



# 全日病 NEWS 10/1

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.741 2010/10/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

## 病院はなお、2.4万人の医師を必要としている!

### 必要医師数実態調査 機能を維持するために全国の病院が必要としている医師数が判明

医師不足の全国的な実態を把握するために厚生労働省が6月に実施した調査結果(病院等における必要医師数実態調査の概況)が明らかになった。調査対象は病院と分娩取り扱い診療所。

それによると、今年6月1日現在の現員医師数(調査集計数)は16万7,063.9人。それに対して、全国の病院は、その機能を維持するために、なお2万4,033.4人の医師を確保する必要があると回答している。

この数は現員医師数の14.4%に当たる。言い換えると、現員数と、自院機能

を維持するためになお必要と考える医師数を合わせた数を必要医師数(19万1,097.3人)とすると、現在の充足率は87.4%に過ぎないこと、したがって、全国の病院は、現員医師数の1.14倍の医師をなお必要としていることが、初めての医師不足実態調査から明らかになった。

現員医師数と必要医師数の比(必要医師数/現員医師数)を診療科別にみると、1.07~1.20の間に分布している。これを、全国の2次医療圏ごとにみると、割合は1.05~2.04に拡大する。診療科

□現員医師数と必要医師数

	現員医師数 A	必要医師数 B=C+D	必要求人医師数		倍率 (A+B)/A
			必要求人医師数 C	必要非求人医師数 D	
正規雇用	132,937	21,588	16,488	5,100	1.16
短時間正規雇用	3,532	817	617	200	1.23
非常勤	30,594.9	1,628.4	1,184.0	444.4	1.05
計	167,063.9	24,033.4	18,289.0	5,744.4	1.14

ごとの偏在よりも地域偏在の方が深刻度が大きいことが分かる。

厚生労働省は、この調査結果を基に、とくに、地域偏在の解消に向けた対策を検討する。10月には社会保障審議会の

医療部会が11ヵ月ぶりに開かれ、医療法改正に向けた議論に着手すると見込みだ。医療部会では、今回の調査結果を踏まえた医師不足対策が重要な課題にのぼるともと思われる。

## 基本診療料と医療原価の関係把握をめぐる応酬

### 中医協総会 診療側が各種調査と資料収集・内容整理で積極的な提案

9月29日の中医協総会は、基本診療料と医療原価の関係をどう把握するかをめぐって、支払側と診療側が熱く意見を交わした。

例年、診療報酬改定後のこの時期の中医協総会は、薬価収載など承認・報告事項の処理で開かれる、したがって概ね月1回開催されるのが常である。しかし、今年は、診療側委員の主導で月2回しかも毎回3時間前後審議が続くという“異例”な状態が出現している。

同日の総会で、診療側は、診療に要する本来コストを明らかにするための調査に着手するよう求めた。

そのための予備作業として、以下の調査・資料収集を行なうよう提案した。

- ① キャピタルコストやオペレーティングコストなど各種のコストが基本診療料の中でどのように評価されているか(あるいは評価されていないか)を明らかにするために、基本診療料を構成する点数の対象コストを整理・明確化すること
- ② 「医療機関のコスト調査分科会」が実施した部門別原価結果の再集計によって、①も踏まえた、現在の基本診療料に含まれている各種コストの金額内訳を調べる
- ③ 諸外国の診療報酬における各種コストの評価方法(とりわけキャピタルコストとオペレーティングコストの取扱い)ならびに診療報酬のコスト別内訳及びその金額に関する調査(上記①②を踏まえた我が国との比較分析を含む)

提案は、診療側が提出、西澤寛俊委員(全日病会長)が読み上げた「基本診療料及び技術料に係るコスト分析についての2号側の考え方」の中で行なわれた。

この後半時期から機能

この提案に、支払側委員から、またもや「コスト調査不要論」が出たため、支払・診療両側で激しい意見の応酬が展開された。

遠藤中医協会長は支払・診療両側の意見を集約した結果、支払側が必ずしもコスト把握に努める診療側の意向を全否定するものではないことを確認し、議論を前に進めるために必要なデータの収集は行なうと宣言。

①については事務局(厚生労働省保険局

医療課)に資料の用意を指示した。また、②については医療機関のコスト調査分科会に検討を要請とした。③についても、事務局に当該資料の収集と整理を求めた。



## DPC分科会 2011年7月めどに新評価項目案を固める

9月24日のDPC評価分科会は、2012年度改定に向けたDPC議論のおおまかな日程について合意した。議論日程は9月29日の中医協総会にも報告された。

この議論日程によると、来年2月いっぱいをめどに「DPC制度における包括評価の基本的な考え方」に関する議論を先行させる。ここでは、出来高評価として分離されがちな高額薬剤の取り扱いなどDPCの範囲をどうするかといったDPC包括評価の基本的な考え方を整理するとともに、医療機関別係数の役割と調整係数の評価事項の整理、調整係数の役割や評価事項を踏まえた医療機関別係数のあり方の検討を進める。

この後半時期から機能

評価係数I・IIの評価と再整理に着手、年明けからは包括対象の高額薬剤・処置等診療行為のDPC制度における基本的な取扱いの考え方の整理を進め、春

からは新たに導入すべき評価項目の具体案の検討に入り、7月めどに次改定で導入する項目案を固めるという運びになっている。

■今後の検討スケジュール(案)

検討課題	2010年			2011年						2012年		
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8~12月	1~3月
1. 基本的な考え方の整理 (1) DPC制度における包括評価の基本的な考え方	DPC制度における包括評価の考え方の整理 DPC制度の運用における包括評価を適切なものとするための対応の整理 医療機関別係数の役割と調整係数の評価事項の整理 調整係数の役割や評価事項を踏まえた医療機関別係数のあり方の検討											
2. 具体的な事項の検討 (1) 機能評価係数IIを含めた医療機関別係数の具体的な評価項目	医療機関別係数のあり方を踏まえた、既存項目(機能評価係数I・II)の評価と再整理 適宜特別調査等を実施 新たに導入すべき項目の具体案の検討											
(2) 円滑な調整係数・置換え工程のあり方	2010年の導入の影響を踏まえた、今後の置換え工程のあり方の検討											
(3) 抗がん剤を含む高額薬剤等の取扱い	包括対象の高額薬剤・処置等診療行為のDPC制度における基本的な取扱いの考え方の整理 ヒアリング DPC制度における抗がん剤等の取扱いの検討											

## 細川前副大臣が新厚生労働大臣に就任

民主党の菅政権は9月17日に組閣を終えて第2次菅内閣が発足、新厚生労働大臣には細川律夫前厚生労働副大臣が就任した。

菅内閣は9月21日の閣議で、厚生労働副大臣に藤村修、小宮山洋子両氏を、厚生労働大臣政務官に岡本充功、小林正夫両氏を任命した(いずれも民主党)。

細川大臣は民主党衆議院議員(埼玉県第3区)で、当選7回のベテラン。初入閣だが、弁護士として主に労働分野で活躍してきた。

細川大臣は、9月17日の就任会見で「副大臣として1年間長妻大臣に仕えてきた。長妻大臣の考えを継承し、発展させたい」と基本施策を引き継ぐ方針

を表明したが、医療政策には言及しなかった。

9月22日の閣議後会見で、医師不足についてたずねられた細川大臣は、「役割分担から申し上げますと、その関係の副大臣は藤村副大臣になる。政務官は岡本充功さん、お



医者さんです。中堅の非常に有能なお医者さんの岡本さんに医療に関してはしっかりとやっていただこうと思っている」と述べた上で医師不足に関する実態調査がまとまることを指摘、「調査結果に基づいて偏在をなくしていくことにしたいが、具体的には、地域医療支援センターを各都道府県に設置して偏在解消に取り組むような仕組みを作り上げたい」という構想を明らかにした。

# 介護サービス情報公表制度の見直しが決まる

介護保険部会 毎年の調査義務をなくし、手数料も廃止

9月24日に開かれた社会保障制度審議会介護保険部会に、事務局(厚労省老健局総務課)は「介護サービス情報公表制度」の仕組みを見直す方針を示した。

事業所に対する年1回の調査義務を廃止し、各都道府県の判断が必要に応じて調査を実施するというように規制を緩和させるとともに、都道府県にシステム開発と管理を委ねていた公表サーバーを国が一元管理し、検索機能を付加するとともに分かりやすい画面設

計をほどこすなど、その機能性を高める方向で見直すことになる。

介護サービス情報公表制度については、介護サービスの事業所から、毎年とられる手数料(2010年度の全国平均3万3,371円)に加え、調査員の質が悪いといった苦情と不満が絶えなかった。

この手数料も基本的に廃止することが決まっている。見直し案は10月初旬に予定している都道府県担当部局会議で意見を聞いた上で決定、次期通常国

会で予定している介護保険法改正に盛り込み、2012年度より実施する予定だ。

なお、同日の介護保険部会で、事務局は、事業者に労働基準法の遵守義務を介護保険法に盛り込み、今後、指導監査の重要な視点に加えるとともに、

指定見直しの要件とする考えがあることを明らかにした。

介護スタッフ処遇改善の一環であるが、施設系の委員からは、「労基法遵守を真剣に振りかざしたらとんでもないことになる」と懸念する意見も出た。

## 東京都 医療法人の特養設置、療養型老健の報酬増等を提言

東京都は9月21日に公表した「大都市の実態に即した介護保険制度のあり方等に関する緊急提言」の中で、(1)介護報酬の地域区分の上乗せ割合と地域割りを見直し、大都市の実態に即した介護報酬とすること、(2)介護従事者の人材を確保するために、介護サービス事業者が介護従事者の平均給与額等を公表する仕組みを講じること、(3)例えば医療系サービスの適切な利用が区分支給限度基準額で妨げられないことがないよう基準額のあり方を見直すこと、(4)療養病床の再編成に関する具体的な方針を早急に確定し明示すること、また、介護療養型老人保健施設の報酬を適正

水準に設定すること、(5)安定した介護保険施設等の運営実績を持つ医療法人に特別養護老人ホームの設置を認めること、などを提言した。

地域区分等の見直しについては、①地域差を勘案する費用の範囲に物件費を追加する、②地域区分の上乗せ割合と地域割を地域の実態に合わせて抜本的に見直す(i特別区の上乗せ割合は現行の15%を最低20%とする、ii特甲地と乙地に新たな地域区分を追加して細分化し、決めの細かい上乗せ割合を実現する)、(3)介護報酬の人員費割合について算定根拠となる人員費の対象職種を拡大する、ことを求めている、



## 医師数等の算定方法が緩和。四病協、会員病院に通知

立入検査要綱の一部改正 外来応需の2次救急病院は当直非常勤医の換算が実態通りに

四病院団体協議会(四病協)は9月21日付で、4病院団体の会員病院に、「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査における常勤医師等の取扱いについて」と題する文書を送付した。文書の中で、四病協は、立入検査要綱における医師数等の算定方法が従前より緩和されたことを指摘、自院におけるカウントに誤りが出ないように再確認を勧めている。

医師数等算定方法の改正は、①外来

患者数を計算する場合の診療日数に救急の輪番日を加える、②医師以外の従事者数算定で当該法に基づく育児休業・介護休業にある者は算定の対象に加える、③当直にあたる非常勤医師を常勤換算する場合の分母は当該病院の所定週労働時間の2倍とする現行取り扱いの対象から、外来応需の体制をとっている2次救急病院、救急告示病院、精神科病院等を除外する(医師以外の従事者も同様とする)、というもの。

ただし、外来応需の体制については立入検査の際に確認対象となるので留意するよう、四病協は求めている。

③の適用除外は、これまで救命救急センターや夜間の外来診療が対象であった。今回一部改正された立入検査要綱の「常勤医師等の取扱いについて」には、特段、2次救急病院等の明記はない。しかし、この問題で主に厚労省と折衝した日本医師会は「2次救急病院等も対象外となることは確認事項である」

として、すでに、6月9日付で都道府県医師会長宛に、③を含む立入検査要綱一部改正に関する通知を出している。

今回の医師数等算定方法の緩和は各病院にも歓迎される所だ。日医は、前出通知で、今回の改正は「本会からの要望を踏まえ」てなされた旨と指摘している。しかし、その背景には、外来医師数カウントの見直しをめぐる日医と四病協間の2年にわたる協議があった。

四病協は、病院の外来に標準医師数を定めている医療法施行規則の見直しを強く求めており、四病協・日医の月例懇談会等で一体となった厚労省への見直し要望について協議を重ねていく方針だ。

### 四病協「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査における常勤医師等の取扱いについて」 9月21日

標記立入検査については、医療法の規定に基づき全ての病院を対象に原則年1回実施されているものでありますが、この度、立入検査要綱における常勤医師等の取扱いについて、以下のとおり改正されておりますので、お知らせいたします。

1)(その病院の標準医師数の基礎となる)外来患者数の算定式の分母に、「救急の輪番日などにより外来の応需体制をとって

いる場合」を加える。  
2) 育児・介護休業法等に基づく育児休業及び介護休業を取得している者については、「長期にわたって勤務していない者」には該当しない取扱いとする(従前は、労働基準法に基づく産前・産後休業の取得者のみを対象)。なお、この取扱いを医師以外の従業者の標準数等の算定に準用する。


また、非常勤医師の常勤換算について、「当直に当たる非常勤医師について

の換算する分母は、病院で定めた医師の1週間の勤務時間の2倍とする。」とされておりますが、これに関しては、①2次救急病院、救急告示病院や精神科病院等が外来の応需体制をとっている場合などでは、夜間の外来診療や救命救急センターなど通常と同様の診療体制をとっている場合に準ずるとして、当直に当たる非常勤医師を換算する際の分母を2倍とする取扱いの対象外である。

②他の従業者の標準数等の算定も同様で

ある。ことについて、日本医師会と厚生労働省の間で確認が得られており、都道府県の担当者へも本件周知済みとのことです。なお、「外来の応需体制」については、医療法第25条に基づく立入検査の際に確認が行われるものと思われます。

各病院におかれては、本件についてご了知いただき、自院における非常勤医師数の算定について、再度ご確認いただきますようお願い申し上げます。



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**  
http://welfare-ajha.jp/

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

# 「今後看護師が可能」な行為は総じて一般看護師が主体

## 看護業務実態調査の結果概要 医師・看護師ともに70%以上が「看護師で可能」とみる行為は30件

厚生労働省は9月27日に開かれた「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」に、7月から9月にかけて同省研究班が実施した「看護業務実態調査」の結果(概要)を報告した。

調査は、あらかじめ選定された行為(203項目)1つ1つについて、現場の医師と看護師に対して、(1)現在看護師が実施しているか否か、(2)今後一般の看護師が実施することが可能と考えられるか否か、(3)今後制度化された場合に特定看護師(仮称)が実施することが可能と考えられるか否か、をたずねたもの。

4万8,000人(推計)に調査票を配布したが、回答項目が多いこともあり、回答数は8,104(回答率は16.9%=推計)と、きわめて低かった。

全体に、現在実施率の高い行為ほど「今後看護師が実施することが可能」と答えた率が高かったが、「体表面創の抜糸・抜鉤」のように、実施率が1.8%にもかかわらず看護師が実施可能と答えた率が53.0%にも達するという行為も少なくない(数値は看護師による回答率)。

そうした行為は、ほとんどが、一般看護師ではなく特定看護師を行為主体とみている。しかし、「今後看護師が実施可能」として高い肯定率を獲得した行為は、総じて、一般看護師を行為者とみなしている。

今回の調査結果によると、医師、看護師が「今後看護師が実施可能」と評価した率がともに70%を超えた行為は30に達しており、その点で、今回の調査は、医師と看護師の間に、今後の一般看護師の役割に対する期待値が非常に高いことを裏付けるものとなった。

さらに、看護師が実施可能と答えた率は全体として看護師よりも医師の方が高く、勤務負担軽減を期待する意識の一端がうかがわれる調査結果ともなった。

調査結果の報告を受けたWGでは様々な感想・意見が飛び交った。その中で、「この調査結果は、すでに包括的指示の下できている、これからもできると思っていること(現場の意識)を確認できたと読むこともできる」という声が出た。

構成メンバーである神野正博氏(社会医療法人財団董仙会理事長・全日病副会長)も、「実施率が10%以下の行為こそ検討されるべきではないか。10%以上はすべて解禁してもよいと思ってしまうくらいよくやられている」と、厚労省の通知よりも先に進んでいる看護現場の全体状況を評価した。

構成メンバーの1人で同調査を実施した前原主任研究員(防衛医大教授)は、WG終了後、取材陣に「実施率が7割以上の行為は通知で対応することも可能ではないか。あるいは、現在の実施率が低くても、今後実施可能とする回答が医師、看護師とも高い行為については実習や研修でカバーすることが可能ではないか」と私見を披露、今後、WGの検討項目に加えるべきであるという認識を表明した。

WGは、特定看護師が実施できる特定医行為の線引きとともに、一般看護師が実施できる行為の拡大と底上げも検討する予定になっている。

今回の調査結果によると、今後看護師が実施可能とした回答の率が高い行為のほとんどで、特定看護師よりも一般看護師の方を行為主体としてみている。これは、特定看護師という二重、三重の資格者をつくるよりも、看護師一般の底上げを図る方が現実的であることを示している。

ただし、その場合に、看護師の研修教育をどうするか、責任の所在をどうするかという問題が残る。そうした点を踏まえ、今後、WGがどのような議論を展開していくか注目される。

### □回答率が7割を超えた行為(調査結果から)

(編集部注) この表は、調査結果から、回答者の割合が70%に達している行為のみを抽出し、当該枠にのみ回答率を記入するかたちで、編集部が独自に作成した。

医療処置項目	現在看護師が実施		今後看護師が実施可能	
	医師の回答	看護師の回答	医師の回答	看護師の回答
動脈ラインからの採血			93.8%	81.9%
動脈ラインの抜去・圧迫止血			87.7	72.9
12誘導心電図検査の実施の決定			75.7	76.0
12誘導心電図検査の実施			95.3	93.6
感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施の決定			71.0	
感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施			89.3	81.8
微生物学検査の実施:スワブ法			84.3	
酸素投与の開始、中止、投与量の調整の判断			76.9	83.6
挿管チューブの位置調節(深さの調整)			76.7	
浣腸の実施の決定			83.8	87.9
創部洗浄・消毒			90.7	89.0
導尿・留置カテーテルの挿入及び抜去の決定			71.4	83.4
導尿・留置カテーテルの挿入の実施	70.2%	86.5%	92.0	93.4
経管栄養用の胃管の挿入、入れ替え			71.2	
安静度・活動や清潔の範囲の決定			75.6	77.4
隔離の開始と解除の判断			71.7	
拘束の開始と解除の判断			81.7	83.9
手術時の臓器や手術器械の把持及び保持(気管切開等の小手術助手)			74.9	
低血糖時のブドウ糖投与		81.2	94.2	94.9
末梢血管静脈ルートの確保と輸液剤の投与		77.1	92.6	93.1
心肺停止患者への気道確保、マスク換気			84.4	86.5
心肺停止患者への電氣的除細動実施			81.0	70.4
予防接種の実施			87.2	75.9
大腸がん検診:便潜血オウダ(一次スクリーニング)			71.8	
下剤(坐薬も含む)の選択・使用			77.9	85.1
胃薬:制酸剤の選択・使用				73.7
胃薬:胃粘膜保護剤の選択・使用				73.9
整腸剤の選択・使用			71.2	79.0
制吐剤の選択・使用				78.3
止痢剤の選択・使用				77.9
鎮痛剤の選択・使用				77.5
解熱剤の選択・使用				77.8
外用薬の選択・使用			75.0	82.3
創傷被覆材(ドレッシング材)の選択・使用		73.4	80.4	90.7
ネブライザーの開始、使用薬液の選択			70.2	74.0
自己血糖測定開始の決定				75.0
訪問看護の必要性の判断、依頼			86.2	93.8
日々の病状、経過の補足説明(時間をかけた説明)			83.0	81.9
リハビリテーション(嚥下、呼吸、運動機能アップ等)の必要性の判断、依頼			78.1	84.6
理学療法士・健康運動指導士への運動指導依頼			76.5	74.7
患者・家族・医療従事者教育		78.8	85.0	92.1
栄養士への食事指導依頼(既存の指示内容で)			86.0	86.8
他の介護サービスの実施可・不可の判断(リハビリ、血圧・体温など)			75.7	86.3
家族療法・カウンセリングの依頼			83.8	81.5
認知・行動療法の依頼				70.1

### □看護師が現在行っている業務の中で他職種による実施が適当と考えられる業務

	現在		今後
	看護師のみが実施	他職種と分担して実施	他職種による実施が適当
注射薬のミキシング	23.4%	76.6%	72.7%
持参薬整理や内服薬の分包などの管理	29.6%	70.4%	79.0%
採血	43.0%	57.0%	51.4%
配置薬(救急カート内の薬品を含む)点検と補充	42.4%	57.6%	66.6%
検査やリハビリ等の送迎	22.6%	77.4%	69.0%
身体計測	64.0%	36.0%	51.5%
看護記録等の入力	91.4%	8.6%	9.0%
カルテ等の書類整理	24.4%	75.6%	74.3%
案内(病棟オリエンテーションや病院内等)	47.0%	53.0%	69.2%
説明(検査や処置に関する事前説明等)	57.3%	42.7%	40.7%
配膳・下膳	22.7%	77.3%	68.6%

\*「現在」は「看護師のみが実施」「他職種と分担して実施」のいずれかを選択した数、「今後」は「他職種による実施が適当」を選択した数である。

人であった。回答者に占める急性期と慢性期の割合は、医師については57.0%対43.0%と急性期が多かったが、看護師は48.3%対51.7%と慢性期が上回った。

### 「看護業務実態調査結果概要」から

特定機能病院、特定機能病院以外の病院、診療所、訪問看護ステーションの計3,274施設および専門看護師・認定看護師1,578

人の48,030人(推計)に調査票を配布。回答数は984施設8,104人で回答率は推計16.9%。内訳は医師が2,420人、看護師が5,684

全日病厚生会 病院総合補償制度に

# 「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報が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)

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

●ご加入のお申込み、お問合せは…

## (株)全日病福祉センター

# 国を相手に損害賠償請求の訴訟

## 兵庫県民間病院協会と4会員病院。消費税で初の裁判

兵庫県民間病院協会(吉田耕造会長)に加盟する4病院は、社会保険診療に対する消費税課税を免除している現行消費税法によって、病院等が「本来負担すべき必要のない仕入れ段階の消費税を負担させられている」として、国にそれぞれ1,000万円の賠償金支払を求め、9月28日、神戸地方裁判所に提訴した。消費税法について違法性を問う、わが国初の裁判である。

各病院の開設者である、医療法人栄昌会(兵庫県神戸市・吉田耕造理事長)、医療法人中央会(兵庫県尼崎市・吉田静雄理事長)、医療法人康雄会(兵庫県神戸市・西昂理事長)、医療法人伯鳳会(兵庫県赤穂市・古城資久理事長)の4法人が原告となり、4病院が役員を務める兵庫県民間病院協会が、原告補助参考人として訴訟に参加した。

兵庫県民間病院協会は、今年5月の定期総会で、消費税増税について病院団体として訴訟を起こす方針を決議している。同協会は、損害賠償そのもの

が目的ではなく、10%アップが詮議される中、不合理・不公正を明らかにして制度の改正を実現することが訴訟の真意であると話している。

### 訴状から(「請求の原因」要旨)

○消費税法における仕入税額控除の意義  
消費税法の下で、事業者は、売上税額から仕入税額等の各種控除を行なった残額を国に納付する。各事業者は売上税額から仕入税額控除を行なうことができ、仕入税額控除でマイナスが出る場合は還付が受けられる。かかる仕入税額控除は、取り引きの各段階で税額が累積されることなく最終消費者へ税額を転嫁するために極めて重要な役割を果たしており、消費税法の基本的制度となっている。

消費税法は社会保険診療については消費税を非課税としている。しかし、消費税法の上で非課税と規定することは売上税額が発生しないことになるた

め、当該取引について仕入税額控除ができない取引となることを意味する。

### ○社会保険診療に関する取引の特殊性(診療報酬の公定)

非課税取引を行なう事業者は、仕入税額相当分を取引価格に転嫁する選択をすることで、仕入税額相当分の負担を避けることが可能であるが、病院等は、診療報酬等が国により公定されているため、その報酬において仕入税額相当分の負担を避けることができない。つまり、他の事業者にはみられない著しい不利益が課せられ放置されている。

### ○消費税法が病院等に特別の負担を課していることは憲法上許されない

上記のごとく、病院等は特別の負担を解消するための合理的な手当てもなされず\*、合理的な理由もなく、他事業者に比べ不利益な状況に置かれている。かかる消費税法の仕組みは憲法の平等原則に違反する。\*被告である国

は診療報酬改定による手当てをしていたと主張しているが、これが根拠のないことは本訴訟において今後明らかにする。また、多くの病院等は消費税法に従った納税を強制された結果経営が圧迫され、その職業遂行の自由が不当に侵害されている。この「特別の負担」は公共の福祉を超えた負担であり、財産権が不当に侵害されている。憲法84条によると、新たな税を課するためには、法律または法の定める条件による必要があるとされている。政府は、特別の負担を解消するために診療報酬の改定をしてきたと主張してきたが、税の公平を担保するために必要な改定の算出根拠・改定時期は法律に規定されていない。診療報酬の実際の改定内容も合理的な根拠によってなされたものとは到底いい難い。

- 国家賠償法1条1項に基づく損害賠償請求(略)
- 不当利得返還請求(略)
- 損失補償(略)

# 新薬加算口実の値上交渉は根拠なし！

## 医薬品の2010年度納入価格交渉で四病協が再確認の文書

2010年度薬価制度改革において新薬創出・適応外薬解消等促進加算が試行導入されたが、同加算の条件の1つに、当該新薬の薬価基準価格と実勢価格とに平均乖離率以上の差が生じないこととあることを盾に、メーカーと卸会社が2010年度納入価格交渉で値上げを迫っているという話が、未だに絶えない。

この問題は、今年6月23日の中医協総会で、診療側西澤寛俊委員(全日病会長)が取り上げ、厚労省から、「新薬創出加算と価格交渉は関係ない」とメーカー卸の大義名分を否定する発言を引き出している。

さらに、7月14日の中医協総会で、医療課薬剤管理官は、「厚生労働省として、誤解を招くことがないよう日本製薬工業協会に改善を求めた。その結果、そのような指摘を受けることのないよう、新薬創出加算について医療機関に周知

を図る活動は自粛するよう会員企業に求めたとの回答があった」という報告を行なっている。

しかし、8月の四病協総合部会では、

「そうした動きは依然としてある」という報告が続くとともに、「病院の側にも、新薬創出加算をめぐる事実関係を理解できていないという実態があるのでは

ないか」という指摘が出た。

その結果、傘下会員病院に文書で事情を説明することで衆議一致、四病協は、9月24日付で次の書面を送付した。

### □四病協の会員病院向け文書「新薬創出等促進加算と医薬品の納入価格交渉について」(9月24日)

平成22年度の薬価制度改革におきまして、新薬創出・適応外薬解消等促進加算が試行的に導入されましたが、本加算創設により医薬品の納入価格交渉に影響が生じております。

新薬創出等加算は薬価収載後15年以内かつ後発医薬品が収載されていない新薬で、薬価との乖離が平均を超えない等の要件を満たした624品目に適用され、薬価に一定の加算がなされました。

薬価改定後、医療現場から、医薬品の納入交渉の際に、卸より「新薬創出等加算が創設されたことに伴い、医薬品の値引き縮小、あるいは価格を引き上げる」と言われているとの指摘があり、中医協において診療側

より問題提起したところ、厚生労働省から「新薬創出等加算はあくまで薬価算定方式であって、価格交渉に直接的な影響を与えるものではない」「誤解を生まないように改善するなど対応を求めるとの回答がありました。

私どもは、今後も価格を意図的に維持することによって新薬創出・適応外薬解消等促進加算を適用させる動きが散見される場合には、試行の見直しなど行政に対し、さらなる対応を求めて参ります。

また、各医療機関におかれましては、この加算は納入価格交渉に影響を与えるものではないことを、再度確認されますことをお願いいたします。

## 四病協 「犯罪捜査のプロ起用」を検討した厚労省に抗議の声明

四病院団体協議会(四病協)は9月24日に「保険医療指導監査に係る厚生労働省の考え方について」と題する声明を発表、厚労省が実施した政策コンテストで、「犯罪捜査の手法を導入する」という医療指導管理官の手になる案が最終選考に残った事態を批判するとともに、強

く抗議した。問題のできごとは、長妻昭前厚生労働大臣の提案で実施された、全省職員を対象とする政策コンテスト(7月22日)で起きた。

医療関係で2次選考に残った政策アイデア2件のうちの1つが、指導監査担当

者に警察庁・警視庁(捜査2課)からの出向を要請、もって「医療指導監査部門の充実強化を図る」という内容であった。

このことを報道で知った四病協の各団体は、指導監査を犯罪捜査とみまがう担当官の考え方に驚くとともに、そ

うした発想を前向きに評価して最終選考に残した関係部局の体質に強い疑問を向けた。その結果、抗議の意思を表わすだけでなく、旧態依然の体質改善を求める必要があるとの認識で一致、今回の声明となったもの。

### □四病協声明「保険医療指導監査に係る厚生労働省の考え方について」

平成22年7月22日、厚生労働省は全職員を対象に実施した「政策コンテスト」の結果を発表した。応募81件のうち、7件が二次選考の対象となった。

このうち、保険局医療指導管理官による「保険医療指導監査部門の充実強化」の提案は表彰外となったが、その内容は、犯罪を前提に刑事(犯罪捜査)の考え方や手法を導入するというものであり、法の趣旨を逸脱し、かつ、保険医及び保険医療機関を容疑者扱いし愚弄するものである。

このような内容の提案を二次選考の対象とした厚生労働省の考え方は問題であり、極めて遺憾であるとともに、医療機関及び医療従事者の医療に対する真摯な意欲を損なうものであることから、厚生労働省の基本的考え方の是正を要求する。

また、医療指導監査官は指導監査のプロであるべきで、犯罪捜査、取り調べのプロである必要はない。指導監査の経過で犯罪が疑われれば、その段階で刑事捜査をするべきである。これに関しては当然のことであり、反対するものではない。

なお、同提案における警察官の導入の理由として、監査拒否、告発が効果ないことへの対応と、厚生労働省の組織の活性化と職員の資質の向上を図ることを挙げているが、本末転倒の論理の展開である。

保険医療指導監査と犯罪捜査を同一視する考え方は是正を要求するとともに、強く抗議する。

平成22年9月24日  
四病院団体協議会

## 日病協 院内感染に対する警察の介入に抗議

多剤耐性アシネトバクターによる院内感染が発生した帝京大学付属病院に対して、警視庁が業務上過失致死の疑いがあるとして任意の事情聴取を開始した件で、日本病院団体協議会(日病協)は9月17日に声明を発表、医療に対する「警察権力の介入に断固反対する」と強く抗議した。