6 参考資料

(1) 入退院における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬

(2024年4月及び6月改訂後)

地域医療福祉ネットワーク推進室調べ

	医療機関等（診療報酬）	居宅介護支援事業所（介護報酬）	相談支援事業所（障害福祉サービス等報酬）
入院時	<ul style="list-style-type: none"> ○入院時支援加算1（240点） ○入院時支援加算2（200点） ○入院事前調整加算（200点） ○協力対象施設入所者入院加算 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院時情報連携加算（Ⅰ）（Ⅱ） 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院時情報連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）
退院時	<ul style="list-style-type: none"> ○介護支援等連携指導料（400点） ○入退院支援加算1 入退院支援加算2 ○退院時共同指導料1（特別管理指導加算） 退院時共同指導料2（多機関共同指導加算） ○在宅復帰機能強化加算（50点） ○栄養情報連携料（70点） ○在宅患者訪問薬剤管理指導 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院・退所加算 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院・退所加算

ア 診療報酬

(ア)入院時支援加算1・2 2024診療報酬改定（退院時1回）

入院前（外来時点）から適切な入院治療に向けた支援を行った場合に、【入退院支援加算】に更に加算する。

①算定対象

- ・ 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること
- ・ 入退院支援加算を算定する患者であること

②算定要件

入院の予定が決まった患者に対し、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病院職員と共有すること

- 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（虐待や生活困窮等により入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を追加）
- 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の場合は上記1)から8)の全てを実施、入院時支援加算2は1)、2)、8)を必須とする。

(イ)入院事前調整加算 2024 診療報酬改定

入院前に患者や家族、障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、【入退院支援加算】に更に加算する。

①算定要件

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、強度行動障害の状態の者について、患者や家族、障害福祉サービス事業者等から事前に情報提供を受け、入院中の看護等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。入退院支援加算を算定する患者であること。

(ウ)協力対象施設入所者入院加算 (入院初日) 2024 診療報酬改定新設

介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院させた場合を評価するもの。

- ・往診が行われた場合 600 点
- ・上記以外の場合（救急搬送された者を除く） 200 点

(エ)介護支援等連携指導料 (入院中2回まで)

- ・入院の原因となった疾患・障害等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護等サービスを導入することが適当であり、本人も導入を望んでいる患者が、入院中から介護支援専門員又は相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン等の作成につなげることを評価するもの。
- ・医師又は看護師等の適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた又は退院後に選択した介護支援専門員や相談支援専門員と共同して、導入が望ましいと考えられる介護等サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定できる。
- ・初回の指導は、介護等サービスの利用の見込みがついた段階で、地域で導入可能な介護等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ことで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するものであり、2回目の指導は、退院後に想定される情報収集や退院後の外来診療の見込み等の指導を行うこと等を想定したもの。
- ・行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載する。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプラン等については、介護支援専門員又は相談支援専門員に情報提供を求め、ケアプラン等の写しを診療録等に添付すること。

(オ)入退院支援加算 (退院時1回)

	イ 一般病棟入院基本料等の場合	ロ 療養病棟入院基本料等の場合
入退院支援加算 1	700 点	1,300 点
入退院支援加算 2	190 点	635 点

・退院支援計画の内容に、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理等の内容や多職種チームとの役割分担を盛り込むことを追加する

①算定要件

- ・退院困難な要因を有する入院中の患者であり、在宅での療養を希望する者に入退院支援を行った場合
- ・他医療機関において加算を算定した患者の転院（1回の転院に限る。）を受け入れ、患者に対して入退院

支援を行った場合

(カ)退院時共同指導料1、特別管理指導加算

・在宅療養支援診療所の場合 1,500点（特別な管理を要する状態等の時は、特別管理指導加算200点を加算する）

・上記以外の場合 900点

①算定要件

・医療機関に入院中の患者について、在宅療養医療機関の保険医又は看護師等が、退院後の在宅での療養上必要な説明等を、入院中の医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、入院中1回に限り、在宅療養医療機関において算定する。ただし、別に定める疾病等の患者については、在宅療養医療機関の保険医又は看護師等が、患者が入院している医療機関の保険医又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、入院中2回に限り算定できる。

・厚生労働大臣の定める特別な管理を要する状態にある時は、特別管理指導加算として【退院時共同指導料1】に200点を加算する。

・退院時共同指導料は、患者の家族等に対して指導を行った場合にも算定できる。

(キ)退院時共同指導料2、多機関共同指導加算

・医療機関に入院中の患者について、医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養医療機関の保険医若しくは看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者が入院している医療機関において、入院中1回に限り算定する。ただし、別に定める疾病等の患者については、患者が入院している医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養医療機関の保険医又は看護師等又は訪問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2回に限り算定できる。

・入院中の医療機関の保険医及び在宅療養医療機関の保険医が共同して指導を行った場合、【退院時共同指導料2】に300点を加算する。

・入院中の医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養医療機関の保険医若しくは看護師等、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、多機関共同指導加算として2,000点を【退院時共同指導料2】に加算する。

・退院時共同指導料は、患者の家族等に対して指導を行った場合にも算定できる。

(ク)在宅復帰機能強化加算

【療養病棟入院料1】を算定する病棟において、在宅復帰機能の高い病棟を評価したもの。

①算定要件

・療養病棟入院基本料1を算定している病棟であること

・1か月以上入院していた患者のうち在宅（自宅、居住系施設等）に退院した患者が50%以上であること

・退院した患者の在宅生活が1か月以上継続していることを確認すること

・在宅に退院した1年間の患者数÷1年間の1日平均入院患者が15%以上であること

(ケ) 栄養情報連携料 2024 診療報酬改定新設 (入院中 1 回)

① 対象患者

- ・ 入院栄養食事指導料を算定した患者
- ・ 退院先が他の保険医療機関等であり、栄養管理計画が策定されている患者

(コ) 在宅患者訪問薬剤管理指導

- ・ 在宅療養者のうち要介護認定を受けていない方、通院が困難な患者に対するサービス
- ・ 単一建物診療患者 1 人に対し 650 点を算定、2 人以上 9 人以下の場合は 320 点算定
- ・ ひとりの患者につき月 4 回まで算定可能 (末期がん患者および中心静脈栄養を行っている患者は週 2 回、月 8 回まで算定可能)、算定回数が 2 回以上になる場合には 6 日以上の間隔をあける

イ 介護報酬

(ア) 入院時情報連携加算

① 入院時情報連携加算 (I) : 250 単位/月

- ・ 利用者が病院に入院した日のうちに、病院職員に対して必要な情報を提供する (入院日以前の情報提供を含む。営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。) 提供方法は問わない

② 入院時情報連携加算 (II) : 200 単位/月

- ・ 利用者が病院に入院した日の翌日又は翌々日に、病院職員に対して必要な情報を提供する (営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して 3 日目が営業日でない場合は、その翌日を含む) 提供方法は問わない

(イ) 退院退所加算 (入院若しくは入所期間中に 1 回)

- ・ 医療機関を退院または介護施設等を退所して、在宅での生活に移行する利用者について、情報提供を受け、介護サービスの調整等を行うことを評価する加算
- ・ 原則は退院・退所前が望ましいが、退院後 7 日以内でも算定可能とする
- ・ 医療機関等の職員と面談 (テレビ電話等の活用可) を行い、ケアプランを作成し、サービス調整を行う

	カンファレンス以外	カンファレンスに参加
(I) 連携 1 回	イ 450 単位	□ 600 単位
(II) 連携 2 回以上	イ 600 単位	□ 750 単位 (1 回以上はカンファレンスによる)
(III) 連携 3 回以上	—	900 単位 (1 回以上はカンファレンスによる)

- ・ カンファレンスに参加した場合は、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について、居宅サービス計画等に記録し、利用者・家族に提供した文書の写しを添付する必要がある

ウ 障害福祉サービス等報酬

(ア) 入院時情報連携加算 2024 年度報酬改定 (月 1 回限り)

- ・ 利用者が病院に入院する際に必要な情報を医療機関へ提供することで得られる加算

① 加算 (I) 医療機関職員と面接した場合に 300 単位/月

② 加算 (II) FAX や書面による提供の場合に 150 単位/月

- ・提供内容：利用者の基本情報、状態、支援の留意点、生活環境、受診服薬状況
- ・事業所間連携が必要な場合、共同で「入院時情報提供書」を作成し医療機関へ提出する

(イ)退院退所加算（入所、入院、外泊の期間につき3回を限度） 300 単位/月

- ・障害福祉施設や児童福祉施設を退所（退院）する利用者の退所にあたり、施設の職員と面談を行い、利用者とその家族に関する必要な情報提供を受けた上で支援利用計画を作成することで算定できる加算

須高地域栄養情報提供書の取り扱いについて

2017年（平成29年）3月10日策定

2024年6月改訂

病院・施設等において食事に関するサービスを安全に患者へ提供し、誤嚥性肺炎等による再入院等を防止することを目的に、2017（平成29）年3月10日に須高地域医療・福祉施設栄養職員連絡会にて須高地域栄養サマリーを作成し、活用してきた。

2024年6月の診療報酬改定に伴い、須高地域栄養サマリーを栄養情報提供書に改訂することとした。

1. 目的

入院等で食に関する患者の状態変化があった場合、栄養情報提供書を活用し、医療・介護・福祉が連携して、患者（利用者）に関わる情報を正確に伝達・共有し、円滑な食事提供をすることで一体的でスムーズな食支援を提供する。

2. 主な改訂内容

- ・退院先の管理栄養士への説明日、問合せ先の追加
- ・栄養状態の評価と課題、GLIM基準による評価の追加
- ・検査値及の削除（今後は看護サマリーにおいて確認する）

3. 運用について

(1)記入者 管理栄養士、栄養士

(2)対象者 摂食嚥下障害のある者（嚥下調整食を食している者）、経管栄養の者等

(3)提供方法

・病院から施設等へ提供する場合、栄養食事指導を行った患者については看護サマリーに添付する。
また、栄養食事指導を行わないが情報提供が必要な患者については、退院先の管理栄養士等へ電話または対面等で情報提供し、共有してから看護サマリーに添付する。

・施設から病院等へ提供する場合、ファクシミリも可とするが、可能な範囲で看護サマリーに添付する。

(4)対象機関

・須高地域の病院、介護施設、障がい者施設（病院から病院、病院から施設、施設から病院、施設から施設）

※退院・退所による在宅への連絡については、各機関の判断で使用する。

4. 様式について

・栄養情報提供書の裏面には、学会分類2021（食事及びとりみ）早見表【抜粋】、学会分類2021（とりみ）に基づく使用量目安量を記載する。