

ホットネット連絡表の追加用紙の活用について

事業所共有情報交換用紙（ホットネット連絡表V e r 3. 0）を活用していただいておりますが、対象者となる方々の思いや生活の背景等、支援に欠かせない情報を共有できるように今回、「追加用紙」を作成しました。

活用方法については以下のとおりです。

	活用方法	作成者
ホットネット連絡表	従来どおり	居宅ケアマネジャー 医療機関、施設等
入院時情報連絡表	入院時、ホットネット連絡表に添付し医療機関へ提出	居宅ケアマネジャー 施設等
退院（所）時情報連絡表	退院（所）時、ホットネット連絡表に添付し居宅・施設等へ提出	医療機関 施設等

～参考～

<連携に関わる報酬>

平成30年4月からのダブル改定で、医療・介護の役割が報酬としてもさらに後押しされています。

●介護報酬加算（ケアマネジャー側）

・入院時情報連携加算

医療機関の職員に対し利用者に係る必要な情報を提供した場合

(Ⅰ) 200単位／月 入院後3日以内に情報提供

(Ⅱ) 100単位／月 入院後7日以内に情報提供

※情報提供方法は問わない

・退院退所加算

退院・退所の際に医療機関等の職員と面談を行い利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合

カンファレンス参加あり：600単位～900単位

カンファレンス参加なし：450単位～600単位

- ・緊急時等居宅カンファレンス加算

医療機関の求めに応じて医師、看護師等とカンファレンスを行い必要な調整を行った場合

200単位/月 (月2回まで算定可)

- 診療報酬加算 (病院側)

- ・入院時支援加算

自宅等からの予定入院の患者に対し退院支援を行った場合

200点 (退院時1回)

- ・入退院支援加算Ⅰ

3日以内に退院困難な患者を抽出し、7日以内に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合

- ・入退院支援加算Ⅱ

7日以内に退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合

- ・退院時共同指導料2

退院時共同指導において医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合

- ・保険医等3者以上共同指導加算

退院後の関係者3者以上(ケアマネジャー含む)が参加してのカンファレンス開催した場合

- ・介護支援等連携指導料

ケアマネジャー等と共同して退院後により適切な介護サービスにつながるよう情報などを提供した場合

- ・退院前訪問指導料

退院前に患家を訪問して療養上の指導をした場合

- ・退院後訪問指導料

退院後1ヶ月以内に患家を訪問して療養上の指導をした場合

入院時情報連絡表

※入院時にホットネット連絡表に添付して下さい 入院日: 年 月 日
 記入日: 年 月 日
 情報提供日: 年 月 日

様

記載者: 所属() 氏名()

1. 本人・家族の意向について

本人の性格・趣味 関心等	☐ 喫煙 ☐ 飲酒
本人の生活歴 (結婚・職歴など)	エンディングノートの活用 ☐ あり ☐ なし
生活に対する意向 ☐ 居宅サービス計画書 (1)添付	(本人) (家族)
延命処置の意向	☐ なし ☐ あり() ☐ 不明

2. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見) ・在宅からの入院の場合に記載する

在宅生活に 必要な要件	
退院後の世帯状況	☐ 独居 ☐ 高齢世帯 ☐ 子と同居(家族構成員数 名) ☐ 日中独居 ☐ 他※
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要※
退院後の主介護者	☐ キーパーソンと同じ ☐ 左記以外(氏名 続柄 年齢 歳)
介護力※	☐ 見込める(☐ 十分・ ☐ 一部) ☐ 見込めない ☐ 家族や支援者はいない
家族等による虐待	☐ なし ☐ あり※
特記事項 (※の詳細等記入)	

3. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

中間・退院前カンファレンスの参加希望	☐ あり ☐ なし
その他要望(病状説明等)	☐ あり()

4. その他

--

退院(所)時情報連絡表

※退院(所)時にホットネット連絡表に添付
して下さい

記入日: 年 月 日
情報提供日: 年 月 日
退院日: 年 月 日

様

記載者: 所属(

) 氏名(

)

1. 本人・家族の意向について

病気、障害、後遺症等の受け止め方	(本人)
	病名告知 ☐ あり ☐ なし ()
退院後の生活に関する意向 ☐ 退院前カンファレンスシート添付	(本人)
	(家族)

2. 課題認識のための情報

症状・病状の 予後・予測	
退院にあたって 在宅生活を送る上 での阻害要因 ☐ 退院前カンファレンスシート添付	課題① 解決策等→
	課題② 解決策等→
	課題③ 解決策等→

3. その他

--

入院時情報連絡表

※入院時にホットネット連絡表に添付して下さい 入院日: 30 年 5 月 28 日

記入日: 30 年 5 月 30 日

情報提供日: 30 年 5 月 31 日

国東 さかし 様

記載者: 所属(居宅介護支援●●●) 氏名(●● ●●)

1. 本人・家族の意向について

本人の性格・趣味 関心等	お世話好きで他人に物事を教える事を好む。元教員という仕事柄、上からものを言う事があり 他者からうるさがれる事があり、頑固な一面がある。 国東半島の史跡やお寺巡りが好きだった。 ☐ 喫煙 ☐ 飲酒
本人の生活歴 (結婚・職歴など)	27歳の頃に3つ年下の妻と結婚し三人の娘をもうけた。 師範学校を卒業後、小学校の教員として定年まで勤めた。 エンディングノートの活用 ☐ あり ☒ なし
生活に対する意向 ☐ 居宅サービス計画書 (1)添付	(本人) (認知症あり明確な判断は出来ないが)ワシが築いてきた家だ！家で生活を送りたい。 (家族) 私(妻)も足が悪く、ウロウロする本人に付いて回る事が出来ない。しかし、本人が望むなら 今後も自宅で私が対応したい。
延命処置の意向	☒ なし ☐ あり() ☐ 不明

2. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見) ・在宅からの入院の場合に記載する

在宅生活に 必要な要件	認知症による失見当識対応、移動中の付き添いを妻が実施。しかし、妻も虚弱となり妻のみ の対応では今後の在宅生活は困難。短期入所、密な通所サービスの利用、長女や三女の 定期的な帰省等、支援が必要。
退院後の世帯状況	☐ 独居 ☒ 高齢世帯 ☐ 子と同居(家族構成員数 名) ☐ 日中独居 ☐ 他※
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☒ 必要※
退院後の主介護者	☒ キーパーソンと同じ ☐ 左記以外(氏名 続柄 年齢 歳)
介護力※	☒ 見込める(☐ 十分・ ☒ 一部) ☐ 見込めない ☐ 家族や支援者はいない
家族等による虐待	☒ なし ☐ あり※
特記事項 (※の詳細等記入)	89歳の妻と二人暮らし。トイレ誘導、排泄失敗時の交換介助、移動時の見守り等の 介護負担が大きい。妻は、頑固な本人に対し献身的に対応し過ぎてしまう面がある。 サービス調整、子供たちの支援により妻の介護負担軽減を図る必要がある。

3. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

中間・退院前カンファレンスの参加希望	☒ あり ☐ なし
その他要望(病状説明等)	☒ あり(病状聞き取りを希望

4. その他

妻が本人の対応を頑張りすぎてしまい、短期入所など必要と思われるサービス利用に葛藤を感じている。
病院側から妻へ本人の身体機能面や認知機能面の状況説明、サービス利用の必要性の説明を行って頂きたい。
入院中に住環境整備、サービス調整を医療機関側と連携して行う事が出来ればと思う。

退院(所)時情報連絡表

※退院(所)時にホットネット連絡表に添付
して下さい

記入日: 30 年 9 月 2 日
情報提供日: 30 年 9 月 5 日
退院日: 30 年 9 月 16 日

国東 さかし 様

記載者: 所属 (●●病院) 氏名 (▲▲ ▲▲)

1. 本人・家族の意向について

病気、障害、後遺症等の受け止め方	(本人) 認知症による病識低下あり、しっかり受け止める事が出来ない。
	病名告知 ☒ あり ☐ なし ()
退院後の生活に関する意向 ☐ 退院前カンファレンスシート添付	(家族) 病状説明を受けた。先生の指示通りの服薬、日に1200ccの補水を続けたい。
	(本人) 身体はどうもない。早く家に帰りたい。
(家族) 自宅は本人と二人なので急な発熱時等の対応に不安がある。また、本人の介護から一旦遠ざかってみて、今まで私の身体に無理がかかっていた事を理解した。今後はサービス利用を前向きに考えたい。	

2. 課題認識のための情報

症状・病状の予後・予測	腎盂炎による発熱を繰り返す可能性、尿閉の可能性もある。今後は、バルンカテーテルの留置が必要になる可能性がある。
退院にあたって在宅生活を送る上での阻害要因 ☐ 退院前カンファレンスシート添付	課題① 急な発熱、尿閉を引き起こす可能性がある。 解決策等→ ・訪問看護の導入による医療管理、緊急時の対応、医師との連携を行う。 ・妻による内服薬の管理、指示に基づいた水分補給を行う。 課題② 認知症の進行に伴う身体介護量の増加。 解決策等→ ・電動ベッド、据え置き手すり、歩行器を用いた環境整備を行う。 ・通所リハビリを利用しリハビリ機会を持つ。 課題③ 妻以外に自宅に介助者がいない。 解決策等→ ・短期入所の利用により妻の介護負担軽減を図る。 ・沖縄、東京在住の娘たちと連絡をとり今後の方向性を検討する。

3. その他

入院後の抗生物質点滴、内服管理、水分管理により症状は改善。しかし、今後も同様の症状を繰り返す可能性があるため注意が必要です。必要に応じて訪問診療、訪問看護の導入を検討してはいかがか。

認知症の進行に対するADLへの支障が顕著。繰り返しの説明、助言に対しての理解が困難。自宅では妻のみの対応が困難と思われる。病棟からも「奥さん一人で抱えるのではなく、短期入所等を利用しては？」と助言を行った。対して、少しずつサービス利用を行って見ようかとうかがえる。