笛吹市医療・介護連携シートの取り扱いについて

＜医療・介護の連携＞

平成12 年介護保険創設当初から、「医療と介護の連携」が課題とされ、その重要性は年々高まってきています。また、「地域包括ケアシステム」の構築に向け、「多職種連携」をキーワードに介護報酬並びに診療報酬にも加算として組み込まれる傾向にあり、その中核となる介護支援専門員のより一層の活躍が期待されているところでもあります。

笛吹市医師会、笛吹市介護事業者連絡会で出された意見やアンケート調査の結果においても、医療と介護の連携の必要性と連携上の課題が挙げられており、当事者への介護サービス、医療等が円滑にかつ的確に提供されるよう、関係機関の間での情報共有と顔の見える関係の構築を行っていくことが求められています。

＜様式作成の目的＞

笛吹市内の医師(かかりつけ医)と介護支援専門員(ケアマネジャー)とが顔なじみになるためのきっかけとするツールとして「医療・介護連携シート」を作成しました。

この様式は、主に介護支援専門員から主治医に連絡を取る際に、やり取りをする事案とその後の連絡方法を確認するために使用するものです。当シートを用いての診療情報等のやり取りは想定していません。

当シートの活用により、介護支援専門員、主治医双方の連携のきっかけを作り、その後の情報交換を円滑に行う事を目的として作成した書式です。

＜留意事項＞

☆連携の基本は、顔の見える関係づくりにあると考えますので、文書のやりとりだけにこだわらず、電話・面談等もっとも適切な手段を選ぶ（あるいは組み合わせる）ことが大切です。また、例えば、様式を挨拶状として活用したり（記載欄に、担当になった旨の挨拶文等を記入し送信する）、通院時の同行や電話等で、自分の氏名・所属等をしっかり伝えたりした上で、情報をやりとりしてください。

☆個人情報保護の観点から、この様式の送信にあたっては、誤送信がないよう細心の注意を払って頂き、可能な限りその都度利用者、家族の同意を得ながら活用してください。また、作成したものについては、介護支援専門員、主治医とも保管するよう心がけてください。

☆FAX 送信のみならず、郵送や持参等、臨機応変にお使いください。また、郵送の場合は返信用封筒もお忘れなく。

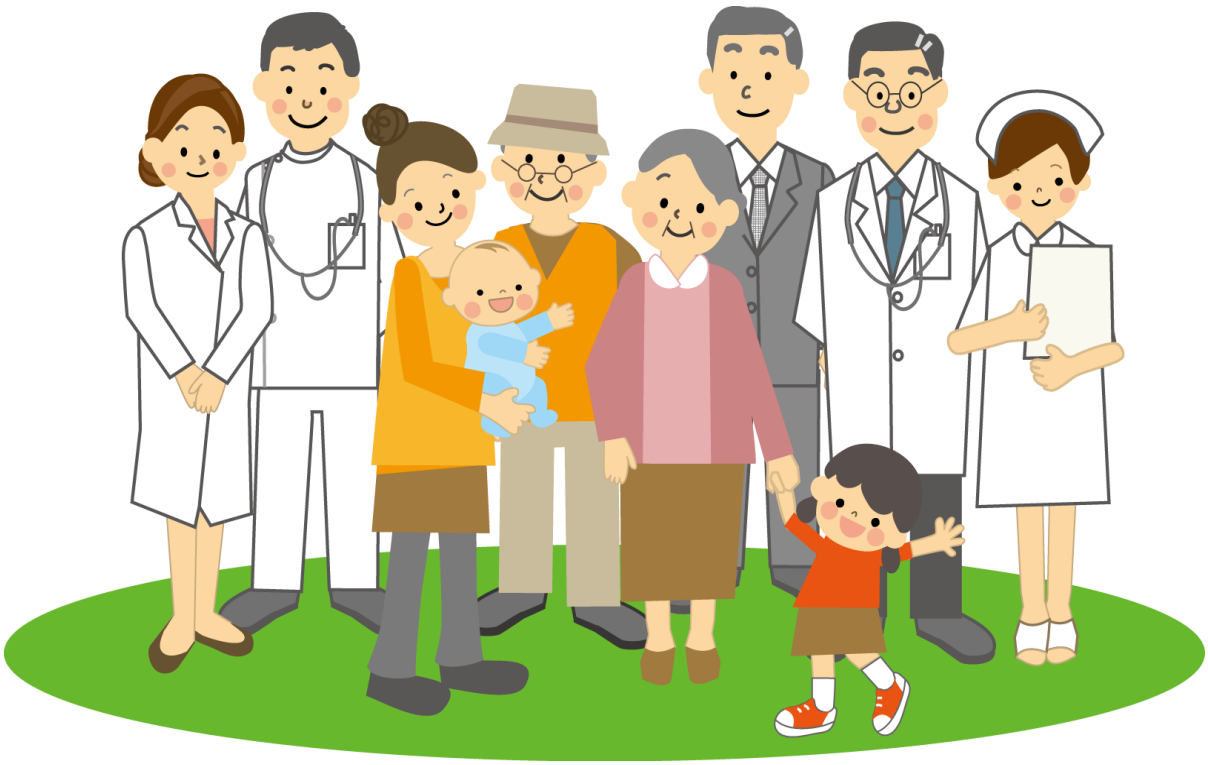
☆照会・相談内容、回答・助言等については自由記載ですが、簡潔にまとめ、読みやすさを考慮してください。

☆文字として記録が残ることについて十分配慮が必要ですので、本人に対して開示が難しいと考えられる情報は、できるだけ直接会話の中で補足するようにしてください。

☆この様式でいう「主治医」とは、介護保険の主治医意見書を記載している医師とは限りません。利用者が複数診療科を受診している場合などは、必要に応じて各科の医師ごとにこの様式を活用し、連携を図ってください。

☆ケアマネジメント全体にかかる医療情報については、主治医意見書及び診療情報提供書等による取得を基本とし、その上で、利用者の日頃の状況報告や主治医と面談を希望する場合の事前予約等にご活用ください。

☆この様式については、運用の状況、関係機関の意見によって、適宜見直しを行います。



＜記入案内＞
①介護支援専門員(ケアマネジャー)編

ケアマネジャー⇒医師

医療機関名並びに医師名を記入

医院・クリニック
診療所　・　病院　　先生

貴院を受診されている　　様(笛吹市　　町　　)の
介護保険における担当ケアマネジャーを　ております。
今後サービス提供はもとより、ご利用者の　　について、注意を要する事項等、
先生よりご指導いただきたく存じます。

個人情報に配慮し、イニシャルもしくは氏名の一部に目隠しをして記入。

【今回 FAX をお送りした主旨】

☐担当ケアマネジャーになった　連絡　　☐相談、助言等頂きたいことがあります

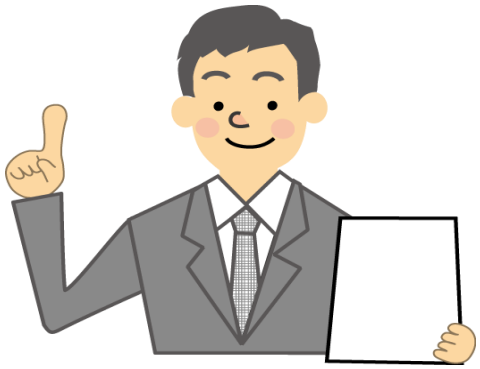
☐ケアプラン作成上の留意事項につ　　☐連絡及び報告

（　　）

FAX を送信した主旨にチェックを入れ、具体的に連絡を取りたい内容、その他、連絡事項等をカッコ内に記入。

居宅介護支援事業所名　　担当者名
電話番号　　FAX
担当者携帯番号　　E-mail

※なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供をいただくことについては
☐ご本人・ご家族の同意を得て、連絡しております。　同意した日：令和　　年　　月　　日
☐ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要ですので連絡いたします。



医師へ照会をすることについて本人・家族への同意を得ているかどうかチェック、得ている場合は同意日を記入。

②医師編

介護支援専門員との「連絡方法」、連絡をもらう際の都合のよい「曜日・時間帯、日時の指定」についてチェックまたは記入。

医師⇒ケアマネジャー

返信日：令和　　年　　月　　日

※情報提供に用いる連絡方法についてご記入の上、ご返信ください。

【連 絡 方 法】　□TEL　□FAX　□面談　□E-mail(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)　□郵送

【曜日・時間帯】　□診療時間中いつでも可

□月　□火　□水　□木　□金　□土　（　　：　　～　　：　　）

□日時指定(　　月　　日　　時頃、または　　月　　日　　時頃)

【連絡事項】ご本人に関する事項、アドバイス等ございましたらご記入ください。

その他伝達事項等あれば記入。



○問い合わせ先
笛吹市役所長寿支援課 地域包括担当
笛吹市石和町市部800
TEL：055-261-5065
FAX：055-262-1318