

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子

平成19年10月10日

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

- 第164回国会においては、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）が成立し、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。参議院厚生労働委員会の審議過程においては、当該制度に関して附帯決議（平成18年6月13日）がなされ、「後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、必要かつ適切な医療の確保を前提とし、その上でその心身の特性等にふさわしい診療報酬とするため、基本的な考え方を平成18年度中を目途に取りまとめ、国民的な議論に供した上で策定すること」とされた。
- 当特別部会では、この附帯決議を踏まえ、後期高齢者医療の在り方について、平成18年秋より12回にわたり部会を開催し、議論等を重ねてきた。この中では、有識者からのヒアリングを行うとともに、本年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」を取りまとめることと併せ、広く国民的な議論に供すべくパブリックコメントを実施するとともに、社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において意見を聴取し、検討に当たっての参考としたところである。
- このような過程を経て、今般、平成20年4月に新たに創設される後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子について、次のように取りまとめた。この趣旨を十分に踏まえた上で、今後、中央社会保険医療協議会におかれては、具体的な診療報酬案の検討が進められることを希望する。

1. 後期高齢者にふさわしい医療(基本的事項)

- 後期高齢者には、若年者と比較した場合、次に述べるような心身の特性がある。
 - (1) 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患（特に慢性疾患）が見られる。
 - (2) 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
 - (3) 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、いずれ避けることができない死を迎えることとなる。
- こうした心身の特性から、後期高齢者に対する医療には、次のような視点が必要である。
 - ・ 後期高齢者の生活を重視した医療
 - 一般に、療養生活が長引くことなどから、後期高齢者の医療は、高齢者の生活を支える柱の一つとして提供されることが重要である。そのためには、どの

ような介護・福祉サービスを受けているかを含め、本人の生活や家庭の状況等を踏まえた上での医療が求められる。

- ・ 後期高齢者の尊厳に配慮した医療

自らの意思が明らかな場合には、これを出来る限り尊重することは言うまでもないが、認知症等により自らの意思が明らかでない場合にも、個人として尊重され、人間らしさが保たれた環境においてその人らしい生活が送れるように配慮した医療が求められる。

- ・ 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

いずれ誰もが迎える死を前に、安らかで充実した生活が送れるように、安心して生命を預けられる信頼感のある医療が求められる。

- もとより、高血圧や糖尿病に対する各種指導や投薬・注射、骨折に対する手術等のように、後期高齢者に対する医療の多くは、その範囲や内容が74歳以下の者に対するものと大きく異なるものではなく、患者個々人の状態に応じて提供されることが基本となる。

すなわち、医療の基本的な内容は、74歳以下の者に対する医療と連続しているもので、75歳以上であることをもって大きく変わるものではない。

- これらのことから、後期高齢者にふさわしい医療は、若年者、高齢者を通じた医療全般のあるべき姿を見据えつつ、先に述べた後期高齢者の特性や基本的な視点を十分踏まえて、構築していくべきである。

2. 後期高齢者医療の診療報酬に反映すべき事項

- 我が国の国民皆保険制度は「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という理念を基本としている。高齢者に対する医療についても、これまで、この考え方に基づくとともに、累次の老人診療報酬の改定等により、在宅医療の推進、入院療養環境の向上や長期入院の是正、あるいは漫然・画一的な診療は行わないことや、複数医療機関での受診や検査、投薬等はみだりに行わないことといった取組を行ってきたところである。

- 後期高齢者医療制度の施行に伴う新たな診療報酬体系の構築に当たっては、診療報酬全体の在り方に係る検討を着実に進めながら、高齢者医療の現状を踏まえ、このような老人診療報酬の取組を更に進めるとともに、診療報酬全体の評価体系に加え、1. に述べた後期高齢者にふさわしい医療が提供されるよう、次に述べる方針を基本とするべきである。

(1)外来医療について

(後期高齢者を総合的に診る取組の推進)

- 前述の後期高齢者の心身の特性等を踏まえれば、外来医療においては、主治医は次のような役割を担うことが求められている。
 - ・ 患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握すること。
 - ・ 基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について総合的な評価を行い、結果を療養や生活指導で活用すること。
 - ・ 専門的な治療が必要な場合には、適切な医療機関に紹介し、治療内容を共有すること。
- 主治医がこのような取組を進めるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(薬歴管理)

- 外来医療を受ける後期高齢者は、服薬している薬の種類数が多いこと、入退院も少なくなく服薬に関わる医療関係者も多くなると考えられることから、薬の相互作用や重複投薬を防ぐ必要がある。このため、医療関係者（医師、歯科医師、薬剤師及び看護師）や患者自身が、服用している医薬品の情報を確認できるような方策を進めるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(関係者、患者・家族との情報共有と連携)

- 外来医療を受ける後期高齢者は、他の医療や介護・福祉サービスが必要な場合や、現に受けている場合も少なくない。後期高齢者の生活を支えるためには、受診歴、病歴、投薬歴などの情報や前述の総合的な評価の結果について、医療従事者間の情報の共有を進めるほか、介護・福祉サービスとの連携を進めるため、主治医等とケアマネジャーを中心として、相互の情報共有を進める必要がある。また、医療や介護・福祉サービスについて、患者や家族の選択等に資するために、患者や家族に対する情報共有を進める必要がある。

必要なカンファレンスの実施等も含め、このような情報の共有と連携が進められるよう、診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(2)入院医療について

(退院後の生活を見越した計画的な入院医療)

- 後期高齢者の生活を重視するという視点からも、慢性期のみならず急性期を含む入院医療において、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うとともに、後期高齢者の入院時から、地域の主治医との適切

な連携の下、退院後にどのような生活を送るかということを念頭に置いた医療を行う必要がある。

退院後の療養生活に円滑に移行するためには、個々人の状況に応じ、退院後の生活を見越した診療計画が策定され、それに基づく入院医療が提供されることが重要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(入院中の評価とその結果の共有)

- 退院後の後期高齢者の生活を支えるには、入院中に行われた総合的な評価の情報が、在宅生活を支えることとなる医療関係者や介護・福祉関係者に共有されることが重要である。この入院中の評価の実施や、カンファレンス等を通じ、評価結果について在宅を支える関係者との共有が進むよう、診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(退院前後の支援)

- 患者は退院直後が最も不安となる場合が多いとの指摘があるが、このようなケースについては、退院直後の時期をまず重点的に支えることにより、円滑に在宅生活に移行することができるようにすることが重要である。このため、関係職種が連携して必要な退院調整や退院前の指導等に取り組むことができるような診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(3)在宅医療について

(情報共有と連携)

- 後期高齢者の在宅療養を医療面から支えるには、主治医等が中心となって、医療従事者間の情報の共有や連携を図りながら、それぞれの役割をしっかりと担う必要がある。

後期高齢者の生活を支えるには、医療関係者のみならず、介護・福祉関係者との相互の情報の共有や連携を行う必要がある。主治医等とケアマネジャーが中心となって、カンファレンス等を通じて、主治医による総合的な評価を含めた情報の共有や連携が図られるような診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(病院等による後方支援)

- また、病状の急変時等入院が必要となった場合に、円滑に入院できるようにするとともに、在宅での診療内容や患者の意向を踏まえた診療が入院先の医療機関においても引き続き提供されるようにするべきである。このような医療機関間の連携が強化されるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(在宅歯科診療)

- 全身的な健康維持や誤嚥性肺炎予防の観点等からも、要介護者等の継続的な口腔機能の維持・管理が重要であるとともに、在宅において適切な歯科診療が受けられるよう、地域の医療関係者から歯科診療に係る情報提供が歯科医療従事者になされるなどの連携を進めることが必要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(在宅療養における服薬支援)

- 後期高齢者の在宅療養において、薬の「飲み忘れ」等による状態悪化を招くことのないよう、本人や家族、介護を担う者による日々の服薬管理等の支援を推進することが重要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(訪問看護)

- 安心して安全な在宅療養を支えるには、訪問看護の役割が大変重要であるが、退院前後の支援、緊急時の対応を含めた24時間体制の充実、患者の状態に応じた訪問の実施などが更に取り組みされるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(居住系施設等における医療)

- 居住系施設を含む様々な施設等を利用している後期高齢者について、その施設等の中で提供されている医療の内容や施設の状況等も踏まえつつ、外部からの医療の提供に対する適正な評価の在り方について検討するべきである。

(4) 終末期における医療について

(終末期の医療)

- 患者が望み、かつ、患者にとって最もよい終末期医療が行われるよう、本人から書面等で示された終末期に希望する診療内容等について、医療関係者等で共有するとともに、終末期の病状や緊急時の対応等について、あらかじめ家族等に情報提供等を行うことが重要であり、これらの診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

また、在宅患者の看取りについて、訪問診療や訪問看護が果たしている役割を踏まえて、その診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(疼痛緩和ケア)

- 緩和ケアについては、入院、外来、在宅を問わず、疼痛緩和を目的に医療用麻薬を投与している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養

上必要な指導を行うことを評価することで、質の高い療養生活を送ることができる体制を整備する必要がある。また、在宅ターミナルケアで使用する医療用麻薬の服薬指導に当たっては、患者宅での適切な保管管理、廃棄等の方法について、調剤した薬剤師が患者及びその家族への指導を行うとともに、定期的にその状況を確認していくことが必要であり、これらの取組が進むような診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

3. 留意すべき事項

(後期高齢者を総合的に診る取組の推進について)

- 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会においては、後期高齢者を総合的に診る取組を行う主治医について、いわゆる主治医の「登録制度」を導入すべきという指摘や、患者のフリーアクセスの制限は適当でないという指摘があった。

本特別部会としては、現在は総合的に診る取組の普及・定着を進める段階であり、主治医についても、患者自らの選択を通じて決定していく形を想定している。中央社会保険医療協議会におかれては、これらを念頭に置いて具体的な診療報酬案の検討が進められるよう希望する。

また、診療報酬における検討に加え、研修、生涯教育等を通じて、主治医の役割をより適切に担うことができる医師が増加し、患者が生活する地域でこのような医師による診療を受けられるような環境整備が図られていくことも、併せて期待したい。

(その他の留意事項について)

- 後期高齢者の生活を総合的に支えるためには、述べてきたように、医療関係者や介護・福祉関係者間の連携及び情報の共有が必須のものである。
- また、医療関係者の連携、情報共有等により、頻回受診、重複検査や重複投薬を少なくし、後期高齢者の心身への必要を超えた侵襲や薬の相互作用等の発生を防止するとともに、医療資源の重複投入の抑制につながると考えられる。
- 併せて、今後の個々具体的な診療報酬体系の検討に当たっては、今回取りまとめた方向に沿った医療が第一線においてしっかりと提供されるための診療報酬上の評価の設定や、医療を受ける後期高齢者の生活と密接に関係する介護保険制度との関係にも十分配慮するべきである。
- さらに、新たな制度の被保険者である後期高齢者の負担を考慮し、制度の持続可能性に留意した、効果的・効率的な医療提供の視点が必要である。

(以上)

(参考)

後期高齢者医療の在り方に関する特別部会について

1 「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」の設置の趣旨及び審議事項

健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）により、75歳以上の後期高齢者については、平成20年4月より独立した医療制度を創設することとされている。

後期高齢者医療制度の創設に当たり、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるような新たな診療報酬体系を構築することを目的として、後期高齢者医療の在り方について審議いただくため、社会保障審議会に専門の部会を設置したものの。

2 特別部会委員（○：部会長）

遠藤	久夫	学習院大学経済学部教授
鴨下	重彦	国立国際医療センター名誉総長
川越	厚	ホームケアクリニック川越院長
高久	史麿	自治医科大学学長
辻本	好子	NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
○糠谷	真平	独立行政法人国民生活センター顧問
野中	博	医療法人社団博腎会野中病院院長
堀田	力	さわやか福祉財団理事長
村松	静子	在宅看護研究センター代表

（50音順、敬称略）

（委員の所属・役職は平成19年10月1日現在）

「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」開催経緯

平成18年

10月 5日 第1回開催

10月25日 第2回開催

有識者からのヒアリング①：後期高齢者の心身の特性等について

11月 6日 第3回開催

有識者からのヒアリング②：地域医療の現状について①

11月20日 第4回開催

有識者からのヒアリング③：地域医療の現状について②

12月12日 第5回開催

有識者からのヒアリング④：終末期医療について

平成19年

2月 5日 第6回開催

後期高齢者医療について（フリーディスカッション）

3月29日 第7回開催

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」（案）について

4月11日

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」取りまとめ

4月11日～5月11日

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」御意見の募集

6月18日 第8回開催

御意見の募集の結果について

後期高齢者の入院医療について

7月 6日 第9回開催

後期高齢者の外来医療について

後期高齢者の在宅医療について

7月30日 第10回開催

特別部会におけるこれまでの議論等について

9月 4日 第11回開催

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

10月 4日 第12回開催

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子（案）について

長寿医療制度でここがよくなる！！

➡ ご安心下さい。
今までと同じ医療を受けることができます。

加えて

住み慣れた自宅で自分らしい生活を送りたい方には・・・

☆ **医療関係職種が連携して、多様できめ細かな訪問医療を提供します**

- ・ 24時間、長時間の対応など、訪問看護サービスが充実します
- ・ 一生おいしく食べられるよう、歯科訪問診療が充実します
- ・ 飲み忘れ、飲み残しが無いよう、服薬支援が充実します

急に病状が悪化した場合にも・・・

☆ **あなたの病状を良く分かっている病院に入院できます**（在宅・外来患者の緊急時の入院）

安心して退院できるように・・・

☆ **退院前後の医療・福祉のサポートが充実します**（退院支援の計画、退院に向けた指導）

➡ 希望すれば、こうした医療の流れを、**あなたの選んだ担当医が**
継続して支えてくれます（高齢者担当医）

- 個々人に**ふさわしい治療計画**を立て、**生活を重視した丁寧な医療**を提供します
- **飲み合わせの悪い服薬も防げます**

生活面も含めた医療の提供について

～ 平成20年4月1日以降どう変わるか ～

① 数ヶ月程度先までの診療予定が分かるようになるほか、当日の診療内容等が文書にて交付されるようになります。	
<p>高齢者担当医を選んだ場合は、</p> <p>① 服薬、運動、栄養、日常生活に関する総合的な治療管理に係る診療計画書が定期的に交付されるほか、(3ヶ月に1回程度)</p> <p>② 診療日ごとに、<u>当日行った診療内容の要点や次回</u>の受診日時や予定される検査等を文書で交付される。</p>	<p>これまでは、患者さんに対して、</p> <p>① 定期的な診療計画書の作成・交付や</p> <p>② 当日行った診療内容の文書での交付は、通例ではなされていなかった。</p>
② 24時間の訪問看護サービスを受けやすくなります。	
<p>従来の診療報酬点数に加え、利用者又はその家族等からの電話等に常時対応でき、緊急訪問看護を必要に応じて行える体制を整えた訪問看護ステーションに対する診療報酬点数を設けた。(5,400円/月)</p>	<p>これまでは、利用者又はその家族等からの電話等に常時対応できる体制を整えた訪問看護ステーションに対して診療報酬点数が設けられていた。(2,500円/月)</p>
③ 飲み忘れ、飲み残しがないように、服薬支援を受けやすくなります。	
<p><u>飲み忘れの多い患者が服薬中の薬を薬局に持ち込んだ場合に、服薬時点ごとに1つの袋に入れるなどとして、薬をいつ飲むか分かりやすく整理することに対する診療報酬点数を設けた。(1,850円/回)</u></p>	<p>これまでは、薬局から一度薬をもらうと、飲み忘れがあっても患者又は家族が自分達で薬の整理・管理をしなければならなかった。</p>

④ 歯科訪問診療が大幅に充実されます。

- ・ 在宅療養を歯科医療面から支援する「在宅療養支援歯科診療所」を設けた。
- ・ 退院後の在宅医療を担う保険医療機関と連携する歯科診療所の歯科医師又は歯科衛生士が、入院中の医療機関の医師、看護師等と共同して退院時の指導を行った場合の診療報酬点数を設けた。(在宅療養支援歯科診療所の場合は6,000円、その他の場合は3,000円、いずれも退院時1回)
- ・ 在宅療養を行っている患者に対して、歯科医師と他の医療関係者(医師、看護師、薬剤師)が情報を共有した上で行う指導に対する診療報酬点数を設けた。(9,000円/月)

- ・ これまでは、在宅歯科診療を中心的に担う歯科診療所に対する特別の診療報酬点数はなかった。
- ・ これまでは、歯科医師と他の医療職種が連携して、患者に対して指導を行うことに対する診療報酬点数はなかった。

⑤ 病態の急変時に、在宅を支える多職種の医療従事者が患者・家族と診療方針について相談してくれるようになります。

患者の急変等に際し、主治医等が患者宅を訪問し、関係する多職種の医療従事者(医師・歯科医師・薬剤師・看護師)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、患者に指導を行うことに対する診療報酬点数を設けた。(2,000円(月2回まで))

これまでは、多職種の医療従事者のカンファレンスを対象とした診療報酬点数はなかった。

<p>⑥ 緊急時に入院しやすくなります。</p>	
<p><u>従来の診療報酬点数に加え、事前に緊急時の入院先として患者及び家族にその名称等が文書で提供されていた医療機関に入院した場合の診療報酬点数を設けた。(13,000円/入院初日)</u></p> <p><u>外来患者のうち、後期高齢者診療料を算定している患者について、病状の急変等に伴い、当該医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合の診療報酬点数が設けられた。(5,000円/入院初日)</u></p>	<p>これまでは、在宅療養している通院困難な患者に関し、病状の急変等に伴い、医師の求めに応じて入院させた場合の診療報酬点数が設けられていた。(6,500円/入院初日)</p> <p>これまでは、外来で通院できる患者の病状の急変等に伴い、医師の求めに応じて入院させた場合の診療報酬点数はなかった。</p>
<p>⑦ 退院前後に充実した医療・福祉のサポートを受けられるようになります。</p>	
<p><u>基本的な日常生活能力、認知能力、意欲等に関する総合的な評価(500円/入院中1回)や、当該評価結果に基づく退院支援計画の策定・退院調整に対する診療報酬点数を設けた。(1,000円/退院時1回)</u></p> <p><u>従来の診療報酬点数に加え、退院時の指導について、入院中の保険医療機関の医師、看護師等が、退院後の在宅療養を担う医師や看護師のほか、歯科医師や歯科衛生士、薬剤師やケアマネジャーと共同して行った場合の診療報酬点数が設けられた。(23,000円)</u></p>	<p>これまでは、入院患者の基本的な日常生活能力、認知能力、意欲等に関する評価に対する診療報酬点数はなかった。</p> <p>これまでは、退院時の指導について、入院中の保険医療機関の医師、看護師等が、退院後の在宅療養を担う医師と共同して行った場合の診療報酬点数が設けられていた。(3,000円)</p>

後期高齢者診療料(担当医)のQ&A

Q1 ひと月の医療が6,000円分に制限されるのですか？

➤ 違います。医療が制限されることはなく、必要な医療はこれまでどおり受けられます。

Q2 担当医を決めたらもう別の病院にかかれないのですか？

➤ 違います。病状にあわせて、いつでも好きな病院に行くことができます。

Q3 75歳になったら、必ず誰か担当医を決めなければならないのですか？

➤ 違います。身近に相談できる担当医が必要な方のみ、お医者さんに申し出てください。

Q4 担当医を一度決めたらもう変更できないのですか？

➤ 違います。患者さんの希望で、いつでも担当医は変更できます。

後期高齢者診療料の届出状況について(速報値)

	届出件数	内科診療所数		割合(診療所のみ)	
		総数	主たる	対総数	対主たる
全 国	8,876	63,286	37,356	14.0%	23.7%
北 海 道	189	2,069	1,202	8.8%	15.1%
青 森	0	670	342	0.0%	0.0%
岩 手	89	612	262	14.5%	34.0%
宮 城	54	995	580	5.4%	9.3%
秋 田	2	599	297	0.3%	0.7%
山 形	12	646	363	1.9%	3.3%
福 島	176	1,099	620	16.0%	28.4%
茨 城	40	1,188	657	3.4%	6.1%
栃 木	23	1,000	579	2.2%	3.8%
群 馬	244	1,079	590	22.6%	41.4%
埼 玉	272	2,438	1,439	11.2%	18.9%
千 葉	139	2,228	1,214	6.2%	11.4%
東 京	1,322	8,024	4,907	16.5%	26.9%
神 奈 川	566	3,598	2,254	15.7%	25.1%
新 潟	101	1,188	615	8.5%	16.4%
富 山	29	522	270	5.6%	10.7%
石 川	95	566	299	16.8%	31.8%
福 井	20	410	217	4.9%	9.2%
山 梨	95	436	262	21.8%	36.3%
長 野	361	1,022	657	35.2%	54.8%
岐 阜	208	1,117	723	18.5%	28.6%
静 岡	310	1,581	905	19.6%	34.3%
愛 知	536	3,074	1,932	17.4%	27.7%
三 重	246	978	606	24.9%	40.3%
滋 賀	29	669	399	4.3%	7.3%
京 都	98	1,631	985	6.0%	9.9%
大 阪	721	5,183	3,319	13.9%	21.7%
兵 庫	83	2,726	1,727	3.0%	4.8%
奈 良	71	764	497	9.3%	14.3%
和 歌 山	111	813	469	13.7%	23.7%
鳥 取	42	386	263	10.9%	16.0%
島 根	40	581	328	6.9%	12.2%
岡 山	183	1,105	674	16.5%	27.0%
広 島	109	1,666	934	6.5%	11.7%
山 口	22	849	482	2.6%	4.6%
徳 島	185	606	365	30.4%	50.4%
香 川	137	487	286	27.9%	47.6%
愛 媛	305	738	415	41.1%	73.0%
高 知	14	423	224	3.3%	6.3%
福 岡	648	2,450	1,364	26.4%	47.4%
佐 賀	77	459	272	16.8%	28.3%
長 崎	148	844	502	17.4%	29.3%
熊 本	89	1,026	548	8.7%	16.2%
大 分	109	672	354	16.2%	30.8%
宮 崎	29	602	325	4.7%	8.6%
鹿 児 島	487	989	562	49.0%	86.3%
沖 縄	10	478	270	2.1%	3.7%

(平成20年4月14日現在の速報値。保険局医療課調べ)

注1 届出数は、平成20年4月14日現在の速報値

注2 内科診療所数は、平成17年10月1日現在(医療施設調査)

注3 割合は、病院の届出件数22件を除いた診療所の届出件数のみで算出

後期高齢者診療料

○診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）（抜粋）

B 0 1 6 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社会保険事務局長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（以下この表において「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 A 0 0 0 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 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料(I)、区分番号 B 0 1 0 に掲げる診療情報提供料(II)、区分番号 B 0 1 7 に掲げる後期高齢者外来継続指導料及び区分番号 B 0 1 8 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 部在宅医療（区分番号 C 0 0 0 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。

○診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項

(平成 20 年 3 月 5 日保医発第 0305001 号 保険局医療課長通知) (抜粋)

B 0 1 6 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、診療所及び当該病院を中心に半径 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、当該診療計画書を交付し、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回程度を目途とするが、病状が安定し、診療計画に変更の必要が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「A 0 0 0」初診料を算定した初診の日又は退院の日の属する月においては、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、当該入院日前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) 当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等（区分番号「B 0 0 9」診療情報提供料(I)、区分番号「B 0 1 0」診療情報提供料(II)、区分番号「B 0 1 7」後期高齢者外来継続指導料及び区分番号「B 0 1 8」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実施し、その結果を患者、家族等に懇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、比体重を測定する。）
 - 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-コレステロール、HDL-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経時的に管理できる手帳（区分番号「B011-3」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治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診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節（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急変等により自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つては、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。

施設基準告示

九の三 後期高齢者診療料の施設基準等

(1) 後期高齢者診療料の施設基準

- イ 診療所又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しない病院であること。
 - ロ 当該保険医療機関内に後期高齢者の心身の特性を踏まえた当該療養を行うにつき必要な研修を受けた常勤の医師が配置されていること。
- (2) 後期高齢者診療料に規定する慢性疾患
別表第三の四に掲げる疾患

施設基準通知

第12の3 後期高齢者診療料

1 後期高齢者診療料の施設基準

- (1) 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が1名以上配置されていること。
- (2) 療養を行うにつき必要な研修とは、次のものを含めたものであること。
 - ア 高齢者及びその家族を支えるための基本的な診察方法
 - イ 高齢者の病態の一般的特徴
 - ウ 高齢者の生活機能を含めた評価
- (3) なお、既に受講した研修がこれらの要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を追加受講することでも差し支えない。
- (4) 高齢者の生活機能を含めた評価を行うにあたって十分な体制を整えていること。

2 届出に関する事項

- (1) 後期高齢者診療料の施設基準に係る届出については別添2の様式16に定める形式を用いること。
- (2) 療養を行うにつき必要な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

後期高齢者の診療報酬—終末期医療

終末期医療について

患者本人が終末期の医療の内容を決定するための、医療従事者からの情報提供と説明を評価

- 患者と家族が医療従事者と、**終末期における診療方針等について話し合い**を行った場合の評価



- ※ 書面の作成は、患者の自由な意志に基づいて行われる
- ※ 作成の強要はあってはならない
- ※ 作成後の変更も、何度でも自由に行うことができる
(変更を妨げられることは、あってはならない)

⑨ 後期高齢者終末期相談支援料 200点

後期高齢者終末期相談支援料

○診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）（抜粋）

B 0 1 8 後期高齢者終末期相談支援料 200 点

注 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、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。

○診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項

（平成 20 年 3 月 5 日保医発第 0305001 号 保険局医療課長通知）（抜粋）

B 0 1 8 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た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関係職種と話し合いを行い、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である医師が判断した者について、医師、歯科医師、看護師その他の医療関連職種が共同し、患者及びその家族等とともに、診療内容を含む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 日医政発第 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。なお、当該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。
- (4) 話し合う内容は、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治療等の

実施の希望及び急変時の搬送の希望（希望する場合にあっ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日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。
- (6) 時間の経過、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、その都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。

事 務 連 絡

平成20年4月28日

地方社会保険事務局長
都道府県民生主管部（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

） 殿

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

標記については、「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日保医発第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れたい。

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治療等について、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日保医発第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た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はならず、病状が急変した場合の治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には、「不明」、「未定」等とすることで差し支えないものである。