

地域で思いをつなぐ

医療・介護関係者のための 入退院連携ガイドブック



調布市

目次

本ガイドブックの目的、作成の経緯	2
入退院支援の流れとポイント	3~4
連携にあたっての注意点	5
病院スタッフが心がけるポイント	6
ケアマネジャーが心がけるポイント	7~8
地域の専門職と協働しよう	9~10
ACP（アドバンス・ケア・プランニング）	11~12
病院連携室情報	13~16
ケアマネタイム	16
入院時情報提供のポイント	17~18
退院時情報収集のポイント	19~20
相談窓口一覧	21
作成に携わった方々	22

本ガイドブックの目的

本人の思いや大切にしていることを
尊重し、その思いを医療と介護の
多職種チームでつないでいく

作成の経緯

令和22年(2040年)までの間に、85歳以上の後期高齢者数は上昇の一途をたどります。医療と介護の両方のニーズを有する人が多くなることから、調布市では支援が必要になった時に、本人が望む場所で必要なサービスが受けられるようなまちづくり(地域包括ケアシステム)に取り組んでいます。

ちょうふ在宅医療相談室は調布市から在宅医療・介護連携拠点の委託を受け、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制づくりを目指しています。令和元年度～令和2年度にかけて、各関係機関に医療と介護の連携の実情について聞き取り調査を行いました。その結果、入退院時の情報共有や連携を図るにあたって、個々の力量に任されてきた実態とともに、地域と病院のそれぞれで抱えている事情や課題が分かってきました。

そこで、課題を解決する第一歩として本ガイドブックを作成しました。このガイドブックでは地域と病院における切れ目のない迅速な連携を目指し、日頃の生活状況を知るケアマネジャーと、病院の入退院支援の前線に携わるスタッフ(入退院支援看護師、医療ソーシャルワーカー、病棟看護師等)に焦点を当て、双方の支援者がどのような視点やプロセスで支援しているのかをまとめました。


入退院連携は多くの専門職が関わっています。「みんなでつなぐ調布の入退院」を目標として、地域ぐるみで「その人らしさ」を支えていくために、お互いの専門性や役割を理解し、補い合える連携を進める一助として御利用ください。

入退院支援の流れとポイント

医療機関側の動き

 入院診療計画を立てる
治療開始

 患者・

 **外来で入院前からの支援**

- ・患者情報の把握
- ・介護福祉サービスの把握
- ・褥瘡・栄養評価
- ・薬剤の確認
- ・入院中の生活、治療の説明 等

入院時支援加算 (2)
200 点 (退院時 1 回)

患者に関する情報収集

- ・入院前の生活
- ・家族等の状況
- ・継続している医療
- ・介護認定・介護サービスの利用状況

今後の生活に対する意向 等
退院困難な要因のある患者を抽出

入退院支援加算 (1) ※3 日以内
700 点又は 1300 点 (退院時 1 回)

入退院支援加算 (2) ※7 日以内
190 点又は 635 点 (退院時 1 回)

退院支

- ・治療方
- ・患者・
- ・院内多
- ・入退院

退院に
関係機

入退
700点又


介護支援等連携指導料 400 点 (入



入院

入院直後～

ケアマネジャーの動き

 **日頃の準備**

- ・利用者・家族等へ入院時はすぐ連絡するよう伝えておく (重要事項説明書の項目)
- ・医療機関の連携窓口を確認しておく
- ・地域のかかりつけ医との連携


退院支援が必要な方の予定入院の場合、入院前に入院時情報提供書 (P17-18) を提供する

入院時情報提供書 (P17-18) を医療機関へ持参又は送る

- ・入院前の生活状況
- ・継続している医療
- ・利用者・家族等の思い
- ・ケアマネジャーの評価 等

入院時情報連携加算 (1) ※3日以内
200 単位/月

入院時情報連携加算 (2) ※7日以内
100 単位/月

 **状**

- ・退院・などを収集。
- ・必要に
- ・退院後プラン
- ・要介護

連携 1 回
連携 2 回
連携 3 回

1 要介護認定の申請 (新規・区分変更)

- ・入院前の介護認定の有無とケアマネジャーの有無を確認をする。
- ・入院前に比べ、心身の状況に大きな変化が予測されるときは、本人・家族等から担当ケアマネジャーまたは地域包括支援センター、行政窓口にご相談する。

2 認定調査

- ・生活していく上で、どの程度介護を必要とするか、介護の手間 (基本調査 74 項目) を直接調査。
- ・入院先で調査する場合は、認定調査員が病院に訪れる。所要時間は 30 分～1 時間程度。

 **早わかり 要介護認定申請**

い。

家族等への病状説明



退院許可

■担当ケアマネジャーがない場合
支援担当者が患者・家族等の意向を確認し、
地域包括支援センターや居宅介護支援事業
所の紹介や必要な連絡調整を行う

援への方向性の検討
針、退院時期の確認
家族等への意向確認
職種のカンファレンス
支援計画書の作成
向けた支援を開始
関と情報共有

患者・家族等への生活指導・療養指導等

退院時共同指導料 2

400点

※医師等の職種3者以上と共同指導の場合
多機関共同指導加算 2000点 も加算

診療情報提供書

かかりつけ医

かかりつけ薬局



院支援加算(1)
は1300点(退院時1回)

退院前カンファレンス開催

課題確認
情報共有



退院後の在宅での
様子を確認する

退院時共同指導加算(訪問看護)

医療8,000円/介護600単位

院中2回まで)

入院中

退院前

退院



況確認のための連携
退所情報記録書(P19-20)
使い、医療機関から情報
応じて病状説明に同席
の生活を見据えてケア
の変更を検討
区分変更の必要性を検討

ケアプランの原案作成

- ・収集した情報を踏まえ、利用者・
家族等をアセスメント
- ・退院後の生活(自立支援・重度化
防止)を意識した生活課題を検討
- ・退院前カンファレンスでの確認事項
を整理
- ・原案の写しを病院へ提供



- ・サービス担当者会議の開催
- ・ケアプランの確定
- ・ケアプランのモニタリング
- ・地域のかかりつけ医に日々の体調
変化の報告をする
- ・入院先の医療機関に退院後の様子
を伝える

退院・退所加算(3回まで)

カンファレンス参加有	カンファレンス参加無
600単位	450単位
750単位	600単位
900単位	-

※カンファレンス有は算定要件確認

3 主治医意見書

- ・医学的な視点から、介護の手
間がどの程度になるのかを判
断する。状態の維持・改善可
能性の評価、調査結果の確認・
修正などに利用される。

4 審査・認定

- ・認定調査の結果からコン
ピュータで一次判定。その
結果と主治医意見書を使
い、介護認定審査会(二次
判定)で審査、判定される。

5 結果通知、ケアマネジャーの選定

- ・原則30日以内に通知される(遅れる場合
は別途連絡がある)。
- ・結果が出る前でも、申請日に遡って介護
サービスの利用は出来る。受けられるサー
ビスの限度や種類が異なり、自己負担が発
生する可能性があるため、事前に相談する。

連携にあたっての注意点

連携は、心配り（思いやり・歩み寄り・対話）から

入退院支援は入院時（前）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、日頃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。

なお、連携に当たっては、本人・家族から承諾を得た上で進めていくことを前提としています。

各関係機関の役割や事情を補い合える連携を心がけていきましょう。



思いやりを持ち、丁寧な対応を心がける・・・・・・・・・・・・・・・・

職種により、立場、制度、関連する法律、必要な情報は異なります。本人のために何を伝えるべきか、相手はどのような情報が欲しいのかを考えて伝えます。

お互いの視点を大切に、わかりやすく簡潔に伝える・・・・・・・・

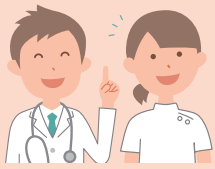
なるべく専門用語は使わず、わかりやすく伝えます。話すときにはゆっくり、はっきりと。文章は、箇条書きで記載するなど工夫しましょう。

時間を意識する・・・・・・・・・・・・・・・・

皆さん多忙です。電話でも、面接でも、会議でも時間は限られている事を意識しましょう。どの程度急がなければならない要件か、判断して連絡を取りましょう。

不在時の対応方法を考えておく・・・・・・・・・・・・・・・・

担当者が不在でも対応できるように、どのような体制を取るか、それぞれで考えておきましょう。



病院スタッフが心がけるポイント

1.退院の目途がいたら、なるべく早めに連絡

まずは、地域のかかりつけ医（紹介元）とケアマネジャーに一報を。不確定でも、いつ頃になるかの目途が分かると、その後の予定が組みやすくなります。

2.退院前カンファレンスについて

入院中の治療や変化について情報を地域に繋ぎ、退院後の生活課題を共有していく事は、本人・家族の退院後の生活を守ることに繋がります。対面開催が難しい場合、WEB開催も選択肢のひとつです。

退院前カンファレンスの開催が難しい場合でも、可能な限りお互いに連絡を取り合いましょう。在宅を支えるスタッフへの引継ぎが円滑に進むと、本人・家族のサービス利用時の利便性や安心感が高まります。

3.地域包括支援センターに相談

介護認定の申請のタイミングがわからない時は、本人の居住地区を担当する地域包括支援センター（P21）に遠慮なく相談し、皆で一緒に考えていきましょう。



要介護認定について

入院直後や手術直後、急性期のリハビリ中など病状が不安定で、心身の状態が今後大きく変わる可能性がある時期は、介護認定の申請をしても主治医意見書の作成や認定調査までに時間がかかることがあります。一方、がん末期での在宅療養移行の場合は早めに手続きを進める必要があります。

まず、入院前の介護認定の有無とケアマネジャーの有無を確認しましょう。要介護認定を受けていても介護サービスを利用していなかった場合は、ケアマネジャーの選定、契約が必要になります。

介護認定を受けていない場合は、必要に応じて要介護認定の申請をします。申請後、認定調査員が本人を訪問し、主治医には医学的な視点から意見書の依頼がきます。認定調査の結果と主治医意見書をもとに、介護認定審査会で判定されます。申請から結果通知までは通常、1ヶ月ほどかかります。

退院してすぐに介護サービスが利用できるわけではなく、サービスの調整には時間がかかります（特に人の手配）。



ケアマネジャーが心がけるポイント

1. 日頃の準備

【医療内容の確認】 かかりつけ医療機関（診療所、病院、歯科医院、薬局）や、処方薬の内容は常に確認しておきます。

【入院の連絡】 急な入院の場合は、担当ケアマネジャーに必ず連絡するよう本人・家族に説明しておきます。入院先の医療機関が担当ケアマネジャーを把握できるように、おくすり手帳や保険証等と一緒にケアマネジャーの名刺を保管してもらうのもお勧めです。

【医療機関の機能の把握】 地域の医療機関の機能（急性期・慢性期等）、病床の種類（一般病床・療養病床等）について知識を得ておきましょう。

2. 入院が退院支援のはじまり

【入院の情報共有】 本人・家族の同意のもと、かかりつけ医療機関（診療所、病院、歯科医院、薬局）、介護サービス事業者、配食業者等の在宅療養支援者と情報共有しましょう。情報共有を行う事で、専門職同士の連携※につなげることができます。急な入院の場合は、通院、訪問診療を問わず、必ずかかりつけ医に連絡をしましょう。

【病院へ情報提供】 入院時情報提供書、ケアプランを活用し、入院先へ日頃の生活状況の情報提供（退院の際に課題になりそうな家族の介護力や経済状況、施設入所の希望、生活展望など）を行います。また、連携をスムーズに行うために退院前カンファレンス開催の希望、ケアマネジャーに連絡の付きやすい時間帯や手段も併せて伝えておきます。

【入院状況の把握】 病状は家族に確認するか、同意を得た上で病状説明への同席や、退院前カンファレンス等において確認しましょう。入院予定期間は大幅に変化することがあります。「気づいたら退院していた」ということがないように、入院先と随時連絡を取って状況把握を行います。また、必要以上に入院が長引くとADLが低下し、適切なタイミングを逸する可能性があります。入院日から退院を意識して、連携していきましょう。

☞ P3～4「入退院支援の流れとポイント」を参考にすると、連携のイメージがつきやすくなります。

※専門職同士の連携：ここでは、地域のかかりつけ医から病院主治医への診療情報提供書、訪問看護から病棟看護師への看護サマリー、薬局薬剤師と病院薬剤師の情報共有、リハビリ職のサマリーなどを活用した情報共有を指します。

3.退院に向けて

【チームで連携】 訪問診療への移行を検討する際はまず、かかりつけ医へ相談しましょう。

入退院支援はケアマネジャーだけで担うものではなく、専門職同士の連携[※]も行われます。すべて一人に対応しようとせず、多職種の支援チームや入院先と連携して進めましょう。

多角的な視点で情報を得るため、退院前カンファレンスは地域のかかりつけ医・薬剤師・訪問看護師・介護事業所等、多職種の支援チームメンバーに声をかけましょう。

【チームで協働】 療養に大きく影響する言葉は本人・家族、多職種の支援チームで話し合ってから発信しましょう。ケアマネジャーが「在宅生活は限界」「入院させてほしい」「退院は無理、転院が必要」と感じた時は、一人で抱えず支援チームメンバーに相談しましょう。本人・家族の思いに寄り添った療養環境を選ぶことができるよう、チームと協働することがとても大切です。

☞ かかりつけ医との連携に困ったときは、ちょうふ在宅医療相談室に相談してみましょう。

支援記録について

支援記録は、日頃の活動を通じて把握したこと、持ち越された課題などを、誰もが理解できるように記載する事が求められています。箇条書きに整理しておく、支援チームから問い合わせがあった時や、意思決定支援の経過、ケアマネジャーとしての判断に至った根拠などを説明しやすくなるでしょう。

地域の専門職と協働しよう ～ケアママ

重症化や再発による再入院を防ぎ、 医療と介護の多職種チームで「本



地域のかかりつけ医(診療所・病院)より

本人の体調や生活状況の変化に気付いたら、気兼ねなく連絡してください。かかりつけ医は入院した後の経過を気にかけています。退院前カンファレンス、転院などの時はかかりつけ医に連絡、相談してください。

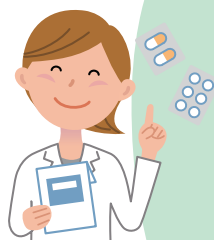


歯科医師より

口腔ケアを行うと回復が早く合併症が減り、入院期間の短縮につながります。入院中は薬の影響や設備の関係で歯科治療に制限が出てくるため、本来の治療は出来なくなります。入院が分かっている時は、早めに治療を済ませておくよう声をかけてください。



かかりつけ薬局・薬剤師より



かかりつけ薬局に入院中の状況、退院時の薬剤、退院後の生活などの情報を共有してください。そのことによって、退院後は継続的に副作用・相互作用を含めた薬の管理、生活やその時の状況に合わせた提案等よりよい支援につながります。退院前カンファレンスには声をかけてください。

ネジャー・病院スタッフの皆さんへ～

望む場所で暮らし続けられるよう 人らしさを支えていきましょう

訪問看護師より



入院時には、電話や看護サマリーを使って、在宅での生活や思いを病院職員（看護師・相談員・医師等）に情報提供します。退院時は、医療機器が必要となる場合を含め、身体状況の変化に合わせた退院後の生活を安心・安全におくれるよう一緒に考え、支援します。退院前カンファレンスに限らず、どんなことでもお気軽に声をかけてください。

地域包括支援センターより



ケアマネジャーへ：入退院時だけでなく、多種多様な問題を一緒に相談できる地域資源として、地域包括支援センターに相談してください。

医療機関スタッフへ：入退院時や外来など気になる方がいたら、迷わず早期に相談をし、情報共有をしてください。

行政より



行政担当者と関わりがあることを把握できた方の入院時や退院前カンファレンスの際は、各担当者と情報共有の必要性について相談してください。

高齢者支援室：高齢者の相談、介護保険制度

保険年金課：後期高齢者医療制度

障害福祉課：精神疾患・障害

生活福祉課：生活の困窮 など

介護事業所より



退院してすぐにサービス導入が必要な方の場合、早めに情報提供してください。

医師やケアマネジャーから、今後の見通しや生活上の注意点などの記録があると、より安全で質の高いサービス提供へとつながります。

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)

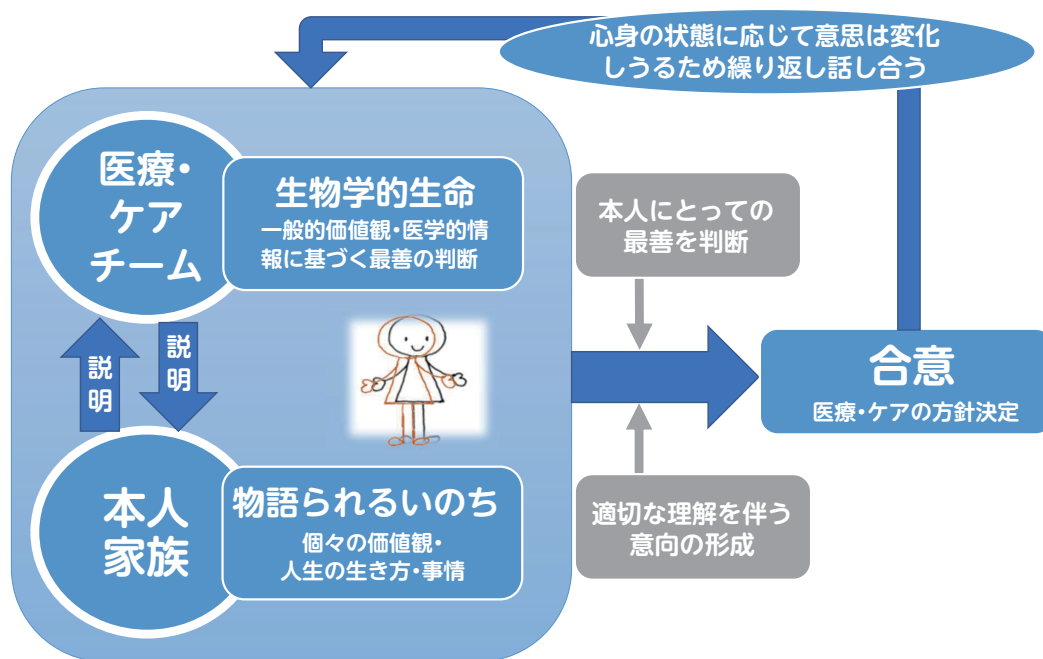
本人の思いをつなぐために知っておきたいこと

ACPとは「アドバンス・ケア・プランニング」の頭文字で、万が一に備えて将来のケア（治療・療養）について、本人や家族等と医療・ケアチームが事前に繰り返し話し合うプロセスのことです。

1990年代に欧米で始まったACPの考え方は、生前意思（リビング・ウィル）と医療委任権を主軸とした事前指示（アドバンス・ディレクティブ）を補完することを目指しています。以前から臨床の場で断片的に意識され実践されてきたことが、体系的に示されたことに意義があります。

医療・介護の専門職はACPに向き合うとき、それがなぜ、誰のために必要とされているのかについて考える必要があります。わたしたちはACPにおいて、医療・ケアの専門職としてそれぞれの立場から、最善の方針を取るための情報提供や提案、判断を行う役割があります。健康状態や状況に応じて、関係する専門職の助言を交えて本人の意思決定を支援し、家族や周囲との合意を形成します。そして、本人の意思を関係者が理解して、これを適宜更新する作業を継続していくことが求められます（図1）。

図1：意思決定支援プロセス



悩んだらチェック！

- 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
- 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

一度方針を決めたら終わりではなく、本人の状況が変化するたびに ACP を繰り返します。数回にわたって ACP を行うなかで自然と方針が見えてきたり、本人や家族等の不安が解消されたりします。

この一連の作業によって、本人の尊厳が守られ良好な生命の質が維持されることがゴールであり、われわれはそこに向かって伴走していかなければなりません。



生物学的“生命(いのち)” と 物語られる“いのち”

本人や家族、そして医療・介護の専門職は、入院時は治療のための生物学的生命(いのち)に注目します。一方、日々の暮らしの中では、「これまでこう生きてきたから、これからこう生きよう」と、物語られるいのちに注目します。“生命といのち”は、その人の人生において互いに重なり合い、浸透し合いつつ織りなされています。

医療者は生物学的生命に注目して、身体の異常を見出し、エビデンスに基づいて、一般にどういう治療があるかを、その評価と共に本人側に提示します。しかし、治療方針はそれだけで決まるものではなく、本人の人生(物語られるいのち)にとって、どうすることが最善かに照らして決まるのです。入退院時においても途切れることなく、“生命といのち”を紡いでいきましょう。

病院連携室情報

名称・医師への連絡・相談方法		病状に関する相談	受診に関する相談	入院時の情報提供、 情報提供書の受付 窓口	退院調整・担当者会議 等に関する連絡・相談 窓口	介護保険主治医意見 書・指示書・診断書の 依頼窓口
青木病院		担当部署 (外来) 外来看護 (入院) 医師に直接	・精神科、内科(外来) ・もの忘れ外来 (認知症疾患センター)	医療連携相談室	医療連携相談室	医事課
方法	基本、電話連絡	担当者 (外来) 外来看護師 (入院) 主治医	・精神科、内科(外来看護師) ・もの忘れ外来 (センター相談員)	ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー	総合受付窓口
備考	TEL	042-483-1355	042-483-1355	042-483-1355	042-483-1355	042-483-1355
	FAX	042-483-6088	042-483-6088	042-483-6088	042-483-6088	042-483-6088
	休日夜間の対応	当直医が対応する事もある	なし	なし	なし	休日の日中のみ対応可
連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)		相談を誰にしたら良いかわからない場合は、医療連携相談室に相談してください。必要に応じて適切な部署につながります。				
北多摩病院		担当部署 外来	外来	医療相談室	医療相談室	医事課
方法		担当者 外来看護師	外来看護師	MSW	MSW	
備考	TEL	042-486-8111	042-486-8111	042-486-8111	042-486-8111	042-486-8111
	FAX	042-485-2955	042-485-2955	042-441-4046	042-441-4046	042-485-2955
	休日夜間の対応	なし	なし	なし	なし	なし
吉祥寺病院		担当部署 外来者については 外来看護師	外来	①外来者は外来 ②その他は医療相談室	医療相談室	①外来者は医事課 ②入院者はPSW
方法	TEL・外来予約	担当者 入院者については 入院病棟スタッフ	看護師	①外来 ②PSW	各病棟担当 PSW	①医事課 ②担当 PSW
備考	TEL	042-482-9151	042-482-9151	042-482-9151	042-482-9151	042-482-9151
	FAX	042-482-8260	042-482-8260	042-482-8260	042-482-8260	042-482-8260
	休日夜間の対応	不可	不可	当院外来は応相談	不可	不可
連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)		誰に相談したら良いかわかったら、医療相談室へお電話下さい。連携、連絡は、早いタイミングであることが望ましいです。				
多摩川病院		担当部署 (外来) 外来看護師 (入院) 地域連携室	外来看護師	地域連携室	地域連携室	(外来) 医事課 (入院) 地域連携室
方法	(外来) 外来看護師にTEL (入院) SWへTEL	担当者 (外来) 外来看護師 (入院) 担当 SW	外来看護師	担当 SW	担当 SW	(外来) 医事課 (入院) 担当 SW
備考	TEL	042-483-4114	042-483-4114	042-483-4114	042-483-4114	042-483-4114
	FAX	042-487-6850	042-487-6850			042-487-6850
	休日夜間の対応	不可	不可	不可	不可	不可
連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)		入院患者の問い合わせは全て SW (退院支援 Ns) をお願い致します。内容により対応部署につながります。				
調布東山病院		担当部署 ①外来 ②病棟 ③在宅	①病状: 外来 ②社会背景: 地域連携室	①入院前: 地域連携室 ②入院後: 病棟	病棟	内容により担当者へ
方法		担当者 ①外来: 外来看護師 ②入院: 病棟 ③在宅	①外来看護師 ②MSW	① MSW ② 病棟看護師	病棟看護師	
備考	TEL	外来・入院042-481-5511 在宅042-443-2317	外来042-481-5511 連携室042-481-5625	連携室042-481-5044 病棟042-481-5511	042-481-5511	042-481-5511
	FAX		連携室042-481-5056	連携室042-481-5056		
	休日夜間の対応	救急対応	外来は救急対応	—	—	—

ケアマネジャーが、入退院支援担当者と連絡を取る際に活用しましょう。入院時の情報提供で個人情報FAXする場合は必ず個人名を伏せ、送信後は到着確認の電話を入れましょう。なお、病状に関する問い合わせには答えられないので、家族などから確認してください。

名称・医師への連絡・相談方法		病状に関する相談	受診に関する相談	入院時の情報提供、 情報提供書の受付 窓口	退院調整・担当者会議 等に関する連絡・相談 窓口	介護保険主治医意見 書・指示書・診断書の 依頼窓口
調布病院		担当部署 連携室・事務→Dr.	連携室	病棟、連携室	病棟、連携室	受付、病棟
方法	TEL・FAX	担当者 看護師 MSW	MSW	MSW	退院支援看護師 MSW	
備考	TEL	042-484-2626	042-484-2513	042-484-2626	042-484-2626	042-484-2626
	FAX	042-481-0323	042-484-2513	042-481-0323	042-481-0323	042-481-0323
	休日夜間の 対応	救急対応	救急対応	—	—	—
東京さつきホスピタル		担当部署 一般的な病状に関する 相談は、地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	受付・医事課
方法	基本、電話連絡	担当者 外来患者様、入院患者 様の場合は、主治医へ	PSW	PSW	PSW	PSW
備考	TEL	03-3308-8281	03-6909-0888	03-3308-8281	03-3308-8281	03-3308-8281
	FAX	03-3305-8780	03-5314-9668	03-5314-9668	03-5314-9668	03-3305-8780
	休日夜間の 対応	なし	なし	なし	なし	
連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)		とにかく、相談事があったらまずは地域連携室へご相談ください。内容によって対応すべき部署にお繋ぎいたします。				
杏林大学病院		担当部署 (外来)通院している診療科 (入院)入院している病棟	紹介元の医師から直接 当該診療科の医師に電話	入院病棟または患者 支援センター	患者支援センター	文書窓口
方法	電話	担当者			MSW、 退院調整看護師	
備考	TEL	0422-47-5511	0422-47-5511	0422-47-5511 (内)2890	0422-47-5511 (内)2890	0422-47-5511 (内)5122
	文書依頼は文書窓口	休日夜間の 対応			なし	なし
慈恵第三病院		担当部署 電話回答不可	各科外来または 総合案内	総合医療支援センター	総合医療支援センター	業務課 文書受付
方法		担当者				
備考	TEL	03-3480-1151	03-3480-1151	03-3480-1151	03-3480-1151	03-3480-1151
	休日夜間の 対応	なし	なし	なし	なし	なし
連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)		病状は、患者さんご家族を通してお問い合わせください。2022年度より地域医療支援病院として認可されました。地域連携や退院支援に関するご意見やご相談等ございましたら総合医療支援センターまでご連絡ください。				
至誠会第二病院		担当部署 総合患者支援室	総合患者支援室	総合患者支援室	総合患者支援室	医事課 文書係
方法	電話およびFAX	担当者 MSW 入退院支援ナース	MSW 入退院支援ナース 連携担当職員	連携担当職員	MSW 入退院支援ナース	医事課 職員
備考	TEL	03-3300-0366	03-3300-0366	03-3300-0366	03-3300-0366	03-3300-0366
	FAX			03-3307-0013		
	休日夜間の 対応	なし	なし	なし	なし	なし
連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)		誰に相談したらよいかわからない場合は、総合患者支援室で受けられます。ケアマネジャーからの入院時情報提供書は総合患者支援室MSWへ郵送、診療情報提供書は連携担当職員へFAX送付となります。				

病院連携室情報

名称・医師への連絡・相談方法		病状に関する相談	受診に関する相談	入院時の情報提供、 情報提供書の受付 窓口	退院調整・担当者会議 等に関する連絡・相談 窓口	介護保険主治医意見 書・指示書・診断書の 依頼窓口	
世田谷北部病院		担当部署	電話にて面談予約	当日:医師 翌日以降:医療連携室	医療連携室	病棟もしくは 医療連携室	(外来・退院後)医事課 (入院)病棟もしくは 医療連携室
方法	電話にて面談予約	担当者		※当日入院相談は Dr.toDr. 診療情報提供書は連携室	医療連携室 職員	患者様により 担当が異なる	患者様により 担当が異なる
備考	病棟もしくは医療 連携室にて医師と の面談予約をお取 りします	TEL	03-3308-5221	03-3308-5221	03-3308-5221	03-3308-5221	03-3308-5221
		FAX			03-3308-2756	03-3308-2756	
		休日夜間 の対応	休日夜間は病棟	休日夜間は病棟	休日夜間は病棟	休日夜間は病棟	平日・日中 お願いします
連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)		入院中の患者様については、病棟看護師と医療連携室 MSW が協同もしくは分業して支援を行っております。窓口がご不明な際はお電話にて、まずはお問い合わせいただいた内容をお伝えください。ご対応可能な部署におつなぎ致します。					

榊原記念病院		担当部署	病院の代表電話に電話頂き、内容をお伝えください				
方法	電話	担当者	内容、緊急度などによって医師、 看護師等につなぎます		内容によって MSW、事務担当者に つなぎます		
備考		TEL	042-314-3111	042-314-3111	042-314-3111	042-314-3111	042-314-3111
		休日夜間 の対応			なし	なし	なし
連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)		まずは病院代表へ電話頂き、内容によって対応させて頂きます。書類は基本的には、患者・家族から受診の際などに担当医師へご相談ください。意見書・指示書はかかりつけ医である場合の作成になります。					

東京都立多摩 総合医療センター		担当部署	(外来)通院している診療科 (入院)入院している病棟	予約センター、 総合案内	患者・地域サポート センター、病棟	患者・地域サポート センター	(外来)文書受付
方法	電話連絡	担当者	当該診療科医				
備考	医師間同士での電 話連絡	TEL	042-323-5111	042-323-9200 (予約センター) 042-323-5111	042-323-5111	042-323-5111	042-323-5111
		休日夜間 の対応	ER	なし	なし	なし	なし
連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)		個人情報の連絡については家族のみ。					

野村病院		担当部署	基本的に患者家族 経由で主治医へ	外来看護師	地域医療連携室	地域医療連携室	外来受付
方法		担当者					
備考		TEL		0422-47-4848	0422-47-4945	0422-47-4945	0422-47-4848
		休日夜間 の対応					
連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)		入院時後、早いタイミングで情報をいただけたらありがたいです。相談先不明のものは電話で地域医療連携室 MSW に問い合わせください。					

三鷹中央病院		担当部署	病状説明に関しては 医師からとなる	・地域連携室 ・医療サービス課	・地域連携室 ・医療サービス課	地域連携室	・地域連携室 ・医療サービス課
方法	電話	担当者					
備考		TEL	0422-44-6161	0422-44-6161	0422-44-6161	0422-44-6161	0422-44-6161
		休日夜間 の対応	なし	なし	なし	なし	なし

名称・医師への連絡・相談方法		病状に関する相談	受診に関する相談	入院時の情報提供、 情報提供書の受付 窓口	退院調整・担当者会議 等に関する連絡・相談 窓口	介護保険主治医意見 書・指示書・診断書の 依頼窓口
武蔵野赤十字病院	担当部署	病院の代表電話に電話頂き、内容をお伝えください				
方法		担当者	内容によって担当者につながります			
備考		TEL	0422-32-3111			
		休日夜間 の対応		なし	なし	なし

調布市内及び近隣市区の入院設備がある医療機関のうち、このガイドブックへの掲載を了承した病院です。

ケアマネタイム

医師とケアマネジャーが連絡等を取り合う時間帯や相談方法などを示したものです。調布市医師会のホームページに掲載されています。

ケアマネタイムに掲載されていない医療機関とのやり取りの際は、初回の自己紹介時に、やり取りの手段と窓口となる方を確認しましょう。

ちょうふ在宅医療相談室 ケアマネタイム



ちょうふ在宅医療ガイドブック

いつまでも住み慣れた自宅などで暮らしたいという方や家族の方に向けて、在宅医療の仕組みや相談先についてまとめた冊子です。退院に向けての準備、在宅医療を検討する際にご活用下さい。

ちょうふ在宅医療ガイドブック配布場所
 各地域包括支援センター
 調布市役所 高齢者支援室
 調布市医師会 ちょうふ在宅医療相談室



(郵送対応希望の場合は、それぞれの窓口でお尋ねください)