

重点課題2

医療と介護の役割分担の明確化と地域における 連携体制の強化及び在宅医療等の充実

1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進

2 看取りに至るまでの医療の充実

3 在宅歯科・在宅薬剤管理の充実

4 訪問看護の充実、医療・介護の円滑な連携

在宅における看取りの充実①

在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し

- 在宅における看取りを充実させる観点から、ターミナルケアのプロセスと看取りを分けた評価体系に見直す。

<ターミナルケア加算> 【現行】

在支診・在支病	10,000点
上記以外	2,000点



<ターミナルケア加算>

【改定後】

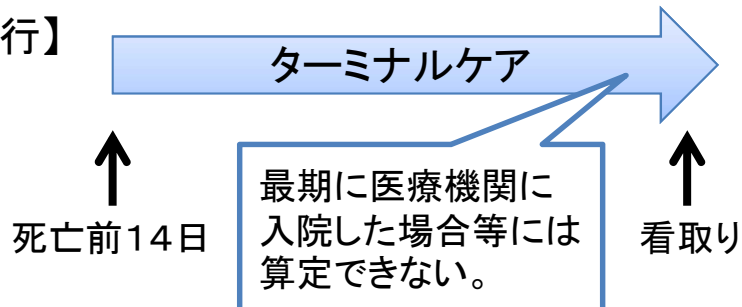
機能を強化した在支診・在支病 [※] (病床有り)	6,000点
機能を強化した在支診・在支病 [※] (病床無し)	5,000点
在支診・在支病	4,000点
上記以外	3,000点

※「在宅医療の充実」の項を参照

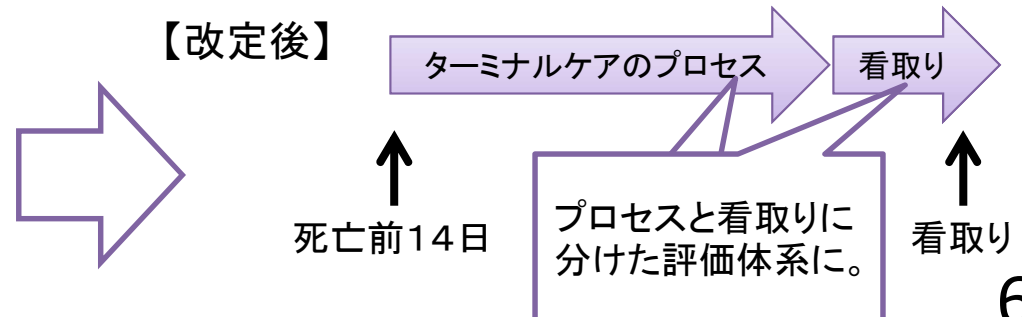


看取り加算	3,000点
-------	--------

【現行】



【改定後】



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。

詳細な入院診療計画の例

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っ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

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	○日目
日時 (手術日・退院日などを書き入れる)		△月△日 入院日	○月○日	...	×月×日 退院日
治療、薬剤(点滴・内服)		A	B	B	A
処置					
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つ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つ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