

【入退院時のスムーズな連携のために】

活用マニュアル

I. 入退院時の医療・介護関係機関の動きと報酬について
(入退院支援フロー図)

II. 在宅から医療機関へ
入院時の情報提供 (入院時連携シートの活用含む)

III. 医療機関から在宅へ
退院時の情報提供 (介護支援連携シートの活用含む)

出水地区

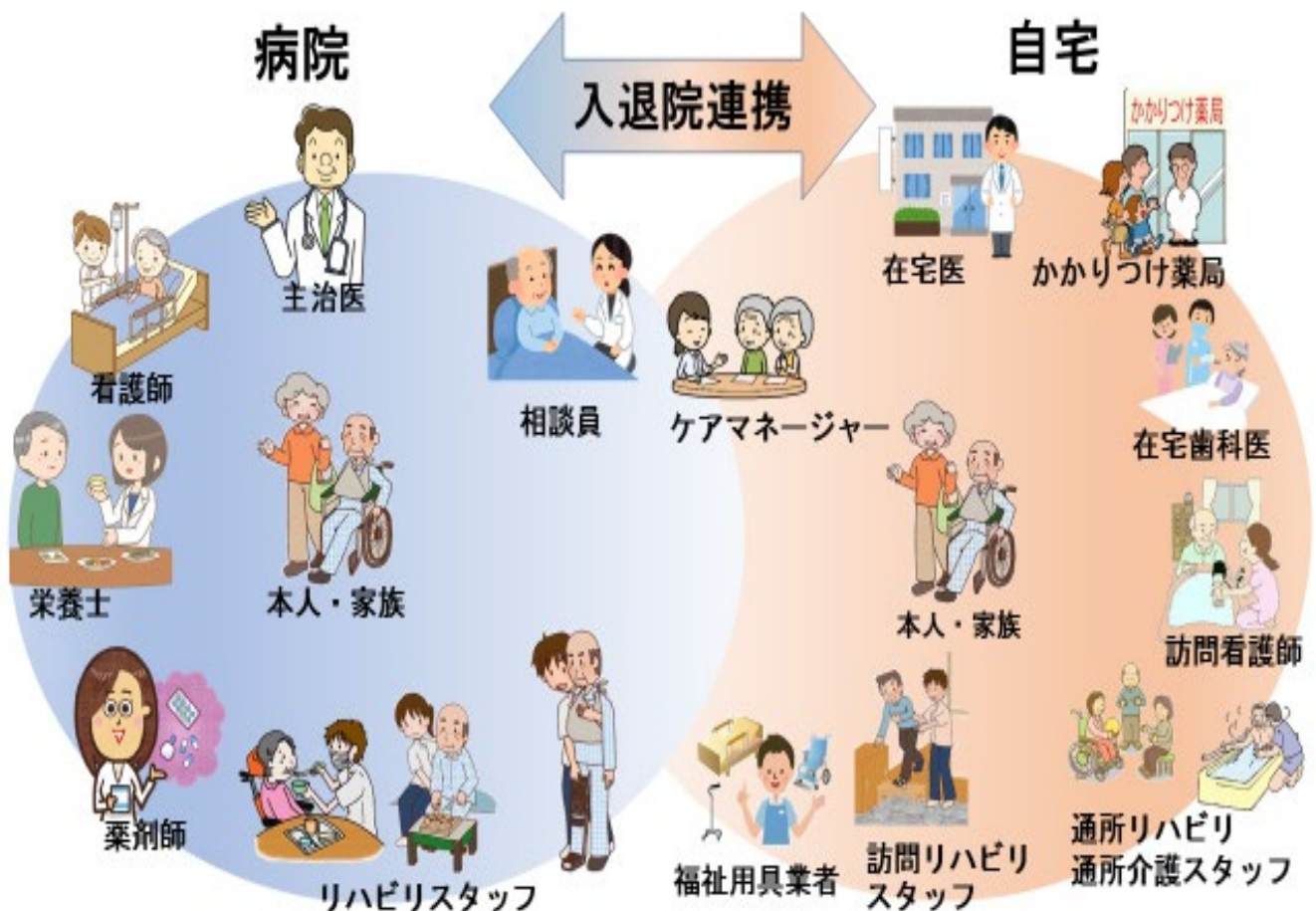
在宅医療・介護連携推進協議会

活用マニュアル利用にあたって

入退院を支援する上で、シームレスな連携が求められています。そこで、医療・介護を必要とする患者（利用者）が安心して入退院や在宅への移行ができるように、それに関わる多職種が活用できるルールとマニュアルを作成しました。

入退院時のスムーズな連携の目指すところ

医療と介護の円滑な連携を実現するために「入退院時支援フロー図」、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「介護支援連携シート（基本情報連携シート・退院時連携シート）」、「簡易スクリーニングシート」を作成しました。日頃から顔の見える関係を構築し、患者（利用者）の状態に応じては、退院支援カンファレンスの開催と合わせ、各シートを活用し、患者（利用者）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。患者（利用者）の退院後の望む暮らし・生活の質の充実を実現するため、関係者それぞれが他人事ではなく「入退院支援チームの一人」としての自覚を持ち出水地区全体で取り組んでいきましょう。

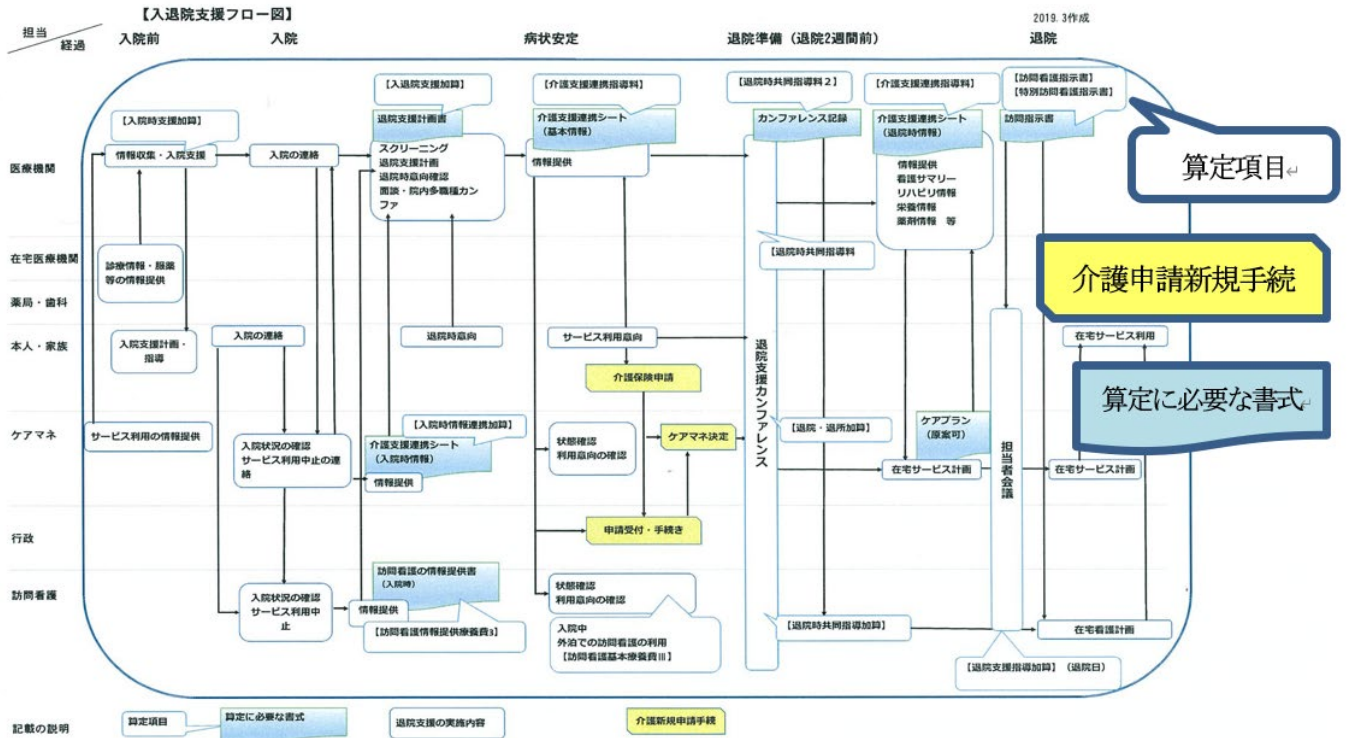


※以下文章内に、介護支援専門員・ケアマネジャー・ケアマネとの表現がありますが、同義語です。

I. 入退院時の医療・介護関係機関の動きと報酬について

退院後の生活の質の充実につなげる為、入院医療機関・在宅医・ケアマネだけでなく、在宅歯科医師・かかりつけ薬局・訪問看護師・行政を含めた多職種で入退院時必要となる連携を示した

フロー図 (右クリックメニューから別ウィンドウで表示いただけます) を作成しました。



下図は報酬に関する解釈です。

注：施設基準が異なるため、各医療機関での確認が必要となります。

算定項目・算定条件等	※ビデオ通話とはリアルタイムでの両向きしたコミュニケーション
医療機関 入院医療報酬 【入院時支援加算】 200点 (退院時1回) 対象：自來等からの不潔な入院 入院時支援加算業務支援費 入院中の看護や診療業務 検査、生活の計画説明	【介護支援連携指導料】 加算費：【一般】600点 入院後3日以内退院希望な患者 対象：入院後3日以内退院希望な患者 加算費：【一般】100点 加算費2：【看護】600点 退院指導の要請者の抽出 出来るだけ早期の格し合い
医療機関 在宅医療報酬 【診療情報提供料】250点 患者につき1月に1回算定	【退院時共同指導料1】 在宅医療支援診療所 1500点 200点 入院中の特殊医療機関の診療支援は看護研修、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等は社会福祉士と同様で行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中に限り、在宅医療支援診療所の診療支援指導料等と同様と見做す。ビデオ通話を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
薬局 【診療情報提供料】 同業機関からの依頼、90点 同業機関からの依頼、90点 入院中の患者以外の患者に対し1月に1回	【退院時共同指導料2】 600点 退院時の共同指導料を扱う医療機関として診療研修が完了し、退院後の在宅での療養に必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院時診療報酬の診療支援指導料等と同様と見做す。文書により情報提供した場合には、当該入院中、退院時(別)に厚生労働大臣が定める疾病等の患者につき1回(別)に限り算定可能である。ビデオ通話を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
歯科 【退院時共同指導料1】 在宅医療支援診療所…800点 700点 入院している保険医療機関において、患者の同意を得て、入院中の医療機関の医師又は、業務研修と見做して退院後の療養に必要な説明及び指導を行うこととなる情報提供した場合に算定可能である。※療養支援医師が定める疾病等の患者につき2回を限度とする。	【退院時共同指導料2】 在宅医療支援診療所…800点 700点 入院している保険医療機関において、患者の同意を得て、入院中の医療機関の医師又は、業務研修と見做して退院後の療養に必要な説明及び指導を行うこととなる情報提供した場合には、当該入院中に限り、在宅医療支援診療所の診療支援指導料等と同様と見做す。文書により情報提供した場合には、当該入院中に限り、在宅医療支援診療所の診療支援指導料等と同様と見做す。ビデオ通話を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
介護認定 【入院時情報連携加算】 1：【200点(1回以内)】 0：【100点(7日以内)】 情報提供の方法は問わない	【退院・退所加算】 400点 入院中3回を限度とする 加算認定する場合はそのうち1回はカンファレンス開催が必要 (退院時共同指導料2に準ずる)
訪問看護 【訪問看護情報提供療養費】 1回100点 ※医師の情報提供書に同封が条件	【訪問看護指示料】 300点/1回 【特別訪問看護指示料】 700点/月に1回 (前月の分の2回可)
	【退院時共同指導料】 (高の分) 【退院日】 0.800円

相談員や入退院支援の担当者がいない有床診療所でも入院時のスクリーニングを簡単に行っていただくため、

[簡易版スクリーニングシート](#) (右クリックメニューから別ウィンドウで表示いただけます) を作成しました。

ご家族の情報からケアマネがいることが判明した場合、ケアマネに連絡をお願いします。また、スクリーニングのチェック項目に1つでも該当する場合は地域包括支援センターにご連絡ください。

出水地域在宅支援【簡易スクリーニング】

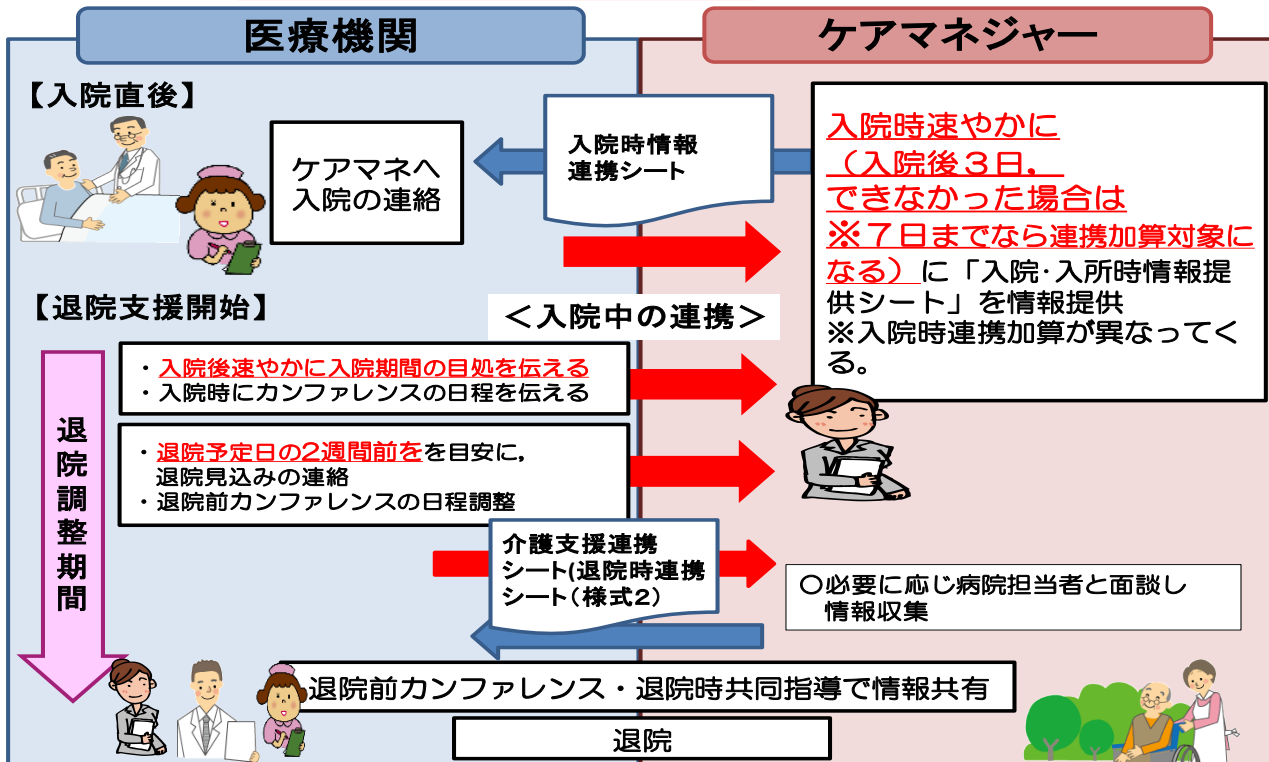
2019年7月作成

スクリーニング項目	チェック項目
1. 病状	<input type="checkbox"/> 病状によりADL低下の可能性はある
2. 家族	<input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯である <input type="checkbox"/> 介護力の不足が考えられる
3. 服薬管理状況	<input type="checkbox"/> 自分で管理が困難 支援者がいない
4. サービス利用	<input type="checkbox"/> 介護サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用が不明 <input type="checkbox"/> 今後サービスの必要性あり

1個以上チェックがある場合は下記を確認

- 担当ケアマネがいる ⇒ 担当者に連絡
- 担当ケアマネがいない、分からない ⇒ 地域包括支援センターに連絡

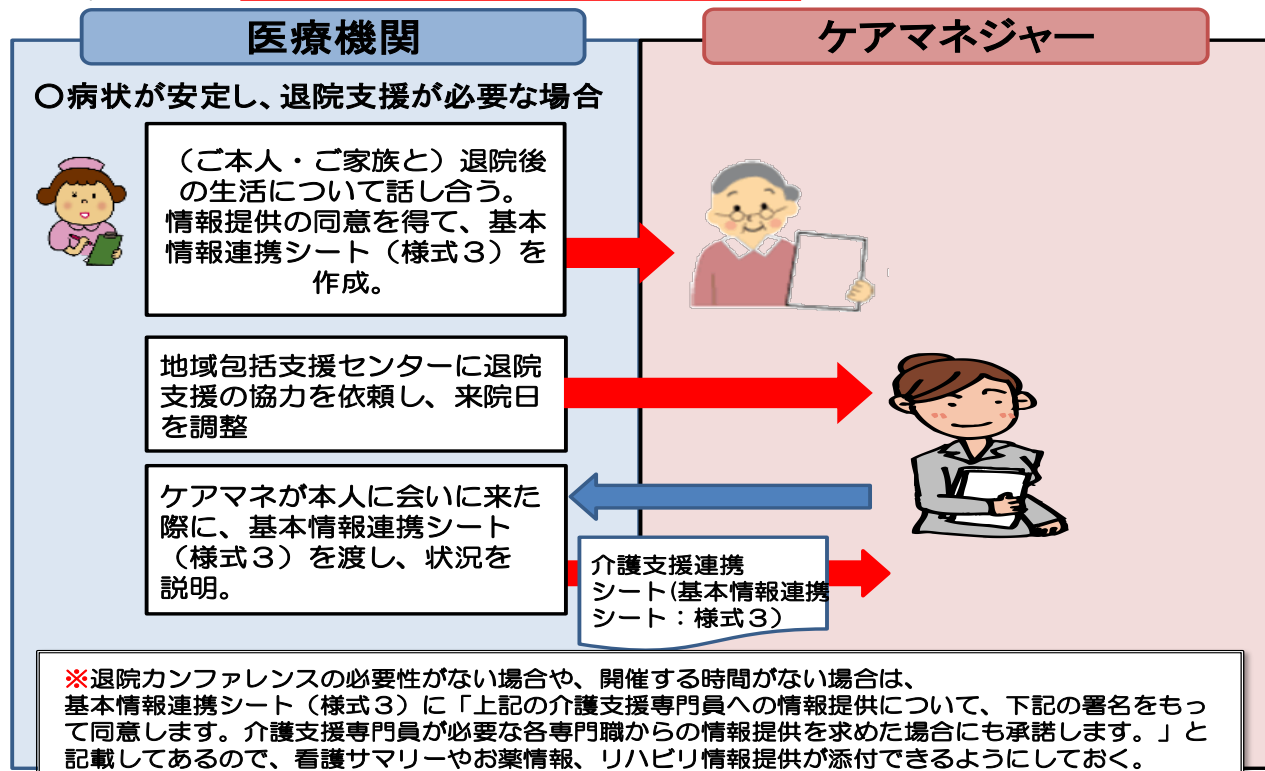
入院前にケアマネジャーがいる患者の場合



☆入院前にケアマネジャーがいない患者の場合

1. 介護保険認定を受けていない
2. 現在介護保険申請中
3. 事業対象者の認定結果、介護保険認定結果 (要支援・要介護) はあるが、ケアマネが決まっていない。

入院前にケアマネジャーがいない患者の場合



医療保険

①入院医療機関

入院時対応（各必要機関へ入院の連絡をする）

【入院時支援加算】

※退院困難の要因・面談・多職種によるカンファレンスの開催等

・加算1 600点

施設基準あり。入院後3日以内退院困難患者抽出。入院後7日以内に面談・多職種カンファレンスを実施し退院支援計画を作成する。

・加算2 190点

入院後7日以内に退院困難患者の抽出。早期の面談をする。

病状安定期対応

【介護支援提携指導料：400点（1回目）※包括対象外】

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。

退院準備（退院2週間前～）

【退院時共同指導料（退院支援カンファレンス等）】

退院時共同指導2（退院支援加算を算定する場合、自宅以外も可能）※包括対象外。

当該患者が入院している保健医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態などにある時は、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。

・文書による指導 400点

・双方の医師が参加 300点加算

・医師を含む3名参加 2,000点加算

【介護支援提携指導料：400点（2回目）※包括対象外】

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。

看護サマリー、リハビリ情報、栄養情報、薬剤情報等確認し連携シート作成し情報提供する。

退院時（必要に応じての対応）

【訪問看護指示料：300点/月1回（6か月間有効）】

退院後、医療保険または介護保険を利用し訪問看護サービスを利用する方に対し行う。

【特別訪問看護指示料：100点/月に1回（診療日から14日間有効）】

注：特定の方のみ月2回の指示書発行可能

退院後、医療保険にて2週間を上限とし集中的に訪問看護サービスが必要な時に行う。

②在宅医療機関

入院時対応

入院の情報提供を受け、入院前の状態や内服中のお薬情報等の提供を行う。

退院準備（退院2週間前～）

【退院時共同指導料（退院支援カンファレンス等）】

退院時共同指導 1

入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同で行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅了承担当医療機関において算定する。

- ・在宅療養支援診療所 1,500点
- ・それ以外 900点

退院後

介護保険利用時の担当者会議への出席又は照会票による参加

【在宅療養管理指導料】

医師：月に2回まで

診断に基づく継続的な健康管理や指導

処方されている薬の内服方法や副作用に関する指導

使用されている医療器具の管理

ケアプランに必要な情報提供

③薬局・歯科

入院時対応

入院の情報提供を受け、入院前の状態や内服中のお薬情報等の提供を行う。

退院準備（退院2週間前～）

に入院中の保険医療機関から退院支援カンファレンス等への出席。

退院後

介護保険利用時の担当者会議への出席又は照会票による参加

【在宅療養管理指導料：介護報酬単価の1～3割 訪問1回約300円～550円】

歯科医師：月に2回まで

- ・診断に基づく継続的な健康管理や指導
- ・処方されている薬の内服方法や副作用に関する指導
- ・使用されている医療器具の管理
- ・ケアプランに必要な情報提供

歯科衛生士：月4回まで

- ・正しい歯磨きの方法や義歯の手入れ方法、指導
- ・嚥下機能の維持・回復のためのアドバイス

薬剤師

病院または診療所勤務：月2回まで

薬局勤務：月4回まで

- ・医師の指示を受け、処方されている薬の管理方法や服薬指導・アドバイス

※料金等については居宅療養管理指導の利用料金目安を検索、確認してください。

④訪問看護

入院時対応

【訪問看護情報提供療養費 3：1，500円/月1回】

保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院（以下この注において「保険医療機関等」という。）に入院し、又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保健医療機関が入院し、又は入所する保健医療機関などに対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行うに当たって、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該保健医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該保健医療機関に対して情報を提供する事により訪問看護情報提供料消費3を算定している場合は、算定しない。

【情報】

・訪問看護情報提供療養費1（1，500円/月1回）は、厚生労働省大臣が定める疾患等の利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む）又は都道府県に対して情報提供を行った時に算定できる。

・訪問看護情報提供療養費2（1，500円/月1回）は、厚生労働省大臣が定める疾患等の利用者のうち、学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は、特別支援学校の小学部若しくは中学部への入学時、転校時等により当該義務教育諸学校に始めて書籍することとなる利用者について情報を提供する事により算定できる。

病状安定期対応

【訪問看護基本療養費（Ⅲ）：8，500円/原則1回（医療保険対応）】

外泊中の訪問看護を提供した場合査定できる。

厚生労働大臣が定める疾病等は2回算定可

【情報】

訪問看護基本療養費（Ⅰ）は在宅生活の訪問時に算定される。（医療保険対応）

訪問看護基本療養費（Ⅱ）は施設生活の訪問時に算定される。（医療保険対応）

※料金等については訪問看護料金表（医療保険）を検索、確認してください。

退院準備（退院2週間前～）

【退院時共同指導加算：8，000円/入院1回につき】

がん末期については2回算定できる。

退院時（必要に応じての対応）

【退院支援指導加算：8，000円（退院日）】

病院、診療所または介護老人保健施設に入院中又は入所中の方が退院又は退所するに当たり、当ステーションの看護師が在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定します。

退院後（必要に応じての対応）

医療保険または介護保険にて訪問看護サービスの提供。

介護保険利用時の担当者会議への出席又は照会票による参加。

介護保険

居宅介護支援事業所は要介護1～5の認定者を支援します。

地域包括支援センターは事業対象者、要支援1・2の認定者を支援します。

但し、地域包括支援センターと委託契約を締結した居宅介護支援事業所は事業対象者、要支援1・2の認定者の支援を行っています。

①居宅介護支援事業所

(基本は要介護認定者支援事業所。地域包括支援センターからの委託にて事業対象者、要支援1・2認定者のも担当あり)

入院時対応

入院の情報提供を受け、入院前の生活状況や基本情報の提供を行う。

【入院時情報連携加算】

入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位 入院後3日以内に情報提供(提供方法は問わない)

入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位 入院後7日以内に情報提供(提供方法は問わない)

※(Ⅰ)(Ⅱ)の同時算定不可。

※介護予防支援は含まない。

注：事業対象者・要支援1・要支援2の方に関しては入院時情報連携加算の算定できないが情報提供は行いましょう。

病状安定期対応

入院機関を訪問し病状や心身の状態確認、本人や家族の意向確認をする。

病棟看護師やMSW等と情報交換を行う。

退院準備(退院2週間前～)

【退院・退所加算：入院中3回を限度に算定可能】

医療機関や介護保険施設などを退院・退所し、在宅サービス等を利用する場合、退院・退所にあたって医療機関などの職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定できる。ただし「連携3回」算定できるのは1回以上について、入院中の担当医などとの会議(退院時カンファレンス等)に参加し、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合。

・カンファレンス参加なしの場合

退院・退所加算(Ⅰ)イ：450単位(連携1回)

病院などの職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により1回受けていること。

退院・退所加算(Ⅰ)ロ：600単位(連携2回)

病院などの職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により2回以上受けていること。

・カンファレンス参加ありの場合

退院・退所加算(Ⅱ)イ：600単位(連携1回)

病院などの職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンスにより1回受けていること。

退院・退所加算(Ⅱ)ロ：750単位(連携2回)

病院などの職員から利用者に係る必要な情報の提供を2回受けており、うち1回はカンファレンスによること。

退院・退所加算(Ⅲ)：900単位(連携3回)

病院などの職員から利用者に係る必要な情報の提供を3回以上受けており、うち1回はカンファレンスによること。

退院時・退院後

・在宅支援のためのケアプランを作成し、入院医療機関に提出する。

・支援チームで担当者会議を開催し、在宅での生活支援を開始、経過観察していく。

②地域包括支援センター（事業対象者・要支援1・要支援2認定者支援事業所）

入院時対応

入院の情報提供を受け、入院前の生活状況や基本情報の提供を行う。

注：事業対象者・要支援1・要支援2の方に関しては入院時情報連携加算の算定できないが情報提供は行いましょう。

病状安定期対応

入院医療機関を訪問し病状や心身の状態確認、本人や家族の意向確認をする。

病棟看護師やMSW等と情報交換を行う。

退院準備（退院2週間前～）

医療機関としては「退院時共同指導料」「介護支援提携指導料」の算定が出来ないが、退院時前の情報収集をしっかり行い、退院後の支援に向けケアプラン変更の必要性を確認しておきましょう。状況によっては介護保険の見直し（新規申請手続き）を進めて行きましょう。

退院時・退院後

- ・在宅支援のためのケアプランを作成し、必要に応じ入院医療機関に提出する。
- ・支援チームで担当者会議を開催し、在宅での生活支援を開始、経過観察していく。

Ⅱ．在宅から医療機関へ

入院時情報の提供（入院時連携シートを含む）

～居宅支援事業所（ケアマネジャー） ➡ 医療機関(病院・診療所等)～

1. 入院時情報提供の目的

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）入院された時、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、どのよう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. 居宅支援事業所から入院医療機関への情報提供（平成30年度介護報酬改定により）

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、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。

入院時情報連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位 入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位 入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可。

※介護予防支援は含まない。

注：事業対象者・要支援1・要支援2の方に関しては算定できないが情報提供は行いましょう。

Ⅲ. 医療機関から在宅へ

退院時の情報提供（介護支援連携シートを含む）

（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) ➡ 介護支援専門員等～

1. 退院時情報提供の目的

入院によって一時在宅生活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、支援していく必要があります。

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、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、ご本人・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、担当の介護支援専門員がおらず、新しく担当する介護支援専門員を決め、その介護支援専門員への情報提供を行うために使います。

まずは、新しい担当の介護支援専門員へ電話連絡を行い、ご本人の状況を見に来ていただく日程を決めます。その日がシートを渡すタイミングです。事前にご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

介護支援連携指導料 400点 ※包括対象外

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。

退院時共同指導料 点数は下記参照

①退院時共同指導2 （退院支援加算を算定する場合、自宅以外も可能）※包括対象外。

当該患者が入院している保健医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態などにある時は、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。

- ・文書による指導 400点
- ・双方の医師が参加 300点加算
- ・医師を含む3名参加 2,000点加算

②退院時共同指導 1

入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同で行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。

- ・在宅療養支援診療所 1, 500点
- ・それ以外 900点

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)

(ご本人・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、ご本人・ご家族と話し合った内容について記載します。
ご本人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。

【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ご本人・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ご本人・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、ご本人・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、ご本人・ご家族への説明や指導となります。

様式3の書式にご本人・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の承諾をご本人・ご家族の署名により得ます。

介護支援専門員へ介護支援連携シート（基本情報連携シート(様式3)）とご本人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。

ご本人・ご家族へは介護支援連携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 ご本人・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、ご本人・ご家族の退院への意向や支援経過などを記載
↓
- ④ ご本人・ご家族へ情報提供の同意を得る
↓
- ⑤ 介護支援専門員がご本人に会いに来た際に、様式3を渡し、現状について説明。ご本人の基本情報や支援経過を情報提供します。

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「ケアマネジャーと会う前に事前に作成すること」です。ケアマネジャーと会う前に、情報を集めて記入します。作成後にご本人やご家族の同意を得て（署名して頂く）、ケアマネジャー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ご本人・ご家族へ示すことができます。

退院後、本人・家族の意向に沿った在宅生活を支援するためには、入退院時だけでなく、日頃から主治医を初めとする医療関係機関と、介護支援関係機関が連携を重ねていくことが重要です。出水地区で生活する方々が、尊厳を持って在宅で自分らしい生活を続けて行けるよう連携構築に取り組んでいきましょう。



参考書籍

平成30年4月版 介護報酬の解釈 (社会保険研究所)

平成30年4月版 医科点数表の解釈 (社会保険研究所)

作成日：2015年4月

改訂日：2019年12月