

【入退院時のスムーズな連携シート】

# 活用マニュアル

## I. 入院時情報連携シート（入院時連携シート）

～在宅から医療機関へ～

## II. 介護支援連携指導シート

（退院時連携シート・基本情報連携シート）

～医療機関から在宅へ～

始良地区医師会

在宅医療推進地域支援事業

# 1. はじめに

人は地域の中で自分らしく生活しています。特に高齢者においては、青年期・壮年期・老年期と積み上げてきた人生を住み慣れたまちで自分らしく営み生活しています。しかし、高齢になるにつれ、病気にかかることも多くなり、入院によって生活が分断されてしまい、住み慣れた地域に戻れないこともあります。病気により体や認知機能の障がいを持って、本人の意向と生活実態に合わせて、地域の中でその人らしく生活を再開していけるように、医療と介護が連携していくことが重要です。

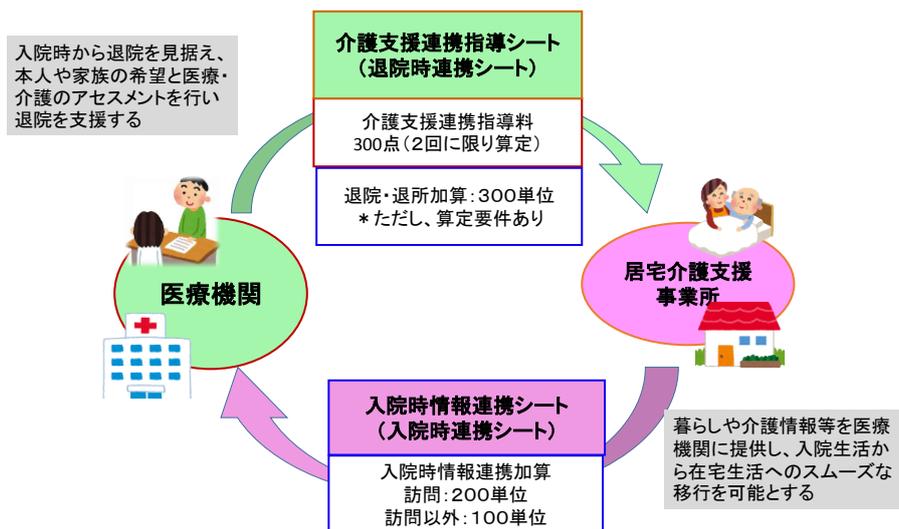
# 2. 連携シートの目指すところ

本人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、医療と介護の支援が切れ目なくつながることで、その人らしい生活を取り戻し、地域での生活を再開することは可能です。

医療と介護の連携にあたり、本人の身体状況やADL等の情報を共有するだけでは、その人らしい生活を再開するための情報としては不十分であり、本人や家族が、日々どのように生活していたのか？どんなことを大事にしていたのか？などの想いをくみ取り、地域で望む生活のイメージを共有することによって実現していきます。

そのためには、疾病や障がいを抱えながらも、生きがいを持ち、住み慣れた地域で暮らすために、本人の望む医療と介護をつなぐコーディネーターとしての役割を各関係者が担うことを認識する必要があります。

医療と介護の円滑な連携を実現するために、本人や家族にとって必要な情報と地域で望む生活を関係者が共有するために、「入院時情報連携シート（入院時連携シート）」と「介護支援連携指導シート（退院時連携シート）」を作成しました。シートを利用することで対象者情報の把握がしやすいですが、細かい生活背景や気持ちの微妙なニュアンスは十分に伝達することはできません。顔の見える関係を基盤に、シートを活用しながら本人の意向や問題認識を協議し連携を図っていくことを望んでいます。



# 3. その他

入院時には入院時情報連携加算、退院時には介護支援連携指導料の算定を可能としました。シートに記載する内容は、記載者の負担を考慮して、医療と介護が連携するための必要最小限の情報に留めました。

# I. 入院時情報連携シート（入院時連携シート）

## 1. 入院時情報連携シートの目的

入院前から地域で介護保険サービスを利用していた方が（以下利用者）、医療機関は介護支援専門員からの情報により、その人が家庭や地域においてどのように過ごしてきたのか。どんな希望や思いを持って生活を営んできたのかを知ることができます。

## 2. 連携シートの対価と介護報酬上のきまり

### 入院時情報連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）

利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等に係る必要な情報を提供した場合は、厚生労働大臣が定める基準（平成24年厚労省告示第96号の五十九）に掲げる区分に従い、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- イ 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位
- ロ 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位

※厚生労働大臣が定める基準

（平成24年厚労省告示第96号の五十九）

#### イ. 入院時情報連携加算（Ⅰ）

介護支援専門員が病院又は診療所に訪問し、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること

#### ロ. 入院時情報連携加算（Ⅱ）

イ以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること

## 【入院時情報連携加算について〔老企第36号 第3の12〕】

### (1) 総論

「必要な情報」とは、具体的には、当該利用者の心身の状況（例えば疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況をいう。当該加算については、利用者1人につき、1月に1回を限度として算定することとする。なお、利用者が入院してから遅くとも7日以内に情報提供した場合に算定することとする。

また、情報提供を行った日時、場所（医療機関に出向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX等）等について居宅サービス計画等に記録すること。なお、情報提供の手段としては、居宅サービス計画等の活用が考えられる。

### (2) 入院時情報連携加算（Ⅰ）

医療機関へ出向いて、当該医療機関の職員と面談し、必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。

### (3) 入院時情報連携加算（Ⅱ）

(2) 以外の方法により必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。

### 3. 入院時情報連携シート作成のポイント

介護支援専門員⇒医療機関

#### 【入院時情報連携シート（入院時連携シート）】

様式1-1(両面版)

平成 年 月 日作成

事業所名		TEL		
担当者名		FAX		
ふりがな				
本人氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生 ( ) 歳	
住所			TEL	
介護保険	介護度	認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 その他:			
認知症	認知症の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	認知症の周辺症状			
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 その他:			
住居状況	<input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 借家 / <input type="checkbox"/> 一戸建て・ <input type="checkbox"/> 集合住宅 / 自室: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 階 住宅改修工事: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有			
本人・家族の意向	平成 年 月 日時点 目標や夢、暮らしに対するこだわりなどを記入する欄。 「自宅でも病院でも本人が本人らしく暮らし続けられるように」という今回の事業の核となる部分。 元気な頃の意向か、入院に繋がる疾患を発症した後の意向かを明確にするため、日付を記入する			
自宅環境の課題・自宅周囲の問題点	ベッドからトイレまでの距離や、リハビリ等においてあがれるようにならない段差、また隣家との距離など、在宅療養のために必要な事柄をわかりやすく記入。 記入方法は見取り図、文章どちらでも可。		(家族構成) ◎回=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」、副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
緊急連絡先	家族構成はジェノグラムで記載 家族間のトラブルや、家族と関わる際に気を付けるべき事項があれば記入する。		家族構成 家族の関係性・家族の介護力	
	名前	続柄		連絡先
<< 現在利用しているサービス >>				
サービス内容	事業所名	利用頻度		
		回 /	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月	
		回 /	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月	
		回 /	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月	
		回 /	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月	
		回 /	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月	

(表)

今までの生活歴	当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。 職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。 これまでの生活歴を知ることで日頃の会話が広がる。関わり方のヒントになる。		
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方・特徴・こだわり	趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人・家族の生活	友人・地域との関係性
	病院側が特徴を知ること、本人に合わせた多様なかわり方が出来るようになる。 本人の起床から睡眠までの一日の流れに沿って食事・入浴・買い物、仕事や日課にしていること等を記載する。 寝たきりで完全に家族へ依存している場合は家族がどのように関わっているかまでを記載する。家での生活を極力崩さずに病院での生活が送れることで、在宅生活への移行がスムーズ出来るようになる。		リハビリやボランティアの訪問など、病院内での活動に意欲を持たせるために必要な情報。 また、リハビリや退院の際の目標設定が明確になる。 退院後にどれだけの人に関わってくれる可能性があるのかを知ること、退院後の生活が見えてくる。 退院時指導の際のサービスを選定する時のヒントにもなる。

現病歴・既往歴・担当医 ○かかりつけ歯科医院( ) ○かかりつけ薬局( )

病名	発症年月日	医療機関名	医師名	住所・電話番号
主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往歴と治療・服薬の状況について時間の経過順に記載する。 複数の診療科があった場合など、本人や家族からの聞き取りだけでは漏れる場合があるため記載をお願いしたい。				TEL:
				TEL:
				TEL:
				TEL:

ADL情報(特記事項があれば記入)

食 事	
移 動	
入 浴	表面上は特に問題はなさそうに見えるが注意が必要なこと。本人や家族からの聞き取りだけでは見えてこないような情報を記載する。 詳細が記入出来る様、選択式ではなく自由記載としている。
排 泄	
コミュニケーション	
その他	
備 考	

(裏)

上記利用者の入院にあたり、情報提供を受けました。

平成 年 月 日 医療機関名 氏名

4. 入院時情報連携シート記入例

《記入例》

【入院時情報連携シート（入院時連携シート）】

介護支援専門員⇒医療機関

様式1-1（両面版）

平成 27 年 6 月 1 日作成

事業所名	霧島始良居宅介護支援事業所	TEL	66-0000
担当者名	霧島あい子	FAX	65-△△△△

ふりがな	ゆうすい たろう		
本人氏名	湧水太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
住所	始良市〇〇町△△1-2-3		TEL 63-△〇◆〇
介護保険	介護度 要介護2	認定期間	平成 26 年 11 月 1 日～平成 27 年 10 月 31 日
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 特定疾患医療受給者証 )		
認知症	認知症の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
	認知症の周辺症状	夢と現実の区別がつかず夜中に徘徊したことがある。いないはずの人が見える。	
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護   その他：		
住居状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 借家   / <input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て・ <input type="checkbox"/> 集合住宅   /   自室： <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有   1 階   住宅改修工事： <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有		
本人・家族の意向	平成 27 年 5 月 20 日時点		
	(本人) 旅行が好きでしたが北海道だけは行っていません。いつか北海道に旅行に行って駅弁を食べたい。 夜中に無意識に家を飛び出したりする。自分が寝ると何をするかわからず不安になる。この症状をどうにか治したい。 (妻) 幻覚が出始めてから夜中は1時間おきに起こされてほとんど眠れていません。せめて幻覚のなかった1か月前の状態に戻してほしい。		
自宅環境の課題 自宅周囲の問題点	玄関に15cmの上り框があるが、それ以外は段差もない。自宅は山の傾斜にある住宅地。普段はひとりで歩くことも出来ない。		◎回=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」、副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)    <b>家族の関係性・家族の介護力</b> 妻と二人暮らして妻は日中仕事をしている。 子供は皆、遠方におり協力は望めない。
緊急連絡先	名前	続柄	
	湧水次郎	長男	090-0000-0000
	西郷花子	長女	080-0000-0000

《現在利用しているサービス》

サービス内容	事業所名	利用頻度
通所介護	〇〇デイサービスセンター	3 回 / <input checked="" type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月
		回 / <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月

(表)

今までの生活歴	鹿児島市出身。若いころは大阪に出て運送会社に勤めていた。親が高齢になったことを機に子供たちを大阪に残し鹿児島に帰ってくる。 鹿児島に帰って来てすぐの平成15年にパーキンソン病を発症。だままだまし宅配などのパートを続けてきたがすくみ足がひどくなり平成20年に仕事を辞めている。		
現在の生活状況	1日の生活・過ごし方・特徴・こだわり		趣味・楽しみ・特技
	家事は妻が行う。 朝は仕事をしていた頃の習慣で5時には起きる。 徘徊を始めるのは夜、寝入った22時から23時頃が多い。		仲の良い3家族で毎年旅行に行っていた。 若い頃からゴルフやギャンブルなど趣味が多く、遊びは何でもしていた。
(どんな暮らしを送っているか)	時間	本人・家族の生活	友人・地域との関係性
	5:00	起床。寝起きが一番体の動きが悪い	社交的な方で、学生時代の友人や会社関係者などと現在もつながりがある。ただ、パーキンソン病がひどくなつてから徐々に関わりが減ってきている。 地域行事には主に妻が参加している。民生委員や自治会長とは顔なじみ。
	6:30	朝食・新聞、マッサージ機にのる	
	12:00	昼食	
	18:30	夕食	
	20:00	入浴	
	21:30	就寝	
	23:00	徘徊して家を出た事あり	

現病歴・既往歴・担当医 ○かかりつけ歯科医院( ○○歯科医院 ) ○かかりつけ薬局( △調剤薬局 )

病名	発症年月日	医療機関名	医師名	住所・電話番号
パーキンソン病関連疾患	平成15年9月	○○病院	始良 太郎	始良市△△町1-1-1 TEL: 62-○○△△
レム睡眠運動障害	平成27年4月	○○クリニック	隼人 次郎	霧島市○○町2-2-2 TEL: 42-△◆△◆
				TEL:
				TEL:

ADL情報(特記事項があれば記入)

食 事	フォークやスプーンで摂取。振戦が強くと体の固まる時が2時間おきにあり、そんな時はひとりでは食べられなくなる。飲み込みは問題ない。
移 動	かなり前かがみで歩く。歩き出すと止まれなくなる時が多く、そんな時は自分から前に倒れこむ。そのため膝にはいつもあざがある。物を持つては歩けない。 屋外では車椅子で移乗することが多い
入 浴	妻が家で入れている。背中に手が回らず介助を受けている。
排 泄	便秘がち。下痢で排便する。 夜中や朝方は足が進まないため妻が抱えるようにしてトイレへ移動する。
コミュニケーション	パーキンソン病の薬を飲んで調子のいい時は『目の前に人がいる』などはっきりした幻覚を見ている。薬が切れるとすくみ足や振戦がひどくなり固まる。この時は全く話が出来ない。
そ の 他	夜中など夢の中にいる感覚の時は普段考えられないような体の動きを見せる。高いフェンスをよじ登っていたり、100m以上の距離を徘徊していたこともある。
備 考	

(裏)

上記利用者の入院にあたり、情報提供を受けました。

平成 年 月 日 医療機関名 氏名

## II. 介護支援連携指導シート

### (退院時連携シート・基本情報連携シート)

～医療機関(病院・診療所)⇨介護支援専門員～

#### 1. 介護支援連携指導シート（退院時連携シート・基本情報連携シート）の目的

入院によって日常から分断されてしまっても、その人らしい人生を過ごすために、これまで過ごしてきた生活の情報やご本人の思いを在宅においての支援者とともに繋いでいくことは重要であり、支援者がご本人・ご家族の意向や問題認識を顔の見える関係で協議して支援していくことが必要です。

病気により体や認知機能の障がいを持ったとしても、ご本人の意向と生活実態に合わせて、地域の中でその人らしく生活を再開していけるように支援していくことがこの退院支援の視点と目的であり、この連携シート作成においても、医療機関の担当者の方がこの視点に立って、医療機関と在宅をつなぐコーディネーターとして、ご本人・ご家族の意向を大切にしながら、担当する介護支援専門員と顔の見える連携をおこなっていただきたい。

#### 2. 介護支援連携指導シート（退院時連携シート・基本情報連携シート）の作成パターン

##### (1) 退院時連携シート（様式2）

このシートを作成する場面は、退院前カンファレンスを想定しています。

退院前カンファレンスの日程が決まったら、このシートを作成します。作成後、患者様・ご家族の同意を得て、各専門職からのサマリーや情報提供書をつけて介護支援専門員へ渡します。シートの内容説明や各専門職からの情報提供は退院前カンファレンスで行います。

##### (2) 基本情報連携シート（様式3）

このシートを作成する場面は、患者様やご家族に退院の意向をお伺いする際に、新しく担当する介護支援専門員へ患者様の状況を見に来ていただくことがあります。

その場合、まずは介護支援専門員へ電話連絡を行い、日程を決めて来院してもらうことが多くあります。その日がシートを渡すタイミングです。

事前に患者様本人やご家族に情報提供の同意を得て、介護支援専門員へ渡し、経過を説明します。

#### 3. 連携シートの対価と診療報酬上のきまり

介護支援連携指導シートとは？

**B004-9 介護支援連携指導料**

**300点**

##### 【注】

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師・社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。

## 【通知】

- (1) 介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も介護サービスの導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と連携し退院後の介護サービス計画（ケアプラン）作成につなげることを評価するものである。
- (2) 介護支援連携指導料は、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、患者が入院前にケアプラン作成を担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者若しくは介護施設の介護支援専門員と共同して患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定できるものである。
- (3) 初回の指導は、入院の原因となった疾患が比較的落ち着いた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービス等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、患者がより適切な療養場所を選択することに資するものであり、2回目の指導は、実際の退院を前に、最終的なケアプラン作成のための指導を行う等の指導を想定したものである。
- (4) 介護支援連携指導料の算定に当たっては、行った指導の内容等について、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付し、当該文書の内容以外に療養上必要な指導内容がある場合は、その要点を診療録に記載する。
- (5) 介護支援連携指導料を算定するにあたり共同指導を行う介護支援専門員は、介護サービスの導入を希望する患者の選択によるものであり、患者が選択した場合には、当該保険医療機関に併設する居宅介護事業所等の居宅介護支援専門員であっても介護支援連携指導料の算定を妨げるものではない。
- (6) 同一日に区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2の注3に規定する加算を算定すべき居宅介護支援専門員を含めた共同指導を行った場合には、介護支援連携指導料あるいは退院時共同指導料2の注3に規定する加算の両方を算定することはできない。

## 【疑義】

- (問1) 介護支援連携指導料について、医療機関に併設する介護保険施設の定義如何。  
(答) 「併設保険医療機関の取り扱いについて」（平成14年3月8日保医発第0308008号）に準じる。  
なお、具体的には、保険医療機関と同一敷地内にある介護保険施設等のことをいう。
- (問2) 介護支援専門員との連携後に、病態の変化等で、転院又は死亡した場合などは、介護支援連携指導料は算定可能か。  
(答) 退院後に介護サービスを導入する目的で入院中に共同指導を行った場合であって、結果的に病状変化等で転院又は死亡退院となった場合であっても、算定可能である。
- (問3) 介護支援連携指導料における「介護保険施設等の介護支援専門員」とは、介護老人福祉施設の介護支援専門員業務や、特定施設の計画作成担当者業務を行っている者（届け出ている者）だけでなく、介護支援専門員の資格を有する者であればよいのか。  
(答) 当該報酬において医療機関が連携すべきとされているのは、「退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した介護支援専門員」とされていることから、ケアプラン作成を担うことができる介護支援専門員に限られる。
- (問4) 介護支援連携指導料における介護支援専門員に、地域包括支援センターの介護支援専門員も含まれるか。  
(答) 含まれる。

(問5) 介護支援連携指導料について、診療録に添付するケアプランは、いわゆるケアプラン原案でもよいか。

(答) よい。

(問6) 介護支援連携指導料について、特定機能病院等の在院日数が短い保険医療機関では退院直前にのみ共同指導が行われる場合も想定されるが、留意事項通知上「2回目の指導内容」とされている指導内容について「初回指導」として行うことになっても算定は認められるのか。

(答) 指導の内容については、入院の経過に応じて適切に行われるべきものであり、退院直前の患者に対する初回の指導について、留意事項通知上「2回目の指導内容」とされている指導が行われることは差し支えない。

(問7) 介護支援連携指導料について、「初回の指導内容」と「2回目の指導内容」を同一日に行った場合の算定方法如何。

(答) 入院の経過に応じて適切な指導が行われている場合であっても、同一日に行った指導については、1回分の指導料を算定する。

(問8) 介護支援連携指導料について、「ケアプランの写しを診療録に添付すること」とされているが、ケアプランは、その原案やケアプランに位置付ける予定のサービスを記載した文書でもよいか。

(答) よい。

#### 【参考】

(問1) 併設する居宅介護支援事業所が実施した場合でも本人の選択なら算定可能とあるが、同一法人内でも同様の取り扱いと解釈してよいか。

(答) よい。

(問2) 具体的に介護支援専門員が、来院して連携することが必須となるか。

(答) そのとおり。

(問3) 介護支援専門員との連携後に、病態の変化等で、転院又は死亡した場合などは算定可能か。

(答) 算定可能。

## 4. シートの説明と作成手順

### 《退院時連携シート（様式2）》

「実際の退院を前に、最終的なケアプラン作成のための指導を行う等の指導を想定したものである。」(医科点数表の解釈 抜粋)

#### (患者様・ご家族への説明と指導) ～説明した内容を記載する～

退院に向けて患者様・ご家族と話し合った内容について記載します。

患者様やご家族の希望や意向に従って退院支援をおこない、どのようなサービスの導入が必要か専門職としての見地から説明を行い、その内容を記載します。

また、退院日や退院後の診療の予定・介護保険情報・必要と思われるサービスについて記載します。

#### (情報提供)

退院支援担当者から介護支援専門員への情報提供・医療機関各専門職から介護支援専門員を通して、在宅での専門職(リハビリ・訪問看護等)へ情報提供を行います。退院前カンファレンスを開催し、Face To Face で顔を見合わせながら各専門職が情報のやり取りを行うことを想定しますが、退

院前カンファレンスの実施ができないことも多くの場面で考えられます。必ずしも退院前カンファレンスの実施は必要ではなく、退院に至った経過と情報提供が介護支援専門員の来院時に説明できればよいです。

情報提供は必ずしも決められた書式ではなく、各医療機関で使用している情報提供書式で記載してもらうことで、情報提供する医療機関スタッフの事務的な負担を軽減します。

### 【手順】

- ① 介護支援専門員と共に、退院前カンファレンスの日程を調整します。  
↓
- ② 介護支援専門員へ向けての情報（看護サマリー等）を医療機関専門職へ依頼します。  
↓
- ③ 退院前カンファレンス前に「退院時連携シート（様式2）」の書式に退院へ向けての患者様・ご家族の意向や支援経過などのほか、必要な項目（氏名・入院日・病名・実施日など）を記入し、「ご本人・ご家族の署名」欄のみを残す。（その後、「必要な項目」への記載に変更・追加があった場合手書きします）  
↓
- ④ 介護支援専門員への情報提供の同意の署名を退院前カンファレンスの開催前に患者様・ご家族へ記載してもらい指導シート作成は終了。  
↓
- ⑤ 医療機関各専門職が作成した情報は退院前カンファレンス当日までに用意する。  
↓
- ⑥ 退院前カンファレンスにおいて、各専門職からの情報提供を行い退院日を確認し終了します。  
↓
- ⑦ 退院（退院後の問合せについても情報提供を行います）  
↓
- ⑧ 介護支援専門員は医療機関へケアプランを提出します。

## 《基本情報連携シート（様式3）》 ※新規で介護支援専門員に依頼する場合

「入院の原因となった疾患が比較的落ち着いた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービス等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、患者がより適切な療養場所を選択することに資するもの」（医科点数表の解釈 抜粋）

退院に際し、患者様・ご家族の意向を聞き、在宅または施設サービスの利用意向があった場合、地域において利用可能なサービスについて説明し、サービス導入に向けて何をしていくかを説明します。あくまでも、患者様・ご家族への説明や指導となります。

様式3の書式に患者様・ご家族の意向と説明した内容を記載し、介護支援専門員への情報提供への承諾を患者様・ご家族へ署名により得ます。

介護支援専門員へ介護支援連携指導シート（基本情報連携シート（様式3））と患者様の基本情報を提供し、退院に向け介護保険認定申請手続きやケアプラン作成の依頼を行います。

患者様・ご家族へは介護支援連携指導シートの原本を渡し、介護支援専門員にはそのコピーを渡します。また、医療機関カルテ用にコピーを行います。

## 【手順】

- ① 患者様・ご家族と退院後の生活について話し合います（面談）  
↓
- ② 介護支援専門員へ退院支援の協力を依頼し、来院日を調整  
↓
- ③ 「基本情報連携シート（様式3）」の書式に退院への患者様・ご家族の意向や支援経過などを記載  
↓
- ④ 患者様・ご家族へ情報提供の同意を得る  
↓
- ⑤ 介護支援専門員が患者様に会いに来た際に、様式3を渡し、現状について説明。患者様の基本情報や支援経過を情報提供します。

※退院前カンファレンスの必要性がない場合や、開催する時間がない場合は、「上記の介護支援専門員への情報提供について下記の署名をもって同意します。介護支援専門員が必要な各専門職（看護・薬剤・リハビリなど）からの情報提供にも承諾します。」と記載してあるので、看護サマリーやお薬情報、リハビリ情報提供が添付できるようにしておきます。

## 5. 作成のポイント

このシートを円滑に利用するには、ポイントは1つです。

ポイントは「介護支援専門員と会う前に事前に作成すること」です。介護支援専門員と会う前に、情報を集めて記入します。作成後に患者様やご家族の同意を得て（署名して頂く）、介護支援専門員へ渡す準備を行います。

このシートを利用することで、現時点でどのような支援計画であるかを患者様・ご家族へ示すことができます。

6. 「退院時連携シート（様式2）」の記入例

医療機関⇒介護支援専門員

＜記入例＞ 【介護支援連携指導シート（退院時連携シート）】 (excel版)  
様式 2

医療機関名	○△市民病院		入院日	平成 26 年 7 月 25 日
ふりがな	きりしまじろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
患者氏名	霧島次郎 様	生年月日	昭和 15 年 1 月 1 日生	75 歳
病名	パーキンソン病			
実施日	平成 27 年 1 月 20 日	説明形式	退院前カンファレンス	
説明者・参加者	居宅介護支援事業所 霧島 ○△市民病院: ○○医師・病棟師長・受持看護師・リハ担当者・薬剤師・栄養士			
担当者	始良花子	職種	社会福祉士	

**【ご本人の希望（患者様がどのように希望しましたか）】**  
できるだけ自宅で生活したい。自宅で裁縫をしたい。

**【ご家族の希望（ご家族がどのように希望しましたか）】**  
できるだけ自宅で生活させてあげたいが、日中独居となってしまふ。入院継続または転院での長期療養を考慮したが、本人が少しでも自宅で過ごしたいと希望しているので、それが可能なサービスを身近な所で利用し、心穏やかに生活させてあげたい。

**【意向を踏まえてサービス導入に至った理由と予定サービス(説明内容)】**  
南九州病院退院後は、ご本人は自宅へ帰りたいと考えているが、パーキンソン病の症状があり、同居のご家族は共働きで日中独居となることから常時見守ることは難しい。  
今回は、馴染みのある通所施設を利用しながら、心穏やかに生活できるよう整えていく。

**【退院日と今後の診療予定】**

退院予定日:	平成 27 年 2 月 20 日	退院後の主治医	○△市民病院 ○○医師
退院後の診療予定:	1 回 / <input type="checkbox"/> 週 <input checked="" type="checkbox"/> 月		

介護保険情報  無  申請中  要支援 ( )  要介護 ( 2 )

認定期間 平成 27 年 1 月 1 日 ~ 平成 28 年 12 月 31 日

**【退院後に予想されるサービスの内容】**  
通所リハ(デイケア横川)・通所介護(デイサービス湧水)・訪問看護(訪問看護ステーション北山)

情報提供先	事業所	居宅介護支援事業所 霧島	介護支援専門員	西郷たか子
-------	-----	--------------	---------	-------

**【各専門職より情報提供（情報提供するものにを記入）】**

<input checked="" type="checkbox"/> ケア情報:	<input checked="" type="checkbox"/> 看護サマリー	<input type="checkbox"/> その他の情報 [ ]
<input checked="" type="checkbox"/> リハビリ情報:	<input checked="" type="checkbox"/> リハビリ情報提供	<input type="checkbox"/> その他の情報 [ ]
<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤情報:	<input checked="" type="checkbox"/> おくすり説明書	<input type="checkbox"/> その他の情報 [ ]
<input type="checkbox"/> 食事情報:	<input type="checkbox"/> 栄養サマリー	<input type="checkbox"/> その他の情報 [ ]
<input type="checkbox"/> その他:	[ ]	

**【介護保険以外に利用できる制度】** ※身体障害者手帳 療育手帳 精神保健福祉手帳等を記載  
特別障害者手当・訪問給食(民間)・おむつ支給

情報提供同意： 上記の介護支援専門員への情報提供について下記の署名をもって同意します。  
介護支援専門員が必要な各専門職(看護・薬剤・リハビリなど)からの情報提供にも承諾します。

平成 年 月 日

ご本人・ご家族の署名 (同意について)

(続柄)

※ご本人・ご家族へ原本をお渡しします。

※指導料算定には介護支援専門員の来院とケアプラン添付を要する。

7. 「基本情報連携シート（様式3）」の記入例

医療機関⇒介護支援専門員

【介護支援連携指導シート（基本情報連携シート）】 (excel版)  
 様式3

医療機関名	○△市民病院			入院日	平成	年	月	日			
実施日	平成	27年	1月	16日							
担当者	始良花子			職種	社会福祉士						
ふりがな	きりしまじろう			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女					
患者氏名	霧島次郎			様	生年月日	昭和	15年	1月	1日	生	75歳
病名	パーキンソン病										
説明を受けた人	居宅介護支援事業所 霧島 ○△市民病院:○○医師・病棟師長・受持看護師・リハ担当者・薬剤師・栄養士										

**【ご本人の希望(患者様がどのように希望しましたか)】**  
 できるだけ自宅で生活したい。自宅で裁縫をしたい。

**【ご家族の希望(ご家族がどのように希望しましたか)】**  
 できるだけ自宅で生活させてあげたいが、日中独居となってしまう。入院継続または転院での長期療養を考慮したが、本人が少しでも自宅で過ごしたいと希望しているので、それが可能なサービスを身近な所で利用し、心穏やかに生活させてあげたい。

**【意向を踏まえてサービス導入に至った理由と予定サービス(説明内容)】**  
 ○△市民病院退院後は、ご本人は自宅へ帰りたいと考えているが、パーキンソン病の症状があり、同居のご家族は共働きで日中独居となることから常時見守ることは難しい。  
 今回は、馴染みのある通所施設を利用しながら、心穏やかに生活できるよう整えていく。

**【介護保険の情報 (この時点での介護認定状況と担当者)】**

介護保険情報	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 要支援 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護 ( 2 )	
認定期間	平成27年 1月 1日		～	平成28年 12月 31日	
事業所	居宅介護支援事業所 霧島			介護支援専門員	西郷たか子

**【支援計画の内容 (これから何をしていくか)】**  
 新しく担当する介護支援専門員の方と退院の調整を行っていく。

情報提供先	事業所	居宅介護支援事業所 錦江湾	介護支援専門員	島津なり子
-------	-----	---------------	---------	-------

**【各専門職より情報提供(情報提供するものに☑を記入)】**

患者様基本情報: [ ]

ケア情報 :  看護サマリー  その他の情報 [ ]

その他 : [ ]

情報提供同意： 上記の介護支援専門員への情報提供について下記の署名をもって同意します。  
 介護支援専門員が必要な各専門職(看護・薬剤・リハビリなど)からの情報提供にも承諾します。

平成 年 月 日

ご本人・ご家族の署名 (同意について)

(続柄)

※ご本人・ご家族へ原本をお渡しします。

※指導料算定には介護支援専門員の来院とケアプラン添付を要する。