

庄内地域入退院ルールの手引き

1 趣旨

介護保険等の適用が見込まれる入院患者について、入退院時における病院と介護支援専門員（以下、この手引きで「ケアマネジャー」という。）等との情報共有の基本ルールを示すことで、医療と介護の連携を強化し、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

（留意点） ルールの基本方針と位置付け

- ① 医療介護連携の強化
- ② 入院関連障がい（フレイル等）の防止・軽減
- ③ 関係職員の負担軽減
- ④ 積極的な診療・介護報酬の取得（加算を含む）
- ⑤ 平均在院日数の適正化（短縮を含む）

を基本方針として、関係機関に共通し、現在実施中または無理なく対応できる内容で整理したものである。よって、「規則」としてのルールというよりは、医療と介護の連携を円滑に進めるための手順等を定めた一つの決まりごと（原則）として取り扱うこととされたい。

2 現状・課題と目指すべき方向

庄内地域においても、高齢化の一層の進行に伴う医療と介護の複合的（双方の）ニーズを持つ高齢者の増加が見込まれ、なおかつ高齢者夫婦世帯あるいは単身世帯が増え、さらに高齢者の救急搬送が増加している。そのため、入院した高齢者を身体的・精神的に弱らせることなく早期に生活の場に戻すことが喫緊の課題となっている。また、少子高齢化等で地域の医療・介護人材の確保が困難になっていくことを踏まえ、地域医療情報ネットワークやウェブ会議システム等のICT（情報通信技術）を積極的に活用し、情報共有や連携の強化、業務の効率化を図ることの必要性が増している。

そのような状況の中、医療と介護の連携が滞り入院期間が長期化することで、高齢者のフレイル（虚弱）が進み、要介護状態あるいは介護度が高まること、病床が埋まってしまいうことで救急患者の受入れが困難になること、また、平均在院日数の延長による病院経営へのマイナスの影響が大きくなること等が危惧される。

そこで、持続可能な地域の医療・介護の提供体制を確保・強化していくため、医療・介護・行政の関係者が共通認識を持ったうえで緊密に連携し、病院間の転院や病院と施設を含む在宅との間の円滑な入退院の実現に向けて取り組むことが求められる。

※ なお、庄内地域には地域医療情報ネットワークが整備されており、平時からの医療・介護関係者の積極的な利用を推奨する。

3 対象者

以下の①、②のいずれかに該当する者

- ① 既に介護保険を利用している患者
- ② 病院担当者が退院支援を要すると判断した患者

4 ルール適用の範囲

居宅や施設にいる方が入院してから、居宅に退院するまで

居宅：自宅（小規模多機能型居宅介護事業所やショートステイ利用の場合を含む）、有料老人ホーム、宅老所（デイサービス）、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）等の介護保険等による訪問サービス、通所サービス、福祉用具サービスが利用可能である生活の場

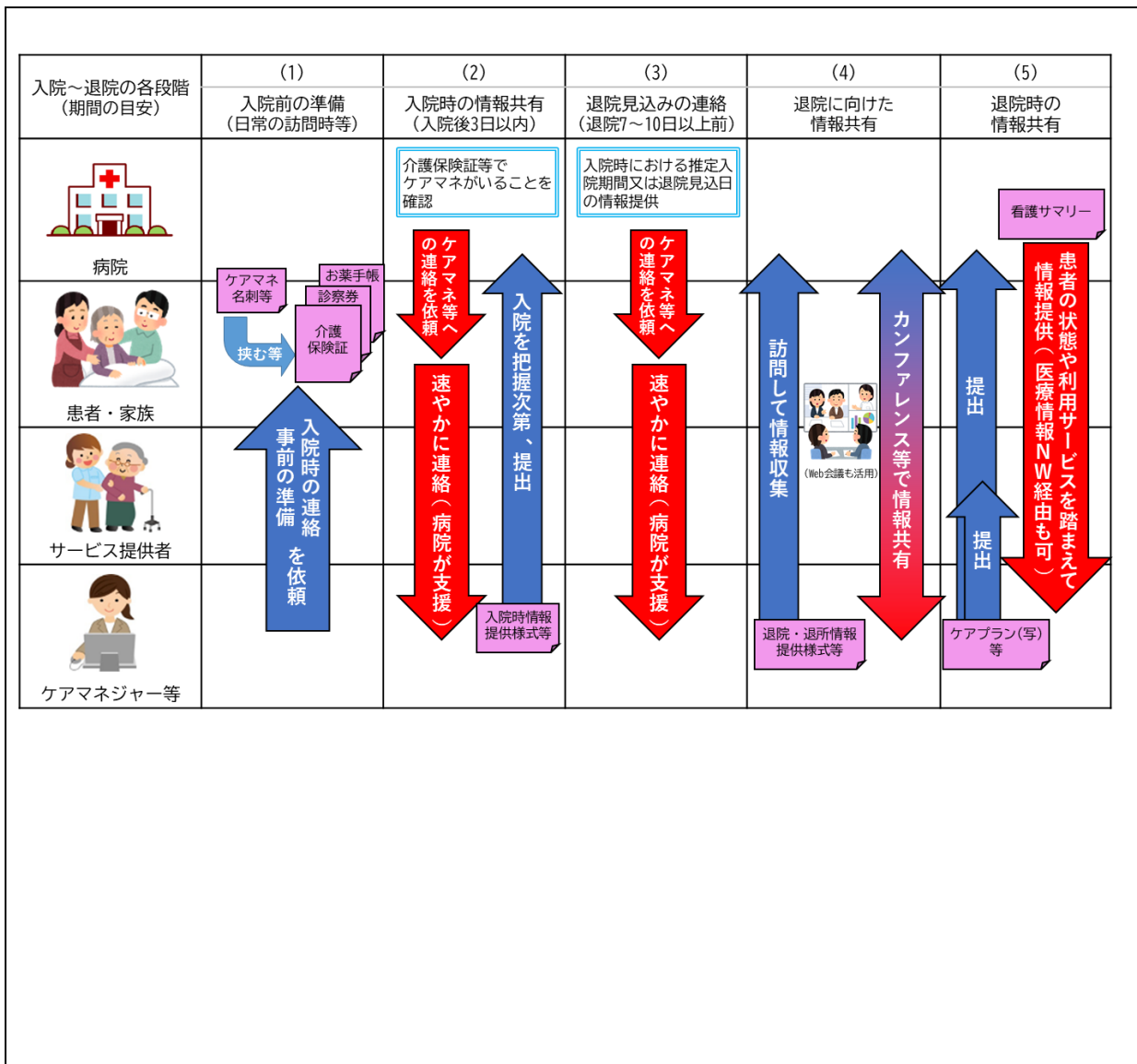
5 除外されるケース

- (1) 検査入院や白内障の手術などの短期入院（1週間以内）の場合
- (2) 短期入退院を繰り返される方や、2週間以内のレスパイト入院の場合（共に1か月以内において前回提供した情報と変わらない場合、2回目以降の入院時情報提供のみ省略可能）

6 手順

A【入院前に介護保険を利用していた場合】と
B【入院後、新たに介護保険を利用する場合】の2つのパターンで整理

A【入院前に介護保険を利用していた場合】（ケアマネジャーがいる患者）



(1)「入院前」の準備

①【担当ケアマネジャー・地域包括支援センター（以下「担当ケアマネジャー等」という。）】

担当ケアマネジャー等は、利用者の入院を早期に把握するため、普段から以下のような工夫を行うことが望ましい。

- 利用者や家族に、入院したら担当ケアマネジャー等に連絡するよう伝えておく。
- 利用者や家族に、もしもの入院のための準備として、「担当ケアマネジャーの氏名及び連絡先が分かる名刺等」を介護保険証に挟んで、医療保険証、かかりつけ医の診察券、お薬手帳等一緒にして保管するよう伝えておく。

(2)「入院時」の情報共有

※ 提供者を問わず、情報提供する前に患者の同意を得てから行う。
なお、個人情報の取扱には十分注意する（(3)以降も同様）。

①【病院】

病院担当者は、介護保険証等を確認し、担当ケアマネジャー等を把握次第、速やかに患者・家族に担当ケアマネジャー等へ「速やかに連絡」するよう依頼（必要に応じて支援）する。

②【担当ケアマネジャー等】

担当ケアマネジャー等は、利用者の入院を把握次第、速やかに入院時情報提供書（または入院前の状況報告書）を、病院が指定する担当窓口（窓口一覧参照）に提出する（目安：入院当日、遅くとも3日以内）。

※ 持参による提出が望ましいが、遠方（所在地の市町が異なる等）や土日祝日の提出等やむをえない場合にFAX等で提出する際は、「入院時情報提供書送付のご案内」を添付する。

「入院時情報提供書」を受領した病院担当者は、確認日と受領した旨のチェック等を記入して返信する。当該「確認日」は「入院時情報連携加算」に影響するため、速やかな確認と返信が望ましいことに留意。

③【病院】

病院担当者は、①の担当ケアマネジャー等からの連絡がない場合は、必要に応じて担当ケアマネジャー等へ連絡する。

※ 担当ケアマネジャー等を把握できない場合（患者が要介護認定等について認識がなく、単身者で家族等への確認もできない等、他に情報を得る手段がない場合）は以下の手順で連絡を行う。

- ① 病院担当者は、市町村介護保険担当課へ電話で問い合わせる。
- ② 市町村介護保険担当課は、当該問合せがあった場合は、個人情報保護の観点から、一旦電話を切ってからかけ直し、必要な情報を提供する。

(3)「退院見込み」の連絡

病院担当者は、入院時における推定入院期間等の情報提供または退院の見込みが立ち次第、患者・家族に担当ケアマネジャー等へ「速やかに連絡」するよう依頼（必要に応じて支援）し（目安：退院7日以上前できれば10日以上前まで）、必要に応じて（4）の日程調整等を行う。

(4) 退院に向けた情報共有

- **実態調査**（実施の要否は、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整）
担当ケアマネジャー等は、患者の状態や課題等について情報を共有し、退院後のケアプランへ反映する。
 - ※ 担当ケアマネジャー等は、病院担当者と面談・情報収集するとともに、本人の状態も直接確認したうえで、「退院・退所情報記録書（または退院時情報提供書）」を活用するなどして、アセスメントする。
- **退院前カンファレンス**
（実施の要否は、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整）
患者（家族）を交え、関連する多職種等が集まり、必要なサービスの引継ぎ等を行う。
 - ※ 詳細な実施方法については、各病院の指示に基づく。
 - ※ 担当ケアマネジャー等による「サービス担当者会議」の開催については、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整する。
 - ※ 感染症の発生時等必要に応じてウェブ会議システム等のICTを活用し、業務の効率化を図ることも有効であり、積極的な利用を推奨。

(5) 退院時の情報共有

①【担当ケアマネジャー等】

- 担当ケアマネジャー等は、「ケアプランの写し」（原則として第1表～第3表）または「介護予防サービス・支援計画表」を病院担当者に提供する。なお、退院前カンファレンス時に提出したものと同一の場合は、提供を省略できる。
- ※ 医療系サービス利用について意見を求めた主治医等に対してのケアプラン交付は義務付けられている

②【病院】

- 病院担当者は、患者の状態（事前に担当ケアマネジャー等から提供依頼あった場合も含む）を踏まえて、両者で調整して看護サマリー等を担当ケアマネジャー等へ提供するとともに、訪問看護等医療系サービスやショートステイ等入所サービスを利用するケアプランが提出された場合も提供する。
- ※ 両者間が「ちょうかいネット」や「Net4U」でつながっている場合、それらを活用することで可能とする。

(6) 転院時の対応

- ① 転院元の病院担当者は、速やかに、家族に担当ケアマネ等へ連絡するよう依頼（必要に応じて支援）する。
- ② 転院元の病院担当者は、転院先の病院に対して、ケアマネ等の氏名・連絡先等を情報提供（入院時情報提供様式も共有）する。

B【入院後、新たに介護保険を利用する場合】 (入院前にケアマネジャーがいない患者の場合)

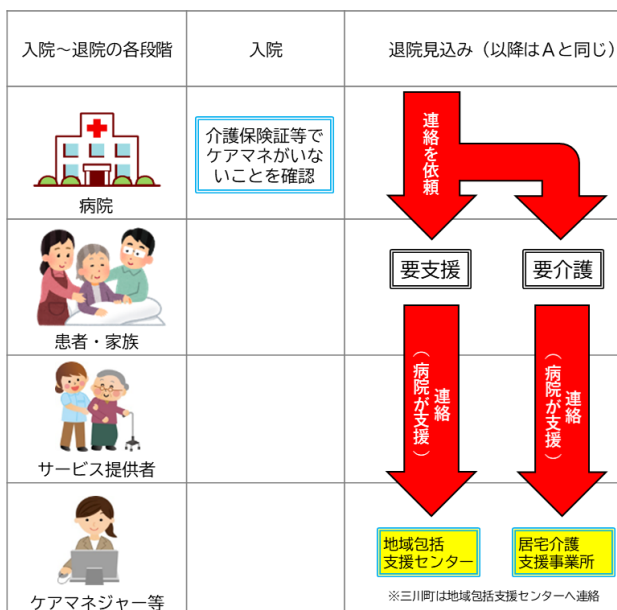
※「退院支援が必要な患者」の参考基準

「要支援」

- ・見守りが必要な者
- ・放っておくと、介助が必要な状態になる恐れのある者

「要介護」

- ・立ち上がりや歩行、食事、排せつに介助が必要な状態の者
- ・認知機能が低下している者



1) 担当ケアマネジャー等の決定支援

病院担当者は、家族又は介護保険証等を確認し、介護保険を利用していない場合、下記の(ア)～(ウ)のパターンに基づき、担当ケアマネジャー等を決定するための支援を行う。また、認定申請を行うこととなった場合は、市町や地域包括支援センター等の関係者と連携し、認定審査における主治医意見書の準備等、速やかな介護サービスの利用に向けて支援する。(主治医意見書は、病院の担当医が記載することも可能。)

(ア)「要支援」に該当すると思われる場合

上記基準で「要支援」に該当すると思われる場合は、「地域包括支援センター一覧」により、患者の住所地の地域包括支援センターに連絡する。

(山形県内地域包括支援センター一覧)

<https://www.pref.yamagata.jp/090002/kenfuku/koreisha/chiikihoukatsucare/houkatsucenter.html>

(イ)「要介護」に該当すると思われる場合

上記基準で「要介護」に該当すると思われる場合は、県内介護保険指定サービス事業者名簿等を活用し、患者・家族等の選択に基づく、担当ケアマネジャー等との契約を支援する。

(山形県内介護保険指定サービス事業者名簿)

https://www.pref.yamagata.jp/090002/kenfuku/koreisha/hoken/shitei_jigyosha.html

(ウ)「要支援」か「要介護」の判断に迷う場合等

患者の住所地の地域包括支援センターに相談する。

(認定申請を受けた市町は、医療と介護がスムーズに繋がるよう認定調査等をできるだけ速やかに行う。)

以降の流れは、A【入院前に介護保険を利用していた場合】の(2)以降と同じ

庄内地域入退院ルールについての相談窓口

山形県庄内保健所 保健企画課（企画調整担当）

TEL：0235-66-5528 FAX：0235-66-4935

<URL> 庄内地域入退院ルール

<https://www.pref.yamagata.jp/337021/kenfuku/kenko/hokenjo/shounaihokenjo/iryoujohou/shonairule.html>

**このルールを活用し、「入院時」及び「退院時」の情報共有を図り、
庄内地域における医療と介護の連携を推進しましょう**