

日時 平成26年11月22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、中村 利孝、高木 誠、中 佳一、武田 隆久、生野 弘道、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（各監事）

奈良 昌治、山本 修三、佐藤 眞杉、大井 利夫、宮崎 忠昭（各顧問）

坂本 すが（代理：川本利恵子）、高久 史磨、松田 朗、齊藤 壽一、高橋 正彦

（各参与）

望月 泉、大道 久（各委員長）

中村 博彦、堀江 孝至、森下 英夫、毛利 博、松本 隆利、中川 義信、細木 秀美、
福井 洋、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）

野口 正人（オブザーバ）

阿部 正（新規入会病院 岩手県立久慈病院 院長）

中川 真一（新規入会病院 医療法人元山会中村病院 院長）

総勢41名の出席

堺会長から開会挨拶の後、新規入会2会員の紹介と挨拶があった。議事録署名人を選出し、末永副委員長の進行により審議に入った。なお、協議事項を都合により順番を変えて最初に行う旨の説明があった。

〔協議事項〕

1. 病床機能について

堺会長は、相澤副会長から説明を受けた後で議論していきたいと述べ、説明を求めた。

相澤副会長は以下のように説明した。

- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会は、まとめを2月に延期したが、その中でガイドラインに盛り込む事項のうち、都道府県において地域医療構想を策定するプロセスについて話し合った。
- ・地域医療構想は医療計画の一部であり、地域医療構想を策定することによって今度は各県の医療計画を変更しなければいけなくなる。厚労省は、県設置の医療審議会のもとでやることを考えているようだが、現場の医療関係者の意見を反映させるために意見聴取だけでよいのか。在宅医療や介護を担う市町村の介護保険事業計画と連携をとるのを県が行えるのか。地域医療構想の策定後、医療計画に盛り込まれ一体になってやっていくことになるが、そのプロセスを県に任せては従来と同じことになるのではないかと危ぶむ声があった。
- ・医療構想ができ上がってきたとき、「地域医療構想調整会議」という名の協議の場を設け、地域の中で病床の機能分化をしていくことになる。都道府県計画で地域医療介護総合確保基金をどう配分するかとか人材の確保まで、相当な範囲のことを調整、討議していくことになる。透明性や公正性を保つためのあり方を決めたほうがいいのではないかと。会議の設置区域

は、構想区域にこだわらず合同開催など柔軟な対応を想定しているのはよい。参加者の範囲・選定は幅広くとり、特に医療法人から参加を求める声があった。

- ・合意はどういう方法でとるか。厚労省は「通常の議事録の作成に加え、参加した病院・有床診療所の署名捺印による合意書等の形で取りまとめ」ないと前へ進まないとの意見だった。
- ・協議の場での病床機能分化・連携の議論については、想定結果にならなかったら、その理由や原因を確かめながら県が責任を持ってPDCAサイクルを回していくこととした。
- ・病床機能報告緊急調査の速報も示された。参考に見ていただきたい。
- ・また、内閣府の中に、厚労省とは関係なく、データに基づいて医療・介護情報の分析・検討に基づいてどう推計するかというワーキンググループがあり、報告が承認されており、今後、内閣府からその方向が出てくる可能性もある。
- ・その方法としては、DPC・NDBを活用し、医療機能別の標準的なあるべき病床数を推計し、その後、病床機能報告制度のデータを受けて、データを比較しながら機能別病床の適正化を決めていく。DPC別1日当たりの医療費の分布から標準コストを算出し、高度急性期、一般急性期、回復期、慢性期の標準線を引くことで区別していいだろうということだ。DPC病院以外の一般病床のデータは、NDBに入っている非DPC一般病床のレセプトをDPCに変換するソフトをつくりDPCに変換すれば同様に区分できるとしている。ただ、この計算方式だと、地域での急性期病床数がかなり減る可能性が非常に強い。
- ・私が試しにやった研究で医療資源投与量から急性期病院・医療を見たものがある。DPCの病院の出来高の点数を並べていくと、相当資源量を投与するところから下がって行って、余り投与量が変わらなくなる場所がある。そこまでを急性期と考えて線引きしたほうがいいのではないかと私は考える。軽度の急性期も急性期で、急に飛び込んできたら病院は大変なんだという話をするのだが、いや、それは余り人手も何も必要ないという線を引きたいのではないか。放っておくと内閣府で了承された方向に進んでいく可能性があって怖い。
- ・厚労省の計算は非常に大雑把で細かさがない。疾病ごとに1カ月の患者退院数、平均在院日数という患者調査のデータがある。これを見ると、大腿骨頸部骨折や肺炎、脳血管障害は高齢になるほど患者数が増え、平均在院日数が長くなる。ある疾患に限って爆発的に1.5倍になる。これをどうしたらいいのか。
- ・医療需要をどう推計し、必要病床数をどうしていくのか。我々が真剣に議論し、厚労省の考え方ではだめだということをおぼつけていくべきではないか。

安藤常任理事は、全国レベルでの医療提供体制の再構築で、適正量が導き出され適正配置に持っていくという全体のプロセスはよくわかる。民間病院の立場だと、既にやった設備投資の返済計画がおかしくなるので、そこが一番抵抗する理由ではないか。診療報酬が下げられてしまう、その経済的な議論が全くされていない。誰もついていけないと述べた。

副島支部長は、構想区域というのはどの区域で手順をするのか。普通は、二次医療圏は市町村になるが、高度急性期は広い区域が対象となるし、療養を伴うものは地域密着となる。議論の前提がかなり異なるので、位置づけを明確にして進めないとミスマッチが生じると述べた。

堺会長は、構想区域について相澤副会長に発言を求めた。

相澤副会長は、日本病院会では二次医療圏はほぼ崩壊しているとの見方だと厚労省には言った。厚労省は早くこれを決めたいというところにいるので、構想区域は二次医療圏を中心にして柔軟に考えるというところで落ち着いたのが現状だと述べた。

副島支部長は、広域に設定すれば、現在の二次医療圏のデータを集積していないので、そこはそれほど問題にならないのではないかと思うと述べた。

堺会長は、厚労省は今あるデータは二次医療圏がベースなので、今できることをやろうとの考えだ。内閣府で医療費適正計画が着々と進んでいて時間がなく、別の構想区域を設定すると

データの収集からやらなければいけないので間に合わないとの論法だと述べた。

副島支部長は、2万人の区域と260万人の区域を一つの二次医療圏という前提で議論するのは乱暴で、ここで間違えると後が全部間違えると述べた。

堺会長は、置かれた地域で二次医療圏は1つで、小さい二次医療圏と併せて医療計画を立てるわけではなく、論理的には余り問題にならない。厚労省は聞いてくれないと述べた。

副島支部長は、大きなインフラ整備等になると人口の規模はすごく関係してくる。そこが非常に重要な論点だと述べた。

堺会長は、副島支部長の熊本は既にその医療圏が確立しており、その中の議論はいいが、熊本の医療圏と長崎の医療圏を比較しても難しいのではないかと述べた。

副島支部長は、そもそも二次医療圏でやっているのがおかしいと述べた。

塩谷常任理事は、協議の場ではいろいろなことが議論されるようだが、都道府県の地域医療対策会議や地域医療支援センターの会議、医療審議会の会議とその協議との情報関係はどのようになっているのかと尋ねた。

相澤副会長は、一番上の会議が医療審議会で、医療審議会に全てを上げ、そこが認めたものが初めて施策として実行されていくと述べた。

細木支部長は、高知県では医師会、各病院団体の代表、高知県の医療の課長等が集まって話をした。高知県は急性期の病床も多いが、地方地区への対応でこれ以上外せない。それより、必要数より1,200床多い療養型病床をどうするかが課題になる。慢性期をどうするかはどう考えられているのかと尋ねた。

相澤副会長は、急性期も回復期も慢性期も、全てこの協議の場で協議することになると思う。ガイドラインに沿って県から病床数の提示があり、その地域をどうするかを皆で協議することになる。協議が成立しないと、知事の指示で動いていくことになる。恐ろしいことだが、そういう話で進んでいってしまっていると答えた。

堺会長は、個々の病院がこれをそのままやったら経営的に難しいが、どのように手当てするかという提案は何かあるかと安藤常任理事に尋ねた。

安藤常任理事は、返済計画どおりいくよう手当てをする設計しかないのではないかと。2025年に施設系、居住系、病院等含め355万床必要という推計値があったが、現在は300万床前後で足りない。今あるベッドは全部活用されなくてはいけない。そこが事業として実施できるためにはお金が保証されなくてはいけないことになると答えた。

梶原副会長は、県知事の権限がすごく強くなるリスクもあるが、逆に国から言われても緩和する権限も持っているのか。高知県の産業の中で医療・介護・福祉の雇用が2番目に高い。ベッドが多いから2割減らせと県知事がやったら落選する。地域の実情に応じて規制のスピードを調節する権限が県知事にあるのかと尋ねた。

相澤副会長は、「返還しなさい」とは言えても、強制はできない。多い機能から少ない機能に移っていけるが、多い機能から多い機能に行くことはできない。多い機能を削ってしまうことはできないので、存続はできると答えた。

中村支部長は、北海道では、二次医療圏の問題は地域でなければわからないところがあって、厚労省も地域任せだ。地域の場合、二次医療圏をいじると政治絡みになるので触らずにわかった上でやるので、余り心配はないと思う。また、必要な患者数は計算できるが、稼働率を幾らに設定するかで変わってくる。急性期の場合、重症度や男女差で病床が必要だから、稼働率の計算で病床数がかなり動くと思うと述べた。

堺会長は、稼働率は非常に悩ましい問題だ。2008年の国民会議のとき、2025年の状況を稼働率75%としていたが、その計算根拠は全くわからない。我々が現場の考えで、こうだと言わなければならないのではないかと。ただ、今回の日病の調査で病床報告制度のデータに許可病床と

稼働病床とあって、2025年についての回答と同じだ。厳しい気がする」と述べた。

中村支部長は、北海道でも10月の時点で7対1看護の病床数は余り減っていない。もっと厳しくなるはずだが、現実には稼働率が減っている。どんどん落ちていくことになるのではないかと述べた。

堺会長は、医政局と保険局が歩調を合わせて共同して進めて欲しいと言っているが、そうならない。今回の機能報告は医政局マターだが、思うとおりに配分できなくなると診療報酬で叩くしかない。病院はそうなる可能性があることを考える必要がある。また、先月の理事会で山本顧問から、医療の質の議論が全くないと指摘があったが、なかなか難しい。求められている医療は何で、我々はどのような医療を提供するか考えていかないと、既得権争いになるおそれもあると述べた。

中常任理事は、地域医療構想が具体的に二次医療圏とか進んでいるが、日病という全国団体として、高度急性期は東北・北海道ブロックとか全国の数ブロックで考える必要がある。ポイントは急性期で、二次医療圏とかである程度考える。慢性期、回復期については、県を越えてやっていることも踏まえた形でやらないといけない。二次医療圏に全ておさめるような論議をしていると、都道府県の首長の判断でとんでもないことになる。最後の決定権はこちらが持つように、病院会として横断的な歯どめの提言行動をしたりいろいろやるべきだと述べた。

堺会長は、医師が広域で動いている例も多い。日病としても考える必要があると述べた。

大道副会長は、地域医療ビジョン策定に当たっての基礎データは、国が各自治体に渡すことになっている。レセプトデータを国がどこまで加工するかによって違うが、加工すれば医療機関にどこから患者が流入しているか一目でわかるものもできる。それを含めたデータを自治体に渡すかどうか。患者動態はやろうと思えば把握できる状況にあると述べた。

堺会長は、相澤副会長の説明に戻って、今回の報告制度は定性的評価ということだったが、いつの間にか定量的評価に入っている。これはしようがないと考えるか、定性的データを見ながら時間を置いて考えるべきだと言っていくかどうか、発言を求めた。発言はなく、現状追認ということとした。また、厚労省はPDCAサイクルを働かせると言うが、7対1等でも実行はない。今度の病床機能報告についてもないと思うが、日本病院会としては2～3年ごとに状況を報告し、PDCAサイクルを働かせるよう言っていくべきかどうかと発言を求めた。

相澤副会長は、厚労省は高度急性期、急性期、回復期、療養の病床数を算出したものをその地域の目標にし、達成するようPDCAサイクルを回せと言っている。我々は概数として置いておいて、議論しながらよりよい姿に進めていったらいいと言うが聞かない。目標数値に向かって収束させるようPDCAサイクルを回せというやり方をどう考えるかと尋ねた。

武田常任理事は、PDCAを回すといっても地域医療計画を5～6年ごとに見直すときにその数値を目標にしていくということで、今までも病床削減でやってきたが、実態としてそんなに動いていない。ならば、大幅な変更はなくて、徐々に変わっていく今までどおりと考えてもいいのではないかと誘導するのであれば診療報酬で誘導してもらわないと動かない。経営が成り立たなければ移れないのだから、今回の地域包括ケアで7対1が動いていないのは点数が低いからではないかと述べた。

堺会長は、現場の経営者はそう思う。医療計画も将来、介護と合わせて6年になるが、その間待つのは不可能だ。7対1でのほったらかしの轍を踏まないためには、この病床のことも2～3年で見直していかないといけないと思う。我々として6年間ほったらかしでは困ると言うべきなのかもしれない。また、診療報酬でお尻を叩いて成功した試しがない。7対1だってほとんど減らない。そういうときにどうするのか。マスコミの論調も医療界には向かい風だ。財務省、厚労省の言うことに従ったほうがいいということではないが、知恵を出していかないと厳しいのではないかと述べた。

梶原副会長は、医療費適正化計画の中には、医療費を年間四、五千億円ずつ下げていくという水面下の目標がある。今、年金は1.12、医療が1.56、介護は2.02の伸びだ。この1.5を1.25ぐらいまで下げないと目標にいかない。マクロの社会保障予算の中で、その形で持っていかなければいけないというミッションの中にはまっている中に、この地域医療計画や医療費適正化計画が入っていることを頭に置いた上で、地域で自分の病院がどうあるべきか詰めていかないとならない。日本病院会の会員はそうしなければいけない。しっかりと情報を集めて、自らの職員を鍛えて、生き残れるよう頑張るしかないと述べた。

堺会長は、今年度の診療報酬改定で7対1削減が絶対命題だと地域包括ケア病床をつくった。当初の考えでは点数は高かったが、診療報酬をいろいろやりとりしている中で削られていった。すると、それが仇になって7対1から地域包括ケア病床に行く人が少ない。また、受け皿となる病院が少ないのは、診療報酬的にかなり厳しい。日本病院会が言うとしたら、急性期病院、高度急性病院に財源をどんどんつけるのではなくて、バランスよくつけてほしいと言うべきかどうか。日病の制度委員会の中で検討するのかどうか。どこかで誰かが痛みを分かち合わないとなかなか難しいと思うと述べた。

相澤副会長は、病棟について、特定入院料などは抜かして診察とか画像とか検査、措置というのを点数（金額）を足して行って、各病棟の集積をグラフにする。そこに1日当たり平均稼働病床のグラフを重ねると、救急専用病棟などの変な病棟があって、他は普通の急性期だとわかってしまう。こういうことを厚労省は次に考えているのではないか。急性期と回復期を分けるのは医療の投与資源の内容だと思う。こういうデータが病院や地域に返って行って、どうしますかという議論が起こってくるのではないかと思うと述べた。

堺会長は、今、相澤副会長が出したデータ等が各病院でできないなら、日本病院会でレセプトデータを預かってやるようにしていくしかない気がする。二次医療圏の中で自分の病院、隣の病院のことがわかれば、その地域病院ではどのぐらいの経費がかかるか大体わかるのである程度のことが言えるとして、大道副会長に可能性を尋ねた。

大道副課長は、レセプトデータを加工してお返しするのに大層なシステムは必要ない。セキュリティの問題、一病院でなくエリアとして多病院の情報をどう加工して見せるかの課題は残るが、基本的には可能だ。日病では許認可関係のデータは常にアップデートして持っているの、そこに生データを加えると細かい部分も見える。レセプトデータは使い方は簡単だが、気を遣わなければいけないことが幾つかあるということだと答えた。

末永副会長は、愛知県支部の公的病院（高額の急性期病院）の院長から、急性期病院は平均在院日数を短くしないといけないが、短くすればするほど病床が空いてくる。目標値はどのあたりに置けばいいのかの検討を求められたが、どう考えるかと尋ねた。

堺会長は、まさに地域のニーズ、需要と供給のバランスだと思う。愛知県でやるなら、データを何かの形で収集、分析することになる。確かにやっていかないといけないと述べた。

武田常任理事は、京都の私立病院協会では、今回11月14日に厚労省に提出したデータを全部集めようと動いている。そうしていかないと、データがなくてわからない状態で、国のほうから言われるのを待っているだけなのはまずいと思うと述べた。

堺会長は、すばらしい取組だと述べた。

副島支部長は、平均在院日数の議論は、病院ごとでは余り意味がない。疾患ごと、DPCごとに平均在院日数が決まって行ってその集積だから、どこに目標値をとるという議論をすれば当然疾患ごとの目標値が定まると述べた。

堺会長は、厚労省では地域構想をつくる時にデータを地方に出すが、問題はどこまで出してどこまで隠し持っているかだと述べ、次いで、厚労省の地域の医療ニーズの計算のやり方ではだめだという相澤副会長の意見があったがどういう形がいいかと尋ねた。

相澤副会長は、出来高の点数によって患者が半分に減ったところあたりに線を引いて、それを一つのラインにするようなやり方でやられたらたまらない。医療の質を重視していない。それより、そこでどんなことにお金を使っているのかが第1点だ。第2点に、もしどうしてもそうやるのだったら、DPCの入院期間2は全国で見た平均の数値なので、それを一つの目安にしたらどうかと思うと答えた。

堺会長は、DPC自体が出てきたのが大学病院を中心に投資した資源量をベースにしてやるという根本的な考えなので、それから脱却できないのかもしれないと述べ、次いで、梶原副会長は県知事の権限で強い形の強制はしないということだったが、これからやっていくのではないかという気もするかと述べた。

梶原副会長は、それをしたら、次の選挙で落ちる。少なくとも高知県は絶対落ちると思う。高知県に今、病床が急性期も療養も介護も多い。だから転換するといっても移れない。大事なことは、高知県で四国の年寄り全部の面倒を見るぐらいの勢いで集めてくればいい。例えば甲府にある温泉病院の中を見たら全然山梨県ではない。2次救急でやってもだめだ。戦略を立てて、病床案内を四国じゅうに出して高知県に集めることをやっていかないといけないのではないかと述べた。

堺会長は、東京都は逆に難しいと思うが、東京都の病院団体として考えがあるかと尋ねた。

高木常任理事は、東京の2次医療圏、都心の中心だと、医療と人口との需給バランスだけで考えたらどうなってしまうか想像がつかない。自分のところの2次医療圏は400床以上の病院が14、大学病院が6あって、夜間人口は80万人ぐらいだが昼間はその四、五倍いる。診療圏は流入が圧倒的に多い。地域だけでは完結できない。保険局の人と話をしたら、東京は特別なことをしないと適用は無理だとのことだった。データの適用はそのままやっても絶対に無理で、地域の特性を考えなければいけない。東京都で何か動きがあるかは知らない。どうしていったらいいのかわからない状況だと答えた。

堺会長は、中村常任理事に国病機構での議論を尋ねた。

中村常任理事は、この件に関する国病機構の議論はやられていない。ただ、特定機能病院が新宿区に4、大学病院が3などある。医療のカバーするところが疾患によって全然違う。交通の便その他も考えた上で地域性と疾患による相違点も分けて考えておかないと、2次医療圏の問題は解決しないのではないかと答えた。

福井支部長は、逆の方向から長崎の話をする。地域医療圏は8つに分かれているが、離島、半島でない2次医療圏は1カ所しかない。機能分化の問題は発生せず、1つの病院で全てをこなさなければいけない。病院は医療圏の全部真ん中に集まっている状況だ。現在、県の医師会に機能分化と地域医療構想についての委員会を特別につくったが、ガイドラインが出るまで何もできないと誰も動かない。我々は全日病と一緒に、公的病院も含めて機能分化の統計をとっているところだ。私のところには5万の人口があり、急性期病棟は219床しかない。現在、急性期はないが、それ以外の背後医療施設を含めた4機能を10年前に当院につくり、これをそのまま継続していかざるを得ない。そういったケアミックス病院の重要性を域医療構想の中にぜひ入れ込んでほしいと述べた。

安藤常任理事は、今度の病院の報告制度の中で、自院の6年後の姿を記載せよとある。私のような中小病院で6年後は息子が帰ってきて病院の環境がすっかり変わることが想定されるように、固定された姿を思い描かず、ある程度自由な医師の移動とかを担保するほうがいいのではないか。地方や中小では大病院ではない環境がある。その辺も一つの要素として見てもらえればと思うと述べた。

堺会長は、熊本の医療圏はかなり先端的で連携も非常にいいと聞いているがどうかと、副島支部長に尋ねた。

副島支部長は、日慢協のシンポジウムに行ったら熊本市を分けて、4、50万クラスの医療圏にしてインフラ整備を考えるとという話があった。熊本市のような中都市モデル、それと大都市モデル、小都市モデルという3つほどのカテゴリーに分けて運用するのが現実だ。2次医療圏はそれぞれの都市で全然違う中で一つの方向性を出すのは難しい。そういう前提で、2次医療圏をすぐ再編しようとせず、2次医療圏ごとにデータを集めれば、一つの区域としての議論ができる。そういった提言が現実的だ。先ほどの知事の権限は公的病院に対してと書いてある。民間病院にそれをやったら行政訴訟を起こせると思う。知事が自治体病院を対象にして、自治体で余っているところは全部返せみたいな議論になっていくのではないかと予測する。熊本でもそうなるだろうと述べた。

堺会長は、それは行政が主導的立場でやるのか、それとも行政と一緒に、あるいは病院が主導権を握ってやっているのかと尋ねた。

副島支部長は、行政はわかっていないし、職員も変わる。病院会とかデータを出せるところが主体となってやって、そのデータを持って提言していくことが現実的だ。基礎データは、病院会として県や地域に提供したほうがいいと答えた。

塩谷常任理事は、地域医療ビジョンは医師の確保ができなければ絵に描いた餅だと訴えてきたが、今度の医療・介護推進法案の中に医師の確保方策はない。医師不足の地域においては、地域医療構想の推進は結果として地方の衰退に拍車をかけるのではないか。そのことに対して政策的、財政的な配慮をしてほしい。地域医療ビジョンの原動力となる地方の医師の確保に対する配慮が全く議論されていない。そのことをぜひ国へしつこく話をしてほしいと述べた。

中村支部長は、北海道で高齢者は増えるが、人口減で2025年でもう病床数は過剰になる。そこは閉める話になる。病院団体として一番やらなければいけないのは、都会だ。ベッドが足りない。高齢者は増えてくる。東京あたりで親が脳卒中になったら大変だ。過疎の地方と都会とは問題の箇所が全然違うのでちゃんとやっておかなければいけないと述べた。

齊藤参与は、社会保険病院グループで全国のいろいろな地域状況に応じた50の病院が10年間、病院経営のあり方とか医療計画のあり方を話し合っても、常にかみ合わない。東京と地方と一律で議論することは困難ということがはっきりしてきた。もう一人医師がいれば全然話が変わると言っている院長もたくさんいた。ただ、DPCは非常に多くの医療情報の宝庫に今なりつつある。日本の医療計画を立てていく上で、地域の医療特性がDPCのデータを活用することによって解明できるのではないかと思うが、余り見えてきていないと述べた。

堺会長は、日本病院会はそういうことを踏まえてレセプトデータをDPCデータとGISを使って地域の病院特性をやろうと思っていた。今、頓挫しているがそういう思いはまだ持っているとして述べた。

相澤副会長は、本来はその地域にどういう患者がどれぐらい発生するかを一番最初に把握しなければいけない。今はそれが全く外れていて、どこで治療しているからそのベッドをどうするかの話となっている。遠くまで行かなければ治療できないのか、近くで治療できるのかの議論があってこういう議論がなくてはいけないと思う。松本の近くの病院で、どこかの地域と連携してどうするかという地道な議論を全然せずに、高価な機械を導入にしてほとんど稼働実績がない例がある。数学的に割って、これがこの地域のベッド数だからこれにしろという議論は全くおかしい。緩やかに連携をしながら、その地域にふさわしいものをつくっていくことをしてほしい。計算はそういう計算もありますねという程度に抑えることにしたらどうかと厚労省に言いたい、どうかと述べた。

堺会長は、それこそが本当は協議の場で話し合われるといいと思うが、協議の場でもその病院は、自分のところはと主張するのではないかと述べた。

福井支部長は、公的病院改革ガイドラインが平成19年度に出て、長崎の医療圏では公的病院

の増改築、新築がスタートした。狭いエリアで全てがERをやり、ほとんどが地域包括ケア病棟を検討している。高度成長を目指したような姿勢で数年前から税金を使っておいて、なぜ今、地域包括ケアを考えるのか。需要と供給が全くかみ合わない。救急の脳卒中、心筋梗塞は2次医療圏は意味がないが、何らかの2次医療的な病院を置かなければ住民は安心して暮らせない。それをお上は「2次医療圏単位で」なんて言う。これは長崎では大いに揉みたい。全日病の支部長と共同して県を引き込んでやりつつあると述べた。

中島常任理事は、各地域ごとに随分違うので、地域ごとに実態に即した議論ができるよう前段のガイドラインをつくるのが一番大切だ。また、知事からの強制指示でなく、圧力が国からかかって県知事がやむなくその部分を減らすことはあるかもしれない。今回の法改正で変化は起こるが、先を見た病院を経営にとってはこれは2025年までの構想だという難点を持つ。また、審議会で県医師会が最初に出てくるのは間違いで、病院のことをやっているのだから病院協会がまず出るべきだと述べた。

中川支部長は、香川県は面積が小さいが主たる病院を1～2持つ医療圏が5つある。医療圏ごとの医療はなく、我々の病院は全県1区でやっているなど、他と事情が違う。機構病院は高度急性期から慢性期まで全て持っているが、病院の特徴により病床数を維持するか下げるか、機能を変えるかは各病院に任せられ、将来どうやっていくかの検討は既に一度はやっている。地域包括ケア病棟の病院もまだ数はないがこれから動いてくると述べた。

毛利支部長は、静岡県は横に非常に細長い県で、JRの駅ごとに公立病院がある。私の病院は45万人の2次医療圏にあるが、4つの公立病院があってそれぞれ意識が強く、連携も難しい。ただ、40年後には静岡県の人口は50%と推定されている。将来的なビジョンとしてどんな連携体制がつけられるか問題だ。自治体病院が多いので、県知事の権限が効いてくるかもしれない。審議会の答申を受けて県知事が決定する流れになるのではないかと述べた。

松本支部長は、愛知県は医師の数は少ない。しかし、例えば救急でたらい回しが少ないなど、病院団体を中心に比較的いいのではないかと。高度、高価な機械を入れるのも全体で幾つと決めて、患者が移動できる範囲で配置できるのではないかと。一般急性期等は患者の利便性優先にして、配置は医療圏でも構わない。その中でも3次救急のような病院をコアにして、2次救急は民間も自治体病院もそれぞれで分けていけばいい。大きな配置は明確にして、極端に足りないところ、過剰なところを融通や協力していけばうまくいくのではないかと。そこを行政も含め話し合う機会をつくり調整していくしかない。報告だけでやられたら、経営そのものにかかわり死活問題になる。細かいことは言ってほしくないと述べた。

生野常任理事は、大阪府は200床未満の中小病院が500あるが、8割が医療法人と個人で、残りの10%が公的だ。200床未満は、うちは回復期だ、うちは急性期だと機能分化は昔からやっている。地域医療支援病院は、今までは救急は民間が9割診ていたが、いよいよ自分たちがやるということで元気だ。地域医療ビジョンを決定するまでは、地域は競争になるだろう。医者が働きやすい急性期に就職して大病院に行かないことも多い。大小には余り関係ない。一般急性期の稼働率は80%を割ったら経営は赤字になる。7対1をやっていたら経営は厳しいが、90%を目指してもっとスリムにとみんなで頑張っている。それぞれの地域でみな違う。上から高度急性期が何床、急性期が何床、回復期が何床と全国統一のことではだめだ。だったら都道府県が力を持つべきだ。今の状況は医師会が反対したらできない。だから、医師会と一緒にやらないとならない。病院団体は地域では医師会の幹部、理事になるべきだ。日本病院会は中央で頑張ってもらっているが、これを私たち病院まで落とすには、地域の医療を聞けと徹底的に厚労省に言ってほしい。また、都道府県とはかなり密接になって、基金のことで足を運んでくる関係だ。大阪は元気だと述べた。

堺会長は、大阪が元気なのは各病院の自覚があるからかと尋ねた。

生野常任理事は、そうだ。また、中医協等での議論は経緯は正しいことが多く、出された提案も受けざるを得ないが、改定率のときにマイナスにするなど、落とし穴に落とす。厚労省等は7対1を誘導して私たちもいい医療にしようと呼びかけたのに、それを財源が足りないから変える。おまえらの勝手、失政じゃないかと言ってくれと述べた。

望月委員長は、岩手県は9つの2次医療圏があるが、20ある県立病院が基幹病院という特殊な地域で、民間はペイできず育たない。医師不足が著明で、沿岸地域では震災からの復興に努力している。疾患によって盛岡医療圏に集中して診ることも多いが、2次医療圏は県立病院全体での病床コントロールはできる。県境を越えて、青森県や宮城県との患者の移動は考慮に入れてやらなければいけない。介護施設は地域にも結構あるが、子供や介護人の居住地の関係で移動を考えて計画を立てなければいけない。今回の病床機能報告制度、地域医療ビジョンは立てやすい地域だと思うが、公的病院が多い事情があると述べた。

堺会長は、山本顧問に議論全体に対する意見を求めた。

山本顧問は、それぞれの地域で違った課題を抱えており、共通してここで解決できることにはならないだろう。しかし、その地域差については、医療需要と利用資源のバランスが地域でどうかは共通に考えられる問題だ。医療でその差を埋める仕組みをどうつくるか。また、医療の進歩に追いつきながらいい医療を提供していくためにどうしたらいいかの視点を常に持たなくてはならない。いいものを提供するのに金がかかる、うちの病院が潰れるからやめるでは話にならない。これからの医療では、地域に医師を入れ、看護師も増やしてバランスよくやらなければいけないが、では遠隔医療、ロボットの導入、患者の移動のシステムの見直し、専門医の移動をどう考えていくのか。同じ医療費を国が決めているのに、受ける医療の中身が違ってはおかしい。そういう視点で我々はいかに医療の質を守るかという柱は失ってはいけない。医療の質が議論されていないと言ったのはそういうことだが、きょうの議論でも皆さん一生懸命やっているのはよくわかると述べた。

〔報告事項〕

10. 平成年月日26年愛の叙勲・褒章 受章者

承認事項に入る前に、堺会長より秋の叙勲・褒章の受章者の報告があった。細木支部長より受章の挨拶があった。

瑞宝中綬章：六鹿直視（元理事）

瑞宝小綬章：片岡善彦（元理事）、細木秀美（現理事）、森田信人（元代議員）

瑞宝双光章：末岡マキ子（会員病院）、田中一美（会員病院）、野村智登美（会員病院）、山倉弘子（会員病院）

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

平成26年10月22日～11月21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 国立病院機構・独立行政法人国立病院機構熊本医療センター（会員名：河野文夫院長）
- ② 国立病院機構・独立行政法人国立病院機構熊本再春荘病院（会員名：今村重洋院長）
- ③ 市町村・盛岡市立病院（会員名：加藤章信病院事業管理者・院長）
- ④ 医療法人・医療法人タピック沖縄リハビリテーションセンター病院（会員名：宮里好一理事長）

平成26年11月22日現在 正会員 2,406会員
特別会員 204会員
賛助会員 254会員（A会員103、B会員116、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、依頼を承認した。

（継続：後援・協賛等依頼1件）

- ①「第8回日本医療マネジメント学会大阪支部学術集会」（国家公務員共済組合連合会大手前病院）後援名義使用

（継続：委員推薦依頼1件）

- ①医事関係検討委員会委員（日本医師会）の推薦

就任者：大井顧問（再任）

（新規：後援等依頼1件）

- ①第17回日本医療マネジメント学会学術総会（第17回日本医療マネジメント学会学術総会会長）後援名義使用

（新規：委員等就任依頼1件）

- ①医療事故調査制度の施行に係る検討会（厚生労働省医政局長）構成員

就任者：堺会長

3. 診療情報管理士認定試験受験校の指定について

武田常任理事から報告を受けて審議し、下記施設を承認した。

- ①岡山県・専門学校 岡山ビジネス専門学校（学科名：診療情報管理士学科）

- ②愛知県・学校法人 電波学園あいちビジネス専門学校（学科名：医事総合研究科1年課程（診療情報管理士コース））

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

末永副会長から報告を受けて審議し、下記施設を承認した。

（更新9件）

- ①神奈川県・医療法人社団 亮正会 高津中央クリニック

- ②山口県・医療法人社団曙会 佐々木外科病院 総合健診センター

- ③岐阜県・朝日大学歯学部附属村上記念病院 総合健診センター

- ④沖縄県・社会医療法人 敬愛会 ちばなクリニック

- ⑤熊本県・済生会熊本病院 予防医療センター

- ⑥神奈川県・海老名メディカルサポートセンター（内）ヘルスサポートセンター

- ⑦静岡県・社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷健康診断センター

- ⑧静岡県・社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷予防検診センター

- ⑨静岡県・社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷健康サポートセンターShizuoka

〔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等があり、了承した。

- （1）第16回医療制度委員会（11月5日）

報告は資料一読とした。

(2) 第4回医療の安全確保推進委員会 (11月5日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・死因究明制度の法制化に向けて労働科研の研究班で検討をしてきて、医療事故の届出や院内調査、報告書、遺族への説明のあり方、センター業務に関する事項等を中間報告しているが、医療法人協会から政治家に対する働きかけ等があり、医療事故調査制度の施行に係る検討会を厚労省が発足させた。中間報告等も検討会で役立ててほしいとの話だ。
- ・医療安全に係わる実態調査は締切を11月28日まで延長しているが、現在800施設以上から回答が来ている。それらをまとめ、他の会合等で日病回答からの結果として紹介したい。

(3) 第4回地域医療委員会 (11月11日)

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・地域医療ビジョンについて、日病は各都道府県知事に要望活動を行っているが、知事や都道府県の対応を取りまとめ、会員向けや定例記者会見で発表してはどうかとの意見があった。
- ・来年の日病学会のオピニオンのテーマは「地域医療をどう確保していくのか」となった。
- ・委員会のこれからのあり方として、成果を目に見える形で残したい。都市部でなく田舎の病院の代弁者として、中小病院委員会の行う全国各地の情報交換会への参加、首長会へのコミットメント、日病雑誌に委員会メンバーで連載等の提案があった。

(4) 第3回災害対策特別委員会 (11月13日)

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・国際ライオンズクラブから、岩手県に自動車、宮城県にX線撮影装置、福島県に甲状腺エコー等、平成26年度はトータルで3,100万円、合計5億3,000万円の支援をいただいている。
- ・日本病院会の義援金8,000万円のうち残った3,800万円の使い道について議論した。

(報告事項6. ライオンズクラブ国際協会からの被災3県への整備結果)

堺会長は、国際ライオンズクラブから、岩手県には1億8,800万円強、宮城県に7,400万円強、福島県に2億6,600万円強、合計5億2,872万8,057円の援助をいただいたと報告し、尽力いただいた山田ライオンズクラブ国際協会国際第一副会長は、次期会長として日本病院会への出席は難しくなると思うが、国際的なますますの活躍を祈りたいと述べた。

(5) 医療安全管理者養成講習会アドバンストコース (11月15日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・東京、名古屋に続いて大阪で開いた。ヒヤリ・ハットからいかに重要なものを拾い集めて対応するかをワークショップ形式で行い、好評だった。
- ・来年2月21日に福岡で開催するので、九州からもたくさんの方の参加をお願いしたい。

(6) 第7回医業経営・税制委員会 (11月21日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・四病協の同名委員会を前日20日に行い、それを受けて議論した。衆議院解散や消費税10%アップの延期などの政治スケジュールで我々の議論も随分影響を受けた。相手方が変化しており、診療における消費税の問題の要望も対応した議論が必要との意見が出た。
- ・26改定に伴う控除対象外消費税の病院負担については、12病院団体協議会を含めた大規模な調査がされたが成果は乏しいようだ。診療報酬上乘せ方式が妥当なものかの検証ができていない。それを受け、私は個人的に消費税0から3、5、8%と段階的に上がってきた中での最終的利益の観点で上乘せ方式がどうかというシミュレーションを行い、その報告をした。試みが妥当との検証が得られれば、上乘せ方式への批判を強めたい考えだ。
- ・来年度の税制改正要望の議論の中で、医療法人株価額算定法について言及した。全国で5,000ある持分あり医療法人は、産業分類で「医療、福祉」でなく「その他の産業」に分類

され、同分類のIT企業を含めたサービス業に引きずられて株価が上がり問題が起こっている。今後、医療法人の再編、ヘルスケアリートの導入時等に株式価額が影響してくるのではないかと。分類や算定の見直しも税制要望へ入れるか考えていきたい。

(7) 第7回雑誌編集委員会 (10月28日)

報告は資料一読とした。

(8) 病院中堅職員育成研修「経営管理」コース (第8回) (10月31日・11月1日)

(9) 病院中堅職員育成研修「財務・会計」コース (第8回) (11月13日・14日)

(8)、(9)について、報告は資料一読とした。

(10) 診療情報管理士通信教育 第2回DPC小委員会 (11月4日)

(11) 診療情報管理士通信教育 第6回専門課程小委員会 (11月10日)

(10)、(11)について、報告は資料一読とした。

(12) 診療情報管理士通信教育 第1回腫瘍学分類法コース小委員会 (仮) (11月11日)

武田常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成28年1月より院内がん登録が義務化され、がん拠点病は院内がん登録実務者を置くことが義務化されているが、それ以外は置く必要がないので、診療情報管理士ががん登録にかかわれないか、がん登録ができないかを検討している。
- ・院内がん登録実務者の研修をしている国立がん研究センターの話を聞き、現状の確認をした。コースをつくって勉強会とするか、どういう教育をしていくかを検討していく。

(13) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会 (10月18日～11月8日)

(14) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会 (10月26日～11月15日)

(13)、(14)について、報告は資料一読とした。

(15) 日本診療情報管理学会 第2回国際疾病分類委員会 (11月7日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・スペインで開かれたWHO-FICのネットワーク会議で、教育普及委員会 (EIC) の共同議長に日本病院会の横堀課長が選出された。当国際疾病分類委員会もこれを支え、さまざまな事業に協力していく。WHO-ICD関係の問題や、厚労科研のテーマを決めて活動を開始しようとなった。
- ・委員会は現在ICDだけを中心としているが、WHO-FICの動きはICFやICHIも幅広く設けている。ICF、ICHIについても委員会で活動していこうとなった。

(16) 第6回2016年第18回IFHIMA国際大会開催組織委員会 (11月10日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・2016年10月、IFHIMAの国際会議とWHO-FICの年次大会、第42回診療情報管理学会学術大会が同時開催の形で東京フォーラムにて行われる。さまざまな協議を開始した。
- ・開会式を合同で行い、開会式の基調講演にはWHO事務局長のマーガレット・チャン氏を依頼する計画で進めている。
- ・募金について話し合い、1億円を目標額に定めた。国際観光振興機構 (JNTO) を通すと寄付の免税措置がとれる。申請したが承認されたら大々的に募金活動を行う。

(17) 第3回2016年第18回IFHIMA国際大会プログラム委員会 (11月17日)

大井顧問より、以下の報告があった。

- ・一般演題のプログラムやシンポジウムについて決めた。シンポジウムは「診療情報の活用の現状と未来」というテーマで行う。
- ・発展途上国の支援プログラムを決めた。発展途上国にはない死亡届を中心にやる。
- ・きちんとした成果物をつくって世界に発信していこうと考えている。

(18) 2016年IFHIMA国際大会の寄付のお願い 募金趣意書 (案)

大井顧問より、日病会員の方にもぜひ寄付を願いたい。募金趣意書をつくったので見ていただきたい。この国際大会を開催することで、診療情報管理が世界の中でも認められるようになっていくのではないかと思う。1億円に向けて協力をお願いしたいと報告があった。

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120回代表者会議 (10月27日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・診療報酬実務者会議で消費税の補填の状況を調べた。1,075の加盟病院に対して回答数は433件、40.3%で、有効回答数が282件、26.2%だった。
- ・補填率の中央値は87.1%だが、ばらつきが多い等いろいろな問題がある。さらに精査して日病協として最終的な方向をつくる。

(2) 第111回診療報酬実務者会議 (11月19日)

報告は資料一読とした。

3. 中医協について

(1) 第285回総会 (11月5日)

(2) 第39回調査実施小委員会 (11月19日)

(3) 第68回保険医療材料専門部会 (11月19日)

(4) 第286回総会 (11月19日)

(1)～(4)について、報告は資料一読とした。

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7回医療保険・診療報酬委員会 (11月7日)

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・中医協報告として、10月、11月にあった3回について万代常任理事が報告した。中医協では患者申出療養というトラブルや、再生医療等製品を保険適用するかを議論している。先進医療を全部保険診療にしては保険財政が破綻する、別立てにすべきではないかとの議論だ。
- ・平成26年度の診療報酬改定では、薬の値段の妥結率の誘導はうまくいった。有利なところはなくなって、しやすくなった。
- ・疑義解釈について、胃瘻カテーテル交換の際は透視診断を1回分だけ算定できると示された。他の項目でも類することがあるのではないかと、会員に広めていきたいとの話があった。
- ・大病院への紹介状なし受診時に患者負担の初診料をどれくらい上げたらいいかは、厚労省から3割負担の健康保険原則の逸脱のおそれの話があり、同省で考え方を再整理するとなった。

(2) 第8回医業経営・税制委員会 (11月20日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・厚労省が出席し、持分あり医療法人を認定医療法人を介して持分なし医療法人にすることを進めてほしいと。また、社会医療法人の認定要件見直しについて現状の説明があった。
- ・認定要件の軽減・緩和を病院団体は要望しているが、日本再興戦略会議の場で他団体からもあるそうだ。病院団体は、社会医療法人の要件を満たさなくなると認可が取り消された場合、過去の利益に対する課税の撤廃を求めているが、主税局が強く反発している。
- ・株式会社の法的根拠である会社法に適格分割という定めがあり、これを医療法人にも適用していきたいと、日本再興戦略会議の場で議論になっている。今ある医療法人を分割して他の

医療法人と一緒にすることなどをやりやすくしたいとの話だ。非営利ホールディングカンパニー制度の導入等とリンクした話ではないかと思う。

- ・衆議院解散、消費税率10%へのアップ時期の延期で、議論のスケジュールも変わる。2017年春のアップ時に軽減税率導入があるのかどうか。診療報酬改定が前年2016年の春にある。消費税問題と絡めこの診療報酬改定をどうするかを議論していかなくてはいけない。
- ・今般の消費税補填の調査はシミュレーションのようなもので、本格的な調査は来年春に、今年度の決算が終わった後やらなくてはいけない。その調査もまた想定しなくてはいけない。とにかく平成28年診療報酬改定にどのように対応するかが問題になってくるだろう。

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。

(1) 第4回次世代ヘルスケア産業協議会 事業環境WG・品質評価WGの合同WG (10月31日)

梶原副会長より、以下の報告があった。

- ・次世代ヘルスケア産業協議会は、健康寿命を延伸する市場創出、産業育成により、国民のQOLの向上、国民医療費の抑制、雇用の拡大、地方再生等、我が国経済の成長に資するとして設置された。事業環境WG、健康投資WG、品質評価WGの作業部会がある。
- ・事業環境WGは、新たな健康サービス・製品の創出のため規制やグレーゾーンを解消して新しい産業を興させようと議論している。医療費削減が政権の大きなねらいとしてあり、慢性期医療に対して公的保険外の予防・健康管理サービス部分の産業を興そうとしている。ファンドも用意し、新産業起業の導入資金も国が用意する。6次産業化と医療をうまくコラボし次世代のヘルスケア産業を全国に起業させ、地域再生をねらいとしている。
- ・新しい事業の仕事は各地域で相当、日本病院会が関係した形で起きてくると予想される。

(2) 第3回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 (10月31日)

協議事項で説明があったため、報告は資料一読とした。

(3) 第2回医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会 (11月5日)

中島常任理事より、以下の報告があった。

- ・平成28年度の募集定員を、手直しをして倍率1.18倍に近づけるよう設定することに決めた。
- ・他県の大学で養成を受けている地域卒学生が問題になっており、これの対応を検討していく。
- ・医師臨床研修制度到達目標・評価のあり方に関しては、ワーキンググループでやっていく。
- ・私は、日本で足りないコミュニケーション能力に注目して研究を進めてほしいと要望した。

(4) 第1回医療事故調査制度の施行に係る検討会 (11月14日)

堺会長より、以下の報告があった。

- ・政治が絡んだ混乱の中、タイムリミットが決まっている中で厚労省が検討会を立ち上げた。科研費で研究をしてきた西澤班の成果と、報告が出てきた日本医療法人協会医療事故調ガイドラインの議論の整理をしていく。平成27年10月の施行に向けしっかり議論していきたい。
- ・木村壮介委員長のいる医療事故安全調査機構が将来的には第三者機関になってもらいたいとの思いがあるが、メンバーから外れたいという意向もあり危惧をしている。

(5) 一般社団法人日本専門医療機構 第1回社員総会 (11月17日)

末永副会長より、法人格を持った学会の代表でなければ社員はおかしい、また学会の言うことをもっと聞くシステムにするよう等の議論になってかなり紛糾した。12月に理事会で話し合いが持たれた上、もう一回、延長の社員総会が開かれるのではないかと思うと報告があった。

(6) 第4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 (11月20日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・41項目中の、気管内挿管、同抜管、胸腔内ドレーンの抜去、心嚢ドレーンの抜去、褥瘡のシャープデブリードマン、腐骨除去の6項目に疑義が出て、緩和医療学会、救急医学会、呼吸器外科学会、麻酔科学会等が来て補足説明を行った。
- ・挿管、抜管は危険が伴うので大反対の意見だった。ただ、急性期でバックアップ体制があるところでの挿管、抜管と、在宅での挿管、抜管が区別されず議論されていた。
- ・胸腔内ドレーンや心嚢ドレーンは、手順を踏む等の条件をつけてならいいのではとなった。褥瘡は形成外科と皮膚科から納得できる修正案が出たので、それを調整して通ると思う。

(7) 第6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 (11月21日)

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・中間まとめ案としては、医療機関等の連携、マイポータルというWeb上で見ることもできるような本人への健康医療情報、コホート研究で、番号を用いた情報連携を想定している。また、医療保険のオンラインの資格確認、保険者間の特定健診等のデータ連携、予防接種の履歴管理は、行政及び保険者間ではマイナンバーを用いてやるという。
- ・中間まとめ案に対抗して、医師会から三師会の合同声明が出た。医療ナンバーのあり方に対する批判も含めて、このほうがいいのではないかとの意見で、妥当な主張と思う。内容は、①医療ナンバーはマイナンバーとは全く異なるIDが必要。②医療情報そのものを保護対象とした法整備が必要。病院出入りのシステムやIT業者は情報を故意に漏らしても法がないので罰せられないからだ。③二次利用を厳しく制限する。④個人番号を医療の現場で利用すべきではない。⑤健康保険証と個人番号カードを一緒にすることに反対。⑥死者や遺族の尊厳について考慮する。⑦遺伝子情報についても同じ。⑧救急時にはそれらは除外し何でも使えるようにしてもらいたい。⑨医療分野の個人情報を守る立場の監視機関を日本にもつくる。⑩医療従事者や保健医療機関等のプライバシーも守ってくれと。
- ・がん対策推進協議会からも意見書が出たが、特に当たり障りのない意見だ。
- ・12月の第1週に次の研究会があり、粗々の中間報告が決まる。

(8) 第3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 (11月5日)

報告は資料一読とした。

6. ライオンズクラブ国際協会援助交付金による被災3県の整備結果 第3回災害対策特別委員会にて報告済み

7. 自由民主党総合政策集「J-ファイル」に関する要望について

堺会長より、以下の報告があった。

- ・11月17日に自民党の稲田政調会長に対し、日本病院会、全日本病院協会、全国自治体病院協議会、東京都病院協会の連名で要望書を出してきた。
- ・「消費税の低減税率導入時に医療にかかわる消費税もその対象とする」については、日本病院会は原則課税だが、課税マターとしての軽減税率を考えてやっていこうということだ。
- ・要望書は厚生労働部会の部会長である高鳥議員にも出してきた。

8. IHF理事会・韓国

堺会長より、以下の報告があった。

- ・国際病院連盟の会議が11月11日～13日、韓国で行われた。
- ・新たに表彰のカテゴリーが設けられ、1番目がグランドアワード、2番目がアワード・フォー・エクセレンスだ。来夏のシカゴの国際病院連盟学術大会で第1回目が表彰される。

- ・アワード委員会の委員長を私がやっていて、日本病院会からも3本ぐらい出して、可能なら1つぐらい通るといいと思っている。

9. AHF理事会・フィリピン

堺会長より、以下の報告があった。

- ・11月18日～20日、フィリピンのマニラで行われた。
- ・フィリピンで驚いたのは平均年齢が23歳ぐらいで、まちを歩いていると50歳以上がいない。活気を感じた。大家族制で心配がないということだ。
- ・看護師やいろいろな人が海外へ出て稼いでいる。基調講演をやった厚生労働省の役人に質問があったが、それは何ら問題ないと言う。彼らが稼ぐお金は国家予算と同じぐらいだと。

11. 賀詞交歓会－新年の集い－の開催について

堺会長より、1月15日木曜日に行う。常任理事会を13時～16時30分に行い、その後バスでホテルオークラに移動し、17時30分より開催すると報告があった。

以上で閉会となった。