

# 【A 基本診療料】⑨〇 入院基本料等加算

# 夜間看護補助体制加算の充実に関する評価

7対1、10対1 一般病棟入院基本料

A207-3 夜間急性期看護補助体制加算も  
点数変更あり

A207-4  
看護夜間配置  
(入院日~14日以内)

急性期補助届出  
(夜間)

看護職員と看護補助者との業務範囲を年  
1回見直す。  
研修を受けている看護師長等の配置が望  
ましい。

- 国・都道府県又は医療関係団体等  
主催の研修(5時間程度)以下内容
- ①看護補助の活用に関する制度等の概要
- ②看護職員との連携と業務整理
- ③看護補助者の育成・研修・能力評価
- ④看護補助者の雇用形態と処遇等

副看護師長  
主任でも良い

12:1

16:1

充実

それ以外

40点※

12:1

A207-3・注3  
夜間看護体制加算  
(1日につき)

80点※

60点

4項目以上

80点

10点※

①~④、⑥、⑦のうち3項目以上

4項目以上

※ 夜間体制の充実加算項目の条件あり  
(項目内容は次項)

## 夜間看護体制の充実に関する項目

早出・遅出などは病院の定める勤務体系で、夜勤と定めているものでなければ該当しない。  
(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

### <夜間を含む交代制勤務を行う看護職員の負担軽減に資する勤務編成(シフト)>

- ① 一つの勤務の終了時から、次の勤務の開始までの間の時間が11時間以上であること。
- ② 3交代制勤務の病棟において、直近の勤務開始が前回勤務より遅い時刻(正循環)となる勤務編成(シフト)であること。
- ③ 夜勤の連続回数は2回までであること。

### <夜間の看護業務量に応じた看護職員の配置>

- ④ 所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜間を含めた各部署の業務量を把握し調整するシステムができており、かつ部署間での業務標準化を図り過去1年間に当該システムを夜間に運用した実績があること。

### <看護補助者と看護職員の業務分担の推進>

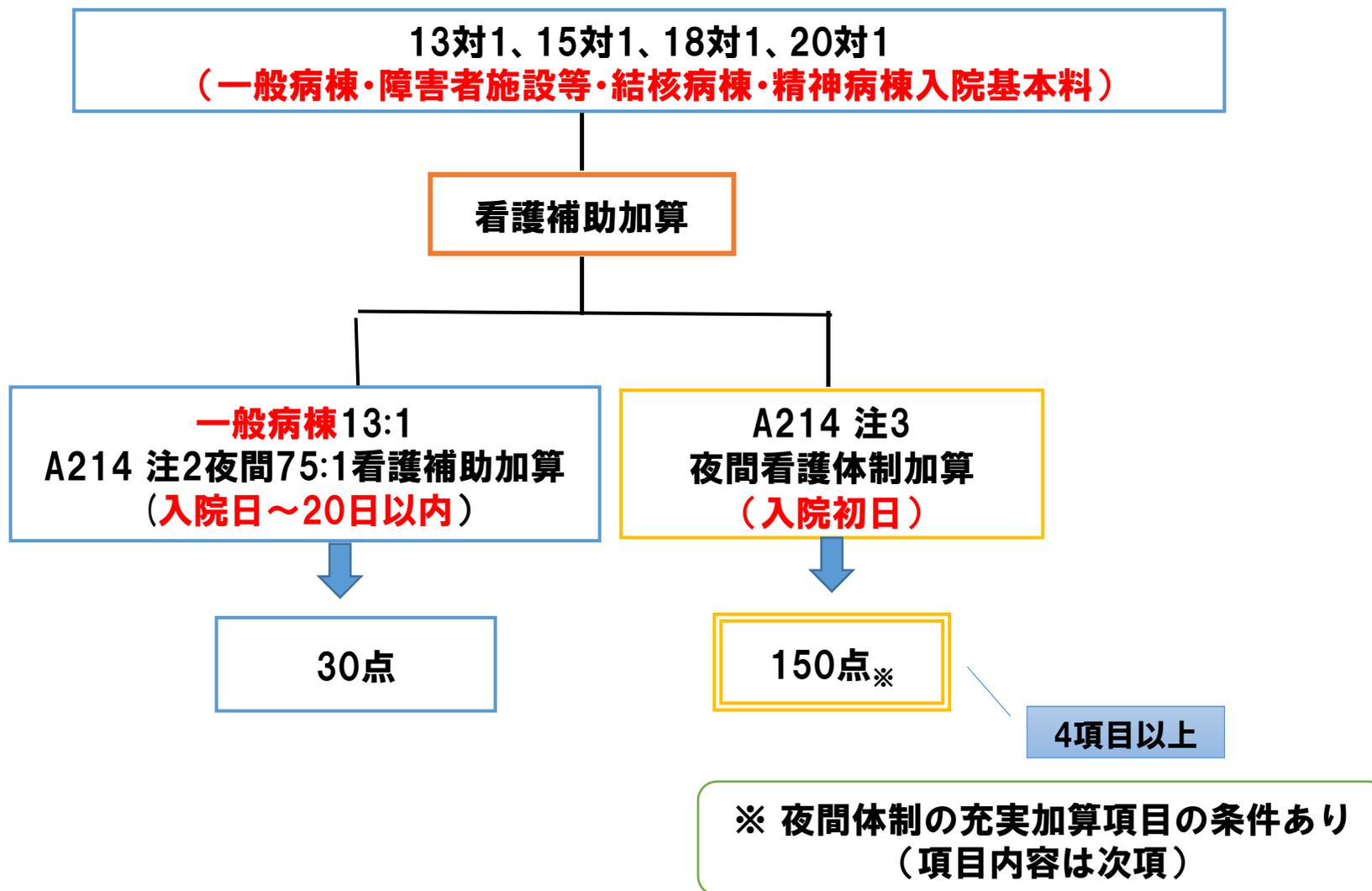
- ⑤ 看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。
- ⑥ みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。

### <院内保育所の設置>

- ⑦ 夜勤時間帯(当該医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上)を含む院内保育所を設置していること。

夜間看護体制加算などの施設基準の「システム」として想定されるものは、例えば、各病棟のその日、曜日ごとの業務量や、各病棟の重症度の差とか、そういうものを医療機関としてきちんと把握した上で、業務量に応じて病棟間での人員配置のリリーフをするような仕組みを、医療機関で取っているような場合が考えられる。(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

# 夜間看護補助体制加算の充実に関する評価



## 夜間看護補助体制の充実に関する項目

### <夜間を含む交代制勤務を行う看護要員の負担軽減に資する勤務編成(シフト)>

- ① 一つの勤務の終了時から、次の勤務の開始までの間の時間が11時間以上であること。
- ② 3交代制勤務の病棟において、直近の勤務開始が前回勤務より遅い時刻(正循環)となる勤務編成(シフト)であること。
- ③ 夜勤の連続回数は2回までであること。

2回以下とは休日を挟めば夜勤が連続しても構わない。0時から24時までの一日の休日を挟んだ合には、連続とは数えない。(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

### <夜間の看護業務量に応じた看護要員の配置>

- ④ 所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜間を含めた各部署の業務量を把握し調整するシステムができており、かつ部署間での業務標準化を図り過去1年間に当該システムを夜間に運用した実績があること。

### <看護職員と看護補助者との業務分担の推進>

- ⑤ 看護補助業務の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講している、かつ、看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること。
- ⑥ みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。

### <院内保育所の設置>

- ⑦ 夜勤時間帯(当該医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上)を含む院内保育所を設置していること。

1日でも11時間以上を満たさなかった場合、1カ月の各勤務について、やむを得ない理由により項目を満たさなくなってしまうような勤務が0.5割以内の場合については、項目を満たしていることとみなすと通知に記載している。例えば、勤務表は組んだが、後からやむを得ない事情があって、1回満たせなくなった場合が想定される。すべての勤務回数のうち、5%までの範囲でそういったことが発生することについては、この項目を満たすと判断できる。(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

## 入院基本料

【1-2（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）-④】  
看護職員と看護補助者の業務分担の推進 骨子【1-2(4)】

### ●看護職員と看護補助者の業務分担の推進

#### 改 定

【 A100～109 入院基本料 】

[施設基準]

- 1 看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）、病室内の環境整備やベッドメイキングのほか、病棟内において、看護用品・消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理・作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする。
- 2 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が200又はその端数を増すごとに1に相当する数以下であること。（新）

5時間程度の研修で、看護補助者の活用に関する制度等の概要や、看護職員との連携、業務の整理、こういったものが含まれる研修であるということで、通知に記載している。

（3/4 厚労省説明会 質疑応答より）

【 A207-3 急性期看護補助体制加算、A214 看護補助加算】

[施設基準]

- (1) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務範囲について、年に1回は見直しを行うこと。
- (2) 所定の研修を修了した看護師長等が配置されていることが望ましいこと。

## 【主として事務的業務を行う看護補助者】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

**Q** 看護補助者を配置する場合は、必ず主として事務的業務を行う看護補助者を配置しなければならないか。

**A** 配置する必要はない。

**Q** 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合、  
① 新たな届出が必要か。  
② みなし看護補助者でもよいか。また、医師事務作業補助者と兼務してもよいか。

**A** ① 必要ない。  
② どちらも不可。

## 【主として事務的業務を行う看護補助者】

日本看護協会 Q&A（その1）平成28年3月29日

Q

主として事務的業務を行う看護補助者の配置は200対1以下という基準が示されたが、どのような計算をするのか。入院患者550人につき補助者2人、入院患者600人につき補助者3人ということか。

A

通常の看護職員配置「○対1」の考え方と同じである。

＜施設基準を満たす月平均1日あたり看護補助者の配置人数の計算方法＞

主として事務的業務を行う看護補助者配置数 = (1日平均入院患者数 / 200) × 3

※ 1人の看護補助者の延べ勤務時間数のうち事務的業務が5割以上を占める看護補助者を、「主として事務的業務を行う看護補助者」としてカウントする。

したがって、1日あたりの「主として事務的業務を行う看護補助者配置数」は、  
入院患者550人 / 200 × 3 = 8.25人  
入院患者600人 / 200 × 3 = 9人  
を超えない範囲で配置できる。

「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(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第1号)別添2入院基本料の施設基準等、第2病院の入院基本料等に関する施設基準の4(2)キ(ハ)(p.7)、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(告示)」(平成28年3月告示第53号)【七の三急性期看護補助体制加算の施設基準】【十三看護補助加算の施設基準】、別添7様式9「入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類」参照。

## 【主として事務的業務を行う看護補助者】

日本看護協会 Q&A（その1）平成28年3月29日

Q

看護職員が行う書類・伝票の整理・作成の代行が可能となるが、具体的な業務内容については、各施設で決めてもよいのか。また、作成の代行をした場合は看護師の承認サイン等が必要になるのか。

A

看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に業務を行うものであり、業務範囲や具体的な業務内容については、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「2役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担」に基づき、各施設で院内規程を定めてよい。なお、個別の業務内容については、文書で整備していることが求められる。

「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（通知）」（平成28年3月4日保医発0304第1号）別添2入院基本料の施設基準等、第2病院の入院基本料等に関する施設基準の4（6）イ（P.9）、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（告示）」（平成28年3月告示第53号）【七の三急性期看護補助体制加算の施設基準】【十三看護補助加算の施設基準】、別添7様式9「入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類」参照。

## 【主として事務的業務を行う看護補助者】

日本看護協会 Q&A（その1）平成28年3月29日

Q

「所定の研修を修了した看護師長等が配置されることが望ましい」とあるが、所定の研修とはどのような研修か教えてほしい。

A

次に掲げる所定の研修を修了した（修了証が交付されているもの）看護師長等が配置されることが望ましい。具体的には、各都道府県等で行われている「看護補助者活用推進研修」がこれに該当する。

ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（5時間程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

（イ）看護補助者の活用に関する制度等の概要

（ロ）看護職員との連携と業務整理

（ハ）看護補助者の育成・研修・能力評価

（ニ）看護補助者の雇用形態と処遇等

「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（通知）」

（平成28年3月4日保医発0304第1号）別添3入院基本料等加算の施設基準等、

【第4の3急性期看護補助体制加算】1(7) (p.16)、同【第6看護補助加算】

1(5) (p.22) 参照。

## A207-4看護職員夜間配置加算

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

**Q**

最少必要数を超えた3人以上とあるが、救急外来などにより、病棟に看護職員等が一時的に2人になる時間が存在する場合でも算定可能か。

**A**

算定不可。

## A207-4看護職員夜間配置加算

日本看護協会 Q&A（その1）平成28年3月29日

Q

12対1、16対1夜間看護職員配置加算について、最小必要数3人以上である場合に限るとあるが、病床数が30以下など小規模病棟でも病棟毎に3人以上の配置が必要になるのか。

A

その通り。看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、各病棟で夜勤を行う看護職員は最小必要数を超えた3人以上でなければならない。

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項」（通知）（平成28年3月4日保医発0304第3号）別添1医科診療報酬点数表に関する事項、第2部入院料等、第2節入院基本料等加算（加算p.5）、「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（通知）」（平成28年3月4日保医発0304第1号）別添3入院基本料等加算の施設基準等、【第4の4看護職員夜間配置加算】参照（p.19、20）。

## 【A207-4看護職員夜間配置加算】

日本看護協会 Q&A（その1）平成28年3月29日

Q

「②正循環の勤務編成」については、100%実施しなければならないのか。逆循環のシフトが時にあってもよいのか。

A

やむを得ない理由により結果的に正循環を満たさない勤務があっても、1か月で0.5割以内であれば認められる。

「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（通知）」（平成28年3月4日保医発0304第1号）別添3入院基本料等加算の施設基準等、【第4の3急性期看護補助体制加算】の9（3）参照（p.18）。

Q

「⑦夜勤時間帯を含む院内保育所を設置していること」の夜勤時間帯について、「20時まで」開設している院内保育所は認められるのか。

A

院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれていなければならない。例えば、保険医療機関で任意に定める夜勤時間帯が16時から翌8時である場合は、16時から20時まで4時間が保育時間に含まれるので、認められる。

**【A207-3急性期看護補助体制加算／A214看護補助加算(看護補助者活用に関する研修)】**

**厚労省 疑義解釈(その1) 平成28年3月31日**

**Q** 「A207-3」急性期看護補助体制加算及び「A214」看護補助加算について、所定の研修を修了した看護師長等の配置とあるが、看護師長等とは副師長、主任でもよいか。

**A** よい。

**【 A207-3急性期看護補助体制加算／ A207-4看護職員夜間配置加算／  
A214看護補助加算(夜間看護体制加算) 】**

**厚労省 疑義解釈(その1) 平成28年3月31日**

**Q** 平成28年3月31日において、現に看護職員夜間配置加算を算定する保険医療機関が、平成28年4月以降において看護職員夜間12対1配置加算2を算定するためには、新たに届け出る必要があるのか。

**A** 7対1入院基本料については新たな届出は不要である。10対1入院基本料を算定する保険医療機関には、当該加算の施設基準にある重症度、医療・看護必要度に関する経過措置が適用されるため、平成28年10月1日以降も引き続き当該加算を算定するためには、重症度、医療・看護必要度の新基準を満たした上で届け出る必要がある。

**Q** 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のうちアからウは、勤務計画又は勤務実績のどちらで満たしていればよいか。勤務実績の場合は、届出前1か月の実績を有していればよいのか。

**A** アからウの項目で施設基準を満たすのであれば、常時、勤務実績を満たしていること。届出に当たっては、届出前1か月の実績を有していること。

【 A207-3急性期看護補助体制加算／ A207-4看護職員夜間配置加算／  
A214看護補助加算(夜間看護体制加算) 】

厚労省 疑義解釈(その1) 平成28年3月31日

**Q** 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のうちアからウの実績は、一時的に応援に来た当該病棟以外の看護職員も含むのか。

**A** 当該病棟において夜勤を含む交代制勤務に従事した者であれば当該病棟以外の看護職員も含む。なお、この場合、当該病棟で勤務した時間において満たしていればよく、当該病棟以外で勤務した時間の実績は含めなくてよい。

**Q** 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のア及びイの開始時刻及び終了時刻は、超過勤務した時間を含めるのか。

**A** 含める。

**Q** 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のイの「勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降」とは、例えば、日勤(8-17時)をした翌日が早出(7時-16時)の場合は要件を満たすと考えてよいのか。

**A** 直近の勤務の開始時刻の23時間後以降であれば、要件を満たす。

【 A207-3急性期看護補助体制加算／ A207-4看護職員夜間配置加算／  
A214看護補助加算(夜間看護体制加算)】

厚労省 疑義解釈(その1)平成28年3月31日

Q

看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のウの夜勤の数について、  
① どのように数えるか。例えば16時間夜勤の場合は、16時間を1回の夜勤と数えるのか、それとも準夜・深夜と考え2回と数えるのか。

A

② 夜勤と夜勤の間に休日を挟む場合は、連続しないと数えてよいか。

① 始業時刻から終業時刻までの一連の夜勤を1回として考える。この場合、1回と数える。

② よい。暦日の休日を挟んだ場合は、休日前までの連続して行う夜勤回数を数える。

Q

看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のエについて、

① 「各部署の業務量を把握・調整するシステム」とはどのようなシステムか。

② 各部署の業務量は把握しているが、既に適切な配置をしておき病棟間の応援等の実績がない場合は、要件を満たさないのか。

③ 「各部署」は、当該加算を算定している病棟のみか。

A

① 例えば、「重症度、医療・看護必要度」を活用して各病棟の業務量を一括で把握し、業務量に応じ一時的に所属病棟以外の病棟へ応援に行く等のシステムである。

② 常に、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組んだ上で応援等は必要ないと判断したのであれば、運用実績があるとみなす。

③ 特に限定していない。

【 A207-3急性期看護補助体制加算／ A207-4看護職員夜間配置加算／  
A214看護補助加算(夜間看護体制加算)】

厚労省 疑義解釈(その1)平成28年3月31日

Q

看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目の院内保育所の設置について、

- ① 毎日開所していないと該当しないのか。
- ② 保育所が院内ではなく、同一敷地内に設置、道路をはさんだビルを賃貸して運営又は近隣の認定保育所と定員の一部を契約している等の場合は該当するか。
- ③ 病児保育のみを実施している場合は該当するか。

A

- ① 院内保育所の保育時間に夜勤時間帯のうち4時間以上含まれる日が週5日以上ある場合は該当する。なお、4時間以上とは、連続する4時間ではなく、夜勤時間帯の中で保育時間が重複する時間の合計が4時間の場合も該当する。
- ② 運営形態は問わないが、設置者が当該医療機関であること。また、保育料の補助のみ等の実際に保育所を設置・運営していない場合は含まない。
- ③ 該当しない。

Q

区分番号「A207-4」看護職員夜間12対1配置加算1あるいは看護職員夜間16対1配置加算を算定している場合に、急性期看護補助体制加算の夜間看護体制加算は算定可能か。

A

算定可能。

【 A207-3急性期看護補助体制加算／ A207-4看護職員夜間配置加算／  
A214看護補助加算(夜間看護体制加算)】

厚労省 疑義解釈(その1)平成28年3月31日

Q

区分番号「A214」看護補助加算の夜間看護体制加算について、看護補助者を夜勤時間帯に配置とあるが、

- ① この夜勤時間帯とは、病院が設定した夜勤時間帯でよいか。  
また、看護補助者の勤務時間が夜勤時間帯に一部含まれる場合は該当するか。
- ② 毎日配置していなければいけないか。

A

- ① 保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上、看護補助者(みなし看護補助者を除く。)を配置していればよい。
- ② 週3日以上配置していればよい。

Q

区分番号「A207-3」急性期看護補助体制加算及び区分番号「A214」看護補助加算について、所定の研修を修了した看護師長等の配置とあるが、看護師長等とは副師長、主任でもよいか。

A

よい。

## 【A214看護補助加算(夜間看護体制加算)】

全日本病院協会 事務連絡(その1)平成28年4月8日

**Q** 各部署の業務量を把握し、調整するシステムとあるが具体的にはどのようなことを指すのか。

**A** 例えば、「重症度、医療・看護必要度」を活用して各病棟の業務量を一括で把握し、業務量に応じて一時的に病棟を越えての応援に行くなどが考えられる。(例、手厚い配置をしている病棟で、患者が少ない日や重症度の低い患者が多い日や期間に、その病棟から手術件数の多いなど必要度の高い病棟に夜勤時間帯だけ看護師を手伝いに行かせる)

**Q** 過去一年間に当該システムを夜間時間帯に運用した実績があることとあるが、届出は直近1年が実績となるのか。

**A** そのとおり。

## 【A214看護補助加算(夜間看護体制加算)】

全日本病院協会 事務連絡(その1)平成28年4月8日

Q

2交代の夜勤体制の場合は、1回の夜勤を2回まで連続して行っても可能と  
考えて良いか。

A

良い。始業時刻から終業時刻までの一連の夜勤を1回と考える。

Q

夜勤専従職員の場合は、連続夜勤2回までの除外として良いか。

A

良い。夜勤専従者は「夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員」には当たらないため、当該要件の対象とならない。

Q

医療機関で定めた夜勤時間帯に、遅番の業務の終了となる場合、連続夜勤の  
1回目として数えることとなるのか。

A

「連続して行う夜勤の数」において、早出・遅出等は、病院で定める勤務体制  
で夜勤と定めていない限り『夜勤』には含めない。

## 入院基本料等加算

【Ⅲ-3 (重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進) - ⑥】  
精神科リエゾンチームによる適切な医療の提供 骨子【Ⅲ-3 (5)】

### ●A230-4 精神科リエゾンチーム加算

#### 改定

【精神科リエゾンチーム加算】  
(週1回)

300点

#### [施設基準]

(1) 以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

- ① 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師
- ② 精神科の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師
- ③ 精神科病院又は一般病院での精神医療の経験を3年以上有する専従の常勤精神保健福祉士等

(中略)

(3) (1)の③に掲げる専従の常勤精神保健福祉士等は、当該精神科リエゾンチームが週に15人以内の患者を診療する場合には、専任の常勤精神保健福祉士等とすることができる。

(略)

#### 【経過措置】

平成29年3月31日までは「精神科の経験3年以上」の要件のうち、「入院患者の看護の経験が1年以上」を満たしているものとする。

## 【 A230-4 精神科リエゾンチーム加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

精神科等の経験を3年以上有する専任の常勤の看護師に必要な入院患者の看護とはどのようなものをいうのか。

A

精神科医とともに精神疾患を有する入院患者に対して行う診療における看護の経験をいい、リエゾンチームに所属して行うものを含む。なお、必ずしも病棟専従の看護師として看護を行っていることを求めるものではない。

# 入院基本料等加算

## 歯科医師と連携した栄養サポートチーム加算の算定イメージ

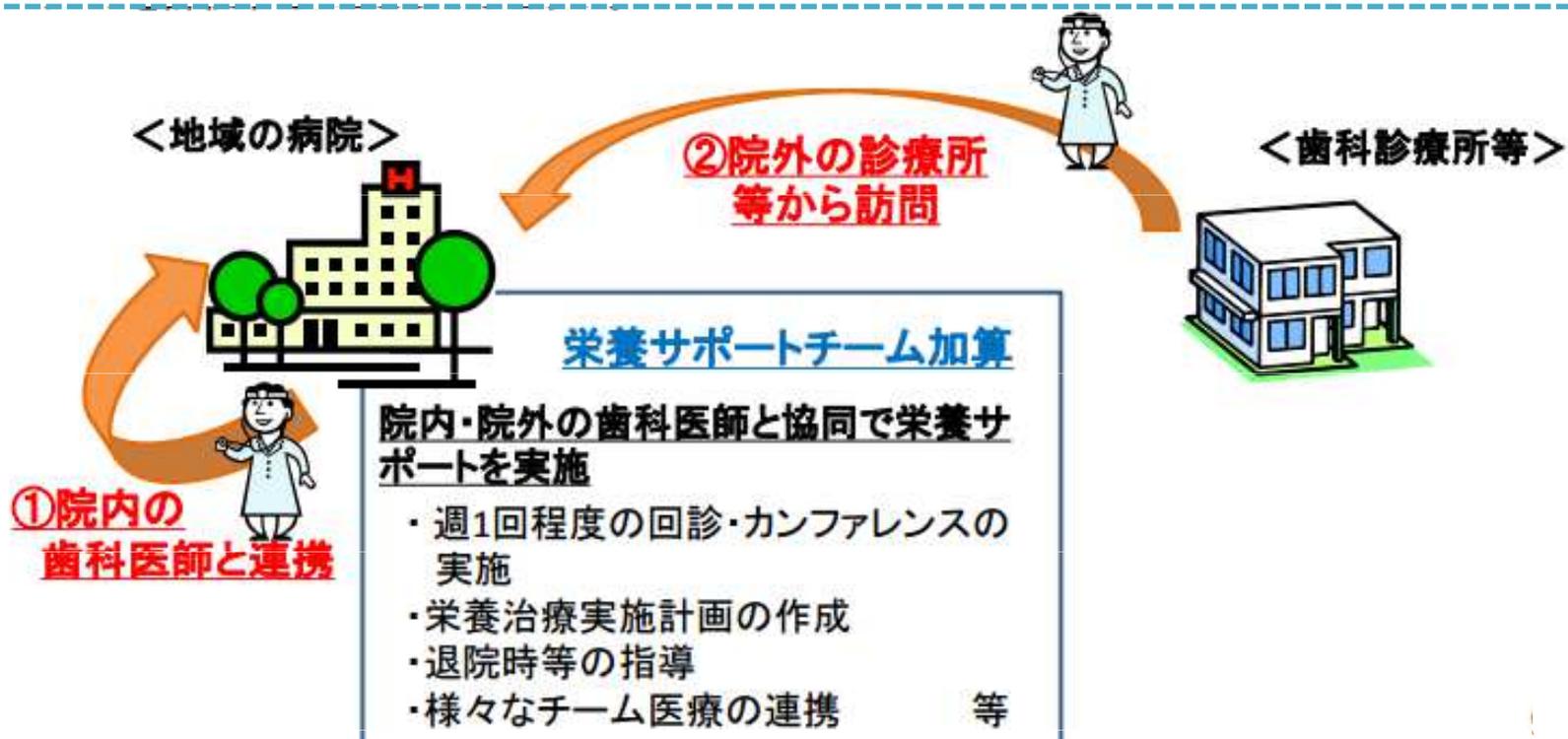
新設

A233-2 栄養サポートチーム加算

注3 歯科医師連携加算

50点【医科点数表】

※入院基本料の加算



平成27年11月4日個別事項その3より抜粋

## 入院基本料等加算

【1-2（医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進）-⑩】  
歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価 骨子【1-2（10）】

### ●A233-2 歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価

#### 病棟での歯科医師による栄養サポート

##### ○ 栄養サポートチームにおける連携（例）

- NST回診時、病棟からの依頼や必要に応じて口腔内診査・口腔管理
- 口腔管理（口腔清掃方法、口腔乾燥に対する管理、義歯の使用方法等）に関して、患者本人または看護師等への指導・助言
- 歯科医療関係者による専門的な口腔管理の必要性の判断
- 歯科治療の必要性の判断→必要に応じて応急処置、緊急性がない場合は歯科治療の依頼

## 【A233-2 栄養サポートチーム加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

**Q** 歯科医師連携加算について、栄養サポートチームの構成員として継続的に診療に従事していれば、院外の歯科医師であっても差し支えないとされているが、どの程度診療に従事していれば継続的に従事しているものとみなされるか。

**A** 栄養サポートチームの構成員として、1回／2週以上の頻度で診療に携わっていることが必要。

## 【A234-2 感染防止対策加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

感染防止対策加算において、感染制御チームによる1週間に1回程度の院内巡回が施設基準として規定されたが、

- ① 院内の巡回は施設基準で定められている構成員全員で行う必要があるのか。
- ② 院内巡回は、毎回全ての部署を回らなければならないのか。

A

- ① そのとおり。
- ② 必要性に応じて各部署を巡回すること。なお、少なくとも各病棟を毎回巡回するとともに、病棟以外の各部署についても巡回を行っていない月がないこと。

# 入院から退院までの算定イメージ



新生児特定集中治療室退院調整加算  
→ A246退院支援加算3に

B007-2

新：退院後訪問指導料 580点

H28改定

→新 A246退院支援加算1 600点  
A246退院支援加算2 190点

B007

退院前訪問  
指導料

B005

退院時共同指  
導料2

B005-1-2  
介護支援  
連携指導料

A240  
総合評価  
加算

A238

退院調整加  
算

A206

在宅患者緊急  
入院診療加算  
(入院初日)



要届出

H28改定  
555点  
→580点

H28改定  
300点  
→400点

H28改定  
300点  
→400点

# 入院基本料等加算

## ●退院支援に関する評価の充実

新設

A246 退院支援加算1 届出

イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点（退院時1回）

ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点（退院時1回）

A246 退院支援加算3 届出

1,200点（退院時1回）

「一般病棟入院基本料等の場合」、  
「療養病棟入院基本料等の場合」の「等」については、  
告示で明確にしている。（3/4 厚労省説明会 質疑応答より）

退院支援加算2については、現行のA238退院調整加算より移行

A246 退院支援加算2 届出

イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点（新）

ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点（新）

様式12の2に準ずる  
様式の届出が必要

- 疾患ごとに作成され、予め共有して活用
- 病名、入院時の症状、予定されてる診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間、退院に当たり予測される患者状態に関する退院基準、その他必要な事項

新設

A246 退院支援加算

注4 地域連携診療計画加算 届出 300点（退院時1回）

※退院支援加算1又は3の届出保険医療機関

【算定不可となる入院料】

精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料

※算定可能病棟の中には当該加算の一部のみ対象のものもある

	施設基準	別添7の様式40の9
<b>退院支援 加算 1、2に 共通</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●当該保険医療機関内に、入院患者の退院支援・地域連携業務（退院支援）に関する部門が設置されていること</li> <li>●退院支援に関わる業務に関する十分な経験を有する<b>専従の看護師、専従の社会福祉士が1名以上配置されていること</b></li> </ul>	<p>看護師か社会福祉士以外の職種は不可 (3/4 厚労省説明会 質疑応答より)</p>
<b>退院支援 加算 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆当該加算を算定する各病棟に専任の退院支援・地域連携業務に<b>専従する看護師又は社会福祉士が配置されていること</b> (但し、退院支援業務について<b>最大2病棟まで併任可能</b>)</li> <li>◆<b>20以上の保険医療機関又は介護サービス事業所等</b>と転院・退院体制についてあらかじめ協議し、連携を図っていること</li> <li>◆連携している保険医療機関又は介護サービス事業所等の職員と退院支援・地域連携職員が<b>3回/年以上の頻度</b>で面会し、転院・退院体制について情報共有を行っていること</li> <li>◆当該保険医療機関における<b>介護支援連携指導料の算定回数</b>が、当該加算の算定対象病床100床当たり年間15回以上（病床数×0.15） (療養病棟等については10回以上＝病床数×0.1)であること</li> <li>◆病棟の廊下の見やすい場所に、患者及び家族から分かり易いように<b>病棟に専任の退院支援職員及びその担当業務を掲示していること</b></li> </ul>	<p>退院支援部門の専任職員とは 病棟兼務可能</p> <p>届け出の受理後も定期的に年3回以上面会して、記録していくこと。 (3/4 厚労省説明会 質疑応答より)</p>
<b>退院支援 加算2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●有床診療所の場合は、退院支援に関する経験を有する専任の看護師、准看護師、社会福祉士が1名以上配置されていること</li> </ul>	

施設基準	
退院支援 加算3	<p>◆当該保険医療機関内に、入院患者の退院支援に関する部門が設置されていること</p> <p>◆当該退院支援部門に退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師、又は退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること</p> <p>◆当該専従の看護師又は社会福祉士は、週30時間以上退院支援に係る業務に従事していること</p>
地域連携 診療計画 加算	<p>◆退院支援加算1又は3の届出保険医療機関であること</p> <p>◆あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画を作成し、連携保険医療機関又は介護サービス事業所と共有していること</p> <p>◆連携している保険医療機関又は介護サービス事業所等と3回/年以上の頻度で面会し、診療情報の共有、地域連携計画の評価と見直し等が適切に行われていること</p>

別添2の様式12

- ・退院支援加算1の算定要件の「各病棟に専任で配置された退院支援職員」は、退院支援部門に専従の職員が兼務することはできないが、当該部門に専任の職員が兼務することはできる。
- ・現行の退院調整加算の要件で「専従の看護師又は専従の社会福祉士」の配置が必要になっているので、退院支援部門には、退院支援部門に専従の看護師又は社会福祉士が1人以上必要である。

(3/5 日本医師会Q&Aより)

# A246 退院支援加算

## 対象患者

	対象患者
退院支援加算 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆退院困難な要因を有する患者</li> <li>◆連携する他の保険医療機関において当該加算を算定し、転院後に退院支援を実施した患者（1回の転院に限る）</li> </ul>
退院支援加算 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆退院困難な要因を有する患者</li> </ul>
退院支援加算 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆入院中にA302、A303-2を算定したことのある退院困難な要因を有する患者</li> <li>◆転院前の保険医療機関において当該加算を算定し、転院後に退院支援計画書を作成し、退院支援を実施した患者（1回の転院に限る）</li> </ul>
地域連携診療計画加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆あらかじめ地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等で共有されている疾患に罹患する者であって、転院後・退院後に、連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等において引き続き治療等が行われ者</li> <li>◆転院前の保険医療機関において当該加算を算定した患者（1回の転院に限る）</li> </ul>

# A246 退院支援加算

入院

退院支援加算1

退院支援加算2

退院支援加算3

入院後3日以内

- ①新規入院患者の把握
- ②退院困難な要因を有する患者の抽出

病棟専任の退院支援職員

療養病棟等については14日以内

入院後7日以内

- ・②の患者について、患者及び家族と病状や退院後の生活の話し合い
- ・退院支援計画作成に着手
- ・病棟の看護師及び、病棟に専任の退院支援職員並びに退院支援部門の看護師及び社会福祉士等における共同カンファレンスの実施

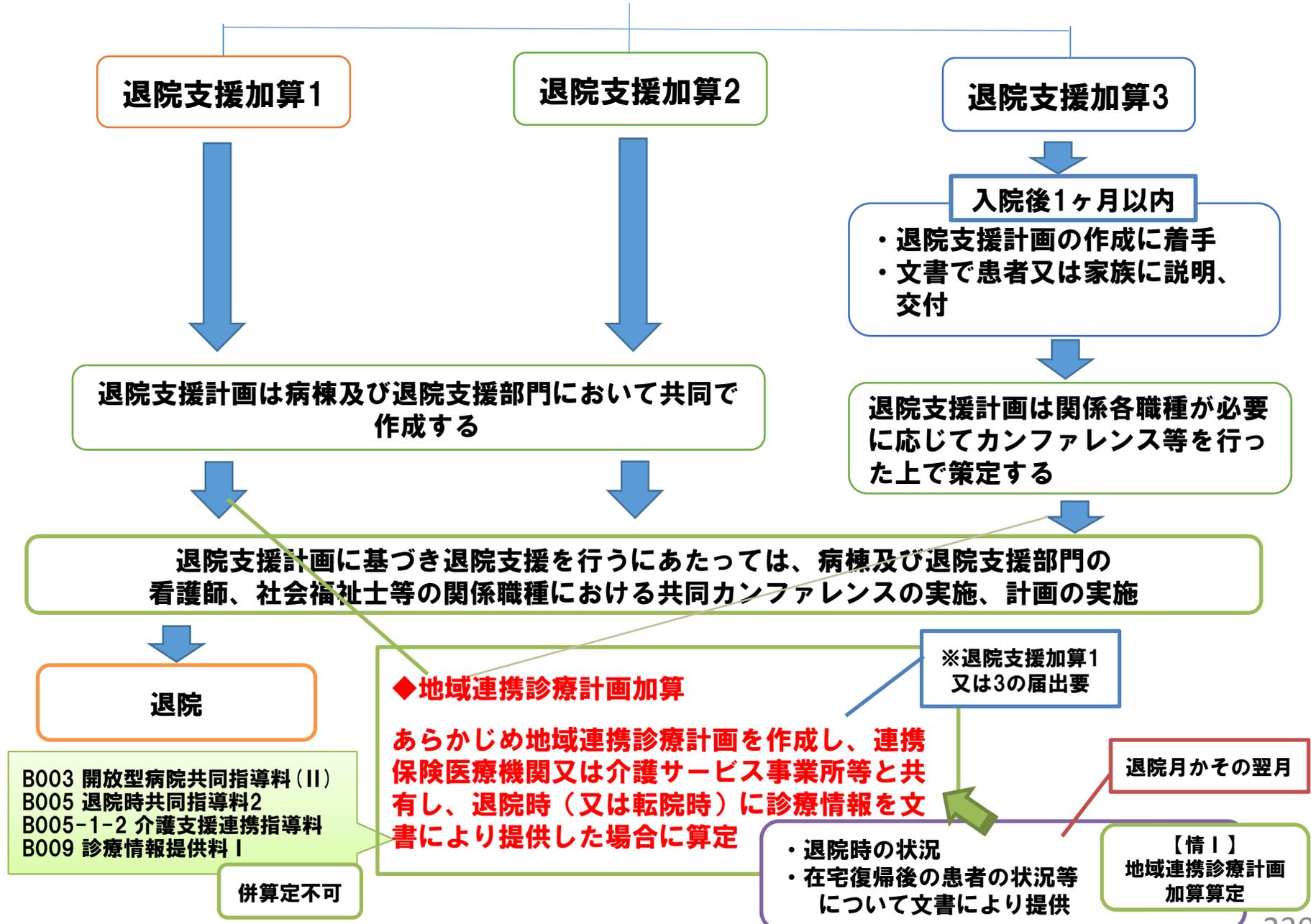
入院後7日以内

- ・退院困難な要因を有する患者の抽出
- ・退院支援計画作成に着手
- ・出来るだけ早期に患者及び家族と退院後の生活の話し合い

入院後7日以内

- ・退院困難な要因を有する患者の抽出
- ・患者及び家族と病状や退院後の生活の話し合い

# A246 退院支援加算



# 入院基本料

別紙様式6の2

## 退院支援計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

入院日:平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日  
 計画日:平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日  
 変更日:平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

病棟(病室)	
病名	
患者以外の相談者	家族・その他関係者( )
患者の状態	
患者の意向	
退院困難な要因 (医学的要因)	1. 精神症状 2. 問題行動 3. ADLの低下 4. IADLの低下 5. 身体合併症
退院困難な要因 (社会・環境的要因)	1. 家庭内調整( ) 2. 受け入れ先の確保が困難( ) 3. 生活費の確保が困難( ) 4. 自己負担の費用が増加( ) 5. その他( )
退院に係る問題点、課題等	
退院へ向けた目標設定、評価時期、支援概要	1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援概要
予想される退院先	1. 自宅 2. 障害福祉サービスによる入所施設( ) 3. 介護保険サービスによる入所施設( ) 4. その他( )
退院後に利用が予想される社会福祉サービス等	
退院後に利用が予想される社会福祉サービスの担当者	

(注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(担当医) \_\_\_\_\_ 印  
 (病棟退院支援計画担当精神保健福祉士) \_\_\_\_\_ 印

「退院支援計画書」 (別紙様式6の2)

次頁に  
アップ

退院支援計画書抜粋 (別紙様式6の2)

<p>患者の意向</p>	
<p>退院困難な要因 (医学的要因)</p>	<p>1. 精神症状 2. 問題行動 3. ADLの低下 4. IADLの低下 5. 身体合併症</p>
<p>退院困難な要因 (社会・環境的要因)</p>	<p>1. 家庭内調整( ) 2. 受け入れ先の確保が困難( ) 3. 生活費の確保が困難( ) 4. 自己負担の費用が増加( ) 5. その他( )</p>
<p>退院に係る問題点、課題等</p>	
<p>退院へ向けた目標設定、評価時期、支援概要</p>	<p>1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援概要</p> <p>目標⇒評価⇒支援</p> <p>早期のプランニング</p>
<p>予想される退院先</p>	<p>1. 自宅 2. 障害福祉サービスによる入所施設( ) 3. 介護保険サービスによる入所施設( ) 4. その他( )</p>

退院困難要因  
明確に

目標⇒評価⇒支援

早期のプランニング

# 別添7の様式40の9

様式40の9

退院支援加算1、2及び3の施設基準に係る届出書添付書類

※届出に係る退院支援加算の区分（該当する区分に○を付すこと）

( )	退院支援加算1
( )	退院支援加算2
( )	退院支援加算3

※該当する届出事項を○で囲むこと

退院支援及び地域連携業務を担う部門（退院支援部門）の設置の有無	( 有 無 )
---------------------------------	---------

1. 退院支援部門に配置されている職員

	氏名	専従・専任	職種	経験年数
退院支援に関する経験を有する者				

2. 届出病床数・病床数

	病床数	病床数
「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病床数・病床数		
「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」を算定する病床数・病床数		

3. 退院支援に係る実績等

転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携保険医療機関等の数が20以上（該当する場合には「レ」を記入すること）	<input type="checkbox"/>
連携保険医療機関等の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「レ」を記入すること）	<input type="checkbox"/>
過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数	( ) 回

過去4か月間の面会状況が分かる文書

4. 各病棟に配置されている職員

	病棟名	病床数	当該病棟で算定している入院料	氏名	職種
退院支援及び地域連携業務に専従に従事する者					

〔記入上の注意〕

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 退院支援加算1又は2の届出の場合は、退院支援部門の職員について、退院支援に関する経験を確認できる文書を添付すること。
- 3 退院支援加算3の届出の場合は、看護師については退院支援及び新生児特定集中治療に係る業務の経験、社会福祉士については退院支援に係る業務の経験をj確認できる文書を添付すること。
- 4 職種に関して確認できる文書を添付すること。
- 5 連携保険医療機関等の職員との面会頻度については、過去4か月間の面会状況が分かる文書を添付すること。
- 6 退院支援加算の注5に規定する点数を算定する場合は、看護師及び社会福祉士について、専従でなくても差し支えない。

# 様式12

様式 12

地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 地域連携診療計画に係る事項

地域連携診療計画を 策定している疾患名	担当医師

2. 連携保険医療機関等に係る事項

(1) 最初に入院を受け入れる保険医療機関

保険医療機関の名称	連絡先

(2) (1)の保険医療機関から転院後の入院医療を担う保険医療機関

連携先 ( ) 件	
連携施設の名称	連絡先

(3) (2)の保険医療機関を退院した後の外来医療等を担う連携保険医療機関等

連携先 ( ) 件	
連携施設の名称	連絡先

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

連携先 ( ) 件	
連携施設の名称	過去1年間の面会日

会合での面会も可能？

【記載上の注意】

- 1 連携保険医療機関等において共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式12の2を参考にすること。

様式 12 の 2

疾患ごとに作成  
予め共有

地域連携診療計画書（様式例）

様式12の2  
パス準用様式

説明日  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿  
病名（検査・手術名）： \_\_\_\_\_

標準的な転院までの期間

月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
経過（日又は週・月単位）	1日目	2日目	3日目	4日目		〇日目	1日目	〇日目	〇日目	
日時（手術日・退院日など）	入院日					転院日			退院日	
達成目標						（転院基準）			（退院基準）	
治療 薬剤 （点滴・内服）										
処置 検査										
安静度・リハビリ （OT・PTの指導を含む。）										
食事（栄養士の指導も含む。）										
清潔 排泄										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	【退院時患者状態】 病院名					【退院時患者状態】 病院名				
	平成 年 月 日 主治医					平成 年 月 日 主治医				

転院・退院等の基準

患者の退院時情報

- ※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。
- ※2 入院期間については現時点で予想されるものである。
- ※3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
- ※4 当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出ること。

毎年1回7月1日時点のもの  
届出が必要

## 【A246 退院支援加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

**Q** 退院支援加算1について、全ての病棟で要件を満たさなくても、一部の病棟で要件を満たせば、当該病棟において加算を算定できるか。

**A** 当該加算を算定することができる入院料を届け出ている**病棟全て**で要件を満たす必要がある。

**Q** 注4に掲げる地域連携診療計画加算は、相手先の医療機関との間で地域連携診療計画が作成・共有されていれば、必ずしも相手先の医療機関が当該加算を算定していなくても算定できるか。

**A** **算定できる。**

**Q** 退院支援加算で配置されている退院支援部門の看護師及び各病棟において退院支援及び地域連携業務に**専従する看護師**が、退院支援として退院後訪問指導を実施してよいか。

**A** **よい。**

## 【A246 退院支援加算】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

退院調整部門に**専従配置**された社会福祉士を病棟の退院支援員として専任で配置して良いか。

A

**不可。**

Q

病棟で勤務している**看護職員**を専任で退院調整部門に配置している場合、当該看護師を病棟の退院支援員として専任で配置して良いか。

A

**不可。**

Q

連携先と年3回以上面会により情報共有を行うこととあるが、**20の医療機関等を連携先とする場合、すべての機関と個別に情報共有をする場合は合計60回以上、面会の場を設ける必要があるのか。**

A

**そのとおり。**

## 【A246 退院支援加算】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

**Q** 介護支援連携指導料の算定回数の実績は、届出は直近1年が実績となるのか。

**A** そのとおり。

**Q** 介護連携指導料が算定項目として包括となってしまう病棟、病室に入院している患者でも、算定要件を満たせば実績数として加えて良いか。

**A** 不可。

**Q** 連携する医療機関等とは、個別に契約書等の書面で連携する旨を確認する必要があるのか。

**A** 年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている医療機関等であり、**面会の日付等を一覧で記録**していること。

## 【A246 退院支援加算】

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

入院後7日以内に面談等をするがあるが、患者の状態が悪くまた、家族等とも面会できない場合は算定できないのか。

A

原則として7日以内に患者・家族との話し合いを行うことが必要だが、やむを得ない理由のあるごく一部の場については7日を過ぎていても算定を行うことは可能。

Q

地域連携診療計画加算を算定するには、**連携医療機関の届出をする必要がある**のか。

A

**そのとおり。**（届出様式を参照のこと）

## 【A246 退院支援加算】

日本看護協会 Q&A (その1) 平成28年3月29日

Q

専任の退院支援職員(看護師、社会福祉士)は、7対1入院基本料すべての病棟に配置しなければならないのか。それとも、退院支援が必要な病棟のみの配置でよいのか。

A

「退院支援加算1」を届け出た医療機関のうち、算定対象の病棟全てに専任の退院支援職員(退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士)を配置する。なお、専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床まで受け持つてかまわない。

「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(通知)」(平成28年3月4日保医発0304第1号)別添3入院基本料等加算の施設基準等、【第26の5退院支援加算】(p.53)参照。

## 入院基本料等加算

【Ⅲ－2(重点的な対応が求められる分野／認知症対策の推進)－①】  
身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価 骨子【Ⅲ－2(1)】

### ●身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価

#### A247 認知症ケア加算

新設

<b>A247 認知症ケア加算1 (1日につき)</b>	届出
イ 14日以内の期間	150点
ロ 15日以上期間	30点
<b>A247 認知症ケア加算2 (1日につき)</b>	届出
イ 14日以内の期間	30点
ロ 15日以上期間	10点

[算定可能病棟]

**一般病棟入院基本料、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(精神病棟除く。)、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、特定一般病棟入院料**

## 入院基本料等加算

JCSでⅡ-3以上または  
GCS8点以下は除く

### [算定要件]

- (1) 対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。
- (2) 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。
- (3) 当該患者のケアが開始された日から起算した入院期間に応じて算定
- (4) 「1」を算定する場合は、A230-4精神科リエゾンチーム加算は別に算定不可。

### 身体的拘束は

抑制帯等、患者の身体又は衣類に触れる何らかの用具を使用して、一時的に身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。

チームが患者の状況を把握・評価するなど患者  
に関与し始めた日から算定

### ●認知症ケア加算1

- (1) 病棟において、チームと連携して、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられるよう環境調整やコミュニケーションの方法等について看護計画を作成し、計画に基づいて実施し、その評価を定期的に行う。
- (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- (3) チームは、以下の内容を実施する。
  - ① 週1回程度カンファレンスを実施し、各病棟を巡回して病棟における認知症ケアの実施状況を把握するとともに患者家族及び病棟職員に対し助言等を行う。
  - ② 当該保険医療機関の認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的開催する。

看護計画を作成した日から算定

### ●認知症ケア加算2

病棟において、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられるよう環境調整やコミュニケーションの方法等について看護計画を作成し、計画に基づいて実施し、その評価を定期的に行う。

# 入院基本料等加算

別紙12

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋）

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うと物や事務、金銭管理までできたことにミス等
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない 応対や訪問者との対峙で留守番ができ
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便 上手にできない・時間 る やたらに物を口に入 を拾い集める、徘徊 大声・奇声をあげる 始末、不潔行為、性 為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、 他害等の精神症状や に起因する問題行動 る状態等

「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成13日老発第0403003号） 厚生省老人保健福祉局長通知

## 「認知症ケア加算」 （別紙12）

III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

## 【A247 認知症ケア加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

「1」「2」ともに身体的拘束を実施した場合は**解除に向けた検討を少なくとも1日に1度行うこと**

**Q** 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

**A** 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。  
ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合については、**使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。**

**Q** 「注2」に掲げる点数が適用されるにあたり、身体的拘束の実施時間について規定はあるか。

**A** ない。時間によらず、実施した日は「注2」に掲げる点数を算定する。

**Q** 認知症ケア加算の算定には、**認知症の確定診断**が必要か。

**A** 認知症と診断されていなくても、**算定要件を満たしていれば算定できる。**

## 【A247 認知症ケア加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

**Q** 「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の**ランクⅢ以上かどうかは、誰が判断する**のか。

**A** 担当する**医師又は看護職員**が判断する。

**Q** 認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエゾンチームの**専任看護師との兼務が可能か**

**A** **可能**である。

<留意!!>

- ①1日～6日 …6日間算定不可
- ②7日～14日 …150点×8日間
- ③15日～20日…30点×6日間

**Q** 認知症ケア加算のイの期間とロの期間の日数は、入院日から数えた期間か、それとも、ケア開始日から数えた期間か。

**A** 入院日を起算日とした日数。例えば、認知症ケア加算1を届け出ている病棟において、**入院7日目に関与し始め、20日目に退院した場合**、150点を8日間、30点を6日間算定する。

## [施設基準]

### ●認知症ケア加算1

(1) 保険医療機関内に、①～③により構成される認知症ケアに係るチームが設置されている。

① 認知症患者の診療について十分な経験と知識のある**専任の常勤医師**  
(**精神科、神経内科の経験を5年以上有する医師又は、認知症治療に係る適切な研修を修了した医師**)

② 認知症患者の看護に従事した経験を**5年以上有し適切な研修を修了した専任の常勤看護師**

認知症患者又は要介護者の退院調整の経験のある者  
又は介護支援専門員の資格を有する者であること。

③ 認知症患者の**退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士**

(2) (1)のチームは、**身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用する。**

届出日から1年間は病棟に1名配置で要件を満たしているものとする

### ●認知症ケア加算2

(1) 認知症患者が入院する病棟には、**認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修を受けた看護師を複数配置する。**

(2) 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する**手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用する。**

身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を含める

# 入院基本料等加算

## ●認知症ケア加算1 届出に係る医師と看護師の適切な研修

	専任の常勤医師	経験5年以上の専任の常勤看護師
【主催】	国、都道府県又は医療関係団体等	国又は医療関係団体等
【目的】	認知症診断について、適切な知識・技術等を修得すること	認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的
【具体的な研修内容】	<p>●医師の「適切な研修について」 都道府県及び指定都市で実施する 「認知症地域医療支援事業」に基づいた 「認知症サポート医養成研修」</p>	<p>・次の内容を含むものであること</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 認知症の原因疾患・病態及び治療・ケア・予防</li> <li>② 認知症に関わる保健医療福祉制度の変遷と概要</li> <li>③ 認知症患者に特有な倫理的課題と対応方法</li> <li>④ 認知症看護に必要なアセスメントと援助技術</li> <li>⑤ コミュニケーションスキル</li> <li>⑥ 認知症の特性を踏まえた生活・療養環境の調整方法、行動・心理症状(BPSD)への対応</li> <li>⑦ ケアマネジメント(各専門職・他機関との連携、社会資源の活用方法)</li> <li>⑧ 家族への支援・関係調整</li> </ol> <p>・実習により、事例に基づくアセスメントと認知症看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること</p>
【研修期間等】	2日間、7時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの	6か月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの

●看護師の「適切な研修について」  
日本看護協会の認知症の認定看護師、  
同協会が認定している看護系大学院の老人看護と  
精神看護の専門看護認定看護師、  
日本精神科看護協会が認定している  
精神科認定看護師を想定  
(H28.3.15厚労省保険局医療課 林補佐より)

## 入院基本料等加算

### ●認知症ケア加算2 届出に係る看護師の通

#### 【経過措置】

認知症ケア加算2における、研修を受けた看護師の病棟配置要件について、届出日から1年間は病棟に1名の配置で要件を満たしているものとする。

	看護師
【主催】	国、都道府県又は医療関係団体等が主催
【目的】	認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的
【具体的な研修内容】	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 認知症の原因疾患と病態・治療</li> <li>② 入院中の認知症患者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術</li> <li>③ コミュニケーション方法及び療養環境の調整方法</li> <li>④ 行動・心理症状(BPSD)、せん妄の予防と対応法</li> <li>⑤ 認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援</li> </ul>
【研修期間等】	【具体的な研修内容】の①から⑤の内容について9時間以上含むもので、修了証が交付されること

- ① 都道府県及び指定都市「平成28年度看護職員認知症対応力向上研修」
- ② 日本看護協会「平成25年度一般病院における認知症患者看護のマネジメント」、「平成27年度急性期病院で治療を受ける認知症高齢者の看護」、「平成28年度インターネット配信研修[リアルタイム]認知症高齢者の看護実践に必要な知識」
- ③ 日本老年看護学会「認知症看護対応力向上研修」
- ④ 日本精神科看護協会「認知症の理解とケア」
- ⑤ 日本慢性期医療協会「看護師のための認知症ケア講座」
- ⑥ 全日本病院協会「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」
- ⑦ 独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)本部研修センター「認知症看護研修」
- ⑧ 社会福祉法人恩賜財団済生会「認知症支援ナース育成研修」

## 入院基本料等加算

### ●身体合併症を有する精神疾患患者の受入れ体制の確保

精神科病院  
との医療連携

新設

届出

A248 精神疾患診療体制加算 1 1,000点(入院初日)

A248 精神疾患診療体制加算 2 330点(入院初日から3日以内に1回)

「1」は精神科病院の求めに応じて、身体の傷病に対し精神疾患患者の転院を受入れ

※特別な関係は不可

他の精神病棟に入院する  
患者の受け入れ

⇒やむを得ず他の医療機関の持参薬を投与する場合は、入院後5日以内に限る。  
持参した薬剤名、規格、剤形等を確認し、診療録に記載する。

「2」は身体の傷病と抑うつ、せん妄等の精神症状を併せ持つ救急搬送患者を  
精神保健指定等の精神科医が診察をした場合

(精神科を標榜していない病院が、他の保険医療機関の精神科医に対診を求めた場合も含む)

※精神症状を有するとは・・・

- ①過去6か月以内に精神科受診の既往がある患者。
- ②医師が抑うつ、せん妄、そう状態等、精神状態の異状を認めた患者。
- ③アルコール中毒を除く急性薬物中毒が診断された患者。

※A300救命救急入院基本料の注2(精神保健医指定等の診察)、

I001入院精神療法は算定不可(4日目以降はI001入院精神療法は算定可能)

## 入院基本料等加算

別添7の様式40の12

施設基準の通知文は許可病床100床以上の掲載あり

### [施設基準]

- (1) 内科、外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。
- (2) 精神病床の数が、当該保険医療機関全体の病床数の50%未満であること。
- (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること
  - ア 第2次救急医療体制、又は、救命救急センター、高度救命救急センター若しくは総合周産期母子医療センターを設置していること。
  - イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

精神病床が50%未満とあるが、精神病床が無い場合でも施設基準を満たすこととなるのか。

A

満たす。

## 【A248 精神疾患診療体制加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

夜間休日救急搬送医学管理料の精神科疾患患者等受入加算を併せて算定することは可能か。

A

可能。