



# 全日病 ニュース 2/15

## 21世紀の医療を考える全日病 2006

発行所/社団法人全日本病院協会  
発行人/佐々英彦  
〒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.634 2006/2/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

# 連携積み上げを否定する紹介率の廃止

### 06年度診療報酬改定 マイナス下、国公立等大規模病院に配慮した配点

中医協は2月15日の総会で2006年度診療報酬改定の答申をまとめ、川崎厚生労働大臣に提出した。療養病棟のみ7月1日施行となった。(6面に改定内容を掲載) 1.5%(医科)と過去最大の引下幅とはいえ、配点・改正の内容は、とくに中小病院に対する影響が顕著で、病床削減・再編のターゲットを浮き彫りとする改定となった。

また、紹介率にかかわる各種加算の廃止は、連携を積み上げてきた急性期病院の実績を無視する一面があり、療養病床の減床強行とともに地域医療に対する理念が問われるところだ。

詳細は、今後出る告示・通知等を待たなければならないが、地域医療を支えてきた民間病院は、改定率以上に、政府・厚労省が打ち出す政策に、健康長寿社会における地域医療の役割を評価・期待するメッセージが乏しいことに失望している。

人員確保、設備投資そして質・安全を高める上で、中小民間病院には余りにも不利な環境がおとすれている。医療給付費削減策にそった改定は、日常医療と在宅療養を支える医療基盤の弱体化をも辞さない政府の決意を示すものとなった。

## 地域医療に対する理念・メッセージが欠如

病床削減の対象となった療養病棟は医療区分の配点が答申直前で1タイプ増えたものの、最大のケースで1,138点から764点へと37%引き下げの点数が適用される。

医療区分2の低い方(ADL1)で1,220点と現行入院基本料1(1,209点)を上回る医療区分2・3の患者が入院する病棟でないといふ現在の収入を割り込む。医療区分1の多い病棟には、文字どおり転換を宣告する配点が行なわれた。

しかし、医療区分2と3のシェアは47~48%。したがって、病床を半分にしなないとやっていけない計算になる。しかも、医療区分2と3の患者の割合によっては「看護4対1・看護補助4対1」の体制を求められる。

新たな療養病棟入院基本料は7月1日に施行され、その間は、入院基本料1が1,187点(-22点)、同2が1,117点(-21点)と、1.8%強下げられた点数を算定する。短い期間に各病院は大きな決断を迫られるが、その影響が患者にどうでるか、関係者は心配している。

療養病棟入院基本料には、特殊疾患療養病棟・同入院医療管理料も併合される。答申日に麦谷医療課長は「難病や障害患者は、できるだけ2か3になるよう配慮したい」と述べ、患者分類表の修正を図る考えを示唆した。

一般病棟の入院基本料は1.4対1以上看護(1,555点)が新設された。2対1看護は1,269点と60点の増加。しかし、夜勤看護加算や急性期(特定)入院加算の廃止などを勘案すると、評価は微妙だ。

2.5対1(現行1,107点)は新たな2.6対1(1,092点)に対応する。予想よりも下げ幅は小さいとみる向きもあるが、現行割れに近いというのが現場の実感。

紹介率の不採用によって、初診の紹介患者加算も廃止された。その一方、特定機能病院と地域支援病院には減収を補う配慮が加えられ、一般の急性期病院も、救急や小児などの増点でリカバーは可能とされた。

しかし、リカバーを額面どおり受け止める向きは少ない。総じて、急性期入院は、特定機能病院や地域支援病院、さらには国公立など、大規模病院に有利な配点傾向がうかがわれる。

一方、DPCについては、包括収入が3.16%下がるような調整係数が設定される。もっとも、各種の見直しで、実質現状に近い水準確保が可能と予想する声が多い。

病院初診料は診療所と並んだが、紹介患者加算が廃止となった。再診料は1点減。

外来診療料は2点減でヘモグロビンA1cが包括から外れた。同一日複数科受診は2つ目の診療科に限り50%の算定が認められた。



▲2006年度改定を答申した中医協総会

大きく変わったのはリハビリテーション。理学・作業・言語聴覚という療法別をやめ、脳血管疾患など4群の疾患別へと算定が変わり、あらたに疾患ごとに日数上限が設けられた。また、集団リハが廃止された。急性期リハの条件とスタッフごとの実施単位上限も緩和された。

回復期リハ病棟は一律180日の算定上限を、やはり、4群の疾患別に設け直した。(I)と(II)の点数差が大きいが、要件は不明。訓練室の面積要件緩和は歓迎されるどころだ。

大きな変化のもう1つは「在宅療養支援診療所」制度。在診が有効に機能しない反省から採られた措置だが、200床未満病院には、在宅時医学総合管理料2と在宅ターミナルケア加算2の算定が認められた。

入院時食事は1日ベースの給付費は変わらないものの、実食分の算定となった。患者の標準負担額も現行水準のまま、実食ベースとなる見込みだ。

その他、電子化加算、医療安全対策加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算が新設されたが、ハードルが高すぎて多くの病院には現実性が乏しい。

# 医療給付費のマクロ管理体制法制化へ

### 医療制度構造改革法案 国会に提出 高齢者医療、保険者再編、給付範囲縮小、医療計画制度等が決定

厚生労働省は、医療給付費の伸び抑制を主眼とした医療制度構造改革案を法案にまとめ政府に付託。小泉内閣は2月10日、法案を第164回国会に提出した。

法案は「健康保険法等の一部を改正する法律案」と「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」からなる。

健保法等一部改正法案は、①医療費適正化施策の推進、②高齢者医療制度の創設、③保険者の再編・統合等を柱とし、医療法等改正法案は、①医療機関による情報提供の推進、②地域医療連携の推進と新医療計画制度の枠組み、③医療法人制度の改革が主な改正点。

医療費適正化の方策は、「高齢者医療確保法」(現行老健法)と医療計画制度を軸に、関連各法・各条項に盛り込まれ、2011年度まで6年かけて施行される。

法改正が成立すると、わが国初の、医療給付費をマクロ(中長期)的に管理する制度が実現する。(2面に健保法等改正要綱、3面に医療法等改正要綱、8面に健保法改正記事)

## 社会医療法人債を認める。本則に発行条件

改正医療法は医療計画の規定を「医療提供体制の確保」(第5章)として独立・再構成させ、地域医療計画の新たな仕組みに関する規定を一新させるとともに、国の役割との有機的な繋がりを法的に確保、医療提供体制をソフト

の面からも誘導できるシステムをビルトインした。

とくに、公的病院に関しては、病床過剰圏における遊休ベッドの削減措置を管理者に命じる権限、あるいは「救急医療等確保事業」実施を命じる権限

がそれぞれ都道府県知事に付与される。

医療計画に記載される事項には、省令で定める疾病以外に、救急、災害、へき地、周産期、小児(救急)の「救急医療等確保事業」および都道府県が必要と認める医療が書き込まれた。これらは医療連携体制の対象となり、各医療機関には協力する努力義務が課せられる。

医療法人については、「地域における医療の重要な担い手」(第40条の2)と位置づけ、その開設対象に、地方自治法の指定管理者にもとづく施設を加えた。

## 「介護療養型廃止に反対」四病協と日医が見

四病協と日本医師会は2月7日、介護療養型医療施設廃止に反対する意見書を共同で発表、厚労省にある2つの記者クラブでそれぞれ会見に応じた。

四病協からは当協会佐々会長、西澤

非営利性理念を強める改正として、医療法人解散時残余財産の帰属先が特定された。厚労省は、医療法は元々配当を禁じている。曖昧であった残余財産の配当まがいの処分が禁じられることによって、新たな医療法人は「出資額限度法人」の類型となる。

施行日(2007年4月1日)に存し、かつ、定款・寄付行為が改正法当該条文と異なっている医療法人には、当面、現行どおりとする経過措置が適用される。

剰余金使途の明確化や「出資」から「拠出」への概念整理は、法改正後に省令・通知等で具体化される予定だ。

今改正によって、公益性を高めた社会医療法人が新たな医療法人類型として位置づけられ、公募債(社債)の発行が認められる。



副会長ほか、日医からは寺岡副会長ほかが出席した。

は入局希望が皮膚科、精神科、眼科、耳鼻科、麻酔科等に集中し、外科、内科には集まっていないということだ。2年間ローテーションして外科、内科が大変だと思ったためらしい。

今度の診療報酬改定は医療機関にとって厳しいものになるが、「新臨床研修医制度」は小児科、救急医療だけでなく、さらに、日本の医療の需給バランスにとって厳しいものになりそうである。(誠)

## 清話抄

色々な物議をかもしながらも、2004年度に「新臨床研修医制度」はスタートした。当院に研修医はいないが、大病院勤務の医師から聞く様子では、各科3ヶ月ごとのローテーションで、指導する方もされる方も勝手がわからず戸惑っているようだ。

2年目になると「地域医療」という

単位があり、私の所属する医師会でも2005年春から毎月、研修医を3~4人づつ受け入れており、2週間にわたって、医師会活動や地域医療を担う診療所等を見学している。

研修内容はほぼ決まっているものの、日程調整のための打ち合わせが大変で、特に医師会の担当理事は毎月大変な思いをしている。だが、研修する側は結構楽しんで2週間を過ごしているようだ。

# 主張

## 正しい目的に向かって、共通目標を設定し、適切な方法で進もう

医療制度改革の推進は時代の要請であり、病院団体および医療機関は率先して取り組まなければならない事項である。全日病では、あり方委員会をはじめとする各委員会が活発な活動を継続している。

規制改革、効率化、費用対効果の最大化等も取り組むべき重要事項である。しかし、政府やマスコミの言動を見るに、掛け声とその実態の整合性には疑問がある。いまこそ、何が正しく、何が正しくないのか、再検討が必要である事を声を大にして主張したい。

その1例として「医療費抑制は必要か」を検討したい。高齢社会かつ低成長の下で、「医療費の持続的上昇は看過できない」「医療費を抑制すべし」という論が多い。

しかし、寡聞にして、その根拠を明確に説明したものを知らない。その中で、医療費とは国民医療費、とくに政府が負担する部分を指している場合が多い。

高齢社会とは老人比率が高い社会のことであり、当然、罹患率は高くなる。しかも、国民・患者の要求水準は高まっている。さらに、医学・医療・

科学技術の急速な進歩により、従来適応ではなかった状態の患者の診療が可能になり、結果として、医療費が上昇している。

明確にすべきことは、立て前や理想ではなく、実際に国民が求める医療は、何を、誰に、どの程度行う事なのかである。国民が望む医療の質を担保するために、投入すべき医療資源、すなわち、金・時間・人材・ものが決まる。

問題にすべきは負担の分配である。つまり、税金・保険料あるいは自己負担分の割合である。水と安全と同

様に医療の質向上もただではないことを、国民に理解していただかなければならない。

質を高めるにはそれ相応の経営資源が必要であり、診療報酬を下げても質を上げることは無理難題であると言わざるを得ない。同時に、病院団体および医療機関が質向上と効率化に努めていることを国民に示さなければならぬ。

医療の質向上委員会の役割がここにあると考え、活動を継続している。会員諸兄弟の積極的な参画とご支援をいただきたい。(I)

# 介護療養型2011年度末廃止を法に明記

健保法等の一部改正 老健法を高齢者医療法に衣替え。医療費適正化を組み込む

「健康保険法等の一部を改正する法律案」要綱(要旨) 2月10日国会提出 \*1面および8面記事を参照

### ■健康保険法の一部改正(2006年10月施行関係)

#### ●保険給付に関する事項

##### (1)入院時生活療養費等に関する事項

①療養病床に入院する70歳以上の者(以下「特定長期入院被保険者」)の生活療養に要した費用について、保険給付として入院時生活療養費を支給する。

②特定療養費を廃止し、保険給付として保険外併用療養費を支給する。

保険外併用療養費は、評価療養(厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養として厚生労働大臣が定めるものをいう)又は選定療養を受けたときに支給する。

##### (2)一部負担金に関する事項

一定以上の報酬を有する70歳以上の一部負担金を3割とする。70歳以上被扶養者の自己負担割合も同様の取扱いとする。

#### ●保険医療機関等の指定等に関する事項

・保険医療機関指定取消し等の要件に、開設者又は管理者が、健保法その他保健医療関連法により罰金刑又は禁錮以上刑に処せられたとき等を追加する。

・保険医登録取消し等の要件に、保険医が、健康保険法その他保健医療関連法律により罰金刑又は禁錮以上刑に処せられたとき等を追加する。

#### ■健康保険法の一部改正(2007年4月施行関係)

(標準報酬月額等の改正、現金支給の改正等) 省略

#### ■健康保険法の一部改正(2008年4月施行関係)

##### ●被保険者に関する事項

健康保険の被保険者及び被扶養者から後期高齢者医療の被保険者を除く。

#### ●保険給付に関する事項

入院時生活療養費を支給する特定長期入院被保険者を65歳以上とする。

#### ●一部負担金に関する事項

・70歳以上の被保険者(一定以上報酬を有する者を除く)の一部負担金を2割とする。70歳以上の被扶養者の自己負担も同様とする。

・6歳に達する日以後の最初の3月31日以前の被扶養者の自己負担を2割とする。

●一部負担金と介護保険の利用者負担の合計額が著しく高額であるときは、高額介護合算療養費を支給する。

#### ■健康保険法の一部改正(2008年10月施行関係)

(現行行政管健保の改革案) 省略

#### ■老人保健法の一部改正(2006年10月施行関係)

・保険給付に関して健康保険法と同様の改正を行う。

・老人が医療を受ける際の一部負担金について一定以上所得者の負担割合を3割とする。

#### ■老人保健法の一部改正(2008年4月施行関係)

●題名を「高齢者の医療の確保に関する法律」に改める。

#### ●目的

この法律は、高齢期医療の確保を図るため、医療費適正化計画の作成及び保険者による健康診査等の実施措置を講じるとともに、前期高齢者に係る保険者間費用負担の調整、後期高齢者に対する医療給付等を行うための必要な制度を設けることを目的とする。

#### ●医療費適正化の推進

#### (1)医療費適正化計画等

・厚生労働大臣は医療に要する費用の適正化を総合的・計画的に推進するため医療費適正化基本方針を定めるとともに、5年ごとに、5年を1期として全国医療費適正化計画を定める。

・医療費適正化基本方針において、都道府県医療費適正化計画で定める目標の参酌標準他指針となるべき基本的事項等を定める。

・医療費適正化基本方針は、医療法、介護保険法、健康増進法の各基本方針と調和が保たなければならない。

・都道府県は、医療費適正化基本方針に即して、5年ごとに、5年を1期として都道府県医療費適正化計画を定める。

・都道府県及び厚生労働大臣は、都道府県計画又は全国計画の作成年度の翌々年度に、計画の進捗状況を評価し、その結果を公表する。

・都道府県は、都道府県計画の期間終了の翌年度に調査及び分析を行い、計画の実績に関する評価を行い、厚生労働大臣に報告するとともに公表する。

・厚生労働大臣は、全国計画の期間終了の翌年度に調査及び分析を行って実績評価を行うとともに、各都道府県計画の実績評価を行い、公表する。

・都道府県は目標の達成のために必要があるときは、診療報酬に関する意見を厚生労働大臣に提出することができ、厚生労働大臣は、都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるように努めなければならない。

・厚生労働大臣は、医療費適正化推進のために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、他都道府県と異なる定めをするこ

とができる。

#### (2)特定健康診査等基本指針等

##### ①特定健康診査等基本指針

厚生労働大臣は、特定健康診査(糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査)及び特定保健指導(特定健康診査の結果により健康保持に努める必要がある者に対する保健指導)の実施を図る「特定健康診査等基本指針」を定める。

##### ②特定健康診査等実施計画

保険者は、特定健康診査等基本指針に即して、5年ごとに、5年を1期として「特定健康診査等実施計画」を定める。

#### ●後期高齢者医療制度

##### (1)広域連合

市町村は、後期高齢者医療の事務を処理するため、都道府県の区域ごとに当該区域内のすべての市町村が加入する「後期高齢者医療広域連合」を2006年度末までに設ける。

##### (2)被保険者

後期高齢者医療の被保険者は、①後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有する75歳以上、②広域連合内に住所を有する65歳以上75歳未満で政令で定める障害認定を受けたもの。

##### (3)給付

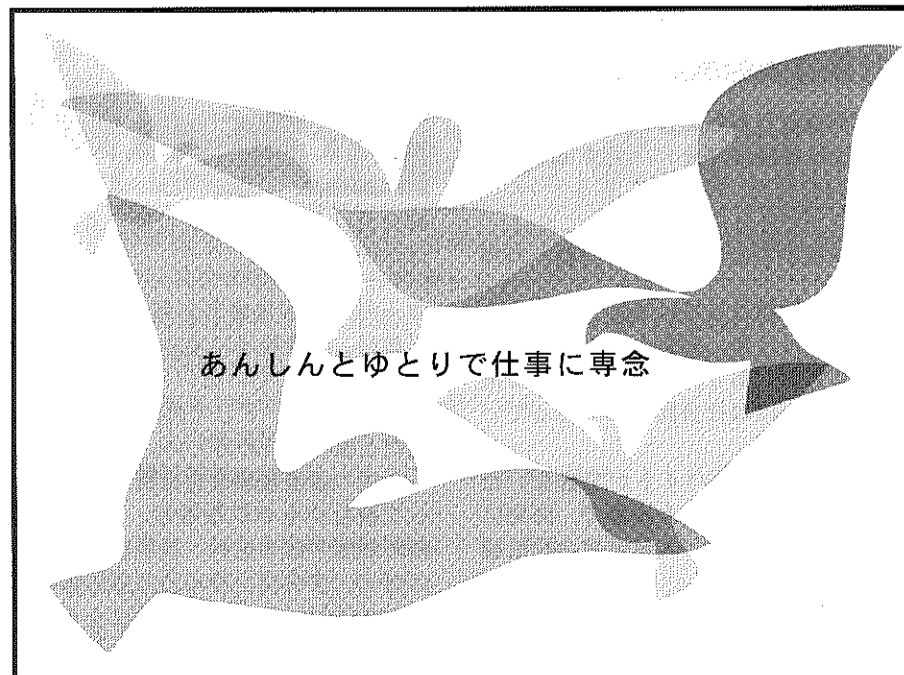
・後期高齢者医療広域連合は、療養の給付、入院時食事療養費の支給及び入院時生活療養費の支給等を行う。

・一部負担金は1割とする(一定以上所得者は3割)。

・療養給付の取扱い、担当基準並びに費用の算定基準は、厚生労働大臣が中医学協の意見を聴いて定める。

##### (4)その他

(3面下段に続く)



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)
- 医療施設内包括機械保険
- 居宅介護事業者賠償責任保険
- 現金運送・盗難保険
- 医療廃棄物排出者責任保険

#### ●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

# 医療法人の地域医療役割責務を規定

## 第5次医療法改正等 過剰圏公的病院の病床削減命令権限を都道府県に付与

「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」要綱(要旨) 2月10日国会提出 \*1面記事を参照

### ■医療法の一部改正

#### ●医療提供の理念と医療施設の責務

・医療提供の理念に受療者意向の尊重と医療機能に応じて他サービスと有機的連携を図ることを追加。

・病院と診療所の管理者は退院患者が引き続き療養を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービス提供者と連携を図り、療養継続に配慮しなければならない旨を規定。

#### ●国・地方公共団体・医療施設の責務

・国と地方公共団体は、受療者が医療機関選択の情報を容易に得られるように必要な措置を講じるよう努める。

・医療施設の開設者と管理者は提供医療の正確・適切な情報を提供するとともに、患者・家族の相談に適切に応じるよう努める。

・病院、診療所、助産所の管理者は省令で定める事項を都道府県知事に報告し、当該病院等で閲覧に供する。都道府県知事は報告の内容を公表する。

#### ●入退院時の書面作成と交付等

・病院と診療所の管理者は、患者の入院時に治療計画等を記載した書面作成、交付、説明が行われるようにする。

・病院と診療所の管理者は、患者の退院時に退院後療養に必要なサービスに関する書面作成、交付、適切な説明が行われるよう努める。

#### ●医業等の広告

・医業等に関して広告できる事項を拡大する。

・違反広告に対する都道府県知事等の立入検査・広告中止命令等の権限を規定。罰則の適用について見直す。

#### ●医療の安全の確保に関する事項

・国、都道府県、保健所設置市及び特別区は医療安全の確保に関し必要な措置を講じるよう努める。

・病院、診療所、助産所の管理者は指針の策定、研修の実施等、医療安全を確保する措置を講じる。

・都道府県、保健所設置市及び特別区は、医療安全支援センターを設置するよう努める。

#### ●病院、診療所及び助産所に関する事項

##### (1) 有床診療所の許可等

・有床診療一般病床の設置又は病床数等の変更は、所在地都道府県知事の許可を受けなければならない。

・有床診療の48時間規定を廃止する。有床診療は入院患者急変時に対応するために、他医療機関と緊密な連携を確保する。

(2) 都道府県知事は、病床過剰地域の公的医療機関等の病床について、正当な理由がなく業務を行っていない病床数の範囲内で病床数削減の許可変更措置を採ることを命じることができる。

(3) 厚生労働大臣より再教育研修を命じられた医師等で、再教育研修修了登

録を受けていないものは病院、診療所等の管理者にはなれない。

(4) 地域医療支援病院の管理者は、居宅等に医療を提供する医療施設等との連携緊密化等、居宅等医療提供の推進に必要な支援を行わなければならない。

(5) 特定機能病院の管理者は、後出医療計画に定める医療連携体制が適切に構築されるよう配慮しなければならない。

(6) 助産所の開設者は、嘱託医及び病院又は診療所を定めおかなければならない。

#### ●医療提供体制の確保に関する事項

##### (1) 基本方針

・厚生労働大臣は、良質・適切・効率的医療提供体制の確保を図る基本方針を定める。

・基本方針は、前出医療提供体制確保のために講じる施策の基本事項とその目標等を定める。

・厚生労働大臣は基本方針を定め又は変更したときは、遅滞なくこれを公表する。

##### (2) 医療計画

・都道府県は、前出基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて、当該都道府県の医療計画を定める。

・医療計画では、省令で定める疾病の治療・予防事業及び救急医療、へき地医療、小児医療等の確保に必要な事業(以下「確保事業」)に関する事項、医療機能情報提供の推進に関する事項等を定める。

・都道府県は、地域関係者による協議を経て、「確保事業」ごとに連携体制が構築されるよう配慮するとともに、患者が退院後も継続的医療が受けられるよう、医療提供施設と居宅等に提供される保健医療サービス等の連携が確保されるよう配慮しなければならない。

・都道府県は、医療計画に必要があるときは、市町村その他官公署、保険者又は医療施設の開設者に対し、医療機能その他必要な情報の提供を求めることができる。

・都道府県は医療計画に達成目標を定め、少なくとも5年ごとに、達成状況等の調査、分析、評価を行い、必要があるときは医療計画を変更する。

・医療施設の開設者と管理者は医療連携体制の構築に必要な協力をするよう努める。

・病院と診療所の管理者は、居宅等に医療を提供又は当該医療提供に必要な支援を行うよう努める。

・国は、都道府県に対し、予算の範囲内で医療計画に基づく事業費用の一部を補助することができる。

●医療従事者の確保等に関する施策等

・都道府県は、公的医療機関等の管理

者等との協議の場を設け、救急医療等確保事業に係る医療従事者確保等に必要な施策を定め、これを公表しなければならない。

・公的医療機関等の管理者等は、都道府県による前出協議への参画要請に協力するよう努めなければならない。

・医師他の医療従事者は、都道府県が定めた前出施策の実施に協力するよう努めなければならない。

#### ●公的医療機関

・公的医療機関は、前項の協議で都道府県が定めた施策実施に協力しなければならない。

・厚生労働大臣又は都道府県知事は、公的医療機関の開設者又は管理者に、医療計画に定められた「確保事業」に必要な措置を講じることを命じることができる。

#### ●医療法人に関する事項

(1) 医療法人について、地域医療の重要な担い手としての役割を積極的に果たす等責務規定を設ける。

(2) 医療法人の業務として有料老人ホームの設置等を追加する。

##### (3) 社会医療法人

・医療法人のうち、救急医療等「確保事業」業務を行っている等の要件に該当するとして都道府県知事の認定を受けた社会医療法人は、その収益を当該法人が開設する病院、診療所又は老健施設の経営に充てることを目的に「収益業務」を行うことができる。

・都道府県知事は、社会医療法人の認定に当たって、都道府県医療審議会の意見を聴かななければならない。

(4) 医療法人が定款・寄附行為に残余財産帰属先規定を設ける場合は、その者は、国・地方公共団体・医療法人その他の医療提供者で省令で定めるものから選定されるようにしなければならない。

(5) 医療法人の管理

・役員任期と監事職務について規定を設ける。

・社団医療法人の社員総会について規定を設ける。

・財団医療法人の評議員会について規定を設ける。

・医療法人の事業報告書等及び監査報告書について規定を設ける。

・医療法人、社会医療法人、都道府県知事の夫々に事業報告書等の閲覧規定を設ける。

(6) 社会医療法人債

・社会医療法人に、債券発行と募集等に関する規定を設ける。

・社会医療法人債は、担保付社債信託法で定める社債とみなす。

・社会医療法人の認定取消し及び収益業務停止に関する要件等を定める。

#### ■医師法の一部改正

・医師の処分類型として「戒告」を設

け、医業停止期間の上限を3年とする。

・免許取消処分を受けた医師は5年を経過しない場合には再免許を与えない。

・厚生労働大臣は、処分を受けた医師等に「再教育研修」を受けよう命じることができる。

・厚生労働大臣は、処分を受けた医師の氏名等を公表する。

#### ■歯科医師法の一部改正

・保健師又は助産師になろうとする者は当該国家試験に加え、看護師国家試験にも合格しなければならない。

・保健師、助産師、看護師又は准看護師でない者は、当該各名称又はこれらに紛らわしい名称を使用してはならない。

#### ■薬事法の一部改正

・薬局の管理者は省令で定める事項を都道府県知事に報告し、閲覧に供する。

#### ■外国医師が行う臨床修練に係る医師法17条の特例等に関する法律の一部改正

・厚生労働大臣の許可を受けて臨床修練を行うことができる者として、新たに外国で助産師、看護師、歯科衛生士、診療放射線技師、歯科技工士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、言語聴覚士又は救急救命士に相当する資格を有する者を追加する。

#### 【施行期日等】

2007年4月1日から施行する。個別の施行日と経過措置に関する施行は以下のとおり。

●医療法一部改正の「有床診療所の許可等」 2007年1月1日

●医師法、保健師助産師看護師法、薬剤師法各改正事項の各一部 2008年4月1日

#### ●経過措置等

施行日前に設立された医療法人等で、施行日に、定款または寄附行為に残余財産の帰属すべき者に関する規定を設けていないもの、または残余財産の帰属すべき者として、前出「医療法人に関する事項」の(4)の「国・地方公共団体・医療法人その他の医療提供者で省令で定めるもの」以外を規定しているものは、当分の間(当該医療法人が、施行日以後に、残余財産の帰属すべき者としてこれらの者を定めるという変更をした場合は当該変更が認可を受け

るまでの間)、「医療法人に関する事項」の(4)の規定は適用しない。(改正法附則第10条第2項)

・中央協議会が、診療報酬等に係る答申又は建議を行う場合には、あらかじめ公益を代表する委員が検証を行い、その結果を公表する。

●介護保険法の一部改正(2008年4月施行関係)

・厚生労働大臣は、介護保険法に規定する基本指針を定めるに当たって、高齢者の医療の確保に関する法律附則に規定する病床転換が円滑に行われるよう介護保険施設等の入所定員の増加について適切に配慮する。

・介護療養型医療施設を2012年3月31日をもって廃止する。

(2面より続く)

都道府県は政令で定める日までの間、病床転換助成事業を行う。

#### ■国民健康保険法の一部改正(2008年4月施行関係)

##### ●被保険者に関する事項

高齢者の医療の確保に関する法律による被保険者は国民健康保険の被保険者とし

##### ●一部負担金に関すること

6歳に達する日の属する月以後の最初の3月31日以前の被保険者の一部負担金を2割とする。70歳以上の被保険者(一定以上の所得者を除く)は2割とする。

(2) 新たに高額介護合算療養費を支給する。

#### ■社会保険医療協議会法の一部改正(①は2006年10月施行、②は2007年3月施行関係)

##### ①中医協の所掌事務

中央社会保険医療協議会(以下「中央協議会」)の所掌事務に、入院時生活療養費の額の算定基準を追加する等規定の整備を行う。

##### ②中医協の委員構成

・中央協議会及び地方社会保険医療協議会(以下「地方協議会」)の委員について、保険者、被保険者、事業主等を代表する

委員は7名、医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員は7名、公益を代表する委員は6名とする。

・保険者等を代表する委員並びに医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員任命についての各関係団体の推薦規定を廃止する。

・厚生労働大臣は、保険者等を代表する委員任命に当たっては支払者の立場を適切に代表し得ると認められる者の意見に、医師等を代表する委員任命に当たっては地域医療の担い手の立場を適切に代表し得ると認められる者の意見に、それぞれ配

慮する。

・厚生労働大臣は、保険者等を代表する委員任命に当たっては支払者の立場を適切に代表し得ると認められる者の意見に、医師等を代表する委員任命に当たっては地域医療の担い手の立場を適切に代表し得ると認められる者の意見に、それぞれ配

慮する。

・厚生労働大臣は、保険者等を代表する委員任命に当たっては支払者の立場を適切に代表し得ると認められる者の意見に、医師等を代表する委員任命に当たっては地域医療の担い手の立場を適切に代表し得ると認められる者の意見に、それぞれ配

慮する。

・厚生労働大臣は、保険者等を代表する委員任命に当たっては支払者の立場を適切に代表し得ると認められる者の意見に、医師等を代表する委員任命に当たっては地域医療の担い手の立場を適切に代表し得ると認められる者の意見に、それぞれ配

緊急鼎談 ● 「療養病床再編」を検証する

# 医療区分「1」患者への医療提供確保に不安

## 地域医療混乱の可能性も。実態に即した対応を求めたい



西澤 医療制度改革関連法案の要綱が、本日、閣議決定されました。改革法案には、我々が反対してきた、介護療養型医療施設の廃止を含む療養病床再編方針が含まれている。療養病床の再編とは、まさに療養病床の削減にはかならない。しかも、方針が決まる過程には様々な問題が指摘できる。

議論の経過を振り返ってみたい。厚労省の考えが、介護療養型の廃止というかたちで示唆されたのは12月7日の介護給付費分科会だった。

安藤 11月25日の介護給付費分科会で「介護保険施設の将来像」が老健局によって提起され、そこに、「高齢者が慢性期において入院・入所する施設の基本的な機能」として「生活重視」「在宅復帰・在宅生活支援重視」「医学的管理重視」という類型が示されました。

12月7日の分科会では、「『生活重視型の施設』と『在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設』を中心とするべきとの意見があった。」と、11月25日の議論から都合のよいものを整理しています。

西澤 その前段階として、10月19日の厚労省「医療制度構造改革試案」に「高齢者が長期に入院する病床の居住系サービスへの転換を促進する」考えが書き込まれ、12月1日の政府・与党「医療制度改革大綱」にも「病床転換」が盛り込まれた。

猪口 それはしかし、医療保険のベッドを介護保険に移行させるという話だ。現に、「改革大綱」には「国は、都道府県医療費適正化計画の実現に資するよう、診療報酬体系の見直しや病床転換を進めるための医療保険財源を活用した支援措置を講ずる」とある。

西澤 確かにそうだ。医療保険のベッドを有料老人ホームなどに誘導する意図と受け取れた。

猪口 そう。「改革大綱」のテーマは平均在院日数の短縮等による医療費の適正化であり、あくまでも医療制度改革の話だった。

西澤 「構造改革試案」自体も医療保険と医療提供体制、つまり、医療費の話だ。介護保険の話は、厚労省の全体的立場からも、政府与党としても議論されていないし、少なくとも、国民と医療提供側には説明されていない。

猪口 そういう意味で、老健局は、11月25日の介護給付費分科会でツバづけだけして、2週間の間を置いて、「改革大綱」を経た12月7日の分科会に介護療養型医療施設廃止を示唆する方向性を暗示したことになる。

安藤 唯一議論された場が介護給付費分科会であった。それが、11月25日に土俵がつけられたかと思ったら、12月7日には漠然と示唆したのみで、12月13日に介護療養型廃止の方針が初めて明確に示されたと思ったら、即日答申です。

西澤 実は私は、昨年10月の介護報酬改定をめぐる議論最終局面の6月以降、ほとんどの介護給付費分科会を傍聴している。だが、介護療養型のあり方をめぐる議論はほとんどなかった。

ところが、11月25日の提起から3回目の12月13日には「審議報告」がまとめられ、そこに、「一定の期限を定めて、『在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設』や『生活重視型の施設』などへの移行等を図る。」と書きこまれた。正直びっくりした。何故なら、何ひとつ議論されていないからだ。

変更が医療保険部会で1、2回議論されたに過ぎないし、今回の再編にいたってはまったく取り上げられていません。もはや審議会は不要ということかな。では、どこで議論しようというのでしょうか。

西澤 小泉内閣も切迫していたというべきなのだろう。ただ、間違えてほしくない。我々は療養病床の再編そのものに反対しているわけではない。議論を回避して、一方的に決定するという手法に反対しているわけです。どういう現実であるのか、どういう方法が適切であるのか、データにもとづいて検討すれば、もっと別の方法があるだろうと。

そういう意味では、施行にかかわる厚労省施策についても議論の場を求めべきであり、我々自身、積極的な意見や提言をしていくべきである。

安藤 例えば、老健施設における医療機

### 個室・高額負担に向かう施設給付 多床室・低額という選択肢を対置する必要も

猪口 例えば、介護保険施設は特養優先できている。しかも、個室ユニットケア追求で、将来は70%にもっていかうとしている。しかし、高額化をたどる個室特養を利用できる人がどれだけいるかという問題がある。

個室化を進めた結果、入所者が集まらずに苦勞している特養が増えている。年金では無理だからね。しかも、個室特養には、従来より減ったとはいえ税金が投入されている。そうすると、どう考えても、もっと廉価な施設が求められるのは必至なわけ。

安藤 私のところでも、昨年、全室個室ユニットケアの老健施設を東京都内に開設しました。しかし、埋まらないんです。その最大の理由が利用者負担です。

猪口 差額がなければ個室から埋まるは

能の拡大を論じるとか、まだ、議論の余地があるかもしれない。

西澤 全体に漠とした方針であることは否めないから、議論によっては、より現実に即した再編の方法が見出される可能性もある。

猪口 同感。再編するという閣議決定は変えようがない。しかし、療養病床の位置づけや役割を変えるのであれば、もっと効率的で、しかも、地域医療に与える影響が少ないベターな方法があるといった対案を全日病として示すことが必要だ。安藤 それは絶対に必要です。

### 解消されるべき療養病床の矛盾 だが、医療提供側の発言機会は封じられた

猪口 今から思えば、昨年の賀詞交換会で自民党の幹部は「療養病床は何とかなければならない」と発言していた。医療も介護もひっくり返して何とかしようという雰囲気はあった。しかし、重要なことは、国民、患者、医療関係者の目に届くところでの議論が一切ないということだ。

西澤 問題はそこだ。我々自身、療養病床をめぐる医療と介護の機能分担が十分にはなされていないこと、介護保険3施設についても、その機能分担のあり方を検討する必要があることを提起してきている。議論は必要なのだ。しかし、今回のような、性急な、上からの押し付けによって、事態は本当に改善されるのかという点だ。

猪口 その点は、厚労省内部でも、細部をめぐって色々見解の違いがあるようだ。

ただ、介護療養型については老健局も色々検討を重ねてきた。ところが、小泉内閣による医療費適正化方針の下で、医療療養型を介護保険に移行させる方向が短時間にまとまった。介護保険にすると、そのまま来られると保険財政もたない。そこで、介護療養型を全廃する方針を一気呵成にまとめたふしがある。そうすると、介護保険から医療保険に戻る病床も出てくる。いわば、押し戻したということなのだろう。

考えてみれば、介護保険施設としては

特養が重視されてきた。老健施設は20年ほど立つが、介護療養型は新参者だ。その間、参酌標準にしても、04年度からの第2期介護保険事業計画で介護療養型の枠が縮小された。財政面から持て余された存在だという気配は、どの介護療養型も感じ取っている。

西澤 療養病床に介護保険と医療保険が適用されたために、実態はかなり似通ったところがありながら、看板が違うまま見過ごされてきた。国民・患者に分かりにくい面があったことは否めない。医療提供側としても、早期に改革を提起すべきではあった。

我々自身、今のままでよいとは思っていない。議論されるべき方向性は「病院のあり方に関する報告書」でも示している。そうした内部議論を具体的な提言に移せなかったという点では、我々にも反省すべき余地はある。

しかし、議論が始まれば、我々も、そこに建設的な提案をすることはできた。今回の方針決定は、そうした過程が省かれた。療養病床をどう変えるかという問題は、医療提供体制のあり方をめぐる重要なテーマだ。それが、医療提供側の発言機会を封じて行なわれたことはまったく残念でならないし、こうした決定には反対せざるを得ない。

### 介護保険施設は2類型なのか データの掘り下げによっては別案もあり得る

西澤 要介護者の特性とニーズ、医療、在宅復帰、在宅支援といった機能などを勘案したときに、介護保険施設の類型が2つなのか、3つなのか、ひよっとしたら4つなのかもしれない。そういう議論を尽くす中から、介護療養型医療施設をどう位置づけ直し、それに向けてどうすべきかが見えてくるのではないかと。

安藤 「病院のあり方に関する報告書」の提起が概ねそういう方向です。

猪口 そうした、本来されるべき議論の前に、今回は、ベッドを減らすという政治的発想が先行してしまったということでしょう。

西澤 それが大きいです。

猪口 その結果、ケアハウスや有料老人ホームにもっていくという思惑が先走ってしまう。しかし、そういうところに入れる人ばかりではないですよ。現在の自己負担でも、介護保険施設に入れず、泣く泣く在宅という人が大勢いるんですから。私は、決して、在宅を否定するものではない。しかし、高齢者がますます増える中、在宅だけでやっていけるはずがないでしょう。

施設入所のニーズはそれなりの水準を保つはず。そういう人達がどの位いて、そういう人達が負担できる費用がどの位でといったことをデータからも明らかにして、そうした施設は税金で確保しておくことが絶対に必要。それこそが高齢者の目線に立った考え方ではないのかな。

西澤 そう。そういう視点も踏まえた議論が、医療提供の流れも含めた検証の議論ともどもなされた結果の結論が、仮に介護療養型医療施設の廃止ということであれば、我々はむやみに否定するもので

ずです。要は費用の問題なわけ。老健施設も含めて個室化が進むと、利用しにくい高齢者が増えるだけです。

療養病床が老健施設並みの療養環境や有料老人ホームに転換するのもよい。しかし、医療提供は縮小されるものの、多くの国民が利用できる廉価な施設を創出するという発想があってもよい。

西澤 その議論は、介護保険施設は、今の路線の特養と老健施設だけでよいのかというテーマにつながるもので、さらには、介護保険一元化というテーマがその先にある。

現在までの介護保険3施設は、入院・入所者の特性や機能の面で違いが曖昧のまままきている。そこで、一度整理した上で、あらためて施設類型を再設計するという方向があってしかるべきです。

はない。しかし、そうした手続きがまったく否定されたのが今回の決定だ。

猪口 そういう提起は絶対に必要だ。ここで諦める手はない。

西澤 その場合に、現在、介護保険3施設にどういう状態の高齢者が入っていて、どういうサービスを受けているのか。介護療養型医療施設の場合には、それが廃止されたときに、入院している人達はどういうサービスを受けることが望ましいのか、そうしたサービスの提供能力が地域に整っているのかという、ケースミックスの視点が必要ではないか。これがないと、地域の提供体制が混乱する可能性がある。

例えば、転換にあたって患者の行き先をどう確保するかという切実な問題がある。

患者一人一人が受けていた医療・看護と介護の内容を受け入れ施設に情報提供する。しかし、先方が、そうしたサービスを提供できないと対象外となってしまいます。そういうときに、患者を地域に放置するということになってはならないし、我々もそんなことはできない。

受け入れ先にふさわしいサービスがあつてこそ、我々は患者を送り出すことができる。しかし、国は、当該施設の機能に合致しない患者を置くべきではないという。葛藤するのは常に現場だ。

安藤 ケースミックス調査が本当に欠かせないですね。

西澤 そう。そうした調査をして、安全と質を担保した体制を整える責任が、国と我々にはあるわけです。それだけの時間はかけるべきであるし、今からでも可能です。つまり、先ほども出たけど、利用者の視点ということです。

### 再編は否定しない。だが、別な方法も 漠とした方針。施行方法に向けて提言すべし

安藤 介護保険と医療保険にまたがった存在であるにせよ、患者とくに高齢者からみれば、どこで、どのような医療を受けられるのかという医療提供体制の問題です。

西澤 そう。社会保障審議会の医療部会と医療保険部会でじっくり議論されるべき問題だ。

安藤 第5次医療法改正にしても、04年9月に医療部会を再開してから1年以上かけて議論を煮詰めている。高齢者医療制度や医療保険制度改革に至っては、03年7月から2年半も医療保険部会で議論されている。

それが、療養病床の取り扱いに関しては、食費・居住費別負担という給付範囲の

緊急鼎談 ● 療養病床再編 | を検証する

# 療養病床再編議論は必要。だが、別の方法も

## ケースミックスから最適な答。3施設一元化という議論の余地も

### 医療 1 | も一定の医療が必要 療養病床再編に利用された慢性期患者分類

安藤 それは、慢性期入院患者の分類表にも言えるのではないのでしょうか。医療区分の項目ひとつ、診療報酬の配点ひとつで患者の受けるサービスは変わります。せっかくやったケースミックス調査とどこまで合致するのかわからない。

医療区分1とされた患者が介護に移って、あるいは、当直がある介護療養型からないうちに移って本当に大丈夫なのかとか、真剣な検証が求められます。

西澤 その患者分類表にしても、患者特性を疾患、状態像、医療内容の面で明らかにした上で、医師・看護師の直接提供時間と「医療指示・看護」頻度の違いなどを使って医療区分を導き出し、それをADL区分とのマトリクスにして、認知症加算を含む11区分を作ったわけでしょう。にもかかわらず、2月3日の中医協に出た改定案は、枠組みは踏襲しながらも、配点には認知症加算を含めて5区分と、まるで主旨を損なうものになっている。

折角、療養病床を医療必要度を軸に整理できると期待したのに、結局、療養病床の再編に都合よく使われてしまった。

この分類表は、膨大な数の項目を調査した上、半年かけて分析、試案づくり、検討がなされ、さらに、検証調査をした結果まとめたもの。国際的な専門家が指導してきた、科学的な根拠にもとづくケースミックス分類です。

猪口先生を初めとする療養病床の先生方も何名か加わって、苦労してまとめ

上げた分類でしょ。それが、政治的思惑からとは言え、ここまで換骨奪胎されるというのは、科学的手法かつ根拠にもとづくケースミックスで質の向上をめざしている先進諸国から問われかねない話で、実に残念だ。

安藤 2月8日の中医協では、支払側の健保連委員の要求によって配点区分を増やすことになった。健保連にはRUGに対するこだわりがあるからでしょうか。未確認ですが、医療区分1に配点を増やす方向で見直されるらしい。

西澤 そういう目先の対応ではなく、分類づくりに使われたCMI(ケースミックスインデックス)ごとのデータを公表して、区分に対応した、真に根拠のある点数を設けるべきではないか。

猪口 保険局の考えは、医療区分1は「介護保険移行準備病棟」でみるということだね。

西澤 しかし、それは患者の実態を無視している。まるで、医療区分1の患者は皆、歩くことができるかのようだ。ADLの差がどの程度のものかがまったく理解されていない。

安藤 熱発、意識障害があって、喀痰吸引が一定回数以上いく患者は、果たして、老健施設などで面倒見られるのでしょうか。

西澤 喀痰吸引にしても、教育を受けた看護師で、前後の処置を含めると1人あたり20分はかかります。つまり、1人の看護師で1時間に3人です。もし、1日6回の喀痰吸引が必要な患者が1病棟に10人以上いたら4対1看護でも無理です。これだけ医療度の高い人が医療区分1にいるわけ。

### 医療の外付けは要らないのか 老健、特養にも医療が必要な患者はいる

安藤 私のところで昨年、東京四谷に老健施設を開設したのですが、周りに回復期や療養型病院が少ないために、急性期の大型病院から「軽快」患者が送られてくるんです。しかし、結局は病状が改善しないために面倒みれなくなって、我々の手で療養型を見つけて入院させるというケースがほとんどです。

西澤 急性期からいきなり老健施設ということでしょう。亜急性期病床は少ない、回復期リハに該当しないとすれば、15万床しか医療療養がなくなると、そういう事例がかなり増えるだろうな。

再編の結果、一定の医療が必要な状態像の患者をみれるだけの施設が、地域でどれだけ確保できるのか大いに疑問だ。

猪口 そういう意味では、医療度の高い患者を受け入れられる療養病床は、当然、必要な数確保されるべきだが、同時に、外付けで医療サービスができる特定施設も確保される必要がある。

特定施設であれば、入所者の医療・看護の必要性に応じた対応が外付けの医

療サービスで可能となる。

西澤 外付けに関する厚労省の考えはまだ見えてこない。介護療養型のコストが高いのは医療提供があるから。それを老健施設等に任せようということは、例え、そこに医療の必要があっても、その費用はもう出さないということを宣言したことになる。

では、今行われている医療を外付けというかたちで認めるのかということ、施設の転換を急ぐばかりで、その方針は明確に示されていない。実に矛盾している。

猪口 外付けに関しては、今改定で、末期がんについて特養入所者に訪問診療を認める案が出ている。しかし、老健施設の場合は、外付けがないためにターミナルの患者が病院に送られるという一面もあるようだ。

今後、特養だけでなく、老健施設についても医療の出前が検討されてしかるべきではないかな。同時に、老健施設に終身利用の入所者がいてもよいのではという問題もある。

### 機能とハコを一度分離しては? 各施設がCMで機能を選ぶ一元化も検討の余地

西澤 それは、まさに、介護保険施設の機能とハコをめぐる問題だ。早い話、機能とハコを分離する。例えば、介護保険施設をAタイプ(生活重視型)、Bタイプ(在宅復帰・在宅支援型)に分けて、老健施設がAタイプを選ぶこともできるというようにすればいいわけ。それを入所者特性だけでなく、地域のニーズからも判断すればよい。

つまり、介護保険施設に関しては、一度、各施設の機能をフリーにした上で、あらためて施設ごとにふさわしい機能を選ぶというように一元化のプロセスを経て再編成するという考え方が、今、意味をもってきているのではないだろうか。

猪口 よく考えると、老健局が介護給付費分科会に示した介護保険施設の方向性には、特養=生活重視型、老健施設=在宅復帰・在宅支援型とは必ずしも限定されていない。今後は、機能別に点数が示され、各施設がケースミックスや地域ニーズに応じていずれかを選ぶという一元化に向かう可能性が否定できない。

安藤 ただ、在宅復帰といっても、例えば、私のところの老健施設は痴呆が多いこともあるけど、50%弱にとどまっています。やはり、在宅に戻れる環境を、地域、居住系サービス、自宅環境、訪問さらに支援する医療施設というようにトータルに、しかも各地域で整えていかないと簡単に進む話ではありません。今回の、まさに見切り発車ではないでしょうか。

西澤 そう思う。我々としても、高齢者

が在宅を望むのであれば、それを支援するのは当然と考えます。理想的には、今言われたような環境が整うに応じて入院・入所ニーズが減って、自然と介護保険施設が減っていくという推移をたどるのが無理なく、自然な流れなわけですね。

猪口 そこで、もういちどたずねたい。本当に個室でよいのですか。データはないでしょう。我々で、利用者や家族が、本当に、自己負担でも個室に入りたいと考えているのか調査してはどうかな。例え自己負担になっても国民はユニット型を望んでいるというのは思い込みではないだろうか。

安藤 賛成。保険給付の個室、自己負担の個室、廉価版つまり保険給付の多床室と、選択肢を示して調査すべきでしょう。同時に、介護施設における、あるいは在宅における医療ニーズも。

猪口 というのは、ターミナルのようにある程度期限がみえていれば費用は負担できるんですよ。しかし、介護って何年続くかわからんでしょう。しかも、年金は減りこそしろ、増えはしないからね。

西澤 そういう意味では、介護保険というのは年金給付とリンクする。しかし、今、国民に老後の安心感を与えないと、あらゆるものが不安材料となる。

例えば、本人負担は年金の枠内で抑え、それを超えるものは公費を投入するという哲学を示せば、国民の信頼感はきわめて増すだろうな。

### 慢性期患者分類を執行してほしい 患者の再分布から、施設の適切な配置がみえる

西澤 こういふ現実に対して、慢性期分科会の患者分類案は、手間のかかり具合を医師・看護師の重み付けを加味するかたちで労力を評価して状態像を仕分けするという考え方を打ち出したわけで、それが医療区分1の中にADLによって3つのボックスを設けるという評価にもなった。

しかし、診療報酬改定案によると医療区分1はいっしょくたに同じ点数とされた。ケースミックスの考え方よりも、医療と介護の、かなり大まかな仕分けが優先されたというのが実感だ。

猪口 私は慢性期分科会の委員として当事者の1人ですから、辛いものがあります。(笑)

分科会では、90病院から協力いただいて約3,900の患者情報を集めることができた。同時に、タイムスタディ調査やコスト調査なども行なって、膨大なデータを集計分析する中から、医療の必要度とADL自立度にもとづいて11区分からなる患者分類試案をまとめあげた。

確かに、その後は中医協の問題であり、分科会の出番ではありません。しかし、それにしても、11もある区分に対して4段階の点数と認知症加算1つでは、正直、問題意識が問われても仕方がないかと…。これ以上はやめましょう。(笑)

正直言えばね、一度、この患者分類で医療療養病床を整理してほしかった。患者はそれなりに介護保険に移ったり、逆に介護保険から戻ってきたりすることでしょう。その動きが一段落して、もう一度ケースミックス調査をして患者分類を作り直してから、療養病床の将来像を検討してみても遅くはないはずだ。

西澤 賛成だ。患者分類という指標ができれば、現場はそれに対応していくし、患

者も落ち着くところに落ち着いていくはずだ。その上で、介護に移ったものの、ふさわしい施設がなければ、新たな類型を考えればよいわけ。2、3年のスパンでできるはずだ。

その点で提案したいのは、慢性期分科会が行った患者特性調査等を、すべての療養病床と特養、老健施設を対象に実施することです。

安藤 平均在院日数14日の急性期病院でも、本当に医療密度が高いのは数日で、その後のレベルは医療区分1というケースも十分にあるのではないのでしょうか。

猪口 今は療養病床の再編が取り上げられているが、問題の本質は「高齢者の長期入院を解消して居住系サービスに移行させる」ことで、その対象には一般病棟が入っている。

平均在院日数の長いところは、今改定の結果からも、何らかの転換を余儀なくさせられるし、恐らく、この3、4年で決着がつけられるのではないかな。40~50万床のDPC、20~30万床の亜急性期・回復期そして15万床の慢性期というのが厚労省の読みでしょう。

西澤 亜急性期にも、ケースミックスにもとづく包括評価が入ると考えたほうがよいでしょう。

安藤 厚労省が自民党に説明した資料によると、療養病床38万床のうち医療には15万床しか残らないとみえています。そんなに断定的できるのでしょうか。

猪口 どのくらいになるかは分からないでしょう。医療区分の2・3に相当する人は、特養や老健施設にも沢山います。その人達が医療に移ってきたらどうなることか。正確な実態は、厚労省も把握できていないのじゃないかな。

### データも議論もない非公開の決定 国民に分かる説明、ともに議論する場が必要

西澤 療養病床再編をめぐる方針の決定は、まさに国民不在である、医療提供側として、きちんとしたデータを示して対案を示せなかったという思いはあるが、それ以上に、政府・厚労省には、国民が分かる、国民が判断できる表現とデータで問題を提起し、ともに議論をする場を設ける責任がある。

医療提供の重要な問題は、国民が内容を理解できる場でオープンに議論されるべきであり、そうした場を創るよう、今後も要求していかなければならない。

猪口 病院のあり方委員会が転換にともなう問題点を再度整理し、我々の基本的な考え方を確立したい。

その方針は、しかし、転換をめぐる厚労省の具体策を踏まえる必要がある。法改正を決めたとはいえ、現段階ではあまり

にも抽象的だ。厚労省の方針を見極めつつ、具体的な対応を探りたい。

西澤 同時に、地域ごとの状況を正確に把握する必要がある。そうした用意をした上で、会員病院に、転換に際するアドバイスを可能となる。

安藤 厚労省は転換後の諸問題を検討する場を設けるようだ。機会を得られれば、そうした中でも積極的な発言をしていきたい。

西澤 いずれにしても、地域ごとにどういふ患者実態があり、現在、どういふサービスを受けているかというデータを踏まえた議論がなされるべきであり、地域医療の混乱が及ばないような対応を、引き続き訴えていきたい。(座談会は2月10日に行なわれました)

# 療養病棟の医療区分1は“転換宣告”単価

06年度診療報酬改定

## 医療安全対策加算を新設。入院時食事、1日ベースは現状維持

【平成18年度診療報酬改定の概要について】(要旨) 06年2月15日 中医協答申

「平成18年度診療報酬改定における主要改定項目について(案)」の説明を流用した編集部注釈を書き加え。\*1面記事を参照

### ■患者の視点

#### ●医療費の分かる領収書の交付

「診療報酬点数表の各単位で金額の内訳が分かるもの」を無償で交付する。6ヶ月間の経過措置を設ける。患者から求めがあった時は、さらに詳細な医療費明細書の発行に努めるよう促す。

#### ●診療情報提供

◆診療情報提供料(I) 250点  
患者紹介に際して診療情報を提唱した場合に算定。退院時に、退院後治療計画、検査結果・画像の写し等を添付した場合には200点を加算。

◆診療情報提供料(II)=新設 500点  
セカンドオピニオンの求めに応じて診療情報を患者に提供した場合に算定。

●外来迅速検体検査加算=新設  
(1項目ごとに) 1点  
初診・再診時に検体検査を行い、同日内に当該結果に基づく診療が行われた

場合に、検体検査実施料と外来診療料に対する加算を新設。\*検体検査1項目ごとに5項目が限度。検査結果の書面交付が要件

#### ●職員実質配置の情報提供

診療報酬算定上の職員配置を実質表記に改め、看護職員については勤務帯ごとの実質配置を病棟内に掲示することを入院基本料等の算定要件とする。

#### ●生活習慣病管理料

生活習慣病指導管理料の名称を変更。療養計画書を変更する。

#### ●ニコチン依存症管理料=新設

経験有する医師1名以上の勤務、専任看護師1名以上の配置等が施設基準

#### ●がん診療連携拠点病院加算=新設

●手術施設基準の見直し  
年間症例数による加算はいったん廃止。現在の加算対象手術は症例数の院内掲示を算定要件とする。

### ■リハビリテーションの評価

#### ●疾患別体系への再編等(別表=左下)

理学療法、作業療法、言語聴覚療法を見直し、集団療法の評価は廃止する。1月の単位制限を超えた場合の通減制を廃止。一定の施設基準を満たすとリハビリテーション料(II)が算定でき、医師又はリハ従事者の配置が手厚い場合に(I)を算定。機能訓練室の要件を緩和。

#### ●急性期リハの評価

①疾患別リハは合計で患者1人・1日当たり6単位まで。別に大臣が定める患者(回復期リハ病棟の患者、急性発症した脳血管疾患等の発症60日以内、ADL加算の算定患者)は1日当たり9単位まで。  
②早期リハ加算は廃止する。  
③ADL加算は1単位につき30点とする。

●従事者1人・1日当たり単位数上限の緩和  
リハ従事者1人・1日当たり18単位を標準とし、週108単位までとする。1日当たり24単位を上限とする。1週当たりの単位数は、非常勤の従事者については常勤換算で1人当たりとして計算する。

#### ●回復期リハ病棟入院料の見直し

①算定対象を拡大する  
一 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症又は手術後2ヶ月以内の状態(150日)  
二 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は

膝関節の骨折又は手術後2ヶ月以内の状態(90日)

三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2ヶ月以内の状態(90日)

四 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経・筋・靭帯損傷後1ヶ月以内の状態(60日)

五 前四号に準ずる状態

②リハを要する状態ごとに算定日数上限を設ける(①の括弧内)。一において「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多発外傷」は算定開始後180日が上限。

●在宅訪問リハ指導管理料(1単位につき) 300点

訪問により20分以上リハを行った場合。算定上限は週6単位。退院後3ヶ月以内の患者は週12単位まで算定できる。

#### ●障害児・者リハビリテーション料

(1単位)=新設  
6歳未満 190点  
6歳~18歳未満 140点  
18歳以上 100点

●摂食機能・嚥下機能障害リハの算定上限を緩和、治療開始3ヶ月以内は毎日算定可能とする。

療法の名称	脳血管疾患等	運動器	呼吸器	心臓血管疾患
対象疾患	脳血管疾患、脳外傷等	上・下肢の外傷・骨折の手術後、熱傷・凍傷等による関節拘縮等	肺炎、無気肺、慢性閉塞性肺疾患等において重症後分岐II以上の状態にある患者等	急性心筋梗塞、開心術後、慢性心不全で左心駆出率40%以下等
1単位の点数	リハビリテーション料(I) 250点 リハビリテーション料(II) 100点	180点 80点	180点 80点	250点 100点
算定日数の上限	180日	150日	90日	150日

### ■慢性期入院医療に係る評価

#### ●療養病棟入院基本料(表参照)

認知機能障害加算(入院基本料C)は5点。特殊疾患療養病棟・特殊疾患入院医療管理料についても同様の評価を行なう。検査、投薬、注射並びに別に大臣が定める画像診断(フィルム代を含み、別に定める薬剤・注射薬の費用は除く)と処置の費用は包括に含まれる。ただし、急性増悪等により転棟・転院する場合は、その日を含む3日間は、療養病棟で行われた診療行為について出来高による評価を行う。この場合に、入院基本料は医療区分1に相当する点数を算定する。

\*2月15日の中医協総会において厚労省保険局麦谷医療課長は「特殊疾患療養病棟等の対象となっている難病・障害者についてはすべて医療区分2に該当するように配慮する」と言明。

一定以上の病棟床面積を有する場合は療養環境の加算を設けて評価。施行は7月1日とする。6月末までは現行入院基本料1は1,187点を、同2は1,117点をそれぞれ算定。

「看護職員の配置」\*2月8日現在の方針  
「看護職員実質配置25対1(現行5対1)・看護補助者25対1(同)」が算定要件。医療区分2・3に該当する患者を一定以上受け入れている病棟は「看護実質配置20対1(現行の4対1)・看護補助20対1(同)」を満たしていなければ医療区分2・3に相当する点数は算定できない

「一般病床・精神病床特殊疾患療養病棟療養病棟の取り扱い」\*前出

一般病床及び精神病床は、2年間の経過期間を設けた上で、特殊疾患療養病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料の評価を廃止する。

### ■急性期入院医療に係る評価

#### ●実態に即した看護配置の適切な評価

①入院基本料の現行区分を以下のように簡素化。

区分	看護職員の実質配置
区分A	7:1(現行1.4:1)
区分B	10:1(現行2:1)
区分C	13:1(現行2.6:1)
区分D	15:1(現行3:1:1)
区分E(結核病棟及び精神病棟)	18:1(現行3.6:1)
区分F(結核病棟及び精神病棟)	20:1(現行4:1)

②夜間勤務等看護加算は廃止する。夜間は2人以上による夜間勤務体制とし、かつ、看護職員1人当たり月間夜勤は72時間以内であることを前提に、各施設が傾斜配置できることとする。  
③看護補助加算について、現行の5区分の体系を3区分に簡素化する。

区分	配置基準	算定できる入院基本料の区分
1	6:1	基本料D,E,F
2	10:1	基本料C,D,E,F
3	15:1	基本料C,D,E,F

ADL区分	入院基本料
ADL区分3	入院基本料D 885点
ADL区分2	入院基本料E 764点
ADL区分1	入院基本料F 643点

医療区分1: 入院基本料B 1,344点  
医療区分2: 入院基本料C 1,220点  
医療区分3: 入院基本料A 1,740点

### ■在宅医療

#### ●地域連携退院時共同指導料=新設

◆地域連携退院時共同指導料(I)  
\*紹介元医療機関が算定  
2 在宅療養支援診療所1以外の場合 600点

◆地域連携退院時共同指導料(II)  
\*入院先病院が算定  
2 在宅療養支援診療所以外の場合 300点

●在宅時医学総合管理料(月1回)=新設  
\*在宅時医学管理料と在診診を再編、算定医療機関に200床未満病院が加わる。  
2 在宅療養支援診療所以外の場合  
イ 処方せんを交付する場合 2,200点  
ロ 処方せん交付しない場合 2,500点

#### ■DPCに係る評価

◆支払い対象病院を拡大  
◆診断群分類、各点数、入院期間I設定

方法等の見直し  
◆包括評価範囲の収入が3.16%下がるように調整係数を設定

#### ■精神医療に係る評価

●急性期の精神科入院医療  
◆精神科救急入院料(2対1=実質10対1看護)  
入院後30日以内 3,200点  
入院後30日超 2,800点

◆精神科急性期治療病棟入院料1(2.6対1=実質13対1看護)  
入院後30日以内 1,900点  
入院後30日超 1,600点

◆精神科急性期治療病棟入院料2(3対1=実質15対1看護)  
入院後30日以内 1,800点  
入院後30日超 1,500点

#### ■その他

●地域連携パス  
◆地域連携診療計画管理料(入院時)=新設 1,500点

◆地域連携診療計画退院時指導料(退院時)=新設 1,500点  
\*いずれも大腿骨頸部骨折が対象疾患

#### ●老健施設における他科受診

「算定不可」とされている特掲診療料のうち、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科及び婦人科の一部診療行為を「算定可」とする。

●臨床研修病院入院診療加算(入院初日)  
◆単独型又は管理型臨床研修指定病院の場合 40点  
◆協力型臨床研修指定病院の場合 =新設 20点

●脳卒中ケアユニット入院医療管理料(1日)=新設 5,700点  
\*発症後14日を限度として算定する。

#### ■産科医療に係る評価

●ハイリスク分娩管理加算(1日)=新設 1,000点  
●ハイリスク妊産婦共同管理料(I)=新設 \*紹介元医療機関が算定 500点

#### ●紹介率を要件とする入院基本料等加算を廃止

[特定機能病院・地域医療支援病院への代替給付]  
・特定機能病院の入院基本料14日以内の加算を140点引き上げる。  
・地域医療支援病院は入院診療加算1を1,000点に引き上げる。  
・救急医療管理加算の算定時間帯を拡大するとともに、算定日数を3日まで延長する。  
・救急救命入院料及び特定集中治療室管理料を引き上げる。

#### ■初再診の評価

●初診  
◆初診料(病院) 270点  
◆紹介患者加算(病院・診療所とも) (廃止)  
◆同一医療機関同一日複数受診 \*2つ目の科初診に限る。加算は算定不可(50%算定)

#### ●再診

◆再診料(病院) 57点  
◆外来診療料 \*ヘモグロビンA1cを包括範囲から除外 70点  
◆継続管理加算 (廃止)

(II)\*入院先の病院が算定 350点

#### ■麻酔・病理に係る評価

●麻酔管理料  
◆硬膜外麻酔または脊椎麻酔 130点  
◆マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 750点

#### ●麻酔料

イ マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔  
◆重症の患者に対して行なう場合 =新設 8,300点

◆その他の場合 6,100点  
ロ 側臥位における手術の場合の加算 =新設 100分の10

ハ 人工心肺を使わずに冠動脈・大動脈バイパス移植術を行なった場合の加算 100分の100

●病理診断料 410点  
\*医師の常勤要件を緩和し、非常勤の病理医でも算定可とする

●小児医療に係る評価

●初再診料の時間外加算等

- ◆乳幼児時間外加算=新設 200点
- ◆乳幼児休日加算=新設 365点
- ◆乳幼児深夜加算=新設 695点

- 小児入院医療管理料 1 3,600点
- 2 3,000点
- 地域連携小児夜間・休日診療料
- 1 300点
- 2 450点

# 医療安全、NSTに加算を新設

## 医療技術も数多く保険適用。複合病棟は06年9月末で廃止

●初診料に対する電子化加算=新設(2010年までの時限措置) 3点  
[必要的に具備すべき要件]

- ①レセプト電算化システムの導入、②レセプトオンライン請求の実施(400床以上に限る。ただし、06年度は選択的要件とする)、③医療費の内容(点数表各部単位の金額)が分かる領収書を交付していること
- [選択的に具備すべき要件]  
(いずれか1つを実施していること)

- ①レセプトの電算化(電子媒体による請求=400床以上の病院以外の保険医療機関)、②レセプトオンライン請求(400床以上の病院以外の保険医療機関に限る)、③患者の請求に応じて医療費の詳細(個別算定項目)が分かる明細書を発行できる体制を整えていること
- ④バーコードタグ、電子タグ等による医療安全対策、⑤インターネット予約の実施、⑥診療情報提供の電子的対応、⑦電子紹介状、⑧検査、処方、注射等

に係るオーダリングシステムの整備、⑨電子カルテによる病歴管理、⑩医用画像管理システムによる放射線診断業務、⑪遠隔医療

●医療安全対策等に係る評価

●入院基本料減算の廃止

入院診療計画の策定、院内感染防止対策の実施、医療安全管理体制の整備及び褥瘡対策の実施に係る入院基本料の減算を廃止し、入院基本料算定の要件とする。

●医療安全対策加算(入院基本料・特定入院料への加算:入院初日)=新設 50点

医療安全対策に係る専門の教育を受けた看護師、薬剤師等を医療安全管理者として専従で配置している場合に加算。

●褥創ハイリスク患者ケア加算(入院基本料・特定入院料への加算:当該患者に入院中1回)=新設 500点

●医療技術に係る評価

- ◆心臓、脳死肺、脳死肝臓、脳死脾臓

- 各移植に係る技術料・管理料=新設
- ◆高度先進医療に収載されたうちの8技術=新設
- ◆50件の新規技術=新設
- ◆消炎鎮痛等処置の同一月内通減制の廃止等

●入院時の食事に係る費用の算定

●入院時食事療養

- (I) \*1食につき 640円
- (II) \*1食につき 506円
- \*3食を限度として実際に提供された食数に応じて評価を行う。

●特別食加算 \*1食につき 76円 \*対象から「経管栄養のための濃厚流動食」を除外する

●特別食管理加算を廃止し、入院時食事療養(I)の算定要件とする。

●栄養管理実施加算=新設

- (1日につき) 12点
- \*常勤の管理栄養士等による入院患者の栄養管理計画作成とそれにもとづく栄養管理を要件として、個々の患者の栄養状態、健康状態等に着眼した栄養管理を実際に行った場合に入院基本料に加算する。

●選択メニュー加算を廃止する。

●その他

- 処方箋の様式を変更し、「後発医薬品への変更可」のチェック欄を設ける。
- 医療法上の人員配置標準を下回る場合の取扱いを下表のように改正する。
- 複合病棟は06年9月末で廃止する。
- 透析医療に係る評価

- ◆慢性期維持透析患者外来管理料 2,305点
- ◆人工腎臓の夜間加算及び休日加算 300点
- ◆人工腎臓(入院中以外の場合) 2,250点

●処方料等の評価

- ◆特定疾患処方管理長期投薬加算 65点

◆処方せん料

- 1 内服7種以上
- イ 含後発 42点
- ロ イ以外 40点
- 2 1以外
- イ 含後発 70点
- ロ イ以外 68点

医療法の人員配置標準を下回る場合の入院基本料減算

医師若しくは歯科医師	離島等の場合	離島等以外の場合
70/100以下	98/100相当の点数	90/100相当の点数
50/100以下	97/100相当の点数	85/100相当の点数

### 第9回常任理事会の詳細 12月17日

●主な協議事項

●日帰り人間ドック実施指定病院の承認(順不同)

日帰り人間ドック実施指定病院として以下の申請が認められた。

【健保連(ゼンセン同盟)】

- 埼玉県 社団法人北里研究所 メディカルセンター病院
  - 千葉県 医療法人社団真療会 野田病院
  - 東京都 医療法人社団正志会 南町田病院
  - 東京都 学校法人国際医療福祉大学付属三田病院
  - 静岡県 学校法人国際医療福祉大学付属熱海病院
  - 静岡県 医療法人沖繩徳洲会 静岡徳洲会病院
  - 福岡県 医療法人森和会 行橋中央病院
- この結果、日帰り人間ドック実施指定病院数は458病院となった。

●新会員の入会(敬称略・順不同)

- 以下の入会が認められた。
  - 福島県喜多方市 医療法人爽陽会鳴瀬病院 理事長 鳴瀬寛爾
  - 静岡県静岡市 医療法人沖繩徳洲会静岡徳洲会病院院長 相澤信行
  - 山口県下関市 社団法人下関市医師会下関市医師会病院院長 時澤郁夫
- この結果、会員数は2,152病院となった。

●主な報告事項

●被災会員病院に対する見舞金支給と災害対応規則

石原哲防災・救急委員長は、9月に九州などを襲った台風14号に被災した会員病院に

対する見舞金支給方針(4支部11会員病院に各2万円)を報告。併せて、今後の災害発生に委員会として対応する基準として「災害対応規則」をまとめたと報告した。

規則は、災害発生時に当協会として対応する実態調査、報告、見舞金支給規程からなる。また、石原委員長は、当協会が主催する「地域防災災害医療ネットワークフォーラム」を2年ぶりに、3月11日に東京都内で開催することを報告した。

●病院機能評価の審査結果(順不同)

11月21日付の病院機能評価認定証発行は、新評価体系(Ver4.0)にもとづく48病院(新規41・更新7)であった。そのうち、会員病院は次の10病院(新規9、更新1)である。

○新規(新体系)

- 【一般病院】
- 東京都大田区 医療法人財団城南福祉医療協会大田病院
- 兵庫県神戸市 医療法人社団白眉会佐野伊川谷病院
- 福岡県前原市 医療法人誠心会井上病院

【精神科病院】

- 宮崎県西臼杵郡 医療法人和敬会国見ヶ丘病院
- 沖縄県糸満市 医療法人晴明会糸満晴明病院

【療養病院】

- 埼玉県川越市 医療法人真正会霞ヶ関南病院

【複合病院】

- 茨城県牛久市 医療法人社団常仁会牛久愛和病院
- 長野県松本市 特別医療法人城西医療財団城西病院

沖縄県島尻郡 医療法人信和会沖繩第一病院 ○更新(新体系)

【一般病院】

熊本県熊本市 医療法人社団寿量会熊本機能病院

【複合病院】

認定証発行は1,835病院(旧体系734、

新体系1,101=更新354を含む)。そのうち当協会会員は580病院を数える。

機能評価委員会木村委員長は全日病会員の受審促進に努める意向を表明。また、全日病役員病院の認定も50%にとどまっていることを指摘、その受審を強く訴えた。

### 第10回常任理事会の詳細 1月19日

●主な協議事項

●平成18年度事業計画案・予算案

西澤副会長は平成18年度事業計画案を提案した。中村(康)財務委員長は平成18年度案を提案。

●新会員の入会(敬称略・順不同)

- 以下の入会が認められた。
  - 東京都豊島区 医療法人社団仁済会豊島中央病院理事長 吉田長生
  - 愛知県岩倉市 医療法人知恵舎岩倉病院 院長 高田幹彦
- この結果会員数は2,152病院となった。

●主な報告事項

●病院機能評価の審査結果(順不同)

12月19日付の病院機能評価認定証発行は51病院(Ver3.1=新規2、Ver4.0=新規39・更新10)であった。そのうち、会員病院は次の13病院(新規9、更新4)である。

○新規(Ver4.0)

- 【一般病院】
- 神奈川県横浜市 医療法人社団三善会横浜新緑総合病院
- 沖縄県名護市 社団法人北部地区医師会病院

【精神科病院】

- 大分県別府市 医療法人慈愛会向井病院

【療養病院】

- 広島県廿日市 医療法人みやうち廿日市野村病院
- 鹿児島県日置市 医療法人博悠会博悠温泉病院

【複合病院】

- 秋田県横手市 市立大森病院
- 神奈川県藤沢市 財団法人同友会藤沢湘南台病院
- 徳島県小松島市 医療法人松風会江藤病院
- 大分県豊後高田市 医療法人新生会高田中央病院

○更新(Ver5.0)

【一般病院】

- 兵庫県神戸市 三菱神戸病院
- 長崎県長崎市 特別医療法人春回会井上病院

【療養病院】

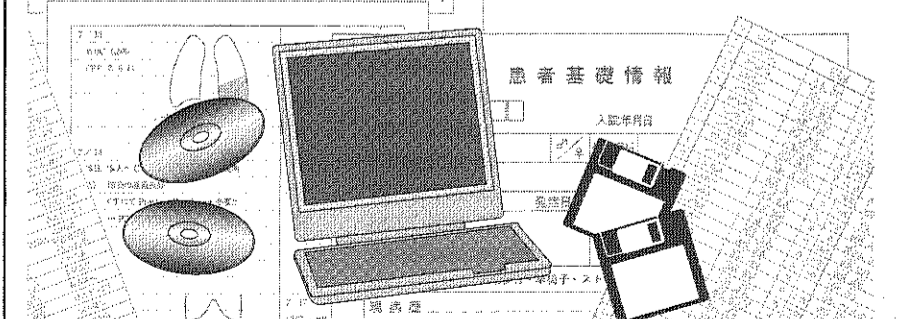
- 千葉県千葉市 医療法人社団誠善会総泉病院

【複合病院】

- 広島県広島市 医療法人メディカルパーク野村病院
- 認定証発行は1,876病院(Ver3.1 726、Ver4.0・5.0 1,876=更新364を含む)。そのうち当協会会員は589病院を数える。

## 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)

●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

# 6年間に7段階の給付費効率化政策

## 健康保険法等改正法案 特定療養費制度を改正。保険給付概念を再構成

「健康保険法等の一部を改正する法律案」には、おおむね医療保険部会で議論されてきたとおりの、新たな高齢者医療制度の創設と保険者の再編・統合に関する施策が書き込まれた。(2面に健保法等改正法案の要綱)

この10月には療養病床に入院する70歳以上を対象に食住費別負担が導入される(医療度の低い者が対象)。また、一定以上の収入をもつ70歳以上は3割負担に変わる。

2006年度末までに、市町村は、後期高齢者医療の創設に向けて、都道府県の区域ごとにすべての市町村が加入する広域連合を設ける。

2007年3月1日をもって中医協の委員構成が変わり、同4月には傷病手当金など現金給付の枠が狭められる。

中医協に関しては、支払・診療各側とも現在の8名から7名に減らされ、公益委員が4名から6名に増える。また、委員をめぐる団体推薦は廃止される。

さらに、2008年4月には、療養病床入院患者の食住費別負担の対象が65歳以上に引き下げられ、70歳以上の、高収入を除く被保険者は自己負担が2割に引き上げられる。

同じく2008年4月には健康保険の被保険者・被扶養者から75歳以上の後期高齢者が除外され、本人1割負担(一定以上所得者は3割)の、独立した後期高齢者医療制度が創設。

同年10月には、政管健保の全国法人として「全国健康保険協会」が設立され、

1年以内に都道府県単位で保険料率が決定される。

そして、2012年3月31日をもって介護療養型は廃止される。

健保法等改正案が描く保険給付の縮減、保険者再編、高齢者医療制度創設など医療給付費効率化の道は、以上の7段階を踏んで展開される。

このうち高齢者医療制度については、給付の仕組みを、現行老人保健法を衣替えた「高齢者の医療の確保に関する法律」に依拠する。健保法等改正のもうひとつの主眼である医療費適正化は、この「高齢者医療法」によって法律上の根拠を得ることになる。

「高齢者医療法」総則には、①医療費適正化計画の作成、②保険者による健康診査等実施に関する措置、③前期高齢者にかかわる保険者間の費用負担調整、④後期高齢者に対する適切な医療の給付等と、同法の目的が明記されている。

医療費適正化計画は、国と都道府県が足並みを揃えて、5年を1期として5年ごとに策定される。

国は医療、介護保険、健康増進各法の基本方針(指針)との調和を保ち、都道府県は医療計画、介護保険事業支援計画、

健康増進計画との調和を保つことが求められる。期間終了の翌年度に、計画の実績評価が行われ、公表される。

都道府県は、目標達成の上で必要があれば、厚生労働大臣に診療報酬に関する意見を提出することができる。厚生労働大臣は、診療報酬改定で都道府県の意見に配慮する義務が書き込まれた。

他方で、厚生労働大臣は、計画推進の上で必要があるときは、特定の都道府県に他県とは異なる診療報酬を定めることができる。つまり、全国一律価格の例外をいく特区版診療報酬が法的にオーソライズされることになる。

一方、保険者は、国が定める基本指針を踏まえて、5年を1期として5年ごとに、特定健康診査等実施計画を定め、40歳以上の加入者に特定健康診査と特定保健指導を行なうことが義務づけられる。そのターゲットは前期高齢者である。

健保法等改正法案の中に、初めて明らかにされた、保険と保険外併用の新たな制度が盛り込まれた。

それは、現行の特定療養費制度を「保険外併用療養費」と改称、かつ評価療養(高度先進医療および先進医療)と選定療養(現行とおりの)からなると定義した上で、給付の構成を、①入院時食事療養費(現行)、②入院時生活療養費(新設)、③保険外併用療養費(現行=名称改正)、④療養費(現行)、⑤特別療養費(現行=老健法)として再整理する考え方である。(別掲)

宿題であった、「保険導入検討医療」と「患者選択同意医療」の制度化に対する回答と、療養病床に入院する70歳以上の医療度の低い患者(特定長期入院被保険者とカテゴリー化)から、保険給付から食住費を除外することなく、食住費を徴収する方法をともに解決したことになる。

## 医療団体では初の認定

### 認定個人情報保護団体 会員病院の個人情報取扱いを支援

当協会は2月13日、川崎厚生労働大臣より、個人情報保護法にもとづく認定個人情報保護団体の認定を受けた。厚生労働大臣主務下では2番目、医療団体としては初めての認定となる。

認定個人情報保護団体として、当協会は、会員病院における個人情報取り扱いの苦情対応に関する相談に応じるとともに、当協会に寄せられた患者・家族等の質問・苦情にも対応、当該会員病院と連絡をとって、その解決処理を支援する。

認定申請に向けて、すでに当協会は個人情報保護担当委員会を設置、委員長である飯田修平常任理事が個人情報保護業務担当理事に就任し、同業務に必要な諸規程と保護指針の制定等必要な作業を終えている。また、事務局にも個人情報保護窓口を置いた。

個人情報保護担当委員会は、認定結果を全会員に文書で報告するとともに、ホームページを使った積極的な情報提供に着手、今後は、セミナー開催などの活動も企図している。

### ●保険給付と特定療養費制度の再構成

#### ①入院時食事療養費(現行どおり)

療養費構成として食事療養費を支給し、患者から食事の標準負担額を徴収する。

#### ②入院時生活療養費(新設)

療養病床に入院する70歳以上の医療度の低い患者(特定長期入院被保険者)が対象。療養費構成として療養生活環境を給付し、患者から食住費相当の標準負担額を徴収する。

#### ③保険外併用療養費(現行どおり=名称改正)

a.評価療養(高度先進医療および先進医療)、b.選定療養(現行どおり)からなる

#### ④療養費(現行どおり)

療養の給付

#### ⑤特別療養費(現行どおり=老健法)

訪問看護、移送費など

#### 「療養費構成」

「療養費構成」とは、現物給付を意味する「療養の給付」に対して、特定療養費と同様に、給付から外れる部分を本人負担とした上で保険部分を「療養費」として支給する方法で、標準負担額の徴収と保険給付からなる現行入院時食事療養費がこれに該当する。

例えば療養病床入院患者について食住費を給付から外す方法は、一般病床や70歳以下の療養病床患者については引続いて給付対象とすることから法的概念として整理が難しい。いわんや医療度の低い70歳以上という制約がつくと、なおさら、法的整合性に欠けることになる。したがって、対象を特定した給付外しの裏技として「療養費構成」というマジックが使われた。

### 2006年度介護報酬改定説明会の開催案内

主催	全日本病院協会
共催	日本療養病床協会
日時	2月28日(火) 午後2時~4時
会場	東京都千代田区飯田橋 ホテルグランドパレス2F ダイヤモンドルーム Tel.03-3264-1111 (地下鉄東西線・半蔵門線・都営新宿線「九段下駅」下車)
定員	500名(先着順)
参加費	1名 5,000円(当日会場でお支払いください)
申込	申込書を2月21日までにファックスで下記宛お送りください。ファックスで受付番号を返信しますので、当日、会場受付に受付番号の入った申込書をご提示ください。 Fax.03-3237-9366 03-3234-5206 (全日病事務局 担当 半田・祝) *全日病のホームページから申込書をダウンロードできます

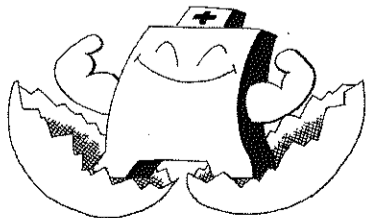
### 2006年度診療報酬改定説明会の開催案内

主催	全日本病院協会
日時	3月13日(月) 午後2時~午後4時
会場	東京ビッグサイト会議棟1F レセプションホールA 東京都江東区有明3-21-1 TEL 03-5530-1111 (代)
定員	400名(先着順)
参加費	1名 7,000円(資料代含む。当日会場でお支払いください)
申込	申込書を3月3日までにファックスで下記宛お送りください。ファックスで受付番号を返信しますので、当日、会場受付に受付番号の入った申込書をご提示ください。 Fax.03-3237-9366 03-3234-5206 (全日病事務局 担当 吉田・祝) *全日病のホームページから申込書をダウンロードできます

## 企業年金の中核は厚生年金基金です。

- ①国の年金を代行する部分に必要な運用利回りは、国の運用実績と連動することとなり、運用リスクの軽減が図られました。
- ②6年後に廃止される適格年金は、厚生年金基金に移行することが管理上も税制上も最良の選択です。
- ③国の年金のスリム化を補完する制度として厚生年金基金が税制上最も優れています。

- 事業主掛金は、すべて損金算入でき、税制上の優遇措置が受けられます。
- 短期間の加入も、すべて将来の給付に結びつきます。
- 加入による職員の負担増はなく、将来、手厚い給付を受けられます。



老後の不安は基金が解消!! —— 病院厚生年金基金へのご加入を。

### お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道	☎011-261-3172	大阪府	☎06-6776-1600
秋田県	☎018-824-5761	兵庫県	☎078-341-7350
山形県	☎023-634-8550	奈良県	☎0742-35-6777
福島県	☎024-522-1062	和歌山県	☎073-433-5730
茨城県	☎029-227-8010	鳥取県	☎0857-29-6266
栃木県	☎028-610-7878	島根県	☎0852-21-6003
群馬県	☎027-232-7730	岡山県	☎086-223-5945
埼玉県	☎048-833-5573	広島県	☎082-211-0575
千葉県	☎043-242-7492	山口県	☎083-972-3656
東京都	☎03-3833-7451	徳島県	☎088-622-1602
神奈川県	☎045-222-0450	香川県	☎087-837-0311
新潟県	☎025-222-3327	愛媛県	☎089-921-1088
富山県	☎076-429-7796	福岡県	☎092-524-9160
石川県	☎076-262-5261	長崎県	☎095-843-3737
福井県	☎0776-24-1166	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