

# 「東部圏域版入退院時情報共有ルール」の効果的な運用のために

本ルールの効果的な運用のために、下記の通り、病院とケアマネジャーが共通理解しておくべきことを記載しました。ルールを運用する上でとても大切な内容ですので、必ず読みましょう。

統一したルールの運用について	
Q1	それぞれの病院や居宅介護支援事業所によって規模や実情が異なるのに、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
A1	病院やケアマネジャー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、複数の病院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病院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。
病院とケアマネジャーとの情報共有について	
Q2	入退院時に病院とケアマネジャーが情報共有する際の法的根拠は何か
A2	ケアマネジャーは、契約時に本人から情報共有に承諾をもらっているので、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こと。
Q3	ケアマネジャーにも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、病院から情報提供できないこともあり得るのではないか
A3	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、病院から本人や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	
Q4	入院時、ケアマネジャーからできるだけ速やかに、また最新の情報をもらいたいが、可能か
A4	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1回と定められているが、本人との直接面談は、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ため、ケアマネジャーが入院に気づかず連絡が遅れたり、病院に提供する情報が古い情報である場合もある。
Q5	ケアマネジャーから病院に、どのように情報提供したらいいか
A5	まずは、別添「病院担当窓口一覧」の「①ケアマネから入院時情報を受け取る担当は誰か」を参考にお願いしたい。顔の見える関係づくり、またFAXの送付ミスを防ぐためにも、原則として、連携室等に出向き、手渡して情報のやりとりをする。
退院時の情報共有について	
Q6	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
A6	自宅のほか、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、生活支援ハウスを指す。
Q7	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
A7	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。
転院時の情報共有について	
Q8	患者が転院する（転院してきた）場合、どのように対応するのか
A8	転院前の病院は、転院先の医療機関が本ルールへの参加の有無に関わらず、担当ケアマネジャーに転院する旨を連絡するとともに、担当ケアマネジャーの情報を転院先に伝える。 転院先の病院が本ルールに参加している場合、原則として、患者の受け入れについて転院先の病院から担当ケアマネジャーに連絡し、以降、本ルールに則って退院調整を進める。 転院先の医療機関が本ルールに参加していない場合、担当ケアマネジャーは、転院先の医療機関に対して退院時の連絡について協力を依頼する。