入退院支援ガイドブック

（病院⇔在宅　連携の手引き）

＜２０２３年度＞

豊田加茂医師会

在宅相談ステーション　～おうちでねっと～

電　話：０５６５－３３－７７７３

目次

１．　入退院支援ガイドブックの概要　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１

２．　入退院支援ガイドブックについてのお問い合わせ先　・・・・・・・・・・・・１

３．　用語の説明　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２

４．　入退院時の患者情報の流れ（全体像）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・５

５．　入退院患者　引き継ぎの流れについて

（１）入院前に在宅にて各種支援者により支援を受けていた場合　・・・・・・・・・６

（２）退院後、新たに支援が必要と見込まれる場合　・・・・・・・・・・・・・・１２

６．　西三河北部医療圏内（豊田市・みよし市）連携病院　窓口一覧　・・・・・・１５

７．　西三河北部医療圏外の主な連携病院　窓口一覧・・・・・・・・・・・・・・・１７

８．　様式集の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２０

（１）　様式１　【入院時情報提供】訪問看護サマリー　・・・・・・・・・・・・・２１
（２）　様式２　【入院時情報提供】介護保険医療連携用情報提供　送信票・・・・２２
（３）　様式３　【入院時情報提供】障がい福祉医療連携用情報提供　送信票・・・２３

９．　【退院時情報提供】看護サマリ　記載ガイドライン・・・・・・・・・・・・・２４

１．入退院支援ガイドブックの概要

病院の医療者は、患者のこれまでの暮らし方を知り、患者の病状とそれが患者の生活に与える影響をアセスメントした上で、今後の治療方針、今回の入院の目標及び退院後の暮らしについて患者・家族と話し合う必要があります。さらに、地域でこれまで患者・家族を支えてきた医療者や在宅の支援者と情報を共有し、円滑な療養場所の移行に向けたチームを作ることも重要です。

患者の生活は入院前から継続し、退院後も続いていきます。この入退院支援ガイドブックは、病院の医療者から在宅の支援者へ、また在宅の支援者から病院の医療者へ、患者の支援を着実に引き継ぐことができるよう作成されました。

病院での医療と在宅医療・介護サービスが切れ目なく提供されるよう、病院の医療者と在宅の支援者が連携を図るためのツールとして役立てていただければと考えます。

２．入退院支援ガイドブックについてのお問い合わせ先

豊田加茂医師会　在宅相談ステーション　～おうちでねっと～
担　当：兼　松
電　話：０５６５－３３－７７７３
ＦＡＸ：０５６５－３１－４３１８

※入退院支援ガイドブック及び各種様式は、豊田加茂医師会ホームページよりダウンロードできます。

３．用語の説明

当ガイドブックで使用される主な用語についての説明です。

登　場　人　物	説　　明
担当医	患者を担当する医師の総称
主治医	入院している病院での主治医
外来かかりつけ医	外来通院時のかかりつけ医
訪問診療医	訪問診療を行う医師
歯科医	患者を担当する歯科医の総称
病棟薬剤師	病院で勤務する薬剤師
かかりつけ薬局	一元的に服用薬・体調・健康相談などを行う薬局
病棟看護師	病院に勤務し看護を提供する看護師
訪問看護師	患者宅等へ訪問し看護を提供する看護師
退院調整部門	様々な問題を抱える患者の退院調整を行う部門
在宅療養コーディネーター	在宅で療養する患者の生活を支援する職種の総称
地域包括支援センター（包括）	地域の介護相談の最初の窓口 介護サービスの予防プランを作成する
介護支援専門員(ケアマネジャー)	介護サービスのケアプランを作成する
相談支援専門員	障がいのある人が、自立した日常生活や社会生活を送ることができるよう全般的な相談支援を行う
民生委員	誰もが安心して暮らせる地域づくりのために、様々な活動をしている

書　　類	説　　明
看護サマリ	患者が退院または病棟が変わる際に、次の受け入れ先でスムーズなケアが続けられるよう、看護師が作成する書類
訪問看護サマリ	在宅で看護を提供していた患者が入院する際に、訪問看護師が作成する書類
医療連携用情報提供書	利用者（患者）が病院に入院する際、利用者の心身の状況や生活環境など情報提供する際に使用する書類
ケアプラン （居宅介護サービス計画）	介護保険制度で受けるサービスの利用計画
サービス等利用計画	障がい者総合支援法で受けるサービスの総合的な支援計画

そ　の　他	説　　明
今後の見込みが立った	入院での治療が一段落ついた段階
退院見込み	入院での治療が一段落し、退院について検討できる段階
退院前面談	病院の医療者（主に病棟看護師や退院支援部門）と訪問看護師、在宅療養コーディネーターが、患者の引継ぎのために行う面談
退院前カンファレンス	病院の医療者や在宅の支援者、患者・家族の間で、退院後、患者の病態や療養上必要な支援について情報共有するためのカンファレンス

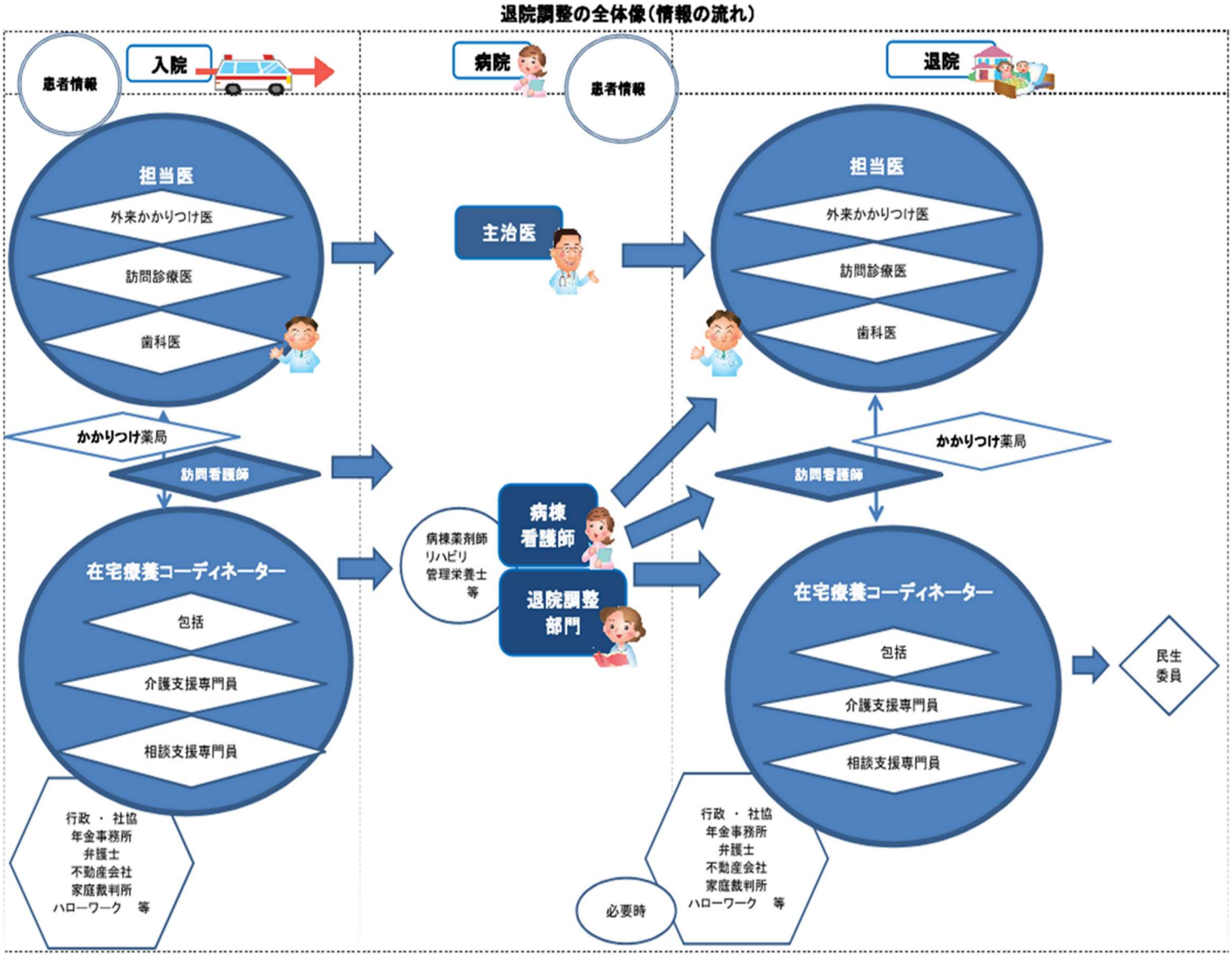
医療・介護連携に係る報酬（令和４年改正）

診　療　報　酬	説　　明
介護支援等連携指導料	医療機関に入院中の患者に対し、医師または医師の指示を受けた看護師、社会福祉士などがケアマネジャーまたは相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態などを踏まえて導入が望ましい介護等サービスや退院後に利用可能な介護等サービスなどについて説明・指導を行った場合、入院中２回に限り算定する １回につき４００点
退院時共同指導料２	入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等若しくは社会福祉士又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において算定されるもので、当該入院中１回（特定の疾病は２回）に限り算定する ４００点 ※入院中の医療機関の医師または看護師等が、退院後の在宅療養を担う医療機関の医師、看護師等、歯科医師、薬茨の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）ケアマネジャー、相談支援専門員などのうちいずれか３者以上と共同して指導を行った場合、多機関共同指導加算として２０００点を加算。

<table>
<tr><th>介　護　報　酬</th><th>説　　明</th></tr>
<tr><td>入院時情報連携加算Ⅰ</td><td>利用者（患者）が病院に入院するに当たって、その病院又は診療所の職員に対し利用者の心身の状況や生活環境など利用者にかかる必要な情報を入院後３日以内に提供した場合に算定（提供方法は問わない）　２００単位/月</td></tr>
<tr><td>入院時情報連携加算Ⅱ</td><td>利用者（患者）が病院に入院するに当たって、その病院又は診療所の職員に対し利用者の心身の状況や生活環境など利用者にかかる必要な情報を入院後７日以内に提供した場合に算定（提供方法は問わない）※Ⅰ、Ⅱの同時算定不可　１００単位/月</td></tr>
<tr><td>退院・退所加算</td><td>居宅介護支援事業所が、利用者の病院から退院し、利用者に関する情報を得た上で、ケアプランを作成し、調整を行った場合に算定。ただし、「連携３回」を算定できるのは、そのうち１回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行っ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調整を行った場合に限る。
<table>
<tr><th></th><th>カンファレンス
参加なし</th><th>カンファレンス
参加あり</th></tr>
<tr><td>連携１回</td><td>４５０単位</td><td>６００単位</td></tr>
<tr><td>連携２回</td><td>６００単位</td><td>７５０単位</td></tr>
<tr><td>連携３回</td><td>―</td><td>９００単位</td></tr>
</table>
※入院または入所期間中につき１回を限度。また、初回加算と同時算定不可</td></tr>
</table>

※医療・介護報酬は、請求にあたっては国の通知をご確認ください。

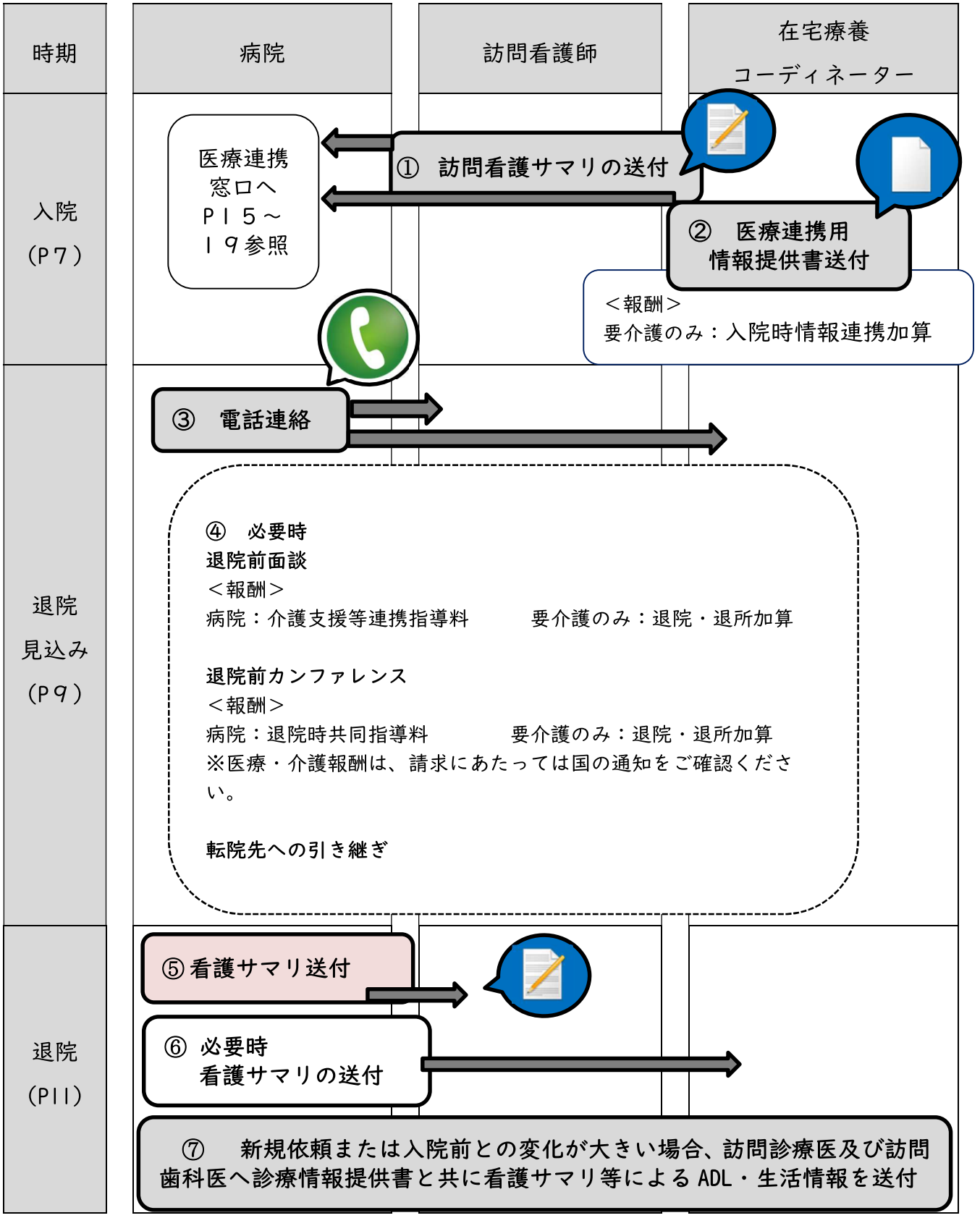
４．入退院時の患者情報の流れ（全体像）



入院時の地域からの情報提供に始まり退院時の地域への情報提供へ、患者情報の一連の流れと、それに関わる支援者を理解できるよう作成。

５．入退院患者 引き継ぎの流れについて

（１）入院前に在宅にて各種支援者により支援を受けていた場合



※情報提供をする場合、必ず事前に患者本人または家族等に同意を得ておくこと

【入院】

①訪問看護サマリの送付

訪問看護師

訪問看護サマリ＜様式Ｉ＞（➡Ｐ２Ｉ）を病院が指定する入院時医療連携窓口（ＰＩ５～Ｉ９）へ送付。

②医療連携用　情報提供書送付

在宅療養コーディネーター

医療連携用情報提供　送信票＜様式２、３＞（➡Ｐ２２，２３）を病院が指定する入院時医療連携窓口へ送付。

○在宅療養コーディネーターが、病院へ情報提供する患者要件

＜介護支援専門員＞＜様式２＞
・原則、入院患者全員

＜地域包括支援センター＞＜様式２＞
・病院への情報提供が必要と判断した患者

＜相談支援専門員＞＜様式３＞
・病院への情報提供が必要と判断した患者

◎通常の入院に加え、病院が患者支援のために情報提供が必要とする主な患者要件
レスパイト入院
…入院中にADL及び食事形態等が落ちないように配慮するため
入退院を繰り返す
…前回入院した際の状況と比較するため
入院先の病院にて外来通院及び訪問診療を受けている
…介護・生活情報を持たない病棟看護師が支援するため

※情報提供の目的は、病態の共有ではなくADLや介護・生活情報を共有することです。特に家族の介護力は限られた入院期間で把握しきれない場合もあるため、在宅療養コーディネーターから提供される情報は大変有用です。

患者の置かれている環境や支援する職種によって見える姿が異なります。ぜひご協力をお願いします。

情報提供の要否について迷った場合、各病院の入院時医療連携窓口へ問合わせてください。

〇医療連携用情報提供　送信票＜様式２、３＞（➡Ｐ２２，２３）の記載方法

医療連携用情報提供送信票は、病院が患者支援において必要だと考える項目について記載できるようになっています。

病棟看護師及び退院調整部門の担当者は、医療連携用情報提供送信票に記載されている ADL 情報等を元に、退院に向けて治療・リハビリ等の支援をします。また、退院後に入院前と同様の療養生活を送ることができるかどうかの目安としても使用します。

入院治療が必要になった際の ADL 状況等と共に、在宅療養を継続できていた頃の ADL 状況等をご記入ください。

〇医療圏外の病院への情報提供について

情報提供の方法や様式は、それぞれの病院の指示に従ってください。
（医療連携窓口　➡Ｐ１７～１９）

訪問看護師・在宅療養コーディネーター　共通

当医療圏内の病院へ転院・施設に入所される場合、これらの情報は転院先・入所先に引き継がれる。その際の患者・家族への同意は、転院・入所を依頼する病院にて確認。

病院

訪問看護師及び在宅療養コーディネーターからの情報提供がなく、患者支援に支障を来すと判断した場合、家族または介護保険被保険者証・障がい福祉サービス受給者証等で在宅療養コーディネーターを確認し、情報提供を依頼する。

〇当医療圏内の病院から転院患者を受け入れる場合

在宅療養コーディネーターが作成した様式２、３のうち、該当する情報提供書が転院元の病院から転送されます。現病歴・既往歴・キーパーソン等の情報は、最新のものを参考にしてください。転院を受け入れた患者が退院する際は、

③　電話連絡

からの手順を行ってください。

患者家族から同意を得られない場合は転送されません。その場合は、転院時に作成されるサマリ等にその旨が記載されますのでご確認ください。

【退院見込み】

③　電話連絡

病院

病棟看護師及び退院調整部門の担当者は、訪問看護師・在宅療養コーディネーターに、退院見込みを電話連絡。

＜内容（例）＞

・退院予定日
・必要となる医療処置
・退院後に必要性が見込まれる支援
・入院前との ADL の差及び注意点
・療養上の問題
等

＜入院時、情報提供があった場合＞

病棟看護師及び退院調整部門の担当者は、可能な範囲で訪問看護師・在宅療養コーディネーターの退院支援に必要な期間（ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間）を考慮して電話連絡をし、入院前との ADL 等の変化を伝え、退院前面談・退院前カンファレンス等の要否・日程などを調整する。

＜入院時、情報提供がなかった場合＞

可能な範囲で病棟看護師及び退院調整部門の担当者は、家族または介護保険被保険者証・障がい福祉サービス受給者証等で在宅療養コーディネーターを確認し、**＜入院時、情報提供があった場合＞**と同様の手順を行う。

病院　訪問看護師　在宅療養コーディネーター

必要時

・退院前面談（実施の要否は、病棟看護師及び退院調整部門の担当者と訪問看護師・在宅療養コーディネーターで調整）

※病院の看護・リハビリ・栄養管理など在宅でサービスの継続が必要な場合に実施。

・退院前カンファレンス（実施の要否は、病棟看護師及び退院調整部門の担当者と訪問看護師・在宅療養コーディネーターで調整）

○退院連絡の時期について

地域に求められる医療を提供するため、病院ごとに有する機能が異なり、また疾患や病棟ごとに入院期間が定められています。そのため、退院が決まる時期や決まってから退院日までの期間に違いが生じます。

（例）

・急性期治療に目処がついた患者さんは、主治医から退院指示が出た翌日から数日後には退院となるため、急いで退院調整

・急性期治療を受けた後にリハビリ及び入院での療養が必要となった患者さんは、在宅療養を見据えたリハビリを提供しながら退院調整

退院が決まり次第早急に電話連絡ができるよう努力していますが、このような理由があることをご理解いただければと思います。

病院

○当医療圏内の病院へ転院・施設に入所となった場合

訪問看護師から送付された訪問看護サマリ＜様式Ⅰ＞（➡Ｐ２１）及び在宅療養コーディネーターから送付された医療連携用情報提供送信票＜様式２、３＞（➡Ｐ２２，２３）を、患者・家族同意のもと転院先・入所先へ送付し、在宅での療養状況及び支援者の引き継ぎを行います。

患者・家族からの同意が得られない場合は、その旨及び訪問看護師・在宅療養コーディネーターの事業所と担当者名を、転院時、施設入所時に作成するサマリ等へ記載してください

【退院】

⑤看護サマリ送付

病院

看護サマリを訪問看護師へ送付。

⑥必要時
看護サマリの送付

病院

事前に病院と在宅療養コーディネーターが、看護サマリ等の要否を調整した上で送付（原則、退院前面談を実施した場合に提供）。

⑦新規依頼または入院前との変化が大きい場合、訪問診療医及び訪問歯科医へ診療情報提供書と共に看護サマリ等による ADL・生活情報を送付

病院

病院は、新規依頼時や入院前と退院時の ADL 等の変化が大きい場合、訪問診療医及び訪問歯科医へ診療情報提供書と共に看護サマリ等による ADL・生活情報を送付。

〇病院が作成する看護サマリについて

病院

看護サマリ　記載ガイドラインについて（➡Ｐ２４）に配慮した記載をお願いします。
質問や記載内容以外の情報が必要な場合、訪問看護師及び在宅療養コーディネーターから問い合わせが入る場合がありますので、対応をお願いします。

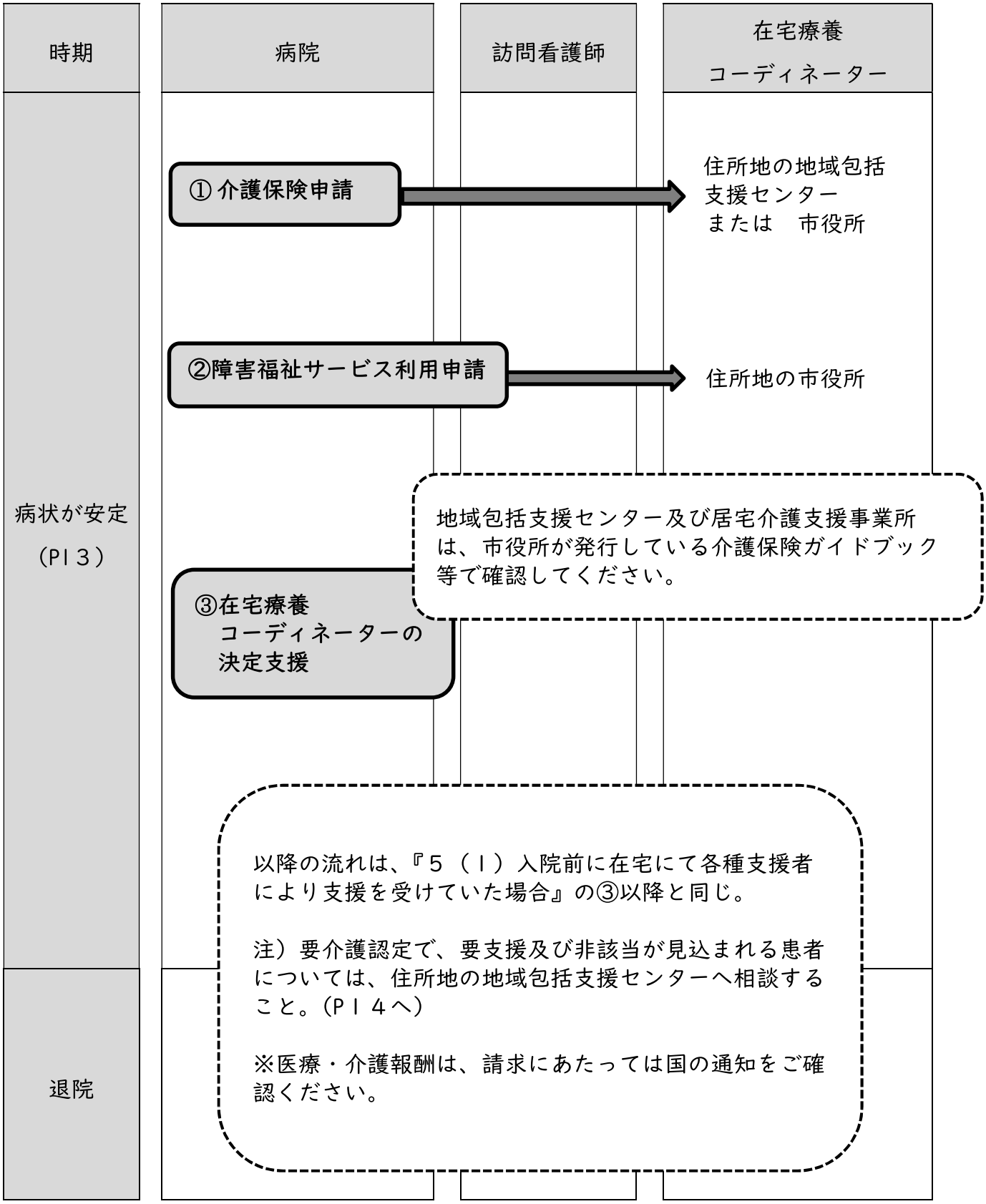
在宅療養コーディネーター

看護サマリは、看護過程に基づき提供された看護ケアを要約したものです。また、提供先が様々なため、医療用語や独特な表現で記載されている場合があります。記載内容でわかりにくいことがあれば、退院元の病院へ問合わせてください。

また、看護サマリへの記載項目については、在宅療養コーディネーターが必要とする情報を考慮して作成していただくよう依頼していますが、希望される情報全てを記載することは困難な状況です。提供された看護サマリ以外に必要な情報がありましたら、退院元の病院へ問合わせてください。

５．入退院患者 引き継ぎの流れについて

（２）退院後、新たに支援が必要と見込まれる場合



※情報提供をする場合、必ず事前に患者本人または家族等に同意を得ておくこと

【病状が安定】

①介護保険申請

病院

病棟看護師及び退院調整部門の担当者は、患者が下記の状態にある場合、家族等に介護保険被保険者証を持って住所地の地域包括支援センターまたは市役所へ介護保険申請の相談をするように説明する。

＜介護保険申請の目安＞
（ア）必ず退院支援が必要な患者
・立ち上がりや歩行などに介助が必要な方（例えば、常時介助者が手を引いたり体を支えるなどの介助）
・食事に介助が必要な方（調理や配膳のみの場合は除く）
・排泄に常時介助や見守りが必要な方
・認知症の周辺症状や全般的な理解の低下があり、介助が必要な方

（イ）それ以外で見逃してはいけない患者
・在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
・（ADL は自立でも）がん末期の方
・（ADL は自立でも）新たに医療処置が追加された方
・入退院を繰り返す方

＜４０歳以上６５歳未満の患者＞

病棟看護師及び退院調整部門の担当者は、介護保険の対象となる特定の疾病（市発行の介護保険ガイドブック等で確認）で上記の状態であった場合は、家族などに医療保険証を持って住所地の地域包括支援センターへ介護保険申請の相談をするように説明する。

②障害福祉サービス利用申請

病院

病棟看護師及び退院調整部門の担当者は、患者が障がい福祉サービスの利用が必要と判断した場合、家族などに住所地の市役所へ障がい福祉サービス利用申請の相談をするように説明する。

③在宅療養コーディネーターの決定支援

病院

病棟看護師及び退院調整部門の担当者は、介護保険申請・障がい福祉サービス利用申請と並行して、次の（ア）（イ）（ウ）（エ）のパターンで在宅療養コーディネーターを決定するための支援を行う

（ア）要介護１～５の場合
　　居宅介護支援事業所のリストを元に、居宅介護支援事業所との契約を支援する。

（イ）要支援１、２の場合
　　患者住所地の地域包括支援センターとの契約を支援する。

（ウ）要介護認定の結果が出ていない場合
　　患者住所地の地域包括支援センターとの相談を支援する。

（エ）障がい福祉サービス利用申請者及び障がい支援区分１～６の場合
　　患者住所地の市役所との相談を支援する。
　　※介護保険の対象者は、介護保険のサービスが優先になります。

以降の流れは、『５．（１）**入院前に在宅にて各種支援者により支援を受けていた場合**』の③（➡Ｐ９）以降と同じ。

○軽度者を対象とした総合事業（介護予防・生活支援サービス事業）について

要介護認定で、要支援及び非該当が見込まれる患者については、患者住所地を担当する地域包括支援センターへ連絡してください。介護保険または総合事業どちらの対象になるかの判断を当該地域包括支援センターが在宅での状況を勘案して行い、関係機関と調整します。

対象となる患者について地域包括支援センターへ相談する際、下記の点について情報提供をお願いします。

・患者の ADL 状況
・家族等による支援の見込み
・必要だと考えるサービス
・医療的に注意が必要な点

6．　西三河北部医療圏内（豊田市・みよし市）連携病院　窓口一覧

病院名	入院時医療連携窓口	退院患者相談窓口	在宅療養者連携窓口 （ケアプラン・主治医⇔ケアマネ連絡票・外来から在宅医療移行相談等）
豊田厚生病院	地域医療連携課 TEL　FAX 0565-43-5030	地域医療連携課 TEL 0565-43-5077　FAX 0565-43-5030	地域医療連携課 TEL 0565-43-5077　FAX 0565-43-5030
住所 〒470-0396 豊田市浄水町伊保原500-1	・対応時間　（月～金　9:00～17:00）　休診日（土・日・祝日・年末年始12/30～1/3、8/15）は除く（救急外来に転送されるため） ・連絡は、FAX、郵送のみ対応。返答郵送の場合は、返信用封筒の同封をお願いします。 ・病棟訪問時は事前に利用者・家族の了解のもと、直接入院病棟へTEL連絡をお願いします。 （必ずナースステーションに声をかけてください） ・入院前の医療・介護・ADL状況について情報提供をお願いします。	・病院の診療時間内でお願いします。 ・時間外・休診日は対応不可 ※担当者が付いていた場合には、担当者へ。そうでない場合には病棟看護師に対応を依頼することもあります。	・主治医連絡票：連絡はFAX,郵送にて対応。返答郵送の場合は返信用封筒の同封をお願いします。 ・外来からの在宅医療移行相談：まずは患者様・ご家族様から主治医に直接相談をしてください。その結果で必要なら担当者が付いて対応します。（治療との兼ね合いもある為）
足助病院	地域医療連携課 TEL 0565-62-1219　FAX 0565-62-1229	医療福祉相談課 TEL 0565-62-1271　FAX 0565-62-1216	地域医療連携課 TEL 0565-62-1219　FAX 0565-62-1229
住所 〒444-2351 豊田市岩神町仲田20	・対応時間（電話対応）　月～金　8:30～17:00　※第1、3土曜日　8:30～12:20 **＊令和2年4月より土曜日が休診となり、週休2日となります** ・休診日は除く　※休診日　第2、4、5土曜日、祝日、8/15、年末年始12/30～1/3 ・FAXは24時間対応可能。	・病院の診療時間内でお願いします。 ・時間外・休診日は対応不可	・主治医連絡票窓口も対応いたします。
豊田地域医療センター	地域医療連携室 TEL 0565-34-3333　FAX 0565-34-3039	地域医療連携室 TEL 0565-34-3390　FAX 0565-34-3039	TEL　FAX
住所 〒471-0062 豊田市西山町3-30-1	・現在の状況、褥瘡の有無、吸引の有無、認知症の有無と程度など、病室を決める際に必要な情報をお願いします。 ・医療処置（具体的な方法や物品の商品名、交換日、交換頻度）、家族への介護指導の内容、家族の理解度、看護上残された課題等の情報提供をお願いします。	・入院中の経過や状態、疾患についての問い合わせ等を対応します。 ・病院の診療時間内でお願いします。 ・時間外、休診日は対応不可	・主治医意見書・連絡票：医事課 ℡0565-34-3000　Fax0565-34-3076 ・外来からの在宅医療移行相談：地域医療連携室 ℡0565-34-3333　Fax0565-34-3039
トヨタ記念病院	地域医療連携グループ TEL　FAX 0565-29-8828	医療社会福祉グループ TEL 0565-24-7169　FAX 0565-24-7178	医事課 TEL 0565-24-7194　FAX 0565-24-7160
住所 〒471-8513 豊田市平和町1-1	・対応時間　月～金　8:30～17:30 休診日（土・日曜日　当院が別に定めた休診）は除く（救急外来に転送されるため） 連絡はFAX・郵送にて対応（事前連絡不要） ・病棟訪問時には事前に利用者・家族の了解のもと、直接入院病棟にご連絡ください。 （来院時には必ずナースステーションにお寄りください）	・診療科ごとに担当者が決まっておりますので、ケースごとに対応させていただくことになります。従いまして、担当者の業務状況によっては回答に時間がかかる場合がございますのでご了承ください。	・主治医意見書・連絡票等：依頼はFAX・郵送どちらでも可。　返信は郵送のみ。 ・外来からの在宅医療移行相談：まずは患者様・ご家族様から主治医に直接相談をしてください。その結果で必要なら担当者が付いて対応します。
みよし市民病院	地域連携・医療相談室 TEL 0561-33-3318　FAX 0561-33-3302	地域連携・医療相談室 TEL 0561-33-3318　FAX 0561-33-3302	地域連携・医療相談室 TEL 0561-33-3318　FAX 0561-33-3302
住所 〒470-0224 みよし市三好町八和田山15	・情報提供はFAXでも構いませんが、持参される場合は事前にご連絡ください。	・土、日、祝日は対応不可。 ・要件をお伺いし、相談対応を行います。	・土、日、祝日は対応不可。
家田病院	地域連携室 TEL 0565-21-0500　FAX 0565-21-2068	地域連携室 TEL 0565-21-0500　FAX 0565-21-2068	地域連携室 TEL 0565-21-0500　FAX 0565-21-2068
住所 〒470-1219 豊田市畝部西町城ヶ堀11-1	・電話連絡は病院休診日、17時以降は担当者不在のため、時間内にお願いします。	・電話連絡は病院休診日、17時以降は担当者不在のため、時間内にお願いします。	・電話連絡は病院休診日、17時以降は担当者不在のため、時間内にお願いします。
衣ケ原病院	地域医療連携室 TEL 0565-32-0991（代） 080-4224-9357（直）　FAX 0565-32-0772	地域医療連携室 TEL 0565-32-0991（代） 080-4224-9357（直）　FAX 0565-32-0772	地域医療連携室 TEL 0565-32-0991（代） 080-4224-9357（直）　FAX 0565-32-0772
住所 〒471-0036 豊田市広久手町2-34	・専門用語、制度の内容（サービス利用等）など、お互いの専門領域が異なるため、伝わりやすい説明をお願いします。 ・精神症状、内科疾患がある場合は処方・処置・通院の要否（頻度も）等の詳細、服薬状況（管理状況も含む）等の情報提供をお願いします。	・直通相談窓口については、 月～金　9:00～16:00（土曜は11:00）頃までが対応時間となっております。	
斎藤病院	医療福祉連携室 TEL 0565-44-0053　FAX 0565-44-0071	医療福祉連携室 TEL 0565-44-0053　FAX 0565-44-0071	医療福祉連携室 TEL 0565-44-0053　FAX 0565-44-0071
住所 〒470-0373 豊田市四郷町森前南33-10	・内服状況、家族関係、ADL等の情報提供をお願いします。	・土、日、祝日は対応不可	・土、日、祝日は対応不可
さくら病院	相談室 TEL 0565-28-3691　FAX 0565-29-2776	相談室 TEL 0565-28-3691　FAX 0565-29-2776	相談室 TEL 0565-28-3691　FAX 0565-29-2776
住所 〒470-1201 豊田市豊栄町11-131	・電話にてご相談ください。　対応時間　月～金　8:30～17:15	・電話にてご相談ください。 対応時間　月～金　8:30～17:15	・主治医意見書・連絡票等：依頼はFAX・郵送どちらでも可。

病院名	入院時医療連携窓口	退院患者相談窓口	在宅療養者連携窓口 （ケアプラン・主治医⇔ケアマネ連絡票・外来から在宅医療移行相談等）
三九朗病院	地域連携推進部	地域連携推進部	医事課
	TEL 0565-32-6986　FAX 0565-32-7320	TEL 0565-32-5578　FAX 0565-32-7320	TEL 0565-32-0282　FAX 0565-32-2293
住所 〒471-0035 豊田市小坂町7-80	・利用者様の氏名、性別、生年月日等の基本情報、簡単なADL情報や既往について、まずはお電話にて連絡をお願いします。	・当部署は、看護師・理学療法士・社会福祉士が在籍しています。 対応時間：月～金　8:30～17:30　、　土　8:30～12:30	・主治医意見書は医事課でお受けします。 ・ケアプラン、連絡票、外来から在宅医療移行相談等は地域連携推進部（左記）でお受けします。
三九朗東リハビリテーション病院	三九朗病院　地域連携推進部	リハケア部	リハケア部・事務
	TEL 0565-32-6986　FAX 0565-32-7320	TEL 0565-47-0395　FAX 0565-47-2525	TEL 0565-47-0395　FAX 0565-47-2525
住所 〒471-0813 豊田市野見山町3-88-26	・利用者様の氏名、性別、生年月日等の基本情報、簡単なADL情報や既往について、まずはお電話にて連絡をお願いします。	・看護師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士が対応します。 対応時間：月～金　8:30～17:30　、　土　8:30～12:30	・主治医意見書・ケアプラン、連絡票等は事務でお受けします。
寿光会中央病院	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
	TEL 0561-32-1935　FAX 0561-34-5541	TEL 0561-32-1935　FAX 0561-34-5541	TEL 0561-32-1935　FAX 0561-34-5541
住所 〒470-0224 みよし市三好町石畑5	・対応時間（電話対応）　月～金　8:30～17:00 ※17時以降は担当者不在のため時間内にお願いします。 ・休診日は除く ・内服状況、家族関係、経済状況等の情報提供をお願いします。 ・情報提供時は先ず、電話での問い合わせをお願いします。	・対応時間内にお願いします。 月～金　9:00～17:00 休診日は除く	・対応時間内にお願いします。 月～金　9:00～17:00 休診日は除く
仁大病院	地域移行推進室	病院受付	病院受付
	TEL 0565-45-0110　FAX 0565-45-0995	TEL 0565-45-0110　FAX 0565-45-0995	TEL 0565-45-0110　FAX 0565-45-0995
住所 〒470-0361 豊田市猿投町入道3-5	・家族構成、生活歴、経済状況等の情報提供をお願いします。	・用件をお伺いし、外来看護師・PSWなどへおつなぎします。	・受診を勧奨された場合などは、事前にご連絡いただき、必要な情報提供をお願い致します。
豊田西病院	相談支援部	相談支援部	相談室支援部
	TEL 0565-48-8331　FAX 0565-48-8318	TEL 0565-48-8331　FAX 0565-48-8318	TEL 0565-48-8331　FAX 0565-48-8318
住所 〒470-0344 豊田市保見町横山100	・受診・入院専用ダイヤルをご活用ください。 TEL0565-47-5521　9:00～16:30（月～土、日祝日は除く） ・入院について、患者さん、ご家族の意向（同意状況）、ご家族の存在と治療に対する協力、退院後の住まいやサービスを想定した出口設定等の情報提供をお願いします。 ・高齢の患者さんにつきましてはADL、合併症、内科薬の情報提供もお願いします。	・当院は急性期の治療を中心に行っているため、入院時より退院先を具体的に想定し病棟担当相談員（精神保健福祉士）が関わります。 ・ご本人の同意が難しい場合、ご家族の了承を得るなどして早い段階から関係機関の支援者と共に退院調整に取り組みますのでご協力をお願いします。 ・個人情報保護のため予めご本人やご家族からの同意が確認できない問い合わせにはお答えできないことがありますのでご了承ください。	
中野胃腸病院	患者支援室	患者支援室	患者支援室
	TEL 0565-57-1611　FAX 0565-57-3489	TEL 0565-57-1611　FAX 0565-57-3489	TEL 0565-57-1611　FAX 0565-57-3489
住所 〒473-0926 豊田市駒新町金山1-12	・あらかじめお電話にてご相談ください。地域連携主担当（不在時外来看護師）が対応いたします。 ・月～金8:30～17:00　土8:30～14:00 ・患者情報に加え、家族背景やキーパーソン等の状況についても情報提供をお願いします。	・患者支援全般及びご家族による相談対応等を担っています。 ・地域連携に関するご相談も承っております。	主治医意見書・訪問看護指示書：医事課 ケアマネ連絡票・ケアプラン等：地域連携主担当（不在時外来看護師）
南豊田病院	PSW部	PSW部	PSW部
	TEL 0565-21-0331　FAX 0565-21-0508	TEL 0565-21-0331　FAX 0565-21-0508	TEL 0565-21-0331　FAX 0565-21-0508
住所 〒470-1215 豊田市広美町郷西80	・事前にお電話にてご相談下さい。9:00～15:30（日祝日は除く） ・情報提供していただいた内容以外に必要な項目があれば、個別で聞き取りをさせていただきます。	・用件をお伺いし、担当部署へおつなぎします。 ・9:00～15:30（日祝日は除く）	・情報提供していただいた内容以外に必要な項目があれば、個別で聞き取りをさせていただきます。主治医意見書、連絡票は一旦医事課にてお受けします。
名豊病院	地域医療連携室	地域医療連携室	医事課・地域医療連携室
	TEL 0565-53-8700　FAX 0565-53-5360	TEL 0565-53-8700 0565-51-3000　FAX 0565-53-5360	TEL 0565-51-3030（医事課） 0565-53-8700（地域医療連携室）　FAX 0565-53-5310（医事課） 0565-53-5360（地域医療連携室）
住所 〒473-0913 豊田市竹元町荒子15	・お電話にてご相談いただき、情報提供をお願いいたします。 受付窓口　月～金　8:30～17:00　（土日祝日は休日の為、対応不可）	・入院中の患者様のご相談は退院支援相談員が対応いたします。	・主治医意見書、連絡票、ケアプラン等：医事課 ・外来患者様問い合わせ：医事課 ・その他の相談：地域医療連携室
吉田整形外科病院	病診連携室	病院受付・相談窓口	病院受付・相談窓口
	TEL 0565-89-3344　FAX 0565-89-3345	TEL 0565-89-1818　FAX 0565-89-1820	TEL 0565-89-1818　FAX 0565-89-1820
住所 〒471-0811 豊田市御立町7-100	・事前に電話にてご相談ください。 ・月～金　8:30～17:00　土　8:30～12:00でお願いします	・用件をお伺いし、担当者へおつなぎします。	・主治医意見書、連絡票、ケアプラン等：医事課

７.西三河北部医療圏外の主な連携病院　窓口一覧

（令和５年１１月時点）

※医療圏外の病院は、当ガイドブックの運用はされていません。医療圏外の病院へ情報提供される場合は、それぞれの病院の指示に従ってください。

病　院　名	医療連携窓口	TEL	FAX
公立陶生病院 ※様式 1、2、3 の使用可 ※対象となる窓口を病院へご確認ください。	患者支援センター	0561-82-1720	0561-87-1636
	・サービス利用状況がわかる情報提供書を持参してください。 ・居宅介護支援事業所のケアマネジャーはぜひ来院して、当院の退院支援担当者との面談、本人面会をしていただきたいです。情報提供書の持参をお願いします。 ・家族との関係性、在宅生活の継続が難しくなってきている場合は、早めに教えてください。		
瀬戸みどりのまち病院 ※様式 1、2、3 の使用可	医療相談室	0561-84-3113	0561-84-8853
	・生活歴、家族構成や家族関係について情報提供をお願いします。		
水野介護医療院 ※様式 1、2、3 の使用可	相談室	0561-48-2231	0561-48-2629
	・まずはお電話にてご相談ください。 ・具体的にお話を進めていく段階では、診療情報提供書、薬剤情報、ケアマネ情報、看護サマリなどを FAX いただきます。		
愛知医科大学病院 ※様式 1、2、3 の使用可	総合相談室（医療福祉相談・入退院支援センター）	0561-78-6241	0561-63-1285
	FAX または郵送 ・主治医（かかりつけ医）、介護度、入院に至った経緯、住環境、介護保険サービス、福祉用具、入院前の ADL、在宅生活に関するご本人・ご家族の意向、家族状況、在宅介護の可能性等の情報を希望します。 ・入院時情報提供書（在宅サマリー）等は入退院支援センターへ FAX して頂けますと幸いです		

病　院　名	医療連携窓口	TEL	FAX
藤田医科大学病院 ※様式 1、2、3 の使用可	医療連携福祉相談部	0562-93-2920	0562-93-2927
	・電話など口頭での情報提供は避け、書面での情報提供をお願いします（個人情報の取り扱いは特に注意したい）。 ・これまでの在宅生活における問題点や家族関係、サービス調整を進める上で苦慮している点があれば情報提供をお願いします。		
安城更生病院 ※様式 1、2、3 の使用可	医療福祉相談室	0566-75-2111 （代表）	0566-75-2523
	・入院時情報提供書等はＦＡＸで結構です。事前電話連絡は不要です。		
八千代病院 ※様式 1、2、3 の使用可	患者支援センター	0566-33-9064	0120-811-814
	・FAX 送信時の電話連絡（今から FAX 送ります）は不要です。		
秋田病院 ※様式 1、2 のみ使用可	医療福祉相談室	0566-81-2763	0566-83-4862
	・担当している方が入院した場合、サービスの利用状況や家族状況等のわかる入院時情報提供書を頂けると助かります。 ・退院支援に MSW 介入が必要な（必要と予測される）場合は、別途ご連絡を頂けると有り難いです。		
岡崎市民病院 ※様式 3 のみ使用可	地域医療連携室	0564-66-7788	0564-66-7499
	・様式 1、2 については病院専用の情報提供様式があります。 病院ホームページ「地域医療連携」よりダウンロードし、作成してください。		
愛知医科大学メディカルセンター ※様式 1、2、3 の使用可	地域医療連携室　医療相談課	0564-64-6579	0564-45-1789
	・入院時情報提供書等は FAX で結構です。 ・FAX 送信時の事前電話連絡は不要です。		

病　院　名	医療連携窓口	TEL	FAX
藤田医科大学 岡崎医療センター ※様式 1、2、3 の使用可	地域医療連携部	0564-64-8800	0564-64-8194
	・電話など口頭での情報提供は避け、書面での情報提供をお願いします（個人情報の取り扱いは特に注意したい）。 ・これまでの在宅生活における問題点や家族関係、サービス調整を進める上で苦慮している点があれば情報提供をお願いします。		

８．様式集の概要

様式１・・・「【入院時情報提供】訪問看護サマリ」

訪問看護師が作成し、受け持ち患者が入院する病院へ情報提供を行う際に用いる様式。

※豊田加茂医師会ホームページよりダウンロードできます。

様式２・・・「【入院時情報提供】介護保険医療連携用情報提供　送信票」

地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成し、受け持ち患者が入院する病院へ情報提供を行う際に用いる様式。

※様式については、豊田市介護サービス機関連絡協議会ホームページよりダウンロードできます。

様式３・・・「【入院時情報提供】障がい福祉医療連携用情報提供　送信票」

相談支援専門員が作成し、受け持ち患者が入院する病院へ情報提供を行う際に用いる様式。

※豊田加茂医師会 ホームページよりダウンロードできます。

【入院時情報提供】

訪問看護サマリー

様式1

御中　　記入日

下記の利用者様について情報提供いたします。よろしくお願いします。

基本情報	氏名　　様	性別	主治医（病院）			
	生年月日　　年　　月　　日		歳		医師名	
	キーパーソン		続柄		電話番号	
	居宅介護支援事業所・包括支援センター				担当ケアマネ	
	主病名：					
療養経過						

日常生活動作	要介護度		看護ケア・医療処置	褥創	DESIGN分類	NPUAP分類	その他
	認知度						
	食事			食事形態	食種	栄養剤	胃ろう最終交換日
	清潔						
	更衣			IVH	流量（ml/h）	挿入日	ルート交換日
	排泄	トイレ					
		ポータブル		人工呼吸器	機種・モード	HOT	酸素流量
		尿器					
		オムツ		気管カニューレ	サイズ	挿入日	最終交換日
	座位保持						
	起座位			膀胱ろう	サイズ	挿入日	最終交換日
	立位						
	車椅子			ストーマ	最終交換日	トラブル	口腔ケア
	移動						
	意思の伝達						

問題点		継続してほしい援助内容	
備考			

（使用中のサービス等）　訪問看護　訪問介護　訪問リハビリ　通所介護
ショートステイ　通所リハビリ

ステーション名				管理者名	
連絡先	電話		ファックス	記入者	

【入院時情報提供】介護保険医療連携用情報提供　送信票

様式２

【発信先】	【発信者】
医療機関名：	事業所名：
担当部署名：	担当者名：
電話：　FAX：	電話：　FAX：

令和　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別		住所	〒			
利用者氏名								
生年月日	年　月　日生			歳	電話番号			
ﾌﾘｶﾞﾅ		住所	〒					
連絡者氏名		続柄			電話番号			
要介護度		負担割合	割	減免			生保	
認定有効期間・申請日	年　月　日　～　年　月　日							

※新規申請中・変更申請中の場合は上欄に申請日を記入してください。

本人の　好きなこと　・　価値観　・　希望の療養場所　・　治療に関する希望　など	それに対する家族の意向
誰から聞いたか：本人・その他（　　）　聞いた時期　年　月　日頃	
（代理意思決定者　氏名　　続柄　　）	

主な疾患(現症)	疾患名	病院名	主治医名	通院・訪問

ADL	状態	ADL	状態	ADL	状態	ADL	状態	認知症有無
移動		食事		入浴		更衣		
移乗		排泄		整容		服薬管理		

特記事項	
生活上の問題	□なし　□あり　□幻視・幻聴　□興奮　□不穏　□妄想　□暴力　□介護への抵抗　□昼夜逆転　□不眠　□徘徊　□危険行為　□不潔行為　□意思疎通困難　□その他（　　）

利用していたサービス及び頻度

	回/週		回/週	訪問看護			回/週
	回/週		回/週	ステーション名			
	回/週		回/週				

福祉用具貸与	
サービス利用時の留意点	

家族構成	家族介護者の状況等	生活歴・経済状況

住環境	□一戸建て　□集合住宅	階建	階	エレベーターの有無	
連絡事項 その他					

豊田市介護サービス機関連絡協議会・みよし市ケアマネ連絡会・豊田市・みよし市地域包括支援センター共通様式（H29.4作成 R5.11改定）

※この様式は指定様式であるため、様式を変更することのないようにお願いします。

様式３

【入院時情報提供】障がい福祉医療連携用情報提供　送信票

【発信先】	【発信者】
医療機関名：	事業所名：
担当部署名：	担当者名：
電話：　FAX：	電話：　FAX：

令和　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別		住所	〒		
利用者氏名							
生年月日	年　月　日生			歳	電話番号		
ﾌﾘｶﾞﾅ		住所	〒				
連絡者氏名		続柄			電話番号		
障がい支援区分		自己負担上限額			生保		
区分認定期間	年　月　日　～　年　月　日						

※新規申請中・変更申請中の場合は上欄に申請日を記入してください。

本人の　好きなこと　・　価値観　・　希望の療養場所　・　治療に関する希望　など	それに対する家族の意向
誰から聞いたか：本人・その他（　　）聞いた時期　年　月　日頃	
（代理意思決定者　氏名　　続柄　　）	

主な疾患(現症)	疾患名	病院名	主治医名	通院・訪問

ADL	状態	ADL	状態	ADL	状態	ADL	状態	医療的ケア有無
移動		食事		入浴		更衣		
移乗		排泄		整容		服薬管理		

特記事項	
生活上の問題	□なし　□あり　□幻視・幻聴　□興奮　□不穏　□妄想　□暴力　□介護への抵抗　□昼夜逆転　□不眠　□徘徊　□危険行為　□不潔行為　□意思疎通困難　□その他（　　）

利用していたサービス及び頻度

		回/週			回/週	訪問看護			回/週
		回/週			回/週	ステーション名			
		回/週			回/週				

福祉用具貸与	
サービス利用時の留意点	

家族構成	家族介護者の状況等	本人の特性

住環境	□一戸建て　□集合住宅	階建	階	エレベーターの有無	
連絡事項その他					

豊田市介護サービス機関連絡協議会・みよし市ケアマネ連絡会・豊田市・みよし市地域包括支援センター共通様式（H29.4作成 R5.11改定）

※この様式は指定様式であるため、様式を変更することのないようにお願いします。

【退院時情報提供】看護サマリ　記載ガイドラインについて

入退院支援ガイドブックは、在宅の支援者から病院の医療者へ、また、病院の医療者から在宅の支援者へ、患者の支援を着実に引き継ぐことができるよう作成されました。

平成 28 年の運用開始時には、【退院時情報提供】看護サマリ　統一項目として、病院から情報提供していただく項目を記載しておりました。

今回、入退院支援ガイドブックの改定にあたり、在宅療養コーディネーター（地域包括支援センター職員・介護支援専門員・障がい相談支援員）・訪問看護師への運用調査結果に基づき、令和 4 年、令和 5 年の入退院調整ワーキンググループで検討し、在宅での支援をスムーズに進める際に必要性の高い項目を追記させていただくこととなりました。

尚、本ガイドラインの項目は、名称を「看護サマリ統一項目」から「看護サマリ記載ガイドライン」に変更し掲載を致します。

必ず全ての項目を記載し情報提供していただかなくてはいけないということではなく、在宅療養コーディネーターや訪問看護師等が在宅支援をスムーズに開始するために大変重要な項目であるということを、病院の皆様に、ご理解いただき、患者の状態・家族等介護者の状況等に応じ、必要と思われる項目につきまして、情報提供をいただきますようお願い致します。尚、在宅療養コーディネーターや訪問看護師に情報提供していただいた看護サマリについては、必要時他のサービス事業所担当者と情報共有致します。

病院での医療と在宅医療・介護サービスがシームレスかつ、スムーズに提供されるよう、本ガイドラインの項目に基づき、看護サマリにて在宅療養コーディネーターや訪問看護師への情報提供をお願い致します。

【退院時情報提供】看護サマリ　記載ガイドライン

※下線がR5.11の改定の追記部分です

病状・経過

□次回受診日（医療機関名：外来 or 訪問診療　、受診頻度）

□病院から患者・家族への病状の説明内容

□病状説明の際の、患者の反応・理解度・受け止め方など

□病状説明の際の、家族または支援者の反応・理解度・受け止め方など

本人の意向・意思決定支援に関する事

□希望の療養場所

□治療に関する希望

□本人の価値観・大切にしてること・希望　など

□代理意思決定者（氏名・続柄）

ＡＤＬ

□移動、移乗、食事、排泄、入浴、整容、更衣　その他必要な項目

□「見守り」「一部介助」の場合は、入院中の具体的な援助方法を記載

□食事制限・水分制限・運動制限

□入浴許可の有無、入浴時の注意点、入浴時の体温や血圧の目安

服薬管理

□病院での援助方法

医療処置

□（在宅・施設での）具体的な方法

□処置をする人（本人・家族）

□処置の手技の習得状況

留置デバイス

□製品名・サイズ・何センチ固定　など

療養上の問題

□入院中の療養上の問題　有（具体的内容）・無

□退院後予想される療養上の問題　有（具体的内容）・無