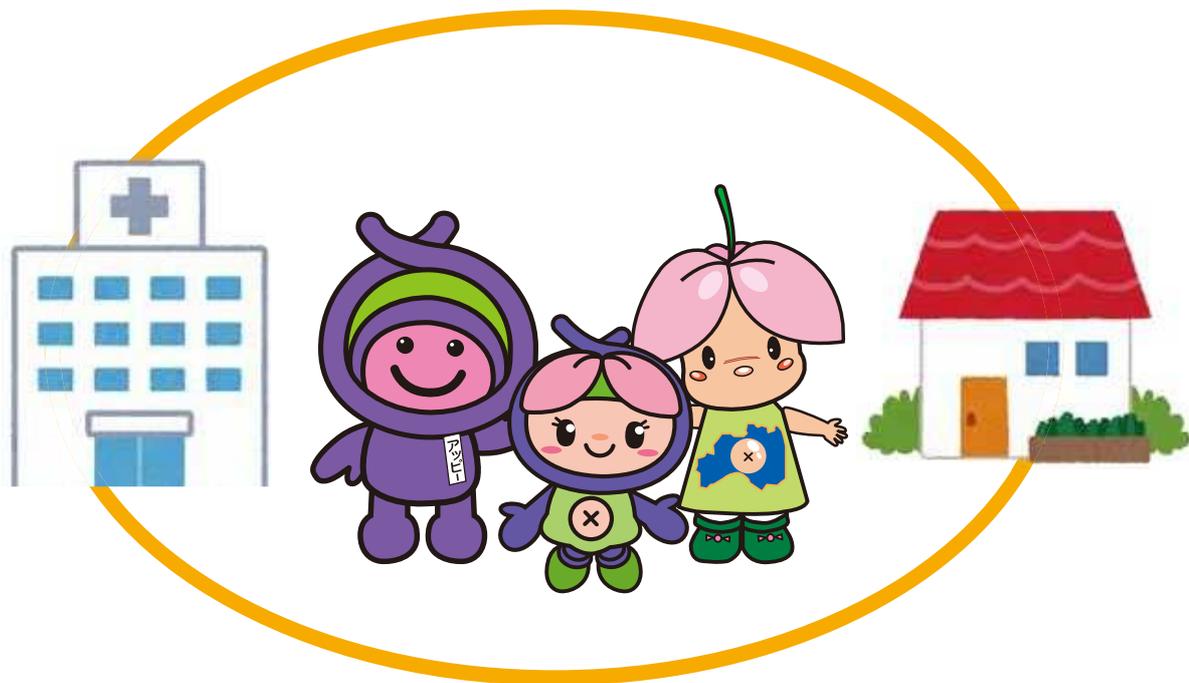


上尾市入退院支援ルール

—病院と地域の切れ目のない連携を目指して—



令和5年2月

上尾市

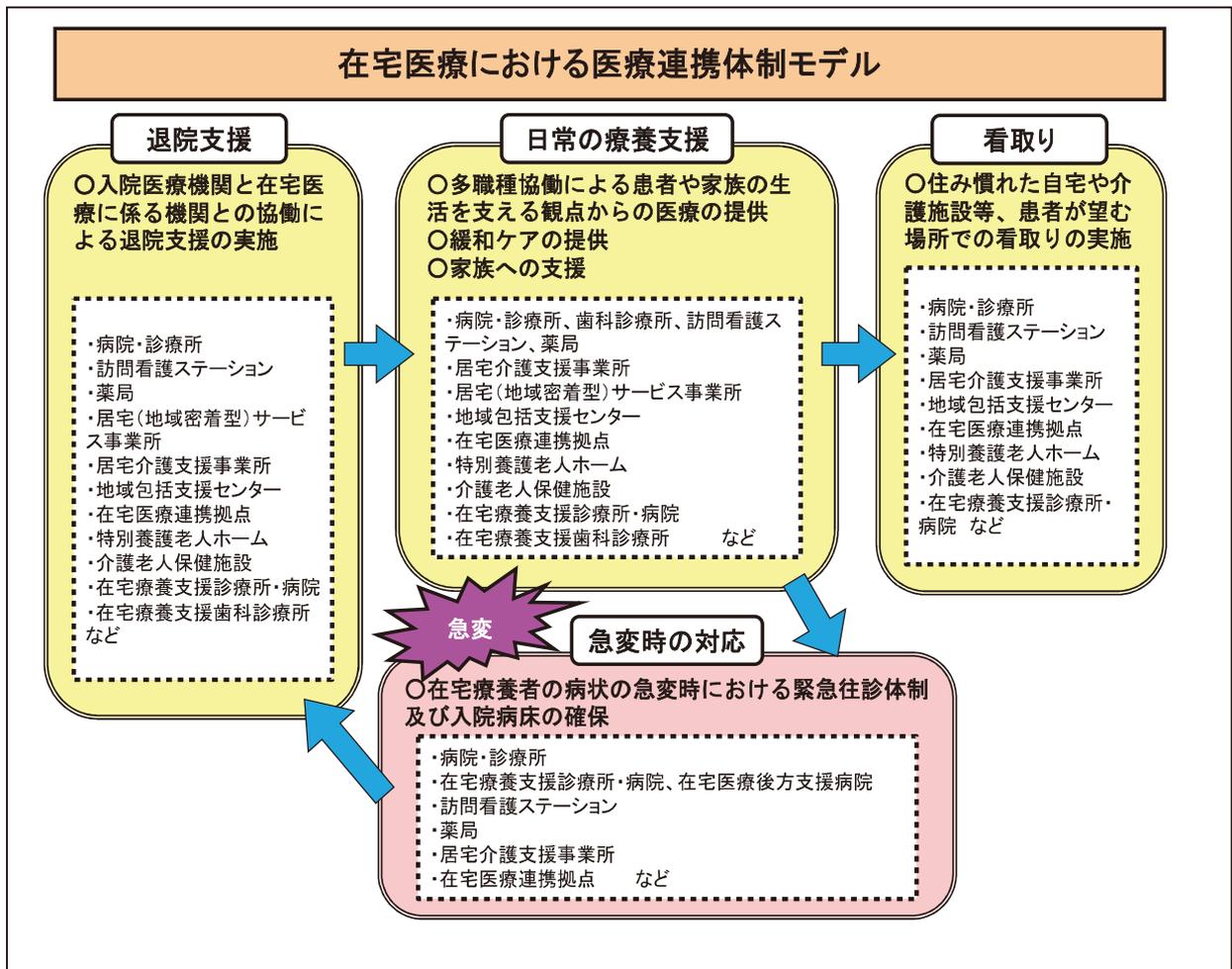
目次

1.	はじめに	2
2.	目的	3
3.	基本ルール	4
	(1) 対象となる機関	4
	(2) 入退院支援の対象者	4
	(3) 病院と在宅チームが協働した入退院支援のステージ	5
	(4) 入退院支援のフローチャート	6
4.	入退院支援で目指す姿	7
	(1) 0期 在宅療養期【そなえる】	8
	(2) 1期 入院時【あわせる】	10
	(3) 2期 入院7日目から方向性決定まで【ととのえる】	12
	(4) 3期 方向性決定から退院まで【つなぐ】	14
	(5) 4期(退院後)→0期(在宅療養期)【そなえる】	16
5.	連携にあたって意識すること	17
6.	「通院・入院あんしんセット」について	18
7.	参考資料(診療・介護報酬関係)	20
8.	参考様式	31
	(1) 様式1 入院時の情報提供連絡票(ケアマネ⇒医療機関)	31
	(2) 様式2 退院・退所情報提供書(基本ケアマネジャーが記載するもの)	33
	(3) 様式1 説明資料	34
	(4) 様式2 説明資料	35
9.	関係機関一覧	36
	(1) 市内病院相談窓口	36
	(2) 在宅医療連携拠点	38
	(3) 在宅歯科医療連携拠点	38
	(4) 地域包括支援センター	38
	(5) 上尾市・保健所等関係部署	39
10.	引用・参考文献	40
11.	上尾市入退院支援ルールの作成に関わった機関	40
12.	あとがき	40

1. はじめに

在宅での療養を希望する患者が在宅療養を続けていくためには、病院と地域をつなぐ円滑な「①入退院支援」、「②多職種協働による日常の療養生活の支援」、「③急変時の対応」、「④患者が望む場所での看取り」の体制整備が必要となっています。

超高齢社会では医療に求められる役割が変化します。



入院の際、早い段階で病院関係者と在宅関係者が患者情報を共有し、双方が緊密に連携し在宅復帰に向けた支援を重ねることで退院が早くなり、退院後も円滑に在宅生活を送ることが出来ます。そのため、入院前又は入院早期から医療と介護が連携して退院支援を行うことが必要です。

2. 目的

- ① 入院前又は入院早期から医療と介護が連携して入退院支援を行うことで、入院患者が退院後、住み慣れた地域で安心して生活を送れるようになること。
- ② 上尾市入退院支援ルール作成・運用・運用後の評価を通じ、医療と介護の関係者がお互い顔の見える関係づくり、医療・介護連携の更なる深化を図る。
- ③ お互いの立場を理解し思いやりを持って行動することで、病院と在宅のチームが協働して支援を行える。

3. 基本ルール

(1) 対象となる機関

医療機関、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、歯科、薬局、地域包括支援センター、市等

(2) 入退院支援の対象者

自宅等（介護施設、ケアハウス、高齢者住宅等）から入院し、自宅等へ退院する患者（利用者）で、下記の①～③のいずれかに該当する人

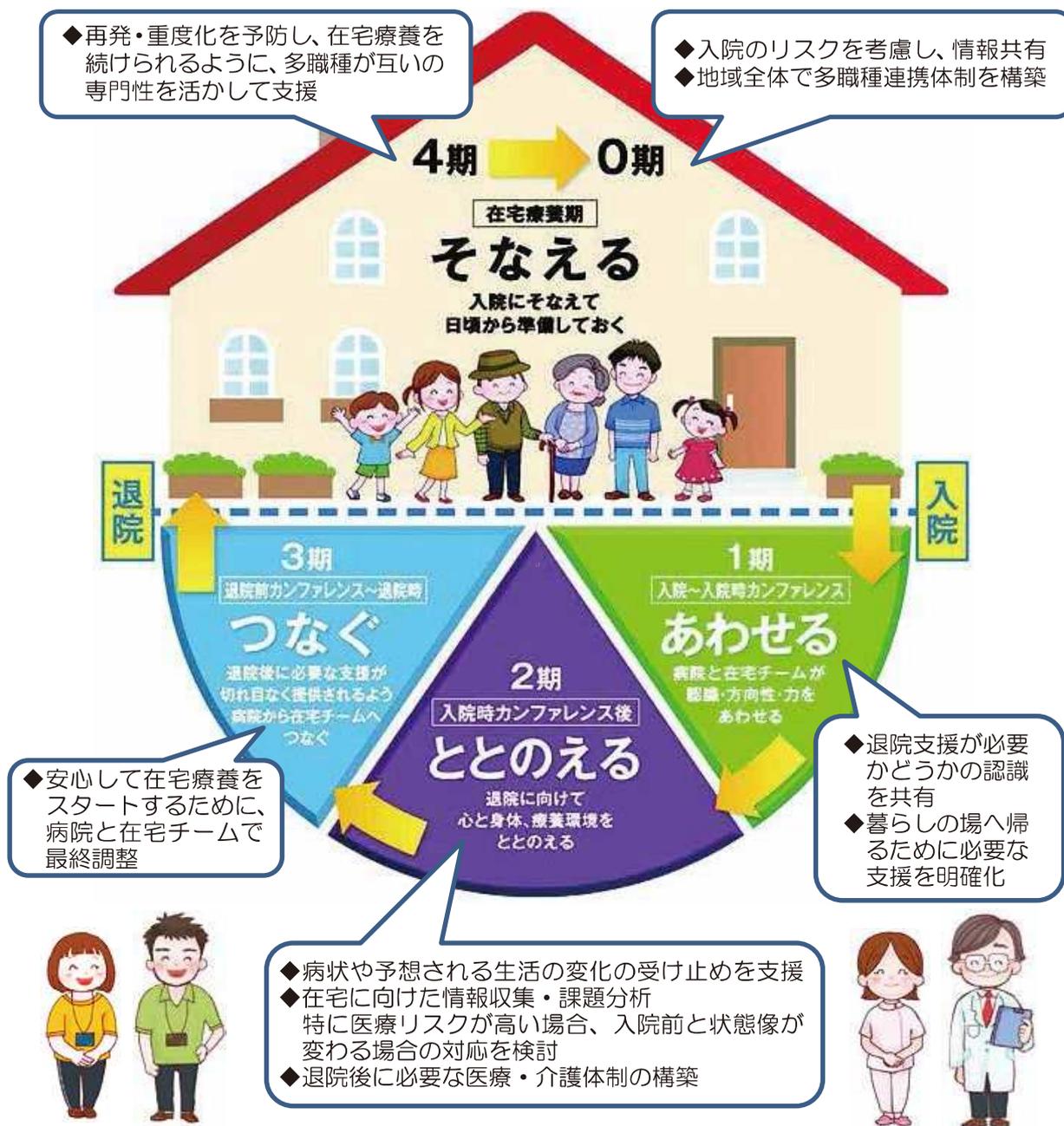
- ① 入院前に介護保険サービスを利用していた人（担当ケアマネジャーがいる人）
- ② 退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する人（担当ケアマネジャーがいない人も含む）
- ③ 病院担当者が、退院後の生活に向けた退院調整（退院前カンファレンス等）が必要と判断した人

退院調整が必要な患者の目安

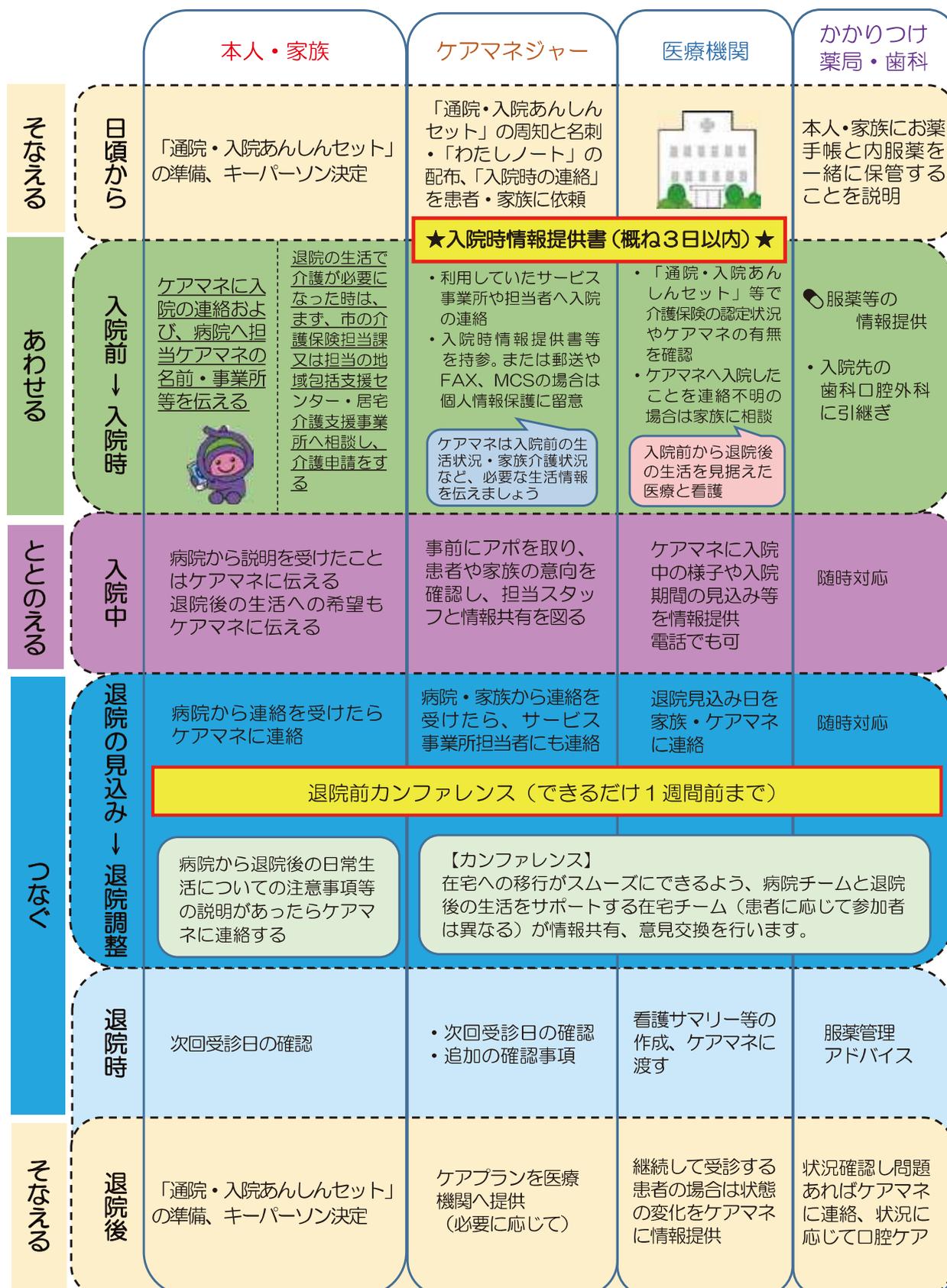
ア 退院調整が必要な患者 （要介護相当）	イ 左記以外で地域の見守り等が 必要な患者（要支援相当）
<ul style="list-style-type: none"> ① 立ち上がりや歩行に介助が必要 ② 食事及び口腔ケアに介助が必要 ③ 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中 ④ 日常生活に支障を来すような症状がある 認知症 ⑤ 医療処置が必要な患者（がん末期、感染症、褥そう、在宅酸素等） ⑥ 入浴・更衣に介助が必要 ⑦ 内服管理に介助が必要 ⑧ 入退院を繰り返している ⑨ 入院前より日常生活に支障を来している ⑩ 福祉用具・住宅改修等環境整備が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ① 独居で調理や掃除などの身の回りのことに介助が必要 ② 家族はいるが、高齢や疾患等により介護力が乏しく、援助が必要 ③ 日常生活は、ほぼ自立しているがん患者などで、新たに医療処置が必要又は見込まれる ④ 日常生活は、ほぼ自立している認知症 ⑤ 65歳以上で精神・知的障がいがある ⑥ 5種類以上の薬を内服していて自己管理が難しい ⑦ 買い物や通院の支援が必要
<p>【共通項目】</p> <p>○栄養指導、食事療法（食事形態・塩分・水分・摂取カロリー等）、体重管理が必要</p> <p>○虐待又はその疑いがある ○生活困窮者</p>	
<p>⇒1項目でも当てはまれば<u>地域包括支援センター</u>、もしくは<u>関わりのある居宅介護支援事業所</u>に連絡</p>	

(3) 病院と在宅チームが協働した入退院支援のステージ

高齢者が入院した場合、その人らしい暮らしの場に帰れるようにするためには、病院側と在宅支援側での協働が不可欠です。入院を経てまた暮らしの場に帰る間、大切にしたい視点をステージ毎にまとめました。



(4) 入退院支援のフローチャート



4. 入退院支援で目指す姿

用語の解説

<在宅チーム>

ケアマネジャー、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ホームヘルパー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士等の在宅療養を支える医療・介護関係者のこと

<入退院支援>

病院と在宅チームが、日ごろから体制を整えていくとともに、その人らしい暮らしに帰るために入院早期から退院に至るまで連携・協働して支援を行うこと

<意思決定支援>

入退院支援の過程において、医療の選択やこれからの療養の方針・療養場所の選択ができるよう支援すること

<退院前カンファレンス>

本人の退院後の生活において予想される課題を検討し、療養環境の準備・調整を行うために開かれるカンファレンスのこと

※介護報酬でのカンファレンスについてはP22参照

<退院支援と退院調整>

- ・退院支援：本人が自分の病気や障がいを理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援のこと
- ・退院調整：本人の自己決定を実現するために、本人・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐためのマネジメントの過程のこと

退院支援・退院調整は、本人・家族を中心に、院内多職種・入院前の本人の暮らしや価値観を知る在宅チームが連携・協働して行うこと

(1) 0期 在宅療養期 そなえる

<目的>

- ・入院時から速やかに対応できるよう、日ごろからそなえる

<日ごろから備えておくこと>

- ・地域資源を把握し、在宅チーム・病院の連携体制を整えておく
- ・日ごろから入院のリスクを意識し、状況を把握、本人・家族を含む在宅チーム内で共有しておく
- ・病気や加齢に伴う変化により暮らしづらさが出てくるため、普段から在宅療養が安定するよう、予防的に環境を整える

在宅チーム

- ・病院の体制、機能、連絡相談窓口や地域の資源を把握しておきましょう
 - 急性期病院の平均在院日数は10日前後であること等、病院の機能に応じて、入院期間に違いがあります。
 - 病院によって、ケアマネジャーの連絡相談窓口は異なります。
- ・どのような生活を送りたいのか、病気になった際にはどのような治療、最期を望むのか等について、本人・家族と話し合うなど、意思を確認し、在宅チームで共有しておきましょう
 - 本人らしい暮らし方の延長に本人らしい最期はありません。普段から関わっている人が、本人らしさやどう暮らしたいかなど、何気ない会話の中で聞いておき、チームで共有しましょう。わたしノートを活用し本人らしさを理解した上で意思決定を支援できるようにしましょう。(P18、19を参照)
- ・本人が病院に通院している場合は、生活情報を外来部門に伝えましょう
- ・入院を繰り返す疾患（心不全・糖尿病等の生活習慣病や誤嚥性肺炎・尿路感染症等）については、どういふ変化が起こりうるかをかかりつけ医や訪問看護師等に聞き、在宅チームで共有しておきましょう
 - 直接ケアに携わるヘルパー等は特に変化に気づきやすいので、どういった変化が起こり得るか、悪化のサイン等について伝えると共に、ヘルパー等は、少しでも変だな、いつもと違うな、と変化に気づいたらケアマネジャーに連絡するよう、在宅チーム内で話し合っておきましょう。

病院

- ・連携窓口や病院機能を在宅チーム等に周知するとともに、地域の資源を把握しておきましょう
- ・在宅療養支援および退院支援において、院内多職種・在宅チームが協働する体制を構築しましょう
 - 入院決定から退院までの院内の仕組み（入退院支援システム）を構築すると共に、在宅チームからの情報が重要な情報であることを院内で共有しておきましょう。
 - 在宅チームと日ごろからやり取りをしましょう。研修会（勉強会）を開き、視点の違いや互いの機能・役割等に気づく機会を持つことも良いでしょう。
- ・外来部門は、在宅療養で気を付けるべきこと等をケアマネジャーに情報提供したり、在宅での療養状況を本人・家族や在宅チームから把握する等、在宅チームと日ごろから情報を共有しましょう
 - 介護保険証の確認、ケアマネジャーの確認、サービス利用状況、ADL、IADL等について把握しておきましょう。
- ・治療経過や本人・家族の思いを院内で共有しましょう

在宅チーム

- かかりつけ医や病院の外来、訪問看護師等から既往歴の再発・入院の可能性等のリスクを把握しておきましょう
- 入院のリスクを考慮し日ごろから「通院・入院あんしんセット」(P19)を準備しておきましょう
- 本人・家族、病院等から入院情報が入るよう工夫しておきましょう
 - 居宅介護支援の開始にあたり、ケアマネジャーは、本人や家族に入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を病院に提供するよう依頼することが義務付けられました。
 - 入院になっても、その人らしい暮らしの場に帰るためにケアマネジャーが病院と連携して退院支援を行うこと、病院と情報共有することを、本人・家族に予め了解を取っておきましょう。
- 予定入院の場合には、入院前に連絡相談窓口(担当窓口、担当者名簿等)を把握しておきましょう
- 入院するという情報を得たら、病院へ連絡し、病院の連絡相談窓口、訪問のタイミング等について確認しましょう
 - 病院の体制や本人の入院時の状態や疾患により、その後の連携のあり方が異なります。どのようなタイミングで訪問するべきか等を病院の連絡相談窓口にご相談すると、次の連携ステップにスムーズに移行できます。

病院

- 予定入院の場合は、入院決定した外来時点で入院前支援を行います
 - 入院前支援とは、入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者および関係者と共有することです。
- 入院時支援加算
- 介護保険サービスの利用状況を確認し、ケアマネジャーに入院することを連絡しましょう



薬剤師の声

病院毎にお薬手帳を作って整理している方もいらっしゃいますが、一元管理のためにもなるべく1冊にまとめてもらうようにしましょう。入院により不要になった薬の廃棄等は、調剤した薬局に問い合わせしてみましょう。廃棄してくれることもあります。

(2) 1期 入院時 あわせる

<目的>

- ・在宅チームと病院で退院支援を速やかに開始し、本人・家族を支える協働体制を作る

<協働しておこなうこと>

- ・入院時にケアマネジャーや訪問看護師が病院へ情報提供する内容（本人の生活歴住環境等）を踏まえ、病院では、本人が入院前にどんな生活をしていたのかをまず知り、医学的情報から入院前との変化を予測してサポートの必要性を判断する
- ・入院前の暮らしから、入院し、治療を受けたことで、何か変化は起きるかなど、入院前から不安や問題はなかったかを、本人・家族、病院・在宅チームで考え、退院支援が必要かどうかの認識を共有する
- ・病気や加齢に伴う変化により暮らしづらさが出てくるため、普段から在宅療養が安定するよう、予防的に環境を整える

在宅チーム

- ・入院したという情報を得たら、病院へ連絡し、病院の連絡相談窓口、訪問のタイミング等について確認しましょう

➢ 病院の体制や本人の入院時の状態や疾患により、その後の連携のあり方が異なります。どのようなタイミングで訪問するべきか等を病院の連絡相談窓口にご相談すると、次の連携ステップにスムーズに移行できます。

- ・「入院時情報提供書」を速やか（概ね入院後3日以内）に情報提供しましょう

在宅チームはサマリー等を提供しましょう

➢ 急性期病院では、入院直後から退院支援に着手します。

そのため、病院が、本人の家族の状況、同居の有無や支援者の有無、入院前のADLやIADL、生活状況、またどんな生活を送りたいかといった本人の意向等を早期に得られることは、退院後の生活をイメージする上で有用です。

入院時情報連携加算

- ・本人・家族等が在宅生活を送る上での思いや、入院前の生活の状態を、病院にしっかり伝えられるようにサポートしましょう

➢ 病院が退院支援に取り組むに当たって、入院前の在宅生活の状態を病院も理解することは重要です。

➢ 本人・家族が伝えることが困難な場合は、ケアマネジャーは代弁者として本人・家族の思いや連携に必要な情報を病院に伝えましょう。

病院

- ・介護保険サービスの利用状況を確認し、ケアマネジャーに入院したことを連絡しましょう

- ・本人・家族への聞き取りや、在宅チームから提供される「入院時情報提供書」「在宅サマリー等」も活用し、これまでの暮らし（医療管理、生活状況等）、入院までの経緯、入院となった背景、本人・家族の思いや希望、病状認識、在宅での支援状況等について情報収集しましょう

- ・医師と、入院目的・治療方針、現時点で退院時の見通しを確認・共有し、退院支援の必要性について考えましょう

➢ 退院支援が必要な人（診療報酬点数表より）

(ア)悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

(イ)緊急入院であること

(ウ)要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること【介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上のものに限る】

在宅チーム

• 入院について、かかりつけ医等在宅チームで共有しましょう

- 必要に応じて、かかりつけ歯科医や、居宅療養管理指導をしている薬剤師等へも知らせましょう。
- 薬剤師は、必要に応じて薬剤情報や服薬方法等の情報を提供しましょう。
- 高齢者にとって、入院が与える影響は大きいので、再発を防止し、住み慣れた場所での暮らしが継続できるように、入院につながる病状管理や生活支援上の課題がなかったか、多職種で振り返ることが大切です。

• カンファレンス等の場を通じて、意思決定支援や退院支援計画立案に役立つ情報を提供するとともに、早期に退院支援の情報を共有しましょう

入院時情報提供加算

病院

- (1) 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- (2) 生活困窮者であること
- (3) 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）
- (4) 排泄に介助を要すること
- (5) 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状態にないこと
- (6) 退院後に医療処置（胃ろうなどの経管栄養法を含む）が必要
- (7) 入退院を繰り返していること
- (8) 入院治療を行って長期的な低栄養状態になることが見込まれること
- (9) 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こと
- (10) 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- (11) その他患者の状況から判断して(7)から(10)までに準ずると認められる場合

入退院支援加算

• 入院の目的や病状・病態等から退院時の状態（病状やADL）を予測し、退院後の暮らしについて本人・家族・在宅チームと共有しましょう

介護支援等連携指導料

• 入院時にカンファレンス（退院支援カンファレンス）を開催し、退院支援計画を立案しましょう。本人・家族の意向や状況、医学的状況判断等を踏まえ、退院時の目標や時期を設定し、退院に向けて医療・看護上の課題、生活・ケア上の課題を整理し、「自立に向けた支援」、「療養環境の準備・調整」を検討しましょう

入退院支援加算

ケアマネジャーの声

ケアマネジャーや施設職員、成年後見人等は家族ではないため、病院での医師からの説明時に同席は可能ですが、「医療同意」はできません。



(3) 2期 入院7日目から方向性決定まで ととのえる

<目的>

- ・退院後の療養場所・療養方法を決定し、暮らしの場に帰るために在宅チーム・病院で行う支援を明らかにする

<協働しておこなうこと>

- ・退院後の療養場所・療養方法について、本人にとって最善の選択ができるよう意思決定支援を行う

在宅チーム

- ・カンファレンス等に参加できない場合には、どのような内容であったか情報収集を行いましょ
➢ 病棟看護師等にアポイントをとるか、連絡相談窓口の担当者から話を聞くようにします。病院ごとにカンファレンスの運営の仕方は異なりますので、具体的には連絡相談窓口の担当者に相談するとよいでしょう。

病院

- ・本人家族が医師からの説明を理解し、受け止めながら、今後のことを考えることができるように、必要時、医師からの病状説明場面（IC：インフォームド・コンセント）を設定し、本人・家族が希望すれば、在宅チームにも同席を依頼しましょ
- ・退院に向けた本人・家族の思いや意向、病状認識を確認しましょ
➢ 今までできていたことができなくなり、病状が思わしくない状況に置かれると、これまでの生活に自信を失い、意思決定能力が弱くなります。病状説明や退院に向けた本人・家族の思いや意向を確認する場面に、これまでの暮らしぶりや価値観を知っている在宅チームが同席することで、本人は「思い」が伝えやすくなります。
- ・在宅チームから得た情報をもとに、より具体的な生活場면을イメージし、退院後の生活の再構築が必要か、退院に向けた医療・看護上の課題、生活・ケア上の課題をアセスメントしましょ
➢ 病状、治療方針・今後の予測
進行・重症化を予防するための支援
新たに必要となる医療処置・管理（服薬管理・栄養管理・排泄ケア・リハビリなど）
本人・家族の病状理解、受け止めの状況
本人・家族の自己管理能力・サポート体制
➢ 病状の変化に伴い、ADL/IADLにどのような影響があるか
ADL/IADLを評価し、本人の「していること」「できること」「したいこと」を明らかにし、目指すゴールを決める
食事・排泄・移動・入浴・睡眠・自宅環境の評価・家族、在宅サポート体制の評価

在宅チーム

- 退院前訪問指導が決まったら、できるだけ同行しましょう
 - 在宅生活の現場を病院側に知ってもらおう絶好の機会です。
在宅チームは、コーディネーターとして在宅での生活の実際を病院スタッフへ紹介しましょう。

病院

- 療養の方針・療養場所の選択においては、考える選択肢についてのメリット・デメリットを検討し、具体的な生活のイメージについて十分に説明し、意思決定を支援しましょう。これまで関わってきた在宅チームとも相談しましょう
- 住環境の問題がある場合は、ケアマネジャーへ声をかけ、共に自宅の様子を確認し、在宅での環境を想定したリハビリ等の自立支援や療養環境の調整を検討しましょう
- 中・長期的な病状やADLの変化を予測し、必要な支援を検討しましょう。特に、再発・重度化予防の視点で、訪問看護等に適切につなぐことが必要です
 - 在宅療養を安全に継続するためには、生活環境と身体の関係全体をアセスメントし、必要なケアを組み立て、環境整備を行うことが必要です。環境整備を行う専門職（訪問看護、リハ、栄養、介護）につなぎましょう。

(4) 3期 方向性決定から退院まで つなぐ

<目的>

- 病院・在宅チームが協働し、暮らしの場への移行に向けて、課題を共有し、必要な医療・介護体制を整える
- 退院前の最終的な本人・家族の状況について共有し、準備・調整を行う

<協働しておこなうこと>

- 退院前カンファレンスにおいては、本人・家族、在宅チーム・病院が退院後の暮らしを意識した生活課題を検討し、在宅療養に向けた環境の準備、調整を行う

在宅チーム

• 退院までの日程を共有しましょう

- 退院前訪問指導の予定や退院に向けた院内多職種カンファレンスの開催、退院の見込みなどを把握しましょう。

退院・退所加算

- 退院前カンファレンスに参加して欲しい関係職種とその内容を病院に伝え、事前に調整したサービス担当者等と退院前カンファレンスと一緒に出席しましょう

病院

- 院内で退院までの大まかな日程を共有するとともに、在宅チームへも情報提供しましょう

- 院内多職種により退院支援を行い、退院後も継続が必要な医療管理やケアについては、在宅チームと相談しながら、本人・家族の生活パターンや介護力を考慮し、実施可能か評価しましょう。また、可能な範囲で本人・家族に合わせたセルフケアの確立を目指し、入院中から在宅での方法に切り替えて再評価を行い、在宅チームと共有しましょう

- 通院継続が可能か、在宅医療に移行するかも検討しましょう。

- 退院後も継続して医療管理・サポートが必要と判断したら、本人に退院後も医療管理が必要であることを説明し、かかりつけ医・ケアマネジャーと相談の上、該当する医療系事業所を早めに選定し、専門職同士でも情報共有ができるよう調整しましょう。また、病院側から積極的に退院後の留意事項等について伝えましょう

介護等連携指導書 退院時共同指導書2

- 退院前カンファレンスに参加する院内多職種やケアマネジャー・在宅チームへ、カンファレンスの目的と検討内容を伝え、出席を依頼しましょう



看護師からのコメント

入院後、治療方針が決まり、退院の目途が立つのは7日くらいです。急性期病院の平均在院日数は14日前後なので、退院前カンファレンスは概ね11日～14日頃に実施されることとなります。

在宅チーム

- 退院前カンファレンスでの情報を共有した上で、本人に必要なサービスについてサービス担当者会議で合意しましょう
- かかりつけ医に、退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランについて報告しましょう
- 必要に応じて、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の薬剤師（居宅療養管理指導）等にも、退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランについて報告書しましょう
- 退院時には、本人の状態にあった適切なサービスがサービス事業所から提供されるよう調整しましょう

病院

- 退院前カンファレンスを実施する場合は、多職種で、退院後の生活イメージを共有し、生活課題を検討、療養環境の準備・調整をしましょう
介護支援等連携指導料 退院時共同指導料2
- 再入院を繰り返しやすい疾患や医療管理が継続する場合は、医療・看護サービスにつなぎましょう
 - 必要に応じて直接専門職同士の情報共有ができるよう調整しましょう。
- 退院後訪問指導の必要性を、医師・看護師・訪問看護ステーション等と相談し、必要であれば計画しましょう
退院後訪問指導料
- 退院後、切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、退院直前までの全身状態や処置内容、指導状況等を在宅チームへ伝えるとともに、必要書類を渡しましょう
 - 看護サマリー、診療情報提供書、訪問看護指示書、在宅サービスについての意見書等
 - ケアマネジャーが分かりやすい表現を心がけ、情報提供するようにしましょう。



リハビリからのコメント

入院中に本人や家族にどのような指導を行ったのか、在宅チームにしっかりと伝わるように工夫しましょう。

在宅チームからのコメント

本人・家族に渡した退院時のサマリーが、ケアマネジャー等に届くように、サマリーの封筒には「サマリー在中」だけでなく、宛名を書くようにしましょう。



(5) 4期(退院後)⇒0期(在宅療養期) そなえる

<目的>

- ・再発・重度化を予防し、再入院しない為の支援を行う
- ・退院支援のあり方について振り返る

<協働しておこなうこと>

- ・本人の状態に応じた支援がされているか、健康状態を維持するための療養環境が整備されているかについて確認する
- ・病院は、在宅チームが伝える本人の退院後の暮らしの状況を院内で共有し、退院支援について振り返る

在宅チーム

- ・在宅チームは、本人の退院時の状態にあったサービス提供により、健康状態を整え、暮らしの安定を本人・家族とも協働して図りましょう
 - 本人や家族の潜在能力を引き出し高めることを意識し、十分協議の上、本人や家族ができそうな部分は見守るにとどめ、徐々に自立できるように支援しましょう。
- ・退院時の見立てと現状の相違を見極め、変化や見立てとの不一致を早期に把握できるよう、サービス担当者会議等で在宅チームに依頼しましょう
変化や見立てとの不一致がある場合は、安定的に在宅療養が送れるよう、必要に応じてケアプランを見直しましょう

病院

- ・退院後訪問指導が実施される場合、退院指導が適切であったか、準備した医療材料等の不備はなかったか確認しましょう
退院後訪問指導料
- ・外来受診や訪問診療、退院後訪問指導時、在宅チームから退院後の生活についてフィードバックを受けた情報を院内で共有し、退院支援のあり方を振り返りましょう

歯科医師からのコメント

入れ歯が合わなくなった等、お口の中で困ったことがあったら、かかりつけ歯科医もしくは在宅歯科医療連携拠点へ相談しましょう。



5. 連携にあたって意識すること

全ての職種のみなさまへ

① お互いに思いやりを持ち、丁寧な対応を心がけましょう

職種により立場、制度、関連する法律、必要な情報が異なります。お互いの専門性や各職種の立場について、思いやりをもって理解し、丁寧な対応を心がけましょう。

② お互いの視点を大切に、わかりやすく相手に伝えましょう

相手が必要としている情報をなるべく専門用語を使わずに提供しましょう。

③ 他の職種と連携を取る時にはどの程度急ぐ用件か相手に伝えましょう

④ 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になります。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り扱いのためのガイダンス」に関するQ&A(事例集)』をご参考にしてください。

病院スタッフのみなさまへ

① 退院日の目途を早めにケアマネジャーに知らせましょう

ケアマネジャーは、退院前カンファレンスに参加するにあたり、報告事項や確認事項について意見を求めます。退院前カンファレンスの準備に時間がかかるため、退院日の目途を早めにケアマネジャーへ知らせましょう。

② 介護サービスに必要な書類は、できるだけ早く作成を心がけましょう

介護サービスに必要な書類を早く作成していただくことで、患者が早く介護サービスを利用することができます。また、生活上の制限などの指示事項も記載すると介護サービス事業所の参考になり円滑な支援につながります。

ケアマネジャーのみなさまへ

退院時カンファレンスの内容などを介護サービス事業所と共有しましょう

ケアマネジャーから確実に情報提供しましょう。

6. 「通院・入院あんしんセット」について

「通院・入院あんしんセット」は、支援者（ケアマネジャー等）が、ご利用者の緊急時や入退院時に支援をするためにとても大切なセットです。是非、本人・家族を支援する際に資料を活用いただき、周知をお願いいたします。

「通院・入院あんしんセット」のご紹介



「通院・入院あんしんセットとは？」

日ごろからもしもの時に備えて、通院や入院時に必要なものを、一緒のケースにまとめているものです。

「通院・入院あんしんセットの活用方法

- ① 必要なものを、わたしノートのカバーや一緒のケースに入れて準備しておきましょう。そして、日頃から持ち歩くようにしましょう。
- ② 入院した時、退院予定や転院が決まった時は、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡をすることが大切です。
入院の際にご家族を介して医療機関とケアマネジャーのつながりが開始されることで、より退院に向けて円滑な連携をすることができます。

わたしノートについて



① 「わたしノート」とは？

上尾市内にお住まいの高齢者が、安心して医療と介護が受けられるよう自分の情報を家族や支援者と情報共有するための手帳です。

② 「わたしノート」の使い方

- ・元気なうちから、自分らしい、自分の望む療養を受けるために家族や支援者と話し合うきっかけづくりとしてご使用ください。
- ・上手く自分の意思を示せないときに誰に連絡を取ればよいのか、どうして欲しいのかを伝える道具としてご使用ください。

③ わたしノートの内容

1) わたしのこと

基本情報

- ・氏名、生年月日、住所
- ・緊急連絡先（携帯電話があればそちらもご記入下さい、連絡が付きやすい方・緊急時駆けつけやすい方をご記入下さい。）

医療情報

- ・既往歴（現在治療や内服があるものから優先し記入して下さい）、主治医
- ・アレルギー（薬剤やアルコール、食事や金属等わかる範囲ですべて記入して下さい）
- ・保険のこと など

介護情報

- ・担当ケアマネジャー、介護サービス情報
- ・自分史 など

2) これからのこと

どこで医療や介護を受けたいか

告知・延命治療について

伝えたいこと

❖ご利用者・ご家族の方へ❖

「通院・入院あんしんセット」

日ごろから準備しておきましょう



通院・入院時あんしんセット (準備したら〇をしましょう)	
① 健康保険証またはマイナンバーカード	
② 介護保険証	
③ ケアマネジャーの名刺	
④ お薬手帳	
⑤ かかりつけ医・歯科医の診察券	
⑥ 各種受給者証	
⑦ 「わたしノート」 (もしくは「私の意思表示ノート」)	
⑧ 緊急連絡先(わたしノートに記載しておく)	



- ★ 入院した時
- ★ 退院予定や転院が決まった時

ケアマネジャーにお電話ください！

担 当

※こちらの欄に、担当の名前・連絡先を記入、
または名刺を貼ってください

わたしノートとは・・・
医療と介護の支援を安心して
受けるための手帳です。

「私自身の大切な情報」を「大切な人」に手渡す

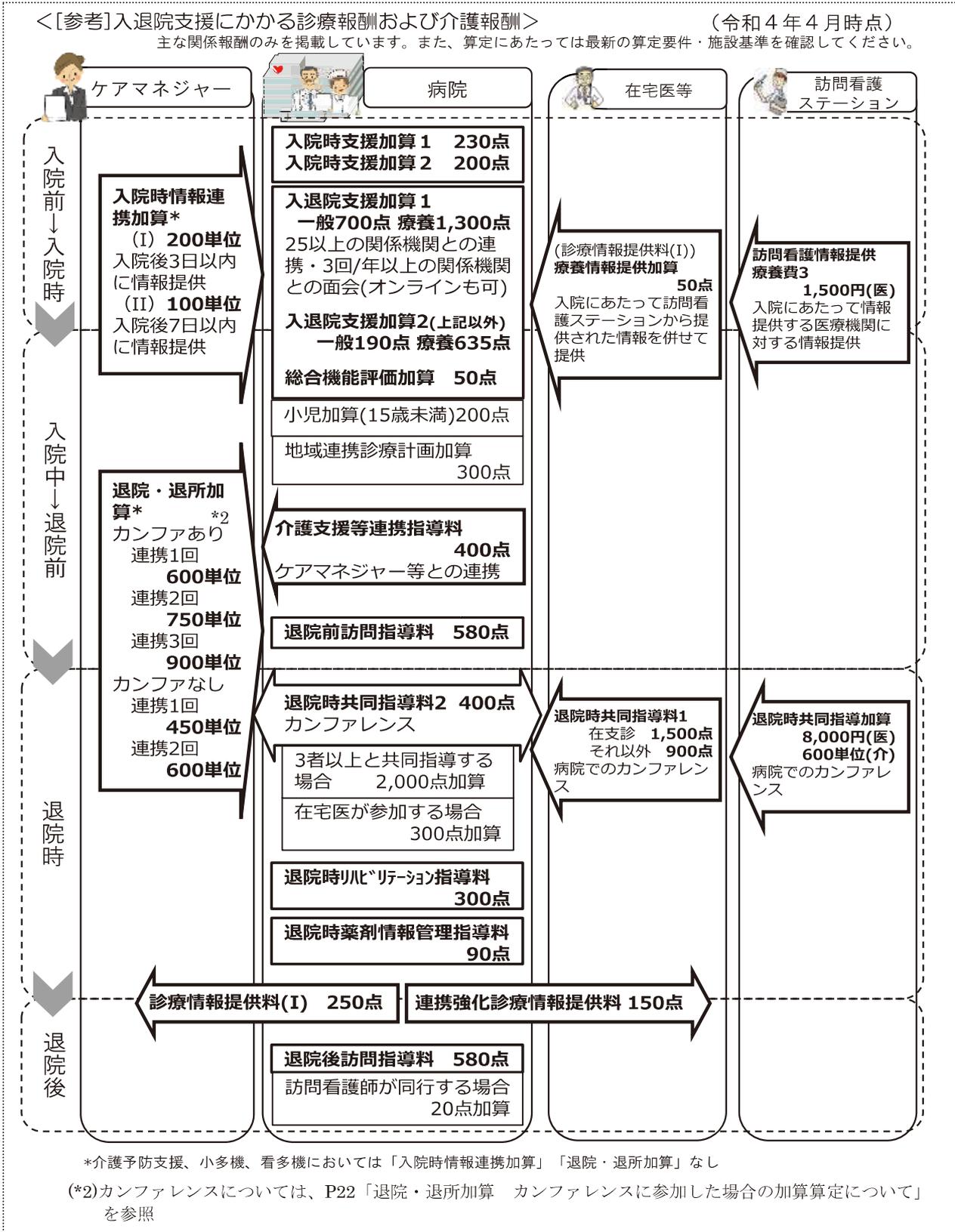


「私」と「渡し」をかけて「わたしノート」と名付けました。

医療機関や介護サービスを利用するとき、
この手帳をご提示ください。

7. 参考資料（診療・介護報酬関係）

入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬



入退院時連携に係る診療・介護報酬

介護報酬加算

入院時情報連携加算（居宅介護支援費）

- ・入院後**3日以内**（提供方法は問わない）**（Ⅰ） 200単位**
- ・入院後**7日以内**（提供方法は問わない）**（Ⅱ） 100単位**

利用者が病院等に入院するに当たって、当該病院等の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合に所定単位数を加算。

1月に1回を限度。

入院時連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）はいずれか一方のみを算定する。

入院時情報連携加算に係る様式例：「入院時情報提供書」【P31、32、34 参照】

平成30年3月22日厚生労働省「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」等の一部改正について

緊急時等居宅カンファレンス加算（居宅介護支援費）

- ・ **200単位**

病院又は診療所の求めにより、病院又は診療所の医師又は看護師等とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じ、利用者に必要な介護サービスの利用に関する調整を行った場合に所定の単位数を加算。

※利用者1人につき、1月に2回を限度とする。

退院時共同指導加算（（介護予防）訪問看護、定期巡回、看多機）

- ・ **600単位**

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院(所)中の者が退院(所)するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院時共同指導(*)を行った後、退院(所)後に初回の指定訪問看護を行った場合に加算。

当該退院(所)につき1回(特別な管理を必要とする利用者に複数日に退院時共同指導を行った場合には2回)に限る。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

(*)「退院時共同指導」...当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の主治の医師その他の従業者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供すること。

「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（指定居宅介護支援基準）

- 入院時における医療機関との連携を促進する観点から、居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務付ける。
- 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等で、利用者の同意を得て主治医等の意見を求めた場合当該主治医に対してケアプランを交付することを義務付ける。
- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治医等に必要な情報伝達を行うことを義務付ける。

R3 改定内容

(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)

入退院時連携に係る診療・介護報酬

介護報酬

退院・退所加算（居宅介護支援費）

	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

病院等に入院・入所していた者が退院・退所し、居宅で介護サービスを利用する場合、退院・退所に当たり「病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けたうえで、居宅サービス計画を作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合」に所定単位を加算。

入院期間中に1回算定。

退院・退所加算に係る様式例：「退院・退所情報記録書」【P33、35 参照】

平成30年3月22日厚生労働省「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」等の一部改正について

【カンファレンスに参加した場合の加算算定について（Ⅰロ、Ⅱロ、Ⅲ）】

カンファレンスに参加した場合は、日時・開催場所・出席者・内容の要点について居宅サービス計画等に記録し、利用者又はその家族に提供した文書の写しを添付すること。

①病院又は診療所

退院時共同指導料2の注3の要件を満たすもの

入院中の医療機関の医師又は看護師等



以下から3者以上

- ・在宅療養担当医療機関の医師又は看護師
- ・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（准看護師除く）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
- ・介護支援専門員
- ・相談支援専門員（障害者総合支援法）



計4者以上参加のカンファレンス

②地域密着型介護老人福祉施設（※従業者・入所者又はその家族が参加するものに限る。）

入所者への援助及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議

③介護老人福祉施設（※従業者・入所者又はその家族が参加するものに限る。）

入所者への援助及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議

④介護老人保健施設（※従業者・入所者又はその家族が参加するものに限る。）

入所者への指導及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議

⑤介護医療院（※従業者・入所者又はその家族が参加するものに限る。）

入所者への指導及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議

⑥介護療養型医療施設（※従業者・入所者又はその家族が参加するものに限る。令和5年度末までに限る）

患者に対する指導及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議

R3 改定内容
(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

入退院支援加算

入退院支援加算1

- イ 一般病棟入院基本料等 **700点**
- ロ 療養病棟入院基本料等 **1,300点**

入退院支援加算2

- イ 一般病棟入院基本料等 **190点**
- ロ 療養病棟入院基本料等 **635点**

病気になる入院しても、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続出来るように、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや地域との連携、外来部門と入院部門（病棟）との連携等を評価。

退院困難な要因を有する入院患者で在宅での療養を希望する者に対して退院支援を行った場合に、退院時1回に限り下記点数を加算。

ここでいう退院困難な要因とは

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護認定が未申請であること
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 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）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無にかかわらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ 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こと
- シ 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こと
- ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合

〔施設基準・算定要件〕

	退院支援加算1	退院支援加算2
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に抽出	<u>7日以内</u> に抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に面談（一般病棟） <u>14日以内</u> に面談（療養病棟）	<u>出来るだけ早期</u> に面談
退院支援計画作成着手	7日以内	7日以内
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	<u>出来るだけ早期</u> にカンファレンスを実施
情報の共有	退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等の職員と面会し、退院体制の情報共有等を行う。	
退院調整部門の設置	専従1名（看護師又は社会福祉士）	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2病棟に1名以上）</u>	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等（20箇所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回/年以上）</u>	-
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績（介護支援等連携指導料の算定回数）</u>	-

R4 改定内容

（算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。）

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

入退院支援加算

入院時支援加算

200点（退院時1回）

入院予定患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し支援を行った場合に加算。

〔算定対象〕

- ① 自宅等(他の保健医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者
- ② 入退院支援加算を算定する患者

〔施設基準〕

- ① 入退院支援加算の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
「許可病床数200床以上」・専従の看護師1名以上 又は
専任の看護師及び専任の社会福祉士1名以上
「許可病床数200床未満」・専任の看護師1名以上 が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること

〔算定要件〕

入院予定患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、(1)入院前に以下①～⑧の内容を行い、(2)入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、(3)患者及び入院予定の病棟職員と共有。

患者の病態等により①～⑧まですべて実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合も①、②、⑧は必ず実施。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 / ② 入院前に利用していた介護・福祉サービスの把握(要介護・要支援状態の場合のみ) / ③ 褥瘡に関する危険因子の評価 / ④ 栄養状態の評価 / ⑤ 服薬中の薬剤の確認
- ⑥ 退院困難な要因の有無の評価 / ⑦ 入院中に行われる治療・検査の説明 / ⑧ 入院生活の説明

地域連携診療計画加算

退院支援加算

入退院支援加算画加算 **300点（退院時1回）**

診療情報提供料(Ⅰ)

地域連携診療計画加算 **50点**

あらかじめ地域連携診療計画を作成し、計画にかかる疾患の治療等を担う他の医療機関、介護サービス事業者等と共有し、入院時に文書等で家族等に説明し交付した場合に加算。

〔算定要件〕

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う連携保健医療機関等と共有
- ② 患者の同意を得たうえで、入院後7日以内に当該計画に基づく診療計画を作成し、文書により家族等に説明・交付
- ③ 連携保健医療機関等で治療が行われる場合、当該連携保健医療機関等に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供。また、当該患者が、転院前の保健医療機関で当該加算を算定した場合は、退院時に、当該転院前の保健医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供。

地域連携診療計画加算を算定する場合、退院時共同指導料2、介護支援等連携指導料は別に算定できない。

R4 改定内容

(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

退院前在宅療養指導管理料

120点

入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定。
外泊の初日1回に限り算定。
病状の悪化等により退院できなかった場合や外泊後、帰院することなく転院した場合は算定できない。

退院前訪問指導料

580点(1回の入院につき1回)

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院の為、入院中（外泊時含む）又は退院日に患者宅を訪問し、患者の病状、家屋構造、介護力等を考慮しながら退院後の患者の看護にあたる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。

特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定対象外。

医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合も算定できる。

R4 改定内容

(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

介護支援等連携指導料

400点（入院中2回）

入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス等を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービス等を受けられるよう、入院中からケアマネジャー等と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価。

〔算定要件〕

入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士等、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障がい福祉サービス等について説明・指導を行った場合に算定。

指導の内容を踏まえ作成されたケアプランは、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員に情報提供を求め、ケアプランの写しを診療録に添付すること。

同一日に「退院時共同指導料2」の(※)に掲げる加算と介護支援等連携指導料の両方を算定することはできない。

入院中2回に限る。

<1回目>

介護サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するもの。

<2回目>

実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行う。

退院時共同指導料2

400点(※) 2,000点（入院中1回）

入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等もしくは社会福祉士又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険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）が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉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算定。

※(※) 入院中の保険医療機関の保険医または看護師等が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険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）又は介護支援専門員若しくは相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行なった場合2,000点を所定点数に加算する。

〔算定要件〕

退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については対象とならない。

退院時共同指導料2の(※)に規定する指導と同一日に行なう介護支援連携指導料は別に算定できない。

退院時共同指導料2を算定している保険医療機関が、退院支援加算を算定する場合、地域連携診療計画と同等の事項を患者・家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有すること。

R4 改定内容

(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

退院時リハビリテーション指導料

300点（退院日に1回）

患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。

指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等。

当該患者の入院中、主として医学的管理を行った医師又はリハビリテーションを担当した医師が、患者の退院に際し、指導を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる。

死亡退院の場合は、算定できない。

退院時薬剤情報管理指導料

90点（退院日に1回）

医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に算定。

死亡退院の場合は、算定できない。

退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）

8,000円（退院時1回）

指定訪問看護を受けようとする者であって、保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者の退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回に限り8,000円を所定額に加算する。

R4 改定内容
(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

退院後訪問指導料

580点（退院後1月以内の期間に限り、5回を限度）

医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするため、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた保険医療機関が退院直後に行う訪問指導を評価。

〔算定要件〕

対象患者：別表第8(*)又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上

(要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者も算定可能とする。)

介護老人保健施設に入所中または医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

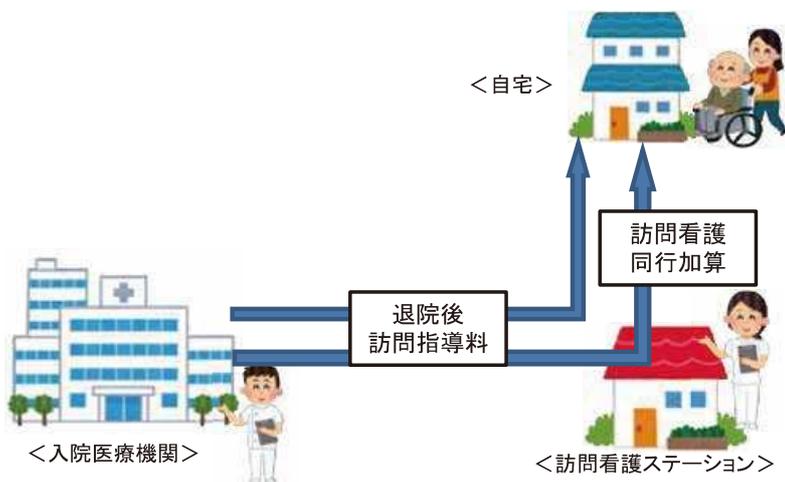
(*) 別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理 / 在宅血液透析指導管理 / 在宅酸素療法指導管理 /
在宅中心静脈栄養法指導管理 / 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 / 在宅自己導尿指導管理 /
在宅人工呼吸指導管理 / 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 / 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護同行加算

20点（退院後1回）

在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行なった場合に加算。

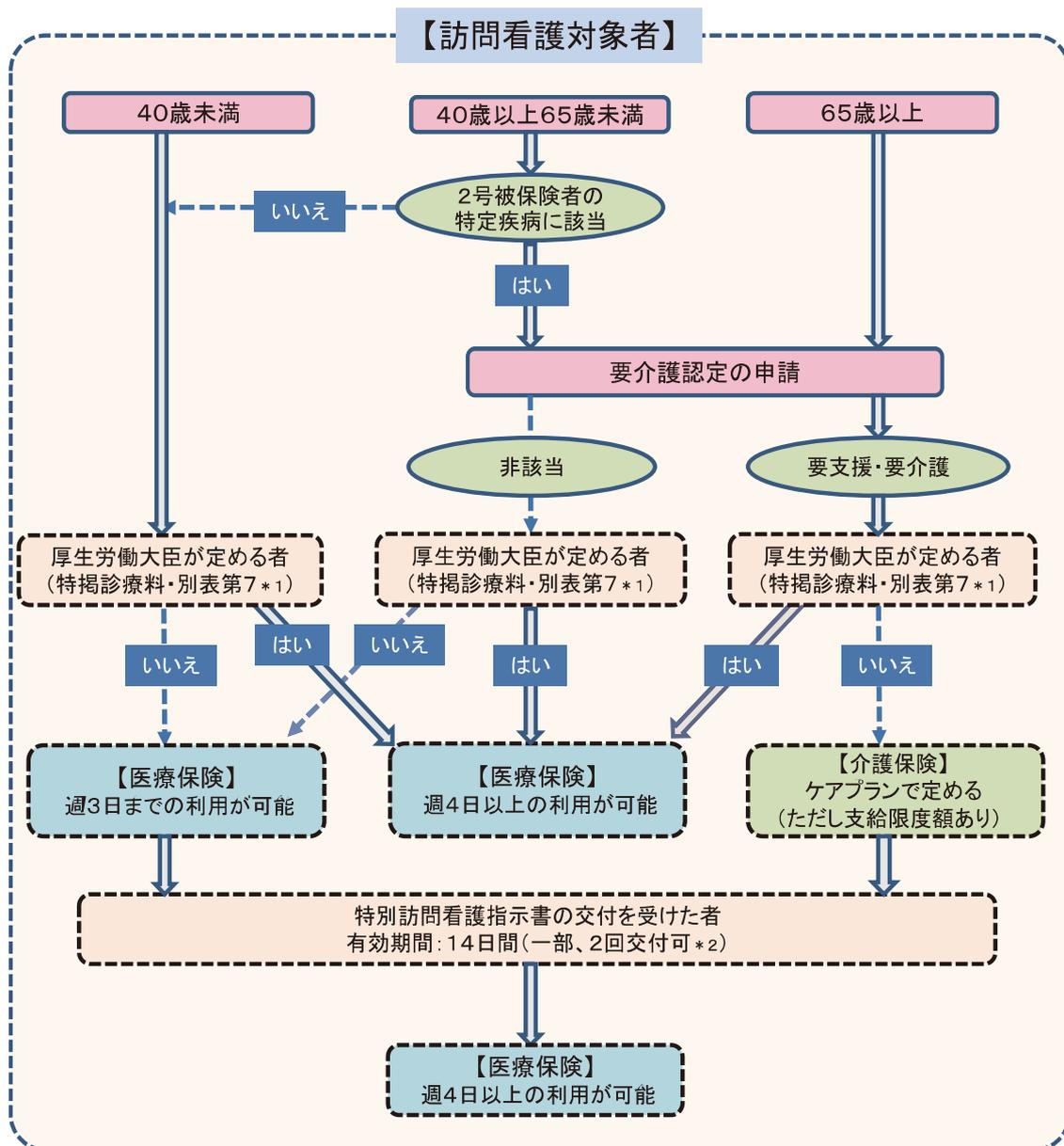


R4 改定内容

(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)

医療保険・介護保険の訪問看護の対象者

- ◆訪問看護は、主治医から「訪問看護指示書」「特別訪問看護指示書」の交付を受けて実施します。
- ◆要介護・要支援の認定を受けた方は、本来、介護保険が優先ですが、厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7*1）や、病状の悪化等により特別訪問看護指示期間にある方、精神科訪問看護が必要な方（認知症を除く）は、医療保険で訪問看護が提供されます。
- ◆また、医療保険の訪問看護は、基本的に利用回数は週3日までですが、厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）や気管カニューレ等の特別な管理が必要とする方（別表第8*3）、病状の悪化等により特別訪問看護指示期間にある方は、週4日以上の利用ができます。



*** 1:別表第7**

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

*** 2:特別訪問看護指示書(注)を月2回交付できる者(有効期間:14日間)**

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

(注)特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書

*** 3:別表第8**

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

下のいずれかを受けている状態にある者

- 在宅自己腹膜灌流指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理
 - 在宅人工呼吸指導管理
 - 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - 在宅自己疼痛管理指導管理
 - 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

8. 参考様式

(1) 様式1 入院時の情報提供連絡票 (ケアマネジャー⇒医療機関)

様式1 上尾市参考様式 【厚生労働省版】		記入日： 年 月 日
		入院日： 年 月 日
		情報提供日： 年 月 日
入院時情報提供書		
医療機関 ←		居宅介護支援事業所
医療機関名：	事業所名：	
ご担当者名：	ケアマネジャー氏名：	
	TEL：	FAX：
利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。		
1. 利用者(患者)基本情報について		
患者氏名	(フリガナ)	年齢 才 性別 男 女
	生年月日	大・昭 年 月 日生
住所	〒	電話番号
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類 (戸建て・集合住宅) 階建て 居室 階 エレベーター (有・無)	
	特記事項 ()	
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： 年 月 日 ~ 年 月 日 <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	<input type="checkbox"/> 医師の判断
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"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的・難病)
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	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()	ジェノグラム
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居) TEL
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 同上 (続柄・才)	(同居・別居) TEL
3. 入院前の介護サービスの利用状況について		
入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他 ()	
4. 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)		
在宅生活に必要な要件		
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()	
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()	
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)	
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない	
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		
5. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)		
「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	
「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	

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

7. 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		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他	
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他	
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り 一部介助 全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助			
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助			
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助			
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分		
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
口腔	嚥下機能	むせない		時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)	
	口腔清潔	良		不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
睡眠の状態		良			不良 ()	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
喫煙		無			有 _____本くらい/日	飲酒	無 有 _____合くらい/日あたり	
コミュニケーション能力	視力	問題なし		やや難あり	困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	聴力	問題なし		やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	言語	問題なし		やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項:		
	意思疎通	問題なし		やや難あり	困難			
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()						
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()						
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: _____ 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明						
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて						
入院前に実施している医療処置*		<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 ()						

8. 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 ()	在宅療養管理指導	<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		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(刀カナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

(2) 様式2 退院・退所情報記録票（基本ケアマネジャーが記載するもの）

様式2 上尾市参考様式【厚生労働省版】		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	
① 疾患と入院(所)中の状況	今後の医学管理	医療機関名：		方法	□通院 □訪問診療
	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	□なし □点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射() □その他()			
	看護の視点	□なし □血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア □血糖コントロール □排泄 □皮膚状態 □睡眠 □認知機能・精神面 □服薬指導 □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) □ターミナル □その他()			
	リハビリの視点	□なし □本人指導 □家族指導 □関節可動域練習(ストレッチ含む) □筋力増強練習 □バランス練習 □麻痺・筋緊張改善練習 □起居/立位等基本動作練習 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) □IADL練習(買い物、調理等) □疼痛管理(痛みコントロール) □更生装具・福祉用具等管理 □運動耐容能練習 □地域活動支援 □社会参加支援 □就労支援 □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		□なし □あり			
退院に際しての日常生活の阻害要因(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。

(3) 様式1 説明資料

■入院時情報連携加算

【概要】

利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、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を提供した場合の加算

【加算単位】

加算Ⅰ：入院後3日以内※に情報提供した場合 200単位

加算Ⅱ：入院後4～7日以内※に情報提供した場合 100単位

※入院日当日を起算日とする

【必要な情報】

- ①当該利用者の入院日
- ②心身の状況（疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）
- ③生活環境（家族構成、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）
- ④サービスの利用状況

【提供方法】

口頭、FAX、郵送、メールを問わず可能。情報提供を行った旨につき、日時、相手方、提供方法、FAX・郵送等の場合は相手方が受け取ったことの確認結果などを支援経過記録に記載すること。

【参考様式の取扱い】

提供すべき必要な情報の具体例を列挙したもの。

様式の使用を強制するものではない（口頭伝達も可能であるから、様式そのものを使用しないこともある）

➤ 国がQ&A等で指定しているのは情報提供を行った旨を支援経過記録に記載することまで。実地指導で提供様式が作成・保存されていなくても、直ちに問題視はしない。正直、参考様式を使用してほしいとは言えない。また、記載項目についても参考様式を完全に守る必要があるとは言えない。上記①～④には「など」の表記があり、様式例は国がわかりやすいように具体例を挙げたものに過ぎない。

(4) 様式2説明資料

■退院・退所加算

【概要】

利用者が病院、診療所又は介護保険施設を退院・退所するに当たって、当該病院、診療所又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合の加算

【加算単位】

加算Ⅰイ：カンファレンス以外の方法で情報提供を1回受けた場合	450単位
加算Ⅰロ：カンファレンスで情報提供を1回受けた場合	600単位
加算Ⅱイ：カンファレンス以外の方法で情報提供を2回以上受けた場合	600単位
加算Ⅱロ：情報提供を2回受け、うち1回以上はカンファレンスで受けた場合	750単位
加算Ⅲ：情報提供を2回受け、うち1回以上はカンファレンスで受けた場合	900単位

【必要な情報】

解釈通知では「別途定める」とあり、同通知に「カンファレンスに参加した場合は、(1)において別途定める様式ではなく、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること。」との言及がある。

「別途定める」とは「別途定める様式」であることがわかり、別途定められた様式は老振発第0313001号の標準様式例以外には考えられない。この標準様式例は、必要な情報を列挙したものであると同時に、カンファレンス以外の方法での情報提供時に作成する参考様式としての性格も有する。

【提供方法】

●カンファレンス以外の場合

標準様式例で示される項目を網羅した様式をケアマネが記入する。病院等の職員が記入することも差し支えない。

●カンファレンスの場合

カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について支援経過記録に記載する。

【参考様式の取扱い】

カンファレンスの場合とそれ以外の場合のどちらについても、参考様式に示される項目が「必要な情報」であり、カンファレンスの場合は確認内容を支援経過記録に記載し、カンファレンス以外の場合は参考様式またはそれに準じる様式に情報を記載する。

▶参考様式を使用してほしいという根拠はないが、記載項目（カンファレンスの場合は確認項目）は参考様式を守る必要があると言える。

10. 引用・参考文献

本ガイドラインを作成するにあたり、引用・参考とした主な文献は以下のとおり。

- 大阪府 入退院支援の手引き 病院から住み慣れた暮らしの場へ
～地域みんなで取り組む入退院支援～（平成30年3月）
- 「在宅新療0-100」2017年10月号特集
「地域みんなで取り組む退院支援：入院医療の場から、暮らしの場へ移行するために」◎へるす出版

11. 上尾市入退院支援ルール作成に関わった機関

上尾市では令和3年10月にワーキンググループを立ち上げ、下記の協力機関(メンバー)と毎月1回の会議を実施しました。職種・団体毎の現状を共有し、より関係機関の方々が使いやすいルールを作成するため、協議を重ね作成しました。

協 力 機 関 (メンバー)		50音順
上尾伊奈地域薬剤師会 (村橋 憲)	上尾南地域包括支援センター (根岸 安枝)	
上尾市医師会 (藤村 作)	ケアマネの会あげお (高山 亮平)	
上尾市歯科医師会 (榎本 昌己)	在宅医療連携支援センター (濱野 百合子)	
上尾市リハビリテーション連絡協議会・ 埼玉県地域リハビリテーションケアサポートセンター (岡林 奈津未)	藤村病院 (安藤 健士) (木村 純子)	
上尾中央総合病院 (土屋 みどり) (菊池 健)	訪問看護ステーション (佐々木 久美子)	

- 事務局 高齢介護課 地域支援担当

【あしがき】

市内の高齢者が住み慣れたまちで暮らしていくためには、対象者や家族に対する日頃からの備えの周知や、入退院時の円滑な専門職間の連携が不可欠です。今後、入退院支援ルールが、医療・介護関係者の方々の間で活用され、円滑な連携に繋がると幸いです。

最後に、作成に携わってくださった関係機関の皆様には感謝を申し上げます。



発 行 者：上尾市
問 合 先：上尾市高齢介護課
住 所：埼玉県上尾市本町三丁目1番1号
T E L：048-775-4190
F A X：048-776-8872

○本冊子は上尾市ホームページでもご覧いただけます。

