

[R5年度 出された意見]

①病院から市介護保険担当課への照会

病院から介護保険の認定状況の問い合わせに関して、電話ではなくオンラインでの対応は可能ではないのか。→改訂なし

②退院支援の手順（退院前カンファレンス以外の情報共有方法）

手引きに掲載してある退院支援の手順について、実際は退院前カンファレンス以外の情報共有があることがわかったため、その方法を手引きに追記する。

③ケアプランの提供について

ケアプランは利用者の介護サービス提供に必要なもので、在宅医療・介護連携の情報共有のために提供するとの規定はないので、ケアプランの提供について検討する必要がある。

P 2 最終行

(3)退院前カンファレンス(1回目)

- ①病院担当者は、面談日までに、院内の関係者から入院中の情報を収集する。(別紙様式2 退院支援情報共有シートを参照)
- ②在宅担当者(ケアマネ等)は、病院担当者と面談し、退院支援共有情報を収集する。
- ③病院担当者は、在宅担当者(ケアマネ等)に患者情報を説明する。
- ④病院担当者は、退院前カンファレンス(2回目)や退院時の共同指導の実施の可否について、在宅担当者(ケアマネ等)と相談し、院内で決定する。

(4)退院前カンファレンス(2回目)

- 【実施の可否は病院担当者と在宅担当者(ケアマネ等)で調整し、病院が決定する】
本人(家族)を交えて看護・リハビリ・栄養などと在宅での看護、リハなど必要なサービスとの引継ぎとして実施する。
※詳細な実施方法については各病院の指示にもとづく。

【案】 下記を追記

* 退院前カンファレンス以外の方法（IC時のケアマネ同席，web等）を活用して情報共有を図ることも含む。

(7)退院後

在宅担当者(ケアマネ等)は退院後にケアプランの写しを病院担当者に提供する。

(参考)

■指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について

◆解釈通知 (平成30年改定)

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

■ 介護支援等連携指導料 (平成22年度診療報酬告示)

(5) 行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載する。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプラン等については、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員または相談支援専門員に情報提供を求めるとし、ケアプラン等の写しを診療録等に添付すること。

【案】 下記に変更

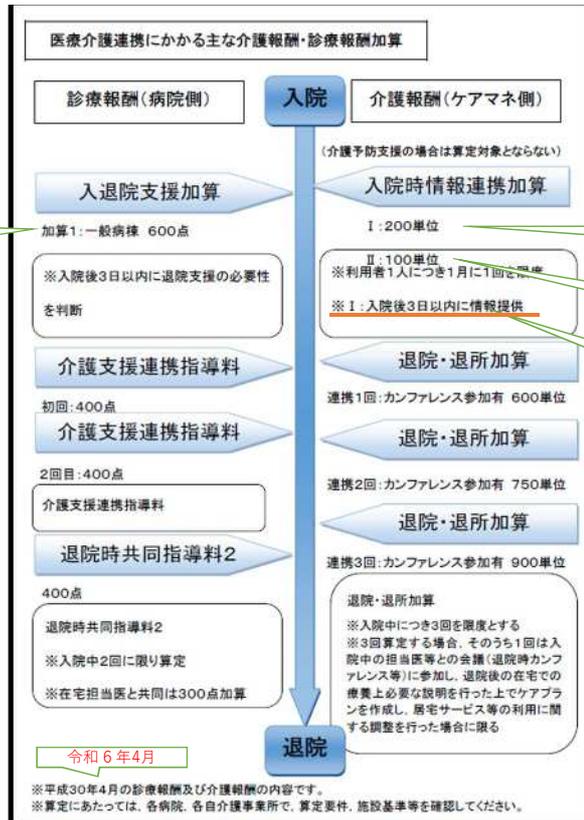
(7) 退院後

在宅担当者 (ケアマネ等) は必要に応じて退院後にケアプランの写しを病院担当者に提供する。

手引きの改定

※R4診療報酬改定及びR6介護報酬改定に伴う変更

加算1：一般病棟700点



I:250点

II:200点

I:入院した日のうちに情報提供
II:入院した日の翌日又は翌々日に情報提供