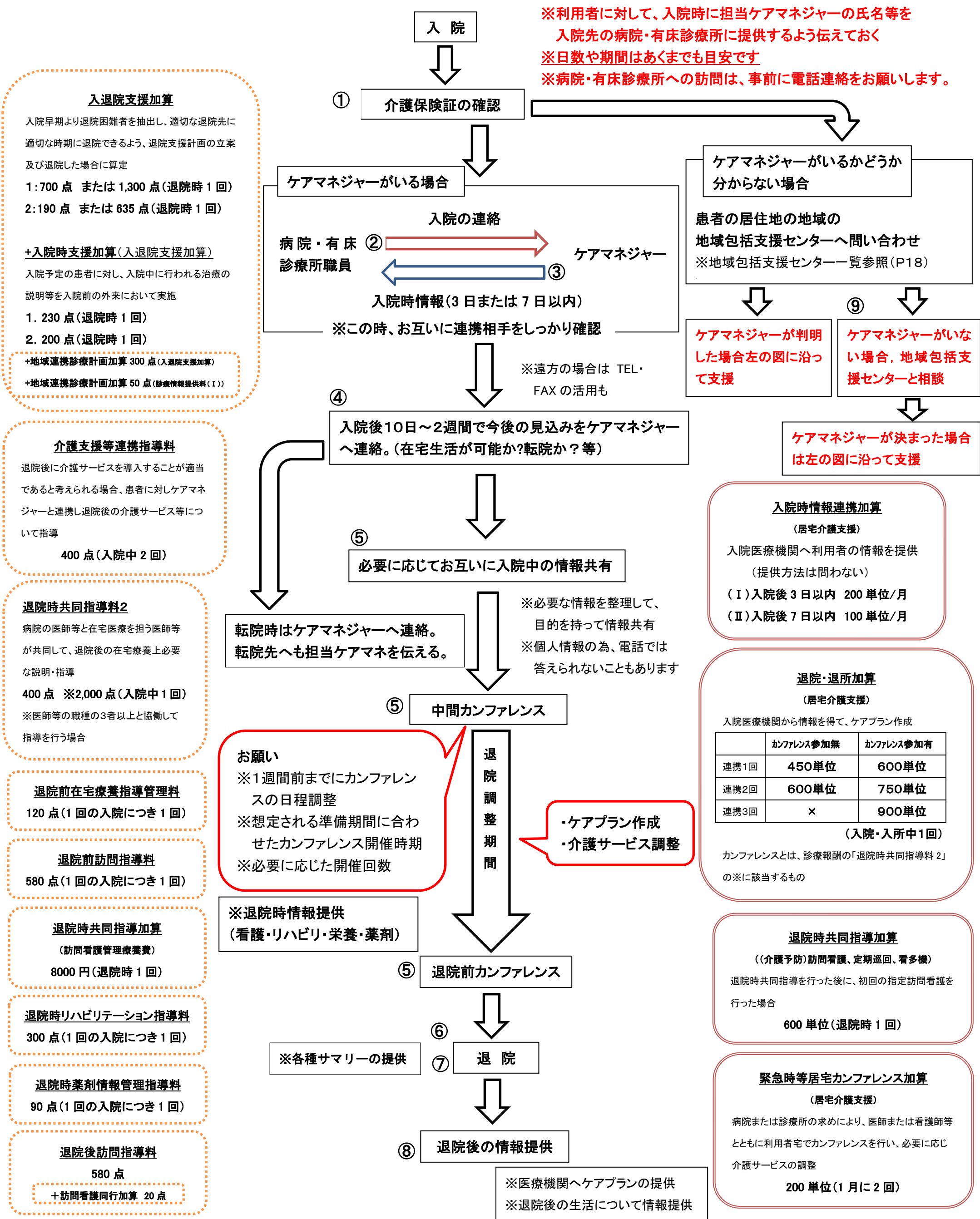


(4) 「入退院情報共有のフロー図」



※利用者に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を  
入院先の病院・有床診療所に提供するように伝えておく  
※日数や期間はあくまでも目安です  
※病院・有床診療所への訪問は、事前に電話連絡をお願いします。

**入退院支援加算**  
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  
1:700点 または 1,300点(退院時1回)  
2:190点 または 635点(退院時1回)  
**+入院時支援加算(入退院支援加算)**  
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  
1. 230点(退院時1回)  
2. 200点(退院時1回)  
**+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(1))**

**介護支援等連携指導料**  
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  
400点(入院中2回)

**退院時共同指導料2**  
病院の医師等と在宅医療を担う医師等  
が共同して、退院後の在宅療養上必要  
な説明・指導  
400点 ※2,000点(入院中1回)  
※医師等の職種3者以上と協働して  
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)**  
8000円(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**

**お願い**  
※1週間前までにカンファレン  
スの日程調整  
※想定される準備期間に合わ  
せたカンファレンス開催時期  
※必要に応じた開催回数

※退院時情報提供  
(看護・リハビリ・栄養・薬剤)

※必要な情報を整理して、  
目的を持って情報共有  
※個人情報の為、電話では  
答えられないこともあります

・ケアプラン作成  
・介護サービス調整

**ケアマネジャーがいない場合**  
患者の居住地の地域の  
地域包括支援センターへ問い合わせ  
※地域包括支援センター一覽参照(P18)

**ケアマネジャーが判明  
した場合左の図に沿っ  
て支援**

**ケアマネジャーがいな  
い場合、地域包括支  
援センターと相談**

**ケアマネジャーが決まった場合  
は左の図に沿って支援**

**入院時情報連携加算  
(居宅介護支援)**  
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)**  
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

(入院・入所中1回)  
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)**  
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  
600単位(退院時1回)

**緊急時等居宅カンファレンス加算  
(居宅介護支援)**  
病院または診療所の求めにより、医師または看護師等  
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  
200単位(1月に2回)

《診療報酬の加算》  
(令和4年4月改定を参考)

※算定に当たっては、各病院・有床診療所、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。

《介護報酬の加算》  
(令和3年4月改定を参考)