

資料3

入退院に伴う医療機関とケアマネジャーとの情報共有ルール運用に関するQ&A

統一したルールの運用について

Q.1 個々の医療機関によって規模や実状が異なるのに、一通りのルールで運用するのは無理があるのではないか。

A. 医療機関による差をできるだけ小さくするためのルール。一通りのルールで運用することで、複数の医療機関に対応するケアマネジャーも、複数のケアマネジャーに対応する医療機関も入退院時に情報共有しやすくなり、在宅等に戻る患者・家族が地域での生活を支障なく再開できる。

医療機関とケアマネジャーとの情報共有について

Q.2 入退院時に医療機関とケアマネジャーが情報共有する際の法的な根拠は何か。

A. ケアマネジャーは契約時に本人から情報共有の承諾をもらっているため法的な問題はない。厚生労働省の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」にも対象となる関係者として明記されている。ケアマネジャー・医療機関双方ともに、普段から本人・家族に入退院時は互いに情報共有する旨を十分説明する。

Q.3 ケアマネジャーに知られたくない場合、ケアマネジャーの変更を希望している場合等は、医療機関から情報提供できないこともあり得るのではないか。

A. 個別の事情による例外的な対応もあり得る。しかし、情報提供がなければ、介護保険サービス利用時に支障が出ることもあるので、医療機関から本人・家族にその旨を説明してもらいたい。

入院時の情報共有について

Q.4 入院時、できるだけ速やかに情報をもらいたいが、可能か。

A. ケアマネジャーまたは地域包括支援センター職員によるモニタリングは、少なくとも月に1回と定められている。しかし、本人との直接的面談は、要介護1～5の場合は月に1回、要支援1～2の場合は3ヶ月に1回と定められている。したがって、タイミングによっては、ケアマネジャーが入院に気づかず、連絡が遅れることがあり得る。本人・家族への説明、保険証に名刺を挟む等の工夫をするが、やむを得ない事情であることを理解してもらいたい。

Q.5 入院時、最新の情報をもらいたいが、可能か。

A. Q4同様の理由から、ケアマネジャーから医療機関に提供する情報が、3ヶ月程度前の情報である場合が生じ得る。今後、ケアマネジャーが医療機関へ書面で情報提供するときに、直近の訪問時の状況と変化がなければ、情報の更新月日を記入する。

Q.6 医療機関から入退院時に連絡した後、ケアマネジャーはどのように対応するのか。

A. 連絡受理後のケアマネジャーの対応は、個々の状況によって異なる。本人・家族や医療機関と相談しつつ、ケアプランに反映させる等の必要な調整をする。

退院時の情報共有について

Q.7 退院支援を行う患者の基準の「在宅等」とはどのような場所を指すのか。

A. 「在宅等」とは、本人が生活するにあたって、居宅介護支援事業所のケアマネジャーまたは地域包括支援センターの職員がケアプランを立てる必要がある場所。
自宅以外には、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、ケアハウス、養護老人ホーム、生活支援ハウス、ショートステイを含む。

Q.8 退院時に介護保険サービスの変更を必要としないケースがいるが、その場合でもケアマネジャーに連絡する必要があるか。

A. 退院後に介護保険サービスを再開するには、ケアプランの作成(見直し)が必要なため、ケアマネジャーへ連絡してもらいたい。また、ケアプランの変更が必要かどうかは、ケアマネジャーが退院前にアセスメントして、判断することになる。

Q.9 転院してきて、今後も在宅等に戻る見込みがない場合、ケアマネジャーに連絡する必要があるか。

A. 上記在宅等へ戻る見込みがついた時点で、連絡してもらいたい。

Q.10 退院時の情報共有手順で、要支援・要介護認定を受けている場合の医療機関からの連絡を「ケアマネジャーが連絡したケース」に限るのか。

A. 医療機関が対応可能であれば、入院時のケアマネジャーからの連絡の有無に関わらず、全てのケースについて連絡してもらいたい。