

居宅介護支援事業所・ 東海中央病院合同研修

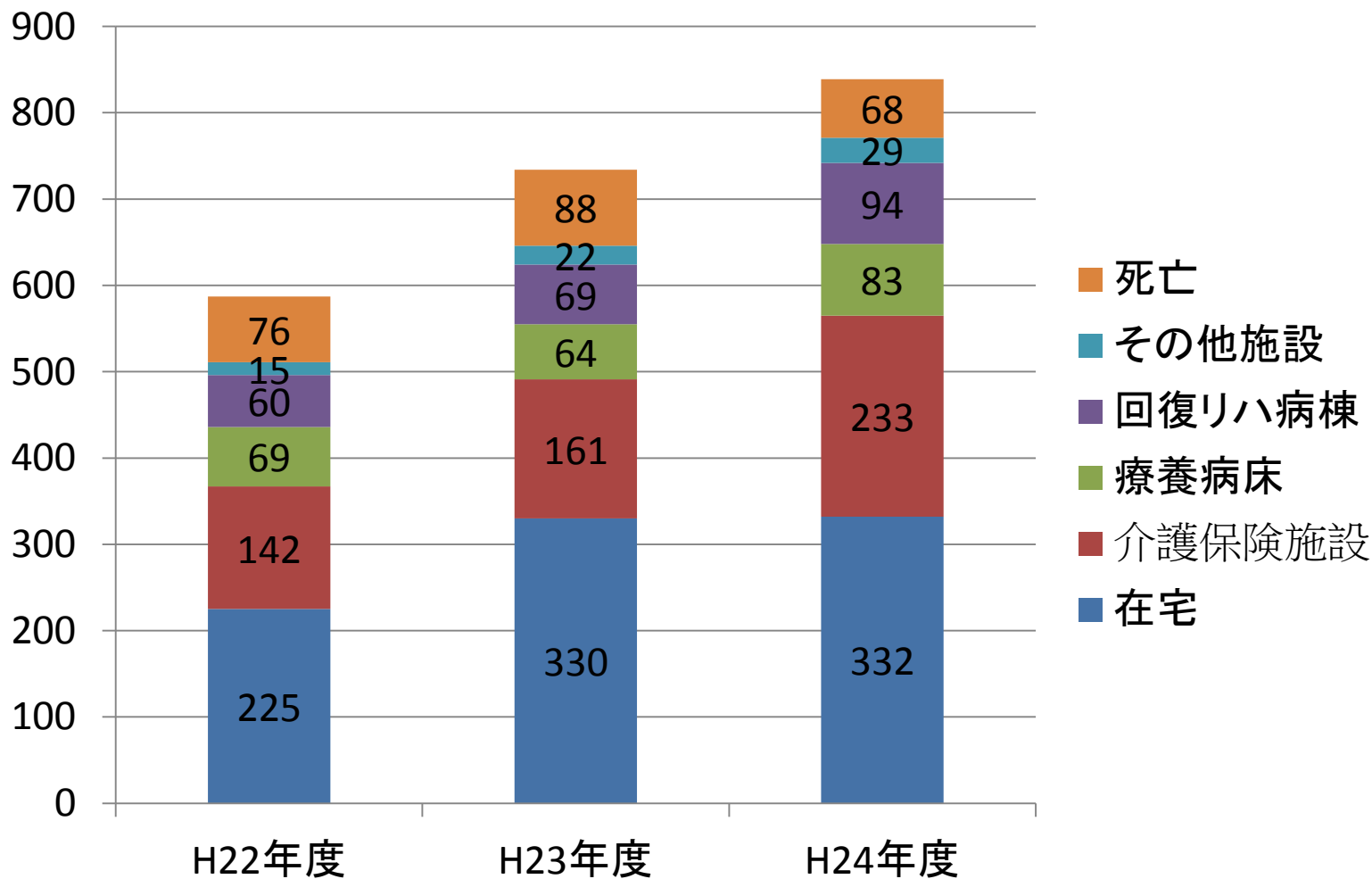
- 日 時：平成25年7月18日(木)
14:00～16:00
- 場 所：東海中央病院 大会議室

今日の予定

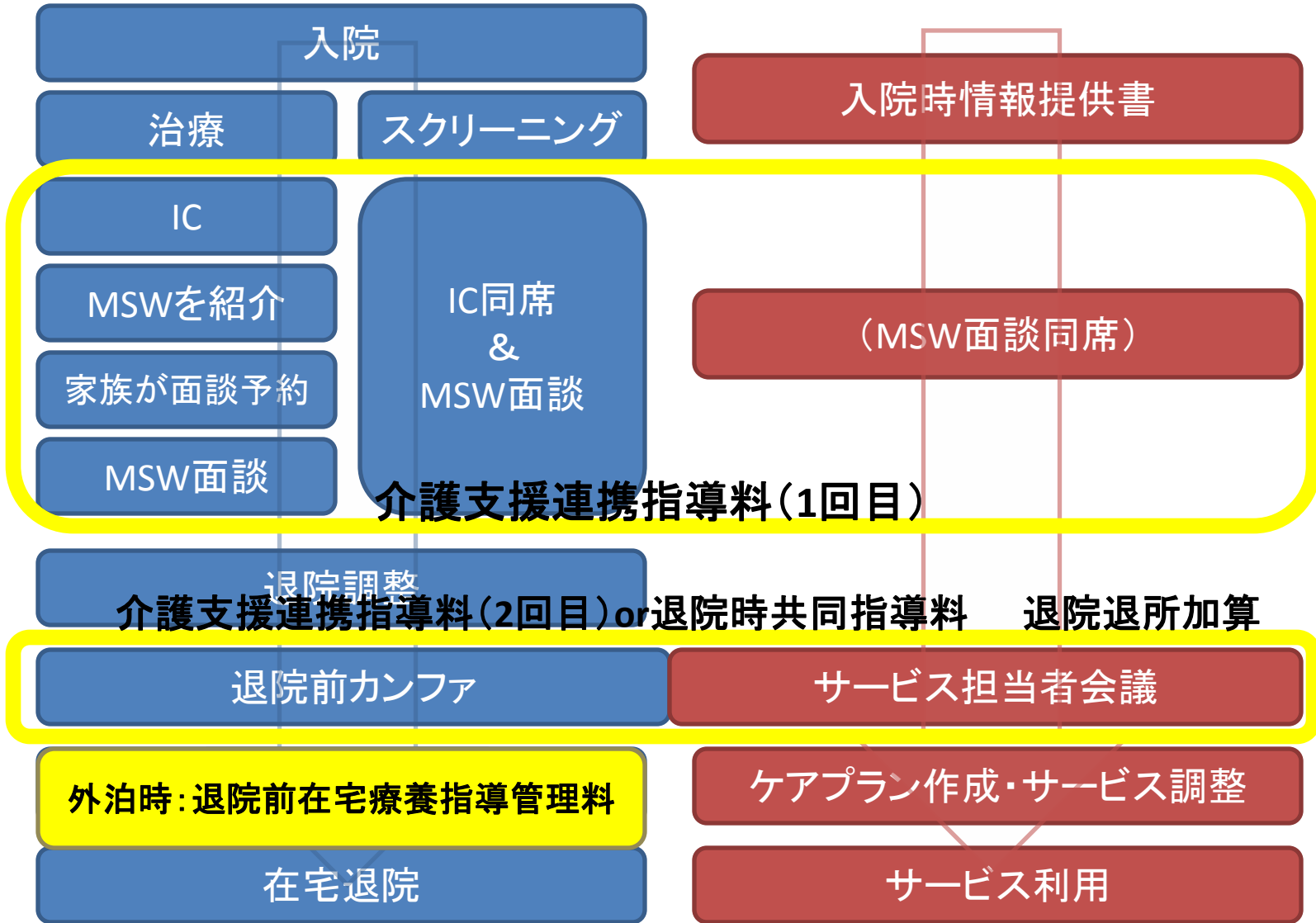
時間	内容	担当者
14:00～	メディカルサポートセンター長挨拶 メディカルサポートセンター職員紹介	松久医師
14:15～ 15:00	今後の在宅支援ネットワークについて ～ケアマネと医師との連携～	鵜沼中央クリニック 長縄 伸幸 先生
15:00～ 15:15	東海中央病院の退院支援の現状	メディカルサポートセンター 退院支援係 高田 佳代
15:15～ 15:30	東海中央病院からの依頼 (訪問看護指示書・区分変更等)	メディカルサポートセンター 地域連携係 山田 泉
15:30～ 15:45	意見交換	
15:45～ 16:15	新事業所案内	

東海中央病院の退院支援の現状

退院調整状況



入院から退院まで



退院調整加算

第1 基本的な考え方

- 1.効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、**早期の退院を評価**する。
- 2.地域移行を推進するため、病名、入院時の症状、退院後に必要となる診療内容や訪問看護等の在宅療養支援その他必要な事項を地域連携診療計画のように連携医療機関と確認した文書を患者に提供し、説明をした場合については、更に評価を行う。
- 3.**退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の充実を図る。**

第2 具体的な内容

- 1.**入院7日以内に退院困難者の抽出を行うこと**及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

(新) 退院調整加算1

イ	14日以内	340点
ロ	30日以内	150点
ハ	31日以上	50点

退院調整加算 [算定要件]

- ①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料を算定している患者が退院した場合に算定する。
- ②医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で**入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手**していること。
- ③退院困難な要因を有する患者については、**できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い**、関係職種と連携して退院支援計画を作成し、計画に基づき、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行っていること。
- ④退院時共同指導料と同時に算定する場合には、連携医療機関と患者が在宅療養にむけて必要な準備を確認し、患者に対して**文書により情報提供**すること。

スクリーニング項目＝退院困難な要因

入院方法	緊急入院 (救急車、時間外・休日・夜間の救急外来受診)		独居者、家族と疎遠の方(介護者なし)
入院前の場所	介護保険施設	家族の介護力	老老介護、日中独居
	病院		介護する意思がない
病名	悪性腫瘍		家族などが病気・障害を患っている
	誤嚥性肺炎などの急性呼吸器感染症	必要な医療行為	退院後に往診、訪問看護が必要 レスピ・気管切開・吸引・酸素・HD・PEG・補液・褥創
介護保険	介護保険認定あり	経済的不安	保険症なし
	必要な状態だが、未申請		入院費の支払いについて不安の訴えあり
認知症	あり	退院について	在宅で過ごすことに不安を訴えている。
	意思疎通に支障がある		転院を考えている
	繰り返しの説明が必要である		
ADL	入院前に比べてADLの低下が予想される	その他	入退院を繰り返している
	排泄に介助が必要		

→退院調整加算で設定されている退院困難な要因

退院時共同指導料

医療機関と訪問看護ステーションの連携

第1 基本的な考え方

- 1.円滑な地域移行を進めるために、退院時のカンファレンスの開催及び療養上必要な説明・指導など、退院に向けた医療機関と**訪問看護ステーションとの連携**について評価を行う。また、特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価を行う。
- 2.国民の価値観の多様化および在院日数短縮化の中、在宅療養を選択する医療ニーズの高い者が増加している。**入院中から、いかに在宅療養に移行するかが、その後の在宅療養生活に大きく影響することも報告されており、柔軟な対応が可能な訪問看護の仕組みが求められている。**

退院時共同指導料

医療機関と訪問看護ステーションの連携

訪問看護ステーションとの連携の評価医療機関が訪問看護ステーションと入院中に退院時のカンファレンス等を行った場合に、退院時共同指導料2を算定できるようにする。

旧

【退院時共同指導料2】300点
[算定要件]

医師又は看護師等が入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師又は看護師等と共同して行った場合に算定する。

改定

【退院時共同指導料2】300点
[算定要件]

医師又は看護師等が入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師と共同して行った場合に算定する。

退院前カンファレンス

- 目的：①患者や家族の自己決定を支援する
②地域関係機関との情報共有及び問題点・課題の共有化
③入院医療から在宅医療への引継ぎ

主催：退院支援担当者
(医療ソーシャルワーカー・退院調整看護師)

対象患者：①在宅医療へ移行する患者：訪問看護導入・在宅医療導入

- ②ADLが低下し、生活スタイルを再編が必要な場合
③入院前と変化はないが、在宅医療に問題があり調整が必要な場合

開催時：退院の1週間～10日前

参加者：往診医・訪問看護ステーション看護師・ケアマネ
病院主治医・病棟看護師・退院支援担当者

退院前カンファレンス

- カンファレンスでの協議事項
 1. 病状経過、治療方針（医師）
 2. 病棟でのケアの状況、必要な医療行為（NS）
 3. 現在のADL動作、介助が必要な点（NS、リハビリ）
 4. 家族の希望
 5. 退院後に必要とする医療・介護のサービスの検討
 6. 退院目途の確認、外来通院の調整
 7. サービスの開始時期についての確認

退院前カンファレンス

- 退院前カンファレンス時にリハビリ見学や、医療処置の見学を行うこともある
- 必要に応じて、事前に、家族・ケアマネージャーと面談を行い、家屋評価やサービス利用の検討を行う
- 退院前カンファレンス後に、試験外出泊を行うケースもある

介護支援連携指導料

介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、**入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員(ケアマネージャー)と連携し退院後のケアプラン作成につなげることに對する評価を新設。**

介護支援連携指導料 300点(入院中2回)

介護支援連携指導料

[算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定する。

介護支援連携指導料

(注意点)

1回目

介護サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するものである。

ケアマネと面談することが原則。

2回目

実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと。

ケアプランの写しを診療録に添付すること。

東海中央病院からの依頼

主治医への事前連絡のお願い

◆区分変更を行なう場合

市役所申請前に、主治医連絡票等により事前連絡をお願いします。

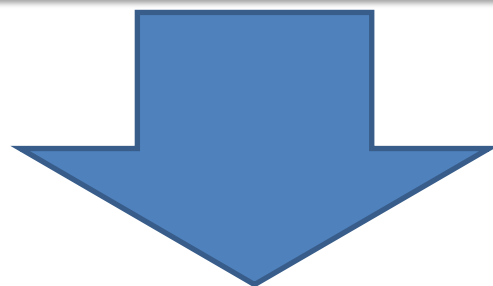
◆訪問看護導入する場合

訪問看護導入には、訪問看護指示書を作成する必要があります。サービス導入前に、主治医への確認をお願いします。導入日や訪問看護ステーション名等の確認をお願いします。

入院時に情報提供が必要な患者像

■ 入院時情報提供書が必要な患者像

- ① 医療行為を行なっている方
- ② がん末期の方
- ③ 往診医がある方
- ④ その他ケアマネが必要と認めた方



退院前カンファレンス実施対象者