

## 参考資料3

特別部会で行われた有識者ヒアリング等  
における主な意見

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方式やリ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

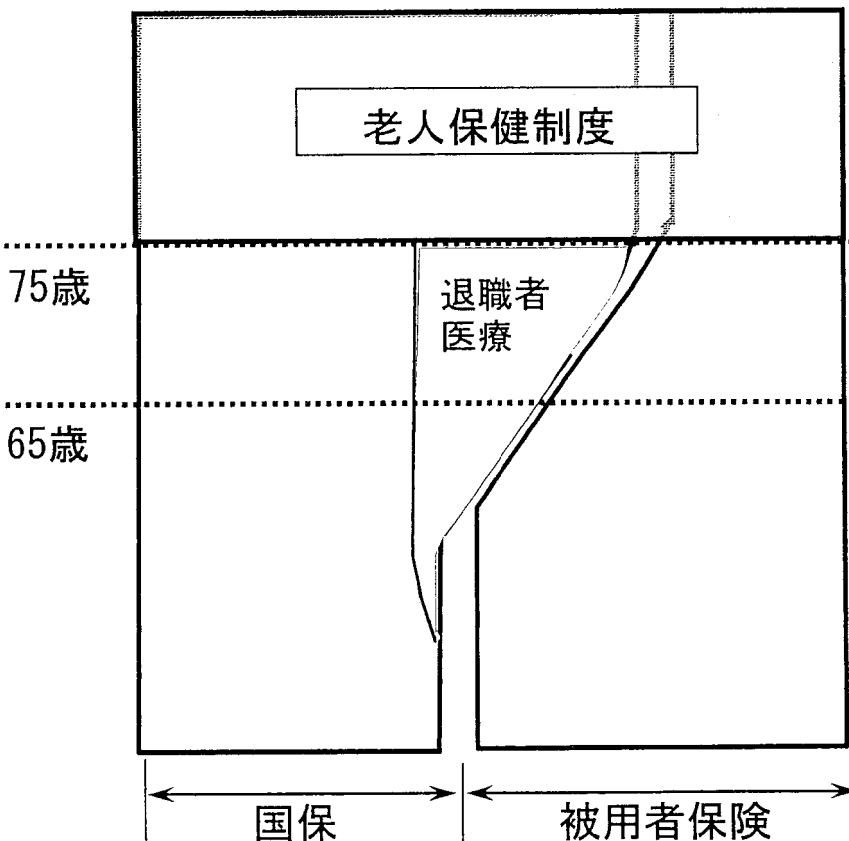
- ・入院期間 14 日以内の医療費は、前期高齢者と後期高齢者の間で差がないが、31～90 日になると、後期高齢者の医療費が増加してくる。
- ・地域医療を目指す医師に対して、地域医療に必要な知識や技能、態度などを修得する後期研修の期間を構築することが望ましい。
- ・医療従事者から見ると行わない方が良いと思うことを患者の家族が希望し、患者にとって、むしろ悪い方向に行くこともある。
- ・看護職の役割として、日々の生活の援助を通して、高齢者の心身の状態をアセスメントし、さらに予測を立てる、いわゆる「予防看護」が求められる。その中で苦痛の緩和や異常の早期発見ということに努めることも重要である。
- ・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。

# 後期高齢者医療制度施行までの スケジュール

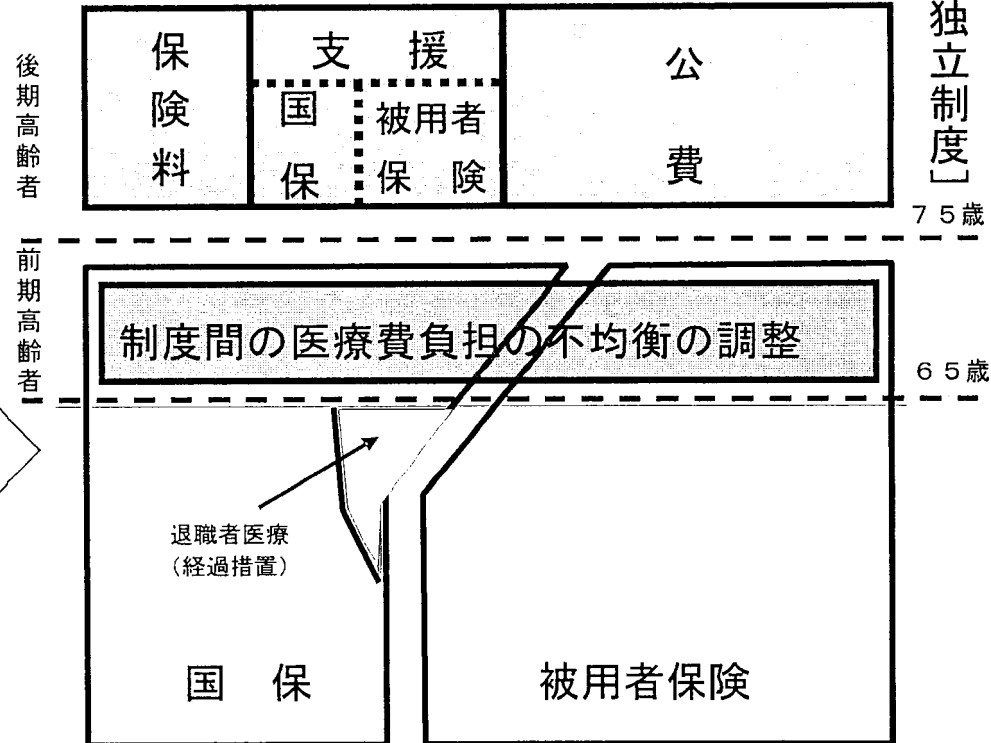
# 新たな高齢者医療制度の創設(平成20年4月)

- 75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する。
- あわせて、65歳から74歳の前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設する。
- 現行の退職者医療制度は廃止する。ただし、現行制度からの円滑な移行を図るため、平成26年度までの間における65歳未満の退職者を対象として現行の退職者医療制度を存続させる経過措置を講ずる。

<現行(老人保健法)>



<高齢者の医療の確保に関する法律>



「独立制度」

75歳

65歳



## 後期高齢者医療制度の運営の仕組み(平成20年度)

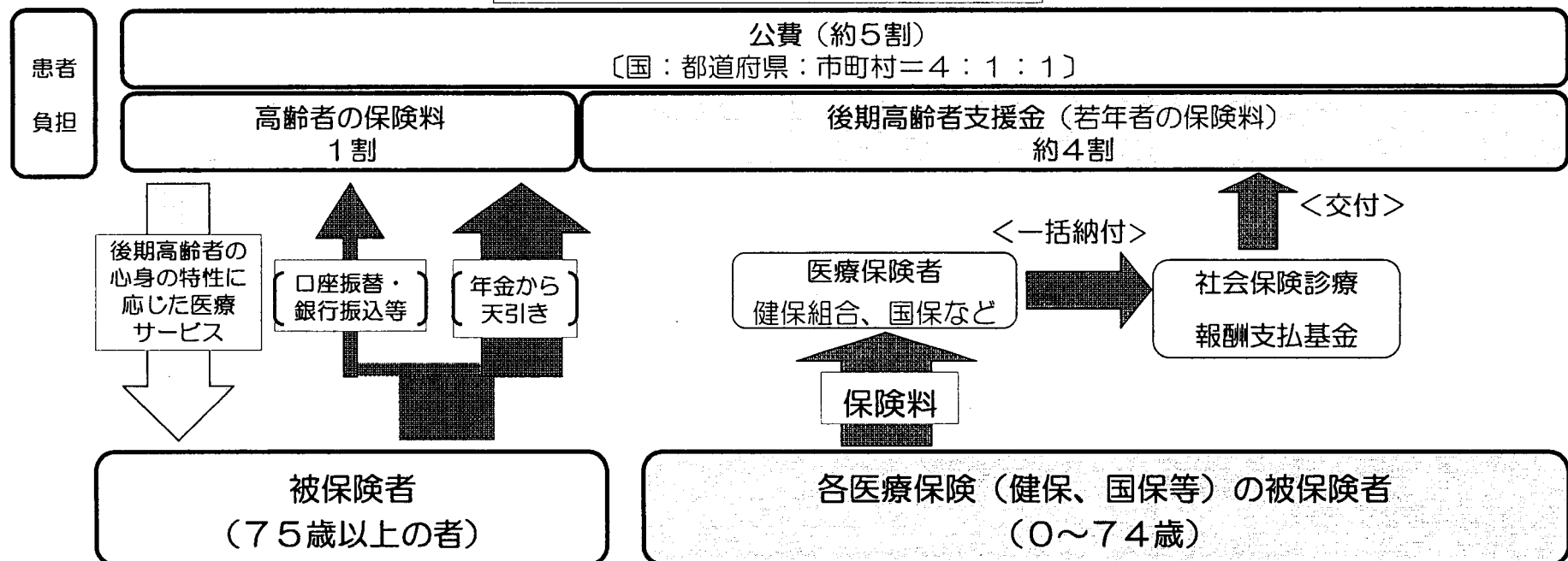
- 財源構成は、患者負担を除き、公費(約5割)、現役世代からの支援(約4割)のほか、高齢者から広く薄く保険料(1割)を徴収する。
- 現役世代からの支援は、国保(約4,200万人)・被用者保険(約7,100万人)の加入者数に応じた支援とする。

<対象者数> 75歳以上の後期高齢者 約1,300万人

<後期高齢者医療費> 11.4兆円

給付費 10.3兆円 患者負担1.1兆円

### 【全市町村が加入する広域連合】



(注1) 現役並み所得者については、老人保健法と同様に公費負担(50%)はないため、実質的な公費負担率は46%、後期高齢者支援金の負担率は44%となる。

(注2) 国保及び政管健保の後期高齢者支援金について、各々50%、16.4%の公費負担があり、また、低所得者等の保険料軽減について公費負担があり、これらを含めた公費負担率は58%となる。

## 後期高齢者医療制度施行までのスケジュール(案)

	地方議会の日程	スケジュール		
H18.7		都道府県部局長説明会(於 厚生労働省) 市町村部課長説明会(於 各都道府県)		
H18.9	9月議会	準備委員会設置 都道府県担当課長及び準備委員会事務局長会議(於 厚生労働省)		
		都道府県、市町村による規約の事前協議		
H18.12	12月議会	市町村議会の議決(規約の議決、H18年度分賦金)		
		市町村の協議により規約を定める		
H19.1		市町村から都道府県知事に対して申請 都道府県知事の設置許可		
H19.2	2月議会	広域連合長選挙 市町村議会(広域連合議会議員選挙(間接選挙の場合)、H19年度分賦金)		
H19.3		広域連合議会 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・組織、人事、給与、財務等広域連合に係る広域連合条例(20本程度)の制定</li> <li>・18年度予算、19年度予算</li> <li>(注)必要に応じ、広域連合長による暫定予算の調製、執行</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・広域計画</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・組織、人事、給与、財務等広域連合に係る広域連合条例(20本程度)の制定</li> <li>・18年度予算、19年度予算</li> <li>(注)必要に応じ、広域連合長による暫定予算の調製、執行</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・広域計画</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・組織、人事、給与、財務等広域連合に係る広域連合条例(20本程度)の制定</li> <li>・18年度予算、19年度予算</li> <li>(注)必要に応じ、広域連合長による暫定予算の調製、執行</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・広域計画</li> </ul>			
	6月議会			
H19.7		保険料設定の事前準備 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村住基情報の整理</li> <li>・医療費の見込み</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者台帳の作成</li> <li>・関係市町村との保険料設定に関する調整</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村住基情報の整理</li> <li>・医療費の見込み</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者台帳の作成</li> <li>・関係市町村との保険料設定に関する調整</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村住基情報の整理</li> <li>・医療費の見込み</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者台帳の作成</li> <li>・関係市町村との保険料設定に関する調整</li> </ul>			
H19.11上旬		広域連合議会 (保険料条例制定) 保険料賦課決定、 特別徴収のために社会保険庁への情報提供		
H20.4		施行		

※地域の実情に応じて、変更があり得る。

# 各都道府県における広域連合の設立準備状況

(平成19年3月5日現在)

## 1 広域連合が設立された都道府県 [42都道府県]

長崎県(12月18日設立)、千葉県(1月1日設立)、富山県(1月10日設立)、  
神奈川県(1月11日設立)、香川県(1月15日設立)、大阪府(1月17日設立)、  
茨城県(1月24日設立)、  
青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、栃木県、石川県、福井県、  
山梨県、岐阜県、静岡県、三重県、滋賀県、京都府、兵庫県、和歌山県、  
鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、高知県、佐賀県、  
熊本県、大分県(以上2月1日設立)、宮城県(2月8日設立)  
群馬県、愛媛県(以上2月19日設立)、  
北海道、埼玉県、東京都、新潟県、鹿児島県(以上3月1日設立)  
沖縄県(3月5日設立)

## 2 今後年度内に広域連合が設立される都道府県 [5県]

奈良県(3/10)、愛知県(3/20)、長野県(3/23)、  
宮崎県(3/30)、福岡県(3/30 予定)