

第12回入退院支援Webセミナー

-医療の質・経営の質向上を目指して-
急性期病院における退院調整の実際

2022年5月29日 佐久医療センター
患者サポートセンター 入退院支援室
日向美佐江





1. 当院について
2. 退院支援の必要性
3. 診療報酬改定から
4. 退院支援の実際
5. 退院支援委員会の実際
6. 地域との連携



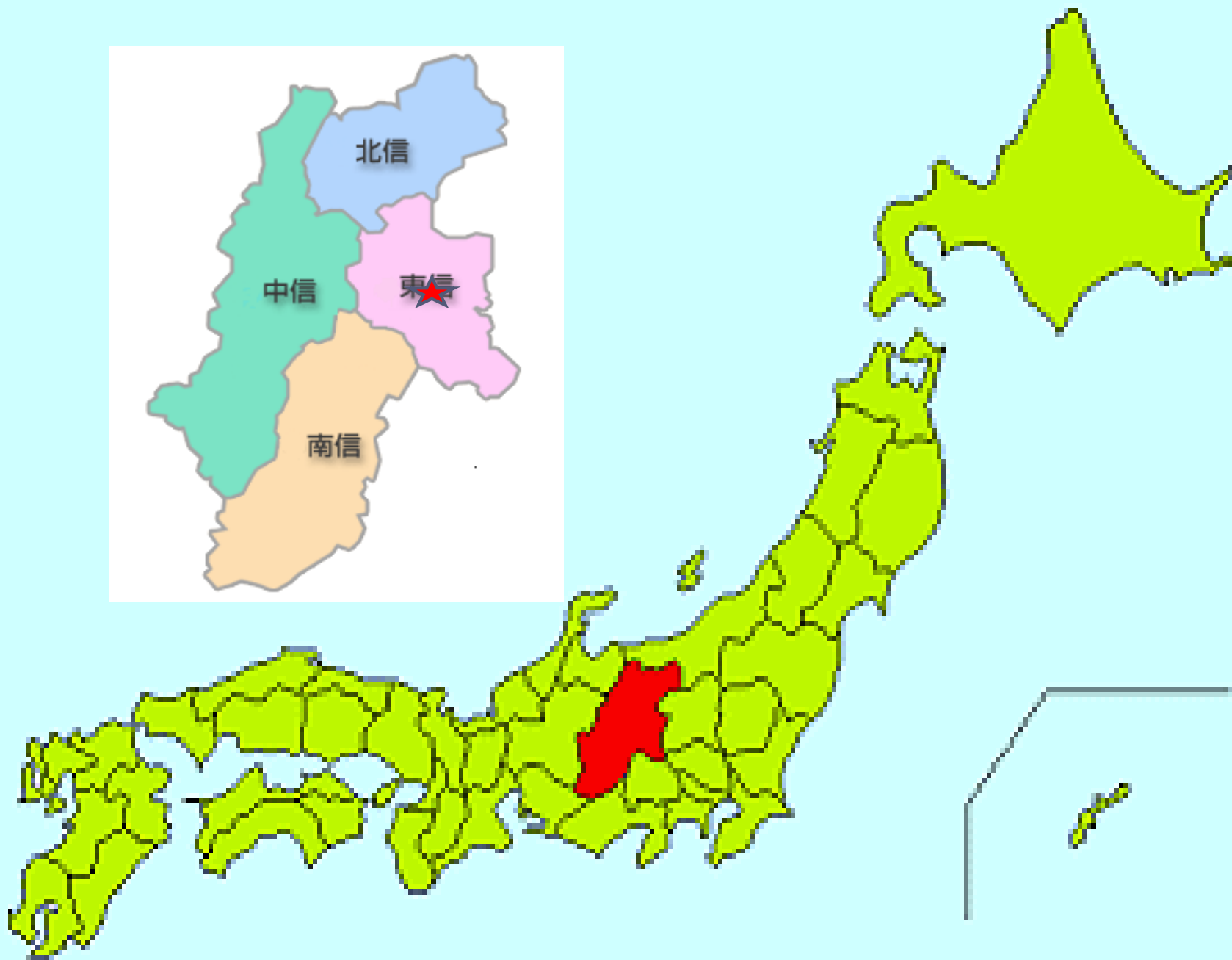
当院の概況



開院 2014年3月1日
佐久総合病院から分割移転した、専門医療と救急・急性期医療に特化した予約・紹介型の高度急性期病院 地域医療支援病院

病床数・・・450床
平均在院日数・10.1日 (-0.1)

【指定機関名称】
地域医療支援病院
DPC特定病院群（Ⅱ群）
地域がん診療連携拠点病院
救命救急センター
地域災害医療センター
地域周産期母子医療センター
臨床研修指定病院
第2種感染症指定医療機関
信州ドクターヘリ運航病院





上小医療圏



佐久医療圏

* 神奈川県と 同面積



309床

佐久総合病院(本院)



450床

佐久医療センター



99床

小海分院



小海診療所



94床

佐久老人保健施設



80床

老人保健施設こうみ



佐久医療センター

450床



佐久総合病院(本院) 309床(一般病床
地域包括 回復期リハ)



小海分院 99床(一般病床・医療療養・
地域包括)



「農民とともにの精神」 昭和19年



赤字を出して
はいけない！



重症患者等に対する支援に係る評価の新設

- 集中治療領域において、特に重篤な状態の患者及びその家族等に対する支援を推進する観点から、患者の治療に直接関わらない専任の担当者である「入院時重症患者対応メディエーター」が、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、当該患者及びその家族等に対して、治療方針・内容等の理解及び意向の表明を支援する体制を整備している場合の評価を新設する。

(新) 重症患者初期支援充実加算 300点（1日につき）

[算定要件]

- ・ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第3節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。
- ・ 入院時重症患者対応メディエーターは、以下の業務を行うものとする。
 - ア 当該患者及びその家族等の同意を得た上で、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明することを、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、支援を行う。
 - イ 支援の必要性が生じてから可能な限り早期に支援するよう取り組む。
 - ウ 当該患者及びその家族等の心理状態に配慮した環境で支援を行う。
 - エ 当該患者及びその家族等に対して実施した支援の内容及び実施時間について診療録等に記載する。

[施設基準]

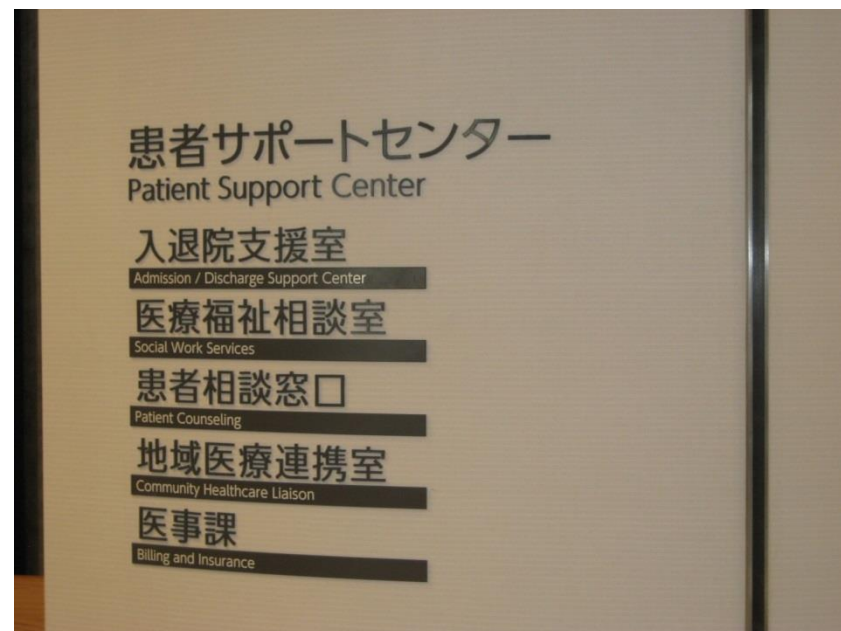
- (1) 患者サポート体制充実加算に係る届出を行っていること。
- (2) 特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者（以下「入院時重症患者対応メディエーター」という。）を配置していること。なお、支援に当たっては、当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行うこと。
- (4) 入院時重症患者対応メディエーターは、当該患者の治療に直接関わらない者であって、以下のいずれかであること。
 - ア 医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者（医療関係団体等が実施する研修を令和5年3月31日までに修了していることが望ましい）
 - イ 医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する研修を修了し、かつ、支援に係る経験を有する者
- (5) 支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月1回程度開催されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。
- (6) 支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。
- (7) 支援の内容その他必要な実績を記録していること。
- (8) 定期的に支援体制に関する取組の見直しを行っていること。



サポートセンターに集約した部門



- 地域医療連携室（前方・後方支援）**看護師5名**
- 総合案内 **看護師・MSWコンビ体制**
- 患者相談窓口
- 医事課（外来機能・会計・文書受付）
- 医療福祉相談 **MSW6名**
- 外来栄養相談
- 持参薬管理
- 入退院支援室
- クリニカルパス管理
- メディア係（取込み・出力）





本日の内容

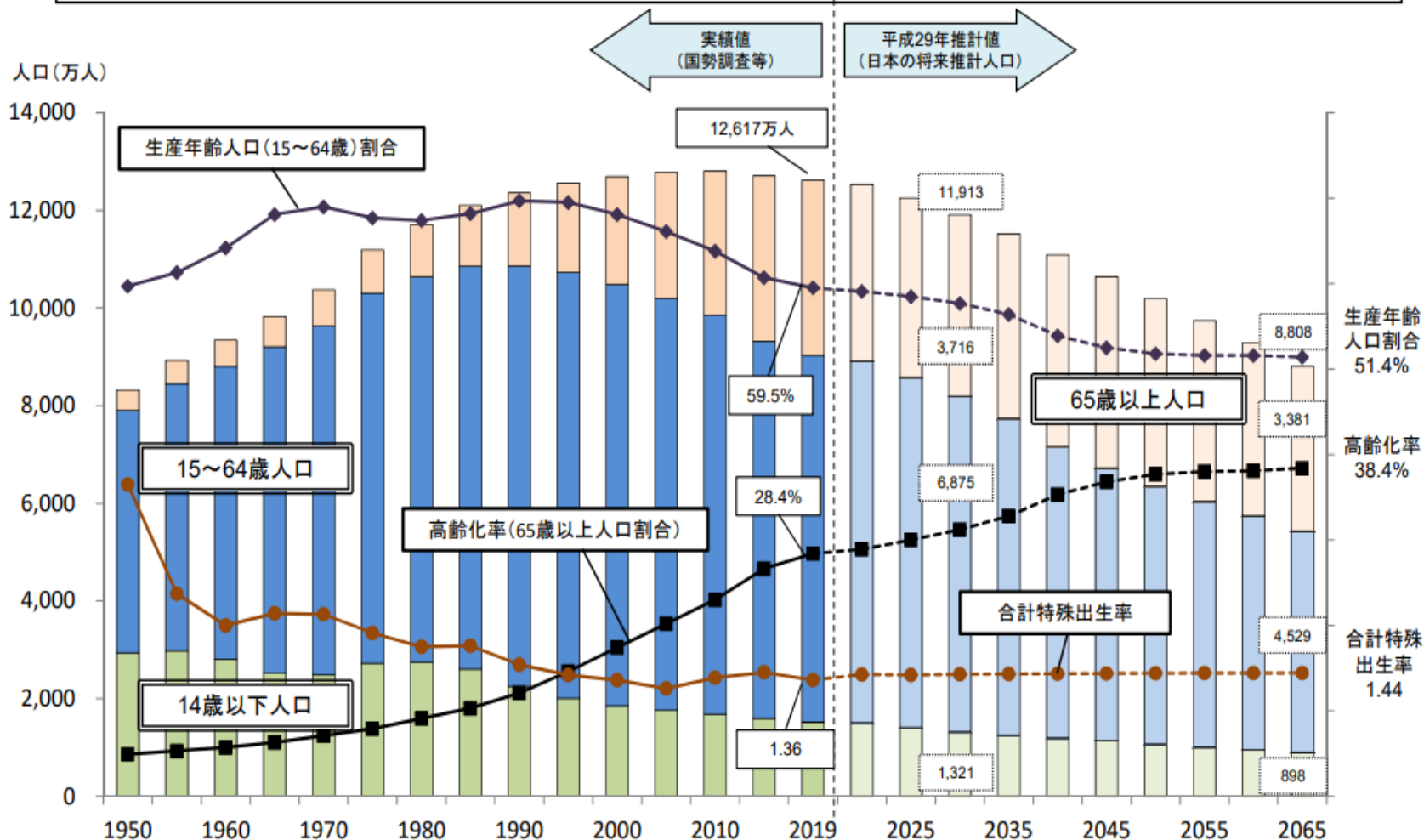


1. 当院について
2. 退院支援の必要性
3. 診療報酬改定から
4. 退院支援の実際
5. 退院支援委員会の実際
6. 地域との連携



日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



(出所) 2019年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齡化率および生産年齢人口割合は、2019年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
 2019年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
 2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

人口ピラミッドの変化（1990～2060年）

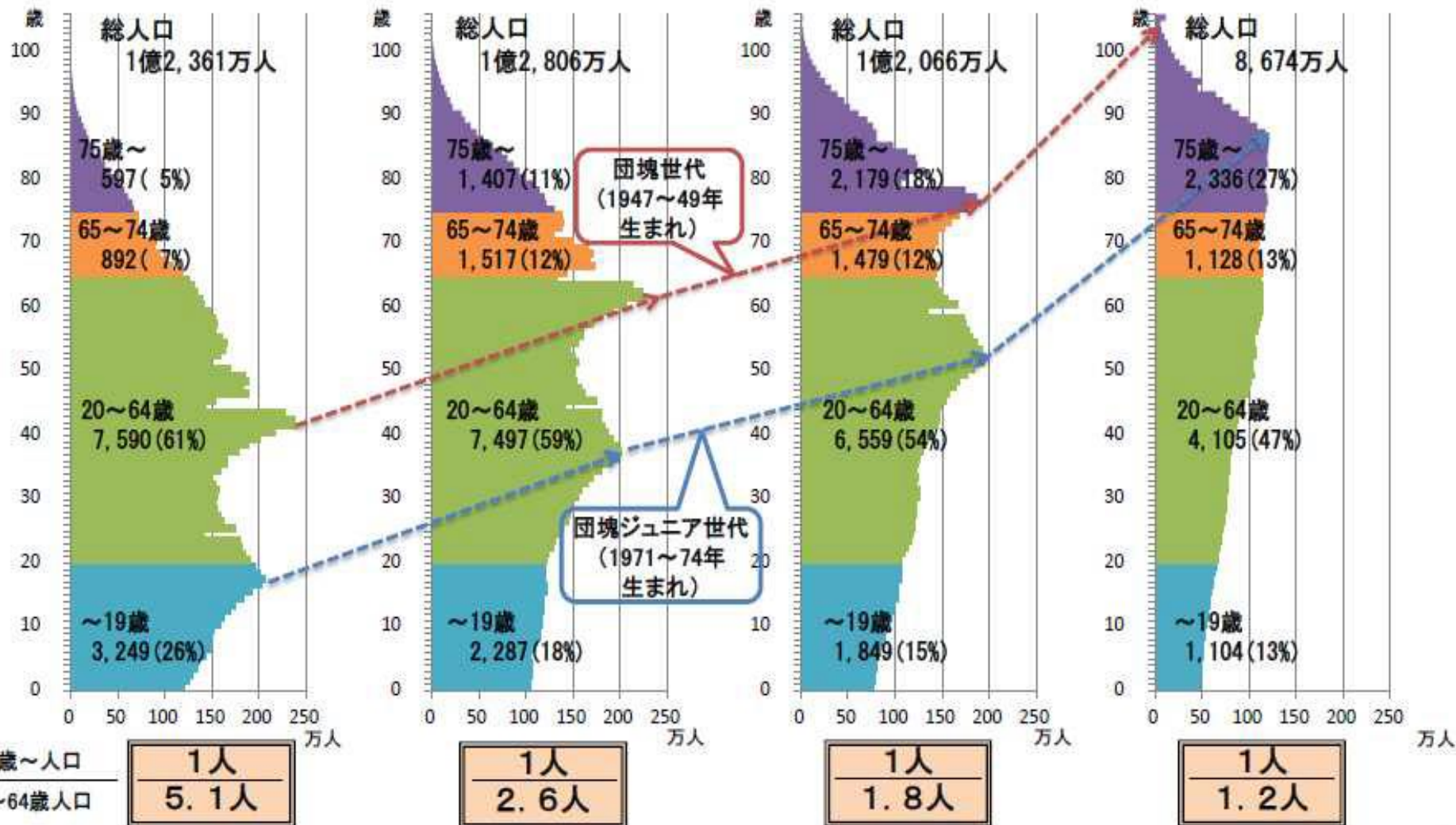
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年(実績)

2010年(実績)

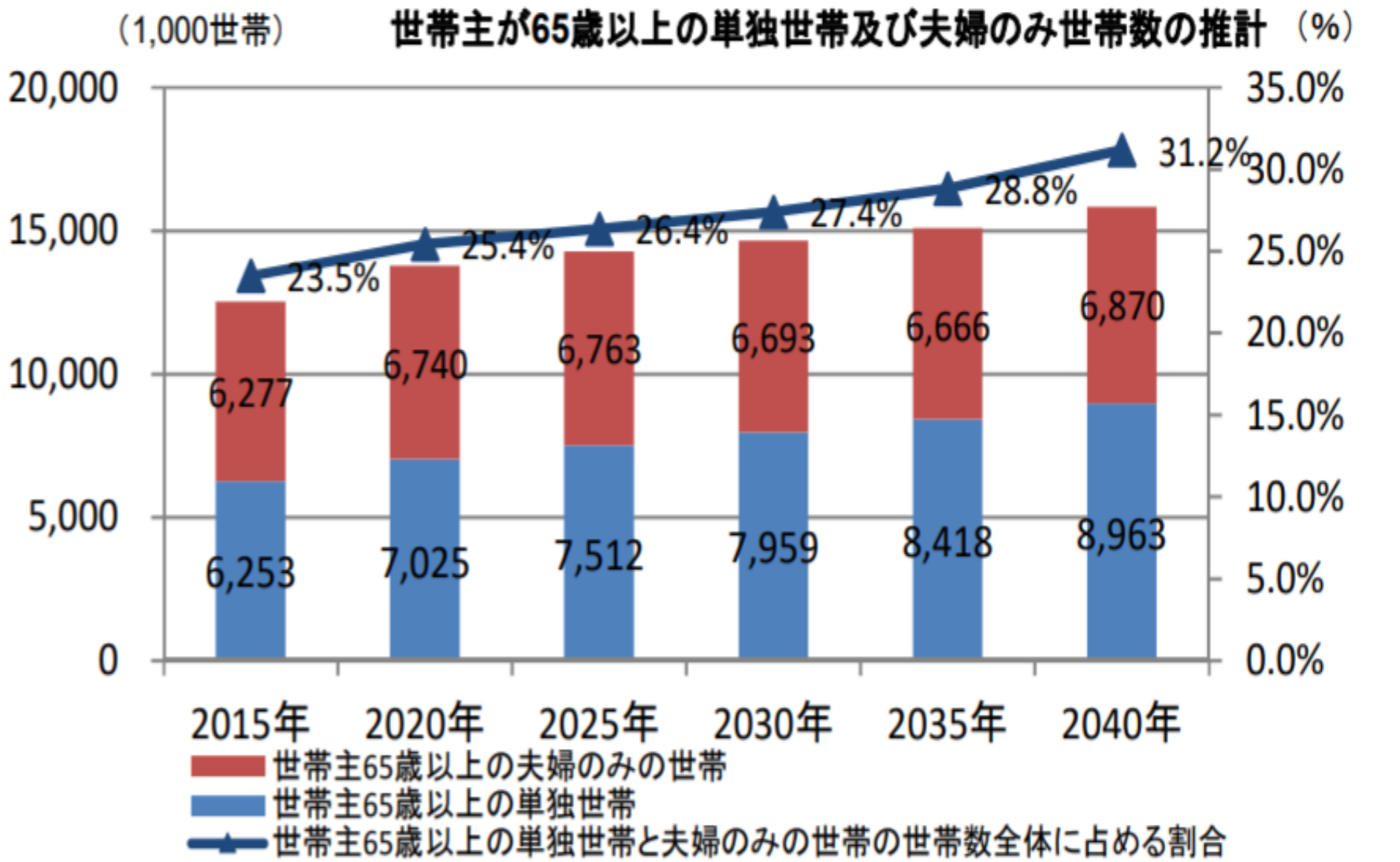
2025年

2060年



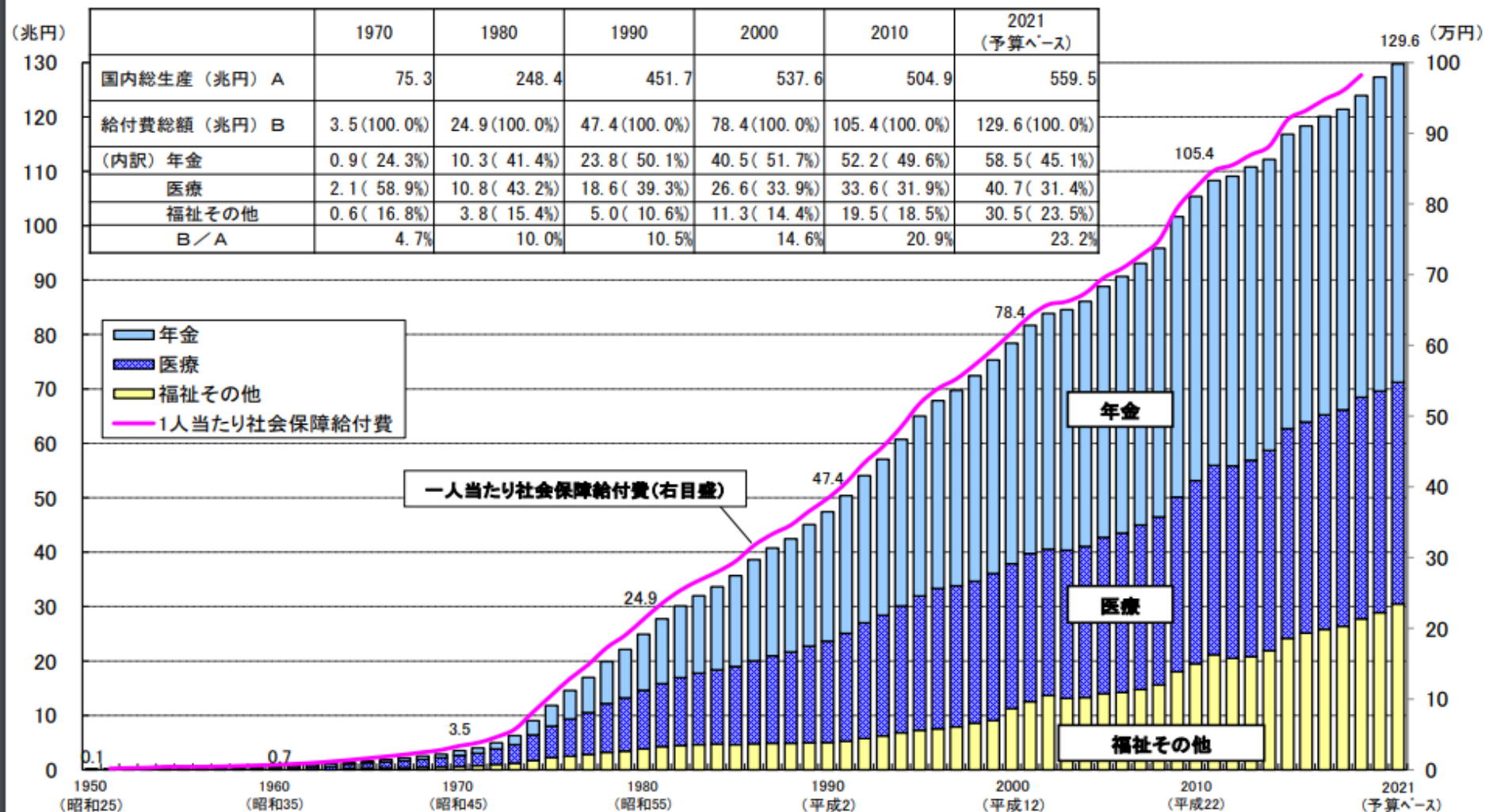
(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(平成30(2018))年1月推計)」より作成

社会保障給付費の推移

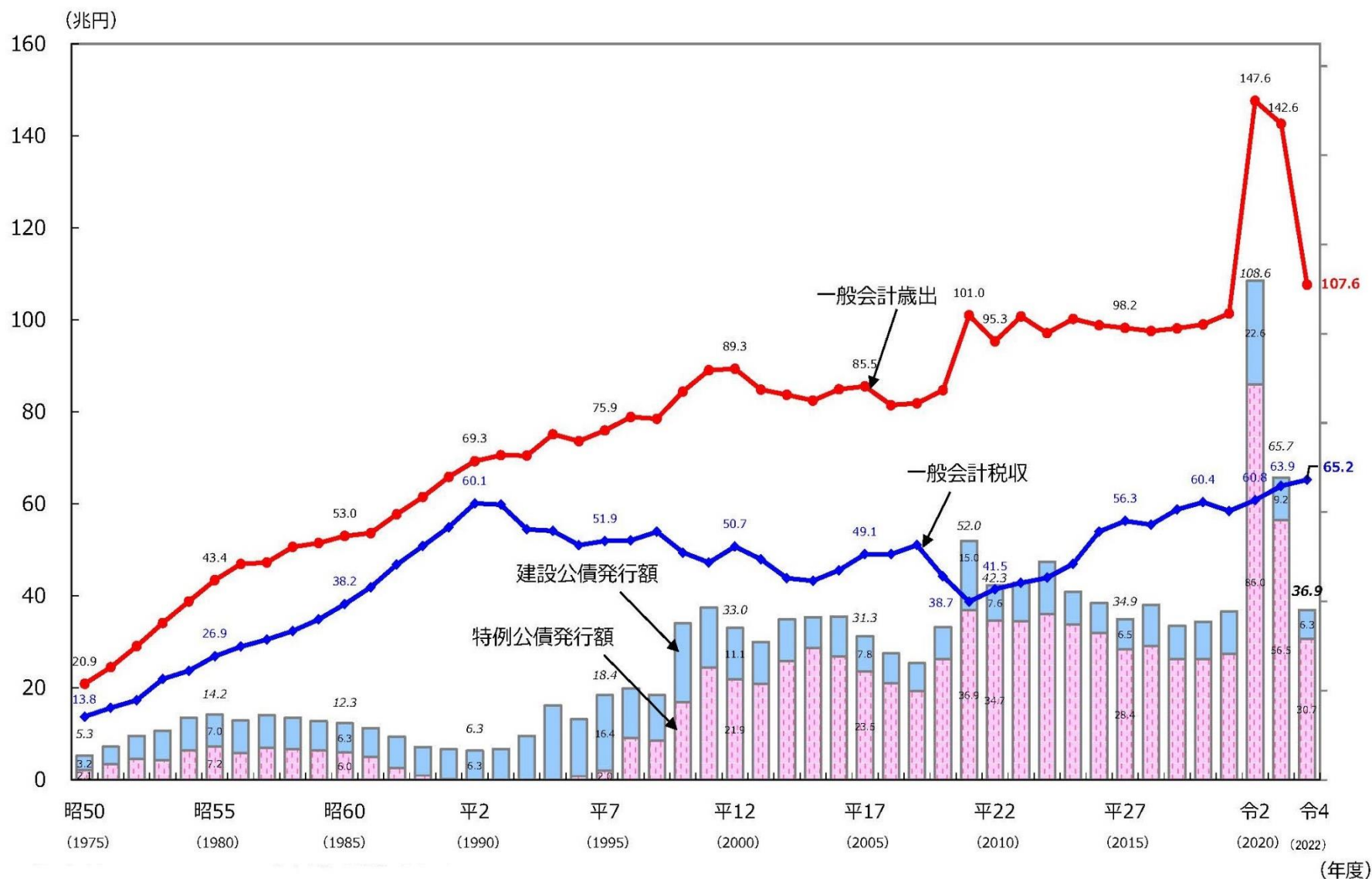


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「令和元年度社会保障費用統計」、2020～2021年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2021年度の国内総生産は「令和3年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和3年1月18日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2010並びに2021年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

一般会計における歳入・歳出の状況

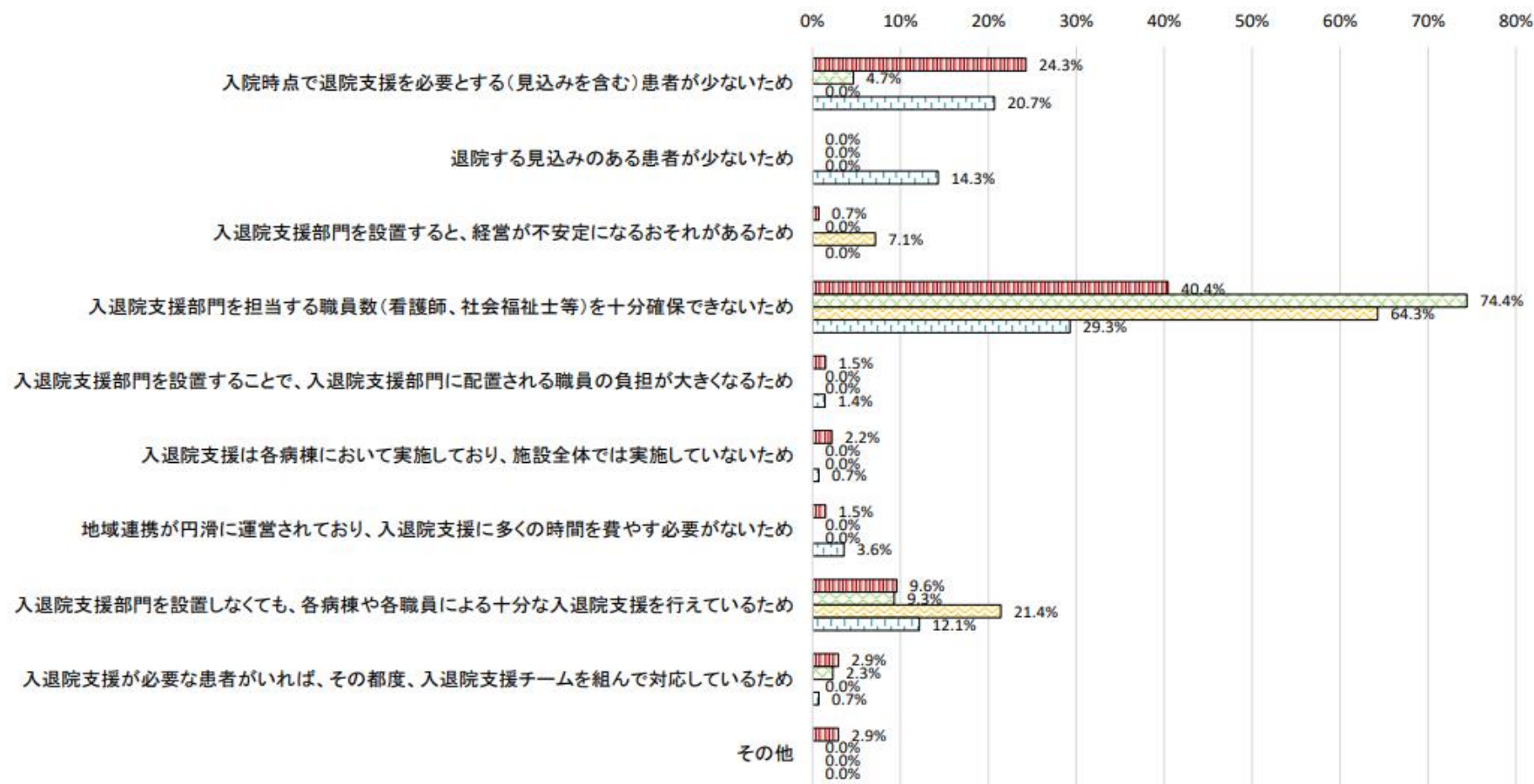


出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票） ※届出区分が無回答のものは除く

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。

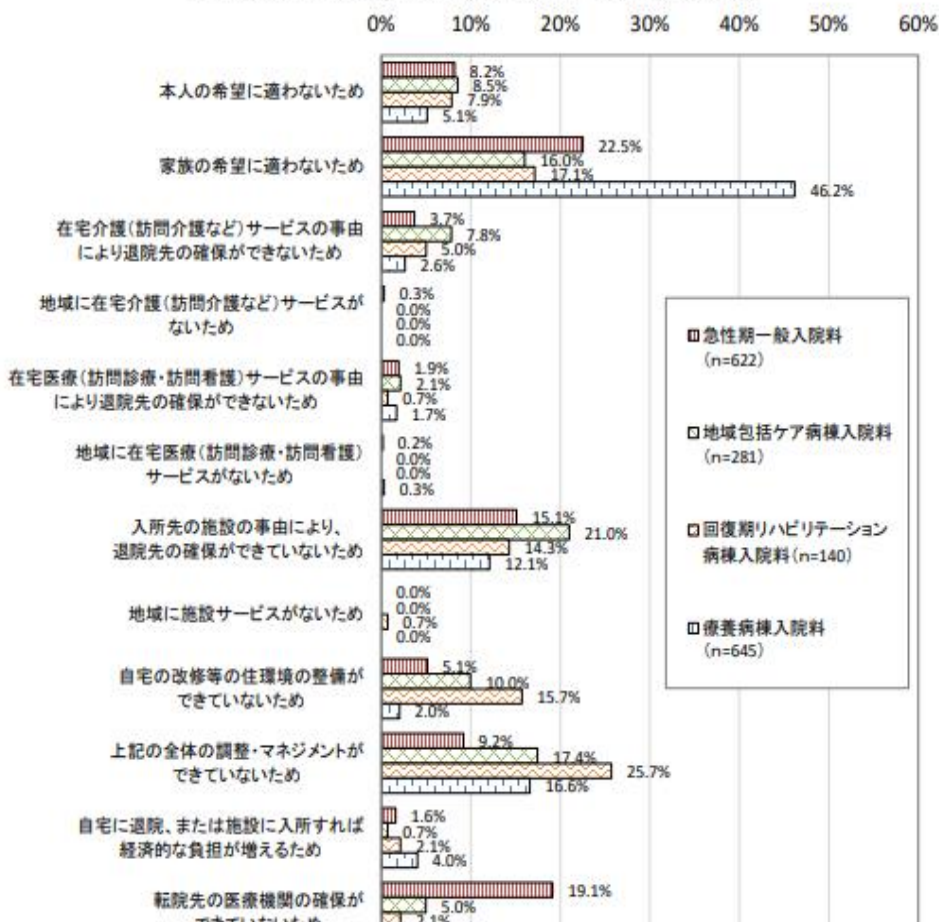
入退院支援部門を設置していない理由（最も該当するもの）



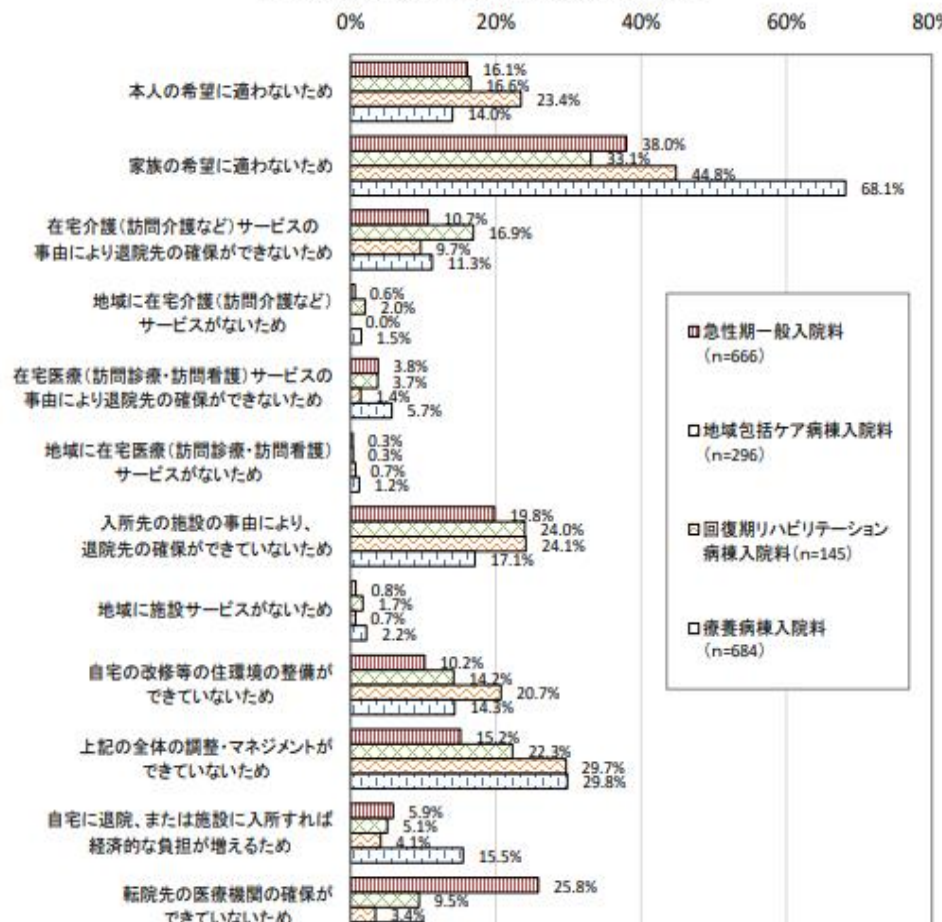
退院できない理由

○「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）

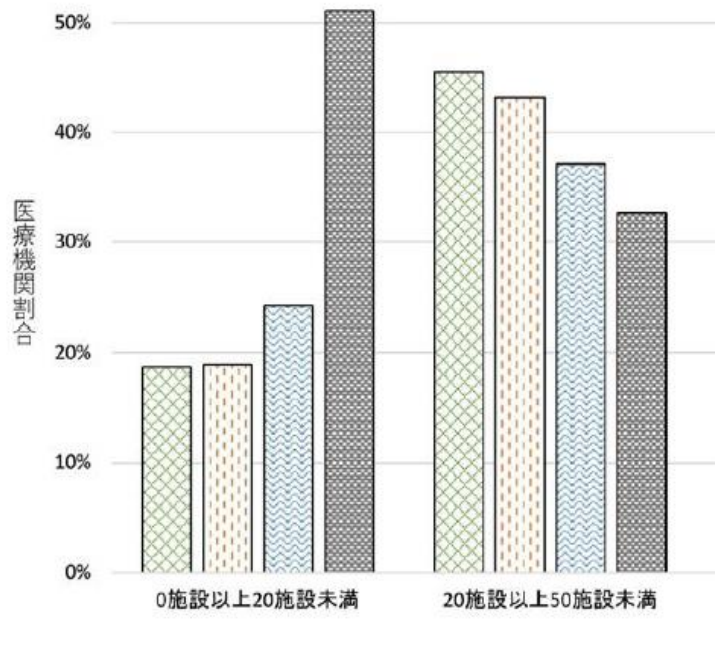


退院支援に向けた施設間の連携状況

- 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・連携施設数の割合

000853842_PAGE0055



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)

出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

※無回答のものは除く

出典：厚生労働省_中医協総会(2021/11/12)総-2-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

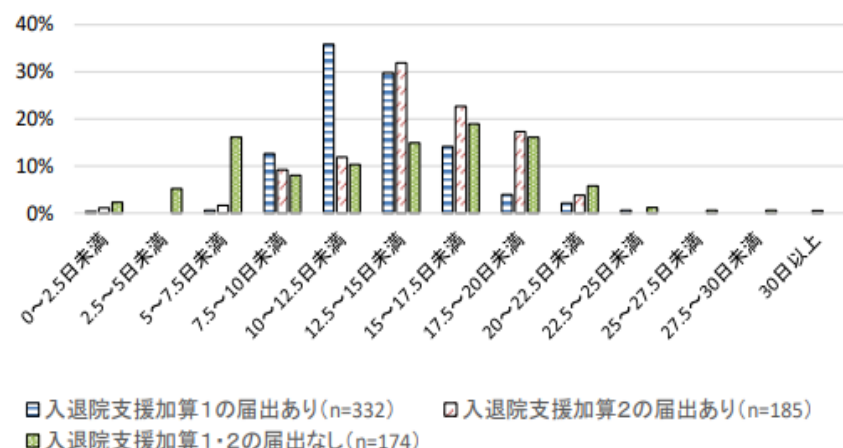
目次に戻る

入退院支援加算の届出有無と平均在院日数（入院料種別）

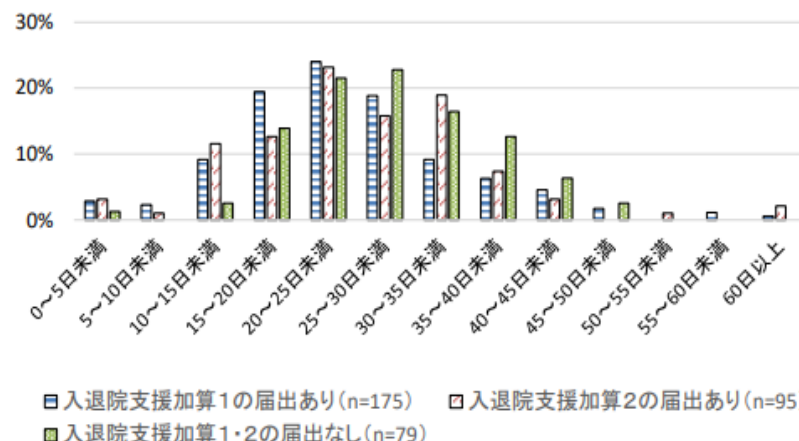
- 入退院支援加算1・2の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、いずれの入院料種別においても、入退院支援加算1・2の届出ありの施設の平均在院日数が短い傾向にあった。

入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

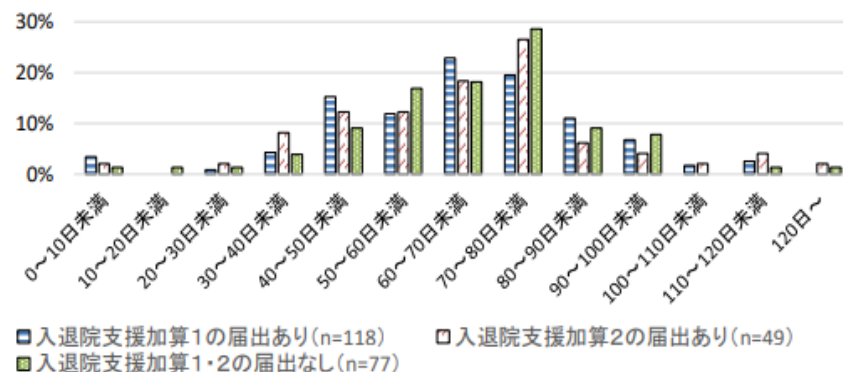
＜急性期一般入院基本料＞



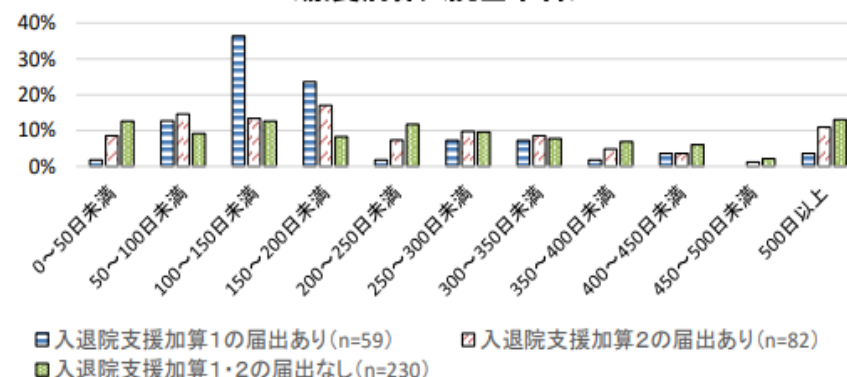
＜地域包括ケア病棟入院料＞



＜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＞

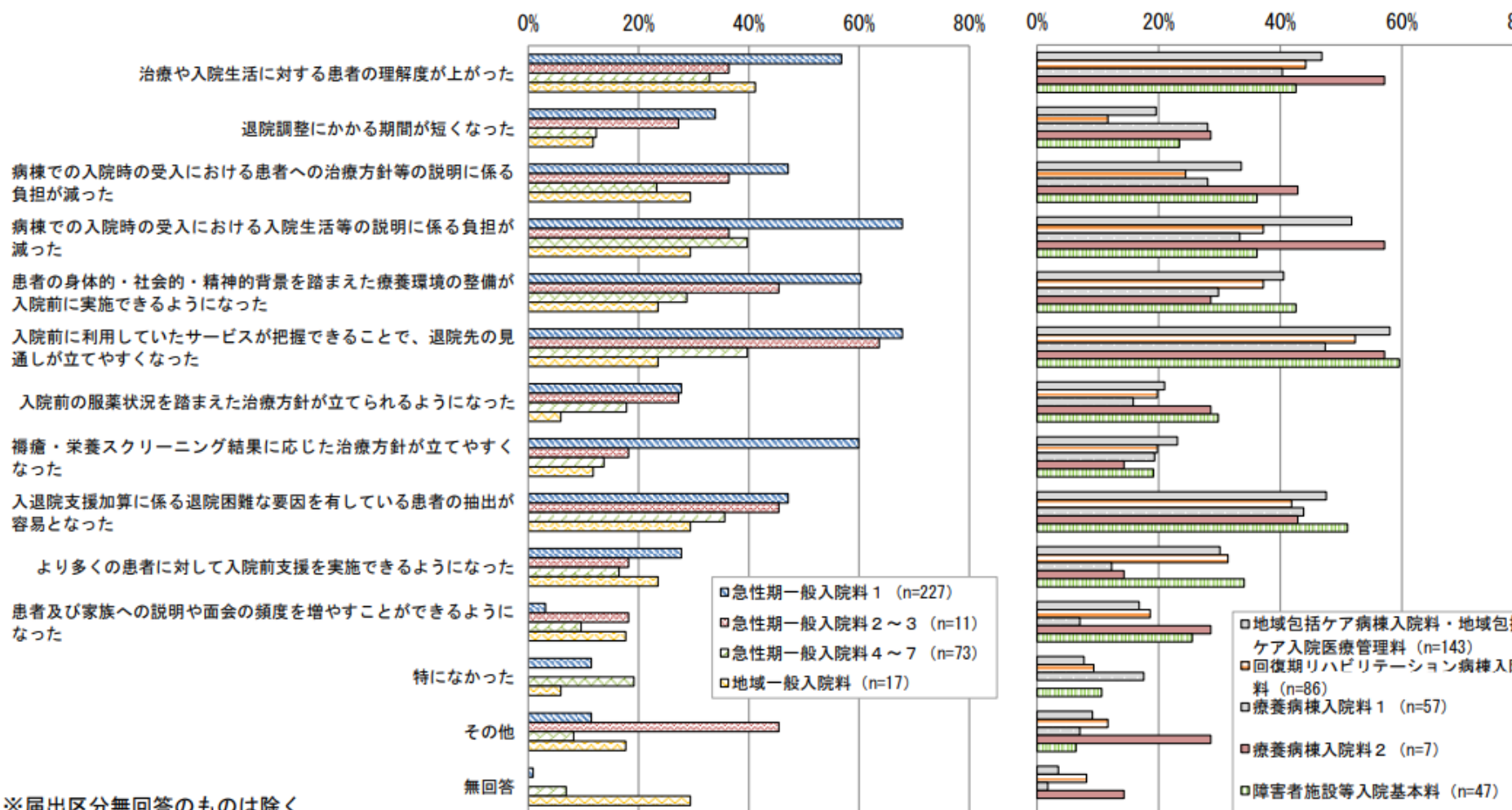


入院時支援加算の届出による効果

- 入院時支援加算の届出による効果として、「病棟での入院時の受入における入院生活等の説明にかかる負担が減った」「入院前に利用していたサービスが把握できることで、退院先の見通しやすくなった」が特に多かった。

入院時支援加算の届出による効果

(複数回答)





入退院・入院時支援の効果

- ・職員の確保が出来ない→非常勤職員でも可
- ・退院できない理由にマネジメント不足、連携医療機関確保が出来ない→マネジメント役が必要 連携機関25以上に変更(+5)
- ・入退院支援加算届け出医療機関は在院日数が短い
- ・入院時支援加算の届け出による効果→ 病棟看護師の負担軽減 退院先の調整がしやすくなった

中医協会議より令和元年から2年は算定件数は横ばい(平均4割)

*** 令和4年診療報酬改定で+100点に！**



本日の内容



1. 当院について
2. 退院支援の必要性
3. 診療報酬改定から
4. 退院支援の実際
5. 退院支援委員会の実際
6. 地域との連携



令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

（1）新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

（2）安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

（3）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

（4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①（機能編）

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、提供する医療の対象となる患者の病態像や医療の内容に着目し、それらに見合った適切な評価となるよう、見直し・加算の新設等を実施。その際、医療機関の機能に応じた感染対策が実施されるよう、感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算を新設し、取組を推進。



-
- 急性期**
- 救急患者の受入推進等**
- 地域医療体制確保加算の対象拡大、充実
 - 救急医療管理加算の見直し
- 入退院支援加算の見直し**
- 地域包括ケア病棟との機能分担推進**
- 自院一般病棟からの転棟割合適正化
 - 在宅患者の受入等、在宅医療等の実績
 - 入退院支援加算の要件化、在宅復帰強化
 - 初期加算の見直し
- 地域包括ケア病棟**
- 感染対策向上加算・外来感染対策向上加算の新設**
- 外来機能の分化・連携推進**
- 連携強化診療情報提供料の新設
 - 紹介受診重点医療機関入院診療加算の新設
 - 紹介割合・逆紹介割合に基づく初診料等の減算
- 在宅**
- 外来から在宅への連携推進**
- 外来在宅共同指導料の新設
 - 在宅療養移行加算の新設
- 在宅医療の提供**
- 緊急時受入**
- 療養病棟**
- 回復期リハ**
- 在支病・在支診**
- 在支診・在支病の見直し**
- 機能強化型在支病における後方入院機能の評価（地ケア1・3等）
 - 地域の24時間在宅医療提供体制への協力
 - 機能強化型における介護サービス等との連携の要件化
- 介護サービス**
- 有床診療所の見直し**
- 初期加算の見直し
- 診療所等**
- 緊急時受入**

地域包括ケアシステム

できるだけ
長く

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**

地域包括ケアシステムの姿



入退院支援の推進

入退院支援加算の評価・要件の見直し

- 質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算1の評価及び要件を見直す

現行

【入退院支援加算1】

【算定要件】

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

【施設基準】

- ・「連携機関」の数が20以上であること。
- ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること

改定後

【入退院支援加算1】

【算定要件】

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 **700点**
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 **1,300点**

【施設基準】

- ・「連携機関」の数が**25以上**であること。
- ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で**対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて**面会し、情報の共有等を行っていること



- 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算1及び2の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算1及び2の対象患者にシ及びスを追加する。

現行

【入退院支援加算1及び2】

【算定要件】

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。）
- 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

改定後

【入退院支援加算1及び2】

【算定要件】

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。）
- 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 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること**
- シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること**
- ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること**
- セ** その他患者の状況から判断して**アからスまでに**準ずると認められる場合

- 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

中医協 総-2
3. 8. 25

【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】

令和3年5月17日

現状・課題

- 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

子ども家庭局家庭福祉課提供資料

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



入院時支援加算 (200点・230点)

- ▶ 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**、入院中の看護や栄養管理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**

1. 身体的社会的精神的背景を含めた患者情報の把握
2. 入院前に利用していた介護・福祉サービスの把握
3. 褥創危険因子評価
4. 栄養状態の評価
5. 服薬中の薬剤の確認
6. 退院困難な要因の有無の評価
7. 入院中に行なわれる治療・検査の説明
8. 入院生活の説明

*** 入退院加算を算定する患者**

本日の内容



1. 当院について
2. 退院支援の必要性
3. 診療報酬改定から
4. **退院支援の実際**
5. 退院支援委員会の実際
6. 地域との連携



入院患者

予定入院

(手術・化学療法・検査)

6割

緊急入院

4割

入院前(外来段階)に医療資源を集中投入

リスク評価・管理を行い、効率化を図るシステムの構築



入退院支援加算とは

- 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
 - 支援の実施者の解釈・・・良い悪いは解釈の仕方？
- 早期退院は医療費の適正化のみならず！
 - ・院内感染
 - ・ADL低下
 - ・せんもう
 - ・家族関係
 - ・早期日常生活復帰によるQOLの向上



退院支援とは

退院支援：患者、家族が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するのか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援

退院調整：患者の自己決定を実現するために、患者、家族の意向をふまえて、環境・人・物・経済的問題などを社会保障、社会資源につなぐマネジメントの過程

在宅療養支援：入院、外来通院中にかかわらず、その人の望む暮らしの実現に向けて、在宅療養の支援が必要

- ◆入院48時間以内に退院調整スクリーニング・アセスメント票の入力を実施する。フリー記載欄はアセスメント内容を入力する
 - ・退院に向けて患者家族の意向を確認し、テンプレート入院時看護記録内の「患者の状態」カルテ記載する。

- ◆予定入院者については、「入院前支援評価」を参照すること

栄養状態の評価と栄養指導、持参薬の確認、周術期管理、歯科口腔機能管理、肺塞栓予防リスク評価、認知症の評価、せん妄リスク評価、褥瘡リスク評価、転倒・転落リスク評価、入院前に利用した介護福祉サービス、退院困難な要因の評価、退院調整スクリーニング、療養支援計画

- ◆退院調整スクリーニング
退院困難な要因なしの場合は確定保存 ワークフロー不可は終了 (印刷不要)

退院調整スクリーニング・アセスメントの塗りつぶし項目は、退院困難な要因あり支援の必要性がある。印刷して、病棟BOXへ2枚提出

- ◆退院支援計画書の作成 退院困難な要因をチェックする 救急・HCU・ICU病棟はここまで実施

状態変化等により退院困難な要因が発生した場合は、再度、スクリーニング・アセスメント票を修正する

- ◆患者・家族と退院支援面談(病棟Ns、連携室Ns、MSW)

- ・原則として7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活を含めた話し合いを行う。
- ・バリエーション発生しないパス適応ケース、病棟NS中心の退院支援ケースなどは、入院時の意向確認を退院支援面談とする。
- ・退院調整を要するケースは、連携室NS、MSWが行い、退院支援面談記録をカルテ記載する。

- ◆退院支援カンファレンス

- ・退院支援計画を実施するにあたり、3者、多職種が協働してカンファレンスを実施する。
- ・今後の支援の具体的な方法を検討する。
- ・退院支援カンファレンス記録、参加者氏名をカルテ記載する
- ・退院支援の進捗状況など確認し、必要に応じて検討する。

- ◆退院支援計画書の作成、確認

診療報酬改定に合わせ
変更中

(病棟Ns) *記録のタブは医療福祉連携/退院調整

- ◆退院支援計画書の説明・交付

- ・患者家族に説明を行い、交付する。
- ・説明した内容はカルテ記載する。
- ・「入退院支援加算」を算定入力する。

- ◆退院支援計画書のスキャン

- ・署名後の計画書をクリーニングBOXへ入れる。
- ・連携室でスキャンする。

- ◆退院支援

- ・退院指導内容と支援内容をカルテ記載する。
- ・パンフレットなども使用する。

- ◆退院時にはワークフローの転帰先分類の入力と確定保存を行う

(連携室Ns、MSW)

- ◆退院支援計画書の説明・交付

- ・患者家族に説明を行い、交付する。
- ・説明した内容はカルテ記載する。
- ・NECスキャンする。
- ・「入退院支援加算」を算定入力する。

- ◆退院支援・退院調整

- ・退院、転院後の療養生活を担う関係機関などと連絡調整、在宅サービス導入に係る支援を行う。
- ・退院支援計画に変更があった場合や退院調整の支援経過に関しては、カルテ記載する。



退院支援フロー

- 従来の支援(こってり) **介入事案**
- 入退院支援 改定後の入退院支援室経由(あっさり)
→ カンファレンスの意義
- 師長会議・退院支援委員会にて周知
- ラミネート加工後病棟へ配布
- 病棟個別指導・説明
- 病棟看護師の実施内容と病棟専任の業務の周知
- 診療報酬改定、電子化カルテシステム変更に合わせて修正
- フロー作成により周知、標準化を図る。病棟の特徴によりアレンジ **記録は同一タブ 医療福祉連携/退院調整 経過がわかりやすい**



スクリーニング（退院困難な要因の抽出）

- 退院困難な要因の抽出
- 入院時病棟看護師が実施
- テンプレートを用いた記録 患者の状態へ記載
- その他の状況の統一（心臓外科手術）
 - * 入院目的により対象外の統一 悪性腫瘍の検査入院
 - 術前の検査 抗がん剤の再入院 ケースによっては介入
 - 今後の検討課題 検査でもCMとの連携が必要
- 5月診療報酬改定に合わせ退院困難な要因を追加
- 入退院支援スクリーニング・アセスメント票
 - ①身体的側面②精神・認知的側面③社会的側面④スピリチュアル的側面 4つのアセスメントへ機能評価からの指摘事項

- 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算 1 及び 2 の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算 1 及び 2 の対象患者にシ及びスを追加する。

現行

改定後

【入退院支援加算 1 及び 2】

〔算定要件〕

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。）
- 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

【入退院支援加算 1 及び 2】

〔算定要件〕

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。）
- 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 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること
- シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合



スピリチュアル的側面

人間の尊厳の確保や生活の質(QOL)を考えるために必要かつ本質的なもの

WHO(世界保健機構)新しく提案された健康定義

「健康とは、完全な身体的、心理的、スピリチュアル及び社会福祉の動的な状態であり、疾病、病弱の存在しないことではない」

＊ 委員会、師長会議にて資料を配布し退院支援委員会で学習会、事例からの具体例を検討



退院支援カンファレンス

- 計画実施にあたり**7日以内**に病棟看護師、専任職員、部門看護師MSWのカンファレンス 必要に応じ他職種も
- スクリーニング内容の同時確認
- 入院目的、家族背景、入院前の生活、経過見込みの確認
- 実際の支援を**具体的に確認**（あっさり・こっそり）
- カンファレンス記録はテンプレートを活用
- **病棟の専門性に合わせほぼ毎日実施**

*** 病棟看護師の退院支援に関する意識の向上**



患者・家族との退院支援面談（7日以内）

- 退院後の生活を含めた話し合い
- 関係職種と連携
- 退院支援計画書の作成着手
- 病棟の疾患の特殊性により考慮 OPE目的・・



退院支援計画書

- 文書で患者、又は家族に説明、交付 **専任・病棟看護師**
- 患者氏名・入院日・計画着手日・作成日
- 退院困難な要因 **（悪性腫瘍の問題）**
- 退院に関する患者以外の相談者
- 退院支援計画を行なう者の氏名（病棟責任者・専任支援職員・部門担当者）
- 問題点・課題の抽出
- 目標設定・支援期間・概要・予想される退院先・予想される福祉サービスと担当者名
- ＊ 定型句の活用 漏れのない記載 

退院計画書説明

- 家族、本人への説明、同意サインをいただきテンプレートからのカルテ記録・カルテへの取込み
- あっさり支援 これですべて安心して退院ができるという考え方
 - ・栄養指導
 - ・服薬指導
 - ・相談、支援部門の説明
 - ・生活指導
- こってり支援 専任部門での支援・転院調整 家族への複数回の退院指導 担当ケアマネージャーとの連携
- 記録他最終確認の実施

病棟看護師の役割・業務

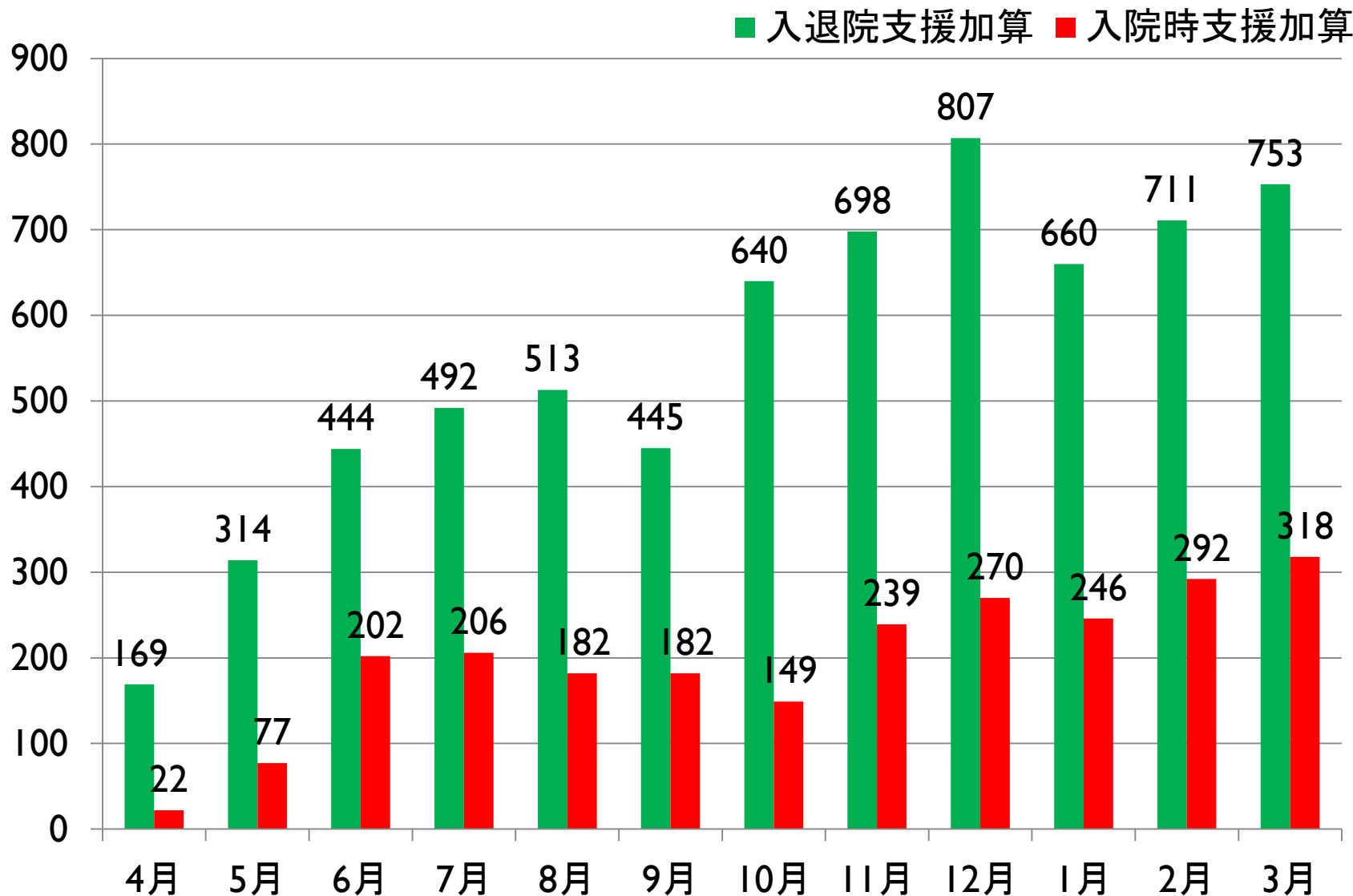
- 患者、家族の意思を尊重し医療を生活の視点でとらえることができる
- 患者の24時間を支える看護の専門性
- 多職種での中心的役割
- 医療、介護の両面におけるアセスメント
- 在宅療養の基本的知識を持つ
- 自施設の機能や役割の理解
- 退院後の患者、家族が安心して生活、療養ができることをめざす

病棟看護師の教育

- 新人教育
- ラダー 4～5年目 研修（実習2日・講義1.5日）
- 退院支援委員会
 - ・事例報告
 - ・Eラーニング利用の研修
 - ・学習会 タイムリーな内容
 - ・各病棟の課題抽出・取り組み・評価（上半期・下半期）
 - ・グループワークからの取り組みへ発展

算定件数 平成30年4月～31年3月

2021年4月入退院支援68%(全国平均40%) 入院時39%





入退院支援・加算算定にむけての取り組み

- 他施設の視察
- 看護部・経営プロジェクト
- 師長会議での周知
- 退院支援委員会での取り組み
- 病棟看護師への教育→**各病棟への説明**
- 新人看護師教育
- 地域医療連携室・医療福祉相談室(MSW)の取り組み
- 診療報酬改定に合わせての柔軟な対応や変更





- 多職種での連携
 - 情報の共有
 - 目標の設定
 - 看護師の疲弊への対応
- 認知症・夜間せん妄・転倒リスク状態・介護者

情報共有のスレッドをツールとして多職種との情報共有と
目標の共有と目標に向けての支援



- 病棟看護師
 - ・在宅での入院前の生活がイメージ出来ない
 - サービス利用 訪問看護 福祉用具 ケアマネの業務 ...
- 記録
- 具体的支援内容
- 支援の標準化の困難さ
- 退院支援委員の推進者としての役割
- 在院日数減→外来患者支援需要増と困難さ
- 外来看護の充実
 - * 質・個別性が問われる！！

医療倫理の4原則

倫理の4原則

1. Autonomy

自律尊重の原則

他人の意思決定を尊重する、あるいはそれを支援すること

2. Beneficence

善い行いをする原則

双方での合意の元に、最善の策を実践すること

3. Non-maleficence

危害を加えない原則

相手の害になる行為を行わない、あるいは最小限にすること

4. Justice

公正・正義の原則

医療資源や人的資源を、正義の元に公正に分配すること



本日の内容



1. 当院について
2. 退院支援の必要性
3. 診療報酬改定から
4. 退院支援の実際
5. **退院支援委員会の実際**
6. 地域との連携



退院支援委員会の活動

- コア会議での事前準備と運用の具体化（病棟・訪問看護・連携室・部長室）
- 病棟ごとの課題、取り組み評価を上半期、下半期で実施
- 取り組みからの困難さはグループワークでヒントを得る
- 課題事項の学習会
- 診療報酬に関する学習会
- 各病棟への周知は師長会議とWで実施
- 連絡はメールを活用



本日の内容



1. 当院について
2. 退院支援の必要性
3. 診療報酬改定から
4. 退院支援の実際
5. 退院支援委員会の実際
6. 地域との連携





- 保健医療福祉分野での実務経験5年以上（医師、看護師、社会福祉士、介護福祉士など）要件
- 要介護者や要支援者が、居宅サービスや地域密着型サービス、その他の必要な医療・福祉サービスを適切に利用できるような業務を行う
 - ① ケアプランの作成
 - ② サービス提供のための事業所との連絡調整
 - ③ 介護保険施設などの入所の場合は紹介を行う
- 入院の際は医療機関との連携の促進が強化。入院時は入院先にCM情報を伝える 平素からの多職種連携



ケアマネージャーさんとの連携



平成25年居宅介護事業者支援連絡協議会からの意見
から



- ・介護支援連携指導の窓口の統一
- ・日程調整 検査などの確認
- ・MSW又は看護師の同行

＊ 今やケアマネージャーとの連携は不可欠



介護支援連携指導・変更

- 居宅介護支援 入院時情報提供加算(Ⅰ)200単位/月
入院時3日以内に情報提供 **(提供方法は問わない)**

→ **FAXもOK**

佐久地域医療介護連携会議での来院での連携を依頼

入院時スクリーニングからの拾い上げ連絡CMさんから連絡があることも
面会場所の工夫 施設間連携 MSWや専任看護師が説明

・カンファレンス参加で上乘せ評価

- 診療情報提供1(250点)ケアマネへの情報提供の算定
退院後2週間以内 (退院前は介護連携指導算定時は
算定不可) *内容は看護サマリー
- 継続看護、介護、留意点の情報共有の重要なツール
- 略語は使用しない ADLまで
- 面会制限下での来院での連携の困難さ **先方のZoom環境**



診療情報提供1 (250点)



入院機関と退院後の在宅療養を担当する関係機関との連携評価の充実

- ・市町村又は指定居宅介護支援事業者等に対して、**診療状況を示す文書**を添えて、**保健福祉サービスに必要な情報**を提供した場合月1回の算定
- ・患者の同意を得て、退院日の前後2週間の期間、ただし退院前に算定に算定する場合、介護支援連携指導料を算定した患者については算定出来ない。→**退院後に**
- ・必要な情報①医師名②情報提供の目的③傷病名④傷病の経過及び診療状況⑤診療形態⑥入院日・退院日⑦必要とされる介護福祉サービス・留意点⑧障害高齢者の生活自立度⑨認知症高齢者の日常生活自立度
看護サマリーに網羅



東信地域看護連携協議会



- 看護サマリーの書式の統一
- 講演会の開催 地域の介護職・看護職向け
- 情報交換・共有
- 顔と顔の見える関係と困った時に助け合える関係
- ベッドひっ迫時の連携





- 連携室の連携を深める会
- 学習会と懇親会
- 連携室職員・事務長・院長・副院長・・・等々

顔の見える関係



困った時に助け合える関係



脳卒中連携の会



- 脳卒中連携パス
→急性期病院にとってリハビリ転院は必須
- 市民公開講座の開催
- リハビリ・栄養士・看護師・消防本部・保健福祉事務所
医師会・連携室事務・MSW



患者サポートセンターPFMの効果

おまけ①



患者: 50代女性 右橈骨遠位端骨折予定手術

- ・入院前から予定がわかり仕事、家庭の調整が可能
手術当日の家族同伴
 - ・入院、手術のイメージができることにより不安の軽減
 - ・退院後の生活のイメージができる
 - ・食事(お箸使えない)栄養士さんの入院前介入
 - ・内服薬管理
 - ・入院費 限度額認定 保険金手続き
- 入院前から準備(人・物・金)ができて安心して治療ができる！



診療報酬改定重点課題：医師等の働き方改革等の推進の視点

- ・専門性を発揮しタスク・シェアリング／タスク・シフティングにつながる
- ・連携で培った知識・情報
- ・面談詳細記録 緊急対応時
- ・不安に対する説明、支援
- ・患者・家族の安心と満足度の高い医療の実現



- 1 専門力を高める
- 2 マネジメント力をつける
- 3 連携こそが命！ 病院幹部や地域の同業多職種多々
- 4 世の中の変化に対応していく

我が国の人口予測 国の方針 地域の特徴をつかむ

- 5 世のため病院のための貢献

地域に信頼され、期待される病院として生き残ることが重要

☆ 目標を掲げ将来のために変化を楽しむ
この業界に魂を込めた皆さん ここで生きぬいていきましょう



- 厚生労働省 入院医療費等の調査・評価分科会資料
- 厚生労働省 令和4年診療報酬改定資料
- 財務省 令和4年度財政に関する資料



ご清聴ありがとうございました