

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」
分担研究報告書

円滑な退院支援の実現を果たすために必要な体制・プロセスに関する考察
—退院支援に関する国の施策動向分析から—

研究代表者 川越 雅弘（埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究所 教授）

【目的】

2006年以降の退院支援の機能強化に向けた制度改正の動向を振り返りながら、在宅医療の4場面の1つである「退院支援」に求められている機能と、その機能を果たすために必要な体制及びプロセスに関する考察を行う。

【方法】

2006年以降の診療報酬改定及び介護報酬改定に関する資料や書籍、厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業の報告書などを精査し、退院支援関連の制度改正の動向とその内容の精査を行った。

【結果】

各種資料等を精査した結果、退院支援に必要な機能とそれを果たすために必要な体制及びプロセスとして

- 1) 退院支援に必要な院内体制（組織、人員）があること
- 2) 退院後の受け皿となる医療機関、介護保険施設、ケアマネジャー等との連携が図られていること
- 3) 病院と在宅専門職間で、生活情報（本人の意向、入院前の生活情報、自宅の療養環境やケア環境など）と医療情報、及びケア方針の共有が図られていること
- 4) 患者・家族への適切な情報提供及び指導が行われていること
- 5) 退院後のケアプラン作成に向け、病院の医療専門職とケアマネジャー間で必要な情報の提供や指導・助言が行われていること
- 6) 退院前ケアカンファレンス（以下、退院前CC）が開催され、退院後のケアプラン原案の確認、退院後の留意点に関する共有が行われていること

などが挙げられた。

【考察】

退院支援に関する指標例として、厚生労働省は別表11の中で、ストラクチャー5指標（退院支援担当者を配置している診療所数・病院数など）、プロセス4指標（退院支援を受けた患者数など）を挙げているが、2018年の診療報酬・介護報酬同時改定の内容も参考に、円滑な退院支援の実現に向けて必要な機能とは何か、その機能を果たすために必要な体制及びプロセスとは何かの観点から、再度指標を見直す必要があると考えた。

また、円滑な退院支援の実現が患者に及ぼす成果に関しても今後検討を行い、アウトカム指標案として追加する必要があると考えた。

A. 研究目的

2006年以降の退院支援の機能強化に向けた制度改正の動向を振り返りながら、在宅医療の4場面の1つである「退院支援」に求められている機能と、その機能を果たすために必要な体制及びプロセスに関する考察を行うことを目的とする。

B. 研究方法

2006年以降の診療報酬改定及び介護報酬改定に関する資料や書籍、厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業の報告書などを精査し、退院支援関連の制度改正の動向とその内容の精査を行った。

C. 研究結果

1) 退院支援強化が求められる背景

2017年患者調査によると、入院患者の約半数を75歳以上が、約1/4を85歳以上が占めている。

超高齢者の退院に関しては、病院側、利用者・家族側、地域の受け皿、病院と在宅ケア関係者をつなぐシステムなどの複数要因が絡むため、在宅への移行が円滑に進まない場合も多い。こうした状況の下、円滑な退院と退院後の必要サービスの継続性を確保するための支援、いわゆる「退院支援」の重要性が高まっている。一方、入院医療費の適正化、医療提供体制の効率化の観点から、入院期間の短縮化が推進されている。超高齢者の入院の増加、家族機能の低下が進むなか、入院期間を短縮化しながら、円滑な退院を実現しようというのが、制度見直しの方向性となっている。

2) 退院支援の機能強化に向けた制度改正の動向（2006～2016年間）

円滑な退院支援を実現するためには医療機関間、病院と在宅ケア関係者間の密な連携が必須となる。

厚生労働省はまず、急性期治療を担う病

院とその後の回復期治療等を担う病院間の連携を強化するため、2006年に“地域連携診療計画管理料”や“地域連携診療計画退院時指導料”などの診療報酬を新設した。

2010年の診療報酬改定では、病院と在宅ケア関係者間の連携強化を図るため、入院中の病院のスタッフがケアマネジャーに対して退院後の必要サービスを指導する行為を評価する“介護支援連携指導料”、診療所や200床未満の病院が退院後の診療情報を計画管理病院に提供する行為を評価する“地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）”、急性期病棟における高齢者の自宅退院支援を評価する“急性期病棟等退院調整加算”を新設した。

介護報酬改定においても、ケアマネジャーの退院支援への関与を促すために、2009年に“退院・退所加算Ⅰ（400単位）”“退院・退所加算Ⅱ（600単位）”を新設、2012年には両点数を“退院・退所加算（300単位）”に一本化した上で、入院中3回（最大900単位）まで算定可能とした。

2016年の診療報酬改定では、2012年に新設した“退院調整加算”を廃止し、入院早期からの取り組みや連携する医療機関や介護施設の職員との顔の見える関係づくりを評価するため、名称も“退院支援加算”として再整理した（図1）。

3) ケアマネジャーの視点からみた退院支援プロセスの見直し（2016年）

2016年の診療報酬改定で退院支援加算が新設（従来の退院調整加算の見直し）された後、2016年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究」の中で、ケアマネジャーの視点からみた退院支援プロセスの見直し作業が行われた（図2）。

主な見直しのポイントは

- ① 退院支援加算 1 を算定している病院では入院してから 3 日以内に退院支援の必要者のスクリーニング作業を行っている。その際、本人の意向や入院前の生活情報、退院後の療養環境やケア環境に関する情報が重要となる。これら情報をケアマネジャーは入院してから 3 日以内に病院に提供すべきである（入院時情報提供を早める）
- ② 退院前 CC は、病院内の医療多職種と在宅関係者が一堂に会して、退院後ケアプランの内容や退院後の留意事項などについての情報交換や指導・助言を行う貴重な場であるが、その場にケアマネジャーが参加していない場合もある。また、参加していても、情報収集にとどまり、退院後ケアプランに関する意見や助言をもらう場になっていないケースが多い。そこで、退院前 CC の場を、単なる情報収集の場ではなく、ケアプラン原案に対する意見をもらう場に変えていくべきである。
- ③ ただし、退院前 CC でケアプラン原案を説明するためには、入院中から必要な情報を早めに収集する必要がある。そのためには、何等かの様式を提示する必要がある。

である。

4) 2018 年診療報酬・介護報酬の同時改定における退院支援の見直し

2018 年度介護報酬改定では、入院時及び退所時の連携強化の観点から（図 3）、

- ① 入院時における医療機関とケアマネジャー間の連携促進（入院時情報連携加算の見直し）
- ② 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関・介護保険施設等とケアマネジャー間の連携の促進（退院・退所加算の見直し、特定事業所加算（IV）の

新設）

- ③ 退院・退所者を受け入れる特定施設等と医療提供施設間の連携の促進（退院・退所時連携加算）
- ④ 介護保険施設入所者が退院後再入所する際の、入院先医療機関との栄養管理に関する連携の促進（再入所時栄養連携加算）

などが、また、診療報酬改定においても、

- ① 入院予定者に対する入院前からの支援を通じた外来部門と入院部門の連携の促進（入院時支援加算の新設）
- ② 入退院支援加算対象者の範囲拡大（福祉等の関係機関との連携促進）

などが行われた。

今回改定の主なポイントは、前述した老健事業での見直しの指摘をベースに、

- ① 入院前の状況や本人の意向などの生活情報を、ケアマネジャーから入院医療機関に早期に提供する仕組みを導入し、病院側が行う退院支援スクリーニングの支援を図ったこと（様式例の提示を含む）
- ② 退院前 CC へのケアマネジャーの参加を促したこと
- ③ 退院後ケアプラン策定に必要な情報収集項目例（図 4,5）を提示したこと
- ④ 外来部門と入院部門の連携促進を図ったこと
- ⑤ 特定施設やグループホーム、介護保険施設と医療機関の連携強化を図ったこと

である。

これら制度改正の動向とその内容から退院支援に必要な機能とそれを果たすために必要な体制及びプロセスとして、

- ① 退院支援に必要な院内体制（組織、人員）があること
- ② 退院後の受け皿となる医療機関、介護保険施設、ケアマネジャー等との連携が図られていること

- ③ 病院と在宅専門職間で、生活情報(本人の意向, 入院前の生活情報, 自宅の療養環境やケア環境など)と医療情報, 及びケア方針の共有が図られていること
- ④ 患者・家族への適切な情報提供及び指導が行われていること
- ⑤ 退院後のケアプラン作成に向け, 病院の医療専門職とケアマネジャー間で必要な情報の提供や指導・助言が行われていること
- ⑥ 退院前ケアカンファレンス(以下, 退院前 CC) が開催され, 退院後のケアプラン原案の確認, 退院後の留意点に関する共有が行われていること

などが挙げられた。

5) 入退院時連携に関連する主な診療報酬・介護報酬の整理

2018年の診療報酬・介護報酬のうち, 入退院時連携に係る点数を図7に整理した。

D. 考察

退院支援に関する指標例として, 厚生労働省は別表11の中で, ストラクチャー5指標(退院支援担当者を配置している診療所数・病院数など), プロセス4指標(退院支援を受けた患者数など)を挙げているが, 2018年の診療報酬・介護報酬同時改定の内容も参考に, 円滑な退院支援の実現に向けて必要な機能とは何か, その機能を果たすために必要な体制及びプロセスとは何かの観点から, 再度指標を見直す必要があると考えた。

また, 円滑な退院支援の実現が患者に及ぼす成果に関しても今後検討を行い, アウトカム指標案として追加する必要があると考えた。

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

なし

引用文献

- 1) 厚生労働省保険局医療課：平成28年度診療報酬改定の概要, 平成28年度診療報酬改定説明会(2016年3月4日)資料
- 2) 大阪府：大阪府入退院支援の手引き, 2018年3月

図1 退院支援加算の創設（2016年診療報酬改定）

退院支援に関する評価の充実①

➢ 患者が安心・納得して退院し、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、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) **退院支援加算1**
 イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

(改) **退院支援加算2**
 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点
 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点

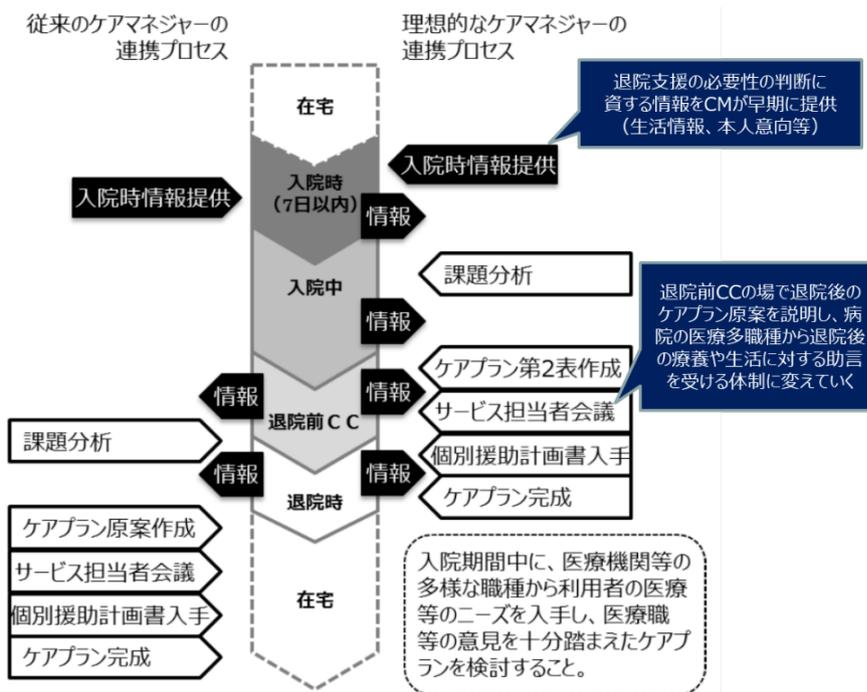
[算定要件・施設基準]

	退院支援加算1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等(20か所以上)の職員と 定期的な面会を実施(3回/年以上)	-
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	-

職員 の 病棟配 置や 連携体制 の 確立等 を 評価

出所) 厚生労働省保険局医療課：平成28年度診療報酬改定の概要、平成28年度診療報酬改定説明会(2016年3月4日)資料より引用

図2 病院とケアマネジャーの連携プロセスの見直し



出所) 株式会社日本能率協会：入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き(平成29年3月)、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究」を一部改変。

図3 退院時／日常療養時の連携に関する強化ポイント（2018年介護報酬改定）

論点1
<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関へ入院した人の退院後の円滑な在宅生活への移行を促進するため、入退院時における医療・介護連携をさらに強化するための対応を行ってはどうか。 ○ 加えて、入退院時に限らず、平時からの医療機関との連携の促進を図るための対応を行ってはどうか。
対応案
<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時における医療機関との連携を促進する観点から、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者やその家族に対して、利用者が入院した場合に担当ケアマネジャーの氏名や連絡先等の情報を入院医療機関の職員等に提供しよう協力を依頼することについて、運営基準で明確化してはどうか。 ・ 入院時情報連携加算について、現行の入院後7日以内の情報提供に加えて、入院後3日以内に利用者の情報を医療機関に提供した場合を新たに評価するとともに、情報提供の方法（訪問又は訪問以外）による差は設けないこととしてはどうか。また、より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示してはどうか。
対応案（続き）
<ul style="list-style-type: none"> ○ 退院・退所後の円滑な在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算の評価を充実させてはどうか。具体的には、以下の仕組みとしてはどうか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価 ・ 医療機関等との連携回数に応じた評価 ・ 加えて、医療機関におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せて評価 <p>また、退院時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄（医療処置、看護・リハビリの視点等）を充実させることによって、退院・退所後の在宅生活へのより円滑な移行に資するよう、必要な見直しを行ってはどうか。</p> ○ 平時からの医療機関との連携の促進を図る観点から、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを、運営基準で明確化してはどうか。 ・ 主治の医師等が適切な判断を行えるよう、訪問介護事業所等から伝達を受けた口腔に関する問題や薬剤状況等の利用者の状態や、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要情報伝達を行うことを運営基準で明確化することで、主治の医師等がケアプランに医療サービスを位置付ける必要性等を判断できるようにしてはどうか。

出所）厚生労働省：居宅介護支援の報酬・基準について（案），第152回介護給付費分科会（2017年11月22日）資料1より引用

図4 退院・退所加算の様式例（老健事業で提案された様式例）

退院に向けたヒアリングシート ～「課題整理総括表」の作成に向けて～

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ	ヤマダ ハナ	性別	年齢	退院時の要介護度 (<input checked="" type="checkbox"/> 要 区分変更)
	氏名	山田 花 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	85 歳	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1)
今回の入院概要	入退院日	・入院日：H 29年 1月 9日		・退院予定日：H 29年 1月 29日	
	入院原因疾患	脳梗塞			
	入院先	〇〇中央病院 (病院) 脳神経外科 (病棟) 7 (階) 702 (号室)			
	主治医：(診療科)	脳神経外科 科 (医師名) 港 太郎 医師			
退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし				
① 疾患と入院中の状況	現疾患の状況	全身状態は落ち着いてリハビリが中心		既往歴	高血圧、高脂血症、脳梗塞、認知症、骨粗鬆症
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()			
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 機械浴 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴			
	排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ カテーテル・パウチ ()			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (全粥、やからか食)		UDF等の食形態区分	2
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる			
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		義歯	<input type="checkbox"/> 元々なし <input checked="" type="checkbox"/> 入院中は使用なし <input type="checkbox"/> 入院中使用
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> 出来なかった <input type="checkbox"/> 本人にまかせた			
	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()		<input type="checkbox"/> 眠剤の使用	
	認知・精神	<input checked="" type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()			
② 本人や家族の受け止め/意向	本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)	
	家族の受け止め方	ととにかく命が助かって良かった		以前のようには回復して欲しいが、主治医から2度目の発症で、入院前より介助を要するとの説明を受け、理解はしている。息子は仕事もあるので、介護への不安は強いものの、医師予想よりも回復が早く、入院当初よりも不安は軽減している	
	退院後の生活に関する本人の意向	・言いたいことが思うように発語できず、ストレスを感じているが、機能訓練には前向きに取り組んでいる ・ショックと不安を感じながらも、息子を気遣い、不安感などの気持ちはあまり多くは口に出来ない様子 ・一方で、「早く家に帰りたい」「甘いものが食べたい」という要望は持っている			
	退院後の生活に関する家族の意向	・本人の「早く家に帰りたい」という要望をかなえて、早く連れて帰ってあげたいという意向を持っている ・自宅での介護継続についても、不安はあるものの前向きな態度で、家族としての覚悟が感じられる ・まずは今回の状態像での介護のイメージを早くつかみ、その上で日常生活が安定することを望んでいる			

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	(処置内容)	⇒ (在宅で継続するための要件)
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <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 checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()	口腔ケア、排泄介助などの家族指導、利用していたデイサービスの受け入れ体制などが必要
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()	
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input checked="" type="checkbox"/> バランス練習 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習 (買い物、調理等) <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	
禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)	
	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	#NAME?	

症状・病状の 予後・予測		・リハビリを続ければ歩行やトイレ動作、コミュニケーション能力の改善を目指すことができる (転倒リスクあり) ・再発リスクが高いため、定期受診と薬の管理を正確に行う必要がある				
(心身の状況・環境など)	①疾患と入院中の状況から	・脳梗塞による右麻痺、嚥下障害、構音障害				
	②本人・家族の受け止め/意向から	・発病(再発)と体の不自由さや、特に発語障害によるコミュニケーション能力の低下による、気分の落ち込み、ストレス ・早期退院希望による入院リハビリの終了				
	③退院後に必要な事柄から	・住宅に、玄関の段差、スペースが狭い。屋内に敷居がある				
	④その他	・介護者の息子が仕事に出て、日中独居になる日が週3回ほどある				
状況の事実		現在の状況	要因	改善/維持の可能性	状況・支援内容等	見通し
移動	室内移動	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	改善 維持 悪化	歩行器使用して一部介助歩行	約3ヶ月で見守りへ
	屋外移動	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	改善 維持 悪化	車椅子使用	約3ヶ月でシルバーカー使用
食事	食事内容	支援なし (支援あり)	①②	改善 維持 悪化	嚥下機能評価後に訓練中	約1ヶ月後に再評価実施、形態を上げる
	食事摂取	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	改善 維持 悪化		
排泄	排尿・排便	支援なし (支援あり)	①②	改善 維持 悪化	トイレ移動、下衣の上げ下ろし一部介助	約3ヶ月後にトイレ動作見守りへ
	排泄動作	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	改善 維持 悪化	トイレコールは遠慮している様子	退院後の医療に対する不安を感じており、適切な受診や医療の指示への支援を受けることにより、再発への不安を軽減することができる
口腔	口腔衛生	支援なし (支援あり)	①	改善 維持 悪化	毎日口腔ケア実施	
	口腔ケア	自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 維持 悪化		
服薬		自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 維持 悪化	病棟管理	退院後、家族管理
入浴		自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 維持 悪化	シャワー浴にて入浴	
更衣		自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	改善 維持 悪化	上衣は自立だが、下衣は一部介助	
家事動作		自立 見守り (一部介助) 全介助		改善 維持 悪化	未実施	
コミュニケーション能力		支援なし (支援あり)	①②	改善 維持 悪化	構音障害あり、適切なリハ実施	半年後には思うように発語ができる
認知		支援なし (支援あり)		改善 維持 悪化	短期記憶力の低下	適切なリハビリプログラムの提供と評価を受けることができれば、自主的な自律訓練を前向きに行い、障害によるストレス軽減の減や生活への自信に繋がる
褥瘡・皮膚の問題		(支援なし) 支援あり		改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)		(支援なし) 支援あり		改善 維持 悪化		
居住環境		支援なし (支援あり)	①③	改善 維持 悪化	玄関前の段差、敷居	退院までに段差解消
回目	聞き取り日	情報提供者名・職種				
1 (回目)	2017年 1月15日	<input type="checkbox"/> 医師 () <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 (田中主任) <input type="checkbox"/> リハ職 () <input checked="" type="checkbox"/> MSW (小林一子) <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 () <input type="checkbox"/> ()				
2 (回目)	2017年 1月22日	<input type="checkbox"/> 医師 () <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 (木村退院調整ナース) <input checked="" type="checkbox"/> リハ職 (斉藤PT) <input checked="" type="checkbox"/> MSW (小林一子) <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 () <input type="checkbox"/> ()				

出所) 株式会社日本能率協会：入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き(平成29年3月)、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究」を一部改変。

図5 退院・退所加算情報記録書（厚生労働省の様式例）

退院・退所情報記録書

記入日： 年 月 日

1. 基本情報・現在の状態等

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	種	男・女	歳	□要支援()・要介護() □申請中 □なし
入院(所)の概要	入院原因疾患(入所目的等)	-入院(所)日: H 年 月 日 -退院(所)予定日: H 年 月 日			
	入院・入所先	施設名	棟	室	
① 疾患と入院(所)中の状況	今後の医学管理	医療機関名:			方法 □通院 □訪問診療
	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	* 許可記入	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 □カーテル・ポウチ()			
	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()	服用使用 □なし □あり		
② 受け止め/要約	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()			
	<本人> 病名、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> 病名、障害、後遺症等の受け止め方				

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事項	医療処置の内容	□なし □点滴 □酸素療法 □喉吸引 □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(スタッフ含む) □筋力増強練習 □バランス練習 □肩胛-筋緊張改善練習 □起立/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) □更生器具・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)		
症状・病状の予後・予測					
退院に際しての日常生活の障害要因(心身状況・環境等)	※ 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、患者の可能性や今後、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患者と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事項、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事件					
回目	開き取り日	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。

図6 入退院時連携に係る主な診療報酬・介護報酬



介護報酬加算

入院時情報連携加算（居宅介護支援費）

- ・入院後3日以内（提供方法は問わない）**（Ⅰ） 200単位**
- ・入院後7日以内（提供方法は問わない）**（Ⅱ） 100単位**

利用者が病院等に入院するに当たって、当該病院等の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合に所定単位数を加算。

1月に1回を限度。

入院時連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）はいずれか一方のみを算定する。

入院時情報連携加算に係る様式例：「入院時情報提供書」[P.42]

平成30年3月22日厚生労働省「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について

退院・退所加算（居宅介護支援費）

	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	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	X	900単位

病院等に入院・入所していた者が退院・退所し、居宅で介護サービスを利用する場合、退院・退所に当たり「病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けたうえで、居宅サービス計画を作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合」に所定単位数を加算。

入院期間中に1回算定。

退院・退所加算に係る様式例：「退院・退所情報記録書」[P.44]

平成30年3月22日厚生労働省「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について

緊急時等居宅カンファレンス加算（居宅介護支援費）

- ・ **200単位**

病院又は診療所の求めにより、病院又は診療所の医師又は看護師等とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じ、利用者に必要な介護サービスの利用に関する調整を行った場合に所定の単位数を加算。

※利用者1人につき、1月に2回を限度とする。

介護報酬

退院時共同指導加算（介護予防）訪問看護、定期巡回、看多機

・600単位

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院(所)中の者が退院(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(*)を行った後、退院(所)後に初回の指定訪問看護を行った場合に加算。

当該退院(所)につき1回(特別な管理を必要とする利用者に複数日に退院時共同指導を行った場合には2回)に限る。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。

(*)「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、介護老人保健施設又は介護医療院の主治の医師その他の従業者と共同し、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。

《指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準》（指定居宅介護支援基準）

○入院時における医療機関との連携を促進する観点から、居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供しよう依頼することを義務付ける。

○利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等で、利用者の同意を得て主治医等の意見を求めた場合、当該主治医に対してケアプランを交付することを義務付ける。

○訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治医等に必要な情報伝達を行うことを義務付ける。

診療報酬加算

退院前在宅療養指導管理料

120点

入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定。

外泊の初日1回に限り算定。

病状の悪化等により退院できなかった場合や外泊後、帰院することなく転院した場合は算定できない。

退院前訪問指導料

500点(1回の入退につき1回)

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の内泊な退院の為、入院中（外泊時含む）又は退院日に患者宅を訪問し、患者の病状、家屋構造、介護力等を考慮しながら退院後の患者の看護にあたる者に対して、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。

特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定対象外。

医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合も算定できる。

入退院支援加算

退院支援加算 1

- イ 一般病棟入院基本料等 **600** 点
- ロ 療養病棟入院基本料等 **1,200** 点

退院支援加算 2

- イ 一般病棟入院基本料等 **100** 点
- ロ 療養病棟入院基本料等 **600** 点

病気になり入院しても、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続出来るように、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや地域との連携、外来部門と入院部門（病棟）との連携等を評価。

退院困難な要因を有する入院患者で在宅での療養を希望する者に対して退院支援を行った場合に、退院時 1 回に限り下記点数を加算。

ここでいう退院困難な要因とは

- ア 悪性腫瘍、認知症又は肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護認定が未申請であること
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無にかかわらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

〔施設基準・算定要件〕

	退院支援加算 1	退院支援加算 2
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に抽出	<u>7日以内</u> に抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に面談（一般病棟） <u>14日以内</u> に面談（療養病棟）	<u>出来るだけ早期</u> に面談
退院支援計画作成着手	7日以内	7日以内
多職種によるケアファロウスの実施	<u>7日以内</u> にケアファロウスを実施	<u>出来るだけ早期</u> にケアファロウスを実施
情報の共有	退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等の職員と面会し、退院体制の情報共有等を行う。	
退院調整部門の設置	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2 病棟に 1 名以上）</u>	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等（20 箇所以上）の職員と定期的な面会を実施（3 回/年以上）</u>	-
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実施（介護支援等連携指導料の算定回数）</u>	-

診療報酬加算

入退院支援加算

入院時支援加算

200点（通院時1回）

入院予定患者が入院生活や入院後どのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し支援を行った場合に加算。

〔算定対象〕

- ① 自宅等(他の保健医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者
- ② 入退院支援加算を算定する患者

〔施設基準〕

- ① 入退院支援加算の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
◀許可病床数200床以上▶・専任の看護師1名以上 又は
・専任の看護師及び専任の社会福祉士1名以上
◀許可病床200床未満▶・専任の看護師1名以上 が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること

〔算定要件〕

入院予定患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、

(1)入院前に以下①～⑧の内容を行い、(2)入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、(3)患者及び入院予定の病棟職員と共有。

患者の病態等により①～⑧まですべて実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合も①、②、⑧は必ず実施。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 / ② 入院前に利用していた介護・福祉サービスの把握(要介護・要支援状態の場合のみ) / ③ 褥瘡に関する危険因子の評価 / ④ 栄養状態の評価 / ⑤ 服薬中の薬剤の確認
- ⑥ 退院困難な要因の有無の評価 / ⑦ 入院中に行われる治療・検査の説明 / ⑧ 入院生活の説明

地域連携診療計画加算

退院支援加算

地域連携診療計画加算 **300点（通院時1回）**

診療情報提供料(I)

地域連携診療計画加算 **50点**

あらかじめ地域連携診療計画を作成し、計画にかかる疾患の治療等を担う他の医療機関、介護サービス事業者等と共有し、入院時に文書等で家族等に説明し交付した場合に加算。

〔算定要件〕

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う連携保健医療機関等と共有
- ② 患者の同意を得たうえで、入院後7日以内に当該計画に基づく診療計画を作成し、文書により家族等に説明・交付
- ③ 連携保健医療機関等で治療が行われる場合、当該連携保健医療機関等に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供。また、当該患者が、転院前の保健医療機関で当該加算を算定した場合は、退院時に、当該転院前の保健医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供。

地域連携診療計画加算を算定する場合、退院時共同指導料2、介護支援等連携指導料は別に算定できない。

介護支援等連携指導料

400点（入院中4回）

入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス等を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービス等を受けられるよう、入院中からケアマネジャー等と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価。

【算定要件】

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、薬剤師、理学療法士等、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、介護支援専門員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がい福祉サービス等について説明・指導を行った場合に算定。指導の内容を踏まえ作成されたケアプランは、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員に情報提供を求め、ケアプランの写しを診療録に添付すること。

同一日に「退院時共同指導料2」の注3に掲げる加算と介護支援等連携指導料の両方を算定することはできない。

入院中2回に限る。

<1回目>

介護サービスの利用の見込みがついた段階で、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や要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで適切な療養場所の選択や手続きの内滑化に資するもの。

<2回目>

実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行う。

退院時共同指導料2

400点 率2,000点（入院中1回）

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当該保険医療機関の看護師等、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）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、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士と共同して行った上で文書により情報提供した場合に算定。

※「注3」入院中の保険医療機関の保険医または看護師等が、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）又は介護支援専門員若しくは相談支援専門員のうちいずれが3者以上と共同して指導を行なった場合2,000点を所定点数に加算する。

【算定要件】

退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については対象とならない。

退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同一日に行なう介護支援等連携指導料は別に算定できない。

退院時共同指導料2を算定している保険医療機関が、退院支援加算を算定する場合、地域連携診療計画と同等の事項を患者・家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有すること。

診療報酬加算

退院時リハビリテーション指導科

300点（退院日に1回）

患者の病状、患者の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、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指導を行った場合に算定。

指導の内容は、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変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、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。

当該患者の入院中主として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が、患者の退院に際し、指導を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる。

死亡退院の場合は、算定できない。

退院時薬剤情報管理指導科

90点（退院日に1回）

医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に算定。

死亡退院の場合は、算定できない。

退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）

8,000円（退院時1回）

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者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8,000円を所定額に加算する。

退院後訪問指導料

580点（退院後1月以内の期間に限り、5回を限度）

医療ニーズが高い患者が安心・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、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、入院していた保険医療機関が退院直後に行う訪問指導を評価。

〔算定要件〕

対象患者：別表第8(*)又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上
(要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別介護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者も算定可能とする。)
 介護老人保健施設に入所中または医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

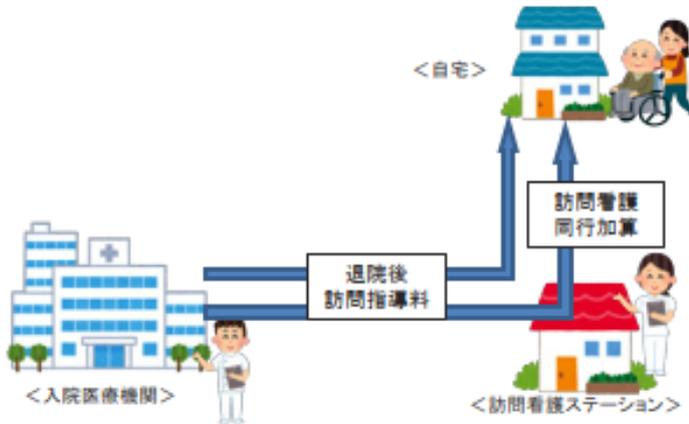
(*) 別表第 8

- 1 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にある者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にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
 在宅自己腹膜透析指導管理 / 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 / 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護同行加算

30点（退院後1回）

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、必要な指導を行なった場合に加算。



出所) 大阪府：大阪府入退院支援の手引き，2018年3月より引用

