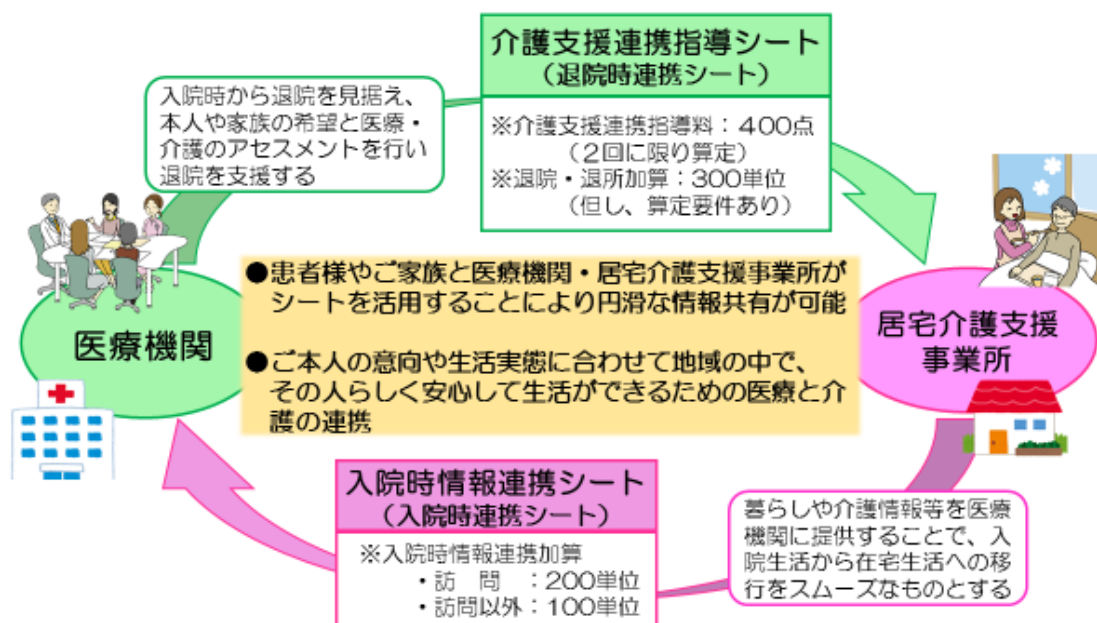


入退院時の連携シートを活用ください ～医療と介護の連携強化を目指して～

入院される方の生活基盤は入院前の自宅での生活にあります。入院によって一旦地域から切り離されたとしても、医療と介護が切れ目なくつながることで、その人らしい地域での生活を再開することが可能です。

在宅医療に必要な情報だけではなく、ご本人やご家族が地域で望む生活を関係者が共有するためのシートです。顔の見える関係を基盤に、ご本人の意向や在宅での生活課題について、シートを活用しながらカンファレンス等で連携を図ることを期待します。



入院時情報連携シート (入院時連携シート(様式1))

Q.シートはどのように活用するの？

A. 入院に当たって、医療機関が心身状況や生活環境、意向などの情報を介護支援専門員から説明を受けることで、入院中のケアの向上や退院に向けた支援につなげます。

Q.いつ渡すの？

A. 算定は入院してから7日以内に情報提供した場合に可能とありますが、医療機関が入院初期から退院を見越した支援を開始するためにも、できるだけ早く情報提供をお願いします。

Q.情報提供の手段は？

A. 医療機関に出向いて職員と面談することで200単位の加算が可能です。顔の見える関係が円滑な情報共有とスムーズな連携につながりますので、できるだけ面談を実施してください。

介護支援連携指導シート

(基本情報連携シート(様式3)・退院時連携シート(様式2))

Q.シートはどのように活用するの？

A. 入院によって日常生活から分断されている状態から、地域の中でその人らしく生活を再開していただけるための支援としてケアプランの作成等に活用します。

Q.どのような手順？

＊患者様・ご家族、介護支援専門員との面談の前にシートを記入するのがポイントです。

《基本情報連携シート(様式3)》

主に新規で介護支援専門員に依頼する、もしくは担当の介護支援専門員が代わった際に情報提供するシートで、入院後病状が比較的落ち着いた段階で、患者様やご家族と話し合い、介護支援専門員へ退院支援の協力依頼と面談の日程調整をします。面談当日までにシートは作成しておきます。

《退院時連携シート(様式2)》

介護支援専門員と退院前カンファレンスの日程調整をする。本シートと各専門職が作成した情報提供書等を用意し、介護支援専門員が最終的なケアプラン作成のための指導を行う際に活用します。
 ※いずれの場合も、カンファレンスの前に介護支援専門員に情報提供してもよいか、必ず患者様・ご家族の了承(署名必須)を得る。また、関係者との面談や退院前カンファレンス終了後、シートの原本を患者様・ご家族へ、コピーを介護支援専門員へ渡します。

Q 情報提供の手段は？

A .必ずしも退院前カンファレンスが必要ではありませんが、介護支援専門員が来院して連携することは必須です。

入院時情報連携シート(一部)

介護支援連携指導シート(基本情報連携シート・退院時連携シート)

入院時情報連携シート(入院時連携シート) 様式3

事業所名、本人氏名、性別、年齢、住所、介護歴、病状、在宅環境、介護歴、ADL情報、緊急連絡先

【介護支援連携指導シート(基本情報連携シート)】 様式2

【介護支援連携指導シート(退院時連携シート)】 様式2

医師情報、患者情報、面談内容、ケアプラン作成の意向、退院後のケアプラン内容

在宅医療資源リストもご活用ください

訪問診療可能な医療機関・薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、介護保険・福祉サービス提供事業所及び施設を一覧にした在宅医療資源リストも作成しておりますので連携の際にご活用ください。