

JA全厚連情報



自民党議員連盟「農民の健康を創る会」総会

目 次

□ 日本病院会 要望書を厚生労働省へ提出 厚生労働省・間保険局長、森光医政局長に手交	1
□ 厚生連の経営実態を踏まえて要請 仁木博文 衆議院議員と面会	10
□ 日本病院会 要望書を財務省へ提出 財務省・大来主計官に手交	11
□ 令和7年度 農民の健康を創る会 総会（令和7年11月12日開催）	13
□ 令和7年秋の叙勲・褒章受章者決まる 厚生連等関係者では4名が受章	32
□ 財務会計の応用について研修 厚生連経営管理職層育成研修会（応用編第1クール）を開催	33
□ 設備投資意思決定について研修 厚生連経営管理職層育成研修会（基礎編第3クール）を開催	34

・通信員だより

介護保険事業専門研修 居宅介護支援専門員（JAいわてグループ指定居宅介護支援事業所）	35
「ワールドカフェ」を通じて接遇について考える（かづの厚生病院）	36
令和7年度総合防災訓練を実施しました（由利組合総合病院）	37
第28回とりでふれあいまつりを開催（JAとりで総合医療センター）	38
水戸黄門漫遊マラソンに全力応援！水戸協同病院（総合病院水戸協同病院）	39
院内保育所のハロウィン企画が病院に活力を！（相模原協同病院）	40
骨粗しょう症啓発 病院ライトアップを行いました（伊勢原協同病院）	41
第74回日本農村医学会学術総会で高野理事長が受賞（JA神奈川県厚生連）	42
J A関連医療機関への「救急・リハビリ医療にかかる助成」目録贈呈式（JA長野厚生連）	43
救急・リハビリ医療機器購入費用助成（JA岐阜厚生連）	44
骨粗鬆症検査の無料体験を2つのイベントで実施（JA熊本厚生連）	45



©よい食プロジェクト

日本病院会 要望書を厚生労働省へ提出

厚生労働省・間保険局長、森光医政局長に手交

本会を含む関連8団体は日本病院会からの要請により、11月6日に上野賢一郎厚生労働大臣あて「2025年度の日本病院会の取組」に関する具体的な要望を厚生労働省・間保険局長及び森光医政局長に手交した。

提言は次ページのとおり。

※関連団体：一般社団法人日本病院会、独立行政法人国立病院機構、

独立行政法人労働者健康安全機構、独立行政法人地域医療機能推進機構、

公益社団法人全国自治体病院協議会、日本赤十字社、

社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会



間保険局長に要望書を提出（左からJA全厚連歸山理事長、労働者健康安全機構中岡理事、恩賜財団済生会松原理事、日本病院会相澤会長、間保険局長、日本赤十字社渡部本部長、国立病院機構日原副理事長）



森光医政局長に要望書を提出（左から国立病院機構日原副理事長、日本赤十字社渡部本部長、労働者健康安全機構中岡理事、日本病院会相澤会長、森光医政局長、榎原審議官、恩賜財団済生会松原理事、JA全厚連歸山理事長）

2025年11月6日

厚生労働大臣
上野 賢一郎 様

一般社団法人日本病院会
会長 相澤 孝夫
独立行政法人国立病院機構
理事長 新木 一弘
独立行政法人労働者健康安全機構
理事長 大西洋 英
独立行政法人地域医療機能推進機構
理事長 山本 修一
公益社団法人全国自治体病院協議会
会長 望月 泉
日本赤十字社
医療機関本部 渡部 洋一
社会福祉法人恩賜財団済生会
理事長 炭谷 茂
全国厚生農業協同組合連合会
代表理事長 長谷川 浩敏



「2025年度の日本病院会の取組」 に関する具体的な要望

全国多くの病院が直面する問題点の改善と国民に適切な病院医療を安定的に提供するための具体的な要望書を別紙のとおり取りまとめたので提出いたします。

「2025年度の日本病院会の取組」 に関する具体的な要望

1. 病院の経営支援として緊急に財政出動を要望

病院経営は、新型コロナウイルス感染症流行以前からすでに赤字基調にありました。そこへ近年の人件費と物価の高騰、医療材料費の増加、さらには控除できない消費税負担の拡大等が重なり、医業収益を大きく上回る医業費用が発生し、経営継続が困難な状況は一層深刻化しています。特に急性期や救急医療を担う病院では赤字が慢性化し、地域における入院医療体制そのものが崩壊の危機に直面しています。

この危機を回避し、地域の医療提供体制を守るためにには、年内の迅速な財政支援により、とりわけ今冬のボーナス支払いに支障が生じないようにする事が不可欠です。そのため、次の即効的な対応を強く要望いたします。

- 1) 病床数適正化支援事業（R7.4.11、R7.6.27 内示）の確実かつ速やかな給付実施
(1床当たり 4,104,000 円を下回らないこと)
- 2) 同支援事業を活用した改めての財政出動および係る要件の緩和
(要件の緩和：複数年連続の赤字期間および給付上限を撤廃)

＜理由＞

急性期病院では、1床あたりの医業収益が増加傾向にある一方で、それを上回る費用の増加がみられ、結果として深刻な経営悪化につながっている。たとえば、1床あたり費用が年間で 50.7 万円程度増加している例もあり、補填されなければ赤字拡大につながる。さらに、診療材料費のうち、保険償還されない材料費が増加しており、病院経営にとって無視できない負担となっている。具体的には、2019 年度には月額約 3,800 万円（税抜）であったものが、2024 年度には約 4,900 万円（税抜）にまで膨らんでいる。

全国規模で地域に不可欠な病院を支える仕組みが求められているが、とりわけ高齢者救急や地域一般救急を担うべき病院のうち、大都市部に立地する中小病院は、報道でも取り上げられているように、極めて厳しい経営状況に直面している。

こうした現実を踏まえ、今冬のボーナス支払いに間に合う迅速な措置が必要であり、現行制度を最大限に活用する観点から上記の対応を求める。

また、給食業務等の委託費増加と医薬品の薬価差益の減少、さらには上述した保険償還されない診療材料費増大が病院経営に大きく影響を及ぼしていることから、今年中の財政出動と来年の診療報酬改定でこの点も踏まえ支援していただきますよう要望いたします。

2. 入院基本料の引上げ（最低 10%以上）を要望

現行の入院基本料は、2006 年以降、実質的に据え置かれており、入院医療体制を支える基礎的評価としては不十分です。

（2006 年以降の点数増は、加算の包括化や消費税率引上げと 2024 年度診療報酬改定における医療従事者（医師を除く）の賃上げ支援に限定された対応）

こうした状況を踏まえ、医療人材の確保・処遇改善、設備維持、病院の経営安定、ひいては入院医療の質の維持を図るため、次期診療報酬改定において次の実施を要望いたします。

○入院基本料を現行点数に対して最低 10%以上引上げる

＜理由＞

他の公定価格では、2018 年比で、郵便はがきが約 35%引上げ（63 円→85 円）、最低賃金が約 20%増、生活保護（住宅扶助等）も一部地域で 10%超の引上げとなっており、安定的なサービス提供に向けた価格改定が着実に実施されていることから、最低 10%の基準を設定した。

加えて、入院基本料に関わる詳細事項として次のとおり要望いたします。

(1) 入院基本料引き上げに伴う DPC 係数の適切な調整について

DPC 病院におきましては、入院基本料の九割以上が包括評価の対象となっております。このため、入院基本料を引き上げる際には、DPC 係数についてもその効果が出来高換算における増点と同等となるよう、適切に引き上げていただきますよう要望いたします。

(2) 重症度、医療・看護必要度 I の要件見直しについて

高齢者を中心とした救急搬送後の入院は、医療現場において極めて大きな業務負担を伴っております。現状を踏まえ、例えば、次のとおり A 項目 7 の要件を見直すなどの対応をお願いいたします。

現行	見直し例（要望）
救急搬送後の入院：2 日間	緊急入院（予約外含む）：2 日間 救急用自家用車による搬送入院：3 日間

(3) 重症度、医療・看護必要度 II における内科系症例の評価改善について

手術等を伴わない内科系症例は入院件数が多く、実際には医療・看護の必要性が高いにもかかわらず、現行の A 項目では評価点数が得られにくい状況にあります。つきましては、例えば、「重症者等療養環境特別加算」を算定する病室において治療を行う場合、A 項目に 3 点を付与するなどの改善を要望いたします。

また、手術や高度技術を要する医療行為については、施術を行うほど赤字となる現状があり、医業収益構造の健全化のため、コストに見合った手術料・技術料の見

直しも併せて求めます。

さらに、将来にわたり持続可能な入院医療体制を確保するためには、国民的な理解と議論を前提としつつ、制度のあり方について受益者負担も含めた中長期的な検討が必要です。

3. 地域包括医療病棟の基準緩和を要望

～休日・夜間も“とりあえず診てくれる”病院の明確化に向けて～

現行制度における「かかりつけ医機能」は、制度上の位置づけと国民の理解との間に乖離があり、特に休日・夜間に“とりあえず診てくれる”病院へのニーズが高まっています。

2024年度診療報酬改定で新設された地域包括医療病棟は、まさにこうしたニーズに対応するための新たな制度ですが、極めて厳格な施設基準が課されており、参入できる病院はごく限られたものにとどまっていることから、“まず診る”機能の裾野拡大を主眼とし、次期診療報酬改定において次の基準緩和を要望いたします。

○要望内容

項目	現行	要望（緩和案）
看護配置	10:1 以上	12:1 以上
リハビリ常勤職	2名	2名のうち1名は必須、1名は代替措置可（他病棟・外来との兼務、非常勤・派遣職員、他施設からの訪問リハ（業務委託））
管理栄養士	専任常勤1名	外部委託（給食受託会社や医療支援企業等）・共同配置（同一法人内の複数病棟、施設でシェア）可
ADL 低下率（入退院）	<5%	<8%
B3点初日比率	≥50%	≥40%
平均在院日数	≤21日	≤24日
在宅復帰率	≥80%	≥70%

なお、上記以外の基準として「看護必要度 16%以上（必要度I）・15%以上（必要度II）」、「自院の一般病棟からの転棟患者割合 5%未満」、「救急搬送患者等割合 15%以上」、「包括的な入院医療・救急医療体制整備（2次救急・救急告示、CT撮影、MRI撮影体制 等）」、「データ提出加算・入退院支援加算1の取得」等がありますが、いずれも必須から推奨への変更を要望いたします。

<理由>

○看護配置 12:1 (現行 10:1)

現行の地域包括ケア病棟では、看護配置 13:1 (入院料 1 の場合) などの基準が設けられており、急性期 (7:1・10:1) からの転換促進も踏まえ、今回の要望ではやや厳しい 12:1 を設定した。(人員不足と安全性のバランスを考慮、「13:1 では質低下懸念」の不安に対応。)

○リハ職・管理栄養士配置緩和

地方・中小病院での人材確保は困難であること、ただし地域包括ケア病棟より緩くしすぎず、最低限の機能確保を前提に緩和した。

○ADL 低下率 8%未満 (現行 5%)

5 %では対象施設が限定される懸念があり、緩和基準として 8 %未満とした。

○B3 点割合 40%以上 (現行 50%)

50%は都市部大病院中心で、地方・中小では困難であることが推察され、40%は機能維持と達成可能性の下限と判断した。

○平均在院日数 24 日以内 (現行 21 日)

実際には多くの地域包括ケア病棟の平均在院日数が 20 日以上 30 日未満となっており、こうした実情を参考とすると 21 日以内のクリアは容易ではない現実があり、地域差や患者重症度に応じ柔軟運用が可能となる 24 日を上限とした。
(25 日以上は療養病棟化の恐れ)

○在宅復帰率 70%以上 (現行 80%)

80 %以上は都市部など一部の病院しか達成できない場合が多く、可能な下限ラインとして在宅復帰率を 70 %以上とした。

○必須から推奨への変更理由

看護必要度、自院転棟割合 5%未満、救急搬送割合 15%以上、二次救急・CT/MRI 整備、データ提出加算取得等の条件は、厚生労働省の調査からも達成困難である病院が存在することが明らかになっている。これらの基準については、必要な機能を担う病院が対象から除外されないよう、柔軟な対応・解釈の通知等が求められる。さらに、設備要件については、地域内連携によって補完が可能であるとの判断から、必須除外対象とした。

なお、自院転棟割合 5%未満について、必須から推奨とした際も、ICU や HCU からの転床については治療の延長上であるため、この要件に含まれないようにする方が合理的である。

現場の人員・設備制約に配慮しつつ、基準が地域包括ケア病棟より緩くなりすぎないよう設定し、質確保と制度趣旨維持を両立させた。

また、地域包括医療病棟入院料に関わる「リハビリテーション・栄養・口腔連携

「加算」の要件についても、届出病院の裾野拡大を主眼に次のとおり要望いたします。

項目	現行	要望（緩和案）
研修修了要件（医師）	常勤医師1名以上が、リハビリ医療の経験（3年以上）に加え、リハビリ・栄養・口腔管理に関する研修を修了していることが必須	「必須」から「望ましい」に緩和。 → 実務的に患者に適切な管理をしても、研修未修了で届出不可となる現状を改善
ADL評価（BI評価研修）	BI評価を用いることが必須。 BI測定に関わる職員を対象にした研修を年1回以上開催することが施設基準	回復期リハ病棟で行われているFIM評価も選択可能とする。 また、研修も「BI評価研修またはFIM評価研修」のいずれかで可とする
休日を含めたりハ対応	○休日リハ提供量： 平日の8割以上 ○早期リハ実施割合： 8割以上	○休日リハ提供量： 平日の5割以上 ○早期リハ実施割合： 5割以上

加えて、診療報酬における人員配置基準については、人口減少が進行している現状を踏まえると、現行の基準を将来的にそのまま維持することは困難です。したがって、中長期的な視点から、人員配置に代わり得る新たな基準のあり方について、早急に議論を進める必要があります。

4. 病院総合医への段階的評価制度の導入を要望

高齢化の進展により、複数の疾患や社会的背景を持つ患者に対し、全人的に対応できる病院総合医の存在は不可欠です。特に、地域において「かかりつけ医機能」を発揮しながら、より包括的な入院医療を担う存在として、病院総合医の役割は今後一層重要になります。

しかしながら、現行の診療報酬制度では、その役割に対する明確な評価がなされておらず、医師の偏在解消やチーム医療推進の観点からも制度的な支援が求められます。

そこで、段階的整備と評価により、地域における「病院での総合医機能」が持続可能なものとなるよう、次期診療報酬改定において次のような段階的評価制度の導入を要望いたします。

○提案する評価ステップと内容

・体制評価：病院総合医の配置、24時間体制確保に対する加算（病院総合医1名体制ごとに月額40-45万円の体制加算（24時間体制で上位加算））の新設

- ・プロセス評価：多職種連携、在宅支援、退院支援等の医療実践を評価（実績に応じ、上記の体制加算に報酬上乗せ）
- ・アウトカム評価：制度運用の定着後に再入院率や在宅復帰率等の指標を適切に活用（導入後3年目以降、再入院率低下や在宅復帰率向上の実績に対して成果報酬方式のボーナス支給）

＜理由＞

○病院総合医の加算を月40～45万円

救急科専門医配置や集中治療室（ICU）医師配置など、特定専門医配置加算は年間約500万円（＝月額40～45万円）相当の評価水準と考えられ、病院総合医は急性期・回復期・慢性期をまたぐ全身管理を担い、幅広い患者層に対応するため、救急科専門医等と同等の評価が妥当として設定した。

○病院総合プロセス評価で加算

既存評価では、地域包括診療料、退院支援加算、栄養サポートチーム加算などの「プロセス評価系加算」があるが、病院総合医はこれら複数領域を横断して実施するため、同様の考え方による実績に応じた加算を求める。

点数幅を設けることで「最低限の活動」よりも「質の高い活動」を促す。

さらに、看護師・介護士の人材育成は国が責任を持ち、病院には委託料方式で支援する体制を構築することを要望いたします。これにより、病院総合医と看護・介護職の連携を強化し、多職種チーム医療の質向上を図ることが可能となります。

5. 建替・更新整備のため地域医療介護総合確保基金を活用できる仕組を要望

特に全国の病院の約7割を占める200床未満の中小病院は、地域医療と地域雇用を担う重要な社会インフラです。しかし、施設老朽化や人口減少、資材費高騰などの影響で経営継続が困難となる事例が増えており、建替・更新を含む機能強化には公的支援が不可欠です。

地域医療介護総合確保基金は、病床再編や人材確保等を目的に整備され、建替や整備事業にも活用可能ですが、次の課題があります。

《主な課題》

1) 補助単価の低さ

現行の補助単価は国が標準目安を示すものの、都道府県裁量で病床1床あたり数百万元程度にとどまる例が多く、実際の建替費用（数千万円～数億円）と大きく乖離しています。

2) 条件の厳格さ

地域医療構想調整会議での合意が必須で、都道府県により用途・対象が異なります。病床削減や機能転換以外の建替が補助対象外となる場合もあります。

3) 自治体間の格差

補助率や運用方針が自治体裁量に依存し、2022年度までの医療分野での累計執行率は76.4%にとどまっています。

現行水準では建替・更新の実効性が低く、地域間格差も拡大しており、制度の抜本的見直しが必要です。そこで、下記のとおり要望いたします。

○補助単価：1床あたり3,000万円を国基準として設定

○支援対象の拡大：建替・更新に加え、人材確保・運営費（ランニングコスト）にも支援を可能とする

○制度の全国統一・簡素化：都道府県ごとのバラツキを是正し、申請手続の一本化・最低補助率の公定化

＜理由＞

○補助単価：1床あたり3,000万円

・医療施設の建設費については、近年、1床あたり2,500～2,600万円規模との推計が示されている（WAMのデータに基づく用途別建設費分析）。しかしながら、直近では建築費の上昇が急速に進んでおり、1床あたり5,000万円を超え、さらには1億円に達するとの声も聞かれる状況で、加えて、資材費・人件費の高騰により、2020年比で建設コスト指標は2桁の上昇を示している（国土交通省「建設コスト指数」）。

これらの状況を踏まえると、1床あたり3,000万円という水準は、実需のおおむね6割程度をカバーする水準であり、現実的な数字として設定した。

（あわせて、補助対象となる病床数の上限設定について調整を行う必要がある）

加えて、国の医療情報化推進の観点から、電子カルテの導入については補助金額自体を引き上げること、また補助の対象を保守（いわゆるランニングコスト）まで拡大すること、特にクラウドサービスを利用する場合には利用料の50%を補助することを要望いたします。建替・更新と同時に情報基盤を整備することで、地域医療の持続性と質の向上を図ることが可能となります。

いずれの要望も、地域医療を持続可能な形で維持・発展させるために不可欠な制度的課題を提示するものです。現場に根差した実情とニーズを踏まえ、今後の診療報酬・公的支援制度のあり方に反映されることを強く求めます。

以上

厚生連の経営実態を踏まえて要請

仁木博文 衆議院議員と面会

本会及びJAグループ徳島は、11月11日、衆議院第二議員会館において、自由民主党の仁木博文 衆議院議員（厚生労働副大臣、徳島1区）と面会し、厚生連の経営状況を説明するとともに、地域医療の確保のための支援を要請した。面会には、JA徳島中央会・厚生連経営管理委員会 松田清見会長及びJA東とくしま 荒井義之代表理事組合長、JA徳島県 橋本浩代表理事組合長並びにJA全厚連 歸山好尚代表理事理事長が出席した。

面会出席者

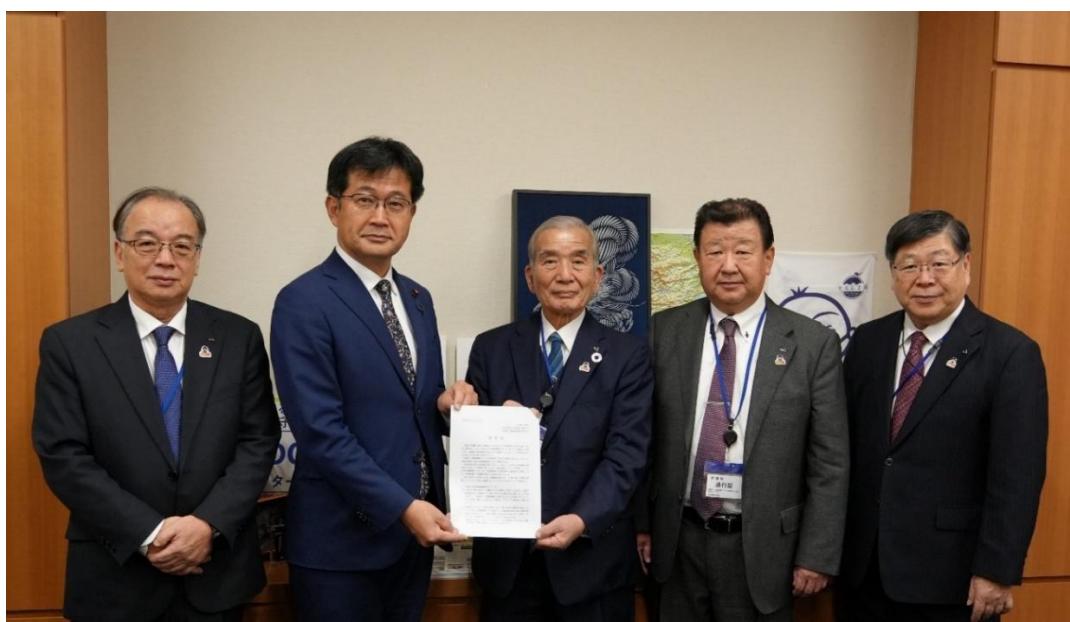
徳島県農業協同組合中央会 会長

徳島厚生農業協同組合連合会 経営管理委員会会長 松田 清見

東とくしま農業協同組合 代表理事組合長 荒井 義之

徳島県農業協同組合 代表理事組合長 橋本 浩

全国厚生農業協同組合連合会 代表理事理事長 歸山 好尚



仁木博文 衆議院議員との面会の様子（左から JA徳島中央会 松田清見会長、仁木博文 衆議院議員、JA東とくしま 荒井義之代表理事組合長、JA徳島県 橋本浩代表理事組合長、JA全厚連 歸山好尚代表理事理事長）

日本病院会 要望書を財務省へ提出 財務省・大来主計官に手交

本会を含む関連8団体は日本病院会からの要請により、11月18日に片山さつき財務大臣あて「2025年度の日本病院会の取組」に関する具体的な要望」を財務省・大来主計官に手交した。

別紙は前出（厚生労働省へ提出）参照。

※関連団体：一般社団法人日本病院会、独立行政法人国立病院機構、

独立行政法人労働者健康安全機構、独立行政法人地域医療機能推進機構、

公益社団法人全国自治体病院協議会、日本赤十字社、

社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会



大来主計官に提言を手交

（左から労働者健康安全機構高野理事、国立病院機構高倉医務担当理事、全国自治体病院協議会野村副会長、大来主計官、日本病院会相澤会長、日本赤十字社渡部本部長、恩賜財団済生会松原理事、JA全厚連歸山理事長、地域医療機能推進機構山本医療・研修担当理事）

2025年11月18日

財務大臣
片山さつき様

一般社団法人日本病院会
会長 相澤孝夫
独立行政法人国立病院機構
理事長 新木一弘
独立行政法人労働者健康安全機構
理事長 大西洋英
独立行政法人地域医療機能推進機構
理事長 山本修一
公益社団法人全国自治体病院協議会
会長 望月泉
日本赤十字社
医療業態本部長 渡部洋一
社会福祉法人恩賜財団済生会
理事長 炭谷茂
全国厚生農業協同組合連合会
代表理事長 長谷川浩敏



「2025年度の日本病院会の取組」 に関する具体的な要望

全国多くの病院が直面する問題点の改善と国民に適切な病院医療を安定的に提供するための具体的な要望書を別紙のとおり取りまとめたので提出いたします。

農民の健康を創る会 総会（令和7年11月12日開催）

自由民主党の議員連盟「農民の健康を創る会」は、「創る会」に関連する予算概算要求に関する説明を厚生労働省及び農林水産省に求めるとともに、厚生連を含む公的三団体（日本赤十字社及び済生会）の経営状況並びに要望等を聴取するため、11月12日、自民党本部702号室において総会を開催した。

本総会には、29名の会員議員に加え議員秘書16名（別添参照）が出席された。



森山会長

J AグループからはJA全中の福園常務が、JA全厚連からは長谷川会長と歸山理事長が出席した。また、日本赤十字社からは渡部業務執行理事が、済生会からは松原理事が出席された。

冒頭、森山会長から、公的三団体をはじめとする医療機関が厳しい経営環境にあることを踏まえ、本総会については、補正予算の確保や来年度予算に向けて政策実現が叶うように協議いただきたい旨の挨拶を述べられた。

議事は藤木事務局長が進行し、内容等については次のとおりである。



藤木事務局長

1 議事

（1）「創る会」関係の令和8年度政府予算概算要求について（資料配布）

令和8年度政府予算概算要求に関する資料が、厚生労働省及び農林水産省から提出された。

（2）団体要請

公的三団体が要望したのは、以下の5点。

ア 令和8年度診療報酬改定について、診療報酬の大幅な引上げ（10%超）を行うとともに、物価・賃金の上昇に応じて適切にスライドする仕組みを導入すること。また、控除対象外消費税も増加していることから、課税化（軽減税率適用）すること。課税化が直ちにできないのであれば、各医療機関の控除対象外消費税が適切に補填（還付）されるよう見直すこと。

イ 令和7年度緊急財政支援について、令和8年度診療報酬改定を待つことなく、令和7年度中に緊急の財政支援を行うこと。(収支均衡のためには1床あたり50万円以上の支援が必要)

ウ サイバーセキュリティ対策への支援について、サイバーセキュリティ対策に取り組む医療機関に対して必要な財政支援を行うこと。

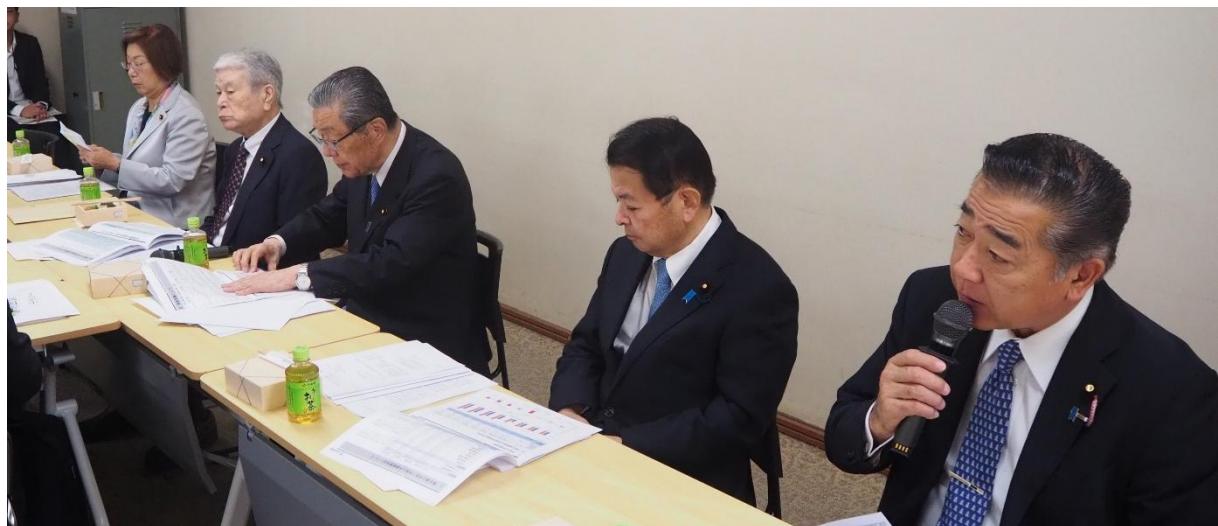
エ 地方交付税措置について、単価の増額だけでなく、地方の財政力の低い自治体については自治体負担(2割)を緩和するなど、制度が活用されるよう必要な支援を行うこと。

オ 令和8年度税制改正要望について、

①新型コロナ感染症の流行以降、その稼働率の上昇が顕著となっていることから、有償病床の安定稼働に必要な財源確保のため、平成9年4月以降据え置かれている金額要件(平均5千円以下)を見直すこと。

②厚生連や社会医療法人等が行う訪日外国人の診療において、社会保険診療報酬と同一の基準(1点10円)により計算された額を請求するという法人税非課税措置に係る診療費要件を緩和すること。

○ 農民の健康を創る会総会の様子



左から永岡幹事長代理、野村会長代理、森山会長、宮下幹事長、藤木事務局長

2 総会に出席した議員からの意見等

中村幹事



北海道の中村でございます。地元に俱知安厚生病院がございます。日赤さんも済生会さんも含めて公的病院は非常に経営が厳しい。ずっと物価も人件費も上がらない時代が終わって、物価も人件費も上がる時代になって大変厳しい状況だというふうに受け止めていて、住民も不安を抱えています。

今回の総合経済対策の中で補助金を措置するということですけれども、しっかりと高さを確保していただく必要があると思っています。

また説明があった中で俱知安厚生病院について特に言えるのは、スキーで外国人の方がいっぱい来て、足を怪我したり、いろいろとする外国人の方が非常に増えているのですけれど、幸いなことに富裕層なものですから、診療費用の不払いはほとんどないのです。ただ健康保険料を払ってる日本人と同じものしか請求できないということです。通訳を入れたり、英語を喋れる看護師さんを入れたりと色々な対応をして費用がかかっていますので、一点10円を40円に上げてほしいというのが地元の意見です。これはぜひ参考にしていただければと思います。

それと物価が上がって改築をするということなんですけれども、俱知安厚生病院もやっと改築が終わったところです。地元自治体も応分の負担をしているところですけれども、物価高騰分を昨年の3月までの分は措置してくれたと思います。ところが4月以降の分がどうなるかというのは、見えてきていないと思います。4月以降の分もきちんと、同じような対応をしていただけるように、お願いしたいと思います。

いずれにしても、これら公的病院に頼っている住民の方がたくさん地方にはいらっしゃいますので、こういった病院の経営が悪化するということ、それによって診療科が閉鎖されたりすることは国民にとって本当に大きな損失ですので、そうしたことにならないようなしっかりとした措置をお願いしたいと思います。

葉梨先生



茨城県の葉梨です。私の地元の取手のJAとりで総合医療センター、あと龍ヶ崎の済生会病院、土浦の協同病院に大変お世話なっています。そして、うちの叔父は亡くなつたのですけれども、水戸の日赤病院の麻酔部長だったという関係で大変親近感を持たせていただいています。

厚労省の方から、委託費、材料費、賃金、ICT、病床とか施設とか、これらについて診療報酬改定を待たずして補正を考えているというようなお話をございました。これは今中村先生が言われたことと一緒に、ぜひ、高さを確保していただきたいというふうに思っています。

もう一つは要望が地元からありました。といいますのは、控除対象外消費税の補填の精緻化に取り組んでいただいたんですけれども、精緻化をしたと言っても、なかなかこの中医協の仕組みというのはものすごく複雑なですから、綺麗にうまく回っているのかというのは、多くの病院の方々が疑問に思っております。そしてそういう中で、この物価高騰がありますから、地元の要望として言うと、中核的な救急医療等を担っているのですが機械の更新ができないわけです。古い機械を使い続けて、もう耐用年数も来ているのですけれども、変えることができない。何とかそれを診療報酬で見てくれないかと言うのですけれども、診療報酬で見ると、例えば施設とか病床とかはある程度地域で相談するところはあるのですが、設備・機械の場合はあまり相談することはありません。ランニングコストは診療報酬で見ることができるかもわからないけれど、イニシャルコストは果たして診療報酬で見切れるのかというと、なかなか大きい問題がある。ですからそのところは、今すぐには難しいかもわからないのですけれども、特に高い機械のイニシャルコスト、これについては補助金で見てやって、ランニングコストの方は診療報酬で見てやるとかですね、そういうふうにしないと、高度の医療はずっと保てなくなってしまうのではないか。そういうような地元からの話が非常にあります、ぜひこのところはイニシャルコストについても予算で面倒見る、そこら辺のところをぜひご検討いただきたいと思っています。よろしくお願いします。

井野先生



こういう新自由主義の結果が、いろいろ特に地方に歪みが出ているんだなと思っております。

やはり、私もよく現場のお医者さんから聞くと、最近は東京にばかり医者が増えているということと、今は儲かるからということで腕の良い医者が平気で都会で美容医療とかをやっています。逆に言えば普通の医療をやれば、儲からないということです。

やはり私は診療報酬のあり方を、もう1回見直すべき時期に来たなと思っています。何が言いたいかというと、東京には申し訳ないけど、やはり地方や、本来あるべきところに配分していかないと、本当にこれ一極集中、まさに新自由主義の格差というものがますますひどくなっていくわけです。本当に新自由主義というものの大きな歪みが至るところに出てきます。そういうものを、やはり我々は政治家として考えていかないと、本当に社会システム分断が見込まれますから。ぜひそういう大枠で、診療報酬のあり方を見直してもらいたいなと思っています。

長谷川先生



愛媛の長谷川でございます。私は愛媛では日赤さん、済生会さんには大変地域医療にご貢献いただいています。また愛媛には厚生連病院はないのですが、私が子供の頃、病院と言えば農協病院でございました。長谷川会長、私も同姓の長谷川でよろしくお願ひいたします。

これから先生方もいろいろ質問されると思いますが、個別に言いますと、まず今物価高騰や人件費に対応した医療機関への緊急支援を考えておられるということですけれども、葉梨先生と同じように、ぜひ、額、高さをしっかり確保していただきたいです。

今、緊急支援パッケージでやっていただいてますけれども、この厚生連の資料の18ページですが、日赤さん、済生会さん、厚生連さんの要望額に対して、例えば厚生連さんは要望額に対して30.5%しか緊急支援パッケージの補助金の支援がありません。私も厚生労働委員会で何回か質問させていただきましたけれども、もちろん経営が厳しい民間病院も優先順位は高いとは思うのですけれども、地域医療を支えている公的病院の貢献度を勘案して、できれば優先的にですね、緊急支援パッケージも今度新しく考えておられるこの拡大版だと思いますけれども、ぜひ地域で最後の砦となって支えている公立・公的病院への支援を、しっかりやっていただきたいと思います。

2点目は控除外対象消費税の問題です。これも精緻化をして診療報酬で手当てると言っていますけれども、こういう公立・公的病院というのは大きな設備を導入して

やっているが故に、いわゆる損税の影響がものすごく大きいわけです。地域医療を支えるために、様々な最新の検査機械とか、そういうものを入れるが故に、それは税負担を転嫁できないということで、ものすごくこの控除対象外消費税の影響を受けておられるわけです。厚労省はこういうのを精緻化しますと言っても、先だっても検証作業で誤りが出たように、私はこの厚生連の要望にありますように、精緻化にもやはり限界があるのではないかということを真摯に聞くべきだと思います。軽減税率にしてまでも課税すべきだという思いは、私は非常に頷けるところがあると思います。ぜひとも公的・公立病院の、特にそういう施設・機械・検査機器等を入れるが故に損税の影響が大きいというのを、ぜひ手当をしていただきたいと思います。

続いて総務省ですが、公的病院にも、いわゆる公立病院に対する繰出等を同じ基準で補助するという仕組みがあるということで、これに対して自治体の負担が2割という仕組みを改善要望されているわけですけれども、そもそも厚生連の同じ資料の11ページの公的病院に対する交付税措置の病床あたりの単価は、要は公立病院のへき地医療ですとか、不採算医療に対する不採算部門に対して、国がこの基準で公的・公立病院に繰り出しをした場合には、交付税で算定しますという額であって、ただこの基準額が、この11ページの左の基準額、これが公的病院に対する補助額の基準にもなっているわけですけども、5年度から6年度の単価が比べてありますけど、ほぼちょうどしか上がっていません。これだけ医療機関の経営が厳しくなっている中で、公立病院、公的病院における不採算部門はものすごく赤字が拡大していくと思います。ずっとデフレが続いている中で、ほとんど単価が据え置きでしたけれども、ここ数年の激しい材料費とか、あるいは公立病院の看護師等は人勧ですから当然人件費が上がりますから、そこに対してもしっかりとその単価の引き上げをするのが一番大事ではないかと思います。総務省の単価というのは特に法律事項でもないので、役所が決める単価なのですけれど、極めて重要な単価だと思います。これをしっかりと改定して、公立病院とともに公的病院にも効いてくるわけですけれども、地域医療を担ってる最後の砦となっているが故に不採算となっている経費に対して、必ずそういったものを算定していただきたいと思います。

その上で、必要となる交付税をしっかりと積み上げて総額を確保する。その考え方でぜひお願いしたいと思います。今この単価についてどのような見直しを行ってあるかということも、もし答弁できればお願いしたいと思います。

福原先生



秋田の福原です。まず何よりも公的三団体の声に基づいて、効果を前倒しする財政支援を積極的にすべきだと思います。私の方からは2点、総務省、農林水産省、厚生労働省の見解をお聞きしたいと思います。

まず1点目は、私も井野先生と同じで全国一律の診療報酬という時代ではもはやないと思っています。

そして2点目は地域の実情を申し上げたいと思っておりますが、実は私の選挙区、秋田県第2選挙区は、もう30万人を切っています。1区は今日、富樫博之先生がおられます。大学病院や日赤の病院がある、つまり

3次救急医療機関がありますが、うちの方は3次救急医療機関なしでもう30万人を切っています。秋田県医師会の先生方に言わせると、人口5万人を切ると総合病院は経営できない。1万人を切ると病院も経営できなくなる。ちなみに30万人以上いると心臓外科の専門医を置くこともできるけども、30万人を切ると専門医も置けないということで、秋田の県北の人は弘前大学の方に行っているような状況です。そうした中において、私の市長時代の最後の仕事として、大館市立総合病院、400床あって、常勤の医者が70人、そこを基軸に地域医療連携推進法人を立ち上げて、隣の鹿角のリハビリ病院、それから社会福祉協議会と一緒にになって、医療と介護と福祉と一緒にやるようにしました。もうマンパワーを割いてる場合ではありません。効果はものすごく出ています。秋田県の場合は県立病院がありませんので、自治体病院を基軸に連携をすることで、相当のエリアをカバーできるようになる。そういうふうな方向に政策誘導することはできないだろうかというふうに考えています。

ぜひ、全国一律の診療報酬をしないということと、新しい形の医療連携ネットワークを作っていく、このことに関して3省の見解をぜひ教えていただきたいと思います。

上月幹事



参議院の茨城県の上月です。それぞれご説明ありがとうございました。厚生連の資料の1ページに、令和7年度上半期の経営収支がありますが、費用の約半分5割を占める給与費が前年度並みに抑えられているため、事業費用が微増となっていると書いてある。今賃上げをしなければいけないときに、賞与の支給月数の削減や時間外削減と書いてあるのですが、こんなことで人手不足の中で対応ができるのでしょうか。こうせざるを得ない状況になっているということを、やはり診療報酬の方で、公定価格を決める側は、真剣に受け止めないと

いうふうに思います。

建替えの先延ばし案件のことが後ろの方にも出てましたし、日赤さんから訴えがありましたが、これは私の地元でも大変頻発しております。やろうとしていて、WAM（福祉医療機構）にも融資までしっかりお願いしたのに、その間の物価高騰で、もうとてもペイしない。建替えしたい大きな病院というのはそれだけ古いわけですから、相当無理してやっているわけです。それが建替えできない状況だというのは、葉梨先生がおっしゃった機械のことももちろん同じですけど、今この瞬間はまだ何とかできても、ものすごい大きなツケを将来に回しているということだと思います。正直、診療報酬を上げていただきたい。これで借金も返していかなければいけない。診療報酬が上げられないようだったら、しっかり補助を出さないと、本当に建替えは進まないです。特に消費税の損税の影響も大きくなるところですから、しっかりやっていたいと思います。

それから 11 ページと 12 ページですけど、先程、長谷川先生からあった単価の話はおっしゃるとおりですので、しっかり見直しをしていただきたいのですが、12 ページの方で、私は交付税課でまさに担当していました。交付税の要請の中でも特に公立病院への交付税措置というのは一番要請が強いところです。それぐらい財政的なインパクトが大きいのです。

この 12 ページの右上の方に赤い線があつて財政力補正の影響と書いてあります。財政力補正は、財政力指数 0.5 から下がつていって 0.8 で最下限になっています。0.8 の財政力指数は相当強いところだから、この線が 0.5 から落ち始めるところというのは、そんなにおかしな財政力補正ではないと思います。ただ、小さなところ、例えば 0.5 の半分ぐらい以下というのは、極端に財政力が低いところです。半島の先とか離島とか過疎地です。そういう団体が 1 しか財政力補正がないというのが大きな問題として、逆に財政力補正を少し持ち上げてあげないといけない。そういう補正が他にもあったと思うけど、仮にないとしてもあるとしたら医療です。それがないと、ロットが大変大きな財政需要なので、小さな団体では残りの 2 割負担もなかなかできない。総務省に真剣に考えていただきたいと思います。

ただ、誤解してもらってはいけないですけど、この地財措置というのは診療報酬全体の赤字補填ではありません。これは、自治体がやらなければ他の民間病院がやってくれない不採算の部門をいかに交付税で補填するかということなので、土台の診療報酬がきちんとそこその不採算部門への支援なんです。その土台の診療報酬が崩れていったときに、そっちのことまでまとめて地財で全部見ろと言っても難しいです。それは無理ですので、国でやることはしっかりやってもらって、その上に自治体がしっかりやるということなので、そこを真剣に考えていただきたい。病院が閉まって産科ができなくなったとかというのは済生会の方でも、厚生連の資料の後ろの方にもありますけど、これだけ少子化対策と言っていて、地方で子供の産む場所がないというのは、政府としてやっていることがあまりにもちぐはぐです。本当に支えになれるようにやっていっていただきたいと思います。

税制のところは、差額ベッドは収入上は大きい。だから 5,000 円にとどめないで、

私も一生懸命やりますけれども、しっかりと上げていただきたいし、外国人のところもおっしゃるとおりなので、しっかりと対応できるように、払っていただける方からその能力に応じてきちんといただけるというところをやらないで、経営は回らないですから、そこはしっかりとやっていただきたいと思います。

斎藤幹事



公的三団体の皆様のご努力には心より敬意を表したいと思います。診療報酬の問題は、何人かの先生がおっしゃったとおりなので、診療報酬と7年度補正への予算措置をしっかりとやっていただきたいと思います。

その上で、私の地元で言いますと、新潟県の厚生連病院が11病院でやっているのですが、大変厳しい状況です。具体的に言うと、この場でも申し上げましたが、令和7年度中に運転資金が枯渇するということを申し上げてきました。結果的にそうはなりませんでしたけれども、理由は二つあって、一つは、金融機関

からの貸付の返済を今年度待ってもらっています。それからもう一つは、将来を悲観して、給与カットとボーナスカットされてしまうものですから、職員の退職が相次いでいまして、結果的に人件費が下がって、見かけ上マイナスの中で改善しているわけです。その結果、資金の枯渇はこのままいけば令和8年7月の見込みということで、依然として大変厳しい状況です。

私が知りたいのは今日この場でなくてもいいですが、北海道で10病院、秋田県で9病院、長野県で12病院とか、同じように環境が厳しい中でも、経営を頑張っておられるような厚生連のネットワークがあって、それぞれの道県の経営状況がどうなっているのかです。今日の資料は、全体として厳しいという資料ですけれども、似たような条件の道県の経営状況はどうなっているかということを知りたいということ一つです。

それからもう一つは、情報発信の仕方として、私は色々なところで潰れる潰れると言ったので、今日も新潟の地元紙に、このまま行けば潰れるという話を載せてもらっています。何でそういう話をするかというと、結局、立地している市町村と県は、このまま放っておけば倒産するけれども、それをよしとするのか、そうでなければ、例えば民間病院への譲渡をするのか、あるいは公設民営化して、市町村が支えるのか、それとも、県立病院も含めて既存の病院同士の合併を進めるのか、やらなければいけないですけど、首長さんたちもこういう話に関わりたくありません。病院が潰れるという話は自分にとって政治的にマイナスです。かといって、何らかの形で救済措置をするというのも、やはり市民や議会との関係でやりたくないで、どうなってしまうかというと、潰れるという話をするなということになってしまいます。問題を先送りして欲しいとか、できれば、例えばJAの負担でもう1年でも2年でも生きながらえ

てくれれば、政治的にはありがたいみたいな話で、もう倒産が目の前に見えているのに、全く個別の協議が進んでいない状態です。

厳しい状況ばかり言っても仕方がないので、この件に関するお願ひは、以前、農民の健康を創る会で、新潟県に厚生連病院を視察に来ていただいていますが、もし可能であれば、全員でなくてもいいので、例えば役員が1人来ていただいて、一緒にヒアリングすることによって、新潟県内が今こんなに厳しいという情報発信を一緒にやつていただけないかということ、あるいはこの場に呼んでヒアリングしていただくということでもいいです。それによって、注意喚起を省内にしたいというふうに思っていまして、何らかの形で、ぜひ新潟厚生連の状況もまたヒアリングしていただければ、大変ありがたいと思っています。

野村会長代理



鹿児島県の野村でございます。厚生連病院がこんなに経営が窮々になったというのは、今ちょうど2年目ぐらいだと思います。大変厳しい状況になってきた。特に厚生連病院というのは、へき地だとか地域に分散しているものですから、人口の多いところに厚生連病院があれば儲かっているところもあるかもしれません、ほとんどの厚生連病院は地方にありますから、患者数も少なくなってきた。そして経営は非常に厳しくなって、去年あたりから、どこの厚生連も多分全国の8割から9割の厚生連は、全部赤字です。ですから、このまま続けていると、農協が潰れる。何でかというと、農協がお金を出してるわけですから、農協の出資金がもう駄目になってくるという話になってきます。ですから、一つここは全中さんも見えていますから、長谷川会長も見ておりますから申し上げますが、なんで一昨日のJAグループ基本農政確立全国大会で厚生連病院を取り上げなかつたのかということが、私は非常に残念です。こんな状況だということを、みんな知らないです。それこそ厚生連の関係の組合長さんや役職員の人たちは心配していますけれども、厚生連はもう倒れるかもしれない間際にあるということをみんな知らない。この現実をやはり絶対教えた方がいいと思います。

それともう1点は、協同組合ですから、他の連合会があります。信連があり共済連があり、経済連があります。私どもが鹿児島でやったのは、病院を建て替えたので赤字が出たとき、農協から賦課金を取りました。そういう方法もあるので、儲かっている各県の信連だとか共済連だとか、こういうところから負担をさせるというのも一つの方法です。農協はやはりお互いグループですからやれます。ただ、税法上の問題があるので、これは全中さんにお願いして、あるいは今日は役所も見えていますので、ぜひ課税措置を、軽減するとかあるいは取っ払うとかすれば各連もお金を出しやすくなりますから、そのことも一つ検討していただきたい。

それから、本当にこのことを農協の皆さんが誰もわかつてない。一昨日の全国大会で3,000人ぐらい集まりましたけど、厚生連の話は一つも出ていません。こんな状況だということを組合員も知らない。自分が今度病院に行けないかも知れない、あるいは病院が潰れていくかも知れないという危機感をみんなで共有しないといけないのではないかと思いますが、全中は今回そこを一つもしなかった。本当にこれは残念な話です。他の連合会みたいに、何とかまだ今後もやり続けられるということではなくて、厚生連はもういつ潰れるかという瀬戸際に来ているので、全中には厚生連はないわけですから、あまり危機感がないのか、なかつたのかもしれません、ここを本当に全ての農協に知らしめて、場合によっては賦課金みたいなことで、お金を他の連合会なりあるいは場合によっては農協からも出してもらって、もうこれは国だけに頼るというわけにはいきません。自らもどれだけの努力をしていくかということをやっていかないと、本当に厚生連が潰れたら、地域の皆さん方もどうしようもなくなりますから、これは組合員のためでもあるし、あるいは地域の住民のためでもありますから、何とかここで厚生連を立ち直らせる。そのためには、役所の力も借りなければいけないですが、まず自らやれることはないか、このことも考えていただきたいというふうに思っております。

それと、鹿児島県の厚生連の理事長というのは、必ず中央会の経営監査部長がなってきます。そうでなくては経営を見ることがでない。だから、ただ成り上がって、だんだん理事長になっていくということではなくて、できれば中央会の監査部長あたりが理事長になって、経営をしっかりと見ることができるような人を入れないと。院長だとかはドクターが必要でしょうけれども、経営面から見ることができる人も入れておいた方がいいのではないかというふうに思います。

厚生労働省・榊原審議官

中村先生、長谷川先生を始め多くの先生から、とにかく高さが大事だというご指摘を頂戴いたしました。今まさに調整中でございます。財政当局から相当厳しいことを言われておりますが、頑張ってまいりたいというふうに思っております。

また、消費税についてもご指摘が色々ございました。消費税につきましては明確化をしますとともに、それ以外にも、特に設備の話とかがなかなか導入できないという話がございましたので、こういった点につきましては税制上の措置などを講じておりますが、さらに何ができるかよく考えてまいりたいと思います。

また、井野先生から美容について、そういったところに流れているという話がございました。現在、美容につきましては今医療法の改正法案を提出しております、そういった中で適正化を図るということで、色々な報告事項などを求めるということをやっているというところでございます。

それから、福原先生からいくつか病院が地域医療連携推進法人などとなって、一緒になって地域全体でやるという話がございました。こういったものをしっかりと後支えできますように、地域医療介護総合確保基金というものを設けまして、そのところ

で話し合いの結果、色々整備することになりましたら、建替えなどに対する助成を行うことができるというようなことをやっているところでございます。

それから、税制についてもしっかりとやるようというお話がございました。外国人の方から1点10円以上を取ることにつきましても、しっかりと対応していきたいというふうに思っております。

それから、建築資材の高騰に対する昨年度やつておりました補助金について、4月以降も見ることができるように、しっかりと要望しているところでございます。

総務省・福島官房審議官

総務省でございます。まず長谷川先生からいただいた交付税措置の単価の話でございますけれども、総務省といたしましても、昨今の人件費、物価、非常に上がっているという同じ認識をしておりますので、現在、見直しを進めているということでございます。

それから、上月先生からいただきました、財政力補正につきましては、私もまだ勉強でございますけれども、これからしっかりと勉強していきたいと考えています。

厚生労働省・熊木審議官

診療報酬を担当しております熊木と申します。私からも一言申し上げさせていただきます。

やはり診療報酬ということで、公定価格が決まっている。物価や人件費が高騰すると、2年に一度診療報酬を改定する中で、価格転嫁を医療機関がどうしてもできない。そういう中で非常に苦しんでいらっしゃるということ、よく承知をいたしております。皆様方から高さについてもご指摘を強くいただきました。これは補助金の問題と診療報酬の問題と両方あると思いますので、連携しながら対応していきたいと思います。

また、メリハリないしはきめ細かさについてのご指摘もあったかと思います。例えば消費税の精緻化につきましては、まだ足りないのではないかというご指摘もございました。もちろん税での対応ということは、長期的には医療界や税制当局に上がっていかなければなりませんが、少なくとも診療報酬上の精緻化ということについて、消費税の対応ということについては、しっかりと対応していかなければならぬと考えてございます。また検証を行いながらこれはやつてきますので、改めて検証もさせていただき、令和2年からの4年について複数の算定誤りがあったということにつきましては、ここでお詫びを申し上げつつ、精緻化についてはしっかりと確認していきたいと思います。

いずれにしましても、総理からは所信表明におきまして、赤字に苦しむ医療機関・介護施設の対応は待ったなしであると、力強いお言葉をいただきました。これを具体的な形に実現すべく、医政局、保険局、皆様方のご助言ご助力ご指導を賜りながらしっかりと対応して参りたいと思います。よろしくお願ひします。

農林水産省・新川課長

農林水産省でございます。福原先生からございました地域医療について各病院で連携すべきという話はまさしくそのとおりだと思いますので、具体的な話が厚生連からありましたら真摯に対応して参りたいと思います。

それから、斎藤先生からございました各厚生連の経営状況につきましては、全厚連と話をしまして、後ほど追ってご説明に上がりたいと思います。

野村先生からありました厚生連の赤字の問題については、JAグループ全体の話だというのはまさにおっしゃるとおりだと思いますので、我々農林水産省としても、各県域の方としっかり話をして、問題意識を共有していきたいと思っております。

宮下幹事長



私からも最後に改めてお願ひです。差額ベッドの話は、私も調べてもらいましたが、厚生連の資料の14ページを見ても、比率での規制はあるけれども、価格で規制が残っているのは厚生連だけということです。当初、特定医療法人も4,000円以下というのがありましたが、特定医療法人は抜けて、もう唯一厚生連だけ価格規制が残っているという、非常に取り残された状態になっております。

今回の予算も税制も、物価高騰に対応した形に全部見直そうということありますので、他の日赤、済生会さんの実績を見ても、5,000円を超えてるところもありますし、やはりこれは、円滑に撤廃、もしくは上限を大幅に引上げということが、少なくとも必要だと思いますので、ぜひお願ひしたいと思います。それから外国人の問題は、インバウンドを増やそうという政府全体の成長戦略ですけれども、そこを受け止める厚生連病院がどんどん経営悪化するというのは、全くおかしな話なので、やはりコストをしっかり賄えるような仕組みに変えていただきたいということを最後にお願いを申し上げます。

3 森山会長による総会のまとめ

先生方、真剣な議論をいただきて、ありがとうございました。

今日の話を聞いていて思いますけれども、この問題というのは、厚生連をはじめ、公的三団体だけの話ではなくて、我が国の医療そのものが問われている課題だと存じています。

まず 30 年デフレが続きまして、診療報酬も 2 年に一度、本格的な見直しをしております。介護についても 3 年でよかったですけれども、今の値上がりを見ていると、1 年に一度でも間に合わないのでないか、半年に一度ずつやらないといけないのでないかというくらいの経済状況の動きですから、このことは、医師会からも言われていることと全く一致する話でございます。

我が国の医療の問題として、政府においては、しっかりとした対応をしていかなければなりません。また、こんな厳しい状況というのは、未だかつて経験をしたことがないのではないかと思います。普通、物価が上がればどこかで落ち着くものですけれども、現在はまだまだ厳しい状況が続いておりましますし、人件費を上げいかなければいけないという政府の大きな目標があるわけですから、そういうことを考えていただきて、まず、補正予算で出血の部分を止めていただくということではないかと思います。来年度予算で、また更に完治する政策をとっていただくということが大事なことだろうと思います。

我々も真剣にやりますから、関係省庁におかれましては、よろしくお願いを申し上げたいと思います。今日は皆さん本当に、真剣な議論に携わっていただき、ありがとうございます。



総会の様子

要 望 書

物価の高騰や賃金の急激な上昇局面の中、病院経営は非常に厳しい状況に置かれている。令和6年に診療報酬改定が行われたが、物価は3%弱上昇し、職員の処遇改善が求められた環境にもかかわらず、本体改定率は0.88%と非常に低く設定された。

医療は、診療報酬という公定価格で2年毎に価格が決められており、各病院は物価上昇分を価格転嫁できない環境にある。

病院経営は努力の限界を超えており、令和7年上半期の医療機関の倒産は35件（うち病院9件）となり、過去最多のペースで推移している。公的医療機関においても、不採算部門（政策医療）の撤退等を余儀なくされ、地域医療への影響が発生する状況となっている。

公的三団体（日本赤十字社、恩賜財団済生会、JA厚生連）が事業を継続していく上で、現在、課題となっている以下の5点について要望する。

1. 令和8年度診療報酬改定について

- (1) 骨太の方針2025に「高齢化による增加分に相当する伸びに、経済・物価動向などを踏まえた対応に相当する增加分を加算する」と明記されたことを踏まえ、診療報酬の大幅な引上げ（10%超）を行うとともに、物価・賃金の上昇に応じて適切にスライドする仕組みを導入すること。
- (2) 物価上昇に伴い、患者に転嫁できない控除対象外消費税も増加している。現在の診療報酬による補填では、高額設備投資の際に多額の補填不足が発生したり、厚生労働省の検証作業の際に誤りが発生したりするなど限界があることから、課税化（軽減税率適用）すること。課税化が直ちにできないのであれば、各医療機関の控除対象外消費税が適切に補填（還付）されるよう見直すこと。

2. 令和7年度緊急財政支援について

物価高騰により、医薬品費、診療材料費、委託費、水道光熱費、食材費等のコスト上昇が病院経営を圧迫していることから、令和8年度診療報酬改定を待つことなく、令和7年度中に補正予算等による緊急の財政支援を行うこと。(収支均衡のためには1床あたり 50 万円以上の支援が必要)

3. サイバーセキュリティ対策への支援について

近年、病院へのサイバー攻撃（ランサムウェア等）により、診療が制限される事態も発生している。医療は重要な社会インフラであり、その安全確保のためにはサイバーセキュリティ対策の強化が必要である。

国は「医療DX」を推進するため、診療報酬等により一部支援を行っているが、高額なサイバーセキュリティ対策費用を賄えるものとはなっていない。このため、サイバーセキュリティ対策に取り組む医療機関に対して必要な財政支援を行うこと。

4. 地方交付税措置について

公的医療機関が担う不採算部門（政策医療）に対する特別交付税措置について、実態として十分な支援措置となっておらず、例えば、単価の増額だけでなく、地方の財政力の低い自治体については自治体負担（2割）を緩和するなど、制度が活用されるよう必要な支援を行うこと。

5. 令和8年度税制改正要望について

- (1) 法人税非課税措置に係る厚生連病院の有償病床について、新型コロナ感染症の流行以降、その稼働率の上昇が顕著となっていることから、有償病床の安定稼働に必要な財源確保のため、平成9年4月以降据え置かれている金額要件（平均5千円以下）を見直すこと。
- (2) 厚生連や社会医療法人等が行う訪日外国人の診療において、社会保険診療報酬と同一の基準（1点10円）により計算された額を請求するという法人税非課税措置に係る診療費要件を緩和すること。

以上

令和7年11月12日 農民の健康を創る会総会
出席者 名簿

役職等	氏名		選挙区
会長	森山 裕	衆	鹿児島 4
会長代理	野村 哲郎	参	鹿児島
幹事長	宮下 一郎	衆	長野 5
幹事長代理	永岡 桂子	〃	比例・北関東
事務局長	藤木 真也	参	比例区
事務局次長	星 北斗	〃	福島
幹事	武部 新	衆	北海道 12
〃	中村 裕之	〃	比例・北海道
〃	斎藤 洋明	〃	比例・北陸信越
〃	上月 良祐	参	茨城
会員	東国幹	衆	北海道 6
〃	伊東 良孝	〃	比例・北海道
〃	向山 淳	〃	比例・北海道
〃	富樫 博之	〃	秋田 1
〃	福原 淳嗣	〃	比例・東北
〃	葉梨 康弘	〃	茨城 3
〃	井野 俊郎	〃	群馬 2
〃	上田 英俊	〃	富山 2
〃	西田 昭二	〃	比例・北陸信越
〃	後藤 茂之	〃	長野 4
〃	長谷川 淳二	〃	愛媛 3
〃	栗原 渉	〃	福岡 5
〃	宮路 拓馬	〃	比例・九州
〃	岩本 剛人	参	北海道
〃	船橋 利実	〃	北海道
〃	山本 佐知子	〃	三重
〃	鈴木 宗男	〃	比例区
〃	東野 秀樹	〃	比例区
〃	福山 守	〃	比例区

令和7年11月12日 農民の健康を創る会総会
代理出席者 名簿

	氏名		選挙区
顧問	岸田文雄	衆	広島1
〃	麻生太郎	〃	福岡8
幹事	進藤金日子	参	比例区
会員	鈴木貴子	衆	北海道7
〃	江渡聰徳	〃	比例・東北
〃	御法川信英	〃	比例・東北
〃	築和生	〃	栃木3
〃	小渕優子	〃	群馬5
〃	野田聖子	〃	岐阜1
〃	棚橋泰文	〃	岐阜2
〃	武藤容治	〃	岐阜3
〃	赤澤亮正	〃	鳥取2
〃	高村正大	〃	山口1
〃	新谷正義	〃	比例・中国
〃	長谷川岳	参	北海道
〃	森まさこ	〃	福島

自由民主党 農民の健康を創る会 総会
出席者名簿
(令和7年11月12日)

【厚生労働省】

審議官（医療保険担当）（政策統括官（総合政策担当）付併任） 熊木正人
審議官（医政、口腔健康管理、精神保健医療、訪問看護、健康、生活衛生、災害対策担当） 榊原毅
医政局参事官（医療情報担当）付医療情報室 室長 新畠覚也

【総務省】

官房審議官（公営企業担当） 福島秀生

【農林水産省】

農村振興局 都市農村交流課 農福連携推進室 室長 藤田 覚
経営局 協同組織課 課長 新川元康

【JAグループ】

全国農業協同組合中央会 常務理事 福園昭宏
全国厚生農業協同組合連合会 代表理事長 長谷川浩敏
全国厚生農業協同組合連合会 代表理事理事長 歸山好尚

【オブザーバー】

日本赤十字社 業務執行理事 医療事業推進本部長 渡部洋一
社会福祉法人恩賜財団済生会 理事 松原了

令和7年秋の叙勲・褒章受章者決まる

厚生連等関係者では4名が受章

内閣府は11月3日、令和7年秋の叙勲・褒章受章者を発表した。

J A厚生連関係者で受章された方は以下のとおり。

賞 賜	主 要 経 歴	氏 名
旭日重光章	元 復興副大臣 元 農民の健康を創る会 事務局次長	こじま としふみ 小島 敏文
旭日小綬章	元 石川県農業協同組合中央会 代表理事長 元 全国共済農業協同組合連合会 経営管理委員会副会長	にしざわ こういち 西沢 耕一
旭日双光章	元 群馬県農業協同組合中央会 代表理事長 元 群馬県厚生農業協同組合連合会 経営管理委員会会長	からさわ とおる 唐澤 透
瑞宝双光章	元 徳島県厚生農業協同組合連合会 阿南共栄病院 放射線科部技師長	ぬのたに なおと 布谷 直人



財務会計の応用について研修

厚生連経営管理職層育成研修会（応用編第1クール）を開催

本会は10月16日、17日の両日、厚生連経営管理職層育成研修会（応用編第1クール）をWEBで開催し、9厚生連から19名が参加した。

厚生連経営管理職層育成研修会は、基礎編（全3クール）と応用編（全2クール）に階層化して開催しており、応用編では、基礎編の受講を終えた方が財務会計と管理会計の応用レベルの知識の習得を図ることを目的としている。講師は、有限責任監査法人トーマツが担当した。

研修会は、講義・演習・グループディスカッションで構成されており、第1クールでは、財務会計の応用をテーマに、①財務分析の前提と内部統制、②病院特有の財務分析、



1日目 研修の様子

機関における貸借対照表・損益計算書の特徴、財務分析における様々な指標の意味や構成要素を学んだ。

2日目は、倒産事例から見る財務分析の講義の後、収益分析の応用演習としてSWOT分析ワークシートを使用し、実例に基づく病院のケーススタディをディスカッション形式で行った。

参加者からは、「倒産事例等もあり、病院の分析手法等非常に参考になった」などの感想が寄せられた。

次回（応用編第2クール）は、管理会計の応用をテーマに、12月11日、12日の開催を予定している。

③倒産事例から見る財務諸表、④収益分析の応用演習について研修を行った。

初日は、まず事前課題となっていた基礎編の財務会計と管理会計の復習テストについて各グループでディスカッションを行った。その後の講義では、医療

実例に基づく病院のケーススタディ
【回答例】SWOT分析ワークシート

フレームワーク	プラスの要素	マイナスの要素
競合分析	■過去3年毎に年々、従業員のイニシアチブがある ✓医療機関の業界で設備整備によるセイバーリードからなる ✓経営実績による収益性が高まっている	■設備投資による収益性の低さ ■医療設備（人件費、設備投資）の高騰が収益を悪化させる
経済的要因	■内需不景気：医療機器に対する需要が減退する傾向がある ■社会的要因	■人口減少による入院、外来需要の減少 ■医療機器に対する需要が減少する傾向がある ■医療機器に対する需要が減少する傾向がある
技術的要因	■新しいテクノロジー導入によって医療品質向上や効率化が図られている ■IT導入で効率化が図られている	■スマートフォンによる医療機器の需要が減少する傾向にある ■医療機器の需要が減少する傾向がある。特に高齢者層が減少傾向にある
環境	■医療機器業界の競争が激しく、Aの医療機器はB医療機器に押さえ込まれている ■医療機器の需要が伸び悩んでおり、Aの医療機器はB医療機器に押さえ込まれている	■医療機器業界の競争が激しく、Aの医療機器はB医療機器に押さえ込まれている ■医療機器の需要が伸び悩んでおり、Aの医療機器はB医療機器に押さえ込まれている
政治的・社会的要因	■医療機器業界の競争が激しく、Aの医療機器はB医療機器に押さえ込まれている ■医療機器の需要が伸び悩んでおり、Aの医療機器はB医療機器に押さえ込まれている	■医療機器業界の競争が激しく、Aの医療機器はB医療機器に押さえ込まれている ■医療機器の需要が伸び悩んでおり、Aの医療機器はB医療機器に押さえ込まれている
自社	■内需不景気による需要が減少する傾向がある ■医療機器の需要が伸び悩んでおり、Aの医療機器はB医療機器に押さえ込まれている	■内需不景気による需要が減少する傾向がある ■医療機器の需要が伸び悩んでおり、Aの医療機器はB医療機器に押さえ込まれている
技術基盤	■内需不景気による需要が減少する傾向がある ■医療機器の需要が伸び悩んでおり、Aの医療機器はB医療機器に押さえ込まれている	■内需不景気による需要が減少する傾向がある ■医療機器の需要が伸び悩んでおり、Aの医療機器はB医療機器に押さえ込まれている
組織文化	■内需不景気による需要が減少する傾向がある ■医療機器の需要が伸び悩んでおり、Aの医療機器はB医療機器に押さえ込まれている	■内需不景気による需要が減少する傾向がある ■医療機器の需要が伸び悩んでおり、Aの医療機器はB医療機器に押さえ込まれている



2日目 研修の様子

設備投資意思決定について研修

厚生連経営管理職層育成研修会（基礎編第3クール）を開催

本会は11月13日、14日の両日、厚生連経営管理職層育成研修会（基礎編第3クール）を開催し、15厚生連から33名が参加した。

研修会は、講義・演習・グループディスカッションで構成されており、講師は引き続き有限責任監査法人トーマツが担当した。



研修のようす(講義・演習)

について講義と演習を行った。CVP分析の基礎では、CVP分析で最も重要な概念である損益分岐点の考え方を学び、何をどれだけ動かせばどれだけ利益に影響するかを把握するための感度分析を学習した。



研修のようす(グループ発表)

第3クールではCVP分析の基礎と設備投資意思決定を中心に、①財務会計と管理会計の違い、②CVP分析の基礎、③設備投資意思決定の基礎、④CVP分析の基礎演習、⑤設備投資意思決定の基礎演習について研修を行った。

1日目は、財務会計と管理会計の違い、CVP分析の基礎、設備投資意思決定の基礎に



研修のようす(グループディスカッション)

また、設備投資意思決定の基礎では、代表的な手法である回収期間法と正味現在価値法について、それぞれの長所と短所を学んだ。

2日目は、1日目の復習の後、CVP分析、設備投資意思決定にかかる演習をディスカッション形式で行い、各グループから報告を行った。

参加者からは、「対面方式の方が理解は深まる感じた」「全体的に難解ではあったが今後も学習していきたいと感じた」等の感想が寄せられた。

□通信員だより□

介護保険事業専門研修 居宅介護支援専門員

(JA岩手県厚生連・JAいわてグループ指定居宅介護支援事業所)

JA岩手県厚生連が運営するJAいわてグループ指定居宅介護支援事業所は11月7日、県内JAの居宅介護支援専門員を対象に介護保険専門研修会を開催した。

公益財団法人いきいき岩手支援財団いわて介護現場サポートセンターの玉山公一さん、及川友美さん、合同会社フェイスフルサポート代表で介護支援専門員の高橋純一さんを講師に迎え、県内10事業所26人の介護支援専門員が参加し「ケアマネ業務のICT&AI活用術」をテーマに講義を受けた。また、それぞれの事業所での業務改善による生産性向上への取り組み、ICTの活用状況についてグループワークを行った。

グループワークではケアマネジャーの毎月の業務であるモニタリング訪問の日程調整や記録等について課題を共有し、講義内容をもとにICTの活用以外でも日常業務に取り入れられる工夫について情報交換することが出来た。参加者から「今日からの業務に取り入れられる内容だった」と感想が聞かれた。



講義後グループワークをする県内JAの介護支援専門員たち

(藤原真之通信員)

「ワールドカフェ」を通じて接遇について考える

(JA秋田厚生連・かづの厚生病院)

かづの厚生病院（吉田雄樹病院長）では8月末、役職や職種を越えて意見交換を行う、「ワールドカフェ」を院内で開催しました。この活動は、年1回接遇委員会が主体で行っており、コロナ禍では中断しましたが、昨年に続き今年も開催しました。

今回は「より良い接遇をするためには」をテーマに、接遇委員以外の20代から50代の職員が参加し、役職や職種を越えて、率直な意見交換が行われました。

話し合いの中心となったのは、日頃の患者アンケートや意見の中で多かった「診療の待ち時間」と「職員の接遇」についてです。

当院では、救急の受け入れも行っていますが、専門の救急担当医が常駐しているわけではありません。そのため、外来診療と救急対応を平行して進めており、予約時間通りに進まない場合があります。

また、接遇に関しては、限られた時間の中で専門的な説明を行う場面も多く、十分に伝わらない場合もある、という意見も出されました。

改善策として、「予約時に待ち時間の目安を事前に説明する」「院内掲示で周知する」といった案や、「患者さんが意見を伝えやすい環境づくり」「対応マニュアルの整備」などの提案もありました。

今回挙げられた意見を、今後の委員会での取り組みや改善につなげ、誰もが安心して利用できる病院を目指していきます。そして、職員一人ひとりが今回の気づきを生かしながら、より良い医療・接遇を実現できるよう、話し合いと実践を重ねていきます。



ワールドカフェの様子

(斎藤瑞希通信員)

令和7年度総合防災訓練を実施しました

(JA秋田厚生連・由利組合総合病院)

10月8日、由利組合総合病院（軽部彰宏病院長）では、講堂と6階病棟を会場に総合防災訓練を行いました。病院職員52名と由利本荘消防隊5名の計57名が参加し、火災発生を想定した避難や消火活動を実践しました。

訓練は、6階ちょうど病棟の洗濯室からの出火を想定し、煙発生装置を使って視界不良の状況を再現しました。看護副師長会が作成した「アクションカード」をもとに、職員が初期消火や患者の避難誘導にあたりました。今回は実働訓練であり自衛消防本部を設置の上、散水栓による消火を試みましたが、火勢が強く鎮火できず、最終的には消防隊が出動して鎮火に至りました。

避難訓練では、看護師長や副師長の指導のもと、スタッフ役と患者役に分かれて実施しました。患者役は担送・護送・独歩に分類し、点滴台や人工呼吸器を使用した避難も再現しました。医師役の指示でストレッチャー移送を行うなど、実際の現場を意識した訓練となり、避難先での患者の状態や受け渡し方法など、避難後の対応も丁寧に確認しました。

参加者からは「煙で視界が悪く動けなくなった」「非常ベルの音で一瞬役割を忘れた」といった声や、「避難先が混乱していた」「患者役を迎えに来るまでが長く感じた」など、実際に体験したからこそその気づきが寄せられました。夜間を想定した体制づくりや、避難先の受け入れ体制の整備など、今後に向けた課題も明らかになりました。

今回は、消防隊による実動訓練も併せて行われ、現場の緊張感を肌で感じる貴重な機会となりました。今後もこうした訓練を重ね、災害時に迅速かつ安全に行動できるよう、職員一人ひとりが備えてまいります。



防災訓練の様子

(齊藤瑞希通信員)

第28回とりでふれあいまつりを開催

(JA茨城県厚生連・JAとりで総合医療センター)

J Aとりで総合医療センター（富満弘之病院長）では、10月25日に地域住民への医療知識の啓発や親睦を深めることを目的として、「第28回ふれあいまつり」を開催し、600名を超える来場者が参加しました。

今年は「予防医療フェス～のばそう健康寿命、体験しよう医療の世界～」をテーマに、医療講演会やAED講習、各種無料検査のほか、模擬店、JA茨城みなみ・JA水郷つくばによる新鮮野菜の販売、地元中学生による吹奏楽演奏など、子どもから大人まで楽しめる多彩なプログラムを用意しました。

ふれあいまつりは、地域とのつながりを深める貴重な機会となっており、医療を身近に感じながら健康の大切さを学べる場として、地域に根づいた恒例行事として愛されています。



行列のできる健康相談ブース



地元中学生による吹奏楽パフォーマンス

(先崎理恵通信員)

水戸黄門漫遊マラソンに全力応援！水戸協同病院

(JA茨城県厚生連・総合病院水戸協同病院)

去る10月26日、茨城県水戸市で開催された「第10回水戸黄門漫遊マラソン」に、総合病院水戸協同病院（秋月浩光病院長）から救護班を派遣しました。

マラソンは初心者でも気軽に参加できる一方で、長時間にわたり体を動かし続けるため、肉体疲労による膝や足首の故障のほか、水分不足による脱水症状や、発汗に伴う塩分消失による筋肉の痙攣などを引き起こす可能性があります。

同院は、大会運営を第1回大会から毎年サポートしており、医師、看護師らからなる救護班を派遣したほか、スタッフ有志がフルマラソンにエントリーし、救護ボランティアランナーとしてスタート地点からフィニッシュラインまで細やかな医療サポートを提供しました。

参加したスタッフは「スタッフの結束力が大会をより安全で楽しいものにできたなら大変うれしい」「地域の皆さまが元気に走る姿を見て、自分たちも元気をもらった」と話しました。大会当日は心配された雨も上がり、大きなトラブルもなく、無事に大会を終えることができました。今後も地域イベントに積極的に参加し、健康づくりに貢献してまいります。



救護班のスタッフら

(先崎理恵通信員)

院内保育所のハロウイン企画が病院に活力を！

(JA神奈川県厚生連・相模原協同病院)

相模原協同病院（荒木正雄病院長）の院内保育所主催によるハロウイン仮装イベントが盛大に開催されました。

個性豊かな仮装に身を包んだ園児たちは、保育士に引率され、院内の職員を訪問し、「トリック・オア・トリート！」と愛らしい声で元気な笑顔を届けてくれました。子どもたちの届けのない笑顔と楽しい仮装の行列は、日々の業務に追われる職員にとって、一時の癒やしと大きな活力となりました。

当院は、職員が安心して業務に取り組めるよう、保育所運営を通じた福利厚生の充実に努めています。このイベントを通じて、病院全体に温かい一体感が広がりました。



荒木正雄病院長と仮装した子供たち



かわいらしいお菓子

(石井朋華通信員)

骨粗しょう症啓発 病院ライトアップを行いました

(JA神奈川県厚生連・伊勢原協同病院)

10月20日、伊勢原協同病院（鎌田修博病院長）では世界骨粗しょう症デーに合わせ、病院建物を啓発カラーであるブルーにライトアップを行いました。

世界骨粗しょう症デーは、1998年に国際骨粗鬆症財団（IOF）と世界保健機関（WHO）により、骨粗しょう症と骨代謝障害の啓発を目的として制定されました。骨粗しょう症は骨の強度が低下してもらくなり、骨折しやすくなる病気です。骨の健康を守るために、十分な栄養、適度な運動、検査などできることから始めることが重要です。

今後も地域の皆さまの健康維持・増進に貢献できるよう啓発活動を行ってまいります。



ライトアップした病院建物

(石井朋華通信員)

第74回日本農村医学会学術総会で高野理事長が受賞

(JA神奈川県厚生連)

J A神奈川県厚生連の高野靖悟理事長が、10月23日に岐阜県大垣市で開催された、第74回日本農村医学会学術総会にて、日本農村医学会賞を受賞しました。

2021年には第70回学術総会を主幹し、日本農村医学会誌や学術総会での数多くの発表が高く評価され、受賞となりました。



表彰式の様子

(石井朋華通信員)

J A関連医療機関への 「救急・リハビリ医療にかかる助成」目録贈呈式

(JA長野厚生連)

全国共済農業協同組合連合会による令和7年度（2025年度）JA関連医療機関への救急・リハビリ医療にかかる助成の目録贈呈式が11月17日、JA共済連長野県本部において執り行われました。

この助成事業は全国共済農業協同組合連合会により社会貢献活動の一環として2003年度から続けられており、交通事故被害者の救命や社会復帰支援を目的にJA関連医療機関の救急医療機器、リハビリ器具等の購入に対し財政支援を行うものです。

はじめに、米久保隆JA共済連長野県本部長が「当該事業は地域貢献活動の一助として、今年度は長野松代総合病院・富士見高原医療福祉センターへ助成をさせていただいた。まだまだ交通災害がなくならない中、被害者等の救援、支援に尽力できればと考えておりますので、当該助成金を十分活用いただきながら、地域医療への更なる貢献をお願いします」と挨拶されました。

また、洞和彦代表理事理事長は「本年もご援助を賜り感謝申し上げます。今、医療業界は大変厳しい状況にあり、医療機器に関しては物価高騰の影響により大変高額となっております。そのような中、今年度は2病院に対して助成をいただきました。どちらも救急の場面で非常に重要な役割を果たす器械ですので、引き続き健康増進ならびに地域医療への貢献に努めてまいります」とお礼の言葉を述べました。

今年度は、長野松代総合病院がDRシステム（X線撮影装置）、富士見高原医療福祉センターが人工呼吸器の助成を受けました。



目録贈呈の様子(左から米久保本部長、洞代表理事理事長)

(内田康平通信員)

救急・リハビリ医療機器購入費用助成 検診車等購入費用助成目録贈呈

(JA岐阜厚生連)

JA岐阜厚生連は、救急医療機器の整備並びに胃部胸部併用X線検診車に搭載している医療機器の整備にあたりJA共済連岐阜から購入費用の助成を受けることとなり、10月27日にJA会館において贈呈式が行われました。

JA共済連岐阜は、救急医療及びリハビリ医療の充実と交通事故被害者の救命や交通事故身障者の社会復帰の促進、農村地域を中心とする組合員・利用者の健康管理の支援を行うことを目的に、JA関連医療機関における医療機器等の購入に対する助成を行なっています。

今回の助成を受け、久美愛厚生病院に内視鏡ファイバースコープ及び超音波診断装置、中濃厚生病院に内視鏡ファイバースコープ及び万能手術台を導入しました。

また、胃部胸部併用X線検診車（東濃中部医療センター東濃厚生病院配備）に間接変換FPD装置等を整備しました。

当機器の導入により農村地域における救急医療の充実に貢献し、組合員・利用者の疾病の早期発見・早期治療に寄与するものとして期待されています。



JA共済連岐阜運営委員会 志田会長(右)からJA岐阜厚生連経営管理委員会
古川会長(左)への目録贈呈

(寺師史華通信員)

骨粗鬆症検査の無料体験を2つのイベントで実施

(JA熊本厚生連)

JA熊本厚生連は、11月8日・9日に熊本県農業公園（カントリーパーク）で開催された「2025くまもと農業フェア」および、11月8日にJA阿蘇で開催された「2025JA阿蘇中部地区収穫感謝祭」にそれぞれ参加しました。

厚生連では、来場者に検診を身近に感じてもらうため、乳がん触診モデルによる自己触診の指導や骨粗鬆症検査の無料体験ができる特設コーナーを設け、農業フェアでは489名、収穫感謝祭では70名の方が骨粗鬆症検査を体験されました。

体験された方からは、「通りすがりに気になって受けた」「検査したことがなかったので受けられて良かった」との声が聞かれました。また、来場者の多くが若い親子連れであったため、若い世代にも日常的な生活習慣の重要性を伝えることができ、健康に対する情報提供の場になりました。



検診車両での骨粗鬆症検査の風景

(多久弘高通信員)