

医療・介護連携の算定実例

R7年2月22日

久留米地域職業訓練センター

退院前後に算定できる在宅関連報酬

入院時

【入院医療機関】

- ・ 入退院支援加算（診療）
- ・ 協力対象施設入所者入院加算（診療）

【訪問看護ステーション】

- ・ 訪問看護情報提供療養費3（看護）

【在宅医療機関】

- ・ 診療情報提供書（I）（診療）
- ・ 療養情報提供加算（診療）
- ・ 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料（診療）

【居宅介護支援事業所】

- ・ 入院時情報連携加算（介護）

入退院支援加算（退院時1回）

患者が安心して退院し、地域での療養を継続できるように、入院早期から退院困難な要因を把握し、入退院支援を行うことを評価する制度

1 入退院支援加算 1

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点

2 入退院支援加算 2

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点

3 入退院支援加算 3 1,200点

施設基準届用

退院困難な要因とは（入退院支援加算1と2）

<p>ア 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であること</p>	<p>ケ 排泄に介助を要すること</p>
<p>イ 緊急入院であること</p>	<p>コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと</p>
<p>ウ 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であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること</p>	<p>サ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと</p>
<p>エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者</p>	<p>シ 入退院を繰り返していること</p>
<p>オ 強度行動障害の状態の者</p>	<p>ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること</p>
<p>カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること</p>	<p>セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること</p>
<p>キ 生活困窮者であること</p>	<p>ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること</p>
<p>ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）</p>	<p>タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合</p>

ヤングケアラーとは？



障がいや病気のある家族に代わり、買い物・料理・掃除・洗濯などの家事をしている



家族に代わり、幼いきょうだいの世話をしている



障がいや病気のあるきょうだいの世話や見守りをしている



目を離せない家族の見守りや声かけなどの気づかいをしている



日本語が第一言語でない家族や障がいのある家族のために通訳をしている



家計を支えるために労働をして、障がいや病気のある家族を助けている



アルコール・薬物・ギャンブル問題を抱える家族に対応している



がん・難病・精神疾患など慢性的な病気の家族の看病をしている



障がいや病気のある家族の身の回りの世話をしている



障がいや病気のある家族の入浴やトイレの介助をしている

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2
退院困難な患者の抽出	3日以内に抽出	7日以内に抽出
入院早期の患者・家族との面談	一般病棟：7日以内に面談 療養病棟：14日以内に面談	できるだけ早期に面談
退院支援計画作成着手	7日以内	7日以内
多職種カンファレンス実施	7日以内にカンファレンスを実施	できるだけ早期にカンファレンスを実施
情報の共有	退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等の職員と面会し、退院体制の情報共有等を行う	
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関や介護施設等（25カ所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回/年以上）	
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績（介護支援等連携指導料の算定回数）	

連携機関とは

※同一法人内でも可能

- ① 連携する保険医療機関
- ② 介護保険法に定める居宅サービス事業者

訪問介護（ホームヘルプ）

訪問看護

訪問リハビリテーション

通所介護（デイサービス）

通所リハビリテーション（デイケア）

短期入所生活介護（ショートステイ）

特定施設入居者生活介護

連携機関とは

※同一法人内でも可能

③ 地域密着型サービス事業者

小規模多機能型居宅介護

看護小規模多機能型居宅介護（旧：複合型サービス）

認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

地域密着型通所介護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

地域密着型特定施設入居者生活介護

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（小規模特養）

④ 居宅介護支援事業者

⑤ 施設サービス事業者

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

介護老人保健施設（老健）

介護医療院

連携機関とは

※同一法人内でも可能

- ⑥ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者
- ⑦ 児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者

介護支援専門員との連携実績

過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）の合計回数が、以下のア及びイを合計した数を上回っている。

ア

「イ 一般病棟 入院基本料等の場合」の算定病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15 を乗じた数と「ロ 療養病棟 入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1 を乗じた数の合計

イ

「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に0.05 を乗じた数

疑義解釈資料（その4）（平成28年6月14日事務連絡）

問

区分番号「A246」退院支援加算1の施設基準に、過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数に係る要件があるが、回復期リハビリテーション病棟入院料等、介護支援連携指導料の点数が当該入院料に含まれており、別途算定できない場合の取扱い如何。

答

介護支援連携指導料の点数が入院料に含まれており別途算定できない場合であっても、介護支援連携指導料が求める要件と同等の実績（1回の入院中2回までに限る）が認められる場合は、退院支援加算1の過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数に係る要件において、算定回数に含めることが可能である。

入退院支援加算 3

退院困難な要因	ア 先天奇形 イ 染色体異常 ウ 出生体重 1,500g 未満 エ 新生児仮死（度以上のものに限る） オ その他、生命に関わる重篤な状態
退院困難な患者の抽出	入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出
患者・家族との面談・退院支援計画の着手	7 日以内に家族等と面談
多職種によるカンファレンスの実施	カンファレンスを行った上で、入院後 1 か月以内に退院支援計画作成に着手

入院時支援加算

入退院支援加算への加算

施設基準届用

- イ 入院時支援加算 1 240点
- ロ 入院時支援加算 2 200点

退院困難な要因を有する予定入院患者への外来での対応を評価

ア	身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（必須）
イ	入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握（該当する場合は必須）
ウ	褥瘡に関する危険因子の評価
エ	栄養状態の評価
オ	服薬中の薬剤の確認
カ	退院困難な要件の有無の評価
キ	入院中に行われる治療・検査の説明
ク	入院生活の説明（必須）

入退院支援加算 1 ア～ク全て実施

入退院支援加算 2 ア、イ、クのみ実施

協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

- 1 往診が行われた場合 600点
- 2 1 以外の場合 200点

施設基準届用

【対象施設】

介護老人保健施設
介護医療院
特別養護老人ホーム



協力医療機関が、入所者を入院させた場合に入院初日に算定

2024年度 介護報酬改定

- ・ 特別養護老人ホーム
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 介護医療院

3つの要件を満たす**協力医療機関**の確保が義務付け

- ① 急変時などの相談体制の常時確保
- ② 診療体制の常時確保
- ③ 入院受け入れ体制確保

協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

1 往診が行われた場合 600点

施設基準届用

① 患者の病状の急変入院が必要となった場合（当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて）

② 診療

③ 入院の必要性を認め入院

2 1以外の場合 200点

① 従事者の求めに応じて当該患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く）に対し、診療

② 入院の必要性を判断して当該保険医療機関に入院

療養情報提供加算

診療情報提供書（Ⅰ） 250点
療養情報提供加算 50点

保健医療機関  保険医療機関（入院する）
介護老人保健施設
介護医療院

文書で診療情報を提供する際、定期的に行っていた訪問看護ステーションもらった情報を退院時に渡す。

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点（月1回）

- ① 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者
- ② 当該患者を医学管理を行っている医師
- ③ 当該患者の病状の急変時等に、関係職種と
- ④ ICTを用いて療養上必要な指導を行う
（人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえる）

※ 過去**30**日以内に在宅医療情報連携加算（施設基準届出）を算定している末期の悪性腫瘍の患者

関係職種とは

連携する他の保険医療機関の保険医

歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師

訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師

訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士

管理栄養士

介護支援専門員又は相談支援専門員等

訪問看護情報提供療養費3 1500円

【算定対象】

訪問看護ステーションが算定

医療機関

介護老人保健施設

介護医療院

に入院・入所する利用者

- ① 利用者の同意を得て
- ② 訪問看護に係る情報を文章を
- ③ 主治医に提供

入院時情報連携加算

入院時情報連携加算（Ⅰ）250単位/月

利用者が病院または診療所に入院した日に、必要な情報を提供
（営業時間終了または営業日以外に入院した場合は入院日の翌日を含む）

入院時情報連携加算（Ⅱ）200単位/月

利用者が病院または診療所に入院した日の翌日または翌々日に、必要な情報を提供

※居宅介護事業所で算定

入院中

【入院医療機関】

- ・ 介護支援等連携指導料（診療）
- ・ 退院前訪問指導料（診療）

【訪問看護ステーション】

- ・ 訪問看護情報提供療養費（Ⅲ）（看護）

【居宅介護支援事業所】

- ・ 退院・退所加算（介護）

介護支援等連携指導料 400点（入院中2回）

- ① 入院中の患者
- ② 医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が
- ③ 介護支援専門員又は相談支援専門員と共同
- ④ 退院後に利用可能な介護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う

退院・退所加算

医療機関を退院または介護施設を退所して自宅に戻り在宅生活を送る利用者について、情報提供や介護サービスの調整を評価する加算

※居宅介護支援事業所にて算定

同一法人算定可

(Ⅰ) イ 450単位/回	医療機関、介護施設の職員から利用者に関する必要な情報を1回受けた場合 ロは、カンファレンスにて情報提供
(Ⅰ) ロ 600単位/回	
(Ⅱ) イ 600単位/回	医療機関、介護施設の職員から利用者に関する必要な情報を2回以上受けた場合 ロは、カンファレンスにて情報提供
(Ⅱ) ロ 750単位/回	
(Ⅲ) 900単位/回	医療機関、介護施設の職員から利用者に関する必要な情報を2回以上受けうち1回がカンファレンスにて情報提供

退院前訪問指導料 580点

- ① 継続して1月を超えて入院すると見込まれる患者
- ② 入院中または退院日に患家を訪問
- ③ 患者の病状や家屋構造、介護力を考慮
(医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等)
- ④ 退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行う。
- ⑤ 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。

当該入院中1回 算定

(入院後早期(入院後14日以内)に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回)

訪問看護情報提供療養費（Ⅲ） 8500円

【算定要件】

訪問看護ステーションが算定

入院中に外泊する患者

- ① 厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）に該当
（入院中2回まで算定可）
- ② 厚生労働大臣が定める状態等（別表第8の2）に該当
（入院中2回まで算定可）
- ③ 試験外泊時の訪問看護が必要とあると認められた者
（入院中1回算定可）

※ 訪問看護指示書（300点）の交付が必要

別表第7：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）

末期の悪性腫瘍	多発性硬化症
重症筋無力症	スモン
筋委縮性側索硬化症	脊髄小脳変性症
ハンチントン病	進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患 <ul style="list-style-type: none"> ・ 進行性核上性麻痺 ・ 大脳皮質基底核変性症 ・ パーキンソン病（ホーエン、ヤールの重症 度分類Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度） 	多系統委縮症 <ul style="list-style-type: none"> ・ 線条体黒質変性症 ・ オリーブ橋小脳萎縮症 ・ シャイ・ドレーガー症候群
プリオン病	亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病	副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症	球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎	後天性免疫不全症候群
頸髄損傷	人工呼吸器を使用している状態（ASVはふくまれない）

厚生労働大臣が定める状態等（別表第8の2）

①	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者 ・気管カニューレ若しくは留置カテーテル（※1）を使用している状態にある者
②	<p>以下の指導管理を受けている状態にある者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅自己腹膜灌流指導管理 ・在宅血液透析指導管理 ・在宅酸素療法指導管理 ・在宅中心静脈栄養法指導管理 ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理 ・在宅自己導尿指導管理 ・在宅人工呼吸指導管理 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 ・在宅自己疼痛管理指導管理 ・在宅肺高血圧症患者指導管理
③	人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
④	<p>真皮を越える褥瘡の状態にある者 （NPUAP分類Ⅲ度、Ⅳ度、またはDESIGN-R2020分類D3、D4、D5）</p>
⑤	在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者を算定している者

※1 膀胱留置カテーテルや胃チューブ（胃ろう・経鼻）と呼ばれる経管栄養を利用している場合等が対象となります

退院時

【入院医療機関】

- ・ 退院時共同指導料2（診療）
- ・ 退院時リハビリテーション指導料（診療）
- ・ 退院前訪問指導料（診療）

【訪問看護ステーション】

- ・ 退院時共同指導加算（訪問）（介護）
- ・ 退院支援指導加算（訪問）

【在宅医療機関】

- ・ 退院時共同指導料1（診療）

【居宅介護支援事業所】

- ・ 退院・退所加算（介護）

退院時共同指導料の概要

退院時共同指導料

- ▶ 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師等と入院中の医療機関の医師等とが、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共同して行った上で、文書により情報提供した場合にそれぞれの保険医療機関において算定する。
- ▶ 入院中1回に限り算定（ただし、別に定める疾病等の患者（※）については、入院医療機関の医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは当該医師の指示を受けた方も看護ステーションの看護師等と1回以上共同して行う場合は、入院中に2回に限り算定）

	退院後訪問指導料 1 (在宅療養担当医療機関の評価)	退院後訪問指導料 2 (入院医療機関の評価)
	1 在支診 1,500点 2 在支診以外 900点	400点
共同指導 実施職種	医師、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、社会福祉士	注1 医師、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、社会福祉士 注2（300点加算） 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る 注3（多機関共同指導加算：2,000点加算） 医師、看護師等が、以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師又は看護師等 ・歯科医師又は歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く） ・介護支援専門員 ・相談支援専門員
対象患者	退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院・入所する患者又は死亡退院した患者は対象とならない。 ※ただし、入退院支援加算を算定する患者であって、疾患名、入院医療機関の退院基準、退院後の診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養医療機関と共有した場合、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能。	

(※) 退院時共同指導料を2回算定できる疾病等の患者

- 1 末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。）
- 2 (1)であって、(2)又は(3)の状態である患者
 - (1)
 - ・在宅自己腹膜灌流指導管理
 - ・在宅血液透析指導管理
 - ・在宅酸素療法指導管理
 - ・在宅中心静脈栄養法指導管理
 - ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - ・在宅人工呼吸指導管理
 - ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理
 - ・在宅自己疼痛管理指導管理
 - ・在宅肺高血圧症患者指導管理
 - ・在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
 - (2) ドレーン又は留置カテーテルを使用している状態
 - (3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- 3 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

退院時共同指導料 1

※ 退院後の在宅療養を担う医療機関側が算定

在宅診 1、500点

上記以外の医療機関 900点

特別管理指導加算 200点

厚生労働大臣が定める状態等（別表第8の2）に該当する場合

厚生労働大臣が定める状態等（別表第8の2）

①	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者 ・気管カニューレ若しくは留置カテーテル（※1）を使用している状態にある者
②	<p>以下の指導管理を受けている状態にある者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅自己腹膜灌流指導管理 ・在宅血液透析指導管理 ・在宅酸素療法指導管理 ・在宅中心静脈栄養法指導管理 ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理 ・在宅自己導尿指導管理 ・在宅人工呼吸指導管理 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 ・在宅自己疼痛管理指導管理 ・在宅肺高血圧症患者指導管理
③	人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
④	<p>真皮を越える褥瘡の状態にある者 （NPUAP分類Ⅲ度、Ⅳ度、またはDESIGN-R2020分類D3、D4、D5）</p>
⑤	在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者を算定している者

※1 膀胱留置カテーテルや胃チューブ（胃ろう・経鼻）と呼ばれる経管栄養を利用している場合等が対象となります

- ① 退院後の在宅療養を担う医療機関の医師または看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、もしくは社会福祉士
- ② 入院先に行って、患者の同意を得て、
- ③ 退院後の療養の説明および指導を入院医療機関の医師、看護師等ほかと共同で行い、文書により情報提供した場合、入院中1回に限り算定

初回訪問時の算定は？

- ・ 往診料+初診料 720点+291点 = 1011点
- ・ 退院時共同指導料1を算定していれば、初回より在宅患者訪問診療料算定可
(ただし、在宅医療を担当する医師の参加が必須)

在宅患者訪問診療料 (I) 1

同一建物居住者以外 888点

保険診療 Q & A (192)

退院時共同指導料の算定について

Q、他医療機関である病院を退院予定の患者を、退院後、在宅で当診療所が受け持つことになった。事前に入院中の当該患者を以下の方法で診察等した場合、B004退院時共同指導料1（支援診の場合1000点、それ以外の場合600点）で算定できるか。また、以後、医師の診察がない場合、在宅への初回の訪問の算定について教えて欲しい。(1)医師が病院に赴き、病院の主治医と共同で患者に在宅療養計画について説明、指導した。(2)看護師が病院に赴き、病院の主治医と共同で患者に在宅療養計画について説明、指導した。(3)医師が病院に赴き、病院の主治医と在宅療養計画について話し合った（患者には会っていない）。(4)家族が来院し、在宅療養計画について話し合った（患者には会っていない）。

A、(1)医師が病院に赴いた費用は、退院時共同指導料1で算定します。これが初診に当たりますので、在宅への初回の訪問は、予め計画した訪問であれば、在宅患者訪問診療料で算定します。(2)看護師が病院に赴いた費用は、退院時共同指導料1で算定します。しかし、医師の初診には当たらないので、在宅への初回の訪問は、初診料+往診料で算定します。(3)(4)医師が患者を診察していませんので、話し合った費用は算定できません。在宅への初回の訪問は、初診料+往診料で算定します。

京都保険医協会

退院時共同指導料 2

※ 入院先の医療機関側が算定

400点

(厚生労働大臣が定める状態等（別表第8の2）の患者は退院時共同指導料を2回算定できる)

① 医師または看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、もしくは社会福祉士が、

② 入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明および指導を、

③ 在宅療養担当医療機関の医師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、言語療法士、もしくは社会福祉士または訪問看護師等、と共同して行ったうえで、文書により情報提供した場合

医師同士の共同指導加算300点

入院の医師＋退院後の在宅療養を担う医師

多機関共同指導加算2000点

(入院医療機関の医師又は看護師等＋①～⑥のうち3者以上⇒計4者)

- ①退院後の在宅療養を担う医療機関の医師もしくは看護師等
- ②歯科医師もしくは歯科衛生士
- ③保険薬局の薬剤師
- ④訪問看護ステーションの看護師（准看除く）、理学療法士、作業療法士、言語療法士、
- ⑤居宅介護支援のケアマネ
- ⑥指定計画相談支援事業者等の相談支援専門員

入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合は、同一日に退院時リハビリテーション指導料は別に算定できない。また、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合は、退院時薬剤情報管理指導料は別に算定できない。

同一日に退院時共同指導料2と退院時リハビリテーション指導料又は退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。

退院時リハビリテーション指導料 300点（退院時）

退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。

- ① 主として医学的管理を行った医師又はリハビリテーションを担当した医師
- ② 医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導

退院時共同指導加算

600単位／回
8000円／回

【対象】

医療機関

訪問看護ステーションが算定

介護老人保健施設

介護医療院

から退院・退所する利用者

【算定要件】

- ① 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院から退院・退所する利用者やその看護にあたる者に対して、病院等の主治医、その他従業者と共同して在宅での療養上の指導を行うこと
- ② 退院時共同指導の内容を提供すること
- ③ 退院・退所後に訪問看護を行うこと

退院時共同指導加算 600単位／回
8000円／回

退院・退所後の1回目に訪問した訪問看護の所定単位数に加算

退院・退所につき1回に限り算定

ただし、特別な管理を必要とする利用者については2回算定可

訪問看護ステーションが算定

特別な管理を必要とする利用者

在宅麻薬等注射指導管理	在宅腫瘍化学療法注射指導管理
在宅強心剤持続投与指導管理	在宅気管切開患者指導管理
気管カニューレや留置カテーテルを使用している状態	在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理	在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理	在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理	在宅肺高血圧症患者指導管理
人工肛門、人工膀胱の設置	真皮を越える褥瘡
週3日以上点滴注射	

退院支援指導加算

- ① 6000円
- ② 8400円（長時間の訪問を要するものに指導した場合）
訪問看護ステーションが算定

【算定要件】

- ① 准看護師以外の看護師が退院支援指導を担当する
- ② 退院日に在宅で療養上必要な指導を行っている
- ③ 退院時に訪問看護指示書の交付を受けている
- ④ 長時間の訪問を要する者
 - ・ 1回の退院支援の時間が90分以上
 - ・ 複数回の退院支援の合計時間が90分以上

退院支援指導加算

【対象患者】

- ① 別表第7：厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）
- ② 厚生労働大臣が定める状態等（別表第8の2）
- ③ 退院当日の訪問看護が必要と認めた者

【長時間の訪問を要する者で90分以上の訪問を行った場合の算定対象者】

- ① 15歳未満の超重症児または準超重症児共
- ② 特別管理加算の対象者
- ③ 特別訪問看護指示書に係る訪問看護を受けている者

※ 退院日以降の初回の訪問看護を行う前に患者が死亡または再入院した場合、死亡日または再入院日に算定

退院後

【入院医療機関】

- ・ 退院後訪問指導料（診療）
- ・ 訪問看護同行加算（診療）
- ・ 在宅療養指導管理料（診療）（特例）
- ・ 在宅患者訪問看護・指導料（診療）（特例）

【訪問看護ステーション】

- ・ 訪問看護療養費（看護）（特例）

【在宅医療機関】

- ・ 在宅移行早期加算（診療）
- ・ 在宅移行管理加算（看護）
- ・ 短期集中リハビリテーション実施加算（介護）
- ・ 特別訪問看護指示加算
- ・ 在宅患者訪問診療料（診療）（特例）
- ・ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（診療）（特例）
- ・ 訪問リハビリテーション費（介護）（特例）

退院後訪問指導料 580点 (5回)

【算定対象】

- ① 厚生労働大臣が定める状態等 (別表第8の2)
- ② 認知症
- ③ 認知症の症状 (介護が必要な状態)

訪問看護同行加算 20点 (1回)

- ① 訪問看護ステーション や
- ② 他の医療機関の看護師等 と同行して必要な指導を行う

※退院日は算定不可

※外来にて算定

在宅療養指導管理料

退院月に限り、入院医療機関と在宅医療機関が同一月に算定可

※ レセプトの摘要欄に算定理由を記載が必要

【例】

A病院 2/4 退院 **在宅自己注射指導管理料算定**

Bクリニック 2/20外来受診 **在宅自己注射指導管理料算定**

在宅患者訪問看護・指導料

退院後 1 カ月は特別の関係にある医療機関の在宅患者訪問看護・指導料等と訪問看護ステーションの訪問看護療養費を同一日に算定可

特別な関係

いずれかに該当

- ① 開設者が同一の場合
- ② 代表者が同一の場合
- ③ 各代表者が親族などの場合
- ④ 理事・監事・評議員その他の役員などのうち、一方の役員などの10分の3超が親族などの場合
- ⑤ ①～④に準ずる場合（人事、資金などを通じて、経営方針に重要な影響を与えることができる場合）

在宅移行早期加算

在宅移行早期加算 100点（月1回）

- ・ 在総管の算定開始月から3ヵ月以内であること
- ・ 1回の退院につき計3回まで算定できる

【算定例】

退院後在宅移行（6月）。7月在総管の算定開始。

7月・8月・9月 在宅移行早期加算を各月1回に限り算定。

- ・ 在宅医療に移行後、1年を経過した患者では算定できない
（※退院から1年を経過した患者でも、再度入院して在宅移行した場合には新たに算定可）
- ・ 在総管・施設総管の初回算定年月日をレセプトに記載が必要

(2019年3月29日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)



退院後1年以内に A 医療機関が3ヵ月間、在総管・施設総管を算定



医療機関が B 医療機関に変更

B 医療機関では在宅移行早期加算を算定不可

退院と同時に在宅医療を提供していなくても、在宅移行から1年以内の患者なら同加算を算定できる。

入院起算日がりセットされていない3ヵ月以内に再入院して退院した場合も算定可能（検査入院・1日入院の後に在宅医療を開始したケースでは算定不可）。

短期集中リハビリテーション実施加算 200単位/日

- ① 退院・退所日または要介護認定の効力発生日から3カ月以内
- ② 1週につきおおむね2日以上、1日20分以上のリハビリ

通所リハビリテーションにて算定

特別訪問看護指示加算 100点

訪問看護指示料 300点への加算

退院直後の患者が交付対象

在宅患者訪問診療料

退院後 1 カ月は特別の関係にある医療機関の在宅患者訪問診療料等
と訪問看護ステーションの訪問看護療養費を同一に算定可

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

訪問リハビリテーション費

退院後3カ月は週12単位（回）算定可

外来在宅共同指導料

外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価

- ▶ 通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来在宅共同指導料を新設する。

(新) 外来在宅共同指導料

外来在宅共同指導料 1	400点	(在宅療養を担う保険医療機関において算定)
外来在宅共同指導料 2	600点	(外来において診療を行う保険医療機関において算定)

[対象患者]

- **外来において継続的に診療（継続して4回以上外来を受診）を受けている患者であって、在宅での療養を行う患者**（他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅その他施設等に入院若しくは入所する患者については、対象とはならない。）

[算定要件]

- 外来在宅共同指導料 1
保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、**当該患者の在宅療養を担う保険医療機関**の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。
- 外来在宅共同指導料 2
外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。なお、当該保険医療機関の保険医が、在宅での療養上必要な説明及び指導を情報通信機器を用いて行った場合においても算定できる。



外来在宅共同指導料 1 400点

- ① 外来で継続的に4回以上診療している患者
- ② 在宅療養を担う医療機関の保険医が
- ③ 患家等を訪問（同意を得て）
- ④ 説明および指導（療養上必要な）
- ⑤ 外来担当する医師と共同
- ⑥ 文書により情報提供

外来在宅共同指導料 2 600点

- ① 継続して4回以上外来診療している医療機関
- ② 在宅療養を担う医療機関の医師と
- ③ 共同して説明および指導（療養上必要な）

※ 初診料・再診料・外来診療料・往診料・在宅患者訪問診療料
（Ⅰ）（Ⅱ）算定不可

算定時の注意点

- ・ 外来診療を行っている医療機関と在宅療養を担う医療機関が特別な関係の場合は算定不可
- ・ 在宅療養を担う医師の初回訪問に必ず実施する必要なし

在宅療養計画書

志者氏名	姓	最終の外来受診日:	年	月	日
		初回の住診又は訪問診療日:	年	月	日
		計画作成日:	年	月	日

在宅での療養を担う医療従事者及び医師氏名	
病名・状態等 〔他に考え得る病名等〕	
在宅での療養に関する志者以外の相談者	家族・その他関係者〔 〕
在宅での療養を担当する者の氏名 〔下記担当者及び上記医師を除く〕	
連携回数な原因	
在宅での療養上の問題点、課題等	1 ページ
在宅での療養について、必要な支援〔制度等〕	
在宅において必要となる ことが予想される医療の 内容等	
費用が予想される介護 サービス等	
費用が予想される介護 サービスの担当者	

主として上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日:	年	月	日
〔外来において診療を担当する医師〕			
〔在宅における療養を担う医師〕			
〔* 1〕			

在宅患者連携指導料

在宅患者連携指導料 900点（月1回）

【対象患者】

在宅で療養する通院困難な患者

【算定要件】

- ① 訪問診療を担う医療機関
 - ・ 診療所
 - ・ 在宅療養支援病院
 - ・ 200床未満の病院

- ② 下記のいずれかと文章（電子メール、ファクシミリでも可）にて情報提供（月2回以上）
 - ・ 歯科訪問診療を実施する医療機関
 - ・ 訪問薬剤管理指導を実施する薬局
 - ・ 訪問看護ステーション

特別な関係の関係者でも算定可

- ③ 必要な指導を行う（共有された診療情報を基に）

算定注意点

- ① 初診料を算定する初診の日に行った指導
当該初診の日から1月以内に行った指導
の費用は、初診料に含まれる

- ② 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月
以内に行った指導は、入院基本料に含まれるもの

- ③
 - ・ ウイルス疾患指導料
 - ・ てんかん指導料
 - ・ 難病外来指導管理料
 - ・ 心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患者については算定不可

算定注意点

- ④
 - ・ 特定疾患療養管理料
 - ・ 皮膚科特定 疾患指導管理料所定点数に含まれる

- ⑤
 - ・ 診療情報提供料（Ⅰ）
 - ・ 在宅時医学総合管理料
 - ・ 施設入居時等医学総合管理料
 - ・ 在宅がん医療総合診療料を算定している患者については算定不可

※単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報を交換したのみの場合や訪問看護や訪問薬剤指導を行うよう指示を行ったのみでは算定できない。

在宅患者緊急時カンファレンス料

在宅患者緊急時カンファレンス料 200点（月2回）

- ① 在宅で療養する患者の病状急変や診療方針の大幅な変更などがあった

- ② 訪問診療を行っている医師が

- ③ 関係する下記の職種とカンファレンス（このうち1者以上）
 - 歯科医師・歯科衛生士
 - 薬局の薬剤師
 - 訪問看護ステーションの
 - ・保健師
 - ・助産師
 - ・看護師
 - ・理学療法士
 - ・作業療法士
 - ・言語療法士
 - 介護支援専門員
 - 相談支援専門員

在宅患者緊急時カンファレンス料 200点（月2回）

④ 必要な指導を行う（共有した診療情報を踏まえて）

※ カンファレンスは、1者以上が患家に赴いた場合
その他関係者はビデオ通話が可能

厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」への対応が必要

※当該カンファレンスは、原則として患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。

在宅患者緊急時カンファレンス料 200点（月2回）

【算定の注意点】

算定日：当該指導を行った日

- ・初診料
- ・再診料
- ・在宅患者訪問診療料(Ⅰ)
- ・在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は併せて算定不可

※当該指導とは、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する訪問診療とは異なるものである

例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療を当該指導を行った日と同一日に行う場合には、当該指導を行った日でも在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又(Ⅱ)を併せて算定することは可能であること。

介護保険施設等連携往診加算

介護保険施設等連携往診加算 200点

※ 往診料への加算

施設基準届用

- ① 患者の病状急変等に
- ② 介護保険施設（介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム）の従事者の求めに応じ
- ③ 往診（事前に共有に情報、対応を踏まえ）
- ④ 提供した医療内容を患者また施設職員に説明する

往診時医療情報連携加算

在宅患者緊急入院診療加算

【算定】

入院初日：緊急受入医療機関が算定

1.在宅療養支援診療所（病院）の場合 2,500点

在宅管理が、在支診（病）

⇒ 緊急受入が同じく在支診（病）又は在宅療養後方支援病院の場合

2.連携医療機関である場合 2,000点

在宅管理が、在支診（病）

⇒ 緊急受入が在支診（病）以外の連携機関の場合

3. 1,2 以外の場合 1,000点

在宅管理も受入医療機関も共に在支診（病）以外の場合

※特別な関係にある場合は算定不可

在宅共同診療料

【算定】

在宅療養後方支援病院が算定

- 1 往診の場合1,500点
- 2 訪問診療の場合（同一建物居住者以外）1,000点
- 3 訪問診療の場合（同一建物居住者）240点

在宅療養後方支援病院とは

施設基準届出

事前に患者情報を登録した在宅療養患者に関して、在宅医療を提供している医療機関が緊急の対応が必要と判断したとき、24時間いつでも受入れを行います。また、入院が必要となった場合は、原則として、在宅療養後方支援病院が入院を受入れます。

1 往診の場合1,500点

- ① 在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、
- ② 在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、
- ③ 当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

2 訪問診療の場合（同一建物居住者以外）1,000点

- ① 在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、
- ② 在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なものに対して、
- ③ 当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

3 訪問診療の場合（同一建物居住者）240点

- ① 在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、
- ② 在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって
- ③ 通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて12回に限り算定する。

栄養情報連携料

栄養情報連携料 70点

【算定】

- ① 入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、
 - ② 退院後の栄養食事管理について指導及び入院中の栄養管理の情報を文書を用いて説明
 - ③ 他の保険医療機関
 - ・ 介護老人保健施設
 - ・ 介護医療院
 - ・ 特別養護老人ホーム
 - ・ 指定障害者支援施設生活介護
- 【自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援又は就労継続支援B型に係る通常の事業の実施地域】
- ・ 福祉型障害児入所施設

医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定

※退院時共同指導料2は、別に算定できない。

退院時薬剂情报管理指导致料

退院時薬剤情報連携加算 60点

- ① 保険医療機関が、
- ② 入院前の内服薬の変更又は服用を中止した患者
- ③ 保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て
- ④ その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供

退院時薬剤情報管理指導料 90点

- ① 医療機関が
- ② 患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認
- ③ 入院中に使用した主な薬剤の名称をお薬手帳に記載
- ④ 退院に際して患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行う
- ⑤ 退院の日に1回に限り算定

介護職員等喀痰吸引等指示料

介護職員等喀痰吸引等指示料 240点

介護職員等が喀痰吸引を行うには、以下の要件を満たす必要がある

- ① 医師の指示: 医師が患者の状態を診察し、喀痰吸引の必要性を認めること。
- ② 患者さんの同意: 患者または家族が、喀痰吸引に同意すること。
- ③ 介護職員の研修: 介護職員が、喀痰吸引に関する適切な研修を受けていること。
- ④ 指示書の交付: 医師が、喀痰吸引の方法や注意点などを記載した指示書を交付

【算定の注意点】

算定回数：患者1人につき3カ月に1回（有効期間6カ月）

介護職員等喀痰吸引指示料の対象となるサービスは、以下の通り

- ・ 訪問介護
- ・ 訪問入浴介護
- ・ 通所介護
- ・ 特定施設入居者生活介護

※喀痰吸引は、医療行為であり、医師の指示が必要。

※介護職員が喀痰吸引を行うには、適切な研修を受ける必要。

※喀痰吸引に関する費用は、医療保険または介護保険で給付。

入院中の患者への対診

	入院医療機関が算定	往診側が算定
DPC以外で入院料算定		初診料
	①投薬、処置などの治療にかかる特掲診療料は入院側の算定ルールで算定し保険請求 ②入院料等によっては、包括される点数もある	再診料・外来診療料
	③特掲診療部分は、対診に応じた側と合議で清算	往診料 (定期的・計画的に行われる対診の場合は、往診料に算定はできない)
DPCで入院料算定	①②③は同じ 対診により行われた診療行為も含めて診断群分類を行う	上記と同じ

最後に

点数算定を理解し、どういうところに着目したら算定できるかを考え、他部署と連携することが大事だと思います。