

練馬区入退院連携ガイドライン改訂

目次

1. 入退院連携における課題
2. ヒアリング・アンケートから得られた示唆まとめ
3. ガイドラインの改訂箇所
4. その他追加事項
5. 今後について

入退院連携における課題

- 昨年度までの調査より判明した入退院連携に関わる内容から、より活用しやすい入退院連携ガイドラインとするべく、最新情報へのアップデートに加え、デザインの修正や現ガイドラインでは不足している内容の追加を検討する

調査等から判明した入退院連携に関わる内容サマリ

	ガイドライン	その他
現状	<ul style="list-style-type: none">● 本ガイドラインは、各病院の入退院フローを病院外職種を含めて可視化したものであり、<u>連携にあたっての留意点や授受する情報の内容に関しての言及は殆どない。</u>● ケアマネ対象アンケートより、ガイドライン自体の認知度は高いが、<u>内容が複雑、理解が困難、実情とは異なる等の意見あり。</u>● 令和3年度に設立された医療連携・在宅医療サポートセンターの記載がない。	<ul style="list-style-type: none">● 医療介護資源調査の結果で、<u>入院時の情報共有について不足もしくは提供がない</u>と考えている層が一定以上の割合（3病院/8病院）を占めている。また定性ヒアリングにおいても退院時の情報共有不足についての話がでている。● 定性ヒアリングの中で、退院時の病院からの情報に関して、<u>在宅側の理解との齟齬がある</u>との話があった。
課題	<ul style="list-style-type: none">● 入退院連携における本ガイドラインの位置づけ・果たすべき役割の再定義の必要性● ガイドラインの内容が複雑で活用しにくいという可能性	<ul style="list-style-type: none">● 情報共有の内容に関する情報量不足、あるいは情報理解の齟齬の存在
対策	<ul style="list-style-type: none">● ガイドラインを最新情報へアップデート● ガイドライン記載内容の追加の検討● ガイドラインのデザインや表記方法の変更	<ul style="list-style-type: none">● ガイドラインによる情報ニーズの共有に関わる項目の追加検討

ヒアリング・アンケートから得られた示唆まとめ

【ヒアリング・アンケートからの意見】

- ◆ 色合いや表記方法等からくる**視認性の悪さ**に関するコメントがあった。
- ◆ ケアマネジャーと病院間の情報共有では、**入院時連携シート以外のシート利用や電話等を利用しての情報共有を行う**こともあるとのコメントがあった。
- ◆ ケアマネジャーが、**自身がどのような行動すればよいか**が分かりづらいとのコメントがあった。

【対応内容】

- ◆ **デザイン面を大きく修正**
- ◆ 表記内容を「どのように共有するか」ではなく「何を共有するか」に、よりフォーカスを当てた表記に変更
- ◆ **能動的に動く必要がある場面と、受動的に動く場面を分けて表記**

ガイドライン改訂：表紙デザイン

- さまざまな医療・介護関係者が関わっており、その関係者たちがそれぞれがさまざまな方向を向いている状況を、こちらのガイドラインでまとめていく（連携していく）様子をイメージして、デザインをしています。



ガイドライン改訂：概要版の新旧比較

現行版

	練馬総合病院	練馬光が丘病院	順天堂大学医学部 附属練馬病院
連携窓口	地域連携室 TEL:03-5988-2309 FAX:03-5988-2292	地域連携相談センター TEL:03-3979-3611 FAX:03-3979-3860	地域医療連携室 TEL:03-5923-3111 FAX:03-5923-3226
連携上の留意点	-	-	-
入院前	入院先医療機関にCMの名前を伝えてもらうよう患者(または家族)に依頼し、「医療・介護連携シート」にもCMの名前を記入します。		
入院連絡	-	-	-
入院時の情報提供 (入院時連携シート: P.60参照)	病棟Ns.に手渡し、または連携窓口へ持参もしくはFAXで提供します。		病棟Ns.へ手渡し(口頭で情報共有したい場合は前日までに病棟へ電話連絡)、または連携窓口へ郵送・FAXで提出します。
病状説明・退院時期の連絡	退院時期の目途がついた時点で利用者(家族)に説明があります。CMIは利用者(家族)から情報を得ます。		-
介護支援連携指導	患者・家族が必要だと判断した場合にCMが参加します。	状況によりMSWまたは患者からCMIに開催の連絡があります。	必要に応じて、入院時の情報提供時に実施されます。
家庭調査	-	連絡がついた場合は、CMも参加します。	-
退院前カンファの調査	DrまたはCMの要請で開催します。介護サービス事業者の日程調整はCMが行います。	病棟Ns.から開催の連絡がCMIにあります。在宅側事業者の日程調整はCMが行います。	退院支援Ns.からCMIに開催の連絡があります。
退院前カンファレンス	議事録は提供されないので、CMIは在宅側の事業者へ共有すべきことをメモします。		退院時共同指導実施記録、退院時共同指導実施記録もしくは介護支援実施記録が退院前カンファ参加者に提供されます。
退院前カンファレンスの内容共有	CMが中心となって在宅側の事業者へ情報を共有します。		
転院時	病院からの連絡はないので、利用者・家族に伝えてもらうように、CMIは依頼します。	必要時には病院からCMIに連絡があります。	転院時は病院からCMIに連絡があります。
その他	-	-	-

改訂版

入院退院連携ガイドライン概要版		大泉生協病院		大泉病院
病院名		急性期	地ケア	精神入院 精放、精急
連携窓口		地域連携室 (代表) TEL:03-5387-9111 FAX:03-5387-3326		医師相談科 TEL:03-3924-2111 FAX:03-3924-3389
連携上の留意点		-		・精神科病院です ・医療保険入院時には、家族等の同意が必須です
該当ページ		P.9	P.11	P.13
入院前準備	患者への必要事項案内	○	○	-
スクリーニング 情報収集	患者入院時の病院への情報提供	○	○	-
	退院時期・病状の説明時の同席・情報共有	▲	▲	-
在宅療養 環境整備	退院前カンファレンス 前の介護支援連携指導	△	-	-
	自宅環境調査 (家屋調査等)	-	○	-
	退院前カンファレンスの参加者調整	○	○	△
情報共有	退院前カンファレンス	●	●	▲
	退院時の病院からの情報共有	●	●	-
転院時	病院からの連絡はないので、利用者・家族に伝えてもらうように、ケアマネジャーは依頼します	退院前カンファレンス時に、病院から転院の連絡があります。		-
その他	退院後にケアマネジャーはケアプランの写しを患者へ提出します(病院の介護支援等連携指導料算定に必要です)	-		-

○：実施、△：必要時に実施、●：参加/情報の入手、▲：必要時に参加/情報の入手

ガイドライン改訂：概要版の改訂箇所

- 文字を極力減らし、より感覚的に理解できる表記としています。

改訂箇所

病院名		大泉生協病院		大泉病院	
1	病床の種類	急性期	地ケア	精神入院 精致、精急	
	連携窓口	地域連携室 (代表) TEL：03-5387-3111 FAX：03-5387-3326		医師相談科 TEL：03-3924-2111 FAX：03-3924-3389	
	連携上の留意点			・精神科病院です ・医師保証入院時には、家族等の同意が必須です	
2	該当ページ	P.6	P.11	P.12	
3	入院前準備	患者への 必要事項案内	○	○	-
	スクリーニング 情報収集	患者入院時の 病院への情報提供	○	○	-
退院時期・病状の 説明時の 同席・情報共有		▲	▲	-	
在宅療養 環境整備	退院前カンファレンス 前の 介護支援連携指導	△	-	-	
	自宅環境調査 (家屋調査等)	-	○	-	
	退院前カンファレンスの 参加者調整	○	○	△	
情報共有	退院前カンファレンス	●	●	▲	
	退院時の病院から の情報共有	●	●	-	
	転院時	病院からの連絡はないので、利用者・家族に伝えてもらうように、ケアマネジャーは依頼します	退院前カンファレンス時に、病院から転院の連絡があります。	-	
	その他	退院後にケアマネジャーはケアプランの写しを医事課へ提出します(病院の介護支援等連携指導料算定に必要です)	-	-	

○：実施、△：必要時に実施、●：参加/情報の入手、▲：必要時に参加/情報の入手

1

- 病院の特徴を、病棟の種類で表現

2

- 入退院の流れを詳細版と項目名を合わせた表記

3

- 文字での説明ではなく、記号での表記とし、視認性を向上
- 白抜きの記号は自身で能動的なアクションを必要とする事項、黒塗りの記号は受動的なアクションと、一目で自身がどうすれば良いかをわかりやすく表記

ガイドライン改訂：各病院詳細版の改訂箇所

- デザインを統一し、ソフトな色合いに変更しています。

改訂箇所

1

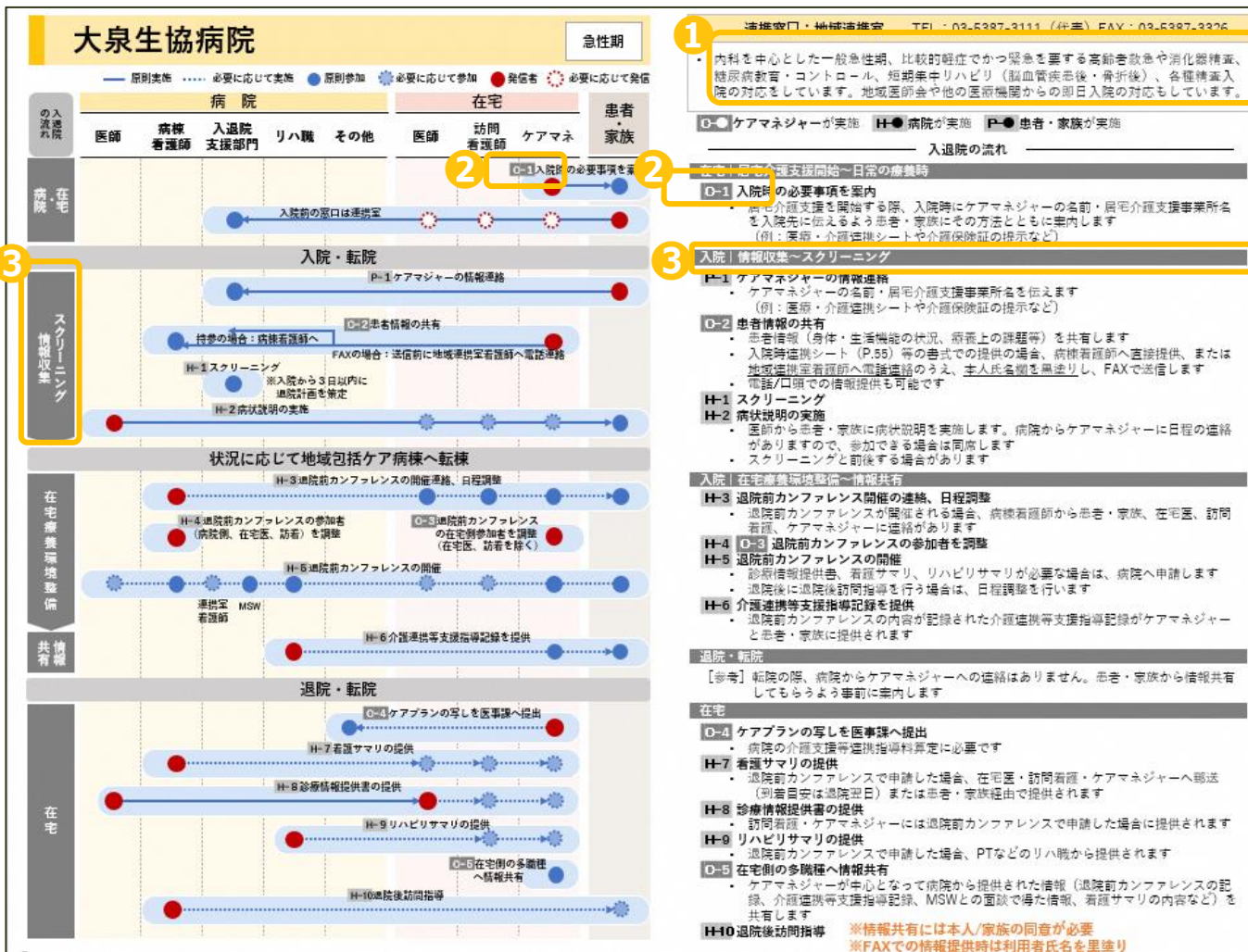
- 病院の特徴や問い合わせの際の留意点を記載

2

- 各項目について、通し番号ではなく、実施担当別の連番に変更。

3

- 「入院の流れ」の区分を減らし、大きなまとまりに統合
- 右ページに各項目の詳細を記載する形に変更



その他追加事項 退院・退所情報記録書

- 改訂版には厚生労働省作成の「退院・退所情報記録書」を追加しました。

退院・退所情報記録書			
1. 基本情報・現在の状態等		記入日： 年 月 日	
① 属性	フリガナ	性別	年齢
	氏名	様 男・女	歳
② 入院(所)	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更)		
③ 概要	□要支援()・要介護() □申請中 □なし		
④ 入院(所)概要	入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日		
⑤ ① ② ③	入院原因疾患 (入所目的等)		
④	入院・入所先	施設名	棟 室
⑤	今後の医学管理	医療機関名：	方法 □通院 □訪問診療
⑥	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況 *番号記入 安定() 不安定()
⑦	移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他()	
⑧	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ □カテーテル・パOUCH ()	
⑨	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず	
⑩	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他() UDF等の食形態区分	
⑪	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)	義歯 □なし □あり(部分・総)
⑫	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良	入院(所)中の使用： □なし □あり
⑬	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助	
⑭	睡眠	□良好 □不良()	服薬使用 □なし □あり
⑮	認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他()	
⑯	受け止め/意向	本人への病名告知： □あり □なし	
⑰		<本人> 病氣、障害、後遺症等の受け止め方	
⑱		<本人> 退院後の生活に関する意向	
⑲		<家族> 病氣、障害、後遺症等の受け止め方	
⑳		<家族> 退院後の生活に関する意向	
2. 課題認識のための情報			
㉑	医療処置の内容	□なし □点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿管カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射() □その他()	
㉒	看護の視点	□なし □血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア □血糖コントロール □排便 □皮膚状態 □睡眠 □認知機能・精神面 □服薬指導 □療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排洩 などにおける指導) □ターミナル □その他()	
㉓	リハビリの視点	□なし □本人指導 □家族指導 □関節可動域練習(HiFi含む) □筋力増強練習 □バランス練習 □麻痺・筋緊張改善練習 □起居/立位等基本動作練習 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) □IADL練習(買い物、調理等) □疼痛管理(痛みコントロール) □更生器具・福祉用具等管理 □運動耐容能練習 □地域活動支援 □社会参加支援 □就労支援 □その他()	
㉔	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)
㉕	症状・病状の予後・予測	□なし □あり	
㉖	退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	例)医療機関からの見立て・意見(今後の見直し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、長くなくて又は伸びていく方向なのか)等について、①療養上入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。	
㉗	在宅復帰のために整えなければならない要件		
㉘	回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)
㉙	1	年 月 日	会議出席
㉚	2	年 月 日	無・有
㉛	3	年 月 日	無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。


その他追加事項 医療連携・在宅医療サポートセンターのご紹介

- よりスムーズな入退院連携を実現するためのひとつの選択肢として、医療連携・在宅医療サポートセンターの紹介ページを追加しました。



練馬区医師会
医療連携・在宅医療サポートセンターのご紹介

練馬区医師会が実施している「**医療連携・在宅医療に関する総合窓口**」です。

**医療連携や在宅医療についてお困りのことがあれば、
なんでもお気軽にご連絡ください。**

<p>① 区民などのお困りごと</p> <p>家の近くで、かかりつけ医や訪問診療をしてくれる先生を探したい</p> 	<p>② 退院調整をする医療機関のお困りごと</p> <p>入院中の患者さんを在宅に帰したい 訪問診療の医師を探してほしい</p> 	<p>③ 訪問診療をしている医療機関のお困りごと</p> <p>在宅の患者さんの病院への入院や他科受診を調整したい</p> 
--	---	--

 **医療連携・在宅医療サポートセンター**

<p>かかりつけ医・在宅医療の対応が可能な医療機関の情報提供</p> <p><small>※医療機関からの相談時には、各医療機関との調整も可能です</small></p>  かかりつけ医・在宅医	<p>入院医療機関の調整など</p>  在宅医療後方支援病床 確保協力医療機関
---	--

練馬区医師会医療連携・在宅医療サポートセンター

〒177-8508 東京都練馬区高野台2-23-20 TEL : 03-3997-0121 FAX : 03-3997-7511 E-mail : iryou@nerima-med.or.jp	【相談受付時間】 平日 9:00~17:00 土曜 9:00~12:00 ※日曜・祝日・年末年始はお休みです。
---	--

※相談はすべて無料です。
※相談に関する内容は秘密が厳守されますのでお気軽にご相談ください。

今後について

- 診療報酬・介護報酬ページは、別紙で添付
- 発行は令和6年3月、配布は令和6年4月から実施
- 配布先は、地域包括支援センター、区内病院、居宅介護支援事業所を予定
- 来年度以降は、年1回（12月頃）各病院に修正依頼を行い、適宜更新
区ホームページにて公開
※冊子版の発行は今年度で終了、WEB版を更新
※更新した際は、各関係機関へ案内文にて周知