# 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)

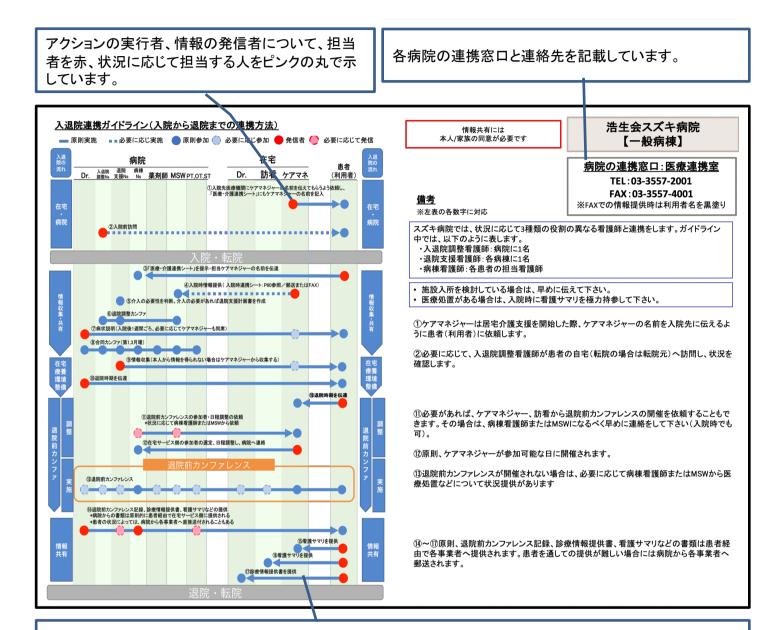
大泉病院【精神科救急病棟】(P53~54)

【付録】入院時連携シート/医療・介護連携シート(P55~61)

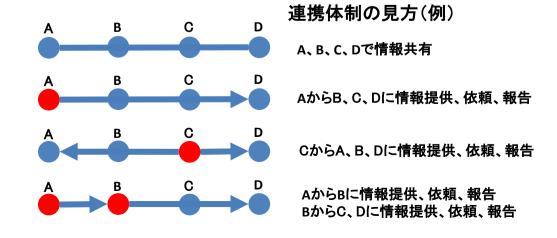
# 入退院連携ガイドラインの読み方

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。



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。



# 入退院連携にかかる主な診療報酬・介護報酬加算

#### 診療報酬 介護報酬 在宅 入院•転院 入院時支援加算(退院時1回) ーニング 入退院支援加算1 入退院支援加算2 入退院支援加算3 入院時情報連携加算 ※2 ·入院時情報連携加算(I)200単位 入院後3日以内に医療機関へ情報提供した場 情報 介護支援等連携指導加算 収集 ·入院時情報連携加算(II)100単位 共有 入院後7日以内に医療機関へ情報提供した場 退院前訪問指導料 在宅 療養 退院前在宅療養指導管理料 環境 介護支援連携指導料 退院•退所加算 整備 ·退院·退所加算(I)イ 450単位 カンファレンス以外の方法により、情報提供を1回受 けていること ·退院·退所加算(I)口 600単位 カンファレンスにより、情報提供を1回受けていること ・退院・退所加算(Ⅱ)イ 600単位 退院時共同指導料1 カンファレンス以外の方法により、情報提供を2回以 退 退院時共同指導料2 院前 実施 上受けていること 退院・退所加算(Ⅱ)口 750単位 カ 情報提供を2回受けており、うち1回以上はカンファレ ンスによること ン ·退院·退所加算(Ⅲ) 900単位 情報提供を3回以上受けており、うち1回以上はカン 地域連携診療計画加算 ファレンスによること 共 (診療情報提供料) 退 退院時リハビリテーション指導料 院 退院時薬剤情報管理指導料 時 退院時共同指導加算 退院時共同指導加算 :600単位 診療情報提供料 退院∙転院 退院後訪問指導料 在宅 緊急時等居宅カンファレンス加算 :200単位 在宅患者緊急時等カンファレンス料

# 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。

o de la companya de

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	田中脳神経外科病院	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: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	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)	TEL	寮連携室 :03-3557-2001 ::03-3557-4001	
連携上の 留意点	_	_	_	_		投入所を検討している場合は、早& 5場合は入院時に看護サマリを極。	かに伝えて下さい。また、医療処置が カ持参して下さい。
入院前	入院先医療機関にCMの名前を伝えて CMの名前を記入します。	こもらうよう患者(または家族)に依頼し、	「医療・介護連携シート」にも	入院先医療機関にCMの名前を伝えて	もらうよう患者(またに	は家族)に依頼し、「医療・介護連携	ミシート」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。	手渡しの場合はMSW、郵送またはFAXの 療情報管理室へ送付します。	の場合は診 必要	要に応じてMSWに郵送またはFAXし	<b>ンます</b> 。
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 利用者(家族)から情報を得ます。	者(家族)に説明があります。CMは	_	_	入防	完後1週間頃に行います。必要に応	なじてCMも同席します。
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。	_	必要に応じて、聞き取り調査を行います いません)。	す(訪問は行	_	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	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。	MSWが参加者を調整します。カンファを 場合、CMは病棟Ns.またはMSWと直接 を行います。	と美施しない から に、退院調整 絡し	。開催を依頼することもできます。 <sup>-</sup>	日程調整の依頼をします。CM、訪看 その場合は、病棟Ns.またはMSWに連 期間60日の制限があるため、入院時 っさい。
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 モします。	宅側の事業者へ共有すべきことをメ	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。	議事録は作成せず、院内ではカルテで ます。		完前カンファレンスが開催されない はMSWから医療処置などについて	場合は、必要に応じて病棟看護師ま 状況提供があります。
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。		診療情報提供書は在宅医、看護サマリ 供されます。			患者経由で各事業者へ提供されます。 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。		転院時は病院からCMに連 絡があります。	病院からの連絡はないので、利用者・乳 てもらうように、CMは依頼します。	家族に伝え	-	_
その他	_	_	_	_		-	_

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 CMの名前を記入します。	者(または家族)に依頼し、「医療・介護連携シート」にも	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	oCM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	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。
	診療情報提供書、看護サマリ、リハビリサマリが必 は日程調整をします。	要な場合は申し出ます。退院後訪問指導が必要な場合		
退院前 カンファレンス	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。	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。	
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	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。	

*i* 

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		・ 居宅介護支援を開始した際、CMの名前を入院先に	面談にて退院先の希望、担当CMを確認し ます。	_	_
入院連絡	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)。	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	_	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)	・	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。	_	_	_

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】	陽和 【救急		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	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		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	医療療養型病院です。	が必須です。 <同意者> <b>後見人又</b> に	療保護入院時には、家族等の同意は保佐人/配偶者/親権者/扶養			は、家族等の同意が必須です。 お <b>/親権者/扶養義務者(直系血族、兄弟姉妹</b> お	るよび家庭裁判所に選任された三
入院前	下	報務者(国系皿族、元 れた三親等以内の親	弟姉妹および家庭裁判所に選任さ 族)			・ 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	_
入院連絡	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	必要に応じ、PSWから入	院報告が行われます。	患者・家族からのヒア PSWから入院報告が 受けたCMは関連する 所に報告します。	行われます。連絡を	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。	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)	いて説明が行われます。	=		がに主味口しより。		7 0	_
病状説明・退院時 期の連絡	_	_	_	PSWから合同面接開 CMは、関連する居宅 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彳	<b>うわれます。</b>	
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。	_	退院の1〜2週間前I 月を超えて医療保護 合は、退院支援委員	入院を継続する場	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	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。	CM、地域事業所宛に	こ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	_	_	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。	_	-	_	_

■■必要に応じ実施 ● 原則参加 ● 必要に応じ参加 ● 発信者 入退 在宅 病院 院の 院の 患者 流れ 病棟 流れ 訪看 ケアマネ (利用者) Dr. MSW PT.OT.ST Dr. 薬剤師 ①入院先医療機関にケアマネジャーの名前を伝えてもらうよう依頼し、 「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入 在宅 在宅 ②予定入院の場合: \*外来Nsがスクリーニング 入院・転院 ③ケアマネジャーの名前を伝える、または「医療・介護連携シート」を提示 ④緊急入院の場合: \*病棟Nsがスクリーニング 5入退院支援計画書を作成 ⑥入院時情報提供(入院時連携シート: P60参照) ※病棟Nsに手渡し、または地域連携室へ持参もしくはFAX 7介護支援等連携指導 情報 情報 収集 ※ケアマネジャーが参加するのは、患者/家族が特に必要だと判断した場合 収集 ⑧スクリーニング ※必要時再度スクリーニング ※病院からケアマネジャーへ開催の連絡はされない 共有 共有 ⑨退院時期を連絡(医師⇒患者) ⑩退院時期を連絡(ケアマネジャー←患者) ⑩退院時期を連絡(看護師⇒ケアマネジャー) ①退院前カンファレンスの開催を要請 ①退院前カンファレンスの開催を要請 . . . . . . . . . . . . . ※ケアマネジャーが必要だと判断した場合 ※患者(利用者)の医療依存度が高い、 調 または初めて在宅医療を受ける場合 (12)在宅側参加者を調整 整 整 ※退院前カンファレンス開催時 ①病院側参加者を調整 ※すでに在宅医、訪看が ※退院前カンファレンス開催時 ついている場合は ※新しく在宅医、訪看を付ける場合は病院が調整 院前 ケアマネジャーが調整 院 力 ③退院前カンファレンス フ (4)薬剤管理情報提供書の提供(カンファレンス時) 15介護支援連携指導 16 退院前カンファレンスがない場合 ※必要に応じて連絡 ①看護サマリの提供 ※必要に応じて提供 18診療情報提供書の提供 情報 情報 共有 **※**必要に応じて提供 共有 19リハビリサマリの提供(退院時) 20関係する

※必要に応じて提供

退院・転院

在宅サービス事業者へ

情報共有

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	M S W	(PT・OT ST)	医師	訪問看護師	ケアマネジャー	必要な職種
医療依存度:高	0	0	0	0	0	0	0	0	Δ
看護依存度:高	Δ	0	0	0	0	Δ	0	0	Δ
介護依存度:高	Δ	0	0	0	0	Δ	Δ	0	Δ

①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。

③⑤退院前カンファレンスおよび介護支援連携指導は、原則どちらか1回の実施です。 退院前カンファレンスの議事録は患者(利用者)のみに提供するので、ケアマネジャーは在宅チームへ伝える必要があることを記録します。

⑩退院後に患者(利用者)が在宅サービスを利用する場合は、ケアマネジャーが中心となって、病院から提供された情報(<u>退院前カンファレンスの議事録(内容のメモ)</u>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) 病院 在宅 患者 入退 入退 (利用者) 院の 院の 流れ 流れ リハ 訪看 ケアマネ 家族 **MSW** Dr. Ns. Dr. ①入院先医療機関にケアマネジャーの名前を伝えてもらうよう依頼し、 「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入 在宅 在宅 入院•転院 ②ケ<mark>アマネジャー</mark>の名前を伝える、または「医療・介護連携シート」を提示 情報 情報 収集 収集 ③入院時情報提供 (入院時連携シート:P60参照/口頭も可) 共有 ※書面の場合は地域連携相談センターへ直接持参、またはFAXで提出 共有 ④介護支援等連携指導 スクリーニング ※ケア<mark>マネへの開催連</mark>絡はケースにより病院また<mark>は患者から</mark> **⑤スクリーニング** <mark>⑥スクリーニング</mark>でチェックがついた場合に検討 ⑦多職種カンファレンス(各科ごとに全入院患者が対象) ⑧状況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報告 療養環境 **※**退院前カンファレン<mark>ス後の場合もある</mark> ⑨家族より退院時期の連絡 ⑩情報の取得 ①退院前カンファレンスの調整(※実施の場合) 12 在宅側の サービス提<mark>供者の</mark> 参加者を調整 退院前カンファレンス 力 13退院前カンファレンス(※必要に応じて) ※基本的に家族の参加が必須 44看護サマリの提供 <sup>(15)</sup>ケアマネジャーが中心となり 在宅側のサー<mark>ビス提供者へ</mark> 在宅 在宅 情報共有 **※**必要に応じ<mark>て訪問入浴、</mark> デイなどへ<mark>看護サマリの</mark> <mark>⑯診療</mark>情報提供書の提供 内容を共有 ※必要に応じて提供

<mark>病院が必要だ</mark>と判断した場合<mark>に転院先を連絡</mark>

転院

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

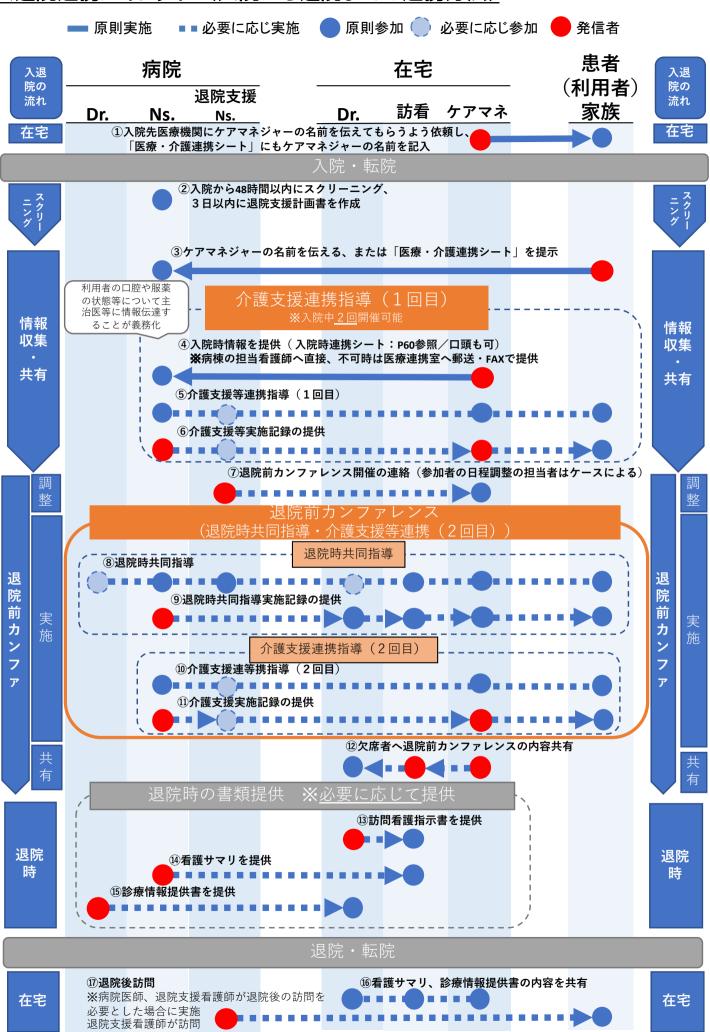
※左表の各数字に対応

- 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。
- ③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。
- (4) 看護サマリは原則1通のみ提供(複数必要時は要相談)
- ⑤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。

転院

転院先を連絡



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。<u>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。</u>

④病棟の担当看護師へ直接情報提供できない場合は<u>医療連携室へ電話連絡後</u>、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。

①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。

(⑥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。

⑪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 院の 流れ 入退 院の 在宅 病院 患者 流れ 訪看 ケアマネ Dr. 病棟Ns. 薬剤師 MSW PT 栄養士 Dr. (利用者) 在宅 在宅 ①入院先医療機関にケアマネジャーの名前を伝えてもらうよう依頼し、 「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入 病院 病院 • 転院 ②ケ<mark>アマネジャー</mark>の名前を伝える、または「医療・介護連携シート」を提示 ③ 入院時情報提供(入院時連携シート:P60参照) 情報 情報 収集 収集 ④情報収集、入院計画書作成・説明 共有 共有 ⑤栄養ス<mark>クリーニング・アセスメント作成</mark> 6服薬指導 ⑦ MSWへの介入依頼 リハビリカンファレンス ⑧リハビリカンファレンス 在宅 療養 環境 9家屋情報の聞き取り 整備 整備 ⑩退院調整(在<mark>宅の場合は病棟Ns、転院等の場合はM</mark>SWに依頼) ①退院調整(退院前カンファレンスを実施しない場合) ②参加者の調整 (退院前カンファレンスを実施する場合) 退院前カンファレンス ③退院前カンファレンス 4 診療情報提供書の提供 ⑮看<mark>護サマリの提供(原本1部</mark>) 情報 情報 共有 共有 (16) 退院時服薬指導書の提供 退院・転院

■■必要に応じ実施 ● 原則参加 ● 必要に応じ参加 ● 発信者

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

# <u>病院の連携窓口:</u> 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。
- ⑩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。
- ③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) 入退 院の 流れ 在宅 病院 院の 患者 流れ 入退院 退院 病棟 訪看 ケアマネ 薬剤師 MSW PT,OT,ST Dr. (利用者) 調整Ns 支援Ns Ns ①入院先医療機関にケアマネジャーの名前を伝えてもらうよう依頼し、 「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入 在宅 在宅 病院 病院 ②入院前訪問 入院・転院 ③「医療・介護連携シート」を提示・担当ケアマネジャーの名前を伝達 ④入院時情報提供(入院時連携シート:P60参照/郵送またはFAX) 情報収集 情報収集・共有 ⑤介入の必要性を判断。介入の必要があれば退院支援計画書を作成 6退院調整カンファ ・共有 ⑦病状説明(入院後1週間ごろ、必要に応じてケアマネジャーも同席) ⑧合同カンファ(第1,3月曜) ⑨情報収集(本人から情報を得られない場合はケアマネジャーから収集する) 在宅 在宅 療養環境 療養 環境 ⑩退院時期を伝達 整備 ①退院前カンファレンスの参加者・日程調整の依頼 調整 \*状況に応じて病棟看護師またはMSWから依頼 退院前カ ②在宅サービス側の参加者の選定、日程調整し、病院へ連絡 カ 退院前カンファレンス フ ③退院前カンファレンス ④退院前カンファレンス記録、診療情報提供書、看護サマリなどの提供 \*病院からの書類は原則的に患者経由で在宅サービス側に提供される \*患者の状況によっては、病院から各事業者へ直接送付されることもある 15看護サマリを提供 情報 共有 16看護サマリを提供 共有 ⑪診療情報提供書を提供

退院・転院

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)。
- ①原則、ケアマネジャーが参加可能な日に開催されます。
- ③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。
- ⑭~⑪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 院の 入退 在宅 病院 院の 患者 流れ 流れ 入退院 退院 訪看 ケアマネ (利用者) 薬剤師 MSWPT,OT,ST Dr. 調整Ns 支援Ns Ns ①入院先医療機関にケアマネジャーの名前を伝えてもらうよう依頼し、 「医療・介<mark>護連携シート」にもケアマネジャーの</mark>名前を記入 在宅 在宅 2入院前訪問 病院 病院 3入院前面談 ④「医療・介護連携シート」を提示する・担当ケアマネジャーの名前を伝達 ⑤入院時情報提供(入院時連携シート:P60参照/郵送またはFAX) 情 情報収集 ⑤<mark>在宅復帰</mark>支援計画書を作成 報収 ⑥退院調整カンファ ⑦病状説明(入院後1週間ごろ、必要に応じてケアマネジャーも同席) 共 共 <mark>⑧</mark>多職種カ<mark>ンファ</mark>(毎週月<mark>曜)</mark> ⑨情報収集(本人から情報を得られない場合はケアマネジャーから収集する) 10退院時期を伝達 ①退院時期を伝<mark>達</mark> ① 家屋調査の日程調整を依頼 (<mark>状況により</mark>病棟看護師、MSW、リハ職<mark>から)</mark> 在宅 療養 環境 在宅 <sup>13</sup>家屋調査の日程調整 療養環境 14家屋調査 整備 整備 ⑤<mark>退院前カンファレンスの参加者・日程調整の依頼(状況により病棟看護師ま</mark>たはMSWから) 退 調整 退院前 院前 整 16在宅サービス側の参加者の選定、日程調整し、病院へ連絡 力 退院前カンファレンス フ ①退院前<mark>カンファ</mark>レンス 18診療情報提供書、看護サマリなどの提供 \*病院からの書類は原則的に患者経由で在宅サービス側に提供される \*患者の<mark>状況によっては、各事業者へ病院から各事業者に直接送付されるこ</mark>ともある 19看護サマリを提供 情報 情報 共有 共有 20看護サマリを提供 ②診療情報提供書を提供 退院・転院 在宅 在宅 ②退院後訪問指導

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。
- ⑩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。
- ⑤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。
- ①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。
- ®~②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) 病院 在宅 患者 入退 院の流れ 院の流れ (利用者) 病棟 連携室 Dr. リハ 家族 MSW その他 訪看 ケアマネ Ns. Ns. Dr. ①入院先医療機関にケアマネジャーの名前を伝えてもらうよう依頼し、 「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入 在宅 在宅 ②ケアマネジャーの名前を伝える、または「医療・介護連携シート」を提示 情報 収集 情報 収集 FAXの場合 送信前に地域連携室への電話連絡が必要 ③入院時情報提供 持参の場合 共有 共有 (入院時連携シート:P60参照/口頭も可) ④スクリーニング スク ニクリ グー ※入院から3日以内に退院計画を策定 ⑤病状説明の実施 ※病院からケアマネジャーに日程の連絡があり、参加できる場合は同席。スクリーニングと前後する場合あり 状況に応じて地域包括ケア病棟へ転棟 在宅 療養環境 療養 環境 整備 ⑥退院前カンファレンス開催の連絡、日程調整 7退院前 整 カンファレンスの **⑦退院前カンファレンスの参加者(<u>病院側、在宅医、訪看)</u>を調整** <u>在宅側</u>参加者 (福祉用具など)を調整 退 に院前カ 退院前カンファレンス 前 ※退院後訪問指導が必要な場合は退院前カンファレンスで日程を調整 カ ⑧退院前カンファレンス フ 9介護連携等支援指導記録を提供 共有 ⑩ケアプランの写しを<u>医事課</u>へ提出(病院の介護連携等支援指導料算定に必要) ①看護サマリ提供 ※退院前カンファレンスで申請した場合に、 退院翌日に到着するように郵送、または本人・家族経由で提供 ①診療情報提供書を提供 在宅 在宅 **※**訪看、ケアマネには退院前カンファレンスで申請した場合に提供

3リハビリサマリを提供

15退院後訪問指導

※退院前カンファレンスで申請した場合にPTなどのリハビリ職が提供

4)在宅側の多職種へ情報共有

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<u>電話連絡した上</u>で、<u>本人</u> 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。
- (4) 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(<u>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</u>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。
- ⑤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) 病院 在宅 入退 患者 入退 院の 院の 病棟 連携室 (利用者) 流れ 流れ リハ 訪看 ケアマネ Dr. Ns. MSW Dr. 家族 Ns. その他 ①入院先医療機関にケアマネジャーの名前を伝えてもらうよう依頼し、 在宅 在宅 「医療・介護連携シート」に<br /> もケアマネジャーの名前を<br /> 記入 動於 ②ケアマネジャーの名前を伝える、または「医療・介護連携シート」を提示 ③入院連絡 情報 情報 収集 収集 FAXの場合(送信前に連携室へ電話連絡が必要) 4)入院時情報提供 共有 共有 持参の場合 (入院時連携シート:P60参照/口頭も可) ⑤スクリーニング(退院時期の目処が立つ) 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 **※**入院から3日以内に退院計画を策定 ⑥病状説明 -ニング ※病院からケアマネジャーに日程の連絡があり、参加できる場合は同席。スクリーニングと前後する場合あり 7中間カンファレンス 入院は 入院は ※病院から参加者へ事前に連絡がされます 最大60日 最大60日 在宅 在宅 ⑧家屋調査(退院前訪問)※退院前カンファレンス後の場合もある 療養 療養環境 環境 ⑨家屋の写真の提供 ※家屋調査を行わない場合 整備 ⑩<mark>退院前カンファレンス開催の連絡、日程</mark>調整 ①退院前 整 整 カンファレンスの ⑪<mark>退院前カンフ</mark>ァレンスの参<mark>加者(病院側、在宅医、訪看</mark>)を調整 <mark>在宅側</mark>参加者 福祉用具など)を調整 前 前 退院前カンファレンス 力 ※診療情報提供書、リハビリサマリなどが必要な場合は退院前カンファレンスで申請 ※退院後訪問指導が必要な場合は退院前カンファレンスで日程を調整 22退院前カンファレンス 退院・転院 3看護サマリの提供 ※訪退院前カンファレンスで申請した場合、 退院翌日に到着するように郵送、または本人・家族から受け取り (4)診療情報提供書の提供 ※訪看、ケアマネには退院前カンファレンスで申請した場合に提供 在宅 在宅 15リハビリサマリの提供

※退院前カンファレンスで申請した場合にPTなどのリハビリ職が提供

17退院後訪問指導

16在宅側の多職種へ情報共有

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<u>電話連絡した上</u>で、<u>本</u>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。

⑩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。

③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。

⑥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(<u>退院前カンファレンスの内容メモ</u>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。

⑪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) 入退 入退 病院 在宅 院の 院の 患者 流れ 流れ 訪看 ケアマネ Dr. (利用者) Ns. PT,OT,ST MSW Dr. 他の 他の ①入院先医療機関にケアマネジャーの名前を伝えてもらうよう依頼し、 医療 医療 「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入 機関 機関 事 院 ②ケアマネジャーの名前を伝える、または「医療・介護連携シート」を提示 スクリーニング ③スクリーニング ④入院時連絡(ケアマネジャーがついていない場合は地域包括へ連絡) ⑤入院時情報提供(入院時連携シート:P60参照/FAXまたはメール) 情報 情報 ⑥リハビリ計画会議(入院後2週間前後) 収集 収集 共有 共有 ⑦退院時期の連絡 ⑧家屋評価の日程調整の連絡 (※退院前カンファレンスと前後する場合あり) 在宅 療養 環境 在宅 療養 環境 ⑨必要に応じて福祉用具や 整備 家屋改修事業者の日程調整 整備 ⑩家屋評価の実施 ①退院前カンファレンスの日程調整の連絡 退院前力 院前 12在宅側の参加者を調整 カ 退院前カンファレンス フ フ ⑬退院前カンファレンス 4 試験帰宅・外泊 ⑤退院に病院からの提供が必要な書類の確認 16リハサマリの提供 情報 情報 共有 ①看護サマリの提供 共有 ⑱診療情報提供書の写しの提供(希望があった場合)

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

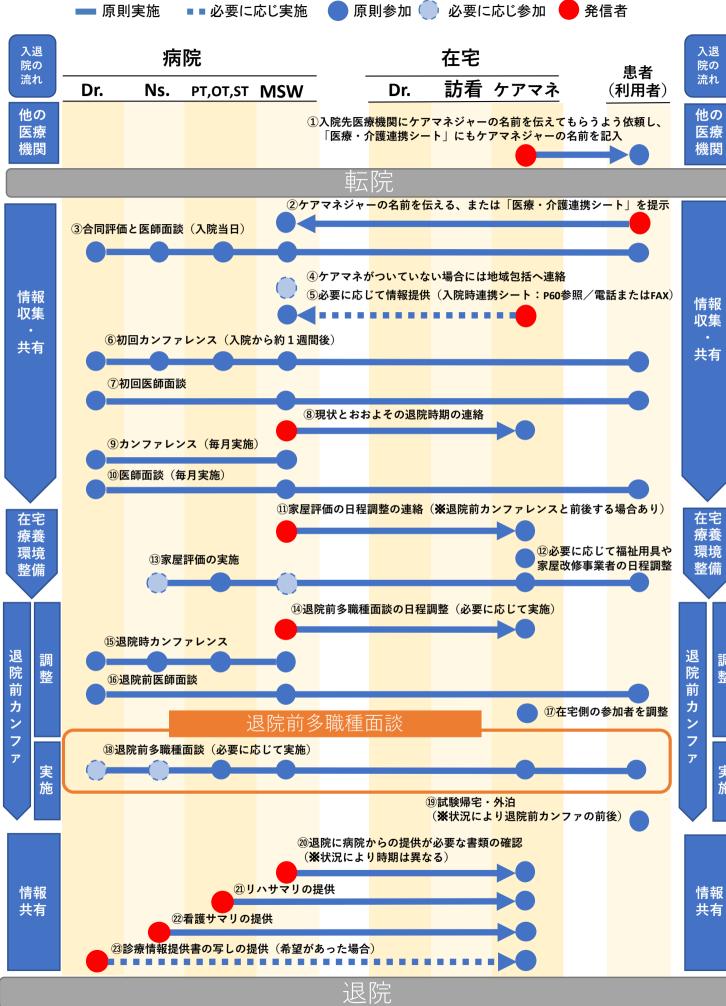
TEL: 03-3557-2611 FAX: 03-3557-2613

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。
- ①②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。
- (3)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。
- ⑤~®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)■ 原則実施■ 必要に応じ実施● 原則参加● 必要に応じ



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

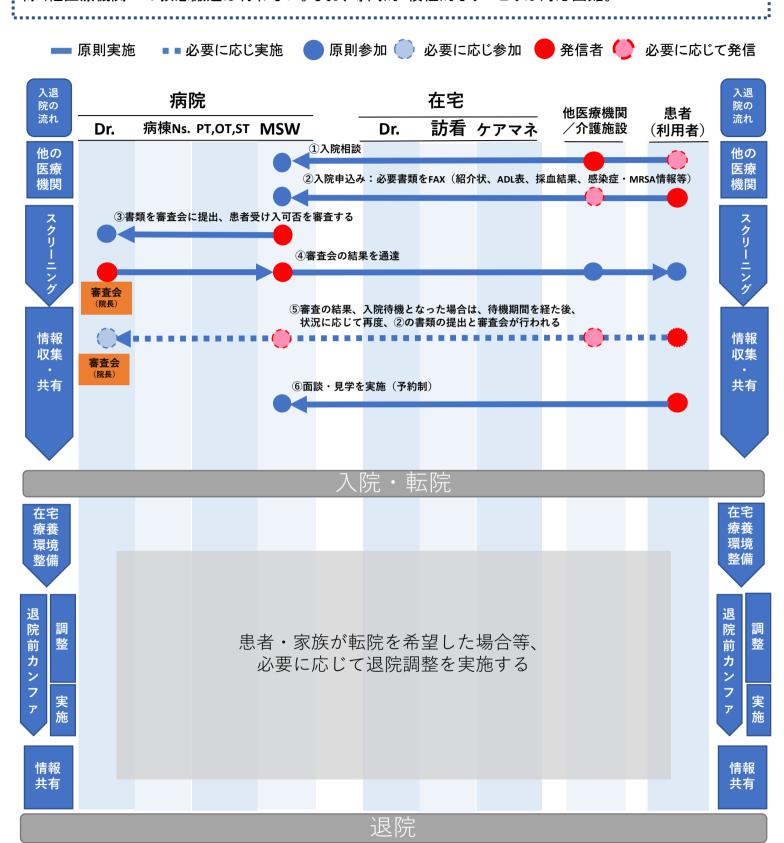
# 備考

※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。
- ① ②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。
- ⑩~ ②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。

#### ●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 院の 流れ 病院 在宅 院の 患者 薬剤師 介護送迎 流れ 訪看 ケアマネ Dr. MSW Dr. (利用者) 病棟Ns. 栄養士 事業者 ①入院先医療機関にケアマネジャーの名前を伝えてもらうよう依頼し 他院 他院 「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入 2.適宜情報共有連携 外来 外来 ③ケアマネジャー<mark>の名前を伝</mark>える、または「医療・介護連携シート」を提示 ④入院の連絡・入院時情報連携シートを依頼 スクリーニング・情報共有 ⑤入院時情報提供(入院時連携シート: P60参照) ニング・情報共有 ⑥スクリーニング ⑦患者から病状・治療に対する考えをケアマネに伝達、医師を含むコメディカルスタッフで共有し、今後の方向性を検討 8入院療法計画書の作成(入院から2~3日以内) ⑨退<mark>院支援アセス</mark>メント(入院から10日以内) ⑩適宜情報共有 在宅 療養 環境 ①家屋状況の聞き取り 療養 12家屋訪問 環境 整備 ④退院支援カンファレンス開催の連絡、参加者・日程の調整を依頼 調整 ⑤在宅サービス側の参加者・日程の調整 退 退院支 退院支援カンファレンス(面談) 援 16 退院支援カンファレンス 力 カ ※病棟Ns.に加え、透析患者なら外来・透析室看護師も参加 フ フ ①退院計画の作成 決 決院 定日 18退院前カンファレンスの依頼 ②在宅サービス側の参加者・日程の調整 退院前カンファレンス(面談) ②必要に応じて退院前カンファレンス (もしくは情報共有の連絡) 22看護サマリの提供 退院

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

36

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。
- ①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)。
- ②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。
- ⑥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。
- (18~②)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) ■■必要に応じ実施 ● 原則参加 ● 必要に応じ参加 ● 発信者 ● 必要に応じて発信 入退 院の 流れ 病院 在宅 院の 患者 その他の 流れ 訪看 ケアマネ Dr. 病棟Ns. PT,OT,ST MSW (利用者) Dr. 介護事業者 ①入院先医療機関にケアマネジャーの名前を伝えてもらうよう依頼し、 他の 他の 「医療・介護連携シート」にもケアマネジャーの名前を記入 医療 医療 ②入院相談 機関 機関 入院・転院 ③入院時情報提供(入院時連携シート:P60参照) 4入院時面談 情報 情報 収集 収集 ⑤リハビリ計画会議 共有 共有 ----⑦病状説明、退院時期の設定 ⑧退院時期の連絡 在宅 療境 環備 9家屋調査の日程調整 在宅 療養 10家屋調査 環境 整備 ⑪日程調整、参加者の調整 12在宅側の参加者を調整 退院前カ 12病院側の参加者を調整 退院前 調整 )**4** - - - **-** - - - - - () 退院前カンファレンス フ フ 実 ③退院前カンファレンス 14診療情報提供書の提供 ⑤診療情報提供書を共有 情報 16看護サマリを提供 情報 共有 共有 17リハビリサマリを提供 18看護サマリ・リハビリサマリを共有 19介護事業者へ情報提供

退院

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)

38

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。

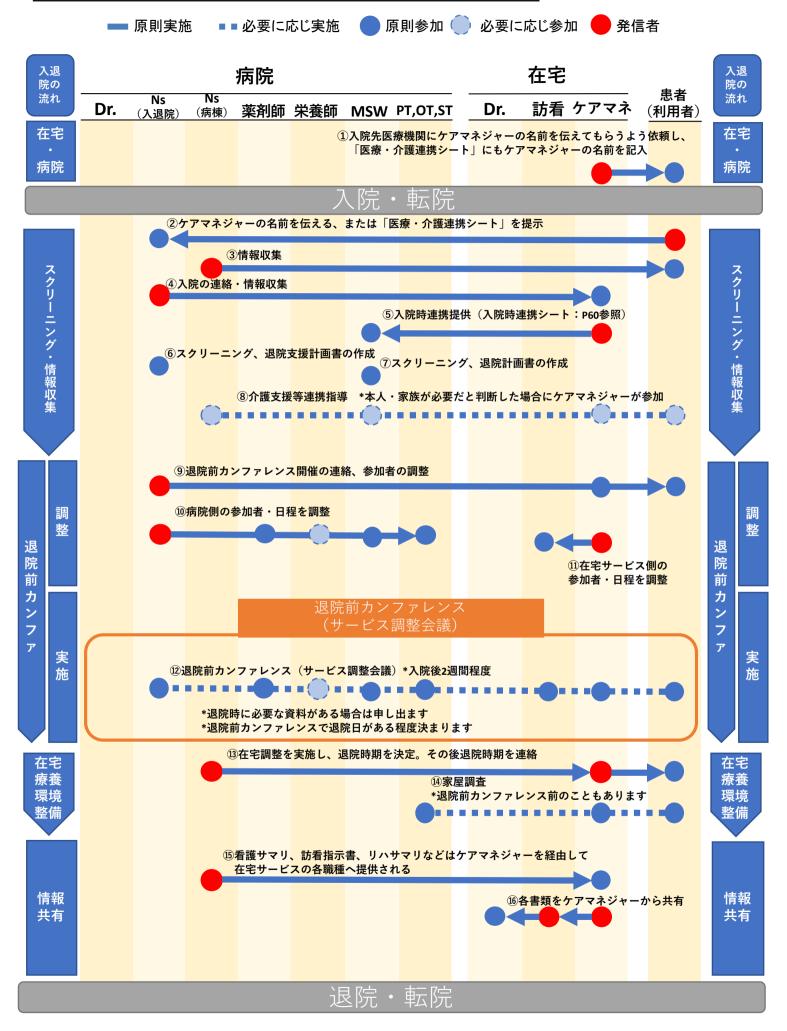
⑨病棟看護師またはPT・OT・STから患者・家族、ケアマネジャーへ日程確認を行います。家族経由の場合もあります(入院から約1か月後)。

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。

⑩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。

①参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。

(14/16/17)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。



情報共有には 本人/家族の同意が必要です

# 関町病院

<u>病院の連携窓口:地域連携室</u> 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

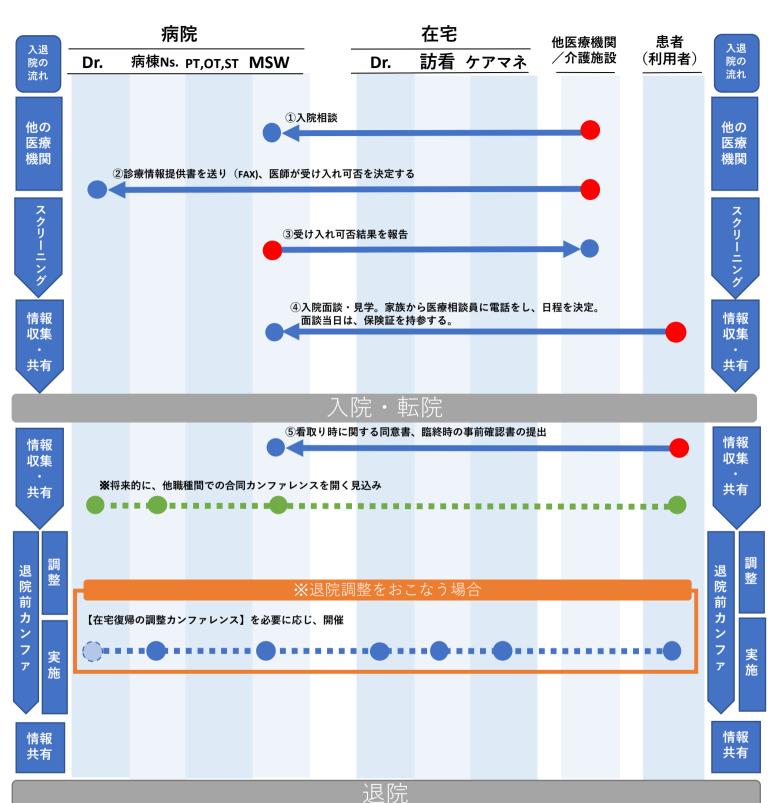
# 備考

※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。
- ①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。
- (4) 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。
- ⑤⑥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。



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

※ 方表の各数字に対応

#### 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 院の 流れ 入退 院の 在宅 病院 患者 流れ (利用者) Dr. MSW PT,OT,ST 訪看 ケアマネ Ns. 薬剤師 Dr. ①入院相談(電話でのヒヤリング) 在宅 在宅 ②診療情報提供書・薬剤情報等の送付、受け入れ可否の決定 病院 病院 入院・転院 ③担当ケアマネジャーとの情報交換 ④リビングウィルと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。 ⑥退院予定先<mark>の相談、決定</mark> ⑤入院時カンファレンス 退院支援計画書を発行 情報 収集 情報 収集 共有 共有 ⑦各種他職種カンファレンス、中間カンファレンス(不定期開催) 在宅 療養 療養 環境 ⑧退院調整 在宅復帰時は母屋調査を実施 環境 9退院日の決定と連絡 調整 退院前力 退院前 整 ⑩退院カンファレンスの日程調整、参加者の選定 退院前カンファレンス フ ①退院カンファレンス ②診療情報提供書等の発行 情報 情報 共有 共有 退院・転院 13退院後訪問

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。
- ①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。
- ③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) 入退 在宅 病院 保健相談所 患者/家族 院の流れ 院の (利用者) 流れ 訪看 ケアマネ 保健師 Ns. 薬剤師 PSW OT Dr. Dr. 在宅 在宅 ①入院相談、診療情報提供書をFAX 病院 病院 ②医師が受入れ検討をし、結果をPSWに伝えます。PSWから相談元に回答をします 入院・転院 ③入院当日、外来を受診。医師から入院の告知がされ、家族は同意します ④入院時説明 情報 情報 収集 収集 ⑤関係施設への報告 共有 共有 ⑥入院診療計画 今後の診療方針について、本人または家族から同意を得ます ⑦病棟カンファレンス (週1) ⑧服薬指導、栄養指導 (医師が必要と判断した場合) 調整 退院前カンファレンス 調整 実施 退院前カンファ ⑨カンファレンスを開催 (方向性を確認するため) 実施 (かかりつけ医) ⑩退院前訪問 在宅 在宅 療養 療養 環境 環境 ⑪退院支援委員会 医療保護入院を延長する場合に開催されます 整備 整備 ⑫診療情報提供書等の提出 退院•転院 情報 情報 共有 共有 ③ (必要に応じ) 退院後訪問

情報共有には本人/家族の同意が必要です

# <u>医療保護入院時には、家族等の同意が必須</u>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

⑩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) 入退 院の 流れ 病院 在宅 地域包括支援 患者/家族 院の (利用者) 訪看 ケアマネ センター Dr. **PSW** Ns. 薬剤師 Dr. ОТ 在宅 在宅 ①入院相談、診療情報提供書をFAX 病院 病院 ②医師が受入れ<mark>検討をし、結</mark>果をPSWに伝<mark>える。PSWか</mark>ら相談元に回答<mark>をします。</mark> ニング ニング 3家族面談 入院•転院 ④入院当日、外来を受診。医師から入院の告知がされます。家族は同意します。 ⑤病棟にて看護師から患者/家族に入院時の説明をします。 情報 収集 情報 収集 ⑥関係先への報告 共有 共有 <mark>⑦入</mark>院診療計画 今後の診療方針について、家族から<mark>同意を得ます</mark> ⑧病棟カンファレンス(1か月に1回) 退院前カンファレンス 整 整 ガンファ <mark>⑨今</mark>後の方向性<mark>を決定するた</mark>めのカンファ<mark>レンスを開</mark>催 実施 (かかりつけ医) ⑩ケアプランの作成、居住環境の整備を依頼します 在宅 療養 環境 在宅 11 試験外泊 療養 環境 整備 整備 **12**退院前相談 ⑬退院支援委員会(医療保護入院を延長す<mark>る場合に開</mark>催されます) 情報 情報 共有 共有

退院・転院

情報共有には本人/家族の同意が必要です

# <u>医療保護入院時には、家族等の同意が必須</u>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

48

# 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。
- ①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。
- (4)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) 入退 院の 流れ 在宅 病院 保健相談所 患者 院の (利用者) 流れ Dr. Ns. 薬剤師 PSW OT 栄養 Dr. 訪看 ケアマネ 保健師 在宅 在宅 ①入院相談(電話でのヒヤリング) 病院 病院 ②受け入れ検討・ベッド調整 スクリーニング スクリ ③家族同行の元、来院。インテーク面接・診察を経て、医師からの医療保護入院の告知がされる。 入院• 転院 4入院時説明 情報 情報 収集 治療方針、退院に向けた計画の共有をし本人/家族からの同意を得る 収集 共有 6関係先への報告 共有 ⑦スタッフ間カンファレンス 情報共有 その他福祉事務所 ⑧合同面接 ※退院が見えてきたときに開催 事業所等含む 調整 ⑨退院前訪問 ・ 本人の外泊 整 退院前 院前 退院前カンファレンス ⑩退院前カンファレンス 退院の1~2週間前 フ ①医療保護入院が継続される場合は退院支援委員会が開かれる 実施 実施 ②退院時、診療情報提供書、看護サマリ、退院療養計画書等必要書類を各所宛に作成 退院・転院 ③退院後訪問フォロー ※必要時のみ

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) 【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

- 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。

- (1)3か月を超えて医療保護入院を継続する場合は、退院支援委員会を開催します。
- ②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。

③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 院の 入退 院の 在宅 病院 患者 地域包括支援 流れ 流れ Dr. Ns. 薬剤師 PSW OT 栄養 訪看 ケアマネ センター (利用者) Dr. ①入院相談(電話でのヒヤリング) 在宅 在宅 ②受け入れ検討・ベッド調整 病院 病院 ③家族面談、インテーク スクリーニング ④家族同行の元、来院。医師の診察・医療保護入院の告知と同意 入院・転院 ⑤入院時説明 情報 情報 収集 ⑥入院診療計画 治療方針、退院に向けた計画の共有をし本人/家族からの同意を得る 収集 共有 共有 7関係先への報告 8スタッフ間カンファレンス 情報共有 その他福祉事務所 9合同面接 調整 ⑩退院前訪問 退院前 前 退院前カンファレンス カ ①退院前カンファレンス 退院の2~3週間前 施 (12) 医療保護入院が継続される場合は退院支援委員会が開かれる 情報 共有 情報 ⑬<mark>退院時、診</mark>療情報提供書<mark>、介護サマリ</mark>、退院療養<mark>計画書等必要</mark>書類を作成 共有 退院・転院 ④退院後訪問フォロー ※必要時のみ

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】

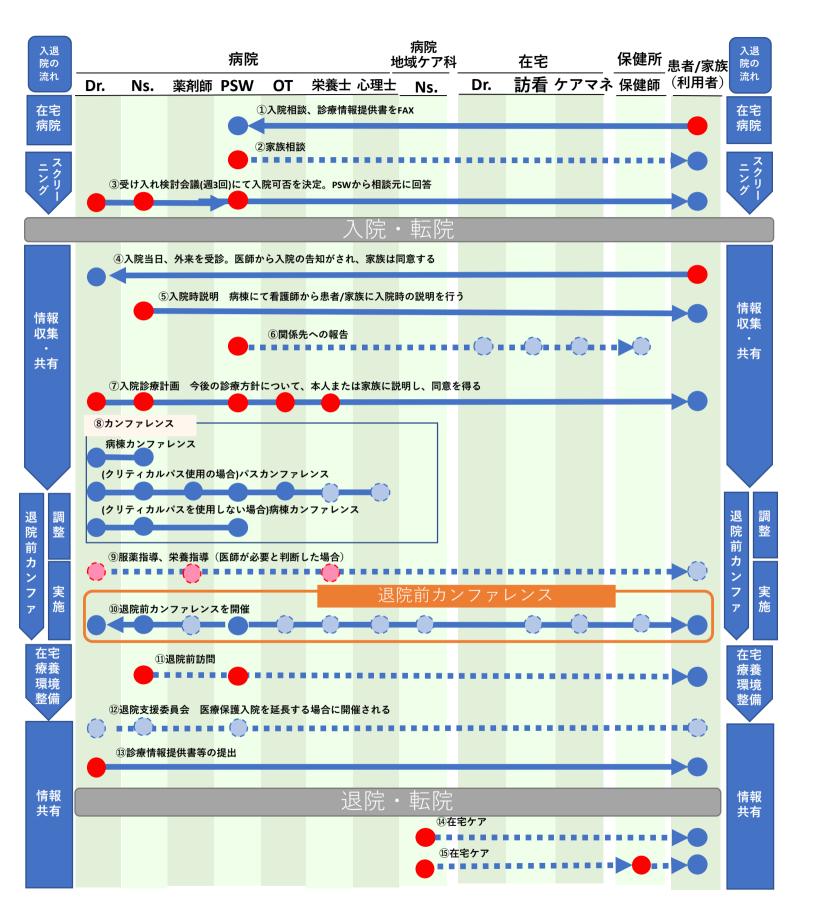
(医療保護入院)

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。
- ⑩3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。
- ③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。
- ④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。



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

54

※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ば、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。

- (n)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。
- ③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。
- (4)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。
- ⑤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。

# 「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

# 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)

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 入院日: 年 月 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		担当ケアマネジャー氏名: 管理者氏名:  TEL: FAX:	
	<u> </u>	)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. 利用有(	、忠有)叁本1	情報について       年齢       才       性別       男	女
患	<b>首氏名</b>		<u> </u>
1	生所	〒 電話番号	
	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)	
	よらば、「写真」 を添付		
	の要介護度	□ 要支援( ) □要介護( )□ 事業対象者 有効期間: 年 月 日 ~ 年 加 □ 申請中(申請日 / ) □ 尽分変更(申請日 / ) □ 未申請	Ħ
	高齢者の 活自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2 □ 医師の判断	
日常生	E高齢者の 活自立度	□ 自立 □ I □ II a □ II b □ III a □ II b □ IV □ M □ケアマネジャーの判Ⅰ	断
	養保険の 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	)
年金加	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	成/連絡先に	CONT	
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・オ)(同居・別居) TEL	
+-	パーソン	(続柄 ・ 才) TEL	
後	見人	□ 後見 □ 補助 □ 補佐 氏名: TEL	
3. 本人/		ວເກ	
	型味・興味・ い領域等		
本人	の生活歴		
-	前の本人の 対する意向	□ 同封の居宅サービス計画(1)参照	
-	前の家族の 対する意向	□ 同封の居宅サービス計画(1)参照	
ACF	だついて	□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	יאל איז	必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付	
内服薬	□ なし	□ あり ( )	
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	
	かかりつけ薬剤	局 TEL	
お薬	に関する、特詞	記事項	
5. かかりつ			
かかり	つつけ医機関名		
	医師名	(フリガナ) 診察方法・ 頻度 □ 訪問診療・頻度 = ( ) 回	/ 月
		<b>ハて(ケアマネジャーからの希望)</b> カンファレンス」への参加 □ 希望あり	
74 1		プアレンス」への参加 □ 希望あり ・具体的な要望( )	
	. ~	算を実施する場合の同行 □ 希望あり	

7.∮	する	≦活機能の状	況/療養生	活上	の課是	更について														
	麻痺0	D状況		<特	記>															
	Ŧ	多動		移動	加(室内	])	□ 歩行	器 🔲 車	いす	移重	加(屋外	·) 🗌	杖	歩行	器 🗌	車いす				
^	₹	多乗		<特	記>															
A D	5	更衣		<特	記>															
L	彗	整 容		<特	記>															
	,	入浴		<特	記>															
	1	食 事		<特	記>			,		_			1							
	食	拿事回数									食事	制限		あり	(		)	なし	J [./	不明
食事 内容	食	事形態			く特	記>					UDF	等の負	ま形態[	区分		<特記	<b>'</b> >			
/ J <del>     </del>		取方法			· 水	分とろみ					水分	制限	Г	あり	(	(1980		なし	П	不明
		 茶下機能		口腔清潔																
口腔	711	מנוגיו ו																		
HENII		排尿		排	便		ポー	タブルトイ	1/2			<b>オ</b> /	L ンツ/パ	w K						
排泄 *		37773		37.																
	睡眠の	フルトサビ		<特記	<u>:</u>		:			B₽3	割の使	<del></del>								
		煙		> 本〈ら(	\ / FI	飲酒					日あた				<種類>					
	**	視力		#\D(	:	眼鏡				聴力	ПОЛС	9				補聴器	2			
										中心ノノ						THH小心在C	1			
	ニケー	言語			尼	思疎通														
ンヨン	能力	コミュニケーション	に関する特記	事項 :																
		における の問題	□ なし □ 幻視・3 □ 昼夜逆 □ その他	転	到 興奮 ] 徘徊		操・不安 検行為	<ul><li>□ 妄想</li><li>□ 不潔</li></ul>		■ 暴力/攻! ■ その他	撃性[	一介語	護への抵	抗 [	一不同	民				
	疾患		□ なし □ 悪性腫 □ その他		認知	症 🗌 急	性呼吸器	感染症 [ )	脳血	□管障害 🔲	骨折									
入 * 院		半年間での入 院	理由	(		)		期間 H	I 年	月日	~ H	I 年	月	日						
歴	7	<b>、院頻度</b>																		
入防		ミ施している 処置*		ーテル			マ □消		·-~	引ろう □経! □痛みコント										
		の介護サービ																		
サー	-ビスの	利用状況	同封の書類 □居宅サー	ビス計	画書	3表(過			]居宅!	サービス計画	画書	1. 2	2表	_ <del>-</del> 7	その他	(			)	)
<b>9. <del>&lt;</del></b> 在宅生		在宅生活の原	要望について	(ケ)	マネシ	<b>ジャーとし</b>	ての意見	.)												
住モ生 必要な																				
退院征	後の世	帯状況	□ 独居 *□ 日中?		高齢世		□子と同 □その他		族構成	<b>战員数</b>			名)	)						
世帯(	世帯に対する配慮 口不要 口必要 ( )																			
 退院	 後の主	介護者																		
介護	力* 		□介護力が □家族や支				• [	□一部	)	□介護力	かは見	<u>込</u> めた	いな							
持記事		医胡桃 计成本	(虐待疑いな																	

練馬区介護サービス事業者連絡協議会居宅介護部会 -202003-

<sup>\*=</sup>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:0000

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				×××× さい。	FAX: X	× × × —	× × ×	X
. 利用者(患者)基本	青報について											
		ネリマ ミツオ			年歯	冷	8	0 才	性別	J	(男	)女
患者氏名	ź	東馬  光男			生年月	目	明・フ	大昭		年 月	]	日生
住所	₹	練馬区〇〇〇1	-2-3		電話番号 03-000-000							
住環境	住居の種類	頭( 戸建て・ 集合	往宅)	皆建て.	居室階. エレベーター(有・無							
※可能ならば、「写真」 などを添付	特記事項	(								)		
入院時の要介護度	□要支		更介護( 3 ) ′ ) □ □	□ 事業対 ☑分変更(F			明間:			~ 令和	2年1	2月31日
障害高齢者の 日常生活自立度	□自立	□ J1 □ J2	2 🗆 A1 🗆	A2 ☑ B	31 🗆	В2	□С	1 □ C2	Z.	四医師の判	断	
認知症高齢者の 日常生活自立度	□自立		Ia ☑ IIb	□ <b>I</b> Ia		b [	] IV	□М		<b>□ケアマネ</b> ジ	ヤーの半	<b>判断</b>
介護保険の 自己負担割合	□ <u>1</u>	割 □ 不明		障害	など認定		□₺	ぱし 🛮 あり (	身体・#	精神・知的	り・難	病 )
年金などの種類	□ 国民:	年金 🛭 厚生年	年金 🗆 障害症	年金 🗆	生活保	護	□ その	)他(		)		
2. 家族構成/連絡先	こついて											
世帯構成	□独居→	*□日中独居 [	☑高齢者世帯	□子と同居	<b>5</b> □₹	その他	(		)			
主介護者氏名	00 0	○○ (続柄 妻	隻・8 2 才)	(同居)	別居)	TEL	0 3 -	0000-00	000		$\supseteq_{\overline{\Box}}$	
キーパーソン		同上(続	柄 ・ 才)		-	TEL	同上			(	5	
後見人	□後見	. □ 補助 □ ?	補佐 氏名:		-	TEL						
. 本人/家族の意向(	こついて											
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ノ	人が自宅に来て時々	行っている。耳	が聞こえな	いので新	<b>折聞を隅</b>	から隅まで読んで	"เงる。			
本人の生活歴		ル東京の工業系の大学 後は妻と旅行に出かけ							設ける。子育	ての時には単	身赴任で	で地方にいること
入院前の本人の 生活に対する意向		泄・着替え・食事などに 居宅サービス計画(1):		ゝ。妻にはあまり:	迷惑をかけ	たくない	と思って	いる。				
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E 居宅サービス計画(1):	自信がありません。トィ	イレはなんとか自	日分で行って	てほしい	と思ってに	います。				
ACPについて	☑話し合っ 内容:(	<u>さもり</u> ーこス計画(1)を たことがある 最終 「耳が聞こえないの かたことはない 今後	を確認日 令和2 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	マジャー ) したい。 )
お薬について ※	必要に応じ	て、「お薬手帳(ニ	ピー)」を添付									
内服薬 □ なし	☑あり(	)	居	宅療養管理	指導	☑ なし	t □ ر	あり (職利	重:		)	
薬剤管理 🛛 自己管	理 □他	者による管理 (・	管理者:		・管理	里方法	:			)		
服薬状況 🗆 処方通	り服用	☑ 時々飲み忘	れ □飲みX	忘れが多い、ダ	処方が守っ	られてい	ない	□服薬排	E否			
かかりつけ薬	司					TE	L	000	00-00	00		
お薬に関する、特	記事項	飲み忘れも時折ね	あるので、一包化し	し日付を記入	している	0		•				
<ol> <li>かかりつけ医について</li> </ol>												
かかりつけ医機関名	ΔΔ	△△クリニック			電話都	番号		0 3 - 000	0 <b>-</b> 000	00		
医師名	(כן	hҠ) ○	0 00		診察方頻原		☑逍	通院 □ 訪問	診療·頻度	= (	) [	回 / 月
 う.カンファレンス等につい	いて(ケアマ				99()	^						
「院内の多職種			 □ 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	りな要	望(	リハビリ耶	哉に方にもも	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		1							
=診療報酬 退院支援加	算1. 2「退	<b>院困難な患者の要</b>	因」に関連	-1	_							

_		•	/1	1
= r	٠,	٨	44	711
oL	ار د		12	<b>,                                    </b>

7. 身	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>														
	麻痺の	D状況	なし	<特	記>										
	7	移 動	一部介助	移重	加室内)	) [ / 杖 [	歩行器 🕡 車い	ŧ	移	動(屋外		杖	器 / 車いす		
_	7	移 乗	見守り	<特	記>				バラン	レスが取れ	で転付	到することがあ	る。		
A D	Ē	更衣	見守り	<特	記>			準備さ	れている	ものを時	間を力	けて着替える	ことはできる		
L	17.	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	
	1	食 事	見守り	<特	記>				セ	'ッティング	にて	お箸にて摂取			
	É	事回数	3回/日	乹	月7時頃	屋	13時頃	夕18時日	湏	食事制	訓限	<b>・/</b> あり	(	) [.	7 なし 7 不明
食事 内容	£	事形態	普通		<特訓	<5	<u>₹</u>			UDF	等の食	形態区分	かまなくてよい <特記	>普通	<b></b>
	摂	取方法	経口		水分	分とろみ				水分制	訓限	□ あり	(	) [.	7 なし   不明
	哢	 嚥下機能	時々むせ	る		コ腔清潔 不良 義歯 あり(部分)							口臭		あり
口腔															
排泄		排尿	見守り	排	便	見守り	ポータブルトイレ		なし		オL	<b>ュツ/パッド</b>	常時		
*												リハビリパンツ	利用し、失禁はな	:U	
	睡眠	の状態	良	<特記 >	•				眮	剤の使用	Ħ	なし	<種類>		
	喫	!煙	なし	本くらし	1/日	飲酒	なし		くらい/	′日あたり		1	112707		
		視力	やや難あ	5 <b>9</b>		眼鏡	あり		聴力			困難	補聴器		あり
コミュ:	ニケー	言語	やや難あ	5 <b>b</b>	意	思疎通	やや難あり						l		
ション	能力	コミュニケーション	に関する特記	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											
		における の問題	□ なし □ 幻視・ □ 昼夜遠 □ その他	転	興奮 徘徊	· 😑	·不安		暴力 そのf		<b>1</b> 1	<b>下護への抵抗</b>	一不眠		
	疾患	]歴*	□ なし  ✓ 悪性脳 □ その他		認知	症 🗌 急性	生呼吸器感染症 [	脳血管	障害〔	/ 骨折					
入 * 院	最近	半年間での入 院	あり理由	(		)	期間 H	年 月	I B	~ H	年	月 日			
歴	7	<b></b>	頻度	は低いた	が、これを	までにもある									
	医療	€施している 処置*	□尿道カラ □自己注:	ーテル 射(	□尿		□気管切開 □消化管ストー   □その他(	マ □痛							
		の介護サービ													
		īの介護 利用状況	同封の書類 図居宅サー				引予定表) □居	宅サーと	これ計画	画書 1	. 2	表 □その	D他(		)
9. 4	後の	在宅生活の原	展望について	゙゙゙゙゚゚゚゚゚゙゚゚゙゚゚゙゚゚゙゚゚゙゚	マネジ	ヤーとしての	の意見)								
在宅生 必要な			トイレヘー人で	で行くこと	ができる										
退院征	後の世	帯状況	□ 独居 * □ 日中		高齢世		子と同居(家族) その他	構成員数	文		:	名 ) )			
世帯(	こ対す	る配慮	□不要	☑必	要(	高齢世	帯なので介護が必	要な状態	態であ	れば社会	会資源	調整が必要			)
退院征	後の主	介護者	☑本シート	2に同	Ü □2	左記以外	(氏名	彩	柄	年虧	à	)			
介護	カ*		☑介護力か □家族や3				• ☑一部 )		介護力	は見込	めなし	1			
特記事	項		(虐待疑いな												
	<b>y</b> =∆ı	ic=+0∓W \8.80→	短加管 1 2	) [\B \bar{\alpha}	m##+> d	2 * ~ = = = 1/2	- 関連 _ つ			はエム		<b>武海奴协議</b>	日中却人 20	120.2	

# 「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

ご本人 氏名		1	記入日		医療・介護連携	:隹ミノ ― ト		
要介護認定	有 · 無	障害者手帳	有·無		一	芳ン一ト		
これまでに かかった 主な病気					練馬区では、高齢者が地域で安 ことができるよう、医療、介護、 支援等が一体的に提供される地域 確立を目指しています。その取組	予防、住まい、 対包括ケアシステ	生活とする	
▶地域包括	支援センター	□配布元(酉	配布時に☑しま	ਰ)	者一人ひとりにあった医療・介護	<b>隻等の連携を支援</b>	する	
記入日	担当者名		名称		ため、このシートを作成しました	-0	に	
		地	域包括支援セン	19-	【ご本人様、ご家族様へ】 病院・診療所の医師や、薬局、 者に、おくすり手帳と一緒にこの さい。また、おくすり手帳と共に	シートを見せて	担当 くだ <b>場</b>	
電話番号		- (=			ださい。	. , . ,	16	
記入日	ジャー □配布 担当者名	元(配布時に	2Mします) 名称		【医療・介護関係者様へ】 ご本人が利用されている医療系	<ol> <li>・ 企業玄サーレ</li> </ol>	フたの	
此人口	担当有有		411/1/1		ご確認いただき、必要に応じて、	関係者との情報	共有   5	
					にご活用ください。利用についてらいただいております。		ارم	
■■■ ■話番号					裏面に記載のないサービス等がる 加筆してください。	ありましたら、鬩	時、り付け	
医療機関	、薬局、その他	□配布元	(配布時に☑し	ます)	作成:練馬区高齢者支援課 🏗	5984-459	7 16	<b>*</b> = =
記入日	担当者名		名称		ご本人同意欄(□にチェック☑)		—— š	表面
					□ このシートの利用方法につい 記載されている情報を、医療			
電話番号					提供することに同意します。			
			1 2 7 1				1 サーバフ	<b>内</b> 安
			記入日	診療科等	名称	記入「	サービス	内容    名称
			記入日	診療科等		記入日	∃ サービス	内容 名称
			記入日電話番号					
					名称	電話番記入日	号	担当者
			電話番号		名称 担当者	電話番	号	担当者
			電話番号記入日	診療科等	名称 担当者 名称	電話番	号	担当者
			電話番号記入日電話番号	診療科等	名称 担当者 名称 担当者	電話番	号 サービス	担当者
			電話番号記入日	診療科等	名称 担当者 名称	電話番記入	号 ・ サービス 号	担当者 内容 名称 担当者
			電話番号記入日電話番号	診療科等	名称 担当者 名称 担当者	電話番記入日電話番	号 ・ サービス 号	担当者 内容 名称 担当者
			電話番号記入日電話番号記入日電話番号	診療科等	担当者 名称 担当者 担当者 名称	電話番記入日電話番記入日	号 コ サービス 号 サービス	担当者       内容     名称       担当者       内容     名称
			電話番号記入日電話番号記入日	診療科等	担当者 名称 担当者 担当者 名称	電話番記入日電話番記入日電話番	号 サービス 号 サービス	担当者       内容     名称       担当者       内容     名称       担当者
			電話番号記入日電話番号記入日電話番号	診療科等	担当者 名称 担当者 担当者 名称	電話番記入日電話番記入日	号 サービス 号 サービス	担当者       内容     名称       担当者       内容     名称       担当者
			電話番号記入日電話番号記入日電話番号	診療科等診療科等	担当者 名称 担当者 担当者 名称	電話番記入日電話番記入日電話番	号 サービス 号 サービス	担当者       内容     名称       担当者       内容     名称       担当者
			電話番号記入日電話番号記入日	診療科等診療科等	担当者 名称 担当者 名称 担当者 名称	電話番記入日電話番記入日電話番	号 号 サービス 号 サービス	担当者       内容     名称       担当者       内容     名称       担当者       内容     名称
			電話番号記入日電話番号記入日電話番号	診療科等診療科等	担当者 名称 担当者 名称 担当者 名称	電話番記入日電話番記入日電話番記入日	号 号 号 サービス 号 サービス	担当者
			電話番号記入日 電話番号記入日 電話番号記入日	診療科等診療科等	担当者       担当者       名称       担当者       名称       担当者       名称       担当者	電話番記入「電話番記入」	号 号 サービス 号 サービス	担当者
	中面	į	電話番号記入日 電話番号記入日 電話番号記入日	診療科等診療科等	担当者       担当者       名称       担当者       名称       担当者       名称       担当者	電話番記入「電話番記入」	号 号 サービス 号 サービス	担当者

# 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