

# 「ONE TEAM」 支援者のすれ違いをなくし、切れ目のない医療と介護を提供するために！

## 目的

介護保険サービス等を利用する方が、入院及び退院をするに当たり、病院とケアマネジャー間で、本人についての情報のやり取りの仕方を標準化し、これを、関係者が実践することで連携を強化し、本人が切れ目なく必要な医療と介護を受けられるようにすることを目的とする。

## 対象の地域と連携機関

甲府市・韮崎市・南アルプス市・北杜市・甲斐市・中央市・昭和町の7市町に所在する 病院・有床診療所・居宅介護支援事業所・介護保険施設等・地域包括支援センター

## 支援の対象者

病院等へ入院及び退院する介護保険サービス利用対象者（40歳以上の第2号被保険者を含む）で、介護保険サービス等を利用している方や、退院後に介護保険サービス等の新規利用が見込まれる方

## 支援の担当者

- 【病院】 医療連携室担当者(医療ソーシャルワーカー・看護師) 病棟及び外来看護師 等
- 【地域】 ケアマネジャー(施設ケアマネを含む) 地域包括支援センター担当者 等

# 山梨県中北圏域 入退院連携ルール ～病院とケアマネジャー編～

## ダイジェスト版

2019年5月開始

### Aルール（ケアマネがいる場合）

在宅時	○ケアプランの共有を行う。 ○顔の見える関係作りに取り組む。
入院時	○病院は、本人、家族と面談し、退院を見据えた療養生活に関する意向を確認する。 ○病院とケアマネは相互に入院連絡を行う。 ○ケアマネは病院に情報提供書を持参または送付する。
情報共有	○病院はケアマネに入院期間の見込みを連絡する。 ○必要に応じ、中間的なカンファレンスを行う。
退院調整	○多職種で退院前カンファレンスを行い、本人や家族の意向を大切にしながら、情報の共有や詳細なサービス調整に取り組む。
退院時	○病院はケアマネに退院時サマリーを提供する。 ○ケアマネは病院にケアプランを提供する。

### Bルール（ケアマネがいない場合）

入院時	○病院は、ケアマネがいないことを確認しておく。 不明な場合は、市町村に相談する。
介護保険サービス等の利用検討	○病院は、本人や家族の意向を確認し、退院後に介護保険サービス等の利用が必要かを判断する。 ○病院は、介護保険サービス等の利用について、地域包括支援センターに相談する。 ○病院は、地域包括支援センターの助言を受け、本人や家族に手続きの方法について案内をする。 ○病院は、可能であればケアマネ選定を支援する。
情報共有 退院調整 退院時	○ケアマネが決まった後は、Aルール同様