入退院支援の流れとポイント（R８改訂版）

医療機関側の動き

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

患者・家族への生活指導・療養指導　等

退院支援

■入院への備え
・予定入院の場合には、入院前から情報収集を行い、患者・家族のニーズをとらえるよう務める
・急変等による入院に備え、日常の外来受診の場面から、要介護認定や担当ケアマネジャーの有無、緊急時連絡先の把握に務める

■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※1
■今後の生活に対する意向等
■退院困難な要因のある患者を抽出
・医療ニーズが高い
・明らかな ADL の低下
・介護力が弱い
・生活が困窮している
・日常生活に支障のある認知症
・入退院を繰り返している
・虐待の疑いがある　等

■　退院支援の方向性の検討
・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
・本人・家族等と退院へ向けた目標などの共有を行う
■　関係機関と情報共有
・入院前の状況と現状を踏まえ、今後使用が予想される介護サービス等を共有する
・介護認定申請や区分変更申請についての検討
　治療の進捗状況や本人の回復状況により判断相談する
　入院前の状態に回復することが難しいと判断される場合は区分変更申請について検討する。
担当ケアマネジャーにも相談する。

■　退院前カンファレンスの検討
・カンファレンスの開催が決まったら、ケアマネジャー等関係各所に連絡する
・退院後に必要と思われる介護サービスについて、家族・ケアマネジャー等への情報提供について検討する（退院後の食事や排せつ等を具体的にイメージできるように）
・介護者への実技指導の要否について検討する
・退院後の通院の要否や、方法等について検討する
・その他カンファレンス時に必要な情報を整理する

※　退院時に入院医療機関から、ケアマネジャー等へ提供する様式は、各医療機関で準備した様式を活用する（**様式２**の活用も可）
※　特に、退院前カンファレンスを開催しない場合は、「ケアマネへの介護サービス導入等に関するアドバイス」「退院時および在宅生活における注意点」など、何らかの方法で伝えるよう配慮する

診療情報提供

かかりつけ医

※１
担当ケアマネジャーがいない場合、入院医療機関の支援担当者が患者・家族の意向を確認し、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の紹介や必要な連絡調整を行う。

退院前カンファレンスの開催

入院事前調整加算

入院時支援加算（Ⅰ）（2）

入退院支援加算（Ⅰ）（2）

介護支援等連携指導料（入院中2回まで）

地域連携診療計画加算

退院前訪問指導料

退院時共同指導料Ⅰ（在宅療養を担う医療機関が算定）

退院時共同指導料2（入院中の医療機関が算定）

退院後訪問指導料

入院前 → **入院日** → **入院翌日～翌々日以内** → **入院中** → **退院前** → **課題確認 情報共有** → **退院**

ケアマネジャーの動き

要介護認定の場合

■　入院への備え
・入院医療機関への情報提供に備え、利用者の状況を把握しておく
・利用者のお薬手帳に、担当ケアマネジャーの氏名及び連絡先を記入する
・状況に応じて、「もしもカード」や「わたしの生き方ノート（エンディングノート）」を活用する
・急変時の連絡方法や、連絡先について、本人（家族）・医療・介護関係者と確認しておくことが望ましい

入院時情報連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）

在宅生活情報シート（様式１）、必要に応じて、アセスメントシート、フェイスシート等を医療機関へ持参又は送る。
・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
※　各事業所の介護ソフトの様式の活用でも構わない

退院・退所加算（Ⅰ）イ・ロ（Ⅱ）イ・ロ（Ⅲ）

退院・退所情報記録書（様式３）　※　各事業所の介護ソフトの様式の活用でも構わない

■　入院中の対応
・入院医療機関の連絡窓口を把握する
・利用者の状況確認のために面会を行う
・医療機関より本人・家族の認識や、今後考えられる課題等について情報収集する
・必要に応じて病状説明に同席
・本人・家族（主な介護者）の病状や、今後の生活等への思いについて情報収集する
・退院後の生活を見据えてケアプランの変更を検討する
・要介護度区分変更の必要性を検討する
（入院前「要支援認定」だった利用者が、「要介護認定」に変更になる可能性が高い場合は、居宅介護支援事業所への引継ぎについて検討をはじめる）

■　退院への備え
・収集した情報を踏まえ、利用者・家族の状況アセスメントする
・退院後の生活を意識した生活課題を整理する
・退院前カンファレンスでの確認事項を整理する
・退院前カンファレンスに参加してほしい関係機関について検討し、医療機関に報告する
・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への参加

■　退院後の対応
・サービス担当者会議の開催
・ケアプランの確定
・必要に応じて入院医療機関へ在宅での様子を伝える

【主治医がかかりつけ医に戻る場合】
・必要に応じて、退院後初回受診時に同行し、かかりつけ医にケアプラン等を提供する

要支援認定の場合

・入院(退院)の際は、担当のケアマネジャーに連絡するように、本人・ご家族に話しておく

“要支援”認定の利用者については、担当ケアマネジャー（包括含む）が算定できる**「入院時情報連携加算」はない**
　すでに作成している「基本情報シート」等を活用し、可能な範囲で早めの入院医療機関への情報提供に努める
　情報提供の方法（FAX・持参・郵送）や様式については、担当ケアマネジャーの判断による

“要支援”認定の利用者については、担当ケアマネジャー（包括含む）が算定できる**「退院・退所加算」はないが、**可能な範囲で入院医療機関からの情報提供を受け、介護サービスの調整等を行う