

令和4年6月13日

関係団体 各位

かなざわ在宅 ICT ネット
代表 大野 秀棋
いしかわ 921 在宅ネットワーク
代表 大和 太郎
金沢元町在宅医療を考える会
代表 土原 一真
りくつなケアネット金澤
代表 清水 雄三

「病院・地域包括・ケアマネジャーとの連携ルール」の策定
およびその他関連するルールのご案内について

初夏の候、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、病院での入院時や退院時において、患者とこれまで係っていた医療関係者との関係が切れることがあるとの指摘がなされており、その対応は各病院に委ねられていたところでした。

そのため、かなざわ在宅 ICT ネットでは、病院および地域包括・ケアマネジャーを繋ぎ、切れ目のない医療・介護を実現するため、別添の通り「病院・地域包括・ケアマネジャーとの連携ルール」を策定いたしました。

つきましては、貴団体の会員にご周知いただき、当連携ルールの推進にご協力を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

また、石川県在宅医療推進協議会・金沢市医師会・石川県薬剤師会でそれぞれ関連するルールが策定されております。こちらもご参考に同封いたしますのでご了承くださいますよう重ねてお願い申し上げます。

かなざわ在宅 ICT ネット事務局 担当小林
920-0912 金沢市大手町 3-21 金沢市医師会内
TEL (076)263-6721 FAX (076)223-7079
E-mail ictnet@kma.jp

入退院時におけるかかりつけ医の情報に関する病診連携の取り扱い

1. 急性期病院への入院時

急性期病院は患者に以下3点確認

- ① かかりつけ医の有無
- ② 退院後もかかりつけ医での診療を希望しているか
- ③ かかりつけ医から急性期病院への診療情報提供に対する同意

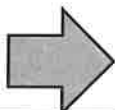
(1) ①かかりつけ医あり+②診療希望あり+③同意あり

入院先の診療科が異なっても、急性期病院からかかりつけ医へ連絡する

その際に必要に応じて診療情報提供の依頼を行う

<病院側のポイント>

- ・かかりつけ医に対して患者が入院したことを積極的に伝える
- ・かかりつけ医に診療情報の提供を求める※1



退院時は2の対応を参照

(2) 左記以外

従来通り急性期病院にて対応

2. 急性期病院からの退院時

(1) 在宅で治療する場合

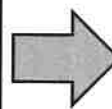
急性期病院からかかりつけ医へ連絡し、退院後の対応を相談
かかりつけ医は以下3点から選択

- ① 従来のかかりつけ医で診療を継続する場合
急性期病院はかかりつけ医へ診療情報提供書、看護サマリー、その他のリハ・栄養についてのサマリー等があれば併せて提供
- ② 他の新しいかかりつけ医に紹介して繋ぐ場合
 - ・急性期病院は新かかりつけ医へ診療情報提供書、看護サマリー、その他のリハ・栄養等のサマリーを提供
 - ・新かかりつけ医は旧かかりつけ医に対して必要に応じて診療情報提供所や主治医意見書の写し等の提供を求める
- ③ 病院または施設に一任する場合

(2) 回復期病院へ転院する場合

急性期病院は、従来のかかりつけ医に回復期病院の転院先について連絡。

急性期病院は回復期病院へかかりつけ医の情報について、左記(1)の①～③のどの状態にあるか現状の状況を伝える



回復期病院から退院する際は、下記の3の対応を参照

3. 回復期病院からの退院時

2(1)と同様の対応

※1) 病院の求めで提供する診療情報は従来通り算定できません。ただし、R2年度の診療報酬改定により、かかりつけ医が患者の求めに応じて、病院受診の当日に電話等再診などで病院への受診を促し、かつ同日のうちに病院にFAXや電子メール等を含め、診療情報提供を行った場合には診療情報提供料(1)を算定できるようになりました(医科点数解釈表 A-001(7)電話等による再診 オより)。

入院されたとき

★病院 ⇨ ★患者または家族

- ①担当ケアマネジャーがいるかどうか確認する
- ②地域包括支援センター（以下、包括）やケアマネに連絡を取っていいか同意をとる

担当ケアマネジャーが分かるとき

3日以内（目安）

★病院

- ・入院日時
- ・病名
- ・入院期間の見込の連絡

7日以内（目安）

★ケアマネジャー

- 1 当該利用者の入院日
- 2 心身の状況
(疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など)
- 3 生活環境
(家族構成、介護者の介護方法や家族介護者の状況など)
- 4 サービスの利用状況

担当ケアマネジャーが分からないとき (※決まっていないとき、連絡先が分からない)

3日以内（目安）

★病院

- ・入院日時
- ・病名
- ・入院期間の見込の連絡

★包括

- ・担当ケアマネジャーの有無（連絡先）
- ・要介護認定の有無
- ・相談履歴の有無、家族の連絡先等
- ※相談履歴がないと返答できない場合あり

退院されるとき

★病院

- ①退院調整を誰（MSW?退院調整Ns?病棟?）が行うか決める
- ②退院後の目標設定を、院内チームに包括やケアマネジャーを交えて行う
※転棟・転院時は、包括やケアマネジャーから受けた情報の伝達を必ず行う

担当ケアマネジャーがいる場合

適宜連携

★包括・ケアマネジャー
入院中の状態（現状）を確認

※サービス調整に1週間は要するため
退院10日前（目安）

★病院

包括もしくはケアマネジャーに退院の期日を連絡

退院日

★病院

サマリー等情報連携シートを包括・ケアマネジャーに交付

担当ケアマネジャーがいない場合

退院を見越した介護申請を行う※認定結果が出るまでにおおよそ30日間程度の期間を要する
ケアマネ選定など、包括に事前に相談する※ケアマネが事前に関わっている可能性があるため

入院時に取得が可能な加算

入院時情報連携加算

入院後3日以内

イ) 入院時情報連携加算 (I)
200単位

入院後4日以上7日以内

ロ) 入院時情報連携加算 (II)
100単位

●提供方法●

書面

面談

電話

FAX

※加算については、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）のみ取得可能

（参考）運営基準 第4条

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、当該利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めなければならない。

退院時に取得が可能な加算

退院・退所加算

カンファレンス参加なし

連携1回 450単位

連携2回 600単位

連携3回 X

カンファレンス参加あり
(1回以上)

連携1回 600単位

連携2回 750単位

連携3回 900単位

※加算については、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）のみ取得可能

●カンファレンス（定数）●

診療報酬上の退院時共同指導料2の注3の要件を満たすもの

合計4者以上が集まる必要あり

1者以上

入院中の
医療機関の医師
又は看護師等

以下から3者以上

在宅療養担当
医療機関の
医師又は看護師

歯科医師若しくは
その指示を受けた
歯科衛生士

保険薬局の
保険薬剤師

介護支援専門員・
相談支援専門

訪問看護ステーションの看護師（准看護師除く）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等

入退院時における薬局への情報提供に関する薬薬連携の依頼について

石川県薬剤師会
令和3年6月版

I. 入院時

以下3点をご確認ください。

- ① かかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師の有無
- ② 退院後も同じ薬局の利用を希望しているか
- ③ かかりつけ薬局から入院病院への情報提供に対する同意

<p>(1) 上記①-③をすべて満たす場合 病院から薬局へ連絡し、情報提供書の提出を 依頼してください。</p>	<p>(2) 左記以外 従来通りの対応をお願いします。</p>
--	-------------------------------------

II. 退院時（施設系を含む在宅へ直接退院する場合に限る）

<p>(1) 在宅（外来通院含む）で治療する場合</p> <ul style="list-style-type: none">① 従来のかかりつけ薬局の利用を継続する場合 かかりつけ薬局へ連絡し、退院カンファレンス参加の可否も含めて処方変更内容、退院処方日数、その他必要な情報を提供してください。② 他の新しいかかりつけ薬局に紹介する場合 新かかりつけ薬局へ連絡し、情報提供してください。新かかりつけ薬局は、必要に応じて旧かかりつけ薬局へ情報提供を求める。	<p>(2) 左記以外 従来通りの対応をお願いします。</p>
---	-------------------------------------