

日時 平成25年10月26日（土） 13:00～17:00

場所 日本病院会ホスピタルプラザビル 3階会議室

出席者 堺 常雄（会長）

今泉暢登志、末永 裕之、相澤 孝夫、梶原 優、大道 道大（各副会長）  
前原 和平、藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、万代 恭嗣、中井 修、中嶋 昭、中 佳一、  
楠岡 英雄、生野 弘道、中島 豊爾、土井 章弘、塩谷 泰一、安藤 文英  
（各常任理事）

木村 純、中村 博彦、田林 暁一、堀江 孝至、原 義人、山口 武兼、  
岡部 正明、井上 憲昭、山本 直人、松本 隆利、足立 幸彦、廣瀬 邦彦、  
松谷 之義、藤原 久義、佐々木順子、砂川 晶生、青山 信房、成川 守彦、土谷晋一郎、  
三浦 修、武久 洋三、厚井 文一、藤山 重俊、松本 文六、石井 和博（各理事）  
奈良 昌治、池澤 康郎、佐藤 眞杉、大井 利夫、村上 信乃（各顧問）  
坂本 すが、高久 史麿、松田 朗、北田 光一、齊藤 壽一、高橋 正彦（各参与）  
木村 壯介、松本 純夫、崎原 宏（各委員長）  
柴山勝太郎、福井 洋（各支部長）  
永易 卓（日本病院会 病院経営管理士会 会長）  
阿南 誠（日本診療情報管理士会 会長）  
柏戸 正英、上津原甲一、石井 孝宜（各監事）  
野口 正人、中村 利孝（オブザーバー）

総勢64名の出席

## 開会

堺会長から開会の挨拶に続いて定数65名中、開会5分前の時点で出席者37名（過半数33名）で会議が成立している旨の報告があり、今泉副会長の司会により審議に入った。

### 〔承認事項〕

#### 1. 会員の入退会について

平成25年7月～9月（第2回～第4回常任事理会）において下記の入退会を追認した。

〔正会員の入会7件〕

- ①福岡県・社会保険仲原病院（会員名：木村壽成院長）
- ②福岡県・社会保険二瀬病院（会員名：八谷直樹院長）
- ③福岡県・社会保険大牟田吉野病院（会員名：三浦史博院長）
- ④福岡県・糸島医師会病院（会員名：富田昌良院長）
- ⑤奈良県・医療法人健和会奈良東病院（会員名：鉄村信治理事長）
- ⑥鹿児島県・社会医療法人整形外科米盛病院（会員名：米盛公治理事長）
- ⑦奈良県・奈良県立医科大学附属病院（会員名：古家仁院長）

〔正会員の退会8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）
- ②兵庫県・市立三木市民病院（会員名：高橋洋院長）

- ③兵庫県・小野市立小野市民病院（会員名：門脇誠三院長）
- ④岩手県・社団医療法人啓愛会孝仁病院（会員名：井筒岳理事長）
- ⑤神奈川県・医療法人ふれあい横浜ホスピタル（会員名：大屋敷万美理事長）
- ⑥滋賀県・医療法人社団御上会野洲病院（会員名：渡邊信介理事長）
- ⑦奈良県・医療法人南風会万葉クリニック（会員名：南尚希理事長）
- ⑧熊本県・医療法人あきた病院（会員名：水谷純一院長）
- 〔特別会員の退会 1 件〕
- ①特別会員 A・福岡県・公益財団法人福岡労働衛生研究所（代表者：黒石雅幸代表理事長）
- 〔賛助会員の入会 4 件〕
- ① A 会員・神奈川県・東洋羽毛工業株式会社（代表者：柳場弘代表取締役）
- ② A 会員・大阪府・大日商事株式会社（代表者：安藤嘉信代表取締役）
- ③ B 会員・東京都・一般社団法人日本臨床衛生検査技師会（代表者：宮島嘉文会長）
- ④ B 会員・東京都・一般社団法人 S-Q U E 研究会（代表者：古屋光幸代表理事）
- 平成25年9月25日～10月22日受付分の下記の会員異動について審査し、承認した。
- 〔正会員の入会 2 件〕
- ①三重県・伊賀市立上野総合市民病院（会員名：足立幸彦病院機能再開発推進監兼健診センター長）
- ②香川県・医療法人社団純心会善通寺前田病院（会員名：前田隆史理事長）
- 〔正会員の退会 2 件〕
- ①北海道・医療法人社団慶友会吉田病院（会員名：吉田威理事長）
- ②北海道・医療生協北海道生活協同組合札幌緑愛病院（会員名：西村秀穂）
- 〔賛助会員の退会 1 件〕
- ①特別会員 A・東京都・一般財団法人日本健康増進財団恵比寿ハートビル診療所（代表者：和田攻理事長）
- 平成25年10月26日現在、正会員 2,370会員  
特別会員 218会員  
賛助会員 249会員（A 会員103、B 会員112、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、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛等依頼 4 件）

- ①第30回「ニューメンブレクテクノロジーシンポジウム2013」（一般社団法人日本能率協会）の協賛名義使用
- ②第25回「国民の健康会議」（一般社団法人全国公私立病院連名）の協賛
- ③第23回シンポジウム（一般社団法人医療関連サービス振興会）の後援名義使用
- ④第16回脂質栄養シンポジウム（公益社団法人日本栄養・食糧学会関東支部）の後援（継続：委員委嘱・推薦等依頼 2 件）
- ①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（消防庁予防課）会員の委嘱  
対象＝堺会長
- ②ホスピタルショー委員会（一般社団法人日本経営協会）委員の委嘱  
対象＝堺会長  
（新規：委員委嘱・推薦等依頼 1 件）
- ①医療法人の事業展開等に関する検討会（厚生労働省）委員の委嘱  
対象＝堺会長

### 3. 役員等の異動について

堺会長より以下の報告があり、承認した。

- ・木村壮介常任理事は国立国際医療研究センター病院長の退任に伴い理事を辞任、今後は医療の安全確保推進委員会委員長として役員会に出席する。登記理事は66名から65名に変更となる。
- ・足立幸彦理事は桑名西医療センターから伊賀市立上野総合市民病院へ所属変更となるが、理事は継続する。
- ・武田純三参与は慶應義塾大学病院長退任に伴い参与を辞任し、後任は竹内勤新院長の予定。

### 4. 中医協委員について

堺会長より、厚生労働大臣から出された万代恭嗣常任理事の中医協委員就任承諾書について報告があり、再任を承認した。

### 5. 福島県支部への義援金の支給について

梶原副会長より、当会福島県支部から当会に対して福島県病院協会の活動資金として義援金の要望書が提出されているので1,002万円を拠出したいとの提案があり、承認した。

### 6. 診療情報管理士認定試験受験校の指定について

資料一読とした。

#### 〔報告事項〕

#### 1. 各委員会等の開催報告について

下記委員会等の開催報告があり、了承した。

##### (1) 第6回雑誌編集委員会（9月24日）

資料一読とした。

##### (2) 第4回医療制度委員会（10月9日）

中井常任理事より、日本医師会の医療基本法草案に対する当会からの提言を「医療基本法策定に際しての日本病院会からの提言」としてまとめ、その中で9つの希望、要望事項を掲げ、さらに医療基本法草案の修正と追加について提案したとして、以下の報告があった。

- ・1番は、十分なインフォームド・コンセントにより、治療の結果に関して患者と医師は共同の責務を負うこと。2番は、多職種のチーム医療。3番は、労働環境。4番は、患者と医療従事者との信頼関係の構築。5、6番は前回の8、9番と同じ。7番はビックデータとしての医療情報の公開を行政に義務づける要望。8番は、医療提供施設という用語を草案に加えること。9番は前回と同じで日本医師会の提言に対する意見である。
- ・次に掲載してある医療基本法草案の中では、下線の引いてある部分が我々として修正もしくは追加してほしい部分である。

大井顧問より、日本医師会に持っていくと軽視されるであろうと思われる条文や要望事項もある。しかし、本日の会議で結論を出してほしい。日本病院会の提言としてまとめれば、次回の日医の医事法関係検討委員会でそれを突きつけていきたいとの発言があった。

堺会長より、これは報告事項ではあるが、もし意見があれば伺いたい。これを日本医師会に持って行ってよいかについて諮りたいとの要請があった。

中井常任理事から、日本病院会として出してもらえればありがたいとの発言があった。

塩谷常任理事より、いろいろな医療関連法令が整合性も無くつくられており、その矛盾で困っているとの発言があった。

大井顧問より、個別法間の整合性を図るためには基準になる基本理念を示さなければならないが、それが医療基本法である。個別法に理念を落とす道筋を考えていくと、基本法はどうしても必要であるとの発言があった。

松本（文）理事より、医療提供者の責務で言う「医療提供者」が個人になっているが、医療提供施設を加えるべきであるとの発言があった。

中井常任理事より、今までのいろいろな団体の基本法には医療提供施設が加えられているところが結構あるが、医師会のものには全くないので、それは検討させていただくとの発言があった。

福井支部長より、病院医療は「社会的共通資本であり」という文と「国民共通の社会的資産」という文との整合性について調整してほしいとの発言があった。

中井常任理事より、「資源」ということで調整したいとの発言があった。

石井監事より、「営利を第一として追求されることはあってはならない」という文に「第一」という語は必要なのか、また、薬局は営利で運営されているが、その点はどうかとの質問があった。

中井常任理事より、薬局に関しては私個人は含まれると解釈している。日本病院会としては表現はやわらか目のほうがいいということで、「第一」が加わったとの回答があった。

### **(3) 第2回ニュース編集委員会 (10月11日)**

藤原常任理事より、当会の活動方針や会議報告を1、2面で行っているが作業に手間取り発行が遅れがちなので、外部委託記事を増やして省力化を図り工程を短縮する予定であると報告があった。

### **(4) 第2回臨床研修指導医養成講習会 (9月14日・15日)**

末永副会長より、2日コースにしてワークショップ方式を取り入れたが、今後は他団体の行っている講習会との差別化を図ることに留意したいと報告があった。

### **(5) 平成25年度多職種協働によるチーム医療の推進事業 (10月11日)**

末永副会長より、この事業は厚生労働省の提案に3団体が手を挙げ、質の高いチーム医療の普及定着を目的として始まった。9月には長崎で施設見学とシンポジウムを行い、126名が参加したと報告があった。

### **(6) 平成25年度感染制御講習会 第2クール (10月13・14日)**

末永副会長より、2日間を合わせて313名の参加を得て開催されたと報告があった。

### **(7) 平成25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 (10月19・20日)**

末永副会長より、183名の参加があり、約90%が満足したとアンケートで回答している。チーム医療の方針を徹底するために、ぜひ病院長の協力をいただきたいと報告があった。

### **(8) 第4回社会保険診療報酬委員会 (10月15日)**

万代常任理事より、委員会として中長期的な形で基本診療料、とりわけ入院基本料について何らかの提言をしていくために、今回は澤本幸子講師から「DPCデータ活用による看護量の予測モデルの作成」という講演をしていただいたと報告があった。

さらに万代常任理事より、入院外診療に関する調査に関する会員アンケートに関連して、医事データの収集と医師に対する調査への協力依頼があった。

安藤常任理事より、診療報酬等に関する定期調査について、この調査はウェブ上で行う。質問項目の多い調査だが、経営状況を知るために必須の調査であり、数が多いほど信頼性が高まるので、できるだけ多くの病院に協力してほしいと要請があった。

### **(9) 第6回医業経営・税制委員会 (10月18日)**

安藤常任理事より、当委員会は、今年は具体的なアクションを行わずに力を蓄えているが、特に非営利ホールディングカンパニーの仕組みについて研究している。四病協から水道光熱費に関する緊急調査報告が正式に出るので、これを来年の診療報酬に反映させたい。治療費未払問題検討委員会が活動を開始したと報告があった。

**(10) 第2回診療情報管理士教育委員会 (10月4日)**

資料一読とした。

**(11) 医療統計学勉強会 (9月21日～10月12日)**

資料一読とした。

**(12) コーディング勉強会 (9月21日～10月12日)**

資料一読とした。

**(13) 第7回災害時の診療録のあり方に関する合同委員会 (10月2日)**

大井顧問より、この合同委員会で3学会が共同して災害時の診療録を検討している。本年6月に大体の案ができたので、その見直しを今回行った。次回の委員会でほぼ決定し、フィールドテストした上で国に提言していく予定と報告があった。

**(14) 第1回2016年第18回 I F H I M A 国際大会開催準備委員会 (10月4日)**

大井顧問より、国際大会が東京で開催されることになったので、当会と診療情報管理学会、診療情報管理士会から4人ずつ委員を出して準備に取りかかっている。今後、理事及び常任理事にもぜひ協力を願いたいと報告があった。

**(15) WHO-F I C ネットワーク会議 (中国・北京) (10月10日～18日)**

大井顧問より、ICD-11のリビジョン問題、WHOの重要項目である制度に関して熱心な討議が行われた。日本はUHCに関する具体方針をまだ持っていないが、世界から取り残されてはならない。ICD-11は、来年1月にWHOから正式方針が提示されるらしいと報告があった。

**(16) 第67回生涯学習教育研修会 (10月19日)**

大井顧問より、名古屋の愛知学院大学でこのプログラムに基づき開催したと報告があった。

**(17) 福島県病院協会定期報告 [18] (10月26日)**

前原常任理事より、当会から福島支部への義捐金拠出への感謝が述べられた後、以下の報告があった。

- ・今でも福島県では14万4,000人が避難生活をしており、警戒区域の7病院は休止中である。病院の施設基準緩和措置は、来年3月まで延長されることになった。
- ・原発事故損害賠償請求権の時効が来年3月に来るので、時効排除の特別立法要望書を政府に提出した。自民党が時効を10年に延長する議員立法を目指していると報道されている。
- ・課税阻止について、病院への調査や復興庁及び財務省主税局ヒアリングを行った。
- ・一般的状況としては、放射線への不安や長期避難生活、賠償問題をめぐるストレスが県民の健康をむしばんでおり、福島県の災害関連死は1,468人となり、大震災の直接死者数1,817人に迫ろうとしている。福島県の病院勤務医数は全国ワースト2位である。

## 2. 日病協について

下記会議の概要報告を了承した。

**(1) 第98回実務者会議 (10月16日)**

中井常任理事より、中医協についての報告を西澤、万代の両中医協委員から受けた後、病院の外来の縮小問題及び、かかりつけ医をつくるという厚労相の方針に関して、専門的外来の問題をめぐって議論したと報告があった。

**(2) 第108回代表者会議 (10月24日)**

堺会長より、会議では中医協及び社会保障審議会医療部会からの報告がなされた。日病協のあり方検討ワーキンググループを再び発足させた。ワーキンググループの代表には当会の末永副会長が就任したと報告があった。

### 3. 中医協について

下記会議の概要報告を了承した。

#### (1) 第10回診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会 (10月10日)

中井常任理事より、今回検討したのは平成25年度調査分であり、入院基本料を算定する病棟における特定除外制度の見直しの検証、一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直し、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討について調査データが出され、中医協に上程すべき最終案がまとまったと報告があった。

#### (2) 第250回総会 (10月9日)

万代常任理事より、3番目の議題の外来医療について説明があった。

- ・先進医療Bの申請について、数例以上の臨床使用実績がない場合であっても可能となった。
- ・診療報酬改定の結果検証に係る特別調査について報告があった。大事なので、後ほど参照いただきたい。
- ・主治医機能の強化の課題と論点について、主治医機能を発揮させる機関に診療所だけでなく中小病院が入っているということは注目すべきである。
- ・主治医機能の強化について、複数の慢性疾患を有する患者は年齢にかかわらず全人的に診る。服薬管理、介護保険制度との連携、在宅診療の提供、24時間対応等が提案されている。
- ・高血圧治療薬ディオバンがもたらす診療報酬上の影響について薬価部会で検討する。

#### (3) 第251回総会 (10月16日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・DPC評価分科会からの報告によると、26年改定では大幅な改定はない。
- ・具体的な検討の現状としては、Ⅲ群については26年改定では細分化はしない。Ⅱ群の要件として協力病院の研修実績は盛り込まない。機能評価係数Ⅱについても基本的には変えない。
- ・現行の見直しとしては、データ提出を精緻化する。効率性指数には、後発医薬品の使用割合による評価を導入する。退院時処方や手術中に使われる薬剤についてはインセンティブをつける。地域医療指数には、精神疾患を入れる。退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルールについて検討する。

#### (4) 第60回保険医療材料専門部会 (10月16日)

万代常任理事より、医療機器産業界からの意見聴取を行い、業会から機器改良のための資金提供の要請があった。また、現行制度で一律同じに価格設定されている製品について、よく売れ、市場性のあるものについて価格を高くしてほしいとの要望があったと報告があった。

#### (5) 第92回薬価専門部会 (10月16日)

万代常任理事より、新薬創出・適応外薬解消等促進加算の検証に関して、新薬の開発と適応外薬等の解消について、どの程度メーカーが貢献したか具体的に言うことになったと報告があった。

#### (6) 第252回総会 (10月23日)

万代常任理事より、3番目の議題の在宅医療について以下の報告があった。

- ・5、6、7は積み残しになり、次の中医協で討議されることとなった。
- ・在支診/病であっても、必ずしも看取りを十分していないので、半年で2件程度は要件としてやってほしい。

- ・強化型の在宅療養支援診療所・病院においては、グループで看取りを一定程度やるのがこれまでの要件であったが、それについて再度議論してほしい。
- ・訪問看護は規模が大きいほど24時間の対応がよい。ケアマネが配置されることによって訪問看護師との連携がスムーズになるので、機能の高い訪問看護ステーションを導入し、地域包括ケアの中心に据えたい。
- ・在宅医療における注射薬に電解質製剤を加えてはどうか。来週から週2回、中医協の総会が始まるので、上記の諸点について意見があれば出してほしい。

#### 4. 四病協について

下記会議の概要報告を了承した。

##### (1) 第7回医療保険・診療報酬委員会(10月4日)

中井常任理事より、西澤会長から中医協の報告があり、もう一度入院基本料の議論をぜひ行いたいとの発言があった。相澤常任理事からは医療部会の報告があり、厚労省の考える病床機能報告制度や、それに伴う地域医療ビジョンについて討議したと報告があった。

##### (2) 第2回治療費未払問題検討委員会(10月9日)

安藤常任理事より、治療費未払い問題は昨日、調査を開始した。来年早々には概略のデータが出てくるので発表したいと報告があった。

##### (3) 第6回医業経営・税制委員会(10月17日)

安藤常任理事より、消費税8%引き上げ時の診療報酬に関する対応について議論した。最初に、医科、歯科、調剤間での財源分配、次に病院、診療所間での財源配分が問題となってくると報告があった。

##### (4) 第7回総合部会(10月23日)

堺会長より、産業廃棄物については例年どおり病院団体から20万円ずつ出すことになったと報告があった。

##### (5) 第5回日本医師会・四病院団体協議会 懇談会(10月23日)

堺会長より特に発言はなく、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33回社会保障審議会医療部会(10月4日)

相澤副会長より、以下の提案についての報告があった。

- ・医師確保のために地域医療支援センターを法制化し、各都道府県に地域医療支援センターをつくる。
- ・看護師学校対策も法制化によって各都道府県のナースセンターを強化し、そこで都道府県の看護師を一元的に把握し、看護師の稼働率の向上を図る。
- ・医療機関従事者の勤務環境改善のために各都道府県に1つずつ支援センターを立ち上げて相談窓口とし、労働基準局が直接かかわらずに問題解決を図れる仕組みをつくる。

##### (2) 第34回社会保障審議会医療部会(10月11日)

相澤副会長より、討議内容について以下の報告があった。

- ・医療情報の提供をすることにより病床区分を各病院が届け出ることが決まったので、今後それに基づき地域医療ビジョンがつけられていく。厚労省は案1と案2を提示しており、案2のほうへ誘導しようという意図がうかがわれるが、案1も案2も変わらないと思う。
- ・この医療計画をつくる上で医療保険者の意見を聞いて、それを入れていくと説明があったが、今後、都道府県の権限が強化されるのではないか。それには賛成できないが、厚労省

は推進したいようである。

- ・医療機能分化の連携について、二次医療圏ごとに協議する場を医療法上、規定するということだが、どのようにそれを機能させていくかが重要だとの意見が出た。
- ・市町村医療と介護の連携を図るために、都道府県と協議を行う場をつくる。地域医療ビジョン達成のために都道府県知事が診療報酬に対する意見を出すことを法制化する。都道府県の権限によって地域医療計画を進めていけるように、新たな財政支援制度を創設する。一定期間稼働していない病床に対する都道府県知事による稼働または削減の措置の要請を行う。
- ・議論する時間もないままに厚労省のペースで決まっていくのではないかと危惧しており、透明性の高い協議ができる仕組みを入れてほしいと要請した。

### (3) 第8回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会（10月10日）

中島常任理事より、地方の実情を考慮して各都道府県の募集定員の上限値計算方法に若干変更が加えられた。都道府県別の募集定員の上限と応募者数の間には1.273倍の開きがあるが、これを5年間で1.1倍に減らす計画であると報告があった。

### (4) 第68回社会保障審議会医療保険部会（10月7日）

資料一読とした。

### (5) 第69回社会保障審議会医療保険部会（10月23日）

資料一読とした。

### (6) 第9回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会（10月24日）

中島常任理事より、都道府県別の募集定員と応募者数のマッチングが議論になった。募集定員との差が減ったのは東京、京都、大阪だけであると報告があった。

### (7) 第8回医事法関係検討委員会（10月23日）

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・日医の全国7ブロックでの医療基本法制定に向けたシンポジウムが終了し、その結果を受けて日医案を策定して立法化に取り組む予定である。
- ・日医案を策定して立法化に取り組むために具体的な提言の見直しを行い、ほとんどの案件で話し合いがついたので、12月から1月にかけて素案をつくる。日本病院会の提言が本日までとまれば、次回の医事法関係検討委員会までに日本医師会に提案するので協力願いたい。

## 6. 第6回支部長連絡協議会の開催報告について

成川理事より、以下の報告があった。

- ・静岡県支部が承認され、全国16支部になった。日病の諸会議の地方開催に対するアンケートを行った。代理出席している支部長は支部長連絡協議会だけでなく役員会、常任理事会にも出席できることになった。
- ・日本病院会紹介のビデオを作製した。ホームページからダウンロードも可能である。
- ・支部から本部の情報をもっと会員に流してほしい、支部会員へ医療事故、税務等の面でのサポートをしてほしいとの要望があった。

## 7. 第2回～第4回常任理事会承認事項の追認について

今泉副会長より、各常任理事会における新規の後援・協力・協賛・後援名義使用・協賛金協力の依頼、継続の依頼、監事の推薦依頼等について報告があり、承認された。

## 8. 新型インフルエンザ等特別措置法における特定接種の登録について

堺会長より、厚生労働省から説明があり、医療関係者に対する特定接種については最大限、国の資金で行うとのことで、近々その登録の発表があるので協力願いたいと報告があった。

## 9. IHF 2013年第2回理事会について

堺会長より、サンパウロで行われた理事会について以下の報告があった。

- ・ I H F がウェブを使って実施している理事及び C E O 評価の手法はすぐれているので、当会でも利用してはどうか。
- ・ 第 4 回 I H F リーダーシップサミットが 2014 年に韓国で開催される。
- ・ I H F 国際賞が創設され、私が懸賞委員会の委員長に就任した。

## 10. 光熱料金調査結果について

生野常任理事より、大阪の 447 病院にガス・電気の使用料に関する緊急アンケート調査を行い、140 病院から回答を得たが、電気代は 1 床当たり 1 日 94 円、1 病院当たり月平均約 76 万円の増加、ガス料金は、1 床当たり 1 日 36 円、1 病院当たり月平均約 30 万円の増加であり、合わせると 1 病院当たりの月平均負担は 107 万の増加であったとの報告があった。

大道副会長より、これは病院運営において大問題であり、厚労省に診療報酬の療養環境加算等で手当てを求める要望書を提出することになったとの報告があった。

### 〔協議事項〕

#### 1. T P P について

堺会長は、T P P に関して松本文六理事からの資料による提案があったので、まず口火を切ってほしいと述べた。

松本（文）理事は、以下のように発言した。

- ・ T P P について理事会で余り討議していないのは問題であると考え、この文書をまとめた。T P P に関するきちんとした考えを病院団体として打ち出すべきである。
- ・ 国民皆保険が解体されるおそれと、混合診療や株式会社の参入の問題等がある。これは 1990 年代からアメリカが日本政府に要求してきたことであり、T P P でそれが再浮上している。
- ・ T P P 条約が締結後 4 年間その内容が公開されないのは問題であり、I S D 条項は大変な危険をはらんでいる。アメリカの圧力下で行われた 2004 年の郵政民営化の結果、日本の 8 つの生命保険会社が外資に買収されてしまった。日本の皆保険制度を解体させないように、声明ぐらいは出してほしい。

堺会長は、T P P に関する私の発言があこの形で朝日新聞の記事になったのは不本意である。

T P P に関して藤原常任理事が月刊 J A に論文を書いているとして、発言を求めた。

藤原常任理事は、以下のように述べた。

- ・ 厚生連の母体である J A は T P P 交渉への参加は一切拒否という立場であるが、その具体的な理由は明瞭ではないので、厚生連として農業、農村、地域医療にかかわる T P P 問題に真剣に取り組むべきだと考えて論文を書いた。T P P には米国によるアジアの覇権獲得、特に日本での市場拡大と主導権確立の思惑が根底にある。
- ・ 米国の狙いは混合診療の解禁と私的医療保険の普及拡大、医療への企業参画と、医療機器、医薬品業の自由化等であるが、我々は国民皆保険制度を守ること、保険外療養制度の適正な運用を求めることを掲げるべきである。
- ・ 農業、農産物も含めて、米国主導の市場権利主義を容認せず、国民の健康の維持、促進と食の安全確保を目指すということがポイントである。

堺会長は、混合診療の拡大、公的医療保険給付の縮小による患者負担増、薬価決定、I S D 等の問題があるとして、中常任理事に発言を求めた。

中常任理事は、米国は小さな政府を掲げ、日本は大きな政府でやってきたが、経済状態が悪くなって日本では自助、共助、公助という優先順位になってきている。一方、米国ではオバマケアなどで逆の動きもある。当会としての基本的な立場を声明で出すことは大切だが、T P P

について真正面から反対することは難しいと述べた。

藤原常任理事は、国民皆保険制度の堅持と保険外療養制度の適正な運用を主張すべきであると述べた。

土井常任理事は、本当の問題点は国の財政問題であり、最終的には国民が決めることであるが、当会としては理由を明確にして反対という立場をとるべきだと述べた。

安藤常任理事は、T P Pが国防問題と関係してくると、米国の武力の傘のもとにある日本が反対することは難しい。そこから離れて独自路線へ行くためには、しかるべき武力を持つことも必要であると述べた。

中島常任理事は、T P Pは経済圏を確定する交渉であり、米国の経済圏に参加しなければどこに参加するのかという問題が出てくる。貿易立国日本が孤立してやっていくことは難しい。病院団体が主張すべきは、医療はこうであるということ。資本の論理はいつも国家を超えて動くものだから、資本の論理というと国家の論理を同一視してはならないと述べた。

末永副会長は、T P Pが国民皆保険制度を毀損する可能性は絶対的に存在するので、医療団体として、それだけは許してはならない。中国と米国とどちらを選ぶかとなれば米国しかないので、T P Pを考えざるを得ない部分もあると述べた。

池澤顧問は、この問題では明確にイエスかノーかの判断を出す必要がある、逃げ口上をつくってはいけない。医療分野の問題だけについて反対するというだけでは通用しない。現時点で明確に反対と言うべきであると述べた。

石井監事は、保険外併用療養が社会全体としての合意を得て、医療提供体制に大きな影響を与えることをおそれる。民間医療保険が台頭してくると公的病院の役割や民間病院の役割も再評価されるので、非常に大きな問題であり悩ましいが、結論は出ないと述べた。

松本（文）理事は、I S D条項があることにより日本が世界的巨大企業の植民地になり、文化まで破壊されてくるのではないかと危惧している。病院団体としてその点を対外的に発信せねばならないと述べた。

村上顧問は、アメリカがそんなに日本を侵略しているとは思っていないので、四病協の見解で結構であると述べた。

万代常任理事は、基本認識は堺会長と同じである。T P Pが入ってくると医療は大変なことになることは間違いないが、食料とエネルギーの海外依存率の高さを考えればT P P全面反対はあり得ないので、条件闘争しかないと述べた。

柴山支部長は、医療について社会のセーフティネットとして国民の生命にかかわることは絶対に保障して、国民が幸福に生活できるようにしていくという観点から保険制度や混合診療制度を初めとする諸問題を考えていかなければならないと述べた。

松本（文）理事は、T P Pについて病院団体として医療に限ってこう考える、こういう問題があるということを表明して発信すべきであり、オール・オア・ナッシングで考える必要はないと述べた。

中常任理事は、T P Pで医療に関して危惧されることについて何点かきちんと挙げて、これがなされるのには反対であるということをはっきり出すことが大事であると述べた。

藤原常任理事は、J AはT P Pに反対だが厚生連はT P Pに絶対反対しているわけではない。日本病院会もそれについて白黒を出せる組織ではないが、医療の面から一般人を啓発していく責務があるので、その点を病院会として発信するのは正しいと述べた。

池澤顧問は、T P P総体について反対だということをしなければ結果的に崩壊になるので、医療の問題について反対ならT P P反対でいいのではないかと述べた。

藤原理事は、トータルとしてT P Pに賛成である。医師会と同じ見解をとらないほうがよいのではないかと述べた。

堺会長は、それは新たな意見であると述べた。

原理事は、中国や韓国と問題がある中では米国と一緒にTPPをやっていくしかない多くの国民は思っているのではないかと述べた。

堺会長は、これは両論併記にはできないし、本日結論が出そうにもないので、この場で出た意見を参考にして会長副会長会議で検討させていただきたいと述べ、了承された。

## 2. その他

堺会長は、医療部会での規制に関する先ほどの議論について、相澤副会長に意見を求めた。

相澤副会長は、厚労省が病床区分を決めて行政の力でそれを推し進めようとしているときに、ただ反対と言ってもだめであり、そのためにどのような方策があるのかについて当会の考え方を提示したほうがよいと述べた。

大道副会長は、これは非常に怖い話である。基準病床数から始まり、診療科目、専門医数、医師の配置等に規制が及んでくると病院の将来の理想や夢はなくなってしまうと述べた。

村上顧問は、案1、案2の意味がよくわからないが、自由にやらせた結果、偏在が起こって地域医療が崩壊しているのであるから、大道副会長が言った意味でこういうことをやろうというのならば賛成である。病院団体としても地域医療を守る責任があると述べた。

安藤常任理事は、厚労省は国全体でのミスマッチに関してビッグデータの分析から正確に把握している。しかるべき基準値についての解はあるはずだ。我々は官がやることを拒否しがちだが、我々自身でそれをやろうとしたら同じような発想が出てくるのではないかと述べた。

土谷理事は、団塊の世代が全員後期高齢者になる2025年問題を財務省と厚労省は意識しており、それに基づき全施策が動き出しているらしい。描かれたビジョンの正しさの十分な検証抜きに強引に諸政策を進めており、正しくない方向に向かっているような気がする」と述べた。

堺会長は、2025年より早く、2018年までにはある程度の道筋を決めたいということであると述べた。

宮崎常任理事は、ある程度機能が分かれてくるのは仕方がないが、いかに分配するかというときに硬直的な形にはしてほしくない。現場の努力が報われる制度にしてもらいたい。現状では非常に不安と不満があるので、それが十分できる仕組みをつくってから制度を導入してほしいと述べた。

中村理事は、北海道では地方の過疎化には恐るべきものがあり、市町を統廃合といっても物すごい反対が起きているので二次医療圏についてもさわれない。現場では、国がうるさいからつじつまを合わせて出しておき、後でつじつまを合わせるというのが現実である。患者は情報を押さえており、病院の編成より先に動く」と述べた。

堺会長は、厚労省は報告制度については医療法に書き込んで、4つの分類等は省令で出すという考えであり、その場合には必ず数値目標を入れないとだめだとしているが、それはおかしいと述べた。

中島常任理事は、相澤副会長によれば案1と案2は同じということだが、案2のほうが自由度を尊重しつつ政策的な予算投下も行いながらやるということを行っている。もし案3として何か出るとしたらどんなものが出るだろうかと相澤副会長に尋ねた。

相澤副会長は、厚労省としては数値を決めてそれに向かって粛々と計画をつくるほうがやりやすいし目標も達成できるであろうが、地域や現場で起こる変化にその都度対応していくことは非常に大変である。先に定量的な基準を決めるのではなく、地域の実情を把握し、それに合わせた計画をつくる必要があると述べた。

中島常任理事は、計算式の根拠が甚だ曖昧なので、次に計算式をつくるときには数値目標だけではなく、人口構成を初めさまざまな要素を取り入れた式にしなければならない。本来この

報告制度が必要なのは精神科医療であるにもかかわらず、精神科医療は管轄する局が違うので報告させていないと述べた。

楠岡常任理事は、平均在院日数と病床数が書かれている根拠がわからない。どういう根拠でそれを計算しているのかを示し、定期的に見直すことが必要。厚労省では7対1の失敗がトラウマになっており、その二の舞はしたくないので、ある程度数字はつくっておきたいのだろうが、それは医政局の話で終わっていて、仮に第3案的なものが出てくるときには保険局が別な政策誘導をする可能性があるとして述べた。

堺会長は、厚生局はデータをいろいろ持っているが、それを全く開示しない。見えない状況の中で、拙速にやられるのは非常に困る。決める根拠がわからない状況で、なぜそういうことを押しつけるのかと述べた。

末永副会長は、都道府県がこれを誘導するといっても、都道府県にはそれだけの力がなく、厚労省から流されるものに基づき地域医療計画を立て、それに合わせてやっているところに問題がある。現状を把握し、分析し、病院側がどう考えるかについて発信していかなければならないと述べた。

藤原理事は、兵庫県では病床の配分などは県ではなく市町村、特に保健所が決められている。これについては厚労省が決めるというのではなく、県単位で決めていくということによいと思う。県にしたからといって県が独裁的にやるということとはあり得ないと述べた。

松本（文）理事は、地域医療は民間病院のほうが多くやっているが、地域医療対策協議会は公的病院ばかりある。大分県からは、これは法律で仕組みが決まっているのではないと言われてたと述べた。

藤原理事は、法律を変えて民間病院もその委員会に入るようにしたらどうかと述べた。

松本（文）理事は、法律を変えることは必要である。医療審議会を中心に据えているのは医師会会長で、病院をわかっている者が全体の議論を取り仕切る形になっている。行政委員組織そのものに地域医療や救急医療をきちんと協議できる場がない中では、地方に投げたままで、あとは厚労省の役人の言うとおりのような形しか出てこないのでは、そのあたりは検討してほしいと述べた。

成川理事は、県レベルの委員会の構成については、各府県でかなり違う。県レベルは二、三年で変わっていくので、病院の団体が誘導していくべきであり、これからの県支部の活躍が非常に期待されると述べた。

堺会長は、県によって状況は随分違うので難しいが、成川理事の発言にもあるように各地域で病院団体は頑張っていかなければならない。議論がまとまらなかったが、もう少し透明性の高い状況の中で方針を決めてもらわねば困るということ、いきなり1案、2案と言われても、経過がわからない状況で何を根拠に決めているかがわからないと非常に不安があるという意見を当会として相澤副会長に託したいと述べた。

相澤副会長は、厚労省は医療機関を類別化することによって、より強く医療をコントロールしようとしているように思える。そのような狙いがあることを踏まえつつ、政策決定過程の見える化の必要性を主張していきたい。全体の雰囲気からすると案2になりそうな気がするとして述べた。

堺会長は、本日、明確に決めることはできなかったが、ここで出た意見は十分に尊重して、いろいろな場所で発言していきたいと述べた。

以上で閉会となった。