居宅介護支援経過

**ケアマネジメントプロセス場面、加算等：　インテーク**

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 内　容 |
| ○年○月○日○曜日10：30～11：30電話相談・日程調整 | Ａ地域包括支援センター○○氏からの紹介　　　　　　　　　　　　　【電話などの手段の記載】××の治療のため現在Ｂ病院入院中であるが、近く退院となる予定。要介護を見込み、在宅復帰した際にケアマネ担当してほしいと相談がある。本人、家族の同意もありケアマネを担当する旨伝え、情報提供を受ける。　　　　　　　　　　　　　　　　現在要介護認定新規申請中（〇/〇に申請し、〇/〇に認定調査を受けている）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　⇒Ｂ病院連携室のＣ氏と連絡を取り、〇/〇の〇時に本人、家族と面談予定。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ○年○月○日○曜日15：00～16：00訪問初回面談・契約 | Ｂ病院〇号室にて、連携室のＣ氏を交えて初回面談を行う。　　　　　　　　　介護支援専門員証を提示し自己紹介後、重要事項説明書、契約書、個人情報の取り扱いについて説明を行い、同意を得て契約書、個人情報使用同意書に署名（捺印）して頂く。　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人の主訴・意向、身体状況や生活環境等についてアセスメントを実施する。　　　　　　　　　　　　　　　ADLは概ね自立しているが、筋力低下により長距離歩行が困難。自宅トイレは和式で、今まではなんとか使っていたが、退院後は転ばないか心配。また、自宅には風呂も無く、これまでは銭湯に行っていた。在宅復帰した際は週に1回は風呂に入りたい。毎日の食事の確保と掃除洗濯等の家事支援を受けたいと希望される。どのようなサービスが利用できるか質問があり、ホームヘルパーやデイサービス、福祉用具貸与・購入、宅配弁当などが利用できることを伝える。複数の介護サービス事業所等からサービスの選択が可能であることや介護サービス事業所の選定理由を求めることが出来ることを説明する。○月○日の〇時に介護サービス事業所を交えて退院前カンファレンスを開催予定。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

居宅介護支援経過

**ケアマネジメントプロセス場面、加算等：アセスメント**

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 内　容 |
| ○年○月○日○曜日10：00～11：00自宅訪問初回アセスメント | 　自宅訪問し、本人と長男に面談。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※初回アセスメント実施：詳細はアセスメントシート参照　　　　　　　　　　　　　　　【アセスメントの概要】　　　　　　　　　　　　　　　　　　【ADL・IADL状況】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　移動：自宅内を伝い歩きするが、ふらつきが大きく転倒のリスクが高い。週1回程度、床に座り込み自力で立ち上がれず家族に助けを求めている。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　食事摂取：自力摂取しているが食事量が少なく、エンシュアを１日に1本摂取している。　　　　　　　　　　　　　　　　　　排泄：尿意便意あり、どうにかトイレに行くが尿失禁あり。　　　入浴：自宅にて、週１回程度シャワーのみ家族の見守りのもと行っている。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　調理・買い物・掃除・洗濯：すべて家族が行う。　　　　　　　認知機能：物の置忘れや薬の飲み忘れがあり、家族が一緒に探したり服薬確認をしたりしている。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大きな問題行動や行動・心理症状はなし。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人及び長男の意向を確認する　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人：「通所系サービスには行きたくない。転びたくないため、手すりなどを借りたい。」　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長男：「他者との交流や入浴介助のため、通所系サービスを週２回程度利用できると助かる。」「また、転倒リスクが高いため、自宅環境を確認し手すりの設置等の助言もしてほしい。」　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ケアマネジャーの所感　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・本人は福祉用具貸与など自宅の環境整備のみを希望しているが、長男は自宅の環境整備とともに通所系サービスの利用希望あり。本人と長男の意向に相違あり。　　　　　　　　　　　　　 |

居宅介護支援経過

**ケアマネジメントプロセス場面、加算等：ケアプラン原案作成・担当者会議**

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 内　容 |
| ○年○月○日○曜日サービス事業所選定サービス事業所提案 | Ａ事業所　○○相談員、Ｂ事業所　○○相談員、Ｃ事業所　○○相談員、Ｄ事業所　○○相談員へ新規依頼、空き状況の確認を行う。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・Ａデイサービス　○○空きあり　　　　　　　　　　　　　　　　　・Ｂデイサービス　空き無し　　　　　　　　　　　　　　　　　　・Ｃデイサービス　○○空きあり　　　　　　　　　　　　　　　　　・Ｄデイサービス　〇空きあり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご本人、ご家族（妻や娘、息子等）へＡ事業所、Ｃ事業所、Ｄ事業所の空き状況、特徴等伝える。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・Ｃデイサービス希望される。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ○年○月○日○曜日00：00～00：00電話ケアプラン原案作成担当者会議調整 | ○月○日自宅へ訪問し、実施したアセスメント結果に基づきケアプラン原案作成し、本人・妻の同意を得る。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護サービス新規利用にあたり、各サービス事業所へサービス担当者会議開催に向けて、電話にて調整行う。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○月○日（月）〇時～自宅にて開催予定となる。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　参加者：Ａ事業所　Ｂ相談員、Ｃ事業所　Ｄ相談員　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　不参加者：Ｅ事業所　不参加理由：日程調整困難のため照会依頼　　　　　　　　　　　　　　　　　　※医療系サービスの場合：主治医への確認についても記入　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ○年○月○日○曜日00：00～00：00　FAX担当者会議照会受領 | Ｅ事業所より照会の回答を受け取る。リハビリは意欲的に取り組まれ、排泄や食事は自立。入浴は洗髪や背中・下肢の洗身介助をしている。余暇活動は主にカラオケに参加、行事や外出にも積極的に参加されている。今後も自宅では難しい入浴の支援や筋力維持のリハビリの継続、他者との交流機会の提供が望ましいとの記載。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　詳細は別紙サービス担当者会議の要点参照　　　　　　　　　　　 |
| ○年○月○日○曜日担当者会議照会受領 | Ｂ福祉用具業者より照会の回答を受け取る。移動は歩行器や手すりを使用し自立、起居動作も安定している。排泄は夜間も含めてすべてトイレまで歩行し自立。時々動悸の訴えあるも内科にてフォローされている。２モーターのベッド、サイドレール、マットレス、ピックアップの歩行器、トイレ便座横の置き型手すりをレンタルとして使用。シャワー椅子、浴槽手すりを購入して使用。どちらも問題なく使用されており、今後も継続していくことが必要との記載。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　詳細は別紙サービス担当者会議の要点参照　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ○年○月○日○曜日00：00～00：00自宅訪問担当者会議開催 | 【時間】〇時〇分～〇時〇分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅にてサービス担当者会議開催。本人の状況等に関する情報・ニーズを担当者と共有するとともに、ケアプラン原案の内容について、Ａ・Ｃ事業所担当者より専門的見地からの意見を求め、調整・確認を行う。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　詳細は別紙サービス担当者会議の要点参照　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ケアプラン原案通り同意し、署名（捺印）をいただき、サービス開始予定となる。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※変更があった場合　変更分について記入　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※照会依頼事業所へは、会議録を提供し、情報の共有を行う。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

居宅介護支援経過

**ケアマネジメントプロセス場面、加算等：　　ケアプラン確定、説明・同意**

（担当者会議で修正があった場合）

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 内　容 |
| ○年○月○日○曜日9：00～9：45自宅ケアプランの説明、同意、交付の承諾 | サービス担当者会議の結果を踏まえ、修正したケアプランを本人、長男に説明し同意の署名（捺印）をいただき交付する。Ａデイサービス、Ｂ福祉用具事業所への交付の承諾を得る。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ○年○月○日○曜日9：00ケアプランの交付ケアプラン受け取りの確認 | Ａデイサービス○○相談員、Ｂ福祉用具事業所Ｃ氏、主治医○○クリニック○○先生へ、ケアプランを交付する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　相談員に電話で受け取ったことを確認する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

居宅介護支援経過

**ケアマネジメントプロセス場面、加算等：個別援助計画提出依頼・確認**

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 内　容 |
| 〇年〇月〇日○曜日16:00～16:30○○事業所個別援助計画の受領 | Ａ事業所　Ｂ福祉用具専門相談員が来所。　　　　　　　　　　来月からの福祉用具貸与計画書を受領する。ケアプランと福祉用具貸与計画書との連動性や整合性に相違がないことを確認する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 〇年〇月〇日○曜日13:00～13:10電話個別援助計画の提出依頼16:00～16:30FAX個別援助計画の受領 | Ｃデイサービス生活相談員　Ｄ氏に電話発信。　　　　　　　　　個別通所介護計画書の提出を依頼する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｃデイサービス生活相談員　Ｄ氏より個別援助計画を受け取る。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〇月からのケアプランと通所介護計画書との連動性や整合性に相違がないことを確認する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 〇年〇月〇日○曜日10:00～10:20電話個別援助計画の提出依頼 | Ｅヘルパーステーションサービス提供責任者　Ｆ氏に電話連絡。　　訪問介護計画書の提出を依頼したところ、当事業所では、訪問介護計画書の提出はしていないとのこと。　　　　　　　　　　　　利用者の事故防止、ケアマネジメントの推進のために必要な事を伝え、重ねて提出を依頼するも「現状では提出できない」との返答あり。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

居宅介護支援経過

**ケアマネジメントプロセス場面、加算等：　　モニタリング**

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 内　容 |
| 〇年〇月〇日○曜日13：00～13：30自宅訪問モニタリング本人・妻と面接 | 【目的】モニタリングのため自宅訪問　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人は居室のベッドで横になり「寒くなってきたから体動かしにくいけどなんとか動くようにしている」と話す。気温の低下に伴い体を動かしにくいが、レンタルしている歩行器を利用し1日1回はデイケアで習った自宅で行うリハビリプログラムを実行するよう頑張っている。また、1時間おきに水分を取り、エアコンの温度の調節を行うなど体調に気をつけている。　　　　　　　　　妻からも本人の体調は安定していると発言あり。妻の表情も前回の訪問時と変わりなく明るい印象を受ける。　　　　　　　　　　　　週1回程度、長女と近くのスーパーへ買い物に行きリハビリと気分転換を兼ねて外出を楽しんでいる。　　　　　　　　　　　　現行のケアプランをもう1ヵ月継続とする。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※モニタリング記録　別紙参照　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 〇年〇月〇日○曜日 | 　〇月途中から本人が○○病院で入院しており、当月中の退院の見込みがないことを確認する。今月のモニタリング訪問は行えず。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※入院先でモニタリングはできない（モニタリングとしない）ため、入院していることがわかることを明記する（実施できなかった根拠を明記する）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

居宅介護支援経過

**ケアマネジメントプロセス場面、加算等：評価（短期・長期目標）**

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 内　容 |
| 【短期目標の期間終了における評価】 |
| 〇年〇月〇日○曜日9：00～9：20電話サービス事業所に確認 | ケアプラン短期目標期間終了につき、各サービス事業所に電話にて本人の状態やサービス内容について確認する。デイサービスの利用をすることで外出の機会が得られ、他者との交流を図ることができている。自宅では難しい入浴の支援も受けられている。ショートステイは家族の外出時や農繁期に合わせて利用ができ、本人・家族双方が安心して過ごすことができている。福祉用具の使用により転倒なく移動・移乗が行えており、サービスの継続が望ましいと判断する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 〇年〇月〇日○曜日13：00～13：30自宅訪問モニタリング再アセスメント短期目標に伴う軽微な変更 | 自宅訪問、本人・長女と面接する。モニタリングを行う。　　　ケアプラン短期目標期間終了につき、再アセスメントを行う。本人や家族の意向を確認。各サービス事業所からの情報をもとに本人の状態を確認し、短期目標を長期目標まで延長し軽微な変更で対応することとし、ケアプランを本人・長男妻に説明、同意を得て交付する。各サービス事業所に軽微な変更として取り扱うことを連絡し、ケアプランを交付する。　　　　　　　　　　　　　　　　　モニタリング記録、アセスメントシート参照　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 【長期目標の期間終了における評価】 |
| 〇年〇月〇日○曜日9：00～9：30自宅訪問モニタリング、再アセスメント | 自宅訪問、本人・長女と面接する。モニタリングを行う。今月末で長期目標期間終了にて再アセスメントを行う。本人の状態が維持されており、新たな課題はなく、本人・家族の意向を確認し、計画の継続が望ましいと判断する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　モニタリング記録、アセスメントシート参照　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 〇年〇月〇日○曜日13：00～13：30自宅訪問ケアプラン交付 | 自宅訪問、本人・長女と面接する。　　　　　　　　　　　　　　各サービス事業所からの照会文を情報共有し、計画の継続が望ましいと確認する。ケアプラン長期目標期間終了につき、本人・家族にケアプランの内容を説明、同意を得て交付する。各サービス事業所にケアプランを交付する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

居宅介護支援経過

**ケアマネジメントプロセス場面、加算等：　入院加算**

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 内　容 |
| 〇年○月○日○曜日13：30～13：40（○○病院へ）FAX入院時情報提供書 | 【入院時情報連携加算】（入院〇日目）　　　　　　　　　　　　（肺炎にてＡ病院入院・入院時情報提供）　　　　　　　　　　　本日、本人が肺炎にてＡ病院に入院されたと長男より電話連絡あり。長男に入院先のＡ病院への情報提供の了解を得たためＡ病院地域医療連携室Ｂ氏に電話し、担当ケアマネジャーであることを伝え、入院時情報提供書をFAXで送付することを伝える。Ａ病院地域医療連携室Ｂ氏に電話し、入院時情報提供書の受け取りを確認する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 〇年○月○日○曜日13：30～13：50○○病院訪問入院時情報提供書持参 | 【入院時情報連携加算】（入院〇日目）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（肺炎にてＡ病院入院・入院時情報提供）　　　　　　　　　　　　　本日、本人が肺炎にてＡ病院に入院されたと長男より電話連絡あり。長男に入院先のＡ病院への情報提供の了解を得たためＡ病院地域医療連携室Ｂ氏に電話し、担当ケアマネジャーであることを伝え、入院時情報提供書を持参することを伝える。　　　　　　　　　　　　Ａ病院訪問。病棟看護師Ｃ氏と面談。本人の状態、生活環境、サービス利用状況などを伝え、入院時情報提供書を渡す。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

居宅介護支援経過

**ケアマネジメントプロセス場面、加算等：　退院加算**

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 内　容 |
| 〇年〇月〇日○曜日16：30～17：30Ａ病院訪問退院カンファレンス参加 | 【退院カンファレンス】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ａ病院、７階相談室にて、退院前のカンファレンスを行う。（出席者）本人、妻、Ａ病院（Ｂ医師）、７階病棟（Ｃ看護師）、Ａ病院（Ｄソーシャルワーカー）、Ｅ医院（Ｆ医師）、訪問看護ステーション（Ｇ看護師）、Ｈ調剤薬局（Ｉ薬剤師）、デイケア（Ｊ相談員）、ケアマネジャー　　　　　　　　　　　　　　　　　（カンファレンス内容の要点）　　　　　　　　　　　　　　　①訪問診療と訪問看護の頻度と日程について決める　　　　　②痛み止めの使用について、Ｆ医師が訪問診療時に、助言、指示を行う。毎週1回、薬剤師の居宅療養指導を利用し、細かな状態の観察、指導を行う。その状態を医師に随時報告する。③デイケアで入浴を週２回行う。創部の処置は、訪問看護師と連携を取り処置を行う。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　④本人と妻の意向確認　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出来るだけ家で過ごしたいので、提案されている医療・介護サービスを利用して再入院にならないように頑張りたい。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 〇年〇月〇日○曜日17：30～17：59退院前のサービス担当者会議開催 | 【サ―ビス担当者会議】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　退院カンファレンス終了後、Ａ病院、７階相談室にて、退院前のサービス担当者会議を行う。　　　　　　　　　　　　　　　　　参加者、会議の内容：別紙担当者会議の要点を参照　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※サービス担当者会議等以外で医療機関の職員と面談を行い、「利用者に関する必要な情報」を得たことを記録する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※初回加算を算定する場合は退院加算を算定しない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

居宅介護支援経過

**ケアマネジメントプロセス場面、加算等：　通院時情報連携加算**

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日 | 内　容 |
| 〇年〇月〇日○曜日10：00～10：10電話通院時の同席許可（本人） | 【通院時同席の許可】　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：本人へ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〇月〇日の通院時に診察に同席し、医師と情報交換をすることについて、本人に許可をもらう。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 〇年〇月〇日○曜日12：00～12：10電話通院時の同席許可（主治医） | 電話：Ａ病院　Ｂ医師へ　　　　　　　　　　　　　　　　　本人の同意を得て、診察に同席したい旨説明し、許可をもらう。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 〇年〇月〇日○曜日9：00～10：00Ａ病院訪問通院時情報連携 | 【通院時情報連携加算】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　場所：Ａ病院　　　面談：本人、Ｂ医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・診察に同席。Ｂ医師に対して利用者の心身の状況や生活環境、サービス利用状況等の情報提供を行う。　　　　　　　　Ｂ医師からも本人に関する必要な情報提供を受ける。　　　連携した情報の内容記載か、別紙参照とする。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |