

## Asahi.com 医療・病気

### 混合診療解禁、「特区で検討」 推進会議が答申へ

政府の規制改革・民間開放推進会議（議長・宮内義彦オリックス会長）は、小泉首相に24日提出する答申で、保険診療と保険外診療を組み合わせる混合診療について、「原則解禁」は断念したものの、地域限定で規制を緩和する構造改革特区での実現を検討することを盛り込む。

推進会議は、「一定水準以上の病院で包括的な混合診療の解禁」を求めたが、厚生労働省は「安全性確保のため、個別の医療技術ごとに可否を判断すべきだ」と主張。厚労省案に沿って現行制度での「例外」の拡充を進めることになった。ただし、東大医学部の付属病院などから高度医療で解禁に近い方式を求める要望が出ており、特区での解禁への道を残した。

このほか、答申は、官民競争入札（市場化テスト）について、省庁の参加を義務づける法制度整備の実施年度を明記しない「検討」にとどめる。このためモデル事業を経た06年度の本格実施が不透明になった。（2004/12/22）

### 不正請求の医療機関、返還請求は03年度63億円

病院や診療所の医療費の不正請求で、03年度に返還を命じられた医療機関は約3200、金額では約63億3000万円（前年度比21億円増）にのぼることが17日、厚生労働省のまとめでわかった。73年の調査以来、請求額は4番目に多い。このうち、「名義借り」などで医師数を水増しした不正請求は16億円に及んだ。また、国や都道府県の監査で悪質とされ、保険医療機関などの指定を取り消された医療機関や薬局は38件、保険医などの登録を取り消された医師・歯科医師・薬剤師は計29人だった。

医師の名義貸しは今春、厚労省の調査で50大学で発覚、名義を借りた医療機関は500カ所を超えることがわかっている。今回、指定を取り消された中で、名義借りに絡むのは北海道、福井、鹿児島県の7病院。厚労省は、04年度も同様の理由ですでに7医療機関の指定を取り消した。

03年度で不正請求額が大きかったのは、医師数水増しや入院患者数の改ざんなどで不正請求した鹿児島県の牧角記念病院（返還額約4億5000万円）や、医師数水増しで高い入院基本料を請求した北海道の国立療養所八雲病院（同3億5000万円）など。（2004/12/17）

### 混合診療、「例外」拡充を決定 政府

政府は15日、保険診療と保険外診療を組み合わせる混合診療について「原則解禁」はせず、未承認の抗がん剤を使えるようにするなど、例外的に併用を認めている特定療養費制度の拡充で対応することを決めた。04年度から見直しを始める。小泉首相は9月に解禁の方向で指示したが、厚生労働省の「安全性が確保できない」との主張が通り、「原則禁止・例外容認」の方針は変えないことになった。

尾辻厚労相と村上規制改革担当相が同日の折衝で合意し、小泉首相に報告した。尾辻氏は「抜本的・画期的改革だ。小泉総理の指示にもしっかりこたえた」とし、村上氏も「解禁に近い結果だ」と評価した。

合意の柱は、（1）国内で未承認の抗がん剤の使用などについては専門家会議を設け、併用が認められている治験制度を迅速に適用する（2）高度、中度の医療技術については審査の手続きを緩和。技術ごとに一定の水準を設け、該当する医療機関が届け出れば併用を可能にする（3）がんの検査に使う腫瘍（しゅよう）マーカーなど保険適用回数に上限がある医療行為についてはルールを設け、超過分の併

用を認める など。

いずれも患者や医療現場から、全額自己負担になり負担が大きすぎる、と批判が出ていた。

その後は、06年に予定されている医療保険制度改革で特定療養費制度を廃止し、将来保険適用が見込まれるものは「保険導入検討医療」に、保険導入を前提としないものは「患者選択同意医療」（いずれも仮称）に分けて再構成する。（2004/12/15）

### 混合診療、「原則解禁」は断念 現行制度拡充合意へ

政府の規制改革・民間開放推進会議（議長・宮内義彦オリックス会長）は、保険診療と保険外診療を組み合わせる混合診療について、当初目指した「原則解禁」を断念することになった。一部の例外分野に限って認めている現行制度を拡充する厚生労働省案を大筋で受け入れる方針を固めたため。15日にも両方で合意する。推進会議は「一定水準以上の病院で包括的に解禁」を求めたが、厚労省は「安全性確保のため、個別の医療技術ごとに可否を判断すべきだ」と主張。大病院で最近、医療過誤事件が次々に表面化していることも影響したとみられる。

これを受けて、厚労省は、例外的に混合診療を適用している高度な医療などについて、病院からの申請に基づき個別に審査して認める制度の手続きを緩和する。具体的には、専門医の数や治療実績などの要件を、個別の医療技術ごとに設定し、可否を判断する。例えば、「体外から衝撃波を使って結石を破壊する技術」などの技術が「一定の水準」に達していれば、認めることになる。手続きにかかる時間も短縮する。

また、海外で承認済みで治験は完了したが保険適用前の抗がん剤に加え、胃がんと関連が指摘されるピロリ菌の除去といった保険適用回数が制限されている医療行為なども「中程度の医療」として新たに対象に加える方向だ。

推進会議は「個別の医療技術ごとの承認では時間がかかりすぎる。患者の要望に迅速にこたえられない」と主張。専門分野に区分けせずに、医療機関全体として「一定の水準」を満たせば、医師の判断患者の選択に委ねて、医療の種別を問わず混合診療を認める形での解禁を厚労省に求めていた。

(2004/12/15)

## Asahi.com 保険・年金

### 要介護度の認定調査を厳格化、事業者の申請制限 厚労省

厚生労働省は05年の介護保険制度改革で、特別養護老人ホームなどに所属するケアマネジャーらが入所者の要介護度の認定調査をすることを禁じたり、事業者が認定申請を代行するのを制限したりするなど調査を厳格化する方針を決めた。事業者による甘い調査で要介護度が上がり、必要度が低い人にまで介護サービスを提供する「過剰な掘り起こし」が給付費の急増の一因と判断した。06年4月から実施する予定。

認定調査は、介護サービスを最初に利用するときに研修を受けたケアマネジャーらが、申請した高齢者と面接して介護の必要度を調べる。継続して利用する場合も原則1年（最長2年）ごとに調査を受ける必要がある。調査をもとに、市町村の介護認定審査会で要介護度を認定する。

ケアプランを作る居宅介護支援事業者や特養などの介護保険施設は、市町村の委託を受けて認定調査をしているほか、高齢者に代わって認定を申請することができる。

厚生省は改正で、新たに認定を申請する場合の認定調査は原則市町村が行うようにする。委託する場合も介護予防や相談事業の拠点となる地域包括支援センターなどに限り、民間事業者所属のケアマネジャーは行えないようにする。継続利用の場合でも、施設のケアマネジャーが入所している高齢者の調査をすることは認めない。

また、新規に認定を申請する場合は事業者が代行することは認めず、地域包括支援センターや民生委員に限る。事業者は継続利用のための申請代行はできるが、本人が承諾していないのに申請を代行するなど悪質なケースはペナルティーを科す方針だ。

厚生省は、入所施設のケアマネジャーが認定調査した場合は、それ以外と比べて要介護度が高くなる傾向があるとしている。認定申請では居宅介護支援事業者などの代行が79%を占めている。

(2004/12/27)

## 介護認定8区分に、予防策導入で06年変更 厚生省

厚生労働省は22日、05年の介護保険制度改正で介護予防を導入するのに伴い、六つに分かれている認定区分を8区分に変更する、と発表した。

現在は介護が必要な度合いに合わせて要支援、要介護1～5に分けられている。同省は寝たきりや痴呆(ちほう)症になるのを防ぐため、06年4月から要介護度が軽い要支援と要介護1の高齢者を対象に筋力トレーニングや栄養指導などを行う予定だ。

これに合わせて、介護が必要な人を、予防サービスだけを受ける「要支援者」と、従来のサービスを受ける「要介護者」の二つに大別。

そのうえで、現在の要支援は、予防サービスを受ける「要支援1」と、痴呆症や病気、けがなどで予防サービスに適さず従来のサービスを受ける「準要介護」に分ける。要介護1も、予防サービスを受ける「要支援2」と、受けない「要介護1」に分ける。要支援1、要支援2と認定された人の利用限度額は今後詰める。

介護予防の対象とするかどうかは、市町村の介護認定審査会が決める。調査項目に外出の頻度といった「生活機能」を追加。主治医の意見を参考に、状態が維持・改善する可能性が高い人を対象とする見通しだ。訪問介護ではホームヘルパーと一緒に調理したり、デイサービスでも筋力向上や栄養改善に重点を置いたりするサービス内容に変更する。(2004/12/22)

## 「要支援」の3割、状態悪化 介護保険1年間利用時

介護保険サービスを03年4月から1年間利用した高齢者のうち、最も軽い要支援と認定された人の3人に1人の介護度が重くなっていることが、厚生労働省の介護給付費実態調査でわかった。

各都道府県の国民健康保険団体連合会が審査した介護給付費明細書などを集計した。

調査結果によると、03年度にサービスを継続的に利用した人は202万人。要介護度別に1年後の変化をみたところ、要支援24万人(一部自立の施設入所者を含む)のうち、31.8%にあたる7万6000人が要介護1以上になった。要介護1(61万4000人)は18%が重度化した。要介護2は27.9%、要介護3は29.9%、要介護4は22%が重度化していた。

要支援・要介護1で在宅サービスを利用している人の2人に1人は訪問介護を利用。このうち調理や掃除、買い物などの生活援助だけを利用している人は要支援で86.7%、要介護1で68.9%を占める。

厚生省は、加齢に加え、こうした家事代行サービスの利用で高齢者が体を動かす機会が減っているこ

とも重度化の要因の一つと分析。05年の介護保険制度の改正では、痴呆（ちほう）症などを除き、要支援・要介護1の人は原則として筋力トレーニングや栄養管理などの介護予防サービスを受けてもらい、生活援助もホームヘルパーが利用者と一緒にを行うようにする方針だ。（2004/12/20）

## 政管健保、レセプト原則開示へ 医師の拒否要件厳しく

社会保険庁は、中小企業の従業員や家族ら約3600万人が加入する政府管掌健康保険（政管健保）の診療報酬明細書（レセプト）について、原則開示する方針を決めた。あいまいな理由で主治医らが開示に反対できないよう、来春にも手続きを見直す。開示請求ができることも加入者らに文書で知らせる。政管健保の新方針は大企業の健康保険組合（3100万人）など他の健保の情報開示にも影響を与えそうだ。

レセプトは、病院などが医療費を健保に請求する時に使う明細書。手術や処置法、検査、薬剤などの治療内容が記載されている。

厚生労働省は医療事故問題に取り組む市民団体の要望を受け、97年からレセプト開示を認めた。すべての健保で開示が始まったが、主治医らに診療上の支障がないかどうかを確認するため、全面開示にはなっていない。

政管健保では、昨年度までの7年間で2万1514件の請求があり、8割は開示、2割が不開示や部分開示、判断保留などになっている。「患者ともめている」との理由で不開示を求める医師もいるという。

このため、同庁は来年4月施行される個人情報保護法が、本人情報の開示請求権を保障していることを受け、原則的に開示をすることにした。医師に確認する手続きは残すものの、不開示や部分開示を医師が求める場合には、その理由を書面に明記するよう求める。

不開示は「本人の生命や健康、財産を害する」などの場合に限り、医師がこうした不利益を明確に説明できなければ開示する方向だ。医師名や治療内容は、厚労省が「医師の個人情報」としているが、これを理由に不開示にはできないことも徹底する。

また、年2回発送する医療費の通知書に来年度から、開示請求できることや手続き方法を知らせる文書を添える。（2004/12/19）

## 介護保険の食住費、05年10月から自己負担

尾辻厚労相と谷垣財務相は18日、介護保険の見直しについて協議し、05年10月から特別養護老人ホームなどの施設入所者の食費や居住費を原則として介護保険の給付対象外とし、自己負担にすることで正式合意した。厚労省は06年度に介護保険の制度改正を行うが、食住費の負担増は前倒して実施する。

施設入所者の食住費は現在、大半は介護保険からの給付でまかなわれている。自己負担は施設の種類などで異なるが、給付対象外になると標準で月3万円程度の負担増になる見込み。05年度の介護保険の給付費は1310億円減少し、国庫負担分では420億円減る見込みだ。（2004/12/18）

**Asahi.com 福祉・高齢**

\*トピックスのため例外的に報告

法定雇用率、うつ病の従業員も適用対象に 厚労省改正案

うつ病などの精神障害者の雇用促進策を検討してきた厚生労働省は13日、障害者雇用促進法改正案を固めた。従業員の1.8%を障害者とする法定雇用率の対象に精神障害者を加え、長時間働けない状態にも配慮し、週20時間以上30時間未満の短時間しか働けない場合でも0.5人として雇用率にカウントするのが柱。厚労省は来年の通常国会に法案を提出する。

法定雇用率の算定対象は現在、身体と知的障害者に限られている。

厚労省案では、新たに対象となるうつ病などの精神障害者は、日常生活や社会生活に制約があると認められる「精神障害者保健福祉手帳」の所持を条件とし、新規雇用だけでなく在職者も対象とした。把握するには、プライバシーに配慮した方法を国が企業側に示すことが必要とした。

休職から復職に至る支援を各都道府県にある地域障害者職業センターが担い、企業内でも復職を支援するスタッフの配置を求めている。

当面は身体・知的障害者の法定雇用率に加える形をとり、法定雇用率の引き上げは見送った。

実際の雇用率は03年6月時点で1.48%にとどまっており、未達成企業は国に納付金(1人当たり月額5万円)を支払っている。精神障害者を対象に加えることで全体の雇用率を引き上げ、解雇されるケースの多いうつ病などの労働者の雇用拡大につなげる方針だ。(2004/12/14)

### 介護保険拡大が「多数意見」 社会保障審部会が報告書

社会保障審議会介護保険部会(厚生労働相の諮問機関)は10日、介護保険制度の見直しについて、保険料の徴収年齢引き下げ(現在40歳以上)とサービス利用者を若い障害者らにも広げる「被保険者・受給者の拡大」を多数意見とし、政府が社会保障制度の一体的な見直しの実現を目指す06年度までに結論を出すべきだ、との報告書をまとめた。また、厚労省は部会で、05年の制度改正で拡大を実施することは見送ると正式に表明した。

05年の改正は、筋力トレーニングなどの介護予防の導入や施設入所者に食費などを負担してもらう給付抑制策が中心になる。

厚労省は報告を受け、介護保険法改正案が提出される来年2月までに、将来の拡大の方向性を打ち出すかどうか、与党などと調整する。

報告書は、介護の必要性は高齢者だけでなく、原因や年齢に関係なく生じるとしてすべての人にサービスを提供し、財政を安定させるために保険料を負担する層の拡大を目指すべきだ、との意見が多数だったとした。

一方、負担増になる若者の理解を得るのは難しい、拡大で保険料の未納や滞納が増えるおそれがあるなど「極めて慎重に対処すべきだ」との意見も併記した。

拡大を実施する時期については、「09~11年度と明確化すべきだ」との意見と、「明確化は時期尚早」との意見を並べた。

また、介護保険や障害者福祉のサービスが受けられない65歳未満の難病や末期がんの患者については、「早急に対応を検討すべきだ」とした。

厚労省は05年の改正に向けて政府・与党の改革大綱をまとめる予定だったが、自党内に拡大に慎重な意見が多く、政府・与党の協議の場が設けられなかったため、大綱のとりまとめは断念した。

(2004/12/10)

## 視 点：非医療従事者（一般市民）の自動体外式除細動器（AED）の使用

心停止に対する緊急の治療法として、いわゆる「電氣的除細動」が医療行為として認められ、実績を上げてきた。

しかし、除細動の効果は、早ければ早いほど有効で、一分遅れるごとに七～一〇%もその効果が減少するといわれている。したがって、医師等が現場に到着するまでには、早くとも平均約五分以上の時間を要し、残念ながら、その効果が望めなかった例も少なくなかった。

それを解消するためには、救急の現場に居合わせた医療従事者以外の一般市民にも即座に実施できるような、安全で有効な除細動器の開発が望まれてきたが、このたび、簡便で安全な自動体外式除細動器（AED）が開発され、実用化された。

この AED を装着すると、まず、心電図が測定され、除細動が適応かどうかの判別をして、必要な場合だけ作動し、適応のない場合にはスイッチを入れても作動しないようにできている。

厚生省は、七月一日、「非医療従事者による自動体外式除細動器（AED）の使用のあり方検討会」の報告に基づき、医師、看護師、救命救急士以外の非医療従事者（一般市民）による AED の使用と、その医師法第十七条に関する見解を明示した。

その通知では、AED の使用は医行為に該当し、医師でない者が反復継続する意思をもって行えば、基本的には医師法第十七条違反になるものとしたうえで、偶然、救命の現場に居合わせた一般市民の AED の使用については、一般的に反復継続性が認められず、同条違反にはならないものとしている。

しかし、この場合でも、AED の使用に際しては、心停止者の安全を確保したうえで、積極的に救命に取り組めるよう、事前に多くの市民が実施に関する講習会等を受けていることが望ましいとして、百八十分の講習を用意し、その受講を勧奨している。

一方、一定の頻度で AED の対応が予測される者（機内乗務員、警察官、消防士等）については、業務上適切な対応が図られるほかに、次の四条件が満たされる場合は、AED の使用が同条違反にはならないとしている。（一）医師等による速やかな対応を受けることが困難であること、（二）対象者の意識と呼吸がないこと、（三）AED の使用に必要な講習会を受けていること、（四）使用される AED が医療用として薬事法上の承認を得ていること。

心肺蘇生法の体得を基本に、AED の普及により、病院外での心停止傷病者の生存率や、社会復帰率の向上が図られることを望むものである。