

## ■連携にかかる診療報酬・介護報酬一覧 (2022年5月改定)



### 診療報酬加算 (病院)

【入院時支援加算1】 230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

【入退院支援加算1】  
 一般病棟 700点  
 療養病棟 1300点  
 【入退院支援加算2】  
 一般病棟 190点  
 療養病棟 635点  
 【総合機能評価加算】 50点

【介護支援連携指導】(初回) 400点

【介護支援連携指導】(2回目) 400点

ケアマネジャーと連携をとり退院計画を作成する

【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

※加算あり

【医師共同指導加算】 300点

入院医療機関の医師と在宅担当医

【多機関共同指導加算】 2000点

・入医療機関の医師又は看護師等と、在宅療養スタッフ3者以上



### 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)入院後3日以内に情報提供 200単位  
 (II)入院後7日以内に情報提供 100単位

※情報提供の方法は問わない

【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」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議(退院カンファレンス)に参加し、退院後の在宅での療養上必要な説明を行い、ケアプランを作成しサービスの調整を行った場合に限る。

入院

退院