

長野県上小地域「入退院調整ルール」

～医療と介護の切れ目のない連携を目指して～

平成 29 年 4 月

令和 6 年 1 1 月（改正）

上小地域医療・介護連携推進研究会

目 次

1	はじめに	
	・目的	1
	・基本ルール	1
	・留意事項	1
2	上小地域・入退院調整ルール	
	・A 入院前にケアマネージャーが決まっている場合	2
	・B 入院前にケアマネージャーが決まっていない場合	4
	【退院調整が必要な患者の目安】	5
3	上小地域・入退院支援関係機関連絡先一覧	
	・三師会・市町村・保健福祉事務所	6
	・医療機関	7
	・居宅介護支援事業所	9
	・地域包括支援センター	14
	・訪問看護ステーション	17
4	上小地域・医療介護連携共通様式	
	・利用者情報提供書（別紙1）	19
	・看護情報提供書（別紙2）	21
5	参考資料	
	・上小地域・入退院調整ルール策定経過	22
	・上小地域医療・介護連携推進研究会設置要綱	23

<はじめに>

1 目的

「入退院調整ルール」は、要介護・要支援状態にある患者が自宅から病院・診療所（以下「病院等」という。）へ入退院する際に、病院等と在宅支援を担う介護サービス事業所・かかりつけ医・歯科・薬局等の関係者が円滑に連携又は情報共有するためのルールです。

これまでは、病院等とケアマネージャーの情報共有が不十分であったため、病院等から自宅に帰る患者や家族が退院後の在宅療養に困ったという事例がありました。

そこで、患者の入退院支援に当たる関係者が連携してルールを実践し、入退院時にケアマネージャー等に確実に患者の情報を引き継ぎ、在宅での生活や療養に困っている患者や家族がいない地域づくりを行うためのツールとして作成いたしました。

なお、今後もこのルールの運用状況を定期的に確認し、必要な見直しを行います。

2 基本ルール

(1) ルール適用地域

長野県上小地域（上田市・東御市・長和町・青木村）

(2) 運用開始時期

平成29年4月

令和6年11月（一部改正）

(3) ルールを適用する患者

<在宅から入退院する患者で、下記のいずれかに該当する場合>

A⇒入院前にケアマネージャーが決まっていた（介護サービスを利用していた）患者

B⇒入院前にケアマネージャーは決まっていないが、退院支援が必要な患者の目安に該当する（退院後に介護サービスの利用が見込まれる）患者

(4) 入退院支援の担当窓口

- ・三師会、保険者（市町村介護保険担当）、上田保健福祉事務所
- ・病院・有床診療所
- ・介護サービス事業所（居宅介護支援、地域包括支援センター、訪問看護）

(5) 利用者情報提供書（別紙1）・看護情報提供書（別紙2）の共通様式

3 留意事項

(1) このルールは、医療と介護の関係者が連携して患者の円滑な在宅移行を支援するための標準的なルールであり、強制的な効力はありません。ルールに定めた日数などは「目安」と考え、個別の事情に応じて、関係者間で適宜相談しながら「ルール」を運用してください。

(2) 別紙1・2は上小地域の共通様式として作成しましたが、各病院・事業所等の既存様式の使用を妨げるものではありません。既存様式がない場合や見直しをする際の参考として活用してください。