

徳島保健所管内退院支援 (医療と介護の連携) の手引き

【入院後 1～2 週間時点で、「在宅退院ができる」と判断する基準】

- ①病状がある程度安定した状態で退院できそうである
- ②在宅での介護が可能そうである

【入院前に介護保険を利用していた場合】

(1) 入院時

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター担当者(以下、在宅担当者)は、入院時情報提供書(様式1 入院時情報提供シートを参照)を病院が指定する担当窓口へ電話連絡の後、指定の方法で持参又はFAX番号に送信する。
※事前に利用者本人に同意を得ておくこと。



顔を合わせて
よりよい支援に!

(2) 退院支援の開始

病棟看護・地域連携室(以下、病院担当者)は下記(ア)(イ)の2パターンで退院支援の開始を在宅担当者に電話する。

(ア) 入院時情報の提供があった場合

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者の退院支援に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間)を考慮して、在宅担当者と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

(イ) 入院時情報の提供が無かった場合

家族又は介護保険被保険者証で在宅担当者を確認し、退院支援に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間)を考慮して、在宅担当者と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

※ 病院担当者から在宅担当者への連絡は、要支援から要介護への変更の可能性等に関係なく入院時情報提供元、介護保険被保険者証の記載事業所に連絡する。

(3) 退院前面談〔実施の要否は、病院担当者と在宅担当で調整し病院が決定する〕

- ①病院担当者は、在宅担当者がケアプラン修正に必要な情報(様式2 退院支援共有情報シートを参照)を面談日までに院内の関係者から収集する。
- ②病院担当者は、面談時に退院支援共有情報を在宅担当者に提供し、患者情報を説明する。
- ③退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。
- ④本人の同意を得て、病院の看護・リハビリ・栄養などと在宅での看護、リハビリなど必要なサービスとの引継ぎとして実施する。

<報酬> 病院＝介護支援連携指導料 300点(入院中2回に限り算定可能)
(算定の要件は、各病院で判断する。)
在宅(要介護のみ)＝退院・退所加算 300単位
(3回を限度。うち1回はカンファレンス参加が要件)

(4) 退院前カンファレンス〔実施の要否は、病院担当者と在宅担当で調整し病院が決定する〕

<報酬> 病院＝退院時共同指導料2 2,300点 *詳細は「参考資料」参照
在宅(要介護のみ)＝退院・退所加算 300単位(上記(3)のうち、1回がこれにあたる)

(5) 在宅担当者は退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

【退院後、新たに介護保険の利用が見込まれる場合】

(1) 介護保険申請

病院担当者は、患者が下記の状態にある場合、家族などに介護保険被保険者証を持って本人・家族が契約を希望する居宅介護支援事業所又は住所地の地域包括支援センターへ介護保険申請の相談をするように説明する。

(介護保険申請の目安)

(ア) 必ず退院支援が必要な患者 (要介護) ⇒ 1 項目でも当てはまれば、居宅介護支援事業所へ相談

- ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要な方 (例えば、常時介助者が手を引いたり体を支えるなどの介助)
- ② 食事に介助が必要な方 (調理や配膳のみの場合は除く)
- ③ 排泄に常時介助や見守りが必要な方
- ④ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下があり、介助が必要な方

(イ) それ以外で見逃してはいけない患者 (要支援の一部) ⇒ 地域包括支援センターへ相談

- ⑤ 在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
- ⑥ (ADLは自立でも) がん末期の方
- ⑦ (ADLは自立でも) 新たに医療処置 (経管栄養, 吸引など) が追加された方

《40歳以上65歳未満の患者》

病院担当者は、介護保険の対象となる特定の疾病 (参考資料参照) で上記の状態であった場合は、家族などに医療保険証を持って本人・家族が契約を希望する居宅介護支援事業所又は住所地の地域包括支援センターへ介護保険申請の相談にするように説明する。

(2) 在宅担当者との決定支援

病院担当者は、介護保険申請と並行して、下記の(ア)(イ)(ウ)のパターンで在宅担当者を決定するための支援を行う。

(ア) 居宅介護支援事業所を紹介 (要介護) するパターン

介護保険申請の目安①～④に該当する患者は、住所地の居宅介護支援事業所のリストを元に居宅介護支援事業所 (在宅担当者) との契約を支援する。

(イ) 地域包括支援センターを紹介 (要支援) するパターン

介護保険申請の目安⑤～⑦に該当する患者は、住所地の地域包括支援センターのリストを元に地域包括支援センター (在宅担当者) との契約を支援する。

(ウ) 要介護か要支援か迷う場合

介護保険申請の目安の①～④に該当するか迷う患者は、住所地の地域包括支援センターのリストを元に地域包括支援センター (在宅担当者) との相談を支援する。

以降の流れは、「入院前に介護保険を利用していた場合」の(2)以降と同じ。

※本様式は、介護報酬の各加算の主旨や厚生労働省標準様式に沿った内容を備えていますが、介護報酬は、国の定めるところに拠って、必要な情報を提供する、あるいは必要な情報の提供を得て、サービス計画を作成・サービスの利用に関する調整を行った場合に算定されるものですので、請求にあたっては国の通知をよくご確認ください。

※「様式1 入院時情報提供シート」及び「様式2 退院支援共有情報シート」は、医療と介護の円滑な連携を推進するための標準様式であり、他に独自の様式を用いることを妨げるものではありません。

※ この退院支援の手引きを活用して、患者・家族が安心して退院後の在宅生活をスタートするよう退院前カンファレンス (面談) を推進しましょう。

参考資料

【介護保険の対象となる疾病】 (40歳から64歳)

- ① がん末期
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靭帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 進行性核上性麻痺, 大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害, 糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

【退院支援における介護支援専門員の役割】

対象者: 介護 (要支援) 認定を受けている人・見込の人, かつ, 事業所との契約が整った人

条件: 本人・家族が在宅退院 (自宅とは限らない) の意思を持っている人

業務: ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと。

※退院支援の報酬を得るのは, 在宅退院となりケアプランを作成した場合のみ

【ケアプラン作成の流れ】

- ① 契約・面談 (本人・家族)
退院後の住居, 家族支援の状況確認, 本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら, 契約の手続きを行う。
- ② 病院からの情報収集
身体機能の低下の状況, 要因の分析, 生活機能の予後予測
- ③ ケアプラン原案作成
自立支援, 課題解決に向け必要なサービスを想定
- ④ サービス事業所との調整
事業所の選定, 事業所へ利用者情報の提供
- ⑤ 退院前カンファレンス
サービス事業所を交えた病院との引継ぎ
- ⑥ サービス担当者会議
サービス事業所間で目標・課題を共有, 事業所の役割分担を確認
- ⑦ サービス提供開始 (退院)

【医療・介護連携に係る報酬(例)】

〔診療報酬〕

(1) 退院調整加算

- ①入院早期より、退院困難な要因を有するものを抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び退院支援計画に基づき退院した場合に算定。
- ②スクリーニング体制整備、入院 7 日以内に退院支援計画策定着手、連絡・退院調整、調整内容を文書で提供すること。

退院調整加算 1 (急性期)

～ 1 4 日 3 4 0 点, 1 5 日～ 3 0 日 1 5 0 点, 3 1 日～ 5 0 点 (退院時 1 回)

退院調整加算 2 (慢性期)

～ 3 0 日 8 0 0 点, 3 1 日～ 9 0 日 6 0 0 点, 9 1 日～ 1 2 0 日 4 0 0 点, 1 2 1 日～ 2 0 0 点 (退院時 1 回)

(2) 介護支援連携指導料：300点

- ①退院後に介護サービスを導入することが適切であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業所等の介護支援専門員と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価するもの。
- ②医師・看護師・社会福祉士・薬剤師・理学療法士・作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望まし介護サービスから考え適切な医療関係職種が、介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービス等の情報を提供した場合に入院中 2 回に限り算定。
初回：介護サービス利用の見込みがついた段階
2 回：実際の退院前
- ③患者の同意を得て、介護支援専門員から情報提供を求めるとし、ケアプランの写しを診療録に添付。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付。

(3) 退院時共同指導料 2

- ①入院中の病院の医師又は看護師等が入院中の患者に対して、患者の同意を得て、在宅担当医もしくは訪問看護ステーションの看護師等と共同指導を行った上で文書により情報提供した場合、入院中 1 回に限り 300 点を算定。
- ②①において、入院中の医師及び退院後の在宅療養を担う医療機関の医師が共同して指導を行った場合は 300 点を加算。
- ③①において、入院中の病院の医師が、在宅担当医若しくは看護師等、歯科医師若しくは歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、居宅介護支援事業所の介護支援専門員のうちいずれか 3 者と共同して指導を行った場合に 2, 000 点を加算(ただし、②の 300 点は加算できない)。

〔介護報酬〕

(1) 入院時情報連携加算

- ①利用者が病院又は診療所に入院する際、病院等の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の利用者に必要な情報を提供した場合は利用者 1 人に付き 1 月に 1 回を限度として算定。
- ②利用者が入院してから遅くとも 7 日以内に情報提供した場合に算定。
入院時情報連携加算 I (訪問) 200 単位
入院時情報連携加算 II (訪問以外) 100 単位

(2) 退院・退所加算：300単位

- ①病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設に入所していた者が退院又は退所し、居宅において介護サービスを利用する場合、入院・入所施設の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅でのサービス利用について調整を行った場合、3 回を限度として算定。(初回加算を算定する場合は、算定不可)
- ②ただし、1 回は「退院時共同指導料 2 の③」にあたる会議(カンファレンス)に参加し、居宅サービス計画を作成し、サービス利用に関する調整を行った場合に限る。