島原市版情報提供・共有シート活用の手引き（改定版）

はじめに

高齢者人口が増加する中、多くの住民は自宅など住み慣れた地域での生活を望んでおられます。そのため地域包括ケアシステムの構築が急がれており、特に医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えるためには在宅医療・介護連携の推進が重要となります。

医療と介護を必要とする住民が最後まで自分らしく、安心して暮らし続けることができる社会の実現のために、地域包括ケアシステム構築の一環として医療機関と在宅支援者の情報共有をスムーズにし円滑な在宅等への移行を図ることを目的に**『島原市情報提供・共有シート（A シート・B シート）、ものわすれ連携シート（C シート）』**を作成しました。

【シートの活用について】

・介護保険サービス等を利用している人が入院した時（A シート）。
・介護保険サービス等を利用するに当たり、医療機関より情報提供（診療情報提供書）が必要な時（A シート）。
・他専門職、他機関と情報共有が必要な時（A シート）。
・病院担当者が≪退院連携が必要である≫と判断した時（B シート）。
・認知症が疑われる方の相談を受け、かかりつけ医や専門医、認知症疾患医療センター等に相談する時（C シート）。

【情報提供・共有シートの活用のフロー図（入退院連携の場合）】

	在宅支援者（ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ等）	医療機関
在宅	**＊医療機関より情報提供を受けたい場合、利用者の状況を「Aシート」で情報提供し、相談内容及び連絡事項等（A シート 2 枚目下）の項目にチェックを入れて「居宅サービス計画書に係る診療情報提供書」の作成を依頼する。** ＊認知症が疑われる場合は「Cシート」を活用（別紙てびきあり） **利用者・家族に在宅支援者（ケアマネジャー等）を医療機関に知らせておくように伝えておく。**	「A シート」で患者の情報提供を受け、A シートの 2 枚目下の相談内容及び連絡事項等にチェックが入っていたら「居宅サービスにかかる診療情報提供書」で情報提供を行う。
入院（転院）	**①「在宅支援者が入院を把握」または「医療機関が在宅支援者を把握」** **・どちらか早く把握した方から連絡を取りあう。** **②利用者が入院したら「Aシート」で情報提供を行う。**	◇介護保険被保険者証にはケアプランを作成した居宅支援事業所の名称が明記されているため、居宅支援事業所の確認を行う。
	③入院中の患者の情報を双方で共有し、相互に協力して退院に向けた調整を開始。 ・病状把握、治療計画、退院の見通しなどの把握を行い調整。	
退院調整	◇退院調整のための利用者の状況把握について、いつ、どのような方法で行うのか、医療機関と調整する ◇患者・家族の意向を確認し介護サービスを調整 ◇退院前カンファレンスへの出席	◇患者の退院見込みを連絡（決まり次第早めに連絡） ◇いつ、どこに退院（転院）予定か ・自宅等へ退院の場合④へ ・転院の場合はAシートを転院先へコピーして渡す ◇必要に応じて、退院前カンファレンスの開催
退院	◇不足情報については随時医療機関に問い合わせる	**④退院時「B シート」または「看護サマリー」を渡す**