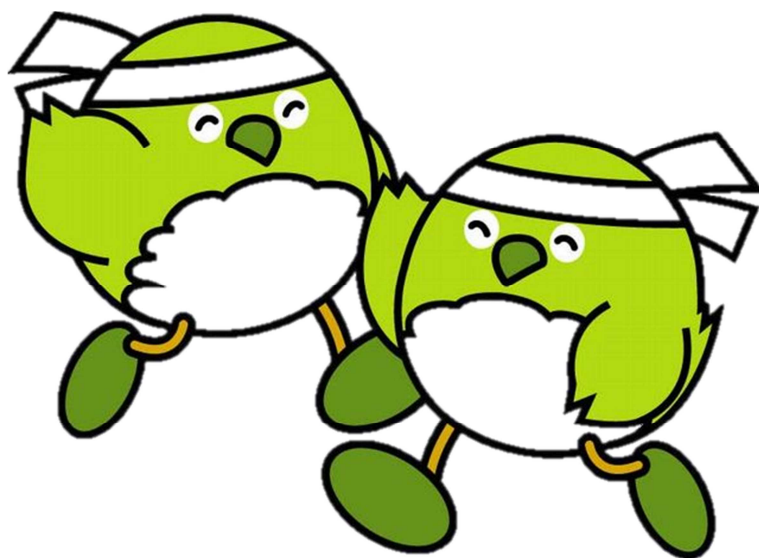


南部医療圏域入退院時情報共有ルール



* 「入退院時情報共有ルール」とは、どのような利用者（患者）について、どのタイミングで、どのような情報を病院や有床診療所の関係者と介護支援専門員との間で共有するかをルール化するもの。

南部医療圏域入退院時情報共有ルール

A. 入院前に担当の介護支援専門員がいる場合

1. 入院時の情報提供、介護支援専門員の確認・連絡

- ・**病院**は、入院時に介護支援専門員が関わっているかを介護保険証等で確認（*1）し、担当介護支援専門員を把握できた場合は、介護支援専門員へ連絡する。
なお、担当介護支援専門員が確認できない場合は、地域包括支援センターに連絡する。
- ・**介護支援専門員**は、要支援・要介護認定を受けている利用者が入院したら、まず自分が担当介護支援専門員であること（事業所名、連絡先）を病院担当者（*2）へ連絡する。さらに、できるだけ全ての利用者について、既存の連携シートやフェイスシート等を利用して病院へ情報提供する。また、必要に応じて、主治医（かかりつけ医）に情報提供する。
 - *1 **介護支援専門員**は、利用者の入院を早期に把握できるよう下記の工夫をする。
 - ・利用者・家族に、介護支援専門員の名刺（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、入院したら介護支援専門員に連絡するように伝える。
 - *2 「在宅医療・介護連携ガイド」を参考にする。

2. 退院時の情報共有のために、病院から介護支援専門員へ連絡するタイミング

- ・**病院**は、入院時連絡で退院見込み時期がわかる場合は、その時に（入院時連絡と合わせて）退院見込み時期を連絡する。入院時連絡の段階で退院見込み時期が不明な場合は、分かった時点で連絡する。
 - *ただし、介護支援専門員から問い合わせることもある。

3. 退院支援開始の連絡

- ・**病院**は、要支援の患者を含め、退院1週間前を目処に、担当介護支援専門員に連絡し、必要時、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。

B. 入院前に担当の介護支援専門員がいない場合

1. 退院支援の必要性の検討

- ・**病院**は、患者・家族の了解を得て、下記のように対応する。
 - <中重度の場合> 全ての居宅介護支援事業所を紹介した上で、患者・家族が選択した事業所に連絡
 - <軽度の場合> 地域包括支援センターに連絡
 - *中重度か軽度かの判断に迷った時は、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「退院時に病院と介護支援専門員との情報共有が必要な患者の基準（入院時に担当の介護支援専門員がいない場合）」を参照する。
 - *介護支援専門員が決定した後は、「A. 入院前に介護支援専門員がいる場合の『3. 退院支援開始の連絡』と同様に対応する。

<入退院時情報共有ルールにおける共通事項>

- ・患者（利用者）とは、在宅等から入院して在宅等へ退院する者とする。
- ・病院は、有床診療所を含む。

退院時に病院と介護支援専門員との情報共有が必要な患者の基準 (入院前に担当の介護支援専門員がない場合)

◎退院時の情報共有が必要かどうか迷う場合は、下記を参考にしてください。

1. 必ず退院時の情報共有が必要な患者 (介護認定にて要介護の可能性あり)

立ち上がりや歩行に介助が必要

食事に介助が必要

排泄に介助が必要、あるいは、ポータブルトイレを使用中

日常生活に支障を来すような症状がある認知症 (疑いを含む)

(ADLは自立していても) がん末期

新たに医療処置 (経管栄養、吸引、バルーンカテーテル留置など) が追加

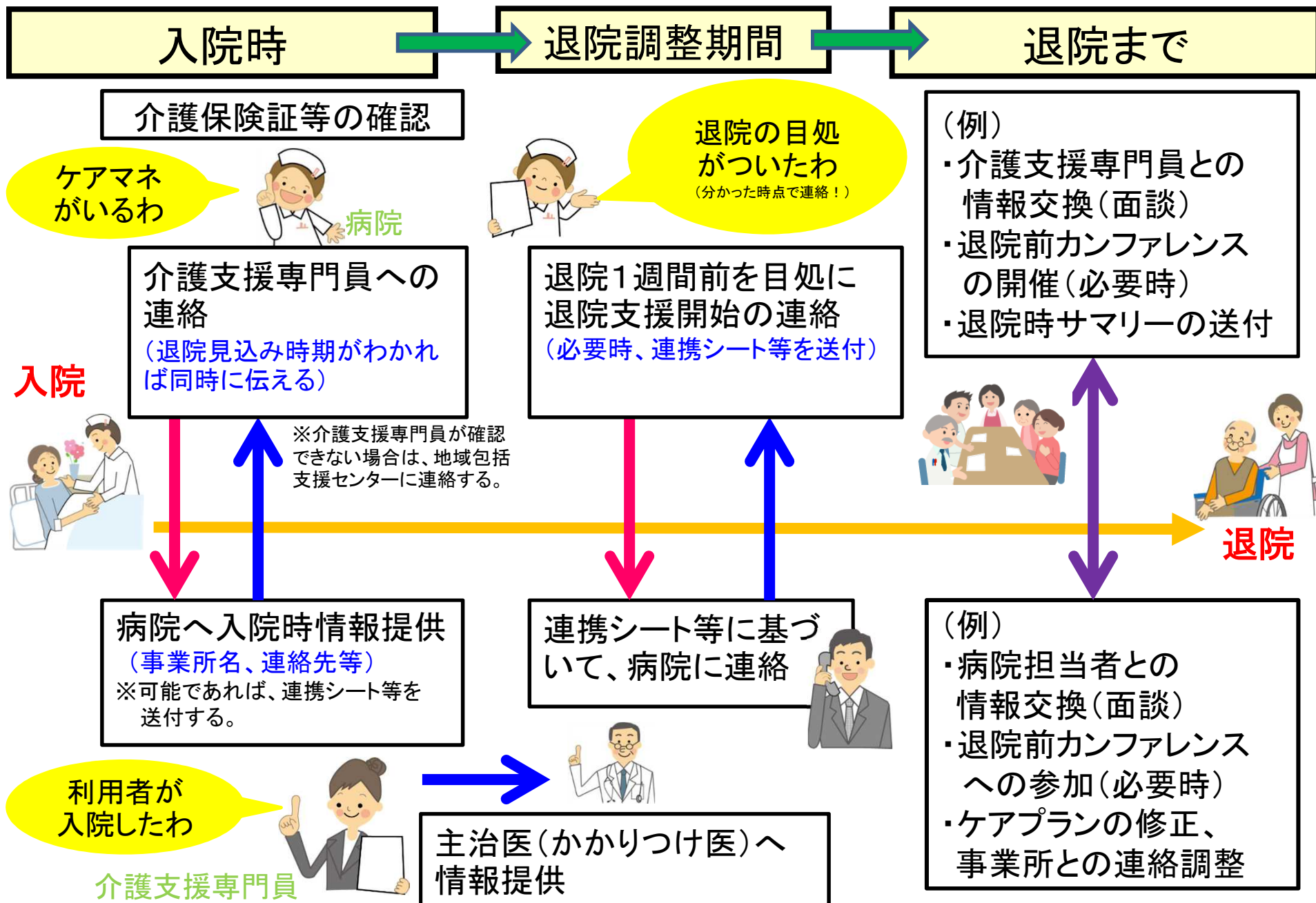
1項目でも当てはまれば(さらに重度も含めて) ⇒ 全ての居宅介護支援事業所を紹介した上で、患者・家族が選択した事業所に連絡。

2. 上記以外で退院時の情報共有が必要な患者 (介護認定にて要支援の可能性あり)

在宅では、独居かそれに近い状態で、服薬管理、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要

⇒ 地域包括支援センターへ連絡

A 入院前に担当の介護支援専門員がいる患者の場合



B 入院前に担当の介護支援専門員がいない患者の場合

