

## 医療と介護の入退院連携ガイドとは

要介護状態の利用者（患者）が病院に入院し自宅等へ退院するにあたり、医療と介護が連携し、入院から退院後の生活および療養を支えるため、病院とケアマネジャー（以下「ケアマネ」という）が確実に情報共有を図るためのルールをまとめたものです。

医療と介護を必要とする住民が自分らしく暮らし続けるために、「医療と介護の連携ガイド」を参考として活用してください。

「医療と介護の連携ガイド」では、要介護状態の利用者（患者）が入院する際、利用者（患者）が自宅等へ退院する準備をする際、病院からケアマネに確実に引き継ぐための連携ルールを示しています。

「連携ルール」は病院とケアマネの情報共有のための目標を示しています。「取組みたいこと」は、「連携ルール」を実現するためにこんなことを病院とケアマネが取り組めたらいいという例示です。お互いの立場を尊重し、その時の状況によって取り組める場合、取り組めない場合があることを理解しましょう。

## 連携ルール 1

ケアマネが担当している利用者（患者）が入院した事実を、ケアマネと病院でなるべく早く共有しましょう

ケアマネは利用者（患者）が入院したことを早期に把握し、病院も利用者（患者）にケアマネがいることを早期に把握することで、早い段階から退院に向けたお互いの連携が進みます

《取組みたいこと》

### ●ケアマネ

- ・かかりつけ医に担当ケアマネを把握してもらう（自分が担当であることを伝えておく）
- ・日頃から、利用者・家族、民生委員などに「入院したら連絡をください」と依頼しておく
- ・利用者の自宅に、ケアマネがわかる連絡先を貼っておく
- ・利用者・家族の承諾を得た上で、健康保険証や介護保険証・お薬手帳に、ケアマネの名刺を付けたり（名刺はご本人、ご家族含めできれば2~3枚渡す）、事業所の情報を入れておく→「保険証セット」の準備をすすめる【別紙参照】（定期的に中身を確認する）
- ・入院したら病院に「保険証セット」を持っていくよう、利用者・家族に声をかける
- ・介護サービス事業所に、利用者の入院に気づいた時は、ケアマネに連絡していただくよう依頼しておく
- ・病院から連絡がある前に、利用者の入院に気づいた時は、ケアマネから病院へ連絡し担当ケアマネであることを伝える

## ●病院

- ・診察前の問診、入院時の聞き取りでケアマネを確認する。
- ・「保険証セット」の確認をする

※介護保険証に記載されている事業所、ケアマネの名刺、患者・家族から介護保険サービス利用について確認する

- ・患者が入院し担当ケアマネを把握した場合は、患者・家族の同意を得て、電話などで速やかに連絡する
- ・聞き取りでケアマネの有無を確認できない場合は、患者・家族の同意を得て、地域包括支援センターや介護保険サービス提供事業所へ連絡し確認する
- ・入院前に入院予定を把握した場合は、患者・家族の同意を得て、入院前にケアマネに連絡する

## 連携ルール2

利用者が入院したら、ケアマネは病院に確認し、可能な限り2日以内に病院を訪問し、入院時情報提供をしましょう（連絡がとれない時は個人情報に留意し情報提供を行う）

※上記は、介護報酬加算の対象となります（詳細は最新の報酬通知を参照ください）

ケアマネが自宅での様子を早く伝えることにより、病院は退院に向けた支援をスムーズに行うことができます

ケアマネは、早期に訪問することで、利用者（患者）の退院支援に必要な情報共有、病院との連絡をスムーズに行うことができます

《取組みたいこと》

### ◎ケアマネ

- ・利用者・家族の同意を得て、訪問またはFAX等により、すみやかに入院前の状況報告書により情報提供を行う  
※FAXでの情報提供は誤送信がないよう、個人情報の取り扱いは各事業所の取り決めに従い、十分配慮する
- ・事前に電話などで必ず連絡した上で、病院・有床診療所へ訪問またはFAXする
- ・急いで伝えたい情報（例：認知症、感染症の有無など）があれば、電話などで速やかに連絡する（入院後一度は連携担当者と顔を合わせることが望ましい。）

### ◎病院

- ・ケアマネへ入退院調整の窓口がわかるようにしておく（医師会HPに掲載）
- ・担当ケアマネと面談を行い、入院前の状況をふまえた適切な退院支援についての情報共有を行う
- ・急いで聞きたい情報があれば、電話などで速やかに連絡して情報を求める

## 連携ルール 3

病院担当者は、患者が入院したら、ケアマネに入院時点での入院診療計画等について情報提供をしましょう

病院が入院初期段階における入院診療計画を伝えることで、ケアマネは、退院支援に必要な期間を把握できます

また、ケアプランの修正やサービス事業所との調整等今後の見通しがつき、ケアマネジメントを進めることができます

《取組みたいこと》

### ◎ケアマネ

- ・利用者・家族の同意を得て、病院担当者と面談を行い、後の退院支援について必要な情報を聴き取る
- ・入院が1ヶ月以上にわたる場合は、必要に応じて電話や病院訪問により、利用者の状況を確認する

### ◎病院

- ・患者・家族の同意を得て、ケアマネに入院診療計画書を参考に、退院までの期間・退院までの計画など概ねの見込みを伝える
- ・入院診療計画書などにより伝えた内容が、入院期間中に変更となった場合は、速やかに連絡する
- ・ケアマネより連絡を受けた場合は、退院支援に向けた情報共有を行うなど協力する

## 連携ルール 4

退院後に介護保険サービスが必要と思われる利用者（患者）で、入院前にケアマネがない（要介護認定を受けていない、またはケアマネが決まっていない）場合、本人、家族の意向を伺い、病院から地域包括支援センター、又は居宅介護支援事業所に連絡しましょう

介護保険サービスが必要と思われる利用者（患者）が、退院後、適切な時期から確実に必要なサービスを受けられるようにします

《取組みたいこと》

### ◎ケアマネ

- ・病院からの連絡を受けた後、日程調整を行い、速やかに病院を訪問する
- ・利用者・家族及び病院担当者和との面談を行い、後の退院支援について相談するとともに、必

要な情報を聴き取る

## ◎病院

- ・患者・家族に、同意を得たうえで、入院後早めに地域包括支援センター（又は居宅介護支援事業所）に連絡する
- ・患者・家族及びケアマネとの面談を行い、後の退院支援について情報共有を行う
- ・介護認定結果が分からず、迷う場合は地域包括支援センターに連絡する

## 連携ルール5

病院担当者は、退院前カンファレンスを実施する場合、早めにケアマネに連絡して日程調整をしましょう

ケアマネは、病院から退院前カンファレンスの実施について連絡を受けた場合、なるべく出席しましょう

※ここでいう「退院前カンファレンス」は、例示として

- ①ケアマネがケアプラン作成・修正に必要な情報を得る場
- ②利用者（患者）・家族・多職種を交えた在宅での看護・リハなどのサービスとの引き継ぎの場
- ③入院患者の担当医師が、在宅医療を担う医師・看護師・歯科医師・薬剤師等およびケアマネと共同して指導をする場 などをいいます

※上記①～③は、診療報酬及び介護報酬加算の対象となります（詳細は最新の報酬通知を参照ください）

《取組みたいこと》

## ◎ケアマネ

- ・入院時訪問で情報収集した入院期間を目安に、退院前カンファレンスの時期を予測し、必要に応じて病院へ連絡し実施日を確認する
- ・退院前カンファレンスをしない場合で、退院に向けた話し合いの必要がある場合は、その希望を伝える
- ・ケアプランを作成したら、写しを病院担当者に提供する

## ◎病院

- ・入院診療計画書などで伝えていた情報が、入院期間中に変更となった場合は、速やかにケアマネへ連絡する
- ・退院前カンファレンスを行う場合、早めに連絡する
- ・退院前カンファレンスをしない場合で、ケアマネから退院に向けた話し合いの依頼がある場合は協力する

## 連携ルール6

病院担当者及びケアマネは、なるべく早く、双方で連絡を取り合うなど、退院に向けた情報共有をしましょう

お互いに連絡を取りあうことにより、ケアマネへの退院直前の連絡や、ケアマネが知らない間に退院・転院していたということを防ぐことができます

《取組みたいこと》

### ◎ケアマネ

- ・入院診療計画書などで把握した退院予定日から、病院に連絡し、退院日の確認をする
- ・必要に応じて、退院・退所情報提供書により情報提供を依頼する

### ◎病院

- ・退院予定日が分かったらできるだけ早めにケアマネへ連絡する
- ・入院診療計画書などで伝えていた情報が、入院期間中に変更となった場合は、速やかにケアマネへ連絡する
- ・必要に応じて、できるだけ早めに、在宅に戻ったときの注意点などが分かるよう、退院・退所情報提供書などにより情報提供をする
- ・転院時もケアマネへ連絡する
- ・転院先に、本人、家族、ケアマネの同意を得てケアマネから入院時に提供された情報（入院前の状況提供書等）を伝える

八女筑後医師会 八女筑後地区在宅医療・介護連携推進協議会  
情報共有ツール検討部会  
(八女市・筑後市・広川町委託事業)  
八女筑後医師会ホームページからダウンロードできます