

# 利用者・患者に対する介護・医療連携 (R4年4月改訂後)

## 医療機関 (医師, 看護師, 社会福祉士, OT・PT等) ~医療保険(診療報酬)~

**入退院支援加算 1** (一般700点, 療養1300点) 3日以内退院困難抽出, 7日以内に本人・家族と面談, 7日以内にカンファレンス実施  
 ・25以上の医療機関また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  
 ・連携医療機関介護サービス事業所等の職員と退院支援・地域連携職員が年3回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実施  
 ・加算の算定対象病床100床当たり年間15回以上(療養病棟等は10回以上)

**入退院支援加算 2** (一般190点, 療養635点) 7日以内退院困難抽出, 早急に本人・家族と面談, カンファレンス実施

**退院時共同指導料 2** (400点) **多機関共同指導加算** (2,000点)

・在宅療養担当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(准看除く), 理学療法士, 作業療法士若しくは言語聴覚士, **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に, 多機関共同指導加算を算定

**介護支援連携指導料** (400点)

・保険医療機関に入院中の患者に対して, 当該患者の同意を得て, 医師又は医師の指示を受けた看護師, 社会福祉士等が**介護支援専門員**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等や退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に, 入院中2回に限り算定(退院時共同指導料2加算時には算定不可)  
 ・指導の内容を踏まえ作成されたケアプラン等については, 患者の同意を得た上で, 当該**介護支援専門員**に情報提供を求める

**退院前訪問指導料** (580点) 在宅生活指導(OT・PT)

**【入退院支援加算の施設基準】**

**入退院支援部門**

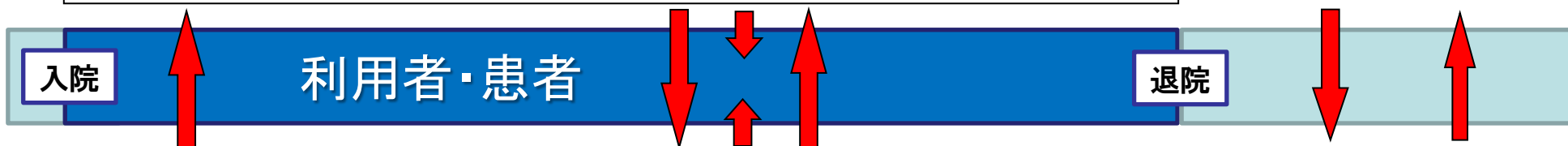
・専従1名(看護師または社会福祉士)  
 病棟配置, 連携,

**入退院支援計画**

・予約入院者の入院前情報収集  
 ・退院困難要因, 問題, 課題  
 ・退院に向けた目標, 支援概要等】

**診療情報提供料(1)** (250点) B009

・患者の同意を得て, **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, 当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定(月1回限り)  
**※介護支援連携指導料等を算定していない医療機関でもこの提供書で情報を得ることができる。**



**入院時・情報連携加算**

・3日以内(200単位)  
 ・7日以内(100単位)  
 生活, 介護情報等提供

**退院退所加算** 退院後の生活支援の準備, 病院職員と面接しアセスメント情報収集

・担当医等とカンファレンス参加(1回600単位, 1回以上+面談1回:750単位, 1回以上+面談2回以上:900単位) ※必要に応じて福祉用具専門相談員等同席  
 ・カンファレンス参加なし(1回450単位, 2回以上600単位)  
 ※ケアプランに反映させ, 医療機関の求めによりケアプランを提出する

・ケアプラン策定・見直し, 反映  
 ➤医療系サービス利用の意見を求めた主治医等に対してケアプランを交付する(義務)  
 ➤利用者の状態等について, 主治医等に必要な情報伝達を行う(義務)  
 ➤通院時情報加算(診察同席50単位)

**緊急時等居宅カンファレンス加算** (200単位) 病院等の求めにより月2回まで

**特定事業所医療介護連携加算** (125単位) 退院・退所加算の算定に医療機関等と連携を年間35回以上行い, ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定

**ターミナルケアマネジメント加算** (400単位) 末期癌で在宅で死亡した利用者が対象。※「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿う。

①24時間連絡がとれる居宅介護支援体制を確保 ②14日以内に2日以上在宅を訪問, 主治医の助言を得て支援を実施 ③利用者状況把握と記録, 主治医及びサービス事業者へ情報提供

## 介護支援専門員 ~介護保険(介護報酬)~