

浜 広 介 第 947 号

平成 30 年 12 月 14 日

居宅介護支援事業所 管理者 様

浜田地区広域行政組合

管理者 久保田 章 市

指定居宅介護支援における「退院・退所加算」の算定について

このことについて、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 20 号）及び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（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の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（平成 12 年老企第 36 号）により、当該加算を算定するに当たっての基準及び要件（以下「算定基準等」という。）が定められています。

今般、平成 30 年度介護報酬改定において、この算定基準等に見直しがあったことを踏まえ改めて周知をしますので、今後は下記のことについて留意いただき、算定基準等を遵守した介護報酬の請求に努めていただきますようお願いいたします。

記

1 加算名称 「退院・退所加算」

2 加算の概要

退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関及び介護保険施設等（以下「医療機関等」という。）との連携促進を評価する。

3 見直しの内容

- (1) 退院・退所時のケアプランの初回作成の手間を明確に評価
- (2) 医療機関等との連携回数に応じた評価
- (3) 医療機関等とのカンファレンスに参加した場合には、連携回数に関わらず上乗せで評価

（裏面へ）

4 算定単位数の変更

【見直し前】 ※カンファとは、カンファレンス参加のこと示す。

	カンファ有無は問わない
連携 1 回	300 単位
連携 2 回	600 単位

	カンファ無	カンファ有
連携 3 回	×	900 単位

○退院・退所加算(1回) 300 単位
 ※ 入院又は入所期間中につき 3 回を
 限度として算定する。
 ただし、3 回算定できるのは、カ
 ンファレンスに参加した場合に限
 る。



【現行】

	カンファ無	カンファ有
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・退所加算(Ⅰ)イ 450 単位
 ○退院・退所加算(Ⅰ)ロ 600 単位
 ○退院・退所加算(Ⅱ)イ 600 単位
 ○退院・退所加算(Ⅱ)ロ 750 単位
 ○退院・退所加算(Ⅲ) 900 単位
 ※ 区分に従い入院又は入所期間中
 につき 1 回を限度として算定する。
 ただし、加算(Ⅰ)ロ、加算(Ⅱ)ロ、
 加算(Ⅲ)を算定できるのは、カン
 ファレンスに参加した場合に限る。

5 加算の算定要件

医療機関等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。ただし、「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（カンファレンス）に参加した場合に限る。

6 加算算定に当たっての留意事項

(1) 当該加算の算定要件に係るカンファレンスの定義について

ア 医療機関からの退院時におけるカンファレンス

医療機関における「診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）別表第一医科診療報酬点数表の退院時共同指導料 2 の注 3」の要件を満たす会議をいう。（要件を満たしていれば、医療機関側が実際に退院時共同指導料を請求しているか否かは問わない。）

（次頁へ）

イ 介護保険施設等からの退所時におけるカンファレンス

介護保険施設等が、各基準省令に位置づけられる入所者への援助又は指導及び居宅介護支援事業者に対して情報提供等を目的として行うものであり、従業者及び入所者又は家族が参加する会議をいう。

(2) 加算算定に必要な記録等について

ア 利用者に関する必要な情報について

別紙に示す「退院・退所加算に係る様式例（平成 21 年老振発第 0313001 号厚生労働省老健局振興課長通知別紙 2）」を参考として記録すること。

イ カンファレンスの内容について

カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等を居宅サービス計画等に記録すること。

ウ 医療機関とのカンファレンス参加の根拠書類について

当該カンファレンスに基づき医療機関から利用者又は家族に提供された文書（退院時共同指導書等）の写しを添付すること。

エ 介護保険施設等とのカンファレンス参加の根拠書類について

当該カンファレンスに基づき介護保険施設等から利用者又は家族に提供された文書（退所後についての助言等を記した文書）の写しを添付すること。

※ カンファレンス無の算定をする場合は、上記アのみの記録でよいが、カンファレンス有の算定をする場合は、アの他にイ及びウ又はエの記録が必要である。

7 その他

医療機関が開催する会議に出席する際には、居宅介護支援事業者の側から、当該会議が診療報酬における「退院時共同指導料 2 の注 3」の要件を満たすものであるかを、よく確認してください。

なお、会議開催件数が多いと想定される浜田圏域の総合病院等（浜田医療センター、江津済生会病院、西部島根医療福祉センター、西川病院）に対して、居宅介護支援事業者から問い合わせがあった際には教示していただくよう依頼をしてありますので申し添えます。

以上

浜田地区広域行政組合介護保険課指導係
担当：平薮、河野 TEL 0855-25-1520

診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）
一部改正（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）

参考

別表第一医科診療報酬点数表

B005 退院時共同指導料 2 400 点

注 1 保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、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及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若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、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と 1 回以上、共同して行う場合は、当該入院中 2 回に限り算定できる。

（中略）

- 3 注 1 の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、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（准看護師を除く。）、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（介護保険法第 7 条第 5 項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）又は相談支援専門員（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計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 28 号）第 3 条第 1 項又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成 24 年厚生労働省令第 29 号）第 3 条第 1 項に規定する相談支援専門員をいう。以下同じ。）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 点を所定点数に加算する。

※ 特に、注 3 の解釈については慎重な判断を要しますので、会議を主催する医療機関へ、当該会議がこの要件を満たすものであるか直接確認をすることを推奨します。

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更)		
	氏名	様 男・女	歳	□要支援 () ・要介護() □申請中 □なし		
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日					
	入院原因疾患(入所目的等)					
	入院・入所先	施設名	棟	室		
	今後の医学管理	医療機関名：	方法	□通院 □訪問診療		
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	*番号記入	安定() 不安定()	
	移動手手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他 ()				
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ カテーテル・パウチ ()				
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず				
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他 ()			UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)		義歯	□なし □あり(部分・総)	
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良		入院(所)中の使用： □なし □あり		
	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助				
	睡眠	□良好 □不良 ()			眠剤使用 □なし □あり	
	認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他 ()				
	② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： □あり □なし			
		<本人> 退院後の生活に関する意向				
<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方						
<家族> 退院後の生活に関する意向						

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()		
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)	
症状・病状の予後・予測				
退院に際しての日常生活の障害要因(心身状況・環境等)	例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。			
在宅復帰のために整えなければならない要件				
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)		会議出席
1	年 月 日			無・有
2	年 月 日			無・有
3	年 月 日			無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。