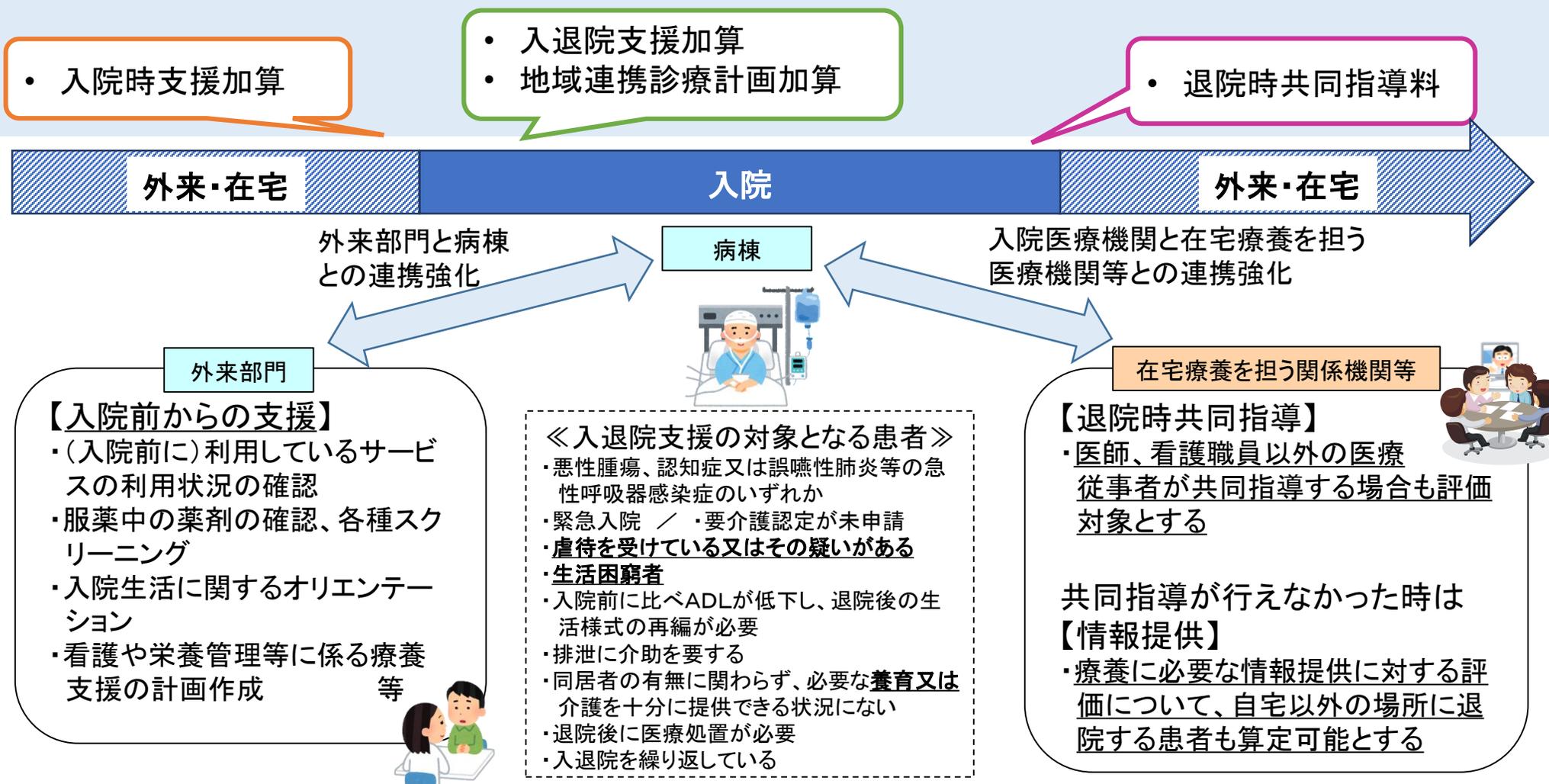


## 入院横断的個別事項について

1. データ提出加算・診療録管理体制加算について
2. 入退院支援加算について
3. 救急医療管理加算について
4. 治療早期からの回復に向けた取組について
5. 入院医療における栄養管理について
6. 褥瘡対策について

# 入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。



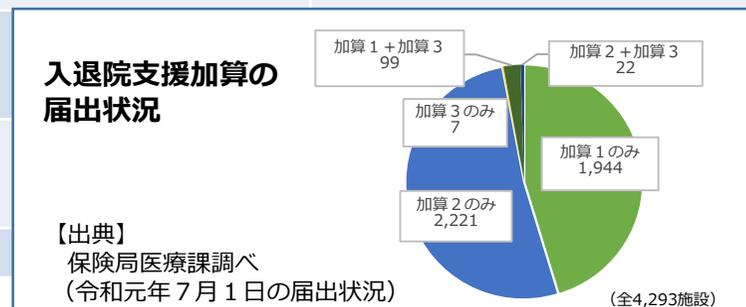
# 入退院支援加算の概要①

## A246 入退院支援加算（退院時1回）

- 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。
- 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- 入退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- 入退院支援加算3 1,200点
- 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。  
小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	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 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること 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 オ. 生活困窮者 カ. 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 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 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上記要件に準ずると認められるもの		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
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）		
連携機関との面会	連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が20以上かつ、連携機関の職員と面会を年3回以上実施		
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績		



※週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせも可。

# 入退院支援加算の概要②

## 入院前からの支援を行った場合の評価

### ➤ 入院時支援加算1 230点

[算定対象]

- ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
  - ≪許可病床数200床以上≫
    - ・専従の看護師が1名以上 又は
    - ・専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
  - ≪許可病床数200床未満≫
    - ・専任の看護師が1名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

### 入院時支援加算2 200点（退院時1回）

[算定要件]

入院の予定が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、①入院前に以下の1) から8) を行い、②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、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。  
入院前にア) からク) まで全て実施した場合は、入院時支援加算1を、患者の病態等によりア)、イ) 及びク) を含む一部項目を実施した場合は加算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・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  
(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

## 医療機関間の連携に関する評価

### ➤ 地域連携診療計画加算 300点（退院時1回）

[算定要件]

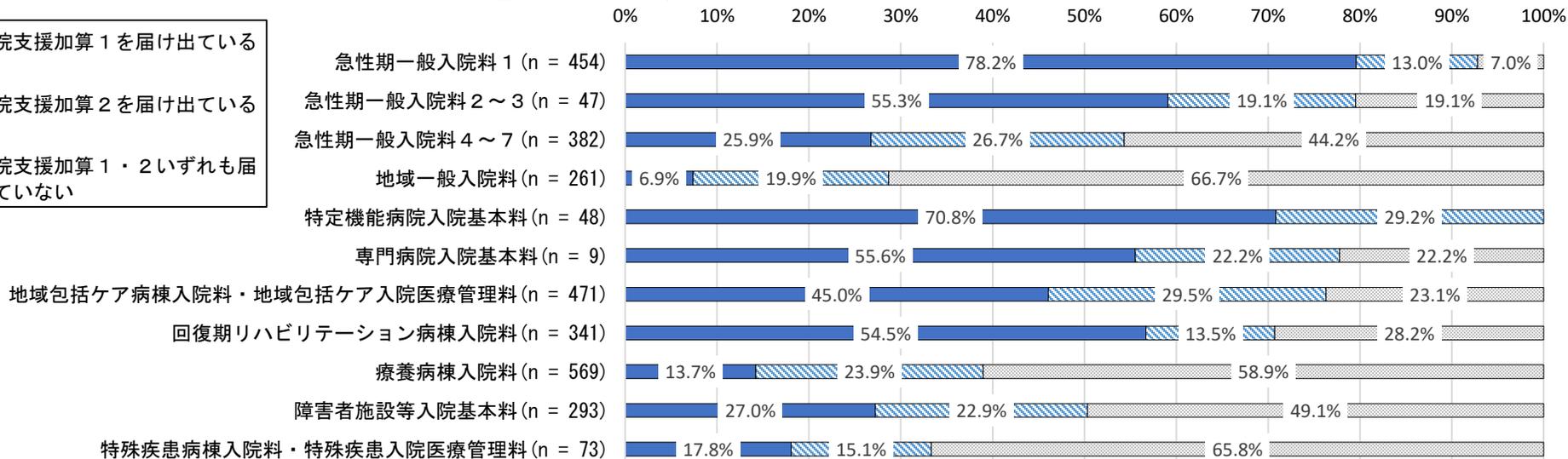
- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

# 入退院支援加算の届出状況

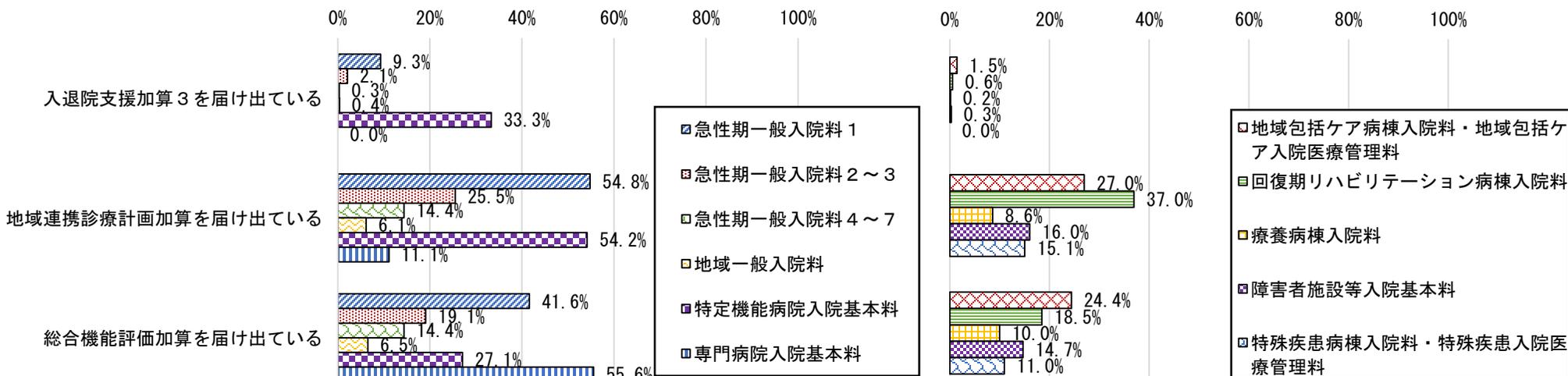
○ 入退院支援加算は、急性期一般入院料 1 や特定機能病院入院基本料での届出が多かった。

## 入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況

- 入退院支援加算 1 を届け出ている
- ▨ 入退院支援加算 2 を届け出ている
- 入退院支援加算 1・2 いずれも届け出していない



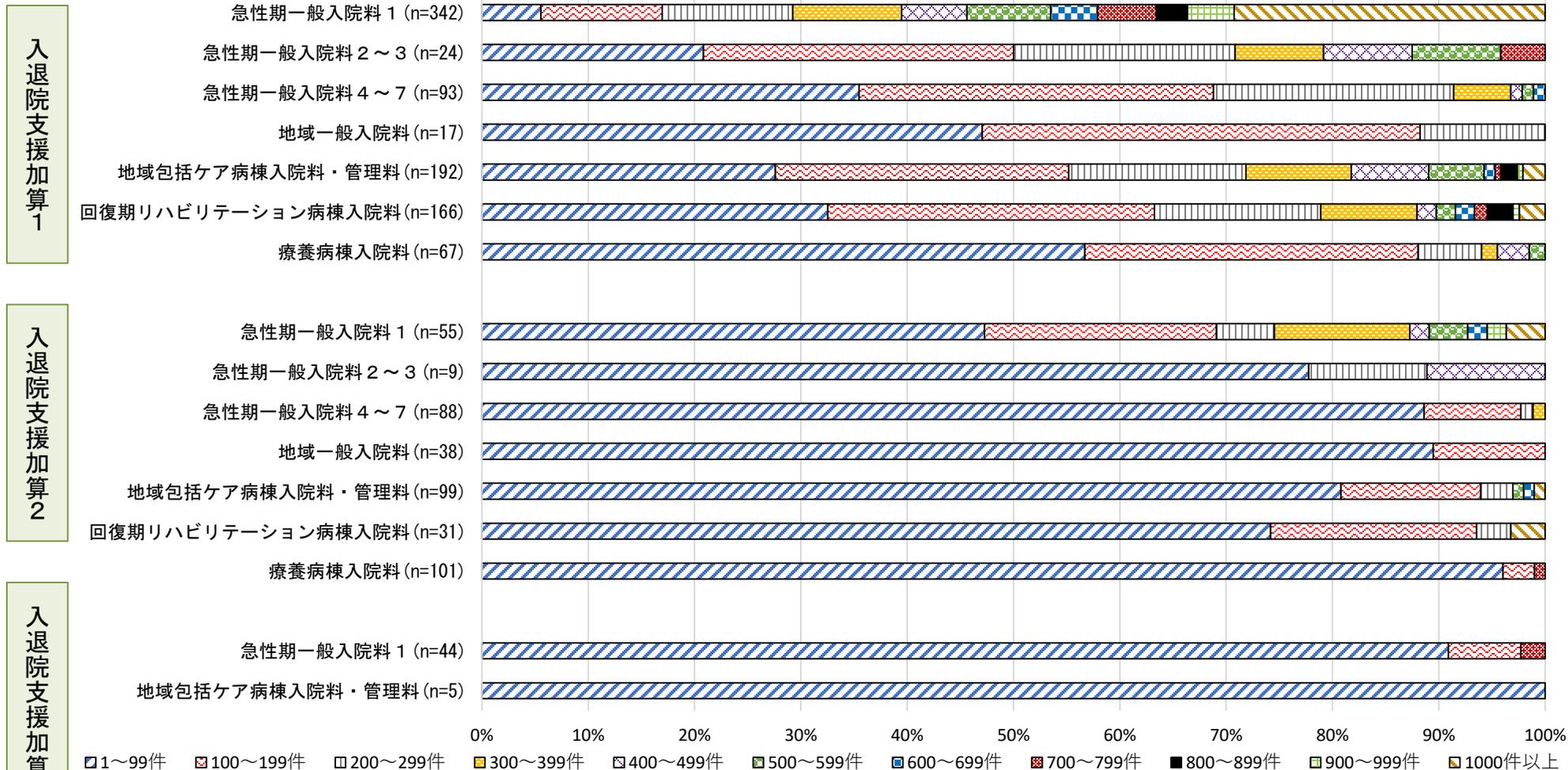
## 入退院支援加算等の届出状況 (複数回答)



# 入退院支援加算の算定件数

○ 入退院支援加算の算定件数をみると、加算1は、加算2・3に比べて、1施設あたりの算定件数が多い。

## 入退院支援加算の算定件数

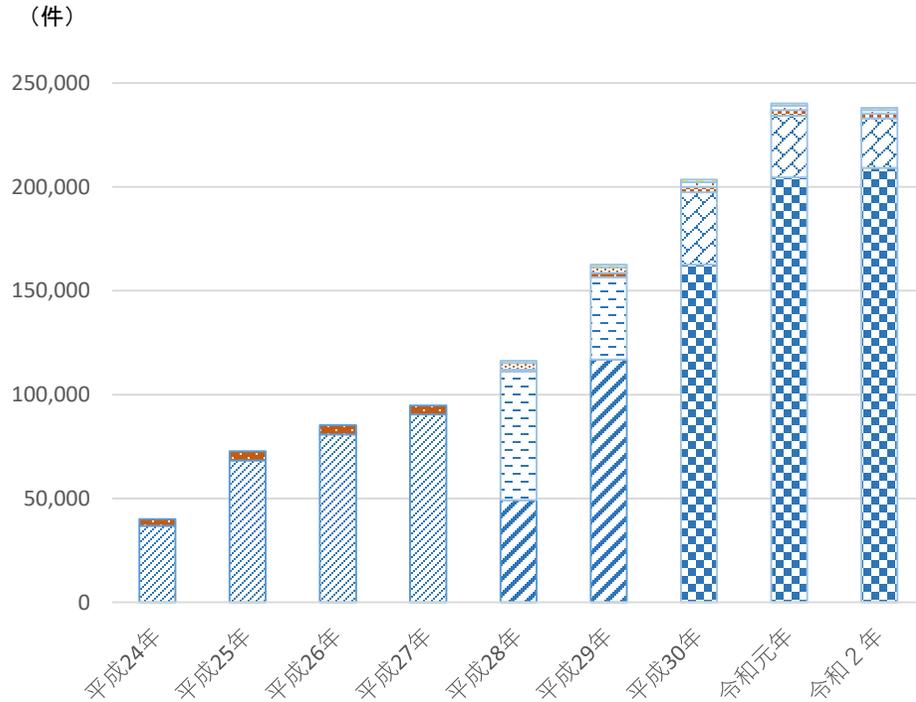


出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票※届出区分が無回答のものは除く n=2以下のものは除く ※各病棟を含む施設として集計

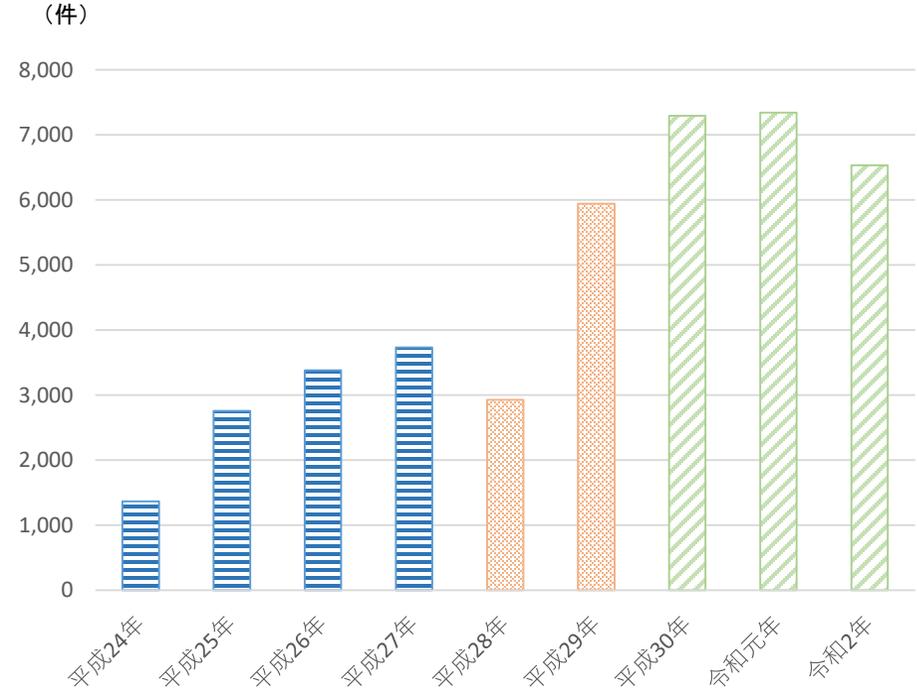
# 入退院支援加算等の算定状況

○ 入退院支援加算(平成24~27年は退院調整加算、平成28~29年は退院支援加算)の算定件数は増加傾向だが、近年は横ばい。

入退院支援加算の算定件数



地域連携診療計画加算の算定件数



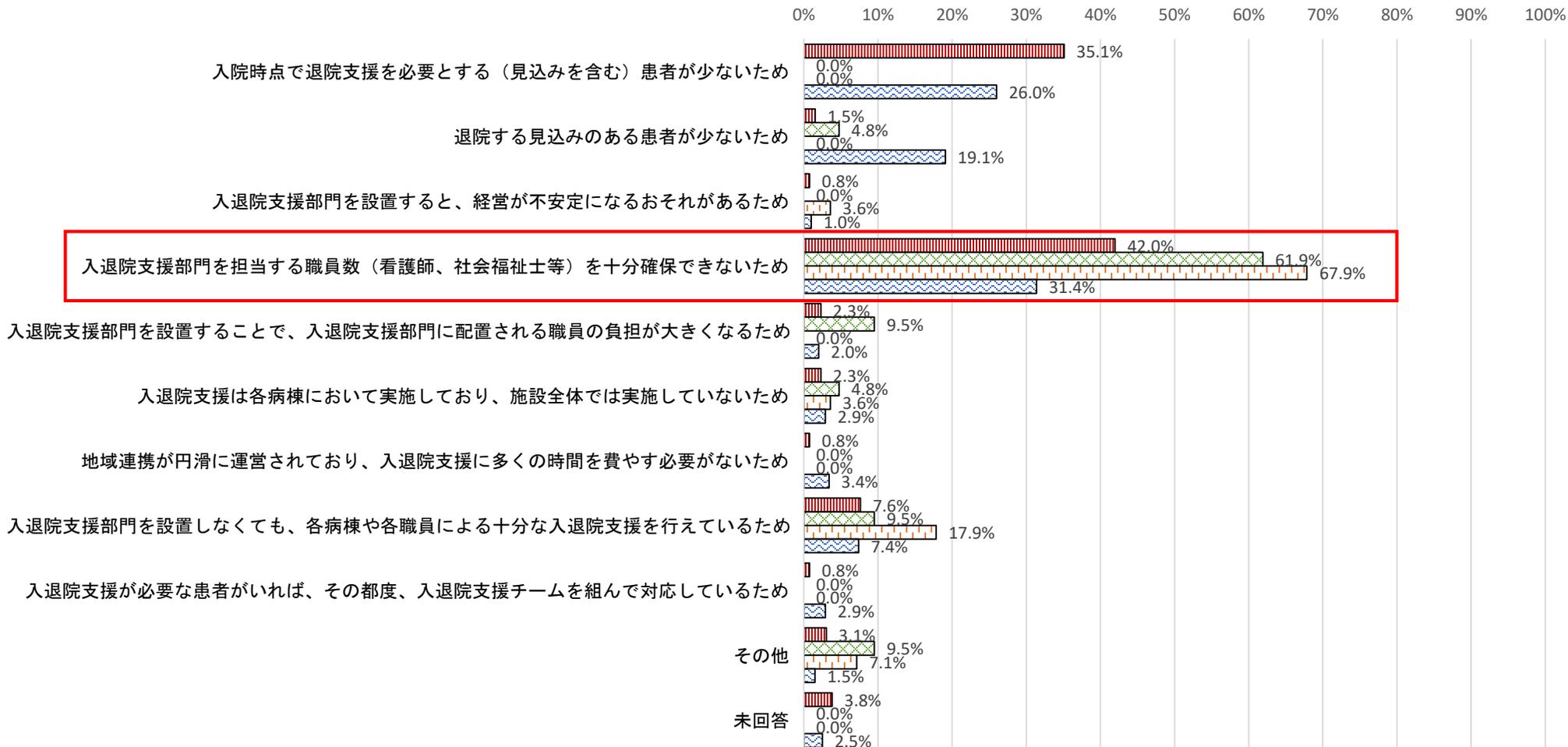
- 入退院支援加算 3
- 入退院支援加算 2 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 1 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 2 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 入退院支援加算 1 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 3
- 退院支援加算 2 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 1 (療養病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 2 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院支援加算 1 (一般病棟入院基本料等の場合)
- 退院調整加算(療養病棟入院基本料等)
- 退院調整加算(一般病棟入院基本料等)

- 入退院支援加算 地域連携診療計画加算
- 退院調整加算 地域連携計画加算
- 退院支援加算 地域連携診療計画加算

# 入退院支援部門を設置していない理由

○ 入退院支援部門を設置していない理由をみると、「入退院支援部門を担当する職員数（看護師、社会福祉士等）を十分確保できないため」が最も多かった。

入退院支援部門を設置していない理由（最も該当するもの）



■急性期一般入院料 (n = 131)    □地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料 (n = 21)    □回復期リハビリテーション病棟入院料 (n = 28)    □療養病棟入院基本料 (n = 204)

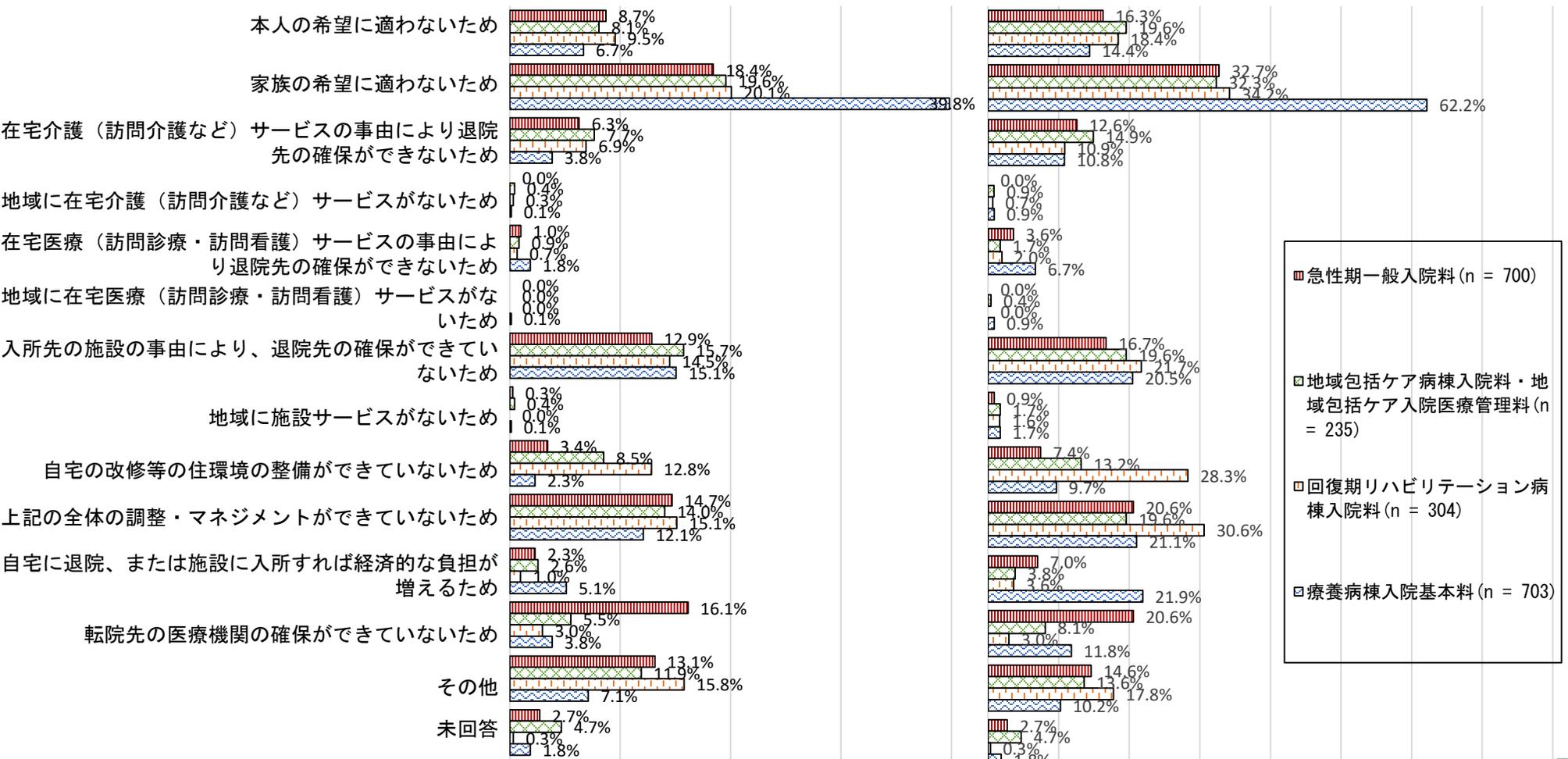
# 退院できない理由

○「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者について、退院できない理由をみると、全体として、「家族の希望に合わないため」「入所先の施設の事由により退院先の確保ができていないため」「上記の全体の調整・マネジメントができていないため」が多かった。

### 退院できない理由(最も該当するもの)

### 退院できない理由(複数回答)

0% 10% 20% 30% 40% 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80%



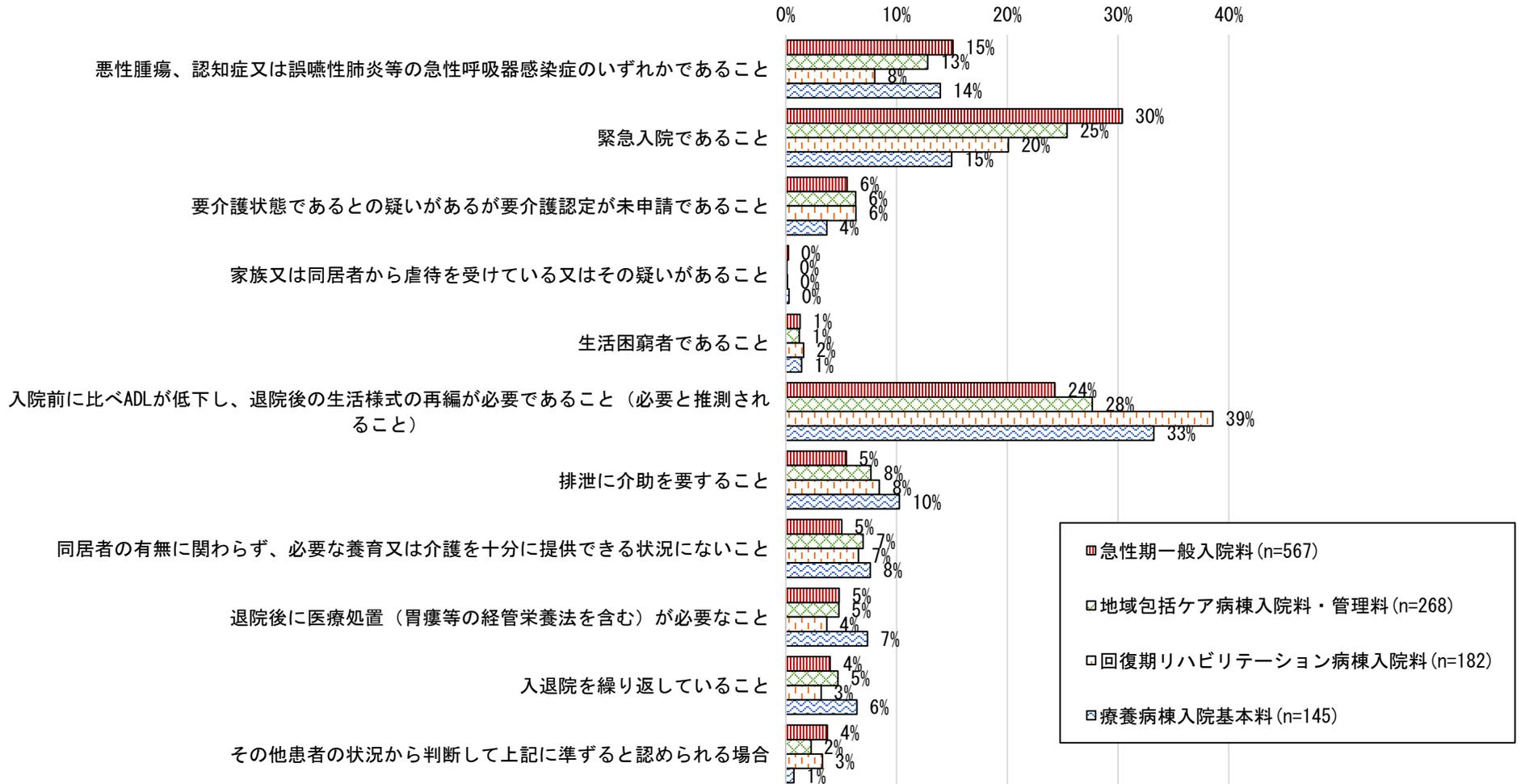
■急性期一般入院料 (n = 700)  
 ■地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料 (n = 235)  
 ■回復期リハビリテーション病棟入院料 (n = 304)  
 ■療養病棟入院基本料 (n = 703)

出典：令和2年度入院医療等の調査(患者票) ※理由が無回答のもの及び無効な回答については除く

# 入退院支援加算の算定要件の「退院困難な要因」

○ 入退院支援加算1又は2を算定した患者について、算定要件である「退院困難な要因」の主な該当項目をみると、いずれの入院料においても、「緊急入院であること」、「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)」が多かった。

## 入退院支援加算1又は2を算定する患者の「退院困難な要因」(主なもの1つ)



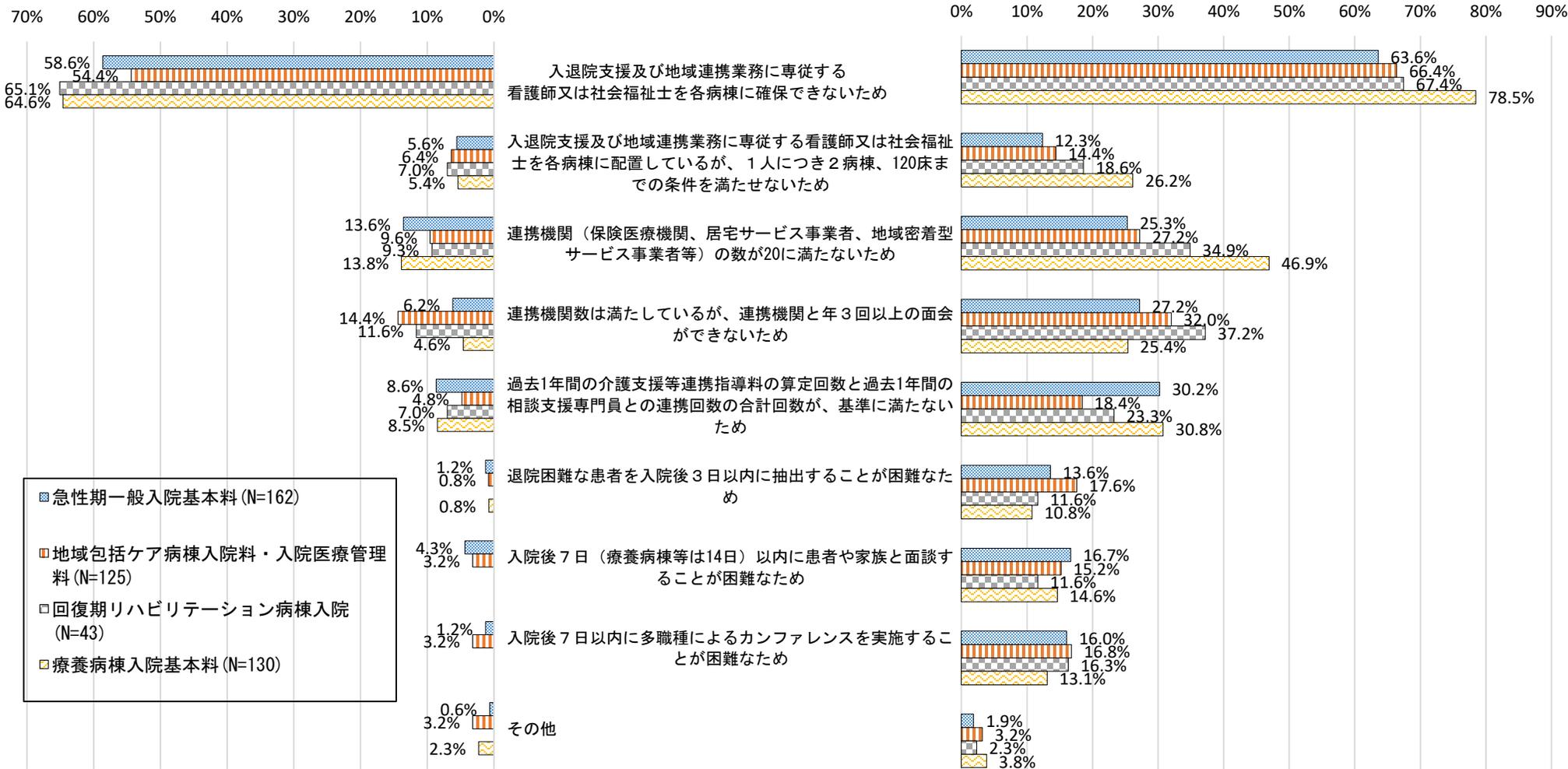
# 入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由

○ 入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由として、いずれの入院料においても、各病棟への専従の看護師又は社会福祉士を確保することが困難、が最も多く、急性期一般入院料では、次いで過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数の合計、が多かった。

最も該当

入退院支援加算 2 を届け出ている施設において、  
入退院支援加算 1 を届け出ることが困難な理由

該当する項目全て（複数回答）



# 施設において退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項

○ 施設において、退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項をみると、全体として、「担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多かった。

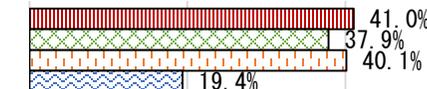
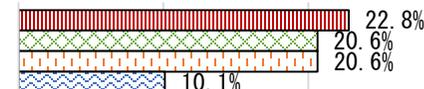
退院支援等の取組等を困難にしている事項  
(最も該当するもの)

退院支援等の取組等を困難にしている事項  
(複数回答)

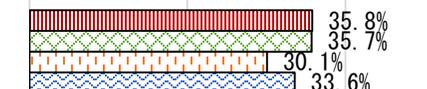
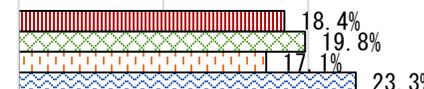
0% 10% 20% 30% 40%

0% 20% 40% 60%

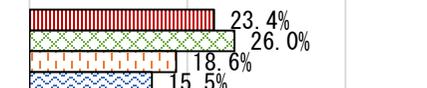
担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない



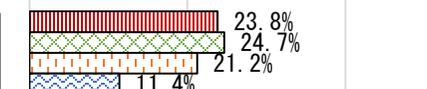
退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない



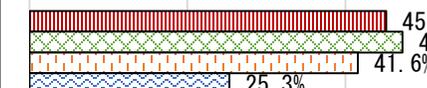
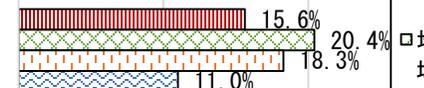
退院支援を開始するタイミングが遅れてしまっていることが多い



病棟との情報共有が十分でないことが多い



患者・家族と面会日等を調整することが難しい



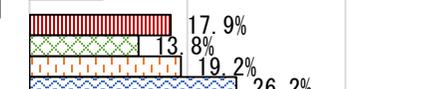
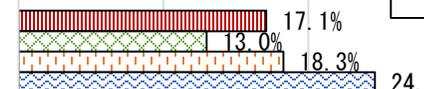
患者・家族に退院後の介護サービス等の内容を伝えることが難しい



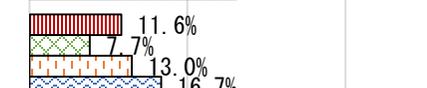
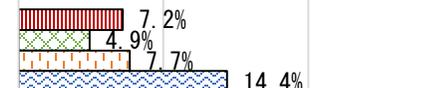
在宅支援を行う医療・介護サービスからの連携を得ることが難しい



特になし



その他

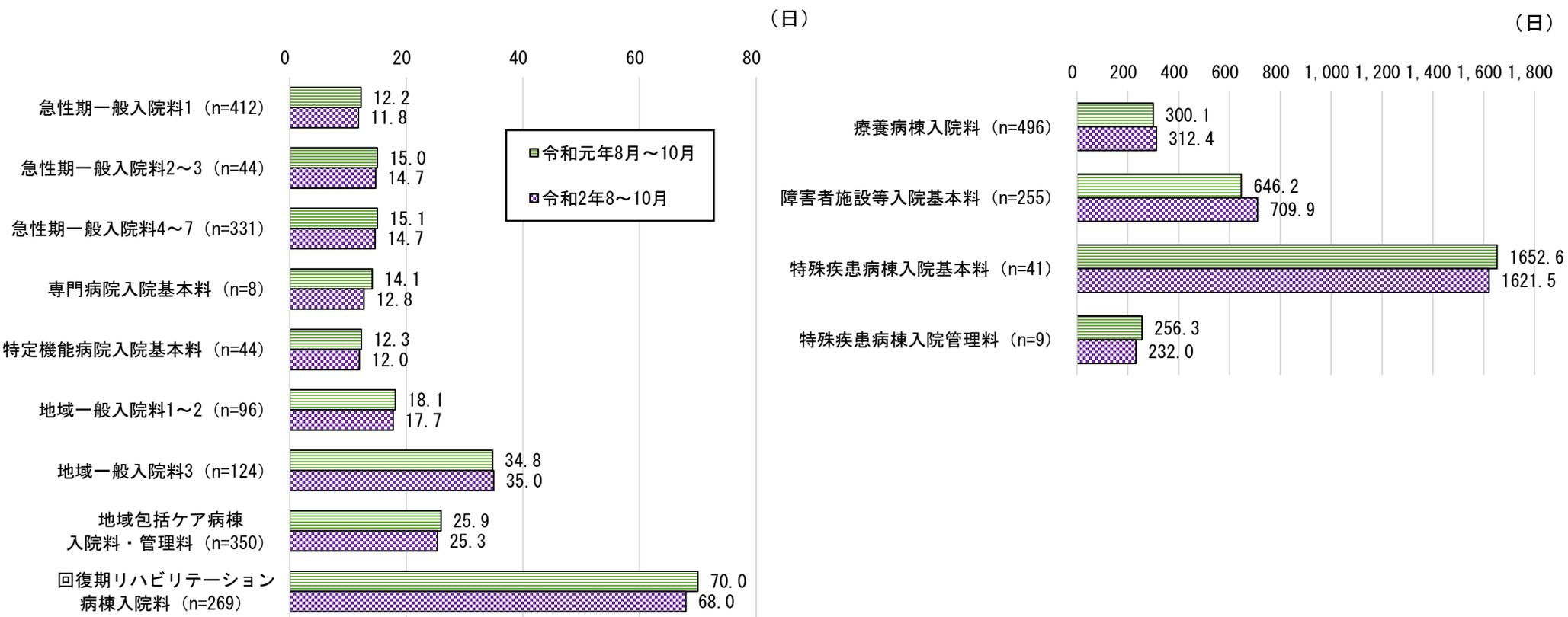


■急性期一般入院料 (n = 877)  
□地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料 (n = 470)  
□回復期リハビリテーション病棟入院料 (n = 339)  
□療養病棟入院基本料 (n = 562)

# 入院料ごとの平均在院日数

○ 慢性期入院医療を担っている病床においては、急性期や回復期と比較して平均在院日数が非常に長い。

## 平均在院日数

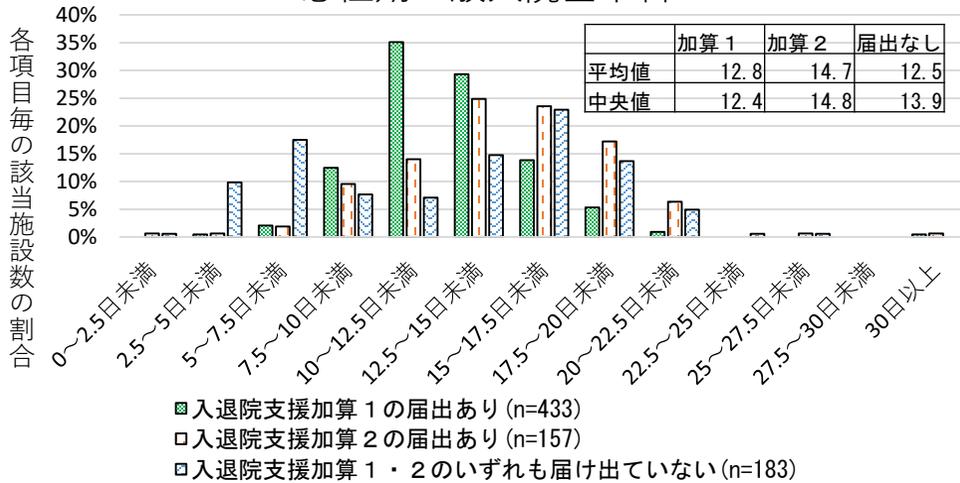


# 入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

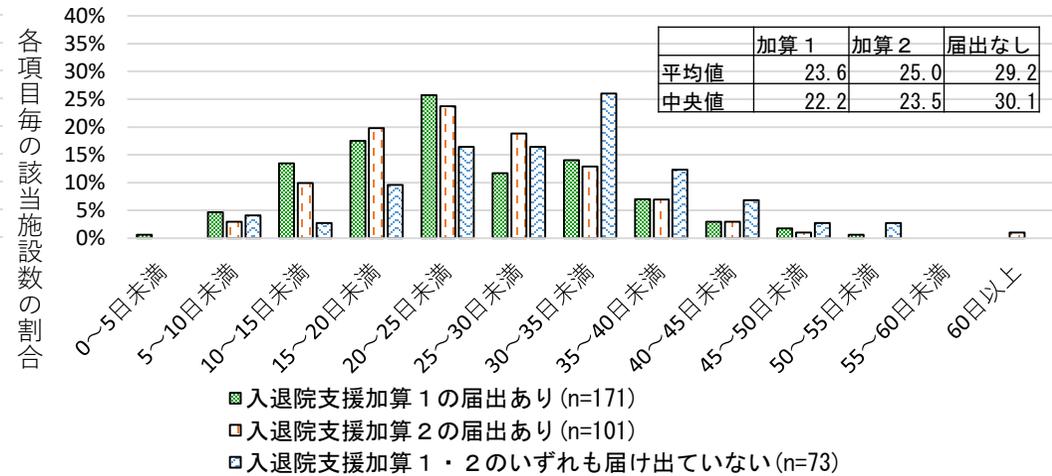
○ 入退院支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料と療養病棟入院基本料においては、加算1において、加算2や届出なしと比較して平均在院日数が短かった。

## 入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

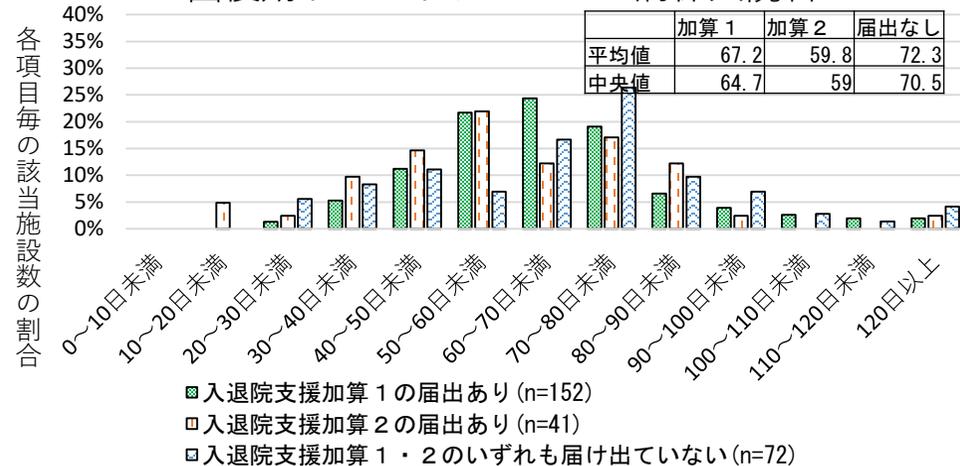
＜急性期一般入院基本料＞



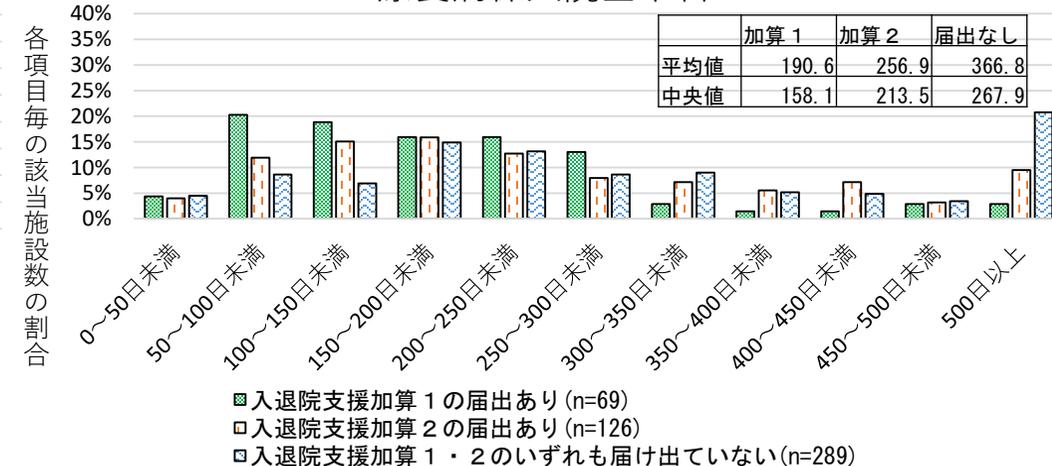
＜地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料＞



＜回復期リハビリテーション病棟入院料＞



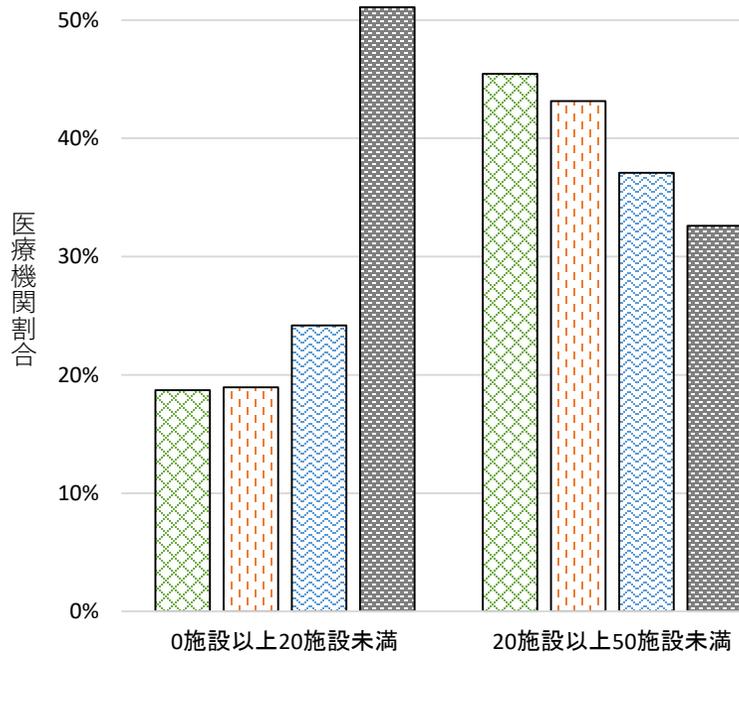
＜療養病棟入院基本料＞



# 退院支援に向けた施設間の連携状況

- 急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、20施設以上50施設未満が最も多かった。
- 連携施設数の中央値は、急性期一般入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料では35、地域包括ケア病棟入院料では39であった。
- 連携施設数が中央値以上の医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。

## 入院料別・連携施設数の状況



## 連携施設数が中央値以上・未満別 平均在院日数

連携施設数	平均在院日数		※連携施設数の中央値
	中央値以上	中央値未満	
急性期一般入院料	12.9	12.9	35
地域包括ケア病棟入院料・医療管理料	19.9	27.1	39
回復期リハビリテーション病棟入院料	65.4	68.0	35
療養病棟入院料	212.7	279.2	18.5

※連携機関の数は20以上であることが要件

■ 急性期一般入院料(n=385)

■ 地域包括ケア病棟入院料・医療管理料(n=95)

■ 回復期リハビリテーション病棟入院料(n=62)

■ 療養病棟入院料(n=92)

- 福祉、介護、医療、教育等の関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるための取組の推進が課題となっている。

## ヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチーム報告

【厚生労働省・文部科学省の副大臣を共同議長とするヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチームとりまとめ】

中医協 総-2  
3. 8. 25

### 現状・課題

令和3年5月17日

- ヤングケアラーは、家庭内のデリケートな問題であることなどから表面化しにくい構造。福祉、介護、医療、学校等、関係機関におけるヤングケアラーに関する研修等は十分でなく、地方自治体での現状把握も不十分。
- ヤングケアラーに対する支援策、支援につなぐための窓口が明確でなく、また、福祉機関の専門職等から「介護力」と見なされ、サービスの利用調整が行われるケースあり。
- ヤングケアラーの社会的認知度が低く、支援が必要な子どもがいても、子ども自身や周囲の大人が気付くことができない。



福祉、介護、医療、教育等、関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるため、以下の取組を推進

### 今後取り組むべき施策

#### 1 早期発見・把握

- 福祉・介護・医療・教育等関係機関、専門職やボランティア等へのヤングケアラーに関する研修・学ぶ機会の推進。
- 地方自治体における現状把握の推進。

#### 2 支援策の推進

- 悩み相談支援  
支援者団体によるピアサポート等の悩み相談を行う地方自治体の事業の支援を検討（SNS等オンライン相談も有効）。
- 関係機関連携支援
  - ・ 多機関連携によるヤングケアラー支援の在り方についてモデル事業・マニュアル作成を実施（就労支援を含む）。
  - ・ 福祉サービスへのつなぎなどを行う専門職や窓口機能の効果的な活用を含めヤングケアラーの支援体制の在り方を検討。
- 教育現場への支援  
スクールソーシャルワーカー等の配置支援。民間を活用した学習支援事業と学校との情報交換や連携の促進。
- 適切な福祉サービス等の運用の検討  
家族介護において、子どもを「介護力」とすることなく、居宅サービス等の利用について配慮するなどヤングケアラーがケアする場合のその家族に対するアセスメントの留意点等について地方自治体等へ周知。
- 幼いきょうだいをケアするヤングケアラー支援  
幼いきょうだいをケアするヤングケアラーがいる家庭に対する支援の在り方を検討。

#### 3 社会的認知度の向上

2022年度から2024年度までの3年間をヤングケアラー認知度向上の「集中取組期間」とし、広報媒体の作成、全国フォーラム等の広報啓発イベントの開催等を通じて、社会全体の認知度を調査するとともに、当面は中高生の認知度5割を目指す。

※ヤングケアラー：法令上の定義はないが、一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている児童を指す。

# ヤングケアラーとは

一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子どもをいう。

(ヤングケアラーのイメージ (例) )



障がいや病気のある家族に代わり、買い物・料理・掃除・洗濯などの家事をしている



家族に代わり、幼いきょうだいの世話をしている



障がいや病気のあるきょうだいの世話や見守りをしている



目を離せない家族の見守りや声かけなどの気づかいをしている



日本語が第一言語でない家族や障がいのある家族のために通訳をしている



家計を支えるために労働をして、障がいや病気のある家族を助けている



アルコール・薬物・ギャンブル問題を抱える家族に対応している



がん・難病・精神疾患など慢性的な病気の家族の看病をしている



障がいや病気のある家族の身の回りの世話をしている



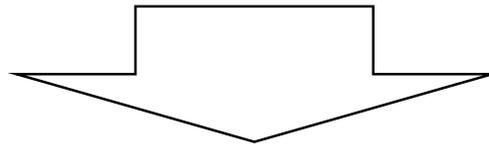
障がいや病気のある家族の入浴やトイレの介助をしている

# 入退院支援についての課題と論点

## (入退院支援)

- ・ 入退院支援部門を設置していない理由をみると、「入退院支援部門を担当する職員数（看護師、社会福祉士等）を十分確保できないため」が最も多かった。
- ・ 入退院支援加算1を届け出ることが困難な理由として、「各病棟への専従の看護師又は社会福祉士を確保することが困難」が最も多かった。
- ・ 退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項をみると、全体として「担当患者数が多いため、患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多かった。
- ・ 急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、連携施設数が20施設以上50施設未満が最も多く、連携施設数の中央値は、急性期一般入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料では35、地域包括ケア病棟入院料では39であった。
- ・ 連携施設数が中央値以上の医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。
- ・ ヤングケアラーは家庭内のデリケートな問題であること等から表面化しにくく、福祉、介護、医療、教育等の関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるための取組の推進が必要である。

## 【論点】



- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、地域の関係者との更なる連携や円滑な退院調整の促進など、入退院支援をさらに推進することに係る評価について、どのように考えるか。
- ヤングケアラーについては、早期発見や、適切な支援へつなげることが必要であり、関係機関の連携が重要とされていることから、退院困難な要因を有している患者を抽出し、地域の関係者と協力する仕組みを評価している入退院支援加算において、どのように考えるか。