

石垣市入退院時情報共有ルール

【目的】

医療・介護を必要とする方が、疾患を問わず市内のどの病院に入院し退院しても、切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して在宅へ戻ることができる事を目的に、関係者間で情報を共有するための入退院時情報共有ルールを作る

I. 対象者

病院に入院し、退院後在宅に戻る方

1. 入院前にケアマネージャーが決まっている方で、介護度に関わらず全ての方
2. 入院前にケアマネージャーが決まっていない方で、退院時に情報共有が必要な方（注1）
（検査・短期入院で状態変化の可能性が低い方は除く）

II. 入院時の情報共有について

1. 本人・家族は、入院したことをケアマネージャーへ連絡する
（独居（キーパーソンがいない）等で、ケアマネージャーへの連絡が難しい場合は、入院後5日以内に病院がケアマネージャーへ連絡する）
2. ケアマネージャーは、利用者が入院したら、できるだけ早く病院連携窓口へ入院時利用者情報提供書を提出する（FAX、メールでも可）

<入退院連携の窓口>

病院名	連携窓口	連絡先	連携希望時間帯
八重山病院	地域連携センター	TEL: 87-5557(代表) FAX: 87-5658(直通) Mail: yaeyama.hosp.cpass@gmail.com	事前連絡の上、日程調整
かりゆし病院	地域連携室	TEL: 83-5600(代表) FAX: 88-1401(直通) Mail: renkeipass@kariyushi-hp.jp	10:00~16:00 (事前連絡なしで可)
徳洲会病院	地域連携室	TEL: 88-0123(代表) FAX: 82-9511(代表) Mail: ishitoku2.hosp.cpass@gmail.com	平日 9:00~16:30 (事前連絡なしで可)

※ケアマネージャーは利用者の入院を早期に把握できるよう、日頃から下記の工夫をする

- ・本人や家族へ、ケアマネージャーの名刺を介護保険証と一緒に保管するように伝える
- ・本人や家族へ、入院したらケアマネージャーへ連絡するよう伝える

Ⅲ. 退院時の情報共有について

1. 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

- (1) 本人・家族は、退院見込時期が分かった時点で早めにケアマネジャーへ連絡する
- (2) 病院は、できるだけ退院1週間前までに退院カンファレンスを開催する（注2）
- (3) 退院カンファレンスの参加者については、病院とケアマネジャーで相談の上決定する
- (4) 病院は、退院時に本人もしくはご家族に退院時情報提供書を渡し、ケアマネジャーに提出していただくよう伝える

＜退院カンファレンスが必要な方の基準（注2）＞

- ① 病状が不安定で再入院を繰り返す場合
- ② 進行する疾患を抱えながら退院する場合
- ③ 医療管理・医療処置等を継続する場合
- ④ 入院前と比べてADLが低下し退院後の生活環境の調整が必要な場合
- ⑤ 独居または家族の状況により必要な介護を十分に受けられる状況にない場合
- ⑥ 理解力や認知機能の低下が見られる場合

2. 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

（介護認定を受けておらず、新たに介護保険を利用する場合）

＜退院時に情報共有が必要な方の基準（注1）＞

- ① 立ち上がりや歩行に介助が必要
- ② 食事に介助が必要
- ③ 排泄に介助が必要
- ④ 日常生活に支障をきたすような症状がある認知症

※独居(キーパーソンがいない)、家族の介護力が乏しい等で服薬管理、調理、掃除など身の回りのことに介助が必要と思われる方

- (1) 必要時、病院は患者や家族へ介護保険の申請窓口について情報提供する
- (2) 本人・家族は石垣市役所 介護長寿課で介護保険認定申請を行う

<申請窓口>

- ① 要介護と思われる場合
…石垣市役所 介護長寿課(給付認定係) TEL87-6022
- ② 判断に迷う場合
…石垣市役所 地域包括支援センター TEL84-3333

※ 入院中に新たにケアマネージャーが決まった場合は「Ⅲ. 退院時の情報共有について 1. 入院前にケアマネージャーが決まっている場合」と同様に対応する

IV. 転院時の情報共有について

1. 転院時は、病院は本人の入院時情報提供書を転院先へFAXまたは転院サマリーに添付し情報提供する。
2. 転院先からケアマネージャーへ退院時情報提供書を提出する。

※ 令和4年5月1日から適用する