

日時 平成26年5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、末永 裕之、岡留健一郎、相澤 孝夫、梶原 優、大道 道大 (各副会長)  
前原 和平、藤原 秀臣、宮崎 瑞穂、中村 利孝、高木 誠、万代 恭嗣、中嶋 昭、  
福井 次矢、中 佳一、武田 隆久、楠岡 英雄、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)  
上津原甲一、石井 孝宜 (各監事)

奈良 昌治、佐藤 眞杉、大井 利夫 (各顧問)

坂本 すが(代理:菊池令子)、松田 朗、邊見 公雄、池上 直己、高橋 正彦、  
富田 博樹 (各参与)

木村 壯介、望月 泉、原 義人、松本 純夫、崎原 宏 (各委員長)

堀江 孝至、森下 英夫、毛利 博、松本 隆利、成川 守彦、三浦 修、細木 秀美、  
福井 洋、副島 秀久 (各支部長)

阿南 誠 (日本診療情報管理士会 会長)

野口 正人 (オブザーバ)

総勢50名の出席

(新規入会会員)

津谷 寛 (福井県・独立行政法人国立病院機構あわら病院 院長)

杉原 勉 (島根県・社会医療法人昌林会安来第一病院 院長)

奥谷 卓也 (広島県・独立行政法人国立病院機構広島西医療センター 院長)

岩垣 博巳 (広島県・独立行政法人国立病院機構福山医療センター 院長)

住元 了 (山口県・独立行政法人国立病院機構柳井医療センター 院長)

上野 秀樹 (神奈川県・医療法人沖縄徳洲会葉山ハートセンター 院長)

相良 憲幸 (大阪府・一般財団法人大阪府結核予防会大阪病院 院長)

里中 和廣 (兵庫県・独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院 院長)

堺会長から開会挨拶があり、議事録署名人を選出した後、新規入会会員7人の紹介があった。それぞれ自己紹介の挨拶があった後、末永副会長の進行により審議に入った。また、審議の間にもお一人の紹介と挨拶があった。

## 〔承認事項〕

### 1. 会員の入退会について

平成26年4月25日~5月21日受付分の下記の会員異動について審査し、承認した。

〔正会員の入会1件〕

①医療法人・特定医療法人三和会永山病院 (会員名:永山光紀理事長)

〔正会員の退会2件〕

①医療法人・医療法人盈進会岸和田盈進会病院 (会員名:渡邊美樹理事長)

②医療法人・医療法人梨花会山梨病院 (会員名:山梨政行理事長)

〔正会員の退会届出を慰留により撤回1件〕

①北海道・地域医療機能推進機構登別病院 (慰留者:中村博彦支部長)

〔特別会員の退会 6 件〕

- ①特別会員・菊野台クリニック（代表者：金剛寺正也理事長）
- ②特別会員・山梨県厚生連健康管理センター（代表者：依田芳起所長）
- ③特別会員・国際セントラルクリニック（代表者：内藤靖夫理事長）
- ④特別会員・名古屋セントラルクリニック（代表者：石原順理事長）
- ⑤特別会員・岩城クリニック（代表者：岩城孝理事長）
- ⑥特別会員・公益財団法人福岡県すこやか健康事業団（代表者：瓦林達比古理事長）

〔賛助会員の入会 2 件〕

- ①A会員・サンビル株式会社（代表者：首藤公明代表取締役社長）
- ②D会員・柏谷祥子

〔賛助会員の退会 3 件〕

- ①A会員・東部メディカルセンター株式会社（代表者：石井司人代表取締役）
- ②B会員・豊橋創造大学（代表者：伊藤晴康学長）
- ③D会員・国則 修

平成26年 5 月24日現在、正会員 2,395会員

特別会員 209会員

賛助会員 249会員（A会員103、B会員111、C会員 3、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 3 件）

- ①日本健康科学学会第30回学術大会（日本健康科学学会）への後援
- ②「第36回第2種ME技術実力検定試験」（一般社団法人日本生体医工学会）の協賛
- ③第56回全日本病院学会in福岡大会（第56回全日本病院学会in福岡）の後援

（継続：委員委嘱・推薦等依頼 2 件）

- ①「平成26年度医療機器・サービス国際化推進事業」審査・評価委員会委員（株式会社野村総合研究所）の委嘱  
委員候補者…（再任）
- ②理事・評議員（公益財団法人日本医療機能評価機構）の推薦  
理事候補者…堺会長（再任） 評議員候補者…今泉副会長（再任）

（新規：後援等依頼 1 件）

- ①創立40周年記念講演会（一般財団法人医療情報システム開発センター）における後援名義の使用

## 3. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

末永副会長から報告を受けて審議し、下記施設を承認した。

（更新 4 件）

- ①京都府・医療法人財団康生会 武田病院健診センター
- ②千葉県・医療法人福生会 斎藤労災病院
- ③大阪府・一般財団法人関西労働保健協会 アクティ健診センター
- ④大阪府・一般財団法人関西労働保健協会 千里LC健診センター

## 〔報告事項〕

### 1. 各委員会等の開催報告について

日本病院会の下記委員会の開催報告があり、了承した。

#### (1) 第1回医業経営・税制委員会（4月28日）

#### (2) 第2回医業経営・税制委員会（5月16日）

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・4月の会議では四病協の動きとして、控除対象外消費税負担の問題について、診療報酬改定によるカバー率で補填できたのか日医と四病協とで共同調査する。この問題で日医の基本方針が変化しているとの情報があり、今村日医副会長を招請して話を聞く（5月21日予定）。
- ・厚労省については、非営利法人型医療法人制度の議論をした。
- ・来年度分の税制改正要望については、①診療にかかわる消費税、②非営利ホールディング型医療法人センターの導入が問題となる。5月にこの税制要望文案を取りまとめる。今までは控除対象外消費税を病院が負担し経営に支障を来しかねないと主張してきたが、社会保険料の中で結局国民が負担しているという文章を入れて行政に訴えていこうとの方向で議論した。
- ・5月の会議でも、日医の資料に基づいて税制改正要望を議論し、以下の意見が出た。①税の3原則の公平・中立・簡素に透明性を担保すべきだ。②消費税法の消費税の別表に「保険償還の対象となる医療機関に対する医薬品、特定保険医療材料等」を書き加えれば、最終負担者は卸までで医療機関の負担はなくなる（法改正が必要）。③免税制度への転換を図る場合、前段階税額控除の認められる非課税の位置づけを明記してはどうか。④普通税率+患者へ額還付方式が一番わかりやすい。これらの議論を受け、試案を取りまとめているところだ。

#### (3) 第11回医療制度委員会（5月7日）

中常任理事より、以下の報告があった。

- ・厚労省医政局から医師確保等地域医療対策室長と室長補佐を招き、地域医療構想（ビジョン）に関する見解やガイドラインの内容やスケジュールについて聞いた。
- ・地域における医療及び介護の法律案は病床の総量規制をしていくものだが、4つの機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を具体的に明確にしていく協議の場を設け、その上に都道府県知事による規制が含まれることがポイントだとの説明だった。
- ・医療・介護サービスの提供体制改革のための基金は、26年度は在宅医療等、27年度から介護について出す。5～6月以降、またヒアリングを行う予定になっている。
- ・病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定については、二次医療圏ごとに協議の場を設置する。そこで厚労省がガイドラインから県にサゼスチョンするとのことだ。

成川支部長は、二次医療圏に関して公的病院だけが呼ばれ民間病院が呼ばれないことがある。民間病院も参加できる体制に留意いただきたいと述べた。

堺会長は、厚労省の説明では、わざわざ今回「民間病院についても」と参加者について書いて、チェックするとは言っている。病院会としてもなるべく早くしたいと述べた。

#### (4) 第1回医療の安全確保推進委員会（5月7日）

木村委員長より、以下の報告があった。

- ・死因究明制度の法制化に関連した動きについては、医療事故にかかわる調査の仕組みを医療法に位置づける内容が含まれる法案が国会審議中だ。医療側でなく行政側に置くべきとの反対意見もあるが、この形で通るだろうとの予想だ。
- ・今後、来年3月に公布、10月に施行され、半年後には医師法第21条の24時間以内の警察への届け出等を含めて検討を加えることになっている。
- ・法案では、医療事故が起きた場合、当該医療機関が病院の中に医療事故調査委員会を設け、外部委員入れて原因究明し、第三者機関に報告しさらに必要な調査となるが、診療所レベル

ではすぐには対応できていない現状であり、いろいろ問題が残っている。

- ・日本病院会会員に、実際の施行、制度化を前にアンケート調査を行い、各病院がこれから何をやっていかなければいけないかを明らかにしたい。

末永副会長は、今、日病でも医療安全管理者の講習会を行っており、受講して役割を身につけられる。これから死因究明についても講習会に入れていく必要が出てくるかと尋ねた。

木村委員長は、厚労省認定で日病がやっている現在の研修は医療安全の予防に重点があるので、事故対応に関してはプラスアルファの講習会が必要だ。いずれ認定制度の形にしなければいけない。医療安全調査機構では、厚労省のガイドライン作成を視野に置きながら、医療事故に対応する研修会のアドバンストコースを進めたいと考えていると答えた。

#### **(5) 第1回社会保険診療報酬委員会 (5月12日)**

万代常任理事より、以下の報告があった。

- ・診療報酬改定に向けて日病は要望書を出した。200項目あった要望の達成具合について、役員や委員会に自己評価してもらった。
- ・最重点要望事項60項目は要望が通ったのは1項目で、かなり少ない達成度だった。重点要望項目についても評価したが、診療報酬でどの程度プラスになるか、全体の金額がどの程度になるかも算出したらいいのではないかとの意見が出された。
- ・精神科もある程度は評価されたが、実際に算定できるものはほとんどないという現状だ。
- ・今年度は、前回立てたスケジュールをやや前倒しして活動していく。要望項目を整理せず出していたところもあるので、今回は診療報酬改定の影響も踏まえ、絞った形で重点項目を集約していきたいと考えている。

#### **(6) 第2回災害対策特別委員会 (5月13日)**

塩谷常任理事より、以下の報告があった。

- ・委員会は3カ月に1回開催で、岩手、宮城、福島から3特別委員が出席して現状と課題について報告してもらい、委員会としてどう支援できるか議論している。
- ・事前に山田委員から、ライオンズクラブ国際協会が今年度に4~5,000万円の追加支援ができるので被災3県の要望を取りまとめてもらいたいとの話があった。
- ・岩手県からは診療関連の車5件で2,300万円、宮城県から先進医療機器2,100万円、福島県から甲状腺のエコー2台購入で、トータル6,000万円の要望が出てきた。ライオンズクラブ分で足りなければ、日病への義援金の残り3,800万円から補填していこうとの結論になった。
- ・また、この補填後に残った義援金の使い道については、災害コーディネーター等の人材育成に使ったらどうかとの意見があった。

#### **(7) 第4回ニュース編集委員会 (5月16日)**

藤原常任理事より、以下の報告があった。

- ・産経新聞の医療キャンペーンは、地域包括ケア実現に向けた病院の取り組み、日本病院会の挑戦というテーマで1年間に4件の予定でスタートしているが、第1回は5月29日に発刊が決まった。協賛企業の集まりが悪いが第2回目発刊に向けてやっていく。
- ・編集業務は長年、日本農業新聞社に出向して行っていたが、毎夕新聞印刷株式会社は輪転機がすぐ近くにあり、また格安となるため、変更することにした。

#### **(8) 第1回看護職場環境委員会 (5月19日)**

望月委員長より、以下の報告があった。

- ・各病院の現状から共通課題の抽出として、看護師の働きやすい職場環境への取組みと離職防止の観点で、福島県立医科大学会津医療センター附属病院での取組み内容を聞いた。
- ・看護職員の確保・夜勤等に関する実態調査を予定していたが、日看協で今年2月に同様の調査が行われた。日病の独自性として、看護の広範囲な職場環境を考える際、他職種がどうか

- かわれば軽減できるか、チーム医療の観点から過去と現在の職場環境を比較し考えたい。また、看護補助者の導入や病棟薬剤師の配置などチーム医療の中身も大分変わってきているのではないかとの視点があるが、6月ごろ出るその調査結果を見てから検討することにした。
- ・准看護師の臨床実習病院確保については、日医会長から、看護系の大学急増による医師会立の准看養成所の臨床実習受入れ施設減少を危惧して実習病院の確保を求める協力依頼があったことから議論した。実際に20の都道府県から准看護師の実習施設不足の資料提出もあったが、そういった都道府県の会員病院に対し文書で協力要請する程度しかできなさそうだ。
  - ・その他、地域の医療施設、地域包括支援センター等と連携した日本財団在宅看護センターができたとの報告があった。

### (9) 平成25年度救急医療委員会 アンケート調査結果

前原常任理事より、平成24年度は日本病院会のアンケート方式の統一に手間取り実施できなかったが25年度に22、23、24年度の調査を行ったとして、以下の報告があった。

- ・救急はやればやるほど赤字であると言われているので、原価計算を3年続けて行った。22年度では黒字病院がわずか11%、平均値が月当たり313万円の赤字だった。
- ・この結果に基づき、24年度の診療報酬改定に向けて救急搬送受入れ加算2,000点の新設、救急医療管理加算の増点と期間の延長、800点・7日から1,200点・14日間を要望した。認められたのは夜間休日救急搬送医学管理料200点・初診時のみで、救急医療管理加算800点・7日間は据え置かれ、6歳未満が200点から400点に、6歳から15歳までに200点さらに加算の部分的改善にとどまった。しかし、調査結果が一定の役割を果たしたと考える。
- ・今年度の診療報酬改定で400点・7日間で新設されたが、本当に重症でないと800点は取れないとのことなので、救急医療に関してはむしろ後退したと考える。
- ・23年の調査結果に対し、厚労省から赤字になる要因の問合せがあった。今回の調査で客観的に分析できる緻密な損益計算書を作成してお願いした。
- ・調査の回答数は654病院、回答率32.7%で、これまででは最も高い回答率だった。
- ・母集団の特徴として中核病院が多い。DPC/PDPS病院が72.5%だが、全国では一般病院の20%だから非常に高い。救命救急センターが132病院、全体の20.2%で、全国病院の3.5%とこれも非常に多い。アンケートの結果は救急医療基幹病院に偏りがあると言える。
- ・救急車の受入れ台数は成22年から24年度にかけてわずかに増加し続けている。受入れ不能率は大体18%強で、横ばい状態。救急車からの入院率も45%前後で、3年間ほぼ不変だった。
- ・時間外救急外来患者の年齢構成は、22年から24年度の3年間でも、小児が減少し高齢者が増えている。24年度では小児は5人に1人、65歳以上は3人に1人、75歳以上が4人に1人を占めているという状況で、その傾向が強まっていくものと思われる。
- ・救急外来からの入院患者が全入院患者に占める割合は増加しつつある。18年度、19年度で大体21%だったのが、24年度は23%だった。
- ・二次救急病院の原価計算は三十数病院からしか回答が得られず、平均できる欄が埋まっている病院は12病院というものだ。黒字病院はわずか1病院で、月当たり平均947万円の赤字だ。医業収入のほとんどが人件費に充当され、医薬品、診療材料、その他の費用はほとんど病院の持出しと計算される。もう少し数が揃っていると説得力があると思う。
- ・医師の当直業務に関し労働基準局から指導を受けた病院は著減している。理由は不明だ。
- ・選定療養費を徴収している病院は増加しつつある。24年度で16.7%で、徴収額も微増している。ただ、その効果はほとんど認められなくなってきている。
- ・救急車の有料化に対する回答では、「どちらかといえば賛成」が一番多く32%。「賛成」+「どちらかといえば賛成」が50%、「反対」+「どちらかといえば反対」が30%だった。安藤常任理事は、未収金の最近の動向は増えているか減っているかと尋ねた。

前原常任理事は、平成24年1月の単月の調べで22.3件が17.2件で減少傾向にある。発生金額は23年が平均39.6万円で、今回31.7万円で減少していると答えた。

中常任理事は、救急車の受入れ不能率18%は相当高いが、どういう理由かと尋ねた。

前原常任理事は、20年に調査を始めた当初から平均20%弱だ。非常にばらつきがある。救命救急センター等だと思うが自分で調査をしている病院は4.9%以下が最も多い。高いところは40%以上のところがあって、平均で20%弱だ。

塩谷常任理事は、労働基準局からの是正勧告で、労働時間週40時間以上や、労働協約の最大限を超えた労働について割増賃金を出しているものについてはあったかと尋ねた。

前原常任理事は、内容については聞いていないと答えた。

土井常任理事は、当直が時間外が少なくなったので余り労働基準局が文句を言わなくなったのか、もうこれは仕方がないということか、労働条件がよくなったからかと尋ねた。

前原常任理事、仕方がないというのが強いのではないか。対応についての調査では、指導されてもそのままの病院がかなり多い。それが減ってきたのは、調べるほうのそういう意識が強まったのではないかと推測する。改善されてよくなったのではないと思うと答えた。

土井常任理事は、選定療養費を取ることで紹介率が上がったかはわからないかと尋ねた。

前原常任理事は、質問していないのでわからないと答えた。

塩谷常任理事は、労働基準法違反を前提にして成り立っている日本の医療そのものがおかしい。そこを根本的に改めてもらわないと勤務医の勤務形態はよくなる。今回も診療報酬の外科の当直とか姑息なことをやっているが、あり方そのものを変える努力をしてほしいと地域医療委員会はずっと言っている。関係ない話だがよろしく願いたいと述べた。

(10) 診療情報管理士通信教育 第1回医師事務作業補助者コース小委員会 (5月14日)

(11) 診療情報管理士通信教育 コーディング勉強会 (4月13日～5月15日)

(12) 診療情報管理士通信教育 医療統計学勉強会 (4月13日～5月15日)

(13) 診療情報管理士通信教育 平成25年度後期スクーリング結果報告(2月21日～5月19日)

(14) 日本診療情報管理学会 第79回診療情報管理士生涯教育研修会 (5月17日)

(10)～(14)について、報告は資料一読とした。

## 2. 日病協について

万代常任理事より下記会議の概要報告があり、了承した。

### (1) 第105回診療報酬実務者会議 (5月21日)

- 平成26年度診療報酬改定について5月になってもまだ通知が出ていて、5回分の通知の重点をおさらいした。疑問点があれば日病協の実務者会議に出して要望していく形になっている。
- 例えばDPC病院から包括の病院に転院したとき、持っていく薬について包括の療養型病床では薬の準備がない。そういったときに、話し合いをしてお互いに料金を支払う形で転院させる方向性もいいのではと質疑を出しているが、公式見解ではだめということだ。DPC病院が自腹を切って処方したり、転院先の病院が負担しながら購入する制度になっている。そのところは通知レベルでの要望をしていこうとしている。

## 3. 中医協について

万代常任理事より下記会議の概要報告があり、了承した。

### (1) 第39回診療報酬改定結果検証部会 (5月14日)

- 平成26年度の診療報酬改定の調査として12項目行うが、26年度に6項目、残りを27年度に行う。この中で後発医薬品の調査も行う。
- 「同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査」は、同一建物内に同一日に訪問診

療したとき診療報酬が4分の1程度に下げられたので、各地からかなり反対、要望が上がっており、26年度調査のうち特にここを取り分けてできるだけ早くやるという話だ。

- ・具体的な内容として今回診療報酬改定の影響がかなり大きいと思うので、調査項目に関し綿密にきちんと回答が出るよう、誘導的な結果にならないようチェックが必要と思う。
- ・大部なアンケート調査内容を委員として短期間で判断するよう言われている。協力願いたい。

## (2) 第277回総会 (5月14日)

- ・新医薬品の一覧表の報告があった。このうちテノホビルについては、効能・効果で肝炎ウイルスの増殖を抑制として申請され、300ミリグラム1錠996円の薬価がついた。実は同一成分既収載品のビリアード錠があり、全く同じ成分だが効能・効果がH I Vで、対象患者数が少ないため経費率等で高く2,000円になる。倍の価格がついておかしいと議論になったが、薬価算定組織としてはそのまま受けざるを得ないとのことだ。
- ・こういったことも含め、薬価専門部会でもう少しきちんとしていこう、有用性加算も報告は定性的に報告されるが定量性をできるだけ盛り込んでいこうという議論の方向になっている。

## (3) 第2回診療報酬調査専門組織・D P C評価分科会 (5月14日)

- ・特別調査(病院指標の作成と公開)の結果報告があった。調査項目については、現在提唱されている指標(7項目)があり、今後、病院指標として報告を機能評価係数1に盛り込んでいってはどうかとしている。
- ・多くの病院が指標の公表には賛成なので、機能評価係数に入れる方向で議論しようとしているが、課題もある。7項目の指標がそれでいいのか、それぞれの内容について吟味する必要がある。D P C参加対象病院には単価病院のところもある。例えば脳卒中専門の病院にがんの患者はいないので、7項目の指標にがんがあるのをどう取り扱うかなども含め、機能評価係数にどういう点をつけるか等も今後検討していく。
- ・今後の検討スケジュールも案が示された。
- ・いろいろなデータがD P Cで集計できる。例えば26改定では、救急医療管理加算のその他準ずる状態について、どういう病院がどういう形で算定しているかのデータから大幅な減額になった。亜急性期の管理料もD P Cの点数が下がる11日目から急に亜急性に移る率が多いといったデータがつかめる。今回もデータをあらゆるところから吸い上げ、そういったデータに基づいてD P Cの面から評価し検討していくとのことだ。次回改定も厳しそうだ。

安藤常任理事は、7つの調査指標項目を各施設がホームページ等で公表しろとして、特に診療科別症例トップ3とか診療科別手術数トップ3の公表についていろいろ意見が出されている。トップ3に限らずトップ4以下を全部挙げることでクリアするかとも思うがどうかと尋ねた。

万代常任理事は、トップ3が本当にその病院が持っている機能をあらわすかの議論にはなっているが、本当にトップ3がいいかはまた中医協の場でも議論していけると思うと答えた。

## 4. 四病協について

下記会議の概要報告があり、了承した。

### (1) 第2回医療保険・診療報酬委員会 (5月2日)

生野常任理事より、以下の報告があった。

- ・診療報酬改定の状況と改定の影響調査の問題を議論した。在宅医療の不適切事例で、在宅時医学総合管理料の点数が4分の1になり、新聞報道などで在宅医から一斉に医師が引き揚げたという、狙いと逆のデータが出ていること。神経難病の患者が7対1、特定除外制度が削除されて行くところがないという問題が起こっていること。7対1病棟の中で地域包括病棟にしたとき、データ提出加算で1病棟だけ出せばいいのではなく全病棟出さなければならないと、1病院の負担が急激に大きくなること。D P C対象病院から包括の病院に転院するとき、

退院時処方薬は包括側で出すべきでこちらが出してもお金は取れないことなど。

- ・診療報酬の影響度調査は日本医師会と話し合いながら、日医総研の調査結果と一緒にやってはどうか、その方向で検討していこうとなった。

## (2) 第2回医業経営・税制委員会 (5月21日)

安藤常任理事より、以下の報告があった。

- ・今井日医副会長を招いて意見交換した。消費税について、日医は10種ある選択肢に序列はつけず、中から幾つか選んで主張していく、医療界が一丸となり要望すると主張していた。介護は含まない。歯科も規模が小さく一緒にできない。薬科は、日薬は医師会に従うと言っている、四病協あるいは日本病院会との意見調整が非常に大事になるとのことだ。
- ・消費税を税制の法律を変えてやるのか、現状の診療報酬の世界でやっていくのか、大きく2つに分かれる。税制改正は来年予定の10%への消費税アップには間に合わない。しかし、来年度分の税制要望の中に医療界のものを盛り込むため、スケジュールとして9月中にまとめたい。当会の取りまとめもこれに倣っていくのかと思う。
- ・要望の表現の内容が難しくなる。その後、二十何%になるだろう近未来を見据えた戦略を練り直し、「これは絶対通せ」という主張を医療界でまとめることが大事だと。原理原則は重視しつつ、スケジュール等を考えた現実的な対応も必要で、文章の書き方が難しそう。

## 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

中島常任理事より下記会議の概要報告があり、了承した。

### (1) 第2回長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会 (5月12日)

- ・第1回と第2回の検討会の間に作業チームが2回の会議を行った。従来やっていた、医療の名をかりた囲い込みはどうすればやめられるか。25名も委員がいて話し合いがまとまらない。長期入院の人から意見聴取をしているが、一言で言えば自由が欲しいということだ。そのことのために25人が集まって延々議論した。出た意見は資料にも記載されている。
- ・退院意欲の喚起、本人意向に沿った支援等に関するヒアリングもされた。私としては、閉じ込めて意欲を失わせてまた喚起しようという本人の退院意欲よりも、各院長や管理者の意欲喚起をしっかりやるべきとして、精神病院の院長、管理者の研修会をやることを強く述べた。

## 6. 6月14日開催、7月2日開催の諸会議について

堺会長より以下の報告があり、了承した。

- ・6月14日に平成26年度第1回定期理事会、社員総会を開催する。定期理事会は12時半から2時間、その後社員総会で、今回は鴨下一郎氏の特別講演を企画している。大勢の参加を願う。
- ・7月2日には、日病学会に合わせて第2回の定期理事会を高松で予定している。学会とともに多数の出席を願う。

## 7. 平成26年春の叙勲・褒章受章者

堺会長より平成26年春の叙勲・褒章受章者11人の報告があり、了承した。

### 〔協議事項〕

#### 1. 消費税について 医療と消費税 日本医師会の考え方

堺会長 病院は今回の診療報酬改定で高額医療機器に係る消費税はやらないで、引き剥がしがしやすいようにと、初診料、再診料だけで済んだ。だが、病院によって違うがカバー率がよくない。消費税でこれから潰れる病院が出てくるのではと危惧している。消費税はどの病院も



平等にかかってくるが、特に公的病院はかなりインパクトが強いのではないか。安藤常任理事、石井監事からの説明後、意見交換をしないと述べた。

安藤常任理事は、以下のように説明した。

- ・ 四病協の第2回医業経営・税制委員会（5月21日）に今村日医副会長を招き、資料「控除対象外消費税問題の具体的解決策」が提出された。医療界一丸となってやりたいとのことだったが、実は医師会内部でも各県での調整が始まったばかりだ。
- ・ 10種類の選択肢が提示されたが、組み合わせでまだ選択肢は増える。どれがいいかという最終的なコンセンサスが要り、それを税制要望に盛り込んでいかなくてはいけない。
- ・ 今年度までの税制要望で、日病では非課税扱いを課税にせよ、ただし患者負担は配慮してほしいとやってきた。日医も大体同じ文言だが、仕入れ税額控除が可能な課税制度に改め、かつ患者負担を増やさないでほしいという要望書を出している。向かうところは一緒だ。
- ・ しかし、来年度10%にアップを目の前にして迷っている。税制改正に踏み込むのか、あるいは診療報酬上乘せ方式を渋々でも容認し、ただし今回の8%のときの上乗せ分が十分かどうかの検証作業の後に10%にアップ時の要望を考えていくのか。
- ・ 結局、今までは我々にとって都合のいい案だった。国家全体を概観して国民が納得する要望をしていかなくてはいけないと思う。その際に、旗印は変えないほうがいいと日医も言っている。当面は現実的な対応も考えなくてはいけないので、10種の中から1つ選べといたらどれを選ぶかの議論をしなければいけない。

石井監事は、以下のように説明した。

- ・ 時間的に押し迫った状況になっているので、もう一回復習して、現状をしっかりと認識してもらおうと、日医の資料に基づいたイメージ図をつくった。
- ・ 来年10月から消費税10%をやるのかは今年の暮れに判断する。軽減税率をやるのかどうかも最終結論に達していない。自民、公明の中で今後いろいろな議論が出ると思う。
- ・ 平成24年11月の国民会議の資料では、消費税を1%上げると税金が2兆7,000億円増えると書いてある。すると、日本全国で課税されている消費税の取引金額は270兆円となる。日本のGDP500兆円程度の中で270兆円の取引について消費税がかけられている。消費税1%で5,000億円という取引金額の市場規模は、50兆円という市場規模になる。この50兆円市場について、最もメインで軽減税率議論が出るだろう。
- ・ 医療と介護の世界は既にもう50兆円の市場だと言われる。この市場を軽減税率適用市場にすることは、飲食料品の市場と同じ規模の軽減税率適用市場をつくることになる。財務省や政治家の視点から見ると、非常にボリューム感の大きな話なのではないかと思う。
- ・ 医療界にとって、言われのない控除対象外消費税の負担はなしにしたい。そもそも税の問題を診療報酬で手当てすると整理したことに矛盾があり、透明性も公平性もないので何とかしようという話だ。もし四半世紀続いた今のやり方を変えてもらえたとしたとき、医療界が堅持すべき事柄、譲れないことは、①税は税の問題として整理してもらおうことだ。これを25年間ずっと言い続けている。また、ボリュームからいって、②国民や負担者の視点も斟酌しないと社会の中で理解は得られない。そして③、変えた制度は強靱な制度であってほしい。制度の議論の中で整理して変則的取り扱いを許容するとどんどん物事は崩れていく。改正の際に堅持すべき事柄をそう整理した。
- ・ 控除対象外消費税を医療保険制度でやる、診療報酬や基金で手当てするのはそもそも違う。税の問題として整理しようとする、免税と非課税と課税という3種のやり方がある。免税は、免税なんだから全額還付になる。非課税は、今、我々は非課税・還付なしにいて診療報酬で手当てという世界にいる。非課税で全額還付という考え方、あるいは非課税で一部還付という考え方もあるかもしれない。課税では、ゼロ税率と軽減税率と普通税率がある。普通

税率の中には、梶原副会長の言う患者への即時全額還付の考え方もある。それ以外に、全額還付しないで窓口負担金の比率を変えて安くする方法もある。今、3割負担のものを2割負担や15%負担にしてあげる手もある。そうでなく、そのまま課税する考え方もある。というふうにしていくと、大きく10ぐらいのカテゴリーになってしまう。

- ・全額還付がいいに決まっているが、そのやり方として、免税と非課税全額還付とゼロ税率課税のどれが順位としていいのか。私個人の思いとして、制度として輸出免税があるように、社会保障はすっきりと免税が一番いいのではないかと思う。非課税だったら前提は必ず全額還付で、課税であったらゼロ税率だ。そもそもは課税すべきではないと思っているので、ゼロ税率は結果を同じくするための技法としてのことだ。
- ・実際は、免税もゼロ税率も実現は非常に難しいだろう。消去法でいくと、非課税の全額還付しかない。ただ、非課税の全額還付をした瞬間、 $0.76+0.77+1.36=2.89$ の過去3回の消費税の対応改定分の引下げを行うことになる。2.89も下がるのはつらいと思うと、弱気の風が吹いて、では非課税一部還付はどうかという議論の流れになってくる。
- ・実は過去の2.89の改定分の引下げの問題だけではなく、病院における高額設備投資に関してどういう対応ができるかという問題が大きく未解決になる可能性もある。
- ・最初の消費税導入時の適切でなかった判断を四半世紀後の今、もう一回判断するのは確定判断となり後戻りはできない。今、私たちは非課税だ。形を変えて全額還付、一部還付と言ったとき、これからも同じ非課税の中にいて二度と出られない。そのことを病院団体は強く認識した上で結論を出すべきだ。免税、全額還付非課税、ゼロ税率課税の3つ以外は個人としては嫌だが、望みがかなえられないときどうするか。いろいろなところに畏がある状況だ。堺会長は、今、非課税の判断をすればネクストチャンスはないという話だが、10%になるまでに時間がないのでとりあえず非課税でいって、その10%の間に考えようという議論もある。そこはどう考えるかと尋ねた。

石井監事は、さらに次のように説明した。

- ・今回も財源の明確化はされないようだ。とりあえず非課税で一部還付というのは、国の財政予算によって手当てをするというので、税以外からの手当てもある。私が言う堅持すべきことというのは、変えるのだったら税財源から補填してもらい、税制として整理する以外にあり得ないという考えだ。今のタイミングとの関係の中でどうするという議論は、私に言わせれば、美しい女性に誘われて入った世界から後で出られないみたいな話に映る。
- ・私自身の立場は、日本医師会の税制検討委員会の委員をやっているが、日病の代表者ではない。四病協の中で、医療法人協会の税制の委員をしている。26年度の税制改正要望として、四病協は「医療及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」とした。日医は「社会保険診療報酬等に対する消費税の非課税制度を、仕入税額控除が可能な課税制度に改めること。その際、ゼロ税率・軽減税率を適用するなど患者負担を増やさない制度に改善すること」としている。2つの文章は似ているようだが、極めて異なる部分もある。私が気づいているのは2点だ。
- ・1つは、日医は介護保険とかかわりを持たないと明確に書いてある。四病協は介護を入れている。もう1つは、四病協は非課税を見直し原則課税に改めろと言っている。日医は、仕入税額控除が可能な制度に改めろ、その際、ゼロ税率・軽減税率を適用する「など」としている。日医は、もし非課税全額還付や一部還付の議論をしたとしても今まで言っていることに関し意見を変えたことにならないが、四病協は全面的に変えたことになる。堺会長は、これらの説明に対して、出席者に質問や意見を求めた。安藤常任理事は、理屈はこのようにいっぱいあるが、政治家たちは理屈でなく政治力を持つ

て事に当たる。政治力を増やすために、日医は自分たちだけでなく、病院団体と一緒にやっていると見せたいんだろうと述べた。

生野常任理事は、課税でゼロ税率、この路線に勝てるものはないと思うと述べた。

武田常任理事は、課税でいくことになる、10%になったときにもう一遍診療報酬に乗せる話になって大変だ。医師会は非課税のままの還付で足並みを揃えてほしいと言ってくると思うので、その方向での検討も必要かと思うと述べた。

安藤常任理事は、10種の選択肢の中に2つ、予算措置、医療保険制度による還付があつて税制を扱わなくても2年置きにできる。医療にかかるお金は、患者負担、社会保険料、国庫からと3部構成だが、診療報酬は上げずに国庫からを増やすことは、税の問題は税で解決することにならないのかと尋ねた。

石井監事は、それはならない。なぜならアカウントが違う。税のアカウントの中で全ての整理をするのが税の整理だ。ブリッジをかけていくと物事が見えなくなる。いろいろバッファが起きて税の問題にならなくなる。税制改正は税のセオリーをつくり直さなければいけないが、予算は毎年「こうだから変えます」と言ってしまえるものだと答えた。

安藤常任理事は、要するに、我々にとって危ういことなのだとわかったと述べた。

崎原委員長は、今の議論の健康保険の予算によって決める方法は、税制の公平さから言えばあり得ないという合意は形成されつつあると思う。すると、課税制度に転換するか、非課税のままいくかだ。私たちが今まで議論してきた中では、原則課税でゼロ税率として各病院団体をはじめ1本になってきた。非課税で全額還付にすれば、私どもの主張には合うが、今までの主張との相異、税務署関係、現場の手續等の煩雑さがある。2つを比べてみると、原則課税でゼロ税率を続けていくことが正しいのではないかと思うと述べた。

石井監事は、そこは私も賛成だ。26年4月の診療報酬改定について現実的な検証がされ、その結果、DPC調整係数と類似した仕組みで実際の仕入税額を計算し支払基金等に申告し全額還付を受けるというやり方が、技術的に可能かどうかも含めて予算による還付は無理だとなれば、税は税の問題として整理するのが一番いいのではないかとなる。非課税による還付も、過去の議論では皆できないと言っているが、カテゴリーの整理としてはあり得る。しかし現実に無理なら消していかなざるを得ない。ただ、違う視点から、もし非課税で還付をとると、全額還付がある段階から一部還付に法律改正されてしまうリスクがあるので採用できないという見解もある。現実の世界は、始まりはゼロでもすぐに変化を起こしてしまう可能性がある。ゼロ税率か免税という考え方がいいという議論もあると述べた。

安藤常任理事は、資料で今度は、免税制度への転換と、ゼロ税率による課税制度と2つ分けて書いてある。医師会の説明では、この2つは非常に似ているが、ゼロ税率による課税制度の要求をするといろいろな業者がこれに手を挙げるだろう。自分たちもといろいろな事業者が出てくるから政府は困る。免税制度は割とシンプルだと聞いたと述べた。

石井監事は、免税は特別で、非課税取引はたくさんあるが医療と介護は公定価格だ。値段に関して強制力のある制度なので、免税でいいじゃないかという議論はつくれるのではないかと思う。他の業種もやりたいと言い出すのは、非課税全額還付でも非課税一部還付でもみな一緒だ。これならこうなりやすいという議論は、余り物事を説明したことになっていないのではないか。日医の整理でも2種は異なる取扱いを明示していると述べた。

中常任理事は、我々としては、医療保険制度で手当てするのでなく税の問題として整理するというを会員全体で確認することが大事だと思う。政治家も厚労省も今回の8%と同じようなことを出してくる可能性もある。基本的な立場をまずきちっとやる必要があると述べた。また、免税は税制上は課税の範疇に入るのではないかと尋ねた。

石井監事は、現実にある免税は輸出免税だが、日本でつくる多段階で課税されてきたものを、

最後は輸出して消費せず、日本の消費税のスコープから外れてしまうので免税と言っている。これは課税とは言いづらいのではないかと答えた。

中常任理事は、公定価格としてやる医療を免税するというので、課税の中における免税、ゼロ税率というのは誤解されたり難しい問題がある。大きく分けていくこと、免税は選択としてはあると考えると述べた。

堺会長は、財源はどうするという問題はどうかと尋ねた。

石井監事は、手元に財源の話がなく、どこに落ち着くのか本当によくわからない。見えない線で予算と税がつながっていて、「結局予算でやるよ」と言われると同じことだ。そこを何とかきちっとしたいので、堅持すべきは、税は税の問題で整理するということだけは譲れないと考えるが、免税の話も法律の立てつけで最後の部分でどうなのかの議論や予算の議論になったら私は専門外だ。不安と危うさを感じると答えた。

相澤副会長は、医療機関としては税の問題は税で処理してくれとしっかり表明して決めるべきだと思う。でないと、基金制度を予算でつくってごまかせばいいとかいろいろな意見が出てくる。税で処理をと決定して、それをしっかりと訴えることが最初だと思う。そこがあやふやなまま各論に入っていて、総論も変えようとなっている気がすると思ふと述べた。

堺会長は、経緯として日医、四病協で議論して大きな違いはあるが合意して、医療界が一体となって当たろうとなったが、日医会が方向転換しつつあるのか曖昧な中で議論が進んでいる。時間は迫ってくる。原則課税でももちろんいいが、日医や他の病院団体と意見が合わない場合どうするかが現実的な問題として突きつけられてくる。その辺はどう考えるかと意見を求めた。

大道副会長は、原則論として、この問題を診療報酬で手当てするのはおかしいというのは共通認識だと思う。税金は税金の問題でやってもらいたい。今までついてきた消費税分の診療報酬を引き剥がすとなったとき、我々病院としては、過去2回分の診療報酬でついたものはほとんど消えて存在しないので、さほど大きな影響はないと思う。むしろ今後、税できちっとすることが担保されたほうが気持ちいい状況かと思う。ただ、日医としては、一時的にせよ再診料が引き剥がされるのは大きな打撃でくみしないのではないかと述べた。

安藤常任理事は、視点を変えて発言したい。公的な医療機関は課税されない事業体で、医療法人など課税される事業体とは問題意識に温度差があるが、消費税に関しては逆で、公的医療機関のほうが損している事実を踏まえて、この議論に自治体立病院等にも当事者意識という観点から参画してもらえればと思う。それから、幾つかの点はスタンダードを設けておきたい。「税のことは税でやれ」というのも1つだ。もう1つは、今の社会保険料上乘せ方式は破綻する。20%以上に消費税が上がるとき、今の方式は絶対あり得ないのは共通認識としてとれるのではないか。これは国民から相当反発を食らうと思うと述べた。

中島常任理事は、税である以上は公平でわかりやすいのが一番だ。医療機関が脱税を一生懸命考える時代がやってこないようにするには、よくわかる税制として消費税をつくってもらいたい。となると、課税で普通税率が一番だ。20%の税率になったら20%の消費税を払うのが当然で、患者へ即時全額返還する。政治家の立場ならこれになると思うと述べた。

堺会長は、公的病院としてどんな考えかと、楠岡常任理事に意見を求めた。

楠岡常任理事は、公的病院に関して今の枠組みは社会医療法人と全く同じ状況で、法人税等を払わない分だけ結果的に損で、課税がはっきりしているほうがいいと考えているところだと述べた。また、今の診療報酬でないほうに行ったとき、診療報酬が今までの積上げの2.89%引き剥がされても、還付があったりして大きな影響はないのか、あるいは還付ではとても追いつかない状況になるのか、診療所レベルではどのくらいまで及ぶのかと尋ねた。

石井監事は、今の質問に対する一番適切な回答は、これから数カ月の日本医師会の動きだ。今の問題に対してできる限り軽い傷で済むように動くので、それをきちっと見極めることだと

述べた。また、今回の診療報酬改定は1.36と1.26のプラス・マイナスがあった。4月の改定結果で売上げを見たらほとんど変わっていないだろうが、今回のプラス1.36はこの段階で実績が出ていない。4月の月次が財務経理的に閉まって仕入れが確定し8%になった税額が明確になって、そしてどうなったかで見えてくる。実は病院も診療所も機能ややり方によってコスト構造が異なり影響が全く違うので、開業医一括りというのも完全にできるわけではない。ただ、一般的に、病院のほうが設備や材料に関するコストは高いし、委託費もかなり大きくなって課税取引になってくるので、状況は随分違う。仕入れ税額控除の対象になる取引が大きければ大きいほど、もし引き剥がしが起きても仕入れサイドの消費税はボリュームがある。そうでないタイプは全く逆のことになると述べた。

末永副会長は、10%のときも法制を改正しなくてはいけないのに時間がないとやっていると、次も同じ形で堂々巡りになってしまう。税の問題として整理する根本的なところに戻って考えていかないといけない。それから、自治体病院などは実は委託業務がものすごく多く、消費税で苦勞している。将来的に20%に上がるのに耐え得るような根本的な問題が解決されないことには非常に困る。将来的には、損税になっていない診療所がたくさんいる医師会と病院団体が同じ行動をとれるかどうか。同じ行動をとるなら、病院団体も診療所もそれなりに我慢するところがないと難しくなると危惧していると述べた。

安藤常任理事は、また視点を変えて言うと、本当は財務省主税局は全事業体から税金を取りたいと思っている。基本原則、人の営為や生業からは全て税金を取るのが非常に公平でわかりやすい。かつては公的な事業体は対象外だったが、時代背景が違ってきており、原則、全事業体から取る。ただし、富の再配分機能を毀損しないとか弱者に十分配慮する例外は必要だと思う。大きな税制改正でこんなことは100年待っても起こらないとは思いますが、主張してもいいのかもしれないと思い発言したと述べた。

堺会長は、診療報酬体系とかこういう消費税体系で、病院団体と診療所を全く別立てにすることは可能かと尋ねた。

石井監事は、形としてはつくれるかもしれないが、やっていいかは判断しかねると答えた。

末永副会長は、カナダ等を除けば諸外国は無税だとか言われてもいる。そういうことに対して、日本では公定価格だからといったことは反論にはならないのかと尋ねた。

石井監事は、なると思う。それぞれの国により基本的環境が異なり、他の国のものを同じように持ってくることはできない。我が国の医療界にとって非常に大きな要素は公定価格で、アンタッチャブルの値段で強制的に決められていることだ。このことで出てくる矛盾は制度として解消されるべきで、きちっと整理してくれとももちろん言える。今、我が国の医療界で一番主張しなければいけないことだが、すると、では公定価格ではなくそうかと言って保険外併用療養などの爆弾がたくさん落ちてくることにもなる。全てつながって改革に向かっていることも理解してもらいたいと述べた。

安藤常任理事は、今、カナダ方式（非課税のまま税制による一部還付方式）が出たが、実は武見参議院議員が医療関係団体と全く調整なしにこれをあちこちで主張している。この方式は還付のために別途基金がある。日本に全くないものをどうするのが抜け落ちての主張なので注意しておいてもらいたいと述べた。

成川支部長は、安藤常任理事は日病を代表して参加されるので、どういう立場で言ってもらえるかはっきりしないと困ると思うが、四病協の経過もあって今これを急に変えることも難しいと思う。ただ、最近の日医は非常に力をつけて、中医協の委員にも日医の意向がかなり入っている。病院団体として日医と別の立場はなかなかとりにくいと思う。四病協の意見を協議して日病につける。一緒にならないとこの問題は前に進まないと思うと述べた。

土井常任理事は、聞いてもよくわからないが、安藤常任理事が一生懸命やってくれているの

で、それで決まったら文句を言わずにその中で頑張るということではないかと述べた。

安藤常任理事は、応援を承っておく。検証作業の話もしておきたい。来年10%に上がってこれも診療報酬で上乗せするという議論になったら、今回8%でそれをやったので足りたかどうかの検証が非常に大事になる。その検証をカバー率で計算するという話だが、私は疑問を感じている。税金の最終的な計算書から導き出される控除対象外消費税の額を昨年度と比較しないとわからないのではないか。検証はこのカバー率で十分なのかと尋ねた。

石井監事 カバー率をよく知らずにカバー率と言っている人も周囲にいる。1年たって年間トータルで売上げサイドの増加部分とコストサイドの状況をはじくが、医療機関はある程度自由診療その他を持っているがそれらも全て加味して計算上出てきた控除対象外消費税がどれほど去年に比べ増えたか、それに対し診療報酬で手当てされた金額を計算してカバー率を出す。現実に1.36相当の当事者として個別のものが今回はある程度見えるようになったと述べた。

崎原委員長は、予算によって医療保険制度から全額還付する方式に「消費税調整係数」とあるが、これは日医の中から提案され評判が悪かった。今後、日医が10%のときやはり健康保険でとってこの案が生き返ってくることもありそうだ。注意しておきたいと述べた。

岡留副会長は、日医が出している仕入税額控除の延長線上に仕入れ業者の特定化を図る動きがあると聞いている。医療の分野は原価計算が非常に難しく、仕入れできちっとした線は引きにくい。業者について消費税免除が関係あると医療分野でできるのかと尋ねた。

石井監事は、次のように述べた。

- ・税を診療報酬で手当てできようがないというのが今回の改定の検証作業の1つでもあるが実は非常に難しい。例えば陽子線は保険がきかず、控除対象外消費税にならない。控除対象外消費税は、社会保険診療にかかわる仕入れサイドの消費税の控除できなかったものだ。陽子線が全額自由診療だったら、50億円の陽子線の5億円の消費税は控除対象外消費税議論とは関係ない。その辺の整理を全部厳密にしなければ本当の控除対象外消費税は出てこない。
- ・例えば新しく個室を増やして室料差額をもらうようにしたとする。室料差額は課税取引で減価償却つまり設備投資と対応するので、室料差額対応分の設備投資に係る消費税相当額は控除できる。これを厳密に計算するのはできなくはないが、マクロのレベルで公正に出すのは困難だ。医療界は困難さをわかった前提で違うのではないかと議論してきている。
- ・あるいは、電力業界が電気代を課税にした理由は、非課税にするとかぶりが最終事業者である電力会社に来るためだが、非課税の動きはあった。ねらいは原発、火力発電所の巨額の設備投資の消費税がうまくいくと全部還付になるからだ。
- ・一般の事業者は、売上高に匹敵するような工場等を建てた年は消費税は還付される。通常の仕入れとは別に設備投資をしてゼネコンに消費税を払っている。それは単純にマイナスして還付になる。それが消費税の基本だ。
- ・もし陽子線を入れると消費税がかかる。全額自由診療の売上げに対応しているとすると、それは控除対象になる。対象のやり方に一括比例配分方式と個別適用方式という税法上の選択があって、一括比例はアウトだが、個別配分方式をとった場合はダイレクトに売上げと対応しているのでできる。だから、医療法人でも保険医療機関の指定を取っていない、例えばそんな健診センターが巨額設備投資をしたら消費税還付となる。
- ・こういう消費税の仕組みをわかっていないとおかしなカバー率の算定となる。

安藤常任理事は、自分の病院でカバー率を見たら100%カバーされているのに損税は増えている、トリックだと述べた。

佐藤顧問は、議論が難しく込み入っている場合、真実を見逃している場合もあると思う。消費税問題では、必ず医療側の意見で「患者負担を増やさない」という文言がついているが、現実には診療報酬で上乗せして患者負担はついている。そういう事実を認めないで患者負担を増や

さないとやっている。診療所と病院では設備投資も違い、このまま突き詰めれば医師会との間に意見の齟齬が出てくる。この際、患者にも消費税を負担してもらおうと訴え、普通税率でそのまま課税するのも一つのやり方ではないかと述べた。

楠岡常任理事は、高額機器や病院の建替えといった大きな設備投資をした病院では、非課税を選ぶとその制度が使えないのだから消費税の相殺的な還付はあり得ないのかと尋ねた。

石井監事は、非課税で全額還付の場合は今の話のような設備投資に関しては非課税還付はされるべきだが、一部還付なら「一部」をどう定義するかで考え方が全く変わってしまうと答えた。また、佐藤顧問の発言について、一部に法律に診療報酬で消費税を転嫁していいとはどこにも書いていない、国民はそんなものを払ういわれはない、それで訴訟が立つという議論もあるようだ。佐藤顧問の考え方も一理ある。税の問題として整理することは税法の中で立てつけを明確にする。今の診療報酬の中でやるのは国民訴訟が立つみたいな要素があることは理解すべきなのかもしれないと述べた。

堺会長は、課税でゼロ税率、あるいは軽減税率で引き剥がしをやると言われたら対応はどうか。当然払うと考える人はと出席者に挙手を求めた。圧倒的多数が挙手した。

中嶋常任理事は、調査資料によると、患者は非課税だと思っている人も消費税アップのときに診療費が上がると思っている。大部分の国民が課税だと思っていて、この制度をわかっていない。医療界ではいろいろ論議をして課税でないとこれから先やり切れないと言いながらも、国民あるいは政治、選挙に関する配慮なしに議論しているばかりではいつまでも同じことの繰り返しだ。今の制度だと消費税が上がれば結局診療報酬が上がって負担がかかっている現実をわかってもらわないと、課税制度に持っていくことはできないのではないか。せっかく資料をつくっても使っていない。私は、原則課税で国民の負担をどう軽くするかという論議に持っていくのがこの制度についての考え方だと思うと述べた。

副島支部長は、議論の整理として税の問題として整理することを明確にしておいたほうがいい。課税して患者に払ってもらうのが一番すっきりすると思う。受け入れ難いだろうが、負担を誰が払うのは明確にしておいたほうが議論の筋はすっきりしてくると述べた。

福井支部長は、最初の消費税を受け入れた段階に戻ってということだろう。また、病院間でも民間病院と公的病院で、また日医と病院間でも大きな差がある。税金と国民保険と患者負担とによって我々は運営しているが、その中の税の配分が基本的に違い、大きな差がある3つの団体が一緒に会議をやっても結論は出がたい。そこをクリアにし、見合ったものができるような話し合いが必要だと思う。地方で問題の見直しを図ろうとしても、保健所行政と日医への医療政策の放り投げの姿勢には打ちかてない。そういった問題がこの税制の問題にもかかわってくるのではないか。無力さを感じると述べた。

松本支部長は、保険制度で手当てするやり方は、社保と国保で負担割合異なるのをごちゃ混ぜにして税が入ってくるのは腑に落ちない。これをそのまま続けていくと問題は大きい。税は税で処理するという根拠に基づいて処理してもらいたい。また、今回、消費税アップのもともとの理由が社会保障費が足りなくなっているからだ。財源として消費税で手当てしてもらえばいい。あと、課税か免税かは、最もリスクの少ない方法を選ぶべきだと思う。一部はやめて、全額あるいはゼロでとことんやるべきで、一時的にこうしようという話はあっても、徹底して全額還付の方法でやると明快にしておいたほうがいいと述べた。

万代常任理事は、中医協委員でなくフリーの立場で発言する。私は、諸外国と同じく日本も非課税で全額還付がベストと思っていた。ただ、例えば教育の非課税の場合、公定価格ではないので控除対象外の部分は授業料等に乘せられ、税収が少し増える仕組みだ。医療の場合、そのところを今の診療報酬でなく税の問題としてやると言ったとき、財務省の収入がゼロになる。ゼロ税率も同じだ。財務省としては税の負担は公平にとの考え方で、医療だから消費税負担を

避けることは許さないのではないか。一定の負担は仕方ない。先ほどの石井監事の健診センターで高額投資した場合のことを考えると、課税でゼロ税率もいいかと思う。であれば四病協の主張を変えないで済む。その場合に、財務省の立場を理解するとすれば、軽減税率にすれば医療側が消費税の一部を負担する。普通税率にして患者へ全額還付しないで負担割合を下げ、その部分は患者が負担して消費税を払う。ただ、そこに政治が絡んで患者負担割合を少しでもつけるのはできないだろう。だから、四病協の主張を変えないのであれば、課税の主張をそのまま続け、できるだけ低くする形で軽減税率で折り合うことになる選択肢がよいかというように考え方が変わったと述べた。

堺会長は、議論は出尽くしたと思うと述べ、最後に各人の考えを確認したいとして5択の提示をし、出席者に挙手を求めたところ、免税が4、非課税全額還付が4、課税ゼロ税率が15、課税軽減税率が7、課税普通税率が5の結果だった。

石井監事は、追加で配った日本医師会・四病院団体協議会合同の今年の税制の要望書は、日医と一語一句同じで、先ほどの話でいくと別に意見を変えたことにならないようだと言った。また、先ほどの挙手で保険で手当てでもいいという意見はないのかと尋ねた。

堺会長は、今までどおりで構わないという考えの出席者についても挙手を求めた。

石井監事は、中医協の会議の中で、3%に上げることによって診療報酬の措置として率で1.36、金額で5,000億円という回答をしている。それを前提にすると、医療界全体として控除対象外消費税総額は、今年8%になって1兆2,000億円だ。消費税で0.5%に達するような金額ボリュームを国の予算上減額して、診療報酬サイドの補填やめろと私たちは言っていることになる。財務省担当者が聞いたら無視するだろう。このボリュームになってしまったのが現実だ。これはまだ増える。時が経るほど変えられなくなる。そういう意味で今回は、何らかの結論を出すタイミングだと理解してもらいたい。覚悟が必要だと述べた。

堺会長は、最後に全自病の意見参加に発言を求めた。

意見参加は、個人的な意見を述べたい。自治体病院は委託の方が多いが、委託は診療報酬の点数につかない。もらえないのに消費税を払わなくてはいけない。他の分野の事業税等と違い、建設も地元業者を使えとかあってコストも高く、機器も割高で、薬剤も値引率が高くなく、消費税をたくさん払っている。この8%の消費税をカバー率でなく置換えでやると、幹部の5つの病院の一番いいところで40%となる推計だ。初・再診料と入院基本料を去年の患者数のままプラスだけで計算し、去年と同じ投資をして5%を8%に掛けたらそうなる。そういうことを発言していたところ、そういうことを国民が知らないから負けてもいいから訴訟をしよう、自治体病院も参加してくれと呼びかけられたが、我々は国との関係が非常に強いので断った。データの提出と心情的な応援は要望されたので承知したが、司法は長くかかりそうだ。また、政治家とか財務省は、5%までは譲れない、5%ぐらいの軽減税率なら話に乗ってもいいという感じだ。来週、自治体病院議員連盟の会があるが、ここで議論していることと国会、霞が関、永田町とは全く違う考えだと述べた。

堺会長は、さらに、日病として日医や四病協と話して原則課税は言うが、現実的な環境を踏まえ状況によっては考慮せざるを得ない考えの出席者に挙手を求めた。また、そうではなくて原則論でいくべきだという考えの出席者にも挙手を求めた。

中島常任理事は、今は原則でいくべきだ。今から仮定の話で採決したらつけ込まれると述べた。

以上で閉会となった。