

日 時 平成26年7月2日(水) 13:30~16:50

場 所 JRホテルクレメント高松 飛天(西半)

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)

宮崎 瑞穂、万代 恭嗣、中井 修、中 佳一、武田 隆久、楠岡 英雄、
小川 嘉誉、中島 豊爾、土井 章弘、塩谷 泰一、安藤 文英 (各常任理事)

柏戸 正英、藤原 久義 (両監事)

木村 純、田中 繁道、中村 博彦、望月 泉、田林 暁一、濱崎 允、堀江 孝至、
原 義人、山口 武兼、岡部 正明、井上 憲昭、田中 一成、山本 直人、松本 隆利、
村林 紘二、廣瀬 邦彦、松谷 之義、佐々木順子、砂川 晶生、青山 信房、
土谷晋一郎、武久 洋三、厚井 文一、岡田 武志、細木 秀美、藤山 重俊、
松本 文六、石井 和博 (各理事)

中川 義信(第64回日本病院学会 学会長)

山本 修三、佐藤 眞杉、大井 利夫、村上 信乃 (各顧問)

坂本 すが、邊見 公雄、高橋 正彦 (各参与)

木村 壯介、福永 秀敏、松本 純夫、崎原 宏 (各委員長)

今川 敦史、福井 洋 (両支部長)

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)

西村 昭男 (名誉会員)

野口 正人 (オブザーバー)

総勢66名の出席

堺会長の開会挨拶の後、定数65名中、出席者40名(過半数33名)で会議が成立している旨報告があり、新たに役員となった静岡県立総合病院の田中理事、兵庫県立尼崎病院の藤原監事及び新たに奈良県支部長に就任した今川支部長並びに新設された長野県支部の井上支部長の紹介と挨拶を受け、日本病院学会の中川学会長からの挨拶があり、相澤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26年6月11日~平成26年6月27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4件〕

①岩手県・岩手県立胆沢病院(会員名:松本登院長)

②長野県・依田窪医療福祉事務組合国民健康保険依田窪病院(会員名:三澤弘道院長)

③長野県・長野県厚生農業協同組合連合会下伊那厚生病院(会員名:社浦康三院長)

④千葉県・医療法人社団鎮誠会季美の森リハビリテーション病院(会員名:李笑求理事長)

〔下記会員より退会届出があったが役員の慰留により撤回2件〕

①福岡県・特定医療法人社団宗仁会筑後吉井こころホスピタル(慰留者:安藤文英常任理

事)

②福岡県・医療法人白壽会安本病院（慰留者：安藤文英常任理事）

平成26年7月2日現在、正会員 2,399会員

特別会員 208会員

賛助会員 249会員（A会員103、B会員111、C会員3、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、承認した。

（継続：後援・協賛等依頼3件）

①平成26年度運動療法機能訓練技能講習会（公益社団法人全国病院理学療法協会）の後援名義使用

②平成26年度全国「検査と健康展」（一般社団法人日本臨床衛生検査技師会）の後援

③フードシステムソリューション（F-SYS）2014（フードシステムソリューション実行委員会）協賛名義使用

（新規：委員推薦等依頼1件）

①社員の推薦（一般社団法人日本専門医機構）〔就任者…堺常雄会長（四病協）〕

3. 平成27年度税制改正に関する要望（案）について

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・これは医業経営・税制委員会の案であり、本理事会の承認が得られれば当会の正式な要望として関係団体に配付し、説明を行う。
 - ・まず、要望の優先順位上位3項目を列挙して強調している。①は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によって起こっている諸問題に関連して税制改正に関する要望である。②は地方税関係であり、事業税非課税措置の存続の要請、③は当会の過半数を占める民間医療法人を意識したものであり、持ち分の定めのない社団医療法人になるための持ち分放棄に関してみなし贈与税課税を行わないようにとの要望である。
 - ・ほかにも国税、地方税等に分けて税制要望を書いているので一読願う。また、災害医療拠点としての役割と税制に関する要望を新規に追加している。
- 相澤副会長から本案を要望書として提出することについての提案があり、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

相澤副会長より報告を受け、下記8施設を承認した。

（新規4件）

①広島県・一般財団法人広島県環境保健協会 健康クリニック

②北海道・JA北海道厚生連 札幌厚生病院

③大阪府・社会医療法人生長会 府中クリニック

④千葉県・一般財団法人柏戸記念財団 ポートスクエア柏戸クリニック

（更新4件）

①愛知県・医療法人社団喜峰会 東海記念病院健康管理センター

②神奈川県・医療法人社団相和会 相模原総合健診センター

③愛知県・三河安城クリニック

④愛知県・独立行政法人労働者健康福祉機構 中部ろうさい病院

5. Webツールに関する運用指針について

大道副会長より、当会の委員会等におけるWebツールを活用した遠隔会議の運用指針をとりまとめたが、このような環境が整えば出席率が向上して議論が深まり、経費も節減できるので、今年度は委員会のうち4分の1程度にこれを導入していきたいとの報告があった。

相澤副会長から本運用指針を承認することについて提案があり、了承した。

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

日本病院会の下記委員会の開催報告があり、了承した。

(1) 第2回雑誌編集委員会（5月27日）

原理事より、以下の報告があった。

- ・ 6、7、8月号の企画・編集を行った。6月号は昨年8月開催の病院長幹部職員セミナー講演、電子カルテ等における個人情報保護に関するテーマの議事、昨年の日本病院学会のオピニオン「地域医療再生を妨げる制度の壁」、「済生会の歴史2」等を掲載し、巻頭言は高木誠常任理事が執筆する。
- ・ 7月号の「銷夏随筆」は現在、約70編集まっている。4月に寄稿の依頼があった「地方独立行政法人化の経過とその後の取り組み」を掲載する。
- ・ 8月号には昨年8月の病院長幹部職員セミナーの講演2題を掲載する。

(2) 第3回雑誌編集委員会（6月24日）

原理事より、以下の報告があった。

- ・ 7、8、9月号の企画編集を行った。8月号は8月中に発行する予定である。巻頭言は中井修常任理事が執筆する。
- ・ 9月号から今年の行事の内容を掲載する。国際モダンホスピタルショウ2014のオープニングセッション、「迫られている病院の選択と決断」、会長講演、公開シンポジウム「災害に打ち勝つ病院」等を予定している。

(3) 第1回臨床研修指導医養成講習会（6月14日・15日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・ 当会の臨床研修指導医養成講習会は年3回、1泊2日の日程で開催しているが、教える側にも進歩が見られる講習会になっている。
- ・ ワークショップの中にNPO法人ささえあい医療人権センターCOMLの山口氏による市民からのメッセージという座学が入っており、これが大きな特色になっている。毎回約50人の参加者がある。

(4) 第3回医業経営・税制委員会（6月23日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・ 平成27年度税制改正要望についての最終案をここで作成した。
- ・ 持ち分なし医療法人への移行促進策に関して厚労省がつくろうとしているパンフレットは贈与税問題を無視している。それが解決されない限り、つくっても余り効果はない。
- ・ 貸付限度額2億5,000万の福祉医療機構の融資制度が受けられることになっているが、それだけでは足りない。
- ・ 近年諸外国で導入が進んでいる給付付き税額控除に関して、当会の税制改正要望もそれを踏まえたものにするための勉強をスタートさせた。

(5) 第2回医療の安全確保推進委員会（6月25日）

木村委員長より、以下の報告があった。

- ・ 医療事故調査制度に関する国会審議の結果、次の3つの附帯決議がなされた。

- ・①調査の判断が地域や医療機構等で恣意的に行われないうように、統一的ガイドラインを策定して全国規模で同じ解釈を進めること。②院内事故調及び調査の支援団体においても地域間における事故調査の内容及び質の格差が生じないようにするとともに、その中立性、専門性を確保する仕組みを検討すること。③遺族からの依頼で調査が行われる場合、調査費用の遺族負担が遺族による申請の妨げとなることのないよう最大限に配慮すること。
- ・以上をもとにガイドラインを策定し、秋にパブリックコメントを行い、来年3月に具体的な内容が決定されて10月に施行される予定である。これに関連して当会でアンケートを作成中であり、8月頃をめどに骨格を決めて会員の検討に付したい。

1-2. 中小病院委員会アンケート調査中間報告

土井常任理事より、以下の報告があった。

- ・毎年の中小病院委員会のシンポジウムに合わせてアンケート調査を実施しているが、地域の中小病院が地域包括ケアなどの医療を各地で下支えしていると実感している。
- ・DPCをとっている病院は約30%であるが、二次救急は約65%であり、救急をかなり支えている。
- ・医師の高齢化が進んでおり約46%、看護師では約19%。高齢のスタッフが中小病院の医療を支えているという図式がある。
- ・有給の消化率は医師が一番高いが、約39%は有給を十分消化できていない。
- ・このアンケート結果を明日のシンポジウムでプレゼンテーションして、その後の討論に結びつけていきたい。

堺会長は、地域に着目した視点から毎年さまざまな切り口で中小病院の分析がなされていることに感謝している。これを記者会見で発表、あるいは政策提言を行うという形で、もっと外に向けてアピールしてほしいと述べた。

1-3. 通信教育事業・日本診療情報管理学会 委員会等の開催報告について

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・大阪で第71回診療情報管理士研修会が226名の参加を得て開催された。
- ・26年度第1回編集委員会の報告では、学会誌「診療情報管理」の発刊に関して協議した。今年は40周年に当たるので、10年間の回顧と年表を入れる。委員会で選考した対象者13名の論文の中から最優秀論文を選出し、9月の総会で表彰する。
- ・今年度の倫理委員会でCOIに関する内規を全面的に見直し、詳細なものにすることとなり、現在検討中である。
- ・診療情報管理学会の26年度第1回理事会において、「診療情報学」の改訂版を発行することが決まった。また、26年度の収支予算及び各種委員会事項について審議を行った。
- ・平成28年の第42回学術大会を東京国際フォーラムで開催することを決定した。IFHIMAの国際会議及びWHO-FICの年次大会と同時開催になる。また、平成29年の第43回学術大会は北海道で開催することに決定した。
- ・シカゴでWHO-FICのファミリー拡張委員会の中央会議が行われた。現在アメリカ医師会が全米で使用しているCPTという処置コードをWHOのICHIと共同で統合しようという動きが進んでおり、ICD-11が登場する2017年にそれを打ち出すというショッキングなニュースがある。JコードやKコードを使用している日本は世界の中でガラパゴスの状態にあるので、この動きは大いに注視していく必要がある。

1-4. 通信教育事業 委員会等の開催報告について

武田常任理事より、以下の報告があった。

- ・第1回診療情報管理士の教育委員会を6月26日に開催し、平成26年度の委員会の事業計画及び関連事業について承認を受けた。スクーリングの講師が一部欠員となっているので、

今後補充について検討する。

- ・基礎課程小委員会では、通信教育の基礎課程の合格率が下がっているため、その勉強会を今年度から東京、大阪、福岡の3カ所でまず開始する。専門課程小委員会では、スクーリング講師や指定校の講師との意見交換会を持ちテキストの見直しを行う。分類小委員会では勉強会を開催している。DPCコースには講師を追加した。医師事務作業補助者コースではテキストの改正を行っている。それらを全部含めて2014年度版シラバスの変更を行う。
- ・第8回診療情報管理士の認定試験を平成27年2月8日に開催することを決定した。今年度は神奈川会場を新設して計17会場で行う。

2. 日病協について

下記会議の概要報告があり、了承した。

(1) 第106回診療報酬実務者会議（6月18日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・万代常任理事が行った中医協の報告によれば、DPCで重症度を反映した評価法の検討について会議で話題となっていた。
- ・疑義解釈ではADL維持向上と体制加算が今度できたが、その研修方法がはっきりしておらず、まだ応募者も少ない。
- ・短期滞在手術を7対1の医療必要度の中にも含めるかどうかについては意見がまとまっておらず、今後、地方厚生局の対応によく注意する必要がある。
- ・今回の診療報酬改定と消費税増税が病院に及ぼしている影響について日病協として病院の状況のアンケート調査を行う。

(2) 第116回代表者会議（6月27日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・メインの議論は第106回診療報酬実務者会議の報告にあったアンケート調査についてであり、日病協として取り組むことに決定した。消費税対応の影響度については四病協で実施予定の調査の調査票を使って日病協でも調査したらどうかということである。
- ・診療報酬改定影響度調査については、半年以上の経過措置が設けられていることから、秋以降に時期を見て実施する。
- ・日病協には現在11団体が所属しているが、新たに社会医療法人協会と旧社会保険病院の2つが参加したい意向を表明している。

3. 中医協について

下記会議の概要報告があり、了承した。

(1) 第3回DPC評価分科会（6月23日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・これまで中医協にあった基本問題小委員会を、より本格的な審議の場としていくことになり、その総会結果報告として議論を7点にまとめた。
- ・診断群分類点数表の見直しでは、国際疾病分類の改正に係る対応ということで、これまでのDPCのコーディングを2003年版から2013年版のICD-10に変えていく方向性で検討を進めている。
- ・重症度を超える評価指標（CCPマトリックス）については医療機関ごとのばらつきの補正を行い診断群分類を精緻化すると同時に、枝番を増やし過ぎないために、その導入が検討されている。
- ・点数設定方式Dと短期滞在手術等基本料3のあり方については、今後それを広げていく方

向で検討がされている。

- ・医療機関群のあり方については、現在のⅠ、Ⅱ、Ⅲ群の分け方がこのままでよいのかについて今後検討していく。
- ・激変緩和措置のあり方については、あと2回の改定で調整係数がなくなるので、いかにそれに対する対応をしていくのかについて今後検討する。

(2) 第279回総会（6月25日）

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・先進医療会議における検討で、中枢神経系の悪性リンパ腫に対する放射線治療と放射線に感受性を高めるような薬を追加した治療法を先進医療として承認した。
- ・不明熱の診断としては、PETとCTを組み合わせることで先進医療として承認されている。
- ・検証部会からの報告では病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善についての分析がなされ、引き続き負担軽減についての方策をとっていく必要があることが指摘されている。
- ・歯科医師等による手術費等の管理については、まだ実施していない医療機関もあるのが問題で、これについてのさらなる周知が必要である。
- ・後発医薬品の使用状況については、ジェネリック医薬品が安くなっても使用したくない理由の中で一番多いのは副作用への不安である。一般名処方された医薬品は処方された医薬品全体の10.6%にすぎないので、引き続き一般名処方を促進したい。
- ・薬剤師に対する後発医薬品への調査で、後発をしない理由として後発品の品質に問題があるという指摘がある。
- ・慢性期入院医療や地域の精神医療については、24年改定による支援の強化が図られた結果、退院支援の専門部署を設置している施設が増えたということで、改定の効果があったと見られる。
- ・認知症の入院医療についても退院調整の部門が存在するが、受け入れ先がないということでスムーズな退院が行われていないという状況があり、その対応が必要である。
- ・維持機能リハと廃用症候群に対する血管リハなどの実施状況については、維持機能リハに要介護被保険者の医療から介護への移行を進めているが、なかなかそれに対応できていない。引き続き維持リハは介護のほうでやるのが厚労省の方針である。

(3) 第1回入院医療等の調査・評価分科会（6月18日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・26年改定の影響を中心に調査をするために検討を行っているが、10月までに調査表原案を作成して基本問題小委員会及び総会に上申・上程し、了承が得られたら調査に入ることになる。
- ・具体的な調査項目案としては、一般病棟入院基本料の特定除外制度、重症度医療看護必要度、短期滞在手術等基本料の見直しの影響調査等が挙げられている。
- ・調査対象は個別医療機関であり、1人の患者をずっとトレースできるわけではないので、それを補う何らかの工夫が必要であり、今後提案していきたい。
- ・包括ケア病棟ができると看護配置が13対1にランクダウンされるので、看護師の労働環境が悪化することが予測される。
- ・医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響とそのあり方については、指定された地域を対象とした調査になるであろう。

4. 四病協について

下記会議の概要報告があり、了承した。

(1) 第3回医業経営・税制委員会（6月19日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・厚労省から医療用機器の特別償却制度に関するアンケート調査実施への協力依頼があった。
- ・全国で約1,000病を対象にして消費税の診療報酬上乘せ補填分に関する調査を四病協で準備中であり、関係施設には協力を願う。
- ・日病とは別に、四病協として独自の税制要望案を作成する予定である。

(2) 第3回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会（6月25日）

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・福祉医療機構が2億5,000万円の来年度予算を獲得しているが、日病が要望している66条の4項が改善されない限り中途半端であるので、それに関する意見書を堺会長名で福祉医療機構理事長宛てに提出した。
- ・福祉医療機構から融資実績から見た建築単価を調査するように前回話があったが、東京オリンピックや消費税増税等の影響で建設コストは上昇中であり、病院の建て替え時期等の決定に際してはコスト計算を慎重に行うべきである。
- ・診療報酬の各貸付先への影響調査等でも、おおむね減収という結果が出ている。

(3) 第3回総合部会（6月25日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・3月に選択療養制度が提案され、それに対して医療諸団体が国民医療推進協議会総会で反対決議をしているが、6月に患者申し出療養制度が提案されたので、これについて協議事項で議論を行った。
- ・内閣から言われて厚生労働省が苦慮している非営利ホールディングカンパニー型法人制度に関して、日本医師会が統括医療法人という新たな案を出してきた。

(4) 第3回日医・四病協懇談会（6月25日）

堺会長より、総合部会に引き続き患者申し出療養について議論したが、日本医師会の態度は不明瞭であり、この問題に関して日医と四病協が一枚岩になれていないとの報告があった。

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

下記会議の概要報告があり、了承した。

(1) 第3回長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会（6月17日）

中島常任理事より、以下の報告があった。

- ・病床削減の方向性については全員が合意している。病棟転換型居住施設について当事者、家族及び支援団体が猛反発をして議論になったが、「病棟転換型居住施設」という文言は厚労省案にも入っていない。
- ・取りまとめ案は承認されたので、細部の修正を行った後にパンフレットにして各団体に配付する予定である。

(2) 第2回医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会（6月24日）

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・第1回では番号制度の概要説明、第2回では3人の構成員のプレゼンテーションが行われたが、まだ具体的などころにまで話は進んでいない。
- ・今回提案されているものは医療等分野における番号制度であり、住基番号からある一定のアルゴリズムで作成した番号に鍵をつけてセキュリティ面を担保し、各個人のメディカルレコードを載せようというものである。マイナンバー制度と同一のものではない。
- ・これにどの範囲まで個人の診療情報を結びつけるかについては未定であり、複数回の話し合いの中で決まっていくものと思われる。

(3) 第5回医療法人の事業展開等に関する検討会（6月27日）

協議事項での報告となった。

6. 第8回支部長連絡協議会（5月24日）

細木支部長より、以下の報告があった。

- ・アンケート調査結果に基づいて議論を行った。在宅医療連携拠点への取り組みについては、全10支部中で4支部が参画している。地域における事業の中心は、ほとんどが医師会である。事業がうまく実施されているかどうかに関しては2支部を除いて問題があるという回答であった。
- ・在宅医療連携拠点への取り組みについては、4支部が参画している。地域における事業の中心は、ほとんどが医師会である。事業がうまく実施されているかどうかに関しては、2支部を除いて問題があるという回答であった。
- ・医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度の取り組みについては、都道府県が募集を行っているのが4支部、都道府県で基金を立ち上げたのが1支部、病院団体として新たな事業の申請を予定しているのは4支部という回答であった。
- ・群馬県支部と静岡県支部で支部長が交代し、新たに奈良県支部と長野県支部が設立され、現在18支部となった。

〔協議事項〕

1. 内閣府による規制改革について

①規制改革実施計画・抜粋（平成26年6月24日閣議決定）

冒頭で堺会長により内閣府及び厚労省の施策についてのコメントがなされた後、会長の司会により協議に入った。

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・非営利ホールディングカンパニー型法人制度の導入政策が打ち出された経緯についての説明。
- ・提案されている非営利ホールディングカンパニー型法人の具体的なイメージについては違和感を持っている。
- ・日医が統括医療法人というホールディングカンパニーに対する対案をつくったが、その構成員は個人立病院であり、出資比率には関係なく1社員1票の議決権を持つこと、株主配当を行ってはならないことなどが厚労省案との主な相違点である。

土井常任理事は、岡山県には大学病院、日赤、済生会、市民病院、国立医療センター等があるが、それを全部ホールディングカンパニーの中に入れていくことが法的に可能であるかと尋ねた。

大道副会長は、現行法では大学がホールディングカンパニーに出資することは不可能であるが、大学法人とは別の独立行政法人をつくり、そこから出資する形で関与することは可能である。参加者の出資比率により影響力に差が出かねないのは危惧する点であると答えた。

堺会長は、今の時期にホールディングカンパニー問題が出てきた目的について意見を求めた。

田中理事は、最初の社会保障制度改革国民会議の議論では地域の医療を確保するという目的が明確になっていたが、いつの間にか地域が消えており、経営効率ばかりが強調されていると述べた。

大道副会長は、そのとおりである。話がだんだんと複雑になり、当初の地域医療をしっかりとさせるための話はどこかに行ってしまう。誰が何をしたいかが全く見えない中で、安倍総理がこれを推し進めたいということだけが上から伝わってくると述べた。

田林理事は、仙台には大学病院を別にして300床から500床ぐらいの総合病院が10個あるが、

今提案されているホールディングカンパニー化でそれを4つか5つに減らせば医師が余り、医療機器を買う資金も余り、地域医療の効率化に結びつくという考えなのではないかと述べた。

大道副会長は、そのように動いていくことは期待できない。医師のロマンとプライドはどこに行くのか。それは金で左右できるものではない。ペーパー上では厚労省が言うように多くの病院が集まれば効率化が可能であっても、現実には二、三十の病院が一緒になったからといって、すぐに全てがうまくいくとは考えられないと述べた。

相澤副会長は、以下のように述べた。

- ・昭和60年に医療計画をつくる際には「地域で医療機関の機能分化と連携を推進して日本の医療をよいものにしていく」と書かれていた。
- ・病院間の機能分化と連携が進まないで日本の医療が崩壊の危機に瀕しているが、それは厚労省の責任である。
- ・病院の設立主体が多様な日本の病院の機能分化と連携をきちんと進めていくための主体的な組織をつくる必要がある。そのために行うのが非営利ホールディングカンパニー型法人制度の創設である。それを正しい方向へと導くために病院会としてのアイデアを出していくべきである。

山口理事は、この提案自体は地域包括ケアに対応するような形で考えられている。民間ではホールディングカンパニーの形をとっている病院は幾つかあり、地域包括ケアも既に支えているので、公的病院が地域包括ケアにいかにかかわるかというときに、この非営利型ホールディングカンパニーが考えられる。岡山大学の例では地域独占型になっているので考え方が少し変質しており、いかに競合型に持っていくかについて工夫することも大事であると述べた。

中島常任理事は、確かに岡山大学は独占型になっている。岡山では経済同友会のシンポをきっかけに大学から病院を切り離すという議論が始まったが、地域の医療をよくすることから経済優先志向へと変質し始めているのではないかとの危惧を抱く。日本医師会が統括医療法人という対案を提言しているが、当会としてもこの問題に頑張っ取り組もうと述べた。

武田常任理事は、京都の組織には医療法人が3つ、社福が2つ、個人病院などもあるが、ホールディング導入によって相互間の人事や資金面の融通で、より柔軟な運用が期待できるのではないかと。株式や配当の導入といったたぐいの議論にだけ注意していればおかしなことにはならないと述べた。

中井常任理事は、現在の医療崩壊の問題の1つは医師の偏在であるが、地方の医師不足は地域の病院の整理、統合だけで解決できるような問題ではなく、日本全体で取り組まないとその答えは出てこないと述べた。

土谷理事は、広島ではまだ具体的に動き出していないが、医療を守るとか医療をよくするという発想ではなく、医療を経済に組み込んで産業振興を図ることから出てきたのがホールディング型カンパニーであり、怖さを感じていると述べた。

松本理事は、産業競争力会議の提案には医療を営利化するという基本的視点があるのが問題である。統括医療法人という医師会の対案は、地域の医療を守るところで一定程度有効に使えるような気がする。医療は利益ばかり追求したら成り立たないので、医療の本道を踏まえながらこの問題に対処する必要があると述べた。

梶原副会長は、選択療養を患者申し出療養と名前を変えて政府は出してきた。今回も非営利型ホールディングの問題が指摘されると、日本医師会が提案した名前を使って非営利型統括医療法人という名前に変えて出してくるのではないかと。安倍政権は言葉を変えて同じものを出してくることがよくあるので注意せねばならない。民間大手の医療法人には既に事実上ホールディングカンパニーのような形になり地域密着医療を展開しているところも幾つかあると述べた。

武久理事は、それはあくまでも都道府県内の話であり、全国レベルで北海道と九州と一緒に

なるようなことを考えているわけではない。農協の例を見ればわかるように、安倍政権がさまざまなことを統括しやすくするために変えようとしていることの一環であり、ある県でホールディングが1つか2つになったら、そこを通してその県は掌握できる。同じようにして全産業を一手に握ることになる可能性は大いにあると述べた。

岡留副会長は、済生会では診療材料の共同購入を初めとした連携がどんどん進んでおり、わざわざホールディング会社を作るまでもない。済生会は社会福祉法人であり、非営利に徹して低額診療事業をやらねばならないので、営利型のホールディングは絶対に受け入れられないと述べた。

堺会長は、我々医療者は善意で地域医療のためにと考えるが、政府はそうではなく経済至上主義である。しかし、法律で迫ってこられるとのまざるを得ないので、日本医師会はそれをいかにかわすかということを考えてきたのではないか。国会としてもそれについて検討し、考えをまとめていかなければならない。

中常任理事は、前回の選択療養制度の問題のときには病院団体には全く連絡がなかった。今回も日本医師会と薬剤師会と歯科医師会の発表を待つだけでなく、こちらからも一言あつてしかるべきである。日本医師会と政府とは水面下で統括医療法人について交渉するのではないか。統括医療法人について、その軸となる病院四団体や四病協が具体的な考えを早急にまとめて、日本医師会と交渉し、意見を集約することが一番大切であると述べた。

武田常任理事は、非営利法人カンパニーというのは仮称であり、その正式名称はこれから決めることになっているが、日本医師会の統括医療法人という名前がそこに取り込まれてしまうのではないか。中身をしっかりと吟味していかなければならないと述べた。

堺会長は、今聞いた意見をもとに日病や四病協で検討を行い、日医と話し合いを持っていきたいと述べた。

②非営利ホールディングカンパニー型法人制度について

堺会長は、規制改革実施計画の一部として示された困難な病気と闘う患者からの申し出を起点とする新たな保険外併用の仕組みの創設に関して、医師会ではかなり苦慮しており、ある程度認めるような発言をしているが、あくまでこれに反対するのか、ある程度認める形で中身の詰めに入るのかをここで協議してほしいと述べて、中常任理事に意見を求めた。

中常任理事は、専門家に何かの理事会に来て説明してもらわないと、内容がなかなかわからない。今の評価療養と具体的にどこがどう違い何が俎上に上っているのかを明らかにしてほしいと述べた。

堺会長は、厚労省の保険局に要請して次回の常任理事会で説明を仰ぐことは可能であると答えた。

中常任理事は、そうすれば具体的にもっと踏み込んで検討ができると述べた。

中島常任理事は、このこと自体にはさほど問題はないが、患者申し出という医者が断りにくい名前をつけたこと、未承認薬などのよくわからないものについては臨床研究中核病院にまずやらせること及びホールディングカンパニー型法人制度創設の問題等が一体となって今、進んでいる。その状況を踏まえなくて、これだけを取り出して議論するのは危険であると述べた。

堺会長は、書かれていないところがいろいろあり、確かにきな臭い案件が随分来ているので、厚労省保険局に要請して常任理事会で内容の説明を求めたいと述べた。

相澤副会長は、治験に関して新制度で提案していることは既に裏で事実上行われていることなので、それを公然化することに反対するのは難しく、むしろ改善策を具体的に提案するほうがよい。患者からの申し出に対する病院側の拒否権も担保してほしいと述べた。

堺会長は、政府は成長戦略に基づいた効率化を目指しているが、その裏にはどこかで金を生

み出すという考えが必ずあるので、我々はナイーブに議論しているだけではないと述べた。

中井常任理事は、欧米では日本で認可されていない医薬品や先進的治療法が認可されている。アメリカの医療は利益追求型であり、会社グループぐるみでそれを広めようとしてくるのを、日本ではバリアをつくり、見定めてからよいものを採用してきたが、それが変わることになる新制度にはよい面もあれば危険な面もあると述べた。

堺会長は、これを進めていくと自費診療部分が増えるので、医療費全体が大きくなり、保険の買える者と保険の買えない者の間に差が出てくる。保険が伸びれば経済成長戦略にもなると述べた。

松本理事は、患者申し出医療という言葉からすると断わりにくい面はあるが、万一事故が起こったときに誰が責任をとるのか。金のある者しか自由診療にかかれない医療制度の導入によって、日本はアメリカ的な民間医療保険制度に移行せざるを得なくなるかもしれない。どこでも、誰でも、より良い的確な医療を受けられる日本の医療保険制度を解体させないためにも、病院会こそってこれに反対していく必要があると述べた。

堺会長は、個人的には現在ある保険外診療でよいと思う。制度を変えるのではなく、運用が悪いのならばそれを改善していけばよい。しかし、反対をしても国会では通過してしまうというのでは無力を感じると述べた。

武田常任理事は、新しくてリスクの高いものは中核病院がやればよいが、保険適用外で現在どうしてもやらなければならない持ち出しで行っている部分について、患者の申し出ではなく、医療機関が患者に申し出をさせれば事実上、混合診療の完全解禁になってしまうのではないかと述べた。

堺会長は、保険外適用でそれを事実上認めており、混合診療自体がもう崩れていると述べた。

武田常任理事は、患者の申し出とはいっても、医療機関がささやいて患者に申し出をさせれば何でもありになるので、その辺の歯止めが必要であると述べた。

末永副会長は、困難な病気と闘っている患者は藁にもすがりたい気持ちで何にでも乗ってしまいがちであるが、それを認めるのが本当によい医療なのか。費用対効果を必ずチェックしていかないと歯止めが効かなくなるおそれがある。副作用が治療を希望した患者の責任になってしまうと、副作用自体が問題にされなくなってしまうこともあり得る。患者が希望したことを何でも聞くような医療になってはまずいのではないかと述べた。

楠岡常任理事は、今の先進医療の枠組みと新たな患者申し出医療の枠組みは非常によく似ているが、保険収載に向けた実施計画という部分は非常に非効率的で、そのしわよせ及び先ほどの医療事故責任の問題は全て実施医療機関側で持つということになると、そのハードルはとても高い。部分的には評価できる面もあるが、それが自由診療の抜け道になって保険診療には永遠につながらないという非常に矛盾した制度であることは間違いないので、その辺をどう整合をとるのかについて厚労省に聞いてみたいと述べた。

堺会長は、そのとおりであり、ぜひ厚労省の意向を聞きたい。実際の運用などは厚労省のレベルで決まるはずであり、そこに当会の意見を反映することは可能だと思う。厚労省から説明を受けて、我々の質問に答えてもらいたいと述べた。

楠岡常任理事は、先進医療を現在担当しているのは保険局というよりも医政局なので、そのときには医政局にも質問に答えてほしいと述べた。

堺会長は、彼らの常套手段は両方にまたがる審議官を出してくることであるが、厚労省では今度人事異動があり審議官が新たに3人増えるので、事情に精通した説明者となるように交渉したいと述べた。

以上で閉会となった。