

置賜地域「入退院調整ルール」の手引き

最終改訂（令和8年4月）

1 趣旨

介護保険の適用が考えられる患者が、病院から在宅へ円滑に移行するため、「入院時」及び「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。）等の情報共有ルールを明確化することで、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。

入退院調整がなかったために困ったことになった患者さんや家族がいます。

そのような事例を1例でもなくすために、みんなで連携して「入退院調整ルール」を実践しましょう。

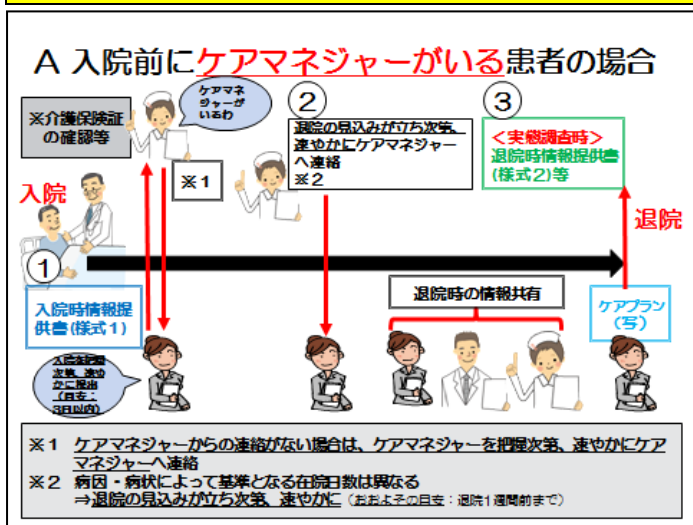
2 対象者

以下の①、②のいずれかの要件を有する者

- ①「居宅介護支援事業所」、「(看護)小規模多機能型居宅介護事業所」又は「地域包括支援センター」が担当している患者か、当該事業所等の利用を希望する患者
- ②病院担当者が退院支援を要すると判断した患者

3 手順

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の場合)



(1) 「入院時」の情報共有

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」）】

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(参考:様式1)」を、病院が指定する担当窓口に提出する(目安:入院後3日以内)。

※入院情報を速やかに把握するため、担当ケアマネジャー等は、日頃より、以下のような工夫に努める。

【工夫例】

- 利用者・家族等が常時目につくところ(電話の前、ベッドサイド等)に事業所名・担当ケアマネジャーの氏名・連絡先(大きな名刺の活用等)を貼っておく。
- 入院するときや何かあったときは、必ず連絡するよう利用者・家族等に伝えておく。
- 介護サービス事業所から、入院情報が入るようにしておく。

【工夫例】

- 医療保険証、介護保険証やお薬手帳等と一緒に、担当ケアマネジャーの名刺を保管しておく。
- 担当ケアマネジャーや利用事業所等の連絡先、ケアプラン、医療保険証や介護保険証等の入ったファイルを作成しておき、入院時は当該ファイルを病院に持参するよう家族等に伝えておく。

②【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、家族又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)

- ①病院担当者は、市町村介護保険担当課(別紙)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す等し、必要な情報を提供する。

(2)「退院時」の連絡

病院担当者は、**退院の見込みが立ち次第、速やかに担当ケアマネジャー等に連絡**し(目安:退院1週間前まで)、(3)の日程調整等を行う。

※要介護度変更の見込みの程度に関わらず、病院担当者は入院時情報提供元に連絡する。

(3)「退院時」の情報共有

○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。

①病院担当者は、「実態調査」までに、院内の関係者から情報収集し、「退院時情報提供書(参考:様式2)」を作成する。

②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、たうえでアセスメントする。

※退院時情報提供書の内容に変更が生じた場合、病院担当者は、担当ケアマネジャー等に別途連絡する。

(状態変化等が予測される場合は、実態調査時に、病院担当者と担当ケアマネジャー等で認識を共有しておくこととし、担当ケアマネジャー等としても、状態変化等があった場合に、関係者と情報共有が図られるよう努める。)

○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。

※「ケアプラン(原案を含む)の写し」の病院への提供については、退院時の情報共有の過程で、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整。

▶ 「退院時の情報共有」を踏まえ作成されたケアプランについて、在宅療養上の留意点等が反映されているか病院側で確認するためのプロセス。

※情報共有の様式例として「退院時情報提供書(様式2)」を示すが、「退院時サマリー」についても、各病院の判断により、適宜活用することとする。

※転院時の対応

転院元の病院担当者は、速やかに担当ケアマネジャー等に連絡するとともに、転院先病院に対し、担当ケアマネジャー等の氏名・連絡先等を情報提供する。

- ▶ 「入院時情報提供書」の病院間での共有については、転院先病院と転院元病院で調整。

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)

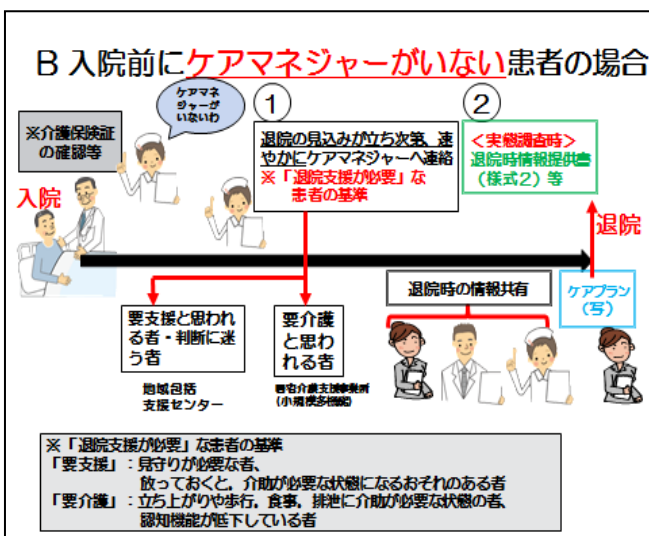
※「退院支援が必要な患者」の基準

「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おそれのある者

「要介護」

- ・立ち上がりや歩行、食事、排泄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)(イ)(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。

(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、別添「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。

(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、別添「居宅介護支援事業所一覧」・「(看護)小規模多機能型居宅介護事業所一覧」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。

(ウ)「要支援」か「要介護」か判断に迷う場合等

患者の住所地の地域包括支援センターに相談する。

※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)『「退院時」の連絡』以降と同じ

※ このルールを活用し、「入院時」及び「退院時」の情報共有を推進しましょう。

置賜地域「入退院調整ルール」の追加

病院と訪問看護ステーションのルール

1 趣旨

病院と訪問看護ステーションにおいて、お互いの看護サマリーに係る情報交換についてのルールを明確化することで、看看連携を強化し、在宅医療及び地域包括ケアシステムの構築を推進する。

2 対象者

訪問看護を利用する者

3 手順

- (1) 訪問看護ステーションは、訪問看護を利用している者(介護保険適用者に限らず医療保険適用者を含む)が病院に入院することを把握次第、速やかに看護サマリーを当該病院に提供する。
- (2) 病院は、入院患者が退院時に訪問看護を利用する場合、速やかに看護サマリーを直接当該訪問看護ステーションに提供する。
- (3) 上記(2)の場合で、担当ケアマネジャー等は、病院での実態調査や退院前カンファレンス等で当該利用者に係る必要な情報を把握した上で、更に在宅でのサービス提供に必要と考える情報(看護サマリー等)を訪問看護ステーションより受けることができる。
※これまで、病院が退院時に訪問看護ステーションへの看護サマリーの提供と同時に担当ケアマネジャー等に看護サマリーを提供している場合、それを否定するものではありません。

看護サマリーの流れ (イメージ図)

(1) 訪問看護利用者の入院時

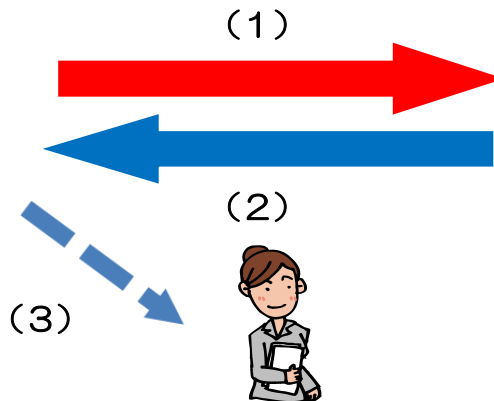


訪問看護
ステーション

(2) 退院時訪問看護利用の場合



病院



担当ケアマネジャー等

入院時：訪問看護ステーションから病院に看護サマリーを提供 (1)

退院時：病院から訪問看護ステーションに看護サマリーを提供 (2)

必要時、訪問看護ステーションから看護サマリー等をケアマネに提供 (3)

置賜地域「入退院調整ルール」についての相談窓口

山形県置賜保健所 保健企画課(企画調整担当)

TEL:0238-26-6081 FAX:0238-22-3003

<ホームページ> <https://www.pref.yamagata.jp/325023/kenfuku/>

[kenko/hokenjo/okitamahokenjo/iryujouhou/top.html](https://www.pref.yamagata.jp/325023/kenfuku/kenko/hokenjo/okitamahokenjo/iryujouhou/top.html)

置賜保健所 在宅医療 ×

検索