

(2008. 4. 26 香川県社会保障推進協議会)

## 医療「崩壊」どうなる・どうする～地域医療を考える～

### 1. 医療制度「改革」の内容とねらい

#### (1) なぜ後期高齢者医療制度をつくったのか

- ①国の責任で、全国民が保険に加入する、必要な医療サービスが患者さんに直接提供される、能力に応じて保険料を負担する、等の原則から成立つ  
憲法第 25 条の理念に基づいた国民皆保険制度の発足…1961 年 4 月  
高齢者の窓口負担を無料制度の創設(老人福祉法改正)…1973 年 1 月  
高齢者の窓口負担を有料化(老人保健法開始)…1983 年 2 月  
(入院 1 日 300 円を 2 カ月間、通院 1 カ月 400 円)
- ②政府は 1980 年代以降、老齢年金を削り、高齢者の負担を増やし、医療費抑制を行ってきた(1983 年 吉村仁厚生労働省保険局長「医療費亡国論」)  
「命と健康は平等」という医療保障理念が後退させられる一方で、“負担なければ給付なし”という考え方が強められてきた
- ③2006 年に成立した「高齢者の医療の確保に関する法律」は、医療給付の抑制—1 人 1 人に対する公的支出の削減—を、自治体、医療機関、国民に迫る法的根拠を定めた  
国の目標は、2025 年度の医療給付費 56 兆円を、48 兆円へ 8 兆円削減し、そのうち 5 兆円を後期高齢者医療で削る—2025 年は“団塊の世代”(1947～1951 年生まれ)が高齢化を迎えるピーク、巨大な人口集団の医療費をいかに削るか、本命は今、60 歳前後の人

#### (2) 都道府県「医療費適正化計画」—2008 年 4 月から第 1 期計画開始

- ①「医療費適正化」の 5 つの目標を達成した場合に予想される〇〇県の 5 年後の医療費見通しを算出して書き込む  
医療費抑制の対象…「長期入院とその延長線上にある終末期医療」  
「『生活習慣病』など慢性期医療」
- ②入院患者の在院日数の短縮 (2 つの目標…主に高齢者が対象)
  - ・療養病床数の削減
  - ・平均在院日数の短縮
- ③「生活習慣病」の予防 (3 つの目標…主に現役世代が対象)
  - ・特定健診の実施率(12 年度に 70%)
  - ・特定保健指導の実施率(12 年度に 45%)
  - ・メタボリック症候群該当者・予備群の減少率(12 年度に 08 年度比 10%減)
- ④関連して都道府県の新医療計画も開始
  - ・都道府県内をいくつかの「地域」に分け、9 分野の医療連携体制を構築
  - 4 疾病…脳卒中・糖尿病・がん・急性心筋梗塞
  - 5 事業…小児医療・周産期医療・救急医療・災害医療・へき地医療

⇒4 疾病 5 事業を担う医療機関名・機能は医療計画に明記する、都道府県による医療機関の“格付け”につながる

▽医療費削減の目標を決め、達成のための対策、結果の点検を行い、第2期計画を作成

⇒都道府県が先頭に立って医療費削減を行い、競い合わせることで国のねらい—いまでも崩壊が進む地域医療が、ますます荒廃することに

### (3)入院から在宅へ—病院のベッド減らし

①厚生労働省は、2030年には75歳以上の後期高齢者が2千260万人、1千100万世帯へ、2040年には死亡者数が年間166万人になると推計

▽生活の場で、医療や介護の提供が受けられる体制を基本とする

▽体力のあるうちに、生活の力を少しでも付けて在宅に帰る

(2007年4月17日、辻哲夫 厚生労働省前事務次官)

▽入院すると医療費も相当程度かかる。入院日数をできるだけ抑えるための医療費適正化計画をつくる

(2007年10月25日、原 保険局医療課長)

②2006年度の全国平均入院日数32.2日(最短の長野県は25.0日)を、2012年度時点で29.8日へ、2015年度時点で28.6日へ、さらに25日をめざす

③そのために療養病床(平均入院日数は172日)を削減

▽療養病床約37万床を2012年度末には15万床程度へ6割削減

介護療養12万床は廃止

医療療養25万床は、国が定めた計算式に基づいて削減

▽厚生労働省は、都道府県が『後期高齢者人口の伸び率などを総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して』病床数を定めることを可能とした

計画期間中の5年間の高齢化率20%を加味するなどによって、20万床程度になると修正

▽削減した病床は、介護老人保健施設、有料老人ホーム、ケアハウス、「高齢専用賃貸住宅」などへ転換を促す

④精神病床(平均入院日数338日)の32万床も、2012年度までに7万床を削減して25万床へ

⑤次の段階では、一般病床(平均日数20日)の90万床を、60万床程度へ削減

⑥高齢者は、自宅や居住系施設に居てもらい、医療・介護サービスを外部から“出前する”ことを拡大していく

▽厚生労働省は、医療機関以外の自宅や居住系施設での終末期医療・看取りを4割にするだけでも—2025年度で約5千億円削減という「医療費適正化効果」を公表

▽厚生労働省の調査では、自宅で日中・夜間の両方またはいずれかで介護できる人がいないと回答した療養病床の入院患者は6割にのぼる

#### ⑦地域ケア体制の整備構想

高齢者向け 24 時間「見守り」サービス—安否確認、食事の援助、緊急時の対応—対象者数は 2035 年には 406 万世帯にのぼる

- 在宅福祉の拡充、入院から在宅までの医療連携体制を確立することは必要  
患者の病態などに応じて、入院と在宅を選べるように  
⇒ところが国は、入院・終末期の医療費をどう減らすかという議論から始めるやり方、在宅医療の体制づくりにかかる費用の議論はほとんどない
- 独居や高齢者のみの世帯、働く家族が増えている中、在宅医療や介護サービスがあっても、介護してくれる家族がいなければ成り立たないのが在宅生活、居住施設は、特養ホーム待機者数は全国で 30 万人とも推計され、有料老人ホームもある程度費用が負担できる人でなければ利用は難しい  
⇒自宅に戻れない患者は、施設をたらい回しされる傾向がますます強まる  
行き場を失う高齢者が家庭や地域の中で孤立する事態になりかねない

#### (4) 特定健診・特定保健指導で「生活習慣病」予防

- ①2008 年 4 月から、メタボリック症候群に特化した、特定健診・特定保健指導の実施を医療保険者に義務づける—2015 年度の目標値は、受診率 80%・4,600 万人—「国民皆健診」へ
- ②健診の目的が変わる  
「早期発見・早期治療」から、「医療費適正化」のための「早期抽出」と「早期介入」による「生活習慣の行動変容」に変わる
- ③住民の基本的な健診は、これまで地方自治体が実施してきたが、その位置づけが大きく変えられる  
▽市町村の一般衛生が担ってきた健康づくりに対する責任のかなりの部分を医療保険者が担い、保険料で賄う  
▽費用対効果が厳しく要求される、数字を追う“成果主義”になれば健診の精度や安全性に不安が
- ④「生活習慣病」の予防は必要だが  
▽厚生労働省は、「生活習慣病とは、不適切な食生活、運動不足、喫煙などで起こる病気」と定義  
▽「生活習慣病」は、遺伝的に罹患しやすい（しにくい）という個体差があり、現在の過酷な労働環境と偏った食生活など生活・労働条件が背景に

## 2. 75歳以上・個人単位・都道府県単位の後期高齢者医療制度

### (1) 医療給付の抑制が目的

- ①老人保健法の第1条の「目的」に明記されていた「健康の保持」が削られ、高齢者医療法には、「医療費の適正化の推進」の文言が加わる  
⇒都道府県ごとに、保険料負担に耐えるのか、医療給付を削減していくのかという仕組みが本格的に動き出す—保険料の値上げが困難になれば、医療給付の制限に向かわざるをえない—事実上のキャップがかぶさる効果が出る

### (2) 都道府県単位での運営と財政責任

- ①運営主体と財政責任は、都道府県ごとに全市町村が強制加入する広域連合（地方自治法に基づく特別自治体）—全市町村が“保険者”になる  
⇒広域連合は独自の財源を持たず、議会は年2回程度で数日間の会期、十分な審議日数が確保されていない

### (3) 75歳以上の高齢者は強制加入

- ①75歳以上の高齢者全員（現在、加入している社保・国保から“引っ越し”  
65～74歳の高齢者で一定の障害の状態にある人も対象（+100万人）  
⇒この制度への加入を医療費助成の条件とする自治体も  
生活保護世帯は対象から除外（△100万人）
- ②国保加入者4700万人から、後期高齢者1000万人が抜ける（保険料収納率が高く、自宅の名義を持ったまま）—国保の所得構造が変わり国保料に影響
- ③社保の本人であっても、75歳の誕生日から広域連合へ“引っ越し”  
約30～40万人と推計される本人の保険料に企業の負担はない、傷病手当金も支給されない  
同時に、扶養家族（74歳以下）は国保に移り、新たに国保料を納める  
厚生労働省は約7万人と推計—65歳以上の場合2年間は国保料を軽減

### (4) 個人単位で全員が保険料を支払う（扶養家族は認めない）

- ①各都道府県の広域連合ごとに、医療給付費の実績と加入者の所得状況を反映させた保険料を定める—2年ごとに改定
  - ・低所得者の保険料—39市区町で国保料より増加
  - ・厚労省試算—基礎年金・月額6.6万円の方は、国保料月額2800円が1000円に下がると宣伝—該当する市町村国保は存在しない
  - ・9都道府県（北海道、東京、石川、福井、岐阜、三重、京都、奈良、岡山）が公費投入で保険料を軽減
- ②保険料は受給する年金から天引き  
年金額15,000円（年間18万円）以上は、機械的に年金から天引き（対象者の8割以上になると試算）
  - ・75歳以上の高齢者が受給している年金額は、「年間80万円以下」と「受

給なし」をあわせると、45%と半数近くにのぼる

③厚生労働省は、新たに保険料を負担する高齢者（社保の扶養家族）は約2百万人と推計、2年間は保険料のうち所得割が0円に、均等割が5割減額としていた

⇒政府が決めた“凍結”とは

- ・2年間の軽減期間のうち、1年目の2008年4月～9月までの半年間は均等割分を徴収しない、10月～翌年3月までの半年間は9割減額
- ・4月からの70～74歳の窓口負担の2割を1年間先送りし、1割で継続（現役並み所得者は3割）。法改正ではないので法定給付は8割とし、1割分を公費負担医療で国が負担

#### (5) 保険料の決め方などに矛盾が

- ①生活実態は世帯単位であるにもかかわらず、個人単位とすることで新たな負担増に。例えば、国保世帯に加入していた高齢夫婦が、夫は後期高齢者、妻が国保へと分離されると、世帯で合計した保険料は従前よりも高くなるケースが（5年間は軽減措置がある）
- ②保険料の「均等割」に対する軽減措置は、収入によって7割、5割、2割の3段階。7割軽減は、年金収入168万円以下。しかし、軽減措置の判定は、世帯単位でとされ、他の医療保険の世帯主等の所得が合算される
- ③高額医療・高額介護合算制度が設けられたが、同じ世帯であっても加入している医療保険が異なると合算できない（社保・国保・後期高齢者医療制度）

#### (6) 保険料が払えないと保険証を取り上げ

①低所得の人には保険料の軽減を行うとしているが一国保と同様に、保険料の滞納が発生した場合

⇒4カ月で「短期保険証」を発行

1年を経過し『特別な事情』が認められないと、保険証の返還を求め「資格証明書」を発行

1年6カ月経過すると『保険給付の一時差し止め』を行う

●老人保健法では実施していなかった

#### (7) 健診の対象を制限

- ①老人保健法による基本健診は廃止され、後期高齢者の健診は各広域連合の努力義務に—2008年度は健診の実施で足並みそろえる
- ②財源は、後期高齢者の本人負担、保険料、公費で賄う  
⇒ただし、血圧やコレステロールを下げる薬、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用しているなど、治療中の後期高齢者は健診対象から除外  
徳島県は過去1年間に受診した人まで除いたため、対象者は全体のわずか3.5%だけ

## (8) 現金給付は広域連合条例で定める

- ① 葬祭費を5万円支給すると保険料は月額250円値上げ(愛知県広域連合)
- ② 傷病手当金の支給は義務規定ではないので、支給しない

## (9) 後期高齢者医療に要する財源

- ① 個人単位ですべての高齢者が負担する保険料—10%
- ② 被用者保険・国保が加入者数に応じて負担する「支援金」(=現役世代が支払う特定保険料)—約40%
- ③ 公費負担—約50%(国25%+8%、都道府県8%、市町村8%)

⇒2015年度には現役世代の人口が1.6%減少することが見込まれるため、後期高齢者の保険料の負担割合は10%から10.8%に上昇—1人当たりに均した保険料は年額約85,000円に

・東京都広域連合の1人当たり平均保険料の推計…2008年度102,200円が2012年度には1.29倍の131,400円に

・小池晃参議院議員の試算…2025年には平均保険料は160,000円に

⇒「現役並み所得者」は公費負担の対象ではないため、公費の負担割合は46%に低下、減った4%は「支援金」が肩代わり、負担割合は44%に増える

「現役並み所得者」…①課税所得額(住民税)が年間145万円以上、②年収が単身世帯で383万円以上、2人以上世帯で520万円以上が基準—2つの条件にあてはまる人

## (10) 「支援金」=現役世代が支払う特定保険料とは?

- ① 特定保険料は、後期高齢者医療への「支援金」、前期高齢者医療への「納付金」、療養病床の「病床転換支援金」に充てる
- ② ゼロ歳の赤ん坊も含めて加入者数に応じて医療保険者が負担(加入者1人当たり支援金は約4万円)  
⇒特定健診・特定保健指導の実績によって、支援金が増減される仕組みを導入。2013年度から数値目標の達成状況により、支援金を最大で±10%の範囲で増減(約4千500億円規模になる)  
⇒那覇市国保では、10%と仮定した加算額が4億6千万円になると試算

## (11) 国保や都道府県への影響

- ① 保険料収納率が高い後期高齢者の脱退、「支援金」の拠出、特定健診など保健事業費どの影響で、国保料を引き上げる動きが広がっている。国保料を据え置くところでも、繰越金や基金を取り崩して対応している  
健保でも保険料を引き上げる組合がでている
- ② 都道府県の負担も従来の老人保健制度に比べ増加する見通しで、例えば、宮城県の試算では18~19億円の負担増、和歌山県の試算では27億円の負担増となり、県財政を圧迫することに

### 3. 後期高齢者の保険が利く医療はどう変わる

#### (1) 「後期高齢者医療給付」を法律に明記

- ①高齢者の医療の確保に関する法律第56条の「後期高齢者医療給付」及び第70条、第71条に基づき、74歳以下の世代の診療報酬とは別体系とされた

#### (2) 「心身の特性にふさわしい」診療報酬体系を導入

- ①後期高齢者には3つの特性がある
  - ・治療の長期化、複数疾患がある
  - ・認知症が多い
  - ・新制度の中で死を迎える
- ②2008年診療報酬改定－3つの目的
  - ・「在宅（及び居住系施設）を重視した医療」
  - ・「安らかな終末期を迎えるための医療」
  - ・「薬剤の投与を含む高齢者への診療の標準化を進める」
- ③今回の診療報酬改定では、75歳を境にしてあからさまな差異はつけられなかったが、2年後、4年後に予定されている改定を通じて、拡大されていくことが懸念される ⇒全体として、「入院から在宅へ」、「医療から遠ざけて、介護へ移るよう」診療報酬や介護報酬を通じて促していく方向

#### (3) 外来「後期高齢者診療料」の導入

- ①後期高齢者の患者は、総合的に診る1人の「担当医」（ほとんどの場合は診療所）を指定する（指定しないこともできる）
- ②後期高齢者の「主な病気」を総合的に診る1人の「担当医」は、患者の同意を得て、2種類の文書を定期的に作成、患者に説明し渡す
  - ▽「後期高齢者診療計画書」  
患者の同意を得て、「診療計画書」を定期的（3カ月に1回程度、最長で1年）に作成し、継続的に病状把握や指導、診療を行う
  - ▽「本日の診療内容の要点」  
診察したときは、「指導内容の要点をまとめた文書」を患者に渡す
  - ▽専門の医療機関への紹介（診療の状況を示す文書を渡す）、整形外科など他の医療機関での診療・検査内容を、毎回確認する
- ③患者の日常生活能力（例えば、風呂に入れるか、外出できるか）、認知症の有無、うつ状態にあるかどうか等の評価や検査を行う
  - ▽年2回以上一日常生活能力、認知機能などを評価
  - ▽年1回以上一血液、尿、心電図、肝機能、血糖などを検査
- ④対象となる病気  
糖尿病、高血圧性疾患、脳血管疾患、不整脈、心不全、認知症（がんは除く）など13の病気、このうち「主な病気」は一つだけとされた
- ⑤「後期高齢者診療料」は月1回6千円で、医学管理や基本的な検査、処置、画像診断の費用がすべて含まれる（薬や注射などは別）

## ●後期高齢者を“トータル”に「管理」

複数の疾患に同時にかかっている75歳以上の患者情報を一元化し、継続的・総合的に管理する医療機関を1人の「担当医」とすることで、なるべく複数の医療機関を受診させないようにして、医療費を抑制していくことが、国のねらい

⇒22の府県医師会が批判的な対応

- ・栃木県医師会 「1人の後期高齢者については主病は一つとし、1人の患者を1つの医療機関が診るという考え方に基づいた登録医制度につながる」
- ・秋田県医師会 「一つの医療機関を『主治医』と決めるのは現実的に難しく、現状に即していない」

⇒厚生労働省幹部の発言

「病院に行くことを制限することは、今すぐやる方策ではない 07.7.14 日本医事新報」

「アクセスを自らセーブしてもらうことを考えていたが、そこへは行き着けなかった 08.3.17 メディファクス」

「今すぐに登録医制度を導入するのは、時期として早い 07.10.15 国保実務」

## ●定額報酬による医療行為の抑制

後期高齢者を総合的に診ることを義務づけているが、報酬が定額のため、必要な治療を何回行っても診療報酬は変わらない。主治医が手厚い治療をしたいと思っても、医療機関の持ち出しになってしまう一きめ細やかな対応が必要な高齢者への医療内容が乏しくならざるを得ない

## ●複数の病気を同時にもつ高齢者の生活を支えるために、主治医を位置づけ、総合的な診療を行うという方向性自体は重要

「後期高齢者診療料」では、“高齢者を総合的に診る”という考え方がゆがめられ、その人の医療を、「担当医に管理」させることになってしまう

## (4)終末期医療での「意思表示」

①終末期の診療内容について、医師や看護師などと患者との合意内容を文書や映像で記録すると、1回のみ2千円の報酬が新設

- ・患者、医師、看護師が署名する書式の例示

「終末期医療における希望事項」 「私は、下記の医療行為について、受けるか否かについて以下のように希望します」

## ●後期高齢者がおかれている心理状態や経済的な状況からすると、患者の意思表示や治療中止を強制することにつながりかねない

## (5)在宅への誘導による入院の抑制

①脳卒中後遺症患者、認知症患者の入院抑制

- ・特殊疾患病棟、障害者施設等には、厚生労働大臣が定める状態の患者を一



定割合入院させなければならないが、「脳卒中の後遺症と認知症」が原因の重度障害者等の患者は、対象から外された

- ・一般病棟に90日を超えて入院する後期高齢者のうち、「脳卒中の後遺症・認知症」が原因の重度障害者等の患者は、低い定額報酬になり、平均在院日数の計算対象となった（入院基本料が低減することに）

- 10月から実施予定だが、このままでは、障害を持つ入院患者が退院を余儀なくされることが危惧される

## ②療養病棟の報酬引き下げ

高齢者の長期入院が多い療養病棟の入院基本料を、全体的に引き下げた

## ③後期高齢者の退院計画作成

後期高齢者については、「入院時から退院後の生活を念頭に置いた医療を行うことが必要」として、医療機関に入院し、症状が落ち着いたらすぐに退院計画を作るよう、報酬が新設された

## ④精神病棟の長期入院の短縮

精神病棟に5年以上入院している患者を、直近1年間で5%以上減少させると、1日につき5点の加算点数が導入された

- 精神病床を2012年度までに7万床程度削減するという厚生労働省の政策方向にそったもの

## ⑤リハビリに選定療養と“成果方式”を導入

- ・「標準的リハビリ実施日数」という制限を超えた場合は、月13単位のみ算定という新たな制限を設け、それを超えると自費徴収を可能とした

- 保険給付範囲を限定化し、かつ混合診療を導入

- ・回復期リハビリ病棟入院料へ“成果方式”が導入された（自宅・居住系施設への退院率6割以上）

- 患者が選別されていく危険性が高い

## ⑥早期退院を余儀なくされた在宅患者への医療

- ・人工呼吸器を装着している患者に、2時間以上の訪問看護を行うと報酬が引き上げ

- ・重度の褥瘡がある患者や気管切開を行っている患者に、週4日以上訪問看護を行うと報酬が引き上げ

- ・在宅死を迎える患者に、頻回にわたる電話や訪問看護を行うと報酬が引き上げ

## ⑦老健施設への転換を誘導

- ・5月の介護報酬改定で、療養病床から「転換型」の老健施設を創設。現在の老健施設より高い介護報酬とし、施設内で看取ったときの「ターミナルケア加算」などの項目を盛り込む

- ・一方で、医療機関からの入所者が家庭からの入所者を上回る、「経管栄養」か「喀痰吸引」を受けた人が入所者の15%以上、又は、重度の認知症の人が20%以上の要件が設けられた

- 高齢入院患者の「受け皿」と位置づけ、療養病床からの転換を促す計画

## 4. 「医療再生」への視点

### (1) 『老人福祉法の理念に基づく医療制度へ』

後期高齢者医療制度は大きな矛盾をはらんだ制度であり、医療構造改革路線のアキレス腱になりかねない

▽自治体「意見書」は564自治体、3割を超える(4/9 現在)

▽4野党共同で「後期高齢者医療制度等廃止法案」を衆議院に提出

自民党にも見直しの動き(議員連盟立ち上げ、山崎派が見直し提言)

- 「多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障される」という老人福祉法の理念に基づき、国と地方自治体の責務が明確な医療保障制度として発展させるべき

### (2) 『医師養成数を増やす』

1982年、1997年の閣議決定…医学部定員を削減し、「医師養成の抑制」を国策に…閣議決定を撤回して、本格的な養成策を

⇒日本の医師数は人口10万対201人、OECD諸国平均310人の3分の2であり、OECD30カ国中27位、OECD水準には12万人不足

### (3) 『医療給付の総枠を増やす』

WHO(世界保健機構)の調査では、健康達成度と健康寿命が第1位にランクされているが、OECD加盟国のGDP(国内総生産)に占める医療費は、日本は8%で、先進7カ国で最低、加盟30カ国中でも22位

一方、窓口負担(実効負担率)は主な先進国では原則無料だが、日本は2割近くで突出一患者負担の軽減と医療費総枠を増やすことが何よりも必要

### (4) 『財源を消費税に求めない』

導入以来、消費税がどのように使われたか—所得に対して逆進性の強い消費税に財源を求めるべきではない

### (5) 社会保障の財源にかかわって

①国の経済力(対GDP比)からみて…フランス、ドイツの半分以下

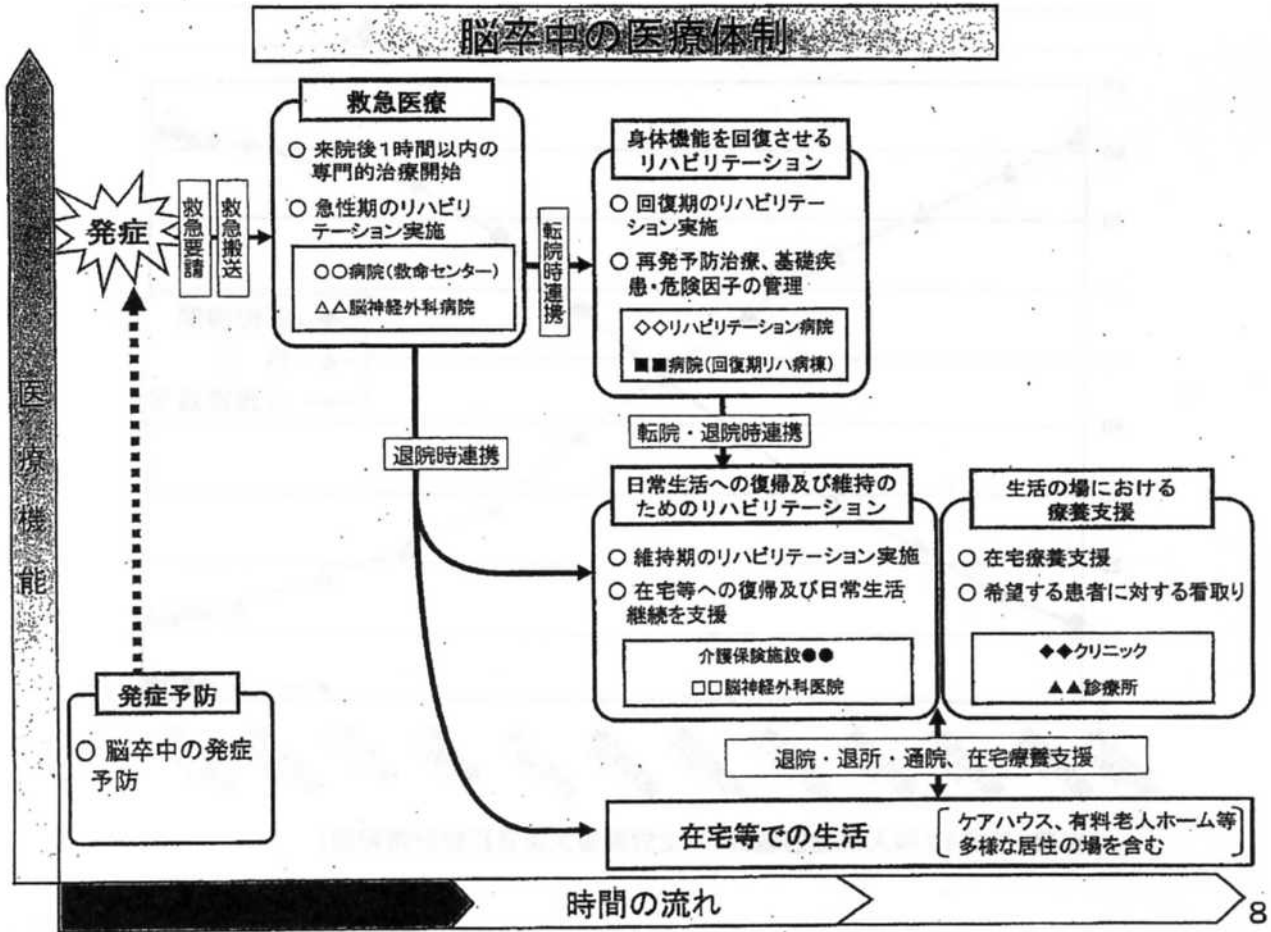
②国の予算の使い道からみて…アメリカ、イギリスの半分

③雇用・経済効果からみて…公共事業費の2~3倍

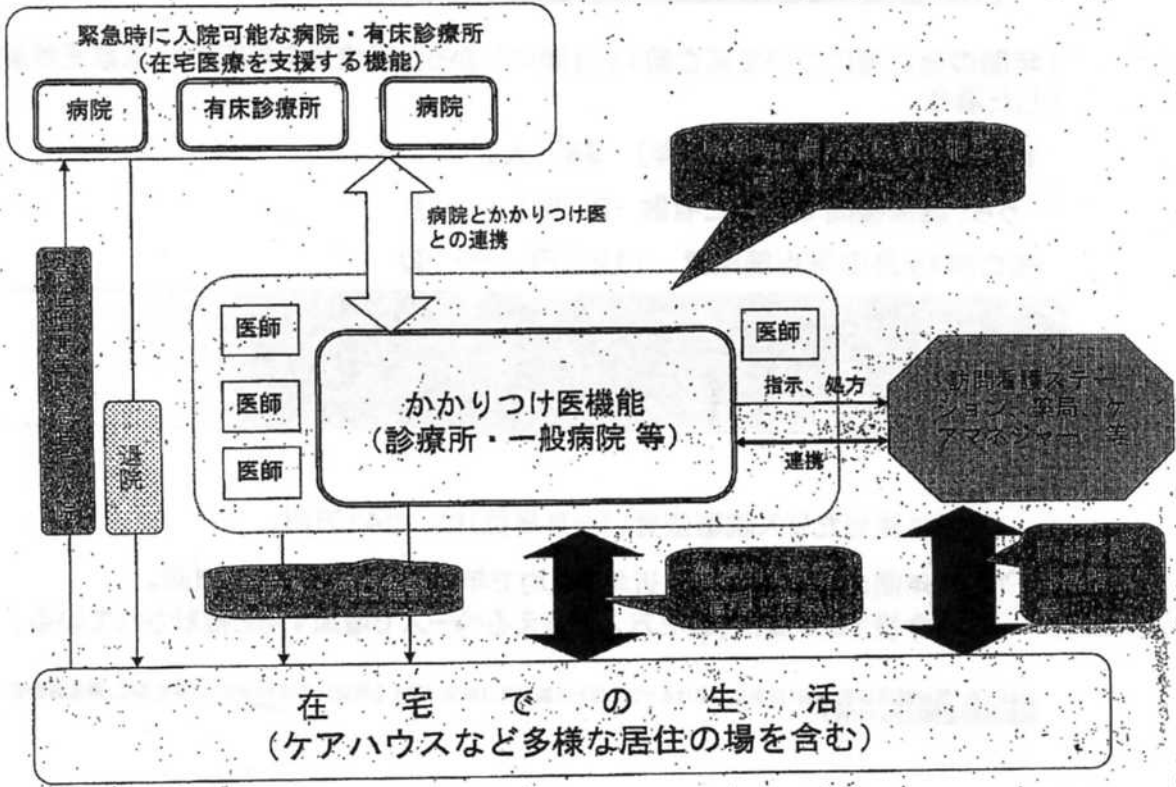
④社会保障費の削減…2002~2011年度までの10年間で合計2兆7800億円

⑤「国」が支出を削り、「法人」が適正な負担をしなければ、「庶民」の家計を直撃

先進国と比べると「国」と「法人」の負担割合が少ないが、「庶民」は同等に負担(対GDP比)⇒せめてヨーロッパ並みに社会保障費の総枠拡大を!

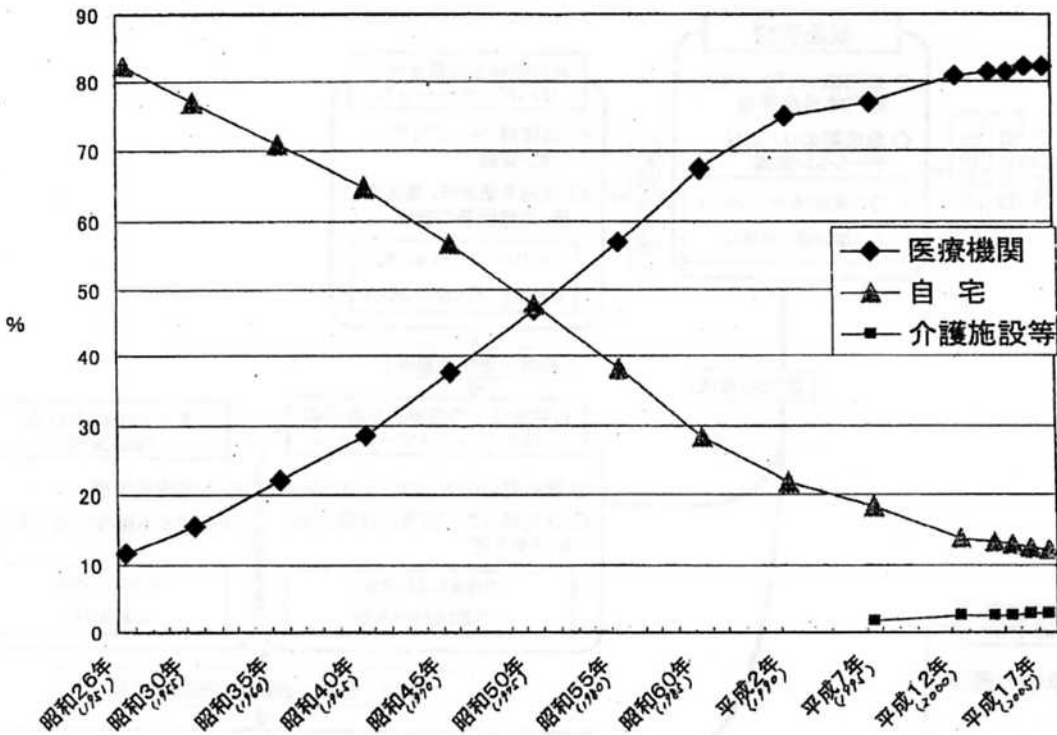


### 在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



## 死亡の場所別にみた死亡数構成割合の年次推移

自宅で死亡する割合は大きく減少している。



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)

29

## 終末期における医療費について (平成14年度)

1年間の死亡者について死亡前1ヶ月間にかかった医療費を年間の終末期医療費とした場合、

1年間の死亡者数(平成14年) 98万人<sup>(2)</sup>

うち、医療機関での死亡者数 80万人 … ①

死亡前1ヶ月の平均医療費 112万円<sup>(1)</sup> … ②

① × ② = 109,000億円

(参考)

(1) 1件当たり入院医療費(1ヶ月単位)は、約41万円。

(2) 年間の死亡者数は、近年、平均で年2万人程度の増加傾向。

今後10年間は、年2万人を超えるペースで増加すると推計されている。

資料出所:医療経済研究機構「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究」(平成12年3月)等を基に、厚生労働省保険局調査課において推計

30

## 後期高齢者の健康診査について

老人保健法(現行)

高齢者医療確保法(H20~)

名称	基本健康診査				特定健康診査
対象	40歳以上	→	→	→	40~74歳
実施主体 〔補助先〕	市町村(実施義務)	→	→	→	医療保険者(実施義務) 国1/3、県1/3、保険者(国保)1/3 <small>※医療保険者が市町村国保の場合</small>
費用負担	国1/3、県1/3、市町村1/3	→	→	→	後期高齢者の健康診査 75歳以上 広域連合(努力義務)
				←	<b>国庫補助(1/3):30.4億円</b>
<small>※本人負担あり(課税世帯3割・非課税世帯1割)</small>					
<small>この他に、健康診査に補助をする市町村への補助措置あり。:30.4億円</small>					

- ◎健診の財源は、原則、保険料で賄うこととされているため、保険料への影響等を考慮し、健診経費の1/3の財政支援を行う。
- ◎市町村が実施する同様の健診の健診費用を広域連合が補助する場合も、国庫補助(広域連合を通じた市町村への間接補助)の対象とする。
- ◎健診の目的が糖尿病等の生活習慣病の早期発見や重症化予防であり、既に、治療中の者については、必要性が薄く、必要な検査は治療の一貫として行われるため、対象者から除く。具体的には、健診申込み時の質問票に、血液を下げる薬などの使用の有無を確認する項目を設け、治療中の者を把握する方法で、対象者の絞り込みを行う。
- ◎検査項目は、原則として、特定健康診査の検査項目のうち、基本項目(腹囲を除く。)とするが、詳細項目の実施も可。

保険者番号	保険者名	氏名
		生年月日
		記入日
※各自ご記入下さい		

NO	質問項目	選択肢	回答欄
1-3	現在、あからの薬の使用の有無		
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ	
3	c. コレスチロールを下げる薬	①はい ②いいえ	
4	医師から、服用中(調剤、錠剤等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	
6	医師から、骨格の骨不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※:現在、習慣的に喫煙している者とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ	
9	20歳のとぎの体重から10%以上増加している。	①はい ②いいえ	
10	1日90分以上長く歩をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が遅い。	①はい ②いいえ	
13	この1年間で体重の増減が±3%以上あった。	①はい ②いいえ	
14	人と比較して食べる速度が遅い。	①早い ②ぶつう ③遅い	
15	排便前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	
16	夕食後に朝食(残飯)の食料をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	
17	朝食を抜くことが週3回以上ある。	①はい ②いいえ	
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②ほとんど飲まない(飲めない) ③時々 ④ほとんど飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の日当たりの飲酒量 清酒1合(300ml)の月量:ビール(常飲1本(500ml)、焼酎3合(300ml)、ウイスキー1杯(300ml)、ウイスキー(400ml)	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上	
20	運動や日常生活等の生活習慣を改善してみようと思っておりますか。	①はい ②いいえ	
21		①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り掛かっている(6か月未満) ⑤既に改善に取り掛かっている(6か月以上)	
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ	

図3 高齢者総合診療計画書(案)のイメージ

〇〇〇〇様

□□診療所 医師 △△△△

連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

病名 ①(糖尿病) ②(白内障) ③(腰痛症) ④( ) ⑤( ) ⑥( ) ⑦( ) ⑧( )		治療方針等 糖尿病の治療は、定期的な内服治療と、継続的な栄養指導が中心となります。 次のような症状がみられるときは、早めにご相談ください。	
治療と検査のスケジュール		その他の留意事項	
1月 当院での検査 他院での検査等 眼科紹介受診 (◇◇眼科診療所)	7月 当院での検査 他院での検査等	定期受診されている主治医 病名(白内障) 医師(◇◇先生) 病名(腰痛症) 医師(▽▽先生)	
2月 血液検査 尿検査 2月14日	8月 血液検査 8月20日	当院の連携医療機関 入院が必要となったときの紹介先は 〇〇市立病院 住所 〇〇市◇◇町 □□成人病センター 住所 〇〇市◇◇町	
3月 胸部単純撮影 3月7日	腰の定期検査 (ママクリニック)	他のサービス担当者 ケアマネージャー 担当: ■■さん 連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
4月		患者署名	
5月			
6月 心電図検査 6月7日	12月		

図4 高齢者総合診療計画書(案)のイメージ

〇〇〇〇様

□□診療所 医師 △△△△

本日の診療について 血圧( / mmHg) 脈拍( /分) 体温( °C)	次回受診日時 3月7日(火) 10:30 ※5分前までに受付をお済ませください。
本で行った検査 血液検査 尿検査 ※検査結果については、〇月〇日にお知らせします。	次回に当院で予定している検査等 胸部単純撮影 ※脱ぎやすい服装でお越しください。
毎日の生活での留意事項 ・毎日入浴して足を清潔に保つとともに、小さな傷でも見逃さないよう足の裏や指の間などをよく観察しましょう。 ・アルコールを飲み過ぎたりすると手が震えたりすることがあります。低血糖の症状の可能性があるので注意しましょう。	来月に他院で予定している検査等 腰の定期検査 (ママクリニックで〇月〇日実施予定) ※結果について、次回受診時にお持ちください。
他院での診療状況 1月19日 ◇◇眼科診療所を紹介受診	本日のお薬 (※「お薬手帳」を確認してください)

07.11.30 中医学資料

## 後期高齢者診療計画書

(別添様式13)

(記入日: 年 月 日)	
患者氏名 (男・女)	診療所 担当医師氏名
生年月日: 明・大・昭 年 月 日	連絡先
<b>病名</b> 主病( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	
他に定期的に受診している医師 病名( ) ( ) 診療所 先生) 病名( ) ( ) 診療所 先生) 病名( ) ( ) 病院 先生) 病名( ) ( ) 病院 先生)	
年間検査のスケジュール	
	4月～6月 月 日作成 7月～9月 月 日作成 10月～12月 月 日作成 1月～3月 月 日作成
身体計測 (年1回以上) 生活機能を含めた評価 (年2回以上) 心電図 (年1回以上) 検尿 (年1回以上) 血液検査 (年1回以上)	当院の連携医療機関 (緊急時の入院先) 病院 緊急連絡先 病院 緊急連絡先 病院 緊急連絡先 その他留意事項
治療方針等	
要介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 他の保健医療・福祉サービスの担当者 患者署名	

## 本日の診療内容の要点

(別添様式14)

(診察日: 年 月 日)	
患者氏名 (男・女)	診療所 担当医師氏名
生年月日: 明・大・昭 年 月 日	連絡先
本日の診療について 血圧 ( / mmHg) 体温 発熱 有( °C)・無 脈拍等その他の所見	次回受診日時 月 日( ) 時 分
毎日の生活での留意事項	本日のお薬
今日検査 <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	次回に当院で予定している検査等 <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( )	他院での診療状況 (他院での指導について記入してください)
	疾病に関する疑問・質問 (先生に聞きたいことがあれば記入下さい)

02.3.5 厚労省「通知」



## リビング・ウィル診療報酬 心配

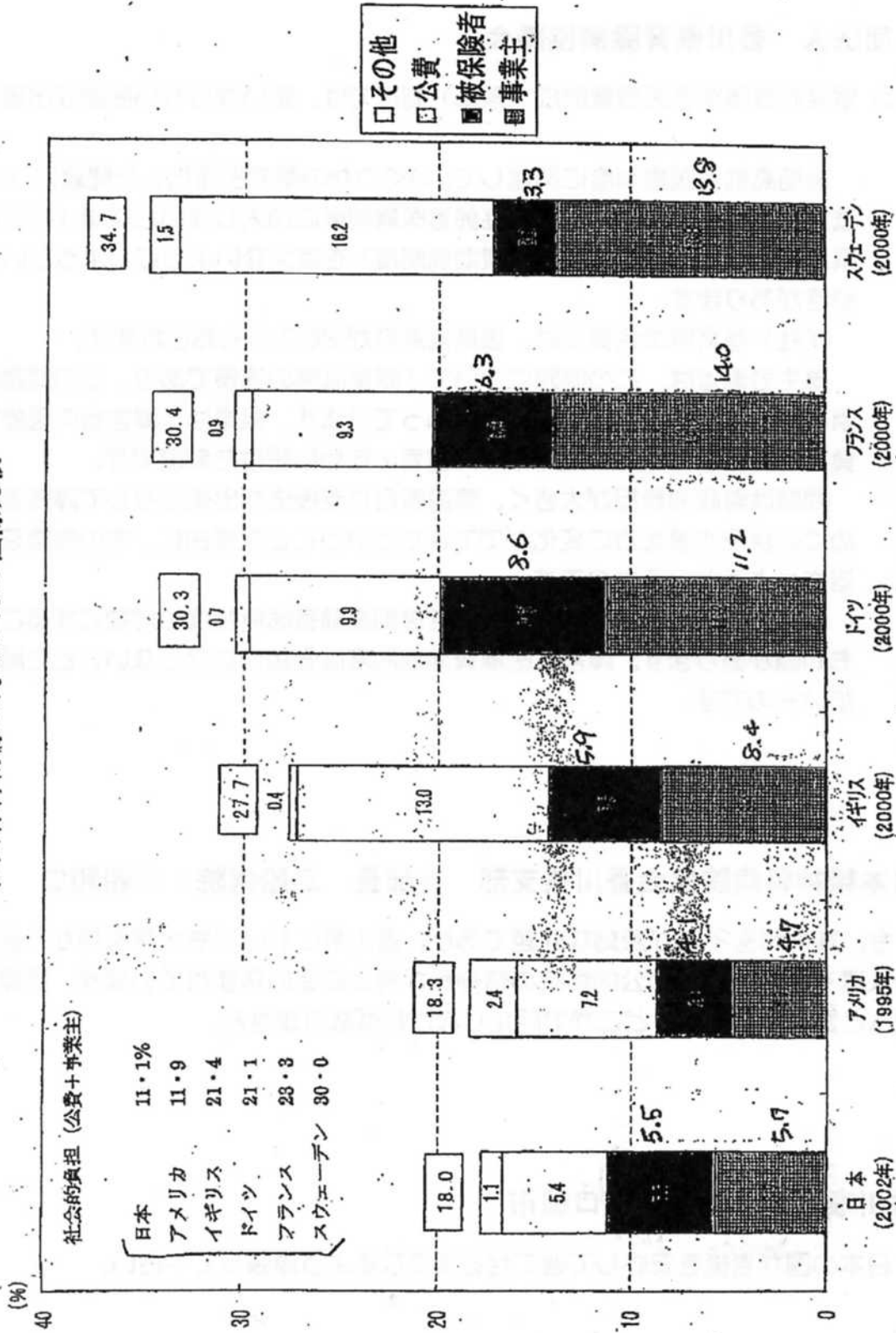
高校生 水野よう子17 (名古屋市北区) 3.17

5日

厚生労働省は、75歳以上  
で「終末期」の患者が医師  
たちと相談し、延命治療の  
有無などを文書などで示す  
「リビング・ウィル（生前  
の意思表示）」を作成する  
と、病院などに診療報酬が  
支払われる制度を導入する  
方針を決めたという。

自分の意思で延命治療を  
どうするのか決めておくこ  
とは悪いことではないと思  
うが、それを作成すると診  
療報酬が支払われるシステ  
ムは、尊厳死に協力してく  
れと暗に求められているよ  
うな気がしてならない。  
本来、尊厳死とは「自分  
で最期を決める」という意  
思に基づくものではないだ  
ろうか。患者が死なせてく  
れと言っても、それに応え  
た行為が殺人のように見ら  
れる場合もあり、法律の整  
備が不十分な中で、尊厳死  
を進めていくこと自体、ま  
だ難しい状況のような気も  
する。このシステムを急ぐ  
前に、法整備の議論を尽く  
すべきではないだろうか。

# 社会保障財源の対GDP比の国際比較



資料: 日本は、国立社会保障・人口問題研究所「平成14年社会保障給付費」、(GDPは、内閣府「国民経済計算速報」各目GDPより)

アメリカは、ILO「Cost of Social Security」

その他の国は、EUROSTAT「European social statistics—Social protection—Expenditure and receipts 1991—2000 2003ed」

## 「医療問題講演会」メッセージ

### 社団法人 香川県腎臓病協議会

◎ 重度心身障害者医療費助成（県単）制度では、思いがけない問題が出現

後期高齢者医療制度に関連して、いくつかの県で表面化した問題に、65歳から74歳までの人が後期高齢者医療制度に加入しないと県単（都道府県が実施している障害者医療費助成制度）を使えないようにしようという動きがあります。

（社）香腎協の会員には、後期高齢者が360名もおられます。

厚生労働省は、この問題について「県単は県の施策であり、この問題は県に対して働きかけて下さい」といっています。県単は、障害者の医療費負担を軽減するため都道府県が障害者のために設けた制度です。

問題は財政的負担が大きく、障害者自立支援法が出来たりして障害者をめぐる状況や考え方に変化がでてきたということを理由に、県の施策を後退させようというものです。

65歳から74歳までの障害者を後期高齢者医療制度の対象にすることも問題があります。障害者医療費助成制度は骨抜きにならないことを願いたいものです。

### 日本精神科病院協会香川県支部 支部長 三船病院：三船和史

今、精神科医不足が深刻な問題であり、香川県においても大学医局から医師を派遣できず、複数の公的病院の精神科が廃止に追い込まれています。医療崩壊へと進みつつあり、どこかで阻止しなければなりません。

### 香川喉友会 会長 樋口徳市

日本の国が老後を安心して過ごせる国になるよう頑張ってください。