

入院医療（その9）

平成29年12月8日

入院医療(その9)

1. 療養病棟入院基本料

1-1) 療養病棟入院基本料の評価体系

1-2) 医療区分

1-3) 在宅復帰機能強化加算

2. 入退院支援(その2)

1-1) 療養病棟入院基本料の評価体系

【課題】

- 11月17日の中医協総会の議論では、療養病棟入院基本料について要件を整理するとの方向性で議論された。
- 12月6日の中医協総会では、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)以外についても、基本部分の評価と、診療実績に応じた段階的な評価との二つの評価を組み合わせた評価体系に見直す方向で議論された。
- 現行の療養病棟入院基本料では、診療実績に応じた評価として、医療区分2・3患者割合を用いている。
- 11月24日の社会保障審議会医療部会では、医療療養病床の人員配置基準に係る経過措置について、基本的には終了するものの、転換が完了するまでの間、最大6年間延長するとの方向性で議論された。

療養病棟入院基本料に関する論点(案)

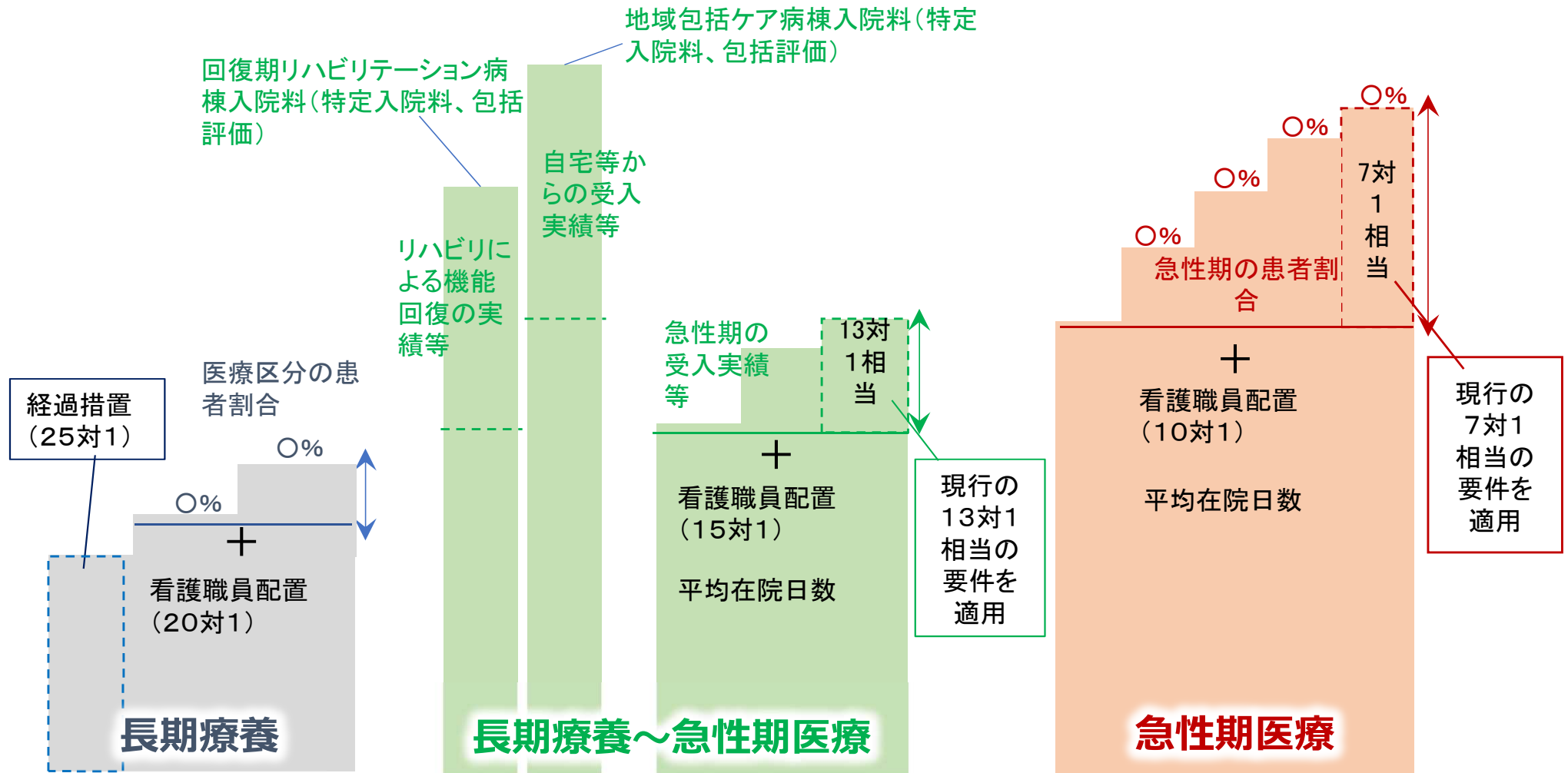
中医協 総 - 3
29. 11. 17

【論点(案)】

- 療養2は、療養1との違いは、看護配置と医療区分2・3該当患者割合の要件のみであるが、療養2の病棟単位の分布をみると、療養1相当の要件を満たす病棟も一定程度存在していることから、患者の状態に応じた機能分化を促進する観点から、療養病棟入院基本料の要件を整理してはどうか。
- 療養病棟においても自宅等から緊急患者を受け入れていること、患者や家族の希望に沿った看取りの取り組みについてガイドラインの普及が求められていること等を踏まえ、救急・在宅等支援療養病床初期加算を見直してはどうか。
- 医療区分の項目のうち、1項目のみで該当となっている患者が多い項目について、どのように考えるか。
- 医療の質の向上に資するデータの利活用の推進の観点から、慢性期病棟におけるデータ提出項目について、医療機関の負担に配慮しつつ、慢性期の項目を追加し、急性期関係の項目を合理化してはどうか。
また、経過措置を設けた上で、一定規模以上の病院については、療養病棟入院基本料の要件としてはどうか。

二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系(イメージ)

- 将来的な入院医療需要の変動にも弾力的に対応できるよう、現行の一般病棟入院基本料、療病病棟入院基本料等について、3つの機能を軸に、入院料(施設基準)による評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との、組み合わせによる評価体系に再編・統合してはどうか。



療養病棟入院基本料 (20対1、25対1) を再編・統合

一般病棟入院基本料 (13対1、15対1) 等を再編・統合

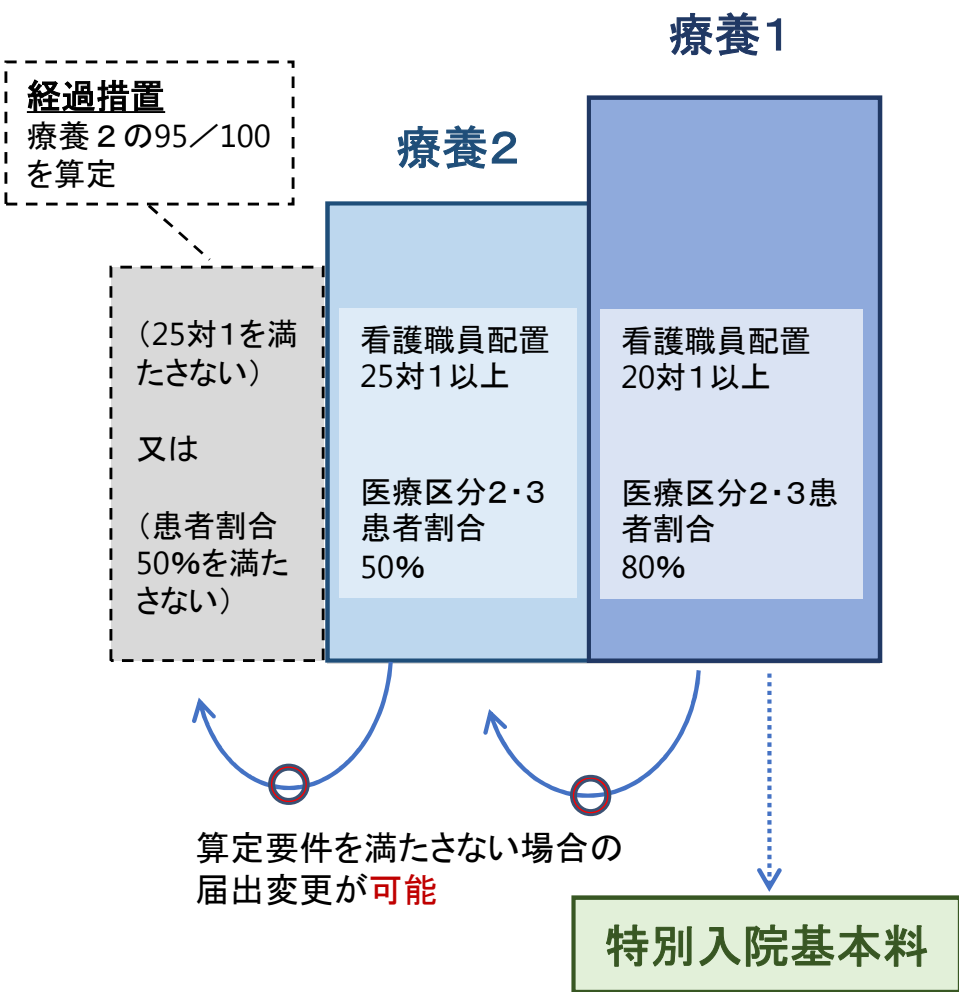
一般病棟入院基本料 (7対1、10対1) を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料ため、上記のイメージには含めていない。 5

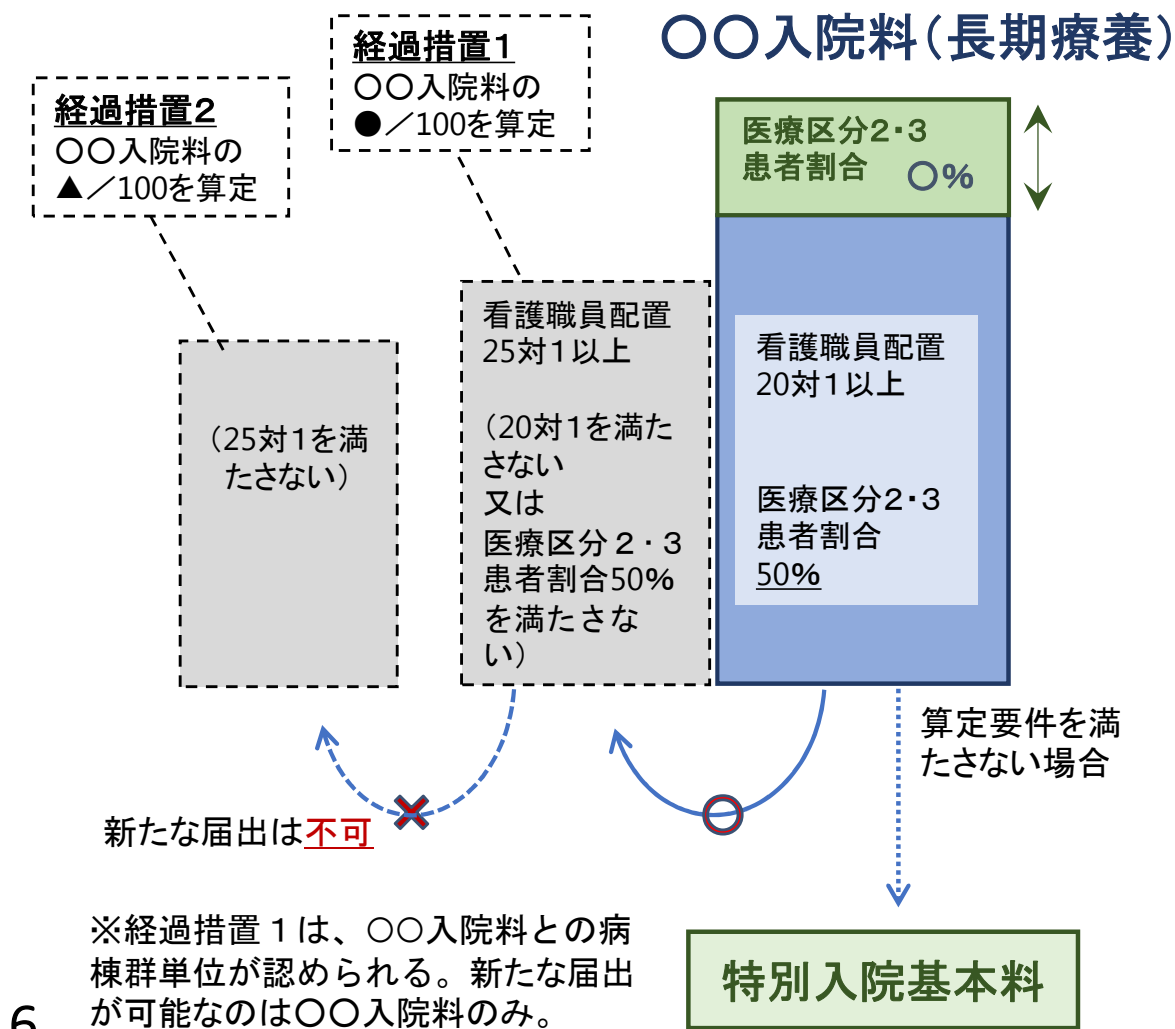
長期療養に係る入院医療の新たな評価体系(案)

- 療養病棟入院基本料を一本化するとともに、基本部分と診療実績に応じた段階的な評価を組み合わせた評価体系にするとの方向性に沿って、医療区分2・3患者割合を診療実績に応じた評価に用いてはどうか。
- 現行の患者割合の基準値については、療養病棟入院基本料の一本化及び診療実績に応じた評価の運用がより厳しくなることから、患者割合の基準値を以下のように見直してはどうか。

<現状>



<改定後>



- ① 医療療養病床にかかる医療法上の人員配置標準の経過措置は、以下のとおりとしてはどうか。
 - ・ 病院については、**基本的には終了するものの、**転換に必要な準備期間を考慮し、**転換が完了するまでの最大6年間（平成35年度（2023年度）末まで）延長**する。
 - ・ 診療所については、地域で果たす役割に鑑み、**6年間延長**する。
- ② 先般の介護保険法等の一部改正法により、現在存在する介護療養病床については、6年間転換期限が延長されたことを踏まえ、介護療養病床にかかる医療法上の人員配置標準の経過措置も同様に**6年間延長**することとしてはどうか。

【6年の考え方】

- ・ 療養病床の転換に当たっては、報酬改定が経営へ与える影響や、医療計画・介護保険事業計画との関係も考慮する必要があることから、次回の診療報酬・介護報酬の同時改定かつ、両計画改定を行うタイミングで再度検討等を行うことが適当。
- ③ 従来からの経過措置の延長という性格に鑑み、平成30年度からの上記経過措置の対象は、平成24年の所定期日までに届出を行っていた医療機関に限るものとしてはどうか。（新たな医療機関が上記経過措置の対象となることは認めない。）
 - ④ 地域医療構想の着実な実施を図るために、以下の措置を併せて講じることとしてはどうか。
 - ・ まずは、第8期介護保険事業計画期間の開始（平成33年度）をひとつの目処として、地域医療介護総合確保基金等を活用した転換支援を行う。
 - ・ 遅くとも平成32年度末までに、地域医療構想調整会議において、各構想区域における療養病床の転換について協議を行うこととし、地域医療構想の方向性との整合を図る。

1-2) 医療区分

【課題】

- 医療区分2と3で、1項目のみが該当する患者について、項目の内訳を見ると、「中心静脈栄養」、「医師及び看護師による常時監視・管理」、「喀痰吸引(1日8回以上)」の割合が多かった。
- 医療区分3で「医師及び看護師による常時監視・管理」のみ該当する患者について、医療区分2で該当している項目があるかを見ると、約4割は該当する項目がなかった。
- 「医師及び看護師による常時監視・管理」のみ該当する患者について医学的な状態や医療・看護の提供頻度をみると、医療区分3該当患者の平均値よりも、安定している等の患者の割合が多かった。

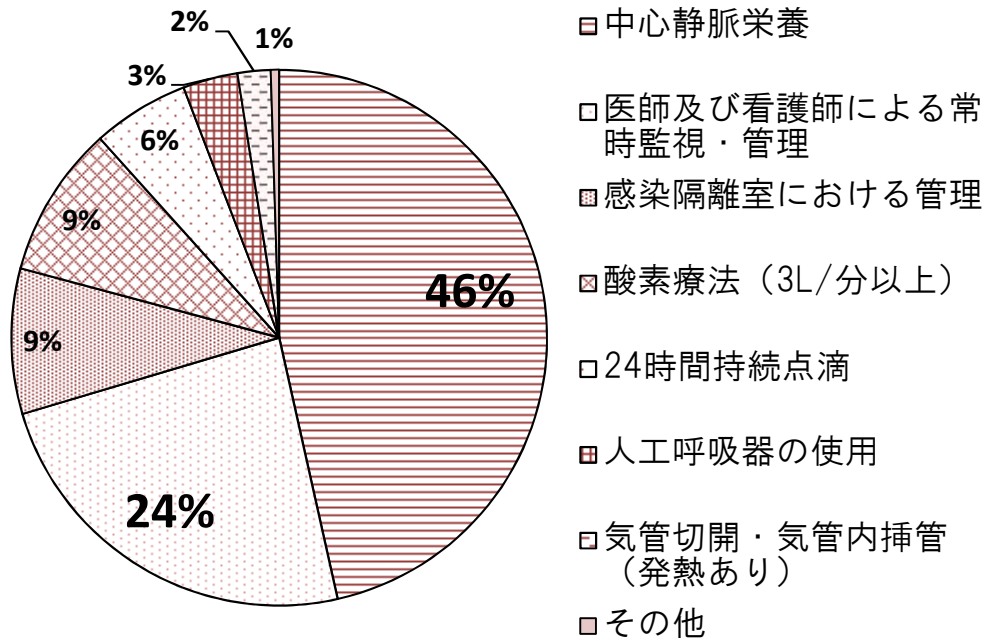
医療区分の該当項目数が1項目の場合の内訳

診調組 入 - 1
29 . 9 . 6

- 医療区分3のうち、該当項目数が1項目のものの項目の内訳をみると、「中心静脈栄養」が約46%、「常時監視・管理」が約24%で、合わせると約7割である。
- 医療区分2のうち、該当項目数が1項目のものの項目の内訳をみると、「1日8回以上の喀痰吸引」が約3割だが、それ以外はばらばらしている。

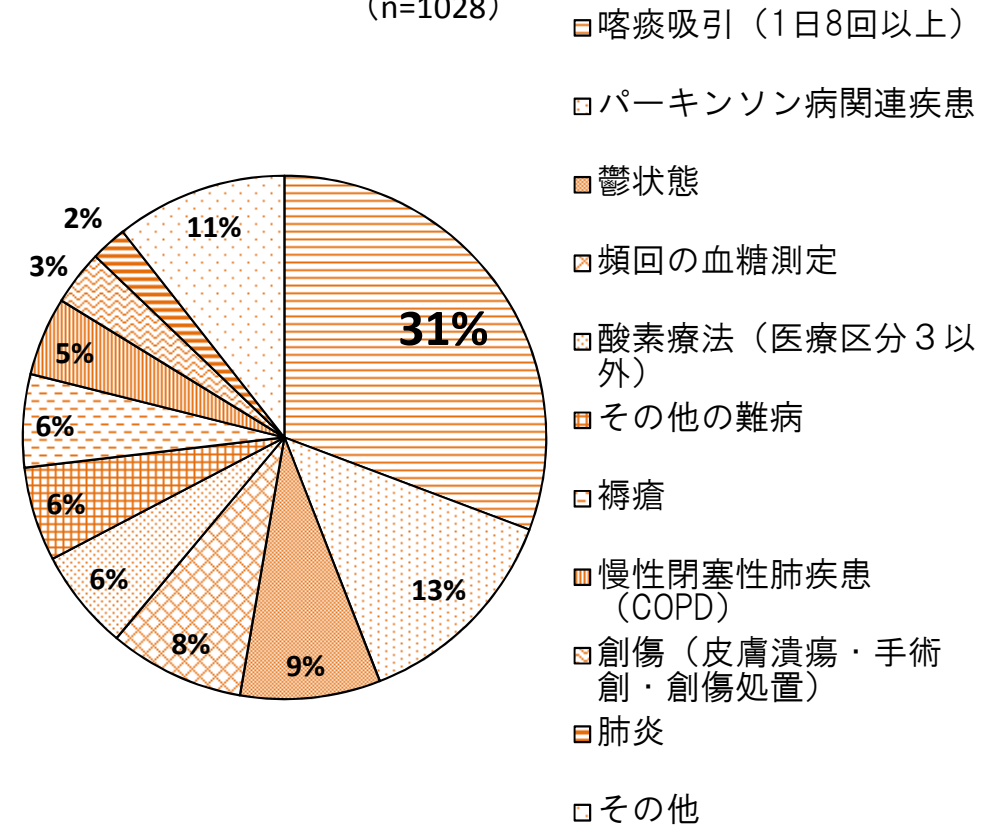
医療区分3

(n=753)



医療区分2

(n=1028)



※ 医療区分2は調査票で一部とれていない項目があることに留意が必要

医療区分の該当項目が「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」のみの患者について①

医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態（医療区分3）

【定義】

循環動態及び呼吸状態が不安定なため、常時、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインを観察する必要がある等、医師及び看護職員により、24時間体制での監視及び管理を必要とする状態。

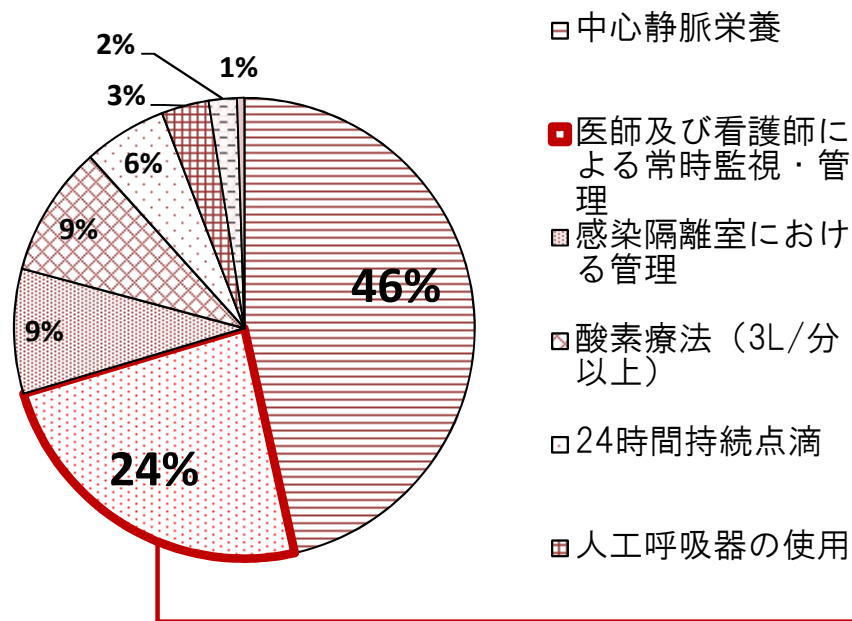
【留意点】

少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること(初日を含む)。

動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。

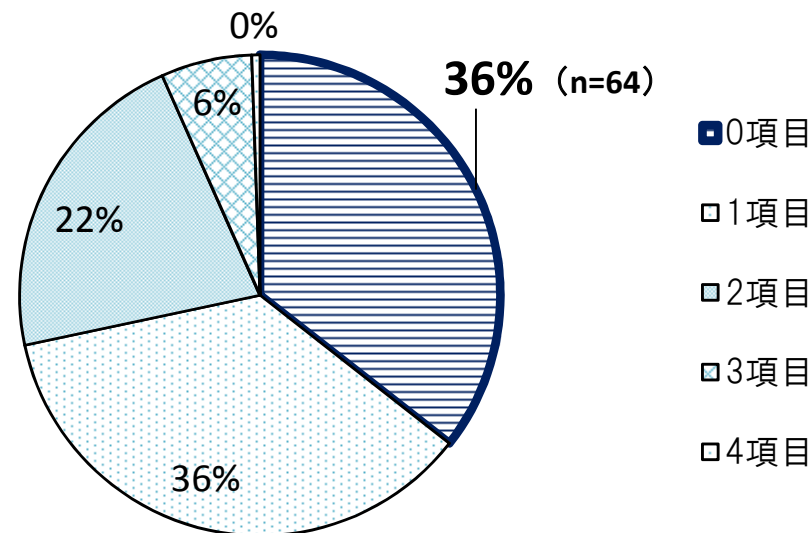
再掲

医療区分3の要件項目のうち、該当項目が1項目のみの患者 (n=753)



医療区分3の該当項目が「医師及び看護師により、常時、監視・管理をしている状態」のみの患者 (n=180)

医療区分2の該当項目数



医療区分の該当項目が「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」のみの患者について②

○ 医療区分の該当項目が、全ての中で「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」のみの患者をみると、医療的な状態が安定している患者、医師による診察等の頻度が週1回程度以下の患者、看護師による直接の看護提供の頻度が定時の観察のみの患者が、いずれも4割以上を占め、医療区分3全体と比べ多かった。

医療区分の該当項目が「常時、監視及び管理」のみの患者 (n=64)

患者の医療的な状態 (過去7日間)

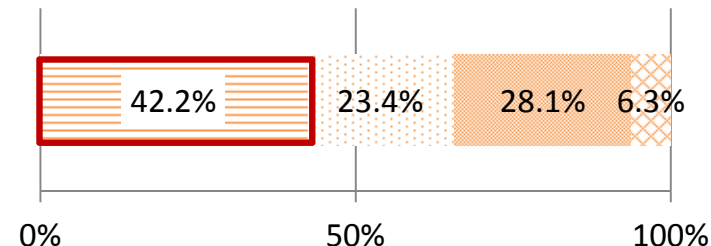
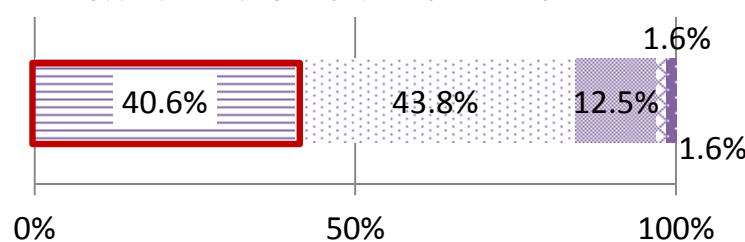
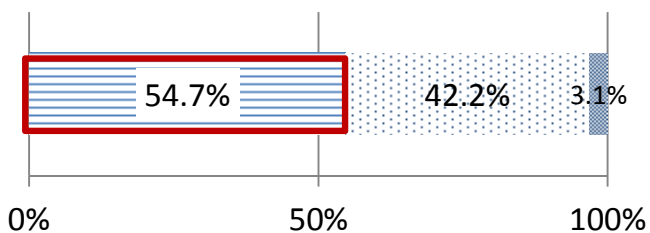
- 安定している
- ▨ 時々、不安定である
- 常時、不安定である

医師による診察・処置・判断の頻度 (過去7日間)

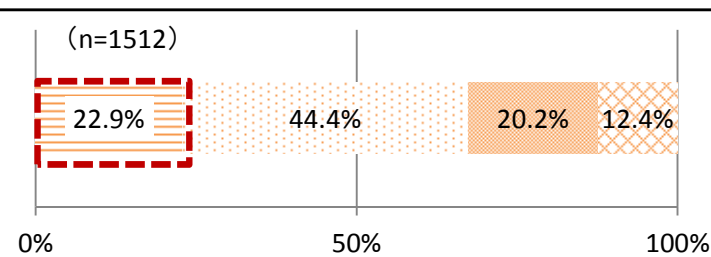
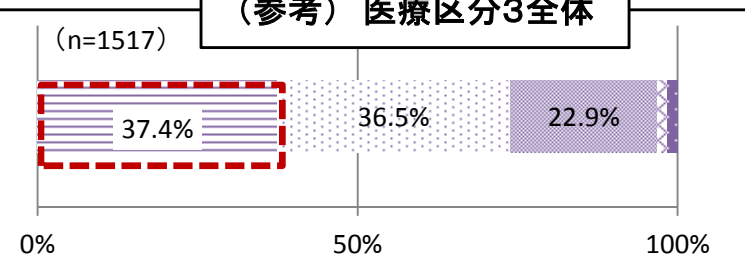
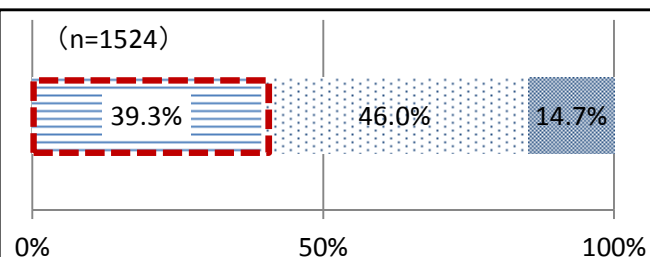
- 週1回程度以下、医師による診察(処置、判断含む)が必要
- 週2～3回、医師による診察(処置、判断含む)が必要
- 毎日、医師による診察(処置、判断含む)が必要
- × 1日数回、医師による診察(処置、判断含む)が必要
- 常時、医師による診察(処置、判断含む)が必要

看護師による直接の看護提供の頻度 (過去7日間)

- 定時の観察のみで対応できる(している)
- ▨ 定時以外に1日1回～数回の観察および管理が必要
- 頻回の観察および管理が必要
- × 24時間観察および管理が必要



(参考) 医療区分3全体



1-3) 在宅復帰機能強化加算

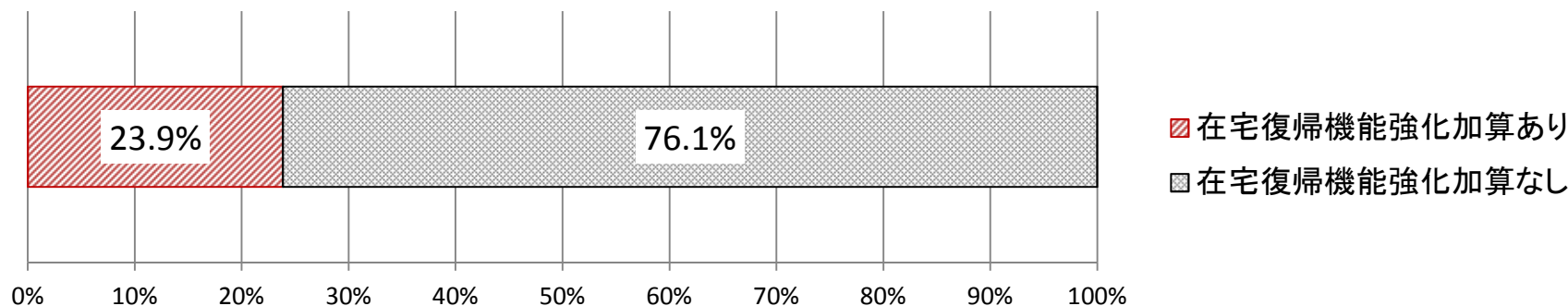
【課題】

- 療養病棟入院基本料1の届出病棟のうち、在宅復帰機能強化加算を算定する病棟の割合は全体の4分の1程度であった。
- 平均在院日数・在宅復帰率をみると、在宅復帰機能強化加算を算定する病棟の方が、算定しない病棟に比べ、平均在院日数が短く、在宅復帰率が高い傾向がみられた。
- 在宅復帰機能強化加算の自宅等退院患者の割合の基準値は10%である。
- 自宅等退院患者の割合の平均値は約41%であり、病棟によって多様性がある。分布をみると、10~30%の間に位置する病棟数が多くなっている。

療養病棟における在宅復帰機能強化加算の算定状況

- 療養病棟入院基本料1の届出病棟のうち、在宅復帰機能強化加算を算定する病棟の割合は全体の4分の1程度であった。
- 平均在院日数・在宅復帰率をみると、在宅復帰機能強化加算を算定する病棟の方が、算定しない病棟に比べ、平均在院日数が短く、在宅復帰率が高い傾向がみられた。

1. 療養病棟入院基本料1届出病棟のうち在宅復帰機能強化加算を算定する病棟 (n=612)



2. 平均在院日数・在宅復帰率

	療養病棟入院基本料1					
	全体		在宅復帰機能強化加算あり		在宅復帰機能強化加算なし	
	病棟数	平均値	病棟数	平均値	病棟数	平均値
平均在院日数(日)	588	274.8	142	187.0	446	302.8
在宅復帰率(%)		46.6		71.5		38.6

平成28年度診療報酬改定 医療機能に応じた入院医療の評価

療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し

- 在宅復帰機能強化加算について、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰がより適切に評価されるよう、以下の施設基準について見直しを行う。

平成28年度改定前

在宅に退院した患者(1か月以上入院していた患者に限る。)が50%以上であること。

病床回転率が10%以上であること。

30.4

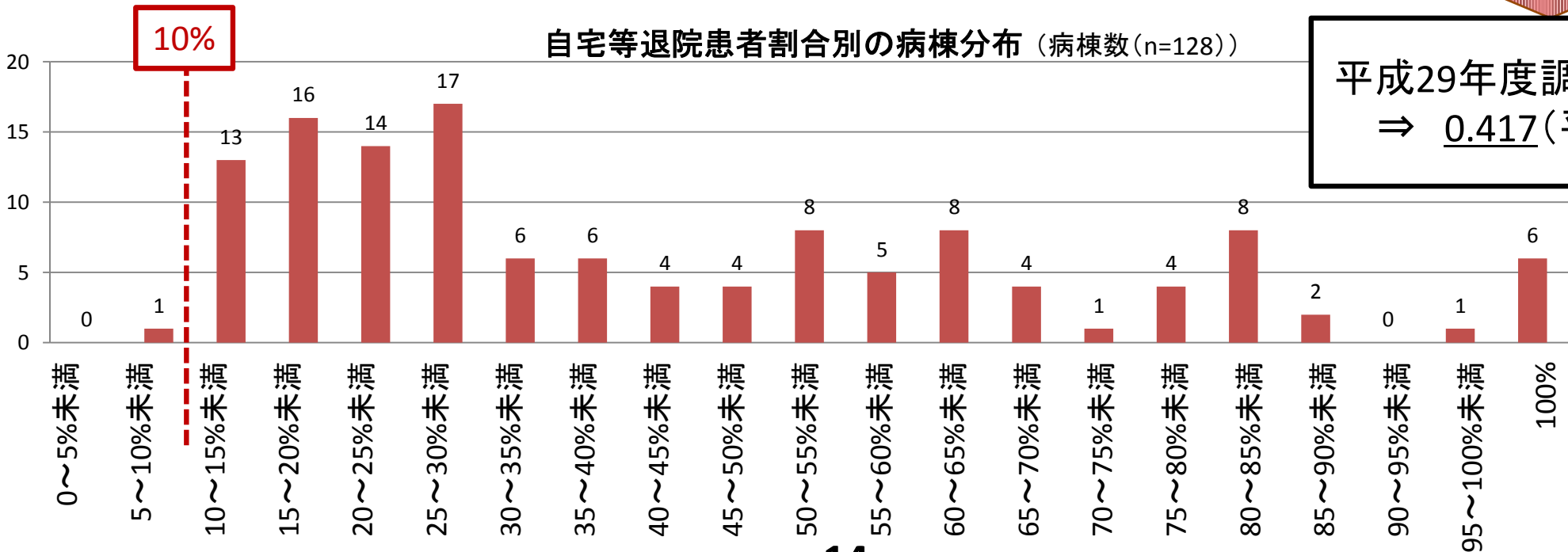
平均在院日数 $\geq 10\%$

平成28年度改定後

在宅に退院した患者(自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に1ヶ月以上入院していた患者に限る。)が50%以上であること。

一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者数 ≥ 0.1

当該病棟の1日平均入院患者数



平成29年度調査結果
⇒ 0.417(平均)

療養病棟入院基本料に関する論点(案)

【論点(案)】

(療養病棟入院基本料の評価体系)

- 療養病棟入院基本料について、入院医療の評価体系の見直しの方向性を踏まえ、基本部分と医療区分2・3患者割合(診療実績)に応じた段階的な評価とを組み合わせた評価体系に見直してはどうか。
- 現行の療養病棟入院基本料2については、医療法施行規則の療養病床の看護配置に係る経過措置が、転換に係る期間を考慮し最大6年間延長されるとの方針を踏まえ、平成30年度改定では、まずは2年間の経過措置としてはどうか。
また、療養病棟入院基本料2に係る現行の経過措置(95/100)については、来年4月から介護医療院が創設されることを踏まえ、2年間延長してはどうか。
- 新たな入院料における医療区分2・3患者割合の基準値については、届出変更に係る取り扱いの変更も踏まえつつ、現行の基準値を参考としてはどうか。

(医療区分)

- 医療区分3のうち、「医師及び看護師による常時監視・管理」のみに該当する患者の医学的な状態等を踏まえ、当該項目のみの場合を医療区分2に、当該項目と医療区分2のいずれかの項目が該当する場合を医療区分3に、見直してはどうか。

(在宅復帰機能強化加算)

- 在宅復帰機能強化加算の在宅等退院の割合に関する実績を踏まえ、基準値を引き上げてはどうか。

參考資料

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,810点	1,412点	967点
ADL区分2	1,755点	1,384点	919点
ADL区分1	1,468点	1,230点	814点

※特別入院基本料 576点(生活療養を受ける場合 562点)

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴・中心静脈栄養・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷)・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者 17

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,745点	1,347点	902点
ADL区分2	1,691点	1,320点	854点
ADL区分1	1,403点	1,165点	750点

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上~23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

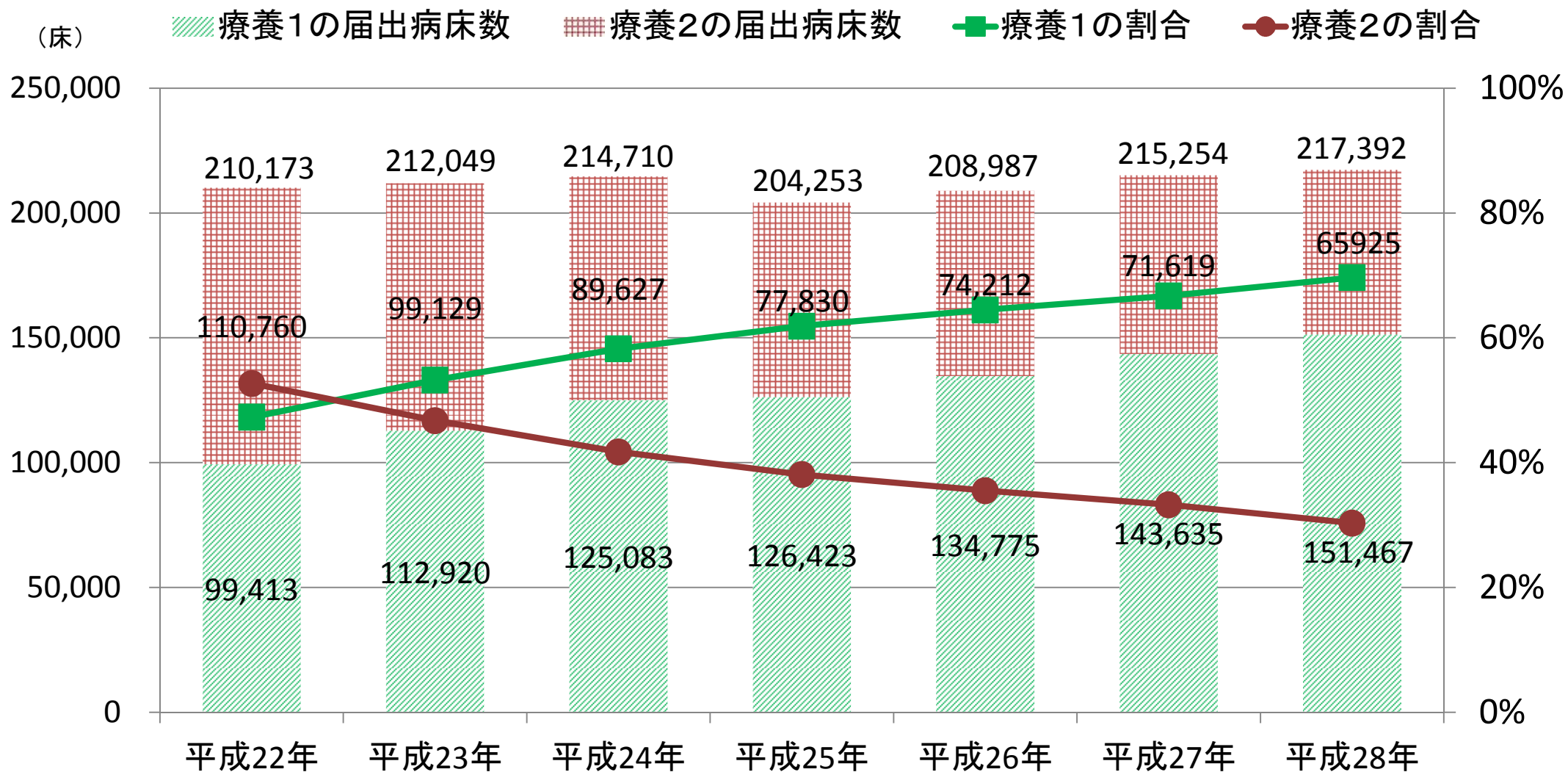
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

- (0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

療養病棟入院基本料の届出病床数の推移

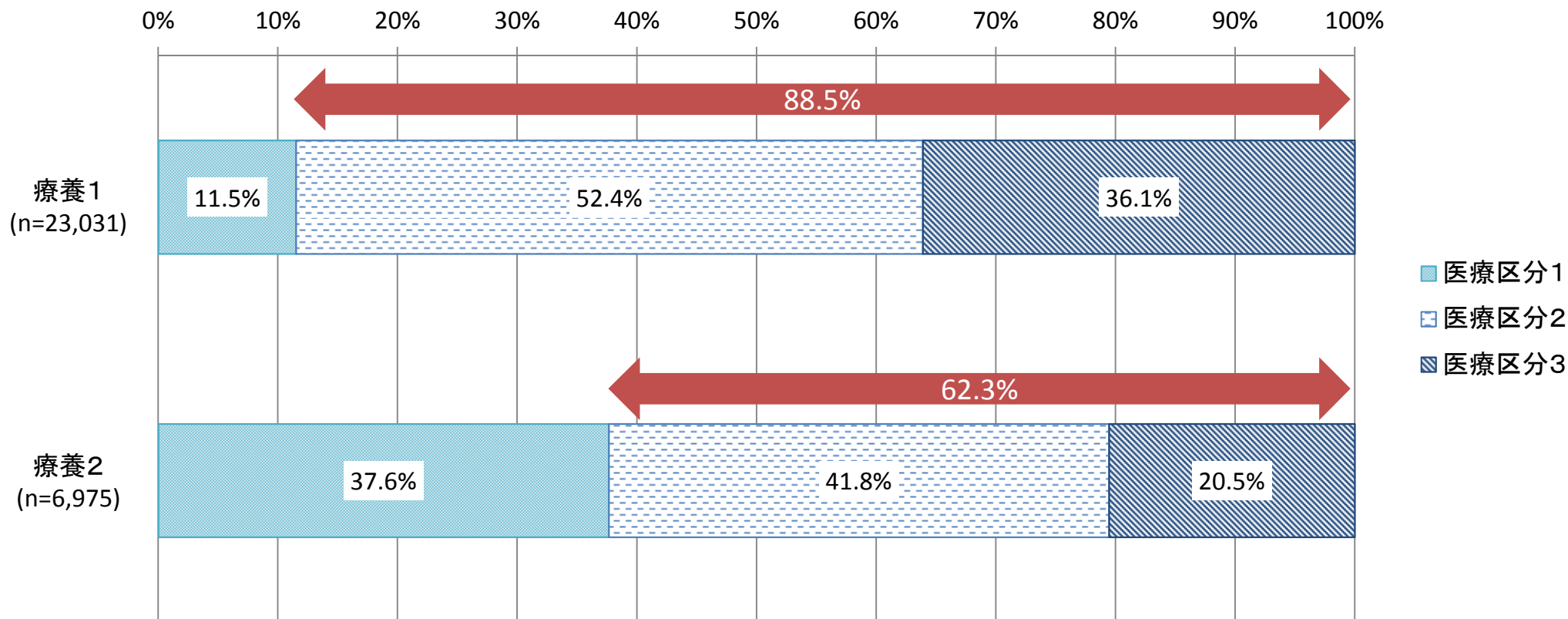
- 療養病棟入院基本料の届出病床数は横ばいから微増傾向。
- 療養1の病床数は増加傾向。



療養病棟入院患者の医療区分

- 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養1（20対1）では全体のおよそ9割を占め、療養2（25対1）では、全体のおよそ6割を占めた。

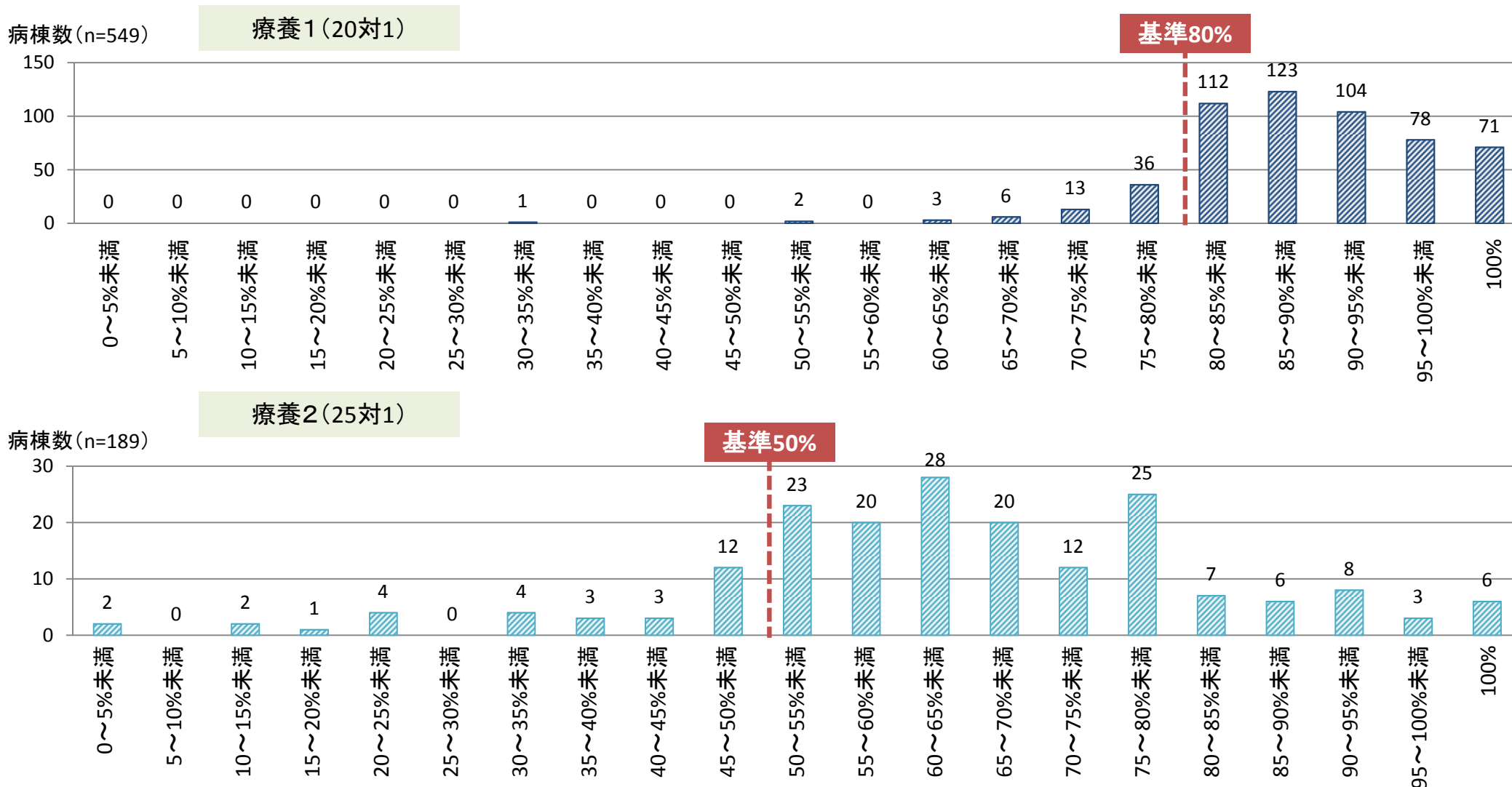
療養病棟入院患者の医療区分の割合



各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布

- 療養1(20対1)を届け出ている病棟において、各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布をみると、施設基準の80%を超える医療機関は全体の9割弱であった
- 療養2(25対1)を届け出ている病棟において、各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布をみると、施設基準の50%を超える医療機関は全体の8割強であった。

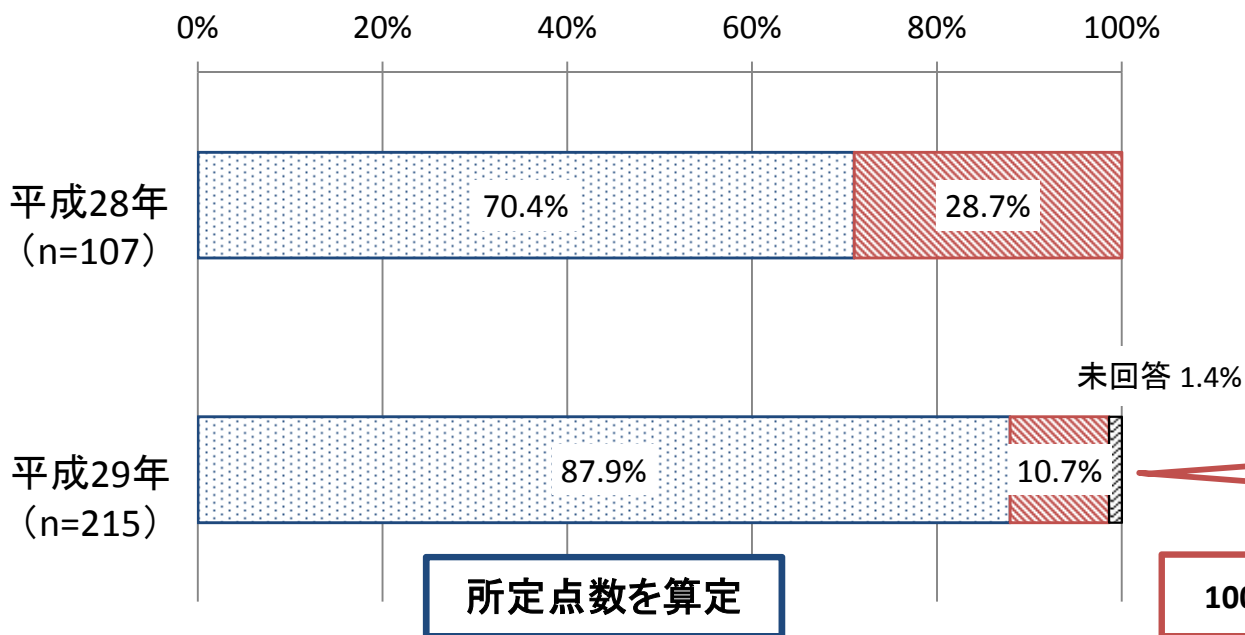
＜各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布＞



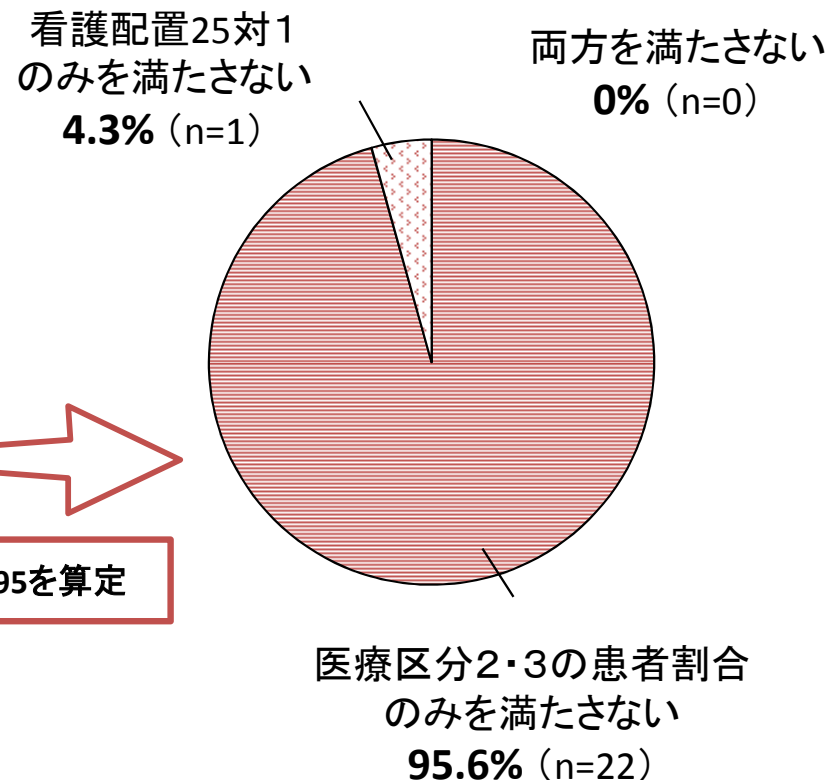
療養病棟入院基本料2の算定の内訳

- 療養病棟入院基本料2の届出病棟のうち、所定点数の100分の95を算定する病棟は、平成29年度調査では回答病棟全体の約10%であり、平成28年度調査より割合が減少した。
- 100分の95を算定する理由の内訳をみると、1病棟を除き、「医療区分2・3該当患者割合のみを満たさないため」であった。

療養病棟入院基本料2の算定の内訳



100分の95を算定する理由 (n=23)



療養病棟入院基本料の加算について

褥瘡評価実施加算	ADL区分3（23点以上）の患者につき算定。 褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざるを得ない状況が生じた患者については、「治療・ケアの確認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認し、診療録に添付すること。	15点（1日につき）
重症児（者）受入連携加算	当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において退院支援加算3を算定したものである場合に算定。	2000点 （入院初日限り）
救急・在宅等支援療養病床初期加算	当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る）の一般病棟から転棟した患者について算定。	療養病棟入院基本料1 →300点（1日につき） それ以外の病棟 →150点（1日につき） ※転院、入院又は転棟した日から起算して14日まで
慢性維持透析管理加算	当該病棟（療養病棟入院基本料1算定病棟に限る）に入院している患者のうち、当該保険医療機関において人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法又は腹膜灌流を行っている患者について算定。	100点（1日につき）
在宅復帰機能強化加算	療養病棟入院基本料1を算定している病棟のうち、下記施設基準を満たす病棟に入院している患者につき算定。 ① 当該病棟から退院した患者（自院の他病棟から転棟した患者については当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る）に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上。なお在宅に退院した患者とは、自院の他病棟へ転棟した患者、他院へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、在宅生活が1月以上（医療区分3は14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者のこと。 ② 自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数（自院の他病棟から転棟して1月以内に退院した者を除く）を当該病棟の1年間の1日平均入院患者数で除した数が100分の10以上。	10点（1日につき）

入院医療(その9)

1. 療養病棟入院基本料

1-1) 療養病棟入院基本料の評価体系

1-2) 医療区分

1-3) 在宅復帰機能強化加算

2. 入退院支援(その2)

入退院支援(その2)

【課題】

- 従来の退院支援については、入院前の外来・在宅～入院中～退院後の外来・在宅まで、切れ目のない支援が重要であることから、「入退院支援」との呼称に改め概念図を整理している。
- 入院前の支援の例として、入院生活の説明、持参薬の確認、入院前に利用していたサービス等の確認などが想定される。
- 退院支援・連携に関する評価の算定回数は、増加している。
- 外来通院中の患者が自院に入院する際に連携を行う仕組みについて、決められた部署や窓口があるのは約6割であり、部署や窓口がない場合は、主に看護職員が調整を担っている。
- 病床規模が100床未満の病院の場合、退院支援部門の設置が約50%である。病床規模が大きくなるほど、退院支援部門の職員配置の人数が多い。

地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

切れ目のない支援

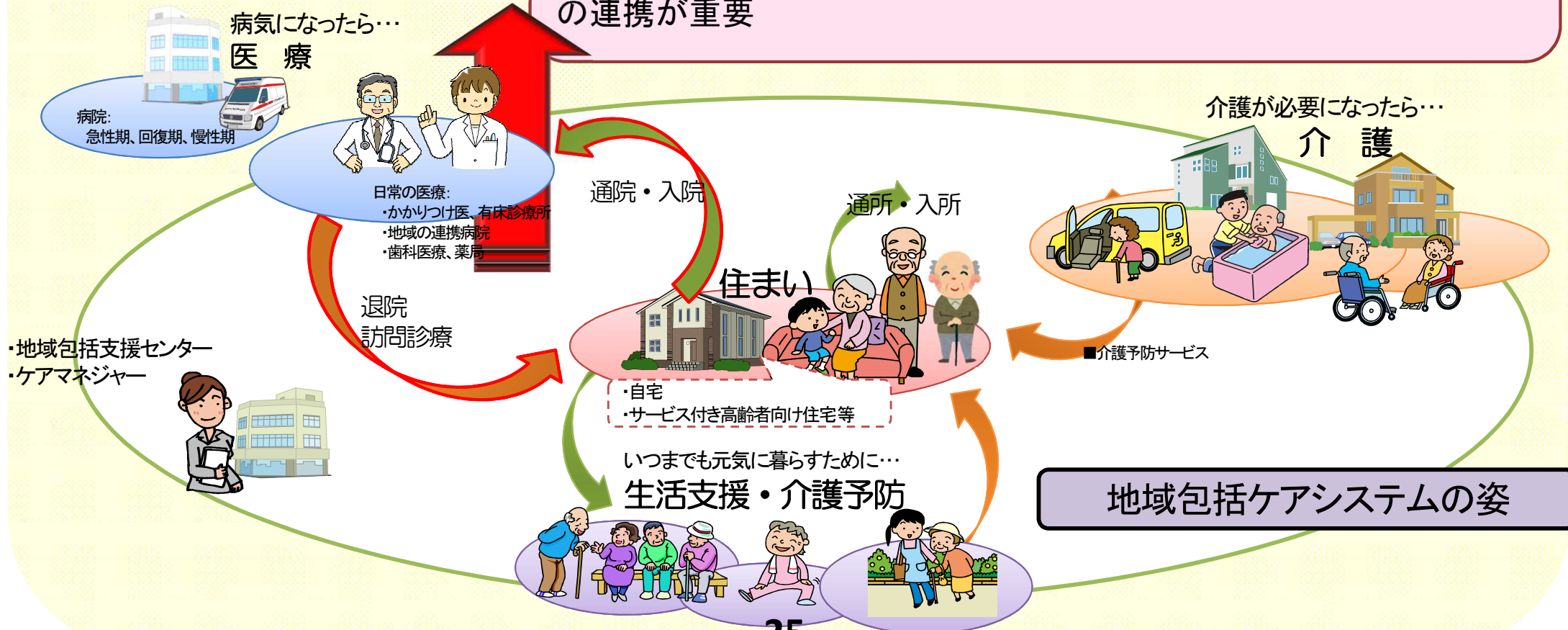


入院前に行う支援内容(例)

- ・入院生活に関する説明
- ・入院前のサービス利用、持参薬等の確認 等

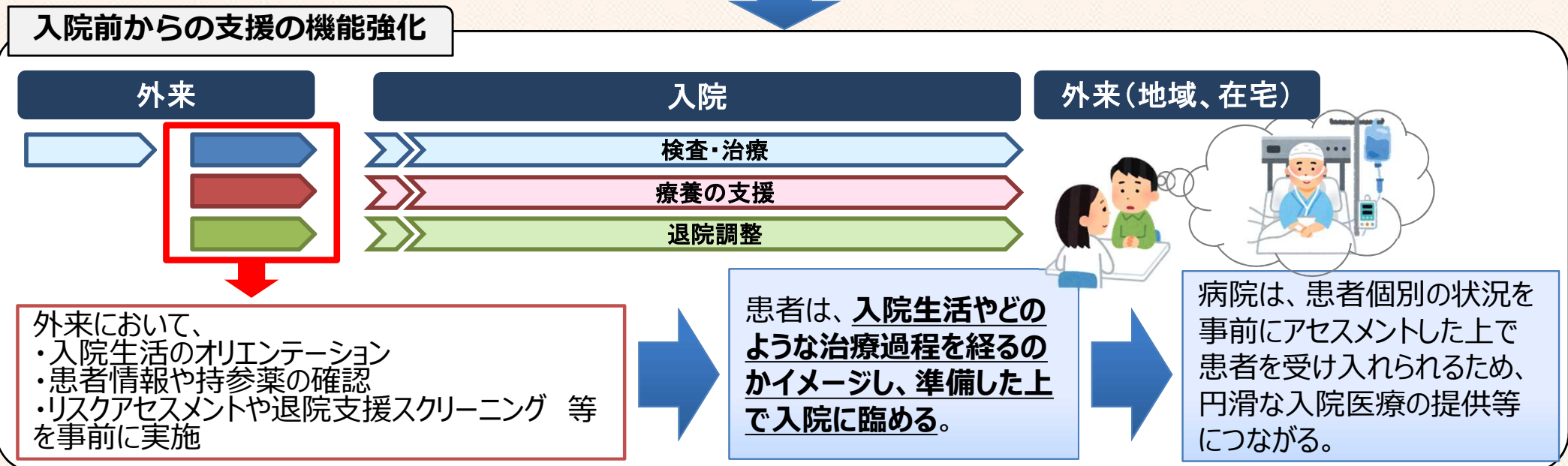
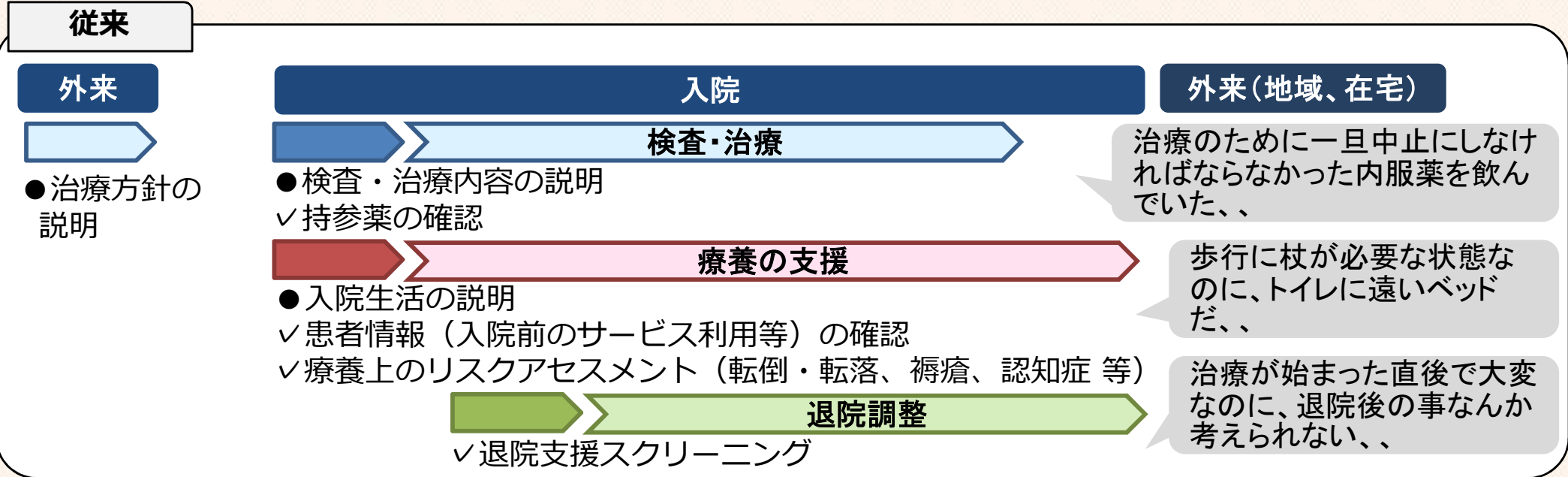
退院後も住み慣れた地域で生活するための支援として、

- 外来や入院時から退院後の地域生活を見据えた支援が必要
- 地域と入院医療機関等との連携、外来部門と入院部門(病棟)との連携が重要



地域包括ケアシステムの姿

入院前からの支援の機能強化（イメージ図）



退院に向けた支援・連携に関する主な評価

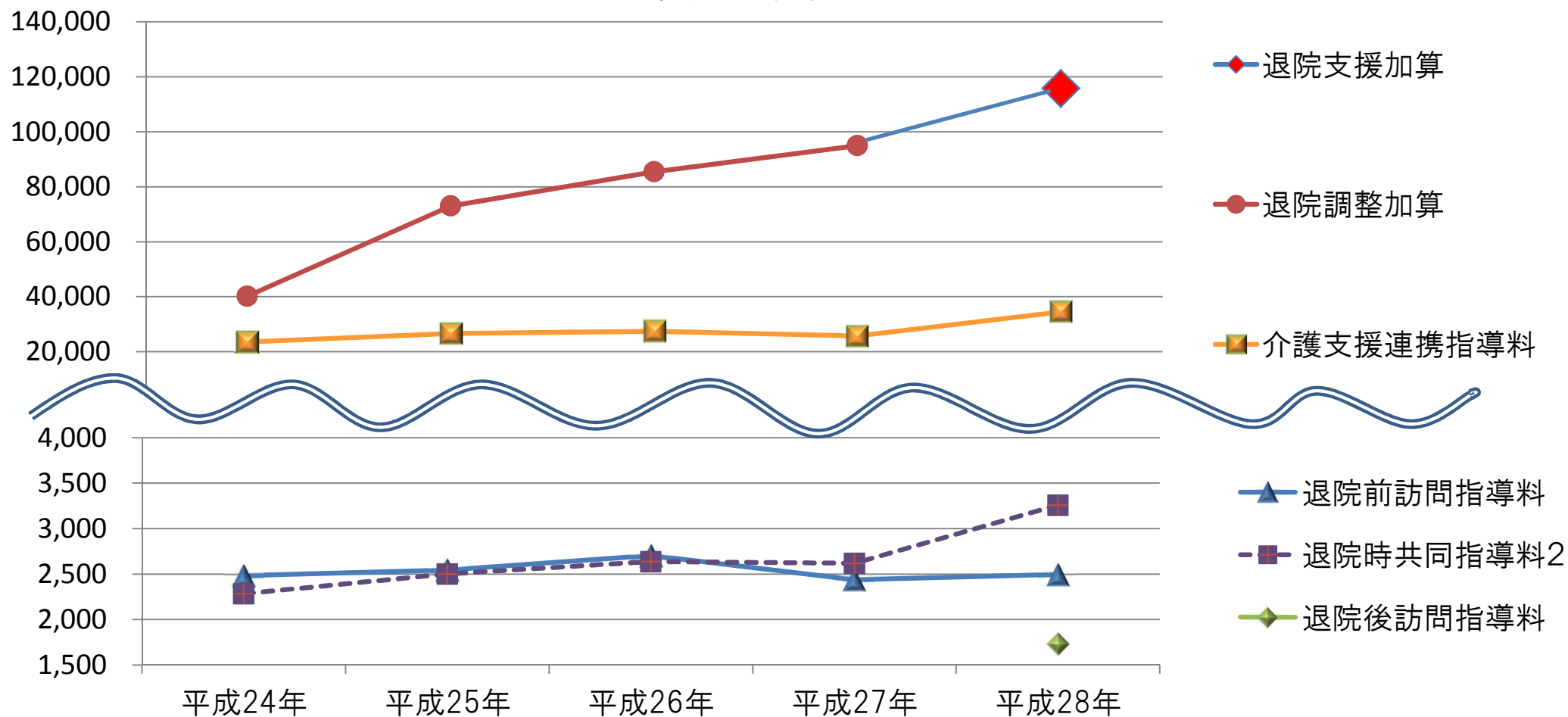
項目名	点数	概要
退院支援加算	(退院時1回) 1 (一般等) 600点 (療養等) 1,200点 2 (一般等) 190点 (療養等) 635点 3 1,200点	入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合に算定する。
地域連携診療計画加算	(退院時) 300点	あらかじめ地域連携診療計画を作成し、計画に係る疾患の治療等を担う他の医療機関、介護サービス事業者等と共有し、入院時に文書等で家族等に説明し交付した場合に退院支援加算1又は3に加算する。
退院時共同指導料1	(入院中1回) 在支診 1,500点 在支診以外 900点	入院している患者の保険医療機関において、地域において患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医等と入院中の保険医療機関の保険医等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する。
退院時共同指導料2	(入院中1回) 400点 注3の加算 2,000点	(注3:入院中の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合)
介護支援連携指導料	(入院中2回) 400点	入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適切であると考えられる患者等が退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、社会福祉士等がケアプランの作成を担当する介護支援専門員と共同して導入すべき介護サービス等について説明及び指導を行った場合に算定する。

退院に向けた支援・連携に関する主な評価～算定状況

診調組 入 - 1
(改) 29. 8. 24

○ 退院支援・連携に関する算定回数は全体的に増加している。特に退院支援加算(退院調整加算)及び介護支援連携指導料、退院時共同指導料2といった連携に関する算定が増えている。

＜算定回数推移＞

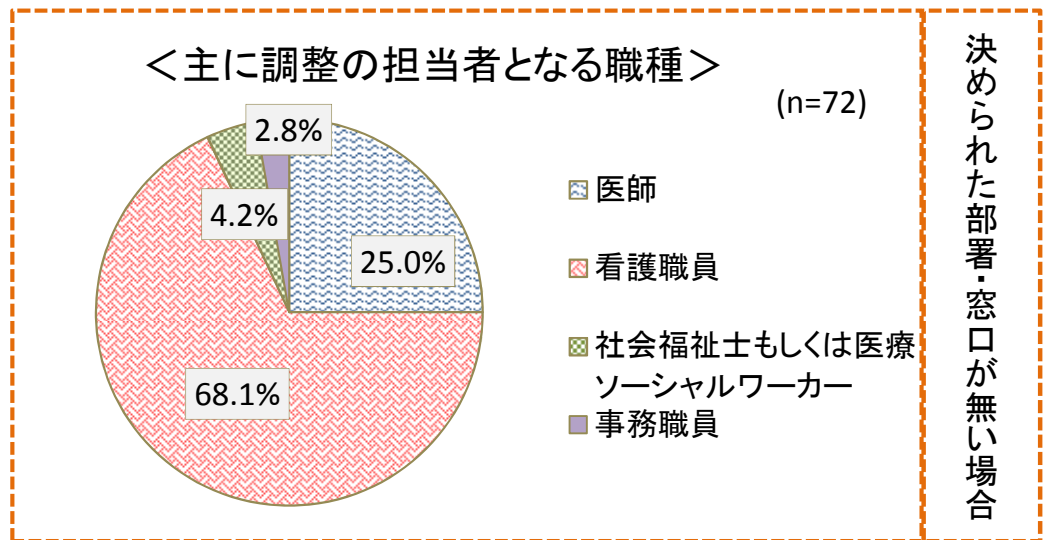
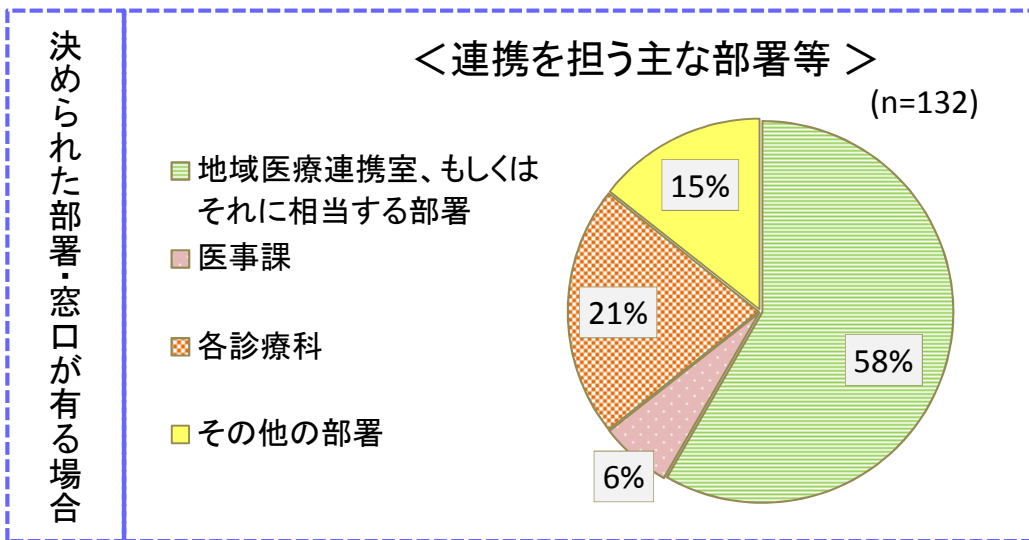
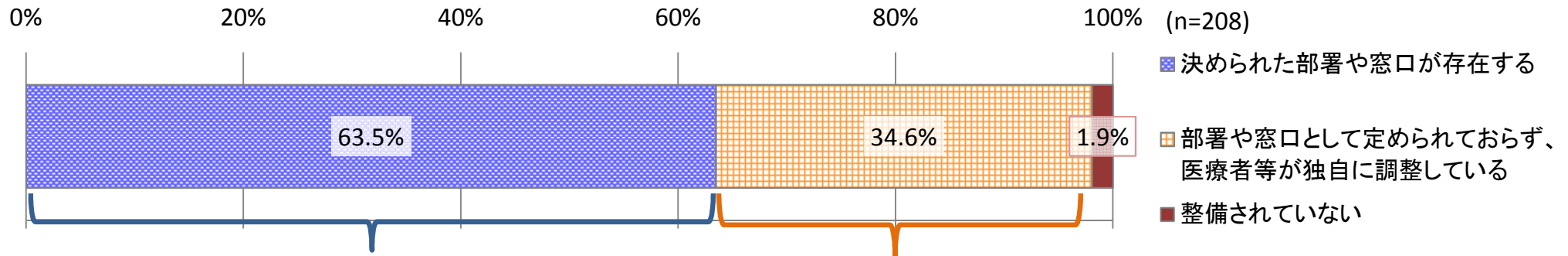


外来と入院の連携に関する窓口(部署・担当者)の状況

○ 外来通院中の患者が自院に入院する際に連携を行う仕組みについて、決められた部署や窓口があるのは約6割であり、多くは地域連携室が担っており、部署等が決められていない場合、約7割の医療機関で看護職員が調整を担っている。

(平成28年12月1日時点)

＜外来通院中の患者が自院に入院する際に連携を行う仕組み(部署、窓口)の状況＞

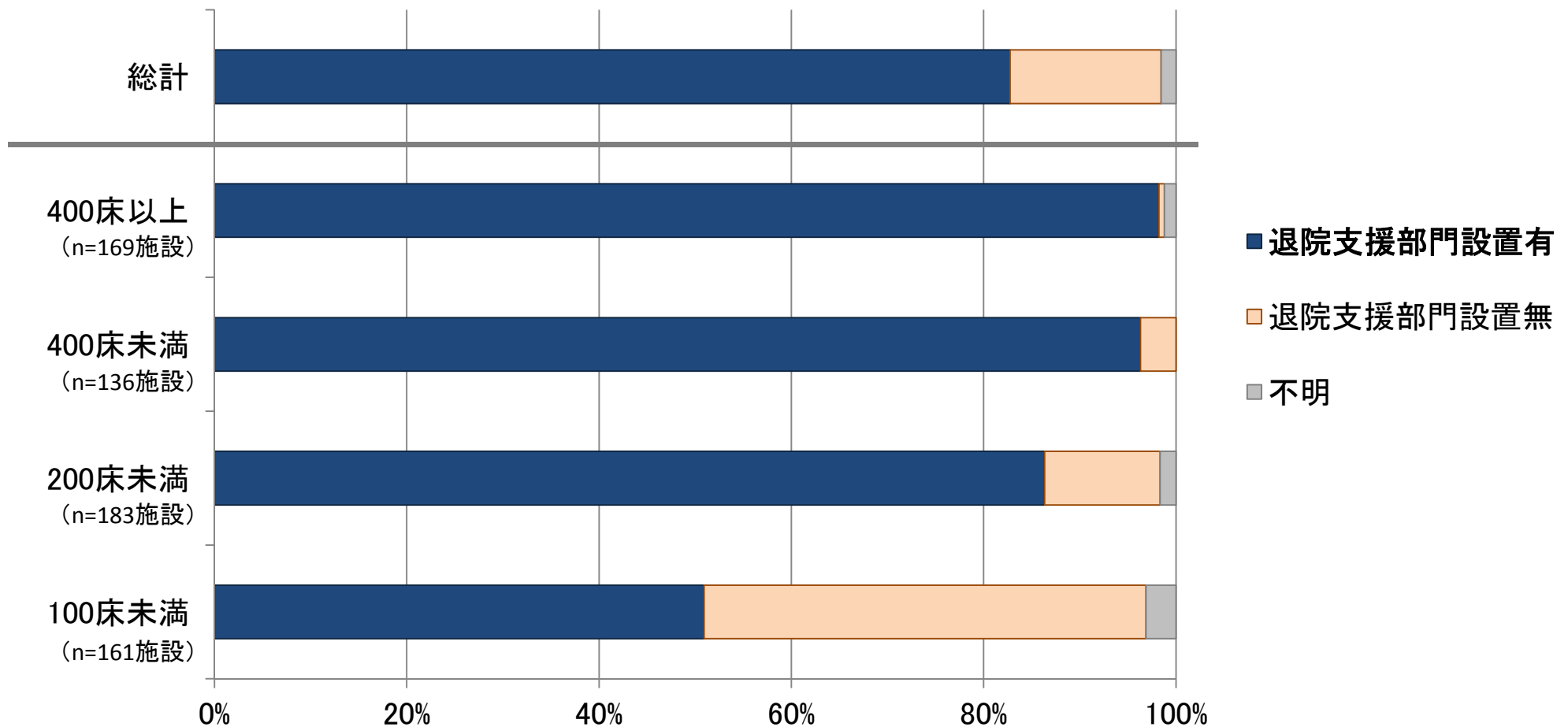


【調査対象】 7対1一般病棟入院基本料又は10対1一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関で無作為抽出した1,000施設の外来部門
【調査期間】 平成29年1月

病床規模別の退院支援部門の設置状況

○ 一般病棟を有する病院における退院支援部門の設置状況は、400床以上で98%、100床未満で約50%の設置状況である。

許可病床数別の退院支援部門の設置状況

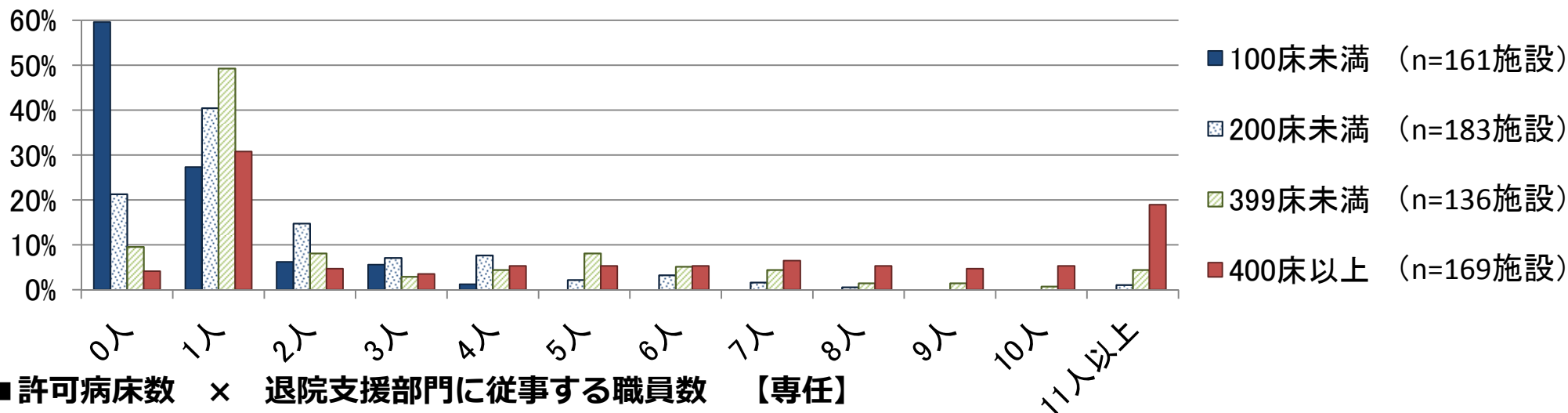


[集計対象]
7対1、10対1の一般病棟を持つ医療機関
n=649施設

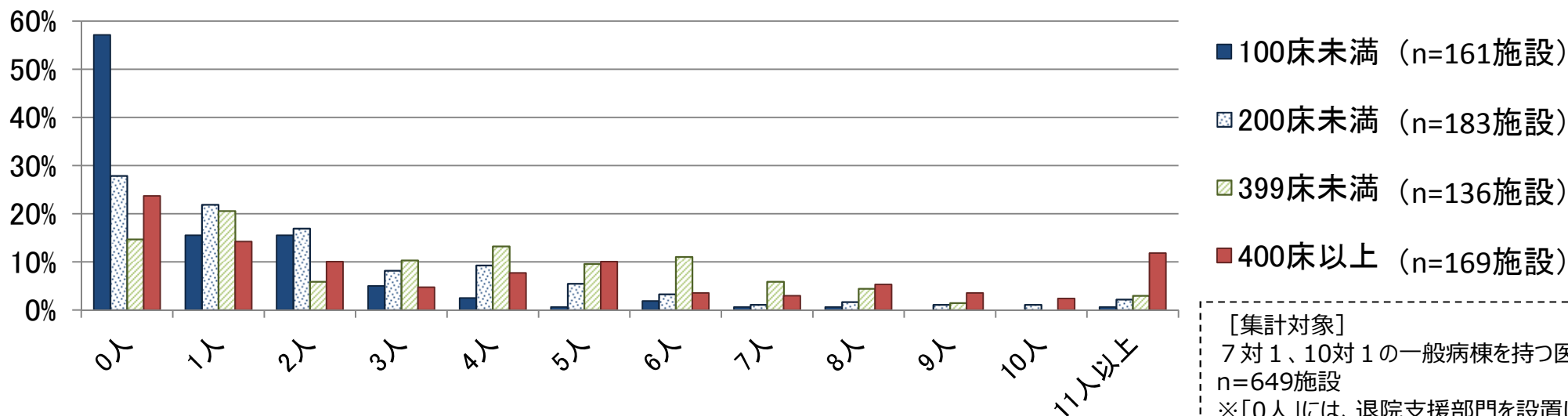
病床規模別の退院支援部門の従事者

○ 一般病棟を有する病院における退院支援部門の担当者の配置は、病床規模が大きくなるほど、配置人数が多い。

■ 許可病床数 × 退院支援部門に従事する職員数 【専従】



■ 許可病床数 × 退院支援部門に従事する職員数 【専任】



[集計対象]
7対1、10対1の一般病棟を持つ医療機関
n=649施設
※「0人」には、退院支援部門を設置していない施設も含む。

入退院支援(その2)の論点(案)

【論点(案)】

(入院医療と外来医療の連携)

- 現行の退院支援加算は、入院早期から退院後まで切れ目のない支援を評価しているとの趣旨を踏まえ、加算の名称を「入退院支援加算」に見直してはどうか。
- 入院医療と外来医療の連携、地域における医療機関間の連携等を推進する観点から、外来における相談・連携担当者が、入院が決まっている患者に対して、入院前から様々な支援を行う取り組みについて、評価を検討してはどうか。
また、病床規模別の担当者の配置状況を踏まえ、中小病院を主な対象として、評価を検討してはどうか。