

北部圏域版 入退院時情報共有ルール

【ルール策定の目的】

入退院時における医療機関とケアマネジャー間の情報の引継ぎを行い、入院時から在宅生活を視野に入れた支援を行うことで、退院後の状態安定と介護予防を効果的に進めることを目的とする。

1 入院時

(1) 入院時の情報共有を確実にするために行うルール

	医療機関	ケアマネジャー等
誰が	主に入院時の連絡窓口担当者 (医療連携室の MSW、看護師長、病棟看護師、外来看護師長等)	担当ケアマネジャー (地域包括支援センター職員を含む)
いつ	介護保険サービスを利用している患者が入院したとき(原則入院翌日まで) ※40歳～64歳の第2号被保険者も含む	要支援・要介護認定を受けている利用者及び介護予防・日常生活支援総合事業の利用者が入院したとき(入院を知ったとき)*1
何をする	介護保険証等を確認し、担当居宅介護支援事業所(地域包括支援センター)を把握できた場合は、本人の意向を確認の上、ケアマネジャー等へ入院の事実を連絡する。 ※介護保険証等で把握できない場合、市の介護保険担当課へ連絡し、確認する。	① 自分が担当ケアマネジャーであること(事業所名・連絡先)を医療機関へ連絡する。 ② 医療機関の求めに応じて必要な情報提供を行う。(原則入院後1週間以内)

*1 介護予防・日常生活支援総合事業…要支援者の能力を最大限活かしつつ、多様なサービスを提供する事業。基本チェックリストの結果に基づいて対象者が選定されます。利用者は、介護保険証に「事業対象者」と記載されます。

(2) 利用者の入院を早期に把握するためにケアマネジャーが行う工夫

- 利用者・家族に担当ケアマネジャーの名刺(連絡先)を介護保険証、医療保険証、お薬手帳等と一緒に保管するように伝える。
- 利用者・家族に入院したら担当ケアマネジャーに連絡するように日頃から伝える。
- 利用者・家族に「入院したときは〇〇に伝えてください」とメッセージカードを渡す。
- 利用者・家族へ入院時に医療機関の看護師等に担当ケアマネジャーの名前を伝えてもらうよう依頼し、入院時の連絡窓口担当者から連絡を入れてもらえるようにする。

2 退院時

(1) 退院時の情報共有を確実にするために行うルール

	医療機関
誰が	主に退院時の連絡窓口担当者 (医療連携室のMSW、看護師長、退院調整看護師、病棟看護師等)
いつ	退院の目処がついたとき ・退院の日が決まったとき ・診療計画書にある予定されている治療期間の半分の日数を迎えたとき ・在宅が可能と判断されたとき (本人・家族と主治医、スタッフによるカンファレンスの結果) ※患者の状況により医療機関で判断
どんな患者について誰に	① すでに介護保険サービスを利用している場合 ⇒担当ケアマネジャー等 ② 新たに介護保険サービスを利用する必要があると判断される場合 ⇒家族の了解を得て下記に連絡する。 ○中重度の場合：居宅介護支援事業所 ○軽度の場合：地域包括支援センター (判断に迷った場合は地域包括支援センターに連絡) ※退院後、施設入所する患者についても、入院時に連絡のあったケアマネジャー等に、連絡する。
何をする	退院時期の連絡をする。 ※可能であれば、退院前に連携シート等を渡す。間に合わなければ、取り急ぎ退院見込み時期のみを連絡する。 ※退院前に本人の状態を見に来てもらうよう調整する。 ※必要に応じてカンファレンスを開催する。

* ルールについては、運用状況をふまえて、見直しを行う。

3 参考資料 (別紙)

- (1) 入退院時に提供する情報の項目例
- (2) 医療機関の連絡窓口一覧 (中津市、宇佐市、豊後高田市)
- (3) 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所一覧 (中津市、宇佐市、豊後高田市)