

# 入退院支援加算・介護支援等連携指導料 比較記録シート

目的：病棟運用（体制）と個別連携（共同説明・指導）を分けて、7日ルールと記録の証跡を1枚で確認する。

患者ID	評価日	病棟	記入者

## 1. 比較前にそろえる前提

- 病棟区分・届出状況を確認  退院困難要因を確認  
 担当ケアマネ等の有無を確認  患者・家族への説明同意を確認

## 2. 使い分け記録（運用と個別実施を分ける）

時点	入退院支援加算で見ること	介護支援等連携指導料で見ること	所見・メモ
入院初期	退院支援の要否・退院困難要因	連携相手と時期の見立て	
中間期	カンファ・支援計画の更新	共同説明・指導の段取り	
退院前	支援計画の最終確認	説明・指導の実施記録	
退院時	引継ぎ漏れの確認	情報提供実績の確認	

## 3. 7日ルール・連携実績チェック

時点	実施日	連携先	提供内容・記録メモ
入院日から7日以内			入院の事実・必要情報を提供
退院見込み7日前まで			退院後ケアプランに必要な情報を提供
担当者未決定時			相談先案内・決定後の情報提供

## 4. 監査で止まらない記録6点セット

- 対象判定  カンファ  連携先  
 提供内容  説明同意  連携実績

不足・確認メモ： \_\_\_\_\_

## 5. まとめ・次回確認

判断まとめ _____ _____	次回確認日・担当 _____ _____
-------------------------	----------------------------

※個別の算定可否は、告示・留意事項通知・疑義解釈、院内運用に沿って確認してください。