

入退院連携ガイドライン (案)

画像は仮



練馬区

令和2年●月●日発刊

入退院連携ガイドラインについて

医療の進歩に伴い入院治療に要する時間が短くなり、早期の退院が可能になってきました。区民が退院後、スムーズに在宅に移行するためには、入院から退院までの短い時間の中で医療・介護従事者が連携することが重要です。

入退院連携ガイドラインは、区内の17病院の連携窓口や、患者が入院してから退院するまでの流れを図式化することにより、いつ、どこで、誰と誰が連携しているかを視覚的にわかりやすくしています。より良い医療・介護連携を図ることで、区民が安心して在宅療養ができるよう、ご活用ください。

目次

1. 入退院連携ガイドラインの読み方
2. ガイドライン概要版
3. ガイドライン（病院別）

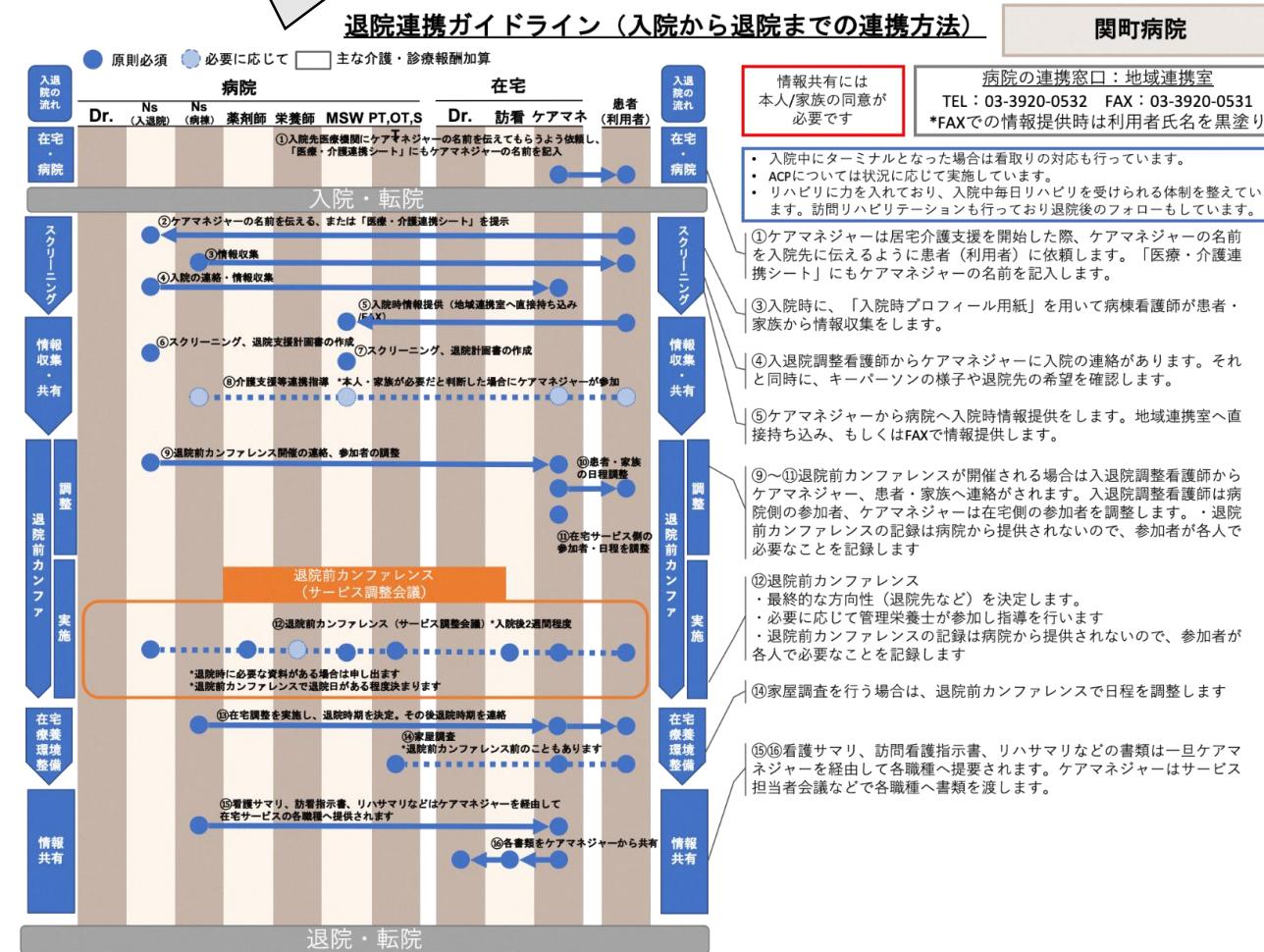
- 練馬総合病院
 練馬光が丘病院
 順天堂大学医学部附属練馬病院
 浩生会スズキ病院【一般病棟】／【地域包括ケア病棟】
 大泉生協病院【急性期病棟】／【地域包括ケア病棟】
 高松病院
 練馬駅リハビリテーション病院
 ねりま健育会病院
 桜台病院
 東海病院
 島村記念病院
 関町病院
 東大泉病院
 東京聖徳病院
 慈雲堂病院【救急病棟】／【認知症病棟】
 陽和病院【救急病棟】／【高齢者・認知症病棟】
 大泉病院

【付録】

入退院連携シート

入退院連携ガイドラインの読み方

ページの左側では、入院から退院までの各フェーズにおいて、医療・介護従事者がどのように連携しているかを記載しています。関わる医療従事者の種類は病院によって異なります。



ページの右側では、病院の連携窓口、各フェーズにおける注意事項や詳細を記載しています。

入退院連携ガイドライン概要版

詳細については各病院のガイドラインを参照のこと

				最終確認中	最終確認中
	練馬総合病院	練馬光が丘病院	順天堂練馬病院	浩生会スズキ病院【一般病棟】	浩生会スズキ病院【地域包括ケア病棟】
連携窓口	地域連携室 TEL・FAX:03-5988-2309	地域連携相談センター TEL: 03-3979-3611 FAX: 03-3979-3860	地域医療連携室 TEL: 03-5923-3911 FAX: 03-5923-3226	医療連携室 TEL : 03-3557-2001 FAX : 03-3557-4001	
連携上の留意点	—	—	電話での情報提供は行っていません 利用者の部屋番号は、病院の総合受付と病棟で手続きをすると開示されます		
入院前	入院先医療機関にCMの名前を伝えるように利用者に依頼します 医療・介護連携シートにCMの氏名を記入する				
入院連絡	—	—	—		
入院時の情報提供	連携窓口へ情報提供します。提供手段は問いません。書面の場合は、FAXまたは持参で窓口へ提出します		病棟Nsへ直接手渡し（その際に口頭で情報共有したい場合は前日までに病棟へ電話連絡が必要です）、または連携窓口へ郵送・FAXで提出します		
病状説明・退院時期の連絡	退院時期の目途がついた時点で利用者（家族）に説明があるので、その情報を利用者（家族）から得ます		—		
介護支援連携指導	患者・家族が必要だと判断した場合にCMが参加します	状況によりMSWまたは患者からCMに開催の連絡があります	必要に応じて、入院時の情報提供時に実施されます		
家屋調査	—	連絡がついた場合は、CMも参加します	—		
退院前カンファの調整	MSWからCMに開催の連絡があります。必要に応じてCMから開催を要請することもできます。介護サービス事業者の日程調整はCMが行います	病棟Nsから開催の連絡がCMにあります。介護サービス事業者の日程調整はCMが行います	退院支援Nsから開催の連絡がCMにあります。参加者の日程調整の担当者はケースによります		
退院前カンファレンス	議事録は提供されないため、CMは在宅側の事業者へ共有すべきことをメモします		退院時共同指導実施記録、退院時共同指導実施記録もしくは介護支援実施記録がCMに提供されます		
	CMが中心となって在宅側の事業者へ情報を共有します				
転院時	病院からの連絡はないので、利用者・家族に伝えてもらうように、CMは依頼します	必要時には病院からCMに連絡があります。	転院時は病院からCMに連絡があります		
その他	—	—	—		

入退院連携ガイドライン概要版

詳細については各病院のガイドラインを参照のこと

	大泉生協病院【急性期病棟】	大泉生協病院【地域包括ケア病棟】	高松病院	練馬駅リハビリテーション病院	ねりま健育会病院
連携窓口	地域連携室 TEL: 03-5387-3826 FAX: 03-5387-3326		月～金：看護師長(安田Ns)、 土：病棟Ns TEL: 03-3997-1171 (代表) FAX: 03-3995-5718 (代表)	医療福祉相談室 TEL: 03-3557-2611 FAX: 03-3557-2613 Mail:nerimaeki-hsp@jiseikai.or.jp	医療連携室 TEL: 03-5935-6102 FAX: 03-5935-6107
連携上の留意点	—		—	連携は医療福祉相談室を通じておこないます	連携は医療連携室を通じておこないます
入院前	入院先医療機関にCMの名前を伝えるように利用者に依頼します 医療・介護連携シートにCMの氏名を記入する		—	入院先医療機関にCMの名前を伝えるように利用者に依頼します 医療・介護連携シートにCMの氏名を記入する	
入院連絡	—	—	—	利用者が入院した場合は、病院からCMに入院連絡があります	—
入院時の情報提供	病棟Nsへ直接手渡し、FAXの場合は、連携窓口に電話連絡をした上で送信します		看護師長(安田Ns)に入院時情報提供を行います	連携窓口にFAXまたはメールで情報提供します	連携窓口に電話またはFAXで情報提供します
病状説明・退院時期の連絡	患者への病状説明の日程が決まり次第、病院からCMに連絡があります		病棟Ns.がアナムネ時に担当ケアマネージャーを確認します	退院時期の目途がついた時点で病院からCMに連絡があります	
介護支援連携指導	—	—	—	—	
家屋調査	—	—	—	家屋調査を行う場合は病院からCMに連絡があります	
退院前カンファの調整	病棟Nsから開催の連絡がCMにあります。介護サービス事業者の日程調整はCMが行います		—	医療福祉相談室から開催の連絡がCMにあります。CMは介護サービス事業者の日程調整を行います	医療連携室から開催の連絡がCMにあります。CMは介護サービス事業者の日程調整を行います
退院前カンファレンス	診療情報提供書、看護サマリ、リハビリサマリが必要な場合は申し出ます 退院後訪問指導が必要な場合は日程調整をします		福祉用具業者がカンファレンスに不在であった場合は、追ってCMから業者に情報共有を行います	CMの参加は必須です 欠席時に議事録などの提供はありません	
	介護連携等支援指導記録がCMに提供されます 退院後にCMはケアプランの写しを医事課へ提出します	議事録は提供されないので、CMは在宅側の事業者へ共有すべきことをメモします			
退院前カンファレンスの内容共有	CMが中心となって在宅側の事業者へ情報を共有します		CMからの要望に基づき、看護師長(安田Ns)から看護サマリー・リハサマリーが送付されます	CMが中心となって在宅側の事業者へ情報を共有します	
転院時	病院からの連絡はないので、利用者・家族に伝えてもらうように、CMは依頼します	退院前カンファレンス時に、転院の連絡があります	—	—	
その他	—	—	—	退院時に必要な書類について、病院からCM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

詳細については各病院のガイドラインを参照のこと

	桜台病院	東海病院	最終確認中 島村記念病院	関町病院	東大泉病院
連携窓口	医療連携室 TEL: 03-3993-7631 (代表) 03-3557-7258 (連携室直通) FAX: 03-3992-3082 (連携室直通)	相談員 TEL: 03-3999-1131 (代表)	病棟Ns. TEL: 03-3928-0071 (代表) FAX: 03-3928-0074	地域連携室 TEL: 03-3920-0532 FAX: 03-3920-0531 *FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り	医療相談員 TEL: 03-3924-5820 (代表) FAX: 03-3924-5822 (代表)
連携上の留意点	入院制限なしの医療療養型病院であり、グループ病院を除く他医療機関への救急搬送は行われません。	—		—	入院制限なしの医療療養型病院です。医療行為(人工呼吸器、ドレーン等)やリハビリには対応していません
入院前	入院相談、必要書類提出後、患者受け入れ可否の審査が行われ、入院待機となった場合は待機期間を経て、状況に応じて再度、書類提出と審査が行われます 面談・見学を実施します(予約制)	居宅介護支援を開始した際、CM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。「医療・介護連携シート」にもCMの名前を記入します。 繰り返しの入院の場合には、普段から看護師、MSW、CMは情報共有をします。病棟Ns.に入院時情報連携シートを提出します。		入院先医療機関にCMの名前を伝えてもらうよう依頼し、「医療・介護連携シート」にもCMの名前を記入します	—
入院連絡				入退院調整看護師からCMに入院の連絡があります	—
入院時の情報提供				CMから病院へ入院時情報提供をします。地域連携室へ直接持ち込み、もしくはFAXで情報提供します。	—
病状説明・退院時期の連絡	—	—		—	—
介護支援連携指導	—	—		本人・家族が必要だと判断した場合にCMも参加します	—
家屋調査	—	必要な場合、CM、福祉用具事業者が訪問します。		家屋調査を行う場合は、退院前カンファレンスで日程を調整します	—
退院前カンファの調整	患者・家族が転院を希望した場合等、必要に応じて退院調整は実施されます	MSWから退院前カンファレンス開催の連絡が来るので、CMは在宅サービス側の参加者・日程を調整します。		退院前カンファレンスが開催される場合は入退院調整看護師からCm、患者・家族へ連絡がされます。入退院調整看護師は病院側の参加者、CMは在宅側の参加者を調整します。	—
退院前カンファレンス	—	原則としてCMが参加できる日に開催されます。カンファレンスの記録は各自でメモを取り、在宅サービス側はCMが情報を共有します		退院前カンファレンスの記録は病院から提供されないため、参加者が各人で必要なことを記録します。	家族等の希望により退院調整を行う場合は、主にCMを介し、調整を行います。
退院前カンファレンスの内容共有	—	—		看護サマリ、訪問看護指示書、リハサマリなどの書類は一旦CMを経由して各職種へ提要されます。CMはサービス担当者会議などで各職種へ書類を渡します。	—
転院時	—	—		—	—
その他	—	退院前カンファレンスより前に行われる退院支援カンファレンスも、退院支援カンファレンスと同様の流れで実施されます		—	—

入退院連携ガイドライン概要版

詳細については各病院のガイドラインを参照のこと

	最終確認中		最終確認中		最終確認中	
	東京聖徳病院	慈雲堂病院【救急病棟】	慈雲堂病院【認知症病棟】	陽和病院【救急病棟】	陽和病院【高齢者・認知症病棟】	大泉病院
連携窓口	相談室 TEL: 03-3931-1101 (代表) FAX: 03-3931-1135 (代表)	医療相談室 TEL:03-3928-6511 FAX :03-3928-6517		入院相談窓口 TEL: 03-3923-0325 FAX: 03-3923-0338 (相談時間:月～土 9:00～17:00)		医療相談科 TEL :03-3924-2111 FAX :03-3924-3389
連携上の留意点	—	医療保護入院時には、家族等の同意が必須です。 <同意者> 三親等以内の親族または 後見人/保佐人		医療保護入院時には、家族等の同意が必須です。 <同意者> 三親等以内の親族または 後見人/保佐人		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。
入院前		—	—			
入院連絡		必要に応じ、PSWから入院報告が行われます				
入院時の情報提供		—	—			
病状説明・退院時期の連絡		—	—			
介護支援連携指導		—	—			
家屋調査		—	—			
退院前カンファの調整		—	—			
退院前カンファレンス		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	—			
退院前カンファレンスの内容共有		—	家族が報告できない場合、PSWから各所へ転院先と転院日が決定次第報告されます			
転院時		—	自宅に戻る場合は、居住環境の確認、整備をPSWがCMに依頼します			
その他		—	ケアマネジャーが希望した際、退院前相談の場が設けられます			

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

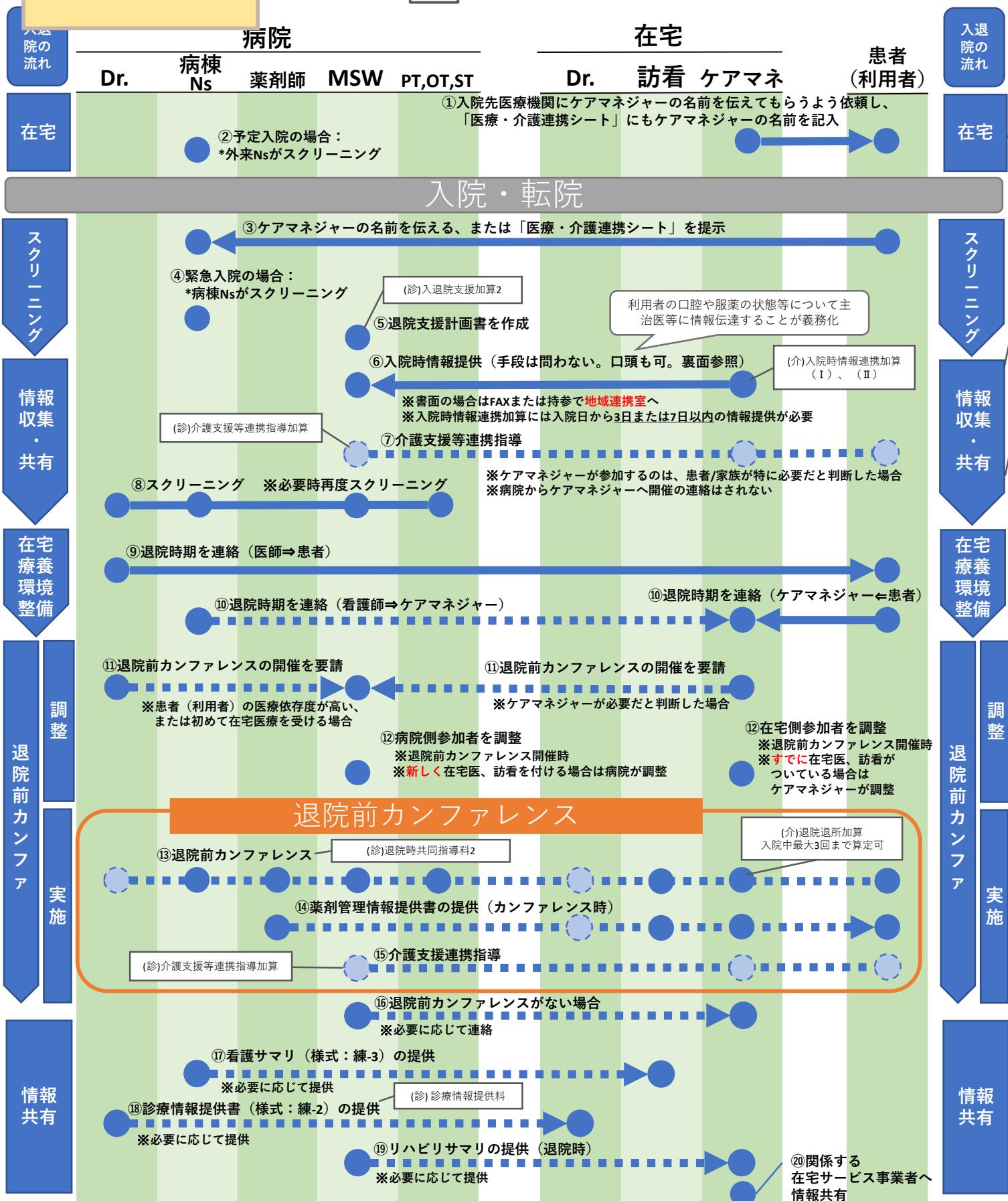
練馬総合病院

最終確認中

原則実施 必要に応じ実施

必要に応じ参加

□ 主な介護・診療報酬加算



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

病院の連携窓口：地域連携室
TEL・FAX: 03-5988-2309
*FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

※病院ごとの特徴的な箇所は**太字**になっています

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。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。

⑥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入院時情報の提供を行う（※裏面参照）。入院時情報連携加算には、入院日から**3または7日以内**に地域連携室に情報提供する必要があります。

⑨⑩病院医師から退院時期を知らされた患者（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、退院時期が分かっ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。

⑪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、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	薬剤師	MSW	(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	△	○	○	○	○	△	△	◎	△

「退院退所加算」を3回算定する場合、病院から医師または看護師が**1名以上**、在宅側からは**以下から3名以上の出席**が必要です。診療所（医師、看護師、准看護師）、歯科診療所（歯科医師、歯科衛生士）、薬局（薬剤師）、訪看（看護師、PT、OT、ST）

⑫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。

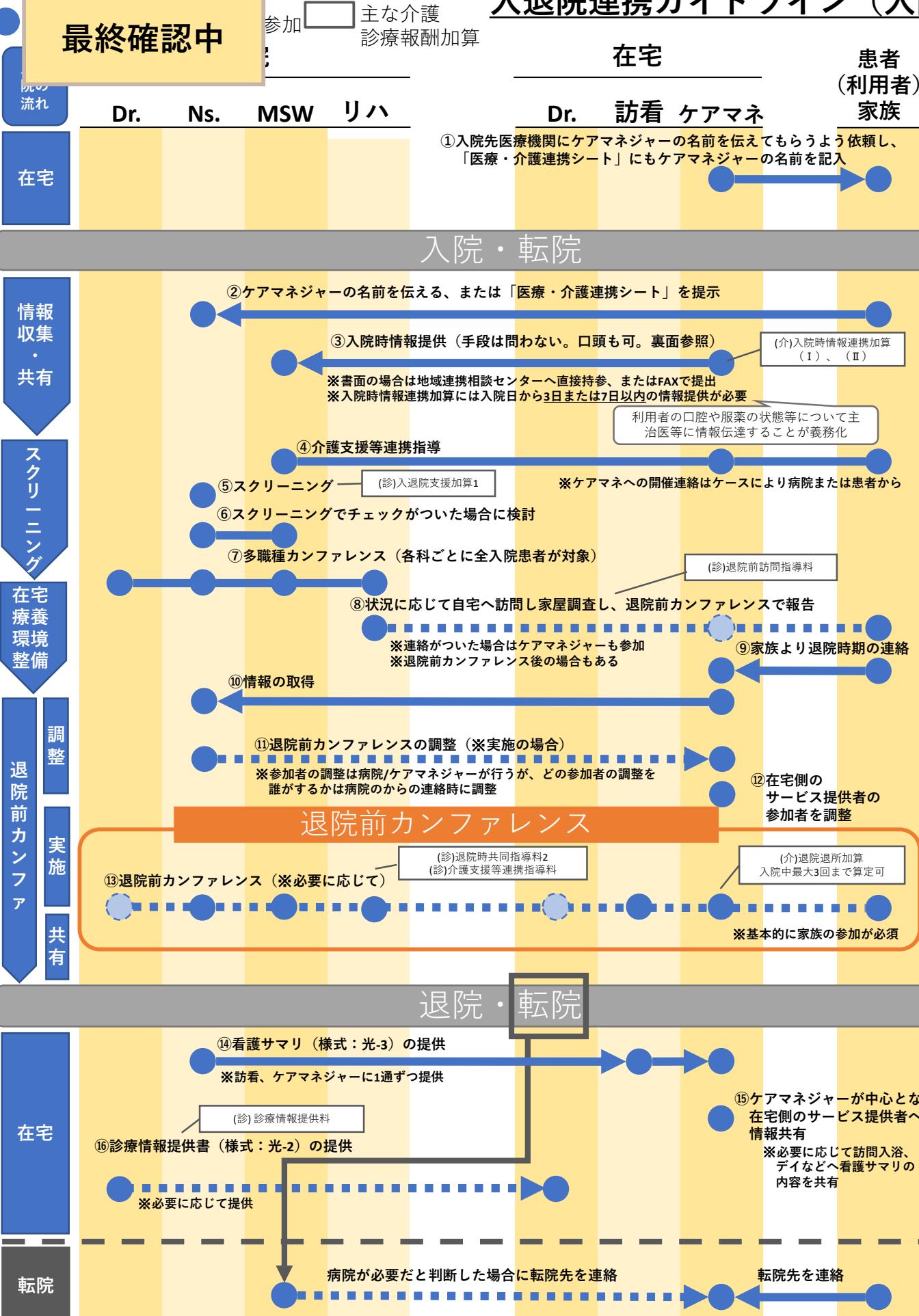
⑬退院前カンファレンスの議事録は患者（利用者）のみに提供するので、ケアマネジャーは在宅チームへ伝える必要があることを記録します。

⑳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、病院から提供を受けた情報（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。

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は情報を共有してもらいます。

入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



情報共有には本人/家族の同意が必要です

病院的連携窓口：地域連携相談センター
TEL : 03-3979-3611 FAX: 03-3979-3860
*FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

※病院ごとの特徴的な箇所は太字になっています

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。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。

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入院時情報の提供を行う（※裏面参照）。入院時情報連携加算には、入院日から3または7日以内に地域連携相談センターへ情報提供する必要があります。

⑧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。

⑨退院時期が決まり次第、患者（利用者）・家族は、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連絡するように、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。**

⑩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。

⑪病院からケアマネジャーへの退院前カンファレンス開催連絡時に、参加者の日程調整を担当者を調整します

⑬議事録は作成していないので、ケアマネジャーは必要に応じて在宅側のサービス提供者に情報共有するためのメモを作成します。
「退院退所加算」を3回算定する場合、病院から医師または看護師が1名以上、在宅側からは以下から3名以上の出席が必要です。診療所（医師、看護師、准看護師）、歯科診療所（歯科医師、歯科衛生士）、薬局（薬剤師）、訪看（看護師、PT、OT、ST）。

⑭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。

⑮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、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。

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。病院が必要だと判断した場合に限り、病院からケアマネジャーに転院の連絡があります。**

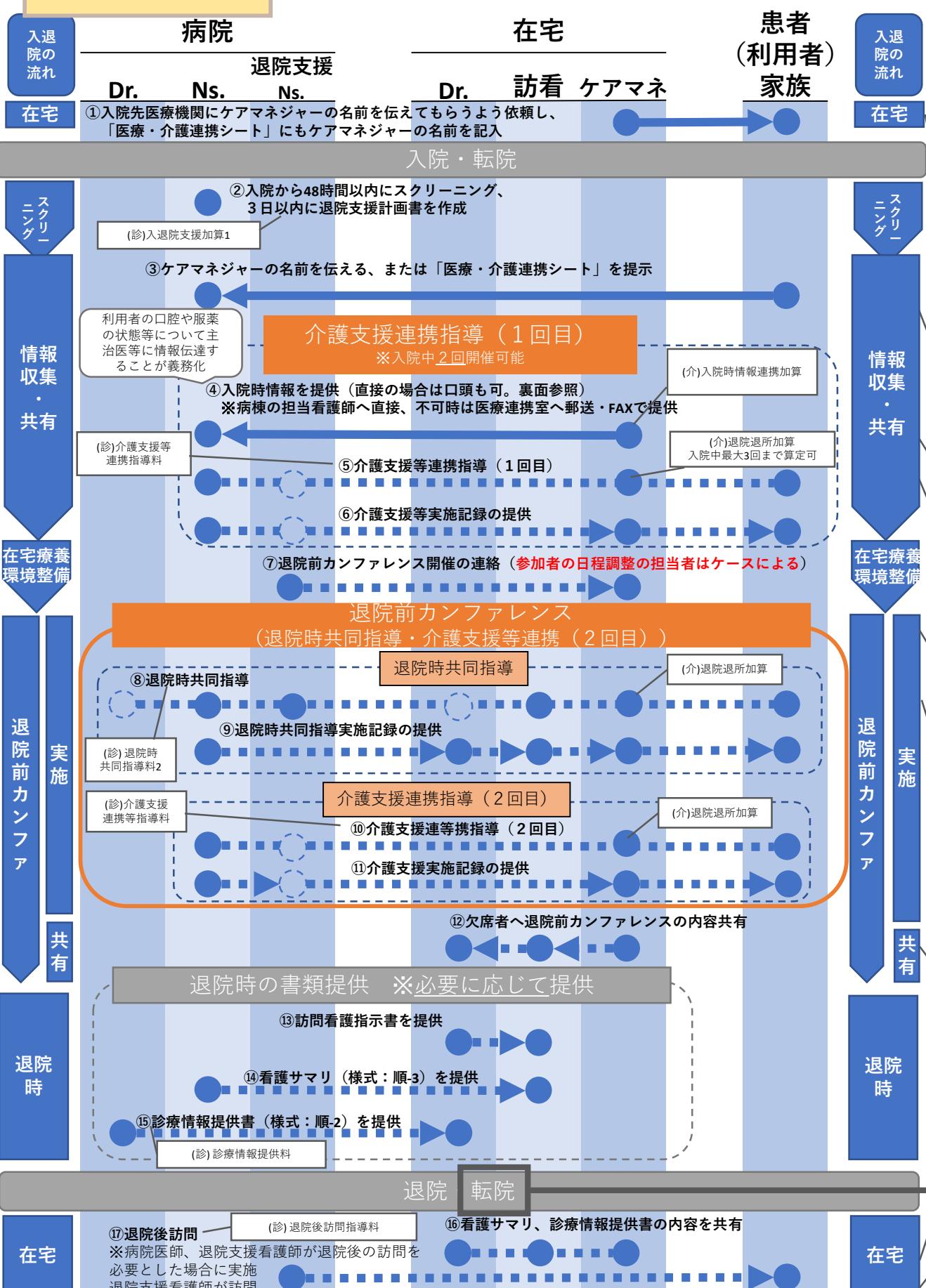
入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

順天堂大学医学
部附属練馬病院

最終確認中

情報共有には
本人/家族の同意が必要です

病院の連携窓口：地域医療連携室
TEL: 03-5923-3911 FAX: 03-5923-3226
*FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り



※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。**

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。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。

③ 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」を提示します。ケアマネジャーは、入院する前から、医療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。

④ ケアマネジャーは、病棟看護師へ直接情報を提供。直接情報提供できない場合は**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FAXで提出します。

⑤ 病棟看護師への情報提供時に、必要に応じて病棟で病棟看護師とケアマネジャーの間で直接情報共有（介護支援等連携指導（1回目））します。

⑥ 介護支援等連携実施記録がケアマネジャーに提供されます。

⑦ 退院前カンファレンス開催時は病院から連絡がされます。誰が参加者の日程調整をするかは状況によって異なります。

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等連携の場合があります。

⑧⑨退院時共同指導の場合は退院時共同指導実施記録、⑩⑪介護支援連携等指導の場合は介護支援実施記録は退院前カンファレンス参加者に提供されます。

※議事録は作成していないので、ケアマネジャーは必要に応じて在宅側のサービス提供者に情報共有するためのメモを作成します。

「退院退所加算」を3回算定する場合、病院から医師または看護師が**1名以上**、在宅側からは以下から**3名以上**の出席が必要です。診療所（医師、看護師、准看護師）、歯科診療所（歯科医師、歯科衛生士）、薬局（薬剤師）、訪看（看護師、PT、OT、ST）。

⑫ 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（退院時共同指導実施記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

転院時には病院からケアマネジャーへ連絡があります

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、看護サマリの内容を在宅医、訪看から共有してもらい、在宅側の多職種へ共有します

⑰ 必要に応じて、退院後訪問を実施し在宅での療養上の指導を実施します。

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

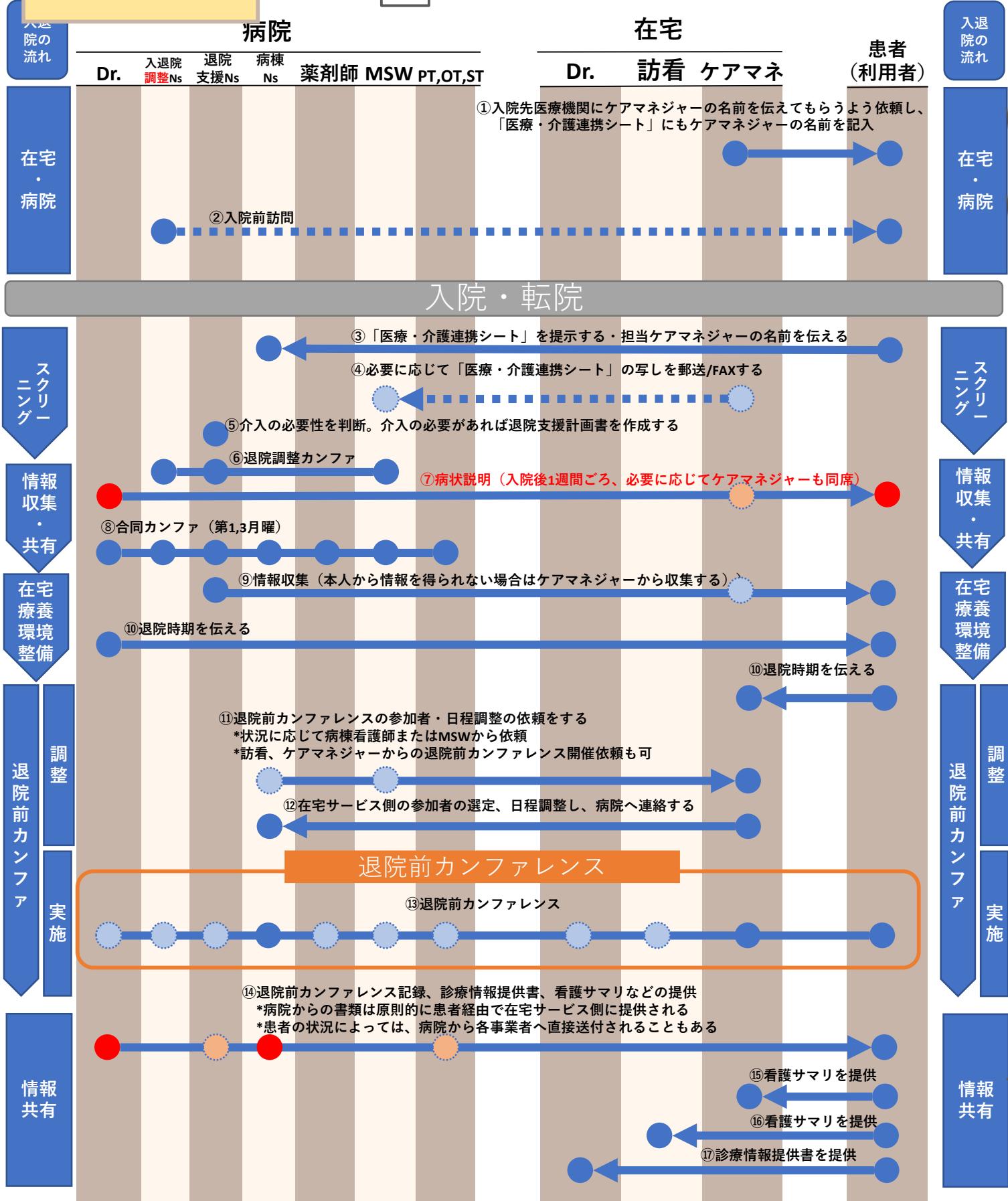
**浩生会スズキ病院
【一般病棟】**

病院の連携窓口：医療連携室

TEL：03-3557-2001
FAX：03-3557-4001

最終確認中

必要に応じて 主な介護・診療報酬加算



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

スズキ病院では、状況に応じて3種類の役割の異なる看護師と連携をします。ガイドライン中では、以下のように表します。

- ・入退院連携看護師：病院に1名
- ・退院支援看護師：各病棟に1名
- ・病棟看護師：各患者の担当看護師

- ・施設入所を検討している場合は、早めに伝えて下さい。
- ・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。

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。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。

②必要に応じて、入退院調整看護師が患者の自宅（転院の場合は転院元）へ訪問し、状況を確認します。

⑩必要があれば、ケアマネジャー、訪看から退院前カンファレンスの開催を依頼することもできます。その場合は、病棟看護師またはMSWになるべく早めに連絡をして下さい（入院時でも可）。

⑫原則としてケアマネジャーが参加可能な日に開催されます。

⑬退院前カンファレンスが開催されない場合は、必要に応じて病棟看護師またはMSWから医療処置などについて状況提供があります

⑭～⑰原則として退院前カンファレンス記録、診療情報提供書、看護サマリなどの書類は患者経由で各事業者へ提供されます。患者を通しての提供が難しい場合には病院から各事業者へ郵送されます。

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

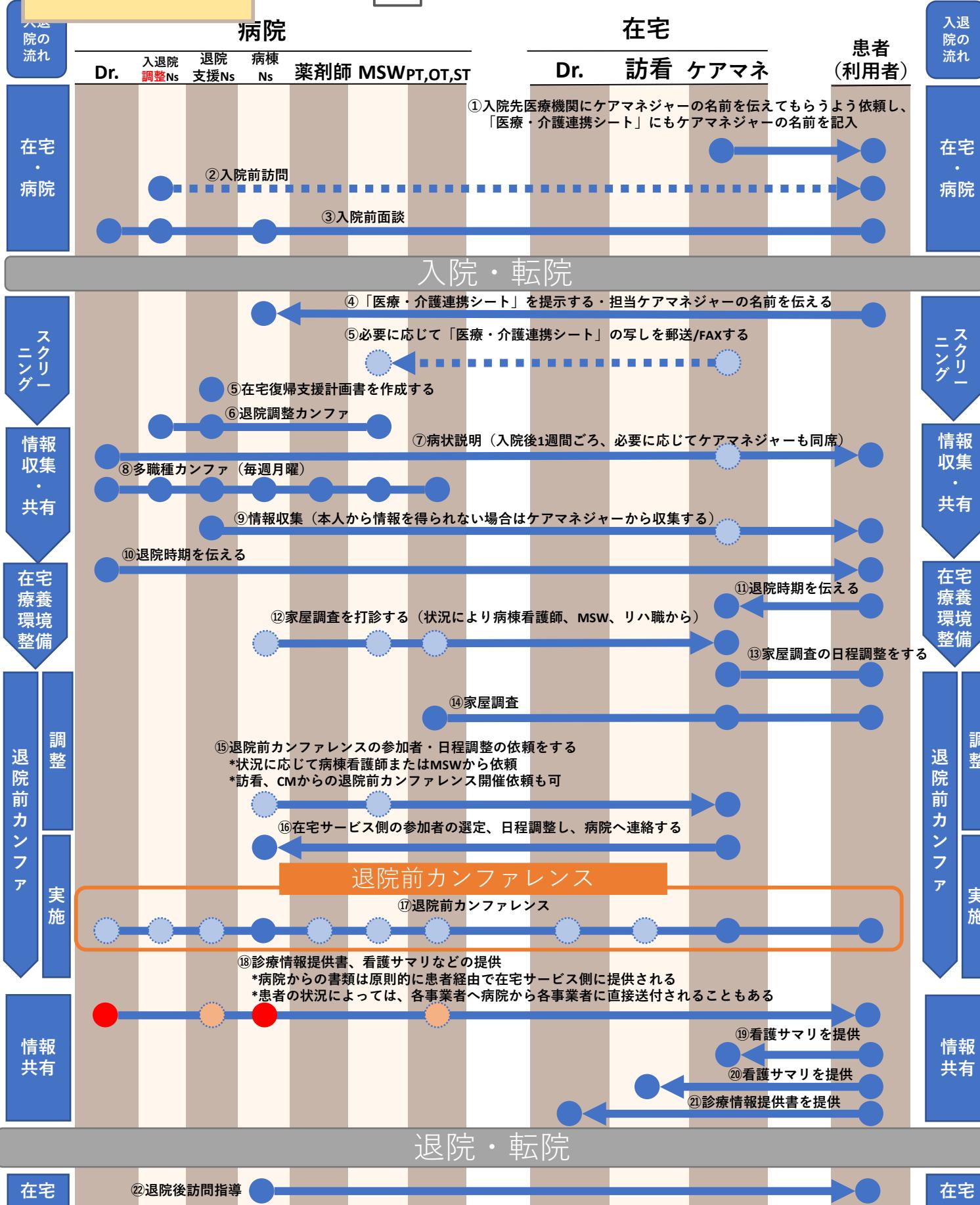
浩生会スズキ病院
【地域包括ケア病棟】

病院の連携窓口：医療連携室

TEL：03-3557-2001
FAX：03-3557-4001

最終確認中

必要に応じて 主な介護・診療報酬加算



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

スズキ病院では、状況に応じて3種類の役割の異なる看護師と連携をします。ガイドライン中では、以下のように表します。

- ・入退院連携看護師：病院に1名
- ・退院支援看護師：各病棟に1名
- ・病棟看護師：各患者の担当看護師

- ・施設入所を検討している場合は、早めに伝えて下さい。
- ・医療処置がある場合は、入院時に看護サマ리를極力持参して下さい。

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。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。

②必要に応じて、入退院調整看護師が患者の自宅（転院の場合は転院元）へ訪問し、状況を確認します。

⑫家屋調査を実施しない場合は、必要に応じて患者・家族から家屋の写真をリハ職へ提供します。

⑮必要があれば、ケアマネジャー、訪問から退院前カンファレンスの開催を依頼することもできます。その場合は、病棟看護師またはMSWになるべく早めに連絡をします。地域包括ケア病棟は入院期間60日の制限があるため、入院時を含め可能な限り早めに連絡をして下さい。

⑯原則としてケアマネジャーが参加可能な日に開催されます。

⑰退院前カンファレンスが開催されない場合は、必要に応じて病棟看護師またはMSWから医療処置などについて状況提供があります

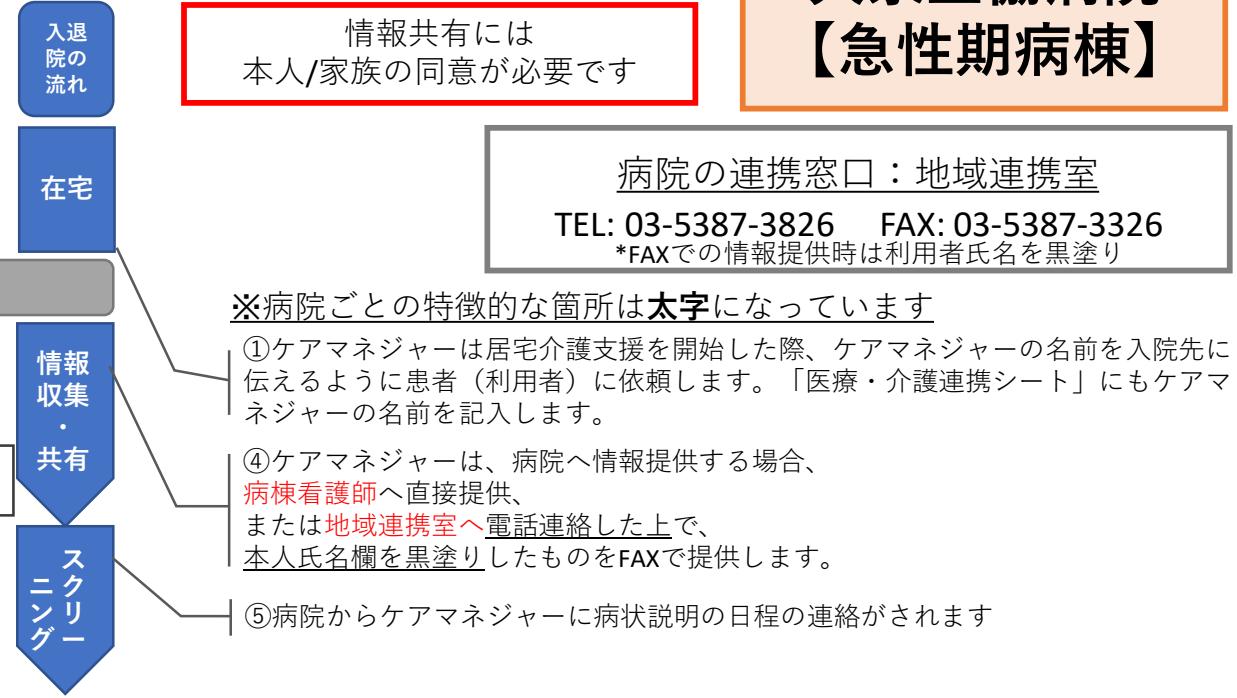
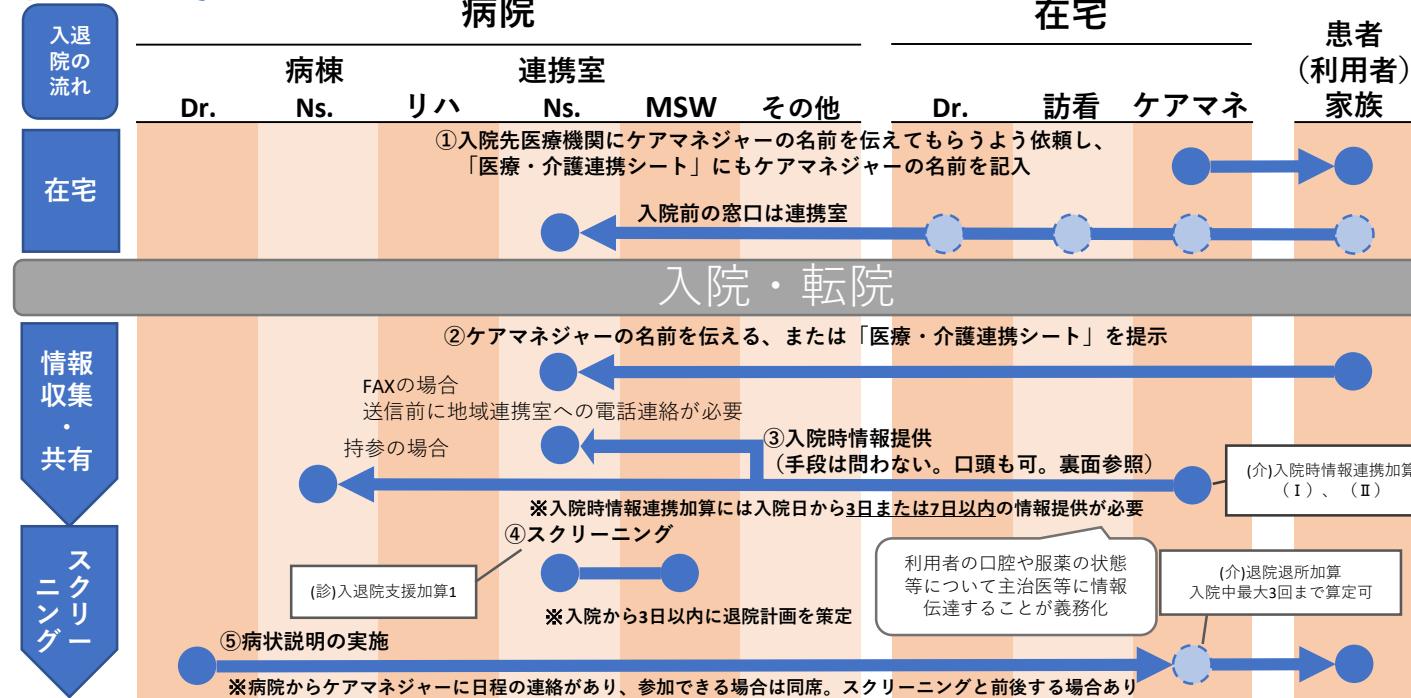
⑱～㉑原則として診療情報提供書、看護サマ里的書類は患者経由で各事業者へ提供されます。患者を通しての提供が難しい場合には病院から各事業者へ郵送されます。退院前カンファレンスの記録は申出があった場合に提供されてます。

入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】

情報共有には
本人/家族の同意が必要です

病院の連携窓口：地域連携室
TEL: 03-5387-3826 FAX: 03-5387-3326
*FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

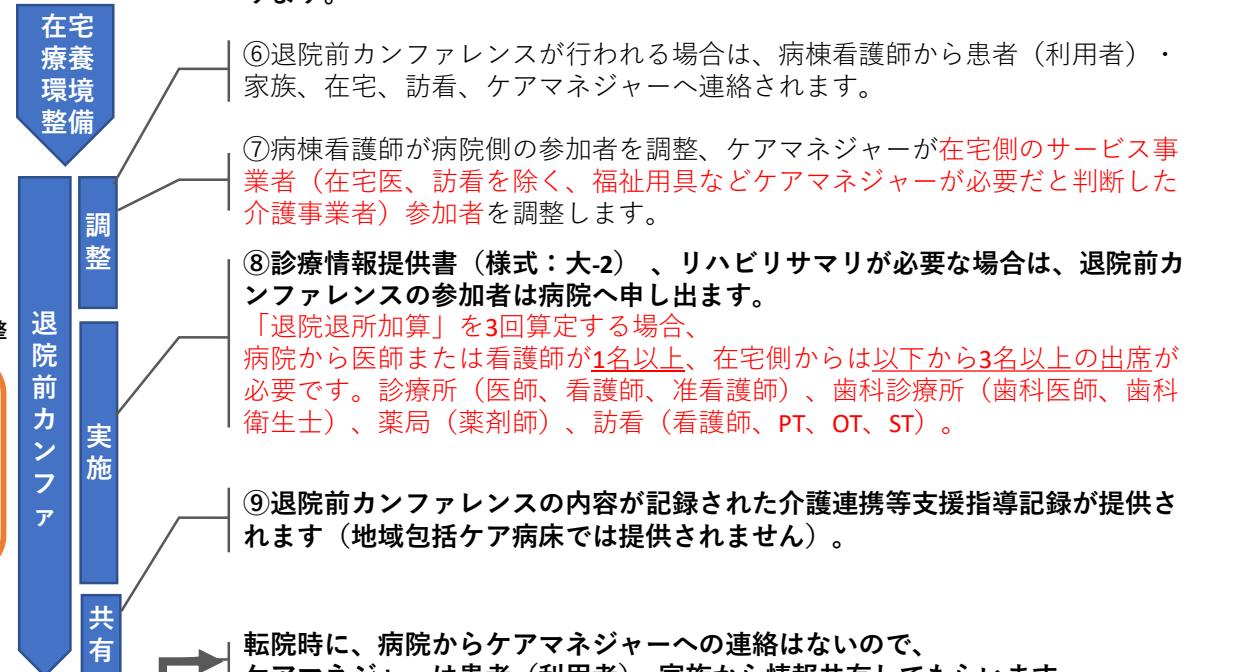


※病院ごとの特徴的な箇所は**太字**になっています

- 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。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。
- ④ケアマネジャーは、病院へ情報提供する場合、**病棟看護師**へ直接提供、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で提供します。
- ⑤病院からケアマネジャーに病状説明の日程の連絡がされます

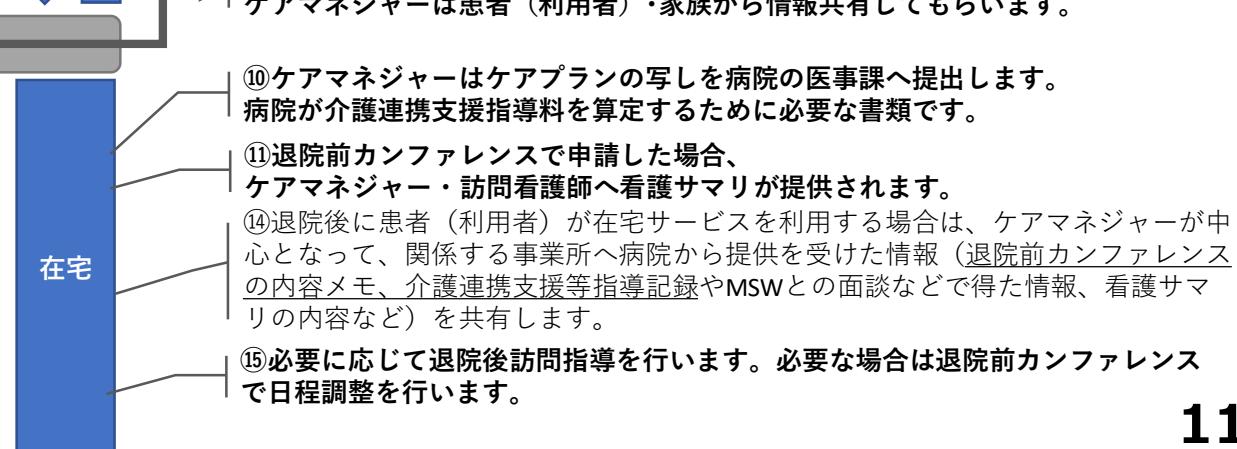
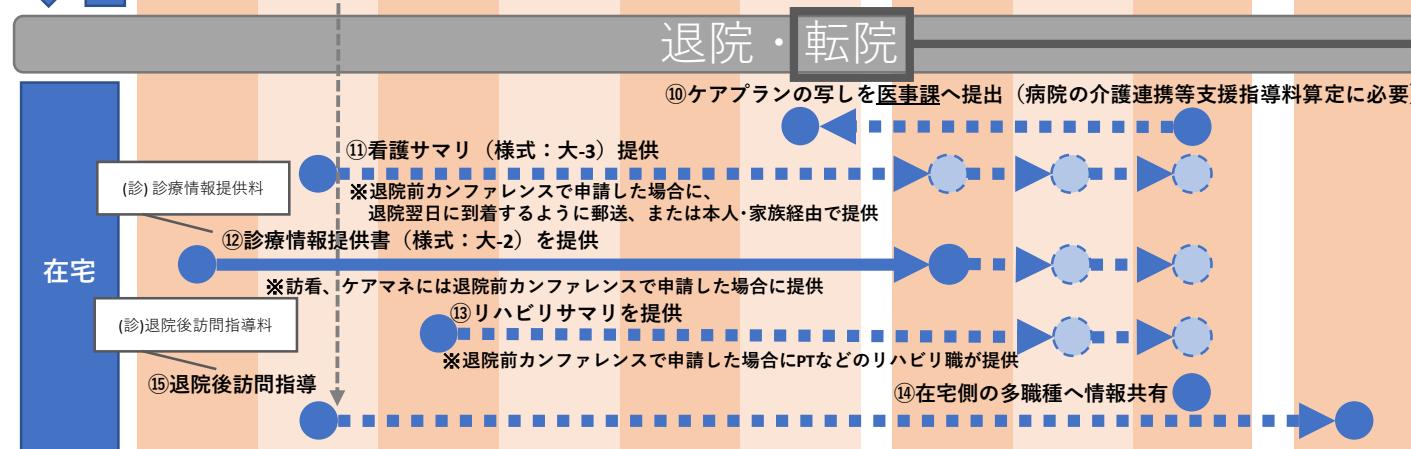
状況に応じて地域包括ケア病棟へ転棟

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棟することがあります。



- ⑥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、在宅、訪看、ケアマネジャーへ連絡されます。
- ⑦病棟看護師が病院側の参加者を調整、ケアマネジャーが**在宅側のサービス事業者（在宅医、訪看を除く、福祉用具などケアマネジャーが必要だと判断した介護事業者）**参加者を調整します。
- ⑧診療情報提供書（様式：大-2）、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。
「退院退所加算」を3回算定する場合、**病院から医師または看護師が1名以上、在宅側からは以下から3名以上の出席が必要**です。診療所（医師、看護師、准看護師）、歯科診療所（歯科医師、歯科衛生士）、薬局（薬剤師）、訪看（看護師、PT、OT、ST）。
- ⑨退院前カンファレンスの内容が記録された介護連携等支援指導記録が提供されます（地域包括ケア病床では提供されません）。

転院時に、病院からケアマネジャーへの連絡はないので、ケアマネジャーは患者（利用者）・家族から情報共有してもらいます。

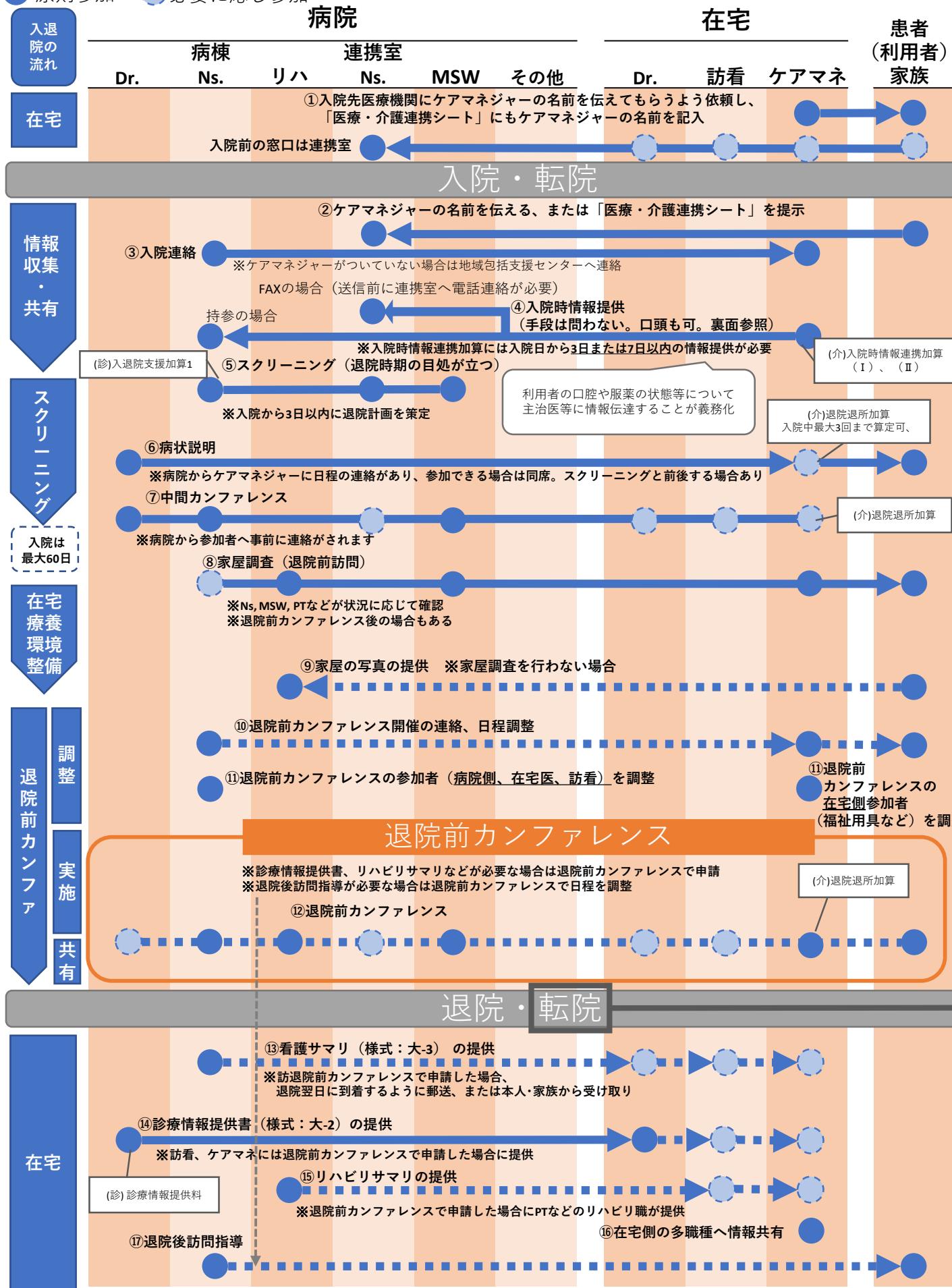


- ⑩ケアマネジャーはケアプランの写しを病院の医事課へ提出します。病院が介護連携支援指導料を算定するために必要な書類です。
- ⑪退院前カンファレンスで申請した場合、ケアマネジャー・訪問看護師へ看護サマリが提供されます。
- ⑭退院後に患者（利用者）が在宅サービスを利用する場合は、ケアマネジャーが中心となって、関係する事業所へ病院から提供を受けた情報（退院前カンファレンスの内容メモ、介護連携支援等指導記録やMSWとの面談などで得た情報、看護サマリの内容など）を共有します。
- ⑮必要に応じて退院後訪問指導を行います。必要場合は退院前カンファレンスで日程調整を行います。

入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

【地域包括ケア病棟】



情報共有には本人/家族の同意が必要です

病院の連携窓口：地域連携室
 TEL: 03-5387-3826 FAX: 03-5387-3326
 *FAXでの情報提供時は利用者氏名を黒塗り

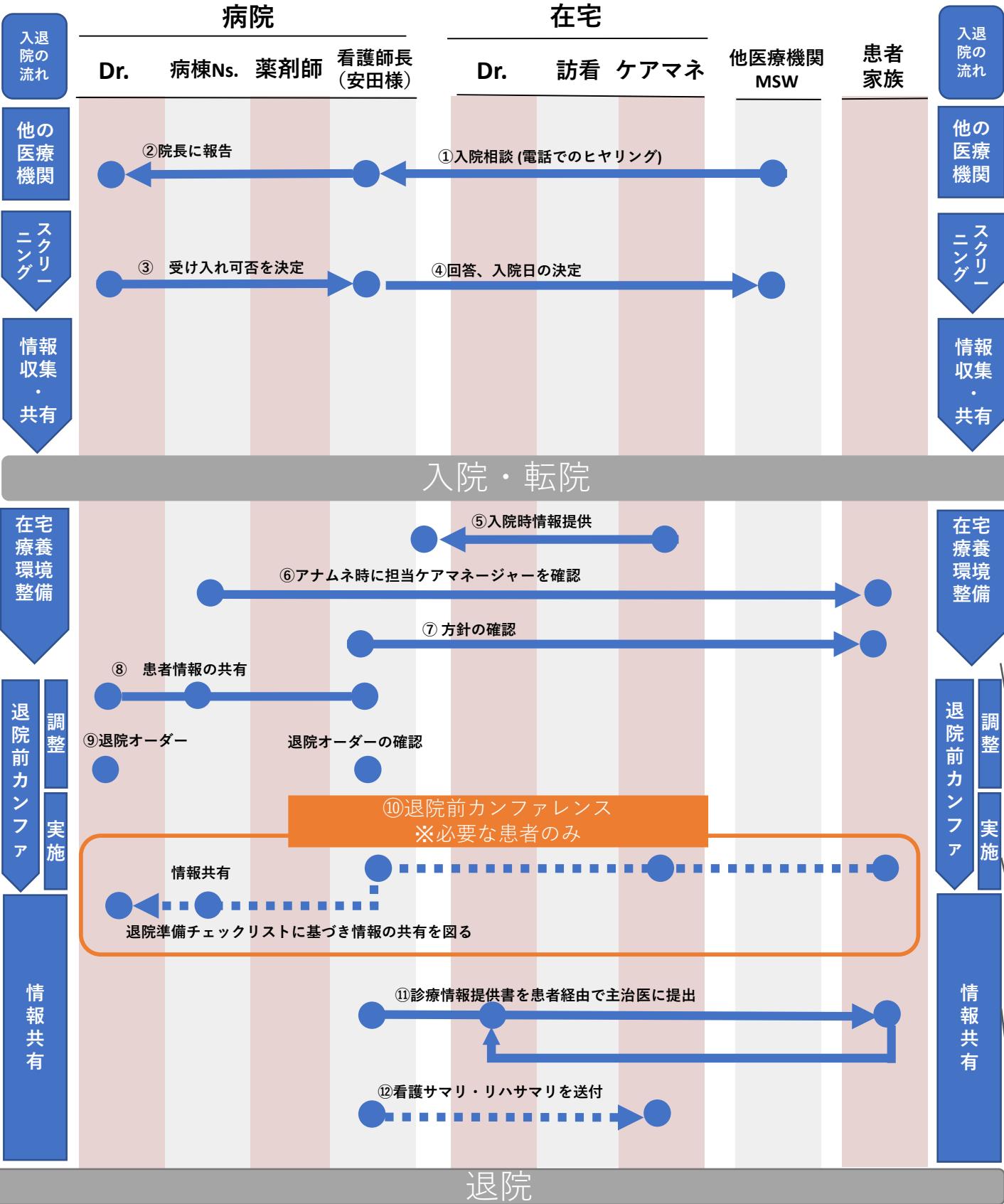
※病院ごとの特徴的な箇所は**太字**になっています

- 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。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。
- ③ 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
- ④ ケアマネジャーは、病院へ情報提供する場合、病棟看護師へ直接提供、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で提供します。
- ⑥ 病院からケアマネジャーに病状説明の日程の連絡がされます
- ⑦ 中間カンファレンスでは、リハビリの状況や病状など経過報告が行われます。この時期には退院日の予定が立てられるので、在宅でのサービス調整を行います。
- ⑧ 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
- ⑨ 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。
- ⑩ 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、在宅、訪看、ケアマネジャーへ連絡されます。
- ⑪ 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。
- ⑫ 診療情報提供書（様式：大-2）、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。「退院退所加算」を3回算定する場合、病院から医師または看護師が**1名以上**、在宅側からは**以下から3名以上の出席**が必要です。診療所（医師、看護師、准看護師）、歯科診療所（歯科医師、歯科衛生士）、薬局（薬剤師）、訪看（看護師、PT、OT、ST）。
- ⑫ 議事録は作成していないので、ケアマネジャーは必要に応じて在宅側のサービス提供者に情報共有するためのメモを作成します。
- 転院する場合は、退院前カンファレンスで病院からケアマネジャーに知らされます
- ⑬ 退院前カンファレンスで申請した場合、ケアマネジャー・訪問看護師へ看護サマリが提供されます。
- ⑯ 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、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の内容メモやMSWとの面談などで得た情報、看護サマリの内容など）を共有します。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。
- ⑰ 必要に応じて退院後訪問指導を行います。必要な場合は退院前カンファレンスで日程調整を行います。

入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
 月～金：看護師長(安田Ns)、土：病棟Ns
 TEL: 03-3997-1171 (代表) FAX: 03-3995-5718 (代表)



・透析患者さんの受け入れを積極的におこなっている
 (患者さんのうち3～4割は透析患者)

・各科対応疾患例
【内科】 ・尿路感染症、脱水等の内科的疾患の内科疾患
 ・内視鏡の短期入院対応可(0日～3日)
【リハビリ】 ・月から金まで在宅への復帰を目指したりハを実施
 ・令和元年9月より作業療法士在席
【整形外科】 ・圧迫骨折の術後または保存治療の患者さん

・看取りの患者さんの受け入れも可能
 ・レスパイト入院対応有(透析患者も可)・・・1回2週間に限る/透析場所は問わない

レスパイト入院依頼方法
 ▶担当ケアマネージャーまたは往診医から病院へ依頼→日程調整→決定
 ▶主治医と透析医それぞれの診療情報提供書が必要

- ①病院MSWから電話で入院相談のうえ、看護師長がヒヤリングをおこなう。その際、すでに診療情報提供書が作成済の場合は、FAXにてお送りいただく。
- ⑤入院時にケアマネージャーからのサマリーを受け取る。
- ⑥入院時情報提供がなかった場合は、アナムネ時に看護師から患者/家族に担当ケアマネージャーを確認し、必要に応じて看護師からケアマネージャーに連絡をとる。
- ⑦入院時、家族との面談をおこない、患者/家族の入院の方針の確認をおこなう
- ⑨退院調整は看護師長がおこなう。在宅復帰の場合はカンファレンスを開催する。
- ⑩退院前カンファレンスは、入院前と状態が大きく変わった患者等、必要な患者のみを対象に実施する。参加者は、看護師長、ケアマネージャー、患者家族、必要に応じて福祉用具業者。医師、看護師、リハ等は参加しない。福祉用具業者がカンファレンスに不在であった場合は、追ってケアマネージャーから業者に情報共有をおこなう。
- ⑫ケアマネージャーからの要望に基づき、看護サマリー・リハサマリーを送付する依頼がない場合は基本的に送付していない

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

練馬駅
リハビリテーション病院

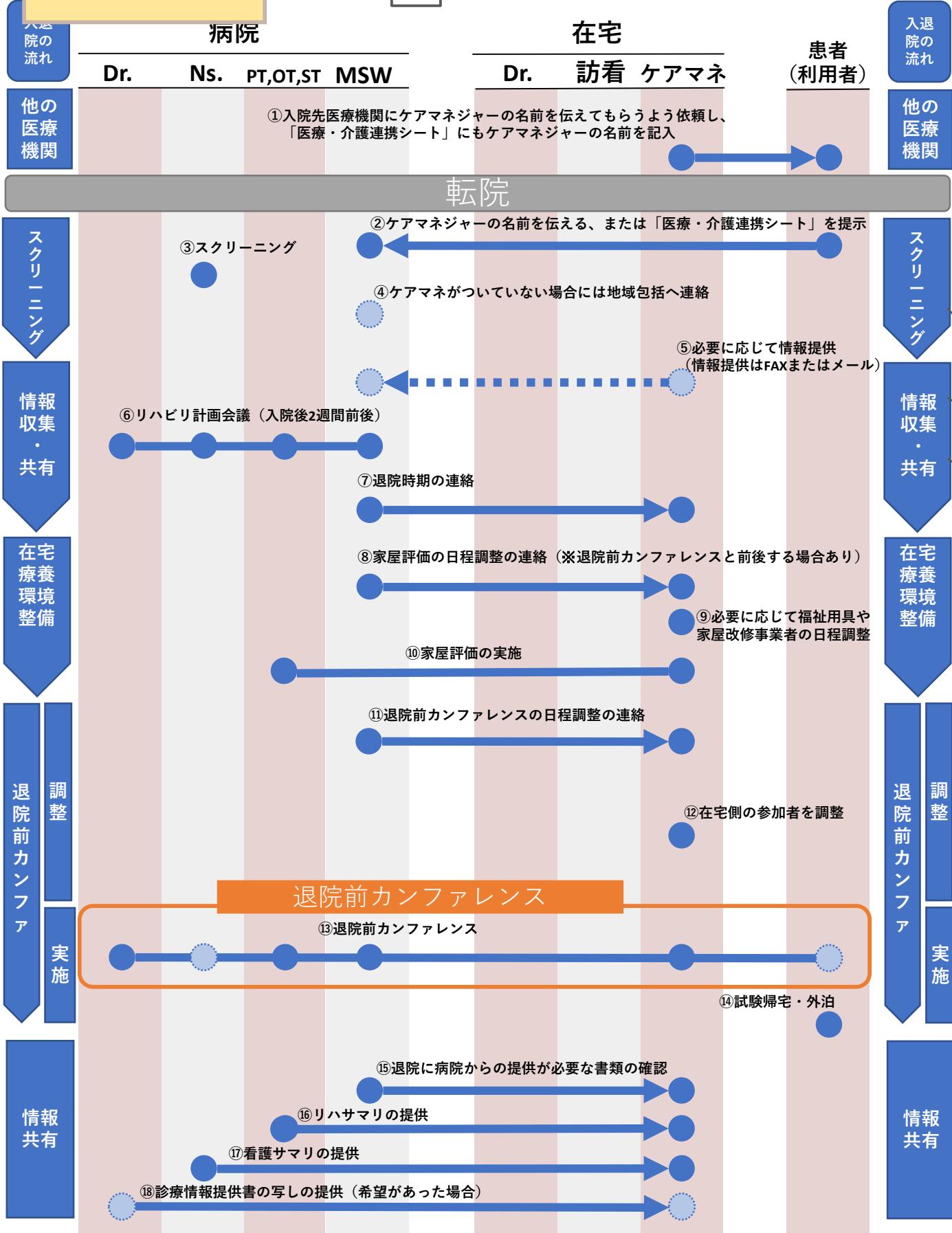
最終確認中

必要に応じて 主な介護・診療報酬加算

情報共有には
本人/家族の同意が必要です

病院との連絡は医療福祉相談室
を通じて行って下さい。

病院の連携窓口：医療福祉相談室
TEL: 03-3557-2611
FAX: 03-3557-2613
メール：nerimaeki-hsp@jiseikai.or.jp



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。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。

⑤特に必要がある場合は、ケアマネジャーから病院へFAXもしくはメールで情報提供を行って下さい。

⑦退院時期が決まったら、病院からケアマネジャーへ連絡があります。

⑧⑨家屋評価を行う場合は、病院からケアマネジャーへ連絡があります。その場合、ケアマネジャーが福祉用具の事業者などの日程調整を行います。

⑪⑫退院前カンファレンスが行われる場合は、病院からケアマネジャーに連絡があります。その場合は、ケアマネジャーが在宅側の参加者の日程調整を行います。

⑬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です。利用者の希望や状態によっては、利用者も参加します。また、退院前カンファレンス欠席時に病院から議事録などの提供はしていません。

⑮～⑱退院時に必要な書類を病院がケアマネジャーに確認をするので、その際に必要な書類を伝えます。基本的にはリハサマリ、看護サマリは病院から提供されますが、診療情報提供書が必要な場合は別途希望を出す必要があります。

退院

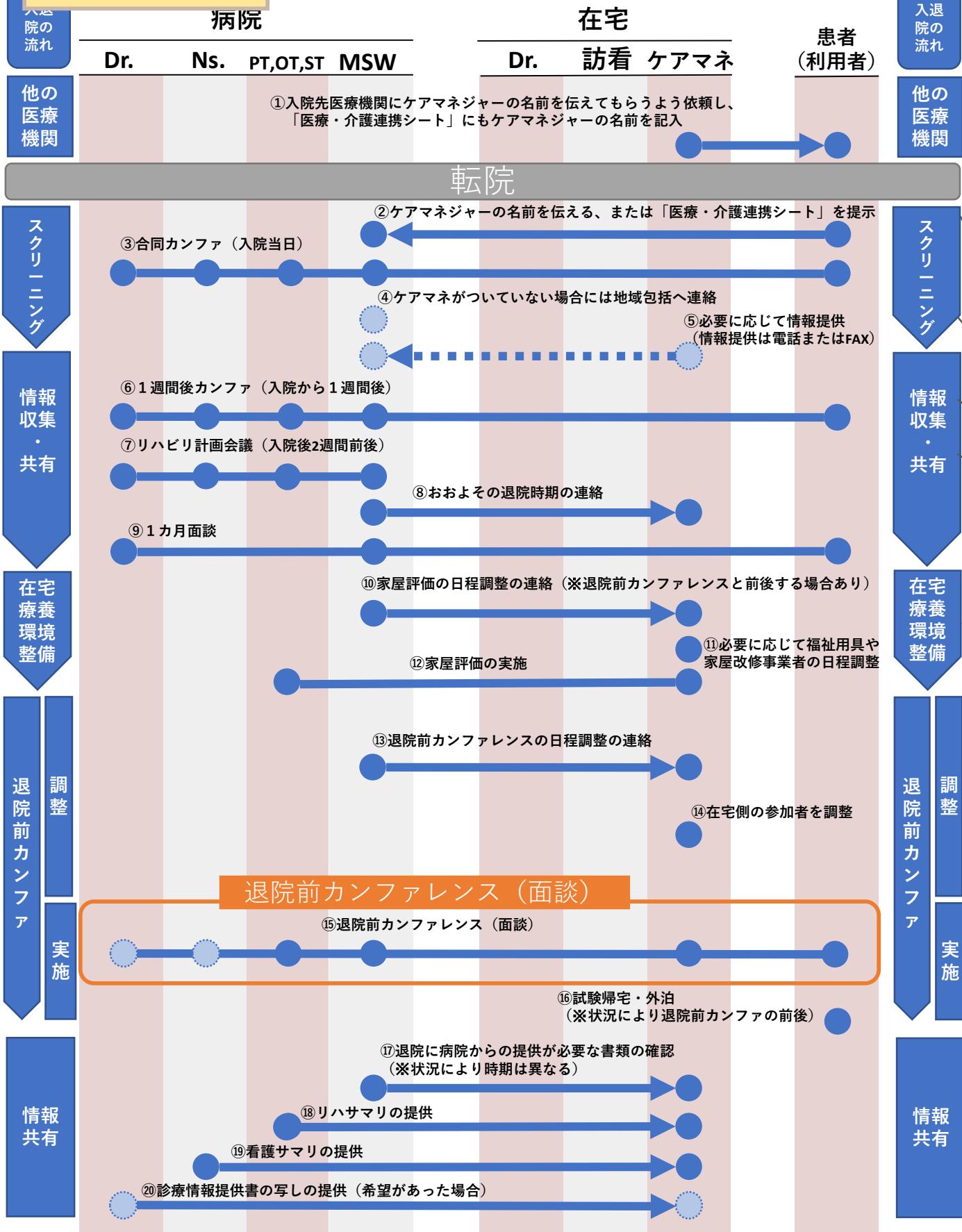
入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

ねりま健育会病院

病院の連携窓口：医療連携室
TEL: 03-5935-6102
FAX: 03-5935-6107

最終確認中

必要に応じて 主な介護・診療報酬加算



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

病院との連絡は医療連携室を
通じて行って下さい。

- 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。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。
- ③⑥ 入院当日に合同カンファが行われます。栄養士、歯科衛生士、ご家族も参加します。入院から1週間後に再度合同カンファが行われます。
- ⑤ 特に必要がある場合は、ケアマネジャーから病院へ電話もしくはFAXで情報提供を行って下さい。
- ⑧ 退院時期が決まったら、病院からケアマネジャーへ連絡があります。
- ⑨ 1カ月ごとに医師、MSW、患者、ご家族の面談が行われます。
- ⑩⑪ 家屋評価を行う場合は、病院からケアマネジャーへ連絡があります。退院の1.5カ月ごろに行われることが多いです。その場合、ケアマネジャーが福祉用具の事業者などの日程調整を行います。
- ⑬⑭ 退院前カンファレンスが行われる場合は、病院からケアマネジャーに連絡があります。その場合は、ケアマネジャーが在宅側の参加者の日程調整を行います。
- ⑮ 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です。また、退院前カンファレンス欠席時に病院から議事録などの提供はありません。
- ⑰～⑳ 必要な書類を病院がケアマネジャーに確認（状況により確認の時期は異なります）するので、その際に必要な書類を伝えます。基本的にリハサマリ、看護サマリは病院から提供されますが、診療情報提供書が必要な場合は別途希望を出す必要があります。

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

桜台病院

病院の連携窓口：医療連携室

TEL: 03-3993-7631（代表）

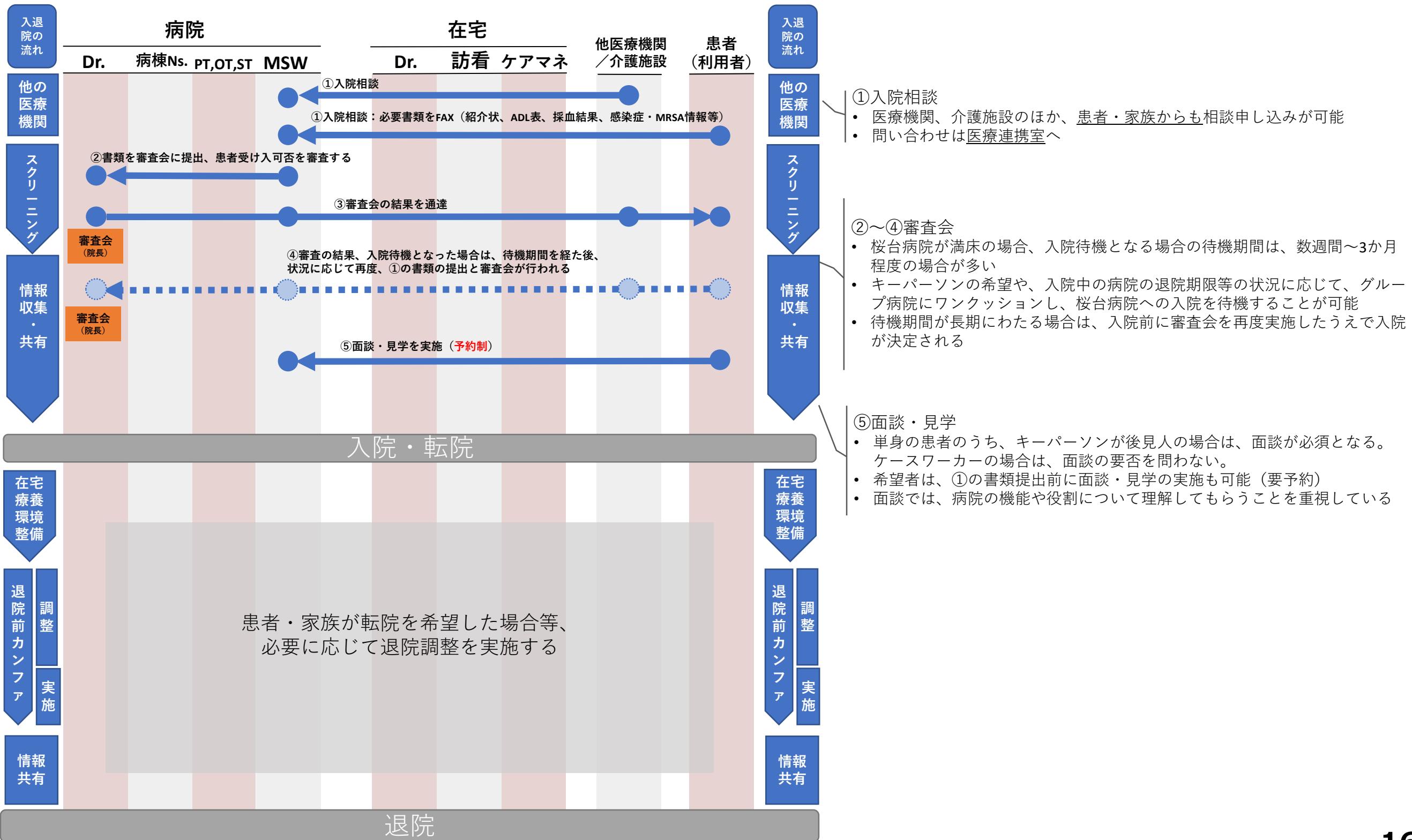
03-3557-7258（連携室直通）

FAX: 03-3992-3082（連携室直通）

●医療療養型病院として

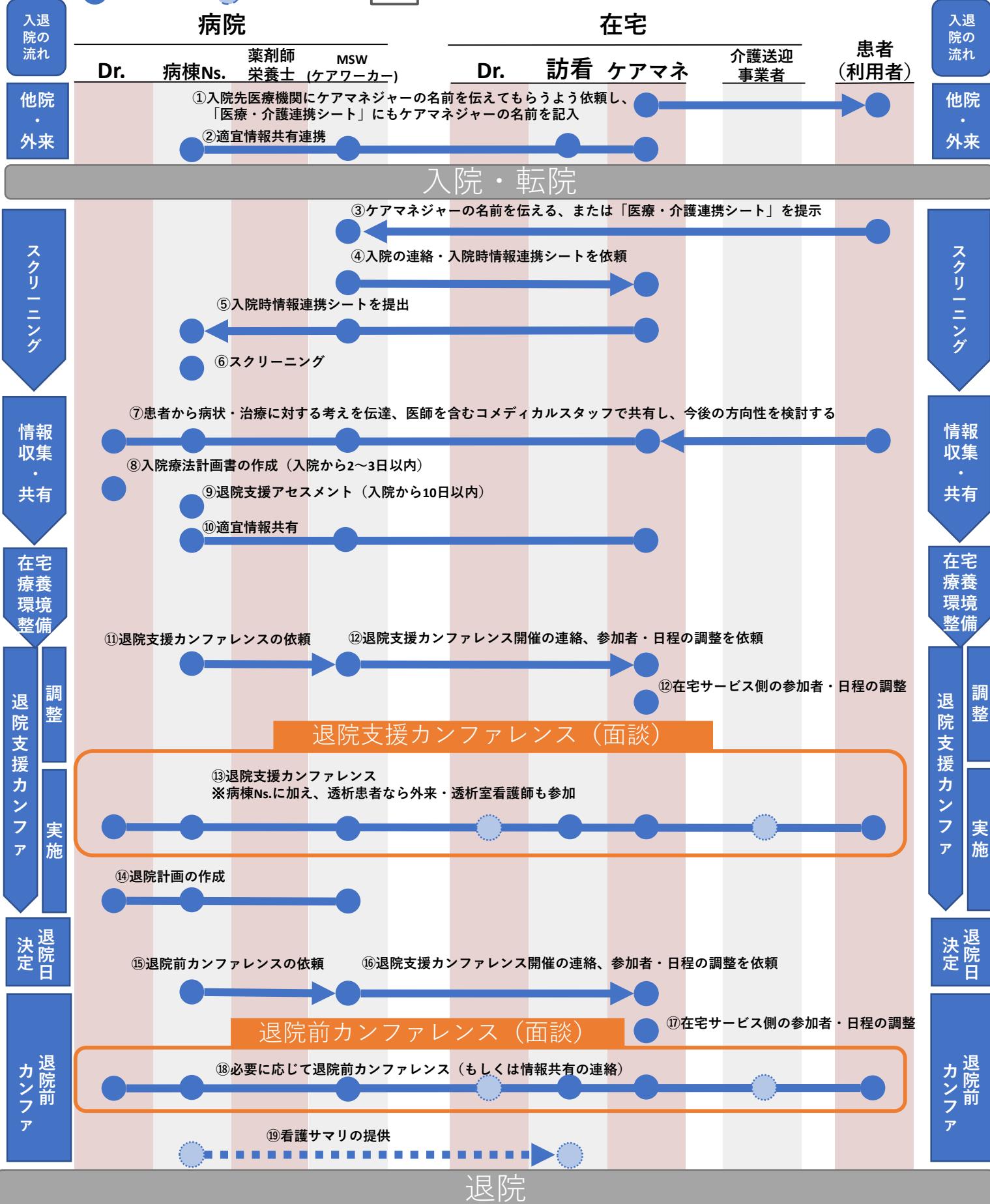
入院後は、自院での対応が可能な医療を提供しながら長期療養が可能(入院制限なし)であり、グループ病院を除く他医療機関への救急搬送は行わない。なお、専門的・積極的なりハビリは対応困難。

● 原則必須 ● 必要に応じて □ 主な介護・診療報酬加算



入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



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

病院の連携窓口：相談員
TEL: 03-3999-1131（代表）

- 透析医療（現在、透析治療を受けている方、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。
- リハ職は配置していませんが、必要に応じて自費でのリハビリサービスを受けることができます。

透析のセルフケア：
退院後、在宅での急変・シャントトラブル、栄養指導等の必要があれば、いつでもケアマネ・ヘルパー・訪看からの問合せに対応するバックアップ体制があります。

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。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。

②繰り返しの入院の場合には、普段から看護師、MSW、ケアマネジャーは情報共有をします。

⑥スクリーニングについて、状況に応じて以下のように対応します。
1. 保存機外来患者・透析患者の予定入院患者の場合：外来・透析室看護師が担当
2. 他施設からの緊急・予定転入の場合：病棟看護師が担当
3. 緊急入院の場合：入院の時間帯により外来・透析室・病棟看護師が担当

⑦病院スタッフで入院目的や入院期間、患者の意向を確認し、治療・療養に伴う退院ゴールを設定します。

⑨退院調整が必要かどうかをアセスメントします。退院調整が必要な場合は、退院支援カンファレンスを開催します。

病院としての家屋調査は実施していません（聞き取り調査のみ）。必要時はケアマネジャー、福祉用具事業者が訪問します。

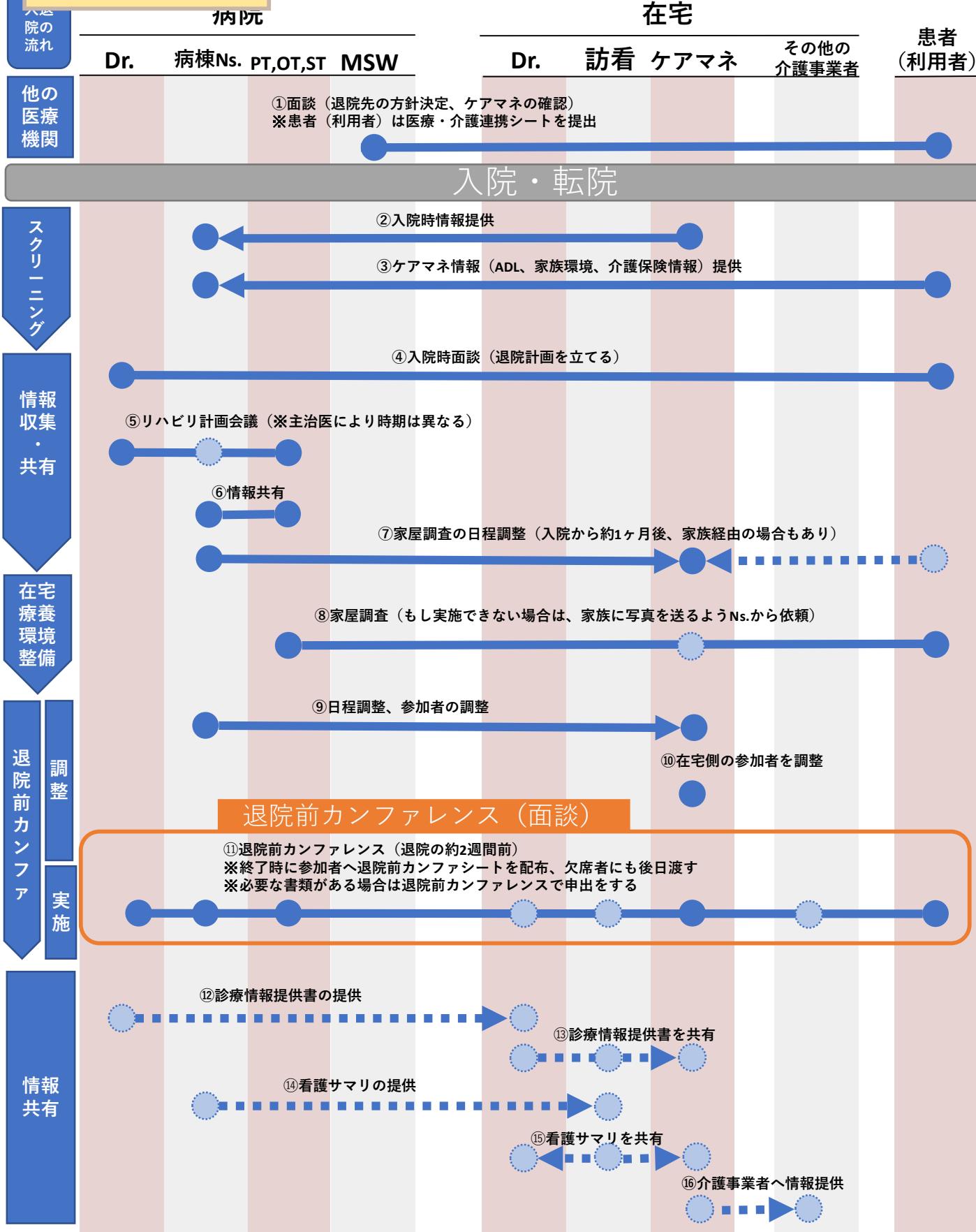
⑫ケアマネジャーがいない場合は、地域包括支援・福祉・高齢者相談へ依頼します。

⑬退院支援アセスメントの結果、退院調整が必要な患者のみ、退院支援カンファレンスを実施します（必要な患者は極めて少数）。原則としてケアマネジャーが参加できる日に開催されます。カンファレンスの記録は各自でメモを取り、在宅サービス側はケアマネジャーが情報を共有します

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

最終確認中

必要に応じて 主な介護・診療報酬加算



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

病院との連絡は医療連携室を
通じて行って下さい。

本ガイドラインは在宅復帰の
場合を対象としています。

病院の連携窓口：病棟Ns.
TEL: 03-3928-0071（代表）
FAX: 03-3928-0074

①入院前に、MSWと患者（利用者）で面談を行い、
退院先（施設、在宅復帰など）の方針の確認、担当ケアマネジャーの確認を行います

②ケアマネジャーから入院時情報提供をする場合は病棟の担当Nsへ提供をします
*担当Nsは病院へ問合せ確認をします

⑧患者（利用者）の自宅が遠方の場合などは、家族が家屋の写真を撮影し、病院へ送付
します

⑨⑩退院前カンファレンスの参加者、日程を、病棟Nsとケアマネジャーとで相談をして
決めます。在宅側の参加者の日程調整はケアマネジャーが行います。
必要があれば福祉用具、訪問介護も参加します。
日程は基本的に全員が参加できる日にちに設定されます。

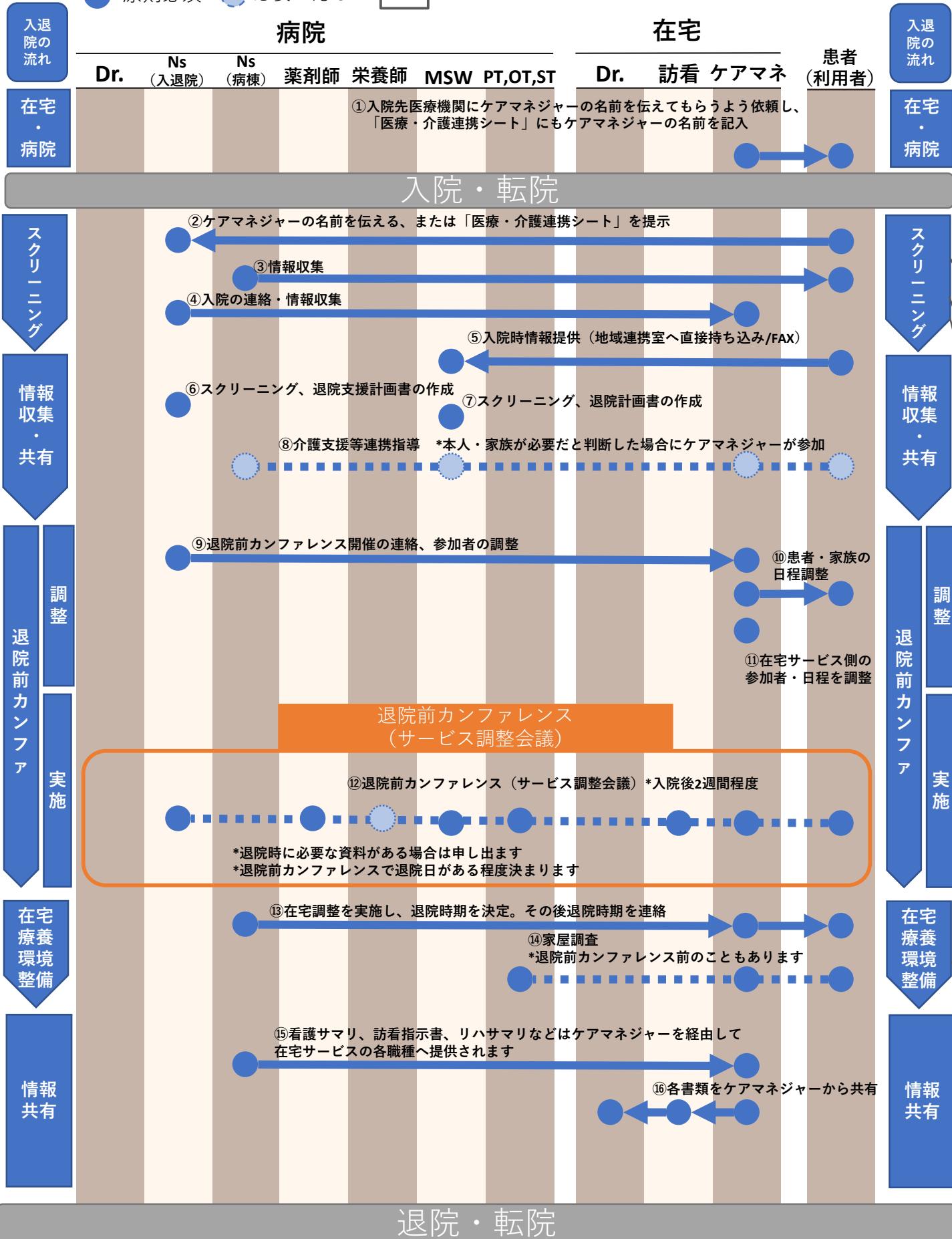
⑪参加者には退院前カンファシートが配布されます。万一欠席した場合についても、後
日提供されます。その他、何か必要な書類があれば退院前カンファレンスで提供を依頼
します。

⑫～⑯各職種は病院から提供された書類を多職種と共有します。
ケアマネジャーは、介護事業者へ提供する必要がある情報を集約し、共有します。

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

関町病院

● 原則必須 ● 必要に応じて □ 主な介護・診療報酬加算



情報共有には
本人/家族の同意が
必要です

病院の連携窓口：地域連携室
TEL：03-3920-0532 FAX：03-3920-0531
*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は看取りの対応も行っています。
- ACPについては状況に応じて実施しています。
- 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。

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。「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入します。

③入院時に、「入院時プロフィール用紙」を用いて病棟看護師が患者・家族から情報収集をします。

④入退院調整看護師からケアマネジャーに入院の連絡があります。それと同時に、キーパーソンの様子や退院先の希望を確認します。

⑤ケアマネジャーから病院へ入院時情報提供をします。地域連携室へ直接持ち込み、もしくはFAXで情報提供します。

⑨～⑪退院前カンファレンスが開催される場合は入退院調整看護師からケアマネジャー、患者・家族へ連絡がされます。入退院調整看護師は病院側の参加者、ケアマネジャーは在宅側の参加者を調整します。・退院前カンファレンスの記録は病院から提供されないの、参加者が各人で必要なことを記録します

⑫退院前カンファレンス
・最終的な方向性（退院先など）を決定します。
・必要に応じて管理栄養士が参加し指導を行います
・退院前カンファレンスの記録は病院から提供されないの、参加者が各人で必要なことを記録します

⑭家屋調査を行う場合は、退院前カンファレンスで日程を調整します

⑮⑯看護サマリ、訪問看護指示書、リハサマリなどの書類は一旦ケアマネジャーを経由して各職種へ提要されます。ケアマネジャーはサービス担当者会議などで各職種へ書類を渡します。

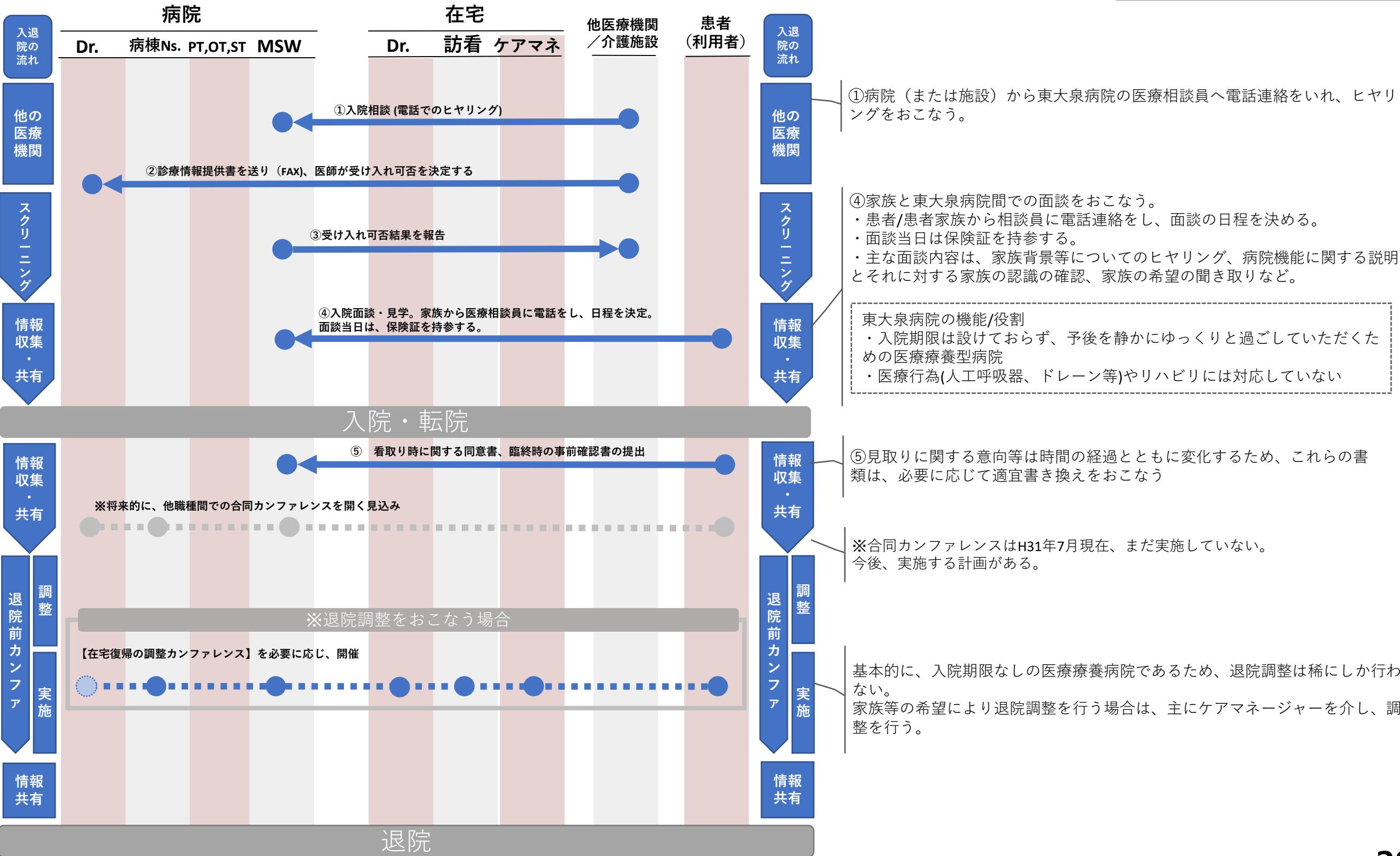
入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

東大泉病院

病院の連携窓口：医療相談員
 TEL: 03-3924-5820（代表）
 FAX: 03-3924-5822（代表）

● 原則必須 ● 必要に応じて □ 主な介護・診療報酬加算

●医療療養型病院として
 患者・家族からの終末期の医療方針等の希望には、審査会で相談のうえ、なるべく応えられるよう対応している。



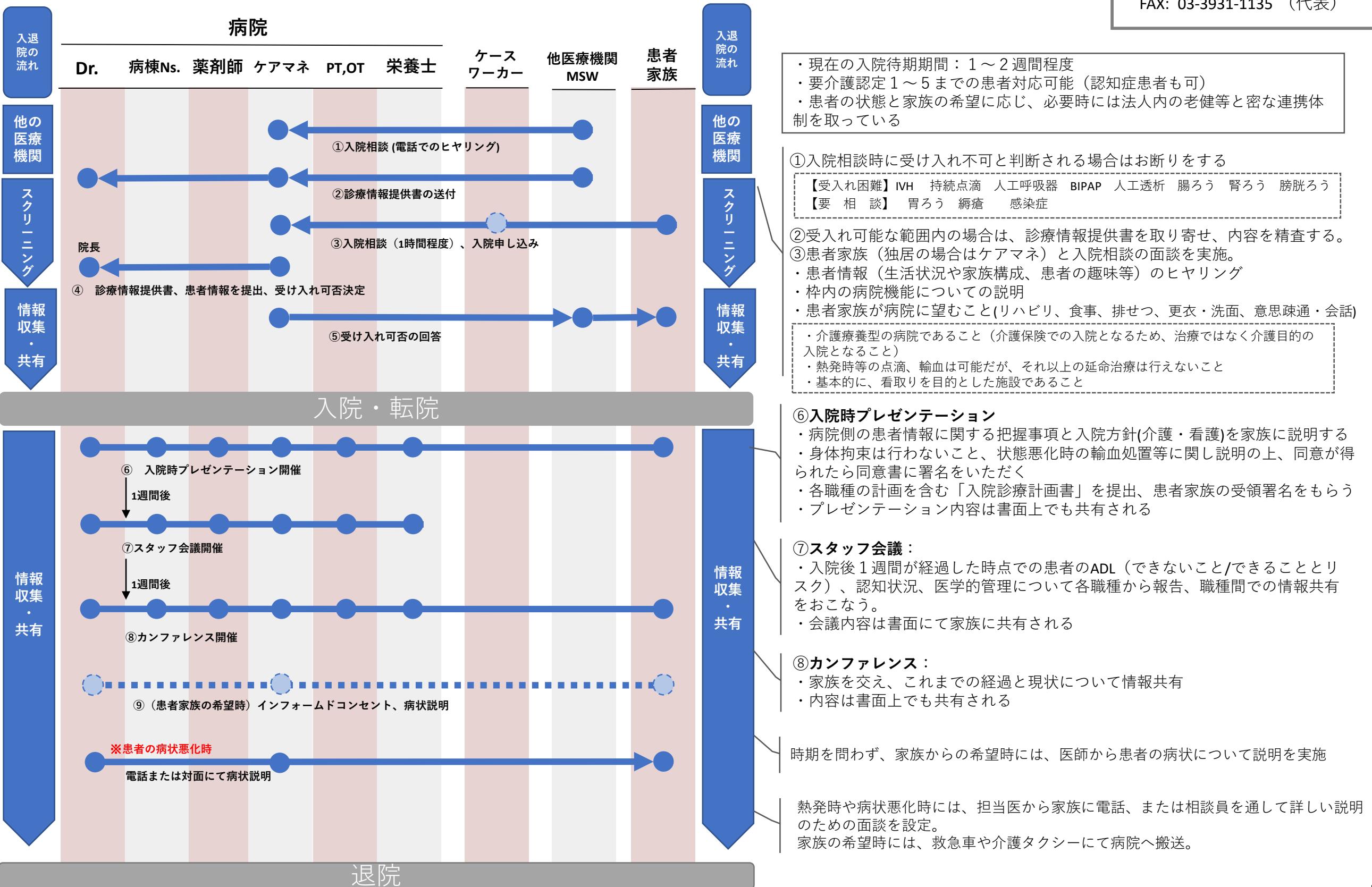
入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

東京聖徳病院

病院の連携窓口：相談室
TEL: 03-3931-1101（代表）
FAX: 03-3931-1135（代表）

最終確認中

必要に応じて 主な介護・診療報酬加算

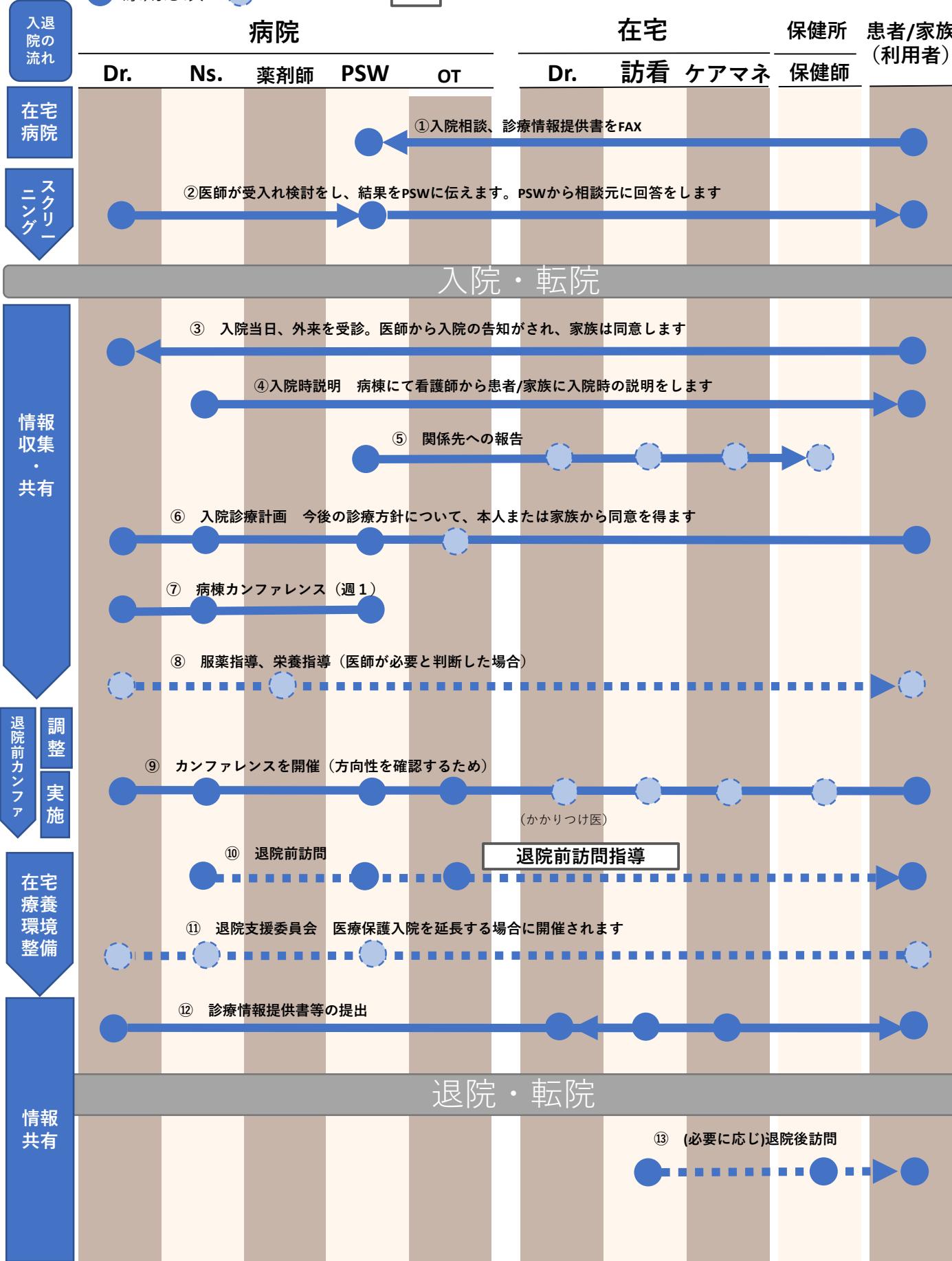


入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

慈雲堂病院
【救急病棟】

病院の連携窓口：医療相談室
TEL :03-3928-6511
FAX :03-3928-6517

● 原則必須 ● 必要に応じて □ 主な介護・診療報酬加算



医療保護入院時には、家族等の同意が必須です。
<同意者>
三親等以内の親族または後見人/保佐人

①医療相談室の相談員宛に電話で相談をします。その際、「入院希望」の旨を伝えます。かかりつけ医がある場合には、診療情報提供書を用意し、FAXします。家族、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。その際、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が伺います。

②医療保護入院が決定されるには医師による告知と同意者による同意が必須です。

③ケアマネジャーや地域活動支援センター、作業所など、連絡を要する関連施設の情報を伺います。

⑤必要に応じ、事前に聞いた施設へ、PSWから患者の入院報告をします。

⑦スタッフ間での情報共有
病棟での朝の申し送りにも担当PSWが参加し、情報共有をおこないます。

⑨必要に応じ、カンファレンスを開催します。
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。
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。

⑩ 看護師、PSW、OTのうち1～2職種が伺います。
独居の方を中心に、必要と判断された場合に実施されます。
おもに、住居環境の確認、清掃、ライフラインの整備等が行われます。
必要に応じて、病院と保健師が連携して、住宅環境の整備(グループホームやヘルパー)を行います

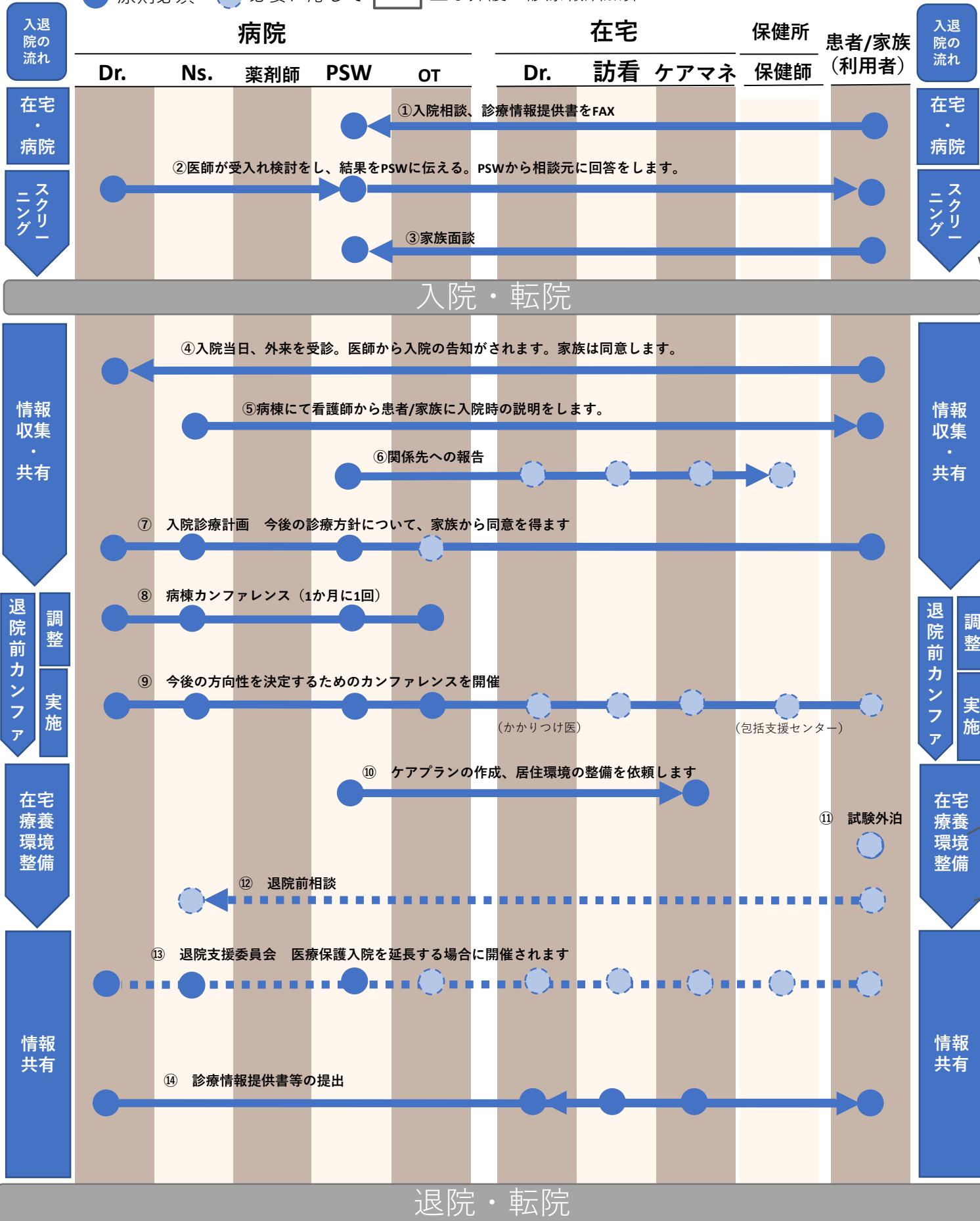
⑬事前に家族に聴取した配布先宛に、診療情報提供書、看護サマリ、本人あてに退院療養計画書等の書類が作成されます。
書類は患者/家族に渡され、患者/家族から各関係先へ提出します。
家族からの提出が難しい場合はPSWから郵送されます。

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

慈雲堂病院
【認知症病棟】

病院の連携窓口：医療相談室
TEL :03-3928-6511
FAX :03-3928-6517

● 原則必須 ● 必要に応じて □ 主な介護・診療報酬加算



医療保護入院時には、家族等の同意が必須です。
＜同意者＞
三親等以内の親族または後見人/保佐人

①医療相談室の相談員宛に電話で相談をします。その際、「入院希望」の旨を伝えます。かかりつけ医がある場合には、診療情報提供書を用意し、FAXします。家族、包括、訪問、ケアマネジャー、かかりつけ医、福祉事務所等からの相談が可能です。電話にて、症状や病歴、内科疾患の状況、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が伺います。

③家族が病院に来院し、病棟見学と、費用等入院に関する説明を受けます。家族が同意すれば、入院が確定します。医療保護入院が決定されるには医師による告知と同意者による同意が必須です。

③④ ケアマネジャーや地域活動支援センター、作業所など、連絡をした方がよい関連施設の情報を伺います。

⑥必要に応じて、事前に聞いた外部の関係先へ、PSWから患者の入院報告をします。

⑧スタッフ間での情報共有。病棟での朝の申し送りにも担当PSWが参加し、情報共有をおこないます。

⑨方向性が決定したら、その旨を各関係先へ報告します。通常、家族から報告しますが、家族が報告できない場合は、PSWから各所へ転院先と転院日が決定次第報告されます。

⑩自宅に戻る場合は、居住環境の確認、整備をケアマネジャーに依頼します。必要に応じて、病院と保健師が連携して、住宅環境の整備(グループホームやヘルパー)を行います。

⑫ケアマネジャーが希望した際、退院前相談の場が設けられます。

⑭事前に家族に聴取した宛先に、診療情報提供書、看護サマリ、退院療養計画書等の書類が作成されます。書類は家族に渡され、家族から各関係先へ提出します。家族からの提出が難しい場合は、病院から各所に提出されます。

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

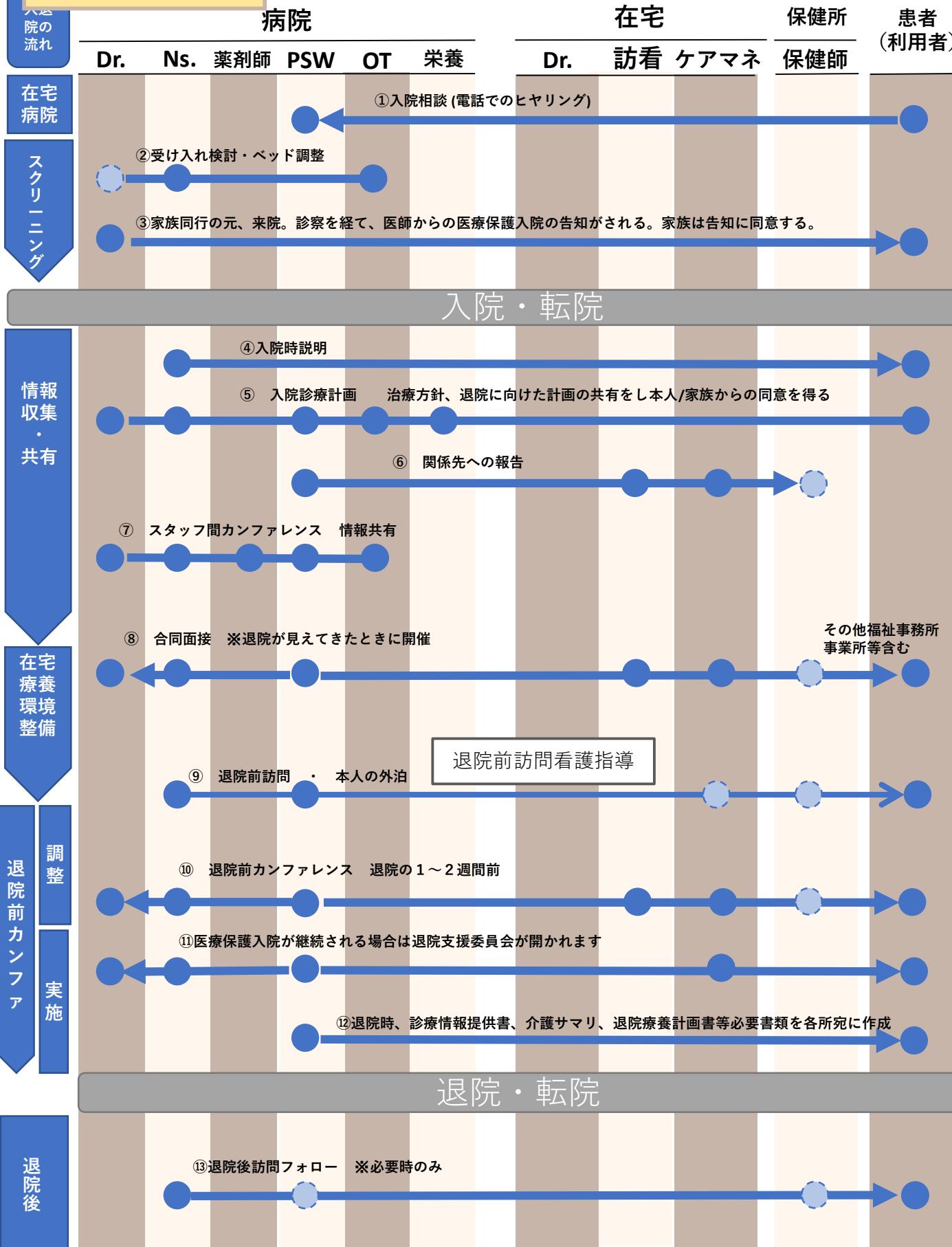
陽和病院
【救急病棟】

病院の連携窓口：入院相談窓口

TEL: 03-3923-0325
FAX: 03-3923-0338
(相談時間:月～土 9:00～17:00)

最終確認中

必要に応じて 主な介護・診療報酬加算



医療保護入院時には、家族等の同意が必須です。
<同意者>
三親等以内の親族または後见人/保佐人

- ①精神科または内科のかかりつけ医がいる場合は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)に電話をします。かかりつけがない場合は、直接電話相談をします
- ② 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の回答をします。受け入れ不可の場合は、他病院の情報提供等をおこないます。
- ③医療保護入院が決定されるには医師による告知と同意者による同意が必須です。

- ⑥病院側で把握している各関係先へ入院の連絡をします。関係先は入院時に家族からのヒヤリングを元に判断します。連絡を受けたケアマネジャーは関連する居宅サービス事業所に報告します。
- ⑦スタッフ間カンファレンスは、入院後3週目と7～8週目の2度実施します。患者の経過や退院の目途等について話し合われます。

- ⑧退院に向けたステップの確認が行われます。各関係先へPSWから連絡がいきます。ケアマネジャーは、関連する在宅サービス事業者へ情報共有をします。
- ⑨必要に応じ、退院に向けた事前調整として、本人の外泊や退院前訪問がおこなわれます。住居環境の確認と整備がおこなわれます。退院前訪問看護指導は最大3回、通常1～2回おこなわれます。

- ⑪3か月を超えて医療保護入院を継続する場合は、退院支援委員会が開催されます
- ⑫通院先宛に診療情報提供書、訪看・ケアマネジャー宛に退院療養計画書、看護サマリが患者に渡されます。必要に応じ、病院から各所へ直接郵送がされます

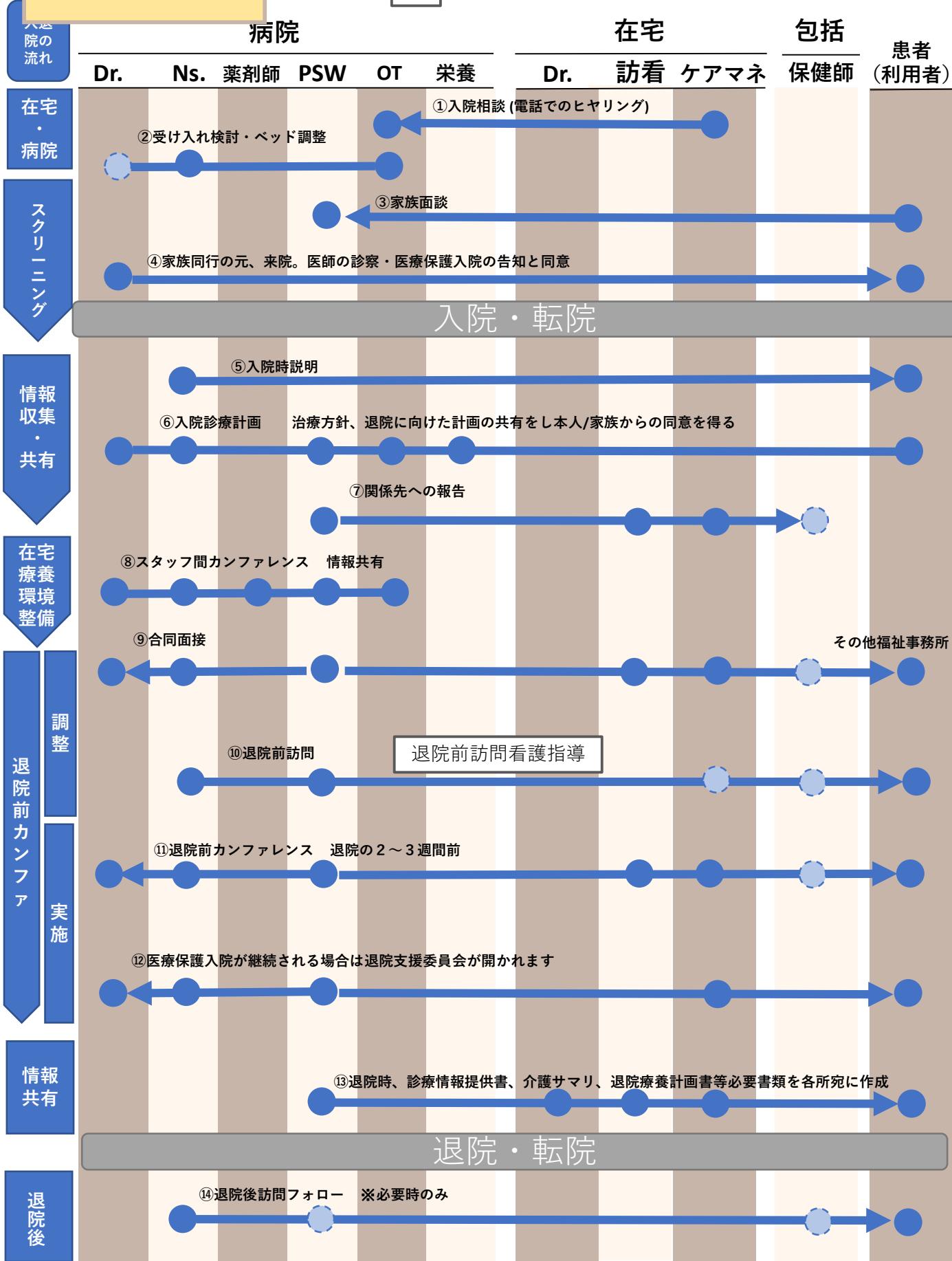
- ⑬退院後、必要に応じ3か月間の訪問フォローが実施されます。地域支援室の看護師(必要時には保健師も)が患者宅を訪問します。

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

陽和病院
【高齢者・認知症病棟】

最終確認中

必要に応じて 主な介護・診療報酬加算



- 入退院の流れ**
- 在宅・病院**
- スクリーニング**
- ①地域包括支援センター・ケアマネジャー・在宅訪問医等から相談室へ直接入院相談窓口(相談室)に電話をし、診療情報提供書を送付します
 - ②病院側で受け入れ判断をします ※緊急時は即来院いただく場合があります
 - ③家族相談を行います。認知症病棟の病棟見学や入院費用等の説明を受けます。
 - ④医療保護入院が決定されるには医師による告知と同意者による同意が必須です。
- 情報収集・共有**
- ⑤必要に応じ、ケアマネジャーまたは包括支援センターへ、介護保険の申請や区分変更の申請が依頼されます
 - ⑦病院側で把握している各関係先へ入院の連絡をします。関係先は入院時に家族からのヒヤリングを元に判断します。連絡を受けたケアマネジャーは関連する居宅サービス事業所に報告します。
- 在宅療養環境整備**
- ⑧スタッフ間カンファレンスが必要に応じて開催されます。情報共有はこまめにおこないます。
 - ⑨合同面接が、入院後2週目と4週目を目安として2度実施されます
- 調整**
- ⑩必要に応じ、退院に向けた事前調整として、本人の外泊や退院前訪問を行います。（住居環境の確認、整備等）退院前訪問看護指導は最大3回、通常1～2回おこなわれます。
- 実施**
- ⑪PSWから連絡をうけたケアマネジャーは、関係する各介護サービス事業者に連絡をし招集します。
 - ⑫3か月を超えて医療保護入院を継続する場合は、退院支援委員会が開催されます
- 情報共有**
- ⑬通院先宛の診療情報提供書、訪問・ケアマネジャーへの退院療養計画書、看護サマリが患者に渡されます。ケアマネジャーは関連する在宅サービス事業所に書類の共有をおこないます。必要に応じて、病院から各所へ直接郵送がされます。
- 退院後**
- ⑭退院後、必要に応じ3か月間の訪問フォローが実施されます 地域支援室の看護師(必要時には保健師も)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>
三親等以内の親族または後見人/保佐人

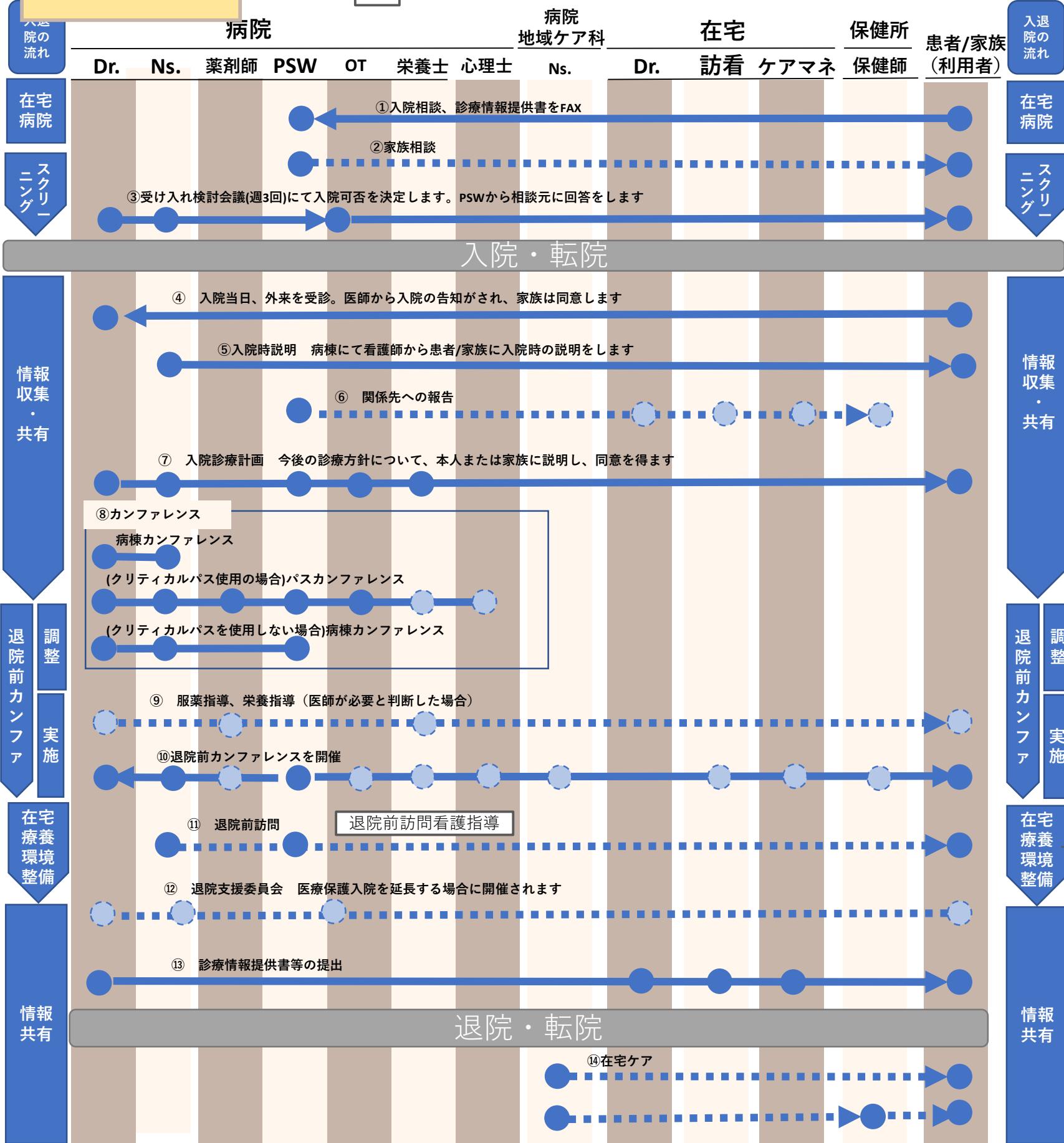
病院の連携窓口：入院相談窓口
TEL: 03-3923-0325
FAX: 03-3923-0338
(相談時間:月～土 9:00～17:00)

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）

大泉病院

最終確認中

必要に応じて 主な介護・診療報酬加算



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。

病院の連携窓口：医療相談科
TEL :03-3924-2111
FAX :03-3924-3389

①医療相談科の相談員宛に電話で相談をします。その際、「入院希望」の旨を伝えます。かかりつけ医がある場合には、診療情報提供書を用意し、FAXします。
家族、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。
その際、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。
※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可能な方に限ります。

②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実施します。（自費）医療保護入院が決定されるには医師による告知と同意者による同意が必須です。

⑥必要に応じ、事前に聞いた施設へ、PSWから患者の入院報告をします。

⑧入院から1週間後に病棟カンファレンスを開催します。その後、クリティカルパスを使用する場合は、パスカンファレンスを、使用しない場合には病棟カンファレンスをそれぞれ週に1度開催します。

⑩カンファレンスには、左記のほか、通所施設やケースワーカーなど個人に応じた外部機関が参加します。

⑪退院前訪問は、必要と判断された場合に実施されます。おもに、住居環境の確認・整備や清掃が行われます。

⑬必要先へ診療情報提供書、看護サマリ、退院療養計画書等の書類が作成されます。書類は患者/家族に渡され、患者/家族から各関係先へ提出します。家族からの提出が難しい場合は、ケースワーカー等の代理人に渡されます。

⑭引き続き外来で通院する患者に対し、必要に応じて地域ケア科のNs.やOTによる在宅ケアが行われます。また、保健師と連携した在宅ケアが実施される場合もあります。

付録

入退院連携シート

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

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名： 事業所名：
 ご担当者名： 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	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()			
	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(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"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1			<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"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度			<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"/> 国 <input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> な <input type="checkbox"/> あり(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"/> 単身 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 子と同居 ()			
主介護者氏名	(続柄・身元)			
キーパーソン	(続柄・身元)			
後見人	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参照			
ACPIについて	<input type="checkbox"/> 話し合ったことがある 最終確認() 介護チーム <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 話し合ったことはない 今後医療・介護について相談の相手() 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、処方を守られていない <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)	診療方法・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		なし	軽度	中度	重度					
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助					
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	()回/日 (朝 時頃 ・昼 時頃 ・夜 時頃)			食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー			UDF等の食形態区分					
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	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	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	オムツ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時				
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不十分	()	睡眠薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	_____合(5)日あたり							
コミュニケーション能力	視力	問題あり	やや問題あり	困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> あり ()				
	聴力	問題あり	やや問題あり	困難	聴覚器	<input type="checkbox"/> あり ()				
	言語	問題あり	やや問題あり	困難	言語障害	項目: _____				
	意思疎通	なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 転倒 <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 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 () <input type="checkbox"/> 高血圧 () <input type="checkbox"/> 脂質異常症 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: _____ 期間 _____日 ~ H _____年 _____日)								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い () <input type="checkbox"/> 頻度は低い () _____までにもある <input type="checkbox"/> 今回初めて								
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"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール _____コントロール _____ <input type="checkbox"/> 自己注射 () _____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 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と同じ <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

入退院連携シート記入の
注意点
(情報提供完成後作成)

掲載病院の連携窓口一覧

裏表紙

病院名	連携窓口	TEL	FAX
練馬総合病院	地域連携室	03-5988-2309	03-5988-2309
練馬光が丘病院	地域連携相談センター	03-3979-3611	03-3979-3860
順天堂大学医学部 附属練馬病院	地域医療連携室	03-5923-3911	03-5923-3226
浩生会スズキ病院	医療連携室	03-3557-2001	03-3557-4001
大泉生協病院	地域連携室	03-5387-3826	03-5387-3326
高松病院	月～金：看護師長 土：病棟Ns	03-3997-1171	03-3995-5718
練馬駅リハビリ テーション病院	医療福祉相談室	03-3557-2611	03-3557-2613
ねりま健育会病院	医療連携室	03-5935-6102	03-5935-6107
桜台病院	医療連携室	03-3557-7258	03-3992-3082
東海病院	相談員	03-3999-1131	-
島村記念病院	病棟Ns.	03-3928-0071	03-3928-0074
関町病院	地域連携室	03-3920-0532	03-3920-0531
東大泉病院	医療相談員	03-3924-5820	03-3924-5822
東京聖徳病院	相談室	03-3931-1101	03-3931-1135
陽和病院	入院相談窓口	03-3923-0325	03-3923-0338
慈雲堂病院	医療相談室	03-3928-6511	03-3928-6517
大泉病院	医療相談科	03-3924-2111	03-3924-3389

発行 ■ 練馬区地域医療担当部地域医療課
 〒176-8501 練馬区豊玉北 6-12-1
 ☎ 5984-4673 FAX03-5984-1211
 令和2年 ●月●日発刊