いされる方もいるが、中には途中で滞ってしまう方がいる。 ・本人死亡で家族もいなく請求先がなくなる場合あり。 ・裁判所に支払督促をかけるが、最終的に回収できるものがないと未収のままになってしまう。 ・支払い困難者に対する公的な支援が必要である。 ・応召義務のある医療機関にとってリスクが高い。
102	医師法における医師の応召義務があるため、診療費の悪質滞納者もやむを得ず受診させなければならず、未収金の増加の要因となっている。
103	資格証・無保険・滞納者等支払能力に欠ける患者の救急受診受入れ後の対応策
104	未収金専門の部署がなく、弁護士事務所への委託もされていないため、医事課職員のみで対応している為、対応件数が十分とは言えない。
105	当初より未収になると判っている悪質滞納・生活困窮患者で有っても、診療・入院の拒否が出来ない。払わなくて当たり前と思っている患者も多い。
106	支払督促等の法的措置により債務名義を獲得しても、債務者の財産を調べる有効な手段がなく、未収金の回収にまでつなげられない。
107	経済成長の停滞による国民所得の減少が少なからず要因の一つと言える。国民のモラル低下。
108	様々な患者さんがおられ、対応がなかなか難しい。
109	音信不通や宛先不明等で患者と連絡がとれないケース。連絡はとれるが何かと文句をつけ一向に支払に来て頂けない。
110	時間外、深夜、救急来院患者において、以下のケースが多くなってきている（特に交通事故、喧嘩等）。「連絡がとれない」、「後日精算にこない」、「支払の意思がない」。
111	生活困窮者に対する督促について。悪質滞納者に対する法的手続きを行う際の職員のノウハウ不足。
112	現在当院では一定条件を満たす未収患者のみ件数と金額の管理をおこなっています。今回のアンケート内容は時間の関係上困難なため件数と金額以外の回答とさせていただきます。

113	支払いに関する意識が低いいためか督促の電話や文書に対して、「病院が金融屋まがいのことをするな」と逆上する等があり担当者が疲弊する。
114	支払い責任者や連帯保証人が入院をしていたり、亡くなってしまうケースが時折ある。本人の年金を家人が使いこんでしまい、入院費が支払えなくなるというケースもある。
115	発生する前に食い止める方策（保険証提示、（入院・時間外）保証金、誓約書、入院案内による説明、MSWの介入）等を講じ事務系職員全員の情報共有を図っていますが、されども未収になるケースがあり、当院では最終的な裁判も辞さないという考えを相手に示して抑止力効果および近隣への「うわさ・口コミ」等の広がりを利用し、簡単に未収にできないことを周知させています。
116	問題点ではありませんが、救急患者等経路別の未収金の把握は現在出来ておりません。
117	事故、生き倒れ、生活困窮者がギリギリまで我慢した結果の受診など、地域の医療を担う公的な立場として、救急医療を行えば行うほど未収リスクは高くなると思います。使命感や責任感を持ってギリギリの中で救急医療などに取り組んでいます。何故患者を受け入れた医療機関がリスクを背負うのでしょうか？規模の大きくない病院では、未収の回収にあつては、費用対効果の面から専属のスタッフを配置する事が難しい。何故、医療を提供している医療機関側が未収のリスクを抱えるのでしょうか？保険者側も保険証の発行責任があるのではないのでしょうか？病院における未収については、死活問題となると思います。未収の取り組みについては、医療機関にのみ回収を委ねるのではなく、行政、支払い側、医療機関で未収の扱いについて真剣に協議する必要があると考えます。
118	三次救急搬送死亡患者のなかで、司法解剖による死体検案書に記載される死亡推定時刻が、当院での死亡確認時刻よりも早い場合、当院で行った救命医療行為について保険請求が認められなかった。特に生活保護適用患者については医療券が発行されず、保険請求できない。医師は心肺停止患者の蘇生のため、医療を行っており、臨床の場においては死者への医療ではない。身元不明の場合は相続人も不明であり未収になるだけである。厚生労働省は医療機関における医師の死亡確認までの医療行為について保険適用である旨を各自治体の生保担当や関係機関へ通知を行う必要があるのではないか。
119	患者さん死亡時における未収金発生の対応に苦慮している。家族等への催促は非常に労力を費やし、また未収になった時の金額も非常に大きい。（例えば）「相続でもめているので待ってほしい」、連絡もこず、催促するも、「待ってくれ」の一点張り。「相続放棄したので、支払うことはできない、他の兄弟に請求してくれ」、他の兄弟には連絡がとれない。「請求先は兄にしてほしい」、病院では全て妹（保証人）が対応していたのにもかかわらず、死亡後に催促した時には、自分では対応できない等の返答が返ってくるので、兄に連絡するも一切連絡がとれず、再度、妹に連絡するも「兄に連絡してほしい」の一点張り。内縁の夫（妻）が保証人であり、連絡がとれなくなる場合が多い
120	生活保護の患者さんが、心肺停止で救急搬送され、治療を施したが亡くなったときの医療費について、検視医の死亡推定時刻が医療機関に搬送された時刻より前であれば、市役所は亡くなった方の医療行為に対し生活保護を認めず、未収になるケースが何度もある。
121	<問題点>国会での答弁ほか (1)200床以上の初診料にかかる「選定療養費の徴収」と応招義務 200床以上の病院における紹介状なし等の初診は選定対象となる。但し、患者からの特別料金の徴収は患者への十分な情報提供を前提として「患者の自由な選択及び特別な料金を支払うという同意に基づく」場合に限られる。[平成18年保医発0313003]平成24年6月国会での質問 支払いに同意せずに診療を求めた場合、は拒否することは応招義務違反に違反なるのか。平成24年7月国会での答弁 同意を得ないで徴収していることが判明した場合は、厚生局長等による指導対象と考える。なお、応招義務違反については個々の事例に即して具体的に検討する必要がある、一概にお答えすることは困難である。(2) 応招義務の解釈と「未収金」 厚生労働省は、未払いについて、診療を拒む「正当な事由」に該当するかについては、社会通念に基づき、個々のケースに即して、診療の必要性を基本に判断すべきであり、これを理由に診療を拒むことはできないとの見解。上記、(1)(2)に対する問題点 200床以上の初診料にかかる「選定療養費の徴収」の支払い拒否及び未収金滞納者に対しては明確な基準等を再考する時期ではないかと思う。また、医師・患者間の信頼関係破綻が明白で、診療義務を医師に課するのは信義・公平の観点から不条理を強いることであり如何なものか。特に、国会での200床以上の初診料にかかる「選定療養費の徴収」の答弁は、現場の医療機関を困惑させる原因になるとともに未収金の増加につながる。
122	回収業者に依頼している為、未収情報が正しく伝わっていないことがある。

123	<p>・未収金が発生見込の時には家族等の保証人を取って退院をさせるがやはり延滞、未収となるケースが多い。退院はさせなければならない、一方延滞の可能性はある。</p> <p>・未収金の回収についても電話、文書、訪問等の督促を行うが、貸し金のような負担意識がなく、ましてや本人が亡くなり、保証人に督促しても生返事、居留守を使われることが多く交渉が進まない。当方としても金額的にも百万円単位になることは殆どなく、むしろ小口金額が多く法的に回収手段をとる時間的余裕もない。難しい判断を要する。</p>
124	<p>支払い能力がない生活困窮者で生活保護の受給対象とならない患者や 保険料を支払っていない患者への未収金回収が困難である。また、分割払いとなっても数年間の期間設定となる。応召義務があるので、今後の受診を拒否することもできない。このような患者には、生活保護が受けられるかどうかや保険料の滞納について 市役所で確認していただいている。そのため、市役所と病院を何度も往復させることにもなっている。そこで、そもそもこのような患者については、保険料分だけでなく 医療費自己負担分についても市役所(保険者)で回収の対応をお願いしたい。</p>
125	<p>滞納がなくなることはない。いかに未然に防止をするかであるが、近年、生活困窮者が増加傾向にあり無保険者、国保の資格証明書および短期国保を提示される場合が多い。該当患者には早期に相談を行い、患者(家族)に対して生活状況や収入等の状況を聞き取りした上で、制度説明や医療費支払いに対する意識向上を行うことにしているが、滞納に結びつく事例は以下のとおり。生活保護は申請日が厳守されるため、例えば金曜夜間入院となると最速で申請しても月曜日からとなり濃厚治療をしている入院初日から3日間の医療費が滞納となる。また同様に保険者にもよるが資格証明書で入院した場合は保険者と患者間での保険証発行協議が成立した日からの3割資格となり入院初日までの遡及対応が不可となる。短期国保の場合は高額医療費限度額認定証の発行を保険者が許可せず滞納となる場合が多い。また、生活困窮者同士や生活保護受給者が関わった交通事故等の第三行為の場合は全く支払い能力のないケースや自動車保険の任意保険未加入、生活保護の医療費対象外となり滞納となる。このように色々と努力はしているが国や保険者のルールにも左右される場合があると思います。</p>
126	<p>患者自身が払いたくても困難な事例があります。癌患者が化学療法等による高額な窓口支払い分の未収金が、直近1年間の外来未収金約265万円のうち、約210万円を占めています。平成24年4月より高額医療限度額制度の現物給付が始まったおかげで、改善傾向ですが、その制度以前の未収が大きな負担になっています。さらに、現物給付の制度ですが、保険者が変われば多数該当がりセットされるなど、現役世代の方には更なる改善が望まれる制度だと思われまます。以前より患者モラルの低下による悪質な未収金がありますが、国保税滞納による10割負担資格該当者、短期給付者の増加も、未収金に関係しています。そのような方は、多重積者であり、当方が回収を迫ると声を荒げ他の患者に迷惑をかけることもあります。</p>
127	<p>現在未収金管理と会計出納係が別部署となっている為、きちんとした連携がとれていない。初診時、保険証未提出者の住所、電話番号の正確な確認が出来ていない。(デタラメに書かれても確認できない。)</p>
128	<p>査定による未収資格喪失にもかかわらず保険証原本持参の診療窓口負担の未収も問題だが、査定未収も大きな問題と考える。事業者等、しっかり回収すべき。個人認識ICカード早期導入を！ 事故・労災による未収事故は特に被害者意識強く、支払方法決まらないうちに未収へと繋がるケースが多い。</p>
129	<p>回収における問題点は電話・文章督促、債権委託、裁判等さまざまな手を尽くしたとしても結局は「患者が払ってくれない」という一言に尽きると考えます。アンケート冒頭にありました医療業界の未収を減らす対策であるならば、回収だけでなく根本の「未収金の発生」にかかる部分の対策を行わなければ、結局は無いものからは取ることが出来ず、医療業界全体の未収が減ることはないと考えます。(本当に生活が困窮しており、お金がない場合、回収はまず不可能) 根本的にモラルが欠如している人間に対しては更に問題で、一般的な需要と供給のやり取りでは、物品とお金が交換であり、また飲食やサービス業であれば支払い時にお金がない場合、警察を呼び、それなりの対応も可能であるかと考えますが、病院ではそれも出来ず、泣き寝入りとなる場合が多いと考えます。(特に新患や救急患者などで健康保険証や身分を証明するものがなく、嘘をつかれたとしてもその場では確認できない) 根気よく督促をかけることは出来ますが、(そもそも虚偽報告された場合、連絡等すら不可能) 徒労に終わる場合が多く、裁判に持ち込めたとしてもある程度の金額でないと、それに係るコストを考えた場合、全体的にはマイナスになると考えます。未収があるからといって、診療拒否ができるわけでもなく未収の発生を減らすためには「(条件)な場合は診療拒否が可能である」といった内容の法改正が必要と考えます。また、「支払わなければ診療が受けることが出来ない」といった事を全国民</p>

	<p>が認識する必要があると考えます。これがなければ、特にモラルが欠如している人間の場合、実際の現場で「見殺しにするのか」「なにかあった場合責任がとれるのか」といったことを自分の支払い義務は無視し、診療を受ける権利だけは言い通す風景が目に見えます。仮に「支払わなければ診療が受けることが出来ない」と広く認知されても、結局は他病院に行き、他病院の未収が増加するだけなので、金融機関の様に病院間で患者の未収情報を共有出来るシステムが必要であると考えます。医療機関の未収を減らす意味では、保険者請求も可能だと考えますが、具体的にどのようにすればよいのか等、不明な点が多く、国レベルでの「手続きの明確化」が必要と考えます。しかし、保険者請求にしても、医療機関から保険者に負担が移行するだけであり、モラル欠如者にとっては「どうせ保険者が払ってくれる」と考え、未収は現在より増える可能性が高く、結局は刑事的な罰則を設け、取り締まっていくしかないのではないかと考えます。上記はあくまで悪質な滞納者に関する措置であり、その見極めも大きな課題であると考えます。</p>
130	<p>備考 今回の調査は医療保険に対する未収金調査でしたが、システム上分別できなかった為、自費、自賠等の未収金も加味しています。ご了承ください</p>
131	<p>公的な病院だと前金制や連帯保証人の制度をとりにくいため、患者本人の意識に訴える方法しかない。</p>
132	<p>1. 期限切れや他人の健康保険証を提出されても、窓口では防ぎようがない。（こういう者に限って窓口で負担金を支払わずに帰る。当院では窓口での保険証の紛失トラブル防止のために、カルテに記号番号を記入したら直ちに返却している）</p>
133	<p>保険者責任を明確にし、「患者からの回収が不可能な場合、保険者請求とする。」ことを全国へ広報していただきたい。又、保険者から被保険者への上記の説明も必要。</p>
134	<p>悪質な未収滞納者は、診療拒否を行うべきか、困っています。</p>
135	<p>医師法第 19 条（応召義務）「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な理由がなければ、これを拒んではならない」 1949 年 9 月厚生省（当時）医務局長通知「患者の貧困や医療費の不払いがあっても、直ちにこれを理由として診療を拒むことはできない」医療費を支払わない、あるいは支払能力のない患者であることは、そのみで診療拒否の正当な事由には該当しない。医療費を支払わない患者に対しても、医療サービスを提供せざるをえないという状況下において、患者側は、医療サービスが確保されますが、病院側は収入の確保ができません。上記の医師法と医務局長通知の時代と現在の時代背景は大きく異なっており、現在は、未収金問題が病院経営を圧迫する要因とされており、制度上、医療費の不払いがあった場合は診療を拒むことはできる、未収金患者に対する罰則を設ける等の対策が必要と思われます。</p>
136	<p>生活困窮等の理由により、無保険者への対応</p>
137	<p>・未収患者の多くが連絡がとれない者が多く行政、職場等へ身元調査を実施するも個人情報保護法の観点からなかなか情報を確認できにくくなっている。 ・産科の出産一時金制度ができて以降、産科の未収金は減少したが、生活保護者が出産した際には、保険者への請求の代わりに行政への請求となるが行政の出産扶助は一時金上限額と同等まで支給されないため未収金が発生するがその回収は難しく時間がかかる。</p>
138	<p>①広島県では未だに救急患者（症例）に対する医療費損失補てん制度がなく、これは各自治体で格差があり、国を挙げて制度化を平等にするべきである。②過去の医療費に対する支払い実績（未払い履歴）から、今後の支払能力が著しく乏しいと分かっているにもかかわらず、民間医療機関ですら診療内容を一部制限したり、全部を断ることが法令規制から安易には許されていない。与信力による契約取引であるにもかかわらず、これらが担保されないのは、弁護士等専門家に聞いても、「医療機関側が自ら拒絶のためのガイドラインやチェック項目を策定していたとしても、現行法規、現行医療慣習の下では、画一的、機械的には許容されにくい」として、なんら打開策がない状況である。①か②どちらかを是正すべきではないかと思料する。</p>
139	<p>電話や住所等連絡先が変更の場合、未収金の連絡が出来ないケースもある。</p>
140	<p>・高齢単身者の方が死亡された場合、誰に請求したらよいのか？ ・やむを得ず休日や時間外に退院された方が支払いに対応してもらえないことが多い ・遠方から救急受診された後、連絡が取れなくなることが多い ・生活困窮のため支払困難な方が多い（生活保護の適用にならないが生活困窮している方が多い） ・受診時に聞き取りした住所や電話番号が違うものだったり、病院に連絡が無いまま転居されたりして連絡が取れなくなり未収になる</p>

141	患者未収金に対する専門員や専門の部署がなく、日々発生する未収金への対応がリアルタイムでは難しい状況である。
142	生活困難者の未収金回収方法
143	悪質滞納者に対する、継続的な交渉および取り立て
144	未納者に対して診療前精算ができない。(診療拒否はできないので未収金が増える)
145	①支払誓約書の連絡先が、音信不通となるケース。②こちらからの連絡を一切無視する。(郵便物の返送はされない)③連絡は取れるが逆切され開き直る。④連絡(督促)した場合、誓約書作成時と態度豹変しクレームになる。
146	過去に1件保険者請求(処分請求)を行いました、1年間返答がかかったため問い合わせを行ったところ「患者宛に督促文書を1回郵送しました」という回答でした。処分請求をするにあたり、病院は患者に対して繰り返し連絡を行い、手紙を出していることが条件になっており、それでも支払いを受けることができず処分請求をお願いしています。患者宛に督促文書を郵送するというは既に病院が何度も行っていることであり、請求者が変わったとしても支払いを受けることは難しいのではないのでしょうか。 経済悪化に伴う未収予備群(分割支払いによる滞り者等)がやや増加傾向にあり今後発生予防に対する取組みが重要なキーとなってきています。保険者請求に関しても、厚労省よりの通達で少額訴訟以上の金額しか対応しない旨の通達が数年前出されていることもあり、制度面でも病院にとって増々、未収に対する風当たりが強くなっていると感じています。社会福祉や診療報酬改定に対する財源が注目ばかりされますが、国民皆保険制度を前面に押し出すのであれば保険者請求へ向けての手続きの複雑化や短期期限付き保険の発行(長期滞納者に対する)の減少等が問題点として根深く残っています。また、今年度より開始された外来の限度認定証の発行は、外来におけるがんの集学的治療(患者負担金が高額<1回1万~3万>)を行っている当院のような病院にとっては未収金発生予防として大いに評価できる内容であります。しかし、負担金も入院により8万を基準に3段階ありますが、収入に応じて低所得者の基準を引き上げより多くの困窮者に対して適応していただきたいと思われま。最後に、問題点として、医療費のクレジットカード払いに対するポイント制廃止等現在議論されていますが、当院でも未収予防の一環としてカード払いを行っています。ほぼ全員の利用者が、ポイント付加のために行っているとの発言もあり、廃止に伴い現金支払いに移行し、現金不所持による未収増加(カード社会でリボ払いをされているかたも多数いる。<現金一括は無理だがリボ払いなら可能等>)の図式が新たに成立するのが近い将来懸念される問題点であります。
147	債務確認書に連帯保証人を書いてもらうが、最終的に支払えないような人の保証人には資力がないので、あまり意味をなさない。
148	①生活保護受給決定前の未収金の回収については、本人の同意の基、保護費より分納していただいているが、分納月額が保護費からである関係上、分納契約を履行完了となる時期が最大10年以上の事例が多々あること。②未収金患者残高の大半が、自費診療(100%自己負担)が占めており、法的手続きを実施するにあたり、支払能力の確認が困難。保険料滞納等の背景が自費診療の要因ではないかと想定され、国税・地方税の滞納もその中に含まれていることも考えられるが、調査権がないため、無資力の判断に苦慮している。
149	未収金回収について、医療機関は非常に弱い立場に立っていると思います。最近では悪質滞納者が目立ち、回収に手間取ることも多々あります。未収金があるのに、患者が何度来院されても診療を拒むことができないため、未収金は増加するばかりです。当院ではそれを防止するために事前に様々な策を講じておりますが(MSWの早期介入、入退院翌日に情報を収集し、診療現場へ伝達する等)、そのために職員は時間と労力をかけています。当院では現場との連携がとれている方だと思いますが、都度現場より連絡をもらい患者と協議するよう努めております。しかし、そういった努力の甲斐なく未収金として残ってしまうことが多々あります。法律上診療を拒むことができないのであれば、医療機関に対し全てでなくとも何らかの補償が整備されてもよいのではないかと考えます。
150	全体的に未収金は減少傾向にあるが、入院・外来共に、分納支払を希望される方は、生活困窮を理由にされる方が多い。その為、分納単価が低設定となり、支払完了まで長期を有する。また、患者さんが、多重債務者であり、収入はあるものの、支払がこちらまでまわってこないケースもある。
151	生活困窮の方は限度額証がなく、高額医療費の2年間の払い戻しまでに完納できず、その分、病院の未収金が大きくなっている。

152	健康保険料の未払いが存在する人に対して、保険者が限度額認定証を発行してくれないために、治療費が多額となり長期未収金となってしまふ案件がある。
153	未収金対応作業（少額訴訟を含む）は職員のモチベーションが上がらない作業であり、徹底的に行うことができないことが問題点である。
154	①生活困窮者が過去に比べて増加している。②生活保護申請も併せて増加している。③限度額認定証利用をほぼ100%勧めている。よって、1件当たりの未収金額は減少している。④分割払い患者が増加し、結局未集金額がトータルで見た場合減少しない。⑤オンライン保険証確認を徹底して欲しい。⑥保険者は、患者の保険証回収を徹底して欲しい。⑦生活保護患者の適正化をしっかりと管理して欲しい。
155	電話連絡をしても電話に出ない、（着信番号が出るため）留守電に切り替わり、留守電に入れても反応がなく、そのうち現在使われていなくなる。郵送で催促しても反応がなく、数回目の郵送で宛所不明で返ってくる。このことから、元々未収金患者の多くは借金等で支払い能力がない者が多いのではないかとと思われる、支払う能力（家族保証人を含め）がないが受診・入院していると思われること。
156	当院では平成20年6月より未収金係を配置し、未収金件数がH18年度＝321件、H19＝262件、H20＝191件、H21＝46件、H22＝61件、H23＝38件となり、貸倒損失金もH18年度＝5,153,563円、H19＝3,684,782円、H20＝1,504,910円、H21＝736,640円、H22＝141,480円、H23＝179,820円と大幅に減少することが出来た。現在は、事務以外の職員も未収金に関する意識が高く、院内連携が図れている。問題点としては、昨年度の未収件数29件のうち救急受付が25件を占めた。発生理由としては、何の準備もなく急に入院になってしまったため、高額な診療費を支払えず発生した場合や、けんかや事故などで保険証が使用できず未収金となったケースが多かった。救急医療制度の崩壊を防ぐためにも「救急患者による医療費損失補てん事業」の導入をお願いしたい。また、未収金額でみると、保険料滞納等で高額療養費貸付制度すら発行してもらえず、高額な未収金が発生してしまっている。保険証を滞納している方が、高額な診療費を支払えるはずもなく、結果、病院が分轄入金督促を続けている。このようなケースが増えると、病院経営自体が成り立っていかなくなってしまうので、今後、保険者や自治体の協力が絶対不可欠であると考えます。
157	①支払い催促、督促をかけても返事はするが、支払いが進行しない事例が多く、月々支払い約束をしても一時的には支払いするが、続かないケースが殆どで、催促の繰り返しになっている。簡易裁判の少額訴訟、支払督促を利用したいと考えている。②悪質な滞納もあり、苦悩しているケースがあるので、他病・医院等の状況及びクレーム対応警備員の配置等にて専属で対応している医療機関の状況等を知りたい。
158	1. 未収金圧縮に対する病院職員（関係部署）の意識の低さが、未収金回収時（患者との面談時）の大きな障害となっている。「以前対応した職員は融通がきいたから、今回も以前と一緒の方法でいいでしょ」、「先程対応した職員から、今日の診察費は、次の診療時に払ってもいいよと言われたので、その時にしか払わない」などの問題が、多岐にわたる。 2. 未収金の回収（支払いをして頂く）以前に、病院に対するクレーム（文句・不満・言いがかり）等の対応がととても多く、この様な問題を先に解決しないといけないので、担当者の精神的ストレスがあり、不安も多い。※精神面のケア（担当者が定着しない） 3. 犯罪に巻き込まれる可能性など、支払者（相手側）からいつ襲われるか分からない中でも、回収業務を行わないといけない。※担当者の安全面も考慮 4. 病院の督促（回収業務）の弱体化が進むと、支払いをしない患者が増え、医療費未払問題の影響は少なからず病院の経営悪化に影響を与える。※「この病院、医療費を払わなくても診察や入院ができるよ」といったうわさが流れると、されなる未収金悪化が懸念される（風評被害）

考 察

当会は公私混淆の団体であり、設立母体が多様である全国病院の実態把握のために単独で調査を実施しても高い精度で行い得る、との前提で行なった(図1)。また、対象病院個々の今回の調査への対応が過去2回の調査^{1,2)}における対応様態と同様のものであったと思われた。しかし今回の調査では、過去調査とは異なり公的病院からの回答が私的病院のそれを上回っている(図1)ので、推計値がどれだけ真実の値を表すものであるのか留意が必要である。概して公的病院の方が私的病院よりも病床規模が大きいので未収金総額は高額になり、または診療水準の点でより発生率の多い救急医療を担う病院が多く、結果未収金の額、機会共に私的病院のそれを上回り、問題の認識度が高くなりより強い回答動機を有することが推測されるからだ。更にかかる調査への労力提供においても私的病院よりもゆとりが大きいものと思われる。私的病院において未収金が発生していないかまたは発生しているとしても重要な問題としての認識が低いことにより回答動機が弱くなる傾向もあろう。

過去2回の調査時の推計手法をとれば、今回の病院当たりの未収入額をもとに算定した推計総額は一年間で935億円、3カ年では2,147億円という巨額なものであった。こころみに、病院単価を開設者別病院数に当てはめて算出したもの(表44、45)と、病床単価を開設者別病床数に当てはめて算出したもの(表46、47)を示したが、算出法によりその総額は大きく変動する。より真実の値に近いものがどれになるかの判断には注意深くあらねばならない。いずれにしても依然として巨額であり、社会背景を鑑みれば事態は更に悪化することが予想され、今後病院経営に多大な支障をもたらす重要な問題として位置づけ引き続き対策を講じなければならない。過去2回の調査では、公的、私的間差が3倍から5倍であったが、今回は1.3倍程に縮小していた。公的病院が未収金回収により熱心に取り組んでいる状況が窺える(表17)。

「産科」における発生状況は全体の平均値に近似し、「救急」に比し明らかに低頻度、低額であった(表23、表40、表41)。2009(平成21)年10月施行の出産育児一時金の病院への直接支払い制度が奏功したものと思われる。

未収金問題については過去医師会やいくつかの病院団体が声を上げ、公開シンポジウムやフォーラムの開催などによる問題提起を行ってきた。厚生労働省においても委員会を設置の上、情報収集、対策検討を行ってきた。また、さまざまなレベルで、防止策、回収についての研修が開催されてきた。第2回目の調査結果を受けこの問題も一定の収束傾向があるものとの印象があった。しかし今回の調査により、かつて分析されたその発生原因は依然解決されておらず(表7、16)、国民の経済的困窮化などによって一部事態は深刻化している可能性が示された。剩え医療に対する受療者の意識が劣化しつつあるなど、医療提供サイドにとってはより深刻な状況にあると推測された。未収金額が高額であることもさることながら、未収をもたらす患者サイドの問題、保険

医療制度上の問題、そして現場における問題等、それぞれが抱える諸因子が絡み合った複合的所産であり、現今の社会を映し出す一現象とも捉えられよう。従ってその解決には、病院毎の善管注意義務履行だけではなく、社会学的並びに医療経済学的アプローチによる検討が求められる。

図7で国民皆保険制度のあらましを示す。

図8は、上の制度のもと未収金発生の現状と利害関係者相互間における動向、そして今回の調査で自由記載された具体的事例からうかがえる病院が被る様々な事象につき、模式的に示したものである。未収により発生する数百億円という病院負担（つけ廻し）が未解決の儘に、病院の負担を更に増やすような政策の追加やその見直しを軽々には行わないことをお願いせねばならない。

平成23年度国民医療費総額37.8兆円の内病院分は約20兆円である。経常利益率が全国平均3.3%⁶⁾とすると、その額は6,600億円である。因みに患者自己負担割合は3割であるから、自己負担額(20兆円×0.3=6兆円)に対する患者未収金(935億円)割合は1.56%に跳ね上がる(表9参照)。これ以外にも、現在病院が負担を強いられている不本意な支出は、以下に列挙するように枚挙にいとまがない。

1. 診療に係る消費税非課税によってもたらされた控除対象外消費税の病院負担(消費税5%での全病院推計1,974億円⁷⁾。消費税率上昇に比例して更に増加する。)
2. 医療専門職斡旋紹介業者への成功報酬(340億円)⁸⁾
3. 医療事故保険掛け金(250億円、民間保険会社推計聞き取り)
4. 医師の当直・宿直に関し「時間外・休日労働に対する割増賃金」の未払いが違法であるとした最高裁判決(2013年2月12日)

今回の未収金の金額と合わせるとその出費総額は更に巨額となり、保険医療制度の崩壊にも繋がりがねないレベルに達している。医療費の効率的な使用を目指す我々医療提供サイドの地道な努力を無にしかねないどころか、医業経営を圧迫し疲弊させる要因でもある。この上社会保険診療報酬に対する事業税の非課税特例措置の撤廃(941億円(23年度分総務省試算))まで聞こえてくる。医療費の増加が国家的問題として掲げられる中、なかなか表に出てこないこれら負のベクトルについて総合的に勘案した施策が求められる。さもなくば、これらの費用は保険料率に跳ね返って、国民皆保険制度の維持にも多大な影響を及ぼしかねない。保険者自身の問題でもあろう。意味合いが異なるものとして保険審査における査定がある。その総額(社保・国保医科合算416億円)の規模を各病院のみならず保険者サイドは如何ように捉えられるのであろうか。また当年会費即ち病院拠出金の総額は平成23年度で約3億円であった。この負担が経営に重荷になるとの理由で当会を退会する病院がある。四病院団体全体でも9億円(各団体報告資料による)である。以上示した“不本意な支出”はこれらの額をはるかに上回るものであり、病院団体はその解消に

向け常に努力していることをここで強調しておきたい。これらの解消のための病院個々の努力には限界がある。調査結果より、債権回収業者の利用が20%にのぼり（表17）、とくに、公的病院での利用が多かった。この場合、回収された金額のかなりの分が成功報酬として支払われる実情もあるようだ。

かように「公的」病院がその解決に様々な手法を導入して力を注いでいるのにも拘わらず事態に改善が認められない（表7）。厚生労働省が通達⁴を出しその周知を図ったようにみえる「保険者請求」も、条件の厳しさ（訪問、1件あたり60万円以上）など厳しい条件によって活用が困難である状況であることが判明した（表17、26）。理由として他に、1. 保険料未納で申請却下、2. 既に実施した善管注意義務と同じ行為を保険者が繰り返している、3. 実例・前例無しと門前払い、4. 担当者が制度を把握せず、5. 保険者が患者本人から回収しようとするが、入金が無いと支払いを拒否するなど、アンケート調査の自由回答から浮かび上がってきた。この件については、更に詳細な実態調査を行う必要性が示唆されたものとの認識を得た。また例え「保険者請求」が実行され、病院における問題は解消されたとしても、その負担はいずれ真面目な納入者、納税者に振り掛かってくることになる。医療保険制度は、受給者と提供者とが共に責任を分かち合ってこそ成立する仕組みであり社会共通の価値である。保険医療を守るべく国民への啓蒙・教育などを含む活動が官民一体となって行われなければならないものと思考する。

今後当委員会としては、裁判等手順マニュアルの作成や研修会の開催、金額を含む回収実績、回収に係る費用について事例を収集し、回収に最も効果的な手法を明らかにして会員病院に情報提供してゆきたい。こころみに、表49に現在導入済みの諸制度を一覧し、それを実際に活用する段階やタイミングにつき模式的に図9に示した。完成されたものではないが会員の日常業務の資となれば幸いである。また、保険者に対する未払一部負担金の処分請求権の行使促進を図るなど保険者への働きかけ、患者への啓蒙活動、例えば「保険料未納は脱税と同じ」、「医療費不払いは正義に反する」といったような判り易い惹句を考案するなどの活動を行うべく検討を重ねてゆきたい。

保険者の能力を超える程のものについては国家補償ないしは病院への課税において負担軽減などの別途方策も必要になるのかもしれない。2013年3月に閣議決定された「マイ・ナンバー制」が医療現場での活用、特定健診・特定保健指導などの主要厚生行政との連携を図ることで、これらを見捨てる者があれば医療適用から外すなどの総合的な仕組み創りの中で、この問題の解決を図ることも考えられる。

終わりにあたり、今後の動向を適当な間隔をおいて調査する必要性を訴えておきたい。その場合、民間病院における実態把握をさらに精緻なものにするためには、四病院団体協議会をフィールドとする広範な調査の必要性を指摘しておきたい。

図7 前提の制度

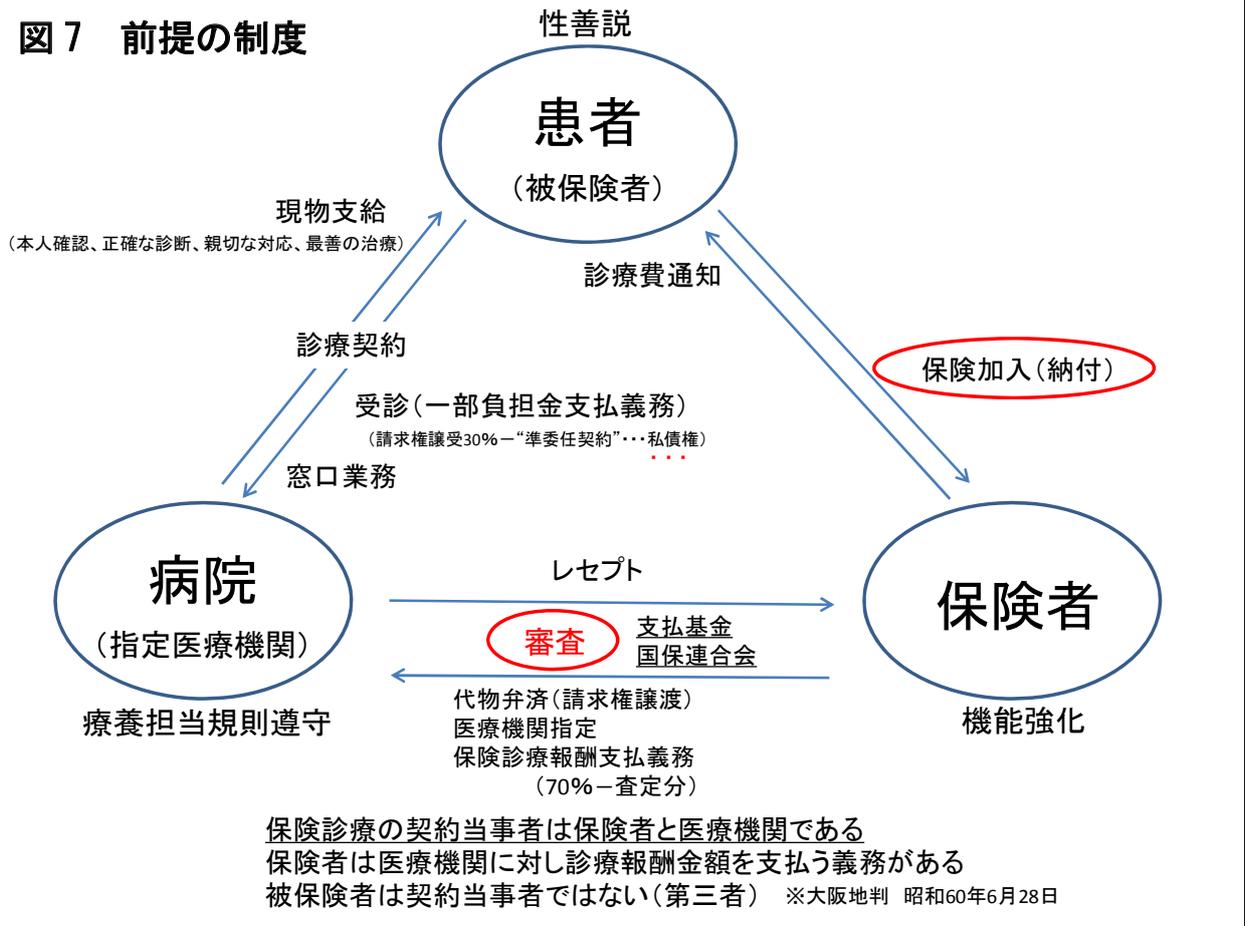


図8 未収の背景

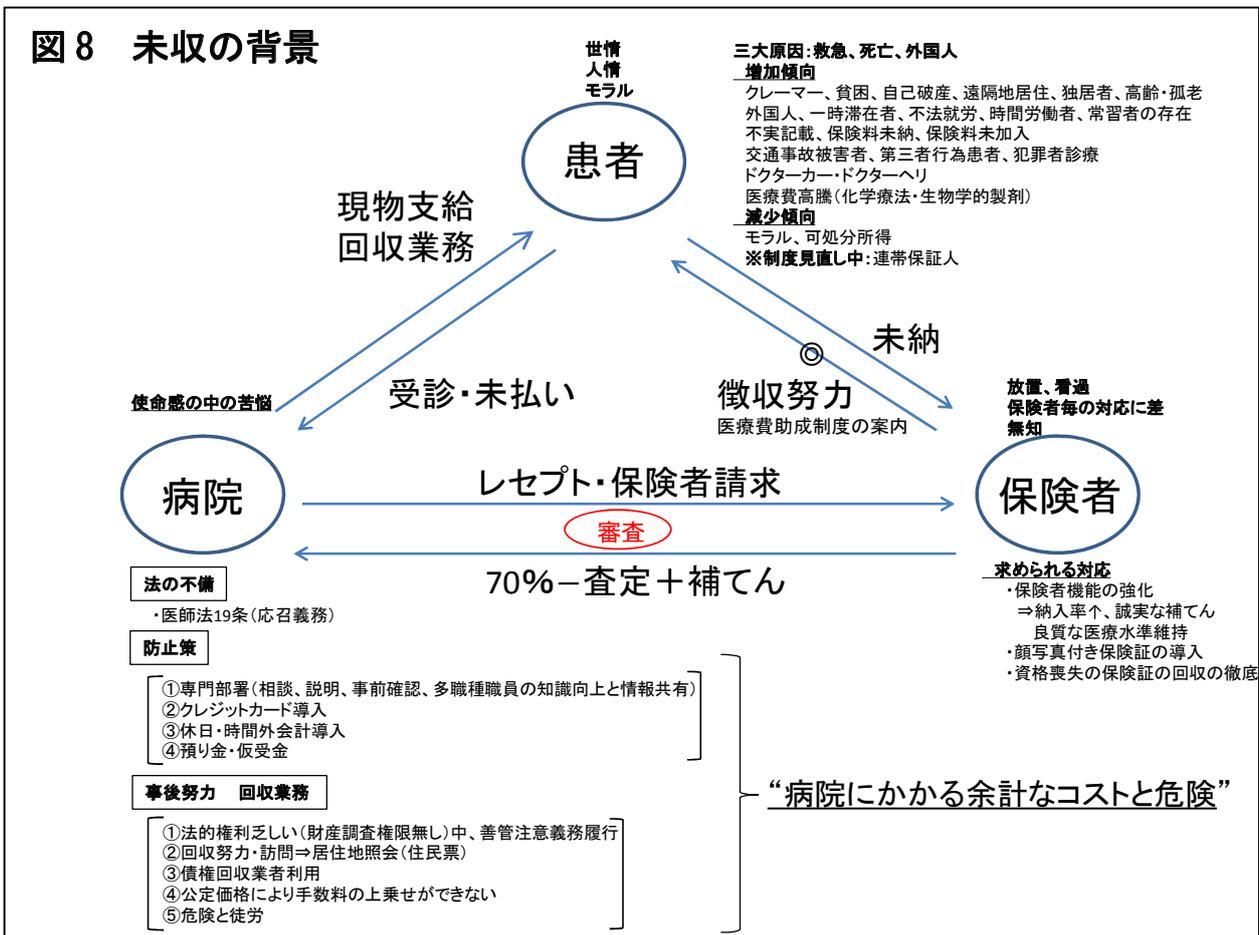
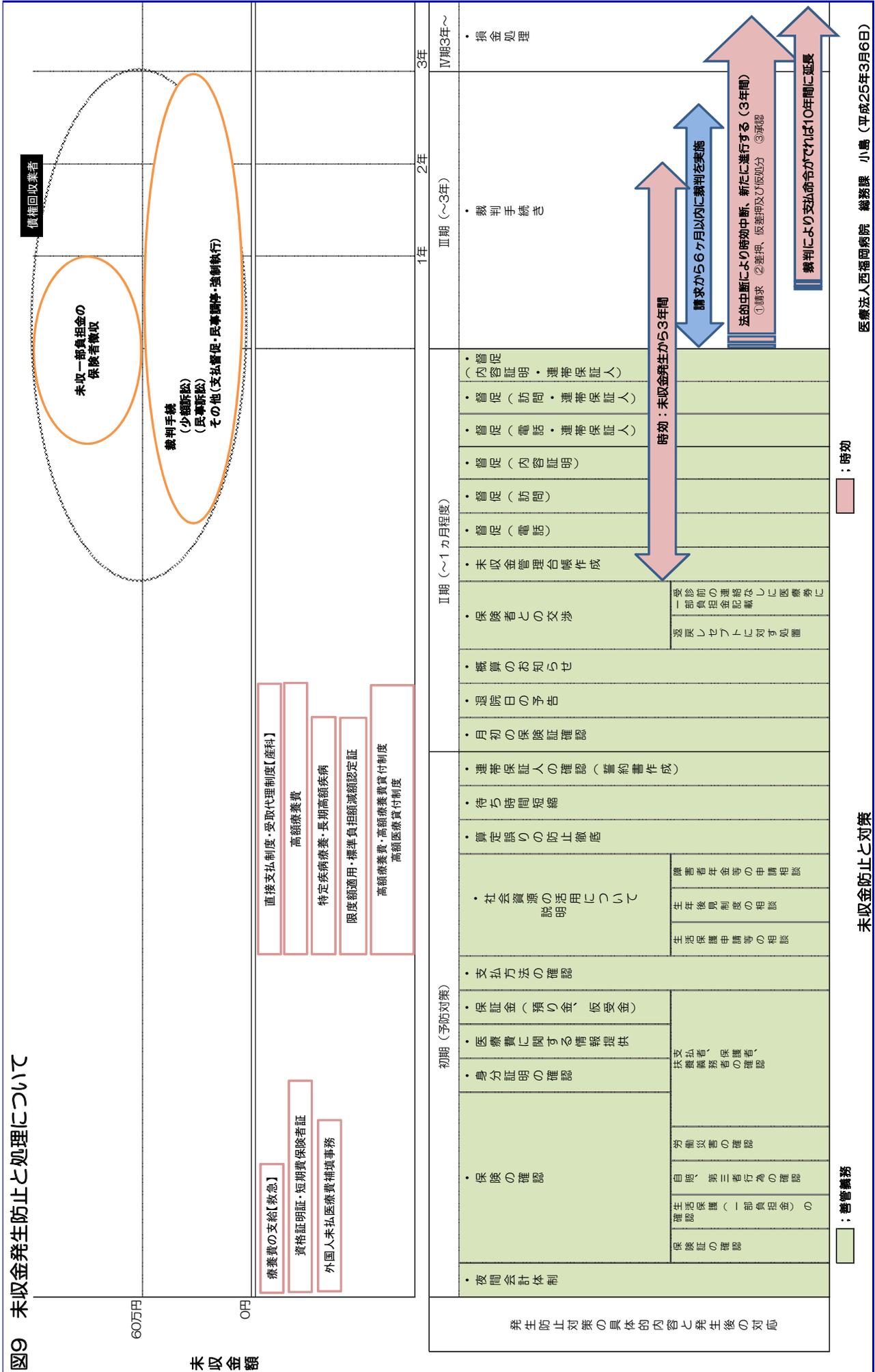


表 49 導入済みの諸制度

制度		内容	対象者	支払いの流れ		
出産	直接支払制度	出産育児一時金の申請と受取を国保の加入者に代わって医療機関等が行うことにより、42万円を上限として出産育児一時金が医療機関に直接支払われる	国民健康保険加入者	上限42万円 医療機関へ 振り込み	→ 42万円以上 に場合は自己 負担	→ 42万円以下 は世帯主に 支給
	受取代理制度	出産育児一時金の受け取りを医療機関に委任することにより、42万円を上限として出産育児一時金が医療機関に直接振り込まれる	国民健康保険加入者	上限42万円 医療機関へ 振り込み	→ 42万円以上 に場合は自己 負担	→ 42万円以下 は世帯主に 支給
救急	療養費の支給	急病でやむをえず保険証を持たずに診療を受けたり、不慮の事故などで保険を扱っていない病院などで治療を受けた時	国民健康保険加入者 社会健康保険協会	窓口にて医療 費全額負担	→ 患者負担分 以外を払い 戻し	
短期 国保	資格証明証	特別な事情もなく1年以上滞納すると、保険証を返還していただき、代わりに資格証明書を交付します。医療機関にかかるときには医療費が一旦全額自己負担となり、後日申請により患者負担分を除いた額を払い戻し	国民健康保険加入者	窓口にて医療 費全額負担	→ 患者負担分 以外を払い 戻し	
	短期被保険者証	中学生以下の子どもについては、世帯主の滞納にかかわらず、通常の自己負担で安心して医療機関にかかれるよう、平成21年4月から「短期被保険者証」を交付しています。平成22年7月1日からは、「短期被保険者証」交付の対象が「高校生世代以下の子ども」にも拡大されます。効期限の短い保険証	国民健康保険加入者 (高校生世代以下の 子ども)	通常の自己 負担金のみ 窓口で支払い		
	高額療養費	同じ人が同じ月内に同じ医療機関に支払った自己負担額が高額になったとき、申請がみとめられると限度額を超えた分が高額療養費としてあとから支給されます	国民健康保険加入者 社会保険健康保険	自己負担額 窓口支払い	自己負担限 度額以外の 払い戻し	
	限度額適用 標準負担額減額認定証	窓口での支払金額が自己負担限度額となる	国民健康保険加入者 社会健康保険協会	自己負担限 度額	→ 残金は医療 機関へ	
	高額療養費貸付制度	高額な医療費を支払うことが困難な場合は、治療に要した一部負担金の支払いに必要な資金を貸し付ける	国民健康保険加入者	自己負担限 度額	→ 残金は医療 機関へ	
	高額医療費貸付制度	一定の自己負担限度額を超えた場合申請により支給されるが、医療機関等から提出されたレセプトの審査を経て行われるため、決定より3ヶ月かかる。そのため、当座の医療費支払いに充てる資金として、 <u>高額療養費支給見込額の8割相当が無利子で貸付を行う制度</u>	社会健康保険協会	自己負担額 窓口支払い		
その 他	特定疾病療養	次の疾病により療養中の方は、1ヵ月間の同一医療機関における医療費の自己負担限度額が10,000円に軽減されます。(人工透析を実施している慢性腎不全、血友病、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群)	国民健康保険加入者	自己負担限 度額		
	長期高額疾病		社会健康保険協会	自己負担限 度額		

図9 未収金発生防止と処理について



返送先 F A X 03-3230-2898 (日本病院会)

患者未収金問題に関するアンケート

住 所	〒 -	Tel	
		Fax	
病院名			
回答者	(役職)	(氏名)	

※ 本調査の個々の病院名、データは公表いたしません。

該当の口に (✓) を入れてください。

(1) 病院の概要 (2012年3月末現在)

① 開設者

〔公的〕

- 国(厚労省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他)
- 公的医療機関(都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北社協、厚生連、国保連)
- 社会保険関係団体(全社連、厚生団、船保会、健保組合及び連合、共済組合及び連合、国保組合)

〔私的〕

- 医療法人
(【再掲】 特定医療法人 社会医療法人 その他医療法人)
- 個人
- その他(公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人)

② 病床規模 (許可病床数)

合計	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
床	床	床	床	床	床

③ 取得承認等 (複数回答可)

- 地域医療支援病院 特定機能病院 臨床研修病院
- DPC 対象病院 DPC 準備病院 該当項目なし

〔救急医療体制〕 告示の有無に関係なく、該当する体制で一番高次な体制を1つ選択して下さい

- 初期救急 二次救急 三次救急(救命救急センター) 救急医療体制なし

〔産科〕

- あり なし

④ 医師数 <常勤医師 + 非常勤(常勤換算)医師数> *常勤換算・小数点第一位まで

.	人
---	---

⑤ 職員数 <常勤職員 + 非常勤(常勤換算)職員数> *常勤換算・小数点第一位まで

.	人
---	---

*④の医師数も含まれます

⑦ 経常利益 (前年度)

- 黒字 赤字

(2) 患者未収金について

(記入対象の患者未収金)

保険診療における一部負担金、生保・公費負担医療における患者負担の他、評価療養又は選定療養における患者負担（差額ベッド、先進医療に要する費用等、患者から特別に徴収する費用を含む）、入院時の食事療養負担額、生活療養負担額、介護保険の患者負担、介護療養の食費・居住費（差額ベッド代等、患者から特別に徴収する費用も含む）。

【問 1】 近年、貴院での患者未収金の発生状況に変化はありますか？

増加した 減少した 大きな変化はない

【問 2】 患者未収金が現在どのくらいあるか把握していますか？

①2011年4月～2012年3月の1年間に発生し、2012年7月末現在、支払いがなされていない患者未収金

	件数	合計金額
I. 医業	名	円
(再掲) 入院	名	円
(再掲) 外来	名	円
II. 介護	名	円
III. 合計	名	円

※ 当該期間における全患者への請求書発行件数（未収を問わず全て）

(医業) 名 (再掲：入院 名、 外来 名)
 (介護) 名
 (合計) 名

【再掲】

●上記①「I. 医業」のうち、【産科】における患者未収金について

	件数	合計金額
入院	名	円
外来	名	円
合計	名	円

※ 当該期間での産科における全患者への請求書発行件数（未収を問わず全て）

入院： 名、 外来： 名、 合計： 名

●上記①「I. 医業」のうち、【救急】における患者未収金について

	件数	合計金額
入院	名	円
外来	名	円
合計	名	円

※ 当該期間での救急における全患者への請求書発行件数（未収を問わず全て）

入院： 名、 外来： 名、 合計： 名

【問6】 貴院における患者未収金の発生原因（複数回答可）

- 悪質滞納
- 生活困窮
- 診療上のトラブル
- 時間外・休日退院
- 保険未加入
- 分納中のため
- 原因把握できず
- その他

[]

【問7】 貴院が実施している患者未収金の未然防止策（複数回答可）

〈確認と書類作成〉

- 保険証の確認
- 入院誓約書での連帯保証人記載
- 入院治療計画書への概算明記
- やむを得ない未払事案の支払い誓約

〈担保確保と清算の徹底〉

- 自賠償等支払い者が未決定時の一時負担金
- 過去に未納金がある場合の診療前清算
- 入院時説明同意書・預かり金制度の導入
- 時間外預かり金
- 出産育児一時金の受取代理制度の導入
- 退院時全額清算

〈体制や支払方策の充実〉

- MSW 等の配置による患者に対する相談体制の整備
- 保証金制度の採用
- 医療費用ローンの活用
- 支払い方法の多様化①：クレジットカード
- 支払い方法の多様化②：デビットカード
- 支払い方法の多様化③：コンビニ収納（院内即時発行）
- 24 時間会計の実施

〈その他〉

[]

【問8】 患者未収金の回収における問題点があればお聞かせください。

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

謝 辞

諸事多忙多端のなかにも関わらず本調査に誠信協力していただいた病院、就中実務担当の方々に、そしてデータ処理、作図を担当してくれた日本病院会事務局職員に、衷心より感謝を申し上げます。有難うございました。

参考文献

- 1) 「診療における患者自己負担金の未収問題について」四病院団体協議会治療費未払問題検討委員会、2006(平成18)年8月
- 2) 「2009年報告書 診療における患者負担金の未収金に関する調査結果」四病院団体協議会、2010(平成22)年2月
- 3) 「未収金発生防止・回収マニュアル」四病院団体協議会 治療費未払問題検討委員会編2009(平成21)年2月 (四病協会員5760病院に配布)
- 4) 「医療機関の未収金問題に関する検討会 報告書」厚生労働省保険局国民健康保険課2008(平成20)年7月10日
- 5) 未払一部負担金の保険者徴収に係る事務取り扱いについて 厚生労働省保険局保険課長通達 2010(平成22)年10月14日
- 6) 最近の医療費の動向「概算医療費」 厚生労働省保険局調査課 2012(平成24)年3月
- 7) 医療費財源に関する提言—消費税と寄付金について (社)日本医業経営コンサルタント協会、2010(平成22)年9月22日
- 8) 病院の人材確保・養成に関するアンケート調査結果報告、日本病院会中小病院委員会医業経営・税制委員会、2011(平成23)年10月

一般社団法人 日本病院会

会 長	堺 常雄	聖隷浜松病院	総 長
担当副会長	梶原 優	板倉病院	理事長

(医業経営・税制委員会)

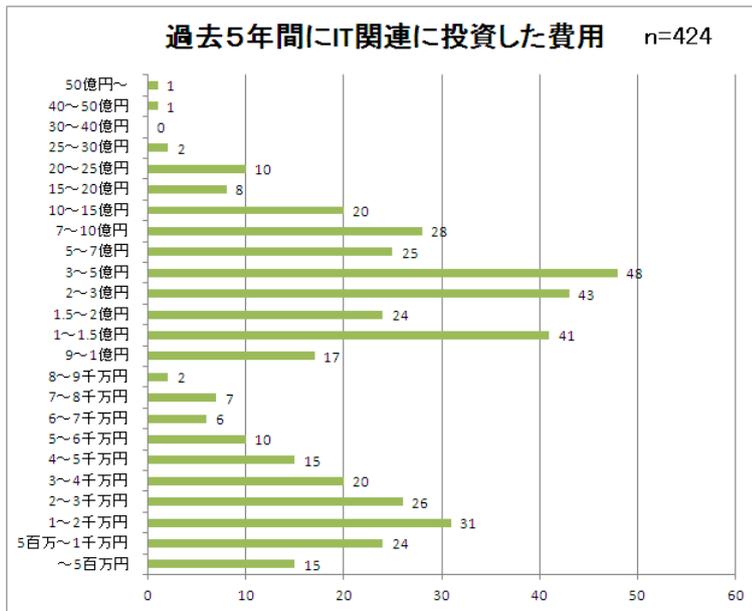
委員 長	安藤 文英	西福岡病院	理事長
副委員 長	崎原 宏	永寿総合病院	名誉理事長
委 員	伊藤 伸一	大雄会第一病院	理事長
	大村 昭人	帝京大学医学部附属溝口病院	名誉教授
	片岡 善彦	徳島赤十字病院	名誉院長
	牧 健太郎	牧公認会計士・税理士事務所	代表
	山下 昭雄	本多病院	経営顧問

資料4

IT時代における病院の取り組みに関するアンケート調査 中間報告

中小病院委員会 委員長 土井章弘

1) 医療機関の規模別にみた IT化への取り組みについて 過去5年間に IT導入に投資した費用



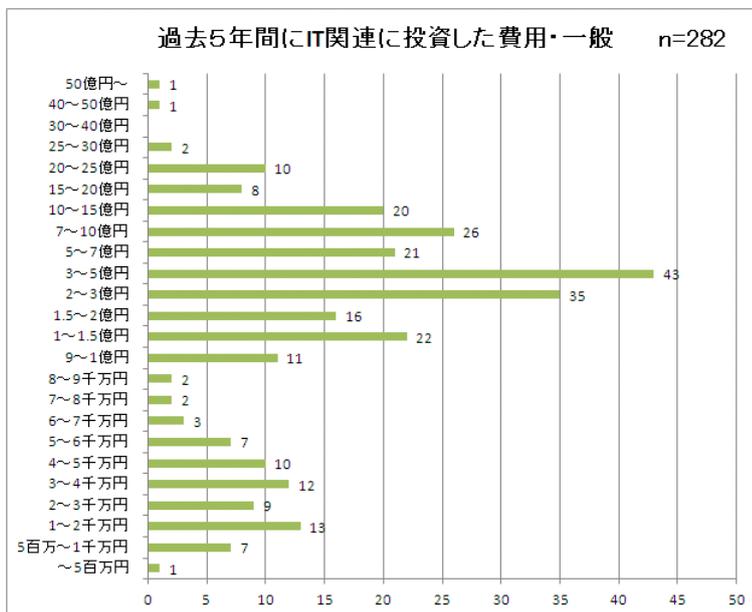
病院種別では、

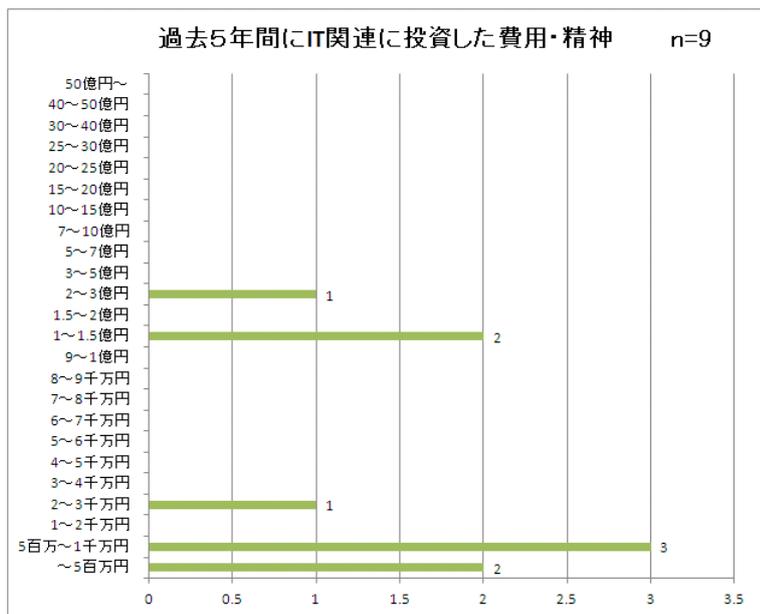
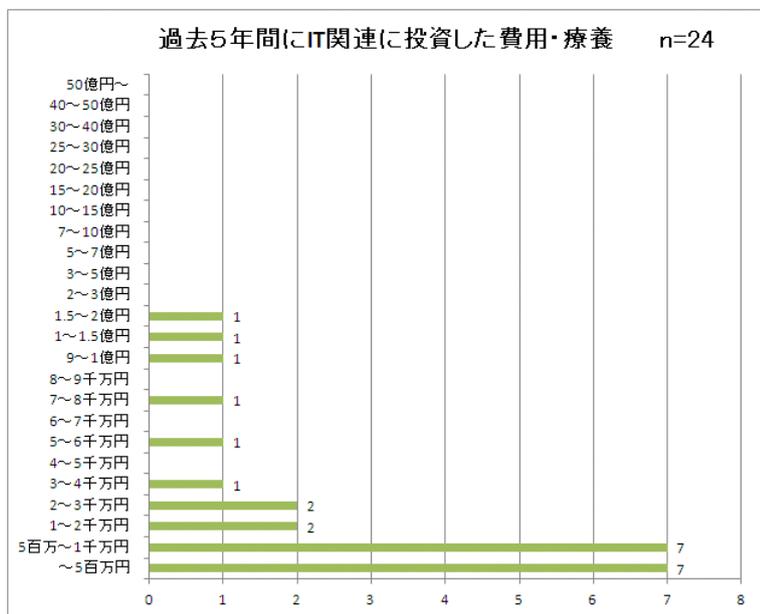
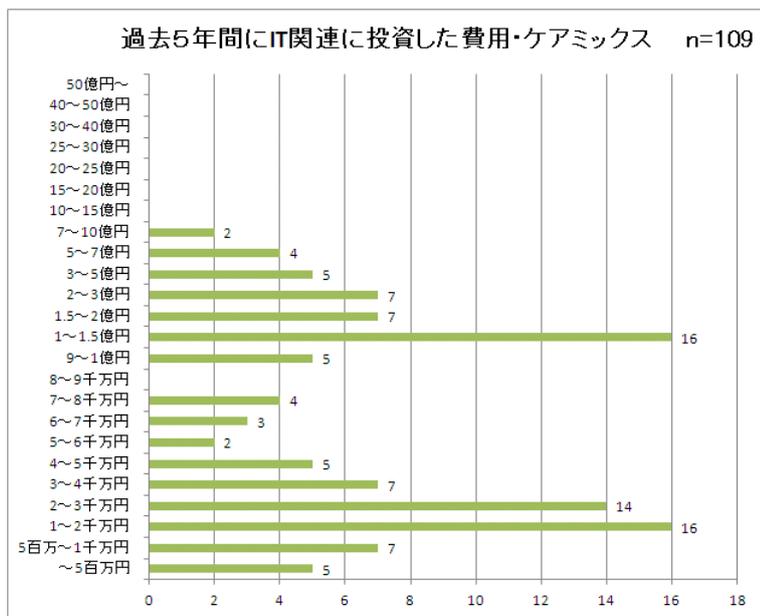
一般では5億円前後と4千万円前後に分かれている。

ケアミックスでは1.5億円前後と2千万円前後に分布している。

療養・精神は1千万円以下が多い。

病院種別では一般病院の投資額が多い。またケア・ミックスでは、2つの分布に分かれており、規模による差ではないかと思う。





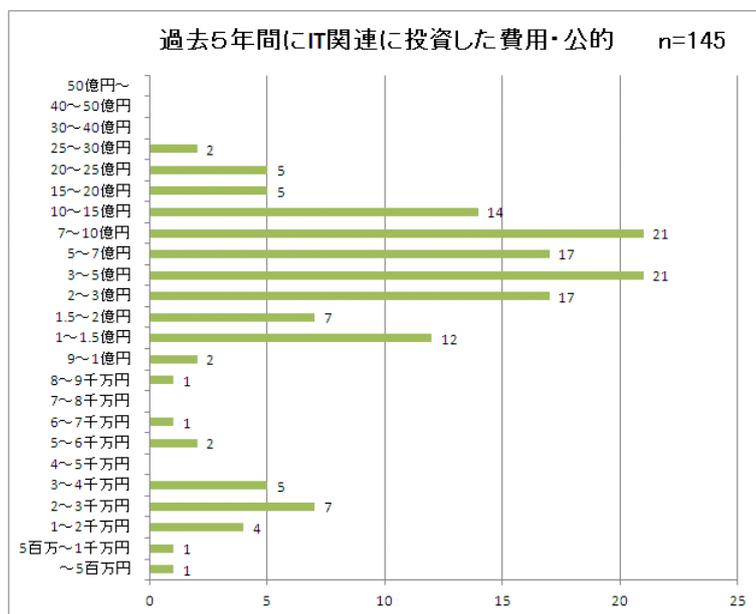
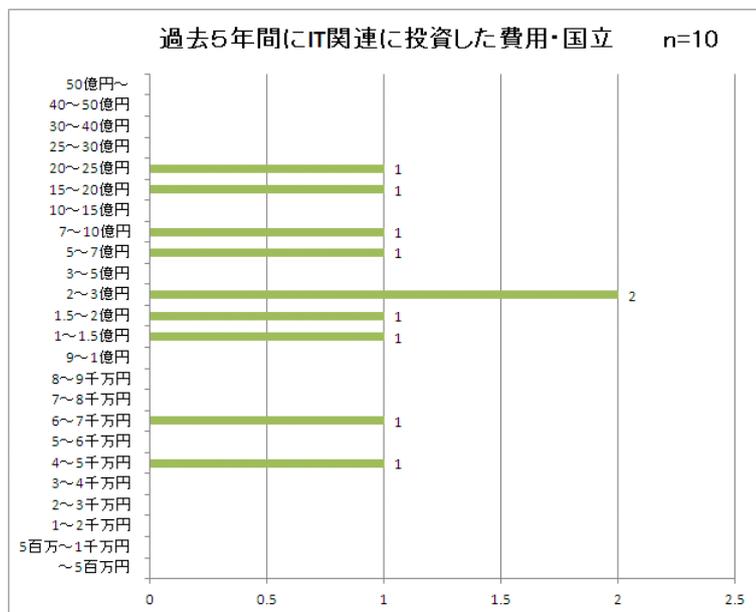
開設者別では

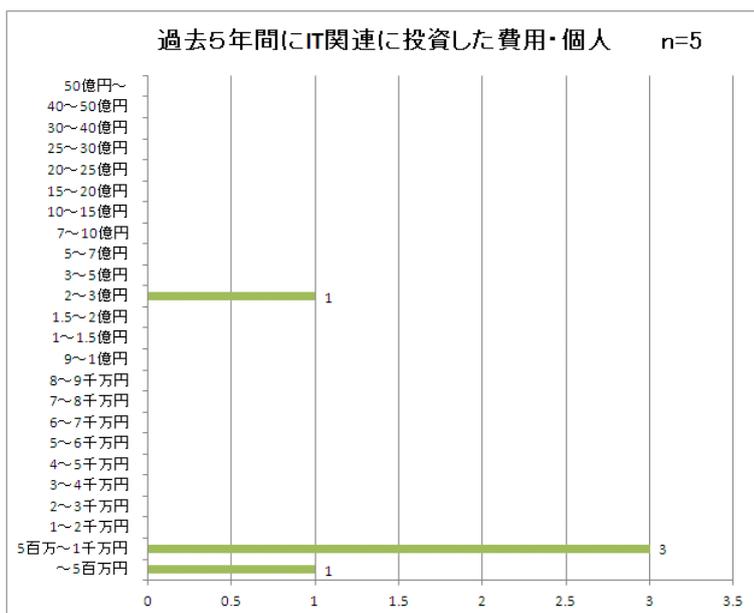
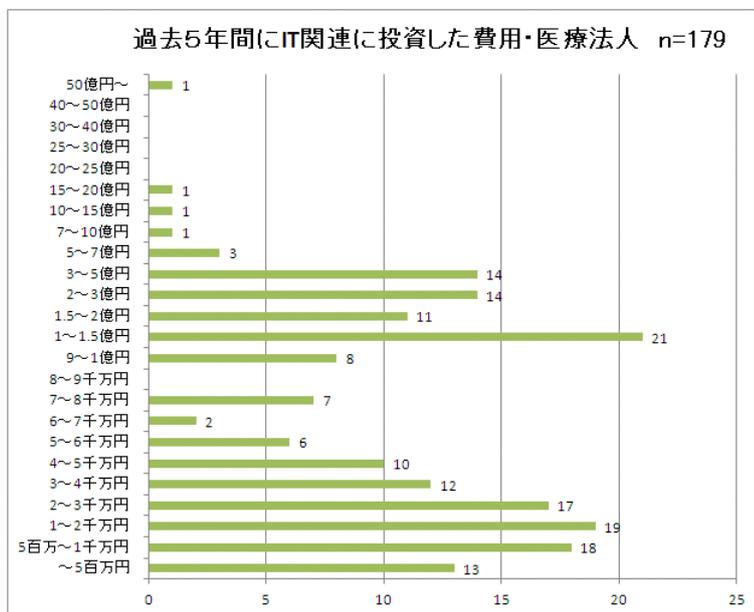
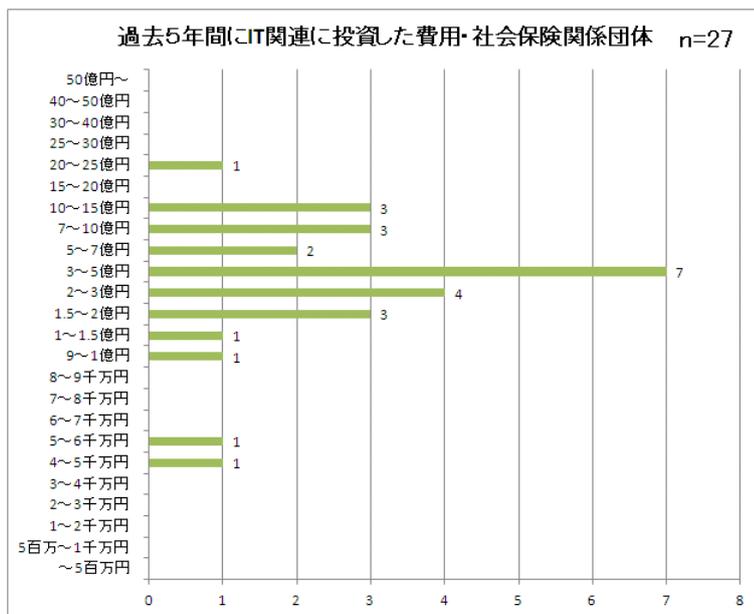
国が4000万円から20億円前後とばらつきがある。公的では10億円前後に分布されている。

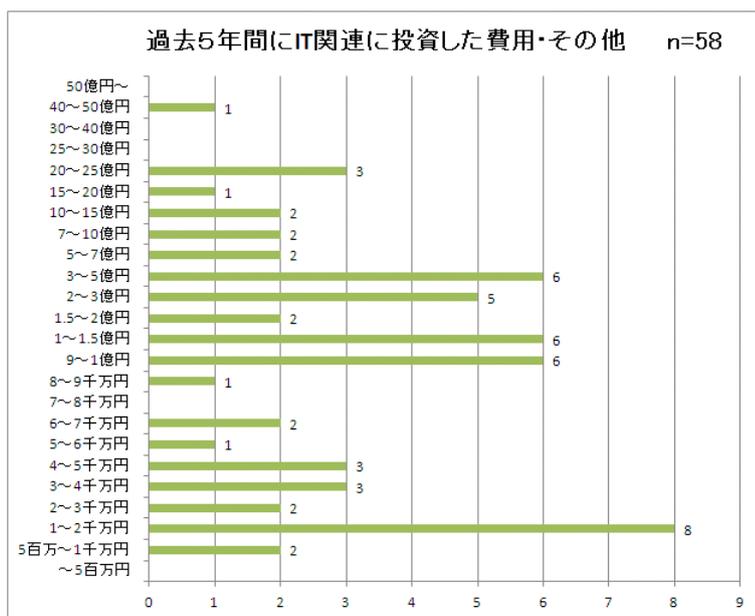
社会保険団体では、5億円前後に分布している。

医療法人では、同じくばらつきがあるが、2～3億円前後と2千万円前後に多い。

一番大きな原因は、規模である。医療法人や個人病院は比較的小規模です。資金面の調達の問題もあるのではないかと。







病床規模別では

20～99床 1～2千万円前後に分布

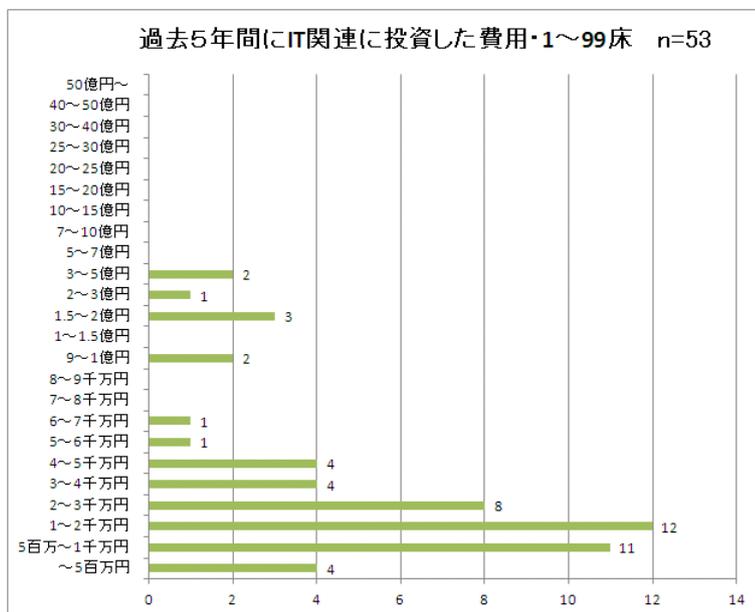
100～199床 2億円程度に分布

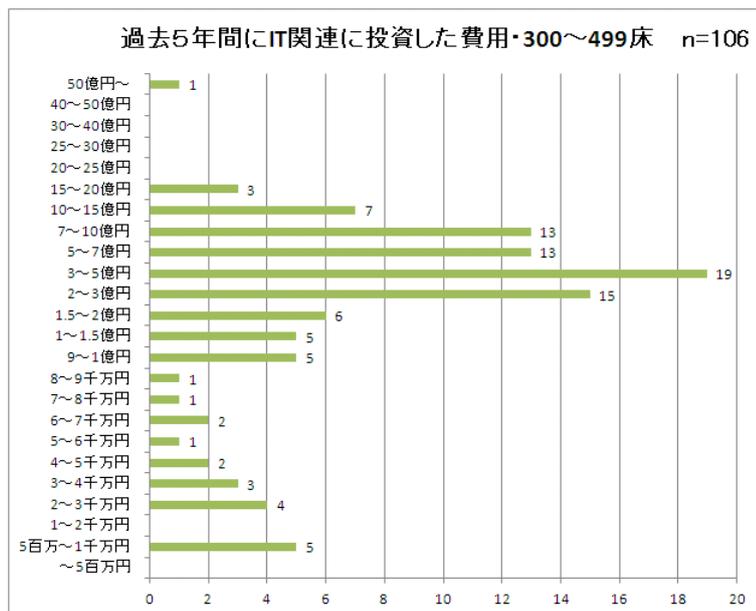
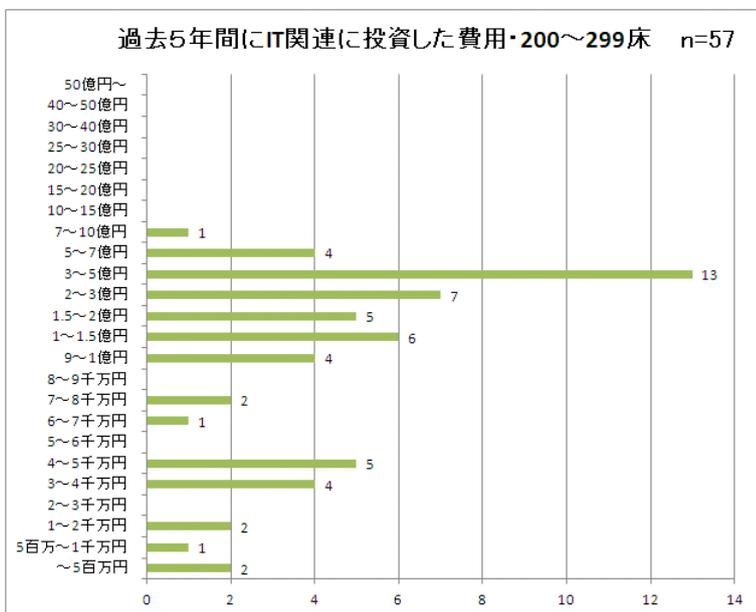
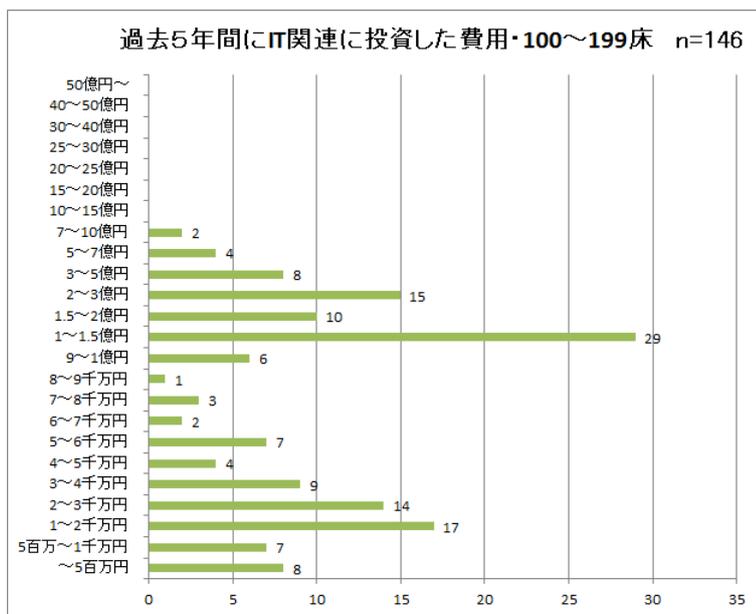
200～299床 3～5億円前後に多く分布

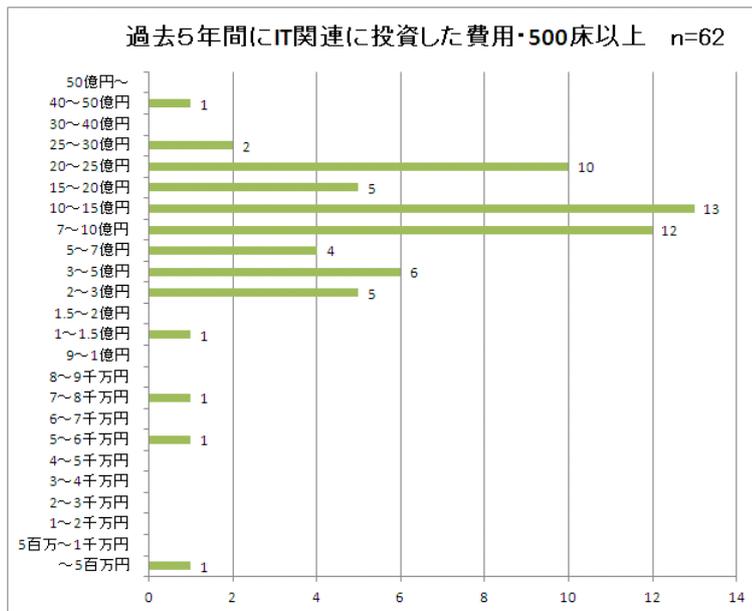
300～400床 3～5億円前後、20億円、50億円を超えている

500床以上 10～15億円前後に分布している

規模によって投資額は高額になっている。



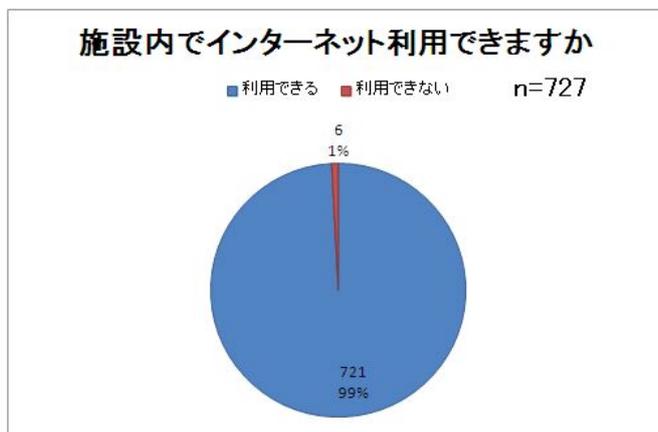


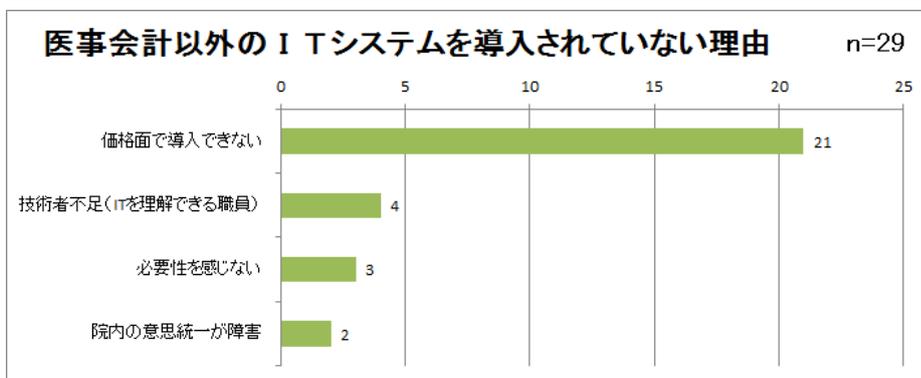
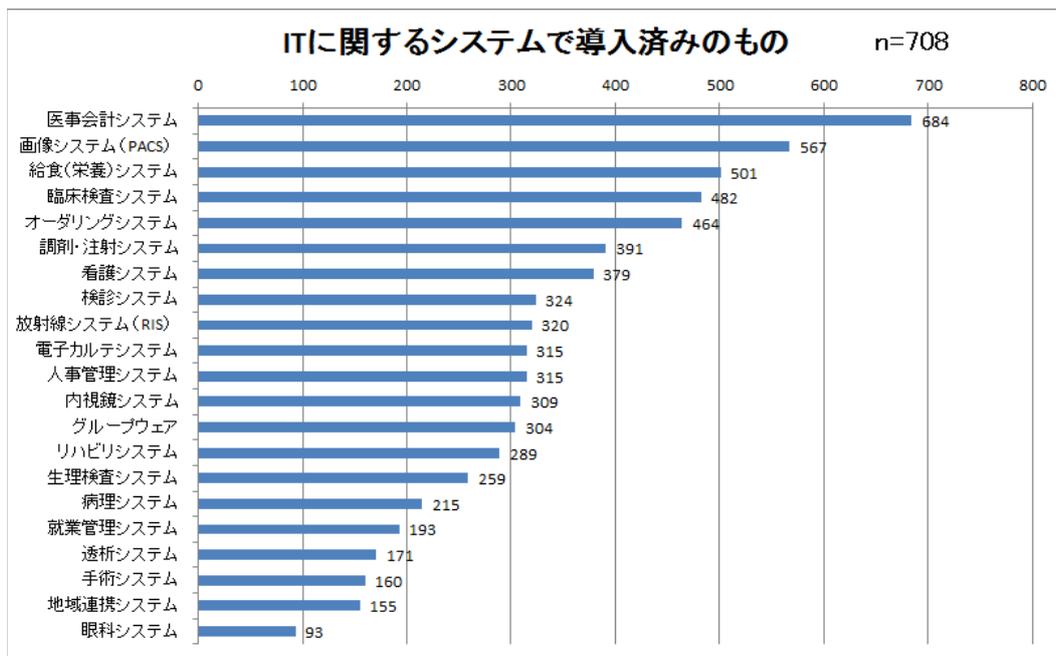


2) 現在のシステムの導入状況、今後検討予定のシステムについて

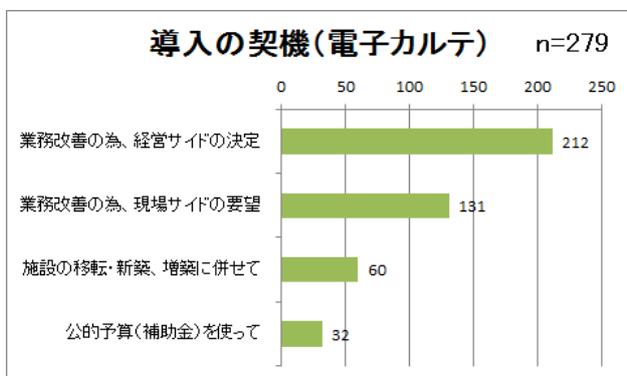
システムの導入状況、導入目的、IT投資状況について

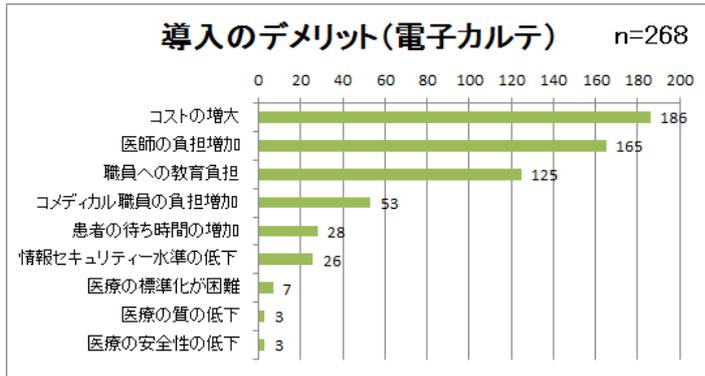
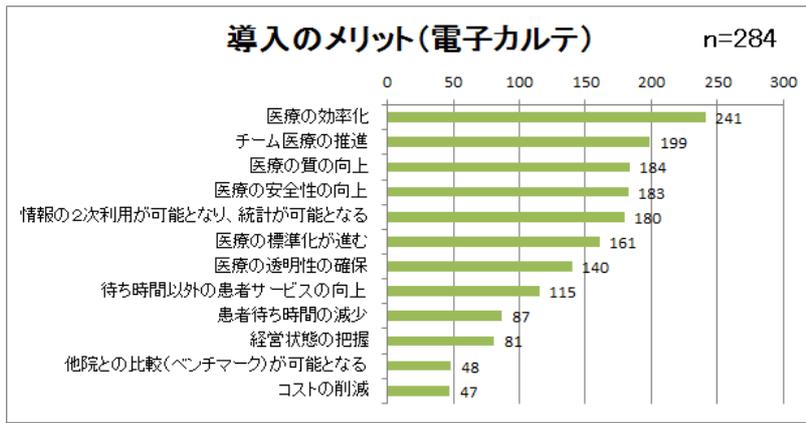
*施設内のインターネットの利用環境は99%で整備されている。システム導入済のものは、医事会計システム、画像システム、栄養システム、臨床検査システム、オーダーリングシステム、調剤、注射システムと順に少なくなる。医事会計システム以外の導入をしていない病院が多い。理由の第一は、200床未満でも200床以上でも、価格面である。ついで、200床未満の病院では「院内での導入に対する意志の統一が難しい」となっている。200床以上では技術者（SEのようなITを理解する人）、ついで「必要性を感じない」が続く。





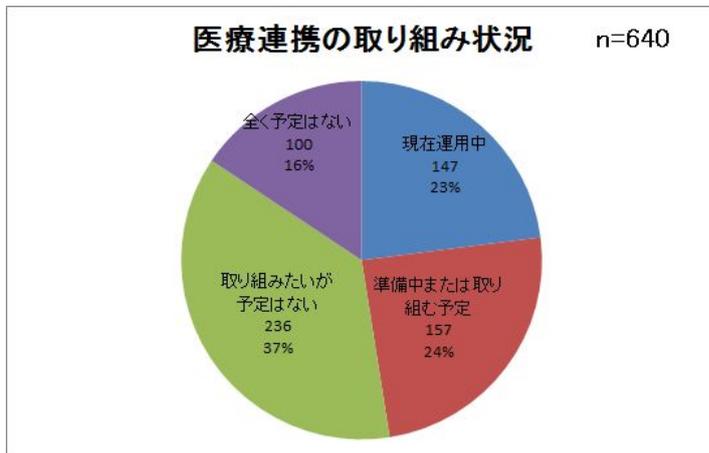
*導入の契機（電子カルテ）では「業務改善のため」「経営サイドの決定」「業務改善の為、現場決定」が多い。導入のメリットに関しては「医療の効率化」「チーム医療の推進」「医療の質の向上」と続くが「患者の待ち時間以外の患者サービスの向上」「コストの削減」についてはメリットを感じていない。一方、導入のデメリットは「コスト増大」「医師の負担増」「職員への教育負担」が続く。「導入に関しては必要性を認めながらも、投資に比してデメリットを感じている病院が多い。





3) 医療機関のネットワーク連携についての意識調査

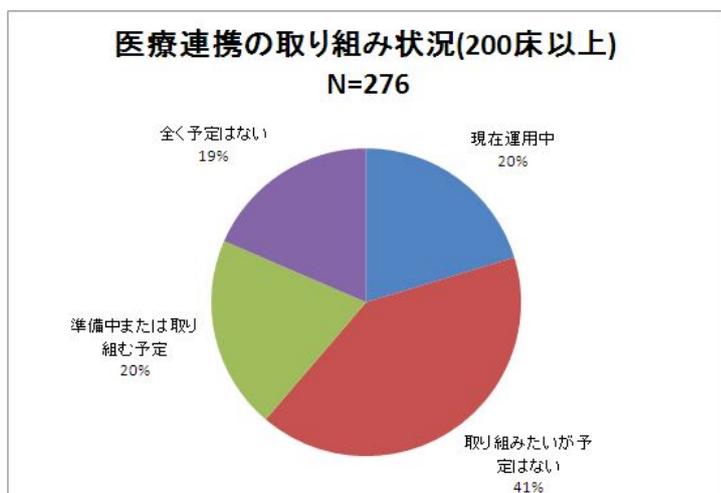
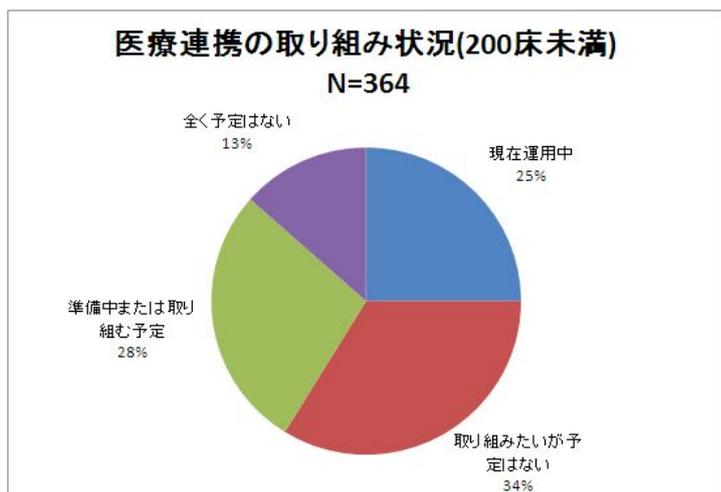
ネットワークの取り組み状況は「現在運用中」23%、「準備中または取り組む予定」24%、と47%が運用しているか運用予定である。「取り組みたいが予定がない」37%、「まったく予定がない」16%であった。



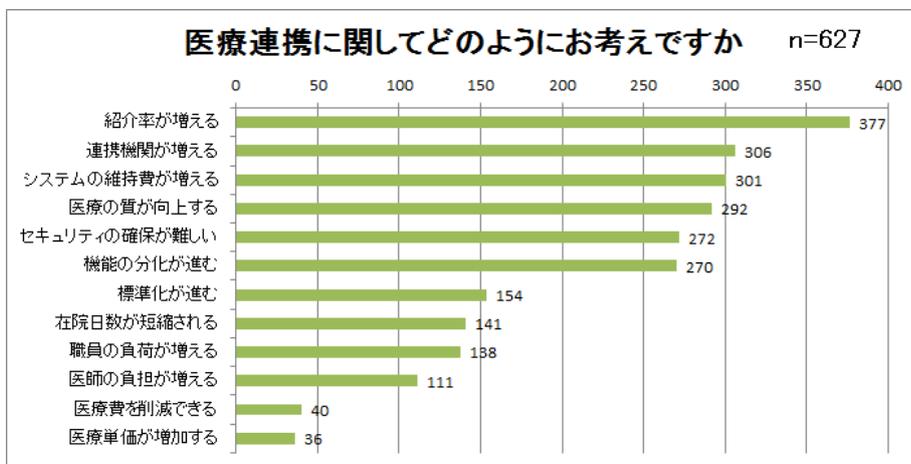
病床規模別では、

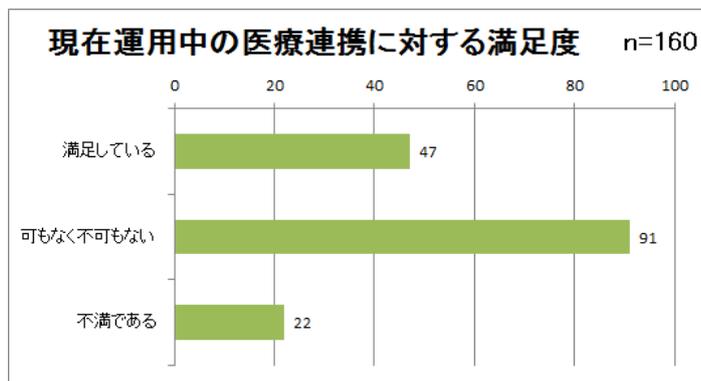
200床未満：「現在運用中」25%、「準備中または取り組む予定」28%と53%が運用しているか、運用予定である。「取り組みたいが予定がない」34%、「全く予定がない」13%の47%予定がないという結果であった。

200床以上：「現在運用中」20%、「準備中または取り組む予定」20%と40%が運用に積極的である。一方、「取り組みたいが予定はない」41%、「全く予定がない」19%と計60%が予定がないとの結果である。



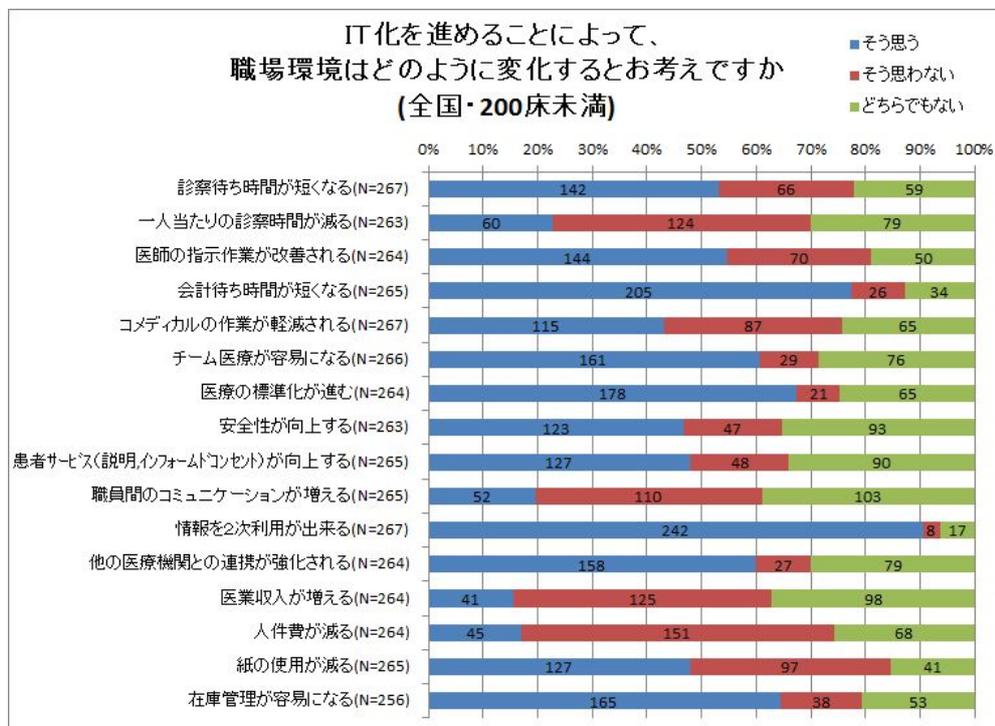
医療連携への考え：選択の多かった項目に、「紹介率が増える」「医療の質が向上する」との一方で「セキュリティの確保が難しい」「システムの維持費が増える」のデメリットへの回答も多い。運用中に病院の連携に対する満足度は「可もなく不可もなく」57%、「満足している」29%、「不満である」14%と実用はこれからとの印象をうけた。

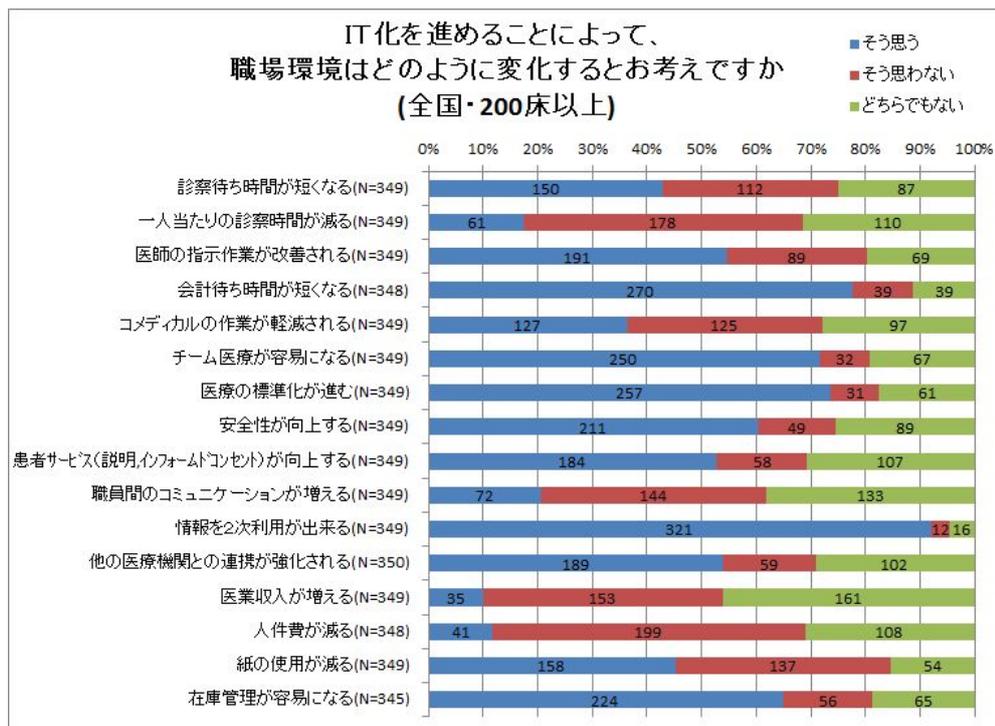




4) IT がもたらす医療への影響、又は想定される職場環境の変化について

IT 化を推進することによって、職場環境の変化は200床以上・以下に関わらず、「情報の二次利用ができる」「待ち時間が短くなる」「医療の標準化かすすむ」「チーム医療が容易になる」、という意見と、一方「一人あたりの診療時間が減らない」「職員間のコミュニケーションが増えない」「医療収入は増えない」「人件費は減らない」という回答であった。





5) 総括

医療現場において IT の活用は、なくてはならないものになりつつある。また、中小病院にあっては、院内の意志統一がされにくい、200床以上では、SE などの技術者不足との意見もある。普及に当たっては公的補助も必要であろう。導入のメリット・デメリットがあるが、医療の効率化、チーム医療の推進、外部との医療・福祉連携には欠かせないものになりつつある。IT化を推進することによって、職場環境の変化は200床以上・以下に関わらず「情報の二次利用ができる」「待ち時間が短くなる」「医療の標準化がすすむ」「チーム医療が容易になる」、という意見と、投資コストも問題であるが、普及することで「医業収入が増えない」、「人件費が減らない」「一人あたりの診察時間が減らない」などの意見がある。

IT 活用は万能ではなく、現場において医師事務補助者の増員など工夫も必要である。この調査によって、日本の電子カルテの普及の現況や、問題点を浮き彫りにできたと思う。この調査に参加頂きました病院の各位と、データを分析していただいた分析室の皆様、中小病院委員の皆様から感謝いたします。

IT時代における病院の取り組みに 関するアンケート調査

※2010年度データ

病床数	回答数	回答率	売上 平均	IT投資 (5年以内)	IT 投資率	黒字・赤字
1-99床	115	45.2%	(約)11億	(約)0.5億	(約)0.9%	63%・37%
100-199床	255		(約)24億	(約)1.3億	(約)1.1%	70%・30%
200-299床	122	54.8%	(約)40億	(約)2.3億	(約)1.1%	69%・31%
300-499床	207		(約)73億	(約)4.9億	(約)1.3%	67%・33%
500床以上	119		(約)123億	(約)12億	(約)1.9%	77%・23%

IT投資率:IT投資(5年以内)÷売上平均×5

※売上・IT投資額について、アンケートの内容上、結果の平均値から算出

中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題アンケート調査 中間報告

中小病院委員会 委員長 土井章弘

アンケートは会員 1149 の 200 床未満の病院に向けて調査依頼をし、284 病院から回答を得た。一般病床が 54%、ケアミックス 37%で、100 床から 200 床未満の病院が 81%と大分を占める。開設主体は医療法人 138/284 である。今後の経営戦略方向性についてのグラフから、地域の総合病院化が 24 年度は 28.9%と増加しているのが特徴的である。病院の機能の集約化が進んでいるのか注目していきたい。専門医療特化は依然として高いが、平成 21 年の 55.6%に比して、39.4%と減少している。医療と介護・高齢者住居の複合体志向も 43%、保険・検診と医療の複合体など、福祉と予防などに貢献している。急性期大病院との連携は、中小病院にとっての大きな役割である。山間部・離島においては、医療と介護・高齢者住宅の複合体志向で、保険、検診と医療の複合体志向、急性期大病院との連携が志向されている。診療報酬改定で、重急性期入院医療管理料（2）が増加したのが、特徴的である。療養病床の扱いについての今後の方針をみると、現状の療養病床は 50%以上で過去 5 年間、現状維持である。入院基本料の 7：1 については平成 20 年 17.3%から徐々に増加して、24 年度は 32.5%となっている。DPC 算定も徐々に増加傾向である、一方 DPC を考えていない病院は 50%以上である。今後の診療機能や連携体制の中で関心の高い疾患または事業についての回答から、ガン医療、脳卒中医療・糖尿病医療救急医療への関心が高く、在宅医療への事業展開も年々増加している。特定健診・特定保健指導は依然として関心が高く、積極的に参加しているが、41.3%と依然として高い。事業継承について、医師・看護師の確保が 74.3%と高く中小病院にとっての最大の課題である。ついで、建築施設や医療機器のリニューアルは中小病院にとって大きな問題である。

中小病院の地域での役割は多岐に渡って、日本の医療・福祉を支えていることが読み取れる。しかし、今後、経済の停滞、高齢者社会の進行、住民の意識の変化や医療・介護報酬の動向によっても中小病院の役割は大きく変化していくものと考えられる。

平成24年度 診療報酬改定影響度調査

－ 結果報告 －

1. 調査方法の概要

- 調査目的：平成24年度診療報酬改定が病院の収入に与える影響を検証し、会員病院の医療経営に資することを目的として実施。
- 調査方法：日本病院会に加盟する全病院に診療収入等について Web 調査により実施、回収を行なった。一部の Web 調査による回答ができない病院については、郵送および FAX による配布、回収を実施した。
- 調査期間：平成24年7月10日～8月24日
- 主な調査項目：平成23年6月と平成24年6月の月別の診療収入、件数、延べ患者数等
- 回答数：1,308病院（回答率：55.1%）
- 有効回答数：807病院（会員数2,376病院 平成24年6月30日現在）

- 前回、平成 22 年度調査の回答数は 768 病院（回答率 30.8%）、うち有効回答数は 571 病院であり、回収率は約 25%の増加となっている。
- 図表中の数値は、小数点第 2 位を四捨五入し、小数点第 1 位までを表示している。このため、百分率の合計が 100.0%にならないことがある。
- 有効回答として、調査項目「(Ⅲ-2) 医業収益・(Ⅲ-4) 外来月別診療報酬点数・(Ⅲ-5) 入院月別診療報酬点数の入院診療分」にかかる情報がすべて入力され、一人一日あたり診療収益（単価）の計算に必要な項目が入力されている等の条件を満たしているものについて集計を実施した。

2. 回答病院の属性

実稼働病床数別に回答病院数を前回調査と比較した。各病床規模ともに回答病院数は増加し、増加率では 300 床未満が 50%を超え、100 床未満の病院からの回答数は倍増した。有効回答病院は 807 病院、うち一般病院が 76.1%を占めている。

開設主体別では医療法人がほぼ倍増となるなど、今回の調査では、中小規模病院からの回答数増が顕著となっている。有効回答病院の平均実働病床数は 308 床（前回 341 床）であり、病院機能別では、今回新たに調査項目に追加された災害拠点病院が、有効回答病院中 252 病院（31.2%）、がん診療連携拠点病院が 220 病院（27.3%）を占めている。

		病院数		平均実働 病床数	病床100床 あたりの 平均職員数
			割合		
病床 区分 別	一般	614	76.1%	338床	177.6人
	療養・ケアミックス	172	21.3%	206床	134.8人
	精神	16	2.0%	273床	75.3人
	その他	5	0.6%	237床	122.8人
	合計	807	100.0%	308床	169.4人
（一 般 規 模）	1～99床	57	9.3%	69床	186.8人
	100～199床	122	19.9%	150床	163.5人
	200～299床	112	18.2%	239床	172.1人
	300～399床	110	17.9%	344床	171.0人
	400～499床	85	13.8%	444床	171.4人
	500床～	128	20.8%	647床	187.9人
開 設 主 体	合計	614	100.0%	338床	177.6人
	国	30	3.7%	501床	167.6人
	自治体	224	27.8%	346床	161.7人
	其他公的	219	27.1%	339床	174.0人
	医療法人	272	33.7%	213床	164.3人
	其他私的	62	7.7%	385床	193.9人
	合計	807	100.0%	308床	169.4人

3. 結果報告のまとめ

1) 診療収益に関する視点

平成24年度診療報酬改定は、平成22年に引き続きわずかではあるが、ネット0.004%のプラス改定であった。

有効回答807病院の調査結果では、

▽ 診療収益（入院＋外来） +0.60%
（入院 +1.00%、外来 -0.37%）

▽ 診療単価 入院 +2.46%、外来 +2.95%

病床規模別の診療収益（入院＋外来）では、200床以上の病院が増収、200床未満が減収となり、入院では100床未満病院の減収割合が最も大きく、外来では500床以上のみが増収となり、大病院に優位な傾向がみられる。

今回の調査結果の特徴は、患者一人一日あたりの診療収入（単価）の増加に対して、一病院あたりの診療収益について入院・外来合計で微増にとどまり、外来診療収入が減収になっていることである。平成23年と平成24年の6月の同月比較において、入院、外来ともに延患者数の減少が、増収抑制または減収の最大要因となっている。

2) 施設基準の視点

7対1入院基本料をはじめ、病院勤務医師等に対する負担軽減に関する届出項目等について、前回改定と同様に、病床規模が大きくなるほど算定病院の割合は高い傾向にあり、中小規模病院にはハードルが未だ高いものとなっている。

今回、新設もしくは施設要件が変更された項目についても、大規模病院優位な結果となっている。患者サポート体制充実加算、感染防止対策加算など、専任・専従の職員を要するチーム医療や地域連携等に関わる項目について、病床規模別では総じて100床未満の病院が最も低い届出割合となり、500床以上の病院が最も高いという結果になっている。病棟薬剤実施業務については、全体の算定率が20.9%にとどまっているものの、病床規模による大きな差異は少ない。また、精神科リエゾンチーム加算は全体で1.6%にとどまり、算定病院は極めて少ない結果となっている。

3) DPC/PDPSの視点

DPC対象病院は今回の改定において3つの医療機関群に分けられたが、Ⅱ・Ⅲ群間に係数の大きな差はなく、病院機能別（地域医療支援病院等）に係数と病床の関係をみても、概ね300床以上の病院ではほぼ同様の分布を示し、Ⅱ・Ⅲ群間において病院機能による医療機関群の有意な差は認められない。

医療機関群の実績要件では、Ⅲ群平均値は実績要件1（診療密度）と実績要件3a（外保連指数）を除く4項目で基準値を上回り、実績6要件のうち5項目該当のⅢ群病院の割合は8.0%、4項目19.7%である。なかでも5項目該当群をみると、未達成要件では「手術1件あたりの外保連指数」が54.5%と最も高い割合となり、病床区分別では500床以上が51.5%を占めるなど、大病院優位な傾向がみられる。さらに医療機関群の実績要件の1つである診療密度（1日当たり包括範囲内出来高平均

点数（患者数補正後）について、Ⅱ・Ⅲ群医療機関の病床数および群ごとにみると、Ⅲ群病院でも基準値を上回る病院は36.9%となっている。

また、診療密度についての調査を行ったが、厚生労働省通知と病院計算点数では大きく上下に点数差異が生じ、計算方法として入院基本料を10対1に変換するなどの工程に加えて患者数補正が必要なため、現段階で各病院に正確な数値を求めることは困難であり、次回以降の調査課題としたい。

今回の改定では、Ⅱ・Ⅲ群病院の医療機関別係数等に大きな差は無く、むしろⅢ群の係数上位群はⅡ群を上回っているといえるが、次回以降の改定により、Ⅱ・Ⅲ群間の差は明確になっていくことが予想される。

4) 病院経営に関する視点

診療報酬の改定等をふまえた平成24年度の損益予測について、増収増益と回答した病院は前回の59.9%から33.5%へとほぼ半減し、減益と回答した病院は27.3%から46.5%へと増加し、病院経営の厳しさがうかがえる。なかでも100床未満では減益と回答した病院が50%を超え、増収増益の割合が最も少ないという結果になっている。また、一般病院において病床規模が大きいほど、増収増益を予測する傾向にあり、減収減益は少ない。特に500床以上の病院の増収増益割合が44.5%と最も高い。

医業費用の最大科目である人件費をみるものとして、職員数を比較すると実働100床あたり職員数は、143人（平成20年）→153人（平成22年）→169人（平成24年）へと、着実に年々増加している。今後もチーム医療の確保や勤務医師負担軽減策等への人員補充により人員増はさらに見込まれる。

人件費に続いて材料費の高騰があげられ、医学技術の進歩による高額医療機器の購入や診療材料の高騰が続く中で、社会保障・税一体改革における消費税の増税など、病院経営をひっ迫する大きな問題を抱え、今後もさらに厳密な費用管理が求められている。

5) その他

延患者数の減少について

今回の調査の特徴である患者数の減について、入院患者延数と平均在院日数の増減により4群（A～D）に分けて入院患者数の精査を実施した。4群の中では、延患者数、在院日数ともに減少したA群は全体に占める割合（37.9%）と入院診療収益の減収割合が最も大きい。患者数増群（C、D）はいずれも増収であった。病床区分別におけるA群の割合は、500床以上が41.7%で最も高い。

4. 調査結果の概要

1) 一病院あたりの診療収益の対前年比（平成23年6月/24年6月）（資料1）

(1) 一病院あたりの診療収益の対前年比（全病院）

一病院あたりの収益（入院+外来）は50.6%の病院が増収、対前年比は+0.60%。

入院収益は+1.00%、外来収益は-0.37%。

(2) 一病院あたり診療収益の対前年比（病床区分別）

入院+外来は一般病院+0.59%、49.8%の病院が増収。

入院収益は、精神病院の62.5%が増収、一般病院は50.2%が増収。

外来収益は全区分でマイナス。

(3) 一病院あたり診療収益の対前年比(病床規模別)

入院+外来は、200床未満で減収、200床以上で増収。

入院収益についても200床未満で減収、500床以上の増収割合が最大。

外来収益は500床以上を除き減収、減収割合の最大は100床以上200床未満。

(4) 一病院あたり診療収益の対前年比(開設主体別)

入院+外来は、その他私的病院、国・医療法人の順に増収割合が大きい。

入院収益についても、その他私的が+3.57%、国が+1.27%と高い。

外来収益は、医療法人を除く区分が減収となっている。

(5) 一病院あたり診療収益の対前年比(機能別)

単科病院が入院、外来ともに増収。

入院+外来では、併科病院(内科・外科)、旧総合病院に大きな差はない。

外来収益は、単価病院以外でマイナス。

(資料1) 一病院あたりの診療収益の前年比

		病院数					一病院あたりの診療収益 (単位:千円)			
		有効 回答	収入増 病院	%	収入減 病院	%	平成23年 6月分	平成24年 6月分	前年比	
全病院	入院+外来	807	408	50.6%	399	49.4%	550,656	553,943	0.60%	
	入院	807	417	51.7%	390	48.3%	387,316	391,201	1.00%	
	外来	807	374	46.3%	433	53.7%	163,340	162,743	▲0.37%	
病床 区分別	入院 + 外来	一般	614	306	49.8%	308	50.2%	655,928	659,792	0.59%
		療養・ケアミックス	172	90	52.3%	82	47.7%	221,358	222,569	0.55%
		精神	16	9	56.3%	7	43.8%	142,364	144,922	1.80%
		その他	5	3	60.0%	2	40.0%	257,690	263,854	2.39%
	入院	一般	614	308	50.2%	306	49.8%	460,234	464,776	0.99%
		療養・ケアミックス	172	95	55.2%	77	44.8%	158,718	160,212	0.94%
		精神	16	10	62.5%	6	37.5%	116,398	119,269	2.47%
		その他	5	4	80.0%	1	20.0%	163,739	172,362	5.27%
	外来	一般	614	289	47.1%	325	52.9%	195,694	195,016	▲0.35%
		療養・ケアミックス	172	75	43.6%	97	56.4%	62,641	62,357	▲0.45%
		精神	16	9	56.3%	7	43.8%	25,966	25,653	▲1.21%
		その他	5	1	20.0%	4	80.0%	93,951	91,492	▲2.62%
病床 規模別	入院 + 外来	1~99床	85	43	50.6%	42	49.4%	109,734	108,465	▲1.16%
		100~199床	212	99	46.7%	113	53.3%	188,001	186,323	▲0.89%
		200~299床	150	71	47.3%	79	52.7%	352,818	353,157	0.10%
		300~399床	133	72	54.1%	61	45.9%	576,598	580,028	0.59%
		400~499床	93	49	52.7%	44	47.3%	808,870	813,265	0.54%
		500床~	134	74	55.2%	60	44.8%	1,420,604	1,437,025	1.16%
	入院	1~99床	85	44	51.8%	41	48.2%	61,315	60,559	▲1.23%
		100~199床	212	101	47.6%	111	52.4%	127,360	126,845	▲0.40%
		200~299床	150	69	46.0%	81	54.0%	250,120	250,989	0.35%
		300~399床	133	72	54.1%	61	45.9%	409,040	413,699	1.14%
		400~499床	93	53	57.0%	40	43.0%	581,287	586,559	0.91%
		500床~	134	78	58.2%	56	41.8%	1,002,776	1,018,210	1.54%
	外来	1~99床	85	41	48.2%	44	51.8%	48,420	47,906	▲1.06%
		100~199床	212	88	41.5%	124	58.5%	60,641	59,477	▲1.92%
		200~299床	150	66	44.0%	84	56.0%	102,698	102,168	▲0.52%
		300~399床	133	61	45.9%	72	54.1%	167,558	166,329	▲0.73%
		400~499床	93	49	52.7%	44	47.3%	227,583	226,706	▲0.39%
		500床~	134	69	51.5%	65	48.5%	417,828	418,816	0.24%

開設 主体別		病院数				一病院あたりの診療収益 (単位:千円)				
		有効 回答	収入増 病院	%	収入減 病院	%	平成23年 6月分	平成24年 6月分	前年比	
開設 主体別	入院 + 外来	国	30	17	56.7%	13	43.3%	968,930	976,953	0.83%
		自治体	224	105	46.9%	119	53.1%	615,017	617,083	0.34%
		その他公的	219	94	42.9%	125	57.1%	647,969	648,308	0.05%
		医療法人	272	153	56.3%	119	43.8%	313,816	316,435	0.83%
	入院	その他私的	62	39	62.9%	23	37.1%	811,048	829,796	2.31%
		国	30	16	53.3%	14	46.7%	727,604	736,832	1.27%
		自治体	224	107	47.8%	117	52.2%	437,233	440,238	0.69%
		その他公的	219	100	45.7%	119	54.3%	445,984	447,397	0.32%
	外来	医療法人	272	151	55.5%	121	44.5%	227,071	229,585	1.11%
		その他私的	62	43	69.4%	19	30.6%	538,097	557,319	3.57%
		国	30	16	53.3%	14	46.7%	241,326	240,121	▲0.50%
		自治体	224	95	42.4%	129	57.6%	177,784	176,845	▲0.53%
病院 機能別	入院 + 外来	その他公的	219	98	44.7%	121	55.3%	201,984	200,910	▲0.53%
		医療法人	272	138	50.7%	134	49.3%	86,745	86,851	0.12%
		その他私的	62	27	43.5%	35	56.5%	272,951	272,477	▲0.17%
		単科病院	42	25	59.5%	17	40.5%	193,694	196,874	1.64%
	入院	併科病院(主に内科)	176	88	50.0%	88	50.0%	184,089	185,102	0.55%
		併科病院(主に外科)	75	39	52.0%	36	48.0%	330,996	332,416	0.43%
		旧総合病院に準ずる病院	514	256	49.8%	258	50.2%	737,393	741,740	0.59%
		単科病院	42	25	59.5%	17	40.5%	142,219	145,003	1.96%
	外来	併科病院(主に内科)	176	90	51.1%	86	48.9%	131,988	133,229	0.94%
		併科病院(主に外科)	75	44	58.7%	31	41.3%	224,350	227,048	1.20%
		旧総合病院に準ずる病院	514	258	50.2%	256	49.8%	518,550	523,603	0.97%
		単科病院	42	25	59.5%	17	40.5%	51,474	51,870	0.77%
病院 機能別 (再掲)	入院 + 外来	併科病院(主に内科)	176	80	45.5%	96	54.5%	52,101	51,873	▲0.44%
		併科病院(主に外科)	75	29	38.7%	46	61.3%	106,646	105,368	▲1.20%
		旧総合病院に準ずる病院	514	240	46.7%	274	53.3%	218,843	218,137	▲0.32%
		特定機能病院	16	11	68.8%	5	31.3%	2,063,655	2,112,237	2.35%
		救命救急センター	98	59	60.2%	39	39.8%	1,352,818	1,372,284	1.44%
		二次救急病院	546	274	50.2%	272	49.8%	654,151	658,149	0.61%
		産科実施病院	113	65	57.5%	48	42.5%	1,349,453	1,366,420	1.26%
		小児科実施病院	300	155	51.7%	145	48.3%	974,874	983,645	0.90%
	入院	ハイケアユニット実施病院	90	49	54.4%	41	45.6%	867,481	884,158	1.92%
		回復期リハ実施病院	143	82	57.3%	61	42.7%	407,215	414,141	1.70%
		亜急性期病院	234	97	41.5%	137	58.5%	372,103	368,656	▲0.93%
		緩和ケア病棟保有	69	41	59.4%	28	40.6%	756,710	764,744	1.06%
特定機能病院		16	11	68.8%	5	31.3%	1,407,065	1,458,733	3.67%	
救命救急センター		98	60	61.2%	38	38.8%	973,001	990,536	1.80%	
二次救急病院		546	281	51.5%	265	48.5%	459,966	465,020	1.10%	
産科実施病院		113	67	59.3%	46	40.7%	956,058	972,638	1.73%	
外来	小児科実施病院	300	163	54.3%	137	45.7%	685,979	694,760	1.28%	
	ハイケアユニット実施病院	90	48	53.3%	42	46.7%	622,859	636,312	2.16%	
	回復期リハ実施病院	143	88	61.5%	55	38.5%	295,224	303,735	2.88%	
	亜急性期病院	234	107	45.7%	127	54.3%	262,551	260,260	▲0.87%	
	緩和ケア病棟保有	69	44	63.8%	25	36.2%	527,524	535,649	1.54%	
	特定機能病院	16	5	31.3%	11	68.8%	656,590	653,504	▲0.47%	
	救命救急センター	98	52	53.1%	46	46.9%	379,817	381,749	0.51%	
	二次救急病院	546	250	45.8%	296	54.2%	194,185	193,129	▲0.54%	
入院 基本料 区分別	産科実施病院	113	60	53.1%	53	46.9%	393,395	393,781	0.10%	
	小児科実施病院	300	146	48.7%	154	51.3%	288,895	288,885	▲0.00%	
	ハイケアユニット実施病院	90	47	52.2%	43	47.8%	244,621	247,846	1.32%	
	回復期リハ実施病院	143	62	43.4%	81	56.6%	111,991	110,406	▲1.42%	
	亜急性期病院	234	100	42.7%	134	57.3%	109,552	108,396	▲1.06%	
	緩和ケア病棟保有	69	35	50.7%	34	49.3%	229,186	229,094	▲0.04%	
	7対1	451	241	53.4%	210	46.6%	512,606	519,347	1.32%	
	10対1	228	98	43.0%	130	57.0%	207,578	204,529	▲1.47%	
	13対1	23	13	56.5%	10	43.5%	117,759	116,862	▲0.76%	
	15対1	29	12	41.4%	17	58.6%	110,771	108,617	▲1.94%	
	特別	3	2	66.7%	1	33.3%	86,172	93,560	8.57%	
	7対1特別	1	1	100.0%	0	0.0%	203,565	208,782	2.56%	
10対1特別	1	1	100.0%	0	0.0%	89,745	97,248	8.36%		
暫定7対1	18	9	50.0%	9	50.0%	249,941	241,310	▲3.45%		

2) 一人一日当たりの診療収入（単価）の対前年比（平成23年6月/24年6月）（資料2）

(1) 一人一日あたり診療収入（単価）の前年比（全病院）

一人一日あたりの診療単価は、入院+2.46%、外来+2.95%といずれもプラス、入院ではDPC対象病院が+2.53%、対象外病院が+2.30%、入院全体で66.7%の病院が単価増となっている。

(2) 一人一日あたり診療収入（単価）の前年比（病床区分別）

入院および外来単価は、外来のその他の病院を除き単価増病院がほぼ6割以上を占めている。

一般病院の入院単価は+2.36%、外来単価が+3.38%であり、精神科の入院単価は+5.52%で大幅増となっている。

(3) 一人一日あたり診療収入（単価）の前年比（病床規模別）

いずれの病床規模においても入院および外来単価はプラスである。

入院単価は、99床以下+3.14%、200~299床+2.73%、500床以上2.70%の増加率の順になっている。外来単価は400床以上の病院が4%以上の単価増となっている。

(4) 一人一日あたり診療収入（単価）の前年比（DPC区分・病床規模別）

DPC対象病院、対象外病院ともに、いずれの病床規模でもプラスであり、100床~199床で+4.40%、次いで200~299床が+3.12%となっている。

DPC対象外病院では、99床以下で最も高い増加率（+3.44%）である。

(5) 一人一日あたり診療収入（単価）の前年比（開設主体別）

開設主体別の入院単価は、いずれの区分においてもプラスであり、開設者間ではその他私的が最も増加率が大きく（+4.19%）、国が最も小さい（+0.38%）。

外来単価もいずれの区分においてもプラスであり、開設者間で大きな差異はみられない。

(6) 一人一日あたり診療収入（単価）の前年比（病院機能別）

病院機能別では、入院単価がいずれの病院機能でも増加、大きな差異はみられない。単科病院が最も増加率が高く+3.97%である。

外来単価では併科病院（主に外科系）（+0.66%）の増加率が最も低い。

(資料2) 一人一日あたりの診療収入（単価）の前年比

		病院数				一人一日あたり診療収入(単価) (単位:円)				
		有効 回答数	単価増 病院	%	単価減 病院	%	平成23年 6月	平成24年 6月	前年比	
全病院	入院	807	538	66.7%	269	33.3%	43,035	44,094	2.46%	
	うち、DPC対象病院	478	329	68.8%	149	31.2%	51,413	52,712	2.53%	
	うち、DPC対象外病院	329	209	63.5%	120	36.5%	30,862	31,572	2.30%	
	外来	807	574	71.1%	233	28.9%	11,050	11,376	2.95%	
病床 区分別	入院	一般	614	405	66.0%	209	34.0%	47,899	49,030	2.36%
		療養・ケアミックス	172	118	68.6%	54	31.4%	28,501	29,346	2.96%
		精神	16	12	75.0%	4	25.0%	17,138	18,085	5.52%
		その他	5	3	60.0%	2	40.0%	28,556	28,479	▲0.27%
	外来	一般	614	459	74.8%	155	25.2%	11,765	12,163	3.38%
		療養・ケアミックス	172	103	59.9%	69	40.1%	8,729	8,839	1.26%
		精神	16	10	62.5%	6	37.5%	8,677	8,814	1.58%
		その他	5	2	40.0%	3	60.0%	10,651	10,272	▲3.56%
病床 規模別	入院	1~99床	85	53	62.4%	32	37.6%	31,910	32,911	3.14%
		100~199床	212	134	63.2%	78	36.8%	33,406	34,299	2.67%
		200~299床	150	102	68.0%	48	32.0%	41,780	42,922	2.73%
		300~399床	133	90	67.7%	43	32.3%	47,323	48,278	2.02%
		400~499床	93	58	62.4%	35	37.6%	50,455	51,253	1.58%
		500床~	134	101	75.4%	33	24.6%	57,324	58,874	2.70%

		病院数					一人一日あたり診療収入(単価) (単位:円)				
		有効 回答数	単価増 病院	%	単価減 病院	%	平成23年 6月	平成24年 6月	前年比		
病床 規模別	外来	1～99床	85	52	61.2%	33	38.8%	9,039	9,298	2.87%	
		100～199床	212	131	61.8%	81	38.2%	9,582	9,717	1.40%	
		200～299床	150	96	64.0%	54	36.0%	10,688	10,864	1.65%	
		300～399床	133	104	78.2%	29	21.8%	11,911	12,352	3.70%	
		400～499床	93	78	83.9%	15	16.1%	12,259	12,777	4.23%	
		500床～	134	113	84.3%	21	15.7%	13,358	13,951	4.44%	
DPC 区分別 ・ 病床 規模別	DPC 対象 病院	1～99床	6	3	50.0%	3	50.0%	63,725	64,566	1.32%	
		100～199床	52	38	73.1%	14	26.9%	43,864	45,793	4.40%	
		200～299床	97	69	71.1%	28	28.9%	46,587	48,039	3.12%	
		300～399床	110	73	66.4%	37	33.6%	50,152	51,109	1.91%	
		400～499床	85	51	60.0%	34	40.0%	52,693	53,520	1.57%	
			500床～	128	95	74.2%	33	25.8%	57,795	59,350	2.69%
	DPC 対象外 病院	1～99床	79	50	63.3%	29	36.7%	29,493	30,506	3.44%	
		100～199床	160	96	60.0%	64	40.0%	30,007	30,564	1.85%	
		200～299床	53	33	62.3%	20	37.7%	32,983	33,556	1.74%	
		300～399床	23	17	73.9%	6	26.1%	33,794	34,741	2.80%	
400～499床		8	7	87.5%	1	12.5%	26,676	27,168	1.84%		
		500床～	6	6	100.0%	0	0.0%	47,274	48,700	3.02%	
開設 主体別	入院	国	30	20	66.7%	10	33.3%	52,086	52,282	0.38%	
		自治体	224	152	67.9%	72	32.1%	44,639	45,853	2.72%	
		その他公的	219	147	67.1%	72	32.9%	45,728	46,803	2.35%	
		医療法人	272	175	64.3%	97	35.7%	37,469	38,266	2.13%	
		その他私的	62	44	71.0%	18	29.0%	47,767	49,770	4.19%	
	外来	国	30	22	73.3%	8	26.7%	11,986	12,168	1.52%	
		自治体	224	165	73.7%	59	26.3%	11,124	11,501	3.39%	
		その他公的	219	168	76.7%	51	23.3%	12,363	12,819	3.69%	
		医療法人	272	172	63.2%	100	36.8%	9,754	9,933	1.83%	
		その他私的	62	47	75.8%	15	24.2%	11,374	11,776	3.53%	
病院 機能別	入院	単科病院	42	32	76.2%	10	23.8%	29,707	30,885	3.97%	
		併科病院(主に内科)	176	114	64.8%	62	35.2%	30,634	31,408	2.53%	
		併科病院(主に外科)	75	45	60.0%	30	40.0%	40,565	41,431	2.13%	
		旧総合病院に準ずる病院	514	347	67.5%	167	32.5%	48,730	49,905	2.41%	
	外来	単科病院	42	29	69.0%	13	31.0%	9,645	9,909	2.75%	
		併科病院(主に内科)	176	106	60.2%	70	39.8%	9,954	10,185	2.32%	
		併科病院(主に外科)	75	45	60.0%	30	40.0%	9,570	9,633	0.66%	
		旧総合病院に準ずる病院	514	394	76.7%	120	23.3%	11,756	12,158	3.42%	
病院 機能別 (再掲)	入院	特定機能病院	16	12	75.0%	4	25.0%	63,491	65,958	3.89%	
		救命救急センター	98	72	73.5%	26	26.5%	58,975	60,787	3.07%	
		二次救急病院	546	368	67.4%	178	32.6%	46,691	47,841	2.46%	
		産科実施病院	113	84	74.3%	29	25.7%	58,094	59,693	2.75%	
		小児科実施病院	300	215	71.7%	85	28.3%	53,159	54,431	2.39%	
		ハイケアユニット実施病院	90	59	65.6%	31	34.4%	55,061	56,657	2.90%	
		回復期リハ実施病院	143	105	73.4%	38	26.6%	38,263	39,547	3.36%	
	亜急性期病院	234	155	66.2%	79	33.8%	38,904	39,643	1.90%		
	緩和ケア病棟保有	69	46	66.7%	23	33.3%	48,417	49,747	2.75%		
	外来	特定機能病院	16	14	87.5%	2	12.5%	13,858	14,508	4.69%	
		救命救急センター	98	82	83.7%	16	16.3%	13,641	14,250	4.46%	
		二次救急病院	546	406	74.4%	140	25.6%	11,544	11,872	2.84%	
		産科実施病院	113	92	81.4%	21	18.6%	13,234	13,776	4.10%	
		小児科実施病院	300	248	82.7%	52	17.3%	12,313	12,835	4.24%	
ハイケアユニット実施病院		90	71	78.9%	19	21.1%	13,041	13,582	4.15%		
回復期リハ実施病院		143	94	65.7%	49	34.3%	9,940	10,199	2.61%		
亜急性期病院	234	172	73.5%	62	26.5%	9,808	10,164	3.63%			
		緩和ケア病棟保有	69	48	69.6%	21	30.4%	11,753	12,135	3.25%	
入院 基本料 区分別	7対1	451	302	67.0%	149	33.0%	50,582	51,812	2.43%		
	10対1	228	151	66.2%	77	33.8%	35,360	36,401	2.94%		
	13対1	23	13	56.5%	10	43.5%	29,026	29,147	0.41%		
	15対1	29	18	62.1%	11	37.9%	24,777	26,163	5.59%		
	特別	3	3	100.0%	0	0.0%	36,300	39,157	7.87%		
	7対1特別	1	0	0.0%	1	100.0%	46,317	45,626	▲1.49%		
	10対1特別	1	1	100.0%	0	0.0%	20,718	22,854	10.31%		
		暫定7対1	18	10	55.6%	8	44.4%	45,654	44,618	▲2.27%	

3) 延患者数の対前年比（平成23年6月/24年6月）（資料3）

延患者数の前年比（全体・病床区分別）

全病院でみた延患者数は、入院、外来いずれも減少している病院割合が大きい。

特に外来は74.1%の病院で減少している。

病床区分別の入院延患者数は、その他を除き一般、療養・ケアミックス、精神において減少している病院が半数を超え、外来延患者数では、一般病院の77.0%が減少している。

（資料3）延患者数の前年比

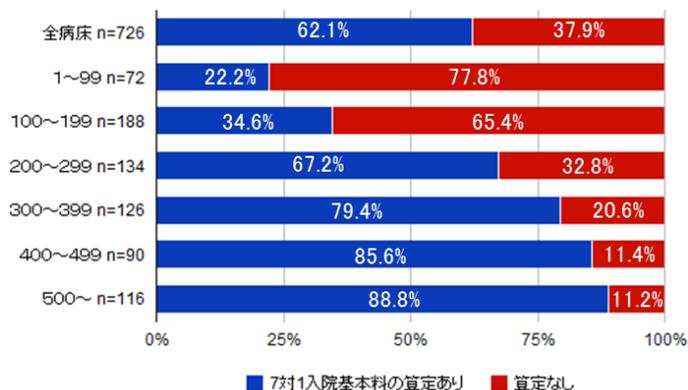
		病院数					延患者数の前年比 (単位:人)			
		有効 回答数	延患者数 増病院	%	延患者数 減病院	%	平成23年 6月	平成24年 6月	前年比	
全病院	入院	807	341	42.3%	466	57.7%	7,719	7,608	▲1.43%	
	うち、DPC対象病院	478	206	43.1%	272	56.9%	10,139	10,003	▲1.34%	
	うち、DPC対象外病院	329	135	41.0%	194	59.0%	4,202	4,129	▲1.75%	
	外来	807	209	25.9%	598	74.1%	13,067	12,590	▲3.65%	
病床 区分別	入院	一般	614	255	41.5%	359	58.5%	8,514	8,386	▲1.51%
		療養・ケアミックス	172	79	45.9%	93	54.1%	4,969	4,922	▲0.94%
		精神	16	4	25.0%	12	75.0%	7,347	7,220	▲1.74%
		その他	5	3	60.0%	2	40.0%	5,790	5,708	▲1.41%
	外来	一般	614	141	23.0%	473	77.0%	15,282	14,695	▲3.84%
		療養・ケアミックス	172	60	34.9%	112	65.1%	6,209	6,094	▲1.85%
		精神	16	8	50.0%	8	50.0%	2,980	2,906	▲2.47%
		その他	5	0	0.0%	5	100.0%	9,238	8,547	▲7.49%
病床 規模別	入院	1～99床	85	43	50.6%	42	49.4%	1,805	1,748	▲3.15%
		100～199床	212	86	40.6%	126	59.4%	3,701	3,630	▲1.90%
		200～299床	150	59	39.3%	91	60.7%	5,922	5,795	▲2.15%
		300～399床	133	56	42.1%	77	57.9%	8,430	8,336	▲1.11%
		400～499床	93	45	48.4%	48	51.6%	11,214	11,119	▲0.84%
	外来	500床～	134	52	38.8%	82	61.2%	16,706	16,489	▲1.30%
		1～99床	85	33	38.8%	52	61.2%	4,265	4,140	▲2.92%
		100～199床	212	70	33.0%	142	67.0%	6,100	5,886	▲3.50%
		200～299床	150	42	28.0%	108	72.0%	9,708	9,433	▲2.83%
		300～399床	133	29	21.8%	104	78.2%	13,766	13,293	▲3.44%
DPC 区分別 ・ 病床 規模別	DPC 対象 病院	400～499床	93	11	11.8%	82	88.2%	17,923	17,059	▲4.82%
		500床～	134	24	17.9%	110	82.1%	29,371	28,290	▲3.68%
		1～99床	6	3	50.0%	3	50.0%	2,349	1,927	▲17.98%
		100～199床	52	22	42.3%	30	57.7%	4,033	3,921	▲2.77%
		200～299床	97	41	42.3%	56	57.7%	6,031	5,906	▲2.07%
	DPC 対象外 病院	300～399床	110	48	43.6%	62	56.4%	8,456	8,377	▲0.94%
		400～499床	85	42	49.4%	43	50.6%	11,271	11,172	▲0.87%
		500床～	128	50	39.1%	78	60.9%	16,791	16,577	▲1.27%
		1～99床	79	40	50.6%	39	49.4%	1,764	1,735	▲1.65%
		100～199床	160	64	40.0%	96	60.0%	3,593	3,536	▲1.59%
開設 主体別	入院	200～299床	53	18	34.0%	35	66.0%	5,721	5,590	▲2.29%
		300～399床	23	8	34.8%	15	65.2%	8,303	8,142	▲1.93%
		400～499床	8	3	37.5%	5	62.5%	10,605	10,552	▲0.50%
		500床～	6	2	33.3%	4	66.7%	14,900	14,603	▲2.00%
		国	30	14	46.7%	16	53.3%	12,928	12,873	▲0.42%
	外来	自治体	224	87	38.8%	137	61.2%	8,407	8,241	▲1.98%
		その他公的	219	73	33.3%	146	66.7%	8,640	8,444	▲2.26%
		医療法人	272	130	47.8%	142	52.2%	5,438	5,396	▲0.77%
		その他私的	62	37	59.7%	25	40.3%	9,460	9,524	▲0.67%
		国	30	9	30.0%	21	70.0%	19,789	19,276	▲2.59%
外来	自治体	224	39	17.4%	185	82.6%	14,742	14,128	▲4.17%	
	その他公的	219	39	17.8%	180	82.2%	14,855	14,199	▲4.42%	
	医療法人	272	111	40.8%	161	59.2%	7,847	7,694	▲1.95%	
	その他私的	62	11	17.7%	51	82.3%	20,350	19,598	▲3.69%	

		病院数				延患者数の前年比 (単位:人)				
		有効 回答数	延患者数 増病院	%	延患者数 減病院	%	平成23年 6月	平成24年 6月	前年比	
病院 機能別	入院	単科病院	42	16	38.1%	26	61.9%	5,336	5,249	▲1.62%
		併科病院(主に内科)	176	81	46.0%	95	54.0%	3,954	3,919	▲0.90%
		併科病院(主に外科)	75	37	49.3%	38	50.7%	4,574	4,505	▲1.51%
		旧総合病院に準ずる病院	514	207	40.3%	307	59.7%	9,661	9,517	▲1.49%
	外来	単科病院	42	20	47.6%	22	52.4%	4,683	4,567	▲2.48%
		併科病院(主に内科)	176	60	34.1%	116	65.9%	4,911	4,740	▲3.48%
併科病院(主に外科)		75	24	32.0%	51	68.0%	8,204	7,865	▲4.12%	
病院 機能別 (再掲)	入院	旧総合病院に準ずる病院	514	105	20.4%	409	79.6%	17,255	16,623	▲3.66%
		特定機能病院	16	10	62.5%	6	37.5%	21,836	21,942	0.48%
		救命救急センター	98	44	44.9%	54	55.1%	15,718	15,553	▲1.05%
		二次救急病院	546	219	40.1%	327	59.9%	8,642	8,512	▲1.50%
		産科実施病院	113	51	45.1%	62	54.9%	15,496	15,353	▲0.92%
		小児科実施病院	300	123	41.0%	177	59.0%	12,075	11,903	▲1.43%
		ハイケアユニット実施病院	90	34	37.8%	56	62.2%	10,451	10,313	▲1.32%
		回復期リハ実施病院	143	68	47.6%	75	52.4%	7,164	7,137	▲0.39%
	外来	亜急性期病院	234	81	34.6%	153	65.4%	6,129	5,974	▲2.53%
		緩和ケア病棟保有	69	34	49.3%	35	50.7%	10,198	10,081	▲1.14%
		特定機能病院	16	1	6.3%	15	93.8%	44,489	42,999	▲3.35%
		救命救急センター	98	19	19.4%	79	80.6%	26,563	25,632	▲3.50%
		二次救急病院	546	125	22.9%	421	77.1%	15,286	14,719	▲3.71%
		産科実施病院	113	17	15.0%	96	85.0%	27,340	26,297	▲3.82%
入院 基本料 区分別	小児科実施病院	300	44	14.7%	256	85.3%	21,641	20,770	▲4.03%	
	ハイケアユニット実施病院	90	20	22.2%	70	77.8%	17,338	16,828	▲2.94%	
	回復期リハ実施病院	143	52	36.4%	91	63.6%	9,853	9,534	▲3.24%	
	亜急性期病院	234	53	22.6%	181	77.4%	10,528	10,106	▲4.00%	
	緩和ケア病棟保有	69	17	24.6%	52	75.4%	16,930	16,390	▲3.19%	
	7対1	451	203	45.0%	248	55.0%	9,276	9,178	▲1.06%	
	10対1	228	76	33.3%	152	66.7%	5,338	5,148	▲3.57%	
	13対1	23	8	34.8%	15	65.2%	3,363	3,360	▲0.08%	
15対1	29	15	51.7%	14	48.3%	4,256	4,258	0.04%		
特別	3	2	66.7%	1	33.3%	2,811	2,760	▲1.81%		
7対1特別	1	1	100.0%	0	0.0%	4,395	4,576	4.12%		
10対1特別	1	1	100.0%	0	0.0%	3,977	4,033	1.41%		
暫定7対1	18	7	38.9%	11	61.1%	5,650	5,394	▲4.53%		

4) 一般病棟における7対1入院基本料

重症度・看護必要度の基準を満たす割合は95.3%、3.1%の病院が基準を満たしていない。

7対1算定病院は、全体で62.1%。病床規模別では、200床未満の病院では5割以下にとどまり、病床規模に比例し算定病院の割合は高く、300床以上では7割を超え、500床以上の病院は88.8%となっている。



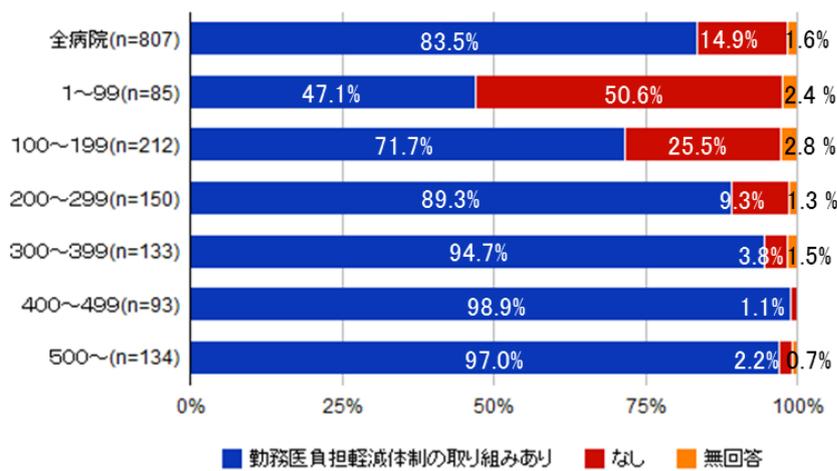
5) 病院勤務医師負担軽減体制の取組み

病院勤務医師負担軽減体制について、取組みを実施している病院の割合は83.5%となっている。病床規模の大きさに比例し実施率は高くなり、300床以上では90%を超える病院が取組みを実施

しているが、100床未満の実施割合が47.1%で最も低い。

医師と医療関係職種や事務職等における役割分担の実施率が89.5%で最も高く、医師事務作業補助者の配置は86.1%と大半の病院が実施している。

一方で、短時間正規雇用医師の活用や予定手術前日の当直・夜勤に対する配慮、交代勤務制についても、3割前後の病院が対応している。

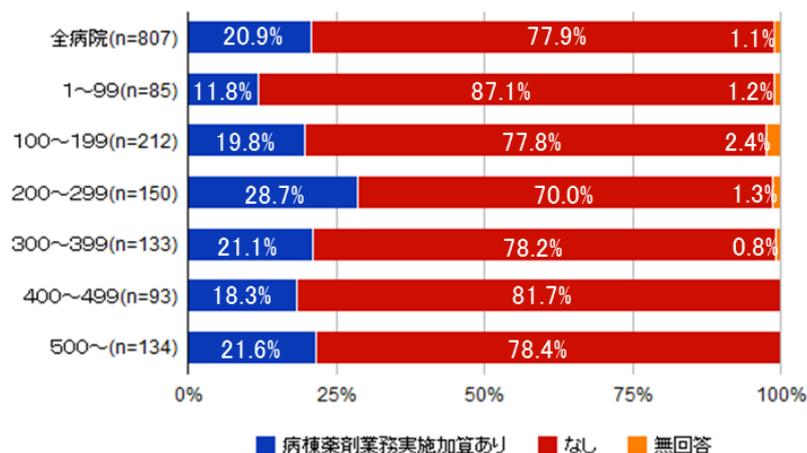


6) 病棟薬剤業務実施加算

新設された病棟薬剤業務実施加算の算定割合は全体で20.9%。

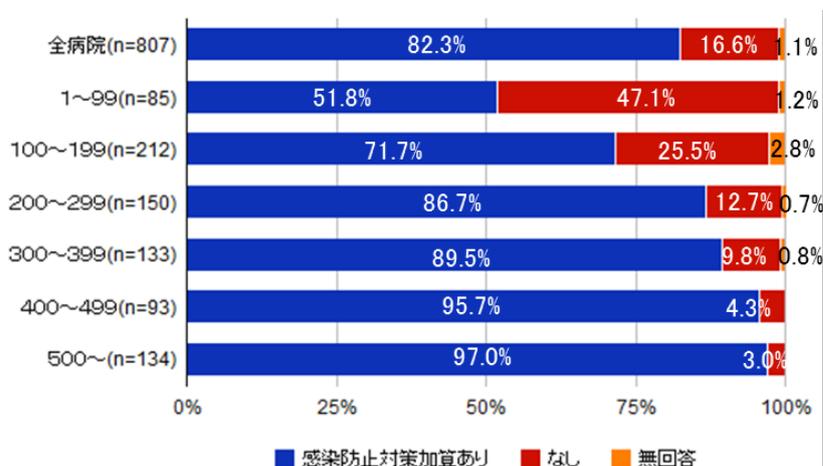
病床規模別では200床以上300床未満の病院の算定割合が28.7%で最も高い。

病棟薬剤師の配置人員数は、1病棟当たり2人以下とする病院の割合が最も高く92.9%を占めている。また、病棟業務時間は20時間以上25時間未満の病院の割合が60.9%と最も高く、平均業務時間数は24.1時間となっている。



7) 感染防止対策加算

算定病院は全体で82.3%と前回調査時31.5%に比べて2.6倍以上の増加割合となっている。500床以上の病院が97.0%の算定割合に対し100床未満は51.8%となり、病床規模に比例して高くなる傾向は前回同様である。感染防止対策加算1は地域連携加算を含めて54.4%、病床規模では400床以上で90%を超える算定割合となっている。



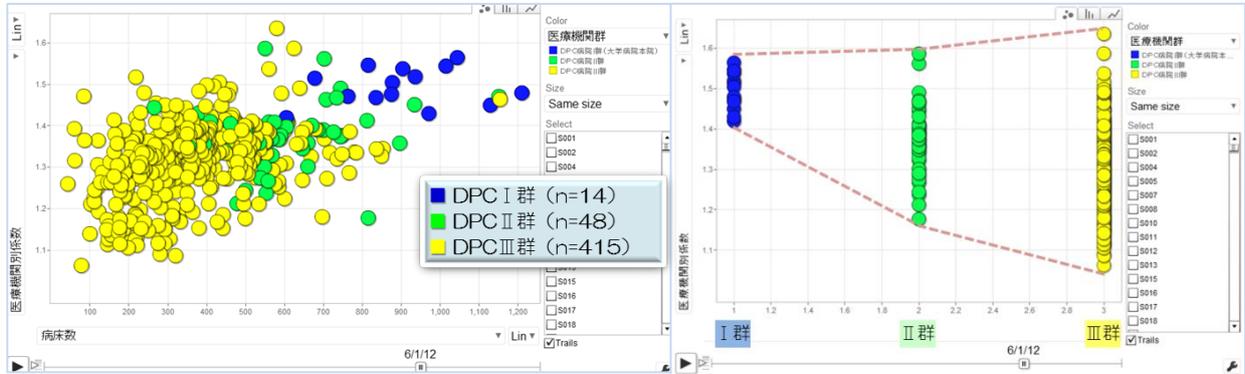
8) DPC/PDPSの改定

(1) DPC対象病院の医療機関別係数

平成24年6月の医療機関別係数と病床の関係は、I群とII・III群では分布が異なる。

II群とIII群では医療機関別係数に有意な差は認められない。

・平成24年6月期 医療機関群・病床数の比較

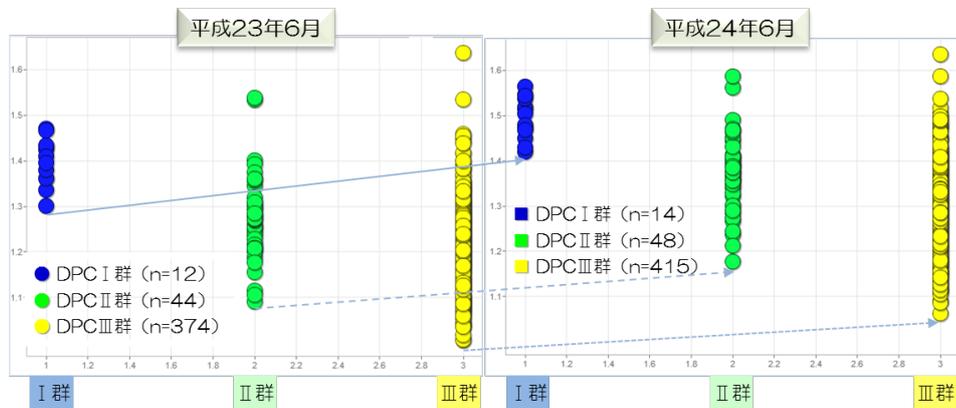


・医療機関群ごとの医療機関別係数（平成23年6月・平成24年6月）

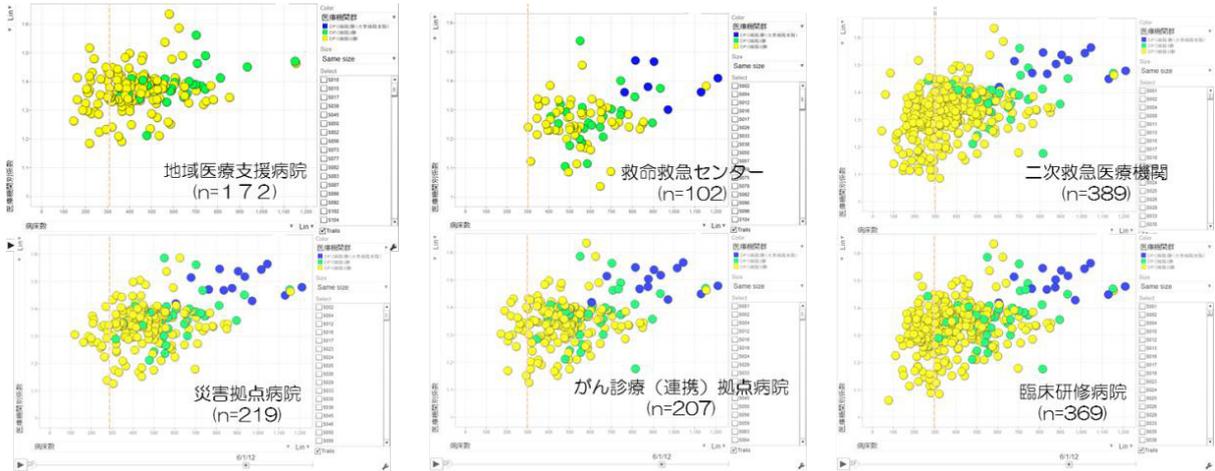
	有効回答数	医療機関別係数											
		平均値	最小値	最大値	中央値	1,000未満	1,000～1,100未満	1,100～1,200未満	1,200～1,300未満	1,300～1,400未満	1,400～1,500未満	1,500以上	
DPC対象病院	平成23年6月	430	1.2357	1.0063	1.6368	1.2330	0	45	83	212	71	15	4
	平成24年6月	477	1.3251	1.0626	1.6353	1.3313	0	3	49	114	229	68	14
	前年比		7.23%	5.59%	▲0.09%	7.98%		▲93.33%	▲40.96%	▲46.23%	222.54%	353.33%	250.00%
I群	平成23年6月	12	1.3974	1.3009	1.4703	1.3953	0	0	0	0	6	6	0
	平成24年6月	14	1.4944	1.4196	1.5643	1.4917	0	0	0	0	7	7	0
	前年比		6.94%	9.12%	6.39%	6.91%					▲100.00%	16.67%	
II群	平成23年6月	44	1.2726	1.0911	1.5382	1.2587	0	1	5	25	10	1	2
	平成24年6月	48	1.3717	1.1772	1.5867	1.3753	0	0	1	7	25	13	2
	前年比		7.79%	7.89%	3.15%	9.26%		▲100.00%	▲80.00%	▲72.00%	150.00%	1200.00%	0.00%
III群	平成23年6月	374	1.2262	1.0063	1.6368	1.2281	0	44	78	187	55	8	2
	平成24年6月	415	1.3140	1.0626	1.6353	1.3223	0	3	48	107	204	48	5
	前年比		7.16%	5.59%	▲0.09%	7.67%		▲93.18%	▲38.46%	▲42.78%	270.91%	500.00%	150.00%

平成23年および平成24年の6月の医療機関別係数を比べると、I～IIIの各群がともに上昇し、係数が最も高い医療機関はIII群病院となっている。I群の係数は 1.5 ± 0.1 に集約されているが、II群・III群は係数のバラツキが大きく、II・III群の係数については各調査月ともに大きな差は認められない。また、病院機能別に医療機関別係数と病床の関係をもても、III群の概ね300床以上の病院ではほぼ同様の分布を示し、なかでもII・III群間において病院機能による医療機関群の有意な差は無い。

・医療機関群の比較（平成23年6月・平成24年6月）



・医療機関群の機能別比較（平成24年6月）



(2) DPC対象病院の医療機関群要件

平成24年3月に厚生労働省より通知されたⅡ群・Ⅲ群医療機関の実績要件をみると、Ⅲ群の平均値は実績要件1（診療密度）と実績要件3a（手術1件あたりの外保連指数）を除く4項目で基準値を上回っている。

Ⅲ群において基準値以上の病院数が最も少ない要件は、手術1件あたりの外保連指数であり、その病院割合は16.3%にとどまっている。

医療機関群6要件のうち、5項目該当の病院割合は8.0%、4項目病院の割合が19.7%となっている。

5項目該当群の中で、未達成要件として最も高いものは、手術1件あたりの外保連指数で54.5%を占めている。

Ⅲ群における基準値以上の項目数別病院数

項目数	病院数	割合
5項目	33	8.0%
4項目	81	19.7%
3項目	76	18.4%
2項目	73	17.7%
1項目	74	18.0%
0項目	75	18.2%
合計	412	100.0%



医療機関群6要件の該当項目数について病床数で比較すると、5項目該当では500床以上病院が51.5%、4項目該当で48.1%を占め、4項目以上

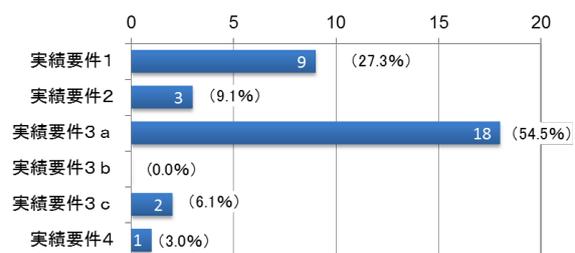
医療機関群(Ⅱ群・Ⅲ群)における実績要件の比較

要件	基準値	厚生労働省通知の平均値	
		Ⅱ群 (n=45)	Ⅲ群 (n=412)
【実績要件1】診療密度	2,438.63	2,551.07	2,409.71
【実績要件2】医師研修の実施	0.0163	0.0420	0.0185
【実績要件3】高度な医療技術の実施			
(3a)手術1件あたりの外保連指数	14.69	16.36	13.36
(3b)DPC算定病床当たりの同指数	134.59	216.92	134.61
(3c)手術実施件数	3,200	7,535	3,271
【実績要件4】重症患者に対する診療の実施	0.1248	0.2474	0.1380

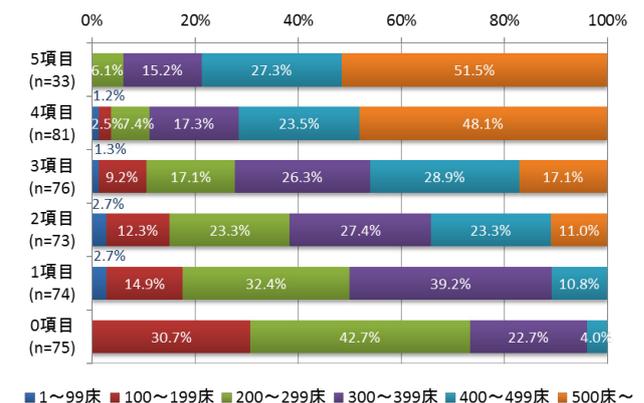
Ⅲ群における基準値の達成割合と平均値

	基準値以上			基準値未満		
	病院数	割合	平均値	病院数	割合	平均値
実績要件1	152	36.9%	2,540.75	260	63.1%	2,333.10
実績要件2	168	40.8%	0.0375	244	59.2%	0.0054
実績要件3a	67	16.3%	16.63	345	83.7%	12.72
実績要件3b	175	42.5%	183.38	237	57.5%	98.60
実績要件3c	185	44.9%	5,231	227	55.1%	1,673
実績要件4	190	46.1%	0.2155	222	53.9%	0.0716

Ⅲ群における5項目達成群の未達成要件の割合・件数 (病院数) n=33



Ⅲ群における基準該当項目数と病床数の関係

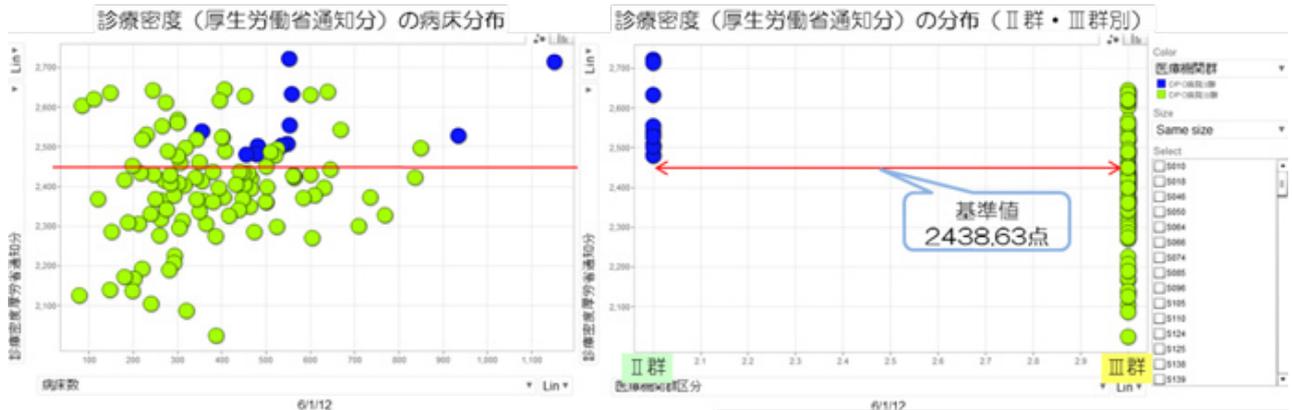


の該当病院のうち7割以上が400床以上である。

一方で、200床未満病院の該当項目数の最大は4項目となっており、項目該当のない病院では200床以上300床未満が最も多い。

(3) DPC対象病院の診療密度 - 1日当たり包括範囲内出来高平均点数(患者数補正後) -

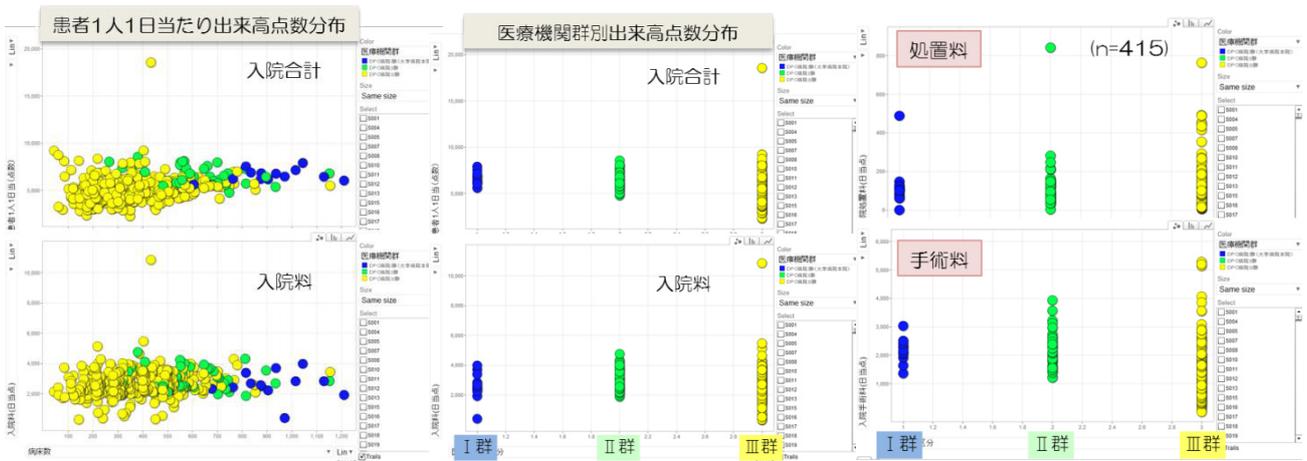
平成24年3月に厚生労働省より通知された医療機関群の実績要件の1つである診療密度(1日当たり包括範囲内出来高平均点数(患者数補正後))について、II・III群医療機関の病床数および群ごとにとみると、III群病院においても基準値を上回る病院(152病院 36.9%)は少なくない。



(4) DPC対象病院の行為別点数 - 患者1人1日当たり出来高点数 -

DPC対象病院の入院診療分について出来高点数に換算し、診療行為別に医療機関群ごとに評価を行ったが、患者1人1日当たり入院点数および入院料(行為別)についてみると、最も点数が高い医療機関はIII群であり、III群の点数は高低のバラツキがあるものの、各群に大きな差は認められない。

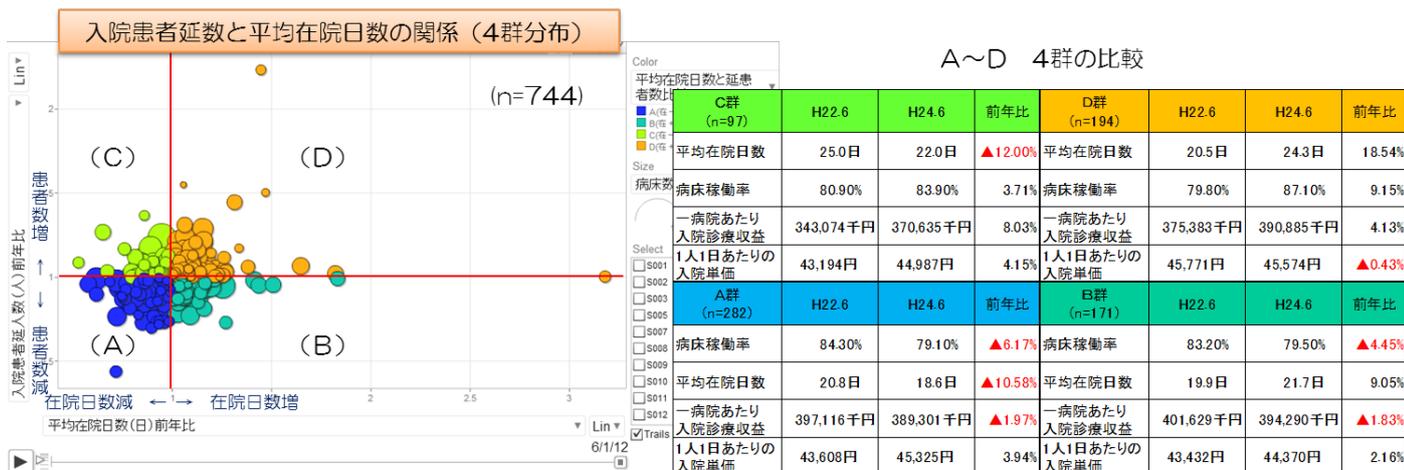
主な診療行為別ごとにも各医療機関群に大きな差はなく、DPC/PDPSで出来高となる手術料についてもI群が高いという傾向は認められない。特にII群・III群間に有意な差は認められず、むしろIII群が高い傾向にある。



5) 延患者数減について

4群の中では、延患者数、在院日数ともに減少したA群が占める割合(37.9%)と入院診療収益の減収割合(-1.97%)が最も大きい。

入院患者延数が減少した病院群 (A+B群) のうち約6割が平均在院日数の減少 (A群) がみられ、病床区分別では500床以上が43.2%と最も割合が高く、200床以上300床未満の41.6%が続いている。



		A群 (在-) (延患-)	B群 (在+) (延患-)	C群 (在-) (延患+)	D群 (在+) (延患+)	計
病床区分	1~99床	29	8	12	22	71
	100~199床	71	47	29	52	199
	200~299床	57	28	12	40	137
	300~399床	42	40	18	28	128
	400~499床	32	22	15	22	91
	500床~	51	26	11	30	118
	計	282	171	97	194	744
構成比	37.9%	23.0%	13.0%	26.1%	100.0%	
開設主体	国	9	6	2	8	25
	自治体	93	42	21	55	211
	その他公的	78	65	25	43	211
	医療法人	89	48	43	64	244
	その他私的	13	10	6	24	53
病院機能1	単科病院	10	1	3	6	20
	併科病院(主に内科)	55	29	21	49	154
	併科病院(主に外科)	23	13	11	24	71
	旧総合病院に準ずる病院	194	128	62	115	499
病院機能2	地域医療支援病院	65	42	25	49	181
	救命救急センター	35	25	10	28	98
	二次救急医療機関	211	128	64	128	531
	災害拠点病院	94	62	24	60	240
	がん診療連携拠点病院	78	59	18	52	207
	臨床研修病院	166	103	50	105	424
	産科実施病院	8	9	2	8	27
小児科実施病院	118	65	31	73	287	

2011年 「人間ドックの現況」

公益社団法人
日本人間ドック学会

公益社団法人日本人間ドック学会

人間ドック指定病院・施設の現況

2011年12月現在

6. 人間ドック項目別成績調査の回答状況

(1) 二日ドック指定病院のアンケート返信数（2011年）－地域別比較－

ブロック	指定病院数	返信数	%
北海道	5	4	80.0
東北	23	23	100.0
関東・甲信越	173	155	89.6
東海・北陸	42	38	90.5
近畿	67	60	89.6
中国・四国	47	45	95.7
九州・沖縄	38	33	86.8
計	395	358	90.6

(2) 一日ドック指定施設のアンケート返信数（2011年）－地域別比較－

ブロック	指定施設数	返信数	%
北海道	2	2	100.0
東北	1	0	0.0
関東・甲信越	39	34	87.2
東海・北陸	8	7	87.5
近畿	13	11	84.6
中国・四国	9	8	88.9
九州・沖縄	10	9	90.0
計	82	71	86.6

(3) 機能評価認定施設のアンケート返信数（2011年）－地域別比較－

ブロック	認定指定施設数	返信数	%
北海道	8	7	87.5
東北	21	20	95.2
関東・甲信越	106	103	97.2
東海・北陸	43	41	95.3
近畿	43	39	90.7
中国・四国	33	32	97.0
九州・沖縄	26	24	92.3
計	280	266	95.0

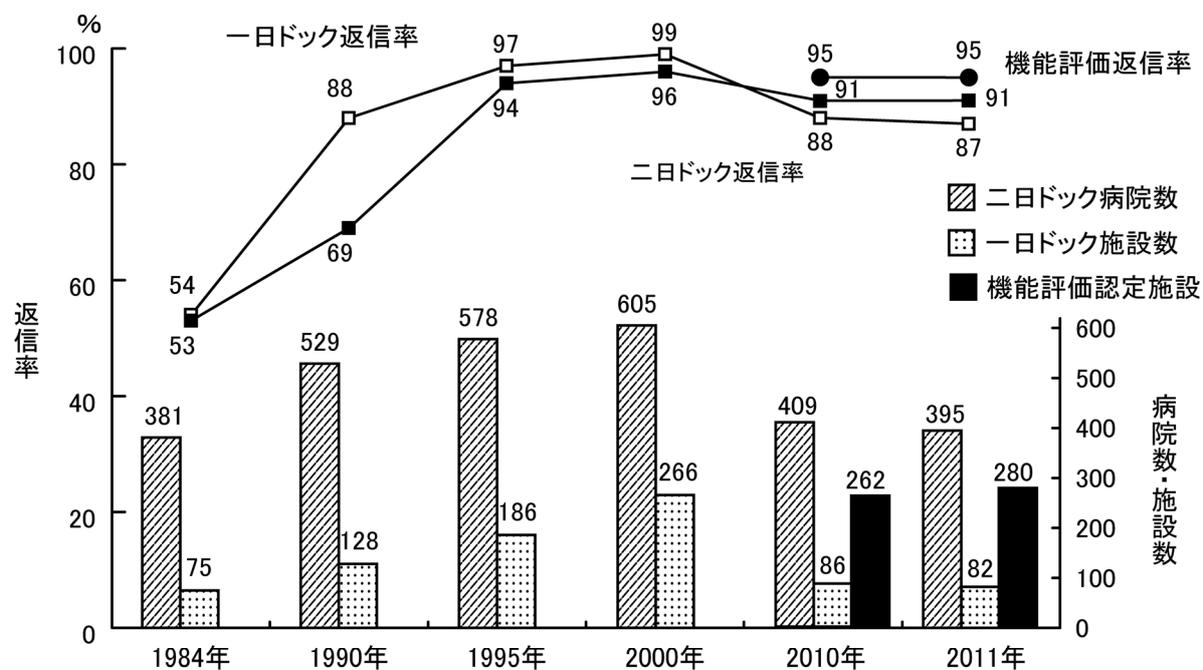
(4) 施設別・アンケート返信内容の比較（2011年）

		総数	項目別統計返信数	%	がん症例統計 返信数	%
二日	指定病院	395	358	90.6	266	67.3
一日	指定施設	82	71	86.6	61	74.4
機能 評価	認定施設・病院	280	266	95.0	248	88.6
計		757	695	91.8	575	76.0

(5) 人間ドックアンケート調査返信施設の受診者数比較（2011年）（単位：人数）

	男性受診者数	女性受診者数	総受診者数	項目別対象 受診者数	がん症例対象 受診者数
①二日ドック	147,916	50,520	198,436	199,282	181,766
②一日ドック	1,787,740	1,201,658	2,989,398	2,934,202	2,730,145
合計	1,935,656	1,252,178	3,187,834	3,133,484	2,911,911

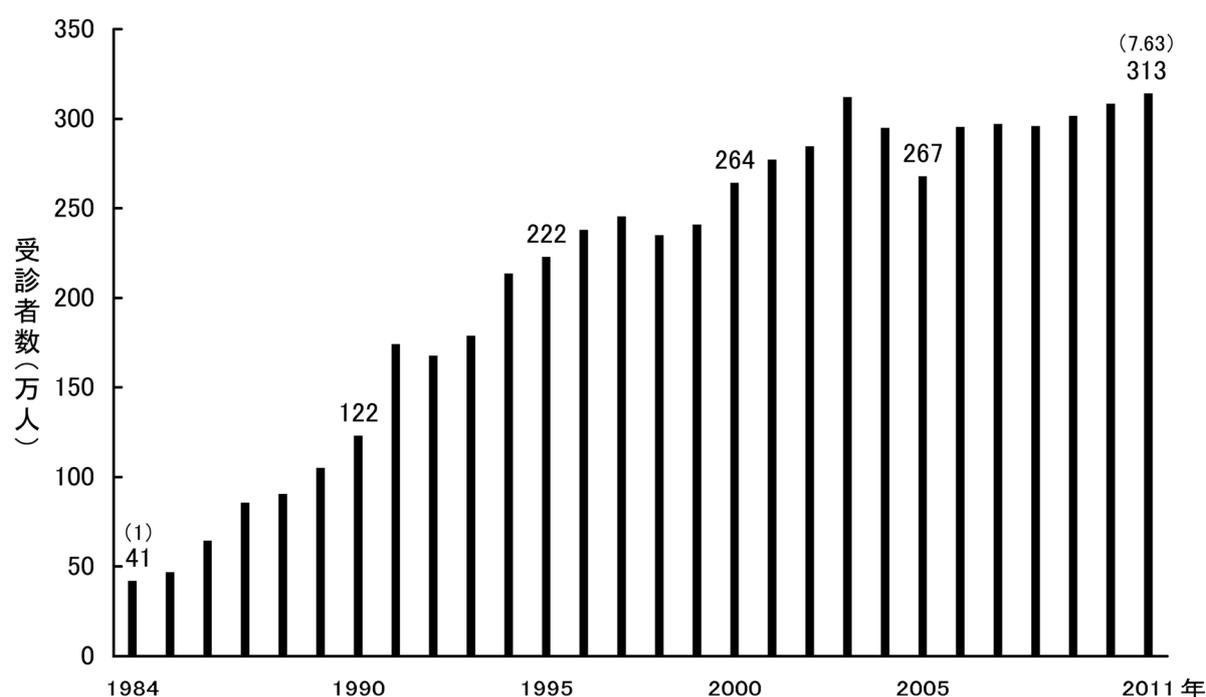
7. 日本人間ドック学会・日本病院会指定二日ドック・一日ドック施設ならびに機能評価認定施設のアンケート返信状況 一年別比較



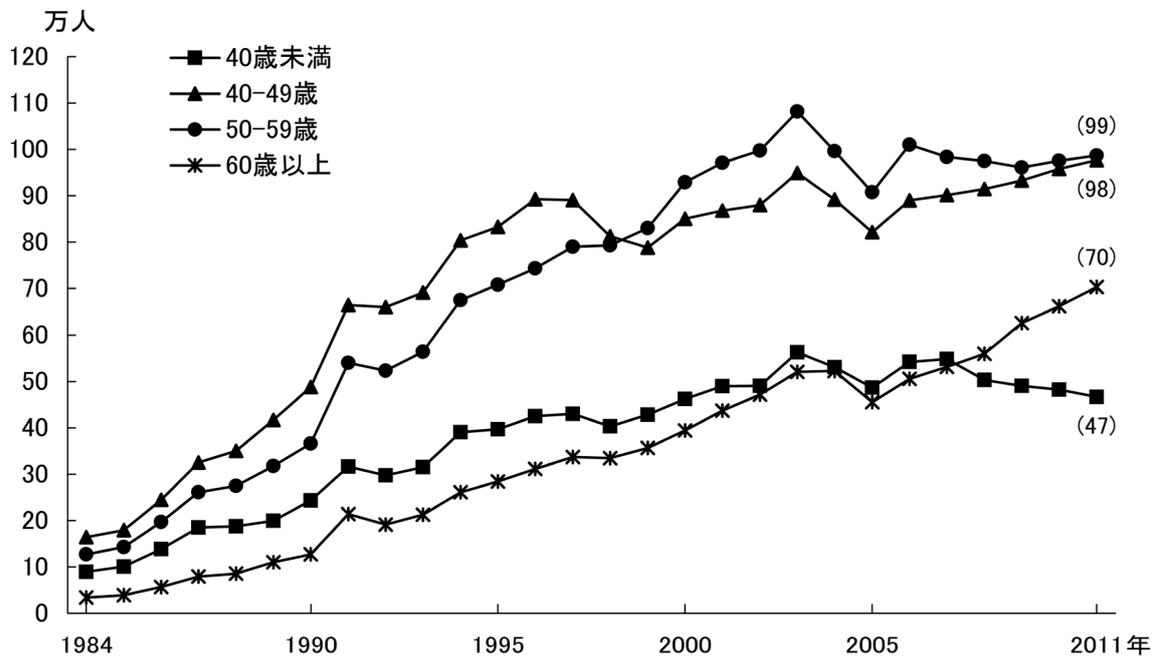
8-1. 人間ドック受診者の年齢別推移

調年	査別	年 代 別				計
		40歳未満	40-49歳	50-59歳	60歳以上	
1984年		89,045	163,944	127,122	33,637	413,748
1990		243,227	487,834	365,661	126,764	1,223,486
1995		396,718	833,070	708,584	284,409	2,222,781
2000		461,812	850,601	928,881	394,410	2,635,704
2005		486,815	821,787	907,730	455,312	2,671,644
2010		482,088	957,776	975,435	662,053	3,077,352
2011		466,498	976,774	986,802	703,410	3,133,484

8-2. アンケート調査による受診者数の推移 (1984-2011年)



8-3. 人間ドック受診者の年齢別推移



日本人間ドック学会・日本病院会指定病院・施設および機能評価認定施設の実態調査（1～8）

1～2. 公益社団法人日本人間ドック学会・一般社団法人日本病院会指定の二日ドック指定病院数は395で、経営主体別に比較しますと、医療法人が全体の約半数近くを占め、次いで市町村、公益法人、日赤の順です。一日ドック指定施設数は82で、公益法人と医療法人がほぼ占めています。機能評価認定施設総数は280で、医療法人が約40%を占め、次いで公益法人、日赤の順です。

3. 最近10年間の二日ドック指定病院数は2004年まで横ばい状態でしたが、2005年より減少の傾向を示しています。

一方、一日ドック指定施設は順調に増加していましたが、2005年以後は減少しています。

また、機能評価認定施設（一日と二日ドック共に実施が過半数）の数が前年より18施設増加しています。

4～5. 最近10年間の各種人間ドック、健診受診者数の推移について、人間ドック指定施設と機能評価認定施設を総合して比較してみました。

二日ドックは前年よりやや減少、一日ドックは前年より増加し、人間ドックの総合計は約319万で前年より約3万人増加しています。生活習慣病健診は減少、その他の健診は前年より著しく増加しており、健診と人間ドックを併せると約1,205万人（前年より約40万人増）に達しています。

6～7. 二日ドック指定病院の全国集計のアンケート返信状況を2011年について調査しますと、358病院より通知を頂き、返信率は90.6%（前年より+0.1ポイント）となりました。

一日ドック指定施設のアンケート返信状況を調べますと、71施設より通知を頂き、指定施設の返信率は86.6%で、前年より1.8ポイント減少しています。また、機能評価認定施設の返信率は95.0%を占め、前年より0.3ポイント増加しています。

8. 日本人間ドック学会では、1984年から日本病院会指定病院・施設及び機能評価認定施設のアンケート調査を行ってきました。受診者数は1984年は41万人でしたが2000年初めまでは直線的に増加し、その後も年々増加傾向を示しており、2011年には313万人で調査開始時の8倍近くに増えており、依然人間ドック健診のニーズが多いことが示されております。

人間ドック受診者の年齢別推移について比較しました。1984年から1998年までの人間ドック受診者の割合を年齢別に比較してみると、40歳代>50歳代>40歳未満>60歳以上の順に多くなっていましたが、1999年より50歳代がトップとなり、2008年からは60歳以上が増加しており、40歳未満と逆転し、40歳未満が減少しております。

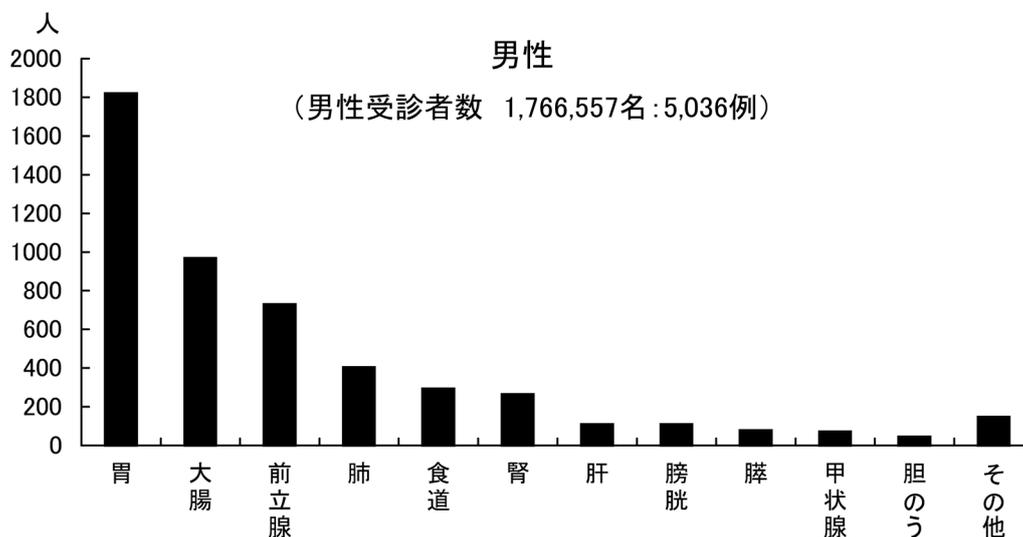
2011年 人間ドック全国集計成績

I. 人間ドックのがん検診結果

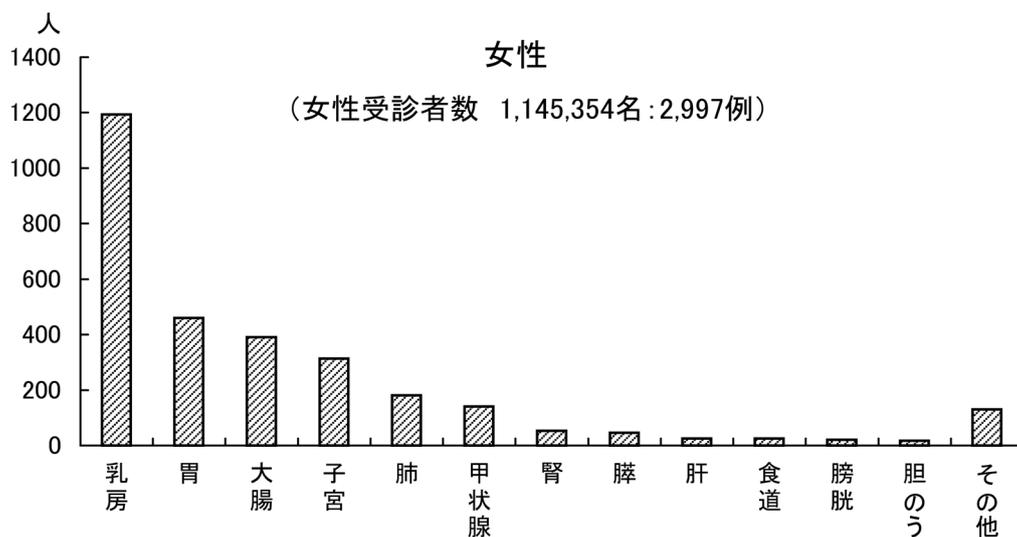
1-1. 人間ドックで発見した臓器別がん症例数（2011年）

性別	胃	肺	肝	大腸	食道	膵	胆のう	腎	膀胱	前立腺	甲状腺	乳房	子宮	その他	計
男性	1,819	404	110	967	292	78	44	264	110	730	71			147	5,036
女性	460	181	25	391	25	46	17	53	21		141	1,193	314	130	2,997
男女合計	2,279	585	135	1,358	317	124	61	317	131		212			277	8,033

1-2.



1-3.

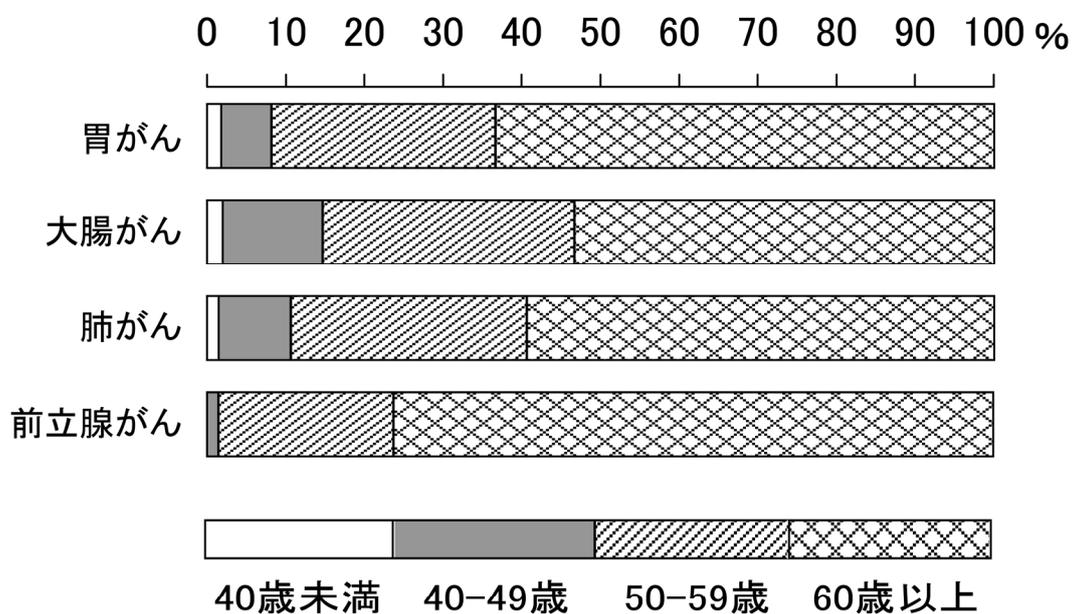


2-1. 主要臓器別がんの性別・年齢別の比率（2011年）

検討項目			年齢別			
種類	性別	症例	40歳未満	40-49歳	50-59歳	60歳以上
胃がん	男	症例数	32	116	518	1,153
		%	1.8	6.4	28.5	63.4
	女	症例数	11	80	141	228
		%	2.4	17.4	30.7	49.6
大腸がん	男	症例数	19	123	309	516
		%	2.0	12.7	32.0	53.4
	女	症例数	25	46	134	186
		%	6.4	11.8	34.3	47.6
肺がん	男	症例数	6	37	121	240
		%	1.5	9.2	30.0	59.4
	女	症例数	4	18	55	104
		%	2.2	9.9	30.4	57.5
前立腺がん	男	症例数	0	11	162	557
		%	0.0	1.5	22.2	76.3
乳がん	女	症例数	73	449	394	277
		%	6.1	37.6	33.0	23.2
子宮がん	女	症例数	87	120	70	37
		%	27.7	38.2	22.3	11.8

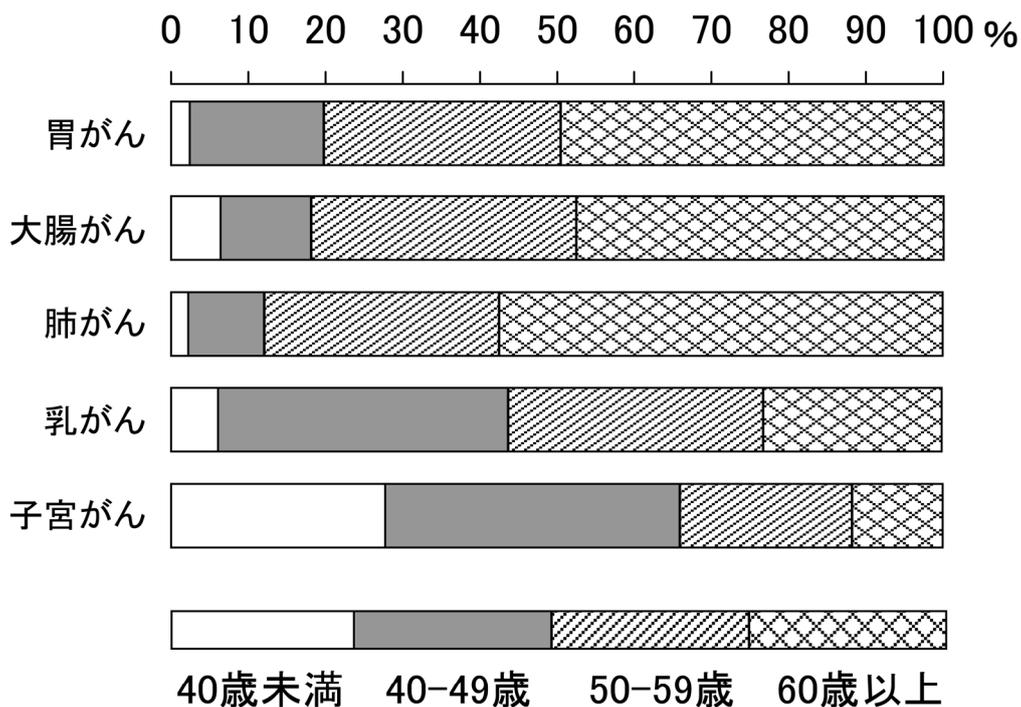
2-2.

男性



2-3.

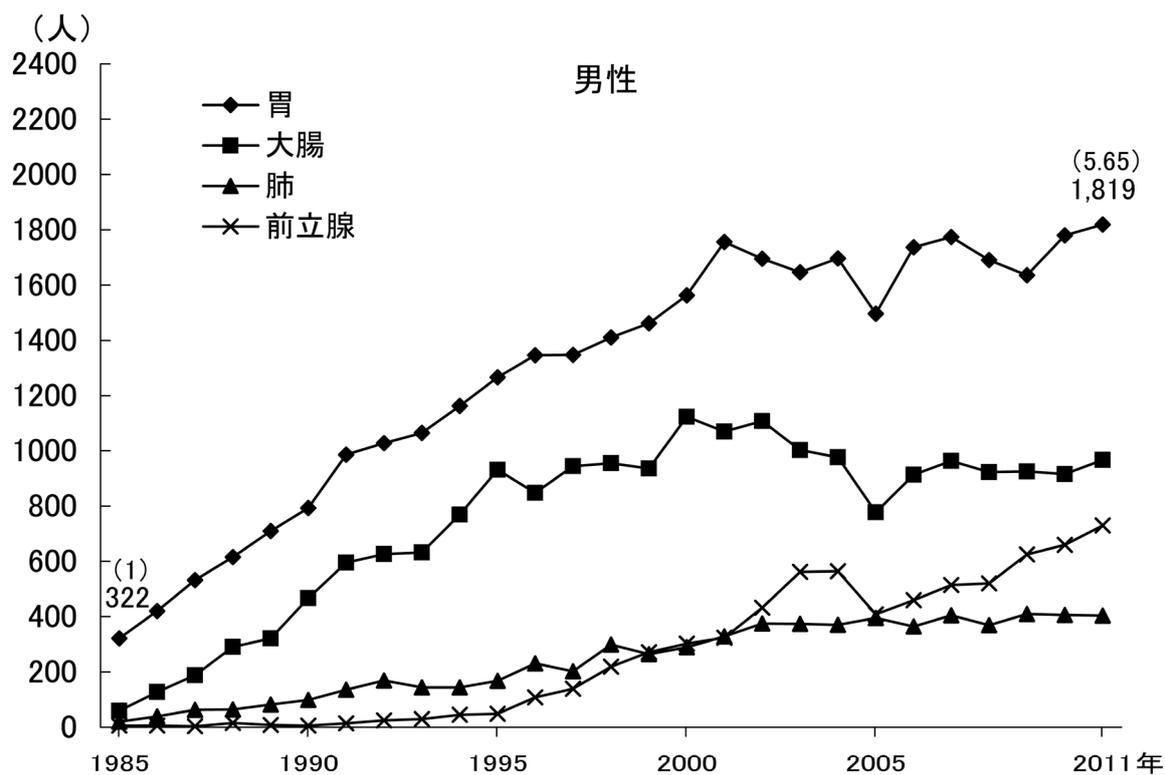
女性



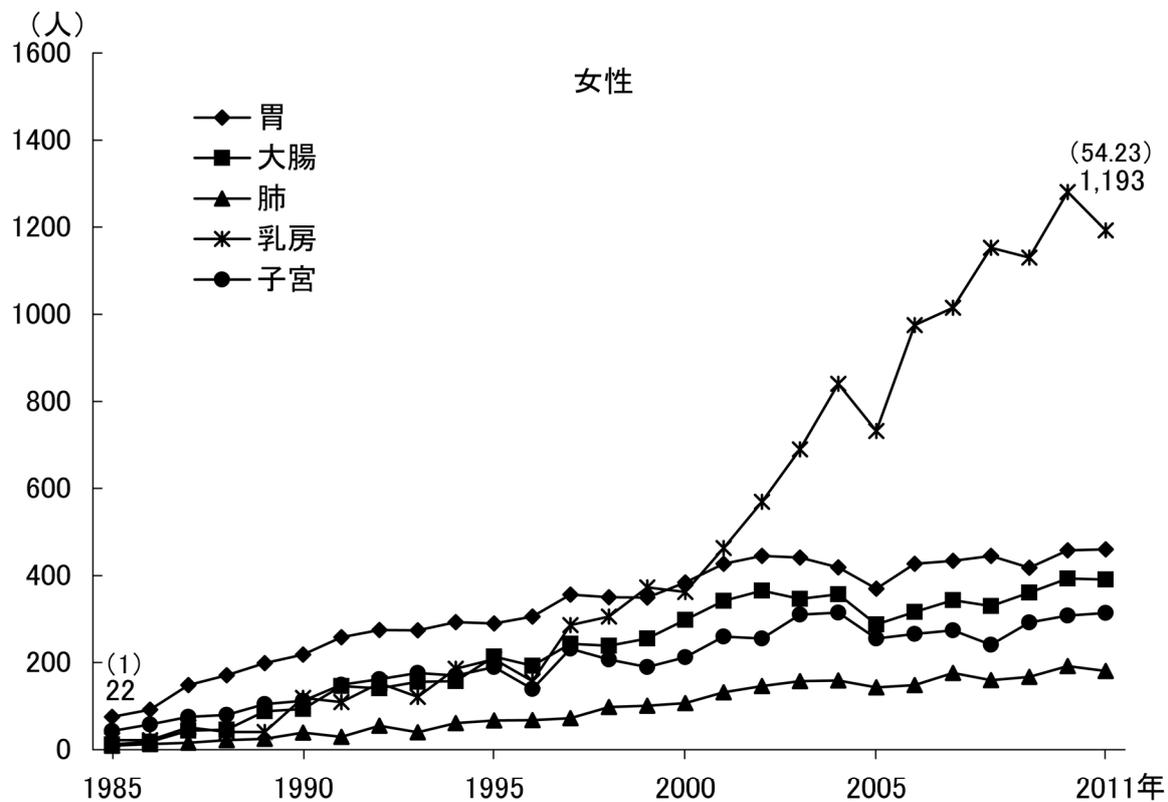
3-1. 人間ドックで発見した臓器別がん人数の推移

性別	臓器別 年	胃	大腸	肺	前立腺	乳房	子宮	計
	男性	1985年	322	60	20	6		
1990年		793	467	99	6			1,365
1995年		1,266	931	168	49			2,414
2000年		1,563	1,123	290	303			3,279
2005年		1,496	778	395	409			3,078
2011年		1,819	967	404	730			3,920
女性	1985年	75	12	9		22	43	161
	1990年	218	93	39		119	112	581
	1995年	290	214	67		208	190	969
	2000年	384	298	107		362	212	1,363
	2005年	370	288	143		732	255	1,788
	2011年	460	391	181		1,193	314	2,539
男女合計	1985年	397	72	29				569
	1990年	1,011	560	138				1,946
	1995年	1,556	1,145	235				3,383
	2000年	1,947	1,421	397				4,642
	2005年	1,866	1,066	538				4,866
	2011年	2,279	1,358	585				6,459

3-2.



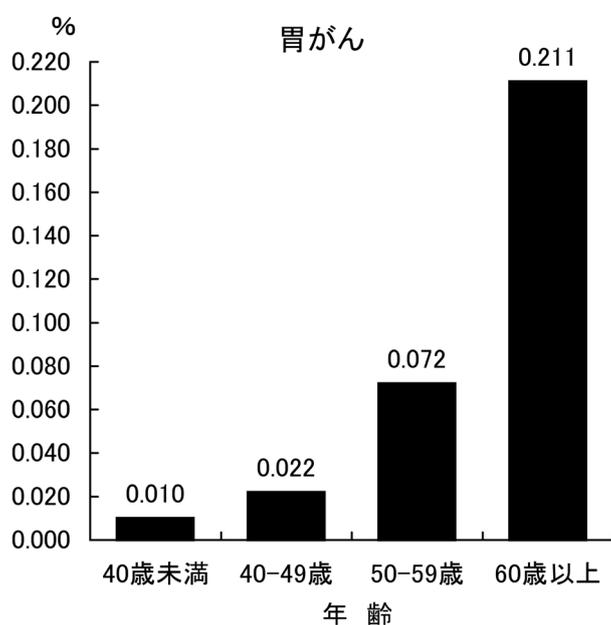
3-3.



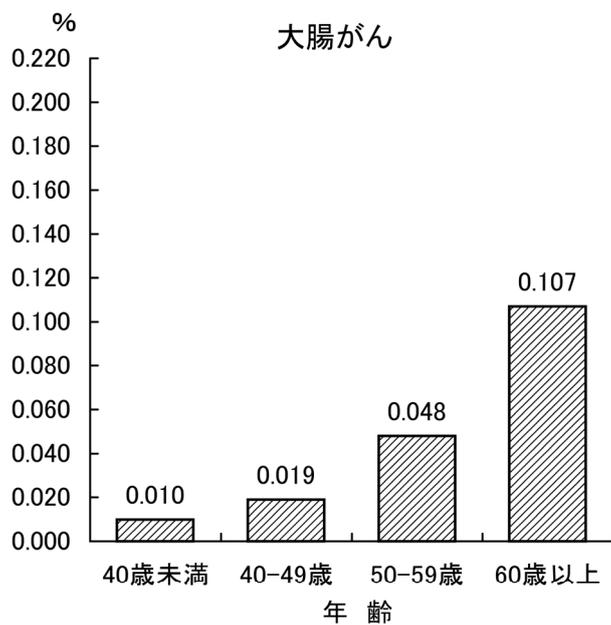
4-1. 年齢別にみた胃がんおよび大腸がんの発見率（2011年）

年齢	受診者数	発見胃がん数	胃がん発見率	発見大腸がん数	大腸がん発見率
40歳未満	434,542	43	0.010	44	0.010
40-49歳	909,565	196	0.022	169	0.019
50-59歳	914,752	659	0.072	443	0.048
60歳以上	653,052	1,381	0.211	702	0.107

4-2.



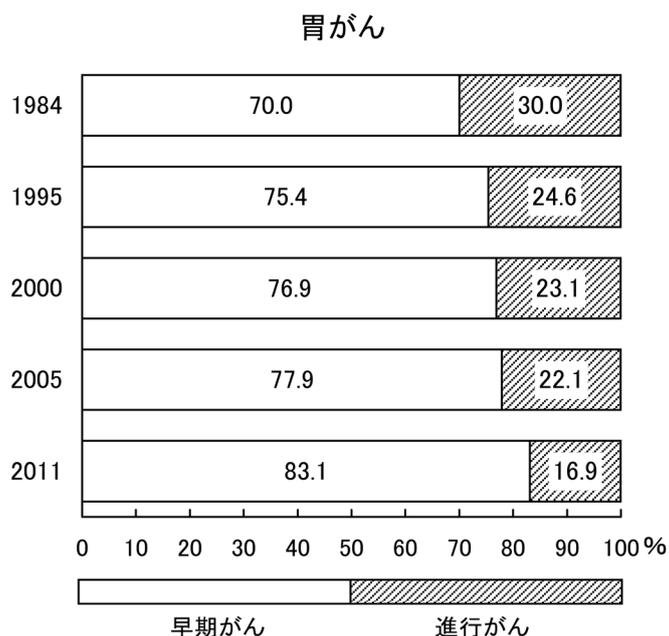
4-3.



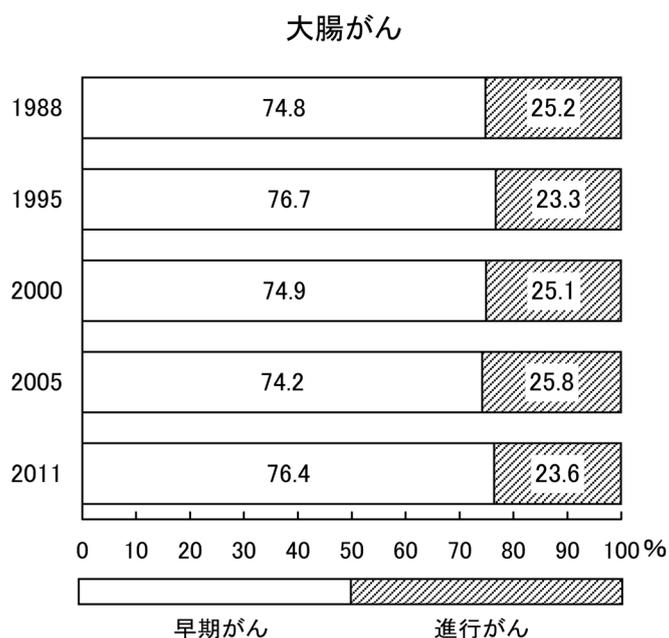
5-1. 胃がんと大腸がんの早期がん・進行がんの比率

がん症例 年	早期胃がん		進行胃がん		がん症例 年	早期大腸がん		進行大腸がん	
	症例数	%	症例数	%		症例数	%	症例数	%
1984	322	70.0	138	30.0	1988	252	74.8	85	25.2
1995	1,173	75.4	383	24.6	1995	860	76.7	261	23.3
2000	1,497	76.9	450	23.1	2000	1,065	74.9	356	25.1
2005	1,446	77.9	410	22.1	2005	715	74.2	249	25.8
2011	1,894	83.1	385	16.9	2011	1,037	76.4	321	23.6

5-2.



5-3.



人間ドックのがん検診結果のまとめ（1～5）

1. 次に 2011 年に人間ドックで発見されたがん症例数をみますと、男性 5,036 例、女性 2,997 例、計 8,033 例でした。これらについて分析してみました。男性では胃がんが 1,819 人と最も多く、次いで大腸がん、前立腺がん、肺がん、食道がん、腎がんの順でした。女性では乳がんが 1,193 人と最も多く、次いで胃がん、大腸がん、子宮がん、肺がん、甲状腺がんの順でした。

2. 主要臓器別がんの性別、年齢別の比率を比較しました。男性は胃がん、大腸がん、肺がんのいずれも約 50～60%は 60 歳以上の症例でしたが、前立腺がんは 60 歳以上で 76.3%、50 歳以上では 98.5%を占めていました。

女性でも、胃がん、大腸がん、肺がんは男性と同様な傾向でしたが、乳がんが 40 歳代で 37.6%と最も多く、ついで 50 歳代、60 歳代の順でした。子宮がんは 40 歳未満にも多くみられており、全年齢に検診を行う必要があることを示しています。

3. 人間ドックで発見した臓器別がんの男女別人数の推移です。男性では、1985 年には発見されたがん症例も少なく、大腸がん、肺がん、前立腺がんは極めて少数でしたが、胃がんは 322 例発見されていました。その後検診精度の向上や新しい検査の導入により前立腺がん、肺がんも増加してきております。胃がんも増加しておりますが、大腸がんは 1995 年頃からほぼ横ばいになっております。

女性では胃がん、子宮がん、大腸がん、肺がんは年の推移と共に増加しておりますが、乳がんは 1999 年頃から急激に増加しております。今後も乳がん検診は若い年代層から実施することが極めて重要と思われれます。

4. アンケート調査 2011 年から胃がんと大腸がんの発見率を年齢別に比較してみました。胃がん発見率は 40 歳未満では 0.010%ですが、年齢と共に増加し、60 歳以上では 0.211%でした。

大腸がん発見率は 40 歳未満で 0.010%ですが、60 歳以上では 0.107%に増加していました。

5. 胃がんと大腸がんについて、早期がん比率の推移をみたものです。胃がんにおける早期胃がんの割合は 1984 年には 70.0%でしたが、経年的に増加し 2011 年には 83.1%と早期胃がんの比率が高まっています。

恐らく内視鏡検査の導入によるものと思われれます。

大腸がんにおける早期大腸がんの割合は、ほとんど変化がありません。

Ⅱ. 人間ドックの検査項目別成績

—生活習慣病関連を中心に—

1. 人間ドック受診者の検査項目別総合成績（2011年）

年代別	40歳未満			40-49歳			50-59歳			60歳以上			総 計		
異常なし (A+B)	人 数 (75,541)			人 数 (91,178)			人 数 (53,131)			人 数 (24,265)			人 数 (244,115)		
受診者数	受診者数 (466,498)			受診者数 (976,774)			受診者数 (986,802)			受診者数 (703,410)			受診者数 (3,133,484)		
判定 項目	C	D ₁	D ₂	C	D ₁	D ₂									
肥 満	101,496	3,874	2,118	254,545	10,293	5,459	279,508	10,460	5,249	182,711	5,092	3,571	818,260	29,719	16,397
呼吸器疾患	15,918	1,742	5,826	49,549	4,903	14,810	79,581	7,605	23,328	95,000	10,386	30,057	240,048	24,636	74,021
高 血 圧	18,875	6,372	2,046	64,828	52,207	9,405	93,338	140,367	14,851	72,568	167,231	14,958	249,609	366,177	41,260
高コレステロール	62,519	13,637	7,799	178,559	51,237	22,681	224,977	91,849	31,759	147,864	79,725	21,492	613,919	236,448	83,731
高中性脂肪	38,350	6,844	4,769	104,469	27,170	12,913	112,006	45,608	12,994	65,802	41,552	7,247	320,627	121,174	37,923
高 尿 酸	31,135	8,115	4,153	71,841	28,665	9,544	68,690	39,057	8,508	42,690	30,457	5,322	214,356	106,294	27,527
心電図異常	22,600	1,163	5,286	55,514	5,392	13,842	77,905	15,181	23,278	81,609	26,365	25,732	237,628	48,101	68,138
腎・尿路疾患	59,169	3,598	13,823	152,164	11,418	33,821	182,266	15,560	39,373	162,100	14,686	36,456	555,699	45,262	123,473
食道・胃疾患	53,721	2,989	9,922	156,118	9,739	28,237	194,936	15,098	41,383	158,259	14,894	36,603	563,034	42,720	116,145
十二指腸疾患	10,618	894	1,711	32,158	2,918	4,699	40,791	4,189	6,390	31,130	2,974	4,756	114,697	10,975	17,556
胆石・胆のうポリープ	56,947	922	3,358	160,085	3,920	9,212	189,144	5,642	12,193	136,942	4,615	10,163	543,118	15,099	34,926
肝機能異常 (脂肪肝含)	95,909	6,034	20,932	248,597	17,638	50,613	285,268	20,782	54,073	196,252	13,779	32,256	826,026	58,233	157,874
その他の消化器疾患	25,095	946	5,420	73,899	2,703	13,217	91,882	4,450	17,315	72,779	4,803	15,656	263,655	12,902	51,608
糖 尿 病	31,424	4,067	3,049	111,566	25,291	15,056	182,344	59,713	30,305	169,686	63,269	30,370	495,020	152,340	78,780
血 液 疾 患	41,053	6,674	9,634	97,510	23,011	25,182	95,285	12,542	19,230	83,318	8,109	13,467	317,166	50,336	67,513
血清梅毒反応	1,794	171	574	4,782	546	1,437	5,258	582	1,677	4,276	456	1,644	16,110	1,755	5,332
リウマチ疾患	5,994	478	1,484	19,091	1,492	4,556	24,590	2,218	6,320	15,988	1,744	4,232	65,663	5,932	16,592
眼 科	25,926	4,915	18,567	74,833	20,228	52,359	101,539	35,728	66,069	97,829	51,324	66,237	300,127	112,195	203,232
肛門・大腸疾患	2,121	977	15,496	7,258	2,736	33,335	11,090	3,704	39,431	9,666	3,973	37,127	30,135	11,390	125,389
前立腺疾患	880	89	305	3,863	388	1,630	9,991	2,367	6,128	12,555	8,638	12,485	27,289	11,482	20,548
婦 人 科	13,889	2,965	5,693	41,540	9,006	13,403	33,535	5,384	9,098	13,678	1,747	3,494	102,642	19,102	31,688
乳 房 疾 患	20,400	1,018	8,032	39,825	2,601	19,010	26,436	1,867	13,983	12,135	941	6,910	98,796	6,427	47,935
その他の疾患	18,215	3,692	5,045	52,916	11,569	13,253	78,243	16,428	20,563	88,652	18,726	23,965	238,026	50,415	62,826

A…異常なし B…軽度異常なるも現在心配なし C…軽度異常あり生活改善し、経過観察を要す

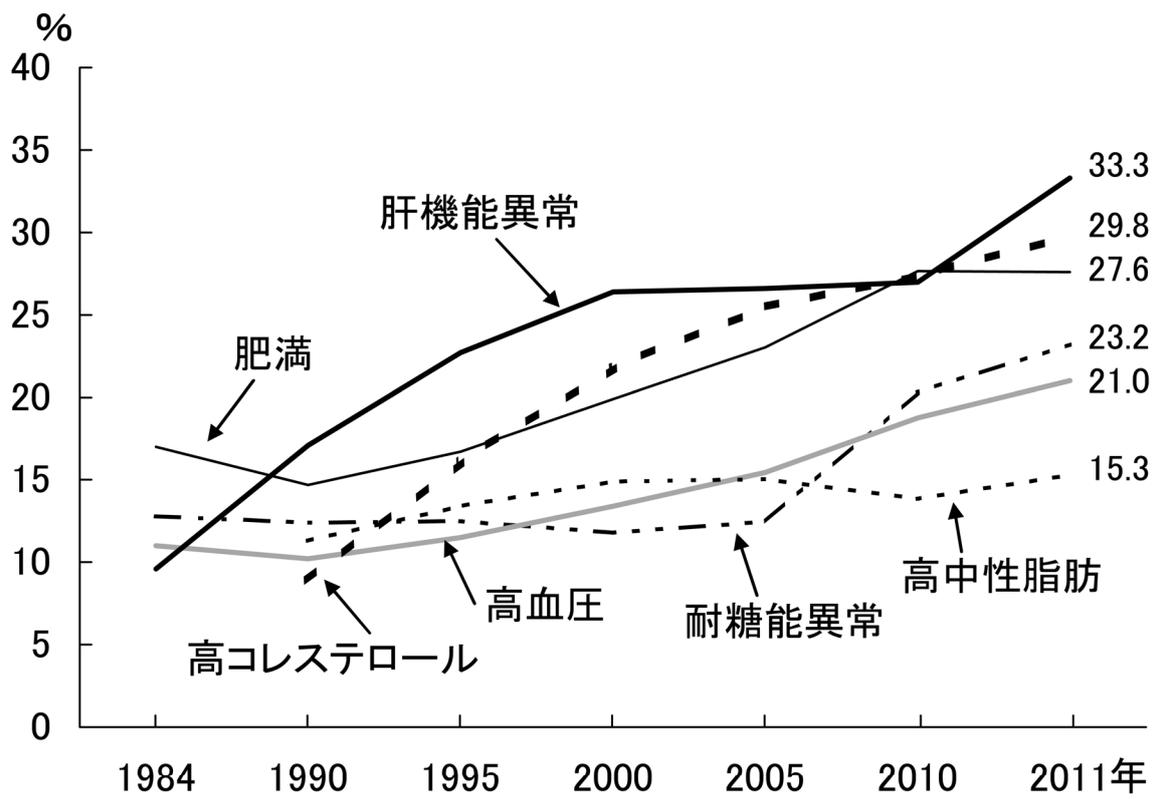
D₁…医療を要す D₂…二次精査を要す

2-1. 生活習慣病関連項目の異常頻度

	年	40歳未満		40-49歳		50-59歳		60歳以上		計	
対象人数 (年別)	84	89,045		163,944		127,122		33,637		413,748	
	90	243,227		487,834		365,661		126,764		1,223,486	
	95	396,718		833,070		708,584		284,409		2,222,781	
	00	461,812		850,601		928,881		394,410		2,635,704	
	05	486,815		821,787		907,730		455,312		2,671,644	
	10	482,088		957,776		975,435		662,053		3,077,352	
	11	466,498		976,774		986,802		703,410		3,133,484	
肥満	84	11,802	13.3%	27,083	16.5%	23,848	18.8%	7,560	22.5%	70,293	17.0%
	90	29,239	12.0	67,505	13.8	60,543	16.6	21,970	17.3	179,257	14.7
	95	59,388	15.0	135,297	16.2	123,870	17.5	52,535	18.5	371,090	16.7
	00	84,291	18.3	171,467	20.2	186,431	20.1	81,563	20.7	523,752	19.9
	05	97,890	20.1	198,038	24.1	220,282	24.3	99,332	21.8	615,542	23.0
	10	111,444	23.1	269,296	28.1	291,658	29.9	178,855	27.0	851,253	27.7
	11	107,488	23.0	270,297	27.7	295,217	29.9	191,374	27.2	864,376	27.6
耐糖能異常	84	7,060	7.9	19,727	12.0	20,616	16.2	5,598	16.6	53,001	12.8
	90	14,370	5.9	54,138	11.1	60,043	16.4	23,654	18.7	152,205	12.4
	95	20,219	5.1	89,340	10.7	114,013	16.1	53,500	18.8	277,072	12.5
	00	17,967	3.9	77,853	9.2	142,425	15.3	73,864	18.7	312,109	11.8
	05	18,240	3.7	70,928	8.6	150,982	16.6	93,073	20.4	333,223	12.5
	10	36,426	7.6	131,953	13.8	240,765	24.7	215,775	32.6	624,919	20.3
	11	38,540	8.3	151,913	15.6	272,362	27.6	263,325	37.4	726,140	23.2
高血圧	84	4,175	4.7	14,472	8.8	19,600	15.4	7,139	21.2	45,386	11.0
	90	10,052	4.1	39,648	8.1	52,055	14.2	22,701	17.9	124,456	10.2
	95	17,852	4.5	73,670	8.8	105,015	14.8	58,269	20.5	254,806	11.5
	00	22,193	4.8	83,033	9.8	154,824	16.7	92,366	23.4	352,416	13.4
	05	21,504	4.4	87,278	10.6	178,118	19.6	125,560	27.6	412,460	15.4
	10	26,931	5.6	113,290	11.8	221,298	22.7	216,097	32.6	577,616	18.8
	11	27,293	5.9	126,440	12.9	248,556	25.2	254,757	36.2	657,046	21.0
高コレステロール	84										
	90	13,739	5.6	39,881	8.2	41,028	11.2	14,809	11.7	109,457	8.9
	95	41,347	10.4	122,920	14.8	137,902	19.5	55,501	19.5	357,670	16.1
	00	62,568	13.5	167,655	19.7	241,508	26.0	102,621	26.0	574,352	21.8
	05	73,437	15.1	190,160	23.1	278,101	30.6	139,475	30.6	681,173	25.5
	10	78,255	16.2	227,848	23.8	319,636	32.8	215,802	32.6	841,541	27.3
	11	83,955	18.0	252,477	25.8	348,585	35.3	249,081	35.4	934,098	29.8
高中性脂肪	84										
	90	21,390	8.8	56,466	11.6	46,368	12.7	14,544	11.5	138,768	11.3
	95	43,131	10.9	114,563	13.8	101,415	14.3	38,141	13.4	297,250	13.4
	00	53,793	11.6	131,115	15.4	148,466	16.0	58,557	14.8	391,931	14.9
	05	53,279	10.9	128,311	15.6	150,955	16.6	68,907	15.1	401,452	15.0
	10	46,272	9.6	129,467	13.5	153,958	15.8	96,123	14.5	425,820	13.8
	11	49,963	10.7	144,552	14.8	170,608	17.3	114,601	16.3	479,724	15.3
肝機能異常	84	7,581	8.5	16,306	9.9	12,812	10.1	2,971	8.8	39,670	9.6
	90	34,087	14.0	84,302	17.3	69,068	18.9	21,492	17.0	208,949	17.1
	95	71,723	18.1	191,178	22.9	176,893	25.0	65,351	23.0	505,145	22.7
	00	95,444	20.7	229,390	27.0	263,514	28.4	107,389	27.2	695,737	26.4
	05	97,736	20.1	224,746	27.3	266,148	29.3	122,259	26.9	710,889	26.6
	10	99,243	20.6	250,903	26.2	291,578	29.9	188,147	28.4	829,871	27.0
	11	122,875	26.3	316,848	32.4	360,123	36.5	242,287	34.4	1,042,133	33.3

(注) '84年の「高コレステロール」と「高中性脂肪」は、分けないで高脂肪として統計をとったため、空欄とした。

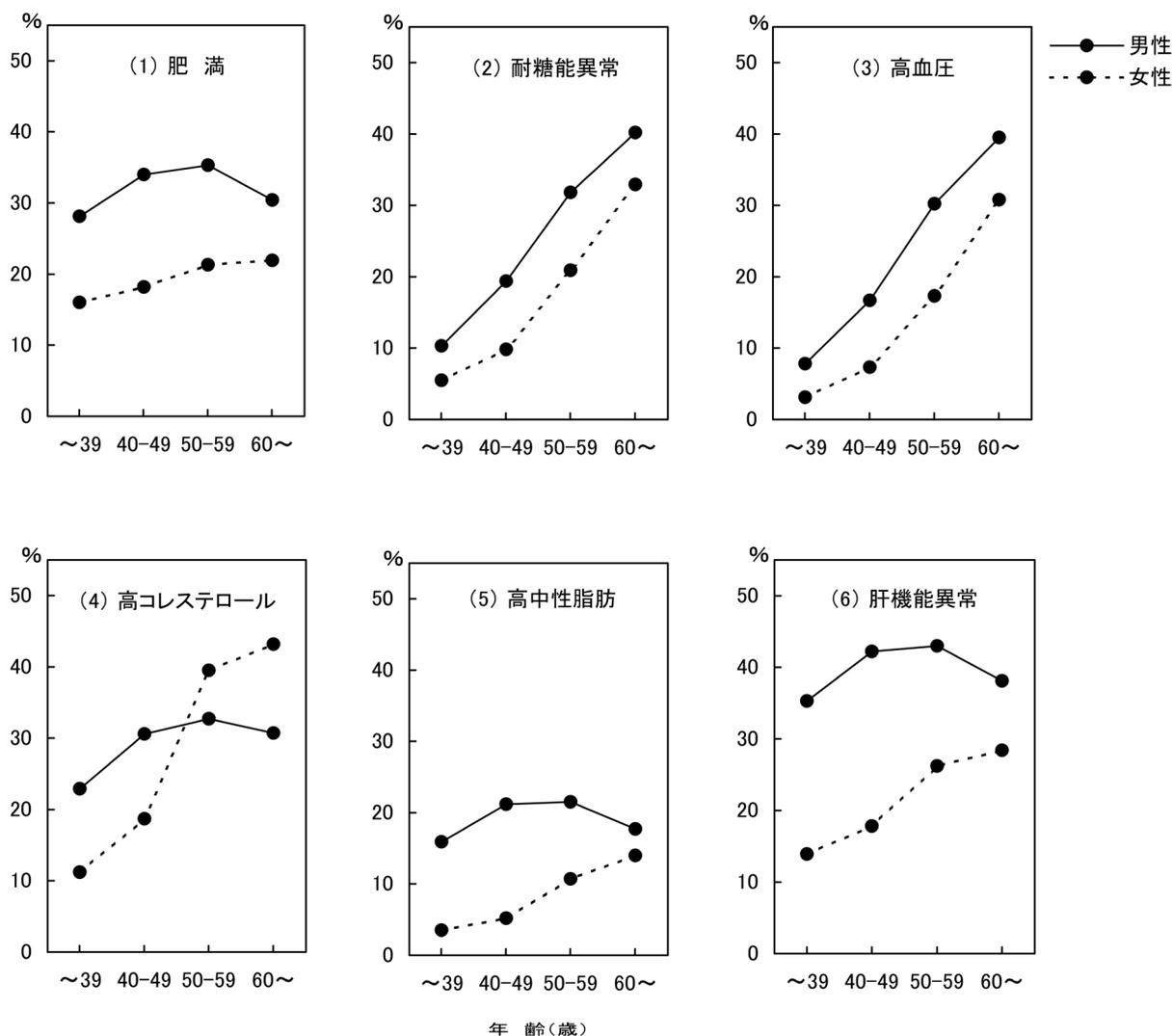
2-2.



3-1. 生活習慣病関連項目異常頻度 一年齢・性別比較（2011年）

年齢		40歳未満		40-49歳		50-59歳		60歳以上		計	
対象人員	男性	271,304		586,055		604,773		439,681		1,901,813	
	女性	195,194		390,719		382,029		263,729		1,231,671	
肥満	男性	76,189	28.1	199,029	34.0	213,770	35.3	133,556	30.4	622,544	32.7
	女性	31,299	16.0	71,268	18.2	81,447	21.3	57,818	21.9	241,832	19.6
耐糖能異常	男性	27,833	10.3	113,802	19.4	192,490	31.8	176,619	40.2	510,744	26.9
	女性	10,707	5.5	38,111	9.8	79,872	20.9	86,706	32.9	215,396	17.5
高血圧	男性	21,212	7.8	98,076	16.7	182,340	30.2	173,637	39.5	475,265	25.0
	女性	6,081	3.1	28,364	7.3	66,216	17.3	81,120	30.8	181,781	14.8
高コレステロール	男性	62,060	22.9	179,233	30.6	197,556	32.7	135,061	30.7	573,910	30.2
	女性	21,895	11.2	73,244	18.7	151,029	39.5	114,020	43.2	360,188	29.2
高中性脂肪	男性	43,188	15.9	124,368	21.2	129,851	21.5	77,739	17.7	375,146	19.7
	女性	6,775	3.5	20,184	5.2	40,757	10.7	36,862	14.0	104,578	8.5
肝機能異常	男性	95,706	35.3	247,204	42.2	260,182	43.0	167,383	38.1	770,475	40.5
	女性	27,169	13.9	69,644	17.8	99,941	26.2	74,904	28.4	271,658	22.1

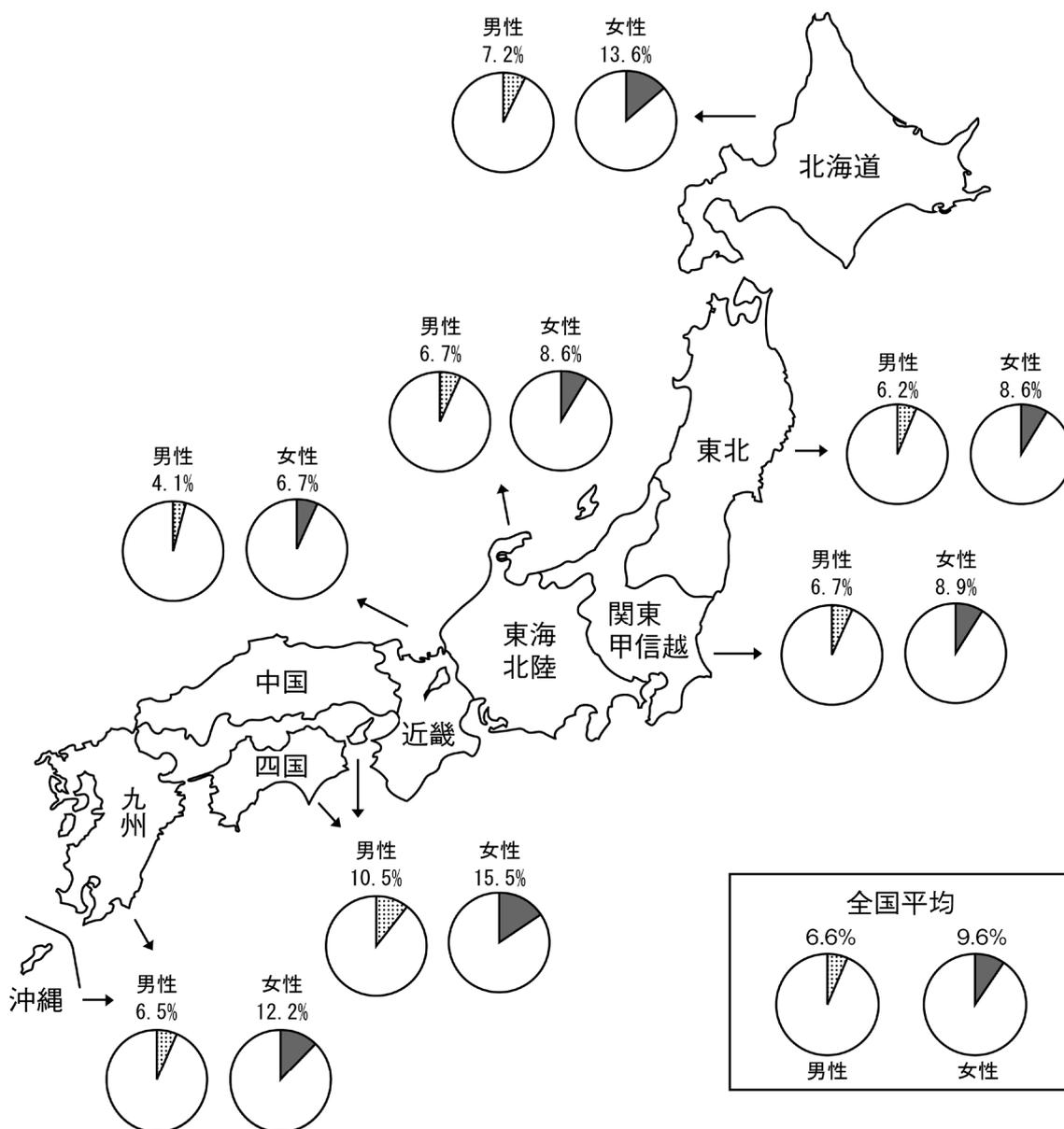
3-2.



4-1. 全項目で異常の認められなかった受診者（スーパーノーマル：Super normal）頻度の地域差 ー性別比較ー（2011年）

	男			女			計		
	健常者数	受診者数	%	健常者数	受診者数	%	健常者数	受診者数	%
全国平均	126,427	1,901,813	6.6	117,688	1,231,671	9.6	244,115	3,133,484	7.8
北海道	2,272	31,703	7.2	2,961	21,741	13.6	5,233	53,444	9.8
東北	5,510	88,583	6.2	5,030	58,683	8.6	10,540	147,266	7.2
関東・甲信越	61,164	910,714	6.7	51,436	575,631	8.9	112,600	1,486,345	7.6
東海・北陸	19,622	293,366	6.7	13,737	159,866	8.6	33,359	453,232	7.4
近畿	10,581	258,995	4.1	12,353	185,308	6.7	22,934	444,303	5.2
中国・四国	17,564	167,978	10.5	19,001	122,363	15.5	36,565	290,341	12.6
九州・沖縄	9,714	150,474	6.5	13,170	108,079	12.2	22,884	258,553	8.9

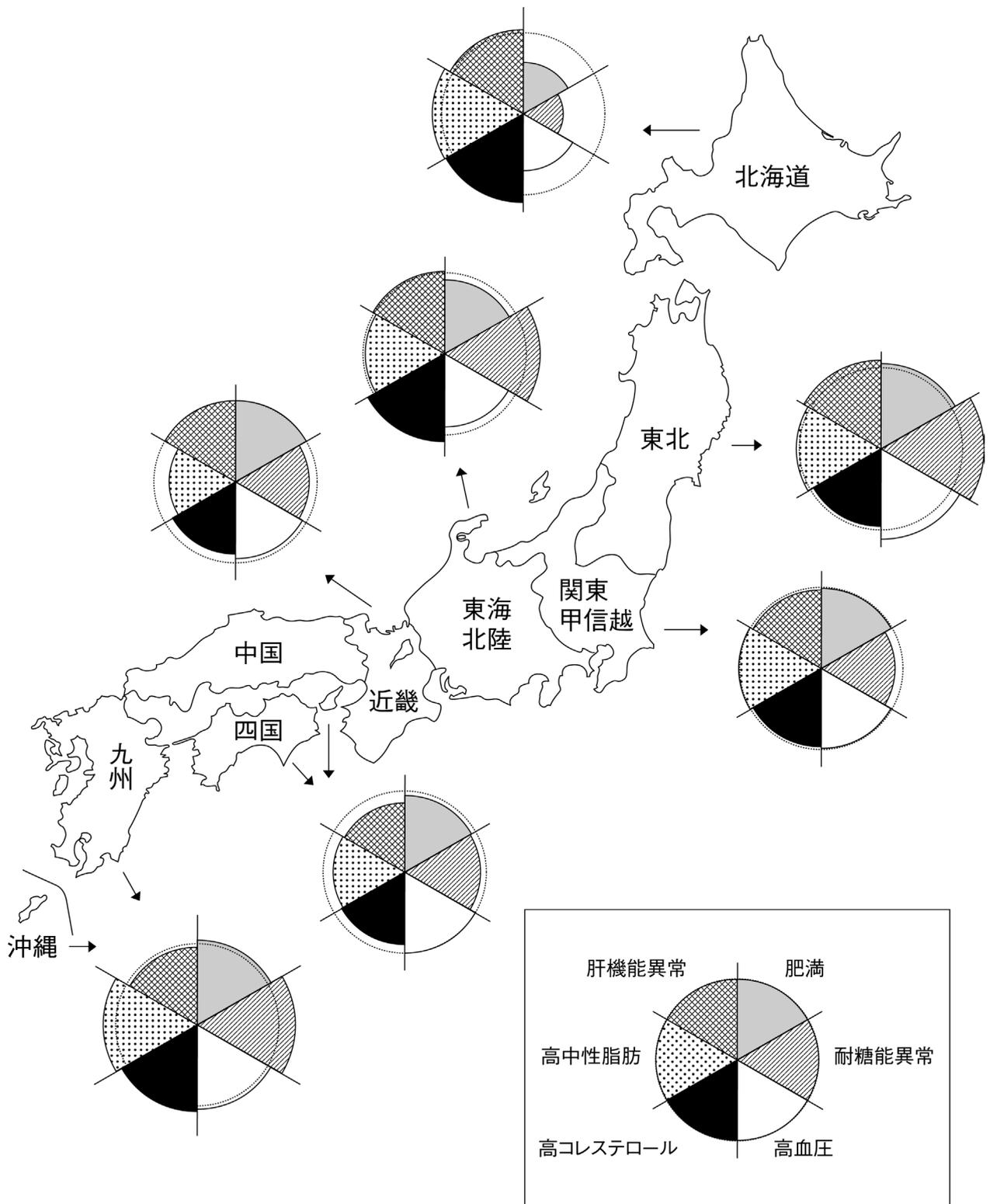
4-2.



5-1. 生活習慣病関連項目異常頻度の地域差（2011年）

	肥満	耐糖能異常	高血圧	高コレステロール	高中性脂肪	肝機能異常 (脂肪肝含)
全 国	27.6 %	23.2 %	21.0 %	29.8 %	15.3 %	33.3 %
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
北 海 道	17.9	11.6	15.1	33.4	17.4	35.4
	64.9	50.0	71.9	112.1	113.7	106.3
東 北	29.7	29.9	24.0	29.2	16.2	37.3
	107.6	128.9	114.3	98.0	105.9	112.0
関東・甲信越	27.9	21.4	21.2	29.5	15.8	33.0
	101.1	92.2	101.0	99.0	103.3	99.1
東海・北陸	25.8	27.7	19.4	33.1	15.2	34.7
	93.5	119.4	92.4	111.1	99.3	104.2
近 畿	28.3	21.4	20.4	27.2	12.7	34.1
	102.5	92.2	97.1	91.3	83.0	102.4
中国・四国	26.7	22.0	21.5	27.3	13.7	29.1
	96.7	94.8	102.4	91.6	89.5	87.4
九州・沖縄	29.5	28.5	22.4	32.7	18.0	32.6
	106.9	122.8	106.7	109.7	117.6	97.9

5-2.



(注) 円グラフは6項目異常頻度の全国平均を100%として図示

人間ドックの検査項目別成績のまとめ（1～5）

1. 2011年の人間ドックについて、各検査項目ごとの判定別集計成績を年代別に示した総合成績表です。
2. 生活習慣病の危険因子と考えられる主要6項目の経年変化について述べます。
総合的には、6項目の異常は年々増加傾向を示しており、2011年は前年と比べて肥満以外はすべての項目で増加傾向を示していました。
3. 年齢別の生活習慣病関連項目の異常頻度を性別比較したものです。男性は総じて女性より異常頻度が多く見られますが、50歳代をピークに肥満、高コレステロール、高中性脂肪、肝機能異常は減少に転じています。一方、女性は6項目全てにおいて、加齢と共に異常頻度が増加し、特にコレステロールにおいては50歳代以降では男性より多くなっていますが、これは病的なものよりも閉経後の影響と思われるます。
4. 人間ドック基本検査の全項目で異常の認められなかった受診者（スーパーノーマル：Super normal）の頻度の地域差を性別にみたものです。全国を7ブロックに分けて、男女別に比較を行いました。2011年の男性の全国平均は6.6%で、全国平均を上回る地域は、中国・四国、北海道、関東・甲信越、東海・北陸地方でした。
女性の全国平均は9.6%で、全国平均を上回る地域は、中国・四国、北海道、九州・沖縄地方でした。
5. 2011年の生活習慣病関連項目異常頻度の地域差を比べたものです。主要6項目を円グラフで表し、全国平均を100とした時、平均値を上回った項目は、円より大きく表示され、平均値を下回った項目は円より小さく表示されます。
地域別では、6項目総てが全国平均を上回っているところはなく、北海道は肥満、耐糖能異常、高血圧が目立って少ないのが特徴です。項目別では、地域差が顕著な耐糖能異常は、多い地域として東北、九州・沖縄、東海・北陸があげられます。中性脂肪も地域差が目立ち、多い地域として、九州・沖縄、北海道があげられます。ただし、都道府県別の受診者数のバラツキが大きいため、必ずしも地域の健康度の評価を示しているとは言えません。したがって、参考資料にとどめてください。
これらの結果より、ドック健診の本来の目的である疾病予防の立場から健診後の指導が極めて重要であると思われるます。

まとめと今後の課題

◆人間ドック・健診の現状と質の向上をめざして

公益社団法人日本人間ドック学会・一般社団法人日本病院会による指定病院および指定施設と機能評価認定施設の現状について、2011年の調査結果について報告します。

今回の人間ドック集計対象人数は前年より約5万人増加し、313万人となりました。

また、がん検診で発見した症例報告数は8,033例で、前年より96例増加しています。

社会環境の変化に改善の兆しが見えないにもかかわらず、人間ドック受診者数が増加傾向を示しているのは、健康意識の向上が影響しているように感じられます。また発見がん症例数も前年より増加し、人間ドック健診施設の質的向上がうかがわれました。

◆人間ドックのがん検診とその意義

日本人の2人に1人はがんに罹患し、3人に1人はがんで死亡している現状です。死因のトップを占めているがん死亡率を今後10年以内に20%減少を目標に、2007年4月より国はがん対策基本法を施行。その柱のひとつに「がん検診の強化」が掲げられました。住民を対象とした「対策型がん検診」は、特定臓器に限定しています。それに対し、人間ドックは「個別型がん検診」で、オプション検査を含めて全臓器を対象とした「総合型検診」であります。

人間ドックで発見されるがんのトップは胃がんであり、次いで大腸がんです。また、近年は特に男性では前立腺がん、女性では乳がんが著しく増えています。その理由として、男性についてはPSA検査が1995年に導入されたことと、女性については乳房のエコー検査やマンモグラフィといった画像検査が普及してきたことが挙げられます。

したがって、今後は、50歳以上の男性に対してPSA検査、40歳以上の女性には乳房エコー検査やマンモグラフィを基本検査項目に導入する必要があります。

また、ハイリスクグループの選別による有効ながん検診を行うことにより、更なる発見率の向上が期待されます。具体的には、喫煙者に対する胸部CT検査の導入です。また、人間ドック受診者数の多い施設では、ピロリ菌抗体（HP）検査と血清ペプシノゲン（PG）法により胃内視鏡検査を選択することも有効な方法です。

さらに、PET、CT、MRIと各種腫瘍マーカーによる多臓器総合診断を目的とする「がん専門ドック」の普及が期待されます。

◆全項目で異常の認められなかった受診者（スーパーノーマル）の減少とその理由

1984年に人間ドックの全国集計を始めて驚いたことは、狭い日本の中で生活習慣病関連項目（肥満、耐糖能異常、高血圧、高コレステロール、高中性脂肪、肝機能異常）の異常頻度において地域差が大きいことでした。その後28年間の経年変化をみますと、地域差が次第に縮

小してきました。その理由は、かつて異常頻度の少ないと言われていた地域が次第に減少の傾向をたどり、地域特性が失われてしまったことです。

その結果、働き盛りの日本人における生活習慣病関連項目の異常頻度は年々増加し、人間ドック受診者全体に占めるスーパーノーマルの割合は1984年の29.8%から、2011年は7.8%と22ポイントも減ってしまいました。

前年との比較では、減り続けたスーパーノーマルの割合に歯止めがかからず、更に0.6ポイント減少してしまいました。

その内訳では、生活習慣病関連項目の中で肥満を除いては、いずれも異常頻度の増加が認められました。

生活習慣病関連項目の異常頻度が改善しない理由としては、次の4項目が考えられます。

1. 専門学会による判定基準ガイドラインの採用

近年、相次いで日本動脈硬化学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本肥満学会、日本痛風・尿酸代謝学会などが、疾病の重症度判定のガイドラインを発表し、特定健診の判定値としても採用されました。そこで日本人間ドック学会でも、専門学会の基準に沿った判定基準を作成しています。肥満の判定は体格指数（BMI）に加え腹囲を採用し、血圧・脂質・血糖も、従来の基準値より厳しくなっています。

2. 人間ドック受診者の高齢化

人間ドックの普及に伴い、全国調査によれば反復受診者の割合は全受診者の70～80%を占めるようになりました。その結果、人間ドック受診者の平均年齢が40歳代から50歳代へと移行し、さらに60歳以上の受診者が年々増加しています。

3. 社会環境の悪化

百年に一度と言われる経済不況により大企業や銀行関係の倒産や吸収合併が発生し、サラリーマンのリストラや出向、単身赴任も増えています。その余波は中小企業にも及び、経済はデフレ化の傾向が進展し改善の兆しがみえません。このような社会環境の変化は、有形、無形に心のバランスを失い、ストレスがうつ病増加の原因となっていると共に、生活習慣を悪化させる引き金にもなっているのです。

4. 食習慣の欧米化と運動不足

外食産業やコンビニエンス・ストアの普及により、手づくりの家庭料理を作る頻度が減少しています。結果として和食中心から、洋食や中華風の料理など嗜好が多様化し、食べ物の中に占める脂肪の割合が25%を越すようになり、野菜の摂取量が少なくなりました。また、交通機関の発達や車の保有台数の増加が歩行量を減らし、疲労による運動意欲の低下と共に、運動不足を来しています。

◆メタボは生活環境病である

従来から生活習慣病は、危険因子が単一よりも複合した方が発症を促進することが国際的

にも提言されていました。

1999年にWHOは、この概念はインスリン抵抗性が深く関係しているために、「メタボリックシンドローム」と名付けました。

一方で2001年に米国の専門学会（NCEP：National Cholesterol Education Program）は内臓脂肪がkeyであると言ったために混乱がありましたが、命名に関してはメタボリックシンドロームに統一することが、世界的にコンセンサスを得たのです。

このような状況のもとに、2005年4月に日本版のメタボリックシンドローム診断基準が8学会の共同宣言の形で発表されました。

それでは、今話題になっているメタボリックシンドロームの発症について考えてみましょう。

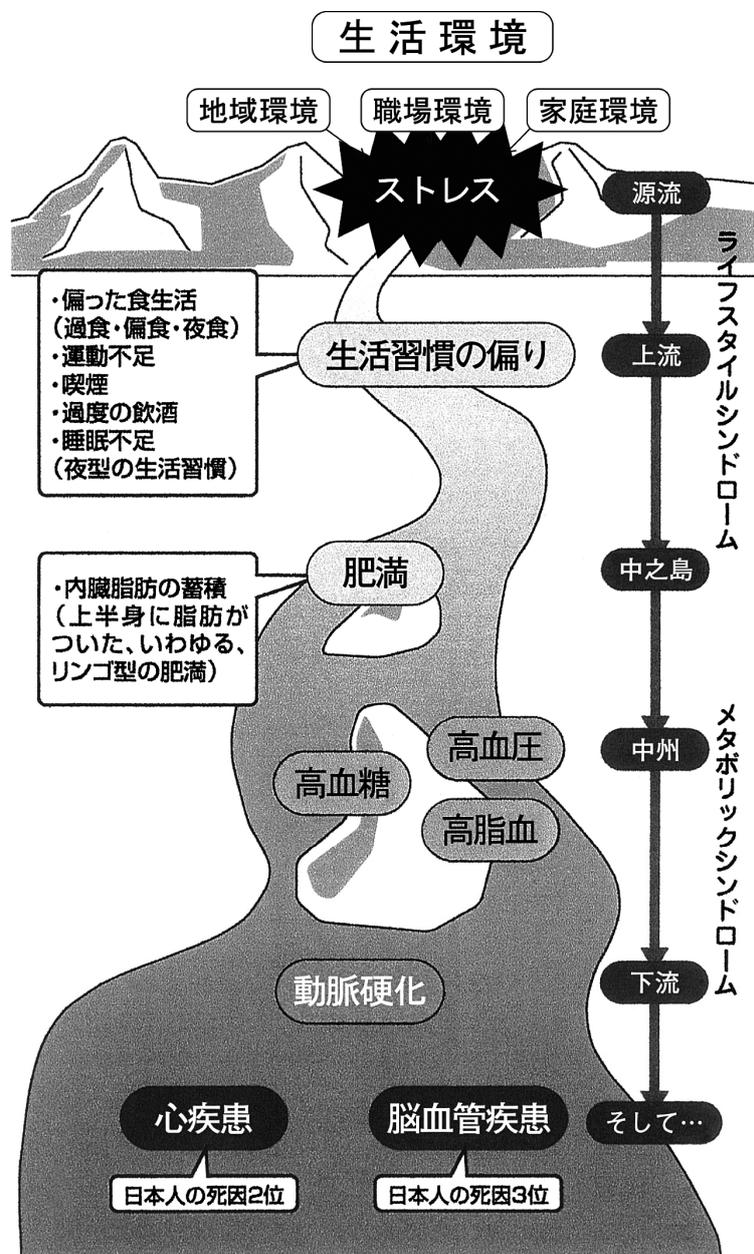


図 メタボリックシンドロームの源流はストレス

メタボリックシンドロームは内臓脂肪蓄積による肥満を中心に、高血圧、脂質異常、高血糖のうち2項目以上が該当する症例が診断基準となっています。

肥満の原因が食事、運動、煙草、酒、睡眠などの生活習慣の偏りによることは、多くの検証により裏付けされています。更にその偏りが発生する理由としては、地域環境、職場環境、家庭環境などの生活環境の変化により過重労働や人間関係の摩擦がストレスとなっているためと考えられます。

「メタボリックシンドローム（日本版）」の上流に1995年以来提唱してきた「ライフスタイルシンドローム」があり、さらにその源流にはさまざまな環境の悪化に基づく生活環境病であることを認識することにより、総合的な対策を立てる必要があります。

◆人間ドック健診における一次予防対策

人間ドックは長い間、出来るだけ受診当日に面接して結果説明と栄養指導、保健指導を行い、さらにその結果を確認のため3～6ヶ月後のフォローアップ体制の必要性を強調して参りました。2005年より発足した人間ドック健診施設機能評価制度では、認定の条件として前記の実施状況を重点項目としております。

そこで前述した悪化の理由4項目についてその改善・対策を考えてみます。

1. 日本人間ドック学会の基準値は、専門学会のガイドラインを参考に厳格になっています。特に肥満度の判定は従来体格指数(BMI)のみでしたが、メタボリックシンドロームの選別のために腹囲径を採用したことが肥満者の増加原因の一つになっていると思われまます。しかし、今回は肥満を除く他の4項目でもすべて悪化してスーパーノーマルは、わずか7.8%となってしまいました。

この理由として、各学会のガイドラインに沿って、各項目の判定基準値が変更されたことも一因と考えられます。

実際の指導にあたっては、要医療の判定であっても問診で生活習慣の偏りが著しい場合には、直ちに薬を出さずに保健指導を行い、フォローすることが大切です。データを見て人を見ずにならぬよう心掛けねばなりません。

2. 人間ドック受診者層を分析すると、近年は40歳未満が減少、60歳以上が増加していることは、異常頻度の総計に影響を及ぼすことは当然です。加齢と共にスーパーノーマルが減り、異常頻度が増加する傾向は常に同じ結果を示しているからです。
3. このように考えますと、生活習慣病関連項目における異常頻度の増加の最も大きな理由はメタボリックシンドロームの源流である生活環境の悪化であります。

わが国では、自殺者が平成10年以来14年連続して年間3万人を超えており、自殺死亡率(人口10万人対)は世界で6番目に高く、主要8ヶ国(G8)の中ではロシアに次いで2位を占めています。その原因として、健康問題や経済、生活問題、家庭問題が挙げられています。

厳しい生活環境のストレスに適応できない人に2タイプがあり、内向的性格の人は次第に不眠、倦怠感、食欲不振が続き、うつ病へと発展します。それに対し外向性格の人は体調に変化が無く、ストレス解消として特に夜の過飲・過食の習慣が続き、結果として運動不足となり、メタボリックシンドロームから動脈硬化に基づく生活習慣病に発展するのです。

従って、メタボ該当者に対しては、当日面接によるカウンセリングが重要です。まず、一般問診票により生活習慣の偏りを確認した後に、性格や行動パターン、生活環境(仕事の内容、労働時間、人間関係)等について傾聴し、その内容を記録します。メタボ該当者は、うつ病と反対に自覚症状が全くないのが特徴なので、ストレスによる負荷が肥満の源流であることに気付かせることが、生活習慣改善を決意する動機付けの第一歩です。

4. 保健師、管理栄養士による保健指導、栄養指導は、本人の生活習慣改善に対する意識が高まった後に行うことが、目的達成への成功率をさらに上げることになります。

指導にあたっては、体重減量のために本人が出来ることは何かを聞き、その意思に沿ったアドバイスをすることです。そして、その効果については、3ヶ月後にメタボ関連の検査を実施、改善出来ていない人には更に、3ヶ月後に追跡検査と保健指導を行い、最終評価判定とします。さらに、人間ドック受診1年後の再チェックをすすめます。

このように問診と健康識別値を用いた健康評価と生活環境に基づくストレスへの意識づけに始まり、保健指導とフォローアップシステムの構築を充実することで、人間ドック受診者の生活習慣病関連項目の異常頻度の改善を目指さなければなりません。

◆結語

21世紀の医療改革は、治療から予防へ視点を変えることが提唱されています。

そして、厚生労働省は「健康日本21」の理念として

1. 壮年期死亡の減少
2. 健康寿命の延長

を挙げています。

これからの「人間ドック医学」は、上記の理念を実証することが主題であり、その方向に基づいた「人間ドック健診」の普及に努めることが責務だと考えます。

=====
公益社団法人日本人間ドック学会
人間ドック健診統計調査委員会

委員長：伊藤 千賀子

副委員長：笹森 斉

委員：須賀万智、高橋 英孝、山門 實、和田 高士

=====

平成 25 年度特定健康診査・特定保健指導委託契約書

高齢者の医療の確保に関する法律(昭和 57 年法律第 80 号)に基づき実施する、特定健康診査(糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ)及び特定保健指導(特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者としての厚生労働省令で定めるものを行う保健指導をいう。以下同じ)について、別表 1 に掲げる健康保険組合(以下「健保組合」という)から契約に関する委任を受けた健康保険組合連合会(以下「甲」という)と公益社団法人日本人間ドック学会及び一般社団法人日本病院会(以下「乙」という)の会員の医療機関(以下「実施機関」という。別表 2 実施機関一覧表のとおり)から契約に関する委任を受けた乙との間に、次の条項により委託契約を締結する。

(総 則)

第 1 条 甲は、特定健康診査及び特定保健指導を乙に委託し、乙はこれを受託するものとする。

(委託業務)

第 2 条 甲が乙に委託する業務の内容は、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成 19 年厚生労働省令第 157 号。以下「実施基準」という。)」に基づき、別表 3 健診等内容表のとおりとする。

2 業務は、乙の会員の実施機関で行うものとする。

3 特定健康診査において、実施機関は、終了後速やかに、法第 23 条の規定に基づく特定健康診査受診結果通知表を作成し、受診した者に通知するものとする。なお通知に当たっては、実施基準第 3 条に基づき、特定健康診査受診結果通知表と併せて、受診した者が自らの健康状態を自覚し生活習慣の重要性に対する関心と理解を深めるために必要な情報を提供するものとする。

4 特定健康診査及び特定保健指導の実施結果については、実施機関が厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして作成し、取りまとめ、甲の委託を受けて決済を代行する機関(以下「代行機関」という。)である社会保険診療報酬支払基金への送付を行うものとする。

(対象者)

第 3 条 特定健康診査は、実施機関に被保険者証及び健保組合の発行する特定健康診査受診券を提示した者(任意継続被保険者及びその被扶養者、特例退職被保険者及びその被扶養者を含む。)を対象とし、当該実施機関において有効期限等券面の内容を十分に確認の上、実施するものとする。

- 2 特定保健指導は、実施機関に被保険者証及び健保組合の発行する特定保健指導利用券を提示した者（任意継続被保険者及びその被扶養者、特例退職被保険者及びその被扶養者を含む。）を対象とし、当該実施機関において特定保健指導開始日及び有効期限等券面の内容を十分に確認の上、実施するものとする。

（契約期間）

第4条 この契約の有効期間は、平成25年4月1日から平成26年3月31日までとする。

- 2 特定保健指導については、実施機関が、前項の有効期間内に実施した特定健康診査の結果に基づく指導を行う対象者に限り、当該指導の終了（実績評価を行う完了のみならず、脱落や資格喪失による途中終了も含む）する日までを有効期間とする。

（委託料）

第5条 委託料は、別表4委託料内訳書のとおりとする。

（委託料の請求）

第6条 実施機関は、特定健康診査については実施後速やかに受診者に結果を通知した後に、特定保健指導については行動計画を策定する初回時面接終了後及び計画の実績評価（計画策定日から6ヶ月以上経過後に行う評価）終了後に、それぞれ遅滞なくその結果を取りまとめ、前条の委託料のうち特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券の券面に示された受診者あるいは利用者の自己負担分を差し引いた金額（以下「請求額」という。）を、別表4委託料内訳書に定める支払条件に基づき、代行機関に請求するものとする。

- 2 実施機関が特定健康診査あるいは特定保健指導の実施委託に関する集会的な契約を締結している他の契約とりまとめ機関にも所属し、かつ健保組合がその（他の契約とりまとめ機関との）集会的な契約にも参加している場合に、他の契約に参加している当該健保組合の加入者である受診者あるいは利用者がその契約に参加している実施機関にて特定健康診査あるいは特定保健指導を受診若しくは利用する時の委託料の請求は次のように定める。実施内容（特定健康診査の場合は健診項目等、特定保健指導の動機づけ支援の場合は実施形態、特定保健指導の積極的支援の場合は実施形態のほか継続的支援における介入回数や介入形態等）が他の契約と本契約との間で一致する場合は、本契約が他の契約と比して単価が最も低い場合に限って、本契約に定める委託料から所定の自己負担額を差し引いた額を請求することとする。また、他の契約の実施内容が本契約の内容と一致しない場合は、実施機関が受診者あるいは利用者に各契約の実施内容等の相違点を説明の上、受診者あるいは利用者が本契約の実施内容等を選択した場合に限り、本契約に定める委託料から所定の自己負担額を差し引いた額を請求することとする。
- 3 第1項における結果の取りまとめ及び代行機関への送付は、厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして作成し、作成した電子データを格納したファイル

を、電子情報処理組織(代行機関の使用に係る電子計算機(入出力装置を含む。以下同じ)と実施機関の使用に係る電子計算機を電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。以下同じ)により、実施後その都度送信するか、ファイルを収録した電子媒体(FD、MO、若しくはCD-R)を実施月の翌月5日までに提出(期限までに必着)する方法を採るものとする。なお、送付の期限が土曜日、日曜日及び国民の休日にあたる場合は、その翌日を期限とする。

- 4 第1項の場合において、電子情報処理組織の使用による請求は、代行機関の使用に係る電子情報処理組織に備えられたファイルへの記録がなされたときに、代行機関に到達したものとみなす。
- 5 特定保健指導においては、第3項に定める電子データの送付に加え、特定保健指導の支援計画及び実施報告書(厚生労働省にて様式例を公表)等、指導過程における各種記録類やワークシート類等(本項において「指導過程における各種記録類等」という。)について、健保組合が実施機関に求めた場合は、これを提出するものとする。この場合において、実施機関は健保組合のうち請求した者へ電子データ又は紙により直接送付するものとする。

(委託料の支払い)

第7条 健保組合は、実施機関から前条の請求があった場合は、その内容を点検し、適当と認めたときは、前条に定める請求に関わる電子データを受理した月の翌月21日(電子情報処理組織の使用による場合であって、代行機関が受理した日が6日から月末までのものは翌々月の21日。)を基本として、甲と代行機関との間で定める日に、実施機関に代行機関を通じて請求額を支払うものとする。

- 2 健保組合及び代行機関の点検の結果、結果に関する内容について問題がある場合は、代行機関を通じて請求者(実施機関)に返戻を行うものとする。この場合において、既に実施機関に支払われた委託料については、当該委託料を支払った保険者又は他の保険者に対し当該実施機関が有する委託料に係る債権との代行機関を通じた調整、又は、当該実施機関からの代行機関を通じた戻入による調整を行うことができる。
- 3 請求者(実施機関)は前項の返戻を受けた場合において、再度第6条第1項の方法により請求を行うことができる。

(決済に失敗した場合の取扱い)

第8条 実施機関において、被保険者証と特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券の両方を確認せず実施した場合は、当該実施機関の責任・負担とし、健保組合から請求額は支払われないものとする。

- 2 実施機関において、被保険者証と特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券の両方を確認した結果、精巧な偽造等により特に問題ないとは判断できない場合は、健保組合の責任・負担とし、健保組合は請求額を代行機関を通じて実施機関に支払うもの

とする。

- 3 実施機関において、特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券に記載された内容と異なる業務・請求を行った場合は、当該実施機関の責任・負担とし、健保組合から請求額は支払われないものとする。
- 4 特定保健指導の積極的支援における期間（3～6ヶ月）中に、利用者が被保険者資格を喪失した場合は、利用者が属していた保険者が実施機関に資格喪失を連絡することにより利用停止とする。この時、実施機関は利用停止までの結果に関するデータを代行機関へ送付し、健保組合は利用停止までの特定保健指導の実施実績に応じた費用を代行機関を通じて実施機関に支払うこととする。
- 5 特定保健指導の積極的支援を実施中に、利用者が参加しなくなった（脱落が確定した）場合は、健保組合は、その時点までの特定保健指導の実施実績に応じた費用を代行機関を通じて実施機関に支払うこととする。

（再委託の禁止）

第9条 実施機関は、甲が乙に委託する業務の全部又は一部を第三者に委託してはならない。ただし、実施機関が、検査機器の不備等により、健診・保健指導機関に関する「運営についての重要事項に関する規定の概要」において血液検査等の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではない。

- 2 前項において実施機関が業務の一部を委託して実施する場合、受診者及び利用者の自己負担金の徴収及び第6条に規定する委託料の請求は実施機関が一元的に行うこととする。

（譲渡の禁止）

第10条 実施機関は、甲が乙に委託する業務の全部又は一部を第三者に譲渡してはならない。

（事故及び損害の責任）

第11条 実施機関が、業務の実施中に生じた事故及びその業務により生じた事故及び損害については、甲及び乙に故意又は重過失がない限り、実施機関がその負担と責任において処理に当たるものとする。

- 2 前項の場合において、実施機関に故意又は重過失がない限り、その負担と責任について実施機関は甲及び乙と協議するものとする。

（個人情報保護）

第12条 実施機関が当該業務を実施するに当たっては、特定健康診査あるいは特定保健指導の記録の漏えいを防止すると共に、実施担当者には守秘義務を課す等、関係法令を遵

守することに加え、別紙1 個人情報取扱注意事項や「医療・介護関係事業者における個人情報の取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日、平成18年4月21日改正、平成22年9月17日改正）及び各都道府県において定める個人情報の取扱いに係る条例等に基づき、必要な個人情報保護対策を講じ、上記の事項やガイドライン等を遵守するものとする。

（業務等の調査等）

第13条 甲は、健診・保健指導機関に関する「重要事項に関する規程の概要」に関する実施機関の公表内容等に関し詳細を確認する等、甲が必要と認めるときは、乙に対し実施機関における業務の実施状況等を照会し、調査及び報告を求めることができる。

2 甲から前項の照会があった場合は、乙は速やかに対応するものとする。

（契約の解除）

第14条 甲又は乙は、甲又は乙がこの契約に違反した場合は、この契約を解除できるものとする。

2 前項に関わらず、甲は、前条の照会結果等から、健診・保健指導機関に関する「重要事項に関する規定の概要」に関する実施機関の公表内容等が事実と異なり、それにより健保組合に大きな影響がある場合は、別表2 実施機関一覧表より当該実施機関を削除しこの契約から解除できるものとする。

（協 議）

第15条 この契約に定めのない事項が生じたときは、必要に応じて、甲・乙誠意を持って協議のうえ決定するものとする。

甲及び乙は、この契約を証するため、本契約書2通を作成し、甲・乙記名押印のうえ、各自1通を保有するものとする。

平成25年4月1日

甲 健康保険組合連合会
東京都港区南青山1丁目24番4号
会 長 平 井 克 彦

乙 公益社団法人日本人間ドック学会
東京都千代田区三番町9番地15
理事長 奈 良 昌 治
一般社団法人日本病院会
東京都千代田区三番町9番地15
会 長 堺 常 雄

個人情報取扱注意事項

1 基本的事項

実施機関は、個人情報の保護の重要性を認識し、この契約による業務の実施に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱わなければならない。

2 秘密の保持

実施機関は、この契約による業務に関して知ることができた個人情報をみだりに他人に知らせてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

3 収集の制限

- (1) 実施機関は、この契約による業務を処理するために個人情報を収集するときは、業務の目的を明確にするとともに、業務の目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならない。
- (2) 実施機関は、この契約による業務を処理するため個人情報を収集するときは、本人から収集し、本人以外から収集するときは、本人の同意を得た上で収集しなければならない。

4 利用及び提供の制限

実施機関は、この契約による業務に関して知り得た個人情報を契約の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提供してはならない。

5 適正管理

実施機関は、この契約による業務に関して知り得た個人情報の漏洩、滅失及びき損の防止その他の個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

6 再委託の禁止

実施機関は、この契約による業務を行うための個人情報の処理は、自ら行うものとし、第三者にその処理を提供してはならない。ただし、実施機関が、健診・保健指導機関に関する「運営についての重要事項に関する規程の概要」において血液検査等の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではない。

7 資料等の返還等

実施機関は、この契約による業務を処理するために健保組合から引き渡され、又は実施機関自らが収集し、若しくは作成した個人情報記録された資料等は、業務完了後直ちに健保組合に返還し、又は引き渡すものとする。ただし、健保組合が別に指示したときは、その指示に従うものとする。

8 従事者への通知

実施機関は、この契約による業務に従事している者に対して、在職中及び退職後において、その業務に関して知ることのできた個人情報を他に漏らしてはならないこと及び契約の目的以外の目的に使用してはならないことなど、個人情報の保護に関し必要な事項を周知するものとする。

9 実地調査

健保組合は、必要があると認めるときは、実施機関がこの契約による業務の執行に当たり取り扱っている個人情報の状況について、随時実地に調査することができる。

10 事故報告

実施機関は、この契約に違反する事態が生じ、又は生じるおそれがあることを知ったときは、速やかに健保組合に報告し、健保組合の指示に従うものとする。

健診等内容表

区 分		内 容			
特定健康診査※	基本的な健診の項目	質問(問診)	別紙2質問票のとおり※		
		身体計測	身	長	
			体	重	
			腹	囲	
			B	M	I
		理学的所見(身体診察)			
		血 圧	収 縮 期 血 圧		
			拡 張 期 血 圧		
		血中脂質検査	中 性 脂 肪		
			HDL-コレステロール		
			LDL-コレステロール		
		肝機能検査	G O T		
			G P T		
	γ-G T (γ-G T P)				
	血糖検査※	空 腹 時 血 糖			
		ヘモグロビン A1c			
	尿 検 査 ※	糖			
蛋 白					
詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)※	貧 血 検 査	赤 血 球 数			
		血 色 素 量(ヘモグロビン値)			
		ヘマトクリット値			
		1 2 誘 導 心 電 図			
		眼 底 検 査 (両 眼)			
特定保健指導	動機付け支援	I 初回面接			
		① 個別面接1回(20分以上) 又は ② グループ面接(8名以下)1回(80分以上)			
		II 実績評価 6ヶ月後の実績評価を面接又は通信(電子メール、電話、FAX、手紙等)で実施			

積極的支援	初回時面接の形態		① 個別面接 1 回(20 分以上) 又は ② グループ面接(8 名以下)1 回(80 分以上)
	3 ヶ月以上の継続的な支援	実施ポイント数	180 ポイント以上
		主な実施形態	◆ 支援 A、支援 B の内容については、厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」(改訂版)を参照すること ◆ 継続的支援は、支援中に直接面接(個別・グループ)を必ず 1 回以上実施し、支援 A の方法及び支援 B の方法の合計で 180 ポイント以上の支援を行うこと(支援 A の方法に係るポイントが、160 ポイント以上である場合に限る)を最低条件とすること
終了時評価の形態		6 ヶ月後の実績評価を面接又は通信(電子メール、電話、FAX、手紙等)で実施	

- ※ 別紙 2 質問票については、当該機関にて準備することとする。
- ※ 血糖検査については、血糖(空腹時・随時)、ヘモグロビン A1c の両方を実施すること。
- ※ 生理中の女性や、腎疾患等の基礎疾患があるために 尿障害を有している者に対する尿検査については、検査不能として実施を行わない場合も認めるものの、その他の項目については全て実施すること。実施されなかった場合は完全に実施するまで何度も実施するか、未実施扱いとする(この場合健保組合から乙に委託費用は支払われない)。
- ※ 詳細な健診の項目を実施する場合は、標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版(案))の判定基準(別紙 3)により行うものとし、受診者に十分な説明を行うと共に、医療保険者に送付する結果データにおいてその理由を詳述することとする。
- ※ (1)別表 2 に掲げる実施機関は、他の機関で特定健康診査を受診した者又は事業主健康診断を受診した者に対して特定保健指導を実施する場合、第 2 条第 3 項で受診者に通知された特定健康診査受診結果通知表並びに特定健康診査で提出した質問票の写しの提出を求めることとする。
(2)別表 1 に掲げる健康保険組合は、上記(1)に該当する者に対して、特定保健指導を実施する機関に、当該健診結果通知表及び質問票の写しを持参するよう周知することとする。
(3)別表 2 に掲げる実施機関のうち特定保健指導を受託する機関は、自機関で特定健康診査を実施していない場合でも特定保健指導を実施することとする。

別紙 3 に掲げる「標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版(案))」は、平成 25 年 4 月 1 日現在のものであるが、平成 25 年度中に公表される「標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)」以降は、その内容に準ずるものとする。

質問票

	質問項目	回答
1-3	現在、a から c の薬の使用の有無※①	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ
3	c. コレステロール※②を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳 等)にかかっているといわれたり、治療を受けたりしたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(心症、心筋 等)にかかっているといわれたり、治療を受けたりしたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたりしたことがありますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は 6 ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 カ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ
9	20 歳の時の体重から 10kg 以上増加している。	①はい ②いいえ
10	1 回 30 分以上の軽く をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13	この 1 年間で体重の増減が 3kg 以上あった。	①はい ②いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就 前の 2 時間以内に 食をとることが週に 3 回以上ある。	①はい ②いいえ
16	食後に間食(3 食以外の夜食)をとることが週に 3 回以上ある。	①はい ②いいえ
17	朝食を抜くことが週に 3 回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お (清、焼、ビール、洋 などを) む 度	①毎日 ②時々 ③ほとんど まない(めない)
19	日の 1 日当たりの 量 清 1 合(180ml)の目安： ビール中 1 本(約 500 ml)、焼 35 度(80ml)、 ウィスキーダブル 1 (60ml)、ワイン 2 (240ml)	①1 合未満 ②1～2 合未満 ③2～3 合未満 ④3 合以上
20	眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね 6 か月以内) ③近いうちに(概ね 1 か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6 ヶ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6 ヶ月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ

※①医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。 ※②中性脂肪も同様に取扱う

「詳細な健診」項目について

以下の判定基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する(基準に該当した者すべてに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある)。その際、健診機関の医師は、当該健診を必要と判断した理由を医療保険者へ示すとともに、受診者に説明すること。

なお、他の医療機関において実施された最近の検査結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者、現に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の疾患により医療機関において管理されている者については、必ずしも詳細な健診を行う必要はなく、現在の症状等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。また、健康診査の結果から、直ちに医療機関を受診する必要があると判断された者については、確実な受診勧奨を行い、医療機関において、診療報酬により必要な検査を実施する。

(1) 12 誘導心電図

- 前年の健診結果等において、①血糖高値、②脂質異常、③血圧高値、④肥満の全ての項目について、以下の基準に該当した者

(2) 眼底検査

- 前年の健診結果等において、①血糖高値、②脂質異常、③血圧高値、④肥満の全ての項目について、以下の基準に該当した者

(3) 貧血検査

- 貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

【判定基準】

①血糖高値	a 空腹時血糖	100mg/dL 以上 又は
	b HbA1c (NGSP)	5.6%以上
②脂質異常	a 中性脂肪	150mg/dL 以上 又は
	b HDL コレステロール	40mg/dL 未満
③血圧高値	a 収縮期血圧	130mmHg 以上 又は
	b 拡張期血圧	85mmHg 以上

委託料内訳書

区 分		1人当たり委託料単価 (消費税含む。)	支払条件	
特定健康診査	基本的な健康診査の項目	6,825円	健診実施後に一括	
	詳細な健診項目(医師の判断による追加項目)	貧血検査		231円
		心電図検査		1,365円
		眼底検査(両眼) (フィルム代含む)		1,176円
特定保健指導	動機付け支援 ※2	7,350円	面接による支援終了後に左記金額から初回時に全額徴収する自己負担分を差し引いた保険者負担額の8/10を支払 残る2/10は実績評価終了後に支払	
	積極的支援	23,100円	初回時の面接による支援終了後に左記金額から初回時に全額徴収する自己負担分を差し引いた保険者負担額の4/10を支払 残る6/10(内訳としては3ヶ月以上の継続的な支援が5/10、実績評価が1/10)は実績評価終了後に支払 3ヶ月以上の継続的な支援実施中に脱落等により終了した場合は、左記金額から初回時に全額徴収する自己負担分を差し引いた保険者負担額の5/10に実施済みポイント数の割合を乗じた金額を支払	

※ 特定健康診査の定率自己負担額の算出または特定保健指導の各回の支払額が分割比率の関係で小数点以下の端数が生じる場合は、四 五入により1円単位とする。

※2 利用者に対し動機付け支援を実施し、6ヶ月経過後に実績評価を行うに至った段階で、利用者が被保険者資格を喪失している場合であっても、保険者は保険者負担額の残り2/10の費用を代行機関を通じて実施機関に支払うこととする。ただし、実績評価前に利用者が属していた保険者が実施機関に資格喪失を連絡し、利用停止について双方が確認した場合は、この限りではない。

国際モダンホスピタルショー 2012 実施概要



国際モダンホスピタルショー2012は、『いのちの輝きを！未来を創る健康・医療・福祉～さらなる連携を目指して～』のメインテーマにより7月18日(水)～20日(金)の3日間、東京ビッグサイト(東京国際展示場)の東1・2・3ホール(会場面積26,000㎡・展示面積7,000㎡)を使用して開催した。会期中3日間の来場者数は81,550名、出展者数317社を数えた。

今回は主催者企画展示として『ICTで拓く医療連携の未来』を展開した。

さらに展示コーナーとして、「医療連携・セキュリティ対策コーナー」、「医用画像・映像ソリューションコーナー」、「急性期医療支援コーナー」、「ナースウェア・メディカルウェアコーナー」、「医療継続 (BCP) ・環境

(ECO) 対策コーナー」、最新の医療・看護・福祉等に関する書籍を即売する「ブックコーナー」を設けた。

また会期中は、ホスピタルショウカンファレンス、出展者プレゼンテーションセミナー、企画展示内オープンステージなど73セッションのセミナーを実施、延べ7,011名を越す聴講者を集めた。

国際モダンホスピタルショー 2012 開催要綱

- 1** 名称 国際モダンホスピタルショー2012
- 2** 主催 一般社団法人 日本病院会 / 一般社団法人 日本経営協会
- 3** テーマ 「いのちの輝きを！未来を創る健康・医療・福祉～さらなる連携を目指して～」
- 4** 会期 2012年7月18日(水)～20日(金) 3日間
- 5** 開場時間 午前10時～午後5時
- 6** 面積 会場面積:26,000㎡ 展示面積:7,000㎡
- 7** 出展者数 317社(前回303社)
- 8** 来場者数 81,550人[前回77,130人] いずれも3日間延べ
- 9** 会場 東京ビッグサイト・東展示棟1・2・3ホール / 会議棟 〒135-0063 東京都江東区有明3-10-1
- 10** 後援 総務省、消防庁、外務省、文部科学省、厚生労働省、経済産業省、環境省、東京都、日本貿易振興機構(ジェトロ)、社団法人 日本医師会、社団法人 日本歯科医師会、公益社団法人 日本薬剤師会、公益社団法人 日本看護協会、一般財団法人 医療情報システム開発センター、一般財団法人 日本医療情報センター、財団法人 医療機器センター、財団法人 医療関連サービス振興会、公益社団法人 全国自治体病院協議会、社団法人 全日本病院協会、公益社団法人 日本精神科病院協会、社団法人 日本医療法人協会、一般社団法人 全国公私病院連盟、一般社団法人 日本病院薬剤師会、社団法人 日本栄養士会、公益社団法人 日本放射線技師会、一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会、一般社団法人 日本作業療法士協会、公益社団法人 日本理学療法士協会、社団法人 全国社会保険協会連合会、公益財団法人 日本訪問看護財団、公益財団法人 日本医療機能評価機構、日本放送協会(NHK)、一般社団法人 日本民間放送連盟 (順不同)
- 11** 協賛 社会福祉法人 全国社会福祉協議会、日本医療機器産業連合会、一般社団法人 日本画像医療システム工業会、一般社団法人 電子情報技術産業協会、日本薬料機器協会、一般社団法人 日本医療機器工業会、日本医療器材工業会、日本理学療法機器工業会、日本医用光学機器工業会、社団法人 日本分析機器工業会、社団法人 日本衛生検査所協会、社団法人 日本衛生材料工業連合会、一般社団法人 日本ホームヘルス機器協会、一般社団法人 日本医療福祉建築協会、一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会、社団法人 東京都医療社会事業協会、公益社団法人 日本臨床工学技士会、東京商工会議所、公益財団法人 テクノエイド協会、公益社団法人 全国老人保健施設協議会、一般財団法人 日本救急医療財団、一般社団法人 日本医療情報学会、公益社団法人 全国老人福祉施設協議会、社団法人 全国有料老人ホーム協会、一般社団法人 日本ロボット工業会、一般社団法人 日本産業・医療ガス協会(順不同)
- 12** 展示内容 ①医療環境設備・機器 ②医療機器・材料 ③医療情報システム ④看護支援関連
⑤介護・リハビリ支援関連 ⑥健診・ヘルスケア関連 ⑦病院・介護・医療施設運営サポート・サービス
⑧医療関連書籍・出版物 ⑨医療・福祉関連団体事業紹介
- 13** 主催者企画展示 「ICTで拓く医療連携の未来」
<企画:ホスピタルショウ委員会 医療情報部会>
- 14** 展示コーナー ●医療連携・セキュリティ対策コーナー ●医用画像・映像ソリューションコーナー ●急性期医療支援コーナー
●ナースウェア・メディカルウェアコーナー ●医療継続(BCP)・環境(ECO)対策コーナー ●ブックコーナー
- 15** 特別企画 「第5回『こんなものを作ってみました！看護のアイデアde賞』」
- 16** スポット展示 「チーム医療と地域連携 -食からの取り組み-

展示規模・来場者数

2012年	317社	会場面積 26,000㎡	展示面積 7,000㎡
2011年	303社	会場面積 26,000㎡	展示面積 6,800㎡
2010年	341社	会場面積 26,000㎡	展示面積 7,600㎡
2009年	347社	会場面積 26,000㎡	展示面積 7,200㎡
2008年	375社	会場面積 26,000㎡	展示面積 8,000㎡
2007年	368社	会場面積 26,000㎡	展示面積 8,000㎡

1 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。

2012年(第39回)

第1日	7月18日(水)	23,510人(晴れ)
第2日	7月19日(木)	28,980人(晴れ)
第3日	7月20日(金)	29,060人(曇りのち雨)

合計 81,550人

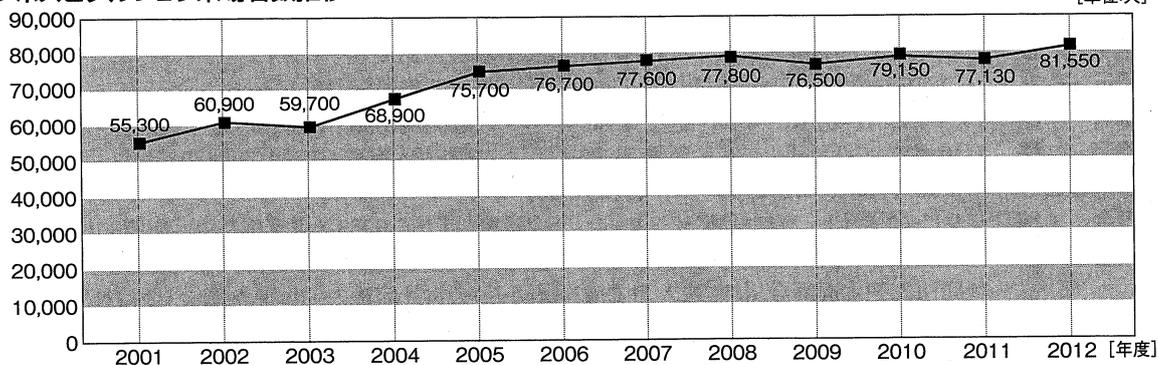
2011年(第38回)

第1日	7月13日(水)	16,190人(晴れ)
第2日	7月14日(木)	29,300人(晴れ)
第3日	7月15日(金)	31,640人(晴れ)

合計 77,130人

2 国際モダンホスピタルショー来場者数推移

[単位:人]



3 海外来場者

2012年度の海外来場者の詳細は以下のとおりである。

7月18日(水)	28名
7月19日(木)	29名
7月20日(金)	25名
合計	82名

国・地域明細は次のとおりである(五十音順)。
 アメリカ、イラク、ウズベキスタン共和国、
 エクアドル、オーストラリア、韓国、シンガポール、
 台湾、中国、ドイツ、ナイジェリア、ブラジル、
 ベトナム、マラウイ、リビア、ロシア



分野別出展者数 (複数回答)

1 医療環境設備・機器 89社

空調・エネルギー設備・機器	12社
給排水衛生設備・機器	4社
防災・セキュリティ設備・機器	5社
病室用設備・機器	16社
手術室用設備・機器	12社
患者搬送設備・機器	1社
ハウスキーピング設備・機器	3社
院内物流設備・機器	11社
薬剤部門設備・機器	7社
給食設備・機器	3社

医療廃棄物処理設備・機器	5社
予防衣・用品	11社
衛生設備・機器	8社
建築・設計	5社
事務関連設備・機器	15社
通信・情報設備	17社
受付業務関連設備	14社
インテリア・建築資材	3社
その他の医療環境設備・機器	6社

2 医療機器・材料 21社

放射線診断・画像診断装置	5社
治療用機器	1社
中央材料室用機器	2社

生体情報装置	4社
ディスプレイ	5社
その他の医療機器・材料	5社

3 医療情報システム 132社

病院管理支援システム	42社
診療支援システム	59社
物流・物品管理支援システム	15社
薬剤関連システム	15社
画像・映像関連システム	39社
リスクマネジメント関連システム	14社

地域医療情報システム	29社
医療情報ネットワーク	30社
情報セキュリティシステム	14社
病院経営支援システム	22社
その他の医療情報システム	9社

4 看護支援関連 44社

看護用品・機器	18社
看護支援システム	17社
訪問看護用品・機器	3社

訪問看護支援システム	8社
セーフティ用品・機器・システム	7社
その他の看護支援関連	5社

5 介護・リハビリ支援関連 31社

介護用品・機器	12社
介護予防・リハビリ	8社
在宅医療・看護	8社
介護食・住宅支援	4社

介護福祉情報システム	10社
地域連携・住環境	3社
その他の介護・リハビリ支援関連	3社

6 健診・ヘルスケア支援関連 31社

健診関連	23社
検体検査装置	4社
検診車両	1社
予防医療、健康管理機器・システム	3社

健康増進ツール・機器	3社
アンチエイジング	2社
その他の健診・ヘルスケア支援関連	1社

7 病院・介護・医療施設運営サポート・サービス 32社

検体検査業務	2社
給食業務	1社
患者搬送	2社
医療用具等の滅菌消毒	2社
設備・機器の保守・点検	3社
寝具類洗濯・賃貸	2社
清掃業務	4社
院内物流管理	2社
医療廃棄物処理	1社

医事業務代行	1社
医療経営コンサルティング	7社
人材派遣・人材紹介	1社
患者サービス・アメニティ	7社
教育・研修	7社
調剤・保険薬局サポート関連	6社
クリニック・診療所サポート関連	6社
介護福祉施設サポート関連	4社
その他の病院・介護・医療施設運営サポート・サービス	5社

8 医療関連書籍・出版物 2社

医療・看護・介護等に関する書籍	2社
-----------------	----

9 医療・福祉関連団体事業紹介 4団体

医療・福祉関連団体	4団体
-----------	-----

広報・PR活動

主催者ならびに出展者から、病院関係者、ユーザーに対し45万部の招待状が発送されたほか、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するとともに業界専門紙・誌の広告を通じて来場者動員に努めた。

1 ポスター(制作部数:3,000部)

一般社団法人日本病院会会員病院および出展者、後援・協賛団体を中心に配布。

2 招待状(制作部数:450,000部)

一般社団法人日本病院会会員病院、後援・協賛団体、ホスピタルショー委員会委員、出展者および行政機関、公的機関、保健福祉関係施設、医療関係学会等に配布。

3 専門紙・誌広告

「病院新聞」 2月9日付号、6月21日付号

4 インターネットホームページ

ホスピタルショーホームページにより年間を通して最新の展示会情報を提供した。また、出展製品ホームページとのリンクを設定。出展製品・分野別出展者一覧をホームページ上に掲載した。また、「出展者プレゼンテーションセミナーWeb“聴きどころ”」も掲載した。
(URL:<http://www.noma.or.jp/hs/>)

5 国際モダンホスピタルショー2012ガイド(発行部数:85,000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企画展示／展示コーナー
- ③セミナープログラム ④出展者の見どころ
- ⑤分野別出展者一覧 ⑥出展者名簿

体裁:A4判 本文116頁

6 記者会見ならびに記者クラブ資料入れ

事務局では、下記のとおり記者会見ならびに記者クラブへの資料入れを行なった。

日 時	方 式	場 所	対 象
平成24年 6月 4日(月)	会 見	日本病院会	一般紙・専門紙誌
平成24年 7月11日(水)	資料入れ	厚生労働記者会	一般紙・テレビ
平成24年 7月11日(火)	〃	厚生日比谷クラブ	専門紙誌

7 報道資料の配信

下記のニュースリリースを報道関係者に配信した。

日 時	内 容
平成23年11月30日(水)	看護のアイデアde賞募集開始に関するリリース
平成23年12月30日(火)	新春講演会案内
平成24年 1月26日(水)	出展申込受付開始に関するリリース
平成24年 2月14日(火)	展示コーナー出展者募集に関するリリース
平成24年 4月27日(金)	出展者決定に関するリリース
平成24年 5月11日(金)	開催内容決定に関する記者説明会案内
	看護のアイデアde賞入選作品決定に関するリリース
平成24年 6月 4日(月)	開催内容決定に関するリリース(ポスター完成)
平成24年 6月26日(火)	カンファレンス内容決定に関するリリース
平成24年 6月28日(水)	スポット展示内容決定に関するリリース
平成24年 7月11日(水)	開幕に関するリリース
平成24年 7月23日(月)	閉幕に関するリリース



パブリシティ結果 (2012年8月15日現在)

1 テレビ

・BS・BS12 TwellV「展示会へ行こう！」(8月6日/13日(月) 18:00～)



▲・BS・BS12 TwellV「展示会へ行こう！」

2 一般紙・専門紙誌の記事掲載一覧

		掲載紙・誌	
月次別	平成22年 9月	月刊介護保険	1件
	平成23年11月	ctiweb	1件
	平成23年12月	日刊工業新聞、インナビネット、Rad Fan Online	3件
	平成24年 1月	月刊新医療、日本医科器械新聞、空調タイムス、日刊工業新聞、日本情報産業新聞、NMonline、デジタルヘルスonline、	7件
	平成24年 2月	病院新聞、医理産業新聞、環境備品通信、日本医科器械新聞、日本医療衛生新聞、寝具新聞、看護実践の科学、ナース専科、繊維ニュース、日本事務機新聞、等	14件
	平成24年 3月	月刊新医療、保健産業事報、Clinic magazine、繊維ニュース、Web月刊新医療	5件
	平成24年 4月	月刊新医療、シルバー産業新聞、販促会議、新・住宅産業ジャーナル、Web JAMINA、Rad Fan Online、	6件
	平成24年 5月	病院新聞、空調タイムス、販促会議、日本事務機新聞、オフィスマガジン、ビジネスマシン ニュース、OMNI-MANAGEMENT、ctiweb 等	9件
	平成24年 6月	山陽新聞、病院新聞、日経ヘルスケア、月刊医科器械、繊維ニュース、シルバー新報、販促会議、電設技術、オートメレビュー、情通新聞、建設通信新聞、THE ASAHI SHIMBUN DIGITAL、msn.産経ニュース、日経電子版、SankeiBiz、デジタルヘルスOnline、インナビネット、Web月刊新医療 等	24件
	平成24年 7月	相模経済新聞、静岡新聞、月刊新医療、WAM、病院新聞、医理産業新聞、日経ヘルスケア、環境備品通信、日本医療衛生新聞、日本医事新報、Fuji Sankei Business i、機械設計、交通新聞、販促会議、鉄鋼新聞、日本情報産業新聞、日刊建設工業新聞、デジタルヘルスOnline、Tech-On、病院新聞.com、Rad Fan Online、CB NEWS、ケアマネジメントオンライン、Medical IT link、インナビネット、Web月刊新医療、Web医療産業情報、ITmedia、impress watch、日刊工業新聞Business Line、DIGINFO TV 等	118件
平成24年 8月	ナース専科、innervision、最新医療経営Phase3、寝装リビングタイムス、デジタルヘルスOnline、フードボイス動画ニュース 等	10件	
媒体別	一般紙・地方紙 病院・医療専門紙誌 経済・工業紙/その他業界専門紙誌 インターネットマガジン	3件 53件 28件 114件	
内容別	開催説明会・受付開始 出展者決定・ポスター完成 開幕・閉幕 付帯事業 特集:病院新聞、月刊新医療、医理産業新聞、日経ヘルスケア、環境備品通信、Fuji Sankei Business i、デジタルヘルスOnline、Tech-On、Rad Fan Online、インナビネット、OMNI-MANAGEMENT 催事案内	17件 56件 32件 20件 52件 21件	
合 計			198件

3 全 体

テレビ	1件
一般紙・地方紙	3件
病院・医療専門紙誌	53件
経済・工業紙/その他業界専門紙誌	28件
インターネットマガジン	114件
合 計	199件



開 会 式

開幕初日(7月18日)午前9時30分から、開会式が東京ビッグサイト・東展示棟東2ホール入口にて挙行され、関係者多数が出席した。

(以下、敬称略・順不同)

※所属・役職は2012年7月18日現在

●開会式のプログラム

主催者挨拶

一般社団法人 日本病院会	会 長	堺	常 雄
(代理 一般社団法人日本病院会)	副会長	高 橋	正 彦
一般社団法人 日本経営協会	理事長	松 山	栄 二

来賓挨拶

厚生労働省	大臣官房審議官	唐 澤	剛 様
社団法人 日本医師会	会 長	横 倉	義 武 様
公益社団法人 日本看護協会	会 長	坂 本	す が 様

出展者代表挨拶

パナソニックヘルスケア株式会社 代表取締役常務 兼 マーケティング本部長 大 友 勝 彦 様

ホスピタルショー委員長挨拶

ホスピタルショー委員会 委員長 大 道 久

テープカット

厚生労働省	大臣官房審議官	唐 澤	剛 様
社団法人 日本医師会	会 長	横 倉	義 武 様
公益社団法人 日本看護協会	会 長	坂 本	す が 様
パナソニックヘルスケア株式会社 代表取締役常務 兼 マーケティング本部長		大 友	勝 彦 様
一般社団法人 日本病院会	会 長	堺	常 雄
(代理 一般社団法人日本病院会)	副会長	高 橋	正 彦
一般社団法人 日本経営協会	理事長	松 山	栄 二
ホスピタルショー委員会	委員長	大 道	久



主催者企画展示

ホスピタルショー委員会医療情報部会による企画展示を実施した。

企画展示に連動した出展者を募り、オープンステージとともに連日来場者に好評を博した。

「ICTで拓く医療連携の未来」

＜企画：ホスピタルショー委員会 医療情報部会＞

会場：東3ホール 医療情報システムゾーン

医師不足や地域での医療偏在などが大きな問題となっている現在、急速な進化を続けているICT（Information & Communication Technology：情報通信技術）の活用による解決が求められています。

ICT活用により医療情報の共有が可能となることで、病院や診療所、介護施設などの施設間連携や医師、看護師、薬剤師等の多職種間連携がより向上し、さまざまな問題の改善や安心の医療につながります。

また、システム・ネットワークの高度化は、同時にQOL向上という「より良い医療のあり方」の後押しをしていくものと考えます。

今回の主催者企画展示は、「ICTで拓く医療連携の未来」をテーマとして展開した。

総務省EHR実証事業や光タイムライン、救急医療体制支援システム、被災地健康管理システム、モバイル活用、フィンランド情報共有ネットワークをパネル・デモ展示で紹介した。

展示物やパネルを見ていた多くの来場者から質問が活発に行われ、関心の高さがうかがえた。協力団体・企業の方々にご協力いただき、会期中3日間、展示の説明にあたっていただいた。

主催者企画展示と連動するかたちで展開した「医療連携・セキュリティ対策コーナー」では、地域医療連携システムや診療圏分析システム、電子認証ソリューション等について出展者から提案され、来場者の注目を集めた。本コーナーでは、出展者によるオープンステージセミナーを実施し、熱心に聞き入る聴講者で毎回盛況だった。

〔展示・事例紹介〕

○総務省「健康情報活用基盤構築事業」 （日本版 EHR 構築に向けた実証）

協力：総務省

総務省において平成23年度より実施している、患者の医療・健康情報を地域で安全かつ円滑に流通させるための広域共同利用型の医療情報連携基盤（EHR:Electronic Health Record）の普及推進のための実証（「健康情報活用基盤構築事業」）について紹介。

●処方情報の電子化・医薬連携事業（香川県）

協力：㈱STNet、

社団法人香川県薬剤師会、

徳島文理大学（香川キャンパス）他

地域における効果的な処方、投薬等の実現のため、医療機関の処方情報及び患者の背景情報（アレルギー情報等）、薬局の調剤情報を医療機関・薬局で連携し、患者がPC・携帯端末で自身の調剤・服薬情報を管理する環境を構築する事業について紹介。

●医療・介護連携支援事業（広島県）

協力：社団法人尾道市医師会、

NPO法人天かける、

NEC

「医療分野と介護分野の情報連携で、有効な公開情報は何か？」の究明を主目的に、広島県尾道市を中心に地域の約70ヶ所の病院・調剤薬局・介護施設が連携する環境を構築する事業について、現地の状況や各施設での公開・閲覧情報の実際を紹介。

●共通診察券を活用した健康情報活用基盤構築事業

（島根県）

協力：一般社団法人出雲医師会、

㈱テクノプロジェクト、

富士通㈱

共通診察券を通じたワンストップの医療情報サービスの実現に向けた、島根県出雲市及び大田市における、個人の健康情報を関係者間で登録・共有し、医療機関と調剤薬局間の情報連携を行う環境を構築する事業について紹介。



○相澤病院光タイムラインを中心とした診療情報連携

協力：社会医療法人財団慈泉会 相澤病院、
NTT 東日本、
(株)ソフトウェアサービス

災害対応：最終的にクラウド化する事により、地域外でも診療の継続が出来るようにする。

診療情報のバックアップ：医療機関のサーバが破損して電子カルテの使用が出来なくても、過去情報が得られる環境とする。

オープン環境：完全なベンダーフリーでオープンな環境とする。

○ICTを活用した救急医療体制支援システム「GEMITS」

協力：GEMITS アライアンスパートナーズ、
沖電気工業(株)、
NPO 法人 Forsmile、
Mogic (株)

ICTを活用し、現場の救急車と医療施設及び医療施設間並びに介護施設等を結んで、患者を迅速に搬送、処置できるよう救急医療の全体最適化を基本理念とした救急医療体制支援システム「GEMITS」(Global Emergency Medical supporting Intelligence Transport System)について紹介。

○岩手県仮設住宅住民の健康調査プロジェクト

協力：岩手医科大学医学部、
(株)イイガ、
日本マイクロソフト(株)、
(株)ビジネス・アーキテクツ

岩手県東日本大震災災害対策本部医療班を率いる岩手医大の秋富慎司医師の指導により、クラウドデータベースとタブレットなど携帯端末によるリアルタイム同期型健康情報管理・共有システムを開発。当システムの被災地仮設住宅住民への健康管理利用について紹介。

○東京大学社会連携講座によるモバイルICT活用事例

協力：東京大学大学院医学系研究科健康空間情報学講座、
NTT ドコモ

●モバイル・クラウド12誘導心電図

12誘導心電図をスマートフォン経由でクラウドにより共有できるシステム。心筋梗塞の治療成績改善など救急・遠隔医療、緊密な地域医療連携の構築、イベント検知による診療支援まで幅広い応用が期待される。現在複数施設との共同研究にて実証試験が進行中。

●ICTを利用した2型糖尿病管理システム「DialBetics」

血圧・血糖値・体重・運動量のモニタリングの他、撮影した食事の写真が分析され、摂取カロリーや栄養成分分析情報がフィードバックされるシステム。半自動応答を行うことにより糖尿病患者の生活習慣の改善と自己管理を向上させることを目的とする。

●スマートフォンを利用した Mobile PHR システム

「Smart PHR」

血圧・体重・歩数などのバイタル情報や、処方・服薬情報、医療機関からの文書・画像情報を患者自身の携帯端末で管理し、医療機関受診時の正確な情報提供の他、災害時や緊急時にも利用可能なシステム。個人医療健康情報活用基盤としてPHRの実現を目指す。

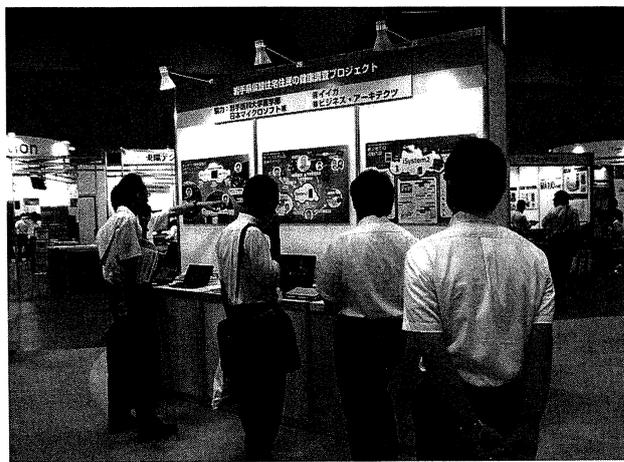
●携帯電話を用いた個人適応型外来患者案内システム

外来患者の携帯電話またはスマートフォンに、診療の流れに沿った案内メッセージを配信することにより、患者の待ち時間の有効活用を支援するシステム。外来診療における時間的・空間的な効率の追求により、円滑で満足度の高い医療環境を実現する。

○フィンランドの電子カルテネットワーク (KanTa システム)

協力：富士通(株)

フィンランドでは、病院や薬局などの各医療機関が個別に保有していた電子カルテ情報を全国で共有できるようにネットワーク化が進められている。その仕組みとして、フィンランドの社会保険庁 (KELA) の「国民電子カルテネットワーク (KanTa システム)」を紹介。



企画展示コーナー・展示コーナー・看護のアイデア de 賞・スポット展示

1 医療連携・セキュリティ対策コーナー

主催者企画展示と連動する形で医療情報システムゾーンで実施し、24社が出展。展示内容は、地域医療連携システムや電子カルテ、診療情報管理システム、診療圏分析システム、仮想・クラウド環境向けシステム、電子認証ソリューション、セキュリティ対策ソフトウェア等。

- | | | |
|---|---|--|
| A-92 (株)マックスシステム
ピー・シー・エー(株)
(株)パルソフトウェアサービス
(株)宗和メディカルオフィス | A-98 (株)南日本情報処理センター
A-99 トレンドマイクロ(株)
A-100 ビー・エス・ピー(株)
A-101 ニッセイ情報テクノロジー(株)
A-102 (株)インフィニットテクノロジー
A-103 ファイルメーカー(株)
A-104 富士フィルムメディカル(株)
富士フィルムメディカルITソリューションズ(株)
A-105 Sky (株) | A-106 NTT (NTTグループ)
NTT 東日本 / NTT 西日本
NTT コミュニケーションズ
NTT ドコモ
NTT データ |
| A-93 ESRI ジャパン(株)
A-94 技研商事インターナショナル(株)
A-95 (株)ピーエスアイ
A-96 日本ベリサイン(株)
A-97 (株)エーキューブ | | |

2 医用画像・映像ソリューションコーナー

医療情報システムゾーンで実施し、11社が出展。展示内容は、医用画像情報システム、手術映像記録・配信システム、医用画像表示モニター、画像診断装置、Web会議システムなど、医用画像・映像に関わるシステム・機器等。

- | | | |
|--|--|---|
| A-107 (株)エムアンドエイチ
A-108 (株)エスフィル
A-109 ジェイティック(株)
A-110 ジャパンメディアシステム(株) | A-111 ViewSend ICT(株)
A-112 (株)東陽テクニカ
A-113 カリーナシステム(株)
A-114 東北オータス(株) | A-115 (株)セブンスディメンションデザイン
A-116 (株)ナナオ
A-117 GEヘルスケア・ジャパン(株) |
|--|--|---|

セミナーステージ②

「医療連携・セキュリティ対策コーナー」「医用画像・映像ソリューションコーナー」の出展者プレゼンテーションセミナーを開催。参加者総数は2,192名。

	7月18日(水)	7月19日(木)	7月20日(金)
10:30 } 11:00			「タイムラインによる地域医療介護連携の有用性と今後の展望」 社会医療法人財団慈泉会 相澤病院 情報システム部長 熊井 達氏 NTT 東日本
11:15 } 11:45	「『ADMENIC』による術野・術場カメラ、生体情報モニタ映像の一元管理」 アドメニック カリーナシステム(株)	「医療機器におけるウイルス感染実情とインストールレス型対策ツールの活用」 熊本大学医学部附属病院 医療技術部 池田 龍二氏 トレンドマイクロ(株)	「WEB会議システム『LiveOn』の導入事例紹介と実演デモ」 ジャパンメディアシステム(株)
12:00 } 12:30	「医療情報への不正アクセスを防御するUTMと電子認証によるセキュリティ」 (株)ピーエスアイ	「文書・画像一元管理システム」 JA 長野県厚生連 小諸厚生総合病院 診療情報管理課 課長 花里 恵二氏 (株)エムアンドエイチ	「PSP がつなぐ、地域医療連携」 ピー・エス・ピー(株)
12:45 } 13:15	「“連携”促進における情報の取り扱いと職員研修」 (株)南日本情報処理センター	「地図情報システムを活用した地域連携状態の可視化と患者分析」 技研商事インターナショナル(株)	「地域戦略や効果的域連携に活用出来るマッピングツールのご紹介」 ESRI ジャパン(株)
13:30 } 14:00	「手術映像記録と管理の現在、過去、未来」 (株)セブンスディメンションデザイン	「電子レセプトデータの活用について」 ニッセイ情報テクノロジー(株)	「整形外科領域のフィルムレスソリューション」 (株)東陽テクニカ
14:15 } 14:45	「プログラミングの必要のないiPad / iPhoneの医療アプリ作成 & 活用法」 ファイルメーカー(株)	「LEDバックライト搭載次世代医用モニタ」 (株)ナナオ	「医療連携をサポートするインフィニットソリューションについて」 (株)インフィニットテクノロジー
15:00 } 15:30	「病院に求められる『情報セキュリティ対策』と『IT資産管理』」 Sky(株)	「産婦人科電子カルテシステムの導入効果～現場からの声～」 松田母子クリニック 副院長 川上 裕一氏 (株)マックスシステム	「経営に貢献する地域医療連携サービス『C@RNA Connect』」 国立病院機構 埼玉病院 院長 関塚 永一氏 富士フィルムメディカル(株)
15:45 } 16:15	「沼田保健医療圏における地域医療ネットワーク」 利根中央病院 外科部長 郡 隆之氏 ViewSend ICT(株)	「電子カルテアクセス～低価格、高利便性環境の実現を目指して～」 北海道社会保険病院 システム管理室 係長 練生川 和弘氏 日本ベリサイン(株)	「医療画像はクラウドへ～“医知の蔵”の導入経緯と現況～」 深谷赤十字病院 放射線部 技師長 清水 文孝氏 GEヘルスケア・ジャパン(株)

■特別企画 第5回「こんなものを作ってみました!看護のアイデアde賞」

特別企画として、患者さんのケアや医療施設に携わる方たちの着眼によって生み出されたさまざまな改善工夫・アイデアで実現した作品を募集した。46点の応募があり、審査委員会において、グランプリ1点、準グランプリ1点、ハッピー de 賞4点が選ばれた。看護ゾーンにおいて、受賞作品6点の展示、応募作品のパネル紹介を行い、各賞の授賞式・作品紹介(スピーチ)をセミナーステージ①で開催した。



★★★グランプリ

●内服自己管理補助具「ちよきっとゴククン!!」..... 医療法人 尚寿会 大生病院

片麻痺の患者が在宅で内服の自己管理を行なう際に、片手のみで確実に薬袋が切れ、こぼすことなく薬を飲むことができないかと内服自己管理補助具を考案した。補助具は2段になっており、下段は毎時の薬袋を収納。上段はカッター、内服カップの収納ができ、箱の上で薬袋を切断する。天板に開けた穴から薬をカップに落とすことで、飛び散る心配がなく、そのままカップに入った薬を飲むことができる。薬袋ストッパーの位置を替えることにより、左右どちらの麻痺にも対応が可能。年に数個、退院時に作成し、使用方法を指導している。

★★準グランプリ

●ベッド柵ハンガー「楽さくハンガー」..... JR 東京総合病院

病棟においては、患者の状態に応じてベッドやベッド柵を交換していたが、ベッド柵の量が多く、倉庫に山積みになり危険な状態だった。ひとつが3~5kgのベッド柵もあり、持ち運びも大変。そこでベッド柵を掛けても安定するように下部を大きくし、柵を掛けたまま移動もできるキャスター付きのベッド柵ハンガーを製作した。キャスターが付いているので、このままベッドの近くまで運搬でき安全性が向上し、倉庫が整理整頓された。

★ハッピー de 賞

●分離式気管切開患者用「カニューレマスク」..... 医療法人社団 輔仁会 太田川病院

気管切開患者に人工鼻をつけると、痰が多い患者の場合吹き出すほどで、あっという間に痰で詰まってしまう。つけていないと感染しやすく、従来は手作りのカバーで代用していたが、患者それぞれの形状ではないので本作品を考案した。患者の喉の動きに合わせて変形し元に戻る形状復帰式で、重さも23g。カニューレに合わせて高さ調節できるように、3段に分離して使用でき、すべての患者に対応できる。外科・脳外科・内科の医師や看護師が携わり、20個ほど製作し作成した。

●保育器カバー「おやすみカバー」..... 東京女子医科大学 東医療センター

商品化されている保育器カバーは保育器が全て覆われ、熱が籠りやすく内部の観察が十分に行なえなかった。バスタオルを使用したりしたがすぐにずり落ち、光の調節が難しかったため本作品を考えた。患児の観察が十分にできるように保育器の上部のみを覆うものとし、遮光生地を使用している。ずり落ち防止のためカバーの角3カ所に大きめのボタンホールを作り、予め保育器に取り付けた吸盤に差し込んで使用している。収容児の母親も参加して作成することで喜びをもたらすことができた。

●鑷子かけ「かける君」..... 社会福祉法人 埼玉慈恵会 埼玉慈恵病院

内視鏡の検査や治療・緊急止血時の鑷子類は多種多様で、それぞれ1本づつ滅菌され丸まった状態で袋に入っているため取り扱っても難しく、急を要する時にすぐに取り出せず苦労していた。市販の鑷子かけは、壁据付であったり、高価だったりするので、当院では、不要になった点滴台を利用し、100円ショップにて購入したフックを点滴を掛ける部分に6個貼り付け、鑷子類を数本並べて掛けられるようにして、処置時に複数の鑷子を次々とスムーズに出せるようにした。

●体温測定器補助具「わきびったん」..... 医療法人光心会 訪問看護ステーションあかいわ

腋窩部での体温測定時、痩せのために体温計のずれや脱落が見られた。正確で確実な体温測定と、衣類の中に落ちた体温計を探す手間等を改善しようと考案した。使用後廃棄されるボールペンの滑り止め部分を体温計に装着して使用。標準の体温計であればメーカーの種類を選ばず使用でき、ラバーの着脱もスムーズ。体温計の液晶ディスプレイにはラバー部分が被らないため、体温測定値もすぐに確認できる。消毒液の使用も簡単に衛生的。

■3 スポット展示(主催者企画)

「チーム医療と地域連携 一食からの取り組み」

協力：社団法人日本栄養士会

治療養生の観点からはもちろん、QOL向上のうえでも患者さん自身や家族にとって重要な要件である、病棟や在宅、介護といった現場における"食"にスポットをあて、栄養サポートチームの実践やフードサービスの充実、また福祉を含む地域での指導や支援の仕組みづくりなど各方面での取り組みを展示・実演でご紹介した。

● 導入部

● 患者さんと家族を支えるチーム医療 協力：チーム医療推進協議会

● NST (栄養サポートチーム)

● 栄養ケア・ステーション

● 特別用途食品

● 食生活診断・測定・展示コーナー

PC による食生活診断・測定

● 食事診断・保健指導支援ツール「ヘルスジャッジ3」 協力：(株)マッシュルームソフト

● 減塩指導システム「東北大 ドクター今井の 塩分・栄養診断」 協力：(株)マッシュルームソフト

● NST 支援システム「Kokuran NST」 協力：(株)グリーン

● 栄養管理システム「Kokuran21」/栄養指導管理システム「食こそ医なり」 協力：(株)グリーン

● 食診断メタボ対策ソフト「ダイエット・ナビ 4.0」 協力：(株)夢工房

● スポーツ栄養管理ソフト「スポーツ栄養ナビ」 協力：(株)夢工房

● 体組成測定「InBody」 協力：(株)バイオスペース

● 血圧測定 協力：テルモ(株)

介護用食品・栄養補助食品・水分補給

● トロミアップシリーズ、パーフェクトシリーズ、トゥフィール他 協力：日清オイログループ(株)

● レトルト、濃厚流動食、とろみ調整食品、口腔ケア商品 協力：和光堂(株)

● ゆめごはん、新スルーキング、カップアガロリー、病者用たんぱく食品 協力：キッセイ薬品工業(株)

● 少量・高カロリー栄養食品、高齢者用咀嚼・嚥下困難者用食品 協力：テルモ(株)

● 医療食、嚥下リハ食、栄養補助食品 他 協力：(株)クリニコ

● いきいき御膳：お弁当(低たんぱく食)、やわらか定食シリーズ 協力：ヘルシーフード(株)

● 冷結含浸法を駆使した食材を使った宅配弁当 協力：(株)メディカルフードサービス

● 濃厚流動食、とろみ調整食品、栄養機能食品 Zn、水分補給 協力：(株)明治

● エンガードセレクトII だまセーブ、エンガード水分補給ゼリー 協力：協和発酵バイオ(株)

● 病院事例

● 日立総合病院

● 緑風荘病院

● 杏林大学摂食嚥下センター

● 焼津市立総合病院

日本病院会コーナー・公開シンポジウム・インフォメーションコーナー

●日本病院会コーナー

【パネル展示】

日本病院会コーナーでは、今回、医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供するチーム医療の重要性を取り上げ、医療関係の専門・認定資格などについてパネル展示により広く紹介した。

●日本病院会主催 公開シンポジウム

【日本病院会主催 公開シンポジウム

『どうする？これからの救急医療！』

平成 24 年 7 月 18 日（水）13：00～16：00 場所：東京ビッグサイト 会議棟 607・608 会議室 参加者数：180 名

【総合司会】 昭和大学病院 病院長／ホスピタルショウ委員会 副委員長 有賀 徹氏

13:00～13:05	開会あいさつ 社会保険横浜中央病院 病院長・ホスピタルショウ委員会 委員長 大道 久氏
13:05～13:25	総論 「緊急度判定の意義」 ホスピタルショウ委員会 副委員長 有賀 徹氏
13:25～13:40	「家庭での自己判断と救急電話相談（#7119）」 横浜市立大学附属市民総合医療センター 高度救命救急センター部長 森村 尚登氏
13:40～13:55	「119番コールトリアージ」 横浜市消防局警防部救急課長 平中 隆氏
13:55～14:10	「救急隊による救急現場での救急度判定」 昭和大学病院 救命救急センター長 三宅 康史氏
14:10～14:25	「救急外来におけるトリアージ」 独立行政法人 国立成育医療研究センター 看護師 工藤真奈美氏
14:25～14:40	「今後の方法論などについて」 ヘルスサービス R&D センター 理事 青木 則明氏
14:40～14:50	休憩
14:50～15:50	シンポジウム 「どうする？これからの救急医療！」 司会：有賀 徹氏（ホスピタルショウ委員会 副委員長） 山元 恵子氏（富山福祉短期大学看護学科 教授） ／ホスピタルショウ委員会 委員
15:50～16:00	総括 ホスピタルショウ委員会 委員長 大道 久氏

●後援・協賛団体インフォメーションコーナー

財団法人 医療関連サービス振興会

財団法人 医療機器センター

一般財団法人 医療情報システム開発センター

一般社団法人 日本作業療法士協会

公益財団法人 日本訪問看護財団

公益社団法人 日本理学療法士協会

社団法人 全国有料老人ホーム協会

東京商工会議所

社団法人 東京都医療社会事業協会

一般社団法人 日本医療福祉建築協会

社団法人 日本衛生検査所協会

一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会

●学会インフォメーションコーナー

第38回日本診療情報管理学会学術大会

第2回国際肥満シンポジウム

第33回日本肥満学会

JDDW2012

第44回小児感染症学会総会・学術集会

カンファレンス／出展者プレゼンテーションセミナー

ホスピタルショウカンファレンス

『病院医療の現状とあるべき姿を求めて』と題したオープニングセッションのほか、日本型保健医療のゆくえ、多職種連携・協働における看護職の役割、救急医療、医療サービスのグローバル展開、医療情報ネットワーク、また、地域における医療連携と在宅医療についてのパネルディスカッションなど、計8本のプログラムを開催した。セッションは概ね盛況であったが昨年と比較すると参加者は減少した。3日間のホスピタルショウカンファレンス参加者総数は730名だった。



1 オープニングセッション

『病院医療の現状とあるべき姿を求めて』

一般社団法人日本病院会 副会長 高橋 正彦

▶日時：7月18日(水)11:00～12:00

▶参加者数：193名

▶場所：会議棟 607・608

2 トピック

『ITを活用した患者への診療情報の提供について』

1. 『ITを活用した診療情報提供の規格』

HL7協会 運営会議 議長 平井 正明氏

2. 『共同利用型EHR“iDolphin”

—まいこネット／長浜プロジェクトへの展開—

京都大学大学院医学研究科、情報学研究科 教授

京大病院医療情報企画部 部長 吉原 博幸氏

3. 『「加古川地域保健医療情報システム」

四半世紀の到達点と今後』

加古川医師会 副会長、兵庫県医師会 副会長 足立 光平氏

▶日時：7月18日(水)13:30～16:30

▶参加者数：74名

▶場所：会議棟 606

3 病院経営フォーラム

『日本型保健医療のゆくえ』

1. 『日本の医療はどうなるか—国民皆保険のゆくえ—』

政策研究大学院大学 教授 島崎 謙治氏

2. 『グローバルヘルスの視点と日本の役割』

東京大学大学院 医学研究科 教授 渋谷 健司氏

▶日時：7月19日(木)10:30～12:30

▶参加者数：78名

▶場所：会議棟 606・608

4 シンポジウム

『地域における連携と在宅医療のゆくえ』

○基調講演

『地域医療を取り巻く構図と課題』

台東区立台東病院 管理者・院長 山田 隆司氏

○パネルディスカッション

『これからのチーム医療の実践』

視点／パネリスト

『在宅医療の今後』

東京都医師会長 野中 博氏

『在宅医療支援病院の役割と今後』

台東区立台東病院 副管理者 杉田 義博氏

『地域連携の今後』

東京大学附属病院 地域連携室 山口 潔氏

『地域連携、在宅医療を担う人材の育成』

揖斐郡北西部地域医療センター 吉村 学氏

▶日時：7月19日(木)13:30～16:00

▶参加者数：159名

▶場所：会議棟 607・608

5 看護セッション

『多職種連携・協働における看護職の役割』

1. 『これからの看護スペシャリストのありよう』

東京医科歯科大学大学院 教授 井上 智子氏

2. 『多職種協働の看護実践を目指して』

杏林大学医学部付属病院 看護部長 道又 元裕氏

▶日時：7月20日(金)10:30～12:30

▶参加者数：87名

▶場所：会議棟 606

6 ITフォーラム①

『最適な救急医療提供を支えるICT活用』

1. 『救急医療の全体最適化を支援する情報システム

—GEMITS—

岐阜大学大学院医学系研究科救急災害医学分野 教授／

GEMITS アライアンスパートナーズ 会長 小倉 真治氏

2. 「人に寄り添う ICT 技術」

～少子高齢化を支えるシステムが震災時の救急現場を支える～

岩手医科大学 救急医学講座 助教 秋富 慎司氏

▶日 時：7月20日(金)10:30～12:30

▶参加者数：48名

▶場 所：会議棟 607

7. スペシャルセッション

「医療サービスのグローバル展開」

1. 「医療サービスの国際化推進事業」

経済産業省商務情報政策局 ヘルスケア産業課課長

藤本 康二氏

2. 「民間病院における国際医療交流」

(株)長野メディカルサポート 代表取締役

堀川 豊氏

3. 「人間ドックとメディカル・ツーリズム」

医療法人社団 新虎ノ門会 新浦安虎ノ門クリニック 理事

大前 利道氏

▶日 時：7月20日(金)13:30～16:30

▶参加者数：65名

▶場 所：会議棟 606

8. IT フォーラム②

「震災を考えた医療情報ネットワーク」

1. 「岩手県周産期医療情報ネットワークシステム

『いーはとーぶ』

岩手医科大学医学部臨床遺伝学科 教授 福島 明宗氏

2. 「岩手県遠野市の PHR 『すこやか電子手帳』

一般財団法人医療情報システム開発センター 首席研究員

山田 恒夫氏

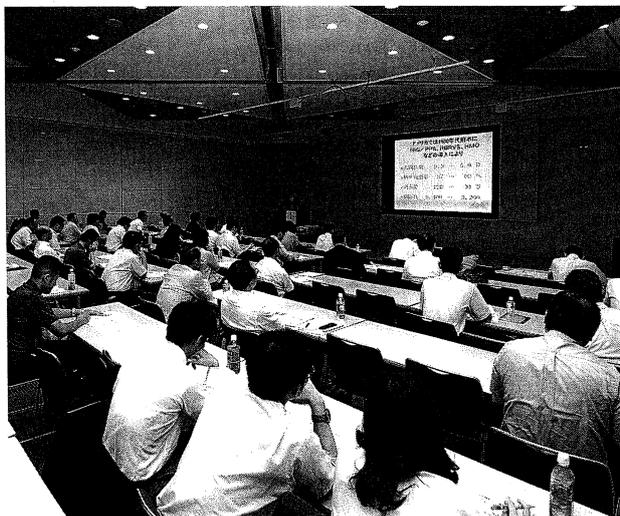
3. 「東日本大震災での産婦人科メール相談を実施して」

(株)シャイニング 代表取締役 小山内 夕乃氏

▶日 時：7月20日(金)13:30～16:00

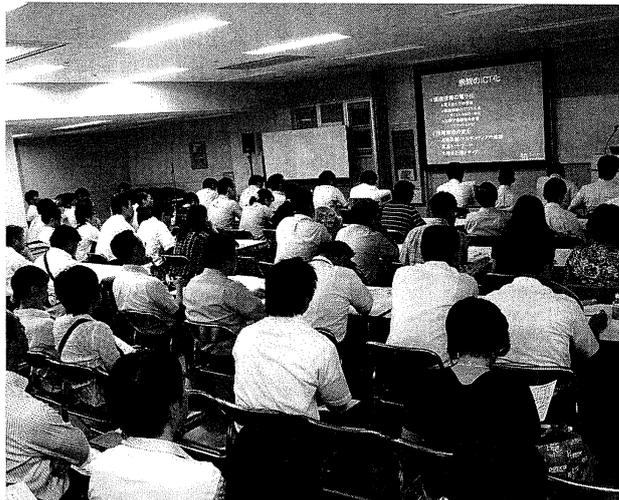
▶参加者数：26名

▶場 所：会議棟 607



出展者プレゼンテーションセミナー

出展者が自社ブースの展示実演だけでは十分に伝えきれない、新製品・技術・サービス等の内容やユーザー事例をより明確に、より効果的に発表する場として、出展者プレゼンテーションセミナーAコース・Bコースを開設。Aコースは、会議棟6Fの会場で12セッションを開催し、延べ1,578名が参加した。Bコースは東3ホール主催者事務室内セミナールームで13セッションを開催し、延べ1,518名が参加した。



出展者プレゼンテーションセミナー Aコース

[A-1] (株)エーアイエス

「電子レセプト審査強化の現状とレセプトチェックソフトの有効活用」

(株)エーアイエス 主席研究員

宮坂 佳紀

▶日 時：7月18日(水)11:30～12:15

▶参加者数：140名

▶場 所：会議棟 605

[A-2] 主催者企画セミナー

「韓国におけるヘルスケア ICT の現状とメディカルツーリズムの受け入れ体制」

韓国柳韓大学校 保健医療福祉研究所研究員／

国際医療福祉大学大学院

保健医療学研究科保健医療学専攻 博士課程

朴 珍相氏

▶日 時：7月18日(水)12:45～13:30

▶参加者数：88名

▶場 所：会議棟 605

[A-3] 東芝医療情報システムズ(株)／

東芝メディカルシステムズ(株)

「総合病院における医科・歯科電子カルテの情報連携」

新潟大学医歯学総合病院

医療情報部 副部長・准教授

寺島 健史氏

▶日 時：7月18日(水)14:00～14:45

▶参加者数：106名

▶場 所：会議棟 605

[A-4] (株) Nishiki Corporation

「貴方の病院にコンサルタントは必要ですか？」
～医療コンサルタントの価値とは～

(株) Nishiki Corporation シニアコンサルタント
門脇 康通

- ▶日 時：7月18日(水) 15:15～16:00
- ▶参加者数：74名
- ▶場 所：会議棟 605

[A-5] GEヘルスケア・ジャパン(株)

「高性能医療機器搭載型小型ドクターカーの災害時活用事例と今後の展望」

日本医科大学多摩永山病院
救命救急センター 教授 二宮 宣文氏

- ▶日 時：7月19日(木) 11:30～12:15
- ▶参加者数：112名
- ▶場 所：会議棟 605・606

[A-6] 東芝メディカルシステムズ(株)

「財務状況を逼迫しないクラウド型 PACS 運用の実践」

医療法人住友別子病院 放射線部 部長 加藤 勤氏

- ▶日 時：7月19日(木) 12:45～13:30
- ▶参加者数：191名
- ▶場 所：会議棟 605・606

[A-7] (株)ハーディ

「健診・人間ドック・健康管理領域の最新動向と今後」

(株)ハーディ 代表取締役社長 矢後 昭彦

- ▶日 時：7月19日(木) 14:00～14:45
- ▶参加者数：210名
- ▶場 所：会議棟 605・606

[A-8] インターシステムズジャパン(株)

「名古屋市立大学病院における
院内システム統合・連携の取組み」

公立大学法人 名古屋市立大学病院
管理部 医事課 病院情報システム係 飯田 征昌氏

- ▶日 時：7月19日(木) 15:15～16:00
- ▶参加者数：182名
- ▶場 所：会議棟 605・606

[A-9] GEヘルスケア・ジャパン(株)

「震災から一年～石巻赤十字病院 救急の現状と課題～」

石巻赤十字病院 救急部長 石橋 悟氏

- ▶日 時：7月20日(金) 11:30～12:15
- ▶参加者数：140名
- ▶場 所：会議棟 605

[A-10] インターシステムズジャパン(株)

「久留米大学病院における次期システムの
基本コンセプトと電子カルテシステム選定プロセス」

久留米大学 病院情報システム室 下川 忠弘氏

- ▶日 時：7月20日(金) 12:45～13:30
- ▶参加者数：150名
- ▶場 所：会議棟 605

[A-11] メディアソリューション(株)

「全社連（社会保険病院グループ）の
医療材料共同購買の新機軸」

NPO 日本医療流通改善研究会

- ▶日 時：7月20日(金) 14:00～14:45
- ▶参加者数：95名
- ▶場 所：会議棟 605

[A-12] (株)メディアス

「多大な労力とコストは不要。本当に使えて、
毎月稼動し続ける病院原価計算はこれだ！」

(株)メディアス 代表取締役 真田 竜介

- ▶日 時：7月20日(金) 15:15～16:00
- ▶参加者数：90名
- ▶場 所：会議棟 605



出展者プレゼンテーションセミナー Bコース

[B-1] トレンドマイクロ(株)

「病院情報システムのクラウド化によるワークスタイルの変化とセキュリティ対策」

福井大学医学部付属病院 医療情報部 副部長／
総合情報基盤センター 副センター長 山下 芳範氏
▶日時：7月18日(水)11:45～12:30
▶参加者数：110名
▶場所：東3ホール セミナールーム

[B-2] (公益社) 日本医業経営コンサルタント協会

「診療・介護報酬同時改定の速報値を受けて～対応事例～」

認定登録 医業経営コンサルタント／
(株)ヘルスケア経営研究所 代表 萩原 輝久氏
▶日時：7月18日(水)13:00～13:45
▶参加者数：95名
▶場所：東3ホール セミナールーム

[B-3] (公益財) 日本医療機能評価機構

「ご存知ですか？平成25年度から病院機能評価が変わります。」

(公益財)日本医療機能評価機構
評価事業部 副部長 遠矢 雅史
▶日時：7月18日(水)14:15～15:00
▶参加者数：135名
▶場所：東3ホール セミナールーム

[B-4] (株)ケアコム

「クラウド化による院内業務の変化とクラウド時代のナーススクールの役割」

福井大学医学部付属病院 医療情報部 副部長／
総合情報基盤センター 副センター長 山下 芳範氏
▶日時：7月18日(水)15:30～16:15
▶参加者数：121名
▶場所：東3ホール セミナールーム

[B-5] ウエルテック(株)

「保湿を考慮した口腔ケア～基礎から実践まで～」

日本歯科衛生士会 副会長 久保山 裕子氏
▶日時：7月19日(木)10:30～11:15
▶参加者数：69名
▶場所：東3ホール セミナールーム

[B-6] (株)サイプレス

「競争から協創へ！地域における中小規模病院の生き残り戦略とは！？」

(株)サイプレス 代表取締役社長 伊藤 雅教
▶日時：7月19日(木)11:45～12:30
▶参加者数：102名
▶場所：東3ホール セミナールーム

[B-7] (公益社) 日本医業経営コンサルタント協会

「これでわかった医療事故・クレーム初期対応」

協会会員／ケルビム法律事務所 所長 高須 和之氏
▶日時：7月19日(木)13:00～13:45
▶参加者数：131名
▶場所：東3ホール セミナールーム

[B-8] 東京ガス(株)

「想定外に備えるBCP対応の医療経営

～法務・財務面も含めて～」

鳥飼総合法律事務所 所長 弁護士 鳥飼 重和氏
石尾公認会計士事務所 所長 公認会計士 石尾 肇氏
▶日時：7月19日(木)14:15～16:45
▶参加者数：89名
▶場所：東3ホール セミナールーム

[B-10] (株)Nishiki Corporation

「ここがポイント！DPC制度下における診療報酬改定！！」

(株)Nishiki Corporation シニアコンサルタント 西 貴士
▶日時：7月20日(金)10:30～11:15
▶参加者数：137名
▶場所：東3ホール セミナールーム

[B-11] (株)健康保険医療情報総合研究所

「DPC病院における経営戦略策定・実行の事例紹介」

(株)健康保険医療情報総合研究所
医療保険情報調査研究企画部
ゼネラルマネージャー 瀬野 隆則
▶日時：7月20日(金)11:45～12:30
▶参加者数：124名
▶場所：東3ホール セミナールーム

[B-12] (公益財) 日本医療機能評価機構

「ご存知ですか？平成25年度から

病院機能評価が変わります。」

(公益財)日本医療機能評価機構
評価事業部 副部長 遠矢 雅史
▶日時：7月20日(金)13:00～13:45
▶参加者数：161名
▶場所：東3ホール セミナールーム

[B-13] (有)小原メディカルサービス

「勤務表は、病棟戦略そのもの！

～医療事故防止、ホスピタリティ向上、労務管理を考慮すれば、人材育成にも繋がる～」

TVドラマ「ナースマンがゆく」のモデル
リスクマネジメントフェロー・看護師 秋田 啓次氏
(有)小原メディカルサービス 代表取締役 小林 孝弘
▶日時：7月20日(金)14:15～15:00
▶参加者数：124名
▶場所：東3ホール セミナールーム

[B-14] (株)エス・エス・ケイ・コミュニケーションズ

「病院経営における管理会計のあり方と実務」

医療法人鉄蕉会 経営管理本部
(亀田総合病院) 経営企画室長 真田 正博氏
国家公務員共済組合連合会
横須賀共済病院 経理課長 茂木 昭雄氏
▶日時：7月20日(金)15:30～16:15
▶参加者数：120名
▶場所：東3ホール セミナールーム

Results of Subject-Based Training Sessions 13 – 19 October 2012 Brasilia, Brazil in the Education of Health Information Managers

Yukiko Yokobori, Toshio Oi, Takahisa Takeda, Tsuneo Sakai
Japan Hospital Association (JHA)

Please insert
the document
ID here: D0xxp

Abstract In Japan, education on health information management (HIM) is carried out by the HIM educational institutions of the Japan Hospital Association (JHA), which offers distance learning courses, and JHA-accredited universities and vocational schools, using the same curriculum and teaching materials covering 21 subjects. As analysis of the results of examinations for certifying health information managers revealed that certain subjects (namely, "Classification Methods" (i.e. ICD coding) and "Medical Statistics") were one of the causes for failures in the exams, Japan Hospital Association discussed having a supplementary curriculum for these subjects, created a system to allow students to take courses in these subjects in various locations in Japan, trained teachers, and conducted the supplementary courses in a small-class format. There are now 8 courses in classification methods and 3 courses in medical statistics with an annual enrollment of approximately 4,000 and 1,500, respectively. As a result, we were able to substantially improve the pass rate of students taking the supplementary courses. This poster will report on this project and the supplementary education program on classification methods and consider the future education for health information managers.

Introduction

The examination for certifying health information managers (HIMs) in Japan, which is held annually, tests examinees in three fields: basic knowledge, specialized knowledge, and classification methods (i.e. ICD coding). Each year, some 4,000 examinees sit for the exam after completing Japan Hospital Association (JHA)'s correspondence courses or courses offered by JHA-accredited universities and vocational schools.

Those who take JHA's correspondence courses, about 90% of whom are employed in hospitals, mostly study in their homes, with face-to-face classes limited to 12 hours of study. As a result, for some time they had tended to score relatively lower on the classification section of the exam, which requires skills training.

In response, JHA's HIM education committee set up supplementary elementary-level courses for them in a small-class format in various locations in Japan, which contributed to raising their exam pass rates. This poster discusses efforts made in Japan regarding ICD coding workshops.

Methods & Materials

In 2001, JHA's HIM education committee began organizing small coding workshops, each with 30 trainees at a maximum, in 12 locations in Japan, to improve the ICD coding skills of those taking JHA's correspondence courses. The training program, which was implemented by the classification subcommittee under the HIM education committee, initially had four elementary courses. In the first year, there were 897 participants.

The workshops have now been expanded to cover 12 courses for different skill levels, different ICD chapters, and exam question types. There are now some 200 workshops organized in 19 locations annually. (Figure 1)

Each of the 12 courses is composed of a 3-hour exercise program using ICD-10 (for morbidity and mortality coding) and ICD-9-CM (for coding health interventions). (Figure 2)

To standardize the educational program and provide better instruction, an annual workshop for trainers of the coding workshops was also started in 2007.

Results

Some 4,000 trainees now participate in the coding workshops each year, which is more than a four-fold increase over the first year of the workshops. The average score of those taking JHA's correspondence courses on the classification section of the certification exam rose from 54.0 points in 2008 to 71.0 points in 2011. (Figure 3)

A comparison of the pass rates of examinees who attended the coding workshops and those who did not showed a higher pass rates for those who studied in the workshops. (Figure 4)

Conclusions

The above experience showed that face-to-face workshops using a small-class format and an educational program that is segmented for different skill levels and ICD chapters are effective in raising the standard of ICD coding skills.

In Japan, JHA (an educational body), Japan Society of Health Information Management (an academic organization), and Japan Health Information Manager Association (a trade association) discuss with each other to define the fields of education and efficiently implement training programs. Cooperation and coordination among these organizations was one of the key factors contributing to the positive outcomes of the coding workshops. Japan Health Information Manager Association is considering introducing a program offering advanced courses in ICD coding for HIMs. It is hoped that coding education for HIMs will become further established in Japan.

Figure 1: Coding Workshops and Educational Content

Year Held	Educational Content	Number of Courses
2001	-Elementary: 4 types (ICD-10 questions)	4 courses
2003	-Elementary: 8 types (ICD-10 questions)	8 courses
2006	-Elementary: 8 types (ICD-10 questions + summary questions)	8 courses
2007	-Levels: Elementary (8 types, ICD-10 questions + summary questions) -Chapters: Questions for A-K + summary questions (2 types) -Questions for L-Z + summary questions (2 types)	12 courses
2008	-Levels: Elementary (2 types), intermediate (3 types), advanced (3 types) -ICD-10 questions + summary questions -Chapters: Questions for A-K + summary questions (2 types) -Questions for L-Z + summary questions (2 types)	12 courses

Figure 3: Average Score on the Section of Classification Methods of the Certification Exam

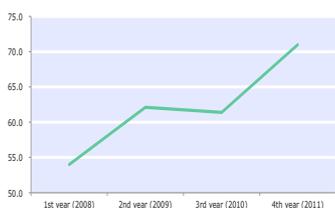


Figure 2: Distribution of Coding Workshops

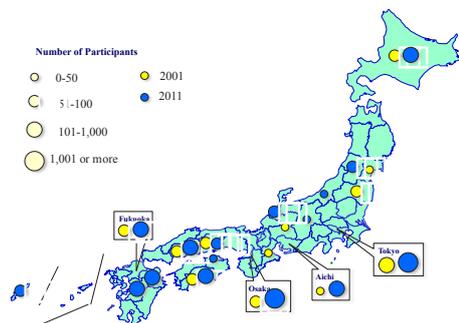


Figure 4: Did not participate in the coding workshop (1,737)

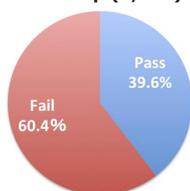


Figure 4: Participated in the coding workshop (817)



<Division of educational roles in Japan>
Japan Hospital Association (correspondence courses, universities, and vocational schools): training and certification
Japan Society of Health Information Management: learning and scientific research
Japan Health Information Manager Association: skills improvement

Attempts to Improve the Accuracy of Death Certificates 13 – 19 October 2012 through Intervention by Health Information Managers: Step 1 Brasilia, Brazil

Kazuo Matsumoto, Shozo Kawai, Osahiro Takahashi, Koichiro Miki, Makoto Anan,
Yasuo Arai, Toshio Oi Japan Hospital Association (JHA)

Please insert
the document
ID here: D0xxp

Abstract Our past research indicated that the level of accuracy of death certificates in Japan was not satisfactory, with misclassification observed in 10% of death certificates at the chapter level and 18% at the three-character level. To improve accuracy, health information managers (HIMs) have an important role in intervening and advising physicians who are preparing death certificates. There is also a need to ensure quality in their intervention and advice. To this end, a HIM training program and textbooks were prepared and a workshop was conducted, with 254 HIMs participating from 180 hospitals designated for postgraduate clinical education nationwide. Results showed improved understanding among the trainees of the meaning of death certificates, rules for selection of underlying causes of death, and the mortality classification table, achieving the initial aim of the training program. It is hoped that intervention in death certificates prepared by physicians by HIMs completing the program will lead to further improving accuracy of death certificates.

Introduction

Accuracy of death certificates, as basic data in the formulation of a country's health, insurance and sanitation policies, is significantly important. Our past research showed that the accuracy of death certificates in Japan was not enough satisfactory, with misclassification observed in 10% of death certificates at the chapter level and 18% at the three-character level. In Japan and in many other countries, physicians write death certificates. To improve accuracy, we believe health information managers (HIMs) have an important role in intervening and advising physicians in the preparation of death certificates.

Methods & Materials

On the assumption of personal intervention by HIMs in the attending physicians' writing of death certificates either during or after the time of the writing and with the objective of training HIMs during the research period, we considered ways to attain practical results on the following two points as the first step of our research:

(1) Creation of an educational program and textbook

We designed an educational program to help HIMs efficiently execute their duties. The program was developed to concretely explain, with case illustrations, the meaning of using the International Classification of Diseases (ICD-10); the background to and meaning of the rules for selecting the underlying cause of death from a number of disease or injury names appearing on a death certificate (including the mechanism, methodology, and related laws and regulations); the meaning and interpretation of and notes for the General Principle, selection rules, and modification rules used in practice; and the effect of death certificates on mortality statistics in our country. Based on the program, our research colleagues compiled a textbook (Reference 1).

(2) Education of HIMs and establishment of the research framework

We sent materials to explain to chairmen/directors of hospitals designated for postgraduate clinical education (primary-type, 1,038 hospitals), DPC hospitals (1,449 hospitals), and special functionality hospitals (83 hospitals), a total of 1,574 hospitals

(with some overlaps), the purpose of our research, which consists of (1) participation of the hospitals' HIMs in a workshop and (2) provision of data on death certificates regarding which intervention and advice is actually provided to attending physicians at the time of or after writing the death certificates at the hospitals by HIMs who partook in the workshop (this section of the research is planned for in 2012). We asked them if they would agree to cooperate in the research. We conducted the workshop and a questionnaire survey of the workshop trainees.

Results

(1) We compiled a textbook (49 A4-size pages long) by allotting sections to our research colleagues. In preparing the textbook, we took particular note of 11 factors affecting death certificates' accuracy pointed out in our past research: (1) specification of etiologic agents, (2) specification of cell type, (3) specification of benign/malignant, (4) specification of site, (5) inaccurate site, (6) specification of other details, (7) inconsistencies in the content, (8) specification of underlying conditions, (9) inappropriate ways of writing death certificates, (10) inappropriate handling of emergency cardiac arrest, and (11) oversight of external causes.

(2) We obtained the consent of 180 hospitals (11.4%) to cooperate in our research and 256 HIMs to participate. Ultimately, 248 HIMs from 177 hospitals participated in the workshop. The results of the questionnaire on the trainees showed that the lectures were generally (1) easy to understand (66.5%), (2) neither easy nor difficult (26.2%), (3) difficult (6.2%), and (4) no response (1.1%) (Figure 1). The textbook was generally (1) rich in content (48.9%), (2) ordinary (35.1%), (3) more detailed information desired (15.2%), and (4) no response (0.8%) (Figure 2). The trainees also responded to the free-text section of the questionnaire in the following six broad categories: (1) the workshop in general, (2) involvement of HIMs, (3) details of Rule C of the modification rules, (4) impressions about the workshop, (5) others, and (6) questions.

Assessment & Conclusions

The Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) publishes two manuals for physicians: "The ABC's of ICD" and "Manual to Fill in a Death Certificate" (Reference 2). The latter manual refers to the national clinical training system for physicians that was introduced in 2004 and mentions that one of the goals of the clinical training is to enable trainees to write and manage death certificates and other certificates. The contents of the textbook we prepared for HIMs by referring to the above manuals in this research have important implications on the accuracy of mortality statistics, and as such were subjected to a careful review by the ICD Office in the MHLW's Statistics and Information Department. After the review, further explanations were added to aid understanding by HIMs. The completed textbook was used in the workshop for HIMs, which focused particularly on the significance of and approaches to HIMs' involvement in the preparation of death certificates. The results of the questionnaire showed that the trainees generally had a sufficient grasp of this. It is hoped that the contents of the workshop will spread among HIMs and that the accuracy of death certificates will further improve in our country through HIMs' involvement, which will be verified in the second step of our research.

Figure 1. Response to Questionnaire: Were the Lectures Easy to Understand?

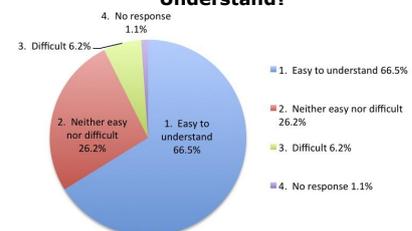
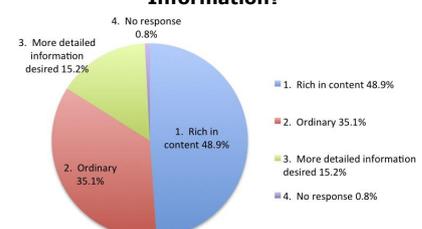


Figure 2. Response to Questionnaire: Did the Textbook Contain Enough Information?



Report on the Survey of Basic Information on Health Information Management

Survey on 11 Countries in the South East Asia Region

August 23, 2012

Yukiko Yokobori, Japan Hospital Association

Table of Contents

Objectives of the Survey	1
Method	3
Results by Country	4
1. Bangladesh	4
2. Bhutan	7
3. DPR Korea	10
4. India	11
5. Maldives	14
6. Myanmar	16
7. Nepal	18
8. Sri Lanka	20
9. Thailand	23
10. Timor-Leste	26
11. Indonesia	28
Reference List	30
1. Bangladesh	30
2. Bhutan	30

3 . North Korea	31
4 . India	31
5 . Maldives	32
6 . Myanmar	32
7 . Nepal	32
8 . Sri Lanka	33
9 . Thailand	33
1 0 . Timor-Leste	33
1 1 . Indonesia	33
<Reference> List of Related Persons	34
WHO Officers	34
Ministry of Health Officers	35
Appendices	37
Summary table of SEAR 11 countries	37
HIM Education Database	37

Objectives of the Survey

To spread health information management widely in the SEAR region, there is a need first to conduct a survey on the situation of health information management in the region and then to consider concretely what kinds of support each country in the region needs. The main purpose of this survey is to find out the situation in the region. It would be fortunate if this survey goes towards contributing to preparation of a realistic, feasible plan of activities for the International Federation of Health Information Management Association (IFHIMA)'s activities in the SEAR region and to making a breakthrough in promoting IFHIMA's Strategic Initiative for developing countries, which is somewhat stalling at the moment.

It is also hoped to link the activities of WHO-FIC Education Committee and WHO-FIC Asia Pacific Network with IFHIMA's activities in this region in the future in an effort to increase the number of countries using medical records and ICD as much as possible.

The survey covered the following:

1. Socioeconomic stability (GDP, political system, civil wars and other points of note related to politics)
2. Environment for healthcare
 - Number of hospitals
 - Number of physicians
 - Number of nurses
 - Number of pharmacists
 - Number of beds
 - Health expenditures as a share of GDP
3. Existence of health records
4. Whether or not mortality coding is done
5. Whether or not morbidity coding is done

6. Coding: ICD-9, ICD-10, ICD-9CM, ICD-9AM, ICD-10AM, etc.
7. Whether there are teaching materials for health information management
8. If there are, the names of organizations producing them and the names of the teaching materials
9. Whether there are professional health information managers and coders
10. Whether there are associations of health information managers/coders

Method

The method used for the survey was as follows:

Phase I

- Survey of countries' websites (mainly the official website of WHO SEARO)
- Literature survey

Phase II

- Inquiries and requests for information by e-mail sent to WHO officers in each country
- Inquiries and requests for information by e-mail sent to health ministry officers in each country

Eleven SEARO countries



Bangladesh
Bhutan
DPR Korea
India
Indonesia
Maldives
Myanmar
Nepal
Sri Lanka
Thailand
Timor-Leste

Results by Country

1. Bangladesh

Form of government: Republic

After gaining independence from Pakistan, military regimes ruled over Bangladesh for many years (1975-1990). In 1991, Bangladesh adopted a parliamentary system of government through changes in the constitution. Social unrest from inter-party struggles grew so that a state of emergency was declared in January 2007. However, a general election was held peacefully in 2008, and Sheikh Hasina of the Awami League was sworn in as Prime Minister in 2009. In the policy document *Vision 2021*, the government set its goals of making Bangladesh a middle-income country by 2012, promoting “Digital Bangladesh” by spreading the use of information technology nationwide, and advancing secularism that maintains Islam as the country’s principal religion but is tolerant to other religions. (Summarized from the Japanese Ministry of Foreign Affairs website)

<HIM-related information>

- ICD-10

A guidebook on ICD-10 application was published in 2011 by the government’s Management Information System (MIS-Health) Directorate General of Health Services (DGHS).

http://dghs.gov.bd/bn/licts_file/images/ICD-10/ICD_10_Guid_Book.pdf

- Information Collection

Data from the health facilities below the upazila levels are sent to upazila health offices by paper-based forms where they are processed electronically. Several online databases have been created and also customized excel forms are being used for collecting data. However, efforts are undergoing to rapidly transform all data inputs through online

databases. Expansion of Internet backbone downward of upazila level is also being considered. A new addition in the health information system of MIS-Health is the GIS (Geographical Information System). GIS device called Global Positioning System (GPS) has been provided, one to each of the six divisional and 64 district health offices of the DGHS. Using these devices, GIS-based HIS data resources will gradually be built.

http://nasmis.dghs.gov.bd/dghs_new/dmdocuments/All/HIS%20and%20eHealth.pdf

- In February 2012, Bangladesh Institute of Health Sciences (BIHS) initiated Masters of Health Informatics (MHI) Course under the University of Dhaka, supported by the Rockefeller Foundation (The Department of Health Informatics started in 2010).

http://www.bihs.edu.bd/news_details.php?News_ID=21

- HMN (see below) Health Information System Assessment 2007 Results
Asked whether “ICD is currently in use for cause-of-death registration,” the average score was 2.0 (3 =ICD-10 detailed, 2 =Tabulation List ICD-10, 1 =ICD-9, 0 =No ICD used or ICD-8 or earlier or there is no cause-of-death registration).

For the question whether “ICD is currently used for reporting hospital discharge diagnoses,” the average score was 2.0 (same scale as the first question).

Asked about the “use of facility-retained patient medical records to support quality and continuity of care,” the average score was 2.0 (3 =90% or more of patient records are completed adequately and can be retrieved for 90% or more of patients in time to promptly inform clinical decision-making, 2 =Records are usually completed adequately and can be retrieved for the majority of patients in time to promptly inform clinical decision-making, 1 = Essential patient information is usually not recorded and/or records cannot be retrieved for most patients, 0 =No system for patient medical records in most health facilities).

<http://www.who.int/healthmetrics/support/en/>

NOTE: The Health Metrics Network (HMN) was launched in May 2005 during the session

of the World Health Assembly (WHA) and is now supported by the Bill & Melinda Gates Foundation, United States Agency for International Development (USAID), Danish International Development Agency (DANIDA), United Kingdom Department for International Development (DFID) and others. HMN aims to improve the system for health information such as national census, civil registers and population census particularly in developing nations.

http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf

2. Bhutan

Form of government: Constitutional monarchy

Under the leadership of Bhutan's king, Bhutan began preparing for a transition to parliamentary democracy at the end of 1990s. After upper house and lower house elections in 2007 and 2008, respectively, a new cabinet was formed. In July 2008, the constitution was enacted. In May 2011, problems related to election processes nearly jeopardized the first local government elections under a democratic regime. With the king issuing a decree ordering consultation among related parties, the elections were held in June of the same year. In the late 1990s, an extremist group from Assam, India, seeking independence from India, began infiltrating southern Bhutan across the Indian-Bhutanese border. In 2003, the Bhutanese government carried out military operations to successfully mop up the group. (Summarized from the Japanese Ministry of Foreign Affairs website)

<HIM-related information>

The Bhutan Ministry of Health established the Health Information Unit in 1983 to improve information management in the country and since then the Annual Health Bulletin has been compiled and published annually. WHO has contributed greatly in developing the health information system in the 1990s. During 1999-2000, the existing information system was reviewed and the Health Management and Information System (HIMS) was instituted with a support from the Danish International Development Agency (DANIDA). The Health Information Unit was later renamed the Health Information and Research Unit and ICD 10 was adopted for uniform reporting.

(Bhutan Health Information System Review and Assessment, Health Information and Research Unit, 2008)

http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_BTN_Assess_Draft_2008_07_en.pdf)

HMN (see below) Health Information System Assessment 2007 Results

Asked whether “ICD is currently in use for cause-of-death registration,” the average score of 14 hospitals was 2.0 (3 = ICD-10 detailed, 2 = Tabulation List ICD-10, 1 = ICD-9, 0 = No ICD used or ICD-8 or earlier or there is no cause-of-death registration). Five hospitals rated themselves 3.0, six hospitals rated 2.0, one hospital rated 1.0 and two hospitals rated 0.

For the question whether “ICD is currently used for reporting hospital discharge diagnoses,” the average score was 1.9 (same scale as the first study). Four hospitals rated themselves 3.0, 7 hospitals rated 2.0, no hospital rated 1.0 and three hospitals rated 3.0.

Asked about the “use of facility-retained patient medical records to support quality and continuity of care,” the average score was 2.1 (3 = 90% or more of patient records are completed adequately and can be retrieved for 90% or more of patients in time to promptly inform clinical decision-making, 2 = Records are usually completed adequately and can be retrieved for the majority of patients in time to promptly inform clinical decision-making, 1 = Essential patient information is usually not recorded and/or records cannot be retrieved for most patients, 0 = No system for patient medical records in most health facilities). Four hospitals rated themselves 3.0, eight hospitals rated 2.0, one hospital rated 1.0 and one hospital rated 0.

<http://www.who.int/healthmetrics/support/en/>

NOTE: The Health Metrics Network (HMN) was launched in May 2005 during the session of the World Health Assembly (WHA) and is now supported by the Bill & Melinda Gates Foundation, United States Agency for International Development (USAID), Danish International Development Agency (DANIDA), United Kingdom Department for

International Development (DFID) and others. HMN aims to improve the system for health information such as national census, civil registers and population census particularly in developing nations.

http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf

3. DPR Korea

In December 2011, Kim Jong-il, Chairman of the National Defense Commission (NDC), passed away. Currently, succession of power is taking place centered on Kim Jong-un, Vice Chairman of NDC, who has stated that North Korea will adopt the late Kim Jong-il's "Military First" policy of giving priority to the military. North Korea currently has diplomatic relations with 162 states.

On North Korea's nuclear issue, North Korea announced in 2010 that its return to the Six-Party Talks would require lifting of sanctions based on UN Security Council resolution against North Korea and that it would request consultation for signing of a peace agreement for conclusion of the Korean War before taking any measures for denuclearization. It subsequently resorted to a series of provocative actions and announced its plans for uranium enrichment. In 2010, Japan, the United States, and South Korea agreed that concrete actions by North Korea that would indicate its willingness to earnestly fulfill its commitments in relation to North-South dialogue and denuclearization were needed for resumption of the Six-Party Talks. While North Korea subsequently escalated tensions with South Korea, it held a North-South dialogue on denuclearization in Bali, Indonesia, in July 2011, and bilateral talks with the United States in New York on July 28 and 29. North-South dialogue and bilateral talks with the United States were held again on September 21 and from October 24 to 25, respectively. (Summarized from the Japanese Ministry of Foreign Affairs website)

<HIM-related information>

- A very limited volume of information was available for North Korea and the details concerning HIM activities in the country remain unknown. According to the 2011 report by the WHO country office, the country is working on upgrading of health information system at all levels, its use in decision-making and planning.

http://www.dprk.searo.who.int/LinkFiles/Health_Information_Country-Profile.pdf

4. India

Form of government: Republic

India has traditionally espoused a non-aligned policy and multilateralism as its foreign policy. As a result of the 14th lower house election in 2004, the United Progressive Alliance (UPA), a coalition government led by the Congress Party, was formed (with Manmohan Singh as Prime Minister). In the 15th lower house election from April to May 2009, the UPA maintained a majority through a landslide victory by the Congress Party in the ruling coalition, and the second UPA coalition government was formed. In recent years, India has actively strengthened relations with the United States, maintained friendly ties with its traditional ally Russia, rapidly developed economic relations with China, and improved relations with Pakistan. India also promotes the “Look East” policy of strengthening ties with East Asian countries. (Summarized from the Japanese Ministry of Foreign Affairs website)

<HIM-related information>

HIM Associations

The Indian Association for Medical Informatics (IAMI), aims to sensitize the Indian medical community to the benefits of Information Technology (IT), bring about awareness and ensure greater utilization of IT in healthcare facilities across India.

IAMI also aims to provide necessary assistance and guidance to other organizations to benefit from IT. It supports promotion of computer literacy in medical education, development of medical digital libraries and creation of databases.

IAMI focuses on research and development of medical informatics as an independent discipline. It has conducted many beginner courses for doctors, nurses, paramedical and computer professionals. It has been working to include medical informatics as one of the elective subjects in the undergraduate-level curriculum for all medical colleges in India and create a system to earn academic credits from the Medical

Council of India and other autonomous bodies for those participating in the conferences, seminars and workshops organized by the association.

In 2001, the association started a discussion group for medical informatics that has now grown into a major source of medical informatics related activity information in India. It publishes a Journal called "Indian Journal of Medical Informatics."

(From IAMI website, IMIA website, [<http://www.imia-medinfo.org/new2/node/77>], http://en.wikipedia.org/wiki/Indian_Association_for_Medical_Informatics)

- Other HIM Organizations

1. Health Records Association of India

The name of this association appears frequently in various websites, but mostly in relation to Annual National Conference on Medical Records (MEDRECON). Supported by hospitals and the Health Records Association of India, MEDRECON is held for doctors, HIM professionals and other medical personnel. The most recent MEDRECON was held in February 2012 (hosted by Rajiv Gandhi cancer Institute & Research Centre in collaboration with Health Records Association of India) with the theme "Modern Trends and Techniques in Medical Records and Statistics."

2. There is also Telemedicine Society of India <http://www.tsi.org.in/>.

- HIM Education Programs (Miscellaneous information found online)

- National Level Man-power Development Training Programs

National educational program for health record officers, ICD-10 trainers, HIMs and non-healthcare institution personnel (39 courses for 750 students annually) organized by the Central Bureau of Health Intelligence under the Ministry of Health and Family Welfare (WHO-Collaborating Centre).

[http://cbhidghs.nic.in/writereaddata/mainlinkFile/24%20Brief%20on%20Central%20Bureau%20of%20Health%20Intelligence%20\(CBHI\)%20Dte%20GHS%20MOHFW,%20Govt%20of%20Indai.pdf](http://cbhidghs.nic.in/writereaddata/mainlinkFile/24%20Brief%20on%20Central%20Bureau%20of%20Health%20Intelligence%20(CBHI)%20Dte%20GHS%20MOHFW,%20Govt%20of%20Indai.pdf)

- Medvarsity Online P.G Diploma in Medical Informatics supported by Apollo hospital group.

<http://www.medvarsity.com/dhci.aspx>

- Amrita Institute of Medical sciences

<http://www.aimshospital.org/hospital/cdh/imme.html>

- Bioinformatics Institute of India (BII)

<http://www.bii.in/>

- Institute of Health Management Research, Jaipur (WHO-Collaborating Centre for District Health System Based on Primary Health Care)

<http://www.mph.iihmr.org/courseoffering/HealthInfoManagementandDecisionMaking.aspx>

- eHCF School of Medical Informatics

<http://www.ehcfsmi.edu.in/>

Asian Institute of Health Sciences

BSc. HIA- Bachelor of Science in Health Information Administration

<http://www.aiohs.com/bsc.hia.html>

- St. John's Medical College Certificate Course in Medical Records Management

<http://www.stjohns.in/paramedical>

- Lourdes College of Paramedical Sciences

B. Sc in Medical Records and Health Information Technology (BMRHIT- 3 years)

<http://www.lourdeshospital.in/inner.aspx?PageId=109>

...and many more.

5. Maldives

Form of government: Republic

On July 26, 1965, Maldives became an independent state and joined the United Nations. In 1968, it abolished hereditary rule by sultanate and became a republic. Since independence, it has adopted a nonaligned neutral policy as its basic foreign policy and is committed to maintaining friendly relations with all countries. (Summarized from the Japanese Ministry of Foreign Affairs website)

(Answer to Questionnaires)

1. Do healthcare institutions in your country use electronic health records? If so, do you have any specific data to show the adoption rate? If not, are paper-based health records a predominant method of health record keeping?

We do not have a standard medical record system, paper based medical records are maintained at hospitals, but there is no standard way of keeping records.

2. Who promotes/controls the morbidity and mortality coding in your country (the government or by the private sector, such as private hospitals)?

The Government

3. Are health information managers or coders established professions in your country?

No

4. Is there a group/association/society for health information managers in your country?

If so, please provide us with the name, established year, the number of members and the number of branches, if any.

No

5. What educational materials are available in your country for training health information managers? Please specify.

There are no educational materials for training Health Information Managers in the country. However, we are trying to develop a course for Health Information Managers at Faculty of Health Sciences, Maldives National University.

6. Myanmar

Form of government: Presidential system, republic

In 1988, a socialist party that had ruled the country for 26 years collapsed, and the military assumed power. In 1990, national elections were held, which gave an overwhelming victory to the National League for Democracy (NLD) party led by Aung San Suu Kyi. The military government, however, refused to transfer power, and confrontation between the government and Aung San Suu Kyi continued. In November 2010, the government released Aung San Suu Kyi from house arrest. In January 2011, a new parliament was convened after national elections in the previous year. In March 2011, a new government was formed and power was transferred from the State Peace and Development Council (SPDC). In April 2012, NLD won 43 seats out of 45 in the parliamentary by-elections. (Summarized from the Japanese Ministry of Foreign Affairs website)

<HIM-related information>

HMN (see below) Health Information System Assessment 2007 Results

Asked whether "ICD is currently in use for cause-of-death registration," the average score was 2.0 (3 = ICD-10 detailed, 2 = Tabulation List ICD-10, 1 = ICD-9, 0 = No ICD used or ICD-8 or earlier or there is no cause-of-death registration).

For the question whether "ICD is currently used for reporting hospital discharge diagnoses," the average score was 2.4 (same scale as the first study).

<http://www.who.int/healthmetrics/support/en/>

NOTE: The Health Metrics Network (HMN) was launched in May 2005 during the session of the World Health Assembly (WHA) and is now supported by the Bill & Melinda Gates Foundation, United States Agency for International Development (USAID), Danish

International Development Agency (DANIDA), United Kingdom Department for International Development (DFID) and others. HMN aims to improve the system for health information such as national census, civil registers and population census particularly in developing nations.

http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf

7. Nepal

Form of government: Federal democratic republic

Nepal has traditionally adopted a non-aligned neutral foreign policy. Wedged between China and India to the north and south of its borders, Nepal has had strong historical and cultural ties with the two countries. In particular, as an inland nation, it relies heavily on transportation of materials and supplies from India, and maintaining friendly relations with India is of vital interest to Nepal. In May 2008, it declared itself as a federal democratic republic by abolishing the monarchy that had ruled for close to 240 years. While it has taken a step towards building a new country, it faces difficult challenges such as integration of Maoist PLA army into the national military and drafting of the new constitution. The international community is keeping watch over democratization and establishment of peace in Nepal. (Summarized from the Japanese Ministry of Foreign Affairs website)

<HIM-related information>

- In Nepal, the health management information system (HMIS) is the responsibility of the Management Division of the Department of Health Services (DoHS) under the Ministry of Health and Population. It has a staff of 10, including two statisticians. DoHS has implemented the HMIS in entire country since 1994 with continuous financial and technical support from UNFPA and some other EDPs.

Data on utilization of child health services, family health, disease control, and curative care are entered into the computer at the district level and compiled by the M&E division of DoHS on a monthly basis. Health facility data are compiled at the district level and sent to the central level on a monthly basis. It disaggregates patient data by age and gender. Data entry is in MS Access, send in XML format by email and then put together in SQL server. The completeness of reporting is good for public facilities.

For instance, for 2008/09 it was 100% completeness for districts, 79% for hospitals, 97% for PHC facilities and 90% for EPI clinics. Reporting for NGOs and private health institutions however was 67% and 66% respectively.

Source: International Health Partnership and Related Initiatives 2011/12 report "Strengthening of the monitoring and review component of the national health strategy – NEPAL"

http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Nepal/Nepal_M%26E%20roadmap_April2011.pdf

Other details concerning HIM in the country are unknown.

8. Sri Lanka

Form of government: Republic

In 1983, a civil war, which would last for more than 25 years, broke between the Liberation Tigers of Tamil Eelam (LTTE), a militant group seeking separation and independence for the Tamil minority in northern and eastern Sri Lanka, and the government. In 2002, a ceasefire agreement was signed and peace talks began. However, with renewed armed clashes between both sides, the ceasefire collapsed in 2006. In May 2009, the government forces annihilated LTTE. After the end of the civil war, President Mahinda Rajapaksa promoted resettlement of some 290,000 internally displaced persons. President Rajapaksa's second term as president began in November 2010. On foreign relations, Sri Lanka has traditionally adopted a non-aligned policy while making efforts to maintain good relations with neighboring India, a particularly important country for Sri Lanka in terms of politics and security and one with close historical and cultural ties. Sri Lanka also seeks to strengthen relations with Japan and other developed countries to promote socioeconomic development. After the end of the civil war, it is also building relations with China. As a member of the South Asian Association for Regional Cooperation (SAARC) and ASEAN Regional Forum (ARF), it is promoting regional cooperation with Southeast Asian countries. (Summarized from the Japanese Ministry of Foreign Affairs website)

<HIM-related information>

1. The Health Informatics Society of Sri Lanka

The HISSL has its origins in the Medical Informatics Committee of the Sri Lanka Medical Association (SLMA), which was formed in January 1997.

The Health Informatics Society of Sri Lanka (HISSL) was launched on 15th November 1998, with idea of promoting the use of computers and information technology in teaching, learning, research and delivery of care in the field of health care.

Past decade HISSL is serving the field of health informatics by promoting continuing professional development of its members facilitating research and development in health informatics.

The objectives of HISSL are:

1. To promote the use of computers and information technology in teaching, learning, research and delivery of care in the field of health
2. To improve computer and information technology literacy of health care professionals
3. To improve the access by health care professionals to computer hardware, software and information technology services
4. To improve and facilitate continuing professional development of members
5. To improve and facilitate research and development in health informatics
6. To foster collaboration with national, regional and international medical, informatics and professional associations
7. To foster fellowship among members

(Answer to Questionnaires)

1. Do healthcare institutions in your country use electronic health records? If so, do you have any specific data to show the adoption rate? If not, are paper-based health records a predominant method of health record keeping?

Paper based health records are the predominant method of health record keeping. However a number of e-health initiatives are currently being piloted at various levels where electronic health records are maintained.

2. Who promotes/controls the morbidity and mortality coding in your country (the government or by the private sector, such as private hospitals)?

The Government Sector

3. Are health information managers or coders established professions in your country?

They are, however the post is not an end-post and hence are transferrable. Therefore turn over of Medical Record Officers and coders is high.

4. Is there a group/association/society for health information managers in your country?

If so, please provide us with the name, established year, the number of members and the number of branches, if any.

Health Informatics Society (year and number of members to be confirmed in due course)

5. What educational materials are available in your country for training health information managers? Please specify.

- Guidelines for ICD 10 Coding by National Institute of Health Services, Kalutara
- Proper Death Certification guidelines by National Institute of Health Services, Kalutara
- Training material for Medical Record Officers by National Institute of Health Services, Kalutara

9. Thailand

Form of government: Constitutional monarchy

In September 2006, a coup d'état by the military put an end to the Thaksin regime. In February 2008, a new government was formed by People's Power Party (PPP), which had members from Thaksin's former Thai Rak Thai (TRT) party. Anti-government "yellow shirt" protests grew, with the protesters occupying the Prime Minister's office for several months. Meanwhile, the court ruled that the Prime Minister had violated the constitution, and in September 2008, Deputy Prime Minister took office of the Prime Minister. Anti-government protests and clashes continued, significantly impacting Thailand's society and economy. In December 2008, the Constitutional Court ruled that PPP leaders had violated the constitution by breaking the election laws, ordered the dissolution of PPP, and barred its leaders from taking part in political activities. Subsequently, a Democrat Party leader was elected Prime Minister. Pro-Thaksin "red shirt" protests began. In February 2010, the Supreme Court ordered seizure of Thaksin's assets remaining in Thailand. With pro-Thaksin United Front for Democracy Against Dictatorship (UDD)'s dissatisfaction against the Democratic Party regime growing, UDD organized a large-scale anti-government protest in Bangkok in mid-March, calling for immediate dissolution of the parliament. Demonstrations continued. The security forces took action against the demonstrators, and "red shirt" leaders finally declared an end to the protests. In May 2011, the Prime Minister dissolved the lower house of the parliament. A general election was held in July of the same year with the most seats won by pro-Thaksin Puea Thai Party. Yingluck Shinawatra accepted her nomination as Prime Minister and formed a government. Almost as soon as the government was formed, the Yingluck administration faced an emergency caused by large-scale floods in northern and central Thailand. (Summarized from the Japanese Ministry of Foreign Affairs website)

<HIM-related information>

ICD-10

ICD-10 was implemented as a tool for encoding morbidity and mortality data in Thailand since 1994. Users of ICD-10 found, however, that the classification did not have codes for tropical diseases such as dengue shock syndrome and cobra and green pit viper snake bite which had encouraged hospitals to use their own coding for these diseases. In 2000, working groups were formed for the ICD-10-TM (Thai Modification) research project by the Bureau of Policy and Planning in Health under the Ministry of Public Health and some other groups. They spearheaded identification of diseases without ICD codes, review of ICD-10, application of existing ICD codes to some diseases and indexing of clinical terms. About 1,500 new codes were added to the original ICD-10 codes and it was published in 2003 as ICD-TM (Thai modification).

Thai Medical Informatics Association (TMI)

The Thai Medical Informatics Association was established in 1991 by senior doctors of The Consortium of Medical Schools when use of the computers in medical facilities was becoming popular in Thailand. Launched with 300 members who worked in medical fields and computer sciences, such as medical doctors, nurses, clinical coders, programmers, system analysts, etc. (currently over 600 members), the association invested their efforts into implementing medical informatics sciences and technologies as a means of improving health status in Thailand and to promoting HIM education for medical professionals.

In the past, therefore, its focus has been the standardization of health data, coding and classifications, medical imaging, Picture Archiving and Communication System (PACS) and open source applications for the hospital information systems. The association plans to expand into various activities such as conducting short medical informatics trainings, further research on HL-7, SNOMED modification and

implementation in Thailand, as well as to increase activity with the Asia Pacific Association of Medical Informatics (APAMI).

Current main activities include organizing annual conferences, special interest group seminars, promotion and implementation of standards (with the Ministry of Public Health), and building concepts and new technology for medical informatics in Thailand.

Computer Use in Medical Field

Around 2005, computer was first used for medical records, and was later applied to hospital accounting system. Now, computer is heavily used for information system at the hospitals.

HIM Education

Several medical schools have medical informatics courses. Researches on medical informatics are done mostly by the Ministry of Public Health. Subjects of research include ICD-10-TM (Thai modification), Thai Diagnosis Related Groups (DRG), telemedicine, medical imaging, Picture Archiving and Communication System (PACS) and open source applications for hospital information systems.

Technology Implementation & Research

In Thailand, implementation of new technologies of medical informatics mostly takes place in the private healthcare sectors. Most of the research activities in medical informatics, however, are conducted by the Ministry of Public Health and medical schools.

Sources : Thai Medical Informatics Association

http://www.tmi.or.th/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=167

1 0. Timor-Leste

Xanana Gusmao was elected in elections on April 14, 2002, as the first President of Timor-Leste, and took office on May 20 (on the same day Timor-Leste's independence ceremony was held). Mari Alkatiri, Secretary General of the ruling FRETILIN party and Chief Minister of East Timor Public Administration, became the first Prime Minister. He served in the post until June 26, 2006, when he resigned to take responsibility for the civil unrest that occurred from April to May 2006. On July 10, Foreign Minister Jose Ramos-Horta succeeded Alkatiri as Prime Minister. Timor-Leste held a presidential election on April 9, 2007, and a runoff election on May 9. As a result, the former Prime Minister Ramos-Horta assumed the presidency on May 20. Parliamentary elections then followed on June 30. On July 6, National Congress for Timorese Reconstruction (CNRT), Timorese Social Democratic Association (ASDT), Social Democratic Party (PSD), and Democratic Party (PD) announced that they would form a coalition government, which they did on August 8 with former President Gusmao (leader of CNRT) as Prime Minister (National Union of Timorese Resistance (UNDERTIM) later joined the coalition government). Although FRETILIN party and other opposition parties claimed the coalition government unconstitutional, the parliament is currently functioning normally with lively deliberations. (Summarized from the Japanese Ministry of Foreign Affairs website, etc.)

(From Questionnaires)

1. Do healthcare institutions in your country use electronic health records? If so, do you have any specific data to show the adoption rate? If not, are paper-based health records a predominant method of health record keeping?

Health Care institution in Timor Leste is not yet adopting electronic health records. All health records keeping are paper-based

2. Who promotes/controls the morbidity and mortality coding in your country (the government or by the private sector, such as private hospitals)?

Currently there is no coding system on morbidity and mortality data. Ministry of health is planning to implement ICD-10 coding system in 2013

3. Are health information managers or coders established professions in your country?

No

4. Is there a group/association/society for health information managers in your country? If so, please provide us with the name, established year, the number of members and the number of branches, if any.

No

5. What educational materials are available in your country for training health information managers? Please specify.

Educational materials for training health information managers available on the following topics:

- Basic epidemiology
- Data management
- Data analysis and utilization

All of these training materials are developed by Ministry of Health

1 1. Indonesia

Form of government: Presidential system, republic

President Yudhoyono was reelected as President in presidential elections in July 2009. Setting improvement in national welfare, establishment of democracy, and the practice of justice at the core of a five-year plan, the Yudhoyono government set priorities on economic development based on competitive advantage, use of natural resources, and improvement in human resources. As for foreign relations, Indonesia has adopted free and active omnidirectional diplomacy focused on its national interest. Based on this policy, it is actively promoting regional diplomacy, centered especially on ASEAN, and addressing various international issues. It also held Bali Democracy Forum with the goal of spreading democracy in the Asia-Pacific region. (Summarized from the Japanese Ministry of Foreign Affairs website)

<HIM-related information>

(From responses to questions from Japan Hospital Association)

HIM education is provided by 33 universities (including 5 national universities).

Those completing a three-year HIM diploma course are called, "*Ahli Madya Perekam Kesehatan (Amd.PerKes)*." This is an HIM diploma level considered at an equivalent level as completing a vocational college.

Those completing a four-year HIM diploma course are called, "*Sanjana Sains Terapan Manajemen Informasi Kesehatan (S.ST.MIK)*." They are conferred a specialized HIM bachelor's degree.

HIM-related organizations

Indonesian Medical Record and Health Information Professional Association (PORMIKI, established on February 18, 1989) currently has some 300 members. It is a national member of the International Federation of Health Information Management Association

(IFHIMA). Its member was elected to serve on IFHIMA Executive Board between 2007 and 2010. PORMIKI holds seminars in Indonesia.

Health information system

In 1985, the Center for Health Data and Information (CHDI) was established within the Ministry of Health with responsibilities to operate health information systems (HIS) in Indonesia. Although the Ministry of Health had HIS prior to this for special programs, its operation had not been unified. Development of disparate health information systems by local health centers without any coordination with the Ministry of Health had exacerbated non-uniformity of national health information systems.

“Indonesia Health Information System Review and Assessment” Jakarta, Indonesia, August, 2007

http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_IDN_Assess_Draft_2007_08_en.pdf

Reference List

1. Bangladesh

http://www.dghs.gov.bd/dmdocuments/HIS_2012.pdf

http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_BGD_Assess_Final_2009_07_en.pdf

http://www.spidercenter.org/sites/default/files/master_theses_sponsored/Sana_Zahraa.pdf

-Health Information Systems in Developing Countries 2009

http://wiki.healthmetricsnetwork.info/wiki-kigali/lib/exe/fetch.php?media=background:vwc_his_analysis_27-5-2009.pdf

<http://www.who.int/goe/publications/atlas/bgd.pdf>

The Work of WHO in the South-east Asia Region

http://www.searo.who.int/LinkFiles/RC64_RD-report2011.pdf

"

2. Bhutan

<http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/btn/en/index.html> ① Bhutan Assessment Scoresheet

http://www.health.gov.bt/downloads/Health_ICTFinalDocOnNet.pdf

http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_BTN_Assess_Draft_2008_07_en.pdf

http://www.searo.who.int/LinkFiles/WHO_Country_Cooperation_Strategy_-_Bhutan_2013HealthandDevelopment.pdf

-Annual Health Report 2011

http://www.searo.who.int/LinkFiles/Country_Annual_Health_Reports_Bhutan_2011.pdf

<http://www.who.int/goe/publications/atlas/btn.pdf>

-WHO Regional Workshop on Strengthening the Management Capacity of Health Managers at Sub-National/District Level Jakarta, Indonesia, 28 February – 2 March 2007 http://203.90.70.117/PDS_DOCS/B0619.pdf

The Work of WHO in the South-east Asia Region

http://www.searo.who.int/LinkFiles/RC64_RD-report2011.pdf

3. North Korea

The Work of WHO in the South-east Asia Region

http://www.searo.who.int/LinkFiles/RC64_RD-report2011.pdf

4. India

<http://www.who.int/goe/publications/atlas/ind.pdf>

-Improving and Strengthening the use of ICD 10 and Medical Record System in India (Central Bureau of Health Intelligence (CBHI) Directorate General of Health Services, Ministry of Health & Family Welfare) (2 0 0 4 – 2 0 0 5)

<http://cbhidghs.nic.in/writereaddata/linkimages/Combined107166151888.pdf>

-Health Information Systems in Developing Countries 2009

http://wiki.healthmetricsnetwork.info/wiki-kigali/lib/exe/fetch.php?media=background:vwg_his_analysis_27-5-2009.pdf

http://nrhm-mis.nic.in/UI/Reports/Data_Utilization.pdf

-Bioinformatics Centre 11th Workshop on Medical Informatics & CME on Biomedical Communication

<http://www.bicjbt-drc-mgims.in/Workshop-2008/contents.htm>

- Module and Work Book Orientation Training On ICD 10

<http://cbhidghs.nic.in/writereaddata/mainlinkFile/File977.pdf>

-The Work of WHO in the South-east Asia Region

http://www.searo.who.int/LinkFiles/RC64_RD-report2011.pdf

5. Maldives

<http://www.who.int/goe/publications/atlas/mdv.pdf>

-The Work of WHO in the South-east Asia Region

http://www.searo.who.int/LinkFiles/RC64_RD-report2011.pdf

6. Myanmar

-Myanmar Health Information System: Review and Assessment

http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_MMR_Assess_Final_2007_03_en.pdf

-The Work of WHO in the South-east Asia Region

http://www.searo.who.int/LinkFiles/RC64_RD-report2011.pdf

7. Nepal

-Strengthening of the monitoring and review component of the national health strategy

- NEPAL, Brief situation analysis and roadmap for 2011/2012(a joint mission to Nepal by Ties Boerma, WHO Geneva, Jyotsna Chikersal, WHO-SEARO, Peter Hansen, GAVI, Daniel Low-Beer, Global Fund, 18-20 April 2011)

http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Nepal/Nepal_M%26E%20roadmap_April2011.pdf

-<http://www.who.int/goe/publications/atlas/npl.pdf>

http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Nepal/Nepal_M%26E%20roadmap_April2011.pdf

-The Work of WHO in the South-east Asia Region

http://www.searo.who.int/LinkFiles/RC64_RD-report2011.pdf

8. Sri Lanka

-The Work of WHO in the South-east Asia Region

http://www.searo.who.int/LinkFiles/RC64_RD-report2011.pdf

<http://www.who.int/goe/publications/atlas/lka.pdf>

9. Thailand

<http://www.apami.org/apami2006/ppt/1027-WG-ThaiPaoin.pdf>

-Thailand's Health Workforce: A Review of Challenges and Experiences, 2009

<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/THLHealthWorkforce.pdf>

- Health Information System of Thailand

http://searo.who.int/LinkFiles/Presentations_Day1-S1-pres7-Thailand.pdf

<http://bps.ops.moph.go.th/Health%20Policy%202009.pdf>

-The Work of WHO in the South-east Asia Region

http://www.searo.who.int/LinkFiles/RC64_RD-report2011.pdf

1 0. Timor-Leste

-The Work of WHO in the South-east Asia Region

http://www.searo.who.int/LinkFiles/RC64_RD-report2011.pdf

1 1. Indonesia

-“Indonesia Health Information System Review and Assessment” Jakarta, Indonesia,
August, 2007

http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_IDN_Assess_Draft_2007_08_en.pdf

<Reference> List of Related Persons

WHO Officers

Bhutan: Dr Nani Nair (Bhutan) nairn@searo.who.int

North Korea: Dr Yonas Tegegn (DPR Korea) tegegny@who.int

India: Dr Natela Menabde (India) wrintia@searo.who.int

Maldives: Dr Akjemal Magtymova (Maldives) Magtymova@searo.who.int

Ms Aminath Shenalin
National Professional Officer (Planning & Programme Management)
WHO Maldives
Phone: (960) 3321682
Fax: (960) 3324210
GPN: 27408

Myanmar: Dr H.S.B. Tennakoon (Myanmar) tennakoonh@searo.who.int

Nepal: Dr Lin Aung (Nepal) linaung@searo.who.int.

Sri Lanka: Dr Firdosi Rustom Mehta (Sri Lanka) mehtaf@searo.who.int

Dr DILIP HENSMAN
226, Bauddhaloka Mawatha
Colombo 07
Sri Lanka
Tel: +94 11 2502319, +94 11 2502842
Mobile: 0777489811
Fax: +94 11 2502845
e-mail: hensmand@searo.who.int
Website: www.whosrilanka.org

Thailand: Dr Maureen Birmingham (Thailand) Birmingham@searo.who.int

Timor Leste: Dr J. M. Luna (Timor Leste) lunaj@searo.who.int

Dr Rajesh Pandav
Health Policy Advisor
WHO, Timor-Leste
Telephone (office): +670-3310968
Fax: +670-3310967
Mobile: +670-7821864
GPN: 25002

Ministry of Health Officers

Bangladesh
Dr Selina Ahsan
Joint Secretary (Public Health & WHO)
Ministry of Health & Family Welfare
People's Republic of Bangladesh
Bangladesh Secretariat
Dhaka – 1000
Bangladesh
z-rahman@mohfw.org

Bhutan
Ms. Deki
Human Resource Officer
Human Resource Division
Kingdom of Bhutan
deki@health.gov.bt

North Korea
Dr Kim Kum Ran
Ministry of Public Health
Pyongyang, DPR Korea
bogon.moph@co.chesin.com

Nepal
Dr D.S. Bam
Ag. Secretary
Ministry of Health & Population
The Government of Nepal
Ramshahpath, Kathmandu
Nepal
mohp@moh.gov.np

Sri Lanka
Dr Ajith Fonseka
Director
International Health, Management Development & Planning Unit
Ministry of Health, Nutrition & Welfare
No. 385 Deans Road
Colombo 10, Sri Lanka
dihmdpu@health.gov.lk

http://www.searo.who.int/en/Section1243/Section1374/Section1424_5800.htm

India

Central Bureau of Health Intelligence
Directorate General of Health Services
Ministry of Health & Family Welfare
Nirman Bhavan, New Delhi - 110011
Website - www.cbhidghs.nic.in
Email : dircbhi@nb.nic.in

Dr. V.M. Katoch

Secretary DHR & Director General, ICMR
Department of Health Research
Ministry of Health and Family Welfare
Government of India
Ph: 91-11-26588204, 26589620
Fax: 91-11-26588662
Email : secydh@icmr.org.in
: <http://www.dhr.gov.in/directory.htm>

Thailand

Mrs. Rossana Ariyakulnimit
Information Technology Center
Department of Medical Science
Ministry of Public Health
Government of Thailand
rossana@dmsc.moph.go.th
<http://www.dmsc.moph.go.th/webroot/itc/page/bossrd1.htm>

Myanmar

Samuel Kyaw Hla - Vice Chair
Vice President
Myanmar Medical Association (MMA)
Address: 249, Theinbyu Road, Kandawlay (North), Mingalar Taungnyunt Township
Yangon, Myanmar
Tel: +95 1 378863 ext 104
Fax: +95 1 378863
Email: skhla@mptmail.net.mm

Thein Thein Htay - Member

Deputy Director General (Public Health)
Public Health
Address: Office No. 4, Ministry of Health
Nay Pyi Taw, Myanmar
Tel: +95 67 411157
Email: thtay@mptmail.net.mm
(<http://portfolio.theglobalfund.org/en/Contacts/CountryCoordinatingMechanisms/MYN>)

Appendices

Summary table of SEAR 11 countries

HIM Education Database

- 41 countries as of August, 2012

Health Information Management Journal

VOLUME 42 NUMBER 1 • 2013 • ISSN 1833-3583 (PRINT) • ISSN 1833-3575 (ONLINE)



IN THIS ISSUE

Reliability of accreditation survey teams • Perinatal data collection in Australia •
Attitude towards ERP systems in a Spanish public hospital •
Evaluation of clinical staff satisfaction with technology-based service encounters in Taiwan

Including HIM-Interchange, the professional practice journal of the Health Information Management Association of Australia Limited

Update on HIM Education Survey

Yukiko Yokobori

Director, IFHIMA

Head of Distance Training Division, Japan Hospital Association

Secretariat, Japan Society of Health Information Management

I. HIM survey

Our survey on international HIM education and certification began in 2008 mainly through the cooperation of members of the WHO-FIC Network, IFHIMA, and Asia-Pacific Network (APN). A database of the survey results is now housed in the IFHIMA website with regular updates. Thanks to the help of my many international colleagues, what started out as a survey of about eight countries in 2008 has now expanded to a much bigger survey on HIM education in 41 countries.

In Japan, the survey results are used to describe the status of international HIM education in textbooks for HIM students. With the textbooks up for a triennial revision this year, we conducted a supplementary survey from February to April for an update.

II. Status of HIM

With the help of my colleagues on the IFHIMA board, we are beginning to have a better picture of HIM education, particularly in Africa and the Eastern Mediterranean, and this is reflected on the IFHIMA database.

There is apparently a rising interest in HIM education and health information management notably in Kenya, Nigeria, South Africa, and Tanzania in Africa and in Oman and Saudi Arabia in the Eastern Mediterranean. In countries implementing HIM education, the existence of newly trained health information managers is spurring moves to set up associations of health information managers as well.

Developing countries are also showing interest in HIM education. I wish to assist in HIM implementation in these countries through the activities of IFHIMA and APN.

III. Summary (how future HIM should be)

In recent years, Japan, South Korea and Thailand were designated from Asia as collaborating centers in the WHO-FIC Network, which is mandated with the task of developing and maintaining the International Classification of Diseases that provides a foundation for HIM work. The number of countries applying for such designation and otherwise participating in the WHO-FIC Network is rising. The world's attention is shifting towards the use of medical information. As countries work towards promoting people's health and raising the standard of health care, "quality data obtained from accurately recorded medical records and management of such data" become crucial. As health

information managers will be entrusted with this task, countries will be required to implement HIM education.

At a time when more countries are showing interest in HIM training, countries with greater training experience should work together in defining how future HIM should be and outlining how HIM education will respond to changing needs.

Set out below are some of the findings on the state of HIM education in 12 countries taken from a recent survey. (For more details, please refer to the IFHIMA website.)

- United Arab Emirates: 4-year degree/diploma program
- Kenya: 4-year degree program, 3-year and 2-year diploma programs
- Malawi: HMIS module for MPH students at College of Medicine and Health Informatics (master's level)
- Nigeria: Two- to four-year diploma program, 3-year technician program at School of Health Technician
- Oman: 2-year diploma program
- Saudi Arabia: 2-year diploma program
- Tanzania: 3-year degree/diploma program
- East Timor: Plans to introduce ICD-10 coding in 2013. The Ministry of Health is expected to play a main role in preparing HIM textbooks.
- Sri Lanka: The profession of health information managers and coders is well established, but there is no HIM association. The National Institute of Health Sciences is the main entity providing HIM education.
- Maldives: The profession of health information managers is not established, and there is no HIM education system.
- Indonesia: 2-year and 3-year HIM education programs. Indonesia has the only HIM association in Southeast Asia.
- India: There are hints of future establishment of a national HIM association.

Yukiko Yokobori
Director, IFHIMA
Head of Distance Training Division, Japan Hospital Association
Secretariat, Japan Society of Health Information Management

9-15 Hospital Plaza Building, Sanbancho,
Chiyoda-ku, Tokyo 102-8414 JAPAN
TEL:+81-3-3265-1281
FAX:+81-3-3265-1282
E-mail: yokobori@jha-e.com



Regional IFHIMA Update – South East Asia

Yukiko Yokobori

Teleconference, April 5, 2012

Director, South East Asia
Yukiko Yokobori, Japan Hospital Association

1. Objectives of Activities to 2013:

- 1) Human resource development
 - Survey of the situation concerning human resource training in SEAR countries
 - Identification of issues and possible solutions
- 2) Development of health information management infrastructures
 - Fact-finding survey in SEAR countries
 - Identification of issues and consideration of the direction for the future
- 3) Exchange and sharing of information with counter partners

2. Activities from December 2011 to Present:

- 1) Continued working on the fact-finding survey of HIM education
 - Purpose of this survey: collect information that will serve as a basis for the activities of 1) and 2) above.
 - Prepared a short article to introduce this survey to *Global News*
- 2) The regional activities:
 - PORMIKI (Indonesian Professionals on Medical Records and Health Information Association) celebrated its 23th anniversary on 18 February 2012.
 - PORMIKI held the 7th Congress and National Seminar on 15-17 February.
- 3) Return of Country Health Information Management Questionnaire from Indonesia again
 - National director of Indonesia kindly returned the questionnaire in March. We already have an answer from the president of PORMIKI in November 2011.

4) Discussion with Thailand

- The discussion with a representative from Thailand was held during the WHO-FIC Education and Implementation Committee mid-year meeting in March in Washington, D.C. He showed an interest in holding the international meeting titled the Asia-Pacific Network Meeting in 2013 in Thailand and it would be a great chance for us to promote IFHIMA in this country which is not a national member, yet. It may be a good opportunity to learn more about health information management in Thailand and it is worthwhile to consider this possibility.

5) Updates of membership brochure

- Partially updated the content according to the proposal from Margaret in February
- Asked to upload the new membership brochure on the IFHIMA website.
- Prepared the German version. After confirmation by the board members, it would be uploaded on the website.

3. Future plan

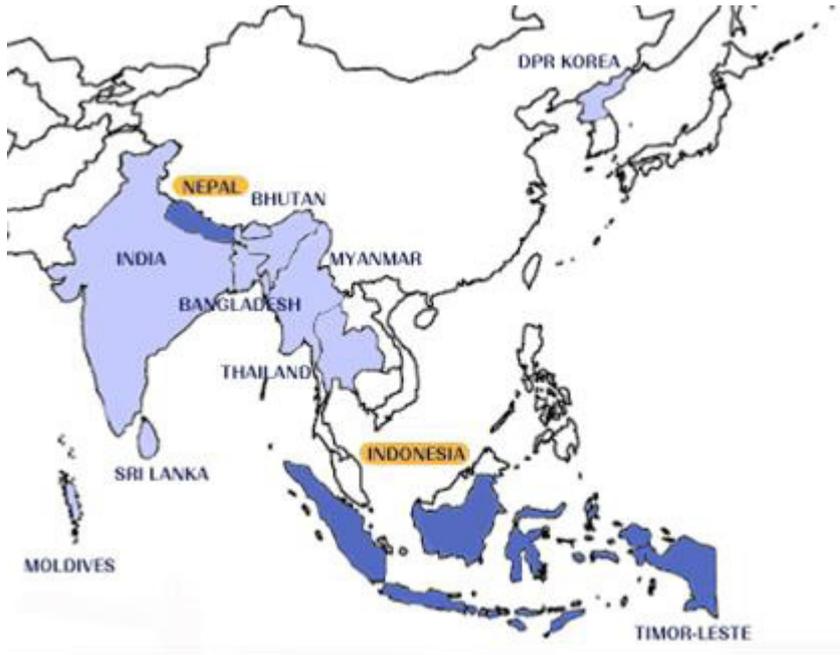
1) Plan to utilize the existing connection with organizations

- Through Asian Hospital Federation (AHF) and International Hospital Federation (IHF) where the President of Japan Hospital Association (JHA) resides as a board member, I would like to further promote IFHIMA. Especially, by utilizing an opportunity to participate in the AHF meetings, there may be a possibility of the field study in South East Asian Region and this can be a subject for future consideration. Last year, the AHF meeting was held in Indonesia.

The Asia-Pacific Network meeting will be held in Beijing, China in July, 2012. I am the secretariat of this meeting and hope to maximize this chance to start collaboration with IFHIMA. (Thailand in 2013)

Looking for counter partners in my region is problematic. Dr. Ustun of WHO promised to introduce someone but yet to realize.

Eleven SEAR Countries



In alphabetical order

- | | |
|---------------|---------------|
| ① Bangladesh | ⑦ Myanmar |
| ② Bhutan | ⑧ Nepal ○ |
| ③ DPR Korea | ⑨ Sri Lanka |
| ④ India | ⑩ Thailand |
| ⑤ Indonesia ○ | ⑪ Timor-Leste |
| ⑥ Maldives | |

Legend: Country Name = Counterparties located and request made for cooperation in the survey
○ = Response received



Regional IFHIMA Update – South East Asia

Yukiko Yokobori

Teleconference, July 11, 2012

Director, South East Asia
Yukiko Yokobori, Japan Hospital Association

1. Objectives of Activities to 2013:

- 1) Human resource development
 - Survey of the situation concerning human resource training in SEAR countries
 - Identification of issues and possible solutions
- 2) Development of health information management infrastructures
 - Fact-finding survey in SEAR countries
 - Identification of issues and consideration of the direction for the future
- 3) Exchange and sharing of information with counter partners

2. Activities from April 2012 to Present:

- 1) Continued working on the fact-finding survey of HIM education
 - Purpose of this survey: collect information that will serve as a basis for the activities of 1) and 2) above.
- 2) 11 SEAR countries survey
 - Starting in May, carefully planned 11 SEAR countries survey is being conducted. Different from the survey in 1), this aims to know the basic medical environment in the South East Asia and prepare for an effective plan to disseminate Health Information Management in this area.
 - Already, some countries gave good responses including Timor-Leste.
 - The first result of the survey will be available by August and will be reported in the meeting in September.
- 3) Visit of a director of HIMAA (The Health Information Management Association of Australia)

- On May 29th, a director of HIMAA, Jenny Gilder, visited Japan Hospital Association.
- We exchanged recent developments in each country, especially about electronic medical records and working environment of coders and HIMs.
- An article on this visit is currently being prepared.

4) The 6th Asia-Pacific Network meeting was cancelled

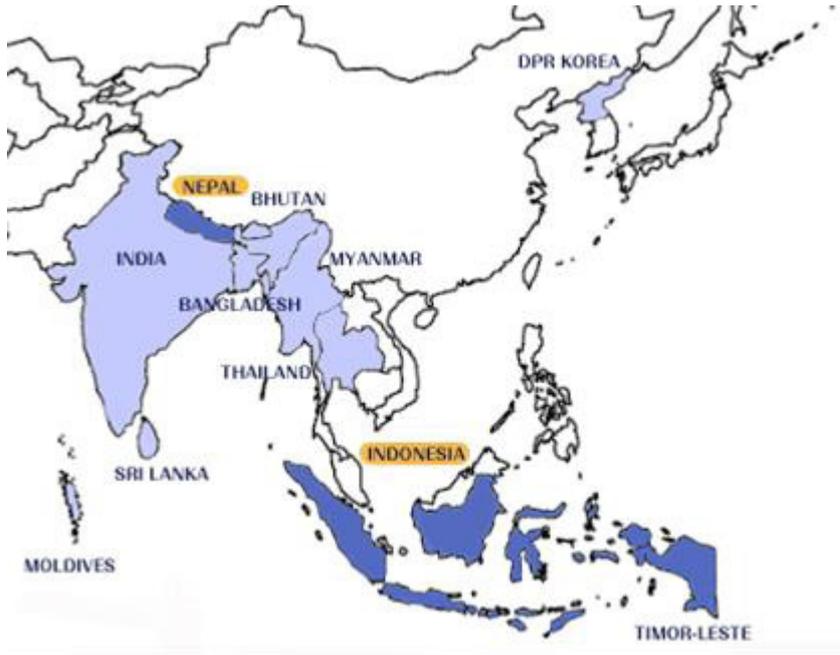
- The 6th Asia-Pacific Network meeting scheduled in July in Beijing, China was cancelled. Instead, the small meetings with Chairs and other related parties will be held to discuss future course of action on July 11 and 13.
- The collaboration between APN and IFHIMA in the area of ICD implementation is probable so the careful discussion among members is necessary.

5) Association in Indonesia expressed its willingness to bid for 18th IFHIMA congress in 2016.

3. Future plan

- 1) Prepare realistic plan for dissemination of Health Information Management in SEAR
- With the result of the SEAR survey about the basic medical environment, realistic plan to disseminate Health Information Management and its profession which matches circumstances of individual country can be initiated.

Eleven SEAR Countries



In alphabetical order

- | | |
|---------------|---------------|
| ① Bangladesh | ⑦ Myanmar |
| ② Bhutan | ⑧ Nepal ○ |
| ③ DPR Korea | ⑨ Sri Lanka |
| ④ India | ⑩ Thailand |
| ⑤ Indonesia ○ | ⑪ Timor-Leste |
| ⑥ Maldives | |

Legend: Country Name = Counterparties located and request made for cooperation in the survey
○ = Response received



Regional IFHIMA Update – South East Asia

Yukiko Yokobori

Teleconference, December 10, 2012

Director, South East Asia
Yukiko Yokobori, Japan Hospital Association

1. Objectives of Activities to 2013:

- 1) Human resource development
 - Survey of the situation concerning human resource training in SEAR countries
 - Identification of issues and possible solutions
- 2) Development of health information management infrastructures
 - Fact-finding survey in SEAR countries
 - Identification of issues and consideration of the direction for the future
- 3) Exchange and sharing of information with counter partners

2. Activities from September 2012 to Present:

- 1) Continued working on the fact-finding survey of HIM education
 - Purpose of this survey: collect information that will serve as a basis for the activities of 1) and 2) above.
 - Received information regarding the education in Africa from Ms Lorraine Nicholson, Immediate Past President of IHIMA. Planning to reflect this on the database, etc.
- 2) Attended IMIA General Assembly in Beijing
 - Attended IMIA General Assembly on October 23 as a representative of IFHIMA.
 - Exchanged information with major IMIA people and handed IFHIMA brochures.
 - Found a lot of items useful for IFHIMA among the issues discussed at IMIA General Assembly.
 - My report on IMIA General Assembly was sent to you on November 19 with other meeting materials. Hope that you will read it.

- 3) Attended WHO-FIC Net work Council meeting as a representative of IFHIMA
 - Attended WHO-FIC Net work Council meeting in October in Brazil as a representative of IFHIMA together with IFHIMA President, Ms Margaret Skurka. Being WHO's official NGO, IFHIMA was treated as one of the major members at the Council.

- 4) Miss Divya will visit Japan February 6~8:
 - Miss Divya will come to Japan in February to attend a conference. On this occasion I would like to meet her at Japan Hospital Association to learn about the latest situation in India including the establishment of association.

- 5) Pilot Test on ICD-10 Morbidity in Indonesia
 - Pilot Test on ICD-10 Morbidity was conducted in Indonesia on November 24. Looking forward to the analyses of its outcome and the overall evaluation of the Pilot Test reflecting Indonesian and other countries' outcome.

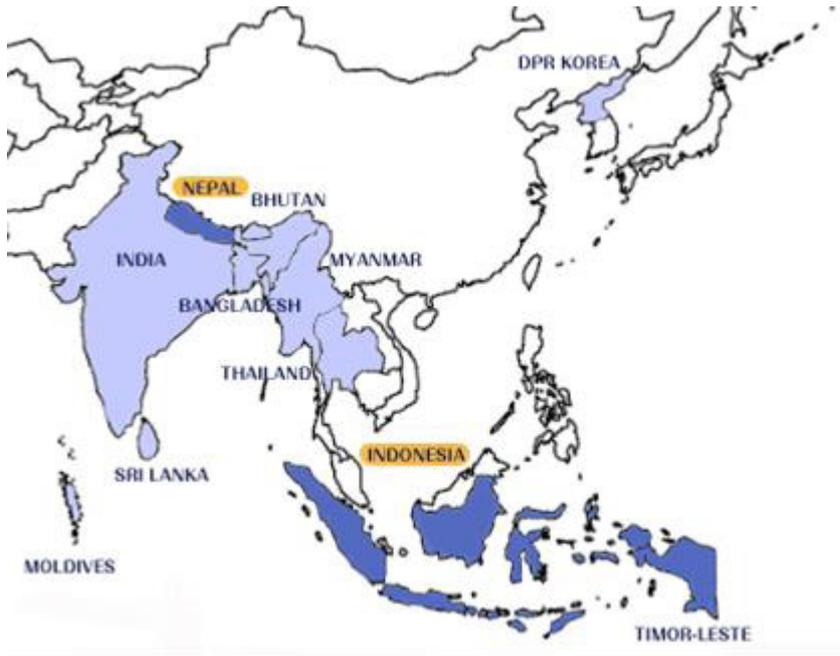
- 6) Asia Pacific Network Meeting:
 - The WHO-FIC Asia Pacific Network Meeting re-started with a new co-chair from Japan moving towards the second stage.
 - In the course of making APN future action plan, I would like to collaborate with them in the areas where possible in SEAR. For example, we can utilize IFHIMA education module in the field of HIM implementation. By doing so, the effective activities are expected.

- 7) Mr Laxman of Nepal (an associate member)
 - With the help of Ms Lorraine Nicholson, Mr Laxman requested to the Nepal government and WHO for the financial support to attend the 17th IFHIMA Congress. However, he reported that his request was rejected and he can't attend the congress.
 - We heard that the résumé he applied for has been accepted without any problem.

3. Future plan

- 1) Towards the end of the term, I will summarize the whole SEAR activities as my responsible area and will upload the report and the outcome of survey on the website.
- 2) As a long-term outlook, what are necessary to HIM implementation in SEAR are to be considered from the survey this year, and they will be reviewed to find out which are realistic for IFHIMA.

Eleven SEAR Countries



In alphabetical order

- | | |
|---------------|---------------|
| ① Bangladesh | ⑦ Myanmar |
| ② Bhutan | ⑧ Nepal ○ |
| ③ DPR Korea | ⑨ Sri Lanka |
| ④ India | ⑩ Thailand |
| ⑤ Indonesia ○ | ⑪ Timor-Leste |
| ⑥ Maldives | |

Legend: Country Name = Counterparties located and request made for cooperation in the survey
○ = Response received



Regional IFHIMA Update – South East Asia

Yukiko Yokobori

Teleconference, February 22, 2013

Director, South East Asia
Yukiko Yokobori, Japan Hospital Association

1. Objectives of Activities to 2013:

- 1) Human resource development
 - Survey of the situation concerning human resource training in SEAR countries
 - Identification of issues and possible solutions
- 2) Development of health information management infrastructures
 - Fact-finding survey in SEAR countries
 - Identification of issues and consideration of the direction for the future
- 3) Exchange and sharing of information with counter partners

2. Activities from December 2012 to Present:

- 1) Meeting with Ms. Divya Bhati and web meeting with India
 - Ms. Divya Bhati arrived in Japan on February 5. Together with Divya, we had a web meeting with Professor Indrajit Bhattacharya in India for a first round of discussions on the topic of establishing an association in India. The meeting provided an opportunity to learn concretely about the situation of education in India and to identify challenges.
 - At a later date, Professor Bhattacharya contacted me to say he wished to deliver a speech at the IFHIMA Congress in Montreal. As the application for presentations had already closed, I told him it would be difficult. He also wished to become a sponsor for the Montreal IFHIMA Congress. I told him that would also be difficult for the same reason of closed application.
 - As for actual future steps towards establishing an association in India, I sent him a list of requirements for establishing an association and some advice in writing, some of which was based on the Japanese experience of setting up an organization from scratch and developing it to where it is today.



2) Asia-Pacific Network Meeting

- On February 11, the co-chairs of the Asia-Pacific Network, under the auspices of the WHO-FIC Network, held a preparatory meeting in Tokyo to discuss future activities of the APN.
- The next day on February 12, the co-chairs were joined by a representative from Thailand, the host of the next meeting of the Asia-Pacific Network, to discuss the agenda and other specifics of the next meeting. The preparatory meetings were meaningful in framing a concrete vision on what SEAR can do for ICD implementation.
- The meetings also expressed a hope for a possible joint effort between APN and IFHIMA in thinking about future activities so that better outcomes may be gained with greater efficiency.
- The next APN meeting will be held in July in Thailand. I intend to do a survey and on-site inspection in Thailand as part of my IFHIMA activities.
- Shown below is information provided by Vietnam which I will report to you as part of our efforts for developing countries.

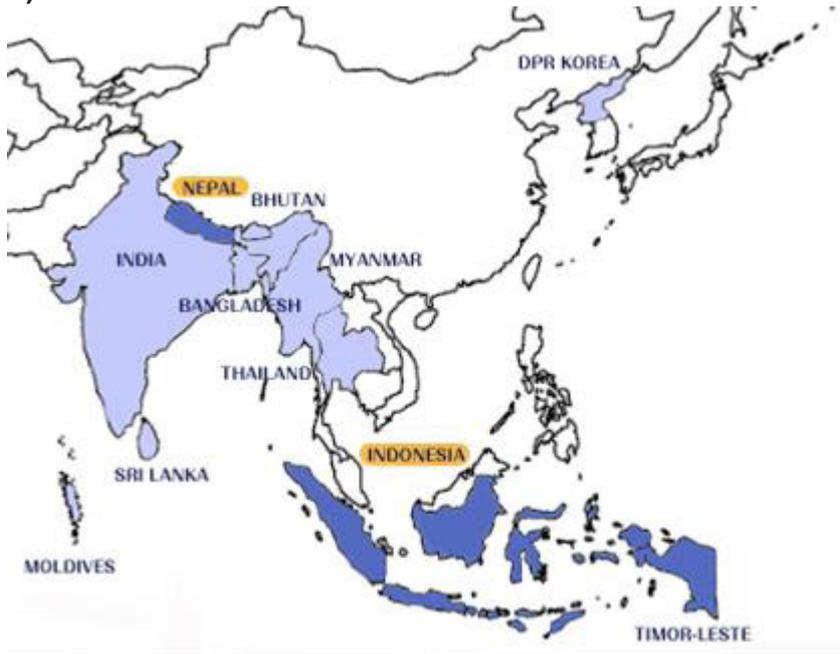
Vietnam is using ICD-10 (2002) for diseases and condition coding. The Ministry of Health of Vietnam regulates all hospital to report hospital morbidity and mortality with 3 digit (312 ICD-10 groups).

Ministry of Health in Vietnam has a strategic plan to shift to DRG- Casemix (a payment method) in 2020 so that we now update to ICD-10 (Version 2011) and translating ICD-9 CM Volume 3 for procedures coding.

3. Future plan

- 1) Towards the end of the term, I will summarize the whole SEAR activities as my responsible area and will upload the report and survey outcomes on the website.
- 2) As for the long-term outlook, I would like to identify what is necessary for HIM implementation in SEAR from the survey this year, and summarize which of those requirements can realistically be achieved by IFHIMA.

1) Eleven SEAR Countries



In alphabetical order

- | | |
|---------------|---------------|
| ① Bangladesh | ⑦ Myanmar |
| ② Bhutan | ⑧ Nepal ○ |
| ③ DPR Korea | ⑨ Sri Lanka |
| ④ India | ⑩ Thailand |
| ⑤ Indonesia ○ | ⑪ Timor-Leste |
| ⑥ Maldives | |

Legend: Country Name = Counterparties located and request made for cooperation in the survey
○ = Response received

在宅療養支援病院に関するアンケート調査
集計結果

平成25年3月

四病院団体協議会

在宅療養支援病院に関する委員会

調査対象 在宅療養支援病院を届け出た全国全800病院
(平成25年2月現在)

調査時期 平成25年2月18日～2月25日

回答状況	調査対象数	800
	アンケート回答病院	135
	回答率	16.9%

【設問1】 貴院の基本情報をお伺いします。

地域別 回答状況	地域	対象数	回答数	回答率
	北海道	43	14	32.6%
	東北	27	7	25.9%
	北関東	28	7	25.0%
	南関東	98	16	16.3%
	東京	73	13	17.8%
	中部	105	17	16.2%
	近畿	176	21	11.9%
	中国	67	11	16.4%
	四国	46	8	17.4%
	九州	137	21	15.3%
	計	800	135	16.9%

「地域」
について

※ 北関東…茨城、栃木、群馬
南関東…埼玉、千葉、神奈川
中部…新潟、富山、石川、福井、山梨、
長野、岐阜、静岡、愛知
近畿…三重、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山
中国…鳥取、島根、岡山、広島、山口
九州…沖縄を含む

規模別
回答状況
(n=135)

病床数	回答数	割合
20～49	12	8.9%
50～99	44	32.6%
100～149	37	27.4%
150～199	42	31.1%
計	135	100.0%

平均病床数	116.7	床
-------	-------	---

※以後、回答された病院数を「n」とします。

在支病施設
基準区分
【全体】
(n=133)

施設基準区分		回答数	割合
従来型		53	39.8%
強化型	単独型	26	19.5%
	連携型	54	40.6%

【20~49床】
(n=11)

施設基準区分		回答数	割合
従来型		6	54.5%
強化型	単独型	1	9.1%
	連携型	4	36.4%

【50~99床】
(n=44)

施設基準区分		回答数	割合
従来型		22	50.0%
強化型	単独型	10	22.7%
	連携型	12	27.3%

【100~149床】
(n=36)

施設基準区分		回答数	割合
従来型		16	44.4%
強化型	単独型	5	13.9%
	連携型	15	41.7%

【150~199床】
(n=42)

施設基準区分		回答数	割合
従来型		9	21.4%
強化型	単独型	10	23.8%
	連携型	23	54.8%

経営主体
(n=135)

経営種別	回答数	割合
個人	4	3.0%
医療法人	92	68.1%
社会医療法人	13	9.6%
国	0	0.0%
都道府県	2	1.5%
市町村	11	8.1%
日赤	1	0.7%
済生会	0	0.0%
厚生連	0	0.0%
公益法人	4	3.0%
学校法人	0	0.0%
社会福祉法人	1	0.7%
共済組合その他連合会	1	0.7%
医療生協	6	4.4%
株式会社	0	0.0%
その他	0	0.0%
計	135	100.0%

関連施設
(n=12)

有床診療所の設置数	回答数	割合
1～2	12	100.0%
3～4	0	0.0%
5以上	0	0.0%

(n=120)

在支診登録している 有床診の有無	回答数	割合
ある	12	10.0%
ない	108	90.0%

(n=12)

ある場合の登録数	回答数	割合
1～2	9	75.0%
3～4	1	8.3%
5以上	2	16.7%

関連施設
(n=51)

無床診療所の設置数	回答数	割合
1～2	40	78.4%
3～4	4	7.8%
5以上	7	13.7%

(n=124)

在支診登録している 無床診の有無	回答数	割合
ある	33	26.6%
ない	91	73.4%

(n=33)

ある場合の登録数	回答数	割合
1～2	22	66.7%
3～4	3	9.1%
5以上	8	24.2%

関連施設
(n=79)

訪問看護STの設置数	回答数	割合
1～2	73	92.4%
3～4	3	3.8%
5以上	3	3.8%

【調査概要】

在宅療養支援病院（在支病）に関するアンケート調査は、800病院（平成25年2月現在）を対象に、平成25年2月18日から2月25日の間に実施。135病院（16.9%）から回答を得た。

【分析】

◎設問1：基本情報について（2ページ～4ページ）

②都道府県

○在支病800病院は、近畿176病院、次いで九州137病院と“西高東低”の分布となっているが、機能的には地域で活動している在支病数は地域別に見て偏在は少ない。

⑤病床数

○回答病院の病床規模は50床以上が多く、平均病床数は116.7床であった。

⑥在支病施設基準区分

○届出の施設基準区分は

従来型	53病院（39.8%）
強化型・単独型	26病院（19.5%）
強化型・連携型	54病院（40.6%）

病床規模が大きくなる程、強化型・連携型の割合が増えている。
平成24年度の診療報酬改定により、強化型の在支病が増え、全体の届出数も増加した。

⑦経営主体

○経営主体は、医療法人が92病院、68.1%を占め、圧倒的に多い。
社会医療法人13病院（9.6%）、個人4病院（2.9%）とあわせ計109病院が私的病院であり、在支病の80.7%を占めていた。
国立0病院、都道府県立2病院（1%）、市町村11病院（8.1%）と公立の在支病は少なく（13病院：9.6%）、さらに、日赤、済生会、厚生連は合わせても1病院（1%未満）と公的病院は極めて少なかった。

⑧関連施設

○関連施設として「有床診療所を設置している」が12病院（8.9%）、
「無床診療所を設置している」が51病院（37.8%）あった。前回のアンケート時に比べ共に著しく増加している。
ほとんどが1～2カ所設置であるが、5カ所以上設置していると回答した病院が8病院あった。
訪問看護ステーション設置も79（66.7%）と前回より増加傾向にある。
在支病の関連する訪問看護ステーションの活動が在宅医療に大きく影響する。

【設問2】在支病に関する事項についてお伺いします。

①届出時期
(n=135)

届出時期	回答数	割合
～平成22年3月	4	3.0%
平成22年4月～	74	54.8%
平成24年4月～	57	42.2%

①届出変更
(n=78)

平成24年改定後に届出変更した病院	回答数	割合
届出変更した	37	47.4%

①届出変更
(n=37)

平成24年改定後に届出変更した時期	回答数	割合
平成24年4～6月	31	83.8%
平成24年7～9月	4	10.8%
平成24年10～12月	1	2.7%
平成25年1月～	1	2.7%

②連絡担当者
(n=132)
(複数回答可)

24時間連絡を受ける担当者	回答数	割合
医師	54	40.9%
看護師	96	72.7%
MSW	5	3.8%
事務員	27	20.5%
その他	1	0.8%

②連絡担当部門

部門	件数	内訳（原文のまま）
看護	30	看護, 看護部, 看護部門, 病棟看護部門, 急性期病棟NS
外来	22	外来, 外来看護, 外来看護（当直）, 外来看護科, 外来救急, 緩和外来, 救急外来, 内科外来, 病院外来, 総合外来
地域・連携	21	地域医療連携, 地域医療連携室, 地域支援室, 地域連携, 地域連携室, 地域連携部, 医療連携, 連携室
在宅	10	在宅, 在宅医療部, 在宅支援, 在宅診療, 在宅診療部, 在宅診療部門, 在宅部, 在宅連携チーム
訪問	10	訪問, 訪問チーム, 訪問看護, 訪問看護ステーション, 訪問診察室
事務	8	事務, 事務当直, 当直事務, 事務部門
医事	3	医事, 医事課, 医事受付当直
サービス等	4	相談室, 総合サービス課, 医療サービス課
その他	7	診療, 総合診療, 医局, 病棟, 福祉

③医師数
【全体】
(n=129)

往診担当医師総数	回答数	割合
1人	22	17.1%
2人	30	23.3%
3人	40	31.0%
4人	17	13.2%
5人以上	20	15.5%

③医師数
【20~49床】
(n=12)

往診担当医師総数	回答数	割合
1人	2	16.7%
2人	1	8.3%
3人	6	50.0%
4人	2	16.7%
5人以上	1	8.3%

③医師数
【50~99床】
(n=42)

往診担当医師総数	回答数	割合
1人	12	28.6%
2人	11	26.2%
3人	10	23.8%
4人	5	11.9%
5人以上	4	9.5%

③医師数
【100~149床】
(n=37)

往診担当医師総数	回答数	割合
1人	4	10.8%
2人	10	27.0%
3人	10	27.0%
4人	3	8.1%
5人以上	10	27.0%

③医師数
【150~199床】
(n=38)

往診担当医師総数	回答数	割合
1人	4	10.5%
2人	8	21.1%
3人	14	36.8%
4人	7	18.4%
5人以上	5	13.2%

③医師数
【全体】
(n=123)

一日における往診 担当医師配置数	回答数	割合
2人未満	89	72.4%
2人～	15	12.2%
3人～	15	12.2%
4人～	2	1.6%
5人以上	2	1.6%

③医師数
【20～49床】
(n=12)

一日における往診 担当医師配置数	回答数	割合
2人未満	10	83.3%
2人～	0	0.0%
3人～	1	8.3%
4人～	0	0.0%
5人以上	1	8.3%

③医師数
【50～99床】
(n=40)

一日における往診 担当医師配置数	回答数	割合
2人未満	31	77.5%
2人～	6	15.0%
3人～	3	7.5%
4人～	0	0.0%
5人以上	0	0.0%

③医師数
【100～149床】
(n=33)

一日における往診 担当医師配置数	回答数	割合
2人未満	23	69.7%
2人～	4	12.1%
3人～	4	12.1%
4人～	1	3.0%
5人以上	1	3.0%

③医師数
【150～199床】
(n=38)

一日における往診 担当医師配置数	回答数	割合
2人未満	25	65.8%
2人～	5	13.2%
3人～	7	18.4%
4人～	1	2.6%
5人以上	0	0.0%

④訪問看護
(n=130)
(複数回答可)

訪問看護の体制	回答数	割合
病院の看護師等による 訪問看護の提供	40	30.8%
訪問看護STとの連携 による訪問看護の提供	99	76.2%

⑤情報共有
(n=135)
(複数回答可)

情報共有の媒体	回答数	割合
文 書	113	83.7%
電子媒体	28	20.7%

⑥確保病床
【全体】
(n=120)

緊急時入院用 常時確保病床数	回答数	割合
1床	39	32.5%
2床	38	31.7%
3床	14	11.7%
4床	7	5.8%
5床以上	22	18.3%

⑥確保病床
【20~49床】
(n=12)

緊急時入院用 常時確保病床数	回答数	割合
1床	6	50.0%
2床	3	25.0%
3床	2	16.7%
4床	1	8.3%
5床以上	0	0.0%

⑥確保病床
【50~99床】
(n=40)

緊急時入院用 常時確保病床数	回答数	割合
1床	16	40.0%
2床	16	40.0%
3床	2	5.0%
4床	2	5.0%
5床以上	4	10.0%

⑥確保病床
【100~149床】
(n=30)

緊急時入院用 常時確保病床数	回答数	割合
1床	6	20.0%
2床	13	43.3%
3床	1	3.3%
4床	1	3.3%
5床以上	9	30.0%

⑥確保病床
【150~199床】
(n=38)

緊急時入院用 常時確保病床数	回答数	割合
1床	11	28.9%
2床	6	15.8%
3床	9	23.7%
4床	3	7.9%
5床以上	9	23.7%

【分析】

◎設問2：在支病に関する事項について（6ページ～10ページ）

- ①在支病届出年月／平成24年度診療報酬改定後届出した場合の届出年月
○在支病の届出は、平成24年3月までの届出が78病院（58%）、強化型が導入された平成24年4月改定後の届出が57（42%）であった。
さらに平成24年4月の改定後に、それまでの従来型から強化型に変更した
在支病が37病院あり、強化型への移行が進んでいる。

- ②24時間連絡を受ける担当者もしくは担当部門
○24時間連絡を受ける担当者は、「医師」が54病院（40.9%）、「看護師」
96病院（72.7%）と多いのに対し、MSWは5病院（3.8%）と少なかった。
連絡担当部門としては各病院の体制により異なる。

- ③往診担当医師総数／一日における往診担当医師配置数
○往診担当医師の総数は「3名」が40病院（31.0%）と最も多かった。
総数は規模での相関はなく、強化型「常勤医師3名以上配置」の基準が
影響していると思われる。
しかし、1日における往診担当医師配置数で見ると、「2名未満」89病院
（72.4%）が多く、在宅医療への各病院の取り組みはまだまだ本格的
ではない。

- ④訪問看護の体制
○訪問看護の体制は、「訪問看護ステーションとの連携」が99病院
（76.2%）、「病院の看護師等による訪問看護」40病院（30.8%）
であった。

- ⑤情報共有の媒体
○情報の共有では、「電子媒体」28病院（20.7%）と前回アンケート時の
2病院（3.7%）より大幅に増加している。

- ⑥緊急時入院のための常時確保病床数
○緊急時入院用の病床は「5床以上」確保している病院も22病院（18.3%）
あったものの「1～2床」確保していると回答した病院（計64.2%）が多い。
病床確保が難しいこともあるが、在宅からの緊急入院のケースは、まだ
それ程ニーズがないとも考えられる。
しかしながら、在支病の機能として緊急時に入院できる機能があることが
求められる。

【設問3】在支病の平成22年度～平成24年度の実績についてお伺いします。

【全体】

①往診件数

n=91
n=103
n=128

全体	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	41	13	13	24
23年度	31	38	12	22
24年度	34	27	26	41

②緊急往診数

n=92
n=105
n=130

全体	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	60	21	5	6
23年度	53	34	9	9
24年度	57	48	14	11

③在宅看取件数

n=92
n=104
n=130

全体	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	63	25	2	2
23年度	60	34	7	3
24年度	55	65	8	2

④在宅患者
訪問診療料
件数

n=90
n=103
n=128

全体	0件	1～100件	101～300件	301件以上
22年度	39	14	6	31
23年度	33	14	13	43
24年度	22	26	24	56

⑤在宅
ターミナル
加算件数

n=91
n=103
n=128

全体	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	68	23	0	0
23年度	71	29	3	0
24年度	72	51	5	0

⑥緊急訪問
看護加算件数

n=90
n=102
n=127

全体	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	81	2	1	6
23年度	85	6	3	8
24年度	98	12	4	13

⑦サービス付
高齢者住宅への
往診・訪問件数
(①～⑥のうち)

n=90
n=103
n=127

全体	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	79	3	1	7
23年度	85	4	1	13
24年度	97	5	4	21

【設問3】在支病の平成22年度～平成24年度の実績についてお伺いします。

【20～49床】

①往診件数

n=7
n=10
n=12

20～49床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	3	0	1	3
23年度	4	0	0	6
24年度	2	1	2	7

②緊急往診数

n=7
n=10
n=12

20～49床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	6	0	0	1
23年度	5	2	2	1
24年度	5	5	1	1

③在宅看取件数

n=7
n=10
n=12

20～49床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	5	1	0	1
23年度	6	2	1	1
24年度	3	8	0	1

④在宅患者
訪問診療料
件数

n=7
n=10
n=12

20～49床	0件	1～100件	101～300件	301件以上
22年度	3	1	0	3
23年度	3	1	1	5
24年度	3	1	3	5

⑤在宅
ターミナル
加算件数

n=7
n=10
n=12

20～49床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	6	1	0	0
23年度	6	4	0	0
24年度	5	7	0	0

⑥緊急訪問
看護加算件数

n=7
n=10
n=12

20～49床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	7	0	0	0
23年度	8	1	0	1
24年度	8	3	0	1

⑦サービス付
高齢者住宅への
往診・訪問件数
(①～⑥のうち)

n=7
n=10
n=12

20～49床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	6	0	0	1
23年度	7	0	0	3
24年度	8	0	0	4

【設問3】在支病の平成22年度～平成24年度の実績についてお伺いします。

【50～99床】

①往診件数

n=38
n=40
n=42

50～99床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	13	7	7	11
23年度	10	6	12	12
24年度	10	13	8	11

②緊急往診数

n=38
n=40
n=43

50～99床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	23	11	2	2
23年度	20	15	3	2
24年度	23	14	4	2

③在宅看取件数

n=38
n=39
n=43

50～99床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	24	14	0	0
23年度	23	13	3	0
24年度	19	23	1	0

④在宅患者
訪問診療料
件数

n=38
n=40
n=43

50～99床	0件	1～100件	101～300件	301件以上
22年度	10	9	2	17
23年度	9	9	3	19
24年度	7	12	6	18

⑤在宅
ターミナル
加算件数

n=38
n=39
n=42

50～99床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	27	11	0	0
23年度	28	10	1	0
24年度	25	15	2	0

⑥緊急訪問
看護加算件数

n=38
n=39
n=42

50～99床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	33	1	1	3
23年度	32	3	1	3
24年度	33	5	1	3

⑦サービス付
高齢者住宅への
往診・訪問件数
(①～⑥のうち)

n=38
n=39
n=42

50～99床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	31	2	1	4
23年度	32	2	1	4
24年度	32	1	4	5

【設問3】在支病の平成22年度～平成24年度の実績についてお伺いします。

【100～149床】

①往診件数

	100～149床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
n=20	22年度	10	3	1	6
n=27	23年度	13	5	2	7
n=33	24年度	10	8	6	9

②緊急往診数

	100～149床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
n=21	22年度	13	6	1	1
n=28	23年度	15	8	3	2
n=34	24年度	14	14	4	2

③在宅看取件数

	100～149床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
n=21	22年度	14	6	0	1
n=28	23年度	15	11	1	1
n=34	24年度	16	14	4	0

④在宅患者
訪問診療料
件数

	100～149床	0件	1～100件	101～300件	301件以上
n=19	22年度	10	1	0	8
n=26	23年度	10	2	2	12
n=32	24年度	3	6	7	16

⑤在宅
ターミナル
加算件数

	100～149床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
n=20	22年度	16	4	0	0
n=27	23年度	20	7	0	0
n=33	24年度	21	11	1	0

⑥緊急訪問
看護加算件数

	100～149床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
n=19	22年度	18	0	0	1
n=26	23年度	25	0	0	1
n=32	24年度	27	2	0	3

⑦サービス付
高齢者住宅への
往診・訪問件数
(①～⑥のうち)

	100～149床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
n=20	22年度	18	0	0	2
n=27	23年度	23	1	0	3
n=33	24年度	25	2	0	6

【設問3】在支病の平成22年度～平成24年度の実績についてお伺いします。

【150～199床】

①往診件数

n=26
n=27
n=41

150～199床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	15	3	4	4
23年度	11	1	8	7
24年度	12	5	10	14

②緊急往診数

n=26
n=27
n=41

150～199床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	18	4	2	2
23年度	13	9	1	4
24年度	15	15	5	6

③在宅看取件数

n=26
n=27
n=41

150～199床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	20	4	2	0
23年度	16	8	2	1
24年度	17	20	3	1

④在宅患者
訪問診療料
件数

n=26
n=27
n=41

150～199床	0件	1～100件	101～300件	301件以上
22年度	16	3	4	3
23年度	11	2	7	7
24年度	9	7	8	17

⑤在宅
ターミナル
加算件数

n=26
n=27
n=41

150～199床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	19	7	0	0
23年度	17	8	2	0
24年度	21	18	2	0

⑥緊急訪問
看護加算件数

n=26
n=27
n=41

150～199床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	23	1	0	2
23年度	20	2	2	3
24年度	30	2	3	6

⑦サービス付
高齢者住宅への
往診・訪問件数
(①～⑥のうち)

n=25
n=27
n=40

150～199床	0件	1～10件	11～30件	31件以上
22年度	24	1	0	0
23年度	23	1	0	3
24年度	32	2	0	6

【分析】

◎設問3：実績について（12ページ～16ページ）

- ①往診件数
- ②緊急往診数
- ③在宅看取件数

○毎年度、往診実施率を見ると平成22年度54.9%、平成23年度69.9%、平成24年度73.4%と徐々に増える傾向にある。

1カ月間に往診を31件以上実施した在支病は、平成24年度128病院中41病院（32.0%）であり、往診回数は少しずつ増えている。

緊急の往診がゼロの在支病は、平成22年度92病院中60病院（65.2%）、平成23年度105病院中52病院（50.4%）、平成24年度130病院中57病院（43.8%）であった。1件でも緊急往診を行った病院は、平成24年度130病院中73病院（56.2%）と増えてはきているが、在宅看取件数とあわせ、緊急往診件数も10件以下がほとんどである。医療資源の効率的活用を考えた場合、夜間に1名以上の医師の配置が必要かどうか、また、その代替機能で担保できる工夫が必要と考える。

夜間・時間外、更に看取りについては、病院に受入れているとも考えられる。

- ④在宅患者訪問診療料件数
- ⑤在宅ターミナル加算件数
- ⑥緊急訪問看護加算件数

○訪問診療実施率は平成24年度82.8%である。その実施件数を見てみるとばらつきがあるものの、301件以上実施している病院数が平成22年度31病院、平成23年度43病院、平成24年度56病院と増加傾向にある。定期的な訪問診療が着実に増加していることがわかる。

ただし、在宅ターミナル加算件数は平成24年度においても10件未満が123病院（96.9%）とまだ定着していない。在宅医療を受けていた患者でも最後は病院で看取っているものと思われる。

緊急訪問看護加算件数も実施率22.8%と少なく出ているが、訪問看護ステーションと連携しているのではないだろうか。

※サービス付高齢者住宅への往診・訪問件数

○サービス付高齢者住宅への往診・訪問実施率は、平成22年度11病院（12.2%）、平成23年度18病院（17.5%）、平成24年度30病院（23.6%）。徐々にではあるが増加傾向にある。ただし、件数にはばらつきがあった。

【設問4】在支病として現在の連携体制についてお伺いします。

(1) ある程度の初期救急機能を有していますか。

(n=135)

	回答数	割合
はい	114	84.4%
いいえ	21	15.6%
計	135	100.0%

(1) -①救急告示は有りますか。

(n=135)

	回答数	割合
はい	84	62.2%
いいえ	51	37.8%
計	135	100.0%

(2) 専門医とのオンコールがある程度とれますか。

(n=135)

	回答数	割合
はい	106	78.5%
いいえ	29	21.5%
計	135	100.0%

(3) 在宅療養支援診療所と後方病床の連携をしていますか。

(n=135)

	回答数	割合
はい	76	56.3%
いいえ	59	43.7%
計	135	100.0%

(3) -①「連携をしている」場合、定期的に情報交換をしていますか。

(n=76)

	回答数	割合
はい	73	96.1%
いいえ	3	3.9%
計	76	100.0%

(3) -②「連携をしている」場合、後方病床契約を締結していますか。

(n=74)

	回答数	割合
はい	31	41.9%
いいえ	43	58.1%
計	74	100.0%

(3) -③連携をしている在宅療養支援診療所は何施設ですか。

(n=66)

	1施設	2～3施設	4～5施設	6施設以上
回答数	22	20	11	13
割合	33.3%	30.3%	16.7%	19.7%

(4) 在宅療養支援診療所の24時間輪番体制に参加していますか。

(n=134)

	回答数	割合
はい	26	19.4%
いいえ	108	80.6%
計	134	100.0%

(5) 在宅療養支援診療所の医師が利用できる開放型の病床を有していますか。

(n=135)

	回答数	割合
はい	18	13.3%
いいえ	117	86.7%
計	135	100.0%

(5) -①開放型の病床を有している場合、何床ありますか。

(n=14)

	1床	2～3床	4～5床	6床以上
回答数	0	5	5	4

【分析】

◎設問4：連携体制について（18ページ～19ページ）

（1）初期救急機能の有無

（1）－①救急告示の有無

（2）専門医とのオンコール体制の有無

○「初期救急機能」84.4%、「救急告示」62.2%、「専門医とのオンコール」78.5%と緊急時の対応はまだ十分とは言い難い。

（3）在宅療養支援診療所との後方病床連携の有無

（3）－①「連携している」場合の、定期的な情報交換の有無

（3）－②「連携している」場合の、後方病床契約締結の有無

○「在支診との後方連携を進めている」病院が56.3%。その内、「定期的な情報交換をしている」のが96.1%となっており、積極的に在支診との連携を進めている病院が出てきていることが窺われる。
ただし、「後方病床契約に至っている」のは41.9%であった。

（4）在宅療養支援診療所の24時間輪番体制への参加の有無

（5）在宅療養支援診療所の医師が利用できる開放型病床の有無

○在支診24時間輪番制への「参加」は19.4%で、「不参加」が8割を超えている。また「開放型病床を有している」も13.3%と少ない。

【設問5】 在支病として維持継続していく上で苦勞されている点をお伺いします。
 【全体】 (複数回答可)
 (n=128)

項 目	回答数a	a/n
1. 24時間連絡を受ける医師または看護師の配置・確保	82	64.1%
2. 24時間往診が可能な体制の確保	88	68.8%
3. 24時間訪問看護を提供する体制の確保または訪問看護ステーションとの連携の確保	31	24.2%
4. 緊急時における患者が入院できる病床の常時確保	47	36.7%
5. 患家への情報提供方法	9	7.0%
6. 患者に関する診療録管理を行う体制の整備	12	9.4%
7. 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整	22	17.2%
8. 緊急の往診及び在宅における看取りの実績	40	31.3%
9. その他並びに上記の項目において具体的に苦勞されている内容	27	21.1%

【設問5】在支病として維持継続していく上で苦勞されている点をお伺いします。
 【20～49床】 (複数回答可)
 (n=12)

項 目	回答数a	a/n
1. 24時間連絡を受ける医師または看護師の配置・確保	5	41.7%
2. 24時間往診が可能な体制の確保	8	66.7%
3. 24時間訪問看護を提供する体制の確保または訪問看護ステーションとの連携の確保	5	41.7%
4. 緊急時における患者が入院できる病床の常時確保	6	50.0%
5. 患家への情報提供方法	0	0.0%
6. 患者に関する診療録管理を行う体制の整備	0	0.0%
7. 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整	1	8.3%
8. 緊急の往診及び在宅における看取りの実績	4	33.3%
9. その他並びに上記の項目において具体的に苦勞されている内容	3	25.0%

9. 自由記載

1	地域内ネットワークの構築	北海道
2	在宅カンファレンスの月1回全ての医師とのスケジュール対応	東京都
3	往診担当医が当直の場合は往診が不可能となる。	兵庫県

【設問5】 在支病として維持継続していく上で苦勞されている点をお伺いします。
 【50～99床】 (複数回答可)
 (n=42)

項 目	回答数a	a/n
1. 24時間連絡を受ける医師または看護師の配置・確保	24	57.1%
2. 24時間往診が可能な体制の確保	29	69.0%
3. 24時間訪問看護を提供する体制の確保または訪問看護ステーションとの連携の確保	11	26.2%
4. 緊急時における患者が入院できる病床の常時確保	16	38.1%
5. 患家への情報提供方法	1	2.4%
6. 患者に関する診療録管理を行う体制の整備	4	9.5%
7. 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整	9	21.4%
8. 緊急の往診及び在宅における看取りの実績	15	35.7%
9. その他並びに上記の項目において具体的に苦勞されている内容	9	21.4%

9. 自由記載

1	国の方針と患者、家族からの希望の相違	北海道
2	ベッド運用について、急な疾患での対応では、オーバーベッドでも対応せざるを得ないことがある。	北海道
3	医師不足	福島県
4	患者情報の共有化	東京都
5	人員の採用、人件費の増大	東京都
6	常勤医師が複数いて、代わりに訪問診療できるにもかかわらず、病院の当直ができないのは、あまりにも厚労省の施設基準が厳しすぎる。緩めるべきだ。	富山県
7	人員確保が難しい時があります。	石川県
8	医師の24時間往診が可能な体制確保	熊本県

【設問5】在支病として維持継続していく上で苦勞されている点をお伺いします。
 【100～149床】 (複数回答可)
 (n=34)

項 目	回答数a	a/n
1. 24時間連絡を受ける医師または看護師の配置・確保	23	67.6%
2. 24時間往診が可能な体制の確保	24	70.6%
3. 24時間訪問看護を提供する体制の確保または訪問看護ステーションとの連携の確保	6	17.6%
4. 緊急時における患者が入院できる病床の常時確保	12	35.3%
5. 患家への情報提供方法	3	8.8%
6. 患者に関する診療録管理を行う体制の整備	2	5.9%
7. 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整	5	14.7%
8. 緊急の往診及び在宅における看取りの実績	14	41.2%
9. その他並びに上記の項目において具体的に苦勞されている内容	6	17.6%

9. 自由記載

1	医師の忙しい中でのカンファレンス実施	静岡県
2	在支診の求める在支病の機能は緊急時の入院に重点があり、連携して訪問を行ないたいとの声がない。訪問診療の人員確保に見合う訪問診療数にとどかない。	大阪府
3	ターミナル患者の看取りについて24時間対応は医師の確保が困難であること。	大阪府
4	当地方のような山間僻地では、患者間の距離が長く、不採算となるため更なる展開が困難であり、診療報酬面での配慮を要望したい。	岡山県
5	毎月カンファレンスを行うのが徐々に負担になってきた	鹿児島県

【設問5】在支病として維持継続していく上で苦勞されている点をお伺いします。
 【150～199床】 (複数回答可)
 (n=40)

項 目	回答数a	a/n
1. 24時間連絡を受ける医師または看護師の配置・確保	30	75.0%
2. 24時間往診が可能な体制の確保	27	67.5%
3. 24時間訪問看護を提供する体制の確保または訪問看護ステーションとの連携の確保	9	22.5%
4. 緊急時における患者が入院できる病床の常時確保	13	32.5%
5. 患家への情報提供方法	5	12.5%
6. 患者に関する診療録管理を行う体制の整備	6	15.0%
7. 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整	7	17.5%
8. 緊急の往診及び在宅における看取りの実績	7	17.5%
9. その他並びに上記の項目において具体的に苦勞されている内容	9	22.5%

9. 自由記載

1	医師配置と体制の確保	北海道
2	医師と看護師の不足	北海道
3	夜間の医師の確保や専門外の時の対応の体制の整備	埼玉県
4	6診療所と1病院との情報連携共有の維持	神奈川県
5	専門的治療が必要な場合の体制が不十分	新潟県
6	連携している診療所からの休日時間外の患者収容依頼があると日当直医の負担が増す。	長野県
7	月に1回のカンファレンスの設定が連携医療機関が増えると困難になるのではないかと考えます。(特に診療所の先生方は、介護認定審査会や健診、訪問診療など多忙なので)	兵庫県
8	月1回のカンファレンスにおいて人を集めて実施し、レベルアップをはかっていくこと。情報を共有していくこと。知らない患者の家に依頼があってすぐ駆け付けるのは抵抗があるなど。	福岡県
9	休日夜間においては、医師が自院の救急患者に対応するのがやっとで訪問看護ステーションからの依頼に対し即時対応できない場合がある。	熊本県

【分析】

◎設問5：維持継続について（21ページ～25ページ）

○全体で最も苦勞しているのが

1. 24時間連絡を受ける医師または看護師の配置・確保 64.1%

2. 24時間往診が可能な体制の確保 68.8%

であった。

ただし、20～49床の病院においては「4. 緊急時における患者が入院できる病床の常時確保」が難しいとする回答が50.0%と多い。

小病院においては経営上も常に空床にしておく病床の確保は難しいのではないかと思われる。

【設問6】在支病の施設基準として今後検討して欲しい要件をお伺いします。
(自由記載)

1	①在宅看取りの時間数制約が問題、入院病床があるが故に、終末期において家人や本人の希望で入院対応となり、必ずしも在宅看取りとならないケースが多い。②在宅カンファレンスの場所が基本的に「患家」の制限は遠方であることもあり、緩和して欲しい。③在宅がん総合診療の算定が日曜からの1週間という制限があり、実際には数日単位で入退院を繰り返すがん末期の方もいます。	北海道
2	機能強化型の基準として、常勤医師3名以上を確保するという事は、非常に厳しい縛りと感じられます。	北海道
3	①連携訪看STの担当者の氏名、担当日等の文書による提供に苦労している。②入院できる病床を〇〇号室と決めるよう、厚生局から言われたが、病院として1床以上と出来るよう、検討されたい。	北海道
4	ソーシャルワーカーの配置	北海道
5	MSWの配置、リハビリテーションの提供	北海道
6	24時間往診が可能ということは難しく、連絡を受けて指示をしたり、入院受入れは可能であるが…、往診、看取り実績を機能強化型のみならず、全ての在支病の要件とされると、現状の体制維持は出来なくなります。	北海道
7	機能強化型在支診の基準をもう少し下げてください。	秋田県
8	在支病と連携したいが診療に追われ忙しい。看取りの定義が分かり難い。	秋田県
9	往診医師は、非常勤医師も可として欲しい。	福島県
10	強化型看取り実績について、家族構成等の変化により、自主での看取りが厳しくなっている。施設等でも看取り体制がなく、スタッフ教育の不足で実施しておらず、病院としての方針だけでは継続が難しい。	福島県
11	往診でなく、病院職員が送迎補助を行い、病院に送迎できる体制にて、効率よく医師の診察を受けられる体制でも慢性期の患者であれば、その必要性はあると考えられる。	茨城県
12	救急病院だと在宅患者のために常に病床を確保しておくことが厳しいです。	埼玉県
13	在支病の施設基準として、緊急往診数と在宅看取り件数、特に後者を要件とすべきである。	埼玉県
14	病院の場合、在宅患者であっても容体悪化時は、入院となるケースも多く、在宅における看取りは困難となる。	埼玉県
15	在宅強化連携の場合、病院が参加すると連携医療機関の在宅患者入院受入れで、必ず受入れを常に取れる体制となる条件が緩和されることを希望します。三次救急病院等、速やかな延命希望のPTを中小病院が全て受入れることが厳しいと思うことから、後方に更に受入れ先を準備し、一度連携病院に搬送して転院とするのではなく、直受入れ要請等の流れを認めて頂ければとも思います。	東京都
16	常時1床確保について、当然確保していますが、医療療養であったり、介護であったり、回復リハであったりするため、患者の適応がない可能性がある。24時間入院の受け入れをするためには人員の確保が厳しい。	東京都

【設問6】在支病の施設基準として今後検討して欲しい要件をお伺いします。
(自由記載)

17	訪問診療している患者さんの検査治療が必要で家人が搬送してきたにもかかわらず、いちいちレセプトチェックされるのが、コメントを求められるのが面倒。在宅型有料老人ホームに訪問診療するのになぜ全員訪問してはいけないのか。理解に苦しむ。もっと医師や看護師を引き出すように不要な通達や規制を撤廃してもらいたい。	富山県
18	緊急の往診及び在宅における看取りの実績を検討して欲しい。	長野県
19	①カンファレンスの行い方。②新規参加時に各診療所から書類を提出しないといけないので、取りまとめて支援病院が提出することではダメなのではないでしょうか。	静岡県
20	患者からの緊急時の連絡先の一元化を要件として検討して欲しい。(どのように一元化してよいのかわからない)	愛知県
21	機能強化型における医師の配置基準数について、常勤換算としての3名以上であることが望ましい。	大阪府
22	往診、看取りの実績件数が少なく、名前だけ(登録だけ)の在支病・在支診が増えてしまうのは、患者様のためになるとは思えません。要件を見直す必要があると思います。	兵庫県
23	アウトカム評価の2要件は確実性がない。	広島県
24	定期的なカンファレンスを毎月実施しているが内容が乏しい傾向にある。緊急時の連絡先を一元化しているが実態として機能していない。	広島県
25	緊急時の空きベッドを確保するのが難しい。空いているときはすぐ利用できるがそうでない場合は他の病院などと連携が取れば良いと思う。	徳島県
26	①連携医療機関との月1回のカンファレンスの調整と記録を残すことが大変であり、今後、連携医療機関数を増やす予定はしていないし出来ない。②緊急時の連絡先の一元化は患者サイドからすると不便。まずは診療所へ連絡をして、さらに、必要時に病院へ連絡というのが妥当と思われる。	高知県
27	訪問看護の対応についても何らかの評価をいただきたい。	福岡県
28	往診が可能な体制確保の見直しをしてほしい	福岡県
29	看取り実績	佐賀県
30	在宅医療を促進するにはハードルが高い。特に緊急実績、看取り実績に関しては見直すべきである。	長崎県
31	在宅支援病院として在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問診療料ターミナル加算等に優遇されているが、訪問回数、往診回数に規定があり、地方の病院では医師、看護師の確保が出来ず、思うような在宅診療を行うことが出来ず、結果として入院せざるを得ない状況である。	熊本県

【分析】

◎設問6：施設基準についての要望意見（自由記載）（27ページ～28ページ）

●主な意見

①医師要件緩和に関する要望

- 常勤医師を非常勤医師も可としてほしい。
- 常勤換算として3名以上としたほうが望ましい。

②定期的なカンファレンスに関する要望

- 月1回のカンファレンスの実施の調整と記録を残すのが大変である。
- 月1回のカンファレンス設定が、連携医療機関が増えると困難になる。
- 月1回のカンファレンスを毎月実施していると内容が乏しい傾向にある。

③緊急の往診、在宅看取りの実績について

- 24時間往診が可能ということは難しく、連絡を受けて指示を出したり、入院受け入れは可能であるが、今後、往診、看取り実績要件をすべての在支病に広げないでいただきたい。
- 在宅患者の多くが、様態悪化時は入院となるケースが多く、在宅における看取りは困難となる。
- 緊急実績、看取り実績に関しては見直すべき。
- 緊急時の連絡先の一元化は患者サイドからすると不便。まずは診療所へ連絡して、さらに必要時に病院へ連絡が妥当。

【設問7】精神科に関する事項についてお伺いします。

(1) 在支病として扱った患者について、精神疾患を合併した例がありましたか
(n=127)

	回答数	割合
1. ある	68	53.5%
2. ない	59	46.5%
計	127	100.0%

◆ (1) が「ある」の場合、具体的にどのような疾患でしたか

(n=68)

(複数回答可)

	回答数	割合
1. 認知症	66	97.1%
2. うつ病(躁うつ病)	30	44.1%
3. 統合失調症	24	35.3%
4. その他	2	2.9%

「その他」…… アルコール依存症
 神経症

(2) 在支病として、精神科との連携や相談等の体制がありますか

(n=127)

	回答数	割合
1. ある	51	40.2%
2. ない	76	59.8%
計	127	100.0%

◆ (2) が「ある」の場合、具体的な相談先等として挙げられる精神科医療機関を選択してください

(n=51)

(複数回答可)

	回答数	割合
1. 自院の精神科	17	33.3%
2. 精神科病院	26	51.0%
3. 精神科診療所	10	19.6%
4. その他	6	11.8%

「その他」…… 患者かかりつけ医の精神病院又は診療所
 自院の心療内科
 自院の心療内科医
 心療内科診療所
 大学病院非常勤医師

- ◆ (2) が「ない」の場合、精神疾患を合併した患者について今後望まれる、または予定している連携や相談先として考えている精神科医療機関を選択してください (複数回答可)

(n=57)

	回答数	割合
1. 精神科病院	47	82.5%
2. 精神科診療所	17	29.8%
3. 大学病院や総合病院の精神科	14	24.6%
4. その他	2	3.5%

「その他」…… ○保健所保健師等
○老年科

- (3) 在支病として、精神科医療に対してのご意見をお書きください

(自由記載)

1	認知症(攻撃型)に対する窓口が非常に少ない。患者が多く、予約をしても数か月先の診療	北海道
2	認知症周辺症状のコントロールに専門医にコンサル出来るつながりが必要、精神科往診システムの構築が必要	北海道
3	精神科の専門がどうしても統合失調症や気分障害がメインなところが未だに多く、認知症や高齢者関連疾患についての理解がなかなか難しく、スムーズな連携を図れる現状にないと感じています。	北海道
4	認知症対応は頭が痛い。	北海道
5	精神科とのスムーズな連携ができる体制が必要	宮城県
6	緊急時、精神科病院が対応してもらえないのが問題になっている。	秋田県
7	相談も個人的なつながりによる。	秋田県
8	連携調整して体制の充実を図る。	福島県
9	治療上の連携はしているが、「相談窓口」としての機能を充実させてもらいたい。	福島県
10	PSWとの連携も視野に入れた広がり期待します。	群馬県
11	栄養管理体制の充実	群馬県
12	内科的疾患がある患者に対しても、一時対応や初期対応をしていただきたい。	千葉県
13	精神科の救急・緊急ベッドを確保して欲しい。	東京都
14	精神科を常時フォローするのは難しい面があり、在宅医に全体的フォローをお願いしてしまう。これにより医師の負担アップとなる。地域にも精神科は少ないので、タイムリーなフォロー依頼も難しく、精神科QQネットワークも堅実に稼働していないとも聞いていることが更に不安である。	東京都
15	在宅において精神疾患を持っている患者は意外に多い。診察時には時間がかかることを覚悟せねばなりません。	神奈川県

(3) 在支病として、精神科医療に対してのご意見をお書きください

(自由記載)

16	連携する支援診療所の1つが精神科であるが、受入困難な場合も多々あり、苦労している。	新潟県
17	当然協力連携すべきだが、内科医が精神科のトレーニング(学習)を受けられるようなシステムがないと、積極的に協力できないのではないか。	富山県
18	連携がとりやすい体制が、診療報酬の上でも行政としてももっとできればよいと思う。	石川県
19	精神科障害への地域生活移行支援が効果的に行えるか。精神科の退院支援について包括支援システムについてもっと啓蒙が必要。	静岡県
20	これからは精神科疾患の患者が増えてくると思うので、精神科との連携が大切になってくると思います。	愛知県
21	近隣に精神科医療が無いです。	京都府
22	私見ですが、認知症は精神科であつかうべきかどうかについては疑問を持っており、むしろ、地域の認知症サポート医やグループホーム職員等が適切に対応すべきと考えています。	大阪府
23	今後、認知症患者の増加が考えられる。	兵庫県
24	相談できる精神科医師が必要と思います。	兵庫県
25	往診に対応して頂ける精神科の医療機関が少なく今後の増加に期待します。	兵庫県
26	精神疾患の患者への往診体制や24時間体制を提供する病院、診療所の数を増やしてほしい	愛媛県
27	精神科がないので救急搬送時などどのように対応すべきか苦慮する場面がある。	福岡県
28	当院精神科医から、在宅療養支援病院として、精神科医療に対しては大変助かっているという意見。	熊本県

【分析】

◎設問7：精神科に関する事項について（30ページ～32ページ）

○5疾病5事業として精神科疾患が加えられたことに関連して、今回在支病と精神科疾患、精神科医療機関との関連についてのアンケートを項目として新たに加えた。

(1) 在支病として取り扱った患者の「精神疾患合併例あり」53.5%。
その内訳は「認知症」97.1%、「うつ病」44.1%、「統合失調症」35.3%。

(2) 「精神科と連携し、相談している」病院は127病院中51病院（40.2%）。
相談先は、「精神科病院」が51病院中26病院（51.0%）、「自院の精神科」が17病院（33.3%）であった。

○回答が得られた医療機関の中で、在支病として扱った患者の半数以上に精神科疾患を合併しており、その殆どが認知症で、次いでうつ病を中心とした気分障害圏の患者が半数近くに上った。

○在支病として、精神科医療機関との相談体制があるものは4割にとどまったが、相談先として精神科病院を半数近くの医療機関が挙げており、また現時点で相談体制がない医療機関も8割以上が精神科病院を連携先として望んでおり、今後の在宅医療を考える上で、在支病との連携先としての精神科病院の果たす役割が重要になる可能性が示唆されたのではと考えられる。

○自由意見欄からは、認知症患者のBPSDへの対応、精神科疾患を合併している患者の入院を含めた緊急対応や往診体制の整備を望む声が多く聞かれているが、在支病の半数以上がまだ精神科病院との連携体制を持っていないというアンケート結果から、まずは地域の精神科病院との顔の見える関係を作り出すところから始めるべきではないかと考える。

【設問8】在支病の在り方として今後どのような取り組みが必要でしょうか
(自由記載)

1	在支診、介護事業所等との情報共有の確実化、効率化	北海道
2	在宅医療を目指す医師の育成、終末期の対応の支援(介護施設の人材育成等)	北海道
3	国民への在宅医療の思想啓蒙、医師の育成、介護施設職員のスキルアップ	北海道
4	他医療機関、介護事業所等との連携のためのツールを地域で共有化する取り組みが必要	北海道
5	①今後の高齢社会を支えていく上で、在宅支援は必要不可欠な問題であり、在宅に特化した専門医師の養成が必要であると感じています。②在宅生活を支えるということは、簡単な事ではありません。基準を緩和して、在宅支援サポートが出来る病院・診療所が少しずつ増えていくような体制になればと期待しております。	北海道
6	量的な確保が可能となる報酬増が必要	北海道
7	ケアマネジャーの教育	北海道
8	医師、訪問看護師の養成、育成は適性を含めて不十分である。	北海道
9	在宅医療を目指す医師の育成	宮城県
10	研修会等で一定のレベルを維持することが必要である。	秋田県
11	連携する場合、情報の共有にIT化が有れば良い。地域カルテが必要ではないか。	秋田県
12	入退院後の連携及びケアマネージャー等による医療保険と介護保険利用等の調整	福島県
13	医師の育成、24時間対応出来る看護師体制の確保と保障	福島県
14	IT化は必要	群馬県
15	訪問看護師の養成、訪問薬剤師等、訪問リハの充実	群馬県
16	当院では、午前中、外来の診療をし、午後、往診を行っている。午後外来も行っているため、医師の確保が難しいのが現状です。当院のように病院としてもフル稼働し、更に在宅医療でも貢献を目指す。病院が成長できるような仕組みを教えてください。	埼玉県
17	在宅支援病院の在り方として最も重要なのは在宅支援診療所の後方病院としての存在感を示し、実績を上げることと考える。2005年2月から8年間の累積訪問診察患者は336名とあるが、転居、施設入所など不明例を除く243名について調査したところ、100名が143日入院している。	埼玉県
18	専門医志向が強い中で、在宅医療を目指す医師育成は急務である。	埼玉県
19	在宅医療専門医の導入、IT化による情報共有、在宅療養診療所との役割分担	東京都
20	カルテ共有のIT化	東京都
21	介護事業所も訪問看護ステーションも成り手が少ないことから、受入れもスムーズに探すこともままならない。介護施設以外のスタッフ人件費も考えた報酬制度を考えて頂きたいし、事業制度をもう一度考えていただきたい。また、医師も同じで24時間の対応をシフト制にしたとしても、病院と同じく当直が嫌だなどの条件が求人の際に出てしまう。成り手を育成するにも希望者が少ない。	東京都

【設問 8】 在支病の在り方として今後どのような取り組みが必要でしょうか

(自由記載)

22	近隣の医療機関、施設との連携、協力体制の構築	東京都
23	情報の共有化をいかに進めるか。	東京都
24	他の事業所との連携、情報共有のシステム化。他の在支病との意見交換の場の提供。	東京都
25	正確な情報共有と即時性	神奈川県
26	やはり、在宅医療を目指す医師の育成が必要だと思う。そこから看護師の養成であるとかほかの関わりが広がっていくのだと思う。	神奈川県
27	医師・看護師の確保。地域内診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局、介護事業所との情報共有のIT化	新潟県
28	在宅医療を進めるうえで、重要だが医師体制、財政的な基盤がなければ充実した状態にはできない。	新潟県
29	病院勤務医に訪問診療を実際行っている医師のトレーニングを受ける機会や講座を設けるべきだ。	富山県
30	在宅医療を目指す医師の育成	石川県
31	在宅部門の教授が各大学病院で設けられれば増えるのではないのでしょうか。	石川県
32	介護保険事業所との情報共有、訪問看護師の確保	長野県
33	電子カルテ等で情報がわかること。	長野県
34	支援診療所が1か所のみで、増加の見込みもないので、今のところ特に問題なし。	長野県
35	連携診療所との情報の共有化。連携体制やカンファレンスなど医師への負担を軽減させる措置。	静岡県
36	専用サーバーを設置し、情報共有化を図っているが、医師間になかなか定着せず、これから積極的に呼びかけていく予定。パソコンが苦手な医師もいるため。	愛知県
37	情報共有のためのIT化	滋賀県
38	在宅医療を目指す医師の育成は大切かと思えます。この地域は開業医が1軒で病院の勤務医が二重、三重の勤務をしています。	京都府
39	在宅医療を担う医師を育成し、増やしていくこと。地域で在宅医療を考え、ネットワークを構築すること。	大阪府
40	医療機関における医療情報の共有システム。	大阪府
41	在支病と在支診、一般開業医との連携にIT化は必須と考えるが、現在のインフラではこれを勧める土壌（特に経済的基盤と中心的存在）が欠けている。	大阪府
42	過重労働、負担が大きくなるよう訪問看護師の育成・医師の養成の推進。	兵庫県
43	地域のネットワークの構築と地域のレベルアップが必要。（医療・介護における）	兵庫県
44	個人情報の保護と情報の共有のバランス。人材育成、レベルアップ。	兵庫県
45	情報の共有化。	兵庫県
46	（例）に挙げられていることも重要だと思います。24時間対応する職員を確保していくためにも、夜間対応時の診療報酬引き上げを訴える活動。実質、24時間対応を行えていない（届出だけの）在支病への対応。	兵庫県

【設問 8】 在支病の在り方として今後どのような取り組みが必要でしょうか
(自由記載)

47	<p>医療・介護関連専門職が連携して、医療・介護サービスの提供を行うにあたり、利用者の情報を適切・迅速に共有することが重要になります。そこで関係する専門職・事業所間においてITを活用したネットワークを構築し、訪問先と自事業所、あるいは複数の他事業所とWEB上でコミュニケーションが取れるシステムを導入することにより、以下の効果が期待されます。①関連する事業所や専門職とWEB上で情報の迅速な意見交換が可能となる。②WEB会議システムとして、関係する専門職が自分の事業所に居ながら、直接会議に参加出来る環境を整える事が出来る。以上の効果が期待されることから、ITを活用したコミュニケーションシステムの導入が今後重要になると考えられます。</p> <p>訪問看護師の養成として、病棟勤務の看護師や、他医療機関への「相互体験研修」を導入して在宅訪問診療研修に取り組む事が必要です。また、在宅医療を目指す医師の育成として、大学より学生実習の受入を行い、在宅医療について学ぶ場を提供することも必要です。さらに、将来の地域医療を担う中高生を対象とした医療現場体験を実施して、在宅医療について理解を深めてもらうことも必要であると考えられます。</p>	島根県
48	診療所との連携。	島根県
49	自治体の中核となり、地域の医療介護資源を組織化することが望まれる。	岡山県
50	訪問看護師の育成	広島県
51	院内電子カルテと患者での診療データ入力方法の連携（端末の導入）	広島県
52	急性期病院のため医師の在宅医療に対する意識、時間確保が難しい	愛媛県
53	①訪問診療看護師、訪問看護の育成、②介護保険事業所、ケアマネージャーとの情報交換の場を確立する	愛媛県
54	自院以外の介護保険事業所、入所施設との連携強化、訪問件数増加をはかりたい。	高知県
55	関連施設、事業所との密の高い連携体制の早急な構築が必要。	福岡県
56	①在宅の他院の患者の情報を共有することがしにくい（IT化のツール）。②在宅医療を目指す医師・看護師が少ない（関係者の育成機関が少ない）	福岡県
57	在宅医療を目指す医師の確保（子育て中等で常勤医として勤務出来ない女性医師の活用）	福岡県
58	インターネットによる紹介患者の情報閲覧システムを推し進め、クラウドサービスを活用した地域患者の情報共有化を進めることによってタブレットの使用による往診時の診察活用や入院時の情報確認に役立てる。	福岡県
59	訪問先での患者情報（電子カルテ、採決結果、画像web）整備が必要であるが、導入にあたりコスト面の支援が必要である。	長崎県

【設問8】 在支病の在り方として今後どのような取り組みが必要でしょうか
(自由記載)

60	地方の在支病では遠方の患者に対し往診時間、交通費等の問題が生じるため、思うような在宅診療が行われたい。今後はこのような患者に対し、満足してもらえるような取り組みが必要と思われる。	熊本県
61	①在宅医療に従事する医師を増やすこと②訪問看護師の養成及び現場の人員を増やすこと。	熊本県

【分析】

◎設問8：今後必要な取り組み（自由記載）（34ページ～37ページ）

○在支病の今後の取り組みについて、意見が多かったものを集約すると以下の如くに分けられる。

①人材育成

○在宅医療を目指す医師の育成

今回の調査で最も強く訴えられたのは、往診医が少ないということであった。北海道、東北地方からは、在支病どころではないとの声であった。一方、都市部でも往診をしてくれる勤務医師が少ないとの声も少なくなかった。在宅医療に取り組む医師の養成が望まれている。

○訪問看護師の育成等

訪問看護師の育成、ケアマネージャーのレベルアップ、介護職員のスキルアップ、訪問薬剤師、訪問リハビリの充実も望まれている。

②患者情報のIT化による一元化・共有化

③地域の医療介護資源の組織化

【設問9】 その他、在支病に関するご意見等をご記入ください

(自由記載)

1	入院が必要な時に受入体制を確保出来る総合的医療体制	北海道
2	地域一般病棟と在支病の位置付けの整理	北海道
3	とにかく医師の確保が難しい。	宮城県
4	開業医の高齢化により在宅をお願いし難い。また、病院に頼られ過ぎても困る。	秋田県
5	実績に対する評価は無いが、体制に対する評価も欲しい。	群馬県
6	将来の在宅医療に果たす役割は期待できない。	埼玉県
7	連携における加算等の見直し、連携を担う者の専門性の確立	千葉県
8	在支病として、複数の医師がいる中、思考の共有化の重要性	東京都
9	在支病の維持に必要な診療報酬の適正化	東京都
10	連携型の強化型在支診で連携医の患者が急変し、看取った場合初診で看取るとたりますが本当に問題がないのでしょうか。	東京都
11	医師配置の都合上、平成24年8月で一時在支業務を中止して現在になっています。	神奈川県
12	当地区では地域連携手帳を3年前よりスタートさせました。この手帳を利用した強化型在宅支援を実施しています。実質的な評価はこれからですが、成功させたいと考えています。	新潟県
13	公立公営の診療所にあっては、医師の負担が増す在支診を届けることに消極的である。診療報酬だけのメリットではなく、設置自治体への補助制度など総合的な政策がないと普及は難しいと思う。	長野県
14	在支病のあり方は地域特性に大きく左右されると思う。在宅診療に精力的に出ていかざる得ない地域と、むしろ、在宅医療機関のバックアップとしての機能優先される所と分かれてくると思う。	大阪府
15	地域のために努力したいと思います。	兵庫県
16	月1回以上のカンファレンスは調整が大変であり、他の方法はないだろうか。	高知県
17	在支病に対する認知度を上げるための取り組みが必要である。	福岡県
18	絶え間ないケア、ケアを提供するように努力しているが市町村単位での介護保険更新に時間がかかりすぎる。迅速な審査体制が必要である。	長崎県

【分析】

◎設問9：その他（自由記載）（39ページ）

●主な意見

- 開業医の高齢化により在宅をお願いし難い。また、病院に頼られ過ぎても困る。
- 当地区では地域連携手帳を3年前よりスタートさせました。この手帳を利用した強化型在宅支援を実施しています。実質的な評価はこれからですが、成功させたいと考えています。
- 公立公営の診療所にあっては、医師の負担が増す在宅診を届けることに消極的である。診療報酬だけのメリットではなく、設置自治体への補助制度など総合的な政策がないと普及は難しいと思う。
- 在宅病のあり方は地域特性に大きく左右されると思う。在宅診療に精力的に出ていかざるを得ない地域と、むしろ、在宅医療機関のバックアップとしての機能優先される所と別れてくると思う。

【分析】

◎アンケートのまとめ（全体）

- ①在支病の届出は、民間病院（医療法人、社会医療法人）が圧倒的に多く、平成24年4月改定後、従来型からの移行も含め強化型が増加している。
- ②関連施設として（有・無床）診療所を設置している病院が増加している。
- ③情報共有媒体としてIT利用が20.7%あり、前回3.7%より大幅に増えた。
- ④在支診との輪番制には参加はしていないが、在支診の後方病床としてバックアップ機能を持ち、定期的な情報交換を行っている病院が半数以上ある。
ただし、開放型病床を有している病院が少なく、今後さらに地域に開かれた病院として在支診と連携するためには開放型病床を持つことが勧められる。
- ⑤時間内の訪問診療、往診は着実に増えてきているが、時間外や看取り、ターミナルは、伸び悩んでおり、最後は病院で受け入れていることがこのアンケートから分かる。これは、24時間体制で医師や看護師を確保することが難しいためである。
よって、できる限り在宅で見て、いよいよ最後の時は病院で看取することも実績評価の対象に入れるべきではないか。
- ⑥月1回のカンファレンスの実施についての見直し意見が多い。
- ⑦認知症の対応に苦慮している在支病が多い。精神科との連携だけではなく、在宅医療を志す医師の教育・研修の場において、認知症への理解を進めて行かなくてはならないのではないか。

【総括・次期診療報酬改定に向けて】

- 在支病のアンケート調査から、病院勤務医が在宅医療に理解を示し、往診などに積極的に参加する体制の構築が急がれると感じた。平成26年度の診療報酬改定には、在宅医療を協働する訪問看護師や訪問介護職員とともに訪問医師の養成を重視する施策を望みたい。
- へき地など医師不足の地域における在支病の施設基準は、往診や看取り件数が大幅に見直されるべきである。
- また、往診した医師が非常勤医師であっても、在支病の施設基準で評価されるように見直してはいかがか。さらに、1人でも多くの医師に在宅医療を理解してもらうため、複数の当直医がいる在支病では、1人の当直医が往診しても評価されるように見直されることを望みたい。
- 在支病の届出件数が増加し、在宅医療への関心が高まっている。その中、200床未満の病院が在支病になり、地域の診療所と連携しながら、特に慢性期医療への対応ができる体制強化が必要とされている。
しかし、医療資源は限りがあるため、医師の配置等がその実態に合わせた効率的かつ合理的であることが求められる。

以上

【設問1】 貴院の基本情報のご記入、ご回答をお願いします(⑥、⑦、⑧は該当力所に○印)。
⑧は関連施設が有ればその設置数と在支診登録の有無をご回答ください。

①貴院名						
②都道府県名	都・道・府・県					
③ご記入者役職・氏名	役 職 名		ご 氏 名			
④連絡先電話番号	— —					
⑤病床数	許可病床数		現在の稼働病床数			
	床		床			
⑥在支病施設基準区分	従来型		強化型			
			単独型	連携型		
⑦経営主体	個人 国 日赤 公益法人 共済組合その他連合会 その他 ()		医療法人 都道府県 済生会 学校法人 医療生協	社会医療法人 市町村 厚生連 社会福祉法人 株式会社		
⑧関連施設	有床診療所	設置数	()ヶ所	在宅療養支援 診療所登録	有 ()ヶ所	無
	無床診療所	設置数	()ヶ所	在宅療養支援 診療所登録	有 ()ヶ所	無
	訪問看護S	設置数	()ヶ所			

【設問2】 在支病についてご記入、ご回答をお願いします(②、④、⑤は該当力所に○印)。

①在支病届出年月	平成 年 月	平成24年度診療報酬改定後 届出変更した場合の届出年月	平成 年 月
②24時間連絡を受ける 担当者もしくは担当部門	担当者:	医師 看護師 MSW 事務員 その他 ()	担当 部門: ()部門
③往診担当医師総数	名	一日における往診 担当医師配置数	名
④訪問看護の体制	病院の看護師等による 訪問看護の提供		訪問看護ステーションとの連携 による訪問看護の提供
⑤情報共有の媒体	文書		電子媒体
⑥緊急時入院のための 常時確保病床数	床		

【設問3】 在支病の平成22年度～平成24年度の実績についてお伺いいたします。
届出を行った月から、在支病として算定した年度ごと件数をご記入ください。
「年度」とは4月から3月までの1年間とし、平成24年度のみ4月から12月といたします。

単位:件数/年度

算定件数 項目	①往診件数	②緊急往診数	③在宅看取件数	④在宅患者訪問 診療料件数	⑤在宅ターミナル 加算件数	⑥緊急訪問看護 加算件数	左記①～⑥の件数のうち サービス付高齢者住宅への 往診・訪問件数
平成22年度							
平成23年度							
平成24年度							

【設問4】 在支病として現在の連携体制について「はい」か「いいえ」でご回答ください((3)③、(5)①は数字を記入)。

- (1)ある程度の初期救急機能を有していますか (はい ・ いいえ)
①救急告示は有りますか (はい ・ いいえ)
- (2)専門医とのオンコールがある程度とれますか (はい ・ いいえ)
- (3)在宅療養支援診療所と後方病床の連携をしていますか (はい ・ いいえ)
①「連携をしている」場合、定期的に情報交換をしていますか (はい ・ いいえ)
②「連携をしている」場合、後方病床契約を締結していますか (はい ・ いいえ)
③連携をしている在宅療養支援診療所数は何施設ですか (_____ 施設)
- (4)在宅療養支援診療所の24時間輪番体制に参加していますか (はい ・ いいえ)
- (5)在宅療養支援診療所の医師が利用できる開放型の病床を有していますか (はい ・ いいえ)
①開放型の病床を有している場合、何床ありますか (_____ 床)

【設問5】 在支病として維持継続していく上で苦勞されている点を教えてください。
該当する番号に○印をつけてください。(複数回答可)

1. 24時間連絡を受ける医師または看護師の配置・確保
2. 24時間往診が可能な体制の確保
3. 24時間訪問看護を提供する体制の確保または訪問看護ステーションとの連携の確保
4. 緊急時における患者が入院できる病床の常時確保
5. 患家への情報提供方法
6. 患者に関する診療録管理を行う体制の整備
7. 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整
8. 緊急の往診及び在宅における看取りの実績
9. その他並びに上記の項目において具体的に苦勞されている内容を教えてください。

【設問6】 在支病の施設基準として今後検討して欲しい要件があれば教えてください。(資料は中医協資料引用)

在宅療養支援病院の施設基準

- (1) 保険医療機関である病院であって、**許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないものであること。**
- (2) 当該病院において、二十四時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。
- (3) **当該病院において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。**
- (4) 往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。
- (5) 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
- (6) **当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。**
- (7) 訪問看護ステーションと連携する場合にあっては、当該訪問看護ステーションが緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
- (8) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (9) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- (10) 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

在宅医療の充実①(24年度診療報酬改定)

機能強化型在支診の施設基準

ストラクチャー評価	➔	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤の医師が3名以上配置 ・24時間往診が可能な体制を確保 ・他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携 ・患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制を整備 ・緊急時に在宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保
プロセス評価	➔	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定 ・患者からの緊急時の連絡先の一覧化[※] ・月1回以上の定期的なカンファレンスの実施[※]
アウトカム評価	➔	<ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上 ・過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上

※在宅医療連携体制を構築した場合

四病院団体協議会 在宅療養支援病院に関する委員会 委員

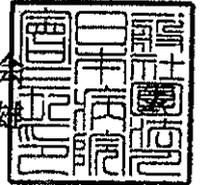
(平成25年3月現在)

日本病院会	梶原 優 (委員長)
日本病院会	生野 弘道
全日本病院協会	織田 正道
全日本病院協会	黒澤 一也
日本医療法人協会	鈴木 邦彦
日本医療法人協会	佐能 量雄
日本精神科病院協会	田邊 英一
日本精神科病院協会	田代 芳郎

日病会発第79号
平成24年 7月12日

厚生労働大臣 小宮山 洋子 殿

一般社団法人 日本病院会
会長 堺 常雄



平成25年度税制改正に関する要望

標記に関して別添の通り要望いたしますので、何卒よろしくお願ひ申し上げます。

記

税制改正要望

重点要望項目 1項目

要 望 事 項

国 税 5項目

地方税 3項目

原子力損害賠償に関する要望 1項目

以 上

日病会発第 141 号
平成 24 年 10 月 30 日

公明党政務調査会厚生労働部会
部会長 渡辺 孝男 殿
部会長代理 古屋 範子 殿

一般社団法人 日本病院会
会長 堺 常雄



平成 25 年度税制改正に関する要望

標記に関して別添の通り要望いたしますので、何卒よろしくお願ひ申し上げます。

記

税制改正要望

重点要望項目	1 項目
要 望 事 項	
国 税	5 項目
地方税	3 項目
原子力損害賠償に関する要望	1 項目

以 上

平成25年度税制改正に関する重点要望項目

【国税】

1. 医業及び介護に係る消費税については明らかなる控除対象外消費税の発生が認められるため、社会保険診療報酬及び介護保険介護報酬に係る非課税制度を見直し、消費税の本来の在り方に合致する原則課税に改めること。

《理由》

現行制度上、社会保険診療報酬等が非課税となっているため、材料仕入、委託費、設備投資等に係る支払消費税の相当部分について医療機関が最終負担者となる状態が生じている。本来であれば最終消費者である患者が負担すべき消費税を医療機関が負担しているといういわゆる損税については、過去の診療報酬改正において1.61%分が加算算定されているとの説もあるが、2年毎に改正される診療報酬点数体系の中でその加算算定が継続されているのかどうかについては必ずしも明らかでなく、医療機関が莫大な損税を負担しているというのが現状である。消費税率が今後高くなるとこの損税が更に増大して地域医療の担い手である医療機関の経営を圧迫し、全国の地域医療提供体制に多大な不利益を与えかねない。

このような不合理を是正するため、社会保険診療報酬等を消費税の非課税取引から除外し、事業者の財政に対して中立的な存在という消費税の本来の姿に改めることを強く要望する。

平成25年度税制改正に関する要望

【国税】

1. 病院建物を耐震構造に強化した場合の改繕費については、当該年度の損金処理を可能にすること。

《理由》

現在、災害発生時の医療提供体制の確保・充実は焦眉の急である。病院が建物を耐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。

2. 病院用建物の特別償却制度を復活すること。

《理由》

築後長期間を経過した病院が全国的に増えてきており、その建て替え需要を考慮すると、特別償却制度の復活が望まれる。

3. 医療機器の法定耐用年数を短縮するとともに、特別償却制度の対象範囲を拡大すること。また電算ソフト取得費についても、損金算入可能額を拡大すること。

《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ため、法定耐用年数を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」と限定され、その具体的な範囲は厚生労働省令で定められているが、前回の省令改正では特別償却が適用される医療機器の対象が狭められた。特別償却率の減少のみならず、適用範囲まで縮小することは、医療機関における設備投資の促進を阻害するものである。より良質な医療サービスを提供できる環境を整えるために、医療機器の特別償却制度の対象を拡大すべきである。

また、医療の情報化を促進させるために、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地域医療連携システムなどの医療情報システムに関する投資を行った場合、特別償却制度のように投資を行った当該年度の損金算入可能額を増加する制度を導入されたい。

4. 病院用建物の耐用年数を短縮すること。また、建物の減価償却方法として定率法の適用を認めること。

《理由》

病院用建物は、医学の進歩に対応した機能的構造をもった施設が要求されているにもかかわらず、それに適用できず、かつ老朽化が進んでいるのが現状である。平成10年度改正で建物耐用年数は39年に短縮されたが、医療の進歩に応じた安全で快適な医療環境を確保するには未だ十分な減価償却が行えない状況である。よって、病院用建物の対象年数については更なる短縮を検討されたい。

また、建物の減価償却方法として従来は定率法・定額法のいずれかの選択が認められていたが、平成10年税制改正により現在は定額法しか認められていない。設備投資時の資金繰りを改善するためには、設備投資直後により多くの減価償却費を計上することを認め、法人税の負担を軽減すべきであり、建物の減価償却方法として定率法を適用することを認められたい。

5. 資産に係る控除対象外消費税等を発生時の損金とすることを認めること。

《理由》

社会保険診療報酬等について消費税及び地方消費税が非課税となっていることにより医療機関では多額の控除対象外消費税等が発生している。この控除対象外消費税等については、法人税の計算上損金として処理することになるが、建物や医療機器などの資産の取得に関して発生した控除対象外消費税等は60ヶ月にわたって損金に分割計上する取扱いとなっている。控除対象外消費税等は預り消費税から控除することができなかつた支払消費税であり、その発生時に負担が確定している。また、将来にわたって支出の効果が及ぶものでもない。このような控除対象外消費税等を発生時の損金として処理することを認めないことは医療機関の開設主体に対して過剰な法人税の負担を発生させるものであり、資産に係る控除対象外消費税等については発生時に全額損金算入することを当然に認めるべきである。

【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とともに、この特例措置を恒久化すること。

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。

《理由》

医療機関、特に病院は、地域医療計画に定められた地域医療の重要な担い手である。地域医療提供体制を整備することは国民の身体・生命を守ることと同義であり、本来的な行政の役割であるとも言える。我が国の民間病院はこのような地域医療提供体制を担っているという意味において、国公立病院や公的病院と何ら変わらない。民間医療機関に対して社会保険診療報酬に係る事業税非課税措置が設けられているのは、地域における公的サービスの実質的な担い手である民間医療機関と公的医療機関のイコール・フッティングの観点から当然のことであり、事業税非課税措置については今後も存続することを要請したい。

また、事業税非課税措置は、医師に応召義務が課された我が国の医療機関が、国民皆保険制度のもとで国民の健康と命を守り、学校健診・救急医療などの地域公共サービス提供主体を担っていること等を考慮して、1952年に議員立法により定められたものである。このような制度の制定経緯を鑑み、当該措置が恒久的なものとして法文化されることを望む。

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地域医療計画によって制約を受けているので、固定資産税、登録免許税及び不動産取得税を非課税あるいは減税とすること。

《理由》

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. 介護老人保健施設について、固定資産税、登録免許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、介護老人保健施設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。

【原子力損害賠償に関する要望】

1. 東京電力福島原子力発電所事故による被害を受けた病院、診療所、介護施設について、東京電力からの賠償金に対する課税関係を含めて税制上の特段の配慮を行うこと。

《理由》

福島原発の放射線による事故は病院、診療所、介護施設などの運営に多大な損害を与えている。病院などの閉鎖、医師をはじめ従事者の退職、住民の減少、いわゆる風評被害など医療、介護施設の運営は存続の可否すら迫られるなど多大な困難に直面している。東京電力が迅速かつ十分な損害賠償を行う事が重要である。しかしその賠償金への税法上の課税は医療・介護施設の再建にとり重大な支障になっている。法律上の賠償金の課税、非課税問題は承知しているが、医療・介護施設が東京電力から受け取る賠償金については内容を問わず法人税の益金から除外して当該施設の再建を支援すべきである。

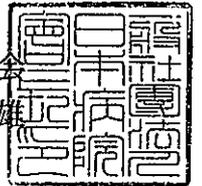
また、原発被災地の復興は国家的な問題である。このような観点からは原発被災地に立地する医療・介護施設については、賠償金・保険金・補助金等の名目を問わず東日本大震災に起因して受領する収益項目については全て法人税の益金算入対象外の取扱いをすべきである。

日病会発第 186 号
平成 25 年 1 月 4 日

自由民主党

政務調査会長 甘利 明 殿
組織運動本部長 竹下 亘 殿
団体総局長 田中 和 徳 殿

一般社団法人 日本病院会
会 長 堺 常 雄



平成 25 年度予算、税制改正に関する要望について

標記に関して別添の通り要望いたしますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

記

予算要望	1 項目
税制改正要望	10 項目
重点要望項目	1 項目
要 望 事 項	
国 税	5 項目
地方税	3 項目
原子力損害賠償に関する要望	1 項目

以 上

平成25年度予算要望

「健康で長生き」は、国民(人類)が希求してやまない最重要価値です。我々病院はその要望に第一線で呼応する社会的役割を担っております。国民の生命を守り安心を提供し、もって社会的安定をもたらしているものと自負致すところであります。安心そして安全な病院機能を発揮するにはまず医師や看護師などの医療専門職の員数と質の充実そして最新の医療機器を設備しておくことが肝要であります。その充実化は医療経済的効率を最優先する思想からは導かれません。必要な施設を必要とする地域に定着させることは国家の責任であります。我が国の医療需要に呼応しながら病院は創られ成長してまいりました。そのバランスを毀損することのない医療政策が施行されること、これが国民のために重要であると考えます。今、我が国が国家経営が危機にさらされていることは重々承知しておりますが、2011年3月11日に発生した大震災において経験したように、大災害時における医療提供、就中病院医療の保全是被災者の抛り所を担保するものです。その更なる充実化、高度化はどうか最優先政策として取り上げて頂きたいと存じます。その実現のために以下の要望をここに提出いたします。

記

1. 国民総医療費を、少なくとも日本を除くG6の対GDP比 平均11.9%(2010年)まで増やすこと。
2. 国民人口10万人当たりの現場に働く医師数を、G6の平均値303人(2010年)に近づけること。
3. 震災並びに原子力発電所事故被害地医療復興の為の施策の実施。
例：被災地病院支援基金の設立。医療福祉機構(WAM)による融資条件緩和。人件費の一定割合の補助。
4. 国民皆保険制度の堅持。
5. 病院近代化設備への補助。高額設備(1億円以上)投資への補助。

付記

現今の医療問題の遠因の一つに、医療提供者側の限界と受給者側の期待との間に横たわる大きな乖離が挙げられます。またその源泉には為政者の医療現場への理解不足があったものと推測致します。その解決に力を頂きたい。健康教育と同時に医療の仕組みへの理解向上や死生観醸成のための、教育を含む啓発を国家レベルで行うことを提言致します。

以上

平成25年度税制改正に関する重点要望項目

【国税】

1. 医業及び介護に係る消費税については明らかなる控除対象外消費税の発生が認められるため、社会保険診療報酬及び介護保険介護報酬に係る非課税制度を見直し、消費税の本来の在り方に合致する原則課税に改めること。

《理由》

現行制度上、社会保険診療報酬等が非課税となっているため、材料仕入、委託費、設備投資等に係る支払消費税の相当部分について医療機関が最終負担者となる状態が生じている。本来であれば最終消費者である患者が負担すべき消費税を医療機関が負担しているといういわゆる損税については、過去の診療報酬改正において1.61%分が加算算定されているとの説もあるが、2年毎に改正される診療報酬点数体系の中でその加算算定が継続されているのかどうかについては必ずしも明らかでなく、医療機関が莫大な損税を負担しているというのが現状である。消費税率が今後高くなるとこの損税が更に増大して地域医療の担い手である医療機関の経営を圧迫し、全国の地域医療提供体制に多大な不利益を与えかねない。

このような不合理を是正するため、社会保険診療報酬等を消費税の非課税取引から除外し、事業者の財政に対して中立的な存在という消費税の本来の姿に改めることを強く要望する。

平成25年度税制改正に関する要望

【国税】

1. 病院建物を耐震構造に強化した場合の改繕費については、当該年度の損金処理を可能にすること。

《理由》

現在、災害発生時の医療提供体制の確保・充実は焦眉の急である。病院が建物を耐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。

2. 病院用建物の特別償却制度を復活すること。

《理由》

築後長期間を経過した病院が全国的に増えてきており、その建て替え需要を考慮すると、特別償却制度の復活が望まれる。

3. 医療機器の法定耐用年数を短縮するとともに、特別償却制度の対象範囲を拡大すること。
また電算ソフト取得費についても、損金算入可能額を拡大すること。

《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ため、法定耐用年数を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」と限定され、その具体的な範囲は厚生労働省令で定められているが、前回の省令改正では特別償却が適用される医療機器の対象が狭められた。特別償却率の減少のみならず、適用範囲まで縮小することは、医療機関における設備投資の促進を阻害するものである。より良質な医療サービスを提供できる環境を整えるために、医療機器の特別償却制度の対象を拡大すべきである。

また、医療の情報化を促進させるために、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地域医療連携システムなどの医療情報システムに関する投資を行った場合、特別償却制度のように投資を行った当該年度の損金算入可能額を増加する制度を導入されたい。

4. 病院用建物の耐用年数を短縮すること。また、建物の減価償却方法として定率法の適用を認めること。

《理由》

病院用建物は、医学の進歩に対応した機能的構造をもった施設が要求されているにもかかわらず、それに適用できず、かつ老朽化が進んでいるのが現状である。平成10年度改正で建物耐用年数は39年に短縮されたが、医療の進歩に応じた安全で快適な医療環境を確保するには未だ十分な減価償却が行えない状況である。よって、病院用建物の対象年数については更なる短縮を検討されたい。

また、建物の減価償却方法として従来は定率法・定額法のいずれかの選択が認められていたが、平成10年税制改正により現在は定額法しか認められていない。設備投資時の資金繰りを改善するためには、設備投資直後により多くの減価償却費を計上することを認め、法人税の負担を軽減すべきであり、建物の減価償却方法として定率法を適用することを認められたい。

5. 資産に係る控除対象外消費税等を発生時の損金とすることを認めること。

《理由》

社会保険診療報酬等について消費税及び地方消費税が非課税となっていることにより医療機関では多額の控除対象外消費税等が発生している。この控除対象外消費税等については、法人税の計算上損金として処理することになるが、建物や医療機器などの資産の取得に関して発生した控除対象外消費税等は60ヶ月にわたって損金に分割計上する取扱いとなっている。控除対象外消費税等は預り消費税から控除することができなかつた支払消費税であり、その発生時に負担が確定している。また、将来にわたって支出の効果が及ぶものでもない。このような控除対象外消費税等を発生時の損金として処理することを認めないことは医療機関の開設主体に対して過剰な法人税の負担を発生させるものであり、資産に係る控除対象外消費税等については発生時に全額損金算入することを当然に認めるべきである。

【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とともに、この特例措置を恒久化すること。

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。

《理由》

医療機関、特に病院は、地域医療計画に定められた地域医療の重要な担い手である。地域医療提供体制を整備することは国民の身体・生命を守ることと同義であり、本来的な行政の役割であるとも言える。我が国の民間病院はこのような地域医療提供体制を担っているという意味において、国公立病院や公的病院と何ら変わらない。民間医療機関に対して社会保険診療報酬に係る事業税非課税措置が設けられているのは、地域における公的サービスの実質的な担い手である民間医療機関と公的医療機関のイコール・フッティングの観点から当然のことであり、事業税非課税措置については今後も存続することを要請したい。

また、事業税非課税措置は、医師に応召義務が課された我が国の医療機関が、国民皆保険制度のもとで国民の健康と命を守り、学校健診・救急医療などの地域公共サービス提供主体を担っていること等を考慮して、1952年に議員立法により定められたものである。このような制度の制定経緯を鑑み、当該措置が恒久的なものとして法文化されることを望む。

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地域医療計画によって制約を受けているので、固定資産税、登録免許税及び不動産取得税を非課税あるいは減税とすること。

《理由》

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. 介護老人保健施設について、固定資産税、登録免許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、介護老人保健施設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。

【原子力損害賠償に関する要望】

1. 東京電力福島原子力発電所事故による被害を受けた病院、診療所、介護施設について、東京電力からの賠償金に対する課税関係を含めて税制上の特段の配慮を行うこと。

《理由》

福島原発の放射線による事故は病院、診療所、介護施設などの運営に多大な損害を与えている。病院などの閉鎖、医師をはじめ従事者の退職、住民の減少、いわゆる風評被害など医療、介護施設の運営は存続の可否すら迫られるなど多大な困難に直面している。東京電力が迅速かつ十分な損害賠償を行う事が重要である。しかしその賠償金への税法上の課税は医療・介護施設の再建にとり重大な支障になっている。法律上の賠償金の課税、非課税問題は承知しているが、医療・介護施設が東京電力から受け取る賠償金については内容を問わず法人税の益金から除外して当該施設の再建を支援すべきである。

また、原発被災地の復興は国家的な問題である。このような観点からは原発被災地に立地する医療・介護施設については、賠償金・保険金・補助金等の名目を問わず東日本大震災に起因して受領する収益項目については全て法人税の益金算入対象外の取扱いをすべきである。

平成 24 年 5 月 25 日

電力株式会社
取締役社長
殿

社団法人 日 本 医 師 会
会 長 横 倉 義 武
四 病 院 団 体 協 議 会
一 般 社 団 法 人 日 本 病 院 会
会 長 堺 常 雄
社 団 法 人 全 日 本 病 院 協 会
会 長 西 澤 寛 俊
社 団 法 人 日 本 医 療 法 人 協 会
会 長 日 野 頌 三
公 益 社 団 法 人 日 本 精 神 科 病 院 協 会
会 長 山 崎 學

電力使用制限令及び計画停電発動に伴う医療機関等への通電に関する要望

平成23年3月11日に発生した東日本大震災に伴う大規模な電力供給不足により、東北電力及び東京電力管内では、計画停電の実施や電力使用制限令が発動されました。

こうした広範囲にわたる計画停電の実施による、電力供給停止によって、医療機関や在宅における医療活動が停止し、地域住民の生命と健康が大きく脅かされました。憲法が保障する国民の生存権に鑑みれば、医療を必要とする国民が、計画停電によって生命の危機に晒される事態は絶対にあってはならないことであり、政府始め関係者は、その回避のために最善の対策を講じる責務を負っていると考えます。

また、電気事業法第27条に基づく電力使用制限令の発動に際しては、日本医師会のデータに基づく働きかけにより、大口需要家である医療機関における電力の使用制限は緩和されたものの、計画停電が実施された場合に通電される医療施設は、根拠不明なまま、政府により東北電力・東京電力管内合計

で 505 の医療施設に限定されました。これにより、救急患者のほとんどを受け入れている民間を中心とした救急医療施設が通電対象から外され、国民の生命に重大な危険を及ぼす恐れが生じました。

今夏は、昨年にも増して、全国的な電力需給の逼迫が予測されており、北海道電力・関西電力・四国電力・九州電力管内においては、計画停電の実施の可能性がります。

つきましては、今夏、電力使用制限令の発動や計画停電が実施される場合においては、電力供給が生命線となる全ての医療及び介護施設、並びに居宅における患者や被介護者等(弱者)の生命や健康が脅かされることが無きよう、電力供給を行うことにつき、特段のご配慮をお願い申し上げます。

以上

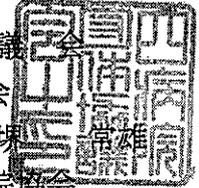
付

- 1 本日（平成24年5月25日（金））の9電力事業者に対する説明会及び内容・提出資料概要等については、日本医師会等で開催される記者会見で公表する予定です。
- 2 本日の要望書に対する回答は、平成24年6月4日（月）までに、9電力事業者全てより、文書により日本医師会まで提出して下さい。
- 3 ただし、計画停電の可能性がある4電力事業者（北海道電力、関西電力、四国電力、九州電力）については、計画停電を行う場合の基本的方針等とともに、配電の専門家を伴った口頭による説明を、平成24年6月4日（月）までに日本医師会に対して行って下さい。配電の専門家には、計画停電が行われる場合の「計画停電対象単位」の設定方法（一次変電所単位を基本か、配電用変電所単位を基本等）を中心に、説明をして下さい。
- 4 上記回答の内容については、平成24年6月4日（月）時点の最新の状況をふまえた内容として下さい。
- 5 また、上記回答の内容については、平成24年6月15日（金）に日本医師会で開催される「都道府県医師会電力確保対策担当理事連絡協議会」等に報告する予定です。
- 6 各電力会社との具体的対応の説明や協議は、各電力会社管内の都道府県医師会を窓口として都道府県別に行って頂きたいと、各都道府県医師会窓口とのコンタクトは、平成24年6月15日（金）に開催される前記「都道府県医師会電力確保対策担当理事連絡協議会」開催後に行って下さい。

平成 24 年 6 月 14 日

厚生労働省
保険局長 外口 崇 殿

四病院団体協議会
一般社団法人 日本病院会
会長 塚 常雄
社団法人 全日本病院協会
会長 西澤 寛俊
社団法人 日本医療法人協会
会長 日野 頌三
公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎 學



平成 24 年度診療報酬改定に係る入院基本料等の栄養管理
体制基準の抜本的見直しについて（共同緊急要望）

標記基準については、「当該保険医療機関内に、栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が 1 名以上配置されていること」が入院基本料及び特定入院料を算定するにあたっての必須要件とされたところです。

このような改定を行った根拠として「栄養管理実施加算を算定している医療機関が多いこと」と説明されています。

しかしながら、今般、四病協の会員病院に対して「栄養管理実施加算の実施に伴う緊急影響調査」を実施したところ、四病協のいずれの会員病院においても常勤の管理栄養士が欠員になった場合に、欠員補充が診療報酬上の所定期間内に補充が困難であると答えた病院は、下記のとおり 3 割強となっています。また、管理栄養士の確保状況には、病床規模や地域格差が大きく影響していることが調査結果にも表れています。

記

- 常勤の管理栄養士が欠員になった場合、欠員補充が所定期間に困難
 - ・ 3ヶ月以内に補充できないと回答した病院数は、1,017病院（32.7%）
 - ・ 6ヶ月かかっても補充できないと回答した病院数は、603病院（19.4%）

	回答病院数	3ヶ月超 6ヶ月以内	6ヶ月超 1年以内	計
日本病院会	583	57	139	196
全日本病院協会	1,429	203	234	437
日本医療法人協会	196	25	30	55
日本精神科病院協会	903	129	200	329
計	3,111	414	603	1,017

※各団体の重複回答は補正済

今般の改正において、「診療報酬体系の簡素化を行う」と大義名分を掲げて、栄養管理実施加算を廃止したことは、これまで栄養管理実施加算を算定していた病院にとって診療報酬の実質的マイナス改定であるうえに、常勤の管理栄養士の1名以上の配置を義務付けたことは、管理栄養士の確保困難性や病床規模・地域格差等への配慮が欠けていたと言わざるを得ません。

ついては、当該基準を抜本的に見直しし、可及的速やかに救済策を講じられるよう、四病院団体協議会として強く要望します。

<平成24年4月以降に管理栄養士が欠員となった場合の救済策（案）>

その1 届出様式5の3（「栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった医療機関の入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類」）が地方厚生（支）局長へ提出された場合、雇用が確保されるまでの間は猶予期間として、従前の入院基本料等を算定可能とすること。

その2 欠員補充が困難な場合であって、当該病院等に配置された栄養士が5年以上の経験を有している場合は、当該栄養士を管理栄養士に代替可能とし、従前の入院基本料等を算定可能とすること。

以上

平成24年8月7日

民主党厚生労働部門会議
座長 長妻 昭 殿



四病院団体協議会
一般社団法人 日本病院協会
会長 堺 常雄
社団法人 全日本病院協会
会長 西澤 寛俊
社団法人 日本医療法人協会
会長 日野 頌三
公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎 學

平成25年度税制改正要望の重点事項について

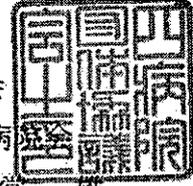
保険証1枚で、誰でも全国どこの医療機関でも、安価な料金で受診できるのが国の医療制度は、世界に誇りうる共有財産であり、WHOも世界で最も優れたシステムと認定しています。

政府の「社会保障・税一体改革大綱」は社会保障全般の見直しの必要性を指摘していますが、医療については「高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する」と目標を掲げており、今後一層の充実、機能強化が求められるところです。

医療機能の強化を図るべく、われわれ病院団体も努力いたしますが、それには税制を含めた各種制度の支援が不可欠であることは申すまでもありません。四病院団体協議会は平成25年度税制改正に関して、別紙のとおり重点的な要望事項を掲げましたので、その実現に向け格段のご配慮をお願いいたします。

平成24年8月8日

厚生労働大臣
小宮山 洋子 殿



四病院団体協議会
一般社団法人 日本病院協
会 長 堺 常 雄
社団法人 全日本病院協会
会 長 西 澤 寛 俊
社団法人 日本医療法人協会
会 長 日 野 頌 三
公益社団法人 日本精神科病院協会
会 長 山 崎 學

平成25年度税制改正要望の重点事項について

保険証1枚で、誰でも全国どこの医療機関でも、安価な料金を受診できるのが国の医療制度は、世界に誇りうる共有財産であり、WHOも世界で最も優れたシステムと認定しています。

政府の「社会保障・税一体改革大綱」は社会保障全般の見直しの必要性を指摘していますが、医療については「高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する」と目標を掲げており、今後一層の充実、機能強化が求められるところで

す。医療機能の強化を図るべく、われわれ病院団体も努力いたしますが、それには税制を含めた各種制度の支援が不可欠であることは申すまでもありません。四病院団体協議会は平成25年度税制改正に関して、別紙のとおり重点的な要望事項を掲げましたので、その実現に向け格段のご配慮をお願いいたします。

(別 紙)

I 消費税における社会保険診療報酬等の非課税制度の見直し

医療および介護に係る消費税について、社会保険診療報酬および介護報酬の非課税を見直し、消費税制度のあり方に合致する原則課税に改められたい。あわせて患者、利用者負担への配慮を要望する。

(消費税法(昭和63・12・30法律108)第6条、第30条、別表第一関係)

[理 由]

- 1) 医療機関は消費税の上乗せされた医療機器や医薬品、医療材料、消耗品等を購入しているが、医療が非課税であるため仕入税額控除を通じて仕入税額の還付を受けることはできない。他の非課税事業者ならば、この仕入税額分を商品価格に転嫁して回収できるのに対し、医療の対価は法令上、社会保険診療報酬として決定されているという特殊性があり、転嫁することもできない。

これをカバーするため、社会保険診療報酬には仕入消費税の一部を補填することとされているものの、そのような画一的補填方式には個々の医療機関の仕入税額まで考慮されていないことから、補填額が仕入税額に満たない場合、その部分は損失として、医療機関が負担せざるを得ない状態が続いている。とはいえ、個々の医療機関の実態に応じた補填を行うことなど不可能である。

すなわち、画一的補填方式は個別性の強い医療機関の消費税負担の実態になじまず、税負担の公平性が損なわれているのが現状である。

また、介護保険における非課税の居宅介護サービス費や施設介護サービス費についても同様の事態が生じている。

課税の公平性を確保するためには診療報酬等での調整では無理がある以上、医療、介護を課税取引として、仕入税額控除を認めなければならない。

- 2) 社会保障制度としての社会保険診療、介護サービスのあり方に鑑み、患者や利用者の負担に配慮した施策もあわせて講ずるべきである。

Ⅱ 医療機関に対する事業税の特例措置の存続

事業税における次の特例措置を恒久的に存続されたい。

①社会保険診療報酬に対する非課税（個人、医療法人共通）

②自由診療収入等に対する軽減税率（医療法人のみ）

（地方税法（昭和25・7・31法律226）第72条の23、第72条の24の7、第72条の49の8関係）

[理由]

- 1) 政府の平成24年度税制改正大綱は、事業税における社会保険診療報酬に係る非課税措置について、「国民皆保険の中で必要な医療を提供するという観点や税負担の公平を図る観点を考慮した上で、地域医療を確保するために必要な措置について引き続き検討します」と、見直しを示唆している。

さらに医療法人に対する軽減税率については、「税負担の公平を図る観点や、地域医療を確保するために必要な具体的な措置等についてのこれまでの議論を踏まえつつ、平成25年度税制改正において検討することとします」と、25年度改正論議のテーマとすることまで明示している。

これら見直し論の論拠は「適正公平課税に反する」ということである。

事業税の趣旨は、事業に対する行政サービスの享受に応じた負担ということであるが、そもそも医療は公共的なものであり、そのため医療法でも非営利性が義務付けられ、医療機関は住民健診、予防接種、学校医等の地域医療活動に積極的に取り組んでいる。

すなわち、医療機関は行政サービスを享受するというより、行政が行うべき公共的サービスを自ら担っている側である以上、税法の趣旨からみても、医療機関への特例措置が適正公平課税に反するというのは誤りである。

- 2) 事業税の非課税としては、非課税事業（林業、農業、鉱業）や非課税所得（公益法人等の収益事業以外の所得）等の包括的な規定により非課税とされているものが広範に存在する。

これに対し社会保険診療報酬に対する現行の措置内容は、課税標準の算定上の「課税除外措置」という限定的なものにすぎない。事業税

の非課税制度全般の見直しもせず、ひとり医療のみを犠牲にすることは、あまりに社会保障を軽視するものである。

- 3) 医療機関の経営は長年の診療報酬抑制政策によりきわめて悪化しており、その弊害が救急医療や小児、周産期医療をはじめとして、もはや社会問題化した医療崩壊として現れている。

仮に、ここで事業税の特例を廃止するなどということがあれば、医療機関の経営の安定は決定的に損なわれ、地域医療の崩壊に拍車をかけることは明らかである。

Ⅲ 福島原発事故による損害に対する賠償金の非課税

東京電力の福島原子力発電所事故により周辺地域の医療機関が被った損害に対し、同社から支払われる賠償金については、所得税、法人税等を非課税としていただきたい。

(所得税法(昭和40・3・31法律33)第9条、法人税法(昭和40・3・31法律34)第22条関係)

[理由]

東京電力の福島第一原子力発電所及び福島第二原子力発電所の事故により、周辺地域の医療機関は避難、休診、閉鎖を余儀なくされ、さらには患者の減少等による収益減少等、多大の損害を被っている。

これに対し東京電力からは損害賠償金が支払われることになっているが、国税庁では賠償金のうち心身の損害または資産の損害に対する賠償金以外の部分は課税対象になるとの見解を示したところである(「福島第一・第二原子力発電所の事故により被害を受けられた方々にお支払する賠償金に関する所得税法上の取扱いについて」(平成23年11月30日国税庁課税部長回答))。

しかしながら、今回の事故がわが国にとって未曾有の大災害であることに鑑みるなら、原発事故からの一刻も早い復旧・復興を何より最優先すべきはずである。この観点から、上記損害賠償金に対する所得税、法人税等は、全額非課税としていただきたい。

IV 持分のある医療法人が持分のない医療法人に移行する際の移行税制の創設

持分のある医療法人が持分のない医療法人に円滑に移行できるように、医療法人のための移行税制を創設し、次の措置を講じていただきたい。

- ①移行時において、出資者にみなし配当課税を課さないこと。
- ②医療法人に相続税法第66条第4項の規定の適用による贈与税を課さないこと。

(所得税法第25条、相続税法(昭和25・3・31法律73)第66条第4項、相続税法施行令(昭和25・3・31政令71)第33条第3項関係)

[理 由]

平成18年改正医療法により、医療法人は持分のないことが原則とされたが、法改正の趣旨から言えば既存の持分のある医療法人も自主的に持分のない医療法人に移行できるようにすることが望ましい。

この移行は、形式的には解散・設立手続きを経ず、法人格の同一性も維持したままの組織変更に過ぎず、実質的にも医業の継続性・発展性を阻害しないようにする必要がある。

そこで税制上、次の措置を講じることにより、移行を支援していただきたい。

①持分のある医療法人が出資持分を拠出額として基金拠出型医療法人に移行する場合、拠出額が移行時前の出資額に対応する資本金等の額を上回る場合には、その上回る金額について、移行時に出資者にみなし配当課税を課さないこと。

②持分のある医療法人が、基金拠出型医療法人を含む持分のない医療法人に移行する場合、相続税法施行令第33条第3項の同族要件等を見直し、医療法人に相続税法第66条第4項の規定の適用による贈与税を課さないこと。

V 相続税・贈与税の納税猶予制度の医療法人への拡充

持分のある医療法人に対して、中小企業の事業承継における相続税・贈与税の納税猶予制度と同様の制度を創設されたい。

(租税特別措置法(昭和32・3・31法律26)第70条の7～第70条の7の4、中小企業における経営の承継の円滑化に関する法律(平成20・5・16法律33)関係)

[理由]

相続税および贈与税については、平成14年度改正で取引相場のない株式等についての相続税の課税価格の減額措置の創設、平成16年度改正で取引相場のない株式等についての相続税の課税価格の減額措置の上限金額引上げ(3億円から10億円へ)があり、平成20年10月施行の「中小企業における経営の承継の円滑化に関する法律」を踏まえ、平成21年度改正で従来の減額措置を改組した、取引相場のない株式等についての相続税および贈与税の納税猶予制度が創設されている。

しかし、この相続税・贈与税の納税猶予制度については、医療法人は適用することができない。

地域医療を確保するには、医療機関の円滑な事業承継がさらに図られ、医療水準の維持向上が期待できるものであることが望ましいことから、持分のある医療法人についても、取引相場のない株式等についての相続税・贈与税の納税猶予制度と同様の制度を創設すべきである。

VI 持分のある医療法人が相続発生後5年以内に持分のない医療法人に移行する場合の相続税猶予制度の創設

持分のある社団医療法人の出資者に相続が発生した場合、当該医療法人が持分のない医療法人に移行する予定であるときは、当該出資者に係る相続税の納税を5年間猶予し、期間内に持分のない社団に移行することを条件に猶予税額を免除する制度を創設されたい。

[理 由]

第五次医療法改正により医療法人は持分のないことが基本とされ、持分のある医療法人の設立は禁止された。既存の持分のある医療法人は、当分の間、従前通り存続することとされているが、改正法の趣旨からすれば、希望する医療法人は順次持分のない医療法人に移行できることが望ましい。

ここで問題となるのは、持分のない医療法人に移行するには、「持分」を放棄する必要があるにもかかわらず、放棄することにより今度は医療法人に課税されてしまうことである。課税を回避するためには、同族役員規制や、都道府県医療計画に医療施設の名称が記載されていること等の要件を満たさなければならない。

このため、移行はしたくともこれらの要件を充足するのに時間を要し、その準備期間中に相続が発生してしまう場合も少なからず発生すると見られる。仮に、移行準備中に相続が発生すると、相続人は高額な相続税を納めねばならなくなる。

相続人が税負担を強いられた医療法人では、持分のない医療法人に移行するモチベーションが失われてしまい、改正医療法の趣旨も達せられないであろう。

かかる問題の発生を防止し、持分のない医療法人へのスムーズな移行を促すためにも、相続発生後に移行しても生前に移行したと同様の取扱いとする弾力的な措置を要望するものである。

Ⅶ 社会医療法人に対する寄附金税制の整備 および非課税範囲の拡大等

社会医療法人に対して、次の措置を講じられたい。

- 1) 社会医療法人を税法上の特定公益増進法人とし、これらに対して寄付が行われた場合、寄付をした側については支出額の一定部分を所得税法上の寄付金控除の対象および法人税法上の損金としていただきたい。
- 2) 社会医療法人が行う医療保健業は法人税法上の「収益事業」から除外され非課税であるが、このうち附帯業務として行うものは例外的に課税されている。社会医療法人の行う医療保健業をすべて「収益事業」から除外し、非課税としていただきたい。
- 3) 社会医療法人が「救急医療等確保事業の用に供する固定資産」に対しては、固定資産税が非課税とされている。この非課税範囲の取扱いが、全国の市町村で必ずしも統一されていないため、通知等により範囲を明示されたい。

併せて、今後は非課税の範囲を「医療の用に供する固定資産」全般に拡大していただきたい。
- 4) 社会医療法人の認定が取り消された場合には、社会医療法人となって以後の非課税の累積所得金額すべてに一括課税されることになっているが、これは医療法人の死命を制することになりかねないため、廃止していただきたい。
- 5) 社会医療法人の認定要件である「救急医療等確保事業」に、在宅医療を追加していただきたい。

(医療法(昭和23・7・30法律205)第30条の4、第42条の2、第64条の2、所得税法第78条、所得税法施行令(昭和40・3・31政令96)第217条、法人税法第7条、第37条、第64条の4、別表第二、法人税法施行令(昭和40・3・31政令97)第5条第1項第29号、第77条、地方税法第348条第2項第11号の5、地方税法施行令(昭和25・7・31政令245)第50条の3の2、地方税法施行規則(昭和29・5・13総

令23) 第10条の7の7関係)

[理由]

- 1) ①社会医療法人は法人の財産が個人に帰することがなく、公的な運営が確保されている公共性・公益性のきわめて高い医療法人であり、その存続・発展を図ることは公益の増進に資する。

②教育の分野では一定の学校法人が、福祉の分野では社会福祉法人が特定公益増進法人とされているが、社会医療法人がこれらに比して公益性において劣るとは考えられない。

③社会医療法人を特定公益増進法人とすることにより、一般医療法人がこれらに移行することを促し、医療の非営利性を徹底することは、今後の高齢社会を支えるためにぜひとも必要である。

- 2) 医療法人の業務には病院、診療所の運営という本来業務に加え、医療関係者の養成や薬局の開設等の附帯業務があるほか、社会医療法人には広範な収益業務が認められている。

法人税法上の「収益事業」から除外されているのは、このうち社会医療法人の本来業務たる医療保健業だけであるが、附帯業務には巡回診療所やへき地診療所の開設等も含まれるなど、公共性・公益性の面において必ずしも本来業務に劣るとは言えない。

したがって、附帯業務も「収益事業」から除外すべきである。

- 3) ①平成21年度税制改正により「社会医療法人が直接救急医療等確保事業に係る業務の用に供する固定資産」は、固定資産税が非課税とされたところである。

しかしながら、この非課税の範囲については、必ずしも全国の市町村で統一的な運用がなされておらず、本来非課税とされるべきものが課税されるなどの混乱が生じている。これを解消するため、通知等により非課税の範囲を明示し、全国の自治体の運用を統一していただきたい。

②社会医療法人は法人単位で認定を受けるものであるため、認定対象となった施設以外の医療施設にも高い公益性が認められる。今後、非課税の範囲をこうした医療施設全般に拡大していただきたい。

- 4) 社会医療法人は救急医療等確保事業を実施することが要件とされているが、この事業内容は社会の医療ニーズに応じて変動するものである。

例えば、へき地医療の実施により認定を受けた場合、その地域がやが

てへき地に該当しなくなると要件を満たせなくなってしまうのである。

このような外的事情により、医療法人の死命を制するような取消しが行われるのでは、医療法人の存続の安定性は著しく損なわれてしまい、ひいては地域医療に及ぼす弊害も甚大である。かかる事態の生じないうちに、事前に制度の見直しを求めたい。

- 5) 「救急医療等確保事業」には、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療の5つが掲げられているが、これらは現在、特に整備が必要とされている医療であると考えられる。今後、未曾有の超高齢社会が到来するのに備え、在宅医療を充実、強化すべきことから、税制面でもその支援が必要である。

Ⅷ 医療法人の法人税率軽減と特定医療法人の法人税非課税

医療法人の法人税率を、公益法人等の収益事業並みに引き下げられたい。

また、特定医療法人に対する法人税は、原則非課税とされたい。

(法人税法第66条、租税特別措置法第42条の3の2、第67条の2関係)

[理由]

- 1) 医療法人は医療法に基づき設立された法人で、医療の公益性を反映して多くの規制を受けている。特に同法で剰余金の配当が禁止され、営利追求を目的としていないにもかかわらず、営利法人並みの税率を課されているのはきわめて不公平である。公益法人等や協同組合等の営む医療保健業に対する課税との公平を図る観点からも、医療法人の法人税率は現行の25.5%から19%へ引き下げるべきである。
- 2) 特定医療法人は、その組織、運営、最終財産の帰属等において、高い公益性の課された医療法人であり、その要件は、原則として法人税が非課税の社会福祉法人や農業協同組合連合会と同様であるにもかかわらず、特定医療法人のみが原則課税(税率19%)とされていることは、きわめて不公平である。したがって特定医療法人についても、原則として法人税は非課税とすべきである。

IX 病院用建物等の耐用年数の短縮

病院・診療所用の建物、附属設備の耐用年数を短縮されたい。

(減価償却資産の耐用年数等に関する省令(昭和40・3・31蔵令15)別表第一関係)

[理由]

病院・診療所用の建物および附属設備については、医学・医術の進歩に対応した構造や機能が要求され、陳腐化の激しいのが実情である。

平成10年度税制改正において、建物の減価償却方法が定額法に限定された際に、耐用年数も短縮されたが、医療の質の向上を図り、快適な医療環境を確保するには、いまだ十分とは言えないため、これら減価償却資産の耐用年数をさらに短縮されたい。

要望年数は下表の通りであるが、これは四病院団体協議会と日本医師会の実施した実態調査によっても裏付けられたところである。

減価償却資産の種類等	現行耐用年数	要望耐用年数
病院・診療所用建物		
鉄骨鉄筋コンクリート造又は鉄筋コンクリート造のもの	39年	31年

X 社団医療法人の出資評価の見直し

財産評価基本通達における社団医療法人の出資の評価方法を見直し、営利企業の株式等の評価に比して著しく不利とならないよう改めていただきたい。

(国税庁通達「相続税財産評価に関する基本通達」(昭和39・4・25直資56/直審(資)17)194-2関係)

[理由]

持分のある医療法人において、とくに問題となるのは、事業承継の際の課税問題である。

出資持分が存する以上、これが相続税の課税対象となるのは当然であるが、その際の課税評価が一般の営利企業より高額になる現行の評価方法を見直し、せめて営利企業並みに改めていただきたいというのが本要望の主旨である。

現行の国税庁財産評価基本通達は、出資評価について規定した194-2において、評価方法として類似業種比準方式を掲げている。この方式は、市場性のない株式や出資持分について上場株式に準拠して評価することとし、利益、配当、資産の3要素から評価額を算出する計算式が設定されている。その際、医療法人は配当が禁止されているため、営利企業の評価ではカウントされる配当要素が除外されるのである。理論上これは一見正当ではあるが、いざ実際に適用すると、医療法人の出資評価額は無配当の営利企業よりも高額になってしまう(「取引相場のない株式と医療法人出資の評価方法の比較(現行)」参照)。

こうした現状は医療資源保護という政策的な観点から見て不適切であるばかりでなく、財産評価理論としても、出資の財産価値という点でマイナスに作用する配当禁止が反映されていないという問題がある。

そこで現行の評価方法を見直し、持分ある医療法人の出資評価は、取引相場のない株式で無配当のものと同様の方法を適用することとしていただきたい。

具体的には、現行の計算式の分母を「4」から「5」とし、分子に置くべき配当要素は「0」とするよう要望する。

[参考]

取引相場のない株式と医療法人出資の評価方法の比較（現行）

1 取引相場のない株式評価における類似業種比準価額の計算式

（財産評価基本通達180）

$$A \times \left\{ \frac{\frac{\text{㊸}}{B} + \frac{\text{㊹}}{C} \times 3 + \frac{\text{㊺}}{D}}{5} \right\} \times 0.7 \sim 0.5$$

A = 類似業種の株価

㊸ = 評価会社の1株当たりの配当金額

㊹ = " " " 1年間の利益金額

㊺ = " " " 直前期末の純資産価額（帳簿価額）

B = 類似業種の1株当たりの配当金額

C = " " " 年利益金額

D = " " " 純資産価額（帳簿価額）

2 医療法人の出資評価における類似業種比準価額の計算式

（財産評価基本通達194-2）

$$A \times \left\{ \frac{\frac{\text{㊹}}{C} \times 3 + \frac{\text{㊺}}{D}}{4} \right\} \times 0.7 \sim 0.5$$

類似業種目は「その他の産業」とする。

XI 医療従事者確保対策用資産および公益社団法人等 に対する固定資産税等の減免措置

次の土地、建物について、固定資産税および都市計画税ならびに不動産取得税、登録免許税の減免措置を講じていただきたい。

- ①医療従事者確保対策の用に供される土地、建物
- ②公益社団法人および公益財団法人ならびに一般社団法人、一般財団法人で医療保健業を営むもののうち、当該医療保健業が法人税法上の収益事業から除外されているものについて、当該業務の用に供する土地、建物

(法人税法第2条第6号、第13号、法人税法施行令第5条第1項第29号、法人税法施行規則(昭和40・3・31蔵令12)第6条、登録免許税法(昭和42・6・12法律35)第4条第2項、別表第三、地方税法第6条、第73条の4第1項第3号の2、第8号の2、第348条第2項第9号の2、第11号の5、第702条の2第2項関係)

[理由]

- 1) 医療機能の高度化、医療ニーズの拡大に伴い、医師、看護師等の不足を訴える医療機関が増加している。絶対数の不足に加え、地域偏在が重なり、地方の医療機関ほど医療従事者確保に困難を感じており、その打開のためには住環境の整備や子育て支援の実施など、各種の対策が必要とされる。

医療機関が医療従事者を確保するため、職員寮や保育所等を取得した場合、税制上の負担軽減措置を講じていただきたい。

- 2) 法人税法上、医療保健業は原則として収益事業とされているものの、一定の公益法人等が行う当該業務に関しては収益事業から除外されている。

これは税法上も十分な公益性を有する医療であると認めたものと考えられる以上、同じく公益性による非課税制度の定められている固定資産税等に関しても、減免措置を講じるべきである。

平成24年9月

平成25年度税制改正要望

社団法人 日本医師会
会長 横倉 義武
四病院団体協議会
一般社団法人 日本病院会
会長 堺 常雄
社団法人 全日本病院協会
会長 西澤 寛俊
社団法人 日本医療法人協会
会長 日野 頌三
公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎 學

少子・高齢化の進展に伴い、医療・介護・福祉の充実は、国民の要望であります。医師の不足や偏在による地域医療崩壊が懸念される中で、その必要性も一層強いものになっています。

しかし、医療環境の厳しさが増すなかで、医療や介護の提供は、自助努力にもかかわらず、医業経営は年々厳しくなっております。

国民が健康で文化的な生活を維持するために、質の高い医療や介護を安心して受けることができる医療提供体制の整備や、健康管理・予防面などについての環境づくりが求められています。そのためには、医療や介護を担う病院・診療所等が医業経営の安定を図り、業務や設備施設の一層の合理化、近代化を進め、医療関係職員の確保・育成など、確固とした経営基盤を整え継続できるものとする必要があります。

このため、日本医師会及び四病院団体協議会は、下記のとおり要望をしたいと思います。税制面においては、法整備を含めて、現在の医業経営の健全化のため、さらに進んで医業経営の長期安定、再生産を可能とするための医業の構築を図ることです。その結果として、医師をはじめ医療従事者の自発的努力が一層発揮できるよう、また、国民の健康管理・予防などのため、平成25年度には次のような思い切った改革が行われるよう強く要望します。

1 福島原発事故損害賠償金の非課税

原子力損害賠償金(仮払金を含む)は、国税・地方税の課税上、収入・所得とみなさないよう、立法措置も含めた特別の取扱いを行うこと。

—所得税・法人税等—

昨年3月11日に発生しました東日本大震災、就中、東京電力福島第一原子力発電所事故から1年6ヶ月余が過ぎたところでありますが、原子力災害の収束の見通しは立っておらず、福島県の復旧、復興は緒についたばかりであります。

このような中であって東京電力からの損害賠償の支払いが進められておりますが、被害の実態に見合った十分な賠償でないばかりか、逸失利益の補償として受け取る賠償金については、事業所得等の収入金額として課税されているところであります。

しかし、今回の東京電力福島第一原子力発電所事故は電力政策を推進してきた国の責任もあり、国から損害賠償の原資も出ており非課税とすべきであります。特に、財物に係る賠償金の支払いが未だ行われていないことから、避難等区域における医療機関の収入源は逸失利益に対する賠償金だけであり、殆どが借入金返済や移転先における事業再開資金等に充てられているのが現状です。

今回の事故は、かつて経験したことのない規模のものであり、未だ収束が見えない現状の中、平時の法律で判断することは不適切で、あまりにも現状を理解していないと言わざるをえません。

もしこのまま賠償金に対し課税されることが続けば、医療機関の復旧・復興に向けた努力への妨げになるとともに、ひいては地域医療の崩壊がもたらされる事態となります。

そこで、東京電力の福島第一原発事故賠償金に対する課税につきまして、原子力損害賠償金(仮払金を含む)は、国税・地方税の課税上、収入・所得とみなさないよう、立法措置も含めた特別の取扱いを行うことを要望します。

2 消費税における社会保険診療報酬等の非課税制度の見直し

社会保険診療報酬等に対する消費税の非課税制度を、仕入税額控除が可能な課税制度に改めること。その際、ゼロ税率・軽減税率を適用するなど患者負担を増やさない制度に改善すること。

—消費税—

社会保険診療報酬等に対する消費税は非課税とされているため、医療機関の仕入れに係る消費税額（医薬品・医療材料・医療器具等の消費税額、病院用建物等の取得や業務委託に係る消費税額など）のうち、社会保険診療報酬等に対応する部分は仕入税額控除が適用されずに、医療機関が一旦負担し、その分は社会保険診療報酬等に反映して回収されることとされています。

しかし、この負担分は、消費税導入時においてもその後の税率引上げ（3%→5%）の際においても社会保険診療報酬に十分反映されたとはいえず、その一部は医療機関が差額を負担したままになっております。

この負担を解消するには、社会保険診療報酬等に対する消費税を課税制度に改め、かつ患者負担を増やさないように制度設計することが必要です。それによって、医療の公益性にも一貫性を保つことができ、なおかつ他の医業税制の考え方も共通することになります。

したがって、社会保険診療報酬等に対する消費税の非課税制度は、仕入税額控除が可能な課税制度に改めることを強く要望します。その際、ゼロ税率・軽減税率を適用するなど患者負担を増やさない制度に改善するよう強く要望します。

また、「社会保障・税一体改革大綱」（平成24年2月17日閣議決定）を受けて、平成24年6月より中医協において、控除対象外消費税問題についての「検証の場」が設置されましたが、それと並行して、政府税調において、社会保険診療報酬等に係る消費税課税のあり方についての検討の場を設置するよう強く求めます。

なお、社会保険診療報酬等に対する消費税非課税制度を課税制度に改めるにあたっては、医療は「消費」ではない旨を明示するため、消費税の名称を、例えば社会保障税等とすることも検討されるべきであると考えます。

3 医療機関に対する事業税の特例措置の存続

事業税における次の特例措置を恒久的に存続すること。

- ①社会保険診療報酬に対する非課税(個人、医療法人共通)
- ②自由診療収入等に対する軽減税率(医療法人のみ)

—事業税—

- 1) 政府の平成24年度税制改正大綱は、事業税における社会保険診療報酬に係る非課税措置について、「国民皆保険の中で必要な医療を提供するという観点や税負担の公平を図る観点を考慮した上で、地域医療を確保するために必要な措置について引き続き検討します」と、見直しを示唆しています。

さらに医療法人に対する軽減税率については、「税負担の公平を図る観点や、地域医療を確保するために必要な具体的な措置等についてのこれまでの議論を踏まえつつ、平成25年度税制改正において検討することとします」と、25年度改正論議のテーマとすることまで明示しています。

これら見直し論の論拠は「適正公平課税に反する」ということです。

事業税の趣旨は、事業に対する行政サービスの享受に応じた負担ということですが、そもそも医療は公共的なものであり、そのため医療法でも非営利性が義務付けられ、医療機関は住民健診、予防接種、学校医等の地域医療活動に積極的に取り組んでいます。

すなわち、医療機関は行政サービスを享受するというより、行政が行うべき公共的サービスを自ら担っている側である以上、税法の趣旨からみても、医療機関への特例措置が適正公平課税に反するというのは誤りです。

- 2) 事業税の非課税としては、非課税事業(林業、農業、鉱業)や非課税所得(公益法人等の収益事業以外の所得)等の包括的な規定により非課税とされているものが広範に存在します。

これに対し社会保険診療報酬に対する現行の措置内容は、課税標準の算定上の「課税除外措置」という限定的なものにすぎません。事業税の非課税制度全般の見直しもせず、ひとり医療のみを犠牲にすることは、あまりに社会保障を軽視するものです。

- 3) 医療機関の経営は長年の診療報酬抑制政策によりきわめて悪化しており、その弊害が救急医療や小児・周産期医療をはじめとして、もはや社会問題化した医療崩壊として現れています。

仮に、ここで事業税の特例を廃止するなどということがあれば、医療機関の経営の安定は決定的に損なわれ、地域医療の崩壊に拍車をかけることは明らかです。

4 持分のある医療法人が持分のない医療法人に移行する際の 移行税制の創設

持分のある医療法人が持分のない医療法人に円滑に移行できるように、医療法人のための移行税制を創設し、次の措置を講じていただきたい。

- ①移行時において、出資者にみなし配当課税を課さないこと。
- ②医療法人に相続税法第66条第4項の規定の適用による贈与税を課さないこと。

—相続税・贈与税・所得税・法人税—

平成18年改正医療法により、医療法人は持分のないことが原則とされましたが、法改正の趣旨から言えば、既存の持分のある医療法人も自主的に持分のない医療法人に移行できるようにすることが望ましいといえます。

この移行は、形式的には解散・設立手続きを経ず、法人格の同一性も維持したままの組織変更に過ぎず、実質的にも医業の継続性・発展性を阻害しないようにする必要があります。

そこで税制上、次の措置を講じることにより、移行を支援するよう要望します。

①持分のある医療法人が出資持分を拠出額として基金拠出型医療法人に移行する場合、拠出額が移行時前の出資額に対応する資本金等の額を上回る場合には、その上回る金額について、移行時に、出資者にみなし配当課税を課さないこと。

②持分のある医療法人が、基金拠出型医療法人を含む持分のない医療法人に移行する場合、相続税法施行令第33条第3項の同族要件等を見直し、医療法人に相続税法第66条第4項の規定の適用による贈与税を課さないこと。

5 相続税・贈与税の納税猶予制度の医療法人への拡充

持分のある社団医療法人に対して、中小企業の事業承継における相続税・贈与税の納税猶予制度と同様の制度を創設すること。

—相続税・贈与税—

相続税及び贈与税については、平成14年度改正で取引相場のない株式等についての相続税の課税価格の減額措置の創設、平成16年度改正で取引相場のない株式等についての相続税の課税価格の減額措置の上限金額の引上げ（3億円から10億円へ）があり、平成20年10月施行の「中小企業における経営の承継の円滑化に関する法律」を踏まえ、平成21年度改正で従来の減額措置を改組した、取引相場のない株式等についての相続税及び贈与税の納税猶予制度が創設されています。

しかし、この相続税・贈与税の納税猶予制度については、医療法人は適用することができません。

地域医療を確保するには、医療機関の円滑な事業承継がさらに図られ、医業水準の維持向上が期待できるものであることが望ましいことから、持分のある医療法人についても、取引相場のない株式等についての相続税・贈与税の納税猶予制度と同様の制度を創設すべきです。

6 持分のある医療法人が相続発生後5年以内に持分のない医療法人に移行する場合の相続税・贈与税猶予制度の創設

持分のある社団医療法人の出資者に相続が発生した場合、当該医療法人が持分のない医療法人に移行する予定であるときは、当該出資者に係る相続税・贈与税の納税を5年間猶予し、期間内に持分のない社団に移行することを条件に猶予税額を免除する制度を創設すること。

－相続税・贈与税－

第五次医療法改正により医療法人は持分のないことが基本とされ、持分のある社団医療法人の設立は禁止された。既存の持分のある医療法人は、当分の間、従前通り存続することとされていますが、改正法の趣旨からすれば、希望する医療法人は順次持分のない医療法人に移行できることが望ましいといえます。

ここで問題となるのは、持分のない社団医療法人に移行するには、「持分」を放棄する必要があるにもかかわらず、放棄することにより今度は医療法人に課税されてしまうことです。課税を回避するためには、同族役員規制や、都道府県医療計画に医療施設の名称が記載されていること等の要件を満たさなければなりません。

このため、移行はしたくともこれらの要件を充足するのに時間を要し、その準備期間中に相続が発生してしまう場合も少なからず発生すると見られます。仮に、移行準備中に相続が発生すると、相続人は高額な相続税を納めねばならなくなります。

相続人が税負担を強いられた医療法人では、持分のない社団医療法人に移行するモチベーションが失われてしまい、改正医療法の趣旨も達せられません。

かかる問題の発生を防止し、持分のない社団医療法人へのスムーズな移行を促すためにも、相続発生後に移行しても生前に移行したと同様の取扱いとする弾力的な措置を要望するものです。

7 社団医療法人の出資評価の見直し

財産評価基本通達における社団医療法人の出資の評価方法を見直し、営利企業の株式等の評価に比して著しく不利とならないよう改めること。

－相続税・贈与税－

持分のある医療法人において、とくに問題となるのは、事業承継の際の課税問題です。

出資持分が存する以上、これが相続税の課税対象となるのは当然であるが、その際の課税評価が一般の営利企業より高額になる現行の評価方法を見直し、せめて営利企業並みに改めていただきたいというのが本要望の主旨です。

現行の国税庁財産評価基本通達は、出資評価について規定した194-2において、評価方法として類似業種比準方式を掲げています。この方式は、市場性のない株式や出資持分について上場株式に準拠して評価することとし、利益、配当、資産の3要素から評価額を算出する計算式が設定されています。その際、医療法人は配当が禁止されているため、営利企業の評価ではカウントされる配当要素が除外されています。理論上これは一見正当ですが、いざ実際に適用すると、医療法人の出資評価額は無配当の営利企業よりも高額になってしまいます（「取引相場のない株式と医療法人出資の評価方法の比較（現行）」参照）。

こうした現状は医療資源保護という政策的な観点から見て不適切であるばかりでなく、財産評価理論としても、出資の財産価値という点でマイナスに作用する配当禁止が反映されていないという問題があります。

そこで現行の評価方法を見直し、持分ある社団医療法人の出資評価は、取引相場のない株式で無配当のものと同様の方法を適用することを求めます。

具体的には、現行の計算式の分母を「4」から「5」とし、分子に置くべき配当要素は「0」とするよう要望します。

[参考]

取引相場のない株式と医療法人出資の評価方法の比較（現行）

1 取引相場のない株式評価における類似業種比準価額の計算式

(財産評価基本通達180)

$$A \times \left\{ \frac{\frac{\text{㊸}}{B} + \frac{\text{㊹}}{C} \times 3 + \frac{\text{㊺}}{D}}{5} \right\} \times 0.7 \sim 0.5$$

A = 類似業種の株価

㊸ = 評価会社の1株当たりの配当金額

㊹ = " " " 1年間の利益金額

㊺ = " " " 直前期末の純資産価額（帳簿価額）

B = 類似業種の1株当たりの配当金額

C = " " " 年利益金額

D = " " " 純資産価額（帳簿価額）

2 医療法人の出資評価における類似業種比準価額の計算式

(財産評価基本通達194-2)

$$A \times \left\{ \frac{\frac{\text{㊹}}{C} \times 3 + \frac{\text{㊺}}{D}}{4} \right\} \times 0.7 \sim 0.5$$

類似業種目は「その他の産業」とする。

8 寄付金税制の整備

特定医療法人、社会医療法人及びその他の公益性を有する医療機関を特定公益増進法人の範囲に含めて、寄附者に対する措置（損金算入・寄附金控除）を講ずること。

— 所得税・法人税 —

特定医療法人、社会医療法人及びその他の公益性を有する医療機関のために、個人等が寄附した場合には、以下の措置を講ずる必要があります。

特定医療法人、社会医療法人及びその他の公益性を有する医療機関を、法人税法第37条第4項および所得税法第78条第2項第3号に規定する公益の増進に著しく寄与する法人の範囲に含めることより、寄附者に対する措置（損金算入・寄附金控除）を講ずることを要望します。

9 社会医療法人認定取消時の税制措置

社会医療法人の認定の取消を受けた場合において、従前の剰余金が直ちに課税の対象にならないよう必要な措置を講ずること。

— 法人税 —

社会医療法人の認定の取消を受けた場合には、簿価純資産価額から利益積立金額を控除した金額が法人税の課税対象とされます。しかし、これでは取消後において経営を継続することが困難となることも想定されるため、社会医療法人への移行を阻害する要因となっています。

安心して社会医療法人に移行できるようにするため、社会医療法人の認定の取消を受けた場合において、従前の剰余金が直ちに課税の対象にならないよう必要な措置（社会医療法人の認定取消を受けた医療法人を税法上の非営利型法人として取り扱うなど）を講ずることを要望します。

10 社会医療法人の附帯業務に対する法人税非課税

社会医療法人が行う医療保健業(附帯業務として行うものを除く。)を収益事業の範囲から除外するとされているが、附帯業務として行うものについても法人税非課税とすること。

—法人税—

社会医療法人が行う医療保健業(附帯業務として行うものを除く。)を収益事業の範囲から除外するとされているが、法人税別表第二(公益法人等の表)に明記されている学校法人や社会福祉法人にはこのような制約を付していません。

そこで、社会医療法人が附帯業務として行うものについても法人税非課税とすることを要望します。

11 病院・診療所用建物等の耐用年数の短縮

病院・診療所用の建物の耐用年数を短縮すること。

—所得税・法人税—

病院・診療所の建物は、医療法の改正、医学・医療技術の急速な進歩に応じて機能的陳腐化が著しくなっており、耐用年数の短縮が求められております(実態調査の結果)。

このようなことから、病院・診療所用の建物の耐用年数を短縮するよう要望します。

(参考) 病院・診療所用建物の耐用年数

(区 分)	(現 行)	(要 望)
○病院・診療所用建物		
・鉄骨鉄筋コンクリート造又は 鉄筋コンクリート造のもの	39年	31年

1 2 医療法人の法人税率軽減と特定医療法人の法人税非課税

医療法人の法人税率を、公益法人等の収益事業並みに引き下げられたい。また、特定医療法人に対する法人税は、原則非課税とされたい。

— 法人税 —

- 1) 医療法人は医療法に基づき設立された法人で、医療の公益性を反映して多くの規制を受けています。特に同法で剰余金の配当が禁止され、営利追求を目的としていないにもかかわらず、営利法人並みの税率を課されているのはきわめて不公平です。公益法人等や協同組合等の営む医療保健業に対する課税との公平を図る観点からも、医療法人の法人税率は現行の25.5%から19%へ引き下げるべきです。
- 2) 特定医療法人は、その組織、運営、最終財産の帰属等において、高い公益性の課された医療法人であり、その要件は、原則として法人税が非課税の社会福祉法人や農業協同組合連合会と同様であるにもかかわらず、特定医療法人のみが原則課税（税率19%）とされていることは、きわめて不公平です。したがって特定医療法人についても、原則として法人税は非課税とすべきです。

1 3 事業所内託児所の固定資産税等軽減

病院等に勤務する医師、看護師等の職場定着を支援するため、事業所内託児所について、固定資産税等について軽減措置を講ずること。

— 固定資産税・都市計画税・不動産取得税 —

病院等に勤務する医師、看護師等の子育て環境の不備は、勤務医師不足、看護師不足等の原因のひとつとなっています。そこで、医師や看護師等の職場定着に大きく寄与する事業所内託児所の設置を促すため、事業所内託児所については、固定資産税・都市計画税及び不動産取得税の軽減措置を講ずることを要望します。

1 4 福祉病院の固定資産税等非課税措置の恒久化

福祉病院の固定資産税等非課税措置を恒久化すること。

－固定資産税・都市計画税・不動産取得税－

特例民法法人が一般社団・財団法人に移行した場合における、無料低額診療事業を行う福祉病院に対する固定資産税・都市計画税及び不動産取得税について、平成20年度税制改正において平成25年までの経過措置として非課税となりましたが、これを恒久措置とすることを要望します。

平成24年11月13日

厚生労働大臣
三井 辨雄 殿

日本医師会会長	横倉 義武
日本歯科医師会会長	大久保 満男
日本薬剤師会会長	児玉 孝
日本病院会会長	堺 常雄
全日本病院協会会長	西澤 寛俊
日本医療法人協会会長	日野 頌三
日本精神科病院協会会長	山崎 學

要 望 書

医療において消費税が非課税であることによって発生する「控除対象外消費税問題」は、医療機関の長年の課題であり、医療界は一刻も早い解決を望んでおります。

去る8月10日に成立した消費税増税法(社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律・第7条第一号ト)では、「医療に係る消費税の課税のあり方については、引き続き検討する」とされました。

また、同法のなかで「医療機関等の消費税負担について、厚生労働省において定期的に検証する場を設ける」とされたことから、中央社会保険医療協議会の下に「医療機関等における消費税負担に関する分科会」が設置されました。

しかし、当該分科会の設置目的は、診療報酬における消費税に係る過去の対応を検証し、今後の診療報酬制度等における対応について検討することが主なものであることから、10月31日開催の第4回分科会において、社会保険診療に対する消費税の課税のあり方について、(当)分科会は決定を行う場ではないこと、分科会とは別の、「税制を協議する場での検討が必要である」ことについて全委員の意見が一致しました。

こうした動向を踏まえ、医療に係る消費税の課税のあり方については、法律に則った形で、政府税制調査会等、税制に関して協議する機関での検討を要望します。

平成25年1月24日

厚生労働省
医政局長 原 徳 壽 殿

一般社団法人日本病院会会長
社団法人全日本病院協会会長
社団法人日本医療法人協会会長
公益社団法人日本精神科病院協会会長

堀 常 寛 頌
西 澤 野 頌
日 野 頌
山 崎 頌



生体内圧力の計量単位について (要望)

血圧と眼球系及び眼科領域の圧力単位は、密接な関係にあり、国際的にも広く普及しております。また、医療機関・学術団体における各種ガイドラインや学術論文・学会において、mmHgの数値が標準的に使用されています。本邦のみが「パスカル (Pa)」を採用しますと、当該分野において国際社会で孤立し、以下に述べますように極めて重大な不具合を生じることから、眼圧単位における「水銀柱ミリメートル (mmHg)」に関しては、「Pa」ではなく、「mmHg」の使用を、永久的にお認めいただくよう強く要望いたします。

また、認められなかった場合においては、眼圧以外の頭蓋内圧、膀胱内圧等の単位の変更を含め、十分な期間を確保し周知を図るとともに、計測機器に両値表示等の措置を講じられたい。

1. 眼科領域の圧力単位としては、眼圧 (眼球圧力) 及び眼血管系の血圧 (眼動脈圧、上強膜静脈圧等) が代表的なものです。眼圧と眼動脈圧の圧差は眼灌流圧として、又眼圧と上強膜静脈圧の圧差は流出圧として眼科臨床上欠くべからず重要な値として汎用されています。もし眼圧がPa、血圧は従来通りmmHg表示となると、両者の単位が異なり眼灌流圧、流出圧の算出に大きな混乱が生じることとなります。
2. 欧米では、血液ガス測定単位に例外的にkPaを採用しているオランダ、イギリスでさえも従来通り眼圧も血圧もmmHgを例外なく使用し単位変更の動きは全くみられません。本邦一国のみが世界の中で眼圧をPaとしますと、輸出入されるすべての医療機器において、単位変更のために、機器の各表示変更が必要になります。このことは輸出入における大きな障壁となることは間違いありません。また、国際的な論文、学会発表においても、PaからmmHgに変換する必要が生じ、学術上も大きな不都合が生じることとなります。
3. 上記1. で述べた如く、血圧、眼圧は同一線上で理解すべき指標ですが、血圧系がmmHgで眼圧がPaで通告されますと、従来mmHgでの値を受け入れて理解してきた患者、医療側両者間で多大且つ無用の混乱が生じ、結果的には国民福祉、医療サービスの大幅な低下につながります。また、医療安全の観点からも重大な支障を招くこととなります。
4. 緑内障診断には眼圧測定が不可欠であります。従来の患者啓発等は全てmmHg単位で行っており、これがPaとなれば無用且長々とした説明が必要となり、特に年配の患者様には理解してもらえない可能性が極めて高く、医療側及び特に患者様側にとって極めて大きな不利益になります。同様に、眼圧は健診や人間ドックなどでも測定されており、これらのmmHg表記を変更することになれば、眼科領域のみならず多くの領域に影響が及びます。
これらのmmHg表記の変更は、国民の疾患理解に混乱が生じ、医療行政上の損失も計り知れないと考えられます。

**「診療に関連した予期しない有害事象
(死亡・重大事故)の調査のあり方」**

平成 25 年 1 月

四病院団体協議会 医療安全対策委員会

診療に関連した予期しない有害事象（死亡・重大事故）の調査のあり方

1. 目的

- (1) 診療に関連した予期しない有害事象（死亡ないしは重大事故）の調査機関設立の目的は、診療に関連した予期しない有害事象の要因分析と再発防止、それによる医療の質と安全の向上、および医療の透明性・公明性・信頼性の確保である。
- (2) 医療の不確実性の中で、医療側が自律的に再発防止のための原因分析に専念するために、医療外紛争処理や補償制度はこの制度とは別枠で検討すべきである。
- (3) 医療は現在、個人によってなされるものから多職種連携の上に成り立っている以上、診療に関連した予期しない有害事象の調査は、医療従事者個人の責任追及の結果をもたらすものであってはならない。
- (4) 医療安全システムのWHOガイドラインに基づき、原因究明のために、院内事故調査委員会が収集・作成した資料及び報告書は、当事者に不利となる使われ方をすべきではない。

2. 定義

ここで「診療に関連した予期しない有害事象（死亡ないしは重大事故）」とは、疾病の自然経過や診療行為に関連し、予期しないものをいう。

3. 医療機関における医療安全確保及び診療に関連した予期しない有害事象への対応

- (1) 病院、または診療所の管理者は、医療の安全を確保するための医療安全委員会を常設し、医療の安全を確保するための措置を講じる。
- (2) 当該医療機関は、診療に関連した予期しない有害事象が発生したときに、患者・患者家族の意志とは別に独立して、院内事故調査委員会を設け、原因を究明する調査を行う（必要に応じて、解剖やAiを実施）。
- (3) 院内事故調査委員会の設置にあたり、医師会、病院団体や大学等に支援を依頼

することができる。

- (4) 調査報告書に基づき、病院は患者、患者家族への説明を適宜行う。
- (5) 病院が重要と判断した有害事象発生時には、地方に設置する院外事故調査検証委員会（チーム）へ、患者や患者家族の意志とは関係なく報告する。
- (6) 院外事故調査検証委員会（チーム）は、第三者を旨とする。各地方で、医師会、病院団体、大学病院等の医療専門職（事故に関係する専門領域の医療関係者を含む）で構成し、院内事故調査委員会の資料を分析・評価する。
- (7) 院外調査報告書の結果の患者・患者家族への説明は、病院が適宜行う。
- (8) 院外事故調査検証委員会は、匿名化した上で中央に設けられた中央事故調査機関に報告し、医療関係者以外の意見も加えて、原因究明のための事例収集とともに再発防止に重点を置いた中立性の高い報告書を作成し、広く注意を喚起する。この調査機関として、日本医療機能評価機構等を発展的に活用する。

4. 医師法第 21 条

医師法第 21 条は、その立法の精神に戻り、拡大解釈しないものとする。

四病院団体協議会 医療安全対策委員会 委員

(平成 25 年 1 月現在)

日本病院会	副会長	高橋 正彦
日本病院会	常任理事	木村 壯介
全日本病院協会	副会長	神野 正博 (委員長)
全日本病院協会	常任理事	飯田 修平
全日本病院協会	常任理事	徳田 禎久
日本医療法人協会	副会長	加納 繁照
日本医療法人協会	副会長	伊藤 伸一
日本医療法人協会	常務理事	小田原 良治
日本精神科病院協会	常務理事	高宮 眞樹
日本精神科病院協会	理事	佐藤 譲二
日本精神科病院協会	監事	松尾 典夫

平成25年1月9日

厚生労働大臣
田村 憲久 殿

日本病院団体協議会	議長	深尾 立
国立大学附属病院長会議	常置委員会委員長	宮崎 高明
独立行政法人国立病院機構	副会長	邊見 公雄
一般社団法人全国公私病院連盟	会長	邊見 公雄
公益社団法人全国自治体病院協議会	会長	西澤 寛俊
社団法人全日本病院協会	会長	日野 頌三
社団法人日本医療法人協会	病院区会担当理事	小山 信彌
一般社団法人日本私立医科大学協会	会長	山崎 學
公益社団法人日本精神科病院協会	会長	堺 常雄
一般社団法人日本病院会	会長	武久 洋三
一般社団法人日本慢性期医療協会	理事長	武谷 雄二
独立行政法人労働者健康福祉機構		

世界に例を見ない高齢社会の到来を控え、国民等しく安心して良い医療を受けることを引き続き確保してゆくため、国民皆保険制度を存続するとともに、医療の非営利性を守り、必要な医療財源の確保を強く要望いたします。

具体的には下記の項目についてご配慮願います。

記

1. 高度・急性期医療機能の充実
2. 地域医療の充実
3. 医療機能に応じた診療報酬体系の確立
4. 医療に関わる死因究明制度等の早期確立
5. 医療施設への消費税の原則課税と軽減税率化

以上

平成 25 年 2 月 7 日

厚生労働省保険局長
木倉 敬之 殿

日本病院団体協議会	議長	深尾 立
国立大学附属病院長会議	常置委員会委員長	宮崎 勝
独立行政法人国立病院機構	副会長	高明
一般社団法人全国公私病院連盟	会長	邊見 公雄
公益社団法人全国自治体病院協議会	会長	邊見 公雄
社団法人全日本病院協会	会長	西澤 寛俊
社団法人日本医療法人協会	会長	日野 頌三
一般社団法人日本私立医科大学協会	病院部会担当理事	小山 信彌
公益社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學
一般社団法人日本病院会	会長	堺 常雄
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	武久 洋三
独立行政法人労働者健康福祉機構	千葉労災病院名誉院長	深尾 立

要 望 書

現在、中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会において、入院基本料のあり方が検討されている。

この度、日本病院団体協議会は、中長期的な診療報酬体系における「入院基本料の設定に関する考え方とその調査方法について」と、次期診療報酬改定に対する短期的な「入院料（入院基本料・特定入院料等）における人員配置について」を纏めたので要望する。

入院基本料の設定に対する考え方とその調査方法について

(基本的な考え方)

平成 24 年度の中医協基本問題小委員会では、基本診療料について論議されることとなった。

診療報酬制度の開始以来、基本診療料はデータに基づいて報酬が決定されたものではなかった。しかし、今後の基本診療料については、エビデンスのある、そして長期的視野に立った評価及び診療報酬の設定が必要である。

ここでは、基本診療料の中の入院基本料について、その設定方法を提案する。

(入院基本料の定義)

入院基本料の定義は、次の費用を包含し、かつ医療の継続のための再投資が可能となる報酬とする。

1. 基本的な医学管理に必要な費用
2. 基本的な医療従事者配置に必要な費用
3. 基本的な施設・設備及び環境の維持に必要な費用

(病院サンプリングとモデル病院)

入院基本料の調査においては、病院をサンプリングして費用を解析する方法と、モデル病院を設定して費用を分析する方法がある。ここでは、両者を設定できる方法を提案する。

(病院サンプリング)

次の項目により層化抽出した病院の費用調査を行い、費用分析する。

1. 病院規模別 (200 床未満、200 床～499 床、500 床以上)
2. 病床種別 (一般病床、療養病床、精神病床、ケアミックス)
3. 立地条件別 (大都市、地方都市、郡部)

(費用分析)

費用分析には、調査方法が確立している「部門別収支に関する調査研究」の解析手法を利用する。

1. データ収集

「部門設定調査」「収支状況調査」「医師勤務調査」により、データを収集する。

2. 一次計上

各部門(病棟、外来診療室、手術室、総務課等)の費用を計上する。ここには、病院会計準則に基づいた費用が計上される。

それらを入院部門、外来部門、中央診療部門、補助・管理部門に分ける。

入院部門			外来部門			中央診療部門				補助管理部門	
内科	外科	…	内科	外科	…	手術	検査	画像診断	…	診療支援系	運営管理系

3. 二次配賦

補助・管理部門の費用を、入院部門、外来部門、中央診療部門に配賦する。

入院部門			外来部門			中央診療部門				補助管理部門	
内科	外科	…	内科	外科	…	手術	検査	画像診断	…	診療支援系	運営管理系
										←	

- 入院部門と二次配賦された入院部門に対応する補助・管理部門費用を合計する。この数値には、医師勤務調査及び配置職員による人件費、補助・管理費用が含まれている。従って、この合計値を入院患者総数で割った数値が、入院基本料の単価となる。
- 外来部門において同様の作業を行うと、外来診察料の基礎資料となる。また、中央診療部門（入院・外来含む）は、手術室・検査室・画像診断・リハビリテーション、等で構成されている。この値を、それぞれの施行件数、作業量を勘案して解析することで、特掲診療料の基礎資料となる。

(モデル病院の費用設定)

費用分析を行うとともに、層化抽出された各医療機関より人員配置、施設・設備等の過不足についても調査を行い、その費用の調整を行うことで、モデル病院の費用が設定可能である。

入院料（入院基本料・特定入院料等）における人員配置について

入院料（入院基本料・特定入院料等）における人員配置について、下記の考え方を導入することを要望する

- 現行の入院料は分類（40種類ほど）が細かすぎるうえに、通知において極めて微細な事項まで定められている。これらの分類は、医療必要度や入院目的に応じてグループ化するとともに算定要件等を簡素化することにより、誤解を生じない解りやすい制度とすべきである。
- 医療機関の入院患者数、状態像、医療必要度、等は一定ではなく、日々変化するものである。臨床現場における医療必要度（リハビリテーション、日常生活動作援助、等を含む）の状況を数値化できるとともに、個々の医療機関にとって最適な人員配置を行える制度に変更すべきである。
- 現行では看護師数により入院料が区分されている。しかし、チーム医療が主体となっている現状を鑑み、医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・リハビリテーション職・MSW・PSW・医師事務作業補助者・看護補助者・医療事務等の多職種連携により入院料が決定されるべきである。
- これらのためには入院患者の医療必要度が数値化され、その累計により一定期間（6または12か月程度）に必要な職員配置数を示すことのできる方式を作成しなければならない。この方式の作成には十分な調査と分析を行い、客観的な理論構築が必要である。
- この方式により、超急性期（ICU・CCU・SCU・NICU等）、急性期、亜急性期／回復期、慢性期等、各病期における一定期間の適正な人員配置数を示すことができる。また、夜勤職員配置（看護師、看護補助者、等）にも応用できる。
- そして精神疾患、各種障害、周産期、児童・思春期等においても、この考え方の応用が可能である。

以上

平成25年3月8日

厚生労働省医政局長
原 徳壽 殿

日本病院団体協議会	議長	深尾 立
国立大学附属病院長会議	常置委員長	吉崎 勝
独立行政法人国立病院機構	副委員長	桐野 高明
一般社団法人全国公私病院連盟	会長	高橋 正彦
公益社団法人全国自治体病院協議会	会長	邊見 公雄
社団法人全日本病院協会	会長	西澤 寛俊
社団法人日本医療法人協会	会長	日野 頌三
一般社団法人日本私立医科大学協会	病院部会担当理事	小山 信彌
公益社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學
一般社団法人日本病院会	会長	堺 常雄
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	武久 洋三
独立行政法人労働者健康福祉機構	千葉労災病院名誉院長	深尾 立

日本病院団体協議会
「診療に関連した予期しない死因究明制度の考え方」の
提出について

平素は、本協議会事業に対しまして格別なるご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、私ども日本病院団体協議会は、死因究明制度等につきまして、診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループにて議論を重ね、2月22日の第99回代表者会議において「診療に関連した予期しない死因究明制度の考え方」を取りまとめました。

つきましては、本日ここに本文書を提出させていただきますので、貴省における当該事項の今後のご検討の際に、何卒ご配慮賜りますようお願い申し上げます。

平成 25 年 2 月 22 日

日本病院団体協議会

診療に関連した予期しない死因究明制度の考え方

1 目的

- (1) 診療に関連した予期しない死因究明制度の設立の目的は、診療に関連した予期しない死亡の原因分析とそれによる再発防止を図り、もって医療の質と安全の向上、及び医療の透明性・公明性・信頼性を確保することである。
- (2) 医療の不確実性の中で、医療側が自律的に再発防止のための死因究明に専念するために、医療外紛争処理や補償制度はこの死因究明制度とは別に設立するべきである。
- (3) 医療は、かつては個人によってなされてきたが、現在は多職種の連携の上に成り立っている以上、診療に関連した予期しない死亡の調査は医療従事者個人の責任追及の結果をもたらすものであってはならない。
- (4) 有害事象の報告・学習システムのためのWHOガイドラインに基づき、原因究明のために、院内事故調査委員会が収集・作成した資料及び報告書は、当事者に不利となる使われ方をすべきではない。

2 定義

ここで「診療に関連した予期しない死亡」とは、疾病の自然経過や診療行為に関連し、説明ができない予期しないものをいう。ただし、故意または悪意の場合は除外する。

3 医療機関における診療に関連した予期しない死亡への対応

- (1) 当該医療機関は、診療に関連した予期しない死亡が発生したときに、遺族の意思にかかわらず、院内事故調査委員会を設け、原因を究明する調査を行う。必要に応じて、解剖やAi等を実施する。
- (2) 院内事故調査委員会の設置にあたり、医師会、病院団体や大学等に支援を依頼することができる。
- (3) 調査報告書に基づき、病院は遺族への説明を適宜行う。
- (4) 診療に関連した予期しない死亡例は、原則として原因究明のために地方に設置する院外事故調査委員会（チーム）へ、遺族の意思とは関係なく検証を求めることとする。
- (5) 院外事故調査委員会（チーム）は、第三者によって構成する。各地方で、医師会、病院団体、大学病院等の医療専門職（事故に関係する専門領域の医療関係者を含む）で構成し、院内事故調査委員会の資料を検証する。
- (6) 院外調査報告書の結果の遺族への説明は、病院が適宜行う。
- (7) 院外事故調査委員会は、匿名化した上で中央に設けられた中央事故調査機関に報告し、中央事故調査機関は医療関係者以外の意見も加えて、原因究明のための事例収集とともに再発防止に重点を置いた中立性の高い報告書を作成し、広く注意を喚起する。この調査機関として、日本医療機能評価機構等を発展的に活用する。

4 医師法第 21 条

医師法第 21 条は、その立法の精神に戻り、拡大解釈しないものとする。

以上

日本病院団体協議会のあゆみ ＜平成17年度～平成24年度＞

日本病院団体協議会

【はじめに】

日本病院団体協議会（以下、日病協）は、平成 17 年 4 月、厚生労働省から診療報酬改定に関する要望について、従前、各病院団体から個別に要望を受理していたが、平成 18 年度改定から病院団体の要望は一本化してほしい旨の要望がありました。このことを受け病院団体の窓口となるべく結成されたものであります。

以降、診療報酬改定に際しましては毎回、日病協として要望を行い、一定の成果を上げて参りました。同年 9 月には「中医協の在り方に関する有識者会議」の報告を受け、厚生労働大臣から日本医師会を通じ「医師を代表する委員」2 名の推薦名簿の提出依頼を受け提出いたしました。

一方、各病院団体に共通する問題として特に死因究明問題に関しワーキンググループを設置し検討を行う等活动して参りました。

ここに日病協 8 年間に亘る活動状況についてとりまとめましたのでご高覧に供します。

活動内容の詳細につきましては本文をご一読いただくとともに、日病協は今後も引き続き診療報酬はもとより各病院団体に共通する諸問題につきまして協議し活動して参る所存であります。

関係各位のご支援ご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

平成 2 5 年 3 月

日本病院団体協議会
議長 深尾 立

【目次】

	ページ
はじめに	2
○平成 17 年度：豊田堯議長（日本医療法人協会 会長）	4
○平成 18 年度：竹内正也議長（全国公私病院連盟 会長）	7
○平成 19 年度：鮫島健議長（日本精神科病院協会 会長）	11
○平成 20 年度：山本修三議長（日本病院会 会長）	16
○平成 21 年度：小山信彌議長（日本私立医科大学協会 病院部会担当理事）	20
○平成 22 年度：邊見公雄議長（全国自治体病院協議会 会長）	28
○平成 23 年度：西澤寛俊議長（全日本病院協会 会長）	33
○平成 24 年度：深尾立議長（労働者健康福祉機構・千葉労災病院 名誉院長）	42
代表者会議議長・副議長一覧	48
会議委員一覧	49
日本病院団体協議会運営要綱	53

○平成 17 年度：豊田堯議長（日本医療法人協会 会長）

平成 17 年 4 月 4 日、麦谷眞里・厚生労働省（以下、厚労省）保険局医療課長から病院関係団体に対して、次期診療報酬改定に向けて病院団体の窓口を一本化し、要望を取りまとめてもらいたい旨要請されたことを受けて、当日出席の 7 団体（全国公私病院連盟、全国自治体病院協議会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本私立医科大学協会、日本精神科病院協会、日本病院会）は、厚労省に対して協力体制を取ることで合意し、第 1 回会議を 4 月 26 日に開催した。第 1 回会議では、豊田堯・日本医療法人協会会長が議長となり議事を進行。この会議の名称を日本病院団体協議会とし、当面の間、事務所を日本病院会（東京都千代田区）に置くこととしたほか、新たに国立大学附属病院長会議、日本療養病床協会の 2 団体の加盟申請を承認するなどした。

その後、5 月 23 日の第 2 回会議では、日病協は参加団体の目的を達成するため共通事項を検討し提言するゆるやかな合議体とすること、参加団体は全国組織の病院団体とし、その都度代表者会議へ入会を認めるか否かを図ること等、基本的な枠組みについて協議。同時に「代表者会議」、「実務者会議」、「事務連絡会議」の 3 つの会議を設置することなどを決定した。診療報酬改定に向けた要望事項の検討は実務者会議のうちの一つである診療報酬実務者会議（齊藤寿一委員長（日本病院会常任理事））（以下、実務者会議）が担当、当面の課題として厚労省より検討の依頼を受けた「門前診療所」、「地域医療計画」、「将来を見据えた診療報酬と医療提供体制のあり方」については代表者会議が担当することとし、事務連絡会議は会議運営上生じる経費負担を調整するなどの役割とした。さらに、6 月 22 日の第 3 回代表者会議にて、国立病院機構、労働者健康福祉機構の入会を承認し、ほぼ現行の体制（加盟 11 団体）となったほか、実務者会議は代表者会議の諮問機関であることを再確認した。

この間、平成 14 年度診療報酬改定における中央社会保険医療協議会（以下、中医協）を巡る贈収賄事件を受けて、厚労省は中医協の在り方に関する有識者会議を設置して平成 17 年 2 月より検討を重ね、同 7 月 20 日に報告書（『中央社会保険医療協議会の新たな出発のために』）を公表。この中で中医協・診療側委員の委員構成については「医師を代表する 5 名の委員について、病院の意見がより適切に反映されるよう、委員構成を見直すべきであり、2 名を病院の意見を反映できる医師とするべきである」、「病院の意見を反映できる医師は、国民の目に見え、納得できるような形で選ばれるべきであり、病院団体自身が作成した推薦名簿が透明なプロセスで厚生労働大臣に届けられる仕組みとするべきである」（以上、報告書より抜粋）等のようにされ、公表後の記者会見で尾辻秀

久・厚生労働大臣は診療側委員の選出母体として日病協の名前をあげた。これを受けて日病協は7月21日に「これまでの各病院団体の主張をしっかりと受け止めていただいたものであり、日本病院団体協議会として大いに評価する」旨の声明を発表。ゆるやかな合議体としていた自らの組織のあり方・運営方法について明文化（規約の作成）することとしたほか、中医協委員の選出について同時並行的に議論を実施した。

8月8日、豊田堯・日本医療法人協会会長を正式に議長（第1期）に選出し（任期は平成18年3月31日までとし、以後の議長は1年間。副議長も同じ）、運営要綱について細部を詰め、この中で日病協は各団体共通の認識を得られた事項を扱うという方向性から多数決は馴染めないとして「代表者会議の議決は、全員一致を原則とする」ことも決定した。二日後の8月10日の代表者会議では、豊田議長が星和夫・全国公私病院連盟副会長を代表者会議副議長に指名し、全員一致で承認したものの、同17日の会議において全国公私病院連盟側（星副議長）からの、星氏の副議長就任は運営要綱第7条第2項の規定（議長・副議長は各構成団体の代表者の互選とする）から読み取れない旨を理由とする副議長辞退の申入れを受け、同連盟の竹内正也会長を全員一致で代表者会議副議長に選出した。

また、中医協委員について豊田議長は「中医協委員として出ていく者は母体の病院団体の意見ではなく、日病協を代表して意見を述べてもらいたい。開設主体に関わる固有の問題、中小病院特有の問題を共通認識として持つ必要があり、そのために誰が出て対応できるようなサポート体制を敷きたい」との意向を示した。具体的な委員選出方法については代表者会議委員より、「公私から1名ずつ」、「200床以上、未満から1名ずつ」、「急性期、慢性期から1名ずつ」など所属する病院の機能別、「1期2年」、「最低でも2期4年」など任期、「選出母体となる病院団体の特定」、「病院団体を特定せず、人物本位」など所属団体の有無等、種々の意見が出されたものの、意見の一致をみなかったため、初めての委員推薦にあたっては委員を引き受けられる団体を公募することとした。

続く8月31日の代表者会議までに全国公私病院連盟、全国自治体病院協議会、全日本病院協会、日本精神科病院協会、日本病院会の5団体が手あげしたため、いずれの病院団体を推挙するか協議したものの、再び意見集約に至らず、豊田議長はこれら5団体がいずれも適任の候補者を推薦でき、また時間的な制約もあるとして、先に委員を選任する病院団体を決定することとし、この日の代表者会議に出席した10団体（労働者健康福祉機構は途中退席）で、2名連記によ

る投票を実施。得票数上位の日本病院会と全国公私病院連盟から委員を推薦することとされ、当該結果を豊田議長が代表者会議に諮り、全員一致で承認した。

なお、議長の権限において実施された中医協委員を推薦する病院団体の決定方法（投票による多数決）に関し、9月7日の代表者会議において「全員一致を原則とする」という日病協の規約の解釈について協議を実施。「原則は守るべきであるが、常に原則どおりにしなければならないものでもない」、「11団体の集まりでもあるため全員一致が見られない場合もあり、議長の裁量で運営されることも有りうる」、「委員推薦に手あげした団体だけで話し合うなど特定の団体同士で決めるのは透明性が無く、会議の中で議論して決めたことに意義がある」等の意見が出され、それまでの豊田議長の議事進行が承認された形となった。

9月7日の代表者会議において全国公私病院連盟は邊見公雄・副会長、日本病院会は石井暎禧・常任理事を中医協委員候補とすることを提案し、全員一致で了承。その後、尾辻厚生労働大臣より中医協委員候補2名の推薦名簿提出の依頼を受けたため両氏を推薦し、2名ともに9月28日の中医協総会にて委員に任命された。

その一方、日病協は本来の設立目的の一つである次期診療報酬改定に向けた要望事項について実務者会議にて継続的に審議を重ね、日病協として初めての要望書となる『平成18年度診療報酬改定要望事項』（案）を8月17日の代表者会議にて承認。8月23日に豊田議長及び齊藤実務者会議委員長が麦谷医療課長を訪ね、尾辻厚生労働大臣宛の要望事項を提出。複数診療科受診の際の各科算定実現については懸念が示されたものの、それ以外は後日改めて細部に亘り調整を図りたい旨の回答があるなどした。

【平成18年度診療報酬改定要望事項】（12項目）

- | | |
|-------|-----------------------|
| 要望事項1 | 医療安全への点数評価 |
| 要望事項2 | 看護職員配置比率の新設 |
| 要望事項3 | 療養病床基準の新設 |
| 要望事項4 | 他医療機関受診時の入院基本料 |
| 要望事項5 | NST（栄養支援チーム）管理加算の新設 |
| 要望事項6 | 初診料および再診料・外来診療料算定の見直し |
| 要望事項7 | 紹介率の計算式の改善 |
| 要望事項8 | 診療録管理体制加算 |

- 要望事項 9 精神科認知症診療料
- 要望事項 10 重度認知症管理加算
- 要望事項 11 手術の施設基準による診療報酬逡減性の廃止
- 要望事項 12 DPC関連要望事項

関連して10月20日には、中医協改革の中で診療報酬改定に係る基本的な医療政策の審議を社会保障審議会医療部会及び医療保険部会の両部会に委ねたものの、殊に医療保険部会の委員構成は必ずしも病院医療に精通した学識経験者の意見が十分に反映される形となっていないため、日病協から委員を加えるよう求める『社会保障審議会医療保険部会委員について』（お願い）を水田邦雄・厚労省保険局長に提出したほか、12月26日には厚労省からの依頼を受けて実施した『特定療養費算定状況、同一日における複数診療科受診』に関する調査結果を厚労省保険局医療課に提出した。

また、厚労省から発表された医療制度構造改革試案に対して『見解』を取りまとめ、豊田議長らが自由民主党「社会保障制度調査会医療委員会」、公明党「社会保障制度調査会医療制度委員会」にて『見解』を基に意見陳述を行い、その他、12月18日に平成18年度診療報酬改定幅がマイナス3.16%に決着したことに対し、12月26日付で「今回の引き下げ措置は、社会基盤を形成する医療の特性を無視したものであり、誠に遺憾である」などの見解を表明した。

○平成18年度：竹内正也議長（全国公私病院連盟 会長）

第2期（平成18年度）は、前年、副議長を務めた竹内正也・全国公私病院連盟会長が議長に就任。竹内議長が鮫島健・日本精神科病院協会会長を副議長に指名し、全員一致で承認された（4月28日）。また、実務者会議の副委員長に佐藤裕俊・全国自治体病院協議会参与が就任した（5月12日）。

4月26日、日病協の議論の進め方について検討を行った結果、発足時には診療報酬問題に限定した議論を行う団体としてスタートしたものの、当該問題だけを取り上げて議論しては立ち行かなくなるとの指摘が多く寄せられ、診療報酬の問題に併せて医療政策的な問題についても議論していくことで同意を得た。このため、6月30日の代表者会議において医療制度・政策を検討するワーキンググループの設置について協議したところ、実務者会議の下に設置することとして、8月29日には検討テーマ等、ワーキンググループに関する対応を齊藤実務者会議委員長に一任。平成19年1月26日の代表者会議におい

て、高齢者医療のあり方に関するワーキンググループ（座長：安藤高朗・日本療養病床協会副会長）及びDPCのあり方に関するワーキンググループ（座長：小山信彌・日本私立医科大学協会病院部会担当理事）の設置が承認され、それぞれが3月26日に第1回会議を開催した。

さらに竹内議長は、保険局医療課をはじめとして、厚労省当局担当官等との懇談の機会を持ち、日病協の意見を具現化していきたいとして、全団体が揃う代表者会議の中で実施することを決め、5回にわたり意見交換会を実施した。

【意見交換会・講演者】

1. 10月30日 「医師確保を中心に」
白石順一・厚生労働審議官（医政・医療保険担当）
2. 11月24日 「医療安全を考える」
佐原康之・厚生省医政局総務課医療安全推進室長
3. 12月22日 「最近の看護師事情について」
野村陽子・厚生省医政局看護課長
4. 1月26日 「少子高齢社会を支える国民医療」
唐澤祥人・日本医師会会長
5. 2月23日 「後期高齢者医療について」
原 徳壽・厚生省保険局医療課長

診療報酬改定に係る活動としては、平成18年度診療報酬改定において、入院基本料における看護基準が大幅に変更されたことを問題視し、北海道病院協会及び日本精神科病院協会の調査結果を基に、8月21日に竹内議長らが『看護師問題についての緊急要望書』を厚生省保険局医療課へ提出した。

【看護師問題についての緊急要望書】（3項目）

1. 一般病床・精神病床・療養病床の入院基本料に関する施設基準における看護要員の「月平均夜勤時間数72時間以下」の規定については、地域における一般病床・精神病床・療養病床の看護師需給状況を鑑みた上で、当分の間、弾力的に運用する。
2. 一般病床における10対1及び13対1の入院基本料を算定する病棟のうち、看護師比率7割以上を満たすことができない病棟において、看護師比率が4割以上の病棟であれば、当分の間、入院基本料を減算することで、10対1及び13対1の入院基本料を届出できるようにする。
3. 平成18年3月23日付厚生省保険局医療課長通知「『基本診療料の施設基準

等及びその届出に関する手続きの取扱いについて』の一部改正について」における一般病棟・精神病棟入院基本料の看護師比率4割未満に関する経過措置及び「緊急時やむ得ないときは看護補助者が夜勤を行うことができる」の経過措置を当分の間、存続させる。

【厚労省からの回答（9月25日）】

1. 看護職員配置の算出方法の基準の明確化
2. 都道府県ナースセンターの積極的な利用勧奨
3. 平成18年度新規事業として「看護職員の確保が困難な地域・医療機関の看護職員確保モデル事業」の取り組み勧奨

また、7月より実施した『平成18年度診療報酬改定影響度調査』（日病協加盟7,395病院を対象、有効回答1,601、有効回答率21.6%）について、診療報酬が改定された4月と前月及び前年同月との比較において概ね2%減収との結果になり、本来改定率のマイナス3%程度となるはずの減収幅がマイナス2%に留まったのは療養病床やリハビリの影響が入っていない等、マイナス分に入っていない数字があるためと代表者会議は結論付けた上で、11月29日の中医協・総会（第95回）に提出し、石井中医協委員が報告した。

平成19年1月10日には『看護師確保対策等について』（要望書）を松谷有希雄・厚労省医政局長ほか同省関係部局、日本医師会及び自由民主党に提出。四病院団体協議会から日病協として採択の要請を受け、協議の結果趣旨に異論はないとして受け入れたもので、平成18年度診療報酬改定において新設された7対1入院基本料の診療報酬点数が高いために過度の看護師募集が行われ、看護師の不足、偏在を起ししかねないとして看護師確保のための方策の実施を要望した。

【看護師確保対策等について】（要望）（5項目）

1. 7対1入院基本料について（高い設置基準の設定）
2. 全国55万人の潜在看護師の掘り起こし・ナースバンクの活性化
3. 看護師の届出制度の法制化
4. 養成校の充実強化のための補助金の増額
5. 第6次看護職員需給見通しの再策定について

なお、日病協は厚労省に対し中医協への同要望書の提出を求めたが、「趣旨」について述べた要望書は資料として中医協には提出できないとされ、石井中医

協委員が1月17日の中医協総会において口頭で説明することとなったが、直近数カ月間の議論の流れも踏まえ、本当に必要度に即して看護師募集が行われているかといったことについては何らかのルールが必要ではないか等の意見が支払側、診療側で一致しているとして、土田武史・中医協会長は建議することを決め、1月31日、柳澤伯夫・厚生労働大臣に建議書を提出した。

【建議書】（参考：中医協）

1. 看護職員の配置数等を満たした病院について届出を認めるという現行の7対1入院基本料の基準を見直し、急性期等手厚い看護が必要な入院患者が多い病院等に限って届出が可能となるようなものとする。
2. 手厚い看護を必要とする患者の判定方法等に関する基準の在り方について、必要な研究に早急に着手し、その結果を踏まえて、平成20年度の診療報酬改定において対応すること。
3. 看護職員確保に関する各般の施策について、積極的に取り組むこと。

さらに日病協は中医協が建議するにせよ、7対1看護の新設から派生した問題について病院団体として意見を発信していくべきとして、『7対1看護配置問題に係る緊急是正要望について』を取りまとめ、2月14日、柳澤厚生労働大臣ほか同省関係部局、日本医師会及び国会議員に提出したほか、中医協委員全員に郵送にて提出した。また同日は『臨床工学技士業務指針の改正に関する要望』を松谷医政局長に提出した。

【7対1看護配置問題に係る緊急是正要望について】（2項目）

1. 夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数72時間以下の要件を努力目標にする等、弾力的扱いとする。
2. 入院基本料の施設基準として掲げられている看護師比率について、当分の間、弾力的扱いとする。

【臨床工学技士業務指針の改正に関する要望】（4項目）

1. 人工呼吸器装着時の痰等の吸引行為（の許可）について
2. 生命維持管理装置使用時における採血（の許可）について
3. 手術関連機器（電気メス等の業務指針への追加）について
4. 埋込式ペースメーカー（の業務指針への記載）について

中医協委員がおおよそ半年後に1期目を終える時期となった2月23日の代表者会議では、翌3月より中医協委員の団体推薦制が廃止されることとなり、当

月中に委員交替を行えば新任者の任期は2年になるのではないかといった意見も出される中で、次期中医協委員への交替時期等についても検討を実施。当月の会議では結論が出ず、3月23日の代表者会議にて石井、邊見 両中医協委員同席のもと再び議論した結果、9月までの残任期間は現委員で臨むこととされ、新年度の新議長のもとでの継続審議事項とした。

その他、平成18年6月13日には麦谷医療課長よりWHO事務局長に尾身茂氏が立候補したことに対する協力要請を受け、12月22日に惜しくも落選（中国のマーガレット・チャン氏が当選）した旨の選挙結果の報告を受けた。

厚労省より依頼を受けて日病協より下記のとおり委員推薦した。

依頼者	依頼内容	被推薦者	承認日
厚生労働省	医療関連サービス基本問題 検討会寝具類洗濯専門部会 委員	中島 昭 関口 令安	18.8.29
	診療行為に関連した死亡に 係る死因究明制度等の在り 方に関する検討会委員	堺 秀人	19.3.23

（被推薦者については敬称略。以下同。）

○平成19年度：鮫島健議長（日本精神科病院協会 会長）

第3期（平成19年度）は、竹内前議長が（前年度）3月の会合では役員改選を控えている団体もあるため新年度になってから議長、副議長を選出することにしたと説明した上で、前年度の副議長であった鮫島健・日本精神科病院協会会長を議長に、山本修三・日本病院会会長を副議長に推薦。全員一致でこれを承認し、3期目の執行部が決定した（4月24日）。なお、副議長を複数名にしてはいかがかとする意見に対しては、日病協運営要綱第7条にも定められているとおり、少なくとも全団体の代表者が一度議長に就任するまでは1名としていくことを再確認した。また、5月25日の代表者会議では、次期診療報酬改定に向けて中医協が頻繁に開催されることを想定し、既存の会議とは別の中医協委員支援用の少人数による意思決定機関を設けてはいかがかとの意見が出されたが、必要に応じて代表者会議を開催する、現状の体制で問題がなく中医協の場で即断する必要がある場合はある程度中医協委員に任せるしかない等の意見により検討課題として残しつつも、当面は新たな会議を設けることを見送った。

その後の9月28日、日病協から病院代表として中医協に参画してきた邊見公雄、石井暎禧 両中医協委員が2年間の任期満了を迎え、邊見委員は再任、石井委員は年齢が上限に達したため退任となり、西澤寛俊・全日本病院協会会長が新たに任命された。

当該年度は日病協発足後、二度目の診療報酬改定に向けて実務者会議を中心に協議を続け、各種要望書等を取りまとめるなどした。

まず、6月7日には『平成20年度診療報酬改定要望について』及び『医療費抑制政策からの転換を求める』を柳澤厚生労働大臣ほか原医療課長及び自由民主党国会議員に提出。

『平成20年度診療報酬改定要望について』は、前年度、日病協加盟各団体から提出された400を超える診療報酬改定に係る要望事項（中核的要望事項76、具体的要望事項358）を実務者会議にて精査し、3つの重点要望事項、15の一般要望事項にまとめた。要望書冒頭の総括的提言では、平成18年度の診療報酬マイナス改定を契機として医療の崩壊が憂慮される事態に至っているとして、平成20年度改定での入院基本料の大幅な引き上げを軸とした患者の視点に立った病院医療の達成につながる改定内容となることを求めた。

『医療費抑制政策からの転換を求める』は、『平成20年度診療報酬改定要望について』を検討した際、冒頭の総括的提言の部分を病院団体として声明の形でアピールしてはどうか等の意見が出されたことから、それらを踏まえて要望書の形にしたもので、病院団体の総意として医療費抑制政策の転換を求めた。

【平成20年度診療報酬改定要望について】（23項目）

○総括的提言

1. 病院医療の危機
2. 公的医療費の拡大
3. 診療報酬制度の激変の回避
4. 地域医療連携を踏まえた診療報酬体系
5. 医療技術の適正な評価

○重点要望事項

1. 入院基本料の見直し
2. 手術技術（料）の適正評価
3. 後期高齢者医療のあり方

○一般要望事項

1. 一般病棟入院基本料1（7対1）の見直し

2. 医療機関間の連携に対する評価
3. IT化に対する評価
4. 外来看護加算の新設
5. 時間外・休日・深夜加算の評価の見直し
6. 患者が複数の診療科を受診した場合の初診料及び再診料・外来診療料の見直し
7. 再診料及び外来診療料の格差是正
8. 精神関連要望事項
9. NST（栄養サポート）に対する評価
10. 医療安全への点数評価
11. 亜急性期入院医療管理料の見直し
12. 在宅療養支援機能
13. リハビリテーション
14. 小児科・産科連携診療の評価
15. DPC関連要望事項

【医療費抑制政策からの転換を求める】（要望）

（中略）国民の健康無くして国家の繁栄、経済の成長はあり得ず、その国民の生活をささえる社会保障制度、とりわけ医療分野は健康に深く関わるものであるという点から考えても、医療費は抑制よりもむしろ拡大されるべきであり、日病協は病院団体の総意として、医療費抑制政策の転換を求める。

その後、6月20日、7月18日の実務者会議において、日病協が日本の低医療費政策の見直しを要望しているが、その裏付けとなるものを示さなければならぬだろうとして、猪口雄二・全日本病院協会副会長を座長とする病院医療の実態ワーキンググループの設置を検討。7月27日の代表者会議で承認されたため、同ワーキンググループは早速「病院経営の現況調査」を実施（日病協加盟団体の全病院を対象、有効回答2,837、全国の8,878病院に対する有効回答率32.0%）。調査結果を踏まえて『「病院経営の現況調査」報告について』をまとめ、10月15日、山本副議長らが調査結果とともに舩添要一・厚生労働大臣ほか同省関係部局、土田 中医協会長及び社会保障審議会医療部会長、同医療保険部会長に提出した。

【「病院経営の現況調査」報告について】（要望・4項目）

1. 医療費総枠の拡大
2. 病院医療に対する診療報酬上の重点的評価

3. 産婦人科・小児科・救急医療等医療政策に関わる公私の区別のない補助対象の拡大
4. 大幅な増員による勤務環境の整備

10月30日に日本医師会が平成20年度診療報酬改定の改定率をプラス5.7%と要望したことに端を発し、日病協も病院に特化したメッセージを発信すべきかについて、代表者会議、実務者会議の合同による緊急打合せ会（11月6日）を実施して検討した結果、「平成20年度改定では診療報酬を3.16%引き上げ、平成18年度改定の前の状態に戻すことが不可欠である」ことを結論とする要望書を作成することを決め、12月7日、診療報酬の大幅な引き上げを求める『平成20年度診療報酬改定について』（要望）を、舛添厚生労働大臣ほか自由民主党国会議員及び竹嶋康弘・日本医師会副会長に面会の上、提出した。

【平成20年度診療報酬改定について】（要望）

（中略）国の厳しい財政状況を勘案しても、国民が安心できる病院医療の供給体制を平成20年度以降も引き続き確保していくことは、病院に関わる診療報酬について大幅な引き上げが達成されない限り不可能であると結論しました。

壊滅の危機に瀕している地域の病院医療の実態を直視され、平成20年度診療報酬改定率を決定されることを強く要望します。

10月17日の実務者会議では、「高齢者医療」、「DPC」、「病院医療の実態」の3つのワーキンググループに加えて、看護の問題は放置できないものとして日野頌三・日本医療法人協会副会長を座長とする入院医療の看護師配置基準を検討するワーキンググループの設置を検討。10月23日の代表者会議において承認され、11月22日に第1回会議を開催。12月18日に同ワーキンググループが原案を作成した『病院の看護師配置に関する要望書』を水田保険局長、外口崇・厚労省医政局長、土田 中医協会長に提出した。

【病院の看護師配置に関する要望書について】（2項目）

1. 入院基本料への看護必要度・患者重症度の評価
2. 看護補助者など看護師の業務を補佐、支援する者の評価

平成19年度は、診療報酬改定に向けた議論のほか、厚労省や医療関連団体と種々の課題について検討を実施。久常節子・日本看護協会会長らを招き、「看護職確保定着推進事業」についての説明を受けた上で懇談（4月24日）したほか、上田茂・日本医療機能評価機構理事より「産科医療補償制度運営委員会組織準

備委員会」の審議状況について説明を受けた（5月25日）。また、倉持憲路・厚労省医薬食品局安全対策課安全使用推進室長からはインフルエンザに伴う異常な行動に関する調査への協力依頼（7月27日）、黒川弘樹・厚労省政策統括官室社会保障カード推進室長からは社会保障カード（仮称）の在り方に関する検討会の開催要綱について説明を受ける（9月25日）などした。

また当該年度は死因究明制度、医療安全に係る活動に積極的に取り組み、日病協から委員推薦した堺秀人・神奈川県病院事業管理者より厚労省の『診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会』の検討状況について報告を受けながら、明年の通常国会に提出予定とされた法案に反映されるよう診療関連死の死因究明を行う組織等について検討を進めた。11月1日には山本副議長が日病協を代表して、自由民主党の医療紛争処理のあり方検討会に出席。診療関連死の死因の調査や臨床経過の評価・分析を担当する組織として医療事故調査委員会（仮称）を設置することなどを定めた厚労省の『診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案』－第二次試案－の内容について概ね賛成であることを表明した。

さらにアメリカで実施され、かなりの効果があった「10万人の命を救えキャンペーン」（“本来は死ななくて済むはずの”死亡をなくそうとする取り組み）が日本でも「医療安全全国共同行動“いのちを護るパートナーシップ”」（日本版100K）（以下、共同行動）として、平成20年5月から平成21年12月にかけて予定され、共同提案者である医療の質・安全学会（高久史磨理事長）からの依頼を受けて、その趣旨に賛同し、日病協は共同提案者として協力することを決めた（11月30日）。

その他、医療の質・安全学会より依頼を受けて後援名義の借用を承認した。

依頼者	依頼内容	回答	承認日
医療の質・安全学会	『医療の質・安全学会第2回学術集会』後援名義	承認	19.9.25

○平成 20 年度：山本修三議長（日本病院会 会長）

第 4 期（平成 20 年度）も、山本修三議長が前年度の副議長から新年度の議長に就任（3 月 28 日）。その際、新議長に一任とされた副議長に山本議長は小山信彌・日本私立医科大学協会病院部会担当理事を指名し、全員一致で承認された（4 月 25 日）。あわせて実務者会議は、2 回の診療報酬改定に携わったとして齊藤委員長、佐藤副委員長からの辞任の意向を受けて、新委員長、副委員長の選出を、齊藤委員長らを選出及び再任した際同様、議長に一任。山本議長が、医療提供体制全体の中での中小民間病院の果たす役割や機能は大事であるとの観点から、2 代目の委員長に猪口雄二・全日本病院協会副会長及びそのサポート役である副委員長に深尾立・千葉労災病院長（労働者健康福祉機構）を推薦。実務者会議にて内諾され（4 月 16 日）、代表者会議でも承認されて正式に就任した（4 月 25 日）。その際、委員長と事務局の密な連携が必要であるとして、実務者会議の事務局をこれまでの日本病院会から、猪口委員長が所属する全日本病院協会に移すことも決めた。また、前年度に協力を決定した共同行動について、検討委員会を立ち上げるにあたり事前に開催した打合せ会にて検討委員会の世話役に大井利夫・日本病院会副会長を選出した（4 月 14 日）。

当該年度は診療報酬（医療費）に関わる要望として、6 月 6 日、5 年間にわたって毎年 2,200 億円の社会保障費の自然増分削減の撤廃を求める声明（『社会保障費 2200 億円の削減の撤廃について』）を舛添厚生労働大臣、坂口力・元厚生労働大臣、西島英利・参議院議員ら 30 余名の国会議員等に提出した。

【社会保障費 2200 億円の削減の撤廃について】（声明）

現在、2006 年 7 月に閣議決定された「骨太の方針 2006」により、社会保障費については、「過去 5 年間の改革を踏まえ、今後 5 年間においても改革努力を継続することとする」として、2007 年度以降引き続き、年間 2200 億円の削減が実施に移されているところであります。

（中略）

日本病院団体協議会は、国民皆保険制度の下、国民が等しく安全、良質な医療を安心して享受できるよう、国民のセーフティーネットとしての医療を確保するため、社会保障費削減には断固として反対いたします。

8 月 22 日の代表者会議で原油価格の高騰が病院経営に与える影響は大きいとして、厚労省に対し即時の対応を求めることが了承されたのを受けて、8 月 27 日の中医協総会で邊見 中医協委員が早期の対応を訴えたところ、遠藤久夫・中医協会長はエビデンスとなるデータの提出を要求。このため、日病協は『原油

価格高騰による燃料費、食材費、光熱費の変動について』と題する緊急アンケートを実施。129 病院から回答が寄せられ、調査結果を中医協に提出することを決定した（しかしながら、その後の原油価格の動きを踏まえ、調査結果は提出せず）。

このほか、中医協における調整係数廃止に伴う新たな機能評価係数等の検討にあたり、D P Cの改正案のたたき台として、D P Cのあり方に関するワーキンググループ等に取りまとめた『調整係数廃止に伴う提案について』を、11 月 7 日には厚労省のD P C評価分科会に、12 月 8 日には佐藤敏信・厚労省保険局医療課長宛に提出した。

【調整係数廃止に伴う提案について】

1. 調整係数の段階的削減の提案
2. 救急入院の取り扱いについての提案
3. 現在の加算点数見直しの提案
4. 新たな機能係数の提案

さらに、本年 4 月より 400 床以上の医療機関ではレセプトオンライン請求が義務化されたが、査定等の通知が国民健康保険中央会ではCSV（データファイル）形式での対応がなされていないため、12 月 24 日には『オンライン請求に伴う増減点連絡書 CSVデータの提供について』（要望書）を提出した。

【オンライン請求に伴う増減点連絡書 CSVデータの提供について】（要望）

1. 増減点連絡書を web サーバを介して提供することの早期実現（3 項目）
2. 増減点連絡書の CSV（データファイル形式）データにレセプト電算コードを追加
3. 提供体制が確立するまでの間は現行の国民健康保険団体連合会から提供されている紙の増減点連絡表とともにそのデータファイルの提供

実務者会議においては、診療報酬改定を終えた時期だからこそとして、中医協等に提出することを目的に、医療提供体制及び診療報酬について日病協の考え方を取りまとめるべく継続的に検討を実施。12 月 22 日に『医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について』を厚労省保険局医療課及び医政局指導課に提出。医政局からの申入れを受けて平成 21 年 3 月 9 日に、同文書をもとに山本議長、小山副議長、猪口委員長が三浦公嗣・医政局指導課長らと入院医療のあり方を中心に意見交換した。

【医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について】（8項目）

1. 入院医療のあり方（機能分化）
2. 精神科医療のあり方
3. 介護入所施設のあり方
4. 外来診療のあり方（機能分化）
5. 入院基本料のあり方
6. 医療専門職の職掌について
7. リハビリテーション医療のあり方
8. DPCのあり方

また、当該年度は前年度に推進した医療安全に係る活動を引き継ぎ、5月12日には『医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案（第三次試案）に対する日病協の見解』を厚労省に提出。「第三次試案における新制度の目的および主旨、即ち『医療の安全の確保の観点から、医療死亡事故について分析、評価を専門的に行う機関を設ける必要がある』については当協議会として原則賛同する」という点だけは日病協において一致した見解であるとして公表。その他については加盟団体から出された個々の主な意見として列挙した。

【医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案（第三次試案）に対する見解】（5項目）

1. 総括的意見
2. 医療安全調査委員会（仮称）について
3. 医療安全調査委員会以外での対応（医療事故が発生した際のその他の手続き）について
4. 制度の見直し等について
5. その他

さらに6月27日の代表者会議では、第三次試案を法律の形にした『医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案』について、二川一男・厚労省医政局総務課長より説明を受け、新しい制度は現行制度と比較すると遥かに良い制度であるとして日病協としては早急な取りまとめを厚労省に要望した。

関連して7月28日に開催された日本医学会の主催による診療関連死の死因究明制度創設に係る公開討論会に西澤寛俊・全日本病院協会会長も登壇。当該制度の創設に向けて、①説明責任、被害者補償、②再発予防の2つについては分

けて検討すること、公開討論会に現場の管理者や医師を演者として招いた上で、さらなる検討を行ってほしい等の意見を述べた。また、山本議長、小山副議長は舛添厚生労働大臣を表敬訪問し、福島県立大野病院の産科医が業務上過失致死、医師法違反で逮捕、起訴された事件で無罪が確定したことを踏まえて医療安全に関する新制度についての検討を早期に進めることを要望した。

一方、国会における死因究明制度の早期審議を求める医療関連団体連名の要望書（『医師法第 21 条の改正と医療安全調査委員会設置法（仮称）法案の早期成立に係る要望書』）の提出については、日本医師会から届いた原案のままで提出を承諾した団体は 11 団体中 6 団体と日病協加盟全団体の賛同が得られなかったため、当協議会のルール（全員一致の原則）に従い、日病協としては要望書に名前を連ねることを辞退した（9月3日）。

共同行動については、4月14日の打合せ会后、5月17日のキックオフ・フォーラムに竹内委員（全国公私病院連盟会長）、大井世話役らが出席。竹内委員は山本議長の代理で日病協を代表して挨拶し、大井世話役は『リーダーシップと組織的な取組みの重要性について』と題して日病協が当該キャンペーンに参加するまでの経緯等について説明した。このほか、6月7日の第1回より山本議長、大井世話役が推進会議に出席。7月26日のキックオフ・フォーラム in 関西（兵庫医科大学・平成記念会館）には小山副議長が、9月6日のキックオフ・フォーラム in 東北（仙台国際センター）には山本議長が参加、11月24日に開催された第1回全国フォーラムには、山本議長、大井世話役ほか、日病協加盟団体の代表者が出席し、呼び掛け団体を代表して挨拶するなどした。

その他、本年は上田茂・日本医療機能評価機構理事から、平成21年1月に発足される「産科医療補償制度」について（8月22日）、宇都宮啓・厚労省保険局医療課企画官からは「DPCレセプト提出時における包括部分に係る診療行為内容の添付」について（9月25日）、黒川弘樹・厚労省政策統括官付社会保障カード推進室長からは「社会保障カードに関する検討状況」（11月28日）、及び三浦公嗣・厚労省医政局指導課長からは「医師確保対策予算」（2月27日）等について説明を受けるなどした。日本医療機能評価機構等からの依頼については、日病協として下記のとおり決定した。

依頼者	依頼内容	被推薦者	承認日
日本医療機能評価機構	産科医療補償制度運営委員会委員	飯田 修平 大井 利夫	20.5.23

依頼者	依頼内容	回答内容	承認日
医療の質・安全学会	『医療の質・安全学会第3回学術集会』後援名義	承認	20.5.23
日本医学会	『診療関連死の死因究明制度創設に係る公開討論会』協賛名義	承認	20.6.27

○平成21年度：小山信彌議長（日本私立医科大学協会 病院部会担当理事）

第5期（平成21年度）も、前年度までの例にならい、小山前副議長が新年度の議長に就任。副議長については新議長からの推薦とされ、小山新議長は邊見公雄・全国自治体病院協議会会長を推薦し、全員一致で承認された（3月25日）。また、議長の交代に伴い、日病協議長が就任している共同行動推進会議委員についても小山新議長に交代した。

当該年度は翌年度の診療報酬改定に向けて3回にわたり『平成22年度診療報酬改定に係る要望書』（第1報～第3報）（以下、『第1報』等）を厚労省保険局長に対し提出。

赤字基調の病院運営の正常化のため病院収益の基本となる入院基本料の大幅な増額、根拠に基づく算定方式の確立、及び平成18年度改定で導入された看護基準の変更が看護師の無理な引き合い等を喚起したためその是正が必要として、4月15日の第56回代表者会議にて『第1報』が承認され、4月16日に邊見副議長、猪口委員長が佐藤医療課長に面会の上、提出した。

【平成22年度 診療報酬改定に係る要望書（第1報）】（2項目）

1. 入院基本料の大幅な増額と根拠に基づく算定方式の創設
2. 介護（看護補助）業務の確立と看護基準の柔軟な運用

続けて7月3日の第58回代表者会議では、『第2報』の提出が概ね承認され、『第1報』で要望した2項目を「入院医療全般について」として繰り返し要望

したほか、「入院医療について」等5項目を要望する内容とし、7月31日に小山議長、猪口委員長が佐藤医療課長に提出した。

【平成22年度診療報酬改定に係る要望書（第2報）】（6項目）

1. 入院医療全般について
2. 急性期入院医療について
3. 慢性期入院医療について
4. 精神科医療について
5. リハビリテーションについて
6. 外来診療について

『第2報』提出の際、佐藤医療課長から指摘を受けたため、10月30日、小山議長及び猪口委員長が佐藤医療課長に面会の上、回答書（『平成22年度診療報酬改定に係る要望書（第2報）』に関する指摘事項への回答について）を提出した。加えて、小山議長、邊見副議長が長妻昭・厚生労働大臣を表敬訪問し、『第1報』、『第2報』を提出し、入院基本料の大幅な引き上げ等を要望した。

【平成22年度診療報酬改定に係る要望書（第2報）』に関する指摘事項への回答について】

1. チーム医療の評価について
2. 7対1、10対1の病棟における看護補助者の具体的な業務内容、実際の診療現場における看護補助者の活用について

最後に、平成22年度診療報酬改定に向けた要望書として『第3報』を小山議長及び猪口委員長が佐藤医療課長に提出。『第3報』は、それまでの要望とともに、崩壊しつつある病院医療を建て直し、国民の医療を守るために必要欠くべからざる4項目を取りあげた。

【平成22年度診療報酬改定に係る要望書（第3報）】（4項目）

1. 入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設と増額
2. 7対1、10対1入院基本料算定病棟における看護補助加算の新設と看護基準運用変更
3. 効率的な人材活用（専従要件の廃止、等）
4. 診療情報のIT化における正当な点数設定

8月5日の中医協・診療報酬基本問題小委員会では、平成20年度診療報酬改

定の結果検証に係る特別調査の結果から藤原淳・日本医師会常任理事が「病院の勤務医師は本当に逃げ出すほど忙しくなっているのか」と発言。これに対し西澤 中医協委員は「その認識は改めてほしい。現場を見てから発言してほしい」との意見を述べ、さらに日病協は8月12日の代表者会議で意思表明をすることを決定し、8月19日、小山議長、山本前議長が唐澤祥人・日本医師会会長に文書を提出の上、懇談した。

12月16日には、小山議長が自由民主党政務調査会・厚生労働部会診療報酬ワーキンググループからのヒアリングに応じ、『第1報』から『第3報』を説明した上で、改めて入院基本料の大幅な増額と根拠に基づく算定方式の創設等を求めた。日本医師会等、他の医療関連団体も意見を述べ、ヒアリングにより出された意見を踏まえて自由民主党は、厚労省に対して『平成22年度診療報酬改定及び医療関係予算の確保に関する申し入れ』を実施した。

さらに平成22年2月3日の同ワーキンググループでもヒアリングが実施され、小山議長は、22年度診療報酬改定については中医協での答申が行われていないため評価は難しいとした上で、医療の質の向上と地域医療の充実を達成するにはOECD諸国の平均的な対GDP医療費の確保は必要不可欠と主張した。

平成22年2月12日に中医協にて答申、3月5日に告示された平成22年度診療報酬改定内容を受けて、実務者会議では日病協の要望結果を検証し、「7対1、10対1入院基本料における看護補助加算の創設」等の6項目を○、「入院基本料の大幅な増額」等の11項目を△、「入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設」等10項目を×の評価とした。

死因究明制度については、堺秀人・厚労省 診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会委員（日病協推薦）から、「制度への理解を深めることを目的として日病協内にワーキンググループを立ち上げて議論を続けてはいかがか」との提案を受け、代表者会議は全員一致でこれを承認。座長には、日病協加盟団体の会長等の代表者となっていない代表者会議出席委員を望む声があがり、深尾委員を選出した。

その後、死因究明制度等に係るワーキンググループ（第3回より「診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ」に名称変更）は、当該問題に関して7回にわたり検討を実施。厚労省の「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」（以下、大綱案）に対し、概ね賛成とする意見が出される一

方で、原因究明・再発防止に取り組む医療安全調査委員会と責任追及を行う医療事故調査委員会とは別個の組織として議論も別にするべきであるとの意見が出された。

8月4日の第3回ワーキンググループでは、足立信也・民主党参議院議員を招聘し、足立議員からいわゆる「民主党案」は「大綱案」への対案としてつくったものではないことなどの説明を受け、10月16日の第4回では、池内宏・日本航空機操縦士協会理事を招聘し、航空事故の現状と航空事故調査制度等について説明を受けた。

足立議員の説明を受けたのちの総選挙（8月30日）において民主党政権が誕生したため、死因究明制度についても民主党と意見交換しながら民主党案について検討を進めていくべきとされ、民主党の「医療の納得・安全促進法案」に対する質問事項を足立議員（厚労省政務官）に提出して、回答を受けた上で引き続き検討していくこととするなどした。

共同行動については、5月30日の医療安全全国フォーラムに小山議長、邊見副議長、大井世話役が出席。その後、小山議長が7月12日の静岡フォーラム、同25日の東北ブロック医療安全に関するワークショップに出席し、祝辞を述べるなどしたほか、11月23日の医療安全全国フォーラム（於東京ビッグサイト）には、連絡会議も含め、日病協関係者が多数参加した。

なお、8月の参加申込病院数が543病院と当初目標の3,000病院には遠く及ばないため、日病協としては以後、フォーラム等に力を入れず、原点に帰ってキャンペーンに徹底的に取り組んではいかがかと推進会議において提案した。また、キャンペーン終了予定の平成22年5月以降の「第2期」への対応を問われた日病協・共同行動に係る検討委員会は、「共同行動の趣旨に反対するものではないが、第一期の成果を検証し、その結果を見てから日病協としていかに取り組むべきかを検討すべき。そのため、ただちに第二期に取り組むことには賛成しがたい」と答申。代表者会議もこれを承認し、11月5日の共同行動推進会議にてその旨、主張した。

このほか、第59回代表者会議（8月12日）では、金井雅利・労働者健康福祉機構理事より本年秋以降の第2波の襲来を予想して、救急医療を含めた病院機能が麻痺しないためには国からの新型インフルエンザ対策への施設整備や財政支援が不可欠であるとして、『新型インフルエンザ対策について』（要望書）

を8月25日に厚労省健康局及び医政局に提出した。

【新型インフルエンザ対策について】（要望・3項目）

1. 感染者用入院病床確保のための空床補償
2. PPE、簡易検査キット、テント等の資器材の整備、タミフル等の十分な配付とそのための費用の補填
3. 感染者と非感染者を分離する施設改修費の補填

要望書提出後の9月7日、厚労省にて「新型インフルエンザ患者数の増加に向けた医療提供体制の確保に関する意見交換会」が開催され、小山議長ほか、日病協加盟団体の各代表者が、舛添厚生労働大臣及び厚労省担当官と意見交換を実施した。

さらに、9月25日の代表者会議に麦谷真里・厚労省医政局審議官らが来訪し、1回目の意見交換会において厚労省が持ち帰った宿題の回答及び国内における新型インフルエンザ症例集と診療報酬上実施した手当てについて説明。11月27日の同会議では、中谷祐貴子・厚労省医政局指導課課長補佐がワクチンの供給見込み等、その後の新型インフルエンザ対策等について紹介した。

本年も関係機関から種々の説明・報告等があり、赤澤公省・厚労省社会保障カード推進室長から社会保障カード（仮称）に係る検討状況について（5月29日）、野村陽子・厚労省医政局看護課長からは保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部改正に伴い、平成22年4月より努力義務とされる新人看護職員研修について（2月26日）、秋山祐治・厚労省医政局政策医療課医療技術情報推進室室長補佐からは保健医療分野の情報化（IT化）における「標準規格」について紹介を受けた（同）。

厚労省等からの依頼については、日病協として下記のとおり決定した。

依頼者	依頼内容	被推薦者	承認日
厚生労働省	医療裁判外紛争解決機関（ADR）連絡協議会委員	小山 信 彌	22.1.29
厚生労働省	社会保障審議会医療分科会委員	邊見 公 雄 塚 常 雄	22.3.26

依頼者	依頼内容	回答内容	承認日
日本ジェネリック医薬品学会	『第2回ジェネリック医薬品安心使用促進セミナー』 後援名義	承認	21.8.12

〈平成22年度診療報酬改定に係る要望結果の概要〉

※第1報から第3報において繰り返し要望した項目については、1回目のみ記載

○第1報（平成21年4月16日提出）			
要望項目	要望内容	結果	改定内容
1. 入院基本料の大幅な増額と根拠に基づく算定方式の創設	入院基本料の大幅な増額	△	一般病棟入院基本料の初期加算が22点増
	根拠に基づく算定方式の創設	×	答申書附帯意見において「…入院基本料等の基本診療料についてはその在り方について検討を行うこと…」とされた
2. 介護（看護補助）業務の確立と看護基準の柔軟な運用	7対1、10対1入院基本料における看護補助加算の創設	○	急性期看護補助体制加算 1 (50対1) 120点 同 2 (75対1) 80点
	病院・病棟における患者の状態や当該病棟の病床数等による看護基準の柔軟な対応	△	7対1特別入院基本料 1244点 10対1特別入院基本料 1040点 (通常の80%の点数)の新設
	月平均夜勤時間の実人員数に夜勤時間数16時間以下の者も含める	×	変更なし
	夜勤も含め週40時間労働を基本とする	×	変更なし

○第2報（平成21年7月31日提出）

1. 入院医療全般について

(1) 入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設と増額	多専門職種によるチーム医療の評価	△	栄養サポートチーム加算 200点（週1回） 呼吸ケアチーム加算 150点（週1回）
(3) 医師事務作業補助体制加算の適用拡大	加算の点数を引き上げるとともに、すべての病院に対する加算に適用拡大	○	医師事務作業補助体制加算に15対1、20対1を新設 全ての区分の加算点数引上げ 算定要件の緩和
(4) 診療情報の電子化加算の正当な評価	電子カルテやオンラインレセプトなど診療情報のIT化を推進するための必要な費用を診療報酬上正当に評価した電子化加算とする	×	電子化加算は廃止

2. 急性期入院医療について

(1) 「入院時医学管理加算」の見直し	現状を勘案した運用に変更	×	名称が「総合入院体制加算」に変更。算定要件は変わらず。
(2) 「救急搬送受け入れ加算」の創設と「緊急手術加算」の増額	三次救急（救命救急センター）への患者一極集中を緩和するため、「救急搬送受け入れ加算」の創設と「緊急手術加算」の増額	△	救急医療管理加算の引上げ（600点⇒800点） 救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算の新設 緊急手術に関する加算は変更無
(3) DPC救急入院時の評価	DPC対象病院への救急入院時、診断確定までの診療報酬を出来高方式とする	△	新たな機能評価係数として「救急医療係数」が新設（緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの包括範囲の費用の差額を医療機関ごとに診断群分類及び救急患者の数に応じて評価）

3. 慢性期入院医療について

(1) 医療療養病床における緊急対応の評価	在宅や介護保険施設などで療養中の慢性期患者が急変した場合の入院について「緊急対応入院加算」創設	○	救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日以内)が新設
-----------------------	---	---	---------------------------------

(2) 急性期病床からの積極的受け入れの評価	急性期病棟から医療区分2、3に相当する患者を受入れる場合に、30日間の「医療対応初期加算」の創設	○	救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日以内)が新設
4. 精神科医療について			
(1) 精神病棟入院基本料の増額	精神科入院基本料の大幅な増額	×	精神科に13対1入院基本料が新設
(2) 精神科救急・合併症入院料の算定要件の緩和	精神科疾患患者の身体合併症への対応を図るため、算定要件の大幅な緩和	△	精神科身体合併症管理加算の引上げ 精神科救急・合併症入院料について30日以内の点数引上げ
(3) 児童精神科医療の充実	児童精神科医療の充実	△	児童・思春期精神科入院医療管理加算の引上げ 精神科救急・合併症入院料について30日以内の点数を引上げ
5. リハビリテーションについて			
(1) 急性期病院におけるリハビリテーションの評価	ベッドサイド・リハが中心となる急性期病院については、「施設基準」ではなく、「人員配置基準」として評価することを要望	△	早期リハビリテーション加算 30⇒45点(1単位につき)
(2) リハビリテーション起算日の変更	リハビリテーション起算日は、リハビリテーション開始日とする	×	変更なし
(3) 維持期リハビリテーションの適用拡大	医学的に長期にわたるリハビリテーションを要する疾患・病態について、根拠に基づく適用の拡大	○	介護サービスとしてのリハビリテーションを提供することが適切と考えられる患者に対して介護サービスに係る情報を提供することを要件として、維持期における月13単位までのリハビリテーションの提供を継続
6. 外来診療について	再診料等の同一診療行為は同一診療報酬とする	○	再診料について69点で統一
	同日多科受診時、第2科以降もすべて同様の算定を可能とする	×	答申書附帯意見において、再診料等の在り方について検討を行うこととされた

○第3報（平成21年12月4日提出）			
2-2. 看護基準の運用 変更（夜勤平均72時間、 二人夜勤について）	7対1、10対1、13対1に おける看護師比率40%～ 70%の基準の創設	×	変更なし
3. 効率的な人材活用	有資格者や優秀な職員の幅 広い活躍の場を創造すると ともに、効率的な病院運営 を可能とするため、不必要 な専従要件の廃止	△	医療安全対策加算2（専任の医 療安全管理者）35点の新設
	医療ソーシャルワーカーの 評価	△	急性期病棟等退院調整加算1、 2の新設 介護支援連携指導料300点（入 院中2回）の新設
4. 診療情報のIT化に おける正当な点数設定	オーダリング、電子カルテ、 オンラインレセプトが整備 された場合、入院診療報酬 において入院1日につき 100点加算する	×	電子化加算は廃止
	診療データのコード標準 化、及び、IT化に則った 療養担当規則の早急な改変	△	診療データに係るコードの標準 化は医政局において「厚生労働 省標準規格」として検討中

○平成22年度：邊見公雄議長（全国自治体病院協議会 会長）

第6期（平成22年度）も、邊見公雄議長が前年度の副議長から新年度の議長に就任（3月26日）。副議長については、邊見新議長が西澤委員を推薦し、全員一致で承認された。また、大井委員が平成22年3月をもって日本病院会副会長を退任したことに伴い、同委員が就任していた①日病協・共同行動に係る検討委員会世話役、②日本医療機能評価機構・産科医療補償制度運営委員会委員の2つの役職の後任に、①は高橋正彦・全国公私病院連盟常務理事（6月24日）、②は大濱紘三・全国自治体病院協議会常務理事（7月30日）が就任した。さらに、共同行動企画・評価ワーキンググループ委員にも高橋委員が就任した（8月10日）。

実務者会議は平成 22 年度診療報酬改定を終え、今後は①病院のコスト分析と入院基本料のあり方、②医療保険と介護保険の給付対象の整理、③病院における複数科同日受診の実態と今後の対応、④精神病棟・療養病棟における認知症患者の入院状況の実態と対策について検討していくことを決めた(4月21日)。

このうち、①病院のコスト分析と入院基本料のあり方については、厚労省の診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会の開催に先立ち、6月22日に調査分析等の早期の取り組みを促す要望書(『根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設に係る要望書』)を邊見議長、猪口委員長が佐藤医療課長に提出した。

【根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設に係る要望書】

国民に対する医療の安定的な提供のためには、人件費・施設設備費等の横断的調査、検証による「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」が必須である。

そのために、診療報酬調査専門組織 医療機関のコスト調査分科会等、専門的な組織での調査、検証を早急に開始すること。

さらに秋口には①IT化、②チーム医療、③新生児・小児における「90日超え」規定の適用、④入院中の患者の他医療機関受診の取扱いなどの急性期医療を中心とした検討項目の追加提案があり、IT化については大江和彦・東京大学大学院教授を招いて、医療情報システムの現状と今後の展望について講演いただいた。

あわせて日病協加盟団体の会員を対象として「同一医療機関における同一日の複数診療科受診の状況調査」も実施(674/2,529病院、回答率26.7%)。

解析結果(概要)は、

- ①初再診料を算定出来なかった患者数は、200床未満が8.7%、200床以上が11.5%。
- ②同一日の複数診療科受診の状況について、一人あたりの受診科数は200床未満が1.09科、200床以上が1.11科。
- ③本調査結果に基づき外来患者のうち初再診料を算定出来なかった患者に対して再診料を算定した場合に増加する医療費額は、患者数割合に基づいた影響額で373億円、病床数に基づいた影響額で446億円。

となり、10月27日の中医協総会(第181回)にて西澤 中医協委員が報告した。

さらに実務者会議は、平成 22 年度診療報酬改定において診療報酬本体は 10 年ぶりの報酬増となったものの日本の医療の存続、質向上のためには改革すべ

き項目は多く存在するとして、この間議論を重ね合意の得られた4項目に関する要望書を取りまとめ、代表者会議の承認を得て平成23年2月4日に鈴木康裕・厚労省保険局医療課長に提出した。

【同一日の同一医療機関複数科受診について等要望書】（4項目）

1. 標準化に適合した医療情報システムの整備と活用における診療報酬上の評価について
2. 同一日の同一医療機関複数科受診について
3. 入院患者の他医療機関への受診の取り扱いについて
4. 「外来リハビリテーション管理料」の新設について

医療安全に関する事項としては、前年度、診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループから足立参議院議員に提出した「医療の納得・安全促進法案」への質問事項に対して、本年12月になってようやく回答があったとして深尾座長が報告。足立議員からは菅直人改造内閣発足に伴い、厚生労働大臣政務官を交代したため個人的な見解を回答するのみとされた上で、警察庁や厚労省の関連する検討会の議論を踏まえて死因究明制度に関する案を検討する旨の回答があった。

共同行動については、当該年度も引き続き5月15日に開催された連絡会議、2周年記念フォーラムに日病協関係者が出席し、連絡会議において邊見議長が挨拶した。同日、平成23年1月から第二期事業をスタートさせる方針が示されたため、7月26日の共同行動に係る検討委員会にて上原鳴夫・共同行動企画委員長から第一期の結果検証の進捗状況等の説明を受けた上で対応案について協議し、7月30日の代表者会議にて4点の今後の対応策が承認された。

1. 平成21年度中に日病協が決議したとおり、平成22年11月のフォーラムにおいて公表される予定の第一期の成果を検証してから、以後、日病協としていかに取り組むべきかを検討する。
2. 共同行動より依頼のあった第二期に関する「企画・評価ワーキンググループ」の委員については、共同行動の動きを把握しておく意味で、日病協より派遣すべきである（高橋世話役を派遣）。
3. 平成21年度まで2名であった日病協推薦の共同行動推進会議委員が1名となっているため、高橋世話役を委員とすることを申し入れる。
4. 共同行動からの依頼事項等は日病協へ一本化し、個々の団体や病院に直接送付しないことを申し入れる。

上記「1」の対応策に則り12月9日の第6回共同行動に係る検討委員会にて、11月26、27日に開催された共同行動全国フォーラムにて示された第一期の成果を検証しながら第二期の対応を審議した結果、日病協が望む成果の可視化が期待できないとして、「日病協は第一期をもって、呼びかけ団体等の実施組織から退く。しかしながら、日病協は医療安全の重要性を認識し続けていることを示すべき」と代表者会議に答申することを決定。12月17日、代表者会議は答申を受け入れて、同日付けで共同行動へ通知文書を提出した。

厚労省の医療裁判外紛争解決（ADR）機関連絡調整会議の構成員となっている小山委員からは、同会議において小山委員が医療機関側の考えや取り組みを報告するよう依頼があったことが報告され、日病協は各病院の実態を調べた上で病院団体の意見を提示することとし、ADRの件数や申し入れを受理しなかった理由、制度の問題点等についての調査（「医療裁判外紛争解決（ADR）機関」に関するアンケート調査）を実施。ADR機関からの相談申入れが有った病院が5.0%、無かった病院が95.0%。申入れが有った病院のうち、申入れを受理し相談に応じたのは54.2%などとなり、これらの結果を厚労省の会議にて公表することとした。

このほか、第71回代表者会議（9月10日）では、帝京大学医学部附属病院で起きた多剤耐性アシネトバクターによる院内感染問題に関して、医療界としては反省の弁を述べるとともに説明責任を果たしながら司法介入の反対を求めていくべきとの意見が出され、9月17日に『多剤耐性アシネトバクターによる院内感染問題について』（声明文）を発表した。

- 【多剤耐性アシネトバクターによる院内感染問題について】（声明文）（要約）
- 多剤耐性を獲得した細菌による院内感染は、医療の高度化の副産物的な要素が極めて強いものであり、完全に防止することは不可能。医療の不確実性を否定する警察権力の介入に対しては断固反対する。
 - 我々医療界は、この原因の究明と再発防止を行うことが最優先の使命である。
 - 行政当局は地方衛生研究所ネットワークの活用や医療機関への情報提供体制を充実させ、マスコミ各位は一般市民にパニックを起こす報道を慎み、医療界と共に日本の医療を良くするための協力を求める。

本年も関係機関から種々の説明・報告等があり、佐藤医療課長は平成22年度診療報酬改定の一環として原則義務化等のされた明細書の発行に関して説明し、

明細書発行の実施を呼びかけた。また、猿田克年・厚労省医政局指導課医師確保等地域医療対策室長は民主党のマニフェストに謳われた医師不足対策に関連して実施することとなった必要医師数実態調査の概要について説明し、岩間勇気・厚労省医政局総務課課長補佐は税制改正に関する議論に資する資料を作成するため、医療用機器等の特別償却制度に関する実態調査への引き続いての協力を求めた（いずれも4月23日）。さらに、池田康夫・日本専門医制評価・認定機構理事長からは専門医制度の現状と将来展望について（6月24日）、櫻井秀和・金融庁総務企画局信用制度参事官室企画調整官からはコミットメントライン法改正に関する説明を受けた（11月26日）。

平成23年3月18日の第77回代表者会議では、3月11日に発生した東日本大震災に対する各委員及び団体の活動状況の報告や、今後の対応について意見交換を実施。各委員から出された意見を踏まえて日病協は、全国で患者を受け入れられる医療機関がどの程度あるかについて情報を一元化し、民主党の会議へ協力すること、及び避難民は極力県外へ移動させ、被災地では復旧作業に専念出来るようにすべきとの意見提案をしていくことを決議した。

今年度の厚労省等からの依頼については日病協として下記のとおり決定した。

依頼者	依頼内容	被推薦者	承認日
厚生労働省	乳幼児身体発育調査 企画・評価研究会委員	月本 一郎	22.4.23
日本医療機能評価機構	産科医療補償制度運営委員会委員	飯田 修平 大濱 紘三	(20.5.23) 22.7.30
厚生労働省	『明細書発行原則義務化後の実施状況調査』に係る検討委員会委員	永易 卓	22.9.10

依頼者	依頼内容	回答内容	承認日
医療の質・安全学会	『医療の質・安全学会 第5回学術集会』後援名義	承認	22.10.22

○平成 23 年度：西澤寛俊議長（全日本病院協会 会長）

第 7 期（平成 23 年度）も、邊見前議長の推薦を受け、西澤議長が前年度の副議長から新年度の議長に就任（3 月 18 日）。副議長については、西澤新議長が深尾委員を推薦し、全員一致で承認された。

また、7 月 22 日の代表者会議では、本年 10 月中に邊見委員が 3 期目、西澤委員が 2 期目の任期満了を迎える中医協委員について、団体推薦は廃止されたものの、後任等について厚労省より意見を求められた場合に対応できるように準備しておきたいとし、意見交換を開始。9 月 22 日の代表者会議において、2 期目の任期満了となる西澤委員についてはあらゆる団体、診療科の関係者と連携を取り、その意見を中医協の議論に反映させることを確認した上で 3 期目への留任を承認。邊見委員の後任については日本病院会が万代恭嗣・社会保険中央総合病院長を、日本精神科病院協会が長瀬輝誼・高月病院理事長・院長を推薦（候補者の記載は会議当日の発表順）。このうち 1 名を後任候補としようとしたが意見が一致せず、「2 名連記で推薦」、「1 名にしぼって推薦」のいずれにするか、委員が欠席の国立大学附属病院長会議及び投票を辞退した日本精神科病院協会を除く 9 団体による投票の結果、最終決定を厚生労働大臣の判断に委ねる 2 名連記（7 票）に決まり、万代氏及び長瀬氏を推薦した。なお、日病協加盟団体から選出された中医協委員の任期については今後、改めて検討することとした。

10 月 26 日、邊見中医協委員が 3 期 6 年の任期満了となり退任。同日の中医協総会にて退任の挨拶をし、10 月 27 日付で万代恭嗣・日本病院会常任理事が新たに中医協委員に就任した。

実務者会議は、平成 23 年 3 月に発生した東日本大震災の影響により復興財源確保のため消費税増税の案が政府内で出されるなどし、次期診療報酬改定がどのように実施されるかの見通しが立たないものの、必要に際し瞬時に対応できるよう日病協としての要望事項は準備しておくべきとの認識で一致し、引き続き検討したことを 4 月 22 日の代表者会議で報告。その一方で、代表者会議では震災に関わる検証が終わっていない等の理由から、このような時期に診療報酬改定について声を挙げるべきではないとの意見も出され、次期改定実施に対する考え方について、当面の間は各団体の意見を聞きながら議論を進めて行くことや各団体の自主性に任せることなどが確認された。

その後、要望事項を準備しておくべきとした実務者会議は検討を重ね、7 月

20日の会議で「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」等前年度に提出した5項目を含む計10項目から成る『平成24年度診療報酬改定に係る要望書』を取りまとめ、7月22日の代表者会議での承認を経て7月29日に厚労省の鈴木医療課長へ提出した。なお、実務者会議では、厚労省へ提出する要望事項については加盟団体に共通する重点要望事項に厳選した形で取りまとめるため、日病協の要望書に盛り込まれない項目については各団体が独自に提出することを申し合わせた。

【平成24年度診療報酬改定に係る要望書】(10項目)

1. 根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設(再要望)
2. 病院における診療報酬算定規則の変更
 - a) 同一日の同一医療機関複数科受診について
 - b) 入院患者の他医療機関への受診の取扱いについて
 - c) 支払方式における出来高算定規則の整理
 - d) 外来診療料について
3. 手術・検査等に対する適正なコストに基づいた評価
＝外保連方式準拠＝
4. 二次救急医療機関に対する評価
5. 看護基準制度の変更
 - a) 夜勤平均72時間について
 - b) 急性期看護補助体制加算の拡大による24時間配置
6. 医師事務作業補助体制加算の対象病棟拡大
7. チーム医療の評価(医療各職種の病棟配置)
8. 外来リハビリテーション管理料の創設
9. 訪問看護・訪問リハ等の医療保険適用拡大
10. 医療情報システムの標準化と診療報酬上の評価について

さらに実務者会議は継続審議事項となっているチーム医療について議論を再開し、次年度、大学が6年制過程となってから初めての卒業生が出る薬剤師は病院が雇い入れて教育すべき等の理由から病棟薬剤師の配置の評価を求めたいとする意見が出され、堀内龍也・日本病院薬剤師会会長と協議の末、薬剤師の病棟配置に係る入院基本料等加算の新設を求める『薬剤師の病棟配置に係る入院基本料等加算の新設要望書』を取りまとめた。しかしながら、日本精神科病院協会が要望書の主旨には賛同するものの薬剤師獲得競争への発展も懸念し厚労省への提出に反対。そこで議長裁量により日病協の名前は外し、他の10団体及び日本病院薬剤師会の連名で11月10日、厚労省の鈴木医療課長に提出した。

【薬剤師の病棟配置に係る入院基本料等加算の新設要望書】（1項目）

○薬剤師の病棟配置に係る入院基本料等加算の新設

その他、11月4日の民主党厚生労働部門 第2回医療・介護ワーキングチーム団体ヒアリングには万代中医協委員、12月14日の自民党政務調査会 厚生労働部会医療委員会・診療報酬改定についての関係団体ヒアリングには安藤高朗・日本慢性期医療協会副会長がそれぞれ出席。ともに7月29日に厚労省保険局へ提出した平成24年度診療報酬改定に係る要望書を提出し、全10項目の概略を説明しながら改めて日病協の次期診療報酬改定に向けた要望を行った。

当該年度の医療安全に関する事項としては、8月29日の代表者会議において、後信・日本医療機能評価機構医療事故防止事業部長より同機構が取り組んでいる医療事故及びヒヤリ・ハット事例の収集等を行う医療事故情報収集等事業について説明を受けた。

また、10月27日には原義人・日本医療安全調査機構中央事務局長が、同機構が実施している診療行為に関連した死亡の調査分析事業等について説明した上で、政府の事業仕分け等で補助金が大幅に減額され、事業推進のための運営資金の不足分6,000万円のうち、日病協に対して500万円を支援要請。平成24年1月27日、2回にわたり協議をしたものの意見が一つにまとまらず、今回の対応は平成24年度に限ったものとして各団体に一任した。拠出額は500万円を11等分したおよそ50万円を目安とした。平成25年度以降については、加盟11団体個々に依頼されるよう同機構に要請する（平成24年度分は6団体が拠出）。

6月13日の厚労省・医療裁判外紛争解決（ADR）機関連絡調整会議において小山委員が、日病協が加盟団体の会員病院を対象に実施したADRに関するアンケート調査を発表。メディエーターを中心とした話し合いの後に弁護士を中心としたADRへという流れの対応を提案。昨今は対話重視で取り組んでいる様子などが弁護士側からも紹介された。

この年の課題として、邊見中医協委員の後任候補選出が難航したことについて、その原因となったと思われる日病協の運営要綱第6条の3にある「代表者会議の議決は、全員一致を原則とする」という取り決めが問題視され、当該事項の見直しについて次期診療報酬改定に向けた作業が終わり次第、議論することとした。

当該年度の厚労省等からの依頼については日病協として下記のとおり決定した。なお、今後は委員を派遣した会議が開催された際は、当該委員から報告を受けるとの取り決めを行った。

依頼者	依頼内容	被推薦者	承認日
厚生労働省	専門医のあり方に関する 検討会委員	今 明 秀	23.8.29
厚生労働省	医療の質の向上に資する 無過失補償制度等の在り方 に関する検討会委員	飯 田 修 平	23.8.29
日本医療機 能評価機構	産科医療補償制度運営委員 会委員（継続依頼）	飯 田 修 平 大 濱 紘 三	24.3.23

依頼者	依頼内容	回答内容	承認日
医療の質・ 安全学会	『医療の質・安全学会 第6回学術集会』後援名義	承 認	23.6.27
日本医師会、 四病院団体 協議会	市民公開セミナー 「医療と消費税」後援名義	承 認	23.7.22
医療の質・ 安全学会	『医療の質・安全学会 第7回学術集会』後援名義	承 認	24.2.24

〈平成 24 年度診療報酬改定に係る要望結果の概要〉

※繰り返し要望した項目については、1 回目のみ記載

○要望書（平成 22 年 6 月 22 日提出）	
要望項目	国民に対する医療の安定的な提供のためには、人件費・施設設備費等の横断的調査、検証による「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」が必須である。そのために、診療報酬調査専門組織 医療機関のコスト調査分科会等、専門的な組織での調査、検証を早急に開始すること。
要望内容	同上
結果	△
改定内容	答申書附帯意見に「初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。（中略）その上で、財政影響も含め、平成 24 年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ、経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。」と記載された。

○要望書（平成 23 年 2 月 4 日提出）	
要望項目	1. 標準化に適合した医療情報システムの整備と活用における診療報酬上の評価について
要望内容	医療情報の標準化によるデータ活用の推進は、日本の医療の質向上に貢献する。また、標準化による情報機器の価格低下も期待できる。 今後の医療情報システムの整備と標準化を促進するため、医療情報標準化指針で示された規格に含まれた、厚生労働省標準規格に適合したレセプト・オーダーリングシステム、電子カルテなどの医療情報システムを使用し、標準化されたデータを取り扱う場合、診療報酬上十分な評価が行われることを要望する。
結果	×
改正内容	—

要望項目	2. 同一日の同一医療機関複数科受診について
要望内容	医師の専門性を活かした各科協調による医療はより高度な全人的医療の提供であり、その個別診療科の専門性は当然評価されるべきである。したがって「同一医療機関において、同一日に複数の診療科を受診した場合、すべての診療科について、初診料および再診料の区別なく、また減

	算することなく算定できること」を要望する。
結果	○
改正内容	(新) 再診料 34 点 (同一日 2 科目の場合) (新) 外来診療料 34 点 (同一日 2 科目の場合)

要望項目	3. 入院患者の他医療機関への受診の取り扱いについて
要望内容	入院中の患者が、医学的必要性に応じて他医療機関の専門的医療を受ける場合、出来高払い・包括払いを問わず、診療報酬上の制限を行わないことを要望する。
結果	△
改正内容	<p>精神病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は有床診療所入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている検査（PET、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該出来高入院料の基本点数の 15%を控除した点数により算定する。</p> <p>精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている検査（PET、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該特定入院料等の基本点数の 55%を控除した点数により算定する。この場合において、認知症治療病棟入院料を算定している患者であって透析のみを目的として他医療機関を受診する患者については、入院日から起算して 61 日以上の場合に限る。</p>

要望項目	4. 「外来リハビリテーション管理料」の新設について
要望内容	「リハビリテーション処方箋」によって、外来リハビリテーション医療を管理する「外来リハビリテーション管理料」の新設を要望する。
結果	○
改正内容	<p>1 週間に 2 回以上又は 1 週間に 1 回以上のリハビリテーションを実施しているが、必ずしも毎回医師の診察を必要としない患者について、リハビリテーションの包括的な指示に対する評価を新設する。</p> <p>(新) 外来リハビリテーション診療料 1 69 点 (7 日につき) (新) 外来リハビリテーション診療料 2 104 点 (14 日につき)</p>

○要望書（平成 23 年 7 月 29 日提出）	
要望項目	2. 病院における診療報酬算定規則の変更 ----- c) 支払方式における出来高算定規則の整理
要望内容	特定入院料などの包括支払方式病棟における「包括外での出来高算定規則」は、個々の点数設定において様々な算定規則があり統一性に欠けている。先に挙げた「入院患者の他医療機関受診時における制限」と同様に、患者の不利益にならず、かつ理論的に整理された規則に変更することを要望する。
結果	×
改正内容	—
要望項目	2. 病院における診療報酬算定規則の変更 ----- d) 外来診療料について
要望内容	一般病床 200 床以上の病院の外来診療料を他の再診料と同一とし、検査・処置などの包括化をやめ、出来高算定できるようにすることを要望する。
結果	×
改正内容	—

要望項目	3. 手術・検査等に対する適正なコストに基づいた評価 ＝外保連方式準拠＝
要望内容	手術・処置・検査等に関しては、外保連により緻密なコスト計算がなされている。前回改定においても「根拠に基づく算定」として多くの手術点数改定に用いられた。今後もさらに広く、他の手術・処置・検査等において、外保連方式が導入されることを要望する。
結果	○
改正内容	外保連試案を活用した手術料の引き上げ 「外保連試案第 8 版」における技術度・協力者数・時間に基づき、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。中でも、高度な専門性を要する手術や緊急対応が必要となる手術などをより重点的に評価する。

要望項目	4. 二次救急医療機関に対する評価
要望内容	救急車を受け入れた際の「救急車応需加算」の創設、および「救急医療管理加算」の点数・算定期間増などを要望する。
結果	○

改正内容	二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価を行うため、新たに医学管理料を新設する。 (新) 夜間休日救急搬送医学管理料 200点 (初診時)
-------------	---

要望項目	5. 看護基準制度の変更 ----- a) 夜勤平均 72 時間について
要望内容	看護基準において、夜勤平均 72 時間は加算に変更し、現場の状況に応じた柔軟な対応を可能とすることを要望する。 また、日勤のみ勤務者や短時間労働者の雇用を促進するために、月平均夜勤時間の算定は、夜勤専従を除く全看護職員の平均とすること、夜勤専従者の労働時間は、最大 160 時間/4 週とすることを要望する。
結果	×
改正内容	—

要望項目	5. 看護基準制度の変更 ----- b) 急性期看護補助体制加算の拡大による 24 時間配置
要望内容	平成 22 年度改定において、急性期看護補助体制加算が新設された。現実に則った項目の新設であったが、本加算は入院 14 日目以降は算定できず、また基準とする入院患者数に見合う体制が常時必要とされている。そこで、急性期看護補助体制加算を拡大し、24 時間配置が可能となる点数とするとともに、入院全期間において算定できることを要望する。
結果	△
改正内容	<p>現行の急性期看護補助体制加算 1 (50 対 1) の配置基準を上回る 25 対 1 の看護補助者を雇用・配置している場合及び夜勤帯に看護職員や看護補助者を手厚く配置している場合の評価を新設する。</p> <p>(新) 急性期看護補助体制加算 1 25 対 1 (1 日につき、14 日を限度)</p> <p>イ 看護補助者が 5 割以上※の場合 160 点</p> <p>ロ 看護補助者が 5 割未満※の場合 140 点</p> <p>(新) 看護補助者夜間配置加算 (1 日につき、14 日を限度)</p> <p>イ 入院患者数に対して常時 50 対 1 以上 10 点</p> <p>ロ 入院患者数に対して常時 100 対 1 以上 5 点</p> <p>(新) 看護職員夜間配置加算 50 点 (1 日につき、14 日を限度)</p> <p>13 対 1 入院基本料を算定している病棟においても、看護必要度の基準を満たす患者が一定割合以上入院している場合、より手厚い看護補助加算 1 (30 対 1) を算定できるよう見直しを行う。</p>

要望項目	6. 医師事務作業補助体制加算の対象病棟拡大
要望内容	療養病床や精神病床等、急性期以外の病棟においても多くの医師事務作業があるため、対象病棟の拡大を要望する。
結果	△
改正内容	精神科救急医療に特化した病床においても算定可能とするため、医師事務作業補助体制加算算定可能病床に精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料1、精神科救急・合併症入院料を追加する。

要望項目	7. チーム医療の評価（医療各職種の病棟配置）
要望内容	チーム医療の重要性が論じられているが、各病棟においては既に様々なチーム医療が行われている。そのため、薬剤師・リハスタッフ・管理栄養士・社会福祉士・臨床工学技士・精神保健福祉士、等の病棟配置に対する加算評価を要望する。その場合、療養病床や精神病床等、急性期以外の病棟に対しても適切な評価を行うとともに、効率的な病院運営の観点から、専従ではなくチームの一員としての専任配置とすることを要望する。
結果	△
改正内容	勤務医の負担軽減等の観点から薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設する。 （新）病棟薬剤業務実施加算 100点（週1回）

要望項目	9. 訪問看護・訪問リハ等の医療保険適応拡大
要望内容	在宅医療を推進させるためには、訪問看護・訪問リハ等の充実が不可欠である。現在、一部の疾患や状態を除いて原則的に介護保険の適応となるため、ケアプランに位置づけられる必要がある。一方、医療保険での訪問看護は、点数設定等が介護保険と比較すると充実されていない。今後、医療を必要とする重度在宅療養患者の増加は確実であり、医療保険における訪問看護・訪問リハ等の充実を要望する。また、医療保険の適応においては、短期的には医療療養病床の医療区分2、3にある疾患・状態を引用することも一案であると考えられる。 一方、医療保険と介護保険の境界については、平成24年度改定のみならず、長期的な視点での体系の簡素化、明確化が必要であり、十分な検討が行われることを求める。
結果	○

改正内容	退院直後の医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明示する。
	<p>現在、医療保険においては、標榜時間外の訪問看護について、その他利用料として自費を徴収しているが、早朝、夜間、深夜加算を介護保険と同様に医療保険においても新設する。</p> <p>(新) 訪問看護療養費</p> <p>早朝・夜間加算 (6時～8時・18時～22時) 2,100円</p> <p>深夜加算 (22時～6時まで) 4,200円</p> <p>(新) 在宅患者訪問看護・指導料</p> <p>早朝・夜間加算 (6時～8時・18時～22時) 210点</p> <p>深夜加算 (22時～6時まで) 420点</p>

○平成24年度：深尾立議長（労働者健康福祉機構・千葉労災病院 名誉院長）

第8期（平成24年度）も、深尾議長が前年度の副議長から新年度の議長に就任（3月23日）。副議長については、深尾新議長が武久洋三・日本慢性期医療協会会長を推薦し、全員一致で承認された。また、就任後4年が経過した実務者会議委員長及び副委員長については、代表者会議が猪口委員長の続投を求めたため留任（5月16日）。深尾副委員長については代表者会議議長に就任したため、代表者会議の意向に従って実務者会議において猪口委員長が原澤茂・全国公私病院連盟常務理事を推薦し、全員一致で承認（8月15日）。代表者会議においても承認された（8月24日）。

今年度の厚労省等からの依頼については日病協として下記のとおり決定。委員推薦以外では一戸和成・厚労省保険局医療課課長補佐より『入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する長期入院等の実態調査（平成24年度調査）』について日病協加盟各団体の会員病院への周知依頼があった。また、日本医療安全調査機構からの「診療行為に関連した死亡の調査分析事業」に係る平成25年度負担金拠出依頼については、前年度と同様に各団体に一任することとした（いずれも11月22日）。

その他、代表者会議は、コスト削減等を目的として資料のペーパーレス化を進めるため、11月22日の会議よりペーパー資料は出来る限り削減し、出席者全員の手元に配備したパソコンでの資料提示とした。

依頼者	依頼内容	被推薦者	承認日
厚生労働省	社会保障審議会臨時委員 (医療分科会員)(継続依頼)	邊見 公雄 堺 常雄	24.5.16
日本医療安全調査機構	運営委員会委員 企画部会委員	木村 壯介	24.5.16

診療報酬に関わる検討として実務者会議では、入院基本料に関する意見書を厚労省に提出することを決定。基本診療料について入院基本料の設定に関する考え方と、病院をサンプリングして費用を解析する、並びにモデル病院を設定して費用を分析するという2つの方法で厚労省の診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会において調査を実施することを提案する厚労省への要望書『入院基本料の設定に対する考え方』を全員一致で承認。代表者会議もこれを承認し、中医協の議論の進捗状況を勘案の上、然るべき時機に提出することとした（その後、平成25年2月7日提出。次ページ参照）。

さらに実務者会議では次回改定に向けての要望書作成の基礎資料とするため、入院基本料及び特定入院料の算定要件に関する問題点・矛盾点等について検討することを決めたほか、代表者会議からの依頼を受けて現行の入院基本料が病院単位で算定されるようになっていることなどに対する今後の方向性について検討することとした。

平成24年2月に閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱について」で、平成26年4月からの8%、平成27年10月からの10%への引き上げが決定し、医療機関等の負担についても厚労省内にて検討の始まった消費税については、代表者会議の深尾議長からの依頼を受けて9月19日の実務者会議で協議した結果、日病協としては「原則課税」を求めて行きたいとして意見が一致。代表者会議においても承認され、日病協のスタンスが明らかとなった（9月28日）。

その後、12月16日の衆議院議員総選挙で自民党が勝利し、第2次安倍晋三内閣が誕生。12月21日の代表者会議にて、医療財源の確保、医療施設への消費税の原則課税化等について病院団体として要望する絶好の機会ではないかとして『(自由民主党新政権発足に伴う) 要望書』を取り纏め、年明けの平成25年1月9日、深尾議長及び武久副議長が田村憲久・厚生労働大臣を表敬訪問し、提出した。

【(自由民主党新政権発足に伴う) 要望書】(5項目)

世界に例を見ない高齢社会の到来を控え、国民等しく安心して良い医療を受けることを引き続き確保してゆくため、国民皆保険制度を存続するとともに、医療の非営利性を守り、必要な医療財源の確保を強く要望いたします。

具体的には下記の項目についてご配慮願います。

記

1. 高度・急性期医療機能の充実
2. 地域医療の充実
3. 医療機能に応じた診療報酬体系の確立
4. 医療に関わる死因究明制度等の早期確立
5. 医療施設への消費税の原則課税と軽減税率化

平成 25 年 1 月 25 日、代表者会議からの要請を受けて実務者会議が協議した『入院料(入院基本料・特定入院料等)における人員配置について』(要望書)が代表者会議において承認され、前年のうちに厚労省への提出が決定し、提出の時機を見計らっていた『入院基本料の設定に対する考え方とその調査方法について』とともに、2月7日、深尾議長、武久副議長、猪口委員長が宇都宮啓・厚労省保険局医療課長に面会の上、提出した。

【入院基本料の設定に対する考え方とその調査方法について】(5項目)

○基本的な考え方

平成 24 年度の中医協基本問題小委員会では、基本診療料について論議されることとなった。

診療報酬制度の開始以来、基本診療料はデータに基づいて報酬が決定されたものではなかった。しかし、今後の基本診療料については、エビデンスのある、そして長期的視野に立った評価および診療報酬の設定が必要である。

ここでは、基本診療料の中の入院基本料について、その設定方法を提案する。

(以下、項目のみ記載)

- 入院基本料の定義
- 病院サンプリングとモデル病院
- 病院サンプリング
- 費用分析
- モデル病院の費用設定

【入院料（入院基本料・特定入院料等）における人員配置について】（6項目）

入院料（入院基本料・特定入院料等）における人員配置について、下記の考え方を導入することを要望する。

○現行の入院料は分類（40種類ほど）が細かすぎるうえに、通知において極めて微細な事項まで定められている。これらの分類は、医療必要度や入院目的に応じてグループ化するとともに算定要件等を簡素化することにより、誤解を生じない解りやすい制度とすべきである。

（以下、5項目は省略）

医療安全に関する事項としては、飯田修平・全日本病院協会常任理事からの厚労省・医療事故に係る調査の仕組み等のあるり方に関する検討部会の報告も受けながら、深尾議長はいわゆる死因究明制度は医療界にとって重要な課題であるとして休眠中の日病協・診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループの再編成を提案。病院団体としての大筋の見解を日病協がまとめ、日本医師会との検討に臨むなどして医療界の意見を厚労省に提示することなどを目的に同ワーキンググループは、実務者会議同様、深尾代表者会議議長が座長を務めていたため、新たに神野正博・全日本病院協会副会長を選出し（8月27日）、約2年8か月ぶりに議論を再開した。なお、ワーキンググループから代表者会議に対して審議を求められた会議名称については、旧来の名称に「等」の文字があり、ここに死亡事例以外も対象とすることや、議論の範囲を限定するものではないという意味も含まれていると解釈できるとして、これまでどおり「診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ」とした（10月26日）。

ワーキンググループは8月27日の再開以降、神野座長を中心として計5回にわたる検討を重ね『診療に関連した予期しない死因究明制度の考え方』を文案化。平成25年2月22日の代表者会議において提案し、承認された。3月8日に深尾議長、神野座長が横倉義武・日本医師会会長、宮本哲也・厚労省医政局総務課医療安全推進室長に面会の上、提出した。

【診療に関連した予期しない死因究明制度の考え方】

1 目的

（1）診療に関連した予期しない死因究明制度の設立の目的は、診療に関連した予期しない死亡の原因分析とそれによる再発防止を図り、もって医療の質と安全の向上、および医療の透明性・公明性・信頼性を確保することである。

- (2) 医療の不確実性の中で、医療側が自律的に再発防止のための死因究明に専念するために、医療外紛争処理や補償制度はこの死因究明制度とは別に設立するべきである。
- (3) 医療は、かつては個人によってなされてきたが、現在は多職種連携の上に成り立っている以上、診療に関連した予期しない死亡の調査は医療従事者個人の責任追及の結果をもたらすものであってはならない。
- (4) 有害事象の報告・学習システムのためのWHOガイドラインに基づき、原因究明のために、院内事故調査委員会が収集・作成した資料及び報告書は、当事者に不利となる使われ方をすべきではない。

2 定義

ここで「診療に関連した予期しない死亡」とは、疾病の自然経過や診療行為に関連し、説明ができない予期しないものをいう。ただし、故意または悪意の場合は除外する。

3 医療機関における診療に関連した予期しない死亡への対応

- (1) 当該医療機関は、診療に関連した予期しない死亡が発生したときに、遺族の意思にかかわらず、院内事故調査委員会を設け、原因を究明する調査を行う。必要に応じて、解剖やAI等を実施する。
- (2) 院内事故調査委員会の設置にあたり、医師会、病院団体や大学等に支援を依頼することができる。
- (3) 調査報告書に基づき、病院は遺族への説明を適宜行う。
- (4) 診療に関連した予期しない死亡例は、原則として原因究明のために地方に設置する院外事故調査委員会（チーム）へ、遺族の意思とは関係なく検証を求めることとする。
- (5) 院外事故調査委員会（チーム）は、第三者によって構成する。各地方で、医師会、病院団体、大学病院等の医療専門職（事故に関係する専門領域の医療関係者を含む）で構成し、院内事故調査委員会の資料を検証する。
- (6) 院外調査報告書の結果の遺族への説明は、病院が適宜行う。
- (7) 院外事故調査委員会は、匿名化した上で中央に設けられた中央事故調査機関に報告し、中央事故調査機関は医療関係者以外の意見も加えて、原因究明のための事例収集とともに再発防止に重点を置いた中立性の高い報告書を作成し、広く注意を喚起する。この調査機関として、日本医療機能評価機構等を発展的に活用する。

4 医師法第21条

医師法第21条はその立法の精神に戻り、拡大解釈しないものとする。

2月22日の代表者会議では深尾議長から、日病協の活動を続けていくにあたり検討課題の範囲を含め、日病協は今後どのようにあるべきかについてワーキンググループ（日病協のあり方検討ワーキンググループ（仮称））を立ち上げて、加盟各団体から次代を担うような委員の参画のもと、期限を設けることなく結論が出るまで自由に検討してほしいとの提案があり、代表者会議はこれを了承。全団体の委員登録（複数登録可）を待って、平成25年4月以降、会議を実施していくこととした。

3月22日、上記に関連して日病協は本年をもって平成17年の創設より8年が経過したことから、ここで一度立ち止まって創設当初からの活動実績等についてその歴史を振り返り、改めて日病協のあり方を見直してはいかがかとして深尾議長が作成を呼びかけていた「日本病院団体協議会のあゆみ」（当冊子）が開催100回目を迎えた代表者会議当日、完成した。

同日、代表者会議は役員改選を行い、平成25年度日病協議長に今年度副議長を務めた武久洋三・日本慢性期医療協会会長を、副議長には委員からの推薦を受けて宮崎勝・国立大学附属病院長会議常置委員会委員長をいずれも全員一致で選出した。

以上

【代表者会議議長・副議長一覧】

年 度	議 長	副議長
平成17年度	豊田 堯 日本医療法人協会	竹内 正也 全国公私病院連盟
平成18年度	竹内 正也	鮫島 健 日本精神科病院協会
平成19年度	鮫島 健	山本 修三 日本病院会
平成20年度	山本 修三	小山 信彌 日本私立医科大学協会
平成21年度	小山 信彌	邊見 公雄 全国自治体病院協議会
平成22年度	邊見 公雄	西澤 寛俊 全日本病院協会
平成23年度	西澤 寛俊	深尾 立 労働者健康福祉機構
平成24年度	深尾 立	武久 洋三 日本慢性期医療協会

【会議委員一覧】

○平成 17 年度

団 体 名	代表者会議	診療報酬実務者会議	
国立大学附属病院長会議	齋藤 康	坂本 徹	今村 知明
国立病院機構	矢崎 義雄	牛尾 光宏	木田 寛
全国公私病院連盟	○竹内 正也	星 和夫	篠原 寛休
全国自治体病院協議会	小山田 恵	宮川 信	○佐藤 裕俊
全日本病院協会	佐々 英達	西澤 寛俊	○猪口 雄二
日本医療法人協会	◎豊田 堯	武田 隆久	土谷 晋一郎
日本私立医科大学協会	川崎 明德	小山 信彌	石川 次男
日本精神科病院協会	鮫島 健	○長瀬 輝誼	河崎 建人
日本病院会	山本 修三	石井 暎禧	◎齊藤 壽一
日本療養病床協会	木下 毅	木下 毅	安藤 高朗
労働者健康福祉機構	伊藤 庄平	鶴田 憲一	深尾 立

○平成 18 年度

団 体 名	代表者会議	診療報酬実務者会議	
国立大学附属病院長会議	齋藤 康	坂本 徹	今村 知明
国立病院機構	矢崎 義雄	牛尾 光宏	木田 寛
全国公私病院連盟	◎竹内 正也	星 和夫	篠原 寛休
全国自治体病院協議会	小山田 恵	宮川 信	○佐藤 裕俊
全日本病院協会	佐々 英達	西澤 寛俊	猪口 雄二
日本医療法人協会	豊田 堯	日野 頌三	武田 隆久
日本私立医科大学協会	川崎 明德	小山 信彌	大野 孝夫
日本精神科病院協会	○鮫島 健	長瀬 輝誼	平川 淳一
日本病院会	山本 修三	池澤 康郎	◎齊藤 壽一
日本療養病床協会	木下 毅	木下 毅	安藤 高朗
労働者健康福祉機構	伊藤 庄平	鶴田 憲一	深尾 立

※代表者会議の◎は議長、○は副議長

※診療報酬実務者会議の◎は委員長、○は副委員長

※以下、各年度も同じ

○平成 19 年度

団 体 名	代表者会議	診療報酬実務者会議	
国立大学附属病院長会議	河野 陽一	坂本 徹	小池 創一
国立病院機構	矢崎 義雄	山本 光昭	進藤 政臣
全国公私病院連盟	竹内 正也	星 和夫	篠原 寛休
全国自治体病院協議会	小山田 恵	宮川 信	○佐藤 裕俊
全日本病院協会	西澤 寛俊	猪口 雄二	山本 登
日本医療法人協会	豊田 堯	日野 頌三	武田 隆久
日本私立医科大学協会	小川 秀興	小山 信彌	山本 慎一
日本精神科病院協会	◎鮫島 健	長瀬 輝誼	平川 淳一
日本病院会	○山本 修三	◎齊藤 壽一	石井 暎禧
日本療養病床協会	木下 毅	木下 毅	武久 洋三
労働者健康福祉機構	伊藤 庄平	中林 圭一	深尾 立

○平成 20 年度

団 体 名	代表者会議	診療報酬実務者会議	
国立大学附属病院長会議	河野 陽一	坂本 徹	小池 創一
国立病院機構	矢崎 義雄	山本 光昭	
全国公私病院連盟	竹内 正也	篠原 寛休	中嶋 昭
全国自治体病院協議会	邊見 公雄	原 義人	佐藤 裕俊
全日本病院協会	西澤 寛俊	◎猪口 雄二	山本 登
日本医療法人協会	豊田 堯	日野 頌三	土谷 晋一郎
日本私立医科大学協会	○小山 信彌	小山 信彌	山田 哲哉
日本精神科病院協会	鮫島 健	長瀬 輝誼	平川 淳一
日本病院会	◎山本 修三	齊藤 壽一	石井 暎禧
日本慢性期医療協会	武久 洋三	池端 幸彦	富家 隆樹
労働者健康福祉機構	伊藤 庄平	金井 雅利	○深尾 立

※「日本療養病床協会」は平成 20 年に「日本慢性期医療協会」に改称

○平成 21 年度

団 体 名	代表者会議	診療報酬実務者会議	
国立大学附属病院長会議	河野 陽一	坂本 徹	小池 創一
国立病院機構	矢崎 義雄	梅田 珠実	
全国公私病院連盟	竹内 正也	篠原 寛休	中嶋 昭
全国自治体病院協議会	○邊見 公雄	原 義人	佐藤 裕俊
全日本病院協会	西澤 寛俊	◎猪口 雄二	山本 登
日本医療法人協会	日野 頌三	関 健	土谷 晋一郎
日本私立医科大学協会	◎小山 信彌	小山 信彌	小平 喜之
日本精神科病院協会	鮫島 健	長瀬 輝誼	平川 淳一
日本病院会	山本 修三	齊藤 壽一	石井 暎禧
日本慢性期医療協会	武久 洋三	池端 幸彦	富家 隆樹
労働者健康福祉機構	伊藤 庄平	金井 雅利	○深尾 立

○平成 22 年度

団 体 名	代表者会議	診療報酬実務者会議	
国立大学附属病院長会議	河野 陽一	坂本 徹	小池 創一
国立病院機構	矢崎 義雄	梅田 珠実	
全国公私病院連盟	竹内 正也	原澤 茂	中嶋 昭
全国自治体病院協議会	◎邊見 公雄	原 義人	佐藤 裕俊
全日本病院協会	○西澤 寛俊	◎猪口 雄二	山本 登
日本医療法人協会	日野 頌三	関 健	土谷 晋一郎
日本私立医科大学協会	小山 信彌	小山 信彌	井田 豊太郎
日本精神科病院協会	山崎 學	菅野 隆	平川 淳一
日本病院会	堺 常雄	万代 恭嗣	石井 暎禧
日本慢性期医療協会	武久 洋三	池端 幸彦	富家 隆樹
労働者健康福祉機構	名川 弘一	金井 雅利	○深尾 立

○平成 23 年度

団 体 名	代表者会議	診療報酬実務者会議	
国立大学附属病院長会議	宮崎 勝	宮坂 信之	小池 創一
国立病院機構	矢崎 義雄	梅田 珠実	
全国公私病院連盟	竹内 正也	原澤 茂	中嶋 昭
全国自治体病院協議会	邊見 公雄	原 義人	佐藤 裕俊
全日本病院協会	◎西澤 寛俊	◎猪口 雄二	山本 登
日本医療法人協会	日野 頌三	関 健	土谷 晋一郎
日本私立医科大学協会	小山 信彌	小山 信彌	野尻 一之
日本精神科病院協会	山崎 學	菅野 隆	平川 淳一
日本病院会	堺 常雄	石井 暎禧	中井 修
日本慢性期医療協会	武久 洋三	池端 幸彦	富家 隆樹
労働者健康福祉機構	○深尾 立	上家 和子	○深尾 立

○平成 24 年度

団 体 名	代表者会議	診療報酬実務者会議	
国立大学附属病院長会議	宮崎 勝	宮坂 信之	小池 創一
国立病院機構	桐野 高明	梅田 珠実	
全国公私病院連盟	篠原 寛休	○原澤 茂	加藤 誠
全国自治体病院協議会	邊見 公雄	原 義人	木村 泰三
全日本病院協会	西澤 寛俊	◎猪口 雄二	山本 登
日本医療法人協会	日野 頌三	関 健	土谷 晋一郎
日本私立医科大学協会	小山 信彌	小山 信彌	田島 契司
日本精神科病院協会	山崎 學	菅野 隆	平川 淳一
日本病院会	堺 常雄	石井 暎禧	中井 修
日本慢性期医療協会	○武久 洋三	池端 幸彦	伊豆 敦子
労働者健康福祉機構	◎深尾 立	上家 和子	調所 廣之

【日本病院団体協議会運営要綱】

(名 称)

第1条 本会は、日本病院団体協議会（略称「日病協」）と称する。

(事務所)

第2条 本会は、事務所を東京都千代田区三番町9番地15に置く。

(目 的)

第3条 本会は、病院医療の向上発展のため、わが国の病院団体が大同団結し、
以って国民医療の質の向上に寄与することを目的とする。

(事 業)

第4条 本会は、前条の目的を達成するために、各構成団体共通の認識のもと、
国並びに関係団体等に提言・要望等を行う。

(組 織)

第5条 本会は、本会の目的及び事業に賛同する全国組織の病院団体をもって
構成する。

(会 議)

第6条 本会に、本会の運営と第4条に掲げる事業を実施するために、代表者
会議を置く。

2. 代表者会議は、各構成団体の代表者を含む2名をもって組織する。但し、代理の者の出席を認める。
3. 代表者会議の議決は、全員一致を原則とする。
4. 代表者会議のもとに事業実施に必要な実務者会議を置く。

(役 員)

第7条 本会に次の役員を置く。

- (1) 議長 1名
- (2) 副議長 1名
2. 前項の役員は第6条第2項に定める代表者の互選とする。
3. 議長は、代表者会議を招集し、会務を総理する。
4. 副議長は、議長を補佐し、議長が何らかの理由により職務の遂行が困

- 難と判断される場合、その職務を代行する。
5. 議長、副議長の任期はそれぞれ1年とする。但し、再任はできない。

(事務局)

第8条 本会に事務局を置く。

2. 事務局に関して必要な規定は別に定める。

(経費負担)

第9条 本会の運営に要する経費は、各構成団体が応分の負担をする。

2. 本会の事業年度は、毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終わる。

(雑 則)

第10条 本会の運営に関し必要な事項は代表者会議の決定による。

付 則

1. この要綱は、平成17年8月10日から施行する。

施行時の構成団体は次の通り。

国立大学附属病院長会議、独立行政法人国立病院機構、全国公私病院連盟、
社団法人全国自治体病院協議会、社団法人全日本病院協会、社団法人日本
医療法人協会、社団法人日本私立医科大学協会、社団法人日本精神科病院
協会、社団法人日本病院会、日本療養病床協会、独立行政法人労働者健康
福祉機構

2. 第8条の規定にかかわらず、当分の間は日本病院会が事務局を務める。

以上

