

後期高齢者の診療報酬体系のあり方について

2007年9月14日

社団法人 日本医師会

目 次

1. 後期高齢者医療制度の基本的スキーム	2
2. 後期高齢者の特性	4
3. 後期高齢者のための医療および医療提供体制	5
4. 後期高齢者医療の診療報酬体系	10

1. 後期高齢者医療制度の基本的スキーム

日本医師会は、2008年4月に始まる後期高齢者医療制度については、あくまでスタートラインと位置づけ、あるべき姿について以下のように提案する。

後期高齢者医療制度の基本的スキーム（日本医師会案）

1. 目的

国民が「格差」に苦しむことなく、安心して高齢期を迎えることができるよう、公平な医療を受けられることを約束する。

2. 対象

75歳以上（以下、75歳以上を「後期高齢者」という）。

3. 保険者

都道府県を単位とする。

4. 理念

後期高齢者は疾病が発症するリスクが高く、保険原理が働きにくい上、保険料、患者一部負担は後期高齢者にとって大きな負担になる。したがって、後期高齢者が所得格差の不安なく過ごせるよう、国は「保障」の理念の下で支えるべきである。

5. 財源

「保障」の理念の下、給付割合を高め、財源には公費を重点的（医療費の9割）に投入する。公費は原則国庫が負担し、財源の地域間格差が生じないようにする。

「高齢者の医療の確保に関する法律」により2008年4月の公費負担割合は給付費の5割でスタートするが、これを段階的に引き上げる。また、これ

に伴い後期高齢者支援金（従来の老人保健拠出金）は廃止する。

保険料と患者一部負担は合わせて医療費の1割とする。保険料の一部は所得に応じた負担（応能負担）とし、極力地域間格差が生じないような対策を講じる。患者一部負担割合は所得によらず一律とし、さらに将来の引き下げを検討する。

6. 診療報酬

外来は出来高払いとする。入院も原則出来高払いとし、慢性期の一部を選択制の包括払いとする。いずれの場合も、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、柔軟な対応を行う。

(社) 日本医師会「グランドデザイン2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—総論」(2007年3月) より

なお、2008年4月に始まる後期高齢者医療制度では、給付財源（患者一部負担を除く）を、公費約5割、後期高齢者支援金（若年者の保険料）約4割、後期高齢者の保険料1割とすることになっている。

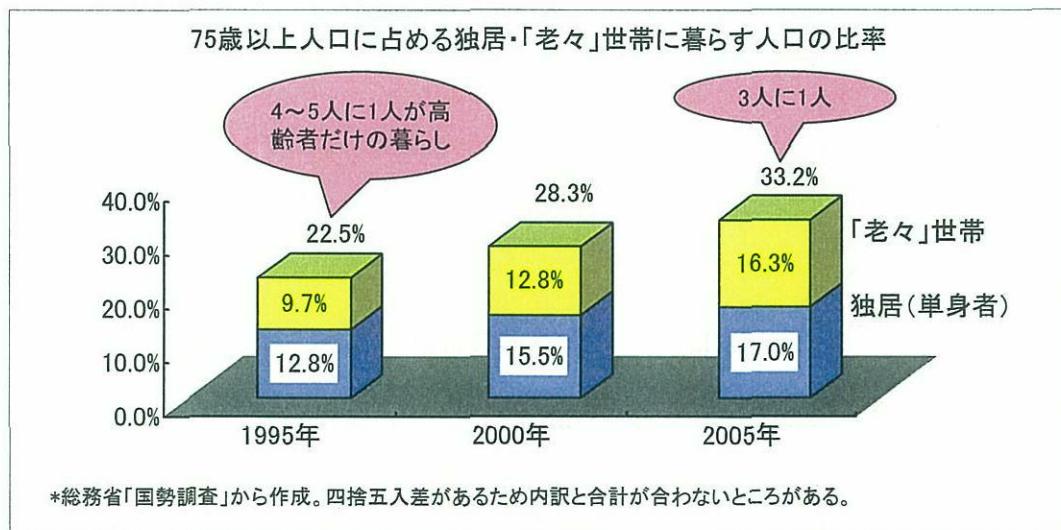
2. 後期高齢者の特性

後期高齢者は、身体的には、加齢による免疫力や自然治癒力の減退のため、全身の一般状況が、急速に低下することがあるという特性を持つ。同時に複数の疾患に罹患しがちであり、認知症や廃用症候群（筋萎縮、関節拘縮、褥瘡など）等にもかかりやすい。つまり、このような状態を考慮した上で複数疾患に対応できる全人的な医療の提供が求められる。

また、世帯のありようが大きく変容している点に留意する必要がある。

75歳以上人口に占める単身者の比率は1980年には7.5%であったが、2005年には17.0%にまで上昇した。2005年にいたっては夫婦とも75歳の人も16.3%あり、75歳以上人口の約3分の1（33.2%）が「独居」またはいわゆる「老々」世帯に暮らしている。

このような世帯環境にある後期高齢者にとって、現在の在宅偏重の政策は危険を伴うものもあり、入院・入所施設の整備も求められる。



3. 後期高齢者のための医療および医療提供体制

日本医師会は、高齢者の尊厳を守り、生活を支えることを基本とする以下の3つの考え方を示す。

後期高齢者医療に対する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) 地域の中で健やかに老いを支える医療**
-

さらに、上記の考え方に基づいて、後期高齢者のためにあるべき医療および医療提供体制は次のとおりと考える。

(1) 「かかりつけの医師」および「かかりつけ医機能」の充実

高齢者の医療は、生命を守るだけでなく、生活を支援するサービスの一環としてとらえるべきである。高齢者が日常生活としての「生」に満足し、自然に終末期を迎えるようにしなければならない。高齢者を継続的、包括的に支援する「かかりつけの医師」の役割は大きい。

日本医師会は、自らこれらの医師を養成するため、学術推進会議等において、養成カリキュラムの作成に取り組んでいる。

かかりつけの医師とは

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」

現在、厚生労働省が「総合科医構想」を打ち出している。これは、医療の集約化を通じた医療費抑制を狙ったものである。国が「総合科医」を認定することも検討されている。しかし、国が「総合科医」を認定するようになれば、官僚の権益が拡がり、地域医療提供体制全体の管理統制につながりかねない。

一方、日本医師会が定義する「かかりつけの医師」とは、地域住民を誕生から、介護、看取りまで、幅広く包み込んで支える役割をさす。それらは、地域で、長期にわたって医療の提供を継続し、診療時間外も含めて住民それぞれのライフステージにかかる医師が自主的に担うものである。厚生労働省が示すような統制的な管理医療の下で、実現できるものでは決してない。仮にそのような事態になれば、患者、地域住民と医師との信頼関係はなりたたない。

また、厚生労働省の「総合科医構想」は、「初期診療を総合科医」に限定する

ものである。しかし、それは、患者から自由に医療機関を選択する権利を奪うことを意味する。また、すべての医師が「総合科医」になるわけではないので、地域によっては「総合科医」が不足するところも出てきたり、その結果、患者が初期診療を受けづらくなったりし、格差が生じるおそれもある。

日本の公的医療保険制度のすぐれた特徴は、「国民皆保険体制」「現物給付」「フリーアクセス」である。「総合科医構想」は、このうちの「フリーアクセス（いつでも、どこでも、誰でも）」を搖るがるものである。

日本医師会の「かかりつけの医師」は、厚生労働省の「総合科医」とはまったく異なるものであり、日本医師会は断じて「総合科医構想」を認めない。

（2）「高齢者は在宅へ」という流れのは是正

厚生労働省は、高齢者の在宅医療を推進している。しかし、後期高齢者の3分の1は、独居またはいわゆる「老々世帯」での暮らしである。在宅偏重の政策は危険を伴うことになる。

① 療養病床の維持

2006年度の医療制度改革において、国は、介護療養型医療施設（以下、介護療養病床）を廃止し、医療療養病床を4割削減することを打ち出した。2005年度には、医療療養病床、介護療養病床合わせて38万床あったが、2012年度には、介護療養病床が廃止され、医療療養病床のみの15万床になる見通しである。

しかし、日本医師会が行った調査¹によると、長期入院できる療養病床の入院患者のうち「社会的入院」はわずかであり、多くの患者が医療処置を受けていることが明らかになった。

日本医師会の試算によると、さらなる高齢化が進展するため、2012年には、医療療養病床は26万床必要になる。また、新たな介護施設等（現在の介護療養病床に代わるもの）も15万床必要である。厚生労働省の計画とは大きな隔たりがある。

¹ (社)日本医師会「『療養病床の再編に関する緊急調査』報告」2006年10月