

宮古圏域入退院調整支援ガイドライン(フロー図)

【入院前に介護保険を利用していた場合】

要介護等高齢者が入院

情報を把握した場合、
できるだけ早く電話等で一報を入れる

【介護】 医療機関へ入院時情報を提供(提供先:別添窓口、参考様式1)

- ・利用者等に対し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へ提供を依頼すること【省令改正】
- ・検査入院や入院期間が1週間以内で病状が変化する可能性が低い場合は、退院調整の対象外としてもさしつかえない。

※入退院時情報連携加算Ⅰ(入院3日以内の提供):200単位

※入退院時情報連携加算Ⅱ(入院7日以内の提供):100単位

【入院情報を速やかに把握するポイントや工夫】

- ・利用者の家族に、ケアマネジャーの名刺(連絡先)を介護保険証、医療保険証、お薬手帳等と一緒に保管するよう伝える。
- ・利用者、家族等が常時目につくところ(電話の側やベッドサイド等)に事業所名・担当ケアマネジャーの氏名と連絡先を貼っておく。
- ・利用者と家族が携帯電話を所有している場合は、介護サービス利用時にケアマネジャーの氏名と連絡先を登録してもらう。
- ・日頃から入院等何かあった際は必ず連絡するよう利用者、家族等に伝えておく。
- ・介護サービス事業所から、入院情報が入るようにしておく。

入院3日～7日程度を目途
退院の見込みが判断された場合

【医療】 在宅担当者に連絡し、退院支援を開始

- ・入院時情報の提供があった場合、提供元のケアマネジャー等へ連絡、面談日程等の調整
- ・入院時情報の提供がない場合、家族又は介護保険証等で確認し連絡
- ・実態調査(患者の状態や課題等について、院内の関係者から情報収集を行う)
- ・カンファレンス等日程の調整

【医療・介護】 退院調整を実施

- ・利用者や家族の意向を確認した後、介護サービスを調整
- ・退院前カンファレンスを開催し、利用者、家族を交え関連する職種の方から必要なサービスの引継
- ・退院時情報の提供(医療→介護 参考様式2)

※退院・退所加算:連携1回→カンファレンス参加有:600単位 参加無:450単位

:連携2回→カンファレンス参加有:750単位 参加無:600単位

:連携3回→カンファレンス参加有:900単位 参加無:-

算定は、3回まで算定可。ただし連携3回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(退院時カンファレンス等)に参加し、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

要介護等高齢者が退院

- ・医療→介護 (必要に応じ)サマリーの写しの提供
- ・介護→医療 (必要に応じ)ケアプランの写しの提供

※ i 利用者が医療系サービスを希望する場合は、主治の医師等に対しケアプランを交付すること。【省令改正】

※ ii ケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、主治の医師等に必要な情報伝達を行うこと【省令改正】

※ 当該圏域ガイドラインは、強制力を持つものではありませんが、半年ごとにその実施結果を調査し、検証及び見直しを行うこととします。

宮古圏域入退院調整支援ガイドライン(フロー図)

【入院後、新たに介護保険を利用する場合】

要介護等高齢者が入院

※ 検査入院は、退院調整の対象外としてもさしつかえない。

入院3日～7日程度を目途
在宅退院の見込みが判断された場合

【医療】 要介護認定申請の説明及び担当ケアマネジャー等の決定支援

病院担当者は、家族又は介護保険証等を確認し、介護保険を利用していない場合は下記のパターンに基づき担当ケアマネジャー等を決定するための支援を行う。

- ①「基準1」に該当すると思われる場合：家族等に要介護認定申請を行うよう説明するとともに、居宅介護支援事業所等と患者・家族の選択に基づく担当ケアマネジャー等との契約を支援する。
- ②「基準2」に該当すると思われる場合：患者の住所地の地域包括支援センターに連絡する。
- ③「基準1」か「基準2」の判断に迷う場合：患者の住所地の包括支援センターに相談する。

担当ケアマネジャー等が決定したら

【医療】 担当ケアマネジャー等に連絡し、退院支援を開始

- ・実態調査(患者の状態や課題等について、院内の関係者から情報収集を行う)
- ・面談、カンファレンス等日程の調整

【医療・介護】 退院調整を実施

- ・利用者や家族の意向を確認した後、介護サービスを調整
- ・退院前カンファレンスを開催し、利用者、家族を交え関連する職種の方から必要なサービスの引継
- ・退院時情報の提供(医療→介護 参考様式2)

※退院・退所加算：連携1回→カンファレンス参加有：600単位 参加無：450単位
：連携2回→カンファレンス参加有：750単位 参加無：600単位
：連携3回→カンファレンス参加有：900単位 参加無：—

算定は、3回まで算定可。ただし連携3回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(退院時カンファレンス等)に参加し、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

要介護等高齢者が退院

- ・医療→介護 (必要に応じ)サマリーの写しの提供
- ・介護→医療 (必要に応じ)ケアプランの写しの提供

※ i 利用者が医療系サービスを希望する場合は、主治の医師等対しケアプランを交付すること。【省令改正】

※ ii ケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、主治の医師等に必要な情報伝達を行うこと【省令改正】

※ 当該圏域ガイドラインは、強制力を持つものではありませんが、半年ごとにその実施結果を調査し、検証及び見直しを行うこととします。