



# 全日病 NEWS 10/1

発行所/社団法人全日本病院協会  
発行人/西澤寛俊  
〒101-8378 東京都千代田区三崎町  
3-7-12 清話ビル  
TEL (03)3234-5165  
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.764 2011/10/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 厚労省が提起 持分なしへ移行する医療法人を認可・支援

### 第6次医療法改正へ医療法人規制緩和を提起

9月22日に開催された社会保障審議会医療部会に、事務局(厚労省医政局総務課)は、検討テーマとして医療法人にかかわる諸規制の見直し問題を取り上げ、緩和する方向で論点を提示した。

その中で、社団医療法人の持分ありから持分なしへの移行を促進する措置として、①移行を計画している医療法人を認定して支援する仕組みを医療法に書き込む、②所要の税制措置及び融資制度について検討する、ことを提案した。

また、社会医療法人制度についても、「実績のない他県に病院等を開設した場合には認定取り消しを3年間猶予する」考え方を提起する一方で、「認定取り消し時に、収益事業外事業から得た累積所得に遡及して課税されることについてどう考えるか」と、現行税制の見直しの是非を検討課題にのぼらせた。

そのほかにも、(1)医療法人と営利法人間の役員兼務制限、(2)医療法人による他医療法人への融資の禁止、(3)医療法人合併認可時の都道府県医療審議会の意見聴取義務、の3点について緩和を図る方向の見直し検討を提起した。

いずれも来春の第6次医療法改正に向けた具体的な議論となるもの。事務局が示したこれら論点は引き続き医療部会で議論が重ねられるが、論点が多岐にわたる上、整合性に欠ける面もある。

西澤寛俊委員(全日病会長)は、医療法人のあり方に関する総合的な検討が必要であるとして、2004年～05年に開かれた「医療経営の非営利性等に関する検討会」を再開するよう求めた。(3面に医療部会の資料を掲載)

医療法人に関する諸規制の見直し(前出①～③)は、今年4月8日に閣議決定された「規制・制度改革に係る方針」の中、①医療法人と他法人の役員を兼務して問題ないと考えられる範囲の明確化を図る(2011年度措置)、②医療法人が他の医療法人に融資又は与信を行なうことを認めることの必要性について検討する(11年度検討・結論)、③法人種別の異なる場合も含めた医療法人合併に関するルール明確化や合併手続の迅速化について検討する(11年度検討・結論)、を受けたもの。

事務局は、役員兼務については、

「両者間の取引が適正であることを条件に兼務を認めるが、医療法人が出資を受けている場合には認めず、融資を受けている場合は事業再生の場合などに限って、役員数の過半数を超えないなどの条件を付して兼務を認める」とし、企業による医療法人支配をギリギリで防止する線での規制緩和を認める考えを示した。

他医療法人への融資については、同一医療圏で医療連携が行なわれている医療法人に対する、融資が業とみなされない範囲の融資で、かつ、社員総会の議決を得た上で都道府県への届出を行な

うことを条件に認めるとし、さらに、貸付限度額等を規定するといった厳重な条件を付して認めてはどうかと提案。

一方、連帯保証や手形裏書等の与信については、「どう考えるか」と問題提起するにとどまっている。

### 社会医療法人認可取消による遡及課税が狙上に

事務局の提案で注目されるのは、社団医療法人の持分ありから持分なしへの移行を促進する措置と社会医療法人の継続上大きな障害になっていた「法的欠陥」の改善を図ろうとする提案である。

前者については、①移行を計画している医療法人を認定して支援する仕組みを医療法に書き込む、②所要の税制措置及び融資制度について検討する、ことを提案した。

2007年に424あった持分のない社団医療法人は11年に3,970となり、数字の上で急増している。しかし、この間、社団医療法人は4万3,627から4万6,556へと3,000近く新設(すべて持分なし)されているため、制度改正後に持分「なし」から「あり」へ移行したのは500～600とみられる。

四病協が10年6～7月に実施した医療法人実態調査では、持分ある社団から持分なし社団へ移行する「意向あり」が33.8%に対して、「意向なし」と回答したのは61.7%と、約2/3もの持分ある社団が移行に否定的であった。

こうした現状を変えるために厚労省が試みるのは、移行予定の医療法人類

合併手続における都道府県医療審議会の意見聴取省略に関しては、都道府県の側に反対意見が根強いことから、医療審議会の開催数増加もしくは合併認可の審議を担当する会議の新設という技術的な提案で対応している。

型を医療法に新設、当該法人を認定した上で、税制面、融資面を含む支援措置を図るというもの。

また、今年6月現在138ある社会医療法人についても現実的な見直しを図る。

1つは、認可要件の1つとなっている「5事業(救急医療等確保事業)」の実績要件について、所在する都道府県の医療計画に記載されていることとされているため、当該事業の実績がない他県に新たに進出できないだけでなく進出した場合には認定取り消しとなるという現行の考え方を、「認定取消を3年間猶予し、経過期間後に、実績が社会医療法人認定要件を満たす場合は認定取消は行わない」と修正するもの。

もう1点は、認定取り消しにともない、課税を免除してきた所得に遡って課税するという「ペナルティ」である。

これについて、厚労省は、国税庁の所管であることから、「地域医療確保の観点からどう考えるか」と問題提起するにとどめ、医療部会の意見集約を踏まえ、12年度の国税庁通達に向けて交渉することになる。

## 「少しでもプラス改定になる方向で努力したい」

### 小宮山大臣が西澤会長に表明

全日病の西澤会長は、安藤副会長とともに9月20日に、新たに就任した小宮山厚生労働大臣を厚生労働省大臣室に訪問した。

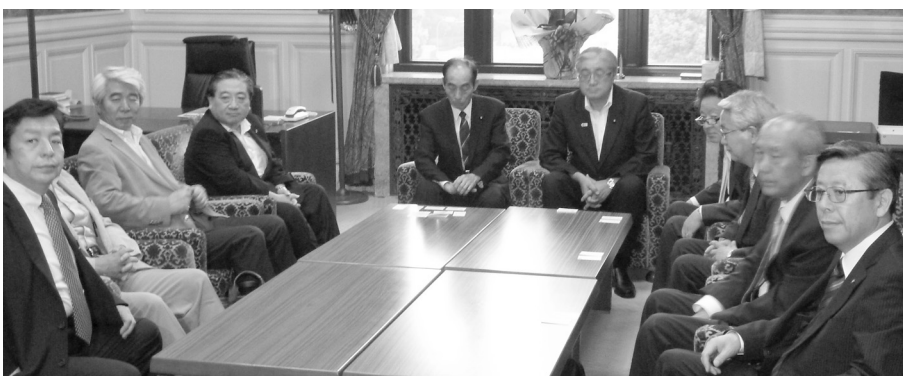
その席で西澤会長は、新任のお祝い

を述べるとともに、消費税の非課税問題や、診療報酬の次期改定に向けた全日病の考え方を大臣に伝えた。小宮山大臣は、次期改定について「少しでもプラスとなる方向で努力したい」と述

べるなど、和やかな雰囲気最終した。



## 四病協が輿石民主党幹事長と面談、要望



▲四病協の各病院団体代表と面談する輿石幹事長(正面左)と池口企業団体対策委員長(同右)

四病院団体協議会は9月21日に民主党の輿石東幹事長と面談、2012年度の診療報酬改定や税制改正等、病院団体の立場から、安定経営にもとづいて質の高い医療が提供できるよう、政府の支援を要請した。

面談は国会内の民主党幹事長室で行なわれ、四病協から、全日病西澤会長、

日病界会長、日精協山崎会長、医法協加納副会長ほかが参加した。民主党からは池口修次企業団体対策委員長が同席した。

面談で、四病協は、①2012年度診療報酬のプラス改定、②大震災と福島原発被災医療機関に対する支援、③2012年度税制改正等を取り上げ、困窮に直面し

つつある病院経営を上向させる措置がとられるよう、政府の十分な配慮を要請。

とくに、税制改正に関しては、①社会保険診療報酬に対する消費税の原則課税、②被災医療機関に対する税制面の配慮、③事業税の非課税・軽減税率の存続などについて、苦境を強いられている病院経営の状況を説明し、その

対応を要望した。

これに対して、輿石幹事長は、「税制ヒアリングの結果は前原政調会長の方で集約されるが、党としても、皆さんの要望を藤村官房長官や小宮山厚生労働大臣等政府に伝えたい。皆さんの要望は我々と同じ考えだ。限られた予算ではあるが、十分努力したい」と答えた。

### 野田首相「一体改革成案の通常国会への提出を目指す」

野田首相は、9月13日に召集された臨時国会の所信表明演説で、「社会保障・税一体改革成案を土台とし、与野党の協議を積み重ね、次期通常国会への関連法案の提出を目指す」と言明。

東日本大震災の復興財源については、「(歳出の削減等)財源捻出の努力を行なった上で、時限的な税制措置について複数の選択肢を検討する」と述べた。

医療・介護については「医療や介護の制度面での不安を解消し、地域の実情に応じた、質の高いサービスを効率的に提供することも大きな課題である」と述べたほか、「長寿社会で求められる医療関連の分野を中心に、新たな産業と雇用が次々と生み出されていく環境を整備します」と医療イノベーションに言及した。

紙面の都合により「清話抄」は3面に掲載しました。



# 主張

**医療への消費税非課税は一見よいことにみえる。しかし、医療機関は、仕入れに払った消費税を患者から回収できない。この問題を放置すると医療崩壊につながりかねない。我々は、適切に課税されることを期待する。**

去る8月21日、我々全日病と四病協は日本医師会と共に市民公開セミナー「医療と消費税」を開催し、医療関係者をはじめ、多くの市民に消費税増税に伴う医療の危機について理解を求めた。消費税増税によって商店主や企業も多くの負担を強いられるが、致命的なダメージを受けるのが、我々医療業界であることを広く、世間に知っていただくことが最大の目的であった。

日本では保険診療の対象となる医療行為には消費税は非課税になっている。美容整形など一部を除き、医

療機関での医療行為の大半が保険診療であるため、ほとんどの人は医療機関に通ったとしても、消費税がかからないことになっている。

これは一見して良いことに思われるかもしれないが、こと医療機関側にとってみると、患者から消費税を取れないことは非常に大きな負担となる。医療機関が購入する大小さまざまな医療機器、薬剤、消耗品等を購入する際、これら全てに消費税が課せられている。一方で、患者からは消費税が徴収できない。

通常の企業は、仕入に対して消費

税を支払うが、一方で顧客に販売する際には受け取ることができる。ところが医療機関の場合、支払いは生じているのに患者から受け取ることができないため、消費税は病院が負担することになる。ある調査によると日本の医療機関は既に7割が赤字と言われており、これ以上消費税の負担が増えれば経営破綻する医療機関が続出し、医療崩壊がさらに進むことは間違いない。

医療機関はその収入が非課税であるために、自ら払っている消費税について還付を受けることができな

い。これは輸出産業の売上が「輸出免税」であるために自ら払っている消費税の還付を受けることができることと比較して、不公平である。

基本的に消費税は、税金の最終的な負担者である「消費者」に正しく転嫁されることを前提に、事業者において損益に影響させない仕組みであることを望む。

厚労省は消費税相当分を診療報酬である程度配分しているとの建前だが、現実にはどの程度含まれているか等全く不明であることから、今後、原則課税されることを期待する。(N)

## 自然増は容認。社会保障費4.3%増を要求

### 厚労省の2012年度概算要求。特別枠で医療イノベーションを促進

厚生労働省は9月27日、2012年度政府予算に対する概算要求を公表した。

一般会計は、11年度の28兆3,767億円に対して、1兆2,114億円(4.3%)増の29兆5,882億円、そのうち年金・医療等に要する経費は28兆3,512億円(+4.3%)となった。

政府は9月20日に12年度予算の概算

要求基準を閣議決定した。

それによると、国債費を除く「歳出の大枠」は中期財政フレームで示された71兆円以下に抑え、社会保障費などを除いた政策経費は今年度当初予算から一律10%削減して1兆2,000億円を捻出、それによって社会保障費(年金・医療等)の自然増分(1兆1,600億円)を補

填する。

その一方で、特別枠として、雇用や地域活性化対策などに重点配分する「日本再生重点化措置」(7,000億円)を設け、各省は削減額の1.5倍を上限に要求できるとした。

厚労省が要望できる特別枠は最大で1,059億円程となる。特別枠に組み込ま

れた医療関連予算の多くは医療イノベーションが占めた。

厚労省は、概算要求とは別枠で、東日本大震災の復旧・復興対策費2,209億円を要求、さらに、別途、B型肝炎の給付金等支給経費を要求する。

12年度厚労省概算要求の主な施策(医療・介護)は以下のとおり。

#### □医療提供体制の機能強化 610億円

- (1) 地域医療確保対策 106億円
  - ・地域医療支援センター整備の拡充 11億円
  - ・チーム医療の普及推進 新規/2.9億円
  - ・医療情報・保全基盤の整備 新規/20億円(特別枠) 等
- (2) 救急医療、周産期医療の体制整備
- \* 医療提供体制推進事業費補助金(255億円)としてそれぞれ計上
- (3) 災害医療体制の強化 2億円
- \* 11年度第3次補正に、災害拠点病院等の耐震化整備、自家発電等の整備、DMATの通信機器等の整備に対する財政支援として216億円を要求。

#### □在宅医療・介護の推進 127億円

- (1) 在宅チーム医療を担う人材の育成 新規/8.7億円(特別枠)
- (2) 実施拠点となる基盤の整備 89億円
  - ・在宅医療連携体制の推進 31億円(特別枠)
  - ・在宅サービス拠点の充実 新規/35億円の内数(特別枠) \* 複合型サービスや定期巡回・随時対応サービスの普及と訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型事業所の設置
- (3) 個別の疾患等に対応したサービスの充実・支援 29億円(特別枠)
  - ・在宅緩和ケア地域連携事業 新規/3.6億円(特別枠)
  - ・難病患者の在宅医療・介護の充実・強化事業 新規/1.5億円(特別枠)
  - ・HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・

#### □地域包括ケアの推進 43億円

- (1) 地域ケアの多職種協働等の推進 新規/10億円
- (2) 地域での介護基盤の整備 91億円
  - ・都市型軽費老人ホーム等の整備 56億円 \* 都市型軽費老人ホーム等の整備に対する財政支援と介護療養型医療施設の一層の転換

#### □安心で質の高い介護サービスの確保 2兆4,170億円

- (1) 介護サービス情報の公表制度の着実な実施 3.3億円
- (2) 介護サービス情報の公表制度の着実な実施 3.3億円
- (3) 介護サービス情報の公表制度の着実な実施 3.3億円

#### □革新的な医薬品・医療機器の開発促進 370億円

- (1) 臨床研究中核病院(仮称)の整備 新規/1.3億円(特別枠)
- (2) 国際水準で実施する臨床研究等の支援 新規/38億円(特別枠)
- (3) 早期・探索的臨床試験拠点の整備 30億円
- (4) 日本主導のグローバル臨床研究拠点の整備 新規/5.9億円

#### □新型インフルエンザ等の感染症対策 275億円

- (1) 新型インフルエンザ対策の強化 新規/275億円(特別枠)
- (2) 新型インフルエンザ対策の強化 新規/275億円(特別枠)
- (3) 技術の進歩に対応する薬事承認・安全対策の向上 新規/113億円(特別枠)

#### □医薬品・医療機器の安全対策の推進等 195億円

- (1) 新型インフルエンザ対策の強化 新規/275億円(特別枠)
- (2) 新型インフルエンザ対策の強化 新規/275億円(特別枠)
- (3) 技術の進歩に対応する薬事承認・安全対策の向上 新規/113億円(特別枠)

#### □革新的な医薬品・医療機器の開発促進 370億円

- (1) 臨床研究中核病院(仮称)の整備 新規/1.3億円(特別枠)
- (2) 国際水準で実施する臨床研究等の支援 新規/38億円(特別枠)
- (3) 早期・探索的臨床試験拠点の整備 30億円
- (4) 日本主導のグローバル臨床研究拠点の整備 新規/5.9億円

### 厚労省の第3次補正予算案

## 被災3県の地域医療再生基金を720億円積み増し

厚生労働省は9月9日に、2011年度政府予算第3次補正に対する同省の要求項目を発表した。一般会計の総額は6,382億円。東日本大震災の復興支援として2,333億円を要求、そのうち地域医療提供体制の再構築に720億円、地域

包括ケアの再構築に119億円、被災者の健康の確保に29億円、被災者の心のケアに28億円、被災施設の災害復旧等(1次補正の追加財政措置等)に594億円を求めた。

地域医療提供体制および地域包括ケ

アの再構築は、被災3県の地域医療再生基金と介護基盤緊急整備等臨時特別基金を、それぞれ積み増しするというもの。

そのうち、地域医療再生基金に関しては、以下の観点にたって策定された県の医療復興計画にもとづく事業が、財政支援の対象とされている。

- (1) 医療機関等の整備

- ① 機能強化を行なう病院と後方支援病院として機能する病院との機能分化
- ② 診療所の在宅当番医制への参加
- ③ 在宅医療の連携拠点となる医療機関(在宅療養支援病院・診療所)の整備等による在宅医療の整備 等
- (2) 医療機関相互の情報連携の基盤整備
- (3) 医師、看護師等の人材確保 など

## 厚労省が「復興に向けたロードマップ」

厚生労働省は9月9日、東日本大震災に対する同省の施策を工程表にした「復興に向けたロードマップ」を公表した。

「医療提供体制の再構築」に関しては、(1)医療施設の整備、(2)マンパワーの確保、(3)診療情報の整備、(4)災害医療体制の整備、(5)一部負担金・保険料の免除等、(6)診療報酬上の特例措置に分け、「1次・2次補正」「3次補正以降」「2012年度以降」の時間軸の中に工程を示した。

このうち、「被災地での人材確保・流出防止策」については、「短期的には、重点分野雇用創造事業と地域医療再生基金を併用することで人材確保・流出防

止策を実施。中長期的には、地域医療支援センターが中心となって、地域医

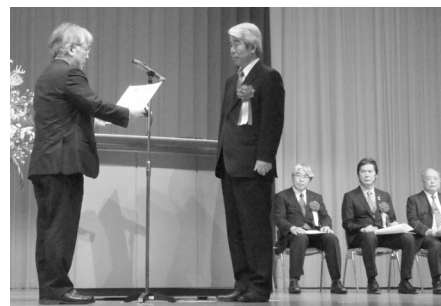
療再生基金も活用しながら安定的な人材を確保」としている。

### 医療救護班活動に気仙沼市と同医師会から感謝状

宮城県気仙沼市(菅原茂気仙沼市長)と気仙沼市医師会(大友仁会長)連名の感謝状が全日病に贈呈された。

東日本大震災で気仙沼市内の病院・避難所等に医療救護班を派遣したことに対する謝意を表わしたものの。

9月9日の東京都「救急の日シンポジウム」の席上、大友気仙沼市医師会長から西澤会長に手渡された。



### 「機能評価受審支援セミナー(沖縄会場)」

「領域別重点30項目〜これだけは外せない〜」

評価項目は2012年10月をめどに改訂されます。セミナーでは、機構で検討されているVer.6.0改訂に関する情報もお知らせします。

日時●10月28日(金) 12:30~16:00  
会場●沖縄県健康文化村カルチャーリゾートフェストーネ

\*全日病学会沖縄大会の前日に同会場で開催。募集人数●診療部門50名、看護部門50名、事務部門50名

\*1名1領域に限る。1施設あたり6名までの申込みが可能。

参加費●1名につき 会員病院 5,000円  
会員以外 7,000円

詳細は全日病HPの開催案内を参照。

申込・問合せ先 全日病事務局(機能評価受審支援セミナー) Tel.03-3234-5165



# 厚労省「同一圏内の連携先医療法人への融資を一定条件下で認める」

「医療情報の提供のあり方検討会」で情報提供・広告の改革について検討



□救急医療・周産期医療に関する論点  
・2次救急医療機関の状況には大きな差があるが、そのうち、多くの救急受入実績を有する等、地域の救急医療でより大きな役割を果たしている医療機関の位置づけと支援について、どのように考えるか。また、そのような医療機関の要件についてどう考えるか。  
・平成21年の改正消防法で、都道府県は傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準を定め、受入困難事例等への対応をおこなうことになっているが、救急搬送の現状等を踏まえ、どのように考えるか。  
・周産期医療の提供体制については、都道府県が策定する周産期医療体制整備計画に基づき体制の充実を図ってい

るが、その着実な実施について、どのように考えるか。  
・出生に占める低出生体重児の割合は増加しているが、こうした児の在宅療養等に向けた支援体制について、どのように考えるか。  
□情報提供・広告について  
情報提供・広告についての今後の対応「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」を再開し、以下の課題についてより具体的に検討することとしたい。  
・医療機能情報提供制度や医療広告規制のあるべき姿  
・医療の質に関する指標の公表のあり方  
・医療機能情報提供制度の対象項目や運用のあり方  
・病院のホームページの取扱い 等

## 医療法人制度に関する見直しの課題と論点

### □医療法人の役員と営利法人の役職員の兼務について

【現状】  
・兼務に当たっては、医療機関の開設・経営に影響を与えることがないものとしている。  
・都道府県における運用例として、「商取引がある場合は認めない」、「取引内容が適正であれば認める」などがある。営利法人から出資を受けている場合は「認めない」とする例が多い。兼務を認める場合も「全役員数の過半数を超えない」としている例がある。

【課題】  
・開設時に確認しても、継続的に確認することが難しい。  
・医療法人の役員変更の場合、事後に届け出る仕組みがあるが、法人の内部手続を経て変更されているため、問題が判明しても指導が難しい。

【今後の取扱い】  
例えば以下のとおりとすることについてどう考えるか。  
・取引関係がある場合は原則認めないが、やむを得ない場合などにあっては、その取引が適正であることを条件として兼務を認める。  
・医療法人が出資を受けている場合には兼務を認めない。  
・医療法人が融資を受けている場合には、事業再生の場合などに限って兼務を認める。その場合、全役員数の過半数を超えないなどの条件を付ける。

### □医療法人が他の医療法人に融資等を行うことについて

○融資を業として行うことについて  
・社会医療法人は、その収益を当該法人が開設する病院、診療所、老健施設の経営に充てることを目的として、厚生労働大臣が定める業務(収益業務)を行うことができる。  
・ただし、融資を業として反復継続して行う場合は実施可能な業務に含まれていない。

○医療法人への融資の現状  
医療法人は、地域の連携先である他医療法人が経営難である場合にも資金援助することができない。一方、銀行などは、営利法人の経営再建では出資によって将来の配当収入が期待できるのに、医療法人の経営再建では融資しかできないためメリットが小さい。こうしたことから医療法人は経営難に陥ると資金調達が難しくなりがちで、地域医療の安定の観点からも、資金の供給元を増やすことは意義がある。

○今後の方向性について  
(1) 医療法人が例外的に、例えば次のような条件で他医療法人に融資を行うことについて、どう考えるか。  
・融資が業とみなされない範囲(特定性・非反復性)であること  
・同一の医療圏内であり、既に医療連携を行っている、かつ、医療連携を継続することが自らの医療機関の機能を維持・向上するために不可欠であること  
・融資を行う医療法人は資金の余裕が

## 社会保障審議会医療部会(9月22日)の資料から ※1面記事を参照

あり、かつ社員総会の議決を得た上、都道府県への届出を行うこと  
・国において貸付限度額等を規定すること  
(2)与信については、どう考えるか。

□今後の医療法人の合併手続について  
医療法人の合併申請に対して、主たる事務所の所在する都道府県は認可に際して、医療審議会の意見を聴取することが義務付けられている。  
○医療審議会の意見聴取省略に対する都道府県の反対意見  
医療法人の合併に際して、都道府県医療審議会の意見聴取手続の省略によって迅速化を図ることは、次のようなことから不適当ではないか。

①都道府県医療審議会を行わないことによって、医療法人の適切、安定的・継続的な事業運営が可能でない合併を認可するおそれがある。  
②医療法人の合併手続に関しては、職員の処遇の検討や諸規程の整備等も同時に行う必要があり、どこまで必要性があるのか。

○今後の取扱いについて  
・例えば、都道府県医療審議会の意見聴取義務は存続させつつ、仮に当該審議会での手続が合併を行う上での支障となるおそれのある場合には、開催回数の増加や合併認可等を行う部会・分科会の設置を都道府県に求めることとすることについてどう考えるか。  
・例えば、持分あり医療法人と持分なし医療法人とが合併する場合の取扱いについて、周知を図ることとすることについてどう考えるか。

### □持分なし医療法人への移行促進策

【現状/税制措置】  
・持分なし医療法人移行の際に贈与税が非課税となる基準の一部緩和(08年度税制改正)  
・社会医療法人や特定医療法人における法人税や固定資産税等の非課税・軽減措置(社会医療法人の税制優遇は08年度、09年度税制改正)

【さらなる移行促進策について】  
持分ありから持分なしへの移行が十分に進んでいるとは言えない。地域医療の担い手が死亡して相続が発生することがあっても医療を継続して安定的に提供していくためには、医療法人による任意の選択を前提としつつ、さらなる移行促進策を検討していくことが重要。そのため、以下のような取組を

### ■改正医療法に伴う医療法人の移行

法施行前 (数字は2007年3月末現在の法人数)		2007年4月1日以降 (数字は2011年3月末現在の法人数)	
財団	400	財団	390
社団	43,627	社団	46,556
うち出資持分なし	424	うち出資持分なし	3,970
出資持分あり	43,203	出資持分あり(経過措置型医療法人)	42,586
うち出資額限度法人	152	うち出資額限度法人	265

驚かされた。一人ではなかなかできない運動も集団でやると継続しやすく、今では私の健康維持の一つになっている。

また、数年前より健康運動教室を週1回実施している。開催当日の参加者はウエスト測定されるので前日の食事にも注意を払っており、その他血圧及び体重測定を前後で実施し、教室の無い日も、体重や歩数を毎日記録することで、日々の食事や運動を気にするようになり健康維持に一役かっている。

行うことについて、どう考えるか。

○医療法への位置づけ(案)  
・移行について計画的な取組を行う医療法人を認定する仕組みを導入する。(移行検討の定款変更、移行計画の作成などを要件とする)

・認定を受けた医療法人に対しては、都道府県が指導、助言等の支援を行う。  
・その他、必要な規定を検討する。

○普及・啓発(案)  
都道府県会議など幅広い機会を捉えて、持分なし医療法人への移行の意義や「出資持分のない医療法人への円滑な移行マニュアル」の活用等について周知を行う。

○その他(案)  
所要の税制措置及び融資制度について検討

### □社会医療法人について

社会医療法人制度については、認定後の法人の事業の拡大や縮小等が生じることを前提とした柔軟な仕組みとなっていない。

#### 【現状と課題】

1. 社会医療法人は、「救急医療等確保事業に係る業務を当該病院又は診療所の所在地の都道府県で行っていること」が認定要件の1つとされており、認定要件を欠くに至ったときは、当該認定が取り消されることとなっている。このため、社会医療法人がそれまで病院等を開設していない都道府県に進出すると認定が取消しとなることが指摘されている。

2. 社会医療法人の認定が取り消された場合、取り消された日前の法人税法上の収益事業以外の事業による所得金額の累積額は、当該社会医療法人の認定が取り消された日からその会計年度終了日までの期間の所得金額の計算上、益金の額に算入され課税される。

#### 【見直しについての考え方】

1. 社会医療法人の認定を受けている法人が新たに進出した都道府県で病院等を開設等した場合、例えば、認定取消を3年間猶予し、経過期間後にその実績が社会医療法人認定要件を満たすことができた場合には、認定取消は行わないものとするについてどう考えるか。

2. 社会医療法人の認定が取り消された場合、際限のない課税の遡及期間により法人自体の存続が困難となることについて、地域医療確保の観点からどう考えるか。

## 清話抄

### 「私の健康法」

昭和48年に医学部を卒業し、九州の大学病院へ入局した。20年近く勤務した後、平成4年から現在の病院の副院長として勤務することとなった。50床の小さな内科病院であったが今後の情勢を考え、老健施設を併設した病院に建替えをした。建替え直後の3年間は

借金も気に掛かり、殆んど休み無く仕事に没頭した。しかし、いつの間にか視力の低下(老眼)を感じるようになり、体重も増加、動きも緩慢になっていった。大学病院時代は64~65kgで殆んど変化は無かった体重が、現在の病院に移ってからは75~76kgまで増加していった。

病院の運営にも慣れてきて、ロータリークラブの誘いを受け50歳の頃入会した。まだ運動には自信があるつもりで参加してみると、運動能力の低下に

診療に追われ、会議や講演会が続くことも多く、体重コントロールが上手くできていなかったが、早朝運動や身体計測することで食事量やアルコールにも注意するようになり、体重コントロールも比較的目標値に近づけるようになった。早朝運動を理由に夜の会合からも比較的早く帰ることができ、健康面からも良かったと思っている。自分の体力に合わせ健康管理してゆくことは管理者として大切なことであると思う。(洋一)



# 「医療提供困難地域に配慮した提供体制の構築」が狙上

中医協総会 次期改定の検討項目案。「災害に強い提供体制の構築」もテーマに

厚労省保険局医療課は、9月28日の中医協総会に、2012年度診療報酬改定の検討項目案を提示した。

検討項目は前改定の基本方針に掲げられた「4つの視点(案)」(現在社保審で審議中)から構成されているが、東日本大震災を踏まえた対応として、新たに「災害に強い医療提供体制の構築等」の項目があげられた。

同時改定の面で注目される「医療と介護の機能分化と連携」については、今回、「社会保障・税一体改革成案」を踏まえた入院・外来各領域の検討項目が並べられ、病床機能のさらなる分化と連携を促す措置の検討が示唆されているが、そこに、「医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築」という項目が盛り込まれた。

これは、一体改革成案における医療・介護改革のシミュレーションで提起された「地域一般病床」もしくは「地域に密

着した病院」を指向した検討課題を示すものと思われる。

がん医療やリハなど充実を図る対象にあげられた項目以外にも、「在宅療養支援診療所・病院の役割分担と連携」「訪問看護」については「充実」と、また、「病棟薬剤師や歯科等チーム医療」や「医療従事者の負担軽減」は「促進」と表記されるなど、重点評価の方向性が示唆されるところだ。

その一方、病床機能の分化誘導が目論まれている高度急性期・急性期入院については、機能に応じた「適切な評価」が検討されるとみられる。また、「適正評価」と表現された慢性期入院については、長期入院患者を抱える一般病床を含め、厳しい対応が予想される。さらに、効率化余地のある領域として「平均在院日数の減少等」があげられるなど、算定要件の厳格化が提起されそうだ。

慢性期入院の適正評価 等

外来診療

・高度急性期医療機関の専門的な外来の評価、地域医療貢献加算等の前回改定の結果を踏まえた検討等の外来診療に関する評価

医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

(その他)

・医療従事者の負担軽減に向けた勤務体制等の取組の促進

・病棟薬剤師や歯科等チーム医療の促進

・その他

(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

・後発医薬品の使用促進策

・平均在院日数の減少等

・薬品、医療機器、検査等の適正な評価

・その他

□4つの視点以外(災害に強い医療提供体制の構築等)

・補助金や補償との役割分担を踏まえた被災地の状況に応じた対応

・災害に強い医療提供体制の構築

## 次期改定に向けた検討項目(案)

### □改定の4つの視点(案)

(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

・緩和ケア

・小児がん等のがん医療の充実

・感染症、生活習慣病対策

・認知症医療(専門医療機関との連携による早期診断、BPSDへの対応等)

・精神科医療(身体疾患と合併した患者への対応等)

・リハビリテーションの充実

・歯科医療の充実

・新しい医療技術等の適切な評価

・新しい医薬品、医療機器等の適正な評価

・その他

(2) 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点

・明細書発行の義務化について

・医療安全対策等

・相談支援体制

・その他(診療報酬体系の簡素化等)

(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて質が高く効率的な医療を実現する視点

(医療と介護の機能分化と連携)

・在宅医療の推進(在宅療養支援診療所・病院の役割分担と連携の充実、看取りや終末期の評価の在り方、退院後の支援の推進)

・医療と介護の連携(維持期のリハビリにおける医療・介護の円滑な連携等)

・訪問看護の充実(医療ニーズの高い患者に者に対する訪問看護の充実・推進等)

・在宅療養における歯科医療及び薬剤管理の促進

・その他

(医療と介護の機能分化と連携=社会保障・税一体改革成案)

入院診療

・高度急性期/急性期の適切な評価、

## 医機連

# 医療機器について診療報酬見直しを提言

9月28日の薬価専門部会で初めてヒアリングに応じた日本医療機器産業連合会(医機連)は、特定保険医療材料(技術料に含まれない保険収載医療機器等)について、機能区分ごとに同一の価格としている現行収載方式を製品別収載に変え、市場実勢を反映した保険償還価格を実現するよう要望した。

その中で、医機連は、在宅医療患者に医療機器等を使用した場合に療養指導管理料に加算される在宅療養指導管理材料加算(ともに月1回算定)を取り上げ、「機器は事業者から医療機関にレンタルされて患者に貸与されるが、月1回の外来受診がないと算定できないために、事業者がレンタル料を支払われない」と指摘。その率が、在宅酸素療法で2.7%、経鼻持続陽圧呼吸療法装置で9.1%にも達し、両方で年間約40億円の純損が生じていると説明した。

その一方で、未外来でもレンタル料を支払う医療機関もあり、その場合は「医療機関の未回収金となっており、その実態は不明だ」とも指摘、何らかの見直しが必要であると提起した。薬価専門部会の診療側委員は、この提案に賛同した。

医機連は、また、洗浄消毒が不十分で使用されるなど医療機器が適性に使用されていないケースがあると指摘。医療安全対策加算や感染防止対策加算を外来にも適用すべきと、さらに、画像診断機器の保守管理が不十分とも提起し、①「撮影料には保守維持コストが含まれている旨を通則に記載するか通知で明文化する」こと、②造影剤注入器や心臓カテーテル検査装置などの機器はME機器・放射線治療機器と同様に「医療機器安全管理料」の対象に追加すべきことなど、具体的な診療報酬項目の見直しに踏み込んだ提言を行なった。

医療機器の普及促進を期した深慮遠謀の提案ともいえるが、価格引き上げに偏りがちな業界団体としては特異な、それだけにインパクトのある問題提起であった。

# データ提出、地域医療、救急医療の3指数を掘り下げる

DPC評価分科会 機能評価係数Ⅱの見直し議論始まる。専門病院評価のあり方も議論か

9月21日に開催された診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会は、2012年度改定に向けた機能評価係数Ⅱの具体化議論に入った。

機能評価係数Ⅱは、現在、データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数、救急医療係数の6項目からなっている。事務局(厚労省保険局医療課)は、まずは、現行6項目の見直しを取り上げ、続いて、追加導入すべき項目について議論するよう求めた。

議論の結果、効率化、複雑性、カバー率の3指数については現行内容で継続することで概ね一致。残りのデータ提出指数、地域医療指数、救急医療係数については、継続に反対する意見は

なかったが、その評価内容をめぐって各種の意見が示されたことから、裏づけとなるデータ提出を踏まえ、引き続き検討することになった。

4疾病5事業をベースにした7指標からなる地域医療指数については、救急医療に関して、「病院群輪番制への参加」という形式的基準ではなく、地域におけるシェアを評価すべきではないかとの声があがった。そのため、当該調査を行なっている厚労省研究班(清水班)のデータにもとづいて、その妥当性を判断する。また、7指標に「重み付け」を設けるべしとの意見も出たため、それも含めて検討する方向だ。

救急医療係数に関しては、体制に対する評価を高めてほしいという意見が

相次いだ。その一方で、地域における救急体制の違いによる影響をどう勘案するかという問題も提起され、当該調査を行なっている伏見班のデータを踏まえて検討を続けることで合意した。さらには、重症度をはかって評価に反映させることを求める意見も出たが、重症度の判定は困難とする見解も示されるなど、結論にはいたらなかった。

カバー率に関連して、専門病院の評価のあり方を明確化するよう求める声があがった。この提起を重視する意見がある一方、総合病院との比較データが乏しいということもあり、委員で賛否が分かれたが、取り合えず、議論は継続する方向だ。

機能評価係数Ⅱの追加項目について

は、ほかに、「アウトカムの測定・比較と公表」「医師派遣等の総合力やチーム医療」「病院機能評価」「地域における役割(シェア)」など色々な案が出た。

これに対して、事務局は、「病院機能評価を診療報酬に組み込むのは難しい」と検討を見送るよう要請。また、「アウトカムの測定と公表」に関しては「DPC病院としては難しいことでもなく、あらためて係数にすべき問題ではない」など、消極的な意見が相次いだ。

基礎係数との関係も含め、機能評価係数Ⅱ見直しの議論は、引き続き行なわれる。

## DPC評価分科会「平成24年改定に向けた機能評価係数Ⅱの見直しについて」 9月21日

### 1. 現行機能評価係数Ⅱについて

#### 【地域医療指数に関する論点】

①地域医療指数の評価対象となる事業について、都道府県により施設の認定や事業実績(運用実態)に差が生じていることについてどう考えるか。

②現行の評価項目でカバーされていない事業等についてどう考えるか(新たに評価対象とする場合にはどのような評価手法か)。

③地域医療への貢献に関する定量的な評価体系を導入することについてどう考えるか(導入する場合にはどのような評価手法か)。

#### 【救急医療係数に関する論点】

・機能評価係数Ⅱの考え方を踏まえ、救急医療を行うインセンティブとして救急医療係数の設定を継続すべきか。

・継続して設定する場合、その評価手法についてどう考えるか。

#### 【データ提出指数に関する論点】

・標準化や透明化等への貢献という観点から、現在の評価指標についてどう考えるか。

・「部位不明・詳細不明のコード」についてどう考えるか。

#### 【その他3指数(効率性指数、複雑性指数、カバー率指数)に関する論点】

・機能評価係数Ⅱの考え方を踏まえ、これら3指数の設定を継続すべきか。

・これら3指数の現在の評価手法についてどう考えるか。

### 2. 追加導入を検討すべき項目について

追加導入を検討すべき具体的な項目や評価指標についてどう考えるか。なお、追加導入する場合には、以下のような実務的な観点にも留意する必要がある。

- ・医療機関の負担が大きくない項目
- ・速やかに調査・把握できる項目

(5面下段へ続く)



# 医療保険部会と医療部会で本格的議論始まる

2012年改定の基本方針 震災、W改定、一体改革と課題山積。制度改革もあり、議論不足が懸念

社会保障審議会の医療保険部会と医療部会は、2012年度診療報酬改定の基本方針に関する本格的な議論を開始した。

厚労省保険局の鈴木医療課長は9月16日の医療保険部会で、12年度改定に向けて、次の4点を検討するよう求めた。

- (1) 前回10年度改定の「4つの視点」を今回も継承する。
- (2) 同時改定を踏まえ、医療・介護の役割分担と連携について深める。
- (3) 政府の「社会保障と税の一体改革成案」で提起されている、病床機能強化の強化と連携あるいは在宅医療の充実を図る。
- (4) 東日本大震災を踏まえ、その復興と「震災に強い医療機関」の構築を図る。

保険者代表の多い医療保険部会は概ね、医療課が提起した論点にそった議

論を展開した。

鈴木医療課長は9月22日の医療部会でも、ほぼ同様の問題提起を行なったが、医療団体代表が多くを占める医療部会の議論は論点が多岐にわたり、時間の制約もあって、基本方針を策定する上での方向性を確認するには至らなかった。

そうした中、同日の医療部会で、医政局の田原医事課長は、「専門医と総合医について幅広く検討する検討会を10月に設置する」ことを明らかにした。一方、鈴木医療課長は、「中医協と介護給付費分科会の合同会議を余り遅くならない時期に開きたい」と言明した。基本方針策定まで残り3ヵ月。同時改定、震災、一体改革と、改定基本方針をめぐる課題は多い。しかし、両部会とも制度改革の課題を抱えており、議論を深めるだけの時間が確保されているとはいえない。

## □医療保険部会(9月16日)における主な意見

- ・保険料を上げる環境にはない。効率化の視点の項目を増やすべきである。
- ・保険料負担が増えないようすべき。機能強化と同時に効率化にも取り組む必要がある。
- ・今回は急性期に手厚い配分だった。今回は、地域包括ケアに対応した医療について盛り込む必要がある。亜急性期、慢性期、在宅医療を充実させる必要がある。すべてを在宅医療に帰すのではなく、地域の中小病院、診療所など既存の資源を活用すべきである。
- ・医療と介護の連携が大事。とくに高齢期の認知症に対するサポートが重要だ。
- ・被災地の医療の再建が重要。その中で、基盤整備は公費で、経常的な経費は診療報酬で対応すべきである。
- ・被災地で診療報酬ができることは限られており、多くは補助金が担っている。
- ・効率化の視点が重要。医療提供体制に診療報酬だけで対応するのは無理。

県の医療計画と診療報酬との連動を考

- えるべきではないか。
- ・被災地には患者が戻ってきていない。加算という案もあるが、4月まで待てない。速やかに補助金や補償で対応すべきである。
- ・診療報酬が複雑すぎて患者には分からない。明細書よりも報酬体系を分かりやすくする方が基本ではないか。
- ・医療と介護をつなぐためには医療ソーシャルワーカーの存在が重要となる。
- ・明細書だけでなく、レセプト電子化をサポートすべきではないか。IT化は医療費のチェックや抑制に利用できる。
- ・「適正化の視点」に後発医薬品程度しか項目がないのは疑問。
- ・後発品の薬価は安いですが、実際には加算があって、患者負担・保険者負担はあまり変わらないのではないかと。本当は先発品を10年たったら安くするのが一番良い。

## 「次期診療報酬改定の基本方針の検討について」医療保険部会・医療部会

### 1. これまでの基本方針

これまでの診療報酬改定の基本方針においては、「改定の視点」等を定めるとともに、この「視点」を踏まえた改定の「方向」を定めている。

#### (3) 平成22年度改定

我が国の医療がおかれた危機的な状況を解消するため、重点課題として、

- ①救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- ②病院勤務医の負担の軽減(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)を定め、地域連携による救急患者の受入れの推進の評価や、医療クラークの配置の促進等の医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価等の「方向」を定めた。

以上のような視点を踏まえつつ、今回の診療報酬改定の基本方針においては、どのような「視点」や「方向」を盛り込むべきか、ご議論いただきたい。

### 2. 次期改定に向けた背景及び論点等

○前回の4つの「視点」について引き続き今回も「視点」として位置付けてはどうか。その際、修正すべき点はある

か。また、それぞれの具体的な検討の「方向」はどのようなものが考えられるか。○6年に1度の同時改定であり、医療・介護の機能強化の推進及び地域における連携体制の構築に向けた評価の在り方の検討について、どのように基本方針に位置付けていくべきか。

○社会保障・税一体改革成案で掲げられている、今後の医療・介護のあるべき姿として、病院・病床機能の分化・強化と連携や、在宅医療の充実等をどのように踏まえていくか。

○災害時における医療提供体制の問題点等を踏まえた災害に強い医療の在り方に関する評価や、被災地への診療報酬上の対応の在り方について基本方針に位置付ける必要があるのではないかと。

#### ※「視点」や「方向」の例

##### (視点の例)

- 医療機関等の機能分化、質が高く効率的な医療の提供
  - 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質に配慮した医療
- ##### (方向の例)

(4面下段から続く)

- ・客観的に評価できる項目
- ・DPC対象病院において評価を検討すべき項目(急性期入院医療全般で評価を検討すべき項目は出来高体系での評価を検討)

### 3. 医療機関群設定との関係について

・基礎係数に係る医療機関群の設定に関連して、機能評価係数Ⅱについても、

「医療機関群の特性に応じた項目の設定も含め、その内容及び配分について、今後検討する」とされている。

・求められる機能・役割が異なる医療機関について、最終的に求められる効率化・標準化の程度も異なるとして別々の医療機関群を設定するものであり、このような医療機関群の特性を踏まえた機能評価係数Ⅱの項目のあり方につい

- ・医師不足も重要課題だが看護師等の医療従事者の確保も必要である。
- ・全国の2分の1が過疎地域。医師確保への配慮を盛り込んでほしい。
- ・医師とともに看護職員等医療従事者を確保する観点を入れるべき。
- ・年齢に着目した点数の設定には反対。年齢に関わらず終末期医療のあり

## □医療部会(9月22日)における主な意見

- ・前回改定の4つの視点は踏襲すべき。医療従事者の処遇改善や人材確保については今回は議論をすべき。
- ・4つの視点は維持してよいが、今回は同時改定なので看護との関係が重要。「地域包括ケア」という文言も入れるべきではないか。
- ・医療・介護の連携強化をするべき。具体的には在宅診療や訪問看護の評価が重要。救急搬送で受け入れ困難な精神疾患の患者を受け入れるような連携を強化すべきである。
- ・社会的入院を是正していくためにも医療・介護連携を進められるべき。
- ・被災地における看護師の不足対策は触れられているが、医師不足への対応も重要。精神科についても3割標準まで認めてほしい。社会医療法人は医療法が前提となっているので、医師が退職すると取り消されてしまう恐れがある。
- ・大震災への対応に集中すべきで、全面改定は行うべきではない。ただし、必要な見直しは行なうべき。被災地では医療機関は復興に尽力している最中。改定では看護の人員配置などを変更すべきではない。
- ・国公立に独占されている災害拠点病院に民間病院も参加できるようにして、もっと増やしてはどうか。
- ・インフラの整備は公費、経常的なコストは診療報酬と役割分担をはっきりすべき。被災地の人員不足は診療報酬でなんとかできるものではない。

方も検討すべき。

- ・在宅では、ガンの場合は耐えられるが、慢性期や認知症になると家族が耐えきれない。終末期医療をもう一度議論する必要がある。
- ・終末期医療や看取りについては診療所の役割が大事ではないか。

- ・地域には高度急性期も亜急性期医療もない。機能分化は昔からいわれてきたが、いぜん曖昧なままであり、診療報酬との関係はよく考えなければならぬ。
- ・総合診療医の育成を図るべきである。そのためには文科省との連携が大切。
- ・診療報酬と医療計画が連動性をもっていくことが大切。
- ・小児の在宅医療を推進すべきだ。小児に対する訪問看護の評価とともに小児在宅医療へ参入するインセンティブを設けることが重要。
- ・15対1前改定で唯一点数が下げられたが、13対1や15対1は救急患者の受け入れを多く行なっており、評価されてもよい。
- ・リハビリやそれを含めたチーム医療が重要である。
- ・チーム医療はいまだ議論中であり、診療報酬で評価する段階ではない。
- ・在宅医療も重要だが、急性期病院から退院する際の連携や退院支援も重要ではないか。
- ・医療技術の評価してほしい、とくに内科医の評価を上げてほしい。
- ・「効率化」には薬のことばかり記載されている。薬価を財源にみだてる改定はやめて欲しい。
- ・後発医薬品や検査の見直しは引き続き行なうべきだ。電子レセプトの促進、高額医療機器の共同利用を促進するものとするべきである。

### (方向の例)

- ・後発医薬品の使用促進
- ・市場実勢価格等を踏まえた医薬品、医療材料等の評価 等

### 【医療と介護の機能強化・連携に関するもの】

- ・在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の評価
- ・早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取組の評価
- ・在宅での療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実
- ・退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実
- ・維持期のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携
- ・介護施設における医療提供の評価の在り方

### 【東日本大震災を踏まえた災害対応に関するもの】

- ・今後の災害対策の充実を促進するための評価の在り方
- ・補助金や補償との役割分担を踏まえた被災地における診療報酬上の対応策

て、どう考えるか。

#### (例)

- ・複雑性指数やカバー率指数は大病院に有利と言われているが、例えば大病院と地域密着型の病院では想定されるカバー率(総合性)の程度が異なっていると考えられ、それぞれ医療機関群ごとに評価する等、評価方法について検討の余地があるのではないかと。

- ・地域医療指数について、例えば大病院に求められる救急医療は高度救命救急などのいわゆる3次救急の提供であるのに対して、地域密着型の病院に求められる救急医療はプライマリケアを中心とした2次救急輪番制への参画・貢献が中心になると考えられる等、医療機関群ごとの評価内容について検討の余地があるのではないかと。



# 民主党 四病協、厚生労働部門会議で消費税原則課税等を訴える

2012年度税制改正要望 医療・介護団体に見直しを求める声高まる。「重要なテーマになる」



四病院団体協議会は9月21日、民主党の厚生労働部門会議が行なった税制改正要望ヒアリングに出席、四病協がまとめた2012年度税制改正要望事項(別掲)について説明、その実現を訴えた。

ヒアリングには長妻昭座長(党政調副会長)、梅村聡副座長のほか約40人の衆参議員が出席、四病協からは、医業経営・税制委員会委員長の伊藤伸一医法協副会長と安藤高朗全日病副会長が臨んだ。

政府の税制調査会は9月16日に、約11兆円規模の、3案からなる復興増税案を内閣に提示、野田首相は3案から、

とりあえず消費税引上を除く2案の検討を進める方針を表明した。

しかし、社会保障の財源を中長期的に確保するため、復興増税とは別に、「社会保障と税の一体改革成案」にもとづいて消費税の段階的引き上げに向かう野田内閣の方針に変わりはない。

したがって、四病協には、社会保険診療報酬に対する消費税非課税のままでは、控除できない仕入消費税の負担によって経営の危機に直面しかねないとの危機感が強く、2012年度税制改正要望の筆頭に、「原則課税。あわせて患者、利用者負担へ配慮する」と書き込

んだ。

ヒアリングで四病協の税制改正要望を説明した伊藤委員長は、「控除対象外の消費税額は平均にして診療所あたり年間で240万円、病院あたり2,000万円強になっており、現在でも経営を大きく圧迫している。重装備の一般病院になると、400床以上の病院では年間2~3億円に達する。これが10%にあげられると、病院はつぶれかねない」と説明、原則課税にしようとした。

それとともに、患者負担についても、「消費税が損税や受診者への負担とならないよう、給付付税額控除、ゼロ税

率、あるいは病院による患者への即日還付など各種方法を四病協として検討している。ぜひ、ご検討いただきたい」と訴えた。

伊藤委員長は、このほか、東日本大震災被災医療機関の税負担への配慮や医業法人税の減免措置の継続など、税制改正要望書に盛り込まれた四病協の項目を1つ1つ取り上げて、その採用を求めた。

厚生労働部門会議は翌22日と合わせ、日本医師会を含む、医療・介護関係11団体のヒアリングを行なった。日本医師会は21日のヒアリングで、四病協と共通する項目をまとめた連名の要望事項を提出、とくに、非控除仕入消費税の解消を強く求めた。

ヒアリングを踏まえ、部門会議は出席議員から2012年度税制改正の重要課題を提起してもらい、それを整理して9月末までに民主党税調に諮ることになる。

梅村聡副座長は、報道陣の質問に、「多くの医療・介護団体から消費税非課税の見直しを求める声があがっている。重要なテーマになることは間違いない」との認識を示した。

## 持分ある医療法人の承継時と移行時の課税で要望。事業税特例措置の存続も

四病院団体協議会「平成24年度税制改正要望の重点事項について」(要旨) 9月21日

### I. 消費税における社会保険診療報酬等の非課税制度の見直し

医療および介護に係る消費税について、社会保険診療報酬および介護報酬の非課税を見直し、消費税制度のあり方に合致する原則課税に改められたい。あわせて患者、利用者負担への配慮を要望する。

[理由]

1) 医療機関は消費税の上乗せされた医療機器や医薬品、医療材料、消耗品等を購入しているが、医療が非課税であるため仕入税額控除を通じて仕入税額の還付を受けることはできない。他の非課税事業者ならば、この仕入税額分を商品価格に転嫁して回収できるのに対し、医療の対価は法令上、社会保険診療報酬として決定されているという特殊性があり、転嫁することもできない。

これをカバーするため、社会保険診療報酬には仕入消費税の一部を補填することとされているものの、そのような画一的補填方式には個々の医療機関の仕入税額まで考慮されていないことから、補填額が仕入税額に満たない場合、その部分は損失として、医療機関が負担せざるを得ない状態が続いている。とはいえ、個々の医療機関の実態に応じた補填を行うことなど不可能である。

すなわち、画一的補填方式は個別性の強い医療機関の消費税負担の実態になじまず、税負担の公平性が損なわれているのが現状である。また、介護保険における非課税の居宅介護サービス費や施設介護サービス費についても同様の事態が生じている。

課税の公平性を確保するためには診療報酬等での調整では無理がある以上、医療、介護を課税取引として、仕入税額控除を認めなければならない。

2) 社会保障制度としての社会保険診療、介護サービスのあり方に鑑み、患

者や利用者の負担に配慮した施策もあわせて講ずるべきである。

### II. 医療機関に対する事業税の特例措置の存続

事業税における次の特例措置を恒久的に存続されたい。

- ①社会保険診療報酬に対する非課税(個人、医療法人共通)
- ②自由診療収入等に対する軽減税率(医療法人のみ)

### III. 東日本大震災により被災した医療機関の復興に配慮した税制上の措置

東日本大震災は、東北から関東の広範な地域にわたって医療機関に甚大な被害を及ぼし、これらの形成するネットワークが重大なダメージを被っている。被災地が大震災から早急に復旧、復興するうえで、税制上もこれら医療ネットワークの回復に配慮した施策を講じていただきたい。

### IV. 社会医療法人に対する寄附金税制の整備及び非課税範囲の拡大等

社会医療法人に対して、次の措置を講じられたい。

- 1) 社会医療法人を税法上の特定公益増進法人とし、これらに対して寄付が行われた場合、寄付をした側については支出額の一定部分を所得税法上の寄付金控除の対象または法人税法上の損金としていただきたい。
- 2) 社会医療法人が行う医療保健業は法人税法上の「収益事業」から除外され非課税であるが、このうち附帯業務として行うものは例外的に課税されている。社会医療法人が行う医療保健業をすべて「収益事業」から除外し、非課税としていただきたい。
- 3) 社会医療法人が「救急医療等確保事業の用に供する固定資産」に対しては、固定資産税が非課税とされている。この非課税範囲の取扱いが、全国の市町村で必ずしも統一されていないため、通知等により範囲を明示されたい。併せて、今後は非課税の範囲を「医療

の用に供する固定資産」全般に拡大していただきたい。

4) 社会医療法人の認定が取り消された場合には、社会医療法人となって以後の非課税の累積所得金額すべてに一括課税されることになっているが、これは医療法人の死命を制することになりかねないため、廃止していただきたい。仮に廃止が困難であるとしても、その場合は事業継続のために積み立てた特定事業準備積立金や減価償却引当積立金相当額は、この累積額から控除することとされたい。

### V. 持分のある医療法人が相続発生後5年内に持分のない医療法人に移行する場合の相続税猶予制度の創設

持分のある社会医療法人の出資者に相続が発生した場合、当該医療法人が持分のない医療法人に移行する予定であるときは、当該出資者に係る相続税の納税を5年間猶予し、期間内に持分のない社団に移行することを条件に猶予税額を免除する制度を創設されたい。

### VI. 相続税・贈与税の納税猶予制度の医療法人への拡充

持分のある医療法人に対して、中小企業の事業承継における相続税・贈与税の納税猶予制度と同様の制度を創設されたい。

### VII. 病院用建物等の耐用年数の短縮

病院・診療所用の建物、附属設備の耐用年数を短縮されたい。要望年数は「鉄骨鉄筋コンクリート造又は鉄筋コンクリート造」31年(現行39年)であるが、これは平成16年に四病院団体協議会と日本医師会の実施した実態調査によっても裏付けられたところである。

### VIII. 社会医療法人の出資評価の見直し

財産評価基本通達における社会医療法人の出資の評価方法を見直し、営利企業の株式等の評価に比して著しく不利とならないよう改めていただきたい。

[理由]

持分のある医療法人において、とく

に問題となるのは事業承継の際の課税問題である。出資持分が存する以上、これが相続税の課税対象となるのは当然であるが、その際の課税評価が一般の営利企業より高額になる現行の評価方法を見直し、せめて営利企業並みに改めていただきたいというのが本要望の主旨である。

現行の国税庁財産評価基本通達は、出資評価について規定した194-2において、評価方法として類似業種比準方式を掲げている。この方式は、市場性のない株式や出資持分について上場株式に準拠して評価することとし、利益、配当、資産の3要素から評価額を算出する計算式が設定されている。その際、医療法人は配当が禁止されているため、営利企業の評価ではカウントされる配当要素が除外されるのである。理論上これは一見正当ではあるが、いざ実際に適用すると、医療法人の出資評価額は無配当の営利企業よりも高額になってしまう。

こうした現状は医療資源保護という政策的な観点から見て不適切であるばかりでなく、財産評価理論としても、出資の財産価値という点でマイナスに作用する配当禁止が反映されていないという問題がある。

そこで現行の評価方法を見直し、持分ある医療法人の出資評価は、取引相場のない株式で無配当のものと同様の方法を適用することとしていただきたい。

### IX. 公益社団法人等及び一般社団法人等に対する固定資産税等の減免措置

公益社団法人及び公益財団法人並びに一般社団法人、一般財団法人で医療保健業を営むもののうち、当該医療保健業が法人税法上の収益事業から除外されているものについて、当該業務の用に供する土地、建物に対する固定資産税及び都市計画税並びに不動産取得税、登録免許税の減免措置を講じていただきたい。



# 日病協・実務者会議 6年課程の薬剤師は8,000人? 予想を下回る供給数

9月21日の日本病院団体協議会・診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)は日本病院薬剤師会(堀内龍也会長)を招き、6年制後初の有資格者を迎える2012年度の薬剤師需給の展望等について意見交換を行なった。

実務者会議には日病薬から堀内会長と鈴木常務理事が参加した。日病薬の会員数は3万9,300人と病院、診療所に従事する薬剤師(約5万人)の8割近くを組織、会員が従事している病院は6,719施設に達している。

2006年に導入された薬学部の6年制課程は、来年春、初めての卒業生を送り出す。医療の高度化、チーム医療、安全対策、平均在院日数の短縮化など、薬剤師の占めるポジションは高まる一方。病院界でも6年制を出た薬剤師に

対する期待は大きく、診療報酬でも、薬剤師病棟配置の評価が次期改定の課題の1つにあがっている。

ただし、実務者会議で行なわれた日病薬の説明によると、12年度の薬剤師供給は予想を大きく下回りそうだ。

薬科大学は2004年以降増加をたどり、08年には73と、02年の46から27も増えた。その結果、入学定員は約1万3,500人(08年)と02年の1.7倍近くにも達し、入学者も05年以降1万3,000人台を維持、国家試験合格者は概ね9,000人台で推移している。

06年の入学者数は1万3,000人を超えている。ここ数年の合格率は70%台半ば。したがって、常識的には6年生課程修了の有資格者が1万人近く誕生すると予想される。

だが、日病薬の予測によると「合格率の低下を恐れる向きもあり、急増し

## 黒岩知事「2012年全日病学会へ神奈川県も協力したい」

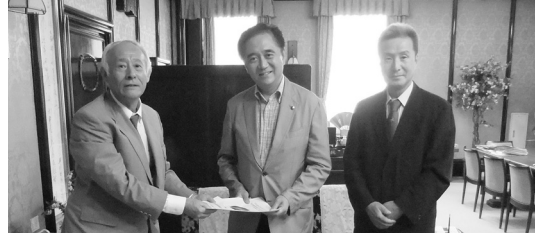
2012年の第54回全日本病院学会を担当する神奈川県支部(赤枝雄一支部長)は8月1日、赤枝学会長と山本実行委員長が黒岩祐治神奈川県知事を訪問し、学会開催への県の支援を要請した。

歓談の中で黒岩知事は要望を快諾、2012年9月21日、22日に横浜のパシフィコ横浜で開かれる全日病学会へ協力を約した。

赤枝学会長は「県の協力が得られてよかった。中身の濃い学会となるよう、全力をあげて準備に務めたい。今年の沖縄学会

た薬科大学の卒業生は減る公算だ。国家資格を得るのは精々8,000人ぐらいか」と見込まれ、病院界の期待を下回った数になりそうだ。

に続いて、歴史と異国情緒溢れる港町そして最先端の情報が集まる街である『神奈川県横浜市』に、全国から会員がお越しいただけるものと期待している」と、抱負を語った。



▲(写真左から)赤枝学会長、山本委員長、黒岩神奈川県知事

## 2011年度第2回理事会・第5回常任理事会の抄録 8月27日

### 【協議事項】

#### ●東日本大震災被災会員の会費減免

東日本大震災で被災した128会員の2011年度会費を免除する方針が承認された。11年度中に新規入会する被災3県の会員に関しても同年度の会費を免除する。

#### ●2012年度税制改正要望

総務・財務委員会がまとめた「2012年度税制改正要望書(案)」が承認された。

#### ●2012年度夏期研修会

2012年度の夏期研修会を、徳島県支部(田崎正治支部長)の担当で8月12日に開催することが決まった。

#### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の6人の入会が承認された。  
北海道 札幌さくら病院 理事長 西部正泰  
福井県 林病院 院長 野尻正憲  
三重県 永井病院 理事長 永井康興  
兵庫県 西宮渡辺心臓・血管センター 院長 吉川純一

佐賀県 町立太良病院 院長 上通一泰

長崎県 長崎北病院 院長 佐藤 聡

別途退会が5人あった結果、在籍会員数は2,338人となった。

以下の賛助会員の入会が承認された。  
星光ビル管理株式会社(大阪府・岡田信吾代表取締役社長)

この結果、賛助会員数は合計97となった。

#### ●人間ドック実施指定施設の承認

人間ドック実施施設として申請のあった以下の1施設が承認された。

#### 日帰り人間ドック

千葉県 メディカルクリニック八千代

日帰り人間ドックは474施設となった。

### 【主な報告事項】

#### ●岡山県支部長の交代

岡山県支部の支部長が、佐藤亀弘氏(佐藤病院理事長)から佐能量雄氏(全日病理事、光生病院理事長・院長)に交代した。

#### ●医療従事者委員会の委員追加

医療従事者委員会に、大神修一氏(長田病院 診療技術部長)と斉藤靖枝氏(上尾中央総合病院看護副部長)の2名が追加された

の報告があった。

#### ●若手経営者育成事業委員会の委員選出

若手経営者育成事業委員会の委員が決まったとの報告があった。委員は、牧 恭彦(牧病院)、竹川勝治(愛和病院)、太田圭洋(名古屋記念病院)、富家隆樹(富家病院)、室谷ゆかり(アルペンリハビリテーション病院)、黒澤一也(くろさわ病院)、鬼塚一郎(田主丸中央病院)の各氏。

#### ●病院機能評価機構への申し入れについて

病院機能評価項目(ver.6.0)の改訂作業について、病院機能評価委員会として8月25日に日本医療機能評価機構に申し入れを行なったとの報告があった。

#### ●「2011年度看護部門長研修コース」の開催

今年度の「看護部門長研修コース」を、10月7日～9日(2泊3日)と12月2日～4日(2泊3日)のつごう6日間、東京都内で開催する。

#### ●「2011年度アドバンスト研修」の開催

「2011年度アドバンスト研修」を10月15日に、本会本部で開催する。

#### ●「2011年度臨床研修指導医講習会」の開催

全日病と医法協の共催による「2011年度臨床研修指導医講習会」を11月12日、13日に東京都内で開催する。

#### ●委員会等の報告から

・医療の質向上委員会は、厚労省にレセプト情報・特定健診等情報の提供を申請した。同データを、DPC分析事業のデータとの比較分析に資するのが目的。診療アウトカム評価事業への参加は27病院となった。

#### ●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

7月1日付で以下の11会員病院に病院機能評価の更新認定が決まった。

#### ◎一般病院

千葉県 小張総合病院 更新

東京都 大田病院 更新

神奈川県 大船中央病院 更新

福岡県 福岡新水巻病院 更新

福岡県 糸島医師会病院 更新

#### ◎療養病院

埼玉県 所沢ロイヤル病院 更新

#### ◎複合病院

北海道 西堀病院 更新

富山県 八尾総合病院 更新

長野県 くろさわ病院 更新

岡山県 金田病院 更新

高知県 須崎くろしお病院 更新

7月1日現在の認定病院は合計2,494病院。そのうち、本会会員は893病院と、会員病院の38.2%、全認定病院の35.8%を占めている。

## 2011年度第6回常任理事会の抄録 9月17日

### 【協議事項】

#### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の2人の入会が承認された。

岐阜県 大垣徳洲会病院 院長 種村廣巳

愛媛県 波方中央病院 副院長 臼谷佐和子

在籍会員数は2,340人となった。

以下の賛助会員の入会が承認された。

クリニック滝野川内科(東京都・吉川潤一郎院長)

賛助会員数は98となった。

#### ●人間ドック実施指定施設の承認

人間ドック実施施設として以下の2施設が承認された。

日帰り人間ドック

東京都 下北沢病院

東京都 古川橋病院

日帰り人間ドックは475施設となった。

### 【主な報告事項】

#### ●公益法人認可申請に伴う各支部の移行手続き進捗状況調査

公益法人改革対応プロジェクト委員会は、本会の公益法人移行認可に必要な、支部のあり方として、支部ごとに想定される組織形態の類型案を各支部に送付、検討するよう要請した。

#### ●全日病 国際医療交流受け入れ病院指針(案)

医療国際化事業検討委員会が作成した「国際医療交流受け入れ病院指針(案)」について報告があった。

#### ●医療安全管理・医療紛争に関するアンケート

医療の質向上委員会は、厚生労働科研究班と共同して、会員病院を対象に「医療安全管理・医療紛争に関するアンケート」を実施する。

#### ●第10回病院機能評価受審セミナーの開催

「第10回病院機能評価受審セミナー(ver.6.0)」を第53回全日本病院学会の前日(10月28日)に、同じ会場で開催する。

#### ●特定健診・特定保健指導に関するアンケート調査

人間ドック委員会は、特定保健指導を実施している会員施設を対象に、特定保健指導関係研修会に関する意見をたずねるアンケート調査を実施する。

#### ●病院機能評価の審査結果(表記がないものはVer.6.0:順不同)

8月5日付で以下の16会員病院に病院機能評価の新規認定・更新認定が決まった。

#### ◎一般病院

秋田県 本荘第一病院 更新

東京都 浅草病院 更新

長野県 竹重病院 更新

福岡県 福岡市立こども病院・感染症センター 更新

#### ◎精神科病院

栃木県 鹿沼病院 更新

鹿児島県 松下病院 新規

#### ◎複合病院

東京都 仁和小総合病院 更新

東京都 亀有病院 新規

兵庫県 三木山陽病院 更新

兵庫県 西宮渡辺病院 新規

兵庫県 西江井島病院 新規

高知県 竹本病院 更新

高知県 南国病院 新規

福岡県 ココクラ病院 更新

福岡県 原土井病院 更新

沖縄県 西崎病院 更新

8月5日現在の認定病院は合計2,497病院。そのうち、本会会員は898病院と、会員病院の38.4%、全認定病院の36.0%を占めている。

高血圧 年 有・無 有・無  
糖尿病 年 有・無 有・無  
脂質異常症 年 有・無 有・無  
神経痛 年 有・無 有・無  
脳卒中 年 有・無 有・無  
循環器疾患 年 有・無 有・無  
呼吸器疾患 年 有・無 有・無  
消化器疾患 年 有・無 有・無  
泌尿器疾患 年 有・無 有・無  
婦人科疾患 年 有・無 有・無  
骨格疾患 年 有・無 有・無  
骨粗鬆症 年 有・無 有・無  
内分泌疾患 年 有・無 有・無  
その他 年 有・無 有・無

## 全日病厚生会 病院総合補償制度に 「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報漏えい保険のイメージ

患者基礎情報  
入院年月日  
発症日  
現病歴

個人情報漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

●ご加入のお申込み、お問合せは…

団体契約者 全日病厚生会  
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

**(株) 全日病福祉センター**

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588



# 厚労省「100円を上げていくことは考えていない」

医療保険部会 厚労省が高額療養費見直し・受診時定額負担(100円)を提案。定額負担については賛否分かれる

9月16日の社会保障審議会医療保険部会に、事務局(厚労省保険局総務課)は、高額療養費の自己負担限度額を中所得者の負担を軽減する方向で見直すとともに、その財源として受診時定額負担を見込むという考え方を提示。高額療養費については、自己負担限度額を月単位から年単位とするなどの仕組み案をもって、議論を求めた。

この制度改正は「社会保障・税一体改革成案」に盛り込まれたもの。

事務局は、受診時定額負担としては「定率負担に定額負担を加えた額を自己負担とする仕組み」を提案。医療保険がカバーする病気の範囲が変わらない受診時定額負担は保険免責制とは異なるとし、「定額負担は高額療養費の対象となる」と説明した。

定率負担プラス定額負担となると、定額が仮に100円であっても3割負担を超え、「将来にわたって7割の給付を維持する」とした2002年度健保法改正法附則に違反する。この点を問われた西辻保険課長は、「実効の給付率は医療保険全体で83%である」と釈明、「そもそも患者負担を変えるには法改正が必要」と指摘した。

また、低所得者については軽減措置を図るとして、検討課題にあげた。

「この仕組みが導入されると定額をいくらでも上げられる」という疑問に対しては、「これは仕組みとして継続する。

しかし、100円を200円、300円にすることは考えていない。新たな負担が必要であれば、また、別途考える」と答えた。

高額療養費の見直しによる患者の負担軽減に反対する意見はなかったが、受診時定額負担に対しては多くの委員が疑問・反対を表わした。しかし、「保険料を上げるなど手はあるのではないか」とする以外、対案は出なかった。

## 中医協「定額負担導入」に診療側は反対、支払側は許容か

厚労省は9月28日の中医協総会に、医療保険部会に提案した「高額療養費の見直し—受診時定額負担の導入」の仕組み案について報告した。

中所得者を中心に高額療養費の恩恵

保険者の委員は逼迫する保険財政を理由に保険料の引き上げに強く反発、受診時定額負担の導入に同意する意見が相次いだ。さらには、「70～74歳の負担割合軽減措置の見直しを検討してほしい」と、患者負担割合を高めるべきとする見解も示された。

医療保険部会は、引き続き、受診時定額負担の問題を検討する。

を受けやすくするという発想の見直し案に異論を唱える委員はいなかったが、受診時定額負担に関しては、強く反対する診療側と「やむを得ない」と許容する方向の支払側で意見が分かれた。



▲医療保険部会で挨拶する藤田一枝厚生労働政務官

診療側の安達委員(京都府医師会)は、初診時の100円負担によって2,000億円の財源確保が見込まれるだけでなく、受診抑制で2,000億円の「長瀬効果」が生じる。(保険財政にとって)つごう4,000億円の影響となる」と指摘。

患者の立場ではなく、保険財政の視点のみで考えられている措置であると、一体改革成案に盛り込んだ政府の姿勢を批判した。

「長瀬効果」とは、給付率の変更によって医療費の水準が変化するという経験則をいう。社会科学的な証明は難しいものの、厚労省はしばしば、医療費の分析でこの言葉を使う。

安達委員は、さらに、「受診時定額負担は形を変えた「低医療免責」である。これは、2,200億円抑制を続けた小泉政権ですらできなかったことだ」と、民主党政権を論難した。総会には辻辻泰弘政務官が同席していた。

これに対して、支払側からは、「保険料でまかなうことはできない。これで行くか、見送るか、どちらを採るかだ」(健保連白川委員)と、容認する意見が続いた。

森田中医協会長は、「高額療養費の見直しは皆さん賛成だが、受診時定額負担については、2号側は反対、1号側は概ね賛成ということ。医療保険部会にそう報告してほしい」と議論を締め括った。

# 「12年度改定で5対1看護を求めない」

日看協幹部が言明。各県労働基準局等の労働環境改善策に強い期待

日本看護協会(坂本すが会長)は「病院看護管理者懇談会」を組織し、9月13日に、同協会第1回会合を開いた。

懇談会は、病院看護にかかわる政策的課題について、看護現場と意見交換を行なうために組織されたもの。

全国看護職副院長協議会、認定看護管理者会、日本精神科看護技術協会、地域医療振興協会、国立大学病院看護部長会議、私立医科大学病院協議会看護部長会、公的病院機関(日赤、国立病院

機構、厚生連、労働者健康福祉機構、済生会、社保連)、病院団体(全日病、日病、医法協、日精協、日慢協、全自病)の18団体で構成され、第1回会合には厚生連を除く17団体が出席した。

冒頭の挨拶で、日看協の坂本会長は「これまでの潜在看護師対策は十分な効果を得られていない。今後は、現在働いている看護師を辞めさせない対策が必要であり、労働問題に積極的に取り組もうということになった」と述べ、同

協会の働きかけで厚労省に設置された「看護師等の雇用の質向上に関する省内PT」に至った考え方を明らかにした。

さらに、「省内PTについては前厚労大臣からも応援を受けたが、現厚労大臣からも支持を得ている」と、看護師の労働環境改善への取り組みは厚労省の全面支援を得ていることを強調した。

また、「看護師の労働問題を解決するためには原資となるお金が必要。今後、中医協の中で看護師の労働問題をテー

マにあげていきたい」と、次期改定に向けて、看護師の負担軽減を評価する項目の導入を求める考えを示した。

その上で、「都道府県労働基準局等と一体になって看護師の労働環境をよくしていきたい」と発言、各県労働基準局の取り組みに期待を寄せた。

会合で、厚労省労働基準局の田中労働条件政策課長は「看護師等の雇用の質の向上に関する省内PT報告書とその関連通知」に関する講演を行なった。

また、日看協からは「2012年度改定で5対1看護を求めることは考えていない」など、当面の看護政策に関する方針説明と特定看護師制度の報告が行なわれた。

# 宮城県の市町村国保と全日病等が集合契約Aを締結

県外避難住民対策として。福島県も締結を希望

東日本大震災によって住民の一部が県外に避難していることから、被災地の市町村国保は、特定健診・特定保健指導の集合契約Bと並行して、病院団体等がとりまとめている集合契約Aの


締結に動いている。宮城県は8月31日に、集合契約Aの締結を希望する市町村国保を集め、全日病を含む病院団体等と締結に向けた協議をもった。

会議には締結を希望する6市4町と宮城県後期高齢者医療広域連合が出席、①仙台市が代表保険者となる、②委託内容は基本健診+詳細な健診+保健指導とする、③基本健診における血糖検

査は「血糖」と「ヘモグロビンA1c」の両方とする、④詳細健診における眼底検査は「両眼検査」とすることなどを確認、病院団体側もこれを了承した。

料金は集合契約Aの既定料金を踏襲することで合意された。

集合契約Aの締結希望は県外避難住民の多い福島県からも出ており、今後、病院団体等と協議に入る見通しだ。



あんしんとゆとりで仕事に専念

## 全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための  
充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
  - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
  - 医療施設機械補償保険
  - 居宅介護事業者賠償責任保険
  - マネーフレンド運送保険
  - 医療廃棄物排出事業者責任保険
  - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
  - 勤務医師賠償責任保険
  - 看護職賠償責任保険
  - 薬剤師賠償責任保険

お問い合わせ (株)全日病福祉センター  
〒101-0061東京都千代田区三崎町3-7-12  
Tel.03-3222-5327