

甲 賀 圏 域

医療と介護支援専門員との連携

(増補版)

主治医との連携

入退院時の連携

医療系サービスの活用

平成 2 2 年 1 2 月

増 補 版 目 次

1 . 増補版発行にあたって	-----	1
2 . 主治医と介護支援専門員の連携方法について	----	2
・ フローチャート		
・ 甲賀圏域における主治医と介護支援専門員連絡票（改訂版）		
3 . 入院・退院時の医療機関と介護支援専門員等の連携方法について	----	6
・ フローチャート		
・ 入院時の情報提供書(参考様式 - 1)		
・ 入院時の情報提供書(参考様式 - 2)		
・ 退院・退所情報提供・確認書(参考様式)		
4 . 医療系在宅サービスの活用について	-----	1 1
・ 訪問看護サービスの活用のポイント		
5 . 主治医意見書記入のポイントについて（改訂版）	-----	1 5
(東京都医師会作成)		
6 . 甲賀圏域ケアマネタイム参加居宅介護支援事業所および 訪問看護ステーション名簿（平成22年12月現在）	-----	別冊

1．増補版の発行にあたって

1．経緯

甲賀圏域では、平成19年4月から「ケアマネタイム」を設けて主治医と介護支援専門員との円滑な連絡・連携のもと、的確な医療情報を踏まえたケアプランが作成されるよう環境整備を行ってきました。併せて、関係者間の具体的な連携方法を確認するため、「医療と介護支援専門員との連携」冊子（当初版）を発行するとともに、「主治医と介護支援専門員連絡票」を活用してきたところです。

当初版の発行以降も、医療と介護の連携の必要性はますます高まっており、医療保険および介護保険制度においても、報酬上の評価を行い、両者の連携を促しているところです。

とりわけ、利用者（患者）に直接関わる“主治医と介護支援専門員の連携”は、利用者が地域での生活を継続するための必要不可欠な条件であり、この連携が各種制度ならびに現場の実情に合致するとともに、より具体的なものと深化することが求められています。

今回の増補版は、この要請に応えるため、連携の主体となる医師ならびに居宅介護支援事業所に対して実施したアンケートの結果や関係団体等によるワーキング検討会において協議した管内の連携上の課題を抽出・検討を加え、その成果を関係者が共有し、実践することに資するために発行するものです。

2．増補した事項

上記アンケート等において、利用者（患者）の入退院時の「医療機関と介護支援専門員間の情報提供様式」の作成および様式の統一化、「主治医と介護支援専門員連絡票」の改良（アポイント用 簡易な照会回答用、医師記入欄の拡大）などの要望が多数あがったことから、これらの事項を重点的な課題として、ワーキング検討会、管内病院地域連携室等との協議を重ねた上、今般、連携の具体的な方法を追加しました。

なお、増補版としているとおり、当初版に掲載されている内容は基本的に踏襲することとしていますので、ご留意下さい。

(1) 在宅時の「連携のフローチャート」と「連絡票の一部改定」

- ・主治医とケアマネ間の連携手法をフローチャートとして整理しました
- ・連絡票の用途に簡易な照会・回答を加えました。

(2) 入院・退院時の「連携のフローチャート」と「情報提供様式」を作成

- ・病院とケアマネ間の連携手法（日程）をフローチャートとして整理しました
- ・入院時に、ケアマネが病院に情報提供する様式を作成しました。

(3) ケアマネと訪問看護との連携上のポイントを追加

- ・訪問看護サービス等を利用（連携）する際の留意事項を整理しました。

2．診療所、病院、と介護支援専門員の連携方法について

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

医師と介護支援専門員は、利用者とその家族に対し、双方から「医師と介護支援専門員」が連携して対応することについて、事前に説明し、了承を得てください。

1．病院の連絡窓口の一本化について

管内の7病院には、「地域連携室等」が設置され、病院間、病院と診療所および病院と介護事業所等との連絡窓口の一本化が進んでいます。

従前から、同室との連携を進めてきたところですが、今後とも、病院の医師等に連絡・照会等を行う場合には、原則として「地域連携室」を窓口にして下さい。

(地域連携室の呼称や体制は病院により相違があります)

2．診療所、病院、利用者および介護支援専門員の連携方法について

(1) 主治医と介護支援専門員連絡票

介護支援専門員が、ケアプランの作成や事後評価を行おうとする際には、利用者(患者)の心身の状態を的確に把握する必要があります。特に、医療系サービスを提供しようとする場合には、主治医への訪問または照会等の方法により、サービス提供の要否を確認することが求められています。

今回の連絡票においては、従前のアポイント用途に加え、主治医の意見(簡易な照会事項に限る)を確認する欄を追加しましたが、介護支援専門員においては、医師の負担とならない照会に努めて下さい。

(2) サービス担当者会議の開催

医学的に管理を必要とする利用者(患者)のサービス担当者会議を開催するときは、主治医に対して、可能な範囲で出席いただくよう依頼します。出席が不可の場合には、照会事項を簡潔に整理の上、指導・助言を仰いで下さい。

サービス担当者会議の開催方法については、当初版のとおりです。

(3) 入院中の病院カンファレンスへの参加

病院において、利用者(患者)の退院に向けた支援の目標や方法を検討するため、「退院支援カンファレンス」および「退院前カンファレンス」が開催されます。

このカンファレンスでは、利用者(患者)が退院後の在宅生活において、必要となる介護サービスや療養生活上の指導事項等が協議されますので積極的な参加が望まれます。

診療所、病院と介護支援専門員との連携について

主治医（病院・診療所）	ケアマネ	備考
患者（利用者）の心身等の状態を確認したい時	別紙、連絡票により、連絡・確認事項等を照会（FAX・郵送）	<p>FAX送信時は、個人情報が出れないよう、細心の注意をして下さい。</p> <p>ケアマネは、連絡票の利用について、利用者に説明し、了承を得ておいて下さい。</p> <p>郵送時は、返信用の切手封筒を同封すること。</p>
同連絡票の下段に回答を記載して返答（FAX・郵送）	この連絡票は、事務連絡および簡易な照会を行うための様式です	
<p>A 簡単な連絡ですむ場合には、返信欄に記入の上、返答して下さい</p> <p>B 詳しい情報提供が必要な場合には、「介護支援専門員用診療情報提供書（医科診療報酬点数表別紙様式12の4）」により、回答して下さい。（すべての項目に記入すれば、診療情報提供料の算定が可能です。ただし、患者（利用者）負担が発生しますので、事前に患者等の同意が必要となります。）</p>	必要に応じ、主治医を訪問（電話）にて指導・助言をうける	
患者（利用者）に関するサービス担当者会議を開催する時	利用者（患者）が下記状態と認められる場合、主治医に出席または（書面による）照会回答を依頼	<p>19年4月のケアマネタイムでの申し合わせ内容のとおりです。</p> <p>開催方法についても従来どおり</p>
可能な範囲で会議に出席し、指導・助言をお願いします（出席出来ない場合、回答をお願いします）	<p>(1)終末期の患者（利用者）</p> <p>(2)医学的に管理が必要な患者（利用者） ・経管栄養、気管切開、褥瘡、糖尿病、人工透析、カテーテル在宅酸素療法、IVH、ガン末期など</p> <p>(3)主治医意見書により、医学的に制限がある患者（利用者）など</p>	
病院において、退院前カンファレンスが開催される時	カンファレンスに出席し退院後の療養生活上の指導内容等を面談・確認の上、ケアプラン原案を作成	<p>退院前カンファレンスとケアマネによる面談は、一体的に実施する方が合理的</p> <p>また、サービス提供事業所の同席が望ましい。</p>
カンファレンスへの参加要請があれば、参加が望ましい		
<p>・かかりつけ医が参加した場合、診療報酬上の退院時共同指導料の算定が可能。</p> <p>（22年度：在宅療養支援診療所1000点、それ以外の診療所600点）</p>		

(診療所用)

(取り扱い注意)

甲賀圏域における主治医と介護支援専門員連絡票



(送付日 平成 年 月 日)

事業所名		医療機関名	
担当者名		主治医	
電話番号		電話番号	
FAX番号		FAX番号	

私は下記の方(イニシャル)を担当しています。サービスを提供する上で先生にご指示・ご確認をいただきたいので、ご都合の良い連絡方法等について、返信をお願いします。

(氏名、住所等は別途、電話連絡させていただきます)

なお、このことは(本人・ご家族)に説明し、同意を得ています。

(同意日:平成 年 月 日)

氏名 (イニシャル)		住所	市
---------------	--	----	---

FAXの場合は個人情報のためイニシャルで記載

【先生への連絡・照会事項】

上記利用者の次のことについて確認をお願いします。

【サービス利用についての運動制限・食事制限・水分制限・可動域制限・その他の制限】の注意点について

【入浴時の留意事項(入浴を中止すべき範囲、血圧等)】について

【訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ】の導入について

【初回・継続】ケアプランの作成時の医療管理上の留意点について

【サービス担当者会議】の開催予定日について

その他 (

【連絡・照会内容(簡潔に記載すること)】

(例) Y・Sさんから、褥瘡予防、嚥下訓練を行うため、訪問看護サービスを週2回利用したいとの申し出がありましたので、その要否について確認をお願いします。

返信用 医師記入欄

(返信日: 年 月 日)

連絡 方法	直接会って話をします (日時: 月 日 時頃に来院ください)	
	電話で話をします (日時: 月 日 時頃に電話をください・します)	
	当FAXで回答します 別途文書で回答します	
サービス担当者会議に	出席します (診療所 利用者宅 その他)	出席不可
【連絡・照会に対するコメント】	特に異議はありません	下記のとおり

この連絡票による回答では、診療情報提供料の算定はできません

甲賀圏域における主治医と介護支援専門員連絡票



(送付日 平成 年 月 日)

事業所名		病院名	
担当者名		診療科名	
電話番号		主治医名	
FAX番号		連携部署名	
		連携担当名	
		電話番号	
		FAX番号	

私は下記の方(イニシャル)を担当しています。サービスを提供する上で先生にご指示・ご確認をいただきたいので、ご都合の良い連絡方法等について、返信をお願いします。

(氏名、住所等は別途、電話連絡させていただきます)

なお、このことは(本人・ご家族)に説明し、同意を得ています。

(同意日:平成 年 月 日)

氏名 (イニシャル)		住所	市
---------------	--	----	---

FAXの場合は個人情報のためイニシャルで記載

【先生への連絡・照会事項】

上記利用者の次のことについて確認をお願いします。

【サービス利用についての運動制限・食事制限・水分制限・可動域制限・その他の制限】の注意点について

【入浴時の留意事項(入浴を中止すべき範囲、血圧等)】について

【訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ】の導入について

【初回・継続】ケアプランの作成時の医療管理上の留意点について

【サービス担当者会議】の開催予定日について

その他 (

【連絡・照会内容(簡潔に記載すること)】

(例) Y・Sさんから、褥瘡予防、嚥下訓練を行うため、訪問看護サービスを週2回利用したいとの申し出がありましたので、その可否について確認をお願いします。

返信用 医師記入欄

(返信日: 年 月 日)

連絡方法	直接会って話をします (日時: 月 日 時頃に来院ください)
	電話で話をします (日時: 月 日 時頃に電話をください・します)
	当FAXで回答します 別途文書で回答します

サービス担当者会議に 出席します (診療所 利用者宅 その他) 出席不可

【連絡・照会に対するコメント】 特に異議はありません 下記のとおり

この連絡票による回答では、診療情報提供料の算定はできません

3．入院・退院時の医療機関と介護支援専門員の連携について

1．入退院時の連携について（別紙フローチャート参照）

(1) 利用者が入院した時、介護支援専門員は、利用者の心身の状況、生活情報、介護サービス利用状況等を利用者の同意を得た上で、病院等に提供します。

病院においては、当該情報を看護上に役立てるだけでなく、退院後の生活をイメージした療養指導の資料として下さい。

(2) 退院の方向性が決まった時、病院は、介護支援専門員等の出席を求めて「退院支援カンファレンス」を行います。ここでは、利用者・家族と院内の他職種が協働して、利用者の退院後の生活の見込み等について協議されます。

利用者が在宅生活となる場合、介護支援専門員は、必ず出席して意見等を述べるとともに、医療系サービスの提供の要否等を主治医から確認する機会として下さい。

(3) 退院の日が決定した時、病院は、介護支援専門員等の出席を求めて「退院前カンファレンス」を行います。ここでは、退院後の具体的な介護サービスの内容の確認や療養生活上の指導事項が協議されます。

利用者が在宅生活となる場合、介護支援専門員は、必ず出席して意見等を述べるとともに、退院後のケアプランの作成に資する情報を確認して下さい。

(4) 上記の連携は、短期間の入院の場合など開催されない場合もあります。

2．入院時に介護支援専門員が情報提供をするための様式について

(1) 参考様式 - 1

この様式は、入院時に必要となる情報を用紙1枚に納め、受け取る相手側がひと目で見やすいものにしています。

(2) 参考様式 - 2

この様式は、通知文書（鑑）としての様式です。居宅介護支援事業所で作成済みの基本情報（入院直前のもの）を添付して病院に送付します。

3．退院時に介護支援専門員が医療情報を聞き取る様式（参考様式 ）について

退院退所加算については、国の様式例が提示されていますが、追加項目を加えて参考様式 を作成しました。

4．様式の統一性について

上記2、3の様式は参考様式とし、使用を強制するものではありません。

しかし、現状においても、居宅介護支援事業所がそれぞれオリジナルの様式を使用していて、活用しにくいとの意見があることから、できる限り、この参考様式を活用されることを望みます。（今後の利用状況により取扱いを変更する場合があります）

入院時情報提供用紙 【 居宅介護支援事業所等 病院 】 参考様式 - 1

(提供日) 平成 年 月 日
(入院日) 平成 年 月 日

御中

介護等の情報を提供いたします。入院中のケアや退院調整に御活用いただければ幸いです。

フリガナ		性別	平成 年 月 日	歳
氏名	様	男・女	明・大・昭 年 月 日	

利用者情報	要介護度	申請中	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	障がい等の認定	なし	身障() 療育() 難病() 精神()
	障がい高齢者日常生活自立度	自立	J 1 J 2	A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2	認知症高齢者日常生活自立度	自立	a b a b M
	食事	自立	見守り	要介助	介助内容:	現在利用しているサービス	訪問介護 /日 /週
	食形態	普通食	その他	形態:	訪問看護 /週		
	口腔清潔	自立	要介助	義歯・有・無	介助内容:		訪問リハ /週
	排泄	自立	見守り	要介助	介助内容:		訪問入浴 /週
	排泄方法	トイレ	ポータブル	おむつ	介助内容:		通所介護 /週
	入浴	自立	見守り	要介助	介助内容:		通所リハ /週
	入浴場所	自宅風呂	通所	訪問入浴	介助内容:		短期入所
	移動	自立	見守り	要介助	介助内容:		認知症対応型共同生活介護
	衣服の着脱	自立	見守り	要介助	介助内容:		小規模多機能型居宅介護
	服薬管理	なし	良好	不適	状態:		福祉用具貸与()
	夜間の状態	良眠	不穏	状態:		その他()	
入所施設の申込み	なし	あり()	不明		サービス利用なし		
介護上特に注意すべき点等 (認知症の周辺症状と対応の方法など)							

住まい	住環境	一戸建て	集合住宅	階・エレベーター (有 無)
	移動・外出・排泄・入浴等の問題点			

家族情報	家族構成	単身	高齢者世帯	同居あり()
	特に留意すべき点			

主介護者	フリガナ		続柄	同居・別居	どちらかに をつけて下さい
	氏名	様		TEL ()	-
キーパー	フリガナ		続柄	同居・別居	どちらかに をつけて下さい
	氏名 同上	様		TEL ()	-
緊急時	フリガナ		続柄	同居・別居	どちらかに をつけて下さい
	氏名 同上	様		TEL ()	-

介護に関する本人・家族の意向、入退院に際しての留意点等

退院調整・支援の必要性(あり、なし)

連携上の要望事項

かかりつけ医

医療機関名		主治医	
-------	--	-----	--

居宅介護支援事業所

事業所名		担当介護支援専門員	
所在地		TEL ()	-
		FAX ()	-
		メール	@

退院・退所情報提供・確認書

(面談日) 平成 年 月 日

情報提供元の医療機関・施設名

所 属

電話番号

ふりがな	
利用者氏名	(男・女)
生年月日	(明・大・昭) 年 月 日 (歳)
入院期間	入院日 年 月 日 ~ 退院(予定)日 年 月 日

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾病の状態	主病名 主症状 既往歴 服薬状況 (自立・一部介助・介助・その他)	(感染症等)
食 事	自立・一部介助・介助・その他 (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養)	
口 腔 ケ ア	自立・一部介助・介助・その他	
衣 服 の 着 脱	自立・一部介助・介助・その他	
移 動	自立・一部介助・介助・その他 (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子)	(独自の方法・転倒危険)
入 浴	自立・一部介助・介助・不可(シャワー・清拭)	(入浴の方法)
排 泄	自立・見守り・介助/オムツ(常時・夜間のみ)	(留置カテーテル等)
夜間の状態	良眠・不穏 (状態:)	
療養上の留意する事項	(患者・家族の病気に対する説明と理解、特別な医療・処置、皮膚疾患の有無・処置の方法、認知の変化、退院指導の内容等)	

退院サマリーまたは連携情報票の提出を依頼すること。

4．介護保険医療系在宅サービスの活用について

1．指定居宅介護支援等の事業の運営基準から

訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ等の医療系サービスをケアプランに位置づける場合には、利用者の同意を得て、主治医の意見を求めなければならないとされています。

また、福祉系サービスの利用に当たって、主治医の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重することとなっています。

2．医療系サービスの利用について

(1) 訪問看護サービス

一般的には、褥瘡が生じた時や終末期などの医療的ケアが必要な利用者が思い浮かびますが、褥瘡ができる前に予防的に訪問看護を利用することや退院直後から本人・家族等への療養上の支援を行うことにより、短期間での再入院を防止するといった予防的な利用も効果的です。

(2) リハビリテーション

通所や訪問リハビリについては、病院等のリハビリテーションとの連続性が必要です。利用者がリハビリを希望するかしないかではなく、リハビリに効果のある時期を見逃さないことが重要です。

3．訪問看護サービス活用のポイント

訪問看護の効果性(メリット)、在宅の場合、入院中の場合の必要性の判断の仕方、導入時期、訪問看護事業所へ依頼の方法等をまとめています。

甲賀圏域には、訪問看護ステーションが7ヶ所、訪問リハビリテーション事業所および通所リハビリテーション事業所がそれぞれ4ヶ所ありますが、いずれの事業所とも看護師や理学療法士・作業療法士等のマンパワーが、慢性的に不足している状態です。

限りある医療系在宅サービスを効果的に利用するためには、関係者の理解と協力が重要です。

訪問看護サービスとの連携上のポイント

連携のポイント1 訪問看護の必要性の判断は、

(1) 訪問看護の効果性(メリット)

医学的視点に基づいた判断と予後予測が可能

- ・訪問時の定期的な病状観察により、健康管理と病状変化時の対応が速やかにできる
- ・病気や障害を持つ利用者（家族）に対し、医学的側面からの精神的サポートができる

合併症予防や病状悪化を防止できる

- ・低栄養や寝たきりの利用者に対し、褥瘡や肺炎等の予防・早期発見・対応ができる
- ・嚥下障害のある利用者への食事の工夫や訓練等により、肺炎等の合併症予防ができる

病状の不安定な利用者にも安全なケアが提供できる

- ・利用者の病状（心不全や呼吸器疾患）に応じた入浴介助等ができる

医学的根拠に基づいた介護予防や自立支援ができる

- ・自宅での入浴の仕方、自力での食事、排泄、日常生活の仕方等を提案し、自立するためのケアを提供できる

在宅生活における介護指導や環境整備を支援する

- ・入院中に医療機関で行った療養・生活指導を在宅で継続できる。また、24時間連絡体制を届け出ている訪問看護ステーションでは、夜間・休日でも電話での相談等により在宅生活をサポートできる。
- ・介護を担う家族等への介護技術等の指導や支援を行うことにより、身体的・精神的負担の軽減が図れる。

在宅での看取りを支援できる

- ・予後予測に基づく看取りの準備、苦痛を最小限にするケアを提供できる
- ・主治医と病状に合わせた連絡調整を行い、痛みなどの症状緩和や必要時の医療処置への対応が速やかにできる

在宅で医療行為が実施できる

- 必要な医療処置、医学的な管理・セルフケアへの指導が実施できる。
- ・経管栄養、胃ろう、褥そう処置、創処置、点滴、中心静脈栄養、人工呼吸器、在宅酸素、インシュリンなど

(2) 必要性の判断の時期

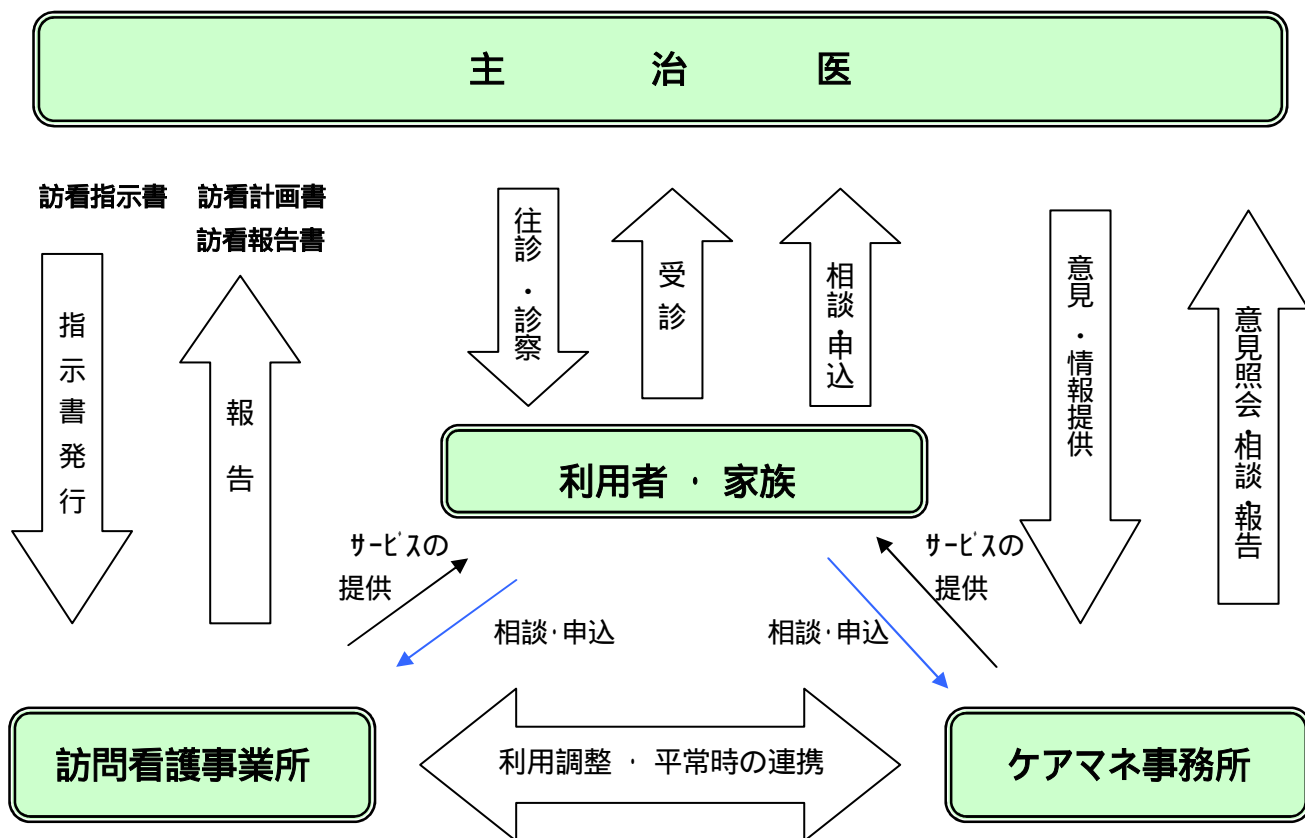
(在宅の場合) 「主治医の判断と訪問看護事業所との相談」により判断

ADL の維持・向上などの予防的ケアや病気の悪化予防を図るためには、できるだけ早期の導入が理想的です。
また、ターミナル期の利用者についても、より良い終末期を迎えるためには、精神的な支援や的確な予測に基づく環境整備が重要となることから、早期の導入が望まれます。

(入院中の場合) 「退院支援カンファレンス」等において判断

必要性および導入の時期については、退院の方向性が決定した段階で開催される「退院支援カンファレンス」等に出席し、出席者（病院主治医・病院地域連携室、かかりつけ医）からの助言等を受けて判断します。

(3) 訪問看護サービスを利用する際の流れ



利用者の心身の状況に応じた看護サービスを提供するためには、訪問看護事業所とケアマネジャーとの日頃の情報交換や連携確保が不可欠です。

連携のポイント2 訪問看護の依頼時に必要な情報は、

- (1) 利用者の基本情報
 - ・ 氏名、住所、連絡先・連絡相手
 - ・ 主治医の氏名、医療機関名など
- (2) 身体状況
 - ・ 病名・病状、既往歴、特記すべき病状
 - ・ ADL、麻痺の有無と程度、意思の伝達能力など
- (3) 生活支援の必要性
 - ・ 食事、排泄、清潔等に関する自立度や特記すべきこと
 - ・ 必要と思われるケアなど
- (4) 介護力や家族の状況
 - ・ 家族情報（独居かどうか）
 - ・ 家族の支援体制（特に、キーパーソン）
 - ・ 家族の在宅介護に対する受け止め方など
- (5) 他のサービスの利用状況
- (6) 訪問看護に依頼したい内容

連携のポイント3 訪問看護を必要とする人にサービスを提供するために

(1) 管内訪問看護ステーションの現状

管内の各事業所では、必要な人に必要な訪問看護サービスが提供できるよう、人員体制の充実、サテライトの設置、各種カンファレンスへの参画等に努めておられますが、実態としては、管内のニーズに対応し切れていない状況があります。

一方、限られた供給体制を有効に発揮するため、既存ケースの訪問頻度の調整等を行い、新規ケースに対応できるよう自助努力もされていますが、利用者等の理解が得られず、調整が進まない現実もあります。

介護支援専門員においても、訪問看護サービスの導入および継続等にあたっては、上記の状況を認識の上、「必要な人に、適切な時期に、必要なサービス量」が提供されるよう、努める必要があります。

(2) ケアマネにおいて、具体的に協力願いたいこと

- ・ 退院時は、訪問看護サービスの利用を一度は検討し、訪問看護事業所に相談をすることが望まれます。
- ・ 必要とされる人に必要な時からサービスが提供されるよう、アセスメントの時期から相談することが望まれます。
- ・ 費用面等から利用者が訪問看護の利用を希望されない場合がありますが、その際には、訪問看護の効果を説明して下さい。
- ・ 訪問看護サービスが適当なのか、他のサービスでも可能なのかの見極めが重要です。

**甲賀圏域
医療と介護支援専門員との連携
主治医との連携
入退院時の連携
医療系サービスの活用**

平成22年12月発行

協定組織 社団法人甲賀湖南医師会
甲賀湖南介護支援専門員連絡協議会
滋賀県甲賀健康福祉事務所
甲賀市、湖南市
甲賀市・湖南市地域包括支援センター

事務局 滋賀県甲賀健康福祉事務所
〒528-8511
滋賀県甲賀市水口町水口6200
TEL 0748-63-6111
FAX 0748-63-6142

参考 京都府医師会「居宅介護支援医療連携加算向け情報提供用紙」
神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会「訪問看護活用マニュアル」