

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保険医療機関の保険医が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保険医療機関の保険医が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】

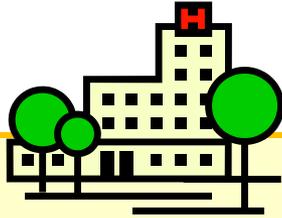
診療所 又は半径4km以内に診療所が存在しない病院

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

入院中の診療情報等
を外来の主治医と共有

退院



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

入院

91歳
女性

92歳
男性

83歳
男性

急性期治療の実施

総合的な評価
(第1段階)

新 後期高齢者
総合評価加算
(50点)

退院困難要因なし

退院困難要因あり

総合的な評価
(第2段階)

退院困難
要因の把握

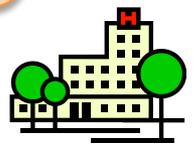
退院支援
計画の策定

院内多職種
の協力

退院支援
計画の実施

退院

新 後期高齢者
退院調整加算
(100点)



リハビリ病院へ
転院

在宅医療
を導入



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

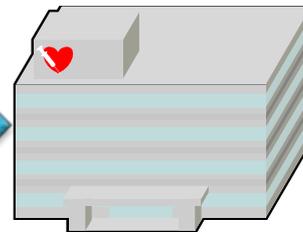
後期高齢者退院調整加算 100点
(退院時・転院時1回)



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 ⁴	看護 + 介護 3対1
看護補助者			6対1 ⁴	
夜勤	看護要員1以上 ³			看護要員 1名
届出施設数 ¹	8,022施設		1,247施設	335施設
届出病床数 ¹	102,064床		10,443床	1,454床
算定回数 ²	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。

長期入院患者に係る診療報酬について

第1 長期入院患者に関する考え方

1. 長期入院患者のうち、(1)一定の病態と(2)一定の年齢である場合には診療報酬上、特別な対応を行っている。

(1)病態に着目した患者の類型化

入院医療の必要性が高い状態が長期に継続する者

(重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度の障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者等)

入院医療の必要性が低いものの、受入れ先の確保が困難であるという理由で入院の継続を希望する者

(2)年齢に着目した類型化(75歳以上)

2. 上記(1)の者については、特殊疾患病棟や障害者施設等といった、手厚い医療を受けるのにふさわしい長期療養の場を確保している。

3. 一方、上記(1)及び(2)の患者については、より適切な療養の場として、療養病床、介護保険施設、在宅医療といった場を整備している。

第2 神経難病患者等の長期療養に係る診療報酬について

長期入院患者の療養の場として、病院の一般病床には特殊疾患病棟・障害者施設等・一般病棟の3類型がある(参考資料P1、8)。

前二者の診療報酬に関する経緯は以下の通り。

1. 特殊疾患病棟

長期にわたり療養が必要な、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を主たる対象としており、こうした患者が8割以上を占めることを施設基準としている。この入院料には、投薬・注射・検査・処置等が包括される(参考資料P2~3、8、10)。

(1)平成 20 年度改定以前

平成 6 年に新設され、着実に病床数が増加したが、その後の調査により、当該病棟の患者像として想定していなかった脳卒中の後遺症及び認知症の患者が多いことが判明した。

(2)平成 20 年度改定後

一旦は入院料自体の廃止が予定されていたものの、脳卒中の後遺症及び認知症の患者が当該病棟の主たる対象でない旨を明文化した上で、存続することとなった。

2 . 障害者施設等

長期にわたり療養が必要な、重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度の障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって、かつ医療処置を頻繁に行う必要性の高い患者を主たる対象としており、こうした患者が 7 割以上を占めることを施設基準としている。入院料のほか、投薬・注射・検査・処置等を出来高で算定する（参考資料 P 4 ~ 5、8）。

(1)平成 20 年度改定以前

平成 12 年に障害者施設等入院基本料として新設され、病床数は急増したが、その後の調査により、当時の特殊疾患病棟と同様、脳卒中の後遺症及び認知症の患者が多いことが判明した。

出来高払いであることから、入院医療の必要性が低い高齢者の長期入院の場となりやすかったため、90 日を超えて入院する高齢患者については、原則として入院基本料を減額・包括化することとした（後述の一般病棟と同様）。ただし、当該病棟の主たる対象である難病患者等については、実態としてこの減額対象とはならないよう配慮されている。

(2)平成 20 年度改定後

特殊疾患病棟における対応に併せ、脳卒中の後遺症及び認知症の患者が当該病棟の主たる対象でない旨を明文化した。

また、脳卒中の後遺症及び認知症の患者は、90日を超えて入院した場合の減額対象に含まれる旨を明文化した。

第3 一般的な長期入院患者等の長期療養に係る診療報酬について

病院の一般病棟における後期高齢者特定入院基本料

主として急性期入院医療を担うことが期待される病床であって、入院料のほか、投薬・注射・検査・処置等を出来高で算定する（参考資料P 6～10）。

(1)平成20年度改定以前

出来高払いであることから、高齢患者の長期入院の場となりやすかったため、90日を超えて入院する高齢患者については、平成10年度以降、原則として入院基本料を減額・包括化することとした（「老人長期入院医療管理料」）。平成12年改定で「老人特定入院基本料」に改組し、特定機能病院・専門病院・障害者施設等に同様の点数を導入した。

ただし、長期にわたり療養が必要な神経難病患者等や、それ以外の疾患であっても医療処置を頻繁に行う必要性の高い患者については、実態としてこの減額対象とはならないよう配慮された（いわゆる特定除外対象）。

(2)平成20年度改定後

後期高齢者医療制度の創設に伴い、「後期高齢者特定入院基本料」と名称を変更した。また、特殊疾患病棟、障害者施設等における前述の改定に合わせて、当該病棟の主たる対象でないとされた患者の長期入院の場となる可能性があったため、一般病棟においても、脳卒中の後遺症及び認知症の患者が90日を超えて入院した場合の減額対象に含まれる旨を明文化した。

(3)後期高齢者特定入院基本料の概要

一般病棟等¹では、90日を超えて75歳以上の患者が入院を継続する場合、原則として、減額・包括化された後期高齢者特定入院基本料を算定する。

ただし、所定の 12 項目（いわゆる特定除外項目）のいずれかに該当する患者については、医療の必要性が高いとして、減額対象とならず、引き続き一般病棟入院基本料等を出来高で算定する（参考資料 P 10）。

- 1 一般病棟入院基本料、特定機能病院一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料を算定する病棟を指す。

平成 20 年度社会医療診療行為別調査によると、一般病棟に 90 日を超えて入院している患者の 98% が除外対象患者に相当した。

〔参考〕病院の療養病棟における療養病棟入院基本料

- (1) 慢性期の療養の場としては療養病床があり、入院期間や年齢を問わず、療養病棟入院基本料を算定する。この入院料には、投薬・注射・検査・処置等が包括される。
- (2) 療養病床では、医療と介護の機能分化を促進する観点から、入院医療の必要性が低い患者については、入院基本料が相対的に低い包括点数としている（医療区分 1）。ただし、所定の 37 項目（医療区分採用項目）のいずれかに該当する患者については、入院医療の必要性が高いとして、相対的に高い包括点数としている（医療区分 2・3）（参考資料 P 11）。
- (3) なお、平成 20 年度社会医療診療行為別調査によると、医療区分 2・3 は全体の 72% を占めた。

第4 一般病棟の長期入院患者と療養病棟入院患者の比較について

1. 患者像の類似性について

平成20年度一般病棟で提供される医療の実態調査(保険局医療課実施)によると、13対1病棟又は15対1病棟で90日を超えて入院している患者は、「現在の医療療養病棟に入院している患者と比べて、医療区分3の割合が相対的に高いこと等については異なっていたが、医療区分2が多いという点では類似していた」(「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査報告書(平成21年9月18日)」より抜粋)。

2. 医療の必要性の基準について

(1) 特定除外項目と医療区分採用項目の相同性

上記調査結果に基づいて、一般病床の90日超の患者と療養病床入院患者は同様であるとみなすこと自体には、調査自体のサンプルサイズ等の問題から、意見が分かれるところである。

しかしながら、一般病床に90日を超えて入院している患者の98%が特定除外患者であることを踏まえると、一般病床の長期入院において用いられている特定除外項目と、療養病床において用いられている医療区分採用項目とが、慢性期の患者分類の方法として同様の機能を果たすと考えること自体は一定の合理性があると考えられる(参考資料P12~13)。

(2) 特定除外項目と医療区分採用項目の妥当性の比較

特定除外項目は、平成12年以来、2回に渡って見直しが行われているものの、医療区分のように調査データに基づくものではなく、根拠が曖昧ではないかとの指摘がある。

一方、医療区分の妥当性については、「平成20年度改定の際に医療区分採用項目にほとんど変更を加えていないことから、現在においても9分類の基本骨格の妥当性は維持されている」と判断されている(「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査報告書(平成21年9月18日)」より抜粋)。

第5 論点

「後期高齢者」という名称を廃止することを前提として、一般病棟で90日以上に渡り入院を継続する患者に係る入院料について、診療報酬上の評価をどう考えるか（参考資料P14～19）。

1．年齢要件について

現行では減額対象となる者を75歳以上に限定しているが、これを他の年齢へ広げることにについてどう考えるか。

2．病態要件について

現行の特定除外項目を廃止し、療養病棟入院基本料で用いている医療区分採用項目又はADL区分に試行的に置き換えることについて、どう考えるか。

3．支払方式について

[案1] 減額対象となる者²については現行どおり包括払いとし、減額対象とならない者³については一般病棟入院基本料等による出来高払いとする。

（1．及び2．の要件は別として、考え方はほぼ現行どおり）

[案2] 基本の考え方は案1と同様だが、15対1病棟に限り、90日を超えて入院する患者全員を対象として、試行的に、療養病棟入院基本料と同じ報酬体系⁴を導入する。

（年齢の区分なく、90日超で一定の病棟、一定の区分の患者は全て包括）

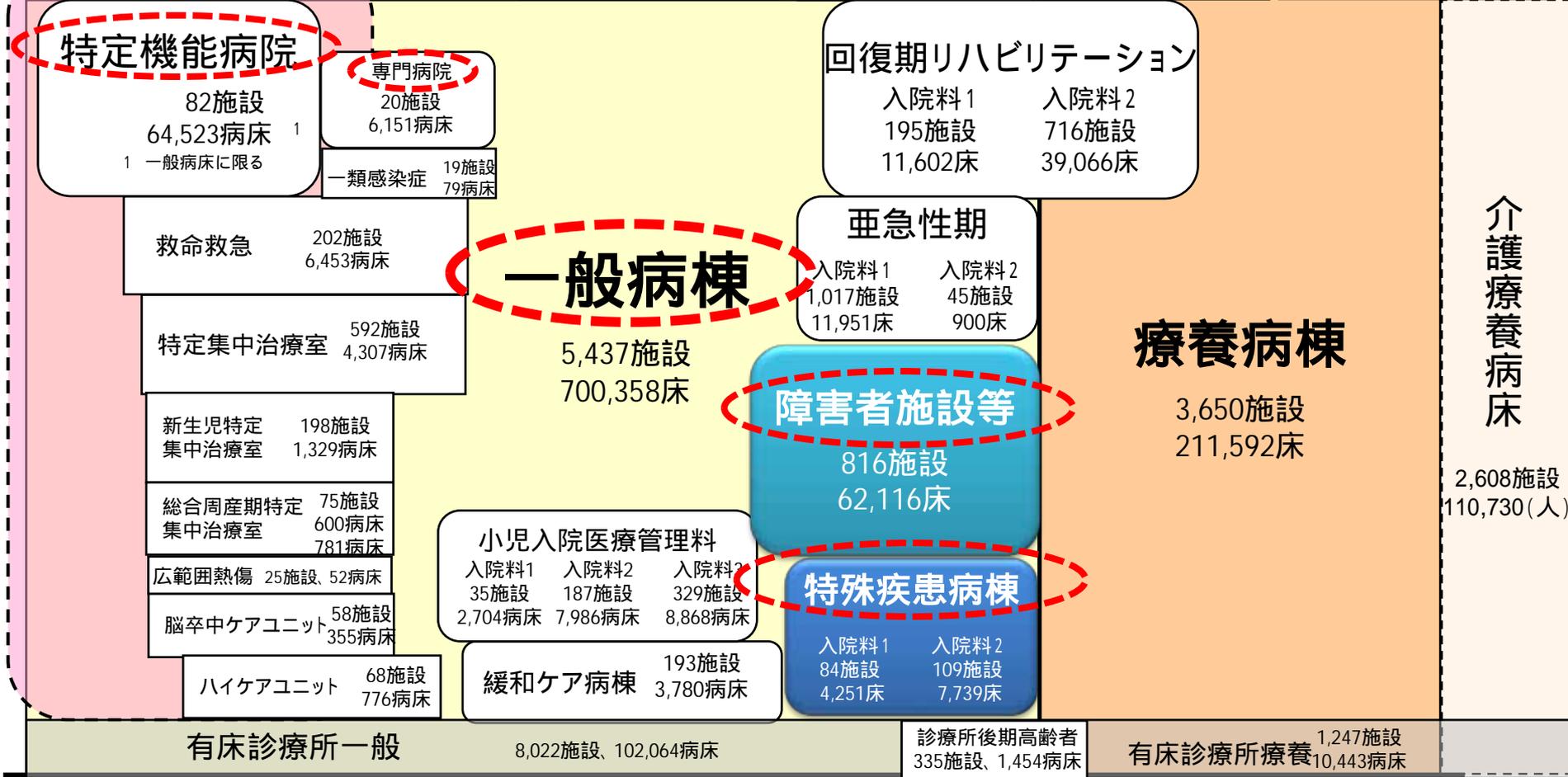
- 2 現行、後期高齢者特定基本料を算定する患者を指す。
- 3 現行、特定除外項目に該当する患者（特定除外対象患者）を指す。
- 4 医療区分及びADL区分を用いた包括評価を指す。

長期入院患者に係る診療報酬について

(参考資料)

病院の機能に応じた分類 (イメージ)

DPC	718施設 288,610病床	病床数 913,234床 病床利用率 76.6% 平均在院日数 19.0日	医療法上の位置づけ	病床数 343,400床 病床利用率 90.7% 平均在院日数 177.1日
			一般病床	療養病床



精神科救急 42施設 2,615病床	精神科急性期治療病棟 入院料1 219施設 10,967病床 入院料2 20施設 1,016病床	精神病棟 1,335施設 188,796病床	精神療養 819施設 90,382病床	認知症病棟 入院料1 373施設 入院料2 62施設
--------------------------	--------------------------------------------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------------

結核病棟 225施設、8,177病床	1 施設基準の 届け出: 20年7月1日 現在
-----------------------	-------------------------------------

特殊疾患病棟入院料に係る経緯

H6

特殊疾患療養病棟を新設

H12

特殊疾患入院医療管理料を新設

(病室単位で算定可能に)

H16実態調査

実際には医療療養病床で対応可能な患者が相当数入院していることが判明。

H16

平成18年度診療報酬改定

特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について

- ・療養病床部分 廃止
- ・一般病床、精神病床部分 19年度末に廃止を予定

H18

H19

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

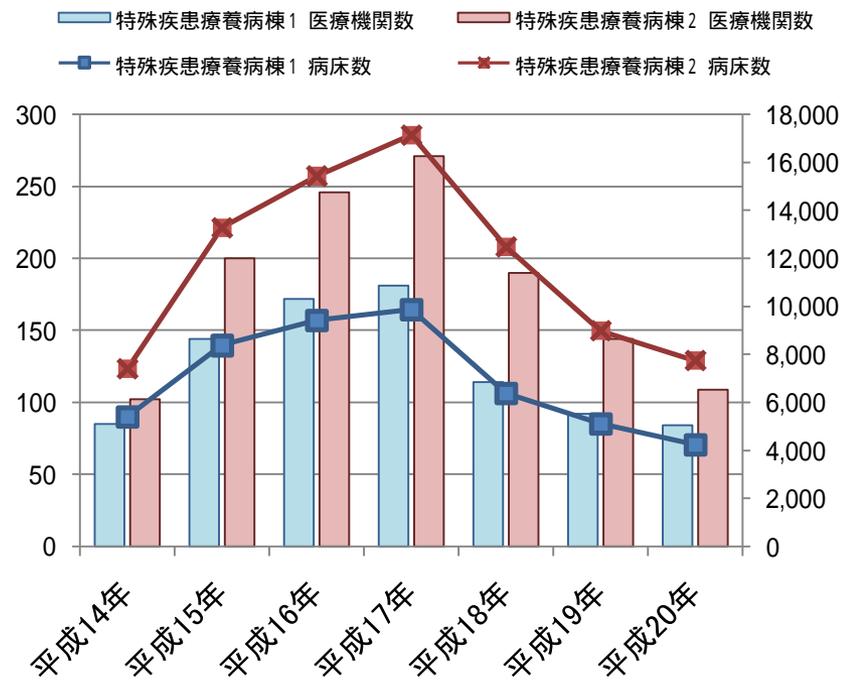
H20

H21

平成20年度診療報酬改定

- ・存続を決定
- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・名称変更
(特殊疾患療養病棟入院料 特殊疾患病棟入院料)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

特殊疾患病棟入院料届出医療機関数・病床数



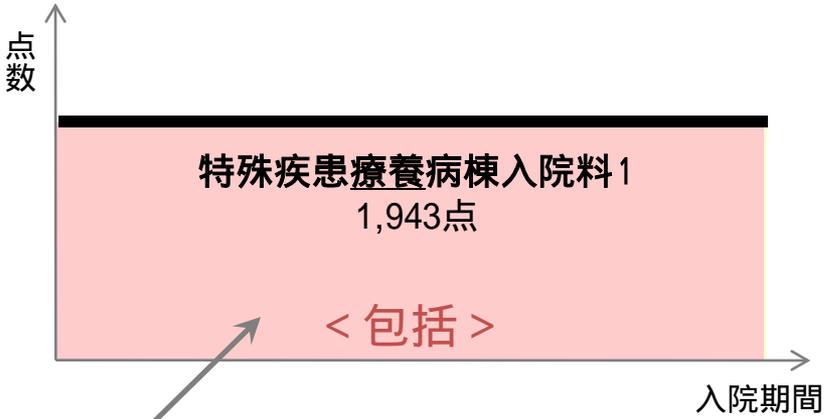
< 特殊疾患病棟入院料の特徴 >
 処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い
 →投薬・注射・処置等が**包括払い**

特殊疾患病棟入院料

H20改定前



H20改定後



【特殊疾患病棟の趣旨に適った患者構成】

8割以上

脊髄損傷等の重度障害者
重度の意識障害者
筋ジストロフィー患者
難病患者

その他

脳卒中後遺症
認知症



【特殊疾患病棟の趣旨に適った患者構成】

8割以上

脊髄損傷等の重度障害者
重度の意識障害者
筋ジストロフィー患者
難病患者

その他

脳卒中後遺症
認知症

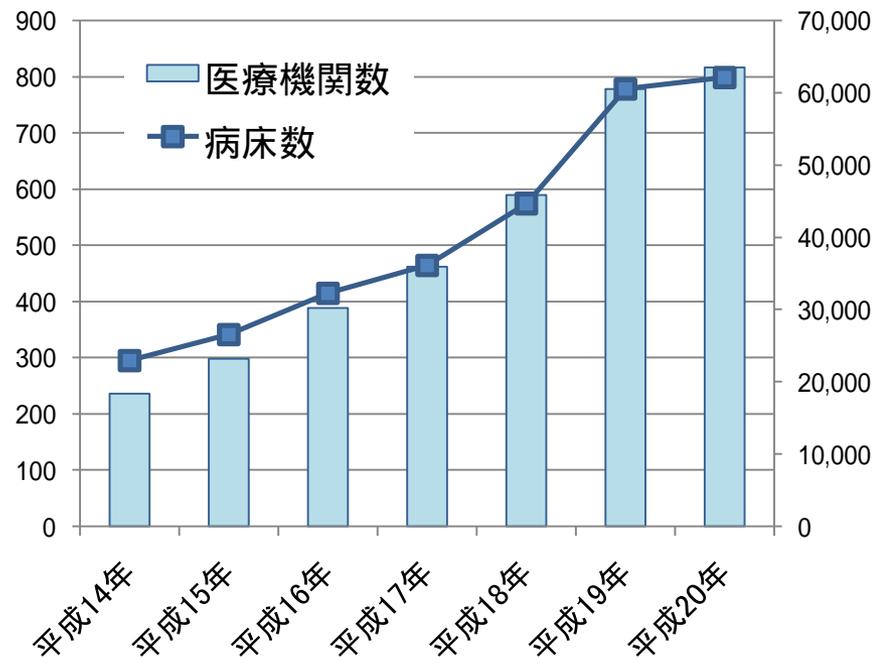
障害者施設等入院基本料に係る経緯

H12 障害者施設等入院基本料を新設

【対象となる施設】
児童福祉法が規定する
・肢体不自由児施設
・重症心身障害児施設
・国立療養所 その他

【上記施設以外における要件】
重度の肢体不自由児(者)
脊髄損傷等の重度障害者
重度の意識障害者
筋ジストロフィー患者
難病患者等
これらの患者が概ね7割以上

障害者施設等入院基本料届出医療機関数・病床数



H19

H19実態調査

・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20

平成20年度診療報酬改定
(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H21

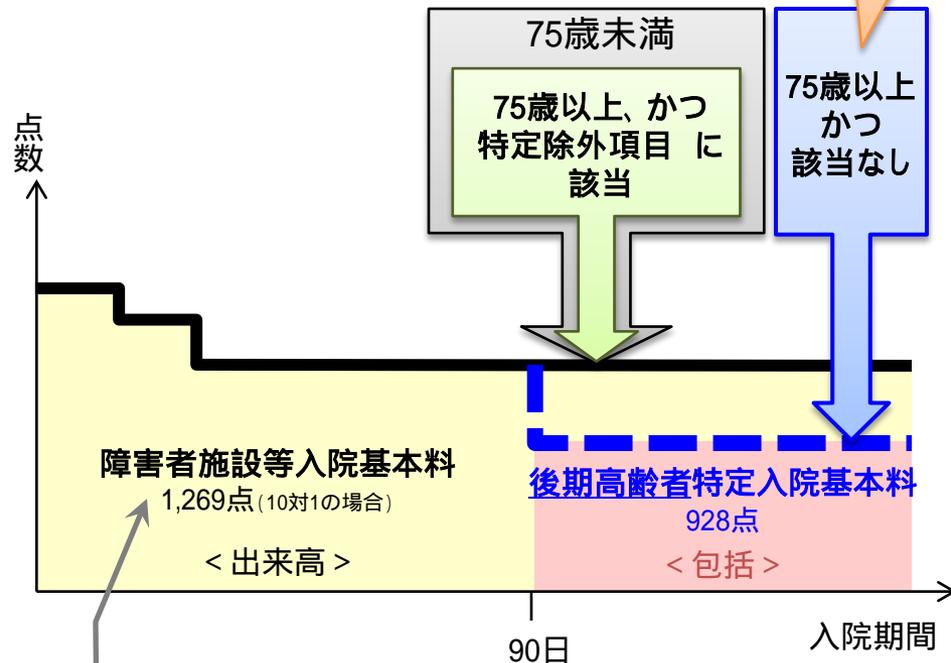
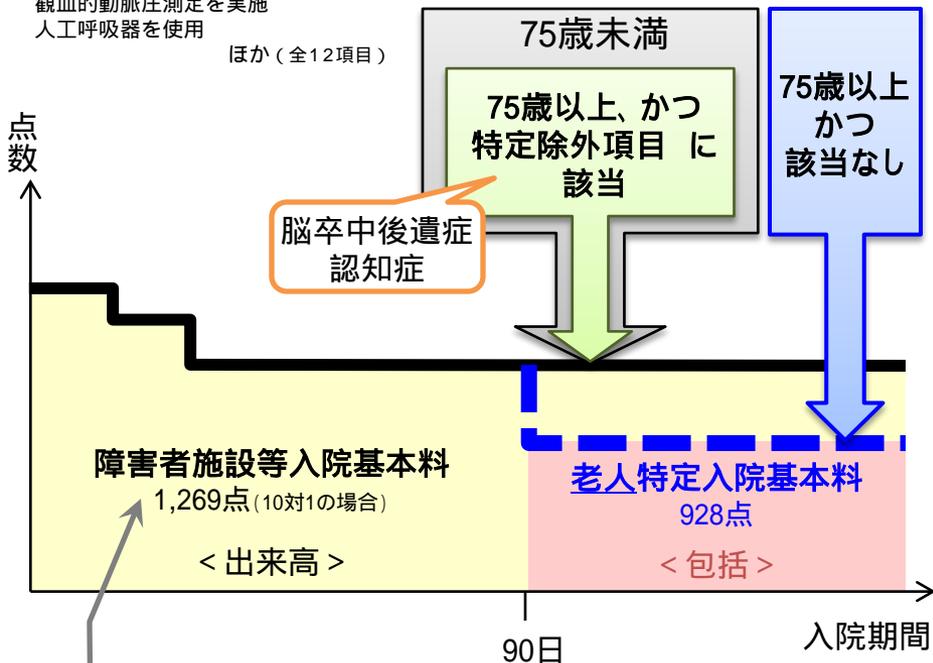
＜障害者施設等入院基本料の特徴＞
個別の病態変動が大きく、
その変動に対し高額な薬剤や
高度な処置が必要となるような
患者が対象

→投薬・注射・処置等が出来高払い

障害者施設等入院基本料

特定除外項目
 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の
 重度障害者、重度の意識障害者、
 筋ジストロフィー患者及び難病患者等
 観血的動脈圧測定を実施
 人工呼吸器を使用
 ほか(全12項目)

H20改定前 ← → H20改定後



【障害者施設等の趣旨に適った患者構成】

7割以上

重度の肢体不自由児(者)
 脊髄損傷等の重度障害者
 重度の意識障害者
 筋ジストロフィー患者
 難病患者

その他

脳卒中後遺症
 認知症

【障害者施設等の趣旨に適った患者構成】

7割以上

重度の肢体不自由児(者)
 脊髄損傷等の重度障害者
 重度の意識障害者
 筋ジストロフィー患者
 難病患者

その他

脳卒中後遺症
 認知症

後期高齢者特定入院基本料に係る経緯

H10 老人長期入院医療管理料を新設

- ・6月を超える期間一般病棟に入院している患者（「特定長期入院患者」）については老人看護料として1日につき250点を算定
- ・特定除外項目は8項目（右表）

H12 老人特定入院基本料に改組

- ・90日を超える期間一般病棟に入院している患者（「特定患者」）については老人入院基本料として1日につき937点を算定
- ・特定除外項目の見直し 現行とほぼ同様の12項目に

H14 点数の見直し（1日につき928点に減額）

H20 後期高齢者医療制度の創設

平成20年度診療報酬改定

- ・特定除外項目の見直し（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除外）
- ・名称変更（老人特定入院基本料 後期高齢者特定入院基本料）

〔H10改定時〕

特定長期入院患者に係る厚生大臣が定める状態

間欠的動脈圧測定を実施している状態

悪性新生物に対する腫瘍用薬（重篤な副作用を有するものに限る。）を投与している状態

ドレーン法を実施している状態

胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態

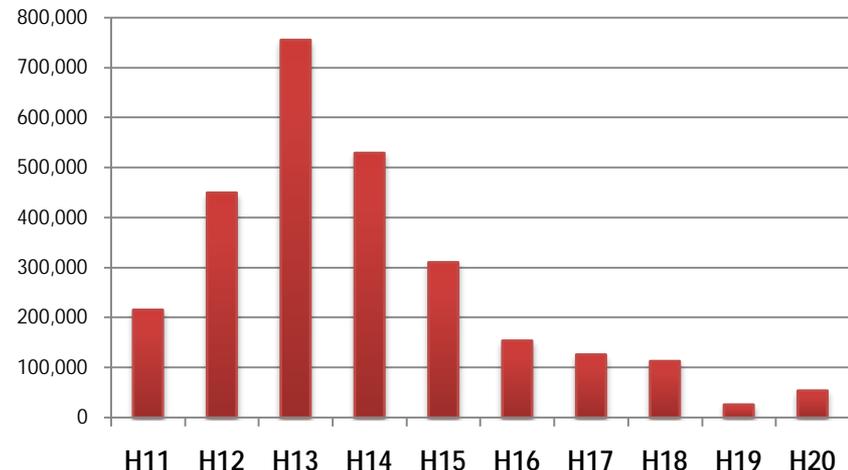
人工呼吸器を使用している状態

人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態

悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態

前各号までに掲げる状態に準ずる状態

後期高齢者特定入院基本料の算定回数（一般病棟）



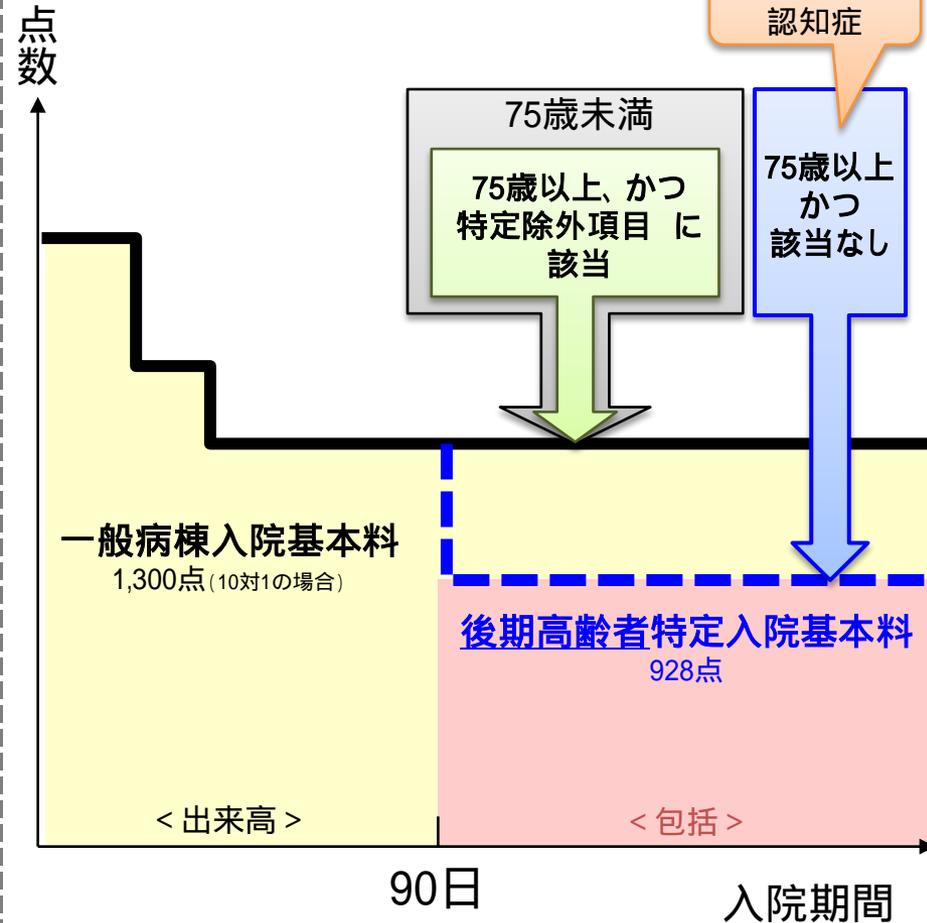
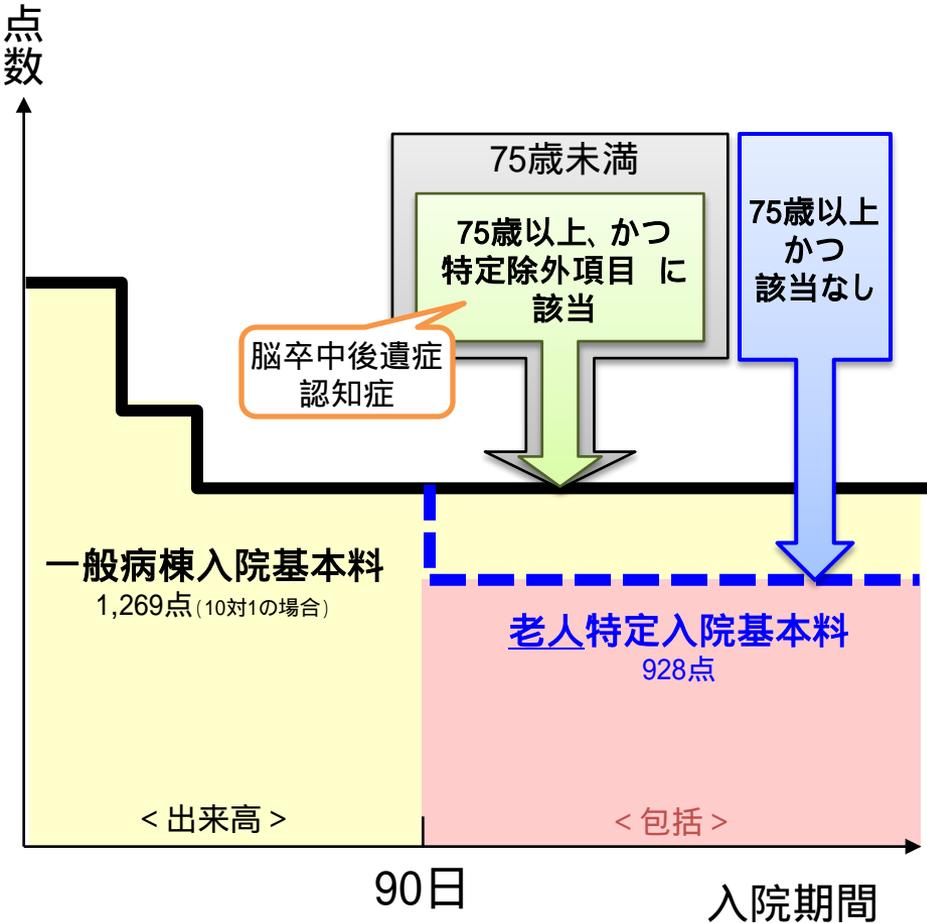
出典：平成20年度社会医療診療行為別調査
注）H11：「老人長期入院医療管理料」の算定回数
H12～H19：「老人特定入院基本料」の算定回数

特殊疾患病棟入院料及び
障害者施設等入院基本料
に合わせた見直し

一般病棟入院基本料

特定除外項目
 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の
 重度障害者、重度の意識障害者、
 筋ジストロフィー患者及び難病患者等
 観血的動脈圧測定を実施
 人工呼吸器を使用
 ほか（全12項目）

H20改定前 ← H20改定後



注) 特定機能病院一般病棟入院基本料・専門病院入院基本料も同様。

長期入院患者に係る療養の場 (平成20年診療報酬改定後)

			入院基本料の種類		備考
			~90日	91日~	
特殊疾患病棟					
病態	脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等		特殊疾患病棟入院料 【包括】		8割以上
	上記以外				脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者が含まれる
障害者施設等					
病態	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等		障害者施設等入院基本料 【出来高】		7割以上
	上記以外	75歳未満			後期高齢者 特定入院基本料 【包括】
		75歳以上	90日を超えても、特定除外項目に該当すれば、減額なく引き続き算定		
一般病棟					
病態	急性期の入院医療を必要とする患者		一般病棟入院基本料 【出来高】		
	上記以外	75歳未満			後期高齢者 特定入院基本料 【包括】
		75歳以上	90日を超えても、特定除外項目に該当すれば、減額なく引き続き算定		

平均在院日数の算定方法

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{当該病棟における直近3ヶ月間の在院患者延日数}}{\left(\begin{array}{l} \text{当該病棟における} \\ \text{当該3ヶ月間の新入棟患者数} \end{array} + \begin{array}{l} \text{当該病棟における} \\ \text{当該3ヶ月間の新退棟患者数} \end{array} \right) / 2}$$

平均在院日数の計算対象としない患者

新生児入院医療管理加算を算定する患者

児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者

新生児特定集中治療室管理料を算定する患者

総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者

広範囲熱傷特定集中治療室管理料を算定する患者

一類感染症患者入院医療管理料を算定する患者

特殊疾患入院医療管理料を算定する患者

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

亜急性期入院医療管理料を算定する患者

特殊疾患病棟入院料を算定する患者

緩和ケア病棟入院料を算定する患者

精神科救急入院料を算定する患者

精神科救急・合併症入院料を算定する患者

精神科急性期治療病棟入院料を算定する患者

精神療養病棟入院料を算定する患者

は後期高齢者特定入院基本料に関する特定除外対象患者に相当。

一般病棟に入院した日から起算して90日を超えて入院している後期高齢者であって、医科点数表第1章第2部第1節一般病棟入院基本料の注4に規定する厚生労働大臣の定める状態等にある患者

後期高齢者特定入院基本料における 特定除外項目

厚生労働大臣が定める状態等にある者

難病患者等入院診療加算を算定する患者

重症者等療養環境特別加算を算定する患者

重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等

悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者

観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者

心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。)

ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者

頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者

人工呼吸器を使用している状態にある患者

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者

全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。)にある患者

前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

医療区分採用項目

医療区分3

【疾患・状態】

- ・スモン
- ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態

【医療処置】

- ・中心静脈栄養
- ・24時間持続点滴
- ・人工呼吸器使用
- ・ドレーン法
- ・胸腹腔洗浄
- ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管
- ・感染隔離室における管理
- ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)

医療区分2

【疾患・状態】

- ・筋ジストロフィー
- ・多発性硬化症
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・パーキンソン病関連疾患
- ・その他の難病(スモンを除く)
- ・脊髄損傷(頸髄損傷)
- ・慢性閉塞性肺疾(COPD)
- ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍
- ・肺炎
- ・尿路感染症
- ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内
- ・脱水かつ発熱を伴う状態
- ・体内出血
- ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態
- ・褥瘡
- ・末梢循環障害による下肢末端開放創
- ・せん妄の兆候
- ・うつ状態
- ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討)

【医療処置】

- ・透析
- ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養
- ・喀痰吸引
- ・気管切開・気管内挿管のケア
- ・血糖チェック
- ・創傷(皮膚潰瘍)
- ・手術創
- ・創傷処置

医療区分1

医療区分2・3に該当しない者

特定除外項目と医療区分採用項目の対応関係

	特定除外項目	備考(該当する疾患等)	医療区分採用項目	区分(参考)
1	難病等入院診療加算を算定する患者	多発性硬化症 重症筋無力症 スモン 筋委縮性側索硬化症 脊髄小脳変性症 パーキンソン病関連疾患 多系統萎縮症 AIDS/HIV 多剤耐性結核(陰圧管理) 等	スモン	3
			多発性硬化症	2
			筋委縮性側索硬化症	2
			パーキンソン病関連疾患	2
			その他の難病(スモンを除く。)	2
2	重症患者等療養環境特別加算を算定する患者	以下のいずれかに該当し、個室又は2人部屋で入院。 ア 病状が重篤であって絶対安静が必要 イ 必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要する	感染隔離室における管理	3
			脊髄損傷(頸髄損傷による四肢麻痺)	2
3	重度の肢体不自由者 ¹ 、 脊髄損傷等の重度障害者 ¹ 、 重度の意識障害者 ² 、 筋ジストロフィー患者及び難病患者等	1 脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。 2 JCS -3以上又はGCS8点以下、あるいは無動症	筋ジストロフィー	2
			医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施	3
			24時間持続点滴	3
			経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養を実施、かつ発熱又は嘔吐を伴う	2
4	悪性新生物に対する治療 ³ (重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態	3 ・肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与える臓器障害を有する腫瘍用薬による治療 ・放射線治療 ・末期の悪性新生物に対する治療	悪性腫瘍(疼痛コントロールが必要な場合)	2
			頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態	2
			うつ状態	2
5	観血的動脈圧測定を実施している状態		中心静脈栄養を実施	3

(注) 矢印の対応関係については、各特定除外項目に該当する患者に対して実施されることが比較的容易に想定される医療行為等を含めている。

特定除外項目と医療区分採用項目の対応関係

	特定除外項目	備考 (該当する疾患等)	医療区分採用項目	区分 (参考)
6	リハビリテーションを実施している患者	入院日から180日以内、週3回以上リハビリ実施	リハビリテーションが必要 (原因傷病等の発症後30日以内)	2
7	ドレーン若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態	ドレーン、胸腔穿刺、腹腔穿刺	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施	3
8	頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	1日に8回以上	1日8回以上の喀痰吸引 (夜間も含め3時間に1回程度)	2
9	人工呼吸器を使用している状態	1週間以上	人工呼吸器を使用	3
10	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	透析は週2日以上、血漿交換は月2日以上	気管切開又は気管内挿管が行われている (かつ発熱を伴う)	2 (3)
11	麻酔を用いる手術を実施してから30日以内	脊椎麻酔、全身麻酔	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施	3
12	前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者	(特段の規定なし)	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜還流又は血漿交換療法を実施	2
			24時間持続点滴	3
			創傷 (手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍・蜂巣炎等の感染症に対する治療を実施	2

(注) 特定除外項目は、急性期や急性増悪時に相当すると考えられる項目も含んでいると考えられ、すべての項目において医療区分採用項目に合致するかどうかには検討の余地がある。

〔再掲〕

長期入院患者に係る療養の場 (平成20年診療報酬改定後)

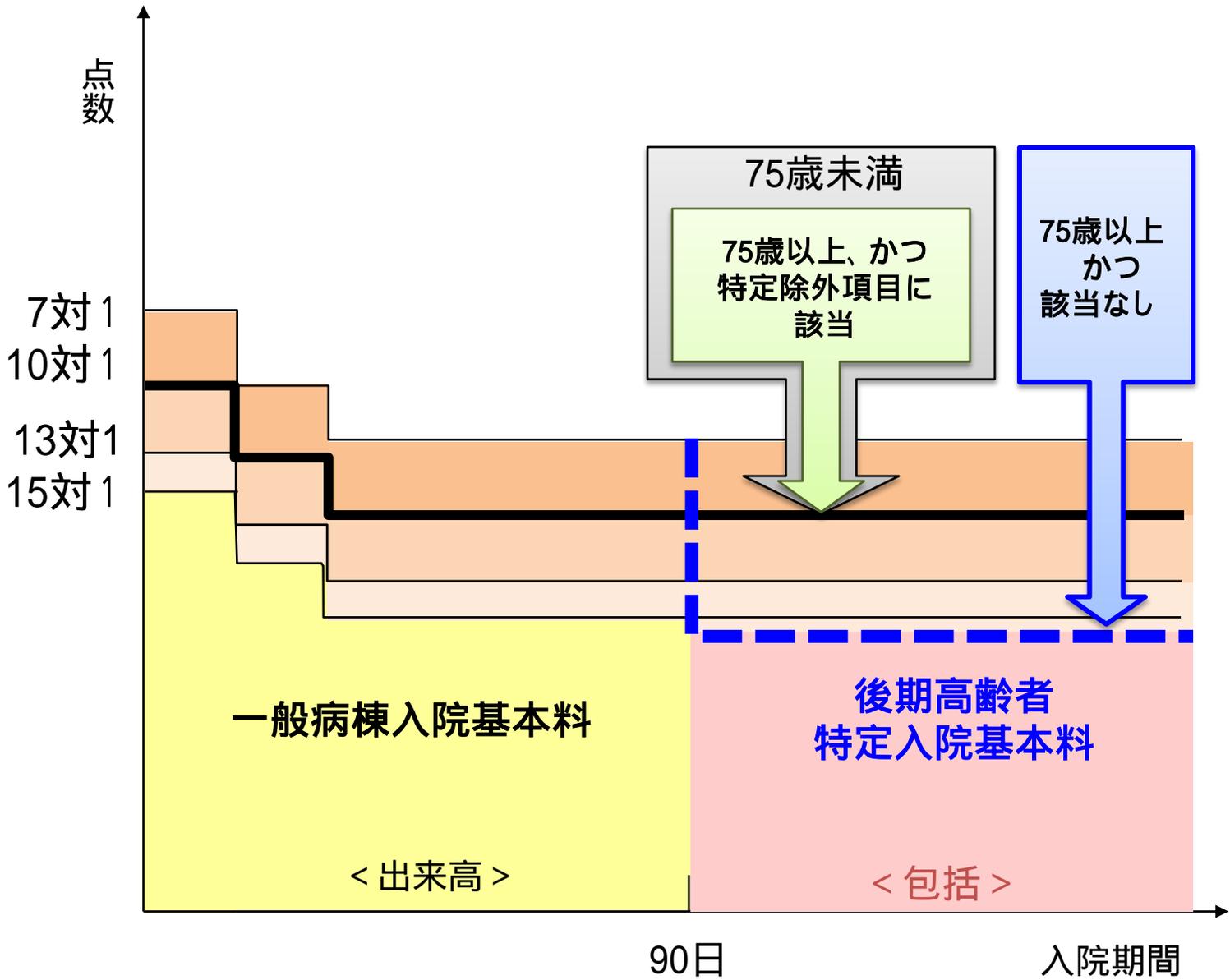
			入院基本料の種類		備考
			~90日	91日~	
特殊疾患病棟					
病態	脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等		特殊疾患病棟入院料 【包括】		8割以上
	上記以外				脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者が含まれる
障害者施設等					
病態	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等		障害者施設等入院基本料 【出来高】		7割以上
	上記以外	75歳未満			後期高齢者 特定入院基本料 【包括】
		75歳以上	90日を超えても、特定除外項目に該当すれば、減額なく引き続き算定		
一般病棟					
病態	急性期の入院医療を必要とする患者		一般病棟入院基本料 【出来高】		
	上記以外	75歳未満			後期高齢者 特定入院基本料 【包括】
		75歳以上	90日を超えても、特定除外項目に該当すれば、減額なく引き続き算定		

長期入院患者に係る療養の場 (改定案)

		入院基本料の種類		備考
		～90日	91日～	
特殊疾患病棟				
病態	脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等	特殊疾患病棟入院料 【包括】		8割以上
	上記以外			脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者が含まれる
障害者施設等				
病態	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等	障害者施設等入院基本料 【出来高】		7割以上
	上記以外			長期療養者 特定入院基本料 (仮称)【包括】
				90日を超えても、 医療区分採用項目 に該当すれば、減額なく引き続き算定
一般病棟				
病態	急性期の入院医療を必要とする患者	一般病棟入院基本料 【出来高】		
	上記以外			長期療養者 特定入院基本料 (仮称)【包括】
				90日を超えても、 医療区分採用項目 に該当すれば、減額なく引き続き算定

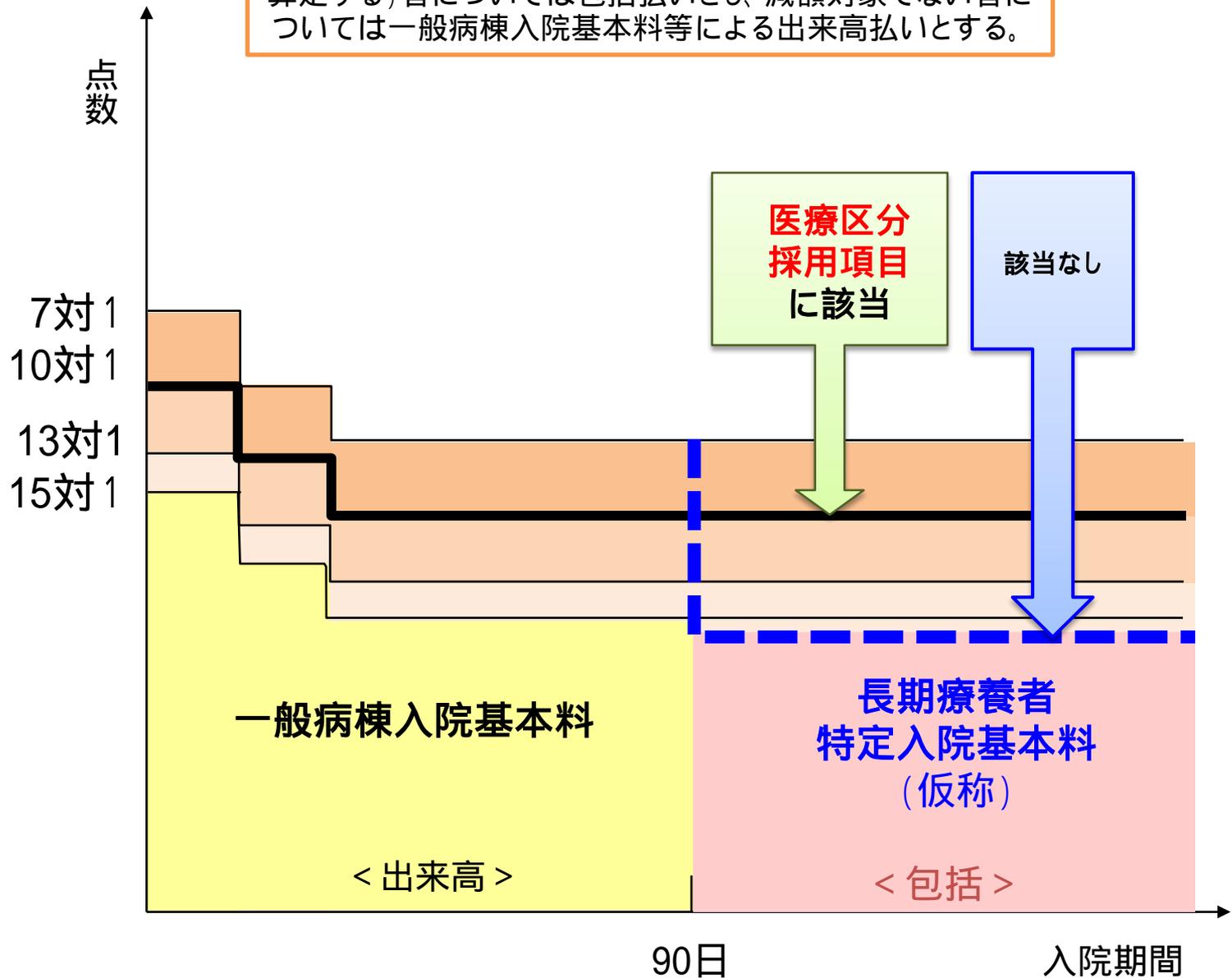
(再掲)

後期高齢者特定入院基本料 (現行)



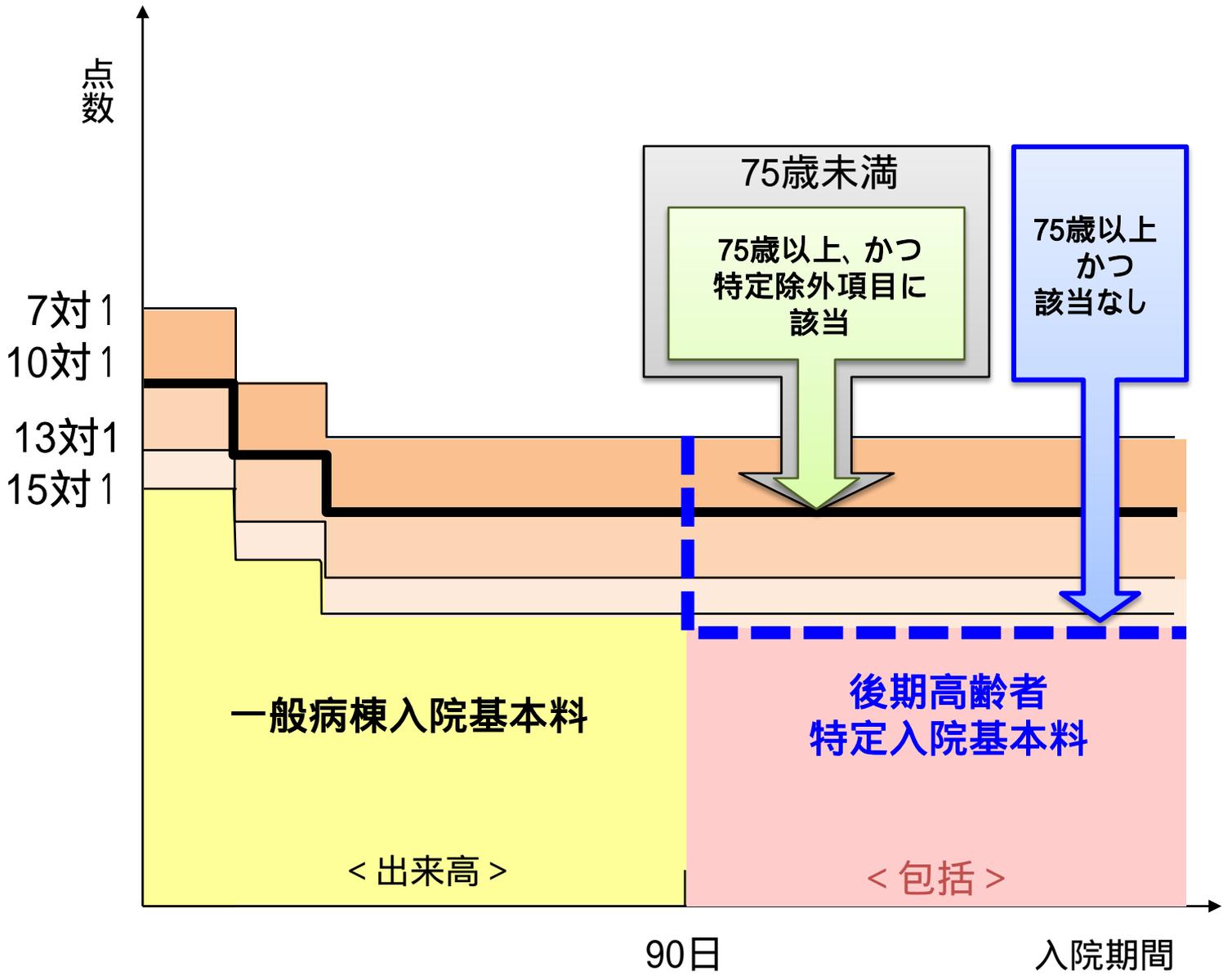
改定案1

従来通り、減額対象とする(後期高齢者特定入院基本料を算定する)者については包括払いとし、減額対象でない者については一般病棟入院基本料等による出来高払いとする。



(再掲)

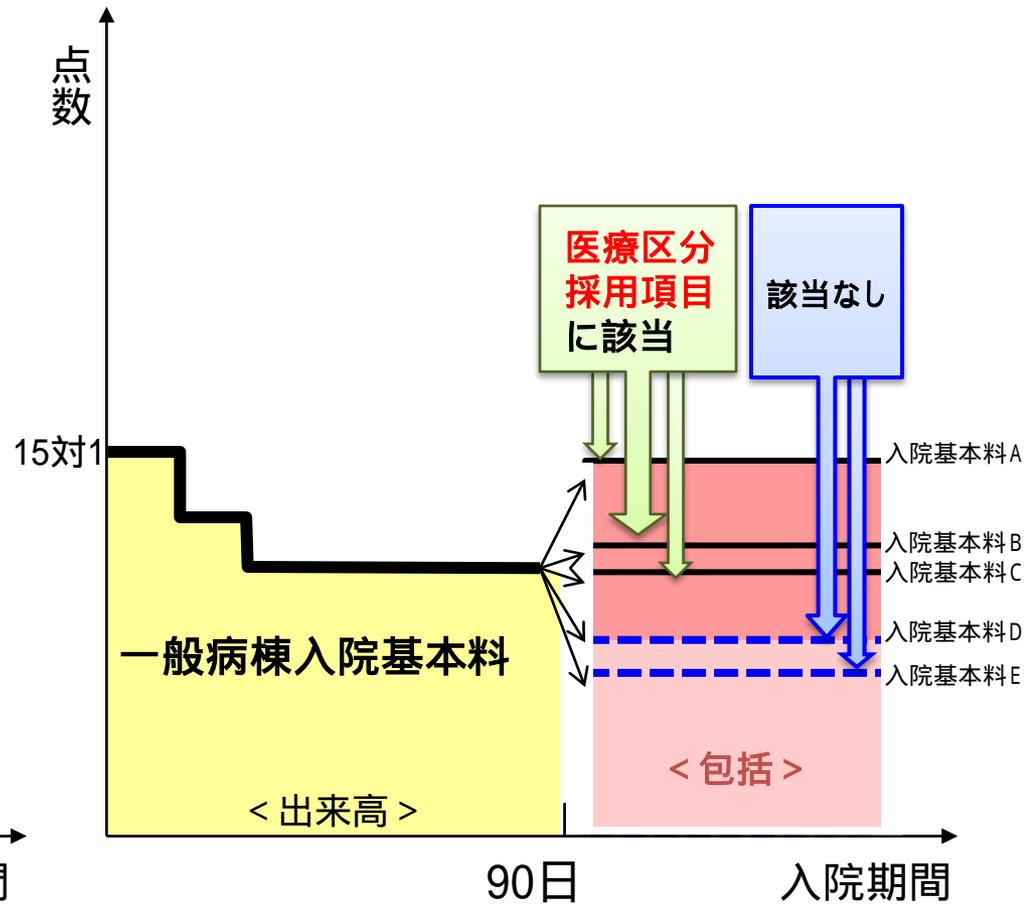
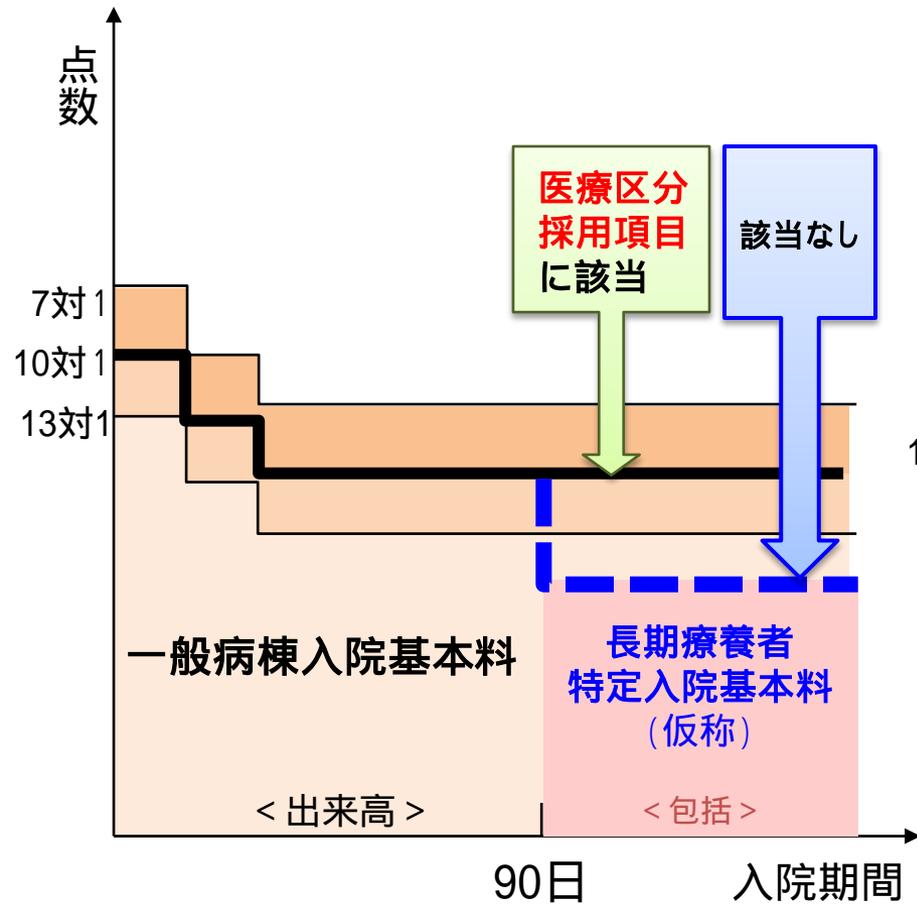
後期高齢者特定入院基本料 (現行)



改定案2

従来通り、減額対象とする者については包括払いとし、減額対象でない者については一般病棟入院基本料等による出来高払いとする。

但し、15対1病棟に限り、試行的に、90日を超えて入院する患者全員を対象として、療養病棟入院基本料と同じ報酬体系(医療区分及びADL区分を用いた包括評価)を導入する。



7対1病棟

10対1病棟

13対1病棟

15対1病棟

(データ等)

**一般病床(13対1病棟・15対1病棟)の長期入院患者と
療養病棟入院患者の比較**

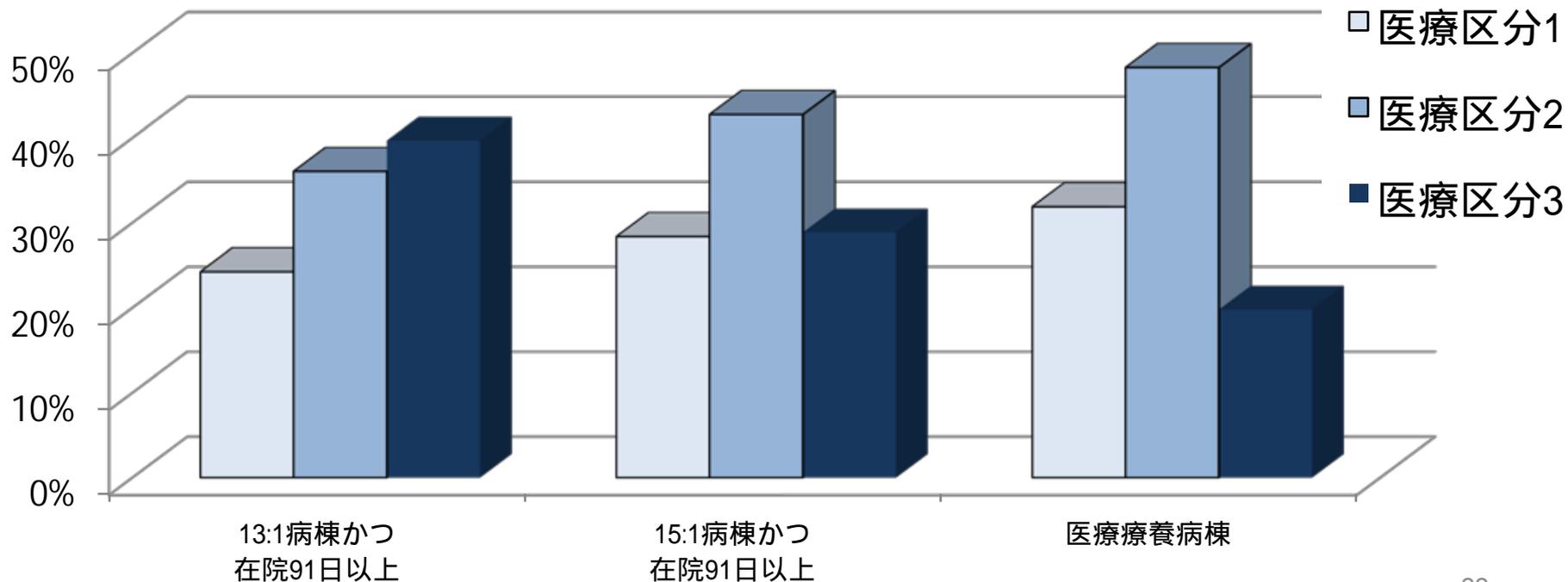
分析対象

	13:1病棟を有する施設	15:1病棟を有する施設
A: 調査協力依頼状発送施設数	724施設	1,421施設
B: 調査協力受諾施設数 (調査票発送施設数)	61施設	96施設
C: 回答数 (C/B)	46施設 (75%)	62施設 (65%)
D: 有効回答数(分析対象数) (D/A)	33施設 (4.6%)	47施設 (3.3%)

【対象施設の協力が十分に得られなかった理由として考えられるもの】
 13:1病棟や15:1病棟においてこのような実態調査の経験がなかった
 調査協力自体が医療機関側に大きな負担をかけるものであった
 年度末の実施であったこと等により協力が得られにくかった

医療区分の構成比

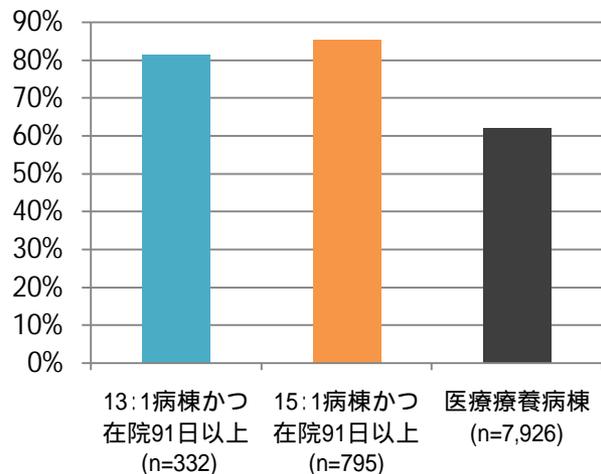
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
13:1病棟かつ在院91日以上	24.2%	36.1%	39.7%
15:1病棟かつ在院91日以上	28.4%	42.7%	28.9%
【参考】医療療養病棟	31.9%	48.3%	19.8%



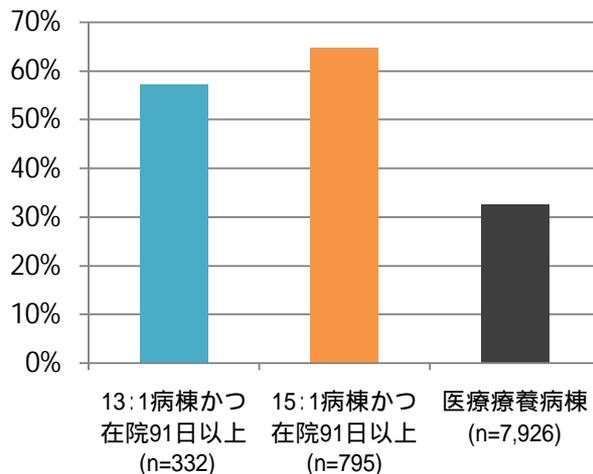
過去7日間における検査・投薬の実施状況

	13:1病棟、 かつ在院91日以上 (n=332)	15:1病棟、 かつ在院91日以上 (n=795)	【参考】 医療療養病棟 (n=7,926)
検体検査 (尿検査、血液検査等)	81.6%	85.4%	62.1%
エックス線単純撮影	57.2%	64.8%	28.2%
9種類以上与薬	17.3%	28.2%	16.6%

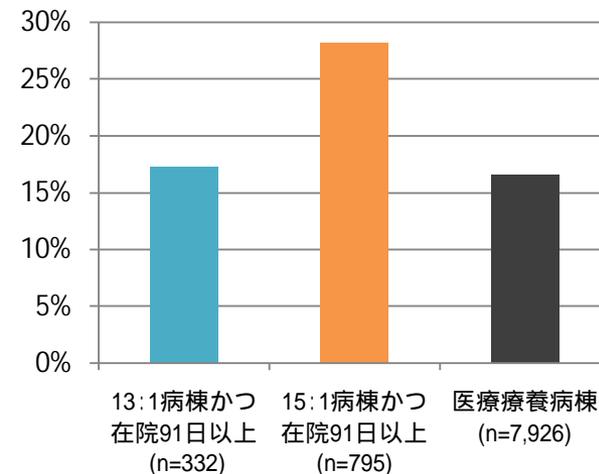
検体検査 (尿検査、血液検査等)



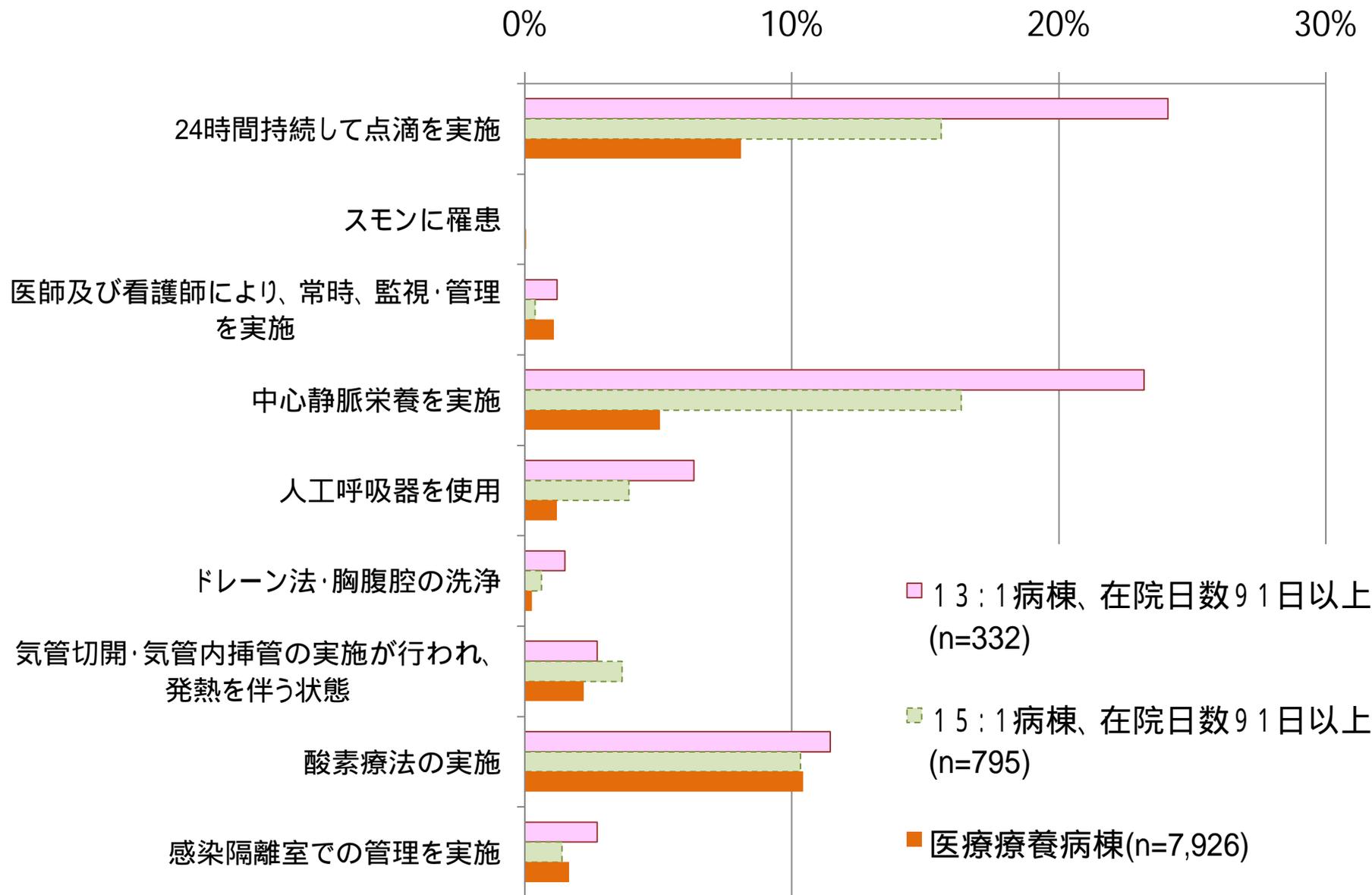
X線単純撮影



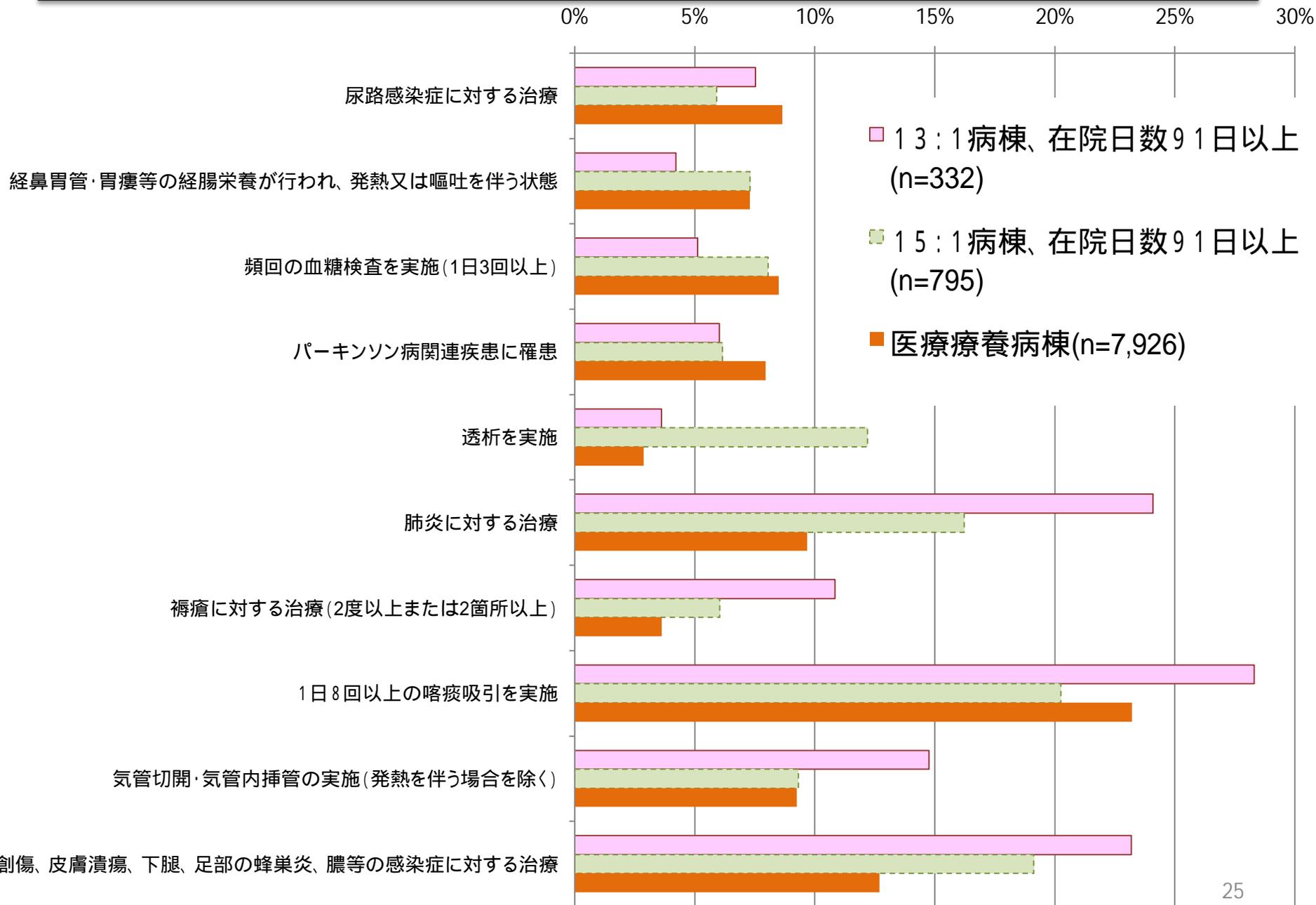
9種類以上の与薬



医療区分採用項目の該当状況(医療区分3相当)



医療区分採用項目の該当状況(医療区分2相当)



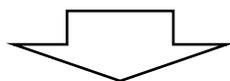
一般病棟に長期入院している高齢の脳卒中患者・認知症患者に関する 診療報酬に係る経過的な措置について(平成20年8月)

1. 概要

「既に入院している患者」及び「疾病発症当初から当該病棟に入院した新規入院患者」のうち、医療機関が退院や転院に向けて努力をしているものについては、機械的に診療報酬の減額の対象(後期高齢者特定入院基本料の算定対象)とすることはしない。

2. 具体的な手続きの流れ

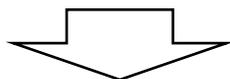
重度の意識障害、人工呼吸器装着、喀痰吸引等のない脳卒中患者・認知症患者



医療機関が退院支援を実施

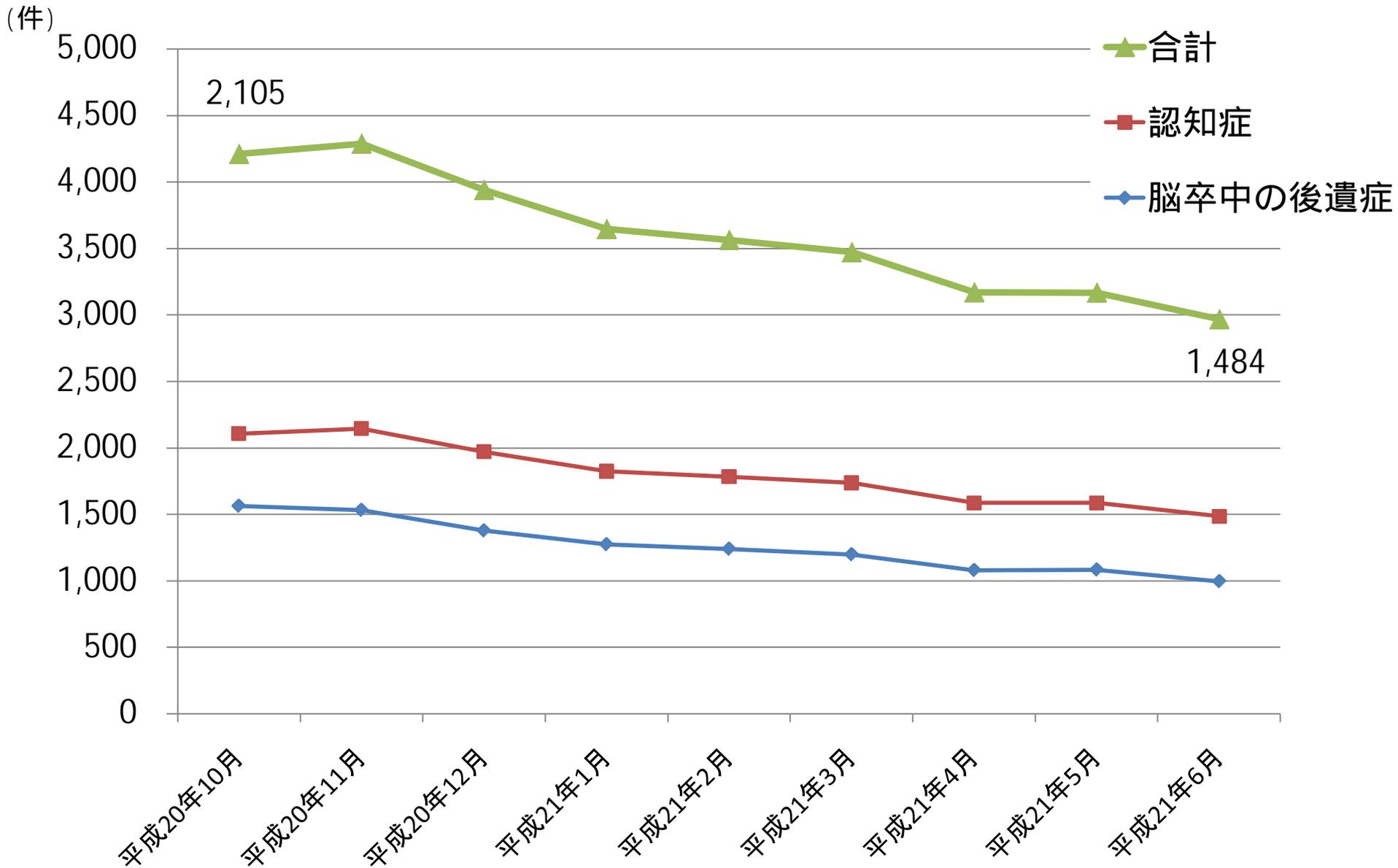
社会保険事務局に、退院支援状況報告書を提出いただく。

退院支援状況報告書には、病名や日常的に行われている医療行為、退院に係る問題点・課題や退院に向けた支援の概要等を記載していただく予定。



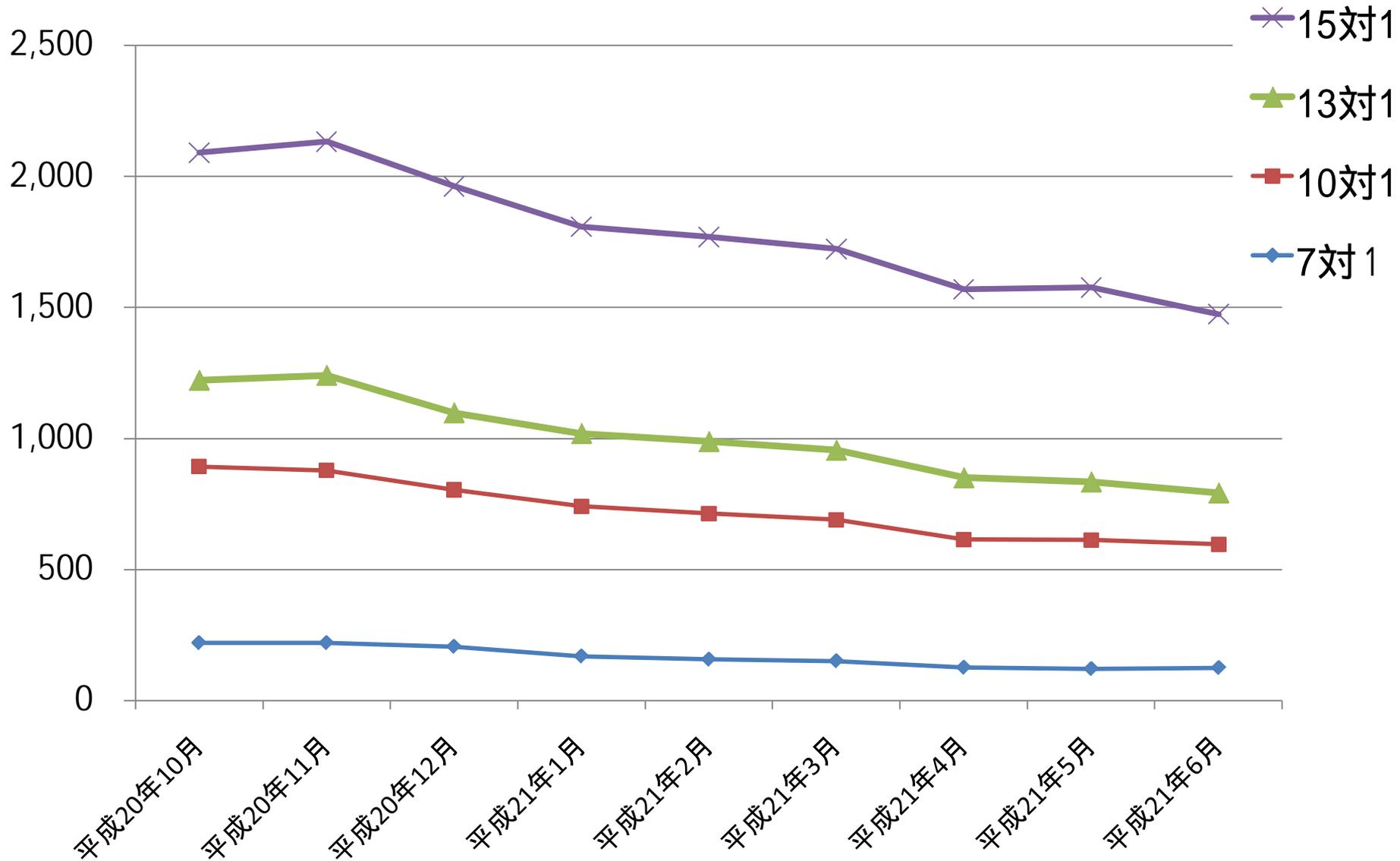
機械的に減額の対象とすることはしない。

退院支援状況報告書 提出状況 (平成20年10月～平成21年6月)



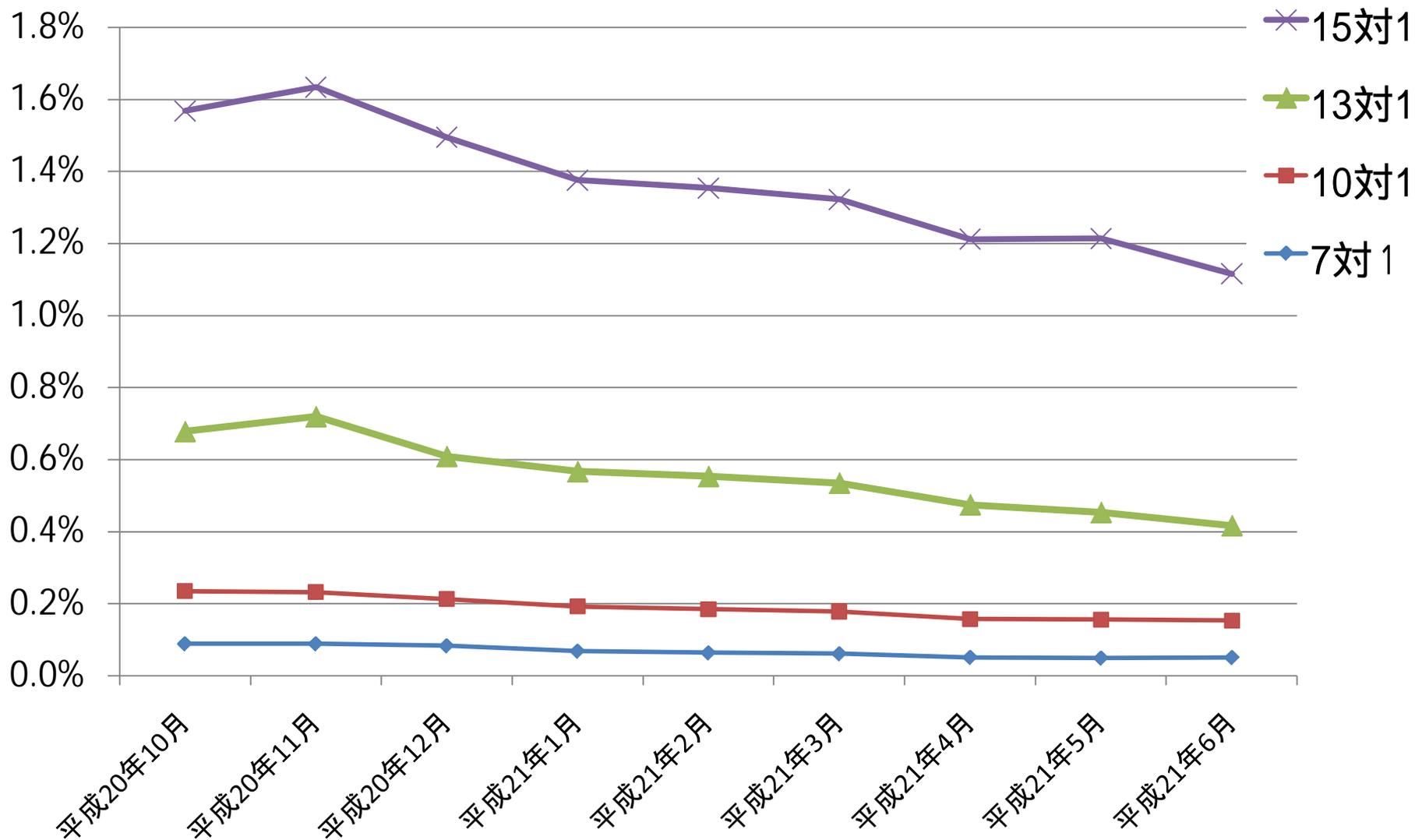
退院支援状況報告書 提出状況

< 入院基本料別 >



退院支援状況報告書 提出状況

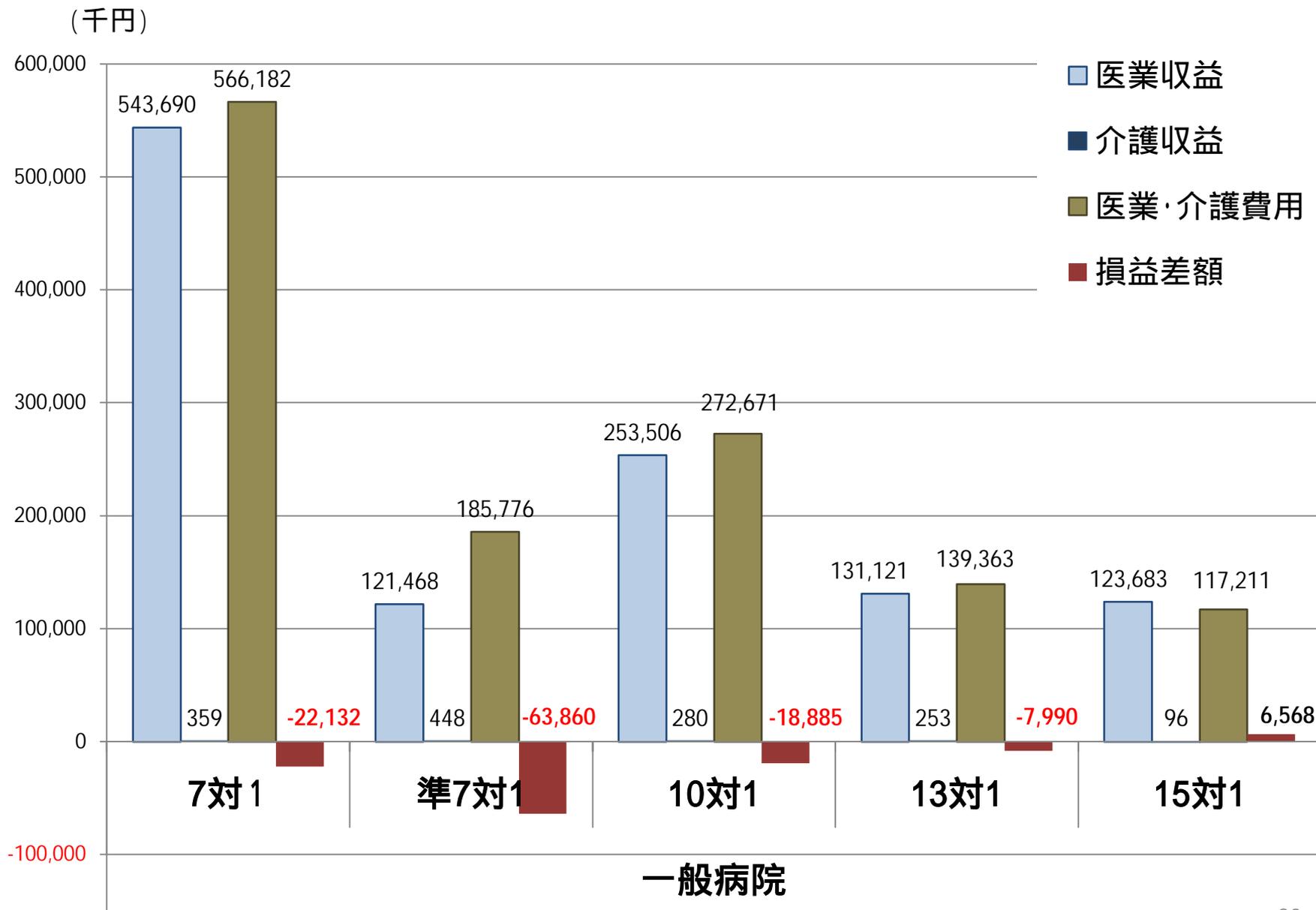
< 各入院基本料の算定件数に対する割合 >



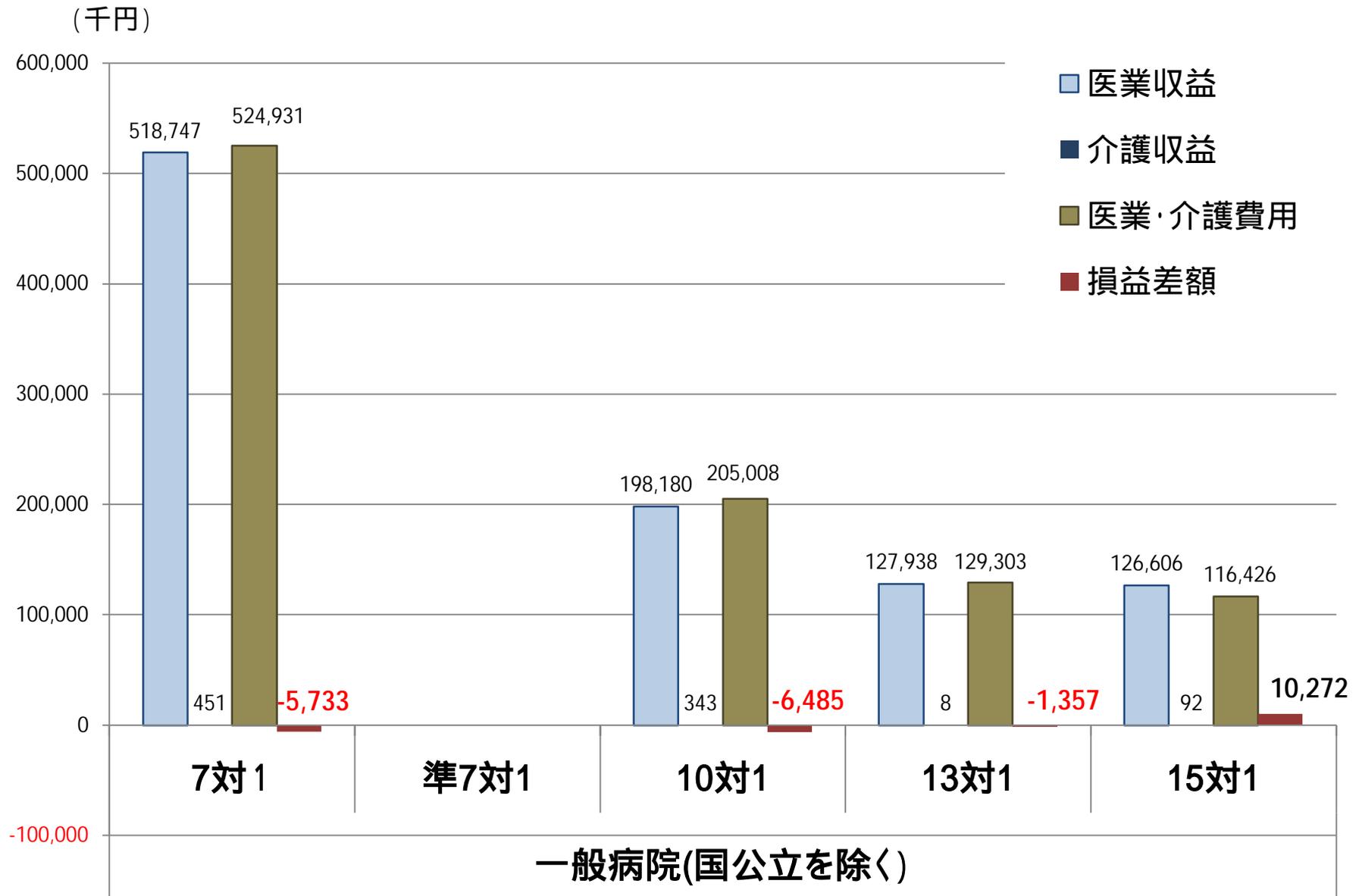
退院支援状況報告書提出件数: 保険局医療課調べ

各入院基本料の1ヶ月あたり算定件数: H20社会医療診療行為別調査(平成20年6月審査分)

一般病棟入院基本料区分別収支状況



一般病棟入院基本料区分別収支状況(国公立除く)



(データ等)

特殊疾病棟及び障害者施設等に係る
平成19年度実態調査 結果概要

平成19年度 特殊疾患療養病棟等アンケート調査について

目的

特殊疾患療養病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定する届出医療機関に対して、当該医療機関に入院している患者の病態等を把握する。

調査期間

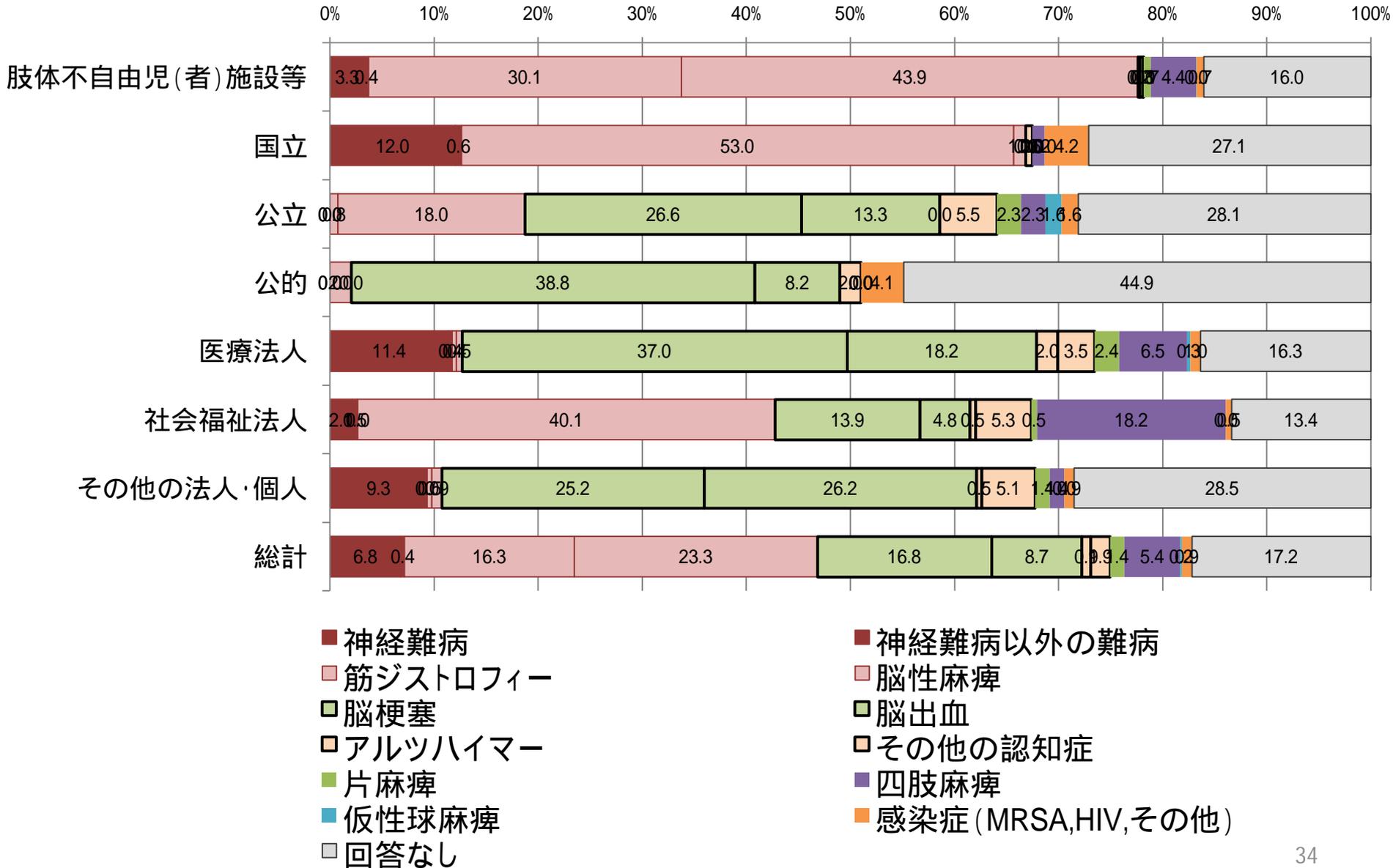
平成19年7月23日～平成19年8月10日

調査対象

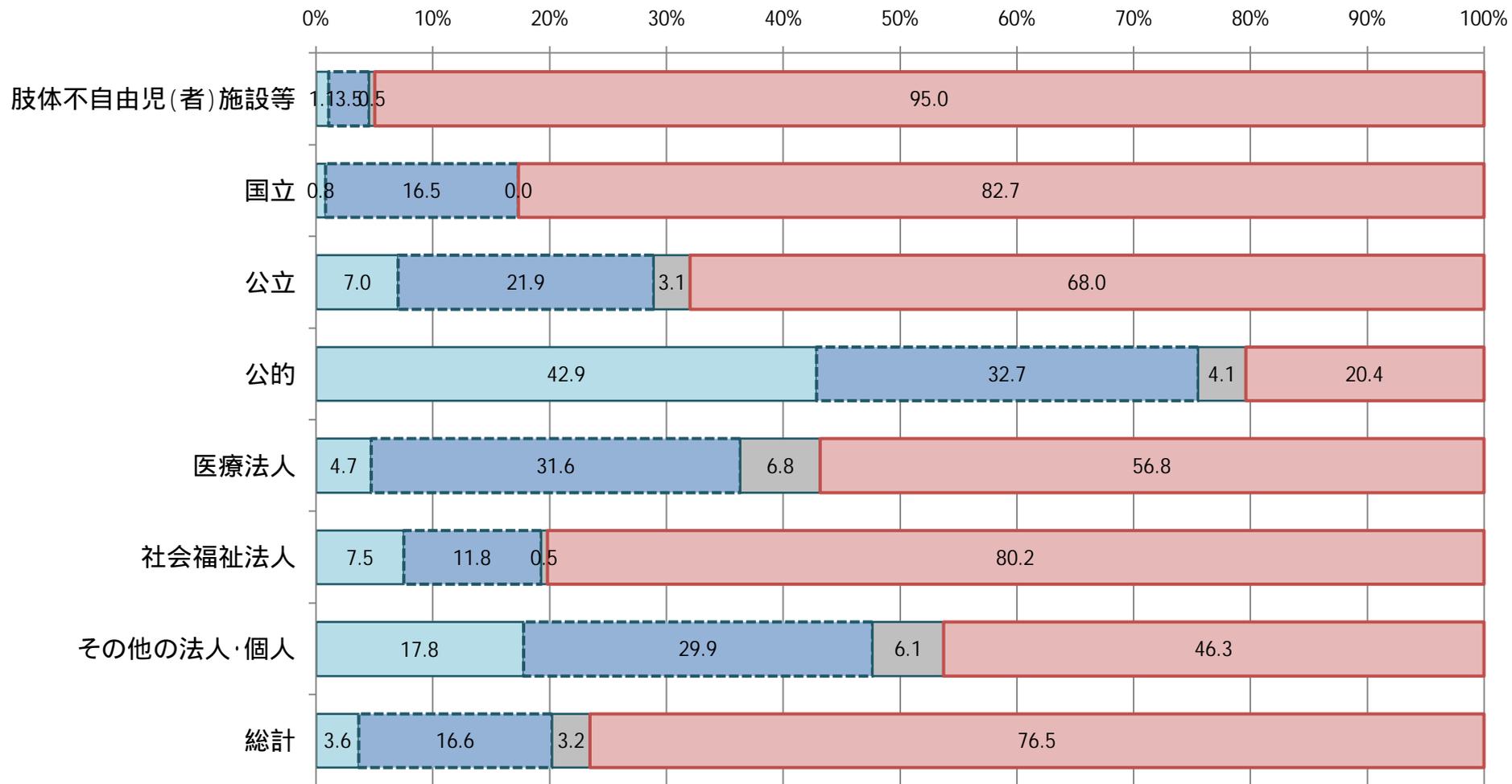
特殊疾患療養病棟入院料(当時)又は特殊疾患入院医療管理料を算定する一般病床を有する医療機関。(注:精神病床についても実施しているが割愛)

	調査対象数	回答数	回答率(%)
国立	17	17	100.0
公立	14	6	42.9
公的	9	2	22.2
社会保険関係	2	0	0.0
医療法人	126	57	45.2
社会福祉法人	33	29	87.9
その他の法人・個人	13	4	30.8
合計	214	115	53.7
(内訳)重症心身障害者施設等	43	43	100.0
(内訳)それ以外	171	72	42.1

特殊疾患療養病棟入院料等における医療機関種別入院患者の病態



特殊疾患療養病棟入院料等における退院の見通し



- 1. 90日以内に退院できる見通し
- 2. 90日以内に退院できる見通しはないが、今後受け皿が整備されれば退院できる
- 3. 悪化して転院・転棟・死亡する見通し
- 4. 退院(転院・転棟)の見通しは無い

平成19年度 障害者施設等アンケート調査について

目的

障害者施設等入院基本料を算定する届出医療機関に対して、当該医療機関に入院している患者の病態等を把握する。

調査期間

平成19年7月23日～平成19年8月10日

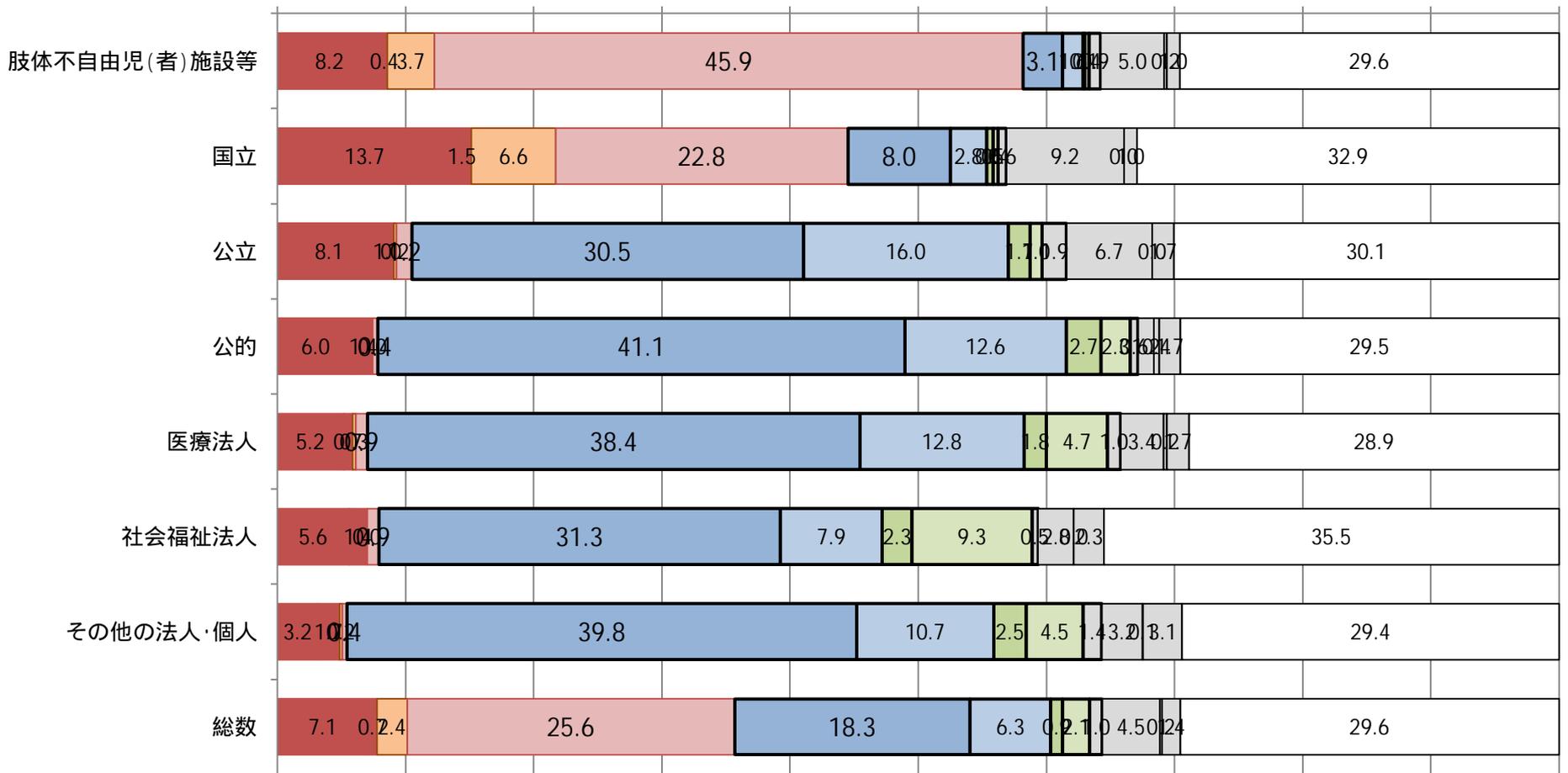
調査対象

障害者施設等入院基本料を算定する医療機関

	調査対象数	回答数	回答率(%)
国立	98	84	85.7
公立	58	34	58.6
公的	21	16	76.2
社会保険関係	2	2	100.0
医療法人	365	168	46.0
社会福祉法人	67	54	80.6
その他法人・個人	69	32	46.4
合計	680	390	57.4
(内訳)重症心身障害者施設等	173	145	83.8
(内訳)それ以外の医療機関	507	245	48.3

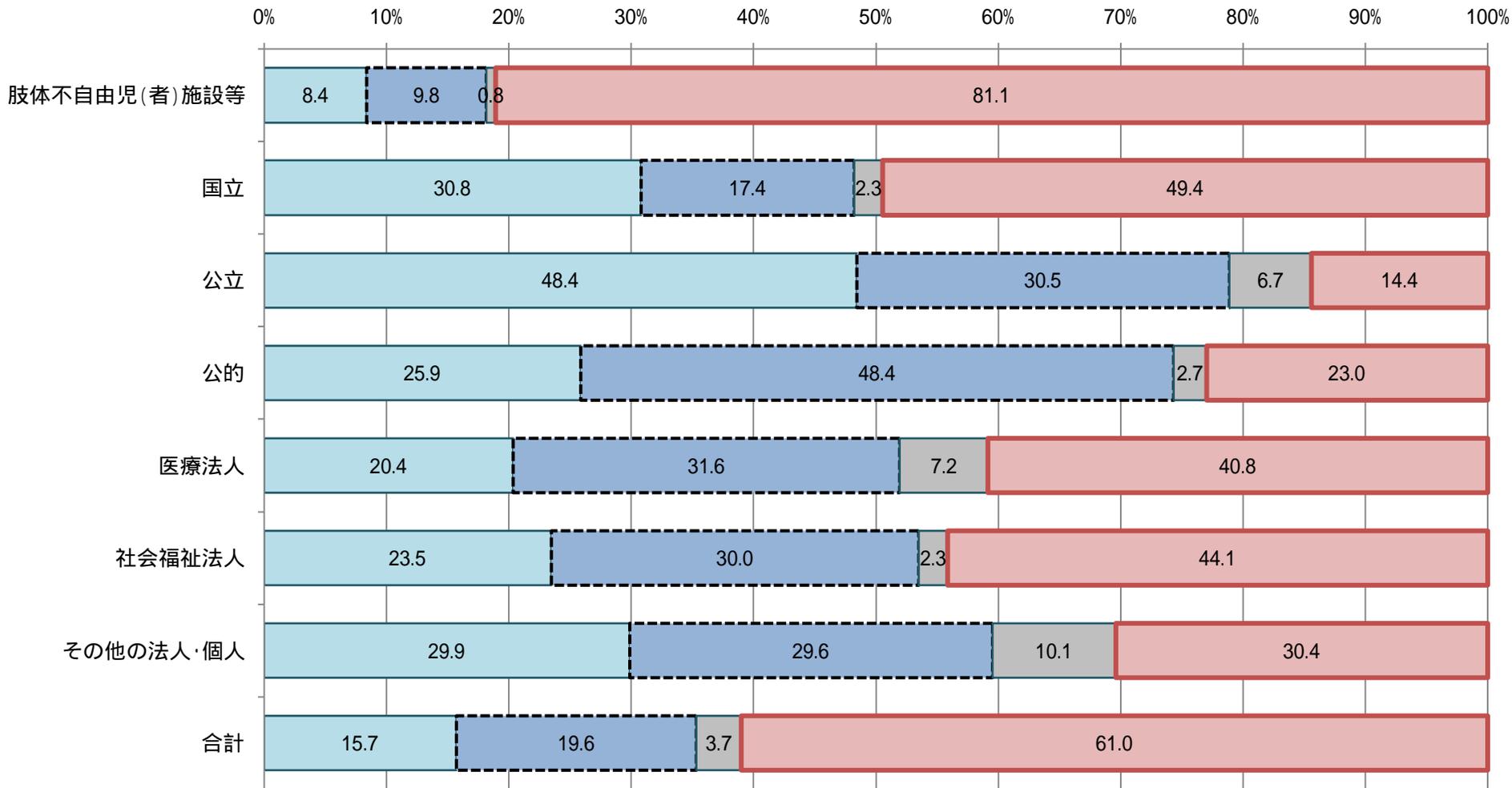
障害者施設等における医療機関種別入院患者の病態

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



- 神経難病
- 神経難病以外の難病
- 筋ジストロフィー
- 脳性麻痺
- 脳梗塞
- 脳出血
- アルツハイマー
- その他の認知症
- 片麻痺
- 四肢麻痺
- 仮性球麻痺
- 感染症 (MRSA, HIV, その他)
- 疾患回答なし

障害者施設等における退院の見通し



- 1. 90日以内に退院できる見通し
- 2. 90日以内に退院できる見通しはないが、今後受け皿が整備されれば退院できる
- 3. 悪化して転院・転棟・死亡する見通し
- 4. 退院(転院・転棟)の見通しは無い

調剤レセプト及び処方せんへの医療機関コード等の 記載について

第1 現状と課題

現在、調剤レセプトには、処方を行った保険医療機関の所在地及び名称を記載することとしているが、都道府県番号及び医療機関コードについては記載がなされていない。(資料 P2,4)

このため、保険者において調剤レセプトと処方せんを発行した保険医療機関の医科レセプト(又は歯科レセプト)との突合を行う際に、手間がかかっている状況にある。

なお、平成20年度診療報酬改定の答申の意見書には「5 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を行うこと。」とされているほか、同様の内容について「規制改革推進のための3カ年計画(再改定)」が閣議決定されている。(資料 P1)

- 注)・処方せんは、保険医療機関及び保険医療養担当規則(省令)により規定。
・調剤レセプトは、告示により規定。

第2 論点

調剤レセプトへ都道府県番号及び医療機関コードを記載するためには、処方せんにも都道府県番号及び医療機関コードを記載する必要があり、これらの記載を加えることとしたい。(資料 P2~5)

調剤レセプト及び処方せんへの医療機関 コード等の記載について

(参 考 資 料)

レセプト様式見直しについての要望

① 答申書付帯意見(平成20年2月13日)

- 5 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を行うこと

② 規制改革推進のための3カ年計画(再改定)

(平成21年3月31日閣議決定) (抜粋)

現在、調剤レセプトには、医療機関コードの記載がないことから、保険者において医科・歯科レセプトとの突合を行う際に、手間がかかっている状況にある。今後、レセプトオンライン化の過程の中で、医科・歯科レセプトと調剤レセプトの突合を容易に行えるよう、処方せん・調剤レセプトに医療機関コードを記載することを検討する。

(23年度のレセプトオンライン化の過程で検討)

現行の調剤レセプト様式

○ 調剤報酬明細書

都道府県 薬局コード
県番号

平成 年 月 分

4	1	3	1	2	8
調剤	社・国	後期	単独	本外	高外一
	2 公費	4 退職	2 2 併 3 3 併	4 4 本外 6 6 家外	0 高外7

保険者番号					給付割合	10 9 8 7 ()
-------	--	--	--	--	------	-----------------

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

氏名	特記事項	保険薬局の所在地及び名称
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生		
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	
保険医療機関の所在地及び名称	保 1 2 3 4 5	氏名

都道府県番号及び医療機関コードがない

調剤番号	処方月日	調剤月日	処方	薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料	数量	調剤報酬点数			公費分点数
							調剤料	薬剤料	加算料	
					点		点	点	点	点

医療機関コード等の追加イメージ

○ 調剤報酬明細書

都道府県 薬局コード
県番号

平成 年 月 分

4	1	3	1	2	8
調剤	社・国	後期	単独	本外	高外一
	2 公費	4 退職	2 2 併 3 3 併	4 4 本外 6 6 家外	0 高外7

保険者番号					給付割合	10 9 8 7 ()
-------	--	--	--	--	------	-----------------

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

氏名	特記事項	保険薬局の所在地及び名称
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生		
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	
保険医療機関の所在地及び名称	保 1 2 3 4	氏名
都道府県番号	医療機関コード	

都道府県番号及び医療機関コードを追加

調剤番号	処方月日	調剤月日	処方	薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料	数量	調剤報酬点数			公費分点数
							調剤料	薬剤料	加算料	
					点		点	点	点	点

現行の処方せん様式

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保 険 者 番 号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

患 者	氏 名	保険医療機関の所在地及び名称 電 話 番 号		
	生年月日			
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日
-------	----------	-----------	----------

特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

都道府県番号及び医療機関コードがない

処 方

医療機関コード等の追加イメージ

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保 険 者 番 号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

患 者	氏 名	保険医療機関の所在地及び名称 電 話 番 号		
	生年月日			
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日
-------	----------	-----------	----------

特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

都道府県番号及び医療機関コードを追加

処 方

地域の特性を考慮した診療報酬点数について

第1 現状と課題

現行の診療報酬点数は、離島等における医療機関について以下の「第2 診療報酬上の評価」に掲げる配慮を行っているものの、基本的には全国一律の点数設定をしており、どこに住んでいても同一の金額で医療を受けることができる制度としている。

こうした全国一律の診療報酬の評価ではなく、地域の特性を考慮して地域ごとに異なる点数とすることについては、

- (1) 同一の医療サービスを受けても、住んでいる地域により、患者の負担金額が異なる。
- (2) 診療報酬点数が高い地域においては、保険者負担も高くなる。

などの課題があるものと考えられる。

第2 診療報酬上の評価

現在、地域の特性を考慮した診療報酬点数は、主に以下のものがある。

1 地域加算

- (1) 趣旨 医業経費における地域差に配慮したもの
- (2) 点数 入院1日につき、地域別(6種類)に18点~3点を加算

2 離島加算

- (1) 趣旨 離島における入院医療の応需体制を確保する
- (2) 点数 入院1日につき18点を加算

3 入院基本料の減算

(1)趣旨 医療法標準を一定の割合を超えて満たさない保険医療機関については入院基本料が減額となるが、離島等所在の保険医療機関については、医師確保の困難性の観点から、その減額の割合を小さくしている。

(2)点数 入院基本料について以下の表のように減額

	医師又は歯科医師の員数の基準	
	70 / 100 以下	50 / 100 以下
離島等以外	90 / 100	85 / 100
離島等所在	98 / 100	97 / 100

第3 論点

地域特性への配慮については、評価指標などが確立していないことから、引き続き検討するとして、今回の改定ではDPCにおける評価などに反映させることとしてはどうか。

法律上定められた都道府県別の協議会等について

番号	名 称	根 拠 法	役 割	備 考
1	地域医療対策協議会	医療法第30条の12	救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策について、関係者と協議する	
2	へき地医療支援計画策定等会議・へき地勤務医師等確保協議会	予算事業上、設置が求められるもの	へき地診療所等からの代診医の派遣要請等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を関係者間で行う	
3	都道府県医療審議会	医療法第71条の2	医療法の規定によりその権限に属させられた事項 (医療計画の策定や医療法人の認可など) 当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項 (都道府県知事の諮問に応じて審議を行う)	
4	地方社会保険医療協議会	社会保険医療協議会法第1条	保険医療機関及び保険薬局の指定及び指定の取消し並びに保険医及び保険薬剤師の登録の取消し (地方厚生局長の諮問に応じて審議を行う)	
5	-	高齢者の医療の確保に関する法律 第14条	厚生労働大臣は、医療費適正化計画に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。	左の定めをするに当たっては、関係都道府県知事への協議が必要

在宅医療の宿題

平成20年度診療報酬改定にて新設した在宅患者連携指導料、在宅患者緊急時カンファレンス料の評価はどうか。 (11月2日 北村委員)

C010 在宅患者連携指導料 900点(月1回)

医師等が、在宅での療養を行っている患者に対して、当該患者の診療等を担う機関(歯科診療所等、保険薬局、訪問看護ステーション)の医療関係職種間で診療情報を共有し、療養上必要な指導及び助言を患者又は家族に行った場合の評価

C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点(月2回)

患者の急変等に際し、主治医等が患家を訪問し、関係する医療従事者(歯科医師等、薬剤師、看護師等又は介護支援専門員)と共同で一堂に会しカンファレンスを開催し、診療方針等について話し合いを行い、患者に指導を行った場合の評価

算定状況(平成20年度社会医療診療行為別調査)

	平成20年	
	実施件数	算定回数
在宅患者連携指導料	603	603
在宅患者緊急時等カンファレンス料	50	50
(参考)		
在宅患者訪問診療料(在宅療養中患者)	191,147	413,979
在宅患者訪問診療料(居住系施設入居者等)	80,047	195,813
往診料	132,623	249,913

訪問看護の宿題

訪問看護ステーションからの訪問看護が、週3回以内と回数制限を設けている理由や1利用者への訪問看護ステーション数が制限されている理由について確認したい。
(11月11日 勝村委員)

1. 週3回以内と回数制限を設けている理由

訪問看護療養費の制度が創設された当時より、訪問看護の算定は週3日を限度としていた。これは、実際に提供されている訪問看護の実態から想定して必要日数を見込み、週3日としたところである。

また、末期の悪性腫瘍や人工呼吸器を使用している状態等にある利用者及び急性増悪等により週4日以上頻回な訪問看護が必要とされた利用者(1月に14日間(状態によっては最長28日間)に限る)に対しては訪問看護の算定日数制限を設けていない。(宿題資料1)

【参考】訪問看護ステーションの利用者1人あたりの1ヶ月の平均訪問回数は約6回となっている。(宿題資料2)

2. 1利用者への訪問看護ステーション数が制限されている理由

医療保険における訪問看護については、在宅療養における看護の継続性及び一貫性を重視する視点から、一人の利用者に1つの訪問看護ステーションによる訪問看護を原則としている。ただし、算定日数制限のない末期の悪性腫瘍や人工呼吸器を使用している状態等にある利用者に対しては、2カ所の訪問看護ステーションからの訪問看護が実施できることとしている。

医療保険の訪問看護の対象者

宿題資料1

11月11日

診 - 4

参考資料P4より

居宅において継続して療養を受ける状態にあり通院困難な患者

回数制限のある対象者 (週3日以内)	(40歳未満の者) !(40歳以上の要支援者・要介護者でない者)
-----------------------	-------------------------------------

回数制限のない対象者(週4日以上)

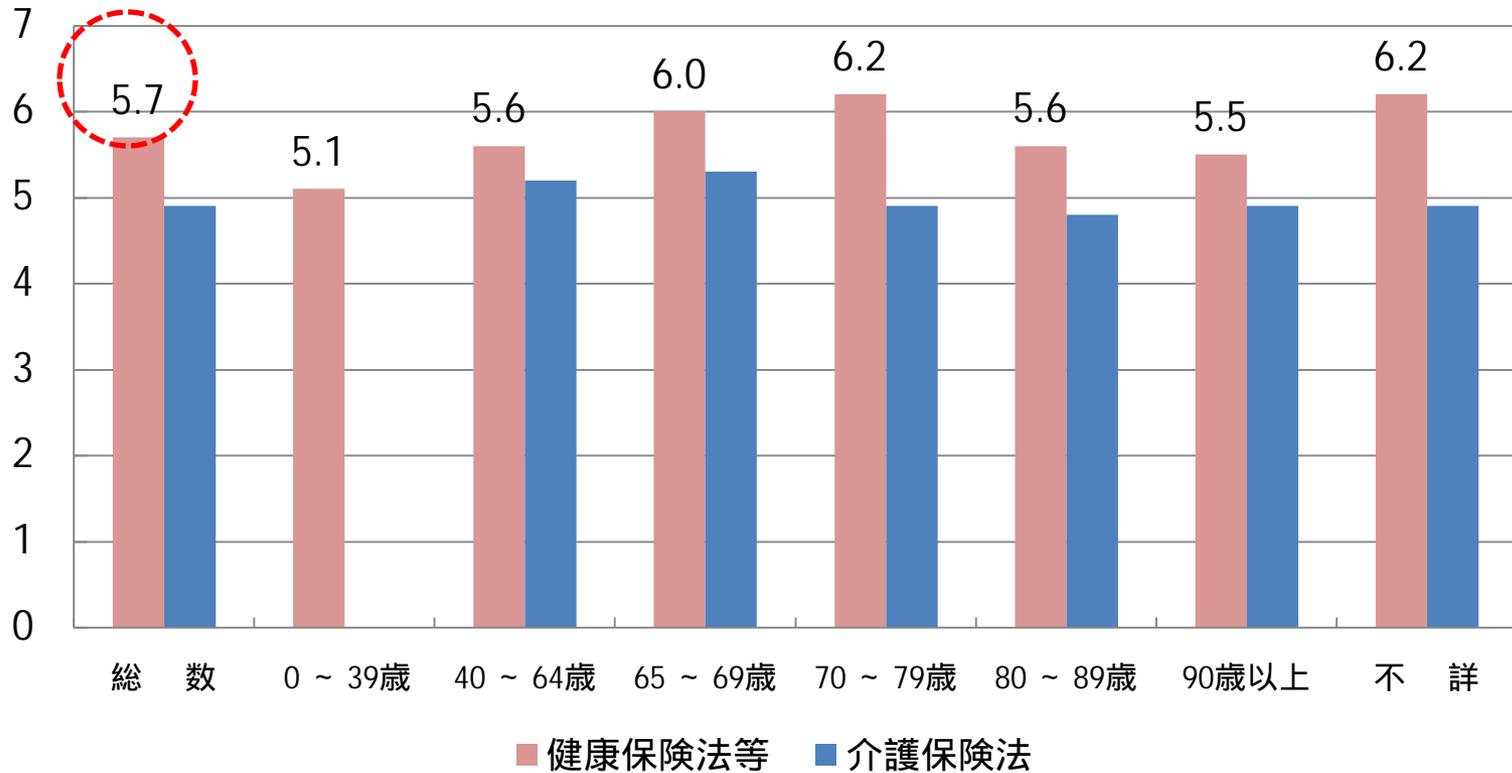
厚生労働大臣が定める疾病等の患者	末期の悪性腫瘍
	多発性硬化症
	重症筋無力症
	スモン
	筋萎縮性側索硬化症
	脊髄小脳変性症
	ハンチントン病
	進行性筋ジストロフィー症
	パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度が 度又は 度のものに限る。))
	多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)
	プリオン病
	亜急性硬化性全脳炎
	後天性免疫不全症候群
頸髄損傷	
人工呼吸器を装着している患者	

病状の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要であると医師が認めた者 (14日間を限度とし、月1回まで)

厚生労働大臣が定める以下の状態にある者は月2回まで

- ・気管カニューレを使用している
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある

訪問看護ステーションの 利用者1人あたりの1ヶ月の平均訪問回数



「健康保険法等」の利用者は、介護保険法の支払いがなく、老人保健法及びそれ以外の政府管掌健康保険等の医療保険、公費負担医療等の支払いがあった者であり、以下「医療保険」とする。

医療保険の訪問看護のほうがいずれの年齢区分においても訪問回数が多い。

これまでの宿題事項について

宿題1 大腿骨頸部骨折、脳卒中のそれぞれについて、地域連携診療計画管理料・退院時指導料の算定割合はどの程度か。

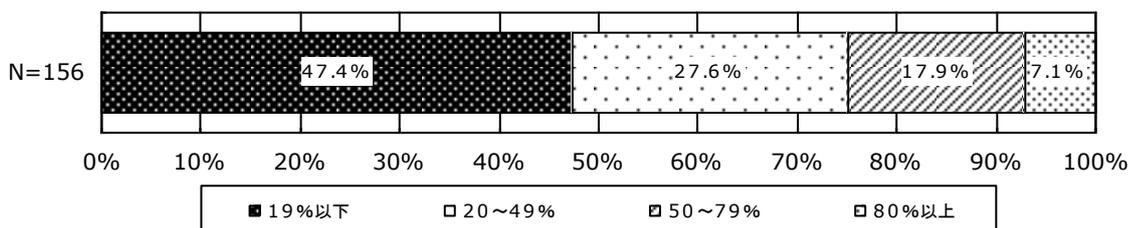
(11月13日 鈴木委員)

1 計画管理病院における大腿骨頸部骨折患者に占める算定患者の割合は平均 29.5%であった。19%以下の医療機関が 47.4%である一方、80%以上の患者に適用している医療機関が 7.1%見られた。退院時指導料を算定している患者の割合は、平均 26.3%であった。

大腿骨頸部骨折に係る計画管理料を算定している患者の割合(図表 4-8)

… 平均 29.5%

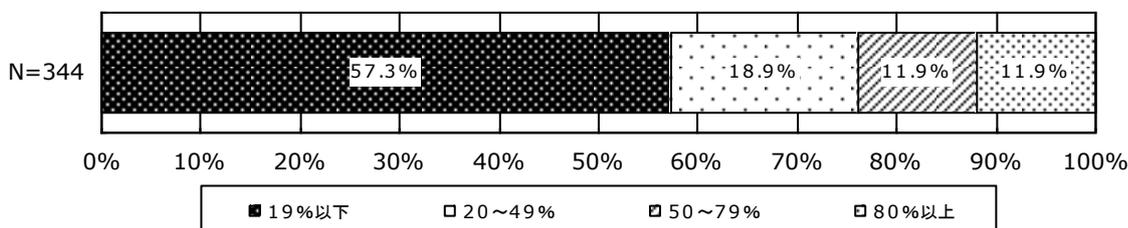
※有効回答 156 件で集計



大腿骨頸部骨折に係る退院時指導料を算定している患者の割合(図表 4-10)

… 平均 26.3%

※有効回答 344 件で集計

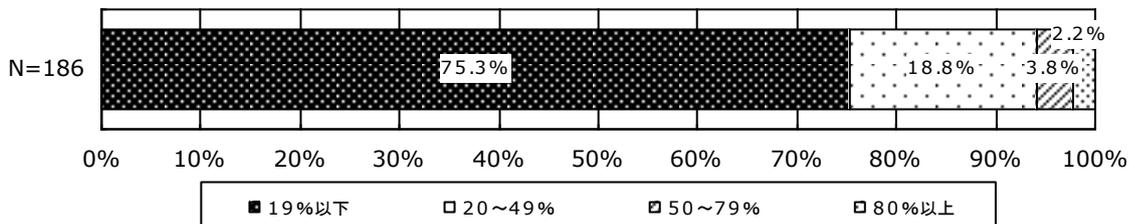


2 計画管理病院における脳卒中患者に占める算定患者の割合は平均 13.2%であり、19%以下の医療機関が 75.3%であった。退院時指導料を算定している患者の割合は、平均 16.1%、19%以下の医療機関が 77.3%であった。

脳卒中に係る計画管理料を算定している患者の割合(図表 4-12)

… 平均 13.2%

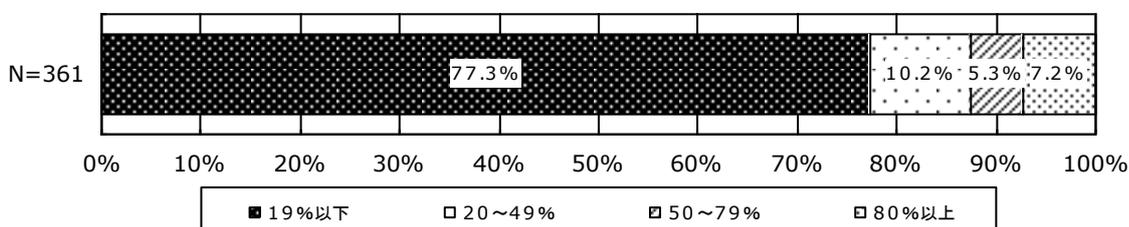
※有効回答 186 件で集計



脳卒中に係る退院時指導料を算定している患者の割合(図表 4-14)

… 平均 16.1%

※有効回答 361 件で集計



(平成21年度検証部会「地域連携クリティカルパス」に係る調査結果より)

宿題2 地域連携診療計画管理料・退院時指導料の都道府県別届出医療機関数はどのようになっているか。

(11月13日 小林委員)

地域連携診療計画管理料・退院時指導料の届出医療機関数は、都道府県ごとに届出数のばらつきがあり、秋田県、埼玉県、奈良県では届出がない一方、徳島県のように届出数の多い都道府県も見られる。(参考資料P2~5)

宿題3 入院中の患者が他医療機関を受診する際の診療報酬の算定の考え方はどうなっているのか。

(11月13日 遠藤委員長)

(12月16日 中島委員)

通知の内容を図示した(参考資料 P6~7)。

また、最近のDPC病院の動向等を踏まえて、整理すべき内容を「整理案」として図示した(参考資料 P8~9)。

宿題 4 慢性期医療の包括評価として、医療区分と ADL 区分を組み合わせた 9 の分類を用いているにも関わらず、療養病棟入院基本料が 5 区分となっているのはなぜか。

(11 月 20 日 白川委員)

- (1) 療養病棟入院基本料では、医療区分及び ADL 区分を組合せた 9 の患者分類（ケースミックス分類）を用いて包括評価を行っている。同分類は、もともと、中医協基本問題小委員会の下部組織である調査専門組織・診療報酬調査専門組織慢性期入院医療の包括評価分科会が、調査データに基づき提案したものであり、平成 18 年度診療報酬改定より採用され、平成 20 年度診療報酬改定に際して部分的な修正が行われて現在に至る（参考資料 P10～11）。
- (2) これに対し、療養病棟入院基本料は、平成 18 年度より A～E の 5 種類の設定となっている。当時、異なる患者分類を同一点数で評価した理由としては、診療報酬体系の簡素化を図るという全体的な方向性に加えて、医療区分 3・ADL 区分 1 及び医療区分 3・ADL 区分 2 の患者の数が少なかったために、個別の点数設定を行うだけのデータが得られていなかったためと聞いている（参考資料 P11）。
- (3) なお、現行の診療報酬においては、患者単位で経時的・継続的に褥瘡の発生割合等の測定を行っていることを要件とした上で、ADL 区分 3 に相当する患者については褥瘡評価実施加算（1 日につき 15 点）を設けていることから、入院基本料の分類として、事実上 7 分類となっている。
- 実際に、褥瘡評価実施加算の算定回数は、療養病棟入院基本料の算定回数の 36%を占めており（平成 20 年度社会医療診療行為別調査より）、ADL 区分 3 相当の患者については適切に加算がなされているものと考えられる（参考資料 P11）。

宿題5 入院時医学管理加算の届出状況を二次医療圏別で分析できないか。

(11月27日 遠藤委員長)

平成19年時点の入院時医学管理加算の算定要件と平成20年改定後の算定要件は全く異なるものであるため、一律に比較すべきものではないが、平成19年時点では、同一県内の一つの医療圏に多くの届出医療機関が集中している都道府県が多いのに対し、平成21年では、より多くの医療圏に届出医療機関が分布している都道府県が多い(参考資料P12～16)。

宿題6 医療機関とケアマネージャーが連携することで、患者にとってどのようなメリットがあるのか。病診連携や既存の評価では代替できないのか。

(12月4日 白川委員)

- 1 介護サービスの提供は、介護サービス計画（ケアプラン）に基づき行われるが、この作成業務を行うのがケアマネージャーである。ケアマネージャーは利用者の心身の状況等を踏まえて、適切な介護サービスを選択し、ケアプランの作成を行う必要がある（参考資料P17）。
- 2 しかしながら、ケアマネージャーは必ずしも医療専門職ではなく、また、医療従事者も必ずしも地域の介護サービスの状況を詳細に把握しているわけではないことから、両者がお互いの専門性を生かし、情報交換を行うことによって、個々の患者の状態に応じたより適切な介護サービスが提供されることが期待される（参考資料P17～19）。

宿題7 退院時共同指導料の中でもケアマネージャーとの連携を評価しているのではないか。

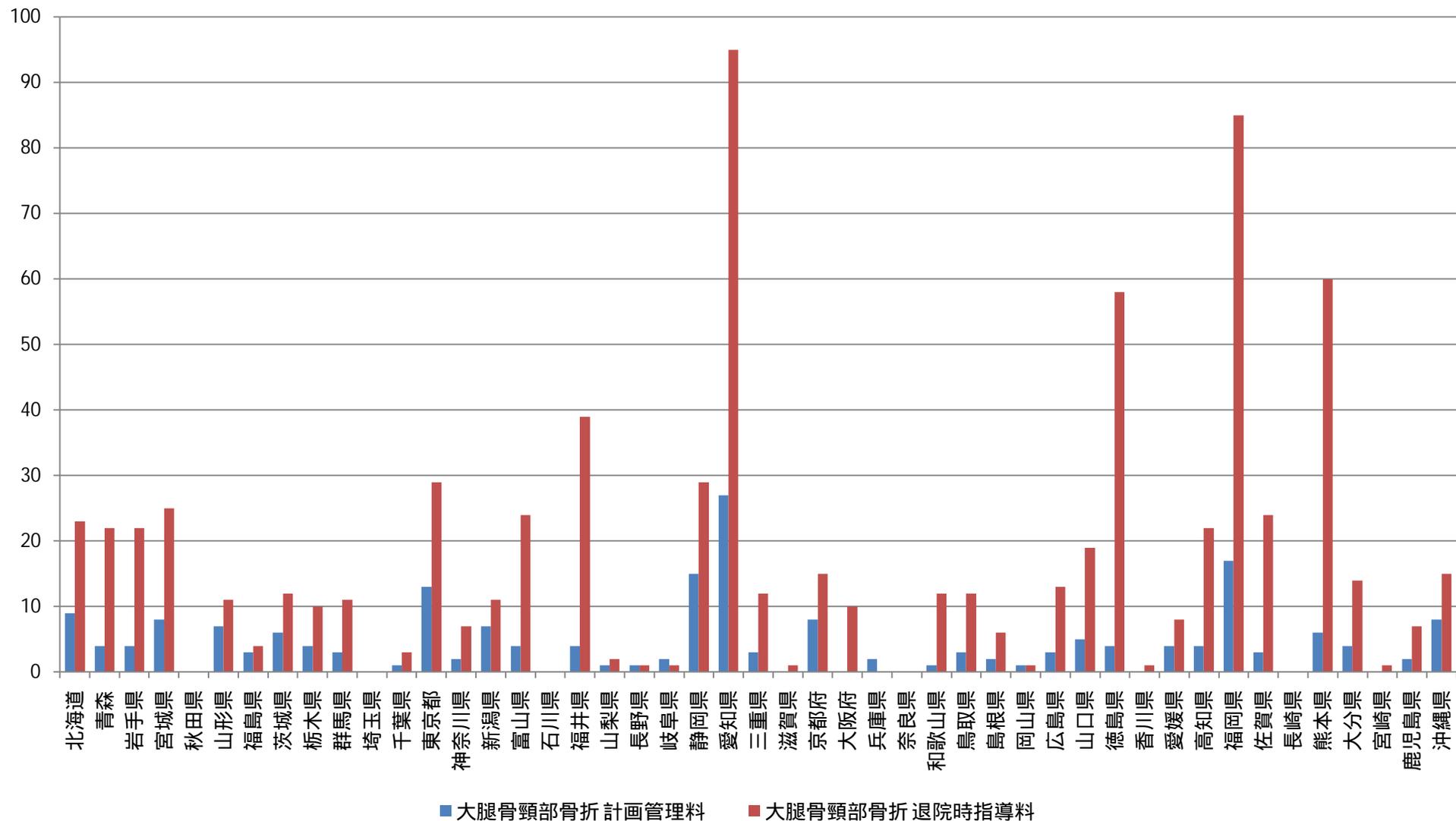
(12月4日 西澤委員)

- 1 退院時共同指導料は、退院後の在宅療養を担う医師又は医師の指示を受けた看護職員が、入院中の保険医療機関に赴き、その医療機関の医師又は看護職員と共同して患者に対して退院後の療養に関する指導を行った場合を評価した項目である。さらに、入院中医療機関が在宅療養を担う医師又は看護職員に加え、歯科医師、保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等のうち2者以上と共同して指導を行った場合に加算が設けられている。
- 2 上記の加算を算定するための構成員の一人としてケアマネージャーも認められるが、2者のうちに必ずしもケアマネージャーを含まなくても算定可能な点数である。また、これらの構成員のうち、介護サービスに直接関連する職種はケアマネージャーのみであるが、単独のケアマネージャーと医療関係職種が共同して入院中の患者に指導を行った場合の評価はない。（参考資料P20）

参考資料

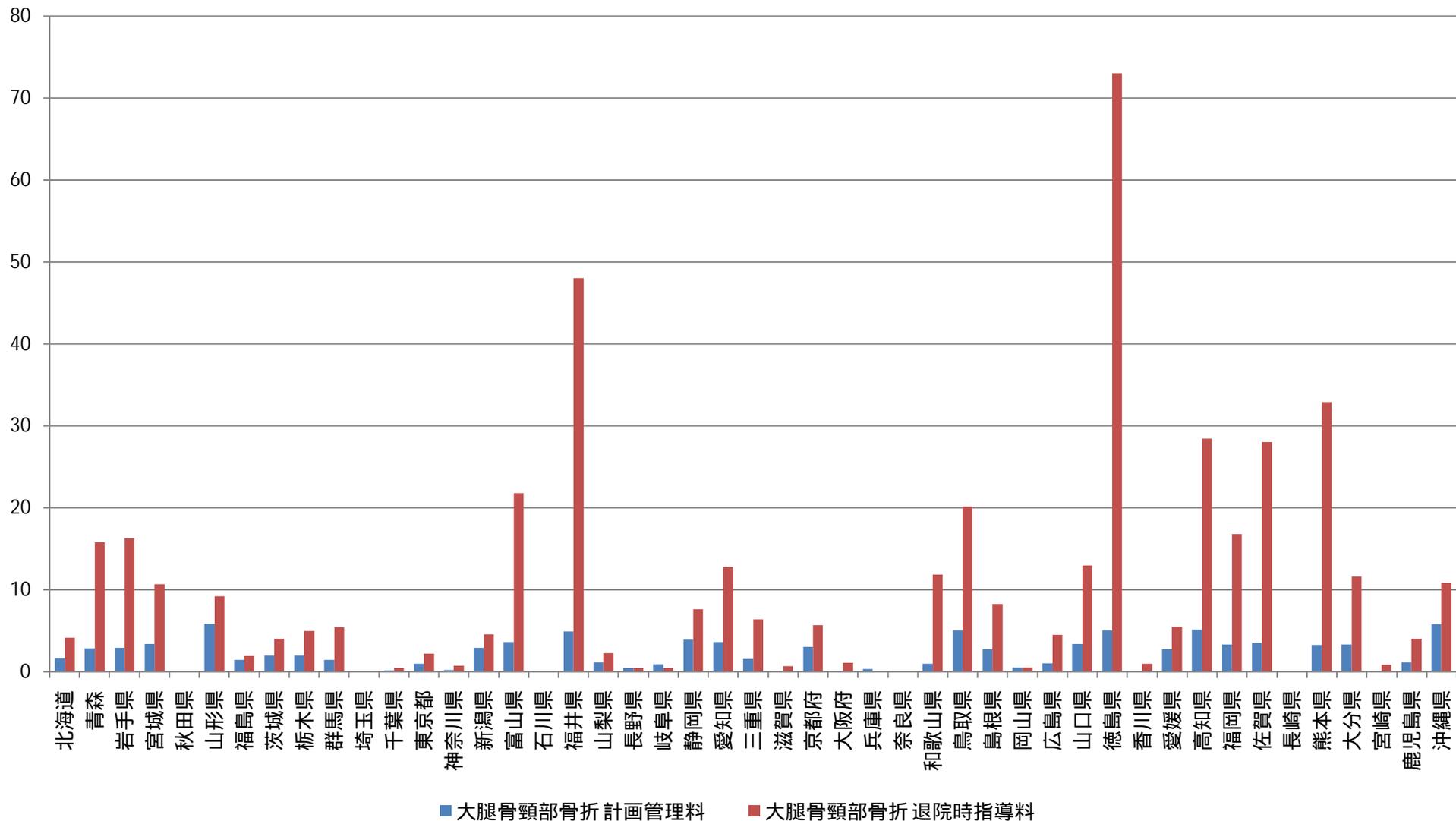
これまでの宿題事項について

都道府県別地域連携診療計画管理料・退院時指導料届け出医療機関数(大腿骨頸部骨折)



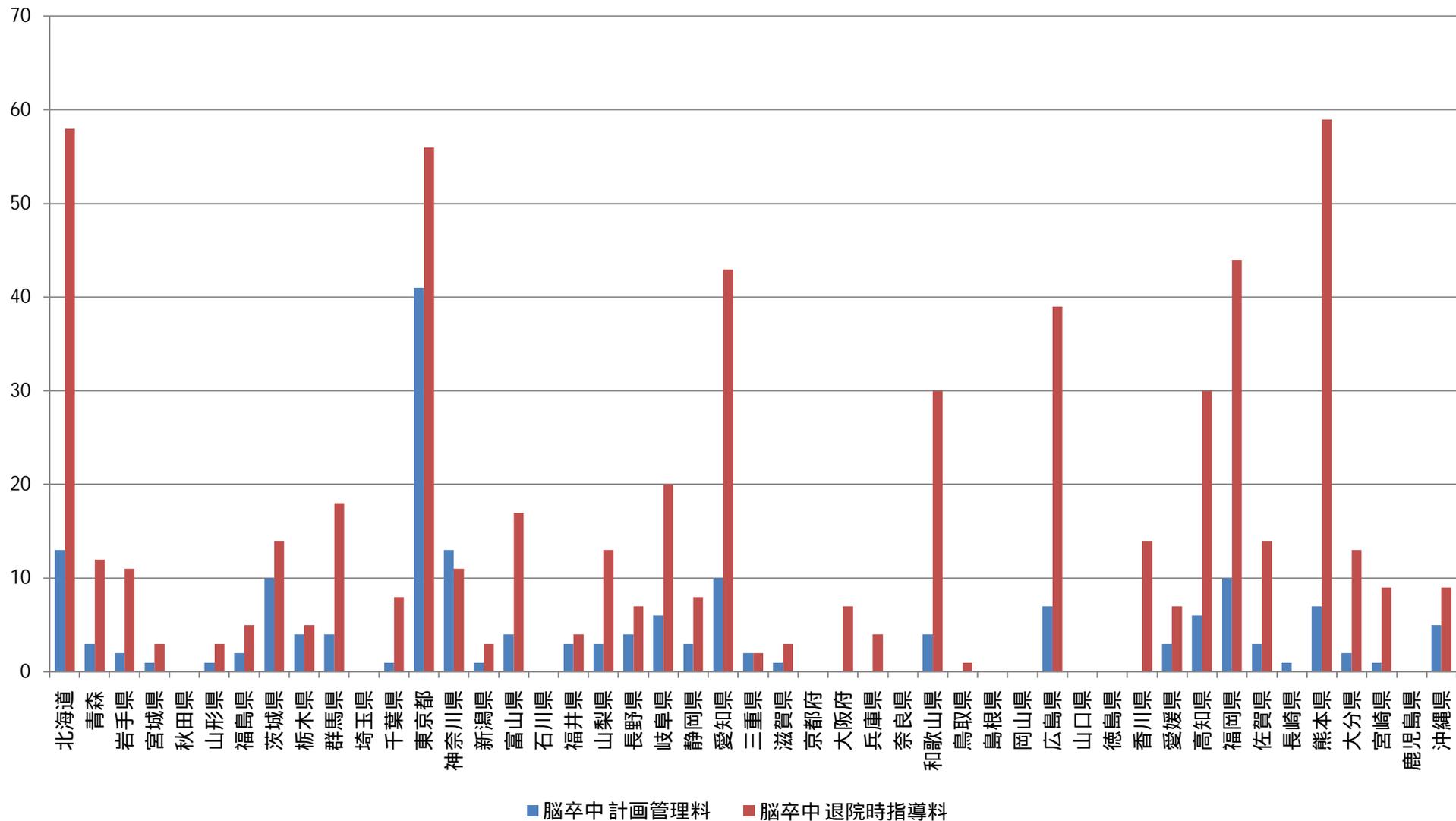
(平成20年7月1日現在、医療課調べ)

人口百万人当たり地域連携診療計画管理料・退院時指導料届出医療機関数(大腿骨頸部骨折)



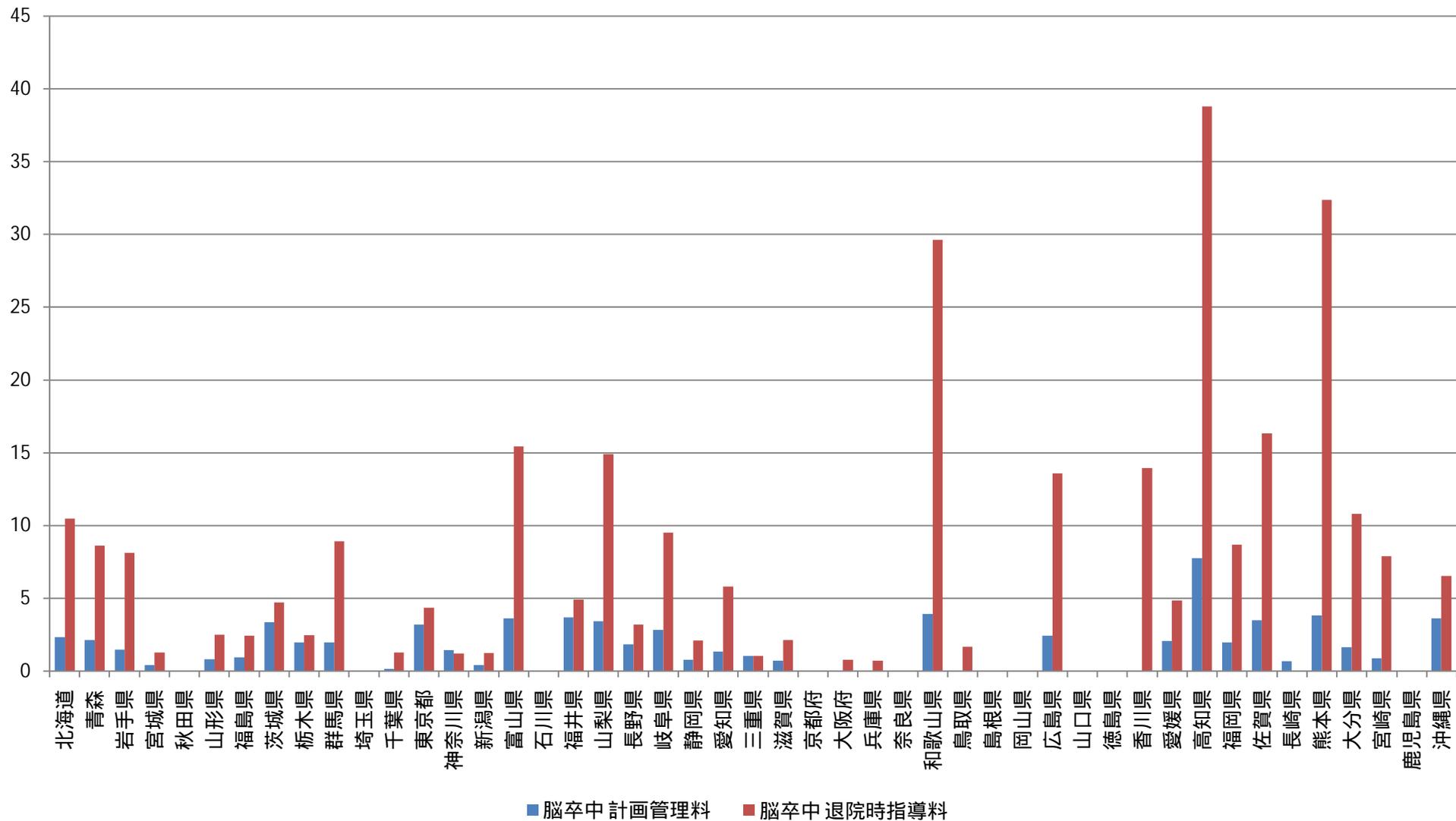
(平成20年7月1日現在、医療課調べ)

都道府県別地域連携診療計画管理料・退院時指導料届出医療機関数(脳卒中)



(平成20年7月1日現在、医療課調べ)

人口百万人当たり地域連携診療計画管理料・退院時指導料届出医療機関数(脳卒中)



(平成20年7月1日現在、医療課調べ)

対診・入院中の患者の他医療機関への受診について

原則：他医療機関での診療の必要が生じた場合は、転医又は対診を求めること。

入院中の患者に係る対診の取り扱い

算定可能 一部算定可能 × 算定不可 ー 想定外

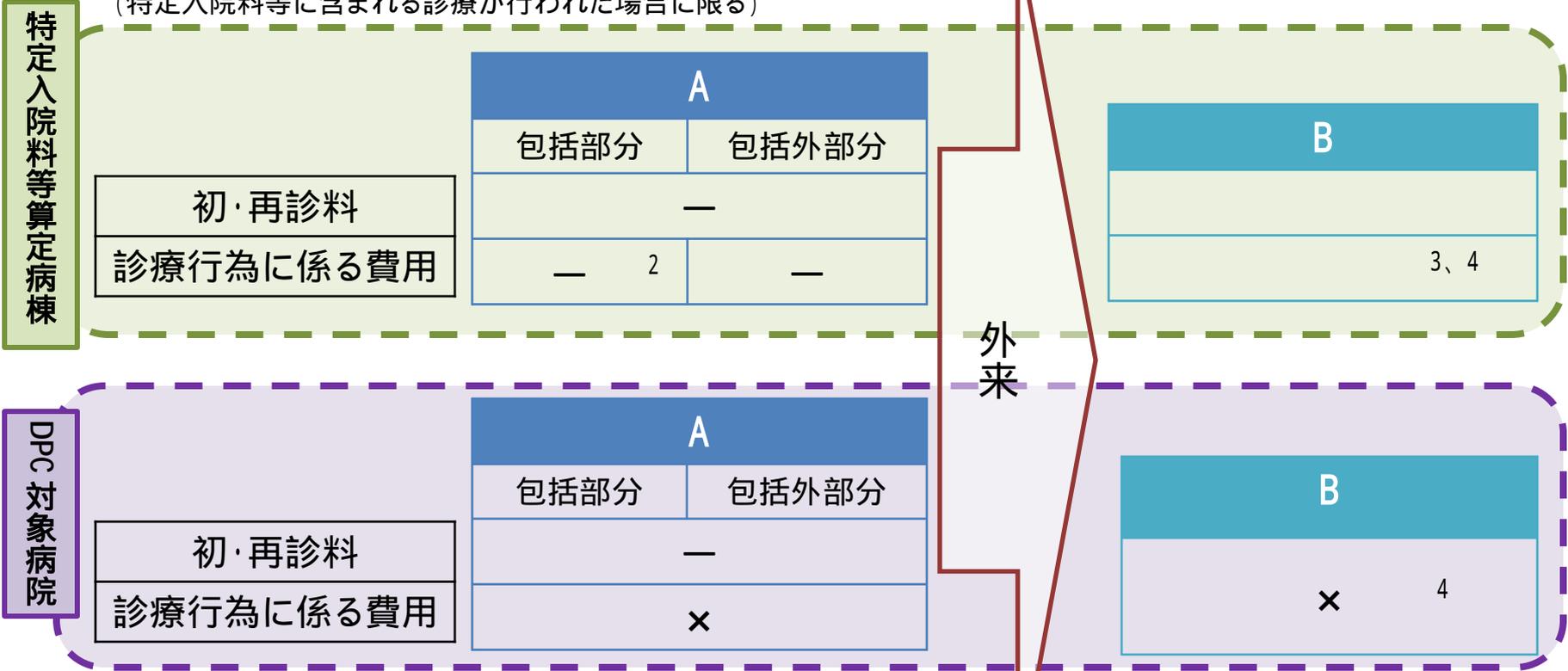
出来高病棟	A 医療機関 (患者入院中)		B 医療機関	
	初・再診料/往診料	—		
診療行為に係る費用	1		×	1

特定入院料等算定病棟	A		B	
	包括部分	包括外部分		
初・再診料/往診料	—			
診療行為に係る費用	×	1	×	1

対診

入院中の患者の他医療機関受診の取り扱い

眼科等の専門的な外来診療を受ける場合
(特定入院料等に含まれる診療が行われた場合に限る)



- 1 AからBに合議で精算
- 2 入院基本料については70%を控除した点数を算定
- 3 Aにおいて算定している特定入院料等に含まれる医学管理、投薬等の費用については算定できない
- 4 「ガンマナイフによる定位放射線治療」、
「直線加速器による定位放射線治療」は算定可能

整理案

対診・入院中の患者の他医療機関への受診について

原則：他医療機関での診療の必要が生じた場合は、転医又は対診を求めること。

入院中の患者に係る対診の取り扱い

算定可能 一部算定可能 × 算定不可 ー 想定外

出来高病棟

A 医療機関 (患者入院中)

初・再診料/往診料
診療行為に係る費用

—
1

B 医療機関

×	1
---	---

特定入院料等算定病棟・DPC対象病院

A

包括部分 包括外部分

初・再診料/往診料
診療行為に係る費用

—	
× 2	1

B

×	1
---	---

対診

出来高病棟

	A 医療機関	B 医療機関
初・再診料	1	×
診療行為に係る費用	1	×

特定入院料等算定病棟・DPC対象病院

	A		B
	包括部分	包括外部分	
初・再診料		1	×
診療行為に係る費用	×	2	×

外来

- 1 AからBに合議で精算
- 2 DPC対象病院の場合、Bが提供する診療行為、その費用によって診断群分類が変更される場合がある

平成16年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	13.9%	18.9%	9.8%
ADL区分2	16.7%	11.2%	1.5%
ADL区分1	19.6%	7.2%	1.4%

出典：平成17年11月25日基本問題小委員会資料より

平成18年診療報酬改定時の療養病棟入院基本料

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点 (入院基本料D)	1,344点 (入院基本料B)	1,740点 (入院基本料A)
ADL区分2	764点 (入院基本料E)		
ADL区分1		1,220点 (入院基本料C)	

平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	10.4%	26.4%	15.0%
ADL区分2	9.5%	13.0%	3.3%
ADL区分1	11.9%	8.9%	1.5%

平成20年診療報酬改定後の療養病棟入院基本料(現行点数)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	900点 (入院基本料D + 褥瘡評価実施加算)	1,335点 (入院基本料B + 褥瘡評価実施加算)	1,724点 (入院基本料A + 褥瘡評価実施加算)
ADL区分2	750点 (入院基本料E)	1,320点 (入院基本料B)	1,709点 (入院基本料A)
ADL区分1		1,198点 (入院基本料C)	



実質上は7区分の評価となっている

二次医療圏別入院時医学管理加算届出施設

都道府県	二次医療圏数	二次医療圏名	平成19年度	平成21年度
北海道	21	南渡島		函館中央病院
		札幌	医療法人社団札幌外科記念病院 札幌南三条病院 勤医協中央病院 手稲溪仁会病院 北海道立子ども総合医療・療育センター 独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター	手稲溪仁会病院 市立札幌病院 KKR札幌医療センター 砂川市立病院 日鋼記念病院 新日鐵室蘭総合病院 市立室蘭総合病院
		中空知		
		西胆振		
		上川中部 上川北部 北網	旭川赤十字病院	名寄市立総合病院 北見赤十字病院
青森県	6	津軽地域 八戸地域 下北地域	津軽保健生活協同組合 健生病院 八戸市立市民病院	八戸市立市民病院 むつ総合病院
岩手県	9	盛岡	岩手医科大学附属循環器医療センター	岩手県立中央病院
宮城県	7	仙台	宮城県立がんセンター みやぎ県南中核病院 財団法人厚生会仙台厚生病院 仙台社会保険病院 宮城県立こども病院 財団法人仙台市医療センター仙台オープン病院 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター 財団法人宮城厚生協会坂総合病院	みやぎ県南中核病院 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター
山形県	4	村山 置賜 庄内		山形市立病院済生館 鶴岡市立荘内病院 米沢市立病院
秋田県	8	-	0	0
福島県	7	県中	財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院	財団法人星総合病院
茨城県	9	水戸	茨城県立こども病院 独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	
栃木県	5	県東・央	栃木県立がんセンター	済生会宇都宮病院 日本赤十字社栃木県支部大田原赤十字病院
		県北		前橋赤十字病院 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター 公立富岡総合病院 伊勢崎市民病院
群馬県	10	前橋 高崎・安中 富岡 伊勢崎 太田・館林 中央	前橋赤十字病院 群馬県立がんセンター	さいたま市立病院
埼玉県	9	西部第一	医療法人財団 石心会 狭山病院 独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院	国立病院機構埼玉病院
		西部第二 大里	埼玉医科大学国際医療センター 埼玉県立循環器・呼吸器病センター	
千葉県	9	千葉	千葉県がんセンター 千葉県救急医療センター 独立行政法人放射線医学総合研究所重粒子医学センター病院 独立行政法人 国立病院機構千葉東病院	千葉市立青葉病院 独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター 千葉県済生会習志野病院
		東葛南部 東葛北部	医療法人社団 圭春会 小張総合病院 国立がんセンター東病院	
		安房	医療法人鉄蕉会 亀田総合病院	亀田総合病院
東京都	13	区中央部	東京女子医科大学附属青山病院 国立がんセンター中央病院 東京大学医科学研究所附属病院	財団法人ライフ・エクステンション研究所附属永寿総合病院 独立行政法人国立病院機構東京医療センター 東邦大学医療センター大橋病院 医療法人財団河北総合病院
		区西南部	独立行政法人 国立病院機構東京医療センター	
		区西部	医療法人財団河北総合病院 国立国際医療センター	
		区西北部	東京都老人医療センター	東京北社会保険病院
		区東北部	医療法人社団 明芳会新葛飾病院 財団法人 東京都保健医療公社東部地域病院	
		北多摩西部	独立行政法人 国立病院機構災害医療センター	国家公務員共済組合連合会立川病院
		北多摩南部	東京都立神経病院	日本赤十字社東京都支部武蔵野赤十字病院
		北多摩北部	財団法人 東京都保健医療公社多摩北部医療センター 独立行政法人 国立病院機構東京病院	公立昭和病院

神奈川県	11	横浜北部	神奈川県立がんセンター	横浜市東部病院
		横浜西部		横浜市立市民病院 横浜医療センター
		横浜南部	神奈川県立こども医療センター	横浜市南部病院
		川崎南部	川崎医療生活協同組合川崎協同病院 医療法人財団石心会川崎幸病院	
		横須賀・三浦		横須賀市立市民病院 横須賀市立うわまち病院 平塚市民病院
		湘南西部		
		県央 県西	大和成和病院 医療法人社団ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院	海老名総合病院 小田原市立病院
新潟県	7	新潟	独立行政法人国立病院機構西新潟中央病院	新潟市民病院
富山県	4	富山	富山市立富山市民病院	富山市立富山市民病院 富山県立中央病院
石川県	4	石川中央	独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター	独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター 石川県立中央病院
		能登中部		社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院 公立能登総合病院
		南加賀		小松市民病院 / 国民健康保険
福井県	4	福井・坂井	福井大学医学部附属病院	福井県立病院 福井県済生会病院 福井赤十字病院
山梨県	4	中北	甲府共立病院	
長野県	10	上小 諏訪 飯伊		独立行政法人国立病院機構長野病院 諏訪赤十字病院 飯田市立病院
		松本	特定・特別医療法人慈泉会相澤病院 長野県立こども病院 独立行政法人国立病院機構松本病院	社会医療法人財団慈泉会相澤病院
		長野		長野赤十字病院 長野県厚生農業協同組合連合会 篠ノ井総合病院
				松波総合病院
岐阜県	5	岐阜	松波総合病院 独立行政法人国立病院機構長良医療センター	岐阜県総合医療センター 岐阜赤十字病院 岐阜市民病院 社会医療法人厚生会木沢記念病院 岐阜県立多治見病院
		中濃 東濃		
静岡県	8	駿東田方	静岡県立静岡がんセンター	順天堂大学医学部附属静岡病院 沼津市立病院 富士宮市立病院
		富士 静岡	静岡県立こども病院	静岡市立清水病院
愛知県	11	名古屋	愛知県がんセンター中央病院 名古屋共立病院	豊橋市民病院 春日井市民病院 豊川市民病院 国家公務員共済組合連合会名城病院
		尾張西部	総合大雄会病院 愛知県立循環器呼吸器病センター	
		尾張北部 知多半島	国立長寿医療センター	名古屋第二赤十字病院
		西三河南部	愛知県がんセンター愛知病院	
		東三河南部		独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター 岡崎市民病院 医療法人愛生会 総合上飯田第一病院
三重県	4	中勢伊賀 南勢志摩	独立行政法人国立病院機構三重中央医療センター	独立行政法人国立病院機構三重中央医療センター 山田赤十字病院
滋賀県	7	大津		大津赤十字病院
京都府	6	中丹	独立行政法人国立病院機構舞鶴医療センター	
		京都・乙訓	医療法人社団洛和会 洛和会丸太町病院 社団法人京都保健会 京都民医連中央病院 医療法人社団洛和会 洛和会音羽病院 独立行政法人国立病院機構京都医療センター	医療法人社団洛和会 洛和会音羽病院 京都市立病院 済生会京都府病院 京都医療センター

大阪府	8	豊能	国立循環器病センター	大阪府済生会千里病院 大阪府済生会吹田病院 箕面市立病院
		三島	大阪府三島救命救急センター	社会医療法人愛仁会高槻病院
		北河内	医療法人協仁会小松病院 星ヶ丘厚生年金病院	星ヶ丘厚生年金病院 松下記念病院 市立枚方市民病院
		中河内	医療法人若弘会若草第一病院 大阪府立中河内救命救急センター	
		南河内	独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター	医療法人三世会河内総合病院 独立行政法人国立病院機構 大阪南医療センター
		堺市	医療法人同仁会耳原総合病院 医療法人ベガサス馬場記念病院 独立行政法人国立病院機構近畿中央胸部疾患センター	独立行政法人労働者健康福祉機構 大阪労災病院 ベルランド総合病院
		泉州	大阪府立母子保健総合医療センター 大阪府立泉州救命救急センター 医療法人橘会東住吉森本病院 医療法人愛仁会千船病院 医療法人歓喜会辻外科病院 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター	社会医療法人愛仁会千船病院 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 大阪警察病院 大阪府立急性期・総合医療センター 淀川キリスト教病院 財団法人田附興風会医学研究所北野病院 大阪厚生年金病院 大阪市立総合医療センター
		大阪市		
兵庫県	10	神戸	兵庫県立こども病院 先端医療センター 神戸赤十字病院	神戸掖済会病院 神戸市立医療センター中央市民病院 国立病院機構神戸医療センター 兵庫県立西宮病院
		阪神南 東播磨	社団法人明石市医師会立明石医療センター	
		中播磨	兵庫県立姫路循環器病センター 独立行政法人国立病院機構姫路医療センター	
		西播磨 淡路	信原病院	新日鐵広畑病院 兵庫県立淡路病院
奈良県	5	中和		大和高田市立病院
和歌山県	7	-	0	0
鳥取県	3	東部	鳥取赤十字病院 鳥取県立中央病院	鳥取赤十字病院 鳥取県立中央病院
島根県	7	松江	松江赤十字病院 総合病院松江生協病院	松江赤十字病院
		出雲	島根県立中央病院 島根大学医学部附属病院	島根県立中央病院
		浜田	独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター	
		益田	益田赤十字病院	
岡山県	5	県南東部	医療法人社団十全会心臓病センター榊原病院 医療法人鴻仁会 岡山中央病院 独立行政法人国立病院機構岡山医療センター	独立行政法人国立病院機構岡山医療センター
		県南西部	総合病院 水島協同病院	財団法人倉敷中央病院
広島県	7	広島	医療法人 あかね会土谷総合病院	県立広島病院 広島赤十字原爆病院 広島県厚生農業協同組合連合会広島総合病院 独立行政法人国立病院機構呉医療センター
		広島西 区	独立行政法人国立病院機構呉医療センター	
		広島中央	独立行政法人国立病院機構東広島医療センター	
		尾三		広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院 尾道市立市民病院
		福山・府中	独立行政法人国立病院機構福山医療センター	独立行政法人国立病院機構福山医療センター 公立学校共済組合中国中央病院
山口県	8	岩国	独立行政法人国立病院機構岩国医療センター	独立行政法人国立病院機構岩国医療センター
		山口・防府 宇部・小野田		山口県立総合医療センター 独立行政法人労働者健康福祉機構山口労災病院
		下関	独立行政法人国立病院機構関門医療センター	山口県済生会下関総合病院
徳島県	6	東部	徳島県立中央病院	徳島県立中央病院 徳島市民病院 徳島赤十字病院
		南部	徳島赤十字病院	
香川県	5	中讃	香川大学医学部附属病院	
		高松	医療法人財団 大樹会総合病院 回生病院	総合病院 回生病院
		三豊		三豊総合病院
愛媛県	6	松山	松山赤十字病院 愛媛大学医学部附属病院 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター	松山赤十字病院
高知県	4	中央	医療法人近森会 近森病院 日本赤十字社高知県支部高知赤十字病院 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 独立行政法人国立病院機構高知病院 高知大学医学部附属病院	日本赤十字社高知支部 高知赤十字病院 高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター

福岡県	13	福岡・糸島	医療法人 原三信病院 原土井病院 福岡市民病院 福岡記念病院 福岡大学病院 福岡市医師会成人病センター 独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター 独立行政法人国立病院機構 九州医療センター 独立行政法人国立病院機構 福岡病院	福岡記念病院 独立行政法人国立病院機構 九州医療センター 国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 福岡県済生会福岡総合病院 福岡赤十字病院 公立学校共済組合九州中央病院
		粕屋	独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター	
		筑紫	医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 福岡大学筑紫病院	医療法人 徳洲会 福岡徳洲会病院
		久留米	久留米大学病院 聖マリア病院 医療法人天神会 古賀病院21 医療法人天神会 新古賀病院	聖マリア病院
		八女・筑後 有明 飯塚	筑後市立病院	大牟田市立総合病院 飯塚病院
		北九州	福岡新水巻病院 新日鐵八幡記念病院 九州厚生年金病院 労働者健康福祉機構 九州労災病院 健和会 大手町病院 北九州総合病院 社会保険小倉記念病院 独立行政法人国立病院機構 小倉病院	九州厚生年金病院 健和会 大手町病院 北九州総合病院 新日鐵八幡記念病院
		京筑	新行橋病院	
佐賀県	5	南部	佐賀県立病院好生館 独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター	佐賀県立病院好生館 独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター
		北部	唐津赤十字病院	
		中部	佐賀大学医学部附属病院 嬉野温泉病院	
長崎県	9	長崎	(総)長崎市立市民病院	
		佐世保 県央	千住病院 (総)佐世保市立総合病院 独立行政法人国立病院機構長崎医療センター	独立行政法人国立病院機構長崎医療センター
熊本県	11	熊本	熊本市医師会熊本地域医療センター 独立行政法人国立病院機構熊本医療センター 熊本大学医学部附属病院 熊本中央病院 済生会熊本病院	独立行政法人国立病院機構熊本医療センター
		八代 天草	天草地域医療センター	独立行政法人労働者健康福祉機構熊本労災病院
大分県	6	東部	国家公務員共済組合連合会新別府病院 独立行政法人国立病院機構 別府医療センター 九州大学病院別府先進医療センター 九州大学病院別府先進医療センター	独立行政法人国立病院機構別府医療センター
		中部	独立行政法人国立病院機構 大分医療センター 大分大学医学部附属病院 大分赤十字病院	大分赤十字病院 大分市医師会立アルメイダ病院 大分県立病院
		北部	中津市立中津市民病院	
宮崎県	7	宮崎東諸県	宮崎市郡医師会病院 医療法人社団晴緑会宮崎医療センター病院 市民の森病院 宮崎善仁会病院 宮崎大学医学部附属病院 県立宮崎病院	県立宮崎病院
		都城北諸県 宮崎県北部	都城市郡医師会病院 県立延岡病院	県立延岡病院
		西都児湯	医療法人隆徳会鶴田病院	

鹿児島県	9	鹿児島	社団法人鹿児島共済会 南風 病院 鹿児島赤十字病院 整形外科米盛 病院 今村 病院分院 鹿児島市医師会病院 今村 病院 鹿児島厚生連 病院 相良 病院 独立行政法人 国立病院機構鹿児島医療センター	今給黎総合病院
		鹿児島 始良・伊佐 肝属	鹿児島大学病院霧島リハビリテーションセンター 独立行政法人 国立病院機構南九州 病院 県民健康プラザ鹿屋医療センター	
		北部	社団法人北部地区医師会病院 沖縄県立北部病院	
沖縄県	5	中部	医療法人中部徳洲会中部徳洲会病院 独立行政法人国立病院機構 沖縄病院 沖縄県立中部病院	沖縄県立中部病院
		南部	医療法人仁愛会浦添総合病院 医療法人 沖縄徳洲会 南部徳洲会病院 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 那覇市立病院 医療法人友愛会 豊見城中央病院
		宮古	沖縄県立宮古病院	
届出病院数合計			212施設	174施設

介護保険サービスの給付に当たってのケアマネージャーの役割

ケアマネージャーとは

ケアマネージャーとは、「介護保険制度」において、要支援または要介護と認定された人が、適切な介護サービスを受けられるようにするために、介護サービス計画(ケアプラン)を作成する専門職

ケアマネージャーの業務

要介護認定に関する業務
要介護認定に関する申請の代行を行う。

ケアプランの作成
要介護認定結果が通知された後、ケアプラン(介護サービス計画)を作成する

ケアプランの給付管理
ケアマネージャーの仕事内容には、ケアプランの作成だけではなく、ケアプランの給付管理を含む

患者の退院に伴う流れ

入院中の病院

通常の自宅退院

介護サービスを導入すれば自宅退院可能

要介護認定

ケアプランの作成

自宅

- ・要介護認定の申請に係る手続きはケアマネによる代行が可能
- ・ケアマネは医療専門職でない場合も多く、ケアプランに適切な医療系サービスを盛り込むには、医療機関からの情報提供が不可欠

他医療機関への転院が望ましい

医療機関同士の情報交換

病院

診療情報提供料等

老健施設等の入所が必要

要介護認定

施設のケアマネ等との連携

老健施設等

連携のイメージ

骨折発症

ケアマネとの連携あり

そろそろ退院のことを考えてもよい時期ですね。

足腰も弱っているし、退院時には介護サービスの充実が必要だろう

家に帰って今まで通りの生活を送りたいです。

要介護認定の更新手続きを代行しますよ。この地域なら通所リハビリだけではなく訪問リハビリも充実していますよ。

血圧の変動に配慮して訪問リハビリが必要だと考えます。

要介護認定結果の通知

退院直前の状態を評価しましたが、訪問リハビリで短期集中的なりハビリが必要です。

患者の疾患の状態等にも十分配慮されたケアプラン

医療機関のみならずのご意見も踏まえたケアプランを作成しました。

対応可能な訪問リハビリ事業所を調べておきました。

入院時総合評価

治療リハビリ

退院の見込み

ケアマネとの連携なし

要介護認定はこのままでよいのかな。家に帰って希望するリハビリができるか不安...

転院や施設入所も含めた検討

要介護認定手続き

ケアマネの選択

要介護認定結果の通知

安全なりハビリを続けてほしいが、どうやって伝えようかな。

リハビリの必要性の判断が難しいなあ。

・介護サービス導入の遅れ
・サービスの必要性の検討が不十分なケアプラン

退院時の連携に関する現行の評価

