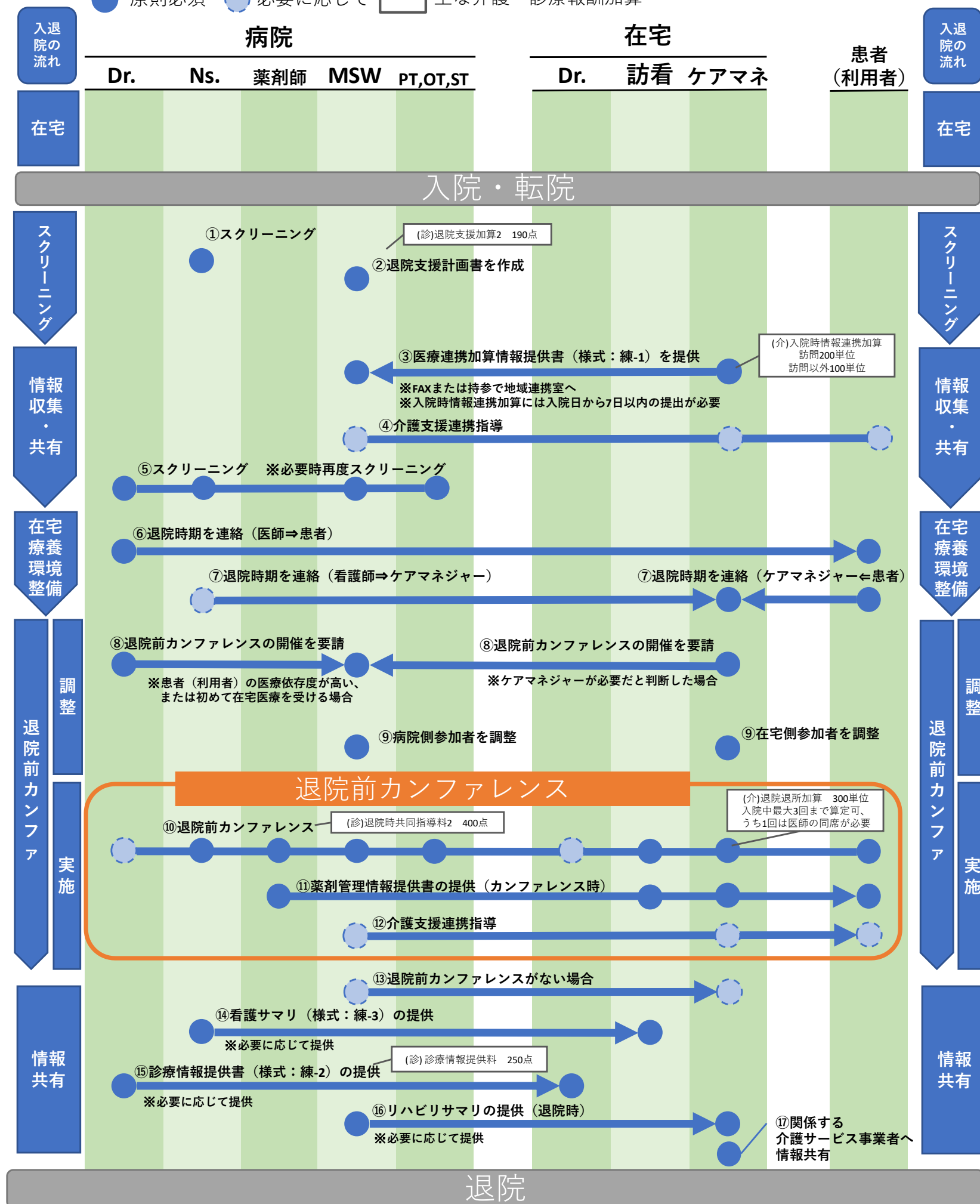


# 退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

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

資料 2-2

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	△	○	○	○	○			◎	△

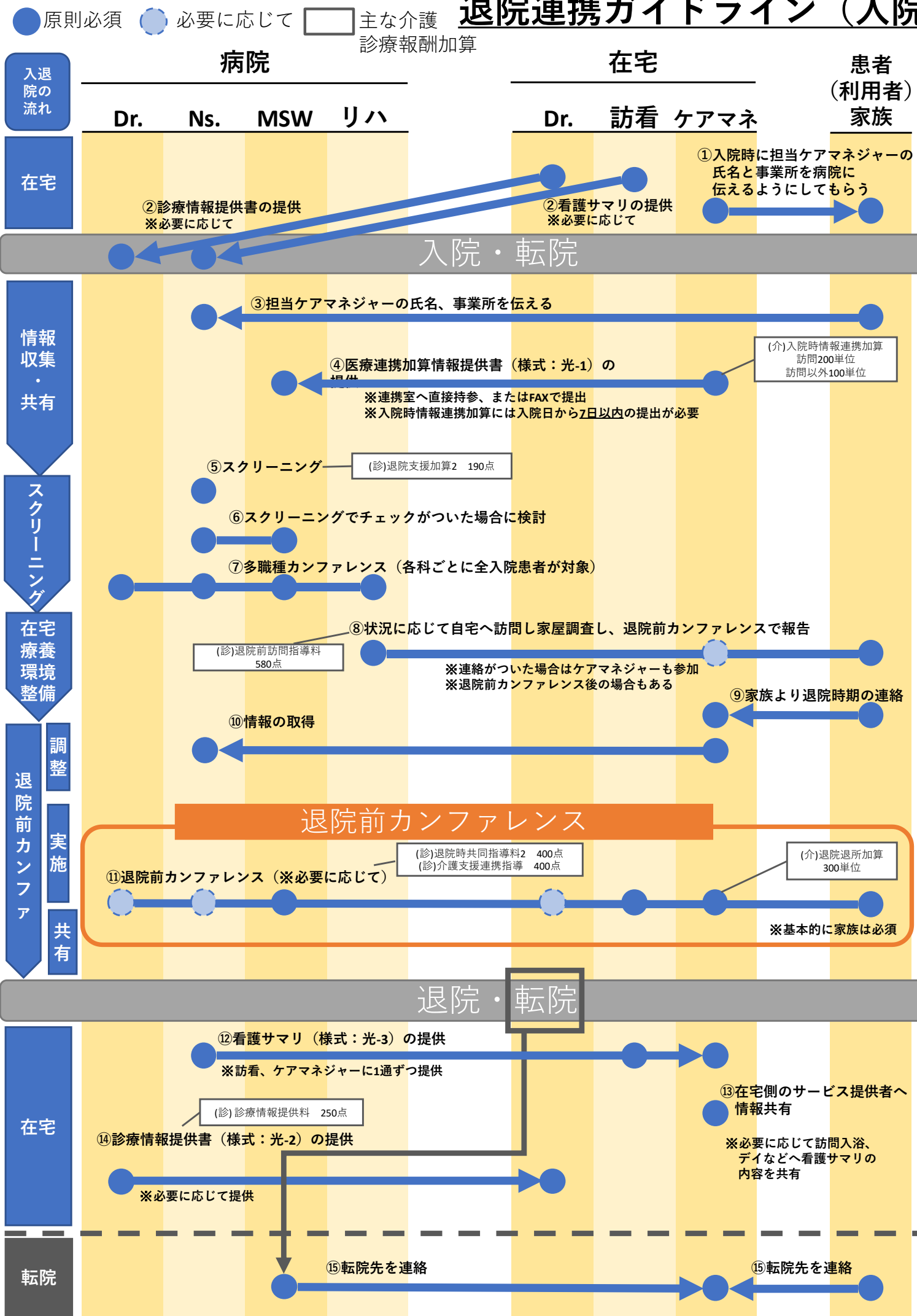
⑨退院前カンファレンスの開催依頼を受けたMSWは病院側参加者を調整、在宅側の参加者はケアマネジャーが調整します。ケアマネジャーがついていない患者（利用者）の場合は地域包括支援センターが在宅側の参加者を調整します。

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。

# 退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

**練馬光が丘病院**

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。連絡が合っ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。

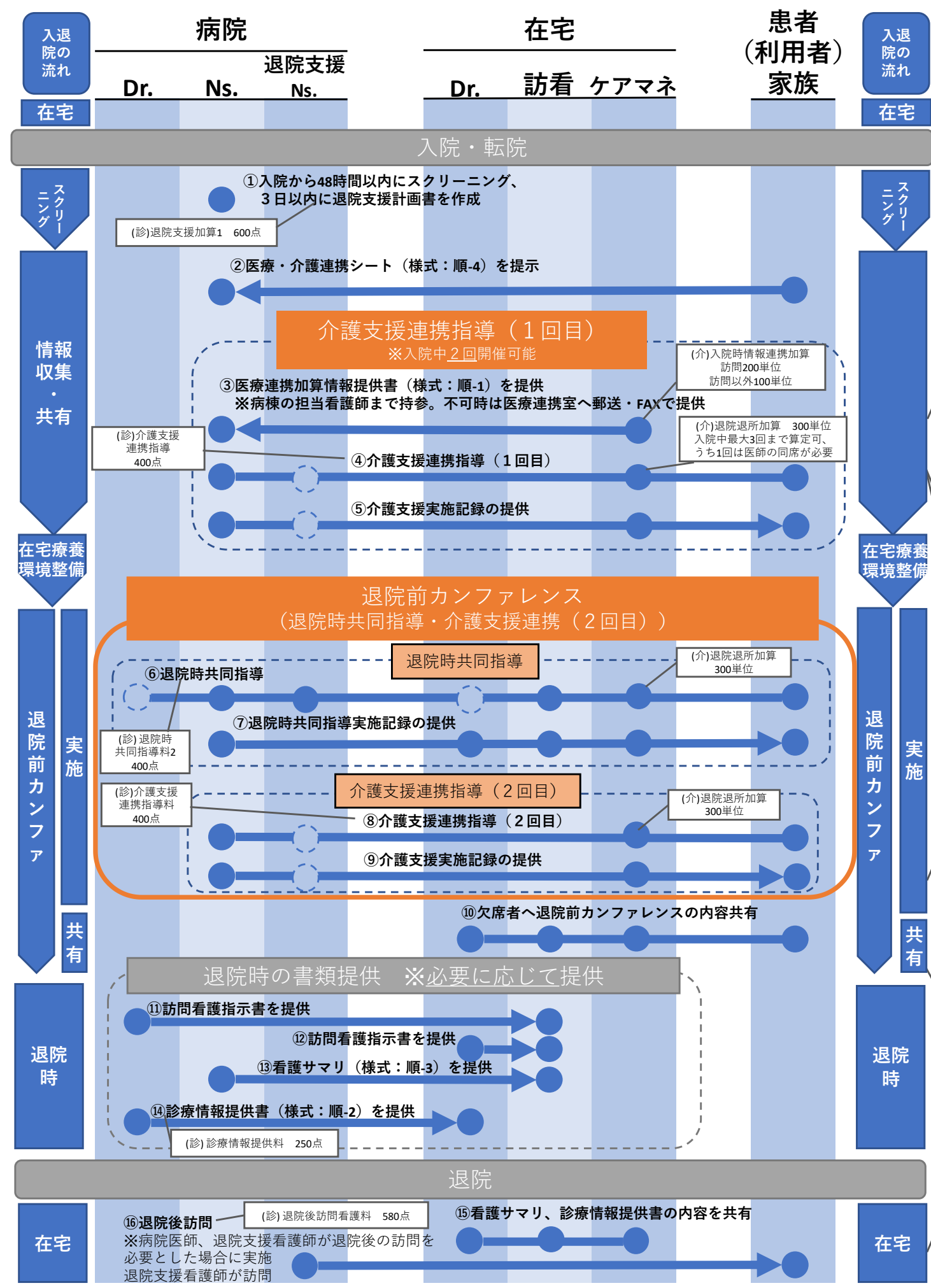
⑭⑮転院時はMSW、患者（利用者）・家族がケアマネジャーに転院先を連絡します。**ケアマネジャーは、転院時は連絡するように患者（利用者）に予め伝えておく必要があります。**

# 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

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

● 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

## ■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。

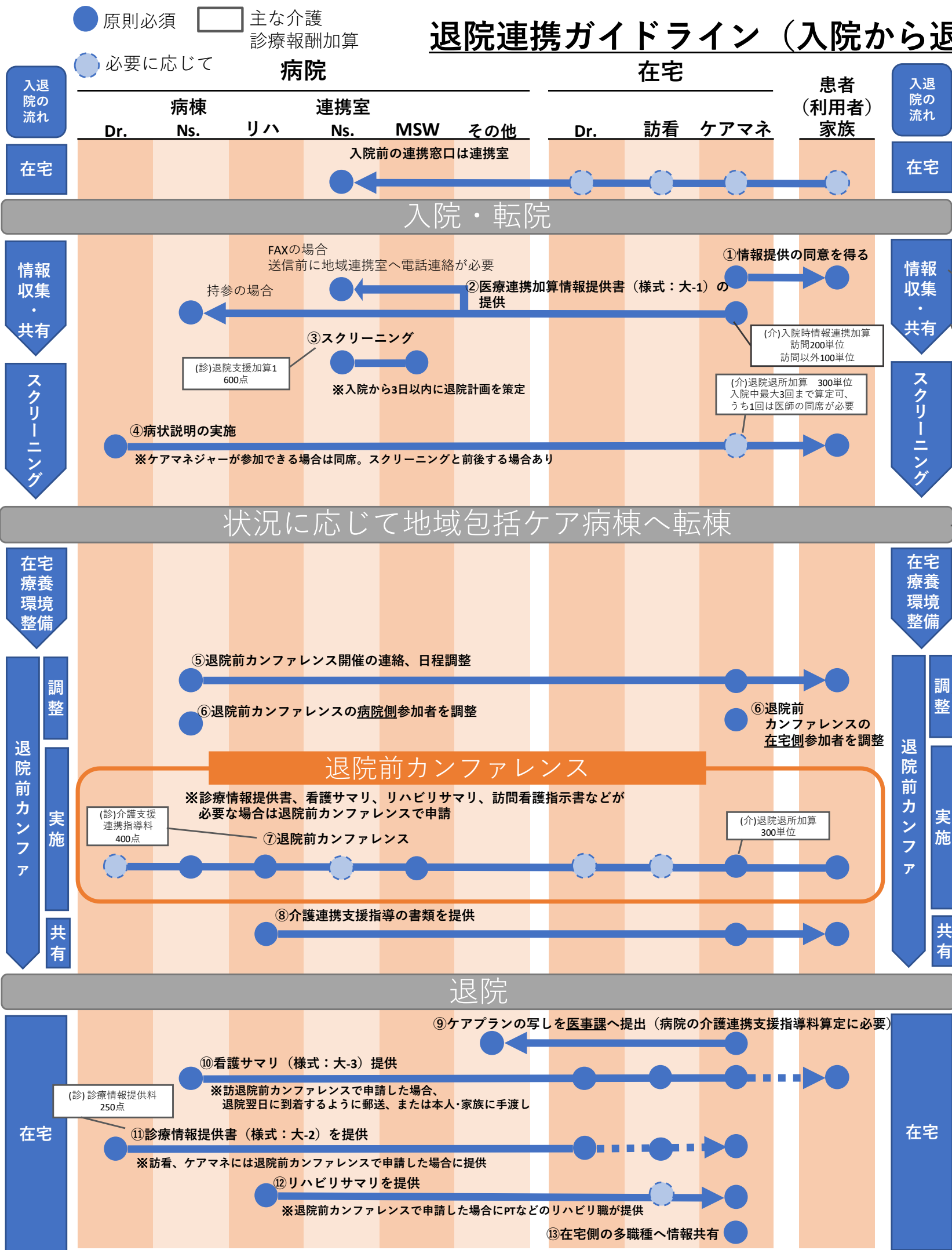
⑩必要に応じて、ケアマネジャーが中心となって退院前カンファレンス議事録（退院時共同指導議事録または介護支援実施記録）の内容を在宅側の多職種へ共有します

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

# 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。

状況に応じて、患者（利用者）は院内の地域包括ケア病棟へ転院することがあります。

⑤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。

⑥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。

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。

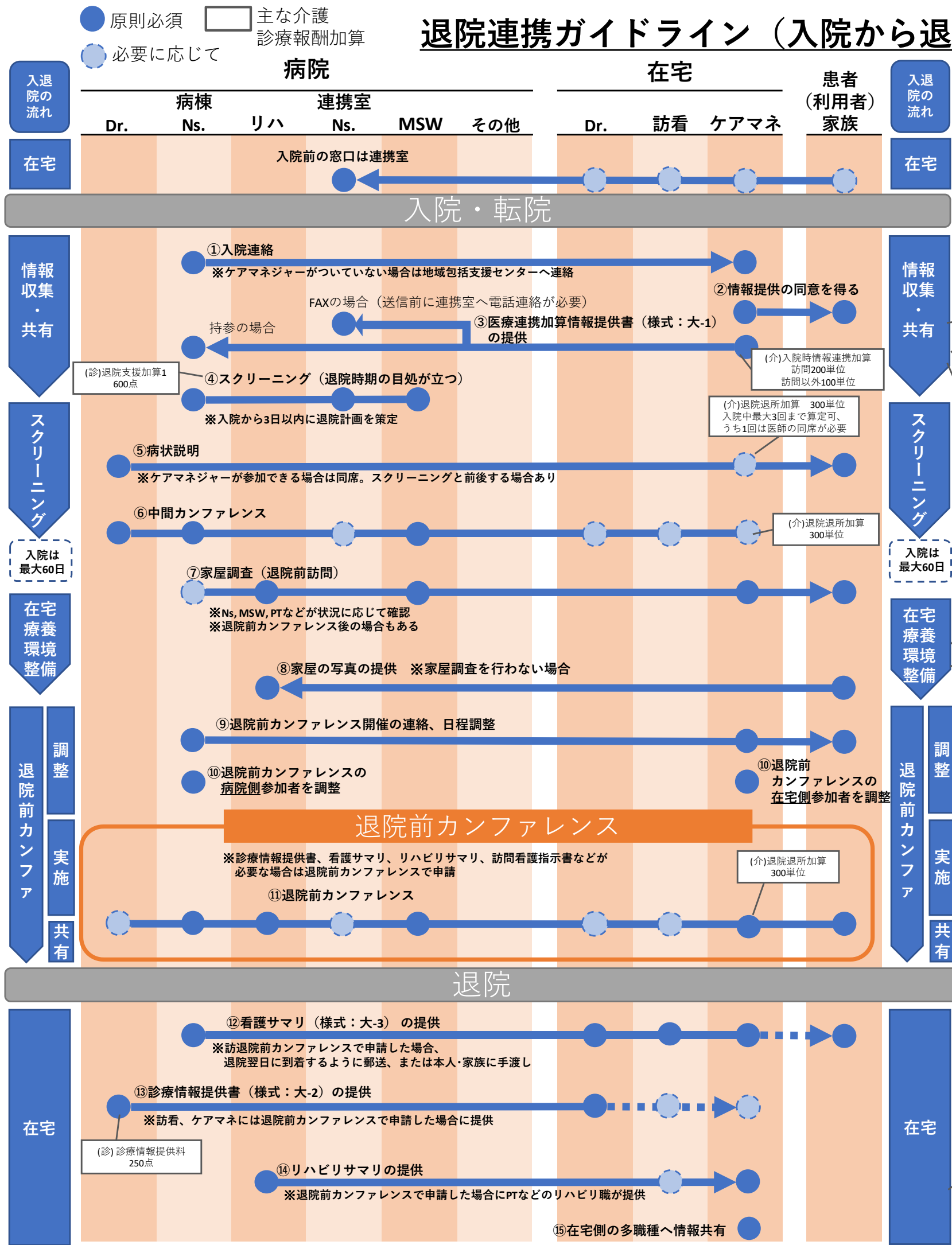
⑨ケアマネジャーはケアプランの写しを医事課へ提出します。病院が介護連携支援指導料を算定するために必要な書類です。

⑬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、看護サマリなどの情報を在宅側の多職種へ共有します。

# 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



- ※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。

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、看護サマリなどの情報を在宅側の多職種へ共有します。