
退院連携推進事業中間報告書

平成 30 年 1 月
練馬区

はじめに

医療の進歩に伴い入院治療に要する期間が短くなり、早期の退院が可能になってきました。区民の皆様が退院後、スムーズに在宅に移行するためには、入院中の短い時間の中で連携を図ることが重要です。そのためには、病院から在宅への多職種との連携が必要です。

区では、平成 27 年度から区内の 4 つの急性期病院の退院連携について、それぞれの病院の現状と課題について病院の連携担当者および在宅サービスを担う医師や看護師、ケアマネジャーと意見交換を行い、課題解決の施策について検討を行ってきました。

この中間報告書は、これまでの議論と、課題解決に向けた施策についてまとめたものです。課題解決に向けた施策では、病院ごとの連携のガイドラインを作成し、連携のあり方についてまとめています。

今後は、ガイドラインを関係者へ周知し、活用を促進するとともに、その活用と効果について検証を進めてまいります。

練馬区

目 次

はじめに	2
第1章 事業概要	4
第2章 事業の結果	7
第3章 ガイドライン	15
参考資料 各病院の意見交換会のまとめ	43
練馬総合病院.....	44
練馬光が丘病院	59
順天堂大学附属練馬病院.....	72
大泉生協病院.....	86

第1章 事業概要

1. 背景

現在、医療の進歩に伴い入院治療に要する期間が短くなり、早期の退院ができるようになってきました。また、在宅医療や介護サービスも充実し、多くの区民が在宅療養生活を選択できるようになってきました。区民が退院後、スムーズに在宅に移行するためには、病院から在宅への多職種との連携が必要であり、入院中の短い時間の中で連携を図ることが重要となっています。

2. 目的

退院連携推進事業は、退院連携の現状と課題を明らかにし、課題解決のための施策の策定・実施および検証を行い、退院から在宅療養への移行を円滑にすることを目的としています。

3. 事業の構成

本事業では練馬区の4つの地区（練馬、光が丘、石神井、大泉）からそれぞれ病床数の多い急性期病院を選択し、病院ごとに意見交換会を開催しました。（表1）

表1 地区ごとの事業対象病院

地区	病院名
練馬	練馬総合病院
光が丘	練馬光が丘病院
石神井	順天堂大学医学部附属練馬病院
大泉	大泉生協病院

本事業は、4つのステップで構成し、平成27年度から平成30年度の4か年に渡り、実施しています。

ステップ1（平成27年度）：

平成27年度は、各病院の現状を把握することを目的として、事前ヒアリング・アンケート調査を行いました。

ステップ2（平成28年度）：

平成28年度、平成29年度は事前調査結果をもとに、病院と在宅サービスの多職種で意見交換会を開催し、退院連携の課題を抽出しました。

ステップ3（平成29年度）：

病院ごとに抽出された課題に対する解決の方向性を検討しました。

ステップ4（平成30年度）：

平成30年度以降、課題解決のための施策を実施し効果を検証します。

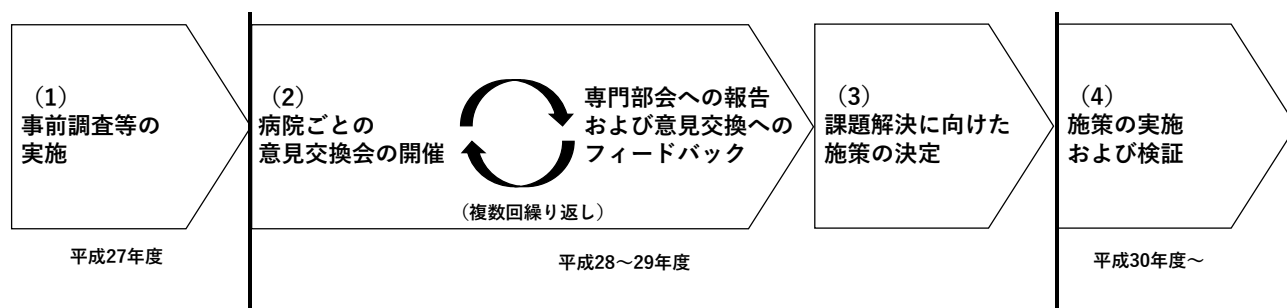


図1 退院連携推進事業のスケジュール

第2章 事業の結果

1. ステップ1 事前調査

事前調査は、退院に関する現状および退院調整に関する連携上の課題等を把握するために、対象病院の平均在院日数、在宅復帰率等の基礎データ（表2）を収集したほか、在宅への移行に関わる病院スタッフ（病棟看護師、MSW）へのヒアリング調査（表3）、および在宅サービスの多職種（在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー）へのアンケート調査を実施しました。

(1) 病院の基礎情報

病院の基礎情報から、平均在院日数が最も短い病院は順天堂大学附属練馬病院の10.82日であり、在宅復帰率が最も高いのは練馬光が丘病院の95.6%でした。

表2 事業対象病院の基礎情報

病院名	練馬総合病院	練馬光が丘病院	順天堂大学附属 練馬病院	大泉生協病院
病床数 ¹	224床 (急性期224床)	342床 (高度急性期6床、 急性期336床)	400床 (高度急性期10床、 急性期390床)	94床 (急性期47床、 回復期47床)
在棟患者延べ数 ¹ (年間)	70,048人	93,796人	144,401人	33,357人
新規入院患者数 ¹ (年間)	6,143人	8,807人	14,609人	1,834人
平均在院日数 ²	12.15日	12.44日	10.82日	12.63日
在宅復帰率 ¹	86.2%	95.6%	95.3%	67.8% (急性期:57.8%、 回復期:84.9%)
そのほか	在宅療養後方支援病院 ³ の届出 ¹			在宅療養支援病院 ⁴ の届出 ¹

¹ 東京都福祉保健局「平成28年度病床機能報告」

² 厚生労働省「平成27年度DPC公開データ」

³ 在宅医療を受けている患者の急変時に備え、緊急入院を受け入れるための病床を確保している病院

⁴ 24時間往診が可能な体制を確保し、また訪問看護ステーションとの連携により24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保している病院

第2章 事業の結果

(2) 病院への事前ヒアリングおよび在宅サービス多職種へのアンケート

病院への事前ヒアリングと在宅サービスの多職種事前アンケートでは、5つのテーマについて問題が挙がりました。

退院に向けての情報共有・連携機会では、病院（主に病棟スタッフ）の退院連携のスキルが十分でないことや、退院前カンファレンスに、関係者の全員が参加できず、情報が共有しにくい等の意見が出されました。

情報共有に関する書類では、ケアマネジャーから、介護保険を利用している方が入院した時に、利用者の今までの生活状況等の情報を、いつ、どのように提供したらよいか分からないとの意見が出されました。これは、アンケート調査した全てのケアマネジャーが問題として感じていました。

その他、在宅療養環境の整備・調整では、本人や家族の在宅生活等への希望の把握の困難さや、家族支援の難しさが挙げられました（表5）。

表3 事前ヒアリングの実施概要

病院名	地区	実施日	被面談者（職種）
練馬総合病院	練馬	平成28年3月8日	メディカル・ソーシャル・ワーカー (MSW)
練馬光が丘病院	光が丘	平成28年3月8日	MSW 2名
順天堂大学 医学部附属練馬病院	石神井	平成28年3月22日	看護師
大泉生協病院	大泉	平成28年3月15日	看護師

表4 退院連携に係わる在宅サービス多職種へのアンケートの実施概要

実施日	対象
平成28年 3～4月	各地区から以下の事業所/機関を対象にそれぞれ2か所ずつ抽出し実施した。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養支援診療所 : 2診療所×4病院 ・ 訪問看護ステーション : 2事業所×4病院 ・ 居宅介護支援事業所 : 2事業所×4病院

表5 挙げられた主な問題

テーマ	問題点	病院名			
		練馬総合病院	練馬光が丘病院	順天堂大学附属 練馬病院	大泉生協病院
①退院に向けての情報共有・連携機会					
	退院連携のスキルが十分でない病院のスタッフがいる	○	○	○	○
	予定が合わず退院前カンファレンスへの全関係者の出席が難しい	○	○	○	—
	患者・家族の退院への意向確認が難しい	○	○	○	○
②情報提供書類					
	ケアマネジャーから病院に、いつ、どのように情報提供すればいいかわからない	○	○	○	○
③在宅療養環境の整備・調整					
	患者家族の考え、希望の把握が難しい	○	○	○	○
	在宅移行に向けた家族の支援が難しい	○	○	○	—
	ケアマネジャーと病院との連携が難しい	○	○	○	○
④介護保険等の知識・情報					
	介護保険等の知識が不十分	—	—	○	○
⑤地域交流・学習の機会					
	開催頻度や内容をどのぐらいにすればいいのかわからない	—	○	○	○

2. ステップ2 課題の抽出

事前調査の結果を踏まえて、病院から在宅への移行に関わる多職種で各病院の現状や課題について3回にわたり意見交換会を行い、第1回と第2回では、退院連携の現状と課題について意見交換を行い、第3回では課題解決について検討を行いました。(表6)。意見交換会のメンバーは、対象4病院の医師・医療連携担当者、病院と連携実績のある在宅サービスの訪問医・訪問看護師・ケアマネジャーを構成員(表7)としました。

表6 意見交換会の内容

実施回	時期	内容
第1回	平成28年6～7月	病院の基礎データ、ヒアリング調査結果、アンケート調査結果等をもとに、各病院の退院連携の現状等を共有する。
第2回	平成28年10～11月	各病院における退院連携の現状と課題について明らかにする。
第3回	平成29年4～5月	明らかになった課題をカテゴリー化し優先順位をつける。また、各課題に対する解決施策案について検討する。

表7 意見交換会の参加者

病院名	参加者
練馬総合病院	病院医師、MSW、病棟看護師、在宅医(2名)、訪問看護師(2名)、ケアマネジャー(2名)、高齢者総合相談センター(2名)
練馬光が丘病院	病院医師、MSW、病棟看護師、在宅医(2名)、訪問看護師(2名)、ケアマネジャー(2名)、高齢者総合相談センター(2名)
順天堂大学附属練馬病院	病院医師、在宅支援専門看護師、病棟看護師、在宅医、診療所相談員、訪問看護師(2名)、ケアマネジャー(2名)、高齢者総合相談センター(2名)
大泉生協病院	病院医師、管理師長、病棟看護師、在宅医(2名)、訪問看護師(2名)、ケアマネジャー(2名)、高齢者総合相談センター(2名)

課題抽出では4つの病院にほぼ共通して、①病院とケアマネジャーとの連携を図るための病院窓口の明確化、②ケアマネジャーが病院に提供する患者（利用者）情報提供書の統一化（医療連携加算情報提供書の作成）、③病院とケアマネジャーの情報共有のタイミングの明確化、④退院前カンファレンス議事録の共有化、⑤診療情報提供書と看護サマリの在宅サービス関係者での共有の5つの課題が挙げられました（表8）。

表8 退院連携の現状と課題

病院名	現状	課題
練馬総合病院	<ul style="list-style-type: none"> 多職種で共有できる仕組みが少ない 退院前カンファレンスに関係者全員が集まるのが難しい 書類の提出窓口がわかりづらい 退院時の情報共有をする仕組みがない 入院中の家族との意向確認の記録等がない 居宅介護支援事業所からの情報提供書のフォーマットがない 家族の協力・理解を得ることが十分でない 高齢者相談センターが持つ資源情報が公開されておらず効率的でない 様々な職種が主導する勉強会が不足している レスパイト事業の周知と活用が十分でない 	<ul style="list-style-type: none"> 病院窓口の明確化 在宅サービスのゲートキーパーを決め、情報の集約化 医療連携加算情報提供書の共通様式の作成 医療連携加算情報提供書の提出窓口とタイミングの明確化 診療情報提供書・看護サマリを在宅サービスの多職種で共有 患者（利用者）家族の在宅療養に対する理解の促進 患者（利用者）家族の特徴の把握 病院と介護老人保健施設、在宅サービスの多職種連携 医療保険等の学習の場
練馬光が丘病院	<ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンス議事録が共有されない 認知症等のある患者（利用者）であるのに、退院時にケアマネジャーに情報が提供されないことがある 医療連携加算情報提供書が定着していない 訪問看護事業所が診療情報提供書の情報を共有できない 病院に退院支援のチームがない 退院連携に関する病院看護師のスキルが足りていない 様々な職種が主導する勉強会が不足している 連携が不十分な事業所がある 	<ul style="list-style-type: none"> 病院連携窓口の明確化 退院前カンファレンス議事録の共有 医療連携加算情報提供書の提出窓口とタイミングの明確化 ケアマネジャーや訪問看護事業所での診療情報提供書の情報共有 病院に退院支援のチームの設置 退院連携に関する病院看護師のスキルを高める機会 病院医師からの訪問看護師辞書の発行手続きを簡素化 介護老人保健施設ごとの受け入れ条件の情報 連携が不十分な事業所と連携する必要がある

第2章 事業の結果

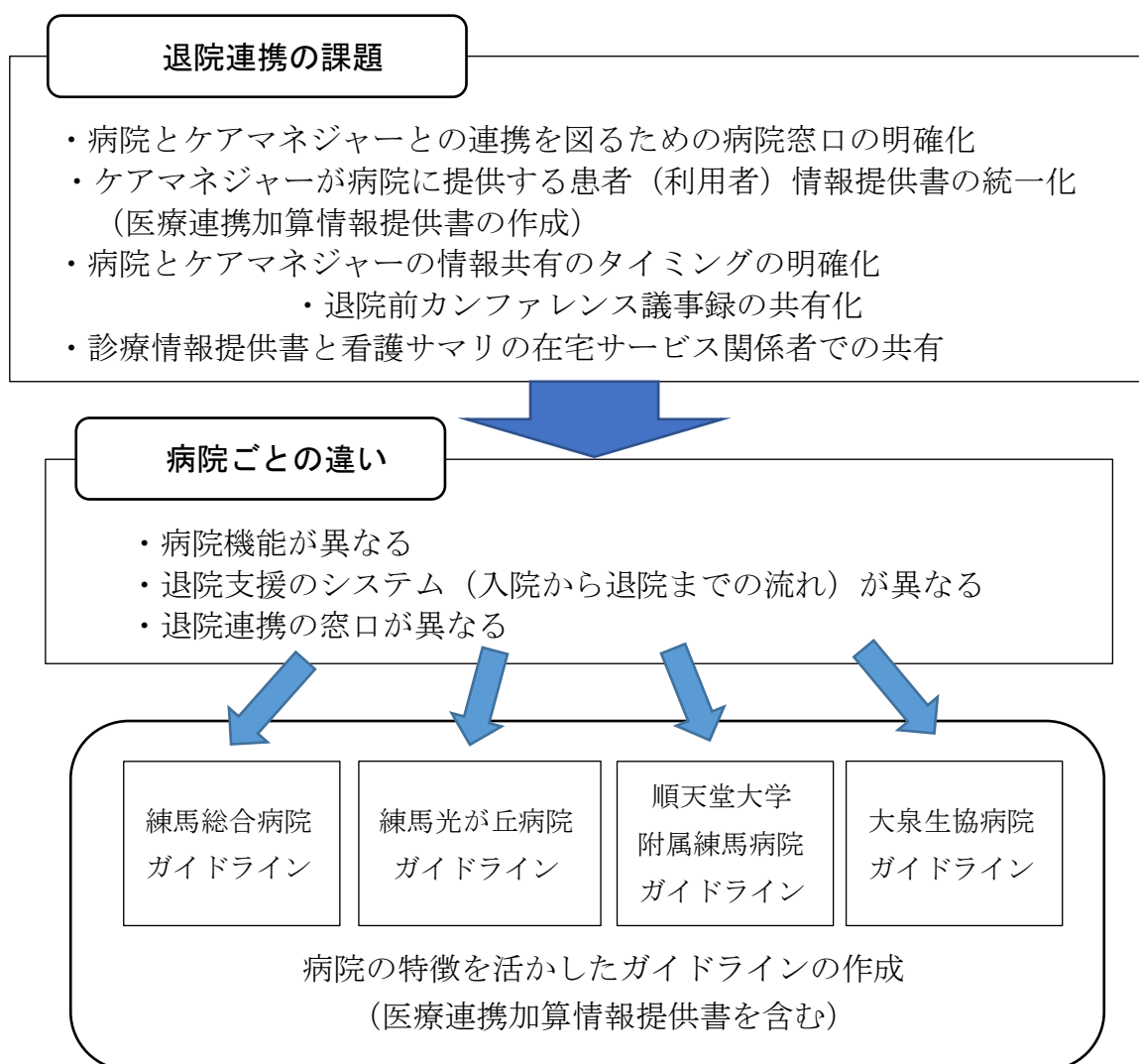
病院名	現状	課題
<p style="text-align: center;">順天堂大学 附属練馬病院</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平均在院日数が短く、短期で連携を勧めなければならない ・ 介護保険利用者が入院した時は、担当ケアマネジャーに連絡が欲しい ・ 病院の連携窓口やタイミングが分からない ・ ケアマネジャーと病院との連携がうまくいっていない（突然の来訪や電話では情報提供はできない） ・ ケアマネジャーからの情報提供書の書式がない ・ 入院直後から在宅療養についての説明が患者（利用者）にされていない ・ 地域の診療所の対応可能な疾患等の情報を得る手段がない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院連携窓口の明確化 ・ 入院時に担当ケアマネジャーが分かる仕組み ・ 病棟看護師との連携のため、入院病棟を知るための手続きの簡素化 ・ 病院とケアマネジャーが入院直後から円滑に情報共有できる仕組み ・ 退院前カンファレンス議事録の共有 ・ 医療連携加算情報提供書の共通様式の作成 ・ 医療連携加算情報提供書の提出窓口とタイミングの明確化 ・ 患者（利用者）家族の在宅療養に対する理解促進
<p style="text-align: center;">大泉生協病院</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の連携窓口が分かりにくい ・ 退院前カンファレンス議事録を共有して欲しい ・ 複数の医療機関を受診している患者（利用者）の情報を共有するシステムが欲しい ・ 医療連携加算情報提供書の提出窓口が分からない ・ 退院前に決定したことが、退院後に覆ることがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院連携窓口の明確化 ・ 退院前カンファレンス議事録の共有 ・ 医療連携加算情報提供書の提出窓口とタイミングの明確化 ・ 医療連携加算情報提供書の共通様式の作成 ・ 診療情報提供書・看護サマリの在宅サービスの多職種での共有 ・ 環境整備に向けた多職種での情報共有

3. ステップ3 課題の解決に向けた施策

意見交換では、4つの病院に共通した5つの課題に対し、解決策について検討を行いました。その中で、病院ごとに機能や入院期間、退院連携のシステムが異なることが明らかとなりました。

そこで、病院ごとに入院から退院までの流れを中心に、連携の方法などを盛り込んだガイドラインを作成し、見える化を行うことで、退院連携が円滑に行えるようになることを図ることとなりました。

また、ケアマネジャーが病院に提供する患者（利用者）情報についても、病院が必要とする情報が病院ごとに異なるため、それぞれの病院に対応する医療連携加算情報提供書を作成することとなりました。医療連携加算情報提供書の作成にあたっては、作成するケアマネジャーの負担を軽減するため、必要最小限の情報に留まるよう配慮し、ガイドラインに盛り込みました。



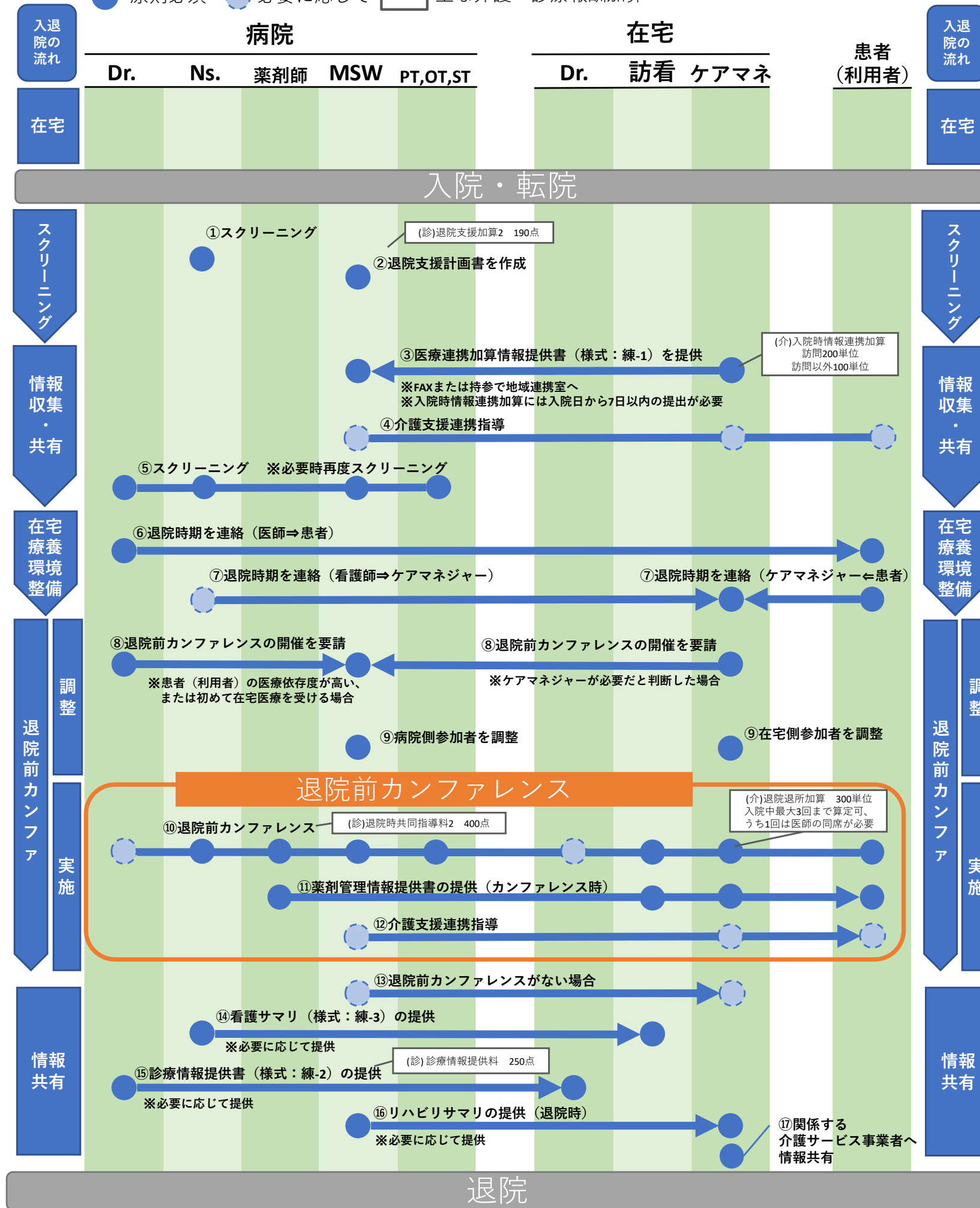
第3章 ガイドライン

退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

練馬総合病院

病院の連携窓口：地域連携室
TEL・FAX: 03-5988-2309

● 原則必須 ● 必要に応じて □ 主な介護・診療報酬加算



※病院ごとの特徴的な箇所は**太字**になっています

③担当ケアマネジャーは、患者（利用者）が病院へ入院した際は、できるだけ早い時期に「医療連携加算情報提供書（様式：練-1）」を地域連携室へ持参またはFAXで提出します。入院時情報連携加算には、入院日から**7日以内**に地域連携室に提出する必要があります。

⑥⑦病院医師から退院時期を知らされたら患者（利用者）はケアマネジャーに連絡をします。ケアマネジャーは、退院時期が分かたら連絡をするように事前に患者（利用者）に伝えておきます。

⑧退院前カンファレンスの参加者は、医療・看護・介護依存別に下の表のように決まります。初めて在宅医療を受ける場合、医療依存度が高い場合は病院医師、それ以外はケアマネジャーが開催を判断します。

◎：カンファレンス開催を要請する職種、○：原則参加必須、△：状況に応じて参加

	参加職種									
	病院					在宅				
	医師	看護師	MSW	薬剤師	(PT・OT・ST)リハ職	医師	訪問看護師	ケアマネジャー	必要な職種	その他
医療依存度：高	◎	○	○	○	○	○	○	○		
看護依存度：高	△	○	○	○	○		○	◎		
介護依存度：高	△	○	○	○	○			◎	△	

⑨退院前カンファレンスの開催依頼を受けたMSWは病院側参加者を調整、在宅側の参加者はケアマネジャーが調整します。ケアマネジャーがついていない患者（利用者）の場合は地域包括支援センターが在宅側の参加者を調整します。

⑰退院後に患者（利用者）が介護サービスを利用する場合は、ケアマネジャーが関係する事業所へ病院から提供を受けた情報（退院前カンファレンスやMSWとの面談などで得た情報など）を共有します。

入院時情報連携シート

作成日 年 月 日

FAXの場合は地域連携室 03-5988-2309

持参の場合は地域連携室まで

◆シート作成元

医療機関名 練馬総合病院 御中

事業所名, 所在地 〒, TEL FAX, 担当者

※同意を得ている場合は□にチェック □ 以下の情報を提供することに利用者本人及び家族から同意を得ています

フリガナ, 本人氏名, 住所, 住居環境, 経済状況, 障害等認定, 家族構成・状況, 緊急連絡先(氏名) 性別 続柄 世帯 連絡先(Tel)他

◆医療保険・受診状況

医療保険種類, 現病歴, 在宅医療の有無, 病歴・家族状況等の特記事項

◆介護保険情報

認定情報, 介護保険サービス利用状況, 介護保険外サービス利用状況

※退院に向けてのお願い

- 1)退院の検討を始めた段階で、上記担当者へご連絡を頂ければ幸いです 2)必要に応じて退院時の情報提供をお願い致します 3)その他・特記

アセスメントシート

【様式：練-1（裏面）】

利用者氏名 _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入

※下記アセスメントは入院前の在宅時の状況です。退院支援に向けての参考として下さい。

ADL	立体保持	可・不可		
	寝返り	できる・見守り・軽介助・中介助・全介助		
	起き上がり	できる・見守り・軽介助・中介助・全介助		
	座位	できる・見守り・軽介助・中介助・全介助		
	移乗	できる・見守り・軽介助・中介助・全介助		
	入浴	できる・見守り・軽介助・中介助・全介助		
	室内歩行	できる(自立・伝い・杖・歩行器)		
		一部介助(内容: _____)	全介助(内容: _____)	
	室外歩行	できる(自立・伝い・杖・歩行器)		
		一部介助(内容: _____)	全介助(内容: _____)	
更衣	できる・見守り・軽介助・中介助・全介助			
身だしなみ	できる・見守り・軽介助・中介助・全介助			
社会との関わり	社会参加	なし・あり(_____)		
	対人交流	なし・あり(_____)		
	地域の協力	なし・あり(_____)		
居住環境	生活上階段の使用が必要か	(要・否)		
	車椅子が屋内廊下を通れるか	(可・否)		
	※その他居住環境に課題があれば記述			
食事	摂取状況	自立・見守り・一部介助・全介助		
	嚥下障害	あり・なし		
	食事形態	主食(_____)	副食(_____)	
		経腸栄養(_____)		
	水分摂取	自立・見守り・一部介助・全介助		
		とろみ(有・無)		
	栄養状態	良好・普通・悪化		
	口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助		
口腔状態	自歯・義歯(上 下 部分)			
アレルギー	なし・あり(_____)			

排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助			
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助			
		下剤の利用	なし・あり(_____)		
	尿失禁	なし・あり(_____)			
	便失禁	なし・あり(_____)			
	日中	トイレ・ポータブル・尿器・おむつ			
		完全自立・一部介助・全介助			
	夜間	トイレ・ポータブル・尿器・おむつ			
		完全自立・一部介助・全介助			
	認知と行動	留置カテーテル使用	なし・あり		
ありの場合		本人交換	可・不可		
		交換している人	(_____)		
ストーマ使用		なし・あり			
ありの場合	本人交換	可・不可			
	交換している人	(_____)			
もの忘れ	なし・あり(_____)				
	認知症確定診断 あり・なし				
	(確定診断をした機関名: _____)				
	意思決定 できる・特別な場合以外できる・困難				
行動・心理症状	抑うつ	不安	興奮	被害的	
	作話	昼夜逆転	同じ話の繰り返し		
	大声	介護拒否	落ち着きなし		
	収集	独り言	徘徊		
介護力	介護者	氏名 _____ 続柄 _____			
	介護者の健康	健康・高齢・病身(_____)			
	介護の提供	常時・日中のみ・夜間のみ 特記(_____)			
特別な状況	一人暮らし・日中独居・成年後見・生活保護・ターミナル その他 _____				
その他、特記すべき事柄					

診療情報提供書

平成29年08月08日

紹介医療機関住所：

紹介医療機関名：

先生御机下

公益財団法人東京都医療保健協会



練馬総合病院

(公財) 日本医療機能評価機構 認定病院

〒176-8530 東京都練馬区旭丘1-24-1

TEL03-5988-2200(代) FAX03-5988-2250

診療科：

担当医：

登録番号：	患者氏名：	様	性別：
	生年月日：		(歳)
傷病名：			
紹介目的：			
既往歴及び家族歴：			
症状経過：			
現在の処方：			
備考：			

備考：1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

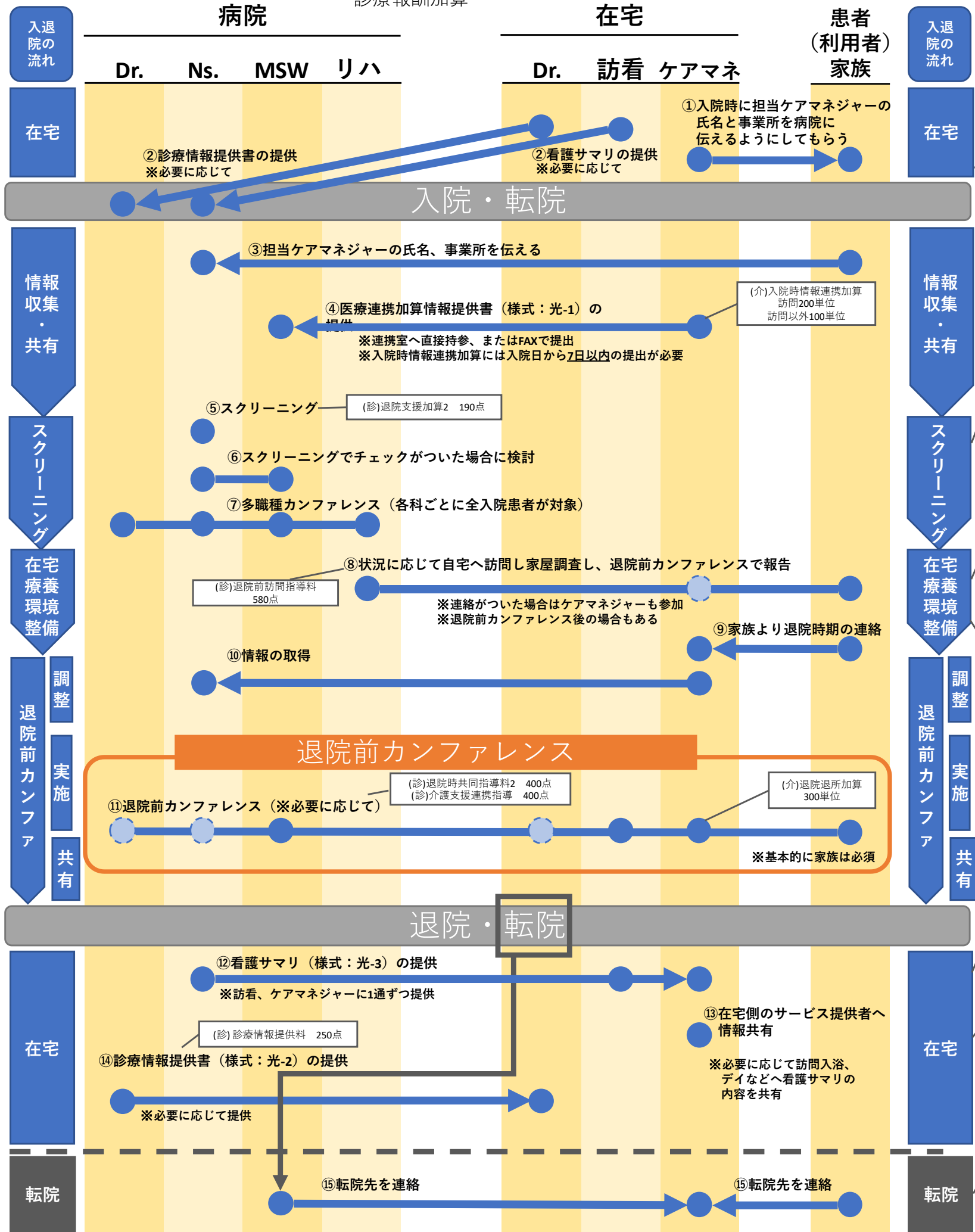
看護サマリー		施設名： 様	
患者氏名	アガナ	生年月日	年齢()歳
住所	TEL	連絡先①住所	TEL1 TEL2
入院期間	～	連絡先②住所	TEL1 TEL2
診断名		家族構成	
既往歴		介護認定	キーパーソン続柄()
		身障手帳	()
		社会資源の利用	
入院中の看護経過	移動 食事 排泄 入浴 更衣 洗面 意思疎通 麻痺 拘縮 内服薬 本人・ご家族の今後の療養についての希望 残された問題点 退院後に必要な処置・指導など		
本人・家族の病気や治療の受け止め方			
HBs抗原 HCV抗体 梅毒RPR TPLA HIV	アルギン 嗜好品	食品 薬品 その他 アルコール 喫煙	記載日付： 記載者： 責任者： 印 印


 公益財団法人 東京都医療保健協会
練馬総合病院
 〒176-8530 東京都練馬区旭丘一丁目24番1
 TEL 03-5988-2200 FAX 03-5988-2250

退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

● 原則必須 ● 必要に応じて □ 主な介護 診療報酬加算

病院の連携窓口：地域連携相談センター
TEL: 03-3979-3611 FAX: 03-3979-3860



※病院ごとの特徴的な箇所は太字になっています

- ①入院時には担当ケアマネジャー・所属事業所を必ず病院に伝えるよう、ケアマネジャーは患者（利用者）に予め伝えておきます。患者（利用者）は、担当ケアマネジャーの氏名は覚えていても、事業所名は覚えていないことが多いため注意が必要です。
- ③ケアマネジャーは、医療連携加算情報提供書（様式：光-1）を地域連携相談センターへ直接持参またはFAX（03-3979-3860）で提出します。入院時情報提供加算のためには入院日から7日以内に提出する必要があります。
- ⑦状況に応じて、病院のリハビリ職が患者（利用者）の自宅へ訪問し家屋調査を行い、退院前カンファレンスで報告します。連絡がついた場合はケアマネジャーも家屋調査に参加する場合があります。
- ⑧患者（利用者）・家族は、退院時期が決まり次第、ケアマネジャーに退院時期を連絡します。退院時期が決まり次第、ケアマネジャーに連絡をするように、ケアマネジャーは患者（利用者）に予め伝えておく必要があります。患者（利用者）から退院時期の連絡があり次第、ケアマネジャーは病棟看護師から利用者の情報を収集します。
- ⑫病棟看護師から訪問看護師、ケアマネジャーへ看護サマリ（様式：光-3）が1通ずつ提供されます。
- ⑬退院後に患者（利用者）が介護サービスを利用する場合は、ケアマネジャーが関係する事業所へ看護サマリなどの情報を共有します。
- ⑭⑮転院時はMSW、患者（利用者）・家族がケアマネジャーに転院先を連絡します。ケアマネジャーは、転院時は連絡するように患者（利用者）に予め伝えておく必要があります。

FAXの場合は地域連携室 03-3979-3860

持参の場合は地域連携室まで

入院時情報提供用紙 【居宅介護支援事業所など⇒病院】

練馬光が丘病院 御中

(提供日) 平成 年 月 日

(入院日) 平成 年 月 日

介護などの情報を提供いたします。入院中のケアや退院調整にご活用いただければ幸いです。

フリガナ		性別	生年月日			
氏名	様	男・女	明・大・昭	年	月 日	歳

利用者情報	要介護度	申請中	サービス事業対象者・要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)								障害などの認定		なし 身障 () 療育 () 難病 () 精神 ()								
	状態が悪化する前の状態	障害高齢者 日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	認知症高齢者 日常生活自立度		自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
		食事	自立	見守り		要介助		介助内容：					□サービス利用なし								
		食形態	普通食	その他		形態：					□訪問介護 /日 /週										
		口腔清潔	自立	要介助		義歯：有・無		介助内容：					□訪問看護 /週								
		排泄	自立	見守り		要介助		介助内容：					□訪問リハ /週								
		排泄方法	トイレ	ポータブル		おむつ							□訪問入浴 /週								
		入浴	自立	見守り		要介助		介助内容：					□通所介護 /週								
		入浴場所	自宅風呂	通所		訪問入浴							□通所リハ /週								
		移動	自立	見守り		要介助		介助内容：					□短期入所								
衣服の着脱		自立	見守り		要介助		介助内容：					□認知症対応型共同生活介護									
夜間の状態	良眠	不穏		状態：					□小規模多機能型居宅介護												
服薬管理	なし	良好		不適		状態：					□福祉用具貸与 ()										
入所施設の申し込み		なし	あり ()					不明					□その他 ()								
介護上特に注意すべき点等 ※認知症の周辺症状と対応方法等																					
経済状況		国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・家族からの援助 その他・特記 () 1か月の収入の目安 () 円																			
住まい	住環境	戸建・集合住宅			階段 有 (階)・無			エレベーター (有・無)													
	移動・外出・排泄・入浴などの問題点																				
家族情報	家族構成	単身	高齢者世帯			同居あり (同居人の種類：)															
	特に留意すべき点 医療、介護へのこだわり、信仰など																				
主介護者	フリガナ									続柄	同居・別居 どちらかに○をつけて下さい										
	氏名	様									自宅電話： 携帯電話：										
ソバキーン	フリガナ									続柄	同居・別居 どちらかに○をつけて下さい										
	氏名	様									自宅電話： 携帯電話：										
連絡先	フリガナ									続柄	同居・別居 どちらかに○をつけて下さい										
	氏名	様									自宅電話： 携帯電話：										
医療・介護に関する本人・家族の意向 (在宅療養や延命について)、入院に際しての留意点、在宅復帰・退院を妨げうる要因、権利擁護など																					

受診医療機関

医療機関名 (かかりつけ医の場合は機関名の冒頭に○をつけて下さい)	診療科目・主治医名

居宅介護支援事業所

事業所名	担当介護支援専門員
所在地	TEL
	FAX

□別途電話などで詳細な情報提供することを希望します (別途情報提供をしたい場合は□にチェックを入れて下さい)

〒179-0072
東京都練馬区光が丘2丁目11-1
公益社団法人 地域医療振興協会
練馬光が丘病院

〒179-0072
東京都練馬区光が丘2丁目11-1
公益社団法人 地域医療振興協会
練馬光が丘病院

内科

TEL 03-3979-3611 FAX 03-3979-3787

TEL

診療情報提供書

(フリガナ) テスト ショウフカ 患者氏名 テスト ショウフカ	性別 男	生年月日 昭和11年11月11日(1936年11月11日)	年齢 80歳 7ヶ月
住所	TEL		
診療情報			

患者ID : 0000014349

退院・転院時看護要約

【様式：光-3】

2017/06/22 15:14:06

氏名		期間	2017/06/12 ~	科別	内科
病名		主治医			
		感染症	ワ氏	HBs抗原	HCV抗体
術式		アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
退院時処方					

入院中の問題点と看護実践（解決状況）、終了・継続の有無、退院指導

項目	自立度	具体的状況
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 経管食	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排泄方法	<input type="checkbox"/> ホータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル	
入浴・保清	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
睡眠	睡眠剤服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
内服	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一回配薬 <input type="checkbox"/> 一日配薬	
障害	<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> その他	

家族の支援体制	病気・治療の説明と受け止め方	既往歴										
<table border="1" style="font-size: small; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>職</td> <td>難症科</td> </tr> <tr> <td>本人</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>同居</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>隣住</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	職	難症科	本人	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	同居	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	隣住	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	本人	
	職	難症科										
	本人	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
	同居	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
隣住	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
その他	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
		その他特記事項										
	家族（ ）	患者様緊急時連絡先										
		宅 Tel										

練馬光が丘病院

記載者

〒179-0072 東京都練馬区光が丘2-11-1
(03)3979 - 3611 (代表)

看護師長印

退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

順天堂大学附属
練馬病院

● 原則必須 ● 必要に応じて □ 主な介護・診療報酬加算

病院の連携窓口：地域医療連携室
TEL: 03-5923-3911 FAX: 03-5923-3226

※病院ごとの特徴的な箇所は
太字になっています

■連携上の注意点：

- ・順天堂大学附属練馬病院では電話での情報提供はしていません。
- ・患者（利用者）が入院している部屋番号は、病院の総合受付と病棟で所定の手続きをすると提示されます。
- ・医療連携加算情報提供書提出時に、担当看護師に口頭で情報共有をしたい場合は、前日までに病棟へ電話連絡が必要です。

②入院時に患者（利用者）は、病棟看護師に医療介護連携シート（様式：順-4）を提示します。ケアマネジャーは、入院する前から、医療介護連携シートに必要事項を記入した上で、患者（利用者）のお薬手帳や保険証、医療証に貼付しておきます。

③ケアマネジャーは、医療連携加算情報提供書（様式：順-1）を病棟看護師へ直接提出。直接提出できない場合は医療連携室へ電話連絡後、郵送（練馬区高野台3-1-10）、または医療連携室へ電話連絡後、FAXで提出します。

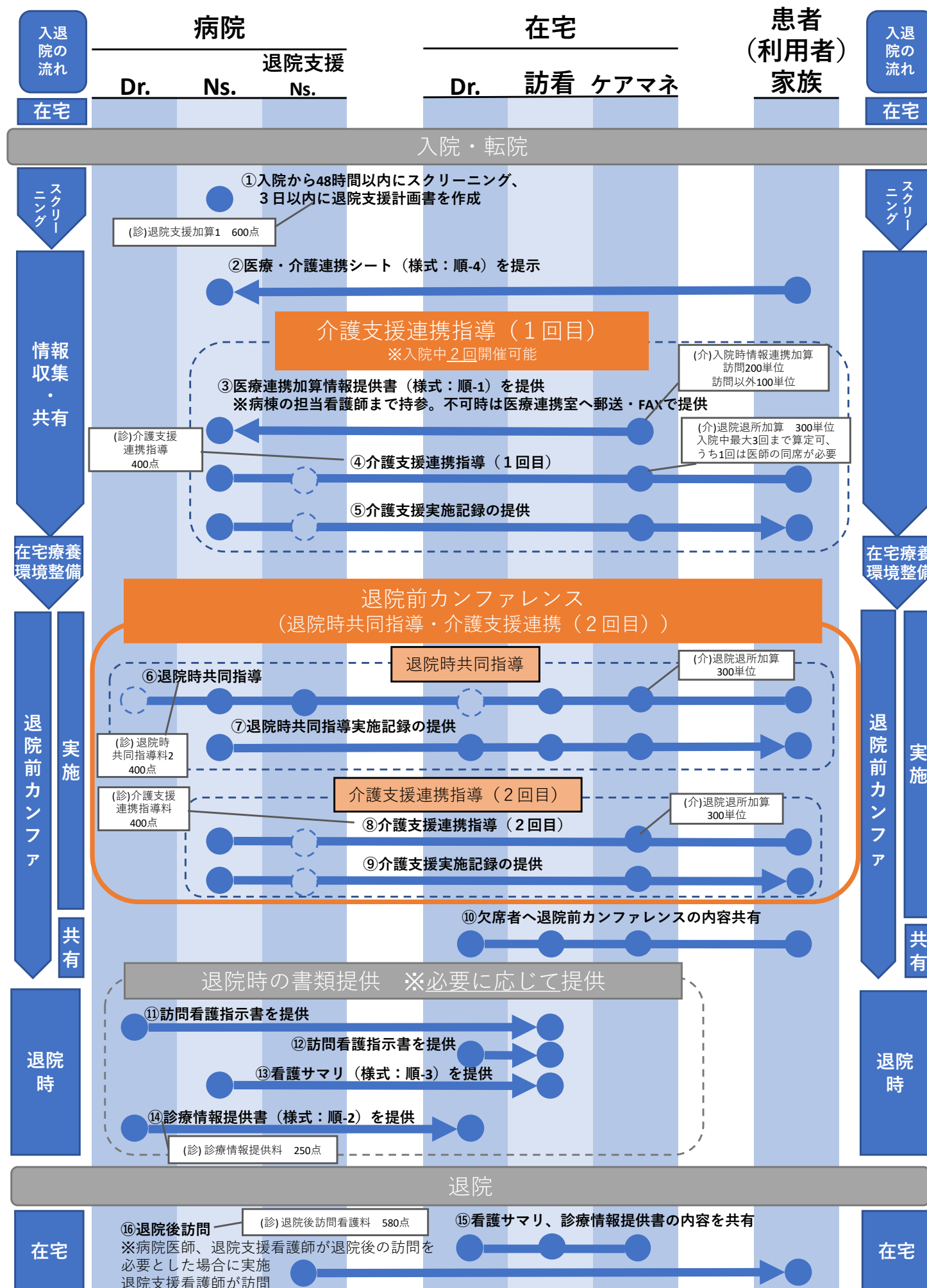
④⑤医療連携加算情報提供書提出時に、必要に応じて病棟で介護支援連携指導（1回目）が行われ、病棟看護師とケアマネジャーの間で直接情報共有がされます。

必要に応じて退院前カンファレンスが行われます。退院時共同指導の場合と介護支援連携の場合があります。

⑥⑦退院時共同指導の場合は退院時共同指導実施記録、⑧⑨介護支援連携指導の場合は介護支援実施記録・・・が参加者とケアマネジャーに提供されます。

⑩必要に応じて、ケアマネジャーが中心となって退院前カンファレンス議事録（退院時共同指導議事録または介護支援実施記録）の内容を在宅側の多職種へ共有します

⑮必要に応じて、ケアマネジャーが中心となって診療情報提供書、看護サマリの内容を在宅側の多職種へ共有します



【持参の場合】利用者さんの入院している病棟へ直接提出

※持参時に担当看護師と口頭で情報共有する場合は前日までに病棟へ電話予約が必要

【持参できない場合】医療連携室へ電話（03-5923-3111）連絡後、郵送またはFAX（03-5923-3226）で提出

入院時地域情報連携シート

(医療機関)

(居宅介護支援事業所)

提供年月日 平成 年 月 日

<p>順天堂大学附属練馬病院</p> <p>御中</p>

事業所名
電話
ファクシミリ
担当者

利用者基本情報

※今回の情報提供にあたっては、契約時の同意に基づいて提供しています

ふりがな	性別	生年月日	
利用者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 / <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)	
自宅住所		電話番号	
住居環境	1. 持家・賃貸 2. 戸建・集合住宅 3. 自室 (有・無) ※手すりや介護ベッドの使用可否や住居の問題について		
主介護者	続柄	家族構成図 (☆キーパーソン)	
電話番号	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
住所 (別居のみ)			
キーパーソン	続柄		
電話番号	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
住所 (別居のみ)			

入院前の在宅状況

(確認日 年 月 日)

ADL	【移動】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考:
	【排泄】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考: <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット
	【入浴】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考:
	【食事】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考:
I ADL	【口腔清潔】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考:
	【服薬管理】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考: 【更衣着脱】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考:
認知・精神症状	
かかりつけ医療機関	医療機関名: (科) 先生 →連絡先:
	医療機関名: (科) 先生 →連絡先:
障害等の認定	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 難病医療 (種 級 :)
介護保険情報	介護度: 日常生活自立度: 認知症日常生活自立度:
介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療: 機関名 () <input type="checkbox"/> 訪問看護: 事業所名 () <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護・リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 他:
連絡事項	

2017年02月10日

〒123-4567
東京都練馬区高野台3-1-2TEL 03-5923-3111
順天練馬カクニン病院

情報 太郎 先生御侍史

〒177-8521
東京都練馬区高野台3-1-10TEL 03-5923-3111
順天堂大学医学部附属練馬病院
総合診療・性差科

診療情報提供書

(フリガナ) テスト 0008 患者氏名 テスト 0008 (当院ID : 2619500000)	性別 男	生年月日 昭和54年01月01日(1979年01月01日) (38歳 1ヶ月)	年齢
住所	TEL		
診療情報			
【添付資料】 CT, MRI			
【傷病名】			
【紹介目的】 検査			
【既往歴及び検査結果】			
【症状経過及び検査結果】			
【治療経過】			
【現在の処方】			

退院時看護要約

氏名	歳	生年月日	期間	～
病名	主治医		担当Ns	
術式	感染症		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	アレルギー		Wa <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	HB - HC - MRSA
既往歴		現病歴		
家族の支援体制				
		キーパーソン		
		氏名 :		
		本人との関係 :		
		連絡先 :		
		緊急連絡先		
		氏名 :		
		続柄 :		
		TEL :		
		携帯電話 :		
		連絡先場 :		
項目	生活状況		具体的状況	
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 補助具 <input type="checkbox"/> 見守り			
摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 非経口 <input type="checkbox"/> 併用(経口+非経口)			
主食の種類・確認	<input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 麺 <input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他			
副食の形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> 1口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> その他			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
排泄方法	<input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ホックル・おまる <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> リモコントイレ <input type="checkbox"/> おむつ			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
移動方法	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 付き添い歩行			
睡眠時間	時～ 時			
睡眠状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> ほとんど眠れない <input type="checkbox"/> 熟睡感がない <input type="checkbox"/> 中途覚醒 <input type="checkbox"/> その他			
認知の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
意識レベル (JCS)				
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
バイタルサイン	B T P R			
障害情報	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 半盲 義眼(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 白杖 <input type="checkbox"/> 盲導犬 <input type="checkbox"/> 点字希望			
	<input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 手話 補聴器(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)			
	<input type="checkbox"/> 運動障害 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 脊損(<input type="checkbox"/> 頸 椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎)			
	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 呂律不全 <input type="checkbox"/> 失語			
順天堂大学医学部附属練馬病院		記載者		
東京都練馬区高野台3-1-10				
(03) 5923 - 3111		看護師長印		
		1/2		

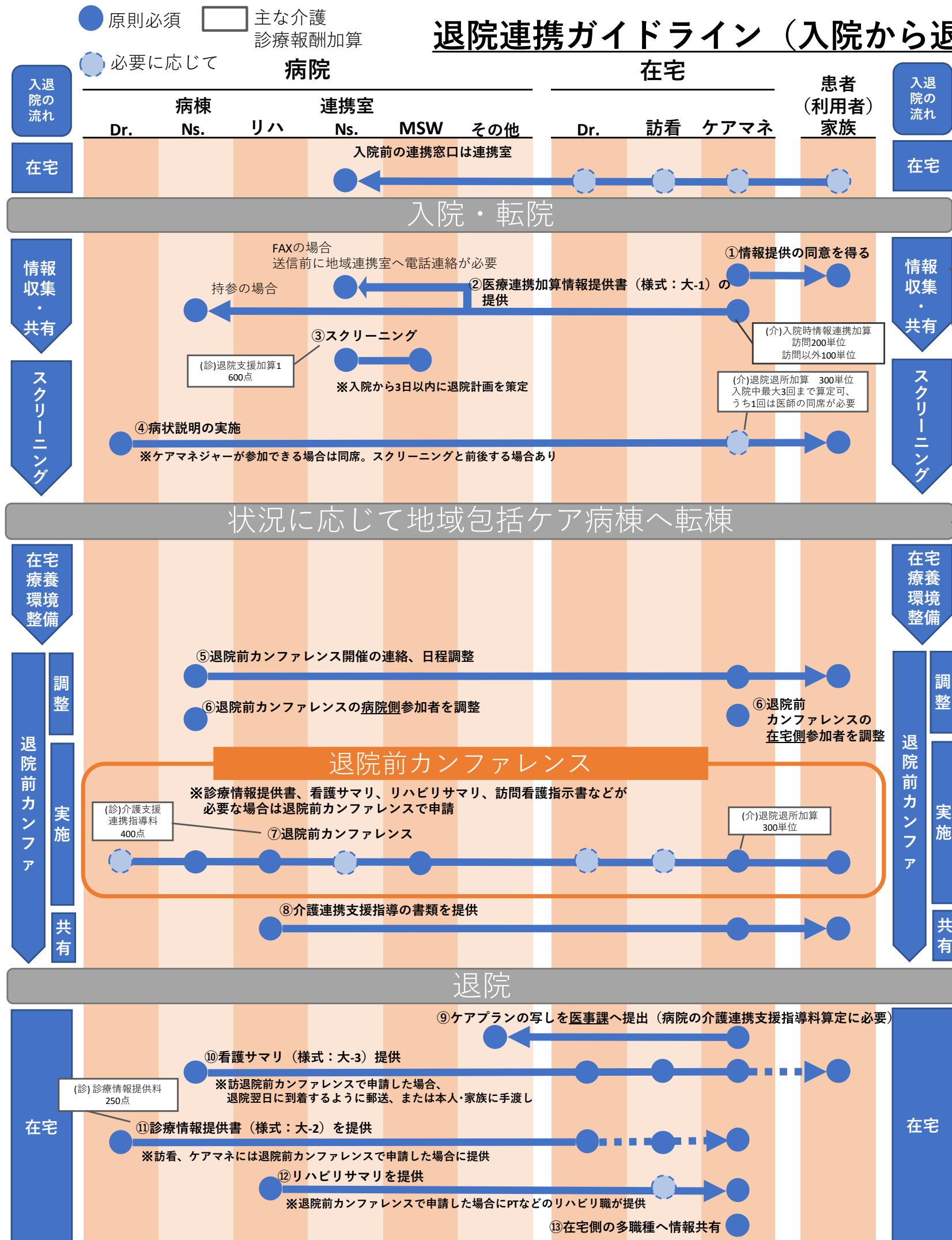
退院時看護要約

氏名	歳	生年月日	期間	～
病名	主治医		担当Ns	
本人	病気・治療の説明と受け止め方			家族
入院中の問題点と看護実践（解決状況）、終了・継続の有無、退院指導				
<p style="text-align: center;">その他特記事項</p>				
順天堂大学医学部附属練馬病院 東京都練馬区高野台3-1-10 (03) 5923 - 3111		記載者 看護師長印		

退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

大泉生協病院
【急性期】病棟

病院の連携窓口：地域連携室
TEL: 03-5387-3826 FAX: 03-5387-3326



- ※病院ごとの特徴的な箇所は**太字**になっています
- ①医療連携加算情報提供書（様式：大-1）を病院へ提出する場合は、ケアマネジャーは患者（利用者）、家族からの同意が必要です。
 - ②ケアマネジャーは、医療連携加算情報提供書を提出する場合、病棟看護師へ直接提出、または地域連携室へ電話連絡した上で、本人氏名欄を黒塗りしたものをFAXで提出します。
 - ③スクリーニング ※入院から3日以内に退院計画を策定
 - ④病状説明の実施 ※ケアマネジャーが参加できる場合は同席。スクリーニングと前後する場合あり
 - ⑤退院前カンファレンス開催の連絡、日程調整
 - ⑥退院前カンファレンスの病院側参加者を調整
 - ⑦診療情報提供書（様式：大-2）、看護サマリ（様式：大-3）、リハビリサマリが必要な場合は、退院前カンファレンスの参加者は病院へ申し出ます。
 - ⑧介護連携支援指導の書類を提供
 - ⑨ケアプランの写しを医事課へ提出（病院の介護連携支援指導料算定に必要）
 - ⑩看護サマリ（様式：大-3）提供 ※訪退院前カンファレンスで申請した場合、退院翌日に到着するように郵送、または本人・家族に手渡し
 - ⑪診療情報提供書（様式：大-2）を提供 ※訪看、ケアマネには退院前カンファレンスで申請した場合に提供
 - ⑫リハビリサマリを提供 ※退院前カンファレンスで申請した場合にPTなどのリハビリ職が提供
 - ⑬在宅側の多職種へ情報共有

状況に応じて地域包括ケア病棟へ転棟

退院前カンファレンス

※診療情報提供書、看護サマリ、リハビリサマリ、訪問看護指示書などが必要な場合は退院前カンファレンスで申請

(診)介護支援連携指導料 400点

(介)退院退所加算 300単位

入院前の連携窓口は連携室

FAXの場合 送信前に地域連携室へ電話連絡が必要

持参の場合

②医療連携加算情報提供書（様式：大-1）の提供

③スクリーニング

(診)退院支援加算1 600点

④病状説明の実施

※ケアマネジャーが参加できる場合は同席。スクリーニングと前後する場合あり

状況に応じて地域包括ケア病棟へ転棟

在宅療養環境整備

調整

⑤退院前カンファレンス開催の連絡、日程調整

⑥退院前カンファレンスの病院側参加者を調整

⑥退院前カンファレンスの在宅側参加者を調整

退院前カンファレンス

※診療情報提供書、看護サマリ、リハビリサマリ、訪問看護指示書などが必要な場合は退院前カンファレンスで申請

(診)介護支援連携指導料 400点

⑦退院前カンファレンス

(介)退院退所加算 300単位

⑧介護連携支援指導の書類を提供

退院

⑨ケアプランの写しを医事課へ提出（病院の介護連携支援指導料算定に必要）

⑩看護サマリ（様式：大-3）提供

※訪退院前カンファレンスで申請した場合、退院翌日に到着するように郵送、または本人・家族に手渡し

(診)診療情報提供料 250点

⑪診療情報提供書（様式：大-2）を提供

※訪看、ケアマネには退院前カンファレンスで申請した場合に提供

⑫リハビリサマリを提供

※退院前カンファレンスで申請した場合にPTなどのリハビリ職が提供

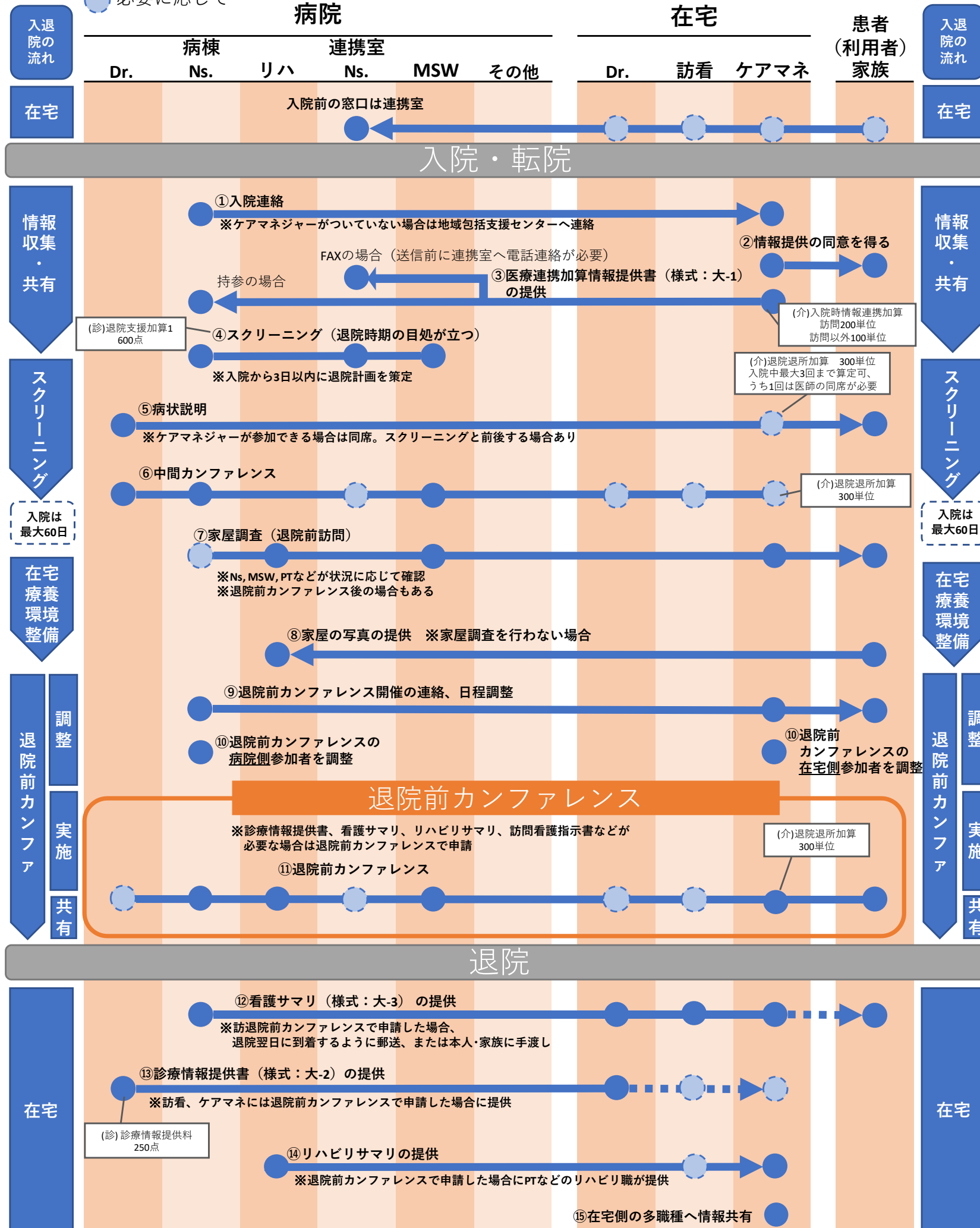
⑬在宅側の多職種へ情報共有

退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

大泉生協病院
【地域包括ケア】病床

病院の連携窓口：地域連携室
TEL: 03-5387-3826 FAX: 03-5387-3326

● 原則必須 □ 主な介護
診療報酬加算
● 必要に応じて



※病院ごとの特徴的な箇所は**太字**になっています

- ①病棟看護師から担当ケアマネジャーへ入院連絡がされます。ケアマネジャーが付いていない場合は、病棟看護師から地域包括支援センターへ入院の連絡がされます
- ②医療連携加算情報提供書（様式：大-1）を病院へ提出する場合は、患者（利用者）・家族からの同意が必要です。
- ③医療連携加算情報提供書を提出する場合、ケアマネジャーは直接病棟看護師へ提出、または地域連携室へ電話連絡した上で、**本人氏名欄を黒塗りしたものをFAXで提出**します。
- ⑦状況に応じて、病院の看護師、MSW、リハビリ職は家屋調査を行います
- ⑧家屋調査を行わない場合は、家屋の写真を患者（利用者）・家族が病院に提供することがあります。
- ⑨退院前カンファレンスが行われる場合は、病棟看護師から患者（利用者）・家族、ケアマネジャーへ連絡されます。
- ⑩病棟看護師が病院側の参加者を調整、ケアマネジャーが在宅側の参加者を調整します。
- ⑪診療情報提供書（様式：大-2）、看護サマリ（様式：大-3）、リハビリサマリが必要な場合は、退院前カンファレンスの参加者は病院へ申し出ます。

入院は最大60日

在宅療養環境整備

調整

実施

共有

在宅

在宅

在宅

在宅

入院は最大60日

在宅療養環境整備

調整

実施

共有

在宅

在宅

在宅

在宅

持参の場合は病棟看護師へ。FAXを希望の方は地域連携室（03-5387-3826）まで電話連絡

入院時情報連携シート

提供日 年 月 日

大泉生協病院 (FAX 03-5387-3326) 御中

以下の情報は本人及びご家族の同意に基づき提供しています

Table with 2 columns: 事業所名, 電話, 担当者

Table with 4 columns: フリガナ, 本人氏名, 住所, 居住環境, 経済状況, 障害等認定, 要介護認定

Table with 4 columns: 家族構成図, 生活歴・趣味・生活習慣, 障害高齢者日常生活自立度, 認知症高齢者日常生活自立度

Table with 4 columns: 緊急連絡先 (氏名, 続柄, 連絡先, 本人との関係性・支援内容)

Table with 3 columns: 医療機関名・診療科目・主治医名, 連絡先, 特記 (主治医意見書作成者に☑)

Table with 4 columns: ADL (移動, 食事, 入浴, 排泄, 買い物, 服薬管理), 医療処置

Table with 3 columns: 介護保険サービス・インフォーマルサービス (訪問看護, 訪問介護, 通所介護・リハ, 福祉用具)

Table with 1 column: 病院に伝えておきたいこと (家屋状況, 経済的課題, 介護力, 転倒歴, 認知症の症状など)

診療情報提供書兼退院時要約

紹介先医療機関名

先生御机下
先生御机下

記入日

〒178-0063 東京都練馬区東大泉6-3-3
大泉生協病院
電話 5387-3111
FAX 5387-5511

医師

氏名	外来 仮押さえ ㊟様	ID	820	保険	()
住所	TEL				
生年月日	平成10年08月21日	18歳	男性	職業	

入院日	退院日	転帰	病院解剖
診断名	入院契機病名	血液型	()
	主病名	感染症	W氏 HB HCV
		紹介者	退院先

輸血実施日

既往歴及び家族歴・生活歴

症状経過及び検査結果 治療経過

紹介目的	退院時処方 () 日
今後の方針, 問題点, 注意事項	
インフォームド・コンセント情報	
退院後の診察	その他備考 病歴追加

御中

ID 820

看護サマリー

作成日

<p>ケンシンダミー</p> <p>氏名 外来 仮押さえ ㊟ 様 男性</p> <p>生年月日 平成10年08月21日 18歳</p>	<p>〈今回入院の主病名〉 主治医：</p>
<p>〈既往歴〉</p>	<p>入院期間： ~</p> <p>〈介護保険〉</p>
<p>〈入院の経過〉</p>	<p>〈病状説明内容〉</p> <p>説明日付</p> <p>病名：</p> <p>内容：</p>
<p>〈ADL及びセルフケア状況〉</p> <p>①コミュニケーション：</p> <p>②身長・体重： cm kg</p> <p>③食事・栄養管理：</p> <p>④排泄 最終排便：</p> <p>⑤基本動作</p> <p>起き上がり： 坐位保持：</p> <p>移乗： 歩行：</p> <p>⑥清潔 最終施行日：</p> <p>⑦認知症：</p> <p>⑧その他、特記事項・禁忌事項</p>	<p>〈家族構成・環境〉</p> <p>〈キーパーソン〉</p> <p>氏名： 続柄：</p> <p>①電話番号</p> <p>②携帯・他番号</p> <p>〈退院後の管理〉</p> <p>通院：</p> <p>次回予約日 ()</p> <p>往診：</p> <p>訪看：</p> <p>〈継続看護・処置内容〉</p>

記入

記入者

師長

〒178-0063

東京都練馬区東大泉6-3-3

東京保健生活協同組合 大泉生協病院

電話 03-5387-3111

参考資料 各病院の意見交換会まとめ

参考資料 各病院の意見交換会のまとめ

練馬総合病院

1. 練馬総合病院

(1) 練馬総合病院の特徴

■ 練馬総合病院の基本情報

練馬総合病院は、病床数 224 床の急性期病院です。退院患者の 7.7%⁵に在宅医療が提供されています。在宅療養後方支援病院の届出をしており、在宅療養患者の急変時に備えて病床を確保しています。退院調整部門の人員⁵も充実しており、在宅療養に積極的に取り組んでいます。

退院連携においては以下のような特徴があります。

- ・ 在宅療養患者を原則的に断らない
- ・ 退院前カンファレンス議事録の共有は積極的にされている
- ・ 独自の地域交流会を開催している
- ・ 在宅医療の理解を深めるために院内の勉強会を開催している

表 1 練馬総合病院の基礎情報

病床数 ⁵	224 床(うち急性期 224 床)
在棟患者延べ数(年間) ⁵	70,048 人
新規入院患者数(年間) ⁵	6,143 人
平均在院日数 ⁶	12.15 日
在宅復帰率 ⁵	86.2%
そのほか	在宅療養後方支援病院 ⁷ の届出 ⁵

⁵ 東京都福祉保健局「平成 28 年度病床機能報告」

⁶ 厚生労働省「平成 27 年度 DPC 公開データ」

⁷ 在宅医療を受けている患者の急変時に備え、緊急入院を受け入れるための病床を確保している病院

■ 退院連携への意見

病院向けの事前ヒアリングと在宅サービスの多職種への事前アンケートから、練馬総合病院では、テーマ①退院に向けての情報及び連携の機会、テーマ③在宅療養の環境整備、テーマ④地域の社会資源情報に意見が出されました。また、居宅介護支援事業所からテーマ②情報関係書類について問題が出されました。

表2 事前調査で挙げられた退院連携での問題

テーマ		問題
①退院に向けての情報及び連携の機会	退院支援の流れ・方法	<ul style="list-style-type: none"> 看護師のスクリーニングの精度にばらつきがある（病院）。 病院担当医と連携室の連携が不十分なことがある（在宅医）。 病院の連携窓口が明確でない（居宅）。
	退院前カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンス参加者全員の予定を調整するのが困難（病院）。
	患者・家族の意向確認	<ul style="list-style-type: none"> 1泊でも入院すると施設に戻れないと家族に思われてしまう（病院）。 患者家族と連絡が取れなくなることがある（病院）。 病院の意見に本人・家族は強く左右される（居宅）。
②情報関係書類		<ul style="list-style-type: none"> 医療連携加算情報提供書の内容に病院からフィードバックがない（居宅）。
③在宅療養の環境整備	患者・家族	<ul style="list-style-type: none"> 患者と家族の意見がまとまらない（病院）。 家族が高齢な場合、在宅療養を十分に理解せずに退院することがある（居宅）。 金銭的な問題などから家族が病院をえり好みすることがある（病院）。 医療行為が必要な場合、本人・家族が在宅を諦めてしまうことがある（居宅）。 在宅移行に向けた利用者家族への教育、指導が充分ではない（居宅）。
	家屋	<ul style="list-style-type: none"> 自宅が2階だったり、ごみ屋敷など住宅環境の問題がある（病院）。
	多職種の連携	<ul style="list-style-type: none"> 急な退院だと、サービス調整が十分にできない（居宅）
④地域の社会資源情報		<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護事業所が少ない地域は依頼先に困ることがある（居宅）。 訪問診療を実施している診療所の特色・特徴が分かりにくい（居宅）。 緊急入院・入所の受け入れ先が不足している（居宅）。
⑤医療・介護保険関連の知識		<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護保険の制度に変更がある度に学ぶ必要がある（病院）。 医療保険の知識が不足している（居宅）。 退院時に病院が払い出せる医療資材が分からない（訪看）。
⑥地域交流・学習		<ul style="list-style-type: none"> 交流や学習の機会が不足している（病院、在宅医、訪看、居宅）。
⑦その他		<ul style="list-style-type: none"> 医療側と介護側で在宅復帰に対する考え方は在宅に戻りたいと考えていても、介護側は在宅療養は困難だと考えることがある（病院）。 ケアマネジャーは病院が係わると安心だと考えており、病院への連絡が多い（病院）。

(2) 第1回意見交換会 (病院の特徴と課題の把握)

第1回意見交換会は、病院の基礎データ、事前調査の結果をもとに退院支援の現状を参加者間で共有することを目的として実施しました。練馬総合病院では以下の要因が退院連携を妨げていることが分かりました。

【情報共有】

- 多職種で情報共有できる仕組みが少ない
- 退院前カンファレンスに関係者全員が集まるのが難しい

【情報共有関係書類】

- 書類の提出窓口が分かりづらい
- 退院時の情報を共有する仕組みがない
- 入院中の家族との意向確認の記録等がない
- 居宅介護支援事業所からの情報提供書のフォーマットがない

【在宅療養環境の整備・調整】

- 家族の協力・理解を得ることが十分でない

【地域の社会資源情報】

- 高齢者相談センターが持つ資源情報が公開されておらず、効率的でない
- 高齢者相談センターにあるような情報を居宅介護支援事業所が持っていない

【地域交流・学習の機会】

- 様々な職種が主導する勉強会が不足している

【その他】

- レスパイト事業の周知と活用が充分ではない

表 3 練馬総合病院の第 1 回意見交換会で出された現状・意見①

1. 退院に向けての情報共有及び連携の機会			
	① 退院支援の流れ・方法	②退院前カンファレンス	③患者とその家族に対する意向確認
現状	<ul style="list-style-type: none"> 独自のスクリーニングシートがある 入院をとった看護師がスクリーニングし、退院支援にかけるか判定する。MSWがカルテを見て最終的に対象者を選定する。 退院支援にかかった人は、病棟看護師が退院支援計画書を記載し、支援を行う。 	<p>【進行役】：MSW 【案内形式】</p> <ul style="list-style-type: none"> MSWが日程を調整 <p>【議事録形式】</p> <ul style="list-style-type: none"> 紙媒体 <p>【議事録の共有】</p> <ul style="list-style-type: none"> 全例ではないが共有している。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院直後に退院支援を開始。
意見	<ul style="list-style-type: none"> 看護師がスクリーニングにかける際の情報の誤りがある。患者の状態把握の精度に問題がある。 退院調整の必要な人が増加している。病院に求められるものが大きくなっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 参加できなくても内容がわかるようなチェックシートや、退院前情報の提供があると良い。(在宅医)。 看護サマリーに退院支援希望と書いたときは退院前カンファレンスをしてほしい。(訪看)。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者さん本人、看護師、医師などと話をして方向性が決まった後に家族に拒否されることがある(病院)。

表 4 練馬総合病院の第 1 回意見交換会で出された現状・意見②

2. 情報共有関係書類			
	①書類関係（入院時） 医療連携加算情報提供書	①書類関係（退院時） 情報提供書類、看護サマリ他	②多職種間の情報共有
現状	<p>【フォーマット】：なし 【担当窓口】：不定 【提出状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> 高い <p>【活用状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院側は患者さんを知る情報として活用している 	<p>【診療情報提供書】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特に問題はない 主治医によって記載内容の密度は異なる <p>【看護サマリ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特に問題はない 	<p>【多職種間での情報共有の仕組み(システム)】：あり</p>
意見	<ul style="list-style-type: none"> 担当窓口があるといい(居宅)。 病院側に書類のフォーマットがないので、事業所により書式が異なる(居宅)。 入退院を繰り返している利用者さんに関しては、居宅介護支援事業所より病院の方が情報を持っていると思われるため、あえて情報提供書を出す必要があるのか悩む(居宅)。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族が病状などについてどの程度理解しているのか、看取り希望なのか否かについての情報が欲しい。(在宅医)。 看護サマリには入院中の病状経過の情報が少ないので、訪看にも診療情報提供書を提供して欲しい。(訪看)。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院の短期間での主治医と患者・家族との信頼関係の構築のため、在宅医から入院時に情報共有して欲しい(病院)。 看護サマリには入院中の病状経過の情報が少ないので、訪看にも診療情報提供書が欲しい(訪看)。

表 5 練馬総合病院の第1回意見交換会で出された現状・意見③

	3. 在宅療養環境の整備・調整	4. 地域の社会資源情報	5. 医療保険・介護保険に関する知識・情報	6. 交流の場・学習の機会
現状	<ul style="list-style-type: none"> 入院直後に開始している。 	<p>【基本的な情報】ある。</p> <p>【特殊な情報】</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢者相談センターに聞けば、だいたい分かる。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療側は介護保険について、介護側は医療保険について詳細が分からないことがある。 	<p>【病院内での交流の場】</p> <ul style="list-style-type: none"> 様々な勉強会を開催している。 病院内の医師を対象にした在宅医療の勉強会も行っている。
意見	<ul style="list-style-type: none"> 家族により理解度が異なり、在宅療養の障害になることがある(病院)。 	<ul style="list-style-type: none"> 相談センターがどのような情報を持っているのかを周知したら、もっと活用ができる(病院)。 資源情報は現在高齢者相談センターが把握しているが、それだけでは効率的ではないので、居宅介護支援事業所も情報を持ち、判断材料として発信していくべき(高齢者相談センター)。 	<ul style="list-style-type: none"> 特になし。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師主導だけでなく、ケアマネなどが主導となる会も必要(病院)。 救急隊との連携を取るために交流の機会を持ちたい(訪看)。 厚生労働省のサイトでは地域包括ケアにマッサージ師や鍼灸師も追加された。そのような人たちにも交流の場に加わってはどうか(訪看)。 講演会をやる際に、医師会の中で講演協力者が少なく、一部の人の負担になっている(在宅医)。

(3) 第2回意見交換会（課題の抽出）

第2回意見交換会は、第1回意見交換会で挙げられた退院支援を妨げている要因について、今後取り組むべき課題を抽出することを目的に実施しました。

【情報共有】

- 病院の連携窓口の明確化が必要
- 在宅サービスのゲートキーパーを決め、情報を集約する仕組みが必要

【情報共有関係書類】

- 医療連携加算情報提供書が必要
- 医療連携加算情報提供書の提出窓口とタイミングの明確化が必要
- 診療情報提供書・看護サマリを在宅サービスの多職種で共有する仕組みが必要

【在宅療養環境の整備・調整】

- 患者（利用者）家族の在宅療養に対する理解の促進が必要
- 患者（利用者）家族の特徴を把握することが必要

【地域の社会資源情報】

- 介護老人保健施設の受け入れ可能な患者（利用者）の状態を知る方法が必要
- 病院と介護老人保健施設、在宅サービスの多職種の連携が必要

【地域交流・学習の機会】

- 医療保険等の学習の場が必要

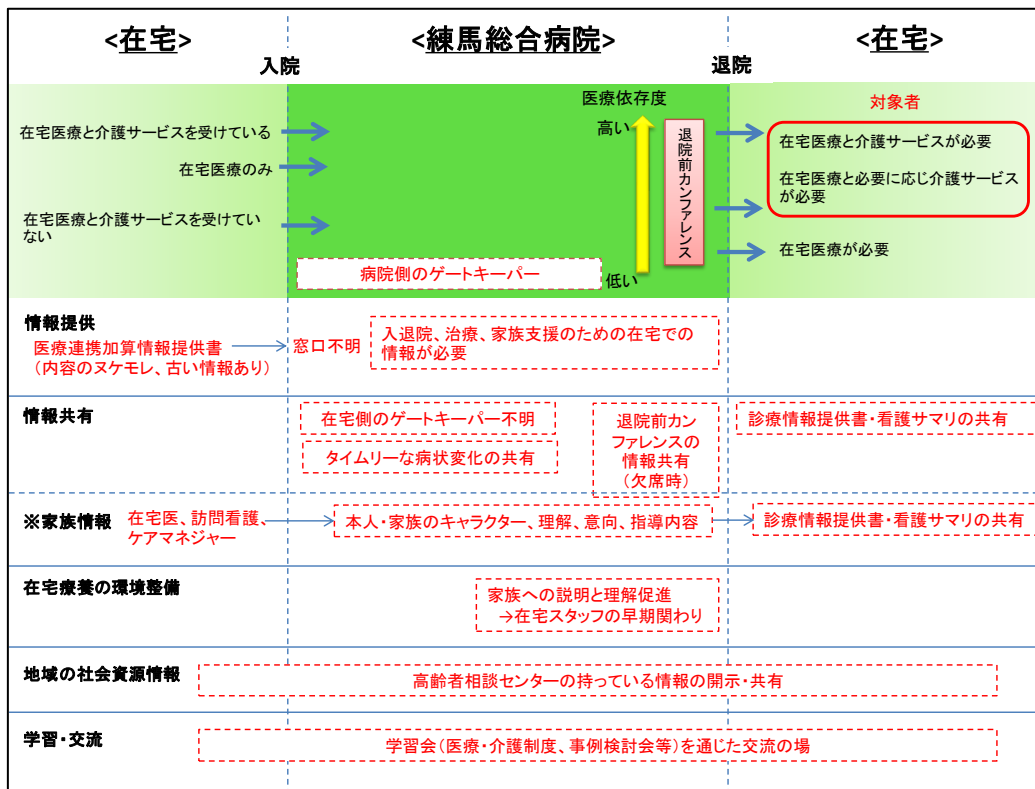


図1 第2回意見交換会までに出された課題をまとめた見取り図

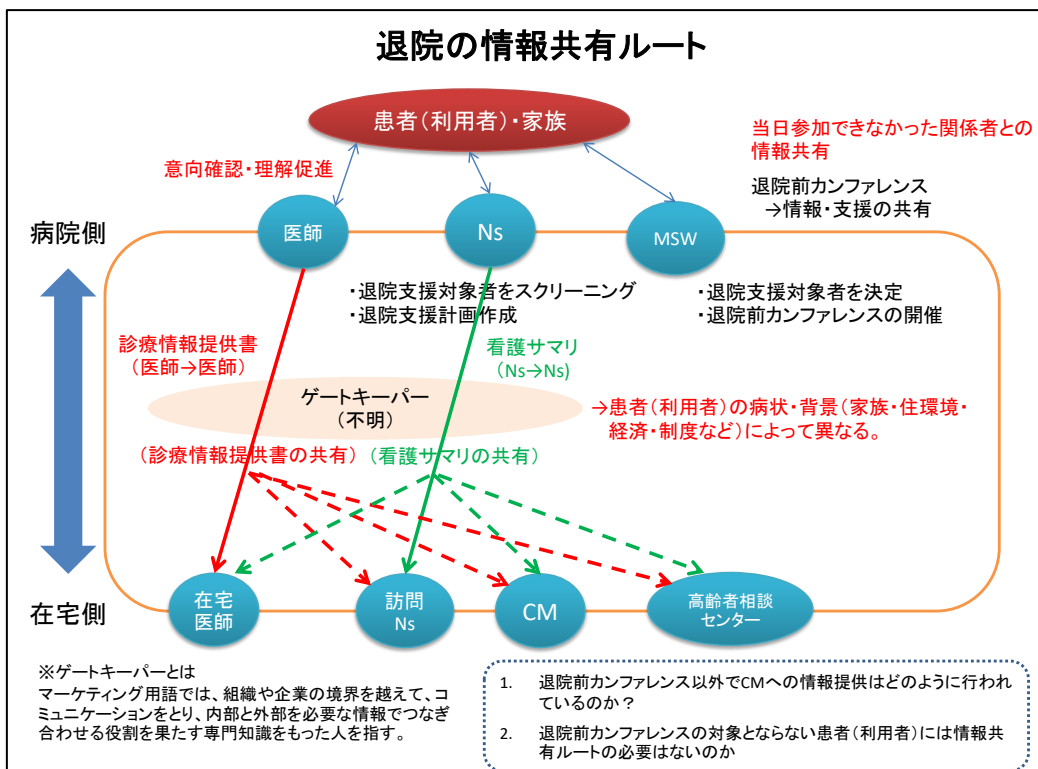


図2 練馬総合病院での退院時の情報共有ルート

表6 練馬総合病院の第2回意見交換会で出された課題①

※下線が付された課題を第3回意見交換会で検討することになった

	1. 退院に向けての情報共有及び連携の機会			2. 情報共有関係書類		
	病院の連携窓口について	情報共有の仕組みについて	退院前カンファレンスについて	医療連携加算情報提供書について	診療情報提供書および看護サマリについて	その他
課題	<ul style="list-style-type: none"> 病院の連携窓口の明確化が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅側のキーパーソン(代表者)に情報を共有するツールが必要。 在宅側のキーパーソンを決めることが必要。 個別に退院時の情報提供を依頼する仕組みが必要。 入院の時期によって変化する問題を共有する仕組みが必要。 MCSを機能させることが必要。 		<ul style="list-style-type: none"> 医療連携加算情報提供書の提出先と提出タイミングの明確化が必要。 医療連携加算情報提供書の様式が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供書と看護サマリを多職種(特に在宅側)で共有できる仕組みが必要。 入院してすぐに在宅医から診療情報を提供できる仕組みが必要。 	

表7 練馬総合病院の第2回意見交換会で出された課題②

	3. 在宅療養環境の整備・調整について			4. 地域の社会資源情報	5. 医療・介護保険の知識情報
	家族について	家屋について	その他		
課題	<ul style="list-style-type: none"> 患者の家族の理解を促進が必要。 入院中に在宅サービスの多職種が説明する機会が必要。 家族が説明の際に家族が出席することが必要。 家族の特徴を理解する手段が必要。 			<ul style="list-style-type: none"> 介護老人保健施設の受け入れ可能な患者の状態を知る方法が必要。 病院と介護老人保健施設、在宅サービスの多職種の連携が必要。 意見交換をする場が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療保険等の学習の場が必要。

表8 練馬総合病院の第2回意見交換会で出された課題③

	6. 地域交流・学習の機会について	7. その他
課題	<ul style="list-style-type: none"> 地域毎、職種毎の事例検討会が必要。 患者の家族や在宅側のスタッフにレスパイトの存在や本来の目的を理解してもらう機会が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 人材確保の仕組みが必要。

(4) 第3回意見交換会（解決策の方向性）

第3回意見交換会は、第2回意見交換会で抽出された課題を解決するため、以下の4つの解決策と、練馬総合病院の入院から退院までのガイドラインを作成することとなりました。

■ 解決策

① 入院から退院までの流れのフローチャートを作成し、関係者に周知する。

練馬総合病院と在宅サービスの多職種との退院連携の流れ（資料1）を示し、ガイドライン（第4章）を作成します。これにより病院の連携窓口や連携のタイミング、方法、注意事項等を関係者で共有することで、退院連携の混乱をなくすことができます。

② 退院前カンファレンス参加者リストを作成し、患者（利用者）の状態に即した参加者を決定する。

参加が必要な職種を、患者の状態に応じて場合分けしたリスト（表9）を作成し、医療依存度や介護の必要な状態に即した多職種との情報共有ができるようにします。これにより、退院前カンファレンスを要請する職種および参加が必要な職種を明確化し、在宅療養生活に向けた適切な準備を行えるようにします。

③ 入院時の医療連携加算情報提供書の書式を作成し、入院時から退院に向けた支援体制を構築する。

入院時に居宅介護支援事業所から提供する医療連携加算情報提供書の様式を作成（資料2）し、広く周知を図ります。これにより、病院が必要としている情報を適切かつ迅速に提供し、病院の退院に向けた支援に活かします。

④ 診療情報提供書、看護サマリを活用し、関係する職種で必要な情報を効率的に共有する。

新しい書式を作成し使用するのではなく、すでに使用されている診療情報提供書と看護サマリを多職種で共有することで、多職種で効率的に情報共有することができます。

■ ガイドラインの骨子

以下の①～④を盛り込んだ、入院から退院までの連携の流れや連携上の注意点を示したガイドラインを作成します。

- ① 入院から退院までのフローチャート
- ② 医療連携加算情報提供書
- ③ 退院前カンファレンスの参加者リスト
- ④ 各病院から提供された帳票類

■ 医療連携加算情報提供書

練馬総合病院では、治療計画や在宅復帰に向けた目標設定に活用するため、患者（利用者）の入院前の病状や日常生活が安定しているときの状態を記載できるように、医療連携加算情報提供書にアセスメントシートを加えています。

【記載項目】

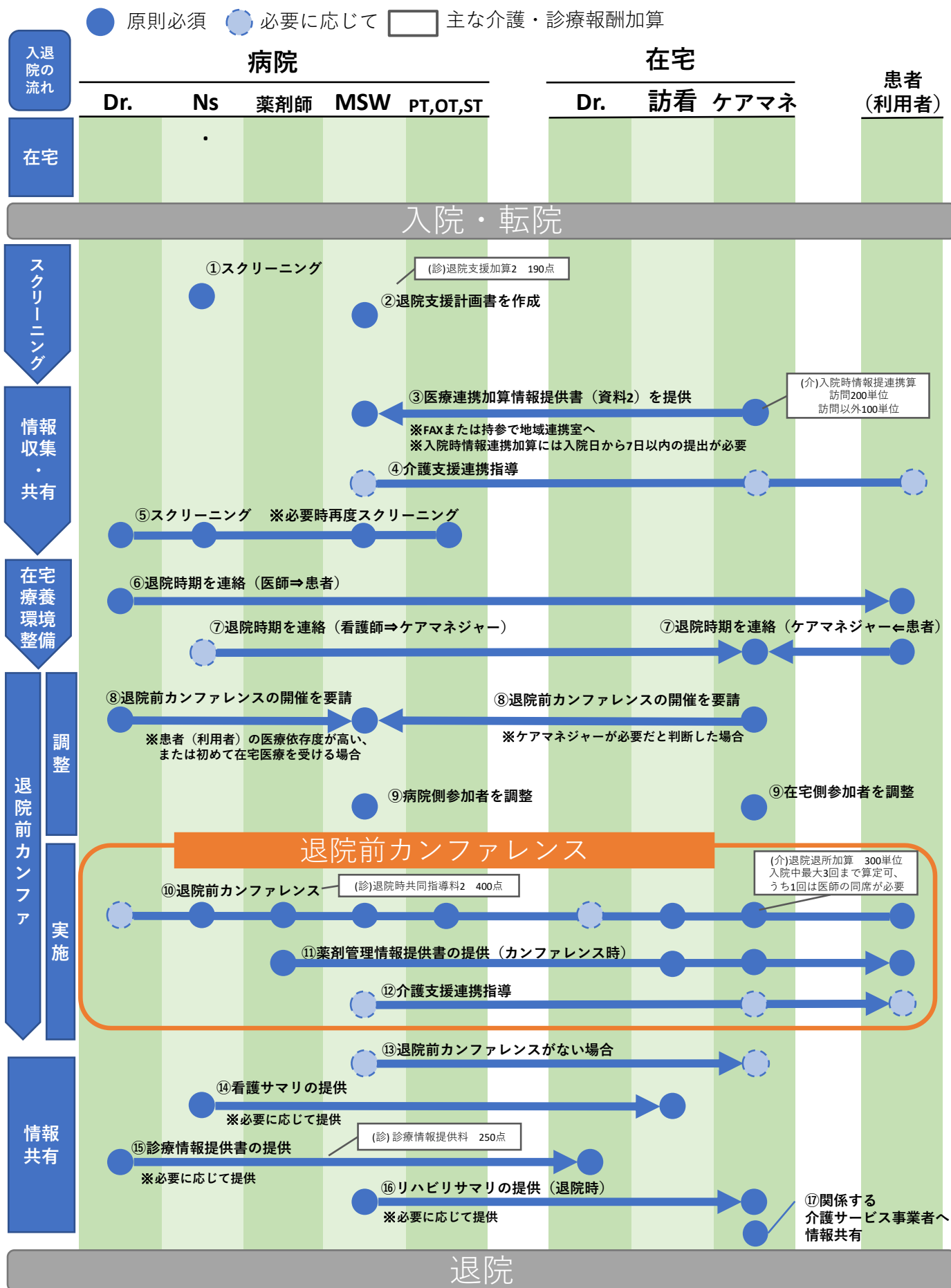
- ① 住居環境
- ② 経済状況
- ③ 障害等の認定
- ④ 家族の構成・状況
- ⑤ 生活歴
- ⑥ 医療、介護保険の情報
- ⑦ 現病歴
- ⑧ かかりつけ医療機関
- ⑨ かかりつけ歯科、薬局の有無
- ⑩ アレルギー、禁忌薬
- ⑪ 利用している介護サービス
- ⑫ ADL
(立体保持、寝返り、起き上がり、座位、移乗、入浴、歩行、更衣、身だしなみ)
- ⑬ 社会との関わり
- ⑭ 居住環境
- ⑮ 食事（摂食状況、嚥下障害、食事形態等）
- ⑯ 排泄（排尿、排便、失禁の有無、留置カテーテルの使用等）
- ⑰ 認知と行動（もの忘れ、意思決定、行動・心理症状等）
- ⑱ 介護者の介護力

表9 医療、看護、介護依存度が高い場合の退院前カンファレンス参加者

◎：カンファレンス開催を要請する職種、○：原則参加必須、△：状況に応じて参加

	参加職種								
	病院					在宅			
	医師	看護師	M S W	薬剤師	(P T ・ O T ・ S T) リハ職	医師	訪問看護師	ケアマネジャー	必要な職種 その他
医療依存度：高	◎	○	○	○	○	○	○	○	
看護依存度：高	△	○	○	○	○		○	◎	
介護依存度：高	△	○	○	○	○			◎	△

練馬総合病院を中心とした入院から退院までの流れ



入院時情報連携シート

作成日 年 月 日

FAXの場合は地域連携室 03-5988-2309
持参の場合は地域連携室まで

◆シート作成元

医療機関名 練馬総合病院 御中
事業所名
所在地 〒
TEL FAX
担当者

※同意を得ている場合は□にチェック
□ 以下の情報を提供することに利用者本人及び家族から同意を得ています

フリガナ 性別 生年月日
本人氏名 様 男・女 M・T・S 年 月 日生 ()才
住所 TEL/FAX 携帯TEL
住居環境 1. 持家・賃貸 2. 戸建・集合住宅 3. 自室(有・無) 4. エレベーター(有・無) 5. その他・特記()
経済状況 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・家族からの援助 その他・特記()
1か月の収入の目安()円
障害等認定 身障(部位: 等級:)、療育()、精神()
難病()、その他・特記()
家族構成・状況
◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡
☆:キーパーソン 主:主介護者(必須) 副:副介護者
※キーパーソンの医療・介護に対するこだわり、介護力など退院支援にあたって配慮が必要な点も記載のこと
これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など(※生活歴)
※これまでの在宅療養・介護の方針など
緊急連絡先(氏名) 性別 続柄 世帯 連絡先(Tel)他

◆医療保険・受診状況

医療保険種類 社会保険・国民健康保険・後期高齢者・その他() 自己負担割合
現病歴 発症年月日 受診医療機関名(診療科目・主治医名) 連絡先(Tel)
(主治医意見書作成者に☑)
在宅医療の有無(有・無)
かかりつけ歯科医の有無(有・無)
かかりつけ薬局の有無(有・無)
病歴・家族状況等の特記事項(※アレルギー、禁忌薬等が判明していればここに記入)

◆介護保険情報

未申請・申請中・認定済み 被保険者番号 保険者
認定情報 介護予防ケアマネジメント・要支援()・要介護()
(平成 年 月 日~平成 年 月 日)
認定日 平成 年 月 日
負担割合 1割・2割
介護保険負担限度額認定 有・無
介護保険サービス利用状況 介護保険外サービス利用状況
サービスの内容 事業所名 サービスの内容 事業所名

※退院に向けてのお願い

- 1)退院の検討を始めた段階で、上記担当者へご連絡を頂ければ幸いです 3)その他・特記
2)必要に応じて退院時の情報提供をお願い致します ()

アセスメントシート

利用者氏名 _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入

※下記アセスメントは入院前の在宅時の状況です。退院支援に向けての参考として下さい。

ADL	立体保持	可 ・ 不可		
	寝返り	できる・見守り・軽介助・中介助・全介助		
	起き上がり	できる・見守り・軽介助・中介助・全介助		
	座位	できる・見守り・軽介助・中介助・全介助		
	移乗	できる・見守り・軽介助・中介助・全介助		
	入浴	できる・見守り・軽介助・中介助・全介助		
	室内歩行	できる(自立・伝い・杖・歩行器)		
		一部介助(内容: _____) 全介助(内容: _____)	車いす・特殊寝台	
	室外歩行	できる(自立・伝い・杖・歩行器)		
		一部介助(内容: _____) 全介助(内容: _____)	車いす・特殊寝台	
更衣	できる・見守り・軽介助・中介助・全介助			
身だしなみ	できる・見守り・軽介助・中介助・全介助			
社会との 関わり	社会参加	なし・あり(_____)		
	対人交流	なし・あり(_____)		
	地域の協力	なし・あり(_____)		
居住環境	生活上階段の使用が必要か	(要 ・ 否)		
	車椅子が屋内廊下を通れるか	(可 ・ 否)		
	※その他居住環境に課題があれば記述			
食事	摂取状況	自立・見守り・一部介助・全介助		
	嚥下障害	あり ・ なし		
	食事形態	主食(_____)副食(_____)		
		経腸栄養(_____) とろみ(有 ・ 無)	自立・見守り・一部介助・全介助	
	水分摂取	とろみ(有 ・ 無)		
	栄養状態	良好 ・ 普通 ・ 悪化		
	口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助		
	口腔状態	自歯 ・ 義歯(上 下 部分)		
アレルギー	なし ・ あり(_____)			

排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助		
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助		
		下剤の利用	なし ・ あり(_____)	
	尿失禁	なし ・ あり(_____)		
	便失禁	なし ・ あり(_____)		
	日中	トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ おむつ		
		完全自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	夜間	トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ おむつ		
		完全自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	留置カテーテル使用	なし ・ あり		
ありの場合	本人交換	可 ・ 不可		
	交換している人	(_____)		
ストーマ使用	なし ・ あり			
ありの場合	本人交換	可 ・ 不可		
	交換している人	(_____)		
認知と 行動	もの忘れ	なし ・ あり(_____)		
		認知症確定診断	あり ・ なし	
	(確定診断をした機関名: _____)			
	意思決定	できる ・ 特別な場合以外できる ・ 困難		
行動・ 心理症状	抑うつ	不安	興奮	被害的
	作話	昼夜逆転	同じ話の繰り返し	
	大声	介護拒否	落ち着きな	
	収集	独り言	徘徊	
介護力	介護者	氏名	続柄	
	介護者の健康	健康 ・ 高齢 ・ 病身(_____)		
		常時 ・ 日中のみ ・ 夜間のみ		
介護の提供	特記(_____)			
特別な 状況	一人暮らし ・ 日中独居 ・ 成年後見 ・ 生活保護・ターミナル			
	その他			
その他、特記すべき事柄				

練馬光が丘病院

2. 練馬光が丘病院

(1) 練馬光が丘病院の特徴

■ 練馬光が丘病院の基本情報

練馬光が丘病院は、高度急性期を備えた急性期病院です。病床は342床あり、区内では順天堂大学附属練馬病院に次ぐ規模です。総合入院体制加算の届出をしており、総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制を確保しています。

退院連携においては以下のような特徴があります。

- ・ 円滑に退院支援のためにマニュアルの作成を進める等、体制作りを進めている
- ・ 院内で在宅医を対象とした地域連携の研修の開催している
- ・ 練馬区在宅療養推進事業の訪問看護同行研修へ研修生を派遣している

表 10 練馬光が丘病院の基礎情報

病床数 ⁸	342床(うち高度急性期6床、急性期336床)
在棟患者延べ数(年間) ⁸	93,796人
新規入棟患者数(年間) ⁸	8,807人
平均在院日数 ⁹	12.44日
在宅復帰率(1ヶ月) ⁸	95.6%

⁸ 東京都福祉保健局「平成28年度病床機能報告」

⁹ 厚生労働省「平成27年度DPC公開データ」

■ 退院連携への意見

病院向けの事前ヒアリングと在宅サービスの多職種への事前アンケートから、練馬光が丘病院では、テーマ①退院に向けての情報及び連携の機会、テーマ③在宅療養の環境整備に意見が出され、退院前カンファレンスの開催を決定する人が決まっていない、病院の連携窓口が明確でない、ケアマネジャーと連携が取れない等の意見が挙がりました。

表 11 事前調査で挙げられた問題

テーマ		問題
①退院に向けての情報及び連携の機会	退院支援の流れ・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟にスクリーニングのルールが周知されていない（病院）。 ・病院の連携窓口が明確でない（居宅）。
	退院前カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医から開催の連絡が来ないことがある（病院）。 ・開催を決める人が決まっていない（病院）。 ・開催連絡がないことがある（居宅）。 ・議事録がケアマネジャーから送付されるため、届くまでに時間がかかる（訪看）。 ・医療処置が多い場合は在宅医の参加が必要（訪看）。
	患者・家族の意向確認	<ul style="list-style-type: none"> ・医師やケアマネジャーの意見に家族が左右される（病院）。 ・病気がなったときにどうするか患者・家族が話し合っていない（病院）。 ・介護力が考慮されずに話が進むことがある（居宅）。 ・在宅復帰意向を確認しないままに連携室がケアマネジャーを呼ぶことがある（居宅）。
②情報関係書類		<ul style="list-style-type: none"> ・医療連携加算情報提供書の提出窓口が分からない（居宅）。 ・退院時に情報共有されないことがある（居宅）。 ・訪問看護指示書発行の手続きが煩雑（訪看）。
③在宅療養の環境整備	患者・家族	<ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族が在宅療養を具体的にイメージできていない（病院）。 ・主介護者や家族に判断能力や現状理解がないことがある（居宅）。 ・入院中から在宅での生活の説明が行われていない（居宅）。 ・利用者とその家族の退院後の療養に係る考えや希望等の把握が難しい（病院）。
	家屋	<ul style="list-style-type: none"> ・家屋調査がされないことがある（居宅）。 ・病院のリハ職が家屋調査することが必要（居宅）。
	多職種の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の在宅療養の知識が不足している（病院）。 ・ケアマネジャーと連携が取れないことがある（病院）。
	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・退院までの日数が短い（訪看）。
④地域の社会資源情報	医療資源	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションの特徴が分からない（在宅医）。 ・訪問看護師指示書の依頼の仕方トラブルになりやすい（居宅）。 ・病院を経由して訪問診療を依頼した方が、対応してもらいやすい（居宅）。
	介護資源	<ul style="list-style-type: none"> ・介護事業所との連携がうまくいかない（訪看）。 ・入所施設が見つからない（居宅）。 ・介護老人保健施設の入所手続きが煩雑（居宅）。
⑤医療・介護保険関連の知識		<ul style="list-style-type: none"> ・各種制度についての知識が不足している（病院、在宅医、居宅）。 ・介護保険の知識が不足している（病院）。 ・医療保険の知識が不足している（訪看、居宅）。
⑥地域交流・学習		<ul style="list-style-type: none"> ・交流や学習の機会が不足している（病院、在宅医、訪看、居宅）。 ・開業医との顔の見える関係を作る環境が不足している（居宅）
⑦その他		<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援・在宅移行全般について問題がある（病院）。 ・病院主治医、ケアマネジャーがそれぞれの立場で考え、患者の意見を汲めていない（病院）。 ・ケアマネジャーの個人的な関係でサービス業者が決まっているように感じる（在宅医）。 ・どのような人に高齢者相談センターの相談員がつかのか分からない（居宅）

(2) 第1回意見交換会 (病院の特徴と課題の把握)

第1回意見交換会は、病院の基礎データ、事前調査の結果をもとに退院支援の現状を参加者間で共有することを目的として実施しました。練馬光が丘病院では以下の要因が退院連携を妨げていることが分かりました。

【情報共有・連携の機会】

- 退院前カンファレンス議事録が共有されない
- 認知症等の問題がある患者（利用者）であるのに、退院時にケアマネジャーに情報が提供されないことがある

【情報共有関係書類】

- 医療連携加算情報提供書が定着していない
- 訪問看護事業所が診療情報提供書の情報を共有できない

【在宅療養環境の整備・調整】

- 病院に退院支援のチームがない
- 退院連携に関する病院看護師のスキルが足りていない

【地域交流・学習の機会】

- 様々な職種が主導する勉強会が不足している

【その他】

- 連携が不十分な事業所がある
- 連携するのに十分なスキルがない事業所がある

表 12 練馬光が丘病院の第 1 回意見交換会で出された現状・意見①

1. 退院に向けての情報共有及び連携の機会			
	① 退院支援の流れ・方法	②退院前カンファレンス	③患者とその家族に対する意向確認
現状	<ul style="list-style-type: none"> 東京都のスクリーニングを昨年6月(平成27年)から導入している。 入院をとった看護師がスクリーニング票を記載し、対象者を選定する。 退院支援の対象者になった人をMSWが調整する。 	<p>【進行役】：担当医、MSW</p> <p>【案内形式】</p> <ul style="list-style-type: none"> 調整役は決まっておらず、担当医や看護師が行う <p>【議事録形式】</p> <ul style="list-style-type: none"> 電子カルテ <p>【議事録の共有】</p> <ul style="list-style-type: none"> していない 	<ul style="list-style-type: none"> 入院当日に行うスクリーニングで意向を確認する。 意向確認する人が医師だったり、看護師だったり場合によって違う。
意見	<ul style="list-style-type: none"> 病棟にスクリーニングの仕方が周知されていない。 当院独自のルールを別に設け、対象者が多くなりすぎないようにしている。 	<ul style="list-style-type: none"> 箇条書レベルの簡潔なカンファレンスの議事録を共有して欲しい(在宅医)。 入院時の情報提供書内に「退院時の情報共有を希望する」という欄を作成してそこに印があれば一報欲しい(ケアマネジャー)。 	<ul style="list-style-type: none"> 特になし。

表 13 練馬光が丘病院の第 1 回意見交換会で出された現状・意見②

2. 情報共有関係書類			
	①書類関係 (入院時) 医療連携加算情報提供書	①書類関係 (退院時) 情報提供書類、看護サマリ他	②多職種間の情報共有
現状	<p>【フォーマット】：なし</p> <p>【担当窓口】：不定</p> <p>【提出状況】：低い</p> <p>【活用状況】：活用されていない</p>	<p>【診療情報提供書】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特に問題はない <p>【看護サマリ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特に問題はない 	<p>【多職種間での情報共有の仕組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> なし
意見	<ul style="list-style-type: none"> 入院時医療連携加算情報提供書の窓口を明確にして欲しい(ケアマネジャー)。 病院としての書式がないので、様々なフォーマットを精査して使っている。(ケアマネジャー)。 	<ul style="list-style-type: none"> 特になし。 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリサマリがあると可動域ややってはいけない行動などが分かるので欲しい。(ケアマネジャー)。 他職種の情報を見られる仕組みが欲しい(在宅医)。 退院時にケアマネ宛の書類が欲しい(ケアマネジャー)。

表 14 練馬光が丘病院の第 1 回意見交換会で出された現状・意見③

	3. 在宅療養環境の整備・調整	4. 地域の社会資源情報	5. 医療保険・介護保険に関する知識・情報	6. 交流の場・学習の機会
現状	<ul style="list-style-type: none"> 入院当日に行うスクリーニングで意向確認している。 	<p>【基本的な情報】 すでにある。</p> <p>【特殊な情報】</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護師資格を持ったケアマネなどの詳細以外の情報は得られる。 ケアマネジャー連絡会で作成したショートステイのリストがあるが、老健の情報は無い。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療側は介護保険について、介護側は医療保険について詳細が分からないことがある。 請求事務についての不明点の問い合わせ先が分からない。 病院の看護師の中には在宅療養の知識が少なく、何をすればいいのか分からない人が多くいる。 	<p>【病院内での交流の場】</p> <ul style="list-style-type: none"> 年に 1 回在宅医を集めた地域連携の会がある。
意見	<ul style="list-style-type: none"> 看護師によって介護支援の理解度が異なっている。教育はまだ不十分(病院)。 急性期病院では退院支援のチームが必要だが、光が丘病院はそこまで来ていない(病院)。 サービスが付かないと報酬がでないので、在宅療養を希望するか否かの確認だけは病院で欲しい(ケアマネジャー)。 	<ul style="list-style-type: none"> 特になし 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養に関する知識が十分でない病院内看護師がおり、教育が必要。(病院) 保険制度改革の際に資料が欲しい(ケアマネジャー)。 	<ul style="list-style-type: none"> 交流会の数は足りている。(在宅医) 交流会参加者の顔ぶれが同じ(ケアマネジャー)。 病院にどのような情報を収集しに行けばいいのか分からないケアマネジャーがいる(高齢者相談センター)。

(3) 第2回意見交換会（課題の抽出）

第2回意見交換会は、第1回意見交換会で挙げられた退院支援を妨げている要因について、今後取り組むべき課題を抽出することを目的に実施しました。

【情報共有・連携の機会】

- 病院の連携窓口の明確化が必要
- 退院前カンファレンス議事録の共有が必要

【情報共有関係書類】

- 医療連携加算情報提供書の様式が必要
- 医療連携加算情報提供書の提出窓口とタイミングの明確化が必要
- ケアマネジャー、訪問看護事業所へも診療情報提供書の情報共有が必要

【在宅療養環境の整備・調整】

- 病院に退院支援のチームが必要
- 退院連携に関する病院看護師のスキルを高める機会が必要
- 病院医師からの訪問看護指示書の発行手続きを簡素化する必要がある

【地域の社会資源情報】

- 介護老人保健施設ごとの受け入れ条件の情報が必要

【地域交流・学習の機会】

- 様々な職種が主導する事例検討会が必要

【その他】

- 連携が不十分な事業所と連携する必要がある
- 十分な能力がない事業所のスキルを向上させる必要がある

光ヶ丘地区課題まとめ							
在宅	練馬光が丘病院	在宅					
<ul style="list-style-type: none"> ・医療と介護サービスを受けている ・在宅医療のみ ・在宅医療と介護サービスを受けていない 	<p style="text-align: center;">退院支援</p> <table border="1"> <tr> <td>情報収集・共有</td> <td>スクリーニング</td> <td>患者・家族意向確認</td> <td>在宅療養環境整備</td> <td>退院前カンファ</td> </tr> </table>	情報収集・共有	スクリーニング	患者・家族意向確認	在宅療養環境整備	退院前カンファ	<p style="text-align: center;">対象</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療と介護サービスが必要 ・在宅医療が必要 ・在宅医療と介護サービスは必要なし
情報収集・共有	スクリーニング	患者・家族意向確認	在宅療養環境整備	退院前カンファ			
①情報及び連携の機会	<p>病院側の連携窓口不明</p> <p>医療連携加算情報提供書のルール構築 (必要な情報、提出窓口、提出時期)</p>	<p>多職種間での情報共有の仕組み構築</p> <p>CMへの情報提供ルートが不明</p> <p>退院前カンファレンス議事録共有</p> <p>診療情報提供書・看護サマリの共有 (多職種での共有ルールが不明)</p>					
②情報関係書類		<p>退院前カンファレンス体制が</p>					
③在宅療養の環境整備	<p>退院支援チーム不在</p>	<p>訪問看護指示書発行手続きの円滑化</p>					
④地域の社会資源情報		<p>老健に関する情報の共有</p>					
⑤医療・介護保険関連の知識	<p>病院スタッフの在宅医療に関する知識向上</p>						
⑥地域交流・学習	<p>事例検討会等が必要だが、旗振り役が不明</p>						

図3 第2回意見交換会までに出された課題をまとめた見取り図

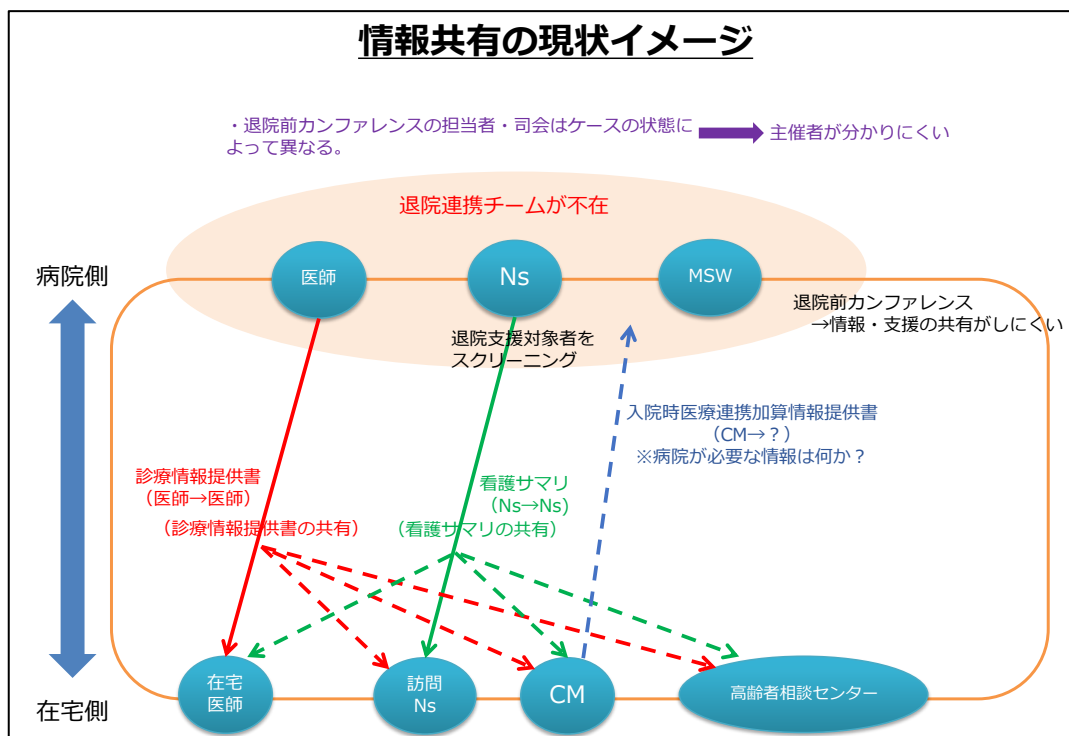


図4 練馬光が丘病院での退院時の情報共有ルート

表 15 練馬光が丘病院の第 2 回意見交換会で出された課題①

※下線が付された課題を第 3 回意見交換会で検討することになった

	1. 退院に向けての情報共有及び連携の機会			2. 情報共有関係書類		
	病院の連携窓口について	情報共有の仕組みについて	退院前カンファレンスについて	医療連携加算情報提供書について	診療情報提供書および看護サマリについて	その他
課題	<ul style="list-style-type: none"> 病院の連携窓口の明確化が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種間での情報共有の仕組みが必要。 ケアマネジャーへの診療情報提供書の共有が必要。 入院する科によらず患者の認知症の程度の把握が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスの議事録が共有されていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療連携加算情報提供書の提出先や提出するタイミングの明確化が必要。 医療連携加算情報提供書の書式が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーにも診療情報提供書を共有して欲しい。 診療情報提供書の共有、取り扱い方法を定めることが必要。 	

表 16 練馬光が丘病院の第 2 回意見交換会で出された課題②

	3. 在宅療養環境の整備・調整について			4. 地域の社会資源情報	5. 医療・介護保険の知識情報
	家族について	家屋について	その他		
課題			<ul style="list-style-type: none"> 病院に退院支援チームが必要。 訪問看護指示書を外来として医師に発行してもらう際の事務手続きの簡素化必要 	<ul style="list-style-type: none"> 老健ごとの受け入れ条件などに関する情報が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養に関する病院の知識を高めることが必要。

表 17 練馬光が丘病院の第 2 回意見交換会で出された課題③

	6. 地域交流・学習の機会について	7. その他
課題	<ul style="list-style-type: none"> 事例検討会が必要。 新しい参加者を呼び込む必要がある。 勉強会開催の際に誰に声をかければいいのか、テーマ設定の目安が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の中で連携が不十分な事業所と連携を進める必要がある。

(4) 第3回意見交換会（解決策の方向性）

第3回意見交換会は、第2回意見交換会で抽出された課題について解決策するため、以下の2つの解決策に取り組み、練馬光が丘病院の入院から退院までのガイドラインを作成することとなりました。

■ 解決策

① 入院から退院までの流れのフローチャートを作成し、関係者に周知する。

練馬光が丘病院と在宅サービスの多職種との退院連携の流れ（資料3）を示し、ガイドライン（第4章）を作成します。これにより病院の連携窓口や連携のタイミング、方法、注意事項等を関係者で共有することで、退院連携の混乱をなくすことができます。

② 入院時の医療連携加算情報提供書の書式を作成し、入院時から退院に向けた支援体制を構築する。

入院時に居宅介護支援事業所から提供する医療連携加算情報提供書の様式を作成（資料4）し、広く周知を図ります。これにより、病院が必要としている情報を適切かつ迅速に提供し、病院の退院に向けた支援に活かします。

■ ガイドラインの骨子

以下、①～③を盛り込んだ、入院から退院までの連携の流れや連携上の注意点を示したガイドラインを作成します。

- ① 入院から退院までのフローチャート
- ② 医療連携加算情報提供書
- ③ 各病院から提供された帳票類

■ 医療連携加算情報提供書

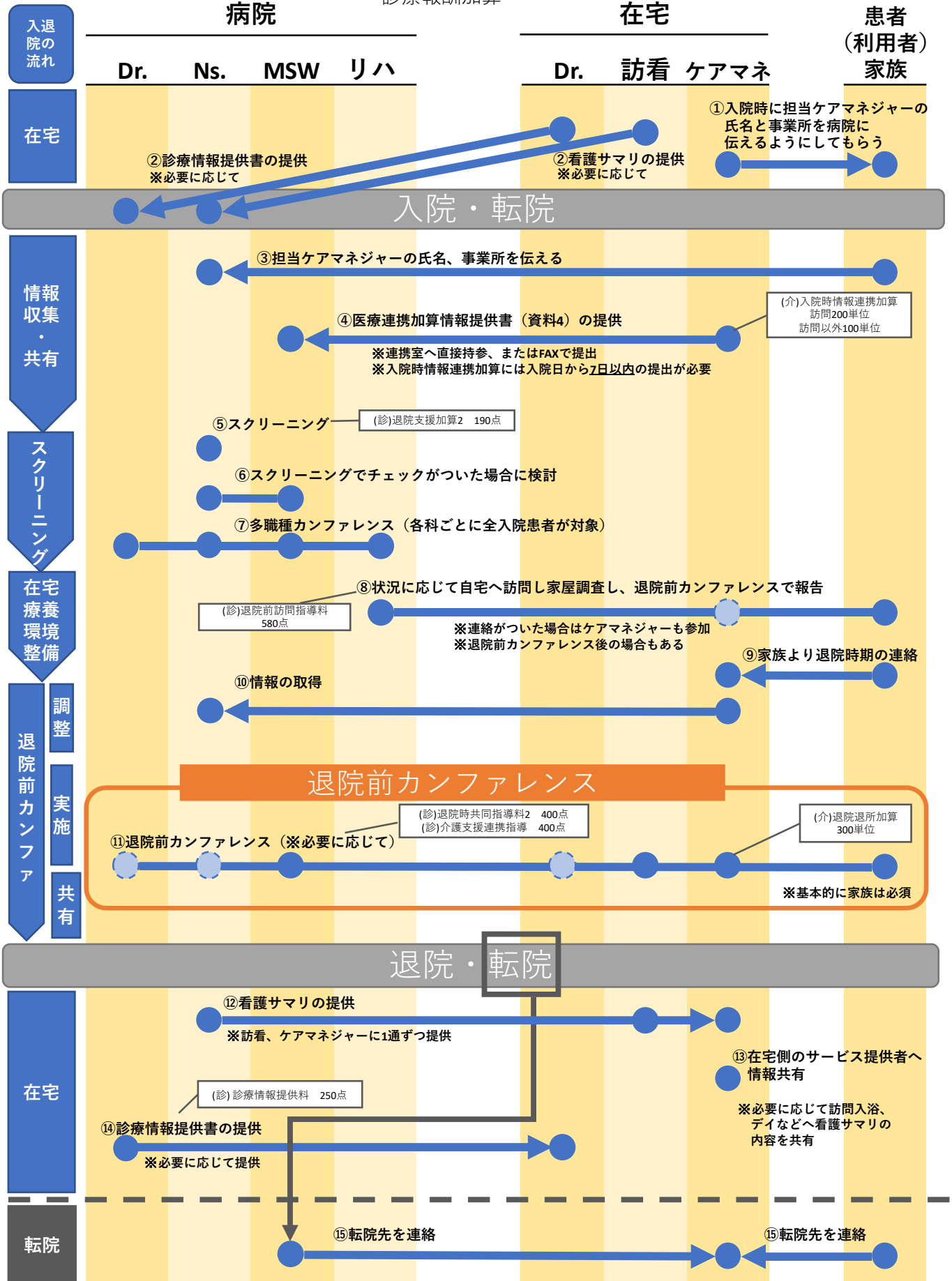
練馬光が丘病院は、医療連携加算情報提供書の作成を入院早期に作成でき、かつ作成の負担を軽減するため、退院支援のために必要な最小限の項目に留めました。また、家族情報の留意点と特記事項欄の説明書きを充実させました。

【記載項目】

- ① 要介護度
- ② 障害等の認定
- ③ ADL
(食事、口腔清潔、排泄、入浴、移動、更衣、夜間の状態、服薬管理)
- ④ 利用している介護サービス
- ⑤ 入所施設の申込の有無
- ⑥ 介護上注意すべきこと
- ⑦ 経済状況
- ⑧ 住環境
- ⑨ 経済状況
- ⑩ 家族状況 (家族構成、医療、介護へのこだわり、信仰等)
- ⑪ 本人家族の意向
- ⑫ 入退院上の留意点
- ⑬ 在宅復帰・退院を妨げる要因、権利擁護等
- ⑭ かかりつけ医療機関

練馬光が丘病院を中心とした入院から退院・転院までの流れ

● 原則必須 ● 必要に応じて □ 主な介護
診療報酬加算



FAXの場合は地域連携室 03-3979-3860

持参の場合は地域連携室まで

入院時情報提供用紙 【居宅介護支援事業所など⇒病院】

練馬光が丘病院 御中

(提供日)平成 年 月 日
(入院日)平成 年 月 日

介護などの情報を提供いたします。入院中のケアや退院調整にご活用いただければ幸いです。

フリガナ			性別	生年月日																
氏名	様		男・女	明・大・昭	年	月	日	歳												
利用者情報	要介護度	申請中	サービス事業対象者・要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)					障害などの認定		なし 身障() 療育() 難病() 精神()										
	状態が悪化する前の状態	障害高齢者日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	認知症高齢者日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
		食事	自立	見守り	要介助	介助内容:					現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> サービス利用なし								
		食形態	普通食	その他	形態:					<input type="checkbox"/> 訪問介護 /日 /週										
		口腔清潔	自立	要介助	義歯:有・無	介助内容:						<input type="checkbox"/> 訪問看護 /週								
		排泄	自立	見守り	要介助	介助内容:						<input type="checkbox"/> 訪問リハ /週								
		排泄方法	トイレ	ポータブル	おむつ	介助内容:						<input type="checkbox"/> 訪問入浴 /週								
		入浴	自立	見守り	要介助	介助内容:						<input type="checkbox"/> 通所介護 /週								
		入浴場所	自宅風呂	通所	訪問入浴	介助内容:						<input type="checkbox"/> 通所リハ /週								
		移動	自立	見守り	要介助	介助内容:						<input type="checkbox"/> 短期入所								
衣服の着脱		自立	見守り	要介助	介助内容:					<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護										
夜間の状態	良眠	不穏	状態:					<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護												
服薬管理	なし	良好	不適	状態:					<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与()											
入所施設の申し込み		なし	あり()	不明					<input type="checkbox"/> その他()											
介護上特に注意すべき点等 ※認知症の周辺症状と対応方法等																				
経済状況		国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・家族からの援助 その他・特記() 1か月の収入の目安()円																		
住まい	住環境	戸建・集合住宅	階段	有()	無()	エレベーター	有()	無()												
	移動・外出・排泄・入浴などの問題点																			
家族情報	家族構成	単身	高齢者世帯	同居あり(同居人の種類:)																
	特に留意すべき点 医療、介護へのこだわり、信仰など																			
主介護者	フリガナ						続柄	同居・別居 どちらかに○をつけて下さい												
	氏名	様					続柄	自宅電話: 携帯電話:												
ソバキョウ	フリガナ						続柄	同居・別居 どちらかに○をつけて下さい												
	氏名	様					続柄	自宅電話: 携帯電話:												
連絡先	フリガナ						続柄	同居・別居 どちらかに○をつけて下さい												
	氏名	様					続柄	自宅電話: 携帯電話:												
医療・介護に関する本人・家族の意向(在宅療養や延命について)、入退院に際しての留意点、在宅復帰・退院を妨げうる要因、権利擁護など																				

受診医療機関

医療機関名(かかりつけ医の場合は機関名の冒頭に○をつけて下さい)	診療科目・主治医名

居宅介護支援事業所

事業所名	担当介護支援専門員
所在地	71
	TEL
	FAX

別途電話などで詳細な情報提供することを希望します (別途情報提供をしたい場合は にチェックを入れて下さい)

順天堂大学附属練馬病院

3. 順天堂大学附属練馬病院

(1) 順天堂大学附属練馬病院の特徴

■ 順天堂大学附属練馬病院の基本情報

順天堂大学附属練馬病院は、練馬区内の基幹病院として高度な医療の提供を行っている大学病院です。病床は400床あり、区内で最もベッド数が多い病院です。平均在院日数が短く、病床稼働率も98%と非常に高いです。他機関からの紹介率、他機関への逆紹介率は今回の事業対象病院で最も高くなっています。退院患者の3.9%¹⁰に在宅医療が提供されています。

退院連携においては以下のような特徴があります。

- ・ 退院前カンファレンスへの参加者は事業対象の他病院よりも多い
- ・ 石神井地区の医療介護関係者が集まる練馬ケアサークルという在宅療養についての勉強会を開催している
- ・ 病院独自の交流会を開催している
- ・ 今後、かかりつけ医と電子カルテを共有するシステムの導入予定がある

表 18 順天堂大学附属練馬病院の基礎情報

病床数 ¹⁰	400床(うち高度急性期10床、急性期390床)
在棟患者延べ数(年間) ¹⁰	144,401人
新規入棟患者数(年間) ¹⁰	14,609人
平均在院日数 ¹¹	10.82日
在宅復帰率(1ヶ月) ¹⁰	95.3%

¹⁰ 東京都福祉保健局「平成28年度病床機能報告」

¹¹ 厚生労働省「平成27年度DPC公開データ」

■ 退院連携への意見

病院向けの事前ヒアリングと在宅サービスの多職種への事前アンケートから、順天堂大学附属練馬病院では、テーマ①退院に向けての情報及び連携の機会、テーマ②情報関係書類、テーマ③在宅療養の環境整備に意見が出され、退院前カンファレンスの情報共有や、在宅サービスの開始に向けた調整連携に問題点が挙げられました。居宅介護支援事業所からは、テーマ②情報関係書類について、医療連携加算情報提供書の様式がなく、どのような情報の提供が必要なのか分からないという意見が出されました。

表 19 事前調査で挙げられた問題

テーマ		問題
①退院に向けての情報及び連携の機会	退院支援の流れ・方法	<ul style="list-style-type: none"> 退院連携のスキルが不足している看護師がいる（病院）。 相談室が介入しないと病院医師と連携が取れない（訪看）。 連絡なしに退院になることがある（居宅）。 電話が繋がりにくく連絡が取りにくい（居宅）。
	退院前カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> 参加しにくい時間に設定される（在宅医、訪看）。 開催連絡が間際に来る（訪看、居宅）。 病院とケアマネジャーで済ませてしまうことがある（訪看）。
	患者・家族の意向確認	<ul style="list-style-type: none"> 在宅復帰への患者さんの不安が大きい（病院）。 意向確認をする看護師のスキルが充分ではない（病院）。 状況把握や施設を調べる時間的な余裕がない（居宅）。 病院、患者・家族、ケアマネジャー間の意思疎通できていない（居宅）。 家族間で意見が統一されない（居宅）。
②情報関係書類	診療情報提供書 医療連携加算情報提供書	<ul style="list-style-type: none"> 訪看へ診療情報提供書が提供されないことがある（在宅医）。 病院が必要としている情報を記載できる様式がない（居宅）。 どのような情報を提供すればいいかわからない（居宅）。
	その他	<ul style="list-style-type: none"> 急な退院の場合はサマリーが共有されないことがある（居宅）。 多職種で情報を共有する書式がない（居宅）。 訪問看護指示書に記載が漏れ多い（訪看）。 継続場合でも、訪問看護指示書の発行依頼が必要（訪看）。
③在宅療養の環境整備	患者・家族	<ul style="list-style-type: none"> 患者に急性期病院の役割が理解されておらず、考えや希望の把握が難しい（病院）。 患者・家族の心の準備ができないまま退院になることがある（居宅）。 在宅療養に対する考えがあいまいなことがある（居宅）。 利用者家族への教育、指導が充分ではない（居宅）。
	家屋	<ul style="list-style-type: none"> 自宅での環境整備にはリハ職が参加して、準備や指導の必要性を検討して欲しい（居宅）。
	多職種の連携	<ul style="list-style-type: none"> 退院時、ケアマネジャーがすぐに動けるような体制を整えて欲しい（訪看）。 急な退院でサービス調整が不十分なことがある（病院、在宅医、居宅） 病院は、在宅に合った物品を払い出して欲しい（訪看）。
④地域の社会資源情報	医療資源	<ul style="list-style-type: none"> 連携しやすい機関・事業所に依頼が片寄る（在宅医、居宅）。 連携する機関・事業所の選定に悩む（居宅）。 指示書が遅れ、サービスに入れないことがある（居宅）。
	介護資源	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険施設の情報が入ってこない（在宅医）。 障害福祉サービスと介護保険サービスの調整が難しい（居宅）
⑤医療・介護保険関連の知識		<ul style="list-style-type: none"> 介護保険の知識が不足している（病院）。 医療保険の知識が不足している（訪看、居宅）。 制度についての問い合わせ先がない（訪看）。 医療の専門的な知識が不足している（居宅）。
⑥地域交流・学習		<ul style="list-style-type: none"> 交流や学習の機会が不足している（病院、在宅医、訪看、居宅）。 どのような地域交流が不足しているのか情報がない（病院）。 一般市民向けの勉強会が必要（在宅医）。
⑦その他		<ul style="list-style-type: none"> 退院支援等への医師の意識や理解がない（病院）。 区外の患者の支援が困難（病院）。 訪問診療実施機関の一覧がない（訪看）。 診療所によって衛生材料の支給具合が異なる（訪看）。

(2) 第1回意見交換会 (病院の特徴と課題の把握)

第1回意見交換会は、病院の基礎データ、事前調査の結果をもとに退院支援の現状を参加者間で共有することを目的として実施しました。順天堂大学附属練馬病院では以下の要因が退院連携を妨げていることが分かりました。

【情報共有・連携の機会】

- 平均在院日数が短く、短期で連携を進めなければならない
- 介護保険利用者が入院した時は、担当ケアマネジャーに連絡が欲しい
- ケアマネジャーが入院直後から関与できていない
- 病院の連携窓口やタイミングが分からない
- ケアマネジャーと病院との連携がうまくいっていない(突然の来訪や電話では情報提供はできない)

【情報共有関係書類】

- ケアマネジャーからの情報提供書の書式がない

【在宅療養環境の整備・調整】

- 入院直後から在宅療養についての説明が患者(利用者)にされていない

【地域の社会資源情報】

- 地域の診療所の対応可能な疾患等の情報を得る手段がない
- ショートステイを利用する場合の介護老人保健施設の医療対応の制限を得る手段がない

表 20 順天堂大学附属練馬病院の第1回意見交換会で出された問題①

1. 退院に向けての情報共有及び連携の機会			
	① 退院支援の流れ・方法	② 退院前カンファレンス	③ 患者とその家族に対する意向確認
現状	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中と大腿骨頸部骨折については地域連携バス（東京都）を使用している。 その他の疾患については、入院時に病棟看護師や外来看護師がスクリーニングシートを使用し、対象者を選定する。 対象者に対しては、病棟看護師が中心となり調整を行う。 	<p>【進行役】：病棟看護師</p> <p>【案内形式】</p> <ul style="list-style-type: none"> 担当医の予定に基づき候補日決定 <p>【議事録形式】：電子カルテ</p> <p>【議事録の共有】</p> <ul style="list-style-type: none"> カンファレンス終了に間に合えば共有している 	<ul style="list-style-type: none"> 入院時のスクリーニングの際に意向確認している。 週1回開催の療養支援カンファレンスで患者さんの理解や希望の共有を行っている。 医師からの説明が不十分で、患者さんが理解されないまま退院してしまうことがある。
意見	<ul style="list-style-type: none"> 状態変化予測や介護知識が不足している看護師だと見落としがある。対策として、入院後に再スクリーニングをしたり、支援センターで再確認をしている。 	<ul style="list-style-type: none"> できるだけ早く開催日程を教えて欲しい。(在宅医) 病院側でどのくらいに退院するかなど予測がついた時点で、それを早い段階で共有して欲しい(ケアマネジャー)。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養を始めるかどうかを決める前に、ケアマネから在宅療養について、医療面について病院から説明すれば在宅に帰る人が増えるのではないか(ケアマネジャー)。

表 21 順天堂大学附属練馬病院の第1回意見交換会で出された問題②

2. 情報共有関係書類			
	①書類関係（入院時） 医療連携加算情報提供書	①書類関係（退院時） 情報提供書類、看護サマリ他	②多職種間の情報共有
現状	<p>【フォーマット】：なし</p> <p>【担当窓口】：不定</p> <p>【提出状況】：低い</p> <p>【活用状況】：活用されていない</p>	<p>【診療情報提供書】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特に問題はない <p>【看護サマリ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特に問題はない <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医との間でICTの活用を試験的に導入している 	<p>【多職種間での情報共有の仕組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> あり 試験的にICTを導入中
意見	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテなので紙媒体で共有されても、スキャンすることしかできないため活用しづらい(病院)。 シンプルな定型シートがあれば助かる(ケアマネジャー)。 窓口があれば助かる(ケアマネジャー)。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護サマリーの内容のわかりにくさは形式の問題ではなく、記載する看護師の技量による(訪看)。 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護ステーションの報告書は、電子媒体が禁止されている。(訪看)

表 11 順天堂大学附属練馬病院の第 1 回意見交換会で出された問題③

	3. 在宅療養環境の整備・調整	4. 地域の社会資源情報	5. 医療保険・介護保険に関する知識・情報	6. 交流の場・学習の機会
現状	<ul style="list-style-type: none"> 入院時のスクリーニングの際に意向確認している。 	<p>【基本的な情報】 ある</p> <p>【特殊な情報】</p> <ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアの研修を受けている医師やターミナルケアを行ったことのあるチームのリストなどを病院で作成している。外部には共有していない。 ショートステイのための老健ごとの医療依存度の制限などの情報がない。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療側は介護保険について、介護側は医療保険についての詳細が分からないことがある。 	<p>【病院内での交流の場】</p> <ul style="list-style-type: none"> 偶数月に練馬ケアサークルという勉強会を開催している。 地域の診療所が週 1 回くらいのペースで勉強会の場を設けている。
意見	<ul style="list-style-type: none"> 医師から患者への説明が不十分なまま退院することがある。(病院) 病棟看護師は、介護保険を使ってどう在宅で過ごせばいいかなど、退院後の話はなかなかできない。(病院) 家族内で意見統一されていないと話が進まない。(病院) 在宅か否かを決定する前にケアマネから在宅療養について説明し、医療に関しては病院から説明すれば在宅に帰る人が増えると思う(ケアマネジャー)。 	<ul style="list-style-type: none"> 終末期や精神疾患が見られる診療所についての情報を共有して欲しい(ケアマネジャー)。 	<ul style="list-style-type: none"> 特になし 	<ul style="list-style-type: none"> 特になし

(3) 第2回意見交換会（課題の抽出）

第2回意見交換会は、第1回意見交換会で挙げられた退院支援を妨げている要因について、今後取り組むべき課題を抽出することを目的に実施しました。

【情報共有】

- 病院の連携窓口の明確化が必要
- 入院時に患者の担当ケアマネジャーが分かるような手立てが必要
- 病棟看護師と連携を図るため、患者（利用者）の病室を知るための手続きの簡素化が必要
- 病院とケアマネジャーが入院直後から円滑に情報共有できる仕組みが必要
- 退院前カンファレンス議事録の共有が必要

【情報共有関係書類】

- 医療連携加算情報提供書が必要
- 医療連携加算情報提供書の提出窓口とタイミングの明確化が必要
- 診療情報提供書・看護サマリを在宅サービスの多職種で共有する仕組みが必要

【在宅療養環境の整備・調整】

- 患者（利用者）家族の在宅療養に対する理解の促進が必要

【地域の社会資源情報】

- 介護老人保健施設の受け入れ可能な患者（利用者）の状態を知る方法が必要
- 小児科、精神科対応可能な在宅医の情報が必要

【地域交流・学習の機会】

- 医療保険等の学習の場が必要

石神井地区課題まとめ							
在宅	順天堂練馬病院	在宅					
<ul style="list-style-type: none"> 医療と介護サービスを受けている 在宅医療のみ/介護サービスのみ 在宅医療と介護サービスを受けていない 	<p style="text-align: center;">退院支援</p> <table border="1"> <tr> <td>情報収集・共有</td> <td>スクリーニング</td> <td>患者・家族意向確認</td> <td>在宅療養環境整備</td> <td>退院前カンファ</td> </tr> </table>	情報収集・共有	スクリーニング	患者・家族意向確認	在宅療養環境整備	退院前カンファ	<p style="text-align: center;">対象</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療と介護サービスが必要 在宅医療or介護サービスが必要 在宅医療と介護サービスは必要なし
情報収集・共有	スクリーニング	患者・家族意向確認	在宅療養環境整備	退院前カンファ			
①情報及び連携の機会	<ul style="list-style-type: none"> 病院側の連携窓口が不明※ケアマネ (利用者の入院病室が把握できない) 入院時に担当ケアマネが不明※病院 (介護支援連携指導ができない) 	<ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンス議事録共有 (欠席者へは共有していない) 診療情報提供書・看護サマリの共有 (多職種での共有ルールが不明) 					
②情報関係書類	<ul style="list-style-type: none"> 医療連携加算情報提供書のルール構築 (必要な情報、提出窓口、提出時期) 	<ul style="list-style-type: none"> 介護事業所向けの情報共有フォーマットがない 病診連携ICTシステムの本格稼働 					
③在宅療養の環境整備	<ul style="list-style-type: none"> 在宅側多職種 (ケアマネ等) の早期介入? 						
④地域の社会資源情報	<ul style="list-style-type: none"> 小児・精神対応可能な在宅医がない 	<ul style="list-style-type: none"> 老健に関する情報の共有 (医療依存などに関する入所基準、空室情報等) 					
⑤医療・介護保険関連の知識	<ul style="list-style-type: none"> 社会資源に関する詳細な情報がない 						
⑥地域交流・学習	<ul style="list-style-type: none"> 区民向け勉強会の機会提供 (病院の役割、病気の進行パターン等) 						

図5 第2回意見交換会までに出された課題をまとめた見取り図

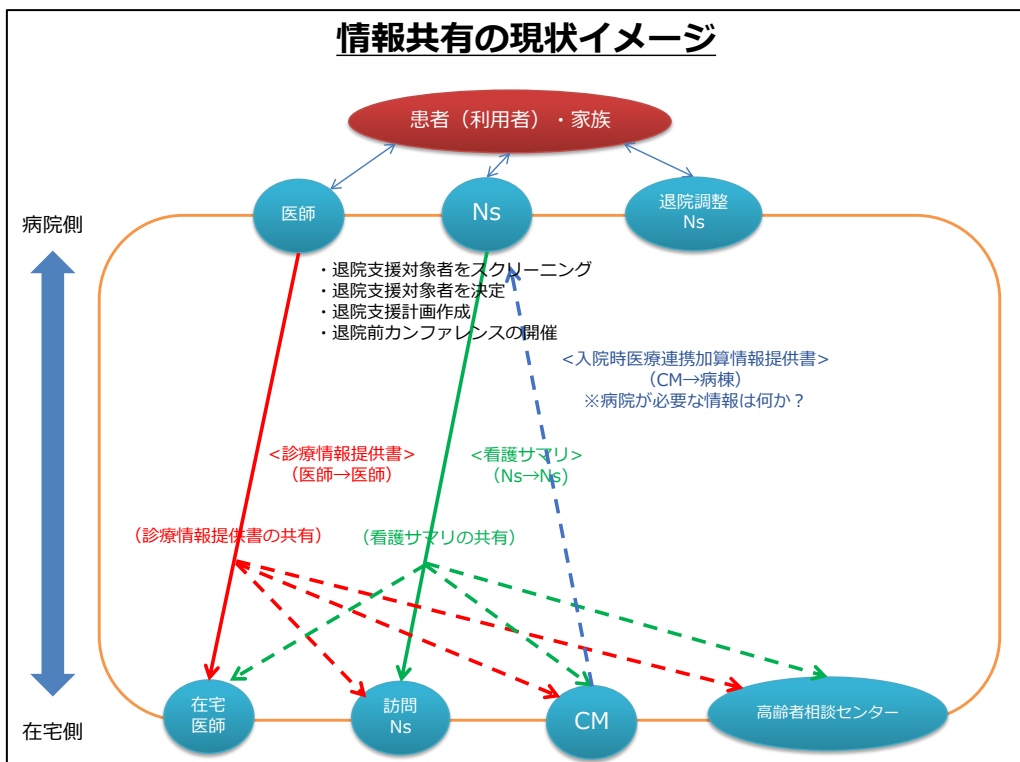


図6 順天堂大学附属練馬病院での退院時の情報共有ルート

表 23 順天堂大学附属練馬病院の第2回意見交換会で出された課題①

※下線が付された課題を第3回意見交換会で検討することになった

	1. 退院に向けての情報共有及び連携の機会			2. 情報共有関係書類		
	病院の連携窓口について	情報共有の仕組みについて	退院前カンファレンスについて	医療連携加算情報提供書について	診療情報提供書および看護サマリについて	その他
課題	<ul style="list-style-type: none"> 病院の連絡窓口の明確化が必要。 患者（利用者）の病室把握の容易化が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーと病院の情報共有の円滑化が必要。 入院時に担当ケアマネジャーを把握する仕組みが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 欠席者を含み、議事録共有が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療連携加算情報提供書の提出先とタイミングの明確化が必要。 医療連携加算情報提供書の書式が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種での共有が必要。 デイサービス、デイケアなどへも看護サマリが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護事業所向けの情報提供書の様式が必要。

表 24 順天堂大学附属練馬病院の第2回意見交換会で出された課題②

	3. 在宅療養環境の整備・調整について			4. 地域の社会資源情報	5. 医療・介護保険の知識情報
	家族について	家屋について	その他		
課題	<ul style="list-style-type: none"> 家族に退院後のイメージ、準備を十分にしてお知らせすることが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーがいない場合でも入院中に家屋の状態を把握できるような仕組みが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師からの在宅療養についての説明を十分に説明して退院を迎える必要がある。 入院早期から病院とケアマネジャーは連携する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 老健ごとの医療依存度の制限などに関する情報が必要。 小児・精神についての情報が必要。 	

表 25 順天堂大学附属練馬病院の第2回意見交換会で出された課題③

	6. 地域交流・学習の機会について	7. その他
課題	<ul style="list-style-type: none"> 区民に対する学習（急性期病院の在り方、ケアマネの利用、在宅医療など）の機会が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援連携指導に、ケアマネジャーが参加することを周知する必要がある

(4) 第3回意見交換会（解決策の方向性）

第3回意見交換会は、第2回意見交換会で抽出された課題を解決するため、以下の3つの解決策に取り組み、順天堂大学附属練馬病院の入院から退院までのガイドラインを作成することになりました。

また、順天堂大学附属練馬病院では、入院時に「お薬手帳」を確認しており、その際に、区で発行している「医療・介護連携シート（資料7）」も確認していることがわかりました。そこで、ケアマネジャーやかかりつけ医、訪問看護等の関係者が分かるよう、「医療・介護連携シート」を積極的に活用することとなりました。

■ 解決策

① 入院から退院までの流れのフローチャートを作成し、関係者に周知する。

順天堂大学附属練馬病院と在宅サービスの多職種との退院連携の流れ（資料5）を示し、ガイドライン（第4章）を作成します。これにより病院の連携窓口や連携のタイミング、方法、注意事項等を関係者で共有することで、退院連携の混乱をなくすことができます。

② 入院時の医療連携加算情報提供書の書式を作成し、入院時から退院に向けた支援体制を構築する。

入院時に居宅介護支援事業所から提供する医療連携加算情報提供書の様式を作成（資料6）し、広く周知を図ります。これにより、病院が必要としている情報を適切かつ迅速に提供し、病院の退院に向けた支援に活かします。

③ 医療介護連携シートを活用し、病院とケアマネジャーの連携体制構築を支援する。

「医療・介護連携シート」をお薬手帳や保険証、医療証に貼付し、薬局名や担当ケアマネジャーの連絡先を記載します。これにより、入院時直後から病院が、患者（利用者）の担当ケアマネジャーを迅速に把握できるようになり、連携体制を迅速に構築することができます。

■ ガイドラインの骨子

以下の①～④を盛り込んだ、入院から退院までの連携の流れや連携上の注意点を示したガイドラインを作成します。

- ① 入院から退院までのフローチャート
- ② 医療連携加算情報提供書
- ③ 医療介護連携シート
- ④ 各病院から提供された帳票類

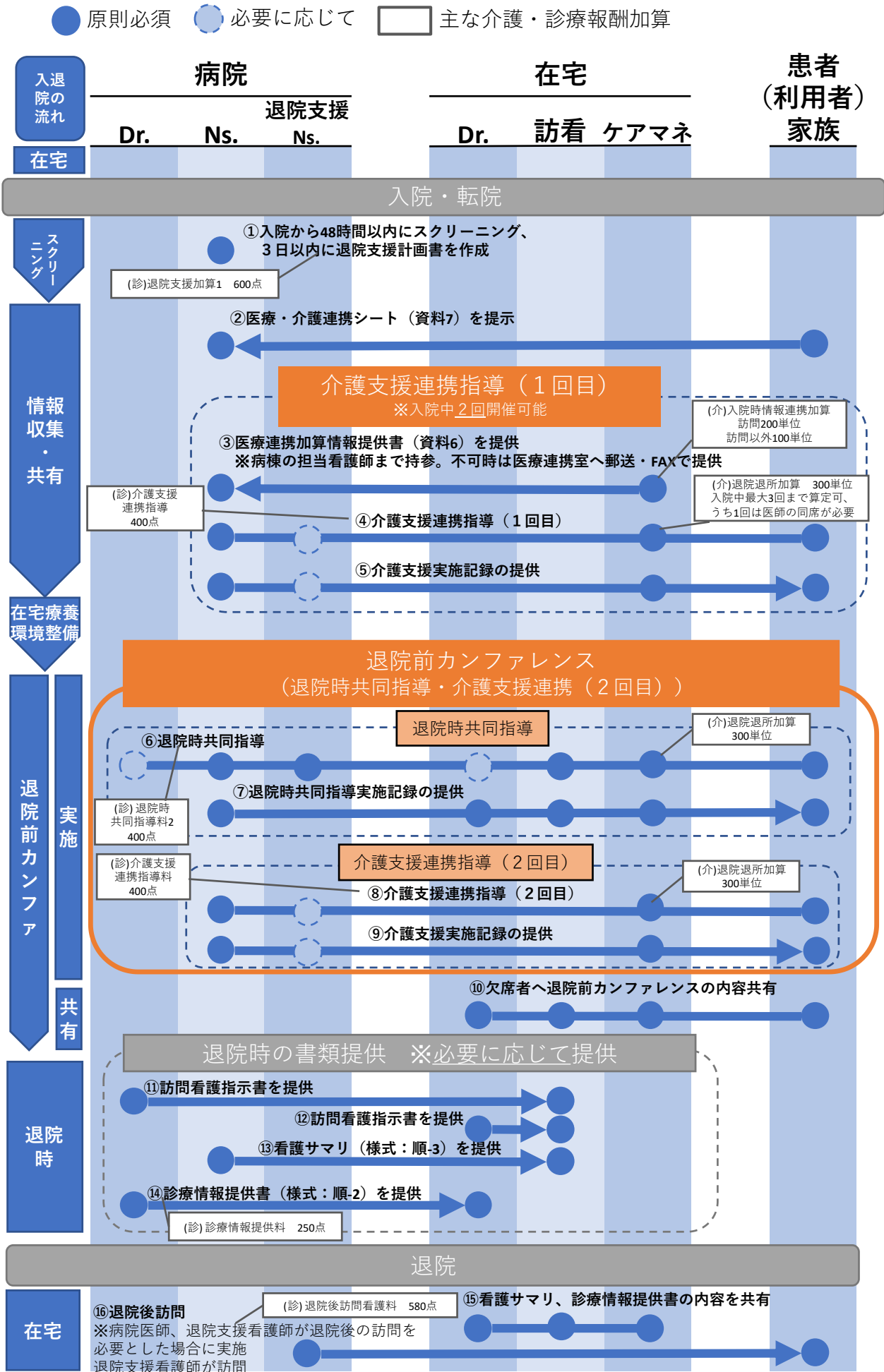
■ 医療連携加算情報提供書

順天堂大学附属練馬病院では、医療連携加算情報提供書の提出時に併せて介護支援連携指導を行い、病院とケアマネジャーが直接会って情報共有ができるため、項目を簡潔にしました。

【記載項目】

- ① 住居環境
- ② 医療、介護保険情報
- ③ 利用している介護サービス
- ④ 障害等の認定
- ⑤ 日常生活自立度
- ⑥ 家族状況
- ⑦ 服薬管理
- ⑧ かかりつけ医療機関
- ⑨ ADL（歩行、食事、排泄、入浴、更衣、認知症・精神症状）

順天堂大学附属練馬病院を中心とした入院から退院までの流れ



【持参の場合】利用者さんの入院している病棟へ直接提出

※持参時に担当看護師と口頭で情報共有する場合は前日までに病棟へ電話予約が必要

【持参できない場合】医療連携室へ電話(03-5923-3111)連絡後、郵送またはFAX(03-5923-3226)で提出

入院時地域情報連携シート

(医療機関)

(居宅介護支援事業所)

提供年月日 平成 年 月 日

<p>順天堂大学附属練馬病院</p> <p>御中</p>

←

←

事業所名
電話
ファクシミリ
担当者

利用者基本情報

※今回の情報提供にあたっては、契約時の同意に基づいて提供しています

ふりがな	性別	生年月日	
利用者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 / <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)	
自宅住所		電話番号	
住居環境	1. 持家・賃貸 2. 戸建・集合住宅 3. 自室 (有・無) ※手すりや介護ベッドの使用可否や住居の問題について		
主介護者	続柄	家族構成図 (☆キーパーソン)	
電話番号	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
住所 (別居のみ)			
キーパーソン	続柄		
電話番号	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
住所 (別居のみ)			

入院前の在宅状況

(確認日 年 月 日)

ADL	【移動】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考:
	【排泄】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考: <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット
	【入浴】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考:
	【食事】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考:
	【口腔清潔】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考:
IADL	【服薬管理】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考:
	【更衣着脱】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考:
認知・精神症状	
かかりつけ医療機関	医療機関名: (科) 先生 →連絡先:
	医療機関名: (科) 先生 →連絡先:
障害等の認定	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 難病医療 (種 級 :)
介護保険情報	介護度: 日常生活自立度: 認知症日常生活自立度:
介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療: 機関名 () <input type="checkbox"/> 訪問看護: 事業所名 () <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護・リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 他:
連絡事項	

大泉生協病院

表 26 大泉生協病院の基礎情報

病床数 ¹²	94床(うち急性期47床、回復期47床)
在棟患者延べ数(年間) ¹²	33,357人
新規入院患者数(年間) ¹²	1,834人
平均在院日数 ¹³	12.63日
在宅復帰率(1ヶ月) ¹²	67.8%(急性期:57.8%、回復期:84.9%)
その他 ¹²	在宅療養支援病院 ¹⁴ の届出

¹² 東京都福祉保健局「平成28年度病床機能報告」

¹³ 厚生労働省「平成27年度DPC公開データ」

¹⁴ 24時間往診が可能な体制を確保し、また訪問看護ステーションとの連携により
24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保している病院

■ 退院連携への意見

病院向けの事前ヒアリングと在宅サービスの多職種への事前アンケートから、大泉生協病院では、テーマ①退院に向けての情報及び連携の機会、テーマ②情報関係書類、テーマ③在宅療養の環境整備、テーマ④地域の社会資源情報に意見が出されました。

また、テーマ②情報関係書類について、病院は医療連携加算情報提供書が提供されていないと考えている一方で、居宅介護支援事業所からは提出窓口が分からないという問題があることが分かりました。そのほか、退院前カンファレンスの議事録が共有されないという問題も挙げられました。

(

表 27 事前調査で挙げられた退院連携での問題

テーマ		問題
①退院に向けての情報及び連携の機会	退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病棟からの転棟は退院支援開始が遅くなる（病院）。 各職種で退院支援のスキルが不足している（病院）。 入院時に連携する窓口が分からない(居宅)。
	退院前カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> 進行を担当する看護師によって内容に差がある（病院）。 参加する時間がない（在宅医）。 医療行為が必要な場合は直接連絡が欲しい（在宅医）。 連携室から開催の連絡がない(訪看)。 目的などが曖昧なまま進行されることがある（訪看）。 開催の目的が十分に浸透していない（居宅）。 議事録が共有されない（訪看、居宅） 退院後の生活を考える場になっていない（居宅）。 ケアマネジャーから病院に情報が正確に伝わっているか不安（在宅医）。
	患者・家族の意向確認	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病棟からの転棟は意向確認が難しいことがある（病院）。 地域包括ケア病棟についての説明が充分ではない（居宅）。 患者・家族とケアマネジャーの考えの摺り合わせに時間が掛かる（居宅）。
②情報関係書類	書類関係	<ul style="list-style-type: none"> 医療連携加算情報提供書が提出されない（病院）。 病院の看護師が医療連携加算情報提供書の存在を知らない（居宅）。 医療連携加算情報提供書の提出窓口が分からない（居宅）。
	その他	<ul style="list-style-type: none"> 往診の情報が共有されない（訪看）。
③在宅療養の環境整備	患者・家族の考えの把握	<ul style="list-style-type: none"> 家族の理解があいまいだと退院に向けた調整を始める時期がつかみにくい（居宅） 病院看護師と訪問看護師の指導評価が異なることがある（居宅）。
	多職種の連携	<ul style="list-style-type: none"> 病院に在宅療養のイメージがない（居宅）。 在宅サービスの導入の必要性を病院のみで評価・判断している（訪看）。 相談室へ電話が連絡がつながりにくい（居宅）
④地域の社会資源情報	訪問看護の依頼	<ul style="list-style-type: none"> 事業所ごとに依頼方法が違う（在宅医）。 事業所ごとの特徴が分からない（在宅医）。 利用可能な時間が限定的で、サービスとの調整が難しい（居宅）
	訪問診療の依頼	<ul style="list-style-type: none"> 対象外の疾患や科目が不明確で訪問診療を依頼しにくい（訪看）。 医師が考えを押しつけてくることもある（居宅）。 訪問診療をしている医療機関が少ない（預託）
	その他	<ul style="list-style-type: none"> 短時間の通所リハや在宅酸素療法などに対応したショートステイが少ない(居宅)
⑤医療・介護保険関連の知識		<ul style="list-style-type: none"> 各制度の内容運用についての知識が不足している（在宅医、訪看、居宅）
⑥地域交流・学習		<ul style="list-style-type: none"> 交流や学習の機会が不足している（病院、居宅）。 医師の参加が少ない（訪看） 参加する医療関係者が固定化している（居宅）
⑦その他		<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟の意義が病院医師に理解されていない（病院）。 各担当者が直接話ができる仕組みが欲しい（在支診）。 病院のサマリーの記載内容が実態と異なることが多い（訪看）

(2) 第1回意見交換会 (病院の特徴と課題の把握)

第1回意見交換会は、病院の基礎データ、事前調査の結果をもとに退院支援の現状を参加者間で共有することを目的として実施しました。大泉生協病院では以下の要因が退院連携を妨げていることが分かりました。

【情報共有】

- 病院の連携窓口が分かりにくい
- 退院前カンファレンス議事録を共有して欲しい

【情報共有関係書類】

- 複数の医療機関を受診している患者（利用者）の情報を共有するシステムが欲しい
- 医療連携加算情報提供書の提出窓口が分からない

【在宅療養環境の整備・調整】

- 退院前に決定したことが、退院後に覆ることがある

表 28 大泉生協病院の第 1 回意見交換会で出された現状・意見①

1. 退院に向けての情報共有及び連携の機会			
	① 退院支援の流れ・方法	②退院前カンファレンス	③患者とその家族に対する意向確認
現状	<ul style="list-style-type: none"> 基本的に地域包括ケア病棟の入院患者は全て退院支援（自宅復帰）の対象としている。 独自の退院支援バスがある。 入院直後から、病棟看護師が中心となり院内外の調整する。 	<p>【進行役】：病棟看護師</p> <p>【案内形式】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院直後に退院前カンファレンスの日程を決定 <p>【議事録形式】：電子カルテ</p> <p>【議事録の共有】：共有していない</p>	<ul style="list-style-type: none"> 入院時に、退院日や転院先を決めるとともに家族の意向を必ず確認している。
意見	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病棟から転棟した患者は、退院支援の開始が遅くなる。 各職種それぞれのスキルアップが課題（看護師であれば職種間コーディネートのスキル等）。 	<ul style="list-style-type: none"> 議事録を共有して欲しい(ケアマネジャー)。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院で確認された本人・家族の意向が退院後に変わることが多くある(ケアマネジャー)。 病院で入院中は緊張しており、退院後と状況が全く変わることがある(ケアマネジャー)。 退院直後に在宅医がサービス事業者を集めてカンファレンスを行うことがあり、有意義である(訪看)。 独居や老々介護など在宅が難しいケースでは、どこまでできるのか限界点を探す必要がある(病院)。

表 29 大泉生協病院の第 1 回意見交換会で出された現状・意見②

2. 情報共有関係書類			
	①書類関係（入院時） 医療連携加算情報提供書	①書類関係（退院時） 情報提供書類、看護サマリ他	②多職種間の情報共有
現状	<p>【フォーマット】：あり</p> <p>【担当窓口】：不定</p> <p>【提出状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> レスパイトではほぼ全例提出 <p>【活用状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> 活用されていない 	<p>【診療情報提供書】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特に問題はない。 <p>【看護サマリ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 病棟と在宅でアセスメントの視点が異なる。 	<p>【多職種間での情報共有の仕組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> なし
意見	<ul style="list-style-type: none"> 入院時にとり切れない情報(認知症についてなど)が欲しい(病院)。 家族からの情報だけだと曖昧なこともあるので、入院するまでの経過がわかる情報が欲しい(病院)。 国や東京都のフォーマットは簡単な形式のもので、病院にとって有意義な情報なのか心配(ケアマネジャー)。 家族経由で病院に提出を依頼すると届かないことがある。提出窓口が欲しい(ケアマネジャー)。 	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供書の記載内容が家族に伝わっているかが分からない(在宅医)。 複数科を併診中の患者の場合は、医師同士の連携の調整が大変。(訪看) 	<ul style="list-style-type: none"> 病院の窓口や指示系統が不明のため、たくさんの確認連絡が取られる(訪看)。 個人のカルテがどこの病院でも見られるようにすべき。(在宅医) 複数の医療機関にかかる患者さんの情報を共有するシステムが必要。(訪看)

表 30 大泉生協病院の第 1 回意見交換会で出された現状・意見③

	3. 在宅療養環境の整備・調整	4. 地域の社会資源情報	5. 医療保険・介護保険に関する知識・情報	6. 交流の場・学習の機会
現状	<ul style="list-style-type: none"> 入院時に、家族の意向を必ず確認している。 	<p>【基本的な情報】 ある</p> <p>【特殊な情報】</p> <ul style="list-style-type: none"> 老健の入所が難しく、探すのが困難。探すためのツールはない。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療側は介護保険について、介護側は医療保険について詳細が分からないことがある。 訪問看護ステーションによって報酬算定の仕方が異なり、患者に混乱を与えている。 	<p>【病院内での交流の場】</p> <ul style="list-style-type: none"> 独自の勉強会を開催している。 訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所では地域での独自の勉強会がある。
意見	<ul style="list-style-type: none"> 認定調査の結果が出るのが遅いので、家屋調査にいて住宅改修が必要な場合は間に合わないことがある。結果が間に合わないときはショートステイを経由してもらおうなどしている(病院)。 病院での本人・家族の意向が、退院後に変わることは多くある(ケアマネジャー)。 調整を全部病院でやると退院が遅くなるので、在宅側に任せて欲しい(訪看)。 	<ul style="list-style-type: none"> 特になし。 	<ul style="list-style-type: none"> 特になし。 	<ul style="list-style-type: none"> 勉強会のテーマの選定が難しい。(病院) 保健師やPSWなどが参加する勉強会があってもいい(ケアマネジャー)。

(3) 第2回意見交換会（課題の抽出）

第2回意見交換会は、第1回意見交換会で挙げられた退院支援を妨げている要因について、今後取り組むべき課題を抽出することを目的に実施しました。

【情報共有】

- 病院の連携窓口の明確化が必要
- 退院前カンファレンス議事録の共有が必要

【情報共有関係書類】

- 医療連携加算情報提供書の提出窓口とタイミングの明確化が必要
- 医療連携加算情報提供書が必要
- 診療情報提供書・看護サマリを在宅サービスの多職種で共有する仕組みが必要

【在宅療養環境の整備・調整】

- 環境整備に向けた多職種での情報共有する仕組みが必要

【地域の社会資源情報】

- 介護老人保健施設に受け入れ可能な患者（利用者）の状態等を知る方法が必要

【医療/介護保険関連の知識】

- 制度に関する問い合わせ先が必要

【地域交流・学習の機会】

- 患者（利用者）家族等が参加できる勉強会が必要



図8 第2回意見交換会までに出された課題をまとめた見取り図

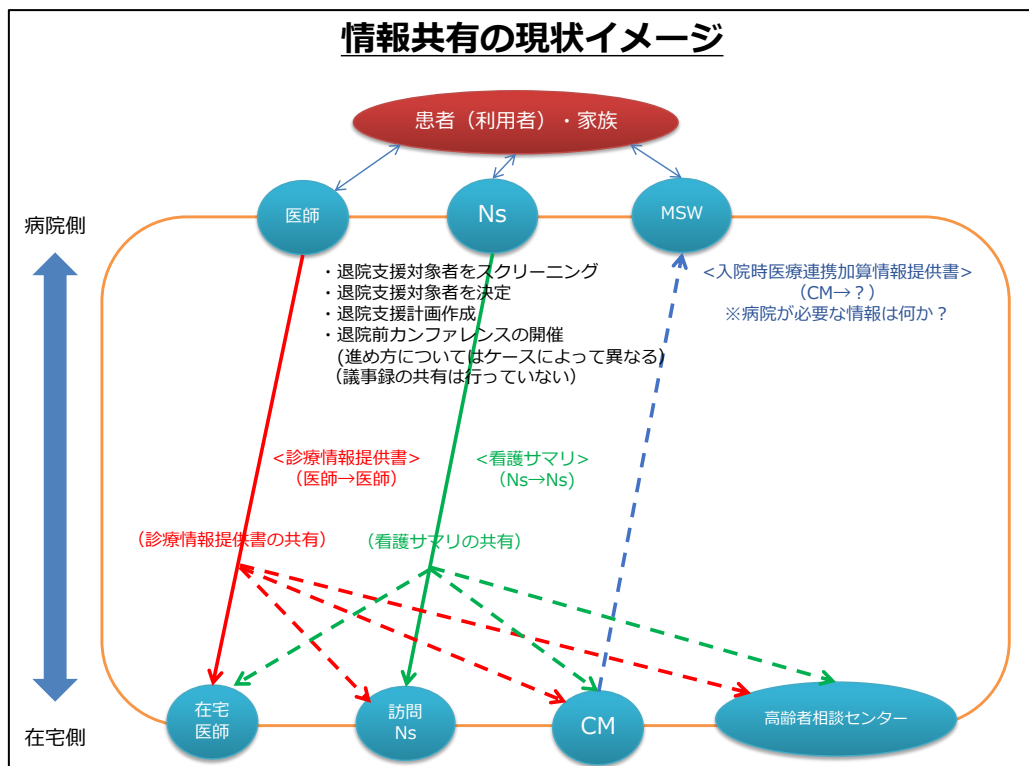


図9 練馬総合病院での退院時の情報共有ルート

表 31 大泉生協病院の第2回意見交換会で出された課題①

※下線が付された課題を第3回意見交換会で検討することになった

課題	1. 退院に向けての情報共有及び連携の機会			2. 情報共有関係書類		
	病院の連携窓口について	情報共有の仕組みについて	退院前カンファレンスについて	医療連携加算情報提供書について	診療情報提供書および看護サマリについて	その他
	<ul style="list-style-type: none"> 病院の連携窓口や指示系統の明確化が必要。 		<ul style="list-style-type: none"> 議事録が共有が必要。 医学的な情報以外の患者の周辺情報の提供が必要。 生活に係わる情報を検討する場が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療連携加算情報提供書の提出先とタイミングの明確化が必要。 医療連携加算情報提供書の書式が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種で情報共有する必要がある。 看護サマリをケアマネジャーに提供する必要がある。 疾患によっては診療情報提供書を関係者全員に共有することが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者さんが複数の医療機関を受診している場合の医療情報を集約する仕組みが必要。

表 32 大泉生協病院の第2回意見交換会で出された課題②

課題	3. 在宅療養環境の整備・調整について			4. 地域の社会資源情報	5. 医療・介護保険の知識情報
	家族について	家屋について	その他		
		<ul style="list-style-type: none"> 家屋調査の、病院や家族の負担軽減が必要。 家屋調査の必要性について、ケアマネジャーから助言などが病院に対して必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院中から退院を見据えた多職種による早期介入が必要。 調整を全部病院で行うと入院期間が長くなるので、在宅での調整も必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 入所可能な介護老人保健施設を探せる仕組みが必要。 介護老人保健施設の施設入所基準の明確化が必要 介護老人保健施設から施設の状況（空き状況、何人数）を発信する仕組みが必要。 有料老人ホームの資源（施設に配置されている看護師など）が活用が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 制度について相談ができる場が必要。

表 33 大泉生協病院の第2回意見交換会で出された課題③

課題	6. 地域交流・学習の機会について	7. その他
		<ul style="list-style-type: none"> 患者の家族など誰でも参加できる勉強会が必要。

(4) 第3回意見交換会（解決策の方向性）

第3回意見交換会は、第2回意見交換会で抽出された課題について解決策を検討した。しかし、大泉生協病院では、大泉地域における地域包括支援システムを構築しており、既に在宅サービスの多職種と顔の見える関係が作られていた。必要な情報は適宜連絡ができるため、新たな情報共有の書式等の必要性は低かった。

ただ、大泉生協病院は区内全域からの入院患者もいるため、他の地域のケアマネジャーや訪問看護師との連携推進のため、他の病院と同様、入退院のためのフローチャートの作成や医療連携加算情報提供書を作成することとなった。

■ 解決策

① 入院から退院までの流れのフローチャートを作成し、関係者に周知する。

大泉生協病院と在宅サービスの多職種との退院連携の流れ（資料8、9）を示し、情報共有のタイミング、注意事項等を明示したガイドライン（第4章）を作成します。

大泉生協病院には急性期病棟と地域包括ケア病棟があり、それぞれ病棟の目的が違い、連携の方法が異なるため、2種類のフローチャートを作成します。急性期病棟は、急性期の患者を治療することが目的ですが、地域包括ケア病棟は、在宅復帰を見据えた支援が目的となっており、より密な連携が必要となります。

こうした2つ病棟の違いを踏まえたガイドラインを作成することで、病院の連携窓口や連携のタイミングが明確になります。

② 入院時の医療連携加算情報提供書の書式を作成し、入院時から退院に向けた支援体制を構築する。

入院時に居宅介護支援事業所から提供する医療連携加算情報提供書の様式（資料10）を作成し、広く周知を図ります。これにより、病院が必要としている情報を適切かつ迅速に提供し、病院の退院に向けた支援に活かします。

■ ガイドラインの骨子

以下、①～③を盛り込んだ、入院から退院までの連携の流れや連携上の注意点を示したガイドラインを作成します。

- ① 入院から退院までのフローチャート
- ② 医療連携加算情報提供書
- ③ 各病院から提供された帳票類

■ 医療連携加算情報提供書

大泉生協病院は、在宅復帰を支援するための地域包括ケア病棟があり、地域資源との連携が図られています。すでに在宅サービスの多職種と顔の見える関係が築かれているため、「病院に特に伝えておきたいこと」という項目を用意して、各ケアマネジャーが必要だと判断したことを詳細に記述できるようにしました。そのほか、家族支援が重要となるため、家族に関する記入欄を充実させました。

【記載項目】

- ① 住居環境
- ② 経済状況
- ③ 障害等の認定
- ④ 介護保険情報
- ⑤ 家族状況（家族構成、家族関係、介護の分担）
- ⑥ 生活歴（嗜好、職業歴）
- ⑦ 生活や療養に対する意向・考え方
- ⑧ 受診状況
- ⑨ ADL（歩行、食事、排泄、入浴）
- ⑩ 必要な医療処置
- ⑪ 利用している介護サービス
- ⑫ 病院へ伝えておきたいこと（特記事項欄）

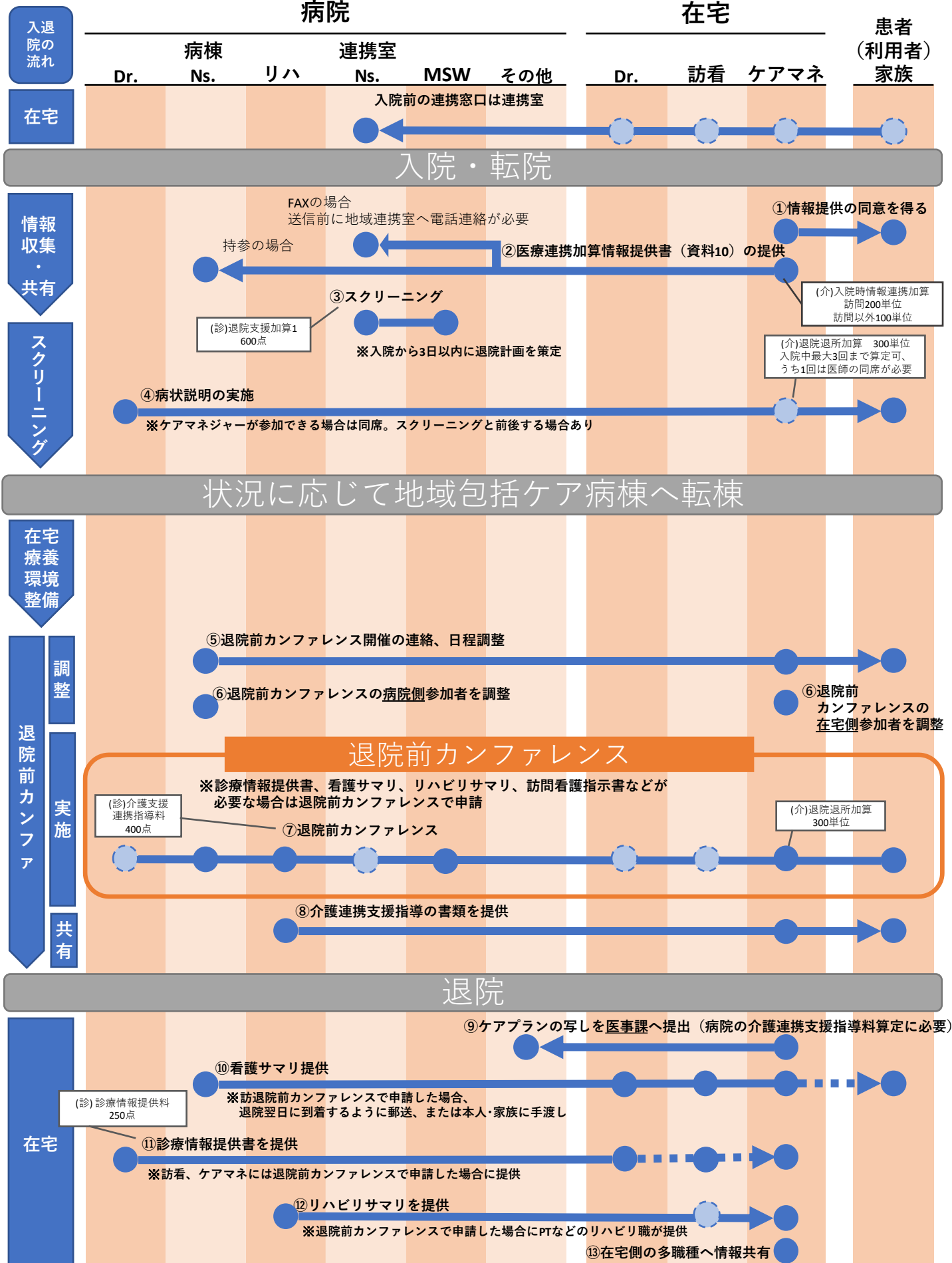
大泉生協病院（急性期病棟）を中心とした入退院の流れ

● 原則必須 ● 必要に応じて □ 主な介護・診療報酬加算

病院

在宅

患者
(利用者)
家族



(介)入院時情報連携加算
訪問200単位
訪問以外100単位

(介)退院退所加算 300単位
入院中最大3回まで算定可、
うち1回は医師の同席が必要

(診)退院支援加算1
600点

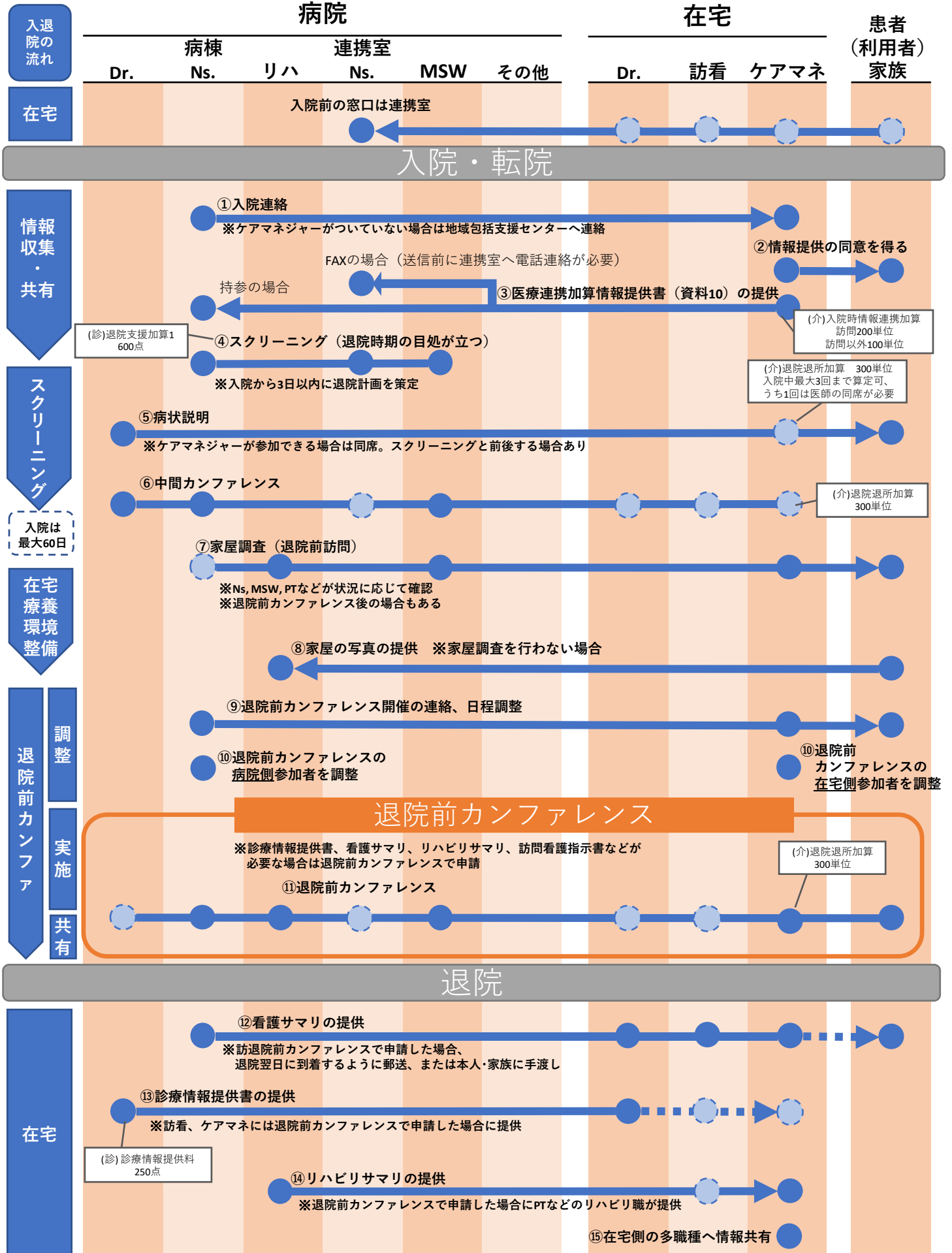
(診)介護支援
連携指導料
400点

(介)退院退所加算
300単位

(診)診療情報提供料
250点

大泉生協病院（地域包括ケア病棟）を中心とした入退院の流れ

● 原則必須 ● 必要に応じて □ 主な介護・診療報酬加算



持参の場合は病棟看護師へ。FAXを希望の方は地域連携室(03-5387-3826)まで電話連絡

入院時情報連携シート

提供日 年 月 日

大泉生協病院 (FAX 03-5387-3326) 御中

以下の情報は本人及びご家族の同意に基づき提供しています

Table with 2 columns: 事業所名, 電話, 担当者

Table with 2 columns: フリガナ, 本人氏名, 住所, 居住環境, 経済状況, 障害等認定, 要介護認定

Table with 4 columns: 家族構成図, 生活歴・趣味・生活習慣, 障害高齢者日常生活自立度, 緊急連絡先

Table with 3 columns: 医療機関名・診療科目・主治医名, 連絡先, 特記(主治医意見書作成者に☑)

Table with 2 columns: 移動, 食事, 入浴, 排泄, 買い物, 服薬管理

医療処置 □留置カテーテル □人工肛門 □在宅酸素 □床ずれ □胃ろう □インスリン □その他

◆介護保険サービス・インフォーマルサービス

□訪問看護(事業所名) TEL □その他()

□訪問介護 日/週() □通所介護・リハ 日/週() □福祉用具()

◆病院に伝えておきたいこと

□家屋状況 □経済的課題 □介護力 □転倒歴 □認知症の症状など □入院迄の経過 □権利擁護 □その他

退院連携推進事業中間報告書

平成 30 年（2018 年）1 月

編集・発行 練馬区 地域医療担当部 地域医療課

〒176-8501 東京都練馬区豊玉北 6 丁目 12 番 1 号

電話：03-5984-4673（直通）