

○ 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 |
|---|---|
| <p data-bbox="293 302 1365 333">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</p> <p data-bbox="210 436 1448 512">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。</p> <p data-bbox="210 527 1448 602">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。</p> <p data-bbox="813 661 848 688">記</p> <p data-bbox="210 751 783 827"> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>入院時情報連携加算に係る様式例 (別紙 1)</u> ・ <u>退院・退所加算に係る様式例 (別紙 2)</u> </p> | <p data-bbox="1644 302 2549 333">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</p> <p data-bbox="1478 436 2715 512">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。</p> <p data-bbox="1478 527 2715 602">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。</p> <p data-bbox="2080 661 2116 688">記</p> <p data-bbox="1486 795 2089 827"> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>退院・退所加算 (I)・(II)</u>に係る様式例 (別紙) </p> |

○ 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>入院時情報提供書</p> <p>医療機関 ← 居宅介護支援事業所</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>記入日： 年 月 日 入院日： 年 月 日 情報提供日： 年 月 日</p> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>医療機関名： _____ 事業所名： _____</p> <p>ご担当者名： _____ ケアマネジャー氏名： _____</p> <p>TEL: _____ FAX: _____</p> <p><small>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。</small></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1. 利用者(患者)基本情報について</p> <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</td> <td style="width:10%;">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</td> <td>生</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住環境</td> <td colspan="6">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="6"> <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請 </td> </tr> <tr> <td>障害高齢者の日常生活自立度</td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 </td> <td><input type="checkbox"/> 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="5"> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M </td> <td><input type="checkbox"/> 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="2"> <input type="checkbox"/> _____ 割 <input type="checkbox"/> 不明 </td> <td colspan="4"> 障害など認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 身体・精神・知的 ） </td> </tr> <tr> <td>年金などの種類</td> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 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 | 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 | <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請 | | | | | | 障害高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | | | | | <input type="checkbox"/> 医師の判断 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断 | 介護保険の自己負担割合 | <input type="checkbox"/> _____ 割 <input type="checkbox"/> 不明 | | 障害など認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 身体・精神・知的 ） | | | | 年金などの種類 | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 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 | 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 | <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | | | | | <input type="checkbox"/> 医師の判断 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | | | | | <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険の自己負担割合 | <input type="checkbox"/> _____ 割 <input type="checkbox"/> 不明 | | 障害など認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 身体・精神・知的 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年金などの種類 | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2. 家族構成/連絡先について</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>世帯構成</td> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 (* <input type="checkbox"/> 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="3"></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="3"></td> </tr> </table> | | 世帯構成 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 (* <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 (* <input type="checkbox"/> 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3. 本人/家族の意向について</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>本人の趣味・興味・関心領域等</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>本人の生活歴</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>入院前の本人の生活に対する意向</td> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> 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="6"> <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>4. 入院前の介護サービスの利用状況について</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>入院前の介護サービスの利用状況</td> <td colspan="6"> 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1,2,3表 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1,2,3表 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1,2,3表 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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）</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>在宅生活に必要な要件</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>退院後の世帯状況</td> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 </td> </tr> <tr> <td>世帯に対する配慮</td> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 () </td> </tr> <tr> <td>退院後の主介護者</td> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄・年齢） </td> </tr> <tr> <td>介護力*</td> <td colspan="6"> <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 </td> </tr> <tr> <td>家族や同居者等による虐待の疑い*</td> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () </td> </tr> <tr> <td>特記事項</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table> | | 在宅生活に必要な要件 | | | | | | | 退院後の世帯状況 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 | | | | | | 世帯に対する配慮 | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 () | | | | | | 退院後の主介護者 | <input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄・年齢） | | | | | | 介護力* | <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 | | | | | | 家族や同居者等による虐待の疑い* | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | | | | | 特記事項 | | | | | | | | | | | | | |
| 在宅生活に必要な要件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院後の世帯状況 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯に対する配慮 | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院後の主介護者 | <input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄・年齢） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護力* | <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族や同居者等による虐待の疑い* | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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）</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>「院内の多職種カンファレンス」への参加</td> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし </td> </tr> <tr> <td>「退院前カンファレンス」への参加</td> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし </td> </tr> <tr> <td>「退院前訪問指導」を実施する場合は同行</td> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし </td> </tr> </table> <p>* = 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</p> | | 「院内の多職種カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし | | | | | | 「退院前カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし | | | | | | 「退院前訪問指導」を実施する場合は同行 | <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 「院内の多職種カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 「退院前カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 「退院前訪問指導」を実施する場合は同行 | <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |