

福井県言語聴覚士会
新人教育プログラム 新人講座

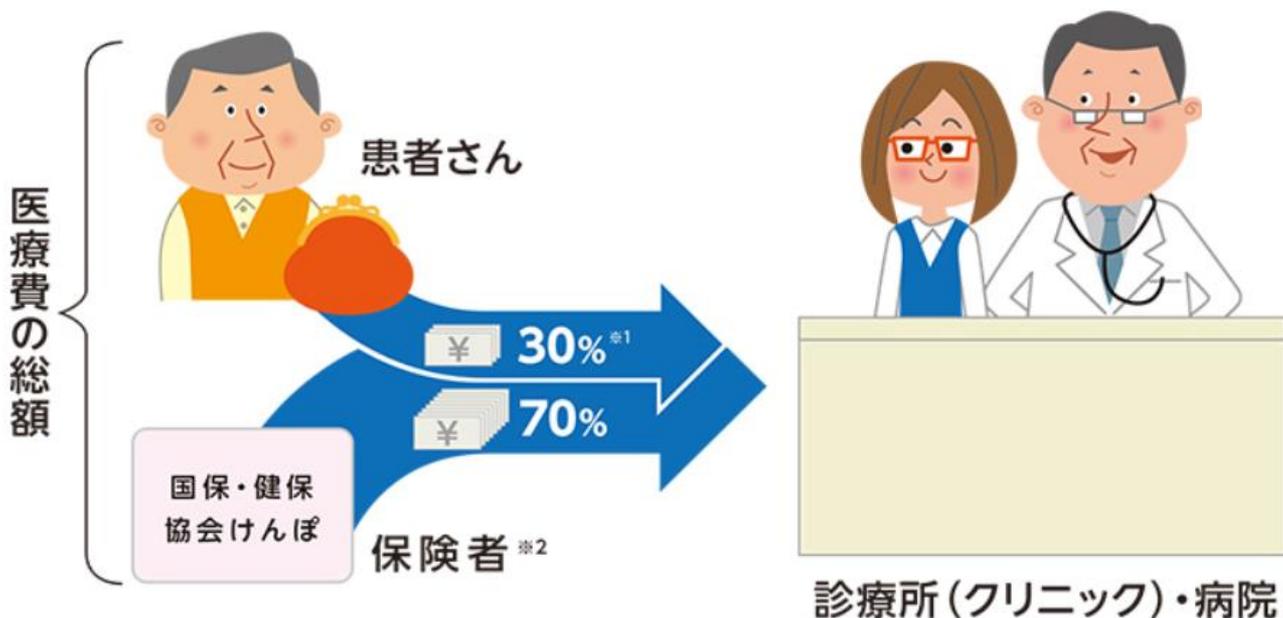
医療保険制度

2022年6月30日（木）
福井医療大学 保健医療学部
リハビリテーション学科 言語聴覚学専攻
新谷 純

診療報酬について

診療報酬とは？

診療報酬とは、患者さんが保険証を提示して医師などから受ける医療行為に対して、保険制度から支払われる料金のこと



日本医師会ホームページ：<http://www.med.or.jp/people/what/sh/>

小学生未満・70～75歳は負担2割、75歳以上（一般的な所得者）は1割負担となっている。

医療・介護における2大改革

効率的な入院医療サービスの実施
＝ 早く良くして「寝たきり」にせず、
在宅復帰へ導く医療

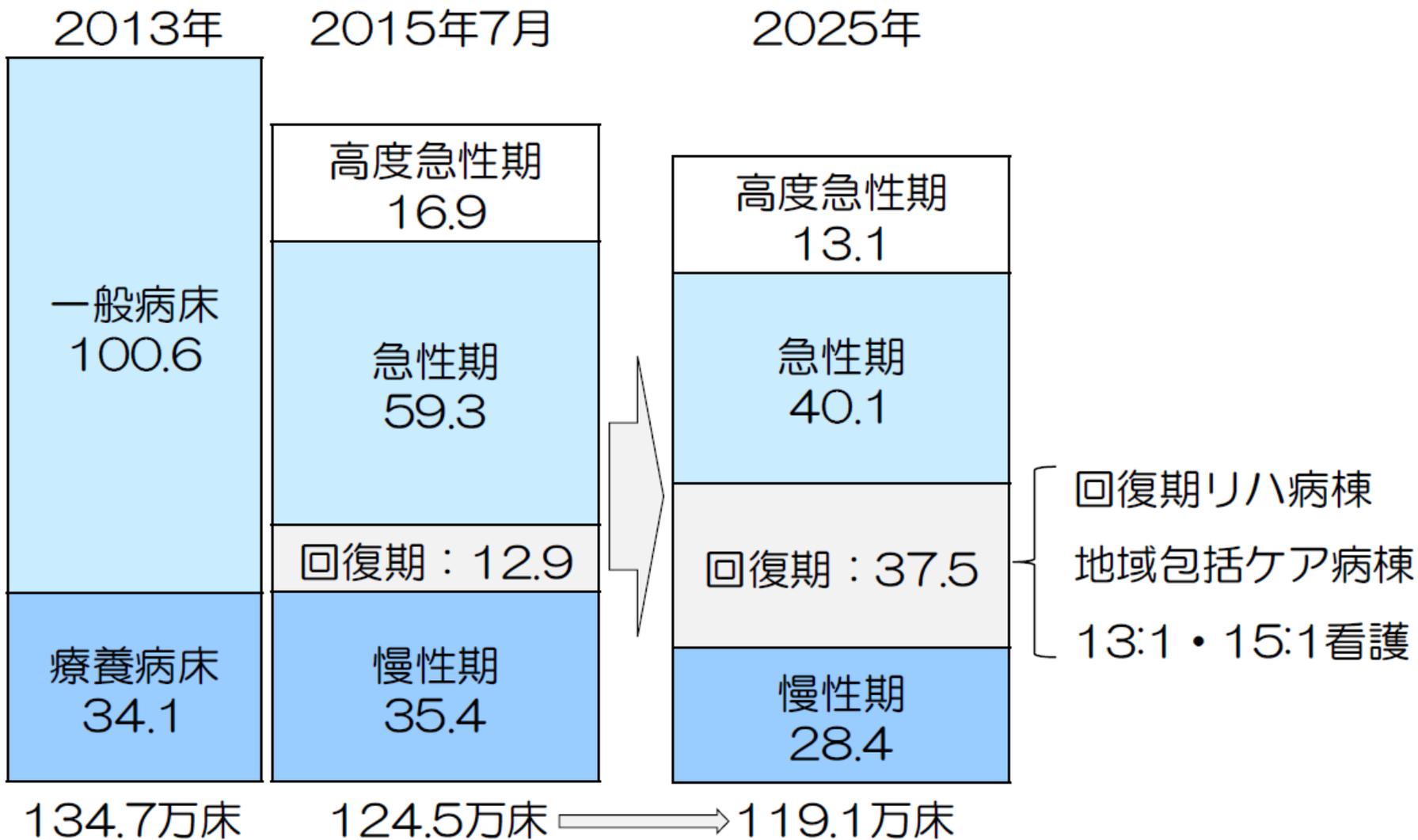


1. 医療機能の分化と連携の推進
(地域医療構想)

高齢者は住み慣れた地域での生活を希望
介護保険制度の財政破綻を防止



2. 地域包括ケア体制の整備



約5万床減

とくに知っておくべき重要な診療報酬

それぞれの医療行為ごとに支払われる料金が決まっている。

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位) 245点

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) 200点

廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位) 180点

廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) 146点

リハビリテーション総合計画料1 300点

リハビリテーション総合計画料2 240点

摂食機能療法 (30分以上の場合) 185点

摂食機能療法 (30分未満の場合) 130点

この他にも、たくさん入院時の患者さんに関わる診療報酬がある。

脳血管疾患等リハ料の対象疾患

脳血管疾患等リハビリテーション料

- | | |
|-----------------------------|------|
| 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位) | 245点 |
| 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1単位) | 200点 |
| 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位) | 100点 |

失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者

難聴や人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者とは、音声障害、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を持つ患者をいう。

顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者

舌悪性腫瘍等の手術による構音障害を有する患者・・・追加された

急性期医療

急性期一般入院基本料（1～7）

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上（7割以上が看護師）						7対1以上 （7割以上 が看護師）
患者 割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ※1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	— [26%以上]	— [27%以上]	30%以上
	重症度、医療・看護必要度Ⅱ※2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]	25%以上
平均入院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・病床機能連携率		—						8割以上
その他		—				入院医療等に関する調査への適切な参加		医師数は患者数の1/100以上
データ抽出加算		○						
点数		1332	1357	1377	1387	1491	1561	1591

※1：現行方法、※2：診療実績データ

[] 許可病床数200床未満の一般病棟7:1入院基本料の経過措置

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

A項目		0点	1点	2点
1	創傷処置	なし	あり	—
2	呼吸ケア	なし	あり	—
3	点滴3本以上	なし	あり	—
4	心電図モニター	なし	あり	—
5	シリンジポンプ	なし	あり	—
6	輸血・血液製剤	なし	あり	—
7	専門的な治療	なし	—	あり
8	救急入院後2日	なし	—	あり

B項目		0点	1点	2点
9	寝返り	できる	捕まれば可	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	通じる	通じない	全介助
15	危険行動	なし	—	あり

C項目		0点	1点
16	開頭手術：7日	なし	あり
17	開胸手術：5日	なし	あり
18	開腹手術：4日	なし	あり
19	骨の手術：3日	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術：3日	なし	あり
21	全麻・脊麻の手術：2日	なし	あり
22	救命に係わる内科治療2日	なし	あり

一般病棟 (7:1 入院基本料)	A：2点以上・B：3点以上	25%
	B14又はB15に該当する者でA得点が1点以上かつB得点が3点以上	
	A：3点以上 C：1点以上	
総合入院体制 加算Ⅰ	B14又はB15に該当する者でA得点が1点以上かつB得点が3点以上	30%
	A：2点以上 C：1点以上	
	A：1点以上 C：1点以上	
地域包括ケア病棟	A：1点以上 C：1点以上	10%

特定集中治療室における早期離床・リハ加算の新設

1日 500点（14日を限度）

多職種チーム { 医師 : 集中治療の経験5年以上
看護師 : 適切な研修を終了
PT : 十分な経験

早期離床・リハのプロトコルを整備、定期的な見直し
心リハ or 脳血管リハ or 呼吸器リハの届け出
個別リハ料は包括

地域包括ケア棟

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

地域包括ケア病棟の役割

①急性期治療を経過した患者の受け入れ



②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ



③在宅復帰支援



「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」に係る要件

- 重症患者割合

「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」に係る要件

- 自宅等からの入院患者の受け入れ
- 自宅等からの緊急患者の受け入れ
- 在宅医療等の提供
- 看取りに対する指針の策定

「③在宅復帰支援」に係る要件

- 在宅復帰に係る職員の配置
- 在宅復帰率(入院料1・2のみ)

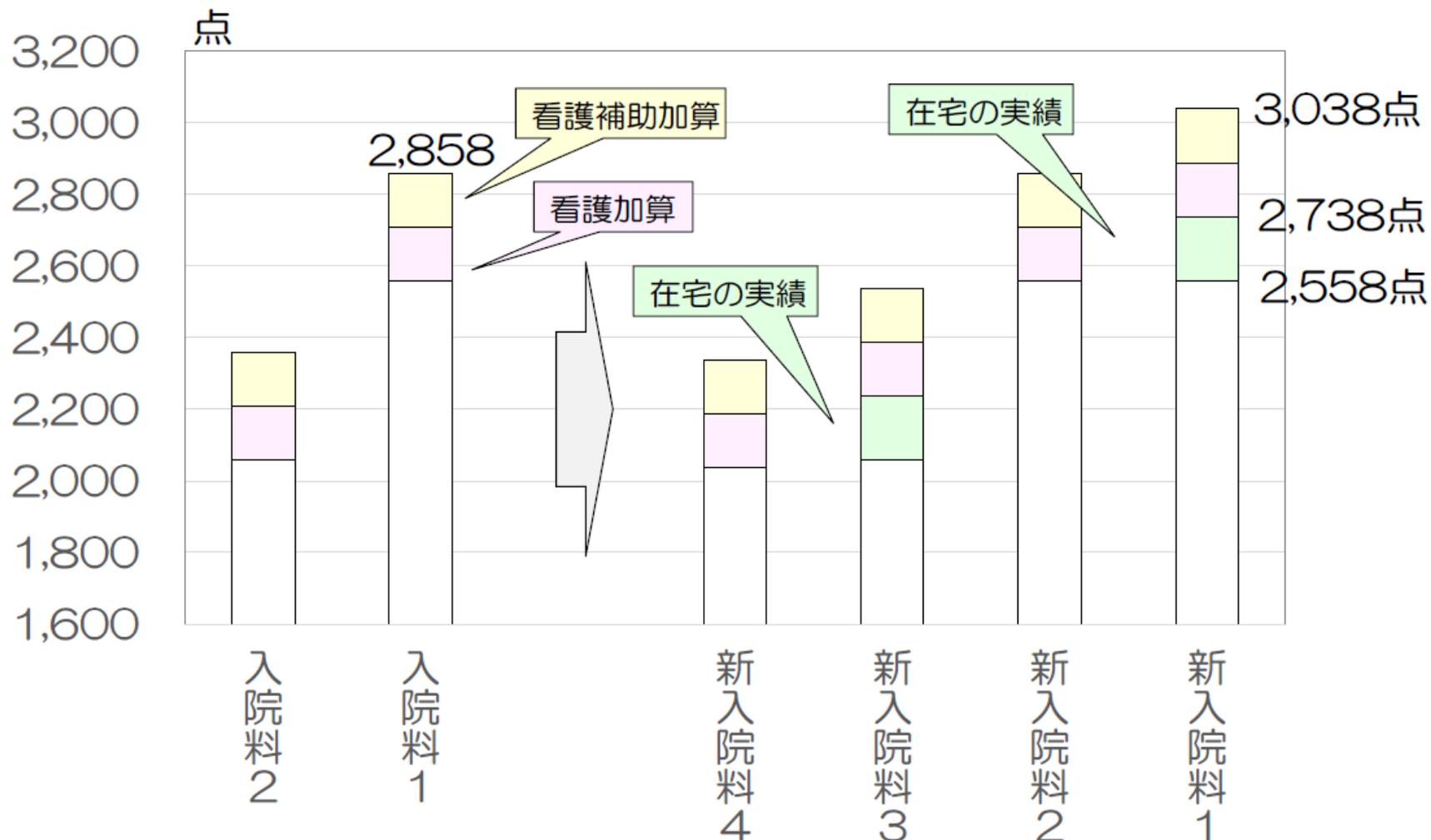
✓ : 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3における実績要件(新規) ※ 上記の他、地域包括ケアに係る機能等に関連した要件がある

(厚生労働省保険局医療課ホームページ 平成30年度診療報酬改定資料より)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4

	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）							
重症度患者割合	重症度・看護必要度Ⅰ10% 又は 重症度・看護必要度Ⅱ8%							
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者が適切に廃止							
リハ専門職	病棟または病室を有する病棟に常勤のPT、OT、STを1名以上配置							
在宅復帰率	—				7割以上			
室面積	—				6.4m ²			
自宅などから入棟した患者割合	—	1割以上 (10床以上 は3ヶ月で 3人以上)	1割 以上	—	1割以上 (10床以上 は3ヶ月で 3人以上)	1割 以上	—	—
自宅などからの緊急患者の受入	—	3ヶ月で3人以上		—	3ヶ月で3人以上			—
在宅医療等の提供	—	○		—	○			—
看取りに対する指針	—	○		—	○			—
点数	2038		2238		2558		2738	

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4



※ 在宅の実績：自宅からの入院 1割以上
 自宅からの緊急入院 3例以上/3月
 在宅医療の提供、介護サービスの提供
 看取りに対する指針

急性期患者支援病床初期加算
 150点/14日間
 在宅患者支援病床初期加算
 300点/14日間

回復期医療

回復期リハビリテーション病棟入院料

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任1名以上					
看護職	15 : 1			13 : 1		
看護補助職	30 : 1					
専従理学療法士	2名以上			3名以上		
専従作業療法士	1名以上			2名以上		
専従言語聴覚士	—			1名以上		
社会福祉士	—			専任1名以上		
管理栄養士	—			専任1名以上(努力)		
重症者割合	—		2割以上		3割以上	
重症患者回復割合	—		3点以上3割以上		4点以上3割以上	
在宅復帰率				70%以上(介護医療院含む)		
実績指数		30		30		37
データ提出	(200床以上必須)		必須			
点数	1647	1702	1806	1861	2025	2085

回復期リハビリテーション病棟入院料

【実績部分】

現行のリハビリテーション充実加算の要件である、
リハビリテーションの実績指数を用いる
(1日あたりのFIM得点の増加を示す指数)

【入院料1相当の実績】

- ・重症割合3割以上
- ・重症者の4点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

【入院料2相当の実績】

- ・重症割合2割以上
- ・重症者の3点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

2025点

入院料1
相当の実績と体制

【入院料1相当の体制】

- ・看護職員13対1
- ・社会福祉士1名
- ・PT3名、OT2名、ST1名

2085点

リハビリ
の実績

入院料1
相当の実績と体制

1647点

新入院料6

1702点

新入院料5

1806点

新入院料4

1861点

新入院料3

新入院料2

新入院料1

リハビリの実績・・・

実績指数**37**以上だったら算定できる。

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の（FIM得点（運動項目）の退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の（在棟日数/疾患ごとの算定上限日数）の総和}}$$

※入棟時**FIM**は入棟後**2週間**以内のもの

※在院日数の削減が求められる！？

Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

- ✓ 「運動ADL」 13項目と「認知ADL」 5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価（合計：126点～18点）

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

運動項目							認知項目										
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣(上半身)	更衣(下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解(聴覚・視覚)	表出(音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点		計21～3点				
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

日常生活機能評価表

算定要件

入院時に合計**10**点以上の患者が、
3割以上いること

4点以上改善して退院している
こと

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	/
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	/
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	/
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	/
口腔清潔	できる	できない	/
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
危険行動	ない	ある	/
※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。			合計得点 点

回復期リハビリテーション病棟入院料1 留意点！！

回復期リハ病棟において、患者の栄養状態をふまえたりハやりハに
応じた栄養管理の推進を図る観点から、回復期リハ病棟入院料1に
以下の対応を行う。

管理栄養士がリハ実施計画等の作成に参画することや管理
栄養士を含む医師・看護師、その他医療従事者が計画に
基づく栄養状態の定期的な評価・見直しを行うこと等を
要件とする。

専任の常勤管理栄養士が配属されていることが望ましい。

重点的な栄養管理が必要な患者に対する管理栄養士による
個別の栄養管理を推進する観点から、入院栄養食事指導料
を包括範囲から除外する。

回復期リハビリテーション病棟入院料1 留意点！！

(1)リハビリテーション実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえた計画を作成すること。 ※計画書に記入する！！

(2)管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを、共同して行うこと。

(3)栄養障害の状態にある患者、栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者、その他の重点的な栄養管理が必要な患者については、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うこと。

栄養士の参加と、栄養状態の評価が必須になった！

摂食機能療法

摂食機能療法（30分以上の場合） **185点**

摂食機能療法（30分未満の場合） **130点**

摂食嚥下支援加算 200点（週に1回限り摂食機能療法に加算）

※摂食嚥下支援チームの対応によって、摂食機能または嚥下機能の回復が見込まれる患者

算定要件

摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に**言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。**

摂食機能障害者

- ・ 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの
- ・ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

摂食機能療法（30分以上の場合）

摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。

ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。

脳卒中の発症後14日以内の患者でも30分以上の摂食機能療法を行った場合にも算定できる。

摂食機能療法（30分未満の場合）

脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から**14日以内**に限り、1日につき算定できる。

15分以上の摂食機能療法を行った場合！！

摂食嚥下支援加算 200 点（週に1回加算）

摂食嚥下支援チームの対応によって、摂食機能または嚥下機能の回復が見込まれる患者

施設基準：摂食嚥下支援チームを設置

・専任の常勤医師または常勤歯科医師
・専任の常勤看護師（経験5年かつ研修終了：認定看護師）
・専任の常勤言語聴覚士

・専任の常勤薬剤師
・専任の常勤管理栄養士

→ カンファレンスへの参加必須

・専任の理学療法士または作業療法士

・専任の歯科衛生士

→ カンファレンス必須ではない

- ・ 摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能または嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成
- ・ 内視鏡下嚥下機能または嚥下造影を実施（月に1回以上）
- ・ 検査結果を踏まえ、チームカンファレンスを実施（週1回以上）
- ・ カンファレンスに基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直しなどを実施。

リハ計画書の見直し

リハ総合計画提供料 100点：廃止

リハ計画提供料1 275点（新）

脳血管リハ、廃用症候群リハ、運動器リハの算定患者で介護保険のリハを予定している者について、介護保険のリハ事業所にリハ実施計画書を提供した場合算定

電子化連携加算 5点（新）

「通所・訪問リハの質の評価データ収集等事業」で利用可能な電子媒体でリハ実施計画書等を提供した場合に算定

リハ計画提供料2 100点（新）

入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院患者で、発症等から14日以内に退院する者について、退院後のリハを担う医療機関にリハ実施計画書等を提供した場合に算定

リハ総合計画評価料

リハ総合計画評価料1 300点

介護保険のリハへの移行が見込まれる患者以外の患者に算定

リハ総合計画評価料2 240点（新）

脳血管リハ（Ⅰ・Ⅱ）、廃用症候群リハ（Ⅰ・Ⅱ）、運動器リハ（Ⅰ・Ⅱ）の算定患者で、介護保険のリハへの移行が見込まれる患者に算定

呼吸器リハビリテーション料

リハビリテーションにかかる施設基準の見直しで、呼吸器リハビリテーション料の実施者に言語聴覚士が追加

脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ

脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱの施設基準に、言語聴覚療法のみを実施する場合の規定を追加

診療報酬について まとめ

- 診療報酬は、定期的に見直されていく。
その都度、体制を検討する必要がある。
- 各施設の基準があると思うので、自分で行動せずに、上司に確認する。
- 点数の改善に注目するのではなく、患者さんの病態を正しく評価して、適切なリハビリテーション介入を！

カルテ・必要書類等の書き方

診療記録（カルテ）の目的

単なる記載者自身の覚え書きではない

- ・ 根拠に基づく医療(**EBM**)を実施するため
- ・ 他の医療スタッフとの（空間的・時間的な）情報共有のため
- ・ 患者への十分な説明と同意(**IC**)のため
- ・ 自身の医学的・法的正当性を証明するため

診療における一連の情報・思考・行動・結果を
科学的，論理的，かつわかりやすく記載

正しくカルテを記載することが患者さんだけでなく自分の身を守ることになる！

問題指向型システム [POS : Problem Oriented System]

従来の診療記録：「イベント指向型：**Event Oriented**」

医師の診療行為が中心 診療の時間軸にそって出来事・処置を記載

現在の診療記録：「問題指向型：**Problem Oriented**」

患者が抱える問題が中心（患者中心の診療記録）患者の抱える問題(**Problem**)に目を向け(**Orient**)、それを中心として医療を行う。

SOAP

S (Subjective : 患者の訴え)

O (Objective : 診察所見, 検査成績)

A (Assessment : 診断, 考察)

P (Plan : 計画)

確実な記載 正確な評価 的確な判断 適切な治療

SOAP 例

1 摂食・嚥下障害

S：朝食後、本人より以前に比べると飲み込みやすくなってきた。
ムセにくくなった。食事の終わりにムセやすかったので、特に最後の方は用心して食べるようにしている。

O：食後のSPO₂ 97%、頸部聴診でも異常聴取なし。食中、食後に湿性嚕声なし。

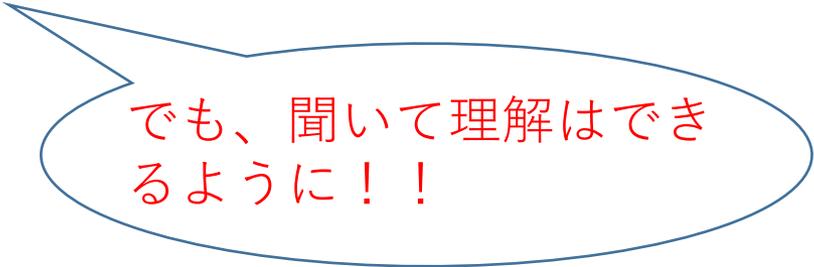
A：摂食嚥下障害は改善の傾向。食事形態の変更を検討。

P：リハ医と相談し、嚥下造影検査を近日中に8月6日に実施予定。
1日30分、週5回の口腔器官の機能向上訓練、咳嗽訓練、息止め嚥下を指導する。

カルテの書き方 まとめ

正確にカルテを記載すること
患者だけでなく、自分の身を守る。

看護師や介護士、MSWなどがみてもわかるように、
ST特有の専門用語の記載は少なめに。



でも、聞いて理解はできるように！！

一連の情報・思考・行動・結果を 科学的, 論理的,
かつわかりやすく記載

カルテに記載することが多い専門用語

ENT

エント (Entlassen)退院

BS (Blood Sugar)

血糖値。

BT

ビーティー (body temperature)。体温のこと。ドイツ語にならってKT (Korpertemperatur) と呼ぶ事もある。

BP

ビーピー (blood pressure)。血圧のこと。

HR

心拍

必要書類

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日： 年 月 日

患者氏名： 男・女		生年月日(西暦) 年 月 日(歳)			利き手	右・右(矯正)・左
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：		合併症(コントロール状態)：			リハビリテーション歴：	
日常生活自立度： J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2				認知症高齢者の日常生活自立度判定基準： I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M		

評価項目・内容 (コロン(：)の後ろに具体的内容を記入)	短期目標 (___ヶ月後)	具体的アプローチ
<p>心身機能・構造</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>意識障害 (JCS、GCS)： <input type="checkbox"/>見当識障害： <input type="checkbox"/>記銘力障害： <input type="checkbox"/>運動障害： <input type="checkbox"/>感覚障害： <input type="checkbox"/>摂食障害： <input type="checkbox"/>排泄障害： <input type="checkbox"/>呼吸、循環障害： <input type="checkbox"/>音声、発話障害(構音、失語)： <input type="checkbox"/>関節可動域制限： <input type="checkbox"/>筋力低下： <input type="checkbox"/>褥瘡： <input type="checkbox"/>疼痛： <input type="checkbox"/>半側空間無視： <input type="checkbox"/>注意力障害： <input type="checkbox"/>構成障害： <input type="checkbox"/>その他： 		

必要書類 情報提供書

6 生活 支援	食事形態	主食＝ 常食 ・ 粥 ・ ミキサー食・胃ろうからの注入 / 副食＝ 常食・きざみ食 ・ なめらか食 ・ ミキサー食・胃ろうからの注入		
	排泄	一般トイレ ・ Pトイレ ・ オムツ ・ リハパン ・ その他（ ）	最終排便日	年 月 日
	入浴	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭 ・ その他（ ）	最終入浴日	年 月 日
7 入院中 の病状と本人・ 家族への説明	入院中の経過			
	医師・看護師等から本人、家族への説明内容（余命、告知情報含む）			
	リハビリ内容や今後の指導等			
	認知能力の低下 問題行動	有 ・ 無 ※有の場合は下記に具体的な症状を記入		

必要書類の書き方 まとめ

リハビリテーション計画書は、患者さんの家族から同意を得る必要がある。

→わかり易い言葉で、記載する。

情報提供書は看護師や介護士、MSWなどがみてもわかるように、専門用語の記載は少なめに。