

庄内地域入退院ルールの手引き

1 趣旨

介護保険等の適用が見込まれる入院患者について、入退院時における病院と介護支援専門員(以下、この手引きで「ケアマネジャー」という。)等との情報共有の基本ルールを示すことで、医療と介護の連携を強化し、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

2 対象者

(1) 以下の①、②のいずれかの要件を有する者

- ① 「居宅介護支援事業所」、「(看護)小規模多機能型居宅介護事業所」及び「地域包括支援センター」が担当している患者(ともに要支援者、介護予防・総合事業対象者のうち、ADL の変化や疾患等により、介護保険等のサービス調整が必要な場合)か、当該事業所等の利用を希望する患者
- ② 病院担当者が退院支援を要すると判断した患者

3 ルール適用の範囲

居宅にいる方が入院してから、居宅に退院するまで

※居宅: 自宅(小規模多機能型居宅介護事業所やショートステイ利用の場合含む)、有料老人ホーム、宅老所、サ高住等の介護保険等による訪問サービス、通所サービス、福祉用具サービスが利用可能である生活の場

4 除外されるケース

- (1) 検査入院や白内障の手術などの短期入院(1週間以内)
- (2) 入退院を繰り返される方、2週間以内のレスパイト入院(ともに1カ月以内において前回提供した情報と変わらない場合、2回目以降の入院時情報提供のみ省略可能)

5 手順

A【入院前に介護保険を利用していた場合】(ケアマネジャーがいる患者の場合)

事項	在宅時	入院	退院見込み	退院時
期間の目安	日常の訪問時等	入院日当日～入院後3日以内	退院前7～10日以上前	-
病院		介護保険証を確保して ケアマネがいることの確認	入院時における推定入院期間等 または退院見込日の情報提供	
患者・家族	ケアマネの名刺等 挟む等	連絡依頼	連絡依頼	看護サマリー (医療情報NW経由も可)
サービス事業者	入院時の連絡 準備依頼	連絡(必要に応じて 病院が支援)	連絡(必要に応じて 病院が支援)	患者の状態や利用サービスを 踏まえて情報提供
ケアマネジャー等		入院を把握次第、提出 入院時情報提供様式等	訪問して情報収集 退院・退所情報提供様式等	提出 ケアプラン(写)等

必要に応じてカンファレンス等で情報共有

(1) 「入院前」の準備

- ① 【担当ケアマネジャー・地域包括支援センター(以下「担当ケアマネジャー等」)】
担当ケアマネジャー等は、「利用者の入院を早期に把握するための普段からの工夫」として、
○利用者や家族に、あらかじめ、入院したら担当ケアマネジャー等に連絡するよう伝えておく。
○利用者や家族に、もしもの入院のための準備として、「担当ケアマネジャーの氏名及

び連絡先が分かる名刺等」を介護保険証に挟んで、医療保険証、かかりつけ医の診察券、お薬手帳等一緒にして保管するよう伝えて、準備するよう依頼する。

(2) 「入院時」の情報共有

※提供者を問わず、情報提供する前に患者の同意を得てから行う。なお、個人情報の取扱には十分注意する（(3)以降も同様）。

①【病院】

病院担当者は、介護保険証等を確認し、担当ケアマネジャー等を把握次第、速やかに患者・家族に担当ケアマネジャー等へ「速やかに連絡」するよう依頼（必要に応じて支援）する。

②【担当ケアマネジャー・地域包括支援センター（以下「担当ケアマネジャー等」）】

担当ケアマネジャー等は、利用者の入院を把握次第、速やかに入院時情報提供書（または入院前の状況報告書）を、病院が指定する担当窓口（窓口一覧参照）に提出する（目安：入院当日、遅くとも3日以内）。

※持参による提出が望ましいが、遠方（所在地の市町が異なる等）や土日祝日の提出等やむをえない場合にFAX等で提出する際は、「入院時情報提供書送付のご案内」を添付し、病院担当者は、確認日と「入院時情報提供書を受け取りました。」のチェックを記入して返信する。

③【病院】

病院担当者は、①の担当ケアマネジャー等からの連絡がない場合は、必要に応じて担当ケアマネジャー等へ連絡する。

※担当ケアマネジャー等を把握できない場合

（患者が要介護認定等について認識がなく、単身者で家族等への確認もできない等、他に情報を得る手段がない場合）

① 病院担当者は、市町村介護保険担当課（別紙）へ電話で問い合わせる。

② 市町村介護保険担当課は、当該問合せがあった場合は、個人情報保護の観点から、一旦電話を切ってからかけ直し、必要な情報を提供する。

(3) 「退院見込み」の連絡

病院担当者は、入院時における推定入院期間等の情報提供または退院の見込みが立ち次第、患者・家族に担当ケアマネジャー等へ「速やかに連絡」するよう依頼（必要に応じて支援）し（目安：退院7日以上前できれば10日以上前まで）、必要に応じて(4)の日程調整等を行う。

(4) 退院に向けた情報共有

○実態調査 <実施の要否は、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整>

⇒担当ケアマネジャー等は、患者の状態や課題等について情報を共有し、退院後のケアプランへ反映。

① 担当ケアマネジャー等は、病院担当者と面談・情報収集するとともに、本人の状態も直接確認したうえで、退院・退所情報記録書（または退院時情報提供書）を活用するなどして、アセスメントする。

○退院前カンファレンス <実施の要否は、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整>

⇒患者（家族）を交え、関連する多職種等が集まり、必要なサービスの引継ぎ等を行う。

※詳細な実施方法については、各病院の指示に基づく。

※担当ケアマネジャー等による「サービス担当者会議」の開催については、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整する。

(5) 「退院時」の情報共有

①【担当ケアマネジャー・地域包括支援センター（以下「担当ケアマネジャー等」）】

担当ケアマネジャー等は、「ケアプランの写し」（原則として第1表～第3表）または「介護予防サービス・支援計画表」を病院担当者に提供する。なお、退院前カンファレンス時に提出したものと同一の場合は、提供を省略できる。

※医療系サービス利用について意見を求めた主治医等に対してのケアプラン交付は義務付けられている

②【病院】












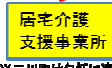
病院担当者は、患者の状態(事前に担当ケアマネジャー等から提供依頼あった場合も含む)を踏まえて、両者で調整して看護サマリー等を担当ケアマネジャー等へ提供するとともに、訪問看護等医療系サービスやショートステイ等入所サービスを利用するケアプランが提出された場合も提供する。

※両者間が「ちょうかいネット」や「Net4U」でつながっている場合、それらを活用することで可能とする。

※転院時の対応

- ① 転院元の病院担当者は、速やかに、家族に担当ケアマネ等へ連絡するよう依頼(必要に応じて支援)する。
- ② 転院元の病院担当者は、転院先病院に対して、ケアマネ等の氏名・連絡先等を情報提供する(入院時情報提供様式も共有)。

B【入院後、新たに介護保険を利用する場合】(入院前にケアマネジャーがいない患者の場合)

※「退院支援が必要な患者」の参考基準	事項	入院	退院見込み (以降はAと同じ)
「要支援」 ・見守りが必要な者 ・放っておくと、介助が必要な状態になるおそれのある者 「要介護」 ・立ち上がりや歩行、食事、排泄に介助が必要な状態の者 ・認知機能が低下している者	 病院	介護保険証を確認してケアマネがないことの確認	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  連絡依頼 </div> <div style="text-align: center;">  要支援 </div> </div>
	 患者・家族		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  連絡(必要に応じて病院が支援) </div> <div style="text-align: center;">  要介護 </div> </div>
	 サービス事業者		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  連絡(必要に応じて病院が支援) </div> <div style="text-align: center;">  連絡(必要に応じて病院が支援) </div> </div>
	 ケアマネジャー等		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  地域包括支援センター </div> <div style="text-align: center;">  居宅介護支援事業所 <small>※三川町は包括に連絡</small> </div> </div>

(1) 担当ケアマネジャー等の決定支援

病院担当者は、家族又は介護保険証等を確認し、介護保険を利用していない場合、下記の(ア)(イ)(ウ)のパターンに基づき、担当ケアマネジャー等を決定するための支援を行う。

(ア)「要支援」に該当すると思われる場合

上記基準で「要支援」に該当すると思われる場合は、別添「地域包括支援センター一覧」により、患者の住所地の地域包括支援センターに連絡する。

(イ)「要介護」に該当すると思われる場合

上記基準で「要介護」に該当すると思われる場合は、別添「居宅介護支援事業所一覧」・「(看護)小規模多機能型居宅介護事業所一覧」等を活用し、患者・家族等の選択に基づく、担当ケアマネジャー等との契約を支援する。

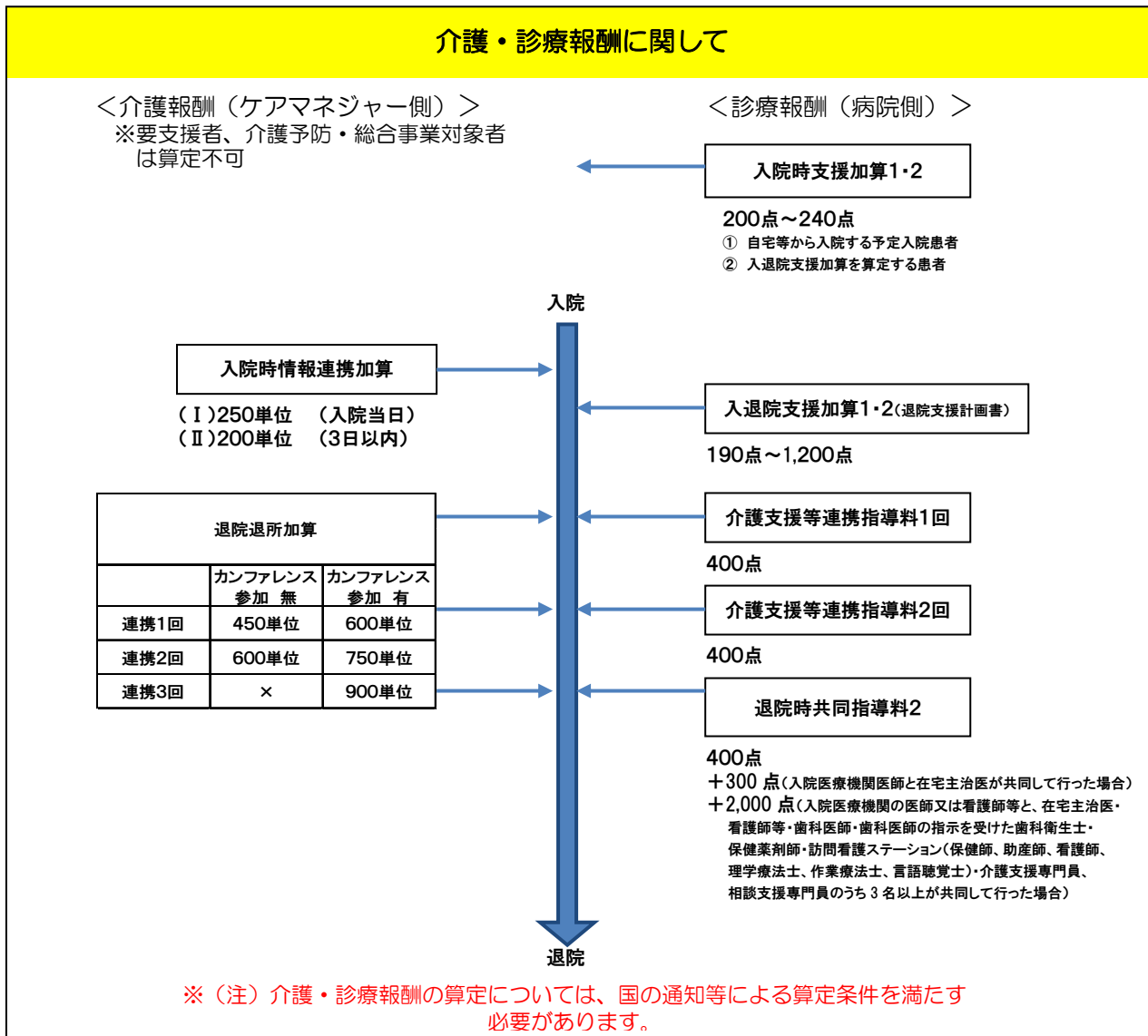
(ウ)「要支援」か「要介護」か判断に迷う場合等

患者の住所地の地域包括支援センターに相談する。

以降の流れは、A【入院前に介護保険を利用していた場合】の(2)以降と同じ

※ このルールを活用し、「入院時」及び「退院時」の情報共有を推進しましょう。

(参考)



庄内地域「入退院ルール」についての相談窓口
山形県庄内保健所 保健企画課(企画調整担当)

TEL:0235-66-5528 FAX:0235-66-4935

<ホームページ>

<http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/okitama/337021/...>