

表1 在宅医療における連携に対する診療報酬・介護報酬

【診療報酬】	点数	算定機関	算定要件
退院時共同指導料 1	600 点(1,000 点)	在宅療養機関	在宅医師または看護師等 + 入院医師または看護師等
退院時共同指導料 2	300 点 + 2,000 点	入院医療機関 〃	在宅医師または看護師等 + 入院医師または看護師等 入院医師+(①在宅医師または看護師等, ②在宅歯科医師または歯科衛生士, ③在宅薬剤師, ④訪問看護師, ⑤介護支援専門員)のうち三者以上
地域連携診療計画管理料	900 点	計画管理医療機関	大腿骨頸部骨折および脳卒中の患者に係る地域連携診療計画の作成
地域連携診療計画退院時指導料 (I)	600 点	連携医療機関	診療計画に基づく療養の提供と地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画の作成
地域連携診療計画退院時指導料 (II)	300 点	連携医療機関	診療計画に基づく療養の提供と計画管理病院に対する情報提供
在宅患者連携指導料	900 点	在宅医療機関	在宅医師+(訪問歯科医師・訪問薬剤師・訪問看護師)で情報交換と指導
在宅患者緊急時等カンファレンス料	200 点	在宅医療機関	在宅医師+(訪問歯科医師等・訪問薬剤師・訪問看護師・介護支援専門員)でカンファレンスと指導
【介護報酬】	単位	算定機関	算定要件
医療連携加算	150 単位	居宅介護支援事業所	入院して 7 日以内に病院へ情報提供
退院・退所加算 (I)	400 単位	〃	30 日以下の入院で病院との面談や連携による
退院・退所加算 (II)	600 単位	〃	30 日を超える入院で 〃

()は在宅療養支援診療所

表2 退院前カンファレンスの流れ

順序	発言者	発言内容	備考
1 出席者の紹介	司会者	・出席者の紹介と会議開催の目的について説明 ・会議の終了時刻の確認。発言時間：おおむね 2 分程度に	なごやかにきびきびと
2 入院後の主な疾患の経過	担当医 (看護師)	・疾患の経過と治療内容, 今後の大まかな予後 ・医師からみた, 疾病管理の留意点	簡潔に。わかりやすい言葉で
3 現在の生活機能	看護師	・入院中の日常生活動作や服薬管理, 栄養状態, 精神状態などについて	プラス思考の表現で
4 本人の希望	本人	・退院後の希望や心配なことについて	当事者の希望をまず優先して伺う
5 家族の希望	家族	・退院後の希望や心配なことについて	
6 専門職種からみた現状と今後の目標	リハビリ職 管理栄養士 薬剤師	・(例)歩行・排泄など, している ADL ⇒できる ADL で差のある部分や入院中改善したところを特に説明 ・退院後の目標について, 専門職の立場で	6 のあと 7 看護師より, それ以外の課題を包括的に説明。マイナスイメージを避ける
7 在宅での課題	看護師	・主疾患の管理に関する課題 ・運動/口腔/栄養/精神面(セルフケア能力)での課題 ・介護負担など, 環境面での課題。できれば対策も	
8 在宅でのケアプラン	担当ケア マネジャー	・総合的な援助の方針について ・介護サービスの内容(概略)	大まかな方針のみ説明
9 在宅療養の方針	在宅主治医	・今後の大まかな方針と病院スタッフへの質問 ・本人, 家族が安心できるような発言で	
10 病院スタッフへの質問	在宅スタッフ		
11 在宅スタッフへの要望	病院スタッフ		

参考：社団法人上越医師会資料