

退院支援に関する評価の充実

骨子【I-3-3 (1)】

第1 基本的な考え方

退院支援の更なる推進を図るため、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携を推進するために評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 病棟への退院支援職員の配置を行う等積極的な退院支援を促進するため、現行の退院調整加算を基調としつつ実態を踏まえた評価を新設する。

(新) 退院支援加算 1

<u>イ 一般病棟入院基本料等の場合</u>	<u>600点 (退院時1回)</u>
<u>ロ 療養病棟入院基本料等の場合</u>	<u>1,200点 (退院時1回)</u>

[算定要件]

- (1) 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、入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画を立案し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。

対象患者は、現行の退院調整加算の対象者に加え、連携する保険医療機関からの転院であって、転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者（1度の転院に限る。）。

- (2) 現行の退院調整加算における退院調整に加え、以下の支援を行っていること。

- ① 当該保険医療機関の退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等に出向くなどして担当者と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。

- ② 各病棟に専任で配置された退院支援職員が、病棟で原則として入院後 3 日以内に新規入院患者の把握及び退院困難な要因を有している患者の抽出を行う。
- ③ 退院困難な要因を有する患者について、原則として入院後 7 日以内（療養病棟等については 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。
- ④ 入院後 7 日以内に、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調整部門の看護師及び社会福祉士が共同してカンファレンスを行った上で退院調整に当たること。なお、カンファレンスに当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。

[施設基準]

現行の退院調整加算の施設基準に加え、以下の基準を満たしていること。

- (1) 退院支援・地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。ただし、退院支援業務について、最大 2 病棟まで併任することが可能。
- (2) 20 以上の保険医療機関又は介護サービス事業所等と転院・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。
- (3) 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当該保険医療機関の退院支援・地域連携職員が、3 回／年以上の頻度で面会し、転院・退院体制について情報の共有等を行っていること。
- (4) 当該保険医療機関における介護支援連携指導料の算定回数が、当該加算の算定対象病床 100 床当たり年間 15 回以上（療養病棟等については 10 回以上）であること。
- (5) 病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、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。

2. 退院調整加算について、入院日数に応じた評価を廃止するとともに名称を改める。

現 行	改定案
【退院調整加算】	【退院支援加算 2】

<p>1 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。） 専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料又は特定一般病棟入院料を算定している患者が退院した場合</p> <p>イ 14日以内の期間 340点</p> <p>ロ 15日以上 30日以内の期間 150点</p> <p>ハ 31日以上 30日以内の期間 50点</p>	<p>イ 一般病棟入院基本料等の場合 <u>190点</u> (新)</p>
<p>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（結核病棟に限る。）、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、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合</p> <p>イ 30日以内の期間 800点</p> <p>ロ 31日以上 90日以内の期間 600点</p> <p>ハ 91日以上 120日以内の期間 200点</p>	<p>ロ 療養病棟入院基本料等の場合 <u>635点</u> (新)</p>

3. 現行の新生児特定集中治療室退院調整加算を基調としつつ、新生児特定集中治療室に入院した患者に対する退院支援に関する評価を新設する。

(新) 退院支援加算 3 1,200点 (退院時1回)

[算定要件]

(1) 対象患者は、現行の新生児特定集中治療室退院調整加算 1 又は 2 の対象者及び転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者（1度の転院

に限る)。

- (2) 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し、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。
- (3) 入院後 1 か月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で患者又は家族に説明を行い交付する。また、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、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、社会福祉サービスの導入に係る支援を行う。
- (4) 退院調整に当たって病棟及び退院調整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計画を実施すること。

[施設基準]

現行の新生児特定集中治療室退院調整加算 1 及び 2 の施設基準と同じものとする。

4. 現行の地域連携診療計画管理料等を基調としつつ地域連携診療計画を策定・共有した上で、医療機関間の連携を図っている場合についての評価を新設する。

退院支援加算

- | | | |
|-----|-------------------|-----------------|
| (新) | <u>地域連携診療計画加算</u> | 300 点 (退院時 1 回) |
| | 診療情報提供料 (I) | |
| (新) | <u>地域連携診療計画加算</u> | 50 点 |

[算定要件]

地域連携診療計画加算 (退院支援加算)

- (1) 対象患者は、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る者及び転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者 (1 度の転院に限る)。
- (2) 連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等とあらかじめ共有されている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、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するとともに、患者に説明し、文書にて患者又は家族に提供する。

- (3) 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る場合には、当該保険医療機関又は介護サービス事業所等に対して、当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。
- (4) 転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者については、退院時に、当該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。

地域連携診療計画加算（診療情報提供料（I））

- (1) 対象患者は、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において地域連携診療計画加算（退院支援加算）を算定して当該保険医療機関を退院した患者であって、入院中の患者以外の者。
- (2) 連携する保険医療機関とあらかじめ共有されている 地域連携診療計画に基づく療養を提供するとともに、患者の同意を得た上で、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに地域連携診療計画加算（退院支援加算）を算定した連携する保険医療機関に文書により情報提供する。

[施設基準]

地域連携診療計画加算（退院支援加算）

- (1) 退院支援加算 1 又は 3 の届出保険医療機関であること。
- (2) 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が作成され、連携保険医療機関又は介護サービス事業所等と共有されていること。
- (3) 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、地域連携診療計画の評価と見直し等が適切に行われていること。

地域連携診療計画加算（診療情報提供料（I））

- (1) 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が作成され、連携する保険医療機関と共有されていること。

- (2) 連携している保険医療機関と3回／年以上の頻度で面会し、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直し等が適切に行われていること。

5. 退院調整加算を発展的に見直したことに伴い、一部の算定回数が少ない項目については廃止することとする。

[廃止する項目]

- (1) 新生児特定集中治療室退院調整加算
- (2) 救急搬送患者地域連携紹介加算
- (3) 救急搬送患者地域連携受入加算
- (4) 地域連携認知症支援加算
- (5) 地域連携認知症集中治療加算
- (6) 地域連携診療計画管理料
- (7) 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）
- (8) 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）