

田辺保健医療圏域退院調整ルールの手引き

～ 目 次 ～

0 1 はじめに

0 2 退院調整の手順

- ・入院前からケアマネジャーがいる場合
- ・入院時にケアマネジャーがいない場合

0 5 退院調整に用いる基準

- ・基準1 退院調整が必要な患者の基準(退院調整の要否基準)
- ・基準2 在宅が可能かどうかの判断基準(在宅への退院可否判断基準)
- ・基準3 認定申請チェックリスト(介護認定を受けていない場合)

0 6 入院時情報提供書

0 7 退院時に必要な情報

0 8 病院運用ルール一覧表

1 0 医療・介護連携に関わる
診療報酬・介護報酬一覧

1 6 ルール策定までのあゆみ



はじめに

1 本手引きの作成にあたって

急速な少子高齢化を背景として、地域住民が、安心して療養できる在宅医療・介護体制の整備が必要とされています。

特に医療機関から在宅へ患者が退院するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えること」が求められています。

当圏域においては平成 23 年度に田辺西牟婁圏域版「医療と介護の連携マニュアル」を作成し、入退院時に病院・ケアマネジャー間で「共通フェイスシート」を活用しながら連携を図ってきましたが、平成 27 年 6～7 月に実施した圏域のケアマネジャーを対象とした「退院調整に関するアンケート」の結果では、34.1%(要支援 61.2%，要介護 25.9%)の退院調整もれがあることが分かりました。

このことから今回、従来の「共通フェイスシート」に加え、退院時における病院・ケアマネジャー間の基本的な退院時連携の進め方の手引きを作成することにより、入院から退院後の在宅までの切れ目のない支援の提供を推進し、高齢者とその家族が、安心して在宅生活へ移行できる体制づくりを目指します。

2 退院調整ルールとは

要介護状態等の患者が自宅へ退院するための準備をする際に、病院からケアマネジャーに着実に引き継ぐための情報共有や、また患者の入院時にはケアマネジャーから病院へ引き継ぐための情報共有のルールです。

この退院調整ルールは、田辺保健医療圏域における共通のルールで、各病院の独自の取り組みについては、「病院運用ルール一覧表」の項を参照下さい。

3 対象者

以下のいずれかの要件を有する者

- ①介護保険サービスを現在利用している患者または介護保険サービスの利用を希望する患者
- ②病院担当者が退院調整が必要と思った患者



【入院前からケアマネジャーがいる場合】

1 入院時連絡

病棟看護師は、入院時間き取りの際、患者・家族に対し担当ケアマネジャー（変更希望の場合は変更後ケアマネジャー）への入院連絡を促す。
ケアマネジャーは、利用者・家族等から入院の連絡をもらう。

・ケアマネジャーは利用者の入院に早期に気づくために日頃から下記のことをしておく。

- 1) お薬手帳、健康保険証にケアマネジャーの名刺を付けておく。
- 2) お薬手帳に担当ケアマネジャー、事業所を記載しておく。
- 3) 利用者や家族に入院すればケアマネジャーに連絡することを依頼しておく。（契約時の配布書類に記載、モニタリング訪問時に依頼）
- 4) 利用者宅の電話の側にケアマネジャーの連絡先を貼っておいてもらう。

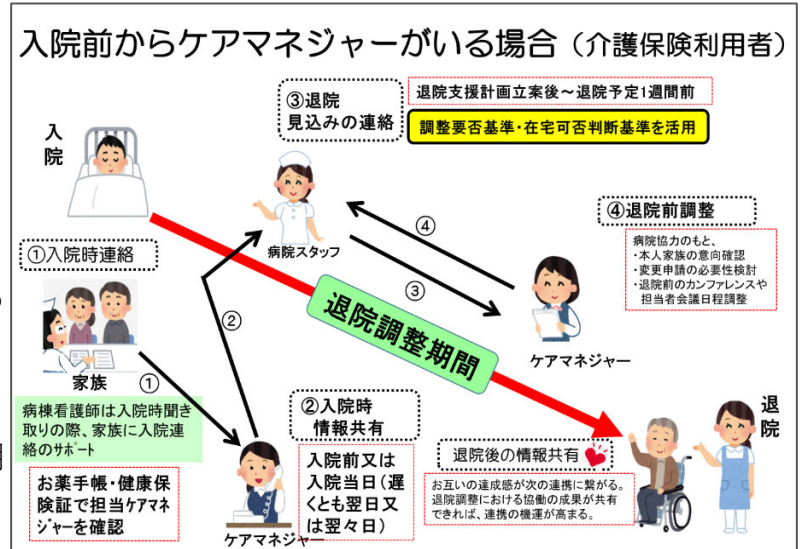
・病棟看護師は、健康保険証に添付している名刺やお薬手帳、介護保険証等で患者の担当ケアマネジャーを確認する。

2 入院時情報共有

ケアマネジャーは、要支援・要介護に関わらず、入院前又は入院当日（遅くとも翌日又は翌々日）に地域連携室を通じ（連携室を設置していない病院は直接）病棟に情報を提供する。

・ケアマネジャーは、利用者の状況把握と病院との連絡を図るため、情報提供書（別紙 情報提供書、西牟婁田辺支部共通フェイスシート）を病院に持参する。但し、事業所所在地が遠方等、諸事情により事前の電話連絡とFAX送信等による情報提供もある。この際、ケアマネジャーは、退院調整の必要な利用者の状況と理由を病院に口頭で伝えておく。

・病院は、適正なスクリーニングの実施のためケアマネジャーから情報を得る。



3 退院見込みの連絡

病院は、入院患者のスクリーニングを行い、退院調整が必要な患者について、患者・家族の了解のもと、できるだけ早く、担当ケアマネジャーに退院の目途等を連絡する。

スクリーニングにあたっては、退院調整の要否基準 **基準1** や、在宅への退院可否判断基準 **基準2** も参考にする。

・退院見込みの連絡は、少なくとも退院の1週間前にする。(ベットコントロール等やむを得ない場合除く。)

4 退院前調整 (情報の共有や面談・会議の実施)

面談 (カンファレンス) は、双方、電話連絡による事前の日程調整を行い実施する。

・ケアマネジャーは、病棟の協力のもと「退院時に必要な情報」シート (別紙) を活用し、本人・家族の意向確認を始め、患者情報を収集していく。この過程で変更申請の必要性についても検討する。また、退院前カンファレンスは患者情報を収集する上で、非常に有効である。

家族や地域連携室を通じて病棟と退院前カンファレンスの日程を調整し、また、家族や退院後に利用する予定のサービス事業所とサービス担当者会議の日程を調整する。

・退院時、病棟看護師は退院時サマリーを作成し、患者または家族を通じて担当ケアマネジャーに連絡する。



～患者(利用者)が退院されたら～

患者 (利用者) の「病院生活から在宅生活へスムーズに移行できた」という実績が、お互い(病院とケアマネジャー)の達成感に繋がり、また次の連携にも繋がります。ケアマネジャーは、退院後の利用者 (元患者) の様子について地域連携室を通じて、病棟看護師に連絡しましょう。



患者がそのまま施設入所・転院となった場合・・・

施設入所や転院の場合でも、病棟看護師が地域連携室を通じ、入院時情報提供したケアマネジャーに連絡する。

転院の場合の情報共有は、病院間での連絡で対応する。

【入院時にケアマネジャーがいない場合】

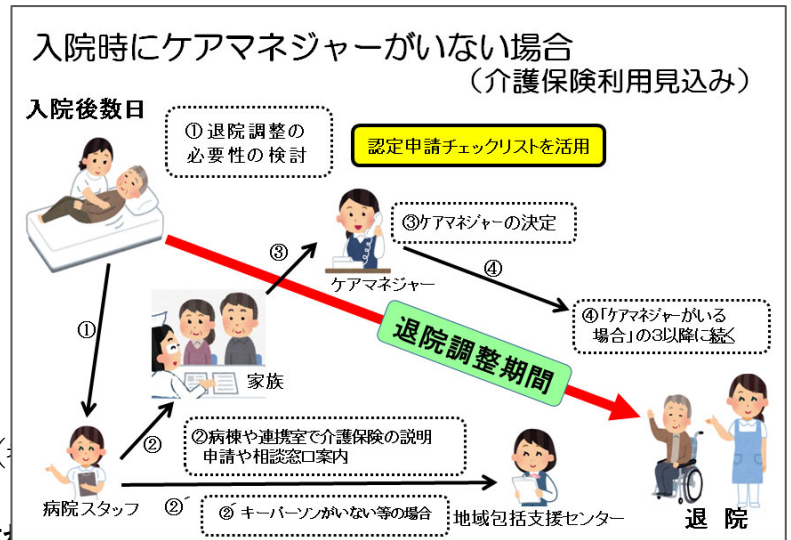
1 退院調整の必要性の検討

病棟看護師が「認定申請チェックリスト」
基準3を参考に、介護の必要性の有無を判断する。

2 病棟や連携室で介護保険の説明。申請や相談窓口案内

新たに介護が必要となった患者には、病棟看護師（地域連携室）が介護保険で介護サービスを受けられる場合があるということや、市町ごとの相談窓口および申請窓口（

家族が市町の相談窓口および申請窓口を訪ねて説明を受ける。



2' キーパーソンがいない等の場合

新たに介護が必要となった患者で家族等のキーパーソンがいない場合は、病棟看護師が（地域連携室等を通して）、地域包括支援センター（参考2）に連絡する。

3 ケアマネジャーの決定

本人または家族が、病棟看護師、地域連携室、地域包括支援センター等に相談し、担当となってくれるケアマネジャーの事業所を決定する。

4 退院の見込みをケアマネジャーに連絡

「入院前からケアマネジャーがいる場合」の3以降に続く。

(参考1) 市町申請窓口

市 町 名	担 当 課	電 話 番 号
田辺市	やすらぎ対策課	26-4931
みなべ町	健康長寿課	72-2544
白浜町	民生課	43-6593
上富田町	長寿課	47-0550
すさみ町	環境保健課	55-4803

(参考2) 市町包括支援センター

センター名	住 所	電 話 番 号	FAX
田辺地域型地域包括支援センター	田辺市東山1丁目5-1	26-9906	25-3994
龍神地域型地域包括支援センター	田辺市龍神西376	78-0081	78-0081
中辺路地域型地域包括支援センター	田辺市中辺路町栗栖川396-1	64-0516	64-0520
大塔地域型地域包括支援センター	田辺市鮎川2567-1	48-0085	48-0085
本宮地域型地域包括支援センター	田辺市本宮町本宮219	0735-42-0082	0735-42-0087
みなべ町地域包括支援センター	みなべ町東本庄100	74-8065	74-8013
白浜町地域包括支援センター	白浜町1600	43-6596	43-5661
上富田町地域包括支援センター	上富田町朝来755-1	47-0550(役場)	47-4005(役場)
すさみ町地域包括支援センター	すさみ町周参見4089	55-4670	55-4640

退院調整に用いる基準

退院調整が必要な患者の基準(退院調整の要否基準)

基準1

- 医療ニーズの高い方
酸素、吸引、経管栄養、医療処置、終末期、じょくそう、再発が予測される方
服薬管理が必要な方
- 明らかなADLの低下、身体状態が著しく変化した方
住環境が整備できていない方(自宅周辺地域の環境も含む)
サービスを増やす等調整が必要な方
- 独居、キーパーソンがいない、家族の介護力の弱い方
- 認知症、難病、透析の方
- サービス等の資源が乏しい地域の方
過疎、山間地域でサービスが不足(選択、事業所数に限りある場合)
- 経済面に課題がある方

在宅が可能どうかの判断基準(在宅への退院可否判断基準)

基準2

- 本人・家族等の在宅療養への意欲が強いかどうか
- 住宅環境が整っているか
- 独居でないか
- 家族の介護力はあるか
- サービス(特にレスパイト体制)は充実しているか
- 在宅医療体制が整っているか
- 経済力に問題はないか

認定申請チェックリスト(介護認定を受けていない場合)

基準3

- 歩行ができない または 介助を要する
- 食事に介助が必要
- 排泄に介助が必要
- 入浴に介助が必要
- 意思の疎通がやや困難

様 入院時情報提供書 西牟婁田辺支部共通フェイスシート

記載日 平成 年 月 日

フリガナ				介護支援専門員			
氏名	様 男・女			居宅事業所名 電			
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)			保 険 者			
住 所				要 介 護 度			
				認 定 期 間			
電 話				被 保 険 者 番 号			
主 介 護 者 連 絡 先	氏名	様 続柄:			◎ 家族構成		
	住所		電話				
	携帯番号		備考				
緊 急 時 連 絡 先	氏名	様 続柄:					
	住所		電話				
	携帯番号		備考				
傷病名		既往症			生活歴		
医療機関名・TEL				主治医			
保 険 情 報	国保・後期高齢・社保・生保・その他 ()			感 染 症	有・無 HBs (+ -) HCV (+ -) ワ氏 (+ -) MRSA (+ -)		
日 常 生 活 自 立 度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		認知症自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M			
麻痺・拘縮など							
ADL	排泄	自立・一部介助・全介助		(トイレ・ポータブル・オムツ・リハパン・カテーテル留置・ストマー)			
	移動	自立・一部介助・全介助		(独歩・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子)			
	食事	自立・一部介助・全介助		嚥下障害(有・無) 形態(普通・軟食・粥・刻み・ペースト) 経管栄養・絶食			
	入浴等	自立・一部介助・全介助		(入浴・シャワー・清拭・未実施)			
	更衣	自立・一部介助・全介助					
	整容	自立・一部介助・全介助					
	睡眠	良好・不良	眠剤(要・不要)				
I ADL	炊事	自立・一部介助・全介助		金銭	自立・一部介助・全介助		義歯 有・無
	買物	自立・一部介助・全介助		電話	自立・一部介助・全介助		メガネ 有・無
	掃除	自立・一部介助・全介助		服薬	自立・一部介助・全介助		補聴器 有・無
	洗濯	自立・一部介助・全介助		その他			
アレルギーの有無							
内服内容				かかりつ けの薬局	薬局名 TEL		
コミュニケーション	視力障害(有・無) 聴力障害(有・無) 言語障害(有・無)						
認知症状	記憶障害・失見当識・意思疎通・問題行動 ()						
生活に対する思い							
住環境	持ち家・賃貸 生活スペース (階)		入所	希望せず・希望・申込み(済み・未定)			
現在利用しているサービス				週間サービス計画書の添付(有・無)			
《その他特記事項・住環境、経済状況・・・etc.》							

※退院時はこの様式を使用しなくてもいいですが、この内容は情報として入手するようにしましょう！

退院時に必要な情報

① 面談日:平成 年 月 日(面談者:職氏名) 記載者:
 ② 面談日:平成 年 月 日(面談者:職氏名) 記載者:

ふりがな 氏名		入院年月日	年 月 日
生年月日	M・T・S 年 月 日(歳)	退院予定日	年 月 日
保険の種類	国保・後期高齢・社保・生保・その他	医療機関名	
退院後の本人・ 家族の意向		担当の医療スタッフ名	Dr _____ Ns _____
		日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
		認知症自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
制度の利用状況 (申請中及び、受給中の制度)	介護保険(未申請・区分変更中・新規申請中・非該当) 介護保険:要支援【 】 要介護【 】 認定日: 認定有効期間:	その他の制度	
疾患名・既往歴	主病名 副病名 主症状	既往歴 感染症 有 () 無	
入院中の経過	手術 有 (手術名:) 無	病状説明 告知(有・無)	本人 家族
特別な医療 (退院後も継続必要な医療行為等)	点滴の管理・中心静脈栄養・透析・ストマー(人工肛門等)の処置・酸素療法(日/h)・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(回/日)・その他 家族への指導(有・無)	肢体の状態 (リハビリ等)	リハビリテーション(有・無) 頻度: 運動制限:(有・無)
その他退院後の生活の留意事項			
ADL	排泄	自立・一部介助・全介助(トイレ・ポータブル・オムツ・カテーテル留置・ストマー):最終排便日()	
	移動	自立・一部介助・全介助(独歩・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子)	(独自の方法・転倒の危険・住宅改修の必要性等)
	食事	自立・一部介助・全介助(普通・軟食・刻み・ペースト・経管栄養・IVH)	制限内容等
	入浴等	自立・一部介助・全介助(入浴・シャワー・清拭・未実施):最終入浴日()	
	更衣整容	自立・見守り・一部介助・全介助	
	口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助	
コミュニケーション	視力障害(有・無) 聴力障害(有・無) 構音障害(有・無) 意思疎通(不良・良)		
BPSD	記憶障害・失見当識・問題行動 夜間の状態(良眠・不眠(状態:))		
共観の有無	有・無(科 医師) 次回受診:平成 年 月 日 時		
今後の医療の方針	科 医師 平成 年 月 日 予約 時 かかりつけ医:		
薬剤情報	退院時処方(有・無) 投薬の注意事項(薬剤名、薬剤の剤形、投与経路等)		
《その他特記事項:住環境、経済状況など》			

病院運用ルール一覧表

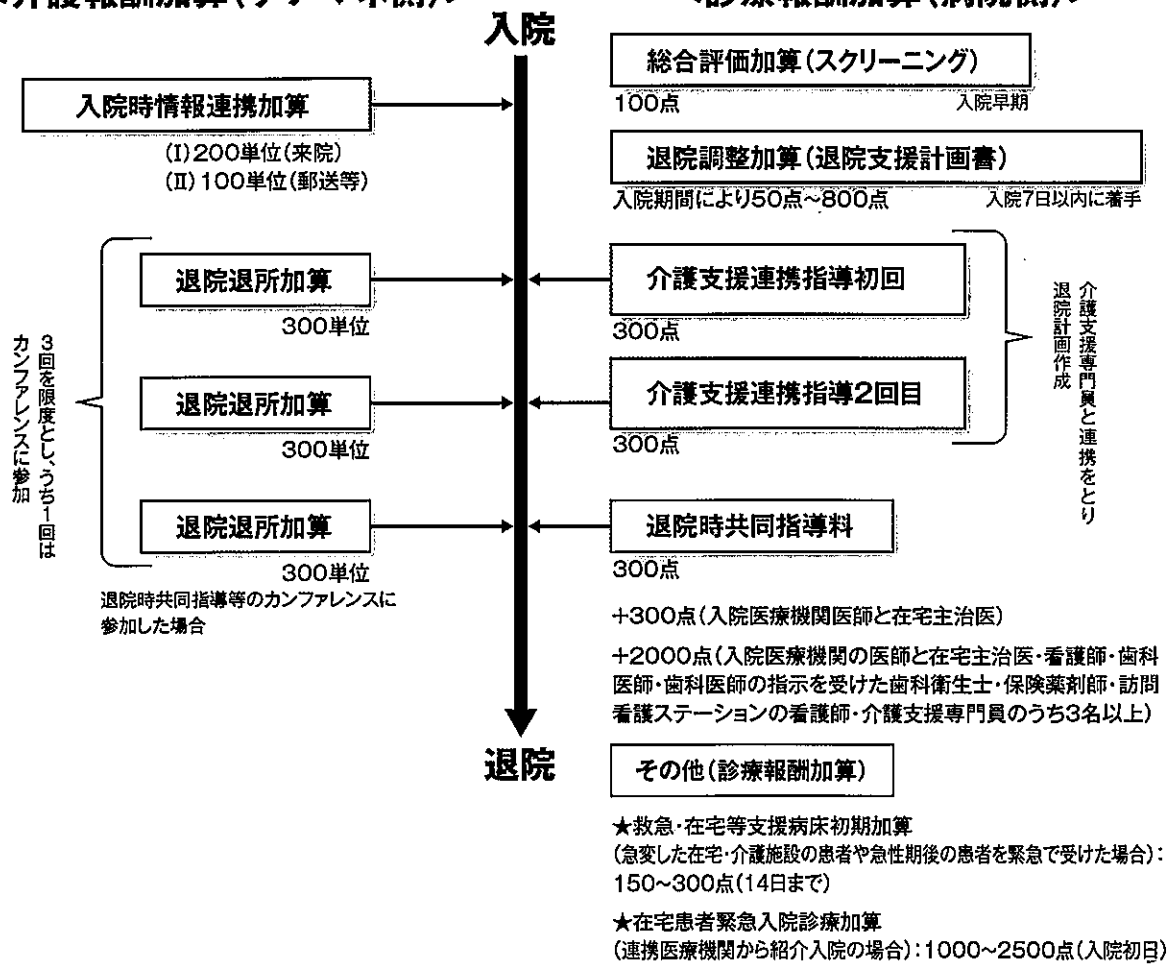
病院名	すでに介護保険を利用していた(ケアマネが付いている)場合					新たに介護保険を利用する場合		
	①ケアマネからの入院時情報はどこに? (電話をしてから) 手渡しの場合	FAXの場合	②退院支援の期間を残し、在宅判断は可能?	③誰がケアマネに電話をする?	④ケアマネとの面談主体は?	⑤誰がケアマネに退院日を連絡する?	⑥誰が介護保険を説明する?	⑦誰がケアマネ契約の支援をする?
南和歌山医療センター	地域連携室または病棟 (連携室に事前アポを) TEL:0739 26 7063 (連携室)	地域連携室 FAX:0739 26 0783 (代表)	患者の状態から予測可能だが、Drの判断や家族の状況から、変わる場合もある	地域連携室	主は病棟Ns (関わっていれば連携室) 逆にケアマネさんから連携室に、関わって欲しい旨、知らせていただければ関わる	地域連携室	主は病棟Ns 代理申請が必要な場合は連携室で行う	地域連携室(患者や家族に選択してもらっている)
紀南病院	地域連携室または病棟 (事前連絡不要) TEL:0739 22 5118 (連携室) 病棟は14時以降 病棟の確認は 1階入退院受け付け	地域連携室 FAX:0739 22 1023	調整期間は必要と認識しているがベットコントロールにより急になる場合あり ベットコントロールは病棟師長	地域連携室 病棟Ns Drからのこともある	病棟Ns 地域連携室	地域連携室 病棟Ns	病棟Ns 地域連携室	地域連携室
玉置病院	病棟 分からない時は 地域連携係 TEL:0739 22 6028 (代表)	事務(地域連携係) FAX:0739 25 2825	× (Dr判断)	病棟Ns	病棟Ns	家族	病棟Ns	病棟
田辺中央病院 (平日)	地域連携室 または病棟 TEL:0739 24 5333 (代表) (連携室)24-5310	地域連携室 FAX:0739 23 1114 (代表) (連携室)23-1009	病状等により異なる	地域連携室	地域連携室が主体となるが病状等によりNs等も参加するケースもある	地域連携室	地域連携室	地域連携室
白浜 はまゆう病院	地域ケア室 (田辺西牟婁情報提供用紙を地域ケア室に) TEL:0739 43 6208 (地域ケア室)	地域ケア室 FAX:0739 43 7887	・退院許可はDrがする ・在宅が可能かの判断は、家族の介護力や受け入れがどうかによって違ってくる	地域ケア室	状況については 病棟看護師	家族又は地域ケア室	地域ケア室	地域ケア室
白浜小南病院	事務所担当者 TEL:0739 82 1200 (代表)	事務所 FAX:0739 82 1201	○ (家族希望で×の場合あり)	病棟Ns	病棟Ns	病棟Ns	病棟Ns または 事務所	病棟Ns または 事務所
国保すさみ病院	病棟 TEL:0739 55 2065 (代表)	病棟 FAX:0739 55 2225 (代表、事務所)	× (Dr判断)	病棟Ns	病棟Ns	病棟Ns 家族	病棟Ns	病棟Ns

※ 表中③⑤の対象者は、病院のスクリーニング等で退院調整を要する対象者とする。また、③⑤における連絡は、患者及び家族等に了解を得た上で可能な場合とする。

医療・介護連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧

<介護報酬加算(ケアマネ側)>

<診療報酬加算(病院側)>



【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」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	介護報酬 入院時情報連携加算 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 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	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。 イ 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200 単位 ロ 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100 単位
	介護報酬 退院・退所加算 300単位（1回あたり）	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。

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つては、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
診療所等	診療報酬B004 退院時共同指導料1 1 在宅療養支援診療所の場合 1,000点 2 1以外の場合 600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の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師が、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、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において算定する。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、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。 3 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料（I）、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。
訪問看護事業所	退院時共同指導加算 介護報酬600単位	注 病院、診療所又は介護保健施設に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が退院時共同指導（当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所又は介護老人保健施設の主治の医師その他の職員と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供することをいう。）を行った後に、当該者の退院又は退所後に当該者に対する初回の指定訪問看護を行った場合に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回（特別な管理を必要とする利用者については、2回）に限り、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、退院時共同指導加算は算定しない。
	診療報酬6,000円	指定訪問看護を受けようとする者であって、保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中のものの退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回に限り6,000円を所定額に加算する。ただし、区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については、当該退院又は退所につき2回に限り加算できる。

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。

ルール策定までのあゆみ

日程	会議名・内容	参加者
平成27年 8月7日 スポーツパーク	田辺・西牟婁圏域 医療と介護の連携推進会議 ※事業について了承を得る	31名 (医師会・歯科医師会・看護協会・薬剤師会・ ケアマネ協会・社会福祉士会・市町・包括・ 保健所)
8月10日 西牟婁総合庁舎	病院協議 ※事業説明、退院調整について情報・ 意見交換	28名 (圏域7病院、市町、包括、保健所)
9月16日 スポーツパーク	ケアマネ協議 ※事業説明、ルール案策定 (退院調整が必要な基準)	63名 (ケアマネ、ケアマネ協会、市町、包括、 保健所)
10月9日 たなべる	ケアマネ協議 ※ルール案策定 (ケアマネがいる場合、いない場合 のルール、情報共有シート)	57名 (ケアマネ、ケアマネ協会、市町、包括、 保健所)
10月21日 西牟婁総合庁舎	ケアマネ代表者会議 ※ルール案まとめ、合同会議打合わせ	22名 (ケアマネ代表、市町、包括、保健所)
11月13日 ビッグU	合同協議 ※ルール案について意見交換	37名 (病院、ケアマネ代表、ケアマネ協会、 県高齢者生活支援室、保健所)
12月14日 西牟婁総合庁舎	ケアマネ協議 ※合同協議結果報告、ルール案修正	39名 (ケアマネ、ケアマネ協会、市町、包括、 保健所)
平成28年 1月13日 西牟婁総合庁舎	ケアマネ協議 ※ルール案修正・追加	38名 (ケアマネ、ケアマネ協会、市町、包括、 保健所)
2月18日 西牟婁総合庁舎	合同協議 ※ルール案について意見交換	32名 (病院、ケアマネ代表、ケアマネ協会、 県高齢者生活支援室、保健所 オブザーバー:医師会)

田辺西牟婁圏域医療と介護の連携推進会議とは・・・

高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療と介護のサービスを切れ目なく提供できるシステム構築を目的として設置した地域の医療・介護関係機関からなる会議です。

医療と介護の連携推進会議構成団体

団 体 名
田辺市医師会
西牟婁郡医師会
田辺薬剤師会
田辺西牟婁歯科医師会
紀南病院
南和歌山医療センター
白浜はまゆう病院
和歌山県訪問看護ステーション連絡協議会
和歌山県社会福祉士会
和歌山県介護支援専門員協会
和歌山県介護支援専門員協会西牟婁田辺支部
田辺市社会福祉協議会
みなべ町社会福祉協議会
圏域内地域包括支援センター
圏域内市町
田辺保健所

【事務局】

西牟婁振興局健康福祉部保健福祉課