

在宅医療支援システム研究会次第

日時 平成30年4月24日（火）

18時30分～

場所 介護老人保健施設くろかみ 研修室

1 開 会

2 あいさつ

3 報告・紹介事項

(1) 新見市在宅医療・介護連携支援センター事業について（医師会受託）

(2) 新見市認知症地域支援事業について（医師会受託）

(3) 新見市情報連携システム推進事業について

（申請中：事業主体医師会）

(4) 岡山県認知症ケアに係る医療連携体制整備事業について

（申請予定：事業主体医師会）

(5) 中山間地域などにおける小規模事業所加算について

(6) 医療と介護の連携加算とZ連携の利用について

(7) その他

4 協議事項

(1) 新見地域会議・研修会一覧について

(2) Z連携・ウェブ会議について

(3) その他

5 その他

次回開催日

平成29年5月 日（ ）

新見地域在宅医療支援システム研究会委員名簿

H30. 4. 1 現在

所 属		委員名	備 考
新見医師会		太田 隆正	認知症サポート医
		大手 國榮	
新見公立大学看護科		金山 時恵	
		杉本 幸枝	
岡山県薬剤師会 新見支部		川本 和明	
介護施設代表（特別養護老人ホーム）		渡部 勝吉	
		小川 修司	
		藤村 晃	
		福田 孝幸	
		<u>今倉 慎吾</u>	
訪問看護ステーション		小郷寿美代	
岡山県理学療法士会 新見地域代表		小林まり子	
岡山県作業療法士会 新見地域代表		石田 辰彦	
岡山県介護支援専門員連絡協議会 新見地域代表		池田 直美	
岡山県備北保健所新見支所		前原 幹子	
新見市	市民課（医療）	牧 佳苗	
		<u>泉 浩二</u>	
	介護保険課	長谷川美幸	
		<u>大西久美子</u>	
	健康づくり課	船越智江子	
		吉岡キヨコ	
	情報管理課	<u>石橋 博</u>	
		<u>富谷 保</u>	
新見市社会福祉協議会		福本寿美子	
(株) エヌディエス		水上 則計	

事業計画書

委託事業者名（一般社団法人 新見医師会）

事業名	平成30年度 在宅医療・介護連携推進事業
事業実施期間	平成30年4月1日 ～ 平成31年3月31日
目的	医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進することを目的とする。
事業計画	<p>【(1)地域の医療・介護サービス資源の把握】</p> <p>地域の医療機関、介護事業所等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、リスト又はマップを作成する。</p> <ul style="list-style-type: none">・作成済みの「在宅医療連携ガイド（在宅医療地域資源マップ含む）」の修正・変更・正誤表の作成・配布・「在宅医療連携ガイド」のデータ化の検討 <p>【(2)医療・介護関係者の情報共有の支援】</p> <p>情報共有の手順等を定めた情報共有ツールを整備する等、地域の医療・介護関係者の情報共有を支援する。</p> <ul style="list-style-type: none">・H29.3月版新見版情報共有書の利用促進・普及啓発・相談支援・Z連携の利用促進・普及啓発・相談支援 <p>【(3)在宅医療・介護連携に関する相談支援】</p> <p>地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談の受付を行う。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。さらに、相談対応の窓口やその役割が関係者等に明確に理解されるよう名称を設定し、関係者に周知する。</p> <ul style="list-style-type: none">・入退院ルールの見直し、改訂版の作成・入退院時の連携支援 <p>【(4)医療・介護関係者の研修】</p> <p>地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の研修を行う。</p> <ul style="list-style-type: none">・医療・介護従事者への研修会 年1回程度・多職種連携会議 年3回程度

事業計画書

委託事業者名（一般社団法人 新見医師会）

事業名	平成30年度 新見市認知症地域支援事業
事業実施期間	平成30年4月1日 ～ 平成31年3月31日
目的	認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、医療・介護等の連携強化による、地域における支援体制の構築と認知症のケア向上を図るための取り組みを推進する事を目的とする。
事業計画	<ol style="list-style-type: none">① 認知症の人とその家族の相談・支援<ul style="list-style-type: none">・地域の方からの相談に応じられる体制を作り、相談支援を行う。② 認知症支援体制の構築<ul style="list-style-type: none">・地域包括支援センターの認知症地域支援推進員と協議し、認知症の方の支援体制を検討する。・認知症カフェへの協力。③ 認知症初期集中支援チームとの連携<ul style="list-style-type: none">・認知症初期集中支援チームと情報共有を行い、連携しながら認知症の方への支援を推進する。④ 認知症ケアに携わる多職種協働のための研修事業<ul style="list-style-type: none">・地域の研修会等への協力。⑤ 認知症ケアパスの普及<ul style="list-style-type: none">・認知症ケアパスの見直しを検討し、機会を捉え普及啓発を行う。

事業計画書

事業名	平成30年度 情報連携システム推進事業補助金
事業実施期間	平成30年4月20日 ～ 平成31年3月31日
目的	<p>移動に多大の時間を要する中山間地域であり、介護保険事業所が点在し、医療機関が市中心部に集中しており、かつ、医療・介護従事者も少ない新見地域において、ICTを活用した在宅医療・介護連携の推進、地域包括ケアシステムの構築を目指す。</p> <p>ICTの活用には、弊会が運用しているクラウド型情報共有システム「Z連携」、テレビ会議システム「にいみ広域遠隔会議システム」を利用し、入退院時の多職種連携や、サービス担当者会議、日常生活の様子等の情報共有を推進する。</p>
事業計画	<p>(1) ICTを活用した連携推進の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護従事者の参加する会議で推進方法・システム改修等について検討年3回 <p>(2) Z連携を活用した連携の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Z連携の運用（IDの発行・管理、導入支援等含む） ・Z連携のシステム改修 <ul style="list-style-type: none"> H29.3月版新見版情報共有書対応 入力項目の省力化検討 <p>(3) にいみ広域遠隔会議システムを利用した連携の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・にいみ広域遠隔会議システムの運用（スケジュール管理、導入支援等含む） ・利用後アンケート調査

7. 居宅療養管理指導

60

7. 居宅療養管理指導

改定事項

- ①訪問人数等に応じた評価の見直し
- ②看護職員による居宅療養管理指導の廃止
- ③離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する居宅療養管理指導の提供

61

7. 居宅療養管理指導 ①訪問人数等に応じた評価の見直し

概要 ※介護予防居宅療養管理指導を含む

- 現在、同一日に同じ建物に居住する者（同一建物居住者）に対し指導・助言等を行った場合は減額した評価を行っているが、平成28年度診療報酬改定において、訪問した建物内において、当該訪問月に診療した人数（同一建物居住者の人数）によって、メリハリのある評価とする等の見直しが行われた。
- これを踏まえ、医療保険と介護保険との整合性の観点から、同一建物に居住する人数に応じて、以下のように評価することとするとともに、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要な見直しを行う。
 - ・ 同一建物居住者が1人
 - ・ 同一建物居住者が2～9人
 - ・ 同一建物居住者が10人以上

単位数

○医師が行う場合

(1) 居宅療養管理指導費 (I)

	<現行>		<改定後>
・ 同一建物居住者以外	503単位	→	・ 同一建物居住者が1人 507単位
・ 同一建物居住者	452単位		・ 同一建物居住者が2～9人 483単位
			・ 同一建物居住者が10人以上 442単位

※ 歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等の居宅療養管理指導についても同様の評価を行う。

※ 詳細は次ページ参照

算定要件等

- 同一建物居住者と単一建物居住者の定義の違いは以下のとおり。

<同一建物居住者>

当該利用者と同一建物に居住する他の利用者に対して指定居宅療養管理指導事業所の医師等が同一日に訪問診療、往診又は指定居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者

<単一建物居住者>

当該利用者が居住する建築物に居住する者のうち、当該指定居宅療養管理指導事業所の医師等が、同一月に訪問診療、往診又は指定居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者

62

7. 居宅療養管理指導 基本報酬

単位数 ※以下の単位数はすべて1回あたり

○医師が行う場合

(1) 居宅療養管理指導費 (I) <現行>

	<現行>		<改定後>
同一建物居住者以外	503単位	⇒	単一建物居住者が1人 507単位
同一建物居住者	452単位		単一建物居住者が2～9人 483単位
			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) (在宅時医学総合管理料等を算定する利用者を対象とする場合に算定)

同一建物居住者以外	292単位	⇒	単一建物居住者が1人 294単位
同一建物居住者	262単位		単一建物居住者が2～9人 284単位
			単一建物居住者が10人以上 260単位

○歯科医師が行う場合

	<現行>		<改定後>
同一建物居住者以外	503単位	⇒	単一建物居住者が1人 507単位
同一建物居住者	452単位		単一建物居住者が2～9人 483単位
			単一建物居住者が10人以上 442単位

○薬剤師が行う場合

(1) 病院又は診療所の薬剤師

	<現行>		<改定後>
同一建物居住者以外	553単位	⇒	単一建物居住者が1人 558単位
同一建物居住者	387単位		単一建物居住者が2～9人 414単位
			単一建物居住者が10人以上 378単位

(2) 薬局の薬剤師

同一建物居住者以外	503単位	⇒	単一建物居住者が1人 507単位
同一建物居住者	352単位		単一建物居住者が2～9人 376単位
			単一建物居住者が10人以上 344単位

○管理栄養士が行う場合

	<現行>		<改定後>
同一建物居住者以外	533単位	⇒	単一建物居住者が1人 537単位
同一建物居住者	452単位		単一建物居住者が2～9人 483単位
			単一建物居住者が10人以上 442単位

○歯科衛生士等が行う場合

	<現行>		<改定後>
同一建物居住者以外	352単位	⇒	単一建物居住者が1人 355単位
同一建物居住者	302単位		単一建物居住者が2～9人 323単位
			単一建物居住者が10人以上 295単位

○看護職員が行う場合

	<現行>		<改定後>
同一建物居住者以外	402単位	⇒	なし(廃止)
同一建物居住者	362単位		

63

7. 居宅療養管理指導 ②看護職員による居宅療養管理指導の廃止

概要	※介護予防居宅療養管理指導を含む
○ 看護職員による居宅療養管理指導については、その算定実績を踏まえ、6か月の経過措置期間を設けた上で廃止する。	

単位数	○看護職員が行う場合	
	<現行>	<改定後>
	同一建物居住者以外 402単位	⇒ なし(廃止)
	同一建物居住者 362単位	

7. 居宅療養管理指導 ③離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する居宅療養管理指導の提供

概要	※介護予防居宅療養管理指導を含む
○ 離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する訪問介護等の提供を促進する観点から、他の訪問系サービスと同様に、居宅療養管理指導においても、「特別地域加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」及び「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を新たに創設することとする。	
○ また、現行において居宅療養管理指導については、通常の事業の実施地域を定めることが求められていないが、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を創設するにあたり、他の訪問系サービスと同様に、通常の事業の実施地域を運営基準に基づく運営規程に定めることを求めることとする。	

単位数	○看護職員が行う場合	
	<現行>	<改定後>
	なし ⇒	特別地域加算 所定単位数の100分の15 (新設)
		中山間地域等における小規模事業所加算 所定単位数の100分の10 (新設) → 51点
		中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 所定単位数の100分の5 (新設)

算定要件等	<p>○特別地域加算：離島振興法、山村振興法等の指定地域等の特別地域（※1）に所在する事業所が居宅サービスを行うことを評価するもの</p> <p>※1：離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、山村振興法、小笠原諸島振興開発特別措置法、沖縄振興特別措置法等に定める地域</p> <p>○中山間地域等における小規模事業所加算：特別地域の対象地域を除く豪雪地帯、過疎地域等の中山間地域等（※2）における小規模事業所（※3）が居宅サービスを行うことを評価するもの</p> <p>※2：特別地域加算対象地域以外の地域で、豪雪地帯対策特別措置法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律、半島振興法、特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律、過疎地域自立促進特別措置法に定める地域</p> <p>※3：1月当たり延訪問回数が50回以下の指定居宅療養管理指導事業所、5回以下の指定介護予防居宅療養管理指導事業所</p> <p>○中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算：特別地域、中山間地域等（※4）に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて居宅サービスを行うことを評価するもの</p> <p>※4：特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算の対象地域</p>
--------------	--

total : 558点

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（入院時情報連携加算の見直し）

概要

※ i は介護予防支援を含み、ii 及び iii は介護予防支援を含まない

ア 入院時における医療機関との連携促進

入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。

- i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務づける。【省令改正】
- ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
- iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。【通知改正】

単位数

【iiについて】

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月

<改定後>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月

算定要件等

【iiについて】

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

<改定後>

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- ・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- ・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（退院・退所加算の見直し）

概要

※介護予防支援は含まない

- イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進
 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。
- i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
 - ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
 - iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。
- また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

単位数

<現行>

退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	300単位	300単位
連携 2 回	600単位	600単位
連携 3 回	×	900単位

⇒

<改定後>

退院・退所加算

	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

算定要件等

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関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ケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。

ただし、「連携 3 回」を算定できるのは、そのうち 1 回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

※ 入院又は入所期間中につき 1 回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

○ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び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の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）

別紙1

傍線の部分は改正部分

新	旧
<p>所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は、算定しない。なお、利用者に関する必要な情報については、別途定めることとする。</p> <p>(2) <u>算定区分について</u> 退院・退所加算については、以下の①から③の算定区分により、入院又は入所期間中1回（医師等からの要請により退院に向けた調整を行うための面談に参加し、必要な情報を得た上で、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を含む）のみ算定することができる。</p> <p>① <u>退院・退所加算（Ⅰ）イ・ロ</u> 退院・退所加算（Ⅰ）イ及びロについては、病院等の職員からの情報収集を1回行っている場合に算定可能であり、うち（Ⅰ）ロについてはその方法がカンファレンスである場合に限る。</p> <p>② <u>退院・退所加算（Ⅱ）イ・ロ</u> ・ 退院・退所加算（Ⅱ）イについては、病院等の職員からの情報収集を2回以上行っている場合に算定が可能。 ・ 退院・退所加算（Ⅱ）ロについては、病院等の職員からの情報収集を2回行っている場合であって、うち1回以上がカンファレンスによる場合に算定が可能。</p> <p>③ <u>退院・退所加算（Ⅲ）</u> 退院・退所加算（Ⅲ）については、病院等の職員からの情報収集を3回以上行っている場合であって、うち1回以上がカンファレンスによる場合に算定が可能。</p> <p>(3) <u>その他の留意事項</u> ① (2)に規定するカンファレンスは以下のとおりとする。</p> <p><u>イ 病院又は診療所</u> 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1医科診療報酬点数表の退院時共同指導料2の注3の要件を満たすもの。</p> <p><u>ロ 地域密着型介護老人福祉施設</u> 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第34号。以下このロにおいて「基準」という。）第134条第6項及び第7項に基づき、入所者への援助及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第131条第1項に掲げる地域密着型介護老人福祉施設に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。</p> <p><u>ハ 介護老人福祉施設</u> 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第39号。以下このハにおいて「基準」という。）第7条第6項及び第7項に基づき、入所者への援助及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第2条に掲げる介護老人福祉施設に置くべき従業者及び入所者又はその家</p>	<p>算定しない。なお、利用者に関する必要な情報については、別途定めることとする。</p> <p>(2) 退院・退所加算については、入院又は入所期間中3回（医師等からの要請により退院に向けた調整を行うための面談に参加し、必要な情報を得た上で、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を含む）まで算定することができる。</p> <p>ただし、3回算定することができるのは、そのうち1回について、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必要な説明（診療報酬の算定方法（平成26年厚生労働省告示第57号）別表第1医科診療報酬点数表の退院時共同指導料2の注3の対象となるもの）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。</p>

B001-2-3 乳幼児児童養育指導料
 B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料
 B001-2-5 院内トリアージ実施料
 B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料
 B001-2-7 外来リハビリテーション診療料
 B001-2-8 外来放射線照射診療料
 B001-2-9 地域包括診療料(月1回)
 B001-2-10 認知症地域包括診療料(月1回)
 B001-2-11 小児かかりつけ診療料(1日につき)
 B001-3 生活習慣病管理料
 B001-3-2 ニコチン依存症管理料
 B001-4 手術前医学管理料
 B001-5 手術後医学管理料(1日につき)
 B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料
 B001-7 リンパ浮腫指導管理料
 B001-8 膈ヘルニア圧迫指導管理料
 B001-9 療養・就労両立支援指導料
 B002 開放型病院共同指導料(I)
 B003 開放型病院共同指導料(II)
 B004 退院時共同指導料1
 B005 退院時共同指導料2
 B005-1-2 介護支援等連携指導料
 B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料
 B005-2 削除
 B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料(I)
 B005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料(II)
 B005-6 がん治療連携計画策定料
 B005-6-2 がん治療連携指導料
 B005-6-3 がん治療連携管理料
 B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料
 B005-7 認知症専門診断管理料
 B005-7-2 認知症療養指導料
 B005-7-3 認知症サポート指導料
 B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料
 B005-9 排尿自立指導料
 B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1
 B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2
 B006 救急救命管理料
 B006-2 削除
 B006-3 退院時リハビリテーション指導料
 B007 退院前訪問指導料
 B007-2 退院後訪問指導料
 B008 薬剤管理指導料
 B008-2 薬剤総合評価調整管理料
 B009 診療情報提供料(I)
 B009-2 電子的診療情報評価料
 B010 診療情報提供料(II)
 B010-2 診療情報連携共有料
 B011 削除
 B011-3 薬剤情報提供料

(6) 退院時共同指導料1の「注2」に規定する加算は、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者であった場合、1人の患者に対して入院中1回に限り算定できる。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については当該入院中に2回に限り算定できる。

(7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、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在宅療養担当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、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又は在宅療養担当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保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。

(8) 退院時共同指導料1の「注1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関又は入院中の保険医療機関のいずれか、退院時共同指導料2の「注1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関、在宅療養担当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又は入院中の保険医療機関のいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(平成30年3月5日保医発0305第2号)」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。)又は訪問看護ステーションであって、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、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又は在宅療養担当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保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(以下この区分において「ビデオ通話」という。)が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

(9) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する加算は、退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、当該患者が入院している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、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定する。

(10) (9)における共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関と在宅療養担当医療機関等の関係者全員が、患者が入院している保険医療機関において共同指導することが原則であるが、やむを得ない事情により在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかが、患者が入院している保険医療機関に赴くことができない場合に限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加したときでも算定可能である。ただし、この場合であっても、在宅療養担当医療機関等のうち2者以上は、患者が入院している保険医療機関に赴き共同指導していること。

(11) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同一日に行う「注2」に規定する指導に係る費用及び区分番号「B005-1-2」介護支援等連携指導料は、「注3」に規定する加算に含まれ、別に算定できない。

(12) 退院時共同指導料2の「注4」は、地域連携診療計画と同等の事項(当該医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等)に加えて退院後の在宅又は介護施設等での療養に必要な指導を行うために必要な看護及び栄養管理の状況等の情報を当該患者及び家族に別紙様式50を参考に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関のほか、訪問看護ステーション、介護施設等と共有すること。

(13) (8)及び(10)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(14) 退院時共同指導料2については、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「B006-3」退院時リハビリテーション指導料は別に算定できない。また、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「B014」退院時薬剤情報管理指導料は別に算定できない。

(15) 同一日に退院時共同指導料2と区分番号「B006-3」退院時リハビリテーション指導料又は区分番号「B014」退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。

[このページのトップへ](#)

(公開日: 2018/04/01)

Web会議 ワンポイントマニュアル

① 逆光に気をつける



② 視線はカメラに合わせて



③ 出来るだけカメラを動かさない



※カメラを動かすと、一時的に通信量が増え、映像が乱れやすくなります。

④ マイク方向に向かってはっきり発言する



※下を向いて話すと、マイクの音のひろいが弱くなります。

⑤ ミュート（消音）を上手に使う



※事務所などでは、周りの話し声や電話の音をひろってしまうことがあります。

⑥ 司会が発言を促す



※web会議参加者は目配せやしぐさを伝え辛いので、司会から振ってください。

Web会議 ワンポイントマニュアル

⑦ 機器の更新がないか会議前日にチェックする



※年に数回、OS、webexアプリの更新があります。

⑧ モバイルルーターは電波のいいところにおく



※窓際や玄関外の方がうまくいくことがあります。

⑨ モバイルルーターの設定を確認する



※「wifi」「LTE/3G」ボタンがオンになっているか確認して下さい。

ご不明な点があれば下記までご連絡ください

新見市在宅医療・介護連携支援センターまんさく 担当 松本

電話：0867-88-8270

携帯：080-4263-9523

メール：mansaku@kurokami.jp

Web会議 ワンポイントマニュアル



①逆光に気をつける

逆光になると暗くうつるので、カメラの向きに注意して下さい。



②目線はカメラに合わせる

相手にはカメラの映像が送信されるので、画面ではなく、カメラを見るようにして下さい。



③出来るだけカメラを動かさない

カメラを動かすと一時的に通信量が増え、映像が乱れやすくなります。



④マイク方向に発言する

下を向いて話すと、マイクの音のひろいが弱くなります。



⑤ミュート（消音）を上手に使う

周りの話し声や電話の音を拾ってしまう事があるので、ミュート機能を使ってください。



⑥司会が発言を促す

web会議参加者は目配せやしぐさを伝え辛いので、司会から話を振ってください。

Web会議 ワンポイントマニュアル



⑦機器の更新をチェックする

年に数回、OS、webexアプリの更新があります。会議前日にチェックするようにして下さい。



⑧モバイルルーター置き場所を確認する

電波が安定しない時は、窓際や玄関外など別の場所を試してみてください。



⑨モバイルルーターの設定を確認する

「wifi」「LTE/3G」ボタンがオンになっているか確認して下さい。

ご不明な点があれば下記までご連絡ください

新見市在宅医療・介護連携支援センターまんさく 担当 松本

電話：0867-88-8270

携帯：080-4263-9523

メール：mansaku@kurokami.jp