

在宅医療介護に携わる専門職の方へ

東住吉区 連携マニュアル



東住吉区在宅医療連絡会

大阪市東住吉区医師会、東住吉区歯科医師会、東住吉区薬剤師会、
東住吉区ケアマネ連絡会、東住吉区内訪問看護連絡会、
東住吉区内地域包括支援センター、東住吉森本病院、東住吉区役所

はじめに

東住吉区では、患者さん(利用者さん)が住み慣れた街でその方らしく暮らしていくために、今まで医療、介護それぞれの職種ごとに連携を行ってきましたが、お互いの職種の業務内容を十分に知らなかったり、連携の方法がわからなかったりして、十分な連携が行えていませんでした。

このたび、連携シートを十分に活用し、それぞれの職種の業務内容を知ること、患者(利用者)さんが最後までその方らしく暮らしていけるよう、東住吉区連携マニュアルを作成しました。

ご活用いただければ幸いです。

令和4年12月

目 次		
在宅医療と介護連携 専門職の方々へ	.....	P.2
「医療・介護情報FAX連絡票」 様式A	.....	P.3
「介護情報提供書」 様式B	.....	P.5
「こころの情報提供書」 様式C	.....	P.7
「入院時 情報シート」 様式D	.....	P.9
「入院時 情報提供シート」届け先窓口	.....	P.11
かかりつけ医ができること	.....	P.12
ケアマネジャーができること/ケアマネジャーへのお願い /医療との連携による加算	.....	P.13
訪問看護師ができること	.....	P.14
訪問歯科診療でできること/訪問歯科診療のメリット	.....	P.15
薬剤師による居宅療養管理指導/薬剤師へのQ /かかりつけ薬局をもつメリット	.....	P.17
医療介護連携に関して 病院へのQ	.....	P.18

在宅医療と介護連携 専門職の方々へ

患者さん(利用者さん)が住み慣れた街でその方らしく暮らしていくために、以下の連携シート等の活用をお願いします。

① 介護保険の申請や担当の挨拶など連携が必要となった時

→「医療・介護情報 FAX 連絡票」様式 A

※医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャーなどの他職種間で相互に使える『共通の連携シート』で、FAX にて行います。担当になった挨拶から、医学的意見や指示が欲しい時、退院時カンファレンスやサービス担当者会議の案内や出欠についての問い合わせ、様々な相談・照会など他の職種に聞きたいことを気軽に伝えることができます。

【主治医の先生へのお願い】ご挨拶や相談がある時に FAX や直接お伺いさせていただきます。ご協力をお願いいたします。

② 患者さん(利用者さん)の情報を主治医等へ伝えたい時

→「介護情報提供書」様式 B

※ケアマネジャーなどが、患者さん(利用者さん)の情報を主治医に伝える時に使用します。日常生活の様子を主治医に伝えることで、介護保険認定の新規申請や区分変更申請を行う時などの参考にさせていただきます。

③ 患者さん(利用者さん)の物忘れなどによる困りごとを主治医等へ伝えたい時

→「こころの情報提供書」様式 C

※ケアマネジャーなどが、患者さん(利用者さん)の物忘れなどによる日常生活のしづらさや困りごとなどを、診察場面で伝えることが難しい時などに使用します。事前に渡すことにより、本人の前では伝えにくい内容を情報提供できます。本人の前相談の目的詳細を主治医に伝えましょう。

④ 患者さん(利用者さん)が入院した際に病院との連携の時

→「入院時 情報シート」様式 D

※ケアマネジャーは、患者さん(利用者さん)が入院した時、入院先の病院へ速やかに情報提供してください。主治医等へも入院した旨、お伝えしましょう。

入院時の連携を図ることで、退院の目途がたったら連絡をお願いし、退院前のカンファレンスへの出席依頼等を行うことで、在宅療養生活へのスムーズな移行の役立てることができます。

医療・介護情報FAX連絡票

年 月 日

機関 氏名 住所 TEL FAX	⇒ ⇐	機関 氏名 住所 TEL FAX
----------------------------------	------------	----------------------------------

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき、連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきましても、ご回答をお願いいたします。

患 者	氏名	男 女	生年月日 T S 年 月 日	介護度	申請中 要介護	要支援	1	2
照 会 目 的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について <input type="checkbox"/> ケアプランの内容について <input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の出欠及び医学・介護的意見について 欠席の場合は、月 日まで回答を下さい <input type="checkbox"/> 退院時会議の出欠及び医学・介護的意見について 欠席の場合は、月 日まで回答を下さい 年 月 日 時 分 開催場所 () <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの医学的意見について <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶 <input type="checkbox"/> 患者・利用者の下記状況についての相談 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導の件 <input type="checkbox"/> 医療の相談 <input type="checkbox"/> 介護の相談 <input type="checkbox"/> 認知症の相談 <input type="checkbox"/> 歯の相談 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 服薬の相談 <input type="checkbox"/> 在宅訪問服薬管理指導 <input type="checkbox"/>							
相談内容								

回答(返信)

*この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

連 絡 方 法	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします 月 日 時 分 頃 <input type="checkbox"/> 来院・来社して下さい <input type="checkbox"/> 伺います() <input type="checkbox"/> 電話で話をします 月 日 時 分 頃 <input type="checkbox"/> 電話下さい <input type="checkbox"/> 電話します <input type="checkbox"/>							
会議	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 退院時会議 に <input type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 欠席します							
回答								
年 月 日 氏名								

機関 氏名	⇒	機関 氏名
住所 TEL	記入例	FAX

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき、連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきましても、ご回答をお願いいたします。

患 者	氏名	男 女	生年月日 T S 年 月 日	介護度	申請中 要介護	要支援	1	2
照 会 目 的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について <input type="checkbox"/> ケアプランの内容について <input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の出欠及び医学・介護的意見について 欠席の場合は、月 日まで回答を下さい <input type="checkbox"/> 退院時会議の出欠及び医学・介護的意見について 欠席の場合は、月 日まで回答を下さい 年 月 日 時 分 開催場所 () <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの医学的意見について <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶 <input type="checkbox"/> 患者・利用者の下記状況についての相談 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導の件 <input type="checkbox"/> 医療の相談 <input type="checkbox"/> 介護の相談 <input type="checkbox"/> 認知症の相談 <input type="checkbox"/> 歯の相談 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 服薬の相談 <input type="checkbox"/> 在宅訪問服薬管理指導 <input type="checkbox"/>							

相談内容
 このシートは、様々な機関(医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護など)との情報のやり取りで使用できます。
 上段、空白の口には「照会目的」を自由記述で使用してください。
 「相談内容」の欄には自由記述で、下記のような内容を伝えてください。
 ・担当になった挨拶
 ・ケアプラン作成のための、医学的意見がほしい時などに相談したいことを記入
 ・利用者の状況の報告や相談したいことなどを自由記述
 ・担当者会議の開催のお知らせと、会議の目的(検討項目・内容)を記入し、会議出欠の問い合わせや照会回答の依頼
 ・利用者の受診時に同行を希望する場合や通院日以外の面接希望などの相談

***相談の目的、何を伝えたいのか(ex.症状、ADL、薬の服用状況、いつの情報かなど)を端的にわかりやすく記入しましょう**

回答(返信)

*この連絡票での回答では、診療情報提供料の算定はできません。

連絡方法	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします 月 日 時 分 頃	<input type="checkbox"/> 来院・来社して下さい <input type="checkbox"/> 伺います()	<input type="checkbox"/> 電話で話をします 月 日 時 分 頃 <input type="checkbox"/> 電話下さい <input type="checkbox"/> 電話します
------	--	--	--

会議	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 退院時会議	に <input type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 欠席します
----	---	---

回答	
	年 月 日 氏名

介護情報提供書

年 月 日

宛 先	医療機関名	様	発行元	事業所名
	主治医			担当ケアマネジャー:
	TEL			住 所
	FAX			TEL
				FAX
下記の方の介護保険におけるケアマネジャーを担当しております。利用者様の報告を致します。				
ご利用者氏名		様	性別 (男・女)	生年月日: M・T・S 年 月 日 (歳)
住所:			生活形態: 独居・家族同居 主介護者(
現在の介護度	新規 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5		認定期間: ~	
区分変更申請・ 新規申請におけ る理由	<input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 新たに介護サービスを利用したい <input type="checkbox"/> その他(
[報告内容] *ご本人様の生活機能と支援の状況について				
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	状況		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	状況		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	状況		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	状況		
短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	状況		
意思決定 伝達	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 全面的に支援を要する			
<input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他				
(具体的な状況)				
<input type="checkbox"/> 本人、家族の意向・希望(今後どうしたいか、どのように過ごしたいかなどを含めて記入)				
■現在の介護保険サービス利用状況は 別紙「週間サービス計画表」をご参照ください				
ご不明な点やご意見などがございましたら、担当ケアマネジャーまでご連絡頂きますようお願い致します。 尚、個人情報の取扱いについては、事業所契約時に、個人情報利用に関する同意を得ております。				

介護情報提供書

年 月 日

宛先	医療機関名	事業所名
	主治医	アマネジャー:
	TEL FAX	住所 TEL FAX
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">記入例</div>		
下記の方の介護保険におけるケアマネジャーを担当しております。利用者様の報告を致します。		
ご利用者氏名	様	性別 (男・女) 生年月日: M・T・S 年 月 日 (歳)
住所:	生活形態: 独居・家族同居 主介護者(
現在の介護度	新規 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5	認定期間: ~
区分変更申請・新規申請における理由	<input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 新たに介護サービスを利用したい <input type="checkbox"/> その他(
	申請に至った理由・困っている事などを自由記述してください	
[報告内容] *ご本人様の生活機能と支援の状況について		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	状況 <i>居宅内外の歩行や移動の状況、歩行補助具や車いす使用の有無や介助の必要性などを記入</i>
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	状況 <i>摂食嚥下の状態、食事形態、食事量、介助の必要性やその状況等を記入</i>
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	状況 <i>排泄の場所(トイレ、ポータブルトイレ、オムツ内など)、排泄の一連の動作で介助の必要性やその状況などを記入</i>
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	状況 <i>浴槽出入りの状況、シャワー浴、その他、清拭など含む一連の動作の状況や介助の必要性などを記入</i>
短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	状況 <i>短期記憶の支障により生じている生活上の困りごと、支援している状況など記入</i>
意思決定 伝達	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 全面的に支援を要する	
<input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他		
(具体的な状況)		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 上段で☑した項目の具体的な状況を記入 ・ 「意思決定・伝達」の☑した項目について、判断理由や具体的な状況などを記入 		
<input type="checkbox"/> 本人、家族の意向・希望(今後どうしたいか、どのように過ごしたいかなどを含めて記入) <i>施設などへの入所希望の有無や自宅でどのように過ごしたいか等、本人や家族が希望する暮らし方などを記入</i>		
■現在の介護保険サービス利用状況は 別紙「週間サービス計画表」をご参照ください		
ご不明な点やご意見などがございましたら、担当ケアマネジャーまでご連絡頂きますようお願い致します。 尚、個人情報の取扱いについては、事業所契約時に、個人情報利用に関する同意を得ております。		