

■連携にかかる診療報酬・介護報酬一覧

令和8年度診療報酬

令和6年度介護報酬対応



診療報酬加算（病院）

【入院時支援加算1】 240点
 【入院時支援加算2】 200点
 患者情報の把握、介護福祉サービスの把握、褥瘡・栄養評価、薬剤確認、入院中の生活・治療の説明など

新

【入退院支援加算1（退院時1回）】
 イ 一般病棟 700点
 ロ 地域包括医療病棟入院料
 回復期リハビリテーション病棟入院料
 地域包括ケア病棟入院料の場合 1000点
 ハ 療養病棟 1300点

【入退院支援加算2（退院時に1回）】
 一般病棟 190点
 療養病棟 635点

※退院後の治療計画、検査結果、画像等必要な情報を添して情報提供を行うと、+200点加算できる。

※専従または専任の入退院支援職員を配置

★次ページの「介護支援等連携指導料2」は、入退院支援加算1届出病棟等で算定可能



介護報酬加算（ケアマネジャー）

【居宅介護支援の提供開始時】
 ※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医療機関に提供するように依頼することを義務づける（介護予防支援含む）

【入院時情報連携加算】（介護予防支援含まず）
 (Ⅰ)入院当日までの情報提供 250単位
 (Ⅱ)入院後3日以内の情報提供 200単位

※より迅速な情報連携の促進を評価。
 (Ⅰ)は入院日以前の情報提供含む。
 情報提供の方法は問わない

★ケアマネジャーが利用者の入院を把握した場合は、病院からの連絡を待たず、速やかに入院時情報提供を行うことが望ましい。

★病院は可能な範囲で担当ケアマネジャーへ早期に入院連絡を行い、医療・介護双方の円滑な情報共有に努める。

入院

情報共有

※診療報酬加算の算定には加算ごとに施設基準及び算定要件があります。
 詳細は診療報酬・介護報酬点数表及び関係通知を参照してください。

【介護支援等連携指導料1】 400 点

(対象)入院中の患者全般

(実施主体)医師、看護師、社会福祉士等

新

【介護支援等連携指導料2】 500 点

(対象)入退院支援加算 1 の届出病棟に
入院中の患者

(実施主体)入退院部門の担当

・病院側は、退院時だけでなく、平時からケアマネジャー、相談支援専門員連携体制を構築していることが前提。

※病院職員と介護支援専門員等が連携して、患者・家族へ、退院後の療養・介護に関する指導を行う。(内容:導入が勧められるサービス、地域で提供できるサービス等説明・指導)

※入院中 2 回まで算定

※退院時共同指導料の加算と同日算定は不可

※入院前からケアマネジャー等が決まっている場合は、

・患者の入院日から 7 日以内に、入院したこと、その他必要な情報をケアマネに情報提供する。

・患者の退院が見込まれる 7 日前までに退院予定日の連絡、退院後のケアプランの作成に必要な情報提供等を行う。

【退院時共同指導 1】

・在宅療養支援診療所 1500 点

・上記以外の場合 900 点

【退院時共同指導 2】 400 点

入院医療機関と在宅医療機関の医師・看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等もしくは社会福祉士による共同指導

※上記に上乗せ加算あり

【医師共同指導加算】 300 点

入院医療機関の医師と退院後の在宅担当医が共同して指導した場合

【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＋在宅療養を支える関係機関が 3 者以上参加

共同
指導



退院

【退院・退所加算】 (介護予防支援含まず)

	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

※退院・退所にあたり、医療機関等の職員と面接を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で、ケアプランを作成し、居宅サービスの調整を行う。

※「連携 3 回」は、1 回以上退院前カンファレンスに参加し、退院後の療養に必要な説明を受けた上で、ケアプラン作成及びサービス調整を行った場合に限る。