【参考】

診療情報提供料(退院前後2週間以内)

地域連携診療計画加算

退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例(令和4年4月)

群馬県健康長寿社会づくり推進課確認 ケアマネジャー 介護報酬 医療機関 診療報酬 普段から本人・家族に話し、医療保険証・介護保 入院時支援 険証・ケアマネジャーの名刺等を一つにまとめ、 入院 加算 入院したらケアマネジャーに連絡が入るようにし ておく 入院時情報 加算1:230点 入院前に、介護保険認定の有無やケアマネ 連携加算 入院を把握したら、入院時情報提供シートを、 加算2:200点 ジャーの有無を確認し、本人・家族の同意を得て 本人・家族の同意を得て病院に提供 ケアマネジャーへ連絡し、情報を共有 入院から 入退院支援加算 3日以内: 200単位 7日以内:100単位 退院の 加算1:一般病棟 700点 方向性決定 加算2:一般病棟 190点 総合機能評価50点加算 介護支援等連携 随時連絡をとりながら退院に向けた準備 退院·退所加算 指導料(初回) 自宅への退院の方向性が決定したら、本人・ 400点 家族の同意を得て、ケアマネジャーへ連絡 ※退院調整共有情報シートを病院からケアマネ 病院職員と面談し、必要な情報の提供を受けた ジャーに提供 介護支援等連携 上で、居宅サービス計画を作成し、サービス 退院·退所加算 利用の調整をする 指導料(2回目) 400点 必要に応じ、介護サービス事業者等に退院カン ケアマネジャー等に退院カンファレンスへの出 ファレンスへの出席を依頼 席を依頼 退院·退所加算 退院カンファレンス 退院時共同指導料 退院•退所加算 指導料2:400点 カンファレ なし あり 在宅担当医と共同して指導300点加算、 ンス参加 多機関共同指導加算:2000点 連携1回 450単位 600単位 本人の同意を得て、ケアマネジャーに居宅 居宅サービス計画書の写し サービス計画書の提供依頼 を病院に提供 連携2回 600単位 750単位 退 院 < その他算定可能な診療報酬の例> 連携3回 900単位 退院前訪問指導料退院後訪問指導料

(注)診療・介護報酬加算の算定には、各々算定条件を満たす必要があります