

木曾広域連合 木曾病院への入退院時の支援ルールの手引き

1. 本手引の作成にあたって

現在、医療機関から在宅へ患者が退院する際には、「退院前から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えることができること」が求められています。また、介護分野においても退院前にその方の支援方法を考えることは、在宅でのより良い生活をおくっていただくために必要なことです。

本手引は、医療と介護の連携を図ることで、より充実した患者支援ができ、円滑な在宅への移行を図ることを目的としています。

2. 対象者

- ケアマネ、地域包括支援センターが退院支援が必要と考えている方
- 病院担当者が退院支援が必要と考えた方

3. 入退院支援の手順

- ① 患者が入院 ⇒ ②へ
- ② 介護保険サービスを使っているか確認する(病棟ナース)
 - 使っている場合 ⇒ ③へ
 - 使っていない場合 ⇒ ⑨へ
- ③ 患者・家族に対し、ケアマネに連絡するよう伝える(病棟ナース)
 - ケアマネが不明 ⇒ ④へ
 - ケアマネ連絡なし(入院後2,3日以内) ⇒ ⑤へ
 - ケアマネ連絡あり ⇒ ⑥へ
- ④ 地域包括支援センターへ連絡し、ケアマネを確認する(医療ソーシャルワーカー(MSW)) ⇒ ③へ
- ⑤ 入院後、2,3日経過しても連絡が無い場合、ケアマネに連絡をする(MSW) ⇒ ⑥へ
- ⑥ 入退院の連携が必要か判断する(ケアマネ)
 - 連携が必要(家族との連携が難しいなど) ⇒ ⑦へ
 - 連携が不要(家族がしっかりしているなど) ⇒ ⑧へ
- ⑦ MSWへ入院時情報提供シート(様式1)を提出する(ケアマネ) ⇒ ⑨へ
(保健師、地域包括支援センターで関わりがあり、退院支援が必要と考えている場合、包括から提出)
- ⑧ 連携が不要なことをMSWへ伝える(ケアマネ) ⇒ ⑨へ
- ⑨ 退院調整しつつ、退院支援の必要性の有無を確認する(病院担当者)
 - 支援必要 ⇒ ⑩へ
 - 支援不要 ⇒ ⑬へ

【退院支援が必要な方】

- 入院時情報提供シートが提出されている方
- 見守りが必要、放っておくと介助が必要な状態になる恐れのある、立ち上がりや歩行、食事、排せつに介助が必要、認知機能が低下している方

- ⑩ ケアマネ(又は包括支援センター)と退院に向けた調整を図る(MSW) ⇒ ⑪へ
- ⑪ 退院1週間前に、退院前カンファレンスを実施する(家族、病院担当者、ケアマネ(包括)等) ⇒ ⑫へ
ケアマネ(又は包括支援センター)に対し、暫定の看護要約(様式2)を提供する(病院担当者)
- ⑫ 退院時カンファレンスを実施する(本人・家族、病院担当者、ケアマネ(包括)、事業者等) ⇒ ⑬へ
ケアマネ(又は包括支援センター)に対し、看護要約を提供する(病院担当者)・・・退院後、郵送の場合あり
- ⑬ 患者が退院

4. 退院支援の例

①退院前カンファレンス(1回目)

- a) 病院担当者は、面談日までに院内の関係者から情報収集する。(収集情報は様式2の内容)
- b) ケアマネ(包括)は、病院担当者と面談し、看護要約(様式2)から退院支援共有情報を収集する。
病院担当者は、ケアマネ(包括)に様式2を用いて患者情報を説明する。
- c) 病院担当者は、退院前に追加の退院前カンファレンスの実施の要否や、多職種での退院前カンファレンスの実施の要否を確認する。

【報酬】(詳細については、次ページ「5. 支援時の報酬」を参照)

介護＝退院・退所加算300単位(1回目)
病院＝介護支援連携指導料300点(1回目)(算定の要件は、各病院で判断する)

- ### ②退院前カンファレンス(2回目)【実施の要否は病院担当者とケアマネ(包括)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木曽病院の指示にもとづく。

【報酬】(詳細については、次ページ「5. 支援時の報酬」を参照)

介護＝退院・退所加算300単位(2回目)
病院＝介護支援連携指導料300点(2回目)

- ### ③退院時の共同指導 【実施の要否は病院担当者とケアマネ(包括)で調整し病院が決定する】

入院中の患者に対して、木曽病院の医師が、在宅療養を担う医療機関の医師若しくは看護師、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうち、いずれか 3者以上と共同して指導を行う。

【報酬】(詳細については、次ページ「5. 支援時の報酬」を参照)

介護＝退院・退所加算300単位
病院＝退院時共同指導料2 300点。医師等の職種の3者以上と共同して指導を行う場合に加算 2,000点

- ### ④看護要約(退院時サマリー)の提供

病院担当者は、看護要約(様式2)をケアマネ(包括)に提供する。

- ### ⑤退院後

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・退所加算を3回算定できる場合は、上記の1～3すべてを行った場合であり、かなり稀となります。

※看護要約とは、看護・介護の引継書のこと。退院後に想定される看護・介護の問題や、最終排便日・入浴日・服薬内容を記載しており、退院後のケアプラン作成に役立つものとなります。

5. 支援時の報酬

【入院時】 入院時情報連携加算 200単位 または 100単位

(注) 利用者が病院又は診療所へ入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

イ 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位

病院又は診療所を訪問し、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

ロ 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位

イ以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

<解釈通知>

12 入院時情報連携加算について

(1) 総論

「必要な情報」とは、具体的には、当該利用者の心身の状況（例えば疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況をいう。当該加算については、利用者一人につき、1月に1回を限度として算定することとする。なお、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することとする。また、情報提供を行った日時、場所（医療機関へ出向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX等）等について居宅サービス計画等に記録すること。なお、情報提供の方法としては、居宅サービス計画等の活用が考えられる。

(2) 入院時情報連携加算（Ⅰ）

医療機関へ出向いて、当該医療機関の職員と面談し、必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。

(3) 入院時情報連携加算（Ⅱ）

(2)以外の方法により必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。

【退院時】 退院・退所加算 300単位

指定居宅介護支援の費用の算定において、病院等や介護保険施設等に入院（所）していた利用者が退院（所）して居宅サービスを利用する際に、居宅サービス計画を作成し、利用に関する調整を行った場合、入院又は入所期間中につき3回を限度として300単位を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は算定しない。

① 利用者（※1）が退院・退所（※2）し、居宅で居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する際に、次のa）～c）を行った場合 ⇒ 入院又は入所期間中につき、3回を限度として300単位を加算。

a) 退院・退所に当たって病院等の職員（※3）と面談を行い、必要な情報の提供を受ける。

b) 居宅サービス計画を作成する。

c) 居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行う（※4）。

② ただし、初回加算を算定する場合は算定しない。

（※1）病院もしくは診療所へ入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設もしくは介護保険施設へ入所していた者。

（※2）地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護又は指定介護老人福祉施設の在宅・入所相互利用加算を算定する場合を除く。

（※3）病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設の職員。

（※4）同一の利用者について、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。

<解釈通知>

① 病院もしくは介護保険施設等に入院（所）していた者が退院・退所（※5）し、居宅で居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する際に、次のa）～c）を行った場合、サービスの利用開始月に所定単位数を算定する。ただし、初回加算を算定する場合は当該加算は算定しない。

a) 退院・退所に当たって病院等の職員と面談を行い、必要な情報の提供を受ける。 ⇒ 必要な情報については別途定める。

b) 居宅サービス計画を作成する。

c) 居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行う。

② 退院・退所加算は入院（所）期間中3回（※6）まで算定することができる。

a) 3回算定できるのは次の場合に限る。

ア) そのうちの1回についてカンファレンスに参加し、必要な説明（※7）を行ったうえで、

イ) 居宅サービス計画を作成し、

ウ) 居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合

b) 同一日に複数回情報の提供を受けた場合又はカンファレンスに参加した場合も1回として算定。

c) 原則として退院・退所前に情報を得ることが望ましい。 ⇒ 退院後7日以内に情報を得た場合には算定できる。

d) カンファレンスに参加した場合、その内容等を居宅サービス計画に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付。

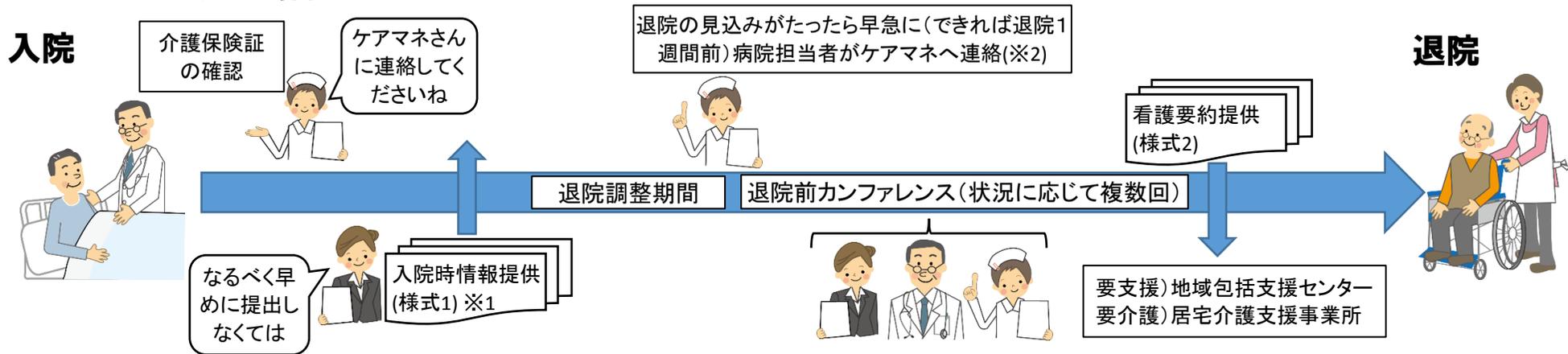
（※5）退院・退所後に在宅・入所相互利用加算を算定する場合は、対象外。

（※6）医師等からの要請により、退院に向けた調整を行うための面談に参加し、必要な情報を得た上で居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合を含む。

（※7）診療報酬の算定方法（平成26年厚生労働省告示第57号）別表第1医科診療報酬点数表の退院時共同指導料2の注3の対象となるもの。具体的には、退院時共同指導料2の要件として、入院中の病院等の医師が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師（看護師等）、歯科医師（歯科衛生士）、薬剤師、訪問看護師等（准看護師を除く）、介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行うことが規定されている。

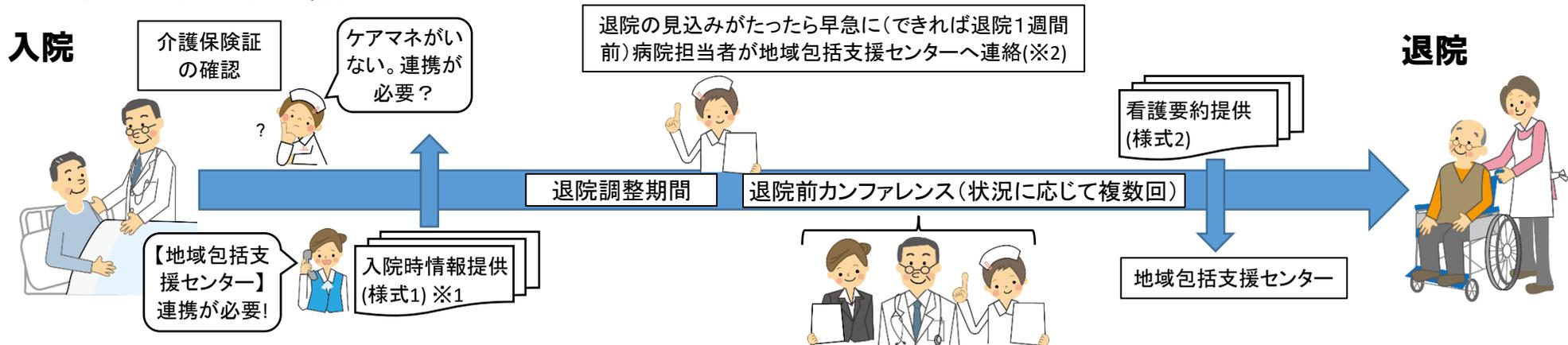
木曾病院の入院・退院支援ルール

入院前に ケアマネがいる方の場合



※1 入院時情報提供シートの提出が無い場合は、入院2,3日を目途にMSWから担当ケアマネに連絡する。担当ケアマネが分からない場合は地域包括支援センターへ連絡する。
ケアマネは退院支援が必要ない場合は、その旨をMSWに伝える。
※2 入院時情報提供シートの提出があった方は、退院支援が必要なため、必ず事前に連絡し(なるべく早急に)、退院前の調整を図る。

ケアマネがない方の場合



※1 保健師、地域包括支援センター等が関わっていて、退院支援が必要な方については、必ず入院時情報提供シートを提出する。
※2 入院時情報提供シートの提出があった方は、退院支援が必要なため、必ず退院前に連絡し調整を図る。病院で退院支援が必要と思われる方も同様とする。
【退院支援が必要な方】見守りが必要、放っておくと介助が必要な状態になる恐れのある、立ち上がりや歩行、食事、排せつに介助が必要、認知機能が低下している方