

市原保健医療圏域退院支援ルール

H29.3月確定版

1. 対象者

以下の①、②のいずれかの要件を有する者

- ① 介護保険サービスを現在利用している患者、またはサービスの利用を希望する患者
- ② 病棟看護・地域連携室の退院担当者が退院支援を必要と感じた患者

2. 退院支援の手順

【患者が入院してきたら】 介護保険証を確認

A【入院前に介護保険を利用していた場合】（ケアマネがいる患者の場合）

（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」という。）は、千葉県地域生活連携シートを使用する。なお、使用に際しては「千葉県地域生活連携シートの手引き」に基づき取り扱うこととする。

（2）退院支援の開始

病棟看護師・地域連携室の退院担当者（以下「病院担当者」という。）は、下記（ア）、（イ）の2パターンで退院支援に関する連絡を在宅担当者（ケアマネジャー）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なかった場合

家族または介護保険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、介護度変更の見込みの程度に関わらず、入院時情報提供元、介護保険証の記載事業所に行う。

(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、院内の関係者から情報収集する。
- ② 在宅担当者は、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、在宅担当者に患者情報を説明する。
- ④ 病院担当者は、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要否を確認する。

【報酬】

病院＝介護支援連携指導料 400 点（1 回目） （算定の要否は、各病院で判断する）

介護＝退院・退所加算 300 単位（1 回目） （算定の要否は、各事業所で判断する）

(4) 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在宅担当で調整し病院が決定する。】

本人（家族）を交えて、看護師・リハビリ職・栄養士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。

※ 詳細な実施方法については各病院の指示に基づく。

【報酬】

病院＝介護支援連携指導料 400 点（2 回目）

介護＝退院・退所加算 300 単位（2 回目）

(5) 退院時の共同指導

【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。】

入院中の患者に対して、入院中の病院の医師が、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また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】

病院＝退院時共同指導料 2 400 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

介護＝退院・退所加算 300 単位

(6) 退院時サマリー

病院は、看護・介護の引継ぎ書（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、医療処置、ADL の状況、本人家族の希望等）を在宅担当者に提供する。

※ 千葉県地域生活連携シートの活用を推奨する。

※ 各施設の様式を使用する場合は、上記項目を意識して記載する。

※ 診療情報提供書の写しを在宅担当者にも提供する。

(7) 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。

B【入院後、新たに介護保険を利用する場合】(入院前にケアマネがない患者の場合)

「退院支援が必要な患者」の基準

要支援：

- ・見守りが必要な者
- ・放っておくと、介助が必要な状態になる恐れがある者

要介護：

- ・立ち上がりや歩行、食事、排泄に介助が必要な状態の者
- ・認知機能が低下している者

(1) 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) 地域包括支援センターを紹介するパターン(要支援者)

退院支援が必要な要支援者に該当する患者は、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。

イ) ケアマネジャーを紹介するパターン(要介護者)

退院支援が必要な要介護者に該当する患者は、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。

ウ) 要支援者か要介護者か判断に迷う場合

ケアマネジャー(在宅担当者)との契約を支援することとし、居宅介護支援事業所がない場合は地域包括支援センターへ相談する。

以降の流れは、A【入院前に介護保険を利用していた場合】の(2)以降と同じ

(図は別紙参照)

市原市退院支援情報共有シート (Ver.1)

					記入日	平成	年	月	日	
患者氏名			主病名			入院日	平成	年	月	日
主治医			担当看護師		記入者	退院日	平成	年	月	日
医療処置	☐ パルーンカテーテル ☐ ストマ(人工肛門・人工膀胱) ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ その他 () 処理の頻度() 家族での対応: ☐ 可 ☐ 不可									
家族への介護指導	☐ 無 ☐ 有: 理解の状況... ☐ 十分 ☐ 不十分 (指導内容や問題点:)									
感染症	☐ HBV ☐ HCV ☐ MRSA (部位: ☐ 痰 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ その他 ()									
病気に対する注意点										
緊急時の対応	処置の方法() 搬送相談先() 連絡先()									
かかりつけ医の変更	☐ 無 ☐ 有 (病院名: 医師名:)									
看護上の注意点										
リハビリの注意点										
心身機能 (手足の動き、精神の働き、 視覚・聴覚などの機能)	本人の思い・希望					家族の思い・希望				
活動 (食事、入浴、排せつなどの 日常生活行為)	本人の思い・希望					家族の思い・希望				
参加 (家庭内の役割、仕事場の 役割、趣味活動、地域活動 等)	本人の思い・希望					家族の思い・希望				
連絡事項・その他										
FIM		退院時点数	福祉用具・介助方法等		FIM		退院時点数	福祉用具・介助方法等		
セルフケア	食事・スプーン	/7			移動 移動時の 手段を選択	歩行	/7			
	整容	/7				車イス	/7			
	入浴(洗い動作)	/7				階段	/7			
	更衣(上半身)	/7				小計	/14			
	更衣(下半身)	/7			コミュニケーション	理解(聴覚・視覚)	/7			
	トイレ動作	/7				表出(音声・非音声)	/7			
	小計	/42				小計	/14			
排泄	排尿	/7			社会認識	社会的交流	/7			
	排便	/7				問題解決	/7			
	小計	/14				記憶	/7			
移乗	ベッド・イス・車イス	/7				小計				/21
	トイレ	/7			FIM合計		/126			
	浴槽・シャワー	/7			備考欄		7点:完全自立 6点:修正自立 5点:監視・準備 4点:最少介助 3点:中等度介助 2点:最大介助 1点:全介助			
	小計	/21								
療養上の問題	☐ 無 ☐ 有 内容:									