

在宅医療・介護連携における 診療報酬と介護報酬

平成29年1月19日(木)



関東信越厚生局 健康福祉部
地域包括ケア推進課
地域包括ケア推進官 小田晴美

本資料作成の基本的なスタンス

- 少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者もその状態に即して適切な医療を適切な場所で受けられるよう、医療機関の病床を医療ニーズに応じて機能分化しながら、限られた医療資源を効率的に活用することが必要。(内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」公表資料より)
- 慢性期機能の医療需要については、現在、療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は在宅医療等に対応することと推計。(地域医療構想ガイドラインより)
- その際に切れ目のない医療・介護を提供するため、医療側、介護側それぞれで、退院支援と在宅医療を促す様々な取組や評価が行われている。
- そこで本資料ではまず、在宅医療・介護連携を進めるために、医療側から見た退院促進の取組や評価を入院料の施設基準等から説明。
- その上で、
 - ① 退院をスムーズなものとするための医療機関での退院支援と診療報酬での評価。また、その際の介護側の役割と介護報酬での評価。
 - ② 退院後の患者が在宅療養を継続していくための在宅医療と外来医療の現場での医療・介護連携と診療報酬での評価。その際の介護側の役割と介護報酬での評価。
に関し、介護側関係者の理解促進に資することを基本的なスタンスとして作成した。
- なお、出来るだけわかりやすい資料とするため、要件等については概略となっているので、詳しくは告示、通知等を参照願いたい。

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

I 医療保険と介護保険の基本的な仕組み

II 入院料の施設基準等から見た在宅促進の仕組み

III 在宅医療・介護連携で活用される診療報酬と介護報酬

1 退院支援の例

2 在宅医療の例

3 外来医療の例

IV 施設基準等の届出情報の把握方法

V 本日のまとめ

医療保険・介護保険の基本事項の比較表 1

[解説]

診療報酬の仕組みは介護報酬と同様に、該当する基準等により点数表(介護でいう単位数表)に基づいて請求する方式となっており、介護報酬と類似した仕組みとなっている。

なお、改定は診療報酬は2年サイクルとなっており、介護報酬の3年とは異なっている。

医療保険(診療報酬)

1. 点数表

「診療報酬の算定方法」

(平成20年3月5日 厚生労働省告示第59号)

※ 1点10円。地域区分は無いが入院料には地域加算(7地域)がある。

※ 改定サイクルは2年毎

2. 施設基準等(主なもの)

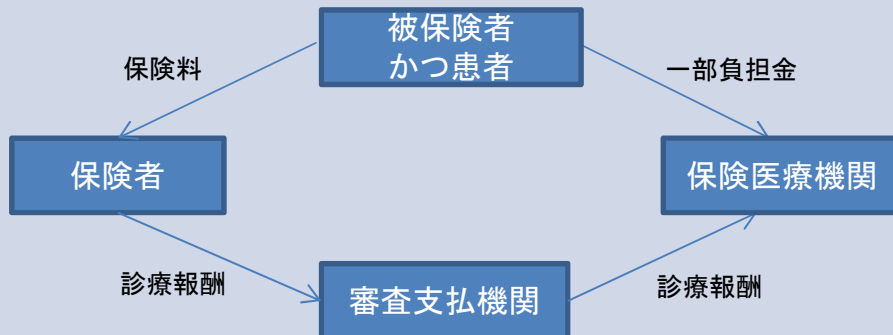
①「基本診療料の施設基準等」

(平成20年3月5日 厚生労働省告示第62号)

②「特掲診療料の施設基準等」

(平成20年3月5日 厚生労働省告示第63号)

3. お金の流れ(概略)



介護保険(介護報酬)

1. 単位数表(居宅介護支援に関するものの場合)

「指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準」

(平成12年2月10日 厚生省告示第20号)

※ 1単位10円を基本に、地域区分(8区分)別に単価を設定。

※ 改定サイクルは3年毎

2. 算定に用いられる基準等(主なもの)

①「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」

(平成27年3月23日 厚生労働省告示第94号)

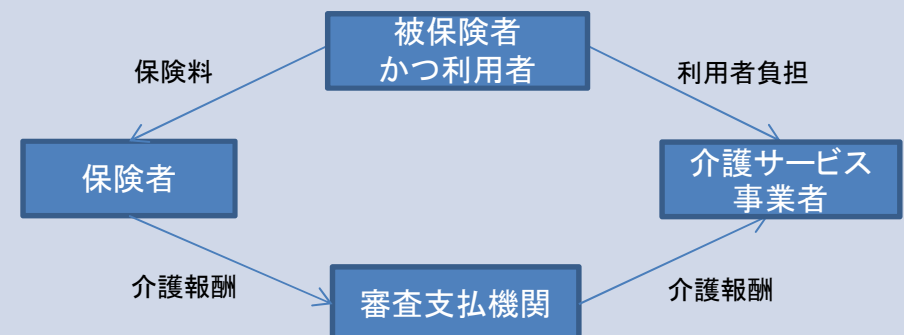
②「厚生労働大臣が定める基準」

(平成27年3月23日 厚生労働省告示第95号)

③「厚生労働大臣が定める施設基準」

(平成27年3月23日 厚生労働省告示第96号)

3. お金の流れ(概略)



医療保険・介護保険の基本事項の比較表 2

[解説]

保険医療機関等の指定や指導・監査は厚生局において行われている。一方、介護サービス事業所の指定や指導・監査については都道府県(地域密着型サービスは市町村)において行われている。

医療保険(保険医療機関等)

介護保険(介護サービス事業所)

4. 保険医療機関等の指定

開設者が**地方厚生(支)局長**に申請書を提出。
地方厚生(支)局長は当該申請を地方社会保険医療協議会に諮問し、答申を受け指定。

4. 事業所の指定

指定を受けようとする者が所在地の**都道府県知事**に申請書を提出し、**都道府県知事**が指定。
(地域密着型サービスについては、所在地の**市町村長**に申請書を提出し、市町村長が指定。)

5. 施設基準等の届出

開設者が**地方厚生(支)局長**に所定の届出書を提出。

5. 施設基準の届出

所在地の**都道府県**に届出書を提出。
(地域密着型サービス等については、所在地の**市町村**に届出。)

6. 保険医療機関等の指定や施設基準等の届出情報の公表

地方厚生(支)局のHPで公表。

6. 事業所情報公表

利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を介護サービス情報公表システムにより**都道府県**が提供。

7. 指導・監査

健康保険法第73条、船員保険法第59条、国民健康保険法第41条、高齢者医療確保法第66条に基づいて指導を実施。
不正や著しい不当が疑われる場合には監査を実施。
指導・監査は**地方厚生(支)局**において**都県と共同**で実施。

7. 指導・監査

介護保険法第23条又は24条に基づき、**市町村**又は**都道府県**が指導を実施。
不正が疑われる場合には同法第76条以降のサービスごとの条文の規定に基づき、指定権者である**市町村**又は**都道府県**が監査を実施。

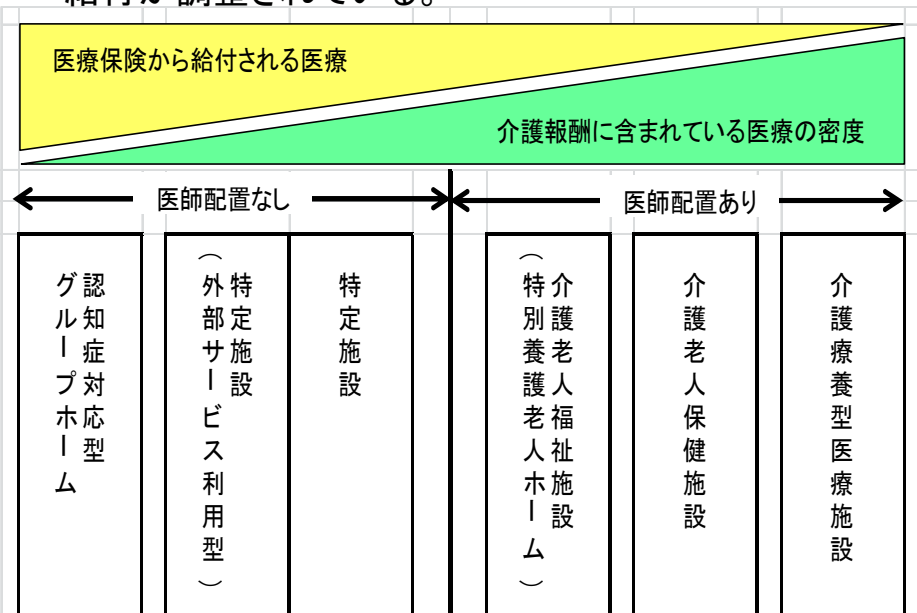
医療保険と介護保険の給付調整

要介護被保険者等については、原則として、**介護保険給付が医療保険給付より優先される**。ただし、厚生労働大臣が定める場合については、医療保険から給付できるとされており、これを**医療保険と介護保険の給付調整**という。

- 「厚生労働大臣が定める療養」(平成18年3月20日厚生労働省告示第142号)
- 「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」(平成20年3月27日厚生労働省告示第128号)

介護施設における医療保険と介護保険の給付調整の関係

○介護施設では、医師の配置を必須としているもの、施設の主旨目的に応じた医療が介護保険より提供されるものがあり、この場合には、医療保険による給付が調整されている。



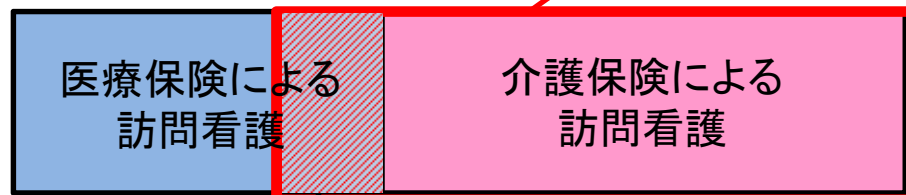
※社会保障審議会介護給付費分科会資料(H23.9.5)を基に作成

居宅サービスにおける医療保険と介護保険の給付調整の関係

○介護保険における居宅サービスと同内容のものが医療保険においても設定されている場合には、原則として介護保険によるサービスが優先されることとなるが、医療サービスの必要性がより高い等の場合には、医療保険から給付されるものもある。

〈訪問看護の例〉

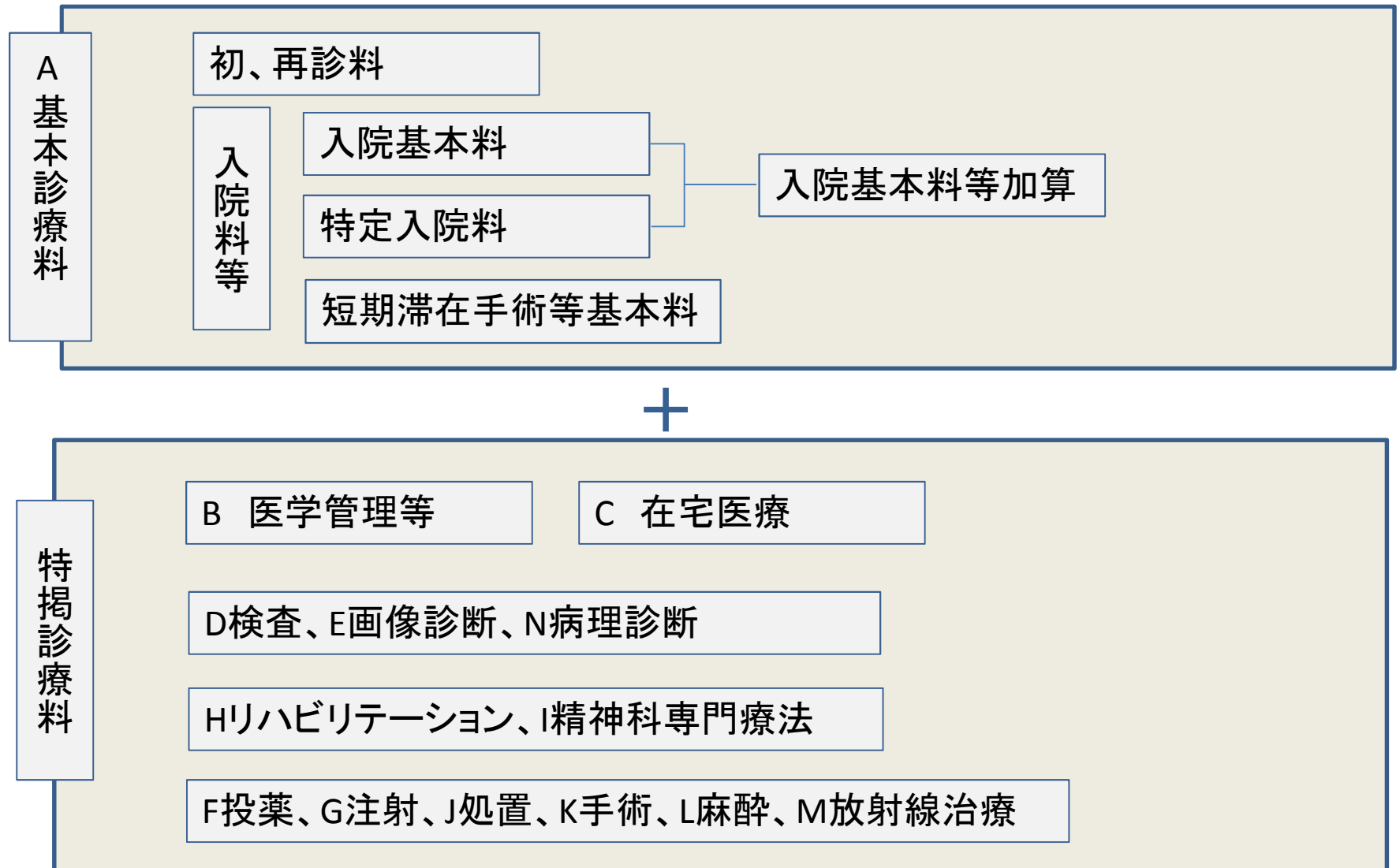
要介護、要支援者



末期の悪性腫瘍、難病、急性増悪による医師の指示があった場合等

診療報酬のしくみ

診療報酬は基本診療料と特掲診療料で構成されている。
基本診療料は初、再診料と入院料等であり、特掲診療料は基本診療料として一括で支払うことが妥当でない特別の診療行為についての費用である。



診療報酬の算定例

在宅で療養中の患者が、発熱し、診療所に電話して往診に来てもらい、薬の処方を受ける。

(基本診療料)

再診料 72点 + 外来管理加算 52点 + 時間外対応加算※ 3点
+ 明細書発行体制等加算※ 1点 = 128点

+

※ 施設基準あり

(特掲診療料)

往診料 720点 + 処方せん料 68点 = 788点

=

合計 (916点 × 10円) × 3/10 = 2,750円 (自己負担)

* 10円未満四捨五入

施設基準とは

- 診療報酬において、保険医療機関の人員・設備・体制など一定の要件を満たさないと算定できないものが設けられている。この基準を定めたものを**施設基準**という。
- 施設基準の根拠となる告示・通知は、基本診療料に係る施設基準と、特掲診療料に係る施設基準のそれぞれに定められている。
- 施設基準は、届出制である。
届出先は、地方厚生(支)局長である。(実務的には、厚生局の都県事務所、埼玉県は厚生局の指導監査課)
- 地方厚生(支)局長は、届出された内容をホームページへ掲載する等の対応を行っている。

施設基準は医療資源の把握に重要なツール

I 医療保険と介護保険の基本的な仕組み

II 入院料の施設基準等から見た在宅促進の仕組み

III 在宅医療・介護連携で活用される診療報酬と介護報酬

1 退院支援の例

2 在宅医療の例

3 外来医療の例

IV 施設基準等の届出情報の把握方法

V 本日のまとめ

主な入院基本料と特定入院料(一般病床・療養病床)

病院又は有床診療所は医療法上の病床区分に基づいて、診療報酬の機能に応じていずれかの入院基本料または特定入院料を施設基準を届け出て算定する。

医療法上の位置づけ

一般病床

療養病床

入院基本料

一般病棟	647,288床
特定機能病院	58,843床
専門病院	7,389床
障害者施設等	66,970床
有床診療所一般	78,214床

療養病棟	221,698床
有床診療所療養	6,850床

特定入院料

救命救急	6,292床
特定集中治療室	5,619床
新生児特定集中治療室	1,570床
新生児治療回復室	2,621床
小児特定集中治療室	48床
総合周産期 母胎・胎児	742床
特定集中治療室 新生児	1,487床
脳卒中ケアユニット	919床
ハイケアユニット	4,364床
小児入院医療管理料	19,751床
緩和ケア病棟	7,030床
一類感染症	95床
特殊疾患病棟・管理料	13,021床

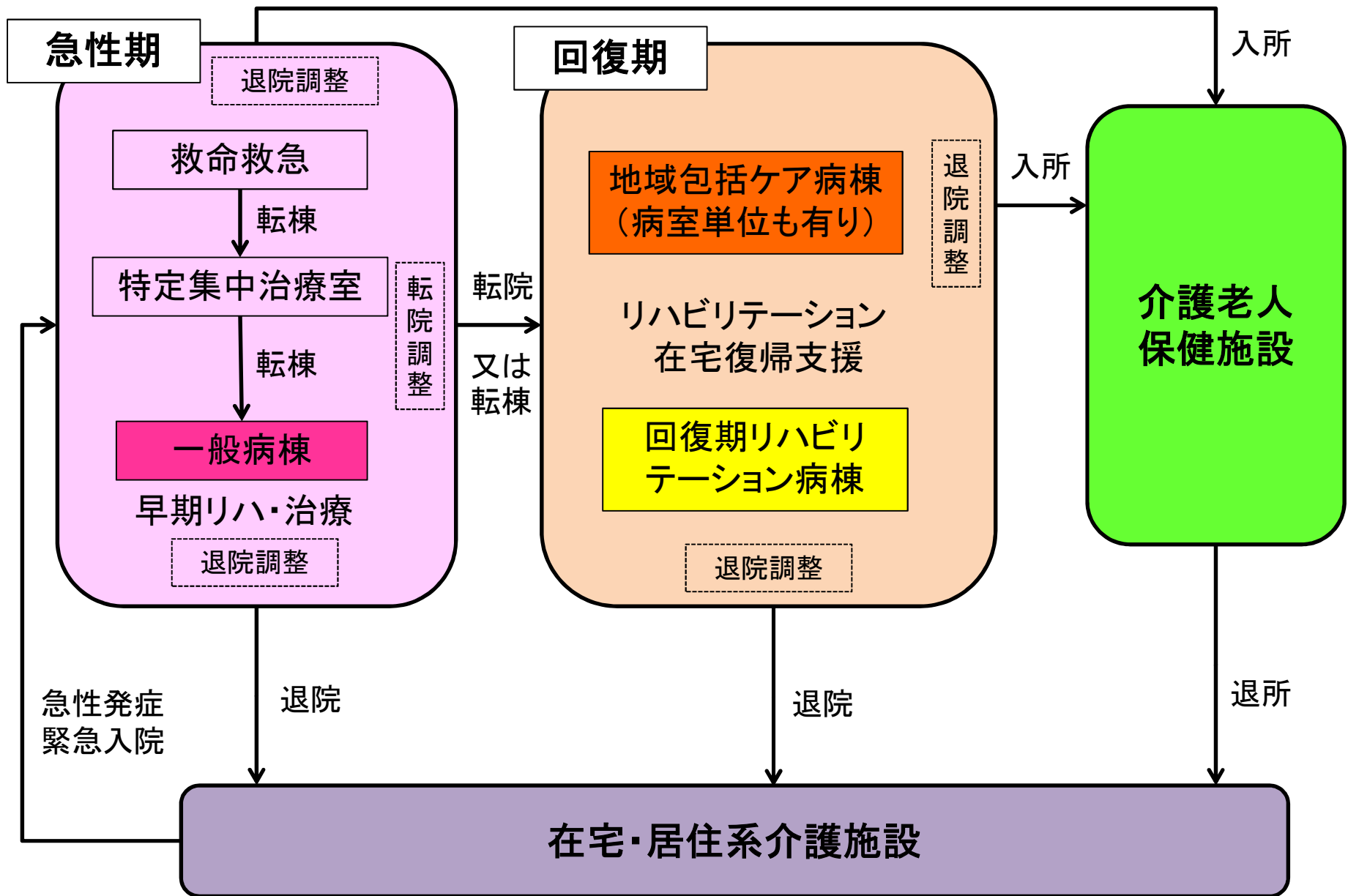
回復期
リハビリテーション
75,433床

地域包括ケア病棟
(入院医療管理料)
22,631床

介護療養病床

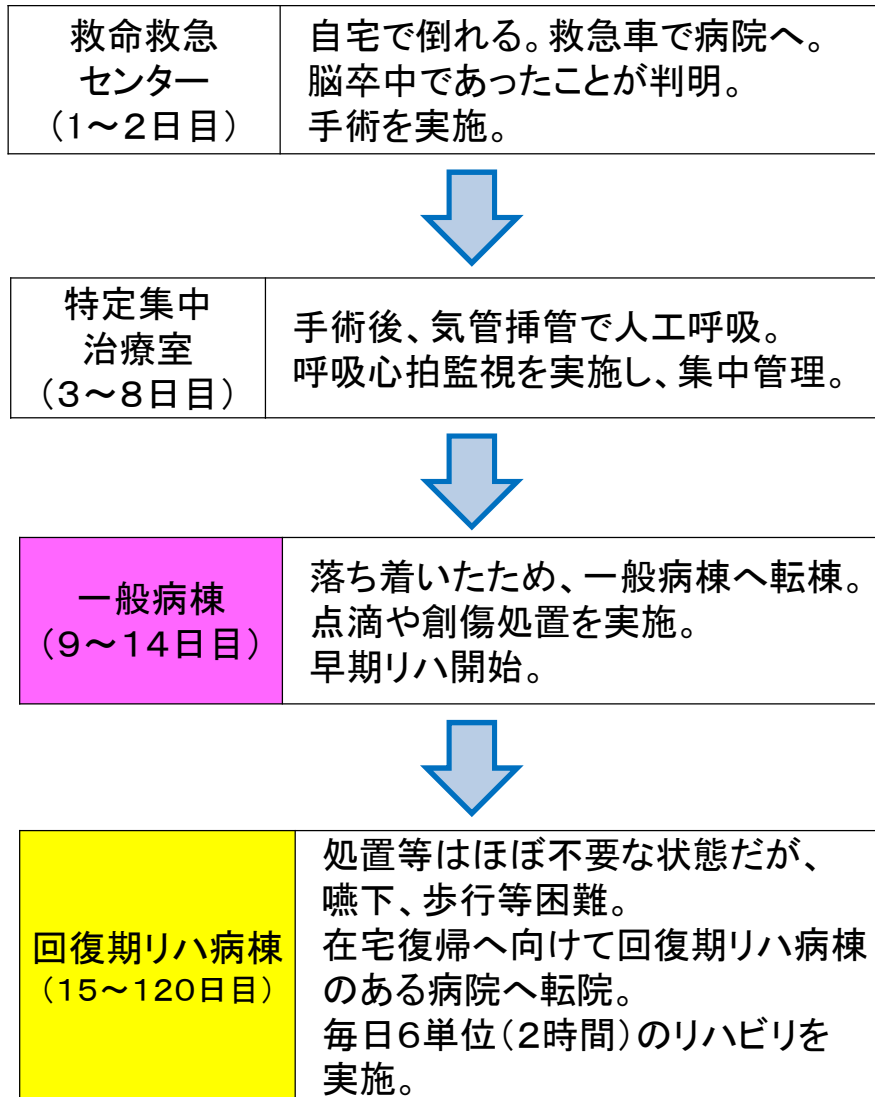
58,244床
H28.6末
病院報告

急性期から在宅復帰までの流れ(例)

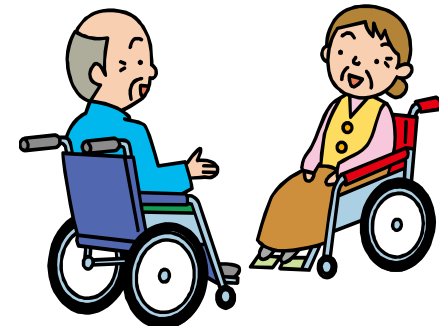
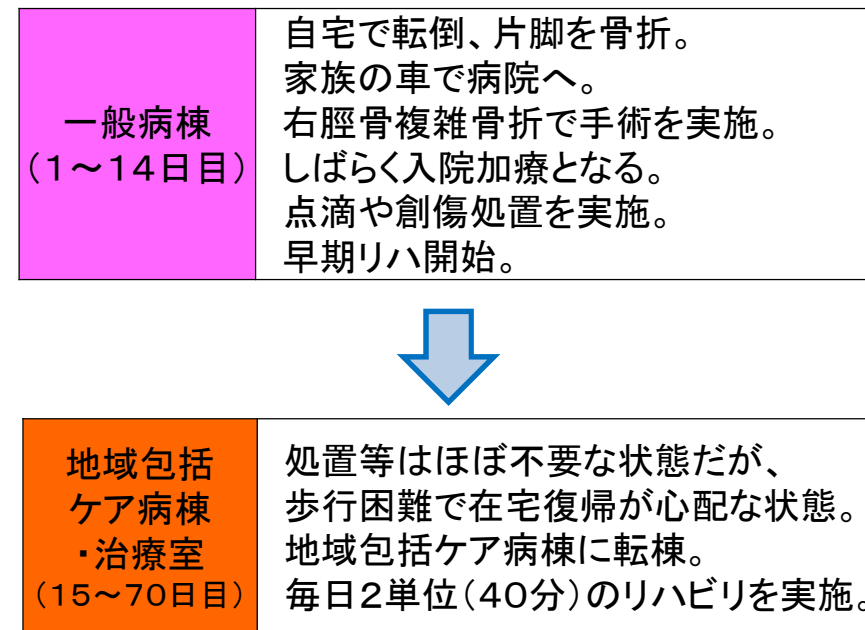


各治療室・病棟での患者の病態イメージ

脳卒中の患者のイメージ



右脛骨複雑骨折の患者のイメージ



※ 入院日数はあくまで一例です。

主な入院料の施設基準における在宅復帰の要件等

入院料の区分	看護配置 (補助配置)	診療報酬点数	患者の状態等	*平均 在院日数	算定 上限日数	*在宅等 復帰率	退院支援 体制
一般病棟 入院基本料 一般入院	7対1 10対1 13対1 15対1	1,591点 1,332点 1,121点 960点	*7対1を算定する 場合は、重症度、医 療・看護必要度の高 い患者が2割5分以 上	18日 21日 24日 60日	無 ※当該病棟の入 院期間が90日 を超えると算定 方法を選択	7対1を算定 する場合は、 8割以上	—
回復期 リハビリ テーション 病棟入院料 回1、回2、回3	1. 13対1 (30対1) 2. 15対1 (30対1) 3. 15対1 (30対1)	1. 2,025点 2. 1,811点 3. 1,657点 (生活療養を受けない場合) ※検査、画像診断、病理診断、 精神科専門療法、投薬、注射、 処置、手術、麻酔、放射線等を 含む(一部除外有)	脳血管疾患又は大腿 骨頸部骨折等のリハ ビリテーションの必 要性が高い患者が8 割以上(*1の場合 入院する患者全体に 占める看護必要度を 満たす患者が0.5割 以上)	—	算定開始日から 病態によって 180日、 150日、 90日、 60日	1. 7割以上 2. 6割以上	専任の社会福 祉士等が1名 以上
地域包括ケア 病棟入院料 (入院医療 管理料) 地包ケア1 地包ケア2	13対1	1. 2,558点 2. 2,058点 (生活療養を受けない場合) ※検査、画像診断、病理診断、 リハビリテーション、精神科専 門療法、投薬、注射、処置、放 射線等を含む(一部除外有)	急性期治療を経過し た患者及び在宅にお いて療養を行ってい て軽度悪化した患者 (*重症度、医療・ 看護必要度の高い患 者が1割以上)	—	当該病棟、病室 に入院した日 から60日	1. 7割以上	専任の在宅復 帰支援担当 者が1名以上 専従のPT、 OT又はST が1名以上

(参考)

*「重症度、医療・看護必要度」、「平均在院日数」、「在宅等復帰率」については次頁以降を参照

区分	看護配置 (補助配置)	診療報酬点数	患者の状態等	*平均 在院日数	算定 上限日数	*在宅等 復帰率	退院支援 体制
療養病棟 入院基本料 療養入院	1. 20対1 (20対1) 2. 25対1 (25対1)	1. 1,810～814点、 2. 1,745～750点 (生活療養を受けない場合) 入院基本料の点数は医療区分と ADL区分によって9段階ある ※検査、投薬、注射、病理診断、 画像診断、処置(一部除外有) を含む	1を算定する場合は、 医療区分2及び3の 患者が8割以上 2を算定する場合は、 医療区分2及び3の 割合が5割以上	—	無	在宅復帰機能 強化加算を 算定する場 合は5割以上	在宅復帰 機能強化 加算を算 定する場 合は十分 な体制 14

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり
B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(5日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[* 各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
総合入院体制加算	・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	・A得点1点以上

平均在院日数とは

入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の算定は、次の式による。

①に掲げる数

②に掲げる数

① 当該病棟における直近3か月間の在院患者延日数

② (当該病棟における当該3か月間の新入棟患者数＋当該病棟における当該3か月間の新退棟患者数)／2

在宅復帰率とは

施設基準に係る在宅復帰率の算定は、入院基本料、特定入院料によって異なるが次の式による。

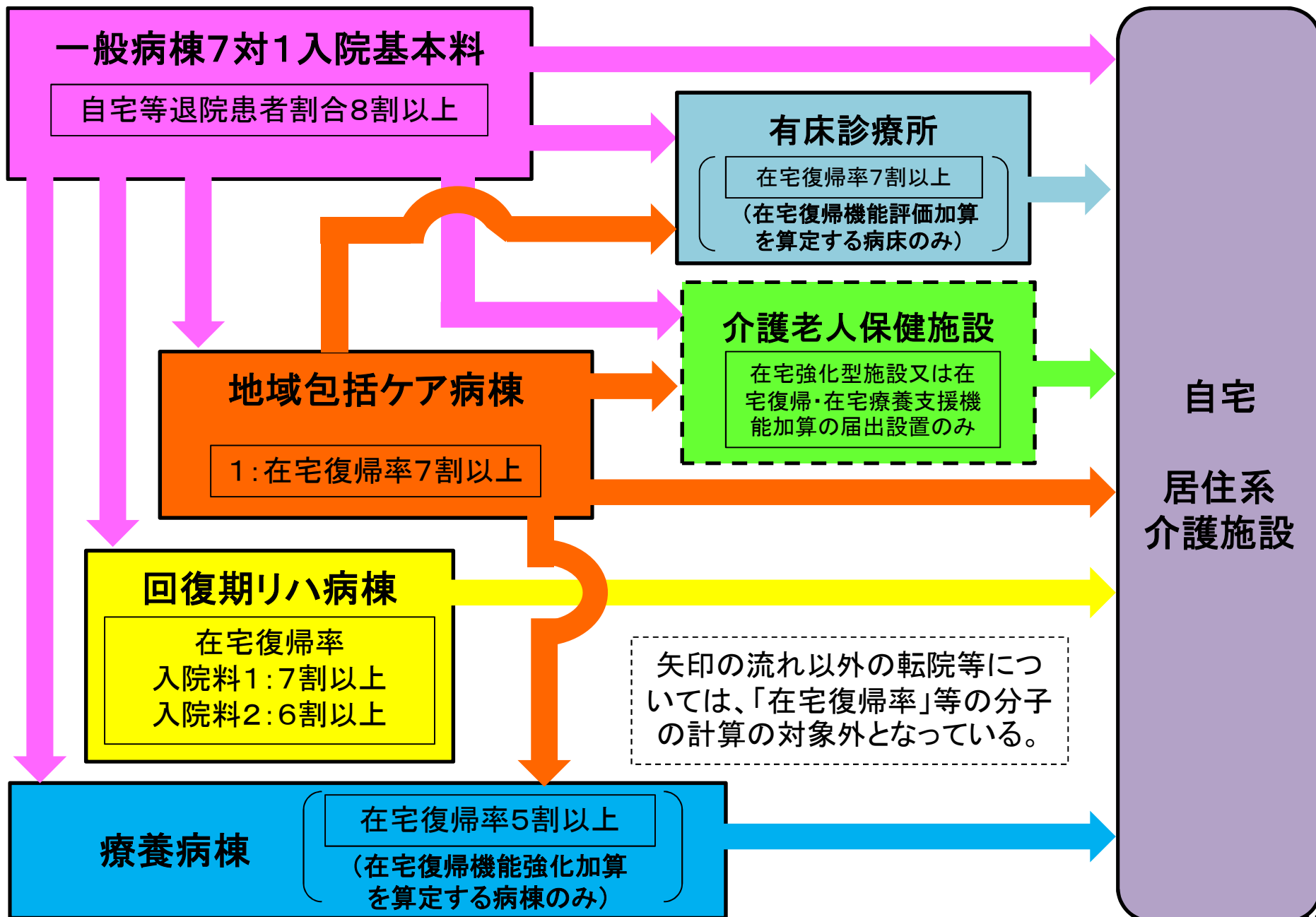
①直近6ヶ月において自宅等へ退院した患者数

②直近6ヶ月間に退院した患者数

① 在宅復帰率の計算の対象外となっている転院等の患者は除く

②再入院患者や死亡退院等の患者を除く

「在宅復帰率」の設定による在宅復帰の流れ



療養病棟入院基本料について

療養病棟入院基本料は、看護配置、医療区分2と3の患者割合により2つあり、それぞれ医療区分、ADL区分に応じて診療報酬が9段階に分かれている。(療養病棟入院基本料1については在宅復帰機能強化加算の届出が可能)

療養病棟入院基本料1

看護配置20:1

(医療区分2・3の患者が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	967点 (952点)	1,412点 (1,397点)	1,810点 (1,795点)
ADL 区分2	919点 (904点)	1,384点 (1,370点)	1,755点 (1,741点)
ADL 区分1	814点 (800点)	1,230点 (1,215点)	1,468点 (1,454点)

療養病棟入院基本料2

看護配置25:1

(医療区分2・3の患者が5割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	902点 (888点)	1,347点 (1,333点)	1,745点 (1,731点)
ADL 区分2	854点 (840点)	1,320点 (1,305点)	1,691点 (1,677点)
ADL 区分1	750点 (735点)	1,165点 (1,151点)	1,403点 (1,389点)

※()内は生活療養を受ける場合

医療区分

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 【処置】 ・24時間持続点滴(7日以内) ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法又は胸腹腔洗浄 ・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(密度の高い治療を要する状態に限る)
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) ・慢性閉塞性肺疾患 ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症(14日以内) ・傷病等によりリハビリテーションが必要な状態(30日以内) ・脱水かつ発熱を伴う状態(7日以内) ・体内出血(7日以内) ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創、頻回の嘔吐かつ発熱(3日以内) ・せん妄(7日以内) ・うつ状態 ・暴行が毎日見られる状態 【医療処置】 ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養(7日以内) ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血液検査(3日以内) ・創傷、皮膚潰瘍、下腿又は足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療 ・酸素療法(医療区分3の場合を除く)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

ADL区分1:11点未満、2:11~22点、3:23点以上

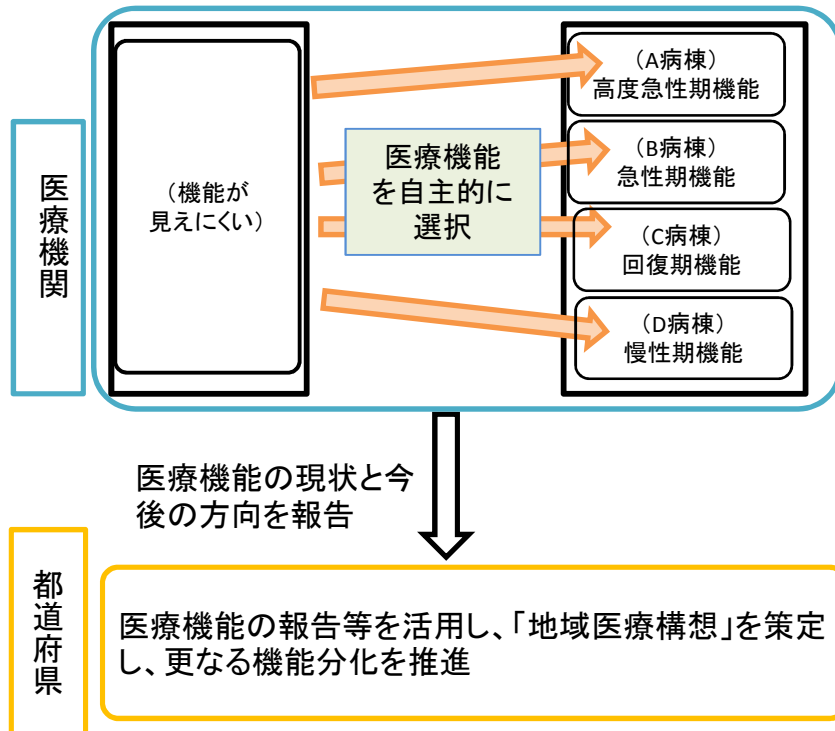
当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に帯する支援レベルについて、右表の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

(0 自立、1 準備のみ、2 観察、3 部分的援助、
4 広範な援助、5 最大の援助、6 全面依存)

項目	支援レベル
a ベッド上の可動性	
b 移乗	
c 食事	
d トイレの使用	
(合計点)	

地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。
（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。
平成27年3月に発出。



（「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域（二次医療圏が基本）単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

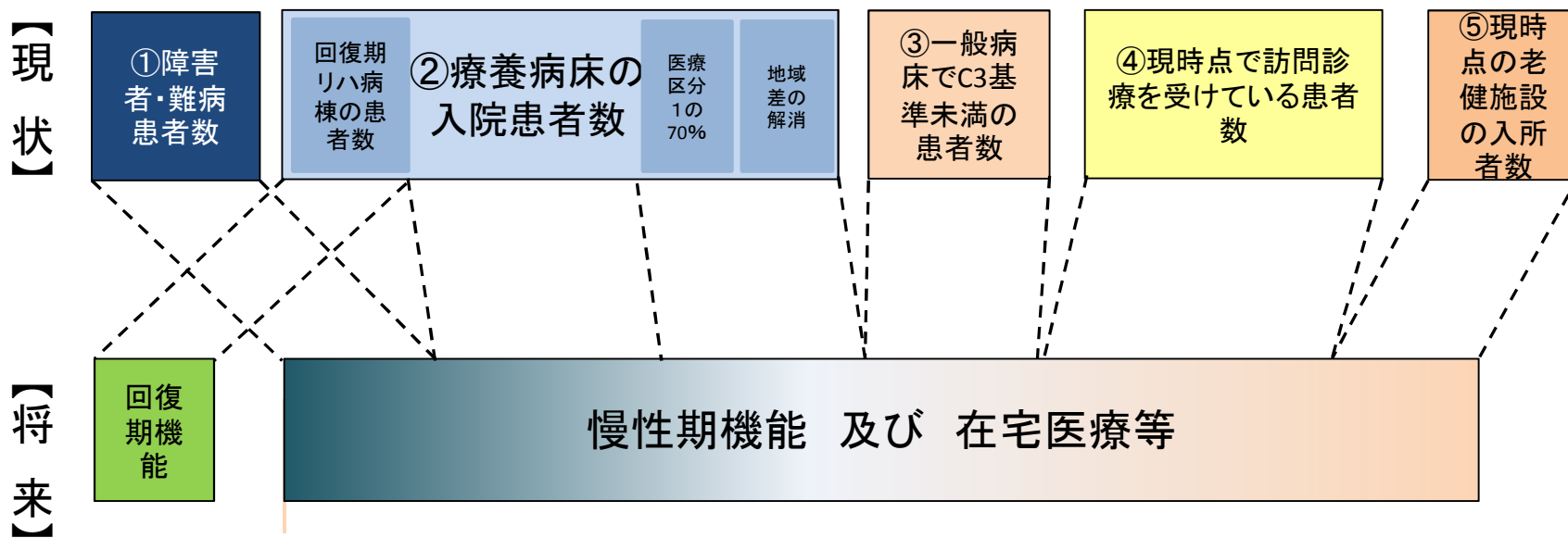
- 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等*の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。
 * 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- ① 一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。
- ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
 - ・ 医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等で対応する患者数として推計する。
 - ・ その他の入院患者数については、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。（療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者数は、回復期の医療需要とする。）
- ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者数については、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、当該点数未満の患者数を慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。
- ④ 訪問診療を受けている患者数については、在宅医療等の医療需要として推計する。
- ⑤ 老健施設の入所者数については、在宅医療等の医療需要として推計する。

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

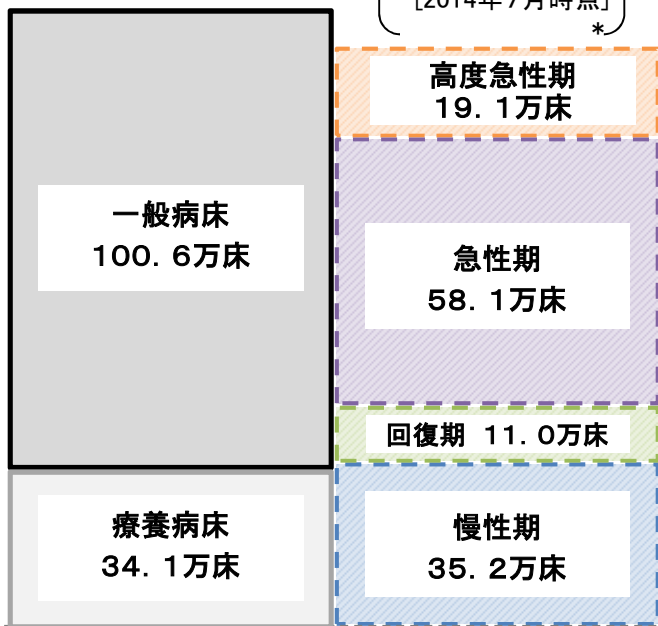
内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」公表

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現状：2013年】

134.7万床(医療施設調査)

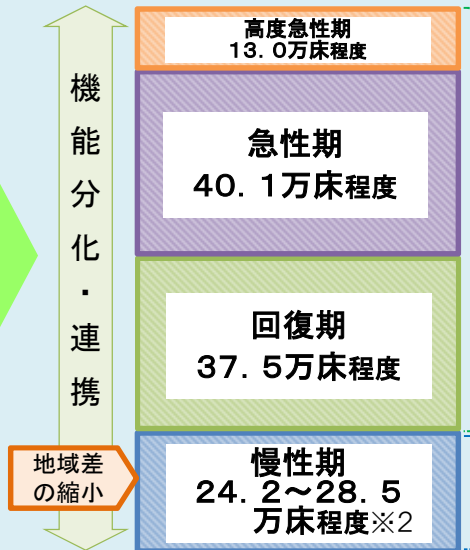
病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果：2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合: 152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、2014年度の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を推計したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

- I 医療保険と介護保険の基本的な仕組み
- II 入院料の施設基準等から見た在宅促進の仕組み
- III 在宅医療・介護連携で活用される診療報酬と介護報酬**
 - 1 退院支援の例**
 - 2 在宅医療の例
 - 3 外来医療の例
- IV 施設基準等の届出情報の把握方法
- V 本日のまとめ

在宅医療・介護連携で活用される診療報酬と介護報酬

○ 各場面の報酬等算定相関図

退院支援、在宅医療、外来医療の各場面において、主に算定する報酬等を用いて病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所の報酬等による相関を図示した。

○ 各報酬の算定要件等

相関図で図示した報酬等のそれぞれについて、名称、点数、算定要件等の概略を掲載した。

○ 施設基準等

掲載した診療報酬、訪問看護療養費について、施設基準等があるものについては、別頁に要件を掲載し、 内に略称を記載した。

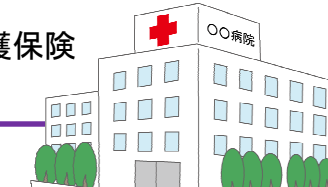
○ 平成28年度診療報酬改定資料

今回の改定で変更等があった診療報酬について、補足のために改定資料を抜粋して添付した。

退院支援の主な報酬等算定相関図

医療保険

介護保険



急性期病院

訪問看護ステーション

退院時共同指導加算

6000円

退院時共同指導加算

600単位

* 退院後の初回の訪問時に加算

退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同※で行い文書で提供

退院支援加算

1 一般	600点	2 一般	190点
療養	1200点	療養	635点

(1. 一般の場合)

入院後3日以内に退院支援の必要性を判断
7日以内に退院支援計画書を作成

* この相関図とは別に「注4」の地域連携診療計画加算が算定できる場合がある

在宅療養支援診療所

退院時共同指導料1

1500点

* 在宅療養支援診療所以外の場合900点

退院時共同指導料2

400点

※ 入院中の病院の医師等
退院後の在宅療養を担う医師等
訪問看護ステーションの看護師等
介護支援専門員 等

退院前在宅療養指導管理料

120点

退院前訪問指導料

580点

退院時リハビリテーション指導料

300点

退院時薬剤情報管理指導料

90点

居宅介護支援事業所

退院・退所加算

300単位

※算定の詳細は別紙

※個々に算定可

介護支援連携指導料

400点

退院日から2週間以内に診療情報を文書で提供

診療情報提供料(I)

注2 250点

年3回以上の面談

居宅サービス事業者
地域密着型サービス事業者等



介護報酬

退院・退所加算 300単位

退院・退所後に居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で居宅サービス計画を作成し、サービスの利用に対する調整を行う。

退院・退所加算は3回まで算定することが出来るが、3回算定する場合、その内1回については、入院中の担当医等との会議(カンファレンス)に参加して退院後の在宅での療養上の説明を行った上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に限る。

※病院側が診療報酬を算定しなくとも介護側は算定要件を満たせば算定可能。



診療報酬

介護支援連携指導料 400点

(1回目)介護サービスの利用の見込みがついた段階で当該地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について患者や医療関係者と情報共有する。

(2回目)実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の在宅診療の見込み等を念頭においた指導を行う。

退院時共同指導料2 400点

入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師は除く)と共同で退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を行う。

※入院中の保険医療機関の保険医が、在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)又は居宅支援事業所の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同で行った場合2000点加算

退院支援の診療報酬 1

退院支援加算

患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院困難者の退院支援の積極的な取り組みや施設間の連携等を推進するための評価。

- 1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点、ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- 2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点、ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- 3 1,200点(新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料の場合)

(退院支援加算1で一般病棟入院基本料の場合の主な算定要件)

- 入院後3日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。
- 原則として7日以内に早期に患者及び家族と話し合いを行い、7日以内に退院支援計画書の作成に着手する。
- 入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟専任の退院支援職員及び退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。
- 退院支援計画について文書で患者又は家族に説明を行い、交付する。
- 当該病棟又は退院支援部門の退院支援職員が、他の医療機関や介護サービス事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有を行う。

※退院時共同指導料を同時に算定する場合には、在宅療養を担う医療機関と患者が在宅療養に向けて必要な準備を確認し、患者に対して文書で提供する。

退院支援加算の主な施設基準

退支

	退院支援加算1	退院支援加算2 (旧退院調整加算と原則同要件)
退院支援部門の設置	医療機関内に退院支援及び地域連携業務を担う部門を設置	
職員の配置	専従1名(看護師又は社会福祉士)・専任1名(看護師又は社会福祉士)	
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置等 (2病棟120床に1名以上)	—
院内掲示	病棟に担当職員及び担当業務を掲示	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する保険医療機関・居宅サービス事業者 地域密着型サービス事業者・居宅介護支援事業者 施設サービス事業者等(20力所以上)の 職員と定期的な面会を実施(3回/年以上)	—
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績※	—

※ 介護支援連携指導料の算定回数

退院支援加算1の届出を行っている病院は介護職と積極的に連携していると言えるのではないかと

退院支援の診療報酬 2

地域連携診療計画加算

(退院支援加算の注4)

300点

次の退院支援のいずれかを行った場合に退院時1回に限り、所定点数に加算する。

ただし、開放型病院共同指導料、退院時共同指導料2、介護支援連携指導料及び診療情報提供料(I)は別に算定できない。

イ 当該保険医療機関において退院支援加算1又は退院支援加算3の届出を行っている病棟に入院している患者(あらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う他の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限り)について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合

ロ 他の保険医療機関からの転院(1回の転院に限る。)患者(当該他の保険医療機関において当該加算を算定したものであって、当該患者の同意を得た上で、入院時にあらかじめ作成した地域連携診療計画に基づき当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限り)について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合

地域連携診療計画加算の主な施設基準

退支

- 1 退院支援加算1又は退院支援加算3に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- 2 当該地域において、当該病院からの転院後又は退院後の治療等を担う複数の保険医療機関又は介護サービス事業所等を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、地方厚生(支)局長等に届け出ていること。
- 3 地域連携診療計画において連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等として定めた保険医療機関又は介護サービス事業所等との間で、年3回以上、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価等を行うための機会を設けていること。

退院支援の診療報酬 3

入院中の患者について、退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は保険医の指示を受けた看護職員が入院中の保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護職員と共同して行い、文書により情報提供した場合に算定する。

退院時共同指導料1

- 1 在宅療養支援診療所の場合 1,500点
- 2 在宅療養支援診療所以外の場合 900点

在宅医療を担う医療機関が原則として入院中に1回算定。

退院時共同指導料2

400点

入院中の医療機関が原則として入院中に1回算定。

(※注加算の例)

退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)又は居宅介護支援事業所の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合2000点加算する。

退院支援の介護報酬

退院時共同指導加算

600単位（訪問看護費）

病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等が退院時共同指導（当該者又は看護に当たっている者に対して、病院、診療所又は介護老人保健施設の主治の医師その他の職員と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供することを言う。）を行った後に、当該者の退院又は退所後に初回の指定訪問看護を行った場合に、当該退院又は退所につき1回に限り、所定単位数を加算する。

退院・退所加算

300単位（居宅介護支援費）

病院若しくは診療所に入所していた者は又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護老人保健施設に入所していた者が退院又は退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、退院又は退所に当たって病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保健施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービスの計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合には、入院又は入所期間中につき3回を限度として所定単位数を加算する。

介護支援連携指導料

400点

入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。

(主な算定要件)

○介護支援連携指導料は、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定できるものである。

○初回の指導は、介護サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するものであり、2回目の指導は、実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと等を想定したものである。

○ケアプランの写しを診療録に添付する必要がある。

退院支援の診療報酬 5

退院前在宅療養指導管理料

120点

入院中の患者に対して外泊時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、外泊の初日1回に限り退院前在宅療養指導管理料を算定する。退院前在宅療養指導管理料を算定できるのは、あくまでも退院した場合であり、病状の悪化等により退院できなかつた場合には算定できない。また、外泊後、帰院することなく転院した場合には算定できない。

退院前訪問指導料

580点

継続して1月を超えて入院すると見込まれる患者の円滑な退院のため、入院中(外泊時を含む。)又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら患者又はその家族等に退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合、1回の入院につき1回を限度として算定する。

退院支援の診療報酬 6

退院時リハビリテーション指導料

300点

入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら患者又はその家族等に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。

退院時薬剤情報管理指導料

90点

保険医療機関が、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上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。

退院支援の診療報酬 7

診療情報提供料(Ⅰ)

250点

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

○「注2」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、退院時に患者の同意を得て退院の日から2週間以内に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する

○保健福祉サービスに必要な情報とは、当該患者に係る保健サービス、介護保険の居宅サービス又は福祉サービスを有効かつ適切に実施するために必要な診療並びに家庭の状況に関する情報をいう。

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業者等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所

平成 年 月 日

担当

殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

患者氏名	性別	男・女
	職業	
電話番号	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ()歳
患者住所		
情報提供の目的		
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの	
	発症日: 昭和・平成 年 月 日	
	発症日: 昭和・平成 年 月 日	
その他の傷病名		
傷病の経過及び治療状況		
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合
		入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等		
障害高齢者の生活自立度		
□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 □II □IIa □IIb □III □IIIa □IIIb □IV □M		

退院支援の訪問看護療養費

退院時共同指導加算

(訪問看護管理療養費の加算)

6000円

指定訪問看護を受けようとする者が主治医の所属する保険医療機関に入院中又は介護老人保健施設に入所中である場合において、その退院又は退所に当たって、当該訪問看護ステーションの看護師等が、当該主治医又はその所属する保険医療機関又は介護老人保健施設の職員とともに、当該指定訪問看護を受けようとする者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に、初日の指定訪問看護の実施時に1回に限り訪問看護管理療養費の所定額に加算すること。

訪問看護療養費とは

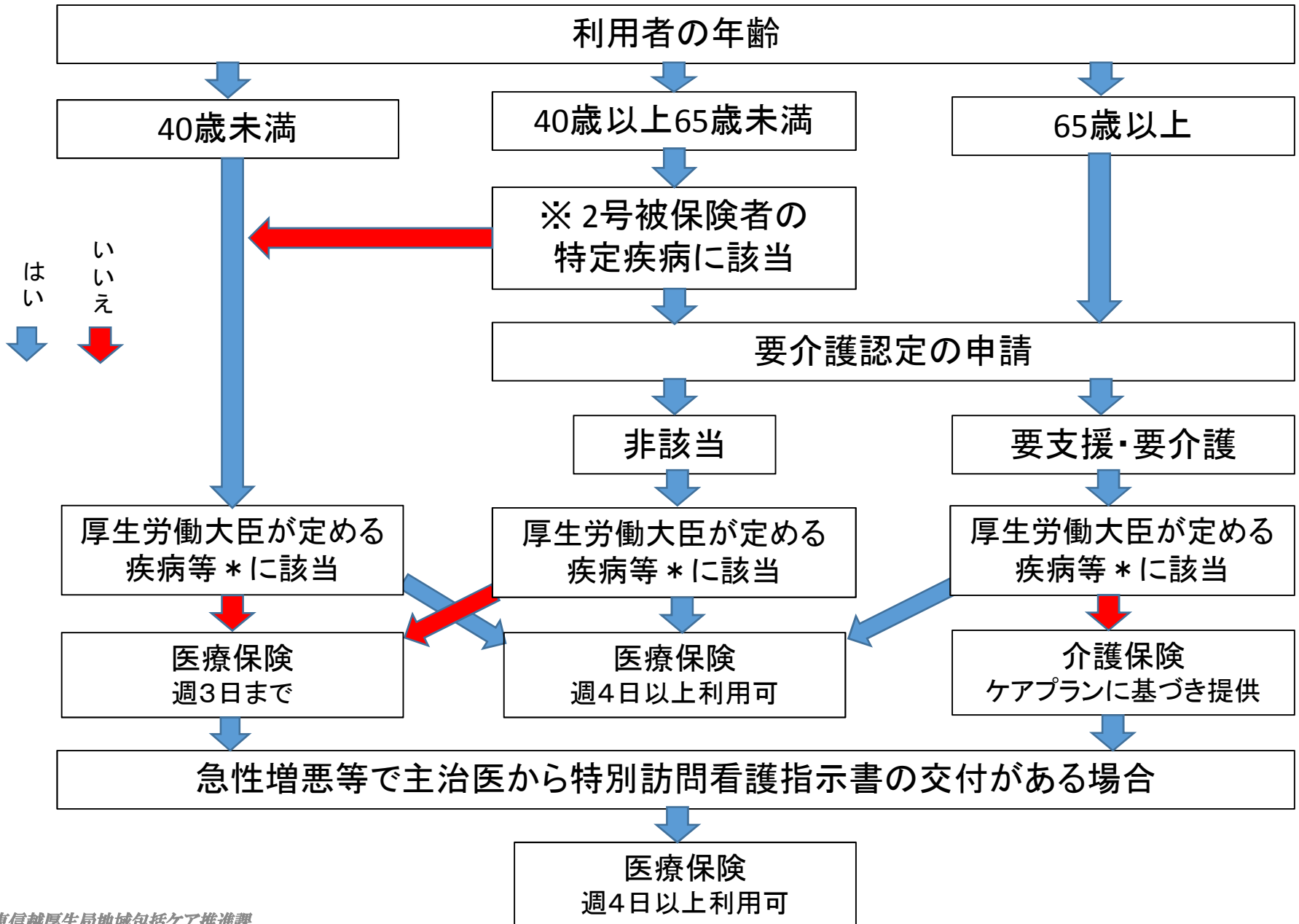
居宅で療養している患者が、主治の医師の指示に基づいて訪問看護ステーションの訪問看護師から療養上の世話や必要な診療の補助を受けた場合、その費用が、診療報酬ではなく、訪問看護療養費として医療保険から現物給付される。

(支払われる額と利用料)

訪問看護ステーションに支払われる訪問看護療養費の額は、厚生労働大臣が定める基準にしたがって算出した額から、患者が負担する基本利用料を控除した額。

訪問看護の基本利用料は、被保険者、被扶養者ともに3割となっている。

(参考) 医療保険・介護保険の訪問看護対象者



※2号被保険者の特定疾病

がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)、関節リウマチ、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯骨化症、骨折を伴う骨粗鬆症、初老期における認知症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症、多系統萎縮症、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患、両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

* 厚生労働大臣が定める疾病等

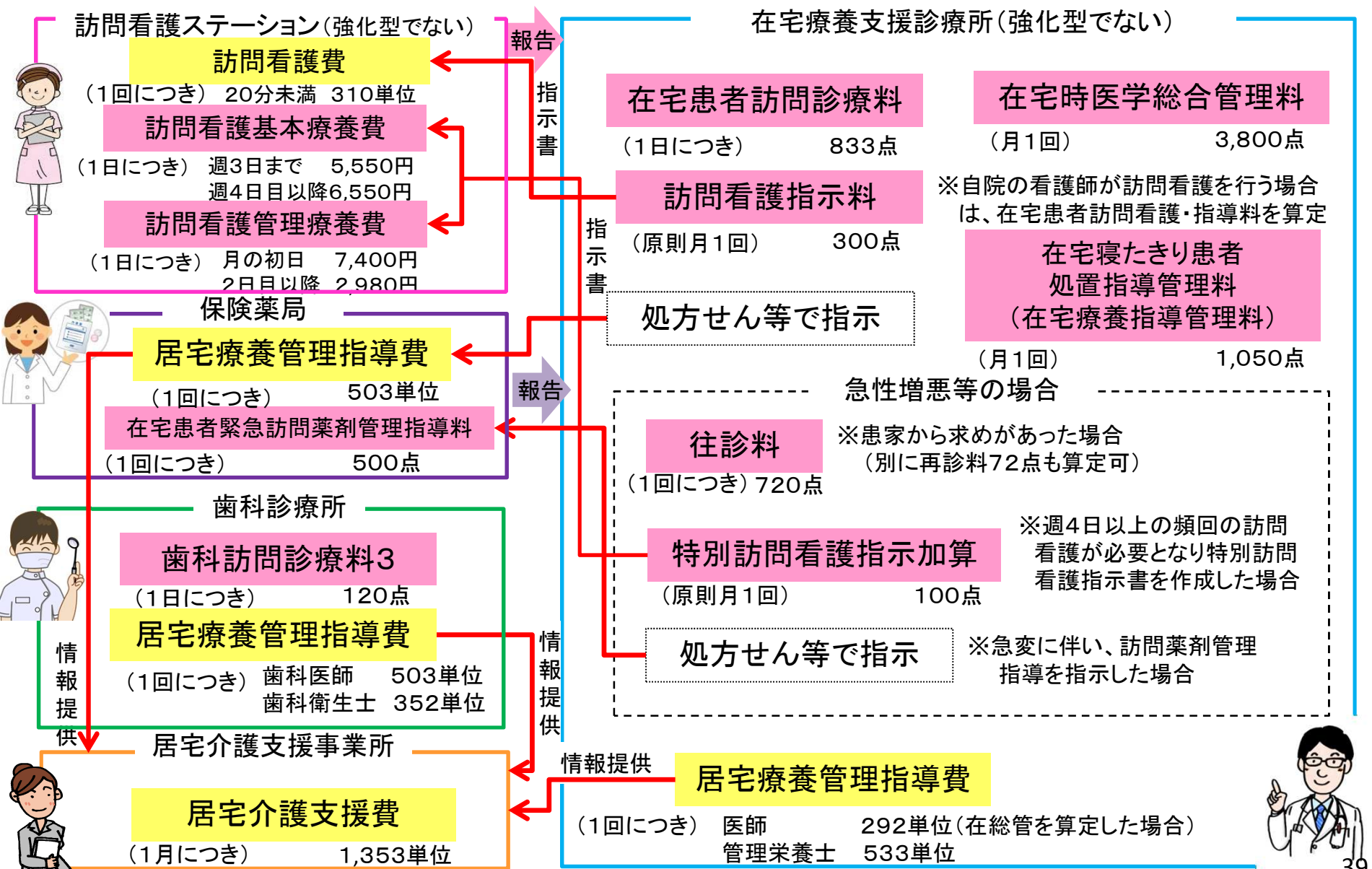
別表第7 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライゾゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態

- I 医療保険と介護保険の基本的な仕組み
- II 入院料の施設基準等から見た在宅促進の仕組み
- III 在宅医療・介護連携で活用される診療報酬と介護報酬**
 - 1 退院支援の例
 - 2 在宅医療の例**
 - 3 外来医療の例
- IV 施設基準等の届出情報の把握方法
- V 本日のまとめ

在宅医療の主な報酬等算定相関図

医療保険 介護保険

要介護5で自宅で療養、強化型でない在宅療養支援診療所から月に2回の定期的な訪問診療を受け、訪問看護ステーションから訪問看護、在宅療養支援歯科診療所から訪問診療を受けている場合



在宅療養支援診療所の施設基準

	機能強化型在宅療養支援診療所		在宅療養支援診療所	
	単 独 型	支援診1	連 携 型	支援診2
全てが満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等の報告 ⑦ 当該地域の保健医療・福祉サービスとの連携			
機能強化型が満たすべき基準	⑧ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑧ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	/	
	⑨ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑨ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関 で4件以上		
	⑩ 過去1年間の看取りの実績又は 超・準超重症児の医学管理の 実績のいずれか4件以上	⑩ 過去1年間の看取りの実績が連携内 で4件以上 各医療機関において、看取りの実績又 は超・準超重症児の医学管理の実績の いずれか2件以上		
在宅患者が95%以上※ の在支診が満たすべき基準 (在宅医療を専門に行う医療機関)	⑪ 5カ所/年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ⑫ 看取り実績が20件/年以上又は超・準超重症児の患者が10人/年以上 ⑬ (施設入居時等医学総合管理料) / (在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の件数) ≤ 0.7 ⑭ (要介護3以上の患者+重症患者) / (在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の件数) ≥ 0.5			

※ 1ヶ月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

在宅医療を専門に行う医療機関の開設

- 健康保険法に基づく開放性の観点から、外来応需体制を有していることが原則であることを明確化した上で、以下の要件等を満たす場合には在宅医療を専門に実施する診療所の開設を認める。

[主な開設要件]

- ① 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保していること(地域医師会から協力の同意を得られている場合はこの限りではない。)
- ② 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っていること。
- ③ 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- ④ 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

等

在宅医療専門の医療機関に関する評価

- 在宅医療専門の医療機関について、在支診の施設基準に加え、以下の実績等を満たしている場合には、それぞれ同様に評価を行う。

① 在宅患者の占める割合が95%以上	④ (施設総管の件数) / (在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7
② 5か所 / 年以上の医療機関からの新規患者紹介実績	⑤ (要介護3以上の患者 + 重症患者) / (在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5
③ 看取り実績が20件 / 年以上又は15歳未満の超・準超重症児の患者が10人以上	

- 在宅医療専門の医療機関であって、上記の基準を満たさないものは、在総管・施設総管について、在支診でない場合の所定点数の80 / 100に相当する点数により算定する。
- 在宅患者の占める割合が95%未満である医療機関について、在支診の要件は現行通りとする。



在宅医療の診療報酬 1

対象者：在宅で療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院困難な患者

訪問診療

在宅患者訪問診療料

- 1 同一建物居住者以外の場合 833点
- 2 同一建物居住者の場合 203点

計画的な医学管理の下で定期的に訪問した場合に算定する。

(※注加算の例)

在宅ターミナルケア加算	イ 強化型の支援診	6,000点(病床有)	5,000点(病床無)
	ロ 強化型でない支援診	4,000点	
	ハ 支援診以外	3,000点	

往診

往診料

720点 (別に初、再診料が算定できる)

患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定する。定期的ないし計画的に患家に赴いて診療を行った場合には算定できない。

(※注加算の例)

緊急往診加算

- イ 強化型の支援診 850点(病床有) 750点(病床無)
- ロ 強化型でない支援診 650点
- ハ 支援診以外 325点

(夜間・深夜を除く
場合の例)

在宅医療の診療報酬 2

		施設入居時等医学総合管理料（施設総管）	在宅時医学総合管理料（在総管）
対象となる住まい		養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム	左記以外の住まい ※ 改定前に在総管を算定できた住居（特定施設以外の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム）に居住している患者は、平成29年3月末までは在総管を算定できる。
強化型支援診 （月2回以上訪問）	病床有	① 単一建物居住者が1人 3,300点 ② 単一建物居住者が2人以上9人未満 1,800点 ③ ①及び②以外 1,300点	① 単一建物居住者が1人 4,600点 ② 単一建物居住者が2人以上9人未満 2,500点 ③ ①及び②以外 1,300点
	病床無	① 単一建物居住者が1人 3,000点 ② 単一建物居住者が2人以上9人未満 1,650点 ③ ①及び②以外 1,200点	① 単一建物居住者が1人 4,200点 ② 単一建物居住者が2人以上9人未満 2,300点 ③ ①及び②以外 1,200点
支援診 （月2回以上訪問）		① 単一建物居住者が1人 2,700点 ② 単一建物居住者が2人以上9人未満 1,500点 ③ ①及び②以外 1,100点	① 単一建物居住者が1人 3,800点 ② 単一建物居住者が2人以上9人未満 2,100点 ③ ①及び②以外 1,100点
支援診以外 （月2回以上訪問）		① 単一建物居住者が1人 2,050点 ② 単一建物居住者が2人以上9人未満 1,125点 ③ ①及び②以外 850点	① 単一建物居住者が1人 2,850点 ② 単一建物居住者が2人以上9人未満 1,575点 ③ ①及び②以外 850点

※ 重症度の高い患者以外に月に2回訪問した場合の点数

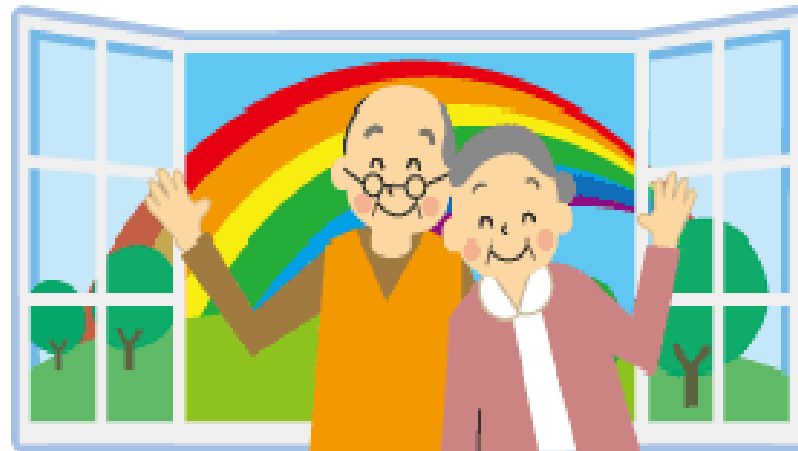
個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を策定し、定期的に訪問して診療を行い、総合的に医学管理を行った場合の評価（月に1回算定）

患者の住まい、訪問回数、当該建築物において医学管理を実施している人数で点数が異なる。

- 1 次の要件のいずれをも満たすものであること。
 - ア 介護支援専門員(ケアマネジャー)、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
 - イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。

- 2 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努めること。

- 3 地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましいこと。



質の高い在宅医療・訪問看護の確保

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価

➤ 在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、以下のとおり患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

① 特定施設入居時等医学総合管理料について、算定対象となる施設を見直すとともに、名称を変更

現行（対象となる住まい）		改定後（対象となる住まい）	
特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、特定施設	<u>施設入居時等医学総合管理料（施設総管）</u>	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、 <u>有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム</u>
在宅時医学総合管理料（在総管）	上記以外の住まい	在宅時医学総合管理料（在総管）	上記以外の住まい ※ 改定前に在総管を算定できた住居（特定施設以外の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム）に居住している患者は、平成29年3月末までは在総管を算定できる。

② 以下に掲げる重症度の高い患者に対する評価を充実

重症度の高い患者

・末期の悪性腫瘍の患者	・スモンの患者	・指定難病の患者
・後天性免疫不全症候群の患者	・脊髄損傷の患者	・真皮を超える褥瘡の患者
・人工呼吸器を使用している患者	・気管切開の管理を要する患者	・気管カニューレを使用している患者
・ドレーンチューブ等を使用している患者	・人工肛門等の管理を要する患者	・在宅自己腹膜灌流を実施している患者
・在宅血液透析を実施している患者	・酸素療法を実施している患者	・在宅中心静脈栄養を実施している患者
・在宅成分栄養経管栄養法を実施している患者	・在宅自己導尿を実施している患者	・植込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理を受けている患者
・携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジン ₂ 製剤の投与を受けている患者		

質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価

③ 月1回の訪問診療による管理料を新設

④ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

現行

(在総管：機能強化型在支診（病床なし）)

同一建物居住者以外の場合	4,600点
同一建物居住者の場合※1	1,100点

現行

(在総管：在支診)

同一建物居住者以外の場合	4,200点
同一建物居住者の場合※1	1,000点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

改定後

(在総管：機能強化型在支診（病床なし）)

	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
<u>重症患者（月2回以上訪問）</u>	<u>5,000点</u>	<u>4,140点</u>	<u>2,640点</u>
<u>月2回以上訪問している場合</u>	<u>4,200点</u>	<u>2,300点</u>	<u>1,200点</u>
<u>月1回訪問している場合</u>	<u>2,520点</u>	<u>1,380点</u>	<u>720点</u>

改定後

(在総管：在支診)

	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2～9人	10人～
<u>重症患者（月2回以上訪問）</u>	<u>4,600点</u>	<u>3,780点</u>	<u>2,400点</u>
<u>月2回以上訪問している場合</u>	<u>3,800点</u>	<u>2,100点</u>	<u>1,100点</u>
<u>月1回訪問している場合</u>	<u>2,280点</u>	<u>1,260点</u>	<u>660点</u>

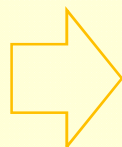
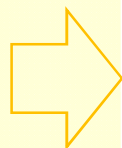
質の高い在宅医療・訪問看護の確保③

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価

現行 (特医総管：機能強化型在支診（病床なし）)	
同一建物居住者以外の場合	3,300点
同一建物居住者の場合※ ¹	800点

現行 (特医総管：在支診)	
同一建物居住者以外の場合	3,000点
同一建物居住者の場合※ ¹	720点

※¹ 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合



改定後 (施設総管：機能強化型在支診（病床なし）)			
	単一建物診療患者の人数※ ²		
	1人	2～9人	10人～
<u>重症患者（月2回以上訪問）</u>	<u>3,600点</u>	<u>2,970点</u>	<u>2,640点</u>
<u>月2回以上訪問している場合</u>	<u>3,000点</u>	<u>1,650点</u>	<u>1,200点</u>
<u>月1回訪問している場合</u>	<u>1,800点</u>	<u>990点</u>	<u>720点</u>

改定後 (施設総管：在支診)			
	単一建物診療患者の人数※ ²		
	1人	2～9人	10人～
<u>重症患者（月2回以上訪問）</u>	<u>3,300点</u>	<u>2,700点</u>	<u>2,400点</u>
<u>月2回以上訪問している場合</u>	<u>2,700点</u>	<u>1,500点</u>	<u>1,100点</u>
<u>月1回訪問している場合</u>	<u>1,620点</u>	<u>900点</u>	<u>660点</u>

※ 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

在宅医療の診療報酬 3

訪問看護指示料

300点

在宅で療養する患者の診療を担う保険医が、訪問看護の必要を認め、患者の同意を得て、患者の選定する訪問看護ステーション等に訪問看護指示書を交付した場合、月1回算定

(※注加算の例) 特別訪問看護指示加算 100点

(急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回の訪問看護の必要性を認めた場合)

在宅療養指導管理料

指導管理が必要な患者又は看護に当たるものに対して、保険医が療養上必要な注意及び指導、医学管理を十分行い、かつ在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料等を支給した場合、月1回算定

(主な在宅療養指導管理料)

在宅中心静脈栄養法指導管理料3,000点、

在宅成分栄養経管栄養法指導管理料2,500点、在宅人工呼吸指導管理料2,800点

在宅寝たきり患者処置指導管理料1,050点 等

※ 材料加算あり

在宅医療の診療報酬 4

歯科訪問診療料

疾病、負傷のため通院による歯科治療が困難な在宅で療養中の患者を対象として、当該患者が居住する建物の屋内において歯科訪問診療を行った場合に算定する。

歯科訪問診療料1 866点、歯科訪問診療料2 283点、歯科訪問診療料3 120点

		同一の建物に居住する患者数		
		1人のみ	2人以上 9人以下	10人以上
患者1人につき 診療に要した時間	20分以上	歯科訪問診療1	歯科訪問診療2	歯科訪問診療3
	20分未満	歯科訪問診療3	歯科訪問診療3	

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

500点

在宅患者の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、当該保険医に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に、月4回に限り算定する。

在宅医療の訪問看護療養費

訪問看護基本療養費

居宅で療養している患者が、かかりつけの医師の指示に基づいて訪問看護ステーションの看護師等から訪問を受けた場合。(介護保険の対象になる場合を除く。)

	訪問者等	週3日まで 1日に付き	週4日目以降 1日に付き
基本療養費(Ⅰ)	看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	5,550円	6,550円
	准看護師	5,050円	6,050円
	緩和ケア・褥瘡ケアに係る専門の看護師	12,850円	(月1回を限度)
基本療養費(Ⅱ) 【施設への訪問】 (※1)	看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	2,780円	3,280円
	准看護師	2,530円	3,030円
	緩和ケア・褥瘡ケアに係る専門の看護師	12,850円	(月1回を限度)
基本療養費(Ⅲ)	外泊中の訪問看護に対し算定(※2)	8,500円	

※1 同一建物内の複数(3人以上)の利用者に同一日に訪問した場合

※2 入院中に1回(別に厚生労働大臣が定める疾病等は2回)に限り算定可能

訪問看護管理療養費

安全な提供体制が整備された訪問看護ステーションが、利用者の訪問看護計画書・報告書を主治医に書面等により報告し、休日・祝日等も含めた計画的な管理を継続して行った場合に算定。

1 月の初日(イ~ロのいずれか)	イ 機能強化型訪問看護療養費1	12,400円
	ロ 機能強化型訪問看護療養費2	9,400円
	ハ 訪問看護管理療養費(従来型)	7,400円
2 2日目以降	1日に付き	2,980円

機能強化型訪問看護ステーションの基準

要件	機能強化型 1	機能強化型 2
1 常勤看護職員の数	7人以上	5人以上
2 ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績(いずれかを満たすこと)		
① ターミナルケア件数	①20件/年	①15件/年
② ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数	②15件/年、4人	②10件/年、3人
③ 超重症児・準超重症児の利用者数	③6人	③5人
3 別表7に該当する利用者数	10人以上/月	7人以上/月
4 24時間対応体制加算の届出を行っている		
5 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 (居宅サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成)		
6 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
7 情報提供・相談・人材育成(地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施)		

在宅医療に関連する介護報酬1

居宅療養管理指導費（イ 医師が行う場合）

在宅の利用者であって通院が困難な者に対して、指定居宅療養管理指導事業所の医師が、居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供並びに利用者又はその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に、1月に2回を限度として算定する。

(2)については、診療報酬の在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定する利用者に対して算定する。

(1)居宅療養管理指導費(Ⅰ)

(一)同一建物居住者以外の者に行う場合	503単位
(二)同一建物居住者に対して行う場合	452単位

(2)居宅療養管理指導費(Ⅱ)

(一)同一建物居住者以外の者に行う場合	292単位
(二)同一建物居住者に対して行う場合	262単位

※ 居宅療養管理指導費については、本頁、次頁の他、管理栄養士(医師の指示に基づく)、看護師(医師の指示に基づく)、歯科衛生士(歯科医師の指示に基づく)が実施する場合がある。

在宅医療に関連する介護報酬2

居宅療養管理指導費（ロ 歯科医師が行う場合）

在宅の利用者であって通院が困難な者に対して、指定居宅療養管理指導事業所の歯科医師が、居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な歯科医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供並びに利用者又はその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に、1月に2回を限度として算定する。

- | | |
|----------------------|-------|
| (1) 同一建物居住者以外の者に行う場合 | 503単位 |
| (2) 同一建物居住者に対して行う場合 | 452単位 |

居宅療養管理指導費（ハ 薬剤師が行う場合）

在宅の利用者であって通院が困難な者に対して、指定居宅療養管理指導事業所の薬剤師が医師又は歯科医師の指示（薬局の薬剤師にあつては、医師又は歯科医師の指示に基づき、当該薬剤師が策定した薬学的管理指導計画）に基づき、当該利用者を訪問し、薬学的な管理指導を行い、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、1月に2回（薬局の薬剤師にあつては、4回）を限度として算定する。

- | | |
|----------------------|-------|
| (1) 病院又は診療所の薬剤師が行う場合 | |
| (一) 同一建物居住者以外の者に行う場合 | 553単位 |
| (二) 同一建物居住者に対して行う場合 | 387単位 |
| (2) 薬局の薬剤師が行う場合 | |
| (一) 同一建物居住者以外の者に行う場合 | 503単位 |
| (二) 同一建物居住者に対して行う場合 | 352単位 |

在宅医療に関連する介護報酬3

訪問看護費

利用者に対して、指定訪問看護事業所の看護師等が、指定訪問看護を行った場合に、現に要した時間ではなく、訪問看護計画に位置付けられた内容の指定訪問介護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定する。

イ 指定訪問看護 ステーションの場合	(1)所要時間20分未満の場合	310単位
	(2)所要時間30分未満の場合	463単位
	(3)所要時間30分以上1時間未満の場合	814単位
	(4)所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,117単位
	(5)理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合(1回につき)	302単位
ロ 病院・又は診療所 の場合	(1)所要時間20分未満の場合	262単位
	(2)所要時間30分未満の場合	392単位
	(3)所要時間30分以上1時間未満の場合	567単位
	(4)所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	835単位

居宅介護支援費

利用者に対して指定居宅介護支援を行った場合に、1月につき、それぞれ所定単位数を算定する

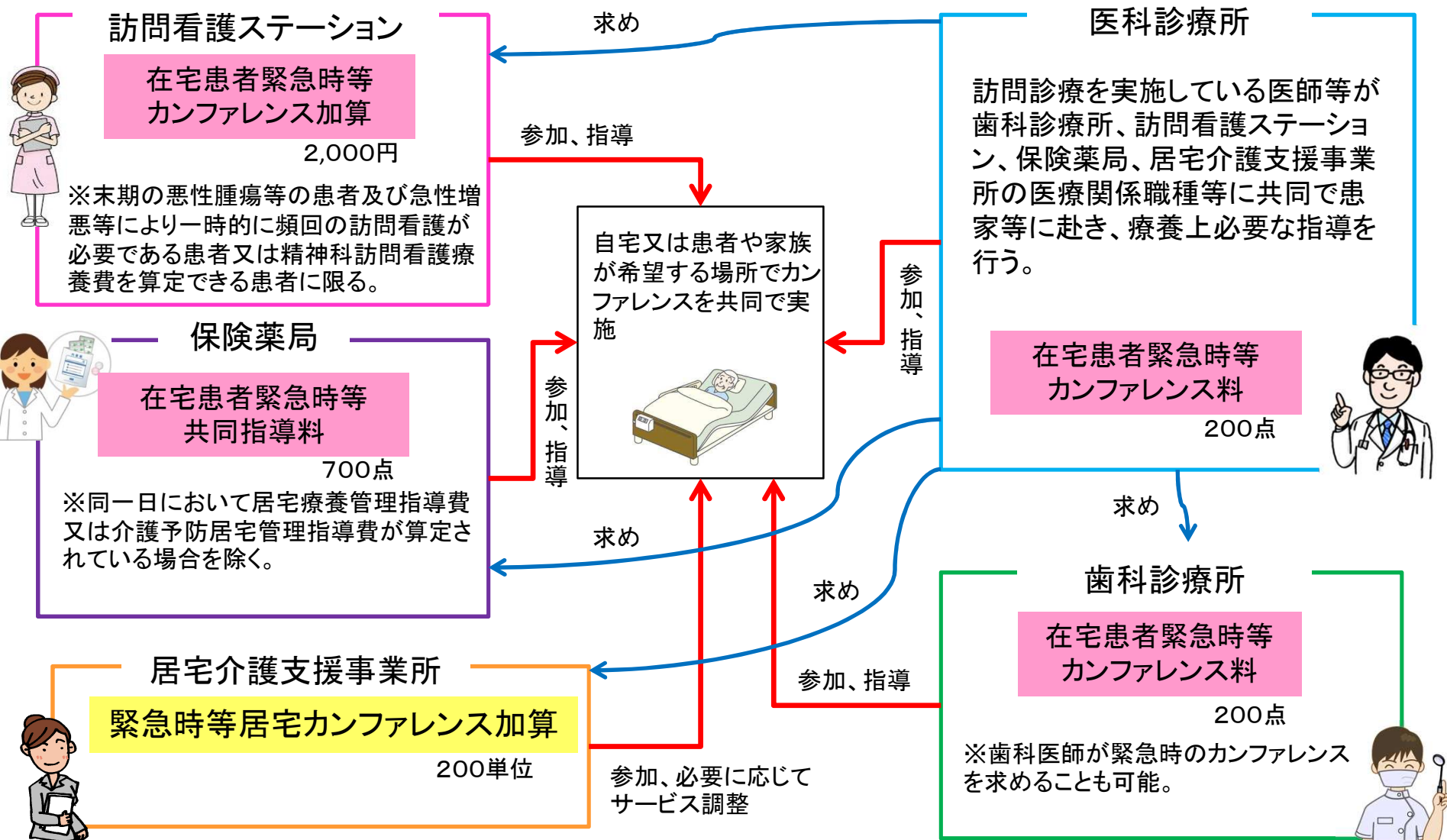
	要介護1又2	要介護3、4又は5	備考
居宅介護支援費(Ⅰ)	1,042単位	1,353単位	取扱件数が40未満の部分について算定
居宅介護支援費(Ⅱ)	521単位	677単位	取扱件数が40以上60未満の部分について算定
居宅介護支援費(Ⅲ)	313単位	406単位	取扱件数が60以上の部分について算定

在宅患者の緊急時におけるカンファレンスの報酬等算定相関図

医療保険

介護保険

自宅で療養を行っている患者の急変や診療方針の変更の際、医療関係職種等がカンファレンスを行うことにより、適切な治療方針を立てること及び参加者間での確かな情報共有を可能とすることへの評価。



在宅患者の緊急時におけるカンファレンスの診療報酬 1

在宅患者緊急時等カンファレンス料(医科)

200点

訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、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の状態の急変等に伴い、当該保険医等の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

在宅患者緊急時等カンファレンス料(歯科)

200点

歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、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の状態の急変等に伴い、当該歯科医師の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師の求めにより、訪問診療を実施している保険医療機関の医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家等に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回を限度として算定する。

在宅患者の緊急時におけるカンファレンスの診療報酬 2

在宅患者緊急時等共同指導料(調剤)

700点

訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、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の状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。



在宅患者の緊急時におけるカンファレンスの訪問看護療養費

在宅患者緊急時等カンファレンス加算

2,000円

訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、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の状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

在宅患者の緊急時におけるカンファレンスの介護報酬

緊急時等居宅カンファレンス加算

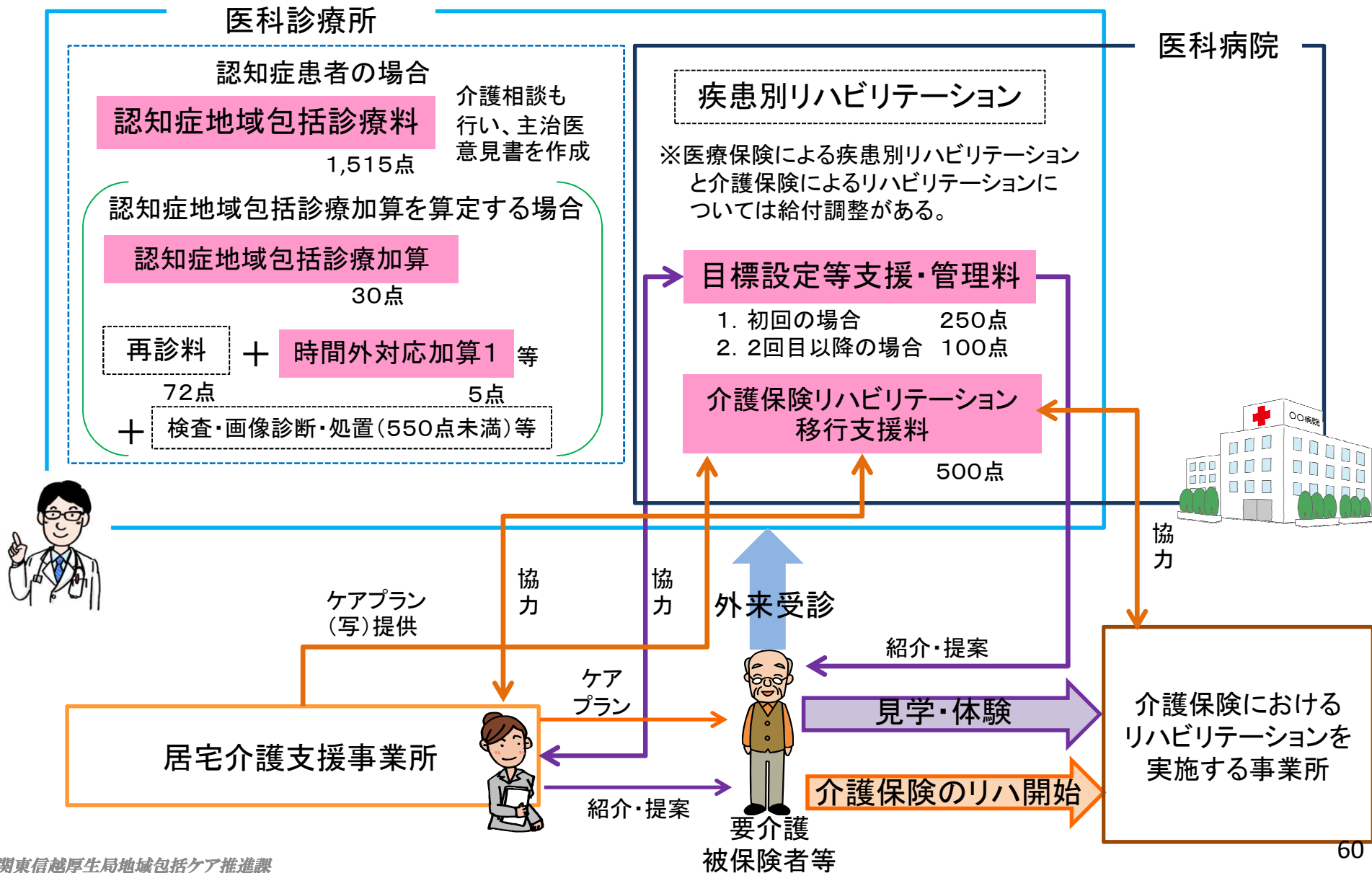
200単位（居宅介護支援費）

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、当該利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合は、利用者1人につき、1月に2回を限度として所定単位数を加算する。

- I 医療保険と介護保険の基本的な仕組み
- II 入院料の施設基準等から見た在宅促進の仕組み
- III 在宅医療・介護連携で活用される診療報酬と介護報酬**
 - 1 退院支援の例
 - 2 在宅医療の例
 - 3 外来医療の例**
- IV 施設基準等の届出情報の把握方法
- V 本日のまとめ

外来医療の主な診療報酬算定相関図

外来においても、認知症患者に全人的な医療を行う主治医機能を評価した報酬、要介護被保険者等のリハビリテーションを医療保険から介護保険へスムーズに以降するための報酬等、地域包括ケアに資する報酬がある。



外来医療の診療報酬 1

時間外対応加算

(再診料の注10)

地域の身近な診療所において、患者から休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間の病院を受診する軽症患者の減少、ひいては勤務医の負担軽減に繋がる取組を評価する加算。(再診を行った場合に再診料に加算する。)

イ 時間外対応加算1 5点、ロ 時間外対応加算2 3点、ハ 時間外対応加算 1点

時間外対応加算の施設基準

- 1 診療所であること。
- 2 標榜時間外に患者からの電話等に対応する体制を整備、患者への周知。
- 3 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせ対し、原則として当該診療所において対応できる体制(対応できなかった場合は速やかにコールバック体制)を整備。

	対応時間	他の診療所との連携	その他
時間外対応加算1 時間外1	原則常時	当該診療所に対応	—
時間外対応加算2 時間外2	標榜時間内と 標榜時間外の 夜間の数時間		他の2か所の診療所と連携可
時間外対応加算3 時間外3			

外来医療の診療報酬 2

主治医機能を持った保険医が、認知症患者であって次の要件を満たす患者に継続的かつ全人的な医療を行うことを評価したもの

(要件: 認知症以外に1以上の疾患を有する者であって、かつ当該保険医療機関から1処方につき5種類を超える内服薬、1処方につき3種類を超える向精神薬のいずれも投薬されていない者)

認知症地域包括診療料

1,515点(月1回)

※ 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

(主な算定要件)

- 慢性疾患に指導に係る研修を終了した医師を担当医として決める。
- 指導、服薬管理を行う。
- 当該医療機関で検査を行う。
- 健康相談、健康診断の受診勧奨を行い、結果を診療録に記載。
- 介護保険に係る相談を行う。また、要介護認定に係る主治医意見書を作成する。
- 在宅医療を実施し、患者に対し24時間対応を実施。
- 患者又はその家族の同意を得て、同意書を作成する。

認知症地域包括診療加算

30点(再診料1回につき加算)

(主な算定要件)

- 慢性疾患に指導に係る研修を終了した医師を担当医として決める。
- 指導、服薬管理を行う。
- 健康相談、健康診断の受診勧奨を行い、結果を診療録に記載。
- 介護保険に係る相談を行う。また、要介護認定に係る主治医意見書を作成する。
- 在宅医療を実施し、患者に対し24時間対応を実施。
- 患者又はその家族の同意を得て、同意書を作成する。

	対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準
新 認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※)	認知症+1疾患以上	担当医を決め、 ・療養上の指導 ・他の医療機関での受診状況等の把握 ・服薬管理 ・健康管理 ・介護保険に係る対応 ・在宅医療の提供 ・24時間の対応 等を実施	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○病院の場合以下の全て ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること
地域包括診療料 1,503点(1月につき※) 地包診	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上 ・在宅療養支援診療所であること ○要介護認定に係る主治医意見書を作成し、次頁(別紙)のいずれかを満たしていること
新 認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算)	認知症+1疾患以上		内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上 ・在宅療養支援診療所であること
地域包括診療加算 20点(再診料に加算) 地包加	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	○要介護認定に係る主治医意見書を作成し、次頁(別紙)のいずれかを満たしていること

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
- ア 指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員を配置していること。
 - イ 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供した実績があること。
 - ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設していること。
 - エ 担当医が地域ケア会議に年1回以上出席していること。
 - オ 介護保険によるリハビリテーションを提供していること。
 - カ 担当医が、介護認定審査会の委員の経験を有すること。
 - キ 担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。
 - ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。
 - ケ 病院の場合は、総合評価加算の届出を行っていること又は介護支援連携指導料を算定していること。(地域包括診療料・認知症地域包括診療料のみ)

疾患別リハビリテーションの介護移行に係る診療報酬

目標設定等支援・管理料

1 初回の場合 250点、2 2回目以降の場合 100点

要介護被保険者等に対するリハビリテーションの実施において、定期的な医師の診察、運動機能検査又は作業能力検査等の結果、患者との面接等に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が患者と共同して、個々の患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付けを行い、またその進捗を管理した場合に算定する。

当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所(当該保険医療機関を含む。)を紹介し、見学、体験(入院中の患者以外の患者に限る。)を提案する。

介護保険リハビリテーション移行支援料

500点

維持期のリハビリテーション(脳血管疾患等、廃用症候群、運動器リハビリテーションの注4、注5の規定するもの)を受けている入院中以外の患者について、患者の同意を得て、介護保険によるリハビリテーションへ移行するため、居宅介護支援事業所等のケアマネージャー及び必要に応じて介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の従事者と連携し、ケアプランを作成した上で、介護保険によるリハビリテーションを開始し、維持期のリハビリテーションを終了した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

(当該医療機関はケアプランの写が必要。同一医療機関内で移行した場合は算定不可。)

要介護被保険者等に係る疾患別リハビリテーション

(通則)

- 要介護被保険者等に対して行う疾患別リハビリテーション(心大疾患、脳血管疾患等、廃用症候群、運動器、呼吸器リハビリテーション)は、介護保険におけるリハビリテーション(訪問、通所、介護予防訪問、介護予防通所リハビリテーション)に移行した日以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等を除き、医療保険におけるリハビリテーション料は算定できない。(医療保険と介護保険の給付調整)
- ただし、医療保険とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供する場合には、円滑な移行のために2ヶ月間に限り、介護保険におけるリハビリテーションを実施していない日に医療保険における疾患別リハビリテーションを算定できる。(終了前の1ヶ月は7単位までとする。)

※ただし、その場合に、脳血管疾患等、廃用症候群、運動器リハビリテーションについては、当該患者が要介護被保険者等であった場合には、介護保険によるリハビリテーションを受けるための支援を行った上で、右表の注4の点数を算定する。
(* 当該保険医療機関が過去1年間に介護保険におけるリハビリテーションを実施していない場合には注5の規定により注4の8割を算定する。)

疾患別リハの種類		標準的算定日数	1単位(20分)の点数		
			注1	※注4	注5
脳血管疾患等	I	発症、手術若しくは急性増悪又は最初の診断日から180日	245点	147点	注4の8割
	II		200点	120点	
	III		100点	60点	
廃用症候群	I	診断又は急性増悪から120日	180点	108点	注4の8割
	II		146点	88点	
	III		77点	46点	
運動器	I	発症、手術若しくは急性増悪又は最初の診断日から150日	185点	111点	注4の8割
	II		170点	102点	
	III		85点	51点	

I 医療保険と介護保険の基本的な仕組み

II 入院料の施設基準等から見た在宅促進の仕組み

III 在宅医療・介護連携で活用される診療報酬と介護報酬

1 退院支援の例

2 在宅医療の例

3 外来医療の例

IV 施設基準等の届出情報の把握方法

V 本日のまとめ

関東信越厚生局ホームページに施設基準等の届出状況を掲載

- 施設基準等の届出状況は医療資源の把握のための重要なツール。
- 関東信越厚生局では、管内の全ての保険医療機関及び保険薬局の届出状況を保険医療機関、保険薬局毎にホームページに掲載し、毎月更新している。
- 届出項目別の掲載は、入院基本料等、特定入院料、後発医薬品調剤体制加算のみだが、自治体から各都県事務所(埼玉県は指導監査課)に文書で要望をいただければ、他の施設基準についても届出項目別に情報提供している。

1 トップページ

ここをクリック



2 業務内容のページ

部・課業務別情報

局長	総務管理官	総務課	
		企画調整課	
		年金指導課	
		年金調整課	
		年金審査課、千葉年金審査分室、東京年金審査分室、神奈川年金審査分室	
	健康福祉部	健康福祉課	
		医事課	
		食品衛生課	
		地域包括ケア推進課	
		保険課	
		企業年金課	
	指導総括管理官	管理課	
		医療課	
		調査課	
		指導監査課(埼玉県を管轄) 『さいたま新都心合同庁舎1号館には所在していません。ご用のある方は、このホームページ内で別にご案内しています「所在地・連絡先」でアクセス等を確認してお越し下さい。』	
		事務所(埼玉県を除く)	審査課

調査課をクリック

調査課

業務内容

- 保険医療機関等管理システムに関する事務
- 保険医療指導部門の情報公開請求に関する事務
- 保険医療指導部門の訴訟関係に関する事務

保険医療機関・保険薬局の管内指定状況等について

関東信越厚生局管内の保険医療機関・保険薬局の指定状況等について掲載をしています。

- [保険医療機関・保険薬局の指定等一覧及び保険医・保険薬剤師の新規登録一覧](#)
- [保険医療機関・保険薬局の施設基準の届出受理状況及び保険外併用療養費医療機関一覧](#)

ここをクリック

4 保険医療機関・保険薬局の施設基準の届出受理状況及び保険外併用療養費医療機関一覧

施設基準の届出状況(全体) (届出受理医療機関名簿)

施設基準の略称については、[届出受理医療機関名簿の受理番号欄における略称一覧\(PDF:204KB\)](#)をご覧ください。

平成28年9月1日現在

知りたい項目をクリック

施設基準の略称の一覧はこちらです

都県	医科	歯科	薬局
茨城県	医科(PDF:3,172KB)	歯科(PDF:2,091KB)	薬局(PDF:1,951KB)
栃木県	医科(PDF:2,549KB)	歯科(PDF:1,669KB)	薬局(PDF:1,322KB)
群馬県	医科(PDF:3,028KB)	歯科(PDF:1,545KB)	薬局(PDF:1,353KB)
埼玉県	医科(PDF:4,856KB)	歯科(PDF:5,660KB)	薬局(PDF:4,357KB)
千葉県	医科(PDF:6,682KB)	歯科(PDF:4,942KB)	薬局(PDF:3,673KB)
東京都	医科1(PDF:6,897KB)	歯科1(PDF:8,017KB)	薬局1(PDF:4,995KB)
	医科2(PDF:7,032KB)	歯科2(PDF:8,050KB)	薬局2(PDF:5,093KB)
	医科3(PDF:6,817KB)		
神奈川県	医科1(PDF:5,808KB)	歯科(PDF:7,867KB)	薬局(PDF:6,046KB)
	医科2(PDF:5,699KB)		
新潟県	医科(PDF:2,803KB)	歯科(PDF:2,013KB)	薬局(PDF:1,819KB)
山梨県	医科(PDF:1,166KB)	歯科(PDF:747KB)	薬局(PDF:663KB)
長野県	医科(PDF:3,139KB)	歯科(PDF:1,768KB)	薬局(PDF:1,543KB)
各都県分 エクセルデータ	医科1(ZIP:5,006KB)	歯科(ZIP:8,067KB)	薬局(ZIP:5,754KB)
	医科2(ZIP:8,804KB)		

※ 医療機関別の情報が掲載されている。

5 入院基本料等、特定入院料及び後発医薬品調剤体制加算については、届出項目別に掲載

施設基準の届出受理状況(届出項目別)

入院基本料等、特定入院料及び後発医薬品調剤体制加算について、届出項目別の届出受理医療機関名簿を掲載しています。

各名簿中に届出項目がないものは、該当する医療機関がない場合です。

平成28年9月1日現在

知りたい項目をクリック

届出項目別

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、看護補助加算

茨城県 医科(PDF: 864KB)	栃木県 医科(PDF: 653KB)	群馬県 医科(PDF: 649KB)	埼玉県 医科(PDF: 1.459KB)	千葉県 医科(PDF: 1.260KB) 歯科(PDF: 10KB)
東京都 医科(PDF: 2.337KB) 歯科(PDF: 14KB)	神奈川県 医科(PDF: 1.243KB) 歯科(PDF: 11KB)	新潟県 医科(PDF: 496KB) 歯科(PDF: 10KB)	山梨県 医科(PDF: 287KB)	長野県 医科(PDF: 596KB)

各都県分エクセルデータ

[届出項目別1\(ZIP: 2.527KB\)](#)

「施設基準の届出受理状況」(Excel版)の見方

12届出受理医療機関名簿 (医科) 千葉h2811.xlsx - Microsoft Excel

MS ゴシック 12 A A

標準

条件付き書式 テーブルとして セルの書式設定 スタイル

挿入 削除 書式

オートSUM フィル クリア

並べ替えと検索とフィルター 検索と選択

編集

A1 [平成28年10月1日現在]

項番	都道府県	都道府県	区分	医療機関	併設医療機関	医療機関	医療機関	医療機関	医療機関	電話番号	FAX番号	病床数	受理届出名称	受理記号	受理番号	算定開始日	個別有効期	備	
1	12	千葉県	医科	0100602		長谷川区	260-0004	千葉市中	043-222-2062				薬剤名等	175	第297号	平成14年	4月1日		
2	12	千葉県	医科	0101980		松本医院	260-0022	千葉市中	043-241-1024										
3	12	千葉県	医科	0102350		利野眼科	263-0023	千葉市稲	0472-41-4981				コンタク	ロン1	第82号	平成23年	4月1日		
4	12	千葉県	医科	0102665		鎌田耳鼻	263-0042	千葉市稲	043-243-4345				時間外対	時間外2	第349号	平成22年	3月1日		
5	12	千葉県	医科	0102665		鎌田耳鼻	263-0042	千葉市稲	043-243-4345				高度難聴	高	第31号	平成6年	4月1日		
6	12	千葉県	医科	0102863		都賀診療	261-0025	千葉市若	043-231-1341				外来後発	外来後発使	第125号	平成28年	4月1日		
7	12	千葉県	医科	0103051		山田整形	260-0044	千葉市中	043-253-1145				外来後発	外来後発使	第35号	平成28年	4月1日		
8	12	千葉県	医科	0103051		山田整形	260-0044	千葉市中	043-253-1145				薬剤名等	175	第683号	平成14年	4月1日		
9	12	千葉県	医科	0103077		忍足小児	266-0005	千葉市緑	043-291-1225										
10	12	千葉県	医科	0103085		奈良医院	262-0045	千葉市花	043-259-1525										
11	12	千葉県	医科	0103218		田井耳鼻	262-0048	千葉市花	043-259-4577				薬剤名等	175	第701号	平成14年	4月1日		
12	12	千葉県	医科	0103226		田井小児	262-0048	千葉市花	043-259-4577				薬剤名等	175	第702号	平成14年	4月1日		
13	12	千葉県	医科	0103283		諏訪部産	262-0032	千葉市花	043-273-4680			一般	6時間外対	時間外2	第315号	平成22年	4月1日		
14	12	千葉県	医科	0103283		諏訪部産	262-0032	千葉市花	043-273-4680			一般	6有床診療	診入院	第671号	平成26年	4月1日		
15	12	千葉県	医科	0103283		諏訪部産	262-0032	千葉市花	043-273-4680			一般	6がん治療	がん指	第545号	平成25年	4月1日		
16	12	千葉県	医科	0103283		諏訪部産	262-0032	千葉市花	043-273-4680			一般	6HPV核	HPV	第50号	平成26年	4月1日		
17	12	千葉県	医科	0103283		諏訪部産	262-0032	千葉市花	043-273-4680			一般	薬剤名等	175	第1139号	平成14年	4月1日		
18	12	千葉県	医科	0103283		諏訪部産	262-0032	千葉市花	043-273-4680			一般	酸素の購	酸単	第19664号	平成28年	4月1日		
19	12	千葉県	医科	0103382		青尾内科	262-0014	千葉市花	043-259-3541				薬剤名等	175	第296号	平成14年	4月1日		
20	12	千葉県	医科	0103457		高木産婦	262-0014	千葉市花	043-257-6368				時間外対	時間外2	第123号	平成22年	4月1日		
21	12	千葉県	医科	0103457		高木産婦	262-0014	千葉市花	043-257-6368				がん治療	がん指	第544号	平成25年	4月1日		
22	12	千葉県	医科	0103457		高木産婦	262-0014	千葉市花	043-257-6368				HPV核	HPV	第135号	平成23年	5月1日		
23	12	千葉県	医科	0103457		高木産婦	262-0014	千葉市花	043-257-6368				薬剤名等	175	第827号	平成14年	4月1日		
24	12	千葉県	医科	0103457		高木産婦	262-0014	千葉市花	043-257-6368				時間外対	時間外2	第541号	平成22年	4月1日		

・ 保険医療機関ごとに附番された医療機関番号(保険医療機関コード)順に並んでいる。
 ※ 医療機関番号は、おおむね住所順だが、開設者等の違いによって、順番が異なる場合がある。

・ 保険医療機関の名称が記載されている。
 ・ **届出施設基準ごとに1行が割り振られている**ので、複数の施設基準を届けた場合は、同一機関名が複数行記載されている。

・ 「受理届出名称」欄には、保険医療機関の名称が記載されている。

・ 届け出た施設基準等に基づき診療報酬の算定が開始できる日を示している。(改定等で届出直しがあつた場合はこの日付以前から算定している場合がある。)

- I 医療保険と介護保険の基本的な仕組み
- II 入院料の施設基準等から見た在宅促進の仕組み
- III 在宅医療・介護連携で活用される診療報酬と介護報酬
 - 1 退院支援の例
 - 2 在宅医療の例
 - 3 外来医療の例
- IV 施設基準等の届出情報の把握方法
- V 本日のまとめ

最後に 本日のポイントを3つ

1. 在宅医療・介護連携の推進は医療機関側にも必要

- (1) 2025年に向けた「地域医療構想」(P19, 20, 21)
- (2) 病床機能を維持するための「平均在院日数」「算定上限日数」(P14, 16)
- (3) 病床機能を評価するための「在宅復帰率」(P14, 16, 17)

2. 診療報酬の算定要件と施設基準要件には介護との連携を求めるものが多数ある

- (1) 退院支援のための「退院支援加算」「退院時共同指導料」「介護支援連携指導料」(P26, 27, 28, 29, 30, 32)
- (2) 在宅医療のための「在宅療養支援診療所」「在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料」「在宅患者緊急カンファレンス加算」
(P41, 44, 45, 57)
- (3) 高齢者に適切な医療を行うための「認知症地域包括診療加算」「認知症地域包括診療料」「目標設定等支援・管理料」「介護保険リハビリテーション移行支援料」(P63, 64, 65, 66)

3. 厚生局は医療資源情報の宝庫

施設基準は医療資源の把握のための重要なツールであり、厚生局はその情報をHPで公表し、毎月更新(P4, 5, 69~74)

(ご相談窓口)

〒330-9713 埼玉県さいたま市中央区新都心1 - 1 さいたま新都心合同庁舎1号館7階



厚生労働省 関東信越厚生局 地域包括ケア推進課

TEL:048-740-0793 Mail: ktkousei164@mhlw.go.jp

今後とも地域と連携し、地域包括ケアを推進してまいりますので、ご相談・ご要望を下記窓口までお寄せ下さい。