

病院-在宅連携ルールの手引き

【入院前に介護保険を利用していた場合】

(1) 入院時

ケアマネジャー・地域包括支援センター(以下、在宅担当者)は、入院時情報提供書(別紙 入院時提供書を参照)を病院が指定するFAX番号又は担当窓口に参加する。

(2) 退院調整の開始

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

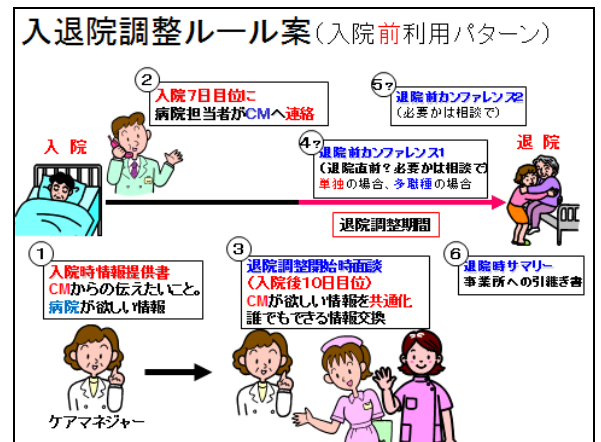
(ア) 入院時情報の提供があった場合

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者の退院調整に必要な期間(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、在宅担当者と退院調整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

家族又は介護保険証で在宅担当者を確認し、退院調整に必要な期間(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、在宅担当者と退院調整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、介護保険証の記載事業所に連絡する。



(3) 退院調整開始面談

- 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(別紙 退院調整共有情報を参照)を面談日までに院内の関係者から収集する。
- ② 在宅担当者は、面談時に退院調整共有情報を病院担当者から聞き取り、記録する。
- 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。

【報酬】

病院＝介護支援連携指導料 300 点(1回目)

在宅＝退院・退所加算 300 単位(1回目)

(参考) 介護支援連携指導料 算定要件

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。

(4) 退院前カンファレンス①【実施の可否は病院担当者と在宅担当で調整し病院が決定する】

本人、家族を交えて病院の看護・リハビリ・栄養など在宅での看護、リハなど必要なサービスとの引継ぎとして実施する。

※ 詳細な実施方法は各病院が決定する。

【報酬】

病院＝介護支援連携指導料 300 点(2回目)

在宅＝退院・退所加算 300 単位(2回目)

(5) 退院前カンファレンス②【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】

本人・家族を交えて病院の医師、又は看護師、病院担当者と在宅療養を担う医師又は指示を受けた看護師と在宅担当者、サービス事業所との引継ぎとして実施する。

【報酬】

病院＝退院時共同指導料2 300点

在宅＝退院・退所加算 300単位(3回目)

(6) 退院時サマリー

病院は、看護・介護の引継ぎ書(入院中の経過や退院後に想定される看護・介護の問題や入院期間、最終排便日・入浴日、服薬内容)として在宅担当者に提供する。

【入院後、新たに介護保険を利用する場合】

(1) 介護保険申請

《65歳以上の患者》

病院担当者は、患者が下記の状態であった場合は、家族などに介護保険証を持って市町の担当課へ介護保険申請の手続きに行くように説明する。

(介護保険申請の目安)

- ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
- ② 食事に介助が必要な方
- ③ 排泄に介助が必要な方
- ④ ポータブルトイレを使用中的の方
- ⑤ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある方
- ⑥ 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
- ⑦ (ADLは自立でも)がん末期の方
- ⑧ (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 64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市町の担当課へ介護保険申請の手続きに行くように説明する。

(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) ケアマネジャーを紹介(要介護)するパターン

介護保険申請の目安①～⑤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ケアマネジャー(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⑥～⑧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①～⑤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。

※ 介護認定区分の決定前に退院する場合で、住所が神崎郡の患者のみ地域包括支援センターに連絡する。

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。

(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

【退院支援におけるケアマネジャーの役割】

対象者:介護(要支援)認定を受けている人・見込の人、かつ、ケアマネ契約が整った人

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
(介護保険施設、転院先の紹介などは規定された業務ではない)

【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《退院調整開始時面談》
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)