

日 時 平成24年11月24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、高橋 正彦、末永 裕之、梶原 優、大道 道大（各副会長）
藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、木村 壯介、松本 純夫、万代 恭嗣、中井 修、武田 隆久、
岡上 武、生野 弘道、小川 嘉誉、中島 豊爾、塩谷 泰一、岡留健一郎、安藤文英、
（各常任理事）
上津原甲一、石井 孝宜（両監事）
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、松田 朗、齊藤 壽一（各参与）
前原 和平、吉田 孝宣、有賀 徹、原 義人、大道 久（各委員長）
中村 博彦、柴山勝太郎、矢澤 良光、松本 隆利、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）
橋本 俊雄（奈良県立三室病院院長）

総勢52名の出席

冒頭に堺常雄会長からの開会挨拶が行われ、議事録署名人に岡上武及び武田隆久両常任理事を選出した。

次いで新規入会病院紹介として、奈良県立三室病院橋本俊雄院長の挨拶の後、高橋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。

〔特別会員の退会1件〕

- ①特別会員A・神奈川県・公益財団法人神奈川県予防医学協会 中央診療所
（代表者：土屋 尚理事長）

平成24年11月24日現在、正会員 2,373会員

特別会員 226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・協賛等依頼2件）

- ①東海・北陸地区研究会の後援（公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会）

②第15回脂質栄養シンポジウムの後援（公益社団法人日本栄養・食糧学会関東支部）
（新規：後援依頼1件）

①日本訪問リハビリテーション協会学術大会in松本の後援（一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会）

（新規：委員等委嘱・推薦等依頼1件）

①「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」構成員への就任（就任者：相澤孝夫副会長）（厚生労働省）

3. 診療情報管理士認定試験受験校の指定について

岡山県の岡山ビジネスカレッジを診療情報管理士認定試験受験指定専門学校として指定することを承認した。

4. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

下記2施設の認定を承認した。

（新規1件）

①栃木県・医療法人中山会 宇都宮記念病院総合健診センター

（更新1件）

①岩手県・公益財団法人 岩手県予防医学協会

〔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った。

（1）第3回病院診療の質向上検討委員会（10月24日）

病院診療の質向上セミナー及び第63回日本病院会におけるシンポジウムについて、その開催に向けて議論を行ったとの報告がなされた。

（2）病院診療情報の質向上を考えるセミナー（11月18日）

220名の参加を得て大盛況であったとの報告がなされた。

（3）第4回栄養管理委員会（10月26日）

以下の報告があった。

- ・セミナーを来年3月2日と3日に開催することが決定された。医師がここで10時間の講習を受ければNST（栄養サポートチーム）担当の資格を取ることができる。
- ・コメディカルが参加した場合、資格取得に必要な研修時間に講習時間が加算できるようにしていきたい。

（4）第2回Q I委員会（11月13日）

以下の報告があった。

- ・Q Iは昨年80病院の参加によって始まり、現在144病院になった。その成果を示すため12月3日に「分析結果報告およびシンポジウムによる意見交換会」を開催する。
- ・2012年度のQ Iの分析結果によれば、参加病院の公私・大小にかかわらず期待される数値が出ているので、さらに多くの病院が参加すれば医療の質全体が上がるのではないかと。

続いて堺会長より、日本病院会は診療の質と経営の質の担保を重要視しているため、全会員病院がQ I委員会の活動にぜひ参加していただきたいとの要請があった。

（5）第7回雑誌編集委員会（10月30日）

以下の報告があった。

- ・11月号と12月号の企画・編集を行った。11月号では、第62回日本病院学会における招待講演及びシンポジウム2を掲載する。12月号では、病院長・幹部職員セミナーにおける会長及び諸先生の講演を掲載する。
- ・今回は2本の寄稿があり、審議の結果いずれも掲載することになった。

(6) 第1回救急医療委員会 (11月6日)

以下の報告があった。

- ・今年2月から3月にかけて行ったアンケートの総括に関して協議した。アンケート回収率は、昨年の24.1%から30.5%に約6%増えた。最も顕著な結果は、1年間で救急車受け入れ台数が7.3%増えたことである。
- ・救急医療の活性化に向けて、20%以上救急車受け入れ台数が増えた病院の中から主に二次救急病院を選んでいきたい。

(7) 第27回医療制度委員会 (11月7日)

以下の報告があった。

- ・2025年の改革シナリオの検討のために四病協から社保審に急性期病院現状調査報告を提出する件について、相澤副会長から「入院基本料・特掲診療料等実施状況報告書」を代用したらどうかという提案があり、賛同を得た。
 - ・その際、個人情報が含まれるDPCデータの取扱いには慎重を要するので、それを使用しよいかどうかについては今後の検討課題となった。
- 佐藤顧問より、医療基本法に対する日本病院会からの提言(案)について、文章表現の問題等について幾つかの指摘がなされた。

(8) 第1回インターネット委員会 (11月8日)

以下の報告があった。

- ・日病会議室でのインターネットの回線利用の要望が多くあるが、マイクシステムと無線LANの混信が起るので、自由なインターネット利用は難しい。
- ・日病ウェブサイトについては英文サイト及び広く本会の活動を支えるコンテンツの充実を検討する。ウェブサーバーのセキュリティーについては、ベーシックな契約を更新する。
- ・大道副会長から、ここ数年間休止をしていた日病学会でのシンポジウムを再開してはどうかという提案があり、再開に向けて準備することとなった。

(9) 感染制御講習会第2クール (11月10日、11日)

以下の報告があった。

- ・ICN関連の診療報酬の問題等があり関心が高く、看護師を中心に504名の参加があった。
- ・今後この講習会をどう発展させるべきかについて検討することが今後の課題である。

(10) 第7回医業経営・税制委員会 (11月12日)

以下の報告があった。

- ・各政党からヒアリングに呼ばれているので鋭意出席し、会として主張すべきことを主張している。
- ・平成26年度税制改正要望について、その文案を検討した。
- ・未収金問題に関するアンケート調査は大規模な調査となった。回収数650病院、回収率27.4%で、未収金は1施設当たり1年間で約1,100万円であり、過去3年間では約2,500万であった。
- ・今回、総務省から自由診療部分に課税をしたいとの要請があったが、各医療団体とのディスカッションを経て、これを拒否した。

(11) 第2回社会保険診療報酬委員会 (11月14日)

以下の報告があった。

- ・次期の診療報酬改定に向けて要望事項の集約のスケジュール等について議論した。来年6月ごろをめぐりまとめて、7月から9月ごろに厚労省への提出を考えている。
- ・中医協・日病協・四病協の検討状況等について、基本診療料の中で入院基本料に関して活発な意見が出たが、わかりにくいのもう一度もとに戻って議論することになった。

(12) 診療情報管理士通信教育関連

下記会議等について報告があり、了承された。

①第2回DPCコース小委員会（11月7日）

- ・DPCコース及び医師事務作業補助者コースの講師も、診療情報教育委員会の全国一斉講師会に参加してもらうことを報告した。

②コーディング勉強会（10月20日～11月17日）

- ・累計で137教室、2,421名の参加があった。

③医療統計学勉強会（10月25日～11月17日）

- ・累計で55教室、1,028名の参加があった。

(13) 日本診療情報管理学会関連

下記会議等について報告があり、了承された。

①第2回国際疾病分類委員会（11月16日）

- ・冒頭、11月4日に亡くなった藤原研司先生に対して黙祷が捧げられた。
- ・専門委員会の件、ICFの件、ブラジルの年次大会の報告等の後、各委員の担当分掌について検討した。
- ・日病・WHO支援の件、厚労科研の研究作業の件、ICD改正・改訂ワーキンググループの件、外保連の件、厚生労働科学の英文投稿の件、その他について報告及び協議を行った。また、5月14日に発表されたICD-11β版についての検討、来年2月に開催する協力委員との合同会議のプログラムの検討を行った。

②第61回、第62回生涯教育研修会（11月10日、11月17日）

- ・愛媛の松山及び東京で開催された研修会の報告を行った。

(14) 福島県病院協会定期報告

以下の報告があった。

- ・福島県病院協会としては、廣瀬直己東電社長あてに包括支払いという形で賠償を考えるように要請していたが、年明けから各病院個別に交渉に入れる状況となった。
- ・国に対しては、中間指針等に基づいた補償が迅速かつ十分に行われているかについて検証してほしいとの要望を行った。東電の資金が枯渇して補償が遅延したときには、国には支援する責任がある。
- ・現在、警戒区域内では7病院が休止しているが、2病院は帰還後、現地で再開を目指す。南相馬市の1病院は新築移転を計画している。30km近傍のいわき市内の1病院は有床診療所に縮小する計画である。
- ・隣接する二次医療圏は病床過剰地域であるので、経営が立ち行かなくなる可能性及び医療スタッフの取り合いになる可能性があり、憂慮している。
- ・東電による個人の財物補償は、登記簿から確認できたものは3割にすぎない。病院の財物補償への影響は避けられないと思われる。
- ・11月9日に原徳壽厚生労働省医政局長が南相馬市小野田病院の視察を行った。
- ・前回の被災病院協議会会議録の希望があれば送付するので、申し込んでいただきたい。

2. 日病協について

下記会議等についての報告があった。

(1) 第10回診療行為に関連した死因究明制度等に係るWG (10月31日)

以下の報告があった。

- ・当ワーキンググループの名称は、そのまま変更しないことに決まった。
- ・日本医師会による骨子案についての説明が高杉常任理事から行われた。

堺会長から、医療提供者側が一致団結することが必要であり、12月の常任理事会で議論を行って日病の明確なスタンスを出してほしいとの要請があった。

日本医療安全調査機構の提言書はまだ最終案として表に出していないが、近いうちに第三者機関としてどういう機関を目指していくかの案を出していきたいとの発言があった。

医療安全調査機構においては、モデル事業の考え方そのままに突っ走るのではなく、病院における医療安全をどう考えていくのかという大局的な見地を持つことが必要である。WHOのガイドラインの中にモデル事業を考える上での極めて重要な指摘がある。その指摘には国民への説明責任や医療者への懲罰等も含まれている。モデル事業そのものは、病院の医療者と患者の家族とが幾分対峙する関係を想定せざるを得ない。日病の考え方をきちんとさせながら先に進むということについては大賛成である。21条絡みで議論すると危ないということをもともと日本病院会からは言っていないので、もう一回議論してもよいと思うとの意見が出された。

(1) 第87回診療報酬実務者会議 (11月21日)

現在は入院基本料の矛盾がいろいろあり、それを中医協で見直すために日病協の意見を取りまとめるということで診療報酬実務者会議に検討を任せられたので、早急に意見をまとめて中医協に提案したいとの報告があった。

(2) 第96回代表者会議 (11月22日)

以下の報告があった。

- ・厚生労働省により、入院医療等における一般病棟、療養病棟等に関する長期入院等の実態調査（平成24年度調査）が行われるが、これは今後の議論で非常に重要な資料になるので、調査依頼にはぜひ協力してほしい。
- ・中医協で、消費税についての高額投資に係る消費税負担の状況把握に関する調査が行われている。我々としては原則課税を求めるということでやっていきたい。

3. 中医協について

(1) 第232回総会 (10月31日)

以下の報告があった。

- ・9月に事務局がほぼ総入れかえになり、実質の審議は余り進んでおらず、個別の報告やルーチンの報告事項が多かった。
- ・薬剤の診療報酬上の取扱いに関して、rt-PAの適用については脳梗塞発症後3時間以内の使用は公知申請として4.5時間以内の使用でよいということで中医協では認めている。
- ・医療費の不正請求に関して、法令に従って指導や監査が適正に実施されているかどうかについての議論があった。

(2) 第34回調査実施小委員会 (10月31日)

以下の報告があった。

- ・今回の調査については小委員会をつくり、事務局のほうで提示した論点に沿って議論を行い、それを踏まえて調査の仕方をまとめ、総会で承認を受けてから第19回の調査をするという方針を了承した。
- ・これまでは6月の単月データで比較等をしてきたが、単月では偏りがあるので、原則とし

て通年でデータをとることにした。

(3) 第5回費用対効果専門部会 (10月31日)

以下の報告があった。

- ・入り口部分で議論になっており、なかなかそこから進んでいない。
- ・今回はQOL評価の具体的な方法に関して、英国NICEにおける費用対効果の評価プロセスについて福田参考人から解説が行われた。

(4) 第83回薬価専門部会 (10月31日)

以下の報告があった。

- ・長期収載品の薬価のあり方について、参考人から諸外国の状況について説明がなされた。
- ・先発医薬品と後発医薬品の価格の差が発生することを許容することについては、ほとんどの委員がそれに賛成した。
- ・長期収載品については、後発品の価格と一定程度差を設けることを許容するという結論になったが、どの程度の薬価差にするのかについては今後の議論とする。

(5) 第233回総会 (11月14日)

以下の報告があった。

- ・報告資料記載の15品目について資料が出され、承認された。
- ・チゲサイクリンについては、総原価の計算自体が本当に正しいかどうかというような疑問も出され、原価計算の資料を次回から提出を求め、それに基づいて議論することとした。
- ・主な施設基準の届出状況等についての資料は、調査がまだ済んでいないので参考程度にしてほしい。

新医薬品の薬価算定についてというところは消費税が込みであるが、この消費税の意味は何かと質問した。

万代常任理事から、病院が支払う購入のときの消費税と理解しているとの回答があった。

堺会長から、資料に既収載医薬品の薬価改定方式というものがあるのだが、非常にややこしいことをやっているとの発言があった。

これは結果としては医療費が非課税だと言いながら、実質的には保険者に対して負担を強いている。そもそも診療報酬及び薬価によって、仕入れサイドの消費税を転嫁している。このようなまやかしはやめて、課税することにできないかということで全体としては整理がなっているとの見解を述べた。

(6) 第4回医療機関等における消費税負担に関する分科会 (10月31日)

以下の報告があった。

- ・質問事項に対しての厚生労働省の回答については、説明を省略した。
- ・高額投資に係る消費税負担の状況把握に関する調査専門チームからの報告が行われた。
- ・病院13、一般診療所10、歯科診療所10、薬局10という43施設から協力施設のデータを入手して、予備的調査を実施した。
- ・来年1月中旬をめどとして、全国の医療提供施設等病院診療所、歯科診療所、保険薬局等4,000施設を対象としてアンケート調査を行う。その結果を受けて、高額投資に係る消費税の個別的な措置ができるかどうかについて結論を出す予定である。
- ・高額投資の範囲については議論があるので、今後調査の結果が出たところで分科会において最終的に決めていく。
- ・「社会保険医療に対する消費税の課税のあり方に関する検討の場の設置に関する意見と要望」を診療側委員全員の連名で提出した。

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7回総合部会 (10月24日)

以下の報告があった。

- ・第2回目の四病協の合同賀詞交歓会を25年1月10日木曜日に開くので、大勢の参加を期待する。
- ・医師臨床研修制度の再評価について、日本医師会はそのままでいいということであり、我々と意見がなかなか合わない。
- ・臨床研修制度の再評価は病院団体にとって非常に重要な課題なので、四病協としては医療制度委員会の中で議論していただきたい。

(2) 第6回日本医師会・四病協懇談会 (10月24日)

- ・資料一読とした。

(3) 第9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 (10月26日)

以下の報告があった。

- ・済生会横浜市東部病院の副院長から新人の教育等に関する報告がなされた。学校教育と現場との乖離があるので、新人看護師には病院で改めて研修させる必要がある。それぞれの地域においてどういう看護師、准看護師が必要とされているかについても考えていかなければならない。ロシア人の患者を受け入れているが、それがかなりうまくいっている。全体的な方向としては、准看護師制度のプレゼンスを国に認知させる必要がある。精神病院だとか、あるいは地方の中小病院では、准看護師の役割が非常に強い等であった。
- ・自分としては、正看にしても准看にしても卒業後の教育は大事であるというスタンスでこの会に出ている。

(4) 第8回医療保険・診療報酬委員会 (11月2日)

以下の報告があった。

- ・ここでは、医療機関の指導・監査について、厳しい議論をしている。費用対効果についてのQALYの計算方法についての勉強や消費税についての議論もなされている。
- ・入院基本料あるいは特定入院料等の施設基準が細か過ぎるのは、より簡素化するという方向にそぐわないので問題である。中医協で議論していないことを、厚生省がどんどん決めて通知してくるのも問題である。また、指導・監査に関連して、厚生局が言っている審査基準は地方によってばらつきがあるので、これも問題である。
- ・入院基本料が看護師の数だけで決まっているので、医師の技術、医師の密度なども考えながらもう一度検討していくことになった。
- ・ジョブ・カードは看護師の再就職支援にはなかなか使ってもらえず、最近医療クランクの研修を国の補助を受けながら研修するという方法でやってみようかという話も出ている。

(5) 第7回医業経営・税制委員会 (11月15日)

以下の報告があった。

- ・医療法人会計基準の策定について、新会計基準策定ということを再度持ち出して、この委員会を中心にきちんと策定していく。
- ・医療に係る消費税については、四病協の約1,000病院を対象とした調査が行われて現在集計中であり、実態の数字がより明確にされるものと思われる。

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8回国民医療推進協議会総会 (11月15日)

以下の報告があった。

- ・総会で決議（案）が可決された。
- ・消費税についていろいろ議論されたが、日本医師会の「今こそ考えよう医療における消費税問題」という資料がわかりやすいので参考にしてほしい。

（2）第1回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会（11月16日）

- ・資料一読とした。

（3）第15回チーム医療推進会議（11月21日）

以下の報告があった。

- ・二百何項目の特定行為があり、それに対して医師の包括的指示、具体的指示でやろうということなので、なかなかまとまらない状況である。
- ・特定看護師（仮）について、臨床研修医が2年間の研修を終われば医籍に登録するのと同じような形で看護籍に登録しようと議論があるが、臨床を受けていない看護師ができるという懸念もあり、この問題について現在、意見の集約を図っているところである。

6. 平成23年度救急医療に関するアンケート調査について

この件については後の協議事項で取り扱うとの説明があった。

7. ホスピタルプラザビル5階のテナント入居について

当ホスピタルプラザビルの5階があいており、テナントを募集していたところ、日本医業経営コンサルタント協会との間で契約が成立した。賃借料は坪単価1万7,500円、1カ月189万5,425円、年間2,270万強であるとの報告があった。

8. 政党・厚生労働省への要望について

10月に公明党から呼ばれて、崎原理事と2人で出席した。坂口元厚労省厚労大臣初め五、六名の代議士が同席しており、主に消費税の問題を中心に要望を行ったとの報告があった。

続いて堺会長から、衆議院解散の前々日、厚生労働大臣を初め政務三役に会い要望書を手渡してきたとの報告がなされた。

9. 平成24年度秋の叙勲・褒章の受章について

平成24年秋の叙勲・褒章に関して、日病関係者は資料に書かれているとおりである。心を込めて祝いたいとの報告があった。

10. 日本病院会会員への情報発信について

以下の報告があった。

- ・日病は会員に対するサービスがよくないという指摘を受けて、日病会員への厚労省諸会議等についての情報提供を行うことにした。とりあえずは、主に会長、副会長が参加している厚生労働省関係の会議から会員に情報を流したい。
- ・1月、2月、3月は試行的に情報開示し、4月から本格運用を行いたい。メーリングリストがまだ不整備であり、必要な会員には情報の提供をお願いする。

〔協議事項〕

1. 医療基本法に対する日本病院会からの提言（案）について

医師会による医療基本法に関する提案が出たので、日本病院会あるいは四病協からの提言をまとめる必要があり、3つの提案をしたいとの発言があった。

日本病院会でゼロから新しいものつくるのは大変なので、日本医師会の案に欠けているものは何かということを中心に議論してきており、かなりまとってきたと述べた。

日本医師会では医療基本法について5年間の検討を経て本年2月に医療基本法の改定を求める提言書をまとめた。我々のスタンスは、個別各論主義に陥らずに、ぶれない基本法をつくるということである。その検討に際しては、医師会だけでなく看護協会その他の職能団体や患者の意見も必要であるので、組織団体としての意見集約を医療制度委員会に依頼して提言（案）を取りまとめた。12月22日の日本医師会主催の医療基本法シンポジウムで日病の意見として紹介したいので、ここで議論してほしいと要請した。

医師会の医療基本法を見ると、ぜひとも言うておきたい理念だけが書かれており、他の制度や法律との絡みでは矛盾点も多いとの見解が示された。

労働基準法違反を前提にした医療提供体制は改める必要があり、医療従事者の規制を中心にした現在の医療関連諸法をどういう方向に改めていくのかについての主張をぜひ織り込んでいただきたいとの発言があった。

医療基本法は医療関連諸法よりも上位にあるものであり、その中で書くべきことは関連諸法の関係性等ではなく、より理念的なものであると述べた。

「術」＝「アート」という提言中の文言は日本医師会でつくった医療の定義であるとの指摘があった。

アートという言葉の中には、技術プラス精神的なものが入っていると解釈していると述べた。

医療に伴うリスクや不確実性については患者サイドに十分な理解がなく、結果が悪ければすべて医者が悪いと受け取られている風潮を正したい。医療事故を刑法からぜひ切り離したい。医療事故に関するマスコミによる実名報道等については、自粛を要求したい。患者は誰でも一番いい医者に診てもらいたいと思っているが、手術や検査について患者のわがままが通り過ぎると医療技術の伝承するための教育に支障が出るので、患者側の理解と協力を求めたいとの発言があった。

日本病院会として目指すべき医療という塔、つまりゴールがあり、それを実現するために1から10までの項目が存在しているのだが、その意味での塔とは何かとの質問がなされた。

日本医師会の提言だけでは塔はできないので、足りないところをその10項目にまとめたが、それはまだ全体の一部にすぎないと回答した。

医師会の案においては我々の医療はチーム医療であり、病院全体で責任を持ってやっているという点はかなり強調されているとの見解が示された。

医療に関連する死亡事故等に対する非難がいつも病院側に来るが、第7条「国民の責務」の文言については日本病院会として倫理綱領に則した意見を入れるべきであるとの発言があった。

提言の項目1に「生命の尊厳」「安楽死」「終末期医療」等が入っている。ここをどう工夫するかの問題ではないかとの指摘があった。

非常に抽象的な意見なので、自分の意見をまとめて言うことは難しいと述べた。

医療基本法ができるのならば、救急医療に関してもその中に入れてほしいとの発言があった。救急現場で起こる問題については含まれているとの指摘があった。

基本法というものは行政が責任を持たなければいけないと発言した。

12月22日の日医の医療基本法制定シンポジウムで使うスライドをつくる手伝いをしてほしい。医療基本法に対してはいろいろな考え方があるので、基本的な考え方だけを網羅していただきたいとの要請があった。

論点については、「必要性」「憲法／個別法との関係」は肯定。「範囲」について、介護は医療基本法のもとで医療と連携するべきである。「罰則規定」は含まず、「基本理念の提示」は第一義とする。「医師法21条への対応」は、全く記述しないわけにはいかない。「計画体系の提

示」は非提示であるが、悩ましいところである。次の3つは肯定。「医療提供体制の体系」は否定。「経済体制の条文化」は盛り込みたい。「研究・教育の理念」は提示すると述べた。

親法にするか否か等、基本法の位置づけについては非常に微妙な点がある。法の計画体系の提示については激論の末、入れ込まないことになったとの発言があった。

本理事会で総意として結論を得たいのは医療基本法を親法とするか指示法にするか、理念法だけにして計画体系を含まないようにするか否か、対象は医療提供者と患者と行政の3つだけでいいのか、患者と国民を分けるべきか否か等であるとの意見が出された。

日本医師会の主張で足りないところを日本病院会としては主張しており、我々としては大部分は認めていると述べた。

国は医療基本法をつくらないで現存する医療法にそれらをどんどん取り込んでおり、それが医療基本法に近いと国は思っているが、まず医療基本法とその下位に来る医療各法の関係と位置づけを明確にして、基本法に従って各法を制定し、その中で個別の課題は解決していくべきではないかと述べた。

医療法は本来医療施設に関する法であるのに、その総則において医療基本法に類する内容が全部うたい込まれているので、そこを是正したいとの発言があった。

医療法には医師としての倫理観というものが備わっていなければならない。プラトンは「国家」で書いたように医療を技術としてとらえていたが、むしろ医療行為は人間の善意のあらわれであり、そのような理念を持った人間が行う行為であるとしてとらえていけば、いろいろな問題についてより解釈が深まり対応できるのではないかとの見解が示された。

医療基本法はハンセン病問題を契機として出てきたのであり、むしろ患者側の権利主張として出てきた。すべてのステークホルダーの議論をそこに集約していくのは非常に難しい。患者団体の意見を聞かざるを得ない時代になっているが、ここは絶対に譲れないというところは盛り込んでほしいとの発言があった。

日病の制度委員会から出ている法文（案）の第1から10は医師の保護法ではないかと誤解されるおそれがあるので、文章表現は慎重に検討すべきだ。医療基本法は親法であって、日本の医療のあり方の大枠を示す理念法であればよい。医療の進歩や労基法の等の問題も、その中でうまく表現してほしいと述べた。

第4は確かに過激であるが、法文（案）は医師会との議論のためのたたき台であり、文面がこのまま載るというわけではない。報道の自由に関しては、アメリカなどでは一部規制がかけられており、我々もある程度は主張したほうがよいと発言した。

医療基本法は憲法と個別法とのギャップを埋めるべく基本的な理念を示すものである。個別の主張を強く押し出すよりは、できるだけみんなに受け入れられやすい形のものをつくるのが現実的で得策ではないかとの見解が示された。

やはり言うべきことはきちんとおいておいたほうがよい。まとめられた提言は、このままでよいとの発言があった。

22日の日本医師会のシンポジウムまでにはこれをつくり上げて提案したいと述べた。

第7項に書かれてあることは日医の営利追求主義に対する意見なのかとの質問があった。

一般的な意味で書いたものにすぎないとの回答があった。

国立病院機構は剰余金が出ると財務省にすべて取られているらしい。したがって、ここでの書きぶりは非常に気になるので、表現を工夫したほうがよいと述べた。

宗教、法律、医療の3つのオールド・プロフェッションのうちの1つである医療が持つ属性は、非代替性、科学性、平等性、体系整備性、規範性、公共性、相互扶助性、不確実性等などであり、医療基本法はこれらの属性を前提にして定めていくものだ。大変有益な意見を多数いただいたので、それらを参考に医療提供側としての提言をまとめ上げて提案していきたいと述

べ、了承を得た。

医療基本法について日医側の意見をまとめていただいたので、日病の中で検討を行い、タイムリーに意見交換をしていただきたいと要請した。

2. 平成23年度救急医療に関するアンケート調査について

以下の報告があった。

- ・救急医療委員会が平成20年度から開始したアンケート調査では、23年度において選択方式、回答項目とも、ほぼ22年度のを踏襲した。

- ・22年度では黒字の病院は11%にとどまり月平均313万円の赤字であったという結果を踏まえ、今年度の診療報酬改定に向けての種々の要望を提出したところ、診療報酬改定で幾分か改善が見られ、アンケート調査は一定の役割を果たしたと言える。

- ・23年度調査では、回答率は30.5%、前回に比して6.4%、131病院増加。母集団としては中核病院が多く、DPC病院が67.1%を占めている。救急救命センターは15.9%であり、医師数が1人から19人の病院が31.2%で、アンケート結果には救急医療基幹病院への偏りがある。

- ・救急車受け入れ台数は全国的に7.3%増加しており、不応需率もそれに伴い2.8%増加している一方、救急車からの入院率はマイナス0.1%であった。

- ・二次救急病院時間外救急外来患者はマイナス3.6%で減少傾向にある一方、ウォークインで来た患者の入院率はプラス1.6%と増加傾向にある。二次救急病院救急外来の原価計算では59病院で黒字は2病院だけで、月当たり平均311万円の赤字であった。

- ・外来における未収金は平均年間1,100万であり、件数は月当たり22.3件から17.2件へと病院の努力によって減ってきている。

- ・選定療養費は、21年度14.6%から22年度16.8%へ、徴収額も粗平均4,916円から5,216円へ微増している。

- ・検死数は、監察医制度のないところでは増えてきており、平成18年度は23.8件、21年度は27.3件、22年度は28.8件であった。

- ・労働基準局から指導を受けたことがある病院は73病院、12.7%であり、この1年間に指導を受けた病院は29病院、4.1%であった。労働基準局からの指導内容には、各労働基準局や監督官によってかなりのばらつきがある。

ウォークインが減って救急車の受け入れ台数が増えているのは、診療報酬認定で救急車の受け入れ台数を重く算定されていた等の原因により、いびつな傾向があらわれているのではないかとの質問があった。

都会と地方では大きく事情が異なっており、東京では軽症者が50%ぐらいを占めているが地方では25%ぐらいである。タクシーがわりに救急車を使うのをやめようという啓蒙活動の結果、地方で重症の人が自分で来てしまうというケースが増えている。全国統一的に啓発を行うことは難しい。診療報酬に関連して、救急車の受け入れ台数が重視されているかどうかについては、わからないと答えた。

地方は車社会であり、入院患者もウォークインのほうが多い。救急車重視というのは、明らかに都会中心の決め方であると発言した。

「救急救命センター」という言葉が散見されるが、公的な文書なのでそれは「救命救急センター」に統一するべきである。救急車が4回以上断られている率は、ますます増えている。報告書では、日本の救急医療は全然よくなっていないということを明確にしておかねばならないとの発言があった。

救急車の利用が増え過ぎて困るのならば有償化してはいかがかという問いかけがなされた。

五、六年前からそういう話はあるが、全国でやっているところは1カ所もないと答えた。

救急車が無駄に使われているので消防庁に話をつけてほしいという意見が3年ほど前にこの委員会で出たので、総務省に少なくとも軽症は有料にしたらどうかと話したところ、それは勘弁してほしいとのことであったと報告した。

アンケートは回答率3割程度なので、実情を反映しているかどうか疑問である。札幌では当直を担当する整形外科の医師は激減しており、一次救急は成り立たなくなりつつある。都心部から離れると、患者数も少ないので災害救急は組めなくなりつつある。未収金については経営努力で現状を維持しているが、現在の景気を反映して厳しい状況にあるとの見解が示された。

アンケートの母集団病院に救急車が集まってきているという偏りはあるかもしれない。診療報酬改定では、病院側のモチベーションを高めるために救急車1台当たり2万円ぐらいつけなければだめだということを四病協が要望した経緯があるとの発言があった。

救急車利用患者の疾患の内容が変わり、内科系統が多くなっている。救命救急加算ができて受け取る側にも加算されるようになったので、救急のベッドの回転がよくなった。それらについても、全国でアンケートが実施されれば興味深いと述べた。

救急医療管理加算は医者が1人当直の場合には受けられないので、中小病院は原則取れないはずであるとの指摘があった。

救命救急センターについては地域ごとにデータを出したほうがよい。大阪などで大きな問題になっているのは高齢者の救急である。診療報酬に関しては、救急で入った疾患の2日目から3日目までは出来高にしてほしいと要求したことがあるが、その議論はどうなっているかとの質問がなされた。

中医協ではまだそこまでの話は出ていないと答えた。

救急外来は赤字でも、病院全体の収入は上がっているかもしれないので、入院のところの収益性についても来年度は調査したいと述べた。

高額医薬品で採算が合わない場合については、一定程度出来高にしたり、年度の途中からでも出来高に変更して対応していると発言した。

その辺のDPCデータを集めて、毎年4月1日に地方厚生局に提出しているもので、それを利用して今度は何にターゲットに絞るかを検討するために利用できる。DPCデータと救急医療に関するアンケート調査のデータの整合性をとる必要があるとの指摘があった。

国に集まってきたデータを我々が閲覧することができれば非常にありがたいと述べた。

以下の指摘がなされた。

- ・救急車の有料化に関しては、昭和大学では選定療養費を取っている。
- ・東京では救急車を呼ぶべきか否か迷ったら「#7119」へ電話して相談を受けるというプロセスが標準化されている。横浜などでは救急医療に投資する資源の傾斜配分をしている。
- ・総務省－消防庁では、有料化によって救急車の適正利用を促すのではなく、医学的な観点からそれを判断すべく検討しており、家庭、電話相談、119番通報、現場、病院で一貫通貫的に緊急度判定をするという事業が試行的に始まっている。
- ・オーバートリッジは幾らやって構わないが、アンダートリッジはゼロにしたい。そのためのセーフティネットを組みながら、適正利用のルールをどうつくるのが最大のポイントになっている。
- ・大都市では救急患者のほとんどを私的医療機関が診おり、それ以外では公的な医療機関が診ているという状況を考慮に入れる必要がある。
- ・東京ルールでは、高齢、薬物中毒などの場合は受けにくいという問題がある。搬送の諸問題を解決するためには診療報酬だけでなく補助金も大切である。
- ・ここ二、三年、高齢者の外傷性頭蓋内出血が増えている。東京では1万6,000か7,000の心肺停止症例があり、急性変化に対する医療の提供が大事である。患者を、きちんと看取れる

仕組みをつくらなければならない。

東京、大阪、福岡では、私的病院が救急を多く診ていると述べた。

診療報酬については厚生省マターなのでどうにもならない。私的医療機関が元気にならねば救急医療は崩壊するので、東京では補助金の話を強く主張していると発言した。

東京では補助金が出るけれども、大阪の橋下市長は出さないと指摘した。

以上で閉会となった