

在宅医療・介護連携推進事業



伊万里・有田地区

# 入退院支援ルールの手引き

令和8年4月改正



伊万里・有田地区医師会    伊万里市    有田町

伊万里有田在宅医療・介護連携支援センター

電話 090-9562-2459    FAX 0955-35-4148

(作成：在宅医療・介護連携推進事業運営委員会)

## 1 伊万里・有田地区入退院支援ルールの手引き

1) 入院前に担当介護支援専門員等がいる場合

2) 入院前に担当介護支援専門員等がない場合

## 2 伊万里・有田地区「入退院支援ルールの手引き」時系列版

## 3 様式一覧

様式（1）入院時情報提供、入院時情報提供書

様式（2）退院支援に用いる基準

様式（3）診療報酬・介護報酬一覧

様式（4）介護保険窓口

様式（5）退院・退所情報記録書

様式（6）退院支援チェックリスト

医療機関用（入院時にケアマネジャーがいる場合）

医療機関用（入院時にケアマネジャーがない場合）

ケアマネジャー用（入院時にケアマネジャーがいる場合）

ケアマネジャー用（入院時にケアマネジャーがない場合）

## 4 個人情報の取り扱いについて

# 伊万里・有田地区 入退院支援ルールの手引き

## 入退院支援ルール対象者について

- ・入院前に担当介護支援専門員等による居宅介護・予防支援が行われていた方
  - ・在宅等に退院する方で、退院支援基準に照らし、退院支援が必要と判断される方
- ※在宅等とは、自宅以外の生活場所も含む

## 1 入院前に担当介護支援専門員等がいる場合

### ①入院時の情報提供・介護支援専門員等の確認・連絡

#### 【介護支援専門員等がすること】

- ・利用者、家族へ入院する必要性が生じた場合に、入院医療機関へ担当介護支援専門員等の氏名、連絡先を伝えて頂く様依頼する。例えば、名刺をマイナンバーカード・資格確認書と一緒に添付頂くかお薬手帳等に添付頂く等。
- ・認定区分に関わらず、全ての利用者について、入院当日か翌日又は翌々日を目処に可能な限り入院先へ情報提供する。(情報提供の手段は問わず) ※様式(1)  
居住系サービスを利用されている方について、状況等によっては居住系サービス事業所と連携しながら情報の整理を行うことも検討する。
- ・検査入院の利用者については、原則として、情報提供や入院連絡の対象としないが、必要に応じて病院担当者と介護支援専門員等で相談し、情報提供について決める。

#### 【病院担当者がすること】

- ・入院時の聴き取りで、担当の介護支援専門員等の有無を確認。
- ・マイナンバーカード・資格確認書・お薬手帳等に添付されている介護支援専門員等の名刺や介護保険被保険者証に記載されている居宅介護支援事業所等を確認し、可能な限り入院を連絡。
- ・本人や家族等から介護サービス等の利用状況について確認する。また、居住系サービス利用の場合で必要によっては居住系サービス事業所へ生活状況等の確認を行う。

### ②退院支援の必要性の検討・準備

#### 【病院担当者がすること】

- ・退院支援の基準に基づき、退院支援の必要性を検討する。
- ・事業対象者・要支援認定の方についても、退院支援の基準に照らし必要性等に準じて検討する。  
※様式(2)
- ・退院支援が必要な場合、患者、家族へ退院後の生活の意向を確認し、担当介護支援専門員等とも共有する。

### ③入院期間の見込み

※入院期間は、診療計画等を参考にした概ねの見込み期間であり、実際の退院が見込み期間より長短する可能性があることを踏まえ情報共有する。

#### 【介護支援専門員等がすること】

- ・患者・家族等へ入院期間を確認して入院期間の見込みが分からない場合は病院担当者へ問い合わせる。

#### 【病院担当者がすること】

- 概ねの入院期間の見込みを介護支援専門員等へ伝える。

#### ④退院支援開始(入院中状況共有・病棟内カンファレンス)

##### 【介護支援専門員等がすること】

- ・ 病院担当者よりの連絡を受け、必要に応じて病院へ連絡し、患者と面会し、病院関係者より情報収集をする。
- ・ 必要に応じて、病棟内カンファレンスへ参加することで、担当医も含めた意見等を確認し、退院支援に必要な情報を共有する。
- ・ 病棟内カンファレンスについて、退院後居住系サービスを利用される場合、必要に応じ居住系サービス事業所の参加も検討
- ・ 退院、退所情報記録書作成 ※様式(5) (必要時)

##### 【病院担当者がすること】

- ・ 退院支援基準に基づき、退院準備の日数をできる限り多く残すことを考慮した上で、退院前、概ね2週間前位を目途に担当介護支援専門員・地域包括支援センターへ退院支援開始の連絡をする。
- ・ 病棟内カンファレンス開催の場合、介護支援専門員等へも参加を呼び掛ける。

#### ⑤退院直前調整(退院時カンファレンス・看護サマリー等の受け渡し)

##### 【介護支援専門員等がすること】

- ・ 退院にあたってサービス担当者会議を開催する場合、病院担当者と開催や日程等を相談
- ・ 退院後訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの利用が予定される場合で退院時共同指導の必要性がある場合は事業所の参加も検討。
- ・ 看護サマリー等の受け渡しの確認

##### 【病院担当者がすること】

- ・ 退院時カンファレンス開催について、介護支援専門員等と開催の有無や日程等の連絡、調整
- ・ 看護サマリー等の準備

## 2 入院前に担当介護支援専門員等がない場合

### ①退院支援の必要性の検討・準備

#### 【病院担当者がすること】

- ・退院支援基準に基づき、退院支援の必要性を検討する。
  - ・事業対象者、要支援認定の方についても、退院支援基準に照らし、必要性等に準じ検討する。
- ※様式（2）
- ・退院支援の必要性に合わせ、患者、家族等へ退院後の生活の意向を確認し、介護保険未申請の場合必要に応じ介護保険認定申請を勧める。すでに認定を受けておられ居宅介護支援事業所等の登録が為されない場合居宅介護支援事業所等の選択について助言。

#### 【介護支援専門員等がすること】

- ・支援依頼があれば、病院で患者、家族等と面談し、退院後の生活への意向を確認し、それに応じた各種社会資源の説明や必要に応じ手続き代行等を行う。

※以下「1、入院前に担当介護支援専門員等がいる場合」の③以降に準じ進めて行く

注 居宅介護支援事業所等 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター

介護支援専門員等 介護支援専門員  
地域包括支援センター：プランナー、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員

【介護支援専門員等が実施すること】

【病院担当者が実施すること】

入院前に担当介護支援専門員等がいる場合

利用者又はその家族に、利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、当該利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝える様求めなければならない。例えば、マイナンバーカード・資格確認書やお薬手帳等に介護支援専門員の名刺を添付頂く等。

①入院時の情報提供・介護支援専門員等の確認・連絡

- 認定区分に関わらず、全ての利用者について、入院当日か翌日又は翌々日を目途に可能な限り入院先へ情報提供する。(情報提供の手段は問わず) ※様式(1)
- 居住系サービスを利用されている方について、状況等によっては入所施設と連携しながら情報の整理を行うことも検討する。
- 検査入院の利用者については、原則として、情報提供や入院連絡の対象としないが、必要に応じて病院担当者と介護支援専門員等で相談し、情報提供について決める。

入院

- 入院時の聴き取りで介護支援専門員等を確認。
- 健康保険証、お薬手帳等に添付されている介護支援専門員等の名刺や、介護保険被保険者証に記載されている居宅介護支援事業所等を確認し、可能限り入院を連絡。
- 本人や家族等から介護サービス利用状況等について確認する。

②退院支援の必要性の検討・準備

入院前に担当介護支援専門員等がない場合

- 病院担当者より支援依頼があれば、病院で患者、家族等と面談し、退院後の生活への意向を確認し、それに応じた各種社会資源の説明や必要に応じ手続き代行等を行う。

- 退院支援の基準に基づき、退院支援の必要性を検討する ※様式(2)
- 事業対象者・要支援認定の方についても、退院支援の基準に照らし必要性等に準じて検討する。
- 退院支援の必要性に合わせ、患者、家族等へ退院後の生活の意向を確認し、介護保険未申請の場合必要に応じ介護保険認定申請を勧める。すでに認定を受けておられ、居宅介護支援事業所等の登録が為されていない場合は居宅介護支援事業所等の選択について助言

共通

③入院期間の見込みの共有※

- 患者・家族等に確認して入院期間の見込みが分からない場合は病院担当者へ問い合わせる。

- 概ねの入院期間の見込みを介護支援専門員等へ伝える。

※入院期間は、診療計画等を参考にした概ねの見込み期間であり、実際の退院が見込み期間より長短する可能性があることを踏まえ情報共有する、

④退院支援開始の連絡(入院中状況共有・病棟内カンファレンス)

- 連絡を受け、必要に応じて病院担当者へ連絡し、患者・家族と面会し、病院関係者より情報収集する。
- 必要に応じて、病棟内カンファレンス等へ参加することで、担当医も含めた意見等を確認し、退院支援に必要な情報を共有する。
- 退院・退所情報記録書作成 ※様式(5) (必要時)

- 退院支援基準に基づき、退院準備の日数をできる限り多く残すことを考慮した上で、退院前、概ね2週間前位を目途に担当介護支援専門員・地域包括支援センターへ退院支援開始を連絡をする。(実際の退院の長短になることや転院、施設入所となる可能性があることを踏まえた上での連絡とする)
- 病棟内カンファレンス等開催の場合、介護支援専門員等へも参加を呼び掛ける

⑤退院直前調整(退院時カンファレンス・看護サマリー等の受け渡し)

- サービス担当者会議開催について、病院担当者と開催の有無や日程等の連絡調整
- 退院後訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの利用が予定される場合で退院時共同指導の必要性がある場合は事業所の参加も検討。
- 看護サマリー等の受け渡しの確認

退院

- 退院時カンファレンス開催について、介護支援専門員等と開催有無や日程等の連絡調整
- 看護サマリー等の準備

## 様式一覧

様式番号	様式	説明
(1)	入院時情報提供書	入院にあたり介護支援専門員等から病院へ情報提供する際に使用。
(2)	退院支援に用いる基準	病院側が退院支援を開始する判断の目安として提示
(3)	診療報酬・介護報酬一覧	診療報酬・介護報酬改定に準じた入退院支援に係る報酬一覧
(4)	介護保険担当窓口	伊万里市、有田町の相談窓口
(5)	退院・退所情報記録書	退院後の生活支援を進める上で、介護支援専門員等が医療機関より情報収集し、その内容を記録する様式。
(6)	退院支援チェックリスト	退院支援が円滑に進む様に進捗状況の把握に活用
退院調整窓口一覧		伊万里有田地区「在宅医療データマップ」を活用ください。 在宅医療を実施する医療機関の機能や情報、介護関係機関一覧等が記載されています。

# 入院時情報提供書

- 医療機関提供用
- 地域包括支援センター控
- 居宅介護支援事業所控

(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所 ⇒ 病院・診療所)

作成日 令和 年 月 日

医療機関名等	御中
--------	----



事業所名	
事業所所在地	
担当者	
TEL	
FAX	

月 日 に入院（予定）の下記の方に関する情報を提供致します。

※ 利用者の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

本日提供した書類 様 の基本情報及びA D L等情報

上記以外の追加資料  なし  あり ( )

入院時情報提供書は、居宅介護支援事業における以下の加算算定に関連しています

- 入院時情報連携加算Ⅰ **250 単位** 介護支援専門員が入院された日の内に情報提供を行った場合に算定
- 入院時情報連携加算Ⅱ **200 単位** 介護支援専門員が入院された日の翌日又は翌々日に情報提供を行った場合に算定

転院となられる場合には、恐れ入りますが、転院先への情報提供、並びに、担当への連絡にもご協力賜ります様、重ねてお願い申し上げます。また、退院の際は、情報提供やご指導等頂けると助かります。今後ともよろしくお願い申し上げます。

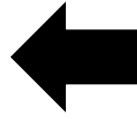
入院時情報提供書受け取りました

受領日	令和 年 月 日	受取者	
-----	----------	-----	--

# 入院時情報提供書 <在宅版>

記入日：  
入院日：  
情報提供日：

医療機関名：  
ご担当者名：



事業所名：  
担当者氏名：  
TEL： FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、 時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について				
氏名	(フリガナ)	生年月日	年齢	126 歳
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) 有効期間 ~ <input type="checkbox"/> 申請中 ( 申請日 ) <input type="checkbox"/> 区分変更 ( 申請日 ) <input type="checkbox"/> 未申請			
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的 )	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
2. 家族構成/連絡先について				
世帯構成等	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子どもなど同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他			
主介護者氏名	続柄	年齢	歳 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	連絡先
意思決定支援者(代諾者)	続柄	年齢	歳 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	連絡先
3. 意思疎通について				
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく無言である	
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
4. 口腔・栄養について				
摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( ) <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( )	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> その他 ( )	
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 )	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付				
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 職種： )	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 ( 管理者： 管理方法 )			
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( 介助内容 )			
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否			
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	特記事項		

**6. かかりつけ医について**

かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2	
医師名		医師名	
かかりつけ医療機関 3		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション	

**7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報**  
 ※本人の意思は変わらうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日 <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外（
---------	---

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記を参照下さい <input type="checkbox"/> 別紙書類参照（	
	本人	
	家族（	
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（氏名 続柄：）（氏名 続柄：）	
	<input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他（	
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※		
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容	

**8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について**

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他（四肢の欠損等）（		
褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位・深度・大きさ等（		
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> 体位変換（時間毎） <input type="checkbox"/> その他（） <input type="checkbox"/> なし		
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動（屋外）	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 その他（	移動（屋内）	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 その他（
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入院前のADL/IADL	<input type="checkbox"/> 同封の書類をご確認下さい <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェースシート） <input type="checkbox"/> その他（		
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化及び療養生活上の課題等について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か		
	<input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができ <input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことが <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である		
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか		
	<input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だか <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない		
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか		
<input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出し <input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すことも <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない			
遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか	<input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えられれば使え <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわかんない <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない		
	過去半年間における入院		
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 入院頻度（ <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上 ） 直近の入院歴 医療機関： 入院期間： ～ 入院理由（		

**9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等**

介護/医療の状況・ 本人の趣味・興味・ 関心領域等	同封の書類をご確認ください <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)~(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ペット飼育の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 特記事項
本人の生活歴	
入院前の本人の 生活に対する意向	
入院前の家族の 生活に対する意向	

**10. 今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)**

住環境 ※可能ならば「写真」 等添付	住居の種類 ( <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 ) 建て 居室 階 エレベーター <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 特記事項:
在宅生活に必要な要件	
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( )
退院後の支援者	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める ( <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める ( <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 氏名 続柄 年齢 歳
家族や同居者等による 虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
特記事項	

**11. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)**

「退院前カンファレンス」 への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 ( )
「退院前訪問指導」 を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 ( )

# 退院支援に用いる基準

## 基準1 入院前に担当介護支援専門員等がいる場合

下記の判断ができれば、担当介護支援専門員等に退院支援開始の連絡を行う。

「退院ができそう」と判断する基準（医療機関による判断）

- 1、病状がある程度安定した状態である
- 2、在宅等での介護が可能そうである

※判断する前に医師から退院指示が出た場合はすみやかに介護支援専門員等へ連絡

## 基準2 入院前に担当介護支援専門員等がない場合

（介護保険の認定を受けていない、または介護支援専門員等が決まっていない場合）

⇒下記のいずれかに該当し、主治医もしくは担当医が病状安定と判断した場合、患者の居住地の市町役場に介護保険申請等の相談に出向くことを勧める ※様式（4）

退院支援が必要な患者の基準

1. 立ちあがりや歩行に介助が必要
2. 食事に介助が必要
3. 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
4. 日常生活に支障きたすような症状がある認知症がある
5. 在宅では独居に近い状況で、調理や掃除など身の周りのことに介助が必要
6. ADLは自立でもガン末期である
7. 新たに医療処置が追加された(膀胱バルーン留置、経管栄養、吸引など)
8. 虐待を受けている又はその疑いがある
9. 医療保険未加入者又は生活困窮者である
10. 同居の有無に関わらず、必要な介護が十分に提供できる状況にない

40歳～64歳(第2号被保険者)の場合は、下記の疾病が介護保険申請の条件となります。

- |                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| ① がん末期              | ⑨ 脊柱管狭窄症                     |
| ② 関節リウマチ            | ⑩ 早老症                        |
| ③ 筋委縮性側索硬化症         | ⑪ 多系統萎縮症                     |
| ④ 後縦靭帯骨化症           | ⑫ 糖尿病性神経障害                   |
| ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症         | 糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症              |
| ⑥ 初老期における認知症        | ⑬ 脳血管疾患                      |
| ⑦ 進行性核上性麻痺          | ⑭ 閉塞性動脈硬化症                   |
| 大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 | ⑮ 慢性閉塞性肺疾患                   |
| ⑧ 脊髄小脳変性症           | ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |

# 入退院時の連携に関わる主な診療報酬・介護報酬一覧

(注:加算の要件など詳細については、国の関連通知をご確認ください)

## 介護報酬 (居宅介護支援事業所側)

### 〈居宅介護支援基準〉

居宅介護支援の提供に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、当該利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝える様求めなければならない。

### 入院時情報連携加算

利用者入院にあたり、入院医療機関に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合に、利用者一人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算。  
(提供方法は問わない)

(I)	入院した日の内:250単位
(II)	入院した日の翌日又は翌々日:200単位

### 〈居宅介護支援基準〉

退院後早期に介護保険のリハビリテーションを開始することを可能とする観点から、介護支援専門員が居宅サービス計画に通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションを位置付ける際に意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院中の医療機関の医師を含むことを明確化する。

### 《具体的取り扱い方針》 改正点抜粋

特に、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについては、医療機関からの退院患者において、退院後のリハビリテーションの早期開始を推進する観点から、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成することが望ましい。

### 退院・退所加算

医療機関に入院又は、介護保険施設に入所していた者が退院又は退所に当たって、当該職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービスの利用に関する調整を行った場合に入院・入所期間中につき1回を限度として加算

	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

### 《留意事項》

カンファレンス参加有については、退院時共同指導料の※に準じた場合のみ算定可能

### 初回加算

新規に居宅サービス計画を作成した場合に算定。但し、運営基準減算になっている場合は、初回算定できない。  
※退院・退所加算を算定する場合は、算定しない

300単位

### 初回加算(介護予防支援・介護予防ケア)

- ①新規作成の場合
- ②要介護者が要支援認定を受けた場合

300単位

### 〈居宅介護支援基準〉

指定居宅サービス事業者から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他利用者の心身又は生活状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

### 通院時情報連携加算

利用者が、病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師に対し当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師又は歯科医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合に算定

50単位(一月に1回)

### ターミナルケアマネジメント加算

在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者宅を訪問し、当該利用者の心身の状態等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者へ提供した場合に算定。

400単位

## 診療報酬 (医療機関側)

### 入院時支援加算

入院予定の患者に対し、入院中に行われる治療の説明等を入院前の外来において実施

200点(退院時1回)

### 入退院支援加算

入院早期より退院困難者を抽出し、適切な退院先に、適切な時期に退院できるよう退院支援計画の立案及び退院した場合に算定

1	700点 又は1300点 (退院時1回)
2	190点 又は 635点 (退院時1回)

### 退院困難な要因

ア	悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性配線等の急性呼吸器感染症のいずれか	コ	同居の有無に関わらず、必要な介護又は養育を十分に提供できる状況にない
イ	緊急入院		
ウ	要介護・要支援認定未申請	サ	退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要
エ	コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者	シ	入退院を繰り返している
オ	強度行動障害の状態	ス	入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる
カ	虐待を受けている又はその疑いがある	セ	家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等である
キ	医療保険未加入者又は生活困窮者	ソ	児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている
ク	入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)	タ	その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合
ケ	排泄に介助を要する		

### 介護支援等連携指導料

退院後に介護サービス導入することが適当と考えられる場合。患者に対して、介護支援専門員と連携し、退院後の介護サービスについて指導

400点(退院時2回)

### 退院時共同指導料

病院の医師と在宅療養を担う医師等が共同して、退院後の在宅療養上必要な説明・指導を実施

1	1	在宅療養支援診療所の場合	1500点
	2	1以外の場合	900点
2	入院医療機関の保険医や看護師等、薬剤師、管理栄養士、PT、OT、ST、社会福祉士が、退院後の在宅療養の説明・指導を退院後の在宅療養を担う医療機関若しくは保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、PT、OT、ST、社会福祉士、訪問看護ステーションの看護師等と共同で行い文書により情報提供を行った場合当該入院中に1回に限り算定。なお、(介護予防)訪問リハビリテーション、(介護予防)通所リハビリテーションを利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者が入院している医療機関の医師等が、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい		400点
	※他機関共同指導加算 入院中の医療機関の「保険医又は看護師等」が在宅療養に係る外部三者以上と共同して指導を行った場合に加算		2000単位

### 退院時共同指導加算

退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から退院後のリハビリテーションを実施する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画等入手し、内容の把握を義務とする。また、リハビリテーション事業所の医師などが退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行う。

(介護予防)訪問リハビリテーション・(介護予防)通所リハビリテーション
600単位

入院

退院



退院支援チェックリスト(入院時にケアマネジャーがいる場合)

医療機関用

入院者情報 氏名: 要介護状態区分等: 認定の有効期間: ~ 年 月 日	ケアマネジャー情報 担当者: 事業所: TEL・FAX等:	医療機関情報 入院年月日: / 担当看護師: 退院調整者:
---	--	--

①入院時の情報提供	ケアマネジャーからの情報提供	<input type="checkbox"/> あり( / ) <input type="checkbox"/> なし
		ケアマネジャー来院 <input type="checkbox"/> あり( / ) <input type="checkbox"/> なし

↓

②入院期間見込み	ケアマネジャーへの連絡	<input type="checkbox"/> 済み( / ) <input type="checkbox"/> 未(理由: )
----------	-------------	--

↓

(“病状が安定した、又は在宅介護ができそうな状態である”場合)

③退院支援開始	ケアマネジャーへの連絡	<input type="checkbox"/> 済み( / ) ケアマネジャー来院( / )
---------	-------------	--

↓

④退院前調整  退院見込み日 ( / )	退院前カンファレンスの必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (その理由: )
	サービス、区分変更の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (その理由: )
	ケアマネジャーへの連絡	<input type="checkbox"/> 済み( / ) ケアマネジャー来院( / )

↓

退院日時決定  退院日時 ( / , : )	ケアマネジャーへの連絡	<input type="checkbox"/> 済み( / ) ケアマネジャー来院( / )
	看護サマリー等の提供	<input type="checkbox"/> 済み( / ) ケアマネジャー来院( / )

自宅以外への退院	<input type="checkbox"/> 介護保険施設等への入所(施設名: ) ※住宅型有料老人ホームの場合は入院前のケアマネジャーが 担当する必要があるため要確認!
ケアマネジャーへの連絡 <input type="checkbox"/> 済み( / )	<input type="checkbox"/> 他医療機関へ転院 <input type="checkbox"/> 死亡

2016年1月作成



退院支援チェックリスト(入院時にケアマネジャーがいる場合)

ケアマネジャー用

入院者情報 氏名: 要介護状態区分等: 認定の有効期間: ~ 年 月 日	医療機関情報 病医院名: 入院年月日: / 退院調整者:
---	---------------------------------------

①入院時の情報提供	医療機関への情報提供	<input type="checkbox"/> 済み( / ) <input type="checkbox"/> 医療機関訪問( / )
-----------	------------	--

↓

②入院期間見込み	医療機関への確認	<input type="checkbox"/> 済み( / ) <input type="checkbox"/> 未(理由: )
----------	----------	--

↓

(“病状が安定した、又は在宅介護ができそうな状態である”場合)

③退院支援開始	医療機関からの連絡	<input type="checkbox"/> あり( / ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 医療機関訪問( / )
---------	-----------	--

↓

④退院前調整  退院見込み日 ( / )	退院前カンファレンスの必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (その理由: )
	サービス、区分変更の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (その理由: )
	医療機関からの連絡	<input type="checkbox"/> あり( / ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 医療機関訪問( / )

↓

退院日時決定  退院日時 ( / , : )	医療機関からの連絡	<input type="checkbox"/> あり( / ) <input type="checkbox"/> 医療機関訪問( / )
	看護サマリー等の提供	<input type="checkbox"/> あり( / ) <input type="checkbox"/> 医療機関訪問( / )

自宅以外への退院 医療機関からの連絡 <input type="checkbox"/> あり( / )	<input type="checkbox"/> 介護保険施設等への入所(施設名: ) <input type="checkbox"/> 他医療機関へ転院(医療機関名: ) <input type="checkbox"/> 死亡
---	--

2016年1月作成

退院支援チェックリスト(入院時にケアマネジャーがいない場合)

ケアマネジャー用

入院者情報 氏名： 介護保険申請年月日： /	医療機関情報 病医院名： 入院年月日： / 退院調整者：
------------------------------	---------------------------------------

①-2患者・病院担当者との面談 医療機関からの連絡	<input type="checkbox"/> あり( / ) <input type="checkbox"/> 医療機関訪問( / )
------------------------------	--

↓

(“病状が安定した、又は在宅介護ができそうな状態である”場合)

①-3退院支援開始	医療機関からの連絡	<input type="checkbox"/> あり( / ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 医療機関訪問( / )
-----------	-----------	--

↓

②退院前調整  退院見込み日 ( / )	退院前カンファレンスの必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (その理由： )
	サービス、区分変更の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (その理由： )
	医療機関からの連絡	<input type="checkbox"/> あり( / ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 医療機関訪問( / )

↓

退院日時決定  退院日時 ( / , : )	医療機関からの連絡	<input type="checkbox"/> あり( / ) <input type="checkbox"/> 医療機関訪問( / )
	看護サマリー等の提供	<input type="checkbox"/> あり( / ) <input type="checkbox"/> 医療機関訪問( / )

2016年1月作成

## 個人情報の取り扱いについて

医療・介護関係者間の連携においても、個人情報の取り扱いには細心の注意を払わなければなりません。しかし、個人情報保護を優先するあまり、互いの連携がうまくいかないのでは、結果的に患者に不利益となります。そこで、厚生労働省から出されている『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス』ならびに『「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に関するQ & A (事例集)』を参考下さい。

**『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのための  
ガイダンス』**

<https://www.mhlw.go.jp/content/001470633.pdf>

**『「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのための  
ガイダンス」に関するQ & A (事例集)』**

<https://www.mhlw.go.jp/content/001685013.pdf>