別紙 22

○　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
居宅介護支援費の入院時情報連携加算及び退院・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 ・入院時情報連携加算に係る様式例（別紙１） ・退院・退所加算に係る様式例（別紙２）	居宅介護支援費の退院・退所加算（Ⅰ）・（Ⅱ）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（Ⅰ）・（Ⅱ）に係る様式例（別紙）

別紙 22

○　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	

記入日：　年　月　日
入院日：　年　月　日
情報提供日：　年　月　日

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

患者氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	年齢	才	性別	男　女
		生年月日	明・大・昭　年　月　日生		
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅）、＿＿階建て、居室＿＿階、エレベーター（有・無）				
	特記事項（　　）				
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　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2			□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　□M			□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

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：	TEL	

３．本人／家族の意向について

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

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）

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	□独居　□高齢世帯　□子と同居（家族構成員数　名）　＊□日中独居 □その他（　　）
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）

「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	

＊＝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

別紙 22

○　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

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（ ）			
ADL	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　乗	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	ポータブルトイレ	□ 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 ＿＿本くらい／日			飲酒	無	有 ＿＿合くらい/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 □悪性腫瘍 □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 □ 頻度は低いが、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（ ）								

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	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	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「退院困難な患者の要因」に関連

旧

別紙 22

○　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

（別紙２）退院・退所加算に係る様式例

退院・退所情報記録書

1．基本情報・現在の状態　等　　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）：□なし　□あり　／　（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、急変の可能性や予後、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。

旧

（別紙）退院・退所加算に係る様式例

退院・退所情報記録書

被保険者の居宅地図・地形図	
連絡先等	

居宅介護支援事業所の名称及び所在地	担当者
居宅サービス計画作成（変更）日	初回居宅サービス計画作成（変更）日
認定日	認定の有効期間
要介護状態区分	利用者及び家族の生活に対する意向
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	

	入院・入所中の状況	退院・退所に向けての留意事項
病状の安定	血圧 脈拍 体温 呼吸状態 酸素飽和度　有・無 （自立・一部介助・全介助）	（定期的な医師の診察（緊急時の連絡体制）、服薬状況、急変時の対応方法）
特別な医療	中心静脈栄養　透析 ストーマ（人工肛門）の処置　褥瘡処置 気管切開の処置　疼痛の看護　経管栄養 モニター測定の処置　カテーテル　特別な薬剤 その他（　）	（医師の指示及び具体的な内容）
心身の状態	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 幻覚妄想（有・無）　理解力低下（有・無） （ターミナル・認知症・リウマチ・脊髄損傷等） ・麻痺　有・無（右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他（　）） ・拘縮　有・無（右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他（　））	（具体的内容等）
口腔衛生	介助されていない・一部介助・全介助	
栄養	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 （見守り・声掛け・吸い飲み・ シルバーカー・車椅子・ストレッチャー）	（栄養士の指導・特別食等・注意点等の必要性等）
食事	介助されていない・一部介助・全介助・不可・ 行っていない ・入浴の制限　有・無（シャワー・浴槽・その他）	
排泄	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 ポータブル・リハビリパンツ（使用・交換方法）	（留意点やケア内容）
外出の形態	自立・介助（形態　　）	
認知・精神面	・認知症高齢者の日常生活自立度（　　） ・精神状態（改善）　有・無（　　）	（認知症の原因疾患等）
リハビリ等	・リハビリテーション　有・無（頻度　　） ・運動制限　有・無	（リハビリ・運動制限の内容、注意点をケアに反映）

その他上の留意すべき事項	

（介護保険の活用等居宅介護支援サービスの利用に関する説明（インフォームドコンセント）は実施した。介護サービスなど、各種支援（インフォームドコンセント）の説明、指導事項、同意書、内容の変更等については事あるごとにケアに反映事項に記載やること。）