

高齢者にふさわしい診療報酬体系等の あり方について

(提 言)

平成19年9月6日

健康保険組合連合会

はじめに

平成20年4月の後期高齢者医療制度の創設にあたっては、「後期高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬体系を構築する」とこととされており、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は19年4月に「後期高齢者医療の在り方に関する基本的な考え方」をまとめ、秋頃を目途に後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子をとりまとめるべく、議論を行っている。

健保連は、19年2月に「後期高齢者医療に関する健保連の考え方」をまとめたが、その後、19年6月に公表した「これからの医療提供体制と健保組合の役割」（「提言」）を踏まえながら検討を深め、今回、高齢者にふさわしい診療報酬体系等のあり方に関する考え方をとりまとめた。

I. 高齢者医療に関する基本的な考え方について

高齢者は、慢性疾患を中心に複数の疾患（認知症も含む）に罹患していることが多く、重複受診や検査・薬剤の重複が多いなどの特性や課題を抱えている。こうした特性などに配慮し、患者の尊厳、安心、納得等を確保したうえで、「医療のムダ」を排除しつつ、必要な医療を効率的に提供し、生活の質（QOL）の維持・向上をはかることが重要である。

また、「患者中心の医療」という観点から、わかりやすい医療情報を適切に患者・家族に提供するとともに、提供される医療サービスを「病気の治療」から医療・介護等を適切に組み合わせた「生活を支えるサービス」を主体としたものに転換することが重要である。

高齢者の医療提供体制については、これらの点を踏まえつつ、医療提供体制に関する「提言」で主張したように、医療機関の機能分化を推進するとともに、「総合的な視点に立った診療を行う医師・医療機関」（「総合診療医」）を中心に、急性期医療から居宅医療までを切れ目なく結びつけた、効率的で効果的な医療連携体制を構築することが求められる。

高齢者の診療報酬体系は、こうした基本的な考え方に基づいて構築しなければならない。また、高齢者の疾患や受診の状況をみると、加齢にともなって罹患率や受療率は次第に高まっていき、75歳を境にはっきりと区別することはできない。高齢者の診療報酬を設けるにあたっては、慢性疾患の受療率の状況等を踏まえ、後期高齢者はもとより、その運用状況をみながら、前期高齢者や若年者にも適用することを考慮する必要がある。

このほか、医療・医療保険制度の運営の合理化・効率化を図るためのIT化の促進が求められるなかで、とくに高齢者については、疾患や心身の状態、医療機関の受診状況、生活環境等をトータルに把握し、適切な医療・介護の提供に活用することが

必要となることから、十分なセキュリティ対策を講じたうえで、これらの情報を地域において一元的に収集・管理し、関係者の間で共有する仕組みを構築すべきである。

また、後期高齢者医療制度の実質的な保険者となる広域連合は、レセプト点検・分析、保健事業等の医療費適正化対策を積極的に実施するなど、保険者機能を発揮すべきであり、運営にあたっては、後期高齢者支援金を負担する健保組合等の保険者の意見が適切に反映される仕組みを設けるべきである。

Ⅱ．高齢者にふさわしい診療報酬体系等のあり方について

1. 高齢者の受診傾向に応じた外来医療の提供

健保連は医療提供体制に関する「提言」の中で、「総合診療医」の必要性を主張したが、その普及・定着にあたっては、診療報酬等による経済的なインセンティブが不可欠である。

診療報酬によるインセンティブとしては、まずはさし当たって健保連が考える「総合診療医」のそれぞれの機能（他の医療機関との協力による夜間対応、家族を含めた長期継続した医療提供、全人的・診療科目横断的な医療提供、他の医療機関等への紹介や調整―等）に応じて個別に評価することを検討すべきである。

また、慢性疾患を中心に複数の疾患を抱える高齢者にとって、特定の医師・医療機関が中心となって、生活指導や検査、処置、投薬等を一元的に行うことが喫緊の課題であることから、上記の機能に応じた個別の評価と並行して、慢性疾患を対象に一定範囲の診療行為を包括化した新たな点数の創設を急ぐべきである。なお、その際は廃止された「老人慢性疾患外来総合診療料」等の問題点（算定可能な医療機関の範囲や施設ごとの選択制、点数設定のあり方―等）を踏まえた点数設定・算定基準とすべきである。

さらに次の段階として、個別の機能の届出状況や標榜科、専門医制度の整備状況等を踏まえ、「総合診療医」を地域医療の「要」として総合的・包括的に評価することなどが考えられる。

診療報酬上の評価と併せて、中長期的には、患者が「総合診療医」を進んで受診するようなインセンティブも検討すべきである。例えば、「総合診療医」の受診を経ない患者が大規模病院を受診した場合に、保険外併用療養費制度を活用して患者負担に傾斜をつける等の方法を導入することが考えられる。また、健保組合は、患者負担の軽減や健診・保健指導等の保健事業の委託などにより、「総合診療医」の普及・定着の推進に努めることとする。

2. 患者特性に応じた入院医療の提供

高齢者の入院医療については、疾病の治療のみならず患者の身体機能や退院後の生活にも配慮した医療が提供されなければならない。また、患者の療養段階に応じて適切な医療が提供されるよう、医療機関の機能を明確化していく必要があり、診療報酬も医療機関の機能に応じた評価に転換していくべきである。

急性期入院医療の診療報酬については、診断群分類(DPC)による包括払い方式の導入以降に蓄積されたデータの分析・評価・検証にもとづいて、対象病院の選定・絞込みや調整係数の廃止、医療の質をチェックするシステムの導入などについて早急に検討し、実施に移すべきである。さらに、1入院当り包括評価への移行についても検討を進めるべきである。

また、リハビリテーションについては、身体機能の維持・回復や寝たきりの防止、早期の在宅復帰などのために重要であり、とくに治療の段階から提供する早期のリハビリテーションを評価すべきである。併せて、リハビリテーションの質を確保するため、身体機能等の改善度を評価する指標や方策等について検討すべきである。

慢性期の入院医療に関しては、18年度の診療報酬改定で、療養病床における入院基本料に医療区分とADL区分による患者分類を用いた包括評価が導入された。健保連が実施した日本版RUG分類に関する調査研究では、急性期以外の一般病床にも医療の必要性の低い患者が長期入院している実態が明らかになっている。このため、今後は、急性期以外の一般病床にも患者分類を用いた包括評価の適用範囲を拡大するとともに、一般病床のあり方についても検討すべきである。併せて、アップコーディングや粗診粗療を防止し、医療の質を確保するため、医療の質を評価する指標(QI: Quality Indicator)等の早期導入をはかるべきである。

3. 居宅(自宅および居住系施設)を中心とした医療の提供

高齢者の心身の状態や家庭環境、希望等に応じて、自宅だけでなく居住系施設等の様々な形態、場所で療養生活を送れるようにすることが重要である。居宅における医療の推進や、療養病床の再編と受け皿の整備をはかるため、有料老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス)、高齢者向け専用住宅などの居住系施設の整備を促進すべきである。また、前述した「総合診療医」の確保、往診や訪問診療、訪問看護等の充実をはかるとともに、介護事業者等を含む関係者の連携を強化し、医療と介護を適切に組み合わせて提供する必要がある。

このため、訪問診療や訪問看護について、その促進をはかる観点から重点的に評価するとともに、居宅において外部から提供しうる医療行為を、介護保険との整合性を確保しつつ体系化し、その体系に則して、診療報酬で評価すべきである。

さらに、18年度診療報酬改定で創設された在宅療養支援診療所については、そ

の稼動状況や実施している医療の内容、患者特性等の実態把握を行い、対象となる医療機関の範囲を含めて、適切に見直すべきである。

4. 地域における医療連携体制の構築

地域の医療機関が、それぞれの機能を明確にしたうえで、介護サービスを提供する施設・事業者も含めた連携体制を構築し、高齢者に対して必要な医療・介護サービス等を提供することが重要である。

また、特定の医師・医療機関(将来的には、「総合診療医」を想定)が中心となって、高齢者の疾患や心身の状態、他の医療機関の受診状況、服薬履歴、生活環境等の情報をトータルで把握・管理し、連携先の医療機関や訪問看護ステーション、ケアマネージャー等で共有するとともに、こうした情報をもとに連携の調整を行う必要がある。

こうした医療機関間の連携や、施設医療から居宅医療への患者のスムーズな移行を促進するため、その効果を見極めつつ、地域連携クリティカルパスの診療報酬上の対象疾患を拡大するとともに、医師や看護師による退院時の患者への指導、他の医療機関や介護事業者等との連携について適切に評価すべきである。

5. 終末期医療への対応

終末期医療については、単に医療費抑制の観点から捉えるのではなく、むしろ医療提供体制のあり方や医の倫理、患者の尊厳・選択(リビング・ウィル)等も含めて幅広く総合的に検討する必要がある。

このような観点から、終末期のQOLを高めるため、専門知識や技術・経験を有する医師・看護師等の育成・普及、緩和ケア病棟の整備・拡充、緩和ケアチームの設置等を進めるなど、施設医療、居宅医療のいずれにおいても、緩和ケアの提供体制の充実をはかる必要がある。

このため、医療機関および居宅における疼痛管理等の緩和ケアを適切に評価すべきである。さらに、居宅における看取りの体制を確保する観点から、訪問看護ステーションによる看取りのケアをさらに評価すべきである。

6. 薬剤給付の適正化と歯科医療の充実

1) 薬剤給付の適正化

高齢者は、慢性疾患を複数抱える場合が多く、医療費に占める薬剤費の割合が高いことから、薬剤給付の適正化は重要な課題である。このため、薬剤の重複チェック、一元的な服薬の履歴管理と指導、患者への情報提供—等といった調剤薬局が担う

べき機能を明確化し、適切な医薬分業を推進すべきである。あわせて、いわゆる「お薬手帳」の確実な活用促進策を検討するとともに、情報提供・履歴管理等の評価を見直すべきである。さらに、居宅医療の推進をはかるため、居宅における服薬指導等について評価すべきである。

また、後発医薬品の使用を促進するため、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」の処方せん様式を原則「後発品」に変更するほか、まずは「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」に、後発品を調剤する努力規定を盛り込むべきである。

2) 歯科医療における口腔ケア・予防の充実

高齢者のQOLの維持・向上をはかる観点から、口腔機能の低下とそれによる誤嚥性肺炎や低栄養などを防ぐ必要がある。このため、口腔清掃、義歯等の調整などの口腔ケアを評価すべきである。併せて、歯科訪問診療や訪問歯科衛生指導等を適切に評価すべきである。

また、中高年期を対象に、歯周病等を予防する歯科保健対策をさらに推進、強化し、高齢期における歯の喪失の防止と口腔機能の維持をはかるべきである。

おわりに

本提言は、高齢者医療や高齢者にふさわしい診療報酬体系等のあり方に関して、健保連の基本的な考え方をとりまとめたものである。健保連としては、後期高齢者医療の診療報酬体系の構築、20年度の診療報酬改定に向け、本提言の内容が反映されるよう取り組んでいくこととする。

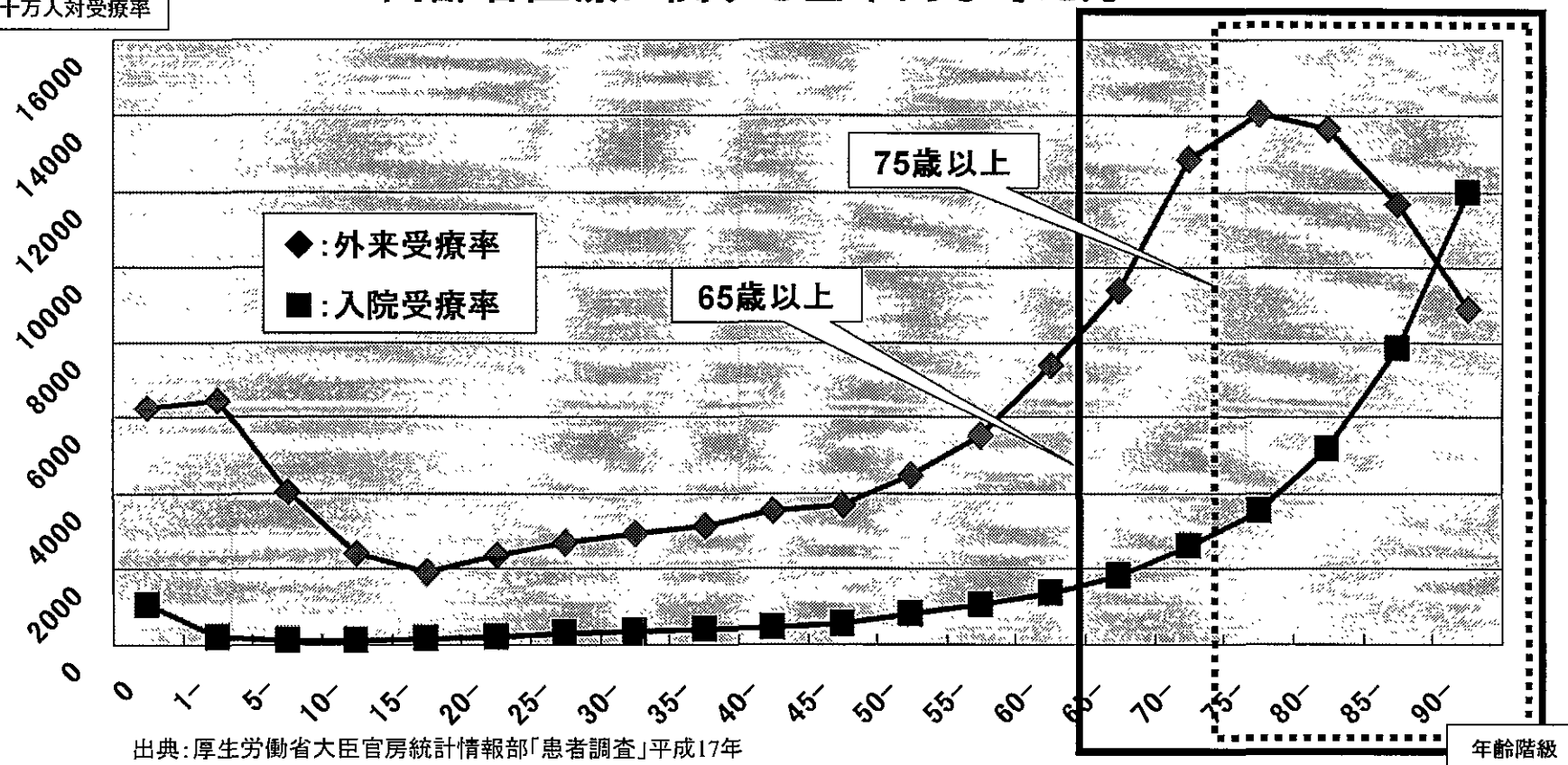
高齢者にふさわしい診療報酬体系等の あり方について

【参考資料】

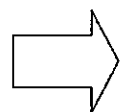
平成19年9月 健康保険組合連合会

高齢者医療に関する基本的な考え方

人口十万人対受療率



- ・ 受療率は外来・入院ともに後期高齢期(75歳～)以前から上昇を始める
- ・ 外来受療率は後期高齢期に入って下降に転じる
- ・ 入院受療率は後期高齢期から急激に上昇する



新たな診療報酬体系を、後期高齢者はもとより、前期高齢者や若年者にも適用することを考慮する必要がある。

高齢者の受診傾向に応じた外来医療の提供

短期的評価

個別の機能

他の医療機関との協力による夜間対応

家族を含めた長期継続した医療提供

全人的・診療科目横断的な医療提供

健診データに基づいた指導管理

他の医療機関等への紹介や調整

長期的評価

総合診療医

個別の機能を包括した手厚い総合的評価

総合診療医を受診した場合の
患者負担の軽減

保健指導等の保健事業の委託

高齢者の外来医療

慢性疾患を対象に、生活指導や検査、
処置、投薬等を包括化した点数
(例. 老人慢性疾患外来総合診療料)

- ・「総合(診療)科」を標榜
- ・学会から認定を受けた「専門医」
- ・個別の機能の算定状況

- ・算定可能な医療機関の範囲
 - ・施設ごとの選択制の排除
 - ・点数設定のあり方
- 等に留意