

日 時 平成25年8月24日(土) 13:00~16:54

場 所 日本病院会ホスピタルプラザビル 3階会議室

出席者 堺 常雄 (会長)

今泉暢登志、末永 裕之、岡留健一郎、相澤 孝夫、梶原 優、大道 道大 (各副会長)

前原 和平、高木 誠、万代 恭嗣、中嶋 昭、中 佳一、山田 實紘、楠岡 英雄、
中島 豊爾、塩谷 泰一、安藤 文英 (各常任理事)

柏戸 正英、上津原甲一、石井 孝宜 (各監事)

野口 正人

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

坂本 すが (代理:井伊久美子)、高久 史麿、松田 朗、桐野 高明、北田 光一、
池上 直己、権丈 善一、高橋 正彦 (各参与)

有賀 徹、望月 泉、原 義人、松本 純夫 (各委員長)

中村 博彦、堀江 孝至、神原 啓文、松本 隆利、細木 秀美、副島 秀久
(各支部長)

永易 卓 (日本病院会 病院経営管理士会 会長)

阿南 誠 (日本診療情報管理士会 会長)

山田 達夫 (新入会員/一般社団法人巨樹の会 明生リハビリテーション病院)

総勢49名の出席

堺常雄会長からの開会挨拶の後、議事録署名人に高木誠常任理事、山田實紘常任理事を選出した。次いで、新規入会病院の山田達夫氏(一般社団法人巨樹の会明生リハビリテーション病院名誉院長)の挨拶が行われ、梶原副会長の進行により審議に入った。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

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1件〕

①長崎県・労働者健康福祉機構・長崎労災病院(会員名:横山博明院長)(慰留実施)

〔正会員の退会撤回3件〕

①北海道・医療法人健康会くにもと病院(慰留者:中村博彦支部長)

②埼玉県・医療法人社団宏仁会小川病院(慰留者:山田達夫理事)

③兵庫県・医療法人社団せいわ会たずみ病院(慰留者:藤原久義理事)

平成25年8月24日現在、正会員 2,372会員

特別会員 219会員

賛助会員 247会員 (A会員102、B会員111、C会員2、D会員32)

2. 関係省庁及び各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議した結果、依頼を承認した。

(継続：後援・協賛等依頼 6 件)

- ①「平成25年度在宅人工呼吸器に関する講習会」(公益財団法人医療機器センター)の協賛名義使用
- ②医療ガス保安管理技術者講習会(公益財団法人医療機器センター)の協賛名義使用
- ③平成25年度臨床検査普及月間(一般社団法人日本衛生検査所協会)に対する協賛名義使用
- ④平成25年度(第64回)全国労働衛生週間(厚生労働省)に関する協力
- ⑤HOSPEX Japan 2013(第42回日本医療福祉設備学会併設展示会)(一般社団法人日本医療福祉設備協会・一般社団法人日本能率協会)に対する協賛
- ⑥「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会」(厚生労働省)後援名義使用

(新規：後援・協賛等依頼 4 件)

- ①高齢者施設・住宅ビジネスEXPO(JASHOME)2013(高齢者施設・住宅ビジネスEXPO実行委員会)開催に関する協賛名義使用
- ②南海トラフ巨大地震・首都直下地震等に対応した消防用設備等のあり方に関する検討部会(消防庁予防課)委員の委嘱
- ③第9回長寿医療研究センター国際シンポジウム(独立行政法人国立長寿医療研究センター)の開催に係る後援名義の使用
- ④第28回全国医療法人経営セミナー(一般社団法人日本医療法人協会)の後援名義使用

〔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4回雑誌編集委員会(7月30日)

報告は資料一読とした。

(2) 第1回病院経営の質推進委員会(7月31日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・改定影響度調査は診療報酬改定があった年に行っているが、その年だけでいいのか、間の年も行ってはどうかという話が出て、今年度行おうという話になった。調査のあり方については、項目を限定して調べてはどうか等、さまざまな意見が出たが、できれば今年度中に平成25年度の6月の影響度調査を行いたいと思っている。

(3) 第2回病院中堅職員育成研修「医療技術部門管理」コース(8月9日、10日)

末永副会長より、52名の参加を得て行われた旨の報告があった。

(4) 平成25年度「病院長・幹部職員セミナー」(8月1日、2日)

今泉副会長より、以下の報告があった。

- ・351名の参加を得て行われた。会場の都合で54名ほど、参加をお断りした方がいるので、来年は少し広い会場を考えている。
- ・これまでこのセミナーは木・金の1日半で行っていたが、土・日のほうが参加しやすいのではないかという話が出た。来年は8月2日、3日の土・日で考えている。
- ・今年のアンケートを参考に、また来年は内容をよく考えて計画したい。

(5) 第3回地域医療委員会(8月6日)

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・ 2月から3月に行ったアンケート調査結果の報告書をどのような形にするかについて、今回の委員会で議論した。
- ・ 日病は大規模、中規模、小規模の病院が均等にあることを示すために、新たに円グラフを入れた。これを見れば、さまざまな規模の病院がバランスよくあることがわかる。
- ・ この5年間の医師の増減に関しては、52%の病院で増え、20%の病院で減っていた。増えたのはやはり大都会で、減りが顕著なのは、群部町村よりも、県庁所在地以外の小さな市にある病院だとの結果が出た。ただ、52%の病院で増えたとはいえ、増えた実感は薄く、4分の3の病院が増えたとはまだ感じられない、まだ不足していると回答した。
- ・ 医師の確保方策については、大学医局からの派遣が断トツで多くなっている。大学医局の医師派遣機能が低下したと言われているが、依然として90%の病院で行われており、平成18年調査時の98%と比べてもあまり減っていない。また、人材派遣会社に頼る病院が平成18年調査時の19%から大幅に増え、47%となっている。人材派遣会社に対する手数料は1病院当たり年間767万円と推計され、勤務医不足によって医療周辺産業が繁栄している実態を考えると、何らかの規制が必要ではないかとの考察をした。
- ・ 国は、各都道府県に地域医療支援センターを1つ設置し、そこに責任を持って医師派遣を行うため、昨年度は約10億円、今年度は約9億円の予算措置をしているが、実際に地方自治体から派遣を受けた病院は26病院にすぎない。これは国の地域医療支援センター構想がうまくいっていない表れであるとの考察をした。
- ・ 地域偏在、診療科偏在の是正に関しては、制度の壁をきちんとしてほしいという意見や、僻地勤務の義務化や計画配置等の規制的な手法が必要だとの意見が上位に入っている。
- ・ 労働条件に関しては、医師の勤務時間は多少減り、宿直回数も減ってきている。また、当直明けの通常勤務も減って、半日や1日の休みをとれる人が増えてきている。勤務医の過重労働に対し、病院の院長や理事長は配慮していることがうかがえる結果となった。
- ・ 労働基準監督署からの是正勧告は、32%の病院で受けている。違反の内容は、第32条の法定労働時間40時間の違反と、第37条の割り増し賃金に関する違反が大多数であった。
- ・ 制度の壁に関連し、労働基準法第32条の法定労働時間と医師法第19条の応招義務の間に矛盾があるとは思わないと回答した病院が、332病院のうち101病院あった。また、宿直の定義について、医療法第16条は急変への対応を求める一方、労働基準法施行規則第23条は寝当直としているが、これに矛盾があるとは思わないと回答した病院も79病院あった。
- ・ このアンケート調査から、勤務医不足と労働環境に関してはわずかに改善の兆しが見えるが、依然として労働基準法違反を前提とした、また、それを追認せざるを得ない病院運営の上に病院医療が成り立っていることがわかる。このあたりはしっかりと考え、医療の憲法たる医療基本法等をしっかりと制定すべきだというのが結論である。

以上の報告に対し、堺会長は、このアンケート結果は病院長・幹部職員セミナーで発表し、好評を得た。非常に貴重なデータで、日本病院会として記者会見を行いたい、微妙な内容が含まれていて、行政に逆利用される気もすると述べた。

今泉副会長は、労働条件の改善の裏では、当直を派遣で賄うなどしており、出費に苦しんでいる地域の病院も多いことをあわせて考えていかなければならないと述べた。それに対し塩谷常任理事は、勤務医の過重労働を軽減するためには外から連れてくる必要があるが、億単位でお金がかかるといふジレンマを抱えながらやっている病院もあると述べた。

(6) 第2回医療制度委員会（8月7日）

報告は資料一読とした。

(7) 第1回看護職場環境委員会（8月21日）

望月委員長より、以下の報告があった。

- ・出席者は、担当副会長の末永先生と私以外は全員女性だった。
- ・委員会の今後の進め方ということで、各病院の現状から共通課題の抽出を行ったが、看護師の確保、定着にどこの病院も苦勞している現状が浮かび上がった。7対1の導入以降、看護師の確保が非常に難しくなっている。また、夜勤の問題も大きいのしかかかっており、夜勤免除の看護師が増えている現状や、夜勤専従看護師の状況といった話になった。
- ・今年度、あと2回ぐらい行いながらまとめていきたい。

以上の報告に対し、堺会長は、日病としても現場の師長の話を通じて直接聞きたいということで行ったので、これから成果を出していただきたいと述べた。また、梶原副会長は、現場の情報を流しながら、日看協とも一緒にやれたらと思っていると述べた。

(8) 診療情報管理士通信教育関連

- ①第2回専門課程小委員会（8月5日）
 - ②第2回基礎課程小委員会（8月6日、9日）
 - ③第2回分類小委員会（8月13日）
 - ④医療統計学勉強会（7月20日）
 - ⑤コーディングの勉強会（7月21日）
- ・以上の会議についての報告は、資料一読とした。

(9) 日本診療情報管理学会関連

大井顧問より、以下の報告があった。

- ①第1回倫理委員会（8月16日）
 - ・現在、2009年版の日本診療情報管理学会倫理綱領を、2013年版として新たに見直すこととなった。来月の診療情報管理学会理事会で承認していただくため、準備している。
 - ・最近、COIに関して厳しく言われており、学会によっては、役員や研究者全員にCOI申請を課しているところも多くなってきている。このCOIのマネジメントについて案をつくるため、委員会の中で協議することとなった。
- ②第65回生涯教育研修会（8月17日）
 - ・報告は、資料一読とした。

(10) 病院経営管理士会関連

末永副会長より、以下の報告があった。

- ①第1回病院経営管理士教育委員会（8月2日）
 - ・優秀な卒業論文の病院経営管理士会会誌や日本病院会雑誌への掲載を推薦することについて審議し、審査員などについて話し合った。
 - ・テキストが未完成の科目のテキスト制作について話し合った。

2. 日病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第96回診療報酬実務者会議（8月21日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・8月9日に日病協として厚労省の宇都宮保険局医療課長に、実務者会議の猪口委員長が要望書を提出した。
- ・入院基本料の算定については、病棟ごとの入院基本料の算定は、7対1の算定病棟がさらに増えるため絶対に受け入れられない。今でも傾斜配置をしていて7対1が減る可能性のほうが高いと猪口委員長は主張したが、それでも聞き入れられなかった。
- ・「専従」と「専任」を、どの程度の勤務時間がある程度明確にしてほしいと要望した。専

従と専任を使い分けて、専任のほうに算定要件を緩和したときには、当然診療報酬は下がるといった一戸課長補佐の対応だった。

- ・この要望書については、最終版として全体的な要望、具体的な要望で3ページ分、項目数で11項目と絞った。

(2) 第105回代表者会議 (8月23日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・次期中医協委員候補者について検討した。
- ・日病協はそもそも中医協委員を病院団体から出すためにできた組織で、2人を公的と私的から出すとか、順送りがいいとか、いろいろ原則があったようだが、世の中が変わる中で設立当初からの原則にこだわるのはいかがかということもあり、今回、議長のはからいで、各病院団体に候補の推薦を依頼することとなった。
- ・日本病院会としては全日病の猪口先生を推薦したが、猪口先生を推薦する団体が他にも幾つかあり、他に医法協から関先生、日本私立医科大学協会から小山先生、日精協から長瀬先生、日慢協から池端先生と、5人の候補が出た。決めかねたところで、武久議長は、四病協から3人出ているのだから四病協を1本にすることを提案した。日病協は病院団体が入っていて、四病協が入っているわけではないので、筋の通らない意見だと思う。
- ・中医協のためにつくられた日病協が複数の候補者を連記するのは難しいので、今回は1本でいこうということだが、山本名誉会長が話されていたように、次の中医協委員になる人を育てる仕組みをつくるべきだと思う。病院団体の持ち回りとか順送りという話ではないように思う。
- ・日病としては、ぜひ引き続き猪口先生を推薦していきたい。

また、梶原副会長は、日病は、各団体の持ち回りではなく、中医協の委員としてふさわしい人格、キャリアを備えている人を出すべきだし、1本で出さないと厚生労働省からなめられる。前の山本名誉会長のご提案どおり、ノミネーをつくり、中医協にも陪席で出てもらって勉強してもらうのが一番いいと堺会長がおっしゃっていたと、補足した。

3. 中医協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第89回薬価専門部会 (7月31日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・薬価算定組織からの意見についての議題では、まず外国平均価格調整について、これまでの基準を少し厳しくして全体の薬価の算定が低くなるようにしてはどうか。例えば、最高価格が5倍を超える場合に除外していたものを、3倍に低くすれば、結果として薬価が下がるし、平均価格の場合でも幅を狭くするといった提案がされた。
- ・国内で製造が行われている場合に便宜を図る等、製薬についても少し有利な条件を案として提示されている。例えばイノベーションの評価があるものは評価幅を少し増やす等の提示がされたが、すぐに導入するのはいかなものかとの意見が大勢を占めた。
- ・後発医薬品の品質確保についての議題では、国立医薬品食品衛生研究所で品質の評価をしており、今後も情報発信していくことで品質確保していく。例えば、後発医薬品の溶出試験で、オレンジブックの基準の溶出容態と後発医薬品の溶出容態が異なる場合には、品質が必ずしも確保されていないという判定になり、販売中止の対応をとることによって後発品の品質を確保するといったことが提示された。
- ・同等性については、後発品も厳しく判定しており、先発品と比較してもばらつきが非常に少ないものだけを同等としている。20%の範囲を少しでも超えるものは同等性がないと判

定し、後発医薬品の同等性を確保しているということだった。

(2) 第12回費用対効果評価専門部会（7月31日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・医薬品の具体的な評価の方法ということで、英国における肺がん化学療法の標準治療の分子標的薬Aという新しい薬が、これまでの化学療法B+Cと比較して費用対効果がすぐれているかという具体的な事例をプレゼンされた。メーカーが出した正作用、副作用等のデータにQOLの考え方を入れ、費用対効果+アプレイザルという社会的な適用その他を評価して、最終的に推奨するかどうかということ、細かなデータを用いて提示された。結論としては、2カ月間の医薬品の費用を企業が負担することを条件に推奨することになったが、手順が非常に多岐にわたっており、費用対効果をきちんと出すにはかなりの人的資源の投与が必要だと感じた。

(3) 第246回総会（7月31日）

万代常任理事より、高齢化社会になって歯の温存も含めた口腔内のケアが非常に重要になり、それによって合併症が少なくなったり医療費も削減できるので、医師、歯科医師のみならず、看護師、歯科衛生士等も含めたチーム医療の導入も考えた評価を今後導入したいとの報告があった。

(4) 第7回診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会（7月31日）

(5) 第247回総会（8月21日）

以上の会議について、万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・総会において、診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」の武藤分科会長から、分科会における中間取りまとめの報告があった。7対1の病床数が多く、それを削減するために、診療報酬で先にある程度方向性を出したいというようなプレゼンの内容だった。
- ・中間取りまとめの中で、7対1を算定する病棟の性格として、「主に「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」と考えられる」と書かれているが、ここにいう「複雑な病態」や「高度な医療」の意味について議論があった。また、「7対1入院基本料を算定する医療機関は、一般病棟入院基本料の中で最も人員配置の手厚い医療機関」と書いてあるが、最も人員配置が手厚いのは看護師だけではないかとの意見も出た。
- ・いずれにしても、7対1が担当すべき急性期の病棟については、慢性期、長期療養を有するものは明確に除外規定とできるが、急性期の定義は難しい。病院会としても、何が急性期かを提言していくべきだと思う。ただし、高度とか7対1に限らない「急性期」の定義を「患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」とすることについては、1号側も2号側も同意している。
- ・短期滞在手術基本料に代表される包括化がある程度可能な病態については、包括化した上で平均在院日数の計算から外すという方向としたい。ただし、包括化によって、それから外れる患者に迷惑がかからないことは必要である。例えば、心カテで入院する患者や、結腸ポリープ等でポリープを切除する患者の入院等については、包括化した上で平均在院日数の計算対象から外しても、その影響については1日にも満たないと考えられ、幾つかの病態の特に検査においてこの方式が採用されるのはいたし方ないと思う。
- ・特定除外について、平成21年度改定時に13対1、15対1の特定除外の考え方を变えており、それと同一になるかはわからないが、7対1、10対1でも特定除外について平均在院日数に入れるか、あるいは入れないで包括化するかといった方向性が出る。ただ、それについてはいろいろな問題点がある。
- ・重症度・看護必要度の項目についても調査した結果、創傷処置については褥瘡に対する割

合が療養病棟が多いことから、褥瘡の処置とそれ以外の処置を分け、また、呼吸ケアについては、喀痰吸引を定義から外すとといった見直しが考えられる。

- ・ 7対1病床の急性期患者の病状抽出には、重症度、看護必要度だけでは無理がある。平成26年度の診療報酬改定にはもう時間がないので、中期的な視点で、急性期の病状を判定する指標について何らかの提言をしていく必要があると思っている。

(6) 第90回薬価専門部会（8月21日）

万代常任理事より、外国平均価格調整によって薬価算定を切り下げることについて具体的なデータが出され、1号側も2号側も基本的には賛成だが、製薬としてはそのまま引き下がれないため、次回、弁明の機会を設けることとなった旨の報告があった。

(7) 第7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（8月2日）

石井監事より、以下の報告があった。

- ・ 平成元年と9年の診療報酬改定の段階で0.76、0.77%を上乗せする改定を行ったが、これがどこにどのように反映されたかについて、医療機関にとって納得のいく状況ではなかった。8%引き上げ時の対応を考えていく必要がある。
- ・ 消費税対応に係る財源の原則的な配分方法についてのたたき台が出た。前回の改定率と現実へのつながりの不透明な部分が見えるようにするため、診療報酬本体部分の医科、歯科、調剤間の財源配分について、医科診療報酬、歯科診療報酬、調剤報酬別に財源を明確化し、医科に関しては病院、診療所別に財源配分を考え、病院に関しては入院の部分について財源の配分を考えるという整理になっている。診療報酬本体部分に配分されるべき財源を、医療経済実態調査を使って計算し、医科、歯科、調剤それぞれの医療シェアと課税経費率で案分する。そして、診療所は初・再診料に上乗せし、病院に関しては診療所と同一の点数となるように初・再診料を引き上げ、残った財源に関しては入院料に乗せるといった提案になっている。ただし、全診療所の年間の初・再診料算定回数などを出して、きちんと割り返して反映レートを出すような透明性の確保は必要である。
- ・ 高額投資に対しては、今のところ結論は出ていない。また、毎年計上されている減価償却費を課税仕入れの中に入れていく。1度の投資ではなく、長期目線で織り込むという発想だが、それでよいのか、まだ結論は出ていない。医療団体として、全面的に課税を手挙げしているが、今、議論しているのは来年4月の改定についてのみであり、その場合、高額投資について減価償却費で、長期の目線でやること自体に矛盾があるのではないかといった議論もある。
- ・ そもそも来年4月に消費税を上げるのかということ自体に、今、さまざまな議論が出ており、その行方によっては大きく影響が出ることになる。建てつけを考える上で大変悩ましいという状態である。

梶原副会長は、今回の消費税8%は診療報酬で見ると、高額なものに関しては医療団体は一切要求せず、我々医療界は透明性を要求ということかと、安藤常任理事に確認した。安藤常任理事は、高額投資分面倒を見てもらうのは一見よさそうだが、総額の中からそちらにシフトするのでトリッキーな話だと述べた。

4. 四病協について

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第4回医療提供体制に関するワーキンググループ（7月31日）

報告は資料一読とした。

(2) 第5回医療保険・診療報酬委員会（8月2日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・猪口委員長が、当委員会がまとめた「診療報酬における施設基準および人員配置に関する要望」を厚生労働省の保険局医療課長に提出した。基本診療料の算定する種類によって要件が変わるのを、日精協がまとめて事務局が一覧表にし、それを保険局医療課長に提出したものであり、診療報酬というよりは、通知文書で何らかの対応をしてくれる可能性がある。

(3) 第1回治療費未払問題検討委員会（8月9日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・この検討委員会は、前回は2010年をもって一旦休会となっていたが、今年3月の未収金問題に関するアンケート調査により、事態が改善していないことが判明したため、四病協で大規模な調査をすべきだということでこの委員会が復活したものである。
- ・8月21日の四病協の総合部会で調査について承認された。調査内容については、現在、主に精神科病院協会のほうで練っている。

(4) 第5回総合部会（8月21日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・専門医制度について、厚生労働省の専門医のあり方に関する検討会の4月22日の報告書の中で、認定機関として第三者機関が学会と密接な連携をとって行うべきことが提案された。それを受け、日本専門医機構を設立するための組織委員会が8月6日に開かれ、その報告があった。参加団体は、日本医学会、日本医師会、全国医学部長・病院長会、四病協、日本専門医評価認定機構の5団体である。今年中に第三者機関を立ち上げたい。
- ・この組織委員会の下に、定款策定委員会、役員選考委員会、財務委員会、広報委員会、総合診療専門医育成委員会の5つの委員会がつくられ、財務委員会の委員として四病協から日精協の長瀬副会長を推薦した。

(5) 第3回日本医師会・四病院団体協議会懇談会（8月21日）

報告は資料一読とした。

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

下記会議の概要報告を了承した。

(1) 第7回医事法関係検討委員会（7月31日）

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・日本医師会と内閣法制局が一緒になって最終的な医療基本法の法案を検討する段階になっている。ただ、一部に慎重な意見もある。
- ・患者の声協議会は、大方は日本医師会の素案に賛成している。日弁連は今月の末に協議を開始する。
- ・「医療の不確実性」という文言をどのように入れるかで悩んでいる。そのまま入れるのは、当然患者団体が猛反対している。よいサジェスションがあればいただきたい。

以上に対し、堺会長は、団体によって考え方が違っている。最終的には日病と全日病で日医案に対して意見を出すということで、現在検討中だと述べた。

中島常任理事は、「医療の不確実性」というのは何らかの形で必ず入れないといけない。「結果が不確定原理によって支配されている」のような形で、結果について言うことが大事だと思うと述べた。

有賀委員長は、そのことを織り込んで医療を行う、病院の医療の仕組みはそれを前提にできているということを丁寧に言うしかないと述べた。

(2) 社会保障審議会医療部会（第30回：8月2日、第31回：8月9日）

相澤副会長より、以下の報告があった。

(第30回)

- ・最終的な結論を出すのを1カ月遅らせ、11月末までに出すこととなった。税率を10月に決めてからまとめに入るためではないかと思われる。
- ・保険部会からの報告で、「治す」から「支える」医療に変えるために在宅の医療を中心とした医療を行っていく必要があり、一般病床の機能分化を医療部会で医療法として行うと同時に、診療報酬改定でもこの分化を進めるためのさまざまな施策を行っていくということがあった。一般病床はこれ以上の平均在院日数の短縮はできないとの発言もあったが、私は、手術前後の入院等、無駄をなくせば短縮できると反論した。
- ・7対1を減らす意識が強く、急性期病院における平均在院日数の短縮とも絡んで、今後、医療法と診療報酬で急速に行われてくる気がする。
- ・急性期病院と長期療養を行う病棟の機能分化ということで、特定除外をやめて、一般病床に入っている入院期間の長い人を早く出そうという議論があった。
- ・急性期後の患者について、保険部会は「急性期」といい、医師会と四病協は「回復期」といっており、名前が違うとの議論があった。言っていることは同じなので、その病床機能をどうするかが問題になってくるとと思われる。
- ・地域特性について、いろいろな機能が凝縮した中小病院や病棟をどういう地域で認めるのか決めていきたいということで、厚生労働省は、人口密度の少ないところの病院に認めていきたいという思いが強いようだが、私は都会でもそういう病院が必要だと思っている。
- ・支える医療について、かかりつけ医を中心とした在宅医療をどう構築するか、そこにどうお金をつけていくか、診療所の外来や病院の機能をどう見ていくのか等が議論となった。
- ・社会保障審議会医療部会に対する奈良県の荒井知事の意見ということで、知事会は厚生労働省に対して、機能分化を進めるための補助金を確保してほしいと要望している。

(第31回)

- ・医療法の改定をする審議の内容として12項目あるが、最も重要なのは医療提供体制の改革である。
- ・一般病床の機能分化について、私たちは、まず報告制度をつくって報告し、その中でデータ分析をして地域の医療計画をつくり、それによって一般病床の機能分化を進め、診療報酬をつけていくのが筋だと考えている。7対1問題も、急性期の病床や病院のあり方を議論し、それにはどのくらいの看護師やメディカルスタッフの配置が必要だというのが本筋で、最初に7対1看護があって、それをどうするかというのは本末転倒だと思う。そのためにも、データをしっかりと集める仕組みを構築してほしい。

6. 第53回日本人間ドック学会学術大会について

堺会長より、8月29日、30日に静岡県浜松市で「トータルヘルスケアとしての人間ドック」をテーマに開催される旨の報告があった。

7. 第39回日本診療情報管理学会学術大会について

高橋参与より、9月5日、6日に茨城県のつくば国際会議場で「医療連携と診療情報管理」をテーマに開催される旨の報告があった。参加者は1,055名の予定で、演題数は312題。メインプログラムとして特別講演2題、学術大会長講演1題、教育講演1題、厚生労働省科学研究報告1題、シンポジウム4題、生涯学習研修会1題、ランチョンセミナー5題を行う。

8. メディカルエクセレンスジャパンの位置づけ・役割について

山本顧問より、以下の報告があった。

- ・ 6月に発表された経済成長戦略の骨太の方針に健康医療戦略があり、これを踏まえて健康医療戦略本部が立ち上がった。本部長は安倍首相、副本部長は菅官房長官で、日本版NIHを創設し、医療の国際協力を推進することが決められた。具体的には、独立法人をつくり、経済産業省、厚生労働省、文部科学省に関して基礎研究と臨床研究の予算請求を全て内閣官房に集めて、官房と各省が一緒に財務省と交渉することになる。
- ・ 医療の国際協力に関して、健康医療戦略に基づいて医療技術サービスの医療展開にかかわる取り組みを関係府省庁が連携して推進するため、官房の中に医療国際展開タスクフォースが立ち上がった。議長は室長の和泉さんで、各省から局長や一般社団法人MEJの理事長が参加して議論を行い、合意を得る。そして、民間の案件であるとか政府が支援する案件であるとか、あるいはODAを使う国際協力案件などと分けて、チームをつくって相手国とやっていくことになる。
- ・ 第1回のタスクフォースが8月7日に行われ、内閣官房や外務省、厚労省、MEJの役割について合意が得られた。締めの挨拶で、私は、これをきちんと進めるためには医師の協力が絶対のポイントになる。今、医師は個人や医療機関、グループで国際活動を行っているが、1度集まっていたいて意見を聞き、どうすれば本当の意味で医師が協力できるかきっちりやっていくことが大事だと述べた。
- ・ MEJの役割としては、まず内閣官房関連事業として、医療国際展開を図るための基礎調査を行うことになる。1番目に、海外の医療を取り巻く環境の総合的基礎調査として、20カ国以上の文献調査と5カ国以上の実地調査を行い、データ分析を行う。2番目に、日本式医療に関する調査として、関係企業・医療機関の取り組みの現状についてインタビュー、アンケート等を行う。3番目に、医療関係者への取り組みの周知、啓発の企画として、政府の取り組みについて紹介を行い、医療国際展開に関心のある医療関係者を集めて意見交換会を行う。
- ・ 次に、経済産業省関連の事業予算としては、1番目に、海外医療協力の推進、海外医療セミナーなどを行う。ベトナム、インド、アブダビ、カンボジア、バングラデシュ等々でセミナーを行うことになっている。2番目に、国内インバウンドの事業に対するセミナーを行う。これは札幌、東京、大阪、福岡で行う予定。3番目に、機器製品集、医療技術集を作成し、ウェブで発信する。

以上に対し、堺会長は、日本病院会としても全面的にバックアップしたいと思っている。ぜひこの取り組みや、最近話題になっている国際認証、GCIの事業等についても国際委員会の中で検討していきたいと思うと述べた。

また、梶原副会長は、構成員を見ると、内閣府の健康医療戦略室長とMEJ理事長の山本先生と、2人で仕切っているのだから、外務省の片上局長とか梅田局長を自由に使ってほしいと述べた。

〔協議事項〕

1. 医療提供体制のあり方について<日医・四病協合同提言>

最初に、相澤副会長から、「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」のあらましについて、以下の説明があった。

基本方針に大体の方向性が示されている。1は、超高齢社会を迎え、行政・国民・医療関係者の3者が協働して、地域の実情に合わせた柔軟な医療提供体制を構築していかなければならないということである。2は、病床の機能分化によって最善の医療を切れ目なく提供する体制

を構築するということである。3は、治す医療から支える医療へ転換するために地域医療・介護・福祉の連携が必要で、在宅医療も必須となってくるということである。

次のページには、基本方針における考え方を示している。急速に高齢社会を迎える中で、時間をかけずに提供体制を変える必要がある。治す医療から支える医療へ転換するためには、国民の理解が重要で、地域包括医療をやっていく上では、かかりつけ医が在宅医療のキーになる。また、これまで医療提供側は受け身的だったが、これからは自分たちが主体的にこういう医療をやりたいということを打ち出していくべきで、医療機関がそういう変革をしていくための財政的支援を求めたい。

次のかかりつけ医については、今までかかりつけ医の明確な定義はなかったが、在宅医療の中心としてその機能と役割は重要になるということ、かなり踏み込んだ形で定義している。これにより病院とかかりつけ医の協力体制が整ったと思っている。

医療・介護の再編の方向性については、1、地域の人口等に応じた病床を医療計画にきちんと組み込む。2、一般病床の機能分化を進める。その際、軽症、中等症、重症といった病態を含めずに考え、また、集中治療室等の高度急性期病床は別個に考える。また、ポスト急性期の回復期、慢性期をしっかりと機能分化しながら、お互いに連携して医療提供体制をつくる。3、慢性期病床をどうするのか、もう一度考える。介護療養病床の廃止も見直し、慢性期病床としてもう一度整備することも考えたほうがよい。4、これまで以上に在宅医療の充実が必要になるので、在宅医療を支える入院施設をどう地域の中でつくっていくかということをやりたい。以上のようなことを提言している。

病床の区分については、「報告する病床の区分（案）」が示されている。

まず、急性期病床は、急性期医療を提供する病床で、重症、中等症、軽症は関係ない。きめ細かな報告制度については、病棟にいる急性期や回復期の患者割合の報告ということを経験者では考えているようで、私たちも了解した。また、在宅や介護施設の患者の急性増悪は急性期病床で診ることとする。急性期病床を標榜するからには二次救急も担い、また、地域包括ケアのバックアップベッドとしても機能することを考えている。

回復期病床は、急性期経過後、引き続いて入院医療が必要な患者に医療を提供する。リハビリテーションが必要な患者に専門的リハビリテーションを提供する回復期リハ病床と、それ以外の病床がある。療養病床であってもこの機能を有することができる。

慢性期病床は、これまでどおりである。

病院と病床機能との関係については、病棟ごとに機能が分化していれば、例えば急性期機能と高度急性期の機能を持っていれば急性期特化型の病院、急性期医療機能を持っていれば総合急性期病院、急性期病床と回復期病床を持っていれば地域急性期型病院、リハビリと回復期の機能を持っていれば回復期リハ型病院、慢性期の医療機能と回復期の医療機能を持っていて慢性期の機能が強化されていけば慢性期機能強化型病院、慢性期だけであれば慢性期病院といった形で、病院の分化と病床の機能分化を組み合わせることで地域医療を支えていけばよい。

有床診療所も地域の医療を担っているもので、5つの機能を掲げている。地域密着多機能型の入院施設という形で、医療提供体制の分化を行うことによって、これからの超高齢社会を支えていくといった考え方である。

以上の報告に対し、堺会長は、この提案は病床、病棟をこのようにきちっとするというのではなく、もし厚生労働省がのめば、各地域、各都道府県から情報を提供していただき、そのデータに基づいて、現状はどうなっているか大枠のとらえ方をして、その後でこういう形がいかにいいかということになると思うと述べた。

副島支部長は、かかりつけ医というのはよくかかる医者という感じで、必ずしも機能を表し

ているわけではない。「総合的な能力を有する医師」ではなく「総合的な診療能力」程度にすれば、総合診療医というニュアンスも入ると思う。専門医制度もできてきたので、これからの医療提供体制の議論には、強く「総合診療」あるいは「総合医」という文言を入れるべきだと述べた。それに対し、堺会長は、確かに専門医制度、第三者機関を立ち上げようと動いているが、まだ総合診療専門医も確立されていないし、なかなか難しい。患者も、理想的なかかりつけ医や総合専門診療医がいれば、病院ではなくそういうところに行こうという思いもあると述べた。

高木常任理事は、かかりつけ医の定義で、病院の医師か診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではないと書いてあることについて、病院の医師でも、またどの診療科でもかかりつけ医になれるように読め、総合診療のこともあるので矛盾するように思うと述べた。それに対し、相澤副会長は、ここはバトルがあったところで、私たちは本当のプライマリーケアを行う医師であってほしいと思っているが、医師会は、例えば地域の眼科の先生が眼科の総合医としていろいろなものを診ているので、かかりつけ医の範疇に入ると考えている。その調整が難しく、このような曖昧な表現になっていると述べた。

さらに、高木常任理事は、病院の医師でもかかりつけ医となり得るのかと質問した。相澤副会長は、往診したりする病院を診療報酬上は評価している。近くに開業医がない場合、病院の先生が入院も持ちながらかかりつけ医、総合医として機能していることがあり、そこはどうしても外せなくてこのような書き方になったと回答した。

梶原副会長は、日本の病院は約68%が200床以下で、実際の地域医療はそういう部分が支えていて、中小病院の先生でも往診に行くこともあるし、在宅療養支援病院が地域密着型で地域拠点としてネットワークを構成する流れになっていることを考えると、かかりつけ医には病院のそういう医師も一部入ると思う。ただ、かかりつけ医を定義するに当たって、日医は自分たち自身を相当縛っている。日医は、地域密着で、24時間体制で往診もしてくれる昔ながらのかかりつけ医をイメージしており、最近増えているような、テナントで開業して、定時に鍵をかけて診療所を閉めて帰り、夜の診療も往診もしない医者は言語道断だと思っている雰囲気がある。そこで「自己の診療時間外も」「最善の医療」「最新の医療を熟知して」という形で自ら縛りをかけたが、これは後で大変な思いをする可能性がある。ただ、全体的に見ると日病の主張もかなり入っているので、この組み合わせでどうかということをもしろ日病としてはしっかり議論したほうがよいと述べた。

相澤副会長は、かかりつけ医については長年議論してきたことなので、この文言は変えられない。そこで、日中しかかかりつけ医機能を果たしていない人はかかりつけ医ではないという逆定義をしたのだと述べた。

また、安藤常任理事は、厚生労働省は「効率化」をキーワードに病院の機能分化をうたい、数値目標を定めている。この文章は、今ある施設の活用から機能分化を導き出しているが、数値目標は出せるのか。数値目標を出さなければいけないと思うと述べた。それに対し、堺会長は、数値目標は出そうと思えば出せるが、全く現状に即さない数値では意味がないので、まず大枠を決めて、報告で上がってくるデータを見て、その次の段階だと思う。今の段階では、数値目標を設定するためのデータを我々は持っていないと回答した。

神原支部長は、例えば循環器の心不全の方は定期的に病院の専門科に診てもらおう、そういう広い解釈でのかかりつけ医もあると思う。そこは実をとって、かかりつけ医が夜間も救急も対応してくれるということが非常に大事だと思う。ただ、患者にとってはよくわからない議論なので、運用についてわかりやすい体制をつくらないと困ってしまうし、救急救命士をしっかりトレーニングしてトリアージできる体制をつくらないと、本当に混乱してしまうと述べた。

楠岡常任理事は、この中で診療所を中心とした機能と病院の入院機能はしっかり分かれてい

るが、患者から見ると、病院の外来をどうするか、診療所と病院の接点をどうするかが次の問題となる。ナイーブな問題だが、それを避けると、病院には直接かかれないのではないか、療養型の病院には外来機能はなくなるのではないかという危惧が生じるおそれがあると述べた。それに対し、堺会長は、外来機能について全く触れていないので検討の余地があると述べた。

中常任理事は、報告する病床の区分で、緩和ケア病床はどこに該当するのかと質問した。それに対し、相澤副会長は、緩和ケアだけでなく、他の特殊病床というのがこの病床区分には全く書かれていない。私の案では特殊病床というのが書いてあったが、それがなくなってしまったので、これから議論する必要があると述べた。

堀江支部長は、かかりつけ医の機能の中で重要なのは、看取りにかかわることだと思う。病院の定義で、急性期病床、在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応するというのを過大に評価されると、全部病院に来てしまう。実際、救急搬送の中で看取りをしないで搬送され、検死を行う症例が増えている。多くのかかりつけ医は1人でやっていると思われるので、体制的に、看取りになるというどうしても救急搬送になってしまうのが実態だと思うが、日本の将来を考えると、ここは重要な点としてぜひ詰めてほしい。開業医の先生も、1人ではなくチームで診る体制をつくる努力をし、かかりつけ医を名乗るなら看取る覚悟をしてほしいと述べた。

相澤副会長は、社会保障審議会で、これから激増する老人の死をどうするかを議論を始めたが、みんな積極的ではなく、後回しにされている。チームで診ないと死は看取れないが、病院で当番を決め、開業医の先生が休みのときに何かあれば患者の自宅に行くとか、さまざまな仕組みを講じればできることもあると思うので、審議会で意見をぶつきたいと述べた。

有賀委員長は、東京消防庁の搬送件数が去年1年間で1万300件増えたが、そのうち75歳以上は9,987件にも上る。これは非常にインパクトのある数字で、これを言えば、看取りの話とかチームで診る話とか、急性期病院とかかりつけ医の関係を議論せざるを得なくなると述べた。

中島常任理事は、既に発表されてしまったが、追加することはまだ可能なので、病院類型1から5の後へ、かかりつけ医機能病院などをいっぱいつけたらよいと思うと述べた。

神原支部長は、静岡市では、グリーンカードを持った患者は医師会の当番があり、グループで診療所が対応できるときはよいが、対応できなければ医師会が必ず対応することになっている。ただ、AIが増えてきて、病院の負担になっているので、何らかの対応をする必要があると述べた。

桐野参与は、かかりつけ医というのは曖昧な言葉で、自由標榜制の世界では、私はかかりつけ医だと言えばかかりつけ医だし、かかりつけ医でないと言えばかかりつけ医ではない。したがって、かかりつけ医はどこに何人存在するか確定しないし、こういう曖昧な概念を全体の制度設計に入れることはよいとは思わないと述べた。それに対し、堺会長は、その辺は専門医制度の中でまだ明確になっていないので、それを例えば日医と四病協で規定するのはなかなか難しいと述べた。

万代常任理事は、中医協でイギリスの総合医のような機能も将来の日本には必要だと発言したところ、日本医師会から反発があった。医師会もどういう機能をかかりつけ医に持たせるかについてよく考えており、例えば生涯学習等のプログラムによってかかりつけ医に引き上げることなども考えながら、かかりつけ医の機能についてかなり踏み込んで書いていると思うので、総合診療医がある程度固まってくるまでは、かかりつけ医の機能でどういったものを求めるかということで、お互いに病院と医療をやりとり姿勢が大切だと思う。ただ、診療報酬上の要件として、本当に地域を支えているとそうでない人を区別する方向性は見えると述べた。

また、万代常任理事は、機能分化と病院類型について、いろいろな類型がないと地域の実情に応じた医療提供体制ができないと思う。例えば大病院、中小病院が全部そろっていないところは、患者のために1つの病院でいろいろな機能を発揮しなければならないと述べた。

権丈参与は、「かかりつけ医」という言葉に高い目標を設定し、その中身を時間をかけて高めようとしているようなので、組織として、「かかりつけ医」という言葉は動かすことができない。国民会議では、かかりつけ医という言葉も総合診療医の言葉も使っており、総合診療医が今養成されるまで、並行して今のかかりつけ医、開業医がチーム医療をやってくれという形になっている。現状とずれを持たせて、目標を掲げる形でかかりつけ医を定義し、その方向に持ち込もうとしているのではないかと述べた。

細木支部長は、高知では、かかりつけ医の診療所は1つの村に1つしかなく、47の無医地区がある。アクセスも非常に悪く、そのようなところでチームなどとても組めない。村全体をカバーするかかりつけ医にしても、眼科や婦人科の医者だということもあるので、全体がレベルアップする必要があるし、そういったことも考えて制度設計する必要があると述べた。それに対し、権丈参与は、そういう事情の中で総合診療医をしっかり養成する必要があるということ、声を大にして主張されてよいと思う。機能分化等は都市の問題で、地方ではなかなかそうはいかないという形に報告書はなっており、総合診療医と並行しながらという形でいくと思うと述べた。

塩谷常任理事は、都会と地方はいろいろな面で異なる。これは都会の考え方でつくられているので、地方の実態もこういうものに反映してほしいと述べた。

堀江支部長は、うちは救急医療も担っており、全ての診療科が救急対応しているが、医者の数と救急件数からするとかなり負担である。そこで医師会側の先生に対し、病院は入院の必要な患者を全部受けるので、準夜帯だけでもうちの救急に協力してほしいとお願いしても、なかなか協力が得られない。地域全体の医療体制ということ考えた場合、開業医の先生も病院の医療に対して担える役割はあると思うと述べた。

堺会長は、小児救急について浜松で同様の問題があったが、小児科医会が準夜帯をやってくれるようになった。時間はかかるが、長い目で見て地道に取り組む必要があると述べた。

松本支部長は、私のところは中小都市だが、救急に関しては深夜・休日診療所を設け、ここに開業医の先生に入っただき、大学で埋まらないところを埋めていただいている。病院からもそこに人を出している。中小の都市でも、それぞれの実情に合わせて最適化し、実際に成り立つようお互いに機能を分担してやっていき、例えば在宅支援も、病院でやれるところはやるし、逆に病院が足りないときは手伝っていただくといった形で、その地域の医療が成り立つように組み合わせればよいと思う。現実には患者が困らない方向で、うまく話し合って連携するしかないと思ふと述べた。

堺会長は、松本支部長の病院長・幹部職員セミナーのお話を伺って、松本支部長のところは非常に医師会とうまくいっているように思うと述べた。それに対し、松本支部長は、我々は一生涯懸命、些細なことでもとにかく話し合い、今できることから始めている。行政も巻き込み、病院の増設や救急に関して補助金を市からいただいている。反対意見が強いと議会も通らないので、いただく病院だけでなく、周辺の病院や医師会も含め、医療関係が1つになってやるとうまくいくと思うと述べた。

山田常任理事は、私は今まで地域の医師会長をやっていたが、コミュニケーションをうまくとり、地域の医療をどうするかということをしっかり話し合っていけば、市から補助はいただけた。救急医療も、うちの病院の機械を使っても結構です、手当も出しますということで、土日の救急を地域の開業医の先生に協力をお願いしたところ、多くの先生にお手伝いいただいた。何でもかんでも病院がとか診療所がということではなく、自分が医師会長をやってみるのも面白いと思うと述べた。

2. 社会保障制度改革国民会議<報告書>

報告書の概要について、権丈参与から以下の説明があった。

医療のあり方として、高齢化等に伴い、従来の複数の領域別専門医による診療よりも、総合診療医による診療のほうが適切な場合が多い。総合診療医を養成し、国民にそのことを周知するのと並行して、チーム医療の確立を図る形にしている。日医の会長の記者会見では、このあたりに対して少し辛めのコメントが出ているが、各地域の個別性が強いいため、医療に関しては中央でコントロールすることはほぼ無理なので、その個別性に応じた形で計画を立ててもらうようにしていく。

提供体制の改革は、日本のように民間が主体となって医療・介護サービスを担っている国では、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべきである。診療報酬や介護報酬による誘導は確かに効くが、政策変更された場合のリスクに備えて、内部留保を十二分に抱えるなどの過度に危機回避的な行動につながる。政策当局は医療機関の体系を法的に定め直し、それぞれの区分の中で相応の努力をすれば円滑な運営ができるという見通しを明らかにして、提供者との信頼関係をつくる必要がある。そういう状況の中で、今まで中央で行っていた医療政策の権限を地方や提供者側に渡すというのが大きな流れである。

地域包括ケアの位置づけは厚労省の中で揺れているが、急性期病院から在宅まで全部がネットワークを張って初めて機能するものであり、医療と介護をセットにしてほとんどの文章が書かれている。

フリーアクセスについては、これまでは「いつでも好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったが、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも、「必要なときに必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。医療改革は提供側と利用者側が一体となって実現されるものであり、患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ない。望ましい医療というのは、みんながすぐに大病院へ行くことができるということではなく、医者が身近に存在し、相談できるような医療体制であるというように意識を変革していかなければいけない。

昨年から開催されている国民会議で医療、介護の提供体制の改革をやらなければいけないということを、私はずっと東洋経済の「経済を見る眼」というコラムに書いていたが、結局、私たちが一番言いたいことは、医療・介護の一体改革ということである。国民会議では、医療と介護を一体的にとらえた議論が行われ、その結果、急性期病院から在宅までの提供者間のネットワークとしての地域包括ケアシステムの構築が、進むべき改革の方向性として明確に位置づけられた。加えて、医療・介護資源の地域差も大きい実態が浮かび上がり、地域ごとのご当地医療を考える必要性が改めて確認され、そうした地域ごとの創意工夫が生かされたシステムが新たに創生されるよう、国から自治体に権限移譲を進めるよう提案している。

報告書の中では「効率」という表現を使っている。今までの政府の報告書は、効率化というのは削減することだが、私は文章の中で削減の効率化の表現は使っていない。全部GDP比にしている。

全部GDP比にすると、2025年の日本の医療費は今のフランスの医療費と変わらない程度で、決して高いわけではない。例えば、年金財政と比較すれば、年金給付比の対GDP比は2012年度で11.2%、2025年度で9.9%と、比率が低下しているが、医療給付費は7.3%から8.8%に上がり、介護費は1.5から1.8に上がる。財務省や厚生労働省は後者をとらえ、医療費や介護費が増えるから大変だと言うが、それをGDPで割ってみるととても寂しい状況になる。しかし、医療・介護費は増えることを見越している。

財源調達のベースとなるGDPの伸び率を上回って増加する医療・介護給付費を賄うため、保険料、税の徴収とサービスの効率化という、負担面と給付面の両側面において、これまで以上に能力に応じた負担の公平性が強く求められることになる。これを今回は前面に出しており、

健保連の高所得グループや大企業から持ってくることで全体のニュアンスで出ている。これについては、日経新聞は批判し、他の新聞は支持するという形で、評価が分かれている。当たり前の、正常な世の中になった気がする。

民主党は3党協議から離脱したが、自民党的にも実は不満がある。この文章の中に「混合診療の解禁」「保険外併用療養費制度の拡張」「セルフメディケーション」といった文言はどこにもないため、自民党のあるグループから攻撃を受けている。今までの改革推進法や骨太の方針とあまり衝突しないような形で思想転換を図った報告書になっている。

なるべく自助を強調したがる今の政権の中では、自助の協同化という形で共助という社会保険を位置づけて、その社会保険をメインに医療等をやっていくという話に持ち込んでいるので、不満が出るかもしれない。また、医療費が大変な状況だから改革をしなければいけないということを全部GDP比で潰してしまっている。ただ、医療費は今よりは増えるので、その財源を獲得していくためには、やはりこちら側から頑張っていることを示す必要がある。そして、今ある資源を使いながらもっとみんなが満足できるようにということで、「同じ費用をかけて、より質が高くゆえに満足度の高いサービスを提供できる効率化策があるのならば、躊躇なく押し進めればよい。そうした考えの下に、今般の国民会議は、迎えるべく超高齢化社会に向けて医療・介護の一体改革を目指そうではないかと呼びかけている」といった文章になっている。

以上の説明に対し、万代常任理事は、我々は消費税が5%上がってもそのうち1%しか社会保障に回らないことを理解しているが、それがどの程度国民に理解されるかが心配だ。1%だけなんてけしからんと思う国民が多いのではないか。国民の理解を得るために政府も相当説明しないと消費税どころではないと思うと述べた。それに対し、権丈参与は、そこはもう諦めているが、長い目で見れば、税と社会保障に関して増税のほうに来て、医療に財源をつける形の改革まで何とか持ち込まれているので、結構いい方向に進んでいると思うと述べた。

梶原副会長は、5%上げて1%しか使えないのはわかりきっていること。7%上げてトータル12%ぐらいにしないと財政規律も何もできない。私は既定の路線でいくと思うと述べた。

権丈参与は、今回、日経新聞が批判したのはそのとおりだが、そういうものである。本当は医療界、労働界が生活者側に立って経済界と対立して、社会保障、福祉国家を守るべきだが、労働界が経済界と同じような方向で福祉国家の本当の望ましいあり方に対して抵抗するという異常なことが起きている。医療界は、そういう意味では、新自由主義的ないろいろな改革に対して抵抗してきたがゆえに結構守られてきたと思うと述べた。

3. その他

梶原副会長より、参考資料について、独立行政法人福祉医療機構の病院の新築・増改築資金の金利が1.6から1.5に下がり、訪問看護も下がったが、この金利の動きで厚生労働省がどこをどうしたいのかよくわかるとの説明があった。

権丈参与は、四病協と日医のところで「治す医療から支える医療」と表現していたが、「高齢者は治さないのか」との指摘が出ることを考え、国民会議では「治す医療から治し・支える医療」をキーワードにしている旨の報告があった。

以上で閉会となった。

一般社団法人 日本病院会 平成25年度 第3回 定期常任理事会

議事録署名人 _____ 印

議事録署名人 _____ 印