

連携シートむすびの和

記入方法マニュアル

費用算定、加算付き

岡山プライマリ・ケア学会

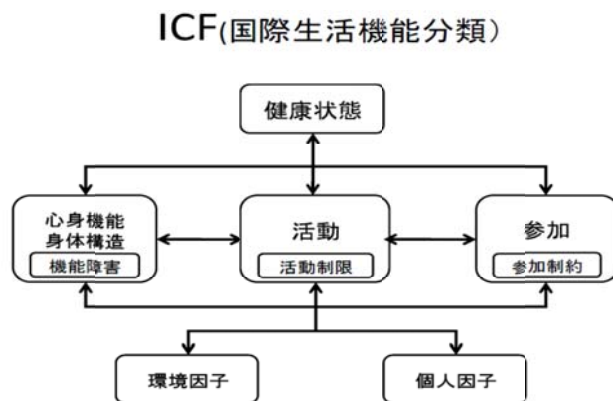
<連携パスの目的>

医療や介護サービスを受ける方が、満足度の高い生活・人生を送るために、本人、家族、医療・福祉サービス提供者が、ICF（国際生活機能分類）モデルに基づいて現状での課題、将来達成したい目標、それを実現するための手段・方法を共有し、同じ方向を向いてしっかりと連携しながら、それぞれの役割を果たすために使用するものである。

<基本姿勢>

『心身機能・構造』、『活動』、『参加』は、相互に強く影響しながらも相対的独立性があり、それぞれについて直接的に介入して、改善を図ることが可能な場合も多い。

「人は、他者との関わりの中で自己の存在を確認する」、言い換えれば、「他者と関わる中で幸福を感じる」という視点に立ち、『参加』の満足を重視する。



<基本データ>

記載日、記入者を書く

氏名、性別、生年月日、年齢

介護保険利用者は要介護度とその有効期間を記入。障害者自立支援法についても同様。

医療機関と主治医

病院医師とかかりつけ医を記入

担当ケアマネ・担当コーディネーター（福祉事務所、施設、病院ソーシャルワーカーなど）

所属と氏名

主病名

障害の原因となった主な疾病順に記入。わかる範囲で発生年月日を記入。

内服薬

5剤以上あれば⑥、⑦として記入する。また、注意すべき副作用があれば簡潔に記入。アレルギーが「有」ならば、その内容を具体的に書く（薬疹—薬剤名、蕁麻疹—食品、花粉症—杉、ひのき、喘息—ハウスダスト、イエダニ、猫毛など）

感染症

「有」ならば、具体的な感染症名を記入。例えばC型肝炎、結核など。

医療内容

医療内容にチェックと○を入れる。その他があれば具体的に記入する。

身体状況

麻痺や拘縮の部位（右半身不全麻痺など）、歩行は介助、伝い歩き、室外の日常の移動は車イスなど具体的に記入。

寝たきり度

チェックを入れる(主治医の意見書など参考にする)

認知度

チェックを入れる(主治医の意見書など参考にする)

認知症周辺症状

周辺症状を具体的に記入。特に生活に支障がある症状などを記入する。意識レベルは明瞭、不明瞭、なし（あるいは3・3・9方式）で記入する。周辺症状が無い場合は「無記入」。

<個人因子>

生活史・趣味・信条など

仕事や趣味、生き立ちや現在に至るまでの経過などを記入（好きなこと、困ったこと信条などについても記入する）。

本人の願い・希望

外出、買い物など本人がしたいことや生活上での願望、生き方などの希望を記入。

終末期や緩和ケアへの思い（話し合った年月日を記入する）

胃ろう、気管切開、徐苦痛、延命などのケアのあり方など思いについて記入する。本人のほんとうの意向をつかむのは難しいので、その場合は介護者が、今、考えていること、気持ちなど記入してもよい。

※ 上記3つは今後ケア（生活を支える）上で大切。本人や家族理解してから記入する。

＜環境因子＞

家族の願い・希望

家で看たい、除苦痛、延命しないなど（本人のほんとうの意向をつかむのは難しいので介護者が思っていることでもよい。その旨記入）。

利用しているサービス

利用しているサービスにチェックを入れる。

家族の介護力

介護者の有無、介護者の健康、知識、親戚など。

社会的環境

住宅の状況、周囲の環境、地域の偏見や誤解、近隣の支える力、ボランティアなど。

経済状態（右側）

年金（厚生年金・共済年金など、その他の有無（在りは○で囲む）。他に収入があればわかる範囲で記入する。

身体障害手帳

有無に○ 有ならば等級を記入する

家族構成（右側）

本人（例◎）、主介護者、子供、死亡者（例■）同居者などジェノグラムを作成する。

＜活動＞

現状：頑張ればできている（できる）

リハビリルームなどで専門職の指導の下であれば出来る、あるいは、見守り、励まし、全力を発揮すればできる場合、また、「できる」能力を持っているにもかかわらず、実際は「していない」場合など、能力を見つけ出し、生活の中に定着させることがあればチェックする。必要な補助具や介助を具体的に書く。（介護でゼリーを食べることができる）

現状：生活の中でしている（している）

生活の中でしている場合にチェックする。現在の様子を記入する（アセスメント）。補助具、介助必要なら具体的に書く。全介助で行っている場合は「全介助」と書く。

目標（する）

主に、家や家周囲でこれからしたいこと（数か月）、目標を具体的に書く（○○ができるようになる）。例・P-トイレで排泄、伝い歩き、車イス自走、散歩、買い物など

＜参加＞

現状（社会参加：家族の役割含む）

通所サービスの利用、散歩、交友、外出、買い物、家族内の役割等を書く。合わせて介助者の同行の状況等も書く。

目標（する）

外出や他者との交流だけでなく、家族内や親族間での役割、立場などについても十分に配慮しながら、できるだけ具体的に記述する。（街へ家族と生ける、映画を観る、花見に行きことができる、通所サービスでゲームに参加することができるなど）

※ 本人の願いや希望に沿って『社会参加』（参加状況）の目標をしっかりとイメージして、その実現に必要な『活動』の目標を設定する。そして、その達成に向けて、医師や PT, OT 等が、心身機能を向上させつつ『できる活動』を向上させ、家族や看護・介護職等が協力しながら『している活動』として日常生活に定着させる。本人の自己認識・信念・価値観（プライドや生き甲斐等）に直結する『社会参加』を充実させ、日常生活を活発化させることが、廃用症候群を予防、または、治療することにつながる。

関連者の意見（ ）

専門職

- ・主治医記載欄は、主治医が直接記載、あるいは居宅療養連絡書・診療情報提供書からケアマネジャーが記載する。
- ・訪問看護記載欄は、訪問看護師が記載。ケアマネジャーが意見を聞いて記載する。
- ・その他、専門職はそれぞれの担当者の記載が望ましいが、ケアマネジャーが意見を聞いて記載も可能（ケアカンファレンスの利用）。
- ・本人、家族（介護者）の意見はケアマネが聞き取りする。

「記入方法(内容)」

- ・記入した時期について上部の項目に○ないし具体的に書く。
- ・各関係者の氏名、電話番号、職種の記入。
- ・各関係者は記載日を記入し、その時に行われたカンファレンス等の中で専門職として必要な事項（ケア内容や方法等）を書き出す。特にその方への目標が一致できていることを確認することが必要。

「状況変化」(多職種にお願いしたいこと)

異変時の状態や、連絡事項や、異常の可能性や異常の発見につなげるにはどのようなことに注意すべきか、また、異常があった時の対処法、連絡先などを記入する。

地域関係者

- ・区長、民生委員、愛育委員、ボランティアなどの人が意見を述べたことを記入する

本人・介護者

- ・本人の意見（現在の状態やサービスをどう感じているかなど）や家族でキーパーソンとなる方の依頼や承諾事項を記入、及び家族の協力を確認する。
- ・本人の意見か介護者の意見かを明らかにして記入する。

ケアマネジャー(ソーシャルワーカー)

包括的なケア、ケアプランについて総評する。

※ 上の（ ）には（１）（２）（３）の番号を振り、おおむね３か月ごとに評価を行い「変更」があれば（２）として新たなページに記入。赤字などを使用して変化の推移をわかるように記入することも可。

介護報酬における連携加算

ケアマネジャーが、連携シートむすびの和を活用し医療機関と連携を図ることで、以下のような介護報酬を算定することもできる。

①

入院時情報連携加算（Ⅰ）	200 単位／月	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）	100 単位／月	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。

②

退院・退所加算	300 単位／月	退院又は退所にあたって、病院又は診療所の職員と面談を行い、必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅及び地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合。入院又入所期間中につき3回を限度に算定。
---------	----------	--

③

複合型サービス事業所連携加算	300 単位／月	複合型サービス事業所の利用を開始する際、利用者に係る必要な情報を当該事業所に提供し、当該事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合
----------------	----------	--

④

小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算	300 単位／月	小規模多機能型居宅介護の利用を開始する際、利用者に係る必要な情報を当該事業所に提供し、当該事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合。
----------------------	----------	--

2012 年 4 月改正

(参考資料)

在宅診療に係る報酬（医師向け）

むすびの和シートを活用することにより以下の報酬に係ります。

<医療保険>

○在宅患者入院共同指導料（Ⅰ）

→地域連携退院時共同指導料 1（紹介元算定）

(1) 在宅療養支援診療所	1,000 点
(2) (1) 以外	600 点

○在宅患者入院共同指導料（Ⅱ）

→地域連携退院時共同指導料 2（入院先算定）

(1) 在宅療養支援診療所	500 点
(2) (1) 以外	300 点

○寝たきり老人退院時共同指導料（Ⅰ、Ⅱ）

→地域連携退院時共同指導料に統合

○訪問看護療養費、地域連携退院時共同指導加算

(1) 在宅療養支援診療所と連携した場合	6,000 円
(2) (1) 以外	4,200 円

<介護保険>

居宅療養管理指導費（Ⅰ）	500 単位（1 月 2 回限度）
居宅療養管理指導費（Ⅱ）	290 単位（1 月 2 回限度）

*いずれも通院が困難なものに対して医師が訪問し、介護支援専門員に情報提供もしくは利用者等に指導及び助言を行った場合。

(2012 年 4 月現在)