【入退院時のスムーズな連携のために】

活用マニュアル

Ⅰ．入退院時の医療・介護関係機関の動きと報酬について

（入退院支援フロー図）

Ⅱ．在宅から医療機関へ

入院時の情報提供（入院時連携シートの活用含む）

Ⅲ．医療機関から在宅へ

退院時の情報提供（介護支援連携シートの活用含む）

出水地区

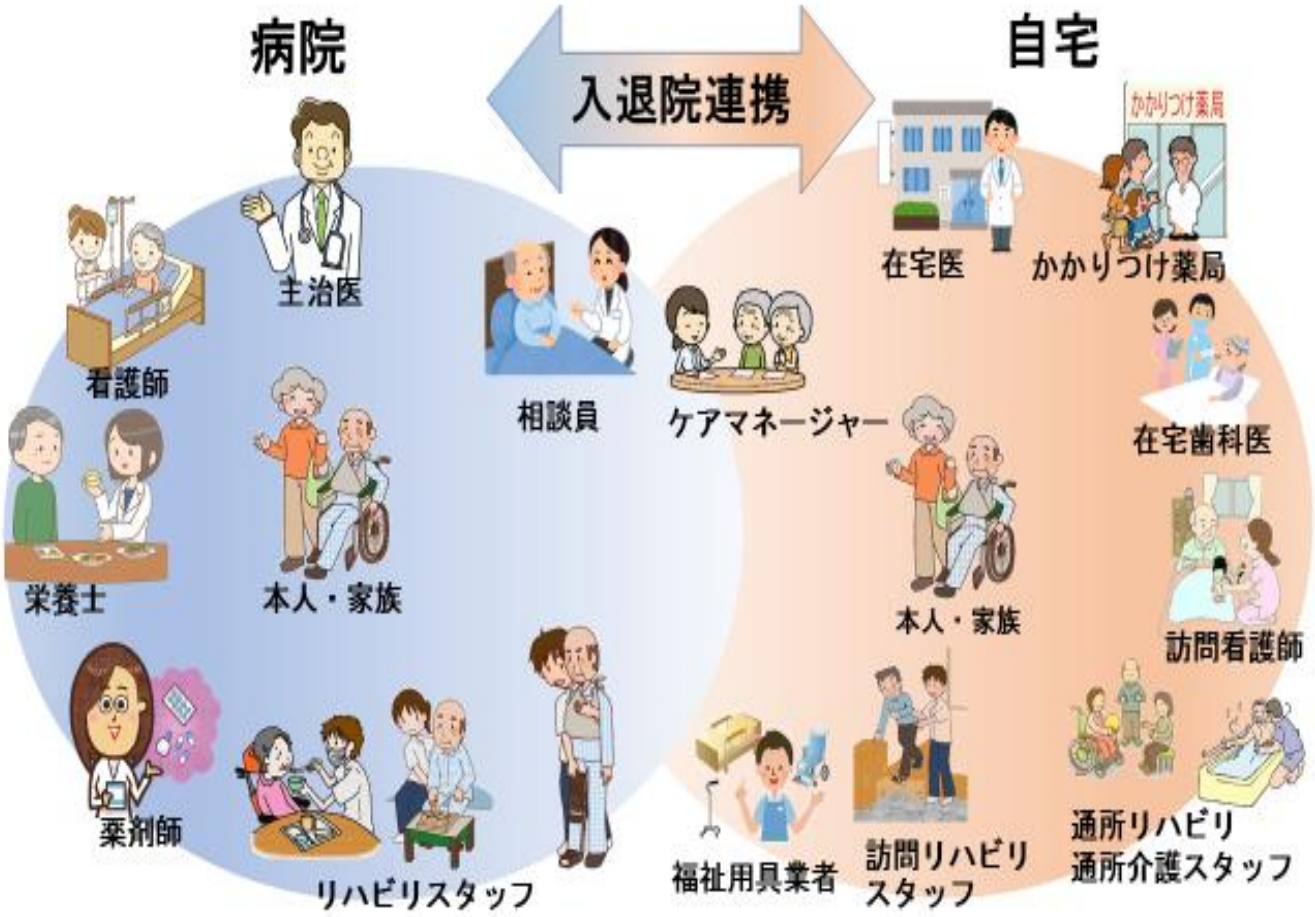
在宅医療・介護連携推進協議会

活用マニュアル利用にあたって

入退院を支援する上で、シームレスな連携が求められています。そこで、医療・介護を必要とする患者（利用者）が安心して入退院や在宅への移行ができるよう、それに関わる多職種が活用できるルールとマニュアルを作成しました。

入退院時のスムーズな連携の目指すところ

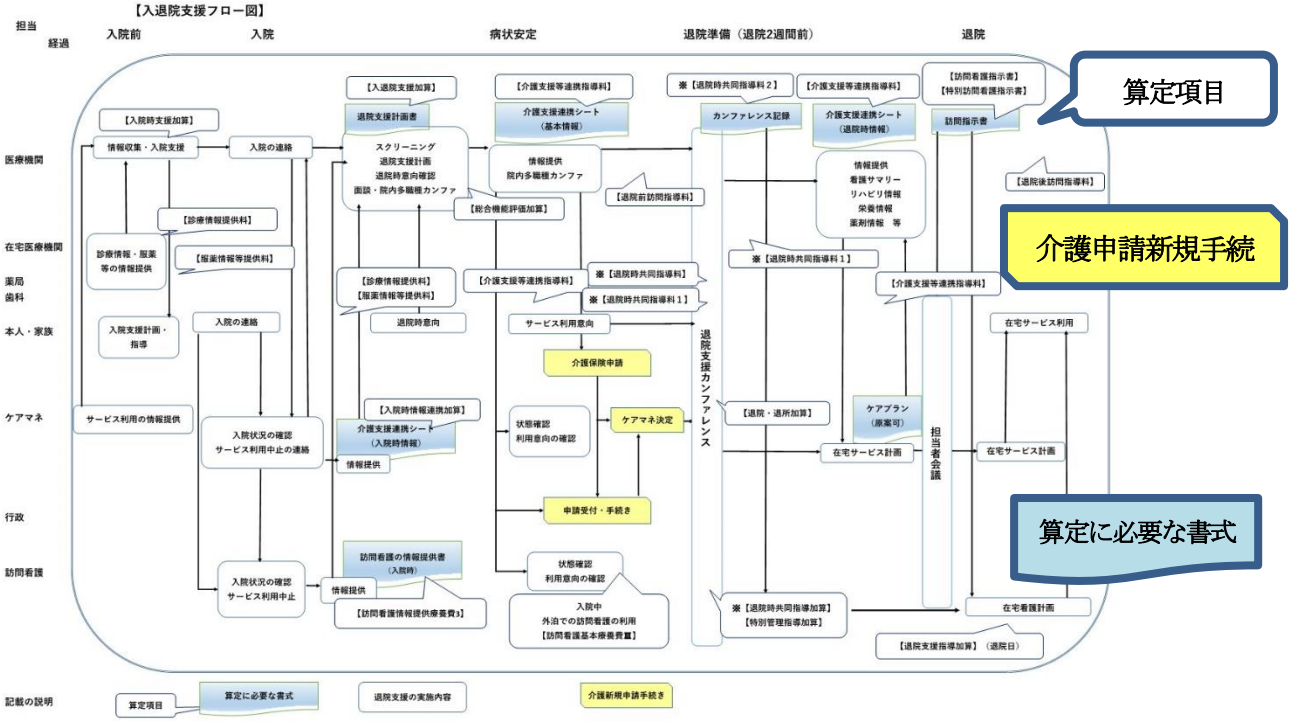
医療と介護の円滑な連携を実現するために「入退院時支援フロー図」、本人や家族にとって必要な情報と地域で望む生活を関係者が共有するために「入院時情報連携シート（入院時連携シート）」、「介護支援連携シート（基本情報連携シート・退院時連携シート）」、必要な支援のもれを防ぐために「簡易スクリーニングシート」を作成しました。日頃から顔の見える関係を構築し、患者（利用者）の状態に応じて退院支援カンファレンスの開催と合わせ、各シートを活用し、患者（利用者）の意向や問題認識を協議し連携を図っていくことを望んでいます。
患者（利用者）の退院後の望む暮らし・生活の質の充実を実現するため、関係者それぞれが他人事ではなく「入退院支援チームの一員」としての自覚を持ち、出水地区全体で取り組んでいきましょう。



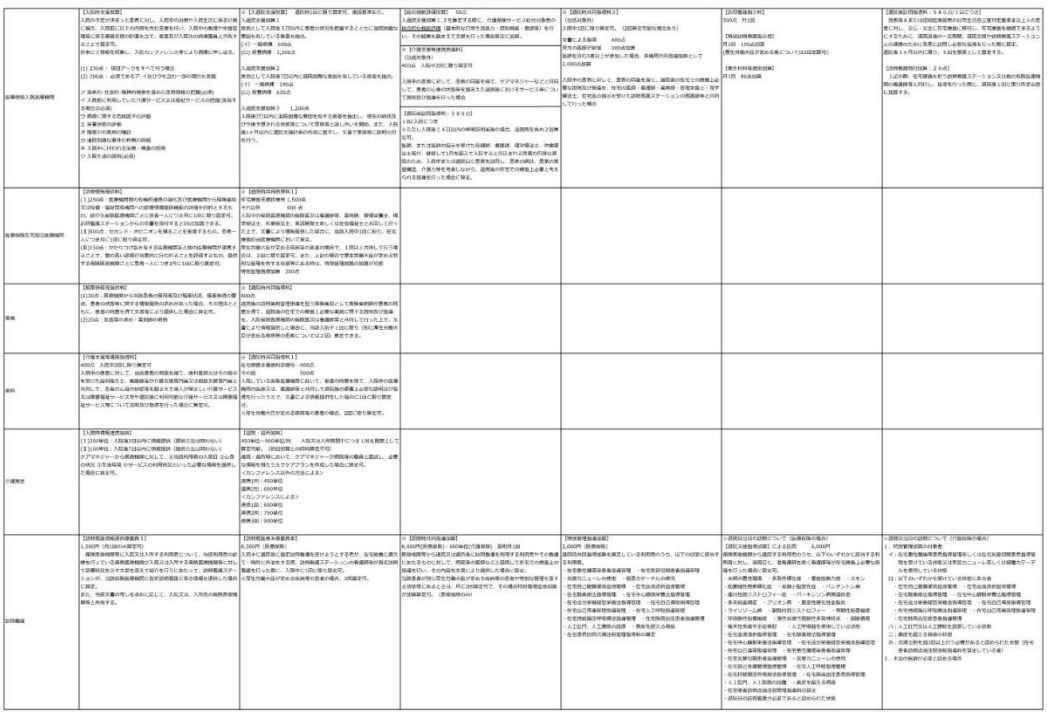
※以下文章内に、介護支援専門員・ケアマネジャー・ケアマネとの表現がありますが、同義語です。

Ⅰ．入退院時の医療・介護関係機関の動きと報酬について

退院後の生活の質の充実につなげる為、入院医療機関・在宅医・ケアマネジャーだけでなく、在宅歯科医師・かかりつけ薬局・訪問看護師を含めた多職種で、入退院時に必要となる連携を示したフロー図を作成しました。



下図は報酬に関する解釈です。
注:施設基準が異なるため、各医療機関での確認が必要となります。



相談員や入退院支援の担当者がいない有床診療所でも、入院時のスクリーニングを簡単に行っていただくため、簡易版スクリーニングシートを作成しました。

ご家族の情報からケアマネジャーがいることが判明した場合、ケアマネジャーに連絡をお願いします。また、スクリーニングのチェック項目に1つでも該当する場合は、地域包括支援センターにご連絡ください。

出水地域在宅支援【簡易スクリーニング】

2019年7月作成

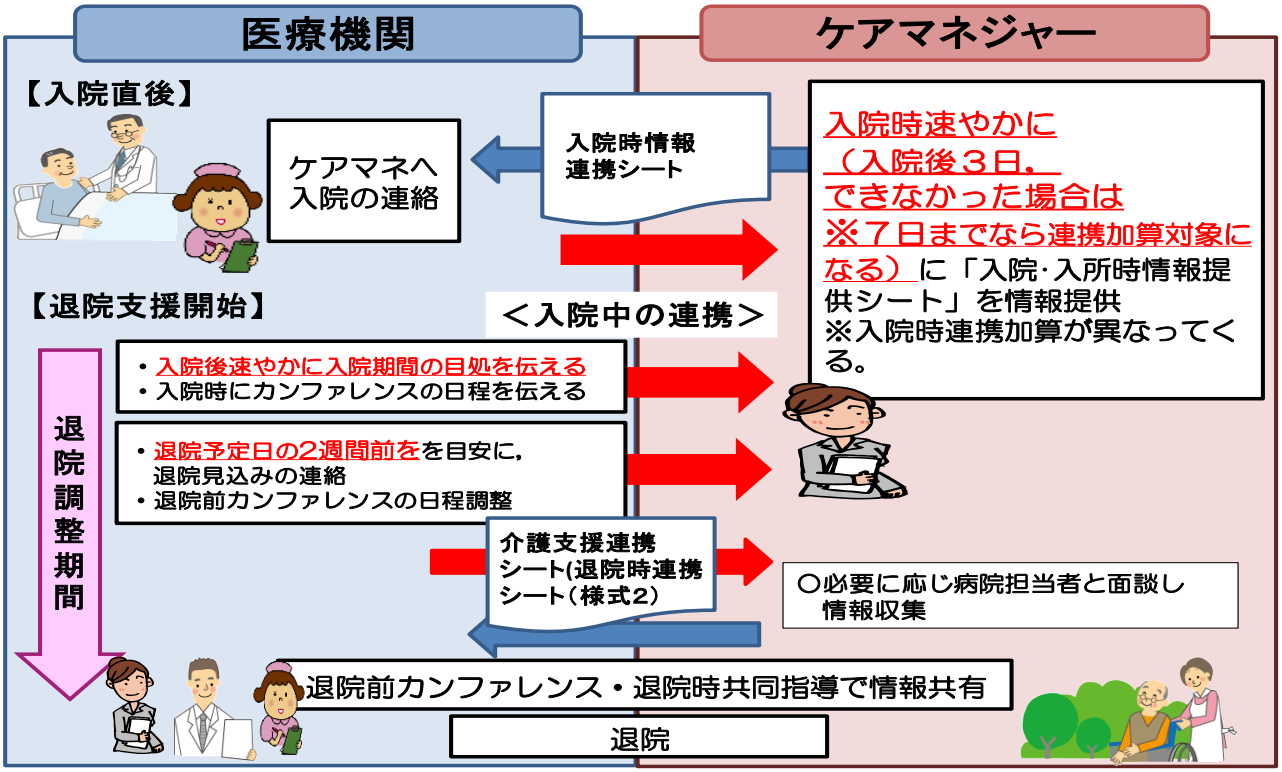
スクリーニング項目	チエック項目
1．病状	□　病状によりＡＤＬ低下の可能性がある
2．家族	□　高齢者のみの世帯である □　介護力の不足が考えられる
3．服薬管理状況	□　自分で管理が困難　　支援者がいない
4．サービス利用	□　介護サービス利用中 □　サービス利用が不明 □　今後サービスの必要性あり

1個以上チエックがある場合は下記を確認

□ 担当ケアマネがいる　　⇒　担当者に連絡

□ 担当ケアマネがいない、分からない　　⇒　地域包括支援センターに連絡

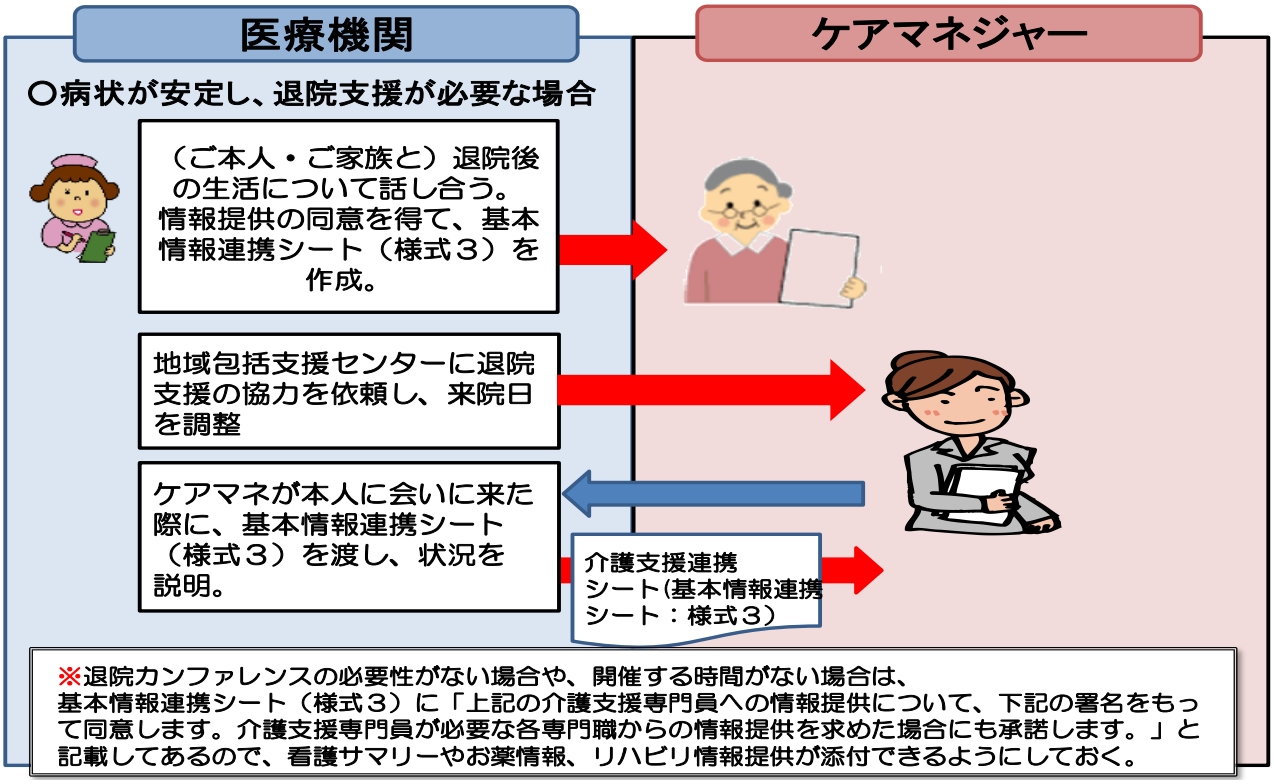
入院前にケアマネジャーがいる患者の場合



☆入院前にケアマネジャーがいない患者の場合

1. 介護保険認定を受けていない
2. 現在介護保険申請中
3. 事業対象者の認定結果、介護保険認定結果(要支援･要介護)はあるが、ケアマネが決まっていない。

入院前にケアマネジャーがいない患者の場合



①入院医療機関

入院時対応（各必要機関へ入院の連絡をする）

【入退院支援加算】※施設基準あり

（1）入退院支援加算1

原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出。

（イ）一般病棟　600点

（ロ）療養病棟　1，200点

（2）入退院支援加算2

原則として入院後7日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出。

（イ）一般病棟　190点

（ロ）療養病棟　635点

（3）入退院支援加算3　1，200点

入院後7日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出し、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始。また、入院後1ヶ月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で家族等に説明交付を行う。

病状安定期対応

【介護支援等連携指導料：400点（1回目）】※包括対象外

入院中の患者に対して、患者の同意を得て、ケアマネジャーなどと共同して、患者の心身の状態等を踏まえた退院後におけるサービス等について説明及び指導を行った場合、当該入院中2回に限り算定する。

退院準備（退院2週間前～）

【退院時共同指導料（退院支援カンファレンス等）】

退院時共同指導料2　（退院支援加算を算定する場合、自宅以外も可能）※包括対象外。

退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保健医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当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在宅療養担当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）と共同して行った場合、入院中１回に限り算定可。1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。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などにある時は、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。

・文書による指導　400点

・双方の医師が参加　300点加算

・医師を含む3者以上が参加　2，000点加算

【介護支援提携指導料：400点（2回目）】※包括対象外

入院中の患者に対して、患者の同意を得て、ケアマネジャーなどと共同して、患者の心身の状態等を踏まえた退院後におけるサービス等について説明及び指導を行った場合、当該入院中2回に限り算定する。

看護サマリー、リハビリ情報、栄養情報、薬剤情報等を確認し、連携シートを作成し情報提供する。

【退院前訪問指導料：580点】

1回/入院につき

※ただし入院後14日以内の早期訪問実施の場合、退院時を含め2回算定可。

医師、または医師の指示を受けた保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が、継続して1月を超えて入院すると見込まれる患者の円滑な退院のため、入院中または退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、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。

退 院 時(必要に応じての対応)

【訪問看護指示料:300点/月1回(最長6か月間有効)】

退院後、医療保険または介護保険を利用し訪問看護サービスを利用する方に対し交付する。

【特別訪問看護指示料:100点/月1回(14日間有効)】　医療保険での対応

注:厚生労働大臣が定める者については、月2回の指示書交付が可能。
退院後、2週間を上限とし集中的に訪問看護サービスが必要な場合や、重度の褥瘡、急性増悪時等が対象。

退 院 後

【退院後訪問指導料:580点/1日につき】

別表第8または認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※の患者に対し、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に、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患家に訪問し必要な指導を行った際に算定。
退院後1ヶ月以内に限り、5回を限度として算定する。

【訪問看護同行加算:20点】

上記の際、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、指導を行った際に、退院後1回に限り所定点数に加算する。

②在宅医療機関

入院時対応

【診療情報提供料】

(Ⅰ)250点:医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的とするもの。紹介先保険医療機関ごとに患者一人につき月に1回に限り算定可。訪問看護ステーションからの文書を添付すると50点加算できる。

(Ⅱ)500点:セカンド・オピニオンを得ることを推奨するもの。患者一人につき月に1回に限り算定可。

(Ⅲ)150点:かかりつけ医を有する医療機関等と他の医療機関が連携することで、質の高い診療が効果的に行われることを評価するもの。提供する保険医療機関ごとに患者一人につき3月に1回に限り算定可。

退院準備(退院2週間前～)

【退院時共同指導料(退院支援カンファレンス等)】

退院時共同指導1

入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同で行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。

・在宅療養支援診療所　1, 500点
・それ以外　900点

厚生労働大臣が定める疾病等の患者の場合で、1回以上共同して行う場合は、2回に限り算定可。

また、上記の場合で厚生労働大臣が定める特別な管理を有する状態等にある時は、特別管理加算の加算が可能。

・特別管理指導加算　200点

退 院 後

介護保険利用時の担当者会議への出席又は照会票による参加

【居宅療養管理指導費】介護保険

医師:月2回を限度
・療養上の健康管理や指導
・薬の服用方法や状況、副作用についての指導
・使用している医療器具の管理
・在宅介護をするうえでの指導やアドバイス
・ケアプランの作成に必要な情報をケアマネジャーに随時提供

	単一建物居住者の人数		
	1人	2～9人	10人以上
(1)居宅療養管理指導料Ⅰ ※(2)以外の場合	514単位	486単位	445単位
(2)居宅療養管理指導費Ⅱ ※在宅時医学総合管理料または特定施設入居時医学総合管理料を算定する場合	298単位	286単位	259単位

③薬局・歯科

入院時対応

【服薬情報等提供料】薬局

(1)30点:医療機関から当該患者の服用薬及び服薬状況、服薬指導の要点、患者の状態等に関する情報提供の求めがあった場合、その理由とともに、患者の同意を得て文書等により提供した場合に算定可。
(2)20点:患者等の求め・薬剤師の判断

退院準備(退院2週間前～)

【退院時共同指導料:600点】薬局

退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として保険薬剤師が患者の同意を得て、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(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回)算定できる。

【退院時共同指導料1】歯科

在宅療養支援歯科診　900点
その他　500点
入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、入院中の医療機関の医師又は、看護師等と共同して退院後の療養上必要な説明及び指導を行ったうえで、文書による情報提供をした場合に1回に限り算定可。
※厚生労働大臣が定める疾病等の患者の場合、2回に限り算定可。

【介護支援等連携指導料:400点】歯科

入院中2回に限り算定可
入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、看護師等がケアマネジャー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害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に算定可。

退 院 後

介護保険利用時の担当者会議への出席又は照会票による参加

【居宅療養管理指導費】介護保険

歯科医師:月2回を限度
・療養上の健康管理や指導
・薬の服用方法や状況、副作用についての指導
・使用している医療器具の管理
・在宅介護をするうえでの指導やアドバイス
・ケアプランの作成に必要な情報をケアマネジャーに随時提供

単一建物居住者の人数		
1人	2～9人	10人以上
516単位	486単位	440単位

歯科衛生士:月4回まで
・歯科医師の指示に基づいた口腔管理
・歯磨きの指導
・義歯の手入れ指導
・口腔ケアの指導
・嚥下機能の維持、向上のための助言

単一建物居住者の人数		
1人	2～9人	10人以上
361単位	325単位	294単位

薬剤師:病院・診療所の場合:月2回まで
・医師や歯科医師の指示に基づいた服薬管理

薬剤師:薬局勤務の場合　:月4回(※がん末期・中心静脈栄養法の対象患者の場合のみ週2回かつ月8回まで)
・薬を自宅まで届ける
・服用状況や管理方法の確認
・服薬のアドバイスや指導、副作用の説明
・医師への報告
・健康状態のヒアリング
・ケアプランの作成に必要な情報をケアマネジャーに随時提供
・情報通信機器を用いた服薬指導:月1回に限り(算定要件あり)

	単一建物居住者の人数		
	1人	2～9人	10人以上
(1)病院・診療所の薬剤師	565単位	416単位	379単位
(2)薬局の薬剤師	517単位	378単位	341単為
(3)情報通信機器を用いて行う場合	45単位		

④訪問看護

入院時対応

【訪問看護情報提供療養費3:1, 500円/月1回】

保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院(以下この注において「保険医療機関等」という。)に入院又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が、入院又は入所する保険医療機関などに対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うに当たって、訪問看護ステーションが当該利用者の同意を得て、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該保険医療機関に対して情報を提供する事により訪問看護情報提供療養費3を算定している場合は、算定しない。

病状安定期対応

【訪問看護基本療養費(Ⅲ):8, 500円/原則1回(医療保険)】

入院中に、退院後に指定訪問看護を受けようとする者が、在宅療養に備えて一時的に外泊をする際、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った際に、入院中に1回に限り算定可。

※厚生労働大臣が定める疾病等の患者の場合、2回算定可。

退院準備(退院2週間前～)

【退院時共同指導加算】 8, 000円(医療保険)・600単位(介護保険) 原則月1回

医療機関等から退院又は退所後に訪問看護を利用する利用者やその看護にあたるものに対して、病院等の医師などと協同して在宅での療養上の指導を行い、その内容を文書により提供した場合に算定。

当該患者が別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者や特別な管理を要する状態等にあるときは、月に2回算定可で、その場合特別管理指導加算が加算算定可。(医療保険のみ)

【特別管理指導加算:2, 000円(医療保険)】

退院時共同指導加算を算定している利用者のうち、以下の状態に該当する利用者。

・在宅悪性腫瘍等患者指導管理 ・在宅気管切開患者指導管理 ・気管カニューレの使用 ・留置カテーテルの使用
・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 ・在宅自己疼痛管理指導管理
・在宅人工呼吸指導管理 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 ・在宅肺高血圧患者指導管理
・人工肛門、人工膀胱の設置 ・真皮を超える褥瘡 ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定

退 院 時(必要に応じての対応)

【退院支援指導加算:8, 000円(医療保険)】

病院、診療所または介護老人保健施設に入院中又は入所中の方が退院又は退所するに当たり、以下のいずれかに該当する利用者に対し、退院日に、准看護師を除く看護師等が在宅療養上必要な指導を行った場合に算定可。

・末期の悪性腫瘍 ・多発性硬化症 ・重症筋無力症 ・スモン ・筋萎縮性側索硬化症 ・脊髄小脳変性症
・ハンチントン病 ・進行性筋ジストロフィー症 ・パーキンソン病関連疾患 ・多系統萎縮症 ・プリオン病
・亜急性硬化性全脳炎 ・ライソゾーム病 ・副腎白質ジストロフィー ・脊髄性筋萎縮症 ・多発神経炎 ・頚髄損傷
・球脊髄性筋萎縮症 ・慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ・後天性免疫不全症候群 ・人工呼吸器を使用している状態
・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 ・在宅自己導尿指導管理
・在宅成分栄養経管栄養法指導管理 ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理 ・在宅気管切開患者指導管理
・気管カニューレの使用 ・在宅自己疼痛管理指導管理 ・在宅人工呼吸指導管理 ・在宅肺高血圧患者指導管理
・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 ・人工肛門、人工膀胱の設置 ・真皮を超える褥瘡
・在宅患者訪問点滴注射管理指導料の算定 ・退院日の訪問看護が必要であると認められた状態

☆退院日当日の訪問について(介護保険の場合)

1. 特別管理加算の対象者

イ: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

ロ: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 ・在宅自己導尿指導管理
・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

ハ:人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

ニ:真皮を超える褥瘡の状態

ホ:点滴注射を週3回以上行う必要があると認められた状態(在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者)

2. 主治の医師が必要と認める場合

退 院 後(必要に応じての対応)

医療保険または介護保険による訪問看護サービスの提供。
介護保険利用時の担当者会議への出席又は照会票による参加。

⑤居宅介護支援事業所

基本は要介護認定者(要介護1～5)の支援を行うが、地域包括支援センターからの委託にて、事業対象者、要支援認定者(要支援1・2)の支援も行う。

入院時対応

入院の情報提供を受け、入院前の生活状況や基本情報の提供を行う。

【入院時情報連携加算】

入院時情報連携加算(Ⅰ)200単位　入院後3日以内に情報提供(提供方法は問わない)
入院時情報連携加算(Ⅱ)100単位　入院後7日以内に情報提供(提供方法は問わない)
※介護予防支援は含まない。

注:事業対象者・要支援1・要支援2の方に関しては入院時情報連携加算の算定はできませんが、情報提供は行いましょう。

病状安定期対応

入院機関を訪問し病状や心身の状態確認、本人や家族の意向確認をする。
病棟看護師やMSW等と情報交換を行う。

退院準備(退院2週間前～)

【退院・退所加算】

入院又は入所期間中につき1回を限度として算定可。(初回加算との同時算定は不可)

医療機関や介護保険施設などを退院・退所し、在宅サービス等を利用する場合、退院・退所にあたって医療機関などの職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定可。

＜カンファレンス以外の方法による＞
　連携1回:450単位
　連携2回:600単位

＜カンファレンスによる＞
　連携1回:600単位
　連携2回:750単位
　連携3回:900単位

退院時・退院後
　在宅支援のためのケアプランを作成し、入院医療機関に提出する。
　支援チームで担当者会議を開催し、在宅での生活支援を開始、経過観察していく。

⑤地域包括支援センター

事業対象者・要支援1・要支援2認定者の支援を行う。

入院時対応
　入院の情報提供を受け、入院前の生活状況や基本情報の提供を行う。
　注:事業対象者・要支援1・要支援2の方に関しては入院時情報連携加算の算定はできませんが、情報提供は行いましょう。

病状安定期対応
　入院医療機関を訪問し、病状や心身の状態確認、本人や家族の意向確認を行う。
　病棟看護師やMSW等と情報交換を行う。

退院準備(退院2週間前～)
　退院時前の情報収集をしっかり行い、退院後の支援に向けケアプラン変更の必要性等を確認しておく。状況によっては介護保険の見直し(区分変更申請手続き)を進める。

退院時・退院後
　在宅支援のためのケアプランを作成し、必要に応じ入院医療機関に提出する。
　支援チームで担当者会議を開催し、在宅での生活支援を開始、経過観察していく。

Ⅱ. 在宅から医療機関へ
入院時情報の提供(入院時連携シートを含む)

～居宅支援事業所(ケアマネジャー) ➡ 医療機関(病院・診療所等)～

1. 入院時情報提供の目的

地域で介護保険サービスを利用していた方（以下、利用者という）が入院された時、医療機関はケアマネジャーからの情報により、その人が家庭や地域においてどのように過ごしてきたのか、どのような希望や思いを持って生活を営んできたのか等を知ることができます。

2. 居宅支援事業所から入院医療機関への情報提供（平成30年度介護報酬改定により）

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に係る必要な情報を提供した場合は、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します。

入院時情報連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）

入院時情報連携加算（Ⅰ）200単位　入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）
入院時情報連携加算（Ⅱ）100単位　入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）
※介護予防支援は含まない。
注：事業対象者・要支援1・要支援2の方に関しては入院時情報連携加算の算定はできませんが、情報提供は行いましょう。

Ⅲ．医療機関から在宅へ
退院時の情報提供（介護支援連携シートを含む）
（退院時連携シート・基本情報連携シート）

～医療機関(病院・診療所)　➡　ケアマネジャー等～

1. 退院時情報提供の目的

入院によって一時在宅生活から分断されてしまっても、その人らしい人生を過ごすために、これまで過ごしてきた生活の情報やご本人の思いについて、在宅における支援者とともに繋いでいくことは重要であり、支援者が、ご本人・ご家族の意向や問題認識を顔の見える関係で協議し、支援していくことが必要です。
病気により体や認知機能の障がいを持ったとしても、ご本人の意向と生活実態に合わせて、地域の中でその人らしく生活を再開していけるように支援していくことがこの退院支援の視点と目的であり、連携シート作成においても、医療機関の担当者がこの視点に立ち、医療機関と在宅をつなぐコーディネーターとしてご本人・ご家族の意向を大切にしながら、担当するケアマネジャーと顔の見える連携をおこなっていただきたいと思います。

2. 介護支援連携シート（退院時連携シート・基本情報連携シート）の作成パターン

（1）退院時連携シート（様式2）

このシートを作成する場面は、退院前カンファレンスを想定しています。
退院前カンファレンスの日程が決まったら、このシートを作成します。作成後、ご本人・ご家族の同意を得て、各専門職からのサマリーや情報提供書をつけてケアマネジャーへ渡します。シートの内容説明や各専門職からの情報提供は、退院前カンファレンスで行います。

(2)基本情報連携シート(様式3)

このシートを作成する場面は、担当のケアマネジャーがおらず、新しく担当するケアマネジャーを決める場合に、そのケアマネジャーへ情報提供を行うため使用します。

まずは、新しく担当するケアマネジャーへ電話連絡を行い、ご本人の状況を見に来ていただく日程を決めます。その日がシートを渡すタイミングです。事前にご本人やご家族に情報提供の同意を得てケアマネジャーへ渡し、経過を説明します。

3. 連携シートの対価と診療報酬上のきまり

介護支援等連携指導料　400点　※包括対象外

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・社会福祉士等がケアマネジャーと共同して、患者の心身の状態等を踏まえた退院後における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。

退院時共同指導料　点数は下記参照

①退院時共同指導料2　(退院支援加算を算定する場合、自宅以外も可能)　※包括対象外

退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保健医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当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在宅療養担当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)と共同して行った場合、入院中1回に限り算定可。1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。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などにある時は、特別管理指導加算として所定点数に200点を加算する。

・文書による指導　400点
・双方の医師が参加　300点加算
・医師を含む3者以上が参加　2,000点加算

②退院時共同指導1

入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同で行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。

・在宅療養支援診療所　1,500点
・それ以外　900点

厚生労働大臣が定める疾病等の患者の場合で、1回以上共同して行う場合は2回に限り算定可。

また、上記の場合で厚生労働大臣が定める特別な管理を有する状態等にある時は、特別管理加算の加算が可能。

・特別管理指導加算　200点

4. シートの説明と作成手順

≪退院時連携シート(様式2)≫

「実際の退院を前に、最終的なケアプラン作成のための指導を行う等の指導を想定したものである。」
(医科点数表の解釈抜粋)

(ご本人・ご家族への説明と指導)～説明した内容を記載する～

退院に向けて、ご本人・ご家族と話し合った内容について記載します。
ご本人やご家族の希望や意向に従って退院支援をおこない、どのようなサービスの導入が必要か専門職としての見地から説明を行い、その内容を記載します。

また、退院日や退院後の診療の予定・介護保険情報・必要と思われるサービス等についても記載します。

（情報提供）

退院支援担当者からケアマネジャーへ情報提供を行い、医療機関の各専門職から介護支援専門員を通して、在宅での専門職(リハビリ・訪問看護等)へ情報提供を行います。退院前カンファレンスを開催し、Face to Faceで顔を見合わせながら各専門職が情報のやり取りを行うことを想定しますが、退院前カンファレンスの実施ができないことも多くの場面で考えられます。必ずしも退院前カンファレンスの実施は必要ではなく、退院に至った経過と情報提供について、ケアマネジャーの来院時に説明できればよいです。

【手順】

①ケアマネジャーと共に、退院前カンファレンスの日程を調整します。

↓

②ケアマネジャーへ向けての情報(看護サマリー等)を医療機関の各専門職へ依頼します。

↓

③退院前カンファレンス前に、退院へ向けてのご本人・ご家族の意向や支援経過などのほか、必要な項目(氏名・入院日・病名・実施日など)を「退院時連携シート(様式2)」に記入する。

↓

④退院前カンファレンスの開催前に、ケアマネジャーへの情報提供の同意についてご本人・ご家族へ説明・署名していただき指導シート作成は終了。

↓

⑤医療機関の各専門職が作成した情報は退院前カンファレンス当日までに用意する。

↓

⑥退院前カンファレンスにおいて、各専門職からの情報提供を行い、退院日を確認し終了します。

↓

⑦カンファレンスにて「必要な項目」への記載に変更・追加があった場合は、手書きにて追加などを行います。

↓

⑧退院(退院後の問合せについても情報提供を行います)。

↓

⑨ケアマネジャーは医療機関へケアプランを提出します。

≪基本情報連携シート(様式3)≫※新規でケアマネジャーに依頼する場合

「入院の原因となった疾患が比較的落ち着いた段階で、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、患者がより適切な療養場所を選択することに資するもの」(医科点数表の解釈抜粋)

退院に際し、ご本人・ご家族の意向を聞き、在宅または施設サービスの利用意向があった場合、地域において利用可能なサービスについて説明し、サービス導入に向けて何をしていくか等について説明します。あくまでも、ご本人・ご家族への説明や指導となります。

様式3の書式に、ご本人・ご家族の意向と説明した内容を記載し、ケアマネジャーに対する情報提供について、ご本人・ご家族に説明し、署名により同意を得ます。

ケアマネジャーへ介護支援連携シート(基本情報連携シート(様式3))とご本人の基本情報を提供し、退院に向け介護保険認定申請手続きやケアプラン作成の依頼等を行います。

ご本人・ご家族へは介護支援連携シートの原本を渡し、ケアマネジャーにはそのコピーを渡します。また、医療機関カルテ用にコピーを行います。

【手順】

① ご本人・ご家族と退院後の生活について話し合います（面談）。

↓

② ケアマネジャーへ退院支援の協力を依頼し、来院日を調整します。

↓

③「基本情報連携シート（様式3）」の書式に、ご本人・ご家族の退院への意向や支援経過などを記載します。

↓

④ご本人・ご家族へ情報提供の同意を得ます。

↓

⑤ ケアマネジャーがご本人に会いに来た際に様式3を渡し、現状について説明。ご本人の基本情報や支援経過について、情報提供を行います。

5. 作成のポイント

　このシートを円滑に利用するためのポイントは1つです。
そのポイントとは「ケアマネジャーと会う前に事前に作成すること！」です。
このシートを利用することで、現時点でどのような支援計画であるかをご本人・ご家族へ示すことができます。

退院後、本人・家族の意向に沿った在宅生活を支援するためには、入退院時だけでなく、日頃から主治医を初めとする医療関係機関と、介護支援関係機関が連携を重ねていくことが重要です。
出水地区で生活する方々が、尊厳を持って自分らしい生活を続けて行けるよう、医療と介護の連携の構築に取り組んで行きましょう。

参考書籍
平成30年4月版　介護報酬の解釈　（社会保険研究所）
平成30年4月版　医科点数表の解釈（社会保険研究所）
令和2年4月版　医科点数表の解釈（社会保険研究所）
改定2021年度版　介護報酬ハンドブック（シルバー産業新聞社）

作成日 ： 2015年 4月
改訂日 ： 2019年 12月
改定日 ： 2021年 11月