

伊勢地区入退院連携マニュアル

伊勢地区
在宅医療・介護連携支援センター「つながり」

目 次

1. 目的	1
2. 入退院連携マニュアル使用対象	1
3. 入退院連携マニュアル使用対象者	1
4. 担当者居宅介護支援事業所が不明な時の相談窓口	2
5. 介護保険認定に関する窓口	3
6. 介護サービス利用の標準的対応の流れ	
介護申請→居宅介護支援事業所へ居宅介護支援の流れ・要介護者	4
7. 介護予防サービス利用の標準的対応の流れ	
介護申請→介護予防支援の流れ・要支援者	5
8. 伊勢地区入退院支援の流れ	
介護認定を受けている人	6～8
9. 各病院の窓口	9
10. 入院時情報提供書について	9

参考資料

医療・介護連携に係る主たる報酬算定の流れ	10
伊勢地区入退院支援の流れ	
介護認定を受けている人	11～13
医療・介護報酬における連携項目	
病院	14～17
診療所	17
訪問看護	18
居宅介護支援事業所	18
ケアマネジメントの基本的な流れ	19～20
居宅介護支援のポイント	21～22

様式

入院時情報提供書	様式1-1・様式1-2
入院時情報提供書送付表	様式2
退院・退所情報記録書	様式3
退院時情報提供書	様式4

1. 目 的

高齢者等が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の医療・介護関係団体が連携して包括的かつ継続的な体制を整える地域包括ケアシステムの構築が求められています。その中で高齢者等の入退院にあたり、病院と在宅の切れ目のない支援が行われる必要があります。

病院から在宅へ継続した支援が行われ、在宅で安心して療養ができる環境を作ること为目标として、病院入退院支援関係者、ケアマネジャー及び市町等関係者機関が協力して、入退院時の連携が取れるよう、伊勢地区における入退院連携マニュアルを作成し、入退院調整のルールを策定します。

2.入退院連携マニュアル使用対象

- (1)地域（伊勢市 玉城町 度会町 南伊勢町）
- (2)医療機関
- (3)居宅介護支援事業所及び介護保険関係事業所等

3.入退院連携マニュアル対象者

- (1)介護保険の認定を受けている人
- (2)介護保険の認定を受けていなくても、在宅での介護が想定され、病院担当者が退院支援の必要性を感じた人

★ 病院が「この人には退院支援が必要と考えられる！」と判断する患者の状態像（めやす）

疾患・心身機能	在宅で医療的ケアを必要とする疾患がある
活動 (ADL・IADL)	日常生活の基本動作介助が必要である
人的環境	独居世帯・キーパーソン不在で解決すべき課題がある
物理的環境	環境整備や経済的課題がある

これらの状態に該当するようであれば、「退院支援が必要」「もしかしたら介護保険の申請が必要かもしれない」と判断してください。

4. 担当居宅介護支援事業所（担当居宅支援専門員）が不明な時の相談窓口

	連絡先	所在地	電話
伊勢市	介護保険課 介護認定係	伊勢市岩渕 1-7-29	0596-21-5647
	福祉生活相談センター 総合相談係	伊勢市岩渕 1-7-29	0596-21-5583
玉城町	保健福祉課 地域共生室	度会郡玉城町勝田 4876-1	0596-58-7373
度会町	長寿福祉課 長寿支援係	度会郡度会町棚橋 1215-1	0596-62-1118
南伊勢町	高齢者支援課 介護支援係	度会郡南伊勢町五ヶ所浦 3057	0599-66-1709

個人情報保護の観点から、市町への問い合わせ前に病院担当者は本人の同意の許可を得てください。
（本人の同意が得られない病状の時は、親族に同意の許可を得てください。）本人及び親族から同意許可を得ていることを市町へ伝えてください。

～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、個人情報の保護に細心の注意を払わなければなりません。

しかし、個人情報の保護を優先することにより医療介護連携が円滑に行われなければ、結果的に患者、利用者に不利益を及ぼすことになります。

医療介護関係者間の連携が円滑に行われるために厚生労働省から出ている「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」を参考にしてください。

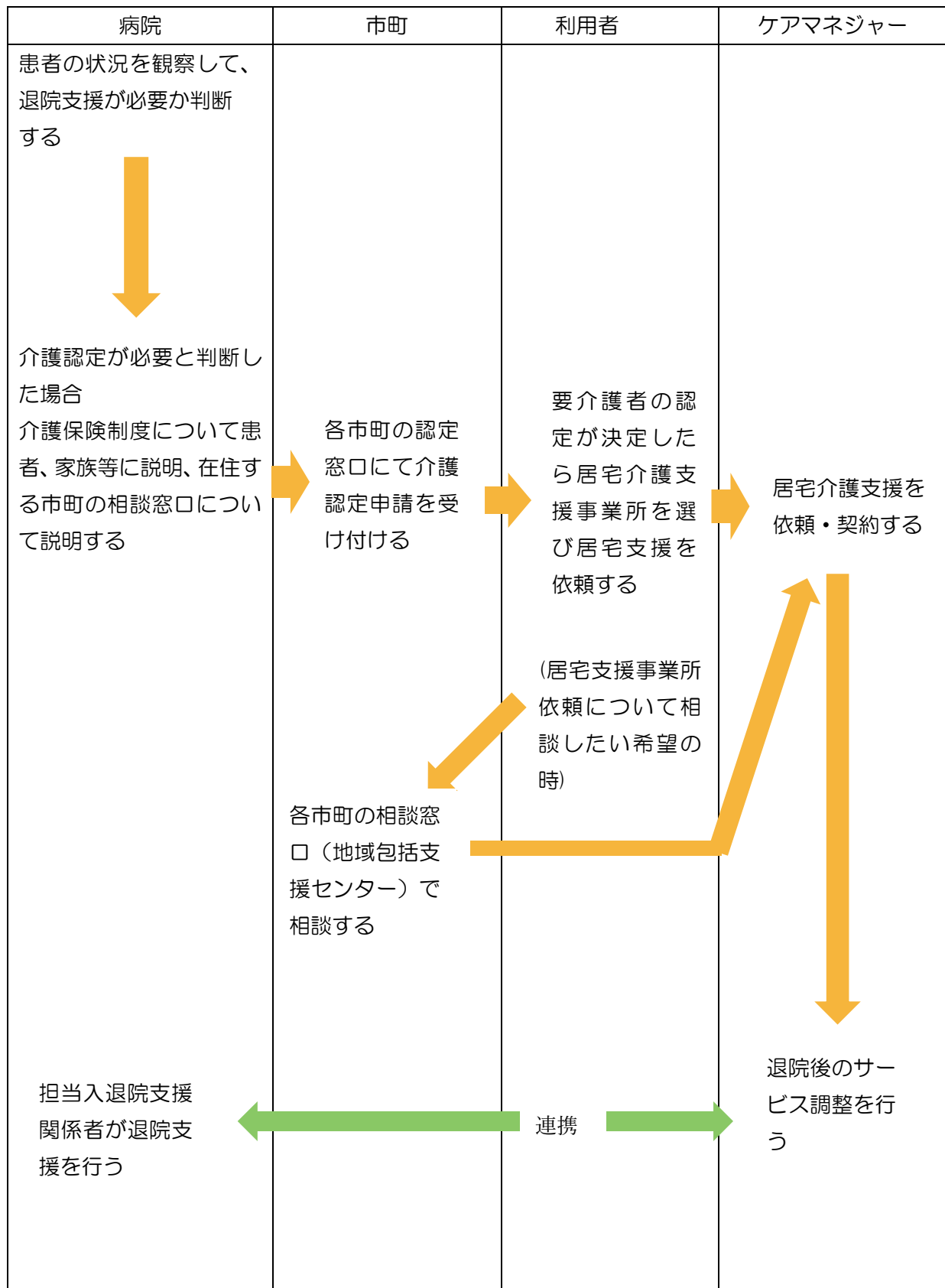
- 医療機関は患者に対して、院内掲示等で利用目的の周知を図る。
- 居宅介護支援事業者は利用者との契約時に契約書や重要事項説明等で関係機関との情報連携について同意が取れているか確認の上、必要に応じて個人情報の使用について、適切な取り扱いを行ってください。

5. 介護保険認定に関する窓口

	連絡先	所在地	電話
伊勢市	① 介護認定窓口 介護保険課 介護認定係	伊勢市岩渕 1-7-29	0596-21-5647
	② 本人・親族で申請が困難な場合の 相談窓口		
	・伊勢市東地域包括支援センター	伊勢市二見町茶屋 456-2	0596-44-1165
	・伊勢市五十鈴地域包括支援センター	楠部町若ノ山 2605-13	0596-20-5500
	・伊勢市北地域包括支援センター	馬瀬町 1094-9	0596-65-5070
	・伊勢市中部地域包括支援センター	伊勢市八日市場町 13-1	0596-27-2424
	・伊勢市南地域包括支援センター	伊勢市二俣町 577-9	0596-21-0080
	・伊勢市西地域包括支援センター ・福祉生活相談センター総合相談係	伊勢市小俣町元町 536 伊勢市岩渕 1-7-29	0596-20-5055 0596-21-5583
玉城町	① 介護認定窓口 保健福祉課 地域共生室	度会郡玉城町勝田 4876-1	0596-58-7373
	② 本人・親族で申請が困難な場合の 相談窓口		
	・保健福祉課 地域共生室	度会郡玉城町勝田 4876-1	0596-58-7373
度会町	① 介護認定窓口 長寿福祉課 地域福祉係	度会郡度会町棚橋 1215-1	0596-62-1186
	② 本人・親族で申請が困難な場合の 相談窓口		
	・長寿福祉課 長寿支援係 (度会町地域包括支援センター)	度会郡度会町棚橋 1215-1	0596-62-1118
南伊勢町	① 介護認定窓口 高齢者支援課 介護支援係	度会郡南伊勢町五ヶ所浦 3057	0599-66-1709
	② 本人・親族で申請が困難な場合の 相談窓口		
	・南伊勢町地域包括支援センター 南勢窓口	度会郡南伊勢町五ヶ所浦 3057	0599-66-1162
	・南伊勢町地域包括支援センター 南島窓口	度会郡南伊勢町村山 1132-1	0596-76-1500

6. 介護サービス利用の標準的対応の流れ

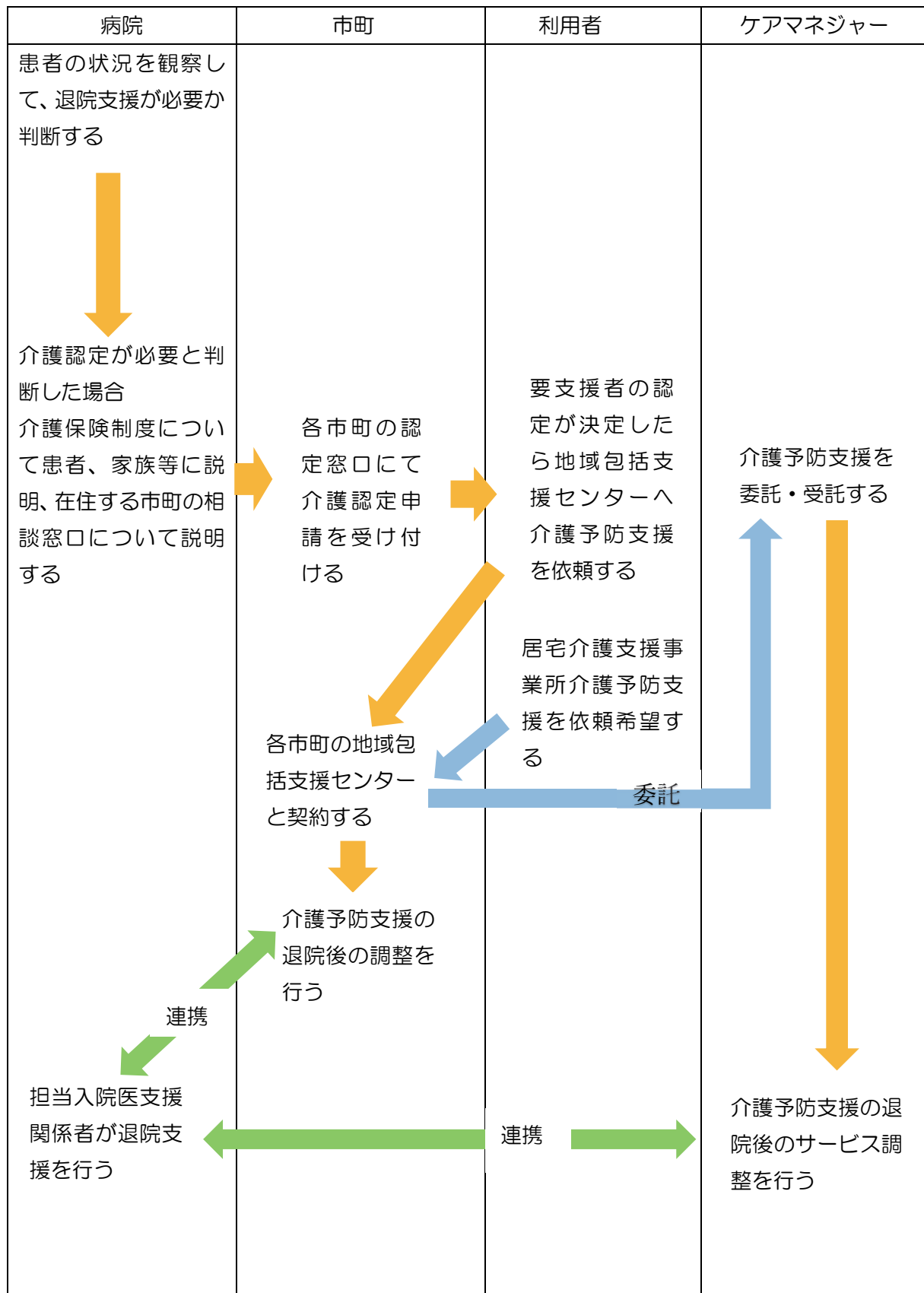
(介護申請→居宅介護支援事業所へ居宅介護支援の流れ・要介護者)



ご不明な点は在住各市町地域包括支援センターへご相談ください

7. 介護予防サービス利用の標準的対応の流れ

(介護申請→介護予防支援の流れ・要支援者)



ご不明な点は在住各市町地域包括支援センターへご相談ください

8. 伊勢地区入退院支援の流れ

介護認定を受けている人

	病 院	担当ケアマネジャー
入院前	《目的》入院予定の利用者の在宅での状態を入院前に把握し入院中の計画書作成に役立てる 入院中の看護・栄養管理等の療養支援計画を立てる	
入院後7日まで	《目的》入院前の利用者の状態を把握するためケアマネジャーと連携を行う ① 入院時連絡（本人・家族の許可を得る）入院したことを担当マネージャーに連絡（TelまたはFax等で）する（入院時情報提供書を受けとったら様式2の入院時情報提供書送付表の受け取り確認記録に記入して返送する	《目的》在宅での情報を入退院支援関係者に提供し連携体制を整える ② 入院時情報提供書の送付 在宅での利用の様子を病院へ情報提供（様式1に記入し様式2の入院時情報提供書送付表をつけて送付する） （医療機関が送付を希望した場合利用者の同意を得て医療機関に送付する）
退院見込みがわかった	《目的》直接ケアマネジャーと面談して利用者の情報を共有する ③ 退院の見通しが立ったらケアマネジャーに連絡する 介護サービス等の方向性や具体的内容の指導・助言を行う	《目的》主治医の治療方針等利用者の状態を把握しケアプラン作成準備に取り組む ④ 入退院支援関係者へ連絡をして、病院へ訪問して利用者・入退院関係者と面会し身体的情報等を把握する 医療ニーズの高い利用者は医療関係事業所と連携を行う
退院が決まったら	《目的》利用者が退院後の生活を不安なく過ごすためケアマネジャーと連携する ⑤ 主治医より退院許可が下りたことをケアマネジャーへ連絡する	《目的》利用者の身体的精神的状況を把握し、課題の抽出を行う ⑥ 利用者情報の収集と退院に向けた支援開始する

情報提供

アセスメント

アセスメント

	病 院	担当ケアマネジャー
退院に向けて	《目的》利用者の円滑な在宅療養へ移行できるようケアマネジャーと連携しながら退院前カンファレンスを開催し退院支援を行う ● 必要に応じて退院前訪問を実施する ⑦ 退院前カンファレンスを開催しケアマネジャーに利用者の入院・入院前と異なった心身状態を知らせ、介護サービス等の具体的な内容を指導・助言する	《目的》円滑な在宅生活へ移行できるようケアプラン原案を作成する ● 福祉用具、住宅改修等の調整のため病院関係者と同行訪問する ⑧ 入退院関係者が開催するカンファレンスへ参加し課題を抽出し在宅生活に向けたサービス調整を行うサービスの原案を作成する (主治医の意見の中で医療系サービス利用時は、医療系サービス事業所もサービス担当者会議にできる限り出席できるように日程調整を行う)(事業所独自の退院退所情報記録書か様式3に記入する) サービス内容が決定されたら、サービスの原案に基づきサービス利用事業所を集めサービス担当者会議を開催しサービス内容を確認する
	《目的》ケアマネジャーに退院日時を知らせ、サービス開始の準備の支援を行う ⑨ 主治医が許可し、利用者が病院関係者と決めた退院日時をケアマネジャーに病院関係者が連絡する。病院関係者は利用者の身体的生活環境等のケアプラン作成に必要な情報提供を準備する	《目的》利用者が安心して在宅生活へ移行できるようケアプラン原案を基にケアプランを作成する ⑩ 退院前カンファレンスで入退院支援関係者から得た利用者の心身状態の情報を基にケアプラン原案からケアプランを作成する 利用者等にケアプラン説明を行い同意を得る 在宅主治医、サービス事業所等へ退院日時を連絡しサービス開始日を決定する

ケアプラン原案作成

ケアプラン作成

	病 院	担当ケアマネジャー
退 院 後	《目的》医療ニーズの高い利用者が、退院後に安心安全に在宅療養に移行継続できるよう支援する	《目的》医療機関等の求めで在宅での医療ニーズの課題を抽出しサービス調整を行う
	⑪ 医療ニーズの高い（抗がん剤治療中/気管カニューレ使用中/腹腔透析や血液透析・在宅酸素療法・中心静脈栄養法等を行っている/人工肛門・人工膀胱増設している/真皮を超える褥瘡がある）利用者宅を必要に応じて入院医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等が訪問し在宅療養の指導を行う	⑫ 医療機関等の求めで医療機関等職員とともに居宅でカンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行う （医療機関が希望したら、利用者等の同意を得て、ケアプランを医療機関へ送付する）

ケア
プ
ラ
ン
変
更

9. 各病院の窓口

病院名	住所	電話	F a x
市立伊勢総合病院 地域医療連携課	516-0014 伊勢市楠部町 3038	(0596) 23-5111(代)	(0596) 29-2576
伊勢赤十字病院 医療社会事業課	516-8512 伊勢市船江 1 丁目 471 番地 2	(0596) 28-2171(代)	(0596) 65-5107
伊勢慶友病院 地域連携室	516-0041 伊勢市常磐 2 丁目 7 番 28 号	(0596) 26-3347(直)	(0596) 26-3363
伊勢田中病院 地域連携室	516-0079 伊勢市大世古 4 丁目 6-47	(0596) 25-3111(代)	(0596) 20-5087
町立玉城病院 入退院調整部門	519-0414 度会郡玉城町佐田 881	(0596) 58-3039(代)	(0596) 58-7299
町立南伊勢病院 地域連携室	516-0101 度会郡南伊勢町五ヶ所浦 2629	(0599) 66-0011(代)	(0599) 66-2050
南島メディカルセンター 地域連携室	516-1306 度会郡南伊勢町 ^{たしからうら} 慥柄浦 1 番 1	(0596) 72-0001(代)	(0596) 72-2312

《ケアマネジャーが病院訪問する際の連絡について》

ケアマネジャーが病室を訪問し、病棟スタッフ・ソーシャルワーカー等から情報を得たい場合は、**事前に上記窓口に連絡してください。**なお、入院中の利用者に面会だけの場合は、事前連絡は不要です。

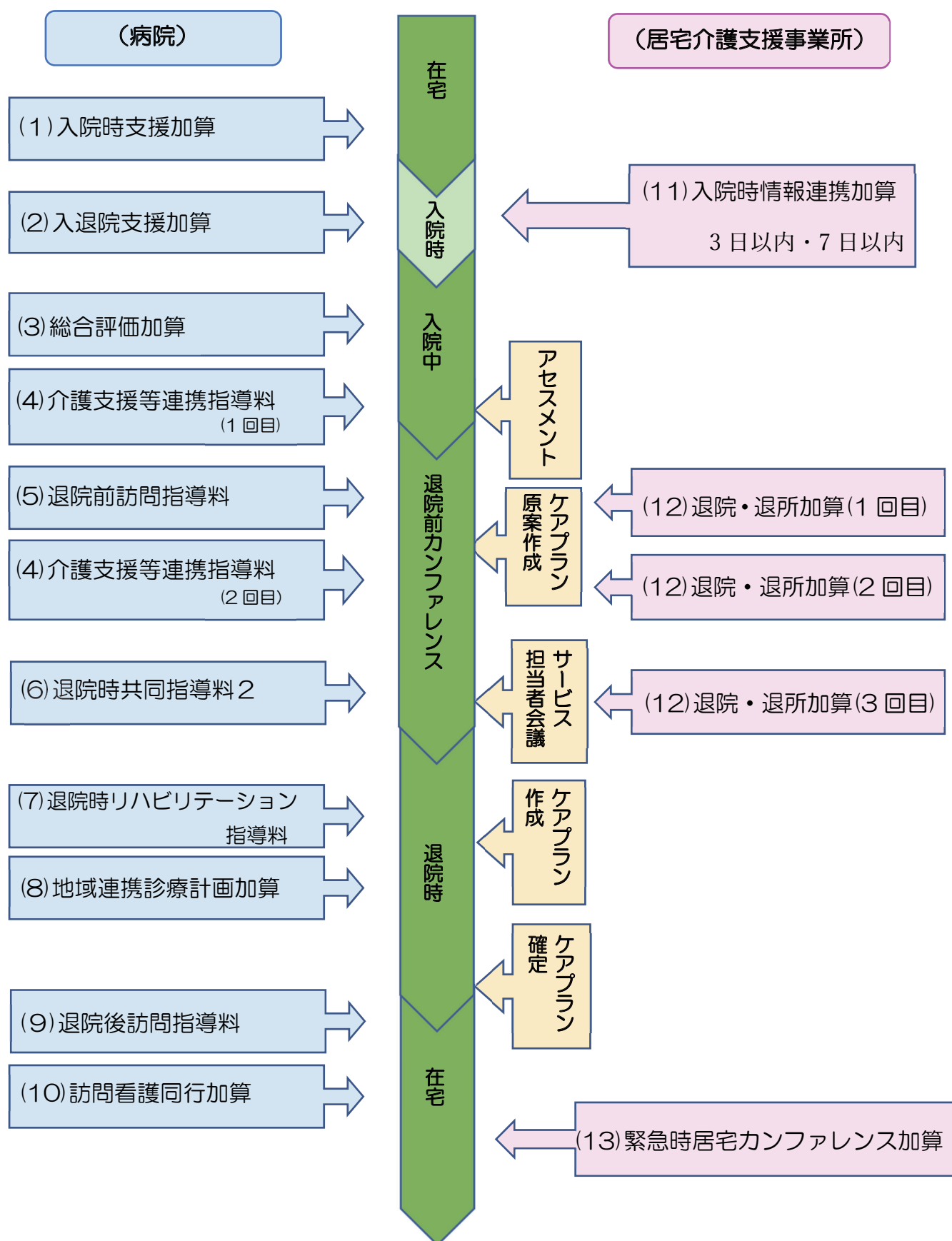
10. 入院時情報提供書について（様式1-1・1-2）

利用者が入院した場合、各病院担当者に連絡したうえで、**入院時情報提供書送付表を添え入院時情報提供書を直接各病院窓口へ持参するかFAXしてください。**なお、入院時情報提供書を各病院へ持参する場合は、下記の各病院窓口を訪ねてください。

病院スタッフは入院時情報提供書を受け取ったら、**入院時情報提供書送付表の受け取り確認記録に受領氏名を記入**し、持参の場合はケアマネジャーに手渡します。又はF a x での受け取りの場合は**F a x にて受け取り確認記録を送付**します。

病院名	窓口	備考
市立伊勢総合病院	患者支援センター内 地域医療連携課	患者支援センターへ届ける
伊勢赤十字病院	患者支援センター内 医療社会事業課	センター奥の事務室入り口を訪ね届ける。なお、不在の場合もあるので、事前に連絡する。スタッフ不在の場合はセンター受付に渡す
伊勢慶友病院	地域連携室	連携室にスタッフ不在の場合は受付に渡す
伊勢田中病院	地域連携室	連携室にスタッフ不在の場合は受付に渡す
町立玉城病院	入退院調整部門	受付を訪ねる
町立南伊勢病院	地域連携室	連携室にスタッフ不在の場合は入院病棟の責任者に渡す
南島メディカルセンター	地域連携室	入院病棟窓口へ届ける

《医療・介護連携に係る主な報酬算定の流れ》



《伊勢地区入退院支援の流れ》

介護認定を受けている人

	病 院	担当ケアマネジャー
入院前	① 入院予定の利用の状態を入院前に把握し情報共有、退院後を見据えた支援に役立てる 〔 (1) 入院時支援加算 〕	
入院7日まで	② 入院時連絡（本人・家族の許可を得る）入院したことを担当マネジャーに連絡（TELまたはFax等で） （入院時情報提供書を受け取ったら様式2の入院時情報提供書送付表の受け取り確認記録に記入して返送する） 〔 (2) 入退院支援加算 (3) 総合評価加算 (4) ①介護支援等連携指導料(1回目) 〕	③ 入院時情報提供書の送付 在宅での利用の様子を病院へ情報提供（様式1に記入し様式2の入院時情報提供書送付表をつけ送付する）  〔 (11)入院時情報連携加算Ⅰ 入院後3日以内 情報提供の方法は問わない (11)入院時情報連携加算Ⅱ 入院後7日以内 情報提供の方法は問わない 〕
退院見込みがでたら	④ 退院の見通しが立ったらケアマネジャーに連絡 入院中の利用者の心身の状態を説明し介護サービス等の方向性や助言を行う 〔 (4) ②介護支援等連携指導料(2回目) (5) 退院前訪問指導料 〕	⑤ 病院の入退院支援関係者へ連絡をして病院へ訪問して利用者・入退院支援関係者と面会し身体的情報等を把握する 

	病 院	担当ケアマネジャー
退院が決まったら	⑥ 主治医より退院許可が下りたことを ケアマネジャーへ連絡	⑦ 入退院支援関係者から利用者情報の 収集を行い退院に向けたサービス提 供の支援のケアプランの原案作成準 備を行う 
退院に向けて	⑧ カンファレンスを開催 し退院支援に 向けた連携を行う 退院前に介護サービス等の具体的な 内容を指導・助言を行いケアプラン 作成に対する支援を行う 〔(4) 介護支援等連携指導料 (2 回目) (6) 退院時共同指導料 2 (7) 退院時リハビリテーション指導料〕	⑨ 入退院支援関係者が開催する退院前カ ンファレンスに参加して、利用者の心身 状態の情報を収集しアセスメント内容 利用者、家族等の在宅でのサービスを踏ま え ケアプラン原案を作成 する 医療ニーズの課題を認める時は、入退 院支援関係者の助言を基に医療サー ビス事業所に相談し、利用者・家族等 の同意を得た上で医療サービス事業 者の退院前カンファレンスへの参加 を考慮する 〔(12)退院退所加算 1 回目 (12)退院退所加算 2 回目 (12)退院退所加算 3 回目〕  ケアプラン原案完成後、利用者・家族等 の承諾を得た上で、利用者・家族等とサ ービス事業所とサービス担当者会議を 開催 して、ケアプラン原案の内容を確認 する 医療系サービスをケアプランに位置づ ける時は主治医等に利用者等の同意を 得た上で意見を求める (退院までにサービスが決定せずケア プラン原案が完成していない時は退院 後、利用者宅等でサービス開始までに開 催する)

	病院	担当ケアマネジャー
退院決定	⑨ 退院日連絡 主治医が許可した退院日をケアマネジャーに連絡 連携に必要な書類の準備 〔(8) 地域連携診療計画加算 〈入退院支援加算に加算〉 〈診療情報提供料 I に加算〉〕	⑩ ケアプラン原案を基に開催したサービス担当者会議から得た課題を整理し、ケアプラン原案の変更・修正等を行いケアプランを作成する  利用者・家族等にケアプランを説明し、同意を得る 在宅の主治医等へ退院日の連絡を行い、ケアプラン原案作成にあたり主治医等の意見を求めた時は、サービス計画書を交付する
退院後	⑪ 医療ニーズの高い患者が在宅で安心して療養生活を送るために患者宅を必要に応じて訪問する 〔(9) 退院後訪問指導料 (10) 訪問看護同行加算〕	⑫ 病院等の求めで病院等職員とともに居宅でカンファレンスを開催して必要な介護サービスの利用調整を行い医療ニーズの高い利用者が安心して療養生活が送れるよう支援する。 〔13) 緊急時等居宅カンファレンス加算〕  緊急時等居宅カンファレンス開催によって抽出された課題によりサービス内容変更の時はサービス担当者会議を開催しサービス計画書変更する

《医療・介護報酬における連携項目》

[病院]

項目	算定要件
(1)入院時支援加算	入院予定が決まった患者に対して、入院中の治療、入院生活に関わる計画に備え入院前に①患者情報の把握②褥瘡の危険因子の評価③栄養状態④服薬中の薬剤⑤入院中の治療・検査の説明⑥入院生活の説明⑦退院困難な要因の有無の評価 を含めた支援を行い入院中の看護・栄養管理等に関わる療養支援計画を立て、患者、関係者と共有した場合に退院時に 1 回に限り算定
(2)入退院支援加算 1 (2)入退院支援加算 2	患者が安心・納得して入退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、医療機関における退院困難者の入退院支援の積極的な取組、施設間の連携等を推進するための評価 ＜入退院支援加算 1 の一般病棟の基本算定要件＞ ★入院後 3 日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出 ★原則 7 日以内に早期に患者、家族と話し合いを実施し、7 日以内に退院支援計画書を作成着手 ★入院後 7 日以内に病棟看護師、病棟専任退院支援職員・退院支援看護師・退院支援MSW等が共同してカンファレンスを開催 ★退院支援計画について文書で患者、家族に説明後交付 ★病棟又は退院支援部門の退院支援職員が、他の医療機関や介護サービス事業所等を訪問し職員と面会して退院・退院体制に関する情報を共有
(3)総合評価加算	医療機関が、入院中の患者であって、介護保険施行令第 2 条各号に規定する疾病を有する 40 歳以上 65 歳以上のものに対して、入院当初から退院後にどのような生活を送れるか念頭に置いて医療を行うことが重要であり、身体機能や退院後に必要となる介護サービス等について総合的な機能評価（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）を行い、入院中の診療や適切な退院調整に活用する取り組みを行った場合に、入院中に 1 回に限り算定

項目	算定要件
(4)介護支援等連携指導料	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、MSW又は介護支援専門員と共同し、患者の心身の状態等を踏まえ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、入院中2回を限度に算定 1回目：入院加療が安定期になった時点で介護サービスの方向性の説明・患者や医療関係者と情報を共有して介護サービスの方向性を説明 2回目：退院前に介護等サービスの具体的な内容を指導・助言
(5)退院前訪問指導料	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、患者宅を訪問し、患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、入院中1回に限り算定
(6)退院時共同指導料2	★入院中の医療機関の医師又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等、MSWが退院後の在宅療養を担う医療機関の医師もしくは医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等、MSW又は在宅療養を担う医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等と共同で退院後の在宅での療養上必要な説明および指導を行った場合に、入院中1回に限り算定 ★入院中の医療機関の医師又は看護師等が、在宅療養を担う医療機関の医師若しくは看護師、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅支援事業所の介護支援専門員、相談支援専門員のうちいずれか3者以上共同で行った場合別算定

項目	算定要件
(7) 退院時リハビリテーション指導料	患者の退院時に患者又はその家族に、患者の病状、患家構造、介護力等を考慮しながら、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、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返還、起座又は李勝訓練、規律訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的退陣関係訓練、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に関する指導を、入院中に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、医師の指示を受けた理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士が保健師・看護師・社会福祉士・精神福祉士とともに指導を行ない退院時共同指導料2を算定していない場合退院日に1回算定
(8) 地域連携診療計画加算 入退院支援加算に加算 診療情報提供料(Ⅰ)に加算	★退院時又は転院時に、他の医療機関又は介護サービス事業所等に患者(あらかじめ地域連携診療計画書を作成し、疾患の治療等を担う他の医療機関又は介護サービス事業所等と共有するとともに、同意を得て、入院時に患者の診療計画を作成、説明し文書で提供したものに限る)の診療情報を文書で提供 ★医療機関に患者(他の医療機関において加算を算定したもので、同意を得て入院時にあらかじめ作成した地域連携診療計画書に基づいて患者の診療計画を作成、説明し文書で提供したものに限る)の診療情報を文書で提供のいずれかの退院支援を行った場合に、退院時1回に限り算定 地域連携診療計画を共有する連携医療機関において、入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定して退院した患者について、地域連携診療計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や在宅復帰後の患者の状況等について、退院月又はその翌月までに連携医療機関に対して情報提供を行った場合に加算
(8) 診療情報提供料(Ⅰ)	医療機関が、診療に基づき患者同意を得て、居宅介護支援専門員等に対して、診療状況を示す文書を添え、患者に関わる保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合月1回算定 退院2週間以内の居宅介護支援事業所等への情報提供について、介護支援等連携指導料を算定していない患者に限り算定可能

項目	算定要件
(9) 訪問看護同行加算	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保健師、助産師、看護師又は准看護師と同行し、必要な指導を行った場合に退院後 1 回に限り退院時訪問指導料に加算
(10) 退院後訪問指導料	★保健医療機関が、退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への意向及び在宅療養の継続の為、患家等を訪問し、患者またはその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、退院した日から 1 月以内に 5 回を限度として算定 ★在宅療養を行う訪問看護ステーションまたは他の保険医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行った場合、訪問看護同行加算として、退院後 1 回に限り加算

[診療所]

項目	算定要件
退院時共同指導料 1	入院中の患者について、地域において患者の退院後の在宅療養を担う医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等、MSWが患者が入院している医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の医療機関の医師又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等、MSWと共同して行った上で、文書により情報提供した場合に入院中 1 回に限り、地域において患者の退院後の在宅療養を担う医療機関において算定

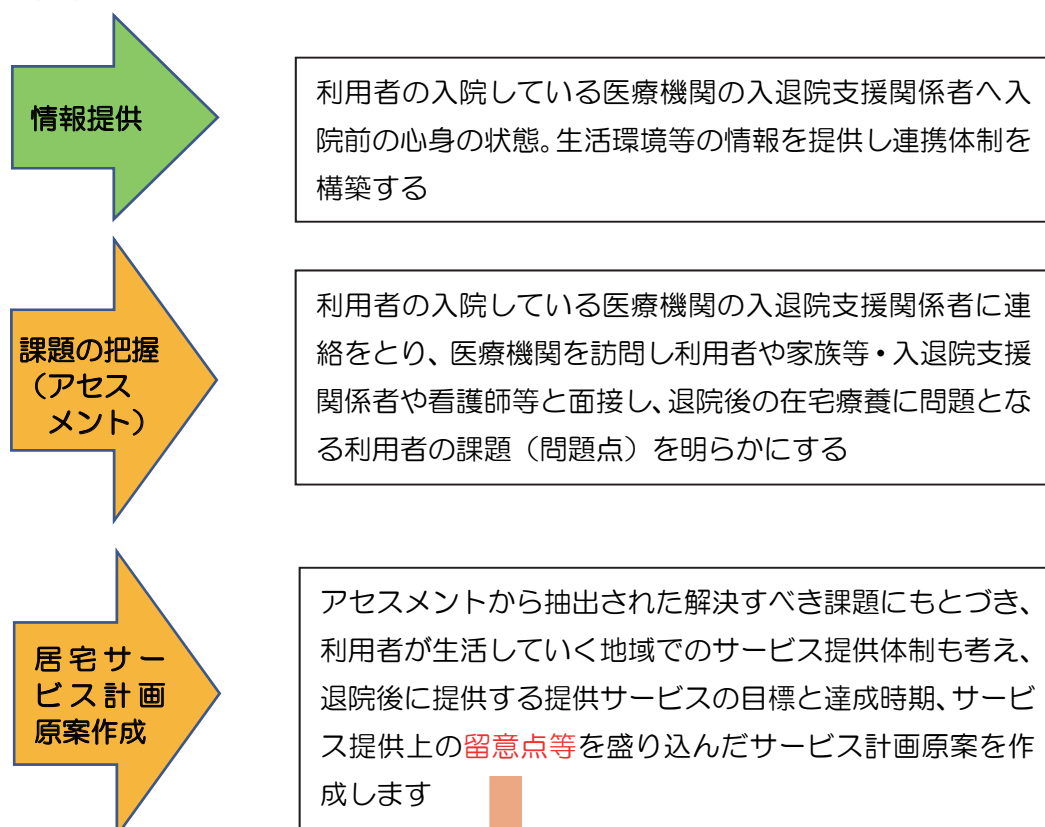
[訪問看護]

項目	算定要件
退院時共同指導加算（医療）	医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の患者が退院、退所にあたり、訪問看護ステーションの看護師等が医療機関・介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、患者又は介護にあたる者に対して在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文章により提供した場合に、退院又は退院後の最初の訪問看護を行った場合、1 回に限り算定
退院時共同指導加算（介護）	病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者が退院又は退所にあたって、訪問看護ステーションの看護師等が退院時共同指導を行った後に、退院又は退所後に利用者に対する初回の訪問看護を行った場合に、1 回に限り算定（初回加算を算定する場合は算定不可）

[居宅介護支援事業所]

項目	算定項目
入院時情報連携加算（Ⅰ） 入院時情報連携加算（Ⅱ）	利用者が病院又は診療所に入院後 （Ⅰ）：3 日以内に （Ⅱ）：7 日以内に 介護支援専門員が医療機関に情報提供を行った場合（訪問あるいは文書など提供方法は問わない）
退院退所加算 連携回数 1 回・2 回・3 回	医療機関や介護保険施設等を退院、退所し居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おこなった場合算定 連携 3 回を算定できるのは、3 回中 1 回以上について、入院中の担当医等との（退院時カンファレンス等）会議に参加して、退院、退所後の在宅での療養上必要な説明をおこなった場合に、入院又は入所期間中につき 1 回に限り算定（初回加算との同時算定は不可）
緊急時居宅カンファレンス加算	病院又は診療所の求めにより、病院又は診療所の職員とともに利用者の居宅を訪問してカンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整をおこなった場合、1 月に 2 回を限度に算定

★ ケアマネジメントの基本的な流れ



■主治医等との連携

ケアマネジャーはサービス担当者会議などを実施、各サービス担当者と連携をとります。特に医療的なケアを検討する場合などは、主治医の医師や歯科医師（主治医等）との連携が重要です。

利用者が、訪問看護や通所リハビリテーションなど医療サービスの利用を希望している場合やその他必要な場合には、ケアマネジャーは利用者の同意を得て、主治医の意見を求めます。

（この場合、ケアプランを作成した際には、主治医等に交付します）その結果、主治医等の指示があった場合に限り、これらのサービスをケアプランに位置づけます。（この場合、主治医等による医学的な観点から留意事項が示された場合は、ケアマネジャーはそれを尊重し、居宅介護支援を行ないます）一方、ケアマネジャーは、サービス事業者等から利用者に係る情報提供を受けた時は、利用者の服薬状況・口腔機能その他必要な情報を利用者の同意を得て主治医等に提供します。又、適切なサービスが行われていても、利用者が自宅で日常生活を営むことが困難になった場合や、利用者からの希望がある場合、ケアマネジャーは介護保険施設への紹介を行います。介護保険施設はそれぞれの医療機能が異なります。そのため主治医の意見を参考に、意見を求め適切に介護保険施設への紹介などを行うものとされています。福祉用具貸与をケアプランに位置づける場合、利用者の医学的所見を要する場合などは医師の診断書・所見の徴収を行いケアプランに記載するものとされています。医学的見地から判断が必要な場合は、主治医等との連携が特に重要です。

平成 30 年 4 月版 介護報酬の解釈・指定基準編：

指定居宅介護支援等（運営基準）第 13 条 19 項～23 項参照）

サービス
担当者
会議

ケアプラン原案が出来上がった後、ケアマネジャーが中心となって各サービス担当者が集まり開催される重要な会議です。サービス担当者会議では、**利用者の状況などに関する情報を各担当者と共有するとともに、担当者の専門的見地より意見を求めて、より質の高いケアプランを作成**します。原則サービス担当者が全員集まるが、やむをえない理由※1がある場合は、照会により意見を求めることができます。※2

サービス担当者会議の開催は**①ケアプラン新規作成②ケアプラン変更③要介護認定の更新認定④要介護状態の変更の時⑤福祉用具貸与や特定福祉用具販売をケアプランに位置づける時**※3に開催します。

⑤は福祉用具の特性と利用者の心身の状況等をふまえ、十分な検討をせず選定した場合、利用者の自立支援が大きく阻害される恐れがある為です。

※1「やむを得ない理由」とは、利用者(末期悪性腫瘍の患者)の心身の状況等により、主治医等の意見を勘案して必要と認められ場合・開催日程調整を行なったが、サービス担当者の事由により参加が得られなかった場合・ケアプランの変更時利用者の状態に大きな変化がみられないなど、軽微な変更の時です。

※2照会の場合も厳密に相互の情報交換を行い、利用者の状況やケアプラン原案の内容を共有します。

※3福祉用具貸与については、ケアプラン作成後も必要に応じて随時開催し、継続の必要性を検証します。継続する場合は理由をケアプランに記載します。

ケア
プラン
作成

サービス担当者会議から得られた情報を整理し、ケアプラン原案を利用者・家族等に説明し同意を得ます。同意を得た後ケアプラン(居宅サービス計画書)を作成し利用者・家族等に説明後同意を得ます。

サービス利用表・サービス提供表作成

利用者にサービス利用表を交付

サービス事業所にサービス提供表送付

介護支援事業所保管

★ 居宅介護支援のポイント

従うべき基準

事業所の運営規定の概要やケアマネジャーの勤務体制、秘密の保持や事故発生時の対応、苦情処理の体制等、利用者サービスを選択するために必要な重要事項を、説明書パンフレット等の文書を交付して説明し、居宅介護支援を受けることの同意を得る

ケアプランは、基本方針や利用者の希望にもとづき作成されるものであり、複数のサービス事業所等の紹介を求めることやサービス事業者等の選定の理由を求めることが可能である事等について説明し、理解を得る

ケアプランの構成

第1表/居宅サービス計画書(1)

- ① 基本事項
- ② 利用者及び家族の生活に対する意向
どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいのかについての課題分析結果
- ③ 総合的な援助の方針
課題分析により抽出された生活全般の解決すべき課題に対応し、どのようなチームケアを行おうとするのかの方針
- ④ 生活援助中心型の算定理由

第2表/居宅サービス計画書(2)

- ① 生活全般の解決すべき課題
- ② 目標(長期目標・短期目標)と③(長期目標・短期目標についての)期間
- ④ サービス内容と⑤保険給付の対象か否かの区分
- ⑥ サービス種別 ⑦頻度・期間

第3表/週間サービス計画表

- ① 週体位の、各曜日・時間帯ごとのサービス内容
- ② 週単位以外のサービス

第4表/サービス担当者会議の要点

- ① 基本的な事項 ②検討したい項目 ③検討内容 ④結論
- ⑤残された課題

ケア
プラン
の
構
成

第5表/居宅介護支援経過

モニタリングを通じて把握した、利用者や家族の意向・満足度等・
援助目標の達成度・事業所との調整内容・計画変更の必要性

第6表/サービス利用票（兼居宅サービス計画書）

- ① 基本的な項目
- ② 月間サービス計画および実績の記録
提供時間・サービス内容・事業所名

第7表/サービス利用票別表

事業所ごとのサービス内容／種類や保険対象分費用・利用者負担
等

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				ケアマネジャー名			
				TEL		FAX	

フリガナ							
氏名		様		性別		生年月日	年 月 日 (歳)
住所						TEL	
入院歴	最近の入院	☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明	期間	年 月 日 ~ 年 月 日 () 病院			
	頻度	☐ 頻度高い／繰り返している ☐ 頻度は低いがこれまでもある ☐ 今回が初めて					
既往歴							
入院前に実施している医療処置		☐ 無 ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 吸痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃瘻 ☐ 経管栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 人工膀胱 ☐ 人工肛門 ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射 () ☐ その他 ()					
かかりつけ医について	医療機関					医師名	
	診療方法	☐ 通院 ☐ 訪問診療 ☐ 往診 頻度 () 回／月					
お薬	内服薬	☐ 無 ☐ 有 ☐ かかりつけ薬局 ()					
	管理	☐ 自己管理 ☐ 他者管理 (管理者： 方法：)					
	服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い ☐ 服薬拒否					
介護保険	☐ 介護度 () 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
	☐ 申請中 (申請日 /) ☐ 区分変更 (区分日 /) ☐ 未申請 割合 ()						
障害高齢者の日常生活自立度		☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2					
認知症高齢者の日常生活自立度		☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M BPSD ☐ 無 ☐ 有					
上記 日常生活自立度の判断		☐ 主治医 ☐ ケアマネジャー					
障害認定	☐ 無 ☐ 有 (☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 知的)			障害手帳	☐ 無 ☐ 有 (☐ 申請中 /)		
家族状況	☐ 独居 ☐ 高齢者のみ () ☐ その他 () ☐ 日中独居						
家族との関係							
介護者	主介護者氏名	() 関係 () ☐ 同居 ☐ 別居 TEL					
	キーパーソン氏名	() 関係 () ☐ 同居 ☐ 別居 TEL					
意向	本人入院前の意向						
	家族入院前の意向					同居の有無	☐ 同居 ☐ 別居
退院後	☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 不明 ☐ 主介護者氏名 ()						
入院前サービス利用	☐ デイサービス ☐ デイケア ☐ ホームヘルパー ☐ 訪問入浴 ☐ ショートステイ ☐ 住宅改修						
	☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問看護 ☐ 福祉用具レンタル ☐ 福祉用具購入 ☐ 居宅療養管理指導						
	☐ インフォーマルサービス ()						

状 況						備 考	
動 作	寝返り	☐ できる ☐ つかまれば可 ☐ できない					
	起き上がり	☐ できる ☐ つかまれば可 ☐ できない					
	座位保持	☐ できる ☐ 支えれば可 ☐ できない					
	移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	歩行	☐ できる ☐ つかまれば可 ☐ できない					
	補助具	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他 ()					
栄 養	栄養摂取	☐ 経口	☐ 経管栄養	水とろみ	☐ 無 ☐ 有		
	形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー					
口 腔	義歯	☐ 無 ☐ 有 (☐ 部分 ☐ 総)					
	口腔ケア	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	嚥下機能	☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 常にむせる					
排 泄	排尿	☐ 自立 ☐ トイレ ☐ Pトイレ ☐ オムツ ☐ その他					
	排便	☐ 自立 ☐ トイレ ☐ Pトイレ ☐ オムツ ☐ その他					
更衣清潔	入浴	☐ 自立 ☐ 清拭 ☐ 一般浴 ☐ 特浴 ☐ 訪問入浴					
	衣服着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
認 知	物忘れ	☐ 無 ☐ 有 本人自覚 ☐ 無 ☐ 有					
	問題行動	☐ 無 ☐ 幻視幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他					
コミュニケーション	意思疎通	☐ 可 ☐ 不可 本人自覚 ☐ 無 ☐ 有					
	言語障害	☐ 無 ☐ 失語 ☐ 講話障害					
そ の 他	視力	☐ 問題無 ☐ やや困難 ☐ 困難			眼鏡	☐ 無 ☐ 有	
	聴力	☐ 問題無 ☐ やや困難 ☐ 困難			補聴器	☐ 無 ☐ 有	
外 出	外出頻度	☐ 週2回以上 ☐ 週1回 ☐ 月2～3回 ☐ 無					
	外出目的	☐ サービス利用 ☐ 通院 ☐ 趣味 ☐ その他					
(特記事項)							
個人情報提供について同意		ケアプラン添付		退院時連絡希望			
☐ 有		() 枚		☐ 有 ☐ 無 (理由:)			

(様式 2)

入院時情報提供書送付表

発信日 令和 年 月 日

様

事業所名 _____

担当者名 _____

TEL : _____

Fax : _____

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

貴病院へ 年 月 日入院されました

様の入院時情報提供書を
送付させていただきます。

ご確認の上、下記の欄にご記入いただき、

へご返送をお願い申し上げます。

敬具

送付枚数 _____ 枚 (送付表含む)

.....

受け取り確認記録	
病 院 名	
受け取り確認日	令和 年 月 日 時 分
受け取り者氏名	

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		
	今後の医学管理	医療機関名:			方法	☐ 通院 ☐ 訪問診療	
① 疾患と入院(所)中の状況	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)			
		☐ なし ☐ あり					
症状・病状の予後・予測							
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。

(様式4)

記入日: 年 月 日
入院日: 年 月 日
情報提供日: 年 月 日

退院時情報提供書

年 月 日

居宅介護支援事業所

事業所名

ケアマネージャー名

医療機関

医療機関名

担当者名

Tel :

Fax :

氏名		様		☐ 男 ☐ 女	☐ M ☐ T ☐ S ☐ H	年 月 日生(歳)	
住所					Tel		
入院期間		年 月 日～ 年 月 日		☐ 予定 ☐ 決定	担当医		
入院中に実施している医療処置		☐ 無 ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 吸痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃瘻 ☐ 経管栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道注射 ☐ 人工膀胱 ☐ 人工肛門 ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 尿道カテーテル(挿入日 / 交換予定日 /) ☐ その他()					
傷病名		かかりつけ医への情報提供 ☐ 無 ☐ 有					
退院時の病状							
内服薬		☐ 無 ☐ 有 処方日 / 日 日分 (処方薬)					
受診日		☐ 無 ☐ 有 (月 日 時 分予約) 他科受診 ☐ 無 ☐ 有 (科)					
介護保険		☐ 無 ☐ 要支援 () ☐ 要介護 () ☐ 申請中(申請日 /) ☐ 区分変更(区変日 /)					
動作	寝返り	☐ できる ☐ つかまれば可 ☐ できない			起き上がり	☐ できる ☐ つかまれば可 ☐ できない	
	座位保持	☐ できる ☐ 支えれば可 ☐ できない			移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	歩行	☐ できる ☐ つかまれば可 ☐ できない			補助具	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他()	
栄養 口腔	栄養摂取	☐ 経口 ☐ 経管栄養		形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害 (☐ とろみ有 ☐ とろみ無) ☐ ミキサー		
	口腔ケア	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			食事介助	☐ 無 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他()	
排泄	排尿	☐ 自立 ☐ Pトイレ ☐ オムツ ☐ その他			排便	☐ 自立 ☐ Pトイレ ☐ オムツ ☐ その他	
清潔 更衣	入浴	☐ 自立 ☐ 清拭 ☐ 特浴 ☐ 入浴せず			衣服着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
認知	問題行動	☐ 無 ☐ 幻視幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他()					
入院後に必要と考えられる医療処置		☐ デイサービス ☐ デイケア ☐ ホームヘルパー ☐ 訪問入浴 ☐ ショートステイ ☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問看護 (☐ NS ☐ PT) ☐ 住宅改修 (場所:) ☐ 福祉用具レンタル (☐ ベッド ☐ 褥瘡予防マット ☐ 車椅子 ☐ 歩行器 ☐ 杖 ☐ その他 ()) ☐ 福祉用具購入 (☐ Pトイレ ☐ 入浴椅子 ☐ その他 ())					
備考							

※ 2020 年 10 月 改訂

※ 2020 年 2 月 改訂

※ この入退院連携マニュアルは、伊勢地区在宅医療・介護連携推進協議会の入退院連携部
会において作成しました。(2019 年 4 月 1 日)

伊勢地区

在宅医療・介護連携支援センター「つながり」

〒516-0035

伊勢市勢田町 613-12

伊勢地区医師会館 1 階

TEL : 0596-63-5637

FAX : 0596-63-5638

E-mail : tsunagari-soudan@beach.ocn.ne.jp