

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（第7回）  
議事次第

平成13年10月10日（水）  
9時00分～10時00分（目途）  
厚生労働省省議室（9F）

議題

高齢者医療に係る診療報酬体系の在り方について

## 高齢者等の長期入院に係る診療報酬上の評価の在り方について(案)

### 1 現状と課題

- 高齢者の長期入院に係る診療報酬上の評価は、
  - ① 一般病床については、入院期間が90日を超える場合には、検査、投薬、注射等を包括して評価（厚生労働大臣が定める状態にある場合を除く。）
  - ② 療養病床については、「医療保険適用型」は診療報酬で、「介護保険適用型」は介護報酬でそれぞれ評価となっているところ。
- 療養病床については介護保険制度の創設により、上記のように医療保険と介護保険の両制度に分かれたが、医療ニーズが低く、介護施設や在宅での対応が可能な高齢者が「医療保険適用型」に引き続き入院しているなど、両者の機能分化は必ずしも十分ではないのが現状。
- この背景としては、報酬体系の在り方など医療提供側に関わる課題と、利用者側に関わる課題が指摘されていることから、これらの課題に対応すべく、報酬体系の在り方や給付の在り方について見直しを行う。

### 2 見直しの方向性（案）

#### （1）基本的な考え方

- 高齢者等の長期入院に係る医療保険と介護保険の機能分担を促進する観点から、療養病床の報酬体系について次のようなそれぞれの機能を明確化する方向で見直しを行うとともに、長期入院に係る医療保険の給付の在り方について見直しを行うこととしてはどうか。

(主たる対象者)

医療保険適用型療養病床	介護保険適用型療養病床
長期にわたり療養を必要とする患者のうち、比較的医療密度の高い医学的管理を要する者 (例) ・脳血管疾患等の発症後3ヶ月以内で回復期リハビリを要する者 ・脊椎損傷、神経難病等により人工呼吸器管理を要する者 等	要介護者であって、医学的管理を伴う長期療養の必要な者  (例) ・糖尿病と痴呆の合併した者 ・経管栄養を要する独居者 等

## (2) 具体的内容

### ア 療養病床に係る診療報酬体系の見直し

#### ① 在院日数による逡減等の見直し

##### 【現 状】

- 診療報酬では在院日数により初期加算(30日以内)や長期減算(180日以上)がある。なお、介護報酬では初期加算(30日以内)はあるが長期減算はなく、要介護度により報酬水準が異なる。

##### 【見直しの方向性】

- 医療密度に応じた報酬体系とするため、リハビリの必要度等に応じた報酬水準を設定するとともに、在院日数による逡減等を見直すこととしてはどうか。
- また、上記の報酬体系の見直しと併せ、入院医療の必要性の低い患者に係る長期入院について、給付の在り方を見直すこととしてはどうか。(→「イ 長期入院に係る給付の見直し」参照)
- さらに、回復期リハビリテーションを要する者や難病患者等に係る特定入院料について、施設基準等を見直すこととしてはどうか。

## ②人員配置の評価の見直し

### 【現 状】

- 医療法上は、「医療保険適用型」と「介護保険適用型」は同一の人員配置基準を適用。
- 報酬上は、診療報酬は看護配置 5 : 1 まで評価しているが、介護報酬は 6 : 1 のみ評価。また、看護配置 6 : 1 に対する看護補助者（介護職員）の配置の評価（3 : 1 ~ 6 : 1）は、診療報酬と介護報酬で同じ。（介護報酬での介護職員配置 3 : 1 の評価は平成 15 年 3 月まで）

### 【見直しの方向性】

- 医療密度の高い医学的管理を要する患者への対応を評価する観点から、診療報酬においては、看護職員について、評価の重点化を区ることとしてはどうか。

## ③在宅等への復帰（退院）を促す取組みの評価

### 【現 状】

- 入院診療計画について、診療報酬では、入院した日から 7 日以内に患者に対し文書により交付・説明することを求めておりこれを行わなかった場合には入院基本料から減算（入院期間中 1 回に限る。）している。

### 【見直しの方向性】

- 在宅等への復帰を促す観点から、入院診療計画の定期的な見直しを評価するしくみを導入してはどうか。

## イ 長期入院に係る給付の見直し

### ① 基本的な考え方

- 長期療養患者への医療の確保を図りつつ、入院医療の必要性が低いが、患者側の事情により長期にわたり入院している患者への対応として、特定療養費制度を活用して給付の在り方を見直すこととしてはどうか。

### ② 具体的なしくみの例

#### (ア) 対象者

療養病床等に6ヶ月を超えて入院している者（厚生労働大臣が定める状態にある者（※）を除く。）

※難病患者、精神疾患患者、結核患者などを想定。

#### (イ) 入院基本料の特定療養費化

- ・上記（ア）の者については、入院基本料を特定療養費化する。
- ・特定療養費として支給する額は、入院外の療養に要する費用等を勘案して定める。

#### (ウ) その他

- ・転院等に係る入院期間の取扱いについて見直しを行う。

## 高齢者医療関係 参考資料

○高齢者の外来医療及び在宅医療に係る診療報酬の概要	1
○老人外来診療報酬体系	2
○老人慢性疾患外来総合診療料	3
○リハビリテーションの体系	4
○在宅における医療行為の診療報酬体系	6
○寝たきり老人在宅総合診療料	7
○終末期医療に係る主な診療報酬上の評価	8

### 高齢者の外来医療及び在宅医療に係る診療報酬の概要

	診療所	病院（200床未満）	病院（200床以上）	老人慢性疾患外来総合診療科 届出保険医療機関	寝たきり老人在宅総合診療科 届出保険医療機関
初診	<p>老人初診料：270点</p> <p>※紹介患者加算：55点 (一般：50点)</p> <p>・時間外加算 ・休日加算 ・深夜加算 等</p>	<p>老人初診料：250点</p> <p>※紹介患者加算：紹介率 に応じ、400点～40点</p> <p>・時間外加算 ・休日加算 ・深夜加算 等</p>	<p>老人初診料：250点</p> <p>※紹介患者加算：紹介率 に応じ、400点～40点</p> <p>・時間外加算 ・休日加算 ・深夜加算 等</p>	X	X
再診	<p>老人再診料：74点</p> <p>※老人外来管理加算 ：57点(一般：52点)</p> <p>※継続管理加算：月5点</p> <p>・時間外加算 ・休日加算 ・深夜加算 等</p>	<p>老人再診料：59点</p> <p>※老人外来管理加算： ：47点(一般：52点)</p> <p>※継続管理加算：月5点</p> <p>・時間外加算 ・休日加算 ・深夜加算 等</p>	<p>外来診療料：70点</p> <p>※検査の一部、処置の一 部を包括評価</p> <p>・時間外加算 ・休日加算 ・深夜加算 等</p>	<p>老人慢性疾患外来総合 診療料： 処方せんあり：735点 処方せんなし 月1回目：1035点 月2回目：735点</p> <p>※一定の要件を満たす 診療所又は200床未満 の病院で、月2回の み算定可</p> <p>※検査、投薬及び注射 並びに主病に係る生 活指導を包括評価</p>	<p>寝たきり老人在宅総合 診療料 処方せんあり 1月：2,300点 処方せんなし 1月：2,600点</p> <p>※一定の要件を満たす 診療所で、月2回以 上訪問した場合に、 月1回に限り算定可</p> <p>※老人慢性疾患生活指 導、寝たきり老人訪 問指導管理、検査及 び投薬を包括評価</p>

- 老人慢性疾患外来総合診療料：老人慢性疾患患者に対し、計画的な医学管理の下に、栄養、安静、運動、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、月2回を限度として算定。診療所又は200床未満の病院のみが算定可。平成12年7月1日現在で、病院  
：1,465、診療所：17,258が届出
- 寝たきり老人在宅総合診療料：家庭において療養を行っている患者であって、現に寝たきりの状態にあるものに対して、在宅療養計画を  
策定し、計画的な医学管理の下に、1月に2回以上訪問して診療を行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定。診療所のみ  
が算定可。平成12年7月1日現在で、20,014診療所が届出

## 老人外来診療報酬体系（主なもの）

### ○ 包括パターン

基本診療料  
再診料

+

老人慢性疾患外来総合診療料（一月に2回まで）  
【包括内容】

- ・ 主病に係る生活指導
- ・ 検査
- ・ 投薬
- ・ 注射

+

必要に応じて、  
画像診断、処置等  
の特掲診療料

### ○ 出来高パターン

基本診療料  
初診料  
若しくは  
再診料

+

指導管理等  
老人慢性疾患生活指導料  
（一月に2回まで）など

+

検査

+

投薬

+

注射

+

必要に応じて、  
画像診断、処置等  
の特掲診療料



## 老人慢性疾患外来総合診療料

### ○ 趣旨

老人慢性疾患外来総合診療料は、老人慢性疾患患者に対し、計画的な医学管理の下に、適切な外来医療を提供する観点から設定されたものであり、これにより老人慢性疾患患者の心身の特性にふさわしい外来医療の提供を図るもの（平成8年創設）

### ○ 点数

院外処方せんを交付する場合	735点
院外処方せんを交付しない場合	
月の1回目の算定の場合	1,035点
月の2回目の算定の場合	735点

### ○ 算定要件等

- ①厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た診療所又は200床未満の病院に限る。
- ②厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とする外来患者に対して、外来療養計画を策定し、計画的な医学的管理の下に、栄養、安静、運動、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、患者1人につき1月に2回を限度として算定
- ③老人慢性疾患外来総合診療料を算定すべき指導及び診療を行った場合においては、当該患者の主病に係る生活指導、検査、投薬及び注射の費用は、所定点数に含まれる。

### ○ 厚生労働大臣が定める慢性疾患

結核、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎

### ○ 届出状況

	平成8年7月	平成10年7月	平成12年7月
病院	595	1,240	1,465
診療所	7,346	15,697	17,258

## リハビリテーションの体系

### 現状

現在、リハビリテーションに関する診療報酬上の評価を行っているものは以下の通り。

#### ① リハビリテーション料

		簡単なもの	複雑なもの
一般	理学療法(I)~(IV)	65~185点 (15分以上)	115~660点 (40分以上)
	作業療法(I)(II)	155~185点 (15分以上)	480~660点 (40分以上)
	早期理学療法(I)(II)	590~710点 (20分以上)	
老人	老人理学療法料(I)~(IV)	65~200点 (15分以上)	115~710点 (40分以上)
	老人作業療法料(I)(II)	160~200点 (15分以上)	510~710点 (40分以上)
	老人早期理学療法料(I)(II)	640~760点 (20分以上)	
	老人リハビリテーション総合計画評価料	480点 (月1回)	
	老人リハビリテーション計画評価料	150点 (月1回)	
	入院生活リハビリテーション管理指導料	300点 (週1回)	
	入院生活リハビリテーション料	170点 (週1回)	
一般・老人	言語療法	135点 (15分以上)	200点 (30分以上)
	心疾患リハビリテーション料	550点	
	摂食機能療法	185点	
	視能訓練	135点	
	難病患者リハビリテーション料	600点	

(※) 簡単なもの・・・1人の従事者が複数の患者に対して実施

複雑なもの・・・従事者と患者が1対1で実施

(※) 理学療法・作業療法の詳細及び病期に応じた評価については(別表)参照

#### ② 入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料      1,700点 (1日あたり)

(別表)

理学療法・作業療法にかかる評価体系及び病期に応じた評価

	施設数 <sup>(※1)</sup>	総合リハビリテーション施設 (理学療法(I)、作業療法(II)) (老人理学療法料(I)、老人作業療法料(II))	理学療法(II) 老人理学療法料(II)	作業療法(II) 老人作業療法料(II)	理学療法(III) 老人理学療法料(III)	理学療法(IV) 老人理学療法料(IV)
		460	3,946	1,334	1,053	
	施設基準 (人員配置)	専任常勤医師2名以上 専任PT5名以上 専任OT3名以上	専任常勤医師1名以上 常勤PT1名以上	専任常勤医師1名以上 常勤OT1名以上	医師 週2日以上勤務する PT1名以上 専任のリハビリ経験を有する 従事者1名以上	(I)(II)(III)以外
急性発症した 脳血管疾患等 の患者 <sup>(※2)</sup> への理学療法	発症後7日以内 (超早期) 発症後30日以内 (早期) 発症後3月以内	老人早期理学療法料+超早期加算(200点)・老人のみ PT、OT併せて2人以上(うち、PT1名以上)配置されている医療機関のみ 早期理学療法(老人早期理学療法料)として高く評価 理学療法+加算(60点)・一般のみ				
回復期リハを 要する患者	発症後3月以内 ~180日間 (回復期)	回復期リハビリテーションを要する状態の患者(脳血管疾患、脊髄損傷、大腿骨頸部骨折等の発症後 3ヶ月以内の患者)について、入院した日から180日を限度として回復期リハビリテーション入院料の算 定(リハ以外の費用を包括的に評価)				
	発症後6月超 (維持期)	発症後6月以内より低い点数(理学療法・作業療法)で評価				

(※1) 定例報告(平成12年7月1日)

(※2) 急性発症した脳血管疾患等の患者: 脳血管疾患、脳・脊髄(中枢神経)外傷又は大腿骨頸部骨折を主病とし理学療法による治療が必要と認められる患者

在宅における医療行為の診療報酬体系(主なもの)

月単位で評価	日単位で評価	月または週単位でかつ包括評価
在宅時医学管理料(一般のみ)	往診料	在宅末期医療総合診療料
訪問看護指示料	在宅患者訪問診療料(一般のみ)	寝たきり老人在宅総合診療料(老人のみ)
在宅自己注射指導管理料	寝たきり老人訪問診療料(老人のみ)	
在宅自己腹膜灌流指導管理料	在宅患者訪問看護・指導料	
在宅血液透析指導管理料	在宅訪問リハビリテーション指導管理料	
在宅酸素療法指導管理料		
在宅中心静脈栄養法指導管理料		
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料		
在宅自己導尿指導管理料		
在宅人工呼吸指導管理料		
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料		
在宅悪性腫瘍患者指導管理料		
在宅寝たきり患者処置指導管理料(一般のみ)		
寝たきり老人処置指導管理料(老人のみ)		
在宅自己疼痛管理指導管理料		
在宅肺高血圧症患者指導管理料		
寝たきり老人訪問指導管理料(老人のみ)		

注)

- ・在宅末期医療総合診療料は週単位
- ・寝たきり老人在宅総合診療料は月単位

## 寝たきり老人在宅総合診療料

### ○ 趣旨

寝たきり老人等に対し、地域医師会等との連携の下に、適切な在宅医療を提供する観点から設定されたものであり、これにより在宅の寝たきり老人等に対する診療所のかかりつけ医師としての機能の確立を図るもの（平成4年創設）

### ○ 点数

院外処方せんを交付する場合	2, 300点
院外処方せんを交付しない場合	2, 600点

### ○ 算定要件等

- ①厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た診療所に限る。
- ②在宅寝たきり老人等に対して、在宅療養計画を策定し、計画的な医学的管理の下に、1月に2回以上訪問して診療を行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定
- ③寝たきり老人在宅総合診療料を算定すべき寝たきり老人在宅総合診療を行った場合においては、老人慢性疾患生活指導、寝たきり老人訪問指導管理、検査及び投薬の費用は、所定点数に含まれる。

### ○ 24時間連携体制加算

#### (1) 24時間連携体制加算（Ⅰ）：1, 600点

同一保険医療機関の複数の保険医による連携体制又はこれに準ずる体制がとられている場合に算定

#### (2) 24時間連携体制加算（Ⅱ）：1, 400点

緊急時に当該患者が入院できる病床を保有する保険医療機関との連携体制がとられている場合に算定

#### (3) 24時間連携体制加算（Ⅲ）：410点

当該保険医療機関に属する地域の医師会その他これに準ずるものを基盤とした連携体制がとられている場合に算定

### ○ 届出状況

	総数	有床診	24時間Ⅰ	24時間Ⅱ	24時間Ⅲ
10年7月	17,416	4,099	6,187	—	60
11年7月	18,836	4,471	7,159	—	140
12年7月	20,014	4,492	8,128	343	96

※ 有床診、24時間Ⅰ、24時間Ⅱ、24時間Ⅲは再掲

終末期医療に係る主な診療報酬上の評価

項 目	内 容
<b>緩和ケア病棟入院料</b> (1日) 3, 800点	主として末期の悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行う。
<b>在宅患者訪問診療料</b> (1日) 830点 <u>在宅看取り加算</u> 200点	居宅において療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療する。(原則として週3日を限度に算定)
<b>在宅末期医療総合診療料</b> (1日) 院外処方の場合 1, 500点 院内処方の場合 1, 700点 <u>在宅看取り加算</u> 200点	居宅において療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍患者に対し、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供する。
<b>在宅患者訪問看護・指導料</b> (1日) 保健婦、助産婦、看護婦による場合 週3日まで 530点 週4日以降 630点 准看護婦による場合 週3日まで 480点 週4日以降 580点 <u>ターミナルケア加算</u> 1, 200点	居宅において療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して訪問看護計画によって保健婦、助産婦、看護婦又は准看護婦を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行う。(原則として週3日を限度に算定)
<b>寝たきり老人在宅総合診療料</b> (1日) 院外処方の場合 2, 300点 院内処方の場合 2, 600点 <u>在宅老人ターミナルケア加算</u> 1, 200点	在宅寝たきり老人等に対して、在宅療養計画の下に、1月に2回以上訪問して診療を行う。(月1回を限度に算定)
<b>寝たきり老人訪問診療料</b> (1日) (I) 830点 (II) 860点 <u>在宅老人ターミナルケア加算</u> 1, 200点 <u>在宅看取り加算</u> 200点	在宅寝たきり老人等に対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行う。(原則として週3日を限度に算定) ※(II)は寝たきり老人在宅総合診療料届出保険医療機関が算定
<b>寝たきり老人末期訪問診療料</b> (1日) (I) 週3日まで 830点 週4日以降 1, 090点 (II) 週3日まで 860点 週4日以降 1, 180点 <u>在宅老人ターミナルケア加算</u> 1, 200点 <u>在宅看取り加算</u> 200点	末期の悪性腫瘍の在宅寝たきり老人等に対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行う。 ※(II)は寝たきり老人在宅総合診療料届出保険医療機関が算定