甲 賀 圏 域

医療と介護支援専門員との連携
～甲賀圏域ケアマネタイム手引き～
（改訂版）

▽入退院時の連携

▽主治医との連携

▽医療系サービスの活用

平成２８年３月

～目次～

改訂版発行にあたって ・・・p1

▽入退院時の連携
1 入退院支援における病院とケアマネージャーとの連携【入退院支援ルール】
①介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 ・・・p 2
②新たに介護保険サービスを受ける場合 ・・・p3
③使用するシート
【様式1】 入院時情報提供用紙 ・・・p4～6
【様式2】 ケアマネジャーの役割と退院支援のための情報の共有についてのお願い ・・・p7
【様式2 裏面】 退院支援のために共有したい情報一覧 ・・・p8
【様式3】 退院に向けてのききとりシート ・・・p9,10

▽主治医との連携
2 診療所、病院と介護支援専門員の連携方法について ・・・p11
①診療所、病院と介護支援専門員の連携について ・・・p12
甲賀圏域における主治医と介護支援専門員連絡票(診療所用) ・・・p13
甲賀圏域における主治医と介護支援専門員連絡票(病院用) ・・・p14

②甲賀圏域サービス担当者会議の統一開催方法について ・・・p15～20
目的、対象者、開催手順、フローチャート、事前準備(別紙1)、会議の開催(別紙2)、サービス担当者会議の要点(第 4 表)

▽医療系サービスの活用
3 介護保険医療系在宅サービスの活用について ・・・p21
訪問看護サービスとの連携上のポイント ・・・p22～24

4 参考資料
《別表》【退院に向けて共有したい情報】～必要な項目とその理由～(平成 26 年度大津市) ・・・p25

＊滋賀県介護支援専門員連絡協議会の各様式については、滋賀県介護支援専門員連絡協議会のホームページ【情報提供】 http://shiga-caremana.jp/ でダウンロードできます。

＊令和 2 年3月末に、入退院支援ルール①②と、滋賀県介護支援専門員連絡協議会の様式 1-3 を更新しています。

改訂版発行にあたって

１．経緯

甲賀圏域では、平成 19 年 4 月から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ふまえたケアプランが作成されるよう、「ケアマネタイム（介護支援専門員が主治医と連絡する時間）」を設けるとともに「甲賀圏域医療と介護支援専門員との連携」（当初版）冊子を作成し、環境整備を行いました。

その後、医療と介護支援専門員との連携の必要性がさらに高まったことから、「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「主治医と介護支援専門員との連絡票」の改訂等を検討行い、平成 22 年 12 月に「甲賀圏域医療と介護支援専門員との連携」（増補版）冊子を発行し、活用を図ってきたところです。

２．今回の改訂の趣旨と経過

甲賀圏域においては、平成 21 年度から病院での治療から在宅療養へのスムーズな連携を目指して、管内 7 病院の地域連携部門と 2 市地域包括、保健所が事務局となり「甲賀圏域地域連携検討会」を設置し、検討会議や事例検討、多職種研修会等を実施してきました。

平成 27 年度、県において各圏域で病院と介護支援専門員との連携上のルール策定が求められたことから、当圏域においては、「甲賀圏域地域連携検討会」と「甲賀湖南介護支援専門員連絡協議会」の協力を得て、現行の「甲賀圏域医療と介護支援専門員との連携」（増補版）冊子を改訂する方向で検討することとしました。

検討に際しては「介護支援専門員と医療との連携に関する調査」等を実施するとともに、検討会を複数回開催し、意見交換を行いました。この中で、「退院前カンファレンスにおいてケアプラン案が提示できる」ことを目標に「入院したら病院に早急に情報提供する」「ケアマネが病院へ出向く」などの意見が出され、冊子に反映しました。

今回策定した「入退院支援における病院とケアマネージャーの連携」をご理解の上、病院、ケアマネージャーのみなさまがこのルールを活用して、円滑に入退院支援をしていただきますようお願いいたします。

３．改訂した内容

（１）「１．入退院支援における病院とケアマネージャーの連携」を中心に「①介護認定があり担当ケアマネージャーがいる場合」と「②新たに介護保険サービスを受ける場合」の２つのフローチャートを作成し、様式等の見直しを行いました。

（２）様式１「入院時情報提供用紙」については、様式 1-1・1-2・1-3 のいずれかをお使いください。

（３）様式２「ケアマネージャーの役割と退院支援のための情報の共有についてのお願い」を追加
※入院された方の病院訪問時に、担当ケアマネージャーの名刺代わりに病棟等に渡す。

（４）様式３「退院にむけてのききとりシート」
※この様式は「滋賀県介護支援専門員連絡協議会」の様式です。
※従来の「退院・退所情報提供・確認書」（参考様式２）から変更。

（５）入退院支援のための相談窓口一覧（圏域７病院）の追加。

（６）診療所、病院と介護支援専門員との連携方法について
※主治医との連絡は原則、直接出向いていくことを基本としてください。
連絡票で FAX, 郵送だけで主治医と連絡すると誤解されないよう文言を追加しました。
※「甲賀圏域における主治医と介護支援専門員連絡票」の様式の変更はありません

1　入退院支援における病院とケアマネジャーの連携　～①介護認定があり担当CM*がいる場合～

*CM：ケアマネジャー

目的	病院の役割	時期	ケアマネジャーの役割
入院把握の準備 （予定入院の情報共有）	●予定入院の場合、CMへ連絡 必要に応じ、「入院時情報提供書」（様式1）の提供を依頼する(FAX可)	在宅療養	●患者・家族へ入院時にCMへ連絡するよう周知 普段から家族に「入院したら電話をください」と依頼しておく ●患者・家族へ支援関係者を周知しておく 担当CM等、支援者の情報が病院にスムーズに伝わるよう「私の介護・医療安心カード」をお薬手帳に貼り、入院時に持参するよう伝えておく。
基本情報の共有 （転院を見越した情報共有）	●CMへ連絡 本人・家族から入院した旨連絡するよう伝える。 または、病院から直接連絡する。 ※在宅生活が困難な場合は、家族等と相談して、MSWへ相談 →必要時、面談日の調整	入院	●入院時情報提供書の作成 「入院時情報提供書」（様式1）を作成し、入院3日以内（方法は問わない）に提供する。 ●転院先への情報提供についても本人又は家族から同意を得ておく。 ●家族への病状説明に同席できるか確認する ●「退院の見込み」が決まったら連絡してもらうよう依頼する
	●CMとの面談、院内の調整 CMが持参した「入院時情報提供書」（様式1）を元に「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」「在宅サービスの状況」等聞き取る	CM病院訪問	●病院訪問 「入院時情報提供書」（様式1）を渡し、口頭で補足する ※【ケアマネジャーの役割と退院支援のための情報共有のお願い】(様式2)を用いて協力依頼
退院に向けた情報共有 （リハビリ関連情報の収集）	●リハビリのための情報収集 訪問による、自宅環境の情報収集をする。 または「自宅写真の撮り方冊子」を活用して、家族等へ協力を求める。 →住宅改修・福祉用具等の必要性を検討、退院までのリハビリの目標設定に活用する	治療中	●リハビリのための情報提供 ●住宅改修・福祉用具等の必要性を検討するための情報収集
（在宅療養支援の見立て）	●退院支援（中間）カンファレンスの開催、 またはCMとの面談、支援検討 「退院支援のために共有したい情報一覧」(様式2裏面)を参考に情報提供（退院時情報提供票を活用）し、在宅療養に必要な支援を検討する ●外泊・外出の予定をCMへ連絡	退院決定まで	●退院支援（中間）カンファレンス出席、 または病院訪問、支援検討 「退院に向けてのさきどりシート」(様式3)等で情報収集し、今後予測される課題（サービスの変更の有無等）を検討しケアプラン原案を作成する ●外泊・外出時の訪問調整 病院から連絡を受け、訪問日を調整する
（支援計画の立案）	●外泊・外出時のADLの情報収集 住宅改修・福祉用具等の必要性、退院までのリハビリの目標設定を行う		●外泊・外出時のADLの情報収集 住宅改修・福祉用具の必要性、医療処置等を要す場合の物品調達や手順等に関する課題の有無、介護保険認定区分変更の必要性を確認
退院前カンファレンスの調整	●退院予定と治療状況についてCMへ報告 退院の目途が立ったら、すみやかに連絡。（原則退院前カンファレンス7日前までが望ましい） 訪問看護の要否を伝える。	退院決定～退院	●退院前カンファレンス出席者の調整 病院から入院中の状況を聞き取り、 出席するサービス事業所等を選定し、連絡する。 ●ケアプラン原案を立案
退院前カンファレンスの開催 在宅療養支援方針決定のための情報共有	●退院前カンファレンス開催 （フィードバックカンファレンスの要否を出席者と検討し、日程調整する） ●サービス担当者会議へ出席		●退院前カンファレンス出席 ケアプラン原案を提示し、必要な情報を収集する。 フィードバックカンファレンスの要否を検討する。 ●サービス担当者会議を開催 退院後の支援方針を決定する。
退院時の情報共有 （転院先への情報提供）	●必要に応じてサマリー等文書で情報提供 ●転院時は、本人・家族へ転院先への情報提供することについて了承を得る 「入院時情報提供書」（様式1）を転院先に送付することについて、本人又は家族へ口頭で説明して了承を得る。	退院 （転院）	●次回受診日の確認 ●文書での情報提供を依頼 看護・リハサマリー・紹介状等
在宅療養支援の情報共有	●通院患者の支援が必要な場合、CMに連絡 継続受診者で、独居等の場合、状態の変化・受診中断があった場合、CMに連絡する。	在宅療養	●ケアプランの提出 ●日ごろの情報共有・連携
入退院支援の振り返り	●必要時「フィードバックカンファレンス」をCM等支援者へ依頼し、開催する		●必要時「フィードバックカンファレンス」を病院の地域連携室へ依頼（退院後1～2ヶ月以内を目安に）

新たに追加修正したところに下線を引いています。

2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携 ～②新たに介護保険を利用する(担当CM*がいない場合)～

*CM:ケアマネジャー

目的	病院の役割	時期	ケアマネジャーの役割
支援対象の選定および連携	●入退院支援対象者を把握 自宅に退院予定で「連携の基準」(※)に該当する方 ●本人・家族に介護認定について説明 ●地域の相談機関と今後の支援方針を協議 ・明らかに要介護と予測される場合 ⇒居宅介護支援事業所へ ・要支援、または家族関係に課題・虐待・生活困窮者等、退院後の生活に不安を感じる等の場合 ⇒地域包括支援センターへ (※)「連携の基準」は以下のとおり ○立ち上がりや歩行に介助・補助具(手すりを含む)が必要 ○食事に介助が必要 ○排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中 ○認知症の周辺症状や全体的な理解の低下 ○在宅では、独居かそれに近い状況で、買い物、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要 ○(ADLは自立でも)がん末期の方、新たに医療処置(経管栄養、吸引、透析、インスリンなど)が追加された方 ○退院後続けて受診が必要であり、受診に介助や往診が必要 ○肺炎や、病状の悪化による入退院の繰り返し ○その他、家族関係に課題・虐待・生活困窮者等、退院後の生活に不安を感じるとき	入院	●病院からの相談を受ける 介護保険の契約、介護認定、サービス決定の手続きを行う。 **手続きに必要な期間等**は以下のとおり ○契約(仮契約)からサービス決定まで1～2週間(サービスの種類、量により変わる) ○介護認定の結果が出るまで約1か月 なお、介護認定決定までは利用できるサービス量が確定しない。 ○早期にCMを決定できれば、外泊・外出時の訪問から調整が可能 ●介護保険以外の対応の要否を検討し、病院へ返答する 病院から連絡を受けた「地域包括支援センター」または「居宅介護支援事業所」は、患者・家族の概要を確認して、病院訪問等対応を検討して、病院へ返答する。
基本情報の共有 (処遇困難ケースの支援) (転院を見越した情報共有)	●CMとの面談、情報提供 「これまでの経過と、入院の理由」 「在宅療養に向けてどのようなことが課題と考えられるか」 「家族や支援者の状況」等 について ●必要時今後の支援方針を検討 独居、ターミナル期など処遇困難ケースは早期から情報共有(方法は問わない)し、必要時カンファレンス等を開催して、今後の支援方針を検討する。	CM病院訪問	●本人・家族の面談、病院担当者との面談 ・病状、本人・家族の在宅療養に対する思い等聞き取る ・介護保険制度やサービスの利用に関する説明をする ●必要時今後の支援方針を検討 処遇困難ケースは早期から情報共有(方法は問わない)し、必要時カンファレンス等に参加して、今後の支援方針を検討する ※病院担当者との面談においては【ケアマネジャーの役割と退院支援のための情報共有のお願い】(様式2)を活用して、その必要性を説明する。 ●サービス利用の合意が出来れば契約 (申請中の場合は仮契約、介護認定決定後に本契約)
退院に向けた情報共有 (リハビリ関連情報の収集) (在宅療養支援の見立て) (支援計画の立案)	①介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合を参照	治療中から 退院決定まで	
退院前カンファレンスの調整			
退院前カンファレンスの開催 (在宅療養支援方針決定のための情報共有)		退院決定～退院	①介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合を参照
退院時の情報共有 (転院先への情報提供)		(転院)	
在宅療養支援の情報共有		在宅療養	
入退院支援の振り返り			

新たに追加修正したところに下線を引いています。

【入院時情報提供書　医療機関←居宅介護支援事業所(転院先も含む)】

※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。
なお、転院された場合の転院先への情報提供についても、ご本人・ご家族の承諾を得ています。

様式1

医療機関名：	←	事業所名： 担当者名： (TEL)　　(FAX)

(記入日:　　年　　月　　日　入院日:　　年　　月　　日　情報提供日:　　年　　月　　日)

基本情報	フリガナ		性別	□ 男 □ 女		
	氏名	様	生年月日	年　月　日		
	住所		身長	cm	年 月 日	
	キーパーソン	様 (　　) (TEL)	体重	kg	年 月 日	
	緊急時連絡先	様 (　　) (TEL)	家族状況・ジェノグラム			
	要介護度	□ 無 □ 申請中 □ 区変中 □ 要支援 (　　) □ 要介護 (　　)				
	有効期間	年　月　日 ～　年　月　日				
	認知機能	□ 自立 □ Ⅰ □ Ⅱ □ Ⅲ □ Ⅳ □ M □ 不明				
	生活歴 (権利擁護に関する配慮含む)					
入院前の状況	既往歴		権利擁護に関する配慮の必要性 □ 不要 □ 必要			
	屋内歩行	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助	<特記事項>			
	(移動手段)	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他				
	屋外歩行	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助				
	(移動手段)	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他				
	移乗	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 □ その他				
	排泄	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 □ トイレ □ ポータブル □ おむつ □ カテーテル □ パウチ				
	入浴・場所	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 □ 行っていない	□ 自宅 □ 通所 □ 訪問入浴			
	食事摂取	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 □ 経管栄養　食事形態 (　　)				
		義歯使用 □ なし □ あり (□ 部分・□ 総)　嚥下機能障害 □ なし □ あり				
	薬	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 (内服) □ 一包化 (外用) □ 貼付 □ 塗布 □ 点眼				
	処置	□ なし □ 点滴 □ 吸引 □ 酸素療法 (　　リットル／分) □ インスリン □ 透析 □ 褥瘡				
	BPSD	□ なし □ 徘徊 □ 介護への抵抗 □ 焦燥・不穏 □ 攻撃性 □ 幻視・幻聴 □ 昼夜逆転 □ 大声を出す				
	精神状態	□ 意欲低下 □ 鬱傾向 □ せん妄の既往 □ その他 (　　)				
	主治医	□ 訪問	機関名	医師名	(TEL)	
	歯科	□ 訪問	機関名	歯科医師名	(TEL)	
	薬局	□ 訪問	機関名	薬剤師名	(TEL)	
	訪問看護	事業所名	(TEL)			
	リハ職	事業所名	リハ職氏名	□ PT □ OT □ ST	(TEL)	
	介護サービス	利用日、ｻｰﾋﾞｽ事業名、事業所名、福祉用具の種類、住宅改修の有無　□ 居宅サービス計画書(1～3)を添付				
	入院前の在宅生活継続に対する思い	(本人)	□ 強く希望 □ 出来れば希望 □ どちらでもない □ 不安			
		(家族)	□ 強く希望 □ 出来れば希望 □ どちらともいえない(本人次第) □ 不安			
退院後の在宅生活に必要な要件						
今後の在宅生活の展望	(退院後の支援者) □ 家族の支援が見込める □ 家族以外の支援が見込める □ 支援は見込めない	(住環境／用具使用上の課題) □ 住環境の写真・見取り図を添付	(特記事項)			
退院前カンファレンス	□ 開催希望　具体的な要望 (　　)					
人生の最終段階における医療・ケアに関する情報	□ 本人・家族等との話し合いを実施している　(最終実施日:　年　月　日) □ 話し合いを実施していない　(□ 本人からの話し合いの希望がない　□ それ以外)					
	ご本人の代わりに意思決定してくれる方がいるか □ いる (　　様)　(続柄　　)　□ いない　□ わからない					

様式 2

ケアマネジャーの役割と退院支援のための情報の共有についてのお願い

利用者（患者）様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当ケアマネジャー＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（連絡先：電話　　）

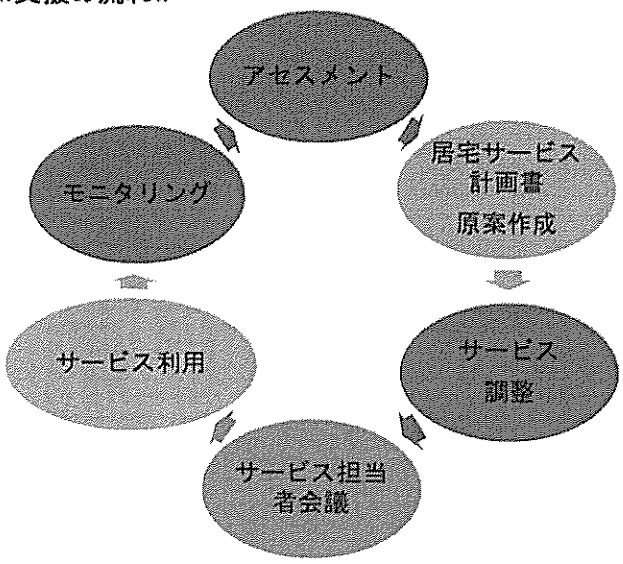
（連絡先：FAX　　）

【ケアマネジャーの役割】

○ケアマネジャーとは、「介護保険制度」において、要支援または要介護と認定された人が、適切な介護保険サービスを受けられるようにするために、介護サービス計画等を作成する専門職である介護支援専門員のことです。

○ご本人・ご家族の望まれる生活が実現できるように、医療・介護サービス関係者や地域の方と協力して支援をしていきます。

≪支援の流れ≫



【今後の支援にあたりお伝えしたいこと】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

裏面に【退院支援のために共有したい情報一覧】がありますので、ご参照ください。

【退院支援のために共有したい情報一覧】

これらの情報は、一般的に必要とする情報を掲載しています。個々の状況により、必要度、詳細、追加で必要な情報等については変わってきますので、担当ケアマネジャーと病院担当者の間で協議の上情報共有をします。

本人に関すること	**（医療に関すること）**	
	・診断名	・今回入院の理由
	・病院からの「病状の説明内容」	・本人･家族の「受け止め方」･「今後の希望」
	（ADL）介助の必要度	
	・移動方法	・食事摂取（嚥下の状況も含む）
	・更衣	・入浴
	・排泄	
	（認知症・理解力）	
	・理解力	・入院中の周辺症状の有無とある場合の対応
	・服薬管理	
	（今後の治療）	
	・治療内容	・受診の必要性
	・リハビリの必要性	・薬物治療内容
	・訪問看護への情報	
	（生活上の指示）	
	・食事制限（形態・水分・エネルギー等）・活動制限	
	（在宅で必要な医療処置）	
	・種類	・方法（新たに準備する物品の有無･準備状況も）
	・誰が処置をするか（家族の場合は習得状況）	
	（経済状況）※入院中に変化があった場合	
	・制度利用の有無	・金銭管理の担当
家族に関すること	・世帯構成（別居の場合はその所在地）	・主介護者及び介護力
	・キーパーソン（金銭管理・介護・様々な方針決定などに関して）	
	・緊急連絡先	・家族の支援状況
	・家族以外の支援者（公的な支援者・地域の支援者等）	
その他必要な情報		

（平成２６年度　医療介護連携調整実証事業「介護支援専門員と病院の連携に関する検討会議」作成一部改訂）

様式３

【 退院に向けてのききとりシート 】

聞きとり日	回数	情報提供者名・職種				
年　月　日	回目	□医師 (　　)	□看護師 (　　)	□リハ職 (　　)	□MSW (　　)	□ (　　) (　　)
年　月　日	回目	□医師 (　　)	□看護師 (　　)	□リハ職 (　　)	□MSW (　　)	□ (　　) (　　)

１．基本情報・現在の状態

属性	ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	年齢	退院時の要介護度
	氏名	様	□男 □女	＿＿歳	□なし □申請中 □要支援(　) □要介護(　)
入院歴等	入退院日	（入院日）＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　（退院予定日）＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日			
	入院原因疾患				
	入院先	＿＿＿＿＿＿＿＿（病院）＿＿＿＿（病棟）＿＿＿（階）＿＿＿＿＿（号室）			
		主治医　（診療科）＿＿＿＿＿＿＿科　（医師名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿			
	退院後通院先	□入院していた医療機関　□入院先以外の病院　□診療所　□通院の予定なし			
疾病等	既往歴		現疾患		
入院中の状態	移動	□自立　□一部介助　□全介助			＜特記事項＞
	(移動手段)	□杖　□歩行器　□車いす　□その他			
	入浴	□自立　□一部介助　□全介助　□行っていない			
	(入浴方法)	□機械浴　□ｼｬﾜｰ浴　□一般浴			
	排泄	□自立　□一部介助　□全介助　□トイレ □ポータブル　□おむつ　□カテーテル　□パウチ			
	移乗	□自立　□一部介助　□全介助			
	食事	□自立　□一部介助　□全介助			
	(食事形態)	□普通　□（　　）　□経管栄養			

看護に関する留意点	退院後必要な医療処置と留意事項	（処置内容）	（在宅で継続できる条件）
		□点滴　□吸引　□酸素療法　□ｲﾝｽﾘﾝ　□透析 □褥瘡処置　□痛みｺﾝﾄﾛｰﾙ　□経管栄養 □排便ｺﾝﾄﾛｰﾙ　□ｶﾃｰﾃﾙ･ﾊﾟｳﾁ（　　） □その他（　　） □なし	
	健康面で注意すべき項目と留意事項	（留意すべき項目）	（プランに位置付ける注意点）
		□血圧　□水分制限　□食事制限　□食形態 □嚥下　□口腔ｹｱ　□血糖ｺﾝﾄﾛｰﾙ　□排泄 □睡眠　□認知機能･精神面　□服薬管理 □入浴制限　□褥瘡 □その他（　　） □なし	
	退院後の看護の必要性	□非常に必要　□必要　□あまり必要ではない　□必要なし （必要な内容）※非常に必要～必要な場合に以下をチェック □本人への療養指導　□家族指導　□バイタルサインのチェック　□医療処置への対応 □その他（　　）	

薬に関する留意点	退院時の処方内容と留意事項	（薬の名称）	（効能）	（用法・用量）	（留意すべき内容）
	服薬の状況と留意事項	（服薬の管理）	（介助の有無）	（薬剤効用と飲み方の理解）	（プランに位置づける注意点）
		□できる □できない	□あり □なし	□あり □なし	
	＜特記事項＞				

2．課題認識のための情報

リハビリに関する留意点	ADL の状況	(入院前自立度)	(退院時自立度)	(改善可能性)	(改善のために取り組むこと)
	(屋内移動)	□自立 □要介助	□自立 □要介助	□あり□ややあり□なし	
	(屋外移動)	□自立 □要介助	□自立 □要介助	□あり□ややあり□なし	
	(移乗)	□自立 □要介助	□自立 □要介助	□あり□ややあり□なし	
	(入浴)	□自立 □要介助	□自立 □要介助	□あり□ややあり□なし	
	(更衣)	□自立 □要介助	□自立 □要介助	□あり□ややあり□なし	
	(トイレ動作)	□自立 □要介助	□自立 □要介助	□あり□ややあり□なし	
	(食事摂取)	□自立 □要介助	□自立 □要介助	□あり□ややあり□なし	
	転倒リスク	(リスクの有無)	(リスク軽減のための対策／自宅の環境をふまえた留意点)		
		□あり □なし			
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容／留意点)	
		運動 □あり □なし			
		肢位 □あり □なし			
	退院後のリハビリの必要性	□非常に必要 □必要 □あまり必要ではない □必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック □本人指導 □家族指導 □関節可動域訓練 □筋力増強訓練 □筋緊張緩和(ストレッチ) □バランス練習 □起居／立位動作練習 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □ADL 練習(歩行／入浴／トイレ動作／移乗等) □IADL 練習(買い物、調理等) □その他 ( )			
退院後の生活に関する留意点	本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)	
				□あり □なし	
	退院後の主治医	(医療機関名) ＿＿＿＿＿＿＿＿ (医師名) ＿＿＿＿＿＿＿＿			
	備 考				

3．備考

2　診療所、病院と介護支援専門員の連携方法について

①診療所、病院と介護支援専門員との連携について

1）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。

2）主治医との連絡は原則訪問（電話）にて、指導・助言を受けるようにしてください。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。

3）主治医と介護支援専門員連絡票（診療所用）（病院用）

②甲賀圏域サービス担当者会議の統一開催方法について

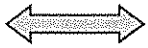
医学的に管理を必要とする利用者（患者）のサービス担当者会議を開催するときは、主治医に対して、可能な範囲で出席いただくよう依頼します。出席が不可の場合には、照会事務を簡潔に整理の上、指導・助言を仰いでください。

①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
		主治医との連絡は原則訪問(電話)にて指導・助言を受けてください。 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。	
患者(利用者)の心身等の状態を確認したい時			
②同連絡票の下段に回答を記載して返答　(FAX・郵送)	← →	①別紙、連絡票により、連絡・確認事項等を照会(FAX・郵送)	FAX送信時は、個人情報が漏れないよう、細心の注意をして下さい。 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。 郵送時は、返信用の切手封筒を同封すること。
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 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、回答してください。(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。)		③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			
②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)	← →	①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	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。 開催方法についても従来どおり
		(1)終末期の患者(利用者) (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 (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	
病院において、退院前カンファレンスが開催される時			
カンファレンスへの参加要請があれば、参加が望ましい		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	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 また、サービス提供事業所の同席が望ましい。
・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(都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け診療情報提供書)の算定が可能。 (22年度：在宅療養支援診療所1000点、それ以外の診療所600点)			

（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　　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：　　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

※ 甲賀湖南医師会・甲賀湖南介護支援専門連絡員協議会取り決め様式　（平成23年1月1日改定）

（病院用）

《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　　年　　月　　日）

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

※ 甲賀湖南医師会・甲賀湖南介護支援専門連絡員協議会取り決め様式　（平成23年1月1日改定）

②甲賀圏域サービス担当者会議の統一開催方法について

１．目的

主治医の参加するサービス担当者会議の開催については、医療と介護が一体となって高齢者のすべての方がいつまでも人間として尊厳を尊重され、住み慣れた地域で家族や地域の人々に囲まれて安心して生活できるようにとの統一した認識に立ち、甲賀湖南医師会と甲賀湖南介支援専門員連絡協議会が協働して取り組みます。

２．対象者

対象は、主治医がサービス担当者会議への出席（意見）が必要と判断した次の利用者を基本とします。

(1) 終末期の利用者（end of life care）

要介護度の高い高齢者等

(2) 医学的に管理が必要な利用者

①経管栄養（鼻腔・胃ろう）
②気管切開
③褥瘡
④糖尿病
⑤人工透析
⑥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）
⑦在宅酸素療法
⑧ＩＶＨ
⑨ガン末期

＊以上の例示の他に医学的管理が必要な利用者

(3) 主治医意見書により、医学的に制限がある利用者

①膝関節炎により、運動制限がある
②心疾患により食事・水分制限がある
③骨折の術後により可動域制限がある等

＊上記内容等に該当する利用者

(4) その他医療系サービスが必要な利用者

３．サービス担当者会議の開催手順について

①主治医意見書の開示請求

②主治医意見書の開示

③主治医意見書により、終末期・医学的管理が必要な利用者並びに医学的制限がある利用者かどうかを主治医に確認する。

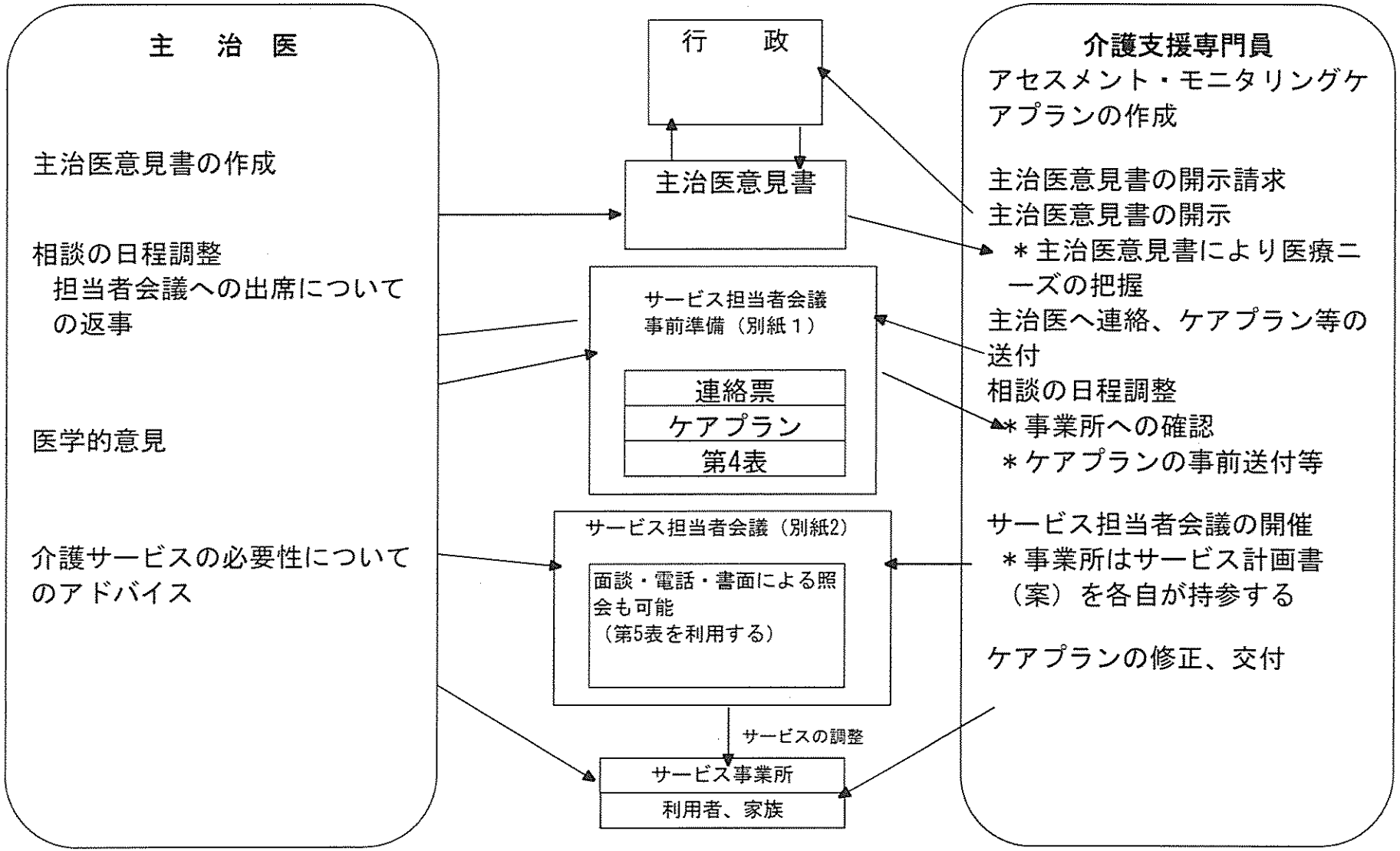
④甲賀圏域における診療所・病院と介護支援専門員連絡票等にてサービス担当者会議の日程を調整する。同時にサービス提供事業所にサービス提供の是非を確認する。

⑤サービス担当者会議の要点（第４表）にてサービス担当者会議で「検討する項目」、「検討の内容」を記入した上で、アセスメントを終えたケアプラン原案と一緒に主治医・サービス提供事業所へ送付する。

⑥主治医がサービス担当者会議に参加するか否かの回答をもらい、開催前に主治医の意見を確認する。（電話、面接、サービス担当者に対する照会（依頼）内容）サービス提供事業所はサービス計画書（案）を各自が持参する。

※フローチャートを参照してください。

フローチャート


主　治　医
主治医意見書の作成
相談の日程調整
担当者会議への出席についての返事
医学的意見
介護サービスの必要性についてのアドバイス
行　政
主治医意見書
サービス担当者会議
事前準備（別紙１）
連絡票
ケアプラン
第4表
サービス担当者会議（別紙2）
面談・電話・書面による照会も可能
（第5表を利用する）
サービスの調整
サービス事業所
利用者、家族
介護支援専門員
アセスメント・モニタリングケアプランの作成
主治医意見書の開示請求
主治医意見書の開示
＊主治医意見書により医療ニーズの把握
主治医へ連絡、ケアプラン等の送付
相談の日程調整
＊事業所への確認
＊ケアプランの事前送付等
サービス担当者会議の開催
＊事業所はサービス計画書（案）を各自が持参する
ケアプランの修正、交付

別紙１

サービス担当者会議の事前準備

○担当者会議開催に向けての準備

①利用者・家族の希望・要望を聴取する。

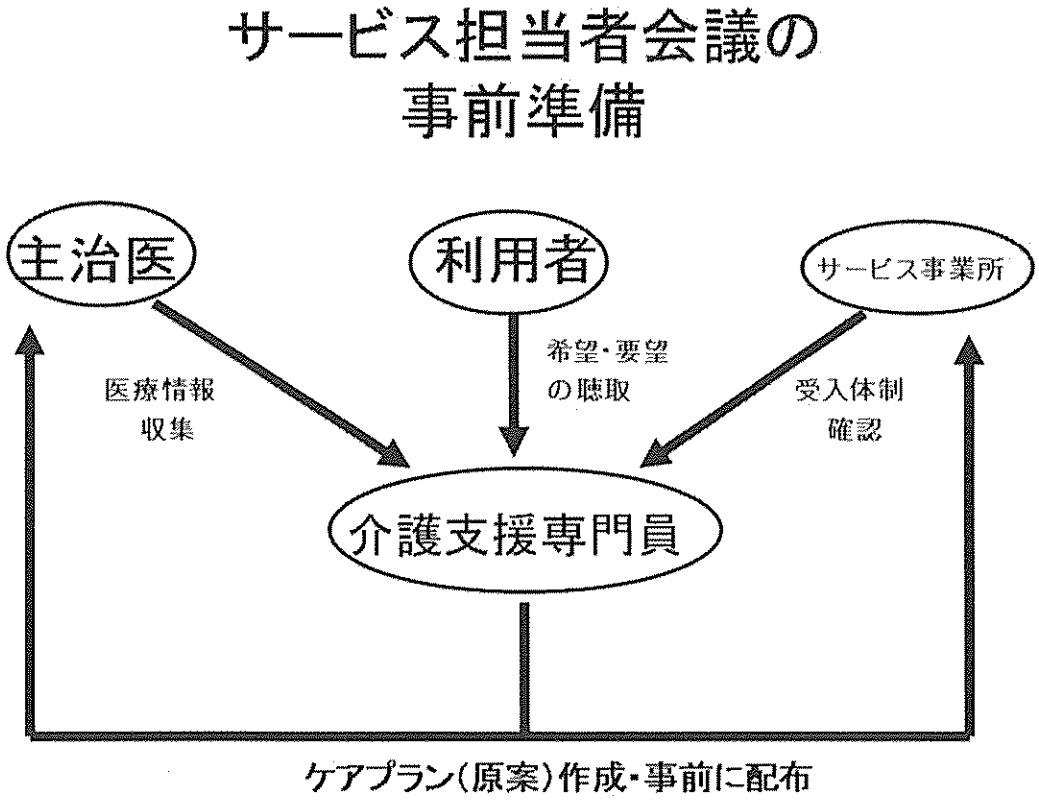
②医療情報を収集する。

（主治医意見書、診断書、主治医を訪問・電話等）

③サービス事業所の受入体制を確認する。

④介護サービス以外のサービス利用も検討する。

⑤主治医、事業所へケアプラン（原案）を事前に配布する。

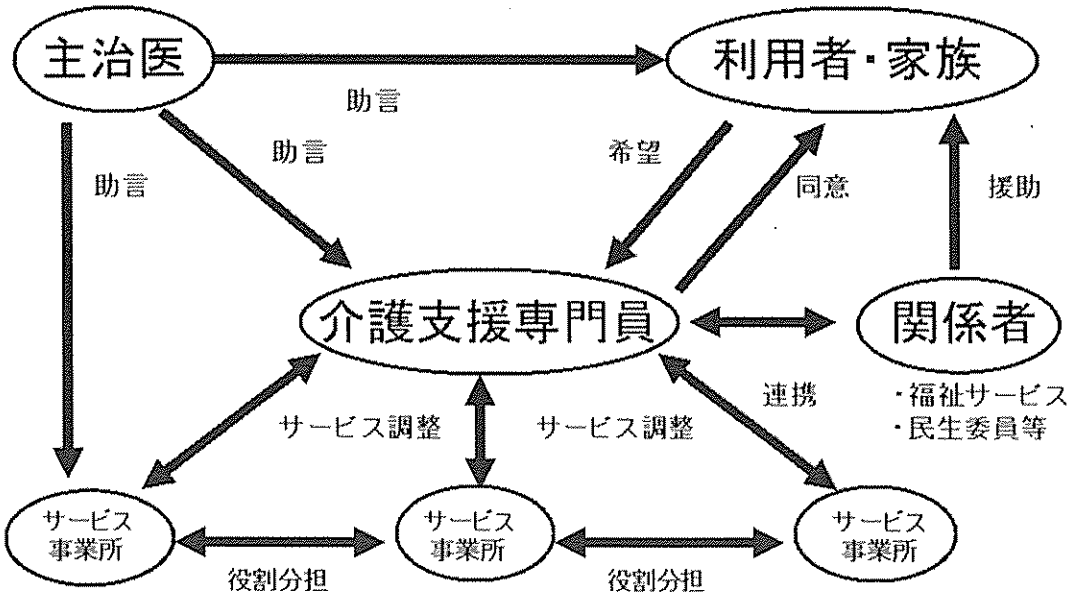


別紙２

サービス担当者会議の開催

①利用者の立場に立ったサービス計画を作成する。
②多職種連携による支援
　・医療・介護・福祉（行政、民生委員等）
③事業所間の役割分担を明確化
　・課題の事前分析
　・各自のサービス計画を持ち寄る。
　・開催時間の短縮
④利用者や家族が安心する在宅介護サービスにつながる

サービス担当者会議



第４表

サービス担当者会議の要点

利用者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿　　居宅サービス計画作成者（担当者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

開催日　　年　　月　　日　開催場所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　開催時間＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　開催回数＿＿＿＿

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 （次回の開催時期）						

3　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、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必要です。

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）

①　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

②　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

③　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

④　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

⑤　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。

⑥　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

⑦ 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

① （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

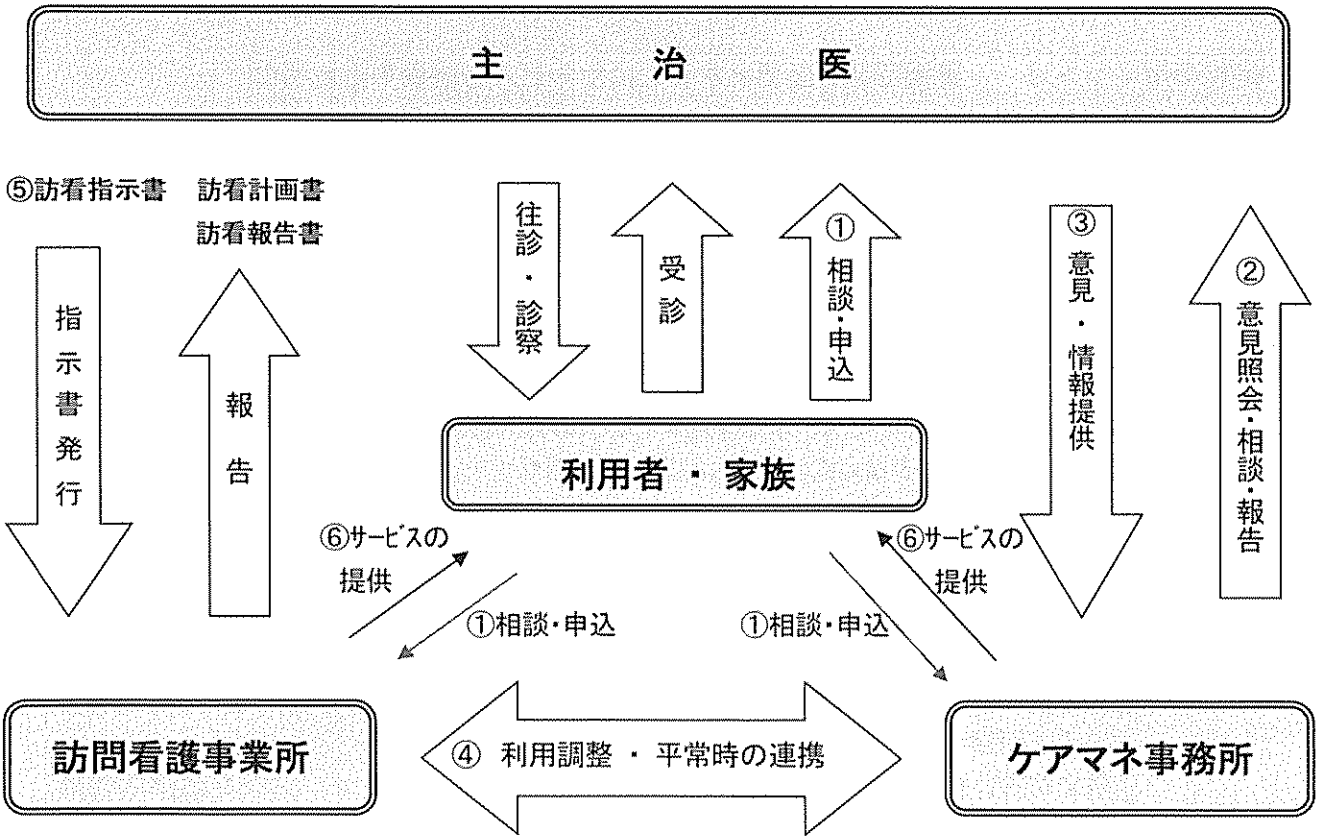
ADL の維持・向上などの予防的ケアや病気の悪化予防を図るためには、できるだけ早期の導入が理想的です。

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。

② （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。
・退院後訪問看護を利用される可能性のある場合は、退院前カンファレンスには訪問看護師が同席できるように調整をお願いします。
・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。

≪別表≫【退院に向けて共有したい情報】～必要な項目とその理由～

（平成２６年度　(大津市)医療介護連携調整実証事業「介護支援専門員と病院の連携に関する検討会議」作成）

共有したい情報		その理由
本人	（医療に関すること）	
	診断名	・特定疾患など使える制度があるか確認する必要がある ・感染症の有無によりサービスの利用に支障が出る場合がある
	今回入院の理由	・入院の背景を知り、これまでの服薬等の病状の管理に問題がなかったか、生活環境に転倒等のリスクとなる要因がなかったかを確認することで在宅に戻った際病状の悪化や再入院を防ぐ対応をする。
	病院からの「病状の説明内容」と本人・家族の「受け止め方」・「今後の希望」	・「家に帰る」ことだけを目標にするのではなく、本人が「家でどの様にすごしていきたいのか？」を目標にして支援をする。本人の意思が明確でないと、家族や支援者も混乱することが多い。 また、このことについて入院中に本人、病棟スタッフと共有し退院に向けて準備していくことが重要である。
	（ADL）	
	移動方法 入浴　　更衣 排泄 食事摂取・嚥下	・自分でどこまで出来るのか？介助の必要性の確認。 ・これまでのサービスから変更の必要があるか判断する。 ・住環境の整備のため、住宅改修・福祉用具の導入の必要性の確認。
	（認知症・理解力）	
	理解力	・どの程度の理解力があるのか？治療や介護の同意が可能か知る。
	周辺症状の有無	・家族の介護負担に大きく影響する。あればそのときの対処の仕方などを知る。
	服薬管理	・服薬管理が出来るのか？介助が必要なのか？
	（今後の治療）	
	治療内容	・病気の再発防止のため受診の管理を行う必要がある
	受診の必要性	・必要に応じて同行する
	リハビリの必要性や内容	・どの程度の内容で、誰が指導するのか（介護保険サービスによるリハビリの必要性の有無） ・適正なリハビリの方法を知り安全に行えるようにする
	薬物治療内容	・在宅での ADL に影響を及ぼすため（副作用が出るのか） ・在宅で管理できる投薬内容か検討したい ・食事との組み合わせで支障が出るものがないか確認する必要がある
	訪問看護への情報	・身体状況とその対応についてチームで共有する必要がある
	（生活上の指示） 食事制限（形態・水分） 活動制限	・病状のコントロールに影響するため必要。 ・利用するサービスに制限が出てくる場合がある
	（医療処置）	
	内容・方法	・事故防止のため正しい処置を確認する ・適切な、処置や管理の体制を整える必要がある
	（経済状況）	
	制度利用の有無	・サービス利用等について各制度の担当と連携する必要があるため
	金銭管理	・本人以外の方が管理する場合、費用が発生する際の相談をする必要が出てくる。 ・経済的な虐待が疑われる場合の対応に配慮が必要になってくる場合がある。
家族	世帯構成	・家族状況・血縁者の存在の確認
	主介護者や介護力	・ヘルパー利用の必要性および、支援の内容、時間が変わる
	様々な場面でのキーパーソン	・（経済）在宅サービスの利用において、負担可能な範囲を確認する必要がある ・（様々な方針決定）家族内の意見が異なることが多い。窓口となる方を決める。
	緊急連絡先	・在宅での急変時、サービス中のアクシデント等の際に判断を仰ぐ。
	家族の支援状況・思い	・在宅療養の長期化、看取りを視野に入れて支援する必要が出てくる。 ・同居家族がある場合は、日中独居等でもサービス導入に関して十分に検討する必要がある。
	家族以外の支援者	・支援できる家族がない場合、生活支援、様々な決定支援等を支える人が必要。 ・金銭管理、契約等に関する支援者がある場合、連携のため把握が必要。

（平成２６年度　(大津市)医療介護連携調整実証事業「介護支援専門員と病院の連携に関する検討会議」作成）

甲賀圏域医療と介護専門員との連携
～甲賀圏域ケアマネタイム手引き～
▽入退院時の連携
▽主治医との連携
▽医療系サービスの活用

平成 28 年 3 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　　平成 26 年度　（大津市）医療介護連携調整実証事業
「介護支援専門員と病院の連携に関する検討会議」