

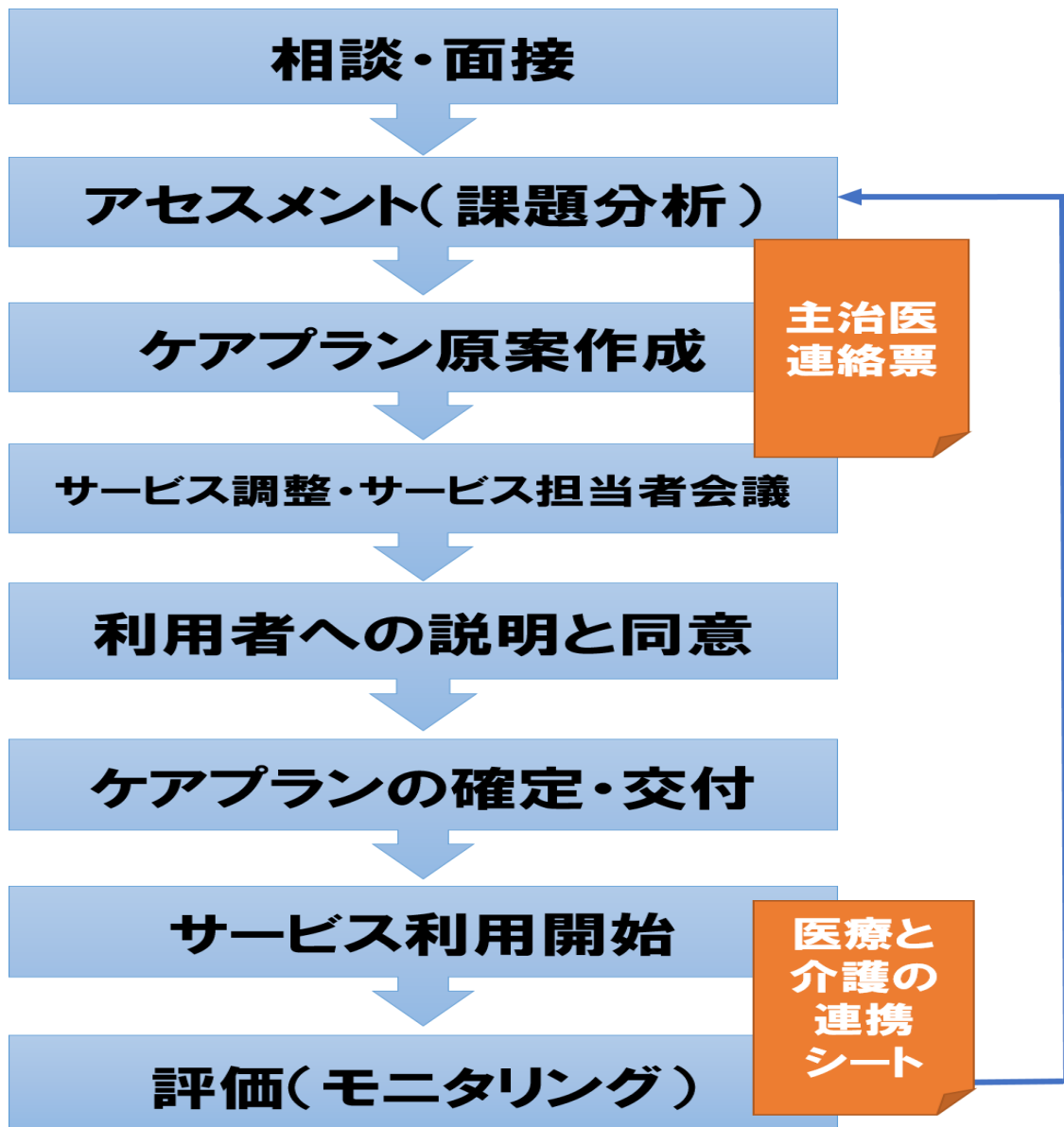
医療（薬局）と介護の連携シート活用書

各務原市在宅医療・介護連携支援ステーション

1. 目的

各務原市内で暮らす高齢者の方が、安心して療養生活を送るためには関係機関の連携によって一体的なサービスが提供されることが大切になります。このため、連携を推進するしくみとして、このたび標準となる様式を作成いたしました。

医療と介護の連携シート（以下「シート」という。）を使用する場面は、以下のケアマネジメントの流れの位置になります。



2. シートの種類

シートの種類は2種類です。必要な内容について連絡し合うためにご活用ください。

①医療と介護の連携シート（別紙1 別紙2）

医師や歯科医師と調整役であるケアマネジャーとの報告・連絡・相談のために活用します。

②薬局と介護の連携シート（別紙3 別紙4）

薬剤師と調整役であるケアマネジャーとの報告・連絡・相談のために活用します。

※これらシートは各務原市の標準様式とし、他に独自の様式を用いることを妨げるものではありません。

3. シートの活用方法

ケアマネジャーが支援する必要があると判断した場合、または医師がケアマネジャーへ連絡する必要があると判断した際に、シートに必要事項を記入します。

その後、事前連絡にて①所属機関とお名前 ②利用者名とシートを送付したい主旨 ③その送付方法（FAX or 郵送 or 持参）④緊急度 ⑤返信の必要性の有無について伝えた上で送付します。※別紙2と別紙4の記載例をごらんください。

4. 注意事項

- ①病名等の診療情報を提供してもらう必要がある場合には、診療報酬の対象となり、自己負担が発生する可能性がありますので、ご本人・ご家族へ事前に相談してください。
- ②利用者の担当者であることを伝えることが必要です。面識もない状態でFAXのみ突然「返信」を求めるような相談は控え、本書式を挨拶状として活用したり、通院同行や電話等で自分の氏名・事業所名をしっかりと伝えた上で情報をやりとりしていきましょう。
- ③このシートは連携のための1つのツールです。すべてを1枚で済ませられるわけではないので、文書のやりとりだけでなく、そのときどきで電話や面談等、もっとも適切な手段、または組み合わせで情報をやりとりしてください。
- ④連携の中心は、ご本人及びそのご家族です。ご本人・ご家族等と関係機関とのやりとりだけでは十分な情報共有が難しい場合に、可能な限りその都度、同意を得ながらこのシートを活用してください。

5. 連携シート Q&A

Q1：連携シートの使用根拠は、どこにありますか？

A：指定居宅介護支援等（運営基準）十三の二「介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、

口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。」とあります。

さらに「居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等（第十三号・第十三号の二）」の中で「また、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主事の医師若しくは歯科医師又は薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり、有効な情報である。このため、指定居宅介護支援の提供に当たり、例えば

- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している。
- ・薬の服用を拒絶している
- ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・口臭や口腔内出血がある
- ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
- ・食事量や食事回数に変化がある
- ・下痢や便秘が続いている
- ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況等の利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると介護支援専門員が判断したもののについて、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

なお、ここでいう「主治の医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること」と記載されています。

Q2：診療所や病院には周知されていますか？

A：各務原市医師会、各務原市歯科医師会、各務原市薬剤師会に所属する機関には、理事を通じて周知をお願いしております。それ以外の市内外医療機関との連携の機会もありますが、基本的に本シート内容自体は実務上の実情を優先の上、個々にご相談をおすすめください。なお、利用者の方が各務原市民以外の場合、自治体によっては介護報酬算定に当たっての専用書式を定めているところもございます。各自治体の介護保険担当部署へご確認いただくようお願いいたします。

Q3：特に注意することはありますか？

A：今回作成したシートは医療と介護の連携の手助けとなることを目的としています。シートのみが一人歩きしないよう、お互いがこれまで通り、良い関係をつくっていくことを考えな

がら使用していくことが重要です。具体的には何か変化（変更）があった際、以前はこうであったが、今はこうである等比較内容が具体的かつ簡潔に記入されていますと読み手がわかりやすく助かります。

Q4：項目が足りないのではないですか？

A：全てのケースにつき、1枚の中で全て完結するとは考えておりません。様々な検討の中で、項目すべてを項目化するのではなく、確認すべき基本とするよう整理しました。不足分については別記や表を添付する等工夫されたり、また、紙だけに頼らず、必要に応じて直接電話や面談等でやりとりしていきましょう。

Q5：医師に返信してもらおうと診療情報提供料として発生し自己負担が出ませんか？

A：本シートは診療情報算定を目的として作成したものではありません。あくまでも記載された内容次第となりますが、「傷病名や傷病の経過、治療状況などを照会する」場合以外は、自己負担は発生しないことを想定しています。もし、提供する情報の内容が診療報酬の対象となる（または文書料を請求できる）と医師が判断した場合、事前に医院から連絡を入れていただけるよう、ご協力をお願いしております。

Q6：シートができたこれまでの経緯を教えてください。

A：平成30年4月の介護報酬改定において「かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師から助言が必要であるとケアマネジャーが判断した情報については、その各かかりつけまで報告すること」が義務化されました。

それを受けて、各務原市在宅医療・介護連携支援ステーションでは市内のケアマネジャー並びに地域包括支援センターへ平成31年2月と令和3年2月の2回に各医療職への報告実施状況を把握するため、アンケートを取らせていただきました。

その際、1回目のアンケート内で統一した様式があると良いというご意見が約半数近くあったため、2回目には共通様式をご提案しつつ、アンケートも実施いたしました。共通様式ご提案に対するご意見も併せてお伺いしておりましたので、ご意見を反映する形で、シートに修正を加え、各務原市医師会・歯科医師会・薬剤師会へ令和3年8月にご相談をかけ、9月にご回答や修正案をいただきました。

その後、さらに修正を加え令和4年2月に各務原市医師会・歯科医師会・薬剤師会へ再度ご提案しまして了承を得ましたので令和4年4月より、この「医療・薬局と介護の連携シート」を運用することとなりました。

【別紙1】医療と介護の連携シート

医療と介護の連携シート	個人情報の為、取扱注意	各務原市様式
--------------------	--------------------	--------

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">医療機関名</td></tr> <tr><td style="width:60%;"></td><td style="width:20%;"></td><td style="width:20%; text-align: center;">先生</td></tr> <tr><td>電話番号</td><td style="text-align: center;">—</td><td style="text-align: center;">—</td></tr> <tr><td>FAX番号</td><td style="text-align: center;">—</td><td style="text-align: center;">—</td></tr> </table>	医療機関名					先生	電話番号	—	—	FAX番号	—	—		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">事業所名</td></tr> <tr><td colspan="3">職名</td></tr> <tr><td colspan="3">担当者名</td></tr> <tr><td>電話番号</td><td style="text-align: center;">—</td><td style="text-align: center;">—</td></tr> <tr><td>FAX番号</td><td style="text-align: center;">—</td><td style="text-align: center;">—</td></tr> </table>	事業所名			職名			担当者名			電話番号	—	—	FAX番号	—	—
医療機関名																													
		先生																											
電話番号	—	—																											
FAX番号	—	—																											
事業所名																													
職名																													
担当者名																													
電話番号	—	—																											
FAX番号	—	—																											

【利用者基本情報】

ふりがな	性別	年齢	生年月日	住所										
利用者名				電話番号										
要介護度	無	申請中	事業対象者	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	認知症 自立度	障害 自立度

平素から大変お世話になります。上記の方の件についてご報告します。
ご確認をお願いいたします。

送信枚数	本状含め	枚
------	------	---

※利用者様及びご家族様に対して個人情報の使用ならびに医療介護専門職との情報交換に関する説明を行い、同意をいただいた上で送付しております。

【ケアマネジャー・地域包括記載欄】

返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信願います	<input type="checkbox"/> 返信不要です
本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 受診時同行希望 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信 記載日 年 月 日	

【概要】

について

<input type="checkbox"/> サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 心身状態	<input type="checkbox"/> 服薬に関して	<input type="checkbox"/> 口腔・嚥下に関して	<input type="checkbox"/> 認知機能に関して
<input type="checkbox"/> 排泄に関して(便秘・下痢等)	<input type="checkbox"/> 皮膚状態	<input type="checkbox"/> 栄養状態(体重)	<input type="checkbox"/> 食事摂取に関して	<input type="checkbox"/> その他

【連絡事項】

【医師・歯科医師記載欄】

居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	記載日	年	月	日
本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談・問い合わせ <input type="checkbox"/> 次回受診時に同行してください。				

報告ありがとうございました。確認しました。

電話で話をします。 (日時 月 日 時頃に電話をください。・電話をします。)

ご来院願います。 (日時 月 日 時頃に来院してください。)

この方は、居宅療養管理指導対象者の為、居宅療養管理指導書にて回答します。

このFAXで回答します。

【連絡事項】

記入者

返信希望の有無 返信願います 返信不要です

【別紙2】医療と介護の連携シート（記載例）

医療と介護の連携シート		個人情報 ^の 為、取扱注意	各務原市様式
医療機関名	伊木の森ファミリークリニック		
	おがせ池 太郎 先生		
電話番号	058	— 383	— 222◎
FAX番号	058	— 383	— 222◎
事業所名	冬ソナストリート介護相談センター		
職名	主任介護支援専門員		
担当者名	つつじ 桜		
電話番号	058	— 383	— 333▲
FAX番号	058	— 383	— 333△

【利用者基本情報】

ふりがな	かかみがはら まつこ	性別	年齢	生年月日	住所
利用者名	各務原 松子	女	75	1947/7/2●	岐阜県各務原市蘇原◎△町5丁目▼▲番地
要介護度	無	申請中	事業対象者	要支援 1 2	要介護 1 ② 3 4 5
					認知症自立度 IIa 障害自立度 A2

平素から大変お世話になります。上記の方の件についてご報告します。ご確認をお願いいたします。

送信枚数 本状含め 1 枚

※利用者様及びご家族様に対して個人情報の使用ならびに医療介護専門職との情報交換に関する説明を行い、同意をいただいた上で送付しております。

【ケアマネジャー・地域包括記載欄】

返信希望の有無 返信願います 返信不要です

本票送付の目的 受診時同行希望 報告 連絡 相談 返信 記載日 令和4年3月25日

【概要】

内服管理が困難になっている件 について

【項目】 サービス利用状況 心身状態 服薬に関して 口腔・嚥下に関して 認知機能に関して

排泄に関して(便秘・下痢等) 皮膚状態 栄養状態(体重) 食事摂取に関して その他

【連絡事項】

- 一戸建てにお住まいの独居の方です。本日お昼過ぎにご訪問したところ、人参薬局からの大量の残薬が台所の棚に置いてあるのを発見しました。ご利用者からの了解のもと、明日午前中に先生のところへ受診の際に私が同行し、お薬手帳と共に薬を全て持参しても良いでしょうか？
- ご家族は息子さん(48歳 夫婦と子2人世帯)のみで東京在住です。ほぼ毎日、安否確認のため電話していらっしやいます。
- サービス利用状況:玄関の上がりがまちに手すり1本レンタル(イチョウ商店) 通所介護デイサービスらら 週2回(火・木) お弁当の宅配サービス利用中(ホープぎふ)

【医師・歯科医師記載欄】

居宅療養管理指導 有 無 記載日 令和4年3月25日

本票送付の目的 返信 報告 連絡 相談・問い合わせ 次回受診時に同行してください。

報告ありがとうございました。確認しました。

電話で話をします。(日時 月 日 時頃に電話をください。・電話をします。)

ご来院願います。(日時 3月26日 11時頃に来院してください。)

この方は、居宅療養管理指導対象者の為、居宅療養管理指導書にて回答します。

このFAXで回答します。

【連絡事項】

了解しました。お気をつけてご来院ください。

記入者 おがせ池

返信希望の有無 返信願います 返信不要です

【別紙3】薬局と介護の連携シート

薬局と介護の連携シート		個人情報の為、取扱注意	各務原市様式																											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">薬局名</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td style="text-align: right;">先生</td></tr> <tr><td>電話番号</td><td>—</td><td>—</td></tr> <tr><td>FAX番号</td><td>—</td><td>—</td></tr> </table>	薬局名					先生	電話番号	—	—	FAX番号	—	—		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">事業所名</td></tr> <tr><td colspan="3">職名</td></tr> <tr><td colspan="3">担当者名</td></tr> <tr><td>電話番号</td><td>—</td><td>—</td></tr> <tr><td>FAX番号</td><td>—</td><td>—</td></tr> </table>		事業所名			職名			担当者名			電話番号	—	—	FAX番号	—	—
薬局名																														
		先生																												
電話番号	—	—																												
FAX番号	—	—																												
事業所名																														
職名																														
担当者名																														
電話番号	—	—																												
FAX番号	—	—																												

【利用者基本情報】

ふりがな	性別	年齢	生年月日	住所
利用者名				電話番号
要介護度	無	申請中	事業対象者	要支援
		1	2	要介護
		1	2	3
		4	5	認知症自立度
				障害自立度

平素から大変お世話になります。上記の方の件についてご報告します。
ご確認をお願いいたします。

	送信枚数	本状含め	枚
--	------	------	---

※利用者様及びご家族様に対して個人情報の使用ならびに医療介護専門職との情報交換に関する説明を行い、同意をいただいた上で送付しております。

【かかりつけ医等】

院名：	院名：
医師名：	医師名：
院名：	院名：
医師名：	医師名：

【ケアマネジャー・地域包括記載欄】

返信希望の有無 返信願います 返信不要です

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 返信	記載日	年	月	日
---------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----	---	---	---

【連絡事項】

--

服薬状況

<input type="checkbox"/> 飲みすぎている <input type="checkbox"/> 飲めない(飲まない) <input type="checkbox"/> その他()	↓	<input type="checkbox"/> 体調不良有() <input type="checkbox"/> 形状が合っていない <input type="checkbox"/> 薬が大量に余っている <input type="checkbox"/> 薬が足りない <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 他科から薬有(他科名:) ※ 別紙 服薬情報添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
--	---	---

【薬剤師記載欄】

返信希望の有無 返信願います 返信不要です

本票送付の目的	<input type="checkbox"/> 返信	<input type="checkbox"/> 報告	<input type="checkbox"/> 連絡	<input type="checkbox"/> 相談・問い合わせ	記載日	年	月	日
---------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	-----	---	---	---

報告ありがとうございました。確認しました。

電話で話をします。(日時 月 日 時頃に電話をください。・電話をします。)

ご来局願います。(日時 月 日 時頃に来局してください。)

このFAXで回答します。

【連絡事項】

--

記入者

【別紙4】薬局と介護の連携シート（記載例）

薬局と介護の連携シート		個人情報 ^の 為、取扱注意	各務原市様式		
薬局名	人参薬局		事業所名	冬ソナストリート介護相談センター	
並木 メタセコイヤ		先生	職名	主任介護支援専門員	
電話番号	058	— 383	— 555◎	担当者名	つつじ 桜
FAX番号	058	— 383	— 555◎	電話番号	058 — 383 — 333▲
				FAX番号	058 — 383 — 333△

【利用者基本情報】

ふりがな	かかみがはら まつこ		性別	年齢	生年月日	住所										
利用者名	各務原 松子		女	75	1947/7/2●	岐阜県各務原市蘇原◎△町5丁目▼▲番地										
要介護度	無	申請中	事業対象者	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	認知症自立度	IIa	障害自立度	A2

平素から大変お世話になります。上記の方の件についてご報告します。ご確認をお願いいたします。

送信枚数 本状含め 1 枚

※利用者様及びご家族様に対して個人情報の使用ならびに医療介護専門職との情報交換に関する説明を行い、同意をいただいた上で送付しております。

【かかりつけ医等】

院名：	伊木の森ファミリークリニック	院名：	
医師名：	おがせ池 太郎 先生	医師名：	
院名：		院名：	
医師名：		医師名：	

【ケアマネジャー・地域包括記載欄】

返信希望の有無 返信願います 返信不要です

本票送付の目的 報告 連絡 相談 返信 記載日 令和4年3月25日

【連絡事項】

● 一戸建てにお住まいの独居の方です。本日お昼過ぎにご訪問したところ、大量の残薬が台所の棚に置いてあるのを発見しました。ご利用者からの了解のもと、明日3月26日午前11時におがせ池先生のところへ受診の際に私が同行し、お薬手帳と共に薬を全て持参する予定となっています。また、受診後にそちらへお伺いします。

服薬状況

飲みすぎている 飲めない(飲まない) その他()

↓

体調不良有()

形状が合っていない 薬が大量に余っている 薬が足りない

その他()

他科から薬有(他科名:)

※ 別紙 服薬情報添付 有 無

【薬剤師記載欄】

返信希望の有無 返信願います 返信不要です 記載日 年 月 日

本票送付の目的 返信 報告 連絡 相談・問い合わせ

報告ありがとうございました。確認しました。

電話で話をします。(日時 月 日 時頃に電話をください。・電話をします。)

ご来局願います。(日時 月 日 時頃に来局してください。)

このFAXで回答します。

【連絡事項】

記入者