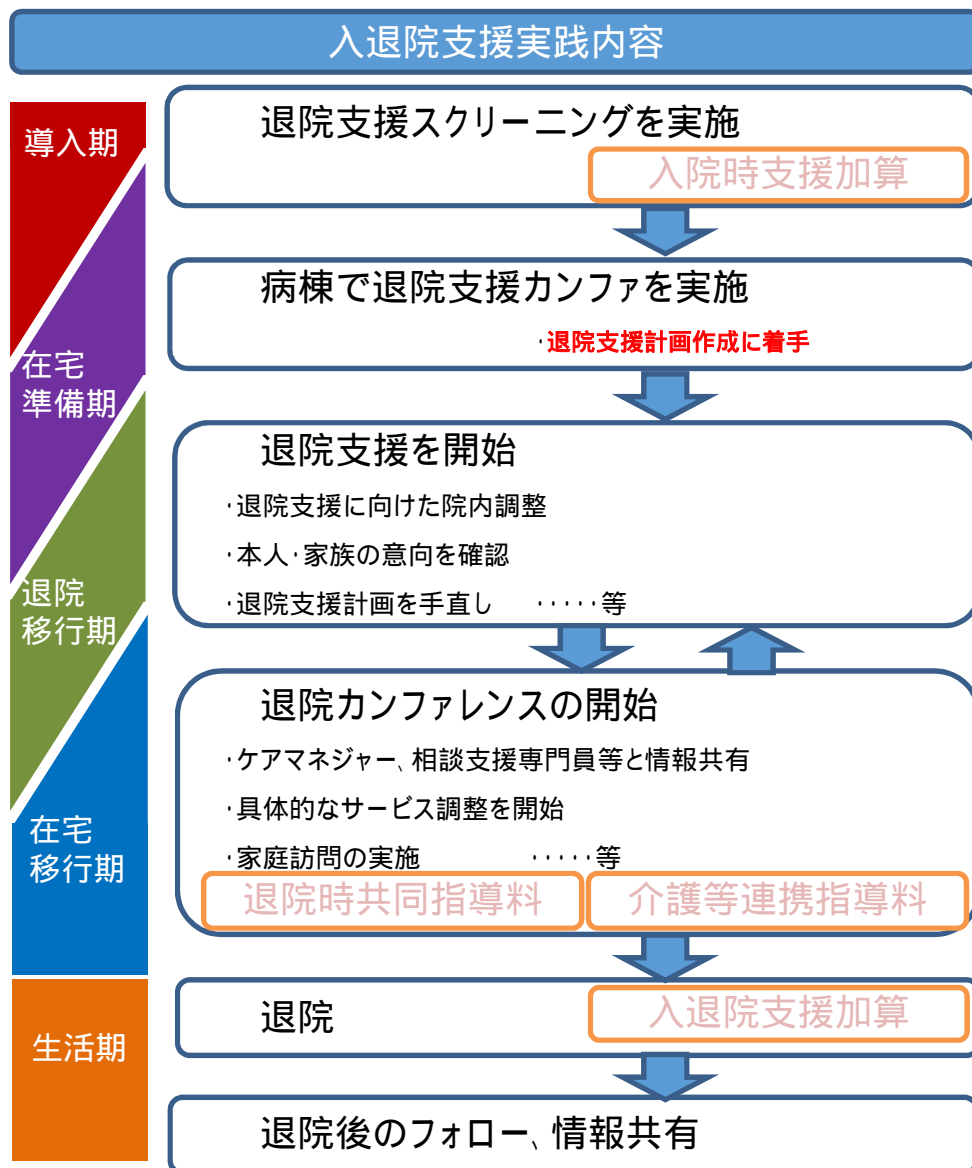


入退院支援の手順・フローチャート



退院支援の手順

入退院支援加算1の場合は原則3日(入退院支援加算2の場合は7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

退院支援計画の作成(カンファレンスの実施)

病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援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

スクリーニングが終了次第、7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを実施

退院支援計画書(入院後7日以内に作成)

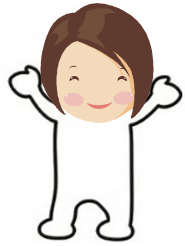
実践内容の、のプロセスは、患者の状態の変化や介護者の都合等によって反復して行われる場合がある。

指定居宅介護支援事業者等への診療情報提供書を用いてケアマネジャー等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。

- 1ケアマネジャー等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。独自の退院時情報共有シートを作成する場合もある。

地域連携クリニック等[※]の地域診療計画を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。



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

入院時情報連携加算

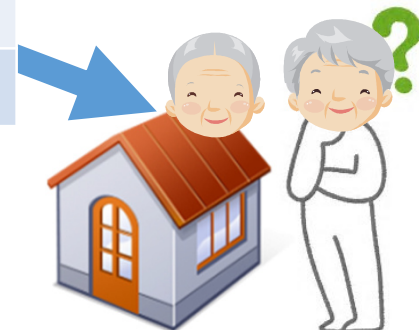
3日以内	200単位
4日以上 7日以内	100単位

退院時カンファレンス時



ケアマネジャー

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	



入退院時連携に係る介護・診療報酬の一覧

