

日時 平成26年9月27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、岡留健一郎、相澤 孝夫、梶原 優、大道 道大 (各副会長)

藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、高木 誠、万代 恭嗣、中井 修、中嶋 昭、

中 佳一、楠岡 英雄、小川 嘉誉、中島 豊爾、塩谷 泰一、安藤 文英 (各常任理事)

柏戸 正英、藤原 久義、石井 孝宜 (各監事)

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

坂本 すが、高久 史麿、松田 朗、桐野 高明、高橋 正彦、富田 博樹

(各参与)

木村 壯介、有賀 徹、望月 泉、原 義人、大道 久、松本 純夫、崎原 宏

(各委員長)

中村 博彦、三浦 将司、毛利 博、松本 隆利、今川 敦史、成川 守彦、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)

野口 正人 (オブザーバ)

神原 啓文 (新規会員 医療法人社団アール・アンド・オー静清リハビリテーション
病院 病院長)

足立 憲昭 (新規会員 医療法人社団和敬会みきやまりリハビリテーション病院 理事
長)

中野 恭一 (新規会員 医療法人社団生和会登美ヶ丘リハビリテーション病院 院
長)

三澤 弘道 (新規会員 依田窪医療福祉事務組合国民健康保険依田窪病院 院長)

総勢50名の出席

堺会長から開会挨拶の後、宇沢弘文前日本病院会参与の逝去に対し藤原常任理事の挨拶があり、全員で黙禱した。議事録署名人を選出した後、新規入会の4会員の紹介と挨拶があった。その後、大道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

平成26年8月21日~9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3件〕

①都道府県・岩手県立磐井病院 (会員名: 加藤博孝院長)

②市町村・町立辰野病院 (会員名: 土屋文夫院長)

③医療法人・社会医療法人中労働者医療協会塩尻協立病院 (会員名: 古川安之病院長)

〔正会員の退会1件〕

①医療法人・医療法人信雅会 宮地病院 (会員名: 宮地雅也理事長)

平成26年9月27日現在 正会員 2,401会員

特別会員 206会員

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6件）

- ①「平成26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第26回「国民の健康会議」（一般社団法人全国公私病院連盟）の協賛
- ③平成26年秋季全国火災予防運動（消防庁）に対する協力
- ④バリアフリー2015（社会福祉法人大阪府社会福祉協議会）後援名義使用

（継続：委員推薦依頼2件）

- ①ISO/TC215国内対策委員会（一般財団法人医療情報システム開発センター）の委員推薦
再任：大道副会長
- ②ホスピタルショウ委員会（一般社団法人日本経営協会）各委員の委嘱
ホスピタルショウ委員会委員
再任：今泉副会長
医療情報部会委員
再任：相澤副会長

（新規：後援・協賛等依頼3件）

- ①第50回全国病院経営管理学会（全国病院経営管理学会）の後援
- ②第3回シンポジウム「命の選択 がん予防を考える」（ロイ・ファウチ事務所）の後援
- ③「日本・ベトナムEPAセミナー」（NPO法人AHPネットワークス）の協賛
（新規：委員等委嘱依頼1件）
- ①地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（厚生労働省医政局）構成員の委嘱
就任者：相澤副会長
（変更：後援依頼→共催依頼1件 ※8月23日常任理事会において後援を承認済み）
- ①顕彰プログラム「イノベーター・オブ・ザ・イヤー」（イノベーター・オブ・ザ・イヤー組織委員会）の共催

〔報告事項〕

6. 第40回日本診療情報管理学会学術大会の開催報告について

佐々木学術大会長より、以下の報告があった。

- ・9月11日・12日、盛岡市で開催、1,702名の参加があった。準備の段階、当日と、日本診療情報管理学会事務局、岩手県立病院、中央病院のメンバーの絶大な支援をもらい感謝する。
- ・再来年はIFHIMA学会の東京大会が行われることもあり、心の準備も考えてテーマをつくった。学会が本来持つべき役割等も考えた。講演やシンポジウムの演題も多くスケジュールは大変タイトだったが、無事終了できた。来年は岡山で開催を予定している。

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等があり、了承した。

（1）第5回雑誌編集委員会（8月26日）

原委員長より、以下の報告があった。

- ・企画編集を行い、9月号は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講演、

公開シンポジウムや基調講演、それから昨年の病院長幹部職員セミナー講演を掲載する。

- ・10月号から第64回日本病院学会の記事の掲載が始まり、学会長講演、会長講演、シンポジウム1の人材が集まる魅力ある医療・介護分野にするための中小病院のあり方を載せる。
- ・11月号はその特別講演、シンポジウム2、寄稿1点を掲載予定だ。

(2) 第3回地域医療委員会(9月2日)

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・厚労省に出す地域医療ビジョン策定ガイドラインに関する要望書に入れる意見を議論した。
- ・①協議で、病院は地区の大小を問わないこと。②医師の適正配置の文言をぜひ入れること。③ビジョン遂行が地方衰退に拍車をかけないよう施策的配慮をすることの3点を意見とした。

(3) 医療安全管理者養成講習会アドバンストコース(8月30日)

(4) 医療安全管理者養成講習会第2クール(9月5日・6日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・アドバンストコースは東京、名古屋、大阪、福岡と4カ所でやる。インセントレポーターやヒヤリ・ハット、重要な案件を拾い出しいかに対応していくかをメインテーマに、スモールグループディスカッションを行っている。評判がよく満足度も高いので、次年度も行いたい。
- ・養成講習会第2クールも人気が高い。利用をお願いしたい。

(5) 第5回医業経営・税制委員会(9月22日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・消費税問題について、現状の問題を踏まえ再来年度以降の税制改正要望を議論し始めている。
- ・未収金を四病協で全国調査したが、思っていたほどの額でなかった。四病協は公表しない考えだが、日病の会員分だけでも集計し結果を返す準備にとりかかろうと話した。
- ・医療専門職幹旋業者実態調査の対象に病院だけでなく業者も入れることを思案していたが、民間調査会社でやるところが出てきた。来年度の委員会の事業としてやるかどうか議論した。

(6) 第1回病院経営の質推進委員会(9月24日)

宮崎常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成26年度診療報酬等に関する定期調査中間報告については後で説明する。
- ・病院中堅職員育成研修事業が3年間経過し見直しを行った。受講者がやや減少の傾向にある対策として、中堅職員の経営感覚を養う目的を前面に出したパンフレット作成、関係する職能団体への宣伝、アンケート調査に診療報酬調査結果などを盛り込み、会の存在感を高めようと話し合った。
- ・医療技術部門管理コースは、これまでの診療放射線技師と臨床検査技師のほか、リハビリテーション担当者も対象にしようとした。アピールのため、スマートフォンに対応したサイトをつくる等をして発展をさせていきたい。
- ・参加者は会員の病院からに限られている傾向がある。ぜひ参加を呼びかけてもらいたい。

(7) 病院中堅職員育成研修「第4回医療技術部門管理コース」(8月29日・30日)

(8) 病院中堅職員育成研修「第7回財務・会計コース」(9月18日・19日)

(7)、(8)について、報告は資料一読とした。

(9) 診療情報管理士通信教育 第4回専門課程小委員会(8月25日)

(10) 診療情報管理士通信教育 第2回医師事務作業補助者コース小委員会(9月3日)

(11) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会(8月22日～9月20日)

(12) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会(8月22日～9月20日)

(9)～(12)について、報告は資料一読とした。

(13) 日本診療情報管理学会 第9回災害時の診療録のあり方に関する合同委員会(8月22日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・日本診療情報管理学会、日本救急医学会、日本集団災害医学会、日本病院会の4団体が集まり、数年来災害時の診療録を作ろうとしてきたが、ほぼでき上がってきた。
- ・SPEEDはWHOが提唱した災害後の早期の感染症を監視するシステムで、感染症のみならずいろいろ小分けした分類があり、日本流に変えたのがJ-SPEEDだ。災害時の診療録に取り入れるたたき台ができ、盛り込んだ。10月11日の中部ブロックでの訓練で実際にフィールドテストをやる予定だ。

(14) 日本診療情報管理学会 第4回倫理委員会 (8月25日)

大井顧問より、COI(利益相反)に関する指針を細かに決めた。学会全役員や学会発表・論文投稿者は全てCOI申告書を提出いただくことを決議したと報告があった。

(15) 日本診療情報管理学会 第5回2016年第18回IFHIMA国際大会開催組織委員会 (9月1日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・2016年10月に、IFHIMAの国際大会及び第42回の診療情報管理学会、WHO-FICの年次大会を同時開催しようと準備を進めている。開会式にマーガレット・チャンWHO-FIC事務局長を呼ぶ予定でいる。
- ・資金について、もし必要などときには会員に協力願いたい。

(16) 日本診療情報管理学会 第2回理事会・評議員会 (9月10日)

(17) 日本診療情報管理学会 第40回総会 (9月11日)

大井顧問より、佐々木学術大会長、望月実行委員長のもと行われた診療情報管理学会学術大会の際、理事会、評議員会が行われた。盛況の学会になったことを理事長としても感謝すると報告があった。

(18) 日本診療情報管理学会 第72回診療情報管理士生涯教育研修会 (9月12日)

大井顧問より、学会当日、木村委員長から「医療事故調査制度の法制化の中で」という講演があった。多くの参加者を得て感銘深かったと報告があった。

(19) 日本診療情報管理学会 第1回WHO国際統計分類協力センター運営会議 (9月24日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・第1部では、10月11日からバルセロナで開催されるWHO-FICのネットワーク年次大会参加者として打合せを行った。できるだけ情報をキャッチしてくる予定だ。
- ・第2部はWHO国際統計分類協力センターだけで、来年が認定後5年の更新時期に当たるので手続きについて話し合った。組織を形成しているのは5団体だが、今後の国際分類の重要性から国家レベルの関与のある今の形の継続を望むと意見を述べ、その線にまとまりそうだ。

(20) 第35回病院経営管理士通信教育認定証授与式 (9月26日)

小川常任理事より、関係者の出席に感謝する報告があった。

(21) 平成26年度診療報酬等に関する定期調査 中間報告(案)

宮崎常任理事より、以下の報告があった。

- ・従来の改定年度の影響度調査を、昨年度から名称を診療報酬等に関する定期報告と変え毎年行う。Webで、今回は診療報酬と、消費税増税について医療損益の前年比等を調査した。
 - ・7月2日現在で回答数が598病院、うち有効回答が484だった。12月に最終報告をまとめる予定だ。詳細は作業をまとめた永易会長から報告してもらう。
- 永易病院経営管理士会会長より、以下の報告があった。
- ・484病院は一般病院が72.5%を占める。平均実動病床数332床のうちDPC対象病院が309、臨床研修病院が348、7対1看護が298だった。
 - ・1院当たりの診療収益は、入院+外来では62%が増収で前年比1.86、入院は56.2%が増収で

- 同0.84、外来は69.8%が増収で同4.35の結果だった。精神科を除き収入増病院の割合が高い。
- ・病床規模別では多くがプラスの傾向だが、200～299床が入院＋外来でマイナス、199床以下は入院、外来ともマイナスだった。
 - ・入院＋外来は全病院の前年比は1.86%で、アップ率の高い病院が全体を引き上げている。
 - ・1日当たりの入院診療単価は、全体で68.6%の病院が単価が対前年比プラス2.81%だった。DPC対象病院、対象外病院での比に余り変化はない。外来は、69%の病院が単価増でプラス2.39%だった。1日当たりの病床項目別単価では、入院が一般病床の67%が単価増、プラス2.61、外来がプラス2.91だが、療養・ケアミックス病院がプラス3.85で最も高い。
 - ・病床規模別では、病床数に比例して単価増の病院の割合が増えている。99床以下の病院のみ外来の前年比マイナスだった。
 - ・全病院の病床区分別の延べ患者数の前年比は、入院で63%の病院で減少したが、外来は増加病院が62.2%だった。延べ患者数はほぼ全ての区分で入院患者数が減少している。
 - ・診療行為別点数の前年比は、入院は全体で3.47%の伸び率で、入院料がプラス5.28、リハビリテーション料がプラス4.98。外来はプラス2.20で、投薬料を除きプラスだった。
 - ・診療報酬改定前にあらかじめ置き換え試算を行った201病院で、全体でプラス0.34%のアップ、58.7%の病院がプラスになった。
 - ・DPC対象病院の医療機関群の基準値のⅡ群病院37、Ⅲ群334からの回答では、実績要件でⅢ群が基準値を下回っているのは、診療密度、医師研修の実施、DPC算定病床当たりの外保連指数で、最も満たさない要件は手術1件当たりの外保連指数で24.3%の病院割合だった。Ⅲ群において6要件のうち5項目該当病院が10.5%、4項目該当が15.9%だった。未達成要件で最も高いのは実績要件1の診療密度だった。
 - ・415病院が回答した医療損益の影響は、前年の経常赤字病院は56.4%だが、今年6月では65.3%で、9ポイント上昇しているが、前年より減益の病院は全体の63.9%を占めている。
 - ・7対1入院基本料算定する280病院は、200床未満では4割以下の算定だが、300床以上では8割を超えている。重症度、医療・看護必要度基準の15%以上を満たしている病院が84.6%だった。平均在院日数は、今回病院の改善努力があったのかほとんど影響がなかった。夜勤時間72時間以内は85%、直近3カ月の自宅等退院患者割合は88.6%の病院が基準を満たしていた。ただ、算定要件を全て満たしている病院は70.7%にとどまっている。
 - ・重症度、医療・看護必要度の基準を満たす割合は、一般病棟用の10対1、13対1で5割ぐらい、回復期リハで78.3%。特定集中治療室管理料では、新設の1・2が81.8%、従来の3・4は79.6%だった。ハイケアユニット用では、管理料1が80.9%、2は64.0%で相当低い。
 - ・地域包括ケア病棟の入院料の届出は、ケア包括の病院は7割以上がしたか予定している。
 - ・まとめとして、1病院当たりの診療収益の前年同月比で、入院がプラス0.84、外来がプラス4.35、診療単価は入院プラス2.81、プラス2.39%という結果だった。6割を超える病院が増加したが、入院延べ患者数の減少が全区分で見られた。99床以下の小規模病院は、収益、外来単価はマイナス、入院単価はわずかなプラスにとどまっている。
 - ・医療損益は、6割を超える病院が減益となっている。高収益である7対1入院基本料の急性期病院、大規模病院ほど費用増も大きく赤字病院の割合が高く、急性期病院の経営の厳しさがうかがえる。費用では、特に診療材料費の伸びが大きい。

安藤常任理事は、調査に消費税の影響がわかるものも加味してもらえないかと要望した。

永易病院経営管理士会会長は、消費税は年度の終わりにならないと確定せず、途中の単月調査では出しにくい。それは四病協でやるので焦点は当てていないが、今後検討したいと答えた。

安藤常任理事は、単月調査で1年たったら消費税分を払わなくてはいけない。増収傾向も逆転するのではないかと尋ねた。

永易病院経営管理士会会長は、最後のところでは減益にはなっていないが、不要な受診を避けようとして、入院日数の低下、延べ人数の低下も来ているのではないか。消費税増税の影響は非常に大きいと思うと述べた。

大道副会長は、7対1病床で基準を満たしていない病床が約3割との話だ。地域包括ケア病床に移行予定の病院が幾つかあるが、ダブっているのかと尋ねた。

永易病院経営管理士会会長は、個々の病院の評価はこれからする。ただ、地域包括病棟に移りたい病院の中に、7対1病床を持つ病院が入っているのは間違いないと答えた。

石井監事は、水道光熱費がどの病院でも増えているが、次回診療報酬改定の際に議論をすべきかもしれないと述べた。

(22) 「病院」 (2014年12月号) 原稿案

宮崎常任理事より、調査の結果をまとめた概要を「病院」から求められ、原稿をつくって渡しているところだと報告があった。

(23) 平成26年度医療安全に係わる実態調査票について

木村委員長より、以下の報告があった。

- ・医療事故の調査制度が法制化され、ガイドラインも来年4月には決まって、具体的な準備が始まる。医療事故の際に、当該医療機関自身が外部参加型の院内事故調査委員会の設置をしなければならない。どの病院にもかかわることで、アンケートを行うことにした。
 - ・①施設の基本事項、②医療安全にかかわる体制、③病院内での医療事故への対応、④新しい医療事故調査制度に対する意見の4部構成になっている。
 - ・医療事故対応では、死亡や重篤の分類で言う4Bのような事故に対しどういう対応をしてきたか、誰がどういう仕組みでそれを処理したかを聞いている。新しい医療制度に関しては、院内で外部参加型の院内調査委員会でやることに対し、報告手段や調査方法、誰が資料をまとめそれを評価するか、指導をどう仰ぐか、相談する部署の考え、新たな研修をどうするか、報告書や遺族への説明会に対しどんな課題を持っているか等を尋ねている。
 - ・医療事故はクリニック等からの報告はほとんどなく、救急搬送され病院で処理されることが多い。アンケート結果の公表は極めて大きな意味がある。新しい医療事故調査制度の詳細部分を検討する段階に進んでおり、そこに現場からの貴重な意見がもたらされることになる。
 - ・今後、10月初めにメール等で案内をして、今年中に内容をまとめたい。最終報告は来年になるが、なるべく早くまとめ日本病院会の意見として出していきたい。この形でのアンケート調査の承認と、特に役員の施設では積極的にアンケートに答える協力を願いたい。
- 木村委員長の報告後、大道副会長から調査について承認が諮られ、承認した。

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109回診療報酬実務者会議 (9月17日)

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・診療報酬改定で疑義解釈資料の9番目が出て、病院に関することが話題となった。
- ・医療機関に関する消費税調査をしているが、病院の回答率が低いので協力願いたい。

(2) 第119回代表者会議 (9月26日)

堺会長より、一般社団法人日本社会医療法人協議会が今回から参加し、12病院団体となった。年度途中加盟団体の初年度負担金支払いは案分により負担が承認されたと報告があった。

3. 中医協について

万代常任理事より下記会議の概要報告があり、了承した。

(1) 第281回総会 (8月27日)

- ・医療機器の保険適用とか、先進医療会議の検討結果の報告がされた。

(2) 第5回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会 (9月5日)

- ・DPC導入の影響度調査を25年に行ったが、これまでの傾向と変わらない結果となっている。
- ・26年度のヒアリングを行うことが決まっている。
- ・DPC導入の影響度調査を25年に行ったが、これまでの傾向と変わらない結果となっている。医療機関のあり方について、Ⅰ群、Ⅱ群、Ⅲ群のそれぞれを少し検討している。
- ・DPC制度に係るこれまでの検討状況について検討結果(中間とりまとめ)が出てきたが、ICD-10については平成28年以降に2013年版を導入する形だ。重症度を考慮した評価手法(CCPマトリックス)は、順次代表的疾患から導入していくことを検討している。
- ・医療機関別係数に係る検討課題では、Ⅰ群を大学病院本院として評価することを維持する。Ⅱ群は大学病院に準ずる要件を設定していたが、地域での機能要件を満たす病院を考えていく。Ⅲ群の病院の細分化は行わないで、機能形成のほうで評価をしていく形になっている。

(3) 第18回費用対効果評価専門部会 (9月10日)

- ・参考人から諸外国の現況が報告された。イギリスでNICEが機関として法令に基づいて位置づけられた。フランスではHASという機関が費用対効果を検討しており、償還価格を決めている。ドイツではIQWiGが設立されたが、費用対効果については色濃く出ていない。
- ・具体例の検討として、医薬品5品目、医療材料3品目が対象に選ばれた。7～8月に企業側と事務局が接触しデータを出してもらっている。企業から研究班への参加要望が出されたが、中医協として認めなかった。データは場合によって一般への公開はしないで審議していく形が認められた。具体例の検討は9～12月中で中医協として審議する計画になっている。

(4) 第102回薬価専門部会 (9月10日)

- ・薬価改定の経緯について、改定年度ごとの改定のマイナス率や、国民医療費に対する薬剤費の費用の額や割合、改定率が資料で出された。参照されたい。
- ・ディオバンの誇大な報告によって診療報酬に出た影響や処置について審議することになった。

(5) 第282回総会 (9月10日)

- ・被災地特例措置は、利用があり続けることになった。また半年延ばしする。新しい措置を希望する病院は導入しているが、それ以外は現に利用している特例措置を継続する形となる。
- ・医療費の動向がプレスリリースされ、医療費は39.3兆円になったということだ。また、25年度の調剤費は6兆9,000億円だった。
- ・7月1日現在での施設基準の届出状況のまとめが出された。参照されたい。

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5回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会 (8月27日)

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・福祉医療機構から来年度予算の概算要求の報告があった。医療法人の経営高度化支援、医療介護連携強化のため経営安定化資金の融資の予算をつけ、貸付限度額や利率も見直す形だ。持分のない医療法人への移行の際、税金分の融資を福祉医療機構は考えているとのことだ。
- ・福祉医療機構の利用病院があれば、使い勝手の現状や改善要望を日病に上げてもらいたい。

(2) 第5回総合部会 (8月27日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・報告事項として日本専門医機構理事会の報告が末永日病副会長からあった。
- ・協議事項として、平成27年度税制改正要望の話があり、与党・税制協議会のヒアリングにつ

いて伊藤医法協副会長から説明があった。

- ・非営利ホールディングカンパニー型法人制度は、当該委員会で議論することになった。
- ・社会保障審議会医療保険部会での主な意見として、大病院における外来受診負担等の問題が議論され、これも医療保険・診療報酬委員会で議論することになった。

(3) 第6回総合部会（9月24日）

堺会長より、税制要望についてじっくり一読いただきたいと報告があった。

(4) 第4回日医・四病協懇談会（8月27日）

堺会長より、以下の報告があった。

- ・紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担のあり方、入院時食事療養費、生活療養費について議論がされた。
- ・大病院での患者負担について、紋切り型じゃだめだと発言した。地域の中で本当にかかりつけ医がいるのかの議論をしたかったが、ストレートな議論は難しいとの意見があった。

(5) 第5回医療保険・診療報酬委員会（9月5日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・社会保障審議会医療保険部会の議論として、大病院も紹介状なしで受診する場合に患者負担を減らそうという話があった。ただ、大病院に来る前にかかりつけ医を選ぶ国民への周知を十分にすべきではないか、地域医療の実情に応じた決定も必要ではないか、負担を減らす仕組み3パターンのうちではこれがよいという結論にはなった。
- ・薬局・薬剤問題として、院内処方・院外処方診療報酬点数に大きな差がついており、これを次回、日本病院薬剤師会の担当役員と協議することが決まった。

(6) 第6回医業経営・税制委員会（9月18日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・医療法人制度については、かねて非営利ホールディングカンパニー制度の医療界への導入のテーマで議論されていたものがまた復活し、新型法人と呼称されるようだ。
- ・スケジュールは切迫していて、12月までに厚労省はこの原案をつくり、今年度中に法制化まで行きそうだ。既に閣議決定はされているようで、注意しなくてはいけない。一方で地域医療構想とか地域包括ケアシステムの構築とかも同時進行でやっていて、整理がつくのかどうか。新型法人が入ってくると、日本の医療が大変なことになる懸念がある。
- ・消費税補填分に関する調査は断片的に情報が出ているが、非常に回答率が悪く、日本病院会分担の240病院のうち回答は40とのことだが、240に公的病院はほとんど入っていない。病院団体協議会でも同様の方式でやるので、日病の公的病院はそちらで進んでいる。240の内訳はいつも回答を返してこない民間病院であり、既に督促はしている。
- ・税制改正要望は、医師会との大変な調整プロセスを経て、どうにか医療界として一本化できる方向にあるとの話があった。

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

会議の概要報告があり、了承した。（以下で触れていないものは協議事項で取り上げた。）

(1) 与党税制協議会ヒアリング（8月29日）

(2) 消費税に関する税制改正要望（9月16日）

(3) 第2回医療介護総合確保促進会議（8月29日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・私自身は、報告制度のガイドラインを作るとき、いろいろな類型を示してほしい。医療度の低いところでどう配慮するか提示してほしい。基金を使うなりして、何人かの適正配置も考えてほしいと発言したが、皆の意見を聞くだけで会議は終わってしまった。

(4) 第3回医療介護総合確保促進会議(9月8日)

(5) 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針

相澤副会長より、(4)(5)について、以下の報告があった。

- ・最終的な厚労相が示す方針が決まったが、「本方針は、今後、地域医療構想の作成や医療介護総合確保推新法による改正の状況等を勘案して」は、地域医療構想が決まったら方針も変わるのではおかしい。今後地域医療構想をどうしていくのかは大きな問題になってくると思う。
- ・「基本的な方向性」には、中小病院の医師たちからの、地域の将来の姿を踏まえた町作りの一環としての位置づけということを入れてもらった。
- ・医療と介護サービス提供者の役割、行政と医療サービス提供者の役割のほか、サービス利用者、国民の役割も書き込まれたのは画期的だ。
- ・これまでは縦割りだった医療法の医療計画と介護保険法の介護保険事業支援計画を、総合確保方針で整合性を図ると書かれている。実は県の介護保険事業支援計画は実質的にその下の各介護保険事業計画をつくる市町村がつくっている。それも変だが、医療計画の一部として地域医療構想を作るという、ビジョンと計画の関係が逆に書かれている。
- ・計画の地理的範囲は、ほとんどの県で医療の二次医療圏イコール介護の老人福祉圏域となっている。総合確保区域イコール二次医療圏であるような設定で話が進んできている。圏域にどれぐらいの量を作るかが重要だが、その圏域は詳しく書かれていない。
- ・関係者の意見を十分討議したり、地域住民の意見を反映する仕組み、行政機関がわかりやすく丁寧な情報提供や説明をする方針が立てられている。基金を使う決定に際し関係者の意見を反映する措置を講じ、会議や議事録公開等により決定プロセスの透明性を担保する。事業主体間の公平性を確保し適切かつ公正に行われることと、日本病院会の主張がここに書かれた。基金の実施事業はしっかり評価しようと、病院の機能分化と連携、在宅医療、介護、医療従事者の育成や確保、介護従事者の確保を基金を使ってやっていく方針が書き込まれた。
- ・3回の会議で全部決めてしまうというスピードで、あとは厚労省がまとめた結果だが、何とか言いたいことは方針の中に盛り込んでもらったのではないかと思う。

成川支部長は、二次医療圏と老人医療福祉圏は入院では一緒だが、実は違う。救急医療圏もまた入院と違う。その辺をまた中央でも話してもらいたい。これが各都道府県においてくると我々は大変なことかと思う。本部の指導をよろしく願うと述べた。

大道副会長は、関連で協議事項の病床機能報告制度についての報告を求めた。

相澤副会長より、以下の報告があった。

- ・病床機能報告制度では、総合確保区域内で機能別病棟の把握のため7月1カ月間分のレセプトからデータをとること、6年先に自分の病院の病棟をどんな機能を持つ病棟にしていくかの報告が求められている。9月10日から報告のための専用のホームページが立ち上げられた。
- ・例えば緩和ケア病棟は回復期、急性期、慢性期のどれを選ぶかは各自の判断で書いてもらいたい。質問は厚労省に問い合わせ願いたい。希望すれば紙媒体の報告様式が送られる。
- ・医療機関からの医療機能の報告データと、レセプトから吸い上げたデータは厚労省のサーバーに全て入れ、そこでまとめた個々の医療機関のデータをもう一度医療機関に送付することになる。サーバーは全国共通で、今度は都道府県ごとにデータを引き出して活用していくことになる。どう活用するかはこれからの議論になっていく。

(6) 第6回医療法人の事業展開等に関する検討会(9月10日)

(7) 第1回医道審議会保健師助産師看護師分科会 看護師特定行為・研修部会(9月10日)

末永副会長より、以下の報告があり、報告の後、桐野参与に補足を求めた。

- ・自分は会議に出席できなかったが、桐野参与が部会長に選任された。特定行為とその教育内容、教育の場所の選定について短期間で話し合うことになりそうだ。

- ・特定行為41項目の中に挿管や抜管など危険なものがある。その危険性を改めて教育する必要があるということではないか。41項目を14区分するが、慢性期から急性期のものが含まれ、今後区分についての話も出てくるようだ。
- ・行為の結果の責任問題については、次回出席時に法医学者の見方を紹介したい。
- ・厚労省は特定行為に係る看護師を2万人育成する計画のようだ。専門看護師とか認定看護師も1万人育成しており、それをどうやってやるかという議論もあったと聞いている。
桐野参与は、まだ1回目だが、先行して協議の回数はかけている。幾つかの団体間にまだ意見の違いがある状況だが、12月ぐらいまでに決めねばならず時間がない。いろいろ意見を出してもらい調整しながら次回に引き継いでやっていく形にならざるを得ないと述べた。
坂本参与（代理菊池）は、やっと法制化された。あとは具体的に省令等をつくるために、ワーキングの議論なども踏まえて進めてもらいたいと述べた。

7. 第9回支部長連絡協議会（会長・副会長会議合同）について（8月23日）

成川支部長より、以下の報告があった。

- ・8月の常任理事会の後、支部長連絡協議会を開催した。堺会長はじめ各副会長も出席した。現在18支部で、出席支部は13だった。
- ・議題は、①地域医療ビジョン策定の「協定の場」について、②「地域・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」への取組みについて、ほかだった。
- ・堺会長からの挨拶で、地域医療ビジョンについて、支部のない県の問題もあり病院会として支部を増やすことを支援していきたいという話がされた。
- ・各支部の報告を兼ねた協議では、都道府県によって格差があり、医師会だけで決めるところや医療審議会に病院団体を入れないところがある。最終の審議会は、行政が案をつくって各団体に根回しし認めるだけの形式的な状況もある。ただ、新しい基金について、地方では中小病院抜きでは成立しないことの検証の必要を厚労省に言っていきたいという話ももらった。
- ・副会長から、地域ビジョンは都道府県の国会議員や知事の政治力が非常に大きい。政治連盟からの支部に活動費を出すのでうまく使ってほしいという話もあった。
- ・全日病は支部がなくても代表者がいて、組織的にはしっかりしている。支部ができて、県から委員会の委員にも入れたという話も出ていた。
- ・各支部は支部に入るメリットをもっとPRしていく必要がある。日本病院会の病院職員研修も優秀なので、PRのためにも地方でも開催してもらいたいとの話もあった。

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（続）

会議の概要報告があり、了承した。（以下で触れていないものは協議事項で取り上げた。）

（8）第1回医療法に基づく臨床研究中核病院の承認要件に関する検討会（9月12日）

楠岡常任理事より、以下の報告があった。

- ・臨床研究中核病院が医療法の中に位置づけられ、その要件を決めるのが検討会の趣旨だ。
- ・基礎的な研究をいかに臨床につなげるかと、市販薬をどう組み合わせるかのエビデンスの形成が日本では遅れている。それらにかかわる人材育成、データの管理システム、多施設の調整事務局を育てていく必要から、臨床研究中核病院の概念ができ上がった。
- ・現在の早期・探索的臨床試験拠点と臨床研修品質確保体制整備病院の15病院から、将来の臨床研究中核病院を目指した体制整備を行う。ただし、要件の申請と承認とが必要で、現15病院がそのまま移行するのではない。
- ・15病院で承認要件案に基づいて臨床研究の実施条件を自己点検したところ、倫理指針等に関し5病院が不適格となった。外形要件の問題でなく、病院の臨床研究に対するガバナンスや

コンプライアンスを保障させる形にしないと意味がないという意見も出てきた。

- ・12月までに議論を取りまとめないといけないが、今のような問題を要件にどう加えていくかを今後検討していくことになる。

(9) 第1回地域医療構想ガイドライン等に関する検討会（9月18日）

(10) 第1回病院等を対象とするヘルスケアリートの活用に係るガイドライン検討委員会（9月26日）

石井監事より、以下の報告があった。

- ・不動産など病院施設の流動化、証券化に関して、活用を図るためのガイドラインをつくることが閣議決定された。会議にはオブザーバーとして、国交省だけではなく金融庁、総務省、厚労省が出席し、ガイドラインをつくる話になっている。
- ・現在、リートは、オフィスビルやショッピングセンター等で、日本国内で22兆円ほどの残高があり毎年10%以上で成長している。自治体病院も活用の方向性を現政権が出してきた。
- ・リートをやると、遵守条項を金融機関サイド（ファンド）が設定して、経営が厳しくなってくると経営介入してくる可能性があり、医療法における非営利原則に抵触するという議論がずっとあったが、会議ではそれは否定されていた。
- ・リートを組成するためには、ファンドの運用会社は不動産だけでなく運営内容そのものの評価もする。病院運営者の賃料が未払いになると、病院の運営に関して直接的にかかわりを持ってくる可能性がある。運営上改善の必要がある自治体病院に対し、これを使ってきちんとした人たちが活用すればいいという発言もあって、大きな影響が出る可能性があると思う。また、石井監事は別件のコメントとして、以下の発言をした。
- ・医療介護総合確保促進会議の前、8月11日には、社会保障制度改革推進本部の中に医療と介護の情報の活用による改革の推進に関する専門調査会とワーキンググループが設置された。
- ・6月24日の閣議決定の基本方針で、都道府県が目標設定するための医療と介護の必要量に関する標準的な算定式を来年3月末くらいまでに出すことになったためだ。かかわる資料が大量に首相官邸のホームページに出ているが、大きな議論が実務中心になりそうだ。ぜひこの部分は日本病院会サイドでしっかり勉強してもらいたい。

〔協議事項〕

1. 消費税について

堺会長は、今日は消費税について、病床機能報告制度について、非営利ホールディング型カンパニーについて協議してもらいたいと述べ、まず消費税について説明を求めた。

安藤常任理事は、日病協のアンケート調査について、以下の説明をした。

- ・協議資料1のパーセントは、全て今般の控除対象外消費税の病院負担に対する補填分だ。日病協は病院1,075を対象として調査を行っているので、病院数112は速報値の段階の数字だ。
- ・補填率の112病院全体の平均値が96.32%だが、今回の診療報酬改定で2,200億円の補填がされたと理解すると、補填率としては満足しなくてはならない数字なのか。一般病棟で89.96%、7対1で81.17%の補填率とも出ている。この96.32%をどう評価し、来年の消費税10%アップのとき病院医療界としてどう要望、提言をするかが問題となる。

堺会長は、与党税制協議会ヒアリングについて、以下の発言をした。

- ・8月29日、軽減税率についてのヒアリングに四病協が呼ばれ、話をしてきた。将来的な消費税引上げは避けられないので、10%時点で軽減税率を導入すべきだとして、現状の診療報酬補填方式では補填不足が生じていると話した。これに関して日病協のアンケート調査の詳細な結果を教えてほしいと要望があった。

- ・最初に、法人税を納めていない病院はどの程度あるかと聞かれた。日本にある8,600病院の8割は民間だが、少なくとも民間病院は法人税を払っていると言うと意外のようだった。
- ・仕入れ税額控除の事務負担をどうするかと聞いてきた。少なくとも病院に関しては問題がない。現状で課税医療と非課税医療の区分等の重負担があるので、全面課税に移行するよりは負担が軽減されると答えた。日本医師会は事務負担への配慮を求めているが、四病協と日医は違うのかと聞かれたので、大筋ではそんなに変わらないと答えた。
- ・課税で医療界がまとまるのか、非課税でなくてもいいのかとも言っていた。まとまらないでこのままばらばらだったら、現状どおり10%時の診療報酬から見るとしていた。
- ・現状では地方にダビンチが何台も余っているという。原則課税になると医療機械等に対する仕入れ税額の控除ができるようになる。病院が投資することに規制をかけることになる。しかし、それは医療計画に沿った投資に補助金を付与するかの問題で、消費税とは別問題だという発言もあった。そんな話も出て、かなり厳しいという印象は受けた。

堺会長はまた、消費税に関する税制改正要望について、以下の発言をした。
- ・9月16日、日本医師会が消費税に関する税制改正要望で記者発表するので、日本病院会に出席の要請があった。日本医師会の医療税制検討委員会に、四病協から日病を含め委員が出ているが、記者発表前に会長に一任で一応、四病協がまとまった経緯があったためだ。
- ・要望は、「1、社会保険診療等に対する消費税について、消費税率10%時に環境を整備し、速やかに現行制度から軽減税率等による課税取引に転換すること等により、医療機関等の消費税負担をめぐる問題の抜本的解決を図ること。2、上記1を平成27年度税制改正大綱に明記するとともに、消費税率を10%へ引き上げる際には、医療機関等の設備投資等に係る消費税について、非課税還付等のあらゆる方策を検討し、仕入れ税額の還付措置を導入すること。」とある。
- ・「医療機関等」には、病院とか診療所のほか調剤薬局、介護保険事業者が含まれる。「軽減税率等」には、軽減税率のほかゼロ税率、免税取引が含まれる。「課税取引に転換すること等」は、そのとき言及はなかったが実は前日の都道府県医師会長の協議会か何かで、この「等」には非課税、全額還付方式が含まれると言っており、非常に問題の多いところだ。
- ・出席は、四病協の事情もあって、日病に声がかかったのかと思う。医業税制検討委員会で議論をやっている中であり、医療界が一枚岩でない大変なので、入り口部分ではスタートラインにつけると判断のもとで出たものだ。
- ・早速、日本歯科医師会が、「等」について非課税還付が含まれていて安心したようなことが記事になっていた。この辺について忌憚のない意見を伺いたい。
- ・来年度10%に増税される場面で、我々の要望の100%達成は厳しいとの認識のもとで、この税制改正要望をよしとした。特に重要なのは「上記位1を平成27年度税制改正大綱に明記する」として、10%の間にタイムリミットを設けてその中で明確に書いてもらい、その間に、医師会のシナリオの試算が妥当なのかどうか病院団体としても検討する。課税にしたとき現在の事業税等の税率優遇を排除する試算が妥当なのかどうか。軽減税率にした場合、3%のときや5%のとき、病院、利用者の負担分等を詳細に検討し医師会とやりとりが必要だ。

石井監事は、税制改正要望について補足をしたい。日本医師会の要望の1は、あくまでも税制の整理だと日医も言っていた。ただ、2は、2015年10月の引上げの対応措置という整理なので、「非課税還付等」にはいろいろなものが含まれてくる。しかし、還付措置の財源は税財源に限定されないと解釈をせざるを得ない。なぜなら、必要な税制改正がもう間に合わないからだ。すると、要望の1は何も言っておらず、どれもありかもしれないとい文章になっている。「等」をうまく使って整理をしたと理解してもらったほうがいいと述べた。

堺会長は、石井監事は消費税創設時からいろいろ関与されて、日病関係では一番詳しい方だ。

石井監事の補足も踏まえて意見を求めたいと述べた。

梶原副会長は、以下の発言をした。

- ・3%分に対しては総額で病院に1,600億、診療所に600億で補填されている。しかし、7対1は80ちょっとや、逆に100幾つのところもあり、益税だったり損税だったりがある。感覚的に病院は70%ぐらいが損税ではないか。マクロでは還付されているというが、公平性、中立性、透明性の税の三原則には大きく違反している。
- ・歯科医師会は、原則課税にすると赤字になって医院がもたないと考えている。非課税である間は益税であるからだ。だから、この「等」の中に非課税還付が含まれると言っている。
- ・四病協は、原則課税で、なおかつ軽減税率も入れて読んでいるが、その中に非課税還付は入っていないとしている。四病協はあくまでも原則課税で行くんだということをぶれてはいない。いつの間にかだんだんぶれた形になっている。
- ・政界から、歯科医師会、薬剤師会、3医師会と病院団体が一枚岩でない限り解決できないと言われ、苦しい「等」が入っている。病院団体は税の三原則、正しいことを言い続けている。
- ・ただ、8%で原則課税でゼロ税率と言うと1兆5,000億円の税を戻さなくてはならない。その財源はないというのが財務省の考えだ。また、今の医療費の診療報酬の中に40%税を入れており、税として戻してもいい腹づもりがあって、非課税還付を最後の落としどころに、そこに基金をつくって解決しようとするのではないかと危惧している。
- ・最初は7割還付すると言っているが、国の財源がなければ還付率をどんどん下げてコントロールしやすい。医療設備も病院増床の地域計画だけでなく全て税の中に入れて、地域医療ビジョンと税とを絡ませてコントロールしていく財務省の思惑が見え隠れしているように思う。
- ・日医も既得権であるものを失うのは代議員会で相当騒がれるので、大きな目で見たらばかばかしい数字なのに手放せないところに限界がある。
- ・危惧していることをどうやって打破するか。そこは政治力だから、都道府県の各県会議員から国会議員に全部踏み絵させて全部聞いて、どうするかとやらないといけない。

中島常任理事は、結局、全部を含めていて、やっぱり「等」を使ったということか。ただ、日本病院会としてはそうではないということはよくわかったと述べた。

村上顧問は、消費税がこんなに益税になっているところが多いのには驚いた。病院団体としてこれをまとめていくのは難しくなったのかと思うと述べた。

安藤常任理事は、益税というのが計算したら200%と出て、益税というものじゃない。ある架空の病院に今回の消費税8%と1.36%という変数を入れ込んで計算したら、1.36じゃ足りない。補填率でなく最終利益で見るとそうなる。最終利益は税引き後だ。すると2.幾つ必要と出た。ここに大きなごまかしがある。そして、実際はマイナス1.26ということだ。今回の調査は千何百の病院を対象にしているが、その補填率の計算手法にマイナス1.26は含まれていない。補填分2,200億の病院取り分が1,600億だが、これだけだ。一見補填が96.何%あったらいいかと思うが、マイナス1.26加味したら大赤字だ。だから、最終利益で見えていかななくてはならない。医療経営実態調査で6月分が出て最終利益が出ないからわからないから架空の病院を設定して計算した。昨年度の年商と一定額でも、消費税を支払い、診療報酬部分が1.36上がったという手法で比較すると赤字になる。96.何%補填したからオーケーとは絶対言えないと述べた。

堺会長は、難しいのは、こういう要望を出してもこれが決着点ではないことだ。日本医師会は財務省や政治家とコネクションがあると思う。病院団体としては入り口では一緒だが、今後はこれからの課題だと捉えている。検討事項や要望、意見があれば今後に生かしたいと述べた。

安藤常任理事は、非課税の場合どうするか。病院が限られた社会診療報酬から支払って赤字になったら倒産するが、為政者としては絶対やらないと思う。将来10%以上に消費税が上がったときに、もし課税をやらないとなると何で補填するか。基金か、または診療報酬上乘せだ。

診療報酬上乘せ法式で公平性はあり得ない。どんな手法があるか。前年度の消費税でどのくらい過分に支払ったかを計算して、それを翌年度、診療報酬に係数を定めるなどしてほぼ全額返してもらう手法を提唱されたものはある。つけ加えておくと述べた。

堺会長は、それも含めて今後我々が検討する必要がある。つぶれる病院はつぶれてしょうがないという思いが根本にあって、出発点が違うのではないかという危惧があると述べ、石井監事に発言を求めた。

石井監事は、半分ぐらいつぶれてオーケーだと本音で思っていると思う。現実には水面下では、M&Mが増えて儲かっているコンサルタントがたくさんいる。消費税について病院団体は25年間、課税とずっと主張してきた。日本医師会は非課税から課税と一度寝返りをしている。日本歯科医師会が非課税還付が望ましい方向性を出したとすると、一枚岩で行くのならそれに乗る話になるのか。今年の12月に予算があり方向が決まる。あと正月二月ない。四半世紀に及ぶ病院団体の意見がどう最終的に決まるのか。どうしても課税だとすると、一枚岩でなくなったら知らんぷりすることになるのか。ここは正念場で、ここで医療界の色目が変わった瞬間にもう二度と課税になることはないと思う。そこはしっかりと認識して、病院団体あるいは日本病院会としての最終的な判断をしてもらいたい。初再診療のアップは間隙的な効果があり、それに対し引き剥がしは認められないとなるだろう。もしそれでいくのなら、基金制度に関してよほど病院団体のための制度としてもらわないといけない。つまり、設備にかかわる消費税についてどういう整理をするのか形をつくらなければいけないと述べた。

堺会長は、かなり厳しい指摘があった。日本医師会、歯科医師会との一枚岩を守るために説を曲げるかどうか。説を曲げてもしようがないという方はギャラリーも含め挙手願う。それはないということのようだ。基金をどうするか、そこも含めていろいろ考えていきたいと述べた。

相澤副会長は、財務省等で政治家と話すと、病院を税なし病院と税あり病院と2つに分けている。税あり病院は、消費税で損税があってもその分だけ利益が圧縮され法人税が減る。税なし病院は、利益を出しても税金も納めていないから消費税の損税ぐらいかぶれという感覚がある。日赤、厚生連、済生会、自治体病院、国立機構等、税なし病院がごっそり全部日病だから、これは日病の会員病院の問題だ。今回の病院のリートの問題も、民間病院で銀行金利より高い病院不動産リートなんかあり得ない。自治体病院はリートにして流動化させることができちゃう。一番大変になっていくのに、一般会計から病院会計に繰り入れればいいみたいな感覚でいる。自治体病院協議会の中で消費税の問題を徹底的にやっていないのか。総務省、自治省関係の国会議員か何かに圧力をかけてないのか。税なし病院の協会と一丸となってやらないといけない。このままで日病は白旗を揚げることになってしまう。今回は全日病ではない、日病の問題だ。自治体病院なんか全部なくなってしまう。国は半分ぐらい病院つぶれてもいいと言っているのも本音だと思う。そこは真剣に考えてもらいたいと述べた。

石井監事は、リートの話で、不動産投資法人が病院の建物を所有して不動産賃貸業をすると、それにかかわる消費税はその年度で還付されるので、やったらどうかという話が出ると思う。消費税はそういう約束だ。電力会社は巨額の設備投資をして原発をつくり、その年度における消費税はその年度の預かった消費税と相殺して還付をしてもらう。大きな工場や本社をつくったときも同じだ。リートは、設立して取得した初年度の消費税は還付される。そんな理由でこれがいいのではないか、みたいな話がいろいろな形で全体として仕込まれる可能性はあると述べた。

3. その他（非営利型ホールディングカンパニーについて）

堺会長は、非営利型ホールディングカンパニーについていろいろな議論があり、日本医師会も案を出しているが、日本病院会としてどう考えるか。まず説明を願うと述べた。

大道副会長は、非営利ホールディングカンパニー型法人は、地域医療で医療法人同士の役割分担が十分にできていない。それぞれの法人がお金を拠出してホールディングカンパニーみたいなものをつくって、合議の上で地域医療を行えば役割分担が進むという発想から来ているとして、報告事項5（6）、第6回医療法人の事業展開等に関する検討会（9月10日）の資料に基づいて、以下の説明をした。

- ・昨年11月6日に始まり、第6回が行われたところだ。
- ・昨年夏に、国民会議で非営利ホールディングカンパニーが出てきたときは、説明したイメージだったが、検討会の中で様子が変わってきた。当初2回の会議のプレゼンで、アメリカのIHNという、1つの州を2つに分けるぐらいの大きなカンパニーの話が出てきて、病院団体と医師会と一緒にあって、こういう形のものにはあり得ないと蹴飛ばした。
- ・4月の会議でまた出てきたが、それは産業競争力会議で決まったからやるという話だった。
- ・検討会で検討していることは、①医療法人間の連携の推進、非営利ホールディングカンパニー型法人制度の創設、②社会医療法人制度のあり方、③医療法人の透明性の確保、④医療法人制度におけるガバナンスの強化の4つだ。
- ・非営利ホールディングカンパニー型法人制度、新型法人は1法人1理事1議決という形で、複数がお金も出し合い新型法人をつくり、その下にぶら下がっている病院、老健、診療所、介護施設等の運営を合議の上行う。そこで得た利益は株式会社に出資できる。
- ・医師会から対案で出てきた統括医療法人制度では、参加する社会福祉法人は、医療機関を経営する社会福祉法人としてある。地域医療ビジョンの構想区域をカバーする。
- ・医師会の新型法人制度でガバナンスをどうするか。法律を変えて新しい大学法人の形態をつくって参画させるとしている。自治体が新型法人の出資者になる場合は、幾つかの自治体法人をまとめて参加する形だ。
- ・検討課題の④医療法人の透明性については、医療法人も他の法人と同じく外部監査を受けるべきではないかとの話も出てきた。そのほか、医療法人では理事長要件をどうするかの話も今後出てくると思う。今年の12月までに決着つけ、来年1月以降の通常国会に法案を出すスケジュールで進んでいる。

堺会長は、これはまた持ち帰って検討いただきたい。自治体病院、公的病院をどうするかか話があると思う。設立母体が種々あって一概に議論できないところもあるが、日本病院会の不利益にならないような形で、ほかの病院団体や日本医師会と話し合いをしながら対応していければと思うと述べた。

2. 病床機能報告制度について

堺会長は、病院機能報告制度、地域医療構想策定ガイドラインについて、報告5（9）、第1回地域医療構想ガイドライン等に関する検討会（9月18日）と、地域医療構想（ビジョン）ガイドライン策定に関しての要望（提出報告）の資料に基づいての説明を求めた。

相澤副会長は、以下の説明をした。

- ・地域医療介護総合確保推進法が通り、その方針に基づいて地域医療構想策定ガイドラインをつくることになった。来年の1月中に結論を出すことで9月18日に検討会が始まった。
- ・そのため、中井常任理事に苦労いただいて、地域医療構想ビジョン策定に関しての要望書を日病として出そうとして用意し、9月17日に厚生労働大臣宛てに持っていった。
- ・要望は7つで、①地域医療計画作成の協議の場をしっかりと開いて、その地域の病院医療にかかわる人々に開かれた会議としてやってほしい。②ガイドラインをつくる類型を示してほしい。③病床機能報告制度によって集めたデータは、地域医療構想の作成評価に必須であり、協議の場に出して、市民も含めて公開してもらいたい。④構想区域は、都道府県の境にある

場合は両県にまたがった圏域もつくることを可能にすること。⑤人口減少が著しい地域には、住んでいる人のセーフティネットを確保する意味で格段の配慮をしてもらいたい。⑥地域医療構想をつくることによって、従来の医療の水準の質と量が下回らないような計画をつくってほしい。⑦都道府県で、この計画をつくる部局担当者に十分な教育研修をして人材の育成を図ってほしいと依頼してきた。相手をした医政局長は、⑤に関してはどんどんと減らすということをやっていた。

- ・検討会は病床機能報告制度検討会を引き継ぐ形でやるということだったが、人数が急に増えて、1人1回発言すると終わりとなってしまいうような性格のものだ。
- ・検討会開催要綱によると、ガイドラインばかりでなく、協議の場の設置運営や病床機能報告の公表等についても議論される。厚労省から、議論の具体的事項の要望も示された。
- ・第1回目は、その要望事項のあるべき将来の医療提供体制の姿について議論するはずだったが、今後の地域の医療提供体制の方向性の議論で終わってしまった。既に決まっているのをみんなで討議をしたという事実だけをつくるための会ではないかという気がする。
- ・1月中に結論を全て得るのは難しい。病院会としてどこに絞って、ガイドラインを間違わない方向に持っていか決めてもらったほうがいい。特に構想区域について、厚労省は二次医療圏を中心にまとめると一点張りしているが、危惧があり、その議論をしてもらいたい。

堺会長は、構想区域について意見を求めた。

中村支部長は、北海道の場合、支庁制度をいじるのも二次医療圏をいじるのも大騒動だ。もうとにかくやってほしくないという感じだ。医療だけでは済まない話が出てくると述べた。

小川常任理事は、地域包括ケアの問題は必ず入ってくるが、二次医療圏単位では話ができない。もう少し小さな単位から始めて、全体は二次医療圏なり構想区域という範囲になる。最初の論議の場が必要だ。福祉とか介護を初めから二次医療圏単位でやるのは無理だと述べた。

福井支部長は、長崎は離島と半島の中で二次医療圏なんかあってないものだ。今8つに分かれているが全く意味がない。地域包括ケアシステムは、まず人材がない。民間の病院が入らないでシステムはやっていけない。そこにさらに地域医療構想が入ってくると、圏域をさらに細分しなければやっていけない。細分すると機能を分担する病院がなく、ケアミックスなどで受け皿になる中核病院がなければ住民は全く動けない。そういったことを強く打ち出すのに、県や行政に任せておくと必ず厚労省の筋書きどおりとなって全く動かない。どういうことで病院団体として動けばいいか熟慮中だ。人材確保が必ずついて回るが、長崎なんか大学が1校で全く意味がない。ここをどう取り扱うのか、相当治療をしてくれないといけなると述べた。

堺会長は、地域によって随分状況が違うことがあることを、具体的に相澤副会長に検討会で日病代表として意見を言ってもらわなければならないとして、意見を求めた。

宮崎常任理事は、二次医療圏は無理があり、日病から診療ライン拠点病院の指定に関する委員会を言うてはどうか。その中でなれる規模の病院がないといけな。隣のところにあれば2つ指定してもよいとする。群馬県では4疾病5事業で医療計画を立てているが、医療圏域同士で協力して2.5事業みたいな形で作っている。しかも疾病ごとに、脳卒中ならこの圏域、がんならこことか、小児ならここと違う。一つの総合病院的なものがそんなに各医療圏にあるわけではない。必ず隣の医療圏と共同してつくりたいと無理なので、複数の医療圏をまとめて考えることが必要ではないか。各首長は、自分のところが大きい医療圏に吸収されることを非常に警戒しており、群馬県でも今10ある医療圏を5つにしようとしたができなかった。これは難しいと述べた。

万代常任理事は、構想区域の設定の考え方は、時間がない中でひとまずもう今までの二次医療圏でいいんだと言いたいのかと思う。病床機能報告制度における報告・集計等の仕組みで、

共通のサーバーでレセプトのデータと、病床機能報告制度から来るデータは混ぜないと言われたが、もう既に混ぜてしまって、総務省の救急車のデータも入り、将来もっといろいろなものも入ってくる。今あるデータを加工して都道府県の担当者に提示するのを実際やっている。ここでは、二次医療圏の中で病院があって、それぞれの病院がどういうポジショニングをしているか。ポジショニングは患者の受療行動と絡んでいるので、もう既にある一定機能を発揮しており、基本的にはそれを前提にして地域の医療提供体制が構築されている。いまさら区域の構想をやらなくても、ひとまず二次医療圏単位で検討すれば、もう既に病院の機能と患者の受療行動はわかっており、そのデータを基に話し合うレベルになっているのではないかと。二次医療圏同士が密接に絡んでいるところ、余り絡んでないところのデータも出ている。話はもうほとんど決まってしまうので、後はどううまくソフトランディングするかではないか。データは全部つかまれている、ブラッシュアップさせる病床機能報告制度のデータを加え、ほとんど上からのコントロールが効く状況になってくる。できるだけデータを開示し、なおかつ医療関係者がスムーズに参加できるぐらいの主張しかできないのではないかと感じていると述べた。

塩谷常任理事は、医療支援としてのヒト、モノ、カネ、情報が乏しい地域での提供体制をどうするかはやはり考えてもらいたい。8月の理事会で、厚労省の佐々木室長に、要望書の⑤、地域医療ビジョンの実行が地方の衰退に拍車をかけるのではと尋ねたが、答えはナショナルミニマムは確保するとのことだった。最低限のことしかしないという意味だ。魅力資源がない地方は排除の論理でいくのが見え隠れする。医療資源のない、特に医師、医療従事者がいない、人口が少ないところへの政策的な配慮も一緒に議論することをぜひお願いしたいと述べた。

堺会長は、圏域を踏まえ地域特性も配慮しながら二次医療圏をいじるのは難しく、この短期間にやるのは難しいかもしれないが、逆手に取って二次医療圏をベースにそれを考えデータをしっかり開示してもらいたい。相澤副会長にまた頑張ってもらうことをお願いしたい。地域医療、特に包括ケアシステムを考えたら、病院の役割は非常に大きい。皆さんも地元に戻ったら、県レベルでのいろいろなチャンスを生かして意見を出してもらいたいと述べた。

以上で閉会となった。