

医師と介護支援専門員等との 連絡票 活用ガイド

令和6年8月

大分市連合医師会 在宅医療部

大分市在宅医療・介護連携支援センター

はじめに

「医師と介護支援専門員等との連絡票（以下、「連絡票」）の運用をはじめ、1年がたち、運用状況に関するアンケートを医療機関、居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターに対して実施しました。アンケート結果でいただきました、それぞれの立場からの意見を集約し、今後よりよい関係を築いていけるよう、〔医師と介護支援専門員等との連絡票 活用ガイド（以下、「本ガイド」）〕を作成しました。

本ガイドは、アンケートで出された意見等をふまえ、医師とケアマネジャー双方が、適切かつ有効な連携をはかるため、また連絡票の運用推進ならびに適正利用に関して、活用のヒントとなるような連携場面や文例を示しております。連絡票の運用場面において、参考にさせていただきますと幸いです。

また、本ガイドに記載されている内容は一例であり、実際の運用場面においてうまくいかないこともあると思います。お気づきのことや疑問点、個別対応が必要なケースがございましたら、ご連絡、ご相談ください。

医師とケアマネジャーが連携を深めるために必要と思うこと（アンケート結果より）

【医師→ケアマネジャー】

- ・本人の状態把握、本人と家族の意向等が同じ認識であること。状態変化に対応できるよう、連絡をとりやすい環境づくりが必要と思われる。
- ・医師からも連絡をとるべきでしょうが、なかなかとれない現状がある。相談していただけるとありがたい。
- ・漠然とした診療情報でなく、具体的なことを記したフォーマットの連絡票は重要なアイテムであると思う。さらに聞きたいことのポイントをおさえ、追記してくれればありがたい

【ケアマネジャー→医師】

- ・在宅生活の支援に病名また医学的に必要な留意点がわかると、支援やサービスにつなげていくことができます。また、業務支援（通院時）の様子がわかると支援につながる。
- ・医師側からのケアマネジャーに対する意見が知りたい。連絡に対して、対面/電話/文書のいずれかが回答するのによいのか。文書回答でも差しさわりのないのであれば、連絡票を使っていきたい。
- ・お互いの現状、実情を理解しあうこと。どのようなタイミングで連絡したり、相談するとお互いの業務の邪魔にならないのかなどを知ることで、利用者、患者のためになると思われる。
- ・お互いの知らない事を埋め合うイメージで。ケアマネジャーは病識など、医師は家庭環境や日常等を知ることで改善できる点や問題点、解決できること等が増えてほしい。

【連絡票活用のお願ひ】

ケアマネジャーの中には、連絡票の運用開始以前より独自の様式を作成しており、「慣れている文書が使いやすい」という意見が多くあります。統一様式として連絡票を作成した背景には、依頼を受ける医療機関側から「似たような文書・名称の文書が散在されるよりは、同じ様式・名称で問合せをいただくほうが回答しやすい」との意見が寄せられたこと、また「どういった様式で尋ねてよいかわからない」というケアマネジャーの意見が寄せられたことに起因します。

多くのケアマネジャーが統一様式の連絡票を利用することで認知度が上がり、依頼を受ける医療機関もケアマネジャーが求めてくる場面や質問の想定がつきやすくなり、しいては医療と介護の連携促進のツールとなることを期待しております。

また、使いやすい様式となるよう、今回項目の見直しと Excel 様式も作成しましたので、ぜひご活用ください。

1. 医師と介護支援専門員が連携する場面・・・P1～P2

2. 連携の場面における連絡票の利用について・・・P3～P7

1. 医療サービスの利用・・・ P3
2. サービス担当者会議欠席時の照会・・・ P4
3. ケアプラン作成時の医学的観点からの留意事項・・・ P5
4. 福祉用具の貸与・・・P6
5. 利用者の状況、病状、区分変更について・・・P7

3. 連携するポイント・・・P8

4. 連絡票記載時の注意点・・・P9

5. 連絡票の改正点・・・P10

一部、用語を以下のとおり省略して記載しております。

連絡票:医師と介護支援専門員等との連絡票

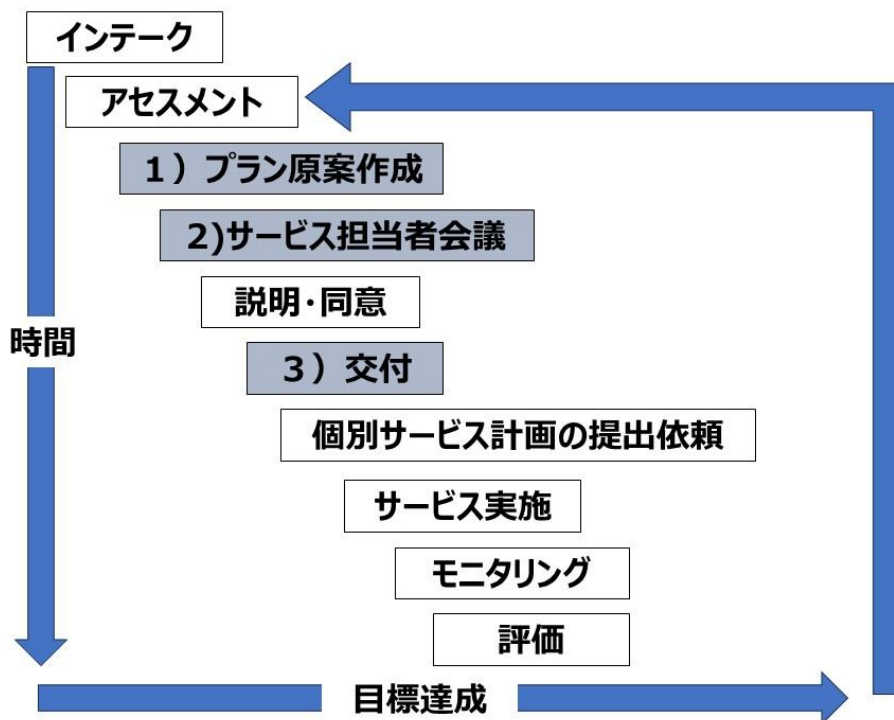
居宅:居宅介護支援事業所

包括:地域包括支援センター

介護支援専門員等:ケアマネジャー

居宅サービス計画:ケアプラン

1. 医師と介護支援専門員が連携する場面



ケアマネジャーが行うケアマネジメント一連の流れの中で、医師との連携が想定されることが多い場面について、次のように整理しました。各場面において、医師とケアマネジャーが必要な連携、求めている意見内容をまとめました。

1) プラン原案作成

アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するため、必要に応じて、医師に意見を照会します。この場面において、連絡票の「連絡・照会事項」で意見を求められるのは、「1」「3」「4」についてとなります。

医師と介護支援専門員等との連絡票 Ver.2

(医師と介護支援専門員・地域包括支援センター職員連絡用)

令和 年 月 日

医療機関名：	所属：
医師：	氏名：
(先生)	住所：〒
	FAX： TEL：
	E-mail：

回答希望の有無	<input type="checkbox"/> ご回答をお願いします (回答希望期限 月 日) <input type="checkbox"/> 報告ですので、ご回答は不要です	
利用者	氏名	要介護度 申請中・事業対象者・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳) 性別 男・女
連絡・照会事項	<input type="checkbox"/> 1.医療サービスの利用について <input checked="" type="checkbox"/> [訪問看護 / 訪問リハビリ / 通所リハビリ / 短期入所療養介護 / 居宅療養管理指導(薬剤師・管理栄養士)]	
	<input type="checkbox"/> 2.サービス担当者会議欠席時等の照会について	
	<input type="checkbox"/> 3.ケアプラン作成時の医学的観点からの留意事項について	
	<input type="checkbox"/> 4.福祉用具貸与・購入について	
	<input type="checkbox"/> 5.利用者の状況、病状、区分変更について	
〈連絡・照会内容〉		

2) サービス担当者会議

サービス担当者会議の出席者は、利用者・家族及びケアプラン原案に位置付けた全てのサービス担当者、その他ケアマネジャーが必要と考える者とされており。また、日程調整をした結果、出席が望めない事業所については、事前に照会をかけ、状況の報告を受けるとともに専門的な見地から意見を求めることとなっております。そのため医師に参加をしてほしいが調整が難しい場合、連絡票の「連絡・照会事項」で「2」として意見を求めることとなります。

医師と介護支援専門員等との連絡票 Ver.2	
(医師と介護支援専門員・地域包括支援センター職員連絡用)	
令和 年 月 日	
医療機関名： 医師： <div style="text-align: right;">(先生)</div>	所属： 氏名： 住所：〒 FAX： TEL： E-mail：

回答希望の有無	<input type="checkbox"/> ご回答をお願いします (回答希望期限 月 日) <input type="checkbox"/> 報告ですので、ご回答は不要です				
利用者	氏名	要介護度	申請中・事業対象者・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	性別	男・女	
連絡・照会事項	<input type="checkbox"/> 1.医療サービスの利用について [訪問看護 / 訪問リハビリ / 通所リハビリ / 短期入所療養介護 / 居宅療養管理指導(薬剤師・管理栄養士)] <input style="border: 2px solid red;" type="checkbox"/> 2.サービス担当者会議欠席時等の照会について <input type="checkbox"/> 3.ケアプラン作成時の医学的観点からの留意事項について <input type="checkbox"/> 4.福祉用具貸与・購入について <input type="checkbox"/> 5.利用者の状況、病状、区分変更について				
(連絡・照会内容)					

3) 交付

ケアマネジャーがケアプランに医療サービスを位置付けた場合、意見を求めた主治の医師等にケアプランを交付すること*1となっております。交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等でも可能です。

*1 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第十九号の二 解釈通知

[ケアマネジャーの皆様へお願い]

ケアプランの交付にあたっては、医師に受け取ってもらいやすい方法を確認しましょう。

またケアマネジャーは交付した旨を支援経過記録に記載し、医療機関に受けとりサインを求める等の負担が生じないように、ご配慮ください。

※ (5) 「利用者の状況、病状、区分変更について」は必要に応じて利用します。

2.連携の場面における連絡票の利用について

(1)医療サービスの利用について

医師と介護支援専門員等との連絡票 Ver.2

回答希望の有無	<input type="checkbox"/> ご回答をお願いします (回答希望期限 月 日) <input type="checkbox"/> 報告ですので、ご回答は不要です				
利用者	氏名	要介護度		申請中・事業対象者・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生 (歳)	性別	男・女
連絡・照会事項	<input type="checkbox"/> 1.医療サービスの利用について [訪問看護 / 訪問リハビリ / 通所リハビリ / 短期入所療養介護 / 居宅療養管理指導(薬剤師・管理栄養士)]				
	<input type="checkbox"/> 2.サービス担当者会議欠席時等の照会について				
	<input type="checkbox"/> 3.ケアプラン作成時の医学的観点からの留意事項について				
	<input type="checkbox"/> 4.福祉用具貸与・購入について				
	<input type="checkbox"/> 5.利用者の状況、病状、区分変更について				
〈連絡・照会内容〉					
<p>利用者が介護保険により、医療サービスの利用を希望している場合やその他必要な場合は、利用者の同意を得て、ケアマネジャーが主治の医師等に意見を求めます。また、これらの医療サービスを「居宅サービス計画（ケアプラン）」に位置付ける場合には、主治の医師等の指示があることを確認しなければいけません。</p>					

医師からの回答(返信)

回答方法	<input type="checkbox"/> 当院で話をします (第1希望: 月 日 時) (第2希望: 月 日 時)				
	<input type="checkbox"/> 電話をしてください (希望日時: 月 日 時) 取次担当:				
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します (保険算定 します・しません) * この連絡票のみによる回答では、診療情報提供料の算定はできません。				
〈回答〉					
<p>主治の医師等とは、主治医意見書の記載医師に限られません。 サービスの利用に際して適正か否か、また医療的側面からのリスクや留意点をケアマネジャーにお伝えください。 医療サービスの利用にあたっては、主治の医師等の指示がないとサービスの利用ができません。 初回導入時のみでなく、継続利用においても主治の医師等の指示の確認が必要となっております。 ご理解の上、ご協力をお願いいたします。 参照:指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第十九号 解釈通知</p>					
令和 年 月 日 氏名					

大分市連合医師会 在宅医療部 大分市在宅医療・介護連携支援センター R6.8.1

2) サービス担当者会議の欠席時の照会について

医師と介護支援専門員等との連絡票 Ver.2

回答希望の有無	<input type="checkbox"/> ご回答をお願いします (回答希望期限 月 日) <input type="checkbox"/> 報告ですので、ご回答は不要です				
利用者	氏名		要介護度	申請中・事業対象者・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生 (歳)	性別	男・女
連絡・照会事項	<input type="checkbox"/> 1.医療サービスの利用について [訪問看護 / 訪問リハビリ / 通所リハビリ / 短期入所療養介護 / 居宅療養管理指導(薬剤師・管理栄養士)]				
	<input type="checkbox"/> 2.サービス担当者会議欠席時等の照会について				
	<input type="checkbox"/> 3.ケアプラン作成時の医学的観点からの留意事項について				
	<input type="checkbox"/> 4.福祉用具貸与・購入について				
	<input type="checkbox"/> 5.利用者の状況、病状、区分変更について				
〈連絡・照会内容〉					
サービス提供者として医師を位置づけた場合等に、サービス事業所間で共有しておいたほうがよい内容等を照会します。医師に聞きたい要点をまとめ、内容を明確にして伝えます。					

医師からの回答(返信)

回答方法	<input type="checkbox"/> 当院で話をします (第1希望: 月 日 時) (第2希望: 月 日 時)
	<input type="checkbox"/> 電話をしてください (希望日時: 月 日 時) 取次担当:
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します (保険算定 します ・ しません)
* この連絡票のみによる回答では、診療情報提供料の算定はできません。	
<p>質問事項に回答する際の記載として、以下のような内容を考慮の上、ご記載ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の健康観察上のポイント (顔色、呼吸、睡眠など) ・病状から想定される急変時の対処法 ・処方薬から想定される注意すべき副作用 ・食事 (食べてはいけないもの、積極的摂取が望まれるもの) ・ケア内容 (やってはいけないケア、やらなくてはいけないケア) ・ケア提供時における判断基準 <p>(入浴前血圧、インスリン注射前のスライディングスケール法)</p>	

大分市連合医師会 在宅医療部 大分市在宅医療・介護連携支援センター R6.8.1

【医師の皆様へお願い】

サービス担当者会議の開催について、本人と家族の出席が原則となっており、日程調整を行う中で、医師が参加しやすい、医療機関の診療終了後の開催調整が難しい現状があります。文書で回答する手間をおかけすることが多く申し訳ございませんが、ご理解の上、ご協力の程お願いいたします。

(3)ケアプラン作成時の医学的観点からの留意事項について

医師と介護支援専門員等との連絡票 Ver.2

回答希望の有無	<input type="checkbox"/> ご回答をお願いします (回答希望期限 月 日) <input type="checkbox"/> 報告ですので、ご回答は不要です				
利用者	氏名	要介護度		申請中・事業対象者・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生 (歳)	性別	男・女
連絡・照会事項	<input type="checkbox"/> 1.医療サービスの利用について [訪問看護 / 訪問リハビリ / 通所リハビリ / 短期入所療養介護 / 居宅療養管理指導(薬剤師・管理栄養士)]				
	<input type="checkbox"/> 2.サービス担当者会議欠席時等の照会について				
	<input type="checkbox"/> 3.ケアプラン作成時の医学的観点からの留意事項について				
	<input type="checkbox"/> 4.福祉用具貸与・購入について				
	<input type="checkbox"/> 5.利用者の状況、病状、区分変更について				
〈連絡・照会内容〉					
<p>ケアマネジャーはサービス利用時に想定されうるリスクとして、医学的指示が必要なこと、サービス提供事業所間で共有しておいたほうがよい情報について、医学的管理を行う医師に対し、確認します。</p>					

医師からの回答(返信)

回答方法	<input type="checkbox"/> 当院で話をします (第1希望: 月 日 時) (第2希望: 月 日 時)				
	<input type="checkbox"/> 電話をしてください (希望日時: 月 日 時) 取次担当:				
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します (保険算定 します・しません)				
* この連絡票のみによる回答では、診療情報提供料の算定はできません。					
<p>質問事項に回答する際の記載として、以下のような内容を考慮の上、ご記載ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の健康観察上のポイント (顔色、呼吸、睡眠など) ・病状から想定されうる急変時の対処法 ・処方薬から想定される注意すべき副作用 ・食事 (食べてはいけないもの、積極的摂取が望まれるもの) ・ケア内容 (やっではないけないケア、やらなくてはいけないケア) ・ケア提供時における判断基準 <p>(入浴前血圧、インスリン注射前のスライディングスケール法)</p>					

大分市連合医師会 在宅医療部 大分市在宅医療・介護連携支援センター R6.8.1

[医師の皆様へお願い]

ケアマネジャーは、アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せを検討し、ケアプランの原案を作成します。診療上の気づきやサービス利用にあたり留意すべき事項、リスク等を主治医の立場からご意見いただき、本人と家族の QOL 向上につながりますよう、ご協力をお願いします。

(4)福祉用具貸与・購入について

医師と介護支援専門員等との連絡票 Ver.2

回答希望の有無	<input type="checkbox"/> ご回答をお願いします (回答希望期限 月 日) <input type="checkbox"/> 報告ですので、ご回答は不要です				
利用者	氏名	要介護度		申請中・事業対象者・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	性別	男・女	
連絡・照会事項	<input type="checkbox"/> 1.医療サービスの利用について [訪問看護 / 訪問リハビリ / 通所リハビリ / 短期入所療養介護 / 居宅療養管理指導(薬剤師・管理栄養士)]				
	<input type="checkbox"/> 2.サービス担当者会議欠席時等の照会について				
	<input type="checkbox"/> 3.ケアプラン作成時の医学的観点からの留意事項について				
	<input type="checkbox"/> 4.福祉用具貸与・購入について				
	<input type="checkbox"/> 5.利用者の状況、病状、区分変更について				

対象福祉用具の提案を行う際、利用者の心身の状況の確認に当たっては、利用者へのアセスメント結果に加え、医師やリハビリテーション専門職からの意見聴取を行います。

また福祉用具貸与が必要と認められるも、使用が想定されにくい軽度者である場合、必要性を判断するための材料として、医師に医学的な所見を求めます。

参照:指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について 第二十二号・第二十三号解釈通知

医師からの回答(返信)

回答方法	<input type="checkbox"/> 当院で話をします (第1希望: 月 日 時) (第2希望: 月 日 時)
	<input type="checkbox"/> 電話をしてください (希望日時: 月 日 時) 取次担当:
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します (保険算定 します・しません) <small>* この連絡票のみによる回答では、診療情報提供料の算定はできません。</small>
<p>福祉用具貸与・購入にあたっては、利用者の心身の状況等をふまえて、その必要性を十分に検討することとなります。福祉用具が必要であると考えられる場合は、その根拠の記載をお願いします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日または時間によって変動しやすい (例:パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象) ・急速に悪化し、短期間のうちに利用が見込まれる (例:がん末期) ・身体への重大な危険性や症状の重篤化の回避のために必要 (例:ぜんそく発作による呼吸不全、誤嚥性肺炎の回避等) 	

大分市連合医師会 在宅医療部 大分市在宅医療・介護連携支援センター R6.8.1

[医師の皆様へお願い]

要介護認定は、介護サービスの必要度(どれ位、介護のサービスを行う必要があるか)を判断するものであり、本人の病気の重症度と要介護度とが一致しない場合があります。そのため、要介護認定で軽度とみなされたとしても福祉用具貸与の必要性がある方に対し、ケアプラン作成ごとに医学的所見を求め、保険給付対象の判断をする必要があります。

ご理解の上、ご協力をお願いいたします。

(5)利用者の状況、病状、区分変更について

医師と介護支援専門員等との連絡票 Ver.2

回答希望の有無	<input type="checkbox"/> ご回答をお願いします (回答希望期限 月 日) <input type="checkbox"/> 報告ですので、ご回答は不要です				
利用者	氏名		要介護度	申請中・事業対象者・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生 (歳)	性別	男・女
連絡・照会事項	<input type="checkbox"/> 1.医療サービスの利用について [訪問看護 / 訪問リハビリ / 通所リハビリ / 短期入所療養介護 / 居宅療養管理指導(薬剤師・管理栄養士)]				
	<input type="checkbox"/> 2.サービス担当者会議欠席時等の照会について				
	<input type="checkbox"/> 3.ケアプラン作成時の医学的観点からの留意事項について				
	<input type="checkbox"/> 4.福祉用具貸与・購入について				
	<input type="checkbox"/> 5.利用者の状況、病状、区分変更について				
〈連絡・照会内容〉					
<p>①「利用者の状況、病状」医師に確認しておきたいこと、報告しておきたいことが生じた時に利用します。</p> <p>②「区分変更」区分変更を行うにあたり、主治医意見書を記載する医師に対して、区分変更の理由を事前に伝えるために利用します。</p>					

医師からの回答(返信)

回答方法	<input type="checkbox"/> 当院で話をします (第1希望: 月 日 時) (第2希望: 月 日 時)
	<input type="checkbox"/> 電話をしてください (希望日時: 月 日 時) 取次担当:
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します (保険算定 します・しません)
* この連絡票のみによる回答では、診療情報提供料の算定はできません。	
〈回答〉	
<input type="checkbox"/> 連絡・照会いただいた内容でよいです。	
<p>①回答の有無を確認の上、回答が求められている内容であれば、可能な範囲でご記載をお願いします。</p> <p>②病状の変化は大きくみられないも、ADL や認知機能の低下により、区分変更を行うことも考えられます。主治医意見書作成時に参考にさせていただきます。</p>	
令和 年 月 日 氏名	

3. 連携するポイント

医師は医療保険、ケアマネジャーは介護保険、互いに異なる保険制度で患者さん、利用者さんと向き合っています。本人と家族を中心に、QOLの向上を念頭にどうしたらよいかをお互いに意識しましょう。

1) 日頃からの関係づくりを心がけましょう。

【医師、ケアマネジャーの皆様へ】

- ・顔と名前がわからない相手とのやりとりには、互いに不安や心配がつきまといまいます。
- ・同じ1人の対象者に関わる立場として、円滑なコミュニケーションがとれるようにお互いに顔のみえる関係づくりを意識しましょう。個別ケースを通してのみでなく、研修会や地域ケア会議等も活用していきましょう。

2) 緊急性などを考えて、連絡方法を選択しましょう。

【ケアマネジャーの皆様へ】

- ・連携時の手段として、「直接会って話をする」、「受診時に同行する」、「連絡票を活用する」など、いくつかの方法があります。情報の重要度と必要性から判断しましょう。
- ・初回の訪問時、想定される連絡場面を伝え、連絡手段の確認をしておくことも有効です。
- ・介護保険の制度上必要な情報のやりとりであることを忘れず、主治医の立場を配慮した対応を心がけましょう。
- ・緊急な対応が必要な場合は、躊躇せずに、すぐに対応を仰ぎましょう。

【医師の皆様へ】

- ・想定される緊急を要する症状や状態などを、可能な範囲であらかじめ伝えておきましょう。
- ・また、「急を要する場合の連絡」、「急を要さない場合の連絡」について、手段や連絡先が異なる場合は、事前に伝えておく、相手側からのアクションにストレスなく対応できます。

3) 情報を受けとる相手の立場にたって、わかりやすい言葉で伝えましょう。

【ケアマネジャーの皆様へ】

- ・医師や医療機関にとって、介護保険制度の仕組みはわかりづらいことであることを念頭に、略語の使用は控えましょう。
- 例) 「サ責に伝えておきます」「事業対象者です」「包括ではなく、居宅です」

【医師の皆様へ】

- ・生活のことも含めて書くと介護サービス事業所の参考になり、スムーズな支援につながります。

『い』『ろ』『は』『に』『す』『めし』に着目して記載するよう、心がけましょう

『い』 移動 『ろ』 ふろ 『は』 排泄 『に』 認知症 『す』 睡眠 『めし』 食事

4. 連絡票記載時のポイント

〔ケアマネジャーの皆様へ〕

連絡票に記載する際、相手の立場を考慮した文面を心がけましょう。定例の「いつもお世話になっております」などは省略し、「現状＋アセスメントによる課題＋聞きたいポイント」を簡潔にまとめて記載することで、医師は回答しやすくなります。〔記載例〕を参照の上、何を聞きたいのかを事前にきちんと整理した上で、記載するように心がけましょう。

〔記載例〕

〔1〕医療サービスの利用について

現在利用しているサービスは、「通所介護 2回/週」「訪問介護 1回/週」です。

転倒はないものの、下肢筋力を向上させて活動性を上げていけるように、本人からリハビリスタッフが充実した「通所リハビリ 1回/週」の追加希望がありました。

①通所リハビリの必要性 ②内服管理中の高血圧と糖尿病におけるリハビリテーションにおける禁忌や留意
上記2点について、ご意見や気をつけてほしいことがあればお願いします。

〔2〕サービス担当者会議欠席時の照会について

現在、「通所リハビリ 2回/週」「訪問介護 2回/週」「歩行器のレンタル」のサービスを利用し、在宅生活が順調に送れています。屋内歩行が安定し、屋外歩行が1人でできるよう、現状サービスの継続を検討しております。

サービス担当者会議において、主治医として、サービス提供事業所にお伝えしたいこと、医学的側面からの留意事項がございましたら、ご教示ください。

〔3〕医学的観点からの留意事項について

現在、通所介護（デイサービス）を6回/週、利用されております。

毎月の体重測定で、6ヶ月で3キロの体重増加がみられるとの報告を受けました。

ご家族に確認したところ、食事量や間食で目立った変化はないとのことでした。

体重管理、全身状態管理における留意事項について、ご助言をお願いします。

〔4〕福祉用具の貸与について

現在要介護1の認定であり、車いすの貸与については、主治医の医学的な所見に基づき、必要性が認められれば保険適用となります。

パーキンソン病により日内変動が著しく、体調がすぐれない時は車いすがないと自宅内の移動が難しく、1人でトイレまで歩けないことがあり、本人も家族も不安を感じています。

車いす貸与を受け、安心して移動したいとの意向がありましたので、医学的見地からの所見をお願いします。

〔5〕利用者の状況、病状について

現在、要介護2の認定で、「訪問介護 5回/週」「通所介護 3回/週」のサービスを利用しています。

先月、腰椎圧迫骨折で入院後、認知機能の低下がみられ、夜間の失禁や不眠が続いており、現在の要介護を見直すために区分変更申請を行いました。

主治医意見書作成依頼が届くと思いますので、ご対応の程よろしくをお願いします。

〔医師の皆様へ〕

送付された文書への記載がしづらいという意見を受け、別紙「回答票」を作成いたしました。当センターホームページよりダウンロード可能ですので、ご活用ください。また、回答については、規程様式はありませんので、パソコン等で入力いただいたものを返信いただいても差しさわりございません。

5. 今回の改正点

皆様からいただいた意見をもとに、連絡票について 5 点の改正を行っておりますので、ご確認ください。

【ケアマネジャーから医師に意見を求める場合】

医師と介護支援専門員等との連絡票 Ver.2

①		回答希望の有無 <input type="checkbox"/> 回答をお願いします (回答希望期限 月 日) <input type="checkbox"/> 報告ですので、ご回答は不要です			
利用者	氏名	要介護度		申請中・事業対象者・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生 (歳)
連絡・照会事項		<input type="checkbox"/> 1.医療サービスの利用について [訪問看護 / 訪問リハビリ / 通所リハビリ / 短期入所療養介護 / 居宅療養管理指導(薬剤師・管理栄養士)]			
		<input type="checkbox"/> 2.サービス担当者会議欠席時等の照会について			
		<input type="checkbox"/> 3.ケアプラン作成時の医学的観点からの留意事項について			
		<input type="checkbox"/> 4.福祉用具貸与・購入について			
		② <input type="checkbox"/> 5.利用者の状況、病状、区分変更について			
〈連絡・照会内容〉					

①回答希望期限の記入欄

医師及び介護支援専門員の双方より、回答期限がわかったほうがよいのではないかとアンケート結果を受け、医師に回答を設ける場合に「回答希望期限」の記載ができるようにしました。

なお、医師からのアンケート回答において、

- ・受診のタイミングもふまえ、早目に連絡をいただきたい。
- ・非常勤の医師への確認の場合、次の出勤までに時間を要することがある。
- ・2週間程度の猶予が欲しい。

との意見があがっておりましたので、ご考慮いただけますようお願いいたします。

②区分変更時の活用について

医師が主治医意見書を作成する際に、区分変更を行うに至った理由や経過がわからなければ、前回と同じ主治医意見書になってしまいがちだという意見がありました。「連絡・照会事項」の「5」の項目を「利用者の状況、病状、区分変更について」とし、区分変更の理由をケアマネジャーが医師に伝える際にも活用できるようにしました。

[医師がケアマネジャーに回答する場合]

医師と介護支援専門員等との連絡票 Ver.2

医師からの回答(返信)

回答方法	<input type="checkbox"/> 当院で話をします (第1希望: 月 日 時) (第2希望: 月 日 時)
	<input type="checkbox"/> 電話をしてください (希望日時: 月 日 時) 取次担当:
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します (保険算定 します ・ しません) * この連絡票のみによる回答では、診療情報提供料の算定はできません。
③ (回答) <input type="checkbox"/> 連絡・照会いただいた内容でよいです。	
令和 年 月 日 氏名	

③回答欄の事前記載について

医師からの回答において、ケアマネジャーからの質問に対して医師が同意や意向を確認する内容で差しさわりのない場合に記入の手間を省くため、「 連絡・照会いただいた内容でよいです」をチェック項目としております。なお、医師がこの欄を利用する場合、**ケアマネジャーが聞かれている内容に具体的指示や意見が必要ないこと**を確認の上、チェックいただきますようお願いいたします。

④Excel 版の作成について

従来、Word と PDF のダウンロードのみでしたが、新たに Excel 版を作成しております。大分市在宅医療・介護連携支援センターHP (<https://oita-renkeishien.jp>) よりダウンロード可能ですので、必要な方はご利用ください。

⑤医師から介護支援専門員等への返信[回答票]の作成について

医師が記載する場合に送付された文書への記載がしづらいという意見を受け、スペースを大きく設けた様式を作成しております。大分市在宅医療・介護連携支援センターHP (<https://oita-renkeishien.jp>) よりダウンロード可能ですので、必要な方はご利用ください。

連絡票の活用、医師と介護支援専門員との連携において、不明な点や疑問に思うこと、連携のしづらさを感じる場合がございますが、ささいなことでも構いませんので、ご連絡いただけますと幸いです。

お問合せ先

大分市連合医師会 在宅医療部

大分市在宅医療・介護連携支援センター

TEL:097-529-7851/FAX:097-529-7872

月～金 9:00～17:00 (祝日・お盆・年末年始をのぞく)