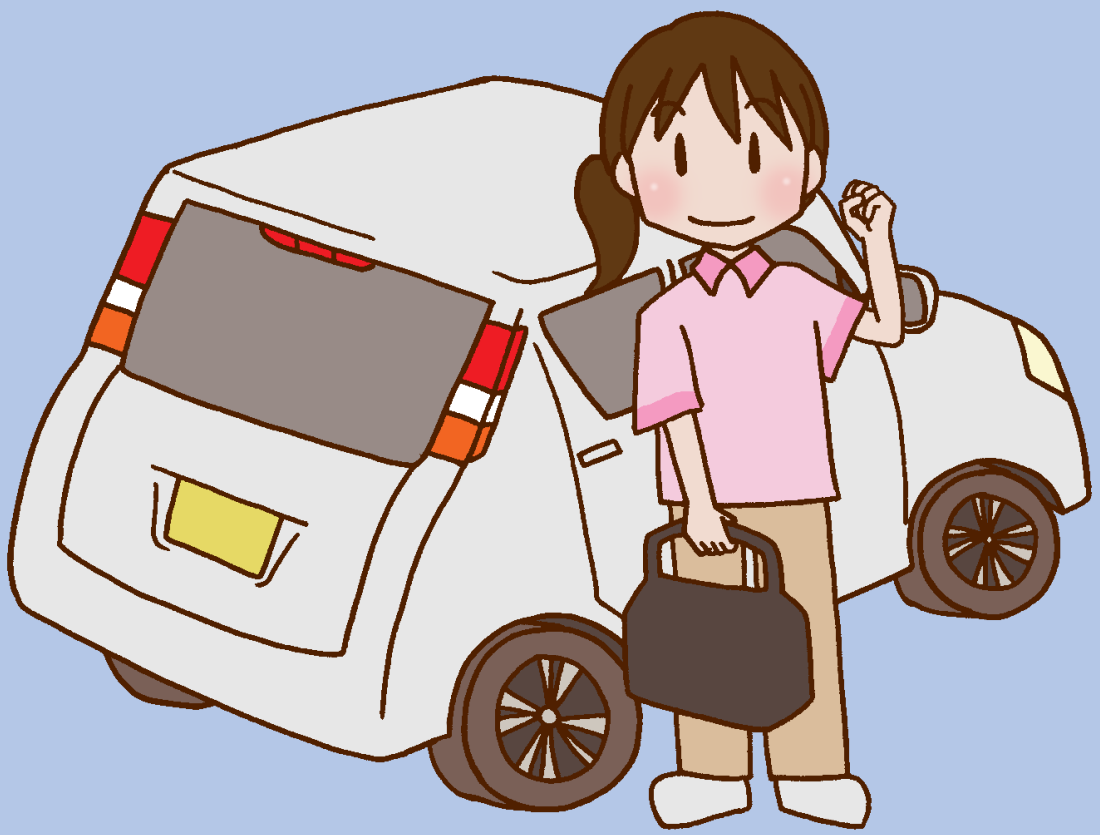
佐世保市
在宅医療・多職種連携サービスガイド

介護支援専門員編



佐世保市介護支援専門員連絡協議会

はじめに

佐世保市では、現在高齢化が進展しており、令和２(2020)年 10 月 1 日現在の高齢化率は 31.8%となっています。将来推計では、令和７(2025)年に高齢化率が、33.2%となる見込みであり、令和 22(2040)年にかけて、今後さらなに高齢化率の割合は上昇し、10 人に 4 人は 65 歳以上となることが予想されています。

このような社会において、自分が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けたいと願う高齢者や罹患者は年々増え続けています。

さらに、地域医療構想による地域包括ケアシステムの推進や病床機能の分化・転換などにより、今後ますます在宅医療の必要性は高まっていくと推測されます。

そのような中、医療と介護をつなぐ介護支援専門員(ケアマネジャー)の役割は、さらに重要になってきています。

特に近年の診療報酬及び介護報酬改定においても、入退院連携における加算等が強化され、入院時の早期介入が求められる等、今後の地域包括ケアシステムの構築にあたり、ケアマネジャーにはこれまで以上の役割が期待されていることが分かります。

しかしながら、医療制度に関して苦手意識を持っているケアマネジャーや、介護制度に関して認識が薄い医療機関等との連携など、関係性がうまく構築できていないところがあるのも現状です。

そこで、入退院時の連携や、入退院以外でも、日頃からの医療機関とケアマネジャーとの円滑で適切な連携体制を確立することを目的に、介護報酬改定に沿った加算書式等の定型化や連絡連携のためのツール、主治医意見書の依頼方法などを掲載したガイドラインを作成いたしました。

市民が住み慣れた地域で最後まで暮らし続けるため、医療機関とケアマネジャーの顔の見える関係性を構築し、円滑で適切な連携体制をとるための一助となるよう、皆様にご活用いただければ幸いです。

令和８(2026)年 10 月 1 日

佐世保市介護支援専門員連絡協議会

【本ガイドライン活用の対象職種及び事業所等】

■医療機関　■介護支援専門員(ケアマネジャー)　■医療ソーシャルワーカー
■地域包括支援センター　■在宅事業所を含む介護保険事業所



目 次

1. 在宅医療・介護連携の重要性 …… 1

2. わが街の在宅医療・介護連携の課題とその対策 …… 1～2
（1）ケアマネジャーと多職種連携の現状と目指すべき姿 …… 1
（2）ケアマネジャーと多職種連携の対策 …… 2

3. ケアマネジャーと医療・介護の連携イメージ図 …… 2～5

◆入退院連携に係る介護報酬加算算定の手順 …… 3
◆入退院連携に係る診療報酬加算算定の手順 …… 3
◆入退院連携に係る診療報酬・介護報酬の算定 …… 4
◆入院・退院支援の流れと算定のポイント …… 5

4. 医療と介護の連携の強化（医療介護連携に関連する加算）‥ 6～14



（1）介護報酬
❶ 入院時情報連携加算 …… 6～7
❷ 退院・退所加算 …… 7～8
❸ ターミナルケアマネジメント加算 …… 9～10
❹ 緊急時等居宅カンファレンス加算 …… 10
❺ 通院時情報連携加算 …… 11



（2）診療報酬
❶ 入退院支援加算 …… 12
❷ 診療情報提供料（Ⅰ） …… 12
❸ 介護支援等連携指導料 …… 13
❹ 退院時共同指導料 …… 13
❺ 多機関共同指導加算 …… 14

1. 在宅医療・介護連携の重要性

在宅医療を推進していくうえで、医療と介護の連携は必要不可欠であり、病院から在宅へ移行する際の準備や緊急時の対応、看取りに至るまで、看護や介護が必要な本人はもちろん、そのご家族が安心して在宅療養を続けられるためには、多職種の緊密な連携が重要となってきます。

入院時の情報提供における問題として、現場のケアマネジャーからは医療関係者との「情報提供のための面談時間の調整が困難」「情報連携の手間が大変」という声がよく聞かれます。

とはいえ、効率的、効果的な情報共有を行うことは、利用者に対して必要な医療・介護サービスを提供するためには必要不可欠なことであります。

厚生労働省は、必要な情報を必要なタイミングで必要な職種に伝え、患者や利用者のケアや看護を切れ目無く実施し、その人が最期まで暮らし続けることができるようにするための体制づくりを地域で行っていくことを意図し、2018 年度の診療報酬・介護報酬改定において、入院時や退院時の医療と介護の連携における情報提供を評価しています。

2. わが街の在宅医療・介護連携の課題とその対策

(1)ケアマネジャーと多職種連携の現状と目指すべき姿

目の前にいる患者や利用者は、“その人らしい生活を最期まで送りつづけること”を願われています。

日々の生活の中でその人らしさを阻む要因をあらかじめ防いだり、既に生じている問題を解決できる体制を地域で作りあげることです。

しかしながら、「病院側の都合、医師の都合に合わせなければならず日程調整が困難」「医療者の介護に対する知識不足」「ケアマネジャーの医療に対する知識不足」「主治医とのコミュニケーションがうまくとれない」等の課題が挙げられています。

医学的な知識を医療職ほど持ち合わせていない場合、それぞれの立場において共有すべき情報の内容や伝達方法を必ずしも理解されている訳ではありません。お互いが、お互いの立場に立って情報共有し合うことが理想ですが、前述した通り、すぐには難しいのが現状のようです。

＜目指すべき姿＞

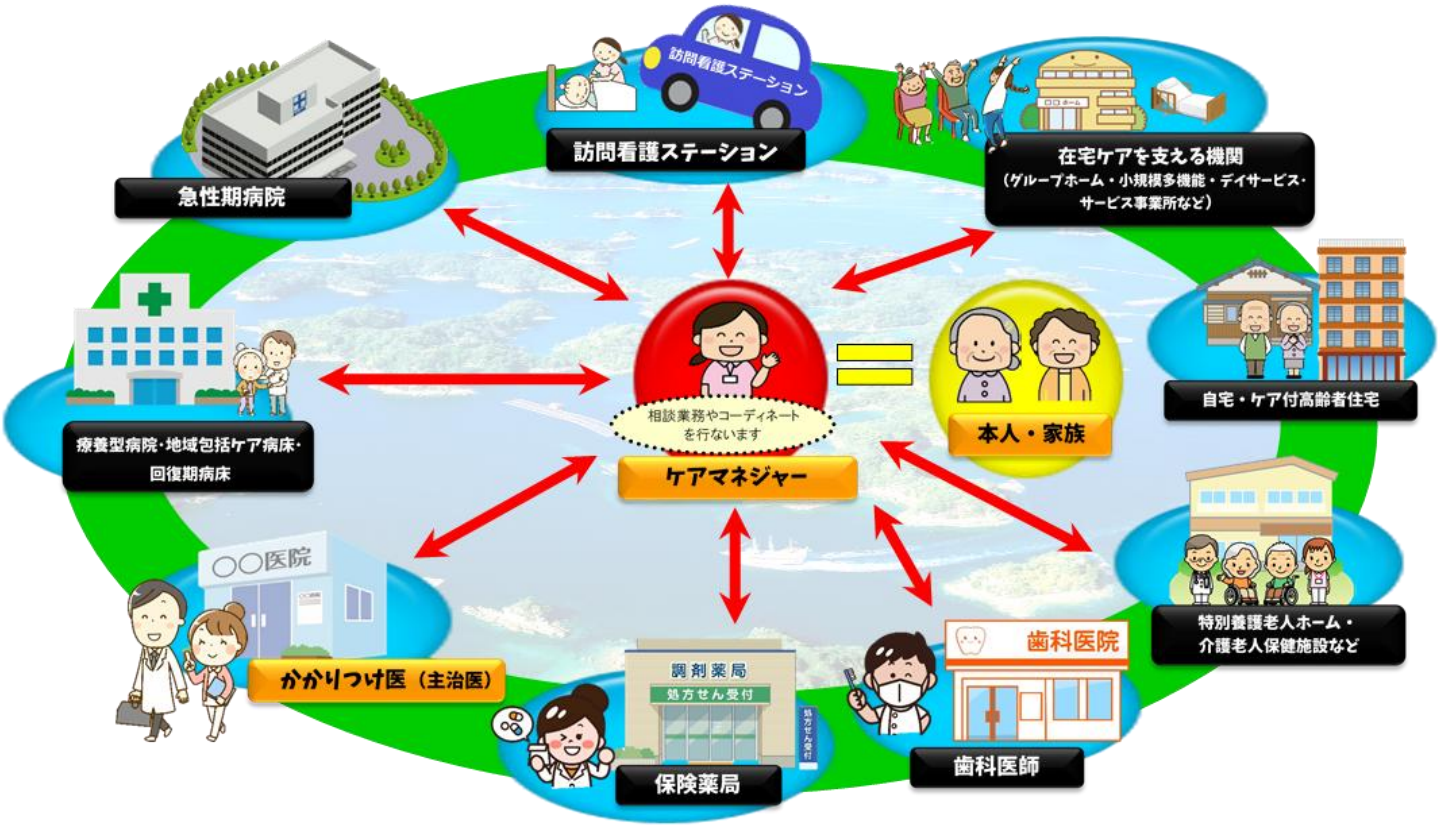
- ✿ ケアマネジャーが中心となって医療介護連携のコーディネーターを担うこと
- ✿ ケアマネジャーの医療に関する知識・経験の習得と医療職との緊密な連携
- ✿ ケアマネジャーの更なる質の向上
- ✿ 医療依存度が高い方などへの、ケアマネジャーと訪問看護との適切な連携
- ✿ 診療報酬、介護報酬における医療連携関連加算の知識の習得と実践（算定）
- ✿ 入退院支援などにおける病院とケアマネジャー間での患者情報の共有
- ✿ ケアマネジャーが病院・診療所を訪問してよい時間（ケアマネタイム）の設定や担当者と連絡を取りやすいツール開発などの環境整備

(2)ケアマネジャーと多職種連携の対策

これらの課題解決に向けては、医療機関とケアマネジャーの顔の見える関係となることで両者のギャップが少しでも埋まることとなり、切れ目のない移行により、市民が地域で安全・安心に暮らし続けることを実現できるよう、多職種連携専門部会にて協議し、ケアマネジャー医療連携ガイドライン作業部会を立ち上げ、**「ケアマネジャー医療連携ガイドライン」**を作成しましたのでご活用ください（本編は、ウェブサイトかっちぇてへ掲載しています。）。

本ガイドラインには、入院時や退院時の連携の際に提供すべき情報が何であるかを様式として示し、その際に算定できる診療報酬や介護報酬についても本編からピックアップして掲載しております。

3. ケアマネジャーと医療・介護の連携イメージ図



※利用者・家族の望む生活の実現に向けてケアマネジメントを実践いたします。

◆入退院連携に係る介護報酬加算算定の手順

入退院支援実践内容	退院支援の手順
導入期 在宅準備期 退院移行期 在宅移行期 生活期	①入院時情報提供書を医療機関に提出 入院時情報連携加算 ※P6❶参照 ②病棟での退院支援カンファレンスに出席 退院退所加算（1回目） ※P7❷参照 ③病室を訪問し、治療状況の確認及び退院後のサービス調整について本人、家族と協議 ④病棟での退院カンファレンスに出席 退院退所加算（2回目） ※P7❷参照 ⑤退院	①入院時情報提供書を入院医療機関の担当者（看護師・医療ソーシャルワーカー等）に提出 **・入院時情報連携加算（Ⅰ） 入院当日** **・入院時情報連携加算（Ⅱ） 入院３日以内** 病室訪問し、病状確認後、病院担当者にカンファレンスへの出席依頼と時間調整を実施 ②病棟カンファレンスに出席し、退院・退所情報記録書に聞き取った情報を記載。議事録については担当者会議録に記載する ③病室を訪問し、本人、家族と退院後のケアプラン作成のため、意向を確認後、サービスの調整を行う。サービス調整の進捗については病院担当者に報告する ④退院カンファレンスに出席し、病院スタッフからの専門的見地からの意見を聴取する。現行のサービス利用の方向性を報告する。追加情報については退院・退所情報記録書に追記し、議事録については担当者会議録に記載する この場合、退院退所加算（Ⅱ）ロを算定 病院担当者より情報提供書を受け取り、その情報をもとに退院後の居宅サービス計画書を作成する 作成した居宅サービス計画書をもとにサービス担当者会議を開催し、本人・家族より同意を得る ⑤退院の際に、退院後の居宅サービス計画書を病院担当者に提出する

◆入退院連携に係る診療報酬加算算定の手順

入退院支援実践内容	退院支援の手順
導入期 在宅準備期 退院移行期 在宅移行期 生活期	①退院支援スクリーニングを実施 入院時支援加算 ②病棟で退院支援カンファを実施 ・退院支援計画作成に着手 ③退院支援を開始 ・退院支援に向けた院内調整 ・本人・家族の意向を確認 ・退院支援計画を手直し　・・・・・等 ④退院カンファレンスの開始 ・ケアマネジャー、事業所と情報共有 ・具体的なサービス調整を開始 ・家庭訪問の実施　・・・・・等 退院時共同指導料　介護支援等連携指導料 ※ P13❹参照　※ P13❸参照 ⑤退院 入退院支援加算 ※P12❶参照 ⑥退院後のフォロー、情報共有	①退院支援スクリーニング票を用いて3日以内に退院支援困難な要因を抽出し、退院支援の必要性を判断 ②退院支援カンファレンス ※病棟の看護師及び病棟に専任の退院支援職員並びに退院調整部門の看護師及び社会福祉士が共同してカンファレンスを実施 **※ スクリーニングが終了次第、7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを実施** ③退院支援計画書（入院後7日以内に作成） ※実践内容の③、④のプロセスは、患者の状態の変化や介護者の都合等によって反復して行われる場合がある。 ④指定居宅介護支援事業者への診療情報提供書を用いてケアマネジャーへの情報提供を実施する。 ※他、看護サマリー、リハビリテーションサマリー、栄養に関する情報提供書（食形態や必要なカロリー、摂取時の姿勢、水分量など）を活用する。 ④−2 ケアマネジャーは独自の退院時情報聴収シートを用意して聞き取りに来院する。 **⑤地域連携クリニカルパス等の情報共有シートを活用し退院後のケア内容、経過などを把握する場合もあります。**

◆入退院連携に係る診療報酬・介護報酬の算定

導入期
在宅準備期
退院移行期
在宅移行期
生活期

介護報酬算定<ケアマネ側>

入院時情報連携加算
※入院前に情報提供しても算定可能

（Ⅰ）250 単位/月　入院当日
（Ⅱ）200 単位/月　入院３日以内

退院退所加算
※入院又は入院期間中、連携回数に応じて算定可能。

退院退所加算	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	×	900単位

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ケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等を主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことが義務化された。

ターミナルケアマネジメント加算
※P9❸参照　＋400単位/月

緊急時等居宅カンファレンス加算
※P10❹参照　1月に2回を限度 ＋200単位

入院

退院

診療報酬算定<病院側>

① 入院時支援加算Ⅰ　240 点
入院時支援加算Ⅱ　200 点
※入院前からも療養支援し退院困難な要因も抽出

総合評価加算　50 点

②退院支援計画書作成

③退院支援計画の遂行

介護支援等連携指導 初回
400点 介護支援専門員と連携して本人・家族に支援実施

④退院時共同指導（退院時カンファレンス）
退院時共同指導料１
1 在宅療養支援診療所の場合 1,500点
2 1以外の場合 900点
退院時共同指導料２ 400点

介護支援等連携指導 2回目
400点

⑤入退院支援加算Ⅰ 算定
700点 ＋地域連携診療計画加算300点
（退院時１回）

退院後訪問指導料（１回につき）
訪問看護同行加算
580点 加算20点 入院医療機関を退院した日から起算して１月以内の期間に限り、５回を限度として算定する。ただし、退院日は除く。

引用　全国国民健康保険診療施設協議会「国診協版入退院支援の手引き」,「入退院支援の手順･フローチャート」https://www.kokushinkyo.or.jp/,（参照 2025-04-22）



◆入院・退院支援の流れと算定のポイント

医療機関

治療

入院診療計画を立てる
治療開始

患者・家族への病状説明

治療終了
退院許可

※1
☺ 担当ケアマネジャーがいない場合
支援担当者が、患者・家族の意向を確認し、地域包括支援センター居宅支援事業所の紹介や必要な連絡調整を行う。

診療情報提供

かかりつけ医

退院支援

◆ 入院前からの支援(入院予定患者)
・入院生活のオリエンテーション
・患者情報や服薬中の薬剤確認
・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング等を事前に実施

入院時支援加算(1)(2)

◆ 患者に関する情報収集
・入院前の生活状況
・家族状況
・継続している医療
・介護認定・介護サービス利用状況（ケアマネジャーの連絡先等を介護・健康保険被保険者証やお薬手帳等や本人・家族に確認する）※1
◆ 今後の生活に対する意向など

3日以内

入退院支援加算(1)
退院困難な要因のある患者を抽出

◆退院支援への方向性の検討
・治療方針、退院時期の確認
・患者、家族への意向確認
・院内多職種のカンファレンス
・退院支援計画書の作成
◆退院に向けた支援を開始
◆関係機関と情報共有

7日以内

入退院支援加算(2)を算定する場合は7日以内に退院困難な要因のある患者を抽出し退院支援を開始

患者、家族への生活指導・療養指導　等

退院時共同指導料１・２

多機関共同指導加算
退院時共同指導料２に対する加算

退院前カンファレンス開催

介護支援等連携指導料（入院中２回まで）

日頃からの支援
・入院前支援

導入期
（入院決定・入院直後３日以内）

在宅準備期
(入院7日以内)

退院移行期
（退院カンファレンス前）

在宅移行期
（退院カンファレンス）

生活期
（在宅）

入院 → 退院

課題確認
情報共有

ケアマネジャー

日頃から
・利用者・家族へ、入院となったらすぐに連絡をもらうように伝えておきましょう。
・ケアマネジャーの連絡先等を介護・健康保険被保険者証やお薬手帳等と合わせて保管してもらうよう努めましょう。
・医療機関の「病院担当窓口リスト」(HP かっちぇてに掲載)等を活用し連携窓口を確認しておきましょう。

通院時情報連携加算

入院当日

退院支援が必要な方が予定で入院する場合には、入院前に「入院時情報提供書＜在宅版＞」（様式⑦）を提供しましょう。

入院時情報連携加算(Ⅰ)
入院した日のうちに情報を提供している

3日以内

「入院時情報提供書＜在宅版＞」（様式⑦）持参またはＦＡＸ等を活用し必要な情報を提供する。
・入院前の生活状況
・継続している医療
・利用者、家族の思い
・ケアマネジャーの評価等

入院時情報連携加算(Ⅱ)
入院した日の翌日又は翌々日に情報を提供している

・日頃より利用者の病状確認等の為に面会を行う。
・頻回な医療機関担当者との情報交換を実施し、カンファレンス開催を依頼できるような関係性を築く。
・必要に応じて病状説明に同席。
・退院後の生活を見据えてケアプランの変更を検討。
・要介護度区分変更の必要性を検討。

・収集した情報を踏まえ、利用者・家族をアセスメントする。
・退院後の生活を意識した生活課題を検討する。
・在宅移行時のケアプランの原案を作成する。
・退院前カンファレンスでの確認事項を整理。
・「退院・退所情報記録書」（様式⑨）活用

※様式は、佐世保市在宅医療・介護連携ウェブサイト“かっちぇて”→【別冊】医療と介護の連携様式集をご確認ください。

・サービス担当者会議の開催。
・ケアプランの確定。
・ケアプランのモニタリング。
・医療機関へ在宅での様子を伝える。

退院・退所加算　入院又は入院期間中、連携回数に応じて算定（介護予防支援含まず）

ターミナルケアマネジメント加算

緊急時等居宅カンファレンス加算

※算定にあたっては、各医療機関等で最新の算定要件･施設基準等をご確認ください。

4. 医療と介護の連携の強化（医療介護連携に関連する加算）

（１）介護報酬



❶入院時情報連携加算

利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、利用者１人につき１月に１回を限度として所定単位数を加算する。

◎入院時情報連携加算（Ⅰ）　250単位／月

※ 利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、病院等の職員に対して利用者に係る必要な情報を提供している

※ 入院日以前の情報提供を含む（予定入院など）

※ 居宅介護支援事業所の営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合入院日の翌日を含む

◎入院時情報連携加算（Ⅱ）　200単位／月

※ 利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、病院等の職員に対して利用者に係る必要な情報を提供している

※ 居宅介護支援事業所の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日目が当該居宅介護支援事業所の営業日でない場合はその翌日を含む

【内　容】

「必要な情報」とは、具体的には、当該利用者の入院日、心身の状況（例えば、疾患・病歴・認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成・生活歴・介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況をいう。

また、情報提供を行った日時、場所（医療機関へ出向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX等）等について居宅サービス計画書等（支援経過）に記録すること。

なお、情報提供の方法としては、居宅サービス計画書（１～３表）の活用が考えられる。

◆ 【別冊】医療と介護の連携様式集　⑦「入院時情報提供書<在宅版>」を参照

【連携における留意事項】

○ 直接、病院又は診療所に出向いて情報提供する場合は、病院においては医療ソーシャルワーカー、診療所においては看護師、事務職員等に説明する。

○ FAX等の通信媒体を活用する際は、情報提供の主旨を医療機関の職員に対して事前に説明を実施したうえで行う。またFAXを先方が受け取ったことについても確認し、その内容を居宅サービス計画書等（支援経過）に記録すること。

※FAX等を活用する場合は個人情報保護に細心の注意を払うこと。

○ 入院時情報連携加算については、出来るだけ病院、診療所に直接出向き、情報提供後、利用者の病状等の確認を実施すると共に、入院期間等について病院、診療所の職員より情報収集を行い、顔の見える関係性を構築し、退院後の円滑なサービス調整につなげる。



【関連する省令改正】

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及び連絡先を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づけた。

より実効性を高めるため、日頃から介護支援専門員の連絡先等を、介護保険被保険者証や健康保険被保険者証・お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくことが望ましい。

【関連する診療報酬】

◇入院時支援加算

❷退院・退所加算

病院又は診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所していた者が退院（所）し、居宅で居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合、病院等の職員と面談を行い利用者の情報提供を受けた上で居宅サービス計画を作成し、サービス利用に関する調整を行った場合（同一の利用者について居宅サービス利用開始月に調整を行う場合に限る）、区分に従い入院（所）期間中につき１回を限度として算定。

◎退院退所加算（Ⅰ）イ　　450 単位／回

※病院等の職員から利用者の情報提供をカンファレンス以外の方法により１回受けている

◎退院退所加算（Ⅰ）ロ　　600単位／回

※病院等の職員から利用者の情報提供をカンファレンスにより１回受けている

◎退院退所加算（Ⅱ）イ　　600 単位／回

※病院等の職員から利用者の情報提供をカンファレンス以外の方法により２回以上受けている

◎退院退所加算（Ⅱ）ロ　　750 単位／回

※病院等の職員から利用者の情報提供を２回受けており、うち１回はカンファレンスによる

◎退院退所加算（Ⅲ）　　900 単位／回

※病院等の職員から利用者の情報提供を３回以上受けており、うち１回以上はカンファレンスによる

※ 病院等の職員とカンファレンスを行う際に、利用者又はその家族の同意を得た上でICTの活用（ビデオ会議など）をすることが出来る（令和２年４月以降）

※ 退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合、必要に応じ福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加する



【総　論】

○ 当該加算の医療・介護機関は、病院、有床診療所、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）からの退院、退所者が対象となる。

○ カンファレンスの考え方については、

❖ 病院又は診療所

入院中の主治医又は看護師等が、退院後の在宅療養担当医療機関の医師もしくは看護師等、歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士、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）、理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士、介護支援専門員（又は相談支援専門員）のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合。

❖ 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設

入所者への援助及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし施設側の従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

❖ 介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設

入所者への指導及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし施設側の従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

【算定時の留意事項】

○ 同一日に必要な情報の提供を複数回受けた場合又はカンファレンスに参加した場合でも、1回として算定する。

○ 原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後7日以内に情報を得た場合には算定することとする。

○ カンファレンスに参加した場合は、その日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等（支援経過）に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること。

◆【別冊】医療と介護の連携様式集　⑨「退院・退所情報記録書」を参照

【連携における留意事項】

○ 日頃より入院・入所中の病院・施設を訪問し、利用者の病状確認等を行い、頻回な病院・施設担当者との情報交換を実施することで、カンファレンス開催を依頼できるような関係性を築く。

※病院訪問の際は、病院担当者（MSW 等）に必ず事前にアポイントを入れる。

○ 病院・施設の担当者に在宅での環境や家族関係、介護力、利用者・家族の意向等を適切に伝達し、退院・退所に向けての利用者・家族の指導等の準備に協力する。

○ 病院・施設の担当者からの情報提供をもとに作成した居宅サービス計画書（1～3表）については、それぞれの担当者に必ず提出する。

【関連する診療報酬】

◇介護支援連携指導料、診療情報提供加算



❸ターミナルケアマネジメント加算

在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する利用者又はその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上、利用者又はその家族の同意を得て、利用者の居宅を訪問し、利用者の心身状況等を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合に所定単位数を加算する。

◎ターミナルケアマネジメント加算　　400単位／月

【総 論】

○ 在宅で死亡した利用者の死亡月に加算する事とするが、利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定する。

○ 1人の利用者に対し、1カ所の居宅介護支援事業所に限り算定できる。なお、算定要件を満たす事業所が複数ある場合には、当該利用者が死亡日又はそれに最も近い日に利用した居宅サービスを位置付けた居宅サービス計画を作成した事業所が当該加算を算定する。

○ 当該加算を受けることについて利用者又はその家族が同意した時点以降は、次に掲げる事項を支援経過として居宅サービス計画等（支援経過）に記録する。

- ❖ 終末期の利用者の心身又は家族の状況の変化や環境の変化及びこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録。
- ❖ 利用者への支援にあたり、主治医及び居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等と行った連絡調整に関する記録。

○ 当該利用者が、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した者に該当することを確認した日及びその方法。

○ ターミナルマネジメントを受けている利用者が、死亡診断を目的として医療機関へ搬送され、24 時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルマネジメント加算を算定できるものとする。

○ ターミナルマネジメントにあたっては、終末期における医療・ケアの方針に関する利用者又は家族の意向を把握する必要がある。また、その際には、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。

【連携における留意事項】

○ ターミナルケア対象者の新規申請については、主治医に対して要介護認定のシステムや状況について説明し、早期の主治医意見書の作成の依頼を行う。また要支援1～要介護1の認定者については、介護用ベッド等のレンタルが制限され、主治医より病状に関するコメントが必要となるため、適切な説明を行う。

○ 担当ケアマネジャーは、ターミナルケアマネジメントの内容や担当する分野等について、主治医に事前に説明を行う。

○ 緊急時の連絡方法や医療的な対応方法等について、訪問看護等を含め連絡連携網の作成を行う。

○ タイムリーな情報共有について、ICTシステムの活用や利用者宅への連絡ノートの配備等の手段を講じる。

○ 利用者、家族の心境の変化等について掴んだ情報は、必ず主治医に連絡し、主治医の終末期に対する意向確認の補助的役割を果たす。



【関連する省令改正】

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。

◆主治医の助言を得るには、【別冊】医療と介護の連携様式集 ①「医師とケアマネジャーとの連絡票」を活用

❹緊急時等居宅カンファレンス加算

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、当該利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合。

◎緊急時等居宅カンファレンス加算　　200単位／月（2回まで）

【総　論】

○ 当該加算を算定する場合は、カンファレンスの実施日（指導した日が異なる場合は指導日もあわせて）、カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名及びそのカンファレンスの要点を居宅サービス計画に等に記載すること。

○ 当該カンファレンスは、利用者の病状が急変した場合や、医療機関における診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に実施されるものであることから、利用者の状態像等が大きく変化していることが十分想定されるため、必要に応じて、速やかに居宅サービス計画を変更し、居宅サービス及び地域密着型サービスの調整を行うなど適切に対応すること。

【連携における留意事項】

○ 当該加算におけるケアマネジメント機能を特に訪問診療を実施されている主治医に説明し、病状変化時等の対応策の協議等については気軽に連絡をいただけるよう依頼する。

○ 特にターミナルケアマネジメント加算の対象の方に連動する可能性が高いため、訪問診療の時間帯に自宅訪問し、積極的に主治医との情報交換の機会を増やすよう注力する。



❺通院時情報連携加算

利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うと共に、医師又は歯科医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合。

◎通院時情報連携加算　　50単位／月（1 回まで）

【総　論】

当該加算は、利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合に、算定を行うものである。なお、同席にあたっては、利用者の同意を得た上で、医師又は歯科医師等と連携を行うこと。

【連携における留意事項】

○ 通院に同行する際は、情報提供を行う内容や情報提供を受けたい内容等を予め整理する。

○ 受診前に連絡票等を活用し、受診日時並びに同席の目的、情報提供の内容や質問事項等を書面にてメールまたは FAX 送信することで、診療時間等の効率化につながり、円滑な連携が図れる。

○ 情報提供を受けた内容については、支援経過等に記録し、必要に応じてサービス担当者会議等で情報共有を行う。

◆主治医との必要な連携には◆【別冊】医療と介護の連携様式集 ①「医師とケアマネジャーとの連絡票」を活用

【ケアプラン作成に係る「主治の医師等」の明確化】 ※通知改正

【概要】

退院後早期に介護保険のリハビリテーションを開始することを可能とする観点から、介護支援専門員が居宅サービス計画に通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションを位置付ける際に意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院中の医療機関の医師を含むことを明確化する。

○ 居宅介護支援等の具体的取扱方針に以下の規定を追加する

<指定居宅介護支援の具体的取扱方針>

・訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等については、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。

・このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。

・なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。

・また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。

・特に、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについては、医療機関からの退院患者において、退院後のリハビリテーションの早期開始を推進する観点から、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成することが望ましい。



（2）診療報酬

❶入退院支援加算

- 入退院支援加算１　700点／退院時１回
- 入退院支援加算２　190点／退院時１回

【対象者】

ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
イ 緊急入院
ウ 要介護認定若しくは要支援認定の疑いだが未申請、または現在の要介護・要支援の状態区分変更未申請（介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る。）
エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
オ 強度行動障害の状態の者
カ 虐待を受けている又はその疑いがある
キ 生活困窮者
ク 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
ケ 排泄に介助を要する
コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
サ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要
シ 入退院を繰り返している
ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれる
セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等である
ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている
タ 患者家族や親族との連絡が困難
チ その他患者の状況から判断してアからタまでに準ずると認められる場合

【算定要件】

・３日以内に退院困難な患者を抽出
・７日以内に患者・家族と面接（療養病棟入院基本料等の場合は１４日以内、カンファレンス実施）
・専従１名（看護師又は社会福祉士）
・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）
・連携する医療機関、介護機関等（25か所以上）の職員と年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）による面会、情報の共有等を実施
　※ 連携する医療機関、介護機関等（25か所以上）については、急性期病棟を有する医療機関では、連携機関のうち １ 以上は保健医療機関であること。地域包括ケア病棟を有する医療機関では、連携機関のうち ５ 以上は介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所であること
・介護支援専門員との連携実績（算定対象病床数に0.１５を乗じた数）

❷診療情報提供料（Ⅰ）

- 診療情報提供料（Ⅰ）　250点／月１回

・紹介先保険医療機関ごと、居宅介護支援事業所に患者１人につき月１回。



❸介護支援等連携指導料

◎ 介護支援等連携指導料１　　400点／回（入院中2回限度）

- 対象患者: 入院中の患者で、退院後により適切な介護サービスや障害福祉サービスの導入を希望し、同意を得た者。
- 実　施　者: 医師また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、作業療法士、言語聴覚士等の医療関係職種。
- 連携相手: 介護支援専門員（ケアマネジャー）または相談支援専門員。
- 内　　容: 患者の心身の状態を踏まえ、導入が望ましいサービスや地域で利用可能なサービスについて、ケアプラン等の作成につながる説明・指導を行う。

◎ 介護支援等連携指導料２　　500 点／回（入院中2回限度）

- 対象患者: 入退院支援加算１を届け出ている病棟に入院中の患者で、同意を得た者。
- 実　施　者: 入退院支援および地域連携業務を担う部門の担当者。
- 連携相手: 平時から連携体制を構築している介護支援専門員または相談支援専門員。
- 入院から原則７日以内の情報提供や、退院前７日までの連絡等を含む規程を作成・周知していること。
- 地域ケア会議や多職種連携会議等に出席し、担当者の連絡先を共有するなど、平時から連携体制を構築していること。

【1・2 共通事項】

- 指導の要点を診療録等に記載し、提供を受けたケアプラン等の写しを診療録等に添付する。
- 当該医療機関に併設する介護保険施設等の介護支援専門員と共同指導を行った場合は算定不可。
- ビデオ通話機器を用いた実施も可能（ただし個人情報保護やガイドラインへの対応が必要）。
- 同一日に「退院時共同指導料２」の「他機関共同指導加算」の併算定は不可。

❹退院時共同指導料

◎ 退院時共同指導料１ ┬ 1. 在宅療養支援診療所の場合　　1，500点/入院中１回
**　　└ 2. 1以外の場合　　900点/入院中１回**

◎ 退院時共同指導料2　　400点/入院中１回

- 入院中の患者について、退院後の在宅療養を担う保険医もしくは保険医の指示を受けた看護師等(※)、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養指導等を、入院中の保険医又は看護師等(※)、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士と共同して指導を行い、文書により情報提供した場合。

※看護師等とは…上記❹において保健師、助産師、看護師、准看護師を指す

【2020年改訂による変更点】（退院時共同指導料１、退院時共同指導料2）

- 情報通信機器を用いた退院時共同指導の場合でも算定可能（原則は対面で行なう）

【2024 年改訂による変更点】（退院時共同指導料2）

- 共同指導において患者が退院後に介護保険のリハビリの利用を予定している場合、介護保険の訪問・通所リハビリ事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましい。

❺多機関共同指導加算

- **多機関共同指導加算　　2,000点（退院時共同指導料2に対する加算）**

• 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等※が、以下の職種のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合。

- ♦ 在宅療養担当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）
- ♦ 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士
- ♦ 介護支援専門員又は相談支援専門員

※看護師等とは…上記❺において保健師、助産師、看護師、准看護師を指す

• 介護支援等連携指導料と多機関共同指導加算の同時算定はできない。



佐世保市在宅医療・多職種連携サービスガイド

介護支援専門員編

☺ 介護支援専門員編の本編については、「ケアマネジャー医療連携ガイドライン」をご覧ください。「様式の記入例」や「事例集」など詳しく掲載しています。

☺ 各様式は、「【別冊】医療と介護の連携様式集」にも掲載しています。

☺ いずれも、佐世保市在宅医療・介護連携ウェブサイト“かっちぇて”へ掲載していますので、ご覧ください。

佐世保市在宅医療・介護連携ウェブサイト“かっちぇて”



こちらの、URLまたは二次元コードからもご確認いただけます。

https://www.sasebo-zaitaku.net/worker/dl/



佐世保市在宅医療・多職種連携サービスガイド　介護支援専門員編

令和7年　7月1日初版発行

令和8年10月1日改訂版発行

佐世保市在宅医療・介護連携協議会

佐世保市在宅医療・多職種連携推進専門部会

【監　修】

佐世保市介護支援専門員連絡協議会