
診療報酬からみた 後期高齢者医療制度

厚労省の云う“今までと同じ医療を受けることが
できます”は本当か？

澤田石 順
jsawa@attglobal.net

<http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/>

全国医師連盟運営委員

鶴巻温泉病院・回復期リハビリテーション病棟専従医

『リハビリ日数制限差止め訴訟』(3月18日)、

および『リハビリへの成果主義診療報酬導入訴訟』(4月11日)原告

『高齢者の医療の確保に関する法律』

第一章 総則 第一条（目的） この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、**医療費の適正化**を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、**後期高齢者に対する適切な医療**の給付等を行うために必要な制度を設け、もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする。

第四章 後期高齢者医療制度

✎ **医療費の適正化とは：** “老人一人当たり医療費” の削減

『医療費適正化に関する施策についての基本的な方針』

平成 20 年 3 月 31 日 厚生労働省告示第百四十九号

http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/info02_21.pdf

不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣の継続がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き、通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになる

✧ 厚労省は、後期高齢者の心臓病や脳血管障害は、すべて個人の不摂生によると認識している？

『医療費適正化に関する施策についての基本的な方針』

平成 20 年 3 月 31 日 厚生労働省告示第百四十九号

http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/info02_21.pdf

- 医療の**効率的**な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標に関する事項

1. 療養病床数の削減に関する数値目標
2. 平均在院日数の短縮に関する数値目標

- ◇ 厚労省は在宅医療・介護を充実させる政策なしで、医療・介護を必要とする後期高齢者の入院場所を削減しようとしている

後期高齢者とは

平成 18 年度: 1352 万 6826 人

75 才以上 1295 万 7756 人 (95.8 %)

65 歳以上 75 歳未満の障害認定者 56 万 9070 人 (4.2 %)

- 肢体不自由者 (半身不随等)
- 聴覚・視覚障害者
- 精神障害者
- ペースメーカー装着者等
- その他

✧ 生まれた時からの聴覚・視覚障害者が 65 才になると、なぜ後期高齢者医療制度に加入させられるのであろう？

65~ 74才の障害認定者への対応

- 2008年4月以降、生まれつき耳が聞こえない方など2名の入院があり、役所から一切の説明はなく自動的に後期高齢者医療制度に加入させられていた。「役所に尋ねて損得を考慮するよう」アドバイスした結果、**2名とも後期高齢者医療制度から脱退**
- 新たに障害認定を受ける方 **65~ 74才の方に対して**—「何も云わないと後期高齢者医療制度に自動的に組み込まれるので、必ず損得を勘案してください。保険料ではもしも有利になっても**入院医療が制限される**のでよく考えてください」と日常的にアドバイスしている

厚生労働省の用語変更

- “老人一人当たり医療費”： 平成 14 年頃まではこの表現
 - “一人当たり老人医療費”： 最近の厚労省文書
 - 共に分子は老人医療費の年間総額に違いない
 - 分母は異なる？ 後者の分母は‘非’後期高齢者？
-
- ✍ 2008 年 9 月 22 日、厚生労働省は分母は双方とも「老人の数」で、意味は同一だと明確に回答
 - ✍ 全国の都道府県の医療費適正化計画書をいくつか調べたところ、神奈川県だけが“老人一人当たり医療費”を使用
⇒理由を尋ねたところ、“一人当たり老人医療費”はわかりにくいからの回答

『後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子』

平成19年10月10日 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

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1010-7a.pdf>

同文書に記載されている「**後期高齢者の特性**」

1. 治療の長期化、複数疾患への罹患
2. 認知症が多い
3. 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、**いずれ避けることができない死を迎えることとなる**

✎ これらの特性から導かれるのは、**治療を日数で制限することや診療報酬の包括化?**

✎ **いずれは死亡するのであるから、入院医療を制限して、安上がり(?)な在宅死を推進?**

✎ **治癒が望めない障害者と認知症患者の医療を制限?**

『後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子』

「後期高齢者医療の診療報酬に反映すべき事項」と「留意事項」より抜粋

1. 在宅医療の推進、長期入院の是正、漫然・画一的な診療はおこなわないこと
2. 複数医療機関での受診や検査、投薬などはみだりに行わないこと
3. 新たな制度の被保険者である後期高齢者の負担を考慮し、制度の持続可能性に留意した、効果的・効率的な医療提供の視点が必要である

◇ “効果的・効率的な医療提供” とは、効果が小さいと予想される患者への医療を制限するという意味なのか？

『長寿医療制度の診療報酬について』

副題: ~ 第一線で御尽力されている医療関係者の御心配に向けて~

平成 20 年 4 月 厚生労働省保険局

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken07/dl/iryouhoken07a.pdf>

- (御心配 1) 患者が 75 歳以上になると、それまで受けていた医療が受けられなくなるのですか？
- (回答) 75 歳以上と 74 歳以下で受けられる医療に違いはありません
- ◇ 違いが無いならば、後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬は不要または無意味ではないのか？
- ◇ 65~ 74 才の身体障害者は長寿者といえようか？

後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬

- 後期高齢者外来患者緊急入院加算 500 点: 後期高齢者診療料が条件
- 後期高齢者退院調整加算 100 点
- 後期高齢者退院時薬剤情報提供料 100 点
- 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 180 点
- 後期高齢者診療料 600 点 ⇒ 全国の診療所医師より猛反発
- 後期高齢者終末期相談支援料 200 点 ⇒ 猛反対を受けて 7 月 1 日から凍結された
- 後期高齢者特定入院基本料 ⇒ 猛反対を受けて、2008 年 9 月 5 日付けで見直しの通知

後期高齢者診療料：一ヶ月で六千円

後期高齢者診療計画書									
患者氏名 (男・女) _____				(記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)					
生年月日: 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日				診療所 _____			担当医師氏名 _____		
連絡先 _____				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 _____ 主病 () _____									
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)		☐ 月 日		☐ 月 日		☐ 月 日		☐ 月 日	
生活機能を含 めた評価 (年2回以上)		☐ 月 日		☐ 月 日		☐ 月 日		☐ 月 日	
心電図 (年1回以上)		☐ 月 日		☐ 月 日		☐ 月 日		☐ 月 日	
検尿 (年1回以上)		☐ 月 日		☐ 月 日		☐ 月 日		☐ 月 日	
血液検査 (年1回以上)		☐ 月 日		☐ 月 日		☐ 月 日		☐ 月 日	
治療方針等								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	
								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 _____									

- 診療報酬の包括化 (薬代や高額の検査以外)
- この診療料をある診療所で算定すると、他の診療所では糖尿病等の医学管理料をもらえない
- 厚労省によると提携の定義はなし、数は自由

後期高齢者終末期相談支援料(200点)

厚生労働省によると、「病状が急変した場合の延命治療等の実施の希望の有無について記載」

- 急変にはいろいろな種類があり予測困難
- 「急変時医療＝延命治療」ではない
- 突然の心室細動のごとく救命可能な急変時に何もしない
⇒後から提訴されかねない(特に療養病棟).

②終末期を迎える場所について ☐ 病院 ☐ 自宅 ☐ 施設 ☐ 病状に応じて

③その他の基本的な希望 (自由にご記載ください)

()

2. 終末期になったときの希望 (希望項目をチェック(✓)してください)

① 心臓マッサージなどの心肺蘇生	☐ して欲しい	☐ して欲しくない
② 延命のための人工呼吸器	☐ つけて欲しい	☐ つけて欲しくない
③ 抗生物質の強力な使用	☐ 使って欲しい	☐ 使って欲しくない
④ 胃ろうによる栄養補給	☐ して欲しい	☐ して欲しくない
「胃ろうによる栄養補給」とは、流動食を腹部から胃に直接通したチューブで送り込むことです		
⑤ 鼻チューブによる栄養補給	☐ して欲しい	☐ して欲しくない
⑥ 点滴による水分の補給	☐ して欲しい	☐ して欲しくない
⑦その他の希望 (自由にご記載ください)		

後期高齢者終末期相談支援料(200点)

厚生労働省によると、「終末期における診療方針について話し合い、文書等にとりまとめ提供」

- 実際に終末期になってから文書で合意した場合⇒おそらく問題なし
- 終末期でない時点での合意文書⇒積極的な治療をしないで死亡⇒あとから提訴されかねない
- 歯科医、薬剤師、看護師!による作成も OK
- 在宅患者の場合は死亡時に限って、入院患者では死亡時または退院時に支払われる

✍ これは6月30日の通知で7月1日から凍結された

後期高齢者特定入院基本料

- 一般病棟や障害者病棟等に入院して 91 日目より後期高齢者に限って適用(対象とならない除外規定あり)
 - 一日当たり入院料が大幅に減額
 - 検査や治療に保険から一円も払われない (包括化)
 - 平均在院日数の計算対象化: 厚労省が決めた日数を超えると全入院患者の入院料が減額
 - 10 月 1 日から、脳卒中の障害者・認知症患者にも適用
- 10 月 1 日から、自宅等退院率 6 割未満の回復期リハビリ病棟の入院料減額
- 10 月 1 日から、障害者病棟の入院対象から脳卒中・認知症患者を除外
- 10 月 1 日から、特殊疾患病棟の入院対象から脳卒中・認知症患者を除外.

後期高齢者特定入院基本料‘等’の作用

- 後期高齢者の重症の脳卒中・認知症患者はリハビリテーションを受けにくくなる
- 救急病院への影響
 - 後期高齢者の入院制限
 - 重症の脳卒中患者や認知症患者の入院制限
 - 入院した後期高齢者に早期退院を強要する傾向強化
 - 異常に早期の胃瘻造設術増加(確認済)
- 患者・家族の医師への不信増大

(※自宅に退院できない場合に受け皿となる療養病棟は厚労省の方針で減じている)

後期高齢者特定入院基本料の“見直し”まで

- 2008年3月5日の診療報酬改定の告示・通知公表直後から、私のホームページで問題視を開始
- 5月2日: **東京新聞朝刊**に「『長寿医療』で診療報酬減額 長期入院打ち切り懸念」と掲載
- 5月7日: **民主党の厚生労働部門会議**(後期高齢者医療制度の勉強会)で問題を指摘(澤田石)
- 5月13日: **多田 富雄東大名誉教授の『年齢による命の差別』**(落葉隻語)が**読売新聞**に掲載
- 5月16日: **社会民主党の阿部知子代議士が厚労省を追求**(第169回国会 厚生労働委員会)
- 5月24日: **東京保険医協会の講演会**で問題を指摘(澤田石)

後期高齢者特定入院基本料の“見直し”まで

- 6月7日：医療制度研究会の第48回講演会
『後期高齢者医療制度について』
遠藤久夫中医協会長の講演で、問題を指摘し詳しい資料を手渡し(澤田石)
- 7月7日：『医療崩壊はこうすれば防げる』 本田宏編
著(洋泉社)発売開始、この中で問題を指摘(第一章は澤田石が担当)
- 7月10日：週刊『文春』が10月1日からの問題を掲載
- 7月14日：みのもんたの朝ズバッ(TBS)で放送

後期高齢者特定入院基本料の“見直し”まで

- 8月4日： 自民、公明両党のプロジェクトチームが見直し方針決定⇒翌日にかけて全国の新新聞で報道

8月13日： 東京スポーツの『医療崩壊』特集に掲載

- 8月26日： 民主党の厚生労働部門会議

山井和則衆院議員、山田正彦衆院議員、長妻昭衆院議員らは「受け皿である療養病床が減っているのに、なぜ75歳以上の患者、脳卒中や認知症の患者を差別して追い出すのか」と、後期高齢者特定入院基本料の凍結を求めた。これに対し、厚生労働省の担当者は、「いろいろな治療を並行して受けている患者は継続して入院できる」「適切な病棟に移っていただくということであって、追い出すのではない」と説明。その上で、「救急医療が必要な患者がたらい回しにされているという指摘もある。」と述べた。

後期高齢者特定入院基本料の“見直し”決定

▼ 9月5日に見直しの通知が発行された

見直し対象病棟： 一般病棟のみで障害者病棟等は見直し対象でない

見直し対象患者： 脳卒中後遺症患者及び認知症患者のみで、癌の積極的治療を終了した患者等は含まれない

条件： 医療機関が“退院支援状況報告書”を毎月社会保険事務局長に届け、それが認められた場合は「減額・包括化・在院日数計算の対象」とはされない

ㄱ なぜ、後期高齢者特定入院基本料を廃止するのではなく、救急病院の多忙な医師に新たな書類作成負担を課すのであろうか？ 厚労省は後期高齢者特定入院基本料による医療費削減は一年で何億円になると推定しているか？

結 語

- 後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬の評判が悪いのは説明不足のためであろうか
- 厚生労働省は後期高齢者に“ふさわしい”診療報酬に関して、対象者に説明をし同意を得る努力をしたと言えるか
- 厚生労働省の基本方針—在宅医療・介護の充実なしで後期高齢者の入院医療を制限する—がそもそも誤っているのではなかろうか
- 厚労省は“ご安心下さい。今までと同じ医療を受けることができます”という宣伝をいつまで続けるのだろうか
- 厚労省は2つの診療報酬を凍結・見直したが、その理由については沈黙している

多田 富雄先生のメッセージ

国政を担っている国会議員の皆様。

こうして病床からメッセージを送ることをお許してください。

今この国で起こっている恐ろしい現実を、ぜひ皆さんのお力で阻止していただきたいと、失礼を省みず書いています。

この4月から施行された後期高齢者医療制度は、75歳以上の患者、65歳からの障害者の命を差別し、病気が治らない患者には、医療を制限し、早く死ねという、露骨な非人道的制度です。もしこれを座視すれば、この国のモラルは破壊され、いつかは国自身が崩壊するのではないかと、私は本気で憂えています。

小泉改革で推し進められた強引な医療費削減政策は、まず無情なりハビリ制限を強行し、見る見るうちに患者の療養権、医師の医療権を踏みにじった、今度の後期高齢者医療制度を生み出しました。この制度は、日本の医療を破壊し、医師の心を萎縮させ、高齢者や患者の人権を踏みにじるばかりか、日本国憲法にも違反している疑いが濃厚だと私は思っています。

世界に誇る国民皆保険まで崩壊させる危機を招いては、もはやこれを放置することはできません。私たち高齢者も戦います。どうかこの事態を国の危機と見て、この制度の撤廃までがんばってください。

東京大学名誉教授 多田 富雄

(5月7日、民主党の後期高齢者医療制度勉強会にて本田 宏先生が代読)

資料： 平成20年9月12日付大臣会見概要

<http://www.mhlw.go.jp/kaiken/daijin/2008/09/k0912.html>

(記者) 高齢者の医療制度についてなのですが、特定入院基本料で、脳卒中ですとか認知症の患者さんは入院90日以降は診療報酬が下がってしまうということで、先月運用で事実上の凍結となっていると思うのですが、**そもそも規定自体を見直すということは考えているのでしょうか。**

(大臣) これはそういうことを含めて、審議会を含めて検討するところがあります。とりあえず今やるべきことは、日にちが過ぎて急に病院側の取り分がないからあなた出て行ってくださいということがないようにとりあえず運用でやろうということなので、そういうことも含めて大きな骨格は、例えば、リハビリをやるんだって、今のような疾病にしてもそうですが、できれば早く治った方がいいのです。だから、早く良い治療をして急性期に早く治って、今度はその後もゆっくりケアして行くということはエンドレスでできるわけです。急性期の面倒の見方と、慢性期と違いますかその後は違います。そこの線引きは医学的にも介護の専門家から見ても難しい問題がありますので、これは今言ったことも含めて検討はしたいと思います。... 続く...

✍ **記者の云う事実上の凍結は誤った認識。後期高齢の脳卒中後遺症と認知症患者に限っての見直しである。**

参考 1: 日本の一人当たり医療・介護費は何故安い?

★私の理解:

1. 医療・介護への報酬単価が極めて低い
2. 病院等の施設における患者一人当たり人員配置数が極めて少ない
3. 医療職は厚生労働省が決定した診療報酬・介護報酬は不可抗力の天災とみなし、有効な反対をしてこなかった
4. 物価の値上がりや付加価値税 (消費税) 増税に対応して、診療報酬と介護報酬を増額するルールが存在しなかった
5. 制度としての社会的入院のおかげで高額のコストを要する在宅医療・介護が貧弱なまま放置されている
6. 医者、看護師、療法士、介護福祉士らが長時間労働とサービス残業に耐えてきた
7. 特に介護職は極めて低い賃金に耐えてきた

参考 2:社会的入院は低医療・介護費を可能としている

★私の理解:

- 子供 100 人を各家庭で教育するよりも、施設でまとめて教える方が安上がりで、効率が良い
- 介護施設や療養病院における社会的入院も学校と同様に費用は安い
例えば 50 人の患者を夜間はたった三人で看護・介護している!!
- ヨーロッパ先進国では、社会的入院がないため、医療・介護費用が日本より遥かに高額
- 社会的入院のための療養病院の医療費抑制効果
 - 包括診療報酬であるから必要最低限度しか医療行為が行われない
 - 医師はほどほどの診療しかできないことを家族・患者に説明し、家族らはおおむね納得する
 - 医師が 24 時間常駐しているために、老人保健施設のように肺炎等を合併する度に救急病院に搬送することは基本的にない

参考3:リハビリ制限関係の行政訴訟

『重症リハビリ医療日数等制限差止請求事件』 3月18日
に提訴

目的 リハビリ日数制限を止めさせること、患者と医師の医療権という具体的権利を確立する

判決日 2008年9月26日: 9割以上の確率で厚労省告示の内容の違法性判断をすることなく、門前払いであろう

『後期高齢者等リハビリ入院制限等差止請求事件』 4月
11日に提訴

目的 リハビリへの偽装された成果主義(質の評価)診療報酬の導入を止めさせること、患者と医師の医療権という具体的権利を確立すること

判決日 2008年9月11日: 厚労省告示は処分性がないとして門前払い⇒控訴手続済み

連絡先等

名前 ^{さわたいし} 澤田石 順 (1962 年、秋田県五城目町生まれ)

職場 〒 257-0001 神奈川県秦野市鶴巻北 1-16-1

TEL 0473-78-1311 FAX 0463-78-5995

自宅 〒 227-0048 神奈川県横浜市青葉区柿の木台 10-5-503

TEL/FAX 045-971-3572 携帯 090-1777-9380

ホームページ

<http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/>



この原稿 (閲覧用):

<http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/papers/080928.pdf>



この原稿 (印刷用):

<http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/papers/080928-sum.pdf>

ブログ <http://d.hatena.ne.jp/sawataishi/>

e-mail jsawa@attglobal.net