

○ 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>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>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>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 style="text-align: center;">記</p> <p>・ <u>入院時情報連携加算</u>に係る様式例 (別紙 1)</p> <p>・ 退院・退所加算に係る様式例 (別紙 2)</p>	<p>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>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>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 style="text-align: center;">記</p> <p>・ 退院・退所加算<u>(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																																																	
記入日： 年 月 日 入院日： 年 月 日 情報提供日： 年 月 日																																																	
<b>入院時情報提供書</b> 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。																																																	
<b>1. 利用者(患者)基本情報について</b>																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">患者氏名</td> <td style="width:25%;">(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:20%;">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 <small>※可能な限り、「写真」 などを添付</small></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">特記事項（ _____ ）</td> </tr> <tr> <td>障害高齢者の 日常生活自立度</td> <td colspan="4"> <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> <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="4"> <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="3">                     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="5"> <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 <small>※可能な限り、「写真」 などを添付</small>	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	特記事項（ _____ ）					障害高齢者の 日常生活自立度	<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				<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 <small>※可能な限り、「写真」 などを添付</small>	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	特記事項（ _____ ）																																																
障害高齢者の 日常生活自立度	<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				<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( _____ )																																																
<b>2. 家族構成/連絡先について</b>																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>世帯構成</td> <td colspan="5"> <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="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">TEL</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	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	TEL																																													
<b>3. 本人/家族の意向について</b>																																																	
<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></td> </tr> <tr> <td>本人の生活歴</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入院前の本人の 生活に対する意向</td> <td><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><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																																																
<b>4. 入院前の介護サービスの利用状況について</b>																																																	
<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>                     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( _____ )																																																
<b>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）</b>																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>在宅生活に 必要な要件</td> <td></td> </tr> <tr> <td>退院後の世帯状況</td> <td> <input type="checkbox"/>独居 <input type="checkbox"/>高齢者世帯 <input type="checkbox"/>子と同居（家族構成員数 _____ 名） * <input type="checkbox"/>日中独居  <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）                 </td> </tr> <tr> <td>世帯に対する配慮</td> <td> <input type="checkbox"/>不要  <input type="checkbox"/>必要（ _____ ）                 </td> </tr> <tr> <td>退院後の主介護者</td> <td> <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> <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> <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>あり（ _____ ）                 </td> </tr> <tr> <td>特記事項</td> <td></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"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 _____ 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	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"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 _____ 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）																																																
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																																																	
<b>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）</b>																																																	
<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><input type="checkbox"/>希望あり</td> </tr> <tr> <td>「退院前カンファレンス」への参加</td> <td><input type="checkbox"/>希望あり</td> </tr> <tr> <td>「退院前訪問指導」を実施する場合は同行</td> <td><input type="checkbox"/>希望あり</td> </tr> </table>		「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	「退院前訪問指導」を実施する場合は同行	<input type="checkbox"/> 希望あり																																										
「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり																																																
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり																																																
「退院前訪問指導」を実施する場合は同行	<input type="checkbox"/> 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																																																	

○ 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																																																																							
<b>7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について</b>																																																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>麻痺の状況</td> <td>なし</td> <td>軽度</td> <td>中度</td> <td>重度</td> <td>褥瘡の有無</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（ ）</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">A D L</td> <td>移動</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td>移動(室内)</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>杖 <input type="checkbox"/>歩行器 <input type="checkbox"/>車いす <input type="checkbox"/>その他</td> </tr> <tr> <td>移動</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td>移動(屋外)</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>杖 <input type="checkbox"/>歩行器 <input type="checkbox"/>車いす <input type="checkbox"/>その他</td> </tr> <tr> <td>更衣</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td>起立動作</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> </tr> <tr> <td>整容</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>食事</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>		麻痺の状況	なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）				A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他				移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他				更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起立動作	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					
麻痺の状況	なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）																																																																		
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他																																																																	
	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他																																																																	
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起立動作	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																																																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">食 事 内 容</td> <td>食事回数</td> <td colspan="3">( )回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)</td> <td>食事制限</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>あり ( ) <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>不明</td> </tr> <tr> <td>食事形態</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>きざみ <input type="checkbox"/>嚥下障害食 <input type="checkbox"/>ミキサー</td> <td>UDF等の食形態区分</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>摂取方法</td> <td><input type="checkbox"/>経口 <input type="checkbox"/>経管栄養</td> <td>水分とろみ</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td> <td>水分制限</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>あり ( ) <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>不明</td> </tr> </table>		食 事 内 容	食事回数	( )回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)			食事制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー			UDF等の食形態区分					摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明																																														
食 事 内 容	食事回数		( )回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)			食事制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明																																																																	
	食事形態		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー			UDF等の食形態区分																																																																		
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明																																																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">口 腔</td> <td>嚥下機能</td> <td>むせない</td> <td>時々むせる</td> <td>常にむせる</td> <td>義歯</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(部分・総)</td> </tr> <tr> <td>口腔清潔</td> <td>良</td> <td>不良</td> <td>著しく不良</td> <td>口臭</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td> </tr> </table>		口 腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																																																							
口 腔	嚥下機能		むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)																																																																	
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																																																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">排 泄</td> <td>排尿</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td>ボックルトイレ</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>夜間 <input type="checkbox"/>常時</td> </tr> <tr> <td>排便</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td>オムツ/パッド</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>夜間 <input type="checkbox"/>常時</td> </tr> </table>		排 泄	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ボックルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時				排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時																																																					
排 泄	排尿		自立	見守り	一部介助	全介助	ボックルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時																																																																
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時																																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>睡眠の状態</td> <td>良</td> <td>不良 ( )</td> <td>眠剤の使用</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td> </tr> <tr> <td>喫煙</td> <td>無</td> <td>有</td> <td>本くらい/日</td> <td>飲酒</td> <td>無</td> <td>有</td> <td colspan="4">合くらい/日あたり</td> </tr> </table>		睡眠の状態	良	不良 ( )	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				喫煙	無	有	本くらい/日	飲酒	無	有	合くらい/日あたり																																																							
睡眠の状態	良	不良 ( )	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																																																																				
喫煙	無	有	本くらい/日	飲酒	無	有	合くらい/日あたり																																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">コ ミュ ニ ケー シ ョ ン 能 力</td> <td>視力</td> <td>問題なし</td> <td>やや難あり</td> <td>困難</td> <td>眼鏡</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ( )</td> </tr> <tr> <td>聴力</td> <td>問題なし</td> <td>やや難あり</td> <td>困難</td> <td>補聴器</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td> </tr> <tr> <td>言語</td> <td>問題なし</td> <td>やや難あり</td> <td>困難</td> <td colspan="5">コミュニケーションに関する特記事項:</td> </tr> <tr> <td>意思疎通</td> <td>問題なし</td> <td>やや難あり</td> <td>困難</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>		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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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																																							
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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )																																																																	
	聴力		問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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																																																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>精神面における療養上の問題</td> <td colspan="10"> <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>幻視・幻聴 <input type="checkbox"/>興奮 <input type="checkbox"/>焦燥・不穏 <input type="checkbox"/>妄想 <input type="checkbox"/>暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/>介護への抵抗 <input type="checkbox"/>不眠  <input type="checkbox"/>昼夜逆転 <input type="checkbox"/>徘徊 <input type="checkbox"/>危険行為 <input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>その他 ( )                 </td> </tr> <tr> <td>疾患歴*</td> <td colspan="10"> <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>悪性腫瘍 <input type="checkbox"/>認知症 <input type="checkbox"/>急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/>脳血管障害 <input type="checkbox"/>骨折  <input type="checkbox"/>その他 ( )                 </td> </tr> </table>		精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )										疾患歴*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( )																																																										
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )																																																																							
疾患歴*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( )																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">入 院 歴</td> <td>最近半年間での入院</td> <td colspan="9"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (理由: ) 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>入院頻度</td> <td colspan="9"> <input type="checkbox"/>頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/>頻度は低い/これまでにもある <input type="checkbox"/>今回が初めて                 </td> </tr> </table>		入 院 歴	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: ) 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日									入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて																																																										
入 院 歴	最近半年間での入院		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: ) 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日																																																																					
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて																																																																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>入院前に実施している医療処置*</td> <td colspan="10"> <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"/>尿管ストーマ <input type="checkbox"/>消化管ストーマ <input type="checkbox"/>痛みコントロール <input type="checkbox"/>排便コントロール  <input type="checkbox"/>自己注射 ( ) <input type="checkbox"/>その他 ( )                 </td> </tr> </table>		入院前に実施している医療処置*	<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"/> 尿管ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )																																																																					
入院前に実施している医療処置*	<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"/> 尿管ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )																																																																							
<b>8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳 (コピー)」を添付</b>																																																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>内服薬</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ( )</td> <td>居宅療養管理指導</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (職種: )</td> </tr> <tr> <td>薬剤管理</td> <td colspan="10"> <input type="checkbox"/>自己管理 <input type="checkbox"/>他者による管理 (・管理者: ) -管理方法: )                 </td> </tr> <tr> <td>服薬状況</td> <td colspan="10"> <input type="checkbox"/>処方通り服用 <input type="checkbox"/>時々飲み忘れ <input type="checkbox"/>飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/>服薬拒否                 </td> </tr> <tr> <td colspan="11">お薬に関する、特記事項</td> </tr> </table>		内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: )				薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者: ) -管理方法: )										服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否										お薬に関する、特記事項																																						
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: )																																																																		
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者: ) -管理方法: )																																																																							
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否																																																																							
お薬に関する、特記事項																																																																								
<b>9. かかりつけ医について</b>																																																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>かかりつけ医機関名</td> <td colspan="3"></td> <td>電話番号</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>医師名</td> <td colspan="3">(フリガナ)</td> <td>診察方法・頻度</td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>訪問診療                      ・頻度 = ( )回 / 月                 </td> </tr> </table>		かかりつけ医機関名				電話番号						医師名	(フリガナ)			診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ( )回 / 月																																																							
かかりつけ医機関名				電話番号																																																																				
医師名	(フリガナ)			診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ( )回 / 月																																																																			
<p>* = 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</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																																
<p>(別紙2) 退院・退所加算に係る様式例</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <h3 style="text-align: center;">退院・退所情報記録書</h3> <p style="text-align: right;">記入日: 年 月 日</p> <p>退院(所)時の要介護度 (□要区分変更)</p> <p>氏名: _____ 性別: 男・女 _____ 年齢: _____</p> <p>要支援( )・要介護( ) □申請中 □なし</p> <p>入院(所)日: H 年 月 日 退院(所)予定日: H 年 月 日</p> <p>入院原因疾患(入所目的等): _____</p> <p>入院・入所先: _____ 施設名: _____ 種 別: _____ 室: _____</p> <p>今後の医学管理: _____ 医療機関名: _____ 方法: □通院 □訪問診療</p> <p>現在治療中の疾患 ① _____ ② _____ ③ _____ 疾患の状況: *要付記入 安定( ) 不安定( )</p> <p>移動手段: □自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他( )</p> <p>排泄方法: □トイレ □ポータブル □おむつ □カテーテル・パウチ( )</p> <p>入浴方法: □自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず</p> <p>食事形態: □普通 □経管栄養 □その他( ) UDF等の食形態区分: _____</p> <p>嚥下機能(むせ): □なし □あり(時々・常に) 義歯: □なし □あり(部分・総)</p> <p>口腔清潔: □良 □不良 □著しく不良 入院(所)中の使用: □なし □あり</p> <p>口腔ケア: □自立 □一部介助 □全介助</p> <p>睡眠: □良好 □不良( ) 薬剤使用: □なし □あり</p> <p>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( )</p> <p>&lt;本人&gt; 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</p> <p>&lt;本人&gt; 退院後の生活に関する意向: _____</p> <p>&lt;家族&gt; 病気・障害、後遺症等の受け止め方: _____</p> <p>&lt;家族&gt; 退院後の生活に関する意向: _____</p> <p>2. 課題認識のための情報</p> <p>① 退院後の必要な事項</p> <p>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 □尿管カテーテル □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( )</p> <p>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( )</p> <p>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( )</p> <p>禁忌事項: (禁忌の有無) □なし □あり (禁忌の内容/留意点)</p> <p>症状・病状の予後・予測: _____</p> <p>退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等): _____</p> <p>在宅復帰のために整えなければならない要件: _____</p> <p>② 情報提供を受けた職種(氏名)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>回目</th> <th>聞き取り日</th> <th>情報提供を受けた職種(氏名)</th> <th>会議出席</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>無・有</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>無・有</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>無・有</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理表の活用も考えられる。</p> </div>	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	<p>(別紙) 退院・退所加算に係る様式例</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <h3 style="text-align: center;">退院・退所情報記録書</h3> <p>施設名称: _____</p> <p>退院(所)日: _____</p> <p>氏名: _____</p> <p>性別: _____</p> <p>年齢: _____</p> <p>要支援( )・要介護( ) □申請中 □なし</p> <p>入院(所)日: H 年 月 日 退院(所)予定日: H 年 月 日</p> <p>入院原因疾患(入所目的等): _____</p> <p>入院・入所先: _____ 施設名: _____ 種 別: _____ 室: _____</p> <p>今後の医学管理: _____ 医療機関名: _____ 方法: □通院 □訪問診療</p> <p>現在治療中の疾患 ① _____ ② _____ ③ _____ 疾患の状況: *要付記入 安定( ) 不安定( )</p> <p>移動手段: □自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他( )</p> <p>排泄方法: □トイレ □ポータブル □おむつ □カテーテル・パウチ( )</p> <p>入浴方法: □自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず</p> <p>食事形態: □普通 □経管栄養 □その他( ) UDF等の食形態区分: _____</p> <p>嚥下機能(むせ): □なし □あり(時々・常に) 義歯: □なし □あり(部分・総)</p> <p>口腔清潔: □良 □不良 □著しく不良 入院(所)中の使用: □なし □あり</p> <p>口腔ケア: □自立 □一部介助 □全介助</p> <p>睡眠: □良好 □不良( ) 薬剤使用: □なし □あり</p> <p>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( )</p> <p>&lt;本人&gt; 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</p> <p>&lt;本人&gt; 退院後の生活に関する意向: _____</p> <p>&lt;家族&gt; 病気・障害、後遺症等の受け止め方: _____</p> <p>&lt;家族&gt; 退院後の生活に関する意向: _____</p> <p>2. 課題認識のための情報</p> <p>① 退院後の必要な事項</p> <p>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 □尿管カテーテル □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( )</p> <p>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( )</p> <p>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( )</p> <p>禁忌事項: (禁忌の有無) □なし □あり (禁忌の内容/留意点)</p> <p>症状・病状の予後・予測: _____</p> <p>退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等): _____</p> <p>在宅復帰のために整えなければならない要件: _____</p> <p>② 情報提供を受けた職種(氏名)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>回目</th> <th>聞き取り日</th> <th>情報提供を受けた職種(氏名)</th> <th>会議出席</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>無・有</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>無・有</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td>無・有</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理表の活用も考えられる。</p> </div>	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
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																														
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																														