

# 東部圏域版入退院に伴う病院とケアマネジャーの情報共有ルール

## 〈ルールの目的〉

急性期から回復期の病院から在宅等への円滑な移行により、急性期・回復期病床の効果的な活用と、高齢者の介護予防を効果的に進める

### 1. 入院時の情報共有について

病院は、入院時、その患者に担当ケアマネジャーがいるかどうか介護保険証等で確認し、担当ケアマネジャーを把握できた場合は、担当ケアマネジャーへ患者の入院について連絡する。

ケアマネジャーは、在宅等で要支援・要介護認定を受けている利用者が入院したら、自分が担当ケアマネジャーであること（事業所名、氏名、電話番号）を病院連携窓口に連絡する。さらに、連携シートを用い、在宅等での生活状況等を速やかに病院に情報提供する。

\*ケアマネジャーは、利用者の入院を早期に把握できるよう、日頃から下記の工夫をする。

- ・利用者や家族にケアマネジャーの名刺を介護保険証、医療保険証、お薬手帳等と一緒に保管するように伝える。
- ・利用者や家族に、入院したらケアマネジャーに連絡するよう伝える。

### 2. 退院時の情報共有を行う患者について

在宅等に戻る患者

### 3. 退院時の情報共有のために病院からケアマネジャーへ連絡するタイミングについて

病院は、退院の目処がいたら、まず、担当ケアマネジャーに連絡する。

- (1) 病院は、入院時に退院見込み時期が分かる場合は、上記「1. 入院時の情報共有」の段階で、退院見込み時期をケアマネジャーに伝える。
- (2) 上記「1. 入院時の情報共有」の段階で退院見込み時期が不明な場合は、退院見込み時期が分かった時点で速やかにケアマネジャーに連絡する。

### 4. 退院時の情報共有について

要支援・要介護認定を受けている患者さんの場合

- (1) 病院は、退院見込み時期分かった時点で速やかにケアマネジャーに連絡する。必要に応じてカンファレンスを開催し、患者・家族が安心して在宅生活を送ることができるよう、ケアマネジャー等関係者と情報共有を図る。
- (2) 病院は、患者の退院前に、ケアマネジャーへ退院時連携シートを渡す。

介護認定を受けておらず、新たに介護保険を利用する場合（ケアマネジャーが決まってない場合）

病院は、患者や家族の了解を得て、下記のように対応する。

- (1) 重度の場合は、居宅介護支援事業所を紹介する。
- (2) 軽度の場合は、患者の住所地の地域包括支援センターに連絡する（患者住所地の地域包括支援センターについては、別紙1「東部圏域版 地域包括支援センター一覧」を参照）。
  - \*迷った場合は、患者住所地の地域包括支援センターに連絡する
  - \*退院時に情報共有が必要な患者の基準については、別紙2「情報共有が必要な患者の基準（介護保険未認定の場合）」を参照する
  - \*ケアマネジャーが決定した後は「4. 退院時の情報共有手順（1）要支援・要介護認定を受けている患者さんの場合」と同様に対応する

### 5. 姫島村について

姫島村民の入退院時の連携については、従来どおり、姫島村国民健康保険診療所を通じて行う。