練馬区入退院連携ガイドライン

練馬区

令和２年（2020年）９月

入退院連携ガイドラインについて

医療技術の進歩により入院治療に要する時間が短くなり、早期退院が可能となってきました。
在宅での療養を必要とする方が病院を退院した後、在宅へスムーズに移行するためには、医療・介護従事者が入院時から情報を共有し、退院に向けた支援を協働で行っていくことが重要となります。
本ガイドラインでは、区内17病院それぞれの医療・介護従事者間の連携窓口や、患者・利用者が入院してから退院するまでの流れを図式化し、「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まとめています。
誰もが退院後も住み慣れた自宅で安心して療養できる環境の実現に向けて、医療・介護従事者の方々が本ガイドラインを積極的に活用していただくことにより、区内における医療・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

1. 入退院連携ガイドラインの読み方（P2）

2. 入退院連携にかかる主な診療報酬・介護報酬加算（P3～4）

3. 入退院連携ガイドライン概要版（P5～12）

4. 入退院連携ガイドライン（病院別）

練馬総合病院（P13～14）
練馬光が丘病院（P15～16）
順天堂大学医学部附属練馬病院（P17～18）
田中脳神経外科病院（P19～20）
浩生会スズキ病院【一般病棟】／【地域包括ケア病棟】（P21～24）
大泉生協病院【急性期病棟】／【地域包括ケア病棟】（P25～28）
練馬駅リハビリテーション病院（P29～30）
ねりま健育会病院（P31～32）
桜台病院（P33～34）
東海病院（P35～36）
島村記念病院（P37～38）
関町病院（P39～40）
東大泉病院（P41～42）
練馬さくら病院（旧東京聖徳病院）（P43～44）
慈雲堂病院【救急病棟】／【認知症病棟】（P45～48）
陽和病院【救急病棟】／【認知症等急性期病棟】（P49～52）
大泉病院【精神科救急病棟】（P53～54）

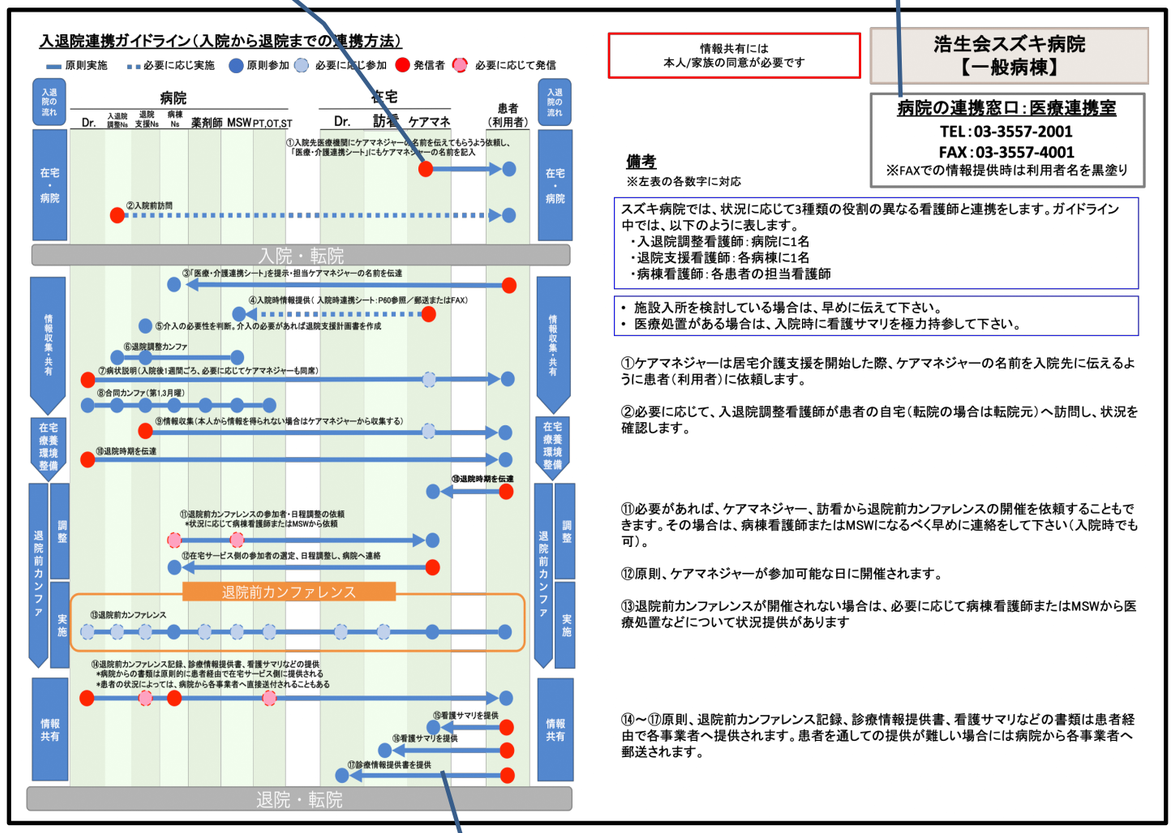
【付録】入院時連携シート／医療・介護連携シート（P55～61）

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するかを図式化しています。
ページの右側では、左ページの補足事項等を記載しています。

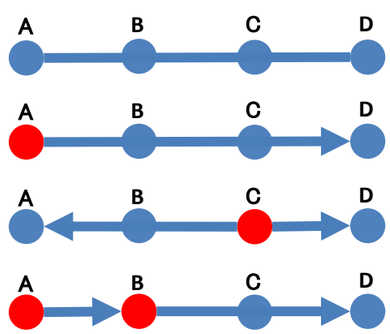
アクションの実行者、情報の発信者について、担当者を赤、状況に応じて担当する人をピンクの丸で示しています。

各病院の連携窓口と連絡先を記載しています。



誰から誰に連絡、依頼するかを矢印で表しています。実線は「原則必須」、点線は「必要に応じて」実施されることを示しています。

連携体制の見方（例）



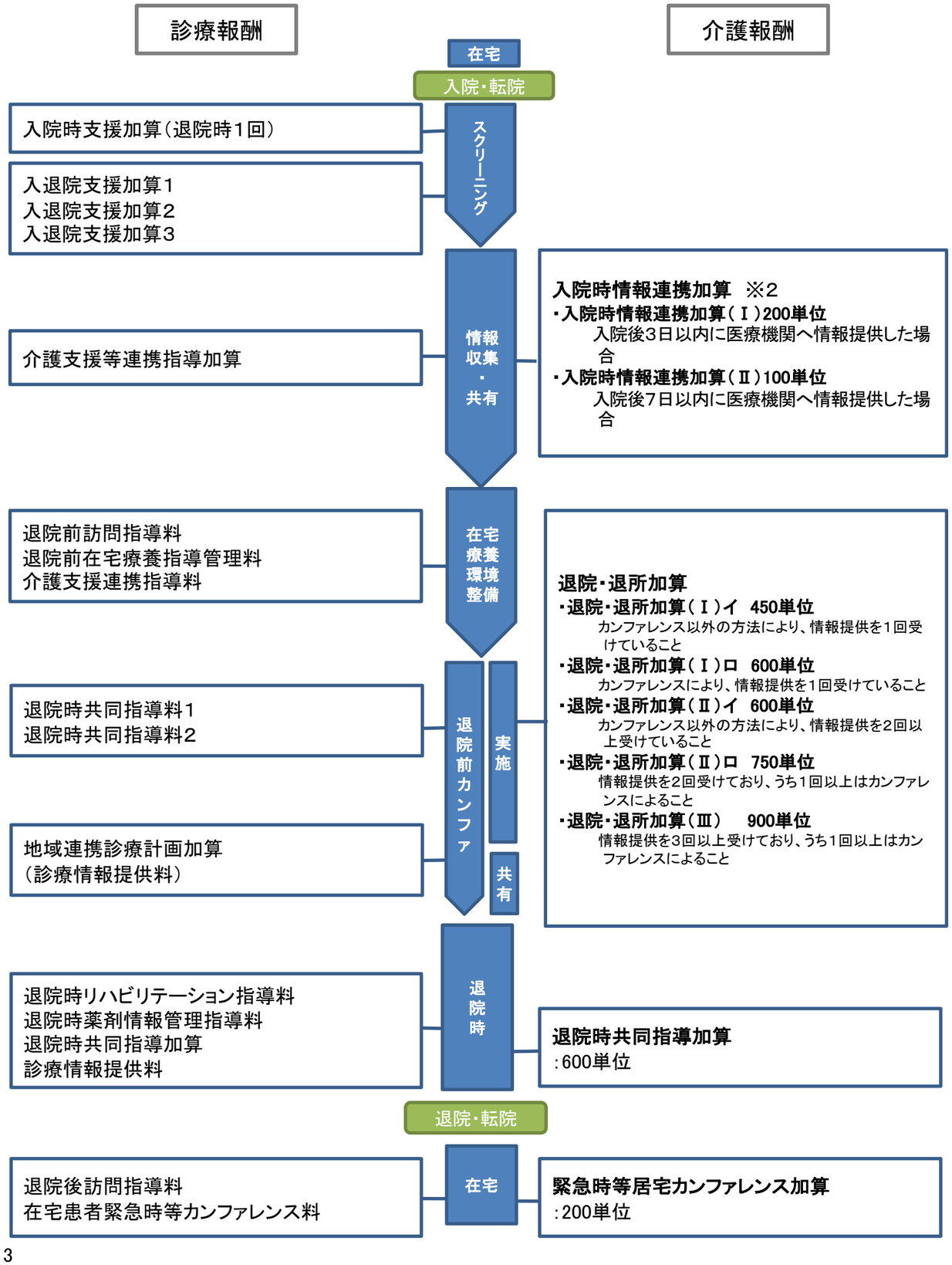
A、B、C、Dで情報共有

AからB、C、Dに情報提供、依頼、報告

CからA、B、Dに情報提供、依頼、報告

AからBに情報提供、依頼、報告
BからC、Dに情報提供、依頼、報告

入退院連携にかかる主な診療報酬・介護報酬加算



主な介護報酬の算定条件

入院時情報連携加算（居宅介護支援）

利用者（患者）が医療機関に入院するに当たって、医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報（※1）を、利用者が入院してから3日以内または7日以内に情報提供した場合、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数が加算されます。

※1　提供すべき利用者（患者）情報
•心身の状況（例：疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無）
•生活環境（例：家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況）
•サービスの利用状況
※2　入院時情報連携加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の同時算定は不可です。

退院・退所加算（居宅介護支援）

病院、診療所に入院していた者または介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等）に入所していた者が、退院または退所し、居宅サービス等を利用する場合、利用者の退院または退所に当たって、医療機関や介護保険施設の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、ケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する整備を行った場合に、情報提供の回数やカンファレンスの回数に従って、入院または入所期間中につき1回を限度として指定単位数が加算されます。ただし、初回加算を算定する場合は、算定不可です。

【1】医療機関とのカンファレンスは、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一以下診療報酬点数表の「退院時共同指導料2」の注3の要件を満たすものです。
〈病院側〉
　1　医師または看護師等から1名
〈在宅側〉
　以下のうち3名以上
　1　在宅療養を担う医師または看護師等
　2　歯科医師または歯科衛生士
　3　薬剤師
　4　訪問看護ステーションの看護師等（准看護師除く）、
　　理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
　5　介護支援専門員、相談支援専門員

【2】退院後7日以内に情報の提供を受けた場合も算定可能です。

退院時共同指導加算（訪問看護、介護予防訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護）

病院、診療所、介護老人保健施設または介護医療院に入院中、または入所中の者が退院または退所するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等が退院時共同指導（当該者または看護に当たっている者に対して、病院、診療所、介護老人保健施設または介護医療院の主治の医師その他の従業者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供 すること）を行った後に、当該者の退院または退所後に初回の指定訪問看護等を行った場合に、当該退院または退所につき1回に限り所定単位数が加算されます。

緊急時等居宅カンファレンス加算（居宅介護支援）

医療機関の求めにより、医療機関の医師等とともに利用者の居宅を訪問、カンファレンスを行い、必要に応じて利用者 に必要な居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に利用者1人につき1月に2回を限度として所定単位数が加算されます。

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

	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
連携窓口	地域連携室 TEL：03-5988-2309 FAX：03-5988-2292	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：03-5923-3111 FAX：03-5923-3226
連携上の留意点	―	―	―
入院前	入院先医療機関にCMの名前を伝えてもらうよう患者（または家族）に依頼し、「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	―	―	―
入院時の情報提供（入院時連携シート：P60参照）	病棟Ns.に手渡し、または連携窓口へ持参もしくはFAXで提供します。		病棟Ns.へ手渡し（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）、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）に説明があります。CMは利用者（家族）から情報を得ます。		―
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	DrまたはCMの要請で開催します。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。在宅側事業者の日程調整はCMが行います。	退院支援Ns.からCMに開催の連絡があります。
退院前カンファレンス	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退院前カンファ参加者に提供されます。
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。		
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	―	―	―

	田中脳神経外科病院	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	医療連携室／診療情報管理室 TEL：03-3920-6263（代表） FAX：03-5903-5080（診療情報管理室）	医療連携室 TEL：03-3557-2001 FAX：03-3557-4001	
連携上の留意点	―	施設入所を検討している場合は、早めに伝えて下さい。また、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。	
入院前	入院先医療機関にCMの名前を伝えてもらうよう患者（または家族）に依頼し、「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	―	―	
入院時の情報提供（入院時連携シート：P60参照）	手渡しの場合はMSW、郵送またはFAXの場合は診療情報管理室へ送付します。	必要に応じてMSWに郵送またはFAXします。	
病状説明・退院時期の連絡	―	入院後1週間頃に行います。必要に応じてCMも同席します。	
介護支援連携指導	―	―	
家屋調査	必要に応じて、聞き取り調査を行います（訪問は行いません）。	―	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。
退院前カンファの調整	MSWが参加者を調整します。カンファを実施しない場合、CMは病棟Ns.またはMSWと直接、退院調整を行います。	病棟Ns.またはMSWがCMに参加者、日程調整の依頼をします。CM、訪看から開催を依頼することもできます。その場合は、病棟Ns.またはMSWに連絡します。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。	
退院前カンファレンス	議事録は作成せず、院内ではカルテで情報共有します。	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。	
退院前カンファレンスの内容共有	診療情報提供書は在宅医、看護サマリは患者に提供されます。	診療情報提供書、看護サマリなど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。	
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。	―	
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】	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		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	―		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。	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。
入院前	入院先医療機関にCMの名前を伝えてもらうよう患者（または家族）に依頼し、「医療・介護連携シート」にもCMの名前を記入します。		入院先医療機関にCMの名前を伝えてもらうよう患者（または家族）に依頼し、「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	―	―	―	―
入院時の情報提供（入院時連携シート：P60参照）	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。		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。		―	
介護支援連携指導	―	―	―	
家屋調査	―	―	家屋調査を行う場合はMSW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。		MSW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。	MSW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。		CMの参加は必須です。欠席した場合、議事録などの提供はありません。	
	病院から介護連携等支援指導記録がCMと患者家族に提供されます。	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。		―	
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	退院後にCMはケアプランの写しを医事課へ提出します。	―	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	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） FAX：03-3999-7027	医療連携室 TEL：03-3928-0071（代表） FAX：03-3928-0074	地域連携室 TEL：03-3920-0532 FAX：03-3920-0531	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す。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。	透析医療に特化した医療療養型病院です。	―	―	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			面談にて退院先の希望、担当CMを確認します。	―	―
入院連絡			―	入退院調整Ns.からCMに入院の連絡をします。	―
入院時の情報提供（入院時連携シート：P60参照）	• 入院相談、必要書類提出後、患者受け入可否の審査が行われます。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・見学を実施しています（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。	病棟Ns.に提供します。	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	―	―	病棟Ns.から退院時期の連絡があります。	―	―
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。	病棟Ns.または療法士が患者・家族、CMに依頼します。自宅が遠方の場合、家屋の写真撮影を依頼します。	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を実施します。	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。	病棟Ns.よりCMに連絡があります。必要があれば福祉用具、訪問介護からも参加を依頼します。	開催される場合は入退院調整Ns.からCM、患者・家族へ連絡がされます。入退院調整Ns.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。	参加者には退院前カンファレンス議事録を配布します（欠席した場合は後日提供）。その他、必要な書類があれば退院前カンファレンス内で確認します。	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で、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	―	―	病棟看護師からCMへ1通ずつ提供します。CMが中心となり、診療情報提供書、各サマリを多職種で共有します。	各種書類は一旦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。	―	―	―

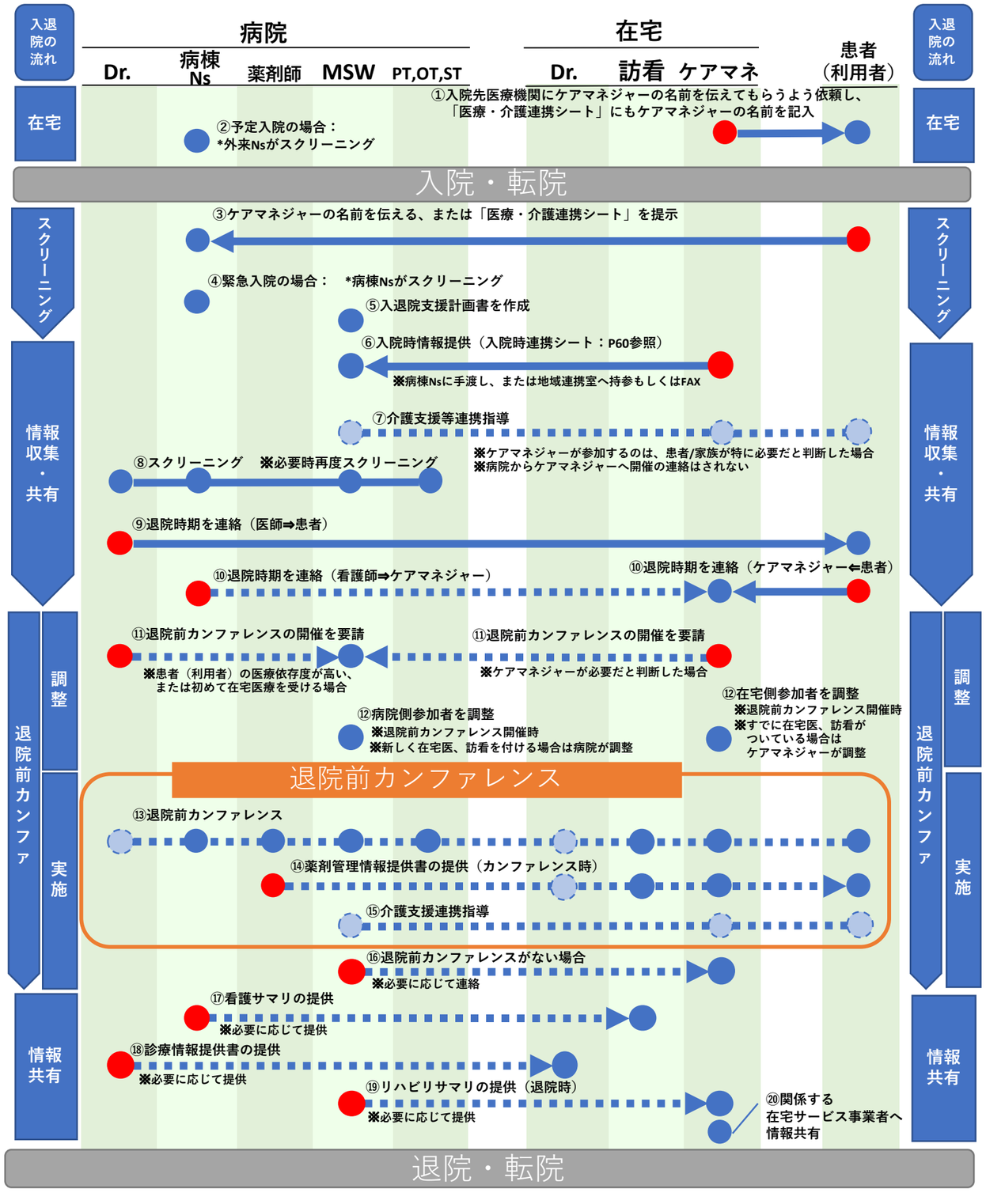
入退院連携ガイドライン概要版

詳細については各病院のガイドラインを参照のこと

	練馬さくら病院 (旧東京聖徳病院)	慈雲堂病院 【救急病棟】	慈雲堂病院 【認知症病棟】
連携窓口	地域医療連携室 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	
連携上の留意点	医療療養型病院です。	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。 <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)	
入院前	• 医療機関・CMから診療情報提供書と薬剤情報などの患者情報を医療連携室宛てに提供します(緊急の場合は口頭でも可)。 • 入院時に病院より、治療方針について説明が行われます。		
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(入院時連携シート:P60参照)		― ―	― ―
病状説明・退院時期の連絡	―	―	―
介護支援連携指導	―	―	―
家屋調査	在宅復帰時は家屋調査を実施します。	―	―
退院前カンファの調整	退院日が決定次第、MSWからCMに連絡をします。在宅側の退院前カンファ参加者は、CMが人選、調整します。	―	―
退院前カンファレンス	原則、議事録は発行しません。在宅側へはCMから必要に応じて情報提供を行います。	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。	―
退院前カンファレンスの内容共有	診療情報提供書、看護サマリ、リハビリサマリ、訪問看護師指示書等を必要に応じ発行します。在宅側はCMが中心となって情報を共有します。	―	自宅に戻る場合は、ケアプランの作成、居住環境の確認、整備をPSWがCMに依頼します。
転院時	―	―	家族が報告できないときは、PSWが各所へ転院先と転院日が決定次第報告します。
その他	病院医師からの退院後の訪問が必要と判断した場合は、退院後訪問を実施します。	―	CMが希望した際、退院前相談の場が設けられます。

	陽和病院 【救急病棟】	陽和病院 【認知症等急性期病棟】	大泉病院 【精神科救急病棟】
連携窓口	入院相談窓口 TEL:03-3923-0325 FAX:03-3923-0338		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。 <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)		
入院前	患者・家族からのヒアリングをもとに、PSWから入院報告が行われます。連絡を受けたCMは関連する居宅サービス事業所に報告します。	• 地域包括支援センター・CM・在宅訪問医等から入院相談窓口に電話をし、診療情報提供書、ADL表などを送付します。 • 患者・家族からのヒアリングをもとに、PSWから入院報告が行われます。連絡を受けたCMは関連する居宅サービス事業所に報告します。	―
入院連絡			患者・家族からのヒアリングをもとに、PSWから入院報告が行われます。
入院時の情報提供(入院時連携シート:P60参照)			―
病状説明・退院時期の連絡	PSWから合同面接開催の連絡を受けたCMは、関連する居宅サービス事業所に情報共有します。	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。	―
介護支援連携指導	必要に応じ、本人の外泊や退院前訪問が行われます。		
家屋調査	―	―	―
退院前カンファの調整	―	―	―
退院前カンファレンス	退院の1～2週間前に開催します。3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。	退院の2～3週間前に開催します。3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。	通所施設やケースワーカーなど個人に応じた外部機関も参加します。
退院前カンファレンスの内容共有	CM、地域事業所宛には看護サマリーや処方薬の情報等が希望に応じて渡されます。		診療情報提供書等の書類は患者・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。
転院時	―	―	―
その他	―	―	―

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

練馬総合病院

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

備考

※左表の各数字に対応

①ケアマネジャーは居宅介護支援を開始した際、ケアマネジャーの名前を入院先に伝えるように患者（利用者）に依頼します。

⑥ケアマネジャーは、患者（利用者）が病院へ入院した際は、できるだけ早い時期に入院時情報を提供します。

⑨⑩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	リハ職（PT・OT ST）	医師	訪問看護師	ケアマネジャー	その他必要な職種
医療依存度：高	◎	○	○	○	○	○	○	◎	△
看護依存度：高	△	○	○	○	○	△	○	◎	△
介護依存度：高	△	○	○	○	○	△	△	◎	△

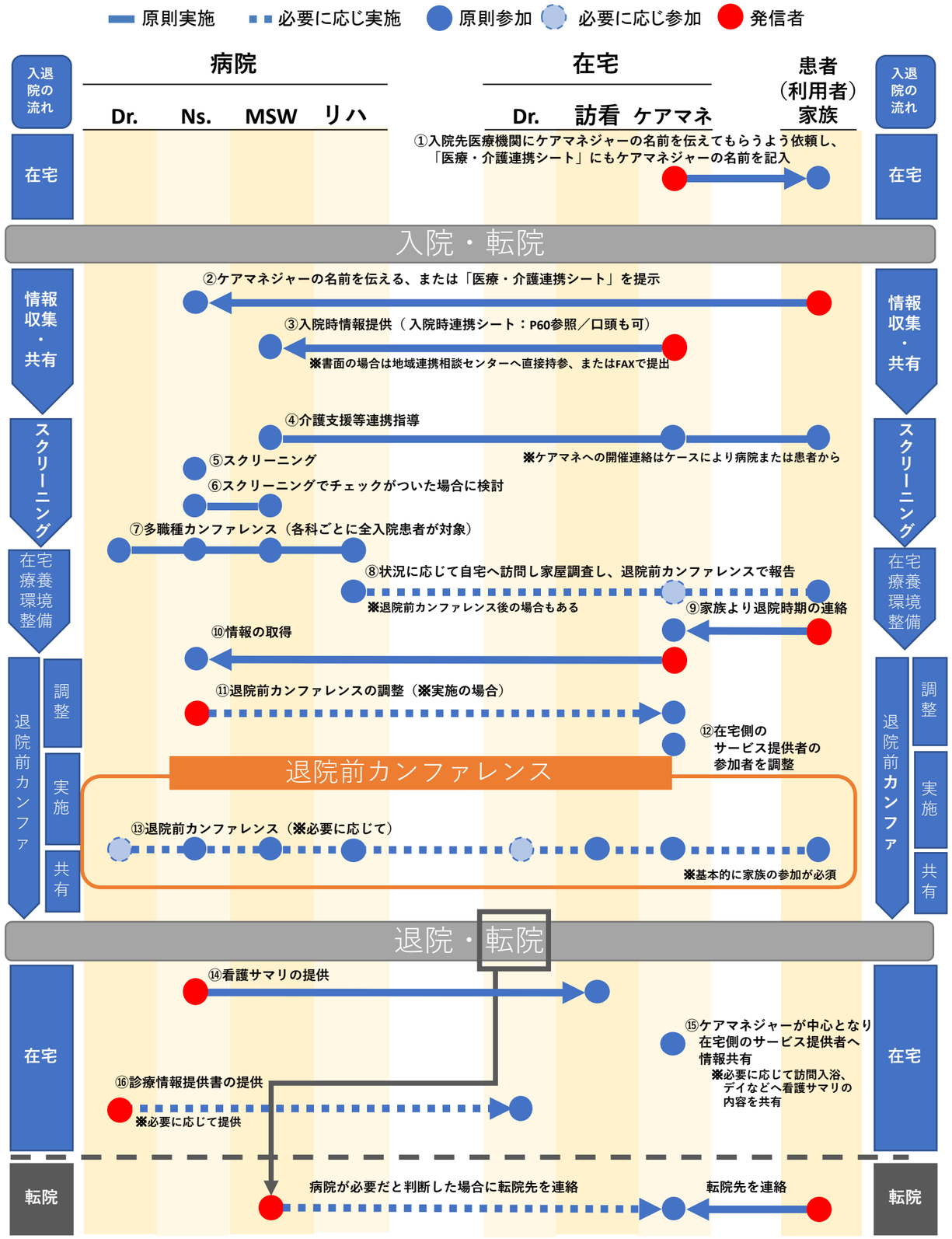
⑫ケアマネジャーがついていない患者（利用者）の場合は地域包括支援センターが在宅側の参加者を調整します。

⑬⑮退院前カンファレンスおよび介護支援連携指導は、原則どちらか1回の実施です。
退院前カンファレンスの議事録は患者（利用者）のみに提供するので、ケアマネジャーは在宅チームへ伝える必要があることを記録します。

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、病院から提供された情報（退院前カンファレンスの議事録（内容のメモ）やMSWとの面談などで得た情報など）を関係する事業所へ共有します。

（転院時）病院からケアマネジャーへ転院の連絡はないので、患者（利用者）・家族からケアマネジャー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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

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
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考

※左表の各数字に対応

①ケアマネジャーは居宅介護支援を開始した際、ケアマネジャーの名前を入院先に伝えるように患者（利用者）に依頼します。

③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います。

⑧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。

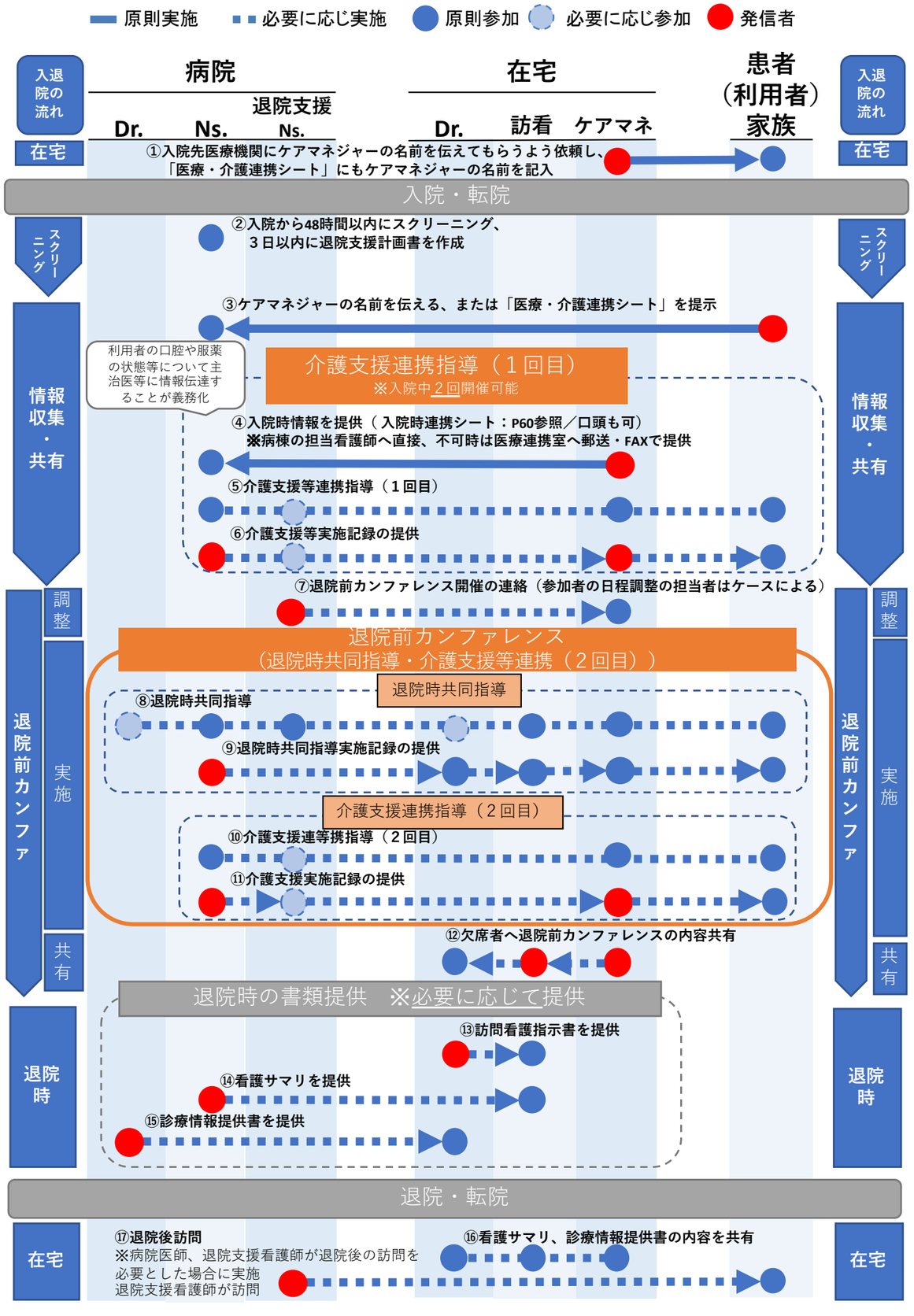
⑬議事録は作成していないので、ケアマネジャーは必要に応じて在宅側のサービス提供者に情報共有するためのメモを作成します。

⑭看護サマリは原則1通のみ提供（複数必要時は要相談）

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）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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

順天堂大学医学部
附属練馬病院

病院の連携窓口：地域医療連携室
TEL：03-5923-3111
FAX：03-5923-3226
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考

※左表の各数字に対応

■連携上の注意点：
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。

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・介護連携シート」を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病棟の担当看護師へ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病棟の担当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。

⑦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が病院から退院前カンファレンス参加者に提供されます。

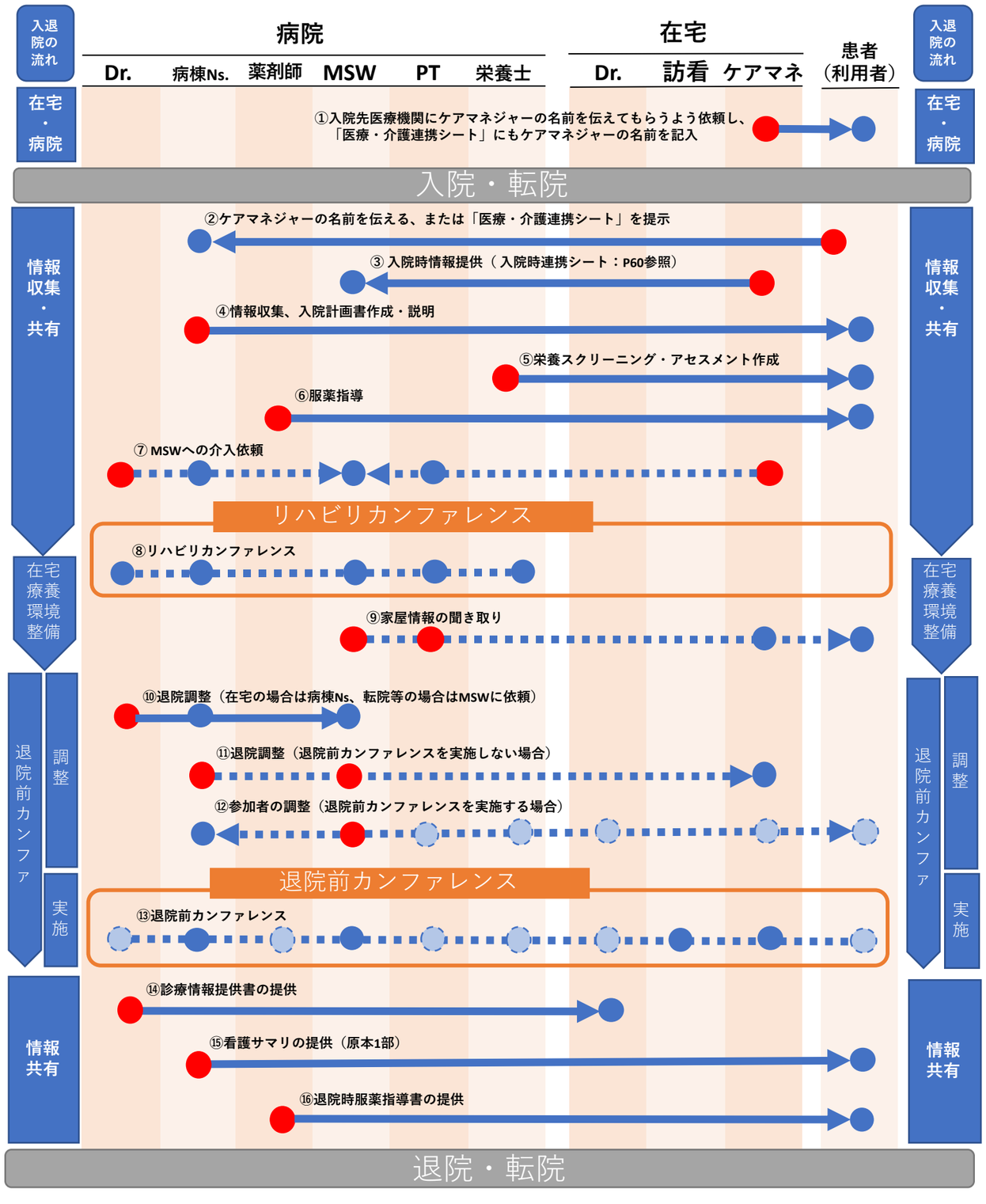
⑫必要に応じて、ケアマネジャーが中心となって退院前カンファレンス議事録（退院時共同指導実施記録または介護支援実施記録）の内容を在宅側の多職種へ共有します。

（転院時）病院からケアマネジャーへ連絡があります。

⑯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（退院後1ヶ月以内に5回まで）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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

田中脳神経外科病院

病院の連携窓口：
医療連携室／診療情報管理室
TEL：03-3920-6263（代表）
FAX：03-5903-5080（診療情報管理室）
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考

※左表の各数字に対応

救急入院の場合、医師から病棟看護師に入院を依頼し、病棟看護師が病床の選択（重症病床または一般病床）、部屋の調整を行います。また、病棟看護師は家族背景を分かる範囲で把握します。

③入院時情報提供は、持ち込みの場合は医療連携室（MSW）へ、郵送またはFAXの場合は診療情報管理室へ送付します。

④ 入院時、「看護データベース」を用いて病棟看護師が患者・家族から情報収集を行います。必要に応じて、介護保険申請等を依頼します。

⑤食事開始から3日後以降に行います（全入院患者が対象）。その後、必要に応じて栄養管理計画書の作成、栄養指導を行います。

⑧リハビリを実施している患者のみ、週1回実施します。医師は脳外科医、整形外科医が参加します。

⑨自宅への訪問は実施していません。

⑪退院前カンファレンスを実施しない場合、病棟看護師またはMSWがケアマネジャーと直接、退院調整を行います。

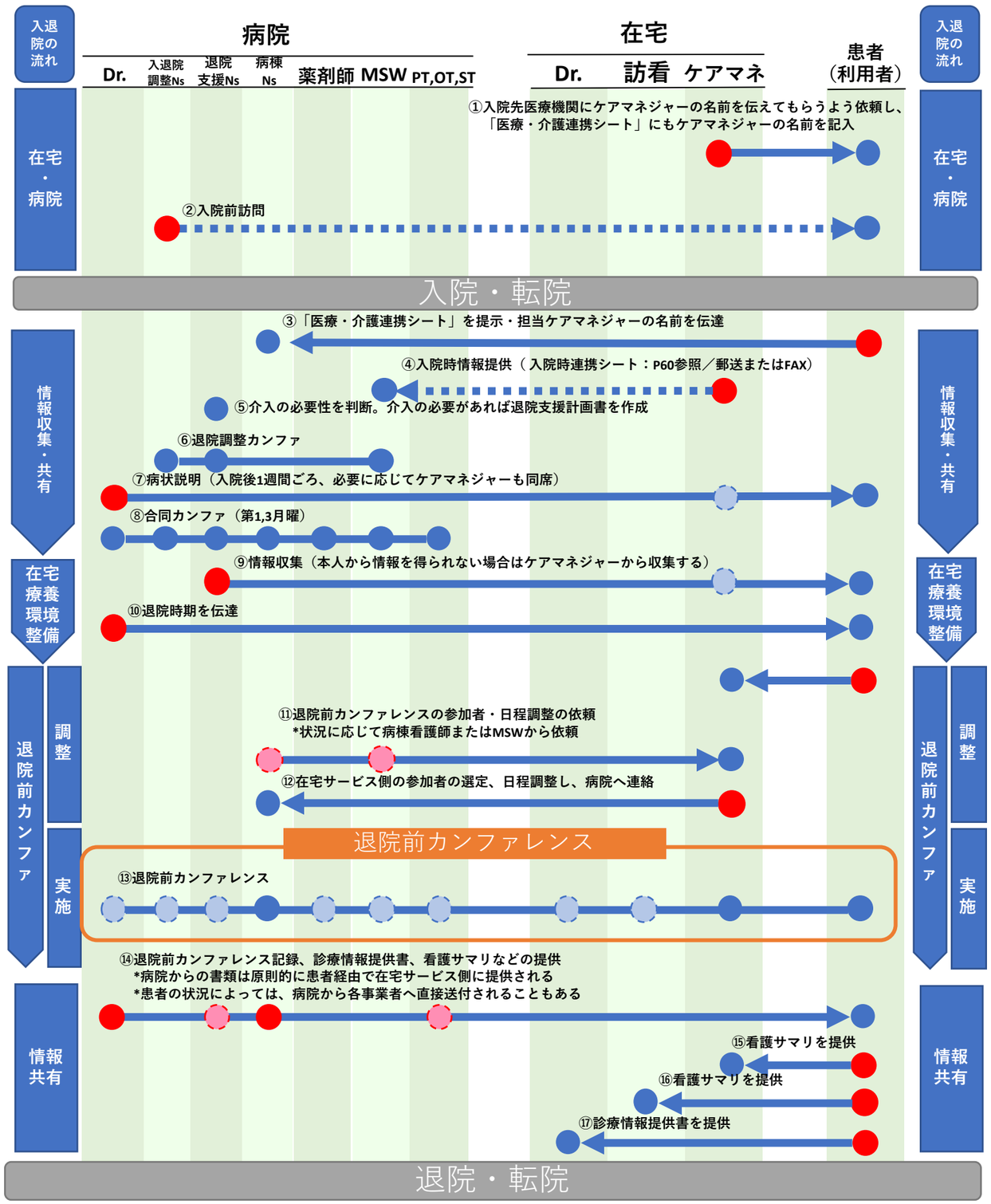
⑫医療処置が必要な場合や想定外の事態が発生した場合、医師の判断で退院前カンファレンスが実施されます。

⑬議事録は作成せず、院内ではカルテで情報共有します。

⑮必要に応じて、患者からケアマネジャーに共有します。

（転院時）病院からケアマネジャーへ転院の連絡はないので、患者（利用者）・家族からケアマネジャー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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

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
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考

※左表の各数字に対応

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。
・入退院調整看護師：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。

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。

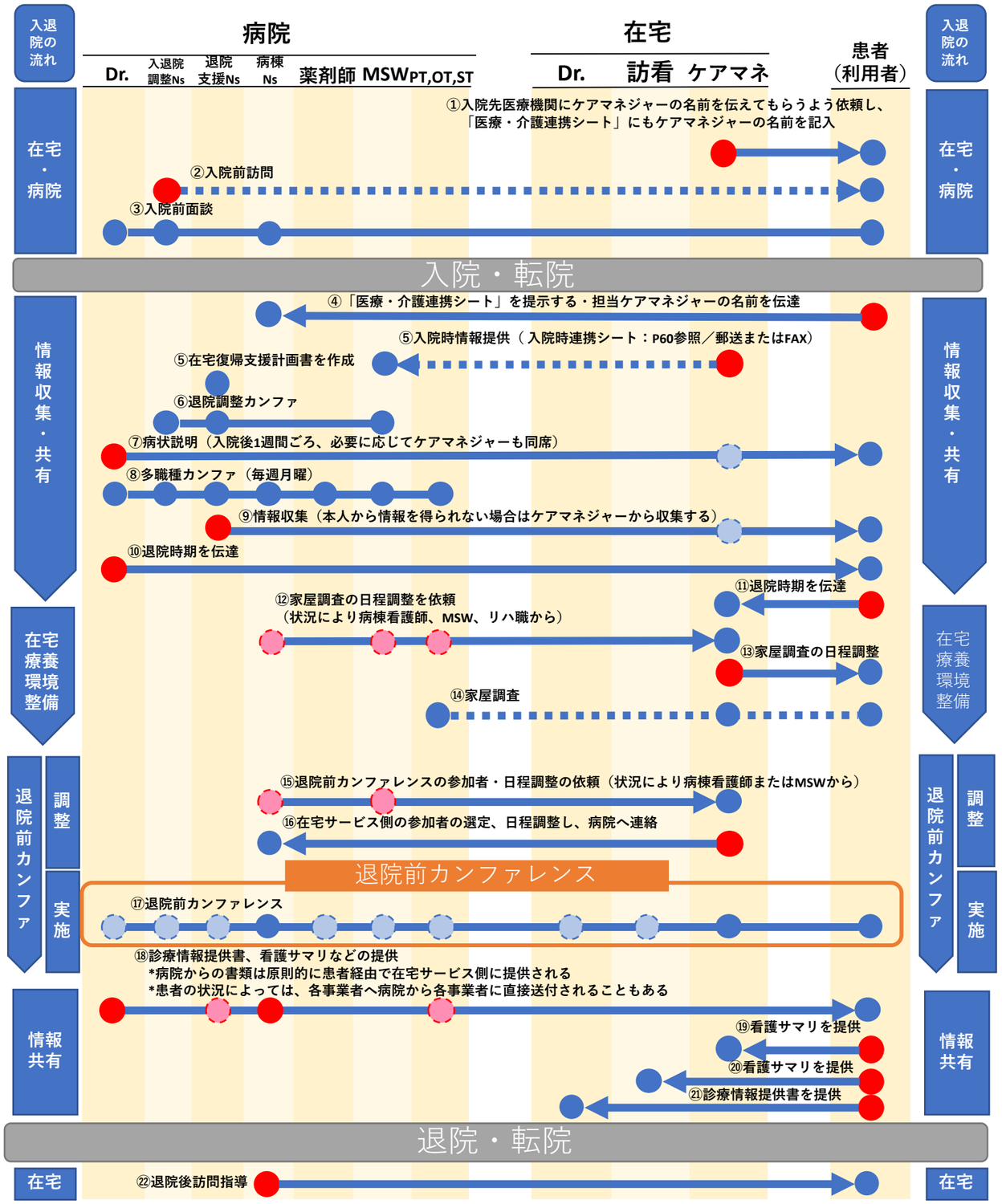
⑪必要があれば、ケアマネジャー、訪看から退院前カンファレンスの開催を依頼することもできます。その場合は、病棟看護師またはMSWになるべく早めに連絡をして下さい（入院時でも可）。

⑫原則、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、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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

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
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考
※左表の各数字に対応

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。
- 入退院調整看護師：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。

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。

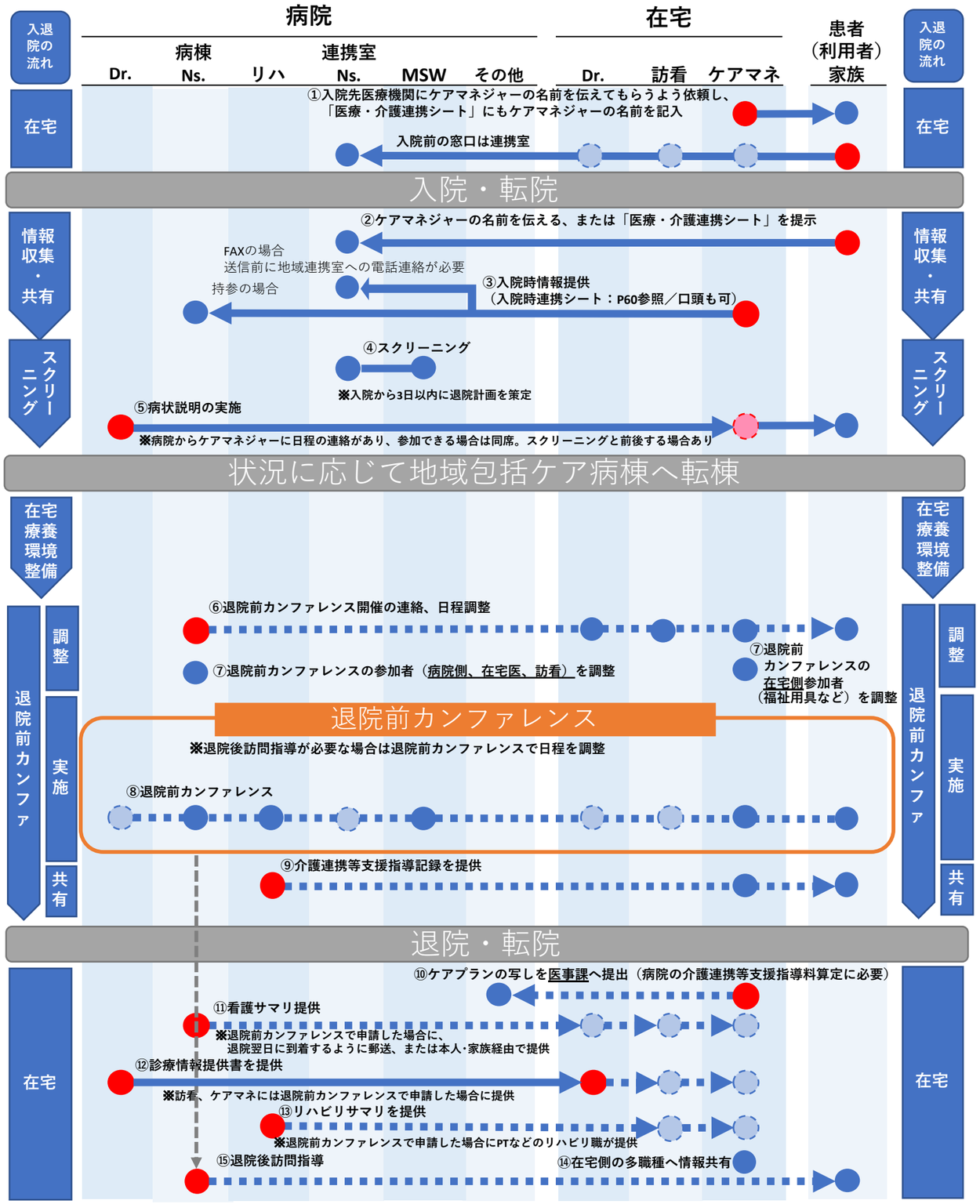
⑮必要があれば、ケアマネジャー、訪看から退院前カンファレンスの開催を依頼することもできます。その場合は、病棟看護師またはMSWになるべく早めに連絡をします。地域包括ケア病棟は入院期間60日の制限があるため、入院時を含め可能な限り早めに連絡をして下さい。

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情報提供があります。

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。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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

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
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考

※左表の各数字に対応

①ケアマネジャーは居宅介護支援を開始した際、ケアマネジャーの名前を入院先に伝えるように患者（利用者）に依頼します。

③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、在宅医、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　、リハビリサマリが必要な場合は、退院前カンファレンスにて病院へ申し出ます。

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、ケアマネジャーと患者・家族に提供されます（地域包括ケア病床では提供されません）。

（転院時）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。

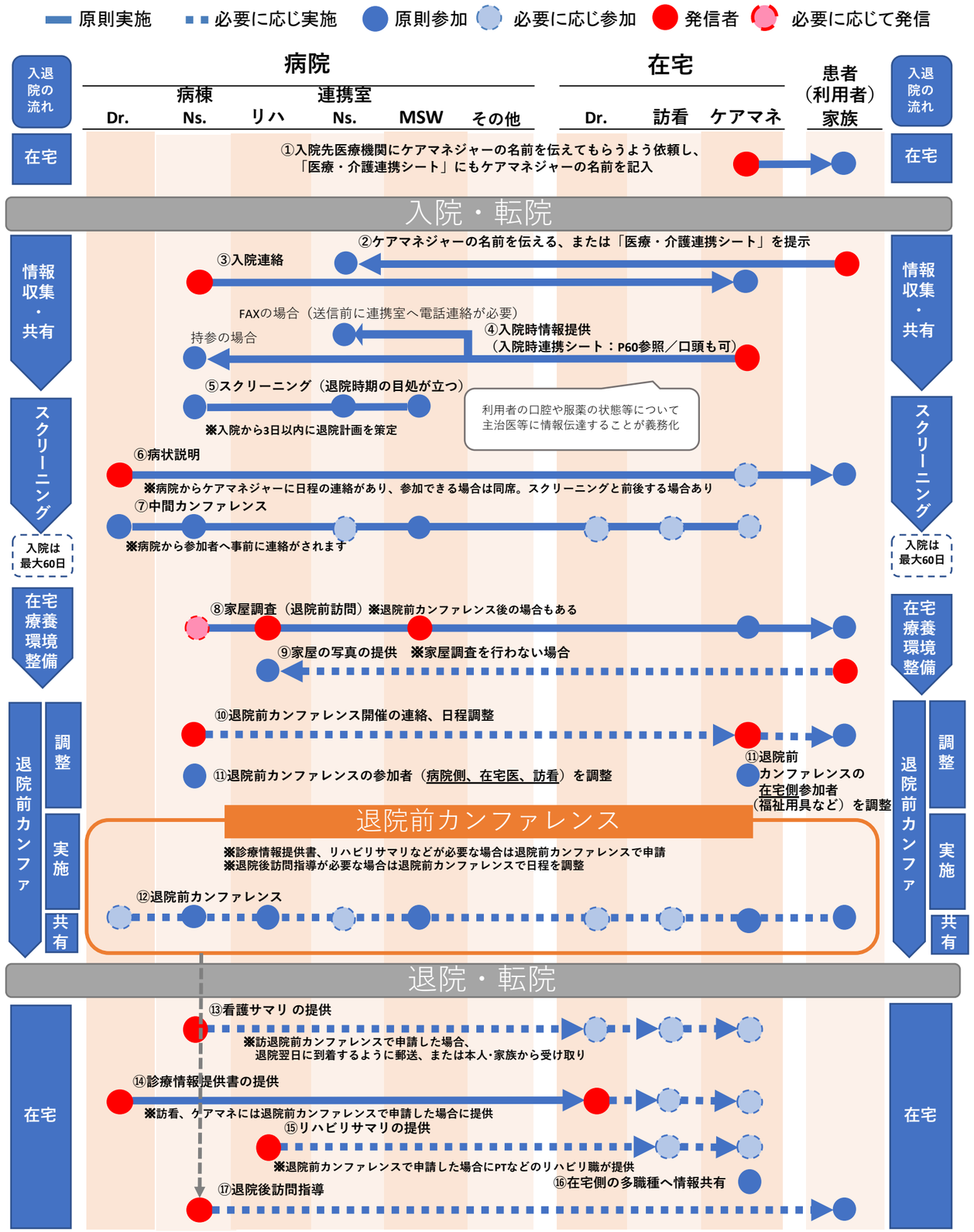
⑩病院が介護連携支援指導料を算定するために必要な書類です。

⑪退院前カンファレンスで申請した場合、在宅医・訪問看護・ケアマネジャー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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

大泉生協病院
【地域包括ケア病棟】

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名を黒塗り

備考

※左表の各数字に対応

①ケアマネジャーは居宅介護支援を開始した際、ケアマネジャーの名前を入院先に伝えるように患者（利用者）に依頼します。

③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をします。

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。

⑥病院からケアマネジャーに病状説明の日程を連絡します。

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　、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。

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。

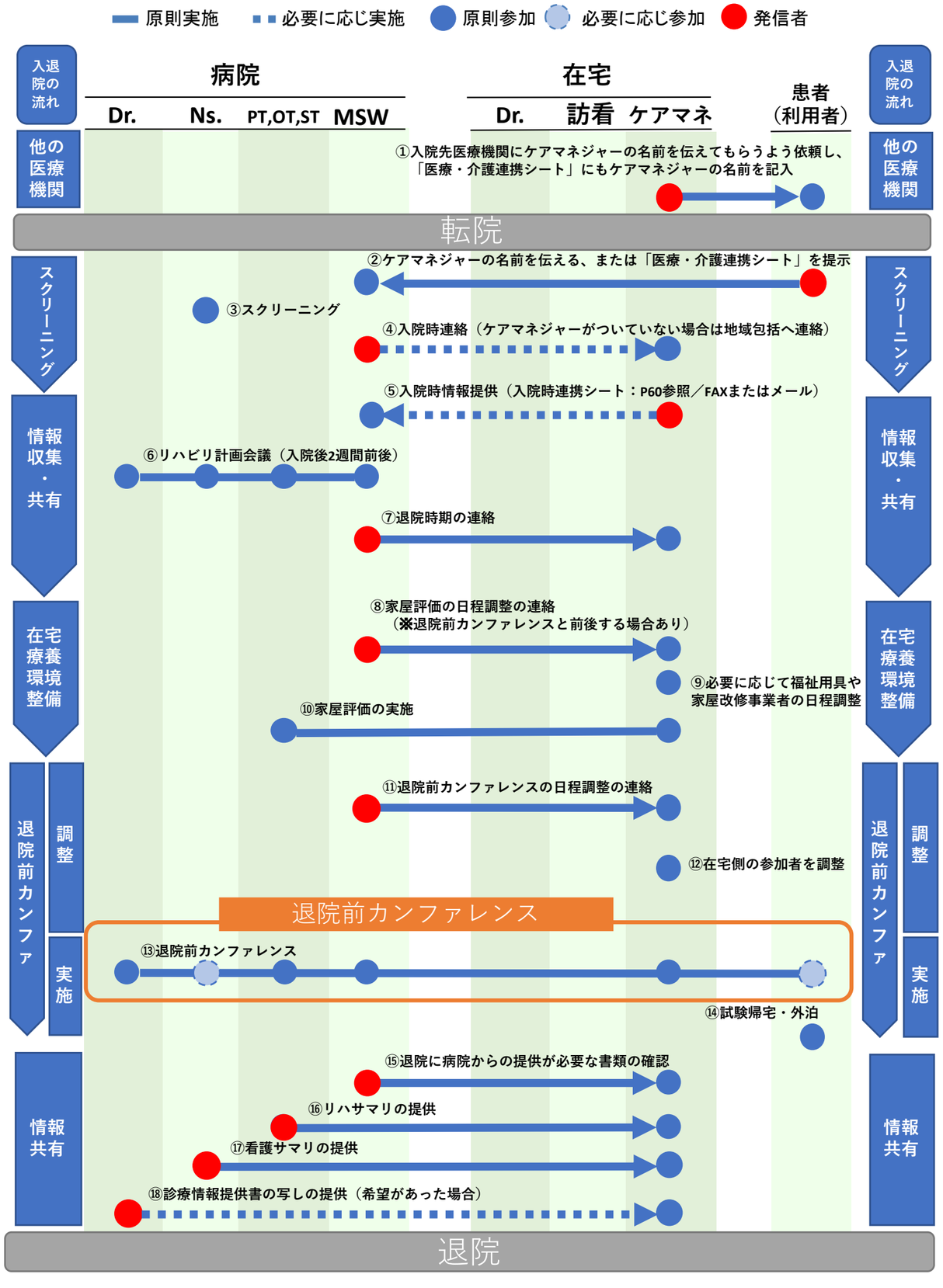
（転院時）退院前カンファレンスで病院からケアマネジャーに知らされます。

⑬退院前カンファレンスで申請した場合、在宅医・訪問看護・ケアマネジャー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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

練馬駅
リハビリテーション病院

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
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考

※左表の各数字に対応

①ケアマネジャーは居宅介護支援を開始した際、ケアマネジャーの名前を入院先に伝えるように患者（利用者）に依頼します。

⑤特に必要がある場合は、ケアマネジャーからMSWへFAXもしくはメールで情報提供を行って下さい（参考：入院時連携シート）。

⑦退院時期が決まったら、MSWからケアマネジャーへ連絡があります。

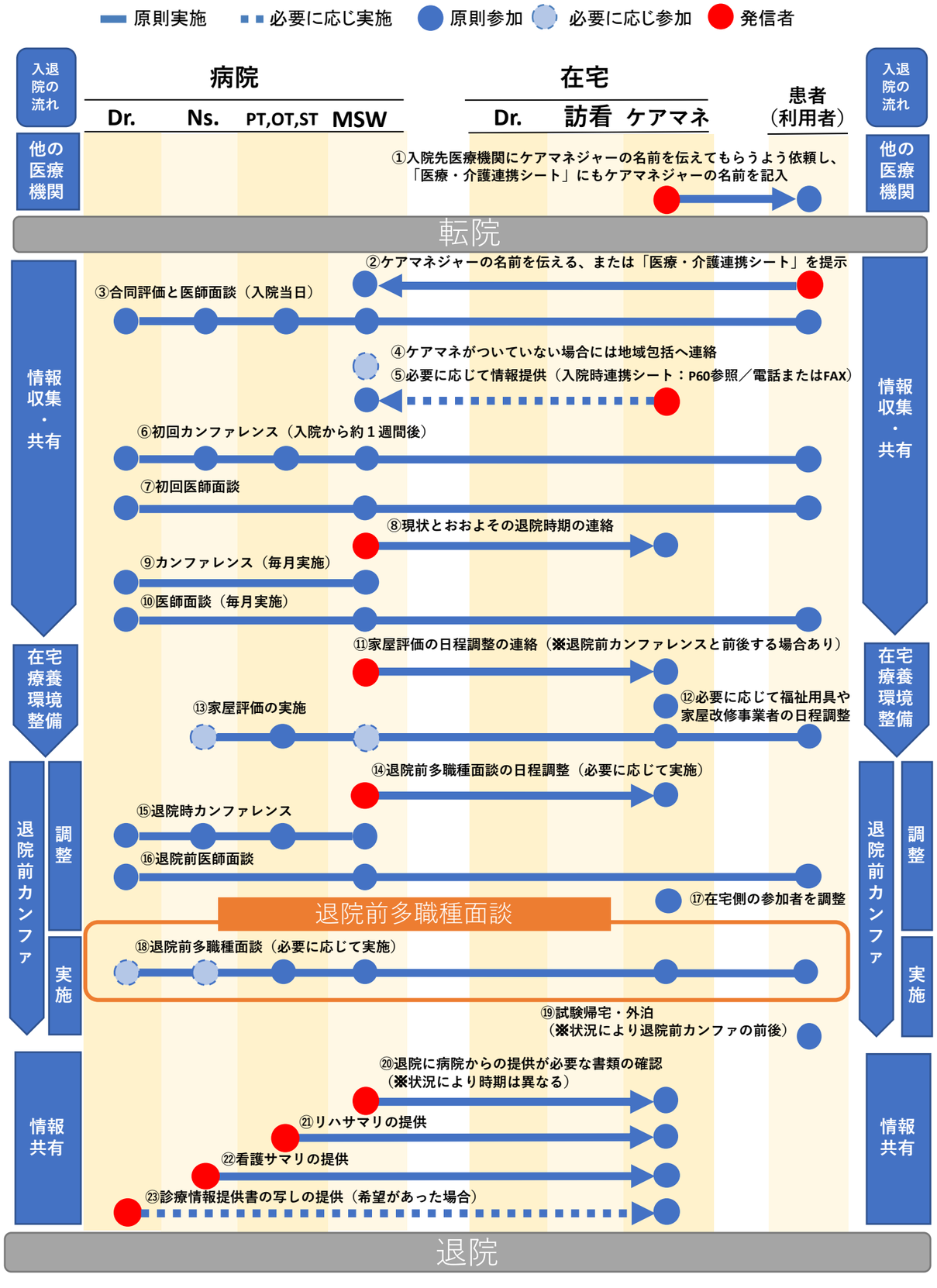
⑧⑨家屋評価を行う場合は、MSWからケアマネジャーへ連絡があります。その場合、ケアマネジャーが福祉用具の事業者などの日程調整を行います。

⑪⑫退院前カンファレンスが行われる場合は、MSW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。退院前カンファレンスを欠席した場合には、病院から議事録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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

ねりま健育会病院

病院の連携窓口：地域医療連携室
TEL：03-5935-6102
FAX：03-5935-6107
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考

※左表の各数字に対応

・当院は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。（ご家族と院長との面談になります）。
・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。

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。

⑤特に必要がある場合は、ケアマネジャーからMSWへ電話もしくはFAXで情報提供を行って下さい。

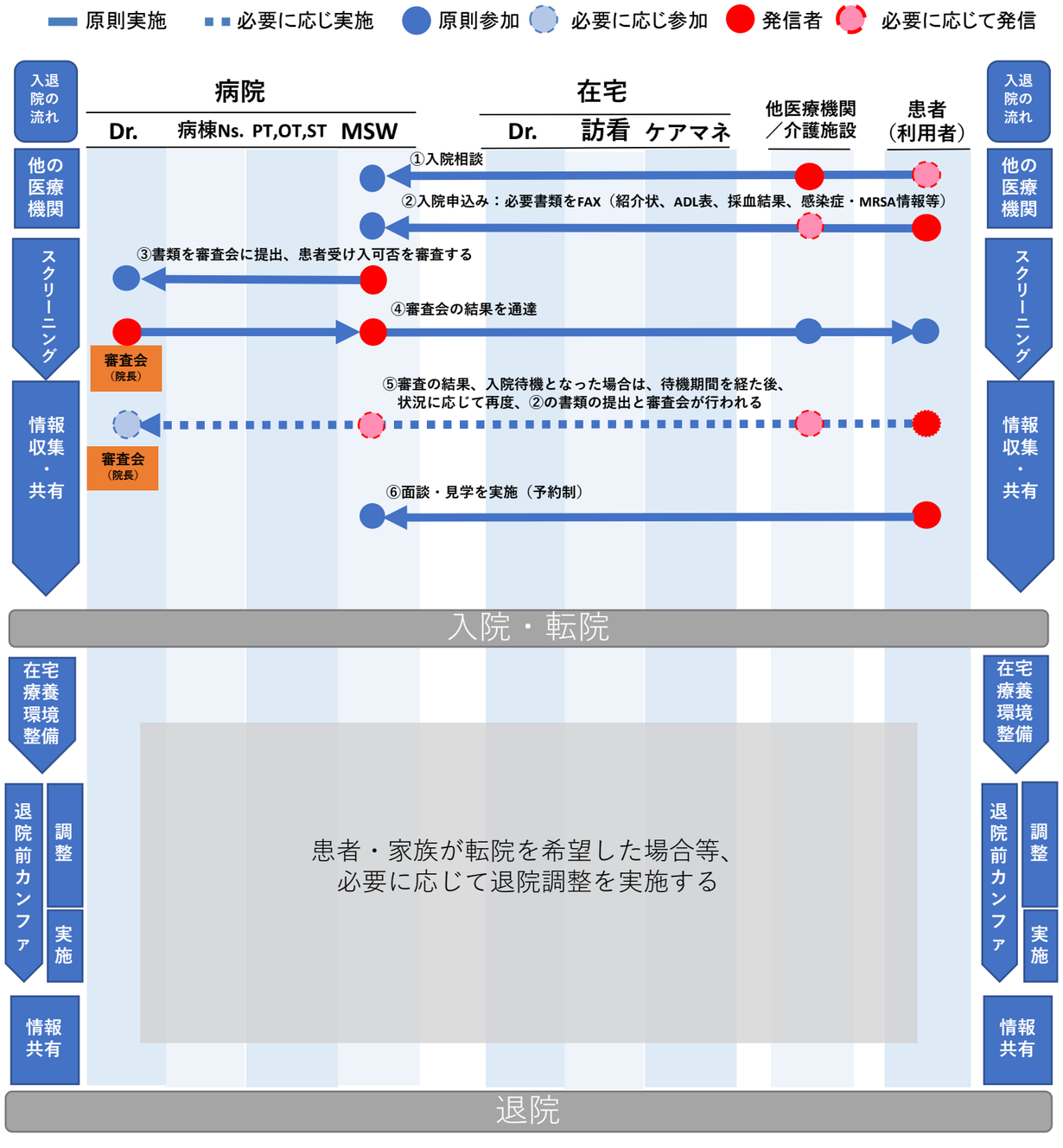
⑦カンファレンスでの内容を元に、ご家族、ご本人に病状説明を行います。

⑪ ⑫家屋評価を行う場合は、MSWからケアマネジャーへ連絡があります（退院の1.5か月前～1か月前頃に行われることが多い）。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。

⑳～ ㉓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）

●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・積極的なリハビリは対応困難。



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

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）
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

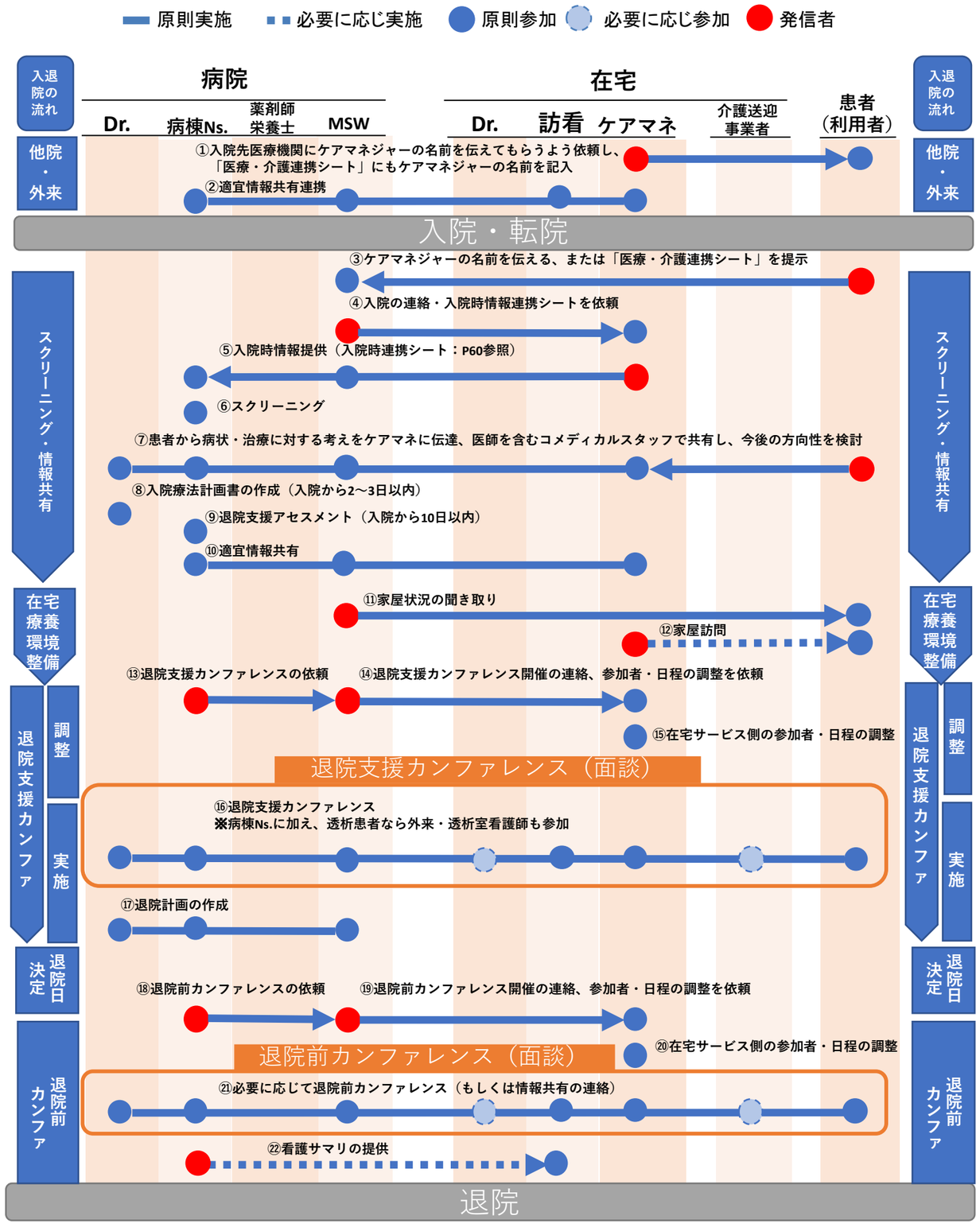
備考
※左表の各数字に対応

①入院相談は医療連携室にご連絡ください。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。

③～⑤審査会
桜台病院が満床の場合、入院待機となる場合の待機期間は、数週間～3か月程度の場合が多いです。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、グループ病院にワンクッションし、桜台病院への入院を待機することが可能です。待機期間が長期にわたる場合は、入院前に審査会を再度実施したうえで入院が決定されます。

⑥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は、面談が必須となります。
キーパーソンがケースワーカーの場合は、面談の要否を問いません。希望者は、②の書類提出前に面談・見学の実施も可能（要予約）です。

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

東海病院

病院の連携窓口：相談員
TEL：03-3999-1131（代表）
FAX：03-3999-7027
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考

※左表の各数字に対応

- 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連携し、車いすが必要な方でも利用でき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。

透析のセルフケアについて、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。

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スクリーニングは、状況に応じて以下のように対応します。
1. 保存期外来患者・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病院スタッフとケアマネ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。

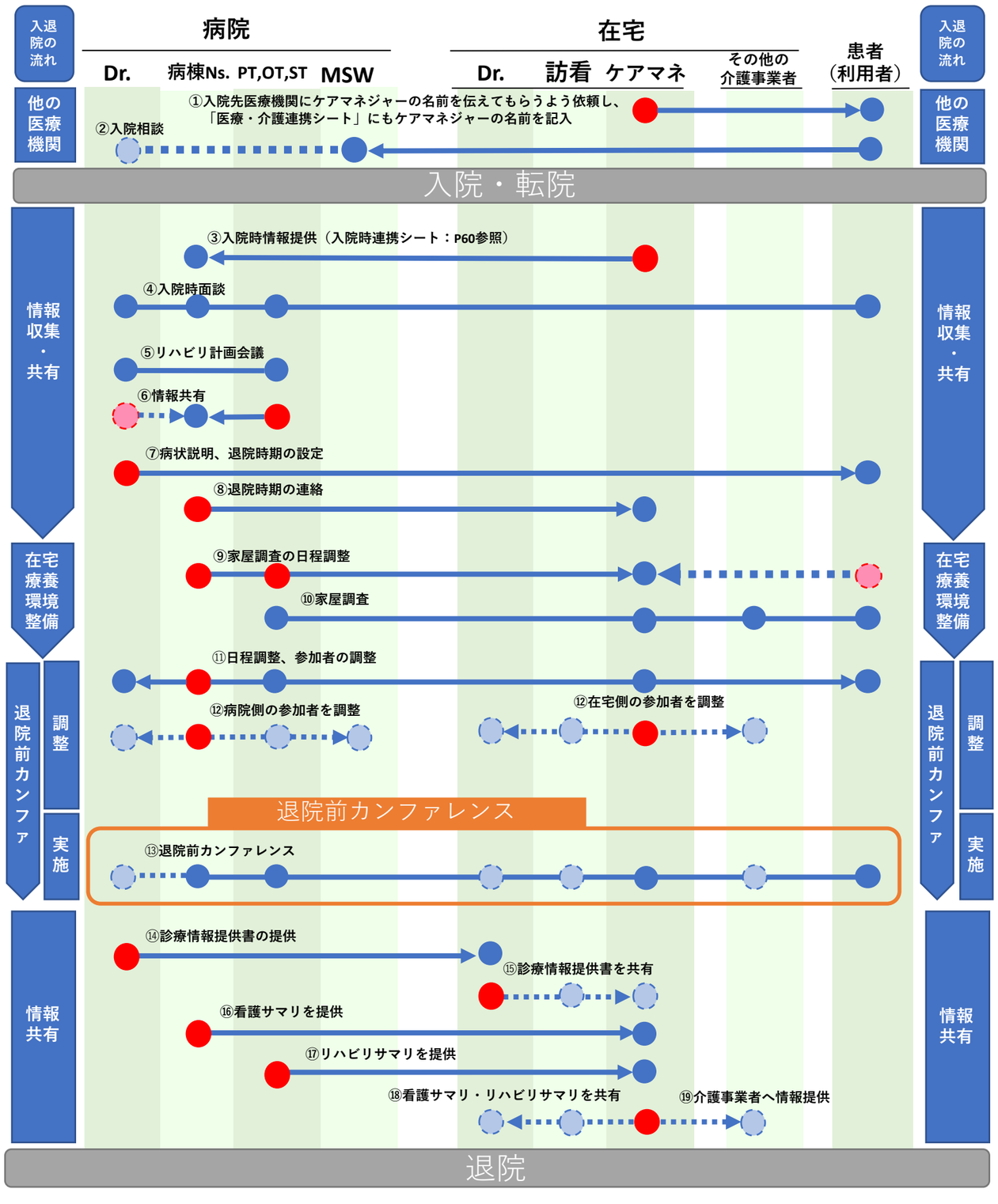
⑪病院としての家屋調査は実施していません（聞き取り調査のみ）。
⑫必要時はケアマネジャー、福祉用具事業者が訪問します。

⑭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。

⑯退院支援アセスメントの結果、退院調整が必要な患者は、退院支援カンファレンスを実施します。
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。

⑱～㉒退院支援カンファレンスと同様の流れで開催します。

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

島村記念病院

病院の連携窓口：医療連携室
TEL：03-3928-0071（代表）
FAX：03-3928-0074
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考

※左表の各数字に対応

①ケアマネジャーは居宅介護支援を開始した際、ケアマネジャーの名前を入院先に伝えるように患者（利用者）に依頼します。

②退院先の希望、担当ケアマネジャーを確認します。

④入院前の情報（ADL、家族環境、介護保険情報在宅サービスの利用状況、住宅環境の状況など）を確認します。区分変更が必要だと判断した場合、家族にケアマネジャーを介して変更手続きを依頼します。介護保険未申請の場合は申請を行ってもらいます。

⑤⑥医師、PT・OT・STにてカンファレンスを行い、状況を評価します。その後、病棟看護師へ情報共有を行い、退院までに必要な介入を検討します。

⑨病棟看護師またはPT・OT・STから患者・家族、ケアマネジャーへ日程確認を行います。家族経由の場合もあります（入院から約1か月後）。

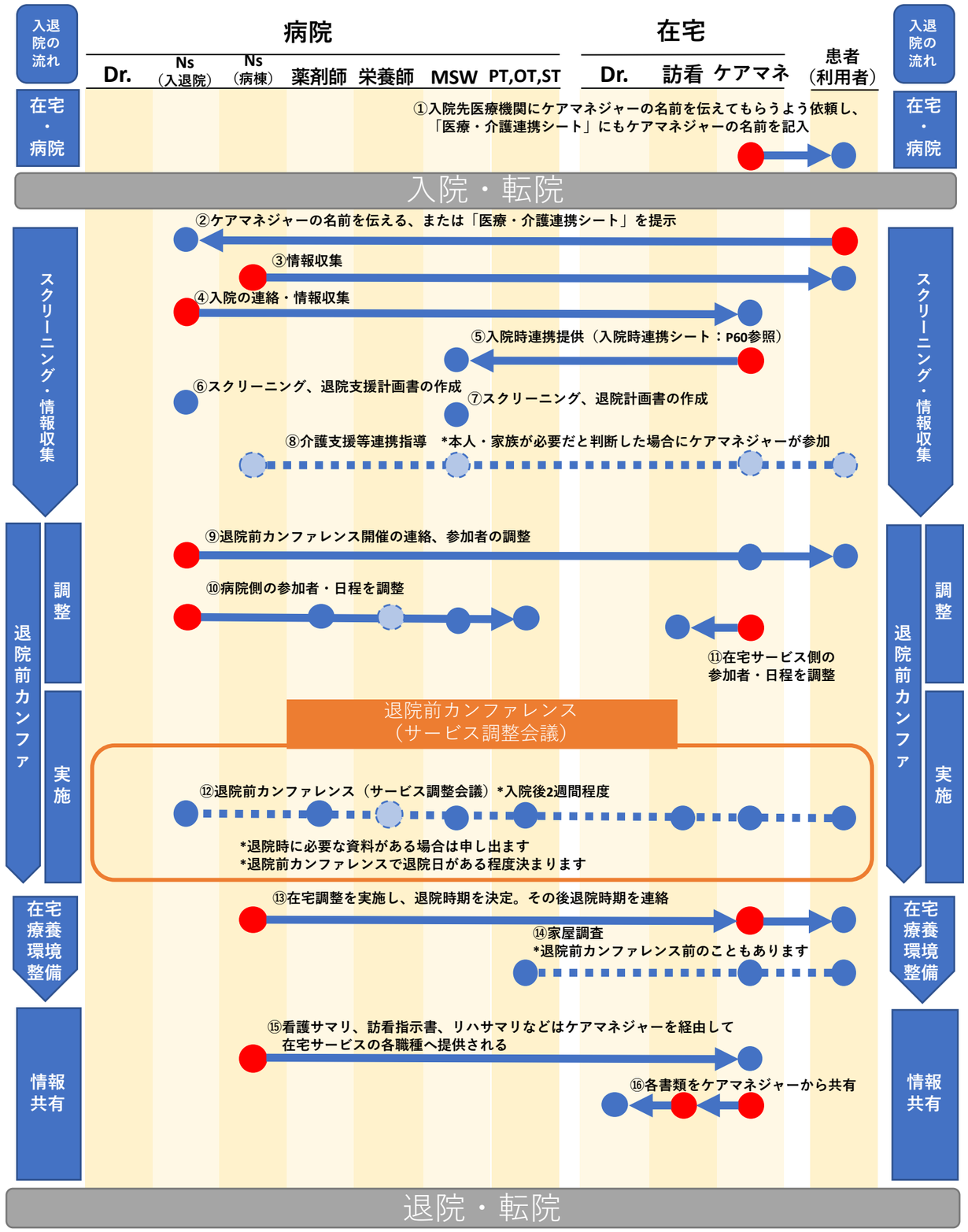
⑩自宅が遠方の場合、看護師またはPT・OT・STより家族に家屋の写真撮影を依頼します。

⑫必要があれば、ケアマネジャーが福祉用具、訪問介護等の参加を依頼します。

⑬参加者には退院前カンファレンス議事録を配布します（欠席した場合は後日提供）。
その他、必要な書類があれば退院前カンファレンス内で確認します。

⑭⑯⑰診療情報提供書、看護サマリ、リハビリサマリは1通ずつ提供します。

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

関町病院

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名を黒塗り

備考

※左表の各数字に対応

- 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。
- 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、退院後のフォローも行なっています。

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。

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。

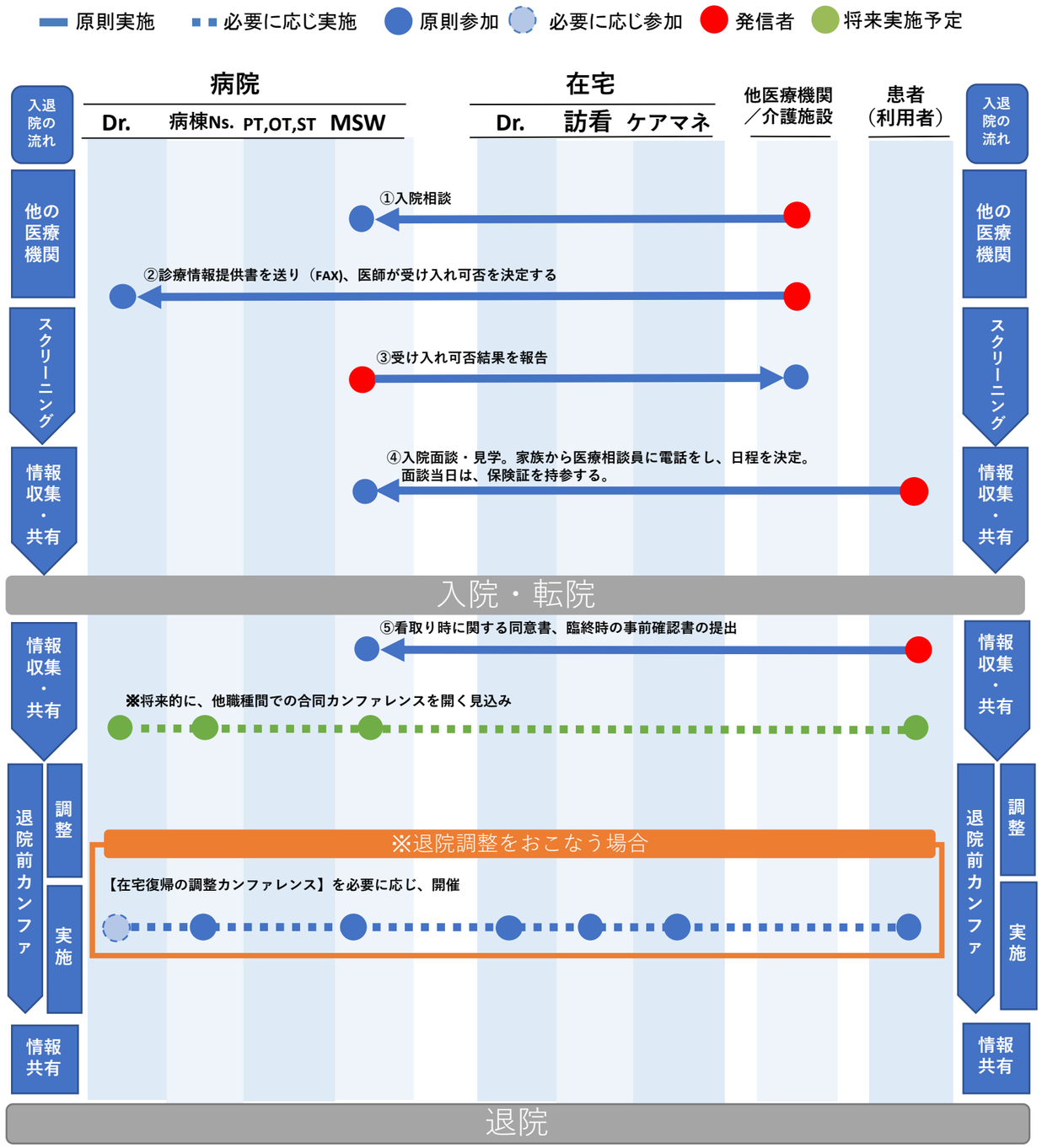
⑤地域連携室へ直接持ち込み、もしくはFAXで情報提供します。

⑫退院前カンファレンスでは、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で、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に提供します。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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

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）
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考
※左表の各数字に対応

東大泉病院の機能/役割

- 入院期限は設けておらず、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。
- 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。

①入院相談時に患者情報の聞き取りを行います（在宅の問い合わせはほとんどなし）。

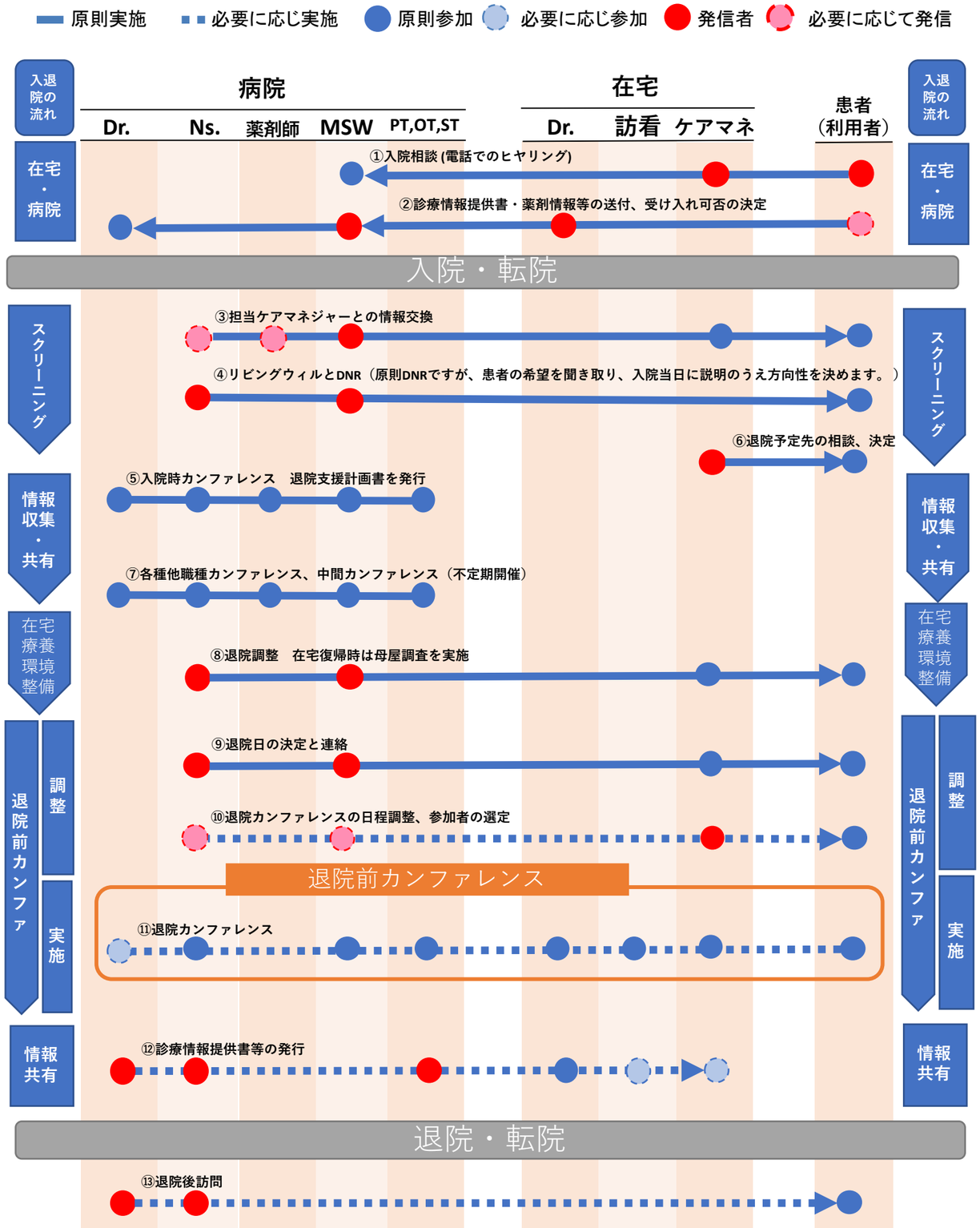
④家族と東大泉病院間での面談を行います。
・家族から相談員に電話連絡をし、面談の日程を決めます。
・面談当日は保険証を持参します。
・主な面談内容は、家族背景等についてのヒヤリング、病院機能に関する説明とそれに対する家族の認識の確認、家族の希望の聞き取りなどです。

⑤看取りに関する意向等は時間の経過とともに変化するため、これらの書類は、必要に応じて適宜書き換えを行います。

※合同カンファレンスは令和元年7月時点でまだ実施していませんが、今後実施する計画があります。

※基本的に、入院期限なしの医療療養病院であるため、退院調整は稀にしか行いません。家族等の希望により退院調整を行う場合は、主にケアマネジャーを介し、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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

練馬さくら病院
(旧東京聖徳病院)

病院の連携窓口：地域医療連携室
TEL：03-3931-1101（代表）
FAX：03-3931-1135（代表）
メール：info@t-sakurahosp.com
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考
※左表の各数字に対応

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。

①医療療養病床であり、問い合わせをいただいた際、担当ケアマネジャーのお名前とご連絡先を伺います。ケアマネジャーには病院から電話をします。

②医療機関・ケアマネジャーから診療情報提供書と薬剤情報などの患者情報（参考：入院時連携シート）を連携室宛てに提供してください。（緊急の場合は、口頭での情報提供も可能です）
早急に入院の可否を判定します。
※病院のインテーク用紙や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てください。送付はFAX、メール等も可能です。**その際は電話で到着確認をしてください。**
※かかりつけ医がない場合の相談も可能です。ベッドの空床状況により、入院予定日をお伝えします。

③入院時に患者、ご家族、ケアマネジャーと治療方針について説明をします。
ケアマネジャーがいない場合は、地域包括支援センターへ入院の連絡をします。

⑦リハビリチーム、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。また病状変化、治療方針変更時等、適宜中間カンファレンスをおこないます。

⑧退院がみえてきたら、病棟看護師またはMSWが退院日や退院場所の調整を行います。
在宅に戻る際は、医療連携室スタッフ、在宅医療チームにて家屋調査、介護サービスの準備などを行います。退院先は、原則、自宅または施設となります。退院後、当院で継続して訪問診療をおこなう場合は、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。

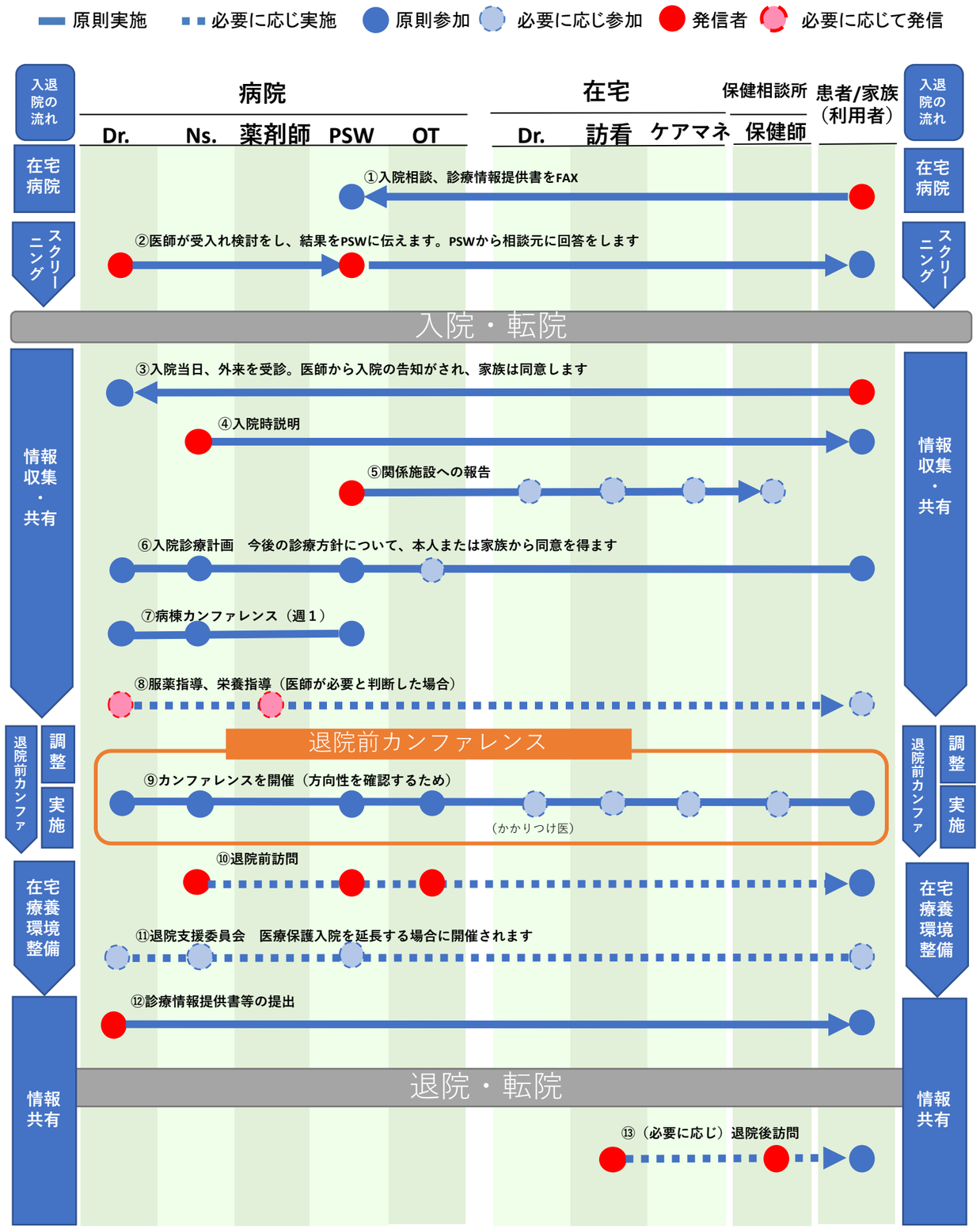
⑨⑩退院日が決定次第、MSWからケアマネジャーに連絡をします。
退院前カンファレンスが行われる場合、病院側の参加者は医療連携室または看護師長が、在宅側の参加者はケアマネジャーが人選し、調整します。
※他院での継続治療が望ましいと判断した場合は転院となります。適時、病院からケアマネジャーに連絡をします。

⑪原則、議事録を発行しません。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ます。

⑫診療情報提供書、看護サマリ、リハビリサマリ、訪問看護師指示書等を必要に応じ、発行します。
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情報を共有してください。

⑬病院医師からの退院後の訪問が必要と判断した場合は、退院後訪問を実施します。

入退院連携ガイドライン（入院から退院までの連携方法）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

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）

慈雲堂病院（精神科）【救急病棟】
（医療保護入院）

病院の連携窓口：医療相談室
TEL：03-3928-6511
FAX：03-3928-6517
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考
※左表の各数字に対応

①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、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。
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が聞き取ります。

④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。

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。

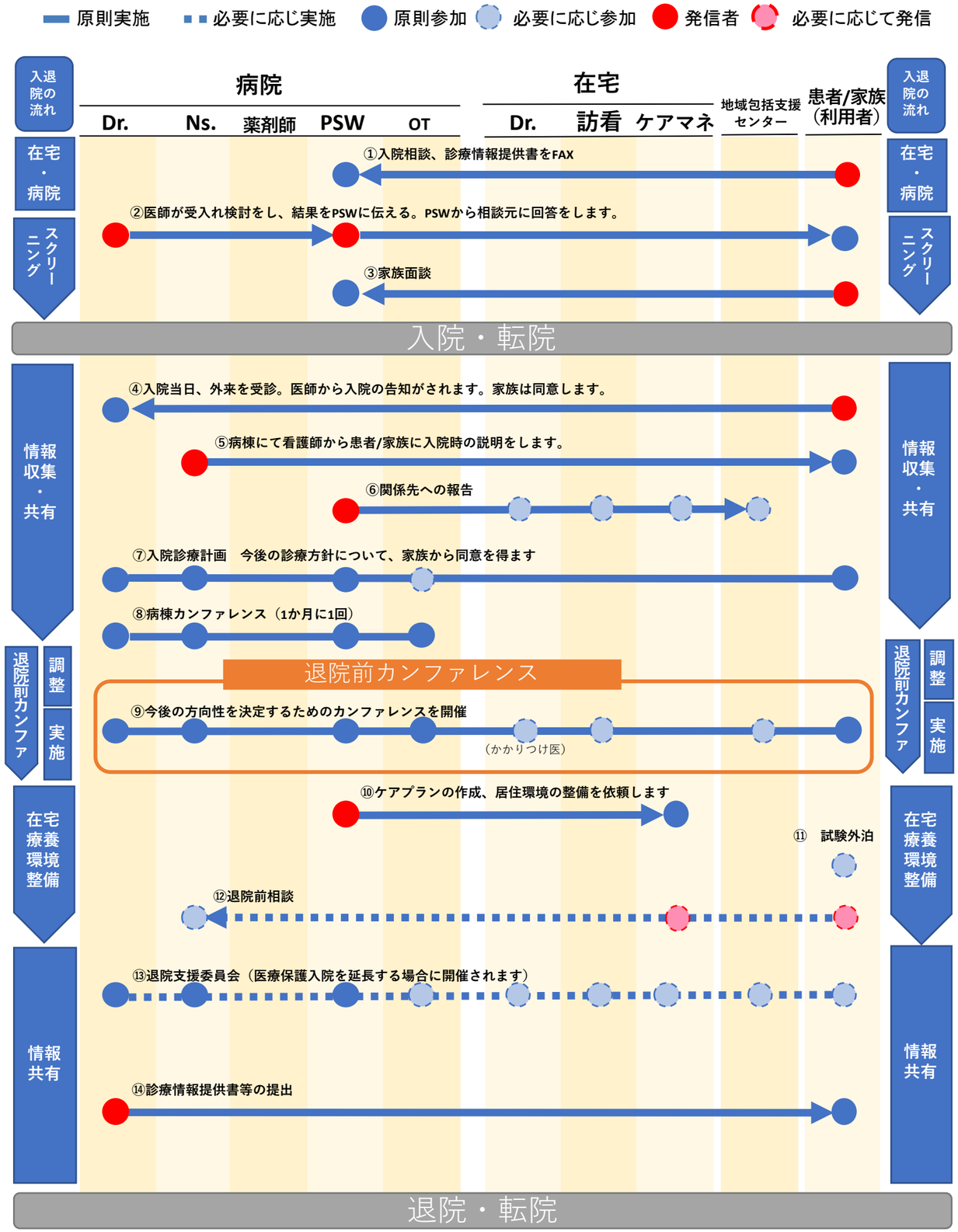
⑦スタッフ間での情報共有
病棟での朝の申し送りにも担当PSWが参加し、情報共有をおこないます。

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、住宅環境の整備を行います

⑫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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

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）

慈雲堂病院（精神科）【認知症病棟】
（医療保護入院）

病院の連携窓口：医療相談室
TEL：03-3928-6511
FAX：03-3928-6517
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考
※左表の各数字に対応

①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、地域包括支援センター、訪看、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PSWから受けます。
家族が同意すれば、入院が確定します。

⑤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。
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。

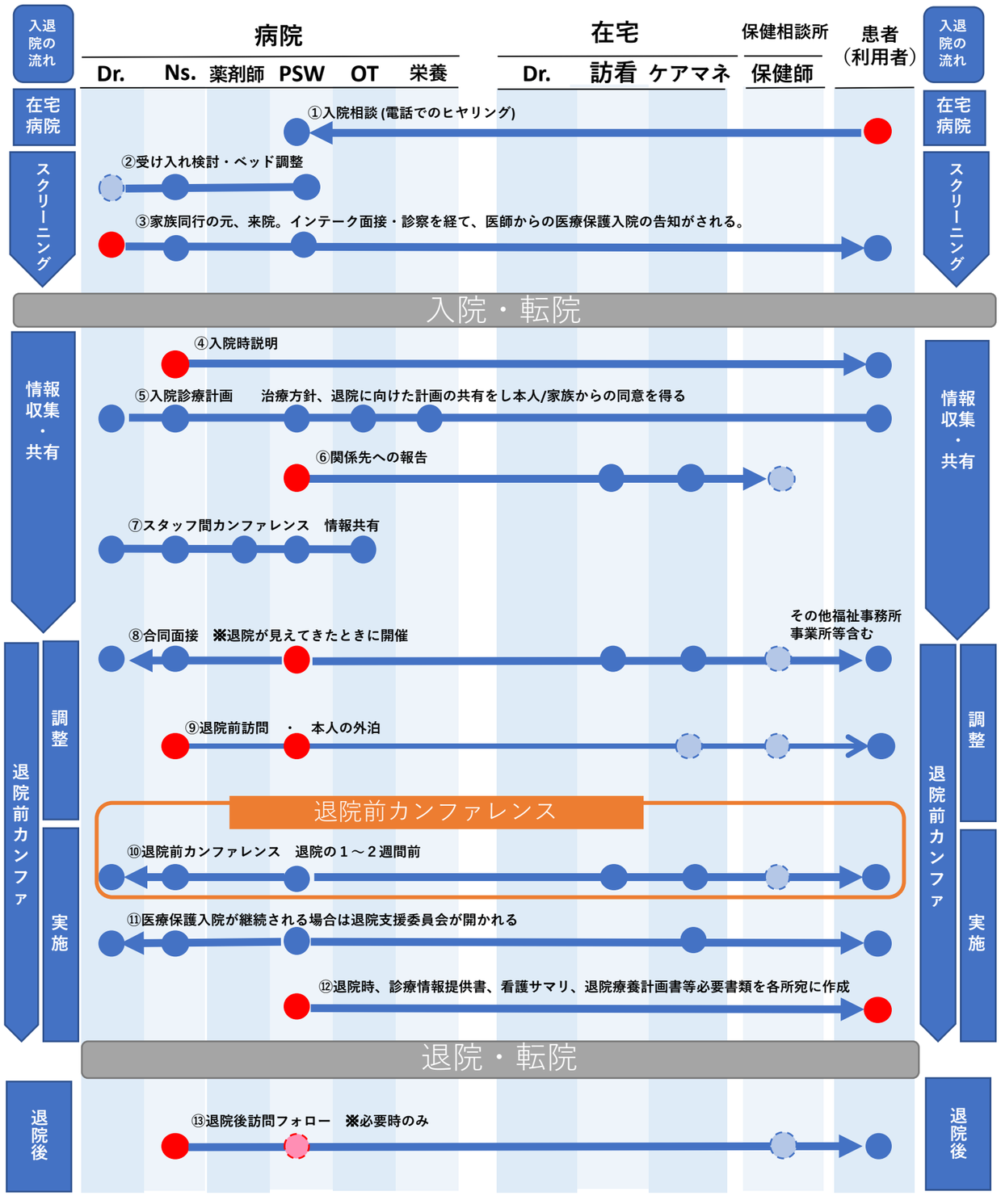
⑨方向性が決定したら、その旨を各関係先へ報告します。
通常、家族から報告しますが、家族が報告できない場合は、PSWから各所へ転院先と転院日が決定次第報告されます。

⑩自宅に戻る場合は、PSWから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。

⑫ケアマネジャーが希望した場合、退院前相談の場が設けられます。

⑭事前に家族から聞き取りをした宛先に、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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

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）

陽和病院（精神科）【救急病棟】
（医療保護入院）

病院の連携窓口：入院相談窓口
TEL：03-3923-0325
FAX：03-3923-0338
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考
※左表の各数字に対応

①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。
なお、入院期間最大3か月を治療目標と致します。

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。
関係先は入院時に患者・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を行います。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に情報共有をします。

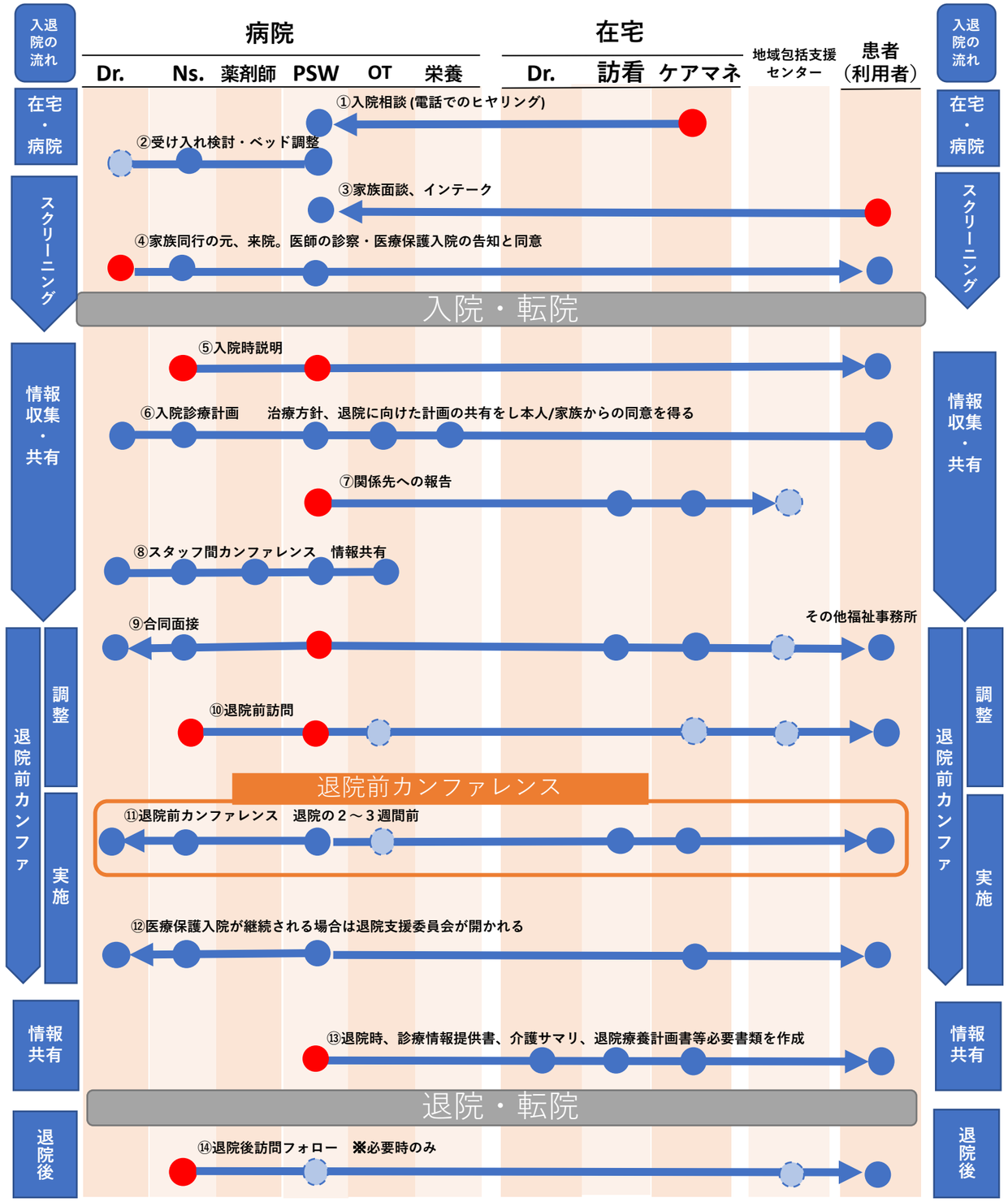
⑨必要に応じ、退院に向けた事前調整として、本人の外泊や退院前訪問がおこなわれます。住居環境の確認と整備がおこなわれます。
退院前訪問看護指導は最大3回、通常1～2回おこなわれます。

⑪3か月を超えて医療保護入院を継続する場合は、退院支援委員会を開催します。

⑫通院先宛の診療情報提供書、退院療養計画書が患者に渡されます。
その他、必要に応じ、退院後に訪問看護が行われる場合には、訪問看護指示書や看護サマリ―が患者に渡されます。
ケアマネジャーや在宅サービス事業者には看護サマリ―や処方薬の情報等が希望に応じて渡されます。
必要な情報については別途ご相談ください。

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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

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）

備考

※左表の各数字に対応

陽和病院（精神科）【認知症等急性期病棟】

（医療保護入院）

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)
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

①地域包括支援センター・ケアマネジャー・在宅訪問医等から直接入院相談窓口(相談室)に電話をし、診療情報提供書、ADL表などを送付します。

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もあります。

③家族相談を行います。認知症病棟の見学や入院費用等の説明を受けます。
なお、入院期間最大3ヶ月を治療目標と致します。

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。

⑦家族からのヒヤリングを元に、各関係機関へ入院の連絡をします。
連絡を受けたケアマネジャーは関連する在宅サービス事業書に報告します。
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を依頼します。

⑧スタッフ間カンファレンスが開催され、情報共有をこまめに行います。
転倒リスクやケアの見直しについて話し合われます。

⑨合同面接が、入院後2週目と4週目を目安として2度実施します。

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通常1～2回おこなわれます。

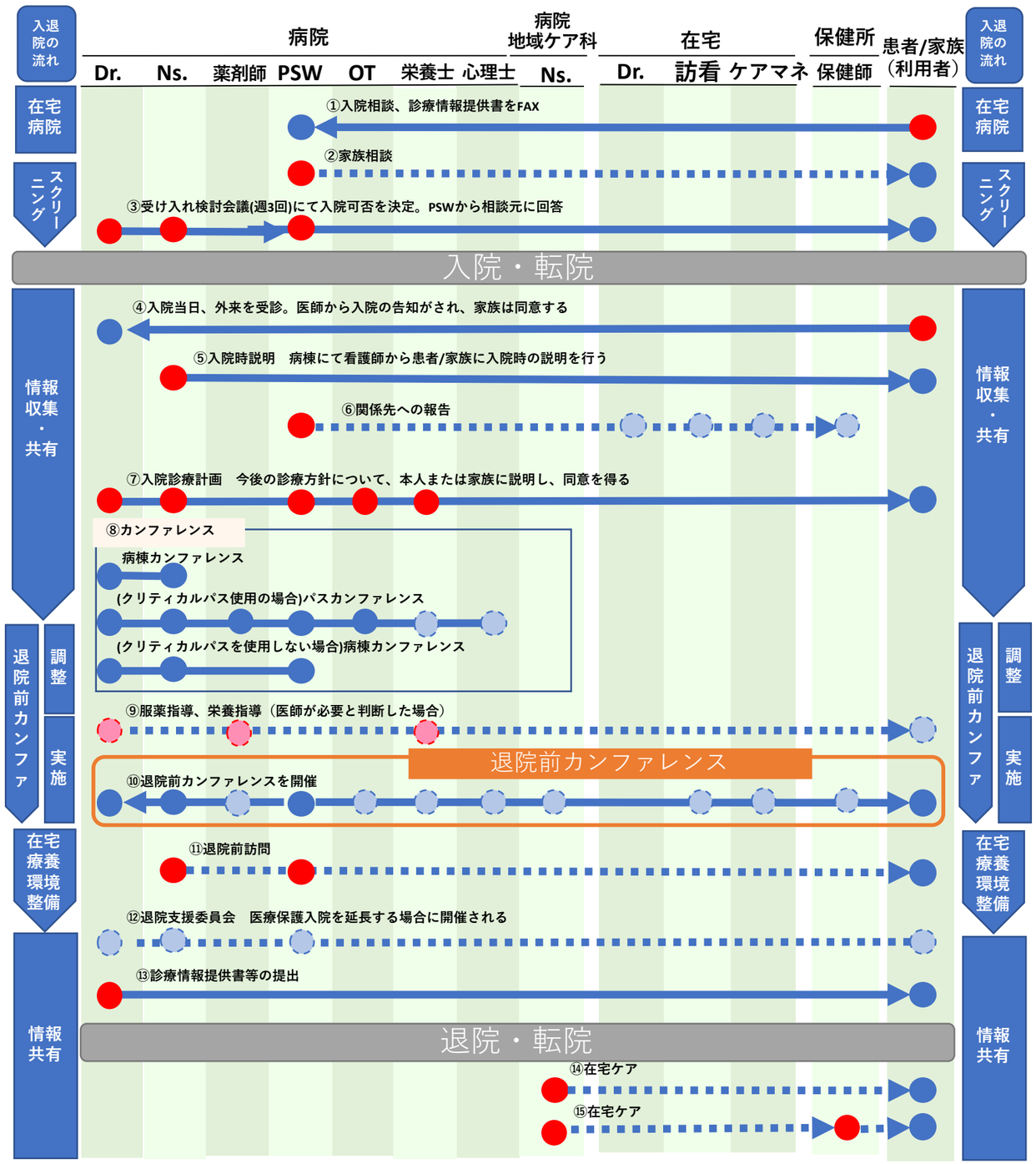
⑪PSWから連絡をうけたケアマネジャーは、関係する各介護サービス事業者に連絡をし招集します。

⑫3か月を超えて医療保護入院を継続する場合は、退院支援委員会を開催します。

⑬通院先宛の診療情報提供書、退院療養計画書などが作成され、ご家族に渡されます。
その他、必要に応じ、退院後に訪問看護が行われる場合には、訪問看護指示書や看護サマリーがご家族に渡されます。
ケアマネジャー、在宅サービス事業者には看護サマリーや処方薬の情報等が希望に応じて渡されます。
必要な情報については別途ご相談ください。

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）



情報共有には
本人/家族の同意が必要です

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）

大泉病院（精神科）
【精神科救急病棟】
（医療保護入院）

病院の連携窓口：医療相談科
TEL：03-3924-2111
FAX：03-3924-3389
※FAXでの情報提供時は利用者名を黒塗り

備考
※左表の各数字に対応

①医療相談科のPSW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、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。
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。

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）

⑥必要に応じ、入院相談時に聞いた施設へ、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必診療情報提供書、看護サマリ、退院療養計画書等は必要とする関係機関へ作成します。
書類は患者/家族に渡され、患者/家族から各関係機関先へ提出します。
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します。

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。

⑮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

入院時連携シート（P57～58）

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

医療・介護連携シート（P61）

「入院時連携シート練馬区版」
作成の背景および利用法について

令和２年３月
練馬区介護サービス事業者連絡協議会居宅支援部会

急速に少子高齢化が進む中、2025年には「団塊の世代」が全て75歳以上となる超高齢社会を見据え、地域包括システムの構築を進めています。国民一人一人が、医療や介護が必要となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことが喫緊となっています。利用者の視点に立って、医療、介護が必要になった際に急性期の医療から回復期、慢性期、在宅医療介護まで一連の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、効果的な入退院支援を行う必要性があります。

私たち介護支援専門員は　要介護および要支援高齢者の入退院に関わるべきことが多くあります。2017年度、2019年度と、病院の入退院支援窓口となるMSW等を交え医療連携ワークショップを重ねてまいりました。

1)病院の機能によって必要とする情報交換の内容は変わってくる。
2)基準となるツールがあることで、介護支援専門員およびMSW等の経験に左右されることなく情報交換ができる。
3)ツールがあったとしても顔の見える関係は重要であり、基本は面談することが重要である。FAX等する場合は電話で一報入れておく。
4)利用者および家族に再度確認し、個人情報の取り扱いには十分に配慮する必要がある。

等、多くの課題があげられました。

このシートの目的を理解していただき、練馬区民の方々の医療と介護の連携に活用していただければ幸いです。定期的に見直し改変をしていく予定です。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部会までお願いいたします。

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：　　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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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 ※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）				
	特記事項（　）				
入院時の要介護度	□ 要支援（　）　□要介護（　）□ 事業対象者　有効期間：　年　月　日 ～ 年　月　日 □ 申請中(申請日　／　)　□区分変更（申請日　／　）　□ 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	□ 自立　□ J1　□ J2　□ A1　□ A2　□ B1　□ B2　□ C1　□ C2	□医師の判断			
認知症高齢者の日常生活自立度	□ 自立　□ Ⅰ　□ Ⅱa　□ Ⅱb　□ Ⅲa　□ Ⅲb　□ Ⅳ　□ M	□ケアマネジャーの判断			
介護保険の自己負担割合	□　割　□ 不明	障害など認定	□ なし □ あり（ 身体・精神・知的 ・難病 ）		
年金などの種類	□ 国民年金　□ 厚生年金　□ 障害年金　□ 生活保護　□ その他(　)				

2．家族構成／連絡先について

世帯構成	□独居　＊□日中独居　□高齢者世帯　□子と同居　□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	□ 後見　□ 補助　□ 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	□ 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	□ 同封の居宅サービス計画（1）参照
ACPについて	□話し合ったことがある　最終確認日　年　月頃（□家族　□ 医療・介護チーム　□友人　□その他　） 内容：（ □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	□ なし　□ あり（　）	居宅療養管理指導	□ なし □ あり　（職種：　）
薬剤管理	□ 自己管理　□ 他者による管理　（・管理者：　・管理方法：　）		
服薬状況	□ 処方通り服用　□ 時々飲み忘れ　□飲み忘れが多い、処方が守られていない　□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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	診察方法・頻度	□通院　□ 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	□ 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	□ 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	□ 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>				
ADL	移　動		移動(室内) □ 杖 □ 歩行器 □ 車いす　移動(屋外) □ 杖 □ 歩行器 □ 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	□ あり（　）□ なし ☑ 不明	
	食事形態		<特記>		UDF等の食形態区分	<特記>	
	摂取方法		水分とろみ		水分制限	□ あり（　）□ なし □ 不明	
口腔	嚥下機能		口腔清潔		義歯	口臭	
排泄＊	排尿		排便		ポータブルトイレ	オムツ／パッド	
睡眠の状態			<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	□ なし □ 幻視・幻聴　□ 興奮　□ 焦燥・不安　□ 妄想　□ 暴力/攻撃性　□ 介護への抵抗　□ 不眠 □ 昼夜逆転　□ 徘徊　□ 危険行為　□ 不潔行為　□ その他 □ その他（　）						
疾患歴＊	□ なし □ 悪性腫瘍　□ 認知症　□ 急性呼吸器感染症　□ 脳血管障害　□ 骨折 □ 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＊	□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（　）						

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。 □居宅サービス計画書　3表（週間予定表）　□居宅サービス計画書　１．２表　□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	□ 独居　□ 高齢世帯　□子と同居（家族構成員数　名 ） ＊□ 日中独居　□その他　）
世帯に対する配慮	□不要　□必要（　）
退院後の主介護者	□本シート２に同じ　□左記以外（氏名　続柄　年齢　）
介護力＊	□介護力が見込める（ □十分　・　□一部 ）　□介護力は見込めない □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

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

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：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：×××××－××××

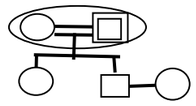
利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1．利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ﾈﾘﾏ ﾐﾂｵ 練馬 光男	年齢	８０ 才	性別	(男) 女
		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)）				
	特記事項（ ）				
入院時の要介護度	□ 要支援（ ）☑要介護（ ３ ）□ 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 □ 申請中(申請日 ／) □区分変更（申請日 ／ ） □ 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 ☑ B1 □ B2 □ C1 □ C2	☑医師の判断			
認知症高齢者の日常生活自立度	□ 自立 □ Ⅰ □ Ⅱa ☑ Ⅱb □ Ⅲa □ Ⅲb □ Ⅳ □ M	□ケアマネジャーの判断			
介護保険の自己負担割合	□ 1 割 □ 不明	障害など認定	□ なし ☑ あり（(身体)・精神・知的 ・難病 ）		
年金などの種類	□ 国民年金 ☑ 厚生年金 □ 障害年金 □ 生活保護 □ その他( )				

2．家族構成／連絡先について

世帯構成	□独居 ＊□日中独居 ☑高齢者世帯 □子と同居 □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	□ 後見 □ 補助 □ 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ることが多かった。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。 □ 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。 □ 同封の居宅サービス計画（1）参照
ACPについて	☑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いくのは嫌だ。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。 □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	□ なし ☑ あり（ ）	居宅療養管理指導	☑ なし □ あり （職種： ）
薬剤管理	☑ 自己管理 □ 他者による管理 （・管理者： ・管理方法： ）		
服薬状況	□ 処方通り服用 ☑ 時々飲み忘れ □飲み忘れが多い、処方が守られていない □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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 〇〇 〇〇	診察方法・頻度	☑ 通院 □ 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	□ 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	☑ 希望あり	・具体的な要望（ リハビリ職に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	☑ 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 －1－

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>					
ADL	移 動	一部介助	移動(室内) ☑ 杖 □ 歩行器 ☑ 車いす			移動(屋外) □ 杖 □ 歩行器 ☑ 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	☑ あり （ ） ☑ なし ☑ 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	□ あり （ ） ☑ なし □ 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
							リハビリパンツ利用し、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 筆談でコミニケーションを行う						
精神面における療養上の問題	□ なし □ 幻視・幻聴 □ 昼夜逆転 □ 興奮 □ 徘徊 □ 焦燥・不安 □ 危険行為 □ 妄想 □ 不潔行為 □ 暴力/攻撃性 □ その他 ☑ 介護への抵抗 □ 不眠 □ その他 （ ）							
疾患歴＊	□ なし ☑ 悪性腫瘍 □ 認知症 □ 急性呼吸器感染症 □ 脳血管障害 ☑ 骨折 □ 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	頻度は低いが、これまでにもある						
入院前に実施している医療処置＊	☑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（ ）							

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。 ☑居宅サービス計画書 3表（週間予定表） □居宅サービス計画書 １．２表 □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	トイレへ一人で行くことができる
退院後の世帯状況	□ 独居 ☑ 高齢世帯 □子と同居（家族構成員数 名 ） ＊□ 日中独居 □その他 ）
世帯に対する配慮	□不要 ☑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	☑本シート２に同じ □左記以外（氏名 続柄 年齢 ）
介護力＊	☑介護力が見込める（ □十分 ・ ☑一部 ） □介護力は見込めない □家族や支援者はいない
特記事項	（虐待疑いなど ）

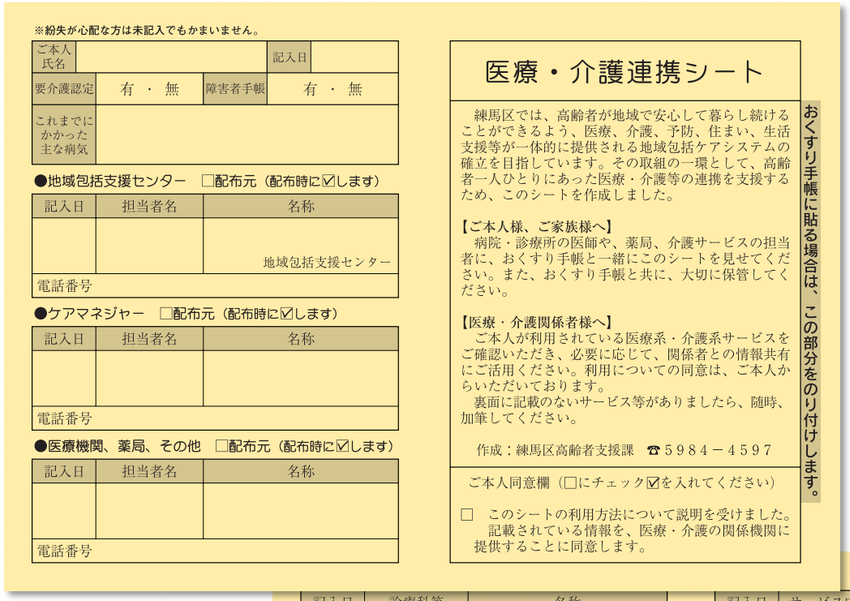
＊＝診療報酬 退院支援加算１． ２「退院困難な患者の要因」に関連 －2－ 練馬介護事業所連絡協議会 居宅部会 2020.3

「医療・介護連携シート」

練馬区の「医療・介護連携シート」は、医療・介護関係者間の連携を促進する目的で、高齢者本人がおくすり手帳等とともに携帯します。関係者が本人からシートを提示されたときは、確認・記入をお願いします。

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。薬局では、おくすり手帳カバーをつけることができます。

問い合わせ　練馬区高齢者支援課在宅療養係　電話　03-5984-4597



※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

おくすり手帳に貼る場合は、この部分をのり付けします。

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。

表面

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
	□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

中面

練馬区
入退院連携ガイドライン

発行日：
令和２年（2020年）９月
編集・発行：
練馬区　地域医療担当部　地域医療課
所在地　〒176-8501　練馬区豊玉北６－１２－１
TEL　03-5984-4673
FAX　03-5984-1211

病院名	連携窓口	受付時間	TEL	FAX
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
順天堂大学医学部附属練馬病院	地域医療連携室	月～金 9:00～17:00 土 9:00～13:00 （第2土は除く）	03-5923-3111	03-5923-3226
田中脳神経外科病院	医療連携室／ 診療情報管理室	月～土 9:00～13:00 14:00～17:00 （第2、第4土は午前のみ）	03-3920-6263	03-5903-5080
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
大泉生協病院	地域連携室	月～金 9:30～17:00 土 9:30～12:30	03-5387-3826	03-5387-3326
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	医療連携室	月～土 9:00～12:00	03-5935-6102	03-5935-6107
桜台病院	医療連携室	月～土 9:00～17:00	03-3557-7258	03-3992-3082
東海病院	相談員	月～金 10:00～15:00	03-3999-1131	03-3999-7027
島村記念病院	医療連携室	月～金 8:30～11:30 13:00～17:00 土 8:30～11:30	03-3928-0071	03-3928-0074
関町病院	地域連携室	月～土 9:00～17:30	03-3920-0532	03-3920-0531
東大泉病院	医療相談員	月～金 9:00～16:30 土 9:00～11:30	03-3924-5820	03-3924-5822
練馬さくら病院 （旧東京聖徳病院）	地域医療連携室	月～金 9:00～17:00	03-3931-1101	03-3931-1135
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
陽和病院	入院相談窓口	月～土 9:00～17:00	03-3923-0325	03-3923-0338
大泉病院	医療相談科	月～土 9:00～11:30 13:00～15:00 （水、土は午前のみ）	03-3924-2111	03-3924-3389