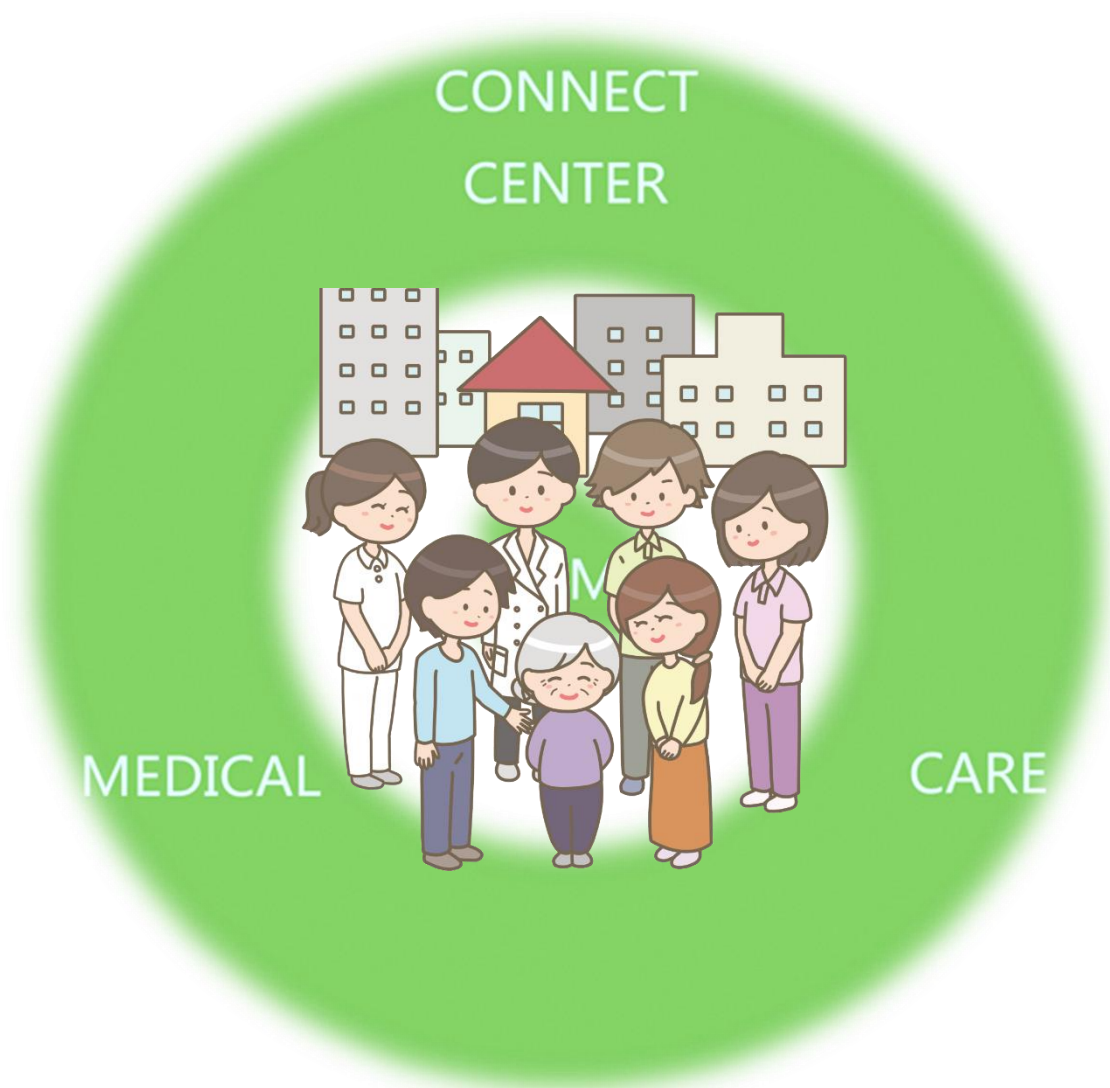


西東京市 入退院連携ガイドライン



発行：西東京市健康福祉部高齢者支援課

西東京市地域包括ケアシステム推進協議会/病院・在宅連携部会

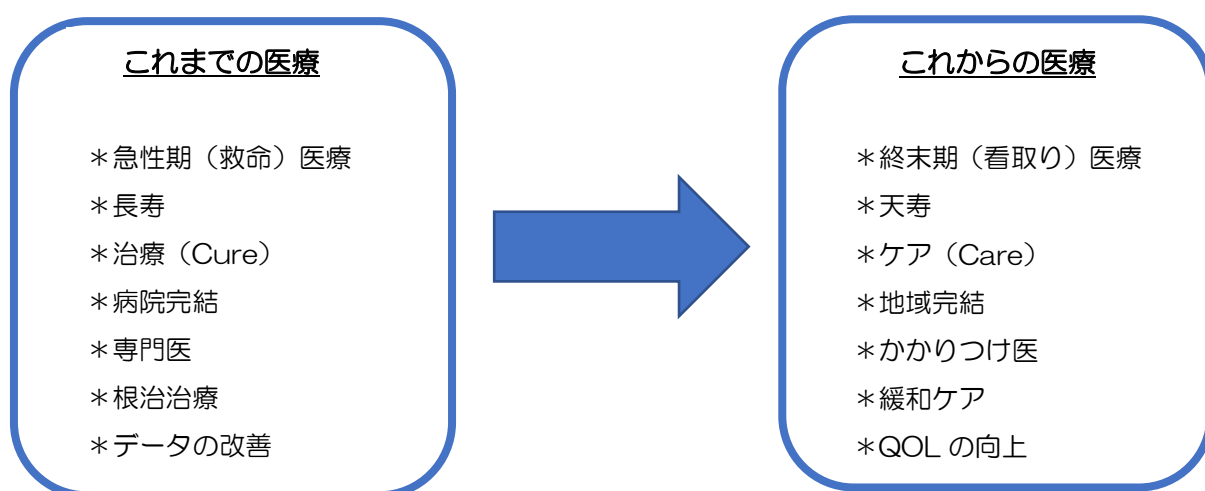
2023年7月発行
2025年1月改訂

1) 西東京市入退院連携ガイドラインについて

《 I ・ 背景 》

超高齢社会・多死社会における医療に求められる役割の変化

従来のように病院や施設に依存した医療・介護サービスは、提供し続けられなくなる可能性が高く、治せない病気・障害とともに暮らす人や医療依存度が高い状態のまま退院し、在宅療養を選択する人が多くなっていく事が想定されます。

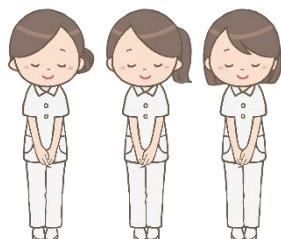


引用/私たちの街で最期まで（日本在宅ケアアライアンス）

《 II ・ 目的/対象者 》

地域で暮らす利用者/患者が、医療依存度が高い状態や重介護のままだでも退院後も自身の生活の場に戻り安心（安定）した生活を送り続けるようにするためには、「入院時から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支える」事が求められています。

このガイドラインは、利用者/患者の入退院に際して、医療機関のスタッフと居宅介護支援事業所のケアマネジャー等相談援助職が、迅速に情報交換及びサービス調整を図れるよう作成したものです。地域で暮らす利用者/患者及び家族が切れ目なく必要な医療・介護サービスを受ける事ができるように、お役立ていただければ幸いです。



2) 連携にあたってのマナー・エチケット



連携は、心配り（思いやり・歩み寄り・対話）から

退院支援は、入院時から始まっています。そして退院後の連携も大切です。

「緊急時の信頼関係」は、普段のコミュニケーション、顔の見える関係づくりから築かれるものです。

●思いやりを持ち、丁寧な対応を心がけましょう

自分の所属機関、名前をしっかりと伝えます。名札を着用する、名刺を渡すなど相手が名前を確認しやすいように配慮しましょう。

お互いに多忙です。電話でも面談などでも、時間は限られていることを意識しましょう。

どの程度急ぐ必要がある要件なのかを判断して、相手に連絡しましょう。

●お互いの視点を大切に、わかりやすく簡潔に伝えましょう

お互いの立場や役割、制度など専門性を理解する事が大切です。なるべく専門用語を使わずに伝えましょう。

●担当者が不在でも対応できる体制を整えておきましょう

緊急時、急を要する要件の時に担当者が不在でも対応できるように体制を整えておきましょう。あなたの職場内のコミュニケーションも大切です。

医療機関のスタッフの皆さんへ



① 退院日の目途を早めにケアマネジャーに知らせましょう

退院しても、すぐ介護サービスが利用できるわけではありません。ケアマネジャーは退院前カンファレンスに参加するにあたりケアプラン原案を作成し、退院前カンファレンスに持参し確認や意見を求めます。準備に時間がかかるため、退院日の目途を早めにケアマネジャーに知らせましょう。

また、医療情報・看護情報などの専門的な情報は、専門職から専門職へ伝達するよう心がけましょう。

② 地域包括支援センターをご利用ください

介護認定があるかわからない、ケアマネジャーがだれかわからないなど迷う場合やケアマネジャー不在の方で退院後の生活に介護介入が必要と思われる場合は、患者さんのお住みの地区を担当する地域包括支援センターに相談しましょう。



ケアマネジャーの皆さんへ

① 平常時から入院前の準備をしましょう

医療機関への情報提供に備え、利用者の状況を把握しておくことが必要です。

救急医療情報キット、緊急対応カードなどを活用し、利用者（家族）からケアマネジャーへ連絡が入るように説明しておきましょう。併せて、医療機関等との情報共有の為、個人情報使用について説明し同意を得ておきましょう。

② 入退院時における支援プロセスを意識し、連携を取りましょう

P 6を参考に医療機関に連絡を取り、担当スタッフや訪問のタイミングなどを確認し以下の情報提供や連絡をとるようにしましょう。

- ・入院時情報提供書、ケアプラン、住環境に関する情報などの提供
- ・病状説明への同席、退院前カンファレンス開催の連絡、退院予定等の情報提供の依頼
- ・かかりつけ医への入院・退院の連絡



医療機関との情報交換時に留意したい事



- * 質問は「イエス」「ノー」で回答できる内容にするなど簡潔にしましょう。
- * 一人で判断せず、医療機関スタッフ（専門職）の助言や職場の同僚に助言をもらいましょう。
- * 電話での聞き取り、医療機関に出向くなどの方法を活用し正確に情報収集しましょう。
- * 医療機関からの情報提供の方法は、様々であることを理解しておきましょう。
- * 退院時には、「退院・退所情報記録書」を活用し聞き取るようにしましょう。

救急医療情報キット

緊急対応カード

地域包括支援センター



～相談・総合事業・介護予防・権利擁護・制度の紹介・申請～

小さな事でもご相談ください。相談の他、サービス利用についての苦情も受け付けます。

成年後見制度の紹介、虐待の早期発見の対応、介護保険や高齢者の制度について、紹介や申請をお手伝いします。

圏域	担当地域	施設名	電話/FAX番号	所在地
北東部	ひばりが丘北 北町・栄町・下保谷	栄町地域包括支援センター	TEL:042-438-7090 FAX:042-439-7234	栄町3-6-2 保谷苑内
	東町・中町・富士町	富士町地域包括支援センター	TEL:042-451-1203 FAX:042-451-1204	富士町1-7-69 高齢者センターきらら内
中部	北原町・泉町・住吉町	泉町地域包括支援センター	TEL:042-424-1200 FAX:042-439-6420	泉町2-1-24 ピアライフ・アルファ1階
	田無町・保谷町	田無町地域包括支援センター	TEL:042-467-8850 FAX:042-467-8870	田無町5-5-12 田無総合福祉センター内
西部	緑町・谷戸町 ひばりが丘	緑町地域包括支援センター	TEL:042-461-7081 FAX:042-461-2720	緑町3-6-1 田無病院内
	西原町・芝久保町	西原町地域包括支援センター	TEL:042-451-8844 FAX:042-451-1867	西原町4-5-6 西原総合教育施設内
南部	南町・向台町	向台町地域包括支援センター	TEL:042-468-2340 FAX:042-468-2352	向台町2-16-22 フローラ田無内
	新町・柳沢・東伏見	新町地域包括支援センター	TEL:042-462-1695 FAX:042-462-1686	新町1-11-25 緑寿園内

西東京市役所

健康福祉部 高齢者支援課 認定相談係

田無庁舎

〒188-8666

西東京市南町 5-6-13 田無第二庁舎 1 階

TEL : 042-420-2816

保谷庁舎

〒202-8555

西東京市中町 1-5-1

保谷保健福祉総合センター1 階

TEL : 042-439-4425

西東京市在宅療養連携支援センターにしのみ

〒188-8666

西東京市南町 5-6-13 田無第二庁舎 1 階

TEL : 042-420-2860



各病院の担当窓口一覧

病院名	所在地/代表番号	入院時シートの提出	入院中の問合せ	退院前カンファレンスの 問合せ	退院/転院の問合せ	退院後の問合せ
佐々 総合病院	〒188-0011 田無町4-24-15 代表電話 0570-01-3399	持参時：総合受付 TEL:0570-01-3399 FAX:042-461-9693	代表番号	病棟看護師 医療福祉科 (介入時のみ)	ご家族への確認を お願いします。	医事課 (各科外来窓口)
田無病院	〒188-0002 緑町3-6-1 代表電話 042-461-2682	医療福祉連携部 直通:042-461-5385 FAX:042-461-2688	医療福祉連携部	医療福祉連携部	医療福祉連携部	外来看護師 医療福祉連携部
西東京中央 総合病院	〒188-0014 芝久保町2-4-19 代表電話 042-464-1511	各病棟/入退院支援室 TEL:042-464-1511 FAX:042-463-7684	入退院支援室	入退院支援室	入退院支援室	入退院支援室
保谷 厚生病院	〒202-0006 栄町1-17-18 代表電話 042-424-6640	病棟（地域連携室） TEL:042-424-2337 FAX:042-439-8898	病棟看護師 (地域連携室)	病棟看護師	自宅退院：病棟看護師 転院/施設入所：地域連携室	外来看護師
武蔵野 徳洲会病院	〒188-0013 向台町3-5-48 代表電話 042-465-0700	医療相談室 直通:042-428-3706 FAX:042-428-3986	医療相談室	医療相談室	医療相談室	・ 医療相談室 ・ 地域連携室

山田病院	問合せ先：医療連携相談室 TEL:042-461-0005 FAX:042-461-0626
------	---

入退院支援の流れ

医療機関側の動き

入院診療計画を立てる。
治療開始

地域連携情報シートの受け取り

- 3日以内**
- *入院時スクリーニング
 - *患者に関する情報収集
 - 入院前の生活状況/家族状況
 - 継続している医療
 - 介護認定/介護サービス状況
 - *今後の生活に対する意向
 - ◆退院困難な要因のある患者を抽出
- 入退院支援加算（１）算定要件

患者・家族への病状説明

- 7日以内**
- *退院支援への方向性の検討
 - 治療方針、退院時期の確認
 - 患者/家族への意向確認
 - 院内多職種のカンファレンス
 - 入退院支援計画書の作成
- 入退院支援加算（１）算定要件

治療終了、退院許可

患者/家族への生活指導・療養指導

- 在宅担当者への連絡・情報提供
- ・医療情報
 - ・看護情報
 - ・リハビリ情報 等

退院前カンファレンス

退院時共同指導料（入院中１回）

課題確認
情報共有

介護支援等連携指導料（入院中２回まで）

入院 → 入院日～翌々日以内 → 入院中 → 退院前 → 退院

- 日頃から**
- ・利用者/家族へ入院決定の際に速やかな連絡を依頼しておく
 - ・医療機関の連絡窓口の確認

退院支援が必要な方が予定入院する場合には、入院前に地域連携情報シートを提供

入院時には
救急医療情報キットの情報を持参する事を説明しましょう

- 地域連携情報シートの提供
- ・入院前の生活状況
 - ・継続している医療
 - ・利用者/家族の思い
 - ・ケアマネジャーの評価 等

当日：入院時情報連携加算（１）算定要件

翌日又は翌々日：
入院時情報連携加算（２）算定要件

翌々日以内

- ・利用者状況確認の為に面会
- ・医療機関からの情報収集
- ・必要に応じて病状説明に同席
- ・退院後の生活を見据えてケアプラン変更の検討
- ・要介護度区分変更の必要性検討

- ・収集した情報から、利用者/家族のアセスメント実施
- ・退院後の生活を意識し課題整理
- ・在宅移行時のケアプラン原案作成
- ・退院前カンファレンスでの確認事項の整理

退院・退所加算（入院中３回まで）

- ・サービス担当者会議開催
- ・ケアプランの確定
- ・モニタリングの実施
- ・医療機関へ在宅の様子を報告

精神科の医療機関の入院については、流れが異なりますので直接医療機関へお問い合わせください

退院・退所情報記録書 *厚生労働省 様式例

1. 基本情報

* 退院・退所情報記録書は医療機関から聞き取った情報を基にケアマネジャーが作成する書類です。

日

属性	氏名	様 男・女		歳	□要支援()・要介護() □申請中 □なし	
	・入院(所)日: H 年 月 日 ・退院(所)予定日: H 年 月 日					
入院(所)概要	入院原因疾患(入所目的等)					
	入院・入所先	施設名		棟	室	
	今後の医学管理	医療機関名:			方法	□通院 □訪問診療
	① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	*番号記入	安定() 不安定()
② 受け止め/意向	移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他()				
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ カテーテル・パウチ()				
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず				
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他()				UDF等の食形態区分
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)	義歯	□なし □あり(部分・総)		
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良		入院(所)中の使用: □なし □あり		
	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助				
	睡眠	□良好 □不良()				眠剤使用 □なし □あり
	認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他()				
	＜本人＞病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知: □あり □なし				
＜本人＞退院後の生活に関する意向						
＜家族＞病気、障害、後遺症等の受け止め方						
＜家族＞退院後の生活に関する意向						

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射() ☐ その他()	
	看護の視点	☐ なし ☐ 血圧 ☐ 水分制限 ☐ 食事制限 ☐ 食形態 ☐ 嚥下 ☐ 口腔ケア ☐ 清潔ケア ☐ 血糖コントロール ☐ 排泄 ☐ 皮膚状態 ☐ 睡眠 ☐ 認知機能・精神面 ☐ 服薬指導 ☐ 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) ☐ ターミナル ☐ その他()	
	リハビリの視点	☐ なし ☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域練習(ストレッチ含む) ☐ 筋力増強練習 ☐ バランス練習 ☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☐ 起居/立位等基本動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 言語訓練 ☐ ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) ☐ IADL練習(買い物、調理等) ☐ 疼痛管理(痛みコントロール) ☐ 更生装具・福祉用具等管理 ☐ 運動耐容能練習 ☐ 地域活動支援 ☐ 社会参加支援 ☐ 就労支援 ☐ その他()	
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)
症状・病状の予後・予測			
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。	
在宅復帰のために整えなければならない要件			
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席
1	年 月 日		無・有
2	年 月 日		無・有
3	年 月 日		無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。



共通様式

送付日 年 月 日

「ケアマネジャーからの地域連携情報シート」送付票

(医療機関)

御中

(居宅介護支援事業所)

事業所名	
電話	
FAX	
担当者名	

←

←

送付枚数（送付票含む総枚数） 枚

添付した書類（「ケアマネジャーからの地域連携情報シート」以外）

- ☐ アセスメントシート
- ☐ ケアプラン（居宅サービス計画書(1)・(2)、週間サービス計画表）
- ☐ その他

貴院入院中の患者さまに関しまして、在宅での生活の状況などをお知らせします。
退院に際しましては、下記について御連絡、御提供くださいますようお願いいたします。

- ☐ 退院前カンファレンスの開催連絡
- ☐ 看護サマリー
- ☐ リハサマリー
- ☐ （転院の場合） 転院先の情報
- ☐ その他

～ MEMO ～

【北多摩北部保健医療圏共通様式ロゴマークについて】

北多摩北部保健医療圏（小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市）のケアマネジャーが共通で使用する様式ということがわかるように、保健医療圏の略称「北北」をデザインし、ロゴマークとして作成しました。

なお、本情報シートは、在宅ケアチームと医療機関との連携を強化し、在宅サービス利用者の地域における生活の継続とQOLの向上が図られることを目的とするものです。

ケアマネジャーは、担当する利用者の入院に際し、情報シートを医療機関へ送付することにより、今後の連携を依頼します。

医療機関は、情報シートから今後の連絡先と必要な情報を確認し、在宅サービス利用者が退院する際は、ケアマネジャーの依頼に応じて返信してください。

北多摩北部保健医療圏



共通様式



ケアマネジャーからの地域連携情報シート

居宅介護支援事業所名：	〇	担当者名：	〇
-------------	---	-------	---

利用者基本情報

※今回の情報提供にあたっては、契約時の同意に基づいて提供しています

ふりがな		性別	生年月日	
利用者氏名		☐ 男	☐ 大正 / ☐ 昭和	
貴院入院日	年 月 日	☐ 女	年 月 日 (歳)	
自宅住所			電話番号	
主介護者		続柄：	家族構成図（☆キーパーソン）	
電話番号		☐ 同居 ☐ 別居		
住所 (別居のみ)				
キーパーソン		続柄：		
電話番号		☐ 同居 ☐ 別居		
住所 (別居のみ)				

在宅における状況

(確認日 年 月 日)

ADL	【移動】 ☐ 介助なし ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	備考：	
	【排泄】 ☐ 介助なし ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ ☐ 尿取りパット	備考：	
	【入浴】 ☐ 介助なし ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	備考：	
	【食事】 ☐ 介助なし ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	備考：	
	【口腔清潔】 ☐ 介助なし ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	備考：	
I ADL	【服薬管理】 ☐ 介助なし ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	備考：	
	【更衣着脱】 ☐ 介助なし ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	備考：	
認知・ 精神症状			
かかりつけ 医療機関	医療機関名：	(科)	先生
	→連絡先：		
かかりつけ 医療機関	医療機関名：	(科)	先生
	→連絡先：		
障害等の認定	☐ 身体障害 ☐ 精神障害 ☐ 難病医療 (種 級 :)		
介護保険情報	介護度：	日常生活自立度：	認知症日常生活自立度：
介護サービス	☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問介護 ☐ 通所介護・リハ ☐ 福祉用具貸与 ☐ 他 ()		
ケアマネ から 医療機関 への 連絡事項			