

以下は、より具体的な例示

背景：高齢者人口・世帯の増加と対応

- 世界一の水準の超高齢社会
 - 人類が未経験の社会，他国にもモデルがない，創意工夫が必要
- 急増する後期高齢者
 - 団塊の世代が後期高齢者となる2025年に，およそ1.5～2倍に増えるニーズに応える量的規模・目標が必要
- 急増する高齢者のみ世帯，単身世帯
 - 家族介護力の低下，生活を支える介護サービスとの連携が必要，多職種連携できる人材養成が必要
 - 高齢者施設，施設内での医療の確保が必要
- 有限の社会保障財源
 - 効率・質・公正のモニタリングが必要

基本構想：医療の目標と戦略の構築

- 目標は延命期間の最大化でなくQOL(quality of life)の最大化
 - 心身の健康のためにも社会参加・知的活動・情緒的なサポートの授受, 心身が多少不健康でも社会参加できる場の重視へ
 - 延命・臓器別高度専門医療重視からQOL・生活機能の重視へ
- 対象は予防から緩和ケアまで
 - 予防:1次予防(健康的な生活), 2次予防(早期発見・早期介入)
 - 狭義の高齢者医療
 - リハビリテーション(急性期・回復期)
 - 維持期の在宅・居宅・施設ケア
 - 終末期における緩和ケア
- 診療報酬だけに頼らない構造を変える総合的な戦略
 - 人材育成
 - 根拠に基づく政策
 - マネジメントの強化ーモニタリングの重視

①介護予防の現状評価と拡充戦略

- 地域支援事業の一般高齢者介護予防施策
 - 現状：具体化の遅れ，その基礎となる研究の遅れ
 - 5年後：モデル事業を評価
 - 10年後：効果・効率の良いものを選び全国に普及
- 地域支援事業の特定高齢者介護予防施策
 - 現状：現行事業では効果が不明
 - 5年後：改善されたモデルプログラムの評価による効果の検証，評価ができる組織・人材の育成
 - 10年後：効果検証済みプログラムの普及と評価義務化
- 介護予防給付の質（効果）の検証
 - 現状：マクロレベルで見た効果検証方法に疑義
 - 5年後：モデル事業のプログラム評価，事業所単位のモニタリングシステムの開発
 - 10年後：効果検証済みプログラムの普及と評価義務化

②狭義の高齢者医療

- 高齢者に多い疾患についての基本戦略
 - 現状:がん対策基本法はあるが,人材養成が追いついていない.整備状況のモニタリングが不十分
 - 5年後:脳卒中対策基本法,高齢者医療対策基本法などで,高齢者に多い疾患に対する基本戦略を策定.必要な専門職の人材養成,システム開発の疾患別・診療科別・地域別数値目標設定と予算化,整備状況の中間評価
 - 10年後:高齢者に多い疾患を専門とする医師数,診療チーム・拠点数・急性期入院病床数・訪問診療実施件数等で,2025年に必要とされる疾患別・診療科別・地域別目標数値の60%を達成

③リハビリテーション医療の拡充

- 急性期リハビリテーションの拡充
 - 現状:「リハビリテーションは回復期で」という誤解
 - 5年後:半数の脳卒中患者が1週間以内にリハビリテーションを受けられる. 全入院患者の廃用症候群の把握を義務づけ
 - 10年後:廃用症候群のリスクをもつすべての患者がリハビリテーションを受けられる. すべてのDPC病院にリハビリテーション科臨床認定医の配置
- 回復期リハビリテーションの拡充
 - 現状:訓練不足で潜在的能力引き出せていない
 - 5年後:30%の患者で1日3時間以上の訓練
 - 10年後:すべての回復期リハビリテーション病棟にリハビリテーション科専門医の配置. 適応ありとされたすべての閑雅で1日3時間以上の訓練

④維持期の在宅・居宅・施設ケア

- 生活を支える介護サービスとの連携
 - 現状：在宅支援診療所：〇〇診療所，介護保険でのリハビリテーション不足，ケアマネジャーの基礎資格で介護福祉士急増
 - 5年後：半数の生活圈域（市町村介護保険事業計画）に複数の在宅支援診療所，介護保険リハビリテーションサービスの倍増，ケアマネ研修に基礎的な医療的内容導入
 - 10年後：すべての生活圈域に複数配置，2025年に必要な介護保険リハビリテーションサービス，医療を受けられる居宅サービス目標値の75%達成.

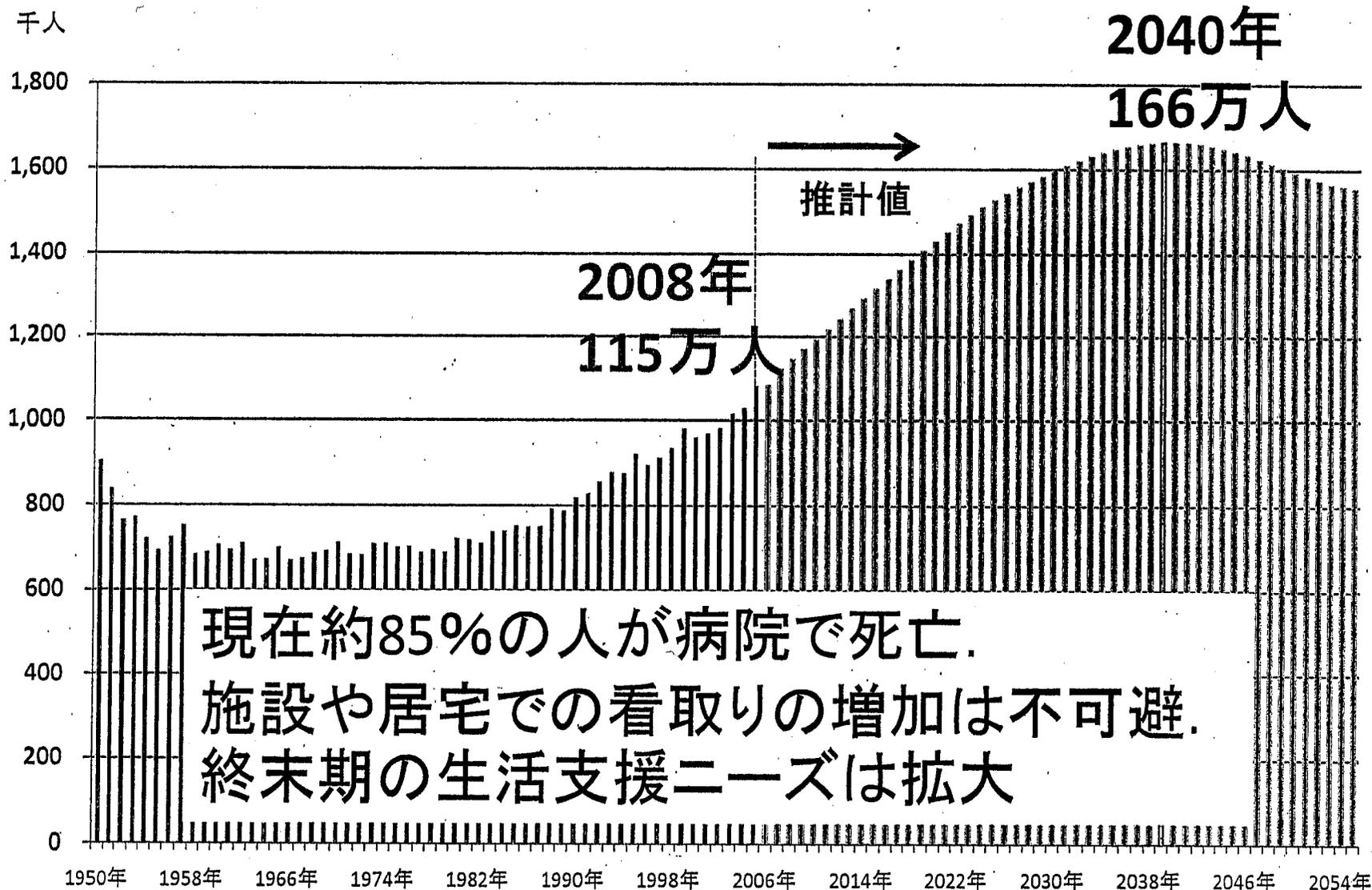
⑤施設内での医療の拡充

- 慢性期・療養期の施設・病棟の整備
 - － 現状：医療・介護保険療養病床・老健で患者像が同じ，特別養護老人ホーム入所待機者38万人，欧米に比して少ない高齢者人口あたり施設定員．
 - － 5年後：施設整備構想・計画の策定，一部実施
 - － 10年後：計画目標値の50%実現
- 医療の過不足
 - － 現状：療養病床の一部で家族・本人が望まない延命治療という指摘，特養での医療不足で看取り困難．
 - － 5年後：施設・病棟における治療方針ガイドライン策定，治療内容モニタリングシステムの開発，相応しい診療報酬・介護報酬制度の策定，必要な人材養成・配置
 - － 10年後：人材配置状況，治療ガイドライン遵守率，治療内容のモニタリング結果の公表

⑥緩和ケアの拡充

- がん患者の緩和ケア
 - 現状: 希望する患者が緩和ケアを受けられない
 - 5年後: 在宅で緩和ケアを受けられるプログラム(デイホスピタルなど)の開発, 緩和ケアを受けられる人を倍増
 - 10年後: すべての希望者が緩和ケアを受けられる
- 緩和ケアチームの整備
 - 現状: 大病院にすら緩和ケア科・病棟・チームがない
 - 5年後: 25%の病院で緩和ケアチームのサポート
 - 10年後: 年間100万人が, 病院・施設・在宅で緩和ケアを受けられる(緩和ケアチームによるサポート含む)

死亡者数及び死亡者推計



厚生労働省統計情報部『人口動態統計』

国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口(平成18年12月推計)』

⑦医療・福祉の人材養成：卒前教育

- 養成プログラムの見直し
 - 現状：現場では連携が重要とされながら、養成課程は各職種で独立し連携を経験できない
 - 5年後：養成校の20%に多職種連携教育導入
 - 10年後：養成校の50%に多職種連携教育導入
- 医学教育・研究内容を超高齢社会対応へ
 - 現状：老年科，リハビリテーション科，緩和ケア科など超高齢社会で需要が増える診療科，地域ケア，プログラム評価の研究・教育スタッフの不足
 - 5年後：50%の大学医学部に配置
 - 10年後：100%の大学医学部に設置

⑧医療・福祉の人材養成：卒後教育

- 超高齢社会に対応できる医療福祉職の再教育
 - － 現状：今までに受けた教育では対応困難，臓器別専門性は高いが，高齢者のQOLを高める視点などが弱く，リハビリテーション，緩和ケアなど超高齢社会で不可欠な知識と技術も不足
 - － 5年後：研修プログラムの開発，希望者の25%が修了
 - － 10年後：希望者の75%が受講修了
- ケアの質・経営のマネジメント教育
 - － 現状：卒前教育ではマネジメント教育が欠如・困難
 - － 5年後：25%の医療・福祉系の大学院にマネジメントコース設置，受講者の授業料支援制度などの拡充
 - － 10年後：すべての事業所に修了生

⑨科学的な根拠に基づいた戦略

- 高齢者のQOLを高める予防・医療・リハビリテーション・緩和ケア研究の強化
 - CSDH (Commission on Social Determinants of Health, WHO) の勧告に沿って「健康の社会的決定要因」と「健康格差」に関する測定・インパクト評価の強化
 - 個人レベルの医学生物学的要因だけでなく心理社会的要因、地域社会要因の重視
 - 高齢者のみでなく、家族介護者も視野に入れた評価研究
- ケアの質・公正・効率(費用)を視野に入れた評価研究
 - プログラム評価, 政策評価, マネジメント研究の蓄積
 - 日本版NSFとその各領域版の策定・中間評価研究
- 研究拠点・人材の育成
 - 戦略的厚労科研費を活用した研究・教育拠点の整備, 社会科学系ポスドクの活用

⑩ 効率・質・公正のモニタリング

- 5年後に中間評価と戦略の見直し
- 電子化されたデータを活用したアクセス・プロセス・アウトカムの経年的モニタリング
 - 電子レセプト・DPC・電子カルテ・要介護認定データの活用
- モニタリングのための指標とシステムの開発
 - 米国のHC(Hospital Compare)・NHC(Nursing Home Compare), 英国のPAF(Performance Assessment Framework)・CQC(Care Quality Commission)を参考に
- 医療の質だけでなく, 地域偏在・地域格差・健康格差や効率・費用もモニタリング

齊藤委員配布資料

医療制度のあり方について
高齢者医療制度改革会議提出資料

2009年12月25日

(社)日本経済団体連合会

社会保障委員会

医療改革部会長 齊藤正憲

1. 基本認識

社会保障制度は、国民の安心と安全を支え、経済社会の安定につながる最も重要な社会基盤である。とりわけ、安心安全な暮らしの実現には、質が高く効率的な医療の確保が不可欠である。

高齢化の進展や厳しい経済情勢の中、わが国の医療は提供面でも保険財政面でも大きな問題に直面している。産科・小児科・救急医療など医療提供体制の立て直しを図るとともに、高齢化などに伴う医療費の増大や、高齢者医療保険への過重な拠出金への対応が急務である。

2. 目指すべき方向

医療制度改革を進めるにあたり目指すべき方向は以下の通り。

(1) 患者の視点に立った効率的で質の高い医療提供の実現

地域の医療ニーズや疾病動向などの地域特性を踏まえ、在宅医療の充実、医療機関の機能分化と連携や介護施設との連携を強化するなど、医療資源の効率的かつ適正な配置を進める。

(2) 国民に信頼される持続可能で安定的な医療保険制度の確立

他国に類例のない急速な高齢化・現役世代の減少に対応すべく、高齢者医療への公費投入割合を拡大するなど、国民皆保険を支える医療保険財政の安定化を図る。また、自立・自助の視点から、負担能力と受益に見合った負担を求めることも重要である。

(3) 国民一人ひとりが医療を支えるという視点の確立

国民一人ひとりが健康管理や適切な受診行動に努めるなど、国民全体で医療を支える視点が必要である。そのためには、政府・自治体・保険者などによる情報提供・広報が求められる。

3. 医療提供体制の整備

医療ニーズに対応するための機能強化と効率化の同時達成に向けて、当面、都道府県が中心となり、地域の医療・介護ニーズや疾病動向を把握し、地域医

療・介護サービスの充実と効率化に向けた計画策定にあたる。その基盤整備のため、ICTを活用して診療データの蓄積・分析を進めるとともに、医療の透明化、標準化を推進することが必要である。

また、高齢化の進展に伴う医療・介護ニーズに対応するためにも、在宅療養を支える医療支援体制の強化、医療・介護が連携した地域ケア体制の整備を図ることが求められる。

こうした提供体制の充実には診療報酬上の手当てだけでは不十分であり、公費投入も含めた取り組みが不可欠である。

4. 医療保険制度

(1) 改革の方向性

高齢者医療制度への多額の拠出金と経済悪化による保険料収入の減少が、現役世代の保険者の財政基盤を危うくしている。経済状況が好転すれば保険料収入は増加するが、拠出金負担については高齢化の進展に伴い今後とも急速に増大する。世代間扶助を基調とした高齢者医療制度のままでは、保険者の持続可能性の確保は困難である。

現役世代の保険制度については、保険原理に基づく給付と負担のバランスが図られ、保険者機能を発揮できることが重要である。保険原理を超えたりリスクへの対応や世代間扶助にあたっては、税による公助を基本とすべきである。

(2) 高齢者医療制度のあり方について

① 後期高齢者医療制度の評価

財政・運営責任の主体や負担ルールを明確にしたことなど、旧老人保健制度の問題点を解消した点は評価される。こうした点は、新制度でも採り入れるべき。

② 加入対象者

年齢区分ではなく、生活スタイルが大きく変化する公的年金の受給者を被保険者とする体系に組み替える。現役として就業継続する方は、健保組合など若年者の制度に継続的に加入することも検討する。

③ 運営主体

市町村の保険者としての経験や対象者の生活基盤に近くきめ細やかな対応が可能であるなどの利点を踏まえつつ、財政の安定性や医療資源の効率的活用の観点から、現在の後期高齢者医療広域連合をベースに検討を進めることが望ましい。

④保険給付財源について

現行の高齢者医療制度は、現役層からの拠出金に大きく依存した仕組みであり、現役層が負担した保険料の4割以上が高齢者医療に拠出されている。今後、高齢者は増加し、現役世代は減少することは明らかであり、現在の仕組みを続ければ、保険料負担に占める高齢者医療制度への拠出金割合はますます高まる。こうした事態を放置すれば現役層の負担が過重になるばかりでなく、個々の保険者の医療費適正化などへの努力を減退させ、健康増進などに取り組む保険者としての機能が弱体化する。

従って、高齢化の進展を踏まえつつ、高齢者医療制度への公費投入割合を高めることが不可欠であり、その財源を確保するためにも消費税も含めた税制抜本改革が急務である。

⑤高齢者の負担

2055年には、現役世代1.2人で1人を支える人口構成になることを見据えると、国民皆保険を守る観点から、患者自己負担や保険料について、高齢者にも、その負担能力に応じた適切な負担を求めるべきである。後期高齢者医療制度の負担水準について再検証しつつ、公費投入規模との兼ね合いの中で負担水準を設定する。

国民の負担能力に応じてきめ細かく対応するためにも、税・社会保障共通番号制度の導入に向けた検討が急がれる。

(3)現役世代の医療保険制度について

現役世代の制度間の財政調整は、個々の保険者の医療費適正化などへの努力を減退させ、保険者機能の弱体化と制度の公平性・持続性の毀損につながることから、断固反対である。

「地域保険としての一元的運用」という方向性については、これまで地域や職域の保険者が果たしてきた役割を十分に踏まえた上で慎重に検討すべきである。

以上