

松本圏域入退院連携ルールに関する
Q&A

平成 30 年 2 月

松本圏域在宅医療・介護連携行政連絡協議会

Q & A 目 次

- Q1 ルールの対象を病院等とケアマネに特化した理由は何故か。
- Q2 ルールと異なる扱いをした場合にはペナルティの対象となるのか。
- Q3 患者が転院した場合はどのようにすればよいのか。
- Q4 入院時情報提供書や退院時情報共有（提供）書は参考様式を使わなければいけないのか。
- Q5 ルール運用開始後の見直しは行うのか。
- Q6 入院時セットと各市村で取り組む内容の整合性はどうするのか。
- Q7 入院時のケアマネへの連絡に関する病院等の支援とは何を行うのか。
- Q8 入院時情報提供書の病院への提供は「速やかに」となっているが、具体的な期限はあるのか。
- Q9 入院時情報提供書の作成は大変なので、口頭での情報提供でもよいのか。
- Q10 入院時情報提供書は、FAX 等で送付してはいけないのか。
- Q11 入院時情報提供書の記載項目が多すぎるが、全て記載する必要があるのか。
- Q12 ケアマネへの在宅退院見込みの連絡は、どのタイミングで行えばよいのか。
- Q13 退院前カンファレンスは必ず開催する必要があるのか。
- Q14 退院時情報共有（提供）書はどのように活用するものなのか。
- Q15 看護サマリー等は本人・家族経由ではなく、直接ケアマネに提供してはいけないのか。
- Q16 ケアプランの提供は全て行わなければいけないのか。
- Q17 「退院調整が必要な患者の基準」に該当する患者は、全て退院調整を行う必要があるのか。
- Q18 患者が要介護認定を受けているかどうかを市村に問い合わせてはいけないのか。
- Q19 入退院連携ルールに関連する診療報酬、介護報酬は、ルールに従えば全て算定できるのか。
- Q20 入退院連携ルールにおける個人情報の取扱い上の留意点は何か。

Q1 ルールの対象を病院等とケアマネに特化した理由は何故か。

このルールは、医療と介護を漏れや切れ目なく一体的に提供することを目的としています。医療サービスや介護サービスの提供には、医師をはじめ多職種が関わることとなりますが、特に入院をきっかけに状況が大きく変化する可能性があります。そのため、まずは医療と介護の連携の端緒となる入院機能を有する医療機関（以下「病院等」という。）と介護保険サービス提供の中心となるケアマネジャー（以下「ケアマネ」という。）との連携と情報共有について共通認識を持って対応していただくことが重要と考えたためです。

Q2 ルールと異なる扱いをした場合にはペナルティの対象となるのか。

このルールは一律強制的に適用するものではないので、これと異なる扱いをした場合にペナルティを課すことはありません。また、ルールは病院等とケアマネの基本的な連携と情報共有の方法を示したのですが、入院の状況は様々であるので、機械的にこのルールを適用できるものでもありません。検査入院や入退院を繰り返して状況に変化がない場合などは、病院等とケアマネが必要な情報のみを口頭等で連絡し合うだけで十分なこともあります。そうした場合は、このルールと異なる扱いを行うことは何ら問題ありませんが、ルール通りの扱いをしないことを相互に共通認識していることが重要です。

Q3 患者が転院した場合はどのようにすればよいのか。

転院までの間は転院元の病院がこのルールに基づく対応を行い、転院後は転院先の病院等がこのルールに基づく対応を行ってください。また、転院元の病院等は、転院までの間にケアマネから得た情報を転院先の病院等に引継いでください。

Q4 入院時情報提供書や退院時情報共有（提供）書は参考様式を使わなければいけないのか。

ルールに掲載した入院時情報提供書と退院時情報共有（提供）書は、あくまで参考様式ですので、既に独自に様式を作成している場合などは、それを継続使用して差し支えありません。また、参考様式は、適宜加工して使いやすく修正していただいて結構です。

Q5 ルール運用開始後の見直しは行うのか。

定期的に運用状況を確認し、必要な見直しを行う予定です。具体的には、運用開始後半年を目途にアンケート調査等を実施し、本協議会で対応を検討していくことを考えています。

なお、関係機関連絡先一覧の修正については、本協議会の事務局（松本保健福祉事務所福祉課）で随時対応しますので、ご連絡をお願いします。

Q6 入院時セットと各市村で取り組む内容の整合性はどうするのか。

入院時セットは、入院した場合に担当ケアマネの存在を病院等に把握してもらうための方法の一つであり、お薬手帳の活用（松本市、安曇野市）や、いきいき手帳の普及（塩尻市）と並行してケ

アマネが取り組んでもらいたいと考えています。また、日頃から、本人・家族に対して病院等に入院する（した）場合は速やかにケアマネに連絡するとともに、入院した病院等へ担当ケアマネの氏名等を知らせるよう周知しておいてください。

Q7 入院時のケアマネへの連絡に関する病院等の支援とは何を行うのか。

入院時のケアマネへの連絡は、本人・家族が行うべきものと考えていますが、病院等の職員が本人・家族にケアマネへの連絡を促すとともに、必要に応じて本人・家族に代わって連絡することを想定しています。ケアマネが早期に入院を把握することで、その後の情報提供がスムーズに行われることが期待できます。

Q8 入院時情報提供書の病院への提供は「速やかに」となっているが、具体的な期限はあるのか。

ルールでは具体的な期限は示していませんが、介護報酬で入院時情報連携加算を算定する場合は入院後3日以内又は7日以内の情報提供が要件とされており、診療報酬で入退院支援加算を算定する場合は入院後3日以内又は7日以内に新規入院患者の把握及び退院困難患者の抽出が要件とされています。なお、病院等は診療及び療養上の必要から入院後すぐに患者情報の収集を始めるため、3日以内でも遅い場合があることから、できるだけ早くという意味で「速やかに」としています。

Q9 入院時情報提供書の作成は大変なので、口頭での情報提供でもよいのか。

必要な情報を漏れなく伝達する手段として書面による情報提供を原則としています。入院を把握してから書面を作成するのは時間的に忙しいので、日頃から入院時に備えて情報提供書の内容に準じて情報を整理しておく等の対応が有効と考えています。なお、入退院を繰り返している者で以前に提供した情報から大きな変化がない場合などは、口頭での情報伝達でもよいと考えられますので個別の事案に応じて対応してください。

Q10 入院時情報提供書は、FAX等で送付してはいけないのか。

このルールでは、病院等とケアマネとが顔の見える関係を築くことを制度的に期待しているため、両者が面談する機会が多くなる内容としています。従って、情報共有が書面のやり取りだけとならないよう、面談での提供を原則としています。面談に先立ち、あらかじめFAX等により入院時情報提供書を送付することは差し支えありませんが、その場合でも、事前に電話連絡のうえ送付するよう努めてください。

Q11 入院時情報提供書の記載項目が多すぎるが、全て記載する必要があるのか。

入院時情報提供書は、入院時にケアマネが把握している項目を記載すればよいので、項目全てを記載する必要はありません。なお、日頃から入院時に備えて情報提供書にある項目を把握しておくことは有効だと考えています。

Q12 ケアマネへの在宅退院見込みの連絡は、どのタイミングで行えばよいのか。

ケアマネは退院後のサービス調整等に一定の時間を要するため、できるだけ早いタイミングで連絡することが望めます。在宅退院が正式決定していなくても、その方向で進める見込みとなった時点で速やかに病院等からケアマネに連絡するようにしてください。

Q13 退院前カンファレンスは必ず開催する必要があるのか。

退院調整において病院等、ケアマネ、患者本人・家族とで行う面談は必要なものと考えています。退院前カンファレンスは病院等が開催を決定するものですが、ケアマネが開催を希望する場合は病院等も積極的に対応してください。ケアマネは、病院等から退院前カンファレンスの開催連絡があった場合は、積極的に参加して情報共有に努めてください。

Q14 退院時情報共有（提供）書はどのように活用するものなのか。

退院時情報共有（提供）書は、退院調整においてケアマネが病院等から情報を聞き取る際に使用することを想定しています。病院等は、ケアマネとの面談やカンファレンス開催の前に退院時情報共有（提供）書の項目を参考に院内で情報収集を行っておいてください。

なお、退院時に病院等が提供することとしている看護サマリー等について、病院等で既存の様式がない場合は、看護サマリー等の代わりに退院時情報共有（提供）書を活用して情報提供することを想定しています。

Q15 看護サマリー等は本人・家族経由ではなく、直接ケアマネに提供してはいけないか。

病院等が退院時に提供する看護サマリー等は既存の書式等を活用することとしているため、病院等によって内容や位置づけに差があることが想定されるため、個人情報の取扱い上の問題が生じないよう本人・家族経由での提供としています。なお、本人・家族の同意がある場合は、直接ケアマネに提供しても差し支えないと考えています。

Q16 ケアプランの提供は全て行わなければいけないのか。

退院調整を行った者については、退院後の支援状況等を把握するため、病院等が提供不要の意思表示をしない限りケアプランを病院等に提供してください。特に、病院等が診療報酬で介護支援等連携指導料を算定している場合は、ケアプランの保管が算定要件となっていますので、ケアプラン作成後速やかに提供してください。

Q17 「退院調整が必要な患者の基準」に該当する患者は、全て退院調整を行う必要があるのか。

「退院調整が必要な患者の基準」に該当する患者は、退院後に介護サービス等の支援が必要な者と考えられます。入院前に介護サービス等を利用していなかった患者は、退院調整の対象として漏れの無いようケアマネとの連携に向けた支援を開始してください。

一方、入院前に介護サービス等を利用していた患者の場合は、この基準に関わらず担当ケアマネ

と連携することとしているので、退院調整の必要性を含めて相互に情報共有を行ってください。

Q18 患者が要介護認定を受けているかどうかを市村に問い合わせはいけないのか。

市村は、個人情報である要介護認定に関する情報を病院等からの問い合わせに対して一律に回答することは困難ですので、患者の住所地を管轄する地域包括支援センターを問い合わせ窓口とするよう圏域で統一しました。地域包括支援センターでは、問い合わせを受けて基本的な情報（要介護認定の有無、利用している居宅介護支援事業所等及び担当ケアマネの氏名）を市村に確認のうえ病院等に連絡することになります。

Q19 入退院連携ルールに関連する診療報酬、介護報酬は、ルールに従えば全て算定できるのか。

このルールは、診療報酬、介護報酬の算定要件を参考にはしていますが、全てこれに準じているものではないので、ルールに従うだけで算定要件を満たすことにはなりません。診療報酬、介護報酬の算定に当たっては、国の通知等による施設基準や算定要件をよく確認してください。

Q20 入退院連携ルールにおける個人情報の取扱い上の留意点は何か。

このルールでは、病院等とケアマネの情報共有のため、それぞれが取得した個人情報を相互に提供することが必要となります。これは個人情報の第三者提供に該当し、原則として本人の同意が必要となります。このルールに関連する内容のポイントとして掲げているのは、「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ダンス」に基づく医療・介護連携に必要な個人情報の第三者提供に関する基本的な対応であるので、提供する相手や個人情報の内容によっては、その都度同意を得るなど、ガイダンスに即して適切に対応することが必要となります。