

日時 平成24年9月29日(土) 13:00~17:00

場所 日本病院会 会議室(ホスピタルプラザビル3階)

出席者 堺 常雄 (会長)

今泉暢登志、高橋 正彦、末永 裕之、相澤 孝夫、梶原 優、大道 道大(各副会長)
藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、石井 暎禧、木村 壮介、松本 純夫、万代 恭嗣、中井 修、
渡邊 史朗、山田 實紘、生野 弘道、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、上津原甲一、石井 孝宜 (各監事)

野口 正人、中嶋 昭

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

坂本 すが(代理 菊池令子)、高久 史麿、松田 朗、池上 直己、権丈 善一、
齊藤 壽一 (各参与)

福永 秀敏、吉田 孝宣、原 義人、大道 久、崎原 宏 (各委員長)

三浦 將司、松本 隆利、三浦 修、細木 秀美、高野 正博 (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)

大島 正義(八幡青樹会病院理事長)

総勢53名の出席

開会に先立ち、9月18日に逝去された天川孝則 元常任理事、9月19日逝去された秋山洋 名誉会員に対し黙祷した後、堺常雄会長から開会挨拶があり、議事録署名人に中島豊爾及び小川嘉誉両常任理事を選出した。

次いで、新規入会病院紹介として大島正義理事長(財団法人青樹会八幡青樹会病院)が挨拶し、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

前回の役員会後の会員異動として、下記のとおり承認した。

〔正会員の入会2件〕

①宮城県・医療法人社団脳健会 仙台東脳神経外科病院(会員名:鈴木幹男院長)

②大阪府・医療法人社団有恵会 有澤総合病院(会員名:柴原伸久院長)

〔正会員の退会慰留1件〕

①医療法人社団仁恵会黒河内病院(神奈川県) 慰留者:渡邊 史朗 常任理事

平成24年9月29日現在、正会員 2,373会員

特別会員 228会員

賛助会員 245会員(A会員104、B会員107、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・協力等依頼8件)

- ①臨床研修病院事務担当者講習会ならびに臨床研修実務者コース（応用編）（NPO法人卒後臨床研修評価機構）の後援
 - ②第16回国際福祉健康産業展～ウェルフェア2013～（名古屋国際見本市委員会）の協賛
 - ③第9回医療機関広報フォーラム（公益社団法人日本広報協会）の後援名義使用
 - ④第14回フォーラム「医療の改善活動」全国大会in沖縄（医療のTQM推進協議会）に対する後援
 - ⑤平成24年秋季全国火災予防運動（消防庁）に対する協力
 - ⑥第32回医療情報学連合大会（第13回日本医療情報学会学術大会）（第32回医療情報学連合大会）の協賛
 - ⑦第34回フード・ケータリングショー（一般社団法人日本能率協会）の協賛名義使用
 - ⑧第62回日本理学療法学会（公益社団法人全国病院理学療法協会）の後援名義使用
- （継続：委員推薦・委嘱依頼2件）
- ①ISO/TC215国内対策委員会（一般社団法人医療情報システム開発センター）の委員推薦
（被推薦者） 大道道大副会長
 - 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） 高橋正彦副会長
医療情報部会委員（再任） 相澤孝夫副会長
保健・医療・福祉部会委員（再任） 大道道大副会長
- （新規：後援依頼1件）
- ①「循環器専門ナース研修コース」（公益社団法人臨床心臓病学教育研究会）に対する後援名義使用

〔報告事項〕

1. 各委員会等の開催報告について

日本病院会関係の下記委員会等の開催報告があり、了承された。

（1）第2回地域医療委員会（8月28日）

地域医療再生を妨げる制度の壁を来年の病院学会のシンポジウムで取り上げ議論していこうとなり、困っている制度の壁のアンケートを実施予定と報告があった。

（2）第5回雑誌編集委員会（8月28日）

報告は資料一読とした。

（3）第2回病院経営の質推進委員会（8月20日）

報告は資料一読とした。

（4）第1回病院経営管理研修会（9月14日）

224名の参加があり、小山信彌DPC評価分科会会長からのDPC2群、3群の病院分けについてほか、先端病院事例の講演や報告による研修を行ったと報告があった。

（5）第3回病院中堅職員育成研修「財務・会計」コース（9月27日・28日）

報告は資料一読とした。

（6）第25回医療制度委員会（9月12日）

報告は資料一読とした。

（7）第24回医療の安全確保推進委員会（9月12日）

以下の報告があった。

- ・医療界の見解が一致した死因究明制度を早期にまとめようと動いている。原因究明、再発

防止を機軸としていこうと話している。

- ・医療安全調査機構の扱う死亡ケース、解剖例だけでなく、重篤事故での後遺症や病院機能調査機構のヒヤリ・ハット例も含め、広く全体をカバーする制度に持っていきたい。

報告を受け塚会長は、病院団体として、早い時期に日本病院会も意見を集約し公表したいと述べた。

(8) 第5回医業経営・税制委員会 (9月13日)

患者未収金問題に関するアンケート調査の回収率が現在20%弱だ。目標は回収率30%、700会員病院なので、ぜひ回答いただきたいと報告があった。

(9) 第1回臨床研修指導医養成講習会 (9月15日・16日)

昨年度までの3日間コースで座学が多い研修会を変え、ワークショップ形式で2泊まり込みで実施した。評判がよければ年3回開催も考えると報告があった。

(10) 医療安全管理者養成講習会第2クール (9月7日・8日)

第2クールを終了し、事後アンケート調査で8~9割が満足との評価だ。より高いレベルの研修希望もあり、来年度の具体化を進めていきたいと報告があった。

(11) 第1回国際委員会 (9月18日)

閣議決定された医療の国際化について、日本病院会に参加要請のあった厚労省、経産省の説明を聞いた。厚労省の外国人患者受け入れ医療機関認承制度は、当方の参加のインセンティブやメリットが見出しにくい話だった。経産省のMEJ(メディカル・エクセレンス・ジャパン)構想の外国人医師の修練制度は、煩雑な手続を外部機関に代行して外国人医師を教育できそうなので、今後やりとりで話を詰めていきたいと報告があった。

(12) 第1回精神科医療委員会 (9月20日)

今年度盛況だった病院学会のワークショップに、来年度、女性を中心にもっと人を集めたい。齊藤万比古オブザーバー(日本児童青年精神医学会理事長)にコーディネーターを、司会にもう一人女性を、演者に教育関係者、小児科医、精神科医、心理職から女性を最低1名、最多3名までとして依頼したと報告があった。

(13) 診療情報管理士教育委員会 第2回医師事務作業補助者コース小委員会 (8月31日)

(14) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会 (8月21日~9月1日)

(15) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会 (8月17日~9月15日)

(13) (14) (15) についての報告は資料一読とした。

(16) 日本診療情報管理学会 第2回倫理委員会 (8月27日)

(17) 日本診療情報管理学会 第2回理事会及び評議員会 (9月5日)

(18) 日本診療情報管理学会 第60回診療情報管理士生涯教育研修会 (9月6日)

(19) 日本診療情報管理学会 総会 (9月6日)

(16) (17) (18) (19) について、以下の報告があった。

- ・倫理委員会では、倫理綱領2012の骨格がほぼでき上がった。
- ・日本診療情報管理学会は名古屋国際会議場で開催され、末永副会長に大変お世話になった。9月5日に理事会、評議員会、9月6日に総会が開かれた。
- ・期間中に診療情報管理士生涯教育研修会を行い、参加461名の盛会だった。

(20) 病院経営管理者協議会 第2回理事会 (9月14日)

(21) 病院経営管理者協議会 第1回総会 (9月14日)

(20) (21) について、以下の報告があった。

- ・理事会では、総会に提出する「病院経営管理士会」への名称変更等を確認、ホームページの作成事業や次年度の日本病院学会ワークショップのテーマについて検討した。また第2回病院経営管理研修会は、開催候補日を2日に絞り込み進める予定とした。

・総会では、名称変更、役員任期、会費の3案件、事業報告、事業計画の承認が得られた。

(22) I F H I M A (診療情報管理協会国際連盟) 執行役員対面会議 (9月19日～21日)

2016年のI F H I M A総会を日本に持ってくる案は、診療情報管理学会ほかで了解・賛同いただいているが、中国、タイ、オーストラリアと競合することになる。頑張るので、理事の方には特段の協力を願いたいと報告があった。

2. 日病協について

下記会議等についての報告を了承した。

(1) 診療行為に関連した死因究明制度等に係るワーキンググループ (8月27日)

報告は資料一読とした。

(2) 第85回診療報酬実務者会議 (9月19日)

消費税に関し日病協は原則課税でゼロ税率を統一見解にしようとのことだが、それは税制改革の問題となり簡単ではないということだ。病院が薬品を買うのがゼロなら、薬品会社の仕入れもゼロにしないと合わないのではないかと聞いたが、その結論は出ていないとのことなので、後で協議したいと報告があった。

(3) 第94回代表者会議 (9月28日)

報告は資料一読とした。

3. 中医協について

下記会議等について報告があり、了承した。

(1) 第2回診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会 (9月5日)

- ・これまでの慢性期の評価分科会が改組され、24年度改定の付帯意見のうち幾つかを審議する分科会として設けられ、日病からは安藤常任理事が委員で参加している。
- ・慢性期だけでなく、急性期から亜急性期も含めた入院医療の調査と評価を行う。調査項目に、一般病棟7対1、10対1での長期入院もある。調査票は順次中医協に上がってくる。

(2) 第229回総会 (8月22日)

- ・D P C評価分科会の報告では、26年度改定対応に係る基本方針として、基礎係数が入ること、医療機関群を3つに分けたこと、26年度改定でも基本的に24年度改定を踏襲したいとの確認があり、小規模病院や専門病院等に対してD P Cをどう評価するかを議論していく。
- ・3群の病床数と1日当たりの包括点数の散布図、3群を分ける平均のバーが一部示された。
- ・煩雑であった地域医療指数の確認手順を、厚生局を通すように変える案が示された。
- ・外来に係るデータ提出加算は24年改定からできたもので、10月から申請開始される。

(3) 第230回総会 (9月19日)

- ・被災地で特例措置を採用の病院は9月で特例措置がなくなるが、ひとまず来年3月まで延長し、さらに延長が必要かはそのときの調査に基づいて考えるとのことだ。
- ・最近の医療費の動向として、3%程度の増加だった。詳細は資料を参照されたい。

(4) 第160回診療報酬基本問題小委員会 (8月22日)

・基本診療料のあり方に関する検討については、事務局も変わり少し議論がストップしているところがある。1号側も2号側も、基本的に、入院基本料の算定は看護基準が主だというだけでは実態をあらわさない、そこを考えようという点では合意している。

(5) 第4回費用対効果評価専門部会 (8月22日)

・これまでに合意されたうち、評価手法について具体的に議論を始めようとしているが、今後の進め方でいろいろ意見が出てストップし、入り口から先には進んでいない。

(6) 第82回薬価専門部会 (8月22日)

- ・長期収載品を後発の価格と比べてどうするかについて、諸外国の後発品のシェア比較で留意する必要がある、日本は後発の導入のスピードや率が低い現状が報告された。

4. 四病協について

下記会議等についての報告を了承した。

(1) 第5回総合部会（8月22日）

報告は資料一読とした。

(2) 第4回日本医師会・四病協懇談会（8月22日）

報告は資料一読とした。

(3) 第2回医療制度委員会（8月29日）

報告は資料一読とした。

(4) 第6回医療保険・診療報酬委員会（9月7日）

報告は資料一読とした。

(5) 第8回准看護師の生涯教育研修体制のあり方に関する連絡協議会（9月14日）

以下の報告があった。

- ・正看になる通信制の進学者への奨学金は、額が少なく返還期間が短いので余り使われていない。21年度は91人受けて15人はドロップアウトした。合格率は80%ぐらいあるとのことだ。
- ・看護師と准看護師の認定試験の同日実施反対の意見を日看協に伝えることを依頼した。

(6) 第5回医業経営・税制委員会（9月20日）

以下の報告があった。

- ・日医と四病協の連名で来年度税制要望を取りまとめた。
- ・医療法人会計基準の策定は、かつて決定に至らなかったがかなり取りまとめられたものだ。再度策定しようとの動きがあるが、現在病院会計準則で会計報告しているのを、なぜ別立てでやる必要があるのか。

病院会計準則の改正の議論の際に、医療法人会計基準の原案もつくった。施設会計としての病院会計準則と介護老健施設会計準則、法人会計としての医療法人会計基準を、医療法人を中心に整理する組み立てとしたが、結果として16年に病院会計準則の改正のみ通った。病院会計や老健の準則は単なる施設基準でしかない。さまざまな事業を行っている法人全体の経営状態を見るには医療法人会計基準が必要だと答えた。

開設者の比較ができないから医療法人会計基準をつくるとも聞くが、それらの比較は目的ではなさそうだがどうかと尋ねた。

開設主体を横断的に経営比較するには病院会計準則がある。病院は病院会計準則のほか老健運営には老健準則を使うが、収益事業には適合できない。病院比較の問題でなく、医療法人全体の経営の状況をつかむため法人会計基準が必要だと答えた。

病院会計準則は、設立母体がばらばらの病院の経営実態調査に必要として日病でつくったのが厚労省に入ったものだ。医療法人のトータル損益がどうかは病院以外も全部入るので、いわば税務会計である病院会計準則とは別と理解しないと難しいと述べた。

医療法人会計基準がお蔵入りになったのは、基準によって医療法人の経営状態が一時的に劣悪になり銀行融資が滞る懸念等もあり、結果的に時期尚早として導入されなかった。病院という事業体の会計比較なら準則で十分としてよいと述べた。

協議会では五十嵐会計士が説明し、当時は退職引当金や自己資本比率の問題で銀行融資の懸念からお蔵入りになったとのことだ。今回の動きは、自己資本比率が医療法人は問題にされなくなった社会情勢の変化等もあると思う。新しい法人会計基準は、医療法人にメリット

がある形のものをつくれば良いと思うと述べた。

非課税で大規模な社会医療法人が180を数え、社会的責任や公益性から法人としての会計基準が必要であるという、16年当時と異なる状況も理解されたいと述べた。

(7) 第4回厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会（9月26日）

以下の報告があった。

- ・福祉医療機構から、平成25年度の予算組みと事業の説明があった。①社会医療法人に貸し付ける場合、公益法人と見なして融資をする形に変わる。②償還は減価償却と合わせるよう30年に延びる。③上乗せ金利により連帯保証人はとらない。④担保は借地にも認め、借地に建つ上物は担保率90%で見るとのことで、利率の内容が変更された。

- ・現在の銀行金利よりも高いが、将来の金利動向を30年先まで想定し、固定がよければそれを選ぶ形だ。

(8) 第6回総合部会（9月26日）

以下の報告があった。

- ・入院基本料、基本診療料について、7対1は現在病院単位だが、中医協の中で議論し病棟単位にできないかと議論された。

- ・基本診療料は主に看護基準で成り立っているが、チーム医療の中、看護だけでなく諸職種がかかわるので、四病協として意見を出そうと委員会を立ち上げることとなった。

- ・厚労省から医療分野の雇用の質改善に向けたプロジェクトチーム設置について通知があった。

(9) 第5回日本医師会・四病協懇談会（9月26日）

報告は資料一読とした。

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

下記会議等についての報告を了承した。

(1) 第11回専門医の在り方に関する検討会（9月7日）

報告は資料一読とした。

(2) 第2回医事法関係検討委員会（9月21日）

以下の報告があった。

- ・日本医師会の医事法関係検討委員会が動いている。9月21日に民主党の小西議員、超党派の医療基本法議連の事務局長を呼び、医療基本法制定に向けて具体的な討議に入った。

- ・その中で、今年12月22日に日本医師会中心に医療基本法制定のためのシンポジウムの開催を決めた。私もこのシンポジストに決まった。12月22日に意見を集め、条文法制化に入っていく、議員立法を目指して議連が動いていくことも決定した。

- ・日本病院会の医療制度委員会を呼んで意見交換するのは22日には間に合いそうもない。私のお願いとして、15項目ほど問題点を選んだがその回答を求める形で出してよいか。病院団体としてはこういう意見だと紹介するようやっているので了解いただきたい。

基本的な病院団体として言わなければならない意見の箇条書きは大分できており、それに基づいて今話を討議したいと述べた。

大井顧問の話を四病協に出すと、もっと違うことをやるべきだという意見が強い。もし四病協と一緒にできなければ、日本病院会として医師会に提案しようという話が委員会では出ており、その方向でいると述べた。

石井委員長の委員会でも今出てきていることをぶつけてもらいたいと述べた。

6. 診療報酬改定影響度調査の中間報告について

以下の報告があった。

- 回答数1,308件、回答率55%、有効回答数は798病院で、前回よりも回答が大分増え、中でも300床未満の病院が顕著に増えた。データ収集グループと担当者の努力の結果だ。
- 1病院当たりの診療収益の前年との増収比率はわずかに上がっているが、200床以下の病院ではむしろ減収だ。外来は減収の病院が多いが、500床以上だけが増収だった。
- 単価は入院、外来ともにプラスで、DPC対象病院、対象外いずれも伸びている。1人1日当たり診療単価は、入院、外来とも大きな病院では上がっている。DPC対象外では99床以下で最も高い増加率で、専門病院であるからかと思う。入院基本料別には、7対1が2.48%の増収に対し10対1では2.77%だった。
- 延べ患者数は、病院全体では入院、外来いずれも減少の病院の割合が多い。外来では74.6%の病院で減。病床区分別、病院機能別に見てもほとんどの病院で減、特に一般病院が77.2%で減少している。病院機能別には特定機能病院、回復期は増えている。
- 診療行為別には、外来では化学療法 of せいで注射料増に対し、入院では減収で、薬価の引き下げも影響していると思われる。置き換え試算の増収は点数のアップによる。
- 損益予測は、規模が大きくなるにつれ増収の病院が増える結果だった。収益には診療報酬改定の影響が大きかったが、減収理由では入院患者、外来患者減が挙げられている。
- 費用では74%の病院で看護職員等人件費が増え、材料費の増も挙げられている。
- 特定の曜日、正午までの入退院は、小さい病院ではまだそこまで出ていない。
- 病院勤務医師負担軽減体制の取り組みは、500床以上の病院では100%近くとれている。医師委員会の関係職種等の役割分担はほとんどの病院でやっていて、予定手術前日の当直免除とか交替制勤務は約4分の1の病院で既にできている。
- 急性期看護補助体制加算は大きい病院ほど取れている。精神科リエゾンチーム加算はほとんどの病院で取れていない。精神科医師、研修修了職員がいないことによる。今回改定目玉の病棟薬剤師業務の実施加算も、取れている病院は25%にとどまっている。取れないのは薬剤師が足りないのが理由だ。感染対策加算、患者サポート充実体制加算もほとんどの病院で取れ、大きい病院ほど取れている。データ提出加算はまだできていない。
- 全体に今年度も大きい病院に比較的有利だった。前回よりは施設基準が取れているがまだハードルが高く、年度を越えてだんだん取得していける状況かと思う。今回は、精神科は比較的収益がよくなっている。最終報告は大体11月ごろを予定している。

7. 栄養サポートチーム加算について

以下の報告があった。

- NSTに関する講習会を、10時間以上の研修要件を満たして栄養サポートチーム加算が取れる資格を与えてほしいと厚労省に働きかけてきた。最近、医師が日本病院会の「医師とメディカルスタッフのための栄養管理セミナー」を修了した場合、栄養サポートチーム加算にある所定の研修修了と見なすと認められた。
- 管理栄養士が栄養サポートチームで頑張っても医師の理解がないとNSTもうまくいかない。案内が出たら多くの施設からの参加を期待したい。

8. 支部長連絡協議会の開催報告について

以下の報告があった。

- 前回の常任理事会（8月25日開催）の後、正副会長合同で第3回会議を開いた。
- 各支部長の報告で、日病がどんな仕事をしているかはつきり知らない人が地方に多数いる。入会を勧めるためにも、日病の動きを10分の動画にして会合で何回も流せば仕事ぶりがPR

できるとの意見が出た。

- ・ 県に病院協会があるところは病院協会と一緒に講演会等も行っているが、ほかには県により事情があり日病とだけで開催とはいかないところもある。その他、いろいろな状況や意見が出された。

地域医療計画は厚労省から都道府県に下りるが、各都道府県審議会は医師会が中心なので、病院の意見が反映されないことがある。計画は5年に1度で、もう既に来年度の策定に入っているため、更にその5年後に向けて病院団体あるいは日病として何かできるかを検討していきたい。支部の方からも意見をいただきたいと述べた。

9. 第38回日本診療情報管理学会報告について

以下の報告があった。

- ・ 9月6日・7日、名古屋国際会議場で開催された。非常に暑い中、2,154人と多数の参加があり熱心に議論した。電子カルテの功罪を取り上げたので、それを紹介する。
 - ・ コピー&ペーストの形で簡単になり、提携文のコピーでもそれをやったと見える真正性の問題もある。これは診療情報管理士をはじめチェックする機構が必要との意見が出た。
 - ・ 患者の顔を見ないで電子カルテの打ち込みばかりというクレームは、顔を見ながらでもブラインドタッチできるから問題ないという話もあった。ただ、どこからでも入力できてしまうのは、医者が病棟に居つかなくなって、コミュニケーションをとる機会がなくなる。入力になれた世代に対し、どうコミュニケーションをとらせるかも問題になると感じた。
- 次回は25年9月5日・6日、つくば国際会議場で開催すると述べた。

〔協議事項〕

1. 消費税について

堺会長は、石井監事に資料に基づいて説明を求めた。

石井監事は、以下の説明をした。

- ・ 消費税は、納税義務者と納税者が同じである直接税とは違う間接税で、本来は消費者が負担し事業者が負担するものではない。ただ、現実の納税は、各取引段階で事業者が一時的に負担し、最後は消費者が負担する流れになる。
- ・ 医療や介護は社会政策的な見地から課税されない流れだが、現実には製薬会社、卸会社、医療機関の段階があり、製薬会社の前にはもっといろいろな事業者がいて、最終段階の事業者の取引だけが対消費者に対して非課税になる。
- ・ 一方、全段階非課税という考え方もあるが、実務上はとても難しい。そのために、①最終仕入れ段階の事業者である医療機関が消費税を還付してもらい、ほかに、②医療機関の取引を税率ゼロの課税取引という整理をする考え方もある。海外取引の場合などでの仕入れで免税や税額還付という考え方は、国内取引では議論にならない。
- ・ 消費税は、概念として発生主義的会計でなく歳入歳出概念だ。単年度で消費者からどれだけ預かり、仕入れサイドでどれだけ払い済みか、その差額を納付する。逆に、売上高よりはるかに多い設備投資をした場合は還付される。事業者自身は、経営的に採算つまり損益に対する影響を一切受けないのが消費税の理屈で、税率が何%になろうが成り立つはずだ。
- ・ しかし、医療機関の社会保険診療報酬が非課税という現状でそれが措置されず転嫁できないと、課税仕入れ分は最終段階の事業者である医療機関が消費者の代わりに実質負担をすることになる。この矛盾に対し、実は診療報酬でこの部分は1.53%措置していたという議論が一方にあるが、それが無いという前提に立つと、ゼロ税率や軽減税率の考え方が出てくる。だ

が、非課税であった取引を課税取引にするのは、13のステークホルダーへの影響、利害得失が異なり大きな議論が出てくることになる。こういう整理がこの問題の基本前提で、消費税負担を診療報酬の保険制度で手当てする技法自体が不透明との議論になっている。

- ・今日はこれを受けた形で、技術的なことで追加的な説明をする。①高額の投資に係る消費税負担について、②診療報酬で手当てする場合の論点や実務問題についてだ。税率は2段階で上がる。診療報酬と薬価は3年連続で改定があり、2018年にまた同時改定が来る。
- ・医療機関等の仕入れに係る消費税は、8%の段階までは診療報酬等の医療保険制度において手当てすると法律に明記されているので、このままいく。高額投資に関して措置を講ずることを検討すると言っている。その予備的調査は始まっており、12月には本格調査、来年3月までに結論を得る方向だ。
- ・控除対象外消費税負担を診療報酬で手当てするとき、個々の医療機関ごとのその負担分をびったりと穴埋めすることは不可能なので、手当ての手法を考えて合意しなければいけない。具体的な手法として4つ挙げてみた。①今までのやり方は、医療機関は踏襲したいと思っていない。②診療報酬に対し単純に税率を掛ける。③消費税対応加算を報酬に新設する。④控除対象外消費税等を毎年個々の医療機関ごとに計算し、それぞれ実額で医療保険制度において手当てしてもらおう等の考え方もないではない。
- ・診療報酬で手当てする場合の実務的問題で、実は医療機関の売上高はすべてが社会保障診療ではない。介護保険は非課税だが全然違うアカウントだ。控除対象外消費税は医療に係るものだけで、大変複雑化してくる。医科、歯科、保険調剤薬局も例えば高額の設備投資についても見解が異なってくる。診療報酬の何%以上とか議論を積み上げていく必要がある。
- ・何より大切なのは国民的理解で、国民側の目線で考えたとき、税負担が増えるところに、さらに診療報酬で医療について消費税を課税化するののかとなる。協力を得られないと改正できない。ゼロ税率が一番いいと私は思うが、実現可能性は大変微妙で難しい。

非課税もゼロ税率も内容は同じと理解していいか。ドイツ等は還付方式でやられていると聞くが、なぜ日本ではだめなのかと尋ねた。

「引き続き検討する」と法律条文には書いてある。これから議論を本気でやるということだ。ただ、検討の場はできていない。早く設けなければいけない。

診療報酬の中で見ず、消費税は消費者が払うルールだから、医療であろうと原則課税に置き換えようという要望が第一にある。日本医師会、四病院団体でも日病の委員会でもそうだ。それが税制マターになった後に、複数税率とかゼロ税率を議論すればいい。8%までは診療報酬で見ると閣議決定されたが、10%は税制でやることを国に認めさせたい。消費税は将来的に必ず上がる。いつまでも診療報酬の中で措置するのは限界がある。シンプル・イズ・ベストで税制でやる方がいいと各党の政治家が理解を始めている。将来18%になったときに今のままなら医療機関はどこももたないと述べた。

控除対象消費税について尋ねた。

普通の事業者の場合、仕入れで払った消費税は基本的に100%すべて控除対象消費税なので還付される。病院も全額自由診療で行われている病院であれば同じことが起きる。ただ、社会保険診療報酬はそれを非課税としているので控除できないと答えた。

問題は、医療に関して非課税だったのを課税するのは、診療報酬プラス税金を払うことで負担が増え、国民が認めるのは難しい。非課税のままでこれから上がっていく分を還付というのが一番簡単なのではないかと述べた。

今までの5%にかかわる消費税は診療報酬で手当てし続け、その後の部分だけ税で手当てする方法は法学上、法律理論として立て付けられないと思うと答えた。

まず課税マターにすると政府で決めてもらうことが我々のねらいだ。大事なことは国民がそ

れを払うということで、ゼロ税率は国民に迷惑をかけたくないとして医療界が主張していることだ。輸出業者は消費税を払っても後で返してもらえるし、事業所の源泉徴収は国税庁に代わって行っている事業だ。医療だって、国民に窓口で負担をかけない工夫はテクニカルに幾つもあると述べた。

財務省の視点からすると、診療報酬に上乘せは健康保険料をわからないように税金にできる便利な方法だと思う。しかし、どんどん上がれば健康保険料はパンクする。何兆円というお金の動きの中からそれがわかってくるのではないかと述べた。

保険料とかの企業負担料率が上がれば企業の雇用経費が上がり、マクロの国際経済競争力で日本はもたない。中医協の1号側委員も気づいて診療報酬について反対を始めている。上がった分の差額を税で診療報酬を補てんするというのは、財務省としてはうま味がない。しかし、国民目線に立ったら、年金も医療もみな税だと述べた。

日本病院会は、四病協と日医と一緒に、一貫して原則課税で診療報酬の中でなく外で見てくれと最大限の努力でやっていこうと思っていると述べた。

梶原副会長の言われるやり方で主張していくのもいいが、医療は消費税をもらって還付しないのはどうか。一回どこかで主張してもいいと述べた。

国民の世論調査では、5割ぐらいの人は今の診療報酬で消費税を払っていると思っていて、非課税だと知らない。また大阪での患者へのアンケートでは、消費税を徴収したらいいという層が6割ぐらいいる。さまざまな目線があるが、国民自身が医療に対し消費税を払っていないことを知らないことがあると述べた。

堺会長は、議題の議論として一度取りまとめ、権丈参与に発言を求めた。

権丈参与は、次のように述べた。

- ・消費税増税で税収に入ってきたものは、社会保障の使途としてもうほぼ全部決まっている。だから理屈の問題では打開できない。数値を入れて議論していかないといけない。
- ・私の資料の「社会保障としての国民皆保険制度」では、3党合意の中ではもう皆保険を放棄したような文言になっている。「国民皆保険に価値を置く勢力」がばらばらだったら、広報も持っている経済界に軽く突破される。社会保障国民会議で、医療をどう変えるかはもうある程度形が決まっている。社会保障を小さくしようという人たちは、目の前のものを小さくする形で展開しているが、社会保障改革案はほぼあってあと実行を待つだけだ。経済界とかは、青天井で増えていく医療費を中心に社会保障の抜本改革が必要というキャンペーンを張っていく。そこを見定めて戦っていかないといけないと書いてある。

- ・政権交代前に、自民税調は課税の方針を決め、日医のほうも「社会保障税」の名前なら課税でいいと、自民党と日医でこっそり決めていた。それをみんなで吹っ飛ばしてしまった。

消費税は最初るとき社会保障を強化するのに1%と書いてあったが、今度の3党合意では単に維持ということになっている。強化につながる費用に全く今回の消費税アップ分が使われない。なぜああいう3党合意をしたのかと尋ねた。

3党合意の中で強化という言葉はなくなっているが、消費税関連の税の改革法案の中には社会保障の機能強化は残っている。実質、今回は5%のところとさほどの違いはない。プライマリーバランスを何年度までにどの程度にすると決めているので、実は幾らもがいても財政の支出の矛先を変えることができない状況になっていると答えた。

浮いたお金を公共事業費とかへ回したら、結局社会保障には使われないようなイメージを受けていたと述べた。

赤字の高齢者経費を4%埋める分が浮いたお金ととらえられている。それを使うと、何年度までにプライマリーバランスをどの程度にするという条件に引っかかってくる。その議論を今度またみんなでいろいろとやるのではないかと思うと述べた。

アメリカのほうで日本の医療経済学者とかメディアとかに金を使ってしゃべらせていると聞いたことがあるがどうかと尋ねた。

私も聞いたことはある。とにかくその規模で世の中は動いている。例えば年金を積立方式にしるとか民営化にしるといった動きも、アメリカのウォール街と財務省辺が、ワシントンコンセンサスというので、世銀等を使って動かしてくる。すると、「世銀が言うから」というレベルが研究者の大部分を占めているような状況だと述べた。

2. 入院基本料について

堺会長は、安藤常任理事出席の中医協の委員会で行っている調査に関して発言を求めた。

安藤常任理事は、委員会では基本的な理念の議論は封じられている。調査機関であり、どういう調査をどういう手法で、何を対象としてやるかだけ議論してほしいとのことだった。入院基本料については別の分科会でやっているはずだと述べた。

基本問題小委員会では入り口部分の議論だったが、次は月平均夜勤時間の要件が俎上に乗るかなと思うと述べた。

メディアファクスによると、中医協は厚労省保険局医療課の新体制の下で2025年の社会保障・税一体改革や、14年度診療報酬改定に向けた本格的な議論に入っていく。中でも、一般病棟入院基本料の在り方について、中医協診療側委員は「7対1、10対1の算定要件に看護必要度が入っている是非と、看護必要度の内容そのものの見直しが課題になる」と指摘し、それを受けたかのような形で日看協会長が「適正配置、在り方検討へ」と書いている。今の基本診療料はほとんどが包括化になって、一番大きなところは看護のところだ。チーム医療と言いながら、医師を含めたほかの職種のフィーについては議論がされていない。日本病院会あるいは四病協としてこの辺の看護基準なりをどうするか、意見を集約して提言したいがどうかと意見を求めた。

入院基本料が包括化されたこと自体が非常に遺憾だ。チーム医療というさまざまな職種の、その病院の用途に合わせた入院基本料というのは本来できるはずだと思う。いろいろ種別があったのをみんな混ぜられ、経営ができなくなってきたら悲鳴を上げて、入院基本料だ何だと騒ぎ出したのではないか。本来このコスト、このコストと全部あるべきだと言うべきだと思うと述べた。

入院基本料がすべてそういう積み重ねで決められるとすると、統一した入院基本料はできない。皆保険で同一価格であるところが変わってくると述べた。

個別の病院で行うのではなく、ある程度の地域全体の中で評価をとってやっていくという意見だ。ある程度のエリアできちっとコストを上げて見ていかないと、日本全国全部統一だと雇用経費がやっていけないと思うと述べた。

今の議論と流れは違うが、先ほどの中医協の報告資料の「診療報酬点数表における簡素化の検討」で、入院基本料等加算が全部で64項目あり、これを順次簡素化と称して基本料の中に入れ込むのは注意深く見ておかなければいけないと思うと述べた。

日医で政策は正しさが動かすのではなく力だと話をしてきたが、言いたいことは、皆さんの地元で患者、市民を対象に、公的医療保険は私的とどう違ってどういう役割を果たし生活を守っているかの勉強会を数多く開き、まず国民の支持を得ることをやってもらいたい。そのための教材は社会保障の教育推進に関する検討会にあると述べた。

次のように発言した。

- ・安藤常任理事の資料について補足すると、簡素化は次回その名のもとに適正化する場合は、きちんと日本全国の状況を確認したいと思う。資料の算定率の多少についても同様だ。ただ、加算ができにくく、算定率はもう少しデータを精緻化して出せという議論になっている。

- ・基本診療料の入院基本料は、モデルケースを立てて、医療にどういったものが必要だと切り分けて、キャピタルコスト、人件費、管理料等についてはどうだと立てるのを入院の基本要素として主張していくべきだと思う。
- ・看護必要度については、看護ケアの複雑さ、大変さを判定できる代案ができていない。急性期の医療に対して看護必要度を入れるべきかどうかは疑問だが、看護の大変さを正確に反映するものではないところから議論しようとなっているのが現状だ。

石井常任理事に対し、看護必要度が最初に入っていったとき議論はあったのか、厚労省が提示した形でそのまま来ている感じかと尋ねた。

項目等についての議論はなされていないと答えた。

万代常任理事に対し、①入院基本料でどういうものを医学管理料の加算の対象にするのか、②室料の中身は、建設費を含むものか、部屋の掃除とか光熱費等を含む性質のものか。包括化と細分化が混同していてわかりにくいがどうかと尋ねた。

万代常任理事は、②は建物の更新が必要になるならそれも含まれるという認識で議論していると思う。①の加算については、入院基本料に入れる入れないは、入院基本料がどういうものだという議論の中から決めて、その上で切り分けと認識していると答えた。

次のように発言した。

- ・昔、厚労省の課長が、医療の変化が起きて特別にやっているところだけ上げると言っていたが、毎年加算だけが膨らんできた経緯がある。ここでは基本料はという話になるのは当然だ。厚労省も今度は逆に簡素化などを言い出したが、やり方がないので実は困っているのが本音だと思う。病院団体は、現実のコストがどう構成されているかをまず明らかにしろと言ってきて、やっと調査が始まったところだ。
- ・同時にDPC構造との整合性がなくなってきたのだと思う。日本の今のDPCは出来高払いと丸めの部分とが併存する中間形態で、DPCにいけなかった。この日本の構造では、コスト、例えば医師の給与はどちらに入っているのかが曖昧だ。
- ・コスト構造に関して、外保連が出してきたものから入院や手術料の場合が少しははっきりしてきた。病院団体が入って初めてそういうことがはっきりし始めた。少しずつは変わってきているが、もう一回コストの現状の構造と支払い方式との関係を分析して攻めないといけない、今みたいな形では改善は難しい感じがする。

入院基本料殊に入院医療費は病院収入のかなり大きな部分を占めているが、全くエビデンスがない。一方、診療報酬改定について要望するとエビデンスを求められる。全く歪んだ構造を生んでいる気がしていると述べた。

医師の職場環境について日経新聞によると、当直ドクターの85%は次の日も仕事をしている。特に中小病院はドクターやナースの補充がきかない。大きいところも、次の日完全に休んではいけないのではないか。このたびの医師事務作業補助によってドクターは軽減されたと思うが、根本的な問題が結構ある。考えないといけないと述べた。

加算の包括化で、90%算定率が上がると入院基本料に入れる。では、この点数をそのまま入院基本料に加算して入れてくれるのかということ、ほとんど加算の部分が減額され、わずかに入院基本料が上がる。トータルとしてはそこで下げていて、かつそれが守られないとペナルティの減額が大きい。中医協では、簡素化という名目で包括する代わりに、点数は同じ点数で入院基本料の中に入れると頑張ってもらいたいと述べた。

今の入院基本料の要件がそのまま続くことは考えにくいし、医療の進歩で当然取り入れなければならないものは入院基本料に加えるべきだ。ただ、包括化する場合に要件をどうするかで全然違ってしまうのは、注意深くきっちり見て、まずい場合はまずいと言っていくべきだと考えていると述べた。

消費税の話に戻るが、医療機関等における消費税負担に関する分科会の議論の中で、消費税と全く関係ない話が持ち出された。そんなことを言っても病院にはいろいろ補助金を出しているし、設備投資に係る税の控除をやっていると。中医協のレベルでは、それに対して知識がないと言葉に窮することになる。この入院基本料の話も、恐らく同じことが起こるのではないか。検査等を外注するとき、コストは保険点数のかなり低い率で契約している。給食もそうだ。その辺、理論武装が必要ではないかと思うと述べた。

今回、DPCを3つの群に分けると、厚労省は医師密度を出してきて、医師にそれを評価してくれと言っていた。しかし、診療サイドが、そんなことをやると7対1と同じで医師の取り合いになるというのでうやむやになった。小さい病院は大きい病院に全部取られるという危惧があるのかもしれないとして、万代常任理事に経緯を尋ねた。

議論はなかなか難しい問題だが、これを何とかしないといけないと述べた。

医師密度を持ち出した背景は、1群として特定機能病院を切り出したいのがあると思う。DPC病院として調整係数を全くなくしていいのか。調整係数をどう置き換えるか、保障するか。出来高の診療報酬点数をどう判断するか。材料として、大学病院は人が多く、そのため医師密度を要件として入れてはどうかというのが根本的な考え方だったと思う。我々の働きとか労力を見てくれるとは違う形で出てきていると述べた。

大学の附属病院は適用しないと外れてもらう。総合病院は各科あるので難しいが、精神科の病院は通常の4～5倍の医師を投入しても値段は一緒だ。こうした矛盾点はきちっと主張してもらいたいと述べた。

裏では主張しているが、医療界で大学病院はどうか割れないほうがいいのではというのが主張への反論の印象だ。税の問題も同じだが、医療界は一つにまとまって財務省と対決するといった姿勢が必要だと思う。特定機能病院たる機能の部分は、厚労省でなく文科省の問題と指摘したが、対財務省、文部科学省の関係なのでそこはなかなかうんと言わせることができない。違いは違いとしてやっていく考えだと述べた。

その苦労はわかるし、医療界がまとまって主張すべきこともそのとおりだが、時には医療界を割っても主張すべきことがあることを念頭に置いてほしいと述べた。

医師密度では、社会保険病院は地域にあって200床以下ぐらいで医師も足りない、赤字が多い。医師が朝から晩まで休みもとれない格好で働きまくって病院を支えている一方で、大都市部では医師が充足していて多くが黒字を出しているのが今の実態だ。これに医師密度をもろに連動させると、地域の小病院がさらに赤字を増すことになって、大都市部の病院がさらに黒字幅を増す構造はためらいを禁じ得ないと述べた。

ドクターフィー的なものをどうやって算定してほしいと病院団体として展開するか。封印されてしまうと、もう全く言いようがない。一方で看護のことを言っている、我々が自分の首を絞めているのを危惧するとして、意見を求めた。

診療報酬改定で、病院の負担の多い医師や看護師に対する手当で1,200億円ついている。それに対し病院側がどう体制をとるかが必要だ。当直明けの勤務や手術、高いレベルの看護へ手当を出すことを着々とやっていかないといけない。できるものを取り入れていくという方向だ。勤務医の負担軽減方策を実際に行って、今度の25年度調査のときに前より負担がなくなったという結果が出ないと、次の診療報酬改定は厳しいと思う。勤務医の負担に対する正当な評価をしていかなければだめだと述べた。

医者労働環境を国民に知ってもらうことが必要だ。明日手術があるのに前日当直している。ワークライフバランスの検証は、一般企業は結構やっているが、病院では少ない。状況を国民に知らせることで解決する問題もあるのではないかと述べた。

実際の医者のやっていることと診療報酬との関係は今の制度の中では難しい。医者の数が多

いところに加算するとなると、7対1で起こったのと同じ問題が起こる。7対1については幾つか要件をつけて歯止めしたし、逆三角形を普通の三角形に戻したいこともあった。日本の診療報酬体系では、出来高払い制の点数のつけ方で手術等はオーバートリートメントを抑えた時代で、手術をやるほど損をするので余り手術をさせないのが基本のやり方だった。それをやってくると急性期病院がやれなくなってきた。今、DPCの形で疾患ごとに点数をつけようと弊害を改善しようとしている。これも確かに一つの方法です。問題は、日本のDPCは、出来高、点数をどうやってDPCとイコールにするかとしてつくられている。この問題が今の医療密度問題のような変な形であらわれてきたと思う。医師密度は実は大学病院を分けるため研修医密度という話にされてしまい、一般病院については全然関係ない区分けにされてしまった。DPCの各々の包括点数を疾患ごとにもう少し正しく設定していくしか方法論はないと思う。そのためには、各々の病院のいわゆる複雑性指数との関係をどう把握できるか、医者を多数投入しできない疾患が正しく評価されているかを出していかないと、これに対する正しい診療報酬体系ができないのではないかと述べてきた。

ドクターフィーを何に落とすのか。医師密度で落とすのは問題がある。DPCがどのようにつくられたか。病気は検査と薬、つまり出来高で上がってきた物の値段で算定されている。それは医師の負担、ドクターフィーとはかかわりがない。これからの正しい診療報酬制度は、医師の本当の負担がそれぞれの病態とか疾病によってどのぐらいかかってくるのか、アメリカのRB、RES等の方向につないでいかないといけない。物の値段で今まで決めてきたDPCの点数も諸悪の根源と言っていい。堺会長の提起されたドクターフィーという重要な問題を病院団体の一つの視点としてもらえればと思うと述べた。

診療報酬、医師密度、ドクターフィーの前段階として、日本の医療が医師の労働基準法違反を前提にして成り立っていることを議論することが必要で、それがあってのことだ。その基本の部分で医療基本法の中にどう織り込んでいくか。日本の医師のあり方、現状をどうカバーしていくのかが入ってこなければいけないと思う。我々地域医療委員会の中で一貫してやっているのは、地域の医療が壊れてしまっている原因に制度の壁がある。その制度の医療法や医師法、看護師法、労働基準法、診療報酬制度にしても、それぞれが別個で最適化ばかりやってきた。それぞれが別個で何ら体系化もされず、整合性もなくやられていることが大問題だ。日本病院会としては、労働基準法違反を前提にした医療のあり方をしっかり議論して、意見として出すのが一番大事だと述べた。

わざとむちゃくちゃ言ってみたが、本心は特に医師密度をただ取り下げてしまったのは間違いだったと思う。診療報酬全体に導入しようとするからうまくいかないが、うまくいくところを取り出して適用すればよかったという思いがあると述べた。

日病でもいろいろな委員会では個別にはやっているが、なかなかインテグレートできない。医師の勤務実態調査をやろうと思っても、逆にそんなことを言うとまずいという意見もあり前に進まない。正副会長会議等で検討していきたいと述べた。

日看協は看護師の立場を守るためにいろいろな提言をしている。我々は病院団体に、一番身近な医者に対して何も提言できていない。そういうところで、現場の医師に対してどう報いてあげることが欠落しているという思いが出てきたと思う。私たち自身が休みもとらずに働いてきたところがあるが、若い人たちの感覚は少しずつ変わってきた。そういう人でも働ける環境をつくることを我々から提言していかないと、医者から浮いてしまっていることになってはいけないと感じていると述べた。

万代常任理事に対し、今DPCで精緻にどんどんデータをとって行って、将来的には導入を断念したDRG/PPSのほうに近づく形で国も考えているのか、病院団体もその方向でいく

のか、日病としてもわかっていないといけないがどうかと尋ねた。

万代常任理事は、基礎係数が入り、基礎係数は調整係数の代わりだとのことだから、基本的なスタンスは日本型のDPC/PDPSになって、あの言葉を入れた段階で今のDPC制度は保持していくものと理解している。平成30年の最終形に向け進んでいくと述べた。

厚労省でも、DRG/PDPSがいいけれどあれをまともに入れると大幅にエビデンスが上がって日本の医療費の総額が上がっていくので、ファジーにしておいて加算で調整している。国が考えていることを納得してしまっただけで国のペースに巻き込まれていくのは問題があると思うので、ドクターの労働基準の問題、消費税もそうだが、根本的に考えなければいけない時期かなと思うと述べた。

DRG/PDPSがいいというなら、医療界から「そうしよう」と働きかけないと多分そうならない。担当者は激変させたくないと思うと述べた。

DRGはシステムが違う。日本のシステムの中でどう考えるかを考えないと、アメリカのDRGは、ドクターフィーは別個にやっているのだから、一緒に考えたら話はややこしくなる。日本の今までの長い診療報酬のシステムでどうするかと考えていかないと、話の決着がつかないと思うと述べた。

ニュースの編集の立場から、会員、行政、諸団体にニュースを発信しているが、この協議を私たちは簡明に報道しなければならない。消費税の医療機関への影響については気がついていない医療機関もある。そういう意味で、「日病のスタンスとしては、消費税アップに際して医療機関における保険診療収入に対する非課税制度を課税制度に改めて、そして課税内容のあり方としてはゼロ税率あるいは軽減税率などの最適な方法を検討していくことを確認した」と報道してよいかと尋ねた。

議事録が日病のウェブサイトに掲載する旨を答えた。

それをつぶさに読む人は余りいない。行政機関も実は会員以上にニュースをよく読んで、日病は何やっているのかと期待している。それを具体的に出したい。石井監事の資料等も前段として入れた上で、日病はこうしていくと確認したと常任理事会の結論を報道させてもらってよいかと尋ねた。

堺会長は、了解だと答えた。

消費税の原則課税は、もう日医も四病協も全員が第1項目に上げている。去年は日比谷公会堂で市民を集めて一大イベントもやった。これはもう日本病院会としては機関決定されていることなので、ぜひにと述べた。

この出席者は会員の皆さん、諸団体の皆さんに日病はこうしていると簡明に述べる。それが私の役目なのでよろしく願うと述べた。

以上で閉会となった。

一般社団法人 日本病院会 平成24年度 第4回 定期常任理事会

議事録署名人 _____ 印

議事録署名人 _____ 印