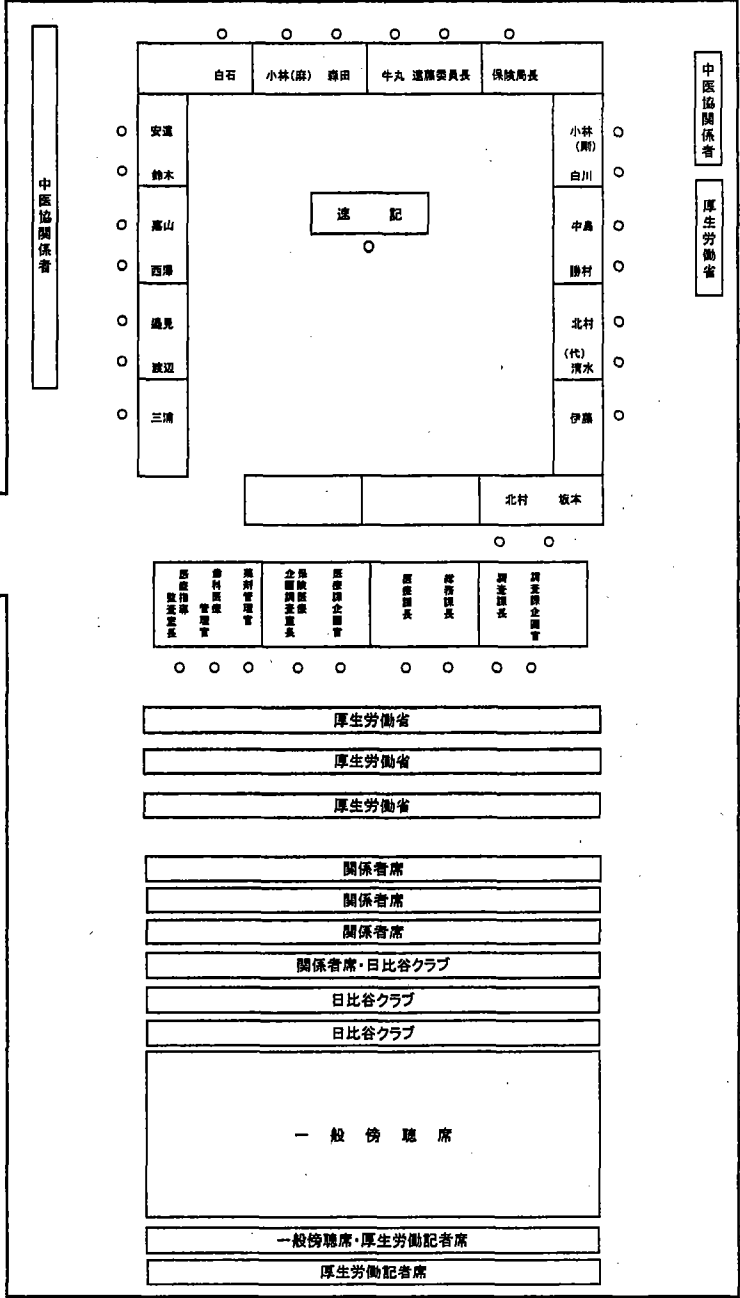


中央社会保険医療協議会 基本問題小委員会座席表

日時:平成21年12月4日(金) 9:00~10:30(目途)
会場:九段会館 真珠の間(3階)



中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 (第153回)
議事次第

平成21年12月4日(金)
於 九段会館

議 題

- 後期高齢者に係る診療報酬について
- 介護保険との連携について
- 専門的入院治療について
- その他

後期高齢者に係る診療報酬について

第1 後期高齢者に係る診療報酬について

- 1 (1) 75歳以上の者を対象として、その心身の特性や生活実態等を踏まえた独立した医療制度である後期高齢者医療制度が平成20年4月に創設された(参考資料P1)。

(2) その際、後期高齢者医療の診療報酬体系に関しては、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が設置され、同部会から、「後期高齢者にふさわしい医療(基本的事項)」として次のような視点が示された(平成19年10月10日「後期高齢者の診療報酬体系の骨子」)。
 - ①後期高齢者の生活を重視した医療
 - ②後期高齢者の尊厳に配慮した医療
 - ③後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療
(3) 上記を踏まえ、平成20年度診療報酬改定において後期高齢者に係る診療報酬点数として17項目が設けられた(参考資料P2~4)。
- 2 このように、75歳以上の方のみに適用される診療報酬については、高齢者の心身の特性等にふさわしい医療を提供するという趣旨・目的から設けられたものであるが、行政の周知不足もあり、高齢者をはじめ国民の方々の理解を得られなかったところであり、また、中医協が行った調査によれば、必ずしも活用が進んでいない実態等も明らかになった(参考資料P6~8)。
- 3 このため、社会保障審議会医療保険部会においても「75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとするが、このような診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討することとすべき。」とされた。

第2 現状と課題

- 1 後期高齢者医療制度の被保険者は約1,400万人おり、これは全人口の約1割に相当する。
- 2 後期高齢者診療料について
 - (1) 後期高齢者診療料は、高齢者ご自身が選んだ「高齢者担当医」が心と体の全体を診て、他の医療機関での診療スケジュールも含めた治療計画を作成し、外来から入院先の紹介、在宅医療まで継続して関わる仕組みを評価するために新設された点数であるが、75歳以上という年齢に着目した報酬体系であることから批判があった(参考資料P5)。

(2) 検証部会において、届出を行っている医療機関に対し調査を行ったところ、実際に算定した医療機関は1割程度であった。また、一部で懸念された受療制限等の患者の不利益は確認されなかったが、一方で患者に対するメリットも明確にはならなかったとの結果であった(参考資料P6~8)。
- 3 後期高齢者特定入院基本料について
 - (1) 一般病棟に90日を超えて入院する高齢者のうち、密度の高い医療を必要としない患者については、
 - ①一般病棟の機能をより適切に発揮される観点
 - ②長期入院を必要とする患者が療養するのにふさわしい環境の整った療養病床等での療養を促進する観点から、診療報酬が減額される*1。但し、「一定の基準」を満たした患者については、引き続き入院基本料を算定することとなる(参考資料P9~10)。

*1 もともと、平成10年に「老人長期入院医療管理料」として老人診療報酬に創設。
 - (2) 平成20年診療報酬改定において、病棟機能の明確化の観点から、上記の「一定の基準」の対象患者を見直した結果、重度の意識障害、人工呼吸器装着、頻回の喀痰吸引等のない脳卒中患者や認知症の患者について、通常患者と同様に減額対象とした(参考資料P10~12)。

(3) 実際の運用に際しては、半年間の猶予期間を設けたものの、退院を迫られる患者が生じる等の批判があったことから、「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患者については、地方厚生局に「退院支援状況報告書」を提出していただくことで機械的に減額の対象とすることはしないとする経過措置を設けた(参考資料P11~13)。

(4) 上記の取扱いについては、一定期間経過後、実態の把握を行うこととしたが、「退院支援状況報告書」の提出状況は漸減^{※2}している(参考資料P14)。※2 平成20年10月時点で2,105件→平成21年6月時点で1,484件

4 診療所後期高齢者医療管理料について

(1) 在宅療養計画を策定し、その計画に基づき、在宅での療養を行っている者の適切な在宅医療を確保するための診療を目的として入院させた場合に算定する点数として、平成8年から評価されている(参考資料P15)。

(2) 本項目については、保険診療上の意義が必ずしも明確ではなく、介護保険制度における短期入所(ショートステイ)と機能が重複しているとの指摘がある。

(3) 介護保険における短期入所サービスの一つに、短期入所療養介護がある。平成21年度介護報酬改定により、短期入所サービス提供事業所を拡充する観点から、診療所後期高齢者医療管理料を算定している有床診療所の一般病床において、短期入所療養介護サービス費の算定が可能となった。

5 後期高齢者終末期相談支援料について

(1) 本項目は、終末期における診療方針等について、患者本人、家族、医療従事者とが十分話し合いを行い、その内容を文書等にまとめた上で患者に提供することを評価したものであるが、その趣旨・内容が国民に十分周知されず、「国民に誤解と不安を与え」^{※3}たことを踏

まえ、平成20年7月1日より算定が凍結されることとなった(参考資料P16、22~23)。

※3 中央社会保険医療協議会 答申書(平成20年6月25日)より

(2) 検証部会において、一般国民に対する意識調査を実施したところ、
①年齢を問わず、8割程度の国民が終末期の治療方針等について話し合いを行いたいと考えている
②一方、公的医療保険から医療機関に相談料が支払われることについては、「好ましい」「好ましくない」「どちらとも言えない」がほぼ拮抗している
との結果であった(参考資料P17~21)。

(3) なお、終末期における医療の在り方を巡っては、厚生労働省における「終末期医療のあり方に関する懇談会」において議論が続いており、現時点では意見の集約には至っていない。

第3 現行の診療報酬上の評価の概要

1 高齢者の生活を重視した医療に対する評価について

(1) 後期高齢者に対し、入院時から退院後の生活を念頭に置いた医療を行うことが必要なことから、病状の安定後早期に、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ことを平成20年度より診療報酬上評価している。

(2) また、居宅での生活を希望する場合に、安心して居宅での生活を選択できるよう、入院時から退院後の生活を見越した退院支援計画を策定し退院調整を行う取組を評価している。

新

A240 後期高齢者総合評価加算 50点 (入院中1回)

[算定要件]

- 1 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、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入院中1回に限り所定点数に加算。
- 2 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、後期高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が一名以上配置されていること

新

A241 後期高齢者退院調整加算 100点 (退院時1回)

[算定要件]

退院困難な要因を有する後期高齢者に対して、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し退院した場合について算定。

[施設基準]

- 1 病院では、入院患者の退院に係る調整・支援に関する部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されている。
- 2 有床診療所では、退院調整に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されている。
- 3 退院支援に関して患者の同意のもと、以下を実施している。
 - ①入院早期に、退院に関する支援の必要性の評価を行っている。
 - ②支援の必要性が高い患者について、具体的な支援計画を作成する。
 - ③支援計画に基づいて患者又は家族に支援を行う。

【届出医療機関数】

	平成20年度
A240 後期高齢者総合評価加算	1,041
A241 後期高齢者退院調整加算	2,621

【算定状況】平成20年社会医療診療行為別調査 (6月審査分)

	実施件数	算定回数
A240 後期高齢者総合評価加算	2,049	2,049
A241 後期高齢者退院調整加算	4,801	4,807

2 入院医療及び在宅医療等に関する評価について

(1) 後期高齢者特定入院基本料

高齢者の長期療養に関する医療・介護の機能分化を促進する観点から、高齢者が一般病棟に90日を超えて入院する場合に算定する入院基本料として、平成10年に「老人特定入院基本料」として創設された。平成20年度診療報酬改定時に、名称のみ変更して現在に至る。

新

A100 一般病棟入院基本料

注4 後期高齢者特定入院基本料 928点 (1日につき)

ただし、特別入院基本料を算定する場合は 790点 (1日につき)

[算定要件]

後期高齢者であって、当該病棟に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。)に該当する患者について算定。

【備考】A104 特定機能病院入院基本料、A105 専門病院特定入院基本料、A106 障害者施設等入院基本料においても、一般病棟入院基本料と同様の点数設定がある。

【算定状況】平成20年社会医療診療行為別調査 (6月審査分)

	平成19年度 (老人特定入院基本料)		平成20年度 (後期高齢者特定入院基本料)	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
A100 注4 一般病棟後期高齢者特定入院基本料	1,669	26,035	3,788	54,015
A104 注4 特定機能病院後期高齢者特定入院基本料	24	359	100	2,300
A105 注3 専門病院後期高齢者特定入院基本料	-	-	276	7,476
A106 注3 障害者施設等後期高齢者特定入院基本料	-	-	-	-

【参考】本点数の算定除外対象となる場合の「一定の基準」

(平成20年3月5日厚生労働省告示第62号より)

別表第四 厚生労働大臣が定める状態等にある患者

- 一 難病患者等入院診療加算を算定する患者
- 二 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- 三 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。)、腎臓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
- 四 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
 - 五 観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
 - 六 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百八十日までの間に限る。)
 - 七 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
 - 八 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
 - 九 人工呼吸器を使用している状態にある患者
 - 十 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
 - 十一 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三十日までの間に限る。)にある患者
 - 十二 前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

(2) 後期高齢者処置及び後期高齢者精神病棟等処置料

医療機関において褥瘡等を予防する取組みを促進するため、入院期間が1年を超える高齢者に対して褥瘡処置等を行った場合の費用を包括した点数である。

もともと、昭和61年に「老人処置料」として新設されたものであり、平成20年度診療報酬改定時に名称のみ変更して現在に至る。

㊦ J001-5 後期高齢者処置 12点 (1日につき)

[算定要件]
 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、所定点数を算定する。当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

㊦ J001-6 後期高齢者精神病棟等処置料 15点 (1日につき)

[算定要件]
 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、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

【算定状況】社会医療診療行為別調査(各年6月審査分)

	平成19年 (老人処置)		平成20年 (老人精神病棟等処置料)	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
J001-5 後期高齢者処置	2,088	45,580	1,696	39,212
J001-6 後期高齢者精神病棟等処置料	3,816	101,862	5,301	136,669

(3) 在宅療養支援歯科診療所による後期高齢者の歯科疾患及び口腔機能の管理を評価するため、平成20年度診療報酬改定において老人訪問口腔指導管理料を廃止し、後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を新設した。

⑧ 歯科 C001-2 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 180点 (月1回)

【算定要件】

- 1 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、在宅又は社会福祉施設等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、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。
- 2 歯科疾患管理料は別に算定できない。

【届出医療機関数】

	平成20年度
在宅療養支援歯科診療所	3,039

【算定状況】平成20年社会医療診療行為別調査 (6月審査分)

	実施件数	算定回数
歯科C001-2 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料	22,267	22,267

(4) 後期高齢者が入院中に服用した主な薬剤の情報の管理が、退院後にも継続的に行えるような取組を平成20年度より評価している。

⑧ B014 後期高齢者退院時薬剤情報提供料 100点 (退院時1回)

【算定要件】

後期高齢者である患者の入院時に、服用中の医薬品等について確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤 (副作用が発現した薬剤や退院直前に投薬又は注射された薬剤等) の名称並びに副作用が発現した薬剤については、投与量、当該副作用の概要、講じた措置 (投与継続の有無等を含む。)、転帰等について、当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できるような手帳 (いわゆる「お薬手帳」) 等に記載した場合に算定。

【算定状況】平成20年度社会医療診療行為別調査 (6月審査分)

	実施件数	算定回数
B014 後期高齢者退院時薬剤情報提供料	34,589	34,639

(5) 後期高齢者については、外来の院内投薬の場合には、従前の薬剤情報提供料の老人加算について、後期高齢者医療制度の施行に伴い廃止し、後期高齢者診療料を算定する患者以外の患者に対して「お薬手帳」に記載した場合等の評価に改めた。

また、調剤報酬における従前の薬剤服用歴管理料の加算である服薬指導加算と薬剤情報提供料を廃止するとともに、薬剤服用歴管理料の算定要件に、患者等から収集した服薬状況等の情報に基づき服薬指導すること及び「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することを新たに追加し、その評価を引き上げている。

⑤ B011-3 薬剤情報提供料

注2 後期高齢者加算 5点 (月1回、処方内容に変更があった場合はその都度)

【算定要件】

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、月1回に限り(処方内容に変更があった場合は、その都度)加算

⑤ 調剤18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料 35点 (処方箋受付1回につき)

【算定要件】

後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定。

- 1 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、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
- 2 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
- 3 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患者の手帳に記載する

【算定状況】社会医療診療行為別調査 (6月審査分)

	平成19年 (老人加算)		平成20年 (後期高齢者加算)	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
B011-3 注2 後期高齢者加算	626,384	784,230	722,806	883,057

平成20年社会医療診療行為別調査 (6月審査分)

	実施件数	算定回数
調剤18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料	-	13,050,960

3 他の診療報酬項目と関連の深い項目について

(1) 後期高齢者の外来医療に当たっては、治療の長期化、複数疾患のり患といった心身の特性等を踏まえ、慢性疾患等に対する継続的な管理を行うことを評価している。

一方で、生活習慣病管理料においても、同様の医学管理に対して評価を行っている。

⑤ B016 後期高齢者診療料 600点 (月1回)

【算定要件】

- 1 保険医療機関である診療所又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しない病院。
- 2 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慢性疾患を主病とするものに対して、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、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、運動又は日常生活その他療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定できる。
- 3 診療計画には、療養上必要な指導及び診療内容、他の保健・医療・福祉サービスとの連携等を記載する。
- 4 毎回の診療の際に服薬状況等について確認するとともに、院内処方を行う場合には、経時的に薬剤服用歴が管理できるような手帳等に薬剤名を記載する。
- 5 患者の主病と認められる慢性疾患の診療を行う1保険医療機関のみにおいて算定。
- 6 当該患者に対して行われた医学管理等、検査、画像診断、処置は後期高齢者診療料に含まれる。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、550点以上の項目については別途算定できる。
- 7 当該診療所(又は医療機関)に次のそれぞれ内容を含めた研修を受けた常勤の医師がいること。

- 〈研修事項〉
- ・高齢者の心身の特性等に関する講義を中心とした研修
 - ・診療計画の策定や高齢者の機能評価の方法に係る研修

【対象疾患】

糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、認知症等

⑤ A239 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 500点 (入院初日)

【算定要件】

- 1 診療所において後期高齢者診療料を入院の月又はその前月に算定している患者について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、当該患者に関す

る診療情報を交換し、円滑に入院させた場合に算定。

- 後期高齢者診療料で作成する診療計画に緊急時の入院先としてあらかじめ定められた病院及び病床診療所に限る。
- 入院後24時間以内に当該診療所の医師と入院中の担当医が診療情報を交換した場合も算定できることとする。
- 入院先の保険医療機関の医師は、患者の希望する診療内容について主治医に確認しその内容を共有すること。

B017 後期高齢者外来継続指導料 200点 (退院後初回診療日)

【算定要件】

- 後期高齢者診療料を入院の月又はその前月に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当該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、退院後の最初の診療日に算定。
- 外来で再び継続して診療を行うに当たっては、入院していた保険医療機関から入院中の診療に関する情報提供を受けること。

【届出医療機関数】

	平成20年度
B016 後期高齢者診療料	25病院 9,536診療所

【算定状況】平成20年社会医療診療行為別調査 (6月審査分)

	実施件数	算定回数
B016 後期高齢者診療料	42,532	42,532
A239 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算	59	59
B017 後期高齢者外来継続指導料	51	51

(2) 後期高齢者が入院中に指導された栄養管理が退院後も継続的に見えるような取組を評価している。一方で、栄養管理実施加算等においても、入院患者の栄養状態の改善に対する取組を評価している。

B015 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 180点 (退院時1回)

【算定要件】

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、退院後の在宅での栄養・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。

【算定状況】社会医療診療行為別調査 (各年6月審査分)

	平成20年	
	実施件数	算定回数
B015 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料	5,198	5,198

(4) 診療所後期高齢者医療管理料

本点数は平成8年に「診療所老人医療管理料」として創設され、平成20年度診療報酬改定時に名称のみ変更して現在に至る。

A316 診療所後期高齢者医療管理料

- 14日以内の期間 1,080点 (1日につき)
- 15日以上期間 645点 (1日につき)

【算定要件】

在宅療養計画を策定し、その計画に基づき、在宅での療養を行っている者の適切な在宅医療を確保するための診療を目的として診療所に入院させた場合に算定。

【届出医療機関数】

	平成19年度	平成20年度
	(診療所老人医療管理料)	(診療所後期高齢者医療管理料)
A316 診療所後期高齢者医療管理料		335施設 1,454床

【算定状況】平成20年社会医療診療行為別調査 (6月審査分)

	平成19年		平成20年	
	(診療所老人医療管理料)		(診療所後期高齢者医療管理料)	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
A316 診療所後期高齢者医療管理料	535	8,304	444	8,175

4 ガイドラインに沿った終末期における十分な情報提供等の評価

安心できる終末期の医療の実現を目的として、患者本人による終末期の医療内容の決定のための医師等の医療従事者による適切な情報提供を評価するため、平成20年度診療報酬改定の際に創設された（平成20年7月以降、算定を凍結）。

B018 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

【算定要件】

- 1 終末期における診療方針等について十分に話し合い、文書（電子媒体を含む）又は映像により記録した媒体にまとめて提供した場合に算定。
- 2 患者に対して、現在の病状、今後予想される病状の変化等について説明し、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延命治療等の実施の希望、急変時の搬送の希望並びに希望する際は搬送先の医療機関の連絡先等終末期における診療方針について話し合い、文書等にとりまとめ提供する。
- 3 入院中の患者の診療方針について、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なことであることから、入院中の患者については、特に連続して1時間以上にわたり話し合いを行った場合に限り算定できることとする。
- 4 患者の意思の決定に当たっては、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成18年5月21日医政発第0521011号）及び「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考とすること。 等

C005 在宅患者訪問看護・指導料

C005-1-2 居住系施設入居者等訪問看護・指導料

注7 後期高齢者終末期相談支援加算 200点（1回に限る）

【算定要件】

利用者の同意を得て、保険医と共同し、利用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。

調剤19 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

【算定要件】

在宅患者について、患者の同意を得て、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。

【算定状況】平成20年社会医療診療行為別調査（6月審査分）

	実施件数	算定回数
B018 後期高齢者終末期相談支援料	469	469
C005 注7 後期高齢者終末期相談支援加算	—	—
C005-1-2 注7 後期高齢者終末期相談支援加算	—	—
調剤19 後期高齢者終末期相談支援料	—	—

第3 論点

- 1 高齢者の生活を重視し、介護・福祉サービスとの円滑な連携を推進する取組みに対する診療報酬上の評価について、どう考えるか（参考資料P2～3）。
- 2 他の診療報酬項目で評価しているものと関連の深い診療に関する診療報酬上の評価について、どう考えるか（参考資料P2～3）。
- 3 現行では後期高齢者に着目しているが、他の年齢層にも共通する課題に関する診療報酬上の評価について、どう考えるか（参考資料P2～3）。
- 4 終末期を巡るこれまでの議論を踏まえ、後期高齢者終末期相談支援料の在り方について、どう考えるか（参考資料P16～23）。

後期高齢者に係る診療報酬について

(参考資料)

後期高齢者医療制度

制度の概要

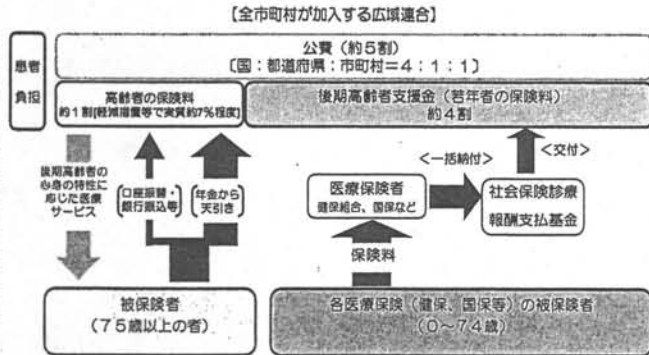
- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢者と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

後期高齢者医療制度の仕組み

<対象者数>
75歳以上の高齢者 約1,400万人

<後期高齢者医療費>
12.4兆円(平成21年度予算ベース)
給付費 11.4兆円
患者負担1.0兆円

<保険料額(平成21年度)>
全国平均 約62,000円/年
※ 基礎年金のみを受給されている方は約4,200円/年



後期高齢者に係る診療報酬点数一覧①

項目番号	項目名	点数	点数の概要
A100	注4 後期高齢者特定入院基本料(※)	(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。
A239	後期高齢者外来患者緊急入院診療加算(※)	(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。
A240	後期高齢者総合評価加算(※)	(入院中1回) 90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。
A241	後期高齢者退院調整加算(※)	(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。
A316	診療所後期高齢者医療管理料 1 14日以内の期間 2 15日以上の期間	(1日につき) 1,090点 845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。
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)	(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。
B014	後期高齢者退院時薬剤情報提供料(※)	(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、誤じた措置等を含む。)に関して当該患者の手帳に記載した場合に算定する。
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。
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。
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。

注：(※)の付く点数については、歯科診療報酬点数表に同様の点数が存在。

後期高齢者に係る診療報酬点数一覧②

項目番号	項目名	点数	点数の概要
B018	後期高齢者終末期相談支援料(※)	(1回限り) 200点	当該保険機関の医師が、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、看護士と共同し、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。
C005 C005-1 -2	注7 後期高齢者終末期相談支援加算	(1回限り) 200点	当該保険機関の医師、助産師又は管理士が、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の保険者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、当該保険機関の医師と共同し、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。
J001-5	後期高齢者加償	(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療養加償を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず算定する。
J001-6	後期高齢者精神科療養加償料	(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、精神科療養又は精神科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、次に掲げる加償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 創傷加償(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 皮膚科療養加償 (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

注：(※)の付く点数については、歯科診療報酬点数表に同様の点数が存在。

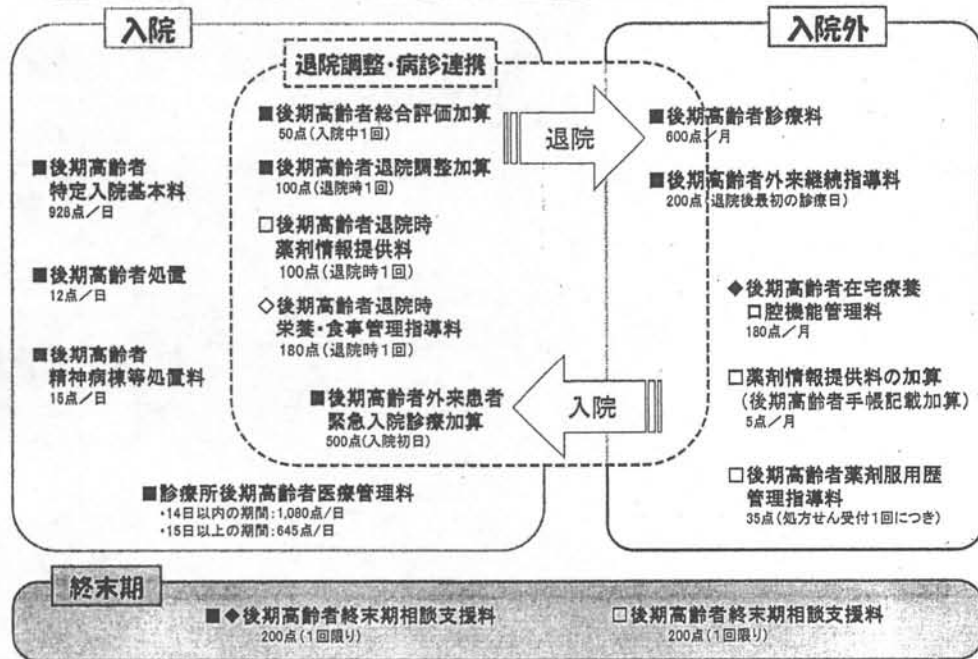
【歯科点数表】

項目番号	項目名	点数	点数の概要
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退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に基づき、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。

【調剤点数表】

項目番号	項目名	点数	点数の概要
18	後期高齢者薬剤服用管理指導料	(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指導に基づき、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、薬剤の服用に関する、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薬剤服用指導に記載し、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。」
19	後期高齢者終末期相談支援料	(1回限り) 200点	当該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の保険者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退院が困難なものに限る。)に対して、患者の同意を得て、当該保険機関の医師及び看護士と共同し、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。

後期高齢者に係る診療報酬



【注】各点数に係る主な職種は右の通り。 ■:医師 ◆:歯科医師 □:薬剤師 ◇:管理栄養士

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】

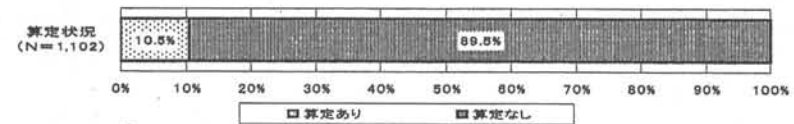
- 診療所 又は半径4km以内に診療所が存在しない病院
- 後期高齢者の心身の特性を踏まえた療養を行うにつき必要な研修を受けた常勤の医師を配置

【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

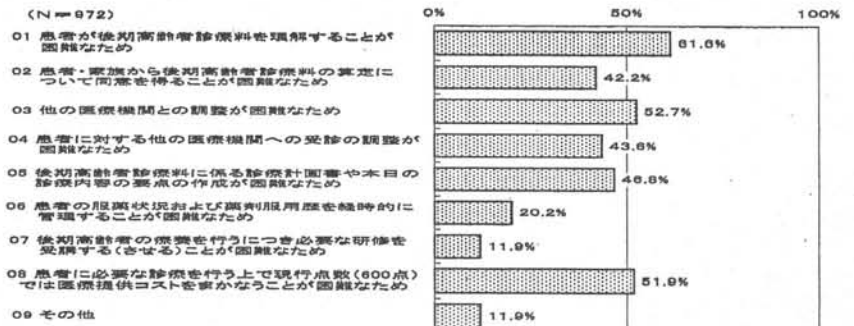
後期高齢者診療料の検証結果① 算定状況

後期高齢者診療料の算定状況に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

(1) 後期高齢者診療料の算定状況



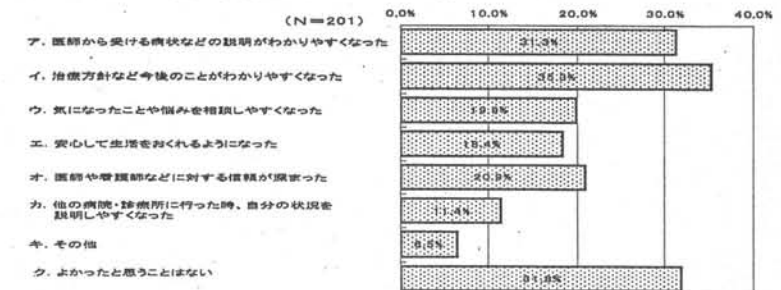
(2) 医療機関が後期高齢者診療料を1人も算定していない理由



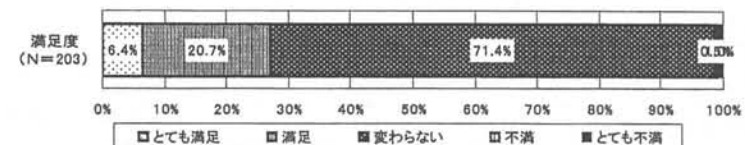
後期高齢者診療料の検証結果② 算定後の評価

後期高齢者診療料の算定状況に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

(3) 後期高齢者診療料の算定後のよかった点



(4) 後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する患者の満足度の変化



後期高齢者診療料の検証結果③ 検証部会の評価

(1)届出と算定状況の乖離

- 後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関のうち約9割が算定せず。
- 理由として指摘されている事項
 - ・患者が後期高齢者診療料を理解することが困難
 - ・患者、家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難
 - ・他の医療機関との調整が難しい
 - ・コスト面での理由

(2)患者による評価の多様性

- 患者調査においてよくなったという受け止めとそうでもない受け止めが混在。
- 満足度について、患者の71.4%が「変わらない」と回答。

(3)診療報酬としての意義

- 一部で懸念された受療制限等の患者の不利益は確認されなかったが、一方で患者に対するメリットも明確にはならなかった。
- 当該制度から生ずる患者の利益、不利益は一定期間継続された医師・患者関係の下で表れるという性格のものであるため、制度発足から間もない時点の調査では限界があったのではないか。

8

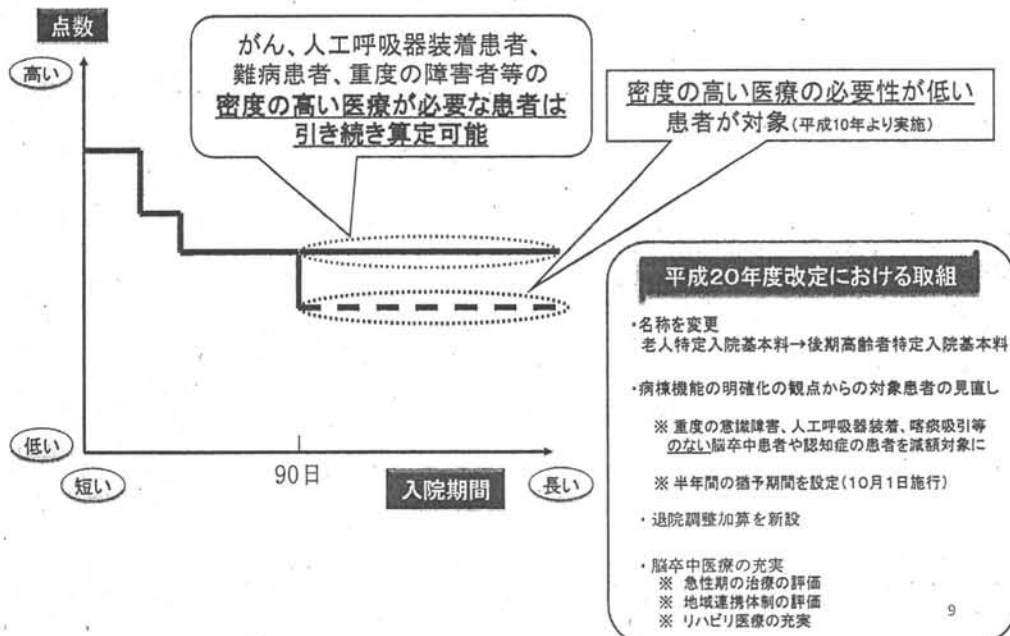
【参考】特定除外対象患者となる場合の「一定の基準」(平成20年3月5日厚生労働省告示第62号より)

別表第四 厚生労働大臣が定める状態等にある患者

- 一 難病患者等入院診療加算を算定する患者
- 二 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- 三 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
- 四 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
- 五 観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- 六 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百八十日までの間に限る。)
- 七 ト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
- 八 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
- 九 人工呼吸器を使用している状態にある患者
- 十 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
- 十一 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三十日までの間に限る。)にある患者
- 十二 前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

10

後期高齢者特定入院基本料の概要



9

後期高齢者特定入院基本料の算定状況①

(1)月の初めから90日を超えて入院している患者の1日あたり算定点数

		一般病棟	特定機能病院	専門病院	障害者施設等	
		入院基本料	一般病棟	入院基本料	入院基本料	
特定除外	件数	36,352	588	276	16,000	
	1日当たり点数	総点数	2,070	2,557	2,192	2,111
		(内)入院基本料	1,154	1,428	1,269	1,085
	(内)入院基本料以外	915	1,129	923	1,025	
特定	件数	643	11	-	-	
	1日当たり点数	総点数	973	1,299	-	-
		(内)入院基本料	928	928	-	-
	(内)入院基本料以外	45	371	-	-	

(2)一般病棟入院基本料算定患者のうち、平成19年5月に入院期間が90日を超える患者の内訳

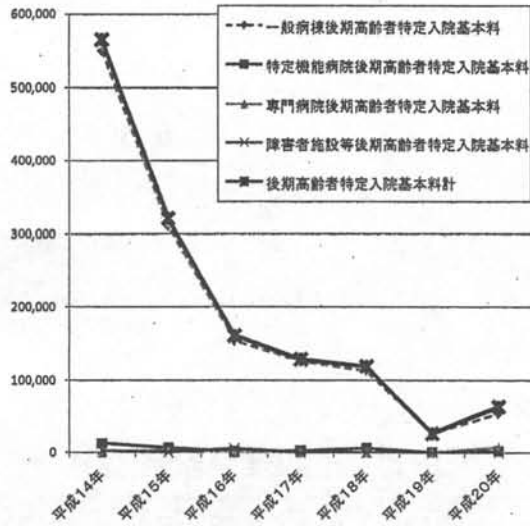
	件数		
	総数	一般	老人
90日を超えても一般病棟入院基本料を算定し続けている明細書	25,471	8,392	17,079
90日を超えて、一般病棟入院基本料から老人特定入院基本料に移行したレセプト(※一般と老人特定どちらを先に算定しているかは不明)	480	-	480

出典:平成20年社会医療診療行為別調査

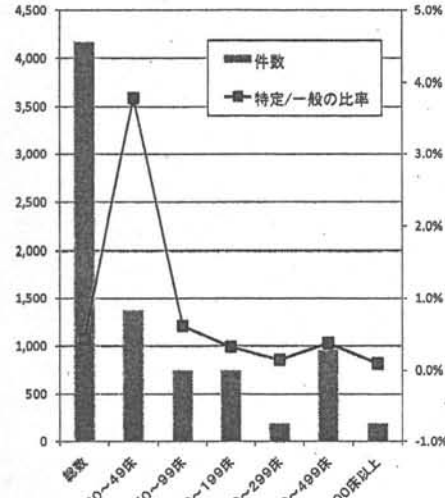
11

後期高齢者特定入院基本料の算定状況②

後期高齢者特定入院基本料算定回数の推移



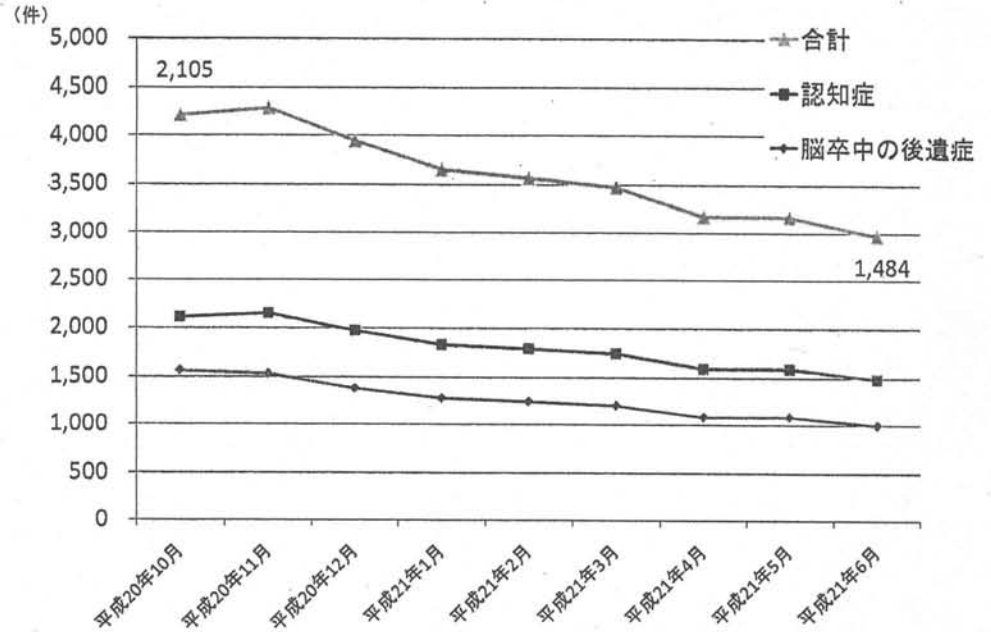
病床規模別特定入院基本料算定件数



出典:平成20年社会医療診療行為別調査

12

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)



保険局医療課調べ

14

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。

13

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	一般病棟		療養病床	一般病棟・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 460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21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)。

15

後期高齢者終末期相談支援料の概要

■後期高齢者終末期相談支援料 200点(1回に限る)

【基本的な考え方】

安心できる終末期の医療の実現を目的として、患者本人による終末期の医療内容の決定のための医師等の医療従事者による適切な情報の提供と説明を評価する。

【具体的な内容】

○医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について、患者の同意を得て、医師、看護師、その他関係職種が共同し、患者及びその家族とともに、終末期における診療方針等について十分話し合い、その内容を文書等にまとめた場合を評価。

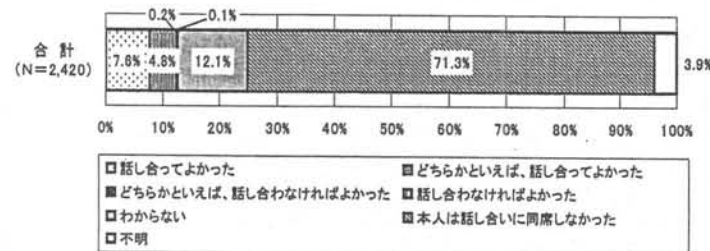
○患者の意思決定に当たっては、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」、「終末期医療に関するガイドライン」を参考にする。

後期高齢者終末期相談支援料の検証結果② 満足度

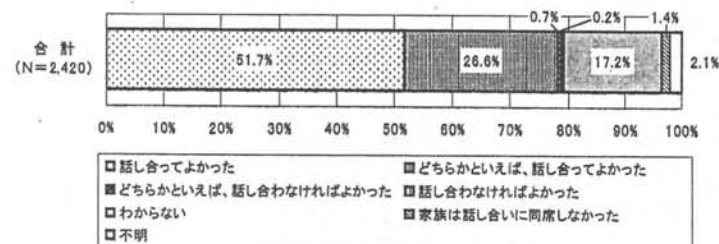
後期高齢者終末期相談支援料に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

(2)話し合い後の患者・家族の状況(事例調査における医療スタッフの回答)

①本人の様子



②家族の様子

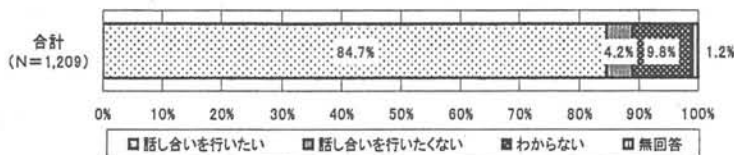


後期高齢者終末期相談支援料の検証結果① 国民の意識

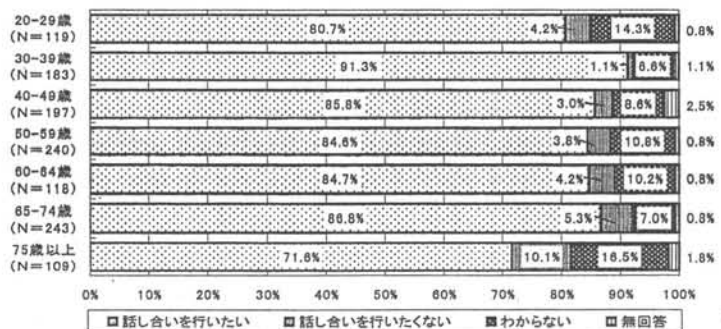
後期高齢者終末期相談支援料に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

(1)終末期の治療方針等についての話し合いに関する国民の意識

①全体



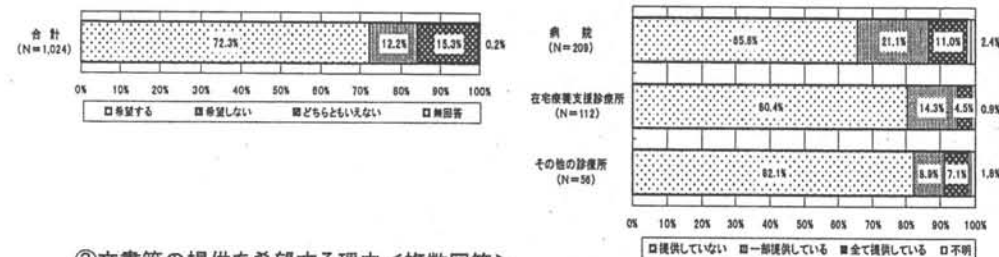
②年齢階層別



後期高齢者終末期相談支援料の検証結果③ 文書の提供

(3)話し合い後の文書の提供に関する国民の意識

①話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供の希望 ②話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況



③文書等の提供を希望する理由<複数回答>

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%
医療側にも、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%

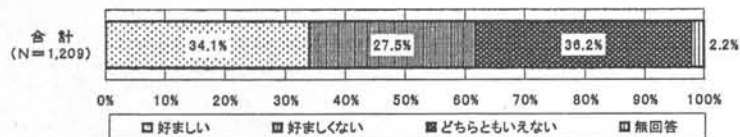
文書の提供を「希望する」割合が72.3%と高い一方で、施設調査では、「文書は提供していない」割合が高く、医療機関側と一般国民の意識とのずれも明らかになった。

後期高齢者終末期相談支援料の検証結果④ 費用への意識

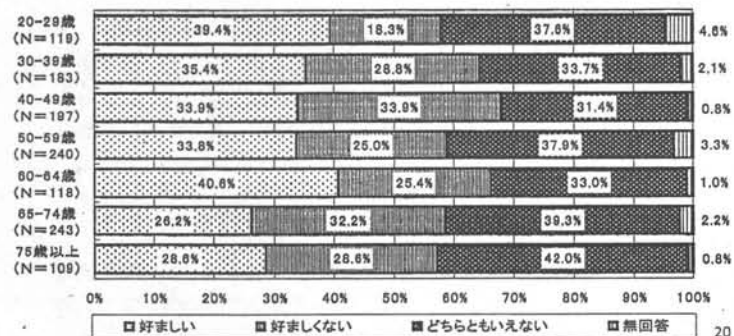
後期高齢者終末期相談支援料に係る調査(平成21年5月中医協検証部会)

(4) 公的医療保険から医療機関に費用が支払われることに対する国民の意識

① 全体



② 年齢階層別



後期高齢者終末期相談支援料の検証結果⑤ 検証部会の評価

(1) 国民の意識

- 終末期の治療方針等について「話し合いを行いたい」割合は84.7%と高かった。
- 一方で、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について「好ましい」が34.1%、「好ましくない」が27.5%、「どちらともいえない」が36.2%となり、意見が分かれた。

(2) 患者本人の話し合いへの参加

- 事例調査において患者本人の参加が17.7%とさほど高くなく、話し合いの実際と一般国民の意識の違いが見られた。

(3) 話し合いの影響

- 実際に話し合いが患者や家族にもたらした影響として、「不安が軽減された」「よりよい決定に生かされたようだった」等のプラスの影響が比較的多く見られた。

(4) 診療報酬としての意義

- 平成20年7月より後期高齢者終末期相談支援料については凍結措置が講じられているが、一般国民に対する意識調査において、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については、「好ましい」「好ましくない」「どちらともいえない」がほぼ拮抗していることも踏まえ、そのあり方については今後とも引き続き検討を行う必要がある。



平成20年6月25日

厚生労働大臣

舛添要一 殿

中央社会保険医療協議会

会長 遠藤 久夫

答 申 書

(後期高齢者終末期相談支援料等の凍結について)

平成20年6月25日付け厚生労働省発保第0625001号をもって諮問のあった件について、下記の通り答申する。

記

1. 後期高齢者終末期相談支援料は、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において取りまとめられた「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)や、同審議会医療保険部会・医療部会において取りまとめられた「平成20年度診療報酬改定の基本方針」(平成19年12月3日)に基づく診療報酬の改定を行うべきとの厚生労働大臣からの諮問を受け、本協議会において真摯な議論を重ね創設したものであり、終末期における診療方針等について、患者本人、家族、医療従事者と十分話し合いを行い、その内容を文書等にまとめた上で患者に提供することを評価したものである。

この相談支援料は、患者が、本人の納得のいく診療方針で、尊厳と安心をもって充実した環境の中で残された日々を過ごすことができるようにすることを目的としたものである。医療費の抑制を目的とするものでないことはもちろんのこと、患者に対して意思の決定を迫るようなものではなく、

患者の自発的な意思を尊重するものであるにも関わらず、その趣旨・内容が国民に十分周知されず、国民に誤解と不安を与え、その結果として、算定凍結の措置を講ずるに至ったことはやむを得ないこととはいえ、誠に遺憾である。

2. 本協議会では、診療報酬改定後のしかるべき時期にその実施状況等について調査・検証を行い、必要があれば見直しを行うということを基本としている。そのような中で、必要な調査・検証が行われないうちに、凍結との諮問が行われたことは、極めて異例なことであると言わざるを得ない。

しかし、本協議会としては、相談支援料に対する誤解とそれに基づく不安がある現状において、相談支援料の算定をこのまま継続することは、当初の相談支援料の意図の実現が十分に期待できない可能性があるとの判断をした。

今回の措置は、このような特別な事情に基づき実施するものであり、確固としたエビデンスと検証を踏まえて十分に議論した上で対応するという、これまでの診療報酬改定の基本的な考え方を変更するものではないことを確認する。

なお、本協議会としては、国民の誤解と不安を解消するとともに、終末期における情報提供と相談支援に関する実態について情報収集や検証等を早急に行い、その結果を踏まえ、算定の再開を含めた総合的な議論をしたいと考えている。

3. 今回の措置は、国民の理解を得るための努力不足がその大きな原因となっている。厚生労働省は、再びこのようなことが起こることのないよう、診療報酬改定を行うに当たっては、その趣旨や内容を国民に対して十分に説明するものとするほか、誤解を生じさせるような指摘等に対してはしっかりとした対応をとることを強く望むものである。

また、これを契機として、終末期医療について開かれた国民的議論が行われるよう望むものである。

介護保険との連携について

第1 医療保険と介護保険の連携の状況について

- 65歳以上人口の割合は増加しており、要介護(要支援)認定者数も増加している(参考資料 P1~2)。
- 介護サービスを受けるためには、居住地の市町村への申請を行い、認定調査・主治医意見書に基づいた要介護認定を受ける必要がある。原則として、申請の受付から認定結果の通知については、30日以内に行うこととされている(参考資料 P3)。
- 主治医意見書には、介護サービス提供時の医学的観点からの留意点、利用する必要があると考えられる医療系サービス等の情報が含まれており、患者本人及び主治医の同意によって居宅介護支援事業者等(以下ケアマネージャー)が介護サービス計画(以下、ケアプラン)を作成に利用することが可能である(参考資料 P7~8)。
- 介護老人保健施設には常勤医師が配置されているため、比較的病状が安定している者に対する療養については当該医師により提供可能であることから、介護老人保健施設入所者に対する診療料については、施設入所者以外の患者に対するのとは別の整理を行っている(参考資料 P11~14)。

第2 現状と課題

- 入院患者のスムーズに在宅復帰を可能にするには、地域の事業者等について、情報提供可能なケアマネージャーと、入院時から連携することが重要である。特に、入院前から在宅で居宅系サービスを利用していた患者の場合、そのケアプランの作成を担当していたケアマネージャーと入院早期から適切な連携を図ることが必要である(参考資料 P4)。
- ケアマネージャーへの調査によると、他機関との連携に関する悩みのうち、主治医との連携が取りにくいとの回答が 57.2%を占めた。また、主治医意見書は、居宅において介護を受ける患者に医療と連続した適切なサービスを提供するために重要な情報が記載されているが、入手していない割合が5割を超えるケアマネージャーが21%以上見られた(参考資料 P5~

8)。

- 老健施設入所者においても、がん患者等が入所している例が見られるが、現状、内服の抗腫瘍剤は医療保険から算定可能としているものの、注射の抗腫瘍剤は算定できないこととしている。近年、外来化学療法安全性の向上等により、外来化学療法患者が増加傾向にあり、今後、老健施設への入所を必要とする外来化学療法患者が増加することも想定される(参考資料 P9~14)。

第3 診療報酬上の評価

- 退院後、在宅療養へ移行する患者について、退院後の在宅療法を担う医師と入院中の医療機関の医師が共同して指導を行った場合の評価を設けるとともに、退院後の在宅療養を担う薬剤師や訪問看護ステーションの看護師、ケアマネージャー等も加わった場合の加算を設けた。

B004	退院時共同指導料1		
	1 在宅療養支援診療所	1,000 点	
	2 1以外	600 点	
B005	退院時共同指導料2	300 点	
	退院後の在宅療養を担う薬剤師や訪問看護ステーションの看護師、ケアマネージャー等も加わった場合	2000 点	

社会医療診療行為別調査(各年6月審査分)

		平成19年		平成20年	
		実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
退院時共同指導料1	1	-	-	204	204
	2	1,074	1,074	363	363
退院時共同指導料2	1	38	38	1,051	1,051
	2	659	659		

- 平成21年度介護報酬改定において、ケアマネージャーが入院中の医療機関の職員と面談を行った場合の評価を行った。

イ 居宅介護支援費(1月につき)

(1) 居宅介護支援費(Ⅰ)

(一) 要介護1又は要介護2 1,000 単位

(二) 要介護3、要介護4又は要介護5 1,300 単位

ニ 医療連携加算 150 単位

ホ 退院・退所加算

(1) 退院・退所加算(Ⅰ) 400 単位

(2) 退院・退所加算(Ⅱ) 600 単位

3 老健施設入所者については、介護報酬に包括されている医療行為や薬剤等又は老健施設入所者に想定されない医療行為や薬剤等については診療報酬から算定できないこととしている(参考資料 P11~13)。

第4 論点

- 1 入院後早期から退院後の生活を見通し、適切にケアマネージャーと連携を行う取組みについて、診療報酬上の評価をどのように考えるか(参考資料 P3~8)。
- 2 老人保健施設ががん患者をより積極的に受け入れやすくする取組みについて、診療報酬上の評価をどう考えるか(参考資料 P9~14)。

2 要介護(要支援)認定者数

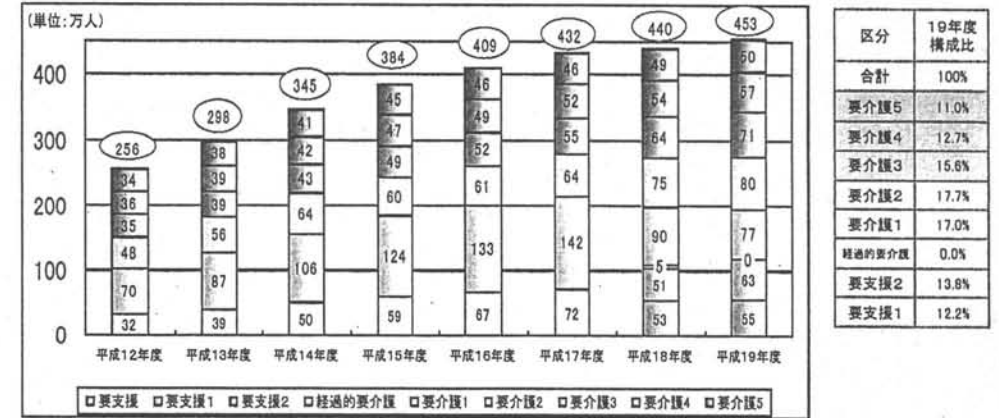
(19年3月末現在)

(20年3月末現在)

440万人

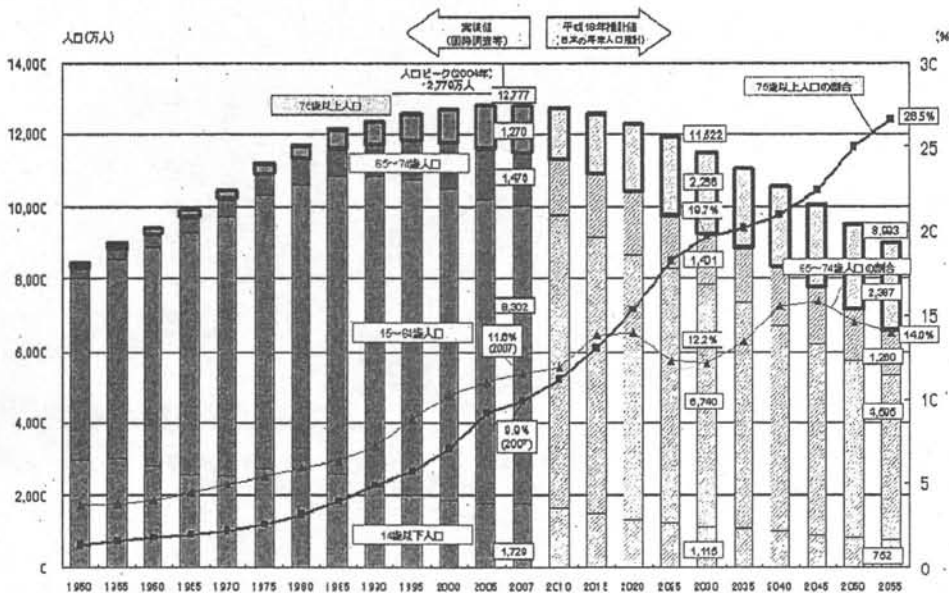
⇒ 453万人(対前年度13万人増、2.9%増)

介護保険との連携 (参考資料)

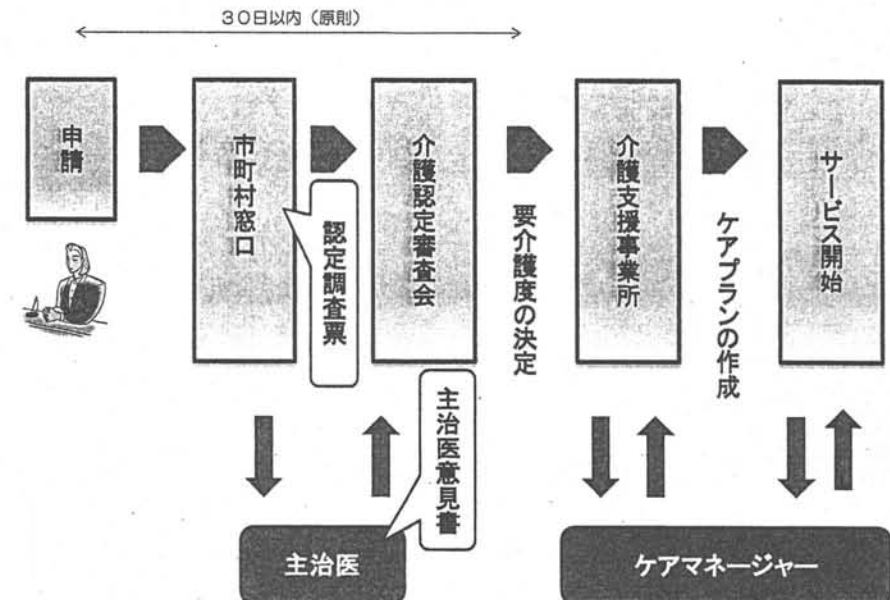


(平成19年介護保険事業状況報告(年報))

人口推計

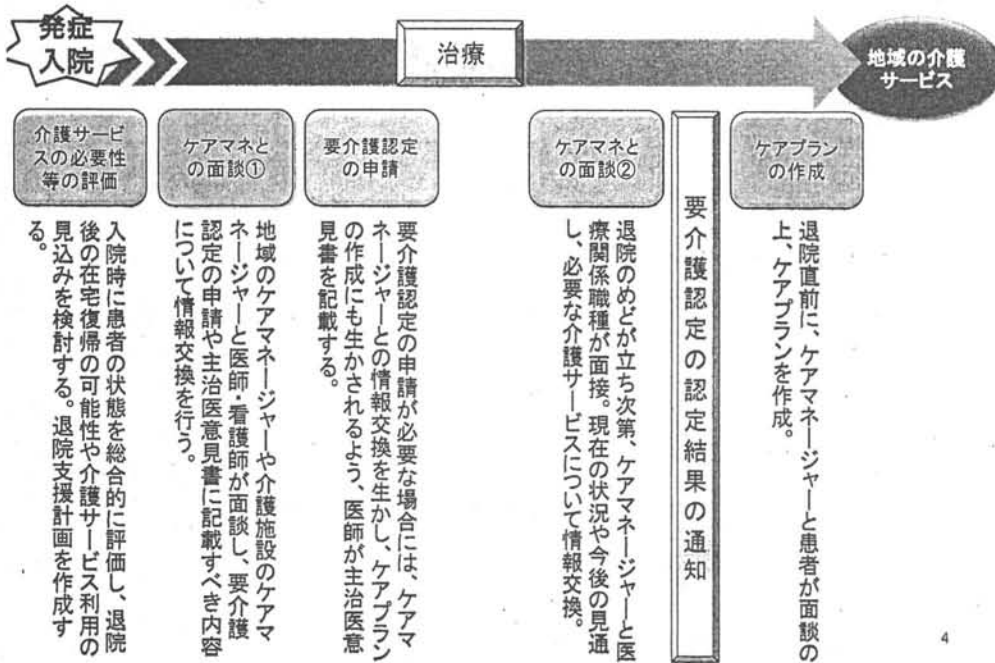


介護サービスを受けるまでの流れ

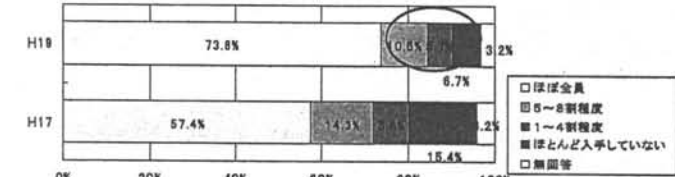


(平成1)1000年までに1000万人増(1000万人増)と見込まれる。1000年以降は1000万人増(1000万人増)と見込まれる。1000年以降は1000万人増(1000万人増)と見込まれる。1000年以降は1000万人増(1000万人増)と見込まれる。

スムーズな介護サービスへの移行のための連携の在り方

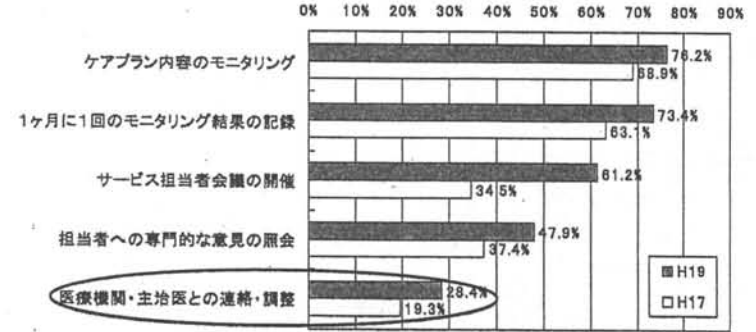


一 主治医意見書を入手している割合



※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成17、19年株式会社三菱総合研究所)

・ケアマネジメントの業務プロセスに関して、介護支援専門員が、自分の担当ケースに対して「ほぼ全員にできている」と回答した割合が増加



介護支援専門員の悩み

- 介護支援専門員が処遇困難と感じる利用者像
- 他機関との連携に関する悩み

N=1,472人(複数回答)	
	割合(%)
全体	100.0
独居の利用者	33.9
家族の意向が強く振り回される利用者	32.2
本人と家族の意向が異なる利用者	32.1
ケアマネが必要と考えるサービスを受け入れない利用者	29.1
認知症など意思表示が困難な利用者	26.8
自己負担できる金額に制限のある利用者	24.7

N=2,062人(複数回答)	
	割合(%)
全体	100.0
主治医との連携が取りにくい	57.2
市町村から要介護認定結果の通知が来るのが遅い	29.5
サービス事業者・担当者からの情報提供が少ない	22.2
サービス事業者・担当者と定期的に会議が開催できない	17.8
サービス事業者にサービス提供票を作成・送付する手間	15.1

※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成19年株式会社三菱総合研究所)

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男	〒
	明・大・昭 年 月 日生(歳)	女	-
連絡先 ()			
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに		<input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。	
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ;/la ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日

1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

2. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

3. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法

レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養

特別な対応 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置

失禁への対応 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶 問題なし 問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無 有 { 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(4) その他の精神・神経症状 無 有 (症状名: _____) 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態

利き腕 (口右 口左) 身長= _____ cm 体重= _____ kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: _____)

麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)
右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)
その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 左 下肢 右 左 体幹 右 左

褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 自立 介助があればいい していない

車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している

歩行補助具・器具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助

現在の栄養状態 良好 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()

→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

訪問診療 訪問看護 看護職員の訪問による相談・支援 訪問歯科診療

訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導

訪問栄養指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり () ・移動 特になし あり ()

・摂食 特になし あり () ・運動 特になし あり ()

・嚥下 特になし あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

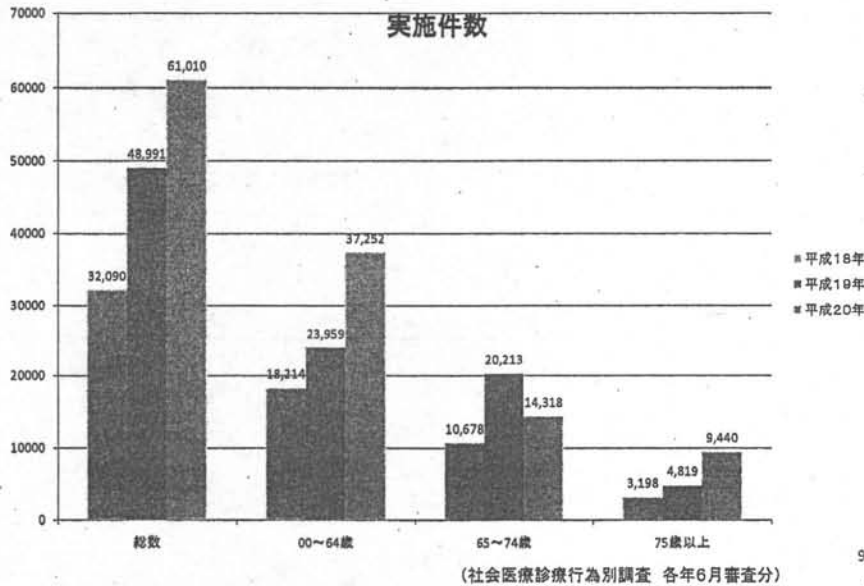
無 有 () 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

外来化学療法件数の推移

外来化学療法加算の算定件数は増加傾向にある。65歳から74歳においては、平成20年に減少しているが、75歳以上は増加傾向を示している。



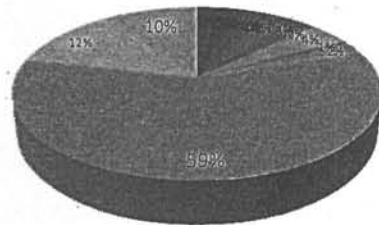
老健施設入所者における医療の必要性

老健施設において、悪性腫瘍の患者が1%程度入所している。

老健施設入所者に占める悪性腫瘍患者
3163, 1%



老人保健施設入所者の医療処置の状況



- 点滴
- 膀胱カテーテル
- 人工膀胱
- 人工肛門
- 喀痰吸引
- ネブライザー
- 酸素療法
- 気管切開
- 人工呼吸器
- 中心静脈
- 経管栄養
- 胃瘻
- 透析
- ドレーン
- モニター測定
- じょく瘡の処置
- 疼痛管理
- 服薬
- その他
- 医療処置なし

介護老人保健施設入所者に対して医療保険から算定できる医療サービスの概要について

併設している病院・
診療所の場合

併設していない病院・
診療所の場合

初・再診料、外来診療料、往診料
診療情報提供料（一部のみ）

検査料

換気力学的検査、超音波検査、内視鏡検査、耳鼻咽喉科学的検査、眼科学的検査、皮膚科学的検査等

処置料

熱傷処置、イレウス用ロングチューブ挿入法、人工腎臓、胃瘻カテーテル交換法、皮膚科処置、眼科処置、耳鼻咽喉科処置等

リハビリテーション料

心大血管リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション等

内服薬及び外用薬

抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬、抗ウィルス剤（B型肝炎、C型肝炎、AIDS又はHIVの効能効果を有するもの）

注射薬

エリスロポエチン、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血にあるものに投与された場合）
疼痛コントロールのための医療用麻薬
インターフェロン製剤（B型肝炎、C型肝炎の効能効果を有するもの）、
抗ウィルス剤（B型肝炎、C型肝炎、AIDS、HIVの効能効果を有するもの）
血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

- ※1 画像診断、放射線治療、病理診断は併設・併設以外に拘わらず算定できる
- ※2 精神科専門療法は併設・併設以外に拘わらず算定できない
- ※3 算定できる項目は機器を持ち込んでも変わらない
- ※4 詳細については別紙参照

(※4別紙)

介護老人保健施設入所者に対して医療保険から算定できる項目

算定できるものについては「○」
算定できないものについては「×」

分類	項目	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
基本診療料	A000初診料、A001再診料、A002外来診療料	×	○
持帰診療料			
医学管理等	B009診療情報提供料(1)(※5に限る) その他のもの	×	○
在宅医療	C000住診料 在宅自己腹膜灌流の薬剤料、在宅療養指導管理の特定保険医療材料料および材料加算(※6参照) その他	×	○
検査	D000~D027検体検査 ○呼吸循環機能検査等のうちD208心電図検査、D209負荷心電図検査 ○負荷試験等のうちD286肝及び腎のクリアランステスト、D287内分泌負荷試験、D288糖負荷試験 ○上記を準用して点数の算定される特殊な検査 その他のもの		×
画像診断			○
投薬	以下の内服薬および外用薬の費用 ○抗悪性腫瘍剤(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る) ○疼痛コントロールのための医療用麻薬 ○抗ウイルス剤(B型肝炎またはC型肝炎の効能もしくは効果を有するものおよび後天性免疫不全症候群またはHIV感染症の効能もしくは効果を有するものに限る) その他のもの		○
注射	以下の注射薬の費用 ○エリスロポエチン(人工腎臓または腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る) ○ダルベポエチン(人工腎臓または腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る) ○疼痛コントロールのための医療用麻薬 ○インターフェロン製剤(B型肝炎またはC型肝炎の効能もしくは効果を有するものに限る) ○抗ウイルス剤(B型肝炎またはC型肝炎の効能もしくは効果を有するものおよび後天性免疫不全症候群またはHIV感染症の効能もしくは効果を有するものに限る) ○血友病の治療に係る血液凝固因子製剤および血液凝固因子抗体迂回活性複合体 その他のもの		○
リハビリテーション	OH001脳血管疾患等リハビリテーション料、HO02運動器リハビリテーション料、HO04摂食機能療法、HO05視能訓練 ○上記を準用して点数の算定される特殊なリハビリテーション その他のもの	×	○

精神科専門療法		
処置	下記以外のもの	×
一般処置のうち	○J000創傷処置(6,000cm ² 以上は算定可。ただし褥瘡に係るものは算定不可) ○J000手術後の創傷処置 ○J002ドレーン法(ドレナージ) ○(J007) 腰椎穿刺 ○J008胸腔穿刺(洗浄、注入および排液を含む) ○J010腹腔穿刺(洗浄、注入および排液を含む) ○J018喀痰吸引 ○J022高位浣腸、高圧浣腸、洗腸 ○J022-2排便 ○J024酸素吸入 ○J025酸素テント ○J026間歇的陽圧吸入法 ○J032肛門拡張法(徒手またはプジーによるもの) ○J036非還納性ヘルニア徒手整復法 ○J037痔核嵌頓整復法(脱肛を含む) ○J044救命のための気管内挿管 ○J045人工呼吸 ○J046非開胸的心マッサージ ○J050気管内洗浄 ○J051胃洗浄	○
救急処置のうち	○J060膀胱洗浄(薬液注入を含む) ○J063留置カテーテル設置 ○J068嵌頓包茎整復法(陰茎絞扼等) J116~J119-4整形外科的処置(J117銅線等による直達牽引を除く) 栄養処置のうち ○J120鼻腔栄養 ○J121経腸栄養 上記を準用して点数の算定される特殊な処置	×
泌尿器科処置のうち		
手術	下記以外のもの OK000創傷処理(長径5cm以上で筋肉、臓器に達するもの [K000「2」「3」を除く]) OK001皮膚切開術(長径20cm未満のもの [K001「1」「2」]に限る) OK002デブリードマン(100cm ² 未満のもの [K002「1」]に限る) OK089爪甲除去術 OK090ひょう直手術 OK286外耳道異物除去術(極めて複雑なもの [K286「2」]を除く) OK369咽頭異物摘出術 OK430顎関節脱臼非頰血筋的整復術 OK606血管露出術 上記を準用して点数の算定される特殊な手術	○
麻酔	下記以外のもの ○(L001) 静脈麻酔 ○L105硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入 ○上記を準用して点数の算定される特殊な麻酔	○
放射線治療		○
病理診断		○

※5 診療情報提供料は、B009注4に規定する、介護老人保健施設に入所する精神障害者の社会復帰の促進に必要な情報を当該施設に提供した場合に算定するものに限る

(※6)

●介護老人保健施設入所者に対して医療保険から算定できる特定保険医療材料

- 001 腹膜透析液交換セット
- 002 在宅中心静脈栄養用輸液セット
- 003 在宅寝たきり患者処置用気管内ディスポーザブルカテーテル
- 004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル
- 005 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル
- 006 在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む）
(1)ダイアライザー (2) 吸着型血液浄化器

●介護老人保健施設入所者に対して医療保険から算定できる在宅療養指導管理材料加算

- C150 血糖自己測定器加算
- C151 注入器加算
- C152 間歇注入シリンジポンプ加算
- C153 注入器用注射針加算
- C154 紫外線殺菌器加算
- C155 自動腹膜灌流装置加算
- C156 透析液供給装置加算
- C157 酸素ポンプ加算
- C158 酸素濃縮装置加算
- C159 液化酸素装置加算
- C159-2 呼吸同調式デマンドバブル加算
- C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算
- C161 注入ポンプ加算
- C162 在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算
- C163 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算
- C164 人工呼吸器加算
- C165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算
- C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算
- C167 疼痛管理用送信器加算
- C168 携帯型精密輸液ポンプ加算
- C169 気管切開患者用人工鼻加算

専門的入院治療について

第1 専門的な入院治療について

アルコール依存症や摂食障害等の専門的な医師やスタッフ等による治療が必要な疾患の入院治療については、その疾患の特性から専門の病棟における治療が必要である。

第2 現状と課題

- 1 アルコール依存症は本人の嗜好の問題ではなく、精神分野の疾患であり、近年自殺との関連も明らかとなっていることから、平成20年10月に決定された自殺対策加速化プランにおいて調査研究の推進及び継続的に治療・援助を行うための体制の整備等の施策を行うこととされている。また、専門施設に入院するアルコール依存症患者は増加している（参考資料 P3～8）。
- 2 摂食障害の患者は近年増加しており、若年の患者が多いにも関わらず、栄養障害や自殺等による死亡率が高い難治性の疾患である。摂食障害の治療については、医師の負担が大きいことや、不採算等の理由により専門的治療施設は減少傾向にある（参考資料 P10～12）。
- 3 強度高度障害を伴う知的障害・発達障害児（者）は、自傷行動や異食等の極めて高度な行動障害を有する患者であり、自身の生命や健康状態に悪影響を及ぼすような行動を取る場合があることから、医療者による臨床的観察を常に要するとともに、検査や治療を行うにあたって、意思の疎通が困難であることや、こだわりが強い等の理由から、その実施には困難が伴う（参考資料 P14～20）。

第3 現行の診療報酬上の評価

- 1 アルコール依存症等の専門的な治療について、入院及び集団精神療法において評価している。

I005 入院集団精神療法（1日につき）	100点
I006 通院集団精神療法（1日につき）	270点

【算定件数】各年6月審査分

	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
入院集団精神療法	1,781	6,350	2,722	8,526
通院集団精神療法	565	596	365	425

- 2 摂食障害等の治療については、心身医学療法において評価を行っている。

I004 心身医学療法（1回につき）	
1 入院中の患者	70点
2 入院中の患者以外	
イ 初診時	110点
ロ 再診時	80点

【算定件数】各年6月審査分

	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
心身医学療法 入院	238	712	499	1,190
心身医学療法入院外（初診時）	7,659	7,659	9,927	9,927
心身医学療法入院外（再診時）	37,032	57,017	26,254	32,577
心身医学療法20歳未満 加算	3,095	4,187	1,787	2,001

- 3 強度行動障害を伴う知的障害・発達障害児（者）については、障害者施設等入院基本料等において評価している。

A106 障害者施設等入院基本料

- 1 7対1入院基本料 1,555点
- 2 10対1入院基本料 1,300点
- 3 13対1入院基本料 1,092点
- 4 15対1入院基本料 954点

【算定件数】各年6月審査分

	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
障害者施設等7対1入院基本料	平成20年新設		328	8,681
障害者施設等10対1入院基本料	36,336	767,984	35,020	876,974
障害者施設等13対1入院基本料	10,470	279,739	13,494	293,412
障害者施設等15対1入院基本料	15,442	360,497	12,839	312,907

第4 論点

- 1 有効性が明らかとなっている、アルコール依存症の専門的な入院治療について、診療報酬上の評価についてどう考えるか（参考資料P3～8）。
- 2 専門的な入院治療を提供する医療機関における、摂食障害に係る診療報酬上の評価についてどう考えるか（参考資料P10～12）。
- 3 重度の行動障害により、看護必要度が高く、合併症の早期発見・治療が必要な患者について、診療報酬上の評価をどう考えるか（参考資料P14～20）。

参考資料

専門的入院治療について

専門的入院治療について

I アルコール依存症

- アルコール依存症治療に係る診療報酬上の評価について

II 摂食障害

- 摂食障害治療等に対する診療報酬上の評価について

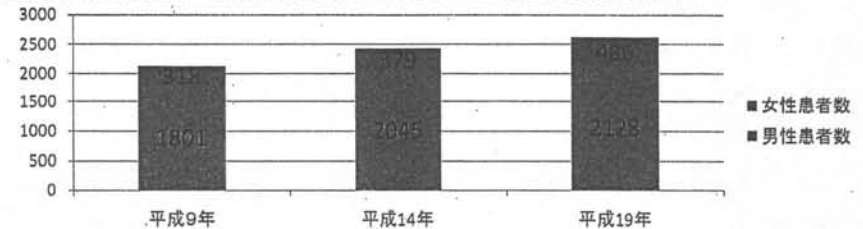
III 強度行動障害をともなう知的障害・発達障害

- 強度行動障害をともなう知的障害・発達障害医療に対する診療報酬上の評価について

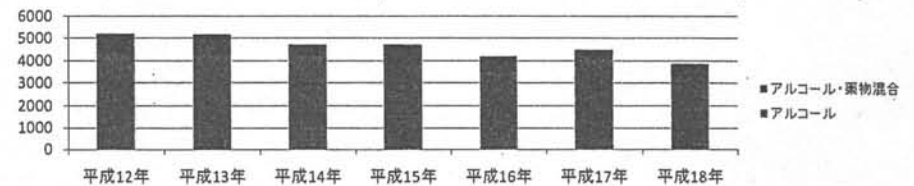
I アルコール依存症

アルコール依存症患者数と専門病床数の状況

年間新規受診患者数の推移(平成19年度厚生労働科学研究)



アルコール専門病床数の推移(精神・障害保健課調べ)



※ 専門医療機関への受診患者は増えているが、専門病床数は減少傾向

アルコールの使用と自殺との関連

自殺総合対策大綱（平成19年6月8日閣議決定）

- ◆アルコールの使用は、自殺関連行動の危険性を高めることが指摘されている。
- ◆世界保健機構(WHO)により、アルコール依存症、うつ病、統合失調症には有効な治療方法があり、この3種の精神疾患の早期発見、早期治療に取り組むことにより自殺死亡率を引き下げることができるとされている。

自殺対策加速化プラン（平成20年10月31日自殺総合対策会議決定）

※ 大綱に基づき、策定後1年間のフォローアップ結果等を踏まえて、自殺対策の一層の促進を図るために、当面、強化し、加速化していくべき施策

- ◆うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進を図るため、適切な精神科医療を受けられるようにするための施策が明記されている。

『うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症等について、調査研究を推進するとともに、継続的に治療・援助を行うための体制の整備、自助活動に対する支援等を行う。』

自死遺族からの聞き取り調査によると自殺既遂者の23%に、死亡1年前にアルコールのために仕事に支障が出たり、家族を心配させたり、内科疾患を呈するといった現象が認められました。

[自殺予防総合対策センター]

アルコール依存症の診断

アルコール依存症の診断(ICD-10)

[下記の6項目中3個以上あてはまると診断]

- ① 飲酒への強い欲望又は強迫感
- ② 飲酒開始、飲酒終了、飲酒量のどれかのコントロール障害
- ③ アルコールを中止または減量した時の離脱症状
- ④ 耐性の証拠
- ⑤ 飲酒のために他の楽しみや趣味を次第に無視するようになり、飲んでいる時間が多くなったり、酔いが醒めるのに時間を要するようになる。
- ⑥ 明らかに有害な結果が起きているのに、アルコールを飲む。

アルコール依存症の専門的治療の実施体制

- ◆アルコール依存症は、うつ病や統合失調症とは異なる難治性疾患。
- ◆アルコール依存症の治療は、薬物療法と個人精神療法が主体のうつ病や統合失調症などとは異なり、精神科だけでなく、内科診療が必要。
また、薬物療法、個人精神療法に加えて、様々な集団精神療法、認知行動療法、酒害教育、作業療法、家族への教育など専門知識を持った専門家が多数係わる治療が必要。
- ◆このため、毎日の治療プログラムの実施には、次の専門の体制を整え実施。
 - 専門病棟の確保
 - 専従の精神科医1名に加え、内科医1名が常駐(日勤帯)
 - 専門的な知識と技術を有する作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士のうち、2名以上が常駐(日勤帯)
 - 病棟看護師も、専門的な知識と技術を有する職員であることが必要。

<専門的な知識と技術を有する職員>

アルコール医療に関する診断基準、治療・看護方法、関連問題(社会的問題や家族教育)などについて適切な研修(*)を修了した医師、看護職員、作業療法士など

* 「アルコール依存症臨床医等研修」厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課主催



これらの取組により、退院1年後、約50%の患者が断酒に成功
[久里浜アルコール症センター調査]

アルコール依存症の専門的治療

- ◆アルコール依存症の治療は、『断酒の継続』を目指すもの
- ◆そのため、次の治療の実施が必要
 - ① 離脱症状及び精神・身体合併症の治療を行う「解毒治療」(入院後約1月間)
 - ② 断酒継続及び社会復帰に向けての治療を行う「リハビリ治療」(解毒治療後約2月間)
- ◆退院後も「断酒」を継続していくため、「リハビリ治療」が特に重要。

<リハビリ治療の具体的内容>

※)平成20年度から、法務省矯正局において、飲酒運転事犯受刑者に対する治療として採用されている。

- リハビリ治療は、断酒の継続と規則正しい日常生活を取り戻すための専門の治療プログラムを用いて実施。
- 当該治療プログラムは、解毒治療後約2月間をかけ、1週間毎に次の目的を達成することが必要。
 - 1週目：治療プログラムを理解し、病棟生活に慣れる。認知行動療法を理解する。
 - 2週目：自分の飲酒問題を確認し、整理する。
 - 3週目：飲酒問題があったにもかかわらず、なぜ飲酒を続けたのかを理解する。
 - 4週目：お酒に対する考え方が適切かどうかを理解する。
 - 5週目：断酒のための心構えをつくる。
 - 6週目：様々な場面での再飲酒を防ぐ方法を考える。
 - 7週目：断酒のための具体的な方法を考える。
 - 8週目：これまでの振り返りを行い、今後の方向性を決定。
- 目的を達成するための治療方法は、次のものを組み合わせて毎日(午前・午後)実施。
 - ・依存症の原因、症状、治療方法、回復方法などに関する教育を行う。
 - ・断酒の必要性について動機付けを行う。
 - ・患者が規則正しい日常生活を送ることが出来るように1日のプログラム(ミーティング、勉強会、運動療法、生活・作業療法、レクリエーション療法など)をたて生活訓練を行う。
 - ・断酒を目的とした認知行動療法などを行う。
 - ・家族や職場関係者等への治療的アプローチと環境調整を行う。
 - ・外泊など社会復帰のための訓練を行う。
 - ・治療内容の評価を多職種で行い、診療録に治療の内容と評価結果を記載する。

アルコール依存症の専門的治療の必要性

精神保険医療福祉の更なる改革に向けて

今後の精神保険医療福祉のあり方等に関する検討会報告書(平成21年9月24日)

現状と課題

●これまでのアルコール対策は、依存症に対する治療的な視点が乏しく、対策が十分に行われず、依存症の患者が治療・支援を受けにくい状況が生み出されていると指摘されている。

●依存症治療においては、医療、リハビリ施設、自助グループ等の様々な試みが行われているが、それらの役割等が不明確であるという指摘がある。

今後の取組

依存症患者の回復に向けた支援について、以下のような観点を踏まえた総合的な取組を強化すべきである。

・依存症が疾病であるという視点を持って、依存症知識の普及・啓発や、患者の治療・支援に当たるべきである。

・依存症患者の回復のための支援について、医療、リハビリ施設、自助グループ等の取組を踏まえ、効果を検証しつつ、役割を明確化して普及を図るべきである。

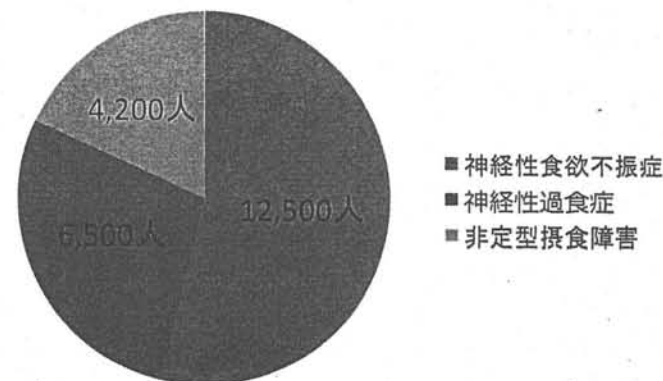
・依存症に対する医療の機能強化を図るとともに依存症のリハビリ施設や自助グループがより効果的に活動できるよう、その支援のあり方について検討すべきである。

8

II 摂食障害

摂食障害の推定患者数

摂食障害の患者は、年間約2万3千人と推定され、その中でも神経性食欲不振症(いわゆる拒食症)が半数以上を占める。

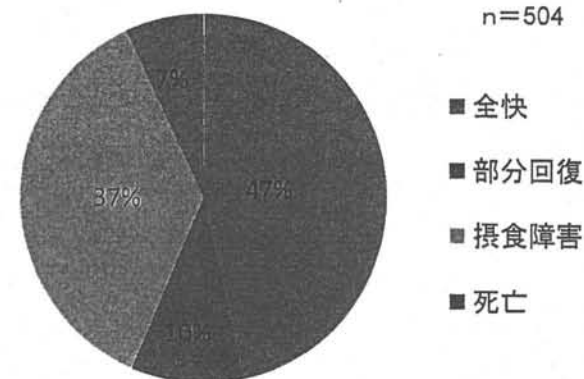


平成10年厚生省特定疾患中枢性摂食異常症調査研究班調査より¹⁰

摂食障害の転帰

治療開始後4年以上経過した患者の追跡調査では、半数以上が「全快」又は「部分回復」したが、一方で、7%で「死亡」していた。

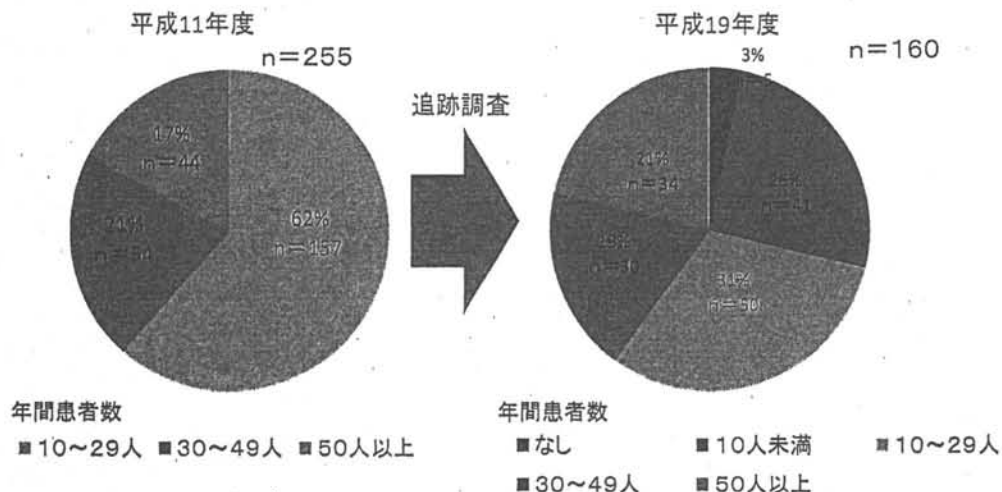
治療開始後4年以上の患者の転帰



平成13年度厚生省精神・神経疾患研究委託
摂食障害の治療状況・予後等に関する調査研究報告書より¹¹

専門医療機関での年間診療患者数

摂食障害の患者を受け入れる専門医療機関が減少している。



平成20年厚生省精神・神経疾患研究委託 摂食障害の疫学、病態と診断、治療法、転帰に関する総合的研究班報告書より 12

Ⅲ 強度行動障害をとまなう 知的障害・発達障害

「強度行動障害児(者)」の行動障害

知的障害・発達障害児(者)の中でも、

特に行動障害が激しい『強度行動障害基準(*)』を満たす者は、

- 頭部が変形に至るまで自分を叩く。
- 自分で爪をはがす。
- 食事の詰め込み、破衣・脱衣により窒息死する。
- 糞食やトイレの水を飲む。
- 入浴時の多動による転倒・外傷・溺水

などの行動障害が突発的に発生する

(*)『強度行動障害基準』とは。

知的障害児施設で行動障害が強いケースへの対応を補完するために創設された、「強度行動障害特別処遇加算費」が給付される児の基準

14

強度行動障害児(者)

昭和38年 重症心身障害児施設 誕生

○重症児の定義

身体的精神的障害が重複し、かつ、重症である児童

○重症心身障害児施設の入所対象者

- ①高度の身体障害があつてリハビリテーションが著しく困難であり、精神薄弱を伴うもの。ただし、盲またはろうあのみと精神薄弱が合併したものを除く。
- ②重度の精神薄弱があつて、家庭内療育はもとより重度の精神薄弱児を收容する精神薄弱児施設において集団生活指導が不可能と考えられるもの
- ③リハビリテーションが困難な身体障害があり、家庭内療育はもとより、肢体不自由児施設において療育することが不適当と考えられるもの

昭和42年 児童福祉法改正

○重症児の定義

重度の精神薄弱及び重度の肢体不自由が重複している児童

○強度行動障害児(者)

- ① 精神薄弱であつて著しい行動異常を有するもの
- ② 精神薄弱以外の精神障害であつて著しい行動異常を有するものとし、精神薄弱施設重度棟及び重症児施設においてもその保護指導がきわめて困難であるもの

[昭和45年12月 中央児童福祉審議会答申]

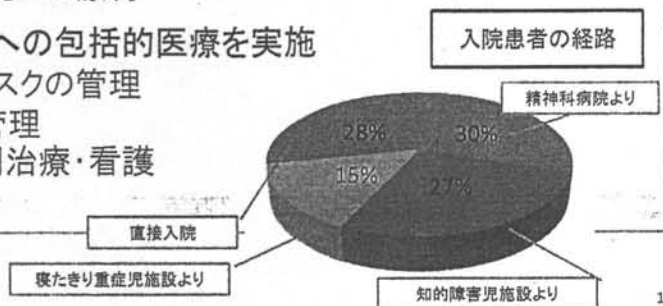
15

「強度行動障害児(者)」を受け入れる病棟の役割

「強度行動障害児病棟」では

- ◇ 「強度行動障害基準」を満たす児(者)のうちでも、「知的障害児施設」では対応困難な、知的障害・発達障害児(者)であり、
 - ・ 継続的・重点的な精神治療・薬物治療の必要な患者
 - ・ 常時継続して医療が必要な身体合併症を有する患者
- ◇ 「一般精神科病院」では実施できない、
 - ・ 発達レベルに応じた療育
- ◇ 「強度行動障害」への包括的医療を実施
 - ・ 身体合併症リスクの管理
 - ・ 生命リスクの管理
 - ・ 精神的専門治療・看護

※)実際には、「強度行動障害児病棟」が満床であるため、一般精神科病棟の保護室や閉鎖病棟にいる患者も存在



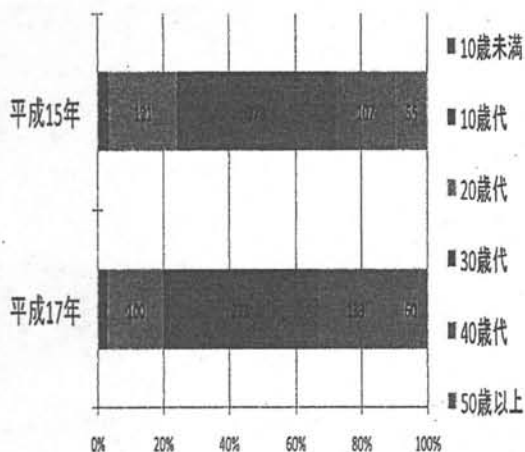
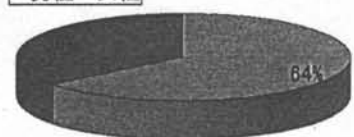
「強度行動障害児(者)病棟」の患者像(1)

8病院581名

男女比

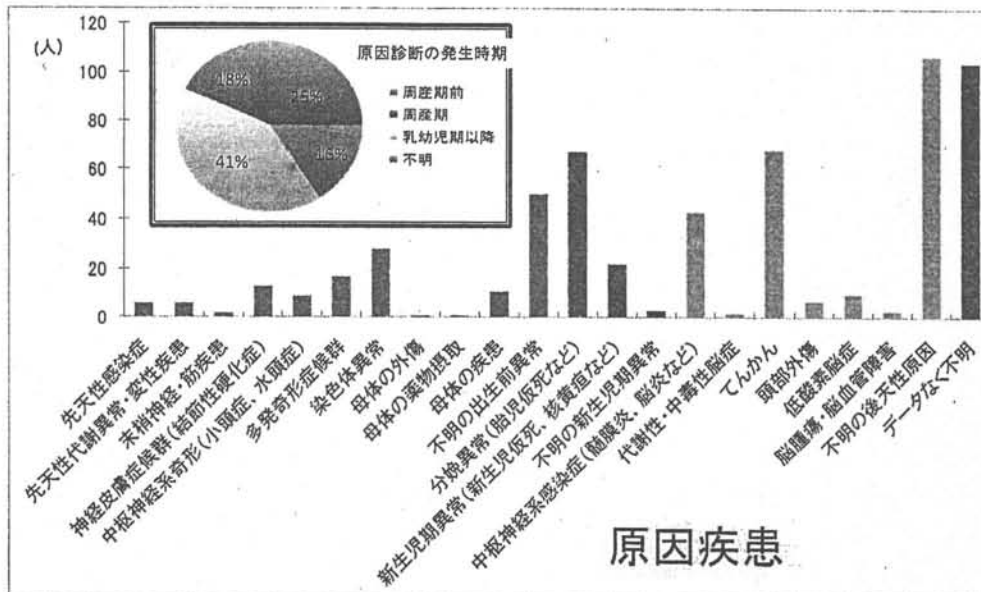
年齢分布

■男性 ■女性



(會田千重、平野誠:国立病院機構8施設の動く重症児(者)病棟入院患者の状態像と合併症 ;日本重症心身障害学会誌,2006)

「強度行動障害児(者)病棟」の患者像(2)



原因診断の発生時期と原因疾患(平成15年、8病院581名)

「強度行動障害児病棟」の患者に対する医療提供の困難性

患者からの自覚症状の訴えがほぼ無い状況

その中で、
「身体合併症の早期発見」、「身体合併症重症化予防」のため、各職種が連携して、常に、臨床症状・日常との些細な状態変化の観察が必要

更に、こんな困難性が。

採血	数人での施行や拘束・鎮静下での施行が必要
レントゲン	必ず側に付き添っての施行が必要 吸気不十分や立位での撮影困難など撮影条件が悪い
脳波・CT	鎮静が必要
MRI	鎮静が不可欠。鎮静不十分だと撮影困難
点滴・鼻注	拘束が必要
吸入・吸引	抵抗が強い(拘束が必要)
外傷部・縫合部	他患によるガーゼ異食や自己・他患による縫合糸抜きの危険あり、治療するまで拘束や隔離が必要
部の保護等	また、身体合併症を有する患者について、検査及び処置等のために隔離が必要な場合もある。

拘束	・拘束中は、常時臨床的観察を行い、適切な医療・保護の確保が必要(医師の同行)
鎮静	・採血は、採血前にあらかじめ鎮静睡眠薬を内服させる場合もあり。 ・脳波は施行時間が長く器具装着への拒否が強いと不可能、また、CT、MRIについては、全く動かない状態でないと実施できないため、鎮静睡眠薬の内服や、静脈麻酔薬の注射が必要。
隔離	・隔離を行っている間は、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護の確保が必要 ・医師は、原則として少なくとも毎日1回の診察を実施

1 看護師等による常態的な臨床観察

2 「1」に加え、患者特性に応じた個別的治療

- チームとして統一性と一貫性のある計画的な診療を行うため、次を実施しつつ、「行動障害に対する専門医療」及び「合併症に対する治療」の実施が必要
- 多くの医療従事者が必要

・多面的な治療を計画的に提供するため、精神科医師、看護師、児童指導員、保育士、臨床心理士、作業療法士等から構成されるチームにより、カンファレンスを実施し、患者の治療・観察必要性の評価、治療目標の共有化を図り、各職種の専門性を生かした診療計画を立案

・当該診療計画の実施について、当該チームによる定期的なカンファレンスを実施し、評価を行い、診療録に記載

・患者の状態に応じ、当該診療計画に見直しも行いつつ、評価、計画、実施、再評価のサイクルを重ねる。

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観点から、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。

宿題資料1
11月11日
診-4
参考資料P4より

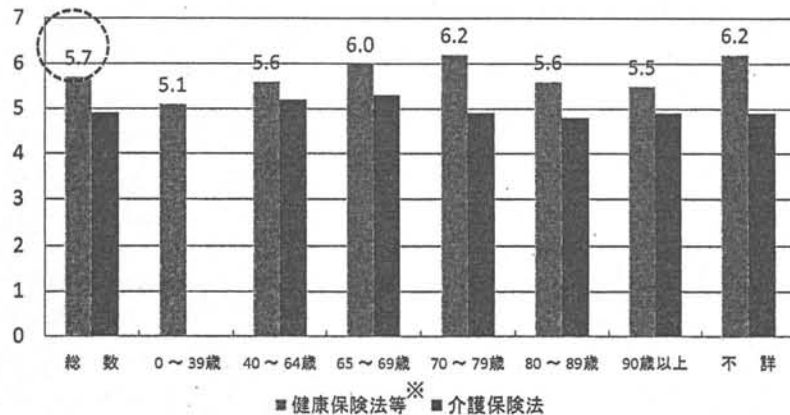
医療保険の訪問看護の対象者

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Ⅱ度又はⅢ度のものに限る。))
	多系統萎縮症(橋本体黒質変性症、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
	頭蓋損傷
	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	

1

宿題資料2
11月11日
診-4
参考資料P18より

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。

2

病院勤務医負担軽減策について

平成21年11月27日中医協基本問題小委員会提出資料訂正について
「病院勤務医負担軽減策について」

「病院勤務医負担軽減策について」(平成21年11月17日中医協診-2,p1). の記載に誤記がありましたので訂正いたします。

誤

第1「勤務医の負担の現状と負担軽減のための取組に係る調査」について
4. 勤務医の勤務状況について(p1最終行)

当直回数は外科が1ヶ月あたり5.8回で最も多く



正

当直回数は救急科が1ヶ月あたり5.8回で最も多く

第1 「勤務医の負担の現状と負担軽減のための取組に係る調査」について

病院勤務医の負担となっている具体的な項目や改善策、医療機関における勤務医負担軽減策への取組状況を把握するため、平成20年度検証部会調査に引き続き、平成21年9月に「勤務医の負担の現状と負担軽減のための取組に係る調査」を実施した。今回の調査では入院時医学管理加算等、勤務医の負担軽減策の策定を要件とした加算を算定していない医療機関も対象とした。(参考資料 P2~4)

1. 勤務医負担軽減の取り組みの現状について

医療機関に対する調査で、勤務医の勤務時間を把握している医療機関は89.0%であった。勤務医の業務量の把握を行っている医療機関は55.8%、勤務医の勤務状況を把握・管理するための責任者を設置している医療機関が49.8%であった。調査対象医療機関の66.2%が勤務医の経済的処遇の改善を行っていた。(参考資料 P5~12)

2. 患者や家族への説明について

通常の診察とは別に、患者や家族との話し合いに費やす時間については、入院診療で平均30.5分、外来診療で平均19.0分であり、70.6%の医師が増加したと回答した。その理由としては、複数の家族が説明を求めるため、説明時間の設定が家族の都合で決まるため等があった。話し合いについて、「非常に負担が大きい」「負担が大きい」と回答した医師が55.4%を占めた。(参考資料 P13~16)

3. 勤務医が患者に協力して欲しい内容

患者に協力してほしいことの有無について、医師の88.5%があると回答した。内容としては①軽症の場合は近隣の診療所を受診してほしい(79.4%)、②軽症の場合は休日・夜間の受診は避けて欲しい(81.1%)、③業務多忙の時には、患者説明の実施を医師のスケジュールに合わせて欲しい(58.8%)、といったものがあつた。(参考資料 P17)

4. 勤務医の勤務状況について

診療科ごとの勤務時間は、外科で58.6時間と最も長かつた。当直回数は救急科が1ヶ月あたり5.8回で最も多く、産科・産婦人科、