

2018入退院支援の手順・フローチャート

入退院支援実践内容

退院支援の手順

導入期

①退院支援スクリーニングを実施

入院時支援加算

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

在宅準備期

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

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

退院移行期

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

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。

在宅移行期

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

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。

④-1ケアマネジャーは独自の退院時情報聴取シートを用意して聞き取りに来院する。

退院時共同指導料

介護等連携指導料

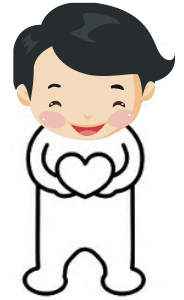
生活期

⑤退院

入退院支援加算

⑤地域連携クリニック等の情報共有シートの活用し退院後のケア内容、経過などを把握する場合があります。

⑥退院後のフォロー、情報共有



ケアマネジャー側が算定する
入院時支援・入退院支援での報酬



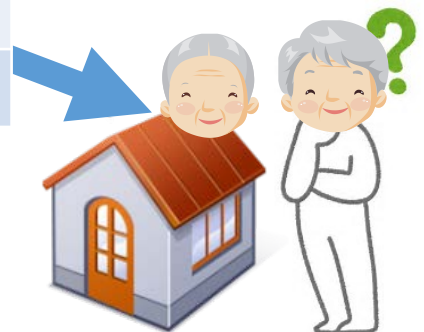
入院時

①入院時情報連携加算	
3日以内	200単位
4日以上 7日以内	100単位

退院時カンファレンス時

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	退院時
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	


 ケアマネジャー



退院時連携に係る介護・診療報酬の一覧

