

高松市 入退院支援ルール



令和3年7月

高松市在宅医療介護連携推進会議/高松市

目 次

ページ

1	背景	1
2	作成経過	1
3	目的	2
4	共通事項	2
5	運用に関する留意事項	2
6	個人情報の取り扱いについて	3
7	入退院支援の流れとポイント	4～6
8	医療と介護のスムーズな連携のための7か条	7
9	入退院支援情報共有シート	8～9
10	新型コロナウイルス感染症に関する情報	9
11	関係機関に関する情報	9
12	資料	
	資料1：入退院支援情報共有シート	
	資料2：利用者・ご家族の皆さまへ	
	資料3：入退院支援にかかる診療報酬・介護報酬一覧	



1 背景

超高齢社会を迎え、要介護認定者や認知症高齢者、医療ニーズの高い方、長期の療養を必要とする方などが増加しています。高齢や病気、障がい等で医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築が求められています。

このような中、本市におきましては、平成 26 年度から、現状の課題抽出と対応策の検討を行うため、高松市在宅医療介護連携推進会議を設置し、「退院支援・医療介護連携部会」において、課題の一つである、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築と医療・介護関係者の情報共有の支援について、コロナ禍における感染症対策も踏まえた情報共有の検討を始めました。

2 作成経過

毎月部会を開催すると共に、「医療介護連携ミーティング」を開催し、医療・介護・福祉等の多職種の方々と協議を重ねながら、在宅医療と介護の連携と情報共有の支援を行うためのツールである「入退院支援ルール」を作成しました。

◆ 医療介護連携ミーティングの開催状況

年度	回数	内 容
平成 28 年度	3 回	○入退院支援ルールの趣旨を説明し、共通認識を図る。 ○厚生労働省の職員による地域包括ケアに関する講演や徳島市における在宅医療の取組に関する講演等を実施し、他自治体の現状について学ぶ。
平成 29 年度	4 回	○各職能団体においてアンケート調査を実施し、退院調整・多職種連携に関する現状と課題を把握する。 ○診療報酬・介護報酬改定の概要について説明し、国の動向を理解する。
平成 30 年度	4 回	○ICT を活用した情報連携システム（MCS：メディカルケアステーション）について、今後の活用の方向性を検討する。
令和元年度	2 回	○入退院支援ルールの作成に向け、下記の内容について、多職種によるグループ討議を行う。 ・入退院時における医療介護連携の現状と課題 ・高松市入退院支援ルール（案）について ・入退院支援情報共有シート(案)について ・医療介護・多職種連携をスムーズに進めるためのポイントについて

◆ 医療介護連携ミーティング参加者の職種内訳

医師、歯科医師、薬剤師、保健師・看護師、訪問看護師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、歯科衛生士、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員、生活相談員など



医療介護連携ミーティング（R1.7.21 開催）

3 目的

「高松市入退院支援ルール」は、医療と介護・福祉が連携を図ることにより、地域から病院、病院から地域へと円滑に移行できる環境を整備し、様々な医療・介護を必要とする人が、安心して自分らしい生活を継続していくことを支援します。

4 共通事項

(1) 適用地域 高松市全域

(2) 運用開始時期 令和3年7月

(3) 対象者



高松市内の医療・介護福祉施設を利用する、①～③のいずれかに該当する利用者・患者

- ① 入院前に介護保険サービスを利用している方
- ② 退院後に新たに介護保険サービスの利用を必要とする方
- ③ 医療施設等の担当者が、退院支援が必要と判断した方

【対象外のケース】

下記のいずれかに該当する場合は、この入退院支援ルールの対象外とします。

- ・短期入院や検査入院等で、状態変化がない場合
- ・化学療法等を目的として入退院を繰り返している方で、大きな状態変化がない場合
- ・小児科領域

(4) 関係者

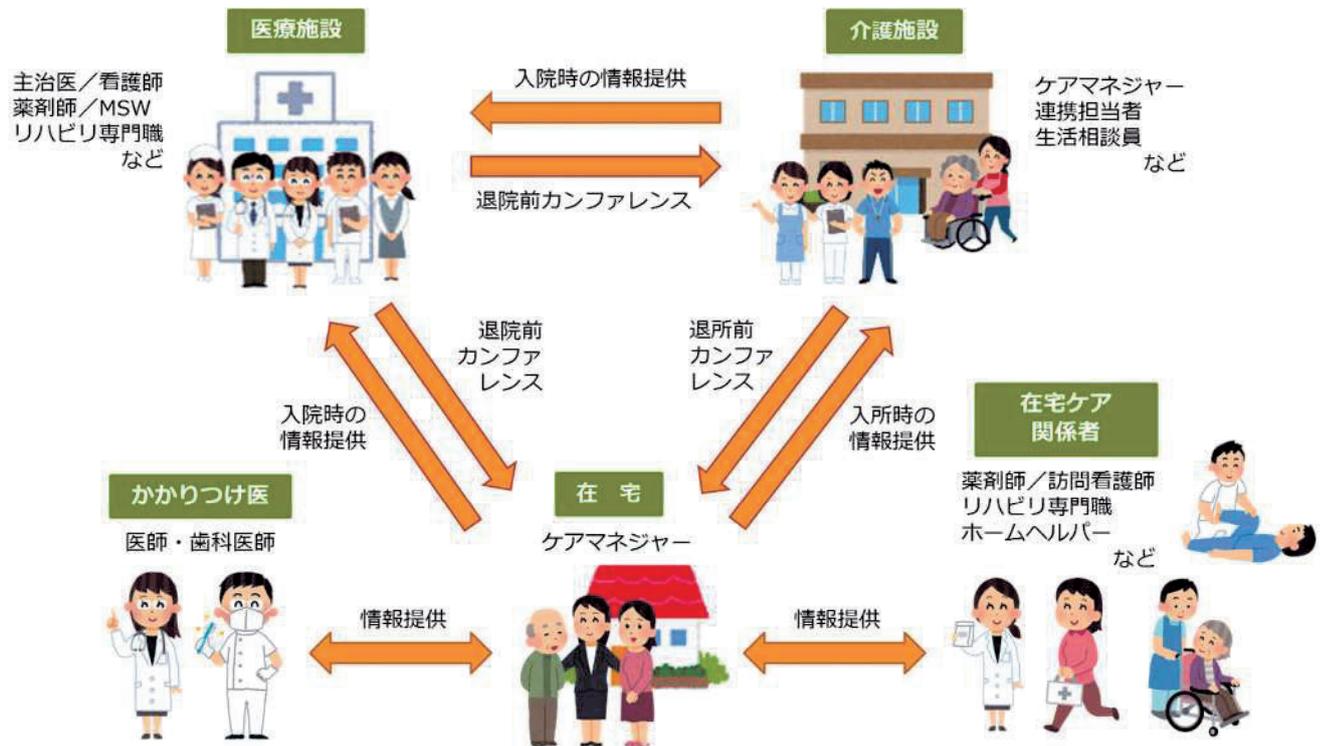
高松市内の医療・介護福祉施設に勤務する医療・介護・福祉職等

医師、歯科医師、薬剤師、保健師・助産師・看護師・准看護師、歯科衛生士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、管理栄養士、社会福祉士・精神保健福祉士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護福祉士、相談支援専門員、福祉用具相談員 等

5 運用に関する留意事項

- この「入退院支援ルール」は、医療と介護・福祉等の関係者が連携して、利用者・患者が、自宅や介護施設と医療施設をスムーズに移行できるよう、必要な情報を共有するための基本的な流れを示したものです。情報共有の方法やカンファレンスの可否・時期・回数等については、入院の内容や本人の生活環境等に応じて、医療施設の担当者とケアマネジャー等で調整して決定してください。
- 「入退院支援情報共有シート」は、関係者の意見をとりまとめたものであり、**本様式の使用を強制したり、各医療施設や事業所等の既存様式の使用を妨げたりするものではありません。**既存様式がない場合や、様式の見直しをする機会の参考として使用してください。
- ルールの運用開始後は、関係者により定期的に検証し、必要な見直しを行います。（半年に1回程度）

◆ 入退院支援情報共有シートの使用場面（例）



6 個人情報の取り扱いについて

個人情報の利活用については、慎重な対応が必要です。

- ケアマネジャーは、入院時、医療施設に利用者・患者情報の提供を行う場合や、退院前カンファレンス及びサービス担当者会議などにおいて、利用者・患者情報の提供を行う場合は、事前に本人・家族の同意を文書により得ておく必要があります。
- ケアマネジャーは、居宅介護支援等の契約時に、ケアプランに位置付ける医療・介護事業者に限って個人情報を提供することについて、本人・家族に同意を得ておきましょう。
- 医療施設担当者は、入院時、利用者・患者情報を退院時カンファレンス等を含め、ケアマネジャー・介護サービス事業者等へ情報提供するために、本人・家族に同意を得ておきましょう。
- 医療施設においても、医療と介護・福祉の連携で必要な情報提供について、本人・家族に対して院内掲示等で利用目的の周知を図っておきましょう。
- 利用者・患者の個人情報を電子メール等で情報交換する場合は、各医療施設及び事業所における情報セキュリティ対策に基づき、情報の流出防止対策を十分に行うことが必要です。



7 入退院支援の流れ（P.6 参照）とポイント

日頃の備え（入院前）

- ・ 本人の希望や思いに沿った選択ができるよう、家族や医療・介護関係者等で話し合っておく。
- ・ ケアマネジャーの連絡先等を、医療保険証や介護保険証・負担割合証、お薬手帳等と合わせて保管しておき、医療施設に入院する際には持参するよう、本人や家族に依頼する。
※ 本人・家族へのご説明の際は、「資料2：利用者・ご家族の皆さまへ」をご活用ください。

① 入院の連絡（医療施設→ケアマネジャーまたは、ケアマネジャー→医療施設）

- ・ 医療施設担当者は、介護保険証を確認し、介護認定を受けているか否か、有効期限を確認する。
- ・ 医療施設担当者は、本人・家族等に担当ケアマネジャーを確認し、担当ケアマネジャーへ入院した旨を、概ね3日以内に連絡する。
- ・ 医療施設担当者は、本人・家族からも担当ケアマネジャーに入院したことを連絡するよう促す。
- ・ 入院の事実については、早く把握した側が連絡する。
- ・ 退院支援が必要な入院患者については、事前に連絡を入れる。



② 入院時の情報提供

- ・ ケアマネジャーは、入院後原則3日以内に「入退院支援情報共有シート」を、持参もしくは郵送、FAX・メールで送信する。FAX・メールで送信する場合は、誤送信に十分注意し、先方が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについて記録する。
- ・ 施設等からの入退院の場合は、「入退院支援情報共有シート」を看護添書として利用できる。
- ・ 情報提供にあたっては、本人・家族の同意を得ること。
- ・ 【対象外ケース】(P.2 参照)であっても、情報提供が必要か否かについて、入院時の連絡の際に医療施設担当者とケアマネジャーが相互に確認する。

③ 入院中の連携

- ・ 医療施設担当者と担当ケアマネジャーは、入院期間の見込みや本人の状態等について、入院時から連携して情報共有に努める。
- ・ 医療施設担当者は、退院後にどのような生活を送りたいかについて、本人・家族等の意向を確認し、状況によってはケアマネジャー同席での話し合いを行う。

④ 退院支援開始の連絡

- ・ 医療施設担当者は、退院の見込みが出てきたら速やかに（原則退院7日前までに）担当ケアマネジャーに、退院支援開始の連絡をする。
- ・ 医療施設担当者は、可能な範囲で、担当ケアマネジャーの退院調整に必要な期間を考慮して、担当ケアマネジャーと退院支援カンファレンスの日程等の調整を行う。
- ・ 急性期病院では、急遽、退院が決まることがあるが、その場合でも、医療施設担当者は、可及的速やかに担当ケアマネジャーに退院決定の連絡を行い、情報共有に努める。

⑤ 退院前調整

- ・ 医療施設担当者は、担当ケアマネジャーがケアプラン作成等に必要な情報を、退院前カンファレンス等までに院内の関係者から収集する。
- ・ 医療施設担当者と担当ケアマネジャーは、感染症対策に留意し、退院前カンファレンス等で退院支援に必要な情報を共有する。「入退院支援情報共有シート」も活用する。
- ・ 転院等が必要な利用者・患者については、医療施設担当者が、転院先の担当者と電話や「入退院支援情報共有シート」をFAX等で送付して情報共有を図り、速やかに適切な転院先等を選定し、準備を行う。
- ・ 本人・家族が施設を希望する場合、医療施設担当者と担当ケアマネジャーで、入院前の生活状況や意向、入院中の状況を確認したうえで施設選定を支援し、施設担当者に情報提供する。

⑥ 退院時・退院後の情報提供

- ・ 医療施設担当者は、「入退院支援情報共有シート」やサマリー等を、かかりつけ医・訪問看護師や担当ケアマネジャー、転院・入所先の担当者等に提供する。転院・入所時は、担当ケアマネジャーに連絡を入れる。
- ・ 担当ケアマネジャーは、原則として、退院後にケアプランの写しを、医療施設に提供する。



【担当ケアマネジャーがない場合】

要介護認定申請等の支援、担当ケアマネジャーの決定支援

- ① 医療施設担当者は、介護保険サービスの利用が必要な利用者・患者に対して、介護保険制度の説明や介護認定申請等の支援を行う。
- ② 担当ケアマネジャーの選定について支援を要する場合、医療施設担当者は、地域包括支援センターや高松市在宅医療支援センターに連絡する等の支援を行う。
その際、高松市ホームページの「介護保険 待機者・空き情報」のページも参考にし、必要に応じて連絡・調整等を行う。
- ③ 居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等は、医療施設から入院患者の介護保険の利用に関する相談があった場合は、医療施設担当者と連携しながら支援を行う。
- ④ ケアマネジャーは、担当することが決定した場合、速やかに医療施設担当者に連絡する。

◆ 入退院支援の流れ

医療施設の対応



医療施設担当者
(看護師・医療
ソーシャルワーカー)

- ・ 人生会議を行う
- ・ 入院に備える
 - 医療保険証
 - 介護保険証、負担割合証
 - お薬手帳をセットで保管



3日以内

①入院の連絡

介護保険証等で担当ケアマネジャーを確認し、入院の連絡をする
※退院困難な要因がある患者の抽出



④退院支援開始の連絡

※退院準備期間等を考慮



③入院中の連携

本人の状況について互いに情報共有



3日以内

②入院時の情報提供

入退院支援情報共有シート等を医療施設へ持参又は送付



ケアマネジャー

要介護：居宅介護支援事業所
要支援：地域包括支援センター

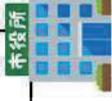
ケアマネジャーの対応

担当ケアマネジャーがいらない場合 (P.5)

1. 退院支援の必要性を検討
2. 介護保険について本人・家族に説明し、意向の確認
3. 居宅介護支援事業所や地域包括支援センターの紹介や必要な連絡・調整を行い、ケアマネジャーの選定を支援



要介護・要支援認定の申請について
申請から認定に要する期間は30日程度



退院支援への方向性の検討

- ・ 治療方針、退院時期の確認
- ・ 本人・家族への意向確認
- ・ 院内多職種のカンファレンス

7日以内

⑤退院前調整

- ・ 退院支援情報の共有
- ・ 感染症対策に留意した退院前カンファレンスの開催

退院前



退院

⑥退院時の情報提供

入退院支援情報共有シート等をケアマネジャーへ提供



⑥退院後の情報提供

- ・ サービス担当者会議の開催
- ・ ケアプランの確定
- ・ 医療施設へ在宅での様子を伝える



8 医療と介護のスムーズな連携のための7か条

在宅療養は、様々な職種の方に支えられています。異なる職種が連携する時には、お互いの立場を理解し、思いやりを持って行動することが大切ですが、つつい自分の職種の目線だけで仕事を進めていますか？他の職種を尊重し、気遣うことで、よりスムーズな連携と切れ目のない支援に繋がります。

ここに書かれていることは、社会人として当たり前のことかしれませんが、お互いに気持ちよく連携できるよう、普段の行動を振り返ってみてください。

① 顔の見える関係をつくりましょう

顔と名前を知って、一緒に考え、悩み、笑顔で仕事をして、信頼できる仲間を増やしましょう。



② 社会人としてのマナーを守りましょう

第一印象は大切です。身だしなみに気をつけましょう。

情報のやり取りを始める前に、自分の所属名、名前（フルネーム）、職種などをはっきり正確に伝え、相手方の名前、職種などを確認しましょう。電話連絡の際には、用件を簡潔に伝えるために、あらかじめ内容をまとめて連絡を取りましょう。

③ 時間を意識しましょう

自分の用件が、どれくらい急ぐ必要があるのか判断することが重要です。

関係する医療施設や介護事業所等の相手方が落ち着いて対応できる時間帯や曜日なども日頃から確認しておきましょう。

④ 担当者が不在でも対応できる体制づくりをしましょう

緊急時や担当者不在時の連絡体制を事業所ごとに整理しておきましょう。

⑤ お互いの職種の専門性を理解し、尊重しましょう

専門職として他の職種と連携するためには、お互いの立場や役割、専門性をよく理解することが大切です。相手はどんな情報が欲しいのか、考えながら伝える努力をしましょう。

⑥ 専門用語は使わずに、わかりやすい言葉を使いましょう

他の職種と話すときは、専門用語を使わず、わかりやすく伝えましょう。共通理解が図れているかを確認することも重要です。文章を書くときは、箇条書きにするなど、端的にまとめ、誰が見てもわかる見やすい字で書くことを心がけましょう。

⑦ 日常的な情報交換を忘れずにしましょう

感染症対策に留意し、医療・介護の多職種向けの研修に参加するなど、日頃から積極的に多職種と交流を図りましょう。

9 入退院支援情報共有シート（資料1）

（1）作成に際して考慮したこと

- ・ 利用者・患者の情報を、医療・介護・福祉関係者が共有しやすいこと
- ・ 「身体・生活機能の状況」、「その時に備えて」シートだけでも使用が可能であること
- ・ 入院時と退院時の情報提供書を1つの様式にまとめること
- ・ 入院や入所、転退院や退所のときに使用可能であること
- ・ 退院前カンファレンス等の多職種カンファレンスに使用できること
- ・ 記入しやすい、見やすい、読みやすいこと
- ・ PC入力、手書きのどちらにも対応可能
- ・ PC入力時は、Word もしくは Excel 作成とする
- ・ 医療・介護連携のコミュニケーションツールで利用可能

医療・介護連携のコミュニケーションツールとは

医療・介護関係者間の多職種連携や本人・家族とのコミュニケーションを図るための、完全非公開型 SNS

（2）記入時の留意事項

利用者・患者の基本情報、家族構成／連絡先、本人・家族の意向、入院前の受診・受療状況、入院前の服薬状況、入院前の介護サービスの利用状況、今後の在宅生活の展望について、身体・生活機能の状況

【担当ケアマネジャーがいる場合】

担当ケアマネジャーが、利用者・患者にサービス提供をしている多職種の協力を得て記入し、入院先等へ情報提供する。

【担当ケアマネジャーがいない場合】

利用者・患者が入院等している医療施設の入退院支援担当者が、多職種の協力を得て記入し、転院先やかかりつけ医、退院後に担当となるケアマネジャー等に情報提供する。

今回の入院概要、転院・退院後に必要な事柄、身体・生活機能の状況

利用者・患者が入院している医療施設の多職種が協力して記入する。

- ・ 「医療処置管理」、「看護の視点」欄の記入は、主として看護師が取りまとめる。
 - ・ 「薬剤管理」欄の記入は、主として薬剤師が取りまとめる。
 - ・ 「リハビリの視点」欄の記入は、主としてリハビリ（PT・OT・ST）担当者が取りまとめるが、内容によっては、看護師やMSWも記入する。
 - ・ 「社会福祉サービスの利用」欄の記入は、主としてMSWが取りまとめる。
- *ただし、記入担当者は、各施設の職種の配置や業務内容に応じて選定してください。

身体・生活機能の状況

入院時・退院時に関わらず、転院調整時など、医療・介護福祉関係者間で、利用者・患者の情報を共有する必要がある時に使用する。

その時に備えて

記入者は、話し合いに参加したメンバーの中で相談して決める。
話し合いは、一度に限るものではなく、また、常に変更はあり得るものとする。

カンファレンス等の実施状況

利用者・患者や家族と医療・介護・福祉関係者が、話し合いをする時に活用する。
主たる記入者は、カンファレンスを企画した入退院支援担当者や担当ケアマネジャーとなるが、その限りではない。

1 0 新型コロナウイルスに関する情報

◆ 「高松市在宅医療介護情報サイト」をご活用ください

新型コロナウイルスに関する最新情報は、下記のサイトをご覧ください。

ホームページ URL <http://www.tak-zaitakuiryo.jp/>
医療・介護関係者向けページ内

QR コード



1 1 関係機関に関する情報

◆ 高松市在宅ケア便利帳（Web版）内の「在宅ケア便利ナビ」をご活用ください

医療施設や事業所、サービスの検索ができる
「在宅ケア便利ナビ」はこちらから

在宅療養に関する情報（各種制度や相談窓口の案内等）はこちらから

高松市在宅医療支援センターについてはこちらから

ホームページ URL <http://www.tak-zaitakubenri.jp/>

QR コード



◆ 高松市在宅医療支援センターをご活用ください

地域の医療・介護等関係者からの相談に応じて、在宅医療に関する必要な情報提供や医療施設から在宅への支援・調整、在宅医療の普及啓発等を行っています。

【相談受付】月曜～金曜 9:00～16:00 ※ 祝日・年末年始を除く

TEL : 087-839-2344

FAX : 087-839-2352

E-mail : chouju@city.takamatsu.lg.jp

住所 : 高松市番町一丁目8番15号

高松市役所2階22番窓口（長寿福祉課内）



入退院支援情報共有シート

記入日： 令和 年 月 日

情報提供日： 令和 年 月 日

施設名	
部署・担当者名	
電話番号	
FAX番号	



施設名	
部署・担当者名	
電話番号	
FAX番号	

◆ 利用者・患者、家族の同意に基づき、以下の情報を提供します。

利用者・患者の基本情報										
フリガナ 氏名			生年 月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日生			年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所	〒 -					電話番号				
住環境 *可能なら写真 など添付	<input type="checkbox"/> 自宅 → <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅		階建て / 居室		エレベーター		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式			
	<input type="checkbox"/> 施設 → 名称：		特記事項 ペット <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援		<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当							
	<input type="checkbox"/> 要介護		<input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更)		申請日： 令和 年 月 日					
有効期限	令和 年 月 日		～ 令和 年 月 日							
介護保険の 自己負担割合	<input type="checkbox"/> 不明		ケアマネ 事業所名				ケアマネ 氏名			
障害高齢者の日常生活自立度※ ₁			認知症高齢者の日常生活自立度※ ₂							
障がい等認定 手帳等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 指定難病	診断名：		<input type="checkbox"/> 障がい者医療証 <input type="checkbox"/> 更生医療			
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他：					
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金		<input type="checkbox"/> 障がい年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他：							
	特記事項									
家族構成 / 連絡先										
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成数： 人)		<input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 他：							
主介護者	氏名	住所			年齢	続柄	TEL			
キーパーソン	①									
	②									
	③									
特記事項										
本人・家族の意向										
本人の性格 / 趣味・関心等										
本人の生活歴・職歴等										
本人の意向・望む生活										
家族の意向・望む生活										
その時に備えて(ACP/人生会議)	<input type="checkbox"/> 話し合いをしたことはない		<input type="checkbox"/> 話し合いをした		⇒別紙「その時に備えて」参照					

資料1：入退院支援情報共有シート

入院前の受診・受療状況				
治療中の疾患名	医療機関名称	診療科/医師名	受診状況	治療・医療処置管理等
既往歴	<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：			
手術歴				
入院歴	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名： _____ 期間： 年 月 日 ~ 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		
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 静脈ポート <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (CVカテーテル) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸療法 <input type="checkbox"/> 在宅持続陽圧呼吸療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <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"/> 褥瘡： <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工関節： <input type="checkbox"/> 自己注射： <input type="checkbox"/> その他： 特記事項：			
入院前の服薬状況 <input type="checkbox"/> 「お薬手帳」(コピー)を添付 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書を添付				
使用中の薬剤	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 貼付薬 <input type="checkbox"/> 目薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理：管理者			
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 服用忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否			
かかりつけ薬局・薬剤師	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 薬局名： _____ 薬剤師名： _____			
特記事項	副作用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：			
入院前の介護サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表の添付				
入院前の介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> その他：			
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)				
退院後の希望	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院前と同じ施設 <input type="checkbox"/> 入院前と異なる施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 詳細：			
退院後の世帯状況と配慮の有無	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <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：			
退院後の介護力	主介護者	<input type="checkbox"/> 入院前と同じ <input type="checkbox"/> 入院前と変更 氏名： _____ 続柄： _____ 連絡先： _____		
	<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			
特記事項	家族や同居者等による虐待・DVの疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		

資料1：入退院支援情報共有シート

身体・生活機能の状況										
利用者・患者氏名：			記入日： 令和 年 月 日			情報提供日： 令和 年 月 日				
身長： cm		体重： Kg		アレルギー		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> その他 内容：				
感染症		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HBs-Ag <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> MRSA (<input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 部位：) <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン接種 (<input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 ()								
褥瘡		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位：			皮膚障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位：			
麻痺		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他：								
拘縮		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位：			四肢欠損		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位：			
		自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 他			
移動		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 他			
移乗		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	装具の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：			
起居動作		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(身体清潔の状況等、特記事項)				
更衣		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
整容	洗顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	整髪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	爪切	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
入浴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 他			
食事		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事回数・時間	回/日 時、 時、 時			
口腔ケア		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	咀嚼	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
食事形態		<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(コード <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> Ot <input type="checkbox"/> 0j)								
摂取方法		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう)				<input type="checkbox"/> 輸液		言語		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
栄養		<input type="checkbox"/> 体重減少 kg/週・月		<input type="checkbox"/> エネルギー Kcal		<input type="checkbox"/> たんぱく質 g		<input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 補助栄養：		
(摂食・嚥下に関する特記事項)										
排尿		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ (<input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> 間欠導尿				
排便		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 尿器 (<input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> パウチ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル				
(排泄に関する特記事項)										
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良：			<input type="checkbox"/> 眠剤の使用		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：			
喫煙		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		本くらい/日		<input type="checkbox"/> 喫煙歴あり：		年間 本くらい/日		
飲酒		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		合くらい/日		特記事項：				
コミュニケーション能力		視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
		聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
		言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				
特記事項：										
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚・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"/> 介護への抵抗性 <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：								
特記事項：										
身体・生活機能の状況についての情報：										

資料1：入退院支援情報共有シート

今回の入院概要			
入院日	令年月日	入院経路	<input type="checkbox"/> 予定入院 <input type="checkbox"/> 緊急入院 <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他：
診療科・主治医	科	担当医：	科 担当医：
退(転)院のめやす・予定日など			
入院原因疾患名・入院目的			
入院中の治療概要・看護・療養経過			
症状・病状説明、予後・予測、注意事項等			
退院後の外来受診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		
本人	病気・障害・後遺症等の受け止め方		
	退院・転院後についての意向		
家族	病気・障害・後遺症等の受け止め方		
	退院・転院後についての意向		
退院先(医療機関・施設等)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関・施設名称：		
転院・退院後に必要な事柄			
医療処置管理	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 静脈ポート <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(CVカテーテル) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸療法 <input type="checkbox"/> 在宅持続陽圧呼吸療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射：	留意事項・継続依頼したい事柄等	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> なし 退院後の注意点 <input type="checkbox"/> 副作用モニタリング <input type="checkbox"/> 処方変更に伴う薬学的評価 <input type="checkbox"/> ポリファーマシー <input type="checkbox"/> 薬剤投与方法 服用管理の注意点 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 残薬 <input type="checkbox"/> 自己調整		
看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> ターミナルケア <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄などの指導)		

資料1：入退院支援情報共有シート

リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習（ストレッチ含む） <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居／立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下練習 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習（歩行／入浴／トイレ動作／移乗等） <input type="checkbox"/> IADL練習（買い物、調理等） <input type="checkbox"/> 疼痛管理（痛みコントロール） <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援	
社会福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 老人福祉 <input type="checkbox"/> 身体障がい者福祉 <input type="checkbox"/> 知的障がい者福祉 <input type="checkbox"/> 母子及び寡婦福祉 <input type="checkbox"/> 精神保健及び精神障がい者福祉	
禁忌事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：	
備考		

カンファレンス等の実施状況

				利用者・患者氏名			
話し合いの日時・場所		日	時	令 年 月 日	:	～	場 所
<input type="checkbox"/> 医療介護支援等連携指導 <input type="checkbox"/> 退院時共同指導 <input type="checkbox"/> 転院前面談 <input type="checkbox"/> 入所前面談 <input type="checkbox"/> その他：							
参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他：						
	※下欄に氏名、本人との関係を記入						
	医療・介護・福祉等関係者						
	所属施設・事業所名	職 種	氏 名	所属施設・事業所名	職 種	氏 名	
<話し合いの概要、備考>							
話し合いの内容について、了承しました。				令 年 月 日	利用者・患者／家族：		

その時に備えて

*ご本人の希望や想いに沿った選択ができるよう、ご家族や大切な人、医療・介護関係者で話し合っておきましょう。
 *法定伝染病や事件、事故、災害等の場合は適応外となる場合もあります。

		利用者・患者氏名								
「その時に備えて」医療に対する利用者・患者の希望										
基本的な希望	大切にしていること	<input type="checkbox"/> 家族や友人、ペットのそばにいたいこと <input type="checkbox"/> 仕事や社会的な役割が続けられること <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分のできるだけできること <input type="checkbox"/> できる限りの治療が受けられること <input type="checkbox"/> 家族の負担にならないこと <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみがないこと		<input type="checkbox"/> 少しでも長く生きること <input type="checkbox"/> 好きなことができること <input type="checkbox"/> ひとりの時間が保てること <input type="checkbox"/> 自分が経済的に困らないこと <input type="checkbox"/> 家族が経済的に困らないこと <input type="checkbox"/> その他：						
	痛みや苦痛について	<input type="checkbox"/> できるだけ抑えて欲しい <input type="checkbox"/> 必要なら鎮痛剤を使ってもよい <input type="checkbox"/> 自然のまままでいたい								
	終末期を迎える場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 病状に応じて：								
	その他基本的な希望									
自由記載：										
終末期の希望ととき	① 心臓マッサージなどの心肺蘇生	<input type="checkbox"/> して欲しい		<input type="checkbox"/> して欲しくない						
	② 延命のための人工呼吸器	<input type="checkbox"/> して欲しい		<input type="checkbox"/> して欲しくない						
	③ 胃ろうによる栄養補給	<input type="checkbox"/> して欲しい		<input type="checkbox"/> して欲しくない						
	④ 経鼻チューブによる栄養補給	<input type="checkbox"/> して欲しい		<input type="checkbox"/> して欲しくない						
	⑤ 高カロリー輸液の投与	<input type="checkbox"/> して欲しい		<input type="checkbox"/> して欲しくない						
	⑥ その他（輸血・人工透析など）の希望									
自由記載：										
代理決定者（利用者・患者が自分で判断ができなくなったとき、主治医が相談すべき人）										
氏名：		関係：		特記事項：						
氏名：		関係：								
氏名：		関係：								
「その時に備えて」の話し合い *上記に記載している内容について、話し合った時の状況										
話し合いの日時・場所		日	時	今年	月	日	：	～	場	所
参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他： ※下欄に氏名、本人との関係を記入									
	医療・介護・福祉等関係者									
	所属施設・事業所名		職		種		氏		名	
<話し合いの概要、備考>										

※1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランクJ	<p>何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 交通機関などを利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	<p>屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	<p>屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	<p>1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自分で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

※ 2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項 及び提供されるサービスの例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
II b	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
III a	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ	
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の住宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら住宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

利用者・ご家族の皆さまへ

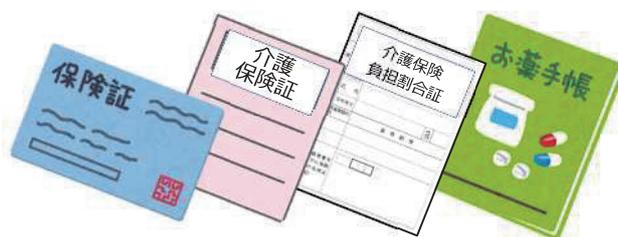


利用者の方に、円滑に医療・介護サービスを受けていただくために、以下の点についてご確認のうえ、必要事項を記入しておいてください。

普段からできること・・・

◆ 万が一の入院に備えて、普段から「入院時セット」をご準備ください。

- ① 医療保険証
- ② 介護保険証、負担割合証
- ③ お薬手帳



◆ 情報覚書き

介護認定情報

要介護 () ・ 要支援 () ・ 事業対象者

かかりつけ医

病院名： _____

連絡先： _____

担当ケアマネジャー

氏名： _____

事業所名： _____

連絡先： _____

入院された場合は・・・

◆ 介護保険サービスを利用している方が入院したときは、なるべく早く、担当のケアマネジャーに連絡しましょう。あらかじめ入院が決まっている場合には、事前にお知らせください。

◆ 病院へは、「担当ケアマネジャー」がいることをお知らせください。

(担当ケアマネジャーの名前や連絡先など)

◆ 退院後、スムーズに生活を始めるためには準備が必要ですので、病院から何か説明があった場合(病状や退院の目途など)は、担当ケアマネジャーにもお知らせください。



診療報酬加算（医療機関）

介護報酬加算（ケアマネジャー）

【入院時支援加算1】 **230点**
【入院時支援加算2】 **200点**
 入院前に入院中の治療の説明やオリエンテーション、服薬状況の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施して入院時支援を行った場合



入院



【入院時情報連携加算】※1
 (I) 入院後3日以内に情報提供 **200単位**
 (II) 入院後7日以内に情報提供 **100単位**
 ★ 情報提供の方法は問わない

【入退院支援加算1】
 一般病棟 **600点**
 療養病棟 **1,200点**
【入退院支援加算2】
 一般病棟 **190点**
 療養病棟 **635点**
【総合機能評価加算】 **+50点**
【地域連携診療計画加算】 **+300点**
 連携バスを用いて他医療機関等へ診療情報を提供した場合

【介護支援等連携指導料】 **400点**
 ケアマネジャー等との連携（入院中2回）

【退院前訪問指導料】 **580点**

【退院・退所加算】※1

	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
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

○ 退院・退所にあたり、医療機関等の職員と面接を行い、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、居宅サービスの調整を行う。
 ○ 「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議（退院カンファレンス）に参加し、退院後の在宅での療養上必要な説明を行ってケアプランを作成し、サービスの調整を行った場合に限る。

【退院時共同指導料1】
 在宅療養支援診療所 **1,500点**
 上記以外の場合 **900点**
【退院時共同指導料2】 **400点**
 入院医療機関と在宅医療機関の医師・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による共同指導
【医師共同指導加算】 **+300点**
 入院医療機関の医師と在宅医が参加する場合
【多機関共同指導加算】 **+2,000点**
 入院医療機関の医師又は看護師等と、在宅医療スタッフの3者以上が共同指導する場合

【退院時リハビリテーション指導料】 **300点**

【診療情報提供料（I）】 **250点**
【診療情報提供料（Ⅲ）】 **150点**
 紹介先から紹介元へ情報提供した場合

退院



【退院後訪問指導料】 **580点**
【訪問看護同行加算】 **+20点**

※1 介護予防支援、小多機、看多機においては加算なし

令和3年度 高松市在宅医療介護連携推進会議委員（敬称略・50音順）

所属団体・役職	委員氏名
一般社団法人 高松市医師会 副会長	吉澤 潔（委員長）
一般社団法人 香川県介護支援専門員協議会 会長	大原 昌樹（職務代理）
公益社団法人 高松市歯科医師会 理事	井上 正朗
一般社団法人 高松市医師会 理事	大橋 英司
香川県立保健医療大学 教授	片山 陽子
一般社団法人 木田地区医師会 副会長	北代 雅也
高松市健康福祉局長寿福祉部 部長	香西 真由美
公益社団法人 香川県看護協会 専務理事	田中 邦代
香川県健康福祉部長寿社会対策課 課長	田中 昌和
高松市指定居宅介護支援事業者連絡協議会	辻 章伯
いわき病院認知症疾患医療センター センター長	中村 光夫
一般社団法人 香川県理学療法士会 理事	永岡 誠司
高松市立みんなの病院 地域医療・患者支援センター 副センター長	橋本 由加理
一般社団法人 高松市薬剤師会 副会長	林 哉江
香川県訪問看護ステーション連絡協議会 役員	花房 美紀子
高松市老人福祉施設協議会	古川 有希子
高松赤十字病院 看護副部長	松本 登紀子
一般社団法人 綾歌地区医師会 監事	三橋 康彦
一般社団法人慈風会 在宅診療敬二郎クリニック 院長	三宅 敬二郎
香川県医療ソーシャルワーカー協会 会長	和田 有加

平成28年度からの委員

所属団体（部署・役職名は委員当時のもの）	委員氏名
公益社団法人 高松市歯科医師会 相談役	坂東 達矢
一般社団法人 木田地区医師会 副会長	松木 孝和
一般社団法人 高松市薬剤師会 会長	木村 昭代
香川県訪問看護ステーション連絡協議会 会長	長内 秀美
公益社団法人 香川県看護協会 常任理事	松原 文子
香川県健康福祉部長寿社会対策課 課長	安藤 正純
香川県健康福祉部長寿社会対策課 課長	井下 秀樹
香川県健康福祉部長寿社会対策課 課長	田口 悠紀
高松市立みんなの病院 地域連携室・患者支援センター 副センター長	青木 恵美
高松市立みんなの病院 地域連携室・患者支援センター 副センター長	岡 ユカ
高松市健康福祉局長寿福祉部 部長	多田 安寛

MEMO

A series of horizontal dashed lines for writing.



高松市入退院支援ルール Vol.1 令和3年7月発行

企画 高松市在宅医療介護連携推進会議

発行 高松市

〒760-8571 高松市番町一丁目8番15号

電話：087-839-2346 FAX：087-839-2352