

働省保険局医療課において確認され、その旨を通知された保険医療機関をいう。

- (7) データ提出加算 1 及び 3 は、入院患者に係るデータを提出した場合に算定し、データ提出加算 2 及び 4 は、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出した場合に算定することができる。
- (8) 「注 3」に規定する提出データ評価加算を算定する場合は、当該加算を算定する月の前々月において、調査実施説明資料に定められた様式 1 において入力されるレセプト電算処理用の傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合、外来 E F ファイルに入力される傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名の割合がそれぞれ 2 % 未満、かつ、医科の全ての診療報酬明細書に記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名の割合が 10% 未満であって、当該保険医療機関において、その結果を記録し保存している場合に、データ提出加算 2 のロ又は 4 のロを算定する医療機関において算定できる。
- (9) 「注 3」に規定する提出データ評価加算は、(3) による遅延等が認められ、データ提出加算を算定できない月がある場合、データ提出加算を算定できない月から 6 か月間、当該加算を算定できない。例えば、4 月 22 日に提出すべきデータが遅延等と認められ、6 月にデータ提出加算を算定できない場合、当該加算は 6 月から 11 月までの 6 か月間算定できない。

A 2 4 6 入退院支援加算

- (1) 入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するものである。なお、第 2 部通則 5 に規定する入院期間が通算される入院については、1 入院として取り扱うものとするが、入退院支援加算 1 にあってはこの限りでない。
- (2) 入退院支援加算 1 にあっては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後 3 日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算 2 にあっては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後 7 日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。
 - ア 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
 - イ 緊急入院であること
 - ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 2 条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る。）
 - エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
 - オ 生活困窮者であること
 - カ 入院前に比べ A D L 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。）
 - キ 排泄に介助を要すること
 - ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと

- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
 - コ 入退院を繰り返していること
 - サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合
- (3) 退院困難な要因を有する患者について、入退院支援加算1の「イ 一般病棟入院基本料等の場合」にあつては原則として7日以内、「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」にあつては原則として14日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。また、入退院支援加算2を算定する場合においても、できるだけ早期に患者及び家族と話し合いを行うとともに、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- (4) ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。
- ア 患者氏名、入院日、退院支援計画着手日、退院支援計画作成日
 - イ 退院困難な要因
 - ウ 退院に関する患者以外の相談者
 - エ 退院支援計画を行う者の氏名（病棟責任者、病棟に専任の入退院支援職員及び入退院支援部門の担当者名をそれぞれ記入）
 - オ 退院に係る問題点、課題等
 - カ 退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予測される福祉サービスと担当者名
- (5) 退院支援計画を実施するに当たって、入退院支援加算1にあつては、入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。また、入退院支援加算2にあつても、できるだけ早期に病棟の看護師及び入退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスの実施に当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。
- (6) 退院支援計画については、文書で患者又は家族に説明を行い、交付するとともに、その内容を診療録等に添付又は記載する。また、当該計画に基づき、患者又は家族に退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、必要に応じて退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援の導入に係る支援を行う。なお、当該計画を患者又は家族に交付した後、計画内容が変更となった場合は、患者又は家族に説明を行い、必要時、変更となった計画を交付する。
- (7) 入退院支援加算1については、当該病棟又は入退院支援部門の入退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。
- (8) 入退院支援加算3は、当該入院期間中に区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者及び他の保険医療機関において入退院支援加算3を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。

- ア 先天奇形
- イ 染色体異常
- ウ 出生体重 1,500g 未満
- エ 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る。）
- オ その他、生命に関わる重篤な状態

- (9) 入退院支援加算 3 について、入院後 7 日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出し、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始する。この他、家族等に対して退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、転院・退院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う。
- (10) 入退院支援加算 3 について、入院後 1 か月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で家族等に説明を行い交付するとともに診療録等に添付又は記載する。なお、退院支援計画は「別紙様式 6」を参考として関係職種と連携して作成することとし、病棟及び入退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等の関係職種が共同してカンファレンスを行った上で作成及び実施すること。また、退院時には家族等に対して、緊急時の連絡先等を文書で提供し、24 時間連絡が取れる体制を取る。
- (11) 入退院支援加算と退院時共同指導料を同時に算定する場合には、在宅療養を担う保険医療機関等と患者が在宅療養に向けて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供する。
- (12) 退院先については、診療録等に記載し、又は退院先を記載した文書を診療録等に添付すること。
- (13) 死亡による退院については算定できない。また、入退院支援加算 1 の「ロ」又は 2 の「ロ」の療養病棟入院基本料等の場合については、他の保険医療機関に入院するために転院した患者については算定できない。
- (14) 入退院支援加算 1 の「ロ」又は 2 の「ロ」の療養病棟入院基本料等の場合について、当該加算を算定する病棟に転棟後、当該病棟から退院する場合にあっては、転棟後 14 日以上入院していた場合に限り算定できる。
- (15) 「注 4」において、地域連携診療計画は、疾患ごとに作成され、一連の治療を担う複数の保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者、施設サービス事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）第 51 条の 17 第 1 項第 1 号に規定する指定特定相談支援事業者（以下「指定特定相談支援事業者」という。）、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 24 条の 26 第 1 項第 1 号に規定する指定障害児相談支援事業者（以下「指定障害児相談支援事業者」という。）等（以下「A 2 4 6」において「連携保険医療機関等」という。）との間であらかじめ共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、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、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものであること。

また、地域連携診療計画は、患者の状態等により、異なる連携が行われることが想定されることから、あらかじめ複数の地域連携診療計画を作成しておき、患者の状態等に

応じて最も適切な地域連携診療計画を選択することは差し支えない。

(16) 地域連携診療計画加算の算定に当たっては、地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付するとともに診療録に添付又は記載する。

(17) 地域連携診療計画加算について、当該患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療等が行われる場合には、連携保険医療機関等に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。

また、当該患者が転院前の保険医療機関において当該加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

(18) 「注5」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関（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。）の一般病棟及び療養病棟等において、算定可能である。なお、「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」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の6の規定により看護配置の異なる病棟ごとに一般病棟入院基本料の届出を行っている保険医療機関においては、一般病院入院基本料（急性期一般入院料1を除く。）を算定する病棟で当該点数を算定できる。

(19) 「注7」に規定する入院時支援加算は、入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージでき、安心して入院医療が受け入れられるよう、入院前の外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、入院前の服薬状況の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援することを評価するものである。

(20) 「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。入院前にアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）までを全て実施して療養支援の計画書（以下「療養支援計画書」という。）を作成した場合は入院時支援加算1を、患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を含む一部の項目を実施して療養支援計画書を作成した場合は、入院時支援加算2を算定する。

ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握

イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握

ウ 褥瘡に関する危険因子の評価

エ 栄養状態の評価

オ 服薬中の薬剤の確認

カ 退院困難な要因の有無の評価

キ 入院中に行われる治療・検査の説明

ク 入院生活の説明

- (21) 「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画書を、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、当該計画書については、入院前又は入院日に患者又はその家族等に説明を行い交付するとともに、診療録に添付又は記載すること。なお、第1章第2部の通則7の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該計画書としても差し支えない。
- (22) 患者の栄養状態の評価や服薬中の薬剤の確認に当たっては、必要に応じて、管理栄養士や薬剤師等の関係職種と十分に連携を図ること。
- (23) 「注8」に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満である者又は65歳以上である者について、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行った上で、当該評価の結果を入院中の診療や適切な退院支援に活用する取組を評価するものである。
- (24) 「注8」に規定する総合機能評価加算は、患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定する。
- (25) 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師若しくは歯科医師、総合的な機能評価の経験を1年以上有する医師若しくは歯科医師又は当該患者に対する診療を担う医師若しくは歯科医師が行わなければならない。なお、総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った適切な評価が実施されるよう十分留意すること。
- (26) 総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族等に説明するとともに、説明内容を診療録に記載又は添付すること。

A 2 4 7 認知症ケア加算

- (1) 認知症ケア加算は、認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、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ことを目的とした評価である。
- (2) 認知症ケア加算の算定対象となる患者は、「「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18年4月3日老発第0403003号）（「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」別添6の別紙12参照）におけるランクⅢ以上に該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でⅡ-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。
- (3) 身体的拘束を実施した場合の点数については、理由によらず、身体的拘束を実施した日に適用する。この点数を算定する場合は、身体的拘束の開始及び解除した日、身体的拘束が必要な状況等を診療録等に記載すること。
- (4) 身体的拘束について