

# 1. 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 介護報酬

〈居宅介護支援基準〉

・居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供できるよう依頼することを義務付け。

### 入院時情報連携加算 (居宅介護支援費)

入院医療機関へ、利用者の情報を提供 (提供方法は問わない)。

- (I) 入院後3日以内 200単位/月
- (II) 入院後7日以内 100単位/月

### 退院・退所加算 (居宅介護支援費) (入院・入所中1回)

入院医療機関から情報を得て、ケアプラン作成

	カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

カンファレンスとは、診療報酬の「退院時共同指導料2」の※に該当するもの

### 退院時共同指導加算 (介護予防) 訪問看護、定期巡回、看多機 600単位 (退院時1回)

退院時共同指導を行った後に、初回の指定訪問看護を行った場合

### 緊急時等居宅カンファレンス加算 (居宅介護支援費) 200単位 (1月に2回)

病院又は診療所の求めにより、医師又は看護師等とともに利用者宅でカンファレンスを行い、必要に応じ介護サービスの調整

## 診療報酬

### 入退院支援加算

- 1 : 600点 または1,200点 (退院時1回)
- 2 : 190点 または635点 (退院時1回)

入院早期より退院困難者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び退院した場合に算定

### +入院時支援加算(入退院支援加算) 200点 (退院時1回)

入院予定の患者に対し、入院中に行われる治療の説明等を入院前の外来において実施

- + 地域連携診療計画加算 300点(入退院支援加算)
- + 地域連携診療計画加算 50点(診療情報提供料 I)

### 介護支援等連携指導料 400点 (入院中2回)

退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられる場合、患者に対しケアマネジャーと連携し退院後の介護サービス等について指導

### 退院時共同指導料2 400点 ※2,000点 (入院中1回)

病院の医師等と在宅療養を担う医師等が共同して、退院後の在宅療養上必要な説明・指導  
※医師等の職種の3者以上と共同して指導を行う場合

### 退院前在宅療養指導管理料 120点 (1回の入院につき1回)

### 退院前訪問指導料 580点 (1回の入院につき1回)

### 退院時共同指導加算 (訪問看護管理療養費) 800点 (退院時1回)

### 退院時リハビリテーション指導料 300点 (1回の入院につき1回)

### 退院時薬剤情報管理指導料 90点 (1回の入院につき1回)

### 退院後訪問指導料 580点

- + 訪問看護同行加算 20点

入院前

入院時

入院中

退院時

退院後

H30改定内容

(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)

# 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 介護報酬加算

### 入院時情報連携加算（居宅介護支援費）

- ・入院後**3日以内**（提供方法は問わない）**（Ⅰ） 200単位**
- ・入院後**7日以内**（提供方法は問わない）**（Ⅱ） 100単位**

利用者が病院等に入院するに当たって、当該病院等の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合に所定単位数を加算。

1月に1回を限度。

入院時連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）はいずれか一方のみを算定する。

入院時情報連携加算に係る様式例：「入院時情報提供書」【P.42】

平成30年3月22日厚生労働省「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について

### 退院・退所加算（居宅介護支援費）

	カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

病院等に入院・入所していた者が退院・退所し、居宅で介護サービスを利用する場合、退院・退所に当たり「病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受け、居宅サービス計画を作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合」に所定単位数を加算。

入院期間中に1回算定。

退院・退所加算に係る様式例：「退院・退所情報記録書」【P.44】

平成30年3月22日厚生労働省「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について

### 緊急時等居宅カンファレンス加算（居宅介護支援費）

- ・ **200単位**

病院又は診療所の求めにより、病院又は診療所の医師又は看護師等とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じ、利用者に必要な介護サービスの利用に関する調整を行った場合に所定の単位数を加算。

※利用者1人につき、1月に2回を限度とする。

H30改定内容

(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)

# 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 介護報酬

### 退院時共同指導加算（（介護予防）訪問看護、定期巡回、看多機）

#### ・600単位

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院(所)中の者が退院(所)するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院時共同指導(\*)を行った後、退院(所)後に初回の指定訪問看護を行った場合に加算。

当該退院(所)につき1回(特別な管理を必要とする利用者に複数日に退院時共同指導を行った場合には2回)に限る。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

(\*)「退院時共同指導」...当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の主治の医師その他の従業者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供すること。

#### 「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」(指定居宅介護支援基準)

○入院時における医療機関との連携を促進する観点から、居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務付ける。

○利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等で、利用者の同意を得て主治医等の意見を求めた場合、当該主治医に対してケアプランを交付することを義務付ける。

○訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治医等に必要な情報伝達を行うことを義務付ける。

H30改定内容

(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)

# 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 診療報酬加算

### 入退院支援加算

#### 退院支援加算 1

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

#### 退院支援加算 2

- イ 一般病棟入院基本料等 **190点**
- ロ 療養病棟入院基本料等 **635点**

病気になり入院しても、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続出来るように、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや地域との連携、外来部門と入院部門（病棟）との連携等を評価。

退院困難な要因を有する入院患者で在宅での療養を希望する者に対して退院支援を行った場合に、退院時 1 回に限り下記点数を加算。

ここでいう退院困難な要因とは

- 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 同居者の有無にかかわらず、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

〔施設基準・算定要件〕

	退院支援加算 1	退院支援加算 2
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に抽出	<u>7日以内</u> に抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に面談（一般病棟） 14日以内に面談（療養病棟）	<u>出来るだけ早期</u> に面談
退院支援計画作成着手	7日以内	7日以内
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	<u>出来るだけ早期</u> にカンファレンスを実施
情報の共有	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の職員と面会し、退院体制の情報共有等を行う。	
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	<u>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）</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等（20箇所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回/年以上）</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績（介護支援等連携指導料の算定回数）</u>	—

H30改定内容

（算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。）

# 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 診療報酬加算

### 入退院支援加算

#### 入院時支援加算

##### 200点（退院時1回）

入院予定患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し支援を行った場合に加算。

##### 〔算定対象〕

- ①自宅等(他の保健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
- ②入退院支援加算を算定する患者

##### 〔施設基準〕

- ①入退院支援加算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1名以上 又は  
・専任の看護師及び専任の社会福祉士1名以上  
《許可病床200床未満》・専任の看護師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

##### 〔算定要件〕

入院予定患者に対し、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①～⑧の内容を行い、(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)患者及び入院予定の病棟職員と共有。

患者の病態等により①～⑧まですべて実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合も①、②、⑧は必ず実施。

- 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(要介護・要支援状態の場合のみ) / ③褥瘡に関する危険因子の評価 / 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入院中に行われる治療・検査の説明 / ⑧入院生活の説明

### 地域連携診療計画加算

#### 退院支援加算

地域連携診療計画加算 **300点（退院時1回）**

#### 診療情報提供料(Ⅰ)

地域連携診療計画加算 **50点**

あらかじめ地域連携診療計画を作成し、計画にかか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加算。

##### 〔算定要件〕

- ①あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う連携保健医療機関等と共有
- ②患者の同意を得たうえで、入院後7日以内に当該計画に基づく診療計画を作成し、文書により家族等に説明・交付
- ③連携保健医療機関等で治療が行われる場合、当該連携保健医療機関等に対して、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。また、当該患者が、転院前の保健医療機関で当該加算を算定した場合は、退院時に、当該転院前の保健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。

地域連携診療計画加算を算定する場合、退院時共同指導料2、介護支援等連携指導料は別に算定できない。

H30改定内容

(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)

# 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 診療報酬加算

### 退院前在宅療養指導管理料

**120点**

入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定。  
外泊の初日1回に限り算定。  
病状の悪化等により退院できなかった場合や外泊後、帰院することなく転院した場合は算定できない。

### 退院前訪問指導料

**580点(1回の入院につき1回)**

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院の為、入院中（外泊時含む）又は退院日に患者宅を訪問し、患者の病状、家屋構造、介護力等を考慮しながら退院後の患者の看護にあたる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。

特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定対象外。

医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合も算定できる。

H30改定内容

(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)



# 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 診療報酬加算

### 介護支援等連携指導料

#### 400点（入院中2回）

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等を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービス等を受けられるよう、入院中からケアマネジャー等と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価。

#### 〔算定要件〕

入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士等、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障がい福祉サービス等について説明・指導を行った場合に算定。

指導の内容を踏まえ作成されたケアプランは、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員に情報提供を求め、ケアプランの写しを診療録に添付すること。

同一日に「退院時共同指導料2」の注3に掲げる加算と介護支援等連携指導料の両方を算定することはできない。

入院中2回に限る。

#### <1回目>

介護サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するもの。

#### <2回目>

実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行う。

### 退院時共同指導料2

#### 400点 ※2,000点（入院中1回）

入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等もしくは社会福祉士又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、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、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士と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。

※「注3」入院中の保険医療機関の保険医または看護師等が、当該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若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）又は介護支援専門員若しくは相談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なった場合2,000点を所定点数に加算する。

#### 〔算定要件〕

退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については対象とならない。

退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同一日に行なう介護支援連携指導料は別に算定できない。

退院時共同指導料2を算定している保険医療機関が、退院支援加算を算定する場合、地域連携診療計画と同等の事項を患者・家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有すること。

H30改定内容

(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)

# 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 診療報酬加算

### 退院時リハビリテーション指導料

**300点（退院日に1回）**

患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。

指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等。

当該患者の入院中主として医学的管理を行った医師又はリハビリテーションを担当した医師が、患者の退院に際し、指導を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる。

死亡退院の場合は、算定できない。

### 退院時薬剤情報管理指導料

**90点（退院日に1回）**

医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に算定。

死亡退院の場合は、算定できない。

### 退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）

**8,000円（退院時1回）**

指定訪問看護を受けようとする者であって、保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者の退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回に限り8,000円を所定額に加算する。

H30改定内容

（算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。）



# 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 診療報酬加算

### 退院後訪問指導料

#### 580点（退院後1月以内の期間に限り、5回を限度）

医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするため、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた保険医療機関が退院直後に行う訪問指導を評価。

〔算定要件〕

対象患者：別表第8(\*)又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上

(要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者も算定可能とする。)

介護老人保健施設に入所中または医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

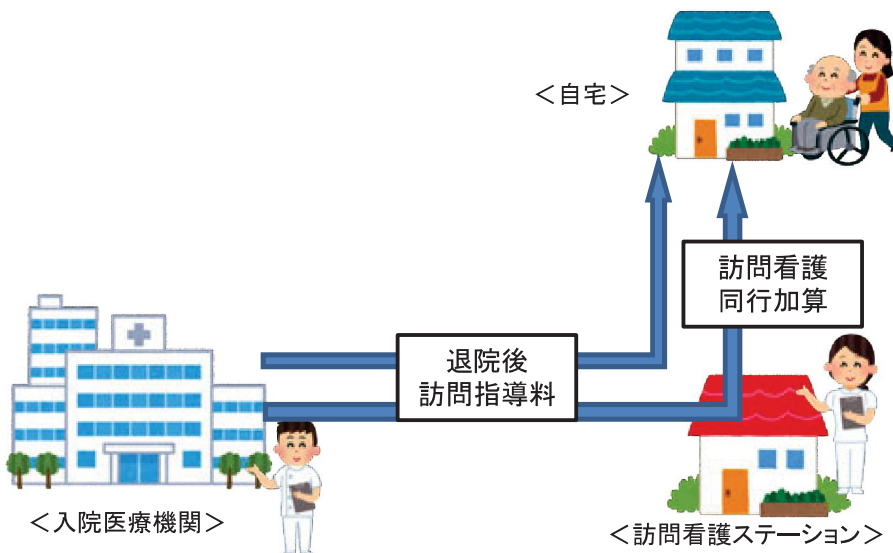
(\*) 別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者  
在宅自己腹膜灌流指導管理 / 在宅血液透析指導管理 / 在宅酸素療法指導管理 /  
在宅中心静脈栄養法指導管理 / 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 / 在宅自己導尿指導管理 /  
在宅自己呼吸指導管理 / 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 / 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人口膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

### 訪問看護同行加算

#### 20点（退院後1回）

在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行なった場合に加算。



H30改定内容

(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)