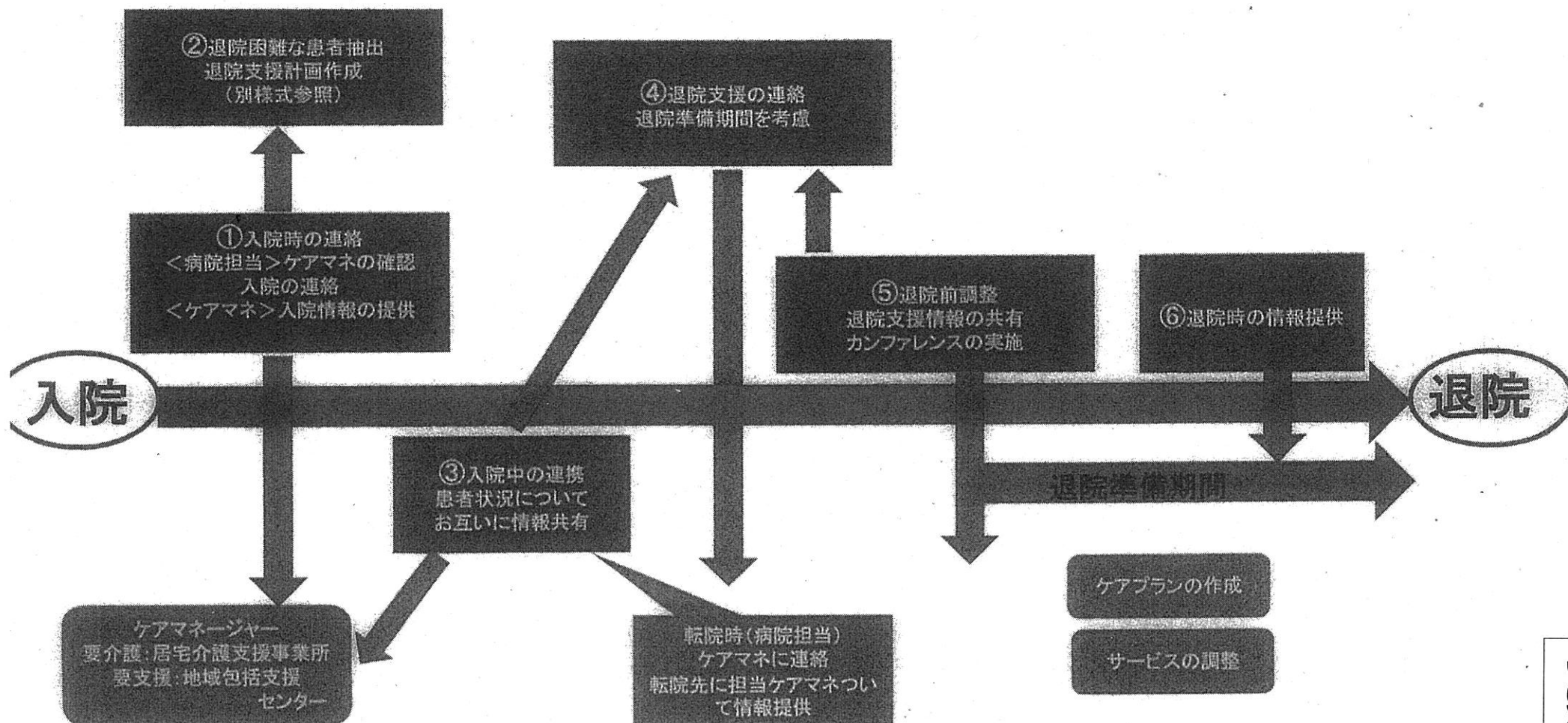


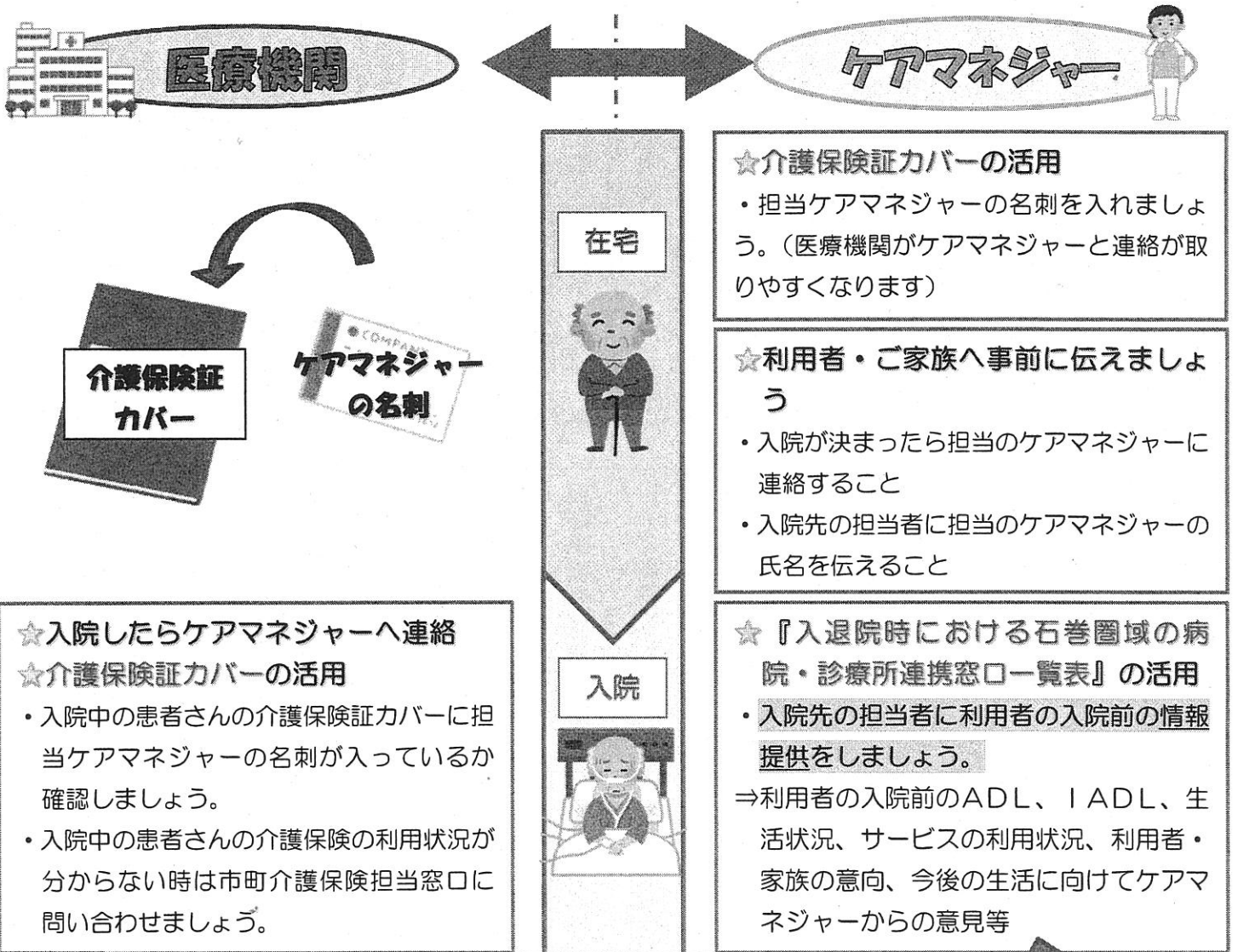
川崎病院 退院支援ルール

入院前にケアマネがいる患者の場合



医療機関とケアマネジャー等が連携し 入院した人が円滑に在宅生活に移行するために

「介護保険証カバー」と「入退院時における石巻圏域の病院・診療所連携窓口一覧表」を活用しましょう！



「医療機関がケアマネジャーを把握」「ケアマネジャーが入院を把握」**入院時情報連携加算**
どちらか早い方が連絡しましょう。

☆入院中の患者さんの情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施☆

患者・家族への病状説明への同席、患者・家族の意向確認、医療機関担当者とケアマネジャーの面談、院内・退院前カンファレンスの開催及び参加など

入退院支援加算

☆看護サマリーの提供(必要時)

退院



退院・退所加算

☆ケアプランの提供(必要時)

医療機関へ入院した人が退院後に円滑に在宅生活に移行するために

介護保険証カバーと入退院時における石巻圏域の病院・診療所連携窓口一覧表の活用

	医療機関	ケアマネジャー
在宅		<p><利用者の入院情報が早期に入る工夫></p> <p>○介護保険証カバーの活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険証カバーに担当ケアマネジャーの名刺を入れましょう。 ・入院が決まった時は担当ケアマネジャーに連絡するよう利用者や家族に伝えましょう。 ・入院時には担当ケアマネジャーの氏名を入院先の担当に伝えるよう利用者や家族に伝えましょう。
入院	<p><担当ケアマネジャーに早めの情報提供></p> <p>○介護保険証カバーの活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院患者の介護保険証カバーに担当ケアマネジャーの名刺が入っているか確認しましょう。 ・入院患者の介護保険の利用状況が分からないときは市町介護保険担当窓口に問い合わせをしましょう。 	<p><入院を把握したら早めに情報提供></p> <p>○入退院時における石巻圏域の病院・診療所連携窓口一覧表の活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の入院した医療機関の窓口に連絡し情報提供しましょう。 ・情報提供の内容は利用者の入院前のADLやIADL、生活状況、サービスの利用状況に加え、利用者・家族の意向、今後の生活に向けての担当ケアマネジャーの意見も加えましょう。 <p style="text-align: right;">入院時情報連携加算 (介)</p>
<p>「医療機関がケアマネジャーを把握したら医療機関からケアマネジャーに」 「ケアマネジャーが利用者の入院を把握したらケアマネジャーから医療機関に」どちらか早いほうが連絡しましょう。</p>		
退院調整	<p><入院中の患者（利用者）の情報を共有し、退院に向けた調整を実施></p> <p>○患者・家族への病状説明への同席、患者・家族の意向確認、医療機関担当者（看護師、MSW等）とケアマネジャーの面談、院内カンファレンスの開催・参加、退院前カンファレンスの開催・参加 など退院に向けて必要な情報を共有しましょう。</p> <p style="text-align: right;">入退院支援加算 (医) 退院・退所加算 (介)</p>	
退院	○看護サマリーの提供（必要時）	○ケアプランの提供（必要時）

※医療機関とケアマネジャーとの連携の内容はあくまでも目安です。個別の事情に応じて関係者間で適宜調整してください。

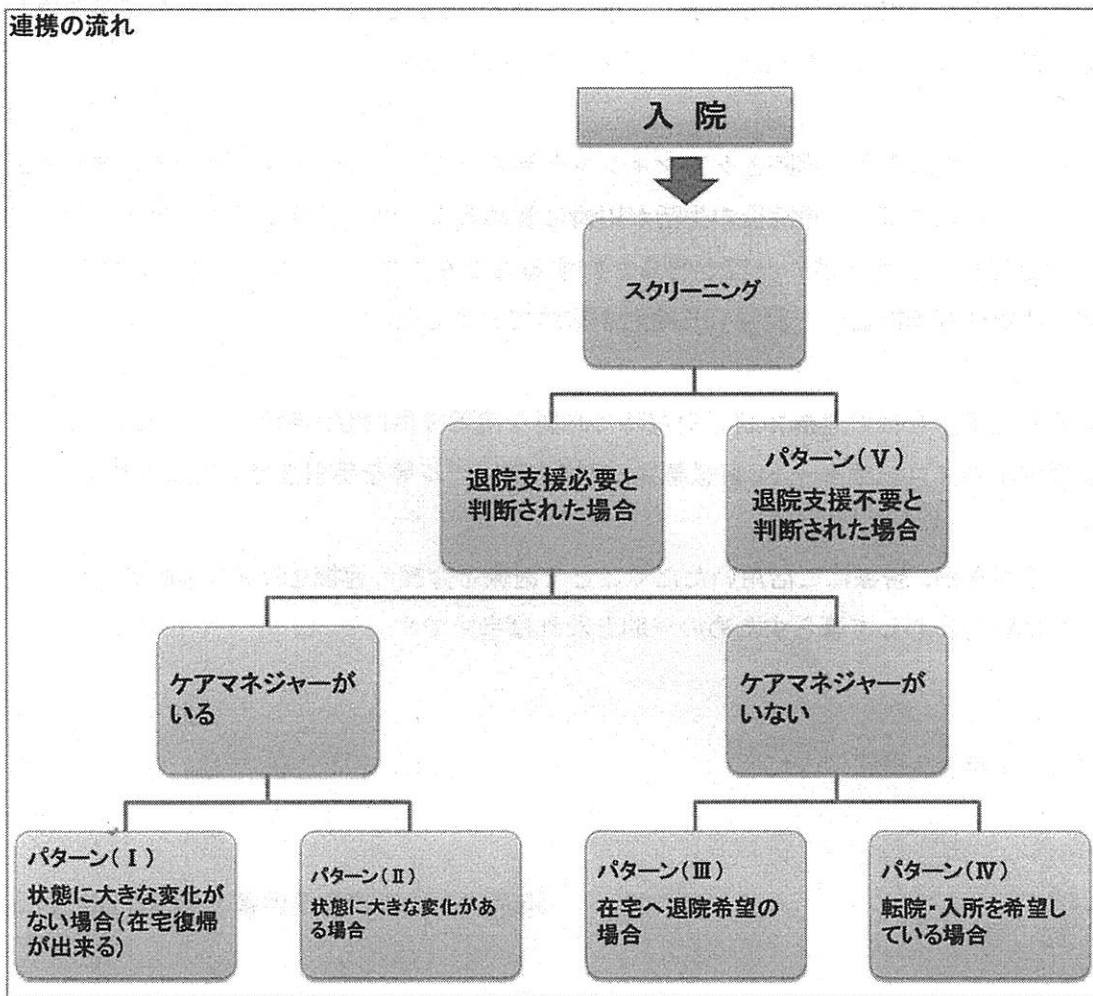
I 連携の実際

1 連携の流れ

入院から退院までの連携に関する5つの標準的な流れのフローチャートを作成したので、病院、ケアマネジャーそれぞれの一連の流れ・業務等を確認すること。なお、個々のケースにより、時間軸や業務の手順が変わる場合がある。

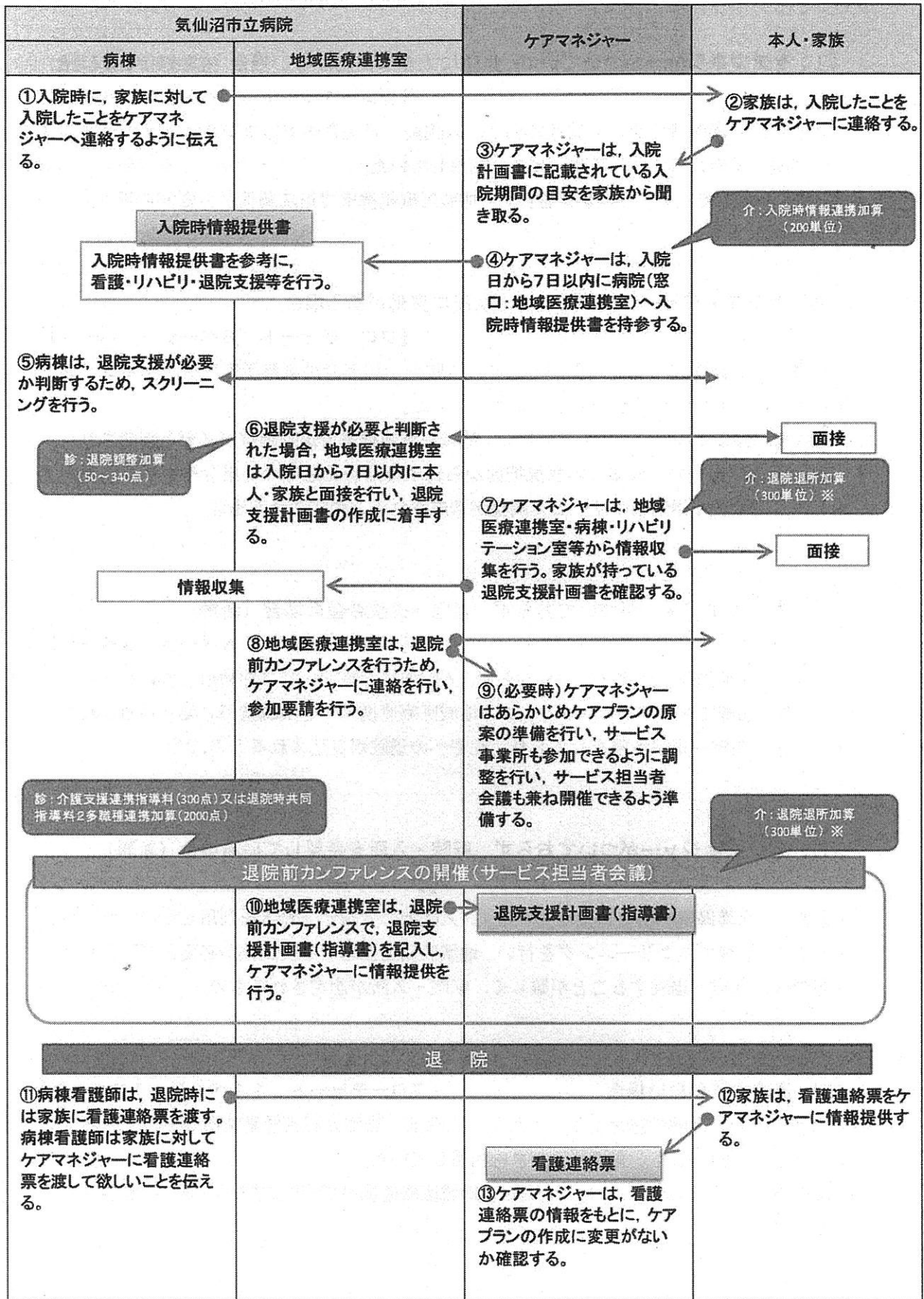
フローチャートの項目の留意事項は、p14に記載しているので、併せて確認すること。

5つのフローチャートの想定は、下記のとおり。



【連携体制】

(I) ケアマネジャーがついていて、状態に大きな変化がない場合(在宅復帰ができる場合)

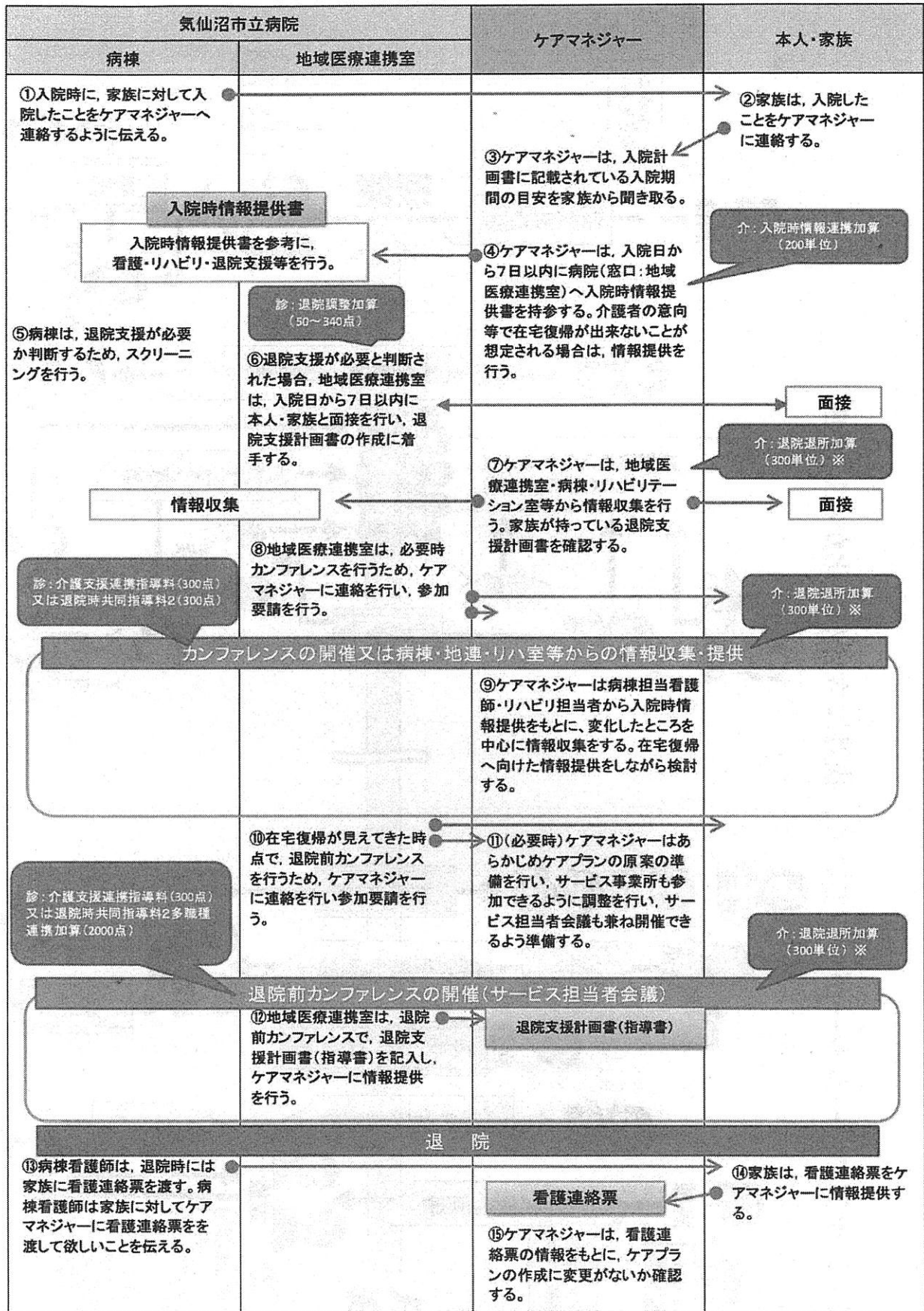


※退院退所加算は、利用者の退院に当たって、職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、院中につき3回を限度として算定できる。

※このフローは、標準的な流れを示したものであり、状況により変更になることもあります。

【連携体制】

(Ⅱ) ケアマネジャーがついていて、状態に大きな変化がある場合

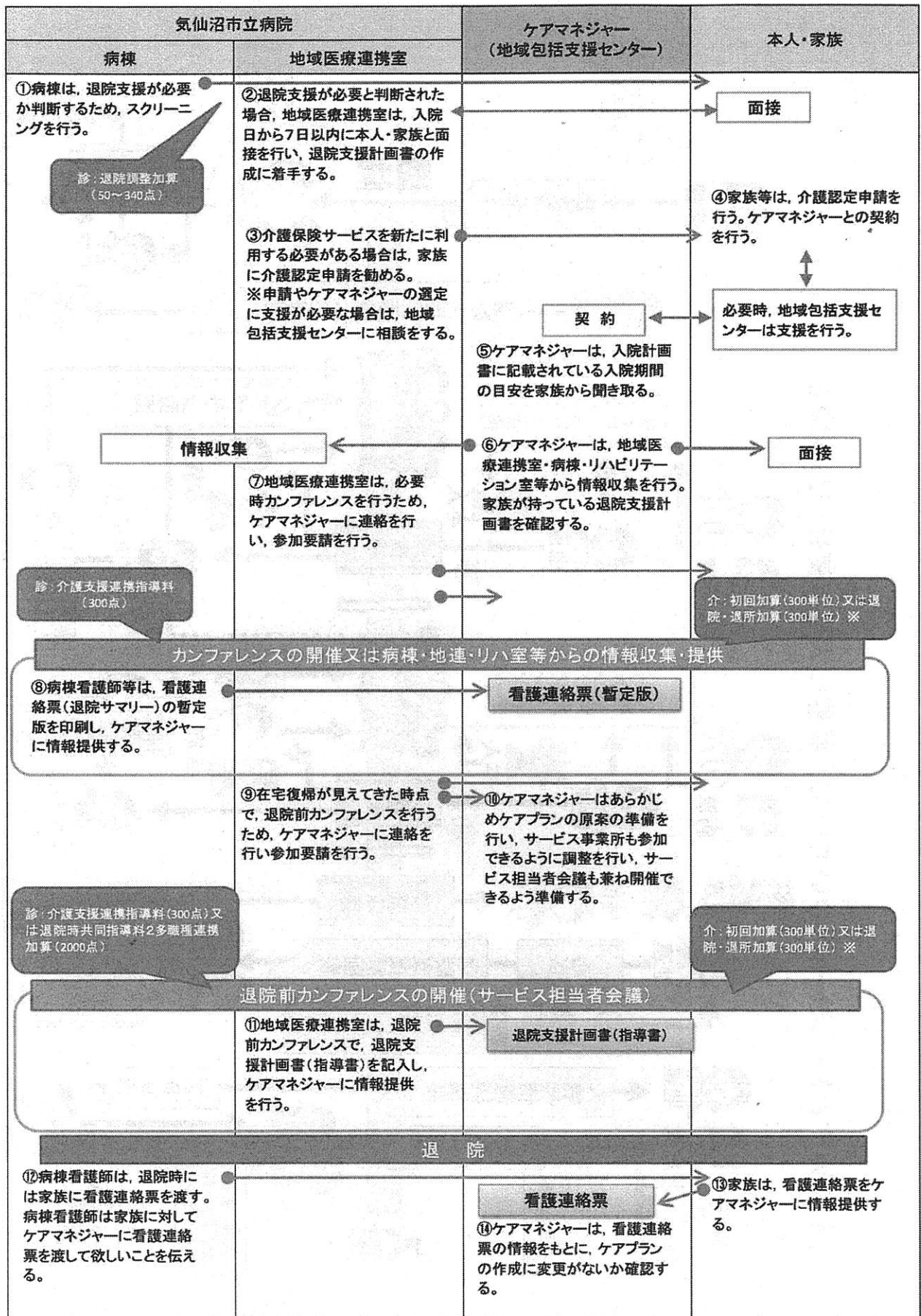


※退院退所加算は、利用者の退院に当たって、職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、院中につき3回を限度として算定できる。

※このフローは、標準的な流れを示したものであり、状況により変更になることもあります。

【連携体制】

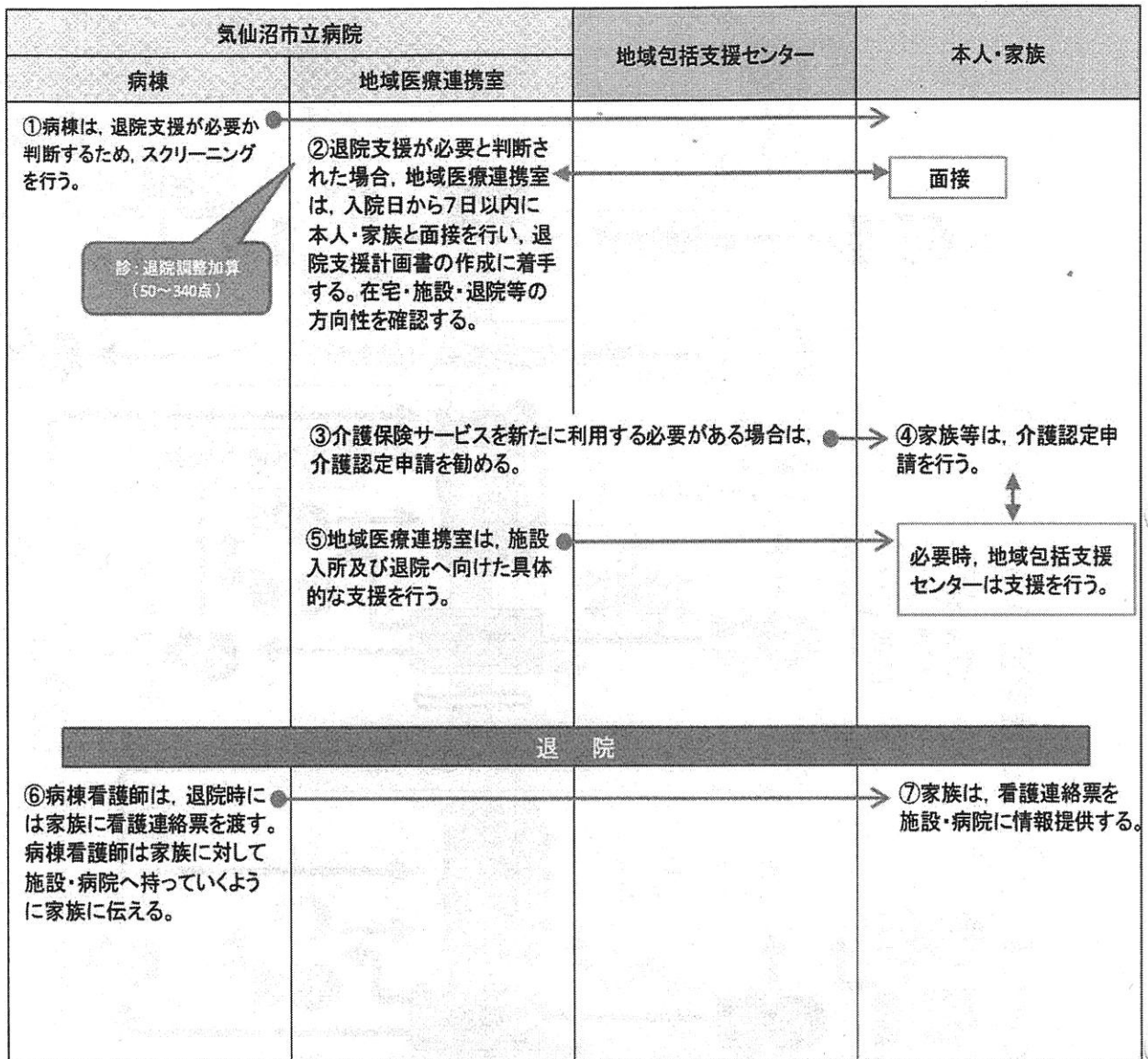
(Ⅲ) ケアマネジャーがついておらず、在宅へ退院希望の場合(新規)



※このフローは、標準的な流れを示したものであり、状況により変更になることもあります。

【連携体制】

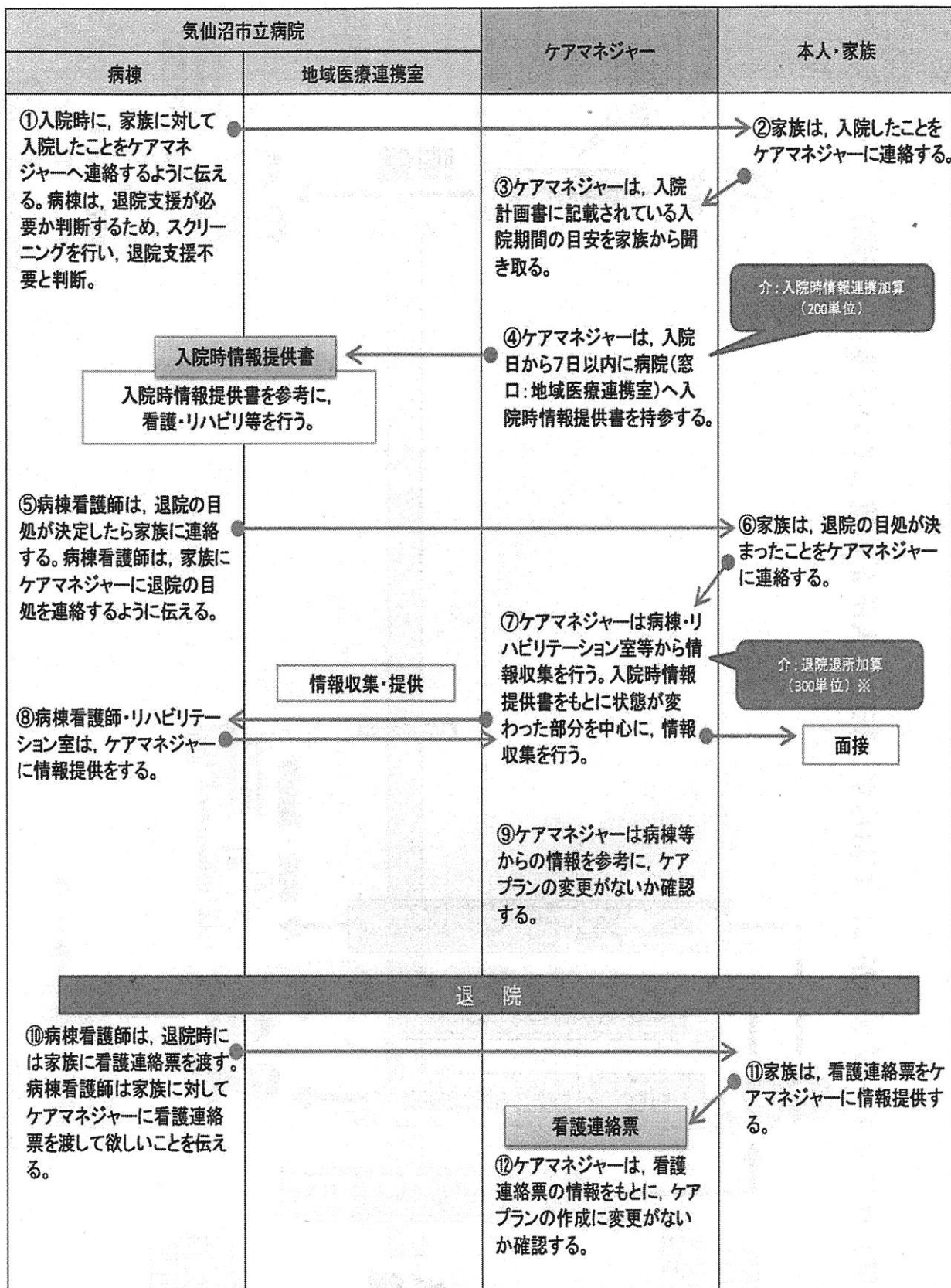
(IV) ケアマネジャーがついておらず、転院・入所を希望している場合(新規)



※このフローは、標準的な流れを示したものであり、状況により変更になることもあります。

【連携体制】

(V) ケアマネジャーがついているが、退院調整がない場合



※退院退所加算は、利用者の退院に当たって、職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、入院中につき3回を限度として算定できる。

※このフローは、標準的な流れを示したものであり、状況により変更になることもあります。