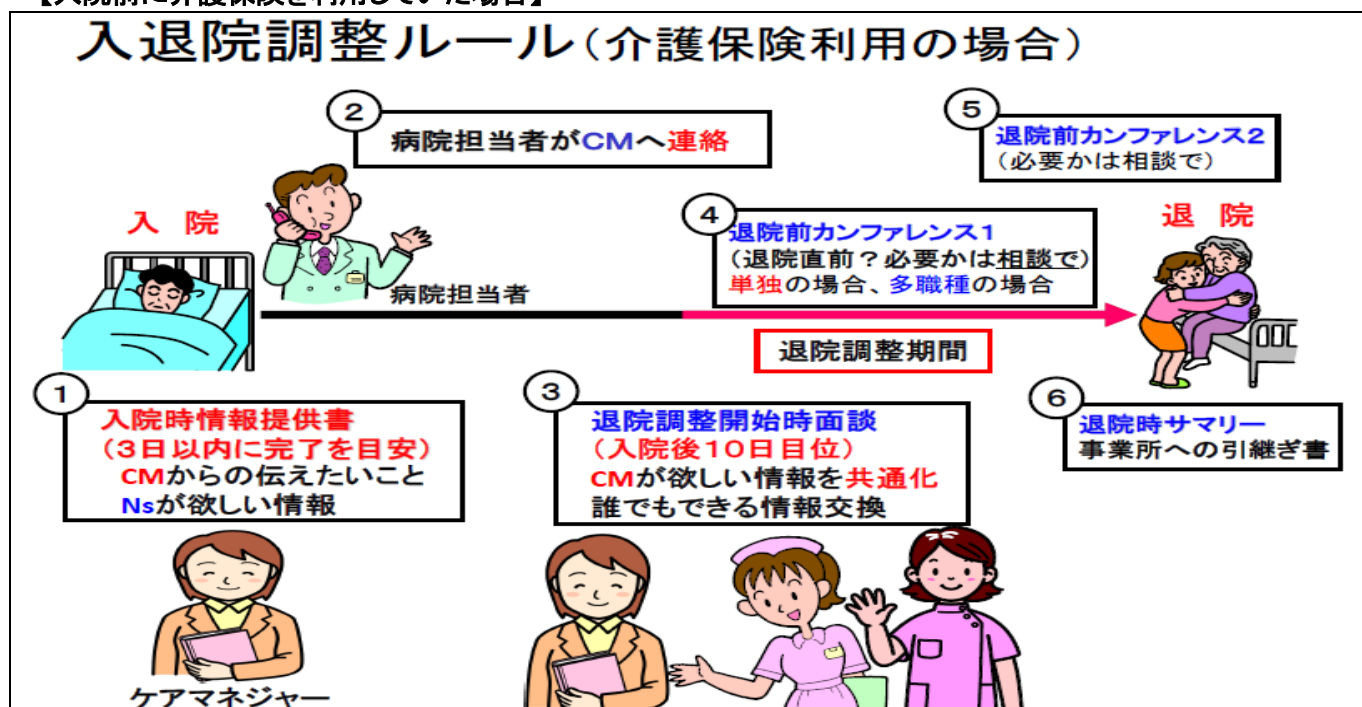


病院-在宅連携ルール(揖龍版)

【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 入院時情報提供書参照)を病院が指定するFAX番号へ送信又は担当窓口を持参(訪問)する。

【報酬】 提供方法は問わない

入院時情報連携加算(Ⅰ)250 単位(入院した日のうち)

※入院日以前の情報提供を含む

※営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む

入院時情報連携加算(Ⅱ)200 単位(入院した日の翌日又は翌々日)

※営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む

2 退院調整の開始

病棟看護師・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時の面談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

病院担当者は、家族又は介護保険証(「居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者及びその事業所の名称」の欄を確認)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時の面談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 退院調整開始時の面談

- (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・退所情報記録書参照)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・退所情報記録書を病院担当者から聞き取り、記録する。(病院担当者は、可能であれば退院・退所情報記録書を記入の上、在宅担当者に渡す。)
- (3) 病院担当者は、退院前カンファレンスの必要性などを在宅担当者と協議する。

【報酬】

病院＝介護支援連携指導料(1回目) 400 点

在宅＝退院・退所加算(1回) カンファレンス参加なし 450 単位 カンファレンス参加あり 600 単位

(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。行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、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する。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプランについては、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員に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】

病院担当者は、本人、家族の同意を得て、在宅での看護、リハビリ、栄養など必要なサービスについて検討する。

※ 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 400 点(2回目)

在宅＝退院・退所加算(2回) カンファレンス参加なし 600 単位 カンファレンス参加あり 750 単位

5 退院前カンファレンス2【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】

病院担当者は、本人・家族の同意を得て、病院の医師又は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、サービス事業所と必要なサービスについて検討する。

【報酬】

病院＝退院時共同指導料2 400 点

※下記の場合、2,000 点を加算

病院の医師又は看護師等(保健師、看護師、助産師、准看護師)の1者と、

在宅の医療機関の医師又は看護師等(保健師、看護師、助産師、准看護師)、歯科医師(衛生士)、薬局薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(保健師、看護師、助産師)・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれか3者以上が実施
在宅＝退院・退所加算(3回) カンファレンス参加なし× カンファレンス参加あり 900 単位

6 介護報酬請求におけるカンファレンスとは

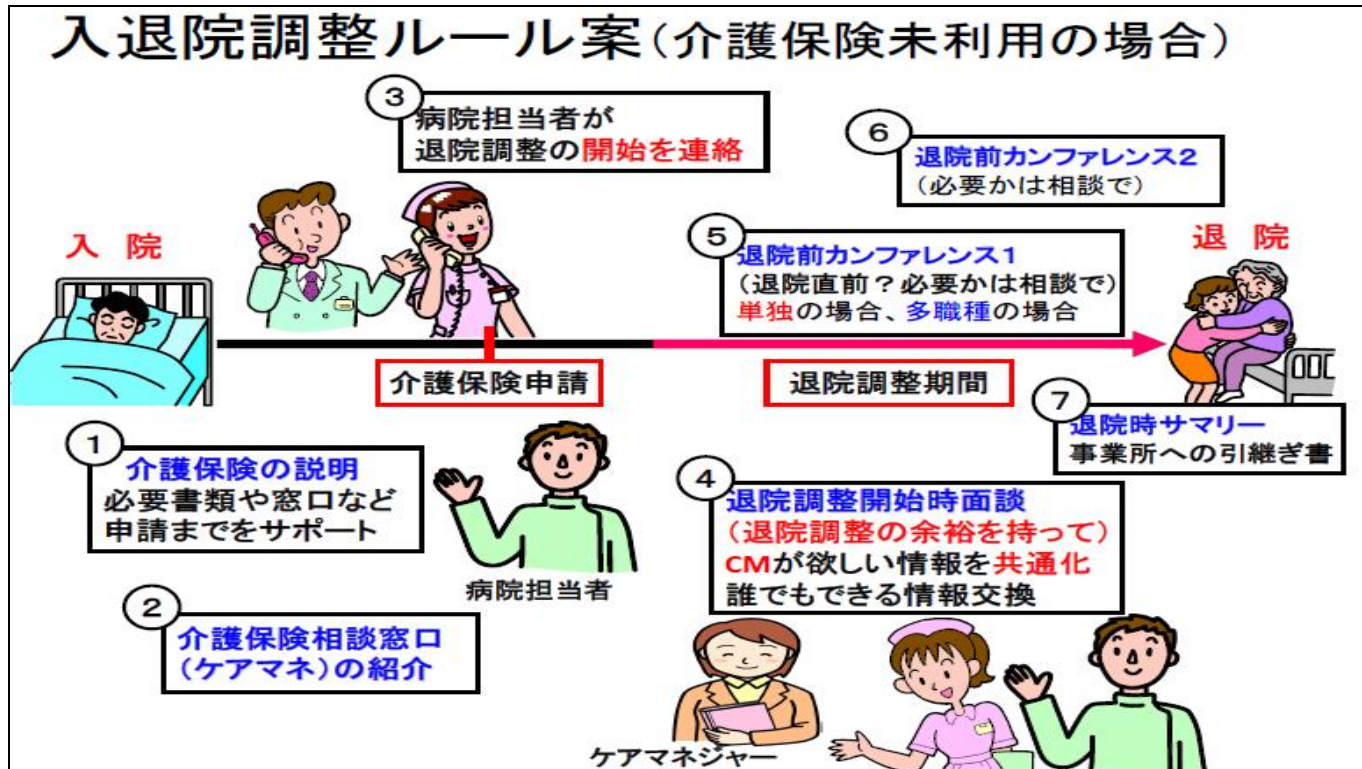
病院の医師又は看護師等(保健師、看護師、助産師、准看護師)の1者と

在宅の医療機関の医師又は看護師等(保健師、看護師、助産師、准看護師)、歯科医師(衛生士)、薬局薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(保健師、看護師、助産師)・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれか3者以上が実施するもの。

7 退院時サマリー

病院担当者は、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(介護保険申請の目安)に該当する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。

《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)で下記(介護保険申請の目安)に該当する状態であった場合は、家族などに健康保険の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

2 在宅担当者を決定するための支援

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) 要介護と思われる場合

介護保険申請の目安①～⑤のうち 1 項目でも該当する患者は、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(ケアマネジャー)との契約を支援する。

(イ) 要支援と思われる場合

介護保険申請の目安⑥～⑧のうち 1 項目でも該当する患者は、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のうち 1 項目でも該当するかどうか迷う患者は、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との相談を支援する。

3 以降の流れは、1頁【入院前に介護保険を利用していた場合】の2 退院調整の開始から2頁 退院時サマリーと同じ。

4 介護保険申請の窓口

たつの市福祉部高年福祉課介護保険係 電話:0791-64-3155

太子町生活福祉部高年介護課介護保険係 電話:079-276-6715

(参考資料)

【介護保険で対象となる病気(特定疾病)】(40歳から64歳)

交通事故などが原因の場合は、介護保険の対象外

- ① 末期がん
- 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:要介護(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、介護サービスを利用した場合のみです。

単に介護保険施設や転院先の紹介などは規定されたケアマネジャー業務ではありません。

【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《退院調整開始時の面談》
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)