

川崎市

入退院調整モデル

(2019年版)

川崎市在宅療養推進協議会

2019年4月

川崎市・入退院調整モデル

趣旨

このモデルは、川崎市内における入退院調整を円滑化するために、川崎市在宅療養推進協議会が作成したものです。

高齢化の進展とともに「病院完結型の医療」から「地域完結型の医療」へと転換が進む中で、病院機能と在宅医療を効果的に活用することによって、住み慣れた地域の中で暮らし続けることができる医療を提供する体制を構築していくことが求められています。そのためには、在宅医療の充実とともに、病院との入退院調整が円滑に行われる必要となりますが、在宅生活を支援する職種や機関が多岐に渡っていることから、多くの関係者・関係機関が共通の認識をもって入退院支援を実施できるよう、入退院調整のモデルを作成することとしました。

活用方法

- このモデルは、病院・在宅医・訪問看護ステーション・ケアマネジャー・地域包括支援センター等が入退院調整の取組を進める上で、基本的な流れや留意すべき事項を把握するとともに、相互に理解し合うために活用することを目的としています。
- 自組織の入退院調整の仕組みの評価・改善や、関係者・関係機関との連携の円滑化を図るために、このモデルを参考としてください。

各病院における入退院調整

- 市内には様々な特性をもった病院が存在していることから、このモデルが全ての病院で運用されることは想定していません。
- 一方で、円滑な入退院調整を行うためには、各病院における入退院調整の担当部署や仕組みについて、関係者・関係機関で情報共有されることが必要です。
- 今後、各病院における入退院調整に関する取組状況について、川崎市及び川崎市在宅療養推進協議会が情報の連携を行い、関係者・関係機関で共有できるようにしていきます。

川崎市・入退院調整モデルの対象者基準

①入院前から介護保険を利用している場合

- 原則として、すべての患者を入退院支援の対象とする。
- ただし、以下の場合は、入院医療機関と担当ケアマネジャーとの間で、入退院支援の必要性を調整するものとする。
 - ・7日以内の一時的な入院
 - ・退院できるめどが立たない
 - ・施設に入所する
 - ・他医療機関に転院する

※担当ケアマネジャーの把握方法

- 原則として、入院医療機関が本人・家族に確認する。
- 担当ケアマネジャーが入院医療機関と入院予定日を把握している場合で、予定日を過ぎて3日以内に入院医療機関から連絡がない場合は、担当ケアマネジャーから入院医療機関に連絡をする。
- 本人・家族から担当ケアマネジャーが確認できない場合は、区役所高齢者支援係または地域包括支援センターに照会する。

②入院前から介護保険を利用していない場合

- 退院が可能と見込まれる患者のうち、退院後も日常生活に支障を来たすような状況が想定される患者を、退院支援の対象とする。
 - 例) 歩行、移動、入浴、食事、排せつ、通院、服薬、医療的ケア等
- 以下の要因がある場合には、退院支援の必要性について、特に留意する。
 - ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
 - ・緊急入院であること
 - ・要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること
 - ・家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
 - ・生活困窮者であること
 - ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること。)
 - ・排せつに介助を要すること
 - ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
 - ・退院後に医療処置(胃ろう等の経管栄養法を含む。)が必要なこと
 - ・入退院を繰り返していること

川崎市・入退院調整モデル

	入院時・入院早期 (入院後3日以内)	入院中	退院前 (少なくとも退院前5日前から ※土日祝日に留意)	退院	退院後
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ○本人・家族がどのように病状を受け止めているかを確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院予定期間の説明と退院後の意向について確認 ○介護保険の申請支援 (要介護認定を受けていない場合) 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院に向けた説明と本人・家族の意向の再確認 ○療養先の選択 在宅→必要なサービスの選択 医療処置の指導 (施設→入所先の選択) (病院→転院先の選択) 		<ul style="list-style-type: none"> ○本人・家族の状況を確認 ○医療処置等のフォローアップ
入院医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ○かかりつけ医・通院状況等の確認 ○医療処置・服用薬の確認 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">退院調整スクリーニングシート</div>	<ul style="list-style-type: none"> ○退院後の課題の抽出 ○退院後の在宅医療の必要性について検討 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">退院前カンファレンスシート (看護サマリー等)</div>	<ul style="list-style-type: none"> ○継続する医療管理・医療処置の確認と在宅での方法の検討 ○かかりつけ医・訪問看護等と在宅医療の方法について調整 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">退院前カンファレンスの開催 ○在宅における支援内容の共有 ○キーパーソンの決定 ○情報共有・連携方法の確認 ○急変時の対応方針の確認 ※退院2週間後を見据えて調整</div>		<ul style="list-style-type: none"> ○退院後の状況の評価 ○再入院の必要性や急変の予兆を確認
在宅支援機関	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">入院時情報提供書</div> <ul style="list-style-type: none"> ○生活状況の確認 ○担当ケアマネジャーの確認 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院時期と退院後の課題を共有 ○退院後の支援内容を検討 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院日時の連絡・共有 ○退院後の介護サービスの調整・住宅環境の整備 ○家族への支援体制の確保 (地域包括支援センター等と連携) 		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">生活状況をフィードバック ※退院2週間を目途に実施</div> <ul style="list-style-type: none"> ○サービス担当者会議を開催 →退院後の生活状況をモニタリング

川崎市・入退院調整モデル《支援連携フロー》 ①ケアマネジャーあり

	入院時・入院早期	入院中	退院決定	退院前・退院時
在宅医・訪看ST	療養情報提供加算 50単位 訪問看護情報提供療養費3 1,500円 訪問看護情報提供書 (看護サマリー)			○退院後の在宅療養に関する説明 退院時共同指導料1 在支診 1,500点、それ以外900点 退院時共同指導加算 医療・8,000円、介護600単位
入院医療機関	○在宅医・担当訪問看護STの確認 ○担当ケアマネジャーの確認	○退院支援計画書の作成に着手 (7日以内) 入退院支援加算1 入退院支援加算2 一般 600点 一般 190点 療養 1,200点 療養 635点	○退院期日の決定 ○退院前カンファレンスを開催 ○退院計画を作成 介護支援連携指導料 初回 400点 2回目 400点	共同指導の実施 ○在宅医・訪問看護STと情報連携 退院時共同指導料2 400点 在宅医が参加 300点加算 3者以上が共同指導 2,000点加算
ケアマネジャー	入院時情報提供書 入院時情報連携加算 (I)200単位 3日以内 (II)100単位 7日以内 ※在宅医・訪問看護STに連絡	入院期間を連絡 退院調整を実施	退院期日を連絡 ○ケアプランの作成とサービス調整	○退院情報記録書の作成 退院・退所加算 カンファレンス有 連携1回 600単位 連携2回 750単位 連携3回 900単位 カンファレンス無 連携1回 450単位 連携2回 600単位

* 訪問看護情報提供療養費3の要件
 主治医が訪看STから提供された情報を併せて入院医療機関等に情報提供を行う

* 入退院支援加算1の要件
 ・入院後3日以内に退院困難患者を抽出
 ・入院後7日以内に患者・家族との面談と多職種協働カンファレンスを実施

川崎市・入退院調整モデル《支援連携フロー》 ②ケアマネジャーなし

	入院時・入院早期	入院中	退院決定	退院前・退院時
在宅医・訪看ST				○退院後の在宅療養に関する説明 退院時共同指導料1 在宅診 1,500点、それ以外900点 退院時共同指導加算 医療・8,000円、介護600単位
入院医療機関	○介護保険を利用していないことを確認 ○退院支援の必要性を検討	○退院支援計画書の作成に着手(7日以内) 入退院支援加算1 入退院支援加算2 一般 600点 一般 190点 療養 1,200点 療養 635点 地域包括支援C (7日前までに) ※土日祝日に留意 カンファレンス開催を連絡 退院調整を実施	○退院期日の決定 ○退院前カンファレンスを開催 ○退院計画を作成 介護支援連携指導料 初回 400点 2回目 400点 退院期日を連絡 (5日前までに) ※土日祝日に留意 要支援・・・地域包括支援C 要介護・・・ケアマネジャー	共同指導の実施 ○在宅医・訪問看護STと情報連携 退院時共同指導料2 400点 在宅医が参加 300点加算 3者以上が共同指導 2,000点加算
地域包括支援センター ケアマネジャー		○本人・家族の情報を収集 ○介護保険の利用意向を確認 ○要介護認定の申請 ⇒要介護と認定された場合は、ケアマネジャーを紹介	○ケアプランの作成とサービス調整	○退院情報記録書の作成 退院・退所加算 カンファレンス有 連携1回 600単位 連携2回 750単位 連携3回 900単位 カンファレンス無 連携1回 450単位 連携2回 600単位

* 入退院支援加算1の要件

- ・入院後3日以内に退院困難患者を抽出
- ・入院後7日以内に患者・家族との面談と多職種協働カンファレンスを実施