

◀退院支援フロー図① ~入院時~▶

時期	入院時	テキスト
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">方向性の共有</p>	<p style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">入院先の連絡窓口を確認しましょう</p> <p>■退院調整部門か病棟かの確認(担当者も確認)</p> <p>★「やまがた・かみのやま・てんどう 医療福祉相談室等パンフレット」の活用</p> <p style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">在宅生活における現状と課題を情報伝達しましょう</p> <p>■★入院時情報提供書の提供</p> <p>※7日以内(加算等:テキスト参)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院訪問 ・電話、ファックス、メール <p>(個人情報取扱い厳重注意)</p> <p>※訪問看護:訪問看護サマリーの提出</p> <p>※地域包括支援センター:状況に応じ情報提供</p>	<p>(事前準備)入院の際はケアマネジャー氏名を病院担当者に伝えるよう、常日頃より利用者・家族等に説明しておく義務がある。また、個人情報使用に関する包括的同意を得ておく。</p> <p>■病院の連携担当の方や病棟の方とお会いする際は、身だしなみ・言葉使い等エチケットを大切に。</p> <p>★ポピーホームページ「入退院支援ツール」のコンテンツ内よりダウンロード)</p> <p>■入院時情報提供書について、山形市様式は置賜版を使用(ポピーホームページ「入退院支援ツール」のコンテンツ内よりダウンロード)</p> <p>※予定入院の場合、病院は入院前から情報を必要とする場合がある。常日頃から入院時情報提供書を準備しておくとうい。</p> <p>※在院日数が短くなっていることから、入院後 3 日以内の情報提供が評価されている。</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">介護保険加算</p> 入院時情報連携加算(月 1 回) I (3 日以内):200 単位、II (7 日以内):100 単位 (提供方法は問わない)
	<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">療養環境の準備・調整</p>	<p style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">入院したことを在宅ケアチームへ連絡し、情報を共有しましょう</p> <p>■かかりつけ医との連絡調整</p> <p style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">権利擁護等の支援が必要か検討しましょう</p> <p>■認知症の在宅独居等で地域の見守り支援が必要な場合や権利擁護(高齢者虐待・成年後見等)の対応の必要性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターや市窓口、成年後見センター等に相談 ・すでに支援を受けている利用者については担当者に連絡し入院中の支援(金銭管理含む)を調整 <p>※入院中・退院後の調整期間も同様</p>

《退院支援フロー図③ ～退院に向けての調整期間～》

時期	退院に向けての調整期間	テキスト															
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">方向性の共有</p>	<p style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">入院先医療機関及び家族との連携に基づき退院支援の進捗状況の確認・在宅移行時の居宅サービス計画案を作成しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 本人・家族の思い、希望の確認 ・退院に向けて不安の確認と、軽減の為の情報提供 ・病状説明への同席、情報提供などを通し意思決定を支援 ■ 退院時共同カンファレンス依頼と参加 ・参加する地域の職種をケアマネジャーが調整 ・在宅生活へのスムーズなシフトに向け、医療・生活両面からの検討 ・本人・家族・多職種で目標を検討、共有 ・退院時サマリーの依頼 ★退院時情報収集シートを活用して情報収集する ■ 必要に応じて、病院でサービス担当者会議を開催 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 35%;">介護保険加算</td> <td style="width: 50%;">退院・退所加算</td> </tr> <tr> <td></td> <td>カンファレンス参加あり</td> <td>カンファレンス参加なし</td> </tr> <tr> <td>連携1回</td> <td>450単位</td> <td>600単位</td> </tr> <tr> <td>連携2回</td> <td>600単位</td> <td>750単位</td> </tr> <tr> <td>連携3回</td> <td></td> <td>900単位</td> </tr> </table> <p>初回ケアプラン作成の手間を明確に評価。加えて医療機関などにおけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価。3回まで算定可。</p> <p>・病状説明(IC:インフォームド・コンセント)同席の意義は、「治療開始から安定期」と同様。特にこの時期は退院についての説明も含み、今後を支援する在宅チームにとって大事な情報となる。</p> <p>※利用者及び家族の同意を得た上で同席する利用者が医療系サービスの利用を希望している場合などは主治の医師などに意見を求めなければならない、かつ意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付する義務がある。</p> <p>★ポピーホームページ「入退院支援ツール」のコンテンツ内よりダウンロード。</p>		介護保険加算	退院・退所加算		カンファレンス参加あり	カンファレンス参加なし	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
		介護保険加算	退院・退所加算														
	カンファレンス参加あり	カンファレンス参加なし															
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															
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">療養環境の準備・調整</p>	<p style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">医療リスクの変化に伴う、生活への影響を予測しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 医療的管理方法の検討、通院(又は訪問診療)の確認 ■ 在宅療養後方支援病院の確認と連絡先 ■ 退院直後(退院当日も含む)の訪問看護の必要性検討 <p>※医療保険の適応(特別訪問看護指示書)もあり</p>																

生活・ケア上の課題	<p>医療処置や介護方法について、本人・家族の理解状況や手技の習得状況とサービス担当者の役割分担を確認しましょう</p>	<p>■各種福祉制度 緊急通報システム、在宅介護支援住宅改修補助（申請期間あり）、高齢者移送サービス、高齢者外出支援、紙おむつ支給、徘徊高齢者事前登録事業、家族介護者交流事業（時期限定）、在宅ねたきり高齢者等歯科診療、高額介護サービス費支給・貸付など ※介護保険と高齢者保健福祉のしおりを参照</p> <p>■インフォーマルサービス 福祉有償運送、有償ボランティアによるサービス、配食サービス、宅配サービスなど ※地域包括支援センター、生活支援コーディネーターへお問い合わせください。</p>
	<p>■独居状況や介護状況を考慮</p> <p>■入院前と変化した ADL・認知機能に応じプラン変更の必要性を検討(医療介護サービスや住宅改修・福祉用具の導入等)</p> <p>■各種福祉制度・インフォーマル資源活用の検討</p>	

《退院支援フロー図④ ～退院時～》

時期	退院時	テキスト
方向性の共有	<div style="background-color: #e1f5fe; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>退院時の準備、自宅への移送手段等を本人、家族、入院先病院、チーム等と確認・調整しましょう</p> </div>	
療養環境の準備・調整	医療上の課題	

	生活・ケア上の課題	
--	-----------	--

◀退院支援フロー図⑤ ～退院直後から移行期～▶

時期	退院直後から移行期	テキスト
方向性の共有	<p>居宅サービス計画に基づき在宅生活支援を行いましょ</p> <p>■ サービス担当者会議開催</p> <p>在宅チーム内において、本人状況・家族状況を確認し、情報を共有しましょ</p> <p>■ 本人・家族の望む生活の継続性、新たな課題の確認</p> <p>■ かかりつけ医との連携・情報共有</p> <p>★「ポピーねっとやまがた」の活用</p> <p>医療・介護連携 SNS</p> <p>退院後の状況を連絡窓口担当者(連携室等)を通じて病棟や病院主治医・外来へ報告しましょ</p> <p>※訪問看護：訪問看護報告書の提出</p>	<p>※訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況モニタリングなどの際にケアマネージャー自身が把握した利用者の状態像について主治の医師、薬剤師に必要な情報伝達を行う義務がある。</p> <p>★ポピーホームページのメインメニューにある完全非公開型情報共有システム。ポピーに問い合わせし、事業所ごとに登録できる。山形市医師会からの iPad 貸与も可能。</p> <p>居宅サービス計画書の提出 退院後の生活状況について、可能な限りコメントを添えて提出することが望ましい。 ※提出先は病院ごとに確認が必要。 ★「やまがた・かみのやま・てんどう医療福祉相談室等パンフレット」の活用 (提出方法:持参または郵送)</p>

療養環境の準備・調整	医療上の課題	<ul style="list-style-type: none"> ■ 緊急時・急変時の支援体制の確認 	
	生活・ケア上の課題	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; background-color: #e1f5fe; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・入院前状態との変化に伴う生活ケア上のマネジメントをモニタリングしましょう ・病院へケアプランを提出しましょう </div> <ul style="list-style-type: none"> ■ 本人・家族の望む生活の継続性 ■ ADL・認知機能・IADL の状況 ■ 住環境整備の状況(住宅改修・福祉用具等の適合性) ■ ケア体制の状況(排泄・食事・清潔・移動等) ■ 介護負担状況 ■ 各種福祉制度・インフォーマル資源の活用状況 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>—退院後の報告の意義—</p> <p>退院後の自宅での様子を報告することで、連携した結果を病院にフィードバックすることができる。病院側が在宅での支援状況を知ることは、今後の医療・介護の関係作りに役立つ。</p> </div> <p>※利用者が医療系サービスの利用を希望している場合などは主治の医師などに意見を求めケアプランを提出する義務がある。</p>