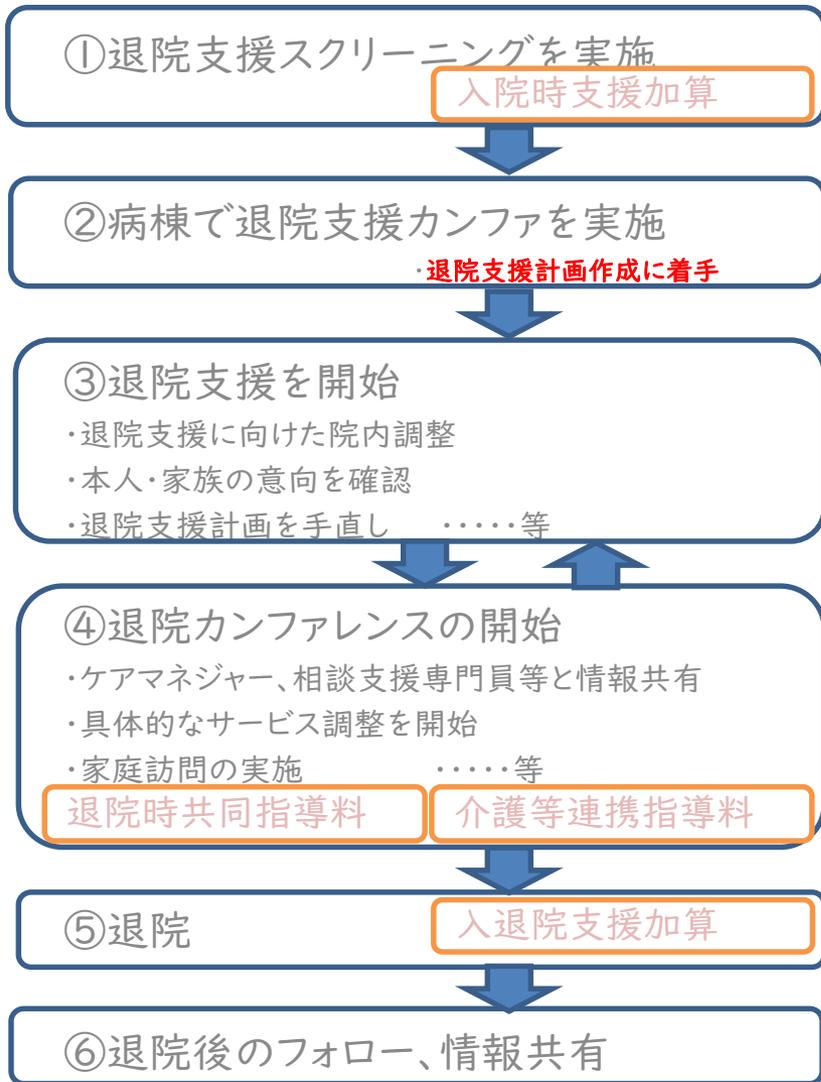


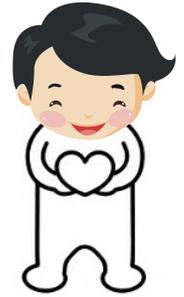
入退院支援の手順・フローチャート

入退院支援実践内容

退院支援の手順



- ①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
- ②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
- 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。
- ④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。
④-1 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。
- ⑤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

①入院時情報連携加算

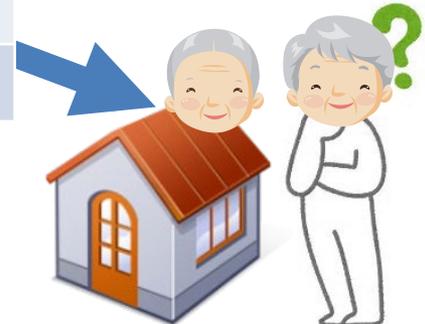
3日以内	200単位
4日以上 7日以内	100単位

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



入退院時連携に係る介護・診療報酬の一覧

介護報酬算定<ケアマネ側>

診療報酬算定<病院側>



入院時情報連携加算
※入院前に情報提供しても算定可能

(I)200単位 3日以内
(II)100単位 4日から7日以内

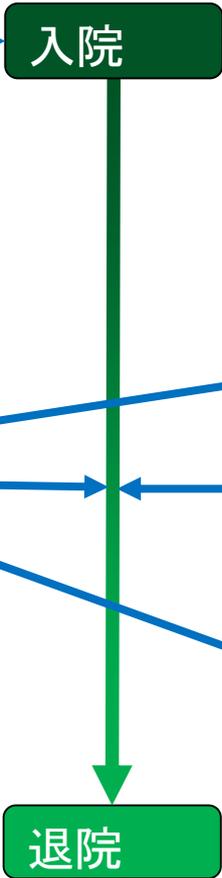
退院退所加算
※入院又は入院期間中、連携回数に応じて算定可能。

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
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

利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等を主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことが義務化された。

ターミナルケアマネジメント加算
+400単位/月

緊急時等居宅カンファレンス加算
1月に2回を限度 +200単位



①入院時支援加算I **230点**
入院時支援加算2 **200点**
※入院前から療養支援し退院困難な要因も抽出

総合機能評価加算 50点

②退院支援計画書作成

③退院支援計画の遂行

介護支援等連携指導料 初回
400点 介護支援専門員と連携して本人・家族に支援実施

④退院時共同指導(退院時カンファレンス)
退院時共同指導料1
1 在宅療養支援診療所の場合 **1,500点**
2 1以外の場合 **900点**
退院時共同指導料2 **400点**

介護支援等連携指料 2回目
400点

⑤入退院支援加算I 算定
700点 + 地域連携診療計画加算300点(退院時1回)

退院後訪問指導料(1回につき)
訪問看護同行加算
580点 加算20点 入院医療機関を退院した日から起算して1月以内の期間に限り、5回を限度として算定する。ただし、退院日は除く。