

南薩保健医療圏域 入退院調整ルールについて

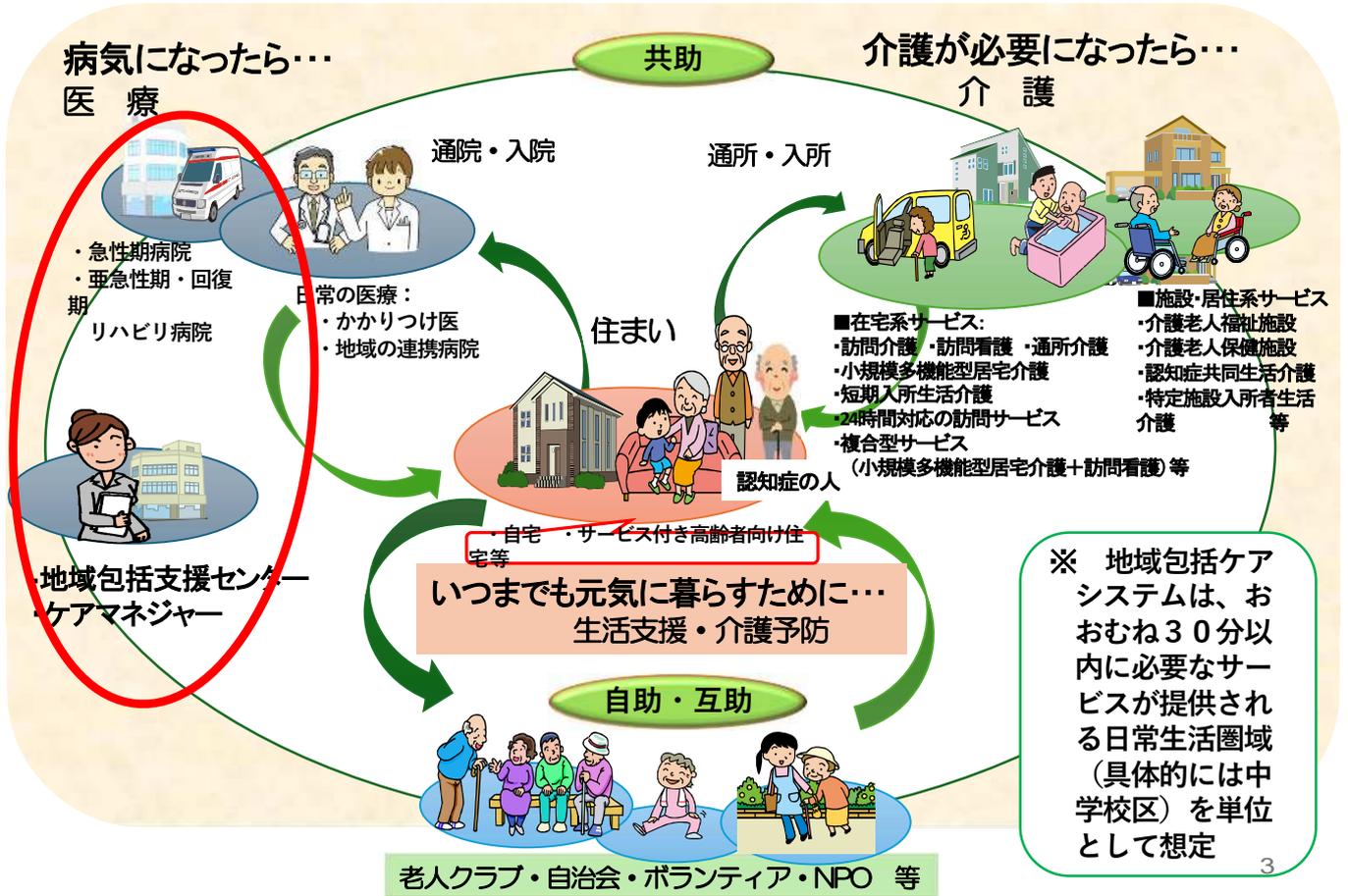


南薩地域振興局保健福祉環境部健康企画課

目次

- 1 ルール策定の経緯・経過について
- 2 ルール記載内容のおさらい

地域包括ケアシステムの構築



医療と介護の連携でお困りではありませんか？

- 急に決まったカンファレンスの日時を言われても、参加できない
- 家族からも病院からも連絡がなくて、入院したことを知らなかった
- 退院直前に在宅希望と言われても対応が間に合わないとにかく、プランを作らなくちゃ…
- 土日に退院していて、退院したことを知らなかった
- ケアマネに対する窓口をはっきりさせてほしい
Ns? CW? Dr?
聞いても「担当じゃないから」と言われてしまう
- 顔の見える関係ができてきた病院もあるけど、まだまだ退院調整が十分とは言えないな

この地域ルール互いのメリット



ケアマネさんが退院準備を手伝ってくれるから、退院支援がしやすくなった。

退院支援なし退院がなくなった。

退院直前の引き継ぎがなくなった。

顔の見える関係ができ、病院の敷居が低くなった。



ケアマネ

【報酬】
令和6年改訂
・診療報酬
・介護報酬
(最終ページ参照)



南薩圏域「退院調整ルール」づくりスケジュール

年度	平成29年度										平成30年度以降				
テーマ	退院支援がなかったために困ったことになった患者さんや家族がいます。そのような事例を1例でもなくすために、みんなで参加して退院ルールを作りましょう。														
指宿市	医療関係 関係団体・市町村 事業説明・連絡調整	9/22 (金) 関係機関等代表者会議	9/22 (金) 退院調整漏れ調査	① 10月10日 介護支援専門員による協議	② 10月11日 介護支援専門員による協議	③ 11月11日 介護支援専門員による協議	④ 12月12日 医療・介護連携調整会議(合同会議)	⑤ 1月1日 介護支援専門員による協議	⑥ 1月1日 介護支援専門員による協議	⑦ 2月2日 医療・介護連携調整会議(合同会議)	⑧ 3月3日 説明会	⑨ 3月3日 説明会	退院調整ルール運用	退院調整状況確認アンケート調査	退院調整ルールの点検協議(合同会議)
南薩西部3市	医療関係 関係団体・市町村 事業説明・連絡調整	9/13 (水) 関係機関等代表者会議	9/13 (水) 退院調整漏れ調査	① 10月10日 介護支援専門員による協議	② 10月11日 介護支援専門員による協議	③ 11月11日 介護支援専門員による協議	④ 12月12日 医療・介護連携調整会議(合同会議)	⑤ 1月1日 介護支援専門員による協議	⑥ 1月1日 介護支援専門員による協議	⑦ 2月2日 医療・介護連携調整会議(合同会議)	⑧ 3月3日 説明会	⑨ 3月3日 説明会	退院調整ルール運用	退院調整状況確認アンケート調査	退院調整ルールの点検協議(合同会議)
行政	必要に応じて関係者間による協議・説明を実施														
スケジュール	6月	9月13日 22日	① 10月10日	② 10月11日	③ 11月11日	④ 12月12日	⑤ 1月1日	⑥ 1月1日	⑦ 2月2日	⑧ 3月3日	⑨ 3月3日	運用開始後は、半年ごとにアンケート調査と点検協議を繰り返し、メンテナンス			

ケアマネへの引き継ぎのない患者例

◆事例。病院と自宅の環境の違いに配慮しない退院例

病院では車いす移動で、排泄が自立していたが、自宅ではベッドがなく布団に寝ることになった。

床からの立ち上がりができないので、トイレに行けず失禁状態になる。

民生委員が発見しケアマネへの連絡を行い、退院10日目にベッド、通所介護が提供された。

しかし、本人及び家族の介護負担は重度化していた。



【南薩保健医療圏】

(平成29年 ルール運用前)

入院時のつなぎ漏れ率 32%

退院支援もれ率 22.9%

(平成30年 ルール運用後)

入院時のつなぎ漏れ率 6.1%

退院支援もれ率 15.9%

退院支援がなかったために困ったことになった患者さんや家族がいます。

そのような事例を1例でもなくすために、連携した支援をよろしくをお願いします。

◆毎年9月に、運用状況調査を行います。調査への御協力をお願いします。

◆毎年1月頃、医療・介護合同会議を実施しています。各機関、積極的な参加をお願いします。

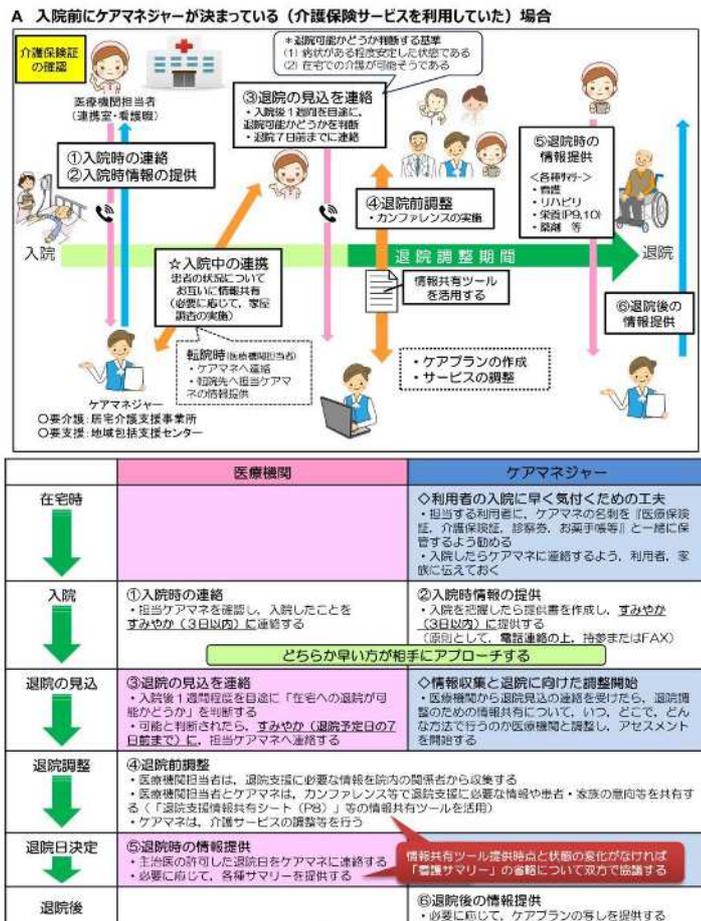


(1) 南薩保健医療圏域入退院調整ルールとは

患者が退院する際に、必要な介護サービスをタイムリーに受けられるよう、医療機関とケアマネジャーが、患者の入院時から情報を共有し、退院に向けて、カンファレンスやサービス調整などを行うための、南薩保健医療圏域の連携の仕組みです。

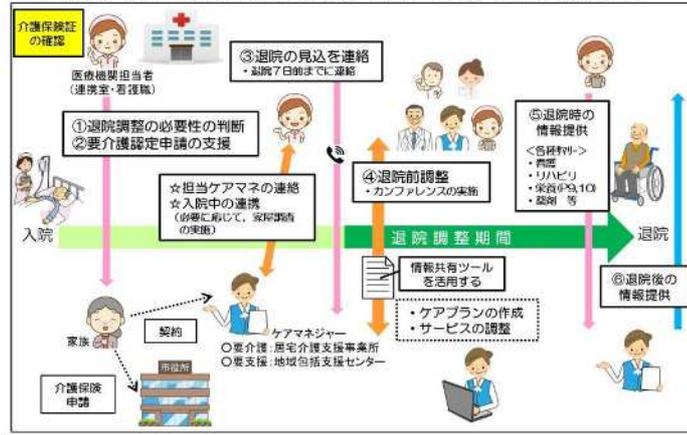
患者の入退院に向けて、医療機関とケアマネジャーが連携をとるためのそれぞれの役割や使用する様式などを定めています。このルールの運用は、平成30年4月から開始しました。なお、ルール運用後は、運用状況を関係者により定期的に検証し、必要な見直しを行っていきます。

(2) 運用の流れについて



(2)運用の流れについて

B 入院前にケアマネジャーが決まっていない（退院後、新たに介護保険サービスを利用する）場合



	医療機関	ケアマネジャー
入院	◇担当ケアマネがないことを確認 ・要介護認定を受けているかどうか分からない場合は、各市の地域包括支援センターに問い合わせる	
退院の見込	①退院調整の必要性の判断 ・退院調整が可能な患者の基準（P11）に基づき、退院調整が必要かどうかを判断する ②要介護認定申請の支援 ・患者や家族等に介護保険制度の説明を行い、申請を支援する ◇ケアマネの選定を支援 ・必要に応じて、各市の地域包括支援センターと相談、調整し、ケアマネの選定を支援する（P15～16参照） ③退院の見込を連絡 ・在宅への退院が可能と判断されたら、すみやかに（退院予定日の7日前まで）に、担当ケアマネへ連絡する 要介護とされる者⇒各介護支援事業所 要支援とされる者⇒新たに選定する者⇒地域包括支援センター	◇担当ケアマネの連絡 ・ケアマネは、入院患者の担当になることが決まったら、すみやかに医療機関担当者へ連絡を入れる ◇入院中の連携 ・医療機関担当者とケアマネは、入院期間の見込みや患者の状況等について、連携して情報共有に努める ◇情報収集と退院に向けた調整開始 ・医療機関から退院見込の連絡を受けたら、退院調整のための情報共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか医療機関と調整し、アセスメントを開始する
退院調整		
退院日決定	以降の流れは「A 入院前にケアマネジャーが決まっている場合」と同じ	
退院後		

(2)運用の流れについて

入院時

様式1 入院時情報提供シート 介護支援専門員 → 医療機関

入院医療機関名・担当業名: _____ 様 令和 ____年 ____月 ____日 日作成

事業所名: _____ 電話番号: _____
 担当者名: _____ FAX番号: _____

氏名: _____ 生年月日: ____年 ____月 ____日 年齢: ____歳 性別: ____
 住所: _____ 氏名: _____ 住所: _____ 続柄: _____ 電話番号: _____

緊急連絡先: _____ 氏名: _____ 住所: _____ 続柄: _____ 電話番号: _____

家族構成図: _____ 居住地: _____
 在宅主治医: _____
 既往歴: _____

要介護度: _____
 認知症高齢者の日常生活自立度: _____
 特定高齢者保健指導: _____

ADL: _____
 移動方法: _____
 移乗方法: _____

口腔: _____
 食事: _____
 更衣: _____
 入浴: _____
 排泄: _____
 服装管理: _____
 療養上の問題: _____
 医療処置: _____

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。 別紙: 無 有

退院時

様式2 退院支援情報共有シート 医療機関 → 介護支援専門員

情報提供先(事業所・担当P12名): _____ 様 令和 ____年 ____月 ____日 日作成

情報共有日: ____年 ____月 ____日 形式: 電話 FAX 面談 カンファレンス
 患者氏名: _____ 生年月日: ____年 ____月 ____日 年齢: ____歳 性別: ____

住 所: _____ 氏 名: _____ 住 所: _____ 続 柄: _____ 電 話 番 号: _____

緊急連絡先: _____ 氏 名: _____ 住 所: _____ 続 柄: _____ 電 話 番 号: _____

入院期間: 入院日: ____年 ____月 ____日 ~ 退院(予定)日: ____年 ____月 ____日
 入院の原因となった病名・状態: _____
 合併症: _____

病状主治医: _____ 在宅主治医: _____
 入院時検査値: _____
 病状から患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望: _____

退院後診察医療機関: _____ (在宅医・その他) _____ 次回受診予定日: ____年 ____月 ____日
 リハビリの継続性: 無 有

ADL: _____
 移動方法: _____
 移乗方法: _____

口 腔: _____
 食 事: _____
 更 衣: _____
 入 浴: _____
 排 泄: _____
 服 装 管 理: _____
 療 養 上 の 問 題: _____
 医 療 処 置: _____

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。 別紙: 無 有

(2)運用の流れについて

栄養情報提供書

No.1		栄養情報提供書		作成日		年 月 日	
氏名	フリガナ	性別	<治療食・療養食の対象疾患>				
生年月日	年 月 日 歳	入院(所)日	年 月 日	退院(所)予定日	年 月 日		
身長	cm	体重	kg	測定日	BMI	体重経過	
歯の状態	義歯	自歯	留意事項				
※アレルギー食品および禁忌食品については、入院・入所時に再度詳細な聞き取りをお願いいたします							
アレルギー食品							
アレルギー食品とは、アレルギーレベルで喫食ができない食品(ただし、アレルギー症状は無し)							
栄養情報	経口	食種	エネルギー	たんぱく質	水分量		
			kcal	g	1日()ml	()×()回	
	栄養剤の種類	濃度	エネルギー	投与ルート			
		kcal/ml	kcal	経鼻			
経管	投与量						
	栄養剤	朝()	昼()	夕()	夜()		
	投与水分	朝()	昼()	夕()	夜()		
主食	形態						
	ミキサー	とろみ					
主要	形態名称						
	大きさ	とろみ 有 濃度(%)					
副菜	形態	凝固剤					
	大きさ	とろみ 有 濃度(%)					
間食	形態	凝固剤					
	大きさ	とろみ 有 濃度(%)					
水分摂取状況							
とろみ使用							
ゼリー							
喫食量							
主食 割 副食 割 食事摂取量ムラ 食事時間							
食事摂取状況							
食器具 食器具 自動具							
特記事項							
※栄養量や食事形態については入院・入所時に再度検討をお願いいたします							
施設名	電話番号	FAX番号					
担当者名	職名						

南薩圏域給食施設連絡協議会

No.2		栄養情報提供書	
氏名		特記事項	
南薩圏域給食施設連絡協議会		2015年3月作成 2019年10月改定	

(3)ルールの位置付けについて

南薩圏域入退院調整ルールは、医療機関とケアマネジャーの連携をとりやすくするための標準を定めた「ツール」であり、**強制的な効力を持つものではありません。**

ルールの定めた日数などは「目安」として考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整してください。

■連携にかかる診療報酬・介護報酬一覧 (2024年6月改定)



診療報酬加算 (病院)

【入院時支援加算1】 240点
 【入院時支援加算2】 200点
 患者情報の把握、介護福祉サービスの把握、褥瘡・栄養評価、薬剤確認、入院中の生活・治療の説明など

【入退院支援加算1】
 一般病棟 700点
 療養病棟 1300点
 【入退院支援加算2】
 一般病棟 190点
 療養病棟 635点
 【総合機能評価加算】 50点

【介護支援連携指導】(初回) 400点

【介護支援連携指導】(2回目) 400点

ケアマネジャーと連携をとり退院計画を作成する

【退院時共同指導1】
 ・在宅療養支援診療所 1500点
 ・上記以外の場合 900点

【退院時共同指導2】 400点
 入院医療機関と在宅医療機関の医師・看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等もしくは社会福祉士による共同指導

※加算あり

【医師共同指導加算】 300点
 入院医療機関の医師と在宅担当医

【多機関共同指導加算】 2000点
 ・入医療機関の医師又は看護師等と、在宅療養スタッフ3者以上



介護報酬加算 (ケアマネジャー)

【居宅介護支援の提供開始時】
 ※利用者に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づける(介護予防支援含む)

【入院時情報連携加算】(介護予防支援含まず)
 (I)入院した日のうちに情報提供 250単位
 (II)入院後3日以内に情報提供 200単位

※より迅速な情報連携の促進を評価。
 (I)は入院日以前の情報提供含む。
 情報提供の方法は問わない

【退院・退所加算】(介護予防支援含まず)

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

・退院・退所にあたり、医療機関等の職員と面接を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で、ケアプランを作成し、居宅サービスの調整を行う。

・「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議(退院カンファレンス)に参加し、退院後の在宅での療養上必要な説明を行い、ケアプランを作成しサービスの調整を行った場合に限る。

入院

退院

兵庫県HPより