

福岡県医発第 2042 号 (総)

平成 19 年 2 月 16 日

各 医 師 会 長 殿



福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武



「社会制度調査会・医療委員会」資料の送付について

標記について、衆議院議員原田義昭先生より別紙のとおり委員会の資料が送られてまいりましたので、ご参考までにお送りいたします。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



社会保障制度調査会

医 療 委 員 会 次 第

平成19年2月9日(金)
8時半 党本部702号室

【議題】 後期高齢者医療診療報酬について

- 一、開会・進行 上 川 陽 子 事務局長
- 一、挨 拶 鈴 木 俊 一 社会保障制度調査会長
- 一、挨 拶 鴨 下 一 郎 医療委員長

一、後期高齢者医療診療報酬について

(説明) 厚生労働省 保険局 原 医療課長

(質疑・応答)

一、閉会

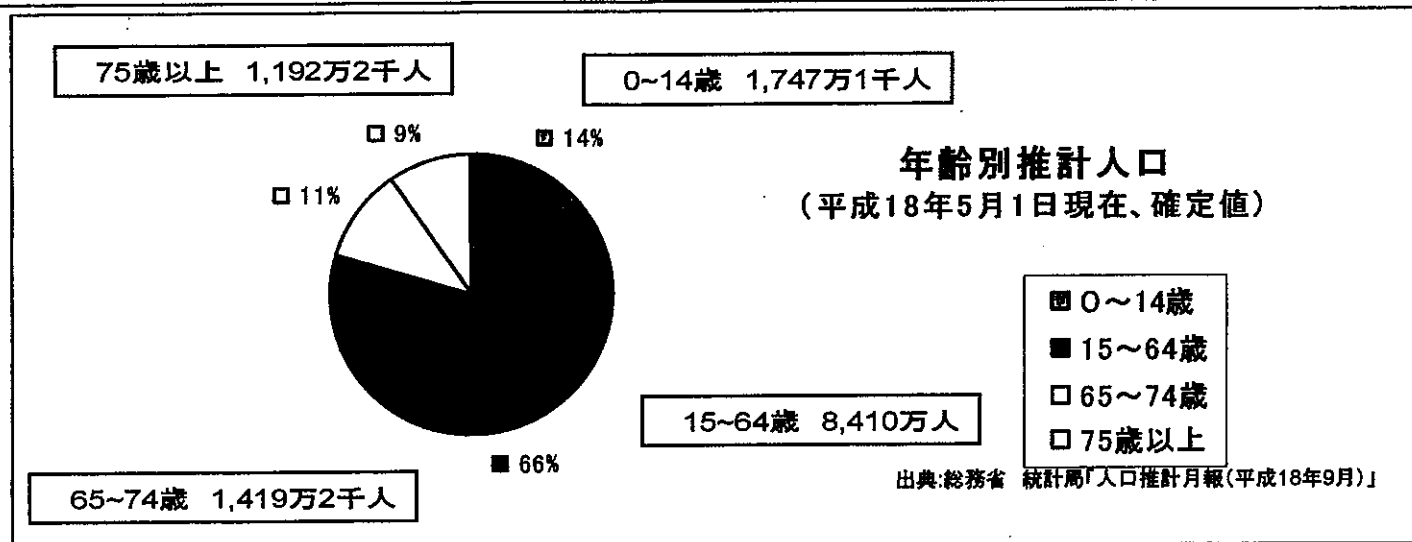
後期高齢者医療について

平成19年2月9日

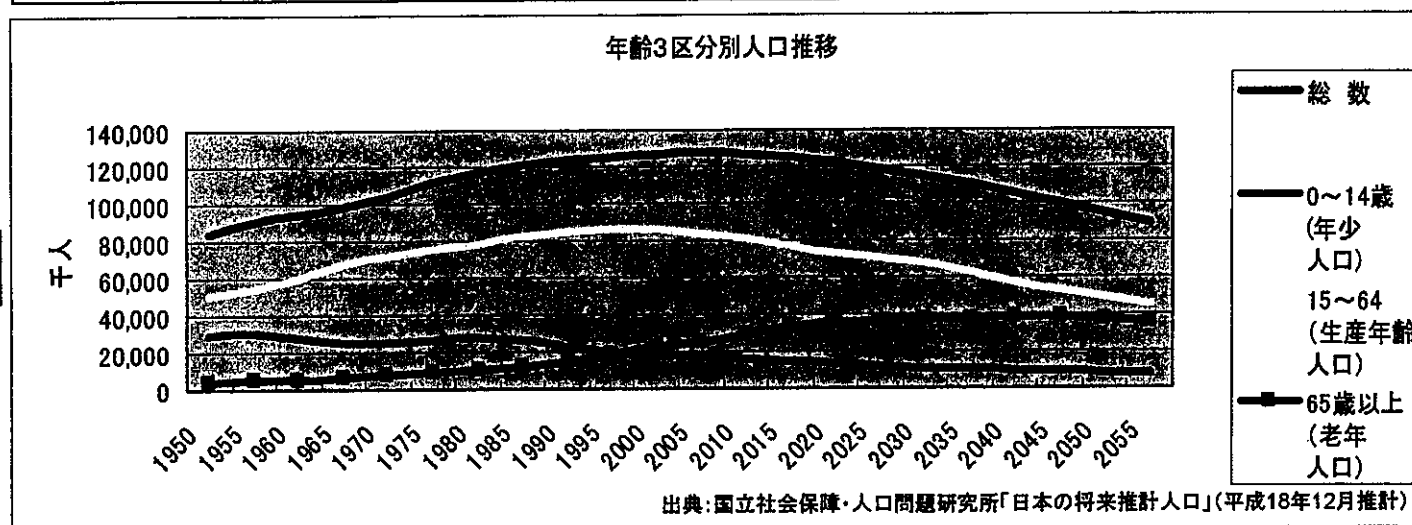
厚生労働省

- ・日本の総人口 1億2,768万6千人(2006年5月)、うち後期高齢者(75歳以上)は1,192万で全体の9%を占める。
- ・老年人口割合(65歳以上)は、2005年では2,576万人(全体の20.2%)だが、2030年には3,667万人(全体の31.8%)、2050年には3,764万人(39.6%)になることが推測される。

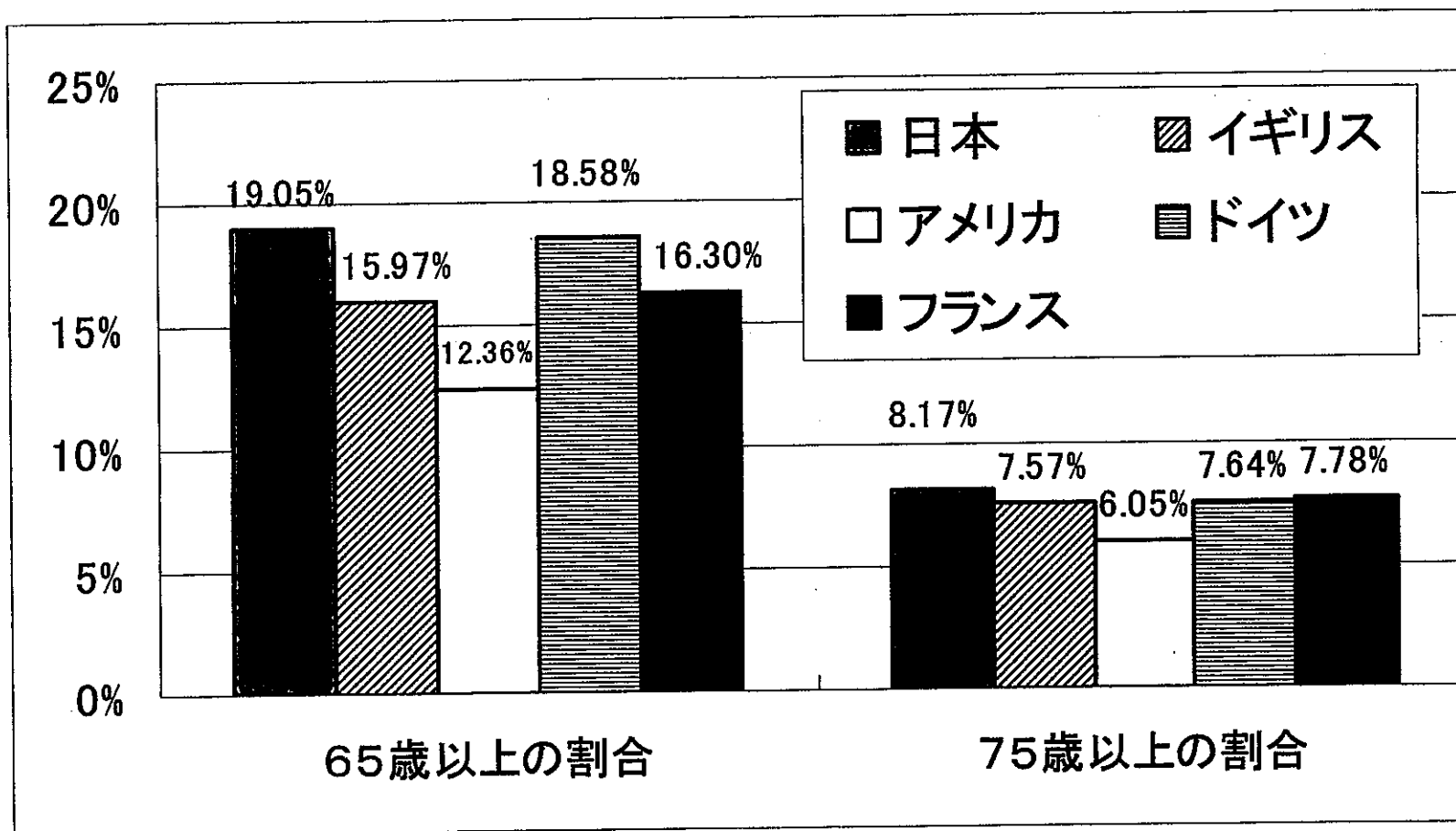
現在



将来推計



各国の高齢者比率について(2003年)

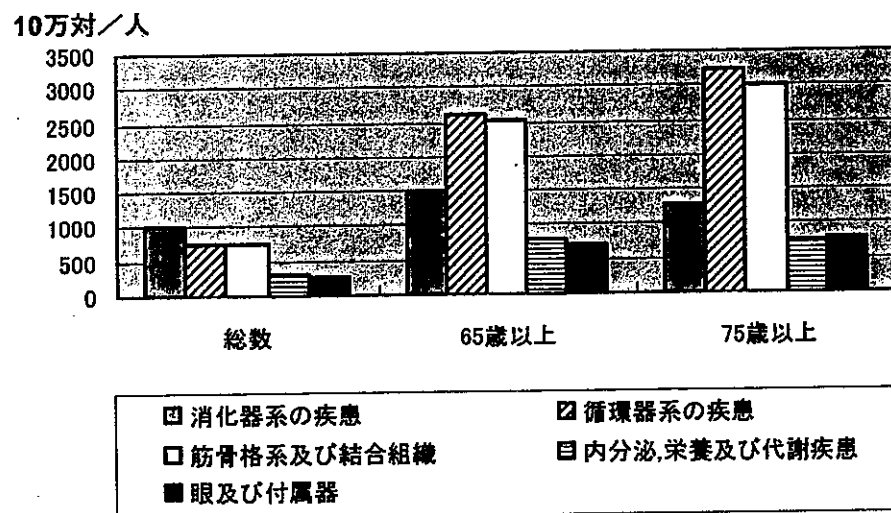


出典: OECD HEALTH DATA 2006 (各国の2003年人口構成割合のデータから作成)

後期高齢者の心身の特性と外来医療

- ・後期高齢者では、特に循環器系疾患と筋骨格系疾患による外来受療率が増加する。
- ・循環器系疾患では特に高血圧による受診が多い。

外来受療率(人口10万対)傷病分類別(2005年)



	総 数	65歳以上	75歳以上
循環器系の疾患	743	2612	3254
高血圧性疾患(再掲)	504	1746	2107
心疾患(高血圧性のものを除く)(再掲)	112	410	564
虚血性心疾患(再掲)	58	221	295
脳血管疾患(再掲)	96	369	488
筋骨格系及び結合組織の疾患	769	2517	2991
炎症性多発性関節障害(再掲)	49	119	114
関節症(再掲)	161	647	822
脊柱障害(再掲)	410	1306	1524
骨の密度及び構造の障害(再掲)	49	215	307

出典:平成17年患者調査

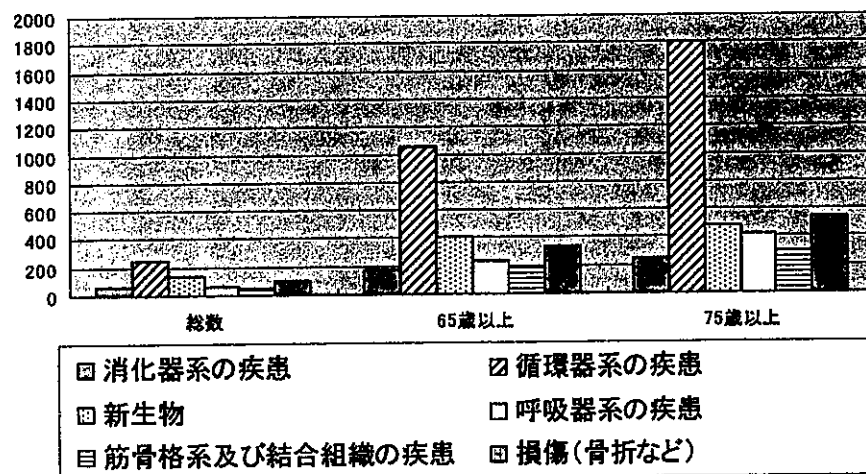
単位:人(人口10万対)

後期高齢者の心身の特性と入院医療

- ・後期高齢者では、特に循環器系疾患による入院受療率が増加する。
- ・循環器系疾患のうち、特に脳血管疾患によるものが多い。

入院受療率(人口10万対)傷病分類別(2005年)

10万対／人



出典:平成17年患者調査

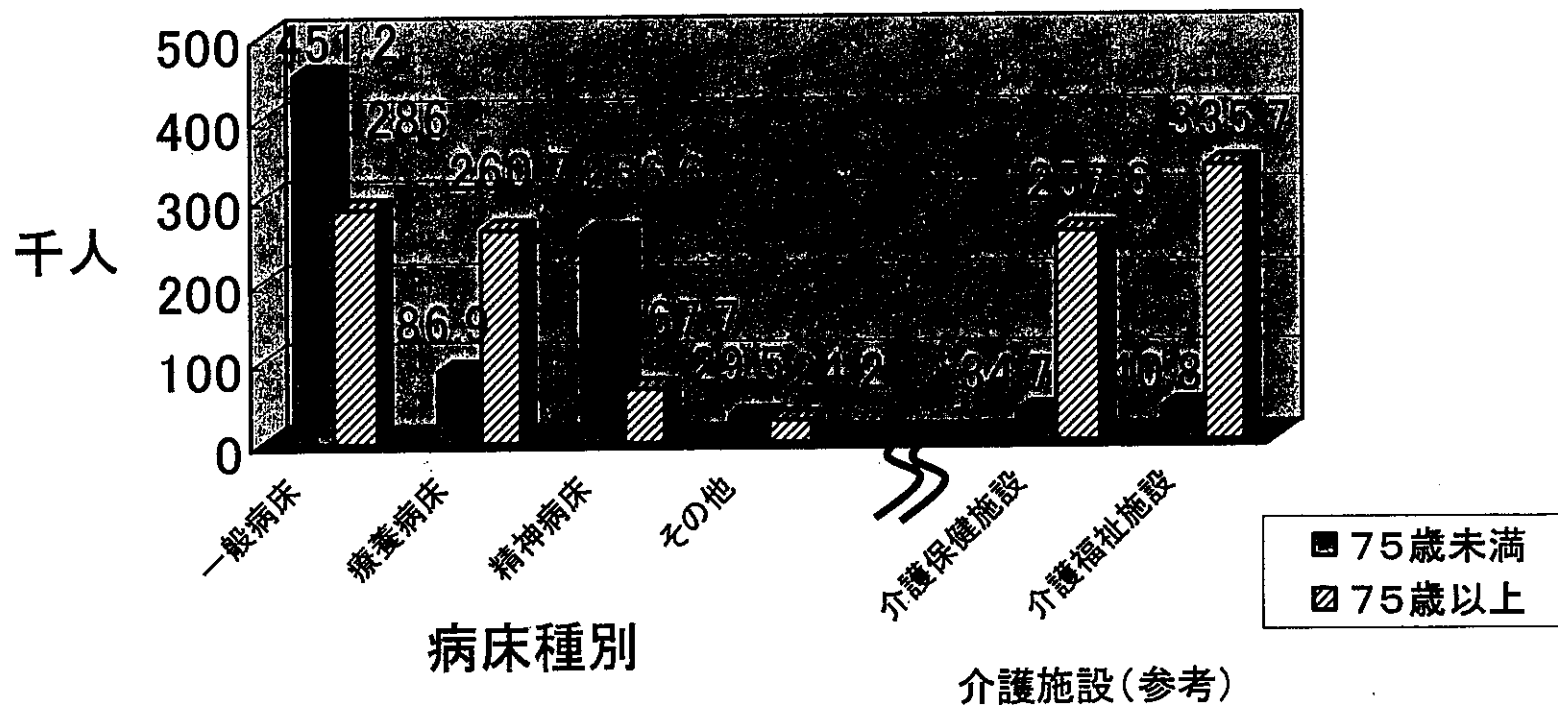
	総 数	65歳以上	75歳以上
循環器系の疾患	249	1058	1804
高血圧性疾患(再掲)	9	41	80
心疾患(高血圧性のものを除く)(再掲)	47	197	339
虚血性心疾患(再掲)	16	63	92
脳血管疾患(再掲)	183	784	1332
筋骨格系及び結合組織の疾患	54	188	292
炎症性多発性関節障害(再掲)	7	27	39
関節症(再掲)	10	40	57
脊柱障害(再掲)	23	75	116
骨の密度及び構造の障害(再掲)	2	10	21

単位:人(人口10万対)

後期高齢者の入院医療

- ・後期高齢者の入院においては、一般病床に次いで療養病床での入院が多い。
- ・また75歳未満に比べて、療養病床における入院患者数の全体に占める割合も高い。

病床種別入院患者数(2005年)



出典:平成17年患者調査

高齢者の医療機関への受診の実態

- 現在の高齢者の約86%は、1ヶ月の間に、一度は医療機関にかかっており、うち、約80%は通院で医療機関にかかっている。入院している者は約7%。
- 1月にかかる医療費は、入院の場合は約49万円、通院で4万円弱となっている。
- 通院の場合のかかった医療機関の数をみると、1件が約49%、2件が約22%、3件以上が約9%となっている。
- 通院の場合の1ヶ月間の受診日数は、5日以下が約67%、6～10日が約8%、11日以上が約5%となっている。

老人医療受給対象者の受診の動向(平成17年5月)

1ヶ月の間に、医療機関にかかった者の割合		85.5%
うち、入院		6.9%
うち、入院外		80.1%
うち、歯科		11.3%

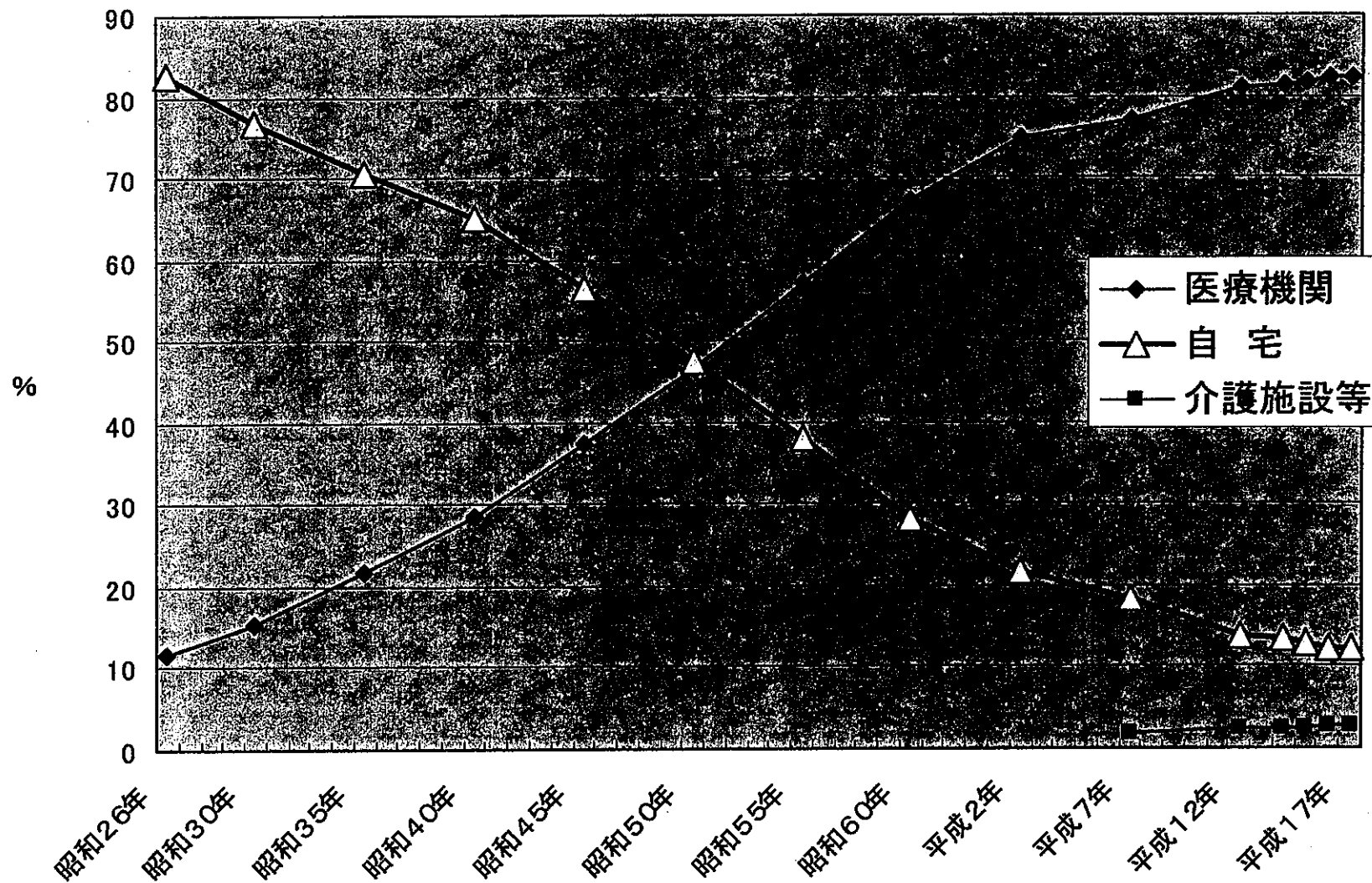
医療機関にかかった者1人当たりの医療費		
入院		48.6万円
入院外		3.7万円
歯科		1.7万円

入院外で医療機関にかかった者の受診頻度

かかった医療機関の数	1件	2件	3件	4件	5件以上	合計
構成割合	49.4%	22.1%	6.7%	1.6%	0.4%	80.1%
1ヶ月間の受診日数	～5日	6～10日	11～15日	16～20日	20日～	合計
構成割合	67.4%	7.8%	2.9%	1.2%	0.8%	80.1%

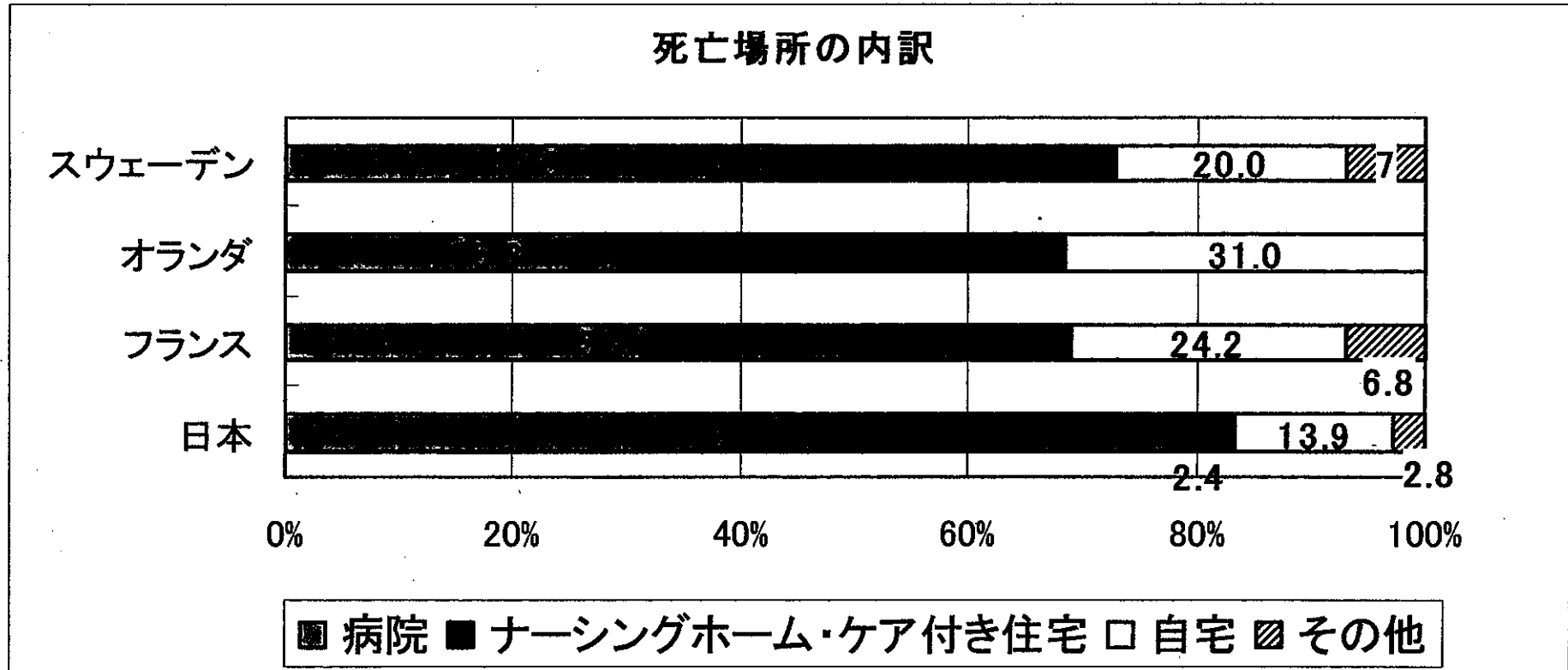
- (注) 1. 被用者保険の被保険者及び被扶養者である老人医療受給対象者について、同一の老人医療受給対象者に係るレセプトを合計し、個人単位の数にして集計したもの。(出典：老人医療受給対象者の受診の動向(被用者保険加入者分)保険局調査課)
2. 入院外の医療費には、薬剤の支給費用額を含んでおり、入院及び歯科の医療費は、食事療養(医科)費用額または食事療養(歯科)費用額を含んでいる。

死亡の場所別にみた死亡数構成割合の年次推移



出典:平成17年人口動態統計(厚生労働省大臣官房統計情報部)

終末期における医療



出典: 医療経済研究機構

「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

(注) 「ナースিংホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

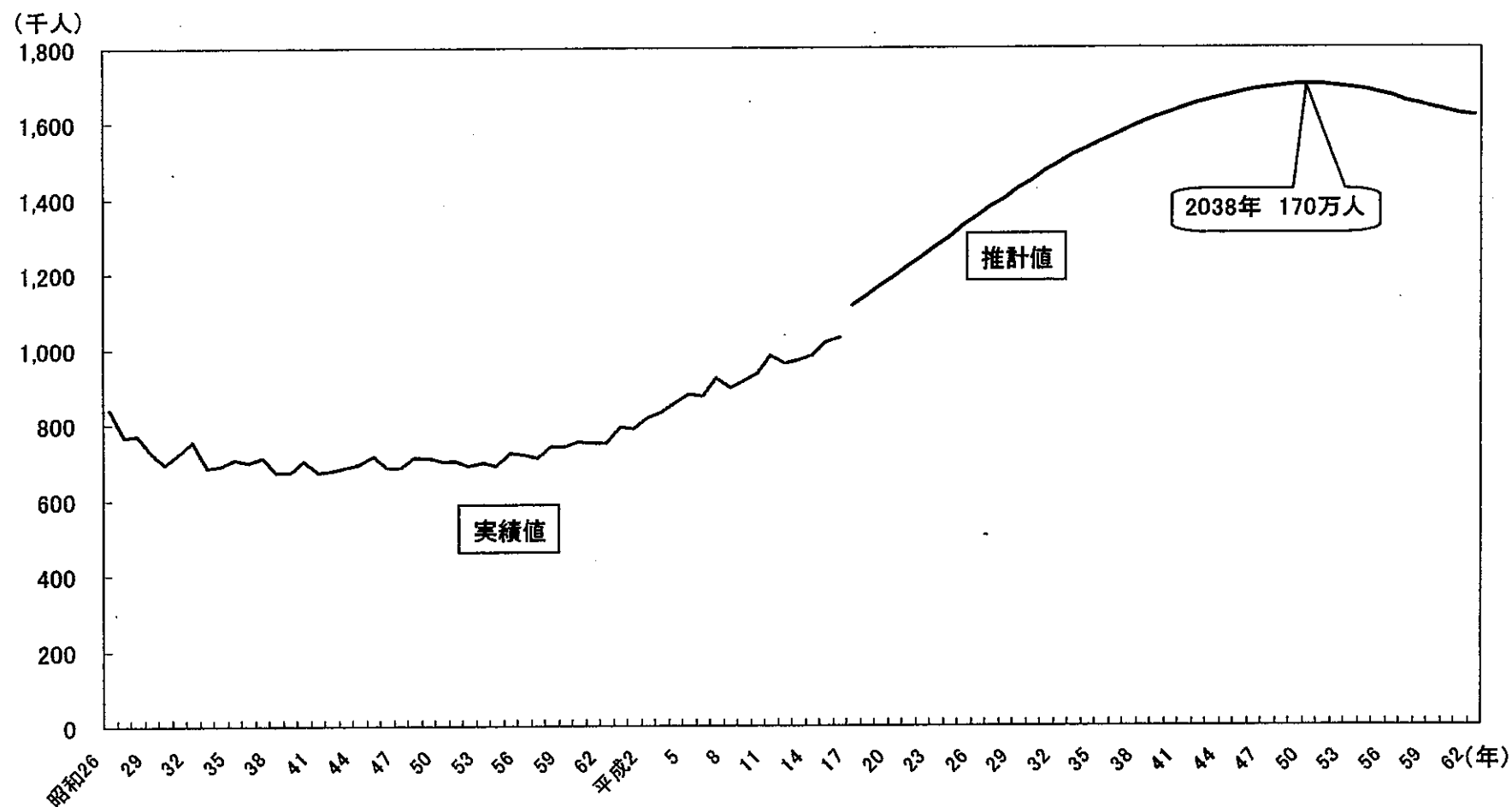
(資料) スウェーデン: Socialstyrelsen Döden angår oss alla による1996年時点(本編 p48)

オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

死亡数の年次推移



資料:平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

平成17年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」(中位推計)

介護施設における看取りの状況

○ 利用者の死亡が予想される場合、介護療養型医療施設の約3割、老人保健施設の約8割、特別養護老人ホームの約5割が「速やかに病院等に移す」としており、「施設内で看取る」とする施設は介護療養型医療施設の約5割、老人保健施設の約6%、特別養護老人ホームの約2割である。

	介護療養型医療施設		老人保健施設		特別養護老人ホーム	
死亡時期の予測:ある程度予測できていた	73.1%		62.1%		71.8%	
死亡が予想される場合の基本方針	療養病床の病棟内で看取る	53.3%	施設内で看取る	5.9%	施設内で看取る	19.4%
	速やかに自院の一般病床へ移す	26.9%	速やかに病院等に移す	83.4%	速やかに他の病院に移す	54.9%
	速やかに他の病院に移す	5.2%				
	＜患者・家族が在宅死を希望した場合の対応＞		＜施設内死亡の希望の受け入れ＞		＜施設内死亡の希望の受け入れ＞	
	自院で支援する	50.0%	原則受け入れる	33.8%	原則受け入れる	69.1%
	同一・関連法人で支援する	19.3%	受け入れない	46.5%	受け入れない	13.5%
	他の医療機関を紹介する	19.3%				

【資料】「療養病床における医療・介護に関する調査報告書」(医療経済研究機構、平成17年3月)

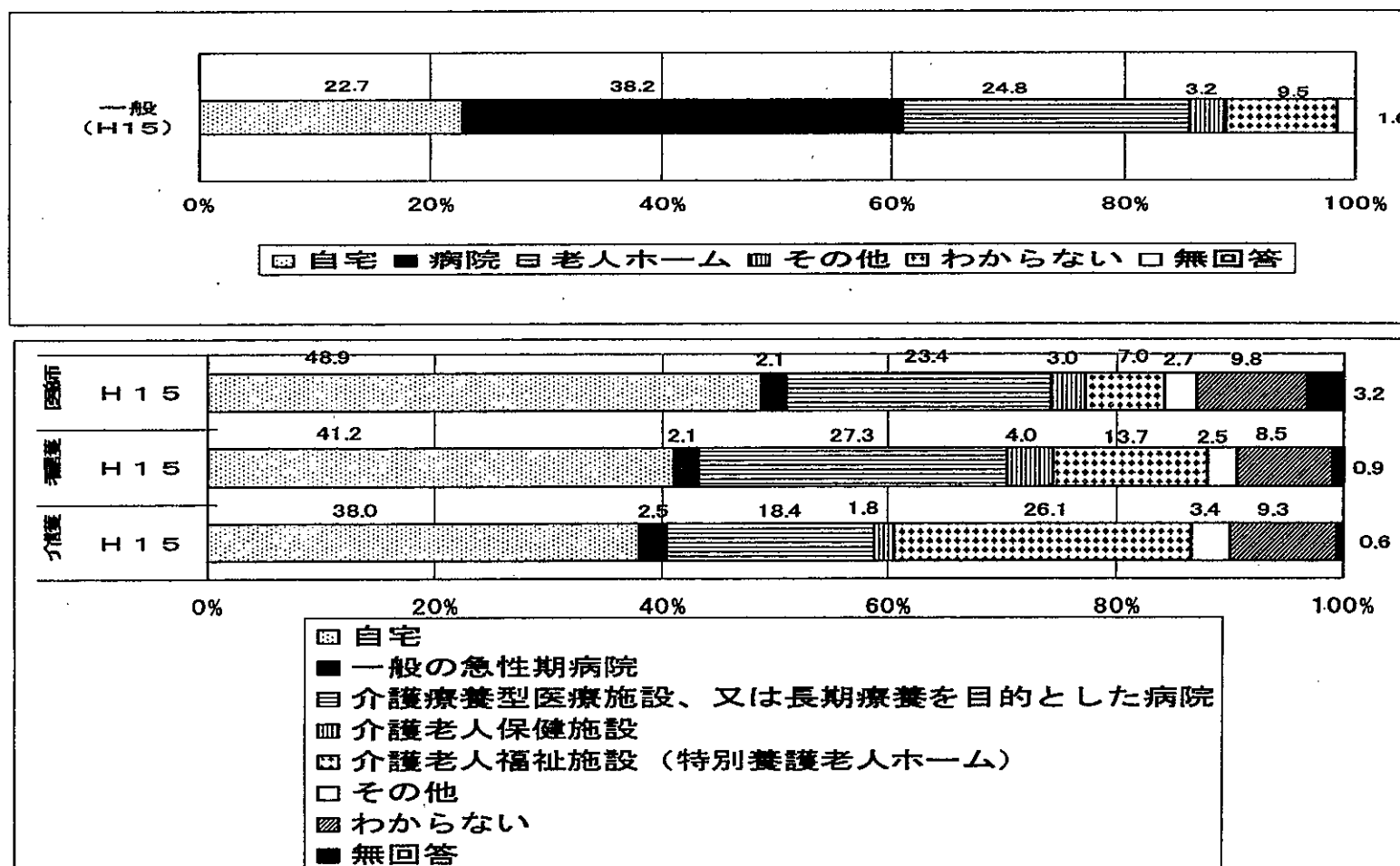
付表:3施設における調査結果の比較表

終末期医療に対する国民の意識

～厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会」調査結果～

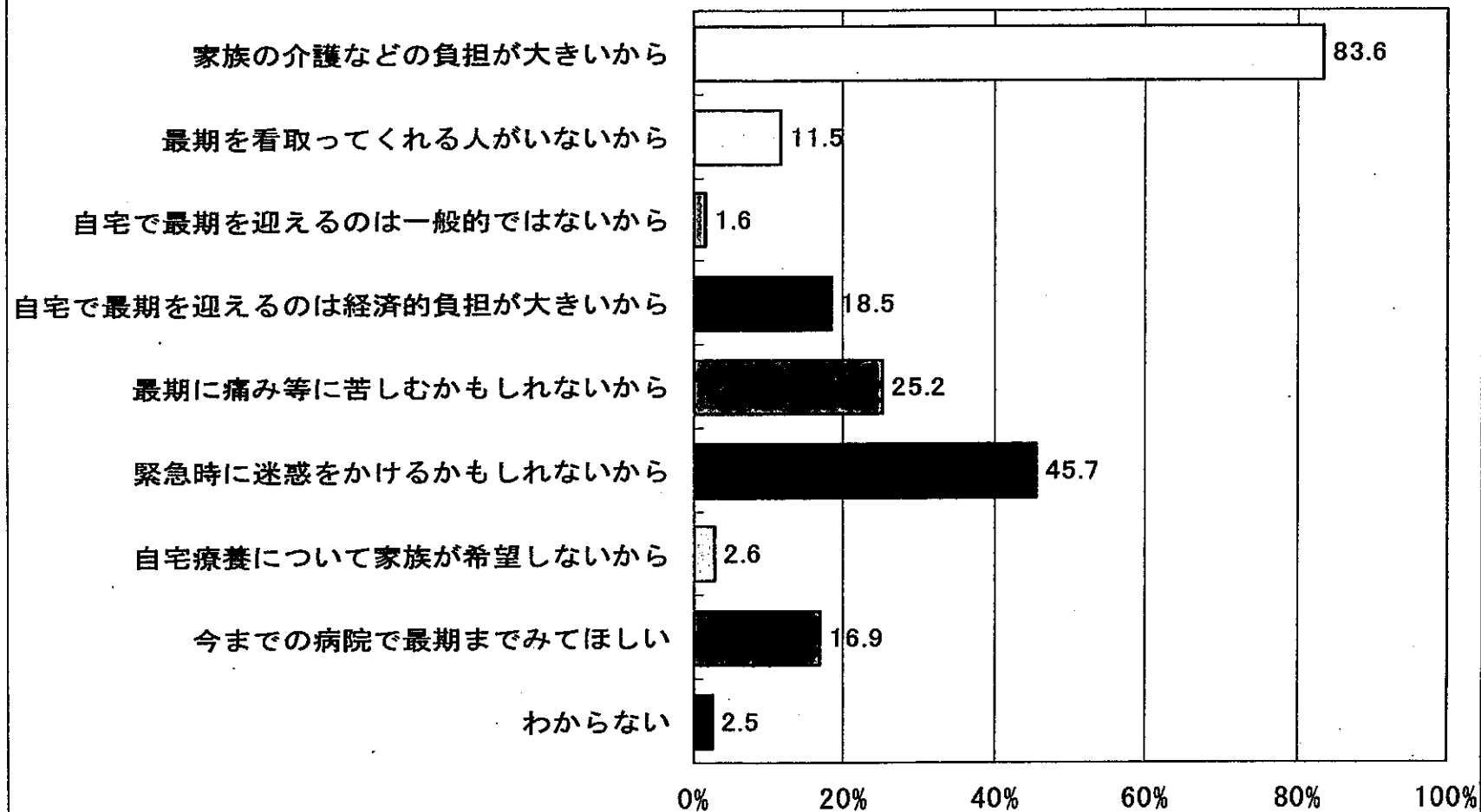
（平成16年7月 同検討会報告書より抜粋）

問 あなた自身が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、どこで最期まで療養したいですか。

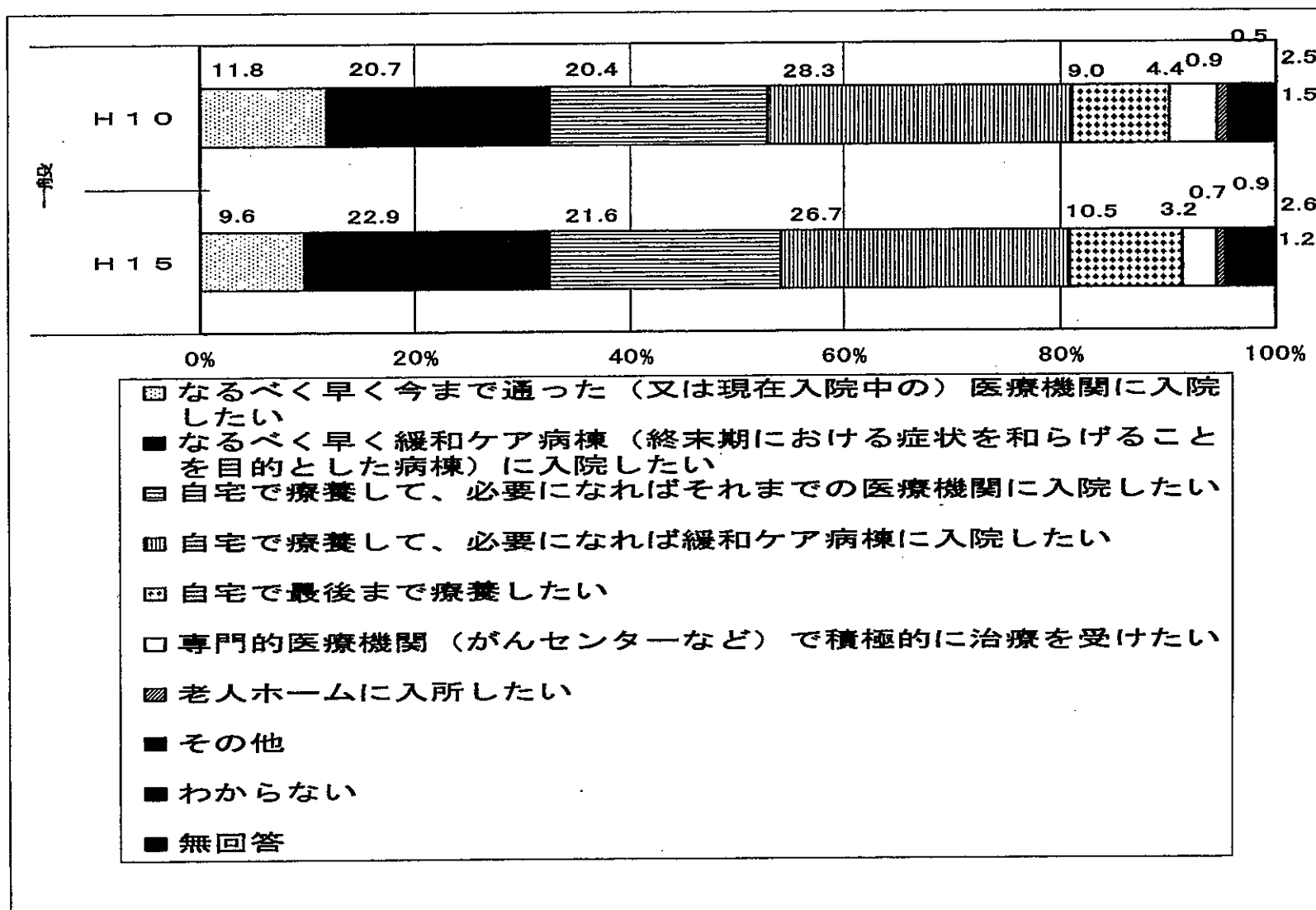


問 あなたはなぜ、自宅以外の場所で最期まで療養したいと思ったのですか。

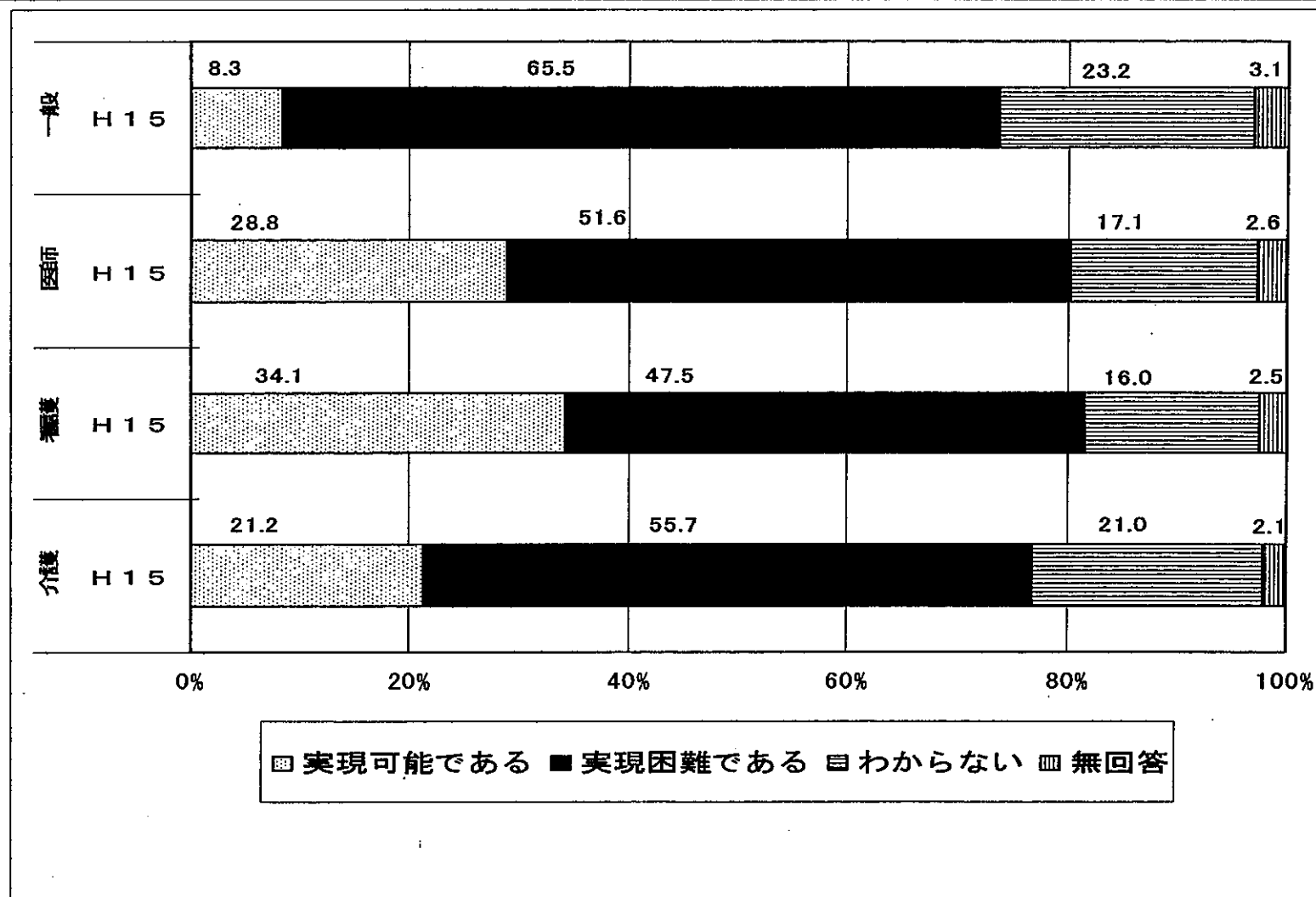
一般の方の回答(複数回答可)



問 あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。



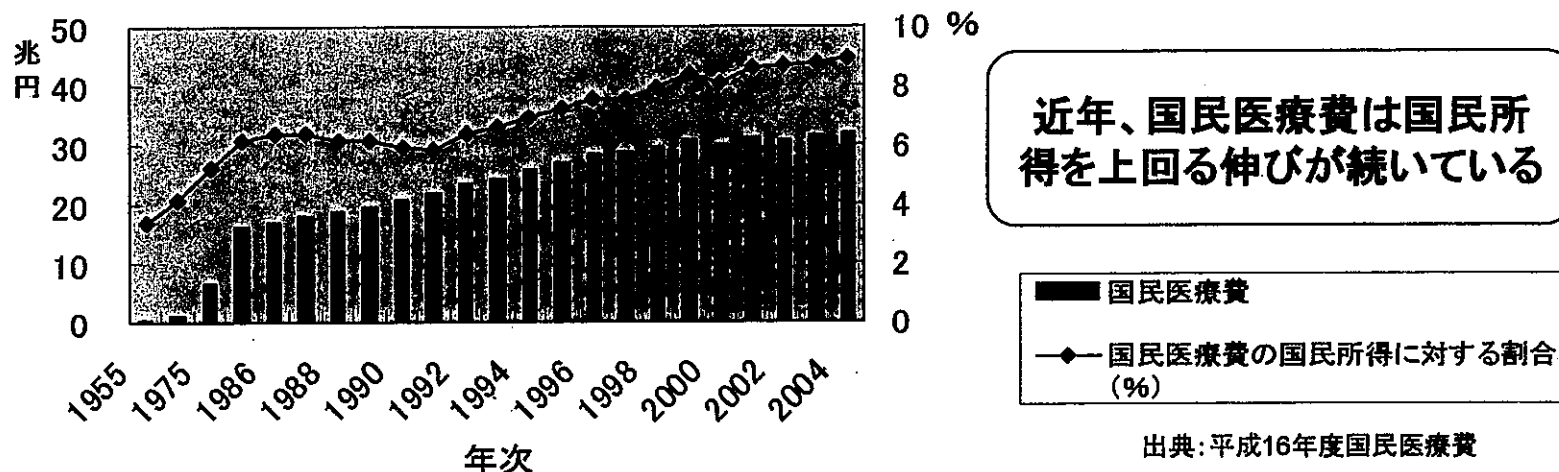
問 自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか。



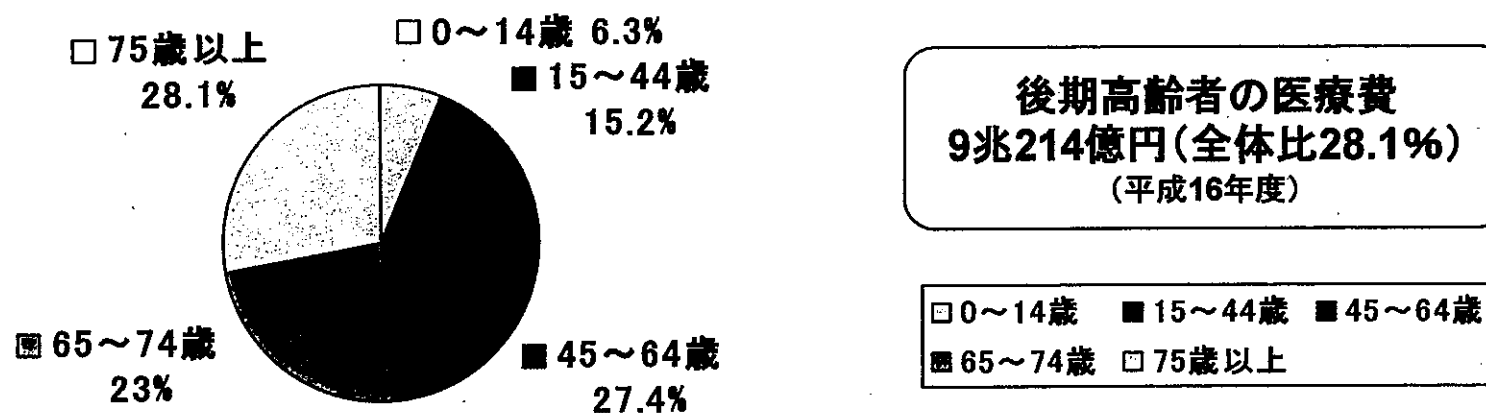
なお、自宅で最期まで療養するのは「実現困難である」と回答した具体的な理由としては、「介護してくれる家族に負担がかかる」が最も多く、次いで「病状が急変したときが不安である」が多い。

国民医療費の動向

国民医療費と国民所得



高齢者の医療費に占める割合(2004年度)

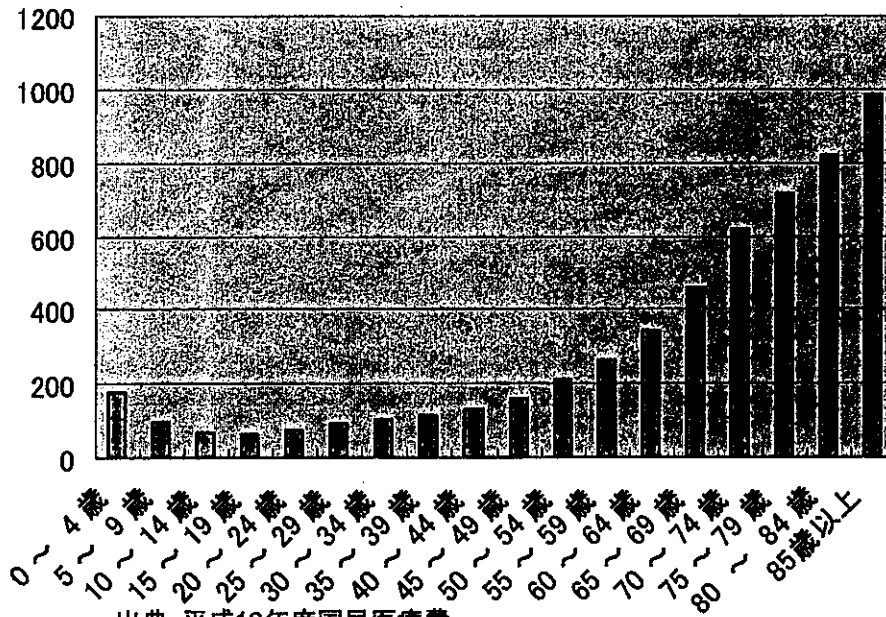


出典:平成16年度国民医療費

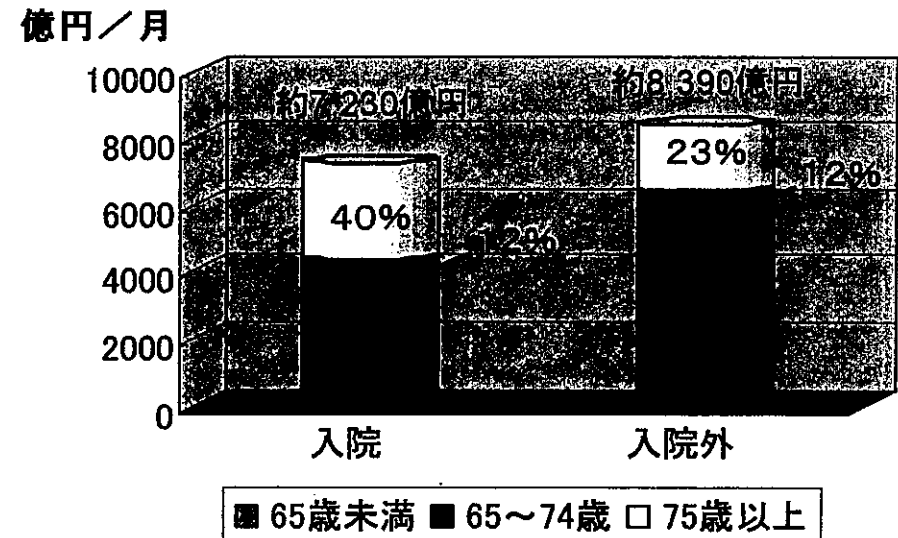
医療費からみた後期高齢者

- ・年齢が上がるほど、一人当たりの医療費は高くなっている。
- ・特に入院医療費に占める後期高齢者の割合が高い

千円／年間 国民一人当たり医療費 (2004年度)



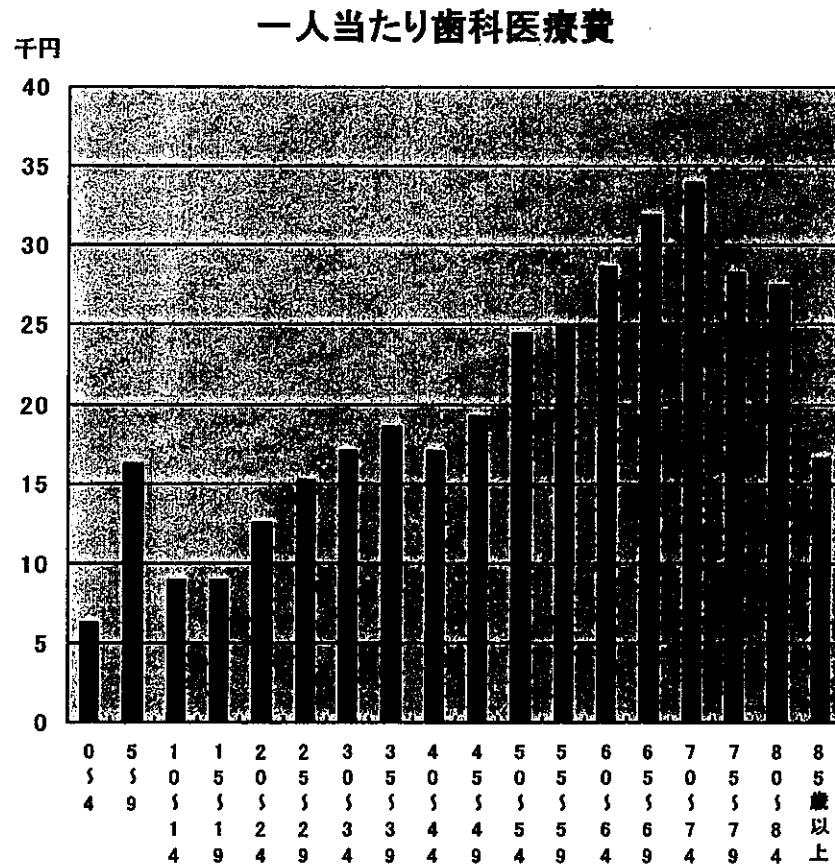
高齢者の医療費全体に占める割合 (平成16年6月審査分)



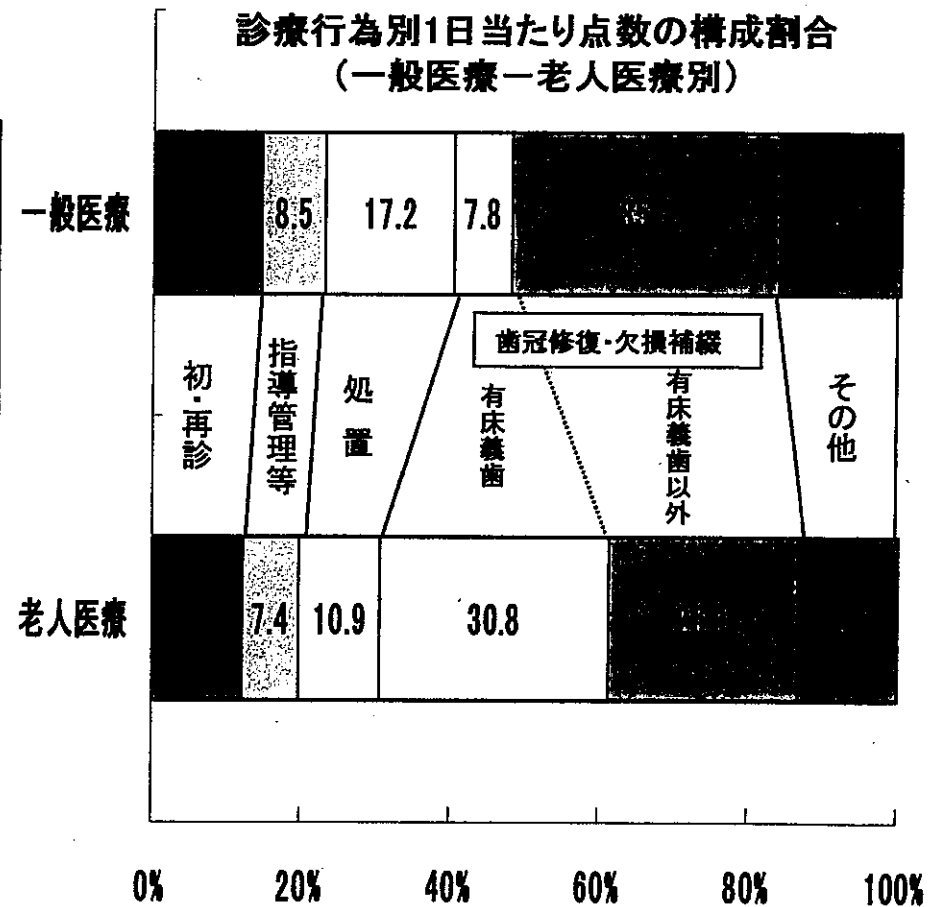
出典: 平成16年社会医療診療行為別調査

後期高齢者の歯科医療

後期高齢者の一人当たりの歯科医療費は、前期高齢者に比べて低い。老人医療は、一般医療に比べて「歯冠修復及び欠損補綴」の割合が高い。



出典:平成16年度国民医療費



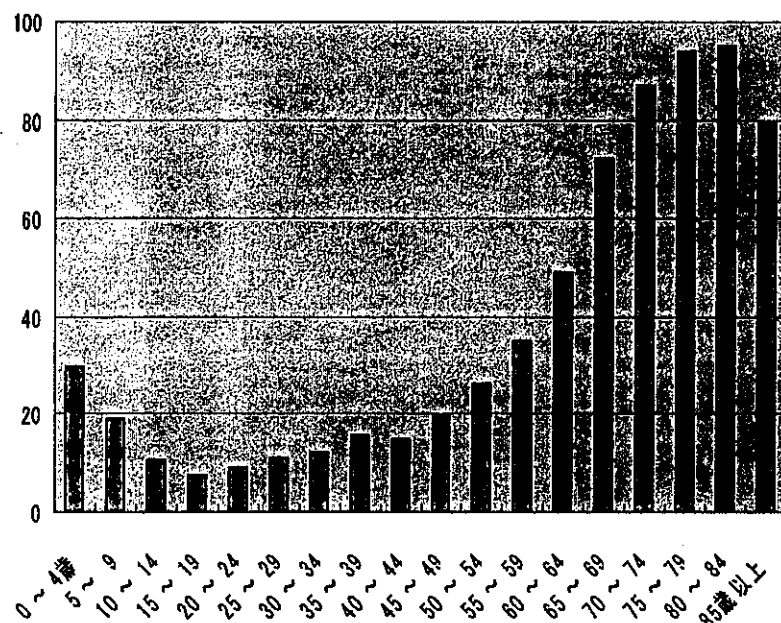
出典:平成17年度社会医療診療行為別調査

後期高齢者の薬剤

後期高齢者では、一人当たりの薬剤費が75歳未満に比べて高い。特に処方される薬剤の種類が多い傾向が認められる。

一人当たり薬局調剤医療費(2004年度)

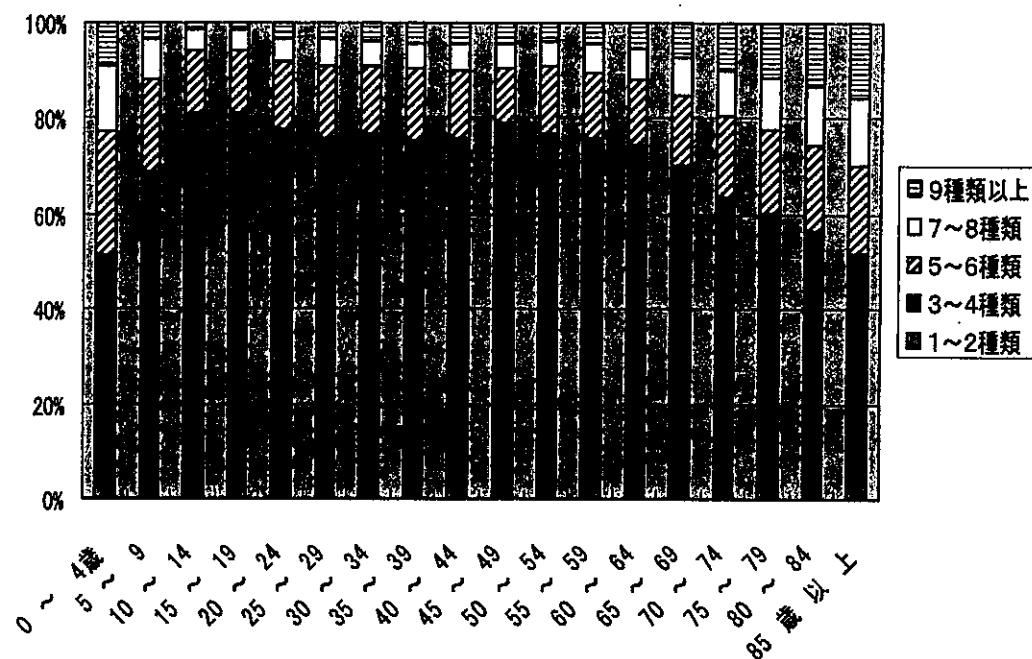
千円/年間



出典:平成16年度国民医療費

薬局調剤 1件当たりの薬剤種類数(2004年度)

件数に占める割合



出典:平成16年度社会医療診療行為別調査

後期高齢者医療の在り方について (検討のたたき台)

～後期高齢者の心身の特徴にふさわしい
医療の在り方をどのように考えるか～

1 後期高齢者の心身の特徴

- (1) 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患（特に慢性疾患）が見られる。
- (2) 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
- (3) いずれ避けることが出来ない死を迎える。

2 基本的な視点

- ・後期高齢者の生活の中での医療
- ・後期高齢者の尊厳に配慮した医療
- ・後期高齢者が安心できる医療

3 後期高齢者医療における課題

- (1) 複数の疾患を併有しており、併せて心のケアも必要となっている。
- (2) 慢性的な疾患のために、その人の生活に合わせた療養を考える必要がある。
- (3) 複数医療機関を頻回受診する傾向があり、検査や投薬が多数・重複となる傾向がある。
- (4) 地域における療養を行えるよう、弱体化している家族及び地域の介護力をサポートしていく必要がある。
- (5) 患者自身が、正しく理解をして自分の治療法を選択することの重要性が高い。

4 後期高齢者にふさわしい医療の体系

- (1) 急性期医療にあっても、治療後の生活を見越した、
高齢者の評価とマネジメントが必要(CGA※、GEMs※)
- (2) 在宅(及び居住系施設)を重視した医療
 - ・かかりつけ医による訪問診療、訪問看護等
 - ・医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携
 - ・複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師
- (3) 安らかな終末期を迎えるための医療
 - ・十分に理解した上での患者の自己決定の重視
 - ・十分な疼痛緩和ケアが受けられる体制
- (4) 介護保険のサービスと連携の取れた一体的なサービス
提供

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

GEMs(Geriatric Evaluation and Management programs)

: 高齢者評価とマネジメントプログラム

高齢者医療の在り方に関する特別部会・当面のスケジュール

(平成18年 第1回から第5回まで開催)

平成19年

2月 5日 第6回部会
フリーディスカッション

(医療部会及び医療保険部会において議論)

3月 後期高齢者医療の在り方に関する「基本的考え方」
の取りまとめに向けた議論

(年度内を目途 基本的考え方の取りまとめ)

(春 パブリックコメントの実施(厚生労働省))

春～夏 後期高齢者の新たな診療報酬体系の骨格の取りま
とめに向けた議論

(医療部会及び医療保険部会において議論)

夏～秋 後期高齢者の新たな診療報酬体系の骨格を取りまとめ

第6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2
平成19年2月5日	

後期高齢者の在り方に関する特別部会

これまでにいただいた主な意見

高齢者医療全般に関する意見

- ・高齢者は複数の病気に罹患することが多く、薬剤投与や治療行為が多くなる傾向があるが、それを抑制することについては検討が必要である。
- ・後期高齢者は、治療が長引くことが多いため、入院医療でも在宅医療でも、「病気とともに生活する」という視点が重要である。
- ・後期高齢者にICUと同じような濃厚な医療を行うことが良いのか、議論が必要である。
- ・救急に運ばれると、色々なチューブを入れられるが、入院期間の短縮のためチューブがついた状態で自宅に戻されるという問題について検討が必要である。
- ・都市部を中心に、地縁・血縁のサポート力が低下してきていることから、医療、福祉、介護などの社会資源を動員する必要がある。
- ・病院における高齢者医療の対応能力が不十分であり、これは診療する医師の問題と地域医療センターのようなシステムの問題がある。
- ・入院可能な後方支援医療機関と在宅の主治医との連携により、緊急時の対応が可能となる。
- ・退院後の多職種協働による包括的なケアのために、ケアカンファレンスを開催することが重要である。
- ・生活機能評価（GEMS（Geriatric Evaluation and Management programs））を行った上で、医療・介護・看護・ソーシャルワークなどが、どのような支援が必要であるかを整理し、医療・介護を過不足なく包括的に給付することが重要である。

在宅医療に関する意見

- ・在宅において、地域の医師や看護師等のケアを受け、家族に付き添われて亡くなることが一番安寧であり、医療費もかからない在り方である。
- ・退院・退所時の病院と施設の連携は不可欠で、医療と介護の両方を熟知した在宅ケアの専門家が橋渡し役を担い、在宅での生活をイメージできる状況で調整する必要がある。
- ・後期高齢者の医療における訪問看護の役割として、介護職等の他職種との連携により、患者・家族が加齢現象を受け止められるようにし、後期高齢者の急変時の不安を解消することが重要となる。
- ・急性期病院からの退院患者の医療の必要性が高くなる傾向にあり、「重症在宅」が増えてきている。特に末期がんの患者や、人工呼吸器、経管栄養、中心静脈等が増加してきている。
- ・診療所は、まだ「重症在宅」に十分に対応できる機能を持っていない。看取りも含めた重症型の在宅療養支援診療所を創設し、重症型、軽症型と二極構造化する必要がある。
- ・在宅医療の存在を国民（患者）に周知するためには、退院させる側の病院の医師に対して、在宅療養支援診療所の周知を徹底する必要がある。
- ・麻薬管理、夜間休日の緊急対応など在宅医療に対応できるような薬局が必要。
- ・外来診療を中心とし、時間がある時に往診に行くような医師では連携がうまくいかない。
- ・在宅療養支援診療所は、在宅医療に特化した診療所とそうでない診療所の2つに分かれており、それぞれに適した在宅医療の方法を考える必要がある。
- ・患者にとっては、在宅を希望しながら最期は病院がなければならないといった議論があるが、制度を整えると在宅死が増加するというデータもあり、現在の在宅医療がどういう状況なのかについての理解が必要である。
- ・終末期医療は、在宅医療、緩和ホスピス、急性期病院のすべてが統合された、無駄のない形でやっていく必要がある。また、在宅医療を担う診療所は、ホスピス緩和ケアの専門的な診療所を中心に提供されるべきだろうが、今後の人材の育成が課題

である。

- ・ 必要な時に必要な医療機関に 1 日でも入院できて、そこでの治療行為により再び在宅医療に復帰できるといった環境が整えば、在宅医療を目指す医師は増えるのではないか。

外来医療に関する意見

- ・ 不必要な入院をさせないような、プライマリ・ケア専門医の力量が不足している。
- ・ 外来については英国の G P 制度による人頭制を検討してはどうか。

入院医療に関する意見

- ・ 入院の当初から、患者さんの退院後の行き先や将来的な状態について、家族に説明することが重要である。
- ・ 医療も介護も必要な患者を対象とする、急性期の入院医療と在宅医療の中間的な位置づけの病床（新高齢者病床、ターミナルケア病棟等）を創設してはどうか。
- ・ 新高齢者病床では、老健施設よりも医療の必要性が高い患者を対象とし、入院が長期にわたる場合には DPC 方式やりハビリのような上限設定を導入してはどうか。

認知症に関する意見

- ・ 認知症は、単に医療だけの問題ではないので、医師だけの視点ではなく、生活の視点から議論しなければならない。
- ・ 認知症の患者は、周辺症状のために一般病棟での管理が困難であり、入院を拒否されることが多いという問題がある。
- ・ 後期高齢者の医療を考える上で、認知症は決して無視できないものであり、認知症に係る適切な医療を受けられるような環境の整備が必要である。

口腔ケアに関する意見

- ・ 後期高齢者の心身の特性からみて、歯科疾患に基因する歯の喪失と加齢による摂食や嚥下機能の低下は、食べる機能の衰退として健康寿命の延伸の大きな阻害要因となり、歯科医療は、「食」や「会話」という人間の生活の根幹に関わる医療、すなわち「生きる力を支援する生活の医療」として位置づけられる。

- ・口腔ケアの目的として①感染の予防、②口腔機能の維持回復、③全身の健康の維持回復及び、④社会性の回復が挙げられる。
- ・口腔ケアの内容としては、口腔清掃、歯石除去、義歯の清掃・管理、摂食・咀嚼・嚥下機能の回復、誤嚥性肺炎、低栄養の予防に配慮した口腔の管理がある。
- ・後期高齢者の医療費については、「８０２０」の達成者の方が非達成者よりも低額であるというデータがある。
- ・後期高齢者の健康寿命を延長するためには、他科との医療連携を踏まえた口腔ケア（管理）を含む歯科的介入が必要。
- ・誤嚥性肺炎や低栄養の予防のためにも、口腔機能の向上及び義歯の装着・調整を含む維持管理などが必要である。
- ・後期高齢者の健康保持のためには、歯の喪失を予防することが重要であり、早い時期から虫歯や歯周病を管理する必要がある。
- ・後期高齢者の口腔管理のためには、まず検診の受診を徹底する必要がある。

薬剤に関する意見

- ・高齢者の薬物療法では多剤併用が多く、重複投与や薬物相互作用が発現しやすいこと、高齢者は生理機能の加齢変化により、副作用、相互作用が発現しやすいことから、安全管理が重要。チーム医療の中での薬剤師の薬物療法の安全管理機能を評価すべき。
- ・高齢者の医薬品の一元的管理の評価が必要であり、在宅高齢者の療養状況や療養環境等に応じた、きめ細かい服薬管理業務の評価が必要。

終末期医療について

- ・終末期医療における緩和医療等の適切性については、医療従事者の自治に任せ、法律は立ち入らないというのが基本原則である。
- ・本人の最良の利益は、その主観的評価を抜きにしては考えられず、自己決定はその手段となるものであるが、それが全てではなく、あくまで自己決定によって正しい選択がなされたというところに意味がある。すなわち、インフォームド・コンセントを得ることのみに従って全てを決めるのは妥当ではない。

- ・ 様々な延命措置の中止が、死に結びついたということの刑事裁判における証明はほとんどできないであろうが、そのことと、多くの人が死期を早めるに違いないと思っている医療を中止してよいかどうかは別の問題であり、医療関係者としては、分かりやすい言葉で国民の理解が得られるようにすべきである。

その他の意見

- ・ 入院期間 14 日以内の医療費は、前期高齢者と後期高齢者の間で差がないが、31～90 日になると、後期高齢者の医療費が増加してくる。
- ・ 地域医療を目指す医師に対して、地域医療に必要な知識や技能、態度などを修得する後期研修の期間を構築することが望ましい。
- ・ 医療従事者から見ると行わない方が良いと思うことを患者の家族が希望し、患者にとって、むしろ悪い方向に行くこともある。
- ・ 看護職の役割として、日々の生活の援助を通して、高齢者の心身の状態をアセスメントし、さらに予測を立てる、いわゆる「予防看護」が求められる。その中で苦痛の緩和や異常の早期発見ということに努めることも重要である。
- ・ 後期高齢者の特徴は、生きられる時間が短いことであり、残された時間をどのように生きるかという「生き方の提示」が求められる。
- ・ 不十分な説明のもとで事前指示書やリビングウィルが作成されている現状は、非常に危険である。
- ・ 後期高齢者については、家族が高齢であり介護力が弱いこと、地縁、血縁等が希薄なことなど、ソーシャルサポートが非常に脆弱である。
- ・ 後期高齢者の長い生活の歴史を踏まえた心理社会的な問題への相談援助が不可欠である。また、各種の介護保険施設や在宅での看取りの支援体制を整備していくという意味で、医療と福祉の有機的なネットワークづくり、ソーシャルワーカーのネットワーク機能を活用していく手段が考えられる。
- ・ MSWが診療報酬上や病院の在り方の中でどうやって評価すべきか、検証すべきではないか。