

医療と介護の連携マニュアル

平成 26 年 3 月

岩手県南広域振興局保健福祉環境部

目 次

| | | |
|-----------------------------------|----------|----|
| 第1 医療と介護の連携マニュアルの目的 | ・・・・・・・・ | 1 |
| 第2 医療と介護の連携について | ・・・・・・・・ | 1 |
| 1 顔の見える関係づくりについて | | |
| 2 入退院時及び在宅時における医療と介護の連携ポイントについて | | |
| (1) 入院時の連携ポイント | | |
| (2) 退院時の連携ポイント | | |
| (3) 在宅時の連携ポイント | | |
| (医療を必要とする在宅高齢者に対するケアマネジャーの基本的な対応) | | |
| ① 医科及び歯科口腔に関する相談 | | |
| ② かかりつけ医との面談で留意する事項 | | |
| ③ サービス担当者会議への医師の参加を要請する際の留意事項 | | |
| 第3 医療と介護の連携のための情報共有シート | ・・・・・・・・ | 6 |
| 参考資料 | ・・・・・・・・ | 22 |

第1 医療と介護の連携マニュアルの目的

- 医療や介護を必要とする高齢者等が、住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、医療と介護が連携した切れ目のないサービスを受けられることが重要です。
- そうした切れ目のないサービスを提供するためには、医療と介護のサービスに携わる関係者間の連携が重要ですが、例えば、入院・退院時に必要な医療や介護の情報が速やかに得ることが出来なかつたり、退院時の担当ケアマネジャーが誰かわからないなど、必ずしも医療と介護の連携体制が十分とは言えない場合があります。
- また、経験の少ないケアマネジャーなどにおいては、円滑な医療機関との担当者会議の開催や関係機関との連絡調整等に苦勞する場合があります。
- このため、奥州保健所管内の医療と介護の連携をより円滑なものとし、さらには経験の少ないケアマネジャーが業務を適切に行うことができるように支援するため、「医療と介護の連携マニュアル」及び「情報共有シート」を作成したものです。
- なお、情報共有シートは、入退院時などの医療と介護の連携が求められる時、必要な情報の交換や共有を円滑に行っていただくために作成した様式であり、これを、胆江圏域の医療機関及び居宅介護支援事業所等において、共通の様式として活用していただきたいと考えています。

第2 医療と介護の連携について

1 顔の見える関係づくりについて

- 医療と介護が連携したサービスを提供するために、サービスの利用者を中心として、医療・介護関係者がお互いに「顔の見える関係」をつくりあげ、日頃から患者・利用者に関する必要な情報の共有に努めることが重要です。
- こうした関係者間の「顔の見える関係」を構築し、入院している時から退院後の生活に必要な医療や介護サービスの調整を円滑に行うことなどにより、患者やその家族などが安心できる在宅生活の実現を支援することにつながります。

2 入退院時及び在宅時における医療と介護の連携ポイントについて

(1) 入院時の連携ポイント

相手方（医療機関 ⇄ ケアマネジャー）に、自分が担当であることを知ってもらうことが重要です。

《 留意点 》

（ケアマネジャー留意事項）

- 入院時には、病棟へ直接連絡をとること。
 - ・ 病棟の看護師長や担当看護師などを窓口として連携を図り、担当医との面談の手順等を確認することが必要です。
- 一方的な情報の提供は避けること。
 - ・ 医療機関（担当医等）が知りたい情報は、利用者に応じて異なります。医療連携室等と電話等にて連絡をとり、必要な情報を提供することが必要です。

(医療機関担当者留意事項)

- 医療機関は、担当のケアマネジャーがわかれば入院等の連絡を行うこと。
 - ・ 患者家族の了解を得て担当のケアマネジャーを確認し、緊急時等に備え、ケアマネジャーの連絡先等を把握しておく必要があります。
 - ・ その際、担当医等との面談方法等について説明することも必要です。

【 参考 】胆江圏域内の病院一覧

| 病院名 | 入退院時の連絡窓口 | 連絡先 |
|----------------|------------|---------|
| 岩手県立胆沢病院 | 地域医療福祉連携室 | 24-4121 |
| 岩手県立江刺病院 | 担当) 看護師長補佐 | 35-2181 |
| 奥州市総合水沢病院 | 医療連携室 | 25-3833 |
| 奥州市国保まごころ病院 | 担当) 副看護師長 | 46-2121 |
| (医療法人社団ヨシザワ病院) | 担当) 看護師 | 25-5155 |
| 美希病院 | 担当) 相談員 | 56-6111 |
| 美山病院 | 地域連携室 | 24-2141 |
| 石川病院 | 担当) 看護師長 | 25-6311 |
| 奥州病院 | 医療相談室 | 25-5111 |
| 医療法人社団創生会胆江病院 | 医療相談室 | 24-4148 |

(2) 退院時の連携ポイント

患者・利用者の自立生活ニーズに応じ、必要な医療と介護の情報の共有を図ることが重要です。

《 留意点 》

(ケアマネジャー留意事項)

- 病棟の看護師長や担当看護師などと十分な連携を図り、カンファレンスや退院前訪問時には可能な限り参加して情報共有すること。
 - ・ 医療機関は、担当医、看護師、ソーシャルワーカー、リハビリテーションスタッフ等多職種が参加して、生活機能の評価を行います。
また、在宅生活を支援する立場から、情報提供・共有を行うことが必要です。
- 協議内容は、ケアプランに反映させること。
 - ・ 利用者及び家族のニーズ、担当医等の関係者からの意見をコーディネートして、利用者の生活にあったプランを作成することが必要です。

(医療機関担当者留意事項)

- 医療機関は、退院前カンファレンスや在宅訪問に、できる限りケアマネジャーの参加を求めること。
 - ・ 利用者の生活機能に応じたケアプラン作成のため、情報を共有することが必要です。

(3) 在宅時の連携ポイント

(医療を必要とする在宅高齢者に対するケアマネジャーの基本的な対応)

かかりつけ医とケアマネジャーが日頃より情報の共有を行い、変化する患者・利用者の健康・生活の状態に対応出来るようにしておくことが重要です。

① 医科及び歯科口腔に関する相談

《 留意点 》

(ケアマネジャー留意事項)

- ご家族から病気に関する相談を受けたり、利用者の状態が普段と著しく異なっていると見受けられる場合などには、必要に応じて医療機関への受診を促したり、かかりつけ医・かかりつけ歯科医へ相談するなどの対応に努めることが必要です。

《 相談等が必要と考えられる例 》

1. 医科の場合

- ・ 状態が短期間で大きく変わった場合
- ・ 診察では把握しづらい生活状況の報告・相談が必要な場合
(例) 服薬管理や排泄処理などが適切にできない、日常の言動から認知症が疑われるなど
- ・ 介護サービスの導入を検討するに当たり、医療面での注意事項等を確認する必要がある場合

2. 歯科の場合

【 口の中 】

- ・ グラグラ動く歯がある、痛い歯がある
- ・ 口の臭いがひどい
- ・ 歯ぐき、あごの肉に傷がある
- ・ 痰や汚れがべったり付いている、舌をべーっと出来ない
- ・ 舌が乾いていて、潤いがまったく無い (カピカピで乾燥している)

【 入れ歯 】

- ・ バネが折れた、割れた
- ・ ゆるくてすぐ落ちる、合っていない、噛めない、痛い
- ・ 歯が無いのに入れ歯を使っていない

【 飲み込み 】

- ・ 食べる時、飲む時にムセがひどい、食後、ガラガラ声になる
- ・ なかなか飲み込めないでいる、食事に時間がかかる

※ かかりつけ歯科医がいる・いないに関わらず、奥州市歯科医師会でFAXでの往診依頼を受け付けています。(往診依頼書 P9参照)

② かかりつけ医との面談で留意する事項

《 留意点 》

(ケアマネジャー留意事項)

- 利用者の同意を得ておくこと。
 - ・ 個人情報保護のため、本人の同意がない場合は情報提供することが出来ない事があります。
- 連絡先を伝えること。
 - ・ 担当ケアマネジャーであることを証明できる書類等を携行し、名刺等を渡し連絡先を伝えることが必要です。
- 質問内容は、簡潔に整理しておくこと。
 - ・ 報告なのか、連絡なのか、または相談であるのか、面談の目的を明確にしたうえで、時間をかけないように工夫することが必要です。

(医療機関担当者留意事項)

- **かかりつけ医は、担当ケアマネジャーの把握に努める必要があること。**
 - ・ ケアマネジャーからの連絡を待つだけでなく、積極的にアプローチしていくことが必要です。

③ サービス担当者会議への医師の参加を要請する際の留意事項

《 留意点 》

(ケアマネジャー留意事項)

- 日時に余裕をもって開催案内の通知をすること。
 - ・ 関係者全員が参加することは難しいと思いますが、皆がスケジュールを確保しやすいように工夫をすることが必要です。
- 専門用語や略語の使用を避け、わかりやすい説明を行うこと。
 - ・ 会議で話されている内容が、十分理解出来るように配慮することが必要です。
- プライバシーの保護について、了解を得ておくこと。
 - ・ 患者・利用者の個人情報について、事前に了解を得ることが必要です。
- 会議の趣旨にあわせて、キーマンの出席を確保すること。
 - ・ ケアプランの中で、主要な役割を果たすサービス提供機関からの出席を得ることが必要です。
- 検討結果は関係者へすみやかに報告し、情報共有すること。
 - ・ 欠席した関係者に対し、検討結果を簡潔にまとめた報告書等により伝え、情報共有に努めることが必要です。

(医療機関担当者留意事項)

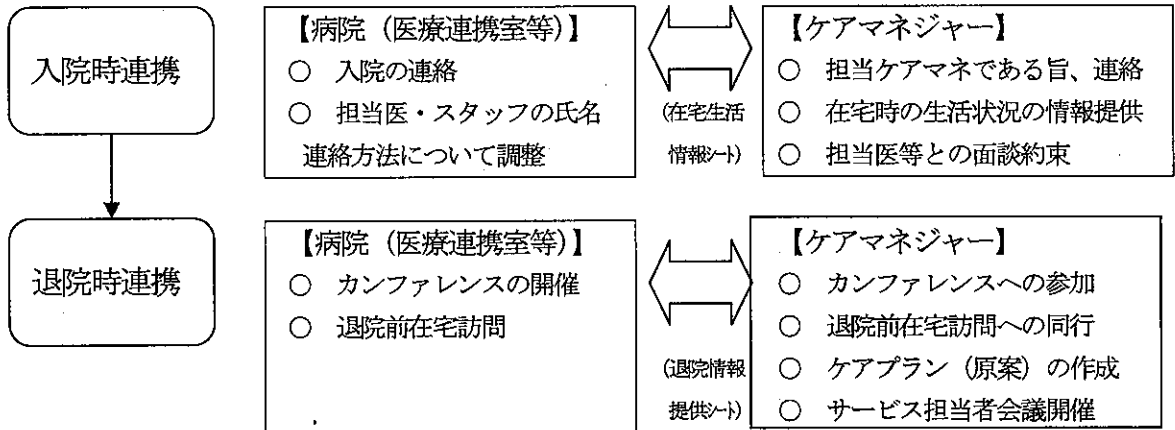
■ かかりつけ医等は参加するように努め、欠席する場合でも会議検討に必要な情報の提供に努めること。

■ 利用者の同意を得ておくこと。

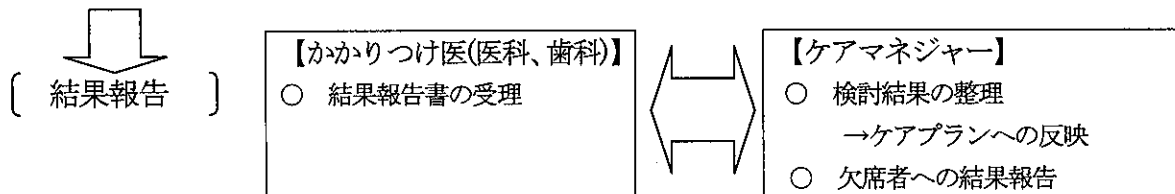
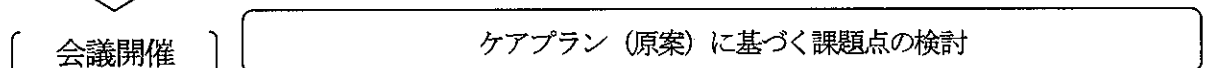
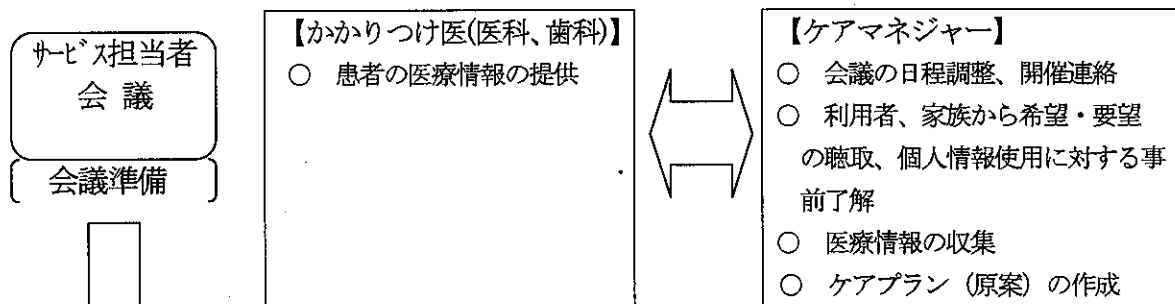
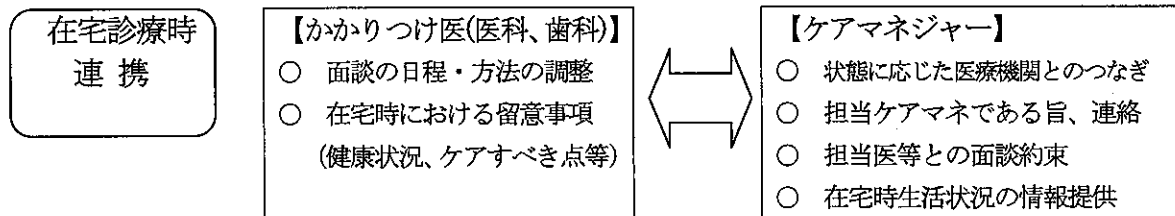
- ・ 個人情報保護のため、本人の同意がない場合は情報提供することが出来ない事があります。

(参考) 医療と介護の連携例

【入退院時の連携】



【在宅診療時の連携】



第3 医療と介護の連携のための情報共有シート
在宅生活情報シート

(情報提供日) 平成 年 月 日

(送付先) 医療機関〔医師〕名

| | | | | | |
|----------|------------------------------------|---------------------------------|-------------|-------------|--|
| 利用者情報 | 氏名 | | 情報提供事業者 | 名称 | |
| | 生年月日 | | | 所在地 | |
| | 住所 | | | 電話番号 | |
| | 連絡先 | | | FAX番号 | |
| | 障がい者手帳 | 有(等級など)・無 障がい名 | | 担当ケアマネ氏名 | |
| 医療情報 | 既往歴 | | | | |
| | かかりつけ医に関する情報 | 医療機関名 | 通院回数(月/週 回) | 予約(無・有⇒日時) | |
| | かかりつけ歯科医に関する情報 | 医療機関名 | 通院回数(月/週 回) | 予約(無・有⇒日時) | |
| | 他に受診している医療機関 | 医療機関名 | 通院回数(月/週 回) | 予約(無・有⇒日時) | |
| | 内服薬の情報 | | | | |
| 生活状況 | 項目 | | 特記事項(介護状況) | | |
| | 食事 | 自立・一部介助・全介助 | | | |
| | | 加齢制限有(cal)・無 | | | |
| | | 常食・粥・刻み・ミキサー・ソフト食 | | | |
| | 経管栄養 | 経鼻・胃ろう・腸ろう | | | |
| | 摂取状況 | 多・普・少 | | | |
| | 排泄 | 自立・一部介助・全介助 | | | |
| | 整容 | 自立・一部介助・全介助 | | | |
| | 入浴 | 自立・一部介助・全介助 | | | |
| | 口腔ケア | 自立・一部介助・全介助 | | | |
| | 移動 | 自立・一部介助・全介助 | | | |
| | | 歩行()・杖歩行・歩行器・車椅子 | | | |
| | | 麻痺 有・無() | | | |
| | 睡眠 | 良眠・不眠・昼夜逆転 | | | |
| | | (服薬)常用・時々・服薬無 | | | |
| 問題行動 | なし・あり | | | | |
| 認知症生活自立度 | I・II・IIa・IIb・III・IIIa IIIb・IV・M | | | | |
| 服薬 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | 家族構成：(本人◎ 女性○男性□) キーパーソンには★印を付記 | | | |
| 感染症 | なし・あり() | | | | |
| 介護状況 | 認定情報 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 | 緊急連絡先： | | |
| | 認定有効期限 | 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 | | | |
| | 生活歴 | | | | |
| | 介護者の状況 | | | | |
| | サービス利用状況 | | | | |

その他・追記事項

| 項 目 | 内 容 (特記事項) |
|-----|--------------|
| | |

情報共有シートの記載基準

1. 在宅生活情報シート (No.1)

(1) 利用者情報

- ① 氏名
利用者の氏名を記入してください。その際、ふりがなも記入してください。
- ② 生年月日
利用者の生年月日を記入してください。
- ③ 住所
記入時点において、利用者が居住している所在地を記入してください。
- ④ 連絡先
利用者本人の介護に関し、キーパーソンとなる方の「氏名」及び「電話番号」を記入ください。
- ⑤ 障がい者手帳
記入時点における障がい等認定状況について、「手帳の有無」と、手帳をお持ちの場合には、「等級」及び「障がい名」を記入してください。

(2) 情報提供事業者

- ① 名称
本シートの記入者(=情報提供事業者)が所属する居宅介護支援事業所等(=事業所等)の名称を記入してください。
- ② 所在地
情報提供事業者が所属する事業所等の住所を記入してください。
- ③ 電話番号
情報提供事業者が所属する事業所等の電話番号を記入してください。
- ④ FAX番号
情報提供事業者が所属する事業所等のFAX番号を記入してください。
- ⑤ 担当ケアマネ氏名
情報提供事業者である事業所等の担当ケアマネジャーの氏名を記入してください。

(3) 医療情報

- ① 既往歴
主治医意見書等を参考に、要介護状態となる原因となった主病名や健康状態などを記入してください。
- ② かかりつけ医に関する情報
記入時点において、利用者にかかりつけ医がある場合には「医療機関名」と「通院回数」、「次回の診療予約の有無」を記入してください。
- ③ かかりつけ歯科医に関する情報
記入時点において、利用者にかかりつけ歯科医がある場合には「歯科医療機関名」と「通院回数」、「次回の診療予約の有無」を記入してください。

③ 他に受診している医療機関

記入時点において、上記①、②の他に、利用者がかかりつけを持っている医療機関がある場合には「医療機関名」と「通院回数」、「次回の診療予約の有無」を記入してください。

④ 内服薬の情報

記入時点において、利用者が使用している薬がある場合には、利用者の薬剤情報提供書や「お薬手帳」などから、その内容を記入してください。

(4) 生活状況

① 食事

(食事摂取時の動作)

記入時点における食事摂取時の動作状況について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | 選択基準 |
|------|---|
| 自立 | 食事の動作に対する介助が行われていない場合。 |
| 一部介助 | 食事の動作の一部のみ、介助が行われている場合。 (例：魚の骨をとる、皮をむくなどの食べやすくするための介助、スプーン等に食べ物をのせる介助) |
| 全介助 | 食事の動作に対する介助の全てが行われている場合。 |

(食事の制限)

記入時点における食事制限の有無について、該当するものに○印を付してください。なお、カロリー制限がある場合、() 内に摂取が可能であるカロリーを記入してください。

(食事の形態)

記入時点における食事の形態について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | 選択基準 |
|------|---|
| 常食 | 普通食を摂取できる場合。 |
| 粥 | 粥状にした食事であれば摂取できる場合。 |
| 刻み | 刻み食であれば摂取できる場合。 |
| ミキサー | 常食や軟食として作った食事を、さらにミキサーにかけた状態の食事であれば摂取できる場合。 |
| ソフト食 | 舌で押しつぶせるような硬さの状態の食事であれば、摂取できる場合。 |

② 経管栄養

記入時点における食事の摂取を、経管により行っている場合、その方法(=「経鼻」、「胃ろう」、「腸ろう」)について該当するものに○印を付してください。

③ 摂取状況

記入時点における利用者が摂取する食事の量(=多い、普通、少ない)の状態について、該当するものに○印を付してください。

④ 排泄

記入時点における排尿・排便の介助状況について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | 選択基準 |
|------|------------------------------|
| 自立 | 排尿・排便の介助が行われていない場合。 |
| 一部介助 | 排尿・排便の一連の行為に部分的に介助が行われている場合。 |
| 全介助 | 排尿・排便の介助が全て行われている場合。 |

⑤ 整容

記入時点における毎日の着替えや洗面、歯磨き、整髪といった整容の介助状況について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | 選択基準 |
|------|------------------------------|
| 自立 | 着替えや洗面などの行為に対する介助が行われていない場合。 |
| 一部介助 | 着替えや洗面などの行為の際、一部介助が必要とされる場合。 |
| 全介助 | 着替えや洗面などの行為全てに介助が行われている場合。 |

⑥ 入浴

記入時点における入浴時の介助状況について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | 選択基準 |
|------|------------------------|
| 自立 | 入浴の介助が行われていない場合。 |
| 一部介助 | 一連の行為に部分的に介助が行われている場合。 |
| 全介助 | 入浴の介助が全て行われている場合。 |

⑦ 口腔ケア

記入時点における口腔ケアの介助状況について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | 選択基準 |
|------|--|
| 自立 | 口腔ケアの介助が行われていない場合。 |
| 一部介助 | 一連の行為に部分的に介助が行われている場合。 (例：義歯の出し入れはできるが、義歯を磨く動作は介護者が行っている場合など) |
| 全介助 | 口腔ケアの全ての介助が行われている場合。 (例：本人が行った箇所を含めて介護者がすべてやり直す、介護者が歯を磨いてあげて口元までコップを運び、本人は口をすすいで吐き出す行為だけができる場合) |

⑧ 移動

記入時点における「移動能力」及び「身体の麻痺状況の有無」について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | | 選択基準 |
|------|-----|---------------------------------------|
| 自立 | 歩行 | 補助器具を使用せず、介助無しで歩行できる場合。 |
| | 杖歩行 | 杖を使用すれば、介助無しで歩行できる場合。 |
| | 歩行器 | 歩行器を使用すれば、介助無しで歩行できる場合。 |
| | 車椅子 | 車椅子に乗れば介助無しで移動できる場合。 |
| 一部介助 | 歩行 | 手を引く、身体を支えるなどの介助があれば、歩行できる場合。 |
| | 杖歩行 | 手を引く、身体を支えるなどの介助があれば、杖を使用して歩行できる場合。 |
| | 歩行器 | 手を引く、身体を支えるなどの介助があれば、歩行器を使用して歩行できる場合。 |
| | 車椅子 | 車椅子を押すなどの介助があれば、車椅子に乗って移動できる場合。 |
| 全介助 | 歩行 | 補助器具を用いた場合でも、移動時は常に介助を必要とする場合。 |
| | 杖歩行 | |
| | 歩行器 | |
| | 車椅子 | |

⑨ 睡眠

記入時点における睡眠の状態及び眠剤の使用状況について、該当するものに○印を付してください。

⑩ 問題行動

記入時点における問題行動の有無について、該当するものに○印を付してください。なお、問題行動がある場合には、詳細について特記事項欄に記入願います。

⑪ 認知症生活自立度

記入時点において認知症の症状がある場合に、該当するランクに○印を付してください。

| ランク | 判断基準 | みられる症状・行動例 |
|-----|---|--|
| I | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 | |
| II | 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 | |
| IIa | 家庭外で上記IIの状態がみられる。 | たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つなど。 |
| IIb | 家庭内でも、上記IIの状態がみられる。 | 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等、一人で留守ができないなど。 |

| ランク | 判断基準 | みられる症状・行動例 |
|-----|---|--|
| Ⅲ | 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする。 | |
| Ⅲa | 日中を中心として上記Ⅲの状態がみられる。 | 着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行動等 |
| Ⅲb | 夜間を中心として上記Ⅲの状態がみられる。 | ランクⅢaに同じ |
| Ⅳ | 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。 | ランクⅢに同じ |
| M | 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。 | せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等 |

⑫ 服薬

記入時点における服薬管理能力について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | 選択基準 |
|------|--|
| 自立 | 決められた時間に、決められた薬を使用することができる場合。 |
| 見守り | 服薬の介助は行われていないが、薬を使用する際に、見守りや声かけ、飲む量の指示等が行われている場合。 |
| 一部介助 | 薬を使用する際に、飲む薬や水を手元に用意する、オブラートに包む、介護者が分包する等、何らかの介助が行われている場合。 |
| 全介助 | 薬や水を手元に用意する、薬を口に入れるという一連の行為に介助が行われている場合。 |

⑬ 感染症

記入時点における感染症の発症の有無について、該当するものに○印を付してください。なお、発症している場合には、() 内に病名を記入してください。

(5) 介護状況

① 認定情報、認定有効期限

記入時点において介護認定が既になされている場合には、該当するものに○印を付してください。あわせて、認定された時期から有効期限までの時期を記入ください。

② 生活歴

サービス利用者が、現在までどのような生活を送ってきたかを時間的経緯に従って確認できる記録であり、たとえば、「生育歴」、「学歴」、「職歴」、「結婚歴」、「既往歴」などがあります。

③ 介護者の状況

記入時点において利用者の介護を主に行っている方の氏名や続柄、同居の有無などについて記入してください。

④ サービス利用状況

記入時点において介護サービスを利用している場合には、その利用状況（サービスの種類・利用回数等）について記入してください。

(6) その他・追記事項

特記事項欄に書ききれなかった情報や、記載項目以外に情報共有が必要と思われるものについて、自由に記入してください。

使用上の注意

本シート使用の際には、事前に、相手方と、シート使用の有無等の取扱
について確認したうえで御使用くださるよう、留意願います。

退院情報提供シート (No. 1)

(情報提供日) 平成 年 月 日

○ 情報提供先

○ 医療機関名 [所属・情報提供者]

| | | | |
|-------|----------|------|------------------|
| 入院日 | 平成 年 月 日 | 主治医 | |
| 利用者氏名 | | 生年月日 | M・T・S 年 月 日 (歳) |
| 住所 | | | |
| 連絡先 | | | |

| | |
|---|---------------------------------------|
| <p>疾病の状態</p> <p>主病名</p> <p>主症状</p> <p>既往歴</p> | <p>特記事項 (医療的処置などの コメント記載)</p> |
|---|---------------------------------------|

意識障害 認知障害 (周辺症状 [BPSD] …夜間の状況等) 筋力低下 (上肢、下肢)
 知覚障害 (視覚 聴覚 皮膚の感覚 痛覚) 構音障害 失語症
 嚥下障害 浮腫 () 疼痛 () 拘縮 () 褥瘡 ()

退院予定日 | 平成 年 月 日 | 退院後の医療機関名

直近の
バイタルサイン

カンファレンス開催について 必要 ・ 不要 ・ その他 ()

退院情報提供シート (No.1の続き)

| 生活状況 | 項 目 | | 特 記 事 項 |
|----------------|--|---|---------|
| | 食 事 | 自立・一部介助・全介助 加 ¹ -制限有 (cal) ・無 常食・粥・刻み・ミキ ¹ ・ソ ¹ 食 | |
| 経管栄養 | 経鼻・胃ろう・腸ろう | | |
| 摂取状況 | 多・普・少 | | |
| 排 泄 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| 整 容 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| 入 浴 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| 口腔ケア | 自立・一部介助・全介助 | | |
| 移 動 | 自立・一部介助・全介助 歩行 () ・杖歩行・ 歩行器・車椅子 | | |
| | 麻痺 有・無 () | | |
| 睡 眠 | 良眠・不眠・昼夜逆転 (服薬) 常用・時々・服薬無 | | |
| | | | |
| 問題行動 | なし ・ あり | | |
| 認知症 生活自立度 | I・II・IIa・IIb・III・IIIa IIIb・IV・M | | |
| 服 薬 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | | |
| 感染症 | 無 ・ あり () | | |
| ※服薬している薬の種類、内容 | | | |

退院情報提供シート（No. 2）

| カンファレンス 検討事項 | |
|--------------|--|
| 住宅改修の必要性 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| メモ | |
| 福祉用具 購入 | <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> シャワーキャリー <input type="checkbox"/> 浴槽台 <input type="checkbox"/> バスボード <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 補高便座 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 福祉用具 レンタル | <input type="checkbox"/> 車椅子（ <input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用） <input type="checkbox"/> クッション（種類 ） <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> マットレス（種類 ） <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| メモ | |
| その他サービスの必要性 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| メモ | |
| リハビリ継続の必要性 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） |
| 区分変更申請の必要性 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| その他検討事項 | |

平成 年 月 日

作成者

本人

家族

次の要件に該当する者は、要介護認定が要支援及び要介護1であっても、福祉用具のレンタルが可能となる場合がありますので、詳細は市町に確認願います。

【 例外適用要件 】

- ・ 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
- ・ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者
- ・ 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

情報共有シートの記載基準

2. 退院情報提供シート (No.1)

(1) 情報提供先

利用者が退院した後、在宅（または施設入居）時において介護サービスを受けるためにケアプランを作成することとなる居宅介護支援事業所を記入してください。

(2) 医療機関名

記入時点において、利用者が入院していた医療機関名、情報提供者の所属・氏名を記入してください。

(3) 入院日

利用者が当該医療機関に入院した日付を記入してください。

(4) 主治医

利用者が当該医療機関に入院していた際の担当医の氏名を記入してください。

(5) 利用者情報

① 利用者氏名

利用者の氏名を記入してください。その際、ふりがなも記入してください。

② 生年月日

利用者の生年月日を記入してください。

③ 住所

記入時点において、利用者が居住している所在地を記入してください。

④ 連絡先

利用者本人の介護に係る緊急連絡先である者の氏名及び電話番号、また必要に応じ、連絡が取れる時間帯の情報を記入してください。

(6) 疾病の状態

① 主病名

利用者の主たる病名を記入してください。

② 主症状

利用者の病気などによる肉体的、精神的な状態を記入してください。

③ 既往歴

利用者の過去の病歴及び健康状態に関する状況を記入してください。

④ 特記事項

医療的処置などのコメントがある場合など、必要に応じて記入してください。

⑤ 心身に係る状態

記入時点において、利用者について該当するものがある場合、チェック（レ）を入れてください。

浮腫、疼痛、拘縮、褥瘡においては、（ ）内に部位を記入してください。

(7) 退院予定日

記入時点において、利用者の退院予定日を記入してください。

(8) 退院後の医療機関名

記入時点において、利用者の転院先医療機関、または在宅時におけるかかりつけ医療機関などが決まっている場合には、記入してください。

(9) 直近のバイタルサイン

記入時点において、利用者の意識、血圧、脈拍、呼吸、体温の状態について記入してください。

(10) カンファレンス開催について

記入時点において、該当するものに○印を付してください。

(11) 生活状況

① 食事

(食事摂取時の動作)

記入時点における食事摂取時の動作状況について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | 選択基準 |
|------|---|
| 自立 | 食事の動作に対する介助が行われていない場合。 |
| 一部介助 | 食事の動作の一部のみ、介助が行われている場合。 (例：魚の骨をとる、皮をむくなどの食べやすくするための介助、スプーン等に食べ物をのせる介助) |
| 全介助 | 食事の動作に対する介助の全てが行われている場合。 |

(食事の制限)

記入時点における食事制限の有無について、該当するものに○印を付してください。

なお、カロリー制限がある場合、() 内に摂取が可能であるカロリーを記入してください。

(食事の形態)

記入時点における食事の形態について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | 選択基準 |
|------|---|
| 常食 | 普通食を摂取できる場合。 |
| 粥 | 粥状にした食事であれば摂取できる場合。 |
| 刻み | 刻み食であれば摂取できる場合。 |
| ミキサー | 常食や軟食として作った食事を、さらにミキサーにかけた状態の食事であれば摂取できる場合。 |
| ソフト食 | 舌で押しつぶせるような硬さの状態の食事であれば、摂取できる場合。 |

② 経管栄養

記入時点における食事の摂取を、経管により行っている場合、その方法(=「経鼻」、「胃ろう」、「腸ろう」)について該当するものに○印を付してください。

③ 摂取状況

記入時点における利用者が摂取する食事の量（＝多い、普通、少ない）の状態について、該当するものに○印を付してください。

④ 排泄

記入時点における排尿・排便の介助状況について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | 選択基準 |
|------|------------------------------|
| 自立 | 排尿・排便の介助が行われていない場合。 |
| 一部介助 | 排尿・排便の一連の行為に部分的に介助が行われている場合。 |
| 全介助 | 排尿・排便の介助が全て行われている場合。 |

⑤ 整容

記入時点における毎日の着替えや洗面、歯磨き、整髪といった整容の介助状況について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | 選択基準 |
|------|------------------------------|
| 自立 | 着替えや洗面などの行為に対する介助が行われていない場合。 |
| 一部介助 | 着替えや洗面などの行為の際、一部介助が必要とされる場合。 |
| 全介助 | 着替えや洗面などの行為全てに介助が行われている場合。 |

⑥ 入浴

記入時点における入浴時の介助状況について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | 選択基準 |
|------|------------------------|
| 自立 | 入浴の介助が行われていない場合。 |
| 一部介助 | 一連の行為に部分的に介助が行われている場合。 |
| 全介助 | 入浴の介助が全て行われている場合。 |

⑦ 口腔ケア

記入時点における口腔ケアの介助状況について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | 選択基準 |
|------|--|
| 自立 | 口腔ケアの介助が行われていない場合。 |
| 一部介助 | 一連の行為に部分的に介助が行われている場合。 (例：義歯の出し入れはできるが、義歯を磨く動作は介護者が行っている場合など) |
| 全介助 | 口腔ケアの全ての介助が行われている場合。 (例：本人が行った箇所を含めて介護者がすべてやり直す、介護者が歯を磨いてあげて口元までコップを運び、本人は口をすすいで吐き出す行為だけができる場合) |

⑧ 移動

記入時点における「移動能力」及び「身体の麻痺状況の有無」について、該当するものに○印を付してください。

| 選択肢 | | 選択基準 |
|------|-----|---------------------------------------|
| 自立 | 歩行 | 補助器具を使用せず、介助無しで歩行できる場合。 |
| | 杖歩行 | 杖を使用すれば、介助無しで歩行できる場合。 |
| | 歩行器 | 歩行器を使用すれば、介助無しで歩行できる場合。 |
| | 車椅子 | 車椅子に乗れば介助無しで移動できる場合。 |
| 一部介助 | 歩行 | 手を引く、身体を支えるなどの介助があれば、歩行できる場合。 |
| | 杖歩行 | 手を引く、身体を支えるなどの介助があれば、杖を使用して歩行できる場合。 |
| | 歩行器 | 手を引く、身体を支えるなどの介助があれば、歩行器を使用して歩行できる場合。 |
| | 車椅子 | 車椅子を押すなどの介助があれば、車椅子に乗って移動できる場合。 |
| 全介助 | 歩行 | 補助器具を用いた場合でも、移動時は常に介助を必要とする場合。 |
| | 杖歩行 | |
| | 歩行器 | |
| | 車椅子 | |

⑨ 睡眠

記入時点における睡眠の状態及び眠剤の使用状況について、該当するものに○印を付してください。

⑩ 認知症生活自立度

記入時点において認知症の症状がある場合に、該当するランクに○印を付してください。

| ランク | 判断基準 | みられる症状・行動例 |
|-----|---|--|
| I | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 | |
| II | 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 | |
| IIa | 家庭外で上記IIの状態がみられる。 | たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つなど。 |
| IIb | 家庭内でも、上記IIの状態がみられる。 | 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等、一人で留守ができないなど。 |

| ランク | 判断基準 | みられる症状・行動例 |
|-----|---|--|
| Ⅲ | 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする。 | |
| Ⅲa | 日中を中心として上記Ⅲの状態がみられる。 | 着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行動等 |
| Ⅲb | 夜間を中心として上記Ⅲの状態がみられる。 | ランクⅢaに同じ |
| Ⅳ | 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。 | ランクⅢに同じ |
| M | 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。 | せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等 |

3. 退院情報提供シート (No.2)

(1) カンファレンス検討事項

利用者が退院した後、在宅生活を送るにあたっての住宅改修や福祉用具の必要性の有無、必要とされる介護サービスの種類等について、該当するものにチェック (レ) を入れてください。

※ 注意)

当該シートの中段に記載されている「日付」、「作成者」、「本人」及び「家族」の項目は、必要に応じて、医療機関が利用者本人及びその家族に対し、当該シートを利用して説明するために設けた項目であるため、記入の有無は、使用者の判断にまかせることといたします。

【 参考 歯科往診依頼書（介護機関 ⇒ 医療機関） 】

歯科往診依頼書

(あて先：奥州市歯科医師会 FAX 0197-24-0861)

平成 年 月 日

ご依頼元ケアマネジャー 事業所名 _____

氏 名 _____

電 話 _____

F A X _____

患者様名 _____ 男 ・ 女 _____ 歳

患者様住所 _____

患者様宅電話 _____

ご依頼内容 該当するものにチェックを入れてください。

- | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> 歯が動く | <input type="checkbox"/> 噛めない |
| <input type="checkbox"/> 口が汚れている | <input type="checkbox"/> 傷がある | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない |
| <input type="checkbox"/> 口が臭う | <input type="checkbox"/> のみ込みが悪い | <input type="checkbox"/> むせる |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | |

お願い

・希望歯科医院がございましたら、ご記入願います。

承諾書

・ご依頼に対する患者様の承諾（本人または家族の署名、あるいは押印願います。）

(参考資料)

1 経緯

平成 22 年 10 月 29 日

第 1 回胆江医療圏域医療・保健・福祉連携検討会の開催

- ・ 各機関における医療と福祉の連携に係る現状と課題についての情報交換

平成 22 年 12 月 22 日

第 2 回胆江医療圏域医療・保健・福祉連携検討会の開催

- ・ 医療と福祉の連携課題に対する具体的方策について協議

平成 23 年 3 月 2 日

第 3 回胆江医療圏域医療・保健・福祉連携検討会の開催

- ・ 平成 22 年度の経過報告と平成 23 年度の取組み（案）を協議

平成 23 年 6 月 27 日

第 1 回胆江医療圏域医療・福祉連携ワーキンググループの開催

- ・ 連絡一覧表、医療と介護の連携マニュアル及び情報共有シートの素案について検討、協議

平成 23 年 7 月 22 日

第 1 回胆江医療圏域医療・福祉連携検討会の開催

- ・ 6 月 27 日のワーキンググループ検討結果を踏まえての素案について協議

平成 23 年 9 月 14 日

第 2 回胆江医療圏域医療・福祉連携ワーキンググループの開催

- ・ 連絡一覧表の進捗状況報告と、連携マニュアル及び情報共有シートの修正案について検討、協議

平成 23 年 10 月 21 日

第 2 回胆江医療圏域医療・福祉連携検討会の開催

- ・ 9 月 14 日のワーキンググループ検討結果を踏まえての修正案について協議

平成 23 年 11 月 30 日

連絡一覧表の完成、関係機関あての送付

平成 24 年 3 月 8 日

第 3 回胆江医療圏域医療・福祉連携ワーキンググループの開催

- ・ 情報共有シートの試用運用結果報告と、連携マニュアル及び情報共有シートの最終案について検討、協議

平成 24 年 3 月 21 日

第 3 回胆江医療圏域医療・福祉連携検討会の開催

- ・ 3 月 8 日のワーキンググループ検討結果を踏まえての最終案、平成 24 年度の実施計画（案）について協議

2 胆江医療圏域医療・福祉連携検討会メンバー

| 所 属 |
|------------------------|
| 岩手県立胆沢病院 |
| 岩手県立江刺病院 |
| 奥州市総合水沢病院 |
| 奥州市まごころ病院 |
| 金ケ崎診療所 |
| 奥州市医師会 |
| 奥州市歯科医師会 |
| 胆江地区介護支援専門員連絡協議会 |
| 寿水会指定居宅介護支援事業所 |
| 桜つつみ指定居宅介護支援事業所 |
| 金ケ崎町社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所 |
| 奥州市健康福祉部健康増進課健康づくり係 |
| 奥州市健康福祉部長寿社会課介護認定係 |
| 奥州市健康福祉部長寿社会課地域包括支援係 |
| 金ケ崎町保健福祉センター |
| 金ケ崎町保健福祉センター地域包括支援センター |
| 岩手県奥州保健所企画管理課 |
| 岩手県奥州保健所長寿社会課 |

3 医療と介護の連携に着目した報酬加算等情報

(1) 入院時の場合 (□ 介護報酬、■ 診療報酬)

□ 入院時情報連携加算 (H24 年度改定) (利用者 1 人につき 1 回を限度)

ア) 入院時情報連携加算 (I) 200 単位/月

イ) 入院時情報連携加算 (II) 100 単位/月

[算定要件]

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必要な情報提供を行った場合

入院時情報連携加算 (II) 介護支援専門員が病院又は診療所に訪問する以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合

■ 介護支援連携指導料 (H22 年度改定) 300 点 (入院中 2 回に限り算定可)

[算定要件]

医療機関に入院中の患者の同意を得て、医師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同で患者の心身状態を踏まえ、導入が望ましい介護サービス等について説明及び指導を行った場合

■ 地域歯科診療支援病院入院加算 300 点 (入院初日)

[算定要件]

地域歯科診療支援病院において、別の保険医療機関で歯科訪問診療を実施している患者に対し、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合

(2) 退院時の場合 (□ 介護報酬、■ 診療報酬)

□ 退院・退所加算 (H24 年度改定)

退院・退所加算 300 単位/月 (入院等期間中に 3 回を限度)

[算定要件]

退院または退所に当たって、病院等の職員との面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を求めること、その他の連携を行った場合

3 回算定することができるのは、そのうち 1 回について、入院中の担当医等との会議 (カンファレンス) に参加して、退院後の在宅での療養上必要な説明を行った上で、居宅サービス計画を作成しサービスの利用に関する調整を行った場合に限る。

□ 地域連携診療計画情報提供加算 (H24 年度～)

地域連携診療計画情報提供加算 300 単位/回 (入所者 1 人につき 1 回を限度)

[算定要件]

診療報酬の地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定して保険医療機関を退院した入所者に対して、当該保険医療機関が地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の治療等を行い、入所者の同意を得た上で、退院した日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する病院に診療情報を文書により提供した場合

- **地域連携診療計画管理料**（H18年度～）900点（計画管理病院において、転院又は退院時に1回限り算定可）

〔算定要件〕

大腿骨頸部骨折、脳卒中に関する地域連携診療計画を計画管理病院にて作成し、当該疾患に係る治療を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明・同意を得たうえで文書により提供した場合

- **地域連携診療計画退院時指導料**（計画管理病院を除く）

ア) 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）600点、100点（※）（退院時1回）

イ) 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）300点（退院月から翌月に1回）

〔算定要件〕

（Ⅰ）厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、**地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に**、患者の同意を得たうえで**地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成、患者に説明・文書提供するとともに、計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書提供した場合**

（※）加算要件：上記に規定する診療計画に基づき、退院後の患者の治療を担う保険医療機関または介護サービス事業者等に、診療情報を文書提供した場合

（Ⅱ）厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において**地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定して他の保険医療機関を退院した患者で、2段階目の病院を退院した日の属する月の翌月までに、計画管理病院に対し当該患者の診療情報を文書提供した場合**

- **退院調整加算**（H24年度～）

| | 対象 | 入院期間 | 点数 |
|----------|--|-------------|------|
| 退院調整加算 1 | 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料又は特定一般病棟入院料を算定している患者 | 14日以内 | 340点 |
| | | 15日以上30日以内 | 150点 |
| | | 31日以上 | 50点 |
| 退院調整加算 2 | 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は特定入院基本料を算定している患者 | 30日以内 | 800点 |
| | | 31日以上90日以内 | 600点 |
| | | 91日以上120日以内 | 400点 |
| | | 121日以上 | 200点 |

〔算定要件〕

入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、**退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合**

- **地域連携計画加算**（H24年度～）300点（入院中1回）

〔算定要件〕

保険医療機関が、患者の同意を得て、疾患名、当該保健医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等、在宅での療養に必要な事項を記載した**退院支援計画を策定し、当該患者及び家族に説明、文書を提供するとともに、当該患者の退院後の治療等を担う別の保健医療機関等と共有した場合**

■ 地域連携認知症集中治療加算（H24 年度～）1,500 点（退院時 1 回）

〔算定要件〕

認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、他の保険医療機関の病棟又は病床から転院してきた患者について必要な診療を行い、当該患者に係る診療情報を文書により提供したうえで、当該転院の日から 60 日以内に当該他の保険医療機関の病棟又は病床に再び転院させた場合

■ 地域連携認知症支援加算（H24 年度～）1,500 点（再転院時 1 回）

〔算定要件〕

療養病床または有床診療所療養病床に入院中の患者であって、認知症症状の急性増悪等により、認知症治療病棟へ転院し、転院日から 60 日以内に紹介元の医療機関に再転院した場合

■ 退院時共同指導料（H20 年度～）

ア) 退院時共同指導料(I) 在宅療養支援診療所の場合：1,000 点、当該診療所以外：600 点

イ) 退院時共同指導料(II) 300 点、 2,000 点（※）

〔算定要件〕

(I) 地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等が入院先に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を入院中の保険医療機関の保険医、看護師等と共同して行ったうえ、文書により情報提供した場合

(II) 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った場合

(※) 加算要件：入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくは歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師除き）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合、所定点数に 2,000 点を加算する。

■ 診療情報提供料（I）（H6 年度～） 250 点（月 1 回）

〔算定要件〕

保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対し患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合

(3) 在宅時の場合（□ 介護報酬、■ 診療報酬）

□ 緊急時等居宅カンファレンス加算（H24 新規）200 単位/回（月 2 回を限度）

〔算定要件〕

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合。

■ 在宅患者連携指導料（H20 年度～）900 点（月 1 回）

〔算定要件〕

訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者で通院困難なものに対し、患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局または訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合

■ 在宅患者緊急時カンファレンス料（H20年度～）200点（月2回）

〔算定要件〕

訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者で通院困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等または居宅介護支援事業所の介護支援専門員と共同で患家に赴きカンファレンスを行い、又はカンファレンスに参加しそれらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合

■ 歯科訪問診療にかかる地域医療連携体制加算 300点(同一初診内1回に限り)

〔算定要件〕

厚生労働大臣が定める施設基準（※）に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が別の保険医療機関と連携して、診療時間外や休日・深夜における緊急時の診療体制を確保した場合

（※） 厚生労働大臣が定める施設基準について

- 1 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。
- 2 以下の①の要件を満たす医療機関 及び ②の要件を満たす医療機関との連携により、緊急時の歯科診療が出来る連携体制が確保されていること。
 - ① 次の要件を満たしている地域歯科診療支援病院歯科初診料届出保険医療機関
 - ・ 緊急時、当該患者に対する歯科診療を行う体制を確保している。
 - ・ 在宅歯科医療の調整担当者が1名以上配置している。
 - ・ 患者に関する診療記録管理を行う必要な体制が整備されている。
 - ② 当該患者に対して歯科訪問診療を行う体制が整備されている保険医療機関
- 3 連携保険医療機関が緊急時に円滑に対応出来るよう、予め患者又は家族の同意を得て、治療等に必要情報を連携保険医療機関に対し、予め定められた様式かそれに準じた様式にて提供し、その写しをカルテに添付しておくこと。
- 4 患者又は家族等に対して、連携保険医療機関の名称、住所、調整担当者又は担当歯科医師の氏名及び連絡方法などを、定められた様式かそれに準じた様式にて必ず交付し、地域医療連携体制の円滑な運営を図ること。