介護・医療における地域連携フロー図（慢性期Ver.）

●在宅への退院の場合　〇施設への退院の場合　◎在宅、施設両方

作成日　R5 年　1 月 25 日
令和6年8月修正

時期		入院時	入院後数週間　～　数カ月（になることも）		退院1～2ヶ月前	退院直前	退院
在宅	居宅ケアマネ	●外来から入院の場合、3日以内入院連携連絡票を交付		● 病院から連絡が来たら 訪問し、アセスメント開始	●必要に応じて住宅改修実施	●退院前カンファレンス出席 ●ケアプラン原案作成・提供 ●サービス担当者会議の調整	●サマリーの確認 ●サービスの開始
	訪問看護					●退院前カンファレンス出席 ●サービス担当者会議出席	●サービスの開始
	訪問リハ・通所リハ					●退院前カンファレンス出席 ●サービス担当者会議出席	●サービスの開始
	加算	入院時情報連携加算Ⅰ.Ⅱ					退院時共同指導加算
入所施設	介護施設	医療機関に情報提供		〇 見学・申し込み手続き	〇本人面談	〇入所日時の決定	〇サマリーの確認
	家族		◎退院先の方向性確認	●自宅退院の意志決定 〇施設見学・申し込み	●自宅の環境設定、介護指導、退 院後の介護サービス内容を検討	●退院前カンファレンス・サービス担当者会議出席	

時期		入院時	入院後数週間　～　数カ月（になることも）		退院前1～2ヶ月前	退院直前	退院
入院医療機関	慢性期	◎担当者又は家族からケアマネ・施設へ 連絡 ●外来から直接入院の場合は患者連絡票を受領	◎治療方針を基に必要時、介護保険申請 ◎入院前の情報収集 ◎介護保険の確認・申請・施設・居宅の選定と調整	◎退院先の方向性確認 ●新規：介護認定が判明次第新規ケアプラン作成を依頼 ●介護認定見直しの相談 〇施設へ入所相談、情報提供	●家屋調査等を実施 ●住宅改修福祉用具提案 〇入所に必要な書類作成 ●在宅医・往診・訪問看護・訪問リハの調整開始	◎退院前カンファレンスの日程調整・開催 ●往診・訪問看護・訪問リハの最終調整	◎サマリー等をご家族 へ ●在宅医へ情報提供 ◎診療情報提供書 ●訪問看護指示書 ●診療情報提供書(訪問リハビリ) ◎リハビリ計画書をリハビリサービス事業所へ
		入院期間中の来院及び面会は対応者の調整が必要となる為、事前連絡が必要。					
	加算	介護連携指導料（1）			介護支援連携指導料（2）	退院時共同指導料	入退院支援加算 退院後訪問指導料
					退院前訪問指導料		退院時リハビリテーション指導料・介護保険リハビリテーション移行支援料
在宅医		紹介状・診療情報提供書				●退院前カンファレンス	●診療情報提供書