

# 1 退院調整から、在宅支援・看取りに向けてのフロー

いつ	誰が	活用するツール	実施日
1. 入院直後	病棟担当看護師と在宅医療支援担当者が課題抽出	<退院支援スクリーニングシート>  主治医との情報共有	/ 退院予定日確認  /
2. 入院1週間後  (退院前院内カンファレンス開催)	在宅医療支援担当者が課題を整理  介護認定申請とともにケアマネを決定 (ケースの状況によっては、地域包括支援センターがかかわる) (介護認定申請済の場合) ケアマネは連携室で集約した情報を収集	<アセスメントシート> <在宅療養移行計画書作成>  関係者で情報を共有し、退院に向けての役割分担を確認する  在宅移行に向けて、必要物品・サービスの洗い出しと供給法を確認し提供者・利用保険(医療or介護)を提案する  <退院調整依頼書など> 介護サービスの利用決定を速やかに行えるよう調整を進める	/ / 在宅主治医選定 訪看ステ選定 保険薬局選定 在宅歯科医選定 介護保険認定 身障手帳申請 ボランティア活用 関係業者確認  /
3. 退院時カンファレンス開催	在宅医療支援担当者がカンファレンス日程を調整する  在宅医療支援担当者がカンファレンスの進行を担当する	<退院時カンファレンスシート> 病棟医師用・病棟看護師用 <退院シート> 患者さん・家族用  患者および家族に対し、多くの支援者がいることを伝える 急変時対応を具体的に確認 家族が不安に思う気持ちを最大限受け止め、対応策を示す  <退院シート> 患者さん・家族用に決定事項を記載し、渡す	/ 在宅支援にかかるメンバーに加えて、 患者 患者家族  退院日を決定 / /
4. 退院	在宅主治医と訪問看護師とケアマネは、当日訪問を実施	<わたしのカルテ> 患者および関係者の情報共有をはかり、不安軽減と緊急時対応を常に確認する	/ /
5. 病状悪化時	ケアマネはケアプラン会議開催を調整	<ケアプラン会議各種様式> 再入院か在宅継続とするかについて協議する(連絡法の確認)	/ 在宅支援にかかるメンバーを参集
6. 看取り	主治医・看護師	<看取りのパンフレット>	死亡日 /

診療報酬	バリエーション（課題）を自由記載
<p>【退院時共同指導料 2】</p> <p>入院中の保健医療機関の保険医又は看護師等が、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保健医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った場合に算定する。</p> <p>1 在宅療養支援診療所の場合 500点 2 1以外の場合 300点</p> <p>注1 入院中の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に300点を加算する</p> <p>注2 入院中の保健医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保健医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくは歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に2,000点を加算する</p>	
<p>【退院時共同指導料 1】</p> <p>地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医又は看護師等が、入院先に赴いて、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を入院中の保険医療機関の医師、看護師等と共同で行った場合に算定する。</p> <p>1 在宅療養支援診療所の場合 1000点 2 1以外の場合 600点</p> <p>【退院時共同指導料：歯科医師】</p> <p>1 在宅療養支援歯科診療所の場合 600点 2 1以外の場合 300点</p> <p>【退院時共同指導料：薬剤師】 600点</p> <p>【退院時共同指導加算：訪問看護ステーション】 6000円</p> <p>【医療連携加算：居宅介護支援事業所】 150単位/月 (利用者1人につき、1回を限度)</p>	
<p>【退院支援指導加算】</p> <p>末期の悪性腫瘍の患者に対し、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が退院日に在宅において療養上必要な指導を行った場合に算定する。 6000円</p> <p>【在宅患者連携指導料：訪問診療医師】 月1回 900点</p>	
<p>【在宅患者緊急時等カンファレンス料：医・歯・看護師】 200点(月2回)</p> <p>【在宅患者緊急時等カンファレンス料：薬剤師】 700点(月2回)</p>	
<p>【在宅ターミナルケア加算】</p> <p>1 在宅療養支援診療所の場合 10,000点 2 1以外の場合 2,000点</p> <p>【訪問看護ターミナル療養費】 20,000円</p>	

