

第1回社会保障審議会後期高齢者医療の 在り方に関する特別部会	参考
平成18年10月5日	

参考資料

2015^年
医療の

ブランドデザイン

(抄)

(平成12年8月)

日本医師会

第1部 これからの医療の目標と医療の質

第3章 国民への保証

3. 4つの改革の内容（抄）

高齢者医療制度については後述するので、それ以外の4つの改革について日本医師会の考え方を以下に述べる。

(1) 診療報酬体系改革

診療報酬体系改革は、物と技術の分離を実現し、技術評価重視の体系構築を基本方針とする。

この基本方針に沿って、一般系統の診療報酬体系については「技術報酬系」、「薬・材料報酬系」、「在院報酬系」の3系に明確に区分し、それぞれのコスト構造に応じた診療報酬体系の構築を目指し、支払方式は出来高払いを原則とする。

高齢者医療制度との関係では、高齢者に係る医療費の出血を最小限に食い止めるために、慢性期における支払制度に包括化の導入を提案する。しかし、包括化にあたっては、全く評価体系が異なる「系」をまたぐ包括化を回避しなければならない。さらに、一般系統の医療機関とは経営原資、設置目的等に違いがある国立病院や大学病院に対しては、これを「特定系統」として位置付け、1日当たり包括支払方式の導入を提案する。しかし、その場合でも、コスト構造を反映した点数設定が望まれることは言うまでもない。

世界的に見て、わが国の対GDPに占める医療費の割合が低いのは、人件費率が低いこと、診療報酬上の技術評価が低いことが一因とされるが、診療報酬体系改革の完全実施によって、早急にわが国の医療費を世界標準に近づけることが望まれる。合わせて、適正な診療報酬財源確保のためのルール設定が必要である。

第5章 医療・介護サービス費用の将来推計

～一般医療保険と高齢者医療制度～

2 高齢者医療制度の概要（抄）

高齢者医療制度は、以下の基本骨格から成り立っている。

(3) 独自の診療報酬支払方式を設定すること。

後期高齢者の特徴として、慢性疾患による受療が多いことが挙げられる。

患者により医療行為の質的・量的個人差が大きい急性期医療に対しては、出来高払いによる診療報酬支払方式を採用し、慢性期の患者に対しては、独自の包括支払方式を開発することが合理的であろう。

その際、慢性期といえども個々の病態を考慮しない画一的な支払方式の採用は、必要な医療・介護さえも提供不能にするおそれがある。適切な社会保障の運用を妨げることのないよう、患者特性に対応した説明可能、かつ合理的な支払方式の開発が不可欠である。

このような新たな診療報酬支払方式の開発と併せて、終末期医療に対する国民的合意形成を図りながら高齢者の医療費の増加に歯止めをかける必要がある。

高齢者医療に対する基本的考え方

～「歯科医業経営の将来予測」より抜粋～

平成 18 年 1 月
日本歯科医師会

1 高齢社会への対応

我が国では 2007 年以降人口が減少に転じ、少子高齢社会に拍車をかけるという状況が目前に迫っている。

従来の歯科医療においては、医科（入院外）と比べて 65 歳以上高齢者の医療費割合は高くはない（2002 年国民医療費では、医療費に占める 65 歳以上高齢者の割合は医科 46.2%、歯科 26.2%）。高齢者の口腔機能と全身の健康については、8020 財団による研究成果をはじめ数多くの報告がなされており、その重要性が認識されている。今後の高齢者人口の増大を考慮すると、歯科界としても高齢者に対するより積極的な取組が必要となると考えられる。

具体的には、以下にあげる項目について、組織的な取組が望まれる。

- ① 在宅歯科医療の拡大
- ② 診診連携・病診連携の拡大
- ③ 介護予防（口腔ケア）への関与

（1）在宅歯科医療の拡大

【基本的な考え方】

歯科における在宅医療の内容は、「歯科訪問診療 1」、「歯科訪問診療 2」、「訪問歯科衛生指導」、「老人訪問口腔指導管理」が主なものとなっている。このうち、歯科訪問診療の対象者は、常時寝たきり（またはそれに準じた）状態で通院による治療が困難な患者が対象とされているが、実際の歯科訪問診療のニーズは必ずしも常時寝たきりの状態にある高齢者等に限ったものではない。足腰が弱って遠距離の外出が困難であったり、交通手段が確保できないために通院できないなど、治療を受けたくても受診できない潜在患者が相当数いることを考えなければならない。

平成 13 年国民生活基礎調査によれば、外出困難者は 191 万 5 千人、うち常時寝たきり者は 42 万 5 千人と推計されており、本来在宅医療の対象とすべき患者層は現在（＝寝たきり）の 4.5 倍にのぼる。さらに、今後高齢者人口の増大に伴い単身高齢者や高齢夫婦世帯の増加が見込まれるなかで、常時寝たきりではない外出困難者は大幅に増加する可能性がある。このような常時寝たきりでない外出困難者に対しても、歯科治療を受診する機会が保障されなければならない。

(2) 診診連携・病診連携の拡大

【基本的な考え方】

高齢化の進展により、歯科の受診者の中には様々な病態を持った患者が増加してきていることが考えられる。これは、歯科医の側から見れば歯科治療に対するリスクの拡大を意味しており、治療中の身体状態の管理（モニタリング）の必要性、病状に対する診断力の向上など、患者の安全を第一に考えた歯科治療を押し進めることが必要となるであろう。

このような状況の中で、地域内の他医療機関と連携を図ることは非常に重要なことである。

(3) 介護予防の拡大

【基本的な考え方】

介護保険法改正により、次年度から介護予防メニューとして口腔ケアが取り入れられることとなった。これは、高齢者の口腔衛生と身体機能との関連性について“予防”という視点から制度化されるものであり、高齢者の口腔衛生を向上させる手段として有意義なものと考えられる。対象者は要支援・介護度1併せて160万人にのぼる。

新・薬剤師行動計画（抜粋）

～ 医療制度・医薬品販売制度改正に当たっての新たな取り組み ～

平成18年9月15日
日本薬剤師会

二 新・薬剤師行動計画

I 新たな医療制度への対応

1 医療計画を通じた医療連携体制への積極的な参画

今回の医療法改正の一つの柱が“医療計画制度の拡充・強化等を通じた医療提供体制の確保の推進”である。新たに第5章（医療提供体制の確保）を起こし、厚生労働大臣が医療提供体制の確保を図るための基本方針を定め、都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定めることが規定された。今後国は基本方針を示すことになり、都道府県はこれまでの医療計画を全面的に見直し、新しい医療計画を作成することになる。医療計画制度の見直しにより、がん等の疾病や救急医療、災害医療等の事業別に地域の医療連携体制を構築することで、適切な医療サービスが切れ目なく提供されることになる。薬局も医療提供施設として、地域における医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の提供拠点としての役割を担う必要がある。

については、医療提供施設である薬局及びそこに従事する薬剤師は医療計画を通じた医療連携体制に積極的に参画することとし、次に示す取り組みを行うこととする。

① 休日・夜間における調剤による医薬品等の供給

会員薬局・薬剤師：支部薬剤師会に協力し、輪番制等の方法による休日・夜間における医薬品等の供給を行う。

支部薬剤師会：都道府県薬剤師会の協力及び地方公共団体（医務及び薬務主管部局）の理解を得ながら、地域における救急医療の対応状況にあわせて、当該地域の休日・夜間の医薬品等の供給体制を構築する。

都道府県薬剤師会：地方公共団体（医務及び薬務主管部局）の理解を得ながら、支部薬剤師会の取り組みを支援する。

日本薬剤師会：地域における休日・夜間の医薬品等の供給体制構築のための取り組みを支援する。

② 居宅等における医療（在宅医療）への参加

会員薬局・薬剤師：在宅医療を行う診療所や訪問看護ステーション等との連携のもと、訪問薬剤管理指導業務を通じて在宅医療に積極的に取り組む。

支部薬剤師会：都道府県薬剤師会の協力を得ながら、地域医師会等との連携のもと、会員薬局・薬剤師が在宅医療に取り組みやすい環境整備（駐車禁止除外規定車許可の取得等）を行う。

都道府県薬剤師会：支部薬剤師会と連携しつつ、都道府県医師会等との連携のもと、会員薬局・薬剤師が在宅医療に取り組みやすい環境整備（駐車禁止除外規定車許可の取得等）を行う。

日本薬剤師会：会員薬局・薬剤師による取り組みを支援するため、①訪問薬剤管理指導に関する啓発資材（地域住民向け）の作成と提供、②在宅医療への参加のためのマニュアルの作成と提供、③「食事・排泄・睡眠・運動からみた体調チェックフローチャート（BOOK版）」の作成と提供を行う。また、駐車禁止除外指定車許可について、厚生労働省等の理解を得ながら、都道府県薬剤師会等の取り組みを支援する。

③ 終末期医療への貢献

会員薬局・薬剤師：麻薬小売業の許可を取得し、医療用麻薬の供給を行う。

支部薬剤師会：会員薬局・薬剤師が医療用麻薬を供給しやすい環境整備を行う。

都道府県薬剤師会：会員薬局・薬剤師が医療用麻薬を供給しやすい環境整備を行う。

日本薬剤師会：厚生労働省や医薬品関係企業の理解を得ながら、都道府県薬剤師会等の取り組みを支援する。

④ 災害時における医薬品、医療・衛生材料等の供給体制の整備

会員薬局・薬剤師：支部薬剤師会・都道府県薬剤師会が地方公共団体と連携して行う災害時における医薬品及び医療・衛生材料等の供給体制の整備事業に協力する。

支部薬剤師会：都道府県薬剤師会とともに地方公共団体と連携し、災害時における医薬品及び医療・衛生材料等の供給体制の整備事業に取り組む。

都道府県薬剤師会：支部薬剤師会とともに地方公共団体と連携し、災害時における医薬品及び医療・衛生材料等の供給体制の整備事業に取り組む。

日本薬剤師会：「薬局・薬剤師の防災マニュアル」を見直すなど都道府県薬剤師会等の取り組みを支援する。

後期高齢者医療の在り方に関する日本看護協会の基本的な考え方

社団法人日本看護協会

平均寿命の延伸によって、高齢者に対する生活の支援の拡充や高齢者がどのような場所でどのように死を迎えるかなど多くの問題が指摘されています。

これまでのわが国の高齢者医療においては、処置や治療等に重点を置いた延命治療が行われていた可能性があり、社会生活に対する支援や終末期の医療や看取りの在り方について国民一人ひとりの価値観が尊重される施策が求められます。

日本看護協会は、後期高齢者の新たな医療制度の創設にあたり、高齢者自らの価値観が尊重され、その人の暮らしの場の支援や終末期医療の充実が重要と考え、以下の論点に沿って議論が必要と考えます。

1. 住み慣れた場所や地域において安らかな死を選択するための基盤整備

- ・医療機関や施設から在宅への円滑な移行の促進やターミナルケアを含めた地域でのケア推進のために訪問看護の更なる整備とその活用・評価を充実すること
- ・多様な居住におけるケアの推進のため、多職種連携の促進の鍵となる看護職の活用・評価を充実すること

2. 国民一人ひとりの価値観を尊重した安らかな看取りについての啓発

- ・国民がそれぞれの価値観を尊重した安らかな死を迎えることができるようターミナルケアに係る情報提供および患者・家族の意思決定のための支援を拡充することが必要

3. 看護と介護の連携の強化による高齢者の生活の支援の拡充

- ・看護職と介護職の連携と協働を強化することにより、健康や社会生活などにさまざまな問題を抱えた高齢者においても健やかに日常生活を送れる支援を拡充することが必要

今後、訪問看護領域における看護職の役割拡大は、後期高齢者医療制度の安定的な運営に欠かせないものと考えます。つきましては、上記3点をふまえた上で、「診療報酬における検討事項【4つのポイント】」とその内容について提示いたします。

後期高齢者医療制度の診療報酬における検討事項【4つのポイント】

1. 医療機関や施設から在宅への円滑な移行の促進やターミナルケアを含めた地域でのケア推進のために訪問看護の更なる整備とその活用・評価を充実すること
2. 多様な居住におけるケアの推進のため多職種連携の促進の鍵となる看護職の活用・評価を充実すること
3. 給付の範囲、支払い方法については、患者の選択を十分に尊重・反映できる形とし医療保険と介護保険の効率的な制度運営について議論すること
4. 尊厳死のあり方について国民的議論のための情報提供・啓発活動の促進を図ること

1. 24時間対応の訪問看護ステーションの拡充のために適正な評価と環境の整備が必要です。

(1) 訪問看護の適正な評価

訪問看護の存在が在宅での看取りの要因になる（平成14年終末期ケア体制のあり方に関する研究 日本訪問看護振興財団）ことをふまえ訪問看護ステーションの量的整備のために特に以下の点を踏まえて訪問看護の抜本的な評価の見直しを図る。

- ①24時間対応・退院時共同指導の評価の見直し
- ②訪問看護指示書交付医との連携（カンファレンス、同日訪問）の評価
- ③週4回以上の訪問の対象者の要件の見直し、電話相談の評価
- ④処方、処置、検査を除いた療養の世話に係る訪問看護指示書交付医の指示の撤廃 等

(2) 訪問看護ステーションにおける衛生材料の常備

現行では薬事法により訪問看護ステーションでは保険医療材料を常備できないため、夜間の尿閉に対応できず救急車を呼ぶ等、患者の不利益が生じている。

- ①薬事法に規定されている衛生材料の取り扱いを緩和し緊急時使用のための常備を可能にする（ガーゼ、キシロカインゼリー、尿道カテーテル、皮膚被覆材等）措置を図る。

(3) 在宅ホスピスケア推進のための体制整備

末期がん患者のQOL向上のため苦痛・不安にタイムリーに対処できる在宅医療を進める。

- ①緩和ケアとりわけ麻薬投与の包括指示に係るガイドラインを速やかに開発する。
- ②保険薬局が24時間対応可能なサブライセンターとして夜間緊急時等に対応できる体制を整備する。

(4) 在宅療養拠点訪問看護ステーション（仮称）の創設

在宅療養拠点訪問看護ステーション（仮称）は、ヘルパーやケアマネージャー等福祉職との連携を

強化し、患者の生活を尊重した質の高いターミナルケアを提供するための拠点となる訪問看護ステーションとする。

- ①看取りや介護を含めた24時間対応の訪問看護・介護を提供するための評価を充実する。
- ②急性増悪時の入退院の調整やグリーフケアを含めた家族の精神的支援にも対応する。

2. 在宅での看取りまでの切れ目のない対応を推進するため、施設間・多職種連携によるチーム医療を提供することが必要です。専門的な知識・技術を有する看護師を地域で有効活用することが望まれます。

(1) 認定看護師・専門看護師の活用

がん対策基本法の方針に基づき、ターミナルケアの質の均てん化のために、特定機能病院、がん診療連携拠点病院等に就業するがん関連認定看護師・専門看護師を活用する。

- ①療養病床・有床診療所、訪問看護ステーション等に携わる看護師に対する指導やコンサルテーションの評価を行う。

(2) ケア主体の入所施設の創設

入院による過剰な医療の提供を防止するとともに環境変化による患者・家族の不安を最小限にする。

- ①介護保険制度下にナーシングケアを中心としたショートステイや入所可能な場を整備し、家族のレスパイトを支援する。

(3) 急性増悪時の後方病床の整備

急性増悪の際に、更なる悪化の防止や患者・家族の安心を図る。

- ①がん診療連携拠点病院に緩和ケアセンター/デイホスピス/後方病床を整備する（例：広島県緩和ケア支援センター）。
- ②高齢者の身近な地域の地域医療支援病院、療養病床、100床程度の地域医療を担う一般病院、有床診に後方病床を整備する。

(4) 病院と訪問看護ステーションの連携強化

退院調整部門の設置を推進し、退院時、急性増悪時の再入院、緊急入院時の病院・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション等の地域ケアを担う機関の連携を強化する。

(5) 他職種と訪問看護ステーションの連携強化

主治医（訪問看護指示書交付医）、訪問看護師のカンファレンスを推進するとともに地域保健師、介護職（ヘルパー、ケアマネージャー等）との連携を強化する。ヘルパーとの同時訪問でより安全・安心な医療・介護（重度者の入浴、夜間訪問等）を提供することが可能となる。

(6) 死亡診断の見直し

往診による死亡診断が困難な場合等において、訪問看護におけるターミナルケアを実施後、死亡診断のみを目的とした医療機関への搬送を避けるため、在宅の看取りに関連する諸制度の見直しを行い、ガイドラインの開発をする。

(7) 在宅療養支援診療所の要件の見直し

看取り数の設定や緩和ケアに必要な麻薬治療が可能であることを要件に追加し、在宅療養支援診療所の役割強化を図る。

3. 給付の範囲、支払い方法については、患者の選択を十分に尊重・反映できるように医療保険と介護保険の効率的な運用について議論することが必要です。

(1) 給付の範囲の見直し

後期高齢者医療の給付の範囲については、例えば療養病床の患者特性の区分を参考に包括評価としていくことを検討すべきである。

(2) 医療保険と介護保険の効率的な運用

①後期高齢者は介護給付の対象であることが多く医療と介護のよりよい連携のためには2つの制度の効率的・一体的な運用を検討していく。

②在宅医療においては患者特性に基づいた給付範囲の中で訪問診療・訪問看護・訪問介護を利用者の選択により組み合わせることとする。

4. 国民がそれぞれの価値観を尊重した安らかな死を迎えることができるようターミナルケアに係る情報提供および意思決定のための支援が必要です。

(1) 看護職による啓発活動

患者の最も近くでターミナルケアを提供する看護師が実践的な知見に基づいた啓発活動を行うことは尊厳死に係る国民的議論のために有効である。例えば死が間近の場合、点滴によって患者はよけい呼吸が苦しくなる等分かり易い例を示し市民公開講座等でデス・エデュケーションに貢献していく。

(2) 患者参加型の療養計画

療養計画の作成にあたっては看護師および患者・家族を含めることを原則とし終末期医療についても個別のニーズに合った療養が選択できるよう支援を行う。

(3) 相談窓口の設置

がん診療連携拠点病院・地域医療支援病院等に相談窓口を置き、看護職等のコメディカルチームが患者・地域住民の個別の相談に応じる体制を整備する。疾患・治療・介護・費用等についての情報提供と共に意思決定のための支援を行う。

(4) 医療提供情報提供の推進

都道府県の提供する医療提供情報にホスピス・在宅ホスピス等の情報を含めるとともに在宅療養支援診療所のリストを公開する。

以上