

令和元年度 渋川地区医療介護連携調整 病院・ケアマネ合同会議

退院調整に関して算定可能な 診療報酬・介護報酬の例 (平成30年4月)

日時：令和2年3月12日(木)13:30～

場所：渋川市北橘公民館301講堂

退院調整ルール検討部会

～お互いを理解し、よりよい連携を図るために～

お互いの立場を知り
内容や意味を理解し
連絡を取り協力しましょう

医療保険・介護保険の基本的な仕組み

医療保険



☐ 診療報酬

1点10円

☐ 改定サイクルは2年毎

(次回: 令和2年4月改定)

介護保険



☐ 介護報酬

1単位10円を基本で地域区分あり

☐ 改定サイクルは3年毎

(次回: 令和3年4月改定)

渋川市上乘せ。
榛東村・吉岡町はは7級地で3%
その他で上乘せなし。

各場面の報酬等 算定相関図

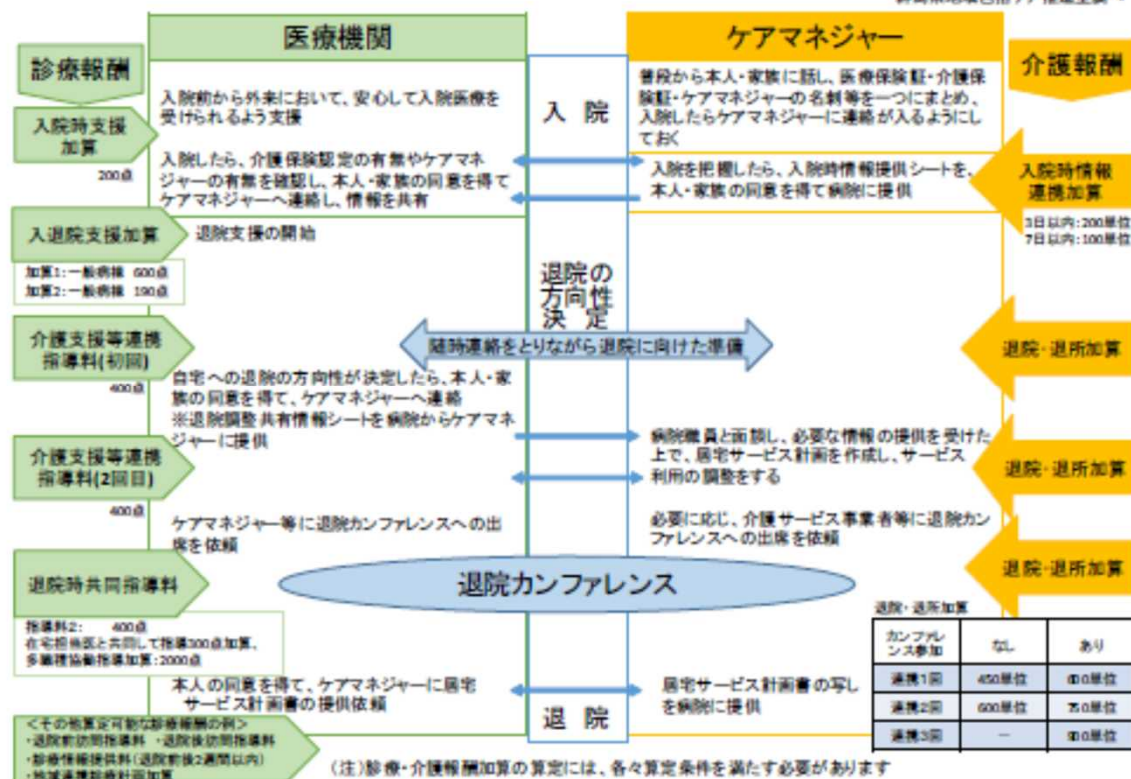
渋川圏域における
病院－在宅連携

「退院調整ルール」の手引き
平成31年4月版

16ページを参照

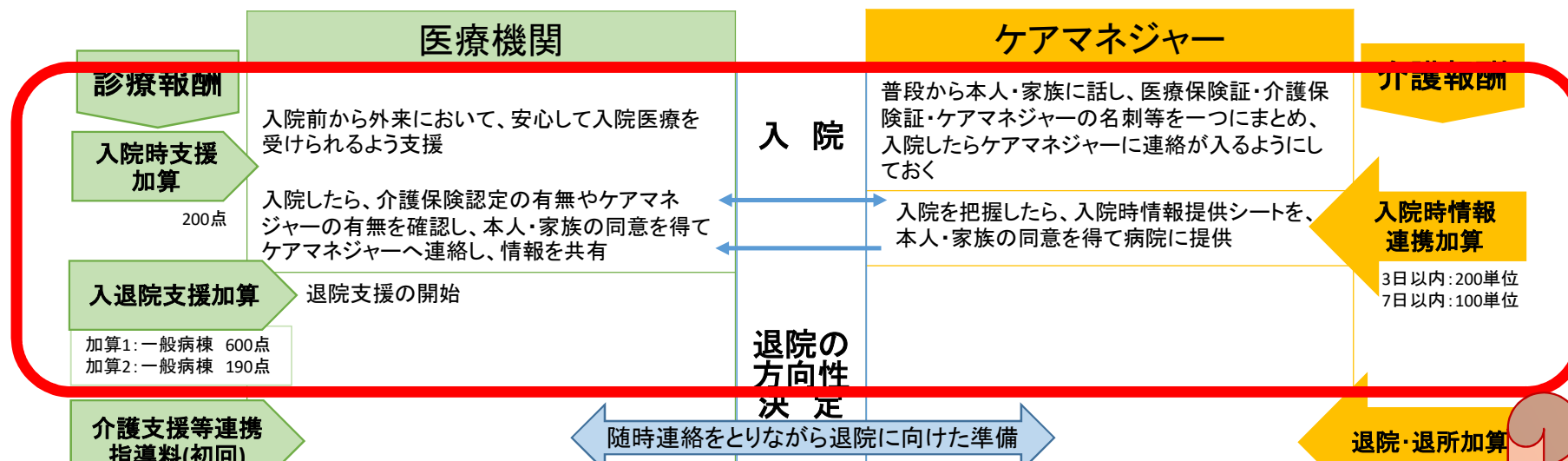
【参考】 退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例（平成30年4月）

群馬県地域包括ケア推進室調べ



【参考】 退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例（平成30年4月）

群馬県地域包括ケア推進室調べ



まずは、入院時の確認。

サービス計画書の提供依頼		退 院	を病院に提供	連携2回	600単位	750単位
<その他算定可能な診療報酬の例> ・退院前訪問指導料 ・退院後訪問指導料 ・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				連携3回	—	900単位

(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

(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

入院前からの支援を行った場合 入院時支援加算

令和2年4月、さらなる連携強化
のために診療報酬改定！！

230点・200点

➤ 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療経過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、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、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価。

➤ 算定対象者は、自宅等から入院する予定入院患者へ退院時に1回を算定。

介護保険被保険者証を確認したくても、持参されないことが多いので、健康保険証と一緒に保管してもらえると助かります。

➤ 算定するにあたり以下を実施する。

- 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サービス・福祉サービスの把握
- 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

□ 入院時支援加算1 230点

✓ 上記の①～⑧すべてを実施

□ 入院時支援加算2 200点

✓ 上記の①、②及び⑧を含む一部を実施

入院後3日以内に必要性を判断し7日以内に計画着手 入退院支援加算1 一般 600点

➤ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

➤ 入院後3日以内に退院支援の必要性を判断し、7日以内に退院支援計画の作成に着手する。

入院前の生活状況や介護状況、退院目安のADLなど、ケアマネからの情報提供がいただけると助かります。

➤ 退院困難な要因とは

- ① 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
- ② 緊急入院
- ③ 要介護認定が未申請
- ④ 虐待を受けている又はその疑いがある
- ⑤ 生活困窮者である
- ⑥ 入院前に比べてADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ⑦ 排泄に介助を要する
- ⑧ 同居家族の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ⑨ 退院後に医療処置が必要
- ⑩ 入退院を繰り返している

入院後7日以内に情報提供を行った場合 入院時情報連携加算 100単位・200単位

➤ 利用者が医療機関に入院するに当たって、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は、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算。

➤ 必要な情報とは、入院日、心身の状況、生活環境及びサービスの利用状況。

➤ 「退院調整のルール」の手引き、入院時情報提供シート(様式1-1)を活用する。

➤ 情報提供の手段は問わないが、よりスピーディな対応を評価。

□ 入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位

- ✓ 入院後3日以内
- ✓ 予定入院で、入院前の情報提供は(Ⅰ)を算定する。

□ 入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位

- ✓ 入院後4日以上7日以内

本人が入院したことが分からず、情報提供できないこともあります。入院日の記入も必要なので、病院から入院日の連絡がもらえると助かります。

「退院調整のルール」の手引き 11～12ページ参照

様式1-1 入院時情報提供シート

様式1-2 入院時の情報提供連絡票

[illegible]

入院日は必須。

生活状況や介護状況、退院
目安のADLなどを具体的に
記入。
記入しきれない場合は、別
紙やケアプラン添付でも可
能。

様式1-2

情報提供日: 20 年 月 日

入院時の情報提供連絡票

【医療機関名】

部

【受入介護支援事業所名】

【担当室名】

TEL:

FAX:

卒業より、大変お世話になっております。

下記の利用者について、情報提供いたしますので、ご査収のほど

■利用者名: (男・女)

■利用者生年月日 男・大・昭・平 年 月 日生

■入院時の情報については、別添「入院時情報提供シート」のとおりで

■情報提供方法(口頭部・口FAX、郵送等)

送付票

受入者氏名

※FAX、郵送等で情報提供を受けたい場合は、受入日・受入者氏名を記載の上、
民宅介護支援事業所あてにFAXにて送付をお願いします。

※入院時情報連絡加算1・・・200単位 入院時情報連絡加算2・・・100単位

2018年9月改訂版

- 12 -

受領確認をして
返信を依頼。

よりよい連携を図るためには・・・

診療報酬と介護報酬がリンクするのは
3日以内。

連携強化のためには、3日以内の情報
提供が有効だと思いませんか？

3日以内を目指し努力すべきこと

病院側

- 介護保険証を確認し、ケアマネを確認する
- 本人・家族からケアマネに入院の連絡するように依頼する
- 本人・家族が連絡が困難な場合は、同意を得て直接ケアマネに連絡をして、入院日を伝える

ケアマネの、契約時説明義務です。

ケアマネ側

- 健康保険証と介護保険証を一緒に保管するように促す
- 介護保険証に担当者の名刺を挟んでホチキスで留める
- 入院時には、担当ケアマネの氏名・連絡先を入院先医療機関に伝えてもらうように説明し、本人・家族の同意を得て、介護保険証に電話番号を記入する
- 入院を把握したら、早急に入院時情報提供シートを送付又は持参する

【参考】 退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例（平成30年4月）

次は、退院時の確認。

加算1: 一般病棟 600点
加算2: 一般病棟 190点

介護支援等連携指導料(初回)

400点

自宅への退院の方向性が決定したら、本人・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ジャーに提供

介護支援等連携指導料(2回目)

400点

ケアマネジャー等に退院カンファレンスへの出席を依頼

退院時共同指導料

指導料2: 400点
在宅担当医と共同して指導300点加算、
多職種協働指導加算: 2000点

本人の同意を得て、ケアマネジャーに居宅サービス計画書の提供依頼

<その他算定可能な診療報酬の例>
・退院前訪問指導料 ・退院後訪問指導料
・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

退院の
方向性
決定

← 随時連絡をとりながら退院に向けた準備 →

病院職員と面談し、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、サービス利用の調整をする

必要に応じ、介護サービス事業者等に退院カンファレンスへの出席を依頼

退院カンファレンス

退 院

居宅サービス計画書の写しを病院に提供

退院・退所加算

退院・退所加算

退院・退所加算

退院・退所加算

カンファレンス参加	なし	あり
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

(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

退院調整

(退院調整共有情報シートとカンファレンス)

ケアマネがいる場合

- 可能な範囲で退院調整に必要な期間(概ね1週間)を考慮してケアマネに連絡。
- 入院前と状態変化がある場合、退院調整共有情報シートを作成しケアマネに送付。⇒カンファレンスへの出席を依頼。
- 状態変更がない場合、ケアマネと相談しシートの省略または看護サマリー等に対応

ケアマネがいない場合

- 在宅が可能と判断したら、可能な範囲で退院調整に必要な期間(概ね1週間)を考慮してケアマネに連絡。
- 退院調整共有情報シートを作成しケアマネに送付。⇒カンファレンスへの出席を依頼。

シートは退院調整のツールの一つ。
シートを作成しても病院側は加算が取れる訳ではない。ケアマネに来院してもらい、説明指導するのが加算要件。

13～15ページを参照

➤ ケアマネは、シートを受理したら病院やご家族と早急に連絡をとり、本人及び家族、病院職員と面談の日程調整を行う。

連携を推進し、切れ目のない支援となるよう評価 介護支援等連携指導料 400点

- 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、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援相談員と共同して、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害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護保険サービス又は障害福祉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。
- 来院してもらい連携することが必須。。。

➤ 1回目

介護サービスの利用見込みがついた段階で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。

➤ 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在宅診療の見込み等を念頭においた指導を行う。

➤ ケアプラン等の写しを診療録に添付する。

来院してもらい、面談ができないと算定できません。
情報提供をするので来院してください。

院内カンファレンスに医師が参加しなくても算定可能に 退院時共同指導料2の注3 2000点

- 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師、保険医である歯科医師若しくは歯科衛生士、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、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又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った場合に、多機関共同指導料加算として、2000点を加算。
- 患者の同意を得て、病院主催で開催。
- 入院中の保険医療機関に赴き、多職種(実質4者以上)で指導、文章により情報提供する。
- 入院中の医療機関が原則として入院中に1回算定。
- 行った指導の内容等について、要点及び、患者又はその家族に提供した文章の写しを診療録に添付する。

多機関共同作成料が、介護報酬の退院・退所加算(カンファレンス参加あり)の要件と同じ。

共同指導が行えなかった場合に 診療情報提供書料(Ⅰ)注2 250点

➤ 注2

保険医療機関が、患者の同意を得て、患者の居住地を管轄する市町村又は指定居宅介護支援事業所等に対して、診療状況を示す文書を添えて、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、患者一人につき月1回に限り算定。

➤ 入院患者については、退院日の前後2週間以内に診療情報を文書で提供を行った場合のみ。

＜医科診療報酬点数表の参考様式＞

(別紙様式12の4)

B009

(別紙様式12の4)			
診療報酬が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書			
情報提供先事業所		平成 年 月 日	
担当		氏	
		紹介元医療機関の所在地及び名称	
		電話番号	
		FAX番号	
		医師氏名	
患者氏名	性別	男・女	
電話番号	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日 主()歳
患者住所			
情報提供の目的			
病名	発症日: 昭和・平成 年 月 日		
その他の病名	発症日: 昭和・平成 年 月 日		
病名の認定状況			
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合	入院日: 年 月 日
退院日: 年 月 日			
の要と認定された居宅介護支援サービス又はサニタリズに該当する認定状況			
障害者介護者の生活自立度			
☐ 自立 ☐ U1 ☐ U2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2			
認知症高齢者の日常生活自立度			
☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ III ☐ IIa ☐ IIb ☐ IV ☐ M			

(この様式は、主治医と介護支援専門員との連携のため、渋川地区医師会、介護支援専門員連絡協議会渋川圏域支部、渋川市の合同で作成したものです。)

- 平成21年に「情報提供の同意欄」を追加し、様式を一部変更しましたが、医師会と介護支援専門員協会と渋川市で取り決め、現在使用している様式。
- ケアマネは、医療系サービスを計画に位置付ける際は、必ず主治医に医学的所見を求めなければならないことになっており、この様式を利用するように周知している。
- 渋川地区医師会では、この様式でも【診療情報提供書料（Ⅰ）250点】を算定できる取り決めとなっているが、個人負担金が生じるため、必ず同意を得て、トラブルがないようにすることが必要。

院内カンファレンスの参加をより手厚く評価 退院・退所加算 450単位～900単位

➤ 退院・退所に当たって、入院中の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得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型のサービスの利用に関する調整を行った場合に算定。

➤ 病院等との連携回数及び病院等におけるカンファレンスに参加の有無で加算の単位数が異なる。

➤ カンファレンスの要件は、退院時共同指導料2の注3と同様。

カンファレンス参加	なし	あり
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

➤ 初回加算を算定する場合は算定不可。

➤ 入院又は入院期間中につき1回。

➤ 退院後7日以内に診療情報提供書で情報を得た場合も算定可能。

➤ 必要な情報に不足がないように、国の標準様式を利用することを推奨する。

病院側から書類をもらっただけでは、加算は取れない。
病院職員と面談を行い、本人及び家族と面談しアセスメント実施→計画作成→担当者会議等の一連のプロセスを行うことが必要。

➤ 必要な情報の聞き漏らしや
請求ミスをなくすために、国
の標準様式を利用することを
推奨する。

退院加算の比較

病院側

- 介護支援等連携指導料
(1回400点)
入院中2回まで

- 退院時共同指導料
(多職種共同指導加算+2000点)

ケアマネ側

- 退院・退所加算
(カンファレンスなし)
連携1回450単位・2回600単位

- 退院・退所加算
(カンファレンスあり)
600単位～900単位

※ 本人・家族の同意と、入院先の病院に赴き面談をすること。記録に残すことが要件。
きちんと理解していれば、自信を持って加算も算定できるはず！！

よりよい連携を図るためには・・・

お互いの立場を知り、内容や意味を理解することです。

切れ目のない支援を行うためにも、連絡を取り協力しましょう。

引用・参考 資料

- 渋川圏域における病院－在宅連携
「退院調整ルールの手引き」 平成31年4月版
- 医科点数表の解釈 平成30年4月版（社会保険研究所）
- 介護報酬の解釈 ①単位数表編 令和元年10月版
（社会保険研究所）
- 平成30年10月 関東信越厚生局地域包括ケア推進課
「在宅医療・介護連携における診療報酬と介護報酬」
- 平成30年3月22日厚生労働省老健局
介護保険最新情報VOL. 628
「「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する
基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額に算定
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」
- 厚生労働省ホームページ
- 渋川市ホームページ