

## 入院時情報連携加算、退院・退所加算について（介護報酬）

### （1）入院時情報連携加算

入院時情報連携加算は、ケアマネジャーから病院に対して、下記の必要な情報を提供していることが加算要件となっている。

#### <必要な情報>

- ① 当該利用者の入院日
- ② 心身の状況  
(疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など)
- ③ 生活環境  
(家族構成、介護者の介護方法や家族介護者の状況など)
- ④ サービスの利用状況

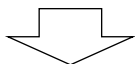
#### <従来>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200 単位／月

- ・ 入院後 7 日以内に医療機関を訪問して情報提供

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100 単位／月

- ・ 入院後 7 日以内に訪問以外の方法で情報提供



#### <H30.4～>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200 単位／月

- ・ 入院後 3 日以内に情報提供（提供方法は問わない）

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100 単位／月

- ・ 入院後 7 日以内に情報提供（提供方法は問わない）

- ・ 平成 30 年度介護報酬改定により、居宅介護支援業務（ケアマネジャー）において、入院後 3 日以内の情報提供が新たに評価。（従来は 7 日以内のみ）  
※介護報酬改定で、入院後 3 日以内の情報提供が加算の対象となったが、元々、多くのケースで、入院日か次の日には病院に出向き情報提供を行っていると思われる。（ケアマネジャーからの聴取）
- ・ 医療機関への情報提供の方法は問わない。（面接、FAX 等）
- ・ 平成 30 年度より標準様式が示されているが、「当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨ではない」とされている。

## (2) 退院・退所加算

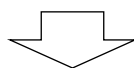
- ・ 退院・退所加算について、退院カンファレンス参加「有」の報酬は、取得できないケースが多い。

※4 者以上の者が集まる必要有り（入院医療機関の医師等以外に、在宅療養担当医師等、歯科医師、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、介護支援専門員等）

- ・ 連携シートは、ケアマネジャーによる記入が前提だが、病院側による記入でも構わない。

### <従来>

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	300 単位	300 単位
連携 2 回	600 単位	600 単位
連携 3 回	×	900 単位



### <H30.4~>

	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

- ・ 退院・退所時において、医療機関等との連携回数に応じて評価。（1～3回）
- ・ 医療機関におけるカンファレンスの参加の有無により報酬が異なる。
- ・ 「病院に入院していたものが退院し、その居宅において居宅サービスを利用する場合において、当該病院の職員と面談し、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービスの利用に関する調整を行った場合、所定単位数を加算する」となっている。
- ・ 従来より「標準様式例」が示されているが、一方で「当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨ではない」とされている。

介護報酬加算(ケアマネジャー)	診療報酬加算(病院)
<p><b>【入院時情報連携加算】</b>  I 医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから3日以内に情報提供した場合</p> <p>200単位(提供方法は不問)</p> <p>II 医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから7日以内に情報提供した場合</p> <p>100単位(提供方法は不問)</p>	<p><b>【入退院支援加算】</b>  1 退院困難な患者※を入院後3日以内に抽出し、一般病棟では原則7日以内、療養病棟では原則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った場合。</p> <p>一般病棟 600点  療養病棟 1,200点</p> <p>※退院困難な患者(主なもの)  ・がん、認知症、誤嚥性肺炎等  ・緊急入院、もしくは入退院を繰り返していること  ・要介護状態であるとの疑いがあるが、要介護認定が未申請  ・生活困窮者であること  ・排泄に介助を要すること  ・退院後に医療処置(胃ろうなど経管栄養法を含む)が必要なこと</p> <p>2 退院困難な患者を入院後7日以内に抽出し、できるだけ早期に患者及び家族と話し合いを行った場合</p> <p>一般病棟 190点  療養病棟 635点</p> <p>◎入院後7日以内に退院支援計画書の作成に着手</p>
<p><b>【退院退所加算】</b>  退院・退所時において、ケアマネジャーが病院スタッフと面談し必要な情報を得たうえで、ケアプランを作成した場合</p> <p>&lt;カンファレンス※参加無&gt;  連携1回 450単位  連携2回 600単位</p> <p>&lt;カンファレンス※参加有(1回以上)&gt;  連携1回 600単位  連携2回 750単位  連携3回 900単位</p> <p>※カンファレンスとは、診療報酬上の退院時共同指導料2の注3の要件を満たすもの  退院時共同指導料2 注3は右記のとおり</p>	<p><b>【介護支援等連携指導料】</b>  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、社会福祉士等がケアマネジャー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等について説明及び指導を行った場合、入院中2回に限り算定する。</p> <p>400点(入院中2回まで)</p> <p><b>【退院時共同指導料2】</b>  (注1)  入院中の保険医療機関の保険医もしくは看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もしくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、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、在宅療養担当医療機関の保険医もしくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もしくは社会福祉士又は当該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と共同して行ったうえで、文書により情報提供した場合</p> <p>400点(入院中1回限り)</p> <p>※加算あり  (注2)  入院医療機関の医師と在宅担当医が共同して指導 +300点</p> <p>(注3)  入院医療機関の医師もしくは看護師と在宅療養スタッフ3名以上※が共同して指導 +2,000点</p> <p>※在宅療養スタッフ3名以上とは、下記のうち、いずれか3者以上をいう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養担当医療機関の保険医もしくは看護師</li> <li>・保険医である歯科医師もしくは歯科衛生士</li> <li>・保険薬局の保険薬剤師</li> <li>・訪問看護ステーションの看護師等、理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士</li> <li>・ケアマネジャー</li> </ul> <p>◎リアルタイムでコミュニケーション可能な情報通信技術(ICT)を用いて参加した場合も算定可</p> <p>◎転院、介護施設等への入所の場合は対象とならないが、入退院支援加算を算定する患者の場合、退院支援計画書を策定し、患者に説明し、文書で提供し、在宅療養担当医療機関と共有した場合は対象となる。</p>