

病院

ケアマネ

入院前

外来での支援

- 外来診療におけるモニタリング
- 介護支援担当者との連携

普段からの工夫

- 担当ケアマネの連絡先を、介護保険証・健康保険証・お薬手帳と一緒にしておく
- 利用者、家族には、入退院時にケアマネに連絡するよう伝えておく

入院時

(3日以内)

(1) 入院時の連絡

(A: 担当ケアマネがいる場合)

- 担当ケアマネに、速やかに入院の連絡及び患者情報の提供を依頼

(1) 情報の提供

(A: 担当ケアマネがいる場合)

- 利用者の入院が判明した場合、速やかに病院に様式1 (入院時情報提供シート) により情報を提供

(2) 入院時の連絡

(B: 担当ケアマネがいない場合)

- 患者、家族に居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターへ介護保険申請の相談をするように説明、申請を支援

(2) 情報の提供

(B: 担当ケアマネがいない場合)

- 管内の事業所等の情報提供
- 介護保険申請アドバイス
- ケアマネが決まれば連絡

(3) 退院支援スクリーニング

- 退院支援の必要な患者の抽出

退院調整

(7日以内)

(4) 退院支援の開始

- 退院支援開始をケアマネに連絡
- 退院支援計画書の作成
- 院内カンファレンスを実施

(4) 退院後のケアプランを作成・修正

- 退院見込み時期や支援が必要な内容を確認し、ケアプランを作成・修正

(5) 退院前面談

- ケアマネに、様式2 (退院支援共有情報シート) を提供
- ケアマネと共同で、退院前面談を実施する。

退院時

(6) 退院前カンファレンス等の実施

- 退院後も継続して支援が必要な課題や支援方法を共有

退院後

(7) 退院後の在宅生活の確認

- 入院時の情報を基に、外来で継続支援

(7) 支援・介護サービス実施

- 定期的な担当者会、関係者との情報共有
- 病院と連携を継続

病院

ケアマネ

入院前

入院時

(3日以内)

退院調整

(7日以内)

退院時

退院後

入退院支援加算

- 入院早期より退院困難者を抽出し、適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び退院した場合に算定
 - ・ イ：190点（退院時1回）
 - ・ ロ：635点（退院時1回）

入退院支援加算 1

- カンファレンスを行った上で退院調整に当たる場合
 - ・ イ：700点（退院時1回）
 - ・ ロ：1,000点（退院時1回）
 - ・ ハ：1,300点（退院時1回）

入院事前調整加算

- 入院予定の患者に対して、入院中に行われる治療の説明等を入院前の外来において実施
 - ・ 200点（退院時1回）

介護支援等連携指導料

- 退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられる場合、患者に対しケアマネージャーと連携し退院後の介護サービス等について指導
 - ・ イ：400点（入院中2回）
 - ・ ロ：500点（入院中2回）

退院時共同指導料 2

- 病院の医師等と在宅療養を担う医師等が共同して、退院後の在宅療養上必要な説明・指導
 - ・ 400点（入院中1回）

入院時情報連携加算

- 入院医療機関へ利用者情報を提供
 - ・ (Ⅰ) 入院日 250単位/月
 - ・ (Ⅱ) 翌日から翌々日まで 200単位/月

退院・退所加算

- 入院又は入所期間中の連携回数に応じて算定

連携回数	情報収集	カンファレンス参加（うち1回）
1回	450単位	600単位
2回	600単位	750単位
3回	—	900単位

退院時共同指導加算

- 退院共同指導を行った後に、初回の指定訪問看護を行った場合
 - ・ 600単位（退院時1回）