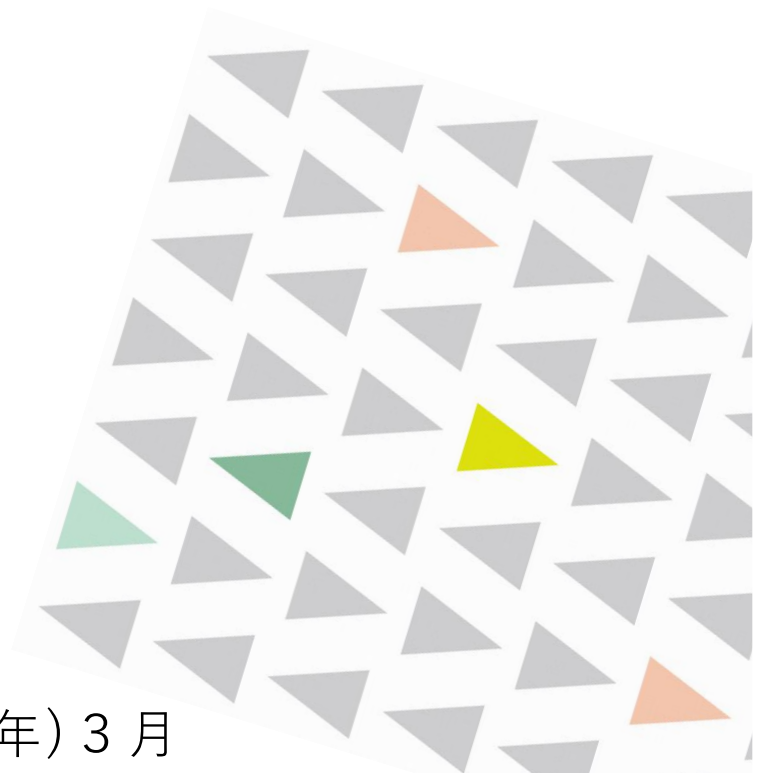


練馬区 入退院連携 ガイドライン（案）



入退院連携ガイドラインについて

本ガイドラインは、区内病院の連携窓口や入院から退院までの流れ等を図式化するなど、在宅移行支援に係る情報をまとめた冊子です。医療・介護関係者のよりスムーズな連携を支援することを目的に令和2年に発行いたしました。コロナ禍を経て、各病院の対応等に変更があったことから、このたび改訂版を作成しました。

誰もが医療や介護を受けながら安心して生活することができるよう、本ガイドラインが区内医療・介護連携のさらなる促進の一助になれば幸いです。

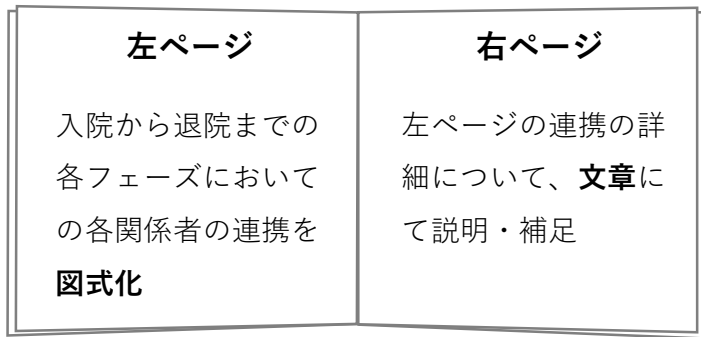
練馬区

目次

- P.2 入退院連携ガイドラインの読み方
- P.3 入退院連携ガイドライン概要版
- P.9 入退院連携ガイドライン（病院別） ※50音順
 - P.9 大泉生協病院（急性期病棟/地域包括ケア病棟）
 - P.13 大泉病院
 - P.15 浩生会スズキ病院（一般病棟/地域包括ケア病棟）
 - P.19 桜台病院
 - P.21 島村記念病院
 - P.23 慈雲堂病院（救急病棟/認知症病棟）
 - P.27 順天堂大学医学部附属練馬病院
 - P.29 関町病院
 - P.31 田中脳神経外科病院
 - P.33 東海病院
 - P.35 練馬駅リハビリテーション病院
 - P.37 ねりま健育会病院
 - P.39 練馬さくら病院
 - P.41 練馬総合病院
 - P.43 練馬高野台病院（回復期リハビリテーション病棟/地域包括ケア病棟）
 - P.45 練馬光が丘病院
 - P.47 東大泉病院
 - P.49 陽和病院（救急病棟/認知症等急性期病棟）
- 【付録】 入退院時連携シート/退院・退所情報記録書
 - 医療・介護連携シート
 - 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

入退院連携ガイドラインの病院別ページの読み方

● ページの構成概要



● ページの構成詳細



1 病棟の種類を記載

- 急性期：急性期病棟
- 地ケア：地域包括ケア病棟
- 回りハ：回復期リハビリテーション病棟
- 療養：療養病棟
- 精神：精神病棟

2 各記号、実線・点線についての説明を記載

3 病院の連絡先情報と病院の特徴を記載

4 アルファベットは職種等を表示、数字は職種等のアクションの順番を表示

- C：ケアマネジャー
- P：患者、家族
- CL：在宅医師
- H：病院
- AH：ほかの急性期病院
- O：ほかの関係者

入退院連携ガイドライン概要版

病院名		大泉生協病院		大泉病院
病床の種類		急性期	地ケア	精神入院 精救、精急
連携窓口		地域連携室 (代表) TEL：03-5387-3111 FAX：03-5387-3326		医療相談科 TEL：03-3924-2111 FAX：03-3924-3389
連携上の留意点		-		・精神科病院です。 ・医療保護入院時には、家族等の同意が必須です。
該当ページ		P.9	P.11	P.13
準備	入院前 患者への 必要事項案内	○	○	-
情報収集	スクリーニング 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	○	○	△
	退院前カンファレンス	●	●	▲
共有報	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ため、ケアマネジャーは利用者・家族から転院情報を取得します。	・退院前カンファレンス時に、病院からケアマネジャーに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

※入院から退院までの各フェーズにおけるケアマネジャーの連携概要を病院ごとに凡例で示しています。

浩生会スズキ病院		桜台病院	島村記念病院
急性期	地ケア	療養入院	急性期療養入院
医療連携室 TEL：03-3557-2001 FAX：03-3557-4001		医療連携室 (代表) TEL：03-3993-7631 (連携室) TEL：03-3557-7258 FAX：03-3992-3082	医療相談室 TEL：03-3928-0071 FAX：03-3928-0074
<ul style="list-style-type: none"> 施設入所を検討している場合は、早めにお伝えください。 医療処置がある場合は入院時に看護サマリを極力持参して下さい。 		<ul style="list-style-type: none"> 医療療養型病院として、入院後は自院での対応が可能な医療を提供しながら長期療養が可能です。(入院制限なし) 	
P.15	P.17	P.19	P.21
○	○	△	○
○	○	●	○
●	●	-	●
-	-	-	-
-	○	-	△
○	○	△	○
●	●	▲	●
●	●	-	-
-	-	-	-
-	-	<ul style="list-style-type: none"> 専門的・積極的なりハビリは対応困難です。 	-

入退院連携ガイドライン概要版

病院名		慈雲堂病院		順天堂大学 医学部 附属練馬病院
病床の種類		精神入院 精救、精療	認知	急性期 救急
連携窓口		医療相談室 TEL：03-3928-6511 FAX：03-3928-6517		入退院支援室 TEL：03-5923-3911 FAX：03-5923-3226
連携上の留意点		<ul style="list-style-type: none"> 精神科病院です。 医療保護入院時には、家族等の同意が必須です。 		-
該当ページ		P.23	P.25	P.27
準備	入院前 患者への 必要事項案内	-	-	○
情報収集	スクリーニング 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	-	-	○
	退院前カンファレンス	▲	▲	●
共有報	退院時の病院から の情報共有	-	-	●
転院時		-	-	<ul style="list-style-type: none"> 転院時は病院から ケアマネジャーに 連絡があります。
その他		-	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーが 希望した場合は、 退院前相談の場が 設けられます。 	-

○：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

※入院から退院までの各フェーズにおけるケアマネジャーの連携概要を病院ごとに凡例で示しています。

関町病院	田中脳神経外科病院	東海病院	練馬駅リハビリテーション病院
療養入院	急性期	療養入院	回りハ
地域連携室 TEL：03-5903-8166 FAX：03-5903-8166	医療連携室 (代表) TEL：03-3920-6263 (医療連携室) FAX：03-5903-5080	相談員 (代表) TEL：03-3999-1131 FAX：03-3999-7027	医療福祉相談室 TEL：03-3557-2611 FAX：03-3557-2613 Mail：nerimaeki-hsp@jiseikai.or.jp
	-	<ul style="list-style-type: none"> 透析医療に特化した医療療養型病院です。 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病院です。 疾病によって入院期間に制限があります。
P.29	P.31	P.33	P.35
○	○	-	-
○	○	○	○
●	●	-	●
△	-	-	-
△	○	○	○
○	○	-	○
●	●	●	●
●	●	●	-
-	<ul style="list-style-type: none"> 病院からの連絡はないため、ケアマネジャーは利用者・家族から転院情報を取得します。 	-	-
-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> 退院時に必要な書類について、病院からケアマネジャーに確認の連絡があります。

入退院連携ガイドライン概要版

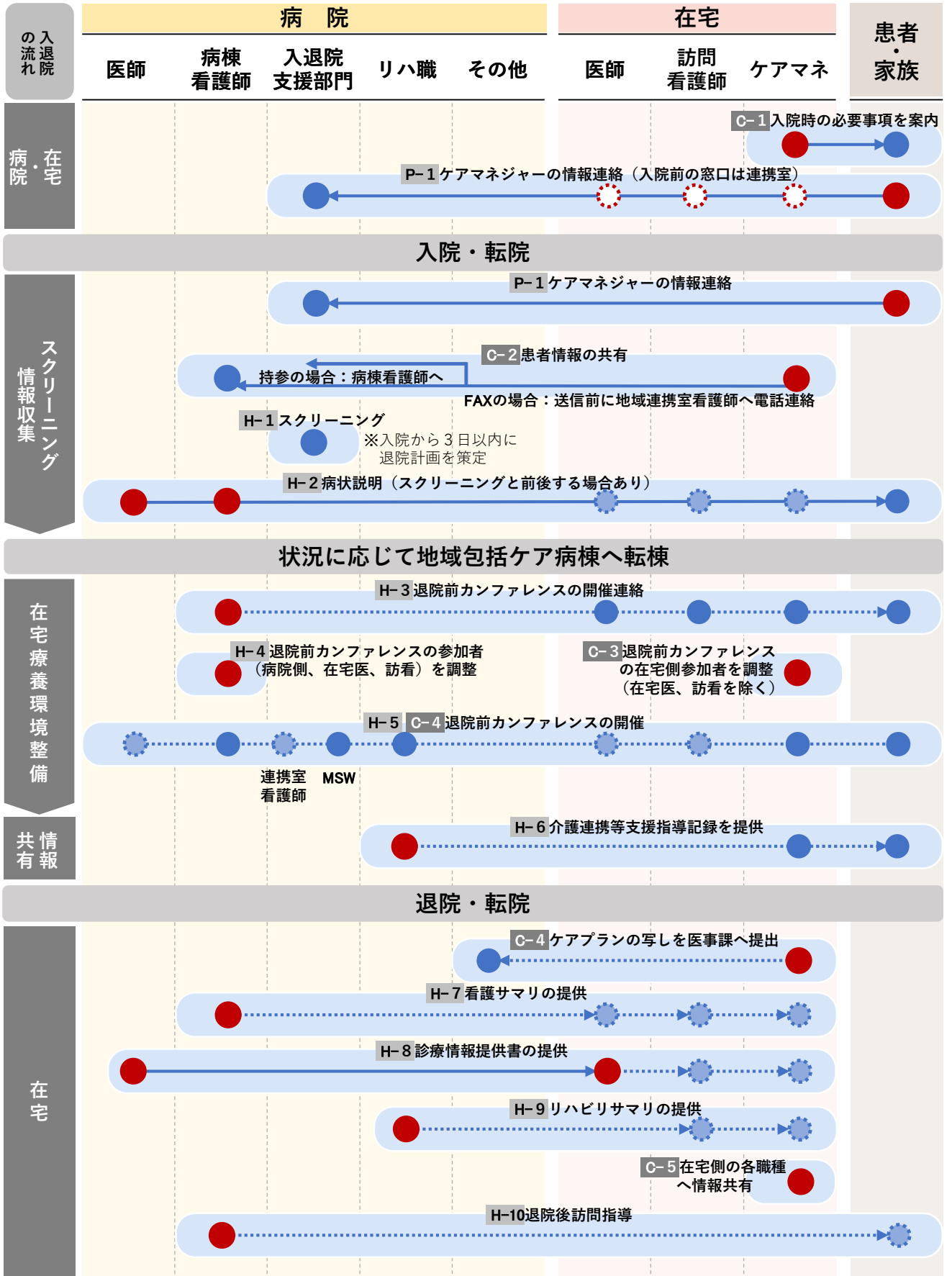
病院名		ねりま健育会 病院	練馬さくら病院	練馬総合病院
病床の種類		回りハ	療養入院	急性期
連携窓口		地域医療連携室 TEL：03-5935-6102 FAX：03-5935-6107 Mail：info@nerima-k.gr.jp	連携室 (代表) TEL：03-3931-1101 FAX：03-3931-1135	地域連携室 TEL：03-5988-2309 FAX：03-5988-2292
連携上の留意点		-	・医療療養型病院です。	-
該当ページ		P.37	P.39	P.41
準備 入院前	患者への 必要事項案内	○	○	○
	スクリーニング 情報収集	○	○	○
在宅療養環境整備	退院時期・病状の説明時の 同席・情報共有	●	●	●
	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	○	○	○
共有 情報	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ため、ケアマネジャーは利用者・家族から転院情報を取得します。
その他		・退院時に必要な書類について、病院からケアマネジャーに確認の連絡があります。	・病院医師が必要と判断した場合は、退院後訪問を実施します。	-

○：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

※入院から退院までの各フェーズにおけるケアマネジャーの連携概要を病院ごとに凡例で示しています。

練馬高野台病院	練馬光が丘病院	東大泉病院	陽和病院	
回りハ 地ケア・療養	急性期 回りハ	療養入院	精神入院 精救	認知症等 急性期
地域医療連携室 TEL：03-3904-1033 FAX：03-3904-5301	地域連携相談センター TEL：03-3979-3611 FAX：03-3979-3860	医療相談室 (代表) TEL：03-3924-5820 FAX：03-3924-5822	入院相談室 TEL：03-3923-0325 FAX：03-3923-0338	
-	-	<ul style="list-style-type: none"> 入院制限なしの医療療養型病院です。 医療行為やりハビリには対応していません。 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科病院です。 医療保護入院時には、家族等の同意が必須です。 	
P.43	P.45	P.47	P.49	P.51
○	○	-	-	-
○	○	-	-	-
●	●	-	●	●
-	△	-	-	-
○	△	-	△	△
○	○	△	-	-
●	●	▲	●	●
●	●	-	-	-
-	<ul style="list-style-type: none"> 必要時、病院からケアマネジャーに連絡があります。 	-	-	-
	-	<ul style="list-style-type: none"> 家族の希望等により退院調整する場合があります。 	-	-

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⚙️ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊙ 必要に応じて発信



- ・ 内科を中心とした一般急性期、比較的軽症でかつ緊急を要する高齢者救急や消化器精査、糖尿病教育・コントロール、短期集中リハビリ（脳血管疾患後・骨折後）、各種精査入院の対応をしています。地域医師会や他の医療機関からの即日入院の対応もしています。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院**が実施 **P-● 患者・家族**が実施

入退院の流れ

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

C-1 入院時の必要事項を案内

- ・ 居宅介護支援を開始する際、入院時にケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を入院先に伝えるよう患者・家族にその方法とともに案内します。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

入院 | 情報収集～スクリーニング

P-1 ケアマネジャーの情報連絡

- ・ ケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を伝えます。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

C-2 患者情報の共有

- ・ 患者情報（身体・生活機能の状況、療養上の課題等）を共有します。
- ・ 入院時連携シート（P.55）等の書式での提供の場合、病棟看護師へ直接提供、または地域連携室看護師へ電話連絡のうえ、本人氏名欄を黒塗りし、FAXで送信します。
※ 電話・口頭での情報提供も可能です。

H-1 スクリーニング

H-2 病状説明（スクリーニングと前後する場合あり）

- ・ 医師は、患者・家族に病状説明を行います。
- ・ 病棟看護師は、ケアマネジャーに日程を連絡します。

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

H-3 退院前カンファレンスの開催連絡

- ・ 退院前カンファレンスが開催される場合、各職種に連絡をします。

H-4 C-3 退院前カンファレンスの参加者を調整

H-5 C-4 退院前カンファレンスの開催

- ・ ケアマネジャーは、看護サマリ、診療情報提供書、リハビリサマリが必要な場合、病院へ申請します。
- ・ 病院は、退院後に退院後訪問指導を行う場合、日程調整を行います。

H-6 介護連携等支援指導記録を提供

- ・ 退院前カンファレンスの内容を記録した介護連携等支援指導記録を提供します。

退院・転院

[参考] 転院の際、病院からの連絡はないため、ケアマネジャーは利用者・家族から転院情報を取得します。

在宅

C-4 ケアプランの写しを医事課へ提出

- ※ 病院の介護支援等連携指導料算定に必要です。

H-7 看護サマリの提供

- ・ 退院前カンファレンスで申請があった場合、郵送（到着目安は退院翌日）または患者・家族経由で提供します。

H-8 診療情報提供書の提供

- ・ 病院は、退院前カンファレンスで申請があった場合、在宅医を経由して提供します。

H-9 リハビリサマリの提供

- ・ 退院前カンファレンスで申請があった場合、提供します。

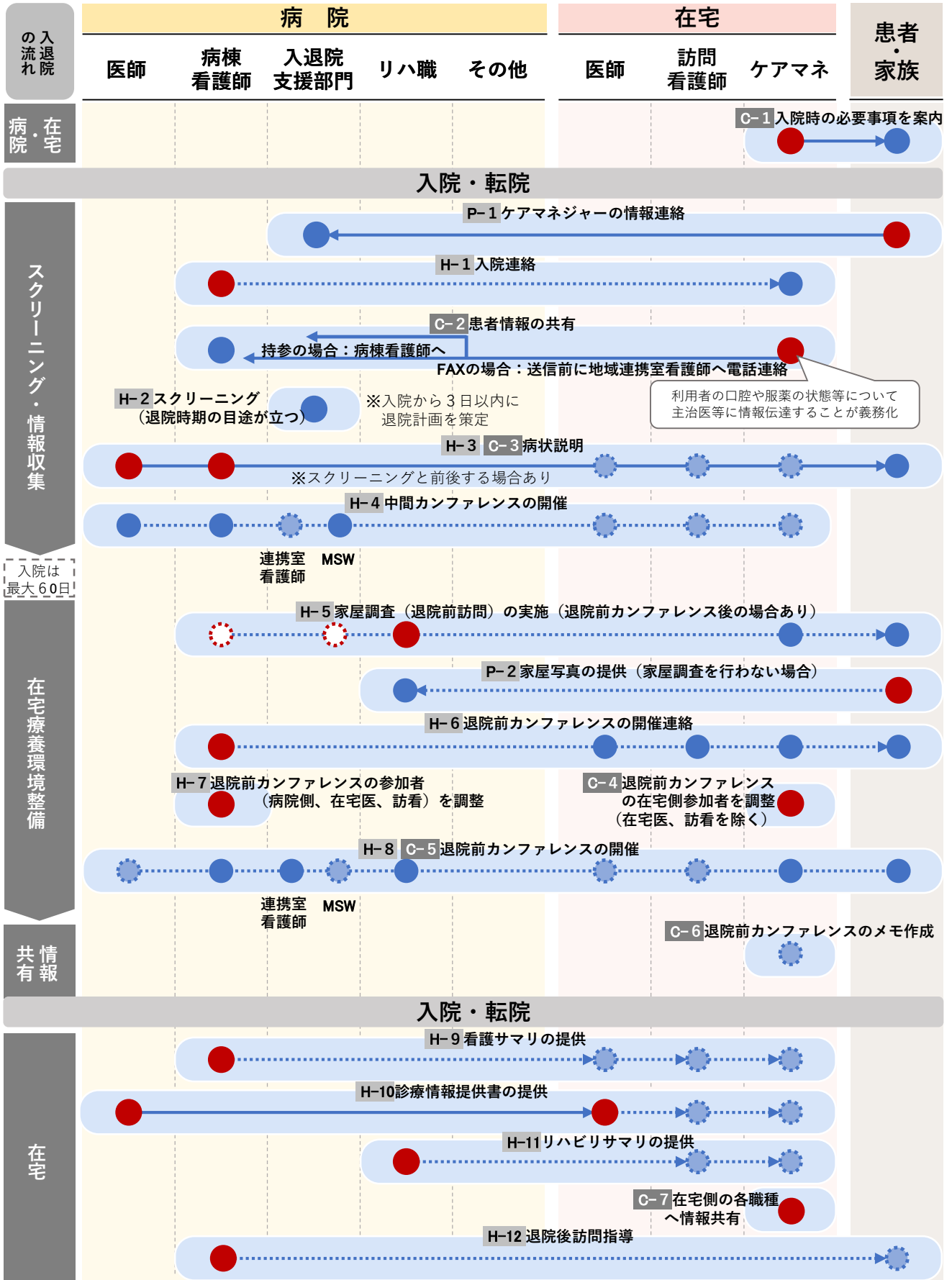
C-5 在宅側の各職種へ情報共有

- ・ 病院から提供された情報（退院前カンファレンスの記録、介護連携等支援指導記録、MSWとの面談で得た情報、看護サマリの内容など）を在宅側の各職種へ共有します。

H-10 退院後訪問指導

※情報共有には本人/家族の同意が必要
※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⚙️ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊙ 必要に応じて発信



利用者の口腔や服薬の状態等について主治医等に情報伝達することが義務化

入院は最大60日

- ・ 地域包括ケアシステムを支える病床として、リハビリテーション機能強化、在宅復帰機能強化をめざして急性期後の入院受け入れや在宅療養者の生活復帰支援を行っています。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院が実施** **P-● 患者・家族が実施**

入退院の流れ

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

C-1 入院時の必要事項を案内

- ・ 居宅介護支援を開始する際、入院時にケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を入院先に伝えるよう患者・家族にその方法とともに案内します。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

入院 | 情報収集～スクリーニング

P-1 ケアマネジャーの情報連絡

- ・ ケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を伝えます。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

H-1 入院連絡

C-2 患者情報の共有

- ・ 患者情報（身体・生活機能の状況、療養上の課題等）を共有します。
- ・ 入院時連携シート（P.55）等の書式での提供の場合、病棟看護師へ直接提供、または地域連携室の看護師へ電話連絡のうえ、本人氏名欄を黒塗りし、FAXで送信します。
※ 電話・口頭での情報提供も可能です。

H-2 スクリーニング

H-3 C-3 病状説明（スクリーニングと前後する場合あり）

- ・ 医師は、患者・家族に病状説明を行います。
- ・ 病棟看護師は、ケアマネジャーに日程を連絡します。

H-4 中間カンファレンスの開催

- ・ リハビリの状況や症状などの経過報告を行います。
- ・ この時期には退院日の予定が立てられるため、在宅でのサービス調整を行います。

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

H-5 家屋調査（退院前訪問）の実施（退院前カンファレンス後の場合あり）

- ・ リハビリ職、状況に応じて、病棟看護師、MSWは、家屋調査を行います。

P-2 家屋写真の提供（家屋調査を行わない場合）

- ・ 家屋の写真を病院に提供します。

H-6 退院前カンファレンスの開催連絡

- ・ 退院前カンファレンスが開催される場合、各職種に連絡をします。

H-7 C-4 退院前カンファレンスの参加者を調整

H-8 C-5 退院前カンファレンスの開催

- ・ ケアマネジャーは、看護サマリ、診療情報提供書、リハビリサマリが必要な場合、病院へ申請します。
- ・ 病院は、退院後に退院後訪問指導を行う場合、日程調整を行います。
- ・ 病院は、転院の場合、退院前カンファレンスでケアマネジャーに伝えます。

C-6 退院前カンファレンスのメモ作成

在宅

H-9 看護サマリの提供

- ・ 退院前カンファレンスで申請があった場合、郵送（到着目安は退院翌日）または患者・家族経由で提供します。

H-10 診療情報提供書の提供

- ・ 病院は、退院前カンファレンスで申請があった場合、在宅医を経由して提供します。

H-11 リハビリサマリの提供

- ・ 退院前カンファレンスで申請があった場合、提供します。

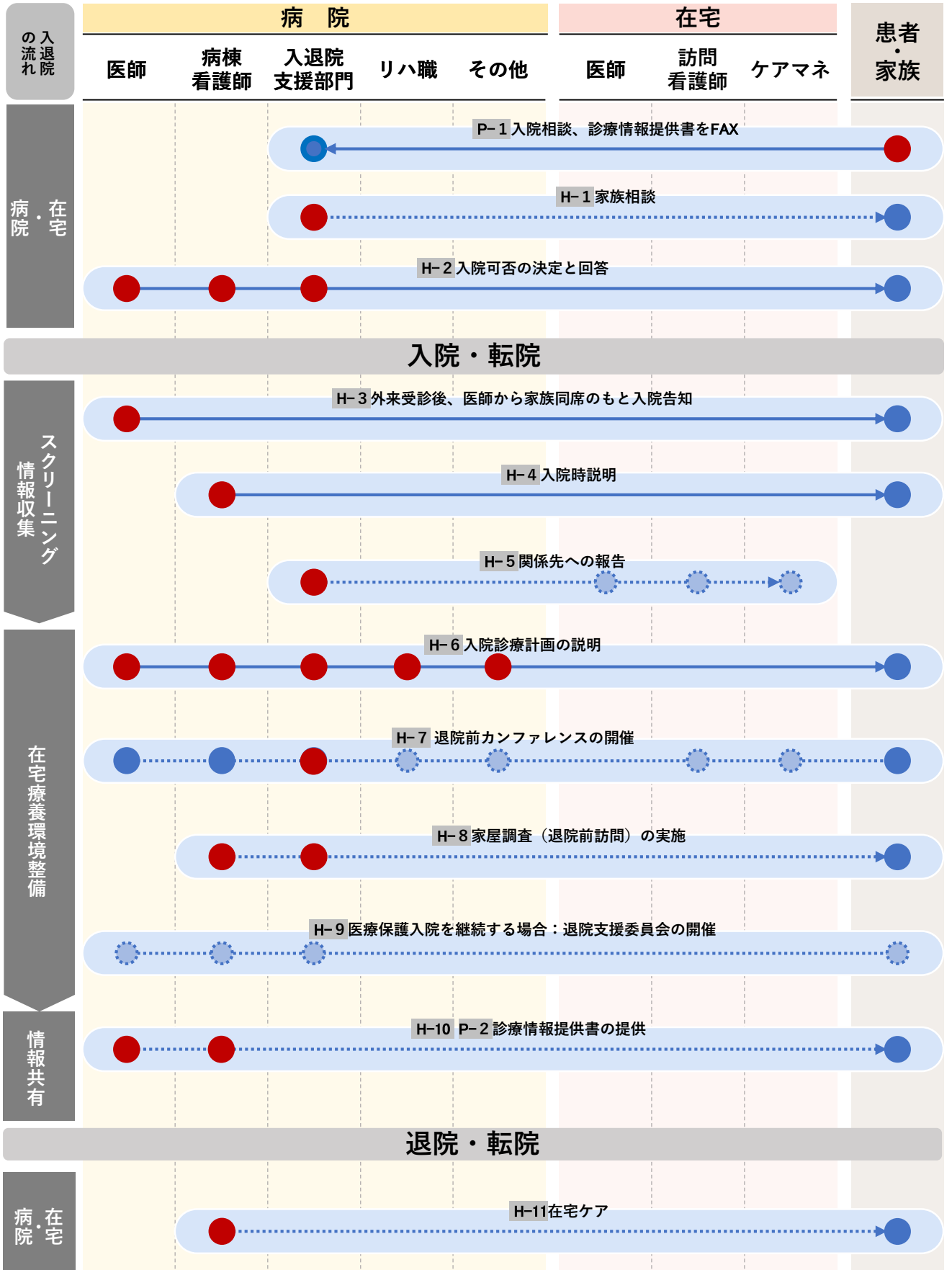
C-7 在宅側の各職種へ情報共有

- ・ 病院から提供された情報（退院前カンファレンスの記録、MSWとの面談で得た情報、診療情報提供書・看護サマリの内容など）を在宅側の各職種へ共有します。

H-12 退院後訪問指導

※情報共有には本人/家族の同意が必要
※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊗ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊗ 必要に応じて発信



- ・ 家族、地域包括支援センター、訪問看護、保健師、かかりつけ医、福祉事務所等からの相談が可能です
- ・ 当院では機械浴ができないため、原則として、座位が保てて介助で対応が可能な方に限ります。
- ・ 認知症専門病棟はないため、認知症の場合の受け入れは、要相談となります。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院**が実施 **P-● 患者・家族**が実施

入退院の流れ

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

P-1 入院相談、診療情報提供書をFAX

- ・ 医療相談科のPSW宛に電話で「入院希望」の旨を伝え、相談します。
- ・ かかりつけ医がある場合、診療情報提供書を用意し、FAXします。
- ※ 家族、地域包括支援センター、訪問看護、保健師、かかりつけ医、福祉事務所等からの相談の場合、症状や病歴、服薬状況、ADL、認知症の有無、家族の同意が取れているのか等についてPSWが伺います。

H-1 家族相談

- ・ 精神科の受診歴（かかりつけ）がない人や、治療を中断している人は、必要に応じて家族相談をします（自費）。

H-2 入院可否の決定と回答

入院 | 情報収集～スクリーニング

H-3 外来受診後、医師から家族同席のもと入院告知

H-4 入院時説明

H-5 関係先への報告

- ・ 必要に応じ、入院相談時に情報提供があった施設へ、PSWから患者の入院報告をします。

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

H-6 入院診療計画の説明

- ・ 主治医、担当病棟看護師、PSW、作業療法士、管理栄養士、薬剤師が実施します。

H-7 退院前カンファレンスの開催

- ・ カンファレンスには、左記の他、通所施設やケースワーカーなど個人に応じた外部機関へ参加を依頼します。

H-8 家屋調査（退院前訪問）の実施

- ・ 病院は、主に住居環境の確認・整備や清掃をします。
- ※退院前訪問は、必要時に実施します。

H-9 医療保護入院を継続する場合：退院支援委員会の開催

H-10 P-2 診療情報提供書の提供

- ・ 病院は、診療情報提供書、看護サマリ、退院療養計画書等を患者・家族を經由して提供します。
- ※各種書類は、各関係機関が必要時に提供します。
- ※家族からの提供が難しい場合、ケースワーカー等の代理人に渡します。

退院・転院

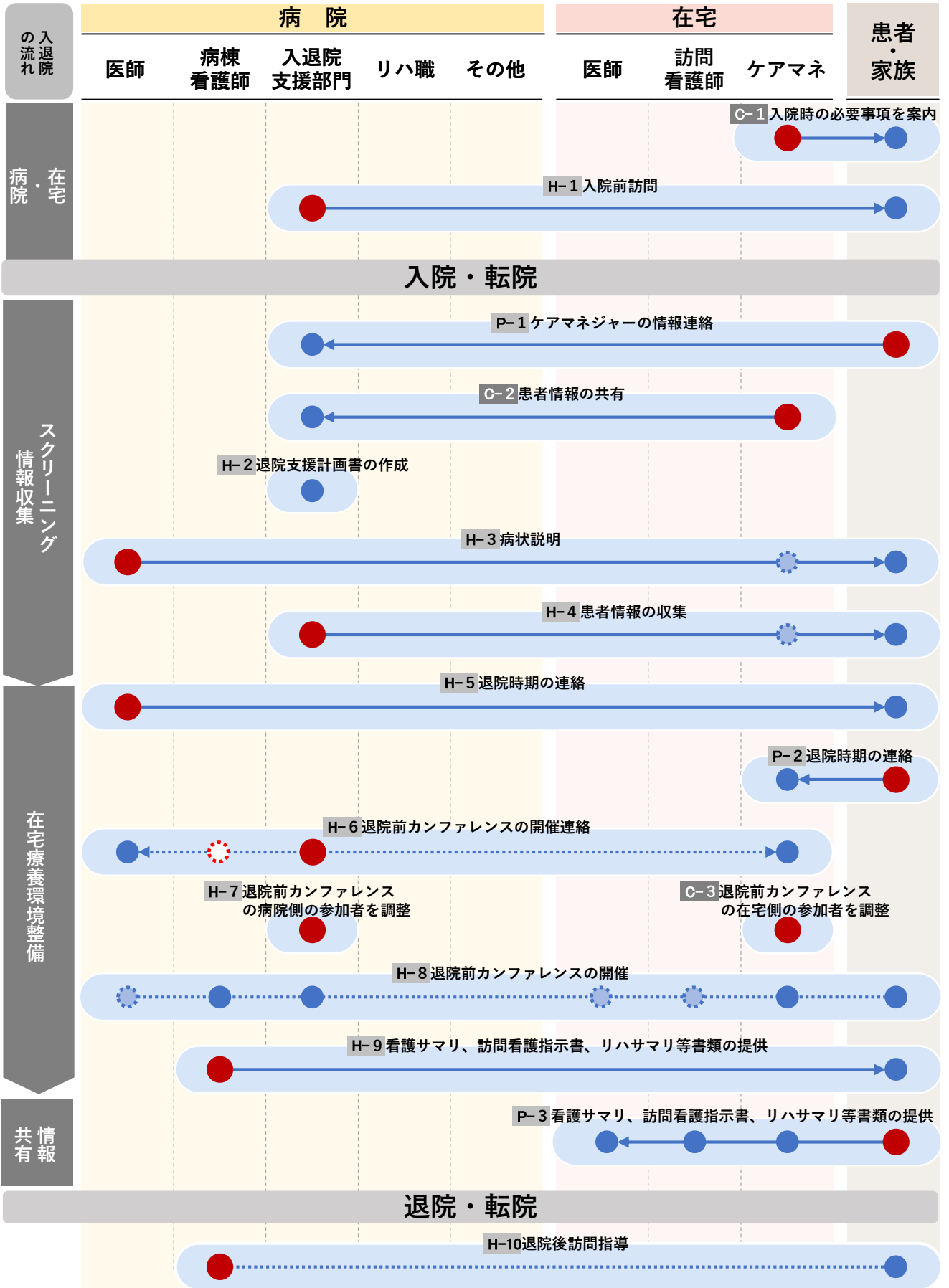
H-11 在宅ケア

- ・ 引き続き外来で通院する患者に対し、必要に応じて地域診療科から、訪問看護・訪問診療による在宅ケアを行います。
- ※ 保健師と連携した在宅ケアが実施されることもあります。
- ※ アウトリーチにも対応しています。

医療保護入院時には、家族等の同意が必須です。〈同意者〉後見人又は保佐人／配偶者／親権者／扶養義務者（直系血族、兄弟姉妹および家庭裁判所に選任された三親等以内の親族）

※情報共有には本人/家族の同意が必要
 ※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊗ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊗ 必要に応じて発信



- ・ 施設入所を検討している場合、早めにお伝えください。
- ・ 医療処置がある場合、入院時に看護サマリを極力持参してください。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院が実施** **CL-● 在宅医師が実施** **P-● 患者・家族が実施**

入退院の流れ

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

C-1 入院時の必要事項を案内

- ・ 居宅介護支援を開始した際、入院時にケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を入院先に伝えるよう患者・家族にその方法とともに案内します。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

H-1 入院前訪問

入院 | 情報収集～スクリーニング

P-1 ケアマネジャーの情報連絡

- ・ ケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を伝えます。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

C-2 患者情報の共有

- ・ 患者情報（身体・生活機能の状況、療養上の課題等）を共有します。
- ・ 入院時連携シート（P.55）等の書式での提供の場合、病棟看護師へ直接提供、またはFAXします。

H-2 退院支援計画書の作成

H-3 病状説明

- ・ 患者・家族に病状説明を行います。

H-4 患者情報の収集

- ・ 入院以降、院内カンファレンスは週1回、リハビリカンファレンスは毎日実施します。
- ・ それらのカンファレンスにて、病棟側で追加の情報収集が必要と判断された場合、入退院支援部門から患者家族へ情報を収集します。
- ・ 情報収集はケアマネジャーにも実施することがあります。

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

H-5 P-2 退院時期の連絡

- ・ 医師は、患者を介してケアマネジャーに退院時期を伝えます。

H-6 退院前カンファレンスの開催連絡

- ・ 医療連携室または病棟看護師は、退院前カンファレンスの依頼します。

H-7 C-3 退院前カンファレンスの参加者を調整

- ・ ケアマネジャーが参加可能な日程で、その他職種の参加を調整します。

H-8 退院前カンファレンスの開催

- ※ 病棟看護師またはMSWは、退院前カンファレンスが開催されない場合、必要に応じて医療処置に関する情報を共有します。

H-9 P-3 看護サマリ、訪問指示書、リハサマリ等の書類提供

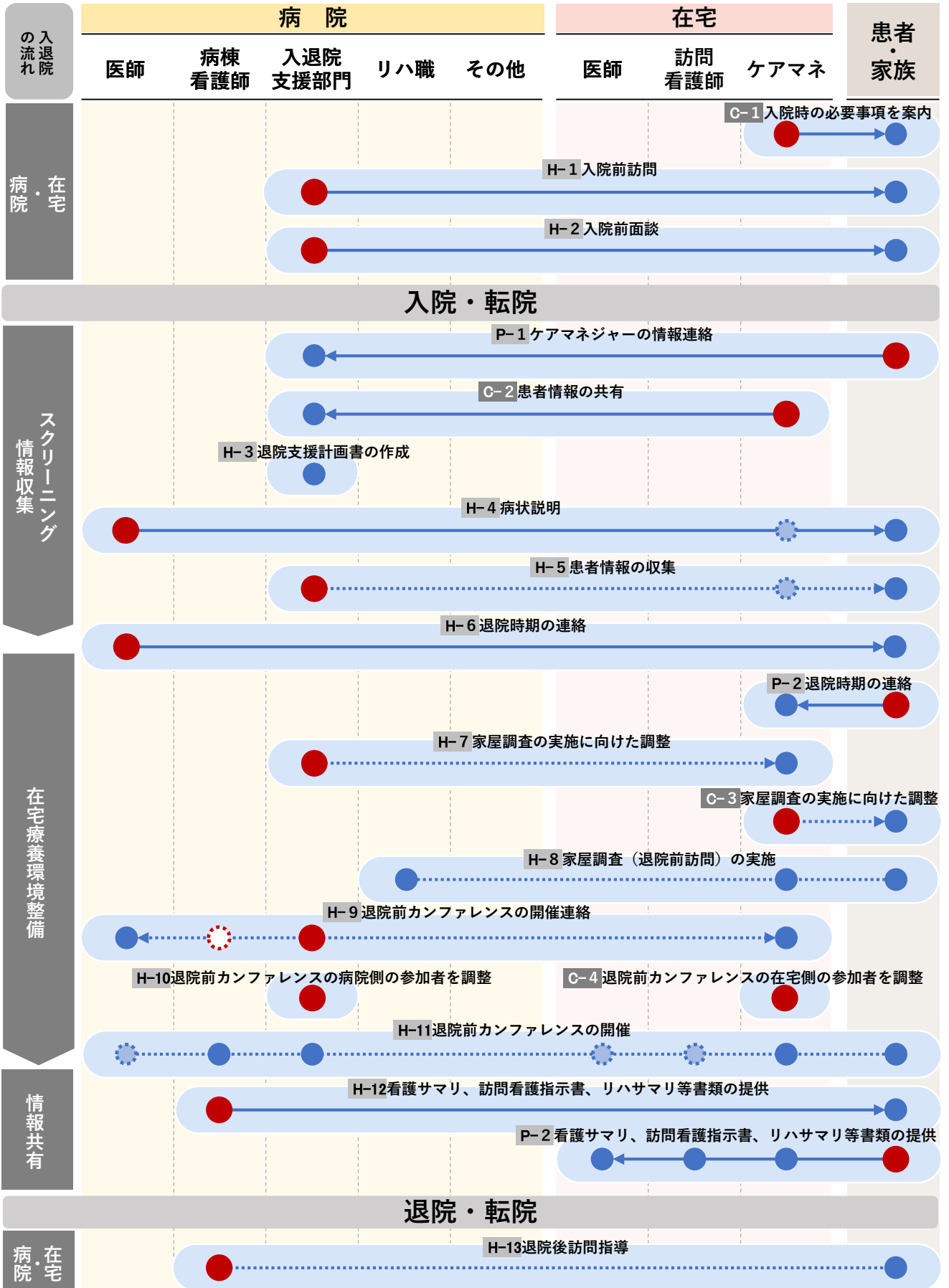
- ・ 病院は、退院前カンファレンスの記録、診療情報提供書、看護サマリなどの書類は患者を経由して各事業所へ提供します。
- ・ 病院は、患者を通しての提供が難しい場合、各事業所へ郵送します。

退院・転院

H-10 退院後訪問指導

※情報共有には本人/家族の同意が必要
※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊗ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊗ 必要に応じて発信



- ・ 施設入所を検討している場合、早めにお伝えください。
- ・ 医療処置がある場合、入院時に看護サマリを極力持参してください。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院が実施** **CL-● 在宅医師が実施** **P-● 患者・家族が実施**

入退院の流れ

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

C-1 入院時の必要事項を案内

- ・ 居宅介護支援を開始した際、入院時にケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を入院先に伝えるよう患者・家族にその方法とともに案内します。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

H-1 入院前訪問

H-2 入院前面談

入院 | 情報収集～スクリーニング

P-1 ケアマネジャーの情報連絡

- ・ ケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を伝えます。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

C-2 患者情報の共有

- ・ 患者情報（身体・生活機能の状況、療養上の課題等）を共有します。
- ・ 入院時連携シート（P.55）等の書式での提供の場合、病棟看護師へ直接提供、またはFAXします。

H-3 退院支援計画書の作成

H-4 病状説明

- ・ 患者・家族に病状説明を行います。

H-5 患者情報の収集

- ・ 入院以降、院内カンファレンスは週1回、リハビリカンファレンスは毎日実施します。
- ・ それらのカンファレンスにて、追加での情報が必要と判断された場合、情報を収集します。

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

H-6 P-2 退院時期の連絡

- ・ 医師は、患者を介してケアマネジャーに退院時期を伝えます。

H-7 C-3 家屋調査の実施に向けた調整

H-8 家屋調査（退院前訪問）の実施

H-9 退院前カンファレンスの開催連絡

- ・ 医療連携室または病棟看護師は、状況に応じて、退院前カンファレンスを依頼します。

H-10 C-4 退院前カンファレンスの参加者を調整

- ・ ケアマネジャーが参加可能な日程で、その他職種の参加を調整します。

H-11 退院前カンファレンスの開催

- ・ 病棟看護師またはMSWは、退院前カンファレンスが開催されない場合、必要に応じて医療処置に関する情報を共有します。

H-12 P-2 看護サマリ、訪問指示書、リハサマリ等の書類提供

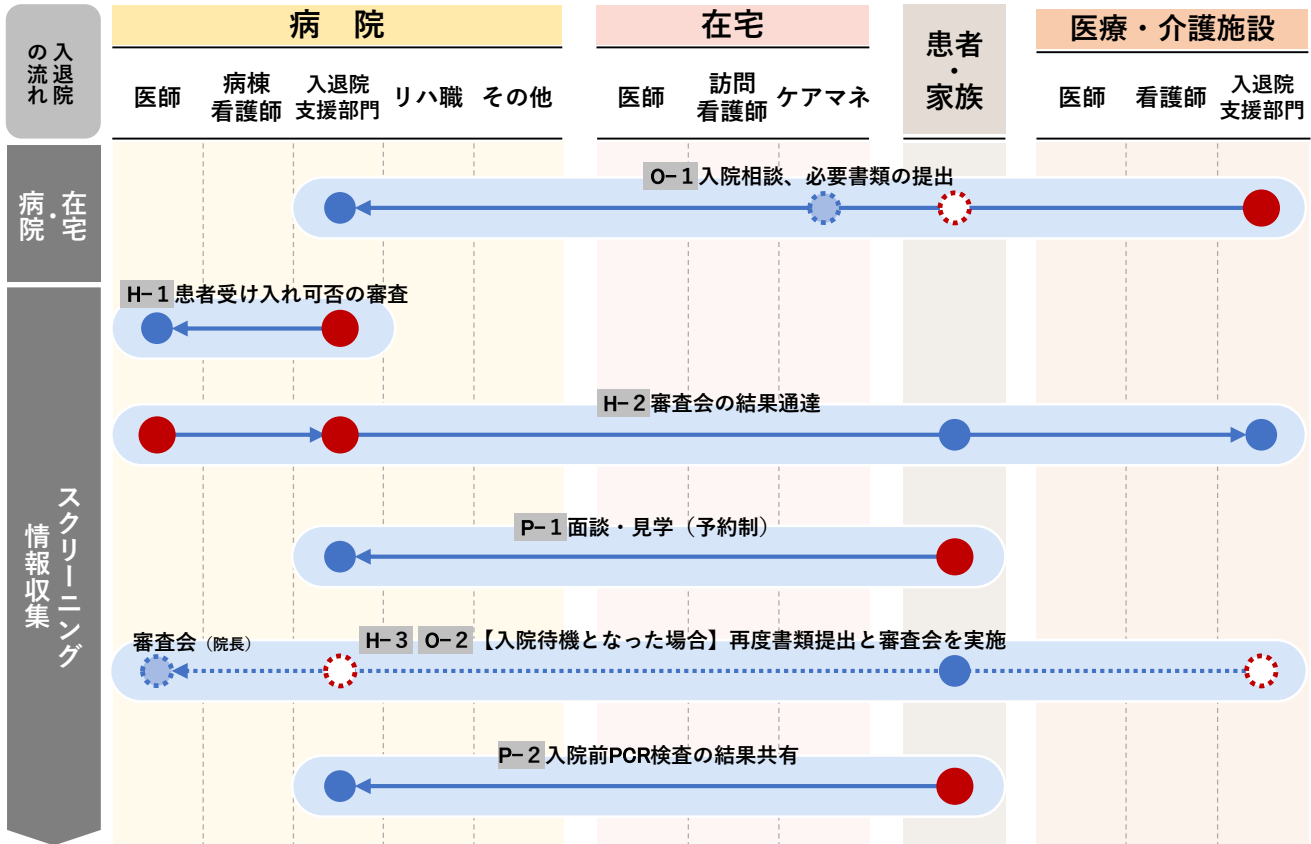
- ・ 病院は、退院前カンファレンスの記録、診療情報提供書、看護サマリなどの書類は患者を経由して各事業所へ提供します。
- ・ 病院は、患者を通しての提供が難しい場合、各事業所へ郵送します。

退院・転院

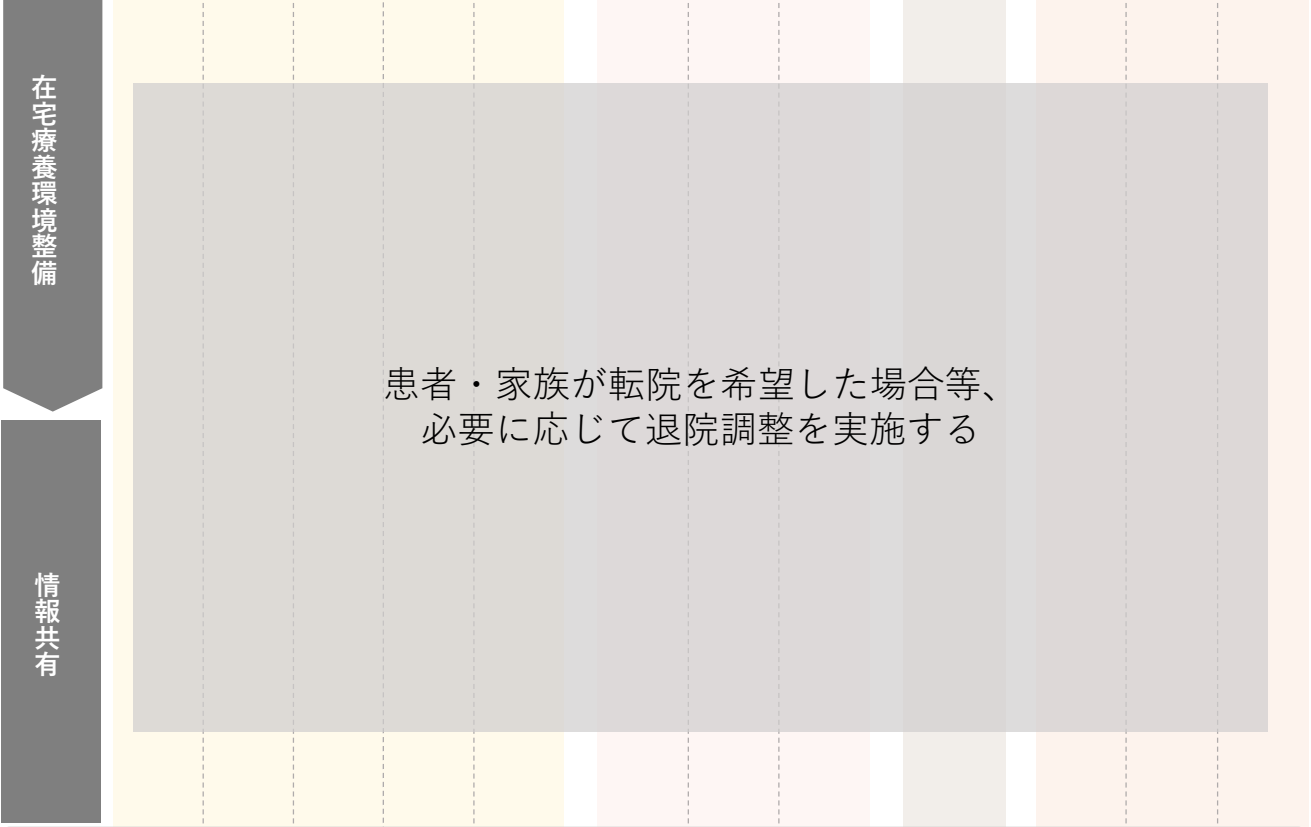
H-13 退院後訪問指導

※情報共有には本人/家族の同意が必要
※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊙ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊙ 必要に応じて発信



入院・転院



退院・転院

- 医療療養型病院として、入院後は自院での対応が可能な医療を提供しながら長期療養が可能です。（入院制限なし）
- 医療機関、介護施設のほか、患者・家族からも相談申し込みが可能です。
- 専門的・積極的なリハビリは対応困難です。
- メールアドレス：takami-sakuradai@gol.com

H-● 病院が実施 **P-●** 患者・家族が実施 **O-●** その他機関が実施

入退院の流れ

在宅・病院 | スクリーニング、情報収集

O-1 入院相談、必要書類の提出

- 医療・介護施設は、医療連携室に入院相談の連絡をします。
- 医療・介護施設は、必要書類を桜台病院にFAXします。

H-1 患者受け入れ可否の審査

H-2 審査会の結果通達

- 病院は、審査会の結果を患者・家族を經由して通知します。
※ 満床の場合、入院待機期間は数週間～3か月程度となることが多いです。
※ キーパーソンの希望や、入院中の病院の退院期限等の状況に応じて、グループ病院と連携し、入院を待機することが可能です。

P-1 面談・見学

- ※ 単身の患者のうち、キーパーソンが後見人の場合、面談が必須です。
- ※ キーパーソンがケースワーカーの場合、面談の要否を問いません。
- ※ 希望者は書類提出前に面談・見学の実施も可能（要予約）です。

H-3 **O-2** 【入院待機となった場合】再度書類提出と審査会を実施

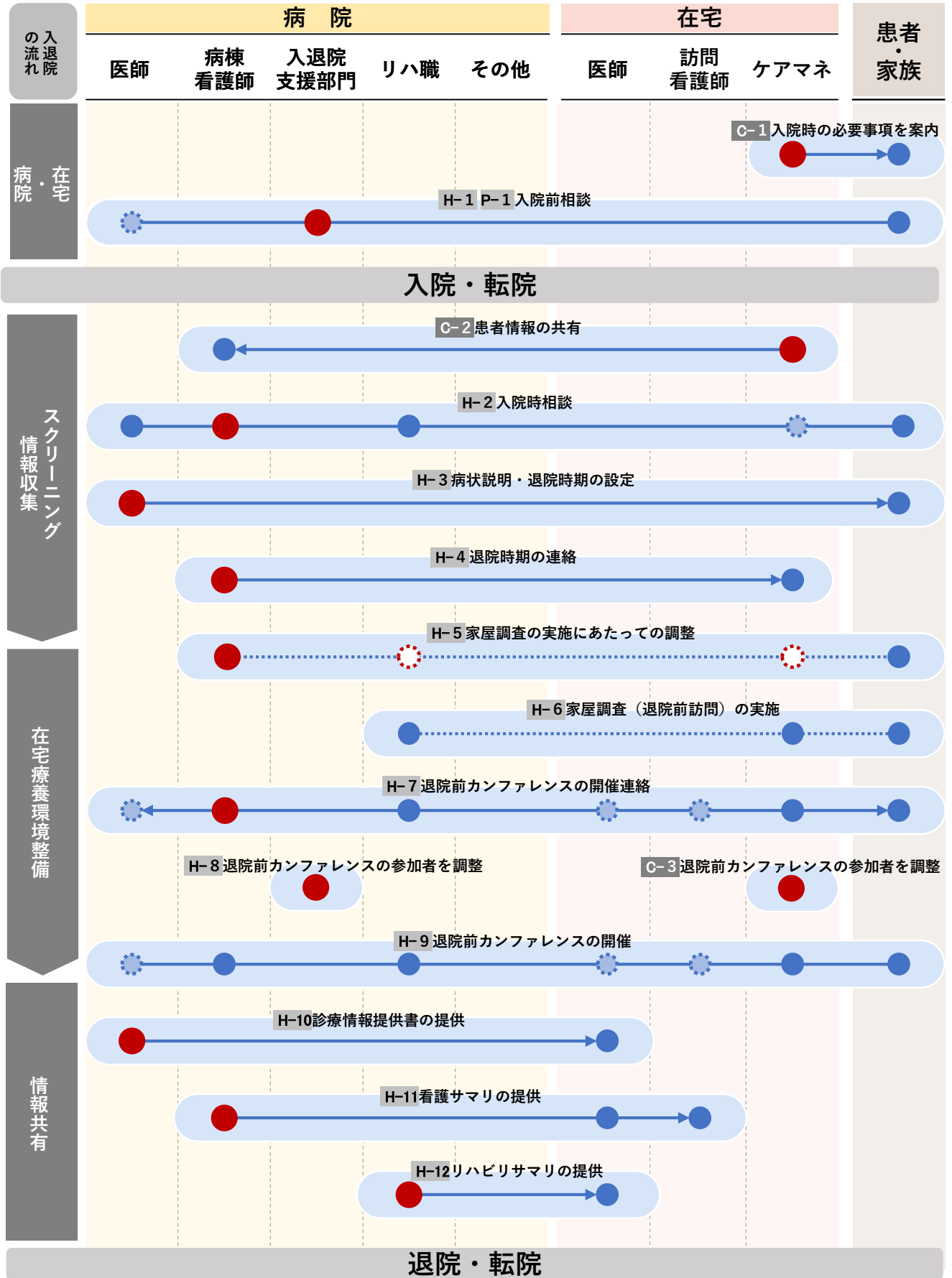
- 面談の結果が入院待機となった場合、待機期間を経た後、状況に応じて再度、紹介元施設からの書類の提出と、当院にて審査会が行われます。

P-2 入院前PCR検査の結果共有

- ※ 陽性反応が出た場合、今後の診療方針について、患者または家族と相談します。

※情報共有には本人/家族の同意が必要
※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊙ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊙ 必要に応じて発信



- 急性期での治療を終えた方の在宅等への退院調整、リハビリの提供（理学、作業療法士、言語聴覚士の介入）、療養、他医療機関または他施設への待機期間の一時的な入院や看取り（がん末期の疼痛緩和療法やがんリハビリ対応含め）、レスパイト入院（原則2週間）等の受け入れが可能です。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院が実施** **CL-● 在宅医師が実施** **P-● 患者・家族が実施**

入退院の流れ

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

C-1 入院時の必要事項を案内

- 居宅介護支援を開始した際、入院時にケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を入院先に伝えるよう患者・家族にその方法とともに案内します。

H-1 P-1 入院前相談

- 病院は、相談時に患者へ退院先の希望、担当ケアマネジャーを確認します。

入院 | 情報収集～スクリーニング

C-2 患者情報の共有

- 患者情報（身体・生活機能の状況、療養上の課題等）を共有します。
 - 入院時連携シート（P.55）等の書式での提供の場合、病棟看護師へ直接提供、またはFAXで送信します。
- ※ 電話・口頭での情報提供も可能です。

H-2 入院時相談

- 患者（利用者）が上手く話せない場合、ケアマネジャーの同席を依頼します。

H-3 病状説明・退院時期の設定

- 医師は、患者に病状説明を行います。
- ※ 医師、PT・OT・STは、説明前にカンファレンスにて患者の身体状況を評価します。

H-4 退院時期の連絡

- ケアマネジャーに退院時期を伝えます。

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

H-5 家屋調査の実施にあたっての調整

- 病棟看護師またはPT・OT・STは、患者・家族とケアマネジャーに日程確認を行います。
- ※ 家屋調査の日程調整は、入院から約1ヶ月後に実施します。

H-6 家屋調査（退院前訪問）の実施

- ※ 自宅が遠方の場合、自宅に訪問せずに、病棟看護師またはPT・OT・STから家族へ家屋の写真撮影を依頼することがあります。

H-7 退院前カンファレンスの開催連絡

- 退院前カンファレンスの日程調整を各職種へ発信します。

H-8 C-3 退院前カンファレンスの参加者を調整

- ※ ケアマネジャーは、必要に応じて、福祉用具専門相談員、訪問介護士等にも参加を依頼します。

H-9 退院前カンファレンスの開催

- 出席者・出席予定者には退院前カンファレンス議事録を後日配布します。
- 退院時に必要な書類について、退院前カンファレンス内で確認します。

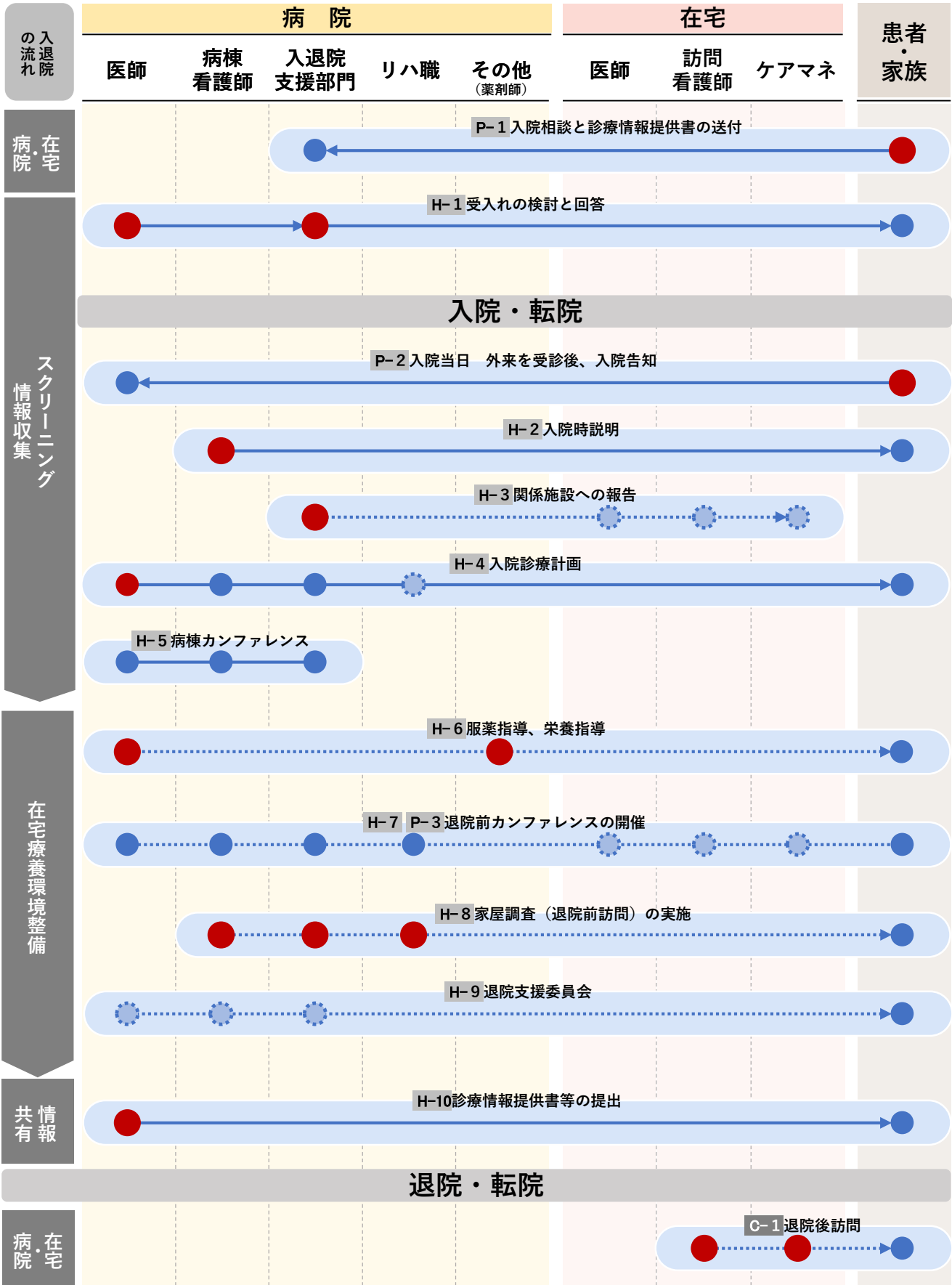
H-10 診療情報提供書の提供

H-11 看護サマリの提供

H-12 リハビリサマリの提供

※情報共有には本人/家族の同意が必要
 ※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊗ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊗ 必要に応じて発信



- ・ 当院は精神科救急病棟の他、認知症治療病棟、精神療養病棟があります。
- ・ 家族、地域包括支援センター、訪問看護、保健師、かかりつけ医、福祉事務所等からの相談が可能です。
- ・ 退院後は併設の訪問看護や精神科デイケア、重度認知症デイケアをご利用いただくことができます。
- ・ 入院から退院後までシームレスに地域生活をバックアップします。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院**が実施 **P-● 患者・家族**が実施

入退院の流れ

在宅・病院 | 居宅介護支援開始～日常の療養時・スクリーニング

P-1 入院相談と診療情報提供書の送付

- ・ 医療相談室の相談員宛に電話で「入院希望」と伝え、相談します。
- ・ かかりつけ医がある場合、診療情報提供書を用意し、FAXします。
- ※ 家族、地域包括支援センター、訪問看護、保健師、かかりつけ医、福祉事務所等からの相談の場合、電話にて、症状や病歴、服薬状況、認知症の有無、家族の同意が取れているのか等についてPSWが聞き取ります。

H-1 受け入れの検討と回答

- ・ 医師は、受け入れ検討後、結果をPSW経由で相談元に回答します。

入院 | 情報収集

P-2 入院当日 外来を受診後、入院告知

- ※ 入院当日は外来を受診、医師から入院の告知後、家族に同意を求めます。

H-2 入院時説明

- ・ 保健相談所や訪問看護施設など、連絡を要する関連施設の情報を聞き取ります。

H-3 関係施設への報告

- ・ PSWは必要に応じ、関係施設や保健師に患者の入院報告をします。

H-4 入院診療計画

- ・ 今後の診療方針について、患者または家族に同意を求めます。

H-5 病棟カンファレンス

- ・ 週に1回、スタッフ間で情報を共有します。
- ・ 病棟での朝の申し送りにも担当PSWが参加し、情報を共有します。

入院 | 在宅療養環境整備

H-6 服薬指導、栄養指導

- ・ 病院は、医師が必要と判断した場合、実施します。

H-7 P-3 退院前カンファレンスの開催

- ・ 外部の関係者は、基本的に患者が希望した人が参加します。
- ・ 必要に応じ、保健師も参加します。
- ※ 内容は、方向性の確認や、退院直前の確認など、患者によって異なります。

H-8 家屋調査（退院前訪問）の実施

- ・ 看護師、PSW、OTのうち1～2職種が訪問します。
- ・ 独居の方を中心に、必要と判断された場合、実施します。
- ・ おもに、住居環境の確認、清掃、ライフラインの整備等を行います。
- ・ 必要に応じて、病院と保健師が連携して、住宅環境を整備します。

H-9 退院支援委員会

- ・ 医療保護入院を延長する場合、開催します。
- ・ 在宅事業者へはケアマネジャーが必要に応じて情報提供を行い、必要に応じ、保健師も参加します。
- ※ 原則、議事録を発行しません。

H-10 診療情報提供書等の提出

- ・ 診療情報提供書などの書類は患者・家族を経由して各関係機関へ提供します。
- ※ PSWは、患者・家族を通しての提供が難しい場合、各関係機関へ郵送します。

退院 | 情報共有

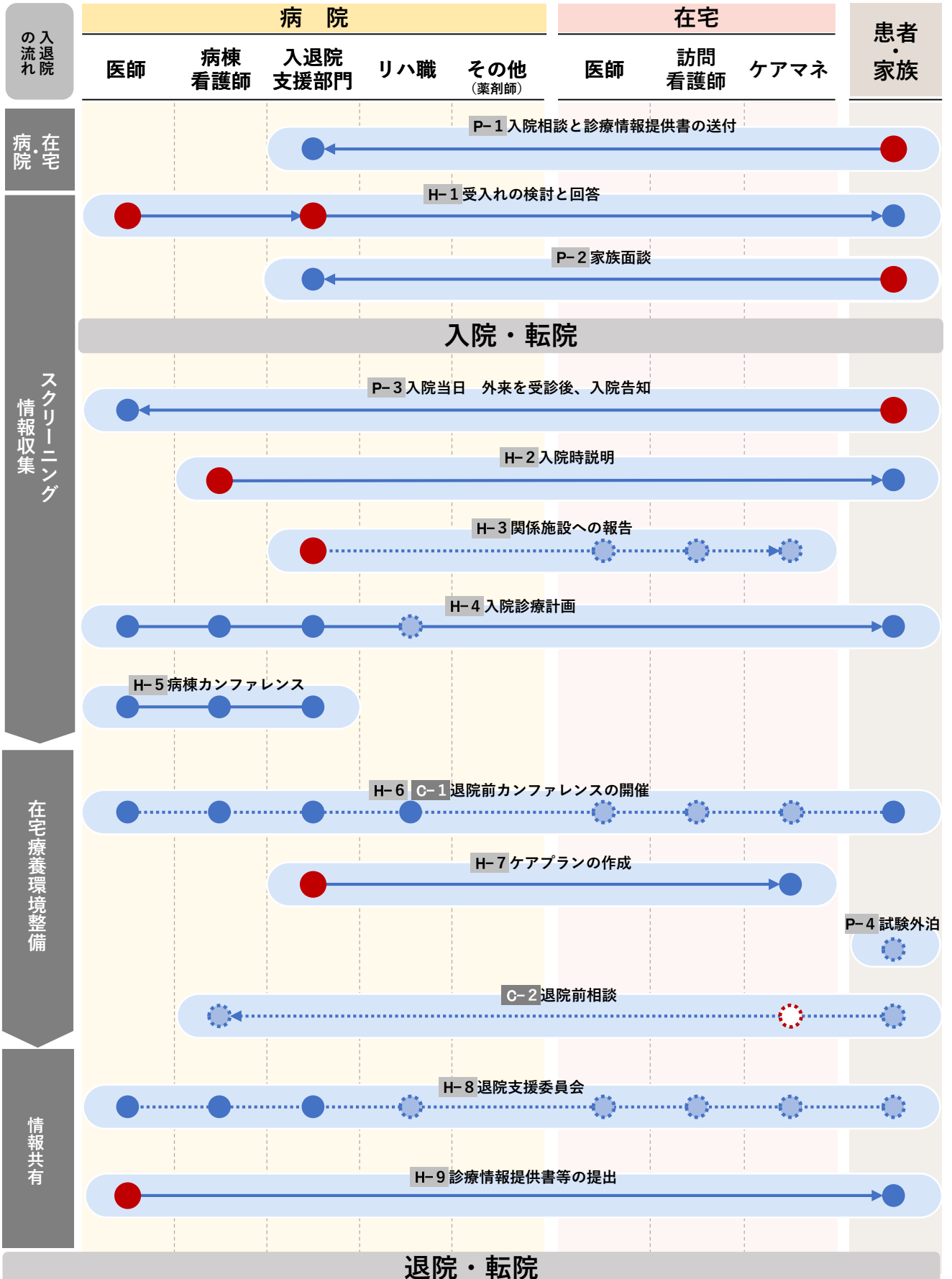
C-1 退院後訪問

※情報共有には本人/家族の同意が必要
 ※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

慈雲堂病院 (認知症病棟)

精神

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊗ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊗ 必要に応じて発信



- ・ 当院は精神科救急病棟の他、認知症治療病棟、精神療養病棟があります。
- ・ 家族、地域包括支援センター、訪問看護、保健師、かかりつけ医、福祉事務所等からの相談が可能です
- ・ 退院後は併設の訪問看護や精神科デイケア、重度認知症デイケアをご利用いただくことができます。
- ・ 入院から退院後までシームレスに地域生活をバックアップします。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院**が実施 **P-● 患者・家族**が実施

入退院の流れ

在宅・病院 | 居宅介護支援開始～日常の療養時・スクリーニング

P-1 入院相談と診療情報提供書の送付

- ・ 医療相談室の相談員宛に電話で「入院希望」と伝え、相談します。
- ・ かかりつけ医がある場合、診療情報提供書を用意し、FAXします。
- ※ 家族、地域包括支援センター、訪問看護、保健師、かかりつけ医、福祉事務所等からの相談の場合、電話にて、症状や病歴、服薬状況、認知症の有無、家族の同意が取れているのか等についてPSWが聞き取ります。

H-1 受け入れの検討と回答

- ・ 医師は、受け入れ検討後、結果をPSW経由で相談元に回答します。

P-2 家族面談

- ・ 病棟見学および費用等入院に関する相談をPSWと行います。
- ※ 家族の同意により入院が確定します。

入院 | 情報収集

P-3 入院当日 外来を受診後、入院告知

- ※ 入院当日は外来を受診、医師から入院の告知後、家族に同意を求めます。

H-2 入院時説明

- ・ 保健相談所や訪問看護施設など、連絡を要する関連施設の情報を聞き取ります。

H-3 関係施設への報告

- ・ 必要に応じ、関係施設へ、PSWから患者の入院報告をします。
- ・ 必要に応じ、地域包括支援センター、ケアマネジャーにも報告します。

H-4 入院診療計画

H-5 病棟カンファレンス

- ・ 週に1回、スタッフ間で情報を共有します。
- ・ 病棟での朝の申し送りにも担当PSWが参加し、情報を共有します。

入院 | 在宅療養環境整備

H-6 C-1 退院前カンファレンスの開催

- ・ 病院は必要に応じ、カンファレンスを開催します。
- ・ 病院は必要に応じ、地域包括支援センター、ケアマネジャーに参加を依頼します。
- ・ 方向性が決定したら、その旨を各関係先へ報告します。
- ※ PSWは、家族が報告できない場合、転院先と転院日が決定次第、各所へ報告します。

H-7 ケアプランの作成

- ・ PSWは、自宅に戻る場合、ケアプランの作成と居住環境の確認、整備をケアマネジャーに依頼します。

P-4 試験外泊

C-2 退院前相談

- ・ ケアマネジャーが希望した場合、退院前相談の場を設けます。

入院 | 情報共有

H-8 退院支援委員会

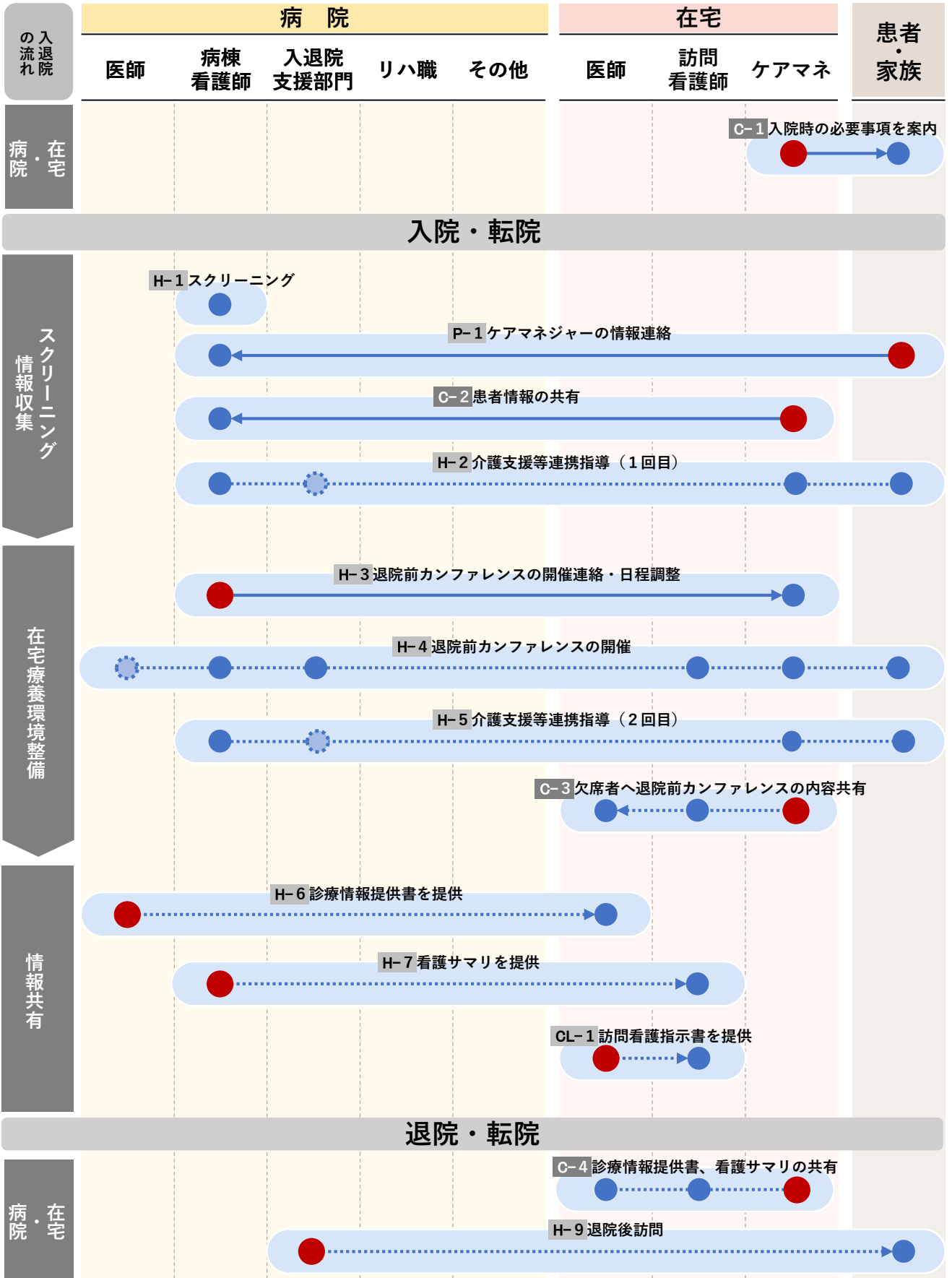
- ・ 必要に応じ、地域包括支援センター、ケアマネジャーに参加を依頼します。

H-9 診療情報提供書等の提出

- ・ 診療情報提供書などの書類は患者・家族を経由して各関係機関へ提供します。
- ※ PSWは、患者・家族を通しての提供が難しい場合、各関係機関へ郵送します。

※情報共有には本人/家族の同意が必要
※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊗ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊗ 必要に応じて発信



- 入院患者さんのみならず、外来通院患者さんの連絡事項がありましたら、入退院支援室へ電話連絡をお願いします。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院が実施** **CL-● 在宅医師が実施** **P-● 患者・家族が実施**

入退院の流れ

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

C-1 入院時の必要事項を案内

入院 | 情報収集～スクリーニング

H-1 スクリーニング

- 入院から48時間以内にスクリーニングを実施し、3日以内に退院計画書を作成します。

P-1 ケアマネジャーの情報連絡

- ケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を伝えます。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

C-2 患者情報の共有

- 患者情報（身体・生活機能の状況、療養上の課題等）を共有します。
- 入院時連携シートもしくは口頭でも可能です。
- 病棟看護師へ連絡がつかない場合、入退院支援室へ郵送/FAXで提供します。

H-2 介護支援等連携指導（1回目）

- 病棟看護師への情報提供時に、必要に応じて実施します。

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

H-3 退院前カンファレンスの開催連絡・日程調整

- ※ 日程調整の担当者はケースによります。

H-4 退院前カンファレンスの開催

H-5 介護支援等連携指導（2回目）

- 退院前カンファレンスもしくは介護支援等連携指導を実施します。

C-3 欠席者へ退院前カンファレンスの内容共有

- 病院から送付された退院前カンファレンス（介護支援等連携指導）の議事録を必要に応じて、不参加の関係事業所に共有します。

H-6 診療情報提供書を提供

H-7 看護サマリを提供

CL-1 訪問看護指示書を提供

退院・転院

C-4 診療情報提供書、看護サマリの共有

- 必要に応じて、在宅医・訪問看護から診療情報提供書・看護サマリを共有してもらい、在宅側の多職種へ共有します。

H-9 退院後訪問

- 病院医師および退院支援看護師に訪問の必要性を認められた際は、退院支援看護師が患者宅を訪問します。

- ◆ 転院時は病院からケアマネジャーへ連絡があります。
- ◆ 病棟看護師宛てのお電話は、入退院支援室におかけいただきますようお願いいたします。入退院支援室から病棟看護師にお繋ぎいたします。

※情報共有には本人/家族の同意が必要

※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

- ・入院中にターミナルとなった場合、看取りの対応も行っていきます。
- ・リハビリに力を入れており、入院中毎日リハビリを受けられる体制を整えています
- ・訪問リハビリテーションも行っており退院後のフォローもしています。
- ・メールアドレス：sekimachi-hp@outlook.jp

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院が実施** **CL-● 在宅医師が実施** **P-● 患者・家族が実施**

入退院の流れ

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

C-1 入院時の必要事項を案内

- ・居宅介護支援を開始した際、入院時にケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を入院先に伝えるよう患者・家族にその方法とともに案内します。

入院 | 情報収集～スクリーニング

P-1 ケアマネジャーの情報連絡

- ・ケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を伝えます。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

H-1 患者情報の収集

- ・入院時に作成する「入院時プロフィール用紙」を用いて、病棟看護師が患者・家族の情報を収集します。
- ・過去に当院の入院歴がある患者の場合、電子カルテにて過去に収集した情報を確認します。新規患者の場合、患者家族に加え、家族に関係者情報を確認後、かかりつけ医やかかりつけ薬局等へも情報を収集することがあります。

C-2 患者情報の共有

- ・患者情報（身体・生活機能の状況、療養上の課題等）を共有します。
- ・入院時連携シート（P.55）等の書式での提供の場合、病棟看護師へ直接提供、またはFAXします。

H-2 病院側からの入院連絡

- ・ケアマネジャーに電話でキーパーソンの様子や患者の退院時期・退院先希望等を共有します。

H-3 退院支援計画書の作成

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

H-4 C-3 介護支援等連携指導

- ・患者・家族がケアマネジャーの同席が必要と判断した場合、ケアマネジャーに参加を依頼します。

H-5 退院前カンファレンスの開催連絡

- ・退院前カンファレンスが開催される場合、各職種に連絡します。

H-6 C-4 退院前カンファレンスの参加者を調整

H-7 退院前カンファレンスの開催

- ・入院後2週間後に開催します。
- ・退院先、退院日などの退院に向けた最終的な方向性を決定します。
- ・必要に応じて病院の管理栄養士が参加し、栄養面に関する指導も行います。
- ※ 退院前カンファレンスの記録は病院から提供しないため、各参加者は必要事項を記録します。
- ※ 退院時に必要な資料がある場合、入退院支援部門に申し出る必要があります。

H-8 C-5 退院時期の連絡

- ・ケアマネジャーは、患者・家族へ病棟看護師から連絡された退院時期を共有します。

H-9 家屋調査（退院前訪問）の実施

- ・家屋調査を行う場合、退院前カンファレンスにて実施日を調整します。
- ※ 家屋調査は、退院前カンファレンス前に実施することもあります。

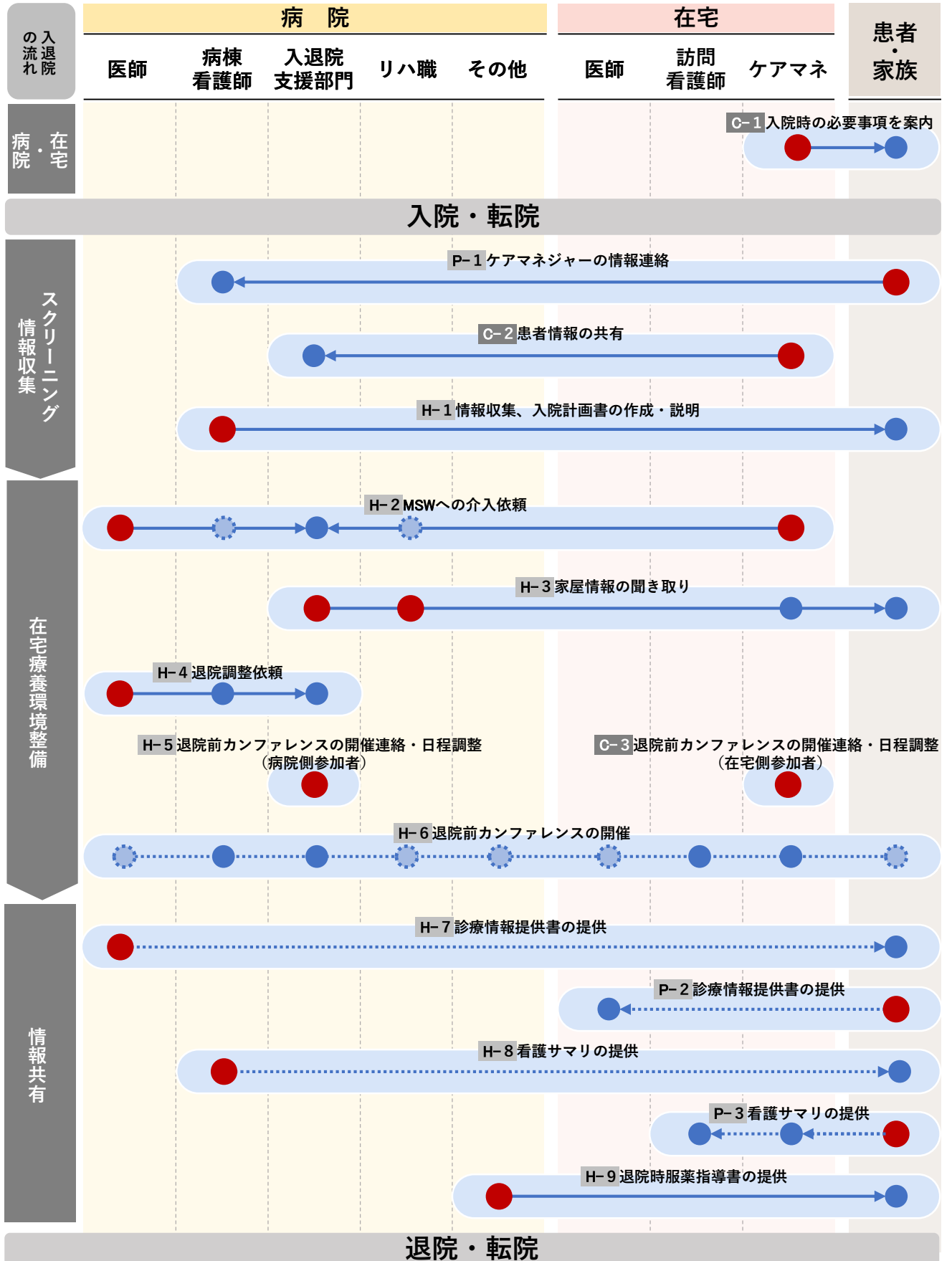
H-10 C-6 看護サマリ・訪問看護指示書・リハサマリの共有

- ・ケアマネジャーは必要に応じて、病棟看護師から書類を受け取った後、在宅側の各職種へ各種書類を共有します。

※情報共有には本人/家族の同意が必要

※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊗ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊗ 必要に応じて発信



- ・ 脳神経外科と整形外科を中心とした急性期病院です。

C-● ケアマネジャーが実施 H-● 病院が実施 P-● 患者・家族が実施

入退院の流れ

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

C-1 入院時の必要事項を案内

入院 | 情報収集～スクリーニング

P-1 ケアマネジャーの情報連絡

- ・ ケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を伝えます。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

C-2 患者情報の共有

- ・ 患者情報（身体・生活機能の状況、療養上の課題等）を共有します。
- ・ 入院時連携シートを使用します。
- ・ 持ち込みの場合、医療連携室のMSWへ、郵送またはFAXの場合、医療連携室宛に送付します。

H-1 情報収集、入院計画書の作成・説明

- ・ 患者・家族から情報を収集します。
- ・ 必要に応じて、介護保険申請等を依頼します。

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

H-2 MSWへの介入依頼

H-3 家屋情報の聞き取り

※ 自宅への訪問は実施していません。

H-4 退院調整依頼

- ・ 退院調整は、在宅の場合、病棟看護師、転院等の場合、MSWに医師が依頼します。

H-5 退院前カンファレンスの開催連絡・日程調整

- ・ 医療処置が必要な際や想定外の事態が発生した際は、医師の判断で退院前カンファレンスを実施します。
- ・ 連携室もしくは病棟看護師は、退院前カンファレンスを実施しない場合、直接ケアマネジャーに連絡します。

H-6 退院前カンファレンスの開催

H-7 P-2 診療情報提供書の提供

- ・ 病院は必要に応じて、患者経由で在宅医師に提供します。

H-8 P-3 看護サマリの提供

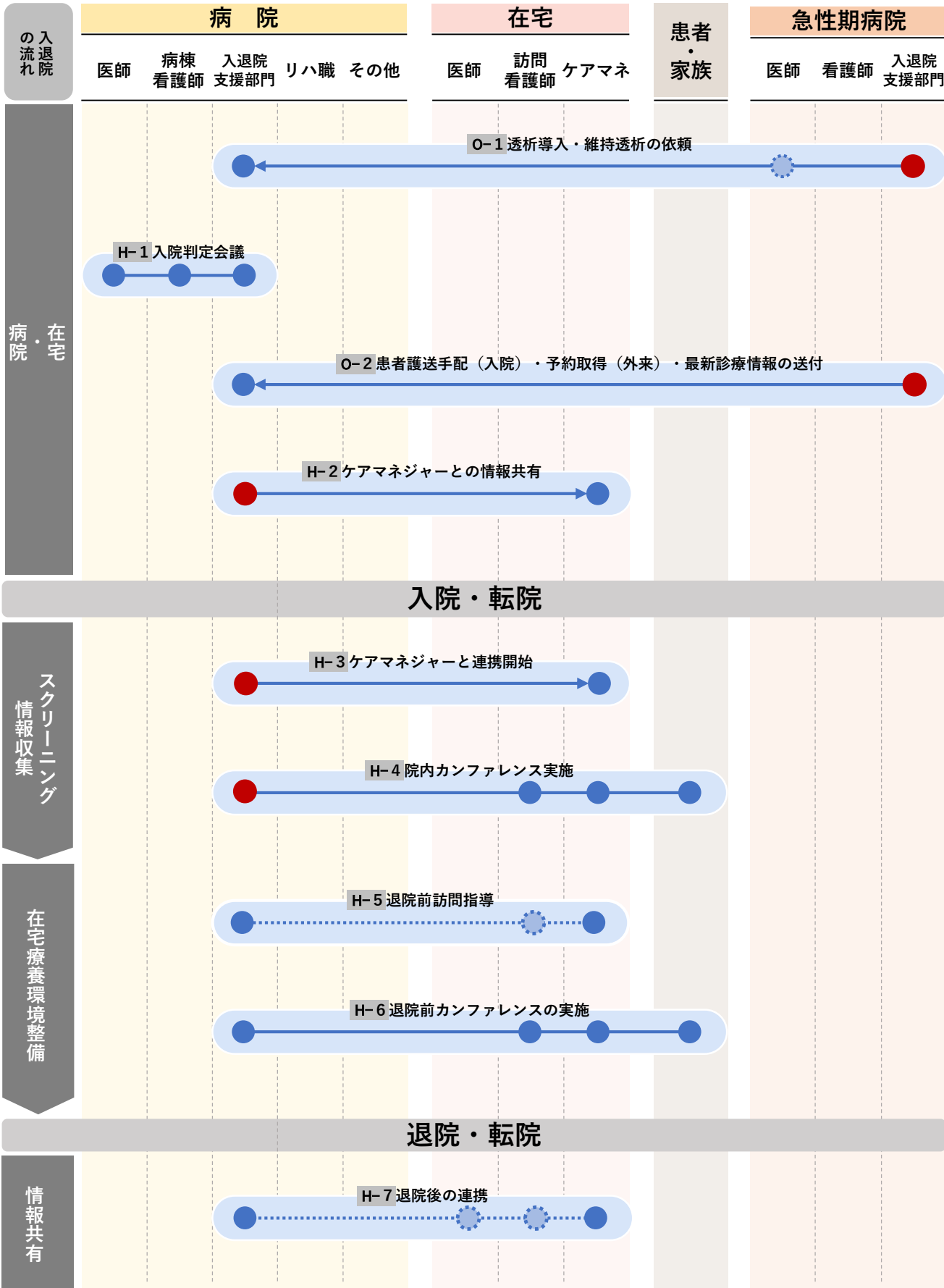
- ・ 病院は必要に応じて、患者経由でケアマネジャー、訪問看護師に提供します。

H-9 退院時服薬指導書の提供

- ◆ 転院の場合：原則として病院からケアマネジャーへ、転院の連絡はないので、患者・家族からケアマネジャーへ情報を共有してもらいます。

※情報共有には本人/家族の同意が必要
※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊗ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊗ 必要に応じて発信



- ・ 透析医療（現在、透析治療を受けられている方、これから透析が必要な方）に特化した医療療養型病院です。退院後も介護タクシー事業者と密に連携し、車いすが必要な方でも利用出来る通院送迎サービスがあります。
- ・ リハビリ職が在籍しています。入院患者さんのリハビリ、退院調整等も対応します。
- ・ その他、以下の様なお問い合わせもいただいております。
 - 年齢を重ね現在の透析施設への通院が難しくなった
 - 外来通院だけでなく入院も含めて検討したい 等

ご家族はもちろんですが、ケアマネジャーさんや訪問看護師さん等からも問い合わせいただいております。まずはご相談下さい。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院が実施** **P-● 患者・家族が実施** **O-● その他機関が実施**

----- 入退院の流れ -----

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

O-1 透析導入・維持透析の依頼

- ・ 他の医療機関から、維持透析（入院・外来どちらも含む）または透析導入やバスキュラアクセス外来（シャント増設が必要な場合等）を依頼します。
- ・ 診療情報提供書をFAXします。

H-1 入院判定会議

- ・ 診療情報を元に判定会議を行い、受入可能であれば日時を決定します。

O-2 患者護送手配（入院）・予約取得（外来）・最新診療情報の送付

- ・ 入院患者の場合、患者護送手配、外来患者の場合、外来予約をします。
- ・ 最新の診療情報をFAXします。

H-2 ケアマネジャーとの情報共有

- ・ 患者の介護度、入院前の在宅生活状況、入院前の使用サービス、家屋環境、家庭背景を確認します。

入院 | 情報収集～スクリーニング

H-3 ケアマネジャーと連携開始

- ・ 本入院のゴールが自宅または施設退院の場合、連携を開始します。
- ・ 介護度の再チェック、通院透析先の設定、在宅サービスの調整を実施します。

H-4 院内カンファレンス実施

- ※ 表記以外の在宅側の担当者も可能であれば参加します。

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

H-5 退院前訪問指導

- ・ 可能であれば実施します。

H-6 退院前カンファレンスの実施

- ・ 各担当者が来院し、実施します。
- ※ 表記以外の在宅側の担当者も可能であれば参加します。

退院・転院

H-7 退院後の連携

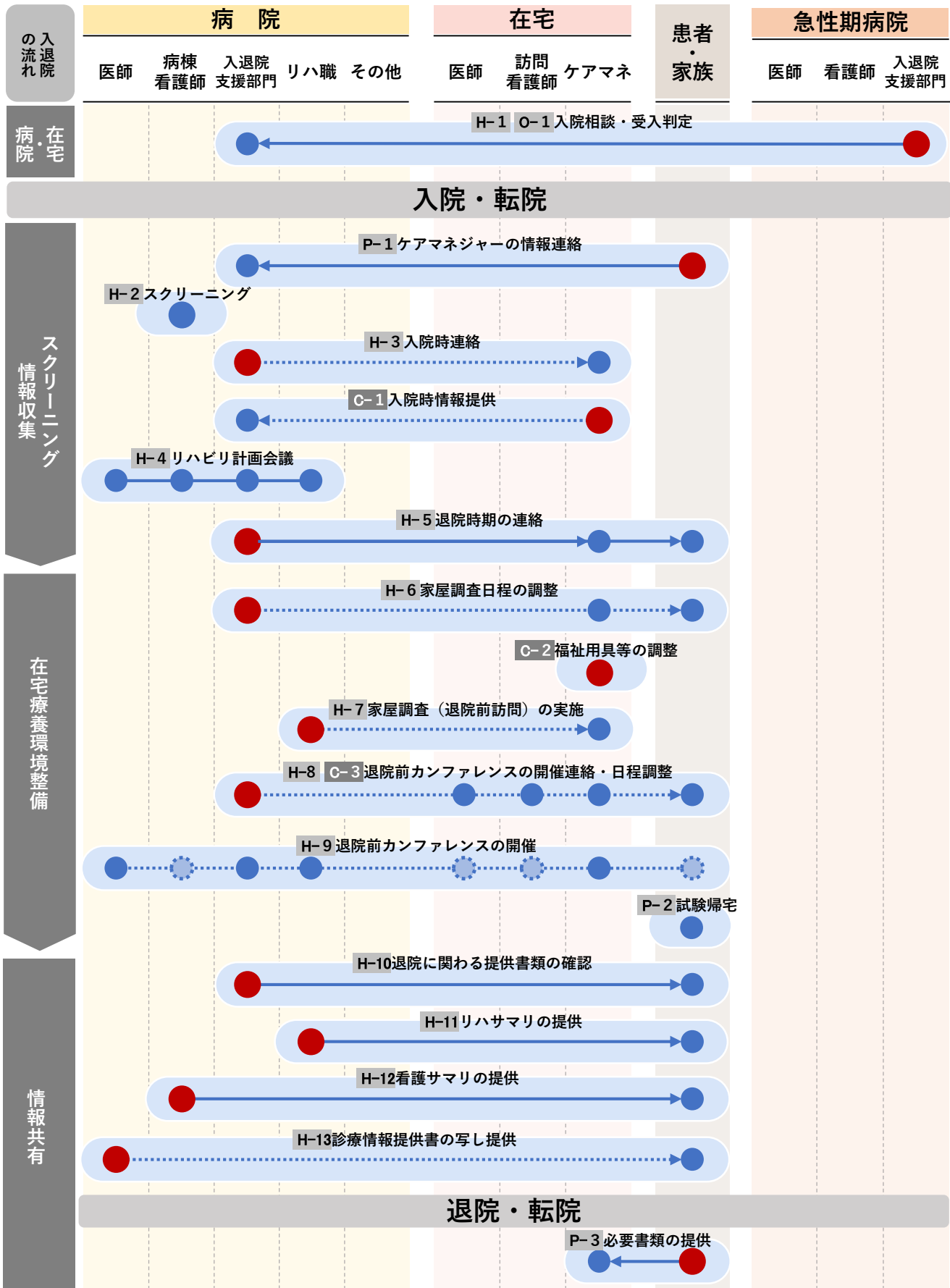
- ・ 必要性に合わせ、在宅医師、訪問看護、訪問リハなどを設定します。
- ※ 退院後に当院に通院する場合、退院後の連携を継続的に実施します。

※情報共有には本人/家族の同意が必要
 ※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

練馬駅リハビリテーション病院

回リハ

— 原則実施 必要に応じて実施 ● 原則参加 ⚙️ 必要に応じて参加 ● 発信者 ⚙️ 必要に応じて発信



- ・ 回復期リハビリテーション病院で、入院可能な疾患と入院期間が決まっています。
- ・ 診療情報が到着後、判定会議が行われ、お受け入れが可能かお返事をします。
- ・ お受け入れ可能であれば、入院前面談に進みます。
- ・ 面談時に、入院費用、病院説明を行わせていただき、入院日を決定していきます。
- ・ メールアドレス：nerimaeki-hsp@jiseikai.or.jp

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院**が実施 **P-● 患者・家族**が実施 **O-● その他機関**が実施

入退院の流れ

在宅・病院 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

H-1 O-1 入院相談・受入判定

- ・ 他医療機関は、診療情報、採血やADLデータ等を提供し、当院が入院受入を判定します。
- ※ 受け入れが決定した場合、患者家族との入院前相談、病院からの最新サマリの提供などを実施します。

入院 | 情報収集～スクリーニング

P-1 ケアマネジャーの情報連絡

- ・ ケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を伝えます。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

H-2 スクリーニング

H-3 入院時連絡

- ※ ケアマネジャーがついていない場合、地域包括支援センターへ連絡します。

C-1 入院時情報提供

- ・ 必要に応じて、診療情報提供書（原本）、看護サマリ、リハサマリを提出します。
(参考：入院時連携シート)

H-4 リハビリ計画会議

- ・ 患者の状況に応じて実施します（1回以上/月）。

H-5 退院時期の連絡

- ・ MSWは、退院時期が決まったら、ケアマネジャーへ連絡します。

入院 | 在宅療養環境整

H-6 家屋調査日程の調整

- ・ MSWは、家屋調査を行う場合、ケアマネジャーへ連絡します。

C-2 福祉用具等の調整

- ・ 福祉用具の事業者などの日程を調整します。

H-7 家屋調査（退院前訪問）の実施

H-8 C-3 退院前カンファレンスの開催連絡・日程調整

- ・ MSWは、退院前カンファレンスが行われる場合、ケアマネジャーに連絡します。
- ・ ケアマネジャーは、在宅側の参加者を調整します。

H-9 C-4 退院前カンファレンスの開催

- ・ ケアマネジャーは、退院前カンファレンスへの参加が必須となります。
- ※ 利用者の希望や状態によっては、利用者も参加します。
- ※ 退院前カンファレンスを欠席した場合、病院から議事録の提供はしていません。

P-2 試験帰宅

- ・ 新型コロナウイルス感染状況を鑑みながら実施します。

入院 | 情報共有

H-10 退院に関わる提供書類の確認

H-11 リハサマリの提供

H-12 看護サマリの提供

H-13 診療情報提供書の写し提供

- ・ 退院時に必要な書類を確認します。
- ・ 基本的にリハサマリ、看護サマリは提供します。ただし、診療情報提供書は別途希望があった場合、提供します。
- ・ 居宅に戻られる患者の利用サービスによって、退院時に指示書を作成します

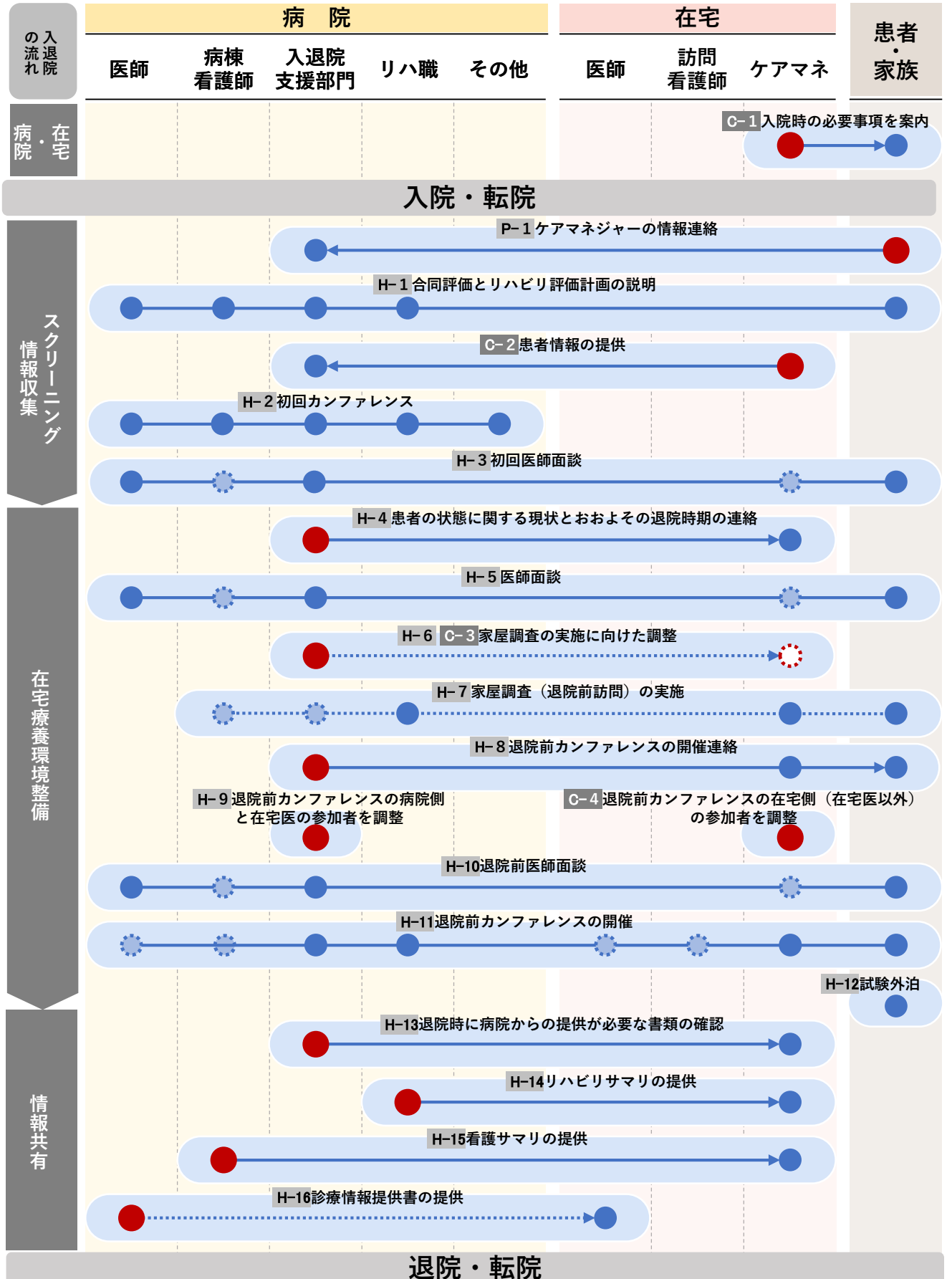
退院 | 情報共有

P-3 必要書類の提供

※情報共有には本人/家族の同意が必要

※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施 必要に応じて実施 ● 原則参加 ⚙️ 必要に応じて参加 ● 発信者 ⦿ 必要に応じて発信



- ・ 介護老人保健施設が併設されているため、回復期リハビリテーション病院の疾患以外でもリハビリ目的にご相談ください。
- ・ 入院、入所の受け入れについて月～金の判定会議を行い、返答いたします。
- ・ 介護老人保健施設、通所リハビリ、訪問リハビリ、訪問看護、外来リハビリ、居宅支援事業所も併設しています。
- ・ 365日土日祝日もリハビリを実施いたします。
- ・ メールアドレス：info@nerima-k.gr.jp

C-● ケアマネジャーが実施

H-● 病院が実施

CL-● 在宅医師が実施

P-● 患者・家族が実施

入退院の流れ

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

C-1 入院時の必要事項を案内

- ・ 居宅介護支援を開始した際、入院時にケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を入院先に伝えるよう患者・家族にその方法とともに案内します。

P-1 ケアマネジャーの情報連絡

- ・ ケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を伝えます。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

H-1 合同評価とリハビリ評価計画の説明

入院 | 情報収集～スクリーニング

C-2 患者情報の提供

- ・ 患者情報（身体・生活機能の状況、療養上の課題等）を共有します。
- ・ 入院時連携シート（P.55）等の書式での提供の場合、地域連携室へ直接提供、またはFAXします。
※ 電話・口頭での情報提供も可能です。
※ 可能な限り、患者が入院してから3日以内に共有します。

H-2 初回カンファレンス

- ・ カンファレンスにて、追加での情報が必要と判断された場合、情報収集を実施します。
※ 初回カンファレンス以降も、院内カンファレンスは月2回実施します。

H-3 初回医師面談

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

H-4 患者の状態に関する現状とおおよその退院時期の連絡

- ・ 患者の病状と退院時期をお伝えします。

H-5 医師面談

H-6 C-3 家屋調査の実施に向けた調整

- ・ ケアマネジャーは、家屋調査実施時は必要に応じて福祉用具専門職や家屋改修事業所の参加を調整します。
※ 家屋調査の実施時期は退院の1～1.5か月前に行われることが多いです。

H-7 家屋調査（退院前訪問）の実施

H-8 退院前カンファレンスの開催連絡

- ※ 退院先が当院併設の介護老人保健施設の場合、カンファレンスは実施しません。

H-9 C-4 退院前カンファレンスの参加者を調整

H-10 退院前医師面談

H-11 退院前カンファレンスの開催

H-12 試験外泊

- ※ 患者の状況により、試験外泊の実施が退院カンファレンス前になることがあります。
※ 試験外泊の再開は、コロナの感染状況に応じ判断となります。

H-13 退院時に病院からの提供が必要な書類の確認

- ・ 退院時の診療情報提供書は、希望があった際に提供します。

H-14 リハビリサマリの提供

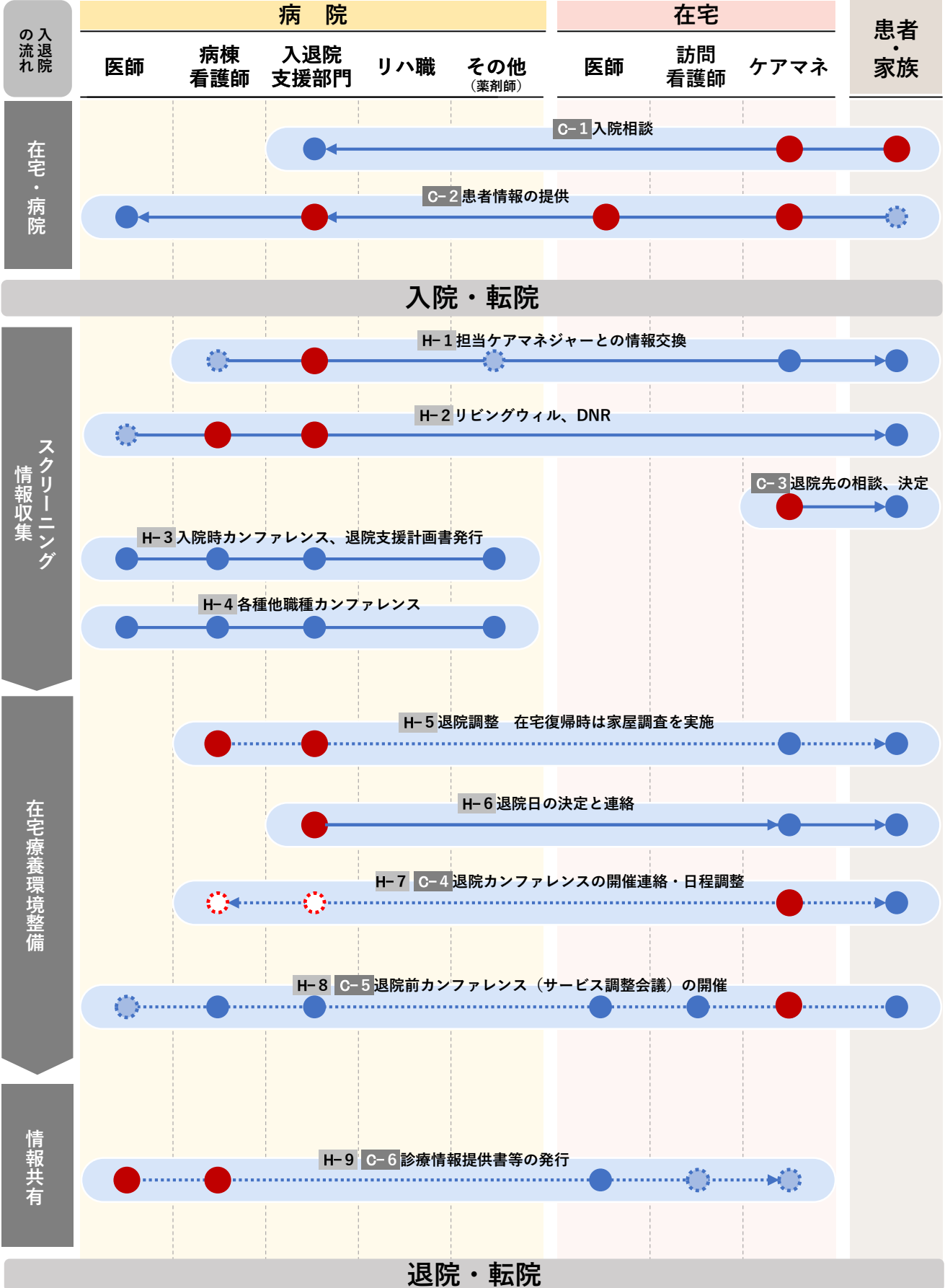
H-15 看護サマリの提供

H-16 診療情報提供書の提供

※情報共有には本人/家族の同意が必要

※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊗ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊗ 必要に応じて発信



- ・ 当院、およびさくらライフグループでは訪問診療を積極的に行っております。
- ・ 24時間365日体制で緊急往診、看取りが可能です。
- ・ 緊急入院は、状況に応じて当方で受け入れを行います。
- ・ メールアドレス：info@t-sakurahosp.com

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院が実施** **P-● 患者・家族が実施**

入退院の流れ

在宅・病院 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

C-1 入院相談

- ・ 患者・家族は、問い合わせ時に、担当ケアマネジャーの氏名と連絡先を伝えます。
- ※ ケアマネジャーへの連絡は、病院が行います。

C-2 患者情報の提供

- ・ 医療機関・ケアマネジャーは、診療情報提供書と薬剤情報などの患者情報（入院時連携シート等）を連携室宛てに提供します。
- ※ 緊急の場合、口頭での情報提供も可能です。
- ※ 病院のインテーク用紙、施設やケアマネジャーがお持ちのフェイスシートなどの提供可能な情報も送付します。
- ※ 送付はFAX、メール等も可能ですが、電話で到着確認をします。
- ※ かかりつけ医がいなくても、相談可能です。
- ※ ベッドの空床状況により、入院予定日は病院から連絡します。

入院 | 情報収集～スクリーニング

H-1 担当ケアマネジャーとの情報交換

- ・ 入院時に患者・家族、ケアマネジャーに治療方針について説明します。
- ※ ケアマネジャーがいない場合、地域包括支援センターへ入院を連絡します。

H-2 リビングウィル、DNR

- ・ 原則DNRですが、患者の希望を聞き取り、入院当日に説明のうえ方向性を決めます。

C-3 退院先の相談、決定

H-3 入院時カンファレンス、退院支援計画書発行

H-4 各種他職種カンファレンス

- ・ 栄養サポートチーム、認知症ケアチーム等の他職種カンファレンスを行います。
- ・ 病状変化、治療方針変更時等、適宜中間カンファレンスを行います。

入院 | 在宅療養環境整備

H-5 退院調整 在宅復帰時は家屋調査を実施

- ・ 病棟看護師またはMSWは、退院時期の見込みが立ったら退院日や退院場所の調整を行います。
- ・ 退院先は、原則、自宅または施設となります。
- ・ 医療連携室スタッフおよび在宅医療チームは、在宅に戻る際、家屋調査・介護サービスの準備などを行います。
- ※ 退院後、当院で継続して訪問診療を行う場合、入院から在宅までシームレスな医療・介護プランを提供します。

H-6 退院日の決定と連絡

- ・ MSWは、退院日が決定次第、ケアマネジャーに連絡します。

H-7 C-4 退院カンファレンスの開催連絡・日程調整

- ・ 医療連携室または看護師長は、病院側の参加者、ケアマネジャーは在宅側の参加者を選し、退院前カンファレンスの調整を行います。
- ※ 他院での継続治療が望ましいと判断された場合、転院となります。
- ※ 適時、病院からケアマネジャーへ連絡します。

H-8 C-5 退院前カンファレンス（サービス調整会議）の開催

- ・ ケアマネジャーは、必要に応じて各事業所に情報を提供します。
- ※ 原則、議事録を発行しません。

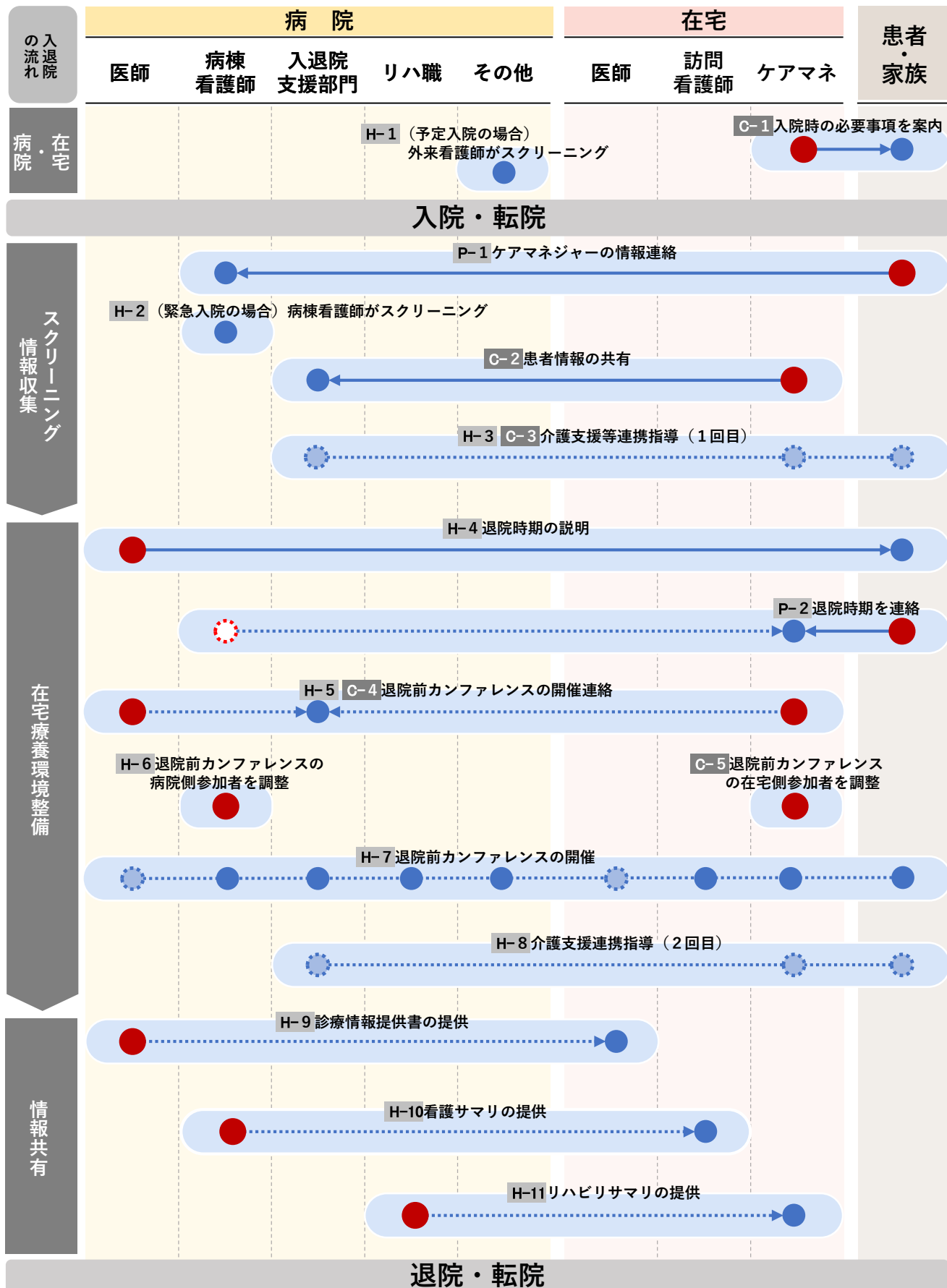
入院 | 情報共有

H-9 C-6 診療情報提供書等の発行

- ・ 病院は、診療情報提供書、看護サマリ、訪問看護師指示書等を必要に応じ発行します。
- ※ ケアマネジャーは、在宅サービスを利用する場合、各事業所へ情報を共有します。

※情報共有には本人/家族の同意が必要
※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施 必要に応じて実施 ● 原則参加 ⚙️ 必要に応じて参加 ● 発信者 ⦿ 必要に応じて発信



- ・ 急性期病床のみの地域に根差した病院です。
- ・ 高齢患者を多く受け入れ、病院全体でACPに取り組んでいます。
- ・ 特殊疾患外来あり（詳細はお問い合わせください）。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院が実施** **P-● 患者・家族が実施**

入退院の流れ

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

- C-1 入院時の必要事項を案内**
- H-1 (予定入院の場合) 外来看護師がスクリーニング**

入院 | 情報収集～スクリーニング

- P-1 ケアマネジャーの情報連絡**
 - ・ ケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を伝えます。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)
- H-2 (緊急入院の場合) 病棟看護師がスクリーニング**
- C-2 患者情報の共有**
 - ・ 患者情報（身体・生活機能の状況、療養上の課題等）を共有します。
 - ・ 病棟看護師に手渡し、または地域連携室へ持参もしくはFAXします。
- H-3 C-3 介護支援等連携指導（1回目）**
 - ・ ケアマネジャーは、患者・家族が特に必要だと判断した場合、参加します。
 - ※ 病院からケアマネジャーに実施の連絡はしません。

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

- H-4 退院時期の説明**
 - ・ おおよその退院時期を説明します。
- P-2 退院時期を連絡**
 - ・ 患者・家族は、退院後に在宅療養サービスが必要な場合、ケアマネジャーに連絡します。
 - ・ 病棟看護師は、患者・家族からの連絡が難しい場合、ケアマネジャーに退院時期を連絡します。
- H-5 C-4 退院前カンファレンスの開催連絡**
 - ・ 病院は、医療依存度が高い、初めて在宅医療を受ける、患者・家族を含む関係者間で方向性のずれがあるなどの場合、カンファレンスを開催します。
 - ・ 病院は、入院時や退院調整期間に、ケアマネジャーや訪問看護師から開催要請を受けた際もカンファレンスを開催します。
- H-6 C-5 退院前カンファレンスの参加者を調整**
 - ・ 病院は、新しく訪問診療・訪問看護を始める場合、調整します。
 - ・ ケアマネジャーは、すでに訪問診療・訪問看護を利用している場合、調整します。
- H-7 退院前カンファレンスの開催**
 - ・ 病院薬剤師は、カンファレンス時に（在宅医は必要に応じ）、訪問看護、ケアマネジャー、患者・家族に薬剤管理情報提供書を提供します。
- H-8 介護支援連携指導（2回目）**
- H-9 診療情報提供書の提供**
- H-10 看護サマリの提供**
- H-11 リハビリサマリの提供**
 - ・ **H-9** ～ **H-11** は、必要に応じて提供します。

- ◆ 転院の場合：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。

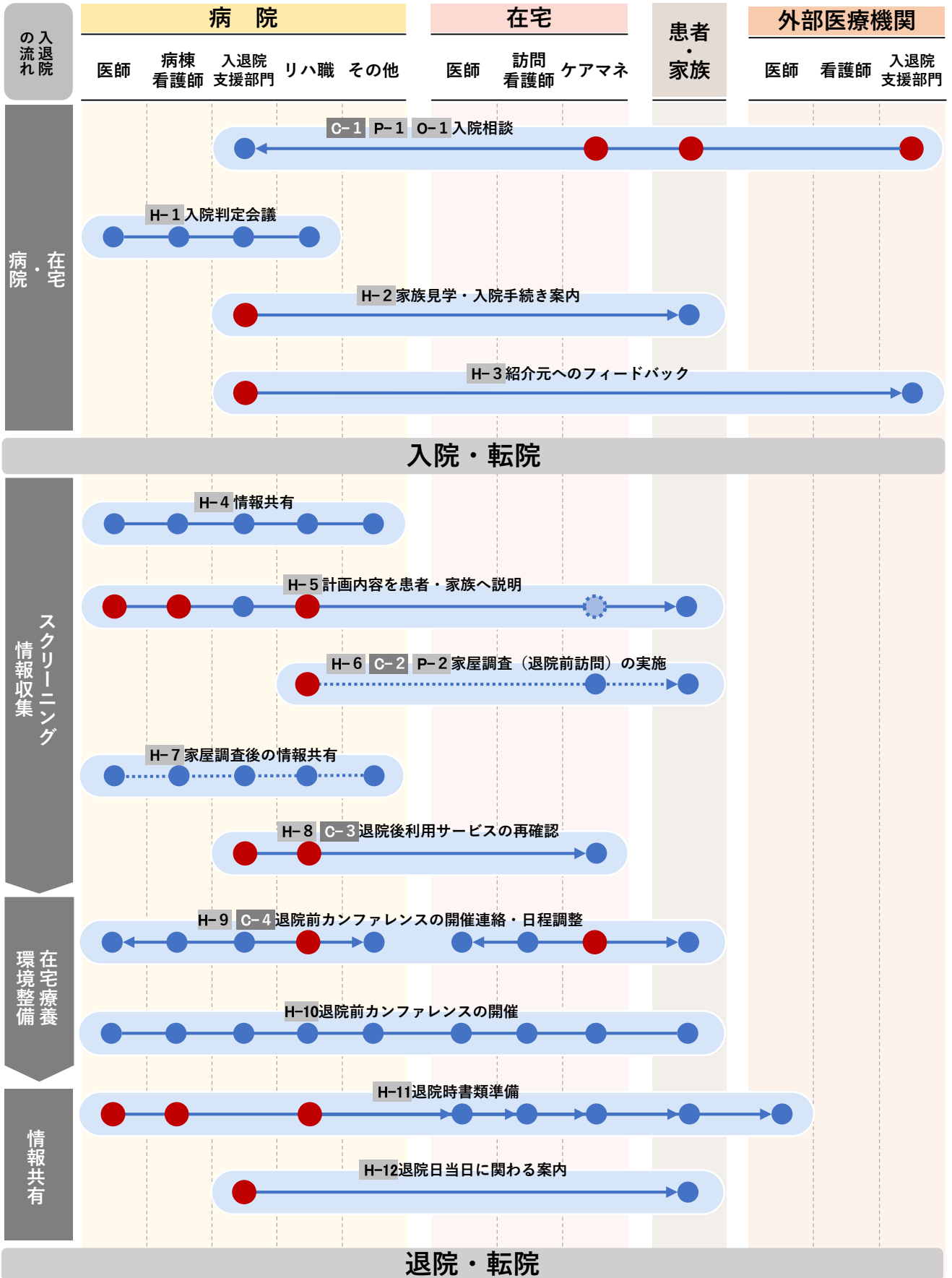
※情報共有には本人/家族の同意が必要
 ※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

練馬高野台病院

回りハ

地ケア
療養

— 原則実施 必要に応じて実施 ● 原則参加 ⚙️ 必要に応じて参加 ● 発信者 ⚙️ 必要に応じて発信



- 患者さんの状態に合わせて、亜急性期から終末期まで一貫して医療・介護サービスを提供いたします。現在の生活や今後どのような暮らしを続けていきたいのかを患者さん・ご家族様と共に考え、地域の支援者の皆様と連携しながら、退院後も安心して在宅生活を過ごせるように支援いたします。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院**が実施 **P-● 患者・家族**が実施 **O-● その他機関**が実施

入退院の流れ

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

C-1 P-1 O-1 入院相談

- 外部医療機関のMSW、ケアマネジャー、患者・家族が患者情報を提供後、診療情報提供書、ADL表、血液・細菌検査データ等の情報をFAXします。

H-1 入院判定会議

- 入院検討用書類の内容を再確認し、入院受け入れ可能か否かの判定を行います。

H-2 家族見学・入院手続き案内

- 病院機能・設備、コロナ対策、各病棟（回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟、医療療養）についてを説明します。

H-3 紹介元へのフィードバック

- 家族面談後、紹介元のMSWに面談を実施した旨と入院予約の有無についてを連絡します。
- ※ 紹介元に確認したい事項が生じた場合、このタイミングで確認します。

入院 | 情報収集～スクリーニング

H-4 情報共有

- 入院初日・入院後に適宜、各種職種の同席のもと、入院時のインテーク結果を共有します。

H-5 計画内容を患者・家族へ説明

- 病院は、担当ケアマネの同席希望を確認した上で、参加を調整します。
- 医師は、病状説明、リハビリスタッフからの現状報告、看護スタッフからの現状報告を患者・家族に対し実施し、退院後の方向性を確認します。

H-6 C-2 P-2 家屋調査（退院前訪問）の実施

- 病院は、入院時に、家屋写真・図面、浴室やトイレなどの高さの計測を依頼する書面をお渡しし、入院から1か月をめどに、患者・家族に提供を依頼します。
- 病院は、担当ケアマネジャー・福祉用具業者等に立ち合いを依頼します。
- ※ 書面の情報を確認した上で、家屋調査を行わないこともあります。
- ※ コロナ感染対策のため、リハスタッフのみの自宅訪問となる可能性があります。
- ※ 患者本人がいない場合、家族立ち合いのもと、実施します。

H-7 家屋調査後の情報共有

- 家屋調査実施後、各職種間で適宜カンファレンスを行います。

H-8 C-3 退院後利用サービスの再確認

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

H-9 C-4 退院前カンファレンスの開催連絡・日程調整

- MSWは、家屋調査実施後（前後することもあり）、日程調整の連絡をケアマネジャーと行い、患者・家族には希望サービスや意向についての確認・説明をします。

H-10 退院前カンファレンスの開催

- 入院中の病状説明、リハビリの進捗、病棟生活の様子を報告し、退院後の利用サービスについて、出席者で確認し、患者・家族の意向を関係者で共有します。

H-11 退院時書類準備

- 医師は、通院先（紹介元）への診療情報提供書を作成。また、退院処方（自宅退院の場合、原則2週間）を確認します。
- 病院は、担当ケアマネジャーへ看護サマリー、リハビリサマリーを作成します。
- 医師は、訪問看護へ訪問看護指示書を作成します。

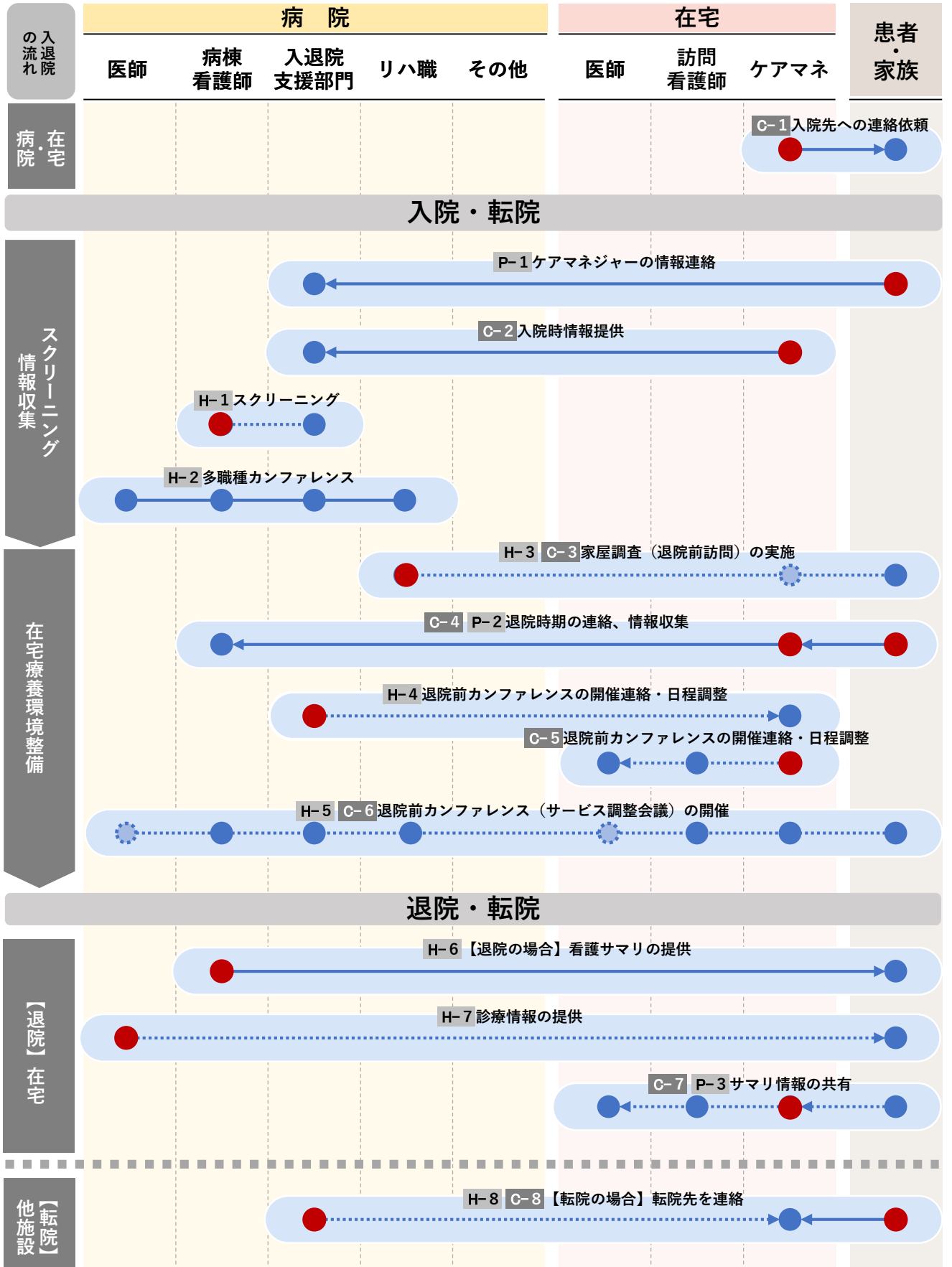
H-12 退院日当日に関わる案内

- MSWは家族に退院日、来院時間、退院時の移動手段を確認します。

※情報共有には本人/家族の同意が必要

※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊗ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊗ 必要に応じて発信



- ・ 下記を基本理念として地域医療を推進しています
 - 救急医療、小児医療、周産期医療、災害時医療を中心に医療の充実に努めます。
 - 地域の住民、医療機関等との連携をます。
 - 医療安全、サービスの向上に努めます。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院**が実施 **P-● 患者・家族**が実施

----- 入退院の流れ -----

在宅・病院 | 居宅介護支援開始～日常の療養時・スクリーニング

C-1 入院先への連絡依頼

- ・ 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。

入院 | スクリーニング、情報収集

P-1 ケアマネジャーの情報連絡

- ・ ケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を伝えます。
(例：医療・介護連携シートや介護保険証の提示など)

C-2 入院時情報提供

- ・ 患者（利用者）が入院した際は、できるだけ早い時期に入院時情報を提供します。

H-1 スクリーニング

- ・ 病棟看護師が退院困難な要因を確認します。
- ※ **P-1**、**C-2**、**H-1**は同時並行で実施します。
- ※ 必要に応じて介護支援等連携指導を実施します。

H-2 多職種カンファレンス

- ※ 各科ごとに全入院患者が対象となります。

入院 | 在宅療養環境整備

H-3 **C-3** 家屋調査（退院前訪問）の実施

- ・ 病院は、必要に応じて自宅へ訪問し家屋調査し、退院前カンファレンスで結果を報告します。
- ・ ケアマネジャーは、必要に応じて参加します。
- ※ 退院前カンファレンス後に実施することもあります。

C-4 **P-2** 退院時期の連絡、情報収集

- ・ ケアマネジャーは、退院時期が決まり次第連絡するよう、患者（利用者）・家族にあらかじめ依頼します。
- ・ ケアマネジャーは、患者（利用者）・家族から退院時期の連絡があり次第、入退院支援室担当、もしくは病棟看護師から患者（利用者）の情報を収集します。

H-4 **C-5** 退院前カンファレンスの開催連絡・日程調整

H-5 **C-6** 退院前カンファレンス（サービス調整会議）の開催

- ・ ケアマネジャーは、病院で議事録を作成しないため、必要に応じて在宅側のサービス提供者に情報を共有するためのメモを作成します。
- ※ 患者の状態が変わらず、利用するサービスが変わらないと判断された場合、退院前カンファレンスを実施しないケースがあります。

退院 | 在宅の場合

H-6 【退院の場合】看護サマリの提供

- ・ 看護サマリは原則1通のみ提供します（複数必要時は要相談）。

H-7 診療情報の提供

C-7 **P-3** サマリ情報の共有

- ・ ケアマネジャーは、退院後に患者（利用者）が在宅サービスを利用する場合、関係する事業所へ病院の情報（退院前カンファレンス、看護サマリ、MSWとの面談内容など）を共有します。

退院 | 転院の場合

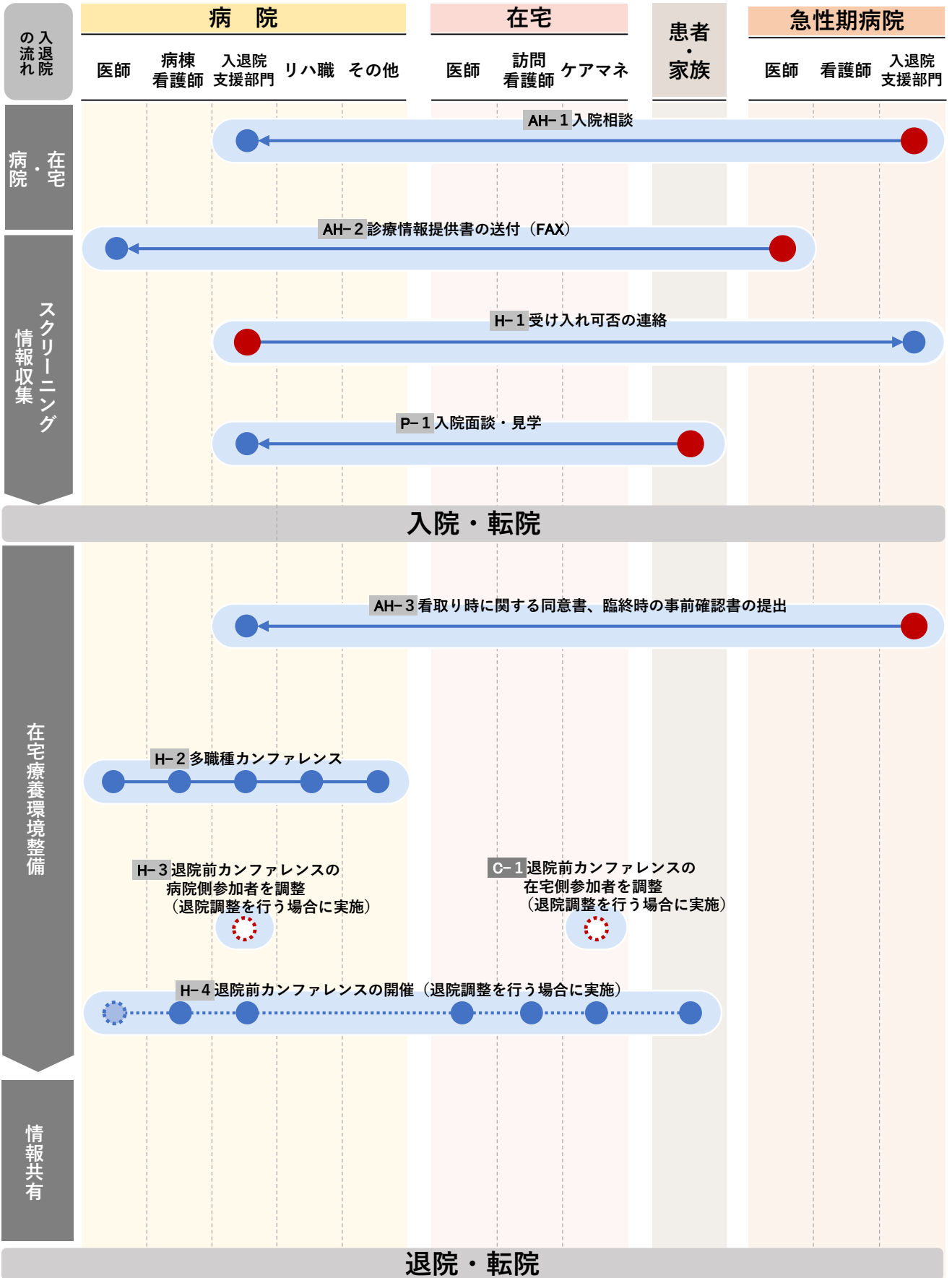
H-8 **P-3** 【転院の場合】転院先を連絡

- ・ MSWまたは患者（利用者）・家族は、転院時に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）・家族にあらかじめ伝えておく必要があります。

※情報共有には本人/家族の同意が必要

※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⊙ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊙ 必要に応じて発信



- ・ 入院期限は設けず、予後を静かにゆっくりと過ごしていただくための医療療養型病院です。
- ・ 高度な医療行為や機能回復のためのリハビリには対応していません。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院が実施** **P-● 患者・家族が実施** **AH-● 急性期病院が実施**

入退院の流れ

在宅 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

AH-1 入院相談

- ・ 患者情報を聞き取ります。

AH-2 診療情報提供書の送付（FAX）

- ・ 診療情報提供書は医療相談室宛てにFAXします。

H-1 受け入れ可否の連絡

P-1 入院面談・見学

- ・ 医療相談室へ電話し、面談・見学日時を決定します。
- ・ 面談当日は保険証を持参します。
- ・ 面談では、家族背景等についてのヒアリング、病院機能に関する説明とそれに対する家族の認識の確認、家族の希望を聞き取りします。

入院 | 情報収集～スクリーニング

AH-3 看取り時に関する同意書、臨終時の事前確認書の提出

- ※ 看取りに関する意向は時間の経過とともに変化するため、入院時に提出していただいた書類は、必要に応じて適宜書き換えます。

H-2 多職種カンファレンス

- ・ 入院1週間後に実施します。
- ・ 医師、看護師、看護助手（介護）、相談室、リハ職、栄養士、薬剤師が出席します。

入院 | 在宅療養環境整備～情報共有

H-3 C-1 退院前カンファレンスの参加者を調整（退院調整を行う場合に実施）

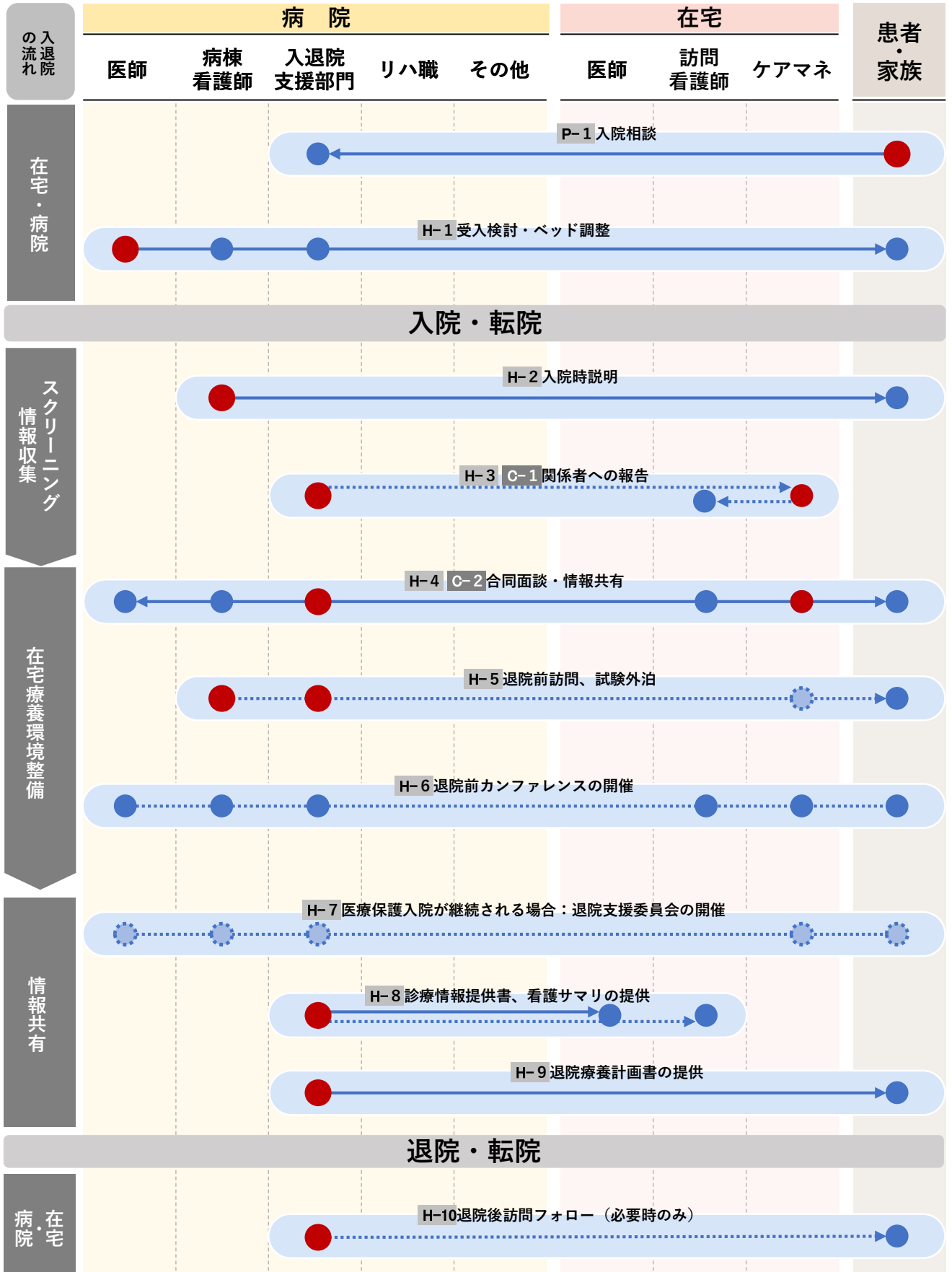
- ・ 病院は、家族の希望等により退院調整する場合、主にケアマネジャーを介して調整します。

H-4 退院前カンファレンスの開催（退院調整を行う場合に実施）

- ※ 入院期限なしの医療療養病院のため、退院調整は稀にしか実施しません。

※情報共有には本人/家族の同意が必要
※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

— 原則実施
 ⋯⋯ 必要に応じて実施
 ● 原則参加
 ⚙️ 必要に応じて参加
 ● 発信者
 ⊙ 必要に応じて発信



- ・ 隔離室を含む個室のある精神科救急の病棟です。
- ・ 地域で生活していく生活者の視点を持ちながら、短期（3か月以内）の入院期間で病状の改善を図っていきます。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院**が実施 **P-● 患者・家族**が実施

入退院の流れ

在宅・病院 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

P-1 入院相談

- ・ 精神科または内科のかかりつけ医がいる場合、事前に診療情報提供書を用意のうえ、入院相談窓口（相談室）に電話します。
- ・ かかりつけがない場合、直接電話相談をします。

H-1 受入検討・ベッド調整

- ・ 即日入院を要する緊急の場合、30分～1時間程度で受け入れ可否を回答します。
- ・ 受け入れ不可の場合、他病院の情報提供等を行います。

入院 | スクリーニング、情報収集

H-2 入院時説明

- ※ 医療保護入院の決定には医師による告知と同意者による同意が必須です。
- ※ 家族同席のもと、医師から医療保護入院の告知をします。
- ※ なお、入院期間最大3ヶ月を治療目標とします。

H-3 C-1 関係者への報告

- ・ 病院は、家族からのヒアリングを元に、各関係機関へ入院を連絡します。
- ・ ケアマネジャーは、入院連絡を受けたら関連する在宅サービス事業者に報告します。

入院 | 在宅療養環境整備

H-4 C-2 合同面談・情報共有

- ・ 病院は、退院に向けたステップの確認を行います。
- ・ PSWは、各関係先に連絡します。
- ・ ケアマネジャーは、関連する在宅サービス事業者に情報を共有します。

H-5 退院前訪問、試験外泊

- ・ 病院は、必要に応じ、退院に向けた事前調整として、患者の外泊や退院前訪問を行い、住居環境の確認と整備を行います。
- ※ 退院前訪問看護指導は最大3回まで実施可能です。

H-6 退院前カンファレンスの開催

- ・ 退院の1～2週間前に開催します。

入院 | 情報共有

H-7 医療保護入院が継続される場合：退院支援委員会の開催

- ・ 入院見込み期間を超えて医療保護入院を継続する場合、退院支援委員会を開催します。

H-8 診療情報提供書、看護サマリの提供

- ・ 診療情報提供書は通院先の医師に提供します。
- ・ その他、必要に応じ、退院後に訪問看護が行われる場合、訪問看護指示書や看護サマ리를訪問看護師に提供します。
- ※ ケアマネジャーや在宅サービス事業者には看護サマリや処方薬の情報等を希望に応じて提供します。
- ※ 必要な情報については別途ご相談ください。

H-9 退院療養計画書の提供

- ・ 患者に直接お渡しします。

退院 |

H-10 退院後訪問フォロー（必要時のみ）

- ・ 退院後、必要に応じ3か月間の訪問フォローを実施します。
- ・ 地域支援室の看護師やPSWが患者宅を訪問します。

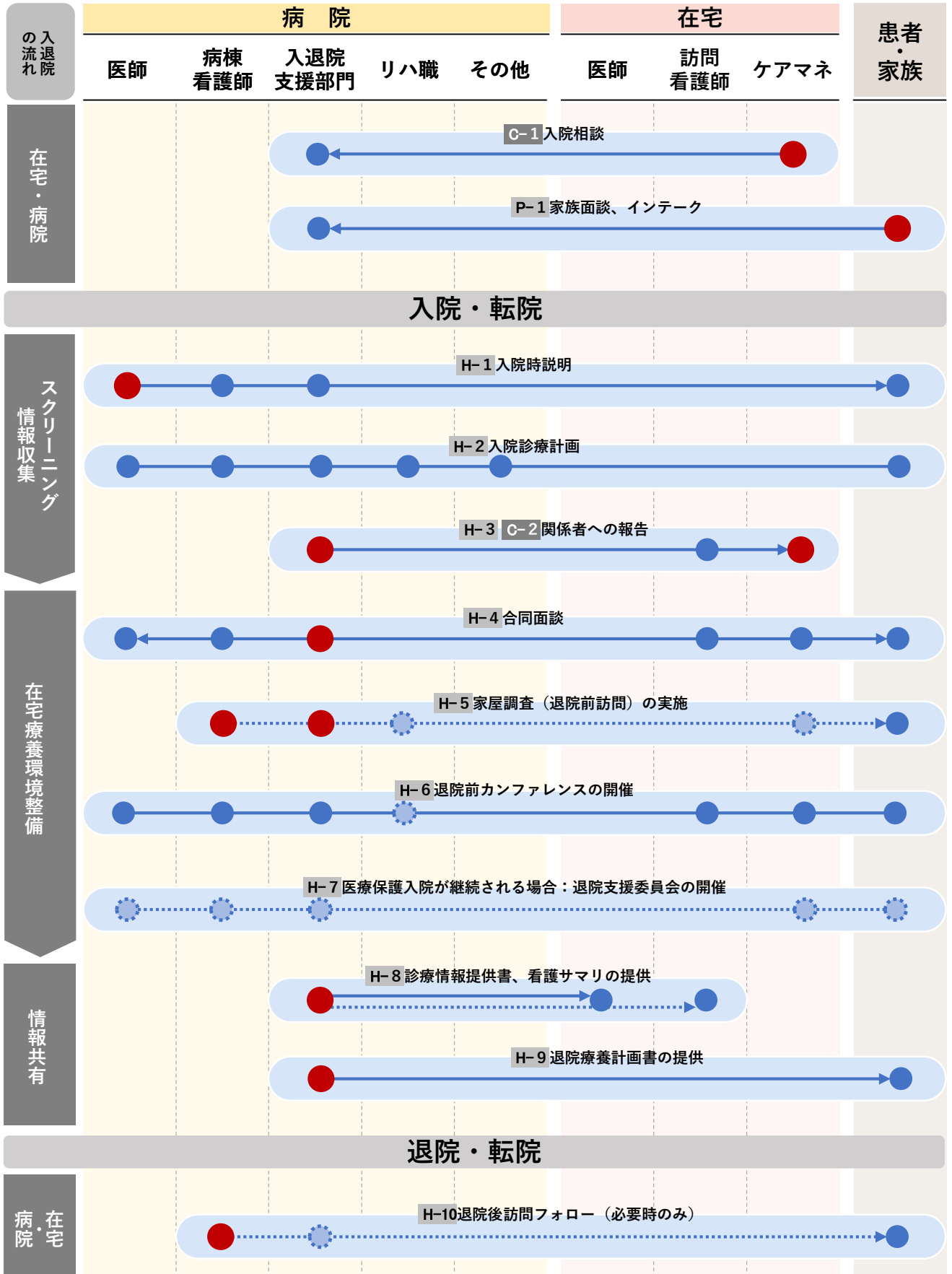
医療保護入院時には、家族等の同意が必須です。〈同意者〉後見人又は保佐人／配偶者／親権者／扶養義務者（直系血族、兄弟姉妹および家庭裁判所に選任された三親等以内の親族）

※情報共有には本人/家族の同意が必要
 ※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

陽和病院 (認知症等急性期病棟)

精神

— 原則実施 必要に応じて実施 ● 原則参加 ⚙️ 必要に応じて参加 ● 発信者 ⦿ 必要に応じて発信



- ・ 認知症による顕著な行動障害や精神症状（BPSD）、高齢者精神障害への対応を行います。
- ・ 短期（3か月以内）の入院期間で、チーム医療による治療とケア、退院後の日常生活への援助を行います。

C-● ケアマネジャーが実施 **H-● 病院**が実施 **P-● 患者・家族**が実施

入退院の流れ

在宅・病院 | 居宅介護支援開始～日常の療養時

C-1 入院相談

- ・ 地域包括支援センター・ケアマネジャー・在宅訪問医等は直接入院相談窓口（相談室）へ電話をし、精神科または内科のかかりつけ医がいる場合、事前に診療情報提供書を共有します。

P-1 家族面談、インテーク

- ・ 認知症病棟の見学や入院費用・医療保護入院等の相談をします。（入院期間最大3か月の退院を目標とします）

入院 | スクリーニング、情報収集

H-1 入院時説明

- ※ 医療保護入院の決定には医師による告知と同意者による同意が必須です。
- ※ 家族同席のもと、医師から医療保護入院の告知をします。
- ※ なお、入院期間最大3ヶ月を治療目標とします。

H-2 入院診療計画

- ・ 治療方針、退院に向けた計画の共有をし、患者・家族に同意を求めます。

H-3 C-2 関係者への報告

- ・ 病院は、家族からのヒアリングを元に、各関係機関へ入院を連絡します。
- ・ ケアマネジャーは、入院連絡を受けたら関連する在宅サービス事業者に報告します。
- ※ 病院は、必要に応じ、ケアマネジャーまたは地域包括支援センターに介護保険の申請や区分変更の申請を依頼します。

入院 | 在宅療養環境整備

H-4 合同面談

- ・ 入院後の2週目、4週目を目安として2度実施します。

H-5 家屋調査（退院前訪問）の実施

- ・ 病院は、必要に応じ、退院に向けた事前調整として、患者の外泊や退院前訪問を行います。（住居環境の確認と整備等）
- ※ 退院前訪問看護指導は通常1～2回行います。

H-6 退院前カンファレンスの開催

- ・ 退院の1～2週間前に開催します。

H-7 医療保護入院が継続される場合：退院支援委員会の開催

- ・ 入院見込み期間を超えて医療保護入院を継続する場合、退院支援委員会を開催します。

入院 | 情報共有

H-8 診療情報提供書、看護サマリの提供

- ・ 診療情報提供書は通院先の医師に提供します。
- ・ その他、必要に応じ、退院後に訪問看護が行われる場合、訪問看護指示書や看護サマ리를訪問看護師に提供します。
- ・ ケアマネジャーや在宅サービス事業者には看護サマリや処方薬の情報等は希望に応じて提供します。
- ※ 必要な情報については別途ご相談ください。

H-9 退院療養計画書の提供

- ・ ご家族に直接お渡しします。

退院

H-10 退院後訪問フォロー（必要時のみ）

- ・ 退院後、必要に応じ3か月間の訪問フォローが実施します
- ・ かかりつけ医がない場合、当院の外来でフォローを実施します

医療保護入院時には、家族等の同意が必須です。〈同意者〉後見人又は保佐人／配偶者／親権者／扶養義務者（直系血族、兄弟姉妹および家庭裁判所に選任された三親等以内の親族）

※情報共有には本人/家族の同意が必要
※FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

【付録※ 1】

「入院時連携シート練馬区版」 作成の背景及び利用法について

令和5年12月
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

急速に少子高齢化が進む中、2025年には「団塊の世代」がすべて75歳以上となる超高齢化社会を見据え、国は地域包括システムの構築を進めています。また、第二次ベビーブームに生まれた団塊ジュニア世代が65歳以上になる2040年も視野に入れて進めているところです。医療や介護が必要となっても、だれもができる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、本人が望む最期を迎えることができる環境を整備していくことが求められています。利用者の視点に立ち、また病状等の状況に合わせて医療・介護サービスが切れ目のなく提供されることが重要です。そのためにも効率的、効果的な入退院時支援を行う必要があります。

入退院連携の目的は、利用者の方が今後の在宅生活をよりよいものにすることにあります。居宅介護支援部会では平成28年から区や関係機関と協力しながら、研修会やワークショップなどを実施し、入退院連携について様々な課題を話し合いました。そして、医療・介護の各関係職種の経験に左右されず情報共有が行えるよう、共通する基準ツールとして「入院時連携シート練馬区版」を作成しました。

本シートをただ使う、全部の項目を埋めてことが目的ではありません。必要な事柄を項目別に考えられる内容になっています。もちろん基本面談や直接話すことは大切で利用者、家族への個人情報の取り扱いへの十分な配慮もあわせて必要となってきます。

事業所独自のシートを使用している方もいらっしゃると思います。その際は本シートの内容も参考にしてみてください。また、入退院連携を行うことが苦手と感じている方やよりよい連携を目指している方等、本シートにあわせて「厚労省版 退院時連携シート」や「医療・介護連携シート」を是非ご活用ください。練馬区民の方々と病院と在宅を結ぶ、医療と介護の連携の架け橋の一助になれば幸いです。

本シートについては、今後も定期的に見直しを行っていく予定です。ご意見・ご質問がございましたら、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までよろしくお願いいたします。

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

入院時連携シート

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名：
 ご担当者名：

事業所名：
 担当ケアマネジャー氏名：
 管理者氏名：
 TEL： FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭 年 月 日生		
住所	〒	電話番号			
住環境 <small>※可能ならば、「写真」などを添付</small>	住居の種類(戸建て・集合住宅)、__階建て、居室__階、エレベーター(有・無)				
入院時の要介護度	特記事項()				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的・難病)		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他()				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)		TEL		
後見人	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 補佐 氏名：		TEL		

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等					
本人の生活歴					
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照				
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照				
ACPIについて	<input type="checkbox"/> 話し合ったことがある 最終確認日 年 月 頃 (<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療・介護チーム <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他) 内容：() <input type="checkbox"/> 話し合ったことはない 今後医療・介護について相談したい相手(<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療・介護チーム <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他)				

4. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者：) ・管理方法：)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
かかりつけ薬局		TEL	
お薬に関する、特記事項			

5. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療・頻度 = () 回 / 月

6. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	・具体的な要望()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり	

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について									
麻痺の状況				<特記>					
A D L	移動			移動(室内) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす		移動(屋外) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす			
	移乗			<特記>					
	更衣			<特記>					
	整容			<特記>					
	入浴			<特記>					
	食事			<特記>					
食事内容	食事回数					食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 不明		
	食事形態			<特記>		UDF等の食形態区分			
	摂取方法			水分とろみ		水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
口腔	嚥下機能			口腔清潔		義歯		口臭	
排泄*	排尿			ポータブルトイレ		オムツ/パッド			
睡眠の状況				<特記>		眠剤の使用		<種類>	
喫煙		本くらい/日		飲酒		くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力			眼鏡		聴力		補聴器	
	言語			意思疎通					
	コミュニケーションに関する特記事項:								
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不安 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 ()							
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()							
入院歴*	最近半年間での入院	理由 ()		期間 H 年 月 日 ~ H 年 月 日					
	入院頻度								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()							
8. 入院前の介護サービスの利用状況について									
入院前の介護サービスの利用状況		同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 3表 (週間予定表) <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 1. 2表 <input type="checkbox"/> その他 ()							
9. 今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)									
在宅生活に必要な要件									
退院後の世帯状況		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 名) <input checked="" type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()							
世帯に対する配慮		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()							
退院後の主介護者		<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名 続柄 年齢)							
介護力*		<input type="checkbox"/> 介護力が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない							
特記事項		(虐待疑いなど)							

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

記入例

入院時連携シート

記入日：令和 2 年 3 月 1 日
 入院日：令和 2 年 3 月 1 日
 情報提供日：令和 2 年 3 月 2 日

医療機関 ←

居宅介護支援事業所

医療機関名：〇〇〇病院
 ご担当者名：△△△相談員

事業所名：〇〇〇〇居宅支援事業所
 担当ケアマネジャー氏名：△△△△
 管理者氏名：〇〇〇〇
 TEL：××××-×××× FAX：××××-××××

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ) ネリマ ミツオ	年齢	80才	性別	男
	練馬 光男	生年月日	明・大・昭	年	月 日生
住所	〒 練馬区〇〇〇1-2-3	電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅)：__階建て。居室__階。エレベーター(有・無)				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(3) <input type="checkbox"/> 事業対象者 有効期間：令和2年1月1日～令和2年12月31日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			☑医師の判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			☐ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的・難病)		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他()				
主介護者氏名	〇〇〇〇 (続柄 妻・82才)	(同居・別居)	TEL	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
キーパーソン	同上 (続柄 才)		TEL	同上	
後見人	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 補佐 氏名：		TEL		



3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	若い時から将棋が好きで今でも友人が自宅に来て時々行っている。耳が聞こえないので新聞を隅から隅まで読んでいる。
本人の生活歴	新潟で生まれ東京の工業系の大学を卒業後は大手の企業にて定年まで働く。妻とは見合い結婚で2人の子供を設ける。子育ての時には単身赴任で地方にいたことが多かった。退職後は妻と旅行に出かけることを楽しみにしていた。難聴になってからは閉じこもりがちである。
入院前の本人の生活に対する意向	できるだけ排泄・着替え・食事などは自分でおこないたい。妻にはあまり迷惑をかけたくないと思っている。 <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	妻：自分も腰痛があり体の介助は自信がありません。トイレはなんとか自分で行ってほしいと思っています。 <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
ACPIについて	<input checked="" type="checkbox"/> 話し合ったことがある 最終確認日 令和2年1月頃 (☑家族 ☐医療・介護チーム ☐友人 ☑その他 ケアマネジャー) 内容：(耳が聞こえないので病院や施設に行くのは嫌だ。出来るだけ家で社会資源を利用して延命治療など行わず過ごしたい。 <input type="checkbox"/> 話し合ったことはない 今後医療・介護について相談したい相手(☐家族 ☐医療・介護チーム ☐友人 ☐その他)

4. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり()	居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)
薬剤管理	<input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： ・管理方法：)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input checked="" type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
かかりつけ薬局	△△△△薬局	TEL	〇〇〇〇-〇〇〇〇
お薬に関する、特記事項	飲み忘れも時折あるので、一包化し日付を記入している。		

5. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名	△△△△クリニック	電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
医師名	(フリガナ) 〇〇 〇〇	診察方法・頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療・頻度 = () 回 / 月

6. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望(リハビリ職の方にもお話を伺いたいです)
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

記入例

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について										
麻痺の状況		なし	<特記>							
A D L	移動	一部介助	移動(室内) <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす			移動(屋外) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす				
	移乗	見守り	<特記>							バランスが取れず転倒することがある。
	更衣	見守り	<特記>							準備されているものを時間をかけて着替えることはできる
	整容	見守り	<特記>							
	入浴	一部介助	<特記>							デイサービスで個別浴で介助を受け1回/W ・ 自宅で妻がシャワー浴介助
	食事	見守り	<特記>							セッティングにて お箸にて摂取
食事内容	食事回数	3回/日	朝7時頃	昼13時頃	夕18時頃	食事制限	<input checked="" type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	普通	<特記>			UDF等の食形態区分	かまなくてよい <特記> 普通食			
	摂取方法	経口	水分とろみ			水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	時々むせる	口腔清潔	不良	義歯	あり(部分)	口臭	あり		
排泄*	排尿	見守り	排便	見守り	ポータブルトイレ	なし	オムツ/パッド	常時		
							リハビリパツツ利用し、失禁はなし			
睡眠の状態		良	<特記>			眠剤の使用	なし <種類>			
喫煙		なし	本くらい/日	飲酒	なし	くらい/日あたり				
コミュニケーション能力	視力	やや難あり	眼鏡	あり	聴力	困難	補聴器	あり		
	言語	やや難あり	意思疎通	やや難あり						
	コミュニケーションに関する特記事項:		両耳がほぼ聞こえないため 筆談でコミュニケーションを行う							
精神上における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不安 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	あり	理由	()			期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日		
	入院頻度	頻度は低いですが、これまでもある								
入院前に実施している医療処置*		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()								
8. 入院前の介護サービスの利用状況について										
入院前の介護サービスの利用状況		同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 3表(週間予定表) <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 1. 2表 <input type="checkbox"/> その他 ()								
9. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)										
在宅生活に必要な要件		トイレ一人で行くことができる								
退院後の世帯状況		<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) <input checked="" type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()								
世帯に対する配慮		<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (高齢世帯なので介護が必要な状態であれば社会資源調整が必要)								
退院後の主介護者		<input checked="" type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄 年齢)								
介護力*		<input checked="" type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない								
特記事項		(虐待疑いなど)								

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

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更)		
	氏名	様	男・女	歳	□要支援()・要介護() □申請中 □なし		
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日						
	入院原因疾患(入所目的等)						
	入院・入所先 施設名 棟 室						
	今後の医学管理 医療機関名： 方法 □通院 □訪問診療						
① 疾患と入院(所)中の状況	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()		
	移動手手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他()					
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ カテーテル・パウチ()					
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず					
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他()				UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)			義歯	□なし □あり(部分・総)	
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良				入院(所)中の使用： □なし □あり	
	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助					
	睡眠	□良好 □不良()				眠剤使用 □なし □あり	
	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()					
② 受け止め/意向	本人への病名告知： □あり □なし						
	<本人>病気、障害、後遺症等の受け止め方						
	<本人>退院後の生活に関する意向						
	<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

③ 退院後に必要な事柄	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 □尿道カテーテル □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()				
	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 □排泄 □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・排泄 などにおける指導) □ターミナル □その他()				
	リハビリの視点	□なし □本人指導 □家族指導 □関節可動域練習(ストレッチ含む) □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) □更生装具・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()				
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)		
症状・病状の予後・予測 退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等) 在宅復帰のために整えなければならない要件						
例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、①疾患と入院中の状況、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。						
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)				会議出席
1	年 月 日					無・有
2	年 月 日					無・有
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。

出典：厚生労働省ホームページ「退院・退所情報記録書」

【付録※ 2】

「医療・介護連携シート」

練馬区の「医療・介護連携シート」は、高齢者本人がお薬手帳等と共に携帯し、医療・介護関係者間の連携を促進する目的で作成しています。

薬局、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所で配布していますので、必要に応じてご利用ください。また薬局では、おくすり手帳カバーをつけることができます。

※紛失が心配な方は未記入でもかまいません。

ご本人 氏名			記入日	
要介護認定	有・無	障害者手帳	有・無	
これまでに かかった 主な病気				

●地域包括支援センター 配布元 (配布時に☑します)

記入日	担当者名	名称
		地域包括支援センター
電話番号		

●ケアマネジャー 配布元 (配布時に☑します)

記入日	担当者名	名称
電話番号		

●医療機関、薬局、その他 配布元 (配布時に☑します)

記入日	担当者名	名称
電話番号		

医療・介護連携シート

練馬区では、高齢者が地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援等が一体的に提供される地域包括ケアシステムの確立を目指しています。その取組の一環として、高齢者一人ひとりにあった医療・介護等の連携を支援するため、このシートを作成しました。

【ご本人様、ご家族様へ】
病院・診療所の医師や、薬局、介護サービスの担当者に、おくすり手帳と一緒にこのシートを見せてください。また、おくすり手帳と共に、大切に保管してください。

【医療・介護関係者様へ】
ご本人が利用されている医療系・介護系サービスをご確認いただき、必要に応じて、関係者との情報共有にご活用ください。利用についての同意は、ご本人からいただいております。
裏面に記載のないサービス等がありましたら、随時、加筆してください。

作成：練馬区高齢者支援課 ☎5984-4597

ご本人同意欄 にチェック☑を入れてください

このシートの利用方法について説明を受けました。
記載されている情報を、医療・介護の関係機関に提供することに同意します。

おくすり手帳に貼る場合は、この部分をのり付けします。

表面

中面

記入日	診療科等	名称
電話番号		担当者
記入日	診療科等	名称
電話番号		担当者
記入日	診療科等	名称
電話番号		担当者
記入日	診療科等	名称
電話番号		担当者
●薬局		
記入日	名称	
電話番号		担当者
	<input type="checkbox"/> 訪問服薬指導	
電話番号		担当者

記入日	サービス内容	名称
電話番号		担当者
記入日	サービス内容	名称
電話番号		担当者
記入日	サービス内容	名称
電話番号		担当者
記入日	サービス内容	名称
電話番号		担当者
記入日	サービス内容	名称
電話番号		担当者

【お問い合わせ先】
練馬区高齢者支援課在宅介護支援係
【電話番号】
03-5984-4597

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。

①区民などのお困りごと

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



②退院調整をする 医療機関のお困りごと

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



③訪問診療をしている 医療機関のお困りごと

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



医療連携・在宅医療サポートセンター

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

※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



かかりつけ医・在宅医

入院医療機関の調整
など



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。

掲載病院の連携窓口一覧

病院名	連携窓口	受付時間	TEL	FAX
大泉生協病院	地域連携室	月～金 9:00～16:30 土 9:00～12:30	03-5387-3111	03-5387-3326
大泉病院	医療相談科	月～土 9:00～17:00	03-3924-2111	03-3924-3389
浩生会スズキ病院	医療連携室	月～金 8:30～16:30 土 8:30～11:30	03-3557-2001	03-3557-4001
桜台病院	医療連携室	月～金 9:00～16:30	03-3557-7258	03-3992-3082
島村記念病院	医療連携室	月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:00	03-3928-0071	03-3928-0074
慈雲堂病院	医療相談室	月～金 9:00～11:00 13:00～15:00	03-3928-6511	03-3928-6517
順天堂大学医学部 附属練馬病院	入退院支援室	月～金 9:00～17:00 土 9:00～13:00 (第2土曜は除く)	03-5923-3911	03-5923-3226
関町病院	地域連携室	月～土 9:00～17:30	03-5903-8166	03-5903-8166
田中脳神経外科 病院	医療連携室	月～土 9:00～13:00 14:00～17:00 (第2,4土曜は午後休診)	03-3920-6263	03-5903-5080
東海病院	相談員	月～金 9:00～16:00	03-3999-1131	03-3999-7027
練馬駅リハビリ テーション病院	医療福祉相談室	月～土 9:00～17:30	03-3557-2611	03-3557-2613
ねりま健育会病院	地域医療連携室	月～土 9:00～12:00	03-5935-6102	03-5935-6107
練馬さくら病院	連携室	月～金 9:00～17:00	03-3931-1101	03-3931-1135
練馬総合病院	地域連携室	月～金 8:30～17:30	03-5988-2309	03-5988-2292
練馬高野台病院	地域医療連携室	月～土 9:00～17:00	03-3904-1033	03-3904-5301
練馬光が丘病院	地域連携相談センター	月～土 9:00～17:00	03-3979-3611	03-3979-3860
東大泉病院	医療相談室	月～金 9:00～16:30	03-3924-5820	03-3924-5822
陽和病院	入院相談室	月～金 9:00～17:00	03-3923-0325	03-3923-0338

練馬区入退院連携ガイドライン

令和6年(2024年)3月

発行 練馬区 地域医療担当部 地域医療課
住所 〒176-8501 練馬区豊玉北6-12-1
電話 03-5984-4673