

本資料には、社会医療法人愛仁会高槻病院で独自に作成された資料が含まれます。本資料から転載使用をする場合は、社会医療法人愛仁会高槻病院小児看護専門看護師橋倉様まで電話にてご連絡ください。

独自作成資料(スライド11以降)

- スクリーニングシート
- 入院時間診票・退院支援面談シート
- 退院支援スクリーニングシート

入退時支援加算・入退院支援加算を 取るための工夫

社会医療法人愛仁会高槻病院

小児看護専門看護師

橋倉尚美

WELCOME TO TAKATSUKI GENERAL HOSPITAL (TGH)

社会医療法人愛仁会高槻病院

入退院支援加算

患者が安心・納得して退院し、住み慣れた地域で療養や生活を早期に継続できるように、施設間の連携を推進したうえで、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するもの

入退院支援加算

診療報酬まるわかり
小児の入退院支援と訪問看護 実践ガイドより

<p>入退院支援加算1</p>	<p>一般病棟基本料などの場合 600点 療養病棟入院基本料の場合 1200点</p>	<p>入退院支援加算1は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保健医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数を加算する。</p> <p>イ 退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望する者に対して入他院支援を行った場合</p> <p>ロ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者の転院を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合</p>
<p>入退院支援加算2</p>	<p>一般病棟入院基本料等の場合 190点 療養病棟入院基本料等の場合 635点</p>	<p>入退院加算2は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望する者に対して、入退院支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する</p>
<p>入退院支援加算3</p>	<p>1200点</p>	<p>入退院支援加算3は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>イ 当該保健医療機関に入院している患者であって、新生児特定集中治療管理料又は新生児集中治療管理料を算定したことがあるものに対して、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合</p> <p>ロ 他の保健医療機関において当該加算を算定した患者の転院を受け入れ、当該患者に対して、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合</p>

入退院支援加算 施設基準

(1) 入退院支援加算1に関する施設基準

- イ 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
- ロ 当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
- ハ 当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。
- ニ 各病棟に、入退院支援及び地域連携業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士が配置されていること。
- ホ その他入退院支援等を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 入退院支援加算2に関する施設基準

- イ 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
- ロ 当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
- ハ 当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。
- ニ その他入退院支援等を行うにつき十分な体制が整備されていること。



入退院支援加算 1、2及び3の施設基準に係る届出書添付書類

※届出に係る入退院支援加算の区分（該当する区分に○を付すこと）

()	入退院支援加算 1
()	入退院支援加算 2
()	入退院支援加算 3
()	入院時支援加算
()	入退院支援加算（注5の届出医療機関）

※該当する届出事項を○で囲むこと

入退院支援及び地域連携業務を担う部門（入退院支援部門）の設置の有無	(有 無)
-----------------------------------	---------

1 入退院支援部門に配置されている職員（入院前支援を行う担当者の場合は、□に「レ」を記入すること。）

	氏名	専従・専任	職種	経験年数	入院前支援を行う担当
入退院支援に関する経験を有する者					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

2 退院支援に係る実績等

転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携機関の数が20以上（該当する場合には「レ」を記入すること）	<input type="checkbox"/>	
連携機関の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「レ」を記入すること）	<input type="checkbox"/>	
介護支援専門員及び相談支援専門員との連携		
① 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数	() 回	
② 過去1年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）	() 回	
③ ①、②の合計	() 回	
	病床数 病床数 基準	
④ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病床数・病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）		病床数×0.15 ()
⑤ 「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」を算定する病床数・病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）		病床数×0.1 ()
⑥ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病床数・病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）		病床数×0.05 ()
⑦ ④から⑥の「基準」の合計		

※③が⑦を上回ること。

※届け出に係る退院支援加算の区分（該当する区分に○を付すること）

(○)	入退院支援加算1
()	入退院支援加算2
(○)	入退院支援加算3
(○)	入院時支援加算

入退院支援及び地域連携業務を担う部門（入退院支援部門）の設置の有無	((有) 無)
-----------------------------------	-------------

1. 入退院支援部門に配置されている職員

	氏名	専従・専任	職種	経験年数	入退院支援を行う担当
入退院支援に関する経験を有する者	高槻花子	専従	看護師	2年	<input type="checkbox"/>
	大阪 やよい	専従	看護師	9年	<input type="checkbox"/>
	関西 愛	専任	社会福祉士	7年	<input type="checkbox"/>

入退院支援加算1、2及び3の施設基準に係る届出書添付書類

※届出に係る入退院支援加算の区分（該当する区分に○を付すこと）

()	入退院支援加算1
()	入退院支援加算2
()	入退院支援加算3
()	入院時支援加算
()	入退院支援加算（注5の届出医療機関）

※該当する届出事項を○で囲むこと

入退院支援及び地域連携業務を担う部門（入退院支援部門）の設置の有無	(有 無)
-----------------------------------	---------

1 入退院支援部門に配置されている職員（入院前支援を行う相当者の場合は、□に「レ」を記入すること。）

	氏名	専従・専任	職種	経験年数	入院前支援を行う担当
入退院支援に関する経験 を有する者					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

2 退院支援に係る実績等

転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携機関の数が20以上（該当する場合には「レ」を記入すること）	<input type="checkbox"/>
連携機関の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「レ」を記入すること）	<input type="checkbox"/>

介護支援専門員及び相談支援専門員との連携

① 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数	() 回
② 過去1年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）	() 回
③ ①、②の合計	() 回

	病棟数	病床数	基準
④ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）			病床数×0.15 ()
⑤ 「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）			病床数×0.1 ()
⑥ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）			病床数×0.05 ()
⑦ ④から⑥の「基準」の合計			

※③が⑦を上回ること。

- 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携機関の数が20以上（該当する場合には「レ」を記入すること）
- 連携機関の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有を行っている（該当する場合には「レ」を記入すること）

- 介護支援専門員及び相談支援専門員との連携

① 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数 (150) 回② 過去1年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る） (0) 回③ ①②の合計 (150) 回

入退院支援加算 1、2及び3の施設基準に係る届出書添付書類

※届出に係る入退院支援加算の区分（該当する区分に○を付すこと）

()	入退院支援加算 1
()	入退院支援加算 2
()	入退院支援加算 3
()	入院時支援加算
()	入退院支援加算（注5の届出医療機関）

※該当する届出事項を○で囲むこと

入退院支援及び地域連携業務を担う部門（入退院支援部門）の設置の有無	(有 無)
-----------------------------------	---------

1 入退院支援部門に配置されている職員（入院前支援を行う担当者の場合は、□に「レ」を記入すること。）

	氏名	専従・専任	職種	経験年数	入院前支援を行う担当
入退院支援に関する経験を有する者					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

2 退院支援に係る実績等

転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携機関の数が20以上（該当する場合には「レ」を記入すること）	<input type="checkbox"/>
連携機関の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「レ」を記入すること）	<input type="checkbox"/>

介護支援専門員及び相談支援専門員との連携

① 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数	()回
② 過去1年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）	()回
③ ①、②の合計	()回

	病棟数	病床数	基準
④ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）			病床数×0.15 ()
⑤ 「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援連携等指導料を算定できるものに限る。）			病床数×0.1 ()
⑥ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）			病床数×0.05 ()
⑦ ④から⑥の「基準」の合計			

※③が⑦を上回ること。

ICU系単位と小児系の病床を除く病床数に0.15を乗じる
ICU系単位と小児系の病床を除く→ICU・SCU・NICU・GCU・PICU・小児センター・MFICUの115床を除く362床
×0.15=54.3

④ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）

⑤ 「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」を算定できるものに限る
GCU・小児センターの69床×0.05=3.45

⑥ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する）

⑦ ④から⑥の「基準」の合計 ④ 54.3+⑥ 3.45=57.75

※③が⑦を上回ること。施設基準クリア！
③150 > ⑦57.75

・ 介護支援専門員及び相談支援専門員との連携

① 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数 (150)回

② 過去1年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る） (0)回

③ ①②の合計 (150)回

入退院支援加算1

- 入退院支援加算1では、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員を各病棟に専任で配置する
- 入院後3日以内に患者の状況を把握し、退院困難な要因を有している患者を抽出する
- 入院後7日以内に関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画書の作成に着手する

入院時間診票・退院支援面談シート

退院支援計画書

入退院支援スクリーニングシート

カンファレンスの実施

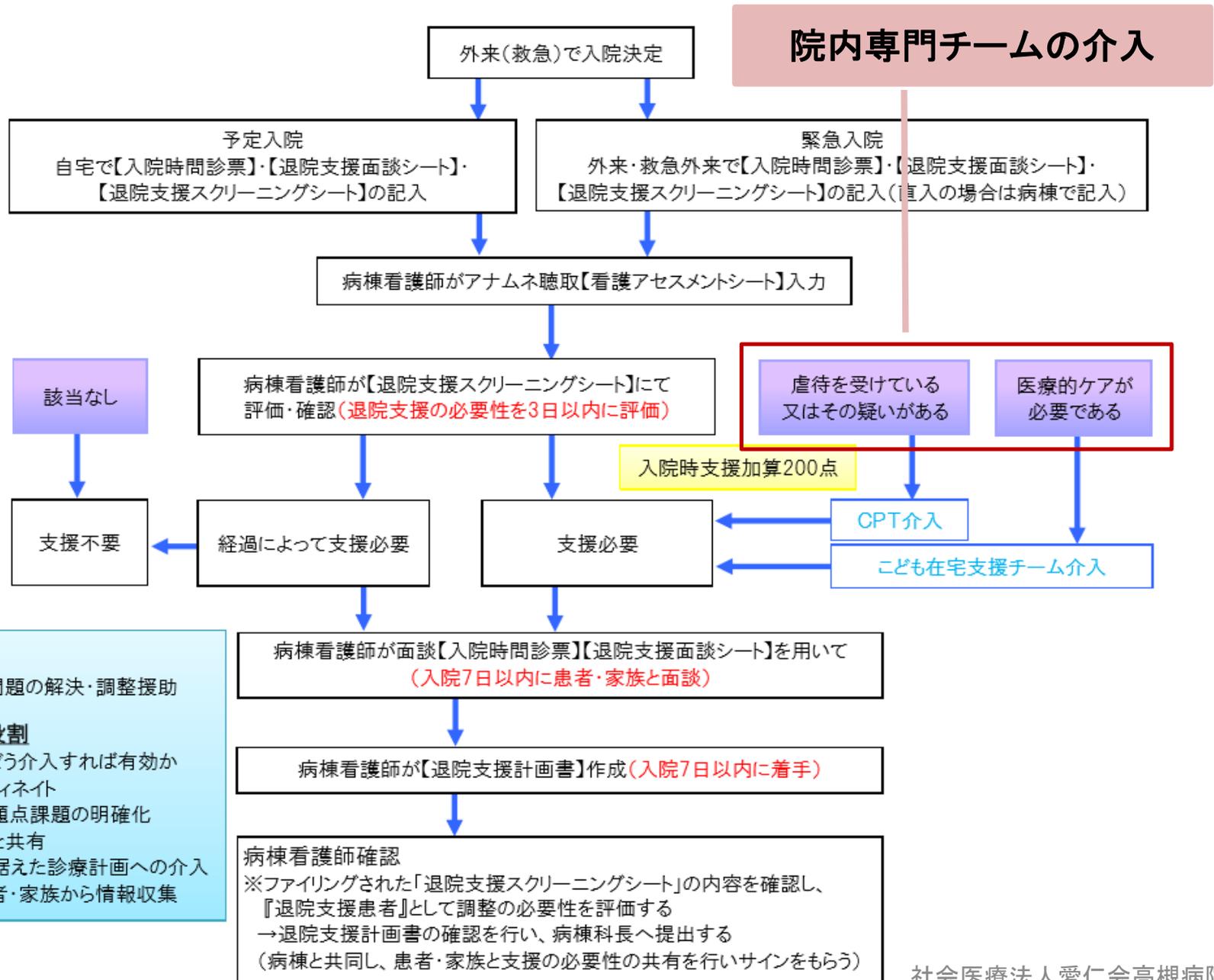
入退院支援加算1・2

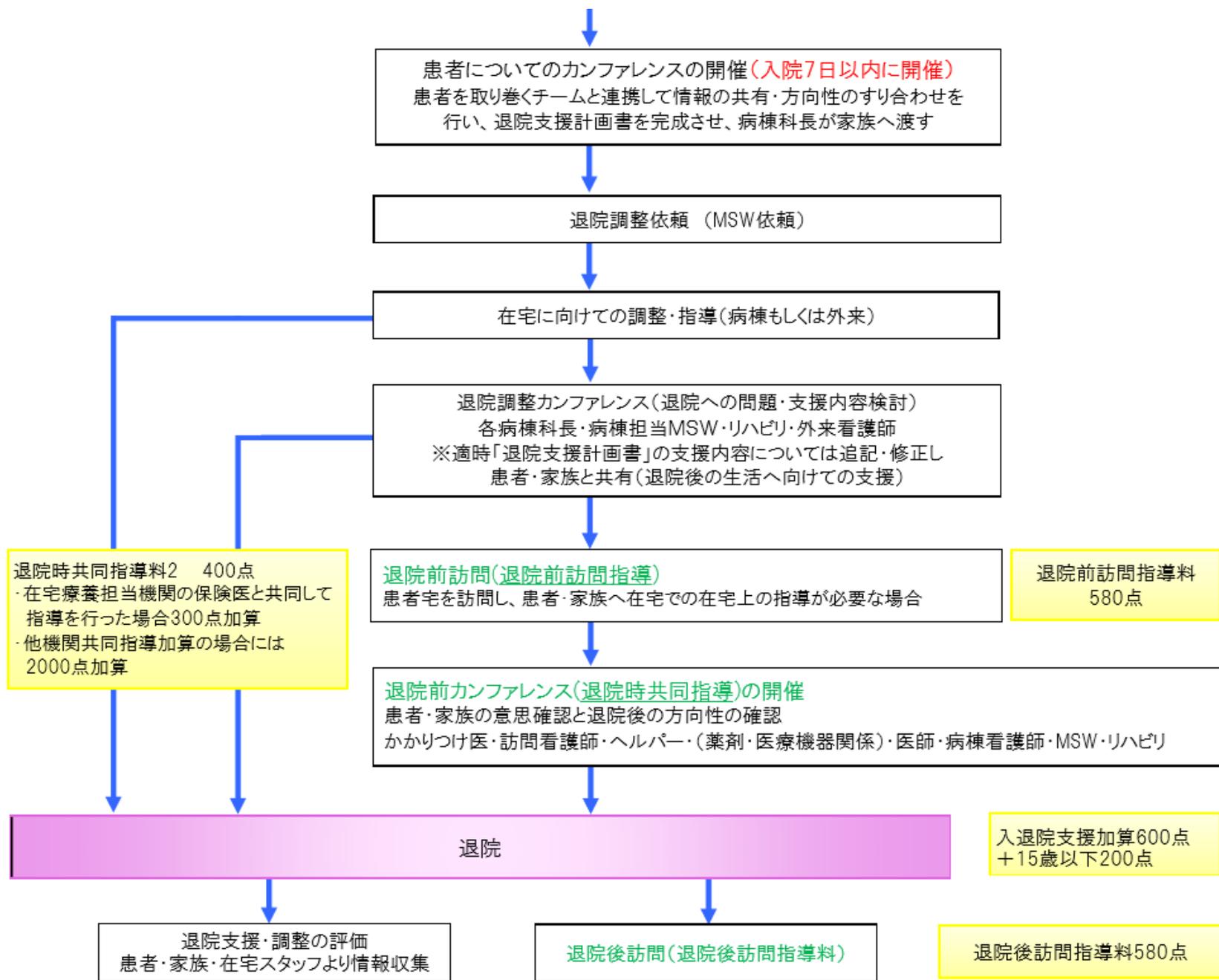
厚生労働省 平成30年度診療報酬改定より

【退院困難な要因】

- 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であること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること(介護保険法施行令(平成10年政令第412号)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 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者である
- カ 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であること(必要と推測されること)
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 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こと
- ケ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

スクリーニングシート





入院時間診票・退院支援面談シート

入院時間診票・退院支援面談シート

入院治療（検査）後、スムーズな退院を支援するためにご自宅での暮らし方を教えてください。
各項目に該当する箇所にご記入を頂き、入院時に病棟看護師へお渡しください。
尚、分からない箇所は空欄でも構いません。

年 月 日 お子さまの氏名：

1. 24時間連絡の取れる緊急時連絡先を2か所以上ご記入ください。

①	氏名：
	続柄：
	電話番号：
②	氏名：
	続柄：
	電話番号：
③	氏名：
	続柄：
	電話番号：

2. 同居家族について患者さんを基準にご記入ください。

主にお世話をされている方の【 】に○を記入してください。

氏名：	続柄（ ）	年齢：	歳	【 】
氏名：	続柄（ ）	年齢：	歳	【 】
氏名：	続柄（ ）	年齢：	歳	【 】
氏名：	続柄（ ）	年齢：	歳	【 】
氏名：	続柄（ ）	年齢：	歳	【 】

3. 今回の入院までの経過についてご記入ください。

--

4. 今回の入院に関して医師からどのような説明を受けましたか。

--

5. 流行性疾患で罹ったことのある病気にチェックしてください。

麻疹(はしか) 水痘(みずぼうそう) 風疹 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)

6. 出生時の状況

①出生時体重	②出生週数	③分娩様式
() g / kg	() 週 () 日	<input type="checkbox"/> 経産分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開

7. お子さまの(身長： cm) (体重： g / kg) 裏面へ続く→

入院時間診票・退院支援面談シート

8. 予防接種の状況と予防接種の終了回数を記載ください。

・ヒブワクチン	(未 ・ 済) () 回
・肺炎球菌	(未 ・ 済) () 回
・四種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	(未 ・ 済) () 回
・ロタウイルス	(未 ・ 済) () 回
・B型肝炎ワクチン	(未 ・ 済) () 回
・MRワクチン(麻疹・風疹)	(未 ・ 済) () 期
・水痘ワクチン	(未 ・ 済) () 回
・日本脳炎ワクチン	(未 ・ 済) () 回
・二種混合(ジフテリア・日本脳炎)	(未 ・ 済) () 回
・流行性耳下腺炎	(未 ・ 済) () 回

9. 下記の質問にお答えください。

①運動障害 なし ・ あり	②聴力障害 なし ・ あり	③視力障害 なし ・ あり	④言語障害 なし ・ あり
------------------	------------------	------------------	------------------

10. その他、気になることがあれば記載ください。

--

以下の項目からは、退院日が決定していない方、又は退院後医療的な処置が必要な方はご記入ください。

11. 住環境について不自由を感じることはありませんか。例) 移動距離・段差・手すり等

--

12. 利用しているサービスについて教えてください。

①訪問診療(なし ・ あり)	事業所名：
②訪問看護(なし ・ あり)	事業所名：
③その他訪問サービス(なし ・ あり)	事業所名：
④その他通所サービス(なし ・ あり)	事業所名：

13. 退院後に何らかの支援等を考えて、専門の社会福祉士への相談を希望されますか。

(はい ・ いいえ) 【相談希望内容： 】

14. 病状説明などの際に来院可能な方、及び可能な時間帯について教えてください。

①いない(理由：)
②いる(お名前：) (続柄：)
来院できる曜日と時間帯()

15. お子さまのことや家族のご希望がありましたらご記入ください。

()

以下、医療者記入欄

面談対象者【お名前： 】	(続柄：)
対応看護師【氏名： 】	面談日 月 日

入院時間診票・退院支援面談シート

入院時間診票・退院支援面談シート

入院治療（検査）後、スムーズな退院を支援するためにご自宅での暮らし方を教えてください。各項目に該当する箇所にご記入を頂き、入院時に病棟看護師へお渡しください。尚、分からない箇所は空欄でも構いません。

年 月 日 お子さまの氏名：

1. 24時間連絡の取れる緊急時連絡先を2か所以上ご記入ください。

①	氏名：
	続柄：
	電話番号：
②	氏名：
	続柄：
	電話番号：
③	氏名：
	続柄：
	電話番号：

2. 同居家族について患者さんを基準にご記入ください。

主にお世話をされている方の【 】に○を記入してください。

氏名：	続柄（ ）	年齢： 歳	【 】
氏名：	続柄（ ）	年齢： 歳	【 】
氏名：	続柄（ ）	年齢： 歳	【 】
氏名：	続柄（ ）	年齢： 歳	【 】
氏名：	続柄（ ）	年齢： 歳	【 】

3. 今回の入院までの経過についてご記入ください。

--

4. 今回の入院に関して医師からどのような説明を受けましたか。

--

5. 流行性疾患で罹ったことのある病気にチェックしてください。

麻疹(はしか) 水痘(みずぼうそう) 風疹 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)

6. 出生時の状況

①出生時体重 () g / kg	②出生週数 () 週 () 日	③分娩様式 <input type="checkbox"/> 経産分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開
----------------------	----------------------	--

7. お子さまの(身長: cm) (体重: g / kg) 裏面へ続く→

入院時間診票・退院支援面談シート

8. 予防接種の状況と予防接種の終了回数を記載ください。

・ヒブワクチン	(未・済)()回
・肺炎球菌	(未・済)()回
・四種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	(未・済)()回
・ロタウイルス	(未・済)()回
・B型肝炎ワクチン	(未・済)()回
・MRワクチン(麻疹・風疹)	(未・済)()回
・水痘ワクチン	(未・済)()回
・日本脳炎ワクチン	(未・済)()回
・二種混合(ジフテリア・日本脳炎)	(未・済)()回
・流行性耳下腺炎	(未・済)()回

9. 下記の質問にお答えください。

①運動障害 なし・あり	②聴力障害 なし・あり	③視力障害 なし・あり	④言語障害 なし・あり
----------------	----------------	----------------	----------------

10. その他、気になることがあれば記載ください。

--

以下の項目からは、退院日が決定していない方、又は退院後医療的な処置が必要な方はご記入ください。

11. 住宅環境について不自由を感じる箇所はありますか。例) 移動距離・段差・手すり等

--

12. 利用しているサービスについて教えてください。

①訪問診療(なし・あり)	⑤業所名:
②訪問看護(なし・あり)	⑥業種:
③その他訪問サービス(なし・あり)	⑦事業所名:
④その他通所サービス(なし・あり)	⑧事業所名:

13. 退院後に何らかの支援等をお考えで、専門の社会福祉士への相談を希望されますか。

(はい・いいえ) 【相談希望内容: 】

14. 病状説明などの際に来院可能な方、及び可能な時間帯について教えてください。

①いない(理由:)
②いる(お名前:) (続柄:)
来院できる曜日と時間帯()

15. お子さまのことや家族のご希望がありましたらご記入ください。

--

面談対象者【お名前: 】 (続柄:)
対応看護師【氏名: 】 面談日: 月 日

医療的ケアが必要な場合に記載

面談時に記載

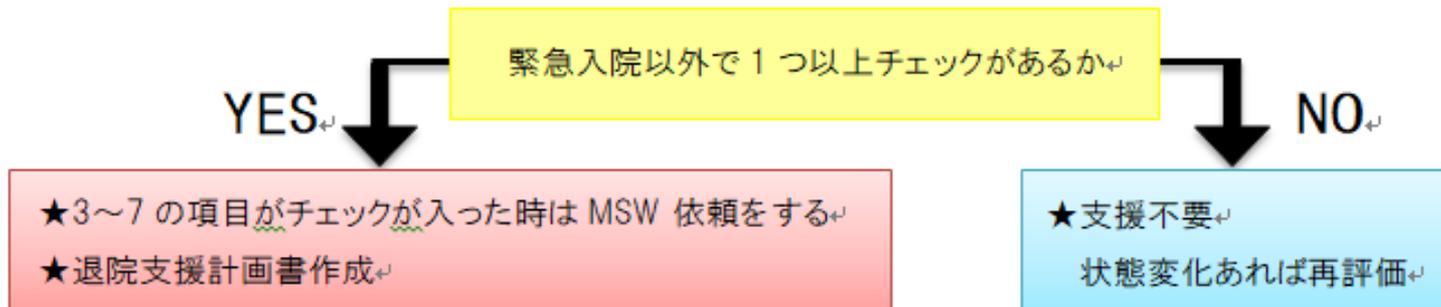
----- 以下、医療者記入欄 -----

退院支援スクリーニングシート

項目	入院時	再評価
<p>1. 疾患</p> <p>腫瘍を有する(脊髄脂肪腫、脳腫瘍等)</p> <p>精神科の診察が必要な状態(不登校、身体表現性障害等)</p> <p>急性呼吸器感染症(RSV等) 誤嚥性肺炎 アレルギー疾患 ネフローゼ 川崎病等</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>2. 入院状況</p> <p>緊急入院</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	
<p>3. 養育状況および家庭環境</p> <p>家族又は同居者から虐待を受けている(又はその疑いがある)体重増加不良等を含む</p> <p>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である(必要と推測される)</p> <p>夫婦関係不良</p> <p>親族内で育児、看護に社会的支援が必要である(又はその疑いがある)</p> <p>養育者が外国人で生活上の困難がある</p> <p>両親以外の育児支援者が不在又は支援困難(高齢・別居など)</p> <p>養育者に知的又は身体の障害がある(又はその疑いがある)</p> <p>養育者が精神の障害・アルコールや薬物中毒がある(又はその疑いがある)</p> <p>養育者の育児知識・育児態度あるいは姿勢に問題がある</p> <p>養育者としての自覚の欠如・未熟性がある</p> <p>その他()</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

退院支援スクリーニングシート

<p>4. <u>生活困窮状況</u> 両親が定職を持たない 不安定就労 生活保護</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5. <u>医療ケア</u> 退院後に医療処置(胃瘻などの経管栄養法を含む)が必要 (呼吸器、酸素、気管切開、経管栄養、胃瘻、中心静脈、導尿、ストーマ、インシュリンなど)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. <u>その他</u> 同疾患で半年以内の入退院を繰り返している</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7. <u>社会保障制度</u> 利用している社会資源があり、退院時に再調整が必要 新たに社会資源の導入が必要 訪問診療、訪問看護(リハビリ)、短期入所(レスパイト入院)、 相談支援事業所、居宅介護(ホームヘルプ)、 通所系サービス(療育園、放課後等デイサービス)等</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



退院支

呼吸器感染・アレルギー疾患で入院を繰り返す場合等

その他ネフローゼ、川崎病等入院期間が長いと予測されるもの

1. 疾患

腫瘍を有する(脊髄脂肪腫、脳腫瘍等)

精神科の診察が必要な状態(不登校、身体表現性障害等)

急性呼吸器感染症(RSV等) 誤嚥性肺炎 アレルギー疾患 ネフローゼ 川崎病等

2. 入院状況

緊急入院

3. 養育状況および家庭環境

家族又は同居者から虐待を受けている(又はその疑いがある)体重増加不良等を含む

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である(必要と推測される)

夫婦関係不良

親族内で育児、看護に社会的支援が必要である(又はその疑いがある)

養育者が外国人で生活上の困難がある

両親以外の育児支援者が不在又は支援困難(高齢(別居など)

養育者に知的又は身体の障害がある(又はその疑いがある)

養育者が精神の障害・アルコールや薬物中毒がある(又はその疑いがある)

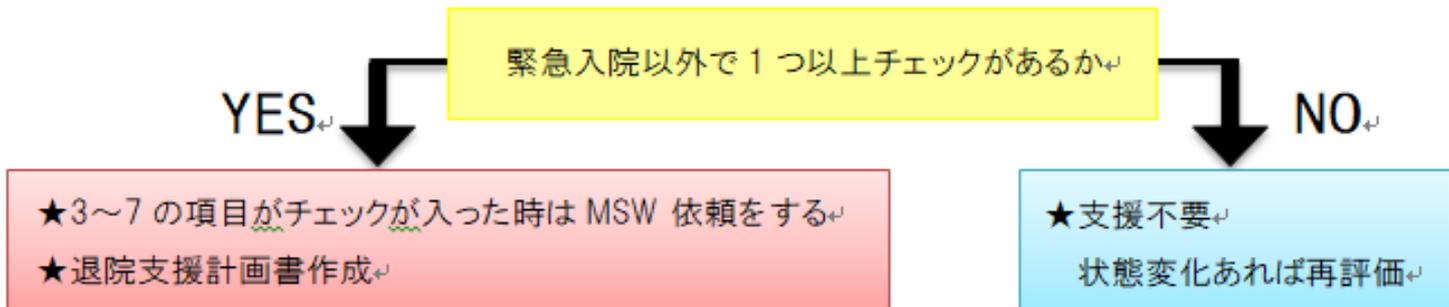
養育者の育児知識・育児態度あるいは姿勢に問題がある

養育者としての自覚の欠如・未熟性がある

その他()

退院支援スクリーニングシート

<p>4. <u>生活困窮状況</u> 両親が定職を持たない 不安定就労 生活保護</p> <p style="text-align: center; color: yellow; font-weight: bold;">経済的困窮のスクリーニング</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5. <u>医療ケア</u> 退院後に医療処置(胃瘻などの経管栄養法を含む)が必要 (呼吸器、酸素、気管切開、経管栄養、胃瘻、中心静脈、導尿、ストーマ、インシュリン など)</p> <p style="text-align: center; color: yellow; font-weight: bold;">退院後の医療処置のスクリーニング</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. <u>その他</u> 同疾患で半年以内の入退院を繰り返している</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7. <u>社会保障制度</u> 利用している社会資源があり、退院時に再調整が必要 新たに社会資源の導入が必要 訪問診療、訪問看護(リハビリ)、短期入所(レスパイト入院)、 相談支援事業所、居宅介護(ホームヘルプ)、 通所系サービス(療育園、放課後等デイサービス)等</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



退院支援計画書

イ	患者氏名 _____	入院日 年 月 日
	生年月日 _____ 性別 _____	計画日 年 月 日
		変更日 年 月 日

ハ	病棟	<input type="checkbox"/> 小児センター	<input type="checkbox"/> PICU
	病名	氏名: _____ (続柄: _____) その他: _____	
ロ	退院支援計画を行うもの	医師: _____ 看護師: _____	
	退院に支援が必要と考える理由	<input type="checkbox"/> 医療処置が必要 <input type="checkbox"/> 継続した療育・リハビリが必要 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 医療処置が必要 <input type="checkbox"/> 継続した療育・リハビリが必要 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
ホ	支援内容	<input type="checkbox"/> 育児指導 <input type="checkbox"/> 医療処置の指導 (_____) <input type="checkbox"/> 療育支援体制の調整 <input type="checkbox"/> 在宅医療に伴う機器・物品の調整 <input type="checkbox"/> 他の医療機関・療育施設等との連携 <input type="checkbox"/> 保健師との連携 <input type="checkbox"/> 訪問看護師との連携 <input type="checkbox"/> 医療費など制度の活用 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 育児指導 <input type="checkbox"/> 医療処置の指導 (_____) <input type="checkbox"/> 療育支援体制の調整 <input type="checkbox"/> 在宅医療に伴う機器・物品の調整 <input type="checkbox"/> 他の医療機関・療育施設等との連携 <input type="checkbox"/> 保健師との連携 <input type="checkbox"/> 訪問看護師との連携 <input type="checkbox"/> 医療費など制度の活用 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
		支援概要 ご家族の意向を尊重しながら、退院後の育児に必要な支援を行います	
	支援期間	年 月 日～退院日まで	
	予定される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他の医療機関 <input type="checkbox"/> 療育施設 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	退院後に利用が予測される社会福祉サービス	(制度) <input type="checkbox"/> 各種手当 <input type="checkbox"/> 医療助成制度 <input type="checkbox"/> その他 (_____) (サービス) <input type="checkbox"/> 市町村保健師による新生児訪問 <input type="checkbox"/> 保健師保健師による訪問 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 日常生活用具・補装具 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

注) 上記内容は現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化に応じて変更になる場合があります。

二	病棟退院支援計画担当者: _____ 印
	退院調整部門退院支援計画担当者: _____ 印
	患者本人: _____
	養育者又は代理人: _____ (続柄: _____)

退院支援計画書の内容

イ.患者氏名、入院日、退院支援計画着手日、退院支援計画作成日

ロ.退院困難な要因

ハ.退院に関する患者以外の相談者
 ニ.退院支援計画を行う者の氏名(病棟責任者、病棟に専任の入退院支援職員及び入退院 支援部門の担当者名をそれぞれ記入)

ホ.退院に係る問題点、課題等

ヘ.退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予測される福祉サービスと担当者名

事例



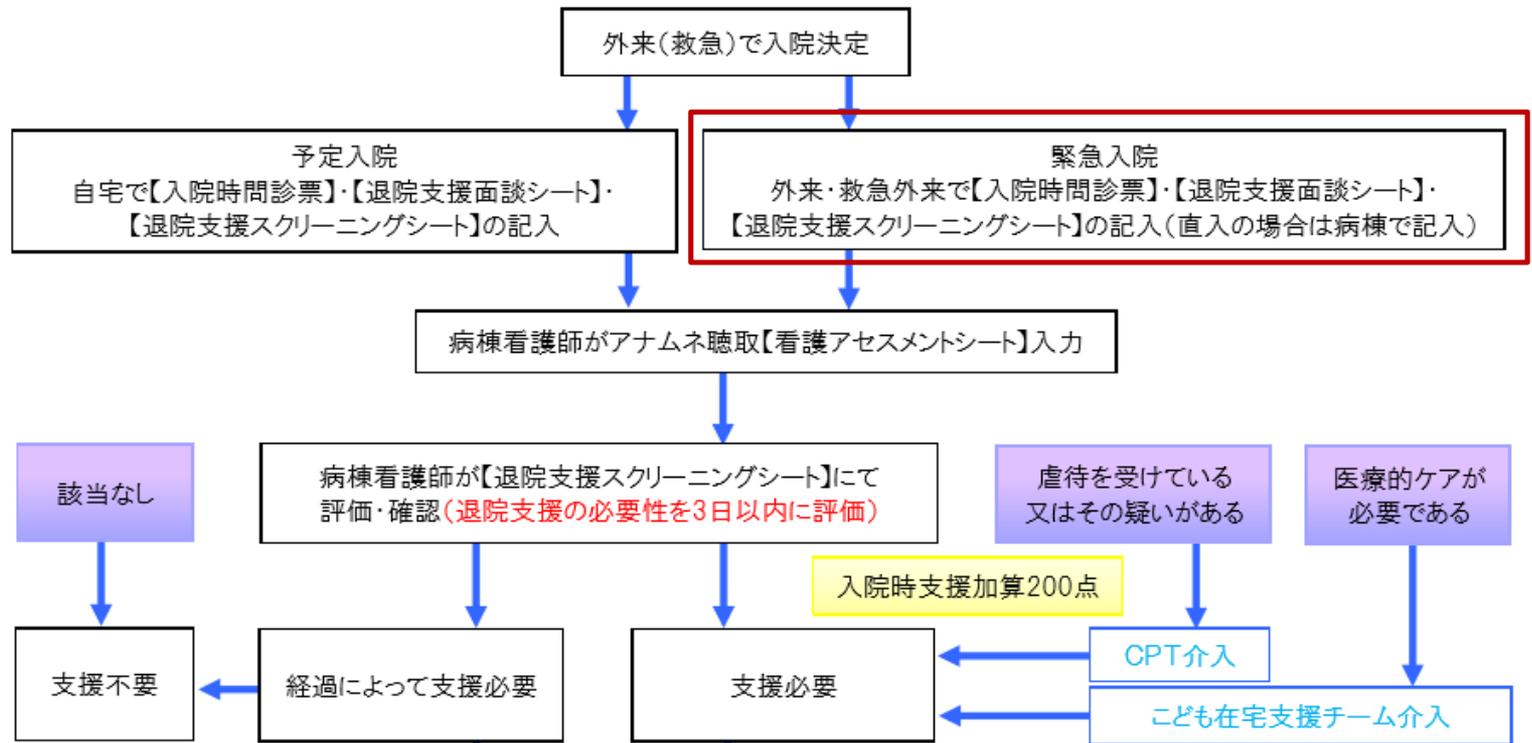
年齢：3歳

傷病名：左頭頂骨骨折

受傷機転：母が自転車の前かごに児を乗せ走行中にバランスを崩し転倒した際に前かごから転落した。

経過：救急車にて搬送。レントゲン・CTにて左頭頂骨骨折と診断され入院。MRIにて脳実質に損傷の無いことを確認し保存的加療となる。院内虐待防止チームへ連絡。

スクリーニングシート



MSWの役割

心理的・社会的問題の解決・調整援助

病棟看護師の役割

※チーム医療がどう介入すれば有効か

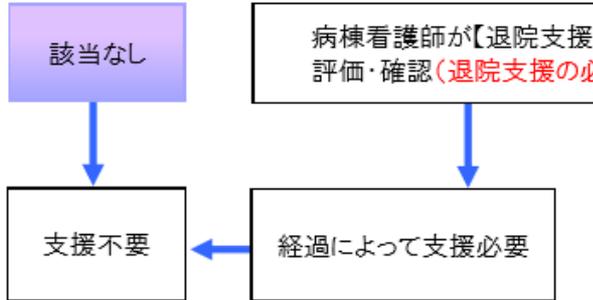
判断してコーディネート

- ・予測される問題点課題の明確化
→患者・家族と共有
- ・DPC期間を見据えた診療計画への介入
- ・関係機関・患者・家族から情報収集

スクリーニングシート

予定入院
 自宅で【入院時間診票】・【退院支援面談シート】
 【退院支援スクリーニングシート】の記入

病棟看護師が



MSWの役割
 心理的・社会的問題の解決・調整援助

病棟看護師の役割
 ※チーム医療がどう介入すれば有効か判断してコーディネート
 ・予測される問題点課題の明確化
 →患者・家族と共有
 ・DPC期間を見据えた診療計画への介入
 ・関係機関・患者・家族から情報収集

病棟看護師が面談【入院時】

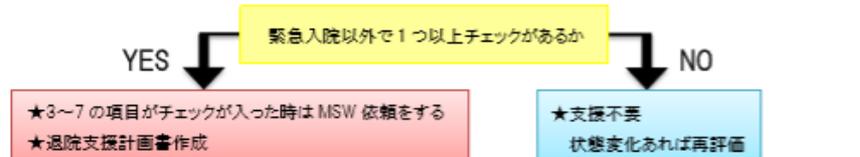
病棟看護師が【退院支援面談】

病棟看護師確認
 ※ファイリングされた「退院支援患者」として
 →退院支援計画書の確認
 (病棟と共同し、患者・家族と)

退院支援スクリーニングシート(小児)

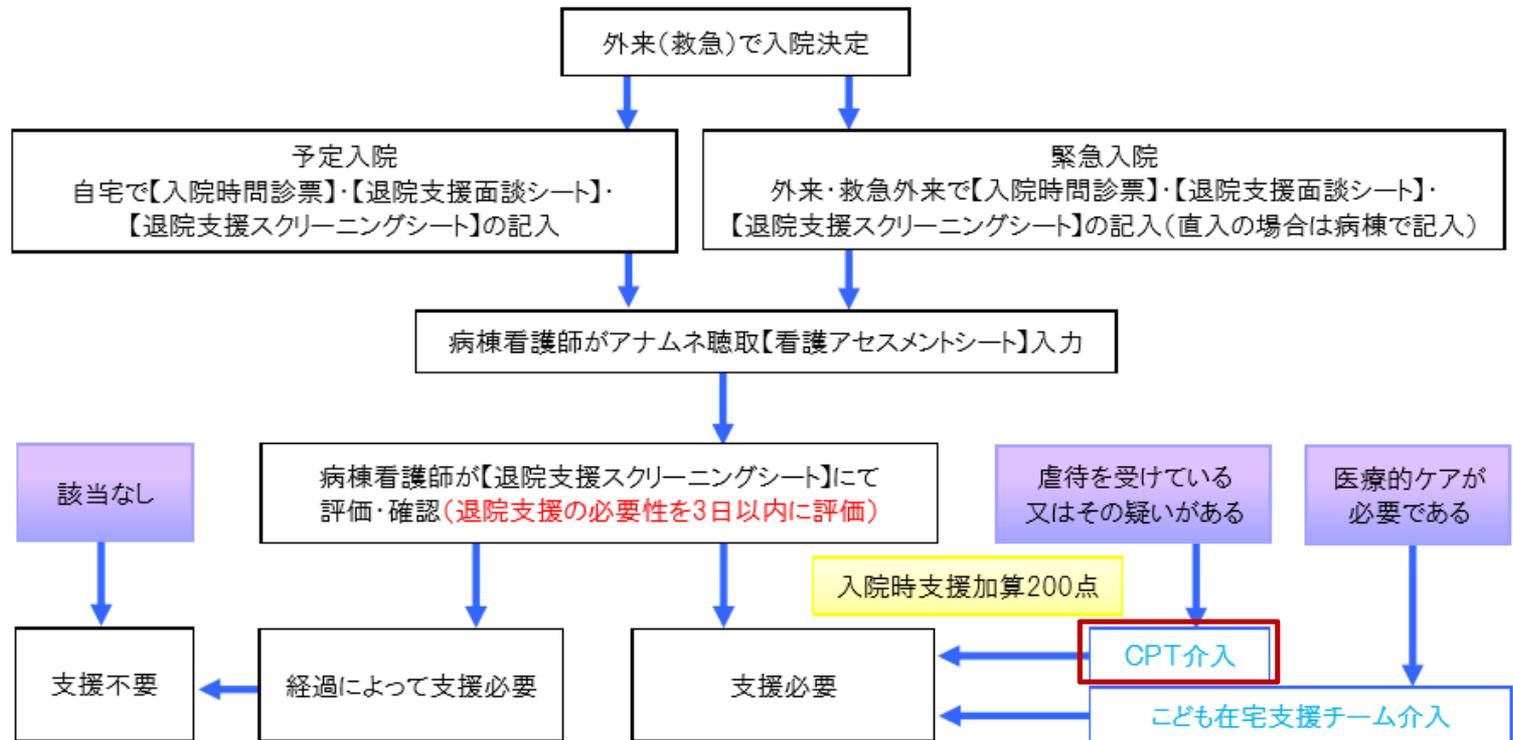
ID: _____ 氏名: _____ 入院日: _____

項目	入院時	再評価
1. 疾患 腫瘍を有する(脊髄脂肪腫、脳腫瘍等) 精神科の診察が必要な状態(不登校、身体表現性障害等) 急性呼吸器感染症(RSV等) 誤嚥性肺炎 アレルギー疾患 ネフローゼ 川崎病等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 入院状況 緊急入院	<input type="checkbox"/>	
3. 養育状況および家庭環境 家族又は同居者から虐待を受けている(又はその疑いがある)体重増加不良等を含む 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である(必要と推測される) 夫婦関係不良 親族内で育児、看護に社会的支援が必要である(又はその疑いがある) 養育者が外国人で生活上の困難がある 両親以外の育児支援者が不在又は支援困難(高齢・別居など) 養育者に知的又は身体の障害がある(又はその疑いがある) 養育者が精神の障害・アルコールや薬物中毒がある(又はその疑いがある) 養育者の育児知識・育児態度あるいは姿勢に問題がある 養育者としての自覚の欠如・未熟性がある その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 生活困難状況 両親が定職を持たない 不安定就労 生活保護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 医療ケア 退院後に医療処置(胃薬などの経管栄養法を含む)が必要 (呼吸器、酸素、気管切開、経管栄養、胃薬、中心静脈、導尿、ストーマ、インシュリンなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. その他 同疾患で半年以内の入退院を繰り返している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 社会保障制度 利用している社会資源があり、退院時に再調整が必要 新たに社会資源の導入が必要 訪問診療、訪問看護(リハビリ)、短期入所(レスパイト入院)、相談支援事業所、 居宅介護(ホームヘルプ)、通所系サービス(療育園、放課後等デイサービス)等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2019年6月作成

スクリーニングシート



MSWの役割

心理的・社会的問題の解決・調整援助

病棟看護師の役割

※チーム医療がどう介入すれば有効か

判断してコーディネート

- ・予測される問題点課題の明確化
→患者・家族と共有
- ・DPC期間を見据えた診療計画への介入
- ・関係機関・患者・家族から情報収集

病棟看護師が面談【入院時間診票】【退院支援面談シート】を用いて
(入院7日以内に患者・家族と面談)

病棟看護師が【退院支援計画書】作成(入院7日以内に着手)

病棟看護師確認

※ファイリングされた「退院支援スクリーニングシート」の内容を確認し、
『退院支援患者』として調整の必要性を評価する
→退院支援計画書の確認を行い、病棟科長へ提出する
(病棟と共同し、患者・家族と支援の必要性の共有を行いサインをもらう)

スクリーニングシート

外来(救急)で入院決定

入院時間診票・退院支援面談シート

入院時間診票・退院支援面談シート

入院治療（経過）後、スムーズな退院を実現するためにご自宅での暮らしを振り返り確認いただき、各項目に該当する箇所にご記入を頂き、入院時に病棟看護課へお戻しください。尚、分からない箇所は空欄でも構いません。

年 月 日 前住者の氏名： _____

1. 24時間看護の行われる緊急時看護内を2か所以上に記入ください。

①	氏名： _____	続柄： _____	職別： _____
②	氏名： _____	続柄： _____	職別： _____
③	氏名： _____	続柄： _____	職別： _____

2. 得意技について得意な人を簡単に記入ください。本人が得意としている方（ ）に○を記入してください。

氏名： _____	続柄： ()	職別： _____	性別： ()
氏名： _____	続柄： ()	職別： _____	性別： ()
氏名： _____	続柄： ()	職別： _____	性別： ()
氏名： _____	続柄： ()	職別： _____	性別： ()

3. 今回の入院までの経過について記入ください。

4. 今回の入院に関して医師からどのような説明を受けたか。

5. 実行性を持って確認したことがある項目にチェックしてください。

口鼻呼吸器 () 口鼻吸引装置 () 口鼻吸引 () 口鼻吸引装置 () 口鼻吸引装置 ()

6. 出発時の状況

体重測定結果	血圧測定結果	血糖測定結果
kg	mmHg	mg/dL

7. 前住者の身長： _____ cm () 体重： _____ kg () 年齢： _____ 歳 ()

入院時間診票・退院支援面談シート

8. 手術前後の状態と手術前後の終了状態を記載ください。

・ヒアリング	()	()	()	()
・体位管理	()	()	()	()
・呼吸管理 (シタリア・呼吸機・換気・サリゾ)	()	()	()	()
・ロケインス	()	()	()	()
・血圧管理 (シタリア・換気)	()	()	()	()
・酸素管理 (シタリア・換気)	()	()	()	()
・血糖管理 (シタリア・換気)	()	()	()	()
・体温管理 (シタリア・換気)	()	()	()	()
・水分管理 (シタリア・換気)	()	()	()	()

9. 下記の欄に記入してください。

手術前後	手術中の経過	手術後の経過	退院後の経過
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり

10. その他、気になることがあれば記載ください。

以下の項目から、退院日が決定していない、又は退院日区間の地域が必要な方はご記入ください。

11. 在宅復帰についてご自身を感じることはありますか。 (例) 移動困難・視覚・歩行等

12. 利用しているサービスについてお答えください。

医師診察 ()	なし・あり ()	事業所名： _____
薬剤師診察 ()	なし・あり ()	事業所名： _____
看護師の訪問サービス ()	なし・あり ()	事業所名： _____
その他訪問サービス ()	なし・あり ()	事業所名： _____

13. 退院後に得られる支援等をあわせて、専門の社会福祉士への相談を希望されるか。()

14. 身体機能などの順に進捗を把握し、及び地域生活復帰についてお答えください。()

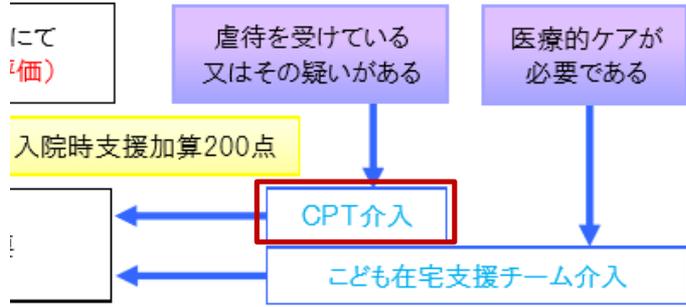
15. 前住者のことや家族のことでご留意がございましたらご記入ください。()

以下、退院後記入欄

退院日 ()	退院時間 ()	退院場所 ()
退院後 ()	退院後 ()	退院後 ()

緊急入院
救急外来で【入院時間診票】・【退院支援面談シート】・
【スクリーニングシート】の記入(直入の場合は病棟で記入)

アセスメントシート)入力



支援面談シート)を用いて
(と面談)

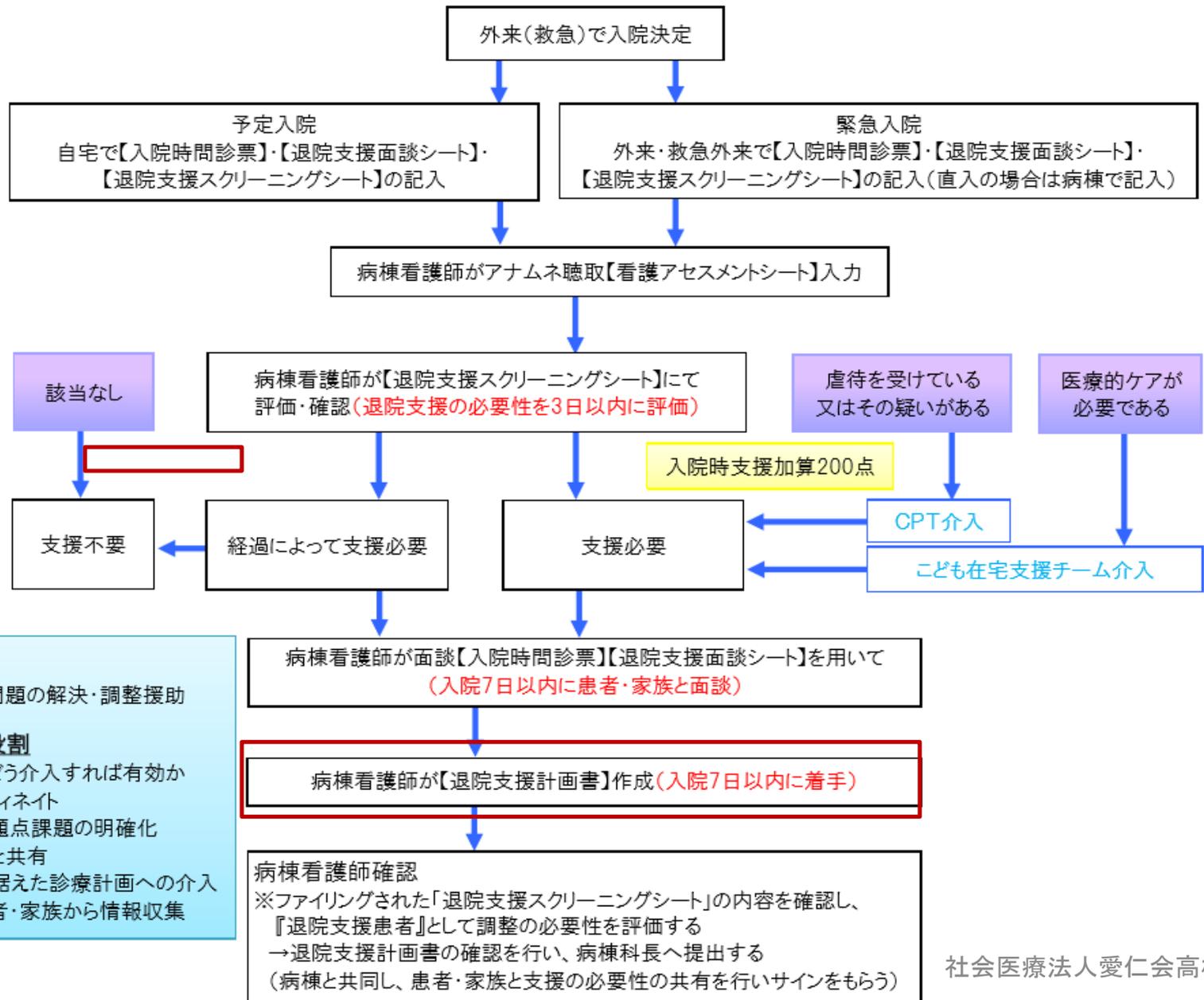
(入院7日以内に着手)

入院時間診票や退院支援面談シートを用い
受傷機転の確認を行い面談を実施し、面談した者の氏名と患者名を記載

- ・DPC期間を見据えた診療計画への介入
- ・関係機関・患者・家族から情報収集

病棟看護師確認
※ファイリングされた「退院支援スクリーニングシート」の内容を確認し、『退院支援患者』として調整の必要性を評価する
→退院支援計画書の確認を行い、病棟科長へ提出する
(病棟と共同し、患者・家族と支援の必要性の共有を行いサインをもらう)

スクリーニングシート



MSWの役割

心理的・社会的問題の解決・調整援助

病棟看護師の役割

※チーム医療がどう介入すれば有効か

判断してコーディネート

・予測される問題点課題の明確化

→患者・家族と共有

・DPC期間を見据えた診療計画への介入

・関係機関・患者・家族から情報収集

退院支援計画書

患者氏名 _____ 入院日 年 月 日
 計画日 年 月 日
 生年月日 _____ 性別 _____ 変更日 年 月 日

病棟	<input type="checkbox"/> 小児センター <input type="checkbox"/> PICU
病名	
養育を担う人	氏名: _____ (続柄: _____) その他: _____
退院支援計画を行うもの	医師: _____ 看護師: _____
退院に支援が必要と考える理由	<input type="checkbox"/> 医療処置が必要 (_____) <input type="checkbox"/> 継続した療育・リハビリが必要 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
支援内容	<input type="checkbox"/> 育児指導 <input type="checkbox"/> 医療処置の指導 (_____) <input type="checkbox"/> 養育支援体制の調整 <input type="checkbox"/> 在宅医療に伴う機器・物品の調整 <input type="checkbox"/> 他の医療機関・療育施設等との連携 <input checked="" type="checkbox"/> 保健師との連携 要養育支援情報提供票提出 <input type="checkbox"/> 訪問看護師との連携
支援概要	発達に合わせた起こりやすい事故についての説明
支援期間	年 月 日～退院日まで
予想される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他の医療機関 <input type="checkbox"/> 療育施設 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
退院後に利用が予測される社会福祉サービス	(制度) <input type="checkbox"/> 各種手当 <input type="checkbox"/> 医療助成制度 <input type="checkbox"/> その他 (_____) (サービス) <input type="checkbox"/> 市町村保健師による新生児訪問 <input type="checkbox"/> 保健所保健師による訪問 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 日常生活用具・補装具 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

注) 上記内容は現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化に応じて変更になる場合があります。

病棟退院支援計画担当者: _____ 印

退院調整部門退院支援計画担当者: _____ 印

患者本人: _____

養育者又は代理人: _____ (続柄: _____)

チェックシート

決定

緊急入院
 来・救急外来で【入院時間診票】・【退院支援面談シート】・
 支援スクリーニングシート】の記入(直入の場合は病棟で記入)

【養育アセスメントシート】入力

【養育アセスメントシート】にて
 (評価)

虐待を受けている
 又はその疑いがある

医療的ケアが
 必要である

入院時支援加算200点

CPT介入

こども在宅支援チーム介入

【退院支援面談シート】を用いて
 (家族と面談)

【退院支援面談シート】(入院7日以内に着手)

「チェックシート」の内容を確認し、
 評価する
 長へ提出する
 長との共有を行いサインをもらう

患者についてのカンファレンスの開催(入院7日以内に開催)
 患者を取り巻くチームと連携して情報の共有・方向性のすり合わせを
 行い、退院支援計画書を完成させ、病棟科長が家族へ渡す

カンファレンス

病名・治療	左頭頂骨骨折
ゴール目標	自宅退院
退院支援の有無	支援必要
患者の治療段階	急性期治療中
社会背景	母の運転中の自転車の前かごからの転落による外傷 4人きょうだいが一番下
進捗状況	退院日決定〇月〇日 CPTカンファレンスにて事故と判断も自転車の前かごへのセル のは不適切として注意喚起を行う。今後の事故予防として年齢 相当の起こりやすい事故に関して指導を行う。又、要養育支援 情報提供票にて保健センターとの連携を行う
参加者	7/9 退院調整カンファレンス 参加者:〇〇師長 〇〇医師 〇〇MSW 〇〇看護師

退院

在宅に向けて

退院調整カンファ

各病棟科長・病
 ※適時「退院支援計
 患者・家族と

退院前訪問(退院前訪問
 患者宅を訪問し、患者・家族

退院前カンファレンス(退院前カンファレンス)
 患者・家族の意思確認と退院後の方向性の確認
 かかりつけ医・訪問看護師・ヘルパー・(薬剤・医療機器関係)・医師・病棟看護師・MSW・リハビリ

退院時共同指導料2 400点
 ・在宅療養担当機関の保険医と共同して
 指導を行った場合300点加算
 ・他機関共同指導加算の場合には
 2000点加算

退院

入退院支援加算600点
 +15歳以下200点

退院支援・調整の評価
 患者・家族・在宅スタッフより情報収集

退院後訪問(退院後訪問指導料)

退院後訪問指導料580点



まとめ

- 自施設の特徴を知り、入退院支援のスクリーニングを行う必要がある
- すでに存在している院内の専門チームとの連携を図り、入退院支援を行う
- 入退院支援は診療報酬という側面だけでなく、退院支援が必要か否かを判断する指標としてスクリーニングを行い、面談やカンファレンスの実施から必要な退院支援計画を立てることである