

入退院支援加算 1、2 及び 3 の施設基準に係る届出書添付書類

※届出に係る入退院支援加算の区分（該当する区分に○を付すこと）

|     |                      |
|-----|----------------------|
| （ ） | 入退院支援加算 1            |
| （ ） | 入退院支援加算 2            |
| （ ） | 入退院支援加算 3            |
| （ ） | 地域連携診療計画加算           |
| （ ） | 入退院支援加算（注 5 の届出医療機関） |
| （ ） | 入院時支援加算              |
| （ ） | 総合機能評価加算             |

※該当する届出事項を○で囲むこと

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| 入退院支援及び地域連携業務を担う部門（入退院支援部門）の設置の有無 | （ 有 ・ 無 ） |
|-----------------------------------|-----------|

1 入退院支援部門に配置されている職員（該当する□に「✓」を記入すること。）

|                      | 氏 名 | 専従・専任 | 常勤・非常勤   | 職 種 | 経験年数 | 研修<br>(加算 3 のみ)          | 入院前支援<br>を行う担当           |
|----------------------|-----|-------|--|-----|------|--------------------------|--------------------------|
| 入退院支援に関する<br>経験を有する者 |     |       | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |     |       | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |     |       | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |     |       | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |     |       | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |     |       | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |     |       | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） |     | 年    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2 退院支援に係る実績等

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携機関の数が20以上（該当する場合には「✓」を記入すること） | <input type="checkbox"/> |
| 連携機関の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「✓」を記入すること）     | <input type="checkbox"/> |

|   |       |     |                 |
|---|-------|-----|-----------------|
| 介護支援専門員及び相談支援専門員との連携  |       |     |                 |
| ① 過去 1 年間の介護支援等連携指導料の算定回数                                       | （ ） 回 |     |                 |
| ② 過去 1 年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）   | （ ） 回 |     |                 |
| ③ ①、②の合計  | （ ） 回 |     |                 |
|   | 病棟数   | 病床数 | 基準              |
| ④ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）         |       |     | 病床数×0.15<br>( ) |
| ⑤ 「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援連携等指導料を算定できるものに限る。）         |       |     | 病床数×0.15<br>( ) |
| ⑥ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。） |       |     | 病床数×0.15<br>( ) |
| ⑦ ④から⑥の「基準」の合計  |       |     |                 |

※③が⑦を上回ること。

3 各病棟に配置されている職員

|                        | 病棟名 | 病床数 | 当該病棟で算定している入院料 | 氏 名 | 職 種 |
|------------------------|-----|-----|----------------|-----|-----|
| 入退院支援及び地域連携業務に専従に従事する者 |     |     |                |     |     |
|                        |     |     |                |     |     |
|                        |     |     |                |     |     |
|                        |     |     |                |     |     |
|                        |     |     |                |     |     |
|                        |     |     |                |     |     |
|                        |     |     |                |     |     |
|                        |     |     |                |     |     |
|                        |     |     |                |     |     |
|                        |     |     |                |     |     |

4 地域連携に係る体制

|                            | 直近の協議日 | 連携機関名 |
|----------------------------|--------|-------|
| 直近に連携機関と行った転院又は退院体制等に関する協議 | 月 日    |       |

5 総合機能評価に係る職員（□には該当する場合「✓」を記入すること。）

|                 | 氏名 | 職種 | 総合的な機能評価の経験年数 | 研修受講 |
|-----------------|----|----|---------------|------|
| 常勤の医師<br>又は歯科医師 |    |    | 年             | □    |
|                 |    |    | 年             | □    |
|                 |    |    | 年             | □    |
|                 |    |    | 年             | □    |
|                 |    |    | 年             | □    |

〔記載上の注意〕

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 入退院支援加算1の届出の場合は「1」から「3」を、入退院支援加算2又は3の届出の場合は「1」を記載すること。入院時支援加算の届出の場合は「4」も、総合機能評価加算の届出の場合は「5」も記載すること。
- 3 「1」について、非常勤職員を組み合わせで配置している場合は、「非常勤」に「✓」を記入し、（ ）に週当たりの勤務時間を記入すること。
- 4 入退院支援加算3の届出について、「1」に「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師」を配置する場合は、「1」の「研修」に「✓」を記入し、当該研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 5 連携機関の職員との面会頻度については、過去1年間の面会状況が分かる文書を添付すること。
- 6 入退院支援加算の注5に規定する点数を算定する場合は、看護師及び社会福祉士について、専従でなくても差し支えない。
- 7 総合機能評価加算の届出について、「5」に「総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した医師若しくは歯科医師を記入する場合は、当該研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。