

日 時 平成30年8月25日(土) 13:00～16:15
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 相澤 孝夫 (会長)
末永 裕之、岡留健一郎、島 弘志、小松本 悟、大道 道大 (各副会長)
牧野 憲一、中村 博彦、中井 修、新江 良一、直江 知樹、武田 隆久、森田 眞照、
生野 弘道、中島 豊爾、塩谷 泰一、安藤 文英 (各常任理事)
梶原 優、石井 孝宜 (各監事)
山本 修三、堺 常雄 (名誉会長)
宮崎 瑞穂 (顧問)
高久 史磨、今泉暢登志、楠岡 英雄、福井トシ子(代理:中野夕香里)、篠原 幸人、
松田 朗、富田 博樹 (各参与)
山本 正治(第44回日本診療情報管理学会学術大会 大会長)
永易 卓(病院経営管理士会 会長)
(新入会員)
殿尾 守弘(和歌山県 社会医療法人三車会 貴志川リハビリテーション病院 理事
長・院長)

総勢32名の出席

田中 繁道、望月 泉、永井 庸次、東郷 庸史、原澤 茂、崎原 宏、松本 隆利、
今川 敦史、谷浦 博之、三浦 修、細木 秀美 (各支部長:Web視聴)

相澤会長の開会挨拶に続いて新入会員から挨拶があり、議事録署名人を選出した後に、小松本副会長の司会により議事に入った。

〔承認事項〕

1. 会員の入(退)会について

平成30年7月28日～平成30年8月24日受付分の下記会員異動について審査し、承認した。

〔正会員の退会1件〕

①その他法人・一般社団法人津久見市医師会 津久見中央病院(会員名:石川浩一院長)

〔賛助会員の退会1件〕

①B会員・NPO法人メディカルリレーションマネジメント協会(会員名:内藤佳郎理事長)

平成30年8月25日現在 正会員 2,478会員

特別会員 166会員

賛助会員 260会員(A会員116、B会員115、C会員4、D会員25)

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12件)

①厚生労働省医政局/「医療安全推進週間」の後援

- ②一般社団法人秋田県病院協会／秋田県病院大会の開催後援
- ③一般財団法人医療関連サービス振興会／平成30年度医療関連サービス実態調査に対する協力団体名義の使用
- ④厚生労働省医薬・生活衛生局／疼痛緩和のための医療用麻薬適正使用推進講習会に対する後援名義使用
- ⑤一般社団法人日本医療法人協会／『第33回全国医療法人経営セミナー』後援名義使用
- ⑥一般社団法人医療のTQM推進協議会／『第20回フォーラム「医療の改善活動」全国大会 in 北九州』の後援
- ⑦公益財団法人医療機器センター／平成30年度医療ガス安全管理者講習会の協賛名義使用
- ⑧一般社団法人日本衛生検査所協会／平成30年度臨床検査普及月間に対する協賛名義使用
- ⑨一般社団法人全国公私病院連盟／第30回「国民の健康会議」の協賛
- ⑩一般社団法人日本医療機器学会／第11回MDIC（医療機器情報コミュニケーター）認定セミナーの後援
- ⑪国立研究開発法人国立長寿医療研究センター／第14回長寿医療研究センター国際シンポジウムの開催に係る後援名義の使用
- ⑫一般社団法人日本経営協会／「九州ホスピタルショウ2018」後援名義使用

(継続：委員等依嘱依頼 3 件)

- ①公益社団法人日本医師会／病院委員会委員の推薦〔就任者…末永副会長（再任）〕
- ②公益社団法人日本医師会／医業税制検討委員会委員の推薦〔就任者…万代副会長（四病協推薦）〕
- ③一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合／実務委員会委員の推薦〔就任者…松本潤理事〕

(新規：委員等依嘱依頼 3 件)

- ①一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合／処置委員会処置コーディネーティングワーキンググループ委員の推薦〔就任者…住友正幸先生〕
- ②東日本電信電話株式会社／総務省「医療等分野におけるネットワーク基盤利活用モデルに関する調査研究の請負」事業における検討委員会委員の推薦〔就任者…大道副会長〕
- ③厚生労働省医政局／医道審議会医師分科会専門研修部会（仮称）委員の推薦〔就任者…牧野常任理事（四病協推薦）〕

3. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

小松本副会長より報告を受け、下記 9 施設を認定承認した。

(新規 3 件)

- ①埼玉県・学校法人埼玉医科大学 埼玉医科大学病院健康管理センター
- ②宮城県・一般財団法人宮城県成人病予防協会 附属仙台循環器病センター
- ③大阪府・医療法人メディカル春日会 革嶋クリニック

(更新 6 件)

- ①愛知県・医療法人大医会 日進おりど病院 予防医学推進・研究センター
- ②島根県・出雲市立総合医療センター
- ③神奈川県・保健福祉センター JA健康管理センターさがみはら
- ④東京都・慈生会 野村病院予防医学センター
- ⑤神奈川県・相和会 横浜総合健診センター
- ⑥神奈川県・亮正会 高津中央クリニック

〔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その他の報告があり、了承した。

(1) 病院中堅職員育成研修「医事管理コース」(7月27・28日)

牧野常任理事より、59名の参加があり、大変好評を博したとの報告があった。

(2) 病院中堅職員育成研修「財務・会計コース」(8月2・3日)

牧野常任理事より、77名の参加があり、こちらも大変好評を博したとの報告があった。

(3) 第2回雑誌編集委員会(7月31日)

大道副会長より、以下の報告があった。

- ・新春座談会のテーマは、新春にふさわしく前向きで明るい話題を次回検討する。
- ・その他の議事については資料一読とした。

(4) 病院長・幹部職員セミナー(8月2・3日)

小松本副会長より、医師の働き方改革や病院総合医についてのシンポジウム、相澤会長の医療構想に関する講演と盛り沢山の内容で、会場から質問が多数出たとの報告があった。

(5) データ提出加算の届出に関する研修会(8月2・10日)

報告は資料一読とした。

(6) 第4回医業税制委員会(8月7日)

安藤常任理事より、会員病院調査については、大幅な遅れは現在大詰めを迎えている消費税問題への対応によるもので了解してほしいとの報告があった。

(7) 第3回医療政策委員会(8月8日)

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・地域医療構想・医療計画における圏域の設定について、30分圏、60分圏、90分圏の患者の受診状況がメッシュデータで示され、非常に興味深かった。
- ・稀な疾患や難易度の高い手術では、二次医療圏を超えて広域化している。
- ・マーケティングのハフモデル(小売商圈を測定する考え方の一つ)により、病院の吸引力が明確に見えるため、今後各医療圏の適切な医療提供体制の検討を継続する。
- ・勤務医不足と医師の働き方に関するアンケートは、間もなく完成し送付予定である。
- ・国内外で起きている医師の男女比問題についての説明があった。

(8) 医療安全管理者養成講習会アドバンストコース(8月18日)

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・「標準化された医療事故調査とは」として、報告書作成や対応等に関する講義があった。
- ・今日配付した「単回使用器材の再使用、再製造問題に関する役員アンケート」は、現在新聞報道等でSUDのリユースに関する是非が問われており、厚労省医政局と現場の間に見解の相違があることから、日本病院会の提言をまとめるべく調査を行ったものである。

(9) 第2回図書委員会(8月16日)

岡留副会長より、以下の報告があった。

- ・今年度のスケジュールを調整した。今後は出版社を手上げ方式に変え、会員病院が割引のメリットを享受できる方向を目指す。
 - ・9月に「図書実務担当者講習会～図書室機能の充実を目指して～」を開催するが、図書委員会の通知が、院長で止まって図書担当者まで下りていかない問題があるため、実務担当者に直接開催通知が行く方法を考える。
- #### (10) 診療情報管理士通信教育関連

武田常任理事より、以下の報告があった。

①第18期医師事務作業補助者コース研修会(7月28・29日)

- ・九州医療センターで開催し、参加者は153名であった。

②第1回専門課程小委員会（8月3日）

- ・3年に1回行っている診療情報管理士の現況調査について、これまではアンケート用紙を郵送していたが、実施年度である次年度からはウェブ化に取り組む。

(11) 病院経営管理士通信教育関連

①第1回病院経営管理士教育委員会（8月3日）

報告は資料一読とした。

(12) WHO関連

末永副会長より下記会議の報告があった。

①第1回日本WHO国際統計分類協力センター運営会議

- ・6月18日、ジュネーブのWHO本部にてICD-11のリリースイベントが開催された。来年6月頃にWHAでも認証される見込みで、いよいよ本格的に進んでいく。
- ・WHO-FICネットワーク年次会議は、今年は韓国で「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのためのより良い保健医療情報」をテーマに行われる。
- ・日本協力センターの活動について、日本病院会は横堀部長が教育部門EICの議長を務め、APNには深く関与し様々な貢献をしているとの報告があった。
- ・中でも、日本診療情報管理学会によるICHIのフィールドテスト協力に対し厚労省より感謝の言葉が述べられた。
- ・ICD-11に関しては、従来以上に厚労省の本気度がうかがえる。その告示に向けて、まず8月8日に疾病傷害及び死因分類部会が開催される。
- ・今回のICD-11はウェブ媒体であるため、告示の方向性や作成については専門委員会で議論される。また、ICFが一部ICD-11に入ったことから、リハビリ部門との連携を取りつつ推進するべきとの意見があった。

2. 日病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第156回診療報酬実務者会議（8月8日）

中井常任理事より、以下の報告があった。

- ・消費税増税問題に関しては、十分な補填がないことが分科会で明らかになった。そのため、補填不足の期中改定等の早急な対応と、抜本的な改革について要望書を作成するとした。
- ・救急医療管理加算の解釈をめぐる混乱が見られるため、病院医療の実情に即した内容とするべく、研究グループを作って議論している。

(2) 第166回代表者会議（8月24日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・診療報酬実務者会議の報告を受け、病院団体協議会として控除対象外消費税に関する声明を発表することになり、その内容について議論した。
- ・山本議長が消費税についての要望事項として将来に向けた対応を挙げた。特に、補填状況調査で計算間違いがあり、しかも今回の診療報酬改定時に修正が可能でありながら実行できなかったことと、その補填不足へ措置についてまとめたいとした。
- ・計算ミスの検証が進まない現状、病院が困っているとして補填を願うのが最善ではないかと発言した。

3. 中医協について

島副会長より下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第398回総会（8月22日）

- ・今回の議事は、医療機器及び臨床検査の保険適用について、医薬品の薬価収載等、DPCにおける高額な新規の医薬品等への対応について、最適使用推進ガイドラインについて等、多岐にわたった。
- ・報告として、公知申請とされた適応外薬の保険適用に関して、先進医療会議から遺伝子パネル検査技術の科学的評価結果の説明があった。
- ・東日本大震災に伴う被災地特例措置の数は変わらず、一方、熊本地震の方は少し減少しており、特例措置から変わろうとする努力が見受けられる。

(2) 第50回費用対効果評価専門部会（8月22日）

- ・費用対効果に関する検討課題5項目のうち、今回は総合的評価（アプレイザル）について論点整理を行った。
- ・特に話があったのはICERと呼ばれる増分費用効果比で、複数疾患に適応がある場合の対応について協議した。
- ・疾患ごとの患者割合での薬価算出を考えているが、学者はそもそも適応疾患が多い場合にICERが揃わないのは当然としている。しかし、薬価は1つしか作れない。
- ・試行的導入を進めている13品目について、この薬価統合問題の結論は近々得られるだろう。

4. 四病協について

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第5回医療保険・診療報酬委員会（8月3日）

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・医薬品や医療機器、消費税について等、中医協の審議事項報告が行われた。
- ・報告を受け、消費税補填額の集計誤りについては病院団体として問題性をアピールすべきとの意見が挙げられた。
- ・さらに、不足・超過分の還付・返納のシステムがないとしているが、医療機関の損失は膨大である。返還を求め、打開策を検討すべきだが、難しい場合は消費税増税時の交渉を有利に運ぶ材料にしてはとの意見が出て、賛同を得た。
- ・重症度、医療・看護必要度Ⅱに関する調査については、新薬や後発医薬品の承認等で対象薬剤が追加されると、計算ソフトの更新が必要となる。事務局負担が増えるため運用方法を検討すべきと提示された。
- ・厚労省は期中に更新を行わないとしているため、算出ツールが会員に配付されたようである。

(2) 第5回総合部会（8月22日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・日本専門医機構については、四病院団体協議会専門医制度のあり方検討委員会の意見の発表方法を、記者会見開催及び専門医機構への提示と決めて実行したが、それにより後でトラブルが発生した。
- ・税制改正要望についても協議を行い、消費税の扱いに関しては様々な意見があることがわかった。
- ・民間保険会社が医療機関に求める診断書が複雑であることから、その簡素化のための研究会が立ち上げられた。

(3) 第2回日医・四病協懇談会（8月22日）

相澤会長より、以下の報告があった。

- ・専門医機構に対する意見の取り扱いについて、様々な意見が出た。
- ・控除対象外消費税に関しては、補填や具体策等を議論した。

- ・准看護師試験の事務委託は、組織がないまま色々と先行して混乱しているので、再度考え直すべきとした。

(4) 第4回専門医制度のあり方検討委員会（8月22日）

報告はこの後の協議事項の中で行うとした。

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

下記会議の報告があり、了承した。

(1) 第7回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（8月1日）

報告は資料一読とした。

(2) 第2回准看護師推進センター（仮称）準備協議会（8月2日）

末永副会長より、以下の報告があった。

- ・平成31年度から、准看護師試験事務の外部機関への委託が可能になると説明を受けた。
- ・日本医師会と四病協で新たな財団を設立してこれを受託し、外部に業務委託する方向で話が進んでいるが、費用約1億円を折半してほしいとの話は難しい。
- ・各都道府県が従来と同様に費用負担する意向の有無について、まず確認すべきではないか。現在、1県が意向ありとしており、既になしと表明している県も存在する。
- ・今後は、各会の理事会で承認を得た上で進める。
- ・四病協での話となると、恐らく日本病院会だけ抜けるわけにはいかないと思われる。

6. WHO西太平洋地域事務局活動を支援する会への募金について

小松本副会長より以下の報告があり、了承した。

- ・6月27日の定期理事会にて、葛西健WHO西太平洋地域事務局次長の事務局長選挙の活動資金として200万円の支援を全会一致で決定した。現在の申込件数は33件、金額は89万8,000円で、引き続き協力を願う。

7. 第44回日本診療情報管理学会学術大会について

山本学術大会長より以下の報告があり、了承した。

- ・9月20・21日に新潟で開催する。テーマは「診療情報管理の教育と研究 ～医療の質と安全を高めるために～」で、教育に焦点を当てる。
- ・講演、シンポジウム等は昨年の北海道大会に準じ、一般演題が260題、学生演題が55題で、前回よりやや少ない印象がある。
- ・大会前最後の第6回実行委員会を9月4日に新潟で開催する。ぜひ本大会への来場を願う。

〔協議事項〕

1. 消費税について

安藤常任理事より、以下の説明があった。

- ・今回まとめた「平成31年度税制改正に関する要望」は、控除対象外消費税を病院で多額な負担をしている現状を解決してほしいという、ごくシンプルな問題提起である。
- ・来週8月29日に日本医師会、四病協の代表者、日本歯科医師会、日本薬剤師会、すなわち医療界の代表が集まって記者会見を開き、この統一見解を発表する。
- ・合意形成の過程で、先月ここで発表した対象外消費税の問題を還付方式で行う方法論の部分が削除された。日本医師会の代表者が与党の税調の議員と話す中で、センシティブな税の部分の削除を要請されたらしい。
- ・結果、日本医師会が医療界の統一見解として出す文書のタイトルは「控除対象外消費税問題

解消のための新たな税制上の仕組みについての提言」。「税制上」とあるが、本文では還付方式の方法論がカットされている。

- ・文書の公開は日本医師会から固く止められているが、読み上げないと説明を進められない。相澤会長は、口頭での説明は一向に構わないということだったと述べ、詳細説明を促した。安藤常任理事は、説明を続けた。
- ・削除された部分は、「仕入れ税額が消費税補てん額を超過する場合には、申告により当該超過額の還付を受ける」、「逆に消費税補てん額が仕入れ税額を超過する場合には、当該補てん超過額を返納する」。
- ・還付・返納の新たな仕組みとしていたこの点が削除され、「控除対象外仕入れ税額の不足分については、申告により補てんの過不足に対応する」のみとなり、手法が非常に幅広くなってしまった。
- ・「過不足に対応する」点は明確で、何らかの形で返金されるはずである。それで結構なら問題はないが、税制における問題を税制でない部分、特に診療報酬等での補填となると話は違う。そこまで考慮した議論の有無は定かでない。
- ・いずれにせよ我々は政治力の世界ではやや力量不足で、日本医師会と一緒に進める必要がある。それを覚悟の上でこの次善の策でいくのか、それはどの程度続くのか。議論は今後行われると思う。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・不足分の補填は求めるがその方法はこの内容で、曖昧模糊とした表現になった。その理由の1つは政治側の「還付」という言葉は絶対避けてほしいとの意見による。
- ・我々は当初から税のことは税で解決をと訴えており、非課税還付はあり得ない。しかし、税の解決はないとすると、次の選択肢を考えなければならない。

安藤常任理事は、以下のように述べた。

- ・具体的な文言が、資料の平成31年度及び30年度要望（案）の新旧対照表に書かれている。
- ・先ほど説明した削除箇所とは、30年度版の「超過額の還付が可能な税制上の措置を講じていただきたい」が、31年版では「申告により補てんの過不足に対応する新たな税制上の仕組みを創設していただきたい」になった部分のことである。
- ・これは突然日本医師会により31年度要望として変更され、四病協側では今もまだ30年度版の文章になっている。税制上の仕組みを強調しているものの「税制上」とは書いていない。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・不明瞭な状態になっているが、今後は日医案で政治折衝していく。
- ・私は日本医師会側と電話でやりとりしているが、税制上での決着は当然あるべき姿だが、明言すると支障がある。そこで「税制上の措置を講じていただきたい」から「税制上の仕組みを創設していただきたい」という曖昧な文章に変わったらしい。
- ・将来的な話は別と考えて、消費税に対して当座、緊急手術としての我々の義務はこの要望案を完成して予算措置を講じることである。そのタイムリミットはいつか。

安藤常任理事は、以下のように述べた。

- ・エンドは12月末の与党の税調、いわゆる来年度の税制大綱への記載が大目標である。
- ・その前準備として各所からヒアリングを受けるのが10月頃。日本医師会のスケジュールは不明だが、これ以上こちらと議論すべき内容はあるのか。

相澤会長は、詳細を詰めるような気がすると答えた。

安藤常任理事は、以下のように述べた。

- ・そうすると、もう少し時間がある。
- ・大道副会長は、以下のように述べた。

- ・この問題は2つのポイントを包含していると思う。
- ・1つは、今までの補填不足の問題。2つ目は、必ずどこかで過不足が出るため診療報酬での補填は不可能で、抜本的な検討が必要ではないかという点である。
- ・記者会見で日医案が発表されることで、この2つの問題点がうやむやに消える気がする。安藤常任理事は、以下のように述べた。
- ・その2点は、過去の補填不足と、これから起こる補填不足と分けると理解しやすいだろう。
- ・これから起こる補填不足については、過不足なく対応している。文言が「還付」でなく、また「対応」という言葉も曖昧だが、これを信じるなら今後の分は返還されると思う。
- ・過去の補填不足については、事実が発覚した7月25日の発表で厚労省は過去の分約1,000億円は返さないと明言したらしい。
- ・だから、微妙な内容でまだ委員会では深く協議できていない。戦略としては過去の分を含めるか、帳消しにするかに分かれると思う。大道副会長は、以下のように述べた。
- ・逆に皆に聞きたいが、それでいいのか。
- ・我々は過去数年間、どうもおかしい、病院は増床してもなぜ減益なのかと首をひねり、自分の経営手腕や人件費のためかと悩みながら経費削減に努めてきた。しかし、ふたを開けたら消費税が補填されていないという理由が出てきた。
- ・この問題がなければ我々はもっと投資や優秀な人材の確保ができたはずで、非常に悔しい。当然何らかの形で返してもらわないと、一病院長としては未来に明るい期待が持てないと思うが、どうか。安藤常任理事は、以下のように述べた。
- ・非常に困る。返してもらいたいのは山々である。
- ・4カ年で2回の診療報酬改定があり、私のところだけでも数億円に上る。大学病院では約10億円になるのではないか。武田常任理事は、以下のように述べた。
- ・過去のことは終わったことと言うが、4年間で1,000億円という数字自体まだ少ない気がする。倍以上あっても不思議ではない。
- ・であれば、無かったことにして次は返すと言われたら、再度不足が発生するのではないか。根拠が不明瞭な状態で決められても不安しかないが、どうか。安藤常任理事は、以下のように述べた。
- ・懸念は全くそのとおりである。
- ・消費税3%と5%のときは診療報酬補填上乘せ方式だったが、現状はわからない。5%から8%になった際、ようやく根拠となる数字が出てきた。
- ・今般厚労省が出した偽りか誤りかの数字も、実は統計の根拠が指し示されていない。診療報酬上乘せ方式を決める中医協の分科会の委員から、そこを明確にせよとの発言が出ている。
- ・今後、明確にしてもらわないと絶対に困ると思う。中井常任理事は、以下のように述べた。
- ・日本医師会が「税制上の仕組み」の文言を外すということは、国税からの還付はもうあり得ない。厚労省の診療報酬等の予算の中から行うことを意味する。
- ・過不足分を申告する方式の場合は、基金を作って個々の病院に対応するのなら、それでもよいと思う。
- ・元々消費税を2%上げる理由は福祉に回すためなので、当局は立場上税制では困るのではないか。病院としては診療報酬等ではかなわないが、過不足を補填されるならいいように思う。新江常任理事は、以下のように述べた。

- ・要は基金の問題で、どこが作るか、どんな力を持つか。財務省などは基金ができれば関係がないため、税での補填はあり得ないとの前提でそのような発言があるのではないか。
- ・私が書いた日本病院会雑誌8月号の巻頭言は締め切りが7月20日だったので、例の15%と85%の問題が出る前でこうなってしまった。
- ・そもそも診療報酬関係は非課税と当たり前のようによく言われてきて、今回の件でも赤字の部分がこのように変わってしまった。今回は消費税が10%に上がる時の話であり、いずれ15%、20%まで行く際には、課税の話は消えるのではという懸念も大きい。
- ・これで行くのであれば、今後の課題として消費税の話、いわゆる課税の話は「今後、議論の余地あり」と少しでも入れておかないと、また緊急手術を繰り返すはめになる。
梶原監事は、以下のように述べた。
- ・政府力と言われたので話をすると、私は消費税が3%から5%に上がる際、当時の橋本龍太郎総理大臣に苦言を呈した。故人となってしまったが、わかった、10%のときには考えるという言葉が耳に残っている。
- ・前回の理事会でも発言したが、我々の調べでは84.8%しか補填されていない。先日、厚労省が発表した一般病院の15%不足は、その前に我々が言っている。大学病院である本院は今75%しか補填されていない。それも当時データが出ていて、98%や102%と凸凹はあるが全体はとごまかされてきたが、実態はこのとおりである。
- ・消費税増税について、水面下で財務省にはもう関係ない、厚労省で勝手にやれと言われている。消費税増税も今回の不足問題も全て厚労省マターであると。
- ・医療のスタート時から日本医師会が医療は非課税と主張していたから診療報酬としてきたのに、損税だから今度は税制というのは話にならないとしている。
- ・あとは厚労部会と自民党の税制部会と話し合い、いかに方針を決めていくかだと思う。
- ・私は少なくとも3年先程度まで補填してもらいたい。これまでの数千億円をなかったことにはできない。
- ・さらに問題は、消費税を18%程度に上げないと日本の社会保障がもたない。その際の対処法が軽減税率であり、例えば医療に関しては10%時に8%に据え置く、15%時には5%に下げれば、がらっと状況が変わる。
- ・先行きが流動的なため、ここでこそ政治力が重要になる。日本病院会も政治力を持たねばならず、幹部には力を貸してほしい。その点を相澤会長は痛切に感じて頑張っている。
- ・政治家は金を出すか票を出すかで、落ちればただの人。私はいつもそこを利用して脅かしているが、日本病院会には政治力や金がない。あとは皆が地元の票の力を後ろ盾にできるかどうかにかかっている。
- ・税制大綱は12月に出すが、これは次の年度のものである。そのため、過去3年間の不足分は大綱前に基金を作り、数割でも補填してもらえれば大分違う。
- ・そこで、やはり日本病院会の政治力だと思う。私が広報部長のときメディアに働きかけ、NHKにはドキュメンタリー番組まで作らせて世論を動かした。ぜひ力を借りたい。
相澤会長は、以下のように述べた。
- ・ともかく今、病院は控除対象外消費税の負担で経営面において大変な思いをしている。方法はこの際構わない、現在と過去の分に対応してほしいというのが第1点。
- ・第2点は、それが終わった後に軽減税率等の適切な計画を立て、日本の病院が経営を継続できる素地を作ってほしい。それが国の責任なのではないか。
- ・いろいろな議論があったが、ともかく補填してもらわなければならないと思う。厚労省が大失敗をした今こそ、対応を求める一番のチャンスと思うが、どうか。
梶原監事は、以下のように述べた。

- ・我々が厚労省の立場で方法論を考える必要はなく、3年間遡って0.15の不足分を厚労省が補正予算を組んででも年度内に返せと言うのがまず第一。
- ・次の10%・15%の軽減も国が制度として考えることであり、我々は医療現場の実情をしっかりと伝え、対策を取らせるべきである。

・新制度決定と同時に厚労省の役員が異動した。前課長時代の決定事項は、その体面を保つためなかなか変更できない。そのような世界だから、我々は丁寧に提案せずともよい。また、先方も賢い人々なので、ありのまま「返してくれ」と言えばよいのではないか。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・その姿勢と方向性で、控除対象外消費税の負担に関する対応を求め続ける方針でよいか。
- ・細かい方法論については先方の都合もある。私たちは足りなくて大変である、対応を求めたいと言いつけるということでしょうか。

安藤常任理事は、今一番政治力のある日本医師会主導で進めている中、日病協は入っていない。彼らは先般の診療報酬上乘せ方式について非常に拙速な方法であったと批判していたので、今回の税制改正要望への反応が気になると述べた。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・診療報酬への上乗せではカバーできない点は既に共通認識である。
- ・一番すべきことは、必ず発生する補填不足への対応を求めていくことだと思う。方法論は様々あるだろう。

安藤常任理事は、以下のように述べた。

- ・もう少し具体的な方法論が資料に赤字で書いてある。「医療機関等が負担した控除対象外仕入れ税額（医薬品、特定保険医療材料を除く）」、低価格に補填済みとして除外されているが、設備投資の建設時も当然含むと解釈してよいか。そうでなければ安心できない。
- ・診療報酬でどう上乘せしてもうまくいかないのは、このような高額投資が考慮されないためである。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・高額な医療機器と設備投資に関しては、別の税的措置を講じなければいけないと考える。
- ・厚労省の話によれば、本来は診療報酬で患者から徴収すべき消費税額を補填するという計算方式と思われる。
- ・すると当然、最終的な控除対象外消費税は計算段階で補填不足になるはずで、先ほどの補填額の決定方法は何かという問題になる。
- ・そこが明確化しないとわからないが、細かく追及すると時間もかかる。だから、とにかく足りない、この分だけ何とかしてくれと言いつけたい。でなければ、医療機関はもう一、二年ももたないのではと大変心配している。

安藤常任理事は、そうすると我々が各医療機関で税理士や会計士に計算してもらった税金の過払いには当然、設備投資は入っているのかと尋ねた。

相澤会長は、入っていると答えた。

安藤常任理事は、ならばその額は修正して要望せねばならないと受け取れると述べた。

梶原監事は、以下のように述べた。

- ・日本ではMRIとCTを多くの病院が導入しているが、他国では人口当たりの画像診断機器の台数を決めて共同利用している。要するに、社会資本の効率化である。
- ・日本は民間病院が営業政策上、画像診断機器の導入や人間ドックを行うが、なぜその消費税分を診療報酬で負担しなければいけないのか。これは財務省も厚労省も言っている。
- ・AIやIoT、交通網等による効率化を目指す社会保障制度改革国民会議の流れの中には医療も含まれており、病院数や急性期のベッド数を減らすほか、この設備投資の件も内包する。

- ・もしDPCで大学病院が75しか補填されていなくても、我々は助言などせずともよい。文科省の予算で行う等の別の方法があり、管轄が違う部分は彼らが考えればよい。
- ・私の考えでは、DPC I群、II群、III群の一部、要は地域医療計画がある自治体の病院で設備投資に関する消費税の控除対象外が出た場合、基金で埋めると思う。一方、民間病院に対しては、自己判断で勝手に行ったことをなぜ基金で埋めるのかという理屈になるはずである。
- ・そのため、控除対象外消費税を会計上全部行って損であると主張しても、自分の経営戦略の中で償却せよという話になると思う。
- ・そこは国の流れを見つつ、社会保障財源や効率化に含まれる問題だと念頭に置いて進めなければ、その部分だけ抽出しても理屈が通らず、恐らく政治家も動かない。
安藤常任理事は、この質問はもう避けたほうがよいかと尋ねた。
中井常任理事は、それでは公正さに欠ける。ある病院が買うと還付され、別の病院は還付しないという決断は誰が行うのかと答えた。
梶原監事は、以下のように述べた。
- ・地域医療計画の中で地域のために必要な設備を入れた場合、控除対象外消費税が発生したら当然埋めるということになる。
- ・地域医療構想とは医療機能を完全に明確化することであり、例えば年間3,000件程の救急車を診ている病院に対しては、救急の政策医療だから還付される。その点は個別に全てチェックされると思う。
- ・だから、自分たちの好きに入れておいて控除対象外消費税はあり得ない。
楠岡参与は、以下のように述べた。
- ・後で石井監事に教示を受けるべき内容と考えるが、元々病院で建物の建設や機器の購入を行っても、最終的に診療報酬で全て賄う構造になっている。一般企業の場合、工場を建てたら当然必要経費は製品価格に転嫁するが、設備投資には軽減税率や一部免税の制度が存在する。
- ・それと同じ構造と考えると、我々は製品に転嫁できない部分が診療報酬で定められているため限度があると思うが、高額設備投資に関する特別な還付を要求するのは少し難しい。
- ・相澤会長の発言のとおり別財源を創設するか、あるいはなぜ診療報酬で賄ってきたものを今になって分けるのかと言われると答えようがなく、それは診療報酬体系の根本まで遡り、併せて消費税の課税対象範囲についても考えなければ説明ができない。
- ・基金の話に関しては、確かに一般企業における特別税制の形になるかもしれない。その場合、梶原監事の発言のように過剰な設備投資で潰れる会社があるため、同様に潰れる医療機関が出て当然で、なぜそれを基金が補填するのかという点との兼ね合いもあるのではないか。
石井監事は、以下のように述べた。
- ・私は長らくこの問題に関わっているが、極論すると消費税とはどれ程無駄な投資でも関係なく、払った消費税を預かった消費税と相殺し、過不足について払うか還付を受けるかである。
- ・したがって、巨額な設備投資をして工場を作った年度は、大企業でも還付を受けるのは当然となる。
- ・患者を思って診療報酬は「社会政策的な見地」で非課税にしたが、実際には仕入れ側の負担が生じ、それを医療機関に負担させるのは不適切として、実は診療報酬で転嫁している。その点を国民が理解しているか否かは不明である。
- ・一番悩むのは、30年間患者や保険者に診療報酬で負担してもらっていた事実を告げねばならず、払う側から見ると非課税と言いつつ負担させられていた、厚労省や財務省だけではなく医療機関も嘘つきだという理屈になる可能性がある。
- ・本質は、今回の議論の中で日本医師会・診療所は何の影響も受けない点にある。私は今年も日本医師会の税制検討委員会の委員となったが、それが日本医師会の戦略である。

- ・そのため、今後も消費税が上がるたび診療報酬で対応する作業は解消されない。税率についてどうすべきか。
- ・もう一つは、議論された「4年間で1,000億円」については、実は4年でなく今年も含むため5年である。委員として私は担当者から1,300億円近い金が計算間違いであったと、ごく淡泊な説明を受けて大変残念に思っている。診療報酬、薬価と材料が問題外ということ自体がわからない私には、そのレクチャーは全く理解できなかった。
- ・今回の補填不足の計算方法は不明だが、設備投資は減価償却費扱いになっている。長期的に見て減価償却相当を課税仕入れにするだけで、高額な設備投資を行った医療機関にとってはそんなものではない。
- ・特定機能病院や設備投資の多い急性期、耐用年数が非常に短い医療機械を大量購入する病院は大きなストレスを受けているはずで、発言と現実が異なるというのが皆の実感である。
- ・今後の対応として、税はだめだから基金制度ではという話があり、思うつぼしか入るところがないので思うつぼに入っていくと私は思う。その際、先ほど出た地域医療構想との関わりの中で、必要性のない設備投資は対応しない可能性がある。
- ・つまり、税法は客観的な事実に基づいて整理するのみだが、税以外の場合は政策的意図が入る。
- ・大西常任理事の病院も悩ましい状態にあり、高額医療機械が耐用年数を経過して本当は投資したいらしい。今後そういった状況への対応は、全員が同じように認定を得られるか否かの議論が政策的に出てくると思うので、本当に難しいだろう。
- ・これは消費税制の問題ではなく、「診療報酬における消費税補填問題」と言うしかない。補填問題については、先ほどの話のとおり今回が全面的解決ではなく今後も様々な視点から再考すべきとの姿勢でいるのが望ましい。
- ・高額設備投資に関しては、日本病院会の視点では補填の実施が一番理想的だが、精神科は補填し過ぎとのデータが出ている。
- ・長期療養のみの老人病院系も設備投資は耐用年数39年の建物がメインで、6年の高額医療機械はそもそも購入しないため、実際は立場により異なる。
- ・日本病院会としては、相澤会長の発言のとおり急性期への暫定的な対応を求め、併せて短期間で更新が必要な投資は考慮されるべきとして、設備投資についても訴えていくしかない。相澤会長は、以下のように述べた。
- ・まさしく蝸つぼが用意されており、1回入るしかないという大変な状況である。
- ・しかし、その後再考し急性期病院の一番大変な部分について対応を求める方針で頑張りたい。梶原監事は、以下のように述べた。
- ・今後の選挙日程を覚えておいてほしい。
- ・9月に自民党の総裁選、11月か12月に統一地方選挙がある。地元議員に知り合いがいれば、今回の消費税だけでなく医療全般の問題についてレクチャーを願う。来年には参議院選挙があり、再来年2020年の秋には衆議院が解散となる。
- ・我々が行う社会保障の変化と同時に、地方議員への働きかけについても是非協力を願う。

2. 専門医制度への提言について

末永副会長より、以下の説明があった。

- ・以前より悪化したとの声がある中、新専門医機構には初めて理事になった者も多く、これまでの決定事項を粛々と遂行していくと思われる。
- ・今まで問題視していた点についても検討が必要であり、相澤会長の呼びかけにより四病協としての専門医制度のあり方をまとめるべく代表者が協議を行った。

- ・協議の結果、完成した専門医制度への提言「社会はいかなる専門医を必要としているのか」について紹介する。
- ・「はじめに～現状認識」。今の新しい機構になる前は学会主導で、純粋に学術的観点から専門医制度について議論されてきた。
- ・しかし、学会乱立による認定基準のばらつき、専門医に必要な資質の捉え方が医師と国民の間でずれている点、仕組みが国民から見て理解しにくい、あるいは地域偏在・診療科偏在への配慮が不可欠であることから、改めて国民の視点に立った上で、医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的に新専門医制度が誕生した。
- ・その上で「国民の視点」、「医師の視点」、「病院の視点」から見た専門医、それから専門医制に乗らない医師の質の担保、あるいは地域偏在を解消するという視点も必要であるとして、それぞれの内容について述べている。
- ・「国民の視点から」については、まず「専門医」の名称独占が認められていないため各種学会や団体が認証する専門医が乱立しており、認定基準が統一されていない以上質の担保は存在しないと書いてある。
- ・専門医と聞くと国民は一人前のスペシャリストを想定するのではないか。現行の3年程度の専門医制度について、我々の「3年は専門医の始まりに過ぎない」という主張をここに盛り込んでいる。
- ・「医療知識scienceはもとより、確かな技術artを身に着け、さらには医療チームをまとめることcoordinateができる能力competencyを持つ者と言えよう」として、10年程度の臨床経験は必須と理解すべきと書いた。
- ・ゆえに、今の3年の専門医制度は専門研修制度であり、それを修了した専門研修修了医師certified doctorと、その後一定の経験を積んだ専門医specialistの区別を図るべきと主張している。
- ・「医師の視点から」の「専門医specialistとは」では、客観的に認定評価されるべきとして、キャリアパスの多様性により時系列で認証される専門研修制度は必要であるということ、そして「キャリアパスの中で、研究者としての専門医specialist、急性期医療の担い手としての専門医specialist、予防・健診にかかわる専門医specialist、在宅医療にかかわる専門医specialist、高齢者医療・介護にかかわる専門医specialistなど、各々は独立したものではなく、基礎的な経験を十分に踏まえた後に多重的に取得可能な専門性であると理解すべき」で、それはカリキュラム制で養成されるべきではないかと述べている。
- ・「病院の視点から」では、専門性を追求するスペシャリストと日本病院会で言う病院総合医、診療科横断的に診療する医師のアイデンティティの醸成が課題となると書いています。
- ・また、「その提供と認証者は限られた機関である必要がなく、例えば四病協団体協議会としての認証もあり得る。」私は「病院団体としての」という文言を提案したが、四病協の提言書のため「四病協」とし、さらに「例えば」という言葉を加えた。
- ・「現行専門医制度に乗らない医師」。現在はフリーターの医師も多く、これまで学会が質を保証していたが、今後は国の施策を早急に取りまとめるべきとして、「四病院団体協議会としては国の施策について教育・研修面での協力を惜しまない」と書いています。
- ・「地域偏在解消の視点から」。委員会で問題になったのは、「地域」の概要が不明瞭な点である。大学の先生方は「地域」というと僻地を思うが、実際は都会でも地域医療を行っている。
- ・要するに、「地域」とは過疎地を意味する言葉ではなく、地勢や機能面で住民が一体として暮らすことができる範囲であろうということ。そこで憲法第25条、どこに住んでいようが「健康で文化的な最低限の生活を営む権利」が保障されていることから、地域ごとの格差は是正、縮小すべきとしている。

- ・その地域偏在の解消に関しては、専門医制度に期待がかかる。2018年度は臨床研修修了者の97%が専門医の研修に応募してあり、その全員が皆専門医制度に乗るのであれば、専門医制度で地域偏在問題が全て片づくだろう。
- ・しかし、診療科偏在については「学会が地域の疾病構造の変化に対応した予測によって専門医定数の削減を決断するならば解消可能かもしれない」。けれども、拡大主義の各学会では難しく、国の関与がない限り期待できないだろうとも書いている。
- ・将来的には、偏在の解消は「地域の疾病構造や人口構成から推測する「(認定) 専門研修修了医師certified doctor」数を国がリーダーシップをとって定め、さらに地域医療対策協議会等の議論を経て定員制を敷くことが求められる」と述べている。
- ・まとめの「提言」。1) 卒後3年程度の研修は「専門研修制度」とすべきで、それを修了した医師は「(認定) 専門研修修了医師certified doctor」とすべきである。2) science, art, coordinate能力を兼ね備える専門医specialistは、十分な臨床経験の後に取得すべき。カリキュラム制に基づく技術研修と学習、厳格な資格審査によって認証すべきである。3) キャリアパスに則り、重層的なかつ多様性のある専門研修を確保すべきで、その提供と認証者は限られた機関である必要はない。例えば四病協としての認証もあり得る。4) 専門研修を受けない医師に対し、所属先や病院団体、医師会は質の担保のための研修を提供すべきであり、四病協は協力は惜しまない。以上の内容で提言書を結んでいる。
堺名誉会長は、以下のように述べた。
- ・大変よくまとめてあるが、学会の立場や学会の関わりを四病協としてどう捉えるかについて、入れたほうがよいのではないか。
- ・以前、専門医制度の議論の際に我々は病院団体のことが全然考慮されていないと言ったが、これをそのまま出すと今度は学会についても考慮せよとなると思う。その点も含めて意見を集約するとよい。
相澤会長は、以下のように述べた。
- ・多分四病協の意見が一致したのは、3年間修了したらすぐ専門医というのはどうかという認識によるものだろう。
- ・学会にも認定医という制度があり、その上に専門医制度が存在した気がする。ある一定の臨床経験を必須とすべきとの意見があったが、その点についてはどうか。
高久参与は、以下のように述べた。
- ・内科等は認定医から専門医になるが、学会によっては直接専門医だったり、非常に相違がある。
- ・以前私がシンポジウムで、直接大病院に行かず近くの病院なり診療所へという議論をした際、ある医療関係の記者が、今のように勝手に標榜されると行くべき病院がわからないと述べた。
- ・そういう意味では、先ほどのとおり本当は専門医を取ってから看板を出す方がいいとは思いますが、なかなか難しい。アメリカではレジデンシーが終わらないと看板を出せず、本当は日本にもその制度があった。
- ・専門医とは特別な神の手ではなく、その分野のスタンダードな治療ができるという程度のことだったが、だんだん話が難しくなってきた。
中井常任理事は、以下のように述べた。
- ・今、整形外科学会ではこの新しい専門医に私もなれる。まるで意味がない制度になってしまった。高久参与の発言のように、既に開業医や自由標榜で行ってきており、それも全て専門医である。
- ・だから、くっきりと世代の境目を設けて他の人たちは名乗れないことにしなければ状況は改善しない。旧制度の医師も同じ名称にしてしまうと教育方法も違うし、無茶苦茶になる。

- ・この方法を徹底すれば、10年で変化し20年も経てば完全に変容する。同じ開業医でも基準の新旧を皆認識できるようになるはずである。
- ・そうすると、1年違いで差が出たり等の人権問題が起きるかもしれないが、あるプログラムを受けた者のみ認めるというくらい厳格に区別しないと、うまくいかないと思う。
安藤常任理事は、以下のように述べた。
- ・高久参与の発言のとおり、標榜はイコール開業につながる。今も中井常任理事が発言したが、自由開業医制度や医師の取り分、あるいは強制配置か任意にするか等は、先ほどの消費税の問題ではないが、政治的などころに立ち入っておらず、遠慮しているように見える。
- ・覚悟を決めて方針を打ち出すなら、既得権益と離れて本当に国民目線で、国民がわかりやすい医療制度をつくるという表明を病院団体から出す。医師会とは真っ向勝負となる。かかりつけ医という言葉は恐らくもう存続できないと思う。
- ・ヨーロッパ型とアメリカ型のどちらを選択すべきかはわからないが、先ほどの給与水準の問題も含めないと、核心は突けない。病院団体の提言なら書けるのではないか。
塩谷常任理事は、以下のように述べた。
- ・「地域偏在解消の視点から」の「偏在の解消に対して、現専門医制度に期待がかかる」という表現については、既に以前から期待をされている。
- ・専門医制度とのリンクや、安藤常任理事の意見のように自由診療・開業・標榜に関して規制をかけるのか。これも以前からの我々地域医療委員会の主張を日本病院会として織り込むかどうかだが、この提言だけではインパクトが小さい。
- ・本当に地域偏在に困っている人が「地域偏在解消の視点から」と書いてくれていると思って読んでも、これでは落胆されるだろう。
- ・その理由は今、安藤常任理事の発言のとおり四病協としての地域偏在解消に関する決意が込められていないからである。何らかの形で決意を入れないと、偏在に苦勞している地方の日本病院会の支部の方々の期待には応えられない。
梶原監事は、以下のように述べた。
- ・専門医機構設立時の理想は、年間の専門医の数が定められているアメリカや中国に倣うことだったのではないか。
- ・既得権益を持つ各学会との対立を予想していたら案の定で、後半は学会が入って動く展開になったが、これは最初の理想とは異なるはずである。
- ・厚労省はスペシャリティとサブスペシャリティを持たせて、これは3年では足りないとしていて大変よい提言だと思うが、最終的には自由標榜は自由診療なら可能だが、いずれ保険医の指定で適正配置するようになると思う。
- ・日本医師会も自由標榜・開業は絶対譲らないと言うが、実は歯科開業医がコンビニより多くて余っており、廃業しているクリニックもある。
- ・そのため、2030年には医師が余り出すのではないか。すると、地域で自由に開業されたら困るため、人口と疾病構造から算出した保険医の指定で適正配置を行うだろう。
- ・となれば、今後は飽和状態の地元で開業できず近隣の市町村を指定されるケースもあり得る。
- ・もう一つ、憲法改正問題があるが、先ほどの成育基本法や医療基本法について、同時に我々は5・6年制は文科省カリキュラムで臨床実習を行っている。そして、初期研修は厚労省カリキュラムである。
- ・医師法と医療法により、スチューデントドクターは病院に行っても見学しているだけのお客様となっている。その法制度を変えて5・6年、1・2年の初期研修をメディカルスクールのように4年全部一貫通貫にするために行っている。
- ・我々の時代は2年間教養・4年間専門部だったが、今は1年生の前期で一般教養、後期で解

割が入る。1・2年で基礎を全部済ませ、そこで統一試験に合格しないと臨床座学に進めない。そして、3・4年でまた臨床座学を学んで統一試験を受け、臨床実習に行く。

- ・臨床実習といってもスチューデントドクターは何もできないため、大学によっては半年間休みを与えて好きに組みさせている。しかし、その部分で多少の医療なり、改正して一貫通貫ができると、初期研修修了段階でそれなりのドクターができ、今言った専門医の3年生で認定医、その次に専門医という流れにつながると思う。
- ・あの2年間が無駄で、どの私立大学の医学部も6年生になると国家試験対策ばかりで予備校に行く学生が多い。文科省と厚労省のカリキュラムで寸断されていることがおかしいと今、自見はなこ議員が参議院の中の委員会で一生懸命動かそうとしている。

末永副会長は、以下のように述べた。

- ・地域偏在の解消に対して弱いのではないかという意見に同意する。
- ・実は「現専門医制度に期待がかかる」という文言の裏には医療法改正がある。再来年4月頃以降、都道府県から専門医機構等に対して地域偏在等の解消に向けた対策を要望できるという旨の記述がある。
- ・今までの専門医機構は質の高い専門医の育成を目的とし、地域偏在には全く関係しない姿勢であった。しかし、改正により要望が出ると予見して、現専門医制度の中でもそういった点で期待するとの意味でこの文言となった。
- ・疾病構造や人口構成により必要な専門医数をとという問題については様々な意見があり、難しいという話がある。適正な専門医数の推測が非常に困難で、提言でも専門研修修了医師数について国がリーダーシップをとるのは専門医機構でも難しいため、この点も含めて考えてほしいとしている。
- ・塩谷常任理事の思いはよくわかっている。

楠岡参与は、以下のように述べた。

- ・地域偏在等の解消に向けた対策の要望は、各都道府県の知事が直接専門医機構へ出すのではなくて、まず厚労大臣が取りまとめる。
- ・その件で、今日の新規承認事項で厚生労働省医政局から医道審議会医師分科会専門研修部会の委員の依頼があったが、ここが厚労大臣の諮問機関となる。
- ・要望数が専門医の定数を超える事態にもなりかねない。だから、この専門研修部会で各県の意向を抑えて均てん化を図る方向に行けば一番よい。この部会は相当大きな役割を担うだろう。

中島常任理事は、以下のように述べた。

- ・末永副会長がまとめた今回の提言については、将来的にはこの方向になると思う。
- ・現在の専門医制度は徹底したプログラム制で成り立っている。それは国からすると非常に扱いやすく、カリキュラム制になると医師が自由に行うため扱いにくくなる。組み合わせなければうまくいかないだろう。
- ・今の専門医制度が酷いと感じる人が圧倒的に多い中、将来の形を示す提言は非常に意義がある。
- ・細かい点では精査が必要だが、現時点ではなぜこれが大問題になったのかよくわからない。いや、本当は理解している。

末永副会長は、以下のように述べた。

- ・このままでは大変で早く提言を出さなければならなかった。相澤会長からも早急にまとめるよう依頼があり、効果があるときにジャブを放つという意味で一つの波紋にはなったと思う。
- ・某団体からは、かなり厳しく言われたと聞いている。

相澤会長は、以下のように述べた。

- ・皆納得しないままどんどん進んでしまう、おかしいのではないかとどこかで言う必要があると考えてこの提言書をまとめたところ、一生懸命やってきたことを壊す気かと言われた。
- ・全て壊すのではなく、未来に向けて最良のものを作る努力を行うことは極めて大事だと思う。
- ・少しジャブを出したらアッパーカットを食らってしまったが、皆の合意がないまま進んでいる現状は日本のためにも良くない。ぜひ支援、協力の下検討の継続を願う。

3. その他

梶原監事は、以下のように述べた。

- ・皆に伺いたいのだが、遅くとも10年後にはほぼキャッシュレス社会になる。私の病院でも未収金の防止策としてクレジットカード決済を導入し、外国人にはカード払いをお願いしている。
- ・しかし、日本は居酒屋でも何でもカードを使うと店が手数料を取られている。居酒屋チェーンなどは利益が非常に少ないため、カード化ができないという。
- ・我々病院も大半がキャッシュ払いだが、いずれはキャッシュレス化が進むだろう。ただ、カードは利用から約1カ月半後に入金される。すると入金が遅く、かつカード会社から手数料を取られることになる。
- ・大道副会長の病院は大手のカード会社と1%の手数料で提携しているが、よほどの力がなければ普通の病院ではまねできない。
- ・このカードの手数料問題は、部屋の差額や自己負担の分も入れると相当大きな額になると思う。もし病院がいずれキャッシュレスに対応するとすると、消費税と同様にボディブローが効いてくる。
- ・私の知る範囲では、海外では使用する人がカードの手数料を払うことになっているらしい。例えば1万円食事をしたら1万3円や30円の手数料を払い、カード会社が徴収、店は全く払わない方向に向かいつつあるようである。1カ月半後の銀行引き落としなら、1カ月半猶予があるわけだから、カード払いは利用者側の利便性が高い。
- ・この件は検討の必要性を感じている。調査が要るなら行うので、ぜひ会長・副会長会議で議論してほしい。

相澤会長は、共済会社長の堺名誉会長に意見を求めた。

堺名誉会長は、以下のように述べた。

- ・大変な時期に現執行部が頑張ってくれていることに感謝する。
- ・言うべきことは言ってよいと思う。日本医師会は様々な意見を出すのが、元々診療所と病院では考え方が違って当然である。相澤会長にますます言いたいことを言ってもらえたら有り難い。

相澤会長は、共済会に各病院のカードの手数料を負担してもらえないかと尋ねた。

堺名誉会長は、十分可能だが残念ながら日本病院会会員に共済会についての理解を得られていない。それは、お互い行って来いの関係になれば有り難いと答えた。

相澤会長は、了承し感謝の言葉を述べた。

以上で閉会となった。