

〔診療報酬・介護報酬の同時改訂、医療・介護関連ニュース〕

後期高齢者医療、保険料の年間上限引き上げへ

読売新聞 1月11日(水) 配信

厚生労働省は10日、75歳以上の高齢者を対象にしている後期高齢者医療制度について、高齢者が負担する保険料の年間上限額（50万円）を、4月から55万円に引き上げる方針を固めた。

高所得者の保険料負担を増やし、中所得者の保険料の上昇を抑えるのが目的だ。

保険料の上限は政令で定められており、厚労省は近く政令を改正する。

後期高齢者医療制度では、患者負担を除く医療費について、5割を公費、4割を現役世代の保険料、1割を高齢者の保険料で賄っている。高齢者の保険料は、本人の収入額に応じた部分と、1人当たり定額部分を合算して決まる。保険料は都道府県単位の市町村組織がそれぞれの高齢者医療費の総額に応じて決め、2年に1度改定している。12年4月は、その改定期間にあたる。

医療&健康ナビ 内部障害マーク 心臓病、がんなどで作成の動きが広がっています。

毎日新聞社 1月8日(日) 配信

◇「見えないつらさ」理解求め

「自分の内臓がガラス張りだったら、どんなによかったか」。先天性の心臓病で子供の頃から5回の手術を受け、今も月に1度は東京都内の病院に通う白井伸夜（のぶよ）さん（42）＝埼玉県鴻巣市＝は、電車の優先席に腰掛けながら周囲の視線を感じて顔を上げられなかったことがある。血管に血液を送り出す左右の心室を隔てる壁に、ピンポン球ほどの穴が開いて生まれた。心臓には人工血管が2本と、ステントと呼ばれる金属製の筒が入っている。血行が悪いため他の臓器にも負担がかかり、疲れやすい。自宅から1時間以上かかる電車では、とても立ってられない。

◇配慮受けやすく

普及している障害者のシンボルマークが車いす型のため、障害は外見で判別できると思われるがちだ。しかし、内臓疾患など外見からは分からない「見えない障害」を抱える人たちもいる。

厚生労働省の最新の統計（06年）によると、身体障害者福祉法に基づく身体障害者手帳の交付対象者のうち、3割にあたる約107万人は白井さんのような内部障害者だ。ラッシュ時の地下鉄車両に約300人が乗っているとすれば、2～3人は痛みやだるさを抱えているかもしれない計算になる。

こうした内部障害を、バッジやマークを作って「見える」ようにする活動が広がってい

る。白井さんは電車に乗るときに、04年4月に内部障害者らで作った「ハート・プラス」マークを身につけている。公共交通機関や自治体庁舎の駐車場など全国120カ所以上で、車いすやマタニティーのマークと並べるなどして掲げられている。白井さんは「身体障害者手帳の交付と一緒にマークを配布するなど、国にもっと協力してもらいたい」と訴える。

障害者手帳の交付を受けられないがん患者や、精神疾患などの「見えない障害」を抱える人のためのマークもある。がん患者らを支援する「HOPE★プロジェクト」は06年、「知ってほしい」マークを作成した。理事長の桜井なおみさん（44）は、地下鉄の車内で立っていたところ、かばんに付けたマークに気付いた白髪の女性に席を譲られたことがある。その気遣いがうれしく、女性にマークの意味や患った乳がんの経験を語った。

働き盛りの世代で突然がんを発症すると、社会からの疎外感が大きい。桜井さんの仲間の中には、治療費を稼ぐために仕事を続け、ラッシュを避けられず満員電車に揺られるがん患者もいる。「『障害者』とも『がん患者』とも名乗れず、痛みを抱えた人がいることを想像してもらえれば」と呼びかける。

◇自治体も働きかけ

兵庫県も昨年7月、難病患者や内部障害者を対象に「譲りあい感謝マーク」を制定した。公共交通機関のほか、スーパーマーケットの駐車場などに掲示するよう働きかけている。

当事者側からのこうした情報発信について、山梨学院大の竹端寛（たけばたひろし）准教授（障害者福祉論）は「例えば一般の人が電車でマークをつけた人を見ても席を譲れなかった時は、『どうして譲れなかったのか』と問い直す。自分でも見えなかった疲れや過労に気付けるかもしれない。それを意識することで、一人一人が障害者の位置づけをとらえ直すきっかけになればいい」と話している。【久野華代】

■主な「内部障害マーク」

▽「ハート・プラス」マーク

ハート・プラスの会のホームページ（<http://www.normanet.net.jp/~h-plus>）で図柄をダウンロードできる。事務局住所は〒464-0082名古屋市千種区上野1の3の9。

▽「知ってほしいキャンペーン」マーク

マーク入りキーホルダーは5個セットで1500円。HOPE★プロジェクト（<http://www.kibou.jp>）にEメール（info@kibou.jp）で申し込む。

▽「譲りあい感謝マーク」

兵庫県民に限らず利用可能。ピンバッジは1個200円。兵庫県健康福祉部障害福祉局障害者支援課。住所〒650-8567神戸市中央区下山手通5の10の1、電話078-362-4379。

▽「見えない障害バッジ」

ウェブサイト「わたしのフクシ。」(http://watashinofukushi.com) 参照。現在は受け付け停止中だが再開予定。

大阪市医療費、15歳まで助成 11月にも…橋下市長

読売新聞 1月6日(金) 配信

大阪市の橋下徹市長は、子どもの通院医療費助成について、対象年齢を現行の「0-6歳」から中学校卒業前の15歳まで拡充する方針を固めた。

所得制限は維持する。拡充分を含めた2012年度の総事業費51億円を新年度予算案に計上、11月からの実施を目指す。

市は現在、大阪府の補助事業に上乘せし、所得制限内(扶養1人の場合570万円未満)の世帯に対し、通院医療費は6歳まで、入院医療費は15歳まで助成。自己負担額の大半が助成対象で、自己負担額は月2500円を上限としている。2歳までの入院・通院医療費は、所得制限を撤廃して助成している。10年度は延べ約195万件の入院・通院について、34億4000万円を負担した。

新たに助成対象となるのは小学生12万人、中学生6万人。通年で実施される13年度以降の総事業費は、11年度(35億円)から2倍以上の75億円が見込まれ、財源確保が課題となる。

市長選公約で医療費助成の拡充を明記した橋下市長は、通院医療費助成の対象年齢を15歳まで引き上げるよう市幹部に指示。所得制限は、撤廃すると新たに年11億円の公費負担が見込まれるため、今回の拡充案では維持し、今後、撤廃を検討する。当初は今年4月からの実施も模索したが、申請書類の確認や医療証の交付などの事務作業が必要となることから、11月からスタートさせる方針だ。

子どもの入院・通院医療費を巡っては、名古屋市や堺市なども15歳まで助成している。

介護拡大義務付けが確定へ 和歌山、原告側も上告せず

共同通信社 1月4日(水) 配信

和歌山市に訪問介護の24時間化などを求めた訴訟で、原告の石田雅俊(いしだ・まさとし)さん(43)＝同市＝は28日、市に1日約18時間以上の介護を義務付けた二審大阪高裁判決について上告しない意向を明らかにした。市側もすでに上告断念を表明、判決が確定する見通し。

14日の高裁判決は、時間拡大を義務付けた一審和歌山地裁判決に続き、時間を削減した2007年以降の市の決定を「裁量権の範囲を逸脱している」として取り消した。

原告代理人は28日、記者会見し、障害者が地域で自立生活を営む権利を一步前進させる画期的な二審判決だと評価。市の上告断念なども踏まえ、判断したと説明した。

重い障害がある石田さんは、増えた介護時間を利用し「友人をつくる集まりなどにも顔を出したい」と話した。

大阪が政令市で最高額 65歳以上の介護保険料

共同通信社 12月27日(火) 配信

大阪市が、65歳以上の市民が支払う介護保険料の基準額を来年度から月額1210円引き上げ、5990円程度とすることが27日、明らかになった。市が把握している全国の政令市の来年度基準額では最高になる。

同日から住民の意見公募をし、市議会の予算案議決を得て正式に決定する。

大阪市によると引き上げは6年ぶりで、現行の全国最高額は青森県十和田市の月額5770円。

大阪市は65歳以上の高齢者世帯のうち、一人暮らしと夫婦のみの世帯が計約67%で全国平均の約53%よりも高く、介護保険サービスの利用頻度が多いことなどが基準額に反映されたという。

利用者は負担増も 報酬プラス改定で

共同通信社 12月22日(木) 配信

医療、介護サービスの公定価格を定める診療報酬と介護報酬の引き上げは、患者、利用者にとっては保険料負担の増加につながる。民主党は政府に対しいずれもプラス改定を求めてきたが、健康保険組合や企業は「国民の理解を得られない」と反発していた。

65歳以上の介護保険料は現在、月額4160円(全国平均)で、厚生労働省によると、2012年度は5千円前後に増える見通し。12年度改定で介護報酬が1・2%引き上げられる分、保険料にさらなる上乘せが必要になる形だ。

一方、診療報酬の引き上げは小幅にとどまったことから、負担への影響は限定的になりそうだ。中小、零細企業の従業員と家族が加入する全国健康保険協会(協会けんぽ)は、診療報酬全体が1%プラスになると、協会の負担は約630億円増え、保険料率(全国平均)を0・09ポイント引き上げる必要が生じると試算。年収370万円の標準的な加入者では、年間の保険料負担増は3300円程度(労使折半)に上ると警戒していた。

ただ改定による影響は小さくても、高齢化に伴う医療費自然増などのため、協会の12年度保険料率は10%強と、11年度より0・5ポイント程度引き上げられる見込みだ。1人当たりの保険料は年2万円程度増えるという。

診療報酬改定 0.004%増、実質据え置き 介護報酬は1.2%

毎日新聞社 12月22日(木) 配信

藤村修官房長官、安住淳財務相、小宮山洋子厚生労働相は21日夜、首相官邸で来年度の診療報酬改定について協議し、手術料などの「本体」はプラス1.379%、「薬価」はマイナス1.375%とし、全体では小数点以下3ケタの部分で0.004%増というギリギリのプラス改定とすることで合意した。介護報酬は、介護職員の待遇改善費を見込んで1.2%アップ。前回(09年度)の3.0%増に続き2回連続のプラスとなった。

診療報酬は1点10円で、医師らの収入となる。10年ぶりに全体で増額改定となった前回10年度(全体0.19%増、本体1.55%増、薬価1.36%減)に続くプラスとはいえ、小数点以下3ケタでの調整は極めて異例。約40兆円の12年度見込み医療費を約16億円伸ばすだけで、事実上の据え置きと言える。プラス改定を求めた厚労省、民主党の顔を立てつつ、増額を嫌う財務省側にも配慮した政治決着となった。

一方、介護報酬を1.2%増としたのは、介護職員の賃金を月額1万5000円上積みしている交付金を今年度末で廃止するためだ。12年度以降、代替りの財源(国費ベースで約500億円)は介護保険財政で賄う。

診療報酬を巡り、財務省は2.3%(国費ベースで2300億円)程度の引き下げを求めた。しかし、これに民主党側は猛反発し、一部議員がマイナス改定なら消費増税に反対すると示唆したこともあり、前原誠司政調会長は20日、政府側にプラス改定を要求していた。【鈴木直、山田夢留】

70～74歳の医療費窓口負担2割、先送り 民主、政府案了承

毎日新聞社 12月16日(金) 配信

政府は15日の民主党「社会保障と税の一体改革調査会」(会長・細川律夫前厚生労働相)総会で、一体改革大綱素案の社会保障部分の修正案を示した。特例措置で1割に据え置いている70～74歳の医療費窓口負担割合を本来の2割に戻すとした原案について、12年度は実施を見送って1割のままとすることを明記したうえで、13年度以降の取り扱いに関しては「(12年末の)13年度予算編成過程で検討」とし、先送りする文案を了承した。

70～74歳の窓口負担割合は、現役世代の負担軽減を図る狙いもあり、法律上08年から2割となっている。ところが、自公政権、民主党政権とも補正予算で毎年約2000億円を計上し、1割に据え置いてきた。

民主党は2割に戻す原案について、既に12年度は見送る方針を固めており、15日の修正案には「予算措置を継続」と明記した。また13年度以降に関しては、方針の明示を避けた。高齢者の反発を恐れ「痛み」を求めることをさらに先送りした格好だ。

このほか修正案には、75歳以上が加入する後期高齢者医療制度の廃止や、税と保険料

を徴収する「歳入庁」の設置など、当初案から漏れた民主党マニフェスト（政権公約）の項目が追加された。同調査会は16日午前の総会で社会保障改革部分の意見を集約する。

【山田夢留】

医療計画作成指針、来年2月にも通知- 厚労省

厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」（座長＝武藤正樹・国際医療福祉大大学院教授）は16日、都道府県が作成する医療計画について、2013年度からの次期計画をめぐるこれまでの議論を大筋で取りまとめた。これを踏まえ、厚労省は12年2月にも医療計画作成指針を各都道府県に通知する。

医療計画の見直しは、▽二次医療圏の再編▽在宅医療の提供体制の充実・強化▽精神疾患の医療体制の構築—などが柱。二次医療圏の再編では、入院医療を提供する地域単位として成立していない医療圏を見直す。指針では、「人口20万人未満」などが見直しの基準として示される見通し。

また、既存の「4疾病5事業」に加え、精神疾患と在宅医療についても医療計画に記載し、それぞれの医療機関に求められる機能などを明確にする。

（2011年12月16日 21:02 キャリアブレイン）

特定看護師、法案提出へ 医師の補助で医療行為

共同通信社 12月8日（木）配信

厚生労働省は7日、医師の診療の補助として高度な医療行為をすることを認める「特定看護師」の導入を決めた。

特定看護師を含めた「チーム医療」の推進を、政府・与党が取りまとめる社会保障と税の一体改革大綱で、医療分野の重要施策の一つと位置付け、保健師助産師看護師法の改正案を来年の次期通常国会に提出する。

厚労省は既に、床擦れで壊死（えし）した組織の切除などを「特定行為」とし、医師の指示の下で行うことを認める「看護師特定能力認証制度」の骨子案をまとめている。この骨子案を基に、法案の具体的内容を詰めていく。

厚労省内で同日開かれた専門家による会議では、全国在宅療養支援診療所連絡会の太田秀樹（おおた・ひでき）事務局長が「訪問看護の現場では、看護師が一步踏み込んだ行為まで行わざるを得ない。安全性の面で医師の判断は重くなるが、負担は軽減される」と国による認定を支持。

一方、日本医師会の藤川謙二（ふじかわ・けんじ）常任理事からは「リスクの高い医療行為は医師が行うべきだ」「現在行われている実証事業（国のモデル事業）の検証が必要だ」として、法制化に反対する意見が出された。日本看護系学会協議会の野嶋佐由美（の

じま・さゆみ) 理事も「議論が尽くされておらず時期尚早」と述べた。

「急性期病床群」で月内に検討会設置- 社保審医療部会

厚生労働省は8日の社会保障審議会の医療部会(部会長=齋藤英彦・国立病院機構名古屋医療センター名誉院長)で、一般病床の機能分化を進めるための具体策を話し合う検討会を設置することを提案し、了承された。同検討会では、医療法上の新たな病床区分として、同部会で議論されている「急性期病床群」(仮称)も議題となる予定。同省では、月内に初会合を開き、年明けの早い段階で意見を集約した後、同部会に報告する方針だ。

急性期病床群は、現在の一般病床のうち、急性期医療を担う病床群を医療法上で新たに位置付け、一定の要件を満たした病床を都道府県知事が認定するというもの。厚生労働省が11月17日の医療部会で提案したが、これまで同部会では、「議論の時間が不十分だ」との批判が相次いで出ており、集中的に検討する場が必要との意見が出ていた。

(2011年12月08日 21:46 キャリアブレイン)

【医療保険】 外来医療費の高額化に鑑み、現物給付化を実施

厚生政策情報センター 12月6日(火) 配信

「高額療養費の外来現物給付化」に関するQ&Aについて(12/2付 事務連絡)

厚生労働省は12月2日に、「高額療養費の外来現物給付化」に関するQ&Aについての事務連絡を行った。高額療養費の外来現物給付化は、外来医療費の高額化に鑑み、平成24年4月1日から実施されるもの。

今回は、実施にあたってQ&Aが作成されている。

Q&Aの冒頭、高額療養費の外来現物給付化を「医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめることができる仕組み」と定義している。

Q&Aは、現物給付化の基本事項、限度額適用認定証関係、高額療養費の算出関係など全15項目。基本事項では、「入院と同様に外来でも限度額適用認定証を提示することにより、窓口での支払額を自己負担限度額にとどめられる」ことを明記。限度額適用認定証関係では、「月途中に交付された場合、現物給付化はどの時点から実施されるのか」との問いに対し、「入院と同様、月の初めにさかのぼって適用される。すでに医療機関で支払った額と自己負担額の差額は後日保険者から払い戻される」と回答されている。

70歳未満の上位所得者および一般の被保険者で高額療養費の現物給付化を希望する人は、限度額適用認定証の提示が必要となる。

なお、同一月に同一の医療機関で外来と入院で受診した場合について、「別々の取り扱いになるが、合算の対象になるため、被保険者は後日保険者に高額療養費の申請を行い、差額分の支給を受けることができる」としている。

介護給付費分科会・審議報告のポイント

社会保障審議会介護給付費分科会（分科会長＝大森彌・東大名誉教授）の議論の取りまとめとして承された「2012年度介護報酬改定に関する審議報告」では、改定に向けた基本的な考え方として、▽地域包括ケアシステムの基盤強化▽医療と介護の役割分担・連携強化▽認知症にふさわしいサービスの提供▽質の高い介護サービスの確保—を提示。その上で、各サービスの報酬や基準の見直し案を示している。

サービスごとの見直しのポイントは次の通り。

■処遇改善交付金の継続策、「報酬で対応」

介護職員処遇改善交付金が12年3月末で終了することを受けた処遇改善の継続策については、「介護報酬において対応することが望ましい」と提言。継続策を職員の処遇改善に直結させるために、「必要な対応を講ずることはやむを得ない」としている。また、「（必要な対応は）介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過的な取り扱いとして設けるもの」とした。

■地域区分を7区分に

地域区分を国家公務員の地域手当に応じた7区分に見直す。それに伴う報酬単価の大幅な変更を緩和するため、14年度まで経過措置などを設定する。

■介護予防支援の委託制限を廃止—居宅介護支援

居宅介護支援事業所については、特定事業所加算による質の高い事業所への評価を継続。サービス担当者会議やモニタリングを適切に実施するため、運営基準減算に対する評価の見直しを行うほか、医療連携加算や退院・退所加算についても、算定要件と評価を見直す。在宅患者緊急時等カンファレンスにケアマネジャーが参加した場合も報酬上で評価する。なお、介護予防支援については、地域包括支援センターの居宅介護支援事業所への委託制限（1人8件）を廃止する。

■訪問介護の生活援助、45分区分が基本に—訪問介護

訪問介護の生活援助について、基本となる時間区分を60分から45分に変更。身体介護には、新たに短時間区分を設ける。また、訪問リハビリテーション実施時、サービス提供責任者とリハビリ専門職が同時に利用者宅を訪れ、協働で訪問介護計画を作成することを報酬上で評価する。

■サ責の任用要件を変更—訪問介護

サービス提供責任者の任用要件のうち、「（訪問介護員）2級課程の研修を修了した者であって、3年以上介護等の業務に従事した者」を段階的に廃止する。これに伴う介護報酬上の減算や人員基準の見直しについては、経過措置を設ける。

■時間区分ごとの報酬・基準を見直し—訪問看護

短時間で頻繁なニーズに対応できるサービス提供の実現を目指すため、時間区分ごとの報酬や基準を見直す。併せて訪問看護ステーションの理学療法士などによる訪問看護についても、時間区分と評価を見直す。さらに、患者の入院中に訪問看護ステーションの看護

師が、医療機関と協働して訪問看護計画を策定した場合や、初回の訪問看護の提供を評価。さらに、特別管理加算と緊急時訪問看護加算は、区分支給限度額の算定対象から外す。

■医師による診察頻度を緩和—訪問リハ

訪問リハビリの指示を出す医師の診察頻度を緩和。介護老人保健施設（老健）が提供する訪問リハビリの要件を、病院・診療所からのリハビリと同じレベルまで緩和する。リハビリ専門職が訪問介護のサービス提供責任者と利用者宅を同時に訪問し、指導・助言を行うことを報酬上で評価する。このほか、サテライト型訪問リハビリ事業所の設置を可能とする。

■職種や居住場所別の評価を見直し—居宅療養管理指導

医療保険との整合性を図るため、居宅療養管理指導を行う職種や、利用者の居住場所別の評価について見直しを行う。医師、歯科医師、薬剤師が居宅療養管理指導を行った場合、ケアマネジャーらへの情報提供を必須とする。小規模の薬局については、緊急時など対応が困難な場合のみ、あらかじめ連携している別の薬局の薬剤師によるサービス提供を可能とする見直しを行う。看護職員による指導については、算定要件を緩和する。

■同じ建物内へのサービス提供、評価を適正化—訪問系サービス

居宅療養管理指導を除く訪問系サービスについては、事業所と同じ建物（集合住宅）に住む一定数以上の利用者にサービスを提供した場合、報酬上の評価を適正化する。小規模多機能型居宅介護についても同様の見直しを実施する。

■「自立」の観点で在り方見直し—介護予防訪問介護

自立を促すサービスの重点的・効果的な提供という観点で在り方を見直す。サービス提供責任者とリハビリ専門職との協働による訪問介護計画の作成に対する評価や、サービス提供責任者の任用要件、人員配置基準に関する見直しは、訪問介護と同様とする。

■個別の状況を重視した機能訓練を評価—通所介護

適切な体制の下、利用者個別の心身の状況を重視し、生活機能向上を目的とした機能訓練を実施した場合、報酬上で評価する。小規模型通所介護については、スケールメリットに着目した報酬設定は維持しつつ、評価を適正化する。家族介護者への支援を促進するため、サービス提供の時間区分を見直すとともに、12時間までの延長加算を認め、長時間のサービス提供をより評価する。療養通所介護については、利用定員を見直す。

■医療ニーズの高い利用者受け入れを評価—通所リハ

リハビリテーションマネジメント加算や個別リハビリテーション実施加算の算定要件や評価を見直す。また、要介護4か5である上、手厚い医療も必要な利用者の受け入れを報酬上で評価する。

■複数プログラムの実施を評価—介護予防通所介護など

介護予防通所介護や介護予防通所リハビリについては、選択的なサービスのうち、複数のプログラムを組み合わせる場合の評価を創設。また、通所介護、通所リハビリと同様に、基本サービス費を適正化するほか、事業者と同一建物に居住する利用者の報酬

については、送迎分を適正化する。特に介護予防通所介護については、アクティビティ実施加算を見直し、新たに生活行為向上プログラムを評価する。

■空床確保を評価—短期入所生活介護

緊急短期入所ネットワーク加算を廃止する一方、一定割合の空床を確保している事業所の体制や、居宅サービス計画に位置付けられていない緊急の利用者を受け入れた場合を評価する。ただし、常に空床がある事業所は算定しない仕組みにする。

■老健でも重度療養管理を評価—短期入所療養介護

医療ニーズの高い入所者を受け入れた場合に算定できる重度療養管理について、老健でも病院・診療所と同様に評価する。また、緊急短期入所ネットワーク加算を廃止する代わりに、緊急時の受け入れを評価する。

■空室活用のショートステイ可能に—特定施設入居者生活介護

空室を活用した短期利用（ショートステイ）を可能にする。また、看取り対応を強化するため、配置看護師による看取り介護を行った場合を評価する。

■個別サービス計画の作成を義務付け—福祉用具貸与

福祉用具専門相談員が利用者ごとの個別サービス計画を作成することを義務付ける。

■訪問介護員は常時1人以上配置—定期巡回・随時対応型訪問介護看護

12年4月からスタートする定期巡回・随時対応型訪問介護看護（24時間訪問サービス）の介護報酬については、要介護度別、月単位の定額報酬を設定する。通所系サービスや短期入所系サービスの利用時は、報酬を日割り計算する。

人員基準については、訪問介護員とオペレーターを常時1人以上、看護職員を常勤換算で2.5人以上配置することを求める。訪問介護や夜間対応型訪問介護、訪問看護の各事業所と一体的に運営される場合は、職員の兼務が可能。オペレーターの任用要件については、夜間対応型訪問介護と同様の有資格者を1人以上配置することとするが、この有資格者が配置されていない時間帯は、訪問介護のサービス提供責任者として3年以上の経験がある人の配置も認める。介護老人福祉施設や老健で従事する夜勤職員が、入所者の処遇に影響のない範囲内で、オペレーターなどと兼務することも可能。

このほか、集合住宅と同一建物に併設する事業所が、その住宅の利用者にサービスを提供する場合、地域へのサービス展開に努める必要がある。

■看護職員の人員基準は2.5人—複合型サービス

12年4月からスタートする複合型サービスの介護報酬については、要介護度別、月単位の定額報酬を設定する。人員基準に関しては、▽看護職員は2.5人（うち1人は看護師か保健師）を基準とし、看護職員が24時間対応できる体制を確保している場合を高く評価する▽泊まりサービスの看護職員については、夜勤・宿直の配置の限定をせず、必要に応じて対応できる体制の確保を基準とする▽訪問看護事業所と一体的に運営している場合の兼務を認める▽管理者については、認知症の利用者に対する3年以上の介護経験を持ち研修を修了した人、または、訪問看護の知識・技能をもつ保健師か看護師で、常勤・専従

とする—などとした。設備や施設については、小規模多機能型居宅介護と訪問看護に準じた基準にする。このほか、小規模多機能型居宅介護と同様に、15年3月末までは事業開始時支援加算を算定できる。

■サテライト型事業所を創設—小規模多機能型居宅介護

サテライト型の小規模多機能型居宅介護事業所を創設する。開設できるのは、医療・介護・福祉サービスに3年以上の実績がある法人で、本体事業所が安定してサービスを提供している場合に限定する。12年3月末までとしている事業開始時支援加算については、要件を見直した上で、15年3月末まで継続する。看護職員に対する評価については、複合型サービスの状況を踏まえ、次期改定で必要な対応を取る。

■「フラット型」基本報酬体系見直し—認知症対応型共同生活介護

要介護度が高くなっても報酬の増加幅が緩やかな「フラット型」の基本報酬体系を見直すとともに、運営ユニット数別に報酬を設定する。また、看取りへの対応強化を目指して、看取り介護加算の評価を見直すほか、夜間の安全確保強化に向けて、夜勤職員の配置基準や夜間ケア加算を見直す。このほか、空床を活用した短期利用共同生活介護（ショートステイ）などの要件として設定されている「開設後3年以上」の規定を緩和する。

■報酬は「ユニット個室、従来個室、多床室」の順—特養

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）のユニット型個室の整備を推進するため、介護報酬の水準をユニット型個室、従来型個室、多床室の順になるよう適正化するほか、第3段階（市町村民税世帯非課税、本人の年金収入が80万円超211万円未満）のユニット型個室入所者の負担軽減を検討する。12年4月1日より前に整備された多床室の報酬については当面、同日以降に新設されるものより「配慮」した取り扱いとする。また、施設での看取り対応強化に向けて、終末期の外部医師によるターミナルケアを推進する。

■在宅復帰状況などを指標とした報酬体系に—老健

老健の介護報酬については、在宅復帰状況やベッド回転率を指標とした体系に見直すほか、在宅復帰支援機能加算の算定要件を見直す。また、入所中に状態が悪化し、医療機関に短期間入院した後、再入所した場合の集中的なりハビリを評価する一方、別の老健に転所した場合の取り扱いを適正化する。

このほか、▽入所前に入所者の居宅を訪問し、早期退所に向けた施設サービス計画を策定し、診療方針を決定した場合▽地域連携診療計画に基づいて、医療機関から利用者を受け入れた場合▽肺炎や尿路感染症などの軽症の疾病に対して、施設内で対応した場合▽認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合の受け入れや、在宅復帰を目指したケア—なども評価する。ターミナルケア加算の算定要件や評価の見直しも行う。

■医療ニーズ高い入所者の割合を評価指標に—転換老健

介護療養型老人保健施設（転換老健）の報酬体系を見直し、▽たんの吸引や経管栄養を実施している利用者の割合▽認知症高齢者の日常生活自立度—に関する要件を満たした施設に高い報酬を設定する。看取りを強化するため、ターミナルケア加算の算定要件や評

価の見直しも行う。有床診療所を併設して転換する場合、増床が可能になるようにする。

介護療養型医療施設については、認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難になった場合の受け入れを評価する。

■経口移行・維持、口腔機能向上の取り組みを評価

介護保険施設の経口維持加算については、歯科医師と連携する場合の算定要件を見直す。また、経口維持加算と経口移行加算について、言語聴覚士との連携を強化する。

口腔機能維持管理加算については、歯科衛生士が介護保険施設の入所者に、直接口腔ケアを行った場合を評価する。

■介護職のたん吸引、特養や訪問介護の体制を評価

12年4月から一定の研修を受けた介護職員らがたん吸引などを実施できるようになることに伴い、重度者が一定以上いる場合に算定できる介護老人福祉施設と訪問介護の加算の要件を見直し、たん吸引などを実施する事業所も加算を算定できるようにする。また、訪問介護事業所と連携し、利用者に関する計画作成の支援などを行う訪問看護事業所に対する評価も行う。

■今後の課題、認知症やサービスの質評価など

次期介護報酬改定までに検討を進める事項として、▽認知症にふさわしいサービス▽介護サービスの質向上に向けた具体的な評価手法の確立や、利用者の状態を改善させる取り組みを促す報酬上の評価の在り方▽ケアプランやケアマネジメントについての評価・検証の手法、ケアマネジャーの養成・研修課程や資格の在り方▽集合住宅での訪問系サービスの提供の在り方▽サービス付き高齢者向け住宅や24時間訪問サービス、複合型サービスの実施状況▽介護事業所や介護施設での医師・看護師の配置の在り方▽リハビリの提供の在り方や、リハビリの効果に関する評価手法▽効果が高い予防給付サービスの提供の在り方—などを盛り込んでいる。

(2011年12月06日 20:42 キャリアブレイン)

【中医協】診療報酬の仕分けに不満続出- 診療・支払側とも

2日に開かれた中央社会保険医療協議会(中医協、会長=森田朗・東大大学院教授)の総会では、政府の行政刷新会議が行った「提言型政策仕分け」の結果を厚生労働省が報告した。2012年度診療報酬改定での診療報酬本体部分の引き上げに反対する仕分け結果に対し、診療側・支払側の委員から不満が続出した。

診療側の安達秀樹委員(京都府医師会副会長)は、「診療報酬の議論をするために必要な資料が、圧倒的に不足しているというのが第一印象」とした上で、「わずかな時間の審議で、果たして政策提言ができるのか」と批判。西澤寛俊委員(全日本病院協会会長)は、「腹を立てるよりも、無視したいくらいの思い。中医協としては、これを考慮して、あるいは考慮したふりをしてやらなければいけないのか」と疑問を呈した。

支払側の白川修二委員（健康保険組合連合会専務理事）も、「『年に何百時間もかけて（中医協では）何をやっているんだ』というような提言で、怒り狂っている」と不満を表明した。

こうした意見を受けて森田会長は、小宮山洋子厚労相が仕分け結果を「重く受け止める」と発言していることに触れ、「中医協として、メッセージを発信していく必要がある」と指摘。厚労相に提出する12年度報酬改定に関する意見書に、仕分け結果に対する見解を盛り込む方針を示した。

（2011年12月02日 17:30 キャリアブレイン）

特定看護師 拙速な法案提出を懸念一日医

薬事ニュース 12月1日(木) 配信

日本医師会は11月16日の定例記者会見で、厚生労働省の「チーム医療推進会議」などで検討が進む「特定看護師」（仮称）の創設について、慎重な議論を求める見解を発表した。政府・与党の社会保障・税の一体改革成案を踏まえ、厚労省が次期通常国会への保助看法改正案の提出を急いでいることをけん制したもので、見解では「一体改革ありきで法制化を急ぐことは許されない」とし、慎重な検討を求めている。会見で藤川謙二常任理事は「特定看護師に関する調査試行事業や業務試行事業は、いずれも進行中の事業。これらの結果を検証した上で、必要かどうかを議論するのが筋」と指摘。現場が求めているのは特定看護師の導入ではなく、一般の看護師が診療の補助として実施できる範囲を明らかにすることだと指摘した。

紹介状なし患者負担増に 一部大学病院で来春にも

共同通信社 12月1日(木) 配信

厚生労働省は30日、紹介状を持たずに訪れる外来患者の割合が多い一部の大学病院について、初診料などを対象に公的医療保険がカバーする割合を引き下げ、その分を患者の負担とする方針を決めた。同日の中央社会保険医療協議会（中医協）で提案、来年4月の診療報酬改定で導入される見通し。

紹介状なしで大学病院を受診するかぜなどの軽症患者らが対象で、診療所などで受診してもらい、外来診療が重荷となっている病院勤務医の負担を軽減するのが狙い。救急患者らを除外するなど、詳細は今後検討する。

現在でも200床以上の大病院では、紹介状なしの患者に対し、病院の判断で「特別料金を請求することができ、実際に夜間、休日に救急外来を受診する軽症患者らから数百～数千円程度を徴収している。

厚労省の方針では、紹介状なしで大学病院を受診する場合、従来の特別料金に加えて、

公的医療保険の対象となる初診料（2700円）や再診料（690円）などについて、窓口で本来の自己負担以上の支払いを求める。

厚労省によると、大学病院では、救急車で搬送される例などを除き、外来を受診する患者の56%が「紹介状なし」となっている。

【中医協】同一日2科目の再診料の評価を- 厚労省が提案

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝森田朗・東大大学院教授）は30日の総会で、同一医療機関で1日に複数の診療科を受診した場合、初・再診料の算定回数が制限されている現状について議論した。この中で厚生労働省側は、同一日に受診した2科目の再診料を一定の割合で算定可能とするよう提案した。医師の技術料としての必要性を訴える診療側に対し、支払側は、複数科受診は多様なケースが考えられるとして、評価対象に一定の制限を設けるよう要望。両側から過去の経緯を尋ねる声もあったため、これも含めて引き続き協議することになった。

現行の診療報酬体系では、同一医療機関で1日に複数科を受診した場合、初診料については2回目まで（2科目は半額）、再診料（外来診療料も含む）は1回のみ算定できる。

一方、日本病院団体協議会（日病協）の調査によると、複数科の受診で初・再診料を算定できなかった患者の全体に占める割合は、昨年7月の1か月間で200床未満8.7%、200床以上11.5%。日病協の試算では、患者数割合による影響額は373億円、病床数では446億円に上っている。

■基本診療料のコスト分析の検討再開を

意見交換で支払側の白川修二委員（健保連専務理事）は、「1日で複数科を回るのにはいろんな理由がある」と指摘。その上で、「複数科に行ったら全部算定するような提案になっているので、それはおかしいと言っている」として、評価対象を限定するよう求めた。

これに対し、診療側の嘉山孝正委員（国立がん研究センター理事長、山形大大学院教授）は、「（複数科受診は）いろんな場合があるので、それはもう少し提示した方がいい」と同調。西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）も「本当は行く必要がないようなケースを除外できるように、要件をつくってほしい」と要望した。

一方、支払側の花井十伍委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）は、病院における初・再診料の定義そのものが不明確として、「何に価値を見出すかをはっきりしないと、議論がかみ合わないのではないかと問題提起。西澤委員はこれに賛同した上で、基本診療料のコスト分析に関する検討を中医協で再開するよう求めた。

（2011年11月30日 21:15 キャリアブレイン）

〔薬事関連ニュース〕

【薬事法等改正】添付文書の事前届出を義務化など合意 - 厚科審部会が最終合

厚生科学審議会医薬品等制度改正部会（部会長：永井良三東京大学大学院教授）は 26 日、最終会合で、医薬品・医療機器総合の安全対策の強化や、新たな製品を迅速に医療現場へ届けるために必要な薬事法改正や運用見直しの方向性を合意した。添付文書の文案や改訂案を事前に厚生労働大臣へ届け出る義務をメーカーに課すほか、現行は承認時にしか設定できない市販後臨床試験の実施などの条件を、承認後に追加できるようにする方針を打ち出した。

ウルトラオーファンの制度化や助成率の引き上げなど、市場規模が特に小さい疾病領域に対する重点的な開発支援の検討も求めた。

また、治験の参加基準から外れた患者が未承認薬などにアクセスできるよう、個人輸入以外の新たな枠組みを創設すべきとの認識も一致した。ただ、承認取得のための開発を阻害する懸念があるため、新たな枠組みの導入に向けて関係者で丁寧に議論すべきとの意見も多く、患者の自己責任の範囲、副作用が生じた場合のメーカーや医療機関による補償のあり方などについて、今後課題を残した。

焦点の医薬品等監視・評価組織については、薬害防止のための措置を行政に提言、勧告、意見具申する機能を有する法律に基づく第三者組織を設けるべきとの考え方は確認したが、具体的な形態には踏み込まず、厚労省に関係機関との調整を委ねる格好で決着した。これまでの議論では、審議会等の新設を制限する閣議決定方針を踏まえて厚労省が既存組織の活用を提案したが、薬害被害者らが新たな組織にこだわり、意見集約が難航していた。

このほか、開発が難しい医薬品を開発した企業に他品目の優先審査権を与える優遇措置を導入することも論点に上がっていたが、十分な検討時間がなかったため、判断を見送った。

同部会は、薬害肝炎検証・検討委員会の最終提言の実現を目的に、3月から10回の会合を重ねた。今後、文言を委員が確認した上で、年明けにも報告書を公表する予定。厚労省は次期通常国会へ薬事法改正案の提出を目指す。詰め切れなかった課題については、政務三役や与党の意見を聴いて対応を探る。

生活保護受給者に後発薬 厚労省、来年度から促す方針

毎日新聞社 12月25日(日) 配信

厚生労働省は24日、生活保護費の抑制策として、12年度から福祉事務所に「医療扶助相談・指導員」（仮称）を配置し、診察を受ける生活保護受給者に安価な後発医薬品（ジェネリック）の服用を促す方針を明らかにした。これにより、保護費を141億円（国費

ベース106億円)削減するという。ただ、後発薬には不信感を抱く医師もいる。同省は「本人の意向を尊重する。強制ではない」と説明しているが、額面通りには受け止められない可能性もある。

生活保護受給者が医療機関にかかる時は原則、事前に福祉事務所から医療券の発行を受ける。その際、12年度以降は薬剤師や看護師の資格を持つ相談員が受給者と面談し、後発薬の使用を促すことにした。本人の了解が得られれば、薬局で後発薬を選んでもらう。

厚労省は日本医師会や日本薬剤師会にも、理解を求める文書を出す。一度後発薬を使用した受給者の6割程度は、先発薬へ切り替えずに後発薬の服用を続けるとみて、生活保護費のうち医療費に充てる医療扶助を国・地方分で計141億円削減できるとしている。

12年度予算案の生活保護費(国、地方分)は3兆7232億円で、うち1兆7077億円が医療扶助。同扶助には患者の自己負担がなく、抑制が難しいため、安価な後発薬を勧めることにした。

しかし、生活保護受給者の後発薬使用を巡っては、厚労省が08年4月に使用を義務づける通知を出しながら、「差別的だ」と批判を受け、撤回した経緯がある。【石川隆宣】

■ことば

◇後発医薬品(ジェネリック)

先発薬(新薬)の特許が切れた後、別メーカーが発売する当該先発薬と同じ成分、効能の薬。先発薬の2~7割程度の価格で、政府は医療費抑制策の切り札として、現在2割強の普及率を12年度に30%へ引き上げる目標を立てている。だが、一部に「新薬とは効能が違う」との不安もあり、政府の意図ほどは普及していない。

適応外薬など第2回開発要望公募に290件

厚生労働省は22日の「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」で、今年8-9月に学会や患者団体などから募集した未承認薬や適応外薬の開発要望290件(未承認薬47件、適応外薬243件)の一覧リストを公表した。内訳を見ると、「抗がん」が72件(10件、62件)で最も多く、以下は「抗菌・抗炎症」59件(8件、51件)、「小児」43件(9件、34件)、「精神・神経」39件(4件、35件)などと続いた。来春に開かれる次回会合から、これらの医療上の必要性について評価を開始する見通し。

開発要望の公募は2回目。初回は2009年6-8月に行われ、374件の要望があった。このうち、同検討会議が「医療上の必要性が高い」と評価した186件については、3回に分けて厚労省が既に製薬企業側に開発を要請。また、要請時点で開発企業が見つからず公募していた要望についても、いずれも開発企業が決まっている。現在までに、54件が薬事承認されている。

このほか、同日の検討会議では初回公募分のうち新たに6件について、臨床試験の一部

か全部を行わなくていい「公知申請」が妥当と評価した。6件は次の通り。

ノルバスク（ファイザー）、アムロジン（大日本住友製薬）の小児高血圧症▽レニベース（MSD）の小児高血圧症▽ディオバン（ノバルティスファーマ）の小児高血圧症▽ゼストリル（アストラゼネカ）、ロンゲス（塩野義製薬）の小児高血圧症▽バクタ（塩野義）、バクトラミン（中外製薬）のニューモシスチス肺炎の予防及び治療▽フラジール（塩野義）の嫌気性菌、アメーバ赤痢、ランブル鞭毛虫感染症、クロストリジウム・ディフィシル関連腸炎

（2011年12月22日 20:26 キャリアブレイン）

後発品促進策まとめる 厚労省、医療費抑制で

共同通信社 12月15日（木）配信

厚生労働省は14日、価格の安い後発医薬品の使用を促すため、後発品の有無などを患者に知らせた薬局に診療報酬の上乗せをすることなどを盛り込んだ促進策をまとめた。具体的な対策を来年度診療報酬改定に盛り込んで、医療費の増加を抑制するのがねらい。

同日の中央社会保険医療協議会（中医協）で承認された。

後発品は、特許の切れた先発医薬品と同じ成分で製造される安価な医薬品。

促進策としては、医師の処方した薬を調剤する薬局への診療報酬で、後発品を調剤した際の加算を認める要件となっている使用割合を引き上げる。薬局に処方された薬の後発品の価格や在庫などを患者に知らせることも求めた。

また、薬局で後発品を処方しやすくなるよう、先発品の商品名で処方するのではなく、後発品にも共通する「一般名」を用いるよう医師に求める。処方箋の「後発品への変更不可」欄も、一括ではなく個々の薬について記入を求める様式に変更する。

行政刷新会議の政策仕分けでも、後発品の利用促進が提言された。

【中医協】新薬加算継続も、恒久化は見送り

中央社会保険医療協議会（中医協）の薬価専門部会（部会長＝西村万里子・明治学院大学教授）は2日、2010年度診療報酬改定から試行的に導入されている「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」について、12年度改定でも継続することを大筋で了承した。ただ、製薬業界側が要望していた同加算の恒久化については、「時期尚早」などの意見が上がり、本格導入は見送られることになった。

同加算は、後発医薬品が上市されておらず、市場実勢価格の薬価に対する乖離率が、全収載品の加重平均乖離率を超えないとの条件を満たす新薬について、特許期間中は薬価が下がらないというもの。

同加算の導入に当たっては、製薬企業側に未承認薬・適応外薬の開発や上市に向けた取

り組みを求めており、意見交換では同加算を受けた企業と開発要請を受けた企業との「ミスマッチ」が起きていることを問題視する声が上がったものの、同加算を「試行的」に継続することを認める意見が大勢を占めた。

一方、同加算の導入に当たっては、10年度改定時に長期収載品（後発品のある先発品）の薬価が2.2%追加で引き下げられたが、安達秀樹委員（京都府医師会副会長）は「試行的継続の中には、追加引き下げもセットだと理解している」と表明。白川修二委員（健康保険組合連合会専務理事）も「（継続は）追加引き下げとルールの検証が条件」と述べた。これに対し、加茂谷佳明専門委員（塩野義製薬常務執行役員）が「追加引き下げはあくまでも制度導入時の財政影響緩和策ということで、前回の改定に限りという前提で応じたという理解」などと反論し、次回以降の検討課題となった。

（2011年12月02日 23:01 キャリアブレイン）

新薬創出加算 「恒久化」理解得られず—中医協

薬事ニュース 12月1日(木) 配信

中央社会保険医療協議会は11月16日、薬価専門部会を開き、新薬創出加算と、保険医療上必要性の高い医薬品（エッセンシャルドラッグ）の薬価改定方式について議論した。同日の議論では、新薬創出加算について、恒久化に慎重な意見が目立つ一方、エッセンシャルドラッグについては、先の大震災などの影響を踏まえ、何らかの措置が必要と、一定の理解を示す意見もあがった。新薬創出加算については、制度の恒久化を求める専門委員と、いわゆる“値上げ騒動”に端を発した流通の改善を求める診療側・支払側委員との間で、意見の隔たりは埋まらなかった。

未承認薬アクセス制度「海外承認薬」から着手へ—厚科審

薬事ニュース 12月1日(木) 配信

厚科審・医薬品等制度改正検討部会は11月16日、医療上必要性が高い未承認医薬品のアクセス制度について議論を行った。厚生労働省は前回の部会で、国内で治験が行われている未承認薬について、治験の参加基準を満たさない患者でも治験薬を使用できる制度づくりを提案。今会合では、アクセス制度の対象となる治験薬について「海外で承認されている医薬品」を対象とし、使用に際しては「患者の同意を得る」ことで大筋の合意を得た。