

## 第Ⅳ章 「場面」ごとの情報連携の手順

### 1. 入院時の情報連携

#### ①情報連携のねらい

- 入院先の医療機関が「基本情報」を迅速に共有化することで、家族等（キーパーソン）や関係機関と情報交換や協議ができる体制を作ることがねらいです。
- 入院当初から退院先（回復期病棟、在宅、施設入所等）や、そこでの暮らしぶりを想定した治療や看護、リハビリテーション等の目標を設定することがねらいとなります。

#### ②情報連携項目（例）と主な発信者

主な発信者／主な受信者と情報連携項目・（入院時）

カテゴリ	主な発信者	主な受信者	項目（例）	
基本情報	ケアマネジャー	医師 看護師 MSW	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ 氏名、性別、生年月日</li> <li>✦ 住所</li> <li>✦ 住居種別</li> <li>✦ 医療保険種別</li> <li>✦ 身障手帳の保有状況</li> <li>✦ その他の手帳の保有状況</li> <li>✦ 家族構成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ キーパーソンの続柄／連絡先</li> <li>✦ 要介護度／認定日</li> <li>✦ 本人家族等が希望している日常生活像</li> </ul>
サービス関連情報	ケアマネジャー	看護師 リハビリ専門職 MSW	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ 担当居宅介護支援事業所名(担当者氏名、連絡先等)</li> </ul>	
診断・治療の情報	医師 ケアマネジャー	看護師 リハビリ専門職 MSW	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ 疾患・病歴</li> <li>✦ 処方内容</li> </ul>	
生活状況・状態等の情報	ケアマネジャー	医師 看護師 リハビリ専門職	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ ADL の状況</li> <li>✦ コミュニケーションの状況</li> <li>✦ 認知症の有無</li> <li>✦ 徘徊等の行動の有無</li> <li>✦ 生活歴</li> <li>✦ 介護者の介護方法や家族介護の状況</li> <li>✦ サービスの利用状況</li> </ul>	

## 〔解 説〕

「基本情報」、「サービス関連情報」、「生活状況、状態等の情報」を中心に、以下の考え方に基づいて情報連携が行われることが想定されます。

### ■「基本情報」／「サービス関連情報」

- ☑ ケアマネジャーが、該当する情報を発信する役割を担います。主な情報の受信者は、入院先の医師、看護師およびメディカル・ソーシャルワーカー等の地域医療連携、退院調整の担当者が想定されます。入院時に要介護認定を受けていない場合には、高齢者であれば、居住地区を所管する地域包括支援センターが情報を発信する役割を担うことも考えられます。
- ☑ 氏名、性別、生年月日、住所等の基本的な個人属性のほか、キーパーソンとなる家族の状況、住まい、加入している保険種別等、関係者が各場面で一貫して共有しておくべき情報項目を共有します。
- ☑ また、本人家族等が希望している日常生活像を共有化し、その実現に向けて治療、看護、リハビリテーション等を進めるための基礎情報として活用することが期待されます。

### ■「診断・治療の情報」

- ☑ 医師、ケアマネジャーが該当する情報を発信する役割を担います。主な情報の受信者は、看護師、リハビリ専門職、メディカルソーシャルワーカー（MSW）が想定されます。
- ☑ 疾患の状況、病歴等の情報を共有化することが期待されます。

### ■「生活状況、状態等の情報」

- ☑ ケアマネジャーが該当する情報を発信する役割を担います。主な情報の受信者は、看護師、リハビリ専門職、メディカルソーシャルワーカー（MSW）が想定されます。
- ☑ 入院前のADL、コミュニケーションの状況、認知症の有無、徘徊行動の有無、生活歴等の状況を把握し、入院中の病棟での治療、看護、リハビリテーション等を行う上での目標設定や、療養中の指導等に活用することが期待されます。

### ③その他の情報連携項目（例）

前述の情報連携項目のほか、入院時の実際の医療・介護情報連携の場面では、以下の項目についても共有している実例があります。

#### 〔その他の情報共有項目〕

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1日の過ごし方、社会参加の状況、外出頻度等</li> <li>• 生活上の困りごと、課題等</li> <li>• 服用方法：（一包化、粉碎、ゼリー等）</li> <li>• 麻痺</li> <li>• 視力、聴力</li> <li>• 会話の理解</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 趣味、嗜好等</li> <li>• 主治医、その他受診医療機関、かかりつけ歯科医、かかりつけ調剤薬局</li> <li>• アレルギーの状況</li> <li>• 皮膚の状態</li> <li>• 言語障害等</li> <li>• 食事の状況、咀嚼・嚥下の状況</li> </ul>
---	--

### ④既存帳票の活用

入院時の情報連携に関する項目は、主に以下の帳票に記載されていることが想定されます。

<p>■主治医意見書</p>	<p>〔情報の作成者〕：主治医 〔概要〕：主治医が申請者の疾病や負傷の状況などについての意見を記し、要介護認定を行う際のコンピュータによる一次判定や介護認定審査会での審査判定の資料として用いられるもの。傷病に関する意見、特別な医療（処置内容等）、心身の状態に関する意見、身体の状態、生活機能とサービスに関する意見等で構成される。</p>
<p>■診療情報提供料 （医科診療報酬）に基づき作成される書類</p>	<p>〔情報の作成者〕：医療機関（医師） 〔概要〕：医療機関、市町村、保険薬局、精神障害者施設、介護老人保健施設等を対象に診療情報の提供を行う際に作成される。傷病名、紹介目的、既往歴および家族歴、症状経過および検査結果、治療経過、現在の処方、寝たきり度、日常生活活動、認知症である老人の日常生活自立度、必要と考える保健福祉サービスの内容等、今後の診療に関する情報等で構成される。</p>
<p>■入院時情報連携加算 （介護報酬）に基づき作成される書類</p>	<p>〔情報の作成者〕：ケアマネジャー 〔概要〕：利用者が入院する際に、医療機関に対して、利用者の心身状況、生活環境等の情報について必要なものを提供する際に作成する書類等。</p>
<p>■第1表 居宅サービス計画書（1）</p>	<p>〔情報の作成者〕：ケアマネジャー 〔概要〕：居宅サービスの利用状況、要介護度など利用者の基本情報、担当ケアマネジャーの氏名や事業所、利用者や家族等の意向、総合的な援助の方針などが記載されている。</p>
<p>■アセスメントシート</p>	<p>〔情報の作成者〕：ケアマネジャー 〔概要〕：居宅サービスの利用、ケアマネジメントにあたり作成される。課題分析標準項目（健康状態、認知、ADL、IADL、認知、コミュニケーション能力、社会との関わり、排尿・排便、褥瘡・皮膚の問題、口腔衛生、食事摂取、問題行動、介護力、居住環境、特別な状況（虐待、ターミナル等）等）他で構成される。</p>

⑤関連する主な診療報酬、介護報酬

A206	在宅患者緊急入院 診療加算 (医科診療報酬) 2,500点～1,000点	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅で療養を行っている診療所における患者(点数要件あり)が急変等により、入院が必要になった場合、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関においても、患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組みに対して算定できる。</li> </ul>
3・1・二	入院時情報連携加算 (居宅介護支援費・ 介護報酬) 200単位～100単位	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者が、病院または診療所に入院するにあたって、利用者の心身の状況や、生活環境等の情報を提供した場合に算定できる。</li> </ul>
4・2・二	入所前後訪問指導 加算Ⅰ,Ⅱ (介護保健施設サー ビス・介護報酬) 480単位～450単位	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所期間が1ヶ月を超えると見込まれる入所者の退所前に、居宅等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定、診療方針を行った場合に算定できる。</li> </ul>

## 2. 入院中の情報連携

### ①情報連携のねらい

退院日が決定する前から退院先候補となる医療機関、介護保険施設、居宅介護支援事業所等とが、情報交換を行い、関係性を構築しておくことによって、入院中の時間を、患者、家族等、各専門職が、退院に向けての事前準備期間として活用できるようにすることがねらいとなります。

### ②情報連携項目（例）と主な発信者

主な発信者／主な受信者と情報連携項目・（入院中）

カテゴリ	主な発信者	主な受信者	項目（例）	
基本情報	MSW	医師 MSW ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ 氏名、性別、生年月日</li> <li>✦ 住所</li> <li>✦ 住居種別</li> <li>✦ 医療保険種別</li> <li>✦ 身障手帳の保有状況</li> <li>✦ その他の手帳の保有状況</li> <li>✦ 家族構成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ キーパーソンの続柄／連絡先</li> <li>✦ 要介護度／認定日</li> <li>✦ 本人家族等が希望している日常生活像</li> </ul>
サービス関連情報	MSW	医師 MSW ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ 担当居宅介護支援事業所（担当者氏名、連絡先等）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ 退院後に入院前の居所に戻る条件／その可能性</li> <li>✦ 退院後に継続して行うことが必要な医療内容等</li> </ul>

### 〔解説〕

「基本情報」、「サービス関連情報」を中心に、以下の考え方に基づいて情報連携が行われることが想定されます。

#### ■ 「基本情報」／「サービス関連情報」

- ☑ メディカル・ソーシャルワーカー（MSW）等の地域医療連携、退院調整の担当者が、該当する情報を発信する役割を担います。主な情報の受信者は、医師、MSW（退院先候補の）、ケアマネジャーが想定されます。
- ☑ 入院時にケアマネジャーから入手した情報に加えて、退院後に入院前の居所に戻ることができるか、その際の条件、退院後に継続して行うことが想定される医療内容について、入院初期段階から情報を整理し共有化することが期待されます。
- ☑ 入院先の医療機関の機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）に沿った治療を完了した後は、次に必要な医療や介護がタイミングよく受けられるよう、入院先の医療機関から退院後の療養先の調整に役立つ情報を発信することが重要な役割といえます。

### ③関連する主な診療報酬、介護報酬

A240	総合評価加算 (医科診療報酬) 100点	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院当初から、退院後の生活イメージを念頭に置いた医療を行うことは特に重要なことです。身体機能（日常生活能力、認知機能、意欲等）や退院後に必要となる可能性のある介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院調整に活用する取組みを促すものです。これらのアセスメントを通じて医療機関は退院困難な患者を抽出します。</li> </ul>
B005-1-2	介護支援連携指導料 (医科診療報酬) 300点	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院の原因となった疾患や障害の状況、入院中に行った患者の心身の状況等に関する総合的な評価の結果を踏まえて、退院後に適切な介護サービスを受けられるようにするために、入院中から居宅介護支援事業者等のケアマネジャーと連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価するものです。医療機関とケアマネジャーとの入院患者情報の共有化を評価する点数です。</li> </ul>
B005-1-3	介護保険リハビリテーション移行支援料 (医科診療報酬) 500点	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療保険において維持期のリハビリテーションを受けている入院中の患者以外の患者に対して、患者の同意を得て、介護保険によるリハビリテーションへ移行するため、居宅介護支援事業者等のケアマネジャーや、必要に応じて介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所が連携して、介護サービス計画書作成を支援し、維持期のリハビリテーションを終了する取組みを評価するものです。医療保険から介護保険への維持期リハビリへの移行を目指す点数です。</li> </ul>
B005-3	地域連携診療計画 退院時指導料 (医科診療報酬) 600点	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域連携クリティカルパスを評価した地域連携診療計画管理料を算定した患者について、診療計画に基づいた療養を提供するとともに、患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、説明し、それを文書で患者、家族等提供する取組みを評価するものです。</li> </ul>
B005-2	地域連携診療計画 管理料 (医科診療報酬) 900点	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するために、あらかじめ地域連携診療計画(地域連携クリティカルパス)を作成し、患者の治療に関係する他の保険医療機関や、ケアを担当する介護サービス事業者等と共有し、患者の同意を得た上で、患者に説明を実施し、文書により情報提供を行うと取組みを評価するものです。</li> </ul> <p>(対象疾患：大腿骨頸部骨折、脳卒中 記載される事項：病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間、退院にあたり予想される患者の状態に関する退院基準等。転院、退院時には、指定の「日常生活機能評価表」を添付。)</p>

### 3. 退院時の情報連携

#### ①情報連携の趣旨

退院時の情報連携のねらいは、本人、家族等とともに、かかりつけ医、看護師、ケアマネジャーおよび居宅サービス事業所等が、課題、退院後の療養先での治療、ケアでの留意点、退院後の生活に向けた準備、ケアの方針の共有化を図ることにあります。

#### ②情報連携項目（例）と主な発信者

主な発信者／主な受信者と情報連携項目（退院時）

カテゴリ	主な発信者	主な受信者	項目（例）	
基本情報	MSW	医師 歯科医師 看護師 薬剤師 リハビリ専門職 管理栄養士 MSW 居宅サービス事業所 ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>氏名、性別、生年月日</li> <li>住所</li> <li>住居種別</li> <li>医療保険種別</li> <li>身障手帳の保有状況</li> <li>その他の手帳の保有状況</li> <li>家族構成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>キーパーソンの続柄／連絡先</li> <li>要介護度／認定日</li> <li>本人家族等が希望している日常生活像</li> </ul>
サービス関連情報	MSW	医師 歯科医師 看護師 薬剤師 リハビリ専門職 管理栄養士 MSW 居宅サービス事業所 ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>担当居宅介護支援事業所（担当者氏名、連絡先等）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後に入院前の居所に戻る条件／その可能性</li> <li>退院後に継続して行うことが必要な医療内容等</li> </ul>
診断・治療の情報	医師	医師 歯科医師 看護師 薬剤師 リハビリ専門職 管理栄養士 MSW 居宅サービス事業所 ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>診断名</li> <li>既往歴、並存疾患、合併症</li> <li>主訴</li> <li>療養の経過に影響を及ぼす疾病</li> <li>治療の経過、処方内容</li> <li>障害の状況（視力、聴力、眼鏡使用、運動障害、嚥下機能、音声・発話障害、意識、コミュニケーション）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>今後の病気の展望</li> <li>医学的観点からのケア実施時の留意事項</li> </ul>
生活状況・状態等の情報	看護師 リハビリ専門職	医師 歯科医師 看護師 薬剤師 リハビリ専門職 管理栄養士 MSW 居宅サービス事業所 ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>移動方法／屋外、屋内</li> <li>ADL の状況（食事、入浴、認知機能、更衣、口腔、排泄、整容）</li> <li>行動上の問題</li> <li>障害高齢者の日常生活自立度</li> <li>認知症高齢者の日常生活自立度</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活機能評価表</li> <li>身長／体重</li> <li>食事の形態</li> <li>入院中のリハビリテーションの目標</li> <li>住宅改修・補助具等の必要性</li> </ul>
課題・対応方針等の情報	看護師 薬剤師 リハビリ専門職 ケアマネジャー	医師 歯科医師 看護師 薬剤師 リハビリ専門職 管理栄養士 MSW 居宅サービス事業所 ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の生活における課題・対応策（療養時の注意事項、服薬時の注意事項、退院後のリハビリテーションの目標／継続すべき事項、日常生活面、経済面、その他）</li> <li>当面目指す生活像</li> <li>必要であると考えられる治療、看護、ケア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>照会先 医療機関名／電話番号</li> <li>情報提供に関する患者等の同意（氏名、印）</li> </ul>

## 〔解 説〕

以下の考え方に基づいて情報連携が行われることが想定されます。

### ■「基本情報」／「サービス関連情報」

- ☑ メディカル・ソーシャルワーカー（MSW）等の地域連携、退院調整を担当する職種が、情報発信の役割を担います。また、退院後、居宅もしくは介護保険施設で生活する場合には、ケアマネジャーも情報発信の役割を担います。主な情報の受信者は、転院・転棟、入所、居宅それぞれの退院先で療養者に関わる、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリ専門職、管理栄養士、MSW、居宅サービス事業所およびケアマネジャーが想定されます。
- ☑ 本人、家族等が目指す日常生活像を言語化し、関係者間で共有することが大切です。

### ■「診療・治療の情報」

- ☑ 退院先での治療、看護の継続性を確保するため、主として医師が情報発信する役割を担います。主な情報の受信者は、転院・転棟、入所、居宅それぞれの退院先で療養者に関わる、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリ専門職、管理栄養士、MSW、居宅サービス事業所およびケアマネジャーが想定されます。
- ☑ 診断名、既往歴、療養の経過に及ぼす疾病、主訴、治療の経過、障がいの状況、コミュニケーション能力等の項目を共有することが想定されます。退院後の治療、介護の方針を検討する上で必要である場合には、今後の病気の展望、医学的観点からのケア実施時の留意事項について情報を共有化することも大切です。
- ☑ このことにより、患者、家族等と介護職の日常生活での不安を軽減することにつながるとともに、医療職に対して、治療上適切なタイミングで連絡を伝える見守り役の機能を発揮することにもつながることが期待されます。また、退院後の生活支援のあり方を検討する上で、障がいの状況、コミュニケーション能力について情報共有することも重要です。

### ■「生活状況・状態等の情報」

- ☑ 生活状況・状態等の情報については、看護師、リハビリ専門職が情報発信する役割を担います。また、主な情報の受信者は、転院・転棟、入所、居宅それぞれの退院先で療養者に関わる、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリ専門職、管理栄養士、MSW、居宅サービス事業所およびケアマネジャーが想定されます。
- ☑ 退院時には、退院先においても継続的な支援計画が立案・実施できるように、入院中の心身状況、看護、リハビリテーション等に関わる注意事項等を関係者間で共有することが大切です。退院後もリハビリテーションの継続性を確保するために、身体機能や生活行為に関する目標と注意事項を関係者間で共有した上で、ケアを実践できるようにすることが期待されます。
- ☑ 具体的には、移動方法、ADLの状況、行動上の問題、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、日常生活機能評価表、身長・体重、食事の形態が含まれます。また入院中のリハビリテーションの目標、その達成状況を踏まえた住宅改修・補助具等の必要性についての情報項目が挙げられます。



■「課題・対応方針等の情報」

- ☑ 課題・対応方針等の情報に関しては、項目ごとに看護師、薬剤師、リハビリ専門職およびケアマネジャーが情報発信の役割を担います。主な情報の受信者は、転院・転棟、入所、居宅それぞれの退院先で療養者に関わる、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリ専門職、管理栄養士、MSW、居宅サービス事業所が想定されます。
- ☑ 退院先への申し送り課題(患者退院時)、目指すべき生活像、課題等を具体的に記すことで、支援の方向性、関係機関ごとの支援計画の立案、実施に役立てることを目指します。
- ☑ 情報共有にあたっては、本人、家族等に対して情報提供の内容、対象、趣旨について説明を行った上で、同意が得られたことを、同意署名欄で確認できるようにすることも検討する必要があります。

③その他の情報連携項目(例)

退院時の実際の医療・介護情報連携の場面では、以下の項目についても共有している実例があります。

〔その他の情報共有項目〕

- 相談までの経緯(日付け、相談者等)
- 退院時に継続して必要となる医療処置の内容(胃瘻、経管栄養、気管切開、IVH、酸素、インスリン、透析、ペースメーカー、点滴、疼痛コントロール、人工呼吸器、褥瘡、ストマ・膀胱瘻・腎瘻、その他)
- 本人、家族の現状の治療状況、障害等についての受けとめ状況(理解度)

④既存帳票の活用

入院時の情報連携に関する項目は、主に以下の帳票に記載されていることが想定されます。

<p>■診療情報提供料 (医科診療報酬)に基づき 作成される書類</p>	<p>〔情報の作成者〕：医療機関(医師) 〔概要〕：医療機関、市町村、保険薬局、精神障害者施設、介護老人保健施設等を対象に診療情報の提供を行う際に作成される。傷病名、紹介目的、既往歴および家族歴、症状経過および検査結果、治療経過、現在の処方、寝たきり度、日常生活活動、認知症である老人の日常生活自立度、必要と考える保健福祉サービスの内容等、今後の診療に関する情報等で構成される。退院後の治療計画、検査結果、画像診断結果等が添付されることもある。(退院患者紹介加算)</p>
<p>■看護記録／看護診断／ 看護サマリー</p>	<p>〔情報の作成者〕：医療機関(主に看護師) 〔概要〕：病棟看護等を進める上で必要な情報をもとに構成される。 (例)病状、症状、感染症の有無、入院までの経過、医療処置内容、ADL、生活習慣、処方内容、検査値、口腔・皮膚の状態、排泄状況、睡眠の状況、呼吸の状況、知覚・認知機能、BPSD、患者の病状等に関する自己認識等</p>

<p>■退院調整加算（医科診療報酬）に基づき作成される書類</p>	<p>〔情報の作成者〕：医療機関（医師、看護師、MSW等）  〔概要〕：退院支援計画には、以下の内容が含まれる。  （例）退院困難な要因、患者以外の相談者、退院に係る問題点、課題等、退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予測される社会福祉サービスと担当者名等</p>
<p>■主治医意見書</p>	<p>〔情報の作成者〕：主治医  〔概要〕：主治医が申請者の疾病や負傷の状況などについての意見を記し、要介護認定を行う際のコンピュータによる一次判定や介護認定審査会での審査判定の資料として用いられるもの。傷病に関する意見、特別な医療（処置内容等）、心身の状態に関する意見、身体の状態、生活機能とサービスに関する意見等で構成される。</p>
<p>■第1表 居宅サービス計画書（1）</p>	<p>〔情報の作成者〕：ケアマネジャー  〔概要〕：居宅サービスの利用状況、要介護度など利用者の基本情報、担当ケアマネジャーの氏名や事業所、利用者や家族等の意向、総合的な援助の方針などが記載されている。</p>
<p>■サービス担当者会議の要点（第4表）</p>	<p>〔情報の作成者〕：居宅介護支援事業所  〔概要〕 ケアマネジャーは、初回のケアプラン作成時、更新認定・区分変更認定時、状態変化があった時等にサービス担当者会議を開催。「サービス担当者会議の要約（第4表）」は以下の項目で構成される。  （例）会議出席者、検討した項目、検討内容、結論、残された課題（次回開催時期）</p>

#### ⑤関連する主な診療報酬、調剤報酬、介護報酬

A238	<p>退院調整加算  （医科診療報酬）  800点～50点  ※地域連携計画加算として300点加算可能</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院早期から退院困難な要因を有している患者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるように、退院支援計画の立案等の取組みを評価した加算です。対象となる退院困難な要因の明確化等を病棟で実施し、退院後に必要な訪問診療や訪問看護の活用等の調整は退院調整部門で行う等、総合的な体制で支援を行うことが想定されています。主に病棟看護師、退院調整部門の看護師、MSWが関与します。</li> </ul>
A238-8 A238-9	<p>地域連携認知症支援加算／地域連携認知症集中治療加算  （医科診療報酬）  1,500点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症に対する短期的、集中的な治療のため、療養病棟入院基本料を算定している病棟（もしくは有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床）が、対象となる患者の診療情報を文書で提供した上で、転院させる取組みを評価した加算です。</li> </ul>
B004 B005	<p>退院時共同指導料1,2  （医科診療報酬）  1,000点～300点  ※2,000点～300点の加算あり</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院中の患者について、退院後に地域で在宅医療を担う医師、看護師等が、入院している保険医療機関に赴き、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明、指導を、入院している保険医療機関の医師、看護師等と共同で行い、文書で情報提供する取組みを評価するものです。</li> </ul>
15の4	<p>退院時共同指導料  （調剤報酬）  600点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関に入院中の患者に対して、退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局の保険薬剤師が、入院している医療機関に赴いて、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明および指導を、保険医療機関の医師又は看護師等と共同で行った上で、文書により情報提供した場合に算定できます。</li> </ul>

3・1・ホ	退院・退所加算 (居宅介護支援費・ 介護報酬) 300 単位	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院や診療所、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設に入院、入所していた利用者が退院、退所し、居宅で居宅サービス等を利用する場合に、病院、診療所、地域密着介護老人福祉施設、介護保険施設の職員と面談を行い、情報提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、サービス提供の調整を行った場合に加算することができます。</li> </ul>
4・1・二 2・7・ハ	退所時等相談援助加算 (介護福祉施設サー ビス、地域密着型介護 老人福祉施設入所者 生活介護・介護報酬) 500 単位～400 単位	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退所前訪問相談援助加算、退所後訪問相談援助加算、退所時相談援助加算、退所前連携加算があり、情報提供や連携によりサービス調整を行った場合に加算することができます。</li> </ul>
4・2・ホ 4・3・イ(6) 4・3・ロ(4) 4・3・ハ(5)	退院(所)時指導等 加算 (介護保健施設サー ビス、介護療養施設サ ービス・介護報酬) 500 単位～300 単位	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院時等指導加算、老人訪問看護指示加算で構成され、入院患者が退院する前に退院後生活する居宅を訪問し、入院患者や家族等に対して退院後の療養上の指導を行った場合に加算することができます。</li> </ul>
4・1・ヲ 4・2・ヲ 4・3・1(13) 4・3・ロ(11) 4・3・ハ(12) 4・7・カ	在宅復帰支援機能 加算 (介護福祉施設サー ビス、介護保健施設、介護療養施 設サービス、地域密着型介 護老人福祉施設入所者生 活介護、介護報酬) 10 単位～5 単位	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入所者が必要と想定される居宅サービスに関する情報の提供や退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合に加算することができます。</li> </ul>
4・2・ソ	地域連携診療計画 情報提供加算 (介護保健施設サー ビス・介護報酬) 300 単位	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療報酬による地域連携クリティカルパスを評価した地域連携診療計画管理料または、地域連携診療計画退院時指導料を算定して医療機関を退院した入所者に対して、診療計画書に基づいて治療等を行うとともに、入所者の同意を得た上で、地域連携診療計画管理料を算定する病院に、入所者に係る診療情報を文書で提供した場合に加算することができます。</li> </ul>
2・1・二 2・8・ホ	退院時共同指導加算 (定期巡回・随時対応型訪 問介護看護費、複合型サー ビス・介護報酬) 600 単位	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院、診療所、介護老人保健施設から退院、退所するにあたり、一体型定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の保健師、看護師、理学療法士等が退院時共同指導を行った場合に加算することができます。</li> </ul>
2・5-1・ホ	退居時相談援助加算 (認知症対応型共同生活 介護費・介護報酬) 400 単位	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用期間が1ヶ月を超える利用者が退居し、居宅サービス、地域密着型サービスを利用する場合に、利用者、家族等に対してサービス利用に関する相談援助を行い、利用者同意を得て、市町村、老人介護支援センター、地域包括支援センターに対して、利用者の介護状況を支援する文書や、必要な情報を提供した場合に加算することができます。</li> </ul>

## 4. 在宅療養時・急変時

### ①情報連携の趣旨

在宅療養時・急変時の情報連携のねらいは、在宅生活を支える医療、介護関係者等が、本人、家族等が掲げた生活目標を共有し、その達成状況や日々の課題と対応策等を共有化することにあります。そのためには、サービス担当者会議等の場において、主治医やサービス事業所等への意見照会等を確実に行うことが必要です。

また、在宅療養時に本人や家族等の変化や、急変情報を発見した専門職は、速やかに、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー等に発信し、適切な対応につなげることも重要な目的です。

### ②情報連携項目（例）および主な発信者

主な発信者／主な受信者および情報連携項目（在宅療養時・急変時）

カテゴリ	主な発信者	主な受信者	項目（例）	
基本情報	ケアマネジャー	医師 歯科医師 看護師 薬剤師 リハビリ専門職 居宅事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ 氏名、性別、生年月日</li> <li>✦ 住所</li> <li>✦ 住居種別</li> <li>✦ 医療保険種別</li> <li>✦ 身障手帳の保有状況</li> <li>✦ その他の手帳の保有状況</li> <li>✦ 家族構成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ キーパーソンの続柄／連絡先</li> <li>✦ 要介護度／認定日</li> <li>✦ 本人家族等が希望している日常生活像</li> </ul>
サービス関連情報	ケアマネジャー	医師 歯科医師 看護師 薬剤師 リハビリ専門職 居宅事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ 担当居宅介護支援事業所（担当者氏名、連絡先等）</li> <li>✦ 利用している医療、介護サービス（曜日、時間、サービス種類）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ 家族等の見守り、介護の状況（実施状況、可能な曜日、時間、続柄）</li> </ul>
診断・治療の情報	医師	医師 歯科医師 看護師 薬剤師 リハビリ専門職 管理栄養士 MSW 居宅サービス事業所 ケアマネジャー	※必要に応じ、「退院時」の項目等から更新し、「課題・対応方針等の情報」欄に記載	
生活状況・状態等の情報	看護師 リハビリ専門職	医師 歯科医師 看護師 薬剤師 リハビリ専門職 管理栄養士 MSW 居宅サービス事業所 ケアマネジャー	※必要に応じ、「退院時」の項目等から更新し、「課題・対応方針等の情報」欄に記載	
課題・対応方針等の情報	医師 歯科医師 看護師 薬剤師 リハビリ専門職 居宅事業所 ケアマネジャー	医師 歯科医師 看護師 薬剤師 リハビリ専門職 居宅事業所 ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ 質問、意見、連絡事項</li> <li>※医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリ専門職、居宅サービス事業所、ケアマネジャーから相互に受発信</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ 本人・家族等が日常生活の実現に向けてよかった点</li> <li>✦ 照会先</li> <li>✦ 情報提供に関する患者等の同意（氏名、印）</li> </ul>

注：「3. 退院時の情報連携」に示した「診療・治療の情報」、「生活状況・状態等の情報」の項目について、更新が必要となった場合には、「課題・対応方針等の情報」欄に記載し共有化する。

## 〔解説〕

以下の考え方に基づいて情報連携が行われることが想定されます。

### ■「基本情報」

- ☑ 基本情報は、ケアマネジャーが情報発信の役割を担います。主な情報の受信者は、在宅で療養者に関わる、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリ専門職、居宅サービス事業所等が想定されます。
- ☑ 氏名、性別、生年月日、住所等の基本的な個人属性のほか、キーパーソンとなる家族の状況、住まい、加入している保険者など、関係者が各場面で一貫して共有しておくべき情報項目で構成されます。
- ☑ 本人、家族等が目指す日常生活像を言葉で表現し、関係者間で共有化するための項目も含まれます。日常生活に関する希望を関係者間で共有し、その実現に向けて、治療、支援体制等の方策を決定する際に活用されることが期待されます。
- ☑ 情報連携は、患者・利用者に係る医療・介護・福祉の専門職の間だけで行うものではありません。あくまでもその中心に本人・家族等があることに留意する必要があります。

### ■「サービス関連情報」

- ☑ サービス関連情報は、ケアマネジャーが情報発信の役割を担います。主な情報の受信者は、在宅で療養者に関わる、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリ専門職、居宅サービス事業所等が想定されます。
- ☑ 居宅での治療、看護、介護サービス等の利用状況を関係者で共有し、対象者の生活全体像を把握します。
- ☑ 各専門職の治療、ケアの実施方針を検討するために、家族の見守り、介護の状況や生活状況（変化）について共有化します。
- ☑ 具体的には、担当居宅介護支援事業所名（担当者氏名、連絡先）、利用している医療・サービス等（曜日、時間、サービス種類）、家族等の見守り・介護の状況（実施状況、可能な曜日、時間、続柄）が含まれます。

### ■「診断・治療の情報」および■「生活状況・状態等の情報」

- ☑ 「3. 退院時の情報連携」に示した「診断・治療の情報」、「生活状況・状態等の情報」の項目について、更新が必要となった場合には、「課題・対応方針等の情報」欄に記載し共有化する。

### ■「課題・対応方針の情報」

- ☑ 「課題・対応方針の情報」は、情報の発信者、受信者ともに、在宅で療養者に関わる、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリ専門職、居宅サービス事業所およびケアマネジャー等が想定されます。
- ☑ 関係者が個別に治療、看護、ケアを実施している中で気づいた点、治療・支援上の疑問点（質問）、回答、意見等を書き込み、共有することがねらいです。
- ☑ また、本人、家族等が、支援等を受けて「よかった」と感じている点、他職種の実践により改善した点等に気づいた専門職は、その状況を関係者に発信します。多忙な現場では、ともすると、課題発生時にのみ情報連携をする傾向がありますが、プラスの情報について

も共有することで、情報連携が進むことが期待されます。

- ☑ 医師、歯科医師、看護職、薬剤師、リハビリ専門職等への質問は、あらかじめ各地域で、連絡の方法、曜日・時間帯を決めておくことが必要です（例：ケアマネタイム）。
- ☑ 在宅療養時、急変時には、必要に応じて「退院時」の「診療・治療の情報」／「生活状況・状態等の情報」に掲げている項目について、情報を更新し、「課題・対応方針等の情報」欄を用いて情報を発信し、治療やケア方針の見直しに役立てることも重要な活動です。

### ③既存帳票の活用

入院時の情報連携に関する項目は、主に以下の帳票に記載されていることが想定されます。

<p>■診療情報提供料 (医科診療報酬)に基づき 作成される書類</p>	<p>〔情報の作成者〕：医療機関（医師） 〔概要〕：医療機関、市町村等、保険薬局、精神障害者施設、介護老人保健施設を対象に診療情報の提供を行う際に作成される。傷病名、紹介目的、既往歴および家族歴、症状経過および検査結果、治療経過、現在の処方、寝たきり度、日常生活活動、認知症である老人の日常生活自立度、必要と考える保健福祉サービスの内容等、今後の診療に関する情報等で構成される。</p>
<p>■在宅患者共同診療料 (医科診療報酬)に基づき 作成される書類</p>	<p>〔情報の作成者〕：医療機関（医師） 〔概要〕：在宅で療養を行っている患者に対して、在宅療養後方支援病院が、在宅医療を提供する医療機関からの求めに応じて、共同で往診や訪問診療を行った後に、情報交換する際に作成される書類。</p>
<p>■主治医意見書</p>	<p>〔情報の作成者〕：主治医 〔概要〕：主治医が申請者の疾病や負傷の状況などについての意見を記し、要介護認定を行う際のコンピュータによる一次判定や介護認定審査会での審査判定の資料として用いられるもの。傷病に関する意見、特別な医療（処置内容等）、心身の状態に関する意見、身体の状態、生活機能とサービスに関する意見等で構成される。</p>
<p>■第1表 居宅サービス 計画書（1）</p>	<p>〔情報の作成者〕：ケアマネジャー 〔概要〕：居宅サービスの利用、ケアマネジメントにあたり作成される。要介護度など利用者の基本情報、担当ケアマネジャーの氏名や事業所、利用者や家族等の意向、総合的な援助の方針などが記載されている。</p>
<p>第2表 居宅サービス計 画書（2）</p>	<p>〔情報の作成者〕：ケアマネジャー 〔概要〕：生活全般の解決すべき課題、長期目標、短期目標、具体的な支援の詳細等で構成される。</p>
<p>第3表 週間サービス計 画票（3）</p>	<p>〔情報の作成者〕：ケアマネジャー 〔概要〕：週単位でのサービス内容、利用者・家族等の1日の日常生活における活動等で構成される。</p>
<p>第6表 サービス利用票</p>	<p>〔情報の作成者〕：ケアマネジャー 〔概要〕：認定情報、月間サービス計画および実績等で構成される。</p>
<p>■サービス担当者会議の 要点（第4表）</p>	<p>〔情報の作成者〕：ケアマネジャー 〔概要〕 ケアマネジャーは、初回のケアプラン作成時、更新認定・区分変更認定時、状態変化があった時等にサービス担当者会議を開催。「サービス担当者会議の要約（第4表）」は以下の項目で構成される。会議出席者、検討した項目、検討内容、結論、残された課題（次回の開催時期）</p>

<p>■通所介護等における個別機能訓練加算に基づき作成される情報（介護報酬）</p>	<p>〔情報の作成者〕：機能訓練指導員、看護職員、生活相談員等  〔概要〕個別機能訓練開始時に以下のニーズ把握、情報収集が行われることがある。  興味・関心チェックシート、居宅訪問チェックシート リハビリテーション計画書等</p>
<p>■通所リハビリテーション等におけるリハビリテーションマネジメント加算に基づき作成される情報（介護報酬）</p>	<p>〔情報の作成者〕：通所リハビリテーション事業者等  〔概要〕リハビリテーション開始時および開始後に主に以下の情報収集が行われる。  興味・関心チェックシート、リハビリテーション計画書、リハビリテーション会議録等</p>

#### ④関連する主な診療報酬、介護報酬

<p>C012</p>	<p>在宅患者共同診療料  （診療報酬）  1,500点～120点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅で療養を行っている患者のうち、疾病や負傷のために通院が困難であり、かつ、在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望する患者に対して、在宅療養後方支援病院が、在宅医療を提供する医療機関からの求めに応じて、共同で往診や訪問診療を行った場合に算定するものです。訪問診療を行った後は、連携医療機関と十分情報交換を行った上で、計画を策定することになっています。</li> </ul>
<p>B009  B010</p>	<p>診療情報提供料  （Ⅰ），（Ⅱ）  （診療報酬）  500点～250点  ※別途加算あり  ※全「場面」共通</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関間の連携、医療機関から患者、保険薬局、保健・福祉関係機関への診療情報提供機能を評価したものです。両者の患者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ることが目的です。情報提供の様式もしくはこれに準じた様式に必要事項を記載することになっています（様式は、医療機関、市町村、介護老人保健施設を対象としたものが示されています）。</li> </ul>
<p>3・1・チ</p>	<p>緊急時等居宅  カンファレンス加算  （居宅介護支援費・  介護報酬）  200単位</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院、診療所の求めにより、医師、看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、サービスの調整を行った場合に加算することができます。</li> </ul>

## 5. 情報連携のための書式例

以上の内容を踏まえ、「退院時」、「在宅療養時・急変時」における情報連携シートの例を次頁以降に掲載しています。

これらは、あくまでも一例であり、現在、運用されている帳票等を否定するものではありません。また、「居宅サービス計画書」など既存の帳票で足りる場合は新たに共通様式を定める必要がない場合もあります。



情報連携シート（例）【退院時用】

※転院先（医療機関・介護保険施設へ入所・居宅復帰）

記入者 ・ 記入日	I 基本情報	【記入者: 年 月 日】				
	II 診療・治療等の情報	【記入者: 年 月 日】				
	III 生活状況・状態などの情報	【記入者: 年 月 日】				
氏名	性別	①男 ②女	生年月日	年 月 日		
住所						
■ 医療保険種別	①社本 ②社家 ③国 ④生 ⑤老 ⑥高 ⑦後 ⑧福					
■ 身体障害者手帳	①有（種別〔 〕・程度〔 〕） ②無					
■ その他の手帳						
■ 同居家族(キーパーソン)	氏名	続柄	連絡先			
■ 要介護度	①未申請 ②申請中 ③要支援 1・2 ④要介護 1・2・3・4・5					
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
■ 担当居宅介護支援事業所	事業所名	担当者氏名				
	電話番号	e-mail				
■ 本人・家族等が希望している日常生活像						
■ 疾病等	① 診断名					
	② 既往歴・並存疾患・合併症					
	③ 治療経過					
■ 主治医						
■ 障害の状況	視力障害	①該当 ②非該当				
	聴力 難聴	①該当 ②非該当	聴力障害の有無	①有 ②無		
	運動障害	運動麻痺	①左 ②右 / ①上肢 ②下肢	※力が入らない		
		失調	①必要 ②必要ない	※麻痺側の介護の必要性		
	嚥下機能障害	失調	①該当 ②非該当	※歩行時にふらつく		
		失調	①該当 ②非該当	※立ってられない		
	嚥下機能障害	①無 ②有（ ）				
	音声・発話障害(失語・構音)	①無 ②有（ ）				
	意識	JCS	（ ） ※JCS:Japan Coma Scale(資料編参照)			
		GCS	（ ） ※GCS:Glasgow Coma Scale(資料編参照)			
■ 感染症の有無	①MRSA ②肝炎 ③結核菌 ④その他（ ）					
■ 医学的観点からのケア実施時の留意事項						
III 生活状況・状態などの情報	■ 移動方法	室内	①自立 ②伝い歩き（杖歩行・補装具） ③見守り ④介助（一部・全部）			
		屋外	①自立 ②伝い歩き（杖歩行・補装具） ③見守り ④介助（一部・全部）			
	■ ADLの状況	・食事	①自立 ②一部介助 ③全部介助		・口腔	①自立 ②一部介助 ③全部介助
		・排泄	①自立 ②一部介助 ③全部介助		・整容	①自立 ②一部介助 ③全部介助
		・入浴	①自立 ②一部介助 ③全部介助			
	■ 行動上の問題(認知機能等)					
	■ コミュニケーションの状況(意思疎通、言語障害、視力障害)					
	■ 障害高齢者の日常生活自立度	①J1 ②J2 ③A1 ④A2 ⑤B1 ⑥B2 ⑦C1 ⑧C2				
	■ 認知症高齢者の日常生活自立度	①I ②IIa ③IIb ④IIIa ⑤IIIb ⑥IV ⑦M				
	■ BPSD	①有 ②無				
■ 日常生活機能評価表 ※「地域連携診療計画管理料」(医科診療報酬)等の算定にあたって記入する評価表	床上安静の指示	①なし(0点) ②あり(1点)		移動方法	①介助を要しない移動(0点) ②介助を要する移動(搬送を含む)(1点)	
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	①できる(0点) ②できない(1点)		口腔清潔	①できる(0点) ②できない(1点)	
	寝返り	①できる(0点) ②何かにつかまればできる(1点) ③できない(2点)		食事摂取	①介助なし(0点) ②一部介助(1点) ③全介助(2点)	
	起き上がり	①できる(0点) ②できない(1点)		衣服の着脱	①介助なし(0点) ②一部介助(1点) ③全介助(2点)	
	座位保持	①できる(0点) ②支えがあればできる(1点) ③できない(2点)		他者への意思の伝達	①できる(0点) ②できる時とできない時がある(1点) ③できない(2点)	
	移乗	①できる(0点) ②見守り・一部介助が必要(1点) ③できない(2点)		診療・療養上の指示が通じる	①はい(0点) ②いいえ(1点)	
				危険行動	①ない(0点) ②ある(1点)	
	■ 身長	( ) cm	■ 体重	( ) kg	BMI	
■ 食事の形態						
■ 療養時の注意事項						
■ 服薬時の注意事項						
■ 機能評価						
■ 入院中のリハビリ目標						
■ 退院後のリハビリ目標 / 継続すべき事項						
■ 住宅改修、補助具等の必要性						
IV 課題・対応方針等の情報	■ 退院後の生活における課題・対応策	[治療・看護]	[経済面]			
		[リハビリテーション]				
		[日常生活]	[その他]			
	■ 当面目指す生活像(2ヶ月から〇ヶ月)					
■ 必要であると考えられる治療、看護、ケア						
■ 関係者間で共有すべき事項						
【照会先】	医療機関名			電話番号		
【情報提供に関する患者等の同意】	氏名			印		

情報連携シート（案）【在宅療養時】

記入者 ・ 記入日	I 基本情報 II サービス関連情報 III 課題・対応方針等の情報	【記入者： 】 【記入者： 】 【記入者： 】	【記入日： 年 月 日】 【記入日： 年 月 日】 【記入日： 年 月 日】			
I 基本 情報	氏名	性別	①男 ②女	生年月日	年 月 日	
	住所					
	■ 医療保険種別	①社本 ②社家 ③国 ④生 ⑤老 ⑥高 ⑦後 ⑧福				
	■ 身体障害者手帳	①有（種別〔 〕・程度〔 〕） ②無				
	■ その他の手帳					
	■ 同居家族（キーパーソン）	氏名	続柄	連絡先		
	■ 要介護度	①未申請 ②申請中 ③要支援 1・2 ④要介護 1・2・3・4・5				
	■ 担当居宅介護支援事業所	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
		事業所名	担当者氏名			
		電話番号	e-mail			
■ 本人・家族等が希望している日常生活像						
II サ ー ビ ス 関 連 情 報	■ 利用している医療、介護サービス等（曜日、時間、医療・サービスの種類）					
	■ 家族等の状況（見守りや介護等が可能な曜日・時間、続柄等）					
III 課 題 ・ 対 応 方 針 等 の 情 報	■ 医師、歯科医師、看護師等からの意見、連絡事項（回答・意見・連絡事項）					
	■ 薬剤師、リハ専門職からの意見、連絡事項（回答・意見・連絡事項）					
	■ ケアマネジャーからの相談、意見、回答・連絡事項（回答・意見・連絡事項） ※本人、家族等含む					
	[治療・看護]	[経済]				
	[リハビリテーション]					
	[日常生活]	[その他]				
■ 居宅サービス事業所等からの回答、意見、連絡事項（回答・意見・連絡事項）						
■ 本人、家族等が目指す日常生活実現に向けてよかった点（関係者、本人・家族等からの意見等）						
【照会先】	【連絡先】					
【情報提供に関する患者等の同意】	氏名	印				