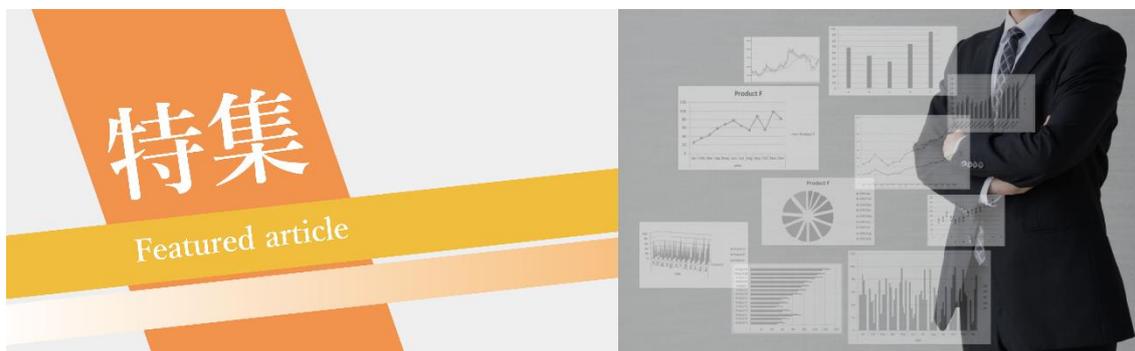


LEAP JOURNAL



※分析データにおける免責事項※

本誌における DPC データを利用した分析は、グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンが計算処理したデータをしております。データ提出日から計算処理が完了するまで、最長1か月を要するため、直近の提出データが分析に反映されない場合があります。そのため、分析実施日における各医療機関の分析対象期間が異なります。



**注目の「入退院支援」、改定半年で対策どう変化
自病院の優先検討事項チェックシート付き**

2018年度診療・介護報酬の同時改定から間もなく半年が経とうとしている。

診療報酬改定の目玉の一つとして入退院支援が取り上げられたことで、多くの医療機関で改めて体制構築が検討された。入退院支援は、PFM (Patient Flow Management) というキーワードとともに、今後さらなる進化を遂げることが予測される。

今回は入退院支援について診療報酬改定後にどのような変化があったのか、また、各医療機関での取り組みにはどのような違いがあるのかを分析した。また、入退院支援対策を再検討する上で役立つ「自病院の優先検討事項チェックシート」も併せてお届けするので、ご確認いただきたい。

●入退院支援加算を算定する医療機関が増加

今回の診療報酬改定に伴い、退院支援加算の名称が「入退院支援加算」となり、退院困難要件に生活困窮者等が追加された。各医療機関における入退院支援への取り組みに変化はあっただろうか。

【図表 1】 2018年度改定で名称変更と対象拡大が行われた

2016年度診療報酬改定資料

退院支援に関する評価の充実

▶ 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、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等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

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

(改) 退院支援加算2

イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点
 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等(20か所以上)の職員と 定期的な面会を実施(3回/年以上)	—
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	—

2018年度診療報酬改定資料

入退院支援の一層の推進

➢ 入院早期から退院直後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「**入退院支援加算**」に見直す。

➢ 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。

現行	改定後
【退院支援加算】 【算定要件】退院困難な要因 ア～ウ (略) エ、オ (略) カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと キ～ケ (略)	【入退院支援加算】 【算定要件】退院困難な要因 ア～ウ (略) 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、キ (略) 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～サ (略)

➢ 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

現行	改定後
【退院支援加算1】 【施設基準】 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数が、①及び②の合計を上回ること。 ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数 ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数	【入退院支援加算1】 【施設基準】 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(小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。) の合計回数が、①、②及び③の合計を上回ること。 ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数 ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数 ③「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(小児入院医療管理料を算定する病床に限る)に0.05を乗じた数

(新) 小児加算 200点(退院時1回)

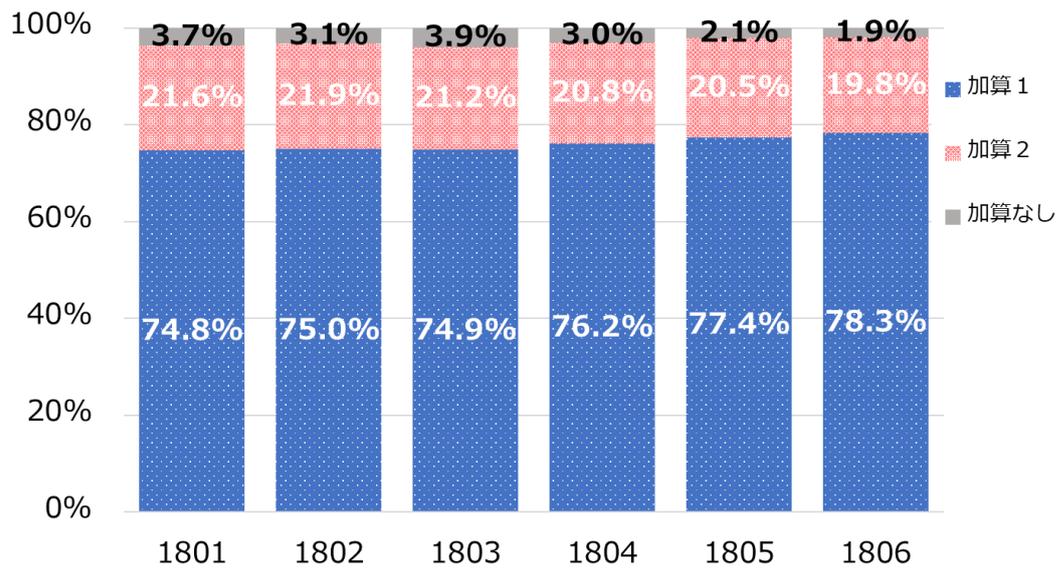
➢ 地域連携診療計画加算の算定対象に、入退院支援加算2を届け出ている医療機関を加える。 65

図表 2 は入退院支援加算の算定施設の変化を月別で追ったものである。分析データの算出期間は2018年1月～6月、538件の医療機関を対象とした。

2018年1月では96.4%の医療機関が算定していた入退院支援加算(算定時は退院支援加算)だが、2018年6月には98.1%に増加している。また、そのうち入退院支援加算1を算定している医療機関が3.5ポイント増の78.3%へ上昇しており、診療報酬改定を機に入退院支援への取り組みを強めた医療機関が増えたことが示唆される。

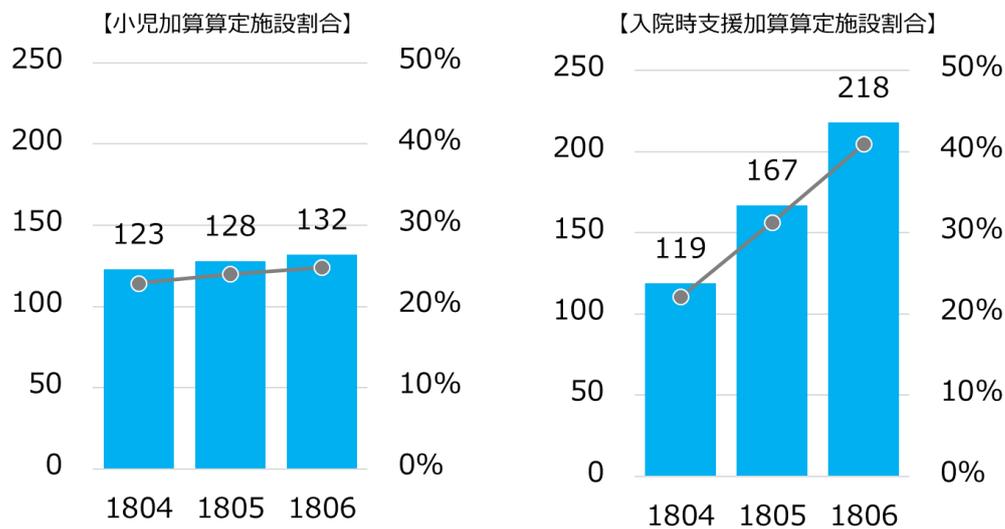
また、今回、関連加算として新設された「小児加算」(分析データ2018年1月～6月538件)と「入院時支援加算」(分析データ2018年1月～6月538件)についても、図表3、4で示す通り、2018年4月以降、右肩上がりに増加している。

【図表2】 入退院支援加算 算定施設割合



【図表 3】 小児加算 算定施設割合

【図表 4】 入院時支援加算 算定施設割合



※施設割合の分母は入退院支援加算算定施設としている

※図表 3、4 ともに棒グラフは、算定病院数、折れ線グラフは、算定病院割合を表している

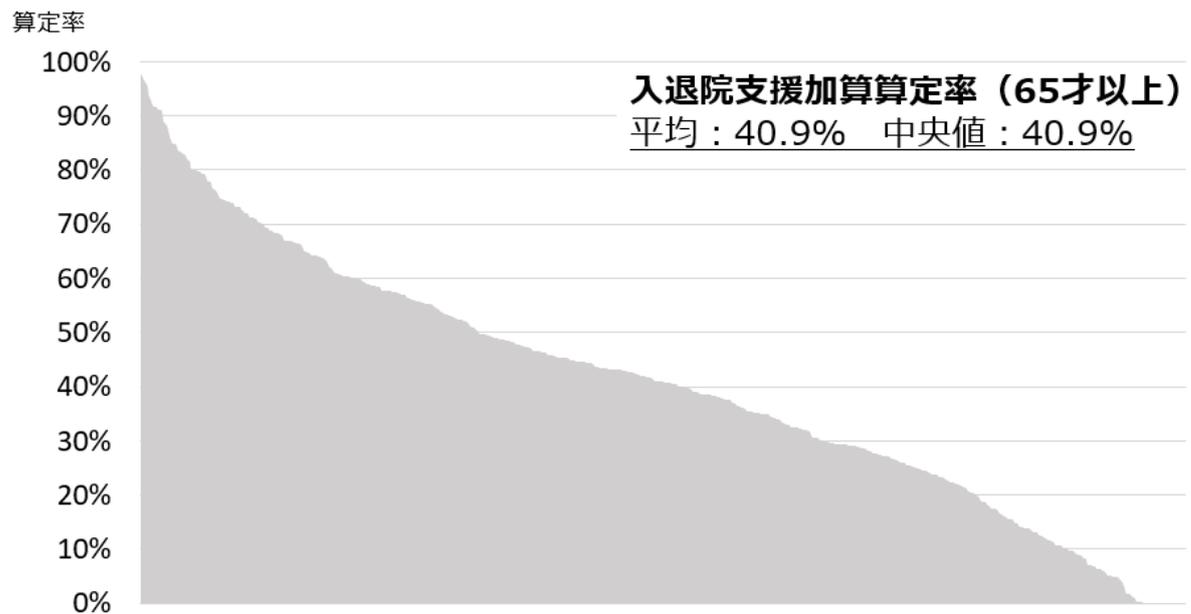
●各医療機関で取り組みに差

「入退院支援加算算定」施設が増加する中、各医療機関における取り組み状況に差はあるだろうか。

65 才以上で一定期間入院が必要と推察される症例を対象にした算定率を図表 5 に示す (分析データ 2018 年 4 月～6 月 577 件)。平均値・中央値ともに 40.9%であったが、90%を超える医療機関から 10%を下回る医療機関まで、算定率は様々であった。無論、マンパワーの違いもあるが、より効率よく仕組み化することで算定率を上げていくことが重要だ。

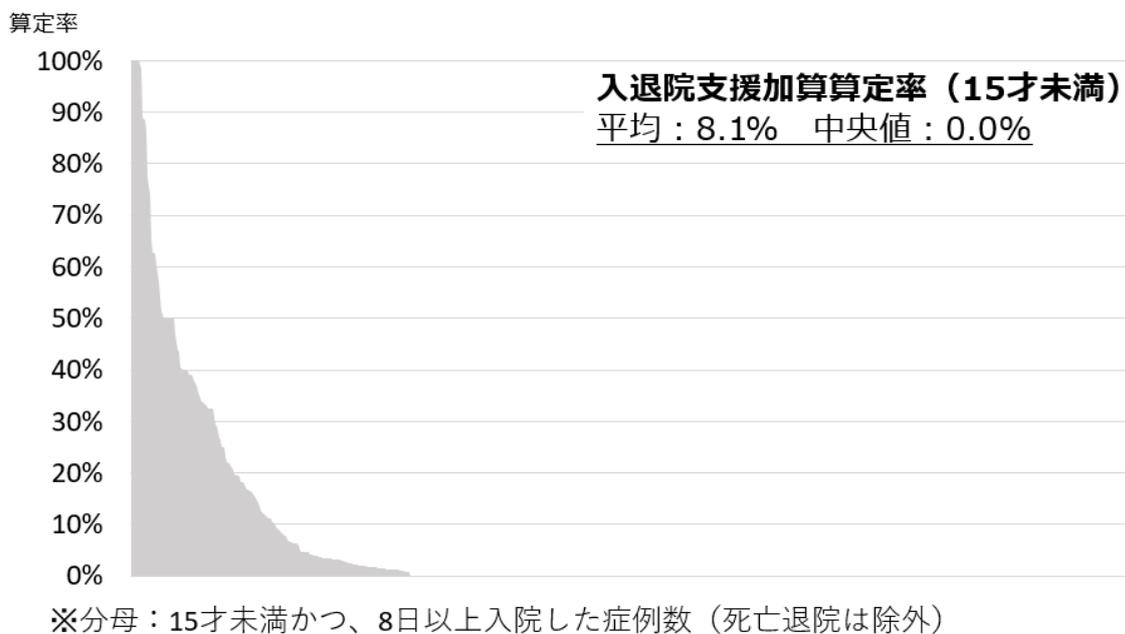
一方、15 才未満への算定は一部の医療機関のみに留まっている (2018 年 4 月～6 月 577 件、図表 6)。対象者の有無確認、スクリーニングのタイミング等運用方法を見直したい。

【図表5】 入退院支援加算算定率 (65才以上) ベンチマーク



※分母：65才以上かつ、8日以上入院した症例数 (死亡退院は除外)

【図表6】 入退院支援加算算定率（15才未満）ベンチマーク

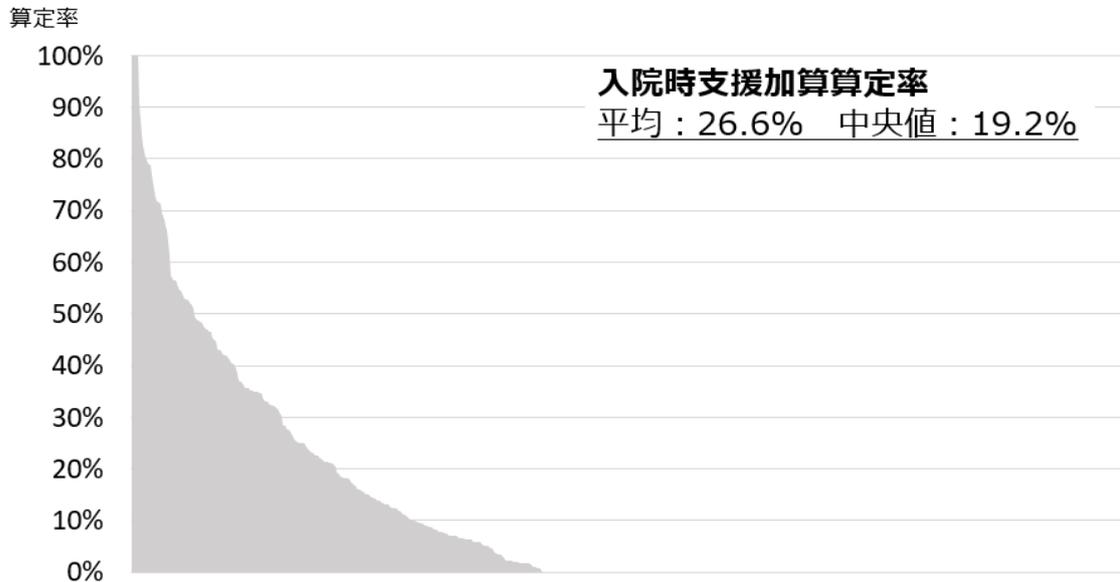


●入院時支援加算算定率が100%の医療機関も存在

今回の改定で新設された入院時支援加算の算定医療機関が増加傾向（2018年6月時点で約4割）は前述のとおりだが、各医療機関での算定率はどうだろうか。

入退院支援加算を算定した症例のうち、予定入院であった症例を対象に算定率を確認すると、平均値26.6%、中央値19.2%であった。（分析データ数2018年4月～6月240件、図表7）注目したいのは、僅かではあるものの、100%という医療機関の存在である。予定入院の入院前スクリーニングを仕組み化することで、漏れのない算定が可能であることが示唆される。

【図表7】 入院時支援加算算定率ベンチマーク

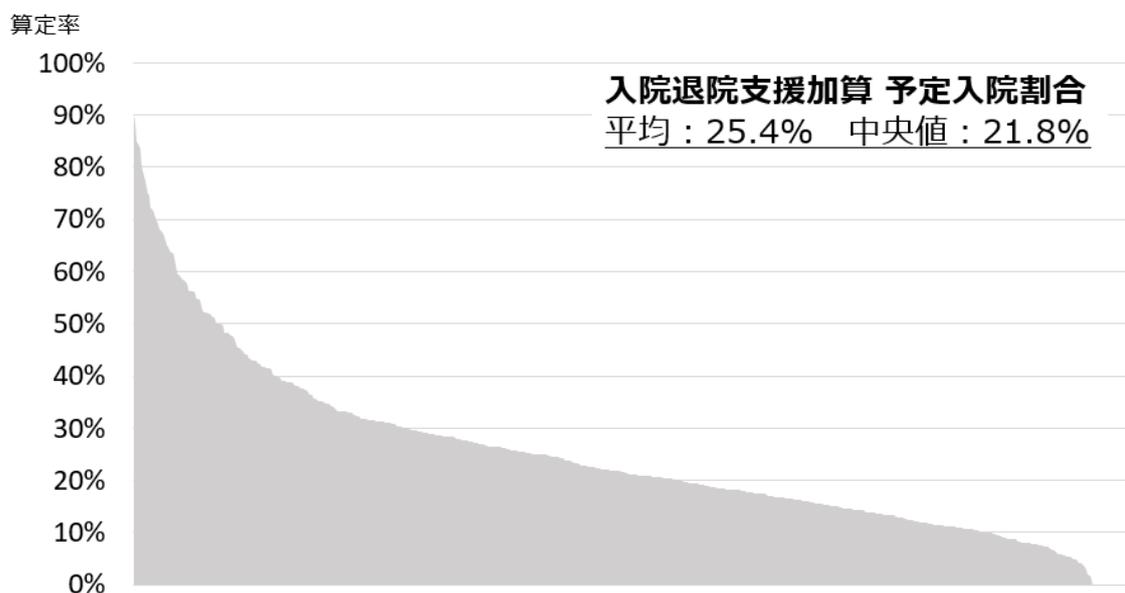


※分母：入退院支援加算算定かつ予定入院（様式1より判断）症例

一方、予定入院かつ入退院支援加算算定症例に漏れなく算定したとしても、その対象者自体が少ない場合、算定件数は伸び悩むことになる。入退院支援加算そのものの算定件数は当然のことだが、そのうち予定入院症例にどの程度算定しているかを併せて考えることが肝要である。

各医療機関によって、予定入院症例を対象としているか、予定外入院を対象としているかは様々であるが（分析データ数 2018年4月～6月 577件、図表8）、予定入院症例については、可能な限り入院前から支援を開始していくことで、入院時支援加算算定件数の向上を試みたい。

【図表8】 入退院支援加算 予定入院割合ベンチマーク



※分母：入退院支援加算算定症例

※分子：入退院支援加算算定かつ予定入院（様式1より判断）症例

●改定から半年が経った今、見直したいこと

今回の分析の巻末資料として、各医療機関の個別の数字を示している。自院 ID を確認のうえ、数値をご覧いただきたい。

「①入退院支援加算算定率」「②入退院支援加算算定症例のうち、予定入院の割合」「③入退院支援加算算定症例かつ予定入院症例に対する入院時支援加算算定率」のバランスにより、優先的に見直したい事項は異なってくる。

添付資料には、「現時点で算定可能な入院時支援加算ポテンシャル金額/年」と、「予定入院症例を対象に入退院支援加算算定率が 10%上昇した場合の入院時支援加算増加金額/年」を示した。入院時支援加算を算定しているということは、そのための人材を確保しているということである。算定件数が安定・増加することで、さらに質の高い入退院支援体制づくりに繋がるのが期待できる。

【図表9】 タイプ別 優先検討事項

① 入退院 支援 加算 算定率	② うち、 予定 入院 割合	③ うち、 入院時 支援加算 算定率	検討事項
高	高	高	現状の取り組みの効率化を行い、業務負担の軽減と、さらなる算定向上を目指す
高	高	低	入院前スクリーニングの仕組みを見直す
高	低	高	入退院支援加算について、予定入院への対象拡大を検討する
高	低	低	入院前スクリーニングの仕組みを見直したのち、入退院支援加算対象の拡大を検討する
低	高	高	(特に緊急入院患者について) 入退院支援加算の仕組みを見直す
低	高	低	入退院支援全体の仕組みについて再検討する
低	低	高	(特に予定入院について) 入退院支援加算の仕組みを見直す
低	低	低	入退院支援全体の仕組みについて再検討する

解説を担当したコンサルタント

太田 衛 (おおた・まもる)



株式会社グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンのコンサルタント。
大阪大学大学院医学系研究科機能診断科学修士課程修了。大阪大学医学部
発バイオベンチャー企業、クリニック事務長兼放射線・臨床検査部長を経
て、GHCに入社。診療放射線技師、第一種放射線取扱主任者の資格を持
ち、病床戦略、地域連携、DPC分析を得意とする。関東地方400~500床
台の公的病院における病床戦略策定・機能分化実行支援などを行うほか、
日本病院会が手がける出来高算定病院向け経営支援システム「[JHAstis \(ジャスティス\)](#)」の分析も担当する。

解説を担当したコンサルタント

湯原 淳平 (ゆはら・じゅんぺい)



株式会社グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンのコンサル
ティング部門マネジャー。看護師、保健師。
神戸市看護大学卒業。聖路加国際病院看護師、衆議院議員秘書を経
て、入社。社会保障制度全般解説、看護必要度分析、病床戦略支
援、地域包括ケア病棟・回リハ病棟運用支援などを得意とする。長
崎原爆病院（事例紹介は[こちら](#)）、新潟県立新発田病院（事例紹介
は[こちら](#)）など多数の医療機関のコンサルティングを行う。「週刊
ダイヤモンド」（掲載報告は[こちら](#)と[こちら](#)）、「日本経済新聞」
（掲載報告は[こちら](#)）などへのコメント、取材協力多数。