

## 在宅における看取りの充実②

### 訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

- 死亡日前14日以内に2回以上の訪問看護・指導がターミナルケア加算の必須の算定要件であったが、この2回目においては、死亡日の訪問看護・指導も含むことを明示する。

#### 訪問看護ターミナルケア療養費

#### 在宅ターミナルケア加算／同一建物居住者ターミナルケア加算

- ① 死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上の訪問看護  
(訪問看護基本療養費／在宅患者訪問看護・指導料等を算定)

計15日間

死亡日前14日

在宅で  
死亡した日

- ② 訪問看護におけるターミナルケアの支援体制について利用者(患者)及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを実施

# 早期の在宅療養への円滑な移行や 地域生活への復帰に向けた取組の促進①

## 効果的な入院診療計画

- 現在の入院診療計画以上に電子カルテ等で**詳細な入院診療計画**が策定されている場合、別紙2は必要ないことを明確化する。

別紙2

入院診療計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

病棟(病室)	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名*	
病名(他に考え得る病名)	
症状	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
その他 ・看護計画 ・リハビリテーションの計画等	
在宅復帰支援計画*	
総合的な機能評価◇	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。  
注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。  
注3) \*印は、亜急性期入院医療管理料を算定する患者にあつては必ず記入すること。  
注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

(主治医氏名) \_\_\_\_\_ 印  
(本人・家族) \_\_\_\_\_ 印

## 詳細な入院診療計画の例

入院診療計画書の例

患者氏名 \_\_\_\_\_  
病名 \_\_\_\_\_

達成目標	経過	1日目	2日目	3日目	〇日目
日時 (手術日・退院日などを書き入れる)		△月△日 入院日	〇月〇日	...	×月×日 退院日
治療、薬剤(点滴・内服)		A	B	B	B
処置					A
検査	具体的な項目 ...				
安静度 リハビリ	具体的な項目 ...				
食事	具体的な項目				
清潔	説明項目				
排泄					
教育・指導 (栄養・服薬管理)					
患者さん及びご家族への説明					
退院後の治療計画					
退院後の療養上の留意点					

主治医 \_\_\_\_\_ 担当看護師 \_\_\_\_\_  
注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものであること。  
注2 入院期間については、現時点で予想されるものである。

# 早期の在宅療養への円滑な移行や 地域生活への復帰に向けた取組の促進②

## 効果的な退院調整の評価

効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する。

		(入院日より)	
(新) 退院調整加算1	イ	14日以内	340点
	ロ	30日以内	150点
	ハ	31日以上	50点
(新) 退院調整加算2	イ	30日以内	800点
	ロ	31日以上90日以内	600点
	ハ	91日以上120日以内	400点
	ニ	121日以上	200点

### 【退院調整加算1】

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料を算定している患者

### 【退院調整加算2】

療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟)、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は特定入院基本料を算定している患者

- ・退院困難な要因を有する者の抽出
- ・退院支援計画の作成に着手



- 退院困難な要因を有する者を7日以内に抽出する。
- 退院困難な要因を有する者については、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- 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であること、緊急入院であること、介護保険が未申請の場合、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であること(必要と推測されること)、排泄に介護を要すること、同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと、退院後に医療処置が必要なこと、入院を繰り返していること 等

### [施設基準]

- 病院の場合は、以下の基準をすべて満たしていること。
  - イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。
  - ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
  - ハ 専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。
- 診療所の場合は、退院調整を担当する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が配置されていること。

## 早期の在宅療養への円滑な移行や 地域生活への復帰に向けた取組の促進③

### 効果的な退院調整の評価

- 退院支援計画を策定した患者について、退院後に必要とされる診療や訪問看護等の療養に必要な事項等を含む地域連携診療計画と同様の内容について、患者に説明し、文書により提供し、在宅を担う医療機関等と共有した場合の評価を行う。

(退院調整加算の注2の加算)

**(新) 地域連携計画加算(入院中1回) 300点**

### 総合評価加算の引き上げ

- 身体機能等に関する総合的な機能評価を評価した「総合評価加算」を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充し、退院後に介護保険への円滑な移行を図る。

**(改) 総合評価加算(入院中1回) 50点 → 100点**

[算定可能病棟(改定後、下線部を追加)]

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料

# 早期の在宅療養への円滑な移行や 地域生活への復帰に向けた取組の促進④

## 医療機関と訪問看護ステーションの連携について

円滑な地域移行を進めるために、退院に向けた医療機関と訪問看護ステーションとの連携について評価を行う。また、特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価を行う。

- 退院時共同指導料2について、従前は入院診療を担当する医療機関が当該患者の退院後の在宅療養を担う医療機関と共同指導等を行った場合のみ算定可能であったため、訪問看護ステーションと行った場合にも、退院時共同指導料2を算定可能とする。
- 退院後、特別な管理が必要な者\*に対して、在宅医療を担う医療機関の保険医、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師が、退院時共同指導を行った場合の加算の新設を行う。  
(退院時共同指導料1の加算) **(新) 特別管理指導加算 200点**  
(訪問看護療養費の加算) **(新) 特別管理指導加算 2,000円**

### \*特掲診療料施設基準の別表八に掲げる状態の者

在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者、在宅患者訪問点滴注射指導料を算定している者、真皮を越える褥瘡の状態にある者等

# 早期の在宅療養への円滑な移行や 地域生活への復帰に向けた取組の促進⑤

## 外泊日の訪問看護

- 患者の試験外泊時における訪問看護を拡充するために、外泊時の訪問看護基本療養費を新設する。

(訪問看護ステーション)

**(新) 訪問看護基本療養費(Ⅲ) 8,500円**

[算定要件]

入院中に外泊する患者であって、次のいずれかに該当するもの

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
- ③ 在宅療養に備えた一時的な外泊に当たり、訪問看護が必要であると認められた者

- 入院医療機関からの一時的な外泊時の訪問看護について、点数の引き上げを行う。

(医療機関)

**(改) 退院前訪問指導料 410点 → 555点**

# 早期の在宅療養への円滑な移行や 地域生活への復帰に向けた取組の促進⑥

## 退院当日の訪問看護

早期の在宅療養への円滑な移行のため退院当日の訪問看護の算定方法の見直しを行う。

### (訪問看護ステーション)

- 退院支援指導加算については、退院日以降の初回の訪問看護が行われる前に患者が死亡退院及び再入院した場合に限り、その日に遡って算定可能とする。
- 厚生労働大臣が定める疾病・状態の患者に限られているため、対象を拡大する。

### (改) 退院支援指導加算 6,000円

[算定要件]

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
- ③ (新) 診療に基づき、退院当日の訪問が必要であると認められた者

### (医療機関)

- 医療機関からの退院当日の訪問看護を評価を引き上げる。

### (改) 退院前訪問指導料 410点 → 555点

# 早期の在宅療養への円滑な移行や 地域生活への復帰に向けた取組の促進⑦

## 退院直後の訪問看護

- 退院直後の医療ニーズの高い状態の患者に対し、医師の指示に基づき、柔軟に対応できる医療保険の訪問看護が提供できることを明示する。

現 行	改定後
<p>【特別訪問看護指示加算】 100点 [算定要件] 患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪、終末期等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、特別訪問看護指示書を当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。</p>	<p>【特別訪問看護指示加算】 100点 [算定要件] 患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪、終末期、<b>退院直後</b>等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、特別訪問看護指示書を当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。</p>



# 訪問看護の充実について①

## 医療ニーズの高い患者への対応について

訪問回数や対象の制限等があったが、在宅で医療ニーズの高い患者が増加していることから、対象拡大等の要件の緩和を行い、さらなる訪問看護の充実を図る。

- 訪問看護を週4日以上提供できる対象は、特別訪問看護指示書の交付を受けた患者等に限られていたが、**特掲診療料の施設基準等別表第八\***に掲げる状態等にある者についても、訪問看護を週4日以上提供できることとする。

\* 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者

- 1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
- 2 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者、
- 3 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者、
- 4 真皮を越える褥瘡の状態にある者 等

- 訪問看護管理療養費を**月13回以上の訪問看護を行っている場合にも、算定可能**とする。

# 訪問看護の充実について②

## 介護保険の訪問看護との整合①

- 医療保険の訪問看護では、時間外に当たる費用を「その他の利用料」として患者から自費を徴収していたことから、介護保険と同様に早朝、夜間及び深夜の評価を行うことで、患者の負担軽減及び介護保険の訪問看護との整合性を図る。



(新) 夜間・早朝訪問看護加算(6時～8時・18時～22時)

210点(2,100円※)



(新) 深夜訪問看護加算(22時～6時)

420点(4,200円※)

※ 訪問看護療養費(訪問看護ステーションで算定)

- 重症者管理加算を介護保険の「特別管理加算」に**名称統一**し、算定要件を一部緩和することにより、介護保険の訪問看護との整合性を図る。

【名称】訪問看護療養費「重症者管理加算」→(改)「**特別管理加算**」

【要件】医療保険の訪問看護では、「1月に4日以上」の訪問看護の実施が当該加算の算定要件であったが、月の途中に入退院した患者等の場合に適切な管理を行っていても当該加算を算定できないケースがあったため「**1月に4日以上**」の要件を緩和する。

