

関東信越厚生局第4回地域包括ケア事例研究会
神奈川県令和元年度第1回在宅医療・介護連携推進事業研修会

在宅医療・介護連携における 診療報酬と介護報酬

令和元年7月10日



関東信越厚生局 健康福祉部
地域包括ケア推進課

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 在宅医療・介護連携で活用される診療報酬と介護報酬

1 入退院支援の例

2 在宅医療の例

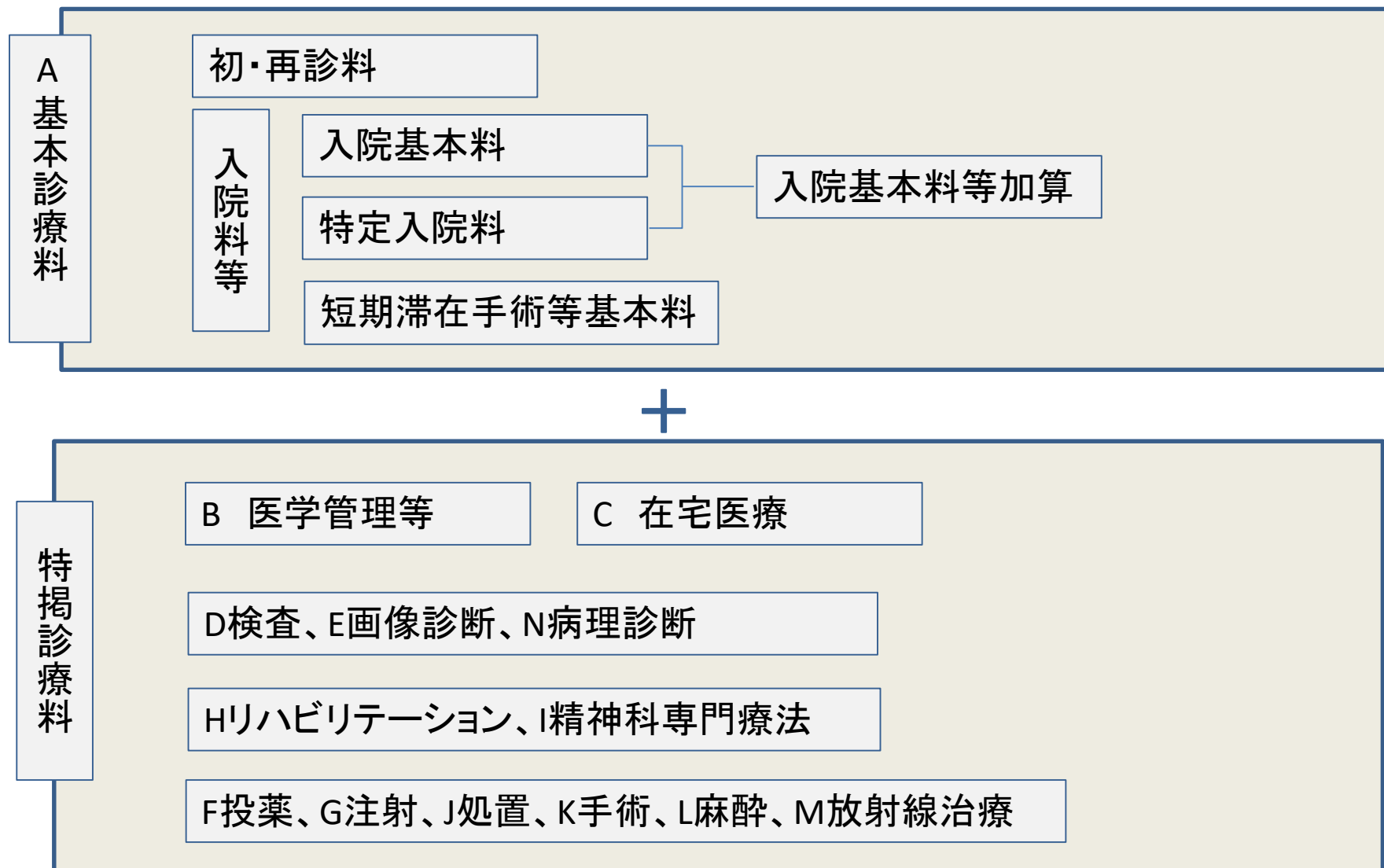
3 外来医療の例

III 施設基準等の届出情報の把握方法

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な診療行為を個別的に評価した費用である。



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。

医科診療所

(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*1 3点
+ 明細書発行体制等加算*1 1点 = 128点

(特掲診療料)

往診料 720点 + 処方せん料 68点 = 788点

【医科計】 $(916点 \times 10円) \times 3/10 = 2,750円$ (自己負担)*2

調剤薬局

*1 施設基準あり

*2 10円未満四捨五入

調剤基本料41点 + 後発医薬品調剤体制加算1*1 18点 + 調剤料84点
+ 薬剤服用歴管理指導料41点 + 薬剤料95点 = 279点

【調剤計】 $223点 \times 10円 \times 3/10 = 670円$ (自己負担)*2

施設基準とは

- 診療報酬において、保険医療機関等の人員・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。
- 施設基準の要件となる告示・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 在宅医療・介護連携で活用される診療報酬と介護報酬

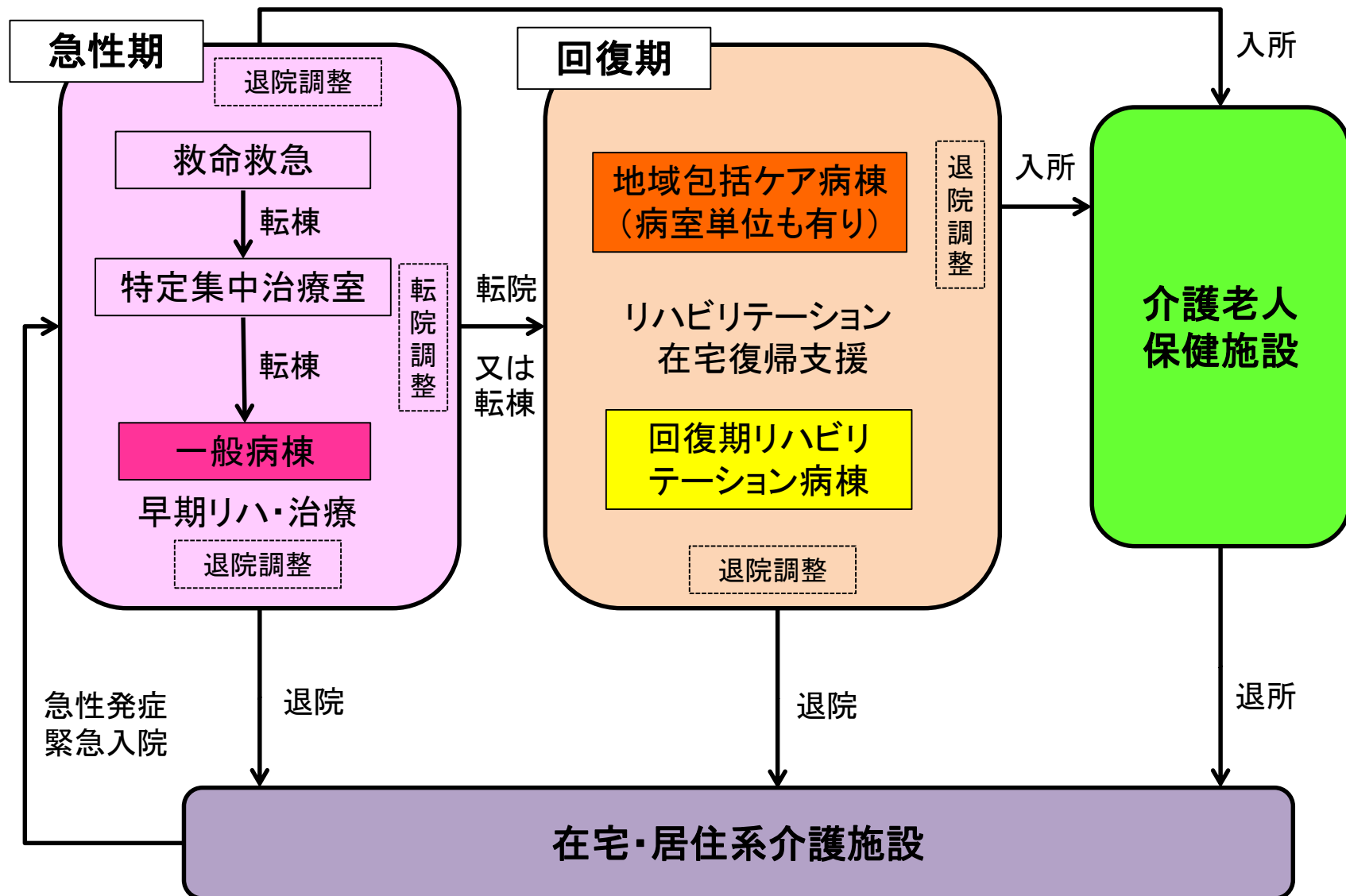
1 入退院支援の例

2 在宅医療の例

3 外来医療の例

III 施設基準等の届出情報の把握方法

急性期から在宅復帰までの流れ(例)



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	入院料の種類	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	在宅復帰支 援体制
一般病棟入院 基本料 一般入院	急性期一般 入院基本料 1～7	7 対 1 10 対 1	1, 5 9 1 点 ～ 1, 3 3 2 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3割 以上	1 8 日 2 1 日	無 ※当該病棟の 入院期間が9 0 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	—
	地域一般 入院料 1～3	1 3 対 1 (入院料 1) (入院料 2)	1, 1 2 6 点 ～ 9 6 0 点	—	2 4 日		—	—
		1 5 対 1 (入院料 3)			6 0 日		—	—
回復期 リハビリ テーション 病棟入院料 回1～回6	入院料 1	1 3 対 1	2, 0 8 5 点 ～ 1, 6 3 2 点	脳血管疾患や大腿 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 ～4の場合退院時 の日常機能評価の 改善が3割以上）	—	算定開始日から 病態によって 1 8 0 日 1 5 0 日 9 0 日 6 0 日	7 割以上	病棟に専任の 常勤社会福祉 士等 1 名
	入院料 2							1 5 対 1
	入院料 3	※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）						
	入院料 4							
	入院料 5							
	入院料 6		—					
地域包括ケア 病棟入院料 (入院医療 管理料) 地包ケア 1～4	入院料 1 管理料 1	1 3 対 1	2, 7 3 8 点 ～ 2, 0 2 4 点 ※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	7 割以上	当該医療機 関に専任の 在宅復帰支 援担当者が 1 名以上
	入院料 2 管理料 2						—	
	入院料 3 管理料 3						—	
	入院料 4 管理料 4						—	

*「平均在院日数」、「在宅等復帰率」については次頁以降を参照

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

▶ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

*1: 現行方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
在宅復帰率	—				7割以上			
室面積	—				6.4㎡以上			
自宅等から入棟した患者割合	—		1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上	—		1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上
自宅等からの緊急患者の受入	—		3月で3人以上		—		3月で3人以上	
在宅医療等の提供(*3)	—		○		—		○	
看取りに対する指針	—		○		—		○	
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満のみが対象	○	—	○	○	○	—	○	○
点数(生活療養)	2,038点(2,024点)		2,238点(2,224点)		2,558点(2,544点)		2,738点(2,724点)	

*3: 以下①～④のうち少なくとも2つを満たしていること

- ① 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。
- ② 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上、若しくは同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。
- ③ 当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上であること。
- ④ 介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1と3の新たな要件

以下①～④のうち**少なくとも2つ**を満たしていること

①当該保険医療機関において在宅患者**訪問診療料**の算定回数が3月で20回以上であること。

②当該保険医療機関において在宅患者**訪問看護・指導料**、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上、若しくは同一敷地内の**訪問看護ステーション**において、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。

③当該保険医療機関において、**開放型病院共同指導料(Ⅰ)**又は(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上であること。

④介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の**介護サービス**を同一敷地内の施設等で実施していること。

入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

入退院支援加算

1 一般 600点 療養 1200点
2 一般 190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地域連携診療計画加算
が算定できる場合がある

* 入院時支援加算 200点
入院前に支援を行った場合に加算

退院前在宅療養
指導管理料

400点 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

介護支援等連携指導料

400点

診療情報提供料(Ⅰ)

注2 250点

退院日の前後2週間以
内に診療情報を文書で
提供

訪問看護ステーション

退院時共同指導加算

8000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
を入院中の病院の医師
等多職種共同で行い文
書で提供

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

居宅介護支援事業所

退院・退所加算

900単位

* 算定の詳細は別紙

入院時情報連携加算(Ⅰ)

入院してから3日以内
に情報提供

200単位

年3回以上の面談

介護報酬

退院・退所加算 450～900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。

当該病院等との連携回数及び当該病院等におけるカンファレンスに参加の有無で加算の単位数が異なる。

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

※入院又は入所期間中につき1回を限定。また、初回加算との同時算定不可。

※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

介護支援等連携指導料 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 **又は看護師等** 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

入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

- 入院前からの支援に対する評価の新設

- 「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- 地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- 支援の対象となる患者要件の追加

- 退院時共同指導料の見直し

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援の対象となる患者》

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・生活困窮者
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする



入退院支援の診療報酬 1

入退院支援加算

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)

(入退院支援加算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入退院支援職員及び入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。
- 当該病棟又は入退院支援部門の入退院支援職員が、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。

入退院支援加算の主な施設基準

入退支

	入退院支援加算1	入退院支援加算2
入退院支援部門の設置	医療機関内に入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)	
病棟への入退院支援職員の配置	入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	—
連携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・指定特定相談事業者 指定障害児相談支援事業者等(20力所以上)の 職員と定期的な面会を実施(3回/年以上)	—
介護保険サービス及び福祉サービスとの連携	介護支援専門員、相談支援専門員との連携実績※	—

※ 介護支援連携等指導料の算定回数及び相談支援専門員との連携回数

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

入院前からの支援の機能強化(イメージ)

従来

外来

- 治療方針の説明

入院

検査・治療

- 検査・治療内容の説明
- ✓ 持参薬の確認

療養の支援

- 入院生活の説明
- ✓ 患者情報（入院前のサービス利用等）の確認
- ✓ 療養上のリスクアセスメント（転倒・転落、褥瘡、認知症等）

退院調整

- ✓ 退院支援スクリーニング

外来(地域、在宅)

治療のために一旦中止にしなければならなかった内服薬を飲んでいた、

歩行に杖が必要な状態なのに、トイレに遠いベッドだ、

治療が始まった直後で大変なのに、退院後の事なんか考えられない、

入院前からの支援の機能強化

外来

入院

外来(地域、在宅)

検査・治療

療養の支援

退院調整

外来において、

- ・入院生活のオリエンテーション
- ・患者情報（入院前のサービス利用等）や服薬中の薬剤の確認
- ・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング等を事前に実施

患者は、入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨める。

病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れられるため、円滑な入院医療の提供等につながる。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する

≪許可病床数200床以上≫

- ・ 専従の看護師が1名以上 又は
- ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上 (※)

≪許可病床数200床未満≫

- ・ 専任の看護師が1名以上 が配置されていること。

- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

入退院支援の診療報酬 2

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（在宅療養担当医療機関）の保険医又は保険医の指示を受けた看護職員等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士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、看護職員等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行い、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（注3多機関共同指導加算）

入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、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、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）理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員又は相談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。

入退院支援の診療報酬 3

介護支援等連携指導料

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又は相談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又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉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若しくは相談支援専門員又は退院後のケアプラン等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、介護保険施設等の介護支援専門員若しくは指定特定支援事業者等の相談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等サービスや、当該地域において提供可能な介護等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、介護等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等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等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。

○ケアプラン等の写しを診療録に添付する必要がある。

入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)

8,000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又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に入院中又は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(准看護師は除く。)が、当該主治医又はその所属する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院の職員とともに、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1の所定額に加算する。

訪問看護療養費とは

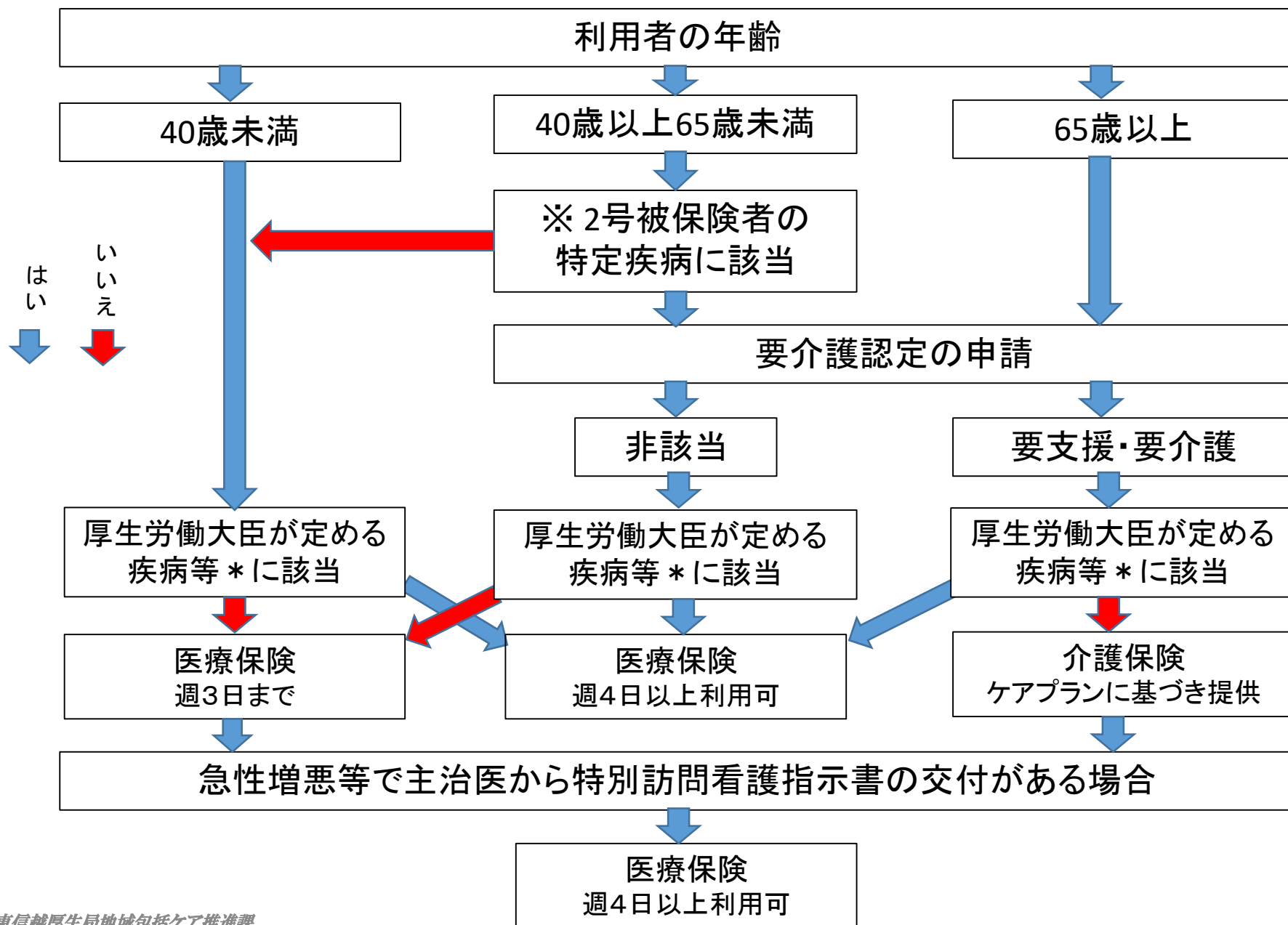
居宅で療養している患者が、主治の医師の指示に基づいて訪問看護ステーションの訪問看護師から療養上の世話や必要な診療の補助を受けた場合、その費用が、診療報酬ではなく、訪問看護療養費として医療保険から現物給付される。

(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。

患者が負担する訪問看護の基本利用料は、被保険者、被扶養者ともに1～3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、後縦靱帯骨化症、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、ライソゾーム病、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

入退院支援の介護報酬1

退院時共同指導加算

600単位 （訪問看護費）

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院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、介護老人保健施設又は介護医療院の主治の医師その他の従業員と共同し、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。

入院時情報連携加算

（居宅介護支援費）

利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。

イ 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位

入院してから3日以内に情報提供

ロ 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位

入院してから4日以上7日以内に情報提供

※情報の提供方法は問わない

入退院支援の介護報酬2

退院・退所加算

450～900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保険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、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険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、別に大臣が定める基準に掲げる区分に従い、入院又は入所期間中につき1回を限度として所定単位数を加算する。

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

○例えば、病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスによると900単位を加算する。

I 医療保険と介護保険の基本的な仕組み

II 在宅医療・介護連携で活用される診療報酬と介護報酬

1 入退院支援の例

2 在宅医療の例

3 外来医療の例

III 施設基準等の届出情報の把握方法

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

訪問看護ステーション(強化型でない)

訪問看護費

(1回につき) 20分未満 311単位

訪問看護基本療養費

(1日につき) 週3日まで 5,550円
週4日目以降 6,550円

訪問看護管理療養費

(1日につき) 月の初日 7,400円
2日目以降 2,980円

保険薬局

居宅療養管理指導費

(1回につき) 507単位

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

(1回につき) 500点

歯科診療所

歯科訪問診療料1

(1日につき) 1,036点

居宅療養管理指導費

(1回につき) 歯科医師 507単位
歯科衛生士 355単位

居宅介護支援事業所

居宅介護支援費

(1月につき) 1,368単位

在宅療養支援診療所(強化型でない)

在宅患者訪問診療料

(1日につき) 833点

訪問看護指示料

(原則月1回) 300点

処方せん等で指示

在宅時医学総合管理料

(月1回) 3,700点

※自院の看護師が訪問看護を行う場合は、在宅患者訪問看護・指導料を算定

在宅寝たきり患者
処置指導管理料
(在宅療養指導管理料)

(月1回) 1,050点

急性増悪等の場合

往診料

(1回につき) 720点

※患者から求めがあった場合
(別に再診料72点も算定可)

特別訪問看護指示加算

(原則月1回) 100点

※週4日以上頻回の訪問
看護が必要となり特別訪問
看護指示書を作成した場合

処方せん等で指示

※急変に伴い、訪問薬剤管理
指導を指示した場合

報告

指示書

指示書

報告

情報提供

情報提供

居宅療養管理指導費

(1回につき) 医師 294単位(在総管を算定した場合)
管理栄養士 537単位



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	支援診3
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・準超重症児に対する医学管理の実績が10人/年以上 ⑬ (施設入居時等医学総管理料) / (在宅時医学総管理料・施設入居時等医学総管理料の件数) ≤ 0.7 ⑭ (要介護3以上の患者＋重症患者) / (在宅時医学総管理料・施設入居時等医学総管理料の件数) ≥ 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

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

往 診

別途医療機関から患家までの
交通費がかかる場合がある

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

（夜間・深夜を除く
場合の例）

イ 機能強化型の支援診 850点（病床有） 750点（病床無）

ロ 機能強化型でない支援診 650点

ハ 支援診以外 325点

在宅医療の診療報酬 2

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

別途医療機関から患家までの
交通費がかかる場合がある

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。

在宅患者訪問診療料(Ⅰ)		※併設する有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く
在宅患者訪問診療料1	イ 同一建物居住者以外の場合	833点
	ロ 同一建物居住者の場合	203点
在宅患者訪問診療料2 (他の保険医療機関の求めに応じた場合)	イ 同一建物居住者以外の場合	830点
	ロ 同一建物居住者の場合	178点

(※注加算の例)

在宅ターミナルケア加算

イ 機能強化型の支援診	6,500点(病床有)	5,500点(病床無)
ロ 機能強化型でない支援診	4,500点	
ハ 支援診以外	3,500点	

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）	保健師・助産師・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の例

※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～ニのいずれか）	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 機能強化型訪問看護療養費3	8,400円
	ニ 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

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)単一建物居住者が1人	507単位
(二)単一建物居住者が2～9人	483単位
(三)単一建物居住者が10人以上	442単位

(2)居宅療養管理指導費(Ⅱ)

(一)単一建物居住者が1人	294単位
(二)単一建物居住者が2～9人	284単位
(三)単一建物居住者が10人以上	260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。**

（一）単一建物居住者が1人	507単位
（二）単一建物居住者が2～9人	483単位
（三）単一建物居住者が10人以上	442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）単一建物居住者が1人	558単位
（二）単一建物居住者が2～9人	414単位
（三）単一建物居住者が10人以上	378単位

（2）薬局の薬剤師が行う場合

（一）単一建物居住者が1人	507単位
（二）単一建物居住者が2～9人	376単位
（三）単一建物居住者が10人以上	344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。

		介護給付	予防給付
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	311単位	300単位
	(2)所要時間30分未満の場合	467単位	448単位
	(3)所要時間30分以上1時間未満の場合	816単位	787単位
	(4)所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,118単位	1,080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)	296単位	286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	263単位	253単位
	(2)所要時間30分未満の場合	396単位	379単位
	(3)所要時間30分以上1時間未満の場合	569単位	548単位
	(4)所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	836単位	807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)	1,053単位	1,368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)	527単位	684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)	316単位	410単位	取扱件数が60以上の部分について算定

I 医療保険と介護保険の基本的な仕組み

II 在宅医療・介護連携で活用される診療報酬と介護報酬

1 入退院支援の例

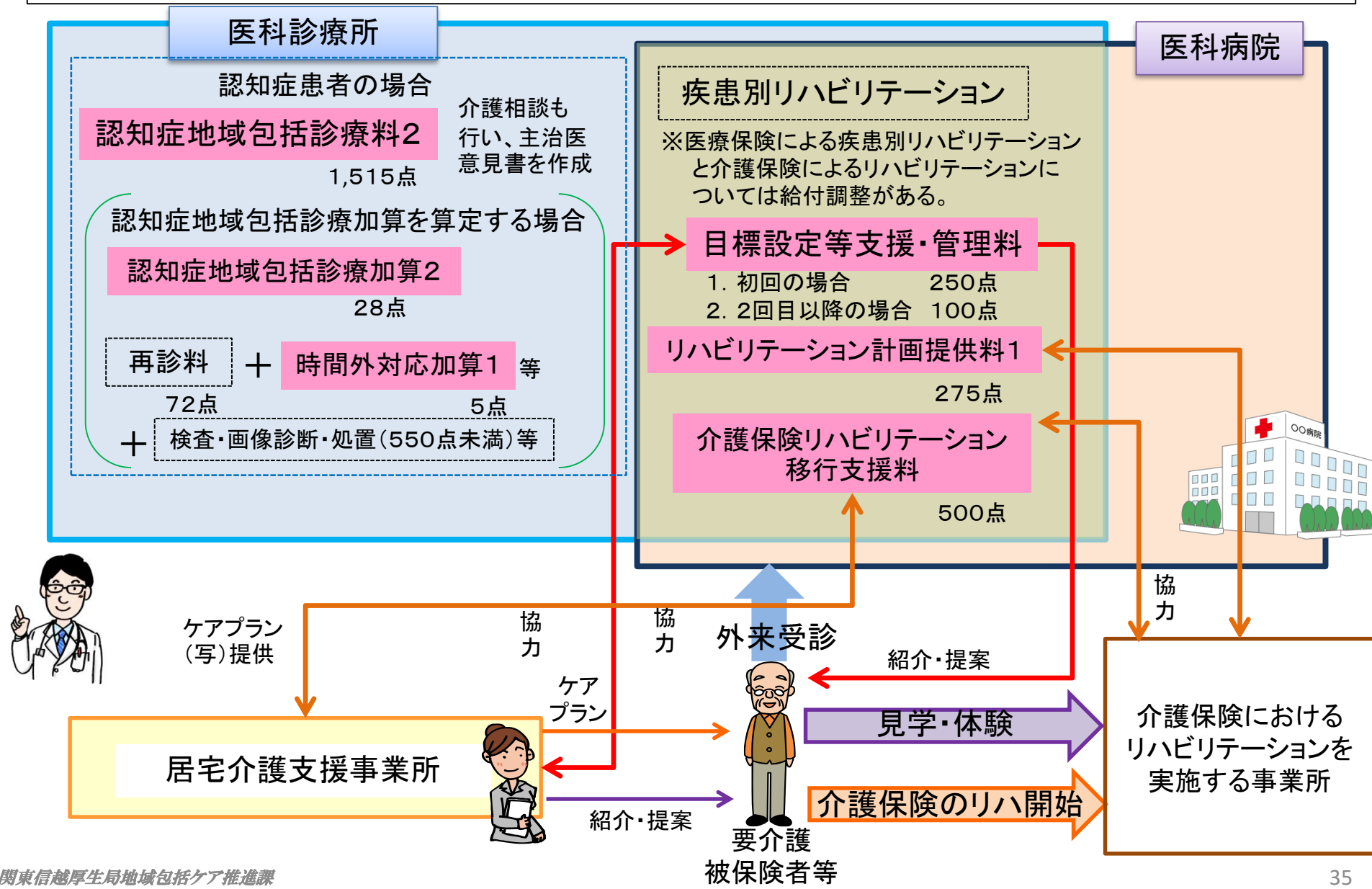
2 在宅医療の例

3 外来医療の例

III 施設基準等の届出情報の把握方法

外来医療の主な診療報酬算定関連図

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

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 1,560点(月1回)

認知症地域包括診療料2 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1 35点

認知症地域包括診療加算2 28点

(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。

地域包括診療料1及び2(認知症地域包括診療料1及び2)

地域包括診療加算1及び2(認知症地域包括診療加算1及び2)

【施設基準(抜粋)】

○ 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。

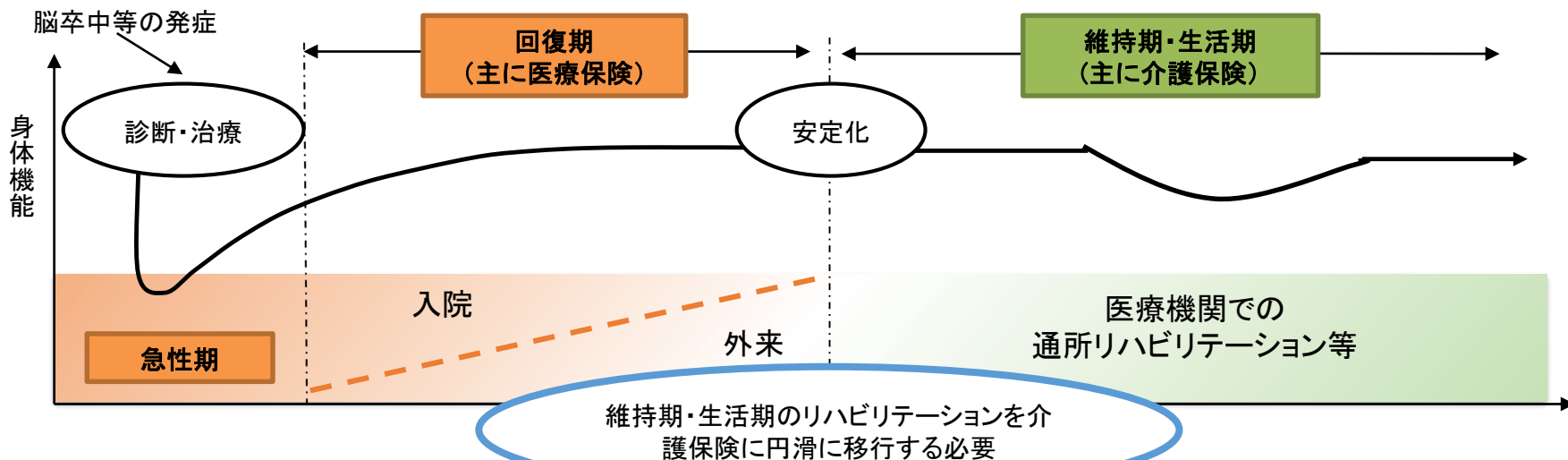
カ 担当医が、介護認定審査会の委員の経験を有すること。

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)

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応②



平成30年度改定での見直し

医療保険と介護保険の
双方で見直し

医療保険で見直し

- リハビリが長期にわたる外傷等の患者の**算定日数上限を緩和**
- 介護保険のリハビリ事業所への**情報提供を評価**

- **地域の医療機関で一貫してリハビリを提供**するため、施設基準を緩和
- 計画書様式の共通化による**連携の推進・業務効率化**

計画書

計画書

計画書

要介護被保険者等に係る入院外の維持期・生活期の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)の*利用開始日を含む月の翌月以降は、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、*介護保険のリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで、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。(ただし1月7単位までとする。)

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
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
	II		200点
	III		100点
廃用症候群	I	診断又は急性増悪から120日	180点
	II		146点
	III		77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
	II		170点
	III		85点

要介護被保険者等である患者に対する入院外の維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料については、医療保険での算定は平成31年4月以降は認めない取扱いとなった。

*(ただし介護保険への移行期には併用の特例あり)

*2109年8月13日一部修正

I 医療保険と介護保険の基本的な仕組み

II 在宅医療・介護連携で活用される診療報酬と介護報酬

1 入退院支援の例

2 在宅医療の例

3 外来医療の例

III 施設基準等の届出情報の把握方法

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、訪問看護ステーション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

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ください。』	
		事務所 (埼玉県を除く) 『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ください。』	審査課

調査課をクリック

3 調査課のページ

ホーム アクセス 申請等手続き **業務内容** 関東信越厚生局について 調達情報 情報公開 管轄法人等

関東信越厚生局 > 業務内容 > 調査課

更新日:2019年4月23日



関東信越厚生局の役割について

よくあるご質問

パンフレット等ダウンロード

採用情報

地方厚生局麻薬取締部(外部サイトヘルプ)

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・保険薬局等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・保険薬局等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](#)
- [指定訪問看護ステーションの指定一覧及び訪問看護ステーションの基準の届出受理状況](#)
- [はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧の受領委任取扱い施術所一覧](#)

保健医療機関・保険薬局の施設基準はここをクリック

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\(PDF\)](#)をご覧ください。

令和元年5月1日現在

知りたい項目を
クリック

※医療機関別の
情報が掲載
されている。

都県	医科	歯科	薬局
茨城県	医科(PDF)	歯科(PDF)	薬局(PDF)
栃木県	医科(PDF)	歯科(PDF)	薬局(PDF)
群馬県	医科(PDF)	歯科(PDF)	薬局(PDF)
埼玉県	医科(PDF)	歯科(PDF)	薬局(PDF)
千葉県	医科(PDF)	歯科(PDF)	薬局(PDF)
東京都	医科(PDF)	歯科(PDF)	薬局(PDF)
神奈川県	医科(PDF)	歯科(PDF)	薬局(PDF)
新潟県	医科(PDF)	歯科(PDF)	薬局(PDF)
山梨県	医科(PDF)	歯科(PDF)	薬局(PDF)
長野県	医科(PDF)	歯科(PDF)	薬局(PDF)
各都県分 エクセルデータ	医科(ZIP)	歯科(ZIP)	薬局(ZIP)

施設基準の
略称の一覧
はこちらです

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。

令和元年5月1日現在

知りたい項目をクリック

届出項目別5

回復期リハビリテーション病棟入院料1・2・3・4・5・6、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料1・2・3・4

茨城県 医科(PDF)	栃木県 医科(PDF)	群馬県 医科(PDF)	埼玉県 医科(PDF)	千葉県 医科(PDF)
東京都 医科(PDF)	神奈川県 医科(PDF)	新潟県 医科(PDF)	山梨県 医科(PDF)	長野県 医科(PDF)

各都県分エクセルデータ
[届出項目別5\(ZIP\)](#)

エクセルデータ

6 指定訪問看護ステーションの指定一覧及び訪問看護ステーションの基準の届出受理状況

指定訪問看護ステーションの指定一覧及び訪問看護ステーションの基準の届出受理状況

指定訪問看護ステーションの指定一覧、及び訪問看護ステーションの基準の届出受理状況について掲載をしています。

指定訪問看護ステーションの指定一覧(コード内容別訪問看護事業所一覧表)

令和元年6月1日現在

茨城県(PDF)	栃木県(PDF)	群馬県(PDF)	埼玉県(PDF)	千葉県(PDF)
東京都(PDF)	神奈川県(PDF)	新潟県(PDF)	山梨県(PDF)	長野県(PDF)
各都県分エクセルデータ(ZIP)				

知りたい項目をクリック

訪問看護ステーションの基準の届出受理状況(届出受理指定訪問看護事業所名簿)

令和元年5月1日現在

茨城県(PDF)	栃木県(PDF)	群馬県(PDF)	埼玉県(PDF)	千葉県(PDF)
東京都(PDF)	神奈川県(PDF)	新潟県(PDF)	山梨県(PDF)	長野県(PDF)
各都県分エクセルデータ(ZIP)				

エクセルデータ

「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h3006.xlsx - Microsoft Excel

JUST PDF 2

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

Σ オートSUM フィル クリア

並べ替えと検索とフィルター 選択

K29 000-000-0002

項番	都道府県	都道府県	区分	医療機関番号	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	F A X 番	病床数	受理届出名称	受理記号	受理番号	算定開始日	個別
1	12	千葉県	医科	0100601		長谷川内科	260-0004	千葉市中	000-000-0000				薬剤名等	1 7 5	第297号	平成14年 4月	
2	12	千葉県	医科	0101980		松本医院	260-0022	千葉市中	000-000-0000								
3	12	千葉県	医科	0102863		都賀診療所	264-0025	千葉市若	000-000-0000								
4	12	千葉県	医科	0103051		山田整形外科	260-0044	千葉市中	000-000-0000				薬剤名等	1 7 5	第683号	平成14年 4月	
5	12	千葉県	医科	0103077		忍足小児科	268-0005	千葉市緑	000-000-0000								
6	12	千葉県	医科	0103085		奈良医院	262-0045	千葉市花	000-000-0000								
7	12	千葉県	医科	0103218		田井耳鼻科	262-0048	千葉市花	000-000-0000				薬剤名等	1 7 5	第701号	平成14年 4月	
8	12	千葉県	医科	0103226		田井小児科	262-0048	千葉市花	000-000-0000				薬剤名等	1 7 5	第702号	平成14年 4月	
9	12	千葉県	医科	0103283		諏訪産科	262-0032	千葉市花	000-000-0000			一般	6時間外対応	時間外 2	第315号	平成22年 4月	
10	12	千葉県	医科	0103283		諏訪産科	262-0032	千葉市花	000-000-0000			一般	6有床診療	診入院	第671号	平成26年 4月	
11	12	千葉県	医科	0103283		諏訪産科	262-0032	千葉市花	000-000-0000			一般	6がん治療	がん指	第545号	平成25年 4月	
12	12	千葉県	医科	0103283		諏訪産科	262-0032	千葉市花	000-000-0000			一般	6HPV検査	HPV	第50号	平成26年 4月	
13	12	千葉県	医科	0103283		諏訪産科	262-0032	千葉市花	000-000-0000			一般	6薬剤名等	1 7 5	第1139号	平成14年 4月	
14	12	千葉県	医科	0103382		脊尾内科	262-0014	千葉市花	000-000-0000				薬剤名等	1 7 5	第296号	平成14年 4月	
15	12	千葉県	医科	0103523		たなベリ	261-0004	千葉市美	000-000-0000				機能強化	機能強化	第117号	平成30年 4月	
16	12	千葉県	医科	0103523		たなベリ	261-0004	千葉市美	000-000-0000				時間外対応	時間外 2	第541号	平成28年 4月	
17	12	千葉県	医科	0103523		たなベリ	261-0004	千葉市美	000-000-0000				小児かかり	小児診	第13号	平成28年 4月	
18	12	千葉県	医科	0103523		たなベリ	261-0004	千葉市美	000-000-0000				薬剤名等	1 7 5	第1113号	平成14年 4月	
19	12	千葉県	医科	0103630		ガーデン	261-0001	千葉市美	000-000-0000				薬剤名等	1 7 5	第1131号	平成14年 4月	
20	12	千葉県	医科	0103671		工藤内科	264-0006	千葉市若	000-000-0000								
21	12	千葉県	医科	0103853		平沢小児科	264-0003	千葉市若	000-000-0000								
22	12	千葉県	医科	0103861		高根産科	261-0011	千葉市美	000-000-0000				がん治療	がん指	第542号	平成25年 4月	
23	12	千葉県	医科	0103861		高根産科	261-0011	千葉市美	000-000-0000				HPV検査	HPV	第125号	平成22年 12月	
24	12	千葉県	医科	0103895		柴田医院	263-0054	千葉市稲	000-000-0000				薬剤名等	1 7 5	第1197号	平成14年 4月	

・ 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出た場合は、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った場合はこの日付以前から算定している場合がある。)

在宅医療にかかる施設基準の例

施設基準名		略称	主な基準 *詳しくは告示通知等を参照
在宅時医学総合管理料 及び 施設入居時医学総合管理料		在医総管	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。
在宅療養支援病院／ 在宅療養支援診療所 1、2、3	機能強化型	支援病1/支援診1	単独医療機関で在宅医療を担当する常勤医師3人 過去1年の緊急往診10件以上、看取り等4件以上
		支援病2/支援診2	連携する医療機関で在宅医療を担当する常勤医師3人 過去1年の緊急往診 連携で10件以上かつ各々4件以上 過去1年の看取り等 連携で4件以上かつ各々2件以上
		支援病3/支援診3	(支援病・支援診1, 2, 3共通) 24時間連絡を受ける体制、往診体制、訪問看護体制の確保
在宅療養実績加算 (支援病3/支援診3の加算)		在病実1/在診実1	過去1年の緊急往診10件以上、看取り等4件以上
		在病実2/在診実2	過去1年の緊急往診4件以上、看取り等2件以上
在宅緩和ケア充実診療所・病院 加算(支援病1、2/支援診1、2の 加算)		在緩和実/在緩和病	機能強化型の在宅療養支援診療所(支援病院) 過去1年の緊急往診15件以上、看取り等20件以上 過去1年のオピオイド系鎮痛薬投与実績10件以上
在宅患者訪問褥瘡管理指導料		在訪褥	医師、保健師等、管理栄養士の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されている

(在宅以外)

がん性疼痛緩和指導管理料	がん疼	緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。(緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。)
--------------	-----	--

施設基準情報の活用例

施設基準の届出受理状況(Excel版)を加工した一覧の作成例

番号	医療機関 コード	医療機関名	在宅時医学総合 管理料及び施設 入居時医学総合 管理料	在宅療養支援病院 在宅療養支援診療所	在宅療養 実績加算	在宅緩和ケア充 実診療所・病院 加算	がん性疼痛緩和 指導管理料
1	7002712	A クリニック	在医総管	支援診 1			がん疼
2	7010004	B 診療所	在医総管	支援診 2		在緩和診実	がん疼
3	7003561	C クリニック	在医総管	支援診 2			がん疼
4	7002969	D 診療所	在医総管	支援診 2			
5	7003942	E クリニック	在医総管	支援診 2			
6	7010020	F 診療所	在医総管	支援診 3	在診実 1		がん疼
7	7003983	G 医院	在医総管	支援診 3	在診実 1		
8	7002456	H 医院	在医総管	支援診 3			
9	7000146	〇〇病院	在医総管	支援病 1			がん疼
10	7000112	△△病院	在医総管	支援病 3			がん疼
11	7000153	□□病院	在医総管				がん疼
12	7002498	T 医院	在医総管				
13	7002670	S クリニック	在医総管				

(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・ご要望を上記窓口までお寄せ下さい。