

# 後期高齢者の診療報酬体系のあり方について

2007年9月14日

社団法人 日本医師会

## 目 次

1. 後期高齢者医療制度の基本的スキーム	2
2. 後期高齢者の特性	4
3. 後期高齢者のための医療および医療提供体制	5
4. 後期高齢者医療の診療報酬体系	10

## 1. 後期高齢者医療制度の基本的スキーム

日本医師会は、2008年4月に始まる後期高齢者医療制度については、あくまでスタートラインと位置づけ、あるべき姿について以下のように提案する。

---

### 後期高齢者医療制度の基本的スキーム（日本医師会案）

#### 1. 目的

国民が「格差」に苦しむことなく、安心して高齢期を迎えることができるよう、公平な医療を受けられることを約束する。

#### 2. 対象

75歳以上（以下、75歳以上を「後期高齢者」という）。

#### 3. 保険者

都道府県を単位とする。

#### 4. 理念

後期高齢者は疾病が発症するリスクが高く、保険原理が働きにくい上、保険料、患者一部負担は後期高齢者にとって大きな負担になる。したがって、後期高齢者が所得格差の不安なく過ごせるよう、国は「保障」の理念の下で支えるべきである。

#### 5. 財源

「保障」の理念の下、給付割合を高め、財源には公費を重点的（医療費の9割）に投入する。公費は原則国庫が負担し、財源の地域間格差が生じないようにする。

「高齢者の医療の確保に関する法律」により2008年4月の公費負担割合は給付費の5割でスタートするが、これを段階的に引き上げる。また、これ

に伴い後期高齢者支援金（従来の老人保健拠出金）は廃止する。

保険料と患者一部負担は合わせて医療費の1割とする。保険料の一部は所得に応じた負担（応能負担）とし、極力地域間格差が生じないような対策を講じる。患者一部負担割合は所得によらず一律とし、さらに将来の引き下げを検討する。

## 6. 診療報酬

外来は出来高払いとする。入院も原則出来高払いとし、慢性期の一部を選択制の包括払いとする。いずれの場合も、個々の病態に配慮しない画一的な支払方式に陥らないよう、柔軟な対応を行う。

（社）日本医師会「グランドデザイン2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—総論」（2007年3月）より

---

なお、2008年4月に始まる後期高齢者医療制度では、給付財源（患者一部負担を除く）を、公費約5割、後期高齢者支援金（若年者の保険料）約4割、後期高齢者の保険料1割とすることになっている。

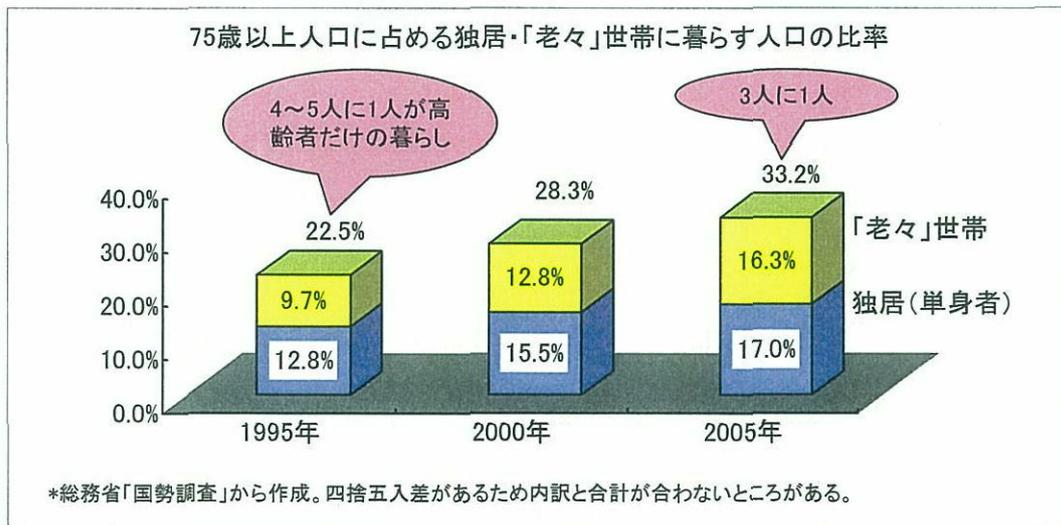
## 2. 後期高齢者の特性

後期高齢者は、身体的には、加齢による免疫力や自然治癒力の減退のため、全身の一般状況が、急速に低下することがあるという特性を持つ。同時期に複数の疾患に罹患しがちであり、認知症や廃用症候群（筋萎縮、関節拘縮、褥瘡など）等にもかかりやすい。つまり、このような状態を考慮した上で複数疾患に対応できる全人的な医療の提供が求められる。

また、世帯のありようが大きく変容している点に留意する必要がある。

75歳以上人口に占める単身者の比率は1980年には7.5%であったが、2005年には17.0%にまで上昇した。2005年にいたっては夫婦とも75歳の人も16.3%あり、75歳以上人口の約3分の1（33.2%）が「独居」またはいわゆる「老々」世帯に暮らしている。

このような世帯環境にある後期高齢者にとって、現在の在宅偏重の政策は危険を伴うものでもあり、入院・入所施設の整備も求められる。



### 3. 後期高齢者のための医療および医療提供体制

日本医師会は、高齢者の尊厳を守り、生活を支えることを基本とする以下の3つの考え方を示す。

---

#### 後期高齢者医療に対する3つの基本的考え方

- (1) 尊厳と安心を創造する医療
- (2) 暮らしを支援する医療
- (3) 地域の中で健やかに老いを支える医療

---

さらに、上記の考え方に基づいて、後期高齢者のためにあるべき医療および医療提供体制は次のとおりと考える。

### (1) 「かかりつけの医師」および「かかりつけ医機能」の充実

高齢者の医療は、生命を守るだけでなく、生活を支援するサービスの一環としてとらえるべきである。高齢者が日常生活としての「生」に満足し、自然に終末期を迎えられるようにしなければならない。高齢者を継続的、包括的に支援する「かかりつけの医師」の役割は大きい。

日本医師会は、自らこれらの医師を養成するため、学術推進会議等において、養成カリキュラムの作成に取り組んでいる。

#### かかりつけの医師とは

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」

現在、厚生労働省が「総合科医構想」を打ち出している。これは、医療の集約化を通じた医療費抑制を狙ったものである。国が「総合科医」を認定することも検討されている。しかし、国が「総合科医」を認定するようになれば、官僚の権益が拡がり、地域医療提供体制全体の管理統制につながりかねない。

一方、日本医師会が定義する「かかりつけの医師」とは、地域住民を誕生から、介護、看取りまで、幅広く包み込んで支える役割をさす。それらは、地域で、長期にわたって医療の提供を継続し、診療時間外も含めて住民それぞれのライフステージにかかわる医師が自主的に担うものである。厚生労働省が示すような統制的な管理医療の下で、実現できるものでは決してない。仮にそのような事態になれば、患者、地域住民と医師との信頼関係はなりたたない。

また、厚生労働省の「総合科医構想」は、「初期診療を総合科医」に限定する

ものである。しかし、それは、患者から自由に医療機関を選択する権利を奪うことを意味する。また、すべての医師が「総合科医」になるわけではないので、地域によっては「総合科医」が不足するところも出てきたり、その結果、患者が初期診療を受けづらくなったりし、格差が生じるおそれもある。

日本の公的医療保険制度のすぐれた特徴は、「国民皆保険体制」「現物給付」「フリーアクセス」である。「総合科医構想」は、このうちの「フリーアクセス（いつでも、どこでも、誰でも）」を揺るがすものである。

日本医師会の「かかりつけの医師」は、厚生労働省の「総合科医」とはまったく異なるものであり、日本医師会は断じて「総合科医構想」を認めない。

## **(2)「高齢者は在宅へ」という流れの是正**

厚生労働省は、高齢者の在宅医療を推進している。しかし、後期高齢者の3分の1は、独居またはいわゆる「老々世帯」での暮らしである。在宅偏重の政策は危険を伴うことになる。

### **① 療養病床の維持**

2006年度の医療制度改革において、国は、介護療養型医療施設（以下、介護療養病床）を廃止し、医療療養病床を4割削減することを打ち出した。2005年度には、医療療養病床、介護療養病床合わせて38万床あったが、2012年度には、介護療養病床が廃止され、医療療養病床のみの15万床になる見通しである。

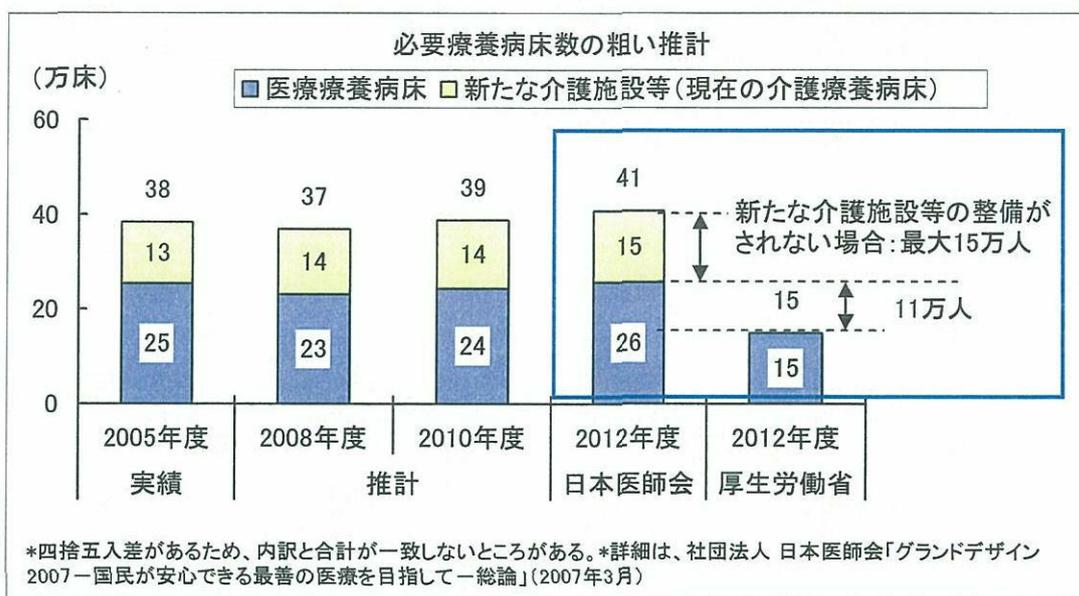
しかし、日本医師会が行った調査<sup>1</sup>によると、長期入院できる療養病床の入院患者のうち「社会的入院」はわずかであり、多くの患者が医療処置を受けていることが明らかになった。

日本医師会の試算によると、さらなる高齢化が進展するため、2012年には、医療療養病床は26万床必要になる。また、新たな介護施設等（現在の介護療養病床に代わるもの）も15万床必要である。厚生労働省の計画とは大きな隔りがある。

<sup>1</sup> (社)日本医師会「療養病床の再編に関する緊急調査」報告 2006年10月

このまま進めば、2012年度に適切な医療を受けられない人が最大11万人、適切な介護を受けられない人が最大15万人、合計最大26万人が行き場を得られないこととなる。

したがって、現在の療養病床はむしろ維持されなければならない。



## ② 有床診療所の活用

在宅医療を推進したとしても、高齢化が進むほど在宅高齢患者の重症化も進む。在宅サービスの基盤整備が必要である。介護施設のほか、多様な住まいや特定施設を支援する地域ケア体制の整備が求められる。そのひとつとして、地域住民にとって身近な入院施設である有床診療所の病床のうち、機能的に対応可能な病床を有効に活用することを提案する。家族介護支援のためのショートステイ、終末期医療の場としての機能のほか、小規模多機能型居宅介護<sup>2</sup>への取り組みなども検討課題である。

<sup>2</sup> 2006年度の介護報酬改定で新設された「地域密着型サービス」のひとつ。利用者が中重度になっても自宅や身近な地域での生活を継続できるよう、「通い」「訪問」「泊まり」を組み合わせたサービスを提供する。

### (3) 多様な医療の選択肢の提示

高齢者に限ったことではないが、同じ傷病名であっても個々の病態、既往歴、体質等によって、提供される医療は異なって当然であり、同様に医療を受ける場も患者の特性に応じて多様に提供されなければならない。

2006年度の診療報酬改定によって、在宅療養支援診療所が導入されたが、これを算定すると患者負担増につながるため、現場では機能させにくいという問題が生じている。一方で、在宅療養支援診療所の届出をしていないと、それまで在宅医療に取り組んでいても、「看取り」が十分評価されないという不整合もある。

高齢者の尊厳を守り、高齢者が安心して生活できるようにするためには、高齢者の意思で多様な医療が選択できるようにしなければならない。

在宅療養支援診療所にみられるように、施設基準で医療機関を実質的に制限し、それ以外の医療機関が行った適正な医療が評価されないようなことがあってはならない。在宅でも入院（療養病床、一般病床）でも、さらには外来でも、提供された医療を適正に評価する診療報酬上の仕組みが求められる。

## 4. 後期高齢者医療の診療報酬体系

### (1) 診療報酬体系の枠組み

日本医師会は、後期高齢者の診療報酬体系について、次のように考える。

外来は出来高払いとする。入院も原則出来高払いとし、慢性期の一部を選択制の包括払いとする。いずれの場合も、個々の病態に配慮しない画一的な支払方式に陥らないよう、柔軟な対応を行う。

(社) 日本医師会「グランドデザイン 2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—総論」(2007年3月)より

診療報酬体系の大枠

対象		支払方式
外来		出来高払い
入院	急性期	
	慢性期の急性増悪	
慢性期	一部包括払い（選択制）	

基本的に出来高払いとしているのは、医療に制限が加えられることなく、必要な医療が提供されることを目指しているからである。ただし、入院の慢性期治療については、コストに見合った点数が設定されれば、病態が安定的に経過することも多いため、選択制（医療機関が選択できる）の一部包括払いもあり得ると考える。

## (2) 個別に評価すべき項目

### ① 「かかりつけの医師」を中心とした地域医療

「かかりつけの医師」とは、先に定義したとおりであり、幅広い活動が求められ、多様な医療連携が要求される。まず、医療連携の機能（相談機能、紹介機能、在宅療養支援診療所と後方支援医療機関との連携など）を評価すべきである。さらに、医療の継続性を保障するためには、地域ですでに築き上げられてきた「かかりつけの医師」（主として診療所医師）の地域医療活動全般の評価も重要である。

### ② 医療の必要な患者のための長期入院の場（療養病床）

厚生労働省が「社会的入院」とみなしている「医療区分1」（医療の必要性が低い）の患者の中にも、医療処置の必要な患者は少なくないので、「医療区分1」を再評価する必要がある。また現状では、ADL区分（自立度。これによってケア時間や医療処置の時間が大きく異なる）が評価されていないが、これも評価すべきである。

なお、いずれの場合においても、病態が不安定であることも考慮し、点数設定を行う必要がある。

ここで、療養病床再編の問題点を整理すると次のとおりである。

中央社会保険医療協議会・慢性期入院医療の包括評価調査分科会「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」中間報告では、「医療区分1に関して入院医療を必要としないという政策判断がなされ、診療報酬についてもコストに見合わない点数が設定されている」と記載され、コストとは無関係に、政策判断のみから療養病床が削減されようとしていることを認めている。

また、現在の診療報酬は医療区分別の評価がされているが、13頁に示すタイムスタディ調査からも明らかなように、コストのみならず、ケア時間や医療処置時間も診療報酬と見合っていない。

療養病床においては、間違った政策判断がなされた「医療区分1」の見直しが必要である。

厚生労働省は「医療区分1」は「社会的入院」であるとみなしている。しかし、「医療区分1」の患者については、医師の指示見直しは少ないものの、医療処置（経管栄養、胃瘻、喀痰吸引等）を受けている患者は少なくない。「医療の必要性がない」すなわち、入院医療の必要がないというのは間違いである。

また、現在の介護施設、在宅医療体制は、療養病床の医療の必要な患者の受け皿になることは困難である。したがって、特に、医療区分1については、時間やコストに見合う点数設定をし直す必要がある。

### ③ 介護施設における医療

厚生労働省は患者（利用者）の観点からではなく、財政的な見地からのみ、行政主導で、療養病床から老人保健施設への転換を進めようとしている。

しかし、現在の介護保険下の老人保健施設では、他の保険医療機関からの往診等が、必ずしも適正に評価されていないとの指摘が多くある。必要な医療は、医療保険の下で適正に評価され、十分に提供されるようにすべきである。

患者分類ごとのケア時間、医療処置時間、費用、診療報酬点数

〈ケア時間〉 単位:分

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	全体
ADL区分3	141.3	150.7	190.4	161.7
ADL区分2	118.9	139.4	180.3	136.0
ADL区分1	90.8(認)	106.3(認)	120	97.0
	84.9	105.6		
全体	112.9	139.6	184	141.3

〈医療処置時間〉 単位:分

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	全体
ADL区分3	26.4	39	58.2	43.7
ADL区分2	12.6	17.8	36.2	18.5
ADL区分1	10.4(認)	10.7(認)	20.2	13.3
	10.3	16.6		
全体	15.5	29.3	51.8	30.8

〈患者1人1日当たり費用(含食事療養費)〉 単位:円

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	全体
ADL区分3	16,875	17,479	19,828	17,944
ADL区分2	16,355	17,418	19,479	17,108
ADL区分1	15,127(認)	15,974(認)	17,194	15,482
	14,986	15,971		
全体	16,024	17,209	19,594	17,351

〈療養病棟入院基本料2(診療報酬)〉 単位:点

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885	1,344	1,740
ADL区分2	764		
ADL区分1		1,225※/ 1,220	

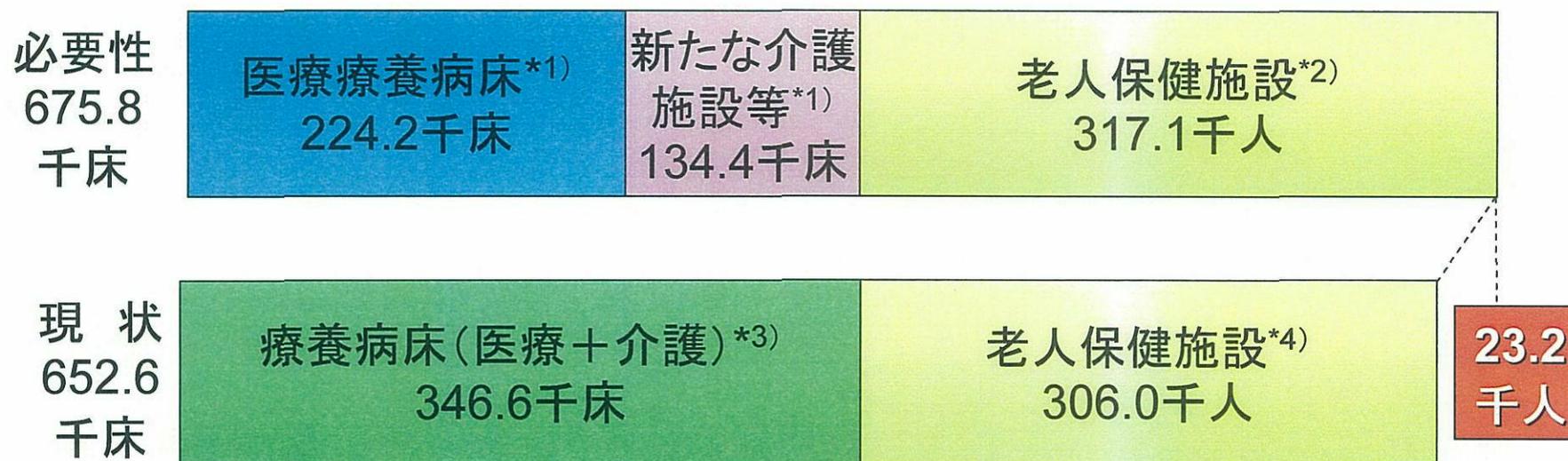
食事療養費は外数:192点 ※認知機能障害加算

\*中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会  
「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」(2007年8月)より

## 療養病床再編の問題－患者の立場から－

本来の必要性からいえば、すでに約2万人の高齢者が医療難民・介護難民となっているものと推察される。

### 現在(2007年)の姿



\*1) (社)日本医師会『療養病床の再編に関する緊急調査』報告(2006年10月)ほかから、医療の必要性を把握した上で推計。詳しくは、(社)日本医師会「グランドデザイン2007－国民が安心できる最善の医療を目指して－総論」参照。

\*2) 制度改革前(2005年度)の老人保健施設の必要性が今後も変わらないとして65歳以上人口に比例させて延伸。

\*3) 厚生労働省「医療施設動態調査」より、2007年4月分概数。

\*4) 厚生労働省「介護給付費実態調査月報」より、2007年5月審査分の受給者数。

## DPCについての日本医師会の見解

2007年9月14日

社団法人 日本医師会

DPCはいったん廃止することを提案する。

DPCは、診断群分類別に医療費を定額払い（いわゆる包括払い）する制度に使われる評価である。2003年度から特定機能病院に対して導入され、2006年度からは、その対象が民間病院にも拡大された。2006年度現在、対象は360病院であり、厚生労働省は当面1,000に拡大することを目指している。

DPCでは、診断群分類別に一定の単価が定められるが、これを操作することによっては、実質的な総枠抑制につながりかねない。DPCはいったん廃止し、その上で、特有の機能をもつ特定機能病院については、新たな包括払い方式を導入することを提案する。

特定機能病院は、高度の医療の提供、開発及び評価、研修を実施する能力を有することが要件である。補助金、寄付金、受託研究の収益等、民間医療機関とは異なる経営基盤を有する。包括払いは、このような固有の特徴をもつ特定機能病院に限定していくべきである。

以上