

# 後期高齢者に係る診療報酬について

## 第1 前回までの経緯

1. 「後期高齢者」という名称は廃止。
2. これまでに指摘が多かった、後期高齢者特定入院基本料、後期高齢者診療料、後期高齢者終末期相談支援料を中心に説明。
3. その他についても、点数が設定された由来や意義について一通り説明。

## 第2 論点

1. これまでに指摘が多かった項目については以下のような整理でよいか。

- (1) 後期高齢者特定入院基本料

今回、「長期入院患者に係る診療報酬について」の項目で議論

- (2) 後期高齢者診療料関連

第153回基本問題小委員会(12月4日)の議論においては廃止の方向

- (3) 後期高齢者終末期相談支援料関連

第153回基本問題小委員会(12月4日)の議論においては廃止の方向

2. その他の項目については、具体的な検討の際にご議論いただく。

- (1) 基本診療料の議論の中で検討すべき項目

後期高齢者総合評価加算、後期高齢者退院調整加算  
診療所後期高齢者医療管理料

- (2) 特掲診療料の議論の中で検討すべき項目

薬剤情報提供料の加算(後期高齢者手帳記載加算)  
後期高齢者退院時薬剤情報提供料  
後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料  
後期高齢者処置、後期高齢者精神病棟等処置料

- (3) 歯科診療報酬の議論の中で検討すべき項目

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料

- (4) 調剤報酬の議論の中で検討すべき項目

後期高齢者薬剤服用歴管理指導料

「後期高齢者」に係る現行の診療報酬項目と基本小委員会における議論の整理

類型	番号	項目名	点数		点数の概要	創設年	H20改定時の名称変更	H20改定時の要件変更	他の診療報酬等との関連	基本問題小委員会での意見(12月4日)	方向性
基本診療料関係	A100 注4	後期高齢者特定入院基本料 ( 1 )	(1日につき)	928点	後期高齢者である患者であって、一般病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。)に該当するもの(特定入院料を算定する患者を除く。)について算定する。	H10		(特定除外項目の見直し)		(主な意見) 「特定除外項目」を含め、H20改定前の点数に戻すべき この点数自体は残し、受け皿対策として医療区分1の点数を引き上げるべき 全年齢層に拡大すべき	(今回、「長期入院患者に係る診療報酬について」の項目で議論)
後期高齢者診療料関係	B016	後期高齢者診療料	(月1回)	600点	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を行った場合に算定する。	H20 (新設)			生活習慣病管理料	(主な意見) 一旦廃止すべき 「主病は一つ」という概念を前提にかかりつけ医を決めさせている点と、包括支払としている点が問題 かかりつけ医に関する議論を継続すべき 中小病院でも算定可能にしてはどうか 検証部会の結果を踏まえて結論を出して欲しい。	廃止
	A239	後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 ( 1 )	(入院初日)	500点	別の保険医療機関(診療所に限る。)において後期高齢者診療料を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に算定する。	H20 (新設)			後期高齢者診療料(運動)	未審議	
	B017	後期高齢者外来継続指導料	(退院後最初の診療日)	200点	後期高齢者診療料を算定している患者が、他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに算定する。	H20 (新設)			後期高齢者診療料(運動)	未審議	
終末期関係	B018	後期高齢者終末期相談支援料 ( 1 )	(1回限り)	200点	保険医療機関の保険医が、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算定する。	H20 (新設)					
	C005 C005-1-2 注7	後期高齢者終末期相談支援加算 ( 2 )	(1回限り)	200点	保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、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、保険医療機関の保険医と共同し、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算定する。	H20 (新設)				(主な意見) 廃止した上で議論を続けるべき 患者側と医療従事者側が今後とも考えていくべき 全年齢で重要な視点 後期高齢者と若人では終末期のもつ意味が異なる 時間要件(1時間以上)に問題がある	廃止
	調剤 19	後期高齢者終末期相談支援料	(1回限り)	200点	保険薬局の保険薬剤師が、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(在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに限る。)に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、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算定する。	H20 (新設)					

1 歯科診療報酬点数にも同趣旨の項目あり  
2 訪問看護療養費にも同趣旨の項目あり

類型	番号	項目名	点数		点数の概要	創設年	H20改定時の名称変更	H20改定時の要件変更	他の診療報酬等との関連	基本問題小委員会での意見(12月4日)	方向性
基本診療料関係	A240	後期高齢者総合評価加算 (1)	(入院中1回)	50点	入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に算定する。	H20 (新設)				(主な意見) 介護への円滑な移行が重要な ので介護と年齢層を揃えるべき 75歳以上という年齢要件は妥当 年齢要件を拡大した方がいい 十分機能している点数なら残す べき	
	A241	後期高齢者退院調整加算 (1)	(退院時1回)	100点	退院困難な要因を有する入院中の後期高齢者である患者であって、在宅での療養を希望するものに対して、退院調整を行った場合に算定する。	H20 (新設)				未審議	
	A316	診療所後期高齢者医療管理料 1 14日以内の期間 2 15日以上期間	(1日につき <包括>)	1:1,080点 2:645点	入院施設を有する診療所である保険医療機関において、在宅療養計画に基づき、診療所後期高齢者医療管理を行うものとして入院させた患者(高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合に限る。)について算定する。	H8			・通常の入院 ・介護保険サービスにおける短期入所療養介護	未審議	
特掲診療料関係	B011-3 注2	薬剤情報提供料の加算 (後期高齢者手帳記載加算) (1)	(月1回)	5点	後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に算定する。	H9				未審議	
	B014	後期高齢者退院時薬剤情報提供料 (1)	(退院時1回)	100点	保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称(副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。)に関して当該患者の手帳に記載した場合に算定する。	H20 (新設)			薬剤管理指導料 退院時服薬指導加算との併算定不可	未審議	
	B015	後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料	(退院時1回)	180点	栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている後期高齢者であって、低栄養状態にある患者の退院に際して、管理栄養士が患者又はその家族等に対して、退院後の栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合に算定する。	H20 (新設)			栄養管理実施加算、入院栄養指導管理料等	未審議	
	J001-5	後期高齢者処置	(1日につき)	12点	高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず算定する。	昭和61年				未審議	
	J001-6	後期高齢者精神病棟等処置料	(1日につき)	15点	高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合、その種類又は回数にかかわらず算定する。 イ 創傷処置(熱傷に対するものを除く。) (1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 (2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 ロ 皮膚科軟膏処置 (1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 (2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	昭和63年				未審議	
歯科関係	歯科 C001-2	後期高齢者在宅療養口腔機能管理料	(月1回)	180点	在宅療養支援歯科診療所に属する保険医である歯科医師が、在宅等(社会福祉施設等を含む。)において療養を行っている通院困難な後期高齢者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者の歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえ、歯科疾患及び口腔機能の管理計画を作成し、当該患者又はその家族等に対して文書により提供した場合に算定する。	H20 (新設)				未審議	
調剤報酬関係	調剤 18	後期高齢者薬剤服用歴管理指導料	(処方せん 受付1回 につき)	35点	後期高齢者の患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に算定する。 ・患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬にかかる薬剤についての名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。 ・処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。 ・調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。	H20 (新設)			後期高齢者以外の患者への同様の点数として、調剤10 薬剤服用歴管理指導料及び調剤11 薬剤情報提供料	未審議	

1 歯科診療報酬点数にも同趣旨の項目あり  
2 訪問看護療養費にも同趣旨の項目あり

# 後期高齢者に係る診療報酬について

(参考資料)

# 後期高齢者を対象とした診療報酬

## 入院

後期高齢者  
特定入院基本料  
928点 / 日

後期高齢者処置  
12点 / 日

後期高齢者  
精神病棟等処置料  
15点 / 日

診療所後期高齢者医療管理料  
・14日以内の期間: 1,080点 / 日  
・15日以上期間: 645点 / 日

### 退院調整・病診連携

後期高齢者総合評価加算  
50点 (入院中1回)

後期高齢者退院調整加算  
100点 (退院時1回)

後期高齢者退院時  
薬剤情報提供料  
100点 (退院時1回)

後期高齢者退院時  
栄養・食事管理指導料  
180点 (退院時1回)

後期高齢者外来患者  
緊急入院診療加算  
500点 (入院初日)

退院

入院

## 入院外

後期高齢者診療料  
600点 / 月

後期高齢者外来継続指導料  
200点 (退院後最初の診療日)

後期高齢者在宅療養  
口腔機能管理料  
180点 / 月

薬剤情報提供料の加算  
(後期高齢者手帳記載加算)  
5点 / 月

後期高齢者薬剤服用歴  
管理指導料  
35点 (処方せん受付1回につき)

## 終末期

後期高齢者終末期相談支援料  
200点 (1回限り)

後期高齢者終末期相談支援加算  
200点 (1回限り)

後期高齢者終末期相談支援料  
200点 (1回限り)

# 後期高齢者診療料の概要

後期高齢者診療料 600点(月1回)

## 【基本的な考え方】

後期高齢者の外来診療について、治療の長期化、複数疾患の罹患といった心身の特性を踏まえ、慢性疾患等に対する継続的な管理を行うことを評価。

## 【具体的な内容】

定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、栄養、運動又は日常生活等につき療養上必要な指導及び診療を行う。

診療計画には、他医療機関での診療スケジュール、他の保健・福祉サービスとの連携等について記載。

## 【施設要件】

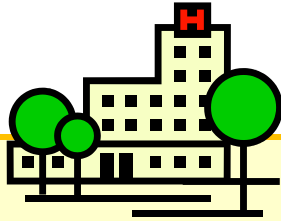
診療所 又は半径4km以内に診療所が存在しない病院

後期高齢者の心身の特性を踏まえた療養を行うにつき必要な研修を受けた常勤の医師を配置

【対象疾患】結核、甲状腺障害、糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎、認知症

# 後期高齢者に対する医療連携

連携した入院施設



地域の主治医  
(かかりつけ医)



**新**  
後期高齢者  
診療料  
600点(月)

**新**

後期高齢者  
外来患者緊急入院  
診療加算  
500点(入院初日)

外来での  
慢性疾患に対する  
継続的な管理

入院の際に  
地域の主治医と連携



入院

**医療連携**

退院

入院中の診療情報等  
を外来の主治医と共有

**新**  
後期高齢者  
外来継続指導料  
200点(退院後最初の診療日)

後期高齢者診療料を算定している患者であることが前提となる。

# 後期高齢者診療料と生活習慣病管理料の比較

## 後期高齢者診療料

600点(月1回)

### 基本診療料

医学管理等

在宅医療

検査

画像診断

投薬

注射

リハビリ

精神科専門

処置

病理診断

包括範囲

診療所又は半径4km以内に診療所が存在しない病院において算定。届出が必要。

医療機関は、患者ごとに後期高齢者診療料も従来の出来高による算定も選択可。

後期高齢者診療計画書及び、診療のたびに指導の内容を文書で交付する。

急性増悪時に実施した550点以上の検査、画像診断、処置は除く

## 生活習慣病管理料

糖尿病を主病とする場合

1,280点(月1回)

院外処方せんを交付しない場合

### 基本診療料

医学管理等

在宅医療

検査

画像診断

投薬

注射

リハビリ

精神科専門

処置

病理診断

包括範囲

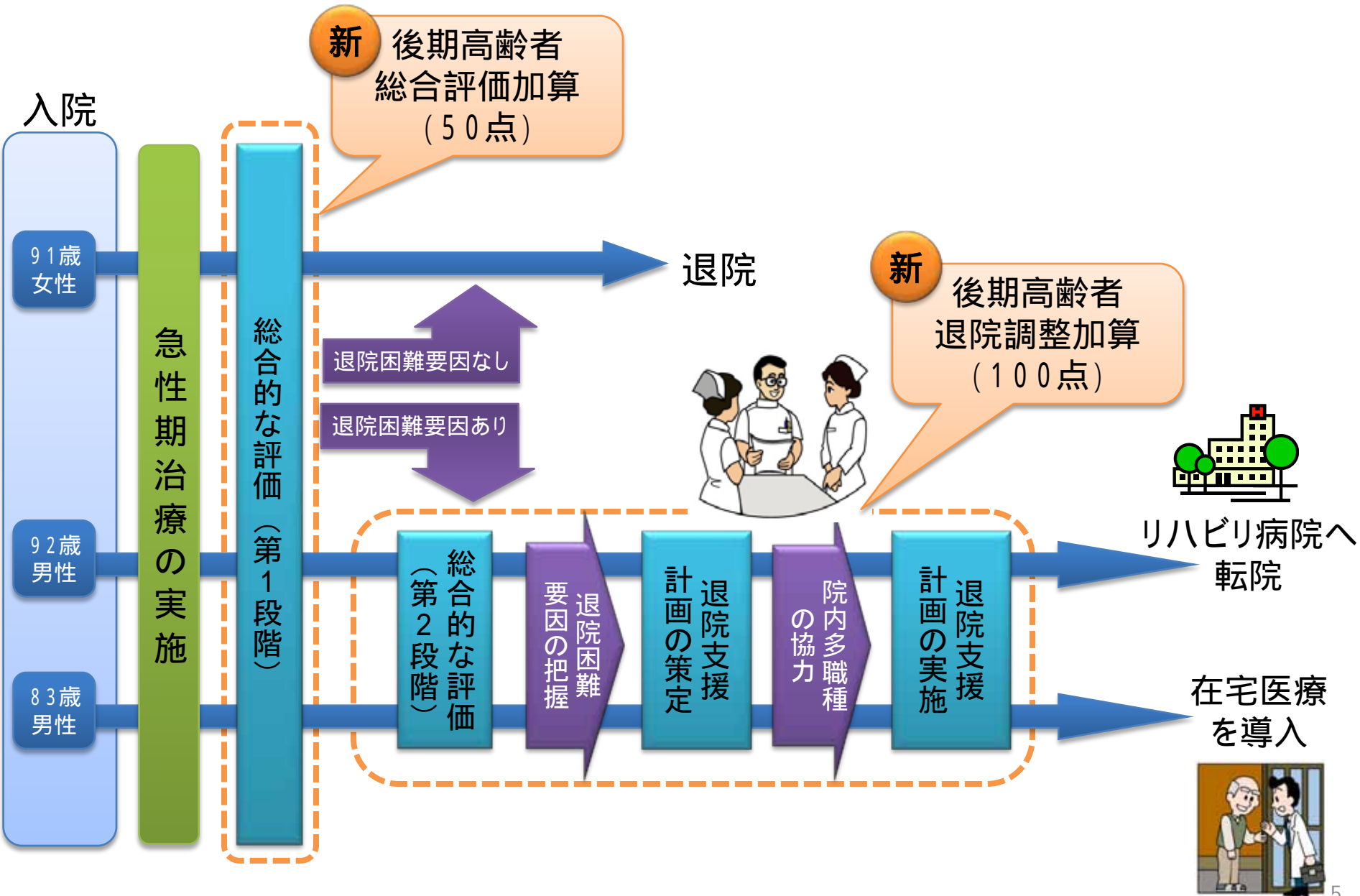
許可病床数が200床未満の病院又は診療所において算定。届出は必要ない。

医療機関は、患者ごとに生活習慣病管理料も従来の出来高による算定も選択できる。

急性増悪時はその旨を診療報酬明細書に記載することでその間は出来高算定可能



# 後期高齢者に対する退院支援



# 退院調整加算と後期高齢者退院調整加算の比較 (イメージ)

**後期高齢者退院調整加算**  
長期入院になりやすい患者に対して急性期病棟  
(一般病棟 (平均在院日数19.8日) 等) において算定

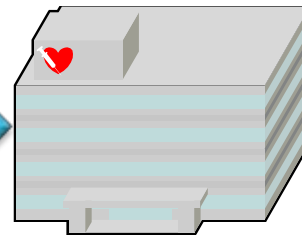
後期高齢者退院調整加算 100点  
(退院時・転院時1回)



入院



退院・転院



退院



退院支援計画作成加算  
100点 (計画作成時1回)

退院加算 100/300点  
(退院時1回)

**退院調整加算**  
**療養病棟** (平均在院日数172.8日)、**結核病床** (同71.9日) 等の  
長期入院が予想される病棟において算定

# 退院調整加算と後期高齢者退院調整加算の比較

	退院調整加算			後期高齢者退院調整加算
	退院支援計画作成加算(100点)	退院加算(100点)	退院加算(300点)	(100点)
算定のタイミング	計画作成時1回	退院時1回	退院時1回	退院時1回
対象者	長期にわたり入院している患者(年齢制限なし)			後期高齢者退院調整加算
算定対象病棟	療養病棟 結核病棟 特定機能病院(結核) 有床診療所療養病棟 後期高齢者特定入院基本料	障害者施設等 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟 H20で脳卒中、 認知症を対象外と した病棟		一般病棟(後期高齢者特定除く) 特定機能病院(一般) 専門病院(一般) 有床診療所(一般) 亜急性期 <u>一般病棟が対象</u>
主な施設基準	退院調整部門の設置 専従の看護師又は社会福祉士			

転院の場合は算定不可

転院の場合にも算定可

# 退院支援計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
患者以外の相談者	家族 ・ その他関係者 ( )
退院支援計画を 行う者の氏名 (下記担当者を除く)	
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設定、 支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想される 社会福祉サービス等	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものであ

\_\_\_\_\_  
(退院支援計画担当者)

印

\_\_\_\_\_  
(本人)

# 診療所後期高齢者医療管理料の評価

	有床診療所 入院基本料1	有床診療所 入院基本料2	有床診療所 療養病床入院基本料	診療所後期高齢者 医療管理料
病床種別	一般病床		療養病床	一般病床・療養病床
点数	7日以内 810点 8日以上14日以内 660点 15日以上30日以内 490点 31日以上 450点	7日以内 640点 8日以上14日以内 480点 15日以上30日以内 320点 31日以上 280点	A 975点 B 871点 C 764点 D 602点 E 520点	14日以内 1,080点 15日以上 645点
包括範囲	出来高		検査・投薬・注射・病理診断・一部の画像診断及び処置包括	包括 (栄養管理実施加算、医療安全管理加算、褥瘡患者管理加算等は算定可)
看護職員	5以上	1以上5未満	6対1 <sup>4</sup>	看護 + 介護 3対1
看護補助者			6対1 <sup>4</sup>	
夜勤	看護要員1以上 <sup>3</sup>			看護要員 1名
届出施設数 <sup>1</sup>	8,022施設		1,247施設	335施設
届出病床数 <sup>1</sup>	102,064床		10,443床	1,454床
算定回数 <sup>2</sup>	1,004,742回	124,892回	214,856回	8,175回

1: 平成20年7月時点

2: 社会医療診療行為別調査(平成20年6月審査分)

3: 夜間看護配置加算1の場合

4: 実質配置30:1相当。医療区分2・3の患者が8割を超える病棟は、看護職員4:1、看護補助者4:1(実質配置20:1相当)。

# 診療所後期高齢者医療管理料と短期入所療養介護の比較

	介護保険			医療保険
	短期入所療養介護			診療所後期高齢者医療管理料
	介護老人保健施設	病院	有床診療所	
病床種別	-	療養病床(医療・介護)	療養病床(医療・介護)	一般病床・療養病床
職員配置	看護・介護 3:1 (うち、看護2/7)	[医療療養病床] 看護 4:1、介護 4:1 看護 5:1、介護 5:1 [介護療養病床] 看護 6:1 介護 6:1～4:1	看護 6:1、介護 6:1 又は 看護・介護 3:1	看護・介護 3:1
夜勤基準	看護・介護2名以上 (定員40以下は1名)	看護 + 介護が30:1 (最低2名以上で、うち1名は看護)	看護・介護 1名	看護・介護 1名
病床面積	8.0㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
その他施設基準	食堂・浴室 機能訓練室 等	食堂・浴室 機能訓練室 等	食堂・浴室 機能訓練が可能	食堂・浴室 機能訓練が可能
報酬単価 (/日:多床室)	617～1,040単位	618～1,372単位 (6:1, 4:1の場合)	536～907単位 (看護・介護3:1の場合)	14日以内:1,080点 15日以上:645点
加算等	認知症行動・心理症状緊急対応加算 若年性認知症利用者受入加算 送迎費 療養食加算 緊急時ネットワーク加算 リハビリ機能強化加算 個別リハビリ実施加算 サービス提供体制強化加算	認知症行動・心理症状緊急対応加算 若年性認知症利用者受入加算 送迎加算 療養食加算 緊急短期入所ネットワーク加算 特定診療費 サービス提供体制強化加算	認知症行動・心理症状緊急対応加算 若年性認知症利用者受入加算 送迎加算 療養食加算 緊急短期入所ネットワーク加算 特定診療費 サービス提供体制強化加算	-
請求事業所	1 3,197施設	386施設	155施設	335施設 2
算定件数	1 53千件/月 1	3千件/月 1	1千件/月 1	444件/月 3
備考			H21.4から、職員配置 基準等を満たず一般病床にも拡大	要支援・要介護認定者は対象外

# 医療・介護でのショートステイについて

		一般病床		医療療養病床	
適用する保険の種類		医療保険	介護保険	医療保険	介護保険
診療所	通常の場合	×	×	×	×
	「診療所後期高齢者医療管理料」の施設要件を満たす診療所	(診療所後期高齢者医療管理料)	×	(診療所後期高齢者医療管理料)	(診療所療養病床短期入所介護料)
病院		×	×	×	(病院療養病床短期入所介護料)

H21介護  
報酬改定

有床診療所の一般病床においても  
介護保険によるショートステイが可能となった。

		一般病床		医療療養病床	
適用する保険の種類		医療保険	介護保険	医療保険	介護保険
診療所	通常の場合	×	×	×	×
	「診療所後期高齢者医療管理料」の施設要件を満たす診療所	(診療所後期高齢者医療管理料)	×	(診療所後期高齢者医療管理料)	(診療所療養病床短期入所介護料)
病院		×	×	×	(病院療養病床短期入所介護料)

医療保険における短期入所については、要支援・要介護者は適用対象外となる。