



# 全日病

# 21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2012 8/1

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.783 2012/8/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 上乘せの診療報酬項目追跡できず。検証は困難?!

医療機関等の消費税負担分科会 非課税の矛盾を指摘する意見相次ぐ。高額設備消費税負担で実態調査

診療報酬調査専門組織の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」は7月27日、医療機関における建物等高額設備の消費税負担を診療報酬とは別に手当てする仕組みを検討するために、高額設備にかかわる消費税負担の実態調査を実施することを決めた。

調査は予備調査と本調査からなり、10程度の医療機関等を対象にした予備調査を今年秋に実施、そこで把握した資産・償却等の実態から調査項目(調査票)や標本数などを決め、その後本調査を行なって2012年度内に集計を終える。

診療報酬に消費税負担相当分を1.53%上乘せしているとする事務局は、同日の分科会に、消費税創設時と5%への引き上げ時に補填対象とした項目を明らかにした。

それによると、1989年(平成元年)に補填されたのは13項目(医科)。そのうちの5項目は今も存続しているが、2項目が廃止され(うち1つは介護保険に編入)、6項目が包括化や組み替えになるなど算定方法が変更されている。

1997年(平成9年)に補填されたのは37項目(医科)。うち24項目は現在もあるが、13項目が包括化、再編、削除・廃止、介護保険に編入されるなど算定できない状態にある。

かくて、消費税負担を相殺するとして補填された項目の4割は、その追跡ができない状況にある。言い換えれば、補填の有無を検証できない状況にあることが分かった。

それどころか、全体で+0.77%となった1997年の上乗せ改定に関しては、改定率の各科内訳が「当時の資料がないために不明である」(屋敷室長)ことも判明した。

こうした事態に、診療側からは「20年もたつとこうなるのか」「むなしい話だ」「医療機関の消費税負担をみるといながら、不透明で分りにくい愚かな対応であった」と、難じる声が相次いだ。

しかし、この現実を受け止めるしか

なく、「診療報酬補填の検証は事実上困難である」という認識を表わした。その上で、「いたづらに過去を追いかけるともはやない。ただし、診療報酬への上乗せがいかに不適切であるかがハッキリした。この誤りを繰り返してはならない」と訴えた。

これに対して支払側は、「廃止や点数引き下げなどの項目が少なくないが、それは、これまでの補填分が診療報酬内で移転されたとも解釈できる。理論的には、1.53%の上乗せは現在も保持されていると考える」と強弁した。

しかし、その一方で、「矛盾や不合理をこれ以上生み出さないために(過去を)検証するのであれば私も(過去を振り返ることに)賛同する」(白川委員)と、税率引き上げに際してこれまでと同様の措置をとることに否定的な見解を表明、診療側と認識を共有した。

分科会の検討範囲をめぐっては、事務局が「課税のあり方を含めて議論が可能」とする中、委員の間は、「税率10%の際は課税とする方向を分科会で打ち出した」という意見と、「目先の8%への対応を議論するのでは精一杯。税制を議論する時間はない」とする意見とに分かれている。「税制を議論する場はあるのか」という問いに、唐澤審議官は「現在はこの分科会しかない」ことを認めた。

政府方針(3月30日閣議決定と6月15



▲消費税負担補填のあり方について議論する支払側(右)と診療側(左)。

日の3党合意)は、消費税非課税下の医療機関の仕入にかかわる消費税負担は、(1)診療報酬等で手当するが、(2)高額な設備投資部分の消費税負担については医療保険制度内でそれとは分けて手当てする方法を8%への引き上げ時まで検討する、としている。

これを踏まえ、同日の分科会で唐澤審議官は、(1)8%への引き上げ時に高額設備を診療報酬とは別にみるのか、また、どこまでみるのか、(2)高額設備以外のランニングコストは診療報酬で手当てすることになるが、これまでの方法は妥当であるのか、の2点を検討テーマにあげた。

唐澤審議官は、また、8%への増税に際して、診療報酬等での措置を含む手当ての全体枠は変えることなく、「高額な設備投資に重点的に対応する」と説明した。

これは、5%から8%へと手当ての総枠は増えるものの、これまで総枠のすべてを診療報酬への上乗せされてきたのに対して、新たに区分して行なう高額設備への手当ては総枠の中で財源が確保されるため、結果として診療報酬への上乗せ分は縮減される可能性があるということを示唆するものだ。

さらに、事務局資料によると、今回の見直しは増税となる3%が対象であり、5%についてはこれまでの手当て方法を踏襲するというのが厚労省の考えであ

ることが分る。つまり、5%分は従来どおりに診療報酬への上乗せを続け、高額設備への手当ては、新たな3%分に相当する枠の中から捻出するという複雑な方法を取ることが予想される。

これが行なわれると、消費税を補填する仕組みはかなり複雑になる。

それだけでなく、現行非課税の下では、法人課税の有無つまり開設主体によって控除対象外消費税の償却ができるところとできないところに分かれているという問題がある中、見直しが厚労省案の通り行なわれると、医療費にかかる消費税はますます複雑なものになりかねない。

議論を重ねるほどに、医療非課税がもつ矛盾へ認識は、「消費税率引き上げで患者の窓口負担が増えるというのは不公平だ。8%への対応は対応として、この議論で今の制度自体が矛盾していることを確認したい」(支払側伊藤委員)と、支払側にも広がっている。

診療側西澤委員(全日病会長)は、「消費税の補填は今でも複雑で分かりにくい。それをさらに複雑にしようとしている。できるだけ簡素な仕組みをつくり、今後、控除対象外消費税の負担が生じない制度を目指す上で障害とならない方向をこそ検討すべきではないか」と発言、国民・患者そして医業経営者不在の見直し議論とならないよう求めた。

## 「特定医行為実施ルールを法令化するか、GL等にとどめるか」

チーム医療推進会議 厚労省が提起。推進会議の大勢は法令化の方向

看護師が特定の医行為を実施するためのルールを定める議論が大詰めに入った。厚労省は7月12日のチーム医療推進会議に、(1)前出ルールを法的制度とするか、(2)ガイドライン等にもとづく医療現場の自律的取り組みとするかという2通りの考え方を示し、議論のとりまとめに入るよう求めた。

特定行為実施にかかわるルールは、①看護師が実施する診療補助行為のうち難易度が高いなどの基準で選り分けた特定医行為の分類をつくる、②特定医行為の分類を医師の包括的指示の下に実施できる看護師を養成するカリキュラムをつくる、③前出カリキュラムを修了した看護師を認証する仕組みをつくるという、3つの面から検討されてきた。

具体的な検討は「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」で行なわれてきたが、親検討会であるチーム医療推進会議は、議論進捗の報告を得つつ、昨年12月に同WGが

まとめた「看護師特定能力認証制度骨子(案)」に対する意見書を社会保障審議会医療部会に諮るなど、議論のとりまとめを模索してきた。

同WGにおける特定医行為分類とカリキュラムの検討は現在も続いているが、それぞれの具体案がまとまりつつある。

そこで、事務局(厚労省医政局医事課)として、チーム医療推進会議に、特定医行為を実施する枠組を法制化するか、そこまではいたらない行政指導をベースにしたルールにもとづくかという論点を提起、制度設計をめぐる議論の決着を促した。

事務局の提起(別掲)は、A案(医行為分類と認証看護師養成のカリキュラムを法令上位置づけ、かつ、国として看護師の能力認証を行なう)とB案(法制化はせずに、ガイドライン等で分類と実施に伴う教育・研修や安全管理体制を明示する。能力認証も関係団体や関係学会等が独自に行なう)、という2案

からなる。

A案にもとづく、保助看法にそれら仕組みの主旨が書き込まれることになるが、B案で臨むと、現行の専門医制度や専門・認定看護師制度をガイドラインや通知で補強した仕組みがイメージされる。

同日の推進会議で発言したうち2名

### □特定医行為を実施する仕組みの枠組に関する厚労省の論点提起

論点① チーム医療推進のための看護業務検討WGで、医行為分類とカリキュラムの具体的な内容についての検討が進んでいるが、これらをどのような形で位置付けるのか。

- ①-A案 法令上、特定の医行為及びカリキュラムを位置付ける
- ①-B案 分類に従い、特定の医行為が「診療の補助」に含まれることを明確化し、併せて、それぞれの行為を実施する際に教育・研修の付加や、一定の安全管理体制を整える必要があることをガイドライン等で示す

論点② 看護師の能力認証を行う場合、国がどこまで関与すべきか。

- ②-A案 国が能力認証を行う(国の指定する機関が試験等を行う)
- ②-B案 関係団体、関係学会等が独自に能力認証を行う(国は関与しない)

紙面の都合により「清話抄」は2面に掲載しました。

# 主張

## 社会保障の将来像を明示し、公務員制度改革を促進すべし

今年6月26日社会保障と税の一体改革の中で、消費増税法案が衆議院を通過した。社会保障の安定化を巡り、増税が必要なことは20年も前から分かっていた。今までの政権が後回しにしてきたツケである。増税をいうと国会議員になれない。政党も増税をいわない。政治家から政治屋になりさがり、サラリーマン化し、保身に走った結果、国民からの信頼を失った。日本経済が低迷する中で、毎年50兆円を超える税収不足が生じている。一般的に、家庭でも会社でも、収入が減少すれば支出を削減するのは常

識だが、国家の経営もしかりである。医療制度改革は無駄を省き、安心、安全の医療を提供することを主眼に推進されてきた。その結果、先進国の中で医療費が低いにも関わらず医療内容は世界一を誇る。一方、会計検査院によると、平成22年10月～平成23年9月までの官庁や政府出資法人の無駄遣いは、1兆1197億円という。過去最高記録である。毎年無駄遣いを指摘されることは、税であるという認識不足とモラルの低下、無責任の結果ではあるまいか。中学生の自殺の問題にしても、教

師、学校、教育委員会、文部科学省の職務怠慢、無責任の対応に原因があり、これは公務員全体の問題で、公務員制度そのものが疲弊しているせいではないか。日本国内にいくつかの電力王国がある。電気代は税金に似た性格をしている。政府の力で電気代を安くできないものか。電力会社はあまりにも一方的すぎる。支出減には、①国会議員並びに国及び地方公務員の人員の適正化、給与削減。特に地方公務員の給与ベースは、人事院勧告でなく、その地方の平均給与を参考にすべき。②政府、

地方自治体出資法人の見直し。民間でできるものは民間へ。収入増には経済活性化等あるが、雇用促進が最も早く具現できる。医療、介護に投資すれば、雇用は増加する。平成22年診療報酬改定後の検証で、各医療機関の診療報酬は増収であったが、雇用増加の為、人件費が上昇し、収支は悪化した。さらに、一般病院は5%の消費税において控除対象外消費税が100床あたり3000～5000万円ある。8%にあがる2年後までに解決しないと雇用促進どころでない。(H)

# 看護配置評価に偏した入院基本料の見直しで両側の意見が一致

基本診療料の議論・中医協基本小委 「診療報酬に医療必要度を反映すべきである」という点も認識を共有

基本診療料のあり方について検討している中医協・診療報酬基本問題小委員会は7月18日、入院基本料について、現行の看護配置に偏した評価を改めるべきであるという点で、支払側と診療側の見解が一致した。また、診療報酬に医療必要度を反映させるべきであるという点で、両側は認識を共にしていることも判明した。基本診療料の検討作業とはばくちに過ぎない。支払側は、この議論を通して出来高払い(入院)の廃止や各種加算の廃止・適正化などの提案を企図している。一方、診療側は一般病棟入院基本料の定義づけに関する議論を先行させ、具体的作業を基本小委に付設するワーキンググループに委ねることを提案するなど、議論の進め方をめぐると両側の意見は必ずしも一致していない。しかし、同日の議論は、入院基本料でますます重みを増している看護配置評価の見直しにつながる問題提起を行なうという大きな成果をあげた。その結果、今後の議論は、入院基本料に含まれる看護料等の構成要素を解明していく方向で進み可能性が高まった。(3面に関連資料)

前回(6月6日)にコスト調査の必要性をめぐって支払側が激しく反発した基本診療料の議論は、3回目の同日、支払側と診療側がそれぞれ基本診療料のあり方に向けた検討課題と議論の進め方に関する意見を発表、その中から一致する論点を拾い出して仕切り直すかたちとられた。支払側は、その意見に、「主に看護配置にもとづいている入院基本料については(中略)各病床機能に応じた患者の

状態像を明確にしたうえで、それに対応する医学管理や看護の必要度などを主な指標とする評価方法を導入すべきである」と明記。さらに、議論の冒頭で、白川委員(健保連専務理事)は、「今の看護配置をベースとする入院基本料の点数づけを見直すという点で1号側、2号側は一致している。では、何を基準に点数づけすべきか。我々は患者の医療と看護の必要度ですべきと考える」と切り出した。

この提起に、診療側西澤委員(全日病会長)は「看護配置だけの評価はおかしい」という点で1号側と2号側は完全に一致している」と応じ、「まずはその辺りから議論を始め、次に入院基本料の構成内容は何かを明らかにしていきたい。本日の議論で第一歩、少なくとも半歩は踏み出せた」と、白川発言を高く評価した。診療側嘉山委員(全国医学部長病院長会議相談役)も、「入院基本料は基本的には患者中心で、医療必要度で評価すべきと考える。これは2号側の共通認識である」と白川発言への共感を表明。これに対しても、白川委員は「我々も入院基本料は医療必要度に応じてレベルを決めるべきと考えている」と、評価のベースに医療必要度をおいた診療報酬へと見直す方向性を肯定した。診療報酬体系のあり方について、全日病は「病院のあり方報告書2000年版」で、①疾病別の特性を十分加味したものの、②患者の重症度、要介護度が反映されたもの等の視点を提起。さらに、2004年版では、「医療必要度・介護度を加味し疾病・病期・治療期間を十分に考

慮し、公正な原価計算をベースとした診療報酬」を提言している。医療必要度に着目した今回の問題提起は、全日病が早くから提起してきた方向で診療報酬体系のあるべき姿を模索する議論を前進させる、大きな契機になる可能性が生じた。1950年(昭和25年)の完全看護制度創設によって看護独自の点数が設けられた後、1958年(昭和33年)の基準看護制度で看護要員配置数が評価されて以来、長きにわたって看護師配置数が診療報酬点数の変数として使われてきた。看護料は2000年改定で入院時医学管理料、入院環境料とともに入院基本料に包括されたが、以降も平均在院日数と併せて入院基本料のランク分けに用いられ、その結果、7対1導入時には看護師争奪戦という弊害をもたらした。同日の議論で、嘉山委員は、短兵急に過ぎた7対1導入を、看護師配置に偏した診療報酬評価の視点から批判的に振り返ったが、診療報酬で大きな比重を占める看護要員配置の点数をどう適正に見直していくか、今後の議論が注目される。

## 節電目標を再改定。関電管内はなお10%以上の節電要請

関電の計画停電可能性は「北海道、四国、九州電力管内と同程度」

大飯原子力発電所の3号機に続いて4号機がフル稼働となったこととともない、政府は7月25日に、7月26日から、①中部電力、北陸電力、中国電力、関西電力、四国電力の節電目標を改定すること、②関西電力管内における計画停電の運用を変更することを決めた。関西電力については、計画停電を1日2回実施する可能性に備えていたところ、「そのリスクが相当程度低減したことから、北海道、四国、九州電力管内と同程度に備える」とされた。

□節電目標の見直し  
①中部、北陸、中国電力管内は「数値目標を伴わない節電」に変更する。

②関西電力管内は、引き続き、一昨年度比▲10%以上の節電要請を行なう。  
③四国電力管内は、一昨年度比▲7%以上から、一昨年度比▲5%以上に低減する。  
④九州電力管内は、現在の節電目標一昨年度比▲10%以上を維持する。

### 12年度立入検査通知 留意事項に「個人情報の適切な取り扱い」を追加

厚生労働省は7月5日付で、2012年度立入検査実施の留意事項をまとめた医政局長名通知(医政発0705第5号)を各都道府県知事等に発出した。その中で、前年にはない事項として「医療機関における個人情報の適切な取り扱い」を取り上げ、医療機関にお

⑤節電要請期間及び時間は変更しない。これらの節電目標を要請することにより、引き続き、中西日本全体で+3%以上の供給予備率を確保する。なお、大飯原子力発電所の再起動は基本的に中西日本地域の供給増をもたらすもので

いて個人情報が入ったパソコン等の盗難・紛失事件が頻発したことから、個人情報保護関連のガイドラインの周知を図ることを求めている。また、「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」等が

あり、東日本地域の節電目標等は変更しない。□計画停電についての見直し 関西電力管内は1日2回計画停電の対象となる可能性も想定されていたが、大飯原子力発電所4号機の再起動に伴い、北海道電力、四国電力及び九州電力管内と同様に1日複数回の停電を避ける形で万が一に備えた計画停電の準備を行うものとする。

2012年4月1日から施行されたことを受け、「医療法に規定する人員配置や構造設備に関する基準等については、都道府県の条例で定めるものとされたため、各病院が所在する都道府県の実情などを踏まえて、適切に対応されたい」と助言している。

## 清話抄

今年の4月にも数多くの新入職員を迎えた。このほとんどが平成生まれである。彼らは五月病も乗り越え最近では現場のなくてはならない貴重な戦力となっている。しかし、この若い職員たちの教育が大変であった。まず、彼らの使う日本語は時として理解に苦し

む。また、誤った敬語も多くその誤りを正すのは大変な作業である。例えば、「診察券のほうお持ちでしょうか?」のように名詞の後に「ほう」を付ける。「ほう、ほう」では鼻の様である。「1000円からお預り致します」の「から」も不要である。「内科のほうでよろしかったでしょうか?」など、過去形を平気で使う。注意すると不思議な顔をする。そして「ら」抜き言葉である。「見れます」「出れます」ではなく「見られます」

「出られます」が正しい。ベテランスタッフともなると、話し方ひとつで患者さんとの距離を広げたり縮めたり、自由自在である。病院にとっては話し方ひとつで大きく印象が変わるので、とても重要である。また、新入職員はクレームの対象になり易い。新入職員だからといって甘えてはられない。不快にさせてしまったことをまず謝り、徹底的に不満の内容を聞くことを

教えている。さて、その新入職員に対する声かけだが、これがまた難しい。怒られて育った世代には、褒めることの難しさが骨身にしみる。「いいね」「やったね」「さすがだね」等であるが、なんとも幼稚園の子供の様である。会員諸氏の病院の現状はいかがだろうか? しかし、思い返してみると、我々も若い頃に先輩方に同じようなことを言われていたような記憶が…。(中)

# 支払側・診療側で検討の方向性が一致

基本診療料の議論・中医協基本小委 当面は入院基本料がテーマ。医療必要度をベースに評価要素を検討



基本診療料の議論内容(要旨) 7月18日 診療報酬基本問題小委員会 \*2面記事を参照

(支払側と診療側が各側の意見を読み上げる)

**森田委員長** 基本診療料とは何であるのかがそもそも議論の基であったが、本日の各側意見をきく限り乖離がある。その辺りを注意して議論に入ってほしい。  
**診療側安達委員** 入院基本料と初再診料を同時に論じると議論が拡散する。本日は入院基本料に絞ってはどうか。(支払側が同意)

**支払側白川委員** 今の看護配置をベースとする入院基本料の点数付けを見直すという点では1号側、2号側とも一致している。では、何を基準に点数づけするかという点で違っている。我々は患者の医療と看護の必要度ですべきと考える。急性期、回復期、亜急性期ではそれぞれ(点数が)違うことだろうが、それをベースに点数づけすべきではないか。いっぺんにできるとは思っていないが、それを目指すべきと考える。

その場合に、病院経営における入院基本料の位置づけと1ベッドにおける点数の根拠を(分けて)整理しないと議論は進まない。入院基本料について我々

は短期的なテーマであると、2号側は中長期的なテーマとしているが、そもそも入院基本料とは何かをテーマにする(コスト調査など)膨大な費用と時間がかかる。したがって、病院経営と病床機能という(2つの)視点から論じてはどうか。

**診療側西澤委員** 白川委員の意見はかなり同意できる。基本的に(1号側と2号側で)根底にある考え方に変わりはないように思う。患者の医療必要度等に対応した提供体制をとっているところに点数をつけるという点は我々も同様だ。そうした提供体制には人員や施設も含まれると考えるが、それらをそれぞれどれだけ評価していくかという検討が必要であり、その辺りが現行基本診療料ではどう評価されているかというデータがまずは必要ではないか。現在の入院基本料は医学管理料、看護料、室料・環境料等から構成されている。それらを一度分解してみると議論もしやすい。

我々は中長期的な検討を求めているが、その中には短期的対応が可能なものもある。短期的としている1号側にも長期的に考えるべきという点も出てくることだろう。この辺りは議論の中で相互に調整していきたい。

看護配置だけの評価はおかしいという点で1号側と2号側は完全に一致している。まずその辺りから議論を始め、次に入院基本料の構成内容は何かを明らかにしていくとよい。本日の議論で第一歩、少なくとも半歩は踏み出せたのではないかと。

**診療側嘉山委員** 例えば7対1にしたことでいびつが生じたように、外形基準で医療費を決めるというのは、お金が先にあるために(そちらに)流れるという傾向を生む。それも看護必要度が基準とされた。なぜ看護必要度なのか。医療必要度ではないかと思う。それをまた、医師の数に求めてもダメだ。入院基本料は基本的には患者中心で、医療必要度で評価すべきと考える。これは2号側の共通認識である。

**白川委員** 我々も入院基本料は医療必要度に応じてレベルを決めるべきと考えている。ただ、医療必要度だけでよ

いかとなると色々な意見があることだろう。また、診療報酬は全国適用であるから、基準をある程度標準化し、例えば70%該当すれば評価するといった部分が出てくるのはやむを得ないと思う。あまり複雑にすると病院も大変だし、患者にも分りにくい。標準化とか簡易化という視点が必要ではないか。

**嘉山委員** まったく賛成。ただ、7対1にしたということの歴史の結果が出たので、標準を決めるときにはできるだけナイーブにしないと、医師の数とかで(多くの施設が)7割未満になりかねない。なにか工夫が必要だ。

**公益側西村委員** 医療の質の評価というか質の担保を価格づけの中に織り込むべきかと思うが。

**公益側印南委員** アウトカムにもとづく評価が理想ではあるが、現実には難しい。外形的基準だけではなくプロセス評価を加えていくとよいのではないかと。

**森田委員長** 本日はゆるやかではあるが、方向としては似ているものが出てきたように思う。

## 支払側「急性期病床の診療密度が低い患者の検証・分析が必要」 診療側「中長期的に取り組む。まずは一般病棟入院基本料から」

□基本診療料等に関する1号側(支払側)の意見(要旨)

### 1. 基本的な考え方

社会保障・税一体改革の2025年のあるべき医療提供体制の実現に向け、基本診療料の検討を通じて、診療報酬上の対応を審議すべきと考える。今後の進め方については、平成26年度改定に向けた課題と中長期的な課題に整理して検討することを求める。

### 2. 26年度改定に向けた課題

#### (1) 入院基本料について

・急性期対応を想定した病床に看護必要度や診療密度が低い患者が入院している可能性があり、この検証・分析が必要である。

・主に看護配置にもとづいている入院基本料については病院・病床機能の分化と関連づけた評価を検討すべきである。このため、各病床機能に応じた患者の状態像を明確にしたうえで、それに対応する医学管理や看護の必要度などを主な指標とする評価方法を導入すべきである。

#### (2) 初・再診料、外来診療料、各種加算について

・意義づけが不明確な各種加算は見直す必要がある。

・外来管理加算は、患者を総合的・計画的に診る役割を担う医師を評価する

方向で検討すべきである。

・慢性疾患のうち医療の標準化が一定程度可能なものについて、再診料と併せて包括的な評価を行うことを検討すべきである。

・時間外加算の運用に不透明な面があり、算定要件どおりに算定されているか調査すべきである。

### (3) 診療報酬の簡素・合理化の推進

・現行の診療報酬体系を簡素・合理化する必要がある。

・それに向け、「すでに多くの医療機関が算定している加算」「算定実績がない加算」「所期の目的を果たしたと考えられる加算」は廃止・適正化の方向で検討を進めるべきである。

### 3. 中長期的な課題

(1) 患者を総合的かつ計画的に診る役割を担う医師の評価導入に向けた検討

(2) 入院及び外来の新たな評価手法に向けた検討

#### ① 入院医療

・高度急性期、一般急性期、亜急性期など病院・病床の機能・役割に応じた評価のあり方を検討すべきである。

・出来高払いを廃止し、原則として定額払いに移行することを検討すべきである。

・DPC制度は、可能な疾病から1入院

当たりの定額払い方式を検討すべきである。

#### ② 外来診療

・外来診療のデータ収集・分析を進め、医療標準化に向けた検討を進めるべきである。

・専門外来は、標準化が可能な疾病と

□基本診療料の検討の進め方に対する2号委員の意見(要旨)

### 1. 基本診療料のあり方に関する中長期的な検討

中長期的な取組みとして、入院診療の要をなす一般病棟入院基本料の定義付けに関する議論を行うことを提案する。

まずは、入院基本料包括化(平成12年度)前の入院時医学管理料、看護料、室料・入院環境料という内訳に遡りながら、①基本的な医学管理に必要な費用、②基本的な医療従事者配置に必要な費用、③基本的な施設・設備及び環境の維持に必要な費用として、それぞれに含まれる内容を具体的に項目立てする形で定義づけしていくことを提案したい。

その上で、一般病棟入院基本料の評価体系、加算や特掲診療料による評価との関係等について検討していきたい。

検討を進めるに当たって、技術的な

治療方法から定額払い導入の検討を行うべきである。

#### ③ 入院・外来

・治療経過が標準的な疾病の実態を調査したうえで、入院と外来及び施設間の垣根を越えた定額払いについて検討を進めるべきである。

内容については基本小委の下にワーキンググループを設置し、そこで詳細な検討を行うことを提案する。初・再診料やその他の入院基本料、特定入院料等は一般病棟入院基本料に関する検討を踏まえた形で議論を進めていきたい。

**2. 次期改定までの短期的な対応**  
次期改定までに検討すべき基本診療料をめぐる課題は中長期的な検討と切り離して議論していくことを求める。

具体的には、入院基本料の場合は、看護師の月平均夜勤時間に関する72時間ルールや今改定で包括化された栄養管理実施加算の基準を満たさない場合の診療報酬上の対応等が挙げられるが、個別の論点に関する見解は今後の議論の中で適宜指摘していきたい。

外来の初・再診料についても同様に必要な議論を行った上で、可能なものは次期改定に反映させたい。



## 医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> メディカル クラーク

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、35年余にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 6,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- <実技I> 患者接遇
- <学 科> 医療事務知識
- <実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

## 医事業務管理技能認定試験

<称号> 医事業務管理士

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する、平成23年度より開始の試験です。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 7,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- <実技I> 患者接遇・院内コミュニケーション
- <学 科> 医事業務管理知識
- <実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

## 医師事務作業補助技能認定試験

<称号> ドクターズクラーク 【主催】 社団法人 全日本病院協会  
財団法人 日本医療教育財団

医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 8,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- <学 科> 医師事務作業補助基礎知識
- <実 技> 医療文書作成

●試験の詳細な資料をご希望の方は右記へご請求ください。  
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

(財)日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町 2-2-10-1923  
●03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

# 医療機関群Ⅲ群設定のあり方は2014年改定前に議論

## DPC評価分科会「基礎係数と機能評価係数Ⅱの骨格は維持」一次期改定に向けた基本方針案を検討

7月27日のDPC評価分科会は、事務局(厚労省保険局医療課)が示した「基礎係数と機能評価係数Ⅱの次回改定における対応の基本方針案」について検討した。

基礎係数と機能評価係数Ⅱについては、それらの安定的な制度運用と医療機関による一定予見性の確保が不可欠ということから、「実績データ収集を開始する10月までに一定の内容をとりまとめる」ことが6月の中医協総会で決まった。

同日の議論で分科会は「基本方針案」を了承する意見が大勢を占めたが、事務局は同日示された意見や疑問を踏まえて次回(8月末)再度議論して確認・合意をとりつけ、中医協総会の承認を得た上で、次期改定に供する実績データの収集に入りたいとしている。

同日の分科会に、事務局は、12年改

定で医療機関群Ⅲ群とされた1,335病院がすべてⅡ群の要件を満たしてⅡ群に移行した場合の医療機関別係数の増減状況をシミュレートしてみせた。

それによると、医療機関別係数がマイナスとなるのは24病院に過ぎず、残りはすべて増加する。増加幅は「0.03以下」が最大で710病院。以下、「0.02以下」407病院、「0.04以下」100病院と続き、最大は「0.07以下(0.06台)」の1病院であった。

Ⅱ群とⅢ群の基礎係数の差は0.0414。シミュレーションでは11病院が0.04を超えたが、残りの1,324病院は明らかに0.04を下回った。

その点を事務局は「単にⅡ群に移行しても(上乘せされる基礎係数の)0.04は多くの施設で目減りする結果になる」と説明。加えて、「Ⅱ群の4要件(後出)を満たすための投資は計算に含ま

れていない」とも指摘した。

「基本方針案」の骨格は以下のとおり。

□14年度改定対応に係る基本方針の具体案

- 医療機関群別の基礎係数と機能評価係数Ⅱの基本骨格は維持する。
- 現行のⅠ群とⅡ群は引き続き維持する。
- Ⅲ群設定のあり方は、今後の実績を踏まえて、2014年度改定の対応において検討する。
- Ⅱ群の4要件(診療密度、医師研修、高度な医療技術、重症患者に対する診療)はすべてⅠ群の最低値をクリアするという考え方は引き続き維持する。
- 機能評価係数Ⅱの6項目評価自体は原則維持する。その上で引き続き新規評価項目の追加を検討する。



□基礎係数・機能評価係数Ⅱに係る今後の検討課題

- (1)14年度改定に向けた課題
  - ・DPC病院Ⅲ群のあり方
- (2)18年度目途の調整係数置換え完了に向けた中長期的な課題
  - ・DPC/PDPS対象病院のあり方(小規模病院、専門病院などの評価のあり方を含む)
  - ・医療機関における診療内容等の変動(バラつき)と基礎係数・機能評価係数Ⅱによる調整分の推移(個別医療機関におけるバラつきに対する評価のあり方)

## 厚労省 希少疾患や代替性のない医療技術は対象外とする

### 「費用対効果評価のみで保険収載や償還価格を判定することはしない」

費用対効果評価の導入可否等について検討している中医協の専門部会は7月18日、事務局(厚労省保険局医療課)が提示した「制度の基本的考え方」を了承した。

「制度の基本的考え方」は、まず、費用対効果評価の対象となる医療技術の条件を次のように明確化した。

- (1)すべての医療技術を費用対効果評価の対象とはしない。
- (2)以下のような医療技術を対象とする。
  - i. 希少な疾患を対象としていないこと
  - ii. 対象疾病について代替性のある他の医療技術が存在すること
  - iii. 代替技術と比較して、有用性の観点

から財政影響が大きい可能性があること

iv. 安全性・有効性等が一定程度確立していること

(3)前出(2)以外に費用対効果評価の対象とすべき事項が生じた場合は改めて検討を行なう。

また、次の考え方にたって評価結果を活用するとして、「評価結果の活用」にかかわるプリンシプルを明確にした。

①医療技術の評価については、安全性・有効性をはじめ、様々な観点から総合的に勘案するという考え方を維持した上で費用対効果評価の結果を活用

する。②費用対効果評価の結果のみで保険収載の可否や償還価格を判定・評価するものではない。また、評価判定の目安等は柔軟性をもたせ、硬直的な運用を避ける。

③費用と効果の双方から評価するもので、費用の観点のみで評価をすることはしない。

「制度の基本的考え方」の説明の中で、事務局は、(2)について「以下の4点をすべて満たす技術を対象にする」と言明。部会委員の質問に対する答弁で、「希少な疾患」の定義は「今後の議論の対象となる」ものの、希少疾病用医薬

品(オーファンドラッグ)が該当するか否かについては否定的な見解を、また、費用対効果評価の対象には「新規技術だけでなく既存技術もなり得る」という認識を示した。

こうした考え方に対して、診療側鈴木委員(日医常任理事)は、医療技術評価全体の枠組議論を先行させるべきであると主張した。

「制度の基本的考え方」は最終的に、診療側委員を含めて了承されたため、費用対効果評価の専門部会は、次回から「具体的な評価の運用手法」の検討に入る。

事務局があらかじめ提示した「検討の進め方」にもとづく、「運用手法」の検討に際しては粒子線治療を具体的な技術例に取り上げ、その論点等を検討・整理することになる。

## 部門別収支調査

### 「調査協力病院数を増やすためにはインセンティブが必要」

#### 国の支援で支払・診療が概ね一致。調査手法は評価。引き続き改善も課題

7月18日の診療報酬基本問題小委員会に「2011年度医療機関の部門別収支に関する調査」の結果が報告された(調査結果は7月15日号で既報)。

部門別収支調査について、報告者の田中滋コスト調査分科会長(慶大大学院教授)は「統一的な計算方式の開発が目的であった」と指摘。「08年度の調査結果は09年7月の基本小委で“精度が高いものが確立された”との評価を得た」と説明した。

調査協力病院の負担を軽減するための簡素化について、田中分科会長は、「簡素化による部門別収支結果への影響検証によると、再計算結果と算定結果はほぼ同じ傾向を示した。精度を落さずに簡素化ができた」と評価した。

11年度の調査結果は、診療科群別収支でみると、入院は11あるうちの5つで赤字を記録、外来はすべての診療科群別が赤字という結果になった。

これについて田中分科会長は、「原価計算の結果マイナスが出たわけではない。収支がもともと全国平均よりも低い病院のデータが集まった結果に過ぎない」と説明。「調査はキャッシュフローがベースで、補助金や借入の元本や利息などは捉えていない。したがって原価ではない」とも指摘した。

その一方で、「調査によって、収支結果だけでなく原価の内訳がある程度分るようになった。しかし、全体の傾向どまりであり、平均値とは言えない」という認識を示した。

「平均値とは言えない」というのは、今回調査の集計が181病院にとどまったように、調査標本の少なさがデータの偏りを排除できない部門別収支調査の現状を語っている。これに加え、分科会委員の意見として田中分科会長が紹介した「調査協力病院の構成は実際のが国病院の構成と異なっており、調査結果を解釈する上で留意されるべきである」という問題もある。

こうしたことを踏まえ、田中分科会長は「調査協力病院の数を増やすためには、ある程度の金が必要である」という認識を表わした。

調査協力病院を増やし、かつ調査を継続し、より精緻な部門別収支データを得て診療報酬改定資料に採用するべ

きであるというのが診療側の一致した認識であるが、そのためには「何らかのインセンティブが必要」(診療側嘉山委員)という意見が相次いだ。

支払側も、「調査手法としてはかなり確立できたのではないかと。この方法が確立できたら、国としても調査のパッケージソフトを作成して病院に提供するぐらいの覚悟がなければだめだ。そうしたソフトの開発もそろそろ視野に収めるべきではないか」(白川委員)と、国による支援の必要を認めた。

こうして11年度調査結果の成果が評価される一方で、田中分科会長は、中央診療部門の収益・費用を各診療科に配賦する方式を取り上げ、「麻酔科については、現在の方法でよいかどうか評価し、検討すべきではないか」という意見が多く委員から出た。ことに言及。より精緻な調査に向けて、未だ改善の余地があるというのが分科会の認識であることを明らかにした。

## 中医協総会

### 先進医療と高度医療の審査を「先進医療会議」に一本化

7月18日の中医協総会は、高度な医療技術に一定条件の下で保険併用を認めることでその安全性と有効性などを検証し、迅速な保険適用に導く先進医療制度について、先進医療専門家会議と高度医療評価会議に分かれている審査の工程を統合して効率化を図るという事務局(厚労省保険局医療課)提案を了承した。10月1日より施行される。

先進医療制度の見直しは、ドラッグやデバイスラゲを解消するために同省が推進してきた革新的医療技術の医療保険適用を迅速化させる制度改革の

一環で、昨年5月18日の中医協総会で基本承認を得ていた。今回、その具体的見直し案が諮られた。

現在の先進医療制度は、薬事法の承認を得た医薬品や医療機器を伴う技術(第2項先進医療)は「先進医療」として、同法の承認を得ていないもしくは適応外使用の医薬品や医療機器を伴う技術は「高度医療」(第3項先進医療)として取り扱われている。

このうち「高度医療」に該当する技術は医政局所管の高度医療評価会議が技術の妥当性と実施医療機関の適否を審

査した上で保険局所管の先進医療専門家会議に諮られるが、「先進医療」に該当する技術は直接先進医療専門家会議で審査され、最終的に、先進医療専門家会議で承認されたものに対して先進医療の実施(保険併用=評価療養)が認められ、さらに、先進医療として実績が認められた技術は保険収載へと導かれてきた。

今回の見直しは、そうした2つに分れている工程について、(1)対象技術を薬事法上の承認有無で分けることは止め(ただし第2項は先進医療A、第3項は先進医療Bとする区分は残る)、(2)審査

機関は「先進医療会議」(仮称)に統合、(3)担当する事務局したがって医療機関からの申請先等を医政局に一本化する、というもの。先進医療の事前相談は医政局研究開発振興課と保険局医療課が分担・連携して行なう。2つの工程は一本化されたものの、評価・審査の方法等はこれまでと変わらない。

ただし、医療上の必要性の高い抗がん剤に関しては、未承認薬等検討会議が「先進医療会議」に申請し、同会議で実施可能な医療機関群を設定した上で、医療機関群の中の個別医療機関の申請を受けて「先進医療会議」が実施計画書を審査した後に先進医療実施の可否を決めるという工程をたどることになる。

# 「院内調査が基本」と「調査結果の公表」はおおむね合意

医療事故調査の仕組みのあり方検討部会 第三者機関への届出基準、第三者機関の調査対象と権限等で多様な意見

7月26日に開かれた厚労省の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」は、(1)医療事故調査を行なう組織、(2)調査を行なう目的と対象・範囲、(3)調査結果の取り扱いの3点について議論を行なった。

「医療事故調査を行なう組織」については、前回(6月14日)の議論で、まずは死亡事故を対象に調査を始めること、実施機関は院内事故調と第三者機関の2層構造で臨むことで合意が得られている。

第三者機関については、一部に、診療関連死調査分析モデル事業(日本医療安全調査機構)を強化充実させるという声も上がった。「モデル事業は第三者機関に吸収してはどうか」という案も出たが、それ以上の具体的な意見は出なかった。

むしろ、この日は両組織の関係性について踏み込んだ議論が行なわれた。①事故の届出先、②事故調査の実施主体、③結果報告の検証や公表の主体など、原因究明における両組織の位置づけ(役割分担)をどうするかという論点である。

届出に関しては、医師法21条が規定する警察への届出義務を前提とすべきという考えは構成員の間がない。院内事故調へ届け出ることは当然として、では、全例を第三者機関に届け出るのかという問題がある。この点で構成員

の意見は分かれた。

小規模医療機関に対する支援という課題はあるものの、院内調査をベースとするという点では概ね一致している。

この院内調査を重視する立場からは、例えば、「院内で原因究明が困難と思われるあるいは遺族が納得しない事案などに限って第三者機関に届け出て、調査の実施もしくは支援を要請する」という考えが出された。

中には、「支援先は学会や地域の中核病院等が望ましく、第三者機関の介入は現場に圧力を与えかねない」という意見もあった。

これに対して、第三者機関を重視する立場からは、全例の届出と第三者機関による院内調査への支援さらには結果報告の精査など、第三者機関が原因究明と再発防止を担保していくべきとする意見が示された。

第三者機関の役割を「院内調査でよいケース、第三者機関が専門家を派遣して共同型で行なう方法、中小医療機関には地域医師会が調査を代行する方法、学会が引き受けるケース、第三者機関が引き受けるケースと色々なやり方がある。それを第三者機関がスクリーニングして調査の道筋をつける。加えて、調査結果(再発防止策)を学会、医療界、社会へ伝えてアラートを発していく作業もある」と設計する構成員もいた。

これに対しては、「第三者機関がスクリーニングするのではなく、遺族と医療機関の話し合いで第三者機関が選ばれるという考えもある」と、遺族も調査申請できるようにすべきという考え方、逆に、「調査申請は遺族の同意

を前提とする」という意見も示された。

全例届出という意見のほか、届出と調査の関係、遺族同意、院内調査結果の検証など詰めるべき問題が多く、議論の整理に時間がかかりそうだ。

## 調査報告の訴訟利用問題は引き続き検討

届出の基準については、「予測できない死を基本とし、遺族の希望も反映させるべきではないか」という案が出たものの、それ以上の具体的な展開にはいたらなかった。

第三者機関が調査を実施する場合の権限付与に関しては、「絶対に必要」とする声がある一方で、医療系の構成員には慎重な意見が多かった。

弁護士の宮澤構成員は「カルテ開示は請求できるし、医療機関には説明義務も課せられている。現在の法制化で新たな権限が必要とは思えない」と述べ、新たに調査権限を設ける考えに反対した。調査権限に関連して、複数の構成員から、医療機関による証拠資料の提出拒否などの辞退を想定した強制調査力を期待する声が上がった。

医学的判断を行なう調査のあり方が検討される中、検討部会では、刑事捜査とまがうあるいは刑事介入への対応を前提とした意見がしばしば出され、議論を複雑にしている。

第三者機関に全例を届け出るという意見の根拠を「それによって警察の介入が回避可能となる」という判断に求めたり、事故報告が裁判等に使われることへの懸念を語る述べるなど、原因究明に向けた議論に刑事司法や民事賠償に対抗する考え方がまぎれこむことが多い。

この発想は、調査権限や調査結果の

取り扱いをめぐる議論でも、あたかも刑事捜査の手法を是としたり、訴訟との関係を意識して「報告には関係者同意が必要」といった意見となって表われた。

こうした論調に、飯田構成員(練馬総合病院理事長・全日病常任理事)は、「医学的調査と刑事司法は異なる問題。混同して話をされると議論が錯綜する。ここは原因究明がテーマであり、責任追及や賠償について論じる場ではない」と述べ、議論の方向を正した。

さらに、「報告書に責任追及まがいの表現が盛り込まれることもある。医学的分析の報告であることから、そうしたことも控えるべきである」とも指摘した。

その一方で、「報告書がひとり歩きすること」や「刑事問題化する」ことへの不安が論じられたことを踏まえ、宮澤構成員は、軽過失を前提に「医療事故調査で現場が萎縮しないよう免責を導入する必要がある」とあらためて提起した。

検討部会は、調査結果を公表して再発防止に役立てるという点で概ね意見が一致したが、山本座長(一橋大学大学院法学研究科教授)は、「訴訟に使われることへの対応をどうするかなどについては引き続き議論したい」と締め括った。



# 「院内に医療安全、事故調査の専門家がいない」

飯田常任理事 医療事故原因究明院内体制の実態調査結果を発表

同日の検討部会で、飯田構成員(全日病常任理事)は、同氏が研究代表者となっている厚生労働科研「医療事故発生後の院内調査の在り方と方法に関する研究」(2011年度～12年度)のうち、11年度に行なった「医療事故の原因究明体制に関する研究」がまとまったとして、その概要を発表した(別掲)。

病院における事故原因究明体制について実態を調査、全日病の佐々前会長(故人)を研究代表者として05年度に行なわれた同様調査との比較結果および今回調査結果における病床規模別の比較結果を分析したもの。

両調査の結果は、規模を問わず、各病院は事故原因を究明する専門家の不

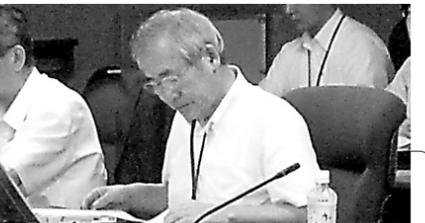
足に直面しており、職員の養成とともに外部からの派遣支援が重要な課題となっていることが判明した。

研究結果の報告を踏まえ、飯田常任理事は、全日病が医法協と共同で開催している「医療安全管理者養成講習会」のカリキュラム等を紹介、「我々の講習会は医療事故原因分析手法の普及に役

立っているものと自負している」と述べ、病院団体の実践が、医療事故の原因究明・再発防止に対する医療界のオートノミーの1つの証左となっていることを明らかにした。「医療事故の原因究明体制に関する研究」は全日病のHPに掲載)

## 病床規模を問わず医療事故の原因究明に困っているのが実態

□「院内調査の在り方と方法に関する研究」— 検討部会における飯田常任理事の報告



というケースは100床未満が最も多かったことが判明した。小さい病院ほどトラブルへの対応に窮したことがうかがえる。

外部からの支援で、続いて多いのは「医療事故に関連した医療分野の専門家」であるが、ここでは、大きい病院(300床以上)の方がその割合ははるかに高いという結果が出ている。

今回調査は回答病院にヒアリングへの協力を要請、100病院から承諾を得ることができた。中には大学病院もあり、そこでも原因分析の専門家がいないと言っていたが、ヒアリングから、医療事故の原因究明は大病院にも難しい問題であるという実態が浮かび上がった。

こうした実態にどう対応していったらよいか、その辺りを今年度の研究で報告したいと思っている。

厚生労働科研として「医療事故発生後の院内調査の在り方と方法に関する研究」を行なっている。平成23年度と24年度にわたるものであるが、今回、23年度の報告がまとまったので概要を紹介したい。

全日病は平成17年度に院内事故調査体制に関する調査を実施しているが、6年後の平成23年度に前回調査を踏まえた調査を実施した。前回は24.0%、今回は32.4%といずれもこの種の調査としては高い回答を得ることができた。前回調査は全日病の全会員を対象としたが、今回は全日病会員に加え会員外の病院にも協力を依頼した。

両調査を比較すると、医療安全管理担当者を配置している病院の割合が顕著に増えている。また、病床規模が大きい病院で重大事故を経験している割合が高い。これは、大きな病院になるほど医療密度の高い事例が多くなるということであろうが、

逆に、大きな病院は、医療安全管理担当者が多いので対応しやすいという結果が出ている。

ただ、大きな病院であっても、医療事故という特殊な分野は専門家が少なく、あるいはいないということがあり、外部から専門家を招いて対応しているところが多い。

それと、患者や家族に対するケアもそうであるが、事故を起こした当事者に対するケアが非常に難しいとした回答が多かった。患者・家族に事情聴取して協力を仰ぐという病院はあるものの、その割合は低い。

院内調査で一番困っているのは、小さな病院ほど事故分析の経験者や専門家がいないということである。

この点について、全日病は長年にわたって医療安全管理者養成講習会を実施しており、すでに修了者が3,000人近くに達している。講習会では原因分析の演習も行なっている。

原因分析の手法も昔はRCAが少なかったが、昨今はだいぶ普及してきた。そうした面で裾野を広げることができたのではないかと自負している。

重大事故の原因究明にあたって支援を受けたうち、最も多かったのは、前回調査も今回調査も法律家であった。これは、原因分析というよりもトラブルへの対応という面が大きかったからであろう。次いで多かったのは、両調査とも「医療事故に関連した医療分野の専門家」であった。

原因究明の際に困ったこととして「院内に医療安全、事故調査の専門家がいない」をあげた病院が、両調査とも最も多かった。事故後の対応で困ったこととしては、「患者、家族のケア」および「当事者のケア」を挙げた病院が、両調査とも最も多かった。

今回調査については病床規模別に回答を集計した。その結果、意外なことに、外部から法律家加わった

# 約100名を診る。在宅利用は増加傾向。断るケースも各分野の24時間対応、診療報酬の見直し、患者ニーズへの対応など課題は多い



医療法人財団日届会第一病院 診療部長 入谷 栄一

## ●自院の概要

自院は昭和24年に診療所として発足し、昭和50年に51床を有する病院となった。当初より地域医療に貢献することを理念に掲げ、往診も行っていった。平成14年に一般病棟と療養病棟のケアミックス型を導入。平成22年4月より在宅療養支援病院(在支病)の認定を取得し、同年8月に7床の亜急性期病床を設置、急性期から長期療養、在宅診療まで、段階を経た入退院調整を行っている。

## ●自院のポジション

自院は東京都目黒区にあるが、土地柄、車で15分圏内いくつかの大学病院と基幹病院が点在するため、急性期病院と役割が違うことを強く意識している。3次救急や高度専門医療は基幹病院にお任せし、2次救急までの内科疾患を請負い、入院時より、在宅診療を視野に入れたサービス調整も考慮している。また、目黒区との協力により「医療ショート入院」にも力を入れている。すべてを当院で担うことは考えてなく、地域の診療所・在宅療養支援診療

所を含めた各種サービスや連携を強化し、互いの強みを生かし弱みを補完し合うことによって、地域の医療・介護サービスレベルが上がることを目指している。

## ●在支病としての実績と課題

半径3km圏内の個人宅を中心に約100名程の患者を診ている。在宅申込者は増加傾向にあるが、往診枠の関係上お断りするケースも出てきている。病院主体の在宅診療では、緊急時はもちろんのこと、検査や経過観察の際にスムーズな入院が可能であるが、その一方、それゆえの問題点も存在する。すなわち、入院適応がない場合でも強く入院を希望する方が存在し、対応に苦渋することもある。また、病院が併設しているという理由から当院を選ばれる場合、国が在宅看取りを重視しているのに逆行し、最期は病院でというケースも多い。

## ●強化型の取得と今後の展望

自院は今回の改定で在宅療養支援病院に新設された、いわゆる機能強化型

を取得した。取得基準として、常勤医師3名以上、過去1年間の緊急の往診実績5件以上、過去1年間の看取り実績2件以上とあるが、とりわけ難しい条件ではなかった。強化型となったことで患者の自己負担額が増え、在宅診療が必要な患者が申し込みを躊躇するケースが出るのではと懸念したが、実際には大きな影響はなかった。しかし、今後は、患者が重症度に応じて医療機関を使い分ける可能性もあり得るかとも考える。

## ●地域包括ケアに向けた課題

今回の改定は「地域包括ケアシステム」の実現に向けた位置づけであり、その骨格として在宅医療と介護を推し進めていると考える。しかし、介護分野の資源が十分に備わらなければ、病院もしくは施設への志向は増えるのではないだろうか。例えば、早期の退院を促すのであれば、強固な介護サービスの構築を欠かすことはできない。核家族化が進み、高齢独居者が増える中、介護保険だけではまかなえないケースによく遭遇する。

「24時間地域巡回型訪問介護サービス」や「複合型サービス」は、まだ、全国的に普遍化されていない。24時間体制の整備は医療・介護の両面から急務であり、医療機関のみならず、他職種も24時間対応が望まれる。また、他職種との定期的なカンファレンスも重要となってくると考える。

## ●在宅医療—診療報酬上の課題

在宅時医学総合管理料(以下、在医総)については、高いという意見と相応という意見が聞かれるが、末期や重症患者を24時間対応する場合はスタッフも充実させなくては行けないため、割に合わないこともある。在医総は高齢というだけで普通の生活をしている患者についても同じ報酬であるが、今後、その適応基準が変わってくるのが考えられる。また、皮膚科、眼科、泌尿器科、整形外科や精神神経科などの専門的診察が必要になった際に、個人宅に往診を行う先生が少ないため苦慮することもある。今後は、専門科と連携した際の点数配分も重要かと考える。

## シリーズ／個人情報保護に関するQ&A

～実際の事例から学ぶ～ 第13回 個人情報保護担当委員会

## 院内での看護師同士の会話

### 【事例】

4階に入院している母の見舞いに行こうとエレベーターに乗った所、看護師さん2名が同時に乗り込んできて「402号室のXさん、可愛そうよね。末期癌だから、後1か月もつかもたないかという状況らしいわよ。残りの日を快適に送れるようにできるだけ顔を出してあげましょう」と話をしていました。母のことだったので、驚いてしまいました。病状を他の人がいるエレベーターの中で話してしまっても良いのでしょうか。

### 【当協会の判断】

病室も名前も言われてしまうと完全に個人が特定されてしまいますから、このような会話は許されないものです。ただ、業務が忙しく、つい立話で連絡事項を伝えてしまいたいという気持ちも分からないではありませんが、第3者が聞いている可能性のある場所で、

このような会話をしてはいけません。今から20年位前のことですが、シカゴのノースウエスタン記念病院を視察に行きました。そこでは、業務用として医療従事者が使うエレベーターと患者・見舞客などが使うエレベーターとが完全に分離されており、場所も離れた所がありました。これは、つい業務上必要と思われるような伝達事項を話す時に、個人情報が出てしまう可能性があり、仮にその様な状況になった時でも、第三者に情報が出ないという、構造的な意味での防禦策だったのです。日本の病院では、中々この様な建物の構造から個人情報保護を考えることは難しいと思いますので、少なくとも第3者がいる場所、あるいは第3者がいる可能性のある場所では、患者さんの個人情報を漏らすことのない様に注意する必要があります。(宮澤潤特別委員)

## 全日本病院協会 講習会等の地方開催のご案内

全日病主催の講習会等を下記会場で開催します。ふるってご参加ください。

- 岡山会場**  
 全日病DPC分析事業「MEDI-TARGET」操作説明会とユーザー事例発表会  
 日時 ● 9月6日(木) 13:00~17:00  
 会場 ● 岡山商工会議所 岡山市北区厚生町3-1-15 Tel.086-232-2260  
 定員 ● 20病院  
 参加費 ● 無料  
 申込締切 ● 8月31日(定員になり次第締め切ります)
  - 富山会場**  
 個人情報管理・担当責任者養成研修会 ベーシックコース  
 日時 ● 11月16日(金) 10:00~16:30  
 会場 ● 富山県教育文化会館 富山市舟橋北町7-1 Tel.076-441-8635  
 定員 ● 60名  
 参加費 ● 会員12,000円 会員外16,000円  
 申込締切 ● 10月26日(定員に達し次第締め切ります)
  - 京都会場**  
 個人情報管理・担当責任者養成研修会 ベーシックコース  
 日時 ● 11月29日(木) 10:00~16:30  
 会場 ● メルパルク京都(予定) 京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676-13  
 Tel.075-352-7444(代)  
 定員 ● 60名  
 参加費 ● 会員12,000円 会員外16,000円  
 申込締切 ● 11月9日(定員に達し次第締め切ります)
- ※いずれも全日病HP掲載の申込書を使ってファックスでお申し込みください。  
 問合先／全日病事務局 Tel.03-3234-5165 Fax.03-3237-9366

## 病院と従業員の絆を深めます

### 安心・安全・堅実な運用の病院基金にぜひご加入を!!

病院厚生年金基金は、事業主と従業員、双方にメリットがある企業年金制度です。都道府県内の病医院が協力して運営し、省コストで充実した企業年金を支給。職場への信頼と将来の不安解消をお手伝いいたします。

#### 基金加入のメリット

- 事業主掛金は経費算入できる優遇措置。
- 従業員の負担増なしで手厚い給付。
- 短期間の加入も、すべて将来の給付に反映。
- 労働意欲の向上と優秀な人材確保に寄与。
- 基金の福祉事業の利用で福利厚生を充実。



#### お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| 北海道 ☎011-261-3172   | 兵庫 県 ☎078-230-3838  |
| 秋田 県 ☎018-824-5761  | 奈良 県 ☎0742-35-6777  |
| 山形 県 ☎023-634-8550  | 和歌山 県 ☎073-433-5730 |
| 福島 県 ☎024-522-1062  | 鳥取 県 ☎0857-29-6266  |
| 茨城 県 ☎029-227-8010  | 島根 県 ☎0852-21-6003  |
| 栃木 県 ☎028-610-7878  | 岡山 県 ☎086-223-5945  |
| 群馬 県 ☎027-232-7730  | 広島 県 ☎082-211-0575  |
| 埼玉 県 ☎048-833-5573  | 山口 県 ☎083-972-3656  |
| 千葉 県 ☎043-242-7492  | 徳島 県 ☎088-622-1602  |
| 東京 都 ☎03-3833-7451  | 香川 県 ☎087-823-0788  |
| 神奈川 県 ☎045-222-0450 | 愛媛 県 ☎089-921-1088  |
| 新潟 県 ☎025-222-3327  | 福岡 県 ☎092-524-9160  |
| 富山 県 ☎076-429-7796  | 長崎 県 ☎095-801-5081  |
| 石川 県 ☎076-262-5261  | 熊本 県 ☎096-381-3111  |
| 長野 県 ☎0263-36-4834  | 大分 県 ☎097-532-5692  |
| 静岡 県 ☎054-253-2831  | 宮崎 県 ☎0985-26-6880  |
| 滋賀 県 ☎077-527-4900  | 鹿児島 県 ☎099-227-2288 |
| 京都 府 ☎075-255-1312  | 沖縄 県 ☎098-869-3521  |
| 大阪 府 ☎06-6776-1600  |                     |

# 厚労省 医療・介護等の個人情報を活用するネットワーク案を提案

## 医療・介護の個人情報保護個別法 医療機関等のDBをつなげる。個人番号(マイナンバー法)の医療版導入を企図



医療・介護等における情報活用のための基盤整備とそれに対応した個人情報保護の措置を定める個別立法について検討を進める7月23日の厚労省検討会に、事務局(政策統括官付情報政策担当参事官室)は、医療・介護等分野の個人情報に関係機関が共有かつ活用できるネットワーク(NW)のイメージ案を提示。「医療・介護等分野の情報連携の基盤整備」の仕組みづくりについて検討するよう求めた。

NWの基盤は、(1)医療・介護等分野の個人情報のデータベース(DB)をつなげる、(2)国民に医療・介護等分野独自の識別子(番号)を割り当て、この個人番号でネット上の個人情報を識別する、(3)NWに参加(アクセス)できるのは、本人以外は、医療・介護等分野の機関に限定する、(4)各機関は他のDBに直接アクセスできないように、各DBとの接続を媒介する「中継DB」を設ける、というもの。

検討会の名称は「社会保障分野サブワーキンググループ・医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会の合同開催」。

検討会は、ITを利用して税務や年金等の情報管理などを効率化する目的で国民に番号をつけるマイナンバー法(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律=現在衆議院で法案を審議中)によって大

規模な情報提供NWシステムが誕生することを踏まえ、同システムの対象にならない医療・介護等分野の情報NWを独自に構築するために、それら分野の個人情報の保護とその活用について規定する個別法の制定を検討するために4月に設置された。

検討会は、これまで、(1)個別法の必要性と法的枠組み、(2)医療・介護等における情報活用のあり方、(3)情報漏えいに対する罰則とサービス提供側の免責、(4)(個人情報が活用される)本人同意のあり方、(5)(個人情報の)学術研究分野等への適用のあり方、などについて検討を重ねてきた。

そして、残る大きな問題が「医療・介護等の独自の情報連携基盤のあり方」で、同日、その骨格となる考え方が提案されたもの。その主旨は、マイナンバー法に対して、個別立法によって、医療・介護等の情報活用を可能とする「第2の個人番号制」を導入しようというもの。この番号を、事務局は「独自の識別子(医療等ID=仮称)」と称している。

情報NWへの接続は、この「医療等ID」にもとづいて認証・認可されることになるが、同時に、情報NWを構成する各機関のDBに接続する経路として「中継DB(医療等情報DB=仮称)」が設けられる。これは、各機関のDBに直接アクセスすることによる情報漏えいを防ぐためである。

一方、情報NWに参画して情報連携を行なう各機関は情報照会者や情報提供者を認証する仕組みを導入する必要があり、そのために、各機関は自らのシステムのインターフェイスを改修、さらに、各DBのデータ管理を標準化するなどの投資が必要になる。

情報NWの利用者は、国民以外に、①情報連携を行なう医療・介護等のサービス提供者、②医療保険者、③国と地方公共団体、④そのほかの第三者機関または主務大臣が個別に承認した者に限定される。事務局は、④として「学術研究機関、製薬企業等についてどう考えるか」と提起、検討を求めた。

この医療・介護等情報NWシステムには、マイナンバー法と同様、第三者の情報保護委員会が設置される。

国民・患者からみた情報NWの利用メリットとしては、①自らの健診・診療情報の閲覧と管理、②保険料等に関する情報の閲覧、③かかった医療費や明細書の閲覧、④給付制度に関する情報の享受などがイメージされているが、具体的には今後の検討課題となる。

サービス提供者のメリットとしては、連携医療機関の情報共有や複数医療機関受診に際した検査結果や処方薬の情報提供など診療情報面の活用だけでなく、被保険者資格や高額療養費の限度額適用認定証等給付関連情報の確認など、医療事務の面でも負担軽減が期待される。

こうした実務面の確認作業だけでなく、厚労省は、がん登録や重要疾患に関するデータの継続的採集、感染症サーベイランス、副作用、医療事故に関する報告制度の精度向上、保険者におけるレセプトや健診等情報の他保険者

との照合比較など医療の質と効率性向上に資するデータの医療政策への反映が可能となるものとみている。

その1つとして、事務局のペーパーには「診療報酬改定の根拠となる実証データを作成できないか」と書き込まれた。

こうした事務局提案に対して、検討会では、「(健保連として)現時点で情報に非常に困っているということはない。導入に伴う費用負担が心配だ」「IDひとつで保険者等が患者のデータを縦横無尽に取り出せるというのは大変おかしい」「在宅医療さらには薬局との連携にまでいたると本当に個人が特定されないか疑問だ」「医療現場としてどういうデータがDB化されて連携先と共有されるのかピンとこない。提案に違和感を感じる」など、否定的な意見が相次いだ。

事務局は「情報連携は本人同意が前提。連携の当事者も範囲が限定される」など説明に務めた。

しかし、初めて野示された構想、しかも、ITにかかわる技術的課題が前面に出たこともあり、マイナンバー法とリンクした医療・介護の情報NW構想に多くの構成員は戸惑いを隠さないでいた。

個別法制定に向けた報告を9月内にとりまとめ、来春の国会提出を目指すというのが事務局の方針。「両論併記を含む議論の中間整理というかたちでもいいから、なんとか報告をまとめた」としている。

### 2012年度第3回常任理事会の抄録 6月16日 於全日病本部会議室

#### 【主な協議事項】

●入会者の承認(敬称略・順不同)  
以下の入会が承認された。  
神奈川県 新横浜リハビリテーション病院 院長 久代裕史

大阪府 新仁会病院 院長 鹿島洋一  
ほかに5人が退会した結果、在籍会員数は2,357人となった。

●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施設の指定が承認された。

□日帰り人間ドック  
東京都 にしくぼ診療所  
この結果、日帰り人間ドック実施指定は合計483施設となった。

#### 【主な報告事項】

\*厚労省検討会等の審議報告は省略する。

●秋の大型連休創設案に対するヒアリング  
民主党が6月13日に行なった「秋の大型連休創設についてのヒアリング」で全日病として意見を述べた旨の報告があった。民主党内で検討されている「秋の5連休」は、海の日、敬老の日、体育の日を利用しながら、9月～11月に大型連休を創出するというもの。

これに対して、全日病は、人員不足下の連休増加は休出勤を含む人手対策による人

件費増が予想される上、救急を含む患者にも診療機会の喪失が生じるなどの理由をあげ、として反対意見を陳述した。

●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)

5月18日付で以下の8会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

◎一般病院  
兵庫県 井野病院 更新

◎療養病院  
埼玉県 リハビリテーション天草病院 更新  
福岡県 丸山病院 更新

◎複合病院  
大阪府 河崎病院 更新  
大阪府 行岡病院 更新  
佐賀県 藤崎病院 更新  
熊本県 熊本回生会病院 更新  
鹿児島県 豊島病院 更新

◎付加機能(リハビリテーション機能)  
岩手県 東八幡平病院 更新  
茨城県 つくばセントラル病院 更新  
愛知県 鶴飼リハビリテーション病院 新規  
大阪府 行岡病院 新規

5月18日現在の認定病院は合計2,431病院。そのうち、本会会員は924病院と、会員病院の39.2%、全認定病院の38.0%を占めている。

## 全日病派遣医療支援活動班の呼称はAMAT

### 東日本大震災の教訓から災害時医療支援活動規則を改正

災害時に全日病が派遣する医療支援活動班をAMATと称することが決まった。

AMATとはAll Japan Hospital Association Medical Assistance Teamの略称。7月21日の第4回常任理事会は救急・防災委員会(加納繁照委員長代行)がまとめた「全日本病院協会災害時医療支援活動規則」の改正案を承認したが、この改正案によってAMATという呼称を使用することが認められた。

全日病の災害時医療支援活動規則は、災害に際し中心的に医療支援活動を行なう会員病院の指定と被災病院に対する災害時医療支援活動班の派遣およびその活動に対する支援金支給などを定めたもので、2008年10月に施行さ

れている。

今回の改正は、①災害時医療支援活動班をAMATと称する、②災害時医療支援活動指定病院がAMATを管理・調整する、③AMATは原則として医師1、看護師1、ロジスティクス1を最低単位とし、必要ならば薬剤師、事務職員、その他のメディカルスタッフを加えて編成される、④隊員として救急・防災委員会所定プログラムの修了者またはそれと同等の経験を有する者を登録する、ことが主たる内容。

全日病災害対策本部副本部長の猪口正孝常任理事は、改正の意図と目的を「昨年の東日本大震災の教訓を踏まえ、災害時医療支援活動規則が実際に機能するよう改正した」と説明している。

高血圧 年 有・無  
糖尿病 年 有・無  
高脂血症 年 有・無  
神経痛 年 有・無  
脳卒中 年 有・無  
循環器疾患 年 有・無  
呼吸器疾患 年 有・無  
消化器疾患 年 有・無  
泌尿器疾患 年 有・無  
婦人科疾患 年 有・無  
骨格筋疾患 年 有・無  
骨格経路疾患 年 有・無  
内分泌疾患 年 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

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。

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)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

**(株)全日病福祉センター**

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

# 9月21日、22日は横浜みなとみらいで地域医療を語ろう!

## 第54回全日本病院学会 in 神奈川 一般演題登録数700題を超える。初の試みとして「託児所」を設置

9月21日、22日に横浜市みなとみらいで開かれる第54回全日本病院学会(赤枝雄一学会長)まで2ヵ月を切った。実行委員会(山本登実行委員)は暑い夏をものともせず、準備の詰めに追われている。

「第54回全日本病院学会 in 神奈川」は、全日病学会史上、最大規模の参加者を迎えるとみられる。それは、一般演題の登録数が700題を超えたことからも確かな見通しといえる。プログラムも委員会企画の詳細が固

まり、実行委員会は抄録の完成にいそしんでいる。神奈川学会の話題として、全日病学会初の試みとなる「託児所の設置」がある。事前の予約が必要であり、かつ、定員も15名前後ではあるが、託児所運

営会社に払う利用料金は学会事務局が負担するので利用者は無料となる。週末にかぶる日程だけに、日頃託児所を利用している若い医療人にはまさに朗報といえよう。



**第54回全日本病院学会 in 神奈川**

テーマ 「地域医療の最前線」 ～みなとみらいから未来へ～  
 学会長 赤枝雄一 (全日本病院協会神奈川支部長)  
 期日 9月21日(金)～22日(土)  
 会場 神奈川県横浜市西区みなとみらい パシフィコ横浜

■参加費 (事前登録期限: 8月10日(金) 23:59迄。参加費には抄録集が含まれます)

全日病会員の皆様	一般・学生の皆様	
	理事長・院長	左記以外の方
当日登録	35,000円	12,000円
	15,000円	3,000円

\*懇親会参加費 事前登録 3,000円、当日登録 4,000円

**託児所のご案内**

保育時間/9月21日8:30～18:30  
 9月22日8:30～17:00

対象年齢/6ヶ月～6歳まで  
 定員/概ね15名程度まで  
 保育場所/パシフィコ横浜内  
 利用料金/学会事務局負担  
 予約方法等詳しくは第54回全日本病院学会のHPをご覧ください。

**第54回全日本病院学会 in 神奈川**

地域医療の最前線  
 ～みなとみらいから未来へ～

http://www.ajha54kanagawa.org/

会期: 2012年9月21日(金)～22日(土)  
 会場: パシフィコ横浜(横浜市)  
 学会長: 赤枝雄一

**第54回全日本病院学会 in 神奈川運営事務局**

〒101-8449 東京都千代田区猿樂町 1-5-18 千代田ビル  
 株式会社ICSコンベンションデザイン内

TEL 03-3219-3541 FAX 03-3219-3577  
 E-mail: ajha54kanagawa@ics-inc.co.jp

**機能評価受審支援セミナーのご案内** 共催/日本医療機能評価機構

神奈川学会の前日、学会会場で開催します!

日時 ● 9月20日(木) 12:30～16:00  
 会場 ● 横浜市みなとみらい パシフィコ横浜302号室  
 定員 ● 150名  
 参加費 ● 会員5,000円、会員外7,000円  
 申込締切 ● 8月24日(定員に達し次第締め切ります)  
 \*全日病HP掲載の申込書を使ってファックスでお申し込みください。  
 問合先/全日病事務局 Tel.03-3234-5165 Fax.03-3237-9366

**主なプログラム**

**第1日 9月21日(金)**

特別講演Ⅰ 日本医師会長  
 特別講演Ⅱ 厚生労働省  
 招待講演Ⅰ 「生きがい」～人生の最高峰を目指して～  
 プロスキーヤー、クラーク記念国際高等学校校長 三浦雄一郎  
 招待講演Ⅱ 伝統と創造 -道義大国実現のために-  
 衆議院議員 稲田朋美  
 特別講演Ⅲ 医療提供体制の再編の方向性  
 国際医療福祉大学教授 高橋 泰  
 特別講演Ⅳ 産業医科大学医学部教授 松田晋哉  
 シンポジウムⅠ 「病院経営における消費税について」(仮)  
 座長 全日本病院協会会長 西澤寛俊  
 日本医師会副会長 今村 聡  
 日本医療法人協会副会長 伊藤伸一  
 公認会計士 石井孝宜  
 全日本病院協会副会長 猪口雄二

委員会企画① 医療の質向上委員会  
 医療事故発生後の院内調査のあり方と方法に関する研究報告  
 委員会企画② 医療従事者委員会  
 65才定年延長と病院の給与・退職金制度のあり方を検証する  
 シンポジウム 日本メディカル給食協会  
 シンポジウム 日本医業経営コンサルタント協会  
 ランチョンセミナー 6講座

**第2日 9月22日(土)**

招待講演Ⅲ 「救急医療の将来とドクターヘリ」  
 特定非営利活動法人救急ヘリ病院ネットワーク理事長 國松孝次  
 招待講演Ⅳ ドイツと日本の医療事情-医療システムの相違と癌医療  
 ハンブルグ大学教授 堂元又巖  
 招待講演Ⅴ 「骨と軟骨の一生」  
 徳島大学病院院長 安井夏生  
 シンポジウムⅡ 神奈川県「マイカルテ」プロジェクト  
 市民公開講座 未定  
 委員会企画③ 病院のあり方委員会  
 2025年の医療提供体制 -病院を続けられますか-  
 ランチョンセミナー 5講座

# 引き続き「消費税非課税の見直し」が第一要望項目

## 四病協の13年度税制改正要望 「移行税制創設」と「医療法人の法人税軽減」を盛り込む

7月25日に開かれた四病協の総合部会は2013年度税制改正要望を決めた。要望事項は以下の11項目からなる。

(1) 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  
 (2) 医療機関に対する事業税の特例措置(社会保険診療報酬に対する非課税および自由診療収入等に対する軽減税率)の存続  
 (3) 福島原発事故による損害に対する

賠償金の非課税  
 (4) 持分のある医療法人が持分のない医療法人に移行する際の移行税制の創設  
 (5) 社会医療法人に対する寄附金税制の整備および非課税範囲の拡大等  
 (6) 持分のある医療法人が相続発生後5年以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  
 (7) 相続税・贈与税の納税猶予制度の医療法人への拡充

(8) 医療法人の法人税軽減と特定医療法人の法人非課税  
 (9) 病院用建物等の耐用年数の短縮  
 (10) 社団医療法人の出資評価の見直し  
 (11) 医療従事者確保対策用資産および公益社団等に対する固定資産税等の減免措置

このうち(4)と(8)が新たに盛り込まれた項目で、他の9項目は、基本的に前年の要望項目を踏襲している。

(4)の「移行税制」については、持分なし医療法人への移行を支援する立場から、①移行時に出資者にみなし配当課税を課さないこと、②同族要件を見直し、医療法人に贈与税を課さないことの2点あげている。

また、(8)においては、医療法人の法人税率(25.5%)を公益法人等の収益事業(19%)へと引き下げることが要望している。

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

全日病厚生会

お問合せ (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