

福岡市 退院時連携の 基本的な進め方の手引き

平成 27 年 3 月

福岡市保健福祉局高齢社会部地域包括ケア推進課



● 目 次 ●

I	はじめに	1
1.	目的	1
2.	使い方	2
	(1) 本手引きを利用していただきたい方	2
	(2) 支援対象者	2
	(3) 対象とする期間	2
II	入院時より退院支援に向けてのフロー	3
III	具体的な進め方	4
1.	入院直後～48時間位	4
	(1) 入院時の情報提供	4
	(2) 入院時の情報収集	4
	(3) 退院調整が必要な支援対象者の選定	5
2.	入院1週間まで	6
	(1) 病院内の退院調整担当者の決定	6
	(2) 退院支援計画書の作成	6
	(3) 在宅への移行準備	6
3.	入院中	8
	(1) 家族に対する支援	8
	(2) 家屋調査への同行依頼	8
	(3) いきいきセンターふくおかへの支援依頼	8
	(4) 支援対象者や家族への教育・指導	8
4.	退院前	9
	(1) 退院前カンファレンスの日程調整	9
	(2) 退院前カンファレンスの基本的な進め方	10
	(3) 退院前カンファレンスの開催時期・開催回数について	11
	(4) カンファレンスの記録作成	11
	(5) 退院に向けての支援	11
	(6) 多職種連携について	11

5. 退院	13
(1) 退院時・退院後の情報共有	13
(2) 在宅サービスの開始	13

各種様式（例）

○ 様式1 入院時／退院時情報提供書	14
○ 様式2 緊急時連絡先カード	15
○ 様式3 退院支援スクリーニング票	16

ほかにも、以下のようなスクリーニング票が活用されています

- 1) 全国国民健康保険診療施設協議会：「在宅移行の手引き」
スクリーニング票・アセスメント票
http://www.kokushinkyo.or.jp/Portals/0/HP_掲載用（在宅移行の手引き）.pdf
- 2) 新宿区：「退院調整マニュアル」（委託先：東京女子医科大学病院）
スクリーニングシート
http://ir.twmu.ac.jp/dspace/bitstream/10470/18424/4/taiin_H21.pdf



参考

○ 参考1 医療処置別必要な物品リスト（例）	17
○ 参考2 在宅カルテ	19
○ 参考3 医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算	31

I はじめに

1. 目的

急速な少子高齢化，特に後期高齢者の著しい増加を背景とし，国による病院の機能分化や診療報酬の改定が図られるなど，「病院完結型の医療」から「地域完結型の医療」への移行推進がなされています。

今後，在宅医療・在宅介護を必要とする高齢者を地域で支える体制を整えるための第一歩としては，病院スタッフや在宅生活を支えるスタッフによる適切で円滑な退院支援が重要と考えます。

そこで，退院調整を行う医療ソーシャルワーカー・看護師等をはじめとする病院スタッフと，ケアマネジャー等在宅生活を支えるスタッフの連携強化と適切かつ円滑な退院支援を目指して「福岡市 退院時連携の基本的な進め方の手引き」を作成しました。

この手引きが，入院から在宅までの切れ目のない支援の提供ならびに，在宅医療・在宅介護を必要とする高齢者とその家族が，入院から退院後の在宅生活へ安心して移行できるための一助となることを期待します。

2. 使い方

(1) 本手引きを利用していただきたい方

福岡市内で高齢者の退院調整に関わる専門職の方全員。特に新人の職員の方。

例えば、

病院スタッフ※の方

- 医師
- 薬剤師
- 看護師
- 医療ソーシャルワーカー（以下、「MSW」という）
- リハビリスタッフ（作業療法士，理学療法士，言語聴覚士）
- 栄養士 など

在宅生活を支えるスタッフの方

- 介護支援専門員（ケアマネジャー）
- いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）の職員
- かかりつけ医（在宅医），看護師 ● 訪問看護師
- 歯科医師 ● かかりつけ薬局薬剤師
- その他介護サービス事業者の方 など



※ 本手引きにおいては、病院や有床診療所など退院調整を行う可能性のある医療機関を「病院」とし、その医療機関のスタッフを「病院スタッフ」として表記します。

(2) 支援対象者

本手引きで想定している支援対象者は次のような方です。

- 65歳以上
- 介護保険2号被保険者
- 在宅復帰される方（自宅，住宅型有料老人ホーム，サービス付き高齢者向け住宅など）
- 病院が退院支援を必要と考える場合 など



(3) 対象とする期間

本手引きは、支援対象者が入院（あるいは入院予約）してから、退院し在宅生活を開始するまでの期間を対象としています。

II 入院時より退院支援に向けてのフロー

氏名 () 担当者 ()

いつ	誰が	誰に	実施すること	活用するツール ★は参考様式あり	実施日
入院直後 ～48時間 位	ケアマネジャー	退院調整担当者	<input type="checkbox"/> 在宅での様子等について情報提供	★入院時/退院時情報提供書 (P14 様式1 左側)	
	病棟看護師 退院調整担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の確認 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーの有無の確認 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション等で院内退院調整部門(相談窓口)を紹介	★緊急時連絡先カードなど (P15 様式2)	/
		ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 必要な情報提供・収集(TELなど)		/
			<input type="checkbox"/> 退院支援スクリーニング票にて退院支援対象者の選定 <input type="checkbox"/> 退院支援スクリーニング票を基に課題抽出	★退院支援スクリーニング票 (P16 様式3)	/
		主治医	<input type="checkbox"/> 退院支援スクリーニング票を使用して情報共有 <input type="checkbox"/> 退院予定日確認		/
入院1週間 まで	病棟看護師 退院調整担当者		<input type="checkbox"/> 退院支援に向けた院内調整(退院調整の担当者の決定) <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成	退院支援計画書	/
		本人・家族	<input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> 必要時は介護保険認定申請の説明 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーの決定支援		/
		いきいきセンターふくおか	<input type="checkbox"/> (必要時)担当ケアマネジャー決定のための支援を依頼		/
入院中	病棟看護師 退院調整担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 在宅復帰であれば、家族の介護負担や不安を軽減する視点での支援		/
		ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 病院の理学療法士などが行う家屋調査への同行を依頼		/
		いきいきセンターふくおか	<input type="checkbox"/> サービス導入できない場合など、必要時は支援を依頼		/
	病棟看護師	本人・家族	<input type="checkbox"/> 支援対象者や家族への教育・指導(医療処置の手技や介護方法など)		/
退院前 1週間前を 目安(病状 が落ち着き 退院の方向 性が決定し たら)	退院調整担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス日程調整 <input type="checkbox"/> 退院先の意向を再確認		/
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談・居宅サービス計画書・サービスの調整	★入院時/退院時情報提供書 (P14 様式1 右側)	/
		在宅生活を支えるスタッフ(かかりつけ医・訪問看護師等のサービス事業所・いきいきセンターふくおかなど)	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス日程調整		/
退院調整担当者	本人・家族 ケアマネジャー 退院支援に関わるスタッフ(病院医師、看護師PT、OTなど 在宅医、訪問看護師 薬剤師、歯科医師 いきいきセンターふくおか サービス事業所など)	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスの開催および開催記録の共有		/	
退院	退院調整担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 退院時の書類の確認	看護サマリー他	/
		ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> ケアプランの写しの提供依頼		/
	ケアマネジャー	本人・家族 介護サービス事業者	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの開始	介護支援専門員手引書 在宅カルテ	/
		退院調整担当者など	<input type="checkbox"/> 退院後の情報を報告		/

III 具体的な進め方

1. 入院直後～48時間位

(1) 入院時の情報提供

支援対象者へのより適切な治療計画や退院支援のために、入院前の情報（在宅生活の状況など）は大変重要です。

ケアマネジャーは、支援対象者が入院した際には、支援対象者・家族の同意を得たうえで在宅での状況について、速やかに情報提供しましょう。（入院時情報連携加算が算定できます。P.31 [参考3](#)参照）

また、支援対象者や家族に対して、病院の退院調整部門など相談窓口を知らせておくといでしょう。支援対象者や家族が安心します。

情報提供時は「入院時／退院時情報提供書」（P.14 [様式1](#)参照）をご参照下さい。[様式1](#)は病院スタッフとケアマネジャーが情報共有し連携するための参考様式です。左右に入院前と退院時の状況を並べて比較できるようにしました。入院直後に、最低限の必要項目を迅速に提供することを目的としています。不足部分は、病院訪問・電話等のやりとりの中で補足しましょう。

入院時情報提供の注意点

- ・病院に出向いて面談することが望ましいでしょう。訪問前に病院スタッフと時間調整しましょう。
- ・出向くのが難しくFAXを利用する場合などは、FAX送信先に連絡をとったうえで、個人情報が入らないよう工夫してから送信しましょう。
- ・ケアマネジャーからの入院時情報提供がない場合は、支援対象者・家族の同意を得て、病院からケアマネジャーに情報提供を依頼しましょう。

病院が担当ケアマネジャーを把握しやすい工夫を

ケアマネジャーは、支援対象者に「緊急時連絡先カード」（P.15 [様式2](#)参照）を、医療保険証と共に携帯するよう勧めておくことで、入院の際、病院スタッフが担当ケアマネジャーを把握しやすくなります。

(2) 入院時の情報収集

病院スタッフは、入院後の早い段階で支援対象者の担当ケアマネジャーを把握し、情報収集及び退院に向けた体制整備について相談を進めることが重要です。

(3) 退院調整が必要な支援対象者の選定

入院の段階で、退院支援が必要な患者であるかどうか、退院支援スクリーニング票（P.16 **様式3**参照）を用いるなどして判断します。スクリーニングは、入院後48時間以内などのできるだけ早期に実施することが望ましいとされています。

退院調整の必要が高いと判断される場合は、主治医と必要性について共有し、退院予定日の確認をしましょう。

退院調整が必要と考えられる例

- 1) 再入院を繰り返す場合
 - 2) がんや難病のように、進行する疾患を抱えながら在宅療養する場合
 - 3) 医療管理・医療処置等が継続する場合
 - 4) 入院前と比べてADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な場合
 - 5) 独居、または家族と同居であっても、必要な介護を十分に受けられる状況にない場合
- など

支援対象者選定のタイミング

- ・入院後48時間以内などできるだけ早期に
- ・病院によっては入院予約の段階でチェックする場合も
- ・退院調整加算の算定要件は「入院後7日以内」



*ただし、スクリーニングは入院時の1回のみでなく、手術後など治療による症状安定が図られた時期や治療方針変更時など状況変化に応じて適時実施することが大切です。

2. 入院1週間まで

(1) 病院内の退院調整担当者の決定

病院によって、退院調整部門に「看護師」、「MSW」の職種が配置されている場合があります。退院後に必要な医療処置への対応調整や支援対象者・家族への教育等は「看護師」が担当し、生活支援に重点がある場合には主に「MSW」が担当するなど、必要な支援内容によって役割分担する場合がありますが、いずれにしても、支援対象者や地域からわかりやすい相談窓口が求められます。

病院におけるわかりやすい退院調整窓口（担当者決め）が重要

(2) 退院支援計画書の作成

病棟看護師、退院調整担当者は、入院から1週間を目途に、退院までの課題、目標設定、予想される退院先、退院後に利用が予想されるサービス等について記載した「退院支援計画書」の作成に着手します。

作成した計画は、支援対象者・家族と共有し、退院に向けたスケジュールについて共通理解を図ります。（退院調整加算が算定できます。P.31 [参考3](#)参照）

また、入院が長期になった場合や支援対象者・家族の状況に変化があった場合には、「退院支援計画書」の見直しが必要です。

(3) 在宅への移行準備

在宅への移行準備において重要なポイント

- ・支援対象者や家族が納得して在宅生活へ移行できるよう支援すること
- ・支援対象者の希望する場で生活が送れるよう、多職種が連携すること

病院スタッフは、支援対象者の退院にあたり、支援対象者や家族の意向を確認し、希望する場で、必要な医療や介護サービス等が適切に受けられるよう体制を整える必要があります。

その際、支援対象者や家族が「お世話になった」という思いなどから病院担当者の提案等をそのまま受け入れてしまい、本心による決断ができていない場合があることに留意し、本心を汲み取るよう心がけることも重要です。

また介護保険の認定の有無を確認するとともに、必要に応じて介護認定申請やケア

マネジャー決定のための支援（いきいきセンターふくおかへの連絡や居宅介護支援事業所の紹介など）を行います。

とくに、ケアマネジャーが新たに決まる場合や、入院によって状態変化がある場合には、まず支援対象者・家族、病院の主担当者、ケアマネジャーの三者によって今後の方針を決めるための打ち合わせを持ち（可能であれば退院3週間前を目途に）、次の段階で、支援対象者を担当する複数の病院スタッフ・在宅生活を支えるスタッフによるカンファレンスを開催すると、より円滑に支援が進みます。

3. 入院中

支援のポイント

退院後の在宅生活について具体的なイメージがもてるよう支援することが重要

(1) 家族に対する支援

支援対象者の情報のみでなく、家族関係や家族介護力、家族の意向等に関する情報は、支援の方向性や内容を決めるうえで重要な情報です。さらに、支援対象者の在宅生活を支援するためには、家族を含めて支援する視点が重要となります。

また、家族の介護負担や不安を軽減する視点での支援も積極的に行う必要があります。そのため入院中に把握できた家族情報などは、最大限在宅生活を支えるスタッフと共有することが大切です。

(2) 家屋調査への同行依頼

在宅復帰に際して、快適な生活が送れるように、家屋内の段差解消や手すりの設置などの住宅改修や福祉用具の活用を検討する場合があります。病院の理学療法士等が家屋調査を行う場合に、担当ケアマネジャーが同行することで、スムーズに情報共有ができるでしょう。

(3) いきいきセンターふくおかへの支援依頼

介護保険非該当で気になる方、要支援の認定を受けられた方、適切なサービス利用につながらないなどの状況にある場合は、いきいきセンターふくおかへ支援依頼しましょう。

なお、支援困難な方の場合、ケアマネジャーからいきいきセンターふくおかへ相談することもあります。

(4) 支援対象者や家族への教育・指導

退院にあたり、支援対象者や家族が在宅で利用する医療機器の操作等を習得することが必要な場合があります。なかには、在宅で使用予定の機器を病院で練習することもあります。その際、訪問看護師も立ち会えば、退院後の医療処置がよりスムーズになるのはもちろん、支援対象者や家族の大きな安心にもつながります。(医療処置別必要な物品リスト P.17 [参考1](#)参照) 在宅での介護方法やリハビリについても、入院期間中に指導を実施しておくことで、支援対象者が安心して退院することができます。

退院日について

日曜日は、サービス提供できる事業所が少なく、退院当日からのサービス利用の調整がつかない、また緊急時に連絡が取りづらいなどの状況が考えられます。一方で、退院に付き添う家族等の都合もあり、支援対象者に応じて退院日を調整することが好ましいといえます。



4. 退院前

1週間前を目途（病状が落ち着き退院の方向性が決定したら）に、退院前カンファレンスを実施しましょう。

退院前カンファレンスとは、支援対象者の入院中に病院スタッフと在宅生活を支えるスタッフが情報共有を行い、支援対象者の退院に向けて、また在宅生活開始に向けての方針等を検討・共有する場です。病院側が場の設定を行います。

退院前カンファレンスを踏まえて、在宅生活を支えるスタッフによる受け入れ準備が行われ、また、病院側でも必要な支援対象者への教育や指導・調整を行うことになります。

（1）退院前カンファレンスの日程調整

退院前カンファレンスは病院の退院調整担当者から関係者に連絡をします。在宅サービス事業者などに対しては、支援対象者の担当ケアマネジャーを通じて連絡してもらうのも効果的です。

想定される参加者は…

- ・支援対象者・家族など

病院スタッフ

- ・医師
- ・病棟の看護師
- ・退院調整看護師
- ・MSW
- ・リハビリスタッフ
- ・薬剤師
- ・栄養士
- など

在宅生活を支えるスタッフ

- ・かかりつけ医（在宅医）、看護師
- ・訪問看護師
- ・ケアマネジャー
- ・いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）の職員
- ・歯科医師
- ・かかりつけ薬局薬剤師
- ・介護サービス事業者
- ・その他の専門職（栄養士、住宅改修・福祉用具レンタル・医療機器レンタルの事業者等、支援対象者の状況に応じて調整）
- など

* 家族は、事情によっては参加しないケースもありますが、家族がキーパーソンになることが一般的です。

（２）退院前カンファレンスの基本的な進め方

退院前カンファレンスでは、基本的には以下のような点について報告、確認していきます。「１時間程度」の時間がかかることもあるようですが、「１５～２０分程度」を目標に設定するという方法をとっている病院もあるようです。

関係者の負担を軽減し、効果的な話し合いの場とするには、「３０分程度」での実施が望ましく、事前準備等を整えて臨みましょう。

退院前カンファレンスの流れ

- １）出席者の紹介
- ２）入院時の主な病状の経過
- ３）現在の日常生活の自立度と必要な支援内容
- ４）病状・予後についての説明と支援対象者・家族の理解
- ５）在宅生活に対する支援対象者・家族の意向
- ６）退院後の受診先（または訪問診療医）
- ７）在宅療養の方針やリハビリテーションの方針
- ８）在宅での薬剤管理・服薬支援
- ９）家族への医療処置、介護方法の指導状況及び家族の習得状況
- １０）今後の課題
 - １１）在宅療養におけるリスクと予防策、対応策
 - １２）緊急時の体制（＊）
 - １３）在宅生活の目標と必要なサービス
 - １４）（必要に応じて）在宅の限界点（再入院または施設入所を検討する状況）
 - １５）病院スタッフへの質問
 - １６）在宅生活を支えるスタッフへの質問



＊退院前に、緊急連絡先・連絡方法・移送方法などを、支援対象者・家族・在宅生活を支えるスタッフ間で確認し、連絡先一覧を共有しておくことも重要です。（緊急時として、容体の急変、家族の健康上の問題、医療機器のトラブル、災害時などが考えられます。）

効率的効果的な退院前カンファレンス

- ・退院調整の担当者は、伝えたい情報の要約や尋ねたい内容の箇条書きなどの準備を行う。
- ・支援対象者や家族も含め、参加者全員が理解できる共通言語（略語や専門用語は、使わない）で話す。

（３）退院前カンファレンスの開催時期・開催回数について

退院前カンファレンスの開催時期は、原則的には在宅生活を支えるスタッフが支援対象者の退院に向けて受け入れ準備・在宅環境整備を行う都合上、退院日から逆算して約１週間前が理想的です。

ただし、治療状況などにより在院期間が短い場合や認知症の症状などで退院意向が強くなり急に退院が決まる可能性もあります。比較的在院期間が長い場合は、複数回開催することもあります。一律に時期を決めることはできませんが、支援対象者の状況に応じて、早めに関催できるように努めましょう。また、出席者の日程調整や準備を円滑に行えるよう、早めに関催日程を関係者に伝えるようにしましょう。

（４）カンファレンスの記録作成

カンファレンス終了後には、話し合われた内容について記録を作成し、参加者および参加できなかった人、支援対象者・家族にも配付し、共有することはより望ましいことです。カンファレンス時と同様に、略語や専門用語の使用は控え、平易な言葉を使うように留意しましょう。

また、特に在宅療養におけるリスクとその対応策については、整理して支援対象者・家族に伝えましょう。文書を準備するとよりよいでしょう。この点が明確になると、支援対象者・家族は安心感を得ることができます。

（５）退院に向けての支援

担当ケアマネジャーは、病院を訪問し、カンファレンスや病院スタッフとの面談を通して情報を収集します。（退院・退所加算が算定できます。P.31 [参考3](#)参照）

情報収集時は「入院時／退院時情報提供書」（P.14 [様式1](#)参照）をご参照下さい。収集した情報は在宅でのサービス計画作成やかかりつけ医・介護サービス事業者等との情報共有のために活用します。

（６）多職種連携について

支援対象者が住み慣れた地域で、安心して自分らしく生活していくためには、医療・介護に携わる多職種が綿密な連携体制をとり、支援していくことが重要です。多職種間で共通認識を持つと同時に役割の確認が必要となります。退院前カンファレンスは多職種連携の一例です。

また、在宅支援が困難なケースについては、管轄のいきいきセンターふくおかが、ケアカンファレンス等を開催し、支援対象者・家族、多職種に、地域の支援者も加えたチームケアを編成することもあります。退院調整の際に築いた多職種連携のネットワークを退院後も活かし、退院後の状況を確認して、退院前カンファレンスでの方向性が正しかったかどうか検証しましょう。

退院前カンファレンスの参加や他機関との連携を図った場合には、診療報酬や介護報酬の加算が得られる場合もあります。（P.31 [参考3](#)参照）

■ ■ コラム：市内での退院前カンファレンス参考事例 ■ ■

◎退院前カンファレンスに参加する「在宅生活を支えるスタッフ」の職種に応じて、「病院スタッフ」の出席者をあわせる工夫をしている場合があります。

たとえば、在宅生活を支えるスタッフとして「かかりつけ医（在宅医）」「訪問看護師」「訪問リハビリ職員」「かかりつけ薬局薬剤師」が参加する場合、病院スタッフも「医師」「看護師」「リハビリ職」「薬剤師」が参加するとしています。同じ職種同士で話すことにより、引き継ぎがスムーズになっているようです。

◎病院の医師とかかりつけ医（在宅医）が出席のもと、医師同士または出席者全員で情報を共有することで、退院後の支援対象者の生活の質が向上する場合があります。必要に応じて積極的にカンファレンスを活用しましょう。

◎ケアマネジャーがいない場合、介護保険以外のサービス調整に重点がある場合など「いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）」に関わってもらうことも重要です。

◎地域の民生委員、近隣者などインフォーマルな支援者が在宅支援に携わる予定があり、支援対象者の病状等の情報を踏まえていただくことや関係者間の顔合わせなどが今後の支援において有効と考えられる場合などは、支援対象者・家族の同意を得るなど退院元病院に必要な手続きを確認し、退院前カンファレンスに同席していただくことを検討するとより良いと考えられます。

◎退院前カンファレンスに引き続き、より具体的にケアプランやサービス提供について検討を行う「サービス担当者会議」を実施する場合もあり、効率的な進め方といえます。

◎退院前カンファレンスまでの間に、退院調整担当者とケアマネジャー（またはいきいきセンターふくおかの職員等）の間で、支援対象者の意向と家族の意向に相違がないかなどの確認をしておくことも重要です。



5. 退院

(1) 退院時・退院後の情報共有

病院スタッフは、必要に応じて看護サマリーなどの書類をケアマネジャー等に渡しましょう。(急な退院の場合や1回のカンファレンスでは十分に情報収集できない場合があります。)

ケアマネジャーは、病院の退院調整部門とかかわった場合や、退院前カンファレンスを行った場合は、必要に応じてケアプランの写しを病院スタッフに渡しましょう。

また、病院スタッフにとっても退院後の支援対象者の状況は気になるものです。ケアマネジャーは必要に応じて、退院後の状況について病院スタッフに情報提供を行いましょう。

必要な際の再入院や緊急時対応、レスパイト機能の面からも、病院スタッフと在宅生活を支えるスタッフの継続的な連携は重要です。退院後に病状が急変し入院が必要な場合に、どのように対応するかをかかりつけ医(在宅医)と病院の医師が打ち合わせておくことは、支援対象者や家族の安心感につながります。

(2) 在宅サービスの開始

福岡市では、「介護支援専門員手引書(在宅版)」を作成しています。在宅でのケアマネジメント業務で是非ご活用ください。

<http://www.city.fukuoka.lg.jp/hofuku/sesakusuishin/00/05/5-010108.html>

関係者間の連携には、ケアマネジャーなどが主導して、連絡ノートを準備することがあります。急ぐ内容であれば、電話などによる連絡が必要ですが、急を要さない内容については、連絡ノートを活用し、情報共有に努めましょう。(福岡市医師会方式「在宅カルテ」もご活用ください。P.19 参考2参照)

入院時/退院時情報提供書

様式1

～退院に向けてのお願い～

- 1)退院が決まり次第、ご連絡を頂ければ幸いです。
- 2)必要に応じて退院時の情報提供をお願いします。

御中

以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日(歳)
住所	TEL	家族構成 (同居家族は○で囲む ★キーパーソン)		
緊急連絡先	続柄()TEL 自宅携帯			
	続柄()TEL 自宅携帯			
住宅環境	一戸建て・集合住宅(階)・エレベーター(有・無)			
経済状況	年金有()・無 其他() 生活保護(担当CW)			
要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中(新規・更新・区分変更)			
障害等認定	身障()級・精神()級・療育(有・無)・原爆・特定疾患()			

▼入院時情報提供欄

(別添資料 無・有→ 枚)

▼退院時情報欄

(ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめる欄です)

情報提供事業所名					情報提供機関名				
担当ケアマネジャー					所属・職種・氏名				
TEL		FAX		TEL					
入院日 年 月 日					入院期間: 年 月 日～ 年 月 日(予定)				
かかりつけ医① (<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療) 医療機関・主治医名					手術 : 有 (手術名)・無				
連絡先					疾病の 状態	主病名 副病名 主症状 既往歴 服薬状況: 無・有 (内服:自立・一部介助・全介助)			
かかりつけ医② (<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療) 医療機関・主治医名						(感染症, 投薬の注意事項(薬剤名, 薬剤の剤形, 投薬経路等)等)			
連絡先					<特記事項>	特別な 医療			
介護サービス利用状況					点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 褥瘡の処置 カテーテル 喀痰吸引 その他() (導入予定の医療系サービス)				
訪問介護(/週) 訪問看護(/週) 通所サービス(/週) 福祉用具() その他()					<特記事項>				
自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>					自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>				
備考					備考・特記事項				
移動 <input type="checkbox"/>					移動 <input type="checkbox"/> (独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等)				
排泄 <input type="checkbox"/>					排泄 <input type="checkbox"/> (留置カテーテル等)				
食事 <input type="checkbox"/>					嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・経管栄養 制限: 無・有(塩分・水分・その他()) (制限の内容等)				
入浴 <input type="checkbox"/>					入浴の制限 無・有(シャワー・清拭・その他)				
口腔ケア <input type="checkbox"/>					口腔ケア <input type="checkbox"/>				
視力 普通・視力低下あり・眼鏡(有・無)・全盲					認知・精神面 徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 幻視・幻聴				
聴力 普通・やや難聴・難聴・補聴器(有・無)					昼夜逆転 大声を出す				
認知・精神面 徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す					夜間の状況 良眠・不眠(状態)				
その他(ご本人の望む暮らし・心身状況・生活環境・介護の様子・医療上の注意 点等)					リハビリ等 リハビリテーション 無・有(頻度) 運動制限 無・有 (リハビリ・運動制限の内容, 導入予定のサービス等)				
					療養上の注意する事項				
提供年月日 年 月 日					面談年月日 年 月 日 年 月 日				

【注】入院時情報連携加算, 退院・退所加算の算定には, 国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります

退院支援スクリーニング票

様式3

入院日(/) 氏名() (男・女) (歳)

各項目内で当てはまるものを1つ選択し、各得点を小計に計算し、合計する。

項目	選択肢		小計
退院後の医療処置 ¹⁾	あり(5)	なし(0)	
退院先希望	病院・施設(5)	自宅(0)	
移動の自立度	要介助(3)	見守り(2) 自立(0)	
排泄の自立度	要介助(3)	見守り(2) 自立(0)	
認知障害	診断あり(2)	疑いあり(1) なし(0)	
家族介護	<家族構成> 独居(2)	2人世帯(1) 3人以上世帯(0)	
	<介護状況> 介護者：見守りや介護が必要なのになし 介護意思：なし 介護困難：介護者が健康問題、高齢、不安がある、トラブルあり 介護協力者：日常的な代替者(サービス利用を含む)なし 介護者就労：あり.....上記該当せずに左記に該当した場合、「2点」		
介護保険	必要な状態だが未認定(2)	申請中(0) 介護保険認定あり(0)	
スコア判定 (0~26点)	10点以上：退院支援の必要性が高い		合計

1) 通常、医療者が行う処置

(褥瘡処置, 気管吸引, 膀胱留置カテーテル交換, 人工呼吸器管理, 中心静脈栄養, 在宅酸素など)

判定状況

月日	スコア	特記事項・今後の予定(退院支援計画)
/		
/		
/		

【出典】 鷲見尚己, 村嶋幸代: 高齢患者に対する退院支援スクリーニング票の開発(第一報). 日本病院管理学会誌 42 (3): 37-48, 2005

在宅で各種医療処置を維持継続していく場合に必要となる可能性のある物品等をリスト化しておく、退院時の準備、情報共有が円滑になります。以下は、医療処置別必要な物品リストの例です。

医療処置別必要な物品リスト(例)

◇人工呼吸器を装着している方の場合

チェック欄	物品リスト
	人工呼吸器
	人工呼吸器回路
	発電機(外部バッテリー)
	人工鼻(必要時)
	パルスオキシメーター
	アンビューバック
	蒸留水

◇人工肛門を造設している方の場合

チェック欄	物品リスト
	ストーマ袋(パウチ)
	ワンピースタイプ
	ツーピースタイプ
	皮膚保護材(必要時)
	潤滑剤(必要時)
	微温湯
	石鹸

◇気管切開をしている方の場合

チェック欄	物品リスト
	ガーゼ綿棒
	吸入器
	カニューレ(サイズ)
	手袋
	蒸留水
	アルコール綿
	吸入時の薬剤
	カフ用注射器
	消毒液

◇人工膀胱の方の場合

チェック欄	物品リスト
	集尿袋(レッグバック)
	集尿袋(ウロガード)
	テープ(医療用)
	フィルムドレッシング剤
	消毒液
	滅菌ガーゼ
	アルコール綿
	剥離剤洗浄クリーム

◇在宅酸素(HOT)を利用している方の場合

チェック欄	物品リスト
	酸素濃縮装置
	酸素ポンプ
	携帯用酸素ポンプ
	パルスオキシメーター
	トラキマスク
	延長チューブ
	カニューラ

◇胃ろうを造設している方の場合

チェック欄	物品リスト
	イリゲーター
	チューブ
	注射器
	とろみ剤
	カフ確認用注射器 (ボタン式は注入用チューブ必要)
	蒸留水
	綿棒
	ガーゼ
	薬剤溶解ボトル
	消毒液
	栄養剤
	白湯等

◇膀胱カテーテルを留置している方の場合

チェック欄	物品リスト
	尿道カテーテル 号数
	蓄尿バッグ
	固定液
	注射器
	滅菌綿棒
	消毒液
	潤滑油(キシロカインゼリー)
	鑷子(セッシ)

◇インスリン注射を実施している方の場合

チェック欄	物品リスト
	インスリン液
	廃棄ボックス
	注射用針
	ペンフィル等
	カット綿
	清拭綿
	消毒液

◇

チェック欄	物品リスト

◇

チェック欄	物品リスト

◇

チェック欄	物品リスト

福祉用具レンタル、購入のチェックリスト(例)

◇福祉用具のレンタルの必要性の検討

チェック欄	物品リスト
	ベッド(2モーター、3モーター)
	ベッド付属品(マット、手すり、介助バー)
	車椅子(自走用、介助用)
	リクライニング式車椅子
	車椅子付属品
	移動用リフト
	スロープ
	歩行器
	徘徊感知器
	手すり
	その他

◇福祉用具購入の必要性の検討

チェック欄	物品リスト
	ポータブルトイレ
	シャワーチェアー
	浴槽台
	その他

参考2

福岡市医師会では、かかりつけ医（在宅医）と多職種の情報共有に用いる様式として「在宅カルテ」を作成しています。在宅生活を支える多職種の連携にぜひ活用してください。

(<http://www.city.fukuoka.med.or.jp/zaitakukarute/zaitakukarute.html>)

参考：在宅カルテの概要 ～福岡市医師会ホームページより～

- ・「在宅カルテ」は、福岡市医師会が、在宅医療においてより質の高い包括的な医療を提供するために、訪問診療を実施しているかかりつけ医を中心に在宅医療に関わる多職種が、支援対象者の医療・介護情報等を共有し、スムーズな連携を図るための連携ツールとして考案したものです。
- ・訪問診療を実施しているかかりつけ医が必要と判断した場合に活用します。
- ・「在宅カルテ」は、支援対象者宅に保管し、在宅療養を支援する上で、他の職種と共有したい情報、連絡事項を記載します。
- ・受診時やデイケア等を利用する時など、支援対象者が持参する時以外は、支援対象者宅に保管します。（原則持ち出し禁止）

医療的なニーズの高い支援対象者については、特に、ケアマネジャーとかかりつけ医（在宅医）、訪問看護師、かかりつけ薬剤師などとの緊密な情報共有・連携が、支援対象者の在宅支援に有用です。

また、医療機関を受診する時や、入院、デイケア、ショートステイ等を利用する時などに、支援対象者・家族が「在宅カルテ」を持参することで在宅生活の様子を情報共有することができます。

■■ コラム：在宅カルテ利用者の声 ■■

- ◎ ご本人の情報共有が出来て、方針が統一できるので良いと思った。
(通所介護事業所, 福祉用具事業所)
- ◎ ご本人の身体状況の変化がよくわかるようになり、良かった。(ケアマネジャー)
- ◎ ご本人の疾患や性格等により、ご本人自身が言葉で伝達することが難しい場合などは特に効果的と感じた。
(ケアマネジャー)

在宅カルテ

様式1-2

	開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日
デイサービス						
訪問リハ						
福祉用具						
訪問入浴						
ショートステイ						
訪問歯科						
訪問薬局						

福岡市医師会

事業所の皆さまへ

福岡市医師会方式「在宅カルテ」について

福岡市医師会方式「在宅カルテ」は、在宅医療においてより質の高い包括的な医療を提供するために、訪問診療を実施しているかかりつけ医を中心に在宅医療に関わる多職種が、患者の医療・介護情報等を共有し、スムーズな連携を図るための連携ツールとして考案しました。

在宅カルテの適応

訪問診療を実施されているかかりつけ医が必要と判断した場合に活用します。主な適応例は下記が想定されます。

【 適応例 】

1. 介護度が高い利用者(患者)
2. 医療依存度が高い利用者(患者)
3. 複数のサービス事業所等が関わっている利用者(患者)
4. 独居や高齢者世帯で、的確な情報が入手しにくい場合
5. キーパーソンが、別世帯または日中就業のため、情報交換が困難な場合
6. その他、かかりつけ医が必要と判断した場合

※ ケアマネジャーが必要と感じた場合は、かかりつけ医にご相談下さい

様式1は担当ケア
マネジャーが全て
記入する

在宅カルテ(記入例)

様式1-1

性別	女	生年月日	770年〇月〇日	91歳	
住所	福岡市〇〇〇〇〇〇	TEL	092-〇〇〇-〇〇〇〇		
緊急連絡先					
介護度	要支援2 H24/5/〇	寝たきり度	J2	認知度	自立
事業所	〇第〇〇いきい	マネジャー	〇〇〇〇		
TEL		FAX	092-000-0000		
かかりつけ医	氏名	医療機関			
	TEL				
備考	難治性下腿潰瘍の処置 患者の状態等に関し、特に留意すべき点を記入する				

	開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日
訪問診療	24/5/	〇〇クリニック	000-0000	000-0000	●、▲▲	隔週(木)16:00~
	訪問診療やサービスを開始した年月日を記入する		訪問診療やサービスを提供している担当者名を記入する			
訪問看護	24/5/24~	〇〇訪着	000-0000	000-0000	●●、▲▲	(月)12:30~30分 (水)12:00~30分 (金)12:30~1H
	訪問診療やサービスを提供する予定の曜日や時間を記入する					
訪問介護	24/5/25~	〇〇ケアセンター	000-0000	000-0000	●●、▲▲	毎金14:00~15:00
デイケア						

福岡市医師会

在宅カルテ

様式1-2

	開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日
デイサービス						
訪問リハ						
福祉用具		〇〇事業所	000-0000	000-0000	●●	
訪問入浴						
ショートステイ						
訪問歯科						
訪問薬局						

福岡市医師会

在宅カルテ(記入例)

様式 2

様式2は、かかりつけ医
やサービス提供者等が
記入する

連絡事項			事業所名 記入者名	かかりつけ医 確認署名欄
2	20	12:00	創は縮小しましたが、前脛部の治癒進行が遅いです。全体にA軟膏を塗布しています。右足の第3指は1週間程前に新たな水泡が出来ましたが治癒傾向にあります。Div実施中に比べると、全体に治癒の進行は停滞気味です。処置変更等ありましたら、ステーションに連絡を頂ければと思います。	ステーションA Bクリニック 〇〇 〇〇
2	21		確かに右下腿の潰瘍は治癒の速度が滞っている印象です。浸出液はないです。本日A軟膏塗布しました。近所の買物等、無理にならない程度であれば外出可と話しています。(十分足を温かくして)	Bクリニック 〇〇
2	26	16:15	靴は今取り寄せてもらっています(デモ用)。3/1のことに ことになっています。当方も伺わせていただきます。	
3	1		靴のお試しを納品させて頂きました。靴のサイズが合わな 後日商品をお持ちします。	
3	1	11:00	(ステーション〇〇看護師へ) B先生からお話頂いた後、一度だけコンビニに行かれたとの事。 「随分、時間はかかったけど、足はそう痛くなかった」との事ですが、靴 が来るまでは待っておられるようにお話ししました。 (ヘルパー事業所〇〇さんへ) おやつ類など依頼するのがお恥ずかしいかもしれませんので、お声かけ を(して下さいている事と思いますが)どうぞ宜しくお願いします。	C包括センター 〇〇
3	1	14:00	何でもお買物おっしゃって下さいと声かけをしています。今日は治療用 のテープとバブを頼まれました。	E訪問介護
3	5		靴を納品させて頂きました。ご本人も大変満足されている	
3	6	12:00	やはり、創の前脛部付近の治癒進行だけが遅いです。その 軟膏を使っていてもよいでしょうか。前回の創の時のようにB軟膏 膏を使い分けていくような感じで。指示の変更があれば、在宅カルテにご <u>記入</u> お願いします。	ステーションA 〇〇

確認後にサイン
をお願いします。

利用者の心身の状態等に関し、特筆すべき事をご記入下さい。緊急性の高い場合は、直接電話等で連絡を取り合ってください。

特に重要な伝達事項は赤字で記入する、赤でアンダーラインを引くなど工夫して下さい。

福岡市医師会

福岡市医師会方式「在宅カルテ」Q & A

平成25年6月21日作成

Q1. 福岡市医師会方式「在宅カルテ」とは何でしょう。どのような目的で作られたのでしょうか。

A. 福岡市医師会が独自に作成した連携ツールです。在宅医療において、より質の高い包括的な医療を提供するために、訪問診療を実施しているかかりつけ医と在宅医療に関わる多職種が、患者の医療・介護情報等を共有しスムーズな連携が図れるよう考案しました。今後、全市において活用をすすめていきます。

Q2. なぜ、かかりつけ医との連携が必要なのでしょう。

A. 在宅において療養中、要介護・要支援状態の方は、心身に何らかの支障をきたし医療が必要となった状況の方です。その方たちが安心・安全にいつまでも住み慣れた場所で生活できるよう、かかりつけ医主導のもと、患者に関係する多職種が連携を図りながら在宅療養を支援することが重要です。

Q3. 在宅において、すでに患者・家族、介護サービス事業所間で連絡ノートを使用していますが、違いはあるのでしょうか。

A. 連絡ノートが、サービスの提供状況を伝え合うことを目的に作成するのに対し、「在宅カルテ」は、かかりつけ医と介護サービス事業所、関係者が互いに在宅医療に関わる上で情報として知っておいて欲しい情報のみをやりとりする「情報共有」「連携」を目指したツールです。

Q4. どういった患者（利用者）に「在宅カルテ」を活用すると効果的なのでしょう。

A. 下記の患者（利用者）が効果的だと思われます。

- ・介護度が高い、もしくは医療依存度が高く、複数のサービス事業所が関わっている患者（利用者）
- ・独居や高齢者世帯で、的確な情報が入手しにくい患者（利用者）
- ・キーパーソンが別世帯または日昼就業のため、情報交換が困難な患者（利用者）

Q5 患者(利用者)・家族は参加するのでしょうか。

A. 患者(利用者)・家族の状況に合わせ、参加して頂くかはお検討下さい。

Q5. どんな時に記載するのでしょうか。

A. 緊急時を除き、関係者間で共有すべき情報、連絡事項が発生した時に記載します。(記入例参照) 特別記載することがない場合は、記載の必要はありません。

Q6. 記載時の留意点はありますか。

A. ①緊急時は使用しないで下さい。※ 緊急時は直接かかりつけ医へ連絡して下さい。
②情報を共有したい事項、連絡事項を記載して下さい。
③特記することだけを、できるだけ専門用語を使わず記載して下さい。
④一部職種宛にメッセージを残したい場合は、「様式1」のかかりつけ医の訪問診療日時や、介護等サービスの日時等を確認し記載して下さい。(記入例参照)

Q7. 緊急時はタイムラグが生じると思いますが、その時も記入するのですか。

A. 緊急時は、「在宅カルテ」には記入せず、通常とられている緊急連絡手段(電話等)で直接連絡をとって下さい。

Q8. 検査結果、その他の情報についても在宅カルテに添付してもよいのでしょうか。

A. 本人・ご家族の了解の上、情報共有に必要な範囲で、かかりつけ医が判断し添付するかご検討下さい。

Q9. 様式2の「かかりつけ医確認署名欄」は毎回の訪問診療時に医師名を記入すればよいのですか。医師としての特記がなければ「連絡事項」欄の記載の必要はないのでしょうか。

A. 内容を確認して頂いたことがわかるよう署名して下さい。特別記載することがない場合は、記載は必要ありません。

Q10. 在宅カルテの持ち出しは可能ですか。

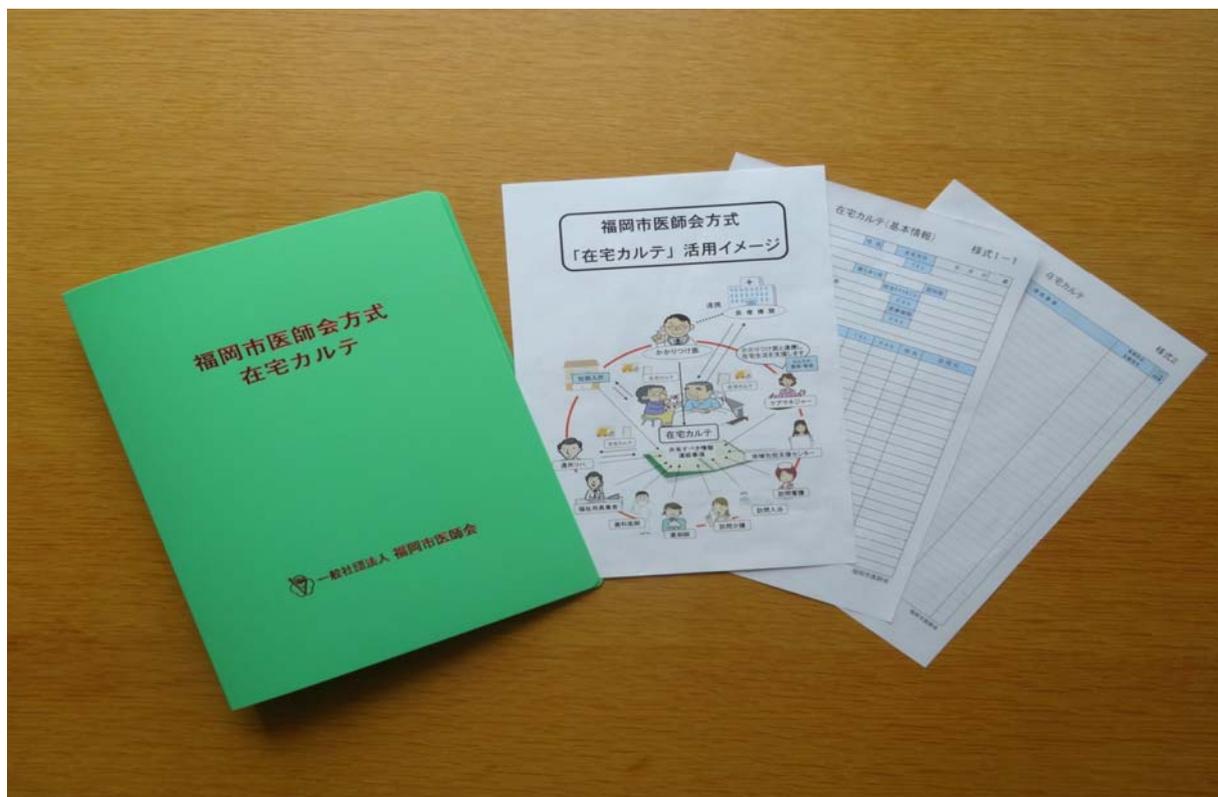
A. 原則持ち出し禁止です。患者自身が医療機関を受診する時やデイケア・ショートステイ等を利用する時以外は患者宅に保管します。

Q11. 記録用紙が不足した場合は、どこから入手すればよいのでしょうか。

A. 福岡市医師会のホームページからダウンロードして下さい。

Q12. 在宅カルテの内容を変更・アレンジしてもよいのでしょうか。

A. 内容の変更・アレンジは控えて下さい。

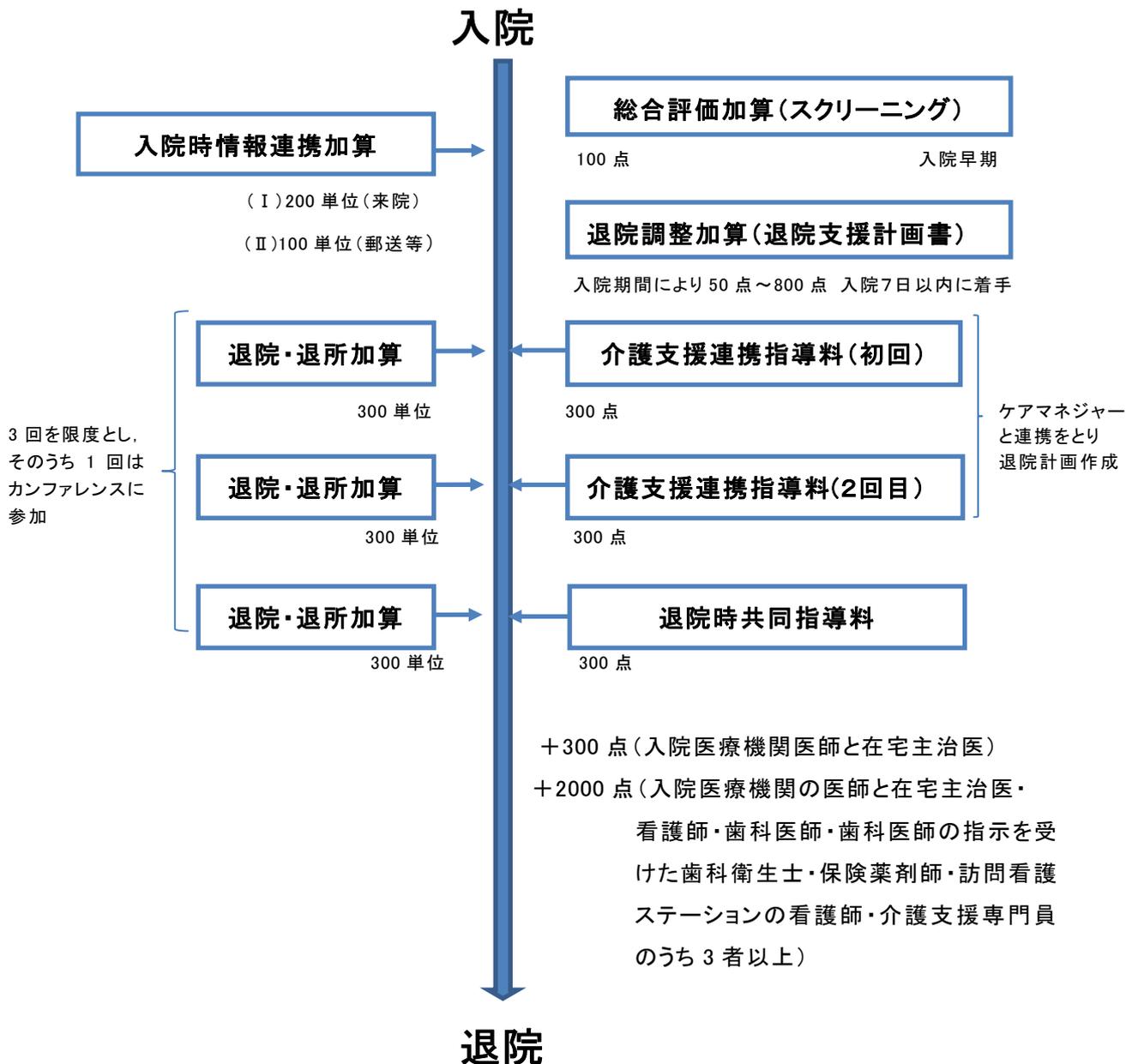


医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算

平成 27 年 4 月現在

<介護報酬加算(ケアマネ側)>

<診療報酬加算(病院側)>



3 回を限度とし、
そのうち 1 回は
カンファレンスに
参加

ケアマネジャー
と連携をとり
退院計画作成

【出典】 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会：在宅移行の手引き 2, 17, 平成 26 年 3 月,

【診療・介護報酬の加算の例】

平成 27 年 4 月現在

主 体	項 目	要 件
居宅介護 支援事業 所	<p>介護報酬 入院時情報連携加算</p> <p>1 介護支援専門員が病院又は診療所に訪問し、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合 200 単位/月</p> <p>2 1の訪問する以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合 100 単位/月</p>	<p>注 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、別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>イ 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200 単位</p> <p>ロ 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100 単位</p>
	<p>介護報酬 退院・退所加算 300 単位（1回あたり）</p>	<p>注 病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所（指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）別表指定地域密着型サービス介護給付費単位数票の地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のヨ又は指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護福祉施設サービスのワの在宅・入所相互利用加算を算定する場合は除く。）し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設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（同一の利用者について、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。）には、入院又は入所期間中につき3回を限度として所定単位数を加算する。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。</p>

主 体	項 目	要 件
病院等	診療報酬 A 2 4 0 総合評価加算（入院中 1 回） 1 0 0 点	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 2 条各号に規定する疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満のもの又は 65 歳以上のもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中 1 回に限り、所定点数に加算する。
	診療報酬 A 2 3 8 退院調整加算（退院時 1 回） 1 一般病棟入院基本料，特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。），専門病院入院基本料，有床診療所入院基本料又は特定一般病棟入院料を算定している患者が退院した場合 イ 1 4 日以内 3 4 0 点 ロ 1 5 日以上 3 0 日以内 1 5 0 点 ハ 3 1 日以上 5 0 点 2 療養病棟入院基本料，結核病棟入院基本料，特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。），有床診療所療養病床入院基本料，障害者施設等入院基本料，特定入院基本料，特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 イ 3 0 日以内 8 0 0 点 ロ 3 1 日以上 9 0 日以内 6 0 0 点 ハ 9 1 日以上 1 2 0 日以内 4 0 0 点 ニ 1 2 1 日以上 2 0 0 点	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院患者の入院期間に応じ、退院時 1 回に限り、所定点数に加算する。 2 保険医療機関が、患者の同意を得て、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合には、地域連携計画加算として 300 点をさらに所定点数に加算する。 3 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注 1 に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、退院調整加算（特定地域）として、1 については、それぞれ 170 点、75 点、又は 25 点、2 については、それぞれ 400 点、300 点、200 点又は 100 点を所定点数に加算することができる。

	項 目	要 件
病院等	診療報酬B005-1-2 介護支援連携指導料 300点	注 当該保険医療機関に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、社会福祉士等が介護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や退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。
	診療報酬B005 退院時共同指導料2 300点	注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、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若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等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。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。 2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び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が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。 3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、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。）又は居宅介護支援事業所の介護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った場合に、2000点を所定点数に加算する。 4 注1の規定にかかわらず、区分番号A238Ⅱ掲げる退院調整加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画書を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。 5 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）は別に算定できない。

主 体	項 目	要 件
保険薬局	調剤報酬 15 の 4 退院時共同指導料 600点	注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、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上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。
歯科	歯科診療報酬B014 退院時共同指導料1 1 在宅療養支援歯科診療所 (在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう(以下この表において同じ。)) の場合 600点 2 1以外の場合 300点	注1 保険医療機関に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と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、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、在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定する。 2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。

