

医療と介護支援専門員の
がっちり連携
ハンドブック
ver1

ハンドブック編集
(がっちり連携検討委員会)

委員長 門阪 庄三
委員 芦田 康雄・石井 豊子
大槻 剛・兒玉 邦子・高橋 得二
高橋 由美・田中 一郎・新田 順子
松井 亜矢子・松岡 悦子・松田 美可子
(敬称略・五十音順)

協力 宇治市介護保険課

宇治市介護支援専門員連絡会
(宇治市ケアマネ連絡会)

平成25年2月末日 初稿完成(編集期間:平成24年4月~12月) 定価200円 無断で複製を禁ずる。

- 1.はじめに P.3
- 2.主治医と介護支援専門員が連携するためのツール P.4
- 3.主治医と介護支援専門員が連携する心構え
～ファーストステップ～ P.5
- 4.在宅時と入退院時の連携方法について P.6
- 5.サービス担当者会議の開催方法について
～セカンドステップ～ P.7
(宇治市介護支援専門員連絡会推奨)
- 6.個人情報の取り扱いについて P.8
- 7.資料 主治医と介護支援専門員連携連絡票
(様式書式) P.9～P.11



このハンドブックは医師と介護支援専門員を結ぶ ケアマネタイムを推進するもの

今日、介護支援専門員(以下ケアマネジャー)には、「在宅で生きていきたい」という利用者の願いに、どこまで応えられるのかが問われています。

ケアマネジャーは居宅介護支援を通して、利用者・家族の直面するすべての生活問題や課題を解決することはできませんが、利用者や家族が安心して、自分たちの意思や希望で、自分たちの今後の生活を定めることができるように支援しなければいけないと思っております。そのためには問題解決の糸口を探せるように整理・分析(アセスメント)し、様々な社会資源をつないでいく必要があります。

一般市民には、ケアマネジャーが何をやる人で、どのような役割があるのか十分認知をされているとは言えません。ケアマネジャーが「大丈夫、在宅で生活するお手伝いをします」と自信を持って動くことが出来れば、ケアマネジャーの認知度は高まり、ケアマネジャーの力で利用者や家族の「在宅生活」が目に見える形で提案できる環境が出来ます。それは大きな社会変化にまでなるかもしれません。

今、ケアマネジャーに期待されることの一つに、医療との連携の充実があります。医師とケアマネジャーの連携は古くて新しい課題です。特に経験の浅いケアマネジャーにとっては、医師との連携は大きなストレスとなっています。

そこで、宇治市介護支援専門員連絡会はハンドブックの作成を決意しました。先輩が身近にいない環境でも、「これさえあれば大丈夫」というマニュアルを作らなければいけないと私たちの思いが、このハンドブックの中に結実しました。

このハンドブックにより、ケアマネジャーと医師が円滑に連携でき、主治医との相談等を的確に行い、医療情報を踏まえた適切なケアプランを作成し、利用者や家族が安心して在宅生活がおくれることを期待します。また、京都府医師会より「ケアマネタイムリスト」が発行された事は、ケアマネジャーの大きな助けとなりました。「ケアマネタイムリスト」と共に、このハンドブックを活用して頂ける事を願っています。

宇治市介護支援専門員連絡会
医療・介護支援専門員がっちり連携委員会

1 ケアマネタイムの活用

1. ケアマネタイムの目的

ケアマネタイムとは、ケアマネジャーが医師に連絡・相談しやすい環境づくりと、医師とケアマネジャーをはじめとするサービス担当者間の情報共有を図ることにより、ケアマネジメントにおける医療と福祉の連携を強化するものです。

2. 内容

医師から業務中であっても比較的ケアマネジャーとの連絡がとりやすい時間帯(ケアマネタイム)を設定してもらい、ケアマネジャーから医師への連絡・相談を容易にするものです。(具体的には、京都府医師会発行の「ケアマネタイムリスト」を参考にしてください。)

2 主治医と介護支援専門員連携連絡票

宇治市介護支援専門員連絡会作成(様式書式)

連絡票は担当ケアマネジャーになった挨拶をはじめ、主治医の意見・相談等について正確な情報交換を進めるため郵送・FAX・電子メール等の方法により活用していただくものです。

個人情報にかかる資料はFAXでの送信は避け、個人情報が漏れないよう細心の注意をして下さい。郵送時は、切手を貼付した返信用の封筒を同封しましょう。

3 入院時情報提供用紙【居宅介護支援事業所等→病院】

京都府共通様式(京都府医師会のホームページを参照下さい)

利用者が入院された場合に、ケアマネジャーが病院に対し介護等の情報提供に活用する京都府共通様式です。ケアマネジャーとして病院との連携の第一歩であり、経過によっては退院時のサービスが大きく変更になる可能性もあります。退院時の円滑な連携のためにも、加算の算定の有無にかかわらず提出を心がけましょう。

診療所・病院の医師と介護支援専門員が連携する前の留意事項

介護支援専門員は、利用者とその家族の両者に対し、「医師と介護支援専門員」が連携して対応することや、個人情報のやりとりをする事について、事前に十分に説明し同意を得ておいてください。

1 医師との予約 (ファーストコンタクト)



介護支援専門員は医師に必ずケアプランを作成する旨を連絡すること。

連絡票の活用を!書き方例1参照→P.10

FAX・手紙・メール

※1 連絡する手段(電話・FAX・手紙・メール)はケアマネタイムリストを参照して面談予約等を取りましょう。はじめての医師には、積極的に面談をして、協議に望むほうがよいでしょう。医療機関により、医師との面談方法が異なりますので、ご確認ください。

2 医師との 連携方法の確認

医師と連携する手段として、どのような方法をとるのか確認すること。

※2 介護支援専門員は事前の予約なくして、利用者の受診に同行することや単独の面談を避けましょう。(前もって連絡方法を確認すること)

- ケアプランの作成にあたり、病状等の指示・確認等
- 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談等
- 福祉用具導入(車椅子・特殊寝台・床ずれ予防マット等)にあたり利用者の状態像の確認
- サービス担当者会議開催についての連絡等
- その他

3 連携目的の整理

主治医との連携する目的を明確にする。

4 医師との面談等



整理ができたなら医師との面談等へGO!

連絡票の活用を!書き方例2参照→P.11

FAX・手紙・メール

今一度、医師との面談に備え、再確認しましょう!

- 面談方法(電話・FAX・手紙・メール・直接面談)を確認し、面談する目的・要点を簡潔に話ができるように準備します。そのために、事前にアセスメントに基づく、医療的課題や生活課題を明確にし、不安であれば、上司等にケアプランを見てもらい、端的に説明できるように練習しておきましょう。
- 医師との面談は時間に限りがありますので、事前の下準備が必要です。しかし、最終的には、思い切って扉をたたくことが大切です。くじけずに、何度も繰り返し、自らのケアプランを読み返し、確認していきましょう!

在宅時と入退院時の連携方法について

ケアプランに緊急時の対応や緊急連絡先を記載しておくといでしょう！

1.在宅時 主治医と利用者と介護支援専門員の連携

	利用者に	主治医に	介護支援専門員に
利用者は	—	生活状況や介護保険の利用状況を伝える	生活状況や介護保険の利用状況を伝える
主治医は	生活状況や介護保険の利用状況を確認する	—	医学的管理が必要な症状が生じた場合にその旨を連絡する
介護支援専門員は	生活状況や介護保険の利用状況を確認する	生活状況や介護保険の利用状況など在宅生活情報を伝える。特に介護保険の新規申請・更新申請・区分変更(介護申請時)等「主治医の意見書」の記載を依頼する場合は十分に情報を伝える。	—

2.入退院時 診療所と病院と利用者と介護支援専門員の連携関係

	入院時	入院中	退院時	退院後
利用者(家族)	診療所の医師、介護支援専門員に対し →入院したことを連絡する	介護支援専門員に対し →入院状況を報告する	病院主治医から →退院時カンファレンスの連絡があれば出席する	診療所主治医、介護支援専門員に対し →生活状況や介護保険の利用状況を連絡する
診療所医師	病院の主治医に対し →利用者の診療情報を適切に提供する	—	病院の主治医から →退院時カンファレンスへの参加要請があれば参加が望ましい	病院の主治医に対し →一定期間、診療情報を適切に提供する
<input type="checkbox"/> 病院医師 <input type="checkbox"/> 医療相談室 <input type="checkbox"/> 医療連携室 <input type="checkbox"/> 医事課等 <input type="checkbox"/> 病棟	診療所主治医から →診療情報により、在宅医療の状況を確認する 利用者から →担当介護支援専門員を確認する	介護支援専門員に対し →退院計画の協議を連絡する →退院時カンファレンスの前に入院中の生活情報を連絡する	診療所主治医、利用者、介護支援専門員に対し →退院時カンファレンスの開催を連絡する 介護支援専門員に対し →看護サマリーの提供	—
介護支援専門員	病院に対し →利用者の在宅の状況及び介護保険利用状況の情報提供(入院時情報提供用紙の提出) →担当介護支援専門員としての挨拶をする →今後の連携方法について打合せる →利用者の介護保険の利用状況を伝える	病院から →退院計画協議への連絡があれば出席する 病院に対し →退院見込みの確認 利用者に対し →訪床して状況の確認	病院から →退院時カンファレンスの連絡があれば出席する 関係者に対し →サービス担当者会議の調整	利用者に対し →生活状況や介護保険の利用状況を確認する 病院の主治医に対し →生活状況や介護保険の利用状況を伝える

サービス担当者会議の開催方法について ～セカンドステップ～

原則としてケアプラン作成時には、医療系サービスの有無にかかわらず、全ての利用者において主治医との連携をとりましょう。

1.法令上求められているサービス担当者会議と専門的意見聴取

根拠～サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

サービス担当者会議とは

介護支援専門員は、サービス担当者会議(介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者を召集して行う会議)の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむをえない理由がある場合には、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

指定居宅介護支援等の人員及び運営の基準13条九(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

専門的意見の聴取

介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等※1の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得た主治の医師又は歯科医師の意見を求めなければならない。

指定居宅介護支援等の人員及び運営の基準13条十八(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等※1の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師の医学的観点から留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

指定居宅介護支援等の人員及び運営の基準13条十九(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

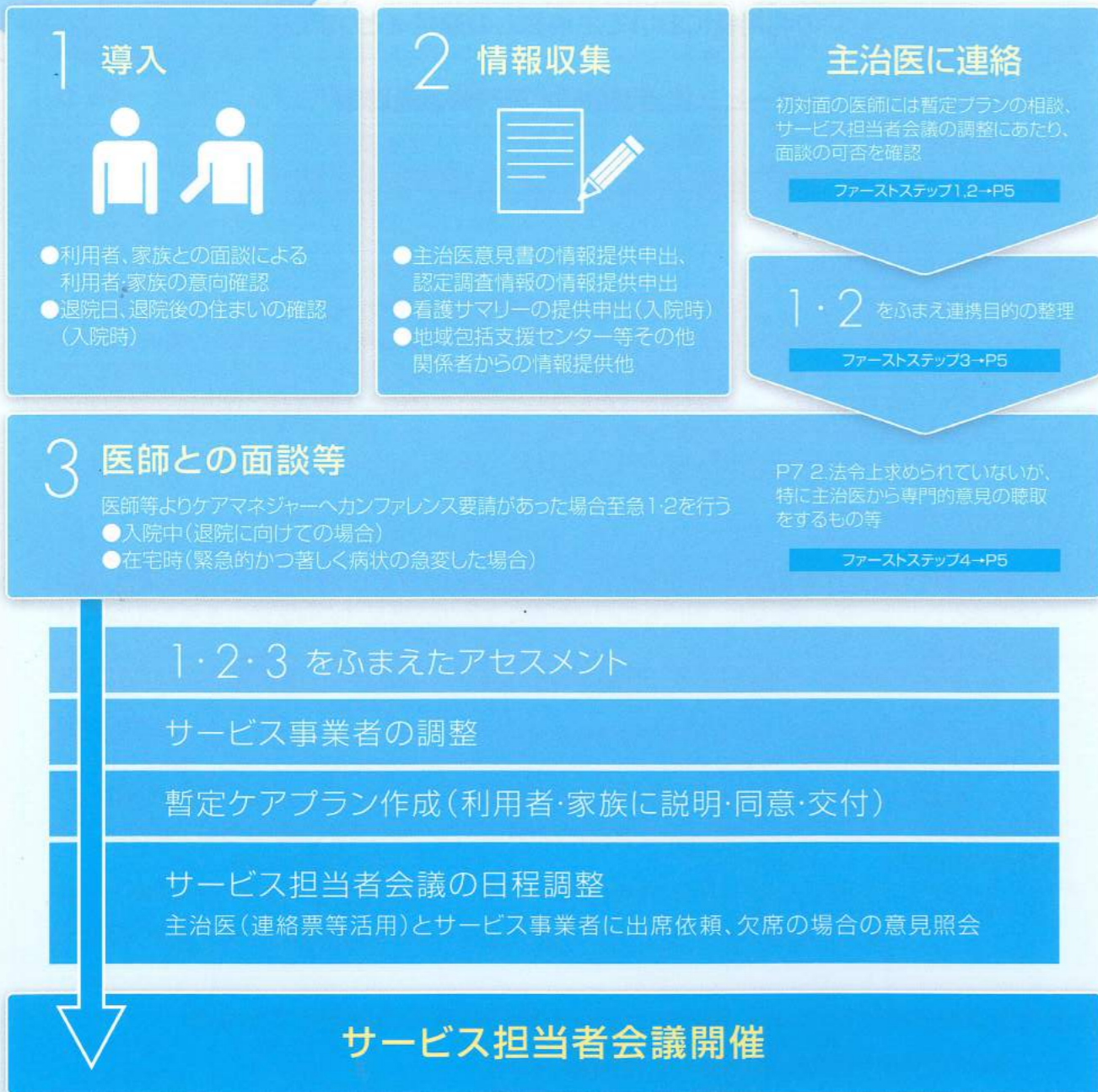
※1：訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導及び短期入所療養介護

2.法令上求められていないが、特に主治医から専門的意見の聴取をするもの

- (1) 介護認定を受ける利用者(要支援1～2、要介護1～5)
- (2) 終末期の利用者
- (3) 医学的、専門的、倫理的知識を準備して、医師と面談する必要がある利用者
経管栄養法(鼻腔・胃ろう)、気管切開、褥瘡、人工透析、カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ)、在宅酸素療法、IVH(中心静脈栄養法)、CVポート(皮下埋没型中心静脈)、ガン末期、難病、その他
- (4) 主治医意見書により、医学的管理が必要な利用者
膝関節炎等により、運動制限がある場合、心疾患等により食事・水分制限がある場合、骨折の術後等により可動域制限がある場合
- (5) その他医療系サービスが必要な利用者
- (6) 軽度者の福祉用具が必要な場合(車椅子・特殊寝台及びその付属品、床ずれ予防マット等)の利用者の状態像の確認

サービス担当者会議の開催方法について ～セカンドステップ～

3.どのように主治医と連絡をとったらいいの?(サービス担当者会議の開催手順)



個人情報の取り扱いについて

個人情報を取扱いする場合は、利用者・家族の同意のもと取扱いされるために、正確な情報をやりとりする必要があります。また、緊急の場合などガイドライン「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」に関するQ&A(事例集)を参照して下さい。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/index.html>

様式書式(宇治市介護支援専門員連絡会作成)

主治医と介護支援専門員連携連絡票

平成 年 月 日

宛先	医療機関の名称		発信元	事業所名	
	連携窓口名			所在地	
	診療科	科		T E L	
	主治医	様		F A X	
	T E L			E-mail	
	F A X			介護支援専門員氏名	

平素はお世話になりありがとうございます。この度先生が診察されている下記の利用者様のご依頼により居宅サービス計画(介護予防支援計画 以下、ケアプラン)を作成(変更)することになりました。つきましては、ご多用中誠に恐れ入りますがFAX等でご返信を賜りますようお願い申し上げます。

※この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、[ご本人・ご家族・その他()]の同意を得て、ご連絡いたします。

【介護支援専門員記入欄】

利用者氏名		性別	男・女	生年月日	
利用者住所		要介護度		要介護	要支援
連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認等 <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談等 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の開催日程の調整について <input type="checkbox"/> その他()				
<利用者の照会・相談内容> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>主治医意見書をみて暫定プランを作成したか否か(した・していない)</div>					

【主治医記入欄】

主治医確認欄	<input type="checkbox"/> 直接会って話しをします。(時間帯 月 日 時頃待っております。) <input type="checkbox"/> 電話で話しをします。(時間帯 月 日 時頃電話をください。) <input type="checkbox"/> 今後、文書で回答します。(FAX・E-mail・郵送) アドレス <input type="checkbox"/> 以下の点について意見欄に記載します。				
<主治医意見・要望欄> 					
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	認知症自立度	I・IIa・IIb・III・IV・M		

上記のとおり連絡いたします。

平成 年 月 日

主治医 _____

書き方例1 ~暫定ケアプラン作成にあたり照会編~

主治医と介護支援専門員連携連絡票

平成 24年 4月 1日

宛 先	医療機関の名称	〇〇病院	発信元	事業所名	ケアプランセンター宇治
	連携窓口名	地域連携室		所在地	宇治市 〇〇 〇〇 〇〇番地
	診療科	内 科		T E L	0774-xx-xxxx
	主治医	宇治 太郎 様		F A X	0774-xx-xxxx
	T E L	0774-xx-xxxx		E-mail	〇〇@go.ne.jp
	F A X	0774-xx-xxxx		介護支援専門員氏名	宇治 花子

平素はお世話になりありがとうございます。この度先生が診察されている下記の利用者様のご依頼により居宅サービス計画(介護予防支援計画 以下、ケアプラン)を作成(変更)することになりました。つきましては、ご多用中誠に恐れ入りますがFAX等でご返信を賜りますようお願い申し上げます。

フルネームで記載しましょう!

※この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、(ご本人・ご家族その他())の同意を得て、ご連絡いたします。

【介護支援専門員記入欄】

利用者氏名	宇治 一郎	性別	(男)・女	生年月日	昭和2年3月4日
利用者住所	宇治市 〇〇 〇〇 〇〇番地	要介護度	要介護 3	要支援	
連絡内容	<input checked="" type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認等 <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談等 <input checked="" type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の開催日程の調整について <input type="checkbox"/> その他()				

<利用者の照会・相談内容>

(初対面の医師への文例)

はじめにご連絡させていただきます。私はこの度、宇治一郎様の担当をさせていただきます。ケアマネジャーの宇治花子です。今後居宅サービス計画作成等においてご連絡させていただくと存じます。その節はどうぞよろしくお願いいたします。

早速ですが、宇治一郎様の心身の状態等をお聞かせ頂きたいと存じます。お忙しいとは存じますが、ご都合のほどを下記にご記入いただきファックスにて返信いただくと幸いです。

電話で話しをします。(時間帯 月 日 時頃電話をください。)

(医療系サービスの導入の文例)

お世話になっております。今般、宇治一郎様の状態が〇〇なので(※必要な理由を記載)、訪問看護(※導入する医療系サービスを記載)を検討しております。

サービス利用にあたり、留意すべきことがあれば、ご意見をお聞かせ頂きたいと存じます。つきましては、お忙しいとは存じますが、下記にご記入いただきファックスにて返信いただくと幸いです。

日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	認知症自立度	I・IIa・IIb・III・IV・M
---------	-------------------------	--------	--------------------

上記のとおり連絡いたします。

平成 年 月 日 主治医 _____

書き方例2 ~サービス担当者会議調整編~

主治医と介護支援専門員連携連絡票

平成 24年 4月 1日

宛 先	医療機関の名称	〇〇病院	発信元	事業所名	ケアプランセンター宇治
	連携窓口名	地域連携室		所在地	宇治市 〇〇 〇〇 〇〇番地
	診療科	内 科		T E L	0774-xx-xxxx
	主治医	宇治 太郎 様		F A X	0774-xx-xxxx
	T E L	0774-xx-xxxx		E-mail	〇〇@go.ne.jp
	F A X	0774-xx-xxxx		介護支援専門員氏名	宇治 花子

平素はお世話になりありがとうございます。この度先生が診察されている下記の利用者様のご依頼により居宅サービス計画(介護予防支援計画 以下、ケアプラン)を作成(変更)することになりました。つきましては、ご多用中誠に恐れ入りますがFAX等でご返信を賜りますようお願い申し上げます。

※この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、(ご本人・ご家族その他())の同意を得て、ご連絡いたします。

【介護支援専門員記入欄】

利用者氏名	宇治 一郎	性別	(男)・女	生年月日	昭和2年3月4日
利用者住所	宇治市 〇〇 〇〇 〇〇番地	要介護度	要介護 3	要支援	
連絡内容	<input checked="" type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認等 <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談等 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶 <input checked="" type="checkbox"/> サービス担当者会議の開催日程の調整について <input type="checkbox"/> その他()				

(新規ケアプラン作成で担当者会議を開催する場合の文例)

お世話になっております。宇治一郎様の居宅サービス計画書原案の作成をいたしましたので、お目を通し頂き、ご意見・ご助言を頂きますようお願いいたします。また、サービス担当者会議開催の日程調整にあたり、先生のご都合をお聞かせ頂きたいと存じます。お忙しいとは存じますが、下記にご記入頂き、ファックスにて返信いただくと幸いです。

主治医意見書のみで暫定プランを作成したか否か (した) (していない)

【主治医記入欄】

主治医確認欄	<input type="checkbox"/> 直接会って話しをします。(時間帯 月 日 時頃待っております。)
	<input type="checkbox"/> 電話で話しをします。(時間帯 月 日 時頃電話をください。)

(介護認定の更新、状態の変化、利用サービスの変更等で担当者会議を開催する場合の文例)

お世話になっております。今般、宇治一郎様の介護認定の更新(※サービス担当者会議の開催理由を記載)のため、この度、サービス担当者会議を開催したいと思います。つきましては、日程調整にあたり、先生のご都合をお聞かせ頂きたいと存じます。お忙しいとは存じますが、下記にご記入いただきファックスにて返信いただくと幸いです。

日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	認知症自立度	I・IIa・IIb・III・IV・M
---------	-------------------------	--------	--------------------

上記のとおり連絡いたします。

平成 年 月 日 主治医 _____