

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査
後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2
- 後期高齢者終末期相談支援料に係る調査 -
結果概要 (速報)

I 調査の概要

1. 調査目的

- 医療機関における終末期の診療方針等に関する話し合いの実施状況、話し合いの結果をとりまとめた文書の提供状況を把握
- 医療機関における後期高齢者終末期相談支援料の算定状況の把握
- 終末期の診療方針等に関する話し合いの実施、話し合いの結果をとりまとめた文書の提供、後期高齢者終末期相談支援料等に関する一般国民の意識を把握

2. 調査対象

- 本調査は、全国の保険医療機関を対象とした「施設調査」及び「事例調査」と、一般国民を対象とした「意識調査」から構成される。
- 施設調査及び事例調査は、全国の病院から無作為に抽出した1,700施設と、全国の在宅療養支援診療所から無作為に抽出した850施設、その他に内科系の診療科目（内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・気管食道科）を標榜する一般診療所850施設の計3,400施設を対象とした。
- 意識調査は、民間調査会社に登録するパネル2,000名（年齢による層化無作為抽出）を対象とした。

3. 調査方法

(1) 施設調査

- 自記式調査票の郵送発送、郵送回収
- 調査実施時期は11月

(2) 事例調査

- 施設調査の対象施設に対して、平成20年4月1日から9月30日に終末期の診療方針等の話し合いを実施した事例それぞれについて、担当職種に回答を求めた。
- 調査実施時期は11月（施設調査と同時）

(3) 意識調査

- 自記式調査票の郵送発送、郵送回収
- 調査実施時期は11月

(3) 意識調査

区分	内容
属性項目	<ul style="list-style-type: none"> 年齢、性別 医療、介護関係の仕事への就業経験の有無 病気やけがによる入院経験の有無 大切な人を亡くした経験の有無 終末期の話し合いへの参加経験の有無
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> 医療従事者と終末期の診療方針等に関する話し合いを実施意向 話し合いを行いたい内容 話し合いの結果をとりまとめた文書の提供希望 話し合いを行いたくない理由 文書の提供を希望する理由 文書の提供を希望しない理由 話し合いの実施、文書の提供が公的医療保険から報酬が支払われることへの考え 報酬が支払われることが好ましいと考える理由 報酬が支払われることが好ましいと考える理由 後期高齢者終末期相談支援料における75歳以上という年齢区分に対する考え 後期高齢者終末期相談支援料に対する考え

4. 調査項目

(1) 施設調査

区分	内容
施設属性項目	<ul style="list-style-type: none"> 施設種別、病床数、開設者、診療科目 在宅療養支援診療所（病院）の届出状況 終末期医療の職員研修の実施状況
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> 終末期の診療方針等に関する話し合いの実施状況 話し合いを実施していない理由 話し合いを実施した患者数（75歳以上・75歳未満） 話し合いを実施するうえでの困難 話し合いの結果をとりまとめた文書の提供状況 文書を提供していない理由 文書を提供した患者数（75歳以上・75歳未満） 文書を提供するうえでの困難 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況 後期高齢者終末期相談支援料の算定患者数 話し合いの結果、診療方針等が「不明」「未定」であった患者数 退院時に算定した患者の退院先 初回の話し合い時から死亡時までの期間 文書の更迭回数 後期高齢者終末期相談支援料に関する考え方 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の認知状況 後期高齢者終末期相談支援料の点数、算定要件の改善すべき点

(2) 事例調査

区分	内容
事例属性項目	<ul style="list-style-type: none"> 記入者の職種 患者の年齢、性別、主病 話し合い時の療養状況 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> 話し合いを実施した日付 話し合いに参加した職種等 話し合いの内容 話し合い後の患者、家族の様子 話し合いが患者、家族にもたらした影響

II 調査結果の概要

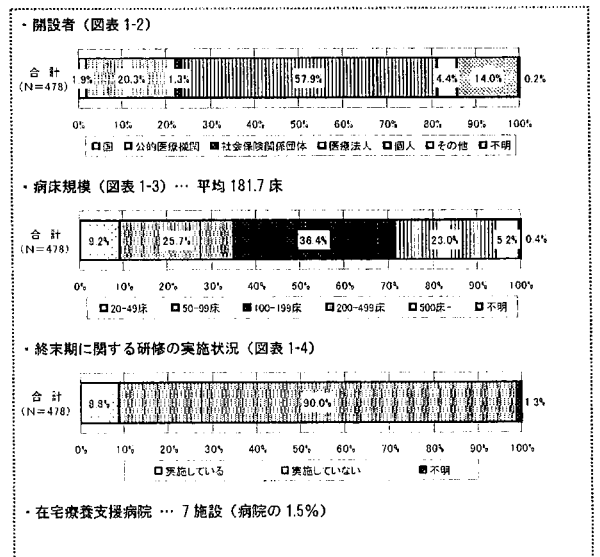
1. 施設調査

(1) 回収の状況 (図表 1-1)

施設種類	発送数	有効回収数	回収率
病院	1,700件	478件	28.1%
一般診療所	1,700件	471件	27.7%

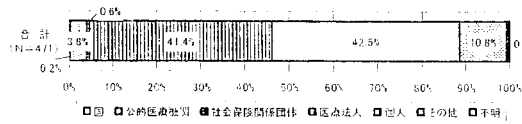
(2) 回答施設の属性

① 病院

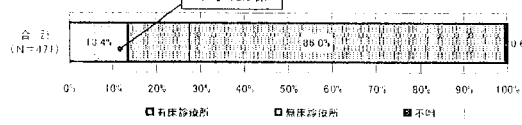


② 一般診療所

・開設者 (図表 1-5)



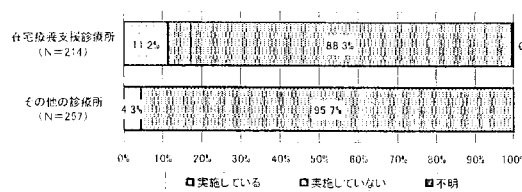
・施設種別 (図表 1-6)



・在宅療養支援診療所 … 214 施設 (一般診療所の 45.4%)

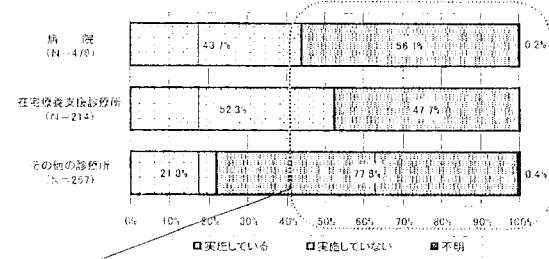
- ・またる診療科目 …
- 第 1 位 内科 272 施設 (57.7%)
 - 第 2 位 消化器科 14 施設 (3.0%)
 - 第 3 位 外科 11 施設 (2.3%)
 - 〃 整形外科 11 施設 (2.3%)

・終末期に関する研修の実施状況 (図表 1-7)

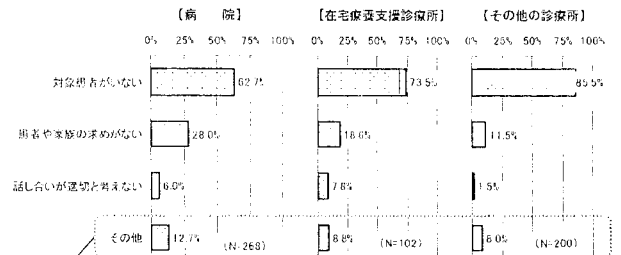


(2) 終末期の診療方針等の話し合いの実施状況

・終末期の診療方針等の話し合いの実施状況 (図表 1-8)



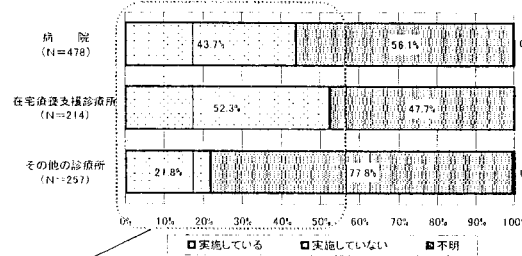
・終末期の診療方針等の話し合いを実施しない理由<複数回答> (図表 1-9)



<その他>

- ・終末期には他院へ転院してもらっている
- ・ケースバイケースで対応している
- ・診療の途中に話しており、あえて話す場を設定していない
- ・医療機関としての方針が既定にある/検討中
- ・話し合いを行う体制がとれない
- ・医師が多忙のため時間調整ができない 等

・終末期の診療方針等の話し合いの実施状況 (図表 1-8・再掲)



・平成 20 年 4 月～9 月までに話し合いを実施した患者数 (図表 1-10)

【75 歳以上】					
施設種類	施設数	平均値	最大値	最小値	標準偏差
病院	170 件	15.2 人	164 人	0 人	20.5
在宅療養支援診療所	109 件	4.0 人	52 人	0 人	7.5
その他の診療所	52 件	1.9 人	12 人	0 人	2.5

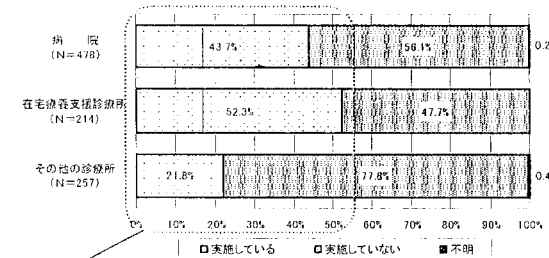
【75 歳未満】					
施設種類	施設数	平均値	最大値	最小値	標準偏差
病院	170 件	9.1 人	180 人	0 人	21.8
在宅療養支援診療所	109 件	1.2 人	54 人	0 人	5.3
その他の診療所	52 件	0.2 人	1 人	0 人	0.4

・話し合いをするうえで、困難に感じていること

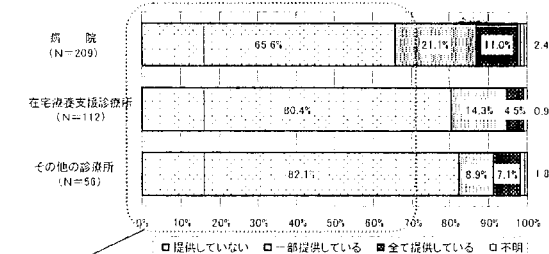
- ・本人の意思確認ができないケースが多い
- ・家族の意見にばらつきがある
- ・家族の希望と本人の状態にギャップがある場合の対応
- ・本人や家族に医療側の意見が理解されているか不明な場合がある
- ・医療側と患者の家族との間が疎遠な場合の対応
- ・家族が告知を拒否する場合の対応
- ・回復の見込みがないことを納得してもらうこと
- ・患者によっては精神的なダメージが大きいこと
- ・どの時期を終末期とするかは医師によって異なること 等

(3) 終末期の診療方針等の話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況

・終末期の診療方針等の話し合いの実施状況 (図表 1-8・再掲)



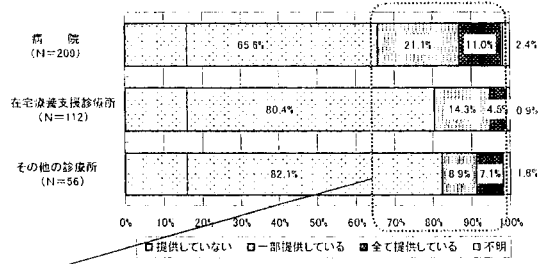
・話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況 (図表 1-11)



・話し合い結果をとりまとめた文書を提供しない理由<複数回答> (図表 1-12)

	病院 (N=137)	在宅療養支援診療所 (N=90)	その他の診療所 (N=46)
これまで患者・家族から文書提供の要望がなかったから	60.6%	61.1%	50.0%
話し合いの際の言葉のニュアンスを文書で伝えることは難しいから	43.1%	47.8%	43.5%
文書化を要領することで効果的な話し合いができなくなるから	7.3%	21.1%	8.7%
その他	16.8%	16.7%	30.4%

・話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況 (図表 1-11・再掲)



・平成20年4月～9月までに文書を提供した患者数 (図表 1-13)

【75歳以上】

施設種別	施設数	平均値	最大値	最小値	標準偏差
病院	53件	11.8人	87人	0人	16.8
在宅療養支援診療所	21件	4.8人	52人	0人	12.0
その他の診療所	9件	3.4人	12人	0人	4.1

【75歳未満】

施設種別	施設数	平均値	最大値	最小値	標準偏差
病院	53件	6.1人	50人	0人	10.8
在宅療養支援診療所	21件	0.8人	9人	0人	2.0
その他の診療所	9件	0.2人	2人	0人	0.7

・文書を提供するうえで、困難に感じていること

- ・患者や家族が医療用語を理解することが困難であり、共有できていない
- ・話し合いの際に同意した内容と、文章提供時の希望が異なる場合があり、頻回の変更が必要になること
- ・全て患者に伝えるべきか迷う
- ・全ての内容を文章化するのには難しいノドこまで詳細に記述するべきか迷う
- ・文書を作成する時間的余裕がない
- ・家族の意見に不一致がある場合の対応 等

(4) 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況

- ・平成20年4月～9月までに75歳以上の患者に文書提供した施設
 - 病院 : 44施設 (病院の9.2%)
 - 在宅療養支援診療所 : 10施設 (在宅療養支援診療所の4.7%)
 - その他の診療所 : 7施設 (その他の診療所の2.7%)

・平成20年4月～9月までの後期高齢者終末期相談支援料の算定状況等 (図表 1-14)

	病院 (N=44)	在宅療養支援診療所 (N=10)	その他の診療所 (N=7)
9月までも算定しておらず、10月以降も算定の可能性はない	31件 (70.5%)	8件 (80.0%)	6件 (85.7%)
9月までは算定していないが、10月以降に算定する可能性がある	2件 (4.5%)	1件 (10.0%)	0件 (0.0%)
算定した	9件 (20.5%)	1件 (10.0%)	0件 (0.0%)
無回答	2件 (4.5%)	0件 (0.0%)	1件 (14.3%)

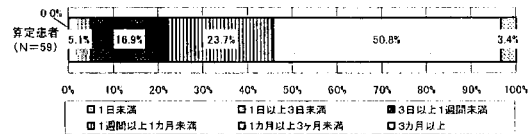
【病院】

入院中の患者	退院時	4～6月		7～9月	
		合計値	平均値	合計値	平均値
入院中の患者	死亡時	合計値	6人	0人	0人
		平均値	0.67人	0.00人	0.00人
		最大値	2人	0人	0人
入院中以外の患者 (死亡時)	死亡時	合計値	49人	4人	4人
		平均値	5.44人	0.44人	0.44人
		最大値	21人	2人	2人
入院中以外の患者 (死亡時)	死亡時	合計値	0人	0人	0人
		平均値	0.33人	0.00人	0.00人
		最大値	2人	0人	0人
入院中以外の患者 (死亡時)	死亡時	合計値	3人	0人	0人
		平均値	0.33人	0.00人	0.00人
		最大値	2人	0人	0人
入院中以外の患者 (死亡時)	死亡時	合計値	0人	0人	0人
		平均値	0.00人	0.00人	0.00人
		最大値	0人	0人	0人

【在宅療養支援診療所】

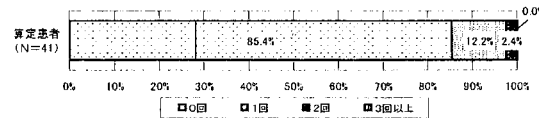
入院中の患者	退院時	4～6月		7～9月	
		合計値	平均値	合計値	平均値
入院中の患者	死亡時	合計値	0人	0人	0人
		平均値	0人	0人	0人
入院中以外の患者 (死亡時)	死亡時	合計値	2人	1人	1人
		平均値	0.20人	0.25人	0.25人

・死亡時に算定した患者の初回話し合いから死亡までの期間 (図表 1-15)



※回答のあった算定患者 59人 (病院・一般診療所 8施設) についての集計

・算定患者の文書等の変更回数 (図表 1-16)



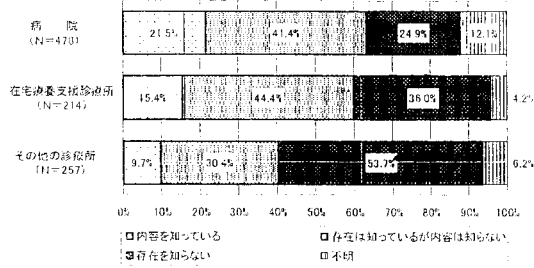
※回答のあった算定患者 41人 (病院・一般診療所 8施設) についての集計

(5) 後期高齢者終末期相談支援料について

- ・後期高齢者終末期相談支援料に関する考え<複数回答>：話し合いの実施の有無別 (図表 1-17)

	病院		在宅療養支援診療所		その他の診療所	
	実施 (N=209)	非実施 (N=268)	実施 (N=112)	非実施 (N=102)	実施 (N=56)	非実施 (N=102)
診療報酬で評価することは妥当である	40.2%	25.7%	23.2%	27.5%	21.4%	31.5%
終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきでない	29.7%	17.5%	33.0%	25.5%	14.3%	16.5%
75歳以上に限定せず実施すべきである	55.5%	37.3%	40.2%	36.3%	28.6%	35.5%
終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき	49.3%	26.1%	31.3%	25.5%	17.9%	22.0%
後期高齢者終末期相談支援料の点数 (200点) が高すぎる	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.5%
後期高齢者終末期相談支援料の点数 (200点) が低すぎる	23.4%	16.4%	15.2%	26.5%	7.1%	14.0%
診療報酬で評価するのは時期尚早である	5.3%	7.1%	6.3%	8.8%	10.7%	8.0%
もともと診療報酬によって評価する性質のものではない	22.0%	21.6%	38.4%	33.3%	39.3%	21.5%
後期高齢者終末期相談支援料を知らない	1.9%	10.8%	8.0%	14.7%	25.0%	21.5%
その他	11.0%	5.2%	8.0%	3.9%	12.5%	5.0%

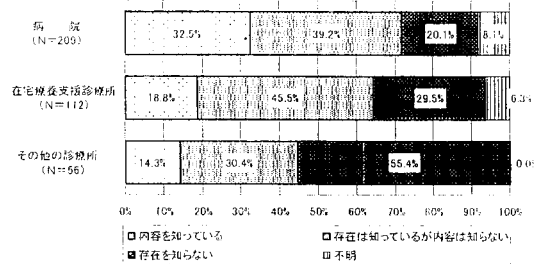
・「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の認知度（図表 1-18）



・後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件に関して改善すべきところ

- ・国民のコンセンサスを十分得る必要がある
- ・あえて報酬化する必要はないのではないか
- ・話し合いは何回も行うのに、1回のみを点数算定しかできないのはおかしい
- ・退院時、死亡時の算定ではなく、話し合いを実施した時に算定すべき
- ・点数設定が低すぎる
- ・後期高齢者に限定する必要はない
- ・終末期の定義自体が不十分である
- ・家族の範囲を明確にすべき
- ・文書化することで契約のようになってしまう
- ・変更が多いため、一律に文書化する必要はないのではないか
- ・通常の診察の際に話し合いを行っており、「連続1時間以上」の要件は不要ではないか
- ・患者の認知症の程度によっては、同意を得ることが困難である 等

・「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の認知度
：話し合いを実施している施設のみ（図表 1-19）

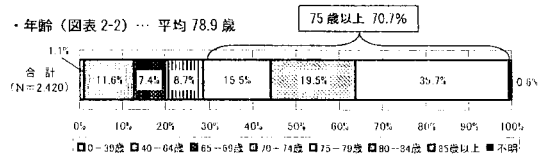


2. 事例調査

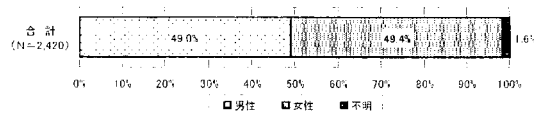
(1) 回収の状況（図表 2-1）

施設種別	事例数
病院	2,213 件 (136 施設分)
一般診療所	207 件 (70 施設分)
合計	2,420 件 (206 施設分)

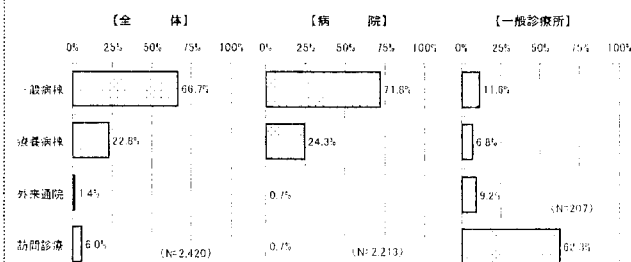
(2) 回答事例の属性



・性別（図表 2-3）



・話し合い時の療養状況＜複数回答＞（図表 2-4）



・主病名（図表 2-5）

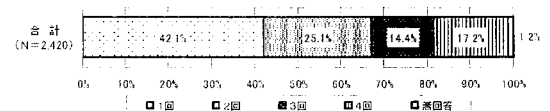
疾病名	事例数	割合	累積割合
その他の悪性新生物	272 件	11.2%	11.2%
肺炎	230 件	9.5%	20.7%
気管、気管支及び肺の悪性新生物	190 件	7.9%	28.6%
脳梗塞	168 件	6.9%	35.5%
胃の悪性新生物	155 件	6.4%	41.9%
肝及び肝内胆管の悪性新生物	131 件	5.4%	47.4%
その他の心疾患	104 件	4.3%	51.7%
腎不全	72 件	3.0%	54.6%
脳内出血	65 件	2.7%	57.3%
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	63 件	2.6%	59.9%
その他	797 件	32.9%	92.9%
無回答	173 件	7.1%	100.0%
合計	2,420 件	100.0%	

・後期高齢者終末期相談支援料の算定患者数 … 57 人 (75 歳以上の患者の 3.3%)

・事例票の記入者 … 看護師 64.8% 医師 9.3% その他 25.5%

(3) 話し合いの状況

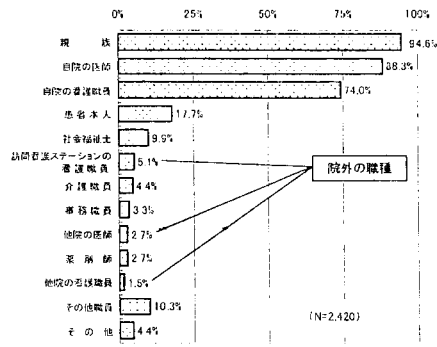
・平成 20 年 4 月～9 月の話し合いの回数（図表 2-6）



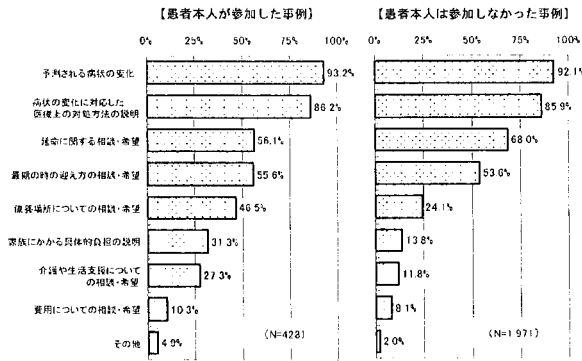
・1 回当たりの話し合いの時間（図表 2-7）

施設種別	回数	事例数	平均値
【全体】	1 回目	2,052 件	28.6 分
	2 回目	1,164 件	22.7 分
	3 回目	643 件	21.1 分
	4 回目	347 件	21.8 分
【算定患者のみ】	1 回目	57 件	53.6 分
	2 回目	10 件	31.5 分
	3 回目	6 件	30.8 分
	4 回目	3 件	18.3 分

・話し合いに参加した職種＜複数回答＞（図表 2-8）



・話し合いの内容＜複数回答＞：患者本人の参加の有無別（図表 2-9）

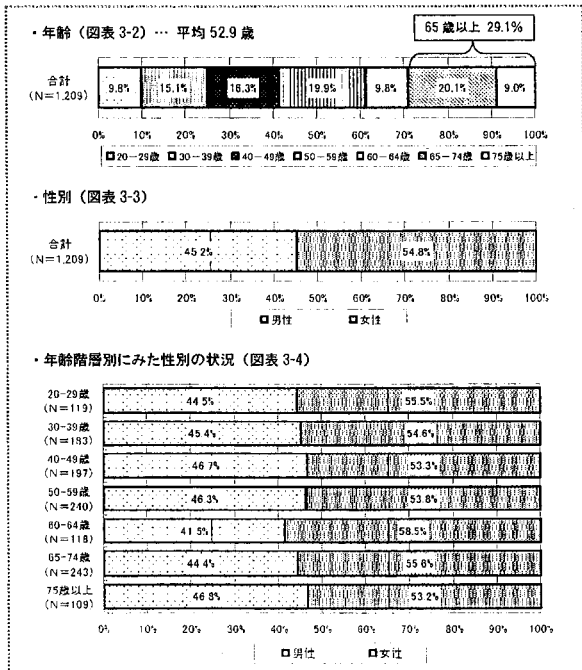


3. 意識調査

(1) 回収の状況（図表 3-1）

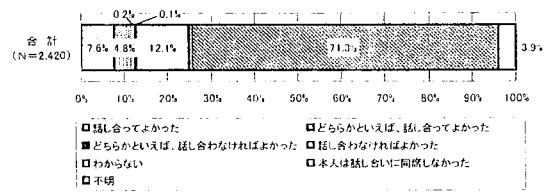
発送数	有効回収数	回収率
2,000 件	1,209 件	60.5%

(2) 回答者の属性

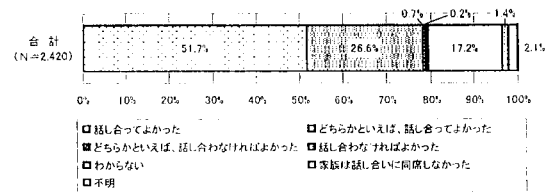


(4) 話し合い後の患者・家族の状況

・話し合い後の患者本人の様子（図表 2-10）



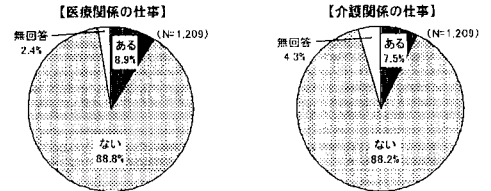
・話し合い後の家族の様子（図表 2-11）



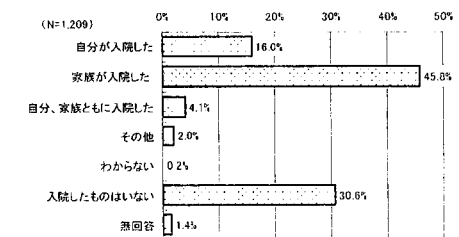
・話し合いが患者・家族へもたらした影響＜複数回答＞（図表 2-12）

影響	事例数	割合
不安が軽減されたようだった	1,121 件	46.3%
患者にとってよりよい（自分らしい）決定に生かされたようだった	748 件	30.9%
医療提供者への信頼が深まったようだった	594 件	24.5%
患者と家族の間で思いが共有されたようだった	366 件	15.1%
家族の悲しみが深まったようだった	169 件	7.0%
迷いや混乱が生じたようだった	116 件	4.8%
医療提供者への不信感をもったようだった	26 件	1.1%
患者の元気がなくなったようだった	18 件	0.7%
その他	132 件	5.5%
特になし	473 件	19.5%
総数	2,420 件	100.0%

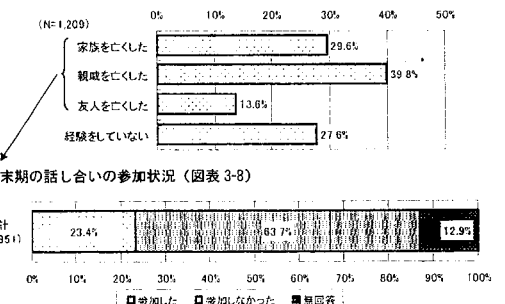
・医療及び介護関係の仕事の就業経験（図表 3-5）



・過去5年間で入院経験（家族のものも含む）（図表 3-6）

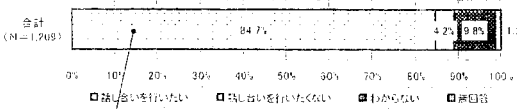


・過去5年間で身近な大切な人を亡くした経験（図表 3-7）

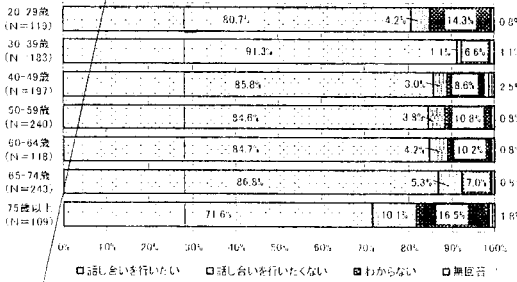


(3) 終末期の治療方針等についての話し合いに関する意識

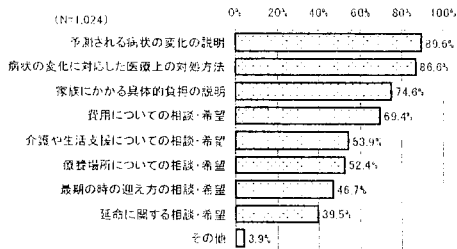
・終末期の治療方針等の話し合いの実施意向 (図表 3-9)



・年齢階層別にみた終末期の治療方針等の話し合いの実施意向 (図表 3-10)



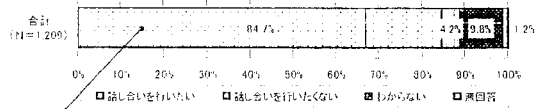
・話し合いの内容<複数回答> (図表 3-11)



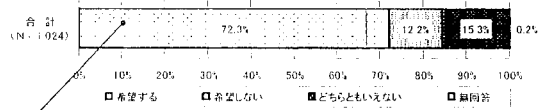
・年齢階層別にみた話し合い内容<複数回答> (図表 3-12)

	20-29歳 (N=96)	30-39歳 (N=167)	40-49歳 (N=169)	50-59歳 (N=203)	60-64歳 (N=100)	65-74歳 (N=211)	75歳- (N=78)
予測される病状の変化の説明	95.8%	95.8%	92.9%	89.7%	90.0%	82.5%	78.2%
病状の変化に対応した医療上の対処方法	86.5%	87.4%	81.6%	89.7%	88.0%	83.4%	82.1%
家族にかかる具体的な負担の説明	77.1%	79.6%	79.3%	75.9%	68.0%	72.0%	62.8%
費用についての相談・希望	79.2%	77.8%	75.7%	71.4%	68.0%	58.8%	51.3%
介護や生活支援についての相談・希望	45.8%	49.7%	50.3%	55.7%	63.0%	56.9%	56.4%
療養場所についての相談・希望	44.8%	49.7%	52.1%	51.7%	56.0%	51.2%	69.2%
最期の時の迎え方の相談・希望	55.2%	49.7%	51.5%	49.8%	46.0%	35.5%	42.3%
延命に関する相談・希望	52.1%	44.3%	45.6%	42.9%	36.0%	25.1%	34.6%
その他	3.1%	3.6%	3.0%	4.4%	1.0%	6.6%	2.6%

・終末期の治療方針等の話し合いの実施意向 (図表 3-9・再掲)



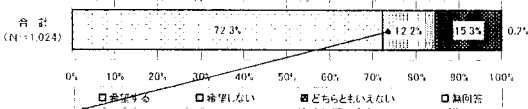
・話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供の希望 (図表 3-13)



・文書等の提供を希望する理由<複数回答> (図表 3-14)

理由	件数	割合
説明を受けたことについて、後で確認したいから	510	68.9%
参加できない家族も含めて、家族全員で、話し合いの内容を共有したいから	490	66.2%
話し合った方針を、後で確認したいから	415	56.1%
医療にも、合意した内容を共有してほしいから	382	51.6%
その他	28	3.8%
総数	740	100.0%

・話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供の希望 (図表 3-13・再掲)

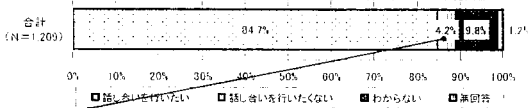


・文書等の提供を希望しない理由<複数回答> (図表 3-15)

理由	件数	割合
文書等の作成を前提とすると、十分な話し合いが行われなくなる恐れがあるから	45	36.0%
文書等に残すと、気持ちや状況が変わった場合に、変更できないような気がするから	36	28.8%
文書等には、通り一遍のことが書かれるばかりではないかと考えるから	36	28.8%
文書等に残すと、病状や今後のことなどが不安になりそうだから	34	27.2%
医師、看護師、その他の医療従事者との関係がギクシャクするかもしれないから	18	14.4%
文書等の作成は、延命措置の中止などの意思決定を迫られるような気がするから	8	6.4%
その他	29	23.2%
総数	125	100.0%

<その他>
・医師を信頼したいから／話し合いだけで十分だから 等

・終末期の治療方針等の話し合いの実施意向 (図表 3-9・再掲)



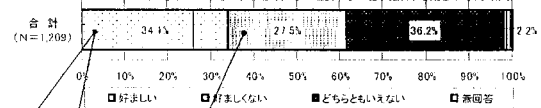
・話し合いを希望しない理由<複数回答> (図表 3-16)

理由	件数	割合
病状や今後のことを知るのがこわいから	20	39.2%
家族に心配をかけるから	20	39.2%
話し合う必要性を感じないから	15	29.4%
意思や希望を聞かれても、自分では決められないと思うから	14	27.5%
話し合いの結果、自分が望まない方針に決まってしまうかもしれないから	12	23.5%
自分の意見がうまく伝えられないと思うから	9	17.6%
医師や看護師、その他の医療従事者の説明を十分に理解できないと思うから	6	11.8%
治療方針を相談できる人、相談したい人が他にいないから	4	7.8%
その他	10	19.6%
総数	51	39.2%

<その他>
・自然に任せたいから／自分のことは自分で決めたいから 等

(4) 終末期の治療方針等についての話し合い等に対する費用の支払いに関する意識

・公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることへの意識 (図表 3-17)



・後期高齢者終末期相談支援料における年齢区分に関する意識 (図表 3-18)

	全体 (N=412)	20-29歳 (N=34)	30-39歳 (N=48)	40-49歳 (N=80)	50-59歳 (N=81)	60-64歳 (N=40)	65-74歳 (N=86)	75歳- (N=43)
年齢区分は必要ない	69.2%	76.5%	79.2%	65.0%	71.6%	70.0%	72.1%	48.8%
75歳以上という年齢区分が妥当	17.2%	2.9%	12.5%	21.3%	13.6%	15.0%	18.6%	32.6%
別の年齢区分を設けるべき	3.9%	8.8%	4.2%	6.3%	2.5%	5.0%	1.2%	2.3%
わからない	5.1%	8.8%	2.1%	2.5%	7.4%	7.5%	3.5%	7.0%

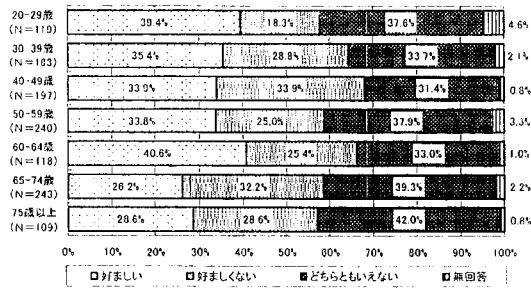
・診療費が支払われることを好ましいと考える理由

- ・医療行為(医師の仕事)であり当然のことだと思うから
- ・医療機関に時間や労力の負担がかかるため、報酬がなければ成り立たないから
- ・医療機関が責任をもって仕事をしてくれると思うから
- ・患者側が遠慮せずに十分な質問や話し合いができると思うから 等

・診療費が支払われることを好ましくないと考える理由

- ・相談は診療に含まれていると思うから
- ・高齢者の経済的負担を軽減したい
- ・相談で費用が発生することが納得できない
- ・相談は医療行為ではないと思うから 等

・年齢階層別にみた公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることへの意識（図表 3-19）



・後期高齢者終末期相談支援料に関する考え

- <肯定的意見>
- ・終末期の相談支援料は良い制度だから、普及させていくべきだ
 - ・納得できる結果が出るなら良い制度である
 - ・十分な相談ができる体制を整えてほしい（医療従事者の育成など）
 - ・医療機関や医師で差がないようにしてほしい
 - ・患者側が安心感を持って過ごすために必要である 等
- <否定的意見>
- ・終末期の相談支援料は不要な制度だ
 - ・相談は通常の診療に含まれているはずだ
 - ・今以上に医療費の支出を増やしたくない
 - ・医療機関の営利目的に悪用される
 - ・医療機関への優遇措置としか思えない 等
- <その他意見>
- ・年齢区分は不要である
 - ・費用の額によって賛否が分かれる
 - ・医師不足や医療従事者の忙しさのため十分な相談ができるのか疑問だ
 - ・親身に相談に乗ってもらえるのか不安がある
 - ・形式的な相談に終わらないか心配
 - ・お金のいる人とならない人の間に差が生まれそうだ
 - ・「後期高齢者」という名称に不満だ
 - ・国民への説明が不十分である 等

参考資料

【外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査】

【告示】

【診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号】

A001 再診料

- 1 病院の場合 60点
- 2 診療所の場合 71点
- 注6 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患等並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、所定点数に52点を加算する。

【課長通知】

【診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について 保医発第0305001号】

A001 再診料

(4) 外来管理加算

- ア 外来管理加算は、処置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに仰る。）を行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。
- イ 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点を適切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う。
 - 【提供される診療内容の事例】
 - 1 問診し、患者の訴えを総括する。
 - 「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」
 - 2 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。
 - 「診察した結果、頸のリンパ節やどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」
 - 3 これまでの治療経過を踏まえて、療養上の注意等の説明・指導を行う。
 - 「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、節煙を十分に加え、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」

- 4 患者の着的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。
 - 「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

ウ イに規定する診察に要する時間として、医師が実際に概ね5分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。この場合において、診察を行っている時間とは、患者が診察室に入室した時点から診察開始時間、退室した時点までを診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。併せて、外来管理加算の時間要件に該当する旨の記載をする。

エ 外来管理加算は、診療する診療科に関係なく算定できる。ただし、複数科を診療する保険医療機関において、外来患者が2以上の診療科で複数科を受診し、一方の科で処置又は手術等を行った場合は、他科においては外来管理加算は算定できない。

オ 区分番号「C000」往診料を算定した場合にも、再診料に加えて外来管理加算を算定できる。

カ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。

キ 「注6」の厚生労働大臣が別に定める検査とは、第2章第3節第3項身体検査料のうち、次の各区分に掲げるものをいう。

- 超音波検査等
- 脳波検査等
- 神経・筋検査
- 耳鼻咽喉科的検査
- 眼科的検査
- 負荷試験等
- ラジオアイソトープを用いた諸検査
- 内視鏡検査

【後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1】

【告示】

【診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号】

B016 後期高齢者診療料

600点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする後期高齢者に対して、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、安静、運動又は日常生活に関する指導その他療養上必要な指導及び診療（以下この告示において「後期高齢者診療」という。）を行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。ただし、当該患者について区分番号A000に掲げる初診料を算定した日の属する月又は当該患者が退院した日の属する月（同一月に入院日及び退院日がある月を除く。）においては算定しない。
- 2 後期高齢者診療を受けている患者に対して行った第1部医学管理等（区分番号B009に掲げる診療情報提供料(II)、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(III)、区分番号B017に掲げる後期高齢者外来継続指導料及び区分番号B018に掲げる後期高齢者終末期相談支援料を除く。）、第3部検査（第5節に規定する薬剤料及び第6節に規定する特定保険医療材料料を除く。）、第4部画像診断（第4節に規定する薬剤料及び第5節に規定する特定保険医療材料料を除く。）及び第9部処置（第2節に規定する処置医療機器等加算、第3節に規定する薬剤料及び第4節に規定する特定保険医療材料料を除く。）の費用は、後期高齢者診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。
- 3 第2節在宅医療（区分番号C000に掲げる往診料を除く。）を算定している場合については、算定しない。

【課長通知】

【診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について 保医発第0305001号】

B016 後期高齢者診療料

- (1) 後期高齢者診療料は、慢性疾患を有する後期高齢者に対し、継続的な診療を提供し計画的な医学管理の下に、患者の心身の特性にふさわしい外来医療の提供を行う取組を評価するものであり、診療所及び当院病院を中心に半径4キロメートル以内に診療所が存在しない病院において算定できることとする。

- (2) 後期高齢者診療料は、服薬、運動、栄養、日常生活等の慢性疾患に対する全身的な医学管理を行う旨、患者に対して診療計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得て、当該診療計画書を作成し、当該診療計画に基づき、必要な指導を行った場合に月1回を限度として算定する。なお、行った指導内容の要点を診療録に記載するとともに、別紙様式14又はこれに準じた形式を参考にした文書を用いて患者に提供すること。
- (3) 後期高齢者診療料は、服薬、運動、栄養、日常生活等に関する総合的な治療管理に係る診療計画書（診療計画書の様式は、別紙様式15又はこれに準じた様式とする。）を交付した月から算定するものとする。交付の頻度は、3月に1回程度を旨とするが、病状が安定し、診療計画に変更の必要ないと認められる患者については、最長で1年間の診療計画書を作成しても差し支えない。なお、交付した当該診療計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。
- (4) 第1回目の後期高齢者診療料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は退院の日のある月においては、算定できないものであること。ただし、同一月に入院日及び退院日がある月において、当該入院日に行った診療については、後期高齢者診療料を算定できる。
- (5) 当該患者の診療に係って行った第1部医学管理等（区分番号「B009」診療情報提供料（I）、区分番号「B010」診療情報提供料（II）、区分番号「B017」後期高齢者外来連携指導料及び区分番号「B018」後期高齢者終末期相談支援料を除く。）、第3部検査（第5節に規定する薬剤料及び第6節に規定する特定保険医療材料に係る費用を除く。）、第4部画像診断（第4節に規定する薬剤料及び第5節に規定する特定保険医療材料に係る費用を除く。）及び第9部処置（第2節に規定する処置医療機器等加算、第3節に規定する薬剤料及び第4節に規定する特定保険医療材料に係る費用を除く。）の費用は全て所定点数に含まれる。ただし、病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置のうち、それぞれの区分番号の所定点数（注加算を除く。）が550点以上のものについては別途算定できる。
- (6) 病状の急性増悪時に、区分番号の所定点数（注加算を除く。）が550点以上の検査等を実施した場合は、その理由等を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) 次の項目を含む検査等を定期的に実施し、その結果を患者、家族等に適切丁寧に説明し診療計画に反映すること。ただし、健康診査において同じ項目の検査を行った場合は、それらの結果を診療計画に反映することで差し支えない。
- ア 年2回以上の患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等についての生活機能を含んだ評価
- イ 年1回以上の身体計測（身長、体重、体重を測定する。）
- ウ 年1回以上の検尿（随時に採取した尿について、糖、蛋白を測定する。）
- エ 年1回以上次の循環器検査を行うこと
- （イ）心電図検査（安静時の標準12誘導心電図を記録すること。）
- （ロ）血液化学検査（LDL-Cコレステロール、HDL-Cコレステロール及び中

- 性脂肪を測定すること。）
- オ 年1回以上の貧血検査（血液中の赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）及びヘマトクリット値を測定すること。）
- カ 年1回以上の肝機能検査（GOT、GPT及びγ-GTPを測定すること。）
- キ 年1回以上の血糖検査（空腹時血糖又はヘモグロビンA_{1c}を測定すること。）
- (8) 市町村が実施する健康診査及び保健指導の内容を診療計画に反映すること。
- (9) 後期高齢者の生活機能を含んだ評価の実施に当たっては、関係学会等よりガイドラインが示されているので、評価が適切に実施されるよう十分留意すること。
- (10) 当該患者の服薬状況及び薬剤服用歴を当該患者の薬剤服用歴が随時的に管理できる手帳（区分番号「B011-1-3」薬剤情報提供料の(2)に掲げる手帳をいう。）等により確認すること。また、院内処方を行った患者が当該手帳を所持している場合は投薬内容等を記載すること。
- (11) 後期高齢者診療料は、当該患者に対して主病である慢性疾患の診療を行っている保険医療機関が算定するものであること。
- (12) 継続的な診療を提供する観点から、当該保険医療機関においては、同一の保険医による診療を行うことを原則とする。ただし、都合により他の保険医が診療を行った場合であっても、後期高齢者診療料を算定できることとする。
- (13) 2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる慢性疾患の診療に当たっている診療科においてのみ算定する。
- (14) 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている慢性疾患をいうものである。
- (15) 後期高齢者診療料は、別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とする患者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合や対症又は依頼により検査のみを行っている場合などの実態的に主病に対する治療が行われていない場合には算定できない。
- (16) 同一保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とする複数の患者の診療を行っている場合において、後期高齢者診療料を算定する患者と算定しない患者が混在することはありえるものであること。
- (17) 往診又は電話等による再診時に行われた指導及び診療は、後期高齢者診療料の算定の基礎となる指導及び診療とはならない。
- (18) 同一月において、第2部在宅医療第1節、第2部（ただし、区分番号「C000」往診料、区分番号「C004」救急搬送診療料を除く。）を算定した患者は後期高齢者診療料を算定できない。
- (19) 後期高齢者診療料は、当該点数を算定後であって病状の悪化等により入院又は他院に入院した場合であっても算定できることとする。
- (20) 当該月に後期高齢者診療料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に後期高齢者診療料を算定しないことができる。ただし、その場合は、理由等を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (21) 専門外等の理由により他の保険医療機関を受診する場合には、診療の状況を示す文書を交付する等十分な連携を図るとともに、当該他の保険医療機関名を診療録に記載すること。
- (22) 後期高齢者診療料を算定する保険医療機関の保険医にあっては、後期高齢者の診療に資する新しい知見等に関する研修を受けるよう努めること。
- (23) 後期高齢者診療料の算定に当たっては、算定の基礎となる指導及び診療が行われたときに後期高齢者である患者であること。

(別紙様式14)

<p>患者氏名 (男・女) _____</p> <p>生年月日 明大 年 月 日</p>		<p>診療所 _____</p> <p>連絡先 _____</p>	
		<p>診療日: _____ 年 月 日</p>	
<p>本日のお薬</p>		<p>次回に当院で予定している検査等</p> <p><input type="checkbox"/> 身体計測</p> <p><input type="checkbox"/> 身体機能を含めた評価</p> <p><input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価</p> <p><input type="checkbox"/> 心電図</p> <p><input type="checkbox"/> 検尿</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	
<p>本日の診療について</p> <p>血圧 (mmHg) _____</p> <p>体温 (°C) _____</p> <p>脈拍 有 () 無 ()</p> <p>発熱 有 () 無 ()</p> <p>その他 _____</p>		<p>今日の検査</p> <p><input type="checkbox"/> 身体計測</p> <p><input type="checkbox"/> 身体機能を含めた評価</p> <p><input type="checkbox"/> 心電図</p> <p>検査結果 _____</p> <p>血液検査結果 _____</p> <p>その他() _____</p> <p>その他() _____</p>	
<p>毎日の生活での留意事項</p>		<p>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)</p>	

後期高齢者診療計画書

(お入日) 年 月 日		担当医師氏名		
(男女) 年 月 日		診療所		
患者氏名		連絡先		
至年月日(曜日)				
病名 () () () ()	他に定期的に受診している医師 病名() 診療所() 病名() 診療所() 病名() 診療所()			
	当院の通院医療機関 (緊急時の入院先) 病院() 病院() 病院() その他()			
	年間検査のスケジュール 4月～6月 7月～9月 10月～12月 1月～3月			
	身体計測 (1回以上) 生活機能検査 (1回以上) 認知症検査 (1回以上) 心電図 (1回以上) 聴取 (1回以上) 血液検査 (1回以上)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	治療方針等 () () ()			

- (6) 時間の経過、患者の病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化に応じて、また、患者の意思が変化するものであることに留意して、その程度説明し(患者の十分な理解を得ること、ただし、変更があった際の文書等の作成に係る費用については所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (7) 入院中の患者については退院時又は死亡時、入院中以外の患者については死亡時に算定する。

「後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2」

〔告示〕
「診療報酬の算定方法 平成20年厚生労働省告示第59号」
B018 後期高齢者終末期相談支援料 300点

注 保険医療機関の医師等が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

〔課長通知〕
「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について(保発第0305001号)」
B018 後期高齢者終末期相談支援料

- (1) 後期高齢者終末期相談支援料は、後期高齢者である患者が、終末期においても安心して療養生活を送ることができるよう、医師等の医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものであること。
- (2) 一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した者について、医師、看護師その他の医療関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、診療内容を各月終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年5月21日保発第0521011号)、「終末期医療に関するガイドライン」(日本医師会)等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書(電子媒体を含む。)又は映像により記録した媒体(以下、この区分において「文書等」という。)にまとめて提供した場合に、当該文書等の提供日において後期高齢者である患者1人につき1回に限り算定する。とりまとめた内容の提供に当たって交付した文書等の写しを診療録に添付すること。
- (3) 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また、患者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した患者であるからといって、保険医は患者に意思の決定を迫ってはならないこと。
- (4) 話し合い内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の療養等の実施の希望及び急変時の搬送の希望(希望する場合については搬送先の医療機関等を含む。)をいうものであること。
- (5) なお、入院中の患者については、患者及び家族等と話し合いを行うことは通常の診療においても必要かつ当然のことであることから、特に連続して1時間以上に渡り話し合いを行ったうえで、患者の十分な理解を得ること。

事務連絡
平成20年4月28日

地方社会保険事務局長
 都道府県民生管部(局)
 国民健康保険主管課(部)長
 都道府県高齢者医療主管部(局)
 高齢者医療主管課(部)長

厚生労働省保険局医療課

後期高齢者終末期相談支援料の取扱いについて

確認については、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について(通知)」(平成20年3月5日保発第0305001号)により本年四月の診療報酬改正に伴う留意事項を定めたところであるが、当該項目についてとりまとめる文書等の取扱い等は下記のとおりであるので、遺憾のないよう関係者に対し周知徹底を図らたいた。

記

後期高齢者終末期相談支援料の算定にあたっては、病状が急変した場合の取扱いについて、医師、看護師その他の医療関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに話し合い、その内容を文書等にとりまとめることとしているが、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について(通知)」(平成20年3月5日保発第0305001号)にあるように、後期高齢者終末期相談支援料は、終末期においても安心して療養生活を送ることができるよう、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で診療が進められることを目的としたものであるため、患者の自発的な意思を尊重し、患者に意思の決定を迫ってならず、病状が急変した場合の診療方針や急変時の搬送の希望等について、患者の希望が確認できない場合等は、「不明」「未定」等とすることで差し支えないものである。

地方社会保険事務局長
都道府県民生主管部(局)長
国民健康保険主管課(部)長
都道府県後期高齢者医療主管課(部)長
後期高齢者医療主管課(部)長

厚生労働省保険局医療課長

後期高齢者終末期相談支援料等の凍結について

本日、診療報酬の算定方法の一部を改正する件(平成20年厚生労働省告示第349号)及び訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件(平成20年厚生労働省告示第350号)が公布され、本年7月1日(以下「適用日」という。)より適用されることとなったことである。

適用に当たっての留意事項は下記のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し周知徹底を図りたい。

記

1 改正の内容

- (1) 診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一区科診療報酬点数表第2章区分番号B018に掲げる後期高齢者終末期相談支援料並びに区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注7及び区分番号C005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料の注7に規定する加算、別表第二区科診療報酬点数表第2章区分番号B016に掲げる後期高齢者終末期相談支援料並びに別表第三区科診療報酬点数表第1部第2区分番号19に掲げる後期高齢者終末期相談支援料(以下「診療報酬における後期高齢者終末期相談支援料等」という。)については、適用日をもって凍結し、別に厚生労働大臣が定める日(現時点では定められていない。)までは算定できないこととしたこと。
- (2) 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法(平成20年厚生労働省告示第67号)別表通則第1号の4に規定する後期高齢者終末期相談支援療養費についても、(1)と同様、適用日をもって凍結し、別に厚生労働大臣が定める日(現時点では定められていない。)までは算定できないこととしたこと。

2 経過措置(別添参照)

- (1) 診療報酬における後期高齢者終末期相談支援料等については、「診療報酬の算定方法の制定

