

令和5年度 入退院連携ガイドライン更新について

目次

I 入退院連携ガイドライン 概要

- 1 目的
- 2 作成経緯・経過
- 3 現在、掲載している内容

II 入退院連携事業の課題

III 入退院連携ガイドライン更新について

- 1 方針
- 2 入退院連携ガイドライン更新の流れ・スケジュール（案）
- 3 病院等ヒアリングについて（案）
- 4 入退院連携ガイドラインの今後の方向性

I 入退院連携ガイドライン 概要

1. 目的

各病院の入退院フローを病院外職種を含めて可視化し、在宅から入院、退院から在宅への移行を円滑にする

2. 経緯・経過

平成27年度から令和元年度の5か年事業（発行初年度は令和2年度）

当初は、退院連携の課題を検証する事業として開始。

その後、入院からの連携も合わせて検証する必要があるという意見があり、

入退院連携推進事業に変更。関係者と検討を重ね完成し、令和2年度に発行。

I 入退院連携ガイドライン 概要

3. 現在、掲載している内容

病院関係者やケアマネジャーが使用することを想定して構成

【現内容】

① 区内17病院の入退院連携の流れ（概要版と詳細版）

（練馬総合病院・練馬光が丘病院・順天堂大学練馬病院・田中脳神経外科病院

浩生会スズキ病院・大泉生協病院・練馬駅リハビリテーション病院・

ねりま健育会病院・桜台病院・東海病院・島村記念病院・関町病院・東大泉病院・

練馬さくら病院・慈雲堂病院・陽和病院・大泉病院）

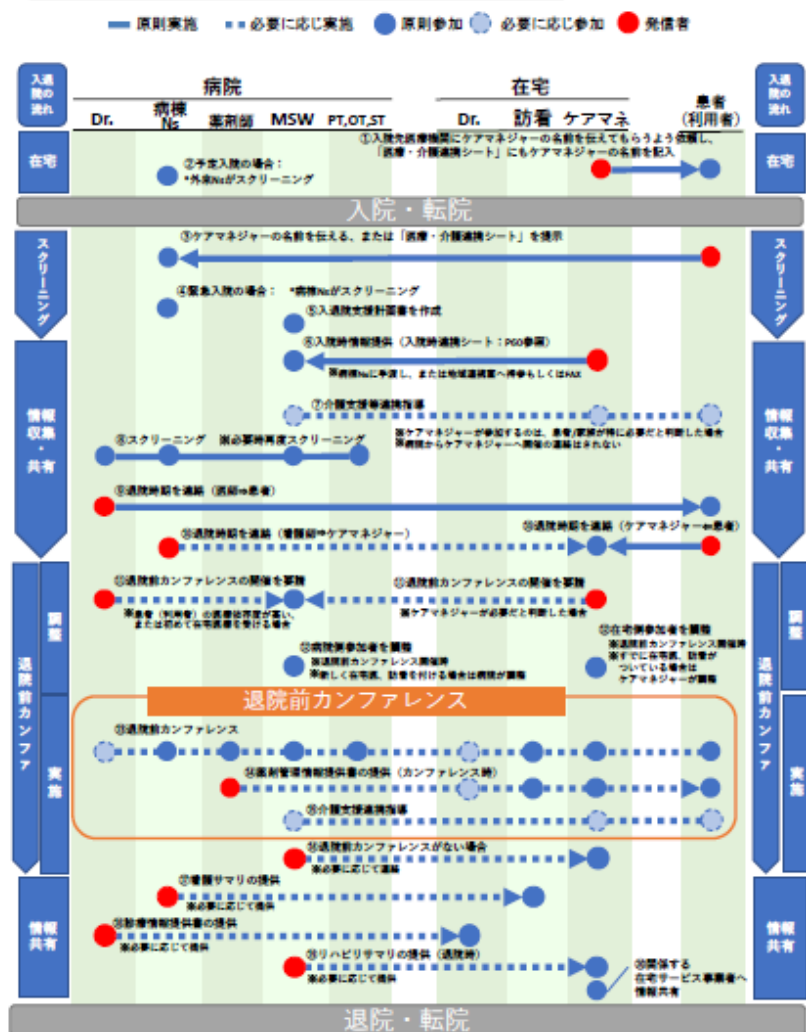
② 入退院連携にかかる主な診療報酬・介護報酬加算の説明

③ 付録 入院時連携シート（練馬区介護サービス事業者連絡協議会居宅介護支援部会作成）

医療・介護連携シート

参考～現在の掲載内容

入退院連携ガイドライン(入院から退院までの連携方法)



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

練馬総合病院

病棟の連携窓口: 地域連携室
TEL: 03-5988-2309
FAX: 03-5988-2292
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考

- ※左表の各数字に対応
- ①ケアマネジャーは居宅介護支援を開始した際、ケアマネジャーの名前を入院先に伝えるように患者(利用者)に依頼します。
- ②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入院時情報を提供します。
- ③④ケアマネジャーは、退院時期が分かたらずに連絡をするように事前に患者(利用者)に伝えておきます。
- ⑤退院前カンファレンスの参加者は、医療・介護・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、または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医療、○: 原則参加必須、△: 状況に応じて参加

	参加要請									
	病院					在宅				
	医師	看護師	薬剤師	MSW	(PT・OT・ST)リハ職	医師	看護師	ケアマネジャー	その他(介護士)	その他
医療依存度: 高	◎	○	○	○	○	○	○	◎	○	△
介護依存度: 高	△	○	○	○	○	○	△	○	◎	△
介護依存度: 低	△	○	○	○	○	○	△	△	◎	△

- ⑦ケアマネジャーがいない患者(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。
- ⑧⑨退院前カンファレンスおよび介護支援連携指導は、原則どちらか1回の実施です。退院前カンファレンスの議事録は患者(利用者)のみに提供するので、ケアマネジャーは在宅チームへ伝える必要があることを記録します。
- ⑩退院後に患者(利用者)が在宅サービスを利用する場合は、ケアマネジャーが中心となって、病院から提供された情報(退院前カンファレンスの議事録(内容のメモ)やMSWとの面談などで得た情報など)を関係する事業所へ共有します。
- (転院時)病院からケアマネジャーへ転院の連絡はないので、患者(利用者)・家族からケアマネジャーへ情報を共有してもらいます。

II 入退院連携における課題

昨年度までの調査等により、以下課題が考えられる。

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をメインとしており、連携にあたっての留意点や必要な授受情報の内容に関しての言及は殆どない。ケアマネジャー対象アンケートより、ガイドライン自体の認知度は高い。このままでよいという意見もあれば、内容が複雑、実情とは異なる等の意見もある。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、地域連携室がケアマネジャーからの入院時の情報共有について「不足もしくは提供がない」と約4割(3/8病院)が回答している(報告書P.49)。また、ケアマネジャーは地域連携室と退院時の情報共有は「できることもある」と約3割(29/98事業所)が回答している(報告書P.57)。定性ヒアリング調査の基礎調査において、退院時の病院からの情報提供に関して、在宅関連の複数の職種から情報共有不足について意見が挙がっていた。また、定性ヒアリング調査において、退院時の必要な情報に関して、在宅側のニーズが分からないなどの病院側の話もあった。
課題	<ul style="list-style-type: none">利用のしにくさ、現状と合っていない可能性 ※利用のしにくさには、掲載内容や見やすさなど、様々な問題があると想定される	<ul style="list-style-type: none">入退院連携における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
対策案	<ul style="list-style-type: none">ガイドライン掲載内容の精査、位置づけの再定義内容の追加検討、または補完情報の周知等の検討ガイドラインを最新情報へアップデート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、または補完情報の周知等の検討

Ⅲ 入退院連携ガイドライン更新について

1. 方針

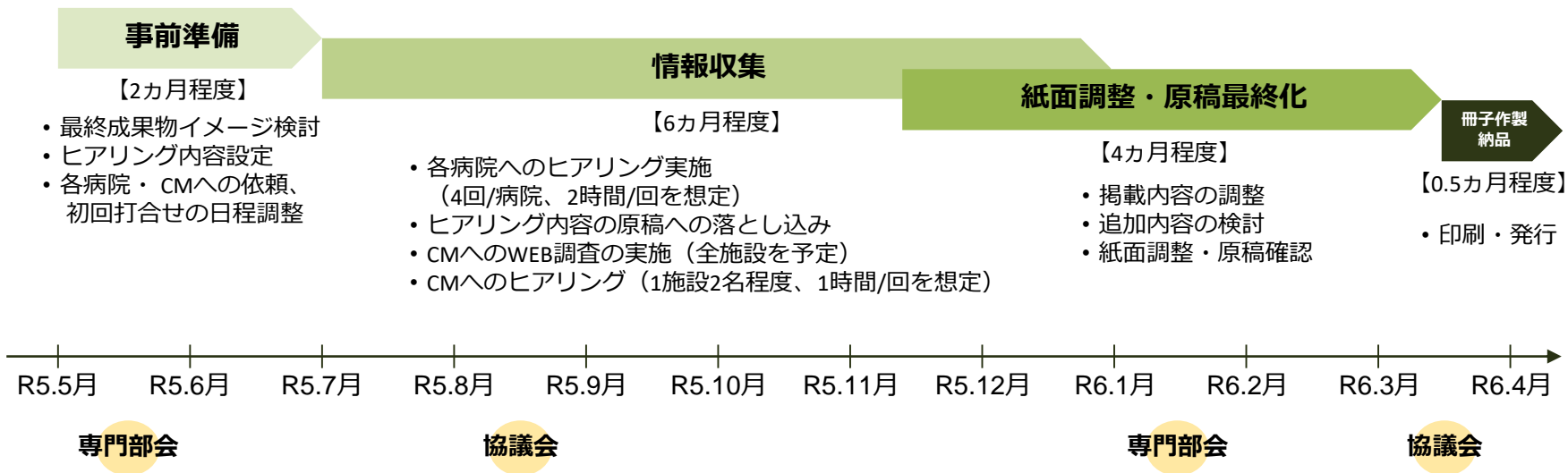
- ヒアリングやWEB調査にて情報収集
- 既存のガイドラインの形式をベースに更新、内容はヒアリング等を活かし更新

2. スケジュール・流れ（案）

入退院連携ガイドライン更新スケジュール案

【対象】 既存17病院、新規1病院、ケアマネジャー2施設

【方法】 ヒアリングをベースとした情報収集から内容検討・修正 ※ケアマネジャーはWEB調査も予定



Ⅲ 入退院連携ガイドライン更新について

3. 病院等ヒアリングについて（案）

ヒアリングにおける想定ステップ

情報収集【6カ月程度】

◆ 病院



【ヒアリング1回目】

- 病院フローの最新情報の聞き取り
- 入院時の患者情報記載書式の公開状況の確認
- ケアマネジャーからの情報ニーズの把握



【ヒアリング2回目】

- フローの修正内容確認、他の修正ポイントの洗い出し
- 病院でのガイドライン利用実態のヒアリング
- 入院時連携シートについて
- 在宅の人の緊急入院の現状



【ヒアリング3回目】

- ガイドラインドラフトの確認依頼、修正ポイントの洗い出し



【ヒアリング4回目】

- ガイドラインドラフト最終案の確認

◆ ケアマネジャー

【WEB調査】

- 入退院連携における現状の課題の把握例
 - どのような情報が不足しているか
 - 情報の提供時における課題はあるか

等

【ヒアリング】

- 具体的な例を含めた病院への情報共有に関する課題意識について
⇒入退院時における情報共有に関して、ケアマネジャー側で感じている課題、解決策
- WEB調査で判明した課題内容の深堀

Ⅲ 入退院連携ガイドライン更新について

4 入退院連携ガイドラインの今後の方向性

【本年度】

既存ガイドラインを基に、下記の修正・追加を実施

- ◆ 最新情報へのアップデート
- ◆ ガイドライン利用者がわかりやすく、使いやすいデザイン・表記方法に修正
- ◆ 情報不足やニーズ理解の齟齬の解消のため、必要な情報についての内容の追加・修正
- ◆ ヒアリング等から得られた新たな項目の追加・修正

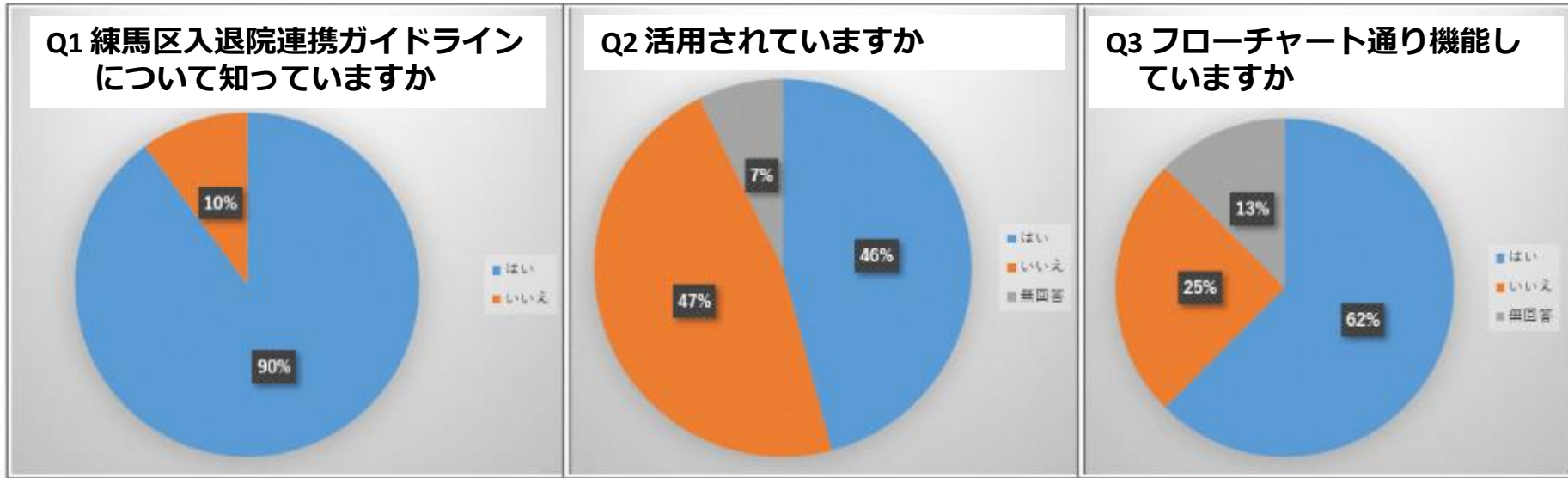
【次年度以降】

- ケアマネジャー対象アンケートよりガイドライン通りに進まなかったとの話があった
⇒タイムリーな更新の必要性

**“本ガイドラインの内容は病院毎に修正・更新ができるよう、
ガイドラインの在り方を検討”**

参考資料

■ Q1・2・3



■ Q4 意見要望等 自由記載

選択肢	「現状維持でOK」	「実情と異なる」	「改訂時の要望」
内容	<ul style="list-style-type: none"> とても分かりやすく作成されており改善点がございません。 病院ごとにガイドラインがあり分かりやすいので、現状のままでも良いと思う。 	<ul style="list-style-type: none"> なかなか電話が繋がらない病院あり。 ガイドラインの通りにはコロナ禍ではいかないことが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 記入が簡潔だと良いです。 細かすぎて内容を理解するのが大変・簡略化してほしい。 1人1冊ほしい

令和4年度練馬区医療・介護資源調査報告書 抜粋

P.49 図表 62 入院時の多職種からの情報提供充足度（地域連携室）



令和4年度練馬区医療・介護資源調査報告書 抜粋

P.57 図表 71 退院時の多職種との情報共有（居宅介護）

