

大東市・四條畷市の
退院前カンファレンス 開催マニュアル
第2版



大東・四條畷 医療・介護連携推進協議会
療養支援ワーキンググループ

目 次

1. 開催の目的	1
2. 対象者	1
3. 参加者	1
4. 場所	1
5. 入院から退院まで、入退院調整ルールの進み方フロー	1
6. 退院前カンファレンス開催に向けての行動	2
7. 退院前カンファレンス開催 エチケット集	3
8. 入退院支援にかかる診療報酬・介護報酬一覧	4
9. 退院退所加算における必要情報 (Q&A)	5・6
10. 退院退所加算チェックシート	7
11. 退院前カンファレンスシート	8

1. 開催の目的

医療や介護が必要となった患者・利用者およびその介護者が、望む医療・看護・介護を受けながら住み慣れた地域で安心して自分らしい療養生活を続けることができるように、関係者が集まり在宅生活上の課題を検討しプランの調整と確認を行う。

2. 対象者

- (1)入院時スクリーニングのアセスメントにより、歩行や移動・食事・排泄などに「支援」が必要とされる患者
- (2)日常生活に支障をきたすような症状がある認知症、幻覚・妄想がある患者
- (3)退院後に初めて介護サービスを利用する患者
- (4)利用サービスの見直しが必要な患者
- (5)入院前に比して、栄養状態の低下やADLの低下、全身状態の悪化をきたした患者
- (6)在宅で医療的処置が必要な患者
- (7)緩和ケアの必要な患者
- (8)看取り期の患者
- (9)在宅側から調整依頼があった患者

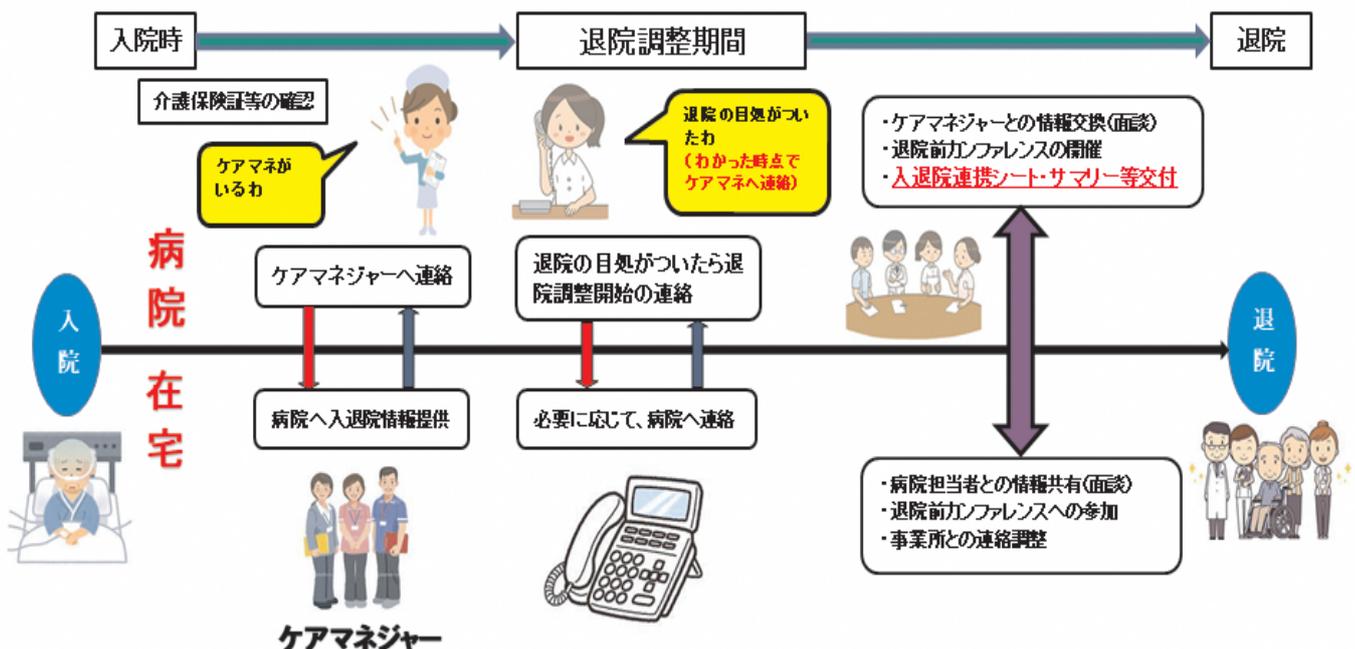
3. 参加者

- (1)患者本人、家族
 - (2)病院側：主治医、病棟看護師、退院調整看護師、医療ソーシャルワーカー、リハビリ関係者、薬剤師、栄養士等
- 在宅側：在宅かかりつけ主治医、訪問看護師、リハビリ関係者、(訪問)薬剤師、(訪問)歯科医・歯科衛生士、(訪問)栄養士、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、福祉用具専門相談員等

4. 場所

病院内で感染対策、WiFi環境、個人情報についての整備が整った部屋

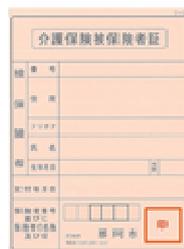
5. 入院から退院まで、入退院調整ルールを進み方フロー



6. 退院前カンファレンス開催に向けての行動 (チェックボックスに☑記入して確認)

病院側スタッフ	在宅側スタッフ
<input type="checkbox"/> 健康保険証やお薬手帳、本人等への聞き取りから担当ケアマネジャーを確認する <input type="checkbox"/> ケアマネジャーから入院時情報提供書を受け取る <input type="checkbox"/> 退院調整にかかるスクリーニング実施 <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 <input type="checkbox"/> 患者が転院・施設入所の場合はケアマネジャーに連絡し、転出先に入院時情報提供書の引継ぎを行う <input type="checkbox"/> 本人・家族の意向や病状説明への理解度を確認し、院内スタッフ間の情報をまとめておく(診療情報提供書、看護サマリー、リハビリサマリー、栄養サマリー等) <input type="checkbox"/> 大東市・四條畷市 入退院連携シート No.2の作成等、ケアマネジャーからの情報収集に協力する <input type="checkbox"/> 本人の在宅生活への想いや不安を聞き出し、課題があれば共有し、解決のための方法を検討する <input type="checkbox"/> 患者・家族へ服薬・医療処置等の教育・指導を行い療養生活をサポートする <input type="checkbox"/> ACPを行い、わたしの想いをつむぐノートに記録する <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーと退院前カンファレンスの日程調整を行い、在宅生活を支える他職種の積極的な参加を呼びかける	<input type="checkbox"/> 入院連絡を受けるため日頃から留意しておくこと ・契約者のお薬手帳、健康保険証にケアマネジャーの名刺を付け、健康保険証と介護保険証は一緒に保管するよう依頼する ・モニタリング訪問時に契約者、家族に口頭依頼し連絡先を渡しておく <input type="checkbox"/> 入院連絡があれば、3日以内に地域連携室に入院時情報提供書を提供する <input type="checkbox"/> 退院調整の必要な利用者の場合、その状況と理由を病院に連絡しておく <input type="checkbox"/> 退院見込みの把握として、病院訪問時に、 ・退院可能の連絡について利用者及び家族と病棟に依頼しておく ・病棟の協力を得て利用者・家族の意向を確認する。また大東市・四條畷市 入退院連携シート No.2を利用して、患者情報を収集しておく <input type="checkbox"/> 変更申請の必要性について検討する⇒(要・不要) <input type="checkbox"/> 日程調整を行い、電話連絡にて退院カンファレンス参加の意思を伝える <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画原案を作成する <input type="checkbox"/> 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調整をする

4種類をまとめて保管しておくよう、利用者(患者)様に伝えておきましょう



(マイナンバーカードをお持ちの場合は一緒に保管してもらいましょう。)

7. 退院前カンファレンス開催 エチケット集

国診協版 入退院支援の手引きより引用

(1)お互いに思いやりをもち、丁寧な対応を心がけましょう。

◆職種により立場、制度、法令、必要な情報が異なります。お互いの専門性や他職種の立場を、思いやりをもって理解し、丁寧な対応を心がけ、気持ちよく仕事をしていきましょう。また、失礼のない身だしなみも大切です。

(2)自分の職種は伝えましょう。

◆まず、自分の職種を伝えましょう。

(3)名前は、フルネームで伝えましょう。

◆間違い防止のために、名前はフルネームで呼びましょう。

(4)専門用語は使わず、わかりやすい言葉を使いましょう。

◆専門職は、じつは自分の業種以外の専門用語には慣れていません。専門用語を使わずに、わかりやすくゆっくり、はっきり、丁寧に説明しましょう。

(5)他者の意見は批判せず、言葉づかいに気をつけましょう。

◆言葉づかいは大切です。発言内容によっては相手の気分を不快にしたり、反対に良い印象を持っていただけでもあります。少なくとも ①相手が誰であれ、まずしっかり聞く、②目上には、敬語を使う、③目下であっても丁寧な言葉と真摯な態度で話す、この3点に配慮し他者を批判する言動はやめましょう。

(6)疑問は質問し、理解を深めましょう。

◆今後、病状の変化や必要な医療処置等について、疑問が生じたり専門用語をむつかしく感じることもあるかもしれません。この様に分からない事があれば、お互いに質問し合い、相互理解を深めていきましょう。それにより、お互い同士が良い関係性を構築し、患者・利用者にとって良いサービスが提供されることにつながります。

(7)お互いに時間を守りましょう。

◆カンファレンス開催日までに、関係者は①本人・家族の意向を確認し、②各専門職は退院サマリーなどの資料を事前作成しておき、③会議席上で配布して説明することにより、あらかじめ設定した時間内(30分)で終わるよう、時間厳守で行いましょう。

(8)日頃より、お互いに日常的な情報交換を忘れずにしましょう。

◆顔の見える関係から、ほう・れん・そう(報告・連絡・相談)が怠りなく行われるように心がけましょう。ICT が進歩し、その活用により Web 会議や、Web 上で顔を見ての情報交換も可能となりました。便利な手段を有効に活用して情報共有を行い、連携強化と相互理解を深めましょう。

8. 入退院支援にかかる診療報酬・介護報酬一覧

《2024年6月現在》

診療報酬加算（医療機関）

【入院時支援加算1】・・・240点
 【入院時支援加算2】・・・200点
 入院前に入院中の治療の説明やオリエンテーション、服薬状況の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施して入院時支援を行った場合



介護報酬加算（ケアマネジャー）

【通院時情報連携加算】・・・50単位
 医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師からも必要な情報提供を受けた上で、ケアプランに記録した場合



入院

【入退院支援加算1】
 一般病棟・・・700点
 療養病棟・・・1,300点
 25以上の関係機関との連携・3回/年以上の関係機関と対面またはビデオ通話等で面会し、情報共有
 【入退院支援加算2】
 一般病棟・・・190点
 療養病棟・・・635点

【総合機能評価加算】・・・+50点
 【地域連携診療計画加算】・・・+300点
 連携パスを用いて他医療機関等へ診療情報を提供

【介護支援等連携指導料】・・・400点
 ケアマネジャー等との連携（入院中2回）

【退院前訪問指導料】・・・580点

【退院時共同指導料1】
 在宅療養支援診療所・・・1,500点
 上記以外の場合・・・900点
 【退院時共同指導料2】・・・400点
 病院でのカンファレンスまたはビデオ通話
 入院医療機関と在宅医療機関の医師・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による共同指導

【医師共同指導加算】・・・+300点
 入院医療機関の医師と在宅医が参加する場合
 【多機関共同指導加算】・・・+2,000点
 入院医療機関の医師又は看護師等と、在宅医療スタッフの3者以上が共同指導する場合
 【退院時リハビリテーション指導料】・・・300点

【診療情報提供料（I）】・・・250点
 【診療情報提供料（III）】・・・150点
 紹介先から紹介元へ情報提供した場合

【退院後訪問指導料】・・・580点
 【訪問看護同行加算】・・・+20点

退院

【入院時情報連携加算】※1
 (I) 入院当日以内に情報提供 250単位
 ※営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む
 (II) 入院後3日以内に情報提供 200単位
 ※営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む
 ★情報提供の手段は問わない

【退院退所加算】※1

	カンファレンス 参加無し	カンファレンス 参加有り
	連携1回	450単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	-	900単位

- 退院・退所にあたり、医療機関等の職員と面接を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービスの調整を行う。
- 「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議（退院カンファレンス）に参加し、退院後の在宅での療養上必要な説明を行ってケアプランを作成し、サービスの調整を行った場合に限る。

※1 介護予防支援、小多機、看多機においては加算なし（ただし、市町村によっては独自加算がある場合があります）



9. 退院退所加算における必要情報(Q&A)

(問1)

面談を行わず、書面や電話等により情報共有した場合は、退院退所加算を算定できるか？

(答)

面談が原則であり、面談を行わなかった場合は、当該加算を算定できない。

なお、面談を行った上で、併せて書面や電話等により情報共有を行うことは差し支えない。

(問2)

新型コロナウイルス感染症の拡大感染時や病院が遠方のため直接参加が難しい時は、ICTを活用(テレビ電話等)して参加したいが算定は認められないのか。

(答)

認められる。医療、介護もDX(デジタルトランスフォーメーション)の時代となり、令和2年の診療報酬改定で認められるようになった。入退院支援加算1、退院時協働指導料1・2等が算定できる。

(問3)

退院・退所時に病院等職員と面談して適切に情報共有を行い、サービス担当者会議の開催などの一連のケアマネジメント過程を行った結果、利用者の状態に大きな変化がなく、居宅サービス計画の変更の必要がなかった場合、当該加算を算定できるか？

(答)

退院退所加算は、病院・施設等職員と面談して必要な情報を収集し、当該情報をケアプランに反映させる一連の手間を評価するもの。従って、病院等との情報共有やケアプラン変更に向けたケアマネジメント過程を適切に行っていれば、仮に、結果としてケアプランの変更の必要がなかった場合であっても、当該加算を算定可能。

(問4)

「退院・退所した月」と「退院・退所後にサービス利用を開始した月」が異なる場合、退院退所加算はどのように算定するのか？

(答)

退院退所加算は、退院・退所後に利用者がサービス利用を開始した月(ただし、退院等日の属する月の翌月末までにサービス提供があった場合に限る)に算定する。

従って、例えば、5月に退院・退所し6月からサービス利用開始の場合、6月分の給付管理時に当該加算を算定できるが、5月に退院・退所し7月からサービス利用開始の場合、(退院・退所に当たって情報を得てからサービス利用開始まで相当期間が経過しており、その間に利用者の状態等の変化が想定され、当該情報共有等を評価することができないため)当該加算は算定できない。

(問5)

退院・退所した後、病院・施設等と情報共有を行った場合、退院退所加算を算定できるか？

(答)

退院・退所前に情報共有を行うことが原則だが、退院・退所後7日以内に病院・施設等と情報共有を行っていれば、当該加算を算定可能。

(問6)

A病院を退院して居宅サービスを利用していた利用者が、さらに同一月中にB病院に入院・退院して居宅サービスを利用した場合、当該月中に両病院とそれぞれ適切に情報共有していれば、当該利用者について、同一月中に「退院退所加算」を2回算定することができるか？

(答)

共に適切に情報共有していれば、それぞれ算定可能。

10. 退院退所加算チェックシート

◆カンファレンス要件の確認 ※退院時共同指導料2 算定要件

カンファレンス参加者は？

病院チーム(入院医療機関) ※下記の中で1つチェックが入れば OK

- 医師
- 医師の指示を受けた看護師
- 医師の指示を受けた准看護師

在宅チーム ※下記の中で3つチェックが入れば OK

- ケアマネジャー
- 在宅療養を担う医師か看護師か准看護師
- 在宅療養を担う歯科医師か歯科衛生士
- 保険薬局の薬剤師
- 訪問看護ステーションの看護師(※准看護師不可) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士

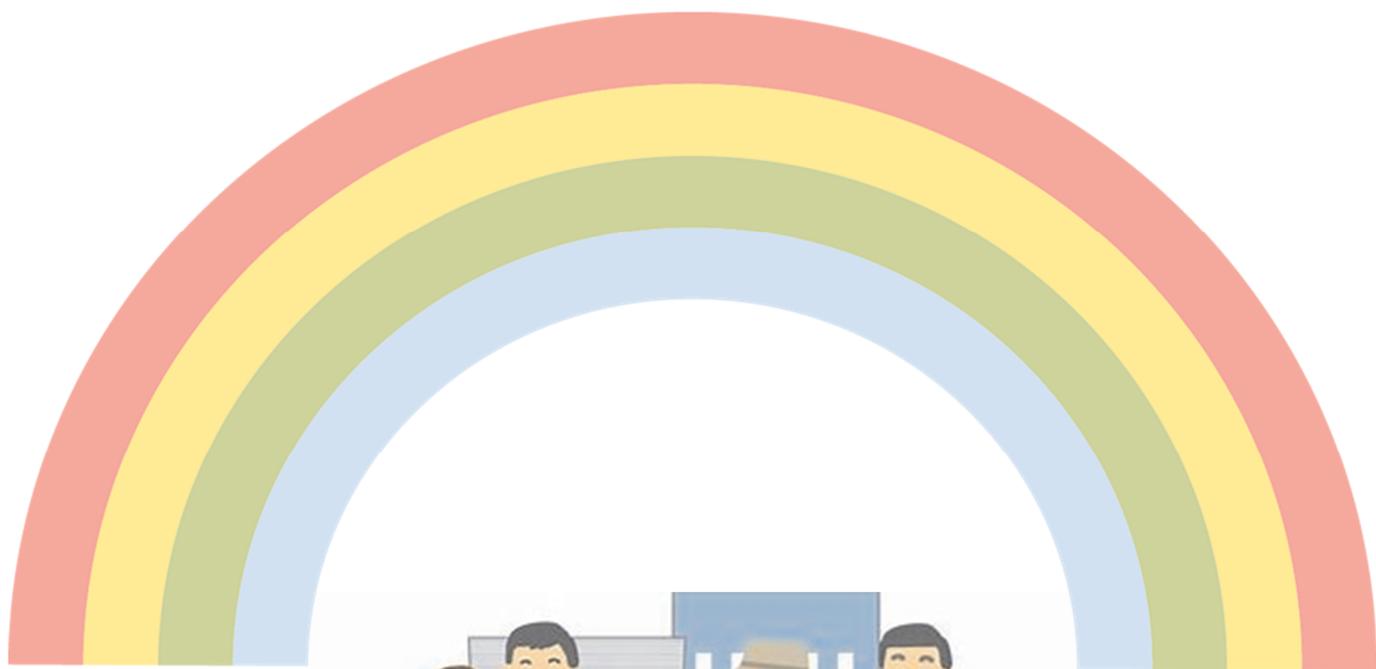
病院チーム1チェック 在宅チーム3チェックが入ればカンファレンス要件を充足します

◆カンファレンス要件に該当した場合

- ◇ 連携回数1回(カンファレンス有り) 退院退所加算(Ⅰ) □ 600 単位
- ◇ 連携回数2回(カンファレンス有り) 退院退所加算(Ⅱ) □ 750 単位
- ◇ 連携回数3回(カンファレンス有り) 退院退所加算(Ⅲ) □ 900 単位

◆カンファレンス要件に該当しなかった場合

- ◇ 連携回数1回(カンファレンス無し) 退院退所加算(Ⅰ) △ 450 単位
- ◇ 連携回数2回(カンファレンス無し) 退院退所加算(Ⅱ) △ 600 単位



大東市・四條畷市の退院前カンファレンス 開催マニュアル 第2版

発行 令和6年6月 第2版

編集 大東・四條畷 医療・介護連携推進協議会

療養支援ワーキンググループ

問い合わせ先

大東市保健医療部 高齢介護室高齢支援グループ 電話:072-870-0513

四條畷市健康福祉部 高齢福祉課

電話:072-877-2121