

○ 居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について
(平成 21 年 3 月 13 日老振発第 0313001 号厚生労働省老健局振興課長通知)

傍線の部分は改正部分

新	旧
居宅介護支援費の<u>入院時情報連携加算</u>及び退院・退所加算に係る様式例の提示について 標記について、今般下記のとおり定めたので御了知の上、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図ると共に、その運用に遺漏のないようにされたい。 なお、当該様式は当該加算の算定を担保するための標準様式例として提示するものであり、当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨のものではない旨、念のため申し添える。 記 ・<u>入院時情報連携加算に係る様式例（別紙 1）</u> ・退院・退所加算に係る様式例（別紙<u>2</u>）	居宅介護支援費の退院・退所加算<u>（Ⅰ）・（Ⅱ）</u>に係る様式例の提示について 標記について、今般下記のとおり定めたので御了知の上、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図ると共に、その運用に遺漏のないようにされたい。 なお、当該様式は当該加算の算定を担保するための標準様式例として提示するものであり、当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨のものではない旨、念のため申し添える。 記 ・退院・退所加算<u>（Ⅰ）・（Ⅱ）</u>に係る様式例（別紙）

○ 居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について（抄）
（平成 21 年 3 月 13 日老振発第 0313001 号厚生労働省老健局振興課長通知）

傍線の部分は改正部分

新	旧																																																
(別紙 1) 入院時情報連携加算に係る様式例																																																	
入院時情報提供書 医療機関 ← 居宅介護支援事業所 記入日： 年 月 日 入院日： 年 月 日 情報提供日： 年 月 日																																																	
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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">患者氏名</td> <td style="width: 20%;">(フリガナ)</td> <td style="width: 10%;">年齢</td> <td style="width: 10%;">才</td> <td style="width: 10%;">性別</td> <td style="width: 10%;">男 女</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>〒</td> <td>生年月日</td> <td>明・大・昭</td> <td>年 月 日 生</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住環境 (可能な限り「写真」 などを添付)</td> <td colspan="5">住居の種類（戸建て・集合住宅）、____階建て、 居室____間、 エレベーター（有・無）</td> </tr> <tr> <td>入院時の要介護度</td> <td colspan="5"> ☐要支援（ ） ☐要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 ☐申請中(申請日 /) ☐区分変更(申請日 /) ☐未申請 </td> </tr> <tr> <td>障害高齢者の 日常生活自立度</td> <td colspan="4"> ☐自立 ☐Ⅰ ☐Ⅱ ☐Ⅲ ☐Ⅳ ☐Ⅴ ☐Ⅵ ☐Ⅶ ☐Ⅷ ☐Ⅸ ☐Ⅹ </td> <td>☐医師の判断</td> </tr> <tr> <td>認知症高齢者の 日常生活自立度</td> <td colspan="4"> ☐自立 ☐Ⅰ ☐Ⅱa ☐Ⅱb ☐Ⅲa ☐Ⅲb ☐Ⅳ ☐Ⅴ </td> <td>☐ケアマネジャーの判断</td> </tr> <tr> <td>介護保険の 自己負担割合</td> <td colspan="5"> ☐____割 ☐不明 ☐障害など認定 ☐なし ☐あり（身体・精神・知的） </td> </tr> <tr> <td>年金などの種類</td> <td colspan="5"> ☐国民年金 ☐厚生年金 ☐障害年金 ☐生活保護 ☐その他（ ） </td> </tr> </table>		患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女	住所	〒	生年月日	明・大・昭	年 月 日 生		住環境 (可能な限り「写真」 などを添付)	住居の種類（戸建て・集合住宅）、____階建て、 居室____間、 エレベーター（有・無）					入院時の要介護度	☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 ☐ 申請中(申請日 /) ☐ 区分変更(申請日 /) ☐ 未申請					障害高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱ ☐ Ⅲ ☐ Ⅳ ☐ Ⅴ ☐ Ⅵ ☐ Ⅶ ☐ Ⅷ ☐ Ⅸ ☐ Ⅹ				☐ 医師の判断	認知症高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱa ☐ Ⅱb ☐ Ⅲa ☐ Ⅲb ☐ Ⅳ ☐ Ⅴ				☐ ケアマネジャーの判断	介護保険の 自己負担割合	☐ ____割 ☐ 不明 ☐ 障害など認定 ☐ なし ☐ あり（身体・精神・知的）					年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他（ ）				
患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女																																												
住所	〒	生年月日	明・大・昭	年 月 日 生																																													
住環境 (可能な限り「写真」 などを添付)	住居の種類（戸建て・集合住宅）、____階建て、 居室____間、 エレベーター（有・無）																																																
入院時の要介護度	☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 ☐ 申請中(申請日 /) ☐ 区分変更(申請日 /) ☐ 未申請																																																
障害高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱ ☐ Ⅲ ☐ Ⅳ ☐ Ⅴ ☐ Ⅵ ☐ Ⅶ ☐ Ⅷ ☐ Ⅸ ☐ Ⅹ				☐ 医師の判断																																												
認知症高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱa ☐ Ⅱb ☐ Ⅲa ☐ Ⅲb ☐ Ⅳ ☐ Ⅴ				☐ ケアマネジャーの判断																																												
介護保険の 自己負担割合	☐ ____割 ☐ 不明 ☐ 障害など認定 ☐ なし ☐ あり（身体・精神・知的）																																																
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他（ ）																																																
2. 家族構成/連絡先について <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">世帯構成</td> <td colspan="5"> ☐独居 ☐高齢者世帯 ☐子と同居 ☐その他（ ） ＊ ☐日中独居 </td> </tr> <tr> <td>主介護者氏名</td> <td>(続柄・才)</td> <td>(同居・別居)</td> <td>TEL</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>キーパーソン</td> <td>(続柄・才)</td> <td>連絡先</td> <td>TEL</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他（ ） ＊ ☐ 日中独居					主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL			キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL																																
世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他（ ） ＊ ☐ 日中独居																																																
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL																																														
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL																																														
3. 本人/家族の意向について <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">本人の趣味・興味・ 関心領域等</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>本人の生活歴</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>入院前の本人の 生活に対する意向</td> <td colspan="5"> ☐ 同封の居宅サービス計画(1)参照 </td> </tr> <tr> <td>入院前の家族の 生活に対する意向</td> <td colspan="5"> ☐ 同封の居宅サービス計画(1)参照 </td> </tr> </table>		本人の趣味・興味・ 関心領域等						本人の生活歴						入院前の本人の 生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画(1)参照					入院前の家族の 生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画(1)参照																												
本人の趣味・興味・ 関心領域等																																																	
本人の生活歴																																																	
入院前の本人の 生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画(1)参照																																																
入院前の家族の 生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画(1)参照																																																
4. 入院前の介護サービスの利用状況について <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">入院前の介護 サービスの利用状況</td> <td colspan="5"> 同封の書類をご確認ください。 ☐居宅サービス計画書1,2,3表 ☐その他（ ） </td> </tr> </table>		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。 ☐ 居宅サービス計画書1,2,3表 ☐ その他（ ）																																														
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。 ☐ 居宅サービス計画書1,2,3表 ☐ その他（ ）																																																
5. 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） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">在宅生活に 必要な要件</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>退院後の世帯状況</td> <td colspan="5"> ☐独居 ☐高齢者世帯 ☐子と同居（家族構成員数 名） ＊ ☐日中独居 </td> </tr> <tr> <td>世帯に対する配慮</td> <td colspan="5"> ☐不要 ☐必要（ ） </td> </tr> <tr> <td>退院後の主介護者</td> <td colspan="5"> ☐本シート2に同じ ☐左記以外（氏名 続柄・年齢） </td> </tr> <tr> <td>介護力*</td> <td colspan="5"> ☐介護力が見込める（ ☐十分 ・ ☐一部 ） ☐介護力は見込めない ☐家族や支援者はいない </td> </tr> <tr> <td>家族や同居者等による 虐待の疑い*</td> <td colspan="5"> ☐なし ☐あり（ ） </td> </tr> <tr> <td>特記事項</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>		在宅生活に 必要な要件						退院後の世帯状況	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居（家族構成員数 名） ＊ ☐ 日中独居					世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要（ ）					退院後の主介護者	☐ 本シート2に同じ ☐ 左記以外（氏名 続柄・年齢）					介護力*	☐ 介護力が見込める（ ☐ 十分 ・ ☐ 一部 ） ☐ 介護力は見込めない ☐ 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*	☐ なし ☐ あり（ ）					特記事項											
在宅生活に 必要な要件																																																	
退院後の世帯状況	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居（家族構成員数 名） ＊ ☐ 日中独居																																																
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要（ ）																																																
退院後の主介護者	☐ 本シート2に同じ ☐ 左記以外（氏名 続柄・年齢）																																																
介護力*	☐ 介護力が見込める（ ☐ 十分 ・ ☐ 一部 ） ☐ 介護力は見込めない ☐ 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*	☐ なし ☐ あり（ ）																																																
特記事項																																																	
6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">「院内の多職種カンファレンス」への参加</td> <td colspan="5">☐希望あり</td> </tr> <tr> <td>「退院前カンファレンス」への参加</td> <td colspan="5"> ☐希望あり ・ 具体的な要望（ ） </td> </tr> <tr> <td>「退院前訪問指導」を実施する場合の同行</td> <td colspan="5">☐希望あり</td> </tr> </table> * = 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		「院内の多職種カンファレンス」への参加	☐ 希望あり					「退院前カンファレンス」への参加	☐ 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	☐ 希望あり																																		
「院内の多職種カンファレンス」への参加	☐ 希望あり																																																
「退院前カンファレンス」への参加	☐ 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	☐ 希望あり																																																

○ 居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について（抄）
（平成 21 年 3 月 13 日老振発第 0313001 号厚生労働省老健局振興課長通知）

傍線の部分は改正部分

新										旧									
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		☐ なし ☐ あり（ ）											
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)		☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他											
	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)		☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 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		☐ あり () ☐ なし ☐ 不明											
	食事形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー				UDF等の食形態区分													
	摂取方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養		水分とろみ		☐ なし ☐ あり		水分制限		☐ あり () ☐ なし ☐ 不明									
口 腔	嚥下機能	むせない		時々むせる		常にむせる		義歯		☐ なし ☐ あり(部分 ・ 総)									
	口腔清潔	良		不良		著しく不良		口臭		☐ なし ☐ あり									
排 泄 ・	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ボータブルトイレ		☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時											
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド		☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時											
睡眠の状態		良	不良 ()			眠剤の使用		☐ なし ☐ あり											
喫煙		無	有 (本/日)			飲酒		無	有 (合/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		☐ なし ☐ あり ()									
	聴力	問題なし		やや難あり		困難		補聴器		☐ なし ☐ 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		☐ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他 ()																	
疾患歴*		☐ なし ☐ 慢性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 急性呼吸器感染症 ☐ 脳血管障害 ☐ 骨折 ☐ その他 ()																	
入 院 歴 ・	最近半年間での入院	☐ なし ☐ あり (理由：) 期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日 ☐ 不明																	
	入院頻度	☐ 頻度は高い/繰り返している ☐ 頻度は低い/、これまでにもある ☐ 今回が初めて																	
入院前に実施している医療処置*		☐ 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 ☐ 尿管ストーマ ☐ 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 ()																	
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		☐ なし ☐ あり ()				居宅療養管理指導		☐ なし ☐ あり (職種：)											
薬剤管理		☐ 自己管理 ☐ 他者による管理 (・管理者：) ・管理方法：																	
服薬状況		☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない ☐ 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		(フリガナ)				診療方法・頻度		☐ 通院 ☐ 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月											
* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の費用」に関連																			

[illegible]