

# 静岡市静岡医師会地区版

## 「医師との連絡ガイドライン」

静岡ケアマネ協会

### 本ガイドラインの趣旨及び範囲

#### 本ガイドラインの趣旨

本ガイドラインは、介護保険法の理念に基づく医療・保健・福祉の連携の重要性を踏まえ、ケアマネジャーが医師と情報交換をはかる際に、守るべき最低限のルールを定めたものである。円滑に情報の共有化が図られることにより、その利用者の福利の向上が図られることを最大の目的とする。

#### 本ガイドラインの範囲

本ガイドラインは、一般社団法人静岡市静岡医師会と静岡ケアマネ協会の合意のもとで策定された。本ガイドラインの使用は、静岡市静岡医師会会員と静岡ケアマネ協会会員の間で使用する。ただし診療所医師や総合病院等医師より指示のある場合はこの限りではない。

### 基本的な連絡方法

- 連絡する前提として、個人情報使用同意書等で利用者に同意を得た上でおこなう。
- 連絡の方法としては原則としてFAXでおこなうこととする。（ただし緊急やむをえない場合や特別な指示がある場合を除く。）
- FAXを送る時間については、基本的に医師の診療時間帯とする。
- 相談内容については、診療内容に関係するものとし、ケアマネジャーの意見を述べた上で医師の意見を聞く。
- 介護保険主治医（意見書記入医師、以下主治医とする）が、診療所の医師の場合で、主治医以外の医師に、病状等を相談する場合は、主治医の了解を得て行う。

### 本ガイドラインを運用するにあたっての基本的な約束事項

- 『ケアマネジャーと医師との連絡票』『サービス担当者会議のお知らせ』『診療情報提供書』は静岡市静岡医師会の会員である診療所の医師とのやり取りで使用する。
- 総合病院に勤務する医師に関しては、後記「総合病院に勤務する医師の場合」によって相談することが望ましい。
- 主治医が総合病院医師で、診療所医師が主治医から紹介状を受け取り診療を行っている場合は、診療所医師を主治医とみなす。
- ケアマネと医師との間でトラブルが生じた場合は、静岡ケアマネ協会が状況を把握し、医師会に報告すると共に、担当ケアマネの支援を行う。
- 静岡ケアマネ協会は、本ガイドラインの普及に努め、ガイドラインの充実のために医師会と協議を行う。
- 医療に関係の無い相談については、行なわない。

## 診療所医師に連絡する場合

必ず行なってほしいこと

- ① はじめて居宅介護支援サービスを提供する利用者について、その利用者の主治医が診療所の医師の場合は、『ケアマネジャーと医師との連絡票』に担当のケアマネジャーとなったことを記入し、主治医へFAXする。
- ② サービスを導入する場合は、『ケアマネジャーと医師との連絡票』により、導入しようとするサービスについて、主治医へFAXする。
- ③ サービスを追加、変更する場合は、『ケアマネジャーと医師との連絡票』により、追加、変更しようとするサービスについて、主治医へFAXする。

なるべく行なってほしいこと

- ① 居宅介護支援サービスを提供している過程において、利用者が更新申請や区分変更申請を実施した後、ケアマネジャーが認定結果を診療所の医師に報告する際は『ケアマネジャーと医師との連絡票』を使用し、FAXする。
- ② 居宅介護支援サービスを提供している過程において、病状などを診療所の医師に相談する場合は、『ケアマネジャーと医師との連絡票』に相談事項を簡潔にまとめて記入した上でFAXし、医師の意見を聞く。
- ③ 利用者の診察時に立ち会う、または往診時に立ち会うなど病状などを診療所の医師に直接相談する場合は、緊急な場合を除き、事前にFAXで医師へ連絡をする。
- ④ サービス担当者会議を開催する場合は、『サービス担当者会議のお知らせ』にて医師に会議開催のお知らせをする。日程調整の際は、医師の都合を十分に配慮した日時でおこなうように努める。
- ⑤ 『診療情報提供書(介護保険用)』をお願いする際は、『診療情報提供書』に利用者氏名、生年月日、住所、利用サービス、紹介先事業者名他を記入し利用者又は家族に手渡し、診療所に持参し記入を依頼するよう説明する。その後は医師の指示に従う。

## 総合病院に勤務する医師に連絡する場合

- ① 原則として総合病院に勤務する医師へ直接連絡をしない。
- ② 居宅介護支援サービスを提供している過程において、ケアプランの作成や変更にあたり病状などを総合病院に勤務する医師に相談する場合は、病院の相談窓口(相談室や地域連携室等)に連絡し指示を仰ぐ。
- ③ 利用者の診察時に立ち会う場合は、緊急な場合を除き、事前に病院の相談窓口を通して連絡をする。

## 「ケアマネジャーと医師との連絡票」

静岡ケアマネ協会

### 【目的】

ケアマネジャーと医師との連絡、情報交換を円滑に行うために使用する。

- ・ 医師へ利用者の担当ケアマネジャーになったことを伝える挨拶
- ・ 導入サービスについての相談・報告、利用者の病状等の相談

### 【使用方法】

○ケアマネジャーの方は、

- ・ 上段左枠①に、送信日、ケアマネジャーの事業所名、担当氏名、連絡先を記入する。
- ・ 上段右枠②に、医師の病院名、医師名、連絡先を記入する。
- ・ 上段下線部に、担当する利用者氏名、生年月日、認定情報を記入する。
- ・ 中段「①ケアマネジャーより」内の目的にあうチェックボックスにチェックを入れ、コメントを記載する。
- ・ FAX にて送信する。

○医師の方は、

- ・ 上段右枠②に、送信日を記入する。
- ・ 利用者情報、ケアマネジャーよりの内容を確認後、下段「②医師より」内の返信の内容に合うチェックボックスにチェックを入れ、コメントを記載する。
- ・ FAX にて送信する。

### 【留意事項】

- ・ 原則として連絡は FAX にて行う。
- ・ 利用者に関する個人情報の取り扱いは使用同意書等で同意を得たうえで行う。
- ・ この様式は、静岡市静岡医師会会員である診療所等に使用する。
- ・ 主治医以外の医師に、病状等を相談する場合は、主治医の了解を得てから行う。
- ・ ケアマネジャーが医師に FAX を送信する時間は、医師の診療時間帯とする。
- ・ 相談内容については、診療内容に関係するものとし、はじめに、ケアマネジャーの意見を述べたうえで、医師の意見を伺う。

# ケアマネジャーと医師との連絡票

## ① ケアマネジャー

送信日 年 月 日

事業所名

担当CM

TEL

FAX

## ② 医師

送信日 年 月 日

病院名

医 師

TEL

FAX

様 (M・T・S 年 月 日)

(要支援\_\_\_\_・要介護\_\_\_\_・申請中 認定の有効期間 平成 年 月 日～ 年 月 日)

## ① ケアマネジャーより 下記のとおりお願いします。



- ☐ 初回ご挨拶
 ☐ 導入サービスのご報告
 ☐ 病状などのご相談  
☐ その他

---

---

---

---

---

---

---

## ② 医師より

- ☐ FAX の内容を承知しました  
☐ 直接会います ( 曜日 時間帯は 時頃)  
☐ 電話をください ( 曜日 時間帯は 時頃)  
☐ ( 居宅サービス計画書 ・ サービス利用票 ) を送ってください  
☐ その他

---

---

---

---

---

## [サービス担当者会議のお知らせ]

静岡ケアマネ協会

### 【目的】

サービス担当者会議における、医師の出席確認や、サービス担当者会議における医師の意見を事前に把握する場合に用いる。

### 【使用方法】

○ケアマネジャーの方は、

- ・上段左枠①に、送信日、ケアマネジャーの事業所名、担当氏名、連絡先を記入する。
- ・上段右枠②に、医師の病院名、医師名、連絡先を記入する。
- ・上段下線部に、担当する利用者氏名、生年月日、認定情報を記入する。
- ・中段「ケアマネジャーより」の枠内に、ケアマネジャーからみた問題点を記入する。
- ・FAX にて送信する。

○医師の方は、

- ・サービス担当者会議に出席する場合は、下段「医師より」枠の上段に、都合の良い日時場所を記入する。
- ・出席できない場合は、下段「医師より」枠の下段に、コメントを記入する。
- ・FAX にて送信する。

### 【留意事項】

- ・利用者に関する個人情報の取り扱いは使用同意書等で同意を得たうえで行う。
- ・この様式は、静岡市静岡医師会会員の診療所等に使用する。
- ・ケアマネジャーは、医師の都合を十分に配慮し、日程調整を行うように努める。

# サービス担当者会議のお知らせ

## ① ケアマネジャー

送信日 年 月 日

事業所名

担当CM

TEL

FAX

## ③ 医 師

送信日 年 月 日

病院名

医 師

TEL

FAX

様（M・T・S 年 月 日）の件

（要支援\_\_\_\_・要介護\_\_\_\_・申請中 認定の有効期間 平成 年 月 日～ 年 月 日）

### 〔ケアマネジャーより〕



※ サービス担当者会議の開催を予定しています。先生のご意見を参考としたいと思いますので下記にご記入いただければ幸いです。

（ケアマネジャーから見た問題点）

※ なお、ご出席頂けるようでしたら、なるべく先生の都合に合わせて開催したいと思いますので、ご都合のよい日時を2～3お知らせください。

### 〔医師より〕

☐ 担当者会議に出席します。都合のよい日時は下記の通りです。

① 月 日 時～ ② 月 日 時～ ③ 月 日 時～

場所 診療所 ・ 指定場所（ ）

☐ 担当者会議には出席できません。下記内容に留意しサービスを提供してください。

## 静岡市静岡医師会地区版

# 「診療情報提供書」(在宅版)

静岡ケアマネ協会

### 【目的】

介護保険サービス利用にあたって、利用者の健康状態を把握し、サービス提供時における注意事項を把握するため。

### 【使用方法】

○ケアマネジャーの方は、

- ・太枠以外の部分を記入する。

上段：利用者氏名、性別、生年月日、住所を記入する。

中段：情報提供先事業者名(ケアマネジャーが所属する事業所名)を記入する。

下段文章内下線部：利用者名、サービス種類を記入する。

最下段：居宅介護支援事業者名(ケアマネジャーが所属する事業所名)、その住所、連絡先、担当者名を記入する。

- ・利用者または家族に手渡し、利用者が病院または診療所に持参し医師に記入を依頼するように説明する。この際、自己負担金が発生することと、病院または診療所によって完成するまで数日を要することがあることを説明する。

○医師の方は、

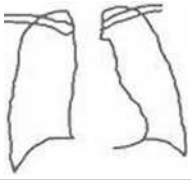
- ・太枠内の部分を記入する。
- ・胸部レントゲン所見については、必要のある場合のみ記入する。利用者の健康状態などにより、レントゲン検査ができない場合には、胸部レントゲンの欄に斜線を引く。
- ・感染症の有無は、必要のある場合のみ記入する。
- ・皮膚疾患の項目は、疥癬等伝染性皮膚疾患の有無について記入する。

### 【留意事項】

- ・利用者に関する個人情報の取り扱いの使用同意書等で同意を得たうえで行う。
- ・この様式は、静岡市静岡医師会会員の診療所等に使用する。
- ・主治医以外の医師に、病状等を相談する場合は、主治医の了解を得てから行う。

※主治医…この場では、介護保険主治医意見書を記入した医師を主治医という。ただし、総合病院医師が主治医意見書を記入した後退院し、総合病院医師から紹介状を受け取り、診療を行っている診療所医師がいる場合は、この診療所医師を主治医とみなす。

# 診療情報提供書

|                                                                                                                                             |                                                                            |                                       |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 氏 名                                                                                                                                         |                                                                            | 男<br>女                                | 生年月日<br>M・T・S 年 月 日 ( 才)          |
| 住 所                                                                                                                                         |                                                                            |                                       |                                   |
| 診断名<br>治療<br>経過<br>現状                                                                                                                       |                                                                            |                                       |                                   |
| レントゲン所見<br>撮影 年 月 日<br>直接 間接<br>※ 必要のある場合のみ<br>撮影して下さい<br> | 感染症の有無<br>※必要のある場合のみ<br>行ってください。<br><br>MRSA ( )<br>H C V ( )<br>H B S ( ) | 服薬について<br>(有・無)<br>内容                 | 褥瘡及び皮膚疾患の有<br>無<br>(有・無)<br>部位・状態 |
| 入浴の可否 (可・否)<br>※入浴時の注意事項                                                                                                                    |                                                                            |                                       |                                   |
| 介護サービス利用にあたっての注意事項 (運動の制限や病状の変化への対応等)                                                                                                       |                                                                            |                                       |                                   |
| 上記の通り情報提供します。<br>情報提供先事業者名<br><br>_____ 様                                                                                                   |                                                                            | 平成 年 月 日<br><br>医療機関名<br>住 所<br>医師名 印 |                                   |

## 診療情報提供書の提供について(お願い)

私は、上記 \_\_\_\_\_ 様の介護支援専門員ですが、この度、 \_\_\_\_\_ サービスの利用 (その他、必要となるサービスを提供している事業者) に当たって、利用者の健康状態の把握と、サービス提供時における注意事項を把握するうえで、貴院 (所) から居宅介護支援事業所宛の診療情報提供書が必要となりましたので、利用者又はご家族に供与していただきますよう、よろしくお願いします。

居宅介護支援事業者名  
住 所  
TEL

介護支援専門員名

※ 裏面に留意事項があります

- 1、この診療情報提供書は、静岡市の介護保険サービスを利用される方について、健康保険法の規定に基づき、その方の保険医療機関である主治医から居宅介護支援事業者等に対して必要な情報提供を行う場合に利用できます。
- 2、介護保険サービスの利用に当たり、この診療情報提供書に記載された項目以外に、利用者の健康状態について把握する必要がある場合には、サービスを提供する事業者（施設）と利用者との間で協議していただくことになります。
- 3、皮膚疾患の項目は、疥癬等伝染性皮膚疾患の有無について記載して下さい。
- 4、利用者の健康状態などにより、レントゲン検査ができない場合には、胸部レントゲンの欄に斜線を引いて下さい。
- 5、主治医は太線内の項目について記入して下さい。

## 静岡市薬剤師会地区版

### 「薬剤師への問い合わせ」

静岡市静岡薬剤師会(葵区・駿河区)

#### 【目的】

ケアマネジャーと薬剤師との相談、情報交換が円滑に行われるようにするため。

#### 【使用方法】

○ケアマネジャーの方は、

- ・上段左に、利用者のかかりつけ薬局を記入する。
- ・上段右に、送信日、ケアマネジャーの事業者名、担当氏名、連絡先を記入する。
- ・枠内の上段に、利用者のイニシャル、生年月日、性別、住所を記入する。
- ・枠内の中段左側に、問い合わせ・相談内容を記載する。
- ・FAX にて送信する。

○薬剤師の方は、

- ・枠内の中段右側に、問い合わせ・相談に対する回答を記載する。同枠内下部に、回答日、回答した薬剤師名を記入する。
- ・FAX にて送信する。

#### 【留意事項】

- ・原則として連絡は FAX にて行う。
- ・この様式は、静岡市薬剤師会(葵区駿河区)の会員である薬剤師に使用する。
- ・この様式は、静岡市薬剤師会宛に送信する。(特定のかかりつけ薬局に連絡をする場合においても、静岡市薬剤師会へ連絡する)
- ・利用者に関する個人情報の取り扱いは使用同意書等で同意を得たうえで行う。
- ・問い合わせ内容・相談内容については、相談対象の利用者に関わる内容を基本としますが、相談対象がない場合の相談・問い合わせも対応可能。



## <FAX送信票> 薬剤師への問い合わせ

平成 年 月 日

かかりつけ薬局名： 薬局 店 事業者名：

静岡市薬剤師会

ケアマネジャー氏名：

**FAX:054-282-5997**

TEL:

FAX:

TEL: 054-286-8934

### 【患者情報】

|       |                   |      |       |   |   |   |    |     |
|-------|-------------------|------|-------|---|---|---|----|-----|
| イニシャル |                   | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 |
| 住所    | (区・町までを記載してください。) |      |       |   |   |   |    |     |

| 問い合わせ内容 | 回 答                 |
|---------|---------------------|
|         | 回答日： 年 月 日<br>薬剤師名： |

- \* 「かかりつけ薬局」とは普段、患者様が薬を調剤、購入している薬局のことです。
- \* 平日の午後5時以降にFAXされた場合は、翌日の回答となります。
- \* 金曜日の午後5時以降と土・日・祝日など静岡市薬剤師会事務局の休日にFAXされた場合は、休日明けの回答となります。
- \* <FAX送信票>は、静岡市薬剤師会のホームページからダウンロードできます。

薬剤師会受付日時

静岡市薬剤師会HP トップページ > ケアマネジャー用 > FAX送信票 >  
shiyaku8934@abelia.ocn.ne.jp

社団法人 静岡市薬剤師会