

# 高齢者医療制度に関する検討会

## 議事次第

平成21年1月19日(月)  
17時30分～19時00分  
厚生労働省 省議室  
中央合同庁舎第5号館 9階

### (議題)

- 広域連合からのヒアリング
  - ・ 大雪地区広域連合
  - ・ 滋賀県後期高齢者広域連合
- 医療サービスについて
- 世代間の納得と共感の得られる財源のあり方について

### (資料)

資料1 これまでの議論の概要

資料2 高齢者医療制度について(本日の議題に関する参考資料)

(ヒアリング関係資料)

資料3 大雪地区広域連合説明資料

資料4 滋賀県後期高齢者広域連合説明資料

(委員配布資料)

資料5 川淵委員配布資料

平成21年1月19日	資料1
第4回高齢者医療制度に関する検討会	

## これまでの議論の概要

(下線部は前回の議論での発言)

### 1. 今回の改革の評価と今後の見直しの基本的な考え方・進め方について

- ・ 短期的に考えるべき課題と長期的な課題を分けて考えるべきではないか。(岩村委員)
- ・ これだけ批判を受けた以上、抜本的に見直すべきではないか。(岩本委員)
- ・ 10年に渡る議論の中で、どこの意志決定で失敗したのかを検討しなければならない。(岩本委員)
- ・ 「物語・介護保険」に書いたのだが、介護保険が提案されたときは8割以上の人が負担増に賛成した。それは、事務次官が本部長になり、当事者の意見を聞いた上で検討していったからだ。その先例を学ぶべきだったのではないか。(大熊委員)
- ・ 長寿医療制度はスタートから6ヶ月が経過したが、どうしてうまくいっていない(とされる)のか、その失敗原因を分析すべきではないか。(川淵委員)
- ・ 今の制度は改革以前と比べて悪いところばかりではなく、評価に値する点もある。制度は、直線的に進化するものでもないから、失敗したところ、読み間違えたところは直し、良いところは伸ばす方向に議論を重ねていけばいい。(権丈委員)
- ・ 今回の経験から、次の2点を学んだと思っている。ひとつは、75歳で区切る日医案には無理があること。日医は、国庫負担5割、保険者からの財政支援金4割の現状から国庫負担9割にすれば、今の不満が収まると考えているようだが、そうではないだろう。いまひとつは、財政調整に強く抵抗すれば国庫負担が増えて、自分たちの負担が軽くなると見込んだ健保組合側の読みが甘かったということ。これまで75歳以上でなされていた財政調整が、今回の改革で65歳まで下ろされた。健保組合を含めて、今後の議論は、65歳以上の前期高齢者医療制度による財政調整制度の存在をスタート点とせざるを得なくなっている。(権丈委員)
- ・ 医療費を増やすべきであるこの国の現状と高齢者の医療費抑制の目標は矛盾する。現在の医療費の老若の比率の大きさを問題視するといのであれば、急性期の医療を充実させたりすることにより他国に比して少ない若人の一人当たり医療費を増やして高齢者医療費との差を小さくすべきではないか。(権丈委員)

- ・ 政府で検討した際のメンバーに75歳以上のメンバーが一人しかおらず、当事者不在で、75歳以上の意見を聞く姿勢がなかったのではないか。(樋口委員)
- ・ 高齢者医療確保法の冒頭で、医療費適正化が謳われており、介護保険法等と違い、高齢者に敬意を払っていないのではないか。(樋口委員)
- ・ 高齢者医療制度については、これまで、さんざん議論してきたのだから、そんなに新しい抜本改革案はないだろう。(山崎委員)

## 2. 年齢で区分することについて(制度の建て方、名称等)

- ・ 制度の建て方は、長期的に議論すべき課題。(岩村委員)
- ・ どこかでは年齢で線を引かなければならないと思う。どこで線を引くかは政策的に考えて合理的なものであればよく、75歳以上としたのはやむを得なかった。(岩村委員)
- ・ 75歳で区切る理由は、75歳以上の高齢者の特性に応じた医療が必要との説明であったが、目新しい医療サービスがない。(岩本委員)
- ・ 全国健康保険協会が導入した「リスク構造調整方式」が良いのではないか。(岩本委員)
- ・ 財政調整の機能と保険者の機能は分離して制度設計すればよい。(岩本委員)
- ・ 国保加入者の所得捕捉が困難というのは過去の事実であり、国保の保険料は所得比例でよい。(岩本委員)
- ・ 介護保険も40歳で区切ったが、時間をかけていろいろな意見を聞いたので、理解が得られた。(大熊委員)
- ・ 平成18年4月26日の衆議院厚生労働委員会の参考人質疑でも申し上げたが、年金が60(→65)歳、(高齢者)医療が75歳、介護が65歳で果たして整合性がとれるのかどうか。(川淵委員)
- ・ 現行の長寿医療制度を廃止して、医療保険制度の一元化を求める意見もあるが、これが日本で実現可能かどうか。韓国やドイツの医療保険制度が一元化できた理由も含めて分析すべき。(川淵委員)
- ・ 75歳で線を引くことについては、将来を考えれば、1つの可能性としてはあるのではないか。(川淵委員)
- ・ 要医療と要介護の線引きは難しいので、医療保険と介護保険の統合ができないか。しかし、当面は、年金支給開始年齢、並びに介護保険の原則給付が始まる65歳をひとつの目安としてはどうか。(川淵委員)
- ・ 制度において、若人の一人当たり老人医療費の負担が、過重にならないように、若人と高齢者の老人医療費負担割合を自動調整化できたこと、および個人単位の加入にして保険料負担の水平的公平が改善されたことは、今回の改革の長所ということもできる。しかしこの長所は75歳で区切った

から可能となっている。75歳以上の独立した医療制度を設けることの弊害を鑑みれば、それら長所を犠牲にしても、前期高齢者の財政調整の仕組みを後期高齢者に拡大して65歳以上でリスク構造調整をする方が望ましいのではないか。もっとも、先に挙げた長所を享受しながら75歳で区切らないですむ方法があるのならば、その方がベターである。(権丈委員)

- ・ 韓国の医療保険一元化では、一元化公約時の「全国民共通の単一保険料賦課体系」が未だ確立されていないし、今後も整備される様子はない。そして韓国内外の専門家の間では、韓国の医療保険一元化は失敗であったと評価されていることは、日本の医療保険論議に、少なからず示唆を与えるのではないか。(権丈委員)
- ・ 職業上の属性等を見せず、75歳で区切るのには問題ではないか。夫婦別れ、親子別れなどの世帯の分離を促している。(樋口委員)
- ・ 後期高齢者は学問上の概念定義。後期高齢者と呼ばれた人の気持ちをもっと考えるべきではないか。(樋口委員)
- ・ 障害認定者を長寿医療制度の被保険者とする中で厄介払いをしているのではないか。(樋口委員)
- ・ 75歳という年齢で一律分離するのが最大の問題である。ただし、財政的に現役世代と高齢者の負担区分の明確化は良い面である。(宮武委員)
- ・ 老人保健制度に対する不満を解決するために、各団体の主張の折り合いをつけて、今回の制度ができた。(山崎委員)
- ・ 批判が強い中でも、制度の枠組みに対する議論は低調。関係者は、当面は現在の制度でいてほしいのが本音と思われる。(山崎委員)
- ・ 医療保険制度の一元化は簡単ではなく、大変難しい問題である。(山崎委員)
- ・ 75歳という年齢を下げて、介護保険と同様、65歳以上の人を対象とすればうまくいくのではないか、その場合には、リスク構造調整型と介護保険型の二つの考え方がある。(山崎委員)

### 3. 広域連合について

- ・ 都道府県レベルで保険者を考えた方がいいというのが全体の流れであると思う。広域連合はこれまであまり使ったことがなかった仕組みではある。いずれにせよ当事者の方の意見を伺いながら考える必要がある。(岩村委員)
- ・ 都道府県単位で運営し、保険者機能を強化するとのことであったが、広域連合の保険者としての積極的な活動が見られない。(岩本委員)
- ・ 都道府県が運営してうまくいくかは疑問がある。運営は市町村とし、国や県は財政調整をしっかりと行うこととすべきではないか。(岩本委員)

- ・ 10月1日からスタートした「全国健康保険協会」では、都道府県ごとに政管健保の保険料率を決定することになるが、これで「国民すべからく平等に医療を受けられるかどうか」リスク構造調整のあり方が問われる。(川淵委員)
- ・ 都道府県は医療保険の事務に関するノウハウがなく、ファイナンスの機能を果たせる力はないのではないか。(川淵委員)
- ・ 国民健康保険も都道府県単位に発展させれば、今回の改革以前の制度よりも良い制度ができる。都道府県単位の広域連合を使うにしろ、責任主体を明確にする等、組織そのものについては考える必要がある。(権丈委員)
- ・ 改善の形は大臣の私案と同じ。都道府県に事務処理のノウハウがないことについては、市町村職員の協力を促す仕組みを工夫することで対応できる。都道府県単位の保険者にしたとしても、保険料を都道府県で統一する必要はなく、市町村単位で保険料に差を設けることにより、市町村がもつこれまでのノウハウを活用し市町村に徴収インセンティブを持ち続けてもらうことも考えられる。(権丈委員)
- ・ 長寿医療制度は、都道府県単位で運営することとした良い面がある。ただし、本来は全市町村参加の広域連合ではなく都道府県が直接に運営すべきではないか。(宮武委員)
- ・ 75歳未満が対象になった市町村の国民健康保険についても、まず広域連合化を図り、75歳以上も75歳未満も同じ構造の制度にしてドッキングさせる、いわば二階建てに改造すれば75歳で別制度にした欠点を是正できる。(宮武委員)
- ・ 都道府県単位とするのが全体の流れではないか。ただ保険料の納付率等を考えても都道府県単位とすることは色々問題があるので、実際の担当者をお呼びして話を聞きたい。(宮武委員)
- ・ 広域連合は住民に見えない。高齢者等の当事者の要望をきちんと受け止めて責任をもって制度運営をする組織になっていないことが問題。これは、市町村との妥協の産物だからであり、医療は県単位でという方向を目指すのであれば都道府県が運営主体となるべきではないか。(山崎委員)
- ・ 市町村国保の中に高齢者医療勘定を設けて高齢者医療を引き受けるのが最善だと考えているが、零細な市町村では困難だというのであれば、次善の策として、都道府県を保険者にして国保と高齢者医療を引き受け、市町村と国が支える形がよいのではないか。(山崎委員)
- ・ 国保の財政運営の単位は、第2次医療圏辺りで医療を共同で引き受けている範囲が良いのではないか。(山崎委員)
- ・ 保険者の広域化を考える際、事務処理の側面と財政の側面と分けて考えるべきではないか。(山崎委員)
- ・ 保険者の広域化を検討する際、一つの保険者であれば単一保険料が原則で

あり、経過措置として不均一保険料とすることが自然ではないか。（山崎委員）

- ・ 保険者は市町村のままであっても、財政の共同化あるいは国の調整交付金等の配分によって改善できるのではないか。（山崎委員）

#### 4. 医療サービスについて

- ・ 長寿医療制度には、家庭医をもつ、人生の最期の迎え方を自分で決める、などの良い面もある。ただ、これは、75歳になったら突然必要になる、という仕組みではない。（大熊委員）
- ・ 他の国では、医療ではなく、ホームヘルプや住宅政策で受け止めている高齢者を、日本では「患者」にして、医療で扱っている。介護報酬が低いために介護職が足りず、本来医療でやらなくても良いもののために高齢者医療費が増大している。この状況を放置したのでは、根本的解決は図れないのではないか。（大熊委員）
- ・ 同じ年金天引きの介護保険制度と違い、長寿医療制度は目新しい給付が無く、むしろ「制限医療」の色彩が強い診療報酬改定が行われたため、理解が得られなかったのではないか。（川淵委員）
- ・ イギリスでの家庭医をモデルとして、担当医を作ろうとしていることは理解できるが、家庭医の養成自体がまだできていないのではないか。（樋口委員）
- ・ スパゲッティ状態になりたくないというターミナルケアに関する国民的議論がせつかく成熟していたのに、それを無視したのではないか。（樋口委員）

#### 5. 保険料の算定方法・支払い方法について

- ・ 保険料負担について制度設計する際、応能負担が良いのか、応益負担も入れた方が良いのか国民の意見を聞くべきではないか。（岩本委員）
- ・ 応益負担は段階的に軽減措置が講じられているので、段差の近くで、所得の高い人の方が可処分所得が減る現象が起こりうる。保険料負担については応能負担のみとすれば、そのようなことは起こらず、より適切ではないか。（岩本委員）
- ・ 長寿医療制度には、保険料の個人単位化など公平性の観点から良い面もある。この点は、女性たちが長いこと提言していたものである。（大熊委員）
- ・ 高齢化により医療費が増えると、高齢者の負担も増えることをきちんとアピールしていなかったから、混乱を招いた。事実、厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局編「医療制度改革の課題と視点～解説・資料編」を見ると、「若年世代からの支援を行う場合」として、高齢者一人当たり保険料は現行制度6.4万円（平成11年度）から6.8万円に上昇すると

試算している。その一方で保険組合は、加入者一人当たり保険料が1.5万円減少すると試算している。しかし、実際は総額3900億円の負担増となっており、これが現役世代の不信を招いているのではないか。(川淵委員)

- ・ 長寿医療制度に移行して国保に比べてどれくらいの保険料が増えたかという話は世帯単位でしか議論できないので、保険料の賦課を個人単位としたことについて、75歳で線引きしたことの意義も含めて議論すべきではないか。(川淵委員)
  - ・ 保険料の賦課基準として所得割は原則、被保険者本人の旧ただし書所得を採用していると配布資料にあるが、そうすると住民税方式よりも社会保険料の負担が大きくなってお年寄りの勤労意欲や投資意欲等がそがれるのではないか。(川淵委員)
  - ・ 長寿医療制度は年金天引きと口座振替の選択になるのであれば同じ年金天引きの介護保険にも選択制を導入する必要があるのではないか。(川淵委員)
  - ・ 口座振替を選択可能とすると、保険料の滞納者が増えることが予想されるが、仮に国保に長寿医療制度を合体した時には、現行の短期被保険者証＋資格証明書の交付制度に加えて、保険料を払えない方については一定の救済措置が必要になるのではないか。(川淵委員)
  - ・ 天引きをする場合に、社会保険料控除の問題について、きちんと周知していない。(樋口委員)
  - ・ 現役並みの600万円の所得がある勤労者に対して、上限の50万円の保険料を賦課することはすれすれの所得層には勤労意欲を削減するものであり、問題ではないか。(樋口委員)
6. 世代間の納得と共感の得られる財源のあり方について
- ・ 高齢化で負担が増えることについて、国民が理解した上で、制度改革を行うべきではないか。(岩本委員)
  - ・ 制度をどのように変えるにしても、現役世代の支援は不可欠。その納得が得られる制度にすべき。(岩本委員)
  - ・ 高齢者の財政調整の現実的な解決策として、医療費の国保の総額と被用者保険の総額は均等割で分けておいて、被用者保険の総額の中身は応能負担でやるという考え方がリーズナブルではないか。(岩本委員)
  - ・ いつも健保財政赤字と報道されるが、保険料率一定のもとでは医療費が増えれば赤字になるのは当たり前の話である。GDPに占める社会保険料の割合が、日本は他の国に比べて低いことを国民共有の知識として議論の前提に置いてもいいのではないか。(権丈委員)
  - ・ 改革前の老人保健制度、改革後の前期高齢者医療制度の財政調整では、国

保・被用者保険の各保険者の老人加入率が全制度平均と同一であると仮定して、公平な負担を行っている。まずは、これら財政調整の仕組みを広く国民は理解した上で、制度の善し悪しを議論すべきではないか。(権丈委員)

- ・ 税を多く投入して税による負担を大きくすれば、財政当局から口出しがしやすくなるので慎重に考えるべきである。ただし現状では、保険者が低所得者を抱えるというリスクは、税によって調整せざるを得ない側面がある。(権丈委員)
- ・ 被用者保険における高齢者医療費の負担分は、現在の均等割(応益原則)も一つの公平感に基づく考え方であるが、所得比例(応能原則)という今ひとつの公平感に基づく考え方があるとしても不自然ではないのではないか。(権丈委員)
- ・ 高齢者医療に対する被用者保険の支援金・納付金については、保険者の財政力按分とする等あり方を検討すべきではないか。(山崎委員)
- ・ 協会健保と健保組合の財政調整を行う前に、健保組合の中で組合主義を推進するのであれば、健保組合の中で財政調整を行う等、助け合いの仕組みを作るべきではないか。(山崎委員)

## 7. その他

- ・ 与党の強行採決で決まったものであり、説明責任が履行されていないのではないか。(樋口委員)
- ・ 制度の運営にあたり、事務ミスが多すぎるのではないか。(樋口委員)
- ・ 制度運営で事務ミスが生じたのは、昨年10月、つまり制度開始のわずか半年前になって激変緩和措置が講じられ、自治体に大幅なシステム改修を求めたことにも原因があったと思っている。(権丈委員)



# 高齢者医療制度について (本日の議題に関する参考資料)

平成21年1月19日  
厚生労働省保険局

# 医療サービスについて

費用負担の透明性  
財政責任の明確化

今後の高齢者医療費の  
増嵩にどう対応するか

医療費適正化  
の推進

### 従来の制度の問題点

- ・若人と高齢者の費用関係が不明確
- ・保険料を納める所(国保等の保険者)とそれを使う所(市町村)が分離
- ・加入する制度や市区町村により、保険料額に高低

### 新たな高齢者 医療制度の創設

- ・若人と高齢者の分担ルールを明確化(若人が給付費の4割、高齢者が1割)
- ・保険料を納める所とそれを使う所を都道府県ごとの広域連合に一元化し、財政・運営責任を明確化
- ・都道府県ごとに医療費水準に応じた保険料を、高齢者全員で公平に負担

高齢者にふさわしい  
医療の提供

- ・生活を支える医療の提供
- ・在宅医療の充実

### 現状

- ・生活習慣病は、国民医療費の約3割、死亡数割合では約6割を占める
- ・国際的にも長い平均入院日数

### 医療費適正化計画

- ・生活習慣病対策(特定健診・保健指導等)
- ・長期入院の是正

⇒ 高齢期における  
医療費の適正化

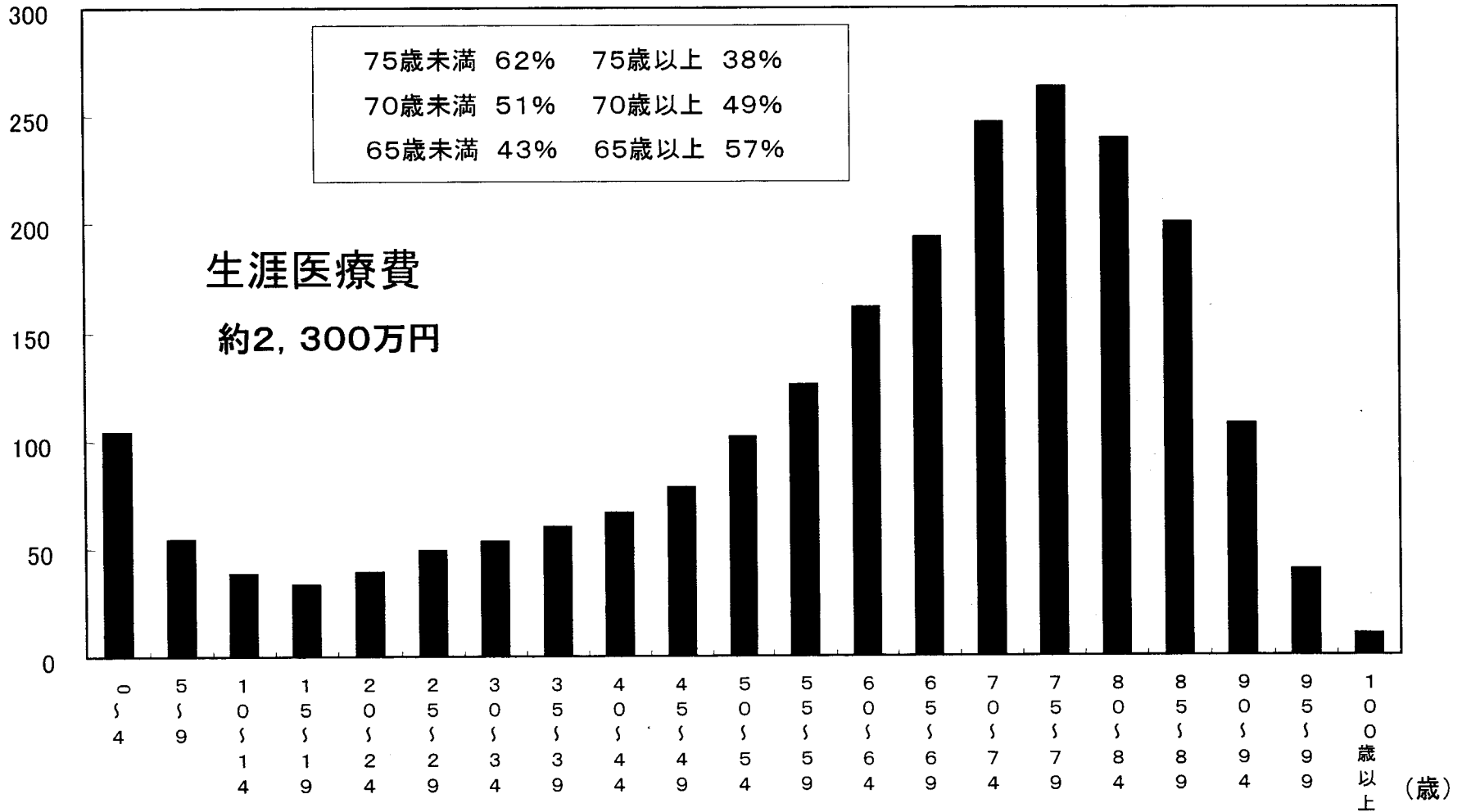
**国民医療費、医療給付費、老人医療費の将来見通し**  
 (医療制度改革前の平成18年1月における試算)

年 度	平成18 予算ベース (2006)	平成27 (2015)	平成37 (2025)
<b>改革後</b>			
国民医療費(兆円)	33.0	44	56
老人医療費(兆円)	10.8	16	25
医療給付費(兆円)	27.5	37	48
<b>改革実施前</b>			
国民医療費(兆円)	34.0	47	65
老人医療費(兆円)	11.1	18	30
医療給付費(兆円)	28.5	40	56

(注) 平成18年度の老人医療費は74歳以上の高齢者が対象、平成27年度、平成37年度は75歳以上が対象。

## 生涯医療費 (2005年度推計)

(万円)

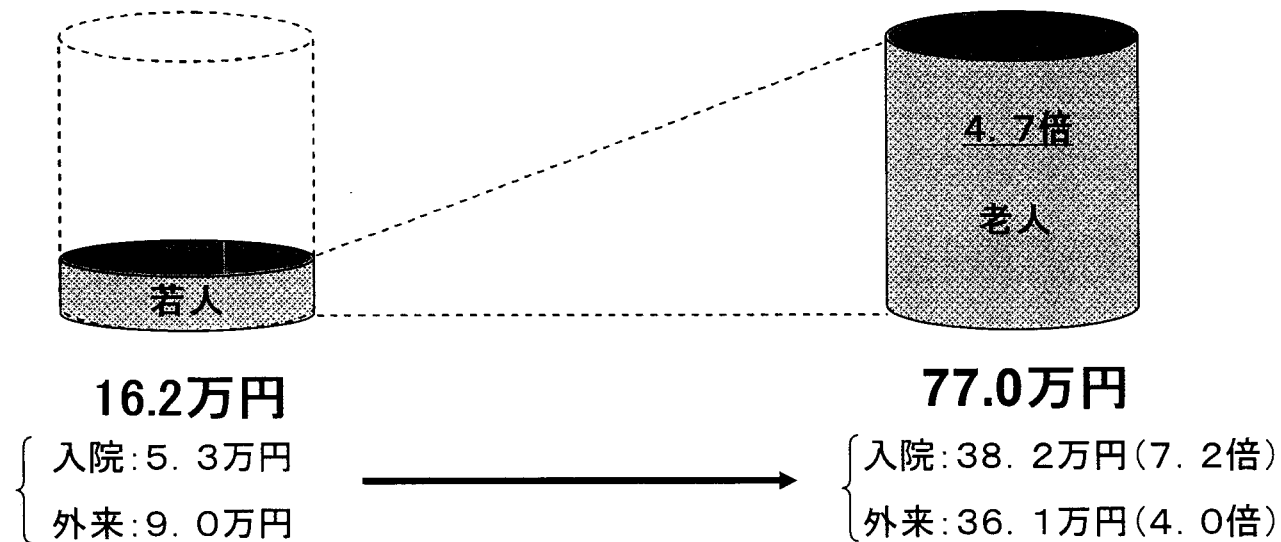


(注) 2005年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、平成17年簡易生命表による定常人口を適用して推計したものである。

## 老人医療費の特性

○ 老人の1人当たり医療費(老人保健制度に係る医療費)は77.0万円となっており、若人(老人以外の者)の1人当たり医療費16.2万円の4.7倍となっている。

### 【1人当たり医療費の若人との比較(平成16年度)】



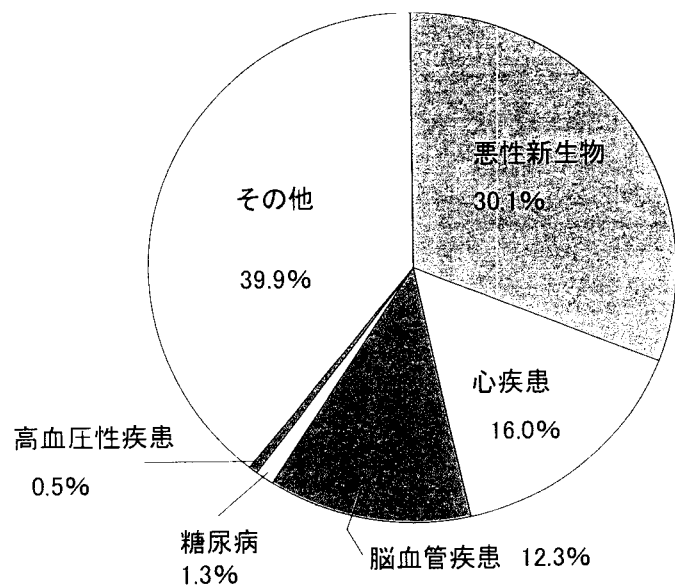
(資料)「老人医療事業年報」等より

- (注) 1. 医療費には、入院、外来の医療費、訪問看護や柔道整復師の施術等の療養費払いの医療費が含まれている。  
2. 平成14年10月以降、老人医療受給対象者の年齢を段階的に引き上げており、平成16年度は10月で72歳以上である。

# 生活習慣病対策について

生活習慣病は死亡割合の約6割を占めている。

死因別死亡割合(平成17年) 生活習慣病・・・60.1%

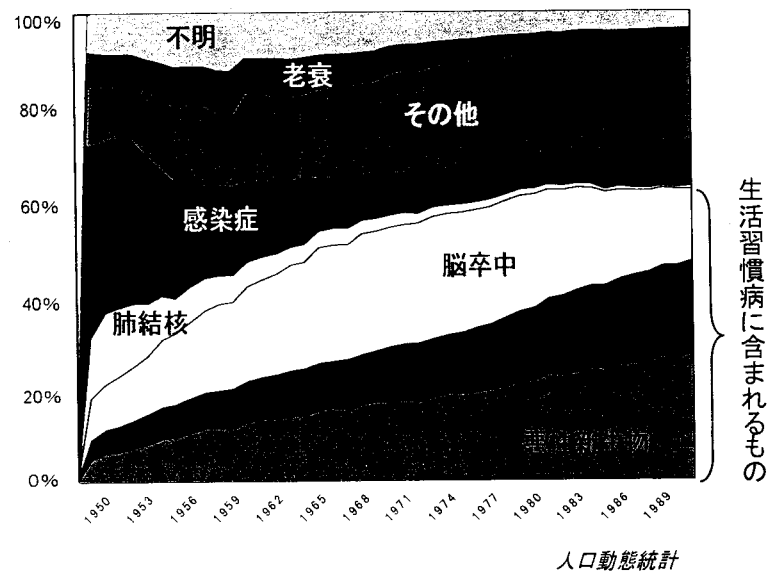


(注)人口動態統計(平成17年)により作成

※ 生活習慣病に係る医療費は、国民医療費(約33兆円)の約3分の1(10.7兆円)(平成17年)

我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化している。

我が国における死因別死亡割合の経年変化  
(死亡割合1947-1989)



生活習慣病に含まれるもの

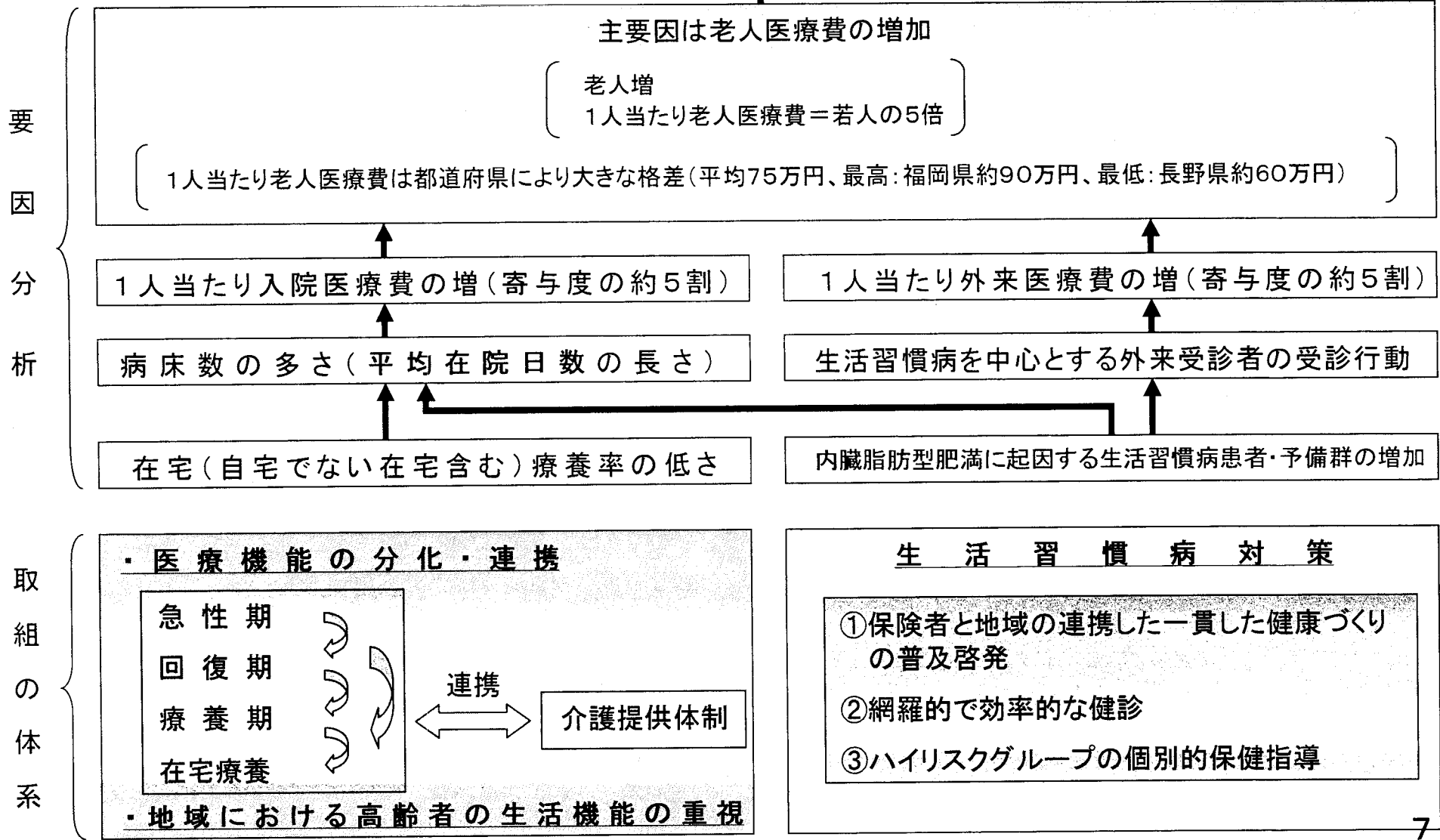
## 総合的な生活習慣病対策の実施が急務

→ 短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

医療制度改革において、生活習慣病予防の観点から、医療保険者によるメタボリックシンドロームの概念を踏まえた特定健康診査・特定保健指導を導入(平成20年度より実施)

# 医療費増加の構図

## 医療費の増加





# 中長期的な医療費適正化方策

## 基本的な考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
  - ・ 生活習慣病予防の徹底 → 政策目標:生活習慣病有病者・予備群を25%減少(平成27(2015)年度)
  - ・ 平均在院日数の短縮 → 政策目標:全国平均と最短(長野県)の差を半分に縮小(同上)

国

共同作業

都道府県

- 全国医療費適正化計画・医療費適正化基本方針の作成
- 都道府県における事業実施への支援
  - ・ 平均在院日数の短縮に資する診療報酬の見直し
  - ・ 医療提供体制の整備
  - ・ 人材養成
  - ・ 病床転換に関する財政支援
- 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度)

- 都道府県医療費適正化計画の作成
- 事業実施
  - (生活習慣病対策)
  - ・ 保険者事業(健診・保健指導)の指導
  - ・ 市町村の啓発事業の指導
  - (在院日数の短縮)
  - ・ 医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進
  - ・ 病床転換の支援
- 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度)

### 実績評価の結果を踏まえた措置

- 都道府県に配慮して診療報酬を定めるように努める(※)
- 都道府県と協議の上、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲で、都道府県の診療報酬の特例を設定することができる
- ※設定にあたっては中医協において審議
- 診療報酬に関する意見を提出することができる(※)
- 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等(※)

(※)については中間年における進捗状況の評価時も同様

保険者

- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

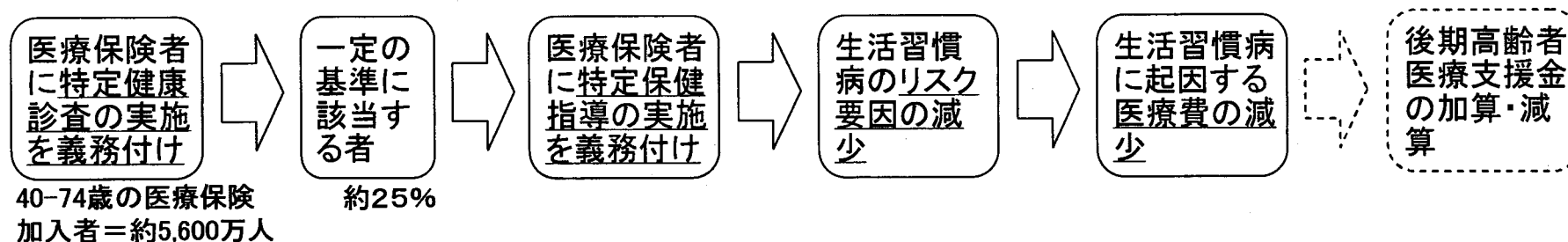
# 生活習慣病対策の取組

## 基本的な方向

- 医療保険者(国保・被用者保険)に対し、40歳以上の被保険者・被扶養者を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した健診及び保健指導の事業実施を義務づける(平成20年度より)。

## 主な内容

- 各医療保険者は、作成した特定健康診査等実施計画に基づき、計画的に健診・保健指導を実施
  - 健診によって発見された要保健指導者に対する保健指導の徹底を図る。
  - 被用者保険の被扶養者等については、地元の市町村で健診・保健指導を受けられるよう配慮
    - ⇒ 医療保険者は、集合契約等により、市町村国保における事業提供の活用が可能(費用負担及びデータ管理は、利用者の属する医療保険者が行う)
    - ⇒ 都道府県ごとに設置される保険者協議会において、都道府県が中心になって、効率的なサービス提供がなされるよう、各医療保険者間の調整や助言を行う。
  - 医療保険者は、健診結果のデータを有効に活用し、保健指導を受ける者を効率的に選定するとともに、事業評価を行う。また、被保険者・被扶養者に対して、健診等の結果の情報を保存しやすい形で提供する。
  - 平成25年度より、医療保険者ごとの達成状況に応じ、後期高齢者支援金の加算・減算を行う。
    - ・特定健康診査の実施率
    - ・特定保健指導の実施率
    - ・H20と比べたH24時点でのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率
- ※ 市町村国保や被用者保険(被扶養者)の健診について、一部公費による支援措置を行う。



# 療養病床再編成の考え方

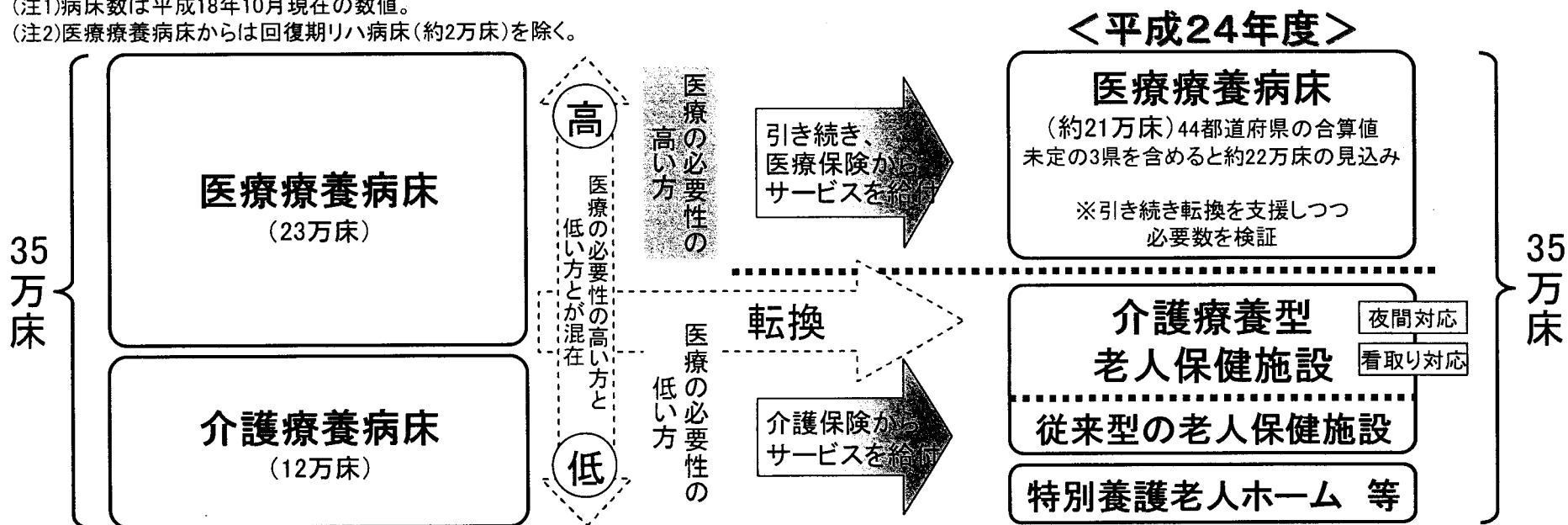
医療の必要度に応じた機能分担を推進することにより、利用者の実態に即したサービスの提供を図る。  
 (医療が必要な方には医療サービスを、介護がより必要な方には介護サービスを)

今の療養病床が患者を退院させることなく(ベッド数を削減することなく)、介護施設等に転換するもの。  
 ⇒医療・介護トータルの受け皿数は確保

介護施設等への転換は、医療機関の経営判断による。

(注1)病床数は平成18年10月現在の数値。

(注2)医療療養病床からは回復期リハ病床(約2万床)を除く。



○ 高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づく計画に位置づけ

# 高齢者にふさわしい医療の提供

生活を支える医療の提供、在宅医療の充実について

☆ 医療関係職種が連携して、多様できめ細かな訪問医療を提供する。  
(訪問看護サービス、歯科訪問診療、服薬支援を充実)

☆ 高齢者の病状を良く分かっている病院に入院できる体制を整備する。  
(在宅・外来患者の緊急時の入院)

☆ 退院前後の医療・福祉のサポートの充実を図る。  
(退院支援の計画、退院に向けた指導)

➤ 希望すれば、こうした医療について、ご本人の選んだ  
担当医が継続して支援(高齢者担当医)

- 個々人にふさわしい治療計画に基づく、生活を重視した丁寧な医療
- 飲み合わせの悪い服薬の防止

# 高齢者に係る診療報酬について

(平成20年度診療報酬改定による)

## 多様できめ細かな訪問医療に関する評価

- 訪問看護における24時間電話対応や緊急訪問ができる体制の充実  
⑨ 24時間対応体制加算 5,400円 (月1回)

## 急に病状が悪化した場合の緊急入院に関する評価

- 入院前の主治医の求めに応じ連携病院が緊急入院を受け入れた場合の評価  
⑨ 後期高齢者外来患者緊急入院加算 500点、在宅患者緊急入院加算 1,300点

## 退院前後のサポートに関する評価

- 退院後の生活に配慮するため、退院が難しい高齢者の円滑な退院を調整することを評価  
⑨ 後期高齢者退院調整加算 100点

## 慢性疾患等に対する継続的な管理に関する評価

- 他の医療機関での診療スケジュールも含めた診療計画を作成し、心身にわたる総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、継続的に診療を行うことを評価  
⑨ 後期高齢者診療料 600点

## 後期高齢者診療料(高齢者担当医)について

- ご本人が選んだ高齢者担当医が、病気だけではなく、気分が落ち込んでいないか、日常生活に支障はないかなど心と体の全体を診て、外来、入退院、在宅医療まで継続して関わる仕組み。(600点/月)
- この仕組みの導入により、必要な医療が制限されることはない。
  - ① この仕組みを利用するか否かは患者が選択するものであること
  - ② 病状が急に悪化した時に実施したCT検査等の費用は別に算定できること
  - ③ 他の医療機関を受診することも制限されていないこと

### 【治療計画の定期的な交付・診療内容の交付等】

- 高齢者担当医を選んだ場合は、
  - ① 服薬、運動、栄養、日常生活に関する総合的な治療管理に係る診療計画書が定期的に交付される。(3ヶ月に1回程度)
  - ② 診療日ごとに、当日行った診療内容の要点や次回の受診日時や予定される検査等を文書で交付される。
  - ③ 病気や治療等に関する質問や相談が気軽にできる。

### 【検証】

- 治療内容や受診行動の変化の有無等に関する検証を実施。

# 後期高齢者診療計画書

(記入日: 年 月 日)

患者氏名	(男・女)
生年月日: 明・大・昭 年 月 日	

診療所	担当医師氏名
連絡先	

<p><b>病名</b>                      <b>主病</b>(                      )</p> <p>(                      ) (                      ) (                      )</p> <p>(                      ) (                      ) (                      )</p>	<p>他に定期的に受診している医師</p> <p>病名(                      )(                      診療所                      先生)</p> <p>病名(                      )(                      診療所                      先生)</p> <p>病名(                      )(                      病院                      先生)</p> <p>病名(                      )(                      病院                      先生)</p>																														
<b>年間検査のスケジュール</b>																															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><b>4月～6月</b> 月 日作成</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><b>7月～9月</b> 月 日作成</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><b>10月～12月</b> 月 日作成</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><b>1月～3月</b> 月 日作成</td> </tr> <tr> <td>身体計測 (年1回以上)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> </tr> <tr> <td>生活機能を含 めた評価 (年2回以上)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> </tr> <tr> <td>心電図 (年1回以上)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> </tr> <tr> <td>検尿 (年1回以上)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> </tr> <tr> <td>血液検査 (年1回以上)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 月 日</td> </tr> </table>		<b>4月～6月</b> 月 日作成	<b>7月～9月</b> 月 日作成	<b>10月～12月</b> 月 日作成	<b>1月～3月</b> 月 日作成	身体計測 (年1回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	生活機能を含 めた評価 (年2回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	心電図 (年1回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	検尿 (年1回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	血液検査 (年1回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日
	<b>4月～6月</b> 月 日作成	<b>7月～9月</b> 月 日作成	<b>10月～12月</b> 月 日作成	<b>1月～3月</b> 月 日作成																											
身体計測 (年1回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日																											
生活機能を含 めた評価 (年2回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日																											
心電図 (年1回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日																											
検尿 (年1回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日																											
血液検査 (年1回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日																											
<p><b>治療方針等</b></p>		<p>当院の連携医療機関 (緊急時の入院先)</p> <p>病院 緊急連絡先</p> <p>病院 緊急連絡先</p> <p>病院 緊急連絡先</p> <p>その他留意事項</p>																													
		<p>要介護度 要支援 1・2      要介護 1・2・3・4・5</p> <p>他の保健医療・福祉サービスの担当者</p> <p>患者署名</p>																													

(別紙様式15)

# 本日の診療内容の要点

(診察日:       年       月       日)

患者氏名	(男・女)
生年月日: 明・大・昭       年       月       日	

診療所	担当医師氏名
連絡先	

(別紙様式14)

<b>本日の診療について</b> 血圧 (        /        mmHg) 体温 発熱 有(        °C)・無 脈拍等その他の所見	<b>次回受診日時</b> 月    日 ( ) 時    分
<b>毎日の生活での留意事項</b>	<b>本日のお薬</b>
<b>今日の検査</b> <input type="checkbox"/> 身体計測 <input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価 <input type="checkbox"/> 心電図	<b>次回に当院で予定している検査等</b> <input type="checkbox"/> 身体計測 <input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他(        )
<input type="checkbox"/> 検尿    結果(    月    日頃) <input type="checkbox"/> 血液検査結果    結果(    月    日頃) <input type="checkbox"/> その他(        ) <input type="checkbox"/> その他(        )	<b>他院での診療状況</b> (他院での指導について記入してください)
<b>疾病に関する疑問・質問</b> (先生に聞きたいことがあれば記入下さい)	



## 終末期相談支援料について

ねらい:ご本人の望む納得のいく診療方針で、残された日々を充実した形で過ごすことの実現。本人の希望する診療内容等を医療関係者等で共有

内 容:あくまでもご本人の同意のもと、医師が、診療方針等について話し合いを行い、文書にまとめ、ご本人に提供した場合に、2,000円を1回に限り算定

※ 入院患者は退院時又は死亡時に算定

※ ご本人の自発的な意思を尊重し、意思の決定を迫ってはならない。

しかしながら、

- 医療費の抑制を目的とするものではないかとの誤解
- 患者・家族に選択を迫ることにつながるのではないかとの不安
- 全国民を対象に考えなければならない問題ではないかとの指摘



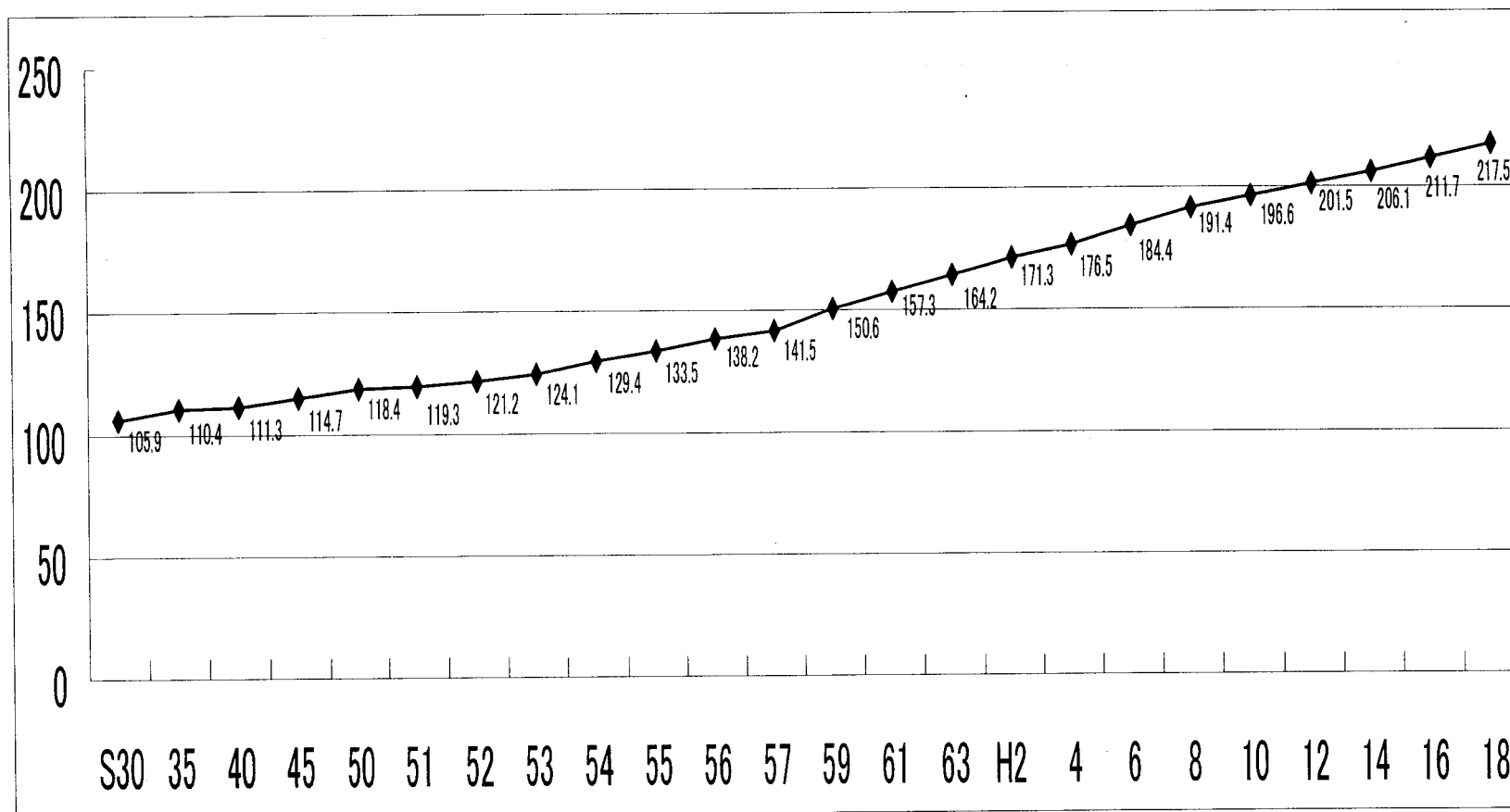
H20. 7. 1～ 算定を凍結

- 終末期における相談支援の実態に関する検証を実施。

# 医療提供体制について

## 人口10万対医師数の年次推移

- 近年、医師国家試験の合格者は毎年7,600～7,700人程度であり、死亡等を除いても、毎年3,500～4,000人程度増加。

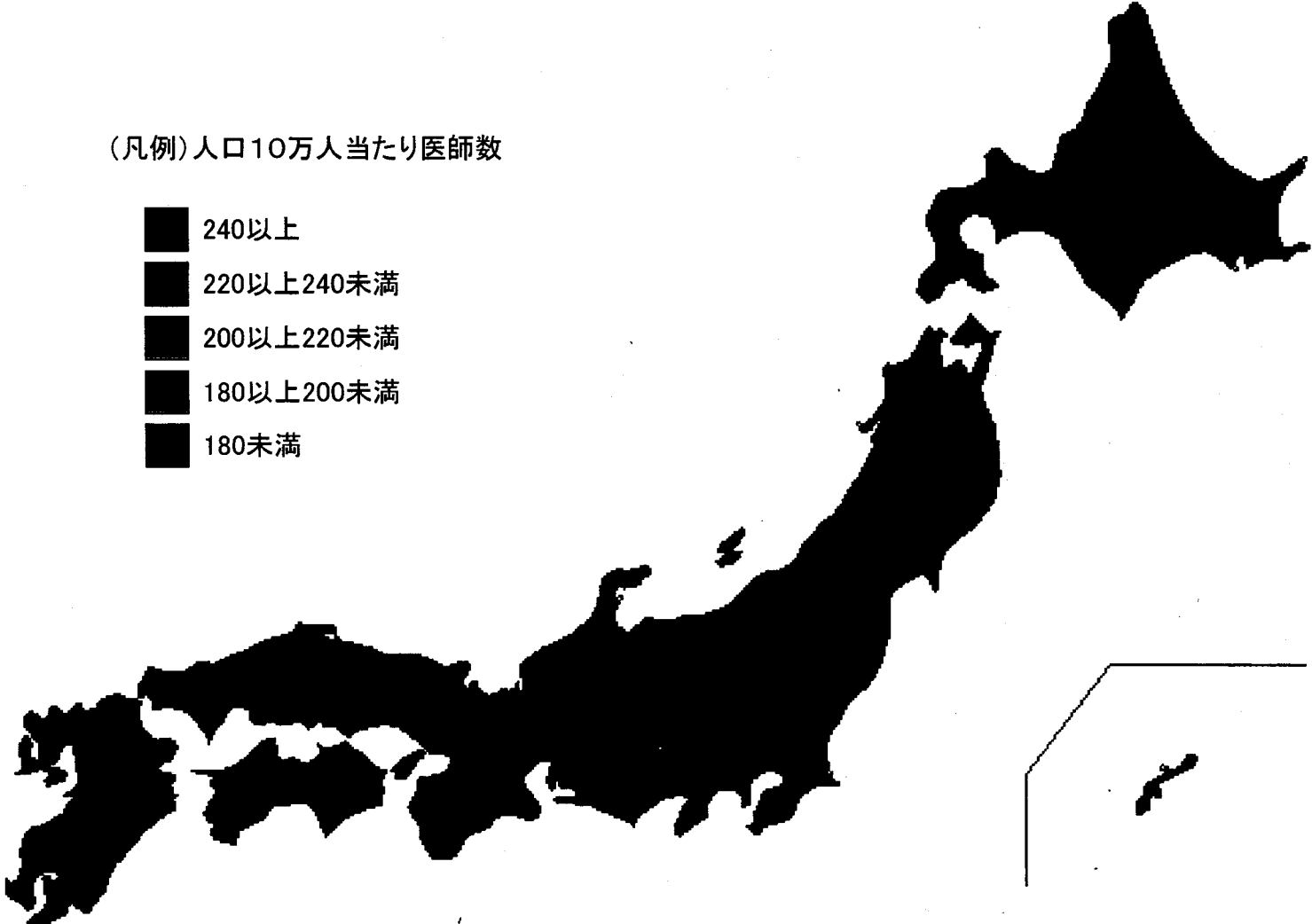


(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

# 人口10万人当たり医師数の分布(平成18年)

(凡例)人口10万人当たり医師数

- 240以上
- 220以上240未満
- 200以上220未満
- 180以上200未満
- 180未満

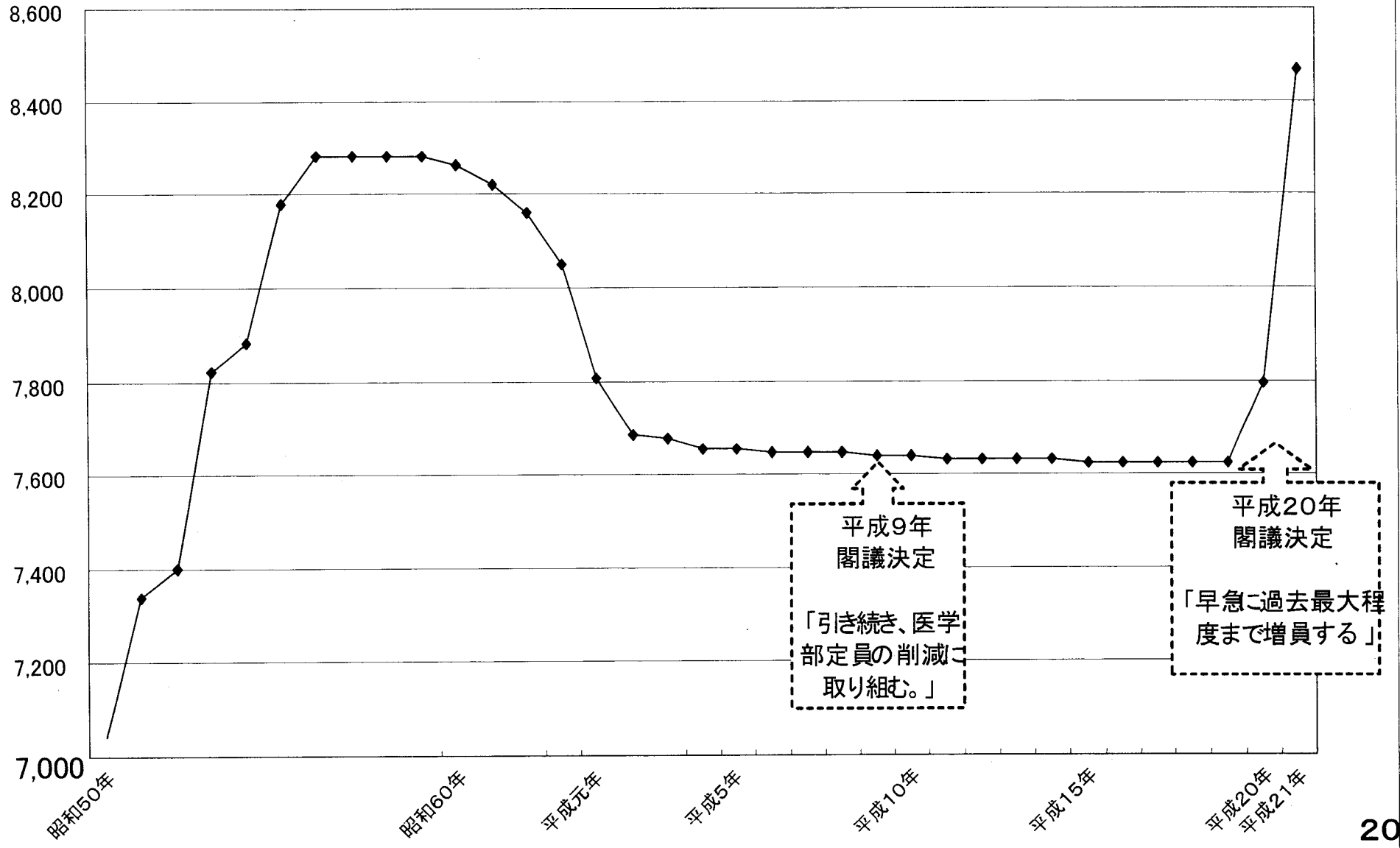


(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

# 医師確保対策①

<対応>

医学部入学定員(募集人員)の推移

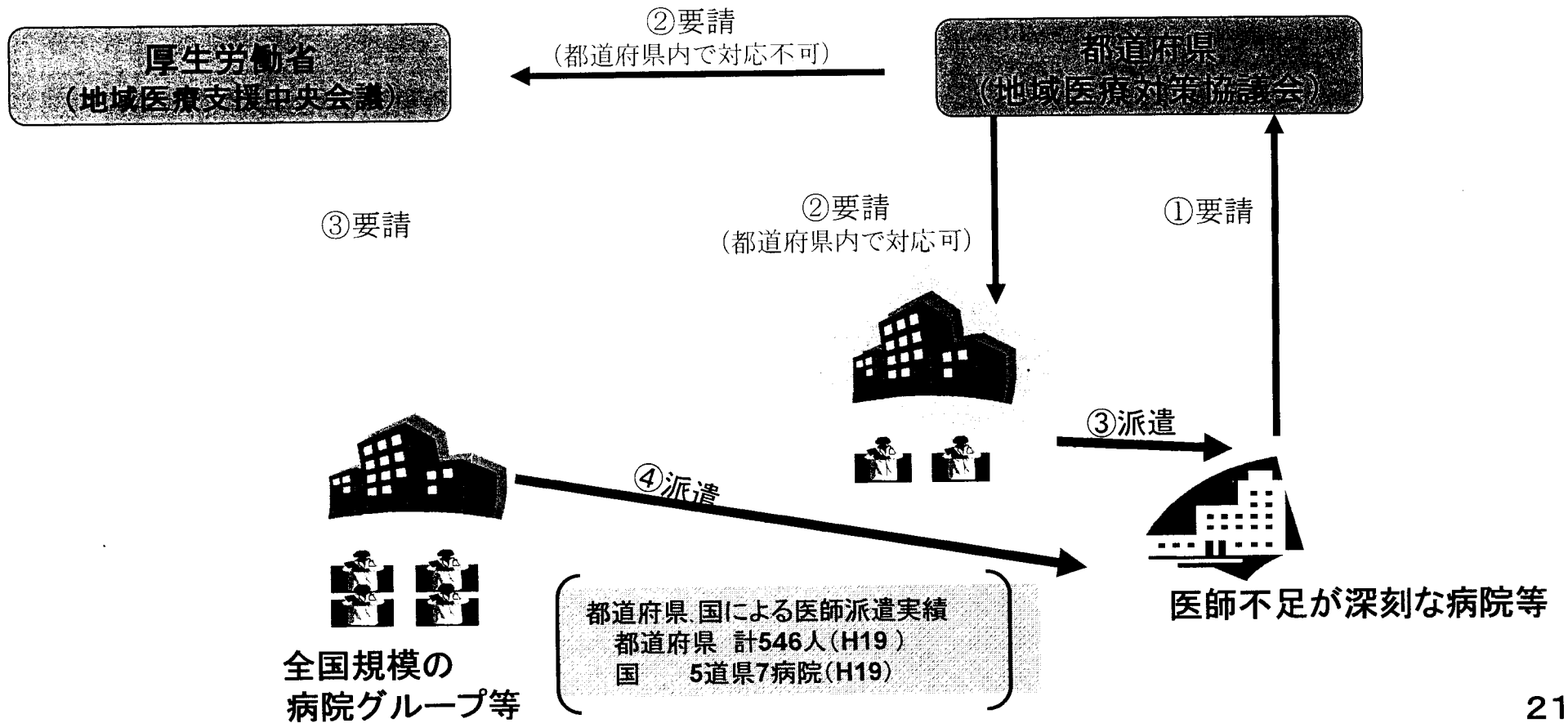


# 医師確保対策②

## 大学医学部(いわゆる医局)の医師派遣機能の低下

### <対策>

→ 公的な仕組みによる医師派遣の推進



## 医師確保対策③

### 病院勤務医の過重労働

- 夜間・休日における患者の集中
- 小児科医・産科医等の広く薄い配置による厳しい勤務環境

### <対応>

→ 医師でなくても対応可能な業務を医師が行っていることが病院勤務医の厳しい勤務環境の一因。このため、医師等でなくても対応可能な業務例を下記のとおり整理。  
(平成19年12月医政局長通知より)

#### 事務職員・看護補助者

- ① 書類等の記載の代行
  - ・診断書
  - ・診療録
  - ・処方せん
  - ・主治医意見書等
- ② オーダリングシステムへの入力代行(診察や検査の予約)
- ③ 院内の物品の補充・患者の検査室等への移送等

#### 助産師

- ① 正常分娩における助産師の活用
- ② 妊産婦健診や相談における助産師の活用
- ③ 病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入(院内助産所・助産師外来等)

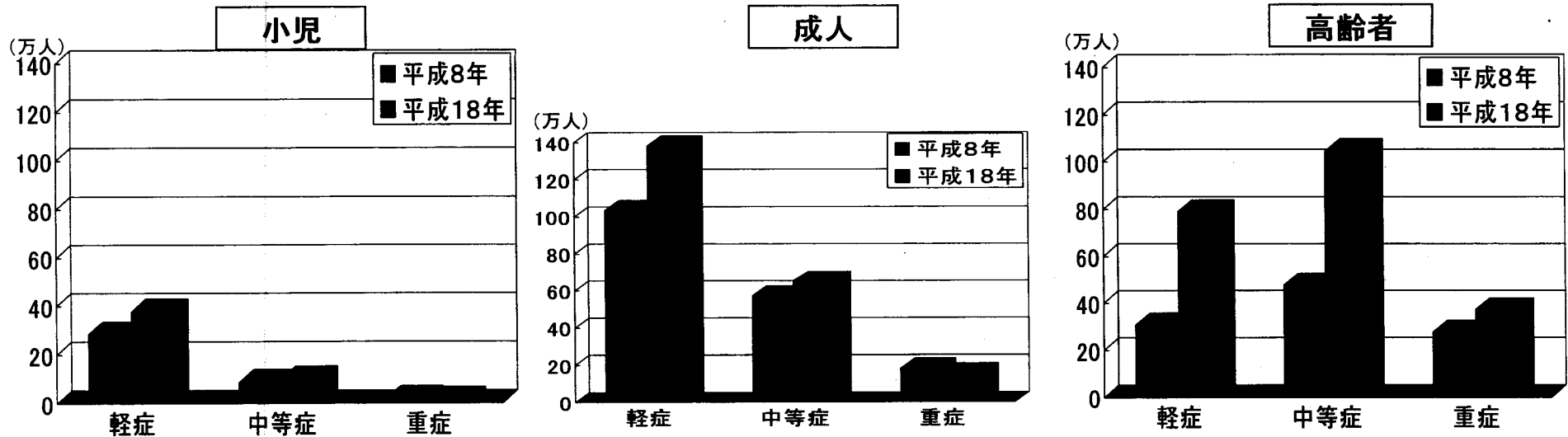
#### 看護師等

- ① 訪問看護等における医師の事前指示に基づく薬剤の投与量の調節【看護師】
- ② 静脈注射の実施【看護師】
- ③ 救急医療における診療の優先順位の決定【看護師】
- ④ 採血の実施・検査の説明【臨床検査技師】
- ⑤ 病棟等における薬剤管理【薬剤師】
- ⑥ 医療機器の管理【臨床工学技士】

→ 短時間正規雇用、交代勤務制等を病院が導入することへの財政支援

# 救急搬送人員の変化

○ 高齢化の進展、住民の意識の変化等に伴い、軽症・中等症、高齢者を中心に、救急利用が増加している(平成8年からの10年間で約50%増加)。



平成8年

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳~64歳)	高齢者 (65歳以上)	全体
重症	2.2万人	18.3万人	27.5万人	48万人
中等症	8.7万人	57.2万人	47.6万人	113.4万人
軽症	28.4万人	103.6万人	30.8万人	162.8万人
全体	39.3万人	179.1万人	105.9万人	324.3万人

平成18年

	小児	成人	高齢者	全体
重症	1.4万人 0.6万人減 -27%	15.5万人 2.8万人減 -15%	37.2万人 9.7万人増 +35%	54.1万人 6.1万人増 +13%
中等症	10.2万人 1.7万人増 +19%	65.2万人 8.0万人増 +14%	104.4万人 56.8万人増 +119%	179.9万人 66.5万人増 +59%
軽症	37.8万人 9.4万人増 +33%	138.1万人 34.5万人増 +33%	78.8万人 48.0万人増 +156%	254.6万人 91.8万人増 +56%
全体	49.4万人 10.1万人増 +26%	219.2万人 40.0万人増 +22%	220.7万人 114.8万人増 +108%	489.3万人 164.9万人増 +51%

(注)「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの



# 救急医療体制の整備状況

○ 救命救急センターは着実に増加しているが、他の施設については概ね横ばいとなっている。

(各年3月31日時点)

		平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年
三次救急医療（救命救急医療）						
	救命救急センター施設数	170	178	189	201	208
二次救急医療（入院を要する救急医療）						
	施設数 (病院群輪番制病院、共同利用型病院等)	3,253	3,238	3,214	3,153	3,175
	病院群輪番制実施地区数	403	411	411	408	405
一次救急医療（初期救急医療）						
	休日夜間急患センター施設数	510	512	508	511	516
	在宅当番医制実施地区数	683	677	666	654	641

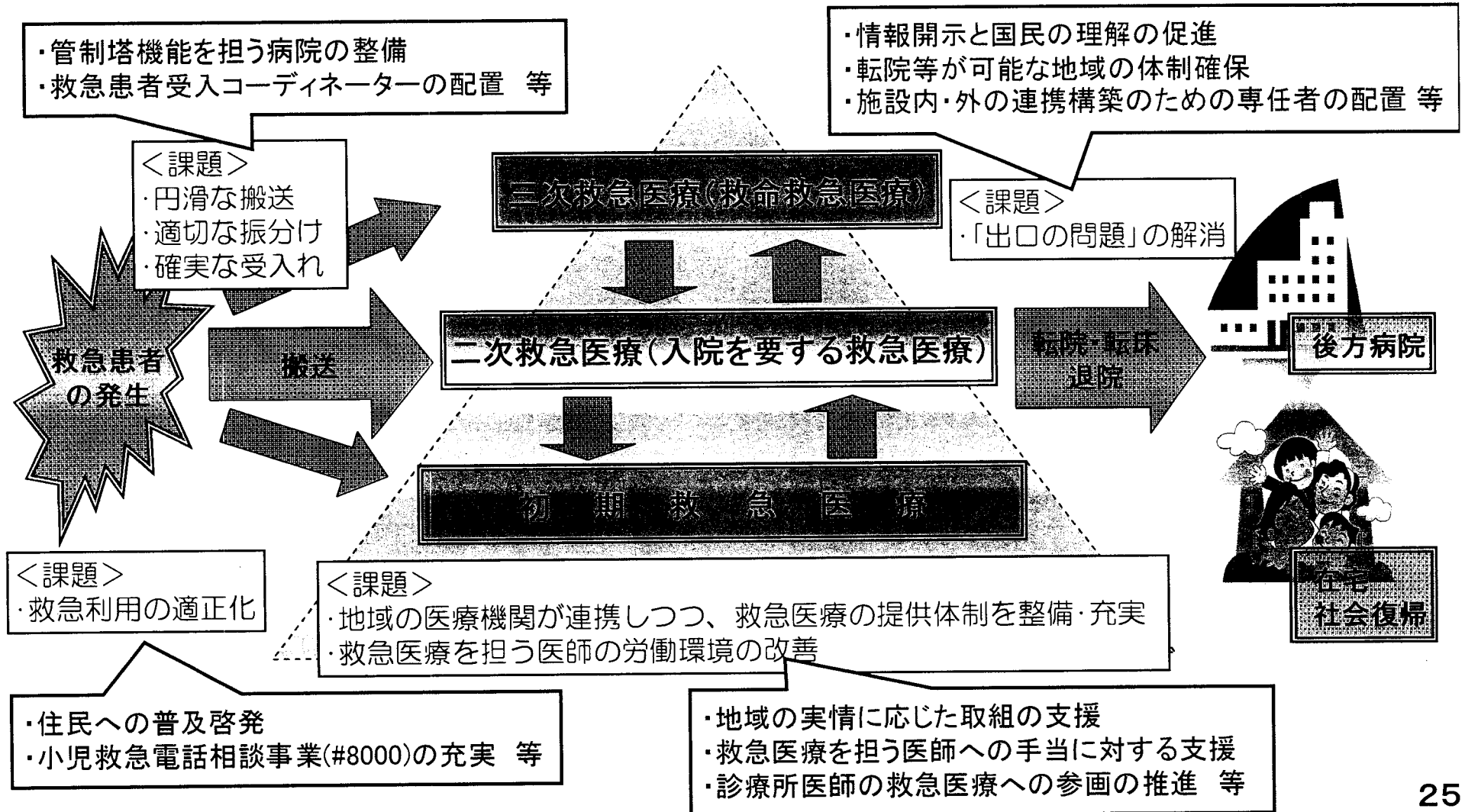
(参考)

(厚生労働省医政局指導課調べ)

- ・救命救急センター: 重症及び複数の診療科領域にわたるすべての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる。
- ・病院群輪番制病院: 医療圏単位の区域において、地域内の病院群が共同連帯して、輪番制方式により実施し、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れる。
- ・共同利用型病院: 医療圏単位の区域において、医師会立病院等が病院の一部を開放し、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れる。
- ・休日夜間急患センター: 地方公共団体等が整備する急患センターにより、休日及び夜間における比較的軽症な救急患者を受け入れる。
- ・在宅当番医制: 郡市医師会等が在宅当番により、休日及び夜間における比較的軽症な救急患者を受け入れる。

# 救急医療の充実

○ 救急患者が迅速かつ適切に救急医療を受けることができるよう、管制塔機能を担う病院の整備、救急医療を担う医師への手当に対する支援、救命救急センターの更なる整備等、救急医療の充実を推進(平成21年度予算案:救急医療対策に約205億円を計上(20年度予算:約100億円))



# 世代間の納得と共感の得られる 財源のあり方について

# 新しい高齢者医療制度のかたちの検討

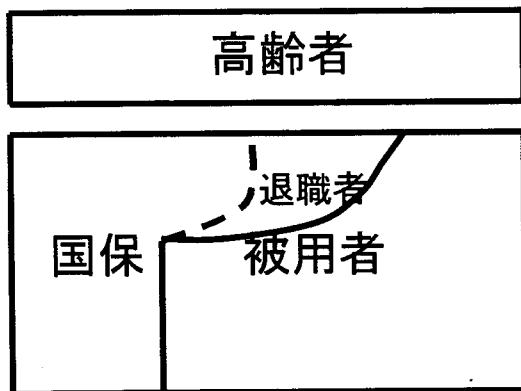
～抜本改革の理念型～

以下の4つの方式が提案され、議論。  
関係者が全面的に賛同できる案はなし。



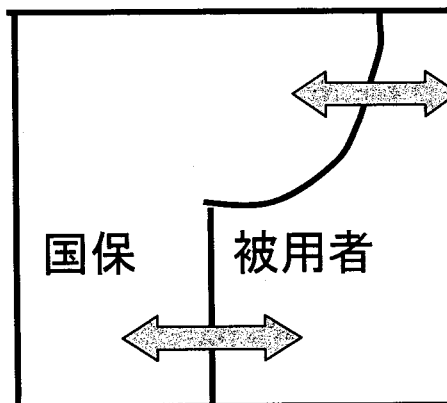
約10年にわたる議論の結果、  
独立型(75歳～)と財政調整(65～74歳)  
の組み合わせ)で合意。

## 【独立型】(支持団体:日医、健保連、経団連)



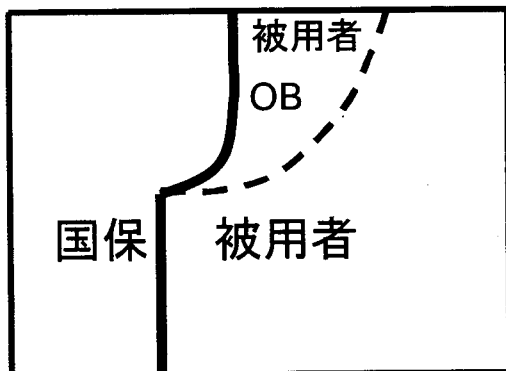
- ・公費重点投入や高齢者にふさわしい医療がわかりやすい
- ・支持団体の見解は、公費負担割合、対象年齢等について様々

## 【リスク構造調整】



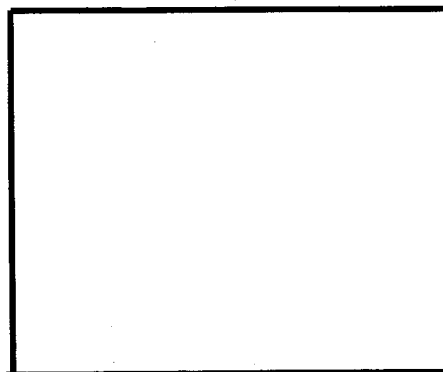
- ・所得形態、所得捕捉の問題がある
- ・被用者保険の持ち出しが多くなる

## 【突き抜け型】(支持団体:連合)



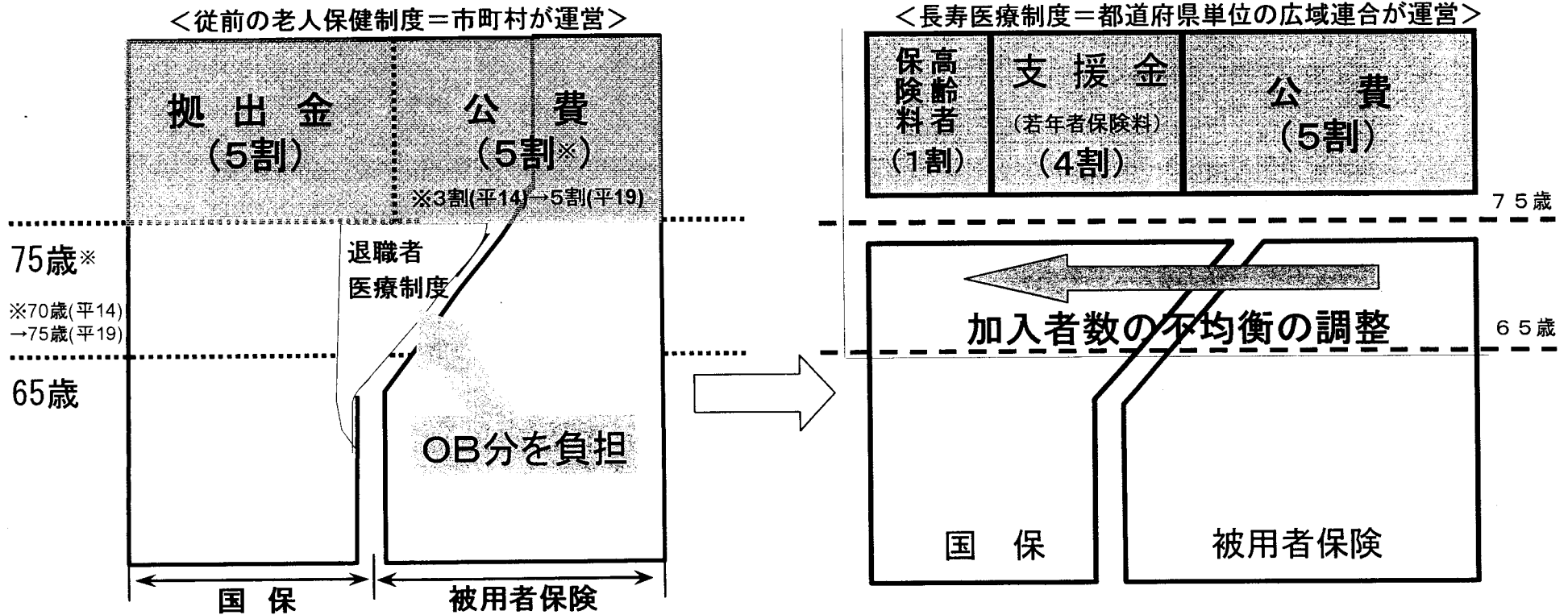
- ・就業構造が流動化している中で、高齢期になっても被用者・非被用者を区分することは、社会連帯の理念が老健制度より後退
- ・被用者年金の加入期間を満たさない者は国保の負担となり、国保の財政がもたない

## 【一元化】



- ・何千もの保険者をどうするか
- ・所得形態・所得捕捉が異なる者の保険料基準をどうするか
- ・事業主負担をどうするか
- ・保険集団構成員の連帯感や保険運営の効率性の観点から問題

# 長寿医療制度の仕組み



## （老人保健制度の問題点）

- ① 高齢世代と若年世代の費用負担割合が不明確。
- ② 実施主体である市町村は医療費を支払うだけで、保険料の徴収を行っておらず、財政運営の責任が不明確
- ③ 国保では、市町村によって保険料に最大5倍の格差が存在。

## （長寿医療制度の意義）

- ① 若い人と高齢者の分担ルールを明確にし、高齢者にも若い方々にも納得して負担していただく。
  - ② 都道府県ごとの広域連合が財政運営の責任主体であることを明確にし、広域連合が一元的に保険料を徴収し、その使い途にもしっかりと責任をもつ。
  - ③ 高齢者全員に保険料を公平に負担していただく（県内では同一所得の方については同一の保険料とする）。
- ※ これにより市町村ごとの約5倍の保険料格差が約2倍に縮まる

# 長寿医療制度(後期高齢者医療制度)の運営の仕組み(平成20年度)

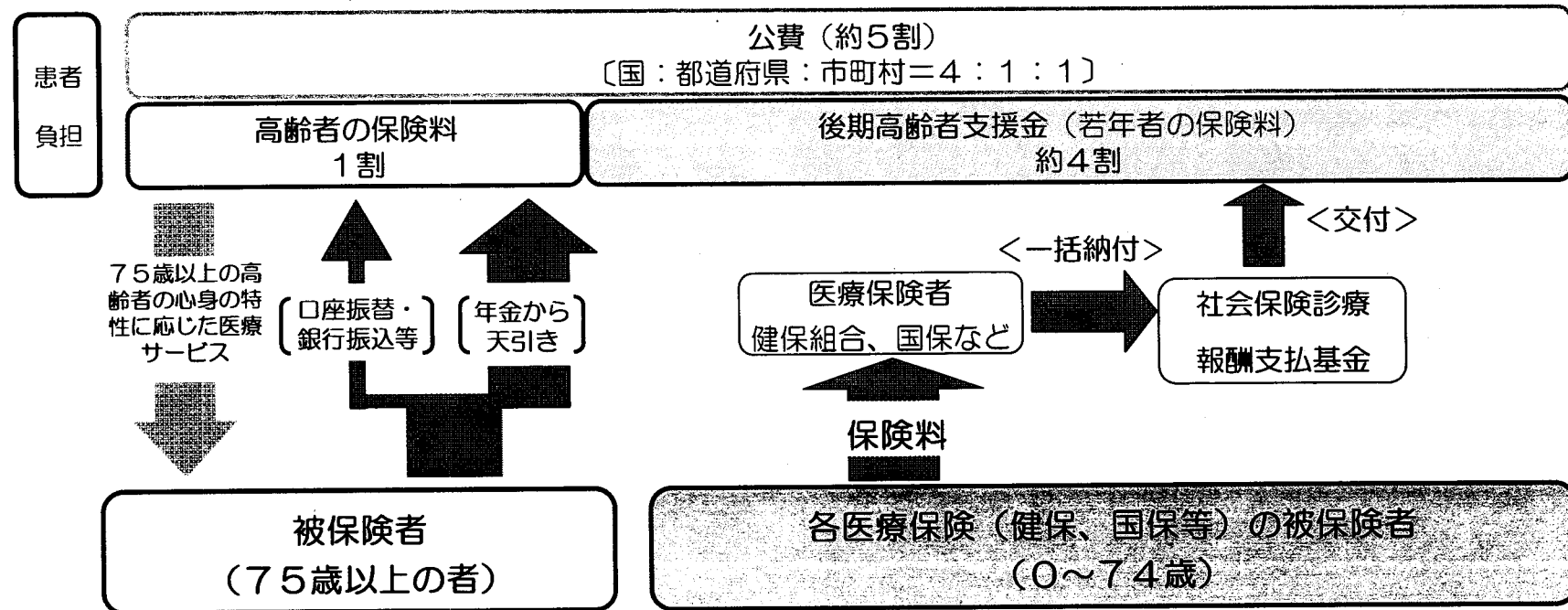
- 75歳以上の高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する。
- 財源構成は、患者負担を除き、公費(約5割)、現役世代からの支援(約4割)のほか、高齢者から広く薄く保険料(1割)を徴収する。
- 現役世代からの支援は、国保(約4,100万人)・被用者保険(約7,300万人)の加入者数に応じた支援とする。
- 75歳以上の高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築する。

<対象者数> 75歳以上の高齢者 約1,300万人

<75歳以上の高齢者の医療費> 11.9兆円(平成20年度予算ベース:満年度)

給付費 10.8兆円 患者負担1.1兆円

【全市町村が加入する広域連合】



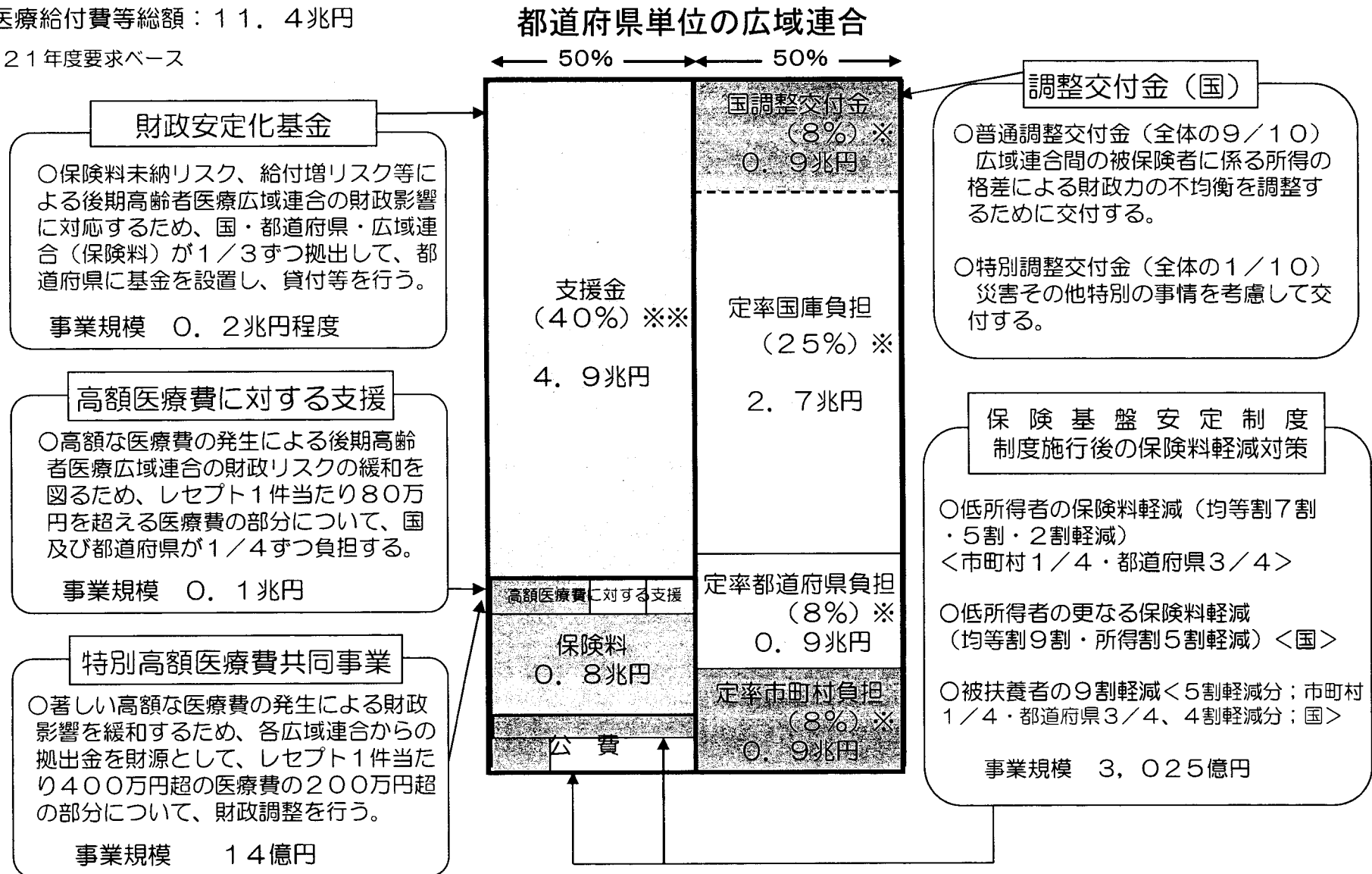
(注1) 現役並み所得者については、老人保健法と同様に公費負担(50%)はないため、実質的な公費負担率は46%、後期高齢者支援金の負担率は44%となる。

(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。

# 長寿医療制度(後期高齢者医療)財政の概要

医療給付費等総額：11.4兆円

21年度要求ベース



※ 現役並み所得者については、公費負担(50%)がなされないため、実際の割合は50%と異なる。

※※ 国保及び政管健保の後期高齢者支援金には、別途各々50%、16.4%の公費負担がある。

## 各医療保険制度における財政調整制度について

		長寿医療制度	国保	協会健保	組合健保
財政単位		都道府県単位の広域連合	市町村	都道府県支部	組合
年齢構成の調整	現役世代	/	—	都道府県支部間の年齢構成の調整	—
	高齢者		後期高齢者支援金(全保険者における0~74歳の加入者数による調整)		
		①前期高齢者財政調整 (全保険者における前期高齢者の加入率による調整)			
		②退職者医療制度 (65歳未満のサラリーマンOBについての調整) (総報酬割による財政力の調整)			
財政力の調整		③調整交付金 ・都道府県間の財政力の調整 ・給付費の12分の1を国が負担	④調整交付金 ・市町村間の財政力の調整 ・給付費の9%を国、7%を都道府県が負担	都道府県支部間の財政力の調整	
高額医療費に関する調整		高額医療費に対する公費負担 ・1件80万円超の医療費につき、国が1/4、都道府県が1/4を負担	⑤高額医療費共同事業 ・1件80万円超の医療費のリスクヘッジ ・保険料負担1/2、国負担1/4、都道府県負担1/4 ⑤保険財政共同安定化事業 ・1件30万円超の医療費のリスクヘッジ ・全て保険料負担 ・人数割1/2、医療費実績割1/2で拠出	—	交付金交付事業 ・1件100万円超の医療費のリスクヘッジ ・各組合が財政力に応じ拠出する調整保険料を財源とする



## ①前期高齢者財政調整について(全体イメージ)

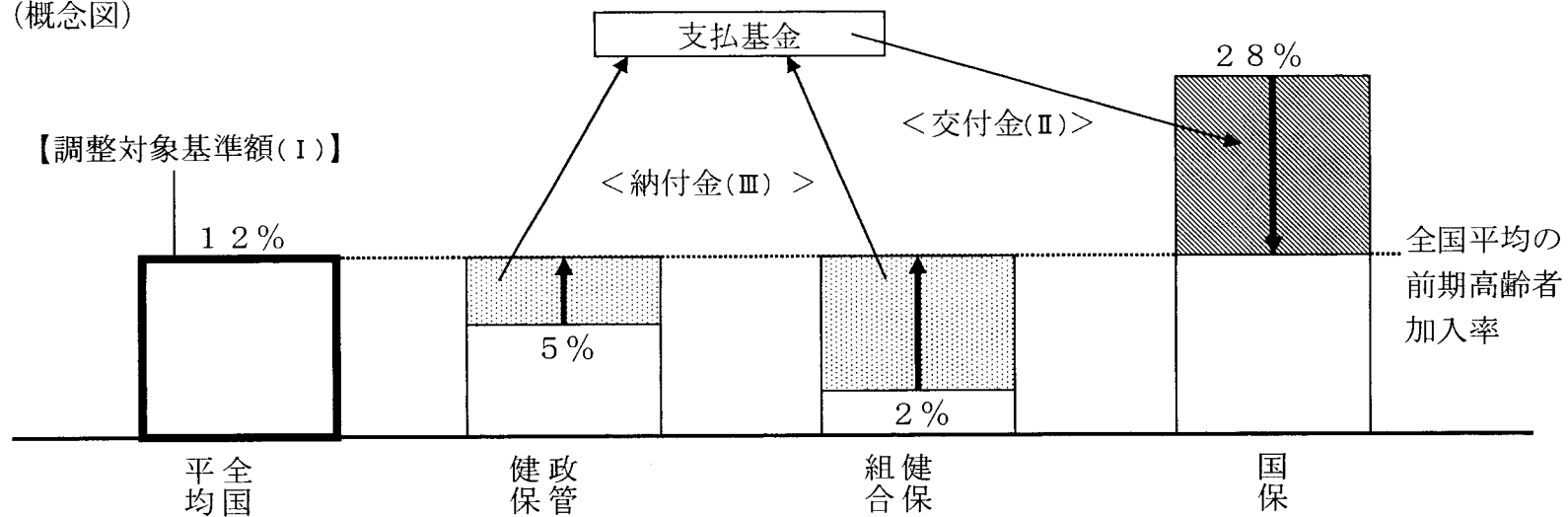
前期高齢者加入率が、全国平均加入率12%を上回る保険者については交付金が交付され、下回る保険者については納付金を納付することとなる。

健保組合は、一般的に前期高齢者の加入率が低いので、納付金を納付することとなる。

### 各保険者の納付金

$$= (\text{当該保険者の1人当たり前期高齢者給付費}) \times \text{当該保険者の0~74歳までの加入者数} \\ \times (\text{全国平均の前期高齢者加入率} - \text{当該保険者の前期高齢者加入率})$$

(概念図)

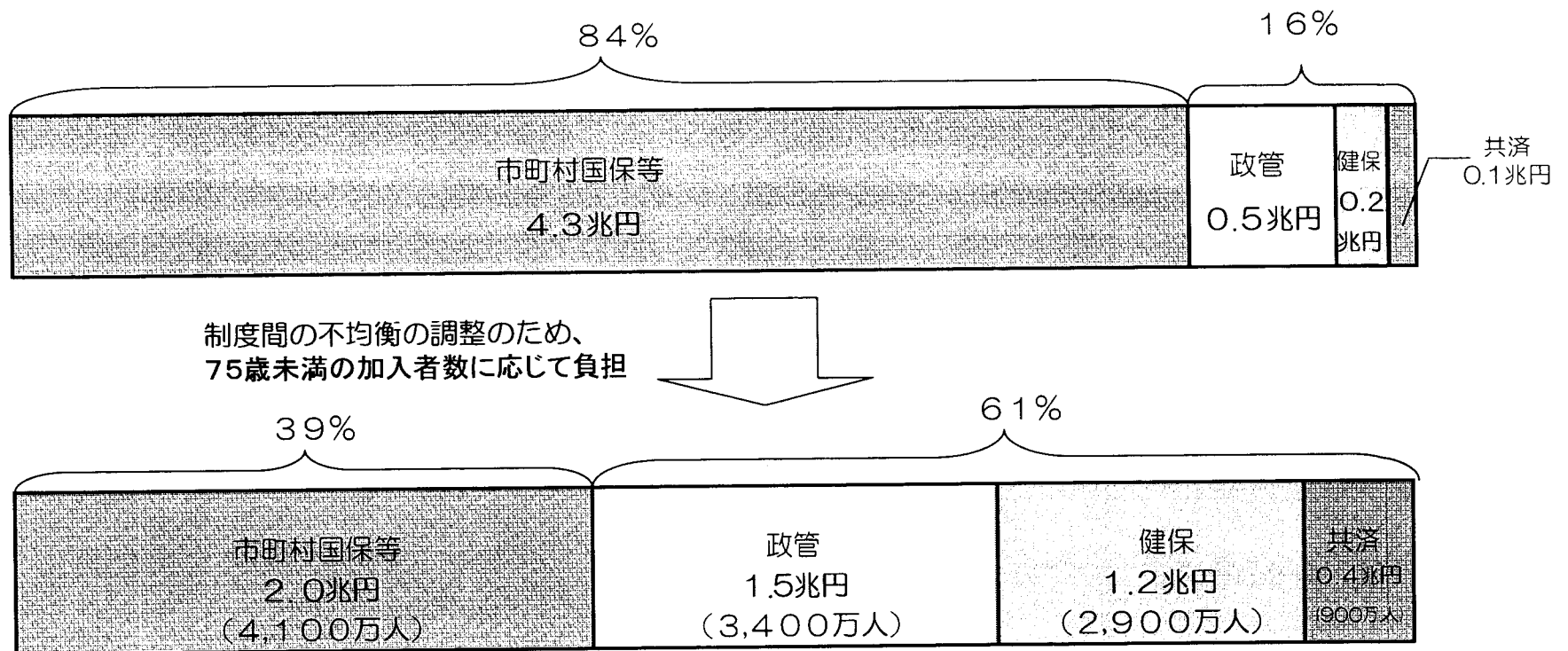


## 前期高齢者財政調整(平成20年度)

○ 65歳から74歳の前期高齢者については、国保・被用者保険の従来の制度に加入したまま、前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整する仕組みを創設する。

<対象者数> 65～74歳の前期高齢者 約1,400万人

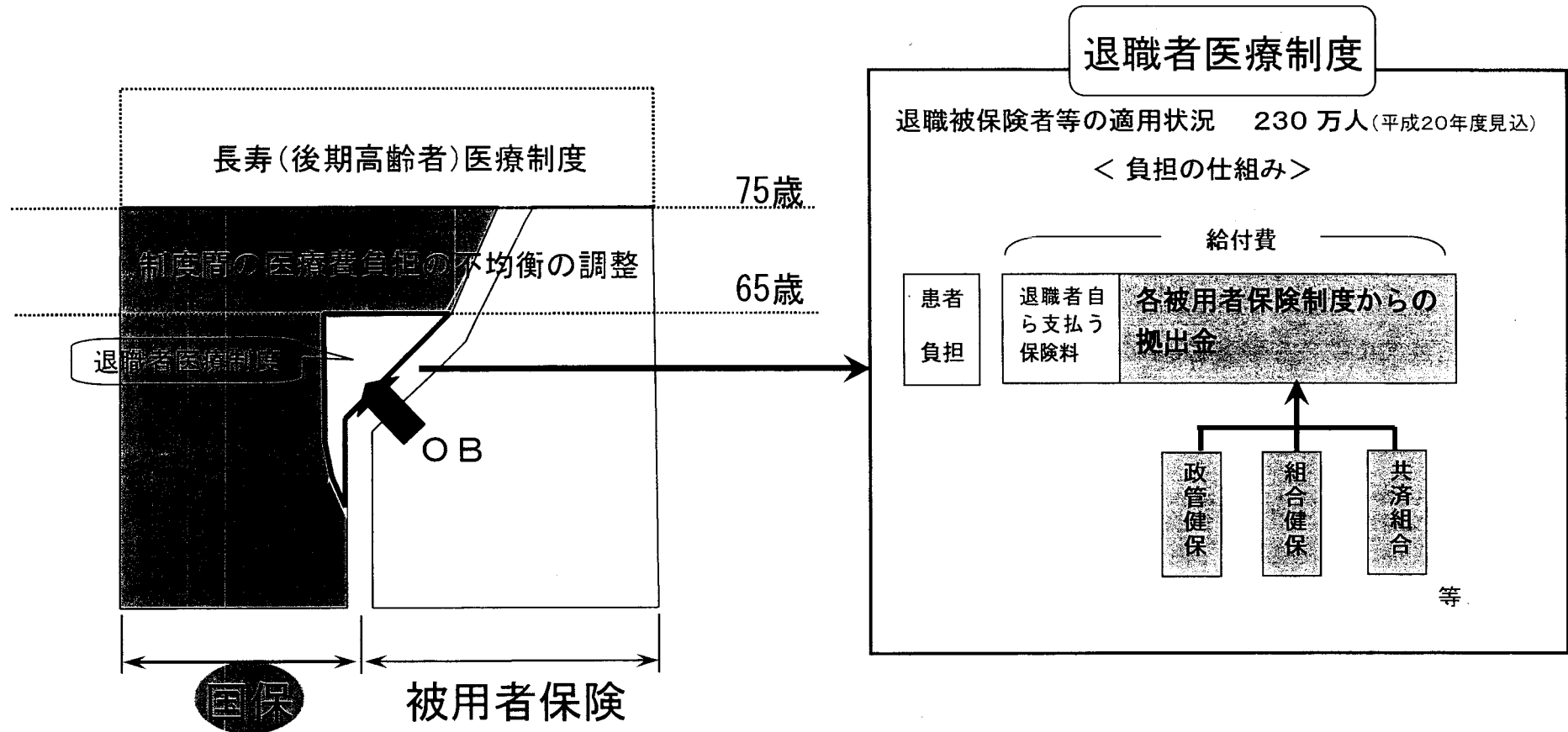
<前期高齢者給付費> 5.2兆円 (平成20年度賦課ベース:満年度)



(注) 前期高齢者に係る後期高齢者支援金(0.6兆円)についても、同様の調整を行う。

## ②退職者医療制度について

- 企業を退職した方は、国保に加入する。
- そのため、65歳未満の国保加入者で被用者年金の加入期間が20年以上の方（退職被保険者）等の医療給付費については、自ら支払う保険料を除いた部分を、各被用者保険が財政力に応じて負担している。（標準報酬総額で按分）
- 平成27年度以降は、それまでの対象者（65歳未満）のみを対象とする。



### ③長寿医療制度の調整交付金について

調整交付金は、国が後期高齢者医療広域連合に対して交付するものであり、国保や介護と同様、「普通調整交付金」と「特別調整交付金」の2種類がある。

○普通調整交付金・・・被保険者に係る所得の格差による広域連合間の財政の不均衡を是正

⇒ 交付の結果、同じ医療費水準であれば、広域連合全体の所得水準にかかわらず、同じ保険料水準となる。

〈平均的な所得水準の保険者〉

保険料		公費	
応能保険料(5%)	調整交付金(8%)	定率国庫負担(26%)	都道府県負担(8%)
応益保険料(5%)			
支援金(40%)			市町村負担(8%)

〈所得水準の低い保険者〉

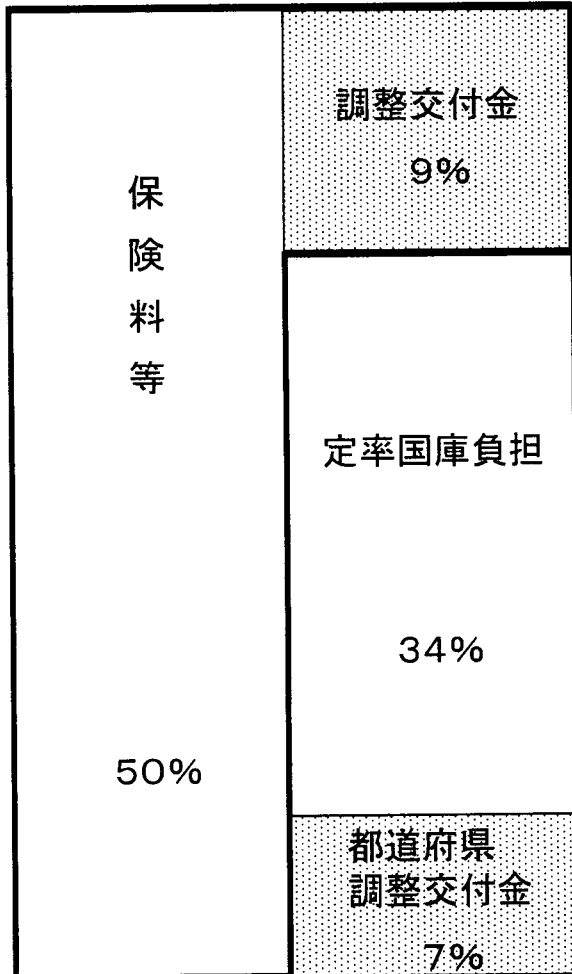
保険料		公費	
応能保険料	調整交付金	定率国庫負担(26%)	都道府県負担(8%)
応益保険料(5%)			
支援金(40%)			市町村負担(8%)

〈所得水準の高い保険者〉

保険料		公費	
応能保険料		定率国庫負担(26%)	都道府県負担(8%)
応益保険料(5%)	調整交付金		
支援金(40%)			市町村負担(8%)

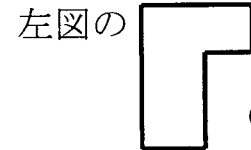
## ④市町村国保の調整交付金について

市町村国保の負担の概念図(全国ベース)



### 普通調整交付金(概ね7%分)

「調整対象需要額」－「調整対象収入額」の差額分を交付



・当該市町村の医療費水準、  
所得水準に応じた理論上  
の保険料収入

- ・全国レベルでの調整にあたり、当該市町村の保険給付費のうち本来保険料により賄うべきとされる額の合算額

### 特別調整交付金(概ね2%分)

・画一的な測定方法によっては措置できない特別の事情がある場合に、その事情を考慮して交付する。

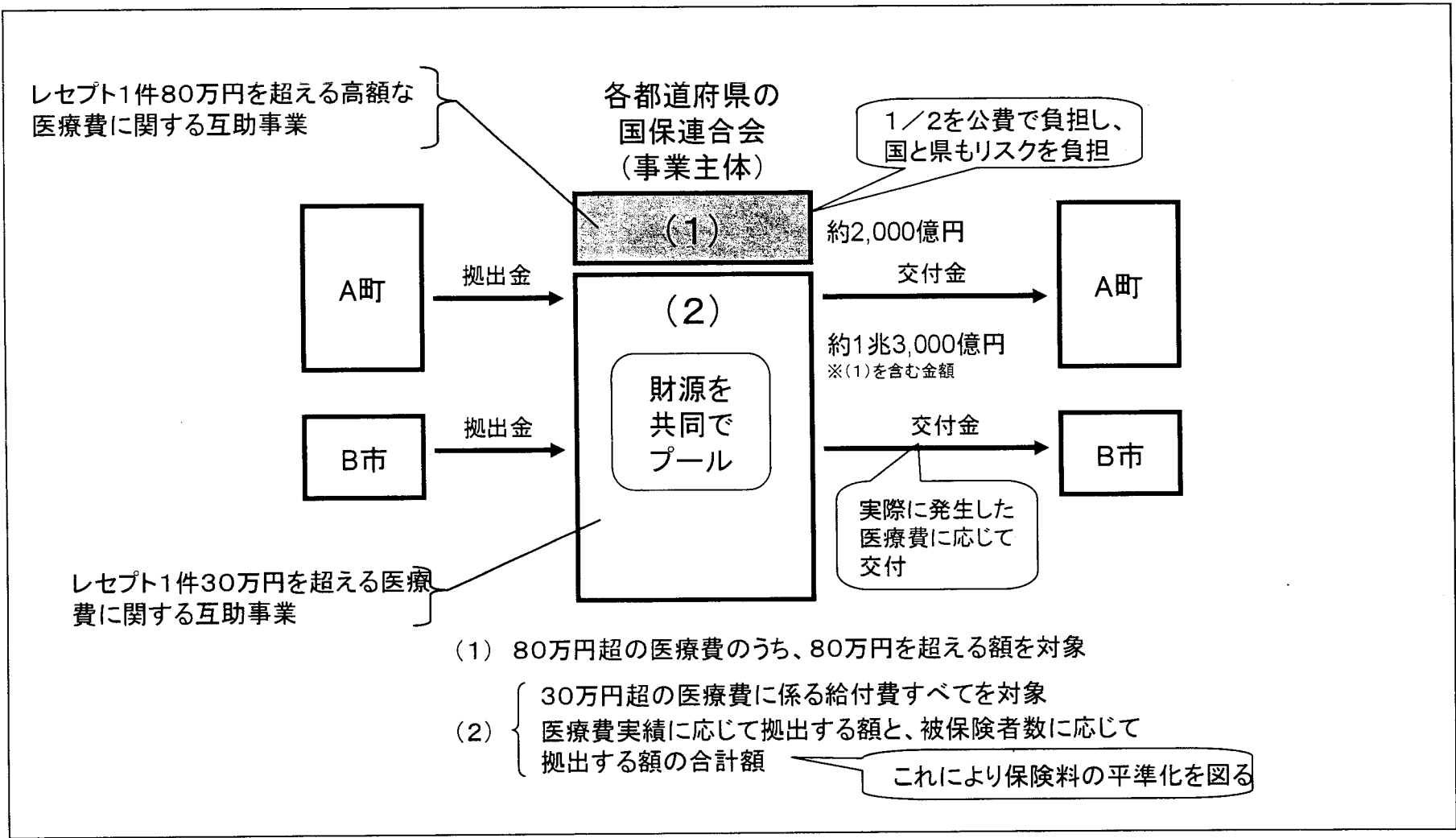
・特別な事情としては、次のようなものがある。

- ア 災害等による保険料の減免額がある場合
- イ 原爆被爆者に係る医療費が多額である場合 等

### 都道府県調整交付金(7%分)

・都道府県が、都道府県内の市町村が行う国民健康保険の財政を調整するもの。

# ⑤保険財政共同安定化事業について(イメージ)



# 与党プロジェクトチームのとりまとめ

## 高齢者医療制度の見直しに当たっての基本的枠組み

平成20年12月17日 与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチーム

1. 現在の長寿医療制度は、高齢者医療の安定的な確保を図るとともに、老人保健制度が抱える問題点を解決するために、10年に渡る議論を経て、制度化されたもの。
2. 野党民主党が言うように単に制度を廃止し、元に戻すということでは、こうした老人保健制度の問題点が解決できないばかりでなく、現場が混乱し、保険料が下がった多くの方の負担が再び上がるうえに、本来の目的である高齢者の方の安定的な医療の確保ができない。
3. 従って、自公政権合意を踏まえ、高齢者の方々の心情に配慮する中で、法律に規定する5年後の見直しを前倒して、よりよい制度への改善を図ることとする。
4. 見直しはこれまでいただいた様々なご意見等を踏まえ、高齢者をはじめ医療関係者、事業主や被用者、保険者、地方公共団体等多くの方々の意見を聞きながら、全世代の納得と共感が得られる枠組みについて、来春を目途に幅広い議論を進め、結論を得ることとする。



平成21年1月19日	資料3
第4回高齢者医療制度に関する検討会	

# 大雪地区広域連合 説明資料

大雪地区広域連合の概要…別紙1

大雪地区広域連合組織体制図…別紙2

国民健康保険・介護保険・長寿医療制度の主な市町村事務…別紙3

広域におけるメリット、課題及び今後の方向…別紙4

## ■大雪地区広域連合の概要

### 1. 名称等

広域連合名称	大雪地区広域連合
事務所所在地	北海道上川郡東川町東町 1 丁目 16 番 1 号
設立許可年月日	平成 15 年 7 月 22 日
業務開始	平成 16 年 4 月 1 日
構成町	東川町・東神楽町・美瑛町

### 2. 処理する事務

- ① 介護保険事業
- ② 国民健康保険事業（直営診療施設を除く）
- ③ 老人保健事業（医療等に限る）
- ④ 乳幼児医療給付事業、母子家庭等医療給付事業、老人医療給付特別対策事業、重度心身障害者医療給付事業に関する受託事務
- ⑤ 後期高齢者医療制度の市町村事務
- ⑥ 広域化の調査研究

### 3. 広域連合設立の理由

- ・一部事務組合（消防・清掃・葬祭）を構成する 3 町は、介護保険制度の創設により共同で介護認定審査会を設置する。
- ・広域化は、被保険者の負担軽減と平準化、財政の安定化が図られる。
- ・広域化は、事務経費の軽減が見込まれる。

### 4. 広域連合の理念

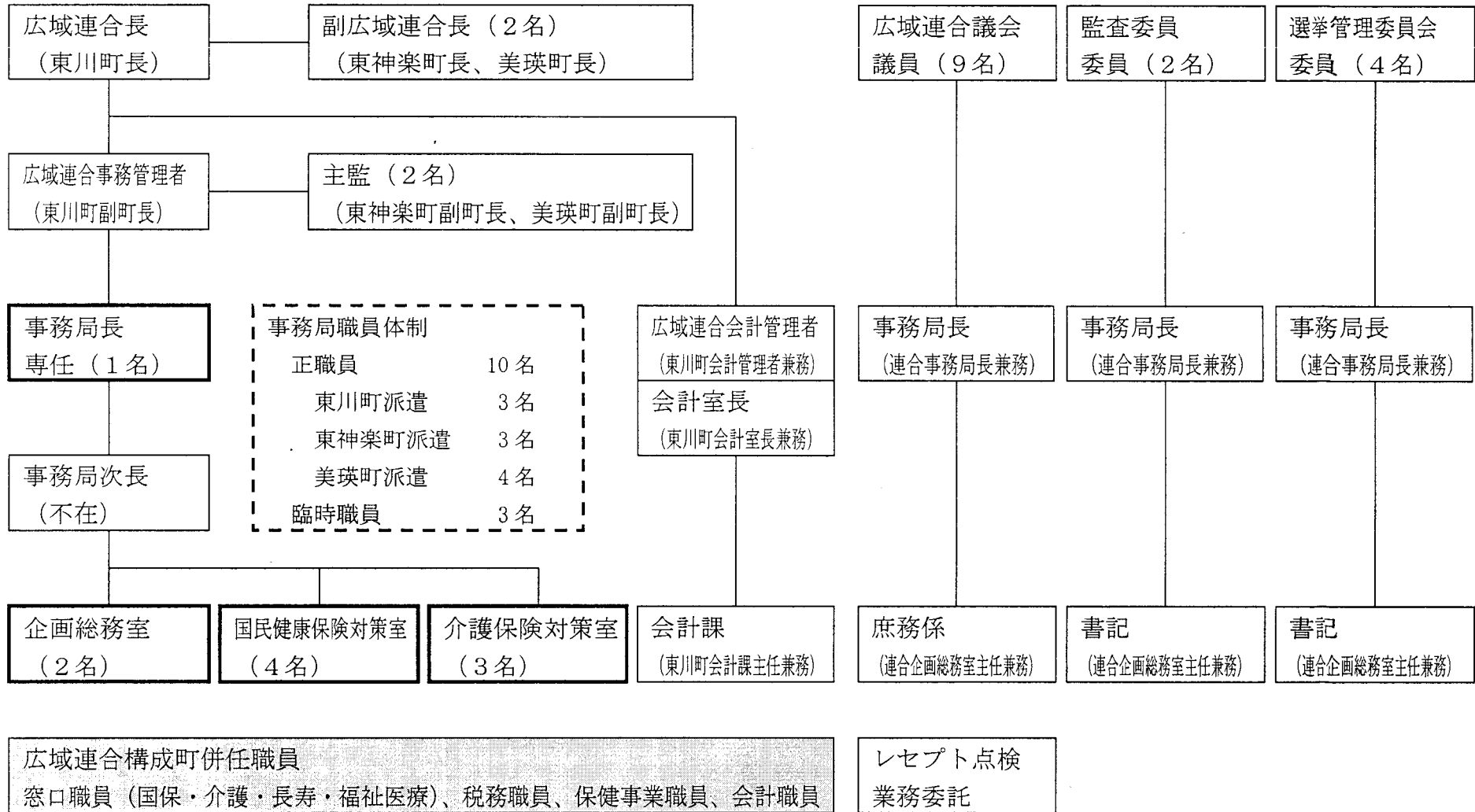
- …住民福祉の増進…
  - ・被保険者のサービスは低下させない。
  - ・被保険者の負担（保険料）の安定化・平準化を図る。
- …事務処理コストの縮減及び能率化実現…
  - ・事務経費のコスト縮減化を実現する。

### 5. 構成町の状況

（平成 20 年 4 月 1 日現在）

構成町	人口	高齢者人口	国保被保険者数	介護第 1 号被保険者数	長寿被保険者数
東川町	7,727 人	2,081 人	3,227 人	2,078 人	1,101 人
東神楽町	9,427 人	1,898 人	3,089 人	1,897 人	937 人
美瑛町	11,233 人	3,607 人	6,322 人	3,613 人	1,902 人
計	28,387 人	7,586 人	12,638 人	7,588 人	3,940 人

■大雪地区広域連合 組織体制図



## ■ 国民健康保険・介護保険・長寿医療制度の主な市町村事務

事務区分	広域連合事務	市町村（構成町）事務		
		国民健康保険	介護保険	長寿医療制度
資格管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>被保険者台帳管理</li> <li>被保険者証、各種証の一斉交付</li> <li>短期被保険者証、資格証明書作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>資格得喪・変更届出受理</li> <li>被保険者証、各種証の随時・再交付、回収</li> <li>短期被保険者証、資格証明書交付</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>資格得喪・変更届出受理</li> <li>被保険者証、各種証の随時・再交付、回収</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>資格得喪・変更届出受理</li> <li>被保険者証、各種証の随時・再交付、回収</li> </ul>
保険料賦課・徴収	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険料の当初・随時賦課、還付</li> <li>特別徴収各種異動情報処理</li> <li>保険料収納消込</li> <li>督促状発送</li> <li>延滞金納付書発送</li> <li>国保・介護保険料減免審査・決定</li> <li>執行停止、滞納処分決定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>納付書再発行</li> <li>窓口、訪問による納付相談・指導</li> <li>分納誓約、納付猶予申請受付</li> <li>保険料減免申請受付</li> <li>執行停止、滞納処分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>納付書再発行</li> <li>窓口、訪問による納付相談・指導</li> <li>分納誓約、納付猶予申請受付</li> <li>保険料減免申請受付</li> <li>執行停止、滞納処分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>納付書再発行</li> <li>窓口、訪問による納付相談・指導</li> <li>分納誓約、納付猶予申請受付</li> <li>保険料減免申請受付</li> <li>執行停止、滞納処分</li> </ul>
要介護（要支援）認定	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問調査依頼・委託契約</li> <li>主治医意見書作成依頼</li> <li>認定審査資料作成</li> <li>認定審査会の開催</li> <li>判定結果、認定有効期限終了通知</li> <li>認定者管理</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>認定等申請受付、資格確認</li> <li>訪問調査</li> </ul>	
保険給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>現物給付（国保連へ）</li> <li>介護償還払い決定・支払</li> <li>現金給付</li> <li>国保レセプト点検（委託）</li> <li>国保第三者行為</li> <li>国保・介護過誤調整</li> <li>介護受給者台帳管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高額療養費、出産育児一時金、葬祭費等の現金給付申請受付</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>償還払い及び限度額・減額認定申請受付</li> <li>自己作成、居宅サービス計画受付</li> <li>高額介護サービス申請受付</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高額療養費、葬祭費等の現金給付申請受付</li> </ul>

事務区分	広域連合事務	構成町事務		
		国民健康保険	介護保険	長寿医療制度
保健事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診計画の策定</li> <li>・ 特定健診機関委託契約</li> <li>・ 特定健診受診券作成・発行</li> <li>・ 特定健診対象者管理</li> <li>・ 医療費通知</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健診受診券再発行</li> <li>・ 特定健診実施（集団検診）</li> <li>・ 特定保健指導実施</li> <li>・ 医療費分析</li> </ul>		
管理・会計	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国保・介護事業月報、年報作成</li> <li>・ 条例・規則の制定</li> <li>・ 住民への広報</li> <li>・ 国保料率決定</li> <li>・ 介護保険事業計画策定</li> <li>・ 予算、決算、収入、支出事務</li> <li>・ 基金の設置・管理</li> <li>・ 国保・介護運営協議会開催</li> <li>・ 補助金等申請・実績事務</li> </ul>			
苦情・相談	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 苦情・相談対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 苦情・相談対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 苦情・相談対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 苦情・相談対応</li> </ul>

## ■広域におけるメリット、課題及び今後の方向

メリット	課 題	今後の方向
<ul style="list-style-type: none"><li>● 保険財政の安定化（保険給付費の変動を緩和）</li><li>● 保険料水準の平準化（国民健康保険料・介護保険料の統一）</li><li>● 事務経費の削減と職員配置の適正化</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 財政調整・給付準備基金等の確保</li><li>● 健康づくり対策と事業運営の安定化</li><li>● 自主財源である保険料の収納率向上対策（保険料時効 2 年）</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 更なる事務経費（行政コスト）の削減</li><li>● 広域連合構成町の拡大</li><li>● 広域連合の更なる広域事務の拡大</li></ul>



# 滋賀県後期高齢者医療広域連合の 取組状況について

2009年1月19日

滋賀県後期高齢者医療広域連合

# 滋賀県における高齢者を取り巻く状況

滋賀県は、

- ◎人口は全国の100分の1の規模であるが、日本の総人口が減少するなか、本県の人口は増加している。  
ただし、大津市・湖南地域では増加しているが、湖北・湖西地域では減少の傾向がみられる。
- ◎後期高齢者の比率は全国平均を下回り、20年後でも全国平均をやや下回ると推測されている。
- ◎1人当たり老人医療費は全国平均を下回るが、前年度に対する老人医療費の伸び率は13位となっている。

## 〔滋賀県内の市町村数〕

13市13町(26市町)

\*平成の大合併前は、8市41町1村(50市町村)

## 〔人口・高齢者の状況など〕

(平成20年4月)

人口:1,396,262人

世帯数: 519,813世帯

長寿医療制度の被保険者数:133,690人

(うち障害老人 5,873人)

75歳以上高齢者人口:129,914人(9.3%)

\*全国 10.2%

65歳以上高齢者人口:271,409人(19.44%)

\*全国 21.8%

最低:栗東市:13.4% 最高:余呉町:33.9%

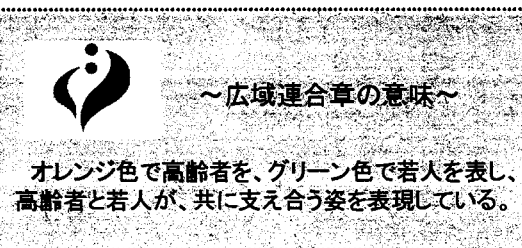
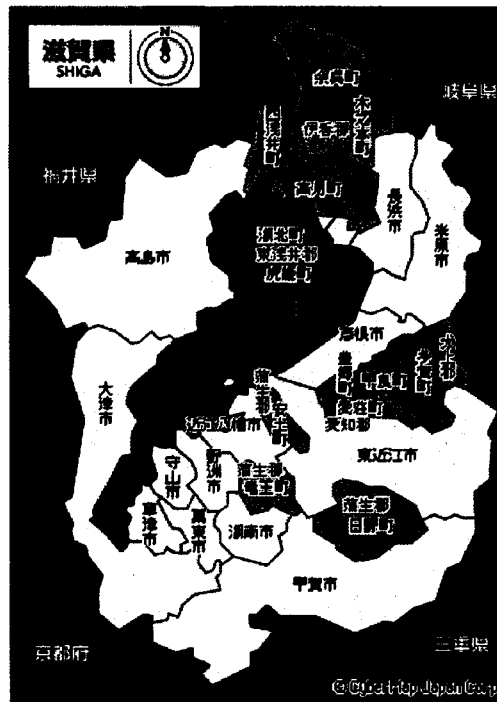
高齢者世帯(平成17年10月)

高齢者単身世帯:25,757世帯(5.4%)

\*全国 7.9%

高齢夫婦世帯 :38,749世帯(8.1%)

\*全国 9.1%



## 〔医療機関の状況〕(平成18年10月)

一般診療所: 932ヶ所(67.1 全国:77.2)

歯科診療所: 545ヶ所(39.2 全国:52.7)

病 院: 60ヶ所( 4.3 全国: 7.0)

病床数 14,564床(1,048.5 全国1,273.1)

備考:( )は人口10万人当たりの数

\*大津市、湖南地域(草津市・守山市・栗東市・野洲市)で  
50%程度を占め、県南部に偏在の傾向が見受けられる。

## 〔老人医療費の状況〕(平成18年度)

県平均1人当たり老人医療費:795,070円

(市町別) (全国27位)

最高:899,550円

最低:620,184円

乖離幅:1.45倍

老人医療費対前年度伸び率:1.9%(全国13位)

(参考)

全国:1人当たり老人医療費:832,373円

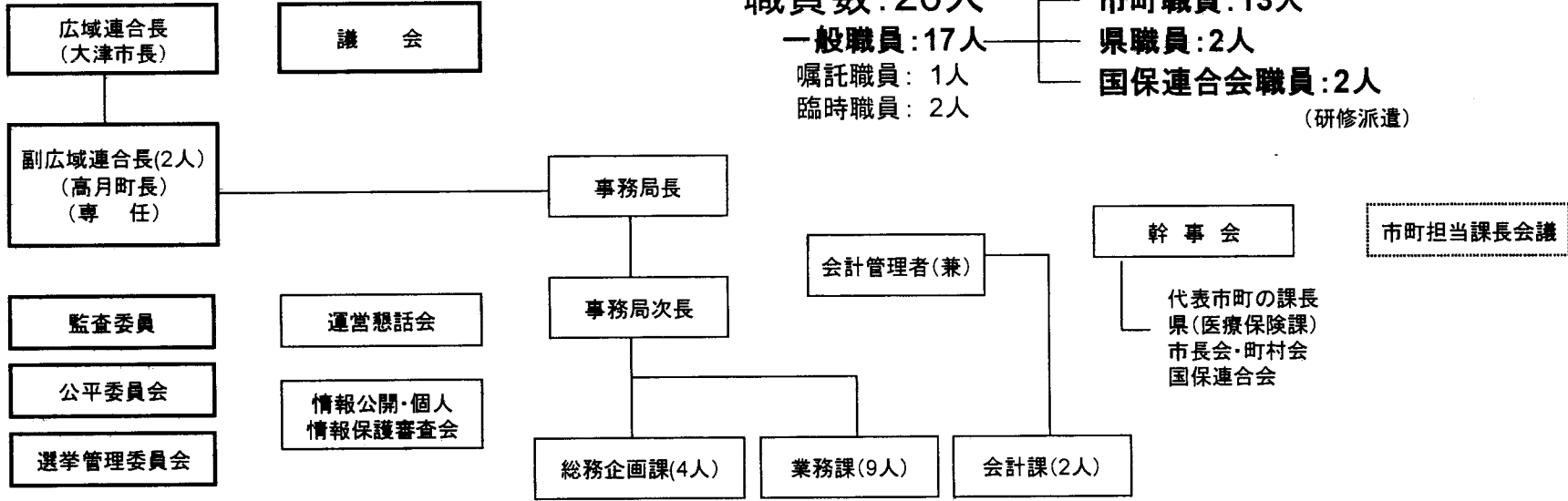
老人医療費対前年度伸び率:1.3%



# 滋賀県後期高齢者医療広域連合の概要

## 組織・体制

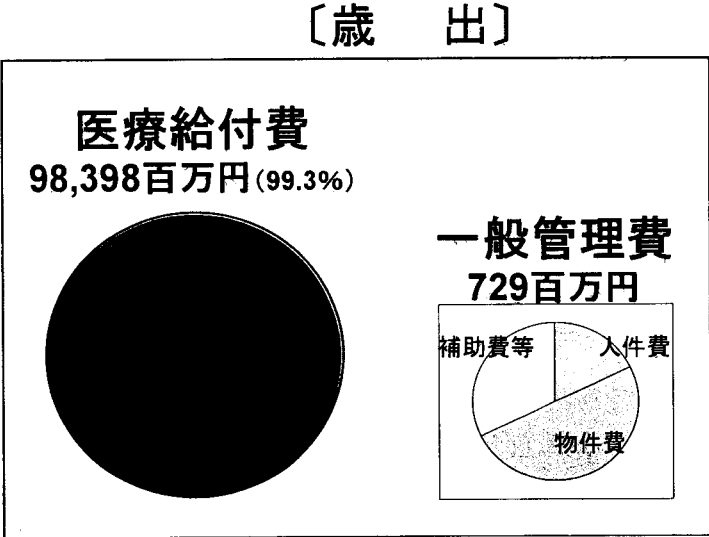
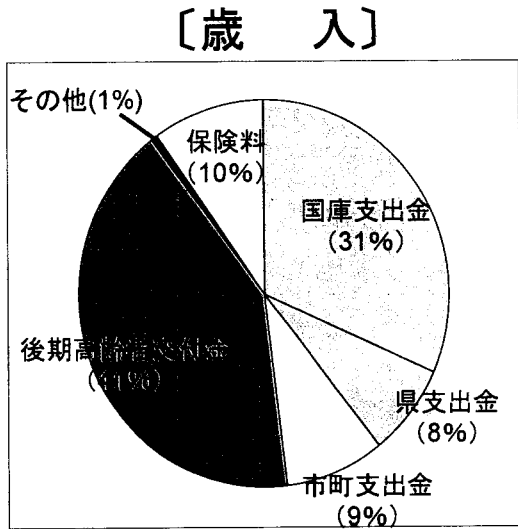
(平成21年1月1日現在)



## 財政状況

**平成20年度予算**  
 (一般会計+特別会計)

**99,127百万円**



# 滋賀県広域連合の設立準備から制度施行までの取組み

## 国の動き

(平成18年6月)  
高齢者の医療の確保に関する法律が成立

高齢者の医療の確保に関する法律施行令公布

広域連合・市町村条例参考例の送付

制度周知用リーフレット等の送付

政省令公布  
(高額医療など)

長寿医療制度施行

## 広域連合の動き

…平成18年……

4月 **広域連合設立準備事務局を設置(全国で最初)**

\* 事務局長として、滋賀県から職員を派遣

7月 広域連合設立準備委員会が発足

12月 各市町の議会で広域連合規約(案)を可決

広域連合研究会(市町代表課長、市長会・町村会、県など)・作業部会による広域連合設立準備などを協議

…平成19年……

2月 **広域連合設立**

26市町議会で各1名の広域連合議員を選出

3月 広域連合議会(第1回)臨時会開会

\* 条例制定・組織体制・平成19年度予算などを審議・可決

4月 事務局体制の強化(専任副広域連合長、職員:9人⇒20人)

7月 政省令の早期公布、保健事業等への財政支援、国の広報活動などについて厚生労働省へ要望  
後期高齢者医療運営懇話会の設置

\* 被保険者、有識者、医療関係団体、保険者などの代表で構成

ホームページ開設

10月 被用者保険の被扶養者に係る保険料凍結に伴う財政的措置などについて厚生労働省へ要望

11月 広域連合議会定例会開会

\* 広域計画、保険料率などを審議・可決

幹事会(市町代表課長、市長会・町村会、県ほか関係機関)及び担当課長会議による制度の施行準備のための協議

…平成20年……

2月 制度周知用パンフレットの県内全世帯(約50万世帯)への配布

3月 被保険者証の送付

「高齢者のための健康づくりフォーラム」の開催

広域連合議会定例会開会

\* 平成20年度予算、基金条例などを審議・可決

4月 長寿医療制度施行

# 長寿医療制度施行後の広域連合の動き

## 国の動き

## 広域連合の動き

施行と同時に通称名を「長寿医療制度」

長寿医療制度実施本部を設置

高齢者医療の円滑な運営のための負担軽減策について(政府・与党)

政令改正(7月)  
(年金徴収から口座振替納付の拡大)

高齢者医療制度に関する検討会の設置

長寿医療制度の改善策の円滑な実施について(与党PT)

政令改正(11月)  
(月途中75歳到達者の高額療養費ほか)

政令改正(12月)  
(年金徴収から口座振替納付への更なる拡大)

…平成20年……

- 4月 きめ細やかな相談対応の実施  
\* 事務局に電話回線の増設、職員の土日・祝日出勤対応
- 5月 制度の定着と安定運営、システム変更に伴う国の経費負担などについて厚生労働省へ要望
- 6月 保険料の確定賦課作業の実施
- 7月 DVD「ご存知ですか？ 長寿医療制度」の作製・配布(1,000本)  
健康増進事業への財政的支援などについて厚生労働省へ要望
- 8月 広域連合議会臨時会開会  
\* 条例改正(特別対策関連)、補正予算(特別対策、健康増進ほか)審議・可決  
\* 「長寿医療制度の定着・安定運営を求める意見書」を採択
- 特別対策に伴う保険料の変更賦課作業の実施と被保険者への通知  
特別対策の周知について新聞紙へ広告を掲載(全国紙4社・地方紙2社)
- 9月 厚生労働大臣の見直し案に係る広域連合・市町への説明を大臣に申し入れ  
高齢者健康づくり基盤整備モデル推進委員会の設置
- 10月 滋賀県少子高齢化特別委員会で長寿医療制度の施行状況、課題などを説明  
被用者保険本人・被扶養者への保険料徴収に関する啓発の実施  
\* 健保組合ほか関係機関へのポスター、リーフレット配布など
- 11月 広域連合議会定例会開会  
\* 補正予算、決算認定などを審議・可決  
「長寿医療制度かんたんガイド」の作成・配布  
保険料の納付方法に係る現行制度の維持について厚生労働省へ要望

…平成21年……

- 1月 現役並み所得者判定基準見直しに伴う医療費窓口負担割合変更による被保険者証の送付

# 滋賀県広域連合の目標及び施策体系（平成20年度）

## 施策体系

## 目標 | 長寿医療制度の安心・安定した運営を図る

### 長寿医療制度の効率的な運営

広域化による財政基盤の安定

- \* 資格管理・保険料賦課業務
- \* 財政安定化基金の活用
- \* 財政基盤安定制度の運用

円滑な保険給付の推進

- \* 医療給付
- \* 葬祭費の給付

業務の効率化の推進

- \* 事務の外部委託による業務効率化の推進
- \* 市町との連携や情報共有による円滑な業務運営
- \* 保険料の収納率向上のための事業の推進
- \* 各種研修会への参加による職員のスキルアップ
- \* 事務局体制の見直し

電算システムの適正な運用

- \* 広域連合システムの管理・運営
- \* セキュリティ・ポリシーの策定

保険料凍結への的確な対応

- \* 臨時特例基金事業（保険料軽減、広報啓発）の実施

議会・行政委員会との協働

- \* 議会を通じた住民意見の反映
- \* 行政委員会を通じた事務の円滑化

### 高齢者の健康づくりの推進

高齢者の健康づくりの推進

- \* 基本健康診査の実施
- \* 健診データの活用による事業の検討
- \* 市町と連携した高齢者元気づくり事業の推進  
(高齢者健康づくり基盤整備モデル推進事業)

医療費適正化の推進

- \* 市町との連携による重複頻回受診指導
- \* 医療費通知の送付

関係団体との協働

- \* 保険者協議会の活用
- \* 関係団体との連携による医療費適正化の推進

### 住民とともに推進する長寿医療制度

住民にわかりやすい広報・啓発

- \* 市町と連携した広報・啓発・相談機能の充実
- \* 広報紙、リーフレット、DVD等の作成
- \* 広域連合ホームページの活用

的確な意見反映システムの構築

- \* 長寿医療運営懇話会の開催

## 滋賀県広域連合における広報・制度周知活動の取組み

広報・制度周知を きめ細やかに かつ 効果的に 実施するために

- \* 広域連合と市町・県とが緊密な連携を保ち、互いに役割を分担  
(広域連合: 企画立案+県域・圏域の広報 市町: 住民の顔が見えるところでの広報)
- \* さまざまなメディア・媒体を有効に活用
- \* 被保険者だけでなく、高齢者を取り巻く関係者へもアプローチ

### 広域連合

- \* 被保険者や住民の皆様を理解していただくために
  - ・ 県内全世帯(約50万世帯)へのパンフレットの配布
  - ・ 新聞(全国紙4社と地方紙2社)への啓発広告の掲載
  - ・ 地元メディア(テレビ局)でのスポット放映
  - ・ 路線バス(11社)の車内吊り広告
- \* 高齢者を取り巻く関係者の皆様を理解していただくために
  - ・ 医療機関、介護施設などへのポスターの配布・掲示
  - ・ 県老人クラブ連合会や民生委員協議会での説明
  - ・ ケアマネジャーなど介護関係者への説明
  - ・ 関係機関の季刊誌への掲載
  - ・ 「長寿医療制度かんたんガイド」の作成、配布
- \* 映像で理解していただくために
  - ・ DVDの作製(1,000本)、配布
- \* よりきめ細かく対応するために
  - ・ 点字によるパンフレットやテープによる「声の広報」の作成、配布
- \* 制度の開始にあたって
  - ・ 「高齢者の健康づくりフォーラム」の開催
  - ・ 「後期高齢者医療のしおり」を被保険者証に同封

### 市町

市町では、地域に入り込んで、それぞれ創意工夫を凝らした広報活動を展開

- ・ 自治会単位での制度説明会の開催
- ・ 地域や団体からの要望に応じて出前講座で説明
- ・ 市町の広報誌への定期的な掲載
- ・ ケーブルテレビや有線放送の活用
- ・ 市町単位の老人クラブや民生委員協議会への説明
- ・ 市町独自でパンフレットを作成し、配布
- ・ 市役所や町役場に相談窓口を設置

### 滋賀県

- ・ 滋賀県広報誌「プラス1」への定期的な掲載
- ・ 新聞(全国紙4社と地方紙2社)への啓発広告の掲載
- ・ 「県政インフォメーション」(FM放送)での制度施行のお知らせ

### 保険者協議会の活用

- 被用者保険の被保険者や被扶養者に対する広報の協力
- ・ 平成20年10月15日からの特別徴収のリーフレット配布
  - ・ 協会けんぽ季刊誌や共済組合HPへの登載

# 高齢者の健康づくりによる適正な医療受診への取組み

\* 病気になっても保険があるから大丈夫！ という前に…

〔医療保険〕

健康寿命の延伸をめざして！

リスク予防

リスク保障

◎ 保険給付だけでなく、保健事業の充実が重要

◎ 介護保険(介護予防)との連携による高齢者の居場所づくり・生きがいづくり施策の展開

\* 介護保険: 地域介護福祉空間整備交付金の活用による基盤整備や健康増進事業の推進

◎ 75歳からではなく、壮年期・前期高齢期からの切れ目のない健康管理と健康づくり

○ 健康管理 : 健康診査の継続性、特定健診と連続したデータ管理や保健指導の実施

○ 健康づくり : 地域の特性に見合った、生涯を通しての健康づくり、高齢者同士の支え・支えられの実現

## 高齢者健康づくり基盤整備モデル推進事業

(後期高齢者医療・特別調整交付金の活用)

モデル市町における  
医療費・介護給付費の  
調査・分析・評価など

モデル市町における切れ目のない  
健康づくりモデル事業の実施

保健・医療・介護の連携による  
健康づくり体制の整備

広域連合

連携

モデル市町  
(1市3町)

事業の推進に関する  
調査・研究、指導・支援

(業務委託)

京都大学医学部  
公衆衛生学教室

健康づくり施策・重複頻回受診指導等の  
調査・分析・指導・支援

滋賀県関係課  
(健康推進・介護保険・医療保険)  
国保連合会  
社会福祉協議会 ほか

〔今後の検討課題〕

- \* 後期高齢者の特性にあった医療
- \* 急性期から慢性期へのリハビリの充実
- \* 重度要介護者の医療と介護のあり方  
(病院への入院・介護保険施設への入所)

# 広域連合運営上の課題

## 後期高齢者医療の安定運営

高齢社会の進展により高齢者医療費がますます増大するなか、後期高齢者医療の運営責任と財政責任を担う広域連合として、高齢者が安心して医療を受けることができる体制を整備していくことが必要である。

### 広域連合組織の活性化

滋賀県広域連合では、現在、市町(県、国保連)から派遣された専門性の高い職員で構成されているが、そのノウハウの継承が難しいことから、市町との繋がりを配慮しながら、プロパー職員の確保を行っていく必要がある。

### 広域連合自主財源の確保

広域連合は市町村からの分賦金で運営しているため、財政運営の硬直化を余儀なくされていることから、予算の編成や執行が機敏かつ柔軟に実施できるよう、自主財源を確保できる仕組みが必要である。

### 都道府県の関与

長寿医療制度の運営は都道府県を単位としており、その円滑な運営を図るためには、市町村に関する調整機能を有する都道府県の積極的な参画が必要である。

#### 広域調整機能

例: 市町村との調整、県医師会など県域関係団体との調整・支援

#### 計画調整機能

例: 医療費適正化計画などの県域単位での計画との調整

#### 組織機能強化

例: 県 & 市町村職員の協働による広域連合の組織基盤の安定

法的・制度的な裏付けが必要か？

## 制度への信頼性の向上

～滋賀県後期高齢者医療広域連合・広域計画(ばっすい)～

“高齢者の誰もが滋賀の地域で安心して健やかに暮らすことができるよう、健全で円滑な医療制度を運営します”

## 住民との接点としての広域連合・市町から

### 制度の定着と安定が第一

長寿医療制度は、少子高齢化の進展による医療費の増大が避けられない中、将来にわたって国民皆保険を堅持するために長年の議論の末に実現した医療制度である。これ以上、制度を動かさないでほしい。

### 現場は制度の運営に懸命

市町と広域連合は、長寿医療制度の定着と安定運営を図るため、懸命に取り組んでいる。また、制度の変更のつど、市町の財源の持ち出しが増えるとともに、膨大な業務に追われている。

### 度重なる見直しが不安・不信を助長

住民は、一貫しない施策に対して、不安感や不信感を募らせている。長寿医療制度の被保険者は75歳以上の高齢者であることに配慮してほしい。

- \* 長寿医療制度の根幹は、ゆるがさないでほしい
- \* 制度を見直すときには、現場の声を十分に聴いてほしい
- \* 高齢者が安心して医療を受けられるよう、制度を設計した国が責任を果たしてほしい



(川渕委員配布資料)

療養病床の転換と収支(年額)の増減(差額分析)

～シミュレーションの前提条件

- ・療養病床数 113 (療養病床60%以上の病院)(平成17年医療経済実態調査)
- ・療養病床利用率 94.1% (平成18年病院報告) ・1日患者数 107人  
(=113×94.1%)

- ・療養病床の人員配置基準 看護職員 4:1 看護補助者 4:1

- ・賃金(年額, 賞与を含む)(平成17年賃金構造基本統計調査)

医師 1,1041.7千円 ※医療法人は1,5826.8千円

看護職員 4,366.5千円 (看護師と准看護師の賃金の加重平均値)

看護補助者 2,845.5千円

介護職員 看護補助者の額を準用

- ・療養病床(医療保険), 2006年度の患者のADL・医療区分別割合

(中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会(第97回)資料(診-1))

「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査報告書」(平成19年8月8日)図表3)

ADL区分3	10.0%	28.0%	15.7%
ADL区分2	11.0%	13.0%	2.7%
ADL区分1	10.1%	8.3%	1.3%
	医療区分1	医療区分2	医療区分3

- ・介護保険施設(経過型介護療養医療施設・介護老人保健施設)入所者の要介護度割合  
(平成17年度介護保険事業報告;施設介護サービスの給付件数の比率を準用)

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
8.0%	12.1%	20.1%	29.5%	30.3%

経過型介護療養医療施設		
(多床室)		
	看護8:1	看護6:1
	(従来型)	(新類型)
人員基準(人)		
医師	2	2
看護職員	15	19
看護補助者 介護職員	29	29

医療療養病床
(改定後)
08年4月～
3
29
29

	8:1⇒医療療養病床	6:1⇒医療療養病床
収入増(円)	66,415	53,534
費用増	72,172	54,706
利益増	△5,757	△1,172

		経過型介護療養医療施設	
		(多床室)	
		看護8:1	看護6:1
		(従来型)	(新類型)
人員基準(人)			
医師		2	2
看護職員		15	19
看護補助者/介護職員		29	29

		介護療養型老人保健施設	
		(多床室)	
		介護6:1	介護4:1
		1	1
		19	19
		19	29

	ケース①	ケース②	ケース③	ケース④
看護-介護	8:1⇒6:1	8:1⇒4:1	6:1⇒6:1	6:1⇒4:1
収入増(千円)	△199	10,346	△13,261	△2,716
費用増	△22,031	6,424	△39,496	△11,041
利益増	21,832	3,922	26,235	8,325

療養病床の転換と収支の変化(1)(年額)

年額(単位:千円)		医療療養病床 1)	経過型介護療養医療施設 看護8:1	従来型老健 看護6:1 (従来型個室の場合)
総収入		992,479	882,713	895,774
総費用	人員整理不可	949,542	949,542	949,542
	人員整理可		877,370	894,835
総収支差額	人員整理不可	42,937	-66,829	-53,767
	人員整理可		5,343	939
総利益率	人員整理不可	4.3%	-7.6%	-6.0%
	人員整理可		0.6%	0.1%
(多床室の場合)				
総収入		992,479	926,064	939,126
総費用	人員整理不可	949,542	949,542	949,542
	人員整理可		877,370	894,835
総収支差額	人員整理不可	42,937	-23,478	-10,416
	人員整理可		48,694	44,290
総利益率	人員整理不可	4.3%	-2.5%	-1.1%
	人員整理可		5.3%	4.7%

1) 中医協「第16回医療経済実態調査」(2007年6月);療養病床60%以上の一般病院。

2009年改定で1施設当たり年間3,300万円の増収で人員整理できれば、  
年間392万円～2624万円の増益

療養病床の転換と収支の変化(2)(年額)

年額(単位:千円)		介護療養型老人保健施設			
		介護6:1		介護4:1	
		~08年3月	09年4月~	~08年3月	09年4月~
(従来型個室の場合)					
総収入		862,010	895,011	872,555	905,556
総費用	人員整理不可	949,542		949,542	
	人員整理可	855,339		883,794	
総収支差額	人員整理不可	-87,532	-54,530	-76,987	-43,985
	人員整理可	6,671	39,673	-11,239	21,763
総利益率	人員整理不可	-10.2%	-6.1%	-8.8%	-4.9%
	人員整理可	0.8%	4.4%	-1.3%	2.4%
(多床室の場合)					
総収入		892,863	925,865	903,408	936,410
総費用	人員整理不可	949,542		949,542	
	人員整理可	855,339		883,794	
総収支差額	人員整理不可	-56,678	-23,677	-46,134	-13,132
	人員整理可	37,525	70,526	19,615	52,616
総利益率	人員整理不可	-6.3%	-2.6%	-5.1%	-1.4%
	人員整理可	4.2%	7.6%	2.2%	5.6%

2009年介護報酬改定で、総利益率が3.4~4.1ポイントの改善。

# 診療報酬体系の課題と将来

## はじめに

厚生労働省の保険局医療課長の引き継ぎは概ね30分と聞いたことがあるが、3・16%とマイナスとなった2006年度改定は積み残しが多い。あやふやな解決となった「リハビリ打ち切り」問題、「入院基本料7:1」新設による、無秩序の看護師獲得競争や療養病床再編にまつわる医療区分の大幅引下げの余波など問題は山積だ。

歳入歳出一体改革が先行されるか未定だが、経済財政諮問会議との申し合わせでは、社会保障費は国と地方を合わせた公費ベースで、年間3200億円削減するという。「賁すれば純する」と言うが、年金不払いとコムソンの介護難民で身動きがとれない当局は、4回

連続の「マイナス改定」を断行するかもしれない。そうすると、論点はどこを切り詰めるか、すなわち「医療費の分配」にシフトする可能性がある。一部新聞報道によると現在、厚生労働省では、病院勤務医の負担を軽減させるべく、次期診療報酬改定において、開業医が外来患者を時間外に診療した場合の加算を厚くする代わりに、診療所の初・再診料を引き下げる議論を進めているという。

医療費の分配と言えば、2008年度から始まる後期高齢者医療制度も争点だ。というのは、保険者は「登録医制による人頭払い」や包括化の拡大を主張するのに対して、医療提供側は、むしろ後期高齢者の方が手間がかかることから加算の拡大や出来高払いの堅持を唱えるからである。次期改定の

一番大きな目玉は、後期高齢者にかかる診療報酬体系だろう。奇しくも国の社会保障審議会「後期高齢者の在り方に関する特別部会」は、今秋にまとめる後期高齢者の新たな診療報酬体系の骨子づくりに向けての議論を再開した。そこで本稿では、わが国の後期高齢者にふさわしい診療報酬体系とはどんなものか、一定の私見を述べることにする。

## 1 後期高齢者の診療報酬体系のポイント

「歴史は繰り返す」と言われるが、実は1982年に老人保健法が制定された際「老人の心身の特性にふさわしい合理的な診療報酬の設定」が国会にて附帯決議として採択された。翌83年には「老人

診療報酬」が作られた。しかし、老人診療報酬は在宅医療の分野や認知症患者療養指導、あるいは入院基本料など、一部で特化した項目はあったが、最終的には2006年改定で、一般診療報酬に一本化された。その理由は、一般と老人の点数表が実質的に近似しており、両者を分ける必要がなくなつたから。それが再び2008年4月に後期高齢者独自の診療報酬体系が整備されるという。であれば、新制度の診療報酬体系は、少なくとも次の基本方針に従って構築する必要がある。

1. 制度創設によって、世代間の公平感が保持されること
2. 制度自体が、後期高齢者の心身の特性に合致した内容であること

3. 設定される診療報酬が、後期高齢者への医療提供を担保できるものであること

より具体的には次の3点がポイントとなる。

- (1) 後期高齢者の特性を踏まえること、プライマリケアや基礎疾患の日常的医学管理については包括化が可能と思われるが、急性発症の疾患や急性増悪に対する治療の包括算定は困難である。
- (2) 高額薬剤や点数の高い処置・手術は包括化されると、医療機関の持ち出しになるので、出来高算定が望ましい。
- (3) 急性期病院に適用されているDPC (Diagnosis Procedure Combination) については後期高齢者も対象とするが、その特性を踏まえて一定の配慮を行う。

## 2 後期高齢者の入院医療費分析

それでは、DPCによる包括評価ではどんな配慮が必要になるだろう。ここで気になるのは、そもそも75歳以上の後期高齢者にかかる1症例当たり医療費が、75歳未満のそれと比べて高いかどうか

だ。一般に75歳以上の後期高齢者には、投薬・処置などを使う傾向があり、DPCによる包括対象内医療費が高いとされるが本当かどうか。

本分野の「病院可視化ネットワーク」では、2004年度から2006年度までに全国の86の急性期病院から回収したDPC関連データ(様式1およびE・Fファイル)を使用して、一定の検証を行ったのでその結果を紹介する。

なお、分析対象には重要性の観点から3大疾患の悪性新生物・心疾患・脳血管疾患をとりあげた。

### 結果と考察

75歳以上の後期高齢者に関して特筆すべきことを要約すると、次のようになる。

- 疾患ごとの1症例当たり医療費
- 悪性新生物は高いが、心疾患・脳血管疾患の場合は低い。
- 手術実症例のみに限った医療費
- 手術実症例について手術の有無に分けて医療費を分析すると、「手術あり」では75歳未満が高く、「手術なし」では75歳以上が高いという傾向がはっきりと見て取れた。
- 在院日数及び1日当たり医療費
- 悪性新生物の死亡退院例を除く

て、全ての疾患で有意に長かったが、1日当たり医療費は低い。

この分析に興味深いのは、悪性新生物では確かに75歳以上の医療費が高いが、心疾患や脳血管疾患では、後期高齢者の方がむしろ低いという結果である。マクロ的に見ると、75歳以上の年間医療費は81・5万円(75歳未満の19・8万円より4倍も高いが、マイクロの視点で分析するとむしろ逆転するのだ。

ただし、本分析は731のDPC実施・準備病院をすべて網羅するものではないので、その解釈は慎重を要する。とは言え、今後DPCによる1日定額払いを継続するということであれば、75歳以上の特性である①在院日数が長い、②入院時疾患併存率が高い、③入院後疾患発症率が高いの3点を十分に留意し、現行の25%タイル値や加算等の再編が必要になるだろう。

### 死亡前医療費の分析

また、本分析では75歳以上の特性として、死亡前1日当たり医療費が低いことも確認された。特に、死亡前1週間は悪性新生物の死亡1〜2日前を除いて、心疾患・脳

血管疾患ともに75歳未満の医療費より低くなっている。これは意外にもDPCを導入している急性期病院でも、75歳以上の後期高齢者には、一定の「節度ある医療」が行われている証左ではないだろうか。

国は、死亡前1か月のデータ(平均112万円)で入院は約41万円)をベースに、終末期医療は約9000億円とラフに推計している。これに対して、筆者らの推計ではDPC病院で、死亡前1週間に悪性新生物で32・8万円、心疾患で38・9万円、脳血管疾患で22・3万円かけている。

最期のステージをどう送るかは、各人の死生観を伴うが、ポイントは、その処置内容である。図(53頁参照)に、悪性新生物の中で一番症例数の多かった「気管、気管支及び肺の悪性新生物」において死亡1週間前の後期高齢者に最も多くの医療費を使用した病院で症例の50%以上に対して行われた処置内容を示す。併設する緩和ケア病棟が一連のターミナル・ケアが行われていることがわかる。医療の中心は、医師のプロフェッショナル・フリーダムに依拠するので介入しにくい、当該医療費

を金額に換算すると療養病床の約1か月分の医療費に相当する。であれば、DPC病院から療養病床へ入院患者をシフトさせる選択版も検討に値するのではないか。

### 3 長期療養患者の包括支払方式

そもそもわが国では、1990年(平成2年)4月から介護体制の整った老人病棟を対象として、長期療養患者に対する老人入院医療管理料制度が導入された。これは、投薬、注射、検査、看護をひとまとめにして、老人1人1日当たり一定額を支払うという方式である。

しかし、この方式だと、病院側が重症度の患者を受け入れる経済的インセンティブがなく、また、手間のかかる老人の「たらい回し」が起きる危険性が指摘された。また、この支払方式は、看護師や看護補助者の頭数に応じて金額の大小が決まっているので、看護の質の向上が期待できないという批判もあった。そこで、わが国でも長期療養患者の属性を反映した包括支払方式の検討がなされてきた。

折しも、2000年4月に導入された公的介護保険には、要介護状態の認定方法も加わり議論はますます複雑化している。その象徴的な出来事が、2006年7月に導入された、医療療養病床の区分である。

根本的な問題は、理論上、ケミックスは3つの医療区分にADLの区分を組み合わせた9区分に認知障害加算を加えた11分類存在するが、診療報酬は5段階しかないこと。さらに、実測されたコストと随分乖離した診療報酬となっていることも、施設経営者のモチベーション(動機付け)低下につながっている。

どの部分までが「医療」で、どの部分から「介護」という線引きはなかなか難しいが、将来的にわが国の病院を急性期病床と慢性期・長期療養病床に分離しようと言うならば、それぞれの病床と入院患者の属性とがうまくマッチするケースミックスを開発することが急務となるだろう。具体的には、急性期患者には、DPCを適用することが可能だが、いわゆる「社会的入院」に代表される長期療養患者にはDPCと異なる新たな患

者疾病分類が必要になるだろう。08年4月には、いわゆる「転換型老健」への移行意欲を高めるために、前倒しで介護報酬の改正もなされるようだが、今回こそ「医療」と「介護」との整合性を図るべきである。

### 4 外来・在宅診療報酬の課題

以上、入院医療について述べてきたが、外来・在宅の診療報酬はどうすればよいだろうか。

2005年社会医療診療行為別調査によれば、1日当たりの外来診療費は一般医療が657・0点であるのに対し、老人医療は726・6点となっている(約1・11倍)。同時に、レセプト1件当たりの受診日数は一般が1・71日、老人が2・28日で、約1・33倍の開きが見られる。診療区分別に精査すると、老人は在宅医療「投薬」「処置」の項目で、一般と大きな格差がある。高齢者の心身の特性から考えると、こうした点が高齢者外来医療の特徴であると言えよう。

2005年の患者調査概況(厚

生労働省)によれば、全年齢の10万人対比外来受療率が5551人であるのに対し、75歳以上の後期高齢者のそれは1万3086人(約2・36倍)となっている。

70歳以上の患者の複数受診はつとに有名だが、2006年度診療報酬改定では、こうした複数診療科受診の際に同日初診料(135点)が算定できるよう、項目新設を行ったが、これが実態にそぐはない。というのは、同日初診料算定に該当する高齢者はほとんどなく、複数診療科受診の大半が再診だからである。つまり高齢者の特性である「多様な疾患の治療が必要」という状況は、一過性のものではないということ。いったん発症した疾患は長期的な治療が必要であり、その実態に対応した診療報酬制度が求められる。まさに、高齢者には医療の「持続性」が求められるわけである。

他方、後期高齢者の外来受診率の適正化には、迅速検査の加算や「総合診療管理料(仮称)」の新設が急務である。国の公表資料によれば老人の外来受診率は若人の2・7倍になっている。ここで興味深いのは、わが国の高齢者に関

しては医科の受診率が高いが、歯科の受診率が低いという事実。これは日本歯科医師会が「8020運動」を展開しているにもかかわらず、実態は「8008」になっていることに関係していると考えられる。確かに、80歳になっても20本の歯があるお年寄りも20%は存在するが、総じて後期高齢者の口腔状態は良好ではない。しかし、都道府県に医科と歯科の受診率をプロットしてみると、両者には強い相関がある。さらに、老人の受診率を若人の受診率で除して一定の倍率を求めると、医科、歯科ともに地域格差が相当大きいこともわかった。

口腔状態の改善が医療費の削減に貢献することが叫ばれているが、食べることはお年寄りの「生きがい」のみならず、嚥下障害の防止という意味合いもある。後期高齢者については、医科と歯科との連携を図る、いわゆる「エピソード払い」が求められる。

また、06年改定で大幅な引上げとなった在宅医療は「届出数」ばかりが先行している。在宅療養支援診療所をいかに地域に根ざしたものにできるか、その要件緩和がポイントになるだろう。

### 5 求められる「質の向上と効率化」

いずれにしても、わが国の高齢化のスピードや今の財政状況を考えると、今後の医療界のキーワードは「医療の質の向上と効率化の同時達成」になる。一般に医療にかけるコストと死亡率(リスク調整済み。以下同じ)とはトレードオフにある。しかし、同じ死亡率でもこれに要するコストにはばらつきがある。これは裏返せば、わが国の病院が比較的安い医療費でそれなりの実績を上げることができる証左ではないか。

事実、米国では65歳以上を対象とした老人保険制度を司るCMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)が「pay for performance(一定の治療成績に加算をつける)」という政策を検討中である。わが国でも質の向上と効率化(低

医療費・低医療収入)の同時達成を実現している医療機関には一定の経済的インセンティブを検討してもよいのではないかと。特に後期高齢者の医療では、医師が関与できる部分は限られ、他の職種との

チーム医療に負うところが大きい。そこで今後は「多職種協同」によって一定の成果をあげている試みを評価する「成果主義」の考え方の導入が望まれる。

図 「気管、気管支及び肺の悪性新生物」における死亡1週間前の処置内容

レセプト項目	7日前	8日前	9日前	10日前	11日前	12日前	13日前
リンデロン錠 0.5mg	70円	70円	70円				
ボルタレン錠 25mg					50円	50円	
ロキソニン錠 60mg	70円	20円					
塩酸モルヒネ注射液 1% 1mL	960円	960円	960円	960円	960円	960円	320円
塩酸モルヒネ注射液 1% 5mL				1,450円	1,450円	1,450円	1,450円
ロビオン注 50mg 5mL	270円	810円	810円	810円	810円	810円	810円
ソリター-T3号 500mL	200円	200円	200円	200円	200円	200円	200円
リンデロン注 4mg(0.4%)	340円	340円	340円	340円	340円	340円	340円
生理食塩液「ヒカリ」100mL	100円	290円	190円	190円	100円		
へパフラッシュ10 単位/mL シリンジ 10mL					170円		
液体酸素・定置式 液体酸素貯槽(CE)	780円	780円	260円	780円	780円	780円	520円
酸素吸入	650円	650円	650円	650円	650円	650円	650円
経皮的動脈血酸素飽和度	300円	300円					
緩和ケア病棟入院料	3.78万円	3.78万円	3.78万円	3.78万円	3.78万円	3.78万円	3.78万円
一般病棟入院期間加算(14日以内)	4,280円	4,280円	4,280円	4,280円	4,280円	4,280円	4,280円
栄養管理実施加算	120円	120円					