

台東区 入退院時情報連携シートの手引き

1 はじめに

台東区では、平成25年度より「在宅療養連携推進協議会」を設置し、医療と介護の連携の推進を図るため、医療・介護関係者の多職種による検討を続けてきました。

その取組の一つとして、入退院時において、医療と介護の関係機関がお互いに必要な情報を円滑に共有できる仕組み作りについて、平成27年度より在宅療養連携推進協議会専門部会（情報共有ツール）を設置し、「入退院時情報連携シート」を作成いたしました。本シートの活用により、医療と介護のより一層の連携の一助となれば幸いです。

なお、本シートは参考様式であり、介護報酬の算定にあたり、別様式を作成・使用している場合は、その使用を妨げるものではありません。

2 目的

(1) 入院時

在宅で医療・介護サービスを受けている方が医療機関に入院する際に、医療機関に対し、ケアマネジャーから患者（利用者）の情報を提供することで、当該医療機関が入院直後から早期に退院支援に取り組めるようにするため。

(2) 退院時

退院に向けて、ケアマネジャーが病院を訪問し、カンファレンスや病院スタッフとの面談などを通して情報を収集し、退院後の在宅でのサービス計画作成のほか主治医や関係機関等との情報共有を図るため。

3 活用方法

(1) 記載者 ケアマネジャー

(2) シートについて

本シートは、入院時、退院時共通の様式となっており、表題に☑を入れることで使い分けさせていただきます。

※入院先の病院に以前から外来通院をしていた場合でも、介護（生活）情報は必要になります。

【例】A病院へ外来通院 ⇒ A病院に入院 入院時情報連携シート提出

ア 入院時の情報連携シート ※記載例1（P3～P4）、フロー図（P7）を参照

入院時において、ケアマネジャーが患者（利用者）の入院前の情報をシートに記載し、原則入院してから3日以内に病院（地域医療連携室等）に提供します。個人情報が含まれているため、可能な限り病院へ訪問し、直接提供してください。

※FAXで情報提供をされる際は、送信の前後に病院（地域医療連携室等）へ連絡し、「これからFAXを送る旨」や「FAXが届いたか」を確認し、連携シートの情報の項目の名前や住所の一部を黒く塗りつぶすなど、個人が特定されないような配慮をお願いいたします。なお、塗りつぶされていない原本は、後日病院へ郵送または持参してください。

速やかに情報提供を行うために、「連携シート」の基本事項（P1）については、事前に記載が可能な情報を、あらかじめ記載しておくことをお勧めします。

イ 退院時の情報連携シート ※記載例2（P5～P6）、フロー図（P8）を参照

退院前にケアマネジャーが病院（地域医療連携室等）を訪問し、患者（利用者）に関する必要な情報を聞き取り、シートを作成します。作成したシートは、主治医や関係機関に提供し、情報共有を図ります。

ウ 転院時の取り扱いについて

患者（利用者）が転院する際は、原則、転院元の病院が患者、家族もしくはケアマネジャーに同意を得た上で、ケアマネジャーから提出された「入院時のシートの写し」を転院先の病院へ送付しますが、転院先の病院からケアマネジャーに対し、「入院時のシートの写し」の提出を求められた際は、ご対応をお願いします。

4 個人情報の取り扱いについて

- (1) シートには、患者（利用者）等の医療や介護の情報を含む個人情報が含まれているため、目的以外の使用及び関係者以外への提供（営利目的など）を禁止します。
- (2) 当シートを使った情報提供の際には、事前に利用者本人または家族の同意を得る必要があります。居宅介護支援等の契約の際、入退院時に医療機関や関係機関へ情報提供を行うことも含めた個人情報提供の包括的同意を得ておきます。

5 区内病院の連絡先（提出先）

浅草病院 (医療連携相談室)	上野病院 (医療連携室)	永寿総合病院 (地域医療連携センター)	永寿総合病院柳橋分院 (医療福祉相談課)
3876-1711 (代表番号)	3833-8111 (代表番号)	3833-8897 (直通番号)	3851-9375 (代表番号)
5824-1885 (FAX番号)	5812-3302 (FAX番号)	3834-2351 (FAX番号)	3851-9380 (FAX番号)

浅草寺病院 (医療福祉相談・連携室)	区立台東病院 (地域連携相談室)	土田病院 (医療相談室)	同善病院 (医療連携室)
3841-3330 (代表番号)	3876-1007 (直通番号)	3822-2201 (代表番号)	3802-2102 (直通番号)
6231-7716 (FAX番号)	3876-1485 (FAX番号)	3822-2283 (FAX番号)	3805-0473 (FAX番号)

6 「台東区 入退院時情報連携シート」及び介護報酬上の加算についてのダウンロードについて
区ホームページに「台東区 入退院時情報連携シート」及び「台東区 入退院時情報連携シートの手引き」を掲載しておりますので、データをダウンロードし、ご活用ください。

また、本シートに関する介護報酬上の加算についての概要も掲載しておりますので、ご活用ください。

【暮らしのガイド】 ⇒ 【病気と医療】 ⇒ 【病院・医療機関のご案内】 ⇒
【台東区 入退院時情報連携シート】

7 問い合わせ先

シートの記入方法等について 台東区健康部健康課 在宅療養連携担当 5246-1215
介護報酬上の加算について 台東区福祉部介護保険課 事業者担当 5246-1243

記載例1 入院時 情報連携シート

作成日 ○○年 ○○月 ○○日

台東区

入院時
 退院時 情報連携シート

入院日 ○○年 ○○月 ○○日

[注] 入院時情報連携加算の算定には、国の通知等による算定条件を満たす必要があります。

◆入院先の医療機関名		◆シート作成元	
○○病院様 (電話番号) ×× - ×××× - ××××		事業所名	○○○○
主治医名 医師		所在地	〒○○○-○○○○ 台東区○○○ 1-2-○
※退院時のみ記載	入院期間	入院日 年 月 日	担当者 ○○○○
		退院(予定日) 年 月 日	
	入院目的		電話番号 03-○○○○-○○○○
	面談日	年 月 日 (面談者)	FAX 03-○○○○-○○○○
	面談日	年 月 日 (面談者)	
フリガナ	タイノウ タロウ	性別	生年月日
本人氏名	台東 太郎 様	男・女	明・大・昭 ○○年 ○○月 ○○日生 (72)歳
住所	〒○○○-○○○○	TEL/FAX	03-○○○○-○○○○
	台東区○○○ 15-7-○	携帯Tel	03-○○○○-○○○○
住居環境	1. 持家・賃貸 2. 戸建・集合住宅 3. エレベーター(有・無) 4. お風呂(有・無) 5. トイレ(洋式・和式) 6. 冷暖房(有・無) 7. その他()		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護 その他・特記()		
障害等認定	身障(1種1級)、療育()、精神()、難病() 障害高齢者の日常生活自立度(A2) その他・特記()		
A 基 本 情 報	家族構成	これまでの職業、家庭生活、家族関係、趣味、習慣など(※生活歴)	
	◎:本人 □:男性 ○:女性 ●:死亡 ☆:キーパーソン 主:主介護者 副:副介護者	青森県生まれ。集団就職で上京した。製版会社に就職し、35歳のとき独立。70歳まで自宅の1階で、版下作成する会社を経営していた。妻と二人暮らし。妻が夫の介助をしている。二人の子どもは独立し墨田区(長女)と武蔵野市(長男)に住んでいる。両親のことを長女は心配しているが、フルタイムで仕事をしているので、定期的な訪問はできない。長男も遠方に住み、子どもが小さいので、定期的には訪問できない。趣味はゴルフであったが、脳梗塞後やめた。現在は、1日テレビを見て過ごしている。お酒(1日2合)とタバコ(1日20本)がやめられない。	
緊急連絡先(氏名)		性別	続柄 世帯 連絡先(Tel)他
東京 花子		男・女	長女 同・別 090-xxxx-xxxx
台東 一郎		男・女	長男 同・別 090-xxxx-xxxx/○○○-○○○-○○○
		男・女	同・別
受診状況 主治医意見書作成者 <input checked="" type="checkbox"/>			
現病歴	受診医療機関名(診療科目・主治医名)		連絡先(Tel)
糖尿病	<input checked="" type="checkbox"/> ○○病院(内分泌代謝科・上野今子医師)		03-○○○○-○○○○
腹部大動脈瘤	<input type="checkbox"/> ○○病院(心臓血管外科・浅草蔵夫医師)		03-○○○○-○○○○
腎不全	<input type="checkbox"/> ○○病院(腎臓内科・小島松一医師)		03-○○○○-○○○○
かかりつけ歯科医	無(有) T歯科クリニック		03-○○○○-○○○○
かかりつけ薬局	無(有) D薬局(訪問薬剤)		03-○○○○-○○○○
介護保険認定情報			
未申請・区分変更中・新規申請中・非該当		認定日 ○○年○○月○○日	負担割合 (1割・2割・3割)
要支援()・要介護(2) (○○年○月○日~○○年○月○○日)		介護保険負担限度額認定 (有・無)	

シート作成者についての情報を記載

退院時のみ記載

該当部分に○印をつける

等級などを記載

出身地、家族構成、住環境、本人の性格、職歴、趣味、親族との関係、友人との関係、地域のつながり、好きな事・嫌いな事、心配事、希望などを記載

記載例1 入院時 情報連携シート

退院時のみ記載

該当箇所には○印をつける

B 医療情報	主病名			既往歴		
	酸素療法	無・有 (0/m)	病状説明 (医師から 本人・家族)	告知：無・有		
	透析	無・有 (週 回)				
	ストーマ処置	無・有 ()	病気の 受け止め方 (本人・家族)			
	点滴・自己注射	無・有 ()				
	カテーテル	無・有 ()	自宅での 看取りの希望 (本人・家族)			
	気管切開の処置	無・有 ()				
	褥瘡の処置	無・有 ()	終末期の医療 処置の希望			
	経管栄養	無・有 ()				
	アレルギー	無・有 (薬剤：)		食物： ()	その他： ()	
感染症	B型肝炎 無・有 C型肝炎 無・有		その他 無・有 ()			
その他 (特記事項)						
服薬	服薬内容	無 (有) (メインテート錠2.5mg ラシックス20mg ブルゼニド錠12mg ロゼレム8mg カリメート散5g)				
	内服	介助なし・一部介助・全介助	服薬可能な剤形	錠剤・散剤・液剤	〇一包化 (無・有)	他 ()
C 身体情報	麻痺	右⓪上肢・右⓪下肢・左上肢・左下肢 (脳梗塞後、右上肢軽度、右下肢は弛緩し、尖足のため短下肢装具使用)				
	筋力低下	右⓪上肢・右⓪下肢・左上肢・左⓪下肢 (脳梗塞後、歩行困難となり、徐々に両下肢筋力低下)				
	リハビリ等	リハビリテーション 無 (有) (頻度：頻度：デイケア/週1回) 運動制限 無 (有) (脈拍120回/分以上時 運動中止)				
	その他 (特記事項)	左側空間無視、高次脳機能障害あり				
食事	食べる状況	介助なし・見守り・一部介助・全介助・()	水分摂取	介助なし・見守り・一部介助・全介助・()		
	食事形態	普通食・治療食・経管栄養・他()	口腔状態	良好・不良 〇義歯 無 (有) 上義歯 ()		
	主食	米飯・全粥・ミキサー・他()	嚥下状況	良・不良 〇トロミ剤 無 (有) ()		
	副食	通常・一口大・刻み・ミキサー・他()	咀嚼状況	良・不良 (義歯が合わず、かみ合わせ悪い)		
制限	無 (有) (塩分/6g・水分・他：タンパク質45g カリウム1.5g)		口腔ケア	介助なし・一部介助・全介助・()		
D ADL 介護情報	寝返り	介助なし・見守り・一部介助・全介助・(柵につかまる)	起き上がり	介助なし・見守り・一部介助・全介助・(柵につかまる)		
	移動方法	介助なし・見守り・一部介助・全介助・(屋外は見守り)	身だしなみ	介助なし・見守り・一部介助・全介助・(爪切り要介助)		
		車椅子(杖) 歩行器・シルバーカー・他()	着脱	介助なし・見守り・一部介助・全介助・(右袖通し介助)		
	移乗	介助なし・見守り・一部介助・全介助・(ふらつきあり)	入浴	介助なし・見守り・一部介助・全介助・(背中洗身介助)		
座位保持	介助なし・一部介助・背もたれ・不可・(腰痛のため)	その他に必要な福祉用具	(立ち上がり時の手すり、シャワーチェア)			
排泄	排泄行為	介助なし・見守り・一部介助・全介助・()	オムツ等	パット・リハビリパンツ・オムツ・他()		
	失禁	〇尿失禁 (無 (有) 〇便秘 (無 (有) 〇尿・便秘 (無 (有) 〇腹圧性失禁 (無 (有)				
その他	夜間の状態	良眠 (不眠 (夜間、トイレ後寝つき悪い)		精神疾患 無 (有 ()		
	認知症高齢者の 日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	意思疎通	可・簡単なことのみ可・不可 ()		
	記憶障害	直前の事を忘れる・前日のことを忘れる・数日前の事を忘れる・()				
	その他精神、 行動障害	不穏・幻覚・幻聴・妄想・暴言・暴力 不潔行為・異食・理解、判断力の障害・徘徊・迷子・他()				
その他 (特記事項)	服薬管理不可、インシュリン自己注射は妻が打っている。易怒で妻に暴言、暴力有。					
C、Dの上記項目について、入院する1か月前と比べ、大きく変化した部分		退院時のみ記載				

【注】入院時情報連携加算、退院・退所加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

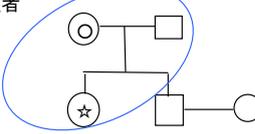
記載例2 退院時 情報連携シート

作成日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

台東区 入院時 退院時 情報連携シート

入院日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

[注] 退院・退所加算の算定には、国の通知等による算定条件を満たす必要があります。

◆入院先の医療機関名		◆シート作成元	
〇〇病院様 (電話番号) ×× - ×××× - ××××		事業所名	〇〇〇〇
主治医名 浅草 三郎 医師		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 台東区〇〇〇 1-2-〇
※退院時のみ記載	入院期間	入院日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 退院(予定日) 〇〇年 〇〇月 〇〇日	担当者
	入院目的	腰痛のため受診したが、肝臓ガン骨転移と診断されたため	電話番号
	面談日	〇〇年〇〇月〇〇日 (面談者) 〇〇MSW	FAX
	面談日	〇〇年〇〇月〇〇日 (面談者) 〇〇看護師	
	フリガナ	ヤナカ サクラコ	性別
本人氏名	谷中 桜子 様	男・女	明・大 昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日生 (82)歳
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 台東区〇〇〇 1-2-〇	TEL/FAX	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 携帯Tel 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
住居環境	1. 持家・ <input checked="" type="checkbox"/> 賃貸 2. 戸建・ <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅 3. エレベーター(有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無) 4. お風呂(有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無) 5. トイレ(洋式・ <input checked="" type="checkbox"/> 和式) 6. 冷暖房(有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無) 7. その他(7アパート階段に手すり、銭湯に通う)		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護 その他・特記()		
障害等認定	身障()、療育()、精神()、難病() 障害高齢者の日常生活自立度 (B1) その他・特記()		
A 基 本 情 報	家族構成	これまでの職業、家庭生活、家族関係、趣味、習慣など(※生活歴)	
	◎:本人 □:男性 ○:女性 ■:死亡 ☆:キーパーソン 主:主介護者 副:副介護者	 <p>栃木生まれ。結婚をきっかけに夫と台東区で生活をするようになった。夫はサラリーマンで、本人は専業主婦であった。1男1女をもうけた。夫、長女と三人暮らしをしている。長女は就労しているので日中は不在。長男は他県で暮らし、ほとんど関わりはない。夫は寝たきりで、要介護の認定を受けている。入院前は、夫の介護をして暮らしていた。趣味は旅行に行くことだった。</p>	
緊急連絡先(氏名)	性別	続柄	世帯
橋場 清子	男・女	長女	同・別
	男・女		同・別
	男・女		同・別
受診状況		主治医意見書作成者 <input checked="" type="checkbox"/>	
現病歴	受診医療機関名(診療科目・主治医名)		連絡先(Tel)
肝臓ガン(骨転移)	□ 〇〇病院 消化器内科 浅草 三郎 医師		03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	□		
	□		
かかりつけ歯科医	無・有		
かかりつけ薬局	無・有		
介護保険認定情報			
未申請・区分変更中・新規申請中・非該当	認定日	年 月 日	負担割合(1割・2割・3割)
要支援()・要介護() (年 月 日~ 年 月 日)			介護保険負担限度額認定 (有・無)

シート作成者についての情報を記載

該当部分に〇印をつける

等級などを記載

出身地、家族構成、住環境、本人の性格、職歴、趣味、親族との関係、友人との関係、地域のつながり、好きな事・嫌いな事、心配事、希望などを記載

記載例2 退院時 情報連携シート

B 医療情報	主病名	・肝臓ガン(骨転移)・腰痛		既往歴	・変形性膝関節症・高血圧症	
	酸素療法	無	有 (0/m)	病状説明 (医師から 本人・家族)	告知：無・有 肝臓ガンは腰の骨にも転移し、かなり進行をしている。すでに手術も化学療法も適応ではない。年齢のことを考えてもこのまま様子を見るしかない。	
	透析	無	有 (週 回)			
	ストーマ処置	無	有 ()	病気の 受け止め方 (本人・家族)	本人：突然のことなので、まったく受容ができていない。 長女：これまで好きに生きてきたから、病気のことは仕方ない。痛かったり、苦しかったりがなければいい。	
	点滴・自己注射	無	有 ()			
	カテーテル	無	有 ()	自宅での 看取りの希望 (本人・家族)	本人：とりあえず家に帰りたい。 長女：とりあえずは自宅に帰してあげたいが、寝たきりの父もいるので、いつまで暮らせるか分からない。本人が自宅にいたいことを希望すれば、なるべくそうしたい。	
	気管切開の処置	無	有 ()			
	褥瘡の処置	無	有 ()	終末期の医療 処置の希望	本人：この間まで普通に暮らしていた。腰が痛くて受診しただけなのに急にこんなことになり、どうしていいか分からない。 長女：以前からチューブをつけてまで生きたくないといっていたので、痛みをとること以外は必要がない。	
	経管栄養	無	有 ()			
	アレルギー	無	有 (薬剤：)	食物： ()	その他： ()	
感染症	B型肝炎 無・有 C型肝炎 無・有 その他 無・有 ()					
その他 (特記事項)	腰痛のためB診療所受診したところ、A病院を紹介され、精査した。そこで肝臓ガンと診断された。					
服薬	服薬内容	無・有 (アムロジピンOD錠5mg オキシコンチン錠5mg)				
	内服	介助なし・一部介助・全介助	服薬可能な剤形	錠剤・散剤・液剤 ○一包化(無・有) 他()		
C 身体情報	麻痺	右上肢・右下肢・左上肢・左下肢 ()				
	筋力低下	右上肢・右下肢・左上肢・左下肢 (入院中に両下肢筋力低下した)				
	リハビリ等	リハビリテーション(無・有(頻度：)) 運動制限(無・有())				
	その他 (特記事項)	歩行困難なため、トイレはベッドサイドにポータブルトイレを置き使用している。				
食事	食べる状況	介助なし・見守り・一部介助・全介助(箸使用)	水分摂取	介助なし・見守り・一部介助・全介助(促し必要)		
	食事形態	普通食・治療食・経管栄養・他()	口腔状態	良好・不良 ○義歯(無・有) 食事時のみ()		
	主食	米飯・全粥・ミキサー・他(軟飯)	嚥下状況	良・不良 ○トロミ剤(無・有(固形物でもむせる))		
	副食	通常・一口大・刻み・ミキサー・他()	咀嚼状況	良・不良()		
	制限	無・有(塩分・水分・他：)	口腔ケア	介助なし・一部介助・全介助(準備が必要)		
D ADL 介護情報	寝返り	介助なし・見守り・一部介助・全介助(柵につかまる)	起き上がり	介助なし・見守り・一部介助・全介助(腰痛のため)		
	移動方法	介助なし・見守り・一部介助・全介助(車椅子自走可)	身だしなみ	介助なし・見守り・一部介助・全介助(準備が必要)		
		車椅子・杖・歩行器・シルバーカー・他()	着脱	介助なし・見守り・一部介助・全介助()		
	移乗	介助なし・見守り・一部介助・全介助(ふらつきあり)	入浴	介助なし・見守り・一部介助・全介助(浴槽たぎ、背中線審介助)		
座位保持	介助なし・一部介助・背もたれ・不可(腰痛のため)	その他に必要な福祉用具	(特殊寝台及び付属品 ポータブルトイレ)			
排泄	排泄行為	介助なし・見守り・一部介助・全介助()	オムツ等	パット・リハビリパンツ・オムツ・他()		
	失禁	○尿失禁(無・有) ○便秘失禁(無・有) ○尿・便意(無・有) ○腹圧性失禁(無・有)				
その他	夜間の状態	良眠・不眠(不安のため寝つき悪い)	精神疾患	無・有(ガンだとわかり、うつ状態)		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	意思疎通	可・簡単なことのみ可・不可()		
	記憶障害	直前の事を忘れる・前日のことを忘れる・数日前の事を忘れる・()				
	その他精神、行動障害	不穏・幻覚・幻聴・妄想・暴言・暴力・不潔行為・異食・理解、判断力の障害・徘徊・迷子・他()				
その他 (特記事項)						

本人・家族に対し、どのような説明を行い、それをどのように理解したか、聞き取った内容を記入

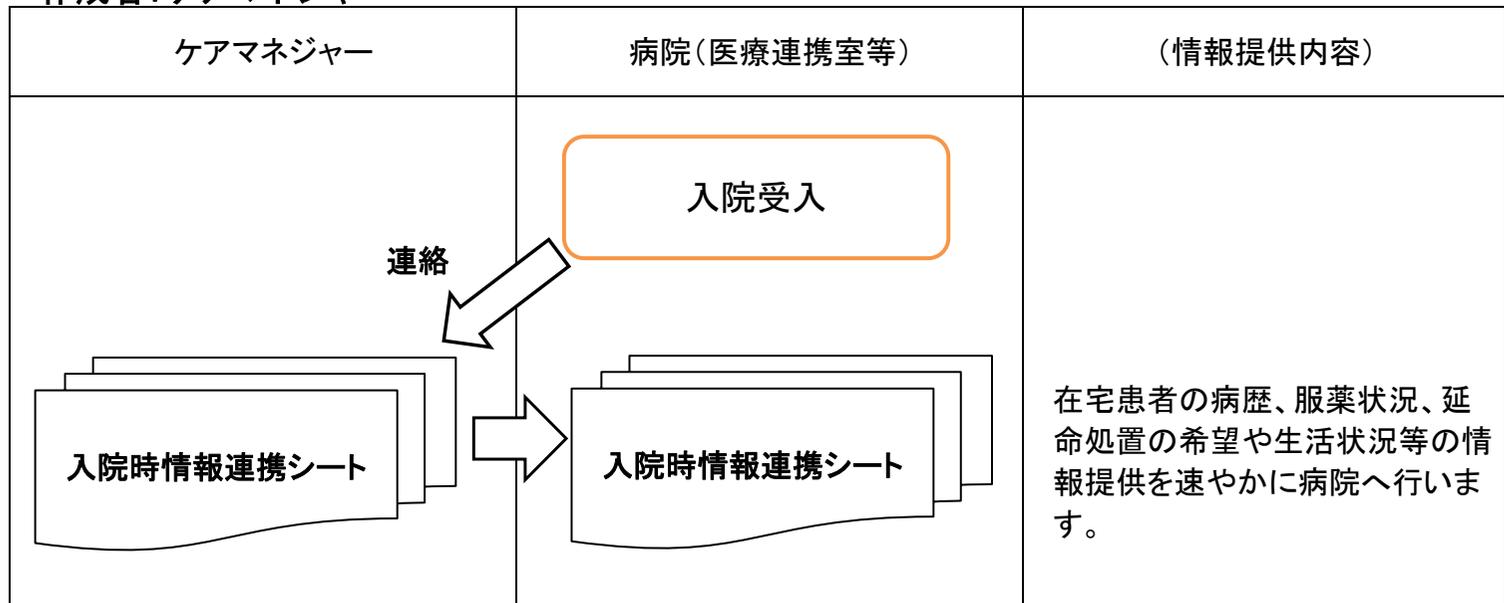
該当箇所には○印をつける

C、Dの上記項目について、入院する1か月前と比べ、大きく変化した部分
入院中はベッド上で過ごし、リハビリは行っていなかったので、両下肢筋力が低下し、歩行器で移動するようになった。肝臓がんが見つかったことで、精神的なショックを受け落ち込んでいる。

【注】入院時情報連携加算、退院・退所加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

入院時情報連携シートの流れ

作成者: ケアマネジャー



1 ケアマネジャーがあらかじめ「入院時情報連携シート」を作成しておき、入院時に必要に応じて修正を加え、病院(医療連携室等)へ提供します。

※ 入院時情報連携シートは、診療情報提供書、看護サマリーとは別の情報シートになります。

2 病院(医療連携室等)は、「入院時情報連携シート」を退院支援に向けた基礎資料として活用します。

【入院時における情報提供に係る加算】

診療報酬…退院支援加算

介護報酬…入院時情報連携加算

退院時情報連携シートの流れ

【退院時における情報提供に係る加算】
介護報酬・・・退院・退所加算

作成者：ケアマネジャー

