

## 介護支援専門員（ケアマネジャー）と医師との連携に関する要項

平成28年9月1日

平成29年9月1日

伊予市長寿介護課長

### はじめに

介護保険におけるサービス（支援）計画書（ケアプラン）等を作成するにあたっては、介護認定申請に係る主治医意見書だけでなく、医療系サービスの利用や軽度者に対する福祉用具レンタルの例外給付における判断など、医師の意見が必要となるケースも多く、担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）と医師との情報交換が必要不可欠です。

そこで、医師会のアドバイスを得てこれらに関する基本的な事項を定め、市内の医師及び介護保険事業所の職員に周知し、適切かつ円滑に利用者への介護サービス等の提供を行うことを目的とし、この要項を定めます。

### 注意事項

- (1) ケアマネジャーと医師との情報のやりとりは、この要項に定める方法により行うこととします。ただし、他の市町村のケアマネジャーによる依頼や医師からの情報提供、緊急かつ止むを得ない事情によりこの要項に基づく依頼や情報提供が困難な場合は、この限りではありません。
- (2) 情報提供等の際に用いる手段は、原則、郵送により行うこととし、その際、ケアマネジャーは返信用封筒の同封などの配慮をお願いします。
- (3) やむを得ずFAXにより送付する場合には、送信先に誤りがないよう細心の注意を払い、事前に相手方に電話連絡することや、利用者の氏名をイニシャルに変更するなどの配慮をお願いします。
- (4) 様式2「主治医相談票」を使用した医師による情報提供は、原則、無料とします。
- (5) 様式3「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」を使用した情報提供は、医療保険の診療情報提供料（月に1回限り。1割負担の場合250円）の算定が可能です。ただし、介護保険の居宅療養管理指導料との同時算定、同時に診察しない場合の診察料算定はできません。
- (6) 様式3を用いる場合には、診療情報提供料などの利用者負担が発生することから、あらかじめ本人又は家族の同意を得ることが必要です。同意が確認できていない場合は、医師が確認を取るなどの対応をお願いします。

## 記入方法

### 様式1「主治医への連絡票」

ケアマネジャーが、新たに担当ケアマネジャーとなった場合に、利用者の主治医に対し、担当者である旨を連絡するための様式です。

(使用方法) ※(1)は担当ケアマネジャー向け、(2)は医師向けです。

- (1) 担当ケアマネジャーが、患者様（利用者）や担当事業所の情報の他、主治医への連絡事項を記入しますが、より具体的な連絡内容がある場合はチェックを入れ、様式2「主治医相談票」を作成し、様式1と同時に主治医に送付します。
- (2) 医師は、当該患者のカルテに貼付するなどして保管し、ケアマネジャーとの連携に活用します。

### 様式2「主治医相談票」

ケアマネジャーが医師に対して医学的意見を求める場合に使用します。担当ケアマネジャーが必要事項を記入して医師に照会し、医師は様式の下段にある回答欄に照会内容に対する回答を記入し、担当ケアマネジャーに返信します。

(使用方法) ※(1)～(4)は担当ケアマネジャー向け、(5)は医師向けです。

- (1) 医療機関、事業所、利用者の情報を記入します。
- (2) 本人又は家族に、主治医から意見を伺うことや、診療情報提供料の支払いが発生する可能性があることを説明し、承諾の有無をチェックします。
- (3) サービス担当者会議が予定されている場合はチェックを入れ、開催日時と場所を記入します。
- (4) 以下、照会目的の該当する欄にチェックを入れ、必要に応じて、その他欄に相談の詳細を記入します。
- (5) 医師は、主治医の回答の該当する欄にチェックを入れ、必要に応じて、その他欄への記入や、様式3「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」を作成し、記入日と主治医氏名を記入して担当ケアマネジャーに返信します。

### 様式3「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」

医師が必要に応じて、様式2に添付して情報提供する場合に用います。

様式 1

主治医への連絡票

年 月 日

医療機関名 (診療科)

\_\_\_\_\_ 先生御侍史

平素より大変お世話になっております。

現在、貴院受診・入院中の下記患者様の介護支援専門員として担当させていただくこととなりました。今後ともよろしく願います。

まずは、書中をもって御報告申し上げます。

患者様の情報

フリガナ 氏 名			生年 月 日	明治・大正・昭和			性別	男・女
				年	月	日		
住 所	〒 _____			電話	( _____ )			
介 護 度	申請中 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							

担当事業所

事業所名							
住 所	〒 _____						
電話番号	( _____ )	—	FAX	( _____ )	—		
担当者名							
連絡事項	<input type="checkbox"/> 様式 2 「主治医相談票」をご確認ください。						

様式 2

主治医相談票

年 月 日

(医療機関名)	(事業所名)
(診療科)	(担当者名)
(主治医名)	(TEL)
	(FAX)

利用者の情報

フリガナ 氏名		生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女
住所	〒 -	電話	( )		
介護度	申請中	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5		
主治医から意見を伺うことについての本人又は家族からの承諾の有無					有 ・ 無
診療情報提供料の支払いが発生する可能性があることについての本人又は家族からの承諾の有無					有 ・ 無

照会内容

- サービス担当者会議の開催について  
(開催日時：平成 年 月 日 ( ) 時 分 開催場所： )
- 新規・更新・区分変更時のケアプラン作成に伴う医学的意見について
- 医療系サービス利用に対する医学的意見について
- 軽度者の福祉用具レンタル例外給付に対する医学的意見について
- その他

主治医からの回答

- サービス担当者会議に出席する。
- ケアマネジャーの意見に対して特に追加意見なし
- 様式 3 「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」で回答する。
- 軽度者の福祉用具レンタル例外給付について、該当欄に☑をお願いします。

<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 (例：パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象)
<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者 (例：がん末期の急速な状態悪化)
<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 (例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)

- 以下に回答する。

記入日	年 月 日	主治医氏名	
-----	-------	-------	--

様式 3

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

年 月 日

情報提供先事業所

担当

様

照会元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

患者氏名	性別	男 ・ 女		
	職業			
電話番号	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( ) 歳		
患者住所				
情報提供の目的				
傷病名	生活機能低下の原因となっているもの			
		発症日：	年 月 日	
		発症日：	年 月 日	
その他の傷病名				
傷病の経過及び治療状況				
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合	入院日	年 月 日
			退院日	年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等				

障害高齢者の生活自立度

自立  J 1  J 2  A 1  A 2  B 1  B 2  C 1  C 2

認知症高齢者の日常生活自立度

自立  I  II  II a  II b  III  III a  III b  IV  M