

後期高齢者医療の在り方について
日本医師会の考え方

2007年3月9日

社団法人 日本医師会

医療をとりまく環境

近年の診療報酬改定

骨太の方針2006

	2002	2004	2006
本体部分	▲1.30%	±0	▲1.36%
医科	▲1.30%	±0	▲1.50%
歯科	▲1.30%	±0	▲1.50%
調剤	▲1.30%	±0	▲0.60%
薬価・材料価格部分	▲1.40%	▲1.05%	▲1.80%
診療報酬全体	▲2.70%	▲1.05%	▲3.16%

2006.6～

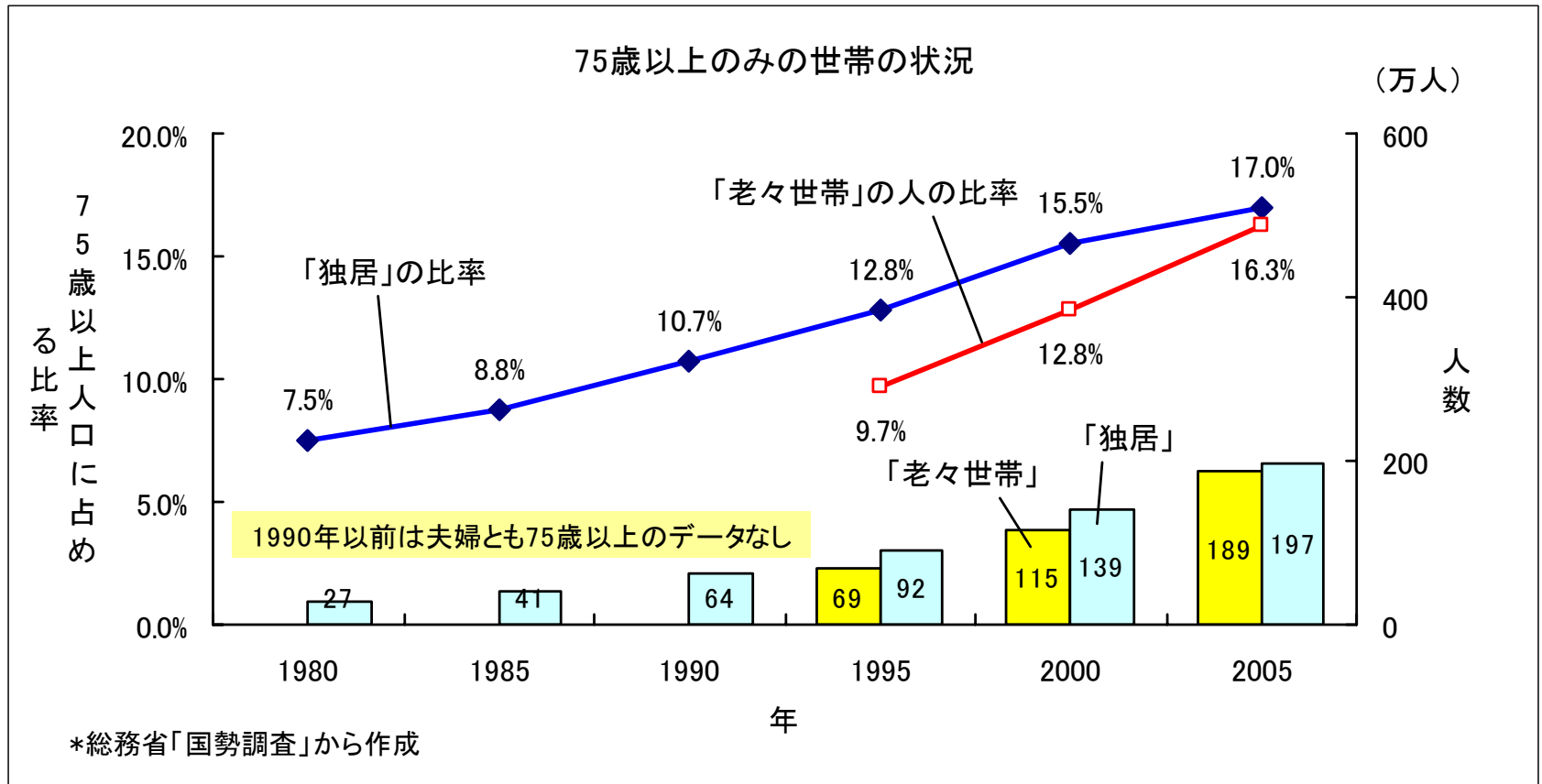
今後5年間で
社会保障費
1.1兆円削減

現在議論されている後期高齢者医療について

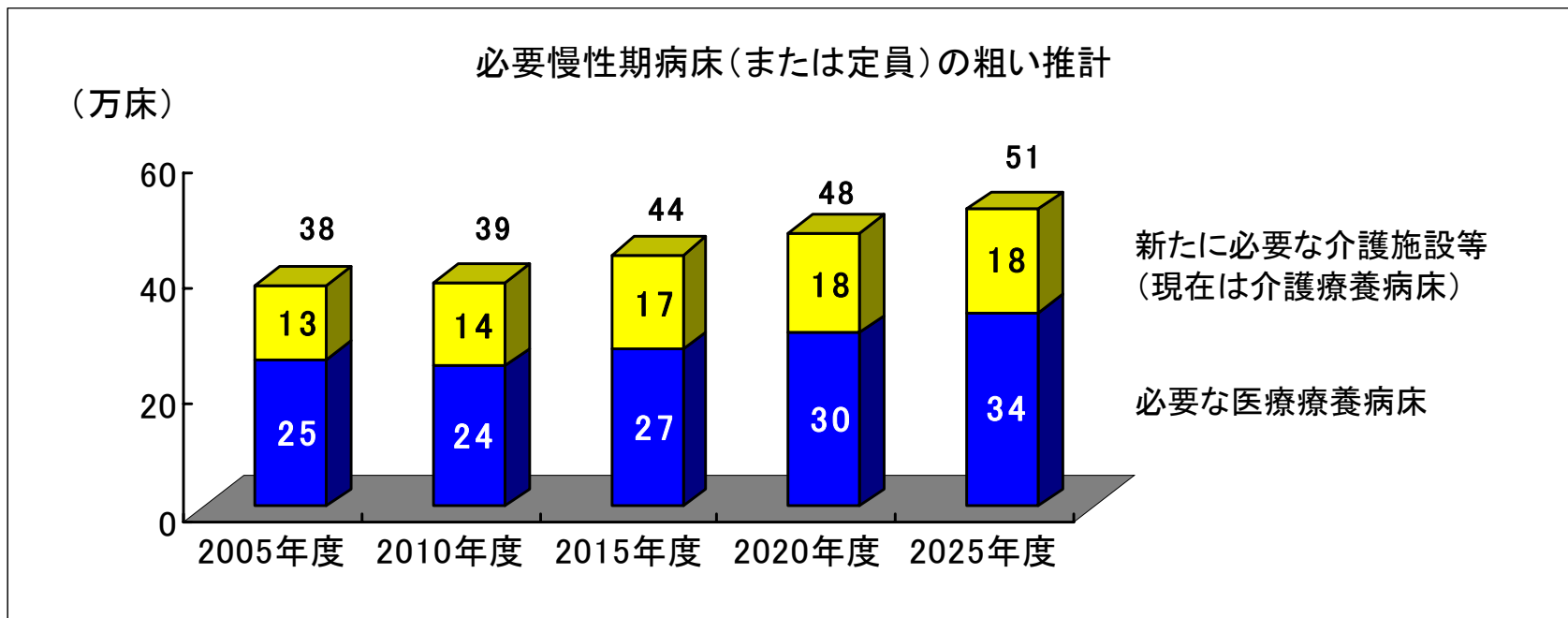
1. 財政主導、医療費適正化の視点が強い
2. 地域間格差、個人間格差への配慮が欠落している
3. 後期高齢者の心身の特性への配慮が不足している
4. 高齢者単独世帯・老々世帯の激増を考慮していない
5. 高齢者の自己決定は困難であるという認識が少ない(認知症等)
6. 終末期医療の選択肢が限定的である

在宅医療が困難な75歳以上のみの世帯が増えている

2005年は75歳以上の3人に1人が「独居」または「老々世帯」



慢性期入院病床等の必要性は、今後さらに高まる



- 医療療養病床が必要な患者
 - 医療療養病床の入院患者の66.8%
 - 医療区分1で医療の必要性が高い患者および医療区分2・3の患者
 - 介護療養病床の入院患者の38.7%
 - 医療区分2・3の患者

- 新たな介護施設等が必要な患者
 - 医療療養病床の入院患者－在宅可能9.3%－医療療養病床が必要な患者66.8%
 - 介護療養病床の入院患者－在宅可能10.9%－医療療養病床が必要な患者38.7%

高齢者人口に
比例

*日本医師会「療養病床の再編に関する緊急調査」他より

仮に一部、在宅復帰等を実現しても、その後の受療率が変化しない限り、高齢者人口の増加にともなって、必要とされる入院(入所)施設も増加する

【医療療養病床の推計の前提】

(現在、医療療養病床に入中の患者について)

将来の受療率＝現状の受療率 × 66.8%

(現在、介護療養病床に入院中の患者について)

将来の受療率＝現状の受療率 × 38.7%

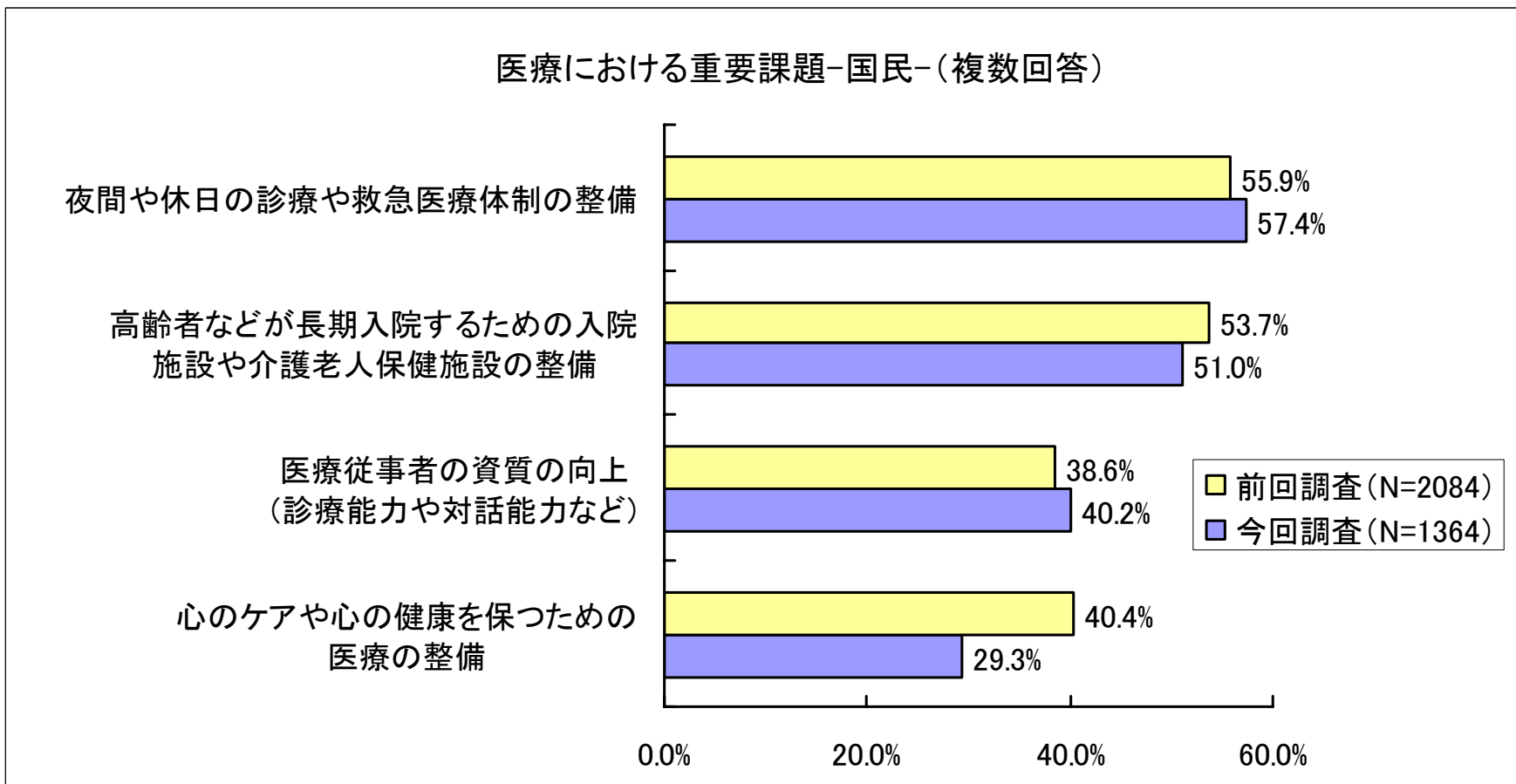
必要病床数＝将来の受療率 × 将来推計人口 ÷ 病床利用率95%



実際には受療率のさらに高い「超後期高齢者」ともいえる人口が増えるので、受療率が止まるわけではなく、むしろ上昇すると考えられる。

国民も、高齢者のための入院・入所施設の整備が重要課題であると考えている。

医療における重要課題-国民-(複数回答)

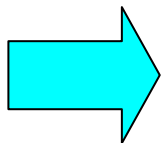


* 日本医師会／日医総研「第2回 日本の医療に関する国民意識調査」から作成

日本医師会の考える基本的な方向性

後期高齢者医療の激変は避ける

地域間格差、個人間格差を是正する



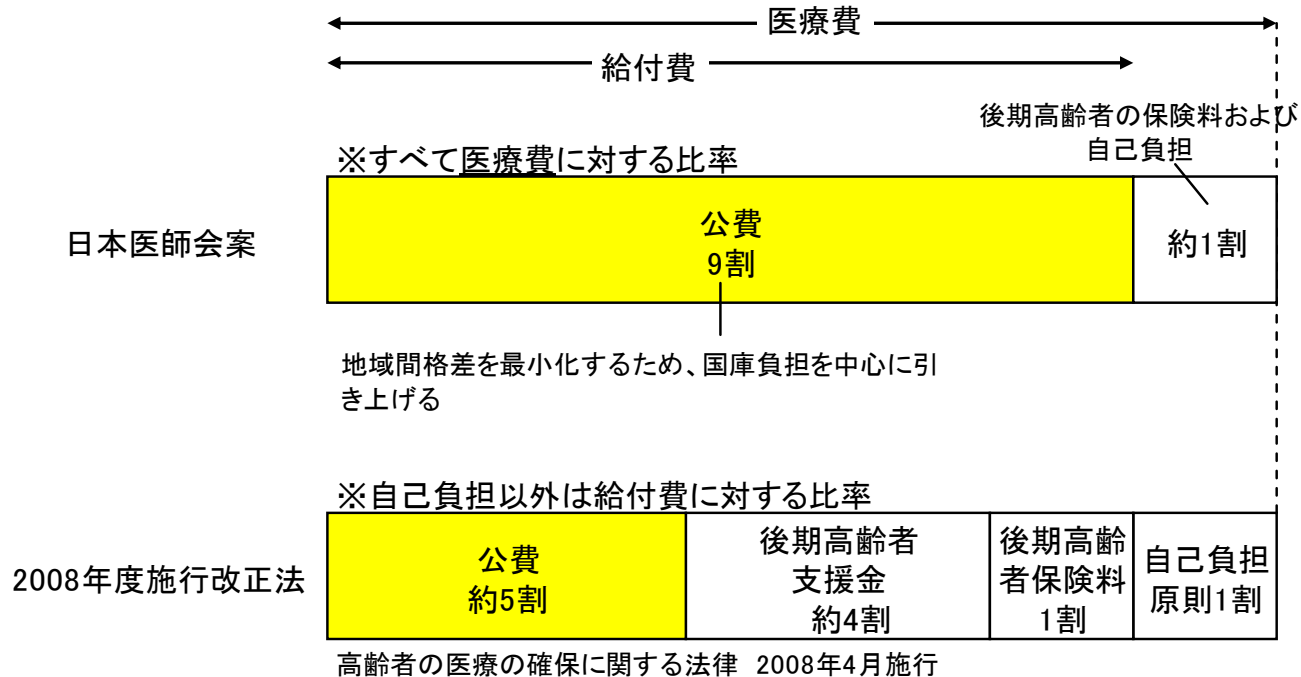
日本医師会はすでに「在宅における医療・介護の提供体制—
『かかりつけ医機能』の充実—指針」を提示(2007年1月)

日本医師会の基本的な考え方

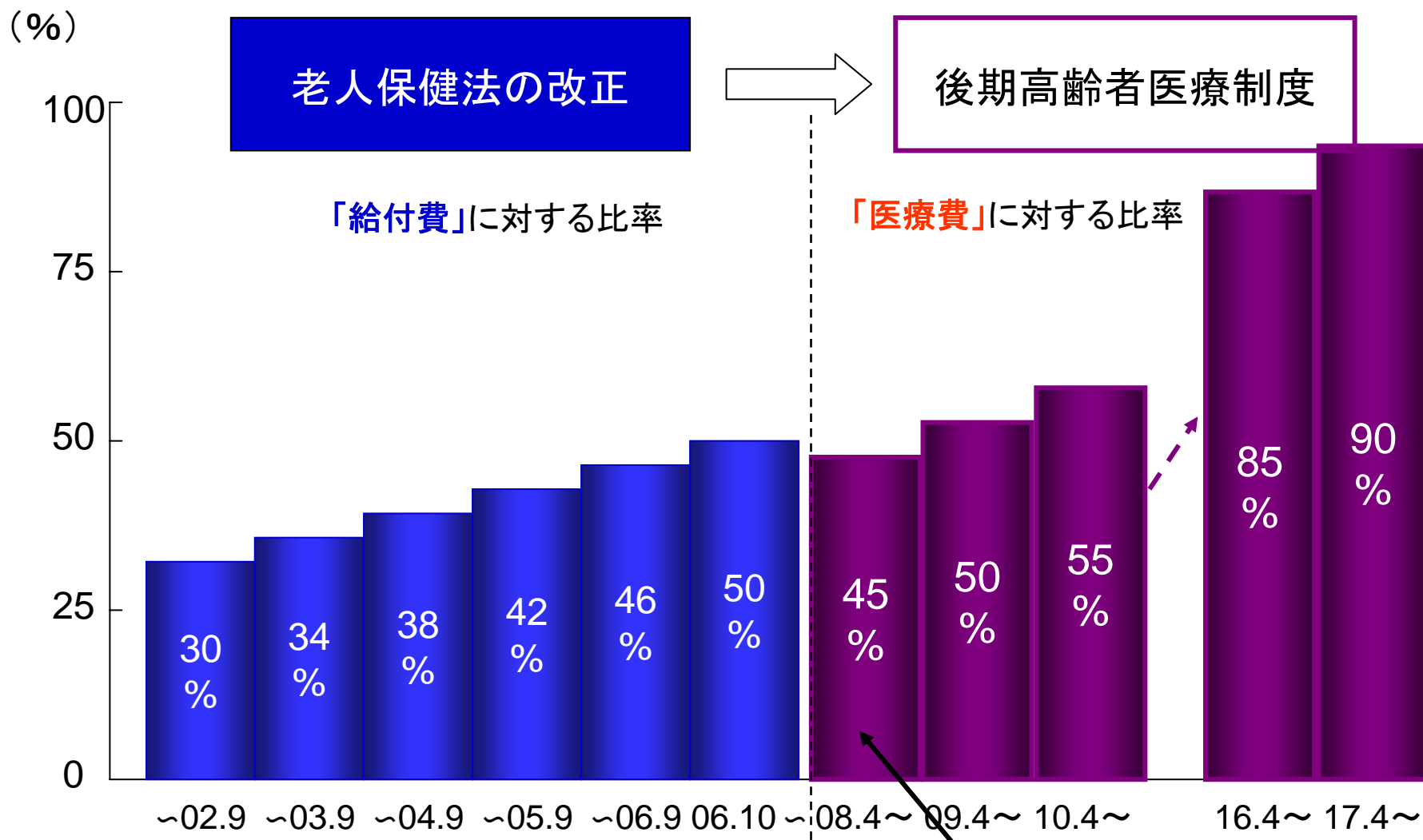
1. 75歳以上を対象に、保障原理で運営する
2. 財源は段階的に公費(国庫)割合を引き上げる
3. 保険料は応能負担、一部負担金は一律にする
4. 地域毎の特例診療報酬の設定は避けるべき
5. 急性期と慢性期の急性増悪は出来高払い
6. 「後期高齢者＝在宅医療」から脱却する
7. 病床数を維持し在宅、居宅環境の整備を進める
8. 終末期医療は多様な選択肢を提供する

保障原理で運営する

75歳以上では、疾病の発症率、受療率、医療費（とくに入院）が急速に高まり、保険原理は機能しにくい。したがって保障原理で運営し、公費負担割合を医療費の9割に引き上げる。

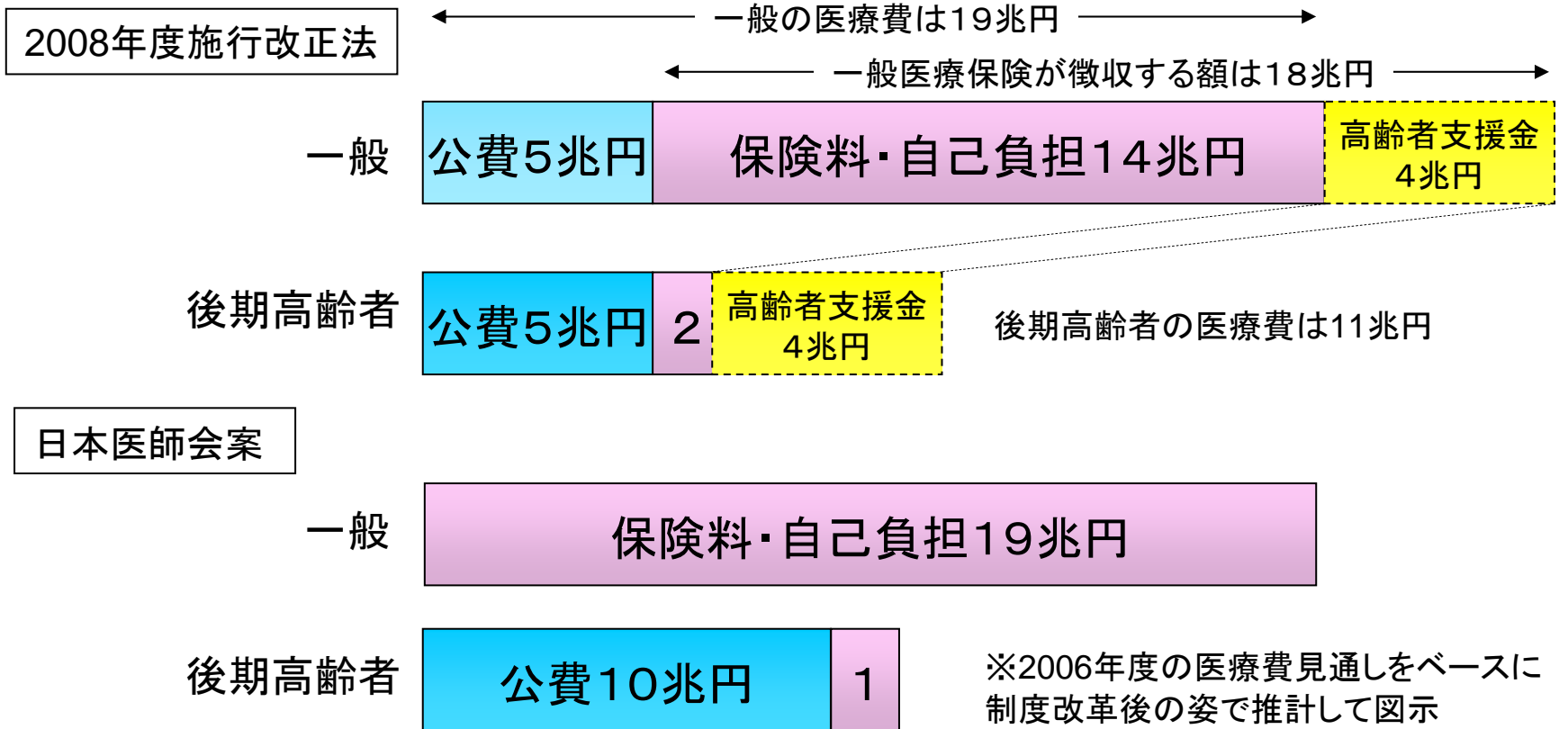


—「高齢者の医療の確保に関する法律」のその後—
公費負担割合は段階的に引き上げる



対給付費では約5割

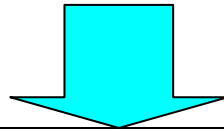
後期高齢者は「保険」というより「保障」である。一般は「保険」であり、公費を投入しないことで、後期高齢者の公費9割を実現する。これと同時に後期高齢者支援金は廃止する。後期高齢者に公費を集中投入しても、公費負担額は増えない。



*生活保護等の「公費」は除いて図示。組合健保への事務費に対する補助も省略。

終末期医療のあり方 —基本理念—

高齢者に自己決定を求めることが行き過ぎて、患者を孤独に追いやったり、追い詰めたりすることがあってはならない。



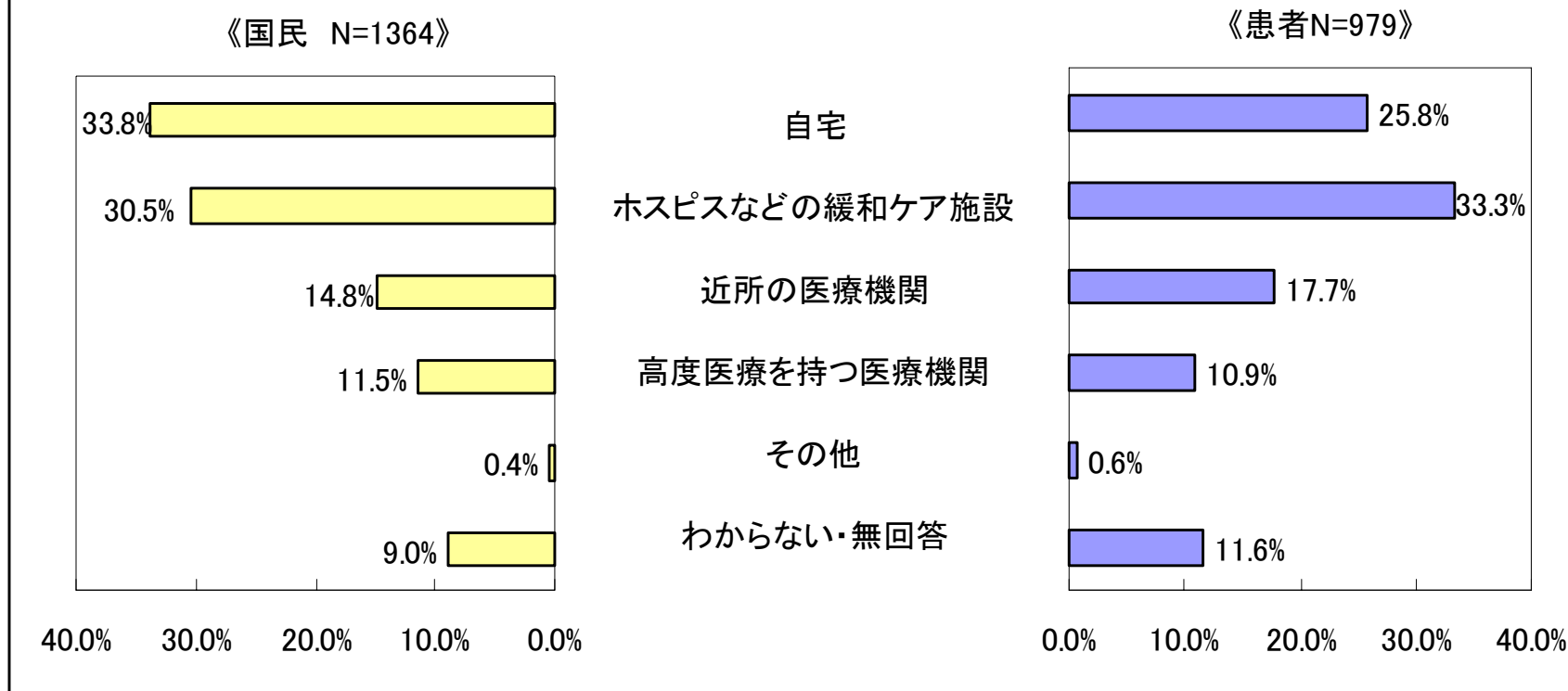
本人・家族の意思を尊重する

医療提供者の倫理に基づく最善の医療を逸脱しない

多様な看取りの形を提供する

国民は必ずしも自宅での終末期医療を望んでいるわけではない。

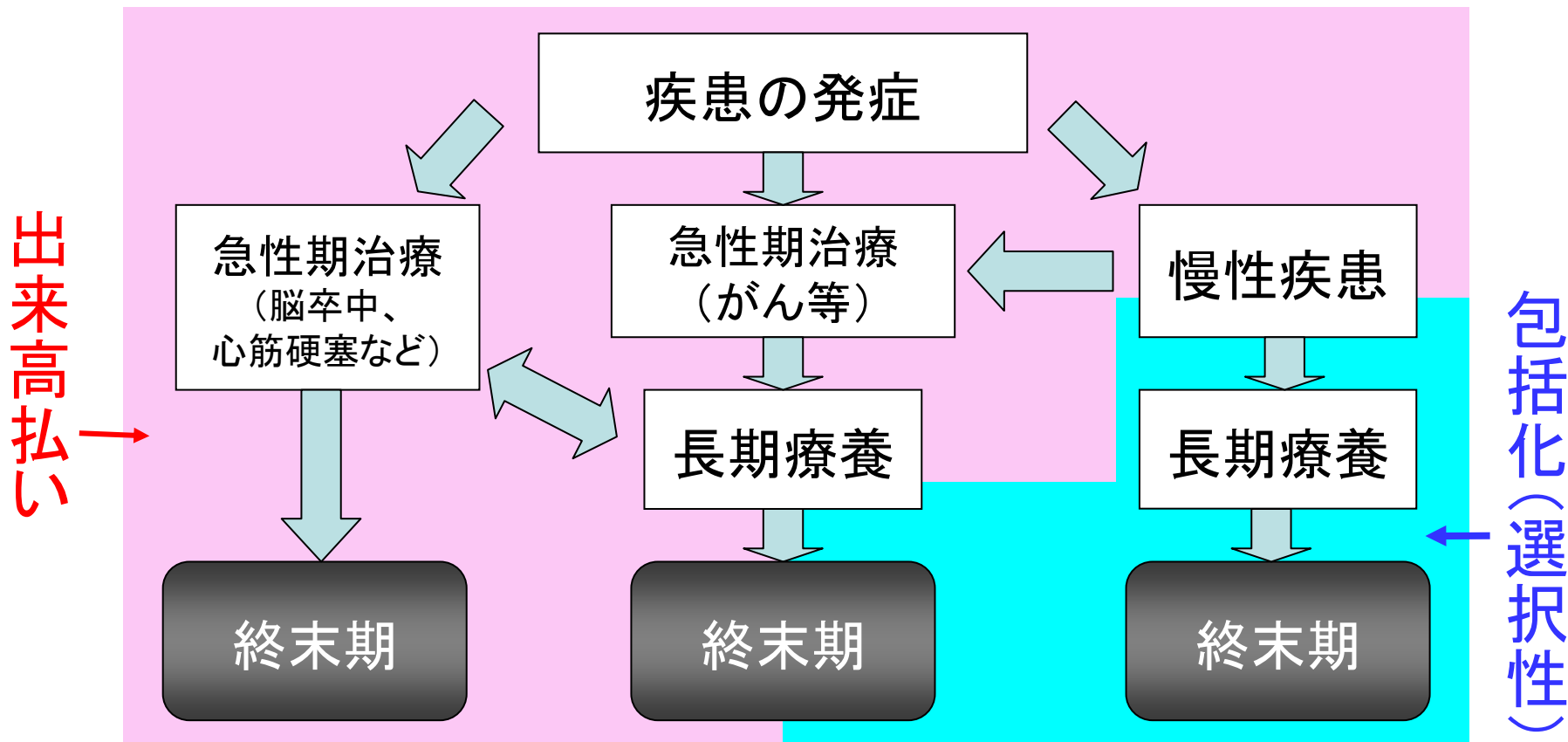
「末期がんなどにかかって終末期医療を受けるとすれば
どのような場所が理想だと思いますか」



* 日本医師会／日医総研「第2回 日本の医療に関する国民意識調査」から作成

終末期の診療報酬のあり方

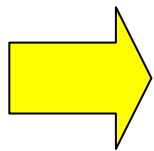
「急性期」と「慢性期の急性増悪」は出来高払いとする。個々の病態に配慮しない画一的な支払方式に陥らないよう、多様な選択肢を提供する。



終末期の診療報酬の方針

年齢によって差をつけない

医師はその倫理において最善をつくす(効率化を優先しない)



その一手法として、包括化の場合も「系」をまたぐ包括化は行わない。

技術報酬系

外来技術報酬

入院技術報酬

在院技術報酬

薬・材料
報酬系

在院
報酬系
(ホテルコスト)

急性期医療について

CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) 高齢者総合評価

…もともとは長期にわたる病気や障害をもつ高齢患者の評価手法

この簡易版のMDS-RAPs (Minimum Data Set - Resident Assessment Protocols) も米国ナーシングホームにおける介護システムを指す。

GEMs (Geriatric Evaluation and Management programs)

高齢者評価とマネジメントプログラム

…高齢者の機能を包括的にアセスメントし、患者ニーズにもとづいて治療行為を設定する

「たたき台」に採用する前に……

中味をじゅうぶん評価し、運用の可能性を検証すべき

格差の是正

都道府県医療費適正化計画



地域別保険料
特例診療報酬



地域間格差

一部負担割合の増加



受診控え



個人間格差

高齢者は若年時の稼得能力の差を引きずるので、
高齢者間の所得格差はより拡大する傾向にある



公費負担割合を引き上げる

保険料設定を慎重に

特例診療報酬は設定しない

在宅における医療・介護の提供体制 - 「かかりつけ医機能」の充実 - 指針

2007年1月
日本医師会

日本医師会は、国民の健康と安全を守り、そして生活・人生を保障していく上で、医療の重要性を認識し、さらに少子高齢社会において従来の医療に加え、住民の住み慣れた地域での在宅療養を支える医療すなわち「在宅医療」の役割が重要と考える。

今後の高齢者の医療と介護の協働する地域ケア体制の整備において、従来からの「病院・施設における療養」とともに「在宅療養」も医療を通じて支えていくことが望まれる。その実現には、地域をひとつの病棟と捉える視点など、要となる医師の意識改革と支援が医師会の重要な責務と認識する。高齢化のピークである2025年に向けた高齢者の医療と介護について、以下の3つの基本的考え方と7つの提言をもって、そのビジョンと決意を明らかにする。

将来ビジョンを支える3つの基本的考え方

1. 尊厳と安心を創造する医療
2. 暮らしを支援する医療
3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言

1. 高齢者の尊厳の具現化に取り組もう。
2. 病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう。
3. 高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努めよう。
4. 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう。
5. 住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう。
6. 壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に係わっていこう。
7. 高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう。

日本医師会は上記の3つの考え方、7つの提言が広く社会に受け入れられ、実現することを目指したい。また、地域における「在宅死」の追求と支援をも行いたい。もちろん、死の看取りは多様な選択肢があり、たとえ医療提供者であっても他者が強制できるものではない。高齢者が求めているさまざまな医療と介護、社会サービスを利用者本位、地域で提供できるよう取り組む先には、家族や友人・知人に囲まれながら、生活の場における安らかな眠りへの看取りがあると考えたい。