

入退院支援の流れとポイント

医療機関側の動き

予定入院の場合には入院前から情報収集を行い、支援計画を患者や関係者と共有

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や居宅介護支援事業所の紹介や必要な連絡調整を行う。

3日以内

- 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

7日以内

- 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
関係機関と情報共有

患者・家族への生活指導・療養指導等

診療情報提供

かかりつけ医

退院前カンファレンス開催

課題確認
情報共有

①入院時支援加算

③入退院支援加算(1)算定要件

入退院支援加算(2)を算定する場合には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

様式2 退院情報提供シート

④介護支援等連携指導料(入院中2回まで)

入院前

入院

入院直後～3日以内

入院中

退院前

退院

ケアマネジャーの動き

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ことが望ましい

3日以内

- 様式1 在宅生活情報シート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

- ・利用者の状況確認のために面会を行う。
- ・医療機関より情報収集
- ・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稿を作成する。
- ・退院前カンファレンスでの確認事項を整理。

②入院時情報連携加算(1)算定要件

⑤退院・退所加算(入院中連携3回まで)

入院時情報連携加算(2)を算定する場合には7日以内に在宅生活情報シートを医療機関へ持参又は送る。

様式3 退院・退所情報記録書

- ・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。