

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一等)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、点数設定のあり方一等)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、患者への情報提供一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。

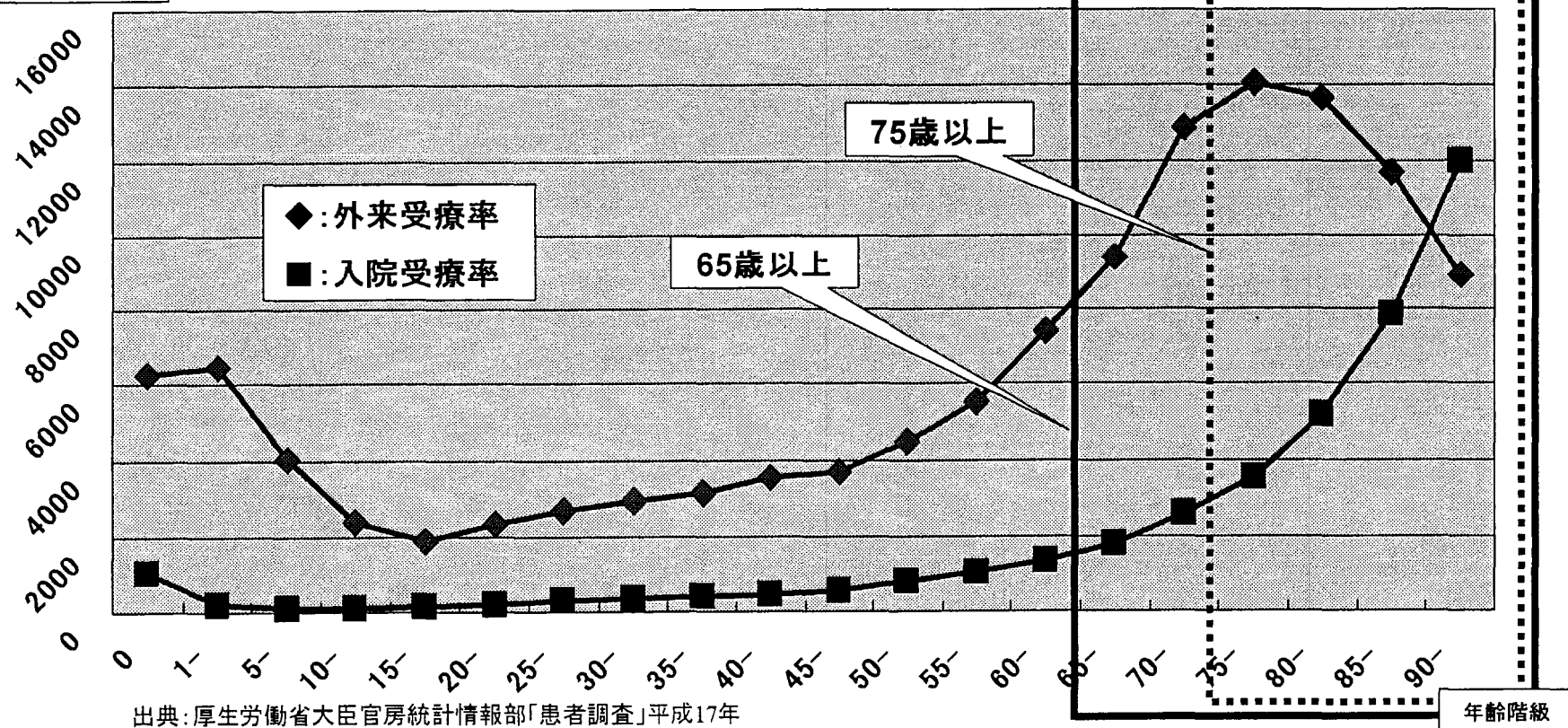
高齢者にふさわしい診療報酬体系等の あり方について

【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

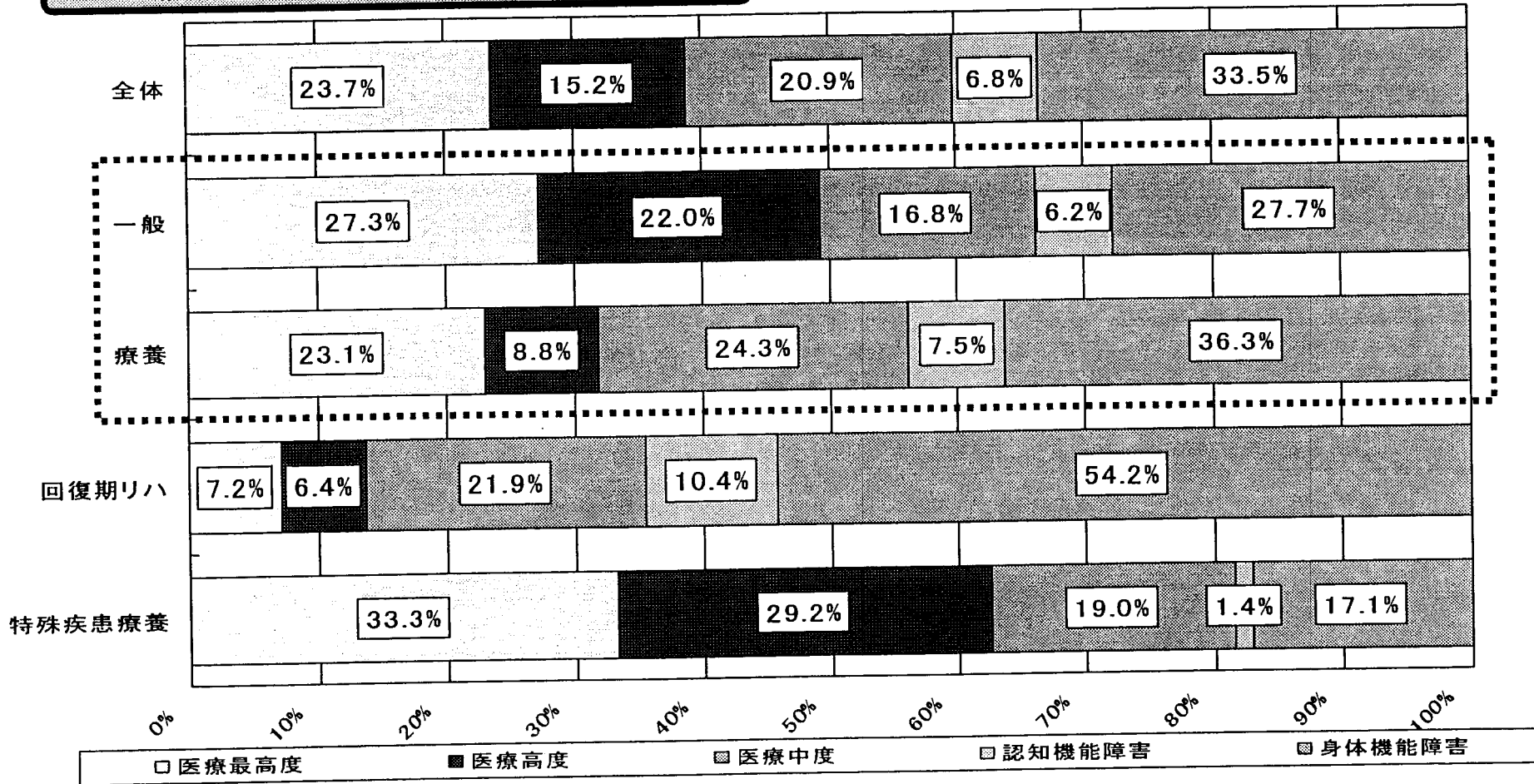
- ・算定可能な医療機関の範囲
- ・施設ごとの選択制の排除
- ・点数設定のあり方

—等に留意

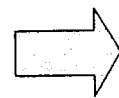
患者特性に応じた入院医療の提供

病棟種別の日本版RUG分類の構成

出典: 健保連「急性期以外の入院医療に対する新しい支払い方式」平成16年3月



- 一般病床と療養病床の患者構造は同質的で、病床間の機能分化ができていない

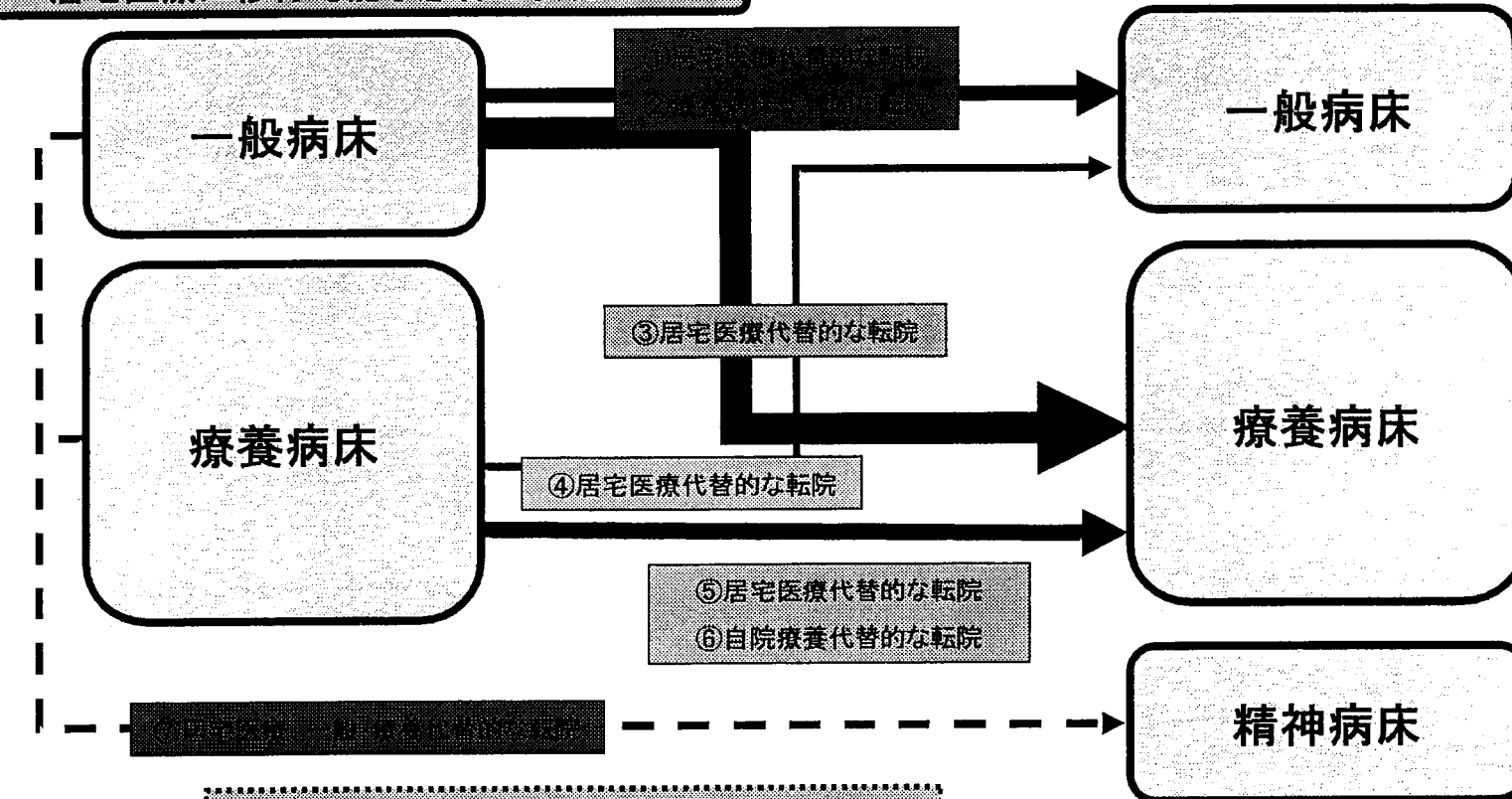


急性期以外の一般病床にも患者分類を用いた包括評価を拡大するとともに、一般病床のあり方についても検討すべき。

居宅医療の推進と医療連携体制の構築

居宅医療に移行可能な患者の状況

出典: 健保連「良質な高齢者医療&ケアを実現する体制に関する研究報告書」(暫定版)平成19年



居宅医療に移行可能な患者数(①+③+④+⑤)

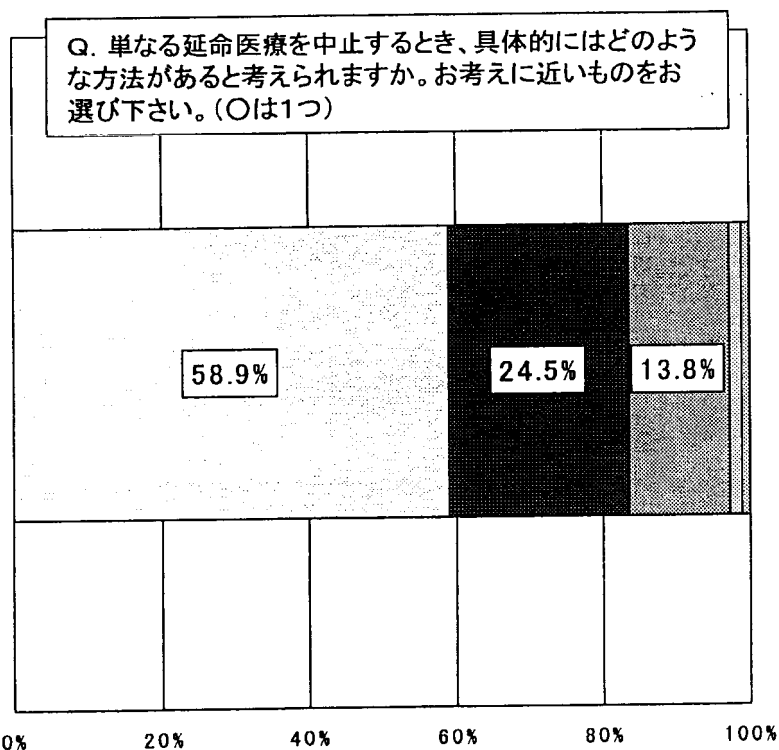
年間約73.4万人

※精神病床除く 推計値(暫定値)

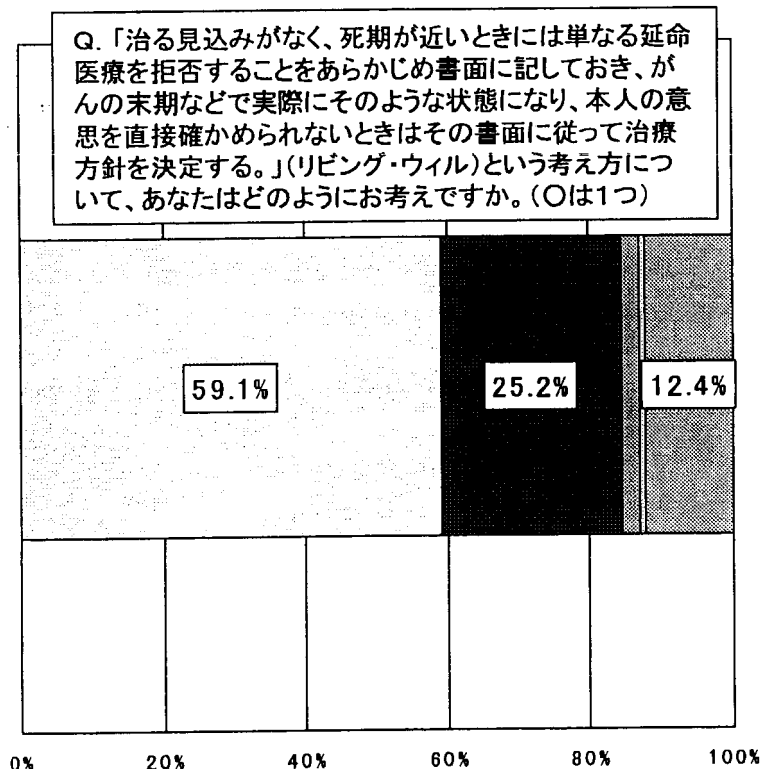
※居宅とは自宅・居住系施設に老人保健施設・特別養護老人ホームを含む

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。
 往診や訪問診療、訪問看護等の充実をはかるべき。
 医師・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。

終末期医療への対応



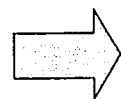
- 痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法
- 単なる延命医療を中止して、自然に死期を迎えさせるような方法
- あらゆる苦痛から解放され安楽になるために、医師によって積極的な方法で生命を短縮させるような方法
- 分からない
- 無回答



- 賛成する
- 患者の医師の尊重という考え方には賛成するが、書面にまでする必要がない
- 賛成できない
- その他
- わからない・無回答

出典：厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」平成16年7月

- 終末期の緩和ケアを重視する意見が過半数(58.9%)
- 終末期の患者の意思表示としてリビング・ウィルに賛成する意見が過半数(59.1%)

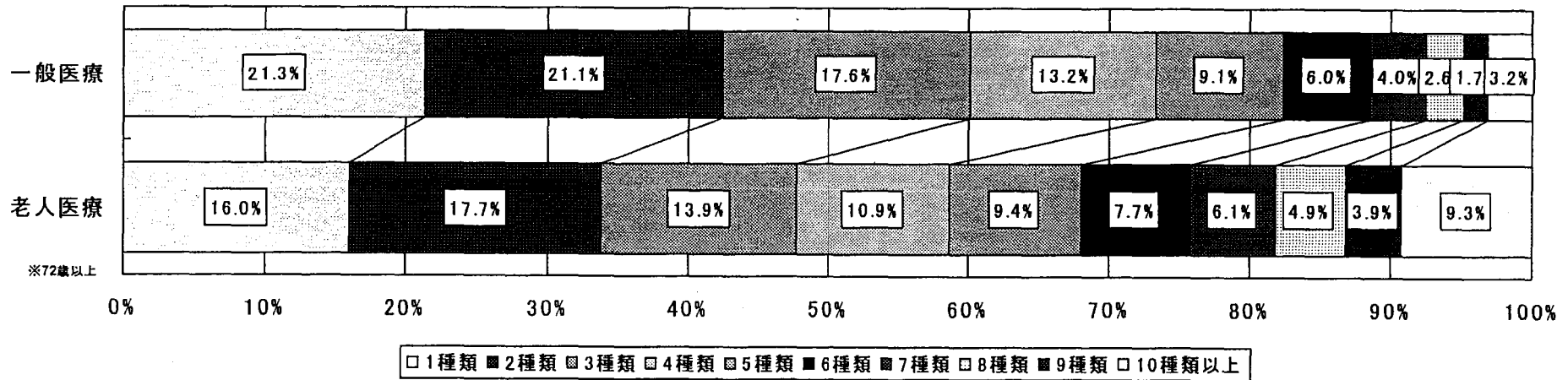


終末期医療は患者の尊厳・選択を重視すべき。
医療機関・居宅における緩和ケアを適切に評価すべき。

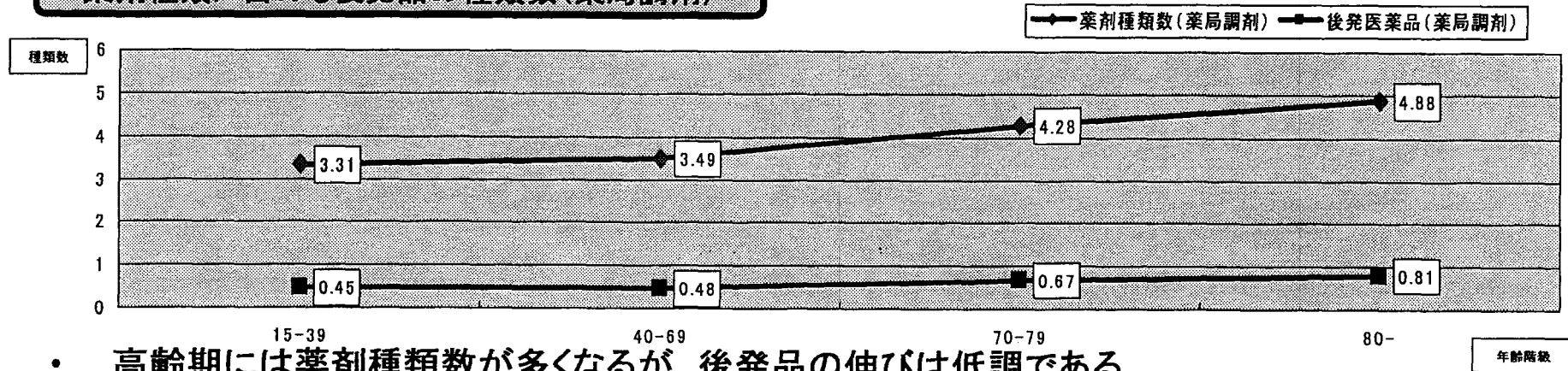
薬剤給付の適正化

高齢者の薬剤種類数の状況(薬局調剤)

出典:厚生労働省大臣官房統計情報部「社会医療診療行為別調査」平成17年



薬剤種類に占める後発品の種類数(薬局調剤)



- 高齢期には薬剤種類数が多くなるが、後発品の伸びは低調である

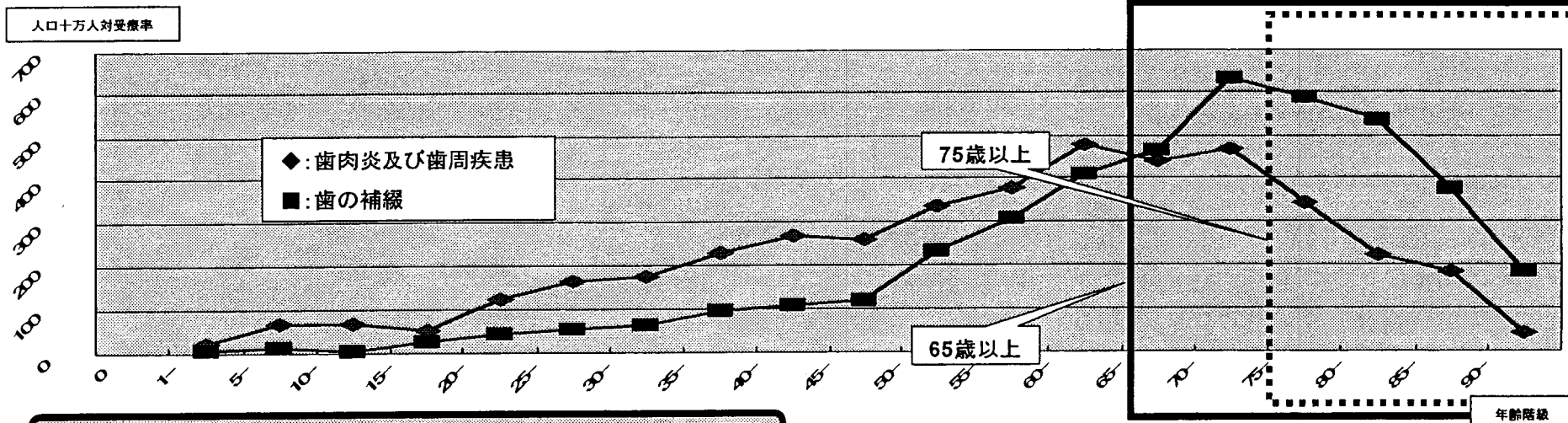


処方せん様式をさらに見直すべき(原則「後発品」)。
薬担規則に後発品調剤の努力規定を盛り込むべき。

歯科医療における口腔ケア・予防の充実

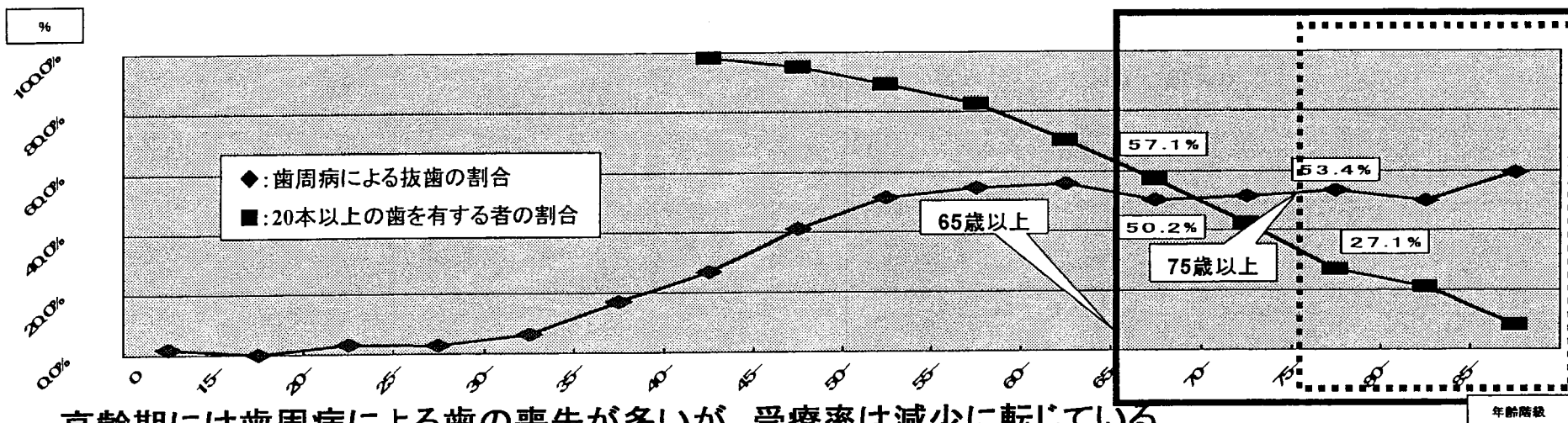
高齢者の受療状況(歯科)

出典:厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」平成17年

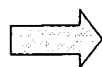


歯周病による抜歯と20本以上の歯を有する者の割合

出典:厚生労働省「歯疾患失態調査」平成17年/財団法人8020推進財団「永久歯の抜歯原因調査報告書」平成17年3月



高齢期には歯周病による歯の喪失が多いが、受療率は減少に転じている



口腔清掃、義歯等の調整などの口腔ケアを評価すべき。
中高年期を対象に歯科保健対策をさらに推進、強化すべき。

2007年9月14日

社会保障審議会医療部会
部会長 鴨下 重彦 殿

社会保障審議会医療部会
委員 堤 健吾

(日本経団連医療改革部会部会長補佐)

『後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子(案)(たたき台)』について

「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」とりまとめにあたり、以下の通り意見を提出いたします。

1. 新たな診療報酬体系の設定にあたっては後期高齢者のみではなく、制度の支え手である現役世代の納得性の観点も踏まえるべきである。そのためには、必要な医療が提供されることを前提に、給付費の増加の抑制が図られるような効果的・効率的な医療提供を促す体系を構築していくべきである。

具体的には以下のような点を加味していくことが必要であると考えます。

- (1) 包括的な支払方式を基本とした体系の構築
- (2) 患者の受診・服薬行動の適正化の観点からの「主治医」機能の明確化
- (3) 在宅医療推進のためのコメディカルの役割強化と適正な評価
- (4) 介護保険との連携強化と療養病床再編の着実な推進を含めた入院医療の適正化

2. また、制度構築に当たっては、以下の観点からICT化への対応を徹底すべきである。

- (1) 円滑な情報共有の促進や非効率性の排除
- (2) 患者にとっての利便性の向上や医療の透明性の確保
- (3) 事務の効率化や医療情報の蓄積・分析を通じた適正な制度運営

以上

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。

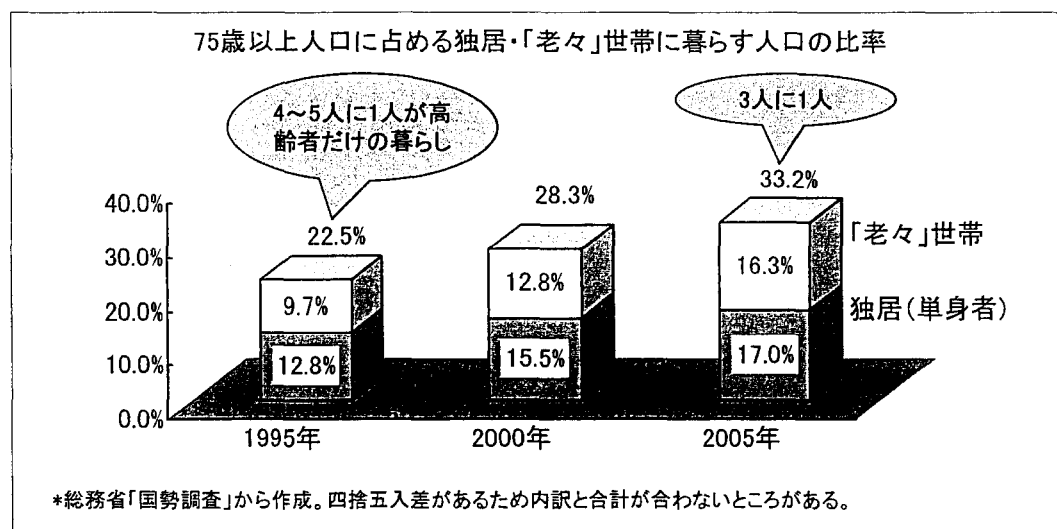
2. 後期高齢者の特性

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。

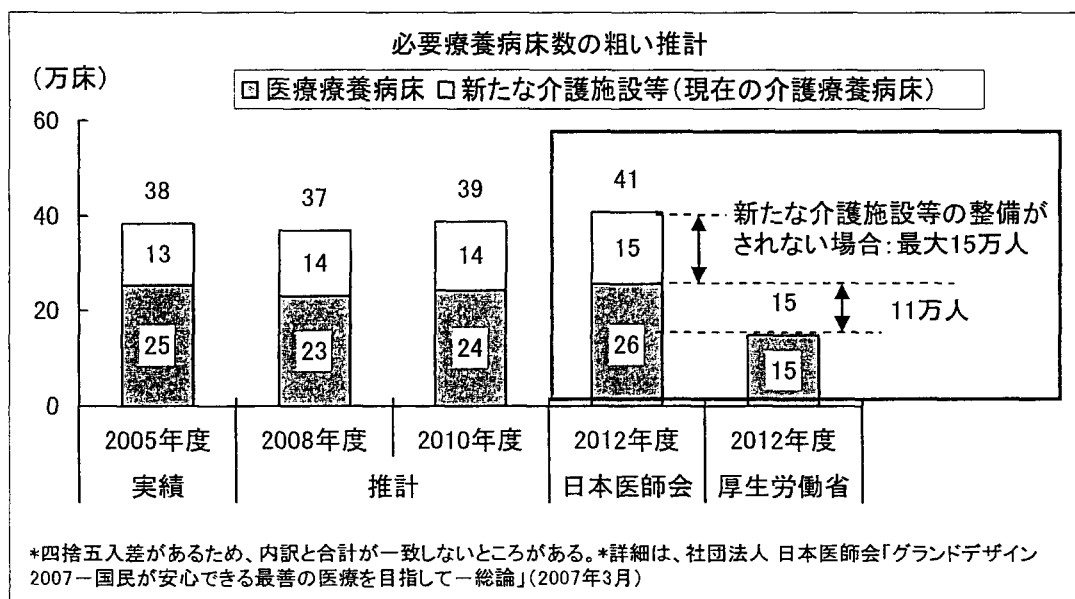
しかし、日本医師会が行った調査¹によると、長期入院できる療養病床の入院患者のうち「社会的入院」はわずかであり、多くの患者が医療処置を受けていることが明らかになった。

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。

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

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²への取り組みなども検討課題である。

² 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、入院医療の必要性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	

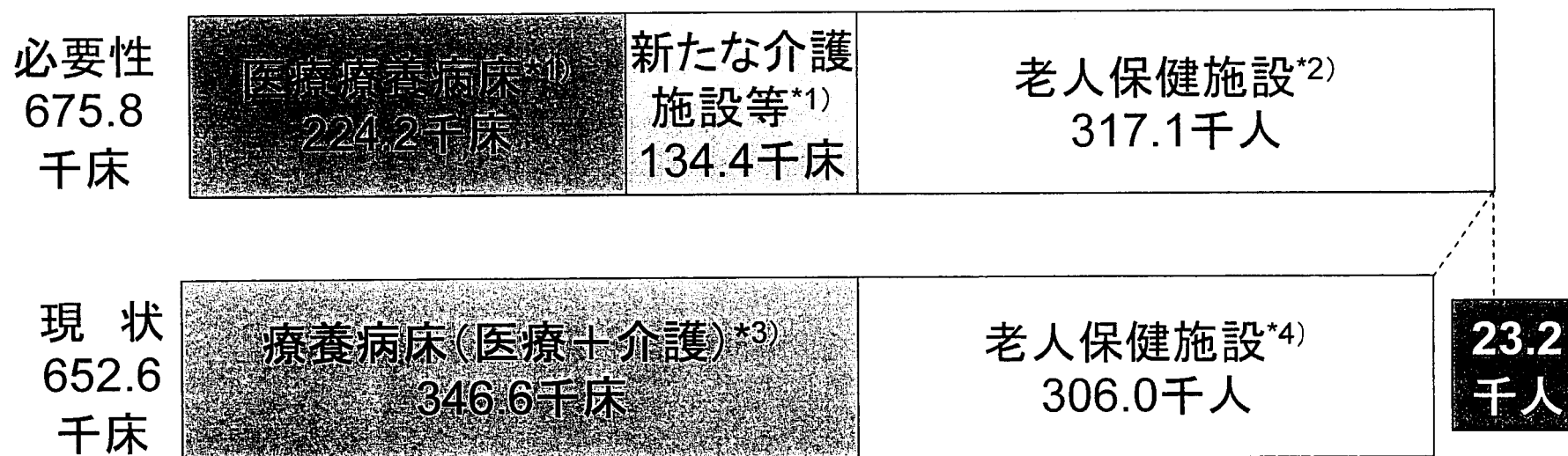
食事療養費は外数:192点 ※認知機能障害加算

*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

平成19年9月

後期高齢者医療制度を踏まえた歯科医療に対する基本的な考え方 (概要)

社団法人 日本歯科医師会

1. 本制度における歯科医療の意義

近年の様々な研究により、高齢者に対する歯科医療は、単に義歯などの治療による咀嚼機能の回復に留まらず、口腔全体の機能の回復、誤嚥性肺炎の防止、ADL、QOLの改善などに寄与することがEBMを持って明らかになってきている。

さらに、歯科医療は、高齢者の口腔機能の回復とその維持により、8020達成者を増加させ、社会的行動の積極化、全身の健康の維持増進に貢献し、その結果の一つとして、医療費の適正化に寄与すると考えられる。

また、「食」は人間としての尊厳を守るための大切な営みであり、歯科は最後までこれを支える。「昨日食べたものが美味しかった」と言って逝かれるためにも、看取りの歯科医療（ターミナル・デンティストリー）の確立が必要である。

2. 本制度の実施に向けての歯科医療提供の在り方について

入院中の患者や介護者の口腔内は、急性期の治療をはじめ、その管理が十分に行われず極めて劣悪な状況となる危険性があるだけでなく、口腔機能全体の低下を引き起こす。さらに、栄養摂取の低下によって低栄養状態となり、全身に影響を及ぼすこととなる。これらを防ぐために、外来、入院、居宅（入所）の高齢者に対する歯科の役割は重大で、かつ不可欠のものとする。

後期高齢者に対し、様々な状況下で適切な歯科医療を、継続的かつ効果的に提供していくためには、地域において医師、薬剤師、看護師をはじめとした医療関係者等と連携強化と情報の共有化を図らなくてはならない。地域医療の中で外来、入院、居宅（施設入所）間の引継ぎを円滑に間断無く行うためには、これまで歯科医師がほとんど参画していなかった医療連携の枠組みに組み込まれる必要がある。ことに、誤嚥性肺炎や低栄養等の防止に資する口腔管理は、急性期の入院から回復期・維持期の在宅（施設）に至る療養を通じて必要であることから、その体制整備の在り方について検討すべきである。

そこで、地域における新たな医療提供体制を構築する上で、都道府県の医療計画においては、4疾病をはじめとして、各医療圏域ごとの医療計画や地域連携パスの中に、歯科医療を位置づけることが必要である。

3. 本制度における歯科診療報酬の在り方について

口腔の状態は75歳から急に変化することではないことから、成人期からの制度の連続性が不可欠である。その一方で、歯科医療の受診率は、高齢者になるほど減少している。本制度の目的達成のためには、高齢者への口腔管理の重要性に係る教育的介入が必要であり、さらに、受診率を向上させるために健診等により受診の必要性の理解を深めることが必要である。

その上で、出来高払いの原則を踏まえつつ、以下にあげる項目をはじめとした、後期高齢者の心身の特性に応じた歯科医療の提供を適切に評価する診療報酬体系への見直しが必要である。

- ・在宅をはじめとした歯科訪問診療を推進していくために、訪問歯科診療料に関連する項目の見直しが必要である。

- ・「在宅療養支援歯科診療所（仮称）」の制度上の位置づけとその評価が必要である。

- ・訪問歯科診療推進ならびに連携する医療、介護等との連携を推進するための機能を有し、かかりつけ歯科医機能を支える「地域歯科医療センター（仮称）」の位置づけと、これらの連携体制を評価することが必要である。

- ・摂食嚥下障害等を有する患者に対する「機能改善訓練用義歯（仮称）」とそれを用いて行うリハビリテーション技法について評価することが必要である。

- ・要介護者等の誤嚥性肺炎防止に資する口腔内清掃管理の効果が十分に認められていることから、歯科医師、歯科衛生士の行う後期高齢者の口腔機能の維持管理に対する評価を見直すことが必要である。

後期高齢者医療制度における 歯科医療の構築に向けて

平成 19 年 9 月

日本歯科医師会

はじめに

高齢社会が現実のものとなったわが国において、医療制度を次世代に持続可能な制度に再構築すべく、平成20年度から後期高齢者医療制度が創設されることとなった。現在、そのための検討が厚生労働省の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等において精力的に進められ、本年4月には、当該部会により「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」が、さらに、その後の協議を踏まえて、9月に「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」(案)(たたき台)が示された。

制度構築に際しては、後期高齢者に対し、安心して生活できるために必要な医療が確保されることはいうまでもなく、何が問題なのかを再確認する必要性があるといえる。その上で、今後の歯科医療の在り方について国民はもとより、行政をはじめ医療・介護関係者等の認識を再形成しなければならない。

これまでの高齢者への歯科医療は、①う蝕や歯周病に対するもので生命の危険性と距離がある。②高齢者は歯の喪失した者が多く、高齢者歯科治療イコール義歯治療である。③診療所中心の外来診療であり、訪問診療は適切に提供されていない。といった概念を形成してきた。この点は、歯科医療に従事する側としては残念ながら認めざるを得ない事実である。しかしながら、近年の研究により、高齢者への歯科医療が誤嚥性肺炎や低栄養状態の予防、ADLやQOLの改善に資することがEBMを持って明らかになってきている。

そこで、改めて本制度への歯科医療の役割と使命を考えたとき、第一に健康寿命の延伸を挙げることができる。後期高齢者の心身の特性を踏まえれば、健康寿命を平均寿命に近づけることこそが、本制度における歯科医療の基本的使命と考える。つまり、高齢者の口腔機能の回復・維持を図り8020達成者を増加させる結果として、生活のQOLおよびADLの向上と社会的行動の積極化、全身の健康の維持増進に貢献することができる。その結果の一つとして、医療費適正化の一翼を担うことも期待されるところである。

また、後期高齢者が安心して療養生活を送ることを可能とするためには、

地域の医療関係者の相互協力に基づいた地域医療連携体制を早急に構築する必要がある。

I. 後期高齢者の歯科医療に関する概念整理

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」には、後期高齢者に対し提供されるべき医療について、「その抱える個々の疾患を疾患別に診るという医療だけでなく、精神的な不安も含めた複数の疾患について、トータルに診る医療が必要である」こと。また、「後期高齢者の中には、一人暮らしで寝たきりのケースも多く、単に医療機関に自ら治療を受けに来る患者を診るということだけでは十分とは言えない」ことが指摘されている。

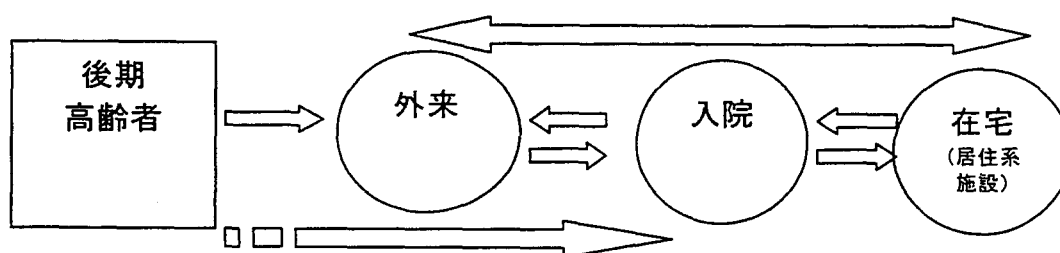
ことに、後期高齢期における入院（所）中の有病者・要介護者にみられる口腔衛生状態の悪化は、う蝕の多発、歯周病の進行、歯の喪失、咀嚼力の低下などから、口腔機能全体の低下を引き起こし、結果、栄養摂取能の低下により低栄養状態となり、全身に影響を及ぼすこととなる。さらに、口腔内の不潔な状況と嚥下機能の低下と相俟って、誤嚥性肺炎を高い確率で引き起こす危険がある。これらを防ぐためにも、歯科医療は極めて生活に密着した医療であること、入院（所）中や在宅の高齢者に対する歯科医療の役割は重大かつ不可欠のものであることについて、社会的コンセンサスを得なければならない。

こうした課題を解決し、さらに適切な歯科医療を後期高齢者に対し提供する体制を構築していくためには、前出の「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」本文中の、後期高齢者にふさわしい医療の体系に考慮すべきものとして挙げられている項目に、歯科医療従事者がいかに対応していくかに掛かっている。

具体的には、「急性期入院医療中における治療後の生活を見越した高齢者の評価とマネジメント」、「在宅（居住系施設を含む）医療提供体制」、「介護保険等のサービスと連携の取れた一体的なサービス提供における医療連携」等において、総合的に診る医師や他の医療関係者とどのように関わり、どの

ように進めていくかについて概念を整理し、そのための体制を整備しなくてはならないと考えられる。つまり、後期高齢者医療制度創設にあたり、歯科界のまず行うべきは、自らの概念整理とそれの他者への理解を求めることである。

後期高齢者医療制度における歯科医療のイメージを、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資料「特別部会の今後の進め方について」中「後期高齢者の受ける医療の流れについて」に示されている後期高齢者の療養状況〔外来通院可能、入院、在宅（居住系施設）〕の三類型に即して考えると、以下のような特徴が挙げられる。ただし、いずれの類型においても後期高齢者に対する歯科医療の意義は、その口腔機能の回復と維持により全身の健康に寄与することにあることはいうまでもない。



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資料より

【外来通院可能な後期高齢者】

1. 定期的口腔内状態・口腔機能の評価
2. 歯科治療ならびに歯科保健指導（口腔と全身の健康との関連を含む）
3. 専門医（医科・病院歯科（高次機能歯科医療機関））との連携（紹介等）
4. 患者の病歴・受診歴・口腔機能状況等に関する歯科診療情報の提供（患者および他の医療機関への情報提供）

【入院時の後期高齢者】

1. 訪問歯科診療
2. 入院時の口腔管理と口腔リハビリテーション
3. 入院中のカンファレンスにおける医科主治医、看護師等（NSTを含む）との情報の共有化
4. 退院時カンファレンスにおける情報提供（口腔内状態・口腔機能評価（診

断) と退院後の口腔管理クリティカルパスの作成)

【在宅療養中の後期高齢者】

1. 訪問歯科診療
2. 継続的口腔機能維持管理・専門的口腔ケア（要介護者全員を対象）
3. 摂食嚥下障害のスクリーニングと摂食嚥下指導（摂食機能障害者）
食形態指導、胃ろう患者への対応、摂食嚥下訓練、専門医への紹介
4. 看取りの歯科医療（ターミナル・デンティストリー）*
5. 患者の健康状態に関する歯科医療情報の提供（医科主治医への情報提供）
6. 訪問看護師・介護職への歯科医療情報の提供

*：「食」は人間としての尊厳を守るための大切な営みであり、「昨日食べたものが美味しかった」と言って逝かれるために、歯科医療が最後までこれを支えることが必要である。歯科医療により、看取りまでの口腔機能の維持を支援すべきである。

上記に示されるように、後期高齢者に様々な状況下で適切な歯科医療を継続的かつ効果的に提供していくためには、医師をはじめとした医療関係者等と情報の共有化を図らなくてはならない。ことに各類型間の引き継ぎを円滑に中断無く行うためには、これまで歯科医師がほとんど参画していなかった医療連携の枠組みの中に、必要に応じて組み込まれる必要性がある。

また、後期高齢者医療制度の対象者は、同時に介護保険給付の対象であることが多く想定されることから、制度相互間の有機的連携を図らねばならないことはいうまでもないが、現状の介護保険制度における歯科医師の位置づけは不十分であり、以下に述べるような新たな見直しが必要である。

Ⅱ. 後期高齢者医療制度における歯科医療体制整備のための具体的方針

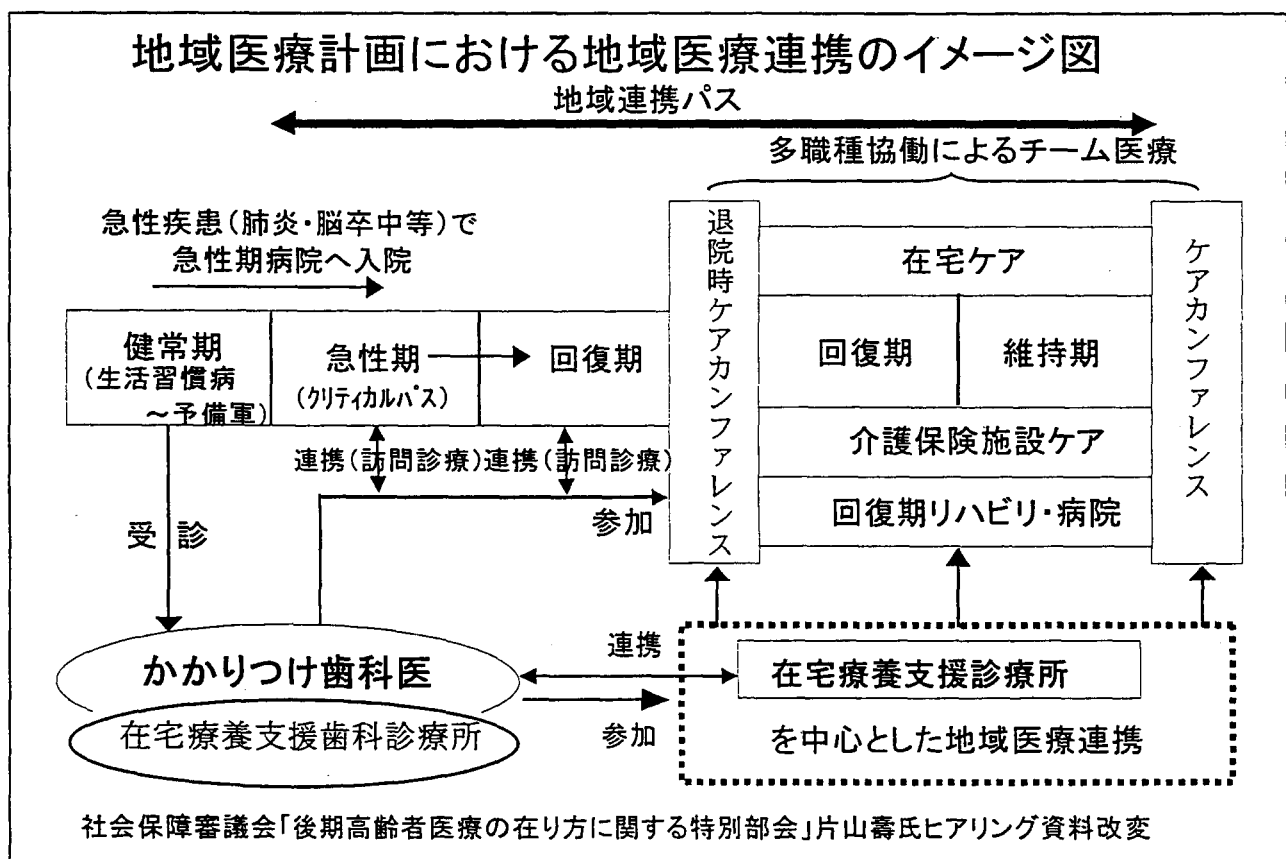
1) 高齢者の歯科受診率の向上

高齢者の口腔状態は75歳を境に急激に変化するものではなく、成人期からの制度の連続性が不可欠である。一方、高齢化に比例し歯科受診率は減少し、高齢化率の伸びほど歯科医療費は増加していない。後期高齢者の口腔機能を回復・維持するためには、後期高齢者への積極的介入として、後期高齢者が

自らその必要性を認識して歯科医療を受診する契機となる健診制度が必要である。具体的には、後期高齢者医療制度が適用される75歳を期に、節目健診として定期的な「後期高齢者口腔診断」を含む健診制度を創設するべきである。

2) 地域における医療連携

後期高齢者医療制度を構築する上で、地域における医療連携を確立することはその成否に関わるといっても過言ではない。これまで介護保険制度を契機として、先進的な地域自治体における取組みが散見されるものの、医療機関単位、地域ネットワーク単位に留まっている。しかも、これら医療連携の中に歯科医療機関や歯科医師が参画する事例は僅かしか認められていないのが現状である。これは、歯科以外の医療関係者の認識が、口腔状態が全身の状況や治療効果等に寄与すること、また、訪問歯科診療に対して希薄であったことなどに起因しており、この点については、歯科側からの情報発信の不足は否めない。しかし、これからの医療連携は、患者を中心に、医科、歯科、調剤、看護等があらゆる側面から重層的に支援するものでなくてはならない(図)。



3) 医療連携の充実に向けて

日本歯科医師会は、日本歯科総合研究機構を中心に、日本医師会、日本プライマリケア学会、日本リハビリテーション病院・施設協会、日本糖尿病協会等との連携をはじめ、設立以降、地域医療連携に関するワークショップやシンポジウムを開催するなど情報を発信し続けてきている。これまでの実績を、来るべき時代の布石として、より確かなものとするよう、今後とも多方面に向け、必要に応じ相互理解や連携強化のための情報発信を行っていく必要がある。

これからの医療連携は、端的には連携機関の機能分化と情報の有機的連携と言い換えることができることを踏まえれば、従来のような地域歯科保健対策として歯科関係施策を完結させるのではなく、今般の医療法改正に合わせた地域医療計画に掲げる医療連携の中に歯科医療を位置づけることが必要である。さらに、その医療連携には、地域連携パスの策定が必要とされており、その実効性をあげる為には、関係者による共通言語の使用とそのための理解、疾患等に関する最低限の知識の保有などが不可欠である。これによりシームレスなケアが可能となる。また、医療機関間のオープンシステムも有用であり、そのための一手段として、都道府県または郡市区歯科医師会会員を連携登録歯科医（訪問歯科診療の可否情報等を含む）としたリーフレットを作成し、関係機関へ配布することなどが挙げられる。こうしたことで、これまでの医療機関同士の個々の関係に依存した医療連携から、歯科を含む普遍化された地域の医療連携への転換が可能となると考えられる。

都道府県および郡市区歯科医師会は、各地域の特性や事情に応じたシステムへの参画を進める中で、日本歯科医師会を中心としたネットワークに重ね、地区間の情報の共有化を進めることで、医療連携を推進していくことが可能となると考えられる。地域レベルで特に重要と思われることは、医療連携における各構成機関の機能分担と連携の明確化であるが、こうした事柄がシステムとして軌道に乗るまでの間は、各都道府県歯科医師会において窓口的役

割を担う部門が必要となると考えられる。

さらに、上記の事柄を効率的に具現化していくためには、先進的地域とそれ以外の地域の格差の是正が必要である。後期高齢者医療制度施行までの間に、日本歯科総合研究機構等による事例集を含む総合的なシステム構築のためのマニュアルの作成や研修会の開催等が望まれる。

なお、訪問歯科衛生士による口腔ケアについては、歯科診療所での歯科衛生士の充足状況を踏まえ、日本歯科衛生士会の研修や登録制度と協調していくこと等によりその体制整備を図るべきである。

また、情報の共有化には、医療のIT化が必須であり、現在の医療連携の取り組みが進まない原因の一つとされている。このための機器の整備やマンパワーの確保が個々の医療機関の負担にならないよう制度上の配慮が必要である。さらに、それら個人情報の高いレベルでの管理が必要であることはいうまでもない。

4) 訪問診療に関する体制整備

高齢者に対する歯科医療における現状の問題点として、医科との連携の不十分さや在宅患者の歯科医療へのアクセスのハードルの高さなどが指摘されている。これら問題の背景には、従来の歯科医療が、診療所での外来通院患者中心であることが挙げられる。歯科において訪問診療が推進されない理由として（診療報酬上の評価の問題を除けば）、在宅での歯科治療であっても多くの器具機械を必要とすること、歯科側の全身疾患等に関する認識不足、他職種との連携不足、さらに関係者相互間の認識と理解の不足等の事実の存在を認めざるを得ない。

今後、地域医療連携の中で、後期高齢者への歯科医療を適切に提供していくためには、訪問歯科診療の質の担保と医療提供にあたっての制度上の効率性の確保が不可欠である。一方、これまでも問題視されてきた利益優先型の訪問歯科診療は、歯科医療の質の低下を惹起するばかりでなく歯科医療に対する評価をも喪失させるものである。こうした弊害の轍を踏まないためにも、

歯科医療従事者は医療の質と継続的な責任を保証しなければならないことから、日本歯科医師会は、地域における在宅療養を支援する機能を有した歯科診療所の各都道府県歯科医師会による登録システムの構築を提案する。

具体的には、在宅療養支援歯科診療所（仮称）としての登録を法制度上位づけ、当該診療所の要件として、そこに従事する歯科医師に日本歯科医学会監修の全身疾患、高度の医学的知識、緊急時の対応等を含む研修の受講を義務化することで、その質の担保を図るべきである。

さらに、本システムは前項の連携登録歯科医制と連動することで一層の効果が期待される。

Ⅲ．後期高齢者医療制度における歯科診療報酬体系の基本的な在り方

平成 20 年度改定に合わせて創設される後期高齢者医療制度は、現行制度との連続性を欠いてはならず、また、連続的な経年変化の中で 75 歳という年齢は、あくまでも制度上の目安である。さらに、疾患やその進行状況は、個々様々であることから、その多様性に柔軟に対応できる仕組みとすべきである。そこで、後期高齢者医療制度は、現制度の利点（フリーアクセス等）を堅持するとともに、その歯科診療報酬体系は基本的に出来高払いを堅持すべきである。

具体的には、日本歯科医師会に設置された診療報酬基本問題検討チームの「歯科診療報酬に対する現時点での考え方（本年 5 月）」に示されているように、1. 在宅歯科医療（訪問歯科診療料）の評価の見直し、2. 地域歯科医療センター（仮称）を主体とした地域医療連携の評価、3. 口腔機能の維持管理に対する評価、4. 歯科衛生士の訪問による専門的口腔管理に対する評価、5. 機能改善訓練用義歯（仮称）の評価の確立をはじめとした後期高齢者の特性に応じた歯科医療提供の評価を損なわないための診療報酬体系とすることが必要である。

ことに、「1. 在宅歯科医療（訪問歯科診療料）の評価の見直し」については、現在、医科において入院医療を円滑に適正な在宅医療に移行させること

を目的として在宅医療に関する診療報酬の見直しが検討されていることを鑑み、歯科においても診療報酬制度上、訪問歯科診療推進のための対応が必要である。

ここで留意すべきは、「歯科訪問診療料」評価見直しの経緯である。過去に在宅歯科医療を推進する目的でその評価が行われたが、前述のように、その評価に着目し営利を目的とした訪問診療が頻発したため、その適正化対策として患者数や時間による算定要件が導入された。それにより、適切に実施されていた訪問歯科診療までもが、採算性の問題から抑制されたという事実がある。歯科医業経営が年々逼迫している今日、効率の低い訪問歯科診療の推進を図るためには、20年度改定において抜本的な評価体系の見直しが必要である。

IV. その他

歯科医療機器産業ビジョンの策定の中で、今後の歯科医療機器のイノベーションにおいては、業界、日本歯科医学会と日本歯科医師会の三者の強固な連携の必要性が確認された。今後は、歯科医療機器全般に亘る新規製品の開発に期待する声が多いが、後期高齢者歯科医療にあっては、携行性や機能性の高い訪問診療機材の開発が望まれる。ことに携行用切削用機材は、安全性や感染防御機能だけでなく、歯科治療診療室機能をいかに携行するかということが課題である。様々な環境が想定される訪問先での電源、給排水の確保のための機能についても革新的改良が望まれる。

おわりに

今後、11月を目途として社会保障審議会各部会において後期高齢者医療の制度や診療報酬の骨子等について審議が行われることとされている。それを受け、中央社会保険医療協議会において診療報酬にかかる議論が進められることとなる。年末には内閣の予算編成過程において改定率が決定され、1月に

は中央社会保険医療協議会において社会保障審議会による基本方針に基づき改定に係る審議が進められることとされており、日本歯科医師会として時宜を得た対応が必要であることはいうまでもない。制度施行までの短い期間に、歯科医療担当者として対応すべき事項の多さとその重責を踏まえたうえで、医療制度（国家）百年の計に資するものとして、日本歯科医師会は一丸となり、国民の付託に応えた後期高齢者のための充実した制度の構築の実現に向けて歩み進めていくことを決意する次第である。

－以 上－

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子(案)についての意見

後期高齢者医療の診療報酬体系創設に向けた具体的検討において、日本看護協会は、高齢者の尊厳を守る総合的な療養生活の支援を実現化する観点から、以下の6点について、提言します。

1. 切れ目ない一体的な在宅療養支援に向けて、多職種チーム連携を充実させること
2. 在宅療養移行に向けた退院支援を充実させること
3. 地域連携体制の構築と施設体系の整備を行うこと
4. 在宅療養における看護師の自律的な判断に基づく訪問看護の提供体制を整備すること
5. 主治医の明確化と情報提供、及び意思決定の支援を行うこと
6. 医療保険制度と介護保険制度の整合性を持たせること

1. 切れ目ない一体的な在宅療養支援に向けて、多職種チーム連携を充実させること

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ後期高齢者の在宅療養生活を支えるには、主治医、看護師、PT・OT、薬剤師、歯科医療従事者などの果たすべき役割を踏まえ、チームとして連携してケアが提供されるとともに、在宅医療における医療従事者間の情報共有や連携のみならず、介護・福祉関係者との相互の情報共有や連携を、チーム横断的に行う必要がある。

今後、在宅における多職種チーム連携による効率的な療養支援の観点から、疼痛緩和ケアにおける麻薬の包括指示に関するガイドラインの策定、さらに、往診による死亡診断が困難な実態を踏まえ、看取りの諸制度の見直しとガイドラインの策定についての検討が求められる。

2. 在宅療養移行に向けた退院支援を充実させること

後期高齢者の在宅療養生活への円滑な移行を実現するには、入院中に在宅生活の見通しをたてた上で十分な準備を進め、患者及び家族の在宅生活に対する様々な不安を軽減し、退院後のトラブルを未然に防ぐよう、退院前後の支援を重点的に行うことが重要である。特に、病院に退院調整部門を設置して、ケアカンファレンス等地域連携による退院支援を充実させることは、入院から在宅療養への円滑な移行の観点から、重要である。

3. 地域連携体制の構築と施設体系の整備を行うこと

急変時の対応等を踏まえ、円滑な入院が可能となるよう、医療機関の連携や後方病床の体制整備は重要である。特に、後期高齢者の場合、入院後のせん妄等や退院後の受け

入れ先が確保できないことなどによる入院の長期化等の問題から、入院先の確保は困難を伴う。

同時に、将来の超高齢社会に向けて、高齢者用住宅の整備が進むように、関連省庁等と横断的に連携を図りながら、計画的な整備が求められる。

4. 在宅療養における看護師の自律的な判断に基づく訪問看護の提供体制を整備すること

後期高齢者の心身の特性を踏まえた療養生活ならびに安らかな死を迎えるための支援の重要性を踏まえると、在宅においても担当看護師を明確にし、利用者の療養生活を踏まえた療養相談や指導ができる体制を整える必要がある。さらに、「療養上の世話」については、医師の指示を仰ぐことなく、看護師の観察や判断に基づいた栄養摂取や清潔の保持等に関する療養指導ができるような仕組みを整える必要がある。

在宅療養生活の支援においては、看護師が、知識・技能を高め、医師との適切な連携のもとに、その専門性、自律性を発揮し、患者の生活の質の向上に資する的確な看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが重要である。

5. 主治医の明確化と情報提供、及び意思決定の支援を行うこと

後期高齢者の疾病管理を総合的に担う主治医について、定義の明確化とともに、後期高齢者がどのように主治医を見つけるのか、明瞭な順序を設定し、情報提供を推進する必要がある。さらに、主治医の役割について、後期高齢者の立場から評価できる仕組みを構築する観点も求められる。

また、後期高齢者の尊厳を守るため、住みなれた場所や地域において、安らかな死を選択するための自己決定を支援できるような情報提供を行うことが重要である。具体的には、療養計画の策定においては、看護師及び後期高齢者とその家族を含め、個別性を尊重しニーズに応じた療養が選択できるようにするとともに、療養方針の選択に係る情報提供と意思決定の支援を提供することが求められる。特に、高齢者の独居世帯の増加にも対応できる医療及び介護・福祉の地域連携体制の構築にも十分な配慮が必要である。

6. 医療保険制度と介護保険制度の整合性を持たせること

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ後期高齢者にとって、介護保険サービスと連携のとれた一体的なサービス提供が重要であるため、医療保険制度と介護保険制度の横断的な連携による一体的な運用、及び制度間の整合性を持たせることが必要である。

さらに、在宅療養の継続にあたり、家族の介護負担を緩和する観点から、特に、入院医療より、在宅医療や通院医療に関する家計の費用負担が大きくならぬよう、保険制度上の不整合について、調整を図ることが必要である。

以上

医療部会委員各位

6月6日 全国市長会において、医師等の確保対策に関する緊急要望が全会一致で採択されましたので、参考として配布させていただきます。

9月14日

宮古市長 熊坂 義裕

医師等の確保対策に関する緊急要望

近年、新医師臨床研修制度の発足を契機とし、自治体病院をはじめとする全国の病院等における医師不足が顕著となり、地域ごと・診療科ごとの不足等の解消が喫緊の課題となっている。特に、診療科の偏在については、産科・小児科以外の診療科においても進行しており、救急医療体制に支障が出るなど一層深刻な社会問題となっている。

また、医師・看護師等医療従事者の絶対数の不足により過重労働を招いている実情が医療を取り巻く環境の悪化に拍車をかけ、とりわけ、地域医療の要となる自治体病院においては経営の立て直しに苦慮し、存続の危機に直面している。

政府は、将来的に需給が均衡し医師数が充足するとしているが、医師等が絶対的に不足していると考えられる現下の実情に鑑み、我が国の経済力に見合った医療従事者数の確保に向け、医学部の定員増を図る等全力を傾注すべきである。

よって、国は、地域住民に良質かつ均質な医療を提供できるよう適切な医療体制を実現するため、下記事項について、早急に万全の対策を講じるよう強く要望する。

記

1. 医師の絶対的な不足を解消するため、特段の措置を講じること。
2. これまでの医学部における「地域枠」の上積みとして新たな枠を設け、更なる地元出身者への入学配慮や、地域勤務の義務化等、当該地域に医師が定着するための医師確保策を講じること。
3. 地域医療において、国民誰もが、いつでも、どこでも医療機関にかかり必要な医療を受けることができるよう、拠点病院から地域へ医師を派遣できる仕組みを構築する等、医師偏在の解消策を講じること。
また、経験豊富な医師がへき地や離島に一定期間従事することについて配慮すること。
4. 自治体病院をはじめ全国の病院等に対し、財政措置を講じること。
5. 医療提供体制の充実を目指すため、病院と診療所の役割を明確化し、更なる連携の仕組みを構築すること。
6. 看護師等を確保するための特段の措置を講じること。

平成19年6月6日

全国市長会