

〈堺市版〉
医療・介護の多職種
連携マニュアル

平成26年6月

一般社団法人 堺市医師会

堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議

(いいともネットさかい)

「堺市版 医療と介護の多職種連携マニュアル」の発行に寄せて

一般社団法人 堺市医師会
会長 岡原 猛

堺市における高齢者人口がますます増加の一途を辿っている現在、医療、介護に携わる多職種が綿密な連携体制をとり、適切かつシームレスな医療・介護サービスを提供することによって、地域の高齢者を支援していくことが、何よりも重要となっています。

本会では、医療と介護の連携のために、平成21年9月に作成された「堺市版医療と介護の連携マニュアル」を多職種連携のためのマニュアルに改訂するため、医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師・介護支援専門員・入退院に携わる病院関係者の方々にお集まりいただき、さまざまな立場から出された意見を集約して、円滑な情報のやりとりと、共有のための一つのツールとして、改訂版『<堺市版>医療と介護の多職種連携マニュアル』を作成いたしました。

マニュアル内には、医療・介護サービスを提供する関係機関が情報共有のために工夫された連携シートやそれぞれの立場からのQ&Aを掲載しております。ぜひご活用いただき、堺市における医療と介護の多職種連携が更に進むことを期待しています。

作成にあたりご協力いただきました、「堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議（いいともネットさかい）」にご参画いただいている皆様に感謝申し上げます。

目次

I	このマニュアルの趣旨・目的	．．．	P1
II	医療と介護の円滑な連携のために		
	(1) 堺市高齢者支援ネットワークについて	．．．	P1
	(2) 堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議 (いいともネットさかい)について	．．．	P3
	(3) 口腔ケアの重要性 － 在宅療養者に対する看護師、支援するスタッフ や介護者の役割 －	．．．	P5
	(4) 歯科訪問診療について	．．．	P6
	(5) 薬剤師の居宅療養管理指導・在宅患者訪問薬剤管理 指導について	．．．	P8
III	多職種連携のための共通シート		
	(1) 共通シート一覧表	．．．	P10
	(2) 連携フロー図	．．．	P14
	(3) 共通シート及び記載例		
	①「医師と介護支援専門員との連絡票」	．．．	P15
	②「介護支援専門員用診療情報提供書」	．．．	P16
	③「診療情報提供書（様式2）における介護支援専門員から の回答（返信）」	．．．	P17
	④「主治医意見書予診票」	．．．	P18
	⑤「歯科訪問診療申込書」	．．．	P22
	⑥「医師と薬剤師との連絡票」	．．．	P23
	⑦「介護支援専門員と薬剤師との連絡票」	．．．	P24
	⑧「訪問薬剤管理指導報告書」	．．．	P25
	⑨「薬剤師による訪問薬剤管理指導依頼書」	．．．	P26
	⑩「訪問看護師からの連絡シート」	．．．	P27
	⑪「入院時連携シート」	．．．	P28
	⑫「多職種のための連絡票（自由様式）」	．．．	P29
IV	連携に向けてのQ & A		
	(1) 制度・連携関係	．．．	P30
	(2) 医療機関関係	．．．	P37
	(3) 歯科医師関係	．．．	P39
	(4) 薬剤師関係	．．．	P41
	(5) 訪問看護ステーション関係	．．．	P43
	(6) 介護支援専門員関係	．．．	P44
V	相談窓口一覧	．．．	P51

I このマニュアルの趣旨・目的

全国的に高齢化が進行する中、高齢者が住み慣れた地域で、安心して自分らしく生活していくことのできる仕組みづくりー地域包括ケアシステムーの構築は、いまや我が国における最重要課題となっていますが、その根幹は、高齢者に対する医療・介護サービスの適切かつ円滑な提供体制であり、その構築のためには、地域における医療機関と介護関係者が緊密に連携することが何よりも大切です。

堺市域においては、平成21年10月、堺市医師会の主導する「堺市における医療と介護の連携を進める関係者会議（いいともットさかい）」が『堺市版「医療と介護の連携マニュアル」』を作成し、「医師と介護支援専門員との連絡票」を定める等より、主として医師と介護支援専門員（以下ケアマネジャーとする）との情報共有の円滑化、連携の強化に取り組んでまいりました。

しかしながら、平成25年に堺市医師会が実施した「医療と介護の連携についてのアンケート」の調査結果によれば、これらの連携は確実に進んでいるものの、なお、あるべき連携体制の確立には至っていないこと、また、医師とケアマネジャーの間のみならず、歯科医師、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師など、多職種が円滑に情報共有することにより連携を強化する必要があることが明らかとなっています。

本マニュアルは、このような現状の中、堺市域における医療と介護の連携を更に推進していくため、平成21年作成の『堺市版「医療と介護の連携マニュアル」』の全面改訂版として作成しました。

在宅高齢者の支援に関わる各職種の間での情報共有のための共通シートを新たに定めたほか、連携に関する様々なQ&Aや相談機関を掲載しております。

各職種の方々が、本マニュアルを大いに活用され、相互の連携をとっていく一助となれば幸いです。

II 医療と介護の円滑な連携のために

(1) 堺市高齢者支援ネットワークについて

◎堺市における地域包括支援センター制度

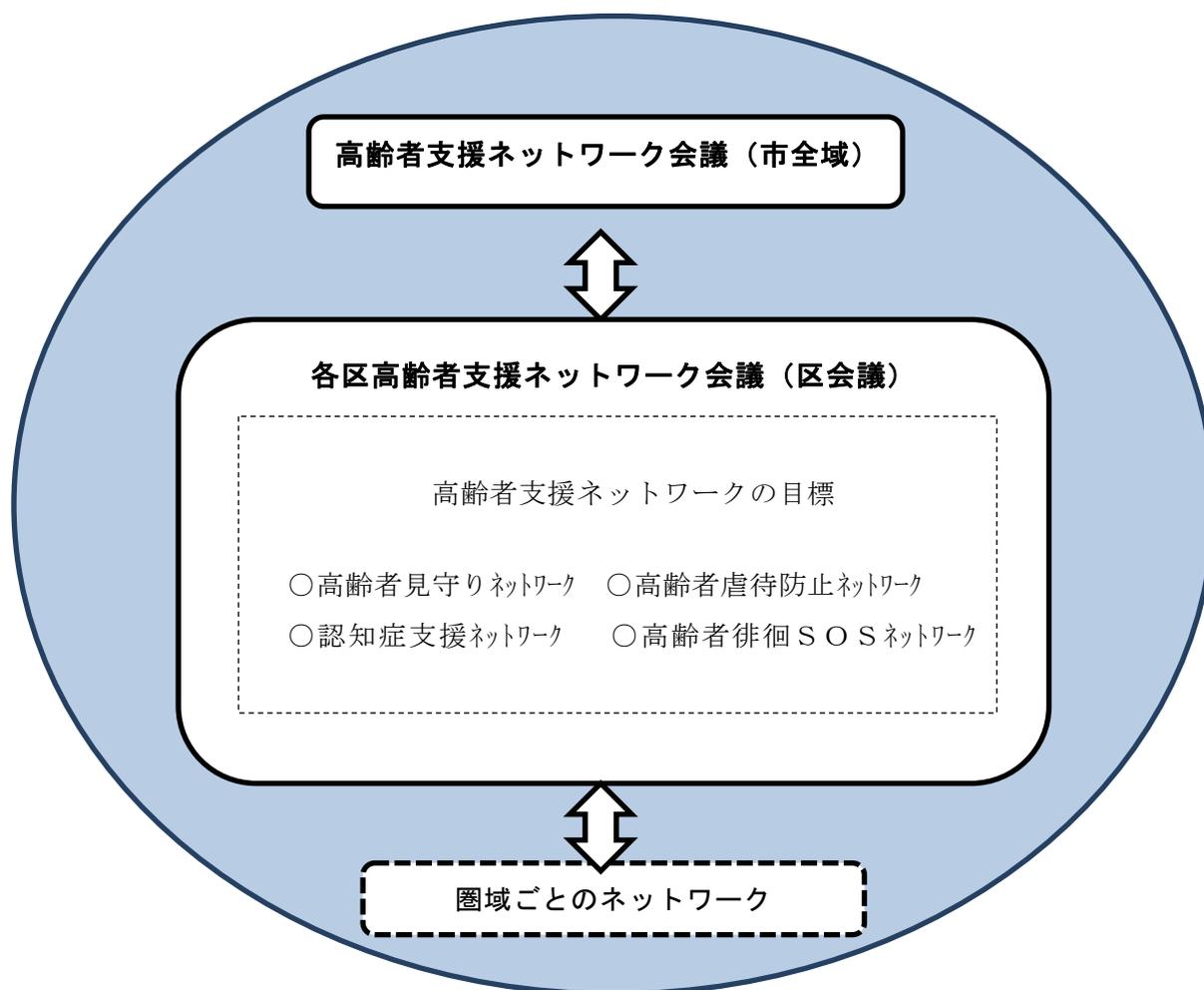
堺市は、高齢化の進行に伴い複雑かつ多様化する高齢者福祉ニーズに対応するため、これまで各区1ヶ所ずつ計7ヶ所設置していた地域包括支援センターを、平成24年4月から、各区1ヶ所（計7ヶ所）の基幹型包括支援センターと、各日常生活圏域に1ヶ所ずつ計21ヶ所の地域包括支援センターに再編しました。

それぞれの地域包括支援センターの所在地等については、P52「相談機関一覧」を参照してください。

◎地域の高齢者を支える ～ 堺市高齢者支援ネットワークについて ～

高齢者が住み慣れた地域で、自分らしく安心して暮らしていくためには、行政、多職種、地域住民が緊密な連携をはかり、高齢者を地域で支えていく仕組みづくりが重要です。

堺市では平成24年度に、堺市高齢者支援ネットワーク会議を立ち上げました。これは、市が中心となり、医師、歯科医師、薬剤師、ケアマネジャーなどの各職種、それに警察、消防、地域包括支援センター、さらには自治会や校区福祉委員会、民生委員などの地域団体に参画していただき、種々の課題について検討いただくことにより、高齢者が孤立することなく、安心して暮らしていける地域社会づくりを目指していくというものです。会議は、市全域レベル会議、各区レベル会議があり、「高齢者見守り」「高齢者虐待防止」「認知症支援」「高齢者徘徊SOS」の4つを重点目標として取り組んでいます。



(2) 堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議（いいともネットさかい）について

「I. このマニュアルの趣旨・目的」の冒頭にもありますように、高齢者が住み慣れた地域で、いつまでも安心して暮らしていただけるための仕組み（地域包括ケアシステム）の実現にあたっては、医療機関や介護事業者をはじめとした多職種が互いに連携し、緊密なネットワークを構築することが不可欠です。

堺市においては、平成20年11月に医師会主導のもと「堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議」（いいともネットさかい）が、さらに、平成23年2月にはその専門部会である「堺地域『医療と介護の連携強化』病院連絡協議会」（C・Cコネット）を発足し、連携強化にかかる様々な課題に取り組んでいます。

◎「堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議」（いいともネットさかい）

いいともネットさかいは、平成20年11月、医師会主導のもと発足しました。この会議では、医療と介護に関わる関係者が一堂に集まり、意見交換や情報交換をつうじて、堺市における医療と介護の連携についての現状を把握し、共通かつ全市的に取り組むべき課題を検討するとともに、医療と介護に従事する多職種の関係者に対する研修や情報提供なども行っていくことを目的としています。

構成メンバー

- ・堺市医師会
- ・堺市歯科医師会
- ・大阪狭山市・堺市美原区歯科医師会
- ・堺市薬剤師会
- ・大阪府訪問看護ステーション協議会堺ブロック
- ・認知症疾患医療センター
- ・介護支援ネットワーク協議会・さかい
- ・大阪介護支援専門員協会堺ブロック
- ・C・Cコネット
- ・堺市
- ・堺市社会福祉協議会

事務局

堺市社会福祉協議会（包括支援センター統括課）

これまでの経過、取り組み

平成20年11月 発 足

会議の愛称・・・「いいともネットさかい」

※高齢者いのちといきがいを支えるためにともに力になるう

平成21年10月 「堺市版 医療と介護の連携マニュアル」の作成、配布

平成22年 4月 「主治医意見書予診票」の作成、運用開始

平成23年12月 「多職種協働での事例検討会」の開催

構成メンバー

- ・堺市内の急性期病院、療養型病院、精神科病院
- ・大阪介護支援専門員協会堺ブロック
- ・大阪府訪問看護ステーション協議会堺ブロック
- ・堺市社会福祉協議会
- ・各地域包括支援センター

事務局

堺市社会福祉協議会（包括支援センター統括課）

これまでの経過、取り組み

平成23年 2月 発 足

会議の愛称・・・「C・Cコネット」

※Cure（治療）Care（介護）をコネット（つなぐ）

平成23年 9月 「堺市病院連携窓口一覧表」の作成

平成24年12月 「入院時連携シート」の作成、運用開始

(3) 口腔ケアの重要性

～ 在宅療養者に対する看護師、支援するスタッフや介護者の役割 ～

在宅や施設で療養されている方は高齢者が多く、また様々な疾患を抱えています。高齢者では特に寝たきりになることで廃用が進みやすく、口腔機能の低下から誤嚥性肺炎にもなります。安全な摂食のため、また誤嚥性肺炎や口腔機能の廃用予防のため、介護者による日々の口腔ケアはとても重要です。

口腔ケアとは「歯、舌、粘膜、義歯などの器質的ケアと、それらを使って食べたり、話したりする機能を維持・回復するための機能的ケアの2つに分けて考えるとよい」と言われています。

口腔ケアの必要性には以下が挙げられています。

1) 誤嚥性肺炎の予防

誤嚥性肺炎は食物を誤嚥することで発症しますが、絶食中の場合でも口腔内に貯留した唾液の誤嚥や逆流してきた胃液を誤嚥することでも起こります。口腔内には多くの微生物が生息し、歯や舌、義歯に付着した食物残渣や微生物から歯垢（プラーク）や舌苔などが形成されます。歯垢や舌苔に含まれる口腔内細菌はう蝕、歯周病だけでなく、誤嚥性肺炎や感染性心内膜炎、敗血症など全身疾患の原因菌ともなります。しかし、口腔ケアを行うことで口腔内細菌をある程度抑えることができます。これにより少量の唾液を誤嚥したとしても、肺炎に直接関与するのを予防することができます。

2) 唾液の作用を引き出す

唾液には咀嚼や嚥下運動を助ける、消化作用や洗浄・抗菌作用といった感染防御、発声・発音の口唇・舌の動きを滑らかにする働きなど、様々な機能があります。人間は食べていると唾液分泌が多くなりますが絶食中の方にはその働きがどうしても弱まってきます。唾液による自浄作用は肺炎防止にもなります。よって絶食中の口腔内に刺激を与えて唾液分泌を促し、作用を引き出すことが必要になってきます。

3) 廃用性症候群の予防

寝たきり状態が続くと特に高齢者では身体の拘縮が進み、廃用性症候群になります。それと同様に口腔周囲筋群の廃用が起こる要因としては、活動性の低下や発語量の減少、絶飲食、臥床状態などがあります。口腔周囲の筋肉や舌・口唇の廃用が進むと、開口困難や舌の動かしにくさからしゃべりにくいなどの症状が出てきます。口腔周囲の筋機能訓練や摂食機能訓練などで予防することが重要です。

4) 脳の活性化

食べ物を咀嚼や嚥下することや口腔内で味わうこと、温かい・冷たい・硬い・やわらかいを感じることが脳を活性化させます。大脳皮質の運動野や知覚野の1/3を占める部分が口腔器官に関する部分であるからです。絶食中であつたとしても、口腔ケアによる口腔内マッサージや味覚刺激を行うことが脳の刺激にもつながります。

以上のことから、口腔ケアは口腔内の清掃目的だけでなく、機能を維持・回復するための機能面に対する目的でもあることがわかります。在宅や施設で療養されている方ご本人やご家族の口腔ケアに対する優先度や希望、理解度も様々であるため、統一された方法での口腔ケアを継続するのは困難である現状でもあります。その中で口腔ケアの必要性を理解した看護師や支援するスタッフが携わることは、口腔内状況が改善されることにつながっていきます。

(4) 歯科訪問診療について

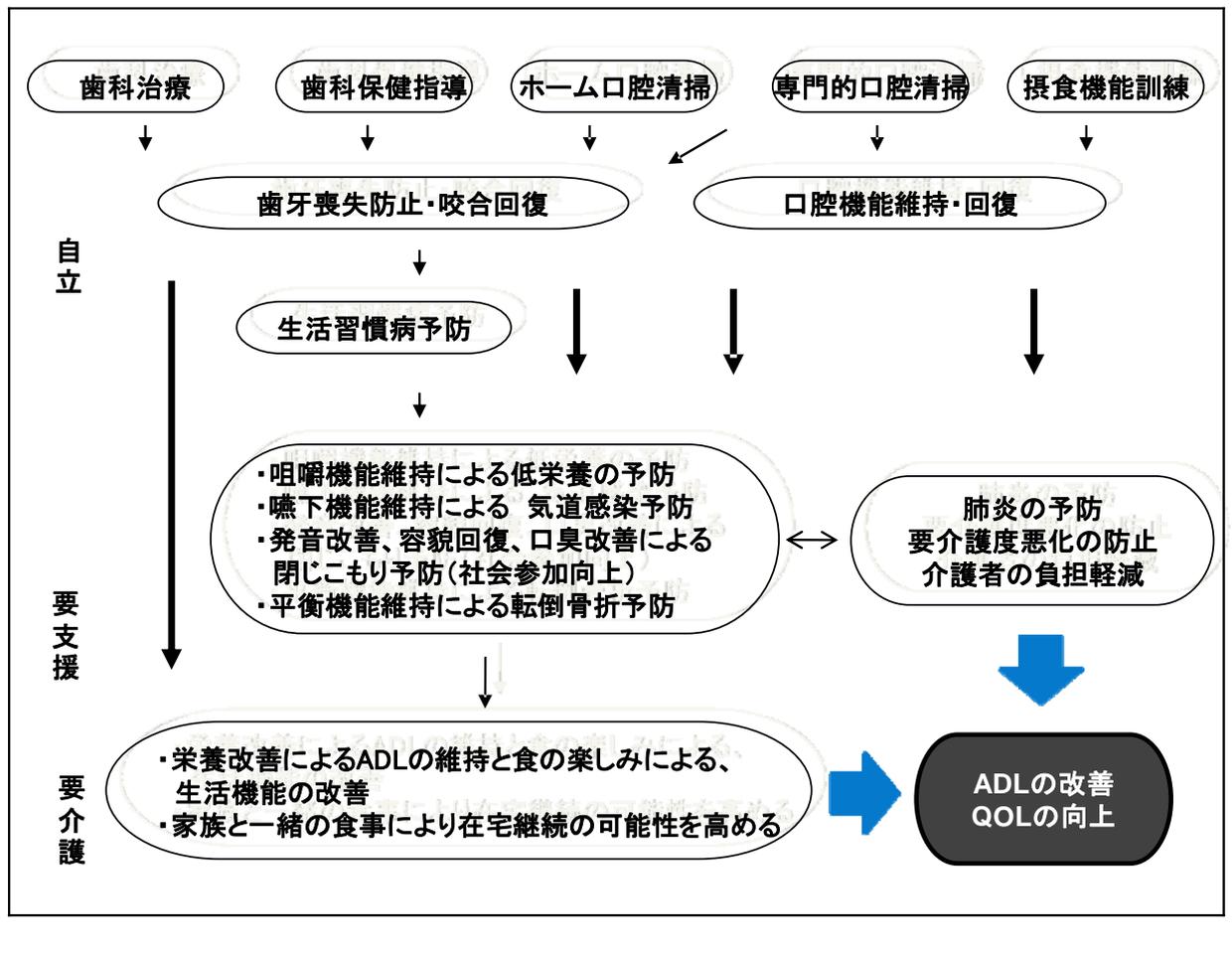
= 歯科訪問診療について =

歯科訪問診療とは、寝たきりや施設に入所し歯科医院に通えない方のために歯科医師・歯科衛生士が自宅または施設まで訪問し治療を行います。訪問診療は口腔疾患の治療や口腔ケアで清潔に保つことによって、疾病を予防、改善し、全身状態（ADL）の改善と生活の質（QOL）の向上を目的として行われております。安心して自分らしい生活ができるように、通院ができないからとあきらめず、何でもお気軽にご相談下さい。

★主な診療内容

- ・ 歯の検診や口腔についての健康相談
- ・ う蝕、歯周疾患の治療
- ・ 義歯の作成、修理や調整
- ・ ホーム口腔ケアなどの歯科保健指導
- ・ 専門的口腔ケア
- ・ 口腔周囲のリハビリテーション
- ・ 摂食、嚥下リハビリテーションの協力
- ・ 他職種や高次医療機関との連携など

《 口腔ケアが高齢者の健康や生活機能に与える影響》



＝ 歯科訪問診療の申し込み ＝

堺市在住（美原区以外）の方は堺市口腔保健センターに、美原区在住の方は大阪狭山市・堺市美原区歯科医師会事務局に電話にてお問い合わせください。FAXでも受け付けていますので申し込み用紙に必要事項を記載の上、送信してください。折り返し担当者から連絡します。堺市の地域医療連携が整備されていますので速やかに対応します。

※ 堺市在住（美原区以外） ・ ・ ・ 堺市口腔保健センター

TEL : 072-243-1902

FAX : 072-243-3088

受付 : 月・火・水・木・金
午前10:00から午後4:00

※ 堺市美原区在住 ・ ・ ・ ・ ・ 大阪狭山市・堺市美原区歯科医師会事務局

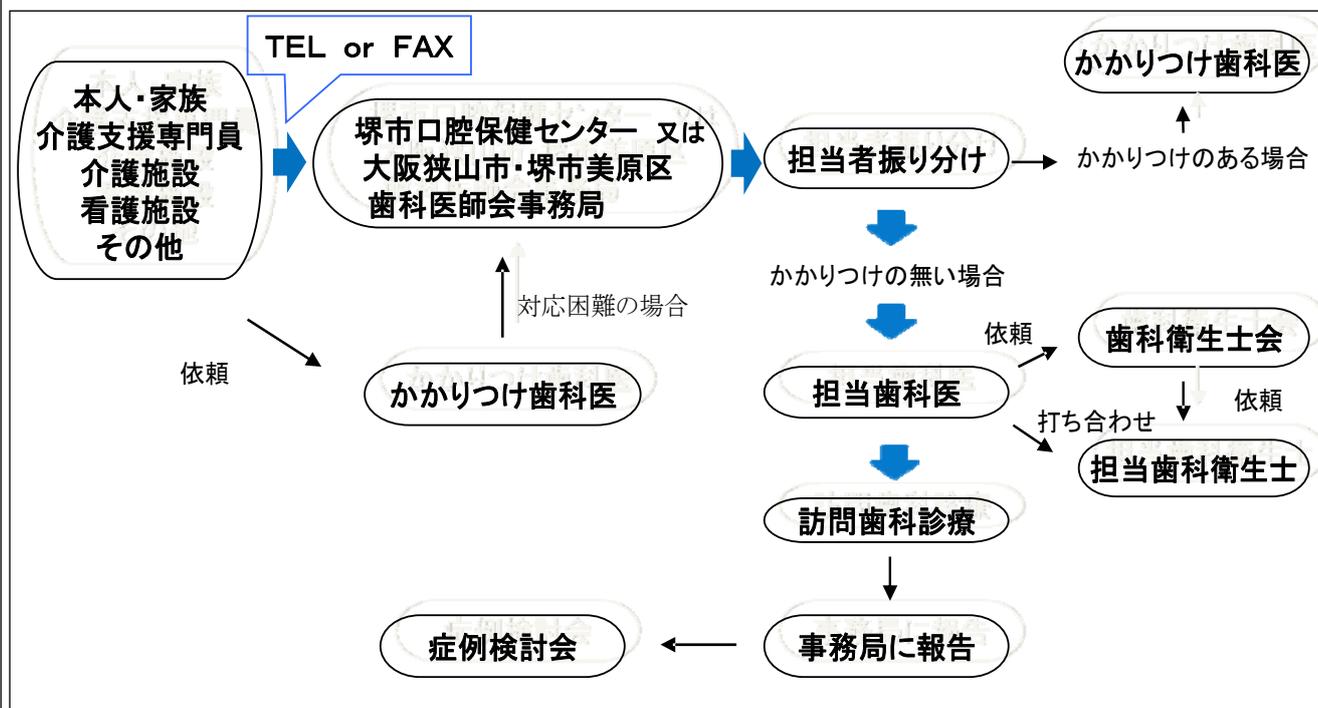
TEL : 072-368-6650

FAX : 072-368-6657

受付 : 月・火・水・金
午前10:00から午後3:00

※ 会ホームページ (<http://omda8020.com>) にも「歯科訪問診療申込書」を掲載しています

《 歯科訪問診療のフローチャート 》



(5) 薬剤師の居宅療養管理指導・在宅患者訪問薬剤管理指導について

薬剤師の 居宅療養管理指導 在宅患者訪問薬剤管理指導 について

在宅医療の健全な発展のため、薬剤師の訪問服薬指導（居宅療養管理指導）を提供できるサービス体制を整備致しております。

在宅でのお薬の管理・副作用防止・処方薬の提案・不要医薬品や医療廃棄物の処理など、在宅での治療から生活支援に至るまで、患者様の安全で安心な自立生活をサポートするため、積極的な取り組みを行っております。

在宅医療についての申込書を用意させて頂いておりますので、地域医療連携室まで電話又はFAX を頂ければ、在宅医療応需薬局をご紹介させていただきます。

堺市薬剤師会 地域医療連携室

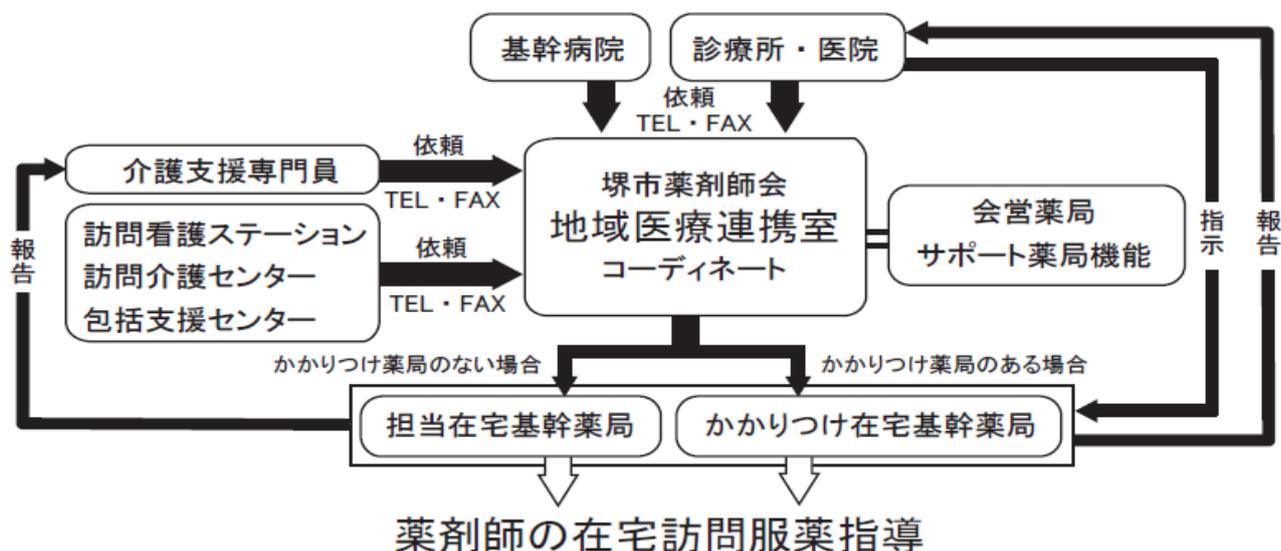
電話 072-280-1873

FAX 072-280-1918

住所 〒592-8335
堺市西区浜寺石津町東 4-2-14

受付時間 月～金 9:00～17:00

【薬剤師の在宅医療におけるフローチャート】



在宅で薬剤師が出来ること ...

薬の説明



- 処方された薬の効能・効果を説明
- 副作用の有無の確認
- 副作用発生時の医師への報告と対応

薬が飲みにくい場合の工夫・提案



- 剤形の変更を提案
- 苦味を除くための工夫
- 嚥下補助ゼリーやオブラートを活用
- 簡易懸濁法の提案

薬の保管・管理方法



- 残薬の整理
- 服用時点ごとに薬を一包化
- 服薬カレンダーなどを利用し、飲み忘れ防止のための工夫とアドバイス
- 吸湿防止や遮光の必要な薬の管理方法についてアドバイス

麻薬の適性使用

- 麻薬の剤形選択や用法、用量についての助言
- 麻薬の副作用の確認と報告
- 不用になった麻薬の回収と適正処分
- 患者さん以外の方へ不正に使用することを防止

併用薬や健康食品との飲み合わせ

- 他科受診による併用薬との飲み合わせの確認
- 処方薬と OTC の飲み合わせの確認
- 処方薬と食品や健康食品の飲み合わせの確認

介護・衛生などの相談

- ケアマネジャーの紹介
- 介護用品の提供
- 生活環境の指導

住環境などを衛生的に保つための指導・助言



- シーツやお住まいの消毒方法などについてご説明します。

薬剤師 = 薬の配達人にならないように頑張っています。今後ともよろしくお願いたします。



Ⅲ 多職種連携のための共通シート

(1) 共通シート一覧表

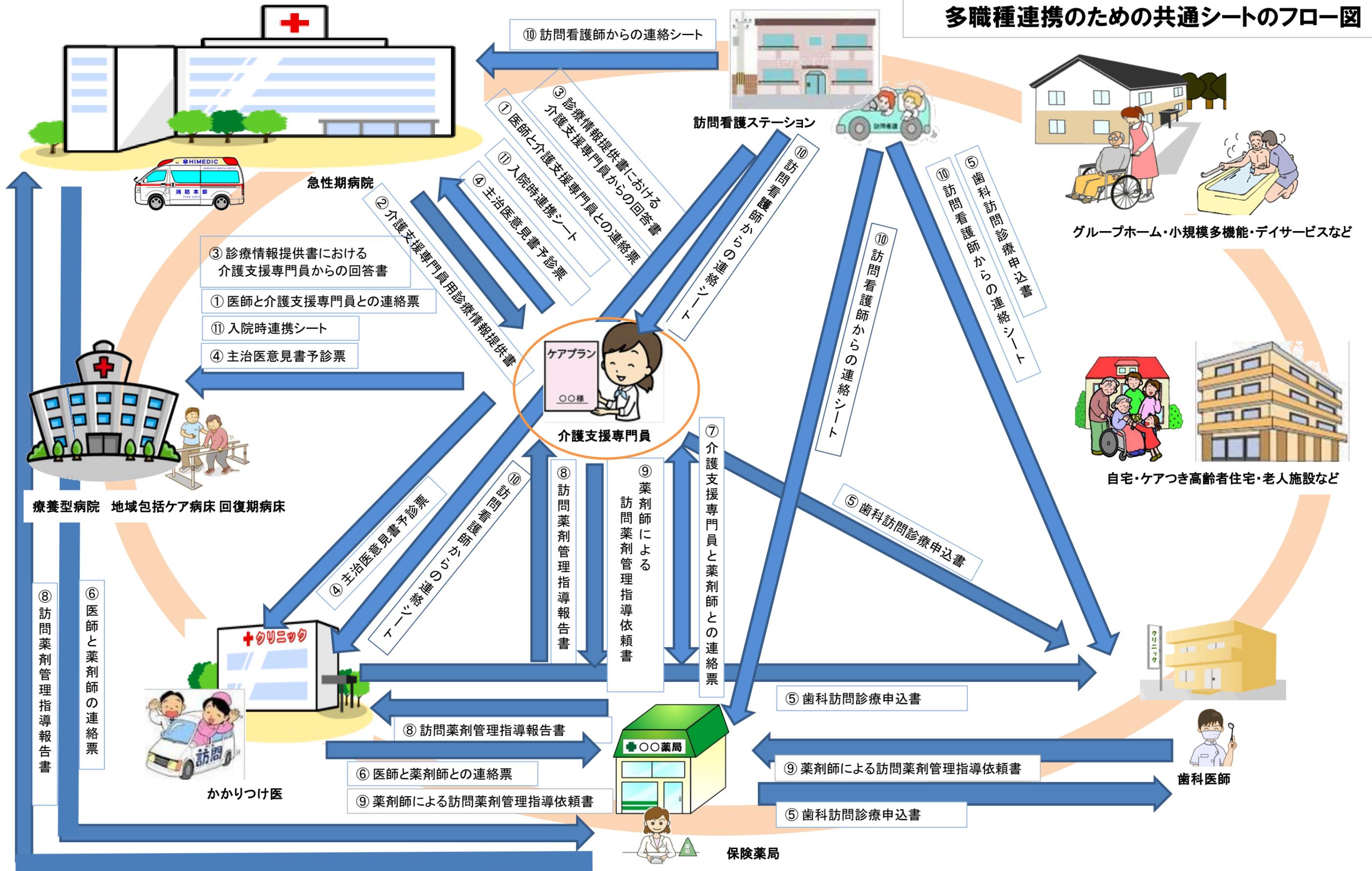
共通シート	使用する職種	使い方	留意点
① 医師と介護支援専門員との連絡票	ケアマネジャー ↓ ↑ (返信) 医 師	ケアマネジャーから医師へ照会する場合、その照会を受けて医師からケアマネジャーに返答する場合に使用します。	この連絡票での回答(返信)は診療報酬にある診療情報提供料は算定できませんのでご注意ください。
② 介護支援専門員用診療情報提供書	医 師 ↓ ケアマネジャー	医師からケアマネジャーへの診療情報提供や、依頼したい内容がある場合に使用します。	<ul style="list-style-type: none"> ・この診療情報提供書の内容を外部に提供する場合は必ず主治医の同意を得てください。 ・患者又はご家族様への説明等については、事前に医療機関側からご説明ください。 ・この連絡票での診療情報提供書は診療報酬にある診療情報提供料が算定できます。 ・算定にあたっては、ご本人又はご家族の同意を得ていただく必要があります。
③ 診療情報提供書における介護支援専門員からの回答(返信)	ケアマネジャー ↓ 医 師	医師からケアマネジャーへの診療情報提供や、依頼したい内容について、ケアマネジャーからの回答(返信)用として使用します。	

<p>④ 主治医意見書予診票</p>	<p>ケアマネジャー</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>医師</p>	<p>介護保険の要介護認定は、訪問調査結果と主治医意見書が必要です。医師が主治医意見書を記載するにあたり、患者（利用者）様の日常生活の状況をより把握するための予診票で、参考資料とさせていただきます。ご家族に変わりケアマネジャーに記載していただく場合もあるかと思いますが、要介護認定を円滑にすすめるためにご協力をお願いいたします。</p>	<p>介護をされていて困ったり、主治医に伝えておきたいこと、区分変更の理由、福祉用具レンタルの必要性の理由などがありましたら記載してください。</p>
<p>⑤ 歯科訪問診療申込書</p>	<p>医師 薬剤師 訪問看護師 ケアマネジャー</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>歯科医師</p> <p>※ 送付先は、堺市口腔保健センターまたは大阪狭山市・堺市美原区歯科医師会事務局</p>	<p>堺市在住（美原区以外）の方は堺市口腔保健センターに、美原区在住の方は大阪狭山市・堺市美原区歯科医師会事務局に FAX してください（電話でも受け付けています）。折り返し担当者から連絡します。</p> <p>堺市在住（美原区以外）</p> <p>= 堺市口腔保健センター</p> <p>TEL : 072-243-1902 FAX : 072-243-3088 受付：月・火・水・木・金 10:00～16:00</p> <p>堺市美原区在住</p> <p>= 大阪狭山市・堺市美原区歯科医師会事務局</p> <p>TEL : 072-368-6650 FAX : 072-368-6657 受付：月・火・水・金 10:00～15:00</p>	<p>申し込み用紙に必要な事項を記載（わかるところだけで結構です）の上、送信してください。相談のみでも結構です。</p>

<p>⑥ 医師と薬剤師との連絡票</p>	<p>薬剤師 ↓ ↑ (返信) 医 師</p>	<p>薬剤師が医師と、当初に連絡をとりたい時に利用するシートです。</p>	<p>他のシートを利用する方が適切な場合は、その使用を優先してください。</p>
<p>⑦ 介護支援専門員と薬剤師との連絡票</p>	<p>薬剤師 ↕ ケアマネジャー</p>	<p>薬剤師からケアマネジャーへの連絡に、あるいはケアマネジャーから薬剤師への連絡に利用するシートです。</p>	<p>他のシートを利用する方が適切な場合は、その使用を優先してください。</p>
<p>⑧ 訪問薬剤管理指導報告書</p>	<p>薬剤師 ↓ ↓ 医 師 介護支援 専門員</p>	<p>訪問薬剤管理指導の際に、薬剤師から医師又はケアマネジャーへの報告に使用するシートです。</p>	<p>報告書に書式はありません。現在使用しているものや、より適切なものがあれば、そちらを利用しても問題ありません。</p>
<p>⑨ 薬剤師による訪問薬剤管理指導依頼書</p>	<p>医師 歯科医師 訪問看護師 ケアマネジャー ↓ 薬剤師</p>	<p>堺市薬剤師会の地域医療連携室宛に、薬剤師による訪問指導を依頼する時に利用するシートです。</p>	<p>電話での依頼による間違いを防ぐためにも利用してください。</p>

<p>⑩ 訪問看護師からの連絡シート</p>	<p>訪問看護師 ↓ ↑ (返信) [医師 歯科医師 薬剤師 ケアマネジャー</p>	<p>訪問看護師から多職種への連絡をとりたい時に、使用します。初めての事業所さんにも、気軽に連絡をとる時などに使用してください。</p>	
<p>⑪ 入院時連携シート</p>	<p>ケアマネジャー ↓ 病 院</p>	<p>在宅療養中の患者が入院した場合に、担当のケアマネジャーが、在宅での状況を簡潔に入院先の病院へ情報を提供する際に使用する。</p>	<p>①情報提供の必要性が要か否かを入院先に確認する。 ②FAX運用の際には、予め入院先に電話で送信予告し、FAXする。 ③本シートを受け取った病院は、退院時に看護サマリーを作成し、ケアマネジャーへ逆情報提供を行う。</p>
<p>⑫ 多職種のための連絡票（自由様式）</p>	<p>[医師 歯科医師 薬剤師 訪問看護師 ケアマネジャー ↑ ↓ [医師 歯科医師 薬剤師 訪問看護師 ケアマネジャー</p>	<p>職種を問わず、多職種間での連絡調整などに使用するシートです。</p>	<p>他のシートを利用する方が適切な場合は、その使用を優先してください。</p>

多職種連携のための共通シートのフロー図



医師と介護支援専門員との連絡票

のりしろ

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

宛先	医療機関名 〇〇病院	発信元	介護事業所名
	住所 堺市〇〇区		住所
	医師 山田 一郎 先生(宛)		TEL (名刺を貼ることができます) FAX - - 氏名
(発信)			

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と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、ご回答をお願いいたします。

*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

- ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
- ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	氏名	サカイ 堺 太郎	介護度	申請中・要支援1・2
	住所	堺市〇〇区	TEL	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
	生年月日	明・大・昭 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生 (〇〇 歳)		男・女

照会目的	<input checked="" 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"/> 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における医学的意見について
	<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 checked="" type="checkbox"/> 利用者下記状況についての相談
	<input checked="" type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶

<相談内容等>

いつもお世話になっております。堺 太郎 様の担当ケアマネジャーをさせていただきます。

介護認定更新で要支援 2 認定を受けられました。

現在、週1回のデイケアサービスを利用されていますが同居の娘様より、自宅ではほとんどベッド上で過ごすことが多く下肢筋力低下予防のためデイケアサービスの回数を週2回に増やしリハビリの強化を希望されています。

他、介護サービス利用の特殊寝台と寝台付属品は今後も継続して利用希望されています。

介護保険サービスの利用や在宅生活を継続する上での留意点・ご指示などありましたら、先生の御意見を頂戴したいと思います。

担当介護支援専門員名 大阪 花子

医師からの回答(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。

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (日時: 月 日 時頃に来院ください)	
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (日時: 〇〇 月 〇〇 日 〇〇 時頃に電話をください・します)	
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> FAXで回答します <input type="checkbox"/> メールで回答します	
サービス担当者会議に	<input type="checkbox"/> 出席します (<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他)	<input checked="" type="checkbox"/> 出席しません

特殊寝台と寝台付属品は必要です。

介護サービスでは下肢筋力低下予防のためデイケアの利用回数を増やすことが望ましい。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 氏名 〇〇病院 山田 一郎

(様式 2)

介護支援専門員用診療情報提供書

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

介護事業所名称 〇〇ケアプランセンター

氏名 大阪 花子 様

医療機関の所在地及び名称 堺市〇〇区 〇〇病院

医師氏名 山田 一郎

電話番号 (072) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

F A X (072) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

患者氏名	堺 太郎		
性別・生年月日	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	明・大・昭・平 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (〇〇 歳) 職業 無職
患者住所	堺市〇〇区 電話番号 (072) 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
診療形態	<input checked="" type="radio"/> 1.外来 <input type="radio"/> 2.往診 <input type="radio"/> 3.入院(平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日)		情報提供回数 1 回
傷病名 (疑いを含む)	<傷病名> 認知症		
	発症年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	受診年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	初発/再発	<input checked="" type="radio"/> 1.初発 <input type="radio"/> 2.再発(年 月 日 初発)	
寝たきり度(該当するものに○)			
J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 <input checked="" type="radio"/> A 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 B 寝たきり 1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが坐位を保つ。 C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。			
日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)			
移動	自立・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助・全面介助	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助・全面介助	入浴	自立・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助・全面介助
着替	自立・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助・全面介助	整容	<input checked="" type="radio"/> 自立・一部介助・全面介助
認知症老人の日常生活自立度(該当するものに○)			
I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。 <input checked="" type="radio"/> II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。 III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。 IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。 M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。			
<認知症の中核症状>			
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意志の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			
病状・既往症・治療状況・退院の年月日等			
H20年1月 高血圧症 H20年8月 不正脈 H25年1月 認知症 投薬にて加療中			
訪問診療 <input checked="" type="radio"/> 有・無 訪問看護 <input checked="" type="radio"/> 有・無			
必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容 (介護支援専門員に依頼したい内容や必要と考えられる介護サービス・介護支援専門員が知っておくべき医療情報を記載して下さい。)			
認知症予防を視野に入れた、ディサービスでのレクリエーションを希望。			

上記の患者について、介護(予防)サービス等の診療情報を提供いたします。
 依頼内容について、回答(必要・不要)です。
 この診療情報提供書の内容を外部に提供する場合は必ず主治医の同意を得てください。
 患者様・ご家族様への説明等については、事前に医療機関側がご説明ください。

診療情報提供書(様式2)における介護支援専門員からの回答(返信)

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

医療機関名 〇〇病院

住 所 堺市〇〇区

医 師 山田 一郎 先生

介護事業所名 〇〇ケアプランセンター

住 所 堺市〇〇区

担当介護支援専門員

氏 名 大阪 花子

TEL (072) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

FAX (072) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日付で、診療情報提供書により情報をいただきました下記利用者につきまして、
回答いたします。

利用者氏名	堺 太郎
性別・生年月日	(男)・女) 生年月日 明・大・昭・平 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日(〇〇 歳)
住 所	堺市〇〇区 電話番号(072)〇〇〇-〇〇〇〇
<p><回答></p> <p>先生のご助言ありがとうございます。 担当者会議にて現在利用しているデイサービスのレクにて、脳トレを取り入れて認知症の 予防を図ることになりました。</p>	

要介護認定を円滑にすすめるために（お願い）

介護保険の要介護認定は、介護認定審査会で審査判定しますが、その資料として訪問調査結果と主治医の意見書が必要です。1日も早く認定結果をお知らせするためにも、下記のことについて、**答えられる範囲でご記入**のうえ、**すみやかに**「かかりつけ医(主治医)」に提出されるよう、ご協力をお願いします。

この用紙は主治医意見書を記載するにあたり、患者様(利用者様)の日常生活の状況をより把握するための予診票です。記入にあたりわからないことがありましたら「かかりつけ医(主治医)」または担当ケアマネジャーにお尋ね下さい。また、必要に応じて、電話での質問や外来への受診をお願いすることがあります。

堺市医師会

主治医意見書予診票

記入日 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

Ver1.00

申請者本人(利用者) 氏名	ふりがな(さかい たろう)	明・大・ 昭 ○○ 年○○ 月○○ 日生 (○○歳)	
	堺 太郎		
記載者氏名	大阪 花子	続柄	ケアマネジャー
連絡方法・連絡先	○○ケアプランセンター	TEL	072-○○○-○○○○

今回の介護保険申請について教えてください。	・新規・更新・区分変更 (現介護度)(要支援1・2 要介護1・ 2 ・3・4・5)
在宅で介護する上で困っていることを教えてください。	・状態の悪化・介護者の負担が大きい・ 認知症 の進行 ・その他()
現在継続的に診断を受けたり、治療を受けている病院・診療所が当院以外にありますか？	病院・診療所名(○○病院) 診療科目(○○科)

(1)

今までにかかった大きな病気について記入してください。 病気の名前(例えば、骨折、心臓発作、喘息など) 手術をしたかどうか等	いつ頃 平成○○年○月頃 病名 ○○病
今かかっている病気の状態は安定していますか？	・安定している・ 不安定 ・わからない ・良くなっている・悪くなっている
主に介護が必要になった原因の傷病名は何ですか？ (わかれば記入ください)	原因の傷病名 認知症

(2)

この14日以内に受けた処置があれば記入してください。 (わかる範囲で結構です)	・点滴・中心静脈栄養・透析・ストーマの処置 ・酸素療法・人工呼吸器・気管切開の処置 ・疼痛(ひどい痛み)の看護・経管栄養
この14日以内に受けた特別な対応があれば記入してください。 (わかる範囲で結構です)	・モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度) ・床ずれ(じょくそう)の処置
尿もれ(尿失禁)への対応	・コンドームカテーテル ・留置カテーテル

(様式 4)

日常生活の状態についてお伺いいたします。該当する項目に1つ○を付けて、右の1か2についても選択してください。

	日常生活はまったく問題なく、一人で外出している。	
<input checked="" type="radio"/>	何らかの障害はあるが、日常生活はほぼ自立していて、一人で外出している。 1. 交通機関を利用して外出できる 2. とおり近所なら外出できる	1 ・ <input checked="" type="radio"/> 2
	屋内での生活はほぼ自立しているが、介助なしには外出していない。 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活している 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	1 ・ 2
	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座っていることもある。 1. 車いすに自分で乗り移り、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに乗り移る	1 ・ 2
	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 1. 自分で寝返りをうつ 2. 自分で寝返りをうつことができない	1 ・ 2
同じく、該当する項目に1つ○を付けて、右のaかbについても選択してください。		
	会話はスムーズで意思疎通もできて、特に困るような行動もない。	
	何らかの認知症があるが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
<input checked="" type="radio"/>	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 a. たびたび道に迷う、買物や金銭管理など、それまでできたことにミスが目立つ。 b. 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 a. 日中を中心として、着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声を上げる。火の不始末、不潔行為、性的異常行為などの症状により、日常生活に困難をきたし、介護を必要とする。 b. 夜間を中心として aと同じ。	a ・ b
	上記の多彩な症状により、常に目を離すことができない。常に介護を必要とする。	
	せん妄(意識混濁)に加えて幻覚や錯覚が見られるような状態)、妄想(根拠もなくあれこれと想像する)、興奮、自傷(自分のからだをわざと傷つける)・他害など著しい精神症状や問題行動があり、専門医の治療を必要とする。	

(3-2)

ひどい物忘れがありますか？	・ある ・ <input checked="" type="radio"/> ときどき ・ない
毎日の生活は自分一人の判断や意思でできますか？	・できる ・いくらか困難 ・ <input checked="" type="radio"/> 見守りが必要 ・できない
自分がしたいこと、言いたいことを相手に伝えられますか？	・伝えられる ・ <input checked="" type="radio"/> いくらか困難 ・具体的要求に限られる ・伝えられない

(3-3)

1	実際にはないものが見えたり、聞こえたりしますか？	・ある ・ときどき ・ <input checked="" type="radio"/> ない
2	実際にはなかった事をあったように言うことがありますか？ (例えば、お金をとられたとか、なくなったとか言う)	・ある ・ <input checked="" type="radio"/> ときどき ・ない
3	昼夜が逆転していますか？(昼間に寝ていることが多く、夜間(深夜、早朝)動き回ったり、大声を出したりする)	・ある ・ときどき ・ <input checked="" type="radio"/> ない

記入例

4	今までになかったような暴言をはくことがありますか？	・ある ・ ときどき ・ない
5	介護者に暴行を加えることがありますか？	・ある ・ときどき ・ ない
6	介護に抵抗または拒否することができますか？	・ある ・ ときどき ・ない
7	目的もなく歩き回ったり外出したりすることができますか？	・ある ・ときどき ない
8	外出して帰れなくなったことがありますか？	・ある ・ ときどき ・ない
9	ガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか？	・ある ・ときどき ない
10	排便後などに、便や尿に触ったりすることができますか？	・ある ・ときどき ない
11	本来食べられないものを食べたり、食べようと口に入れたりすることができますか？	・ある ・ときどき ない
12	まわりが迷惑するような性的問題行動がありますか？	・ある ・ときどき ない
1から12までの質問の他に問題行動がありますか？		・ある() ない

(3-4)

精神科・神経科・心療内科にかかっていますか？	・かかっている ・か か っていない
かかっている病名などがわかれば記入してください。	()

(3-5)

利用者の利き腕はどちらですか？	・ 右利き ・左利き
身長と体重は？(測れないときはおおよそで結構です)	身長 160 cm 体重 50 kg
過去6ヶ月月の体重の変化がありますか？	・増えた ・ 維持 ・減った
腕・肢(足)・指などに欠損がありますか？	ある(部位) ない
麻痺や力が入らず不自由なところがありますか？	ある(部位) ない
筋力の低下がありますか？	ある (部位 両下肢) ない
関節が動きにくく、不自由なところがありますか？	ある (部位 両膝関節) ない
関節のどこかに痛みがありますか？	ある (部位 両膝) ない
自分の意思ではない体の動きがありますか？ (例えば、手の指がふるえる、顔面がけいれんするなど)	ある(部位) ない
現在、床ずれ(じょくそう)がありますか？	ある(部位) ない
床ずれ(じょくそう)以外の皮膚の病気がありますか？	ある(部位) ない

(4-1)

屋外歩行ができますか？	・ できる ・介助がいる ・できない
車いすを使用していますか？	・使用 して いない ・使用して自分で操作できる ・使用して介助がいる
杖、歩行器、シルバーカーなどの歩行補助具や装具を使用していますか？ (複数回答可)	・使用して いない ・屋外 で 使用している ・屋内で使用している

(-3-)

記入例

(様式 4)

(4-2)

食事は自分一人でできますか？	・ できる ・なんとか ・できない
現在の栄養状態は良好ですか？	・ 良好 ・不良

(4-3)

便や尿をもらすことがありますか？ (便意や尿意がわからないことがありますか？)	・ある ・ ときどき ・ない
よく転んだりしませんか？	・ある ・ときどき ・ ない
移動する力がありますか？	・保た れ ている ・低下 ・悪い
苦しそうな息をしていないですか？	・ある ・ときどき ・ ない
閉じこもりがありますか？	・ある ・ ない
意欲の低下がありますか？	・ある ・ ない
食欲不振がなく食事は十分取れていますか？	・ 取れている ・取れていない
食べ物や飲み物をスムーズに飲むことができますか？	・ できる ・何とか ・できない
水分補給は十分にできていますか？	・ できている ・できていない
風邪などの感染症によくかかりますか？	・ある ・たまに ・ ない
がん等によるひどい痛みがありますか？	・ある ・ ない

(4-5)

現在受けているか、今後受きたい医学的な管理を要する介護サービスは何ですか？ 1.訪問診療 2.訪問看護 3.看護職員の訪問による相談・支援 4.訪問歯科診療 5.訪問薬剤管理指導 6.訪問リハビリテーション 7.短期入所療養介護 8.訪問 歯科衛生指導 9.訪問栄養食事指導 10.通所リハビリテーション	左の番号を記入してください。 (5)・()・()・() ()・()・()・()
上記サービス以外で現在受けているか、今後受きたい介護サービスは何ですか？ 11.訪問介護 12.訪問入浴 13.通所介護 14.福祉用具の貸与 15.福祉用具販売 16.住宅改修 17.老人保健施設 18.老人福祉施設 19.療養型医療施設 20.その他のサービス	左の番号を記入してください。 (11)・()・()・() その他 ()

(5)

<p>その他(ご家族様・担当ケアマネジャー様へ)</p> <p>介護をしていて困ったり、主治医に伝えておきたいこと、区分変更の理由、福祉用具レンタルの必要性の理由などがあれば、記入してください。</p> <p>いつもお世話になりありがとうございます。</p> <p>○月○日付で更新いたします。</p> <p>1年前の更新時と比べ認知症状が進み外出時に道に迷ったり同じ物を毎日購入したり、</p> <p>日常生活に支障がでています。</p>

ご協力ありがとうございました。

(-4-)

(様式 5)

堺市口腔保健センター

宛

大阪狭山市・堺市美原区
歯科医師会事務局

記入者名	ふりがな おおさか はなこ 大阪 花子
所属・間柄等	〇〇ケアプランセンター 担当ケアマネジャー
連絡先	TEL 072 (〇〇〇)〇〇〇〇 その他

歯科訪問診療申込書

(わかる範囲内でご記入ください)

申込日 〇年 〇月 〇日

受診者 お名前	ふりがな さかい たろう 堺 太郎 男 ・女	生年月日 大正 昭和 〇〇年 〇月 〇日 (〇〇 歳)
ご住所	〒 堺市 〇〇区	TEL 072 (〇〇〇)〇〇〇〇 FAX () その他

介護者 お名前	ふりがな	本人との間柄(詳しく)
ご住所	〒	TEL () FAX () その他

介護支援 専門員	ふりがな おおさか はなこ お名前 大阪 花子	所属 〇〇ケアプランセンター
連絡先	〒 堺市 〇〇区	TEL 072 (〇〇〇)〇〇〇〇 FAX 072 (〇〇〇)〇〇〇〇 その他

(診療希望者の状況)

主 訴	1 入れ歯 …… 破損、痛み、作成、調子が悪い 2 歯が …… 痛い、ぐらぐらする、虫歯、とれた 3 歯ぐきが …… 痛い、腫れている、出血 4 口腔ケア …… 口臭、清掃、嚥下機能訓練	その他
かかりつけ 歯 科 医	あり (医院名) ・ なし	TEL () FAX ()
主 治 医	お名前 所属	TEL () FAX ()
主たる病名	脳梗塞後遺症 ・ 高血圧症 ・ その他	
可能な姿勢	・ いすに座る ・ 車いすに乗る ・ ベッド等を 起 した状態 ・ 寝たままの状態 特記事項 ()	
介護区分	(要支援) 1 2 (要介護) 1 2 3 4 5	身障手帳 有 (1 級) ・ 無

堺市口腔保健センター
大阪狭山・堺市美原区歯科医師会事務局

FAX 072-243-3088
FAX 072-368-6657

(様式 6)

医師と薬剤師との連絡票

医療機関 ○○病院	⇔	薬局名 ○○薬局
所在地 堺市○○区		所在地 堺市○○区
TEL 072-○○○-○○○○ FAX 072-○○○-○○○○		TEL 072-○○○-○○○○ FAX 072-○○○-○○○○
医師 山田 一郎先生 御侍史		薬剤師氏名 薬剂 太郎

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と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、ご回答をお願いいたします。

*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

- ご本人・ご家族 の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日
- ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

本人	氏名 堺 太郎	介護度	申請中 区変中 要支援 1・2
	住所 堺市○○区	認定期間	○年○月○日 ~ ○年○月○日
	TEL	TEL	072-○○○-○○○○
	主介護者 堺 一郎	関係 (長男)	
生年月日 明・大・昭和 ○年○月○日生 (○歳)			男 ・ 女
照会目的	<input type="checkbox"/> 患者の医療・看護・介護・病状の医学的意見・指示について <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 checked="" type="checkbox"/> 患者の下記状況についての相談 <input type="checkbox"/> 訪問服薬管理指導（介護保険の場合、居宅療養管理指導）の指示について <input type="checkbox"/> 処方内容等照会について <input type="checkbox"/> その他		
<照会・相談・報告内容> 堺様のご家族より頼まれてまして、お薬を自宅に届けました。 今までの薬も飲めていない様子で、残薬もたくさんありました。 ご家族も希望されておりますので、在宅訪問服薬指導の指示をお願いできないでしょうか。			

医師からの回答(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。

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (日時: 月 日 時頃ご連絡ください) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 文書で回答します <input checked="" type="checkbox"/> FAXで回答します
認知症の疑いもあります。 ご家族ともお話ししていただき、服薬指導をよろしくお願ひします。	
平成○年○月○日	医師名 ○○病院 山田 一郎

堺市薬剤師会地域医療連携室 作成

記入例

(様式 7)

介護支援専門員と薬剤師との連絡票

居宅介護支援 事業所名 ○○ケアプランセンター	⇔	薬局名 ○○薬局
所在地 堺市○○区		所在地 堺市○○区
TEL 072-○○○-○○○○ FAX 072-○○○-○○○○		TEL 072-○○○-○○○○ FAX 072-○○○-○○○○
介護支援専門員氏名 大阪 花子		薬剤師氏名 薬剂 太郎

*本人の同意について

- ご本人の同意を得ています。 同意した日 平成 年 月 日
 ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

本人	氏名 堺 太郎	介護度	申請中 区変中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
	住所 堺市○○区	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
	生年月日 明・大・昭和 ○年○月○日生(○歳)	TEL	072-○○○-○○○○
		主介護者	堺 次郎 関係(長男)
連絡 内容・理由	<input type="checkbox"/> 挨拶 <input type="checkbox"/> 治療方針 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の依頼	<input checked="" type="checkbox"/> 本人の状況の相談・報告 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 留意事項	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導・在宅訪問服薬管理指導 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> その他；
<本人の照会・相談・報告内容> いつもお世話になっています。 錠剤が飲めなくなり、ご家族がつぶして飲ませている状況でしたので ○○先生に相談の上、粉碎にしました。 今後とも問題があればご連絡ください。 よろしく願いいたします。			
平成○年○月○日		氏名 ○○薬局 薬剂 太郎	

返信

了承しました。 関係事業所の方にもお伝えしておきます。 今後ともよろしくお願いいたします。
平成○年○月○日 氏名 ○○ケアプランセンター 大阪 花子

堺市薬剤師会地域医療連携室 作成

記入例

(様式 8)

訪問薬剤管理指導報告書

〇〇ケアプランセンター

平成〇年 〇月〇日

大阪 花子 様

フリガナ	カイ タロウ	訪問日	平成 25年 〇〇月 〇〇日
患者氏名	堺 太郎	訪問薬剤師	薬剤 太郎
	明・大・昭・平 〇年〇〇月〇〇日生	薬局名	〇〇薬局
住所	性別 (<input checked="" type="radio"/> 男・女) 年齢 〇 歳	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 堺市〇〇区
	〒〇〇〇-〇〇〇〇 堺市〇〇区		TEL
介護度	TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	申請中 区変中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		

訪問の目標	粉碎薬の服薬指導、残薬の確認
目標達成のためにやるべきこと	看護師さん、ヘルパーさんとの連携

既往歴 現疾患	高血圧 脳梗塞	管理状況	薬袋による管理・良好
他科受診	<input checked="" type="radio"/> 無・有	調剤方法	一包化、粉碎
併用薬品	<input checked="" type="radio"/> 無・有	サプリメント 嗜好	無し
患者主訴	右上下肢運動麻痺 不眠 発語困難		

指導内容	説明・指導対象者 本人・ <input checked="" type="radio"/> 家族(娘)・その他() ゼリーを使って服用する。
------	--

報告事項	<p>看護師さんより錠剤の服用困難の連絡があり、〇〇先生の指示で粉碎にしました。 ゼリーにからめて、服薬できています。</p> <p>残薬は5日分でしたがそのままにして、粉碎分の服用を指示しました。経過観察。</p> <p>看護師さんの連絡先を教えてくださいませんか？</p>
------	--

堺市薬剤師会地域医療連携室 作成

(様式 9)

堺市薬剤師会地域医療連携室 宛

平成 ○年 ○月 ○日

TEL 072-280-1873 FAX 072-280-1918

薬剤師による訪問薬剤管理指導依頼書

*本人の同意について	
<input checked="" type="checkbox"/>	ご本人、ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 ○年 ○月 ○日
<input type="checkbox"/>	ご本人の心身状況から同意は得られていませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。
ふりがな	さかい たろう
患者お名前	生年月日 明・大・昭 ○年 ○月 ○日
	性別 男・女 年齢 (○○歳)
連絡先	TEL 072-○○○-○○○○
連絡先	ご住所 堺市 ○○区
ふりがな	
申込者お名前	○○医院 病院・主治医・介護支援専門員・ご家族 その他()
連絡先	ご住所 堺市 ○○区 TEL 072-○○○-○○○○
依頼内容	<input checked="" type="checkbox"/> コンプライアンス不良(服薬指導) <input checked="" type="checkbox"/> 飲み忘れの対処(一包化、剤形の再検討) <input type="checkbox"/> 重複、相互作用の要チェック <input type="checkbox"/> 薬剤によるADL低下の可能性(転倒など) <input type="checkbox"/> 副作用のチェック・再発防止が必要 <input type="checkbox"/> 水分量のチェック <input type="checkbox"/> 処方内容の理解が不足 <input type="checkbox"/> 剤型の要検討 <input type="checkbox"/> 居宅療養薬剤管理指導が必要 <input type="checkbox"/> 訪問服薬管理指導が必要 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス <input type="checkbox"/> その他
生活情報	認知及び意思決定 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> 不明
	指示・理解 <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
	ADL <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	手指の機能 <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
	視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 見え難い <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用
	聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 聞こえ難い <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用
	嚥下障害 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(鼻腔・胃) <input type="checkbox"/> TPN
	義歯装着 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (問題点:)
	薬剤管理 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()
	服用方法 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()
主な病名	高血圧症 服用薬剤 <input checked="" type="checkbox"/> 別紙添付処方箋あり
既往歴	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 骨折など(部位:) <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他()
【備考】	
主治医	TEL
介護支援専門員	TEL
主介護者情報	名前 関係
	住所 TEL

訪問看護師からの連絡シート

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

宛名	事業所名 ○○ケアプランセンター 氏名 大阪 花子様	発信元	所属事業所 ○○訪問看護ステーション 氏名 山田 一子 TEL ○○○ -○○○-○○○○ FAX ○○○ -○○○-○○○○
利用者	(ふりがな) さかい たろう 氏名 堺 太郎		

いつもお世話になっております。

上記のご利用者様の訪問看護を担当しております。ご利用者様の身体状況の報告や注意を要する事項等について、ご意見いただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

(ご報告) : ご相談) させていただきたい事があります

利用者の現状について

腰痛、下肢筋力が低下しています。リハビリの回数を増やしてほしいとご家族が希望されています。

利用者の気をつけることについて

その他 { }

<連絡及び報告>

*なお、この照会を行うこと及び患者様からの情報提供を頂くことについては

ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しております。 同意した日：平成 年 月 日

ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要ですのでご連絡致します。

返 信

回答内容	<input type="checkbox"/> 電話します (月 日 時頃 ご連絡ください)
	<input type="checkbox"/> 文書・FAX 回答します
	<input checked="" type="checkbox"/> 確認しました

了解いたしました。訪問をして調整させていただきます。

上記の通り連絡致します。

平成 ○年 ○ 月 ○ 日

事業所名 ○○訪問看護ステーション

氏名 山田 一子

○ ○	病院
提出先部署	○ ○
	御中

事業所名	○○ケアプランセンター
TEL	072-000-0000
FAX	072-000-0000
携帯電話	090-0000-0000
担当者名	大阪 花子

のりづけ

記入例

入院時連携シート

※患者様の退院の見通しが立てば上記事業所への連絡と看護サマリーをお願いします。平成 ○年 ○月 ○日提出

フリガナ氏名	サカイ タロウ 塚 太郎	サマ 様	生年月日	M T S	4年2月6日 85歳	住所	市区	堺市○○-○○-○○
緊急連絡先	① 塚 一郎 (続柄 長男) ② (続柄)		住所	堺市堺区○○		住所	Tel 072-000-0000	
介護保険	申請中(/ 付) ・ 要支援 (1・ 2) 要介護 (1 2・ 3・ 4・ 5) 認定有期間 (平成24年4月1日～平成25年3月31日)		家族構成	<p>□男性○女性(年齢) 野線で結ぶ ☆キーパーソン</p>				
かかりつけ医(連絡先)	① ○○医院 Tel 072-000-0000		②					
身障手帳等	無・有(身体・知的・精神・特疾) 内容・等級(四肢麻痺 1級)		住環境	住環境上の問題 / 無・有 トイレ 和式 洋式 段差 あり(2 段) なし エレベーター あり なし 駐車場 あり なし				
既往歴	平成16年 高血圧症 平成20年4月脳梗塞後遺症で軽度の上下肢麻痺。		住環境	住環境上の問題 / 無・有 トイレ 和式 洋式 段差 あり(2 段) なし エレベーター あり なし 駐車場 あり なし				
介護サービス等	<input checked="" type="checkbox"/> ヘルパー(2/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(/週) <input checked="" type="checkbox"/> デイ(3 /週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(/週) <input type="checkbox"/> ショート <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具レンタル		住環境	インフォーマル(家族の介護力・支援状況含む) 夫は高齢で介護困難。家族は日中就労で不在で帰宅時間も遅い。帰宅時は食事等の見守りや日常生活の見守りを行っている。				
普段の移乗・移動	寝返り	自立・一部介助・全介助	食生活・口腔	摂取方法・形態等 自立・一部介助・全介助 経口(普通食・軟飯・粥・きざみ食・ミキサー食) 経管 経鼻 Fr. PEG 嚥下・口腔ケア 自立・一部介助・全介助 口腔ケアはご自身では不十分で一部介助が必要です。				
	起き上がり	自立・一部介助・全介助		清潔	保清(入浴・清拭) 自立・一部介助・全介助 着脱・整容 自立・一部介助・全介助			
排泄	立ち上がり	自立・一部介助・全介助	服薬状況	管理・飲み方など 自立・一部介助・全介助 時々、服薬ミスや忘れる事があり確認が必要です。				
	座位	自立・一部介助・全介助		認知症	無 有(軽度・中度・重度) 短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり 意思の伝達能力 <input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない 周辺症状 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他			
移動	歩行	自立・一部介助・全介助						
移動	移動手段	杖・歩行者・車いす						
排尿	尿意[有・無]	便意[有・無]	失禁[有・無]					
排泄	<日中> 自立・尿器・PTイレ・おむつ <夜間> 自立・PTイレ・おむつ							
コミュニケーション障害など	支援有 無							
(視力・聴力・発語など状況含む)		難聴で補聴器を使用していますが少し大きめでゆっくり話せば理解されます。						
在宅での生活課題・その他特記事項 夫と長男夫婦の4人暮らし。夫は要介護認定を受け介護困難な状態。長男夫婦は就労で日中不在で介護力が不足しています。本人は高齢による物忘れがあり服薬忘れや短期記憶が乏しいです。自宅での日常生活動作のトイレ排泄は間に合わず失禁あり。リハビリパンツを使用していますが、交換時に介護抵抗がありタイミングを計り確認・交換が必要です。下肢筋力低下し、ふらつき転倒する時もあり移動時の見守りが必要です。自宅では夜間、ポータブルトイレをご自身で利用できています。以前にショートステイ利用時に、環境の変化で徘徊がありましたが、数日で軽減されました。								

* このシートにおける個人情報の取り扱いについては、本人もしくは家族に同意を得ています。

* 間違ってもFAXが届きましたら、お手数ですが上記連絡先までご連絡いただきますよう、お願いいたします。

(様式 12)

多職種のための連絡票(自由様式)

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

宛 先	住所 〒○○○－○○○○ 堺市○○区	発 信 元	(名刺を貼ることができます)	
	住所 〒		TEL 072－○○○－○○○○ FAX 072－○○○－○○○○	
	氏名 ○○ケアプランセンター 大阪 花子 ケアマネジャー		所属事業所 ○○病院	
			氏名 山田 一郎	

ふりがな さかい たろう 性別 (男・女)
 利用者氏名 堺 太郎 生年月日 明・大・昭・平 ○○年 ○月 ○日 (○○歳)

(未申請 申請中 自立 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)

住所 〒

堺市○○区

TEL 072－○○○－○○○○
 FAX 072－○○○－○○○○

『 介護サービスの計画表 』について

ご本人様が本日受診され、往診をすることになりました。
 つきましては、介護サービスの計画表をいただけないでしょうか。

IV 連携に向けてのQ & A

(1) 制度・連携関係

	質問項目								
1	<p>Q . 医療保険適用と介護保険適用での訪問看護の違いを教えてください。</p> <p>A . 少し複雑になりますので、図をご参照ください。(厚生労働省資料 HP より)</p> <div data-bbox="395 633 1353 1579" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">医療保険・介護保険の訪問看護の対象者のイメージ</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid red; padding: 5px; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">【医療保険】</p> <p style="text-align: center;">居宅において継続して療養を受ける状態にあり通院困難な患者</p> <p style="text-align: center; background-color: #f96; padding: 2px;">原則週に3回</p> <p style="font-size: small; color: red;">(40歳未満の者及び40歳以上の要支援者・要介護者でない者)</p> </td> <td style="width: 50%; border: 1px solid green; padding: 5px; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">【介護保険】</p> <p style="text-align: center;">居宅要介護者・要支援者</p> <p style="text-align: center;">特定疾病の居宅要支援者・要介護者 (40歳以上65歳未満)</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: 1px solid orange; padding: 5px; text-align: center;"> <p style="background-color: #f96; padding: 2px;">末期の悪性腫瘍等</p> <p style="font-size: small;">多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、頭脳損傷、人工呼吸器装着者 等</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: 1px solid green; padding: 5px;"> <p style="background-color: #fff9c4; padding: 2px;">回数制限がない (週4日以上)</p> <p style="background-color: #c8e6c9; padding: 2px; text-align: center;">特別訪問看護指示書</p> <p style="text-align: center;">14日間を限度とし、月1回まで</p> <p style="font-size: small;">・気管カニューレを使用 ・真皮を越える褥瘡</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">病状の急性増悪等</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> <p style="background-color: #c8e6c9; padding: 2px; display: inline-block;">月に2回まで可能な者</p> </td> </tr> </table> </div>	<p style="text-align: center;">【医療保険】</p> <p style="text-align: center;">居宅において継続して療養を受ける状態にあり通院困難な患者</p> <p style="text-align: center; background-color: #f96; padding: 2px;">原則週に3回</p> <p style="font-size: small; color: red;">(40歳未満の者及び40歳以上の要支援者・要介護者でない者)</p>	<p style="text-align: center;">【介護保険】</p> <p style="text-align: center;">居宅要介護者・要支援者</p> <p style="text-align: center;">特定疾病の居宅要支援者・要介護者 (40歳以上65歳未満)</p>	<p style="background-color: #f96; padding: 2px;">末期の悪性腫瘍等</p> <p style="font-size: small;">多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、頭脳損傷、人工呼吸器装着者 等</p>		<p style="background-color: #fff9c4; padding: 2px;">回数制限がない (週4日以上)</p> <p style="background-color: #c8e6c9; padding: 2px; text-align: center;">特別訪問看護指示書</p> <p style="text-align: center;">14日間を限度とし、月1回まで</p> <p style="font-size: small;">・気管カニューレを使用 ・真皮を越える褥瘡</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">病状の急性増悪等</p>		<p style="background-color: #c8e6c9; padding: 2px; display: inline-block;">月に2回まで可能な者</p>	
<p style="text-align: center;">【医療保険】</p> <p style="text-align: center;">居宅において継続して療養を受ける状態にあり通院困難な患者</p> <p style="text-align: center; background-color: #f96; padding: 2px;">原則週に3回</p> <p style="font-size: small; color: red;">(40歳未満の者及び40歳以上の要支援者・要介護者でない者)</p>	<p style="text-align: center;">【介護保険】</p> <p style="text-align: center;">居宅要介護者・要支援者</p> <p style="text-align: center;">特定疾病の居宅要支援者・要介護者 (40歳以上65歳未満)</p>								
<p style="background-color: #f96; padding: 2px;">末期の悪性腫瘍等</p> <p style="font-size: small;">多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、頭脳損傷、人工呼吸器装着者 等</p>									
<p style="background-color: #fff9c4; padding: 2px;">回数制限がない (週4日以上)</p> <p style="background-color: #c8e6c9; padding: 2px; text-align: center;">特別訪問看護指示書</p> <p style="text-align: center;">14日間を限度とし、月1回まで</p> <p style="font-size: small;">・気管カニューレを使用 ・真皮を越える褥瘡</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">病状の急性増悪等</p>									
<p style="background-color: #c8e6c9; padding: 2px; display: inline-block;">月に2回まで可能な者</p>									

5

訪問看護療養費（医療保険での訪問看護）は、要介護被保険者等（要介護等認定を受けている方）である患者については、原則算定できません。ただし、上図にあるように、末期の悪性腫瘍等がある方や、褥瘡でも真皮を超えている場合は『特別訪問看護指示書』という指示が出ると訪問看護の提供は医療保険の対象になります。

また、平成26年4月から、精神科訪問看護基本療養費（ ）（ ）又は（ ）については、要介護被保険者等である患者についても医療保険の対象となりました。

いずれにしても主治医の指示があって初めて訪問看護が利用できるわけですから、主治医とよくご相談の上、医療保険適用なのか介護保険適用をご確認ください。

	質問項目
2	<p>Q . マニュアルに掲載している各シートはどこでもらえるのでしょうか。</p> <p>A . 堺市医師会ホームページ（以下のアドレス）から、必要なシートをダウンロードしてください。 http://www.sakai-med.jp/</p>
3	<p>Q . 維持期リハビリテーション（以下リハ）は、医療保険ではできないのですか。</p> <p>A . 維持期リハについては、介護保険で取り扱うことが優先されます。</p>
4	<p>Q . 脳卒中などで急性期から回復期、さらに維持期と変化しますが、病院の入院中から介護認定を受けるように指導することが多くなりました。では、どの時点で医療保険でのリハができなくなるのですか？また、介護保険でのリハとの併用はできないのでしょうか。</p> <p>A . 医師（他科の医師でも）が個々の患者の状態に応じて医学的に判断するとともに、医師により維持期のリハビリテーションに移行することが適当と判断した時点で、その患者には介護保険サービスが適応となります。しかし、医療から介護へのシームレスな移行として、同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から2ヶ月を経過した日以降は、医療請求できません。その情報が無いままに医療保険でのリハを行っている医療機関があれば、請求点数の返還が求められることになります。つまり、併用はできません。平成25年度からは一人の患者の医療保険と介護保険での請求の突合が行われています。</p> <p>ただ、新しい傷病（例えば骨折）が起こったときは、その新しい傷病に対して、医療保険でのリハが適用となります。</p> <p>※ 医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について<平成26年3月28日付け保医発0328第1号厚生労働省保険局医療課長通知> 参照</p> <p>http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/jigyo/jigyosha/kaigohosyu.files/H26.3.28iryou-kaigo-kyufuchousei.pdf</p>
5	<p>Q . ケアマネジャーから、医師に「医師と介護支援専門員との連絡票」（様式1）が送られてきました。どのようにすればよいのでしょうか。</p> <p>A . 医療的な問題を抱えていることが多い高齢者の介護のケアプランをつくる上では、かかりつけ医のアドバイスは重要です。先生の患者さんの介護に必要な情報については、是非、この連絡票の下部にある空欄に記載して、速やかに送り返してください。電話で話したいとか、直接会いに来て欲しいときはその旨を書いて、返信していただいても結構です。</p> <p>もし、詳細な指示や情報提供が必要な場合は、連絡票の（様式2）を使っていただければ、診療情報提供料の算定も可能です。（<u>居宅療養管理指導費を算定している場合は除きます。</u>）本人又は家族の同意が必要です。</p>

	質問項目
6	<p>Q . 医師又は歯科医師が行う居宅療養管理指導とはどのようなものですか。</p> <p>A . 通院が困難な利用者に対し、医師又は歯科医師が居宅(自宅)を訪問し、計画的かつ継続的な医学管理又は歯科医学管理に基づいて、</p> <p>(1)ケアマネジャーに対する居宅サービス計画(ケアプラン)を策定するのに必要な情報提供を利用者の同意を得て行うものに限ります。また、居宅療養管理指導費を請求するには契約書及び重要事項説明書と同意書が必要です。</p> <p>(2)利用者及びご家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護の方法等についての指導、助言を行うサービスです。</p> <p>病院、診療所、薬局は介護保険法第7 1 条第 1 項により保険医療機関または保険薬局である場合は、介護保険の指定事業所としてみなされます(みなし指定)ので、居宅療養管理指導費算定に際しては、事業所としての届出は必要ありません。またカルテの記載に際しては、訪問診療と別個に行なう必要はありませんが、居宅療養管理指導の部分については、下線や枠囲み等によって他の記載と明確に分ける必要があります。なお情報提供をサービス担当者会議等への参加により行なった場合は、その要点をカルテに記載し、文書により行なった場合は写しを添付してください。</p> <p>また、要介護度別に設定されている支給限度額管理の適用外となります。</p> <p>※ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月1日老企第36号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知)</p> <p>「第二 居宅サービス単位数表(訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。)に関する事項」内の「6 居宅療養管理指導費 (2)医師・歯科医師の居宅療養管理指導について」 参照</p> <p>http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/c01.pdf</p>

質問項目													
7	<p>Q . 居宅療養管理指導と在宅時医学総合管理料の関連はどうなっていますか。</p> <p>A . それぞれの範囲を図示すると次のようになります。</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; margin-right: 10px;">居宅療養管理指導</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">★ 居宅介護支援事業所に対する情報提供 (ケアマネジャー)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; text-align: center;">療養上の管理・指導</td> <td style="background-color: #e0ffe0; text-align: center;">★ 介護サービス利用上の留意事項、介護方法等についての指導・助言</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="background-color: #e0ffe0; text-align: center;">☆ 療養計画に基づく、計画的な医学的管理</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="background-color: #e0ffe0; text-align: center;">☆ 医学的管理に基づく、疾病の治療に関する指導</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #e0ffe0; text-align: center;">投薬・検査</td> <td style="text-align: center;">注射・処置等</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">計画的な訪問診療</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </div> <div style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; margin-left: 10px;">計画的・継続的な医学的管理・訪問診療等</div> </div> <p style="margin-top: 10px;"> は、現行の診療報酬上の「在宅時医学総合管理料」の範囲 </p>	療養上の管理・指導	★ 介護サービス利用上の留意事項、介護方法等についての指導・助言		☆ 療養計画に基づく、計画的な医学的管理		☆ 医学的管理に基づく、疾病の治療に関する指導		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #e0ffe0; text-align: center;">投薬・検査</td> <td style="text-align: center;">注射・処置等</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">計画的な訪問診療</td> </tr> </table>	投薬・検査	注射・処置等	計画的な訪問診療	
療養上の管理・指導	★ 介護サービス利用上の留意事項、介護方法等についての指導・助言												
	☆ 療養計画に基づく、計画的な医学的管理												
	☆ 医学的管理に基づく、疾病の治療に関する指導												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #e0ffe0; text-align: center;">投薬・検査</td> <td style="text-align: center;">注射・処置等</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">計画的な訪問診療</td> </tr> </table>	投薬・検査	注射・処置等	計画的な訪問診療									
投薬・検査	注射・処置等												
計画的な訪問診療													
8	<p>Q . 医師による居宅療養管理指導費について教えてください。</p> <p>A . 居宅療養管理指導費 1 503 単位 (月 2 回限度) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 居宅療養管理指導費 2 452 単位 (月 2 回限度) 同一建物居住者に対して行う場合 (同一日の訪問) 居宅療養管理指導費 1 292 単位 (月 2 回限度) 同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 居宅療養管理指導費 2 262 単位 (月 2 回限度) 同一建物居住者に対して行う場合 (同一日の訪問) <平成 26 年 4 月改正版></p> <p>※介護予防居宅療養管理指導費も同様です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅時医学総合管理料を算定した利用者については、居宅療養管理指導費 (Ⅱ) を、それ以外については (Ⅰ) を算定します。 ・ 居宅療養管理指導費は、利用者の要介護度にかかわらず一律の報酬額です。居宅療養者を対象にしていることから、少なくとも月 1 回以上の訪問診療や往診を行っていることが算定の前提となります。 <p>※ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (平成 12 年厚生省告示第 19 号)「5 居宅療養管理指導費」内の「イ 医師が行う場合」参照</p> <p>http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=horei&DMODE=CONTENT&S&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2027</p>												

	質問項目
	<p>※ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）</p> <p>「第二 居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する事項」内の「6 居宅療養管理指導費」参照</p> <p>http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/c01.pdf</p>
9	<p>Q . 在宅患者訪問薬剤管理指導料と居宅療養管理指導費の関係について教えてください。</p> <p>A . 「在宅患者訪問薬剤管理指導料と居宅療養管理指導費の給付調整に係る留意事項について」<平成24年10月16日付け事務連絡 厚生労働省老健局振興課及び老人保健課発出>参照</p> <p>http://www.wam.go.jp/wamappl/26KYOTO/26bb01kj.nsf/6b16380d97f55135492567d0000714b4/b255ddf95e2b219149257a9c00089dde?OpenDocument</p>
10	<p>Q . 訪問診療が必要と思われる場合の医師の探し方、依頼の方法はどうすればよいでしょうか。</p> <p>A . かかりつけ医がいる場合は、まずかかりつけ医に相談をして下さい。かかりつけ医が往診や訪問診療を実施していない場合、かかりつけ医より医師の紹介をお願いします。かかりつけ医がいない場合には、堺市医師会ホームページの医療機関検索システムを活用し、条件に合う医療機関の検索(診療科目別・地域別・在宅医療実施の有無等で検索可能)を行った上で、利用者・ご家族に情報提供を行い、受診先を決定するようにします。</p>
11	<p>Q . ホームヘルパーのみの介護サービスの利用で、とくに大きな病気もありません。かかりつけ医との連携はどの程度まで必要となるのでしょうか。</p> <p>A . 高齢者の特性で、いつ体調を崩し、かかりつけ医との連携が必要となるかわかりません。いざという事態に備え、常日頃からかかりつけ医と「顔の見える」関係を作っておくことは非常に大切なことです。新たに担当ケアマネジャーとなった際や、ケアプランの内容に変更があった場合、介護認定の更新時など、「医師と介護支援専門員との連絡票(様式1)」を活用し、かかりつけ医との連携を取るように心がけましょう。またケアプランを作成するにあたり注意することなどを、相談するようにしたり、ケアプランは必ず手渡すかまたは送付し、かかりつけ医の手元においていただくようにしましょう。</p>
12	<p>Q . かかりつけ医は利用者のどのような情報を必要としているのか？(どんなことが知りたいのか)と、悩むことがあります。どんなことをお伝えすれば、医師と担当ケアマネジャーとの間で良い関係づくりができますか。</p> <p>A . かかりつけ医としては、利用者の生活場面で今一番何が問題となっているかの情報が</p>

	質問項目
	<p>知りたいところです。また、どのようなケアプランでどのようなサービスを利用しているかを把握しておきたいので、日頃から介護に関する情報が医師にも共有できるよう心がけてほしいです。生活上の問題が発生したときには、何が問題となっているのかを医師側にも伝えるようにしてください。</p>
13	<p>Q．包括支援センターの体制はどうなっているのですか。</p> <p>A．堺市では、市内を21の日常生活圏域に分け、圏域ごとに「地域包括支援センター」を、各区役所には「基幹型包括支援センター」を設置し、堺市（担当課：高齢施策推進課）が委託した法人が運営しています。</p>
14	<p>Q．包括支援センターではどういうことをしていますか。</p> <p>A．高齢者やその家族、地域住民などからの相談に対して、さまざまな制度や地域資源を利用した適切なサービスを利用できるように支援します。また、ケアマネジャーが円滑に業務をできるように支援し、ケアマネジャー同士の連携を深めるとともに、医療機関を含めたさまざまな機関と連携して、高齢者の皆様に支援するためのネットワークをつくり、暮らしやすい地域づくりを進めます。</p>
15	<p>Q．包括支援センターではどういう相談にのってくれますか。</p> <p>A．高齢者の皆様の介護・健康・福祉・医療などのさまざまなご相談に応じます。高齢者虐待や成年後見制度の利用といった権利擁護についても取り組んでいます。</p>
16	<p>Q．地域包括支援センターと基幹型包括支援センターの違いを教えてください。</p> <p>A．地域包括支援センターでは、地域の皆様の身近な相談窓口として活動しています。基幹型包括支援センターでは「高齢者の相談窓口」を設けるとともに、区内の地域包括支援センターと連携して、高齢者虐待などの困難事例への対応や区単位のネットワークづくりを行っています。</p>
17	<p>Q．相談するときの窓口の開設時間を教えてください。</p> <p>A．原則、月～金曜日 9：00～17：30（祝日、年末年始を除く） 地域包括支援センターでは、時間外でも電話での相談をお受けします。また、休日にも開設している窓口もあります。</p>
18	<p>Q．入院時連携シートを病院に持っていった際に受付証明の為、書類も必要ですか。</p> <p>A．受付証明の書類は不要です。 入院時情報連携は、利用者さんが病院や診療所に入院した時に、その病院や診療所の職員に、利用者さんの心身の状況や生活環境等必要な情報を提供した場合に加算できます。 単位数は、1月に1回が限度で、入院時情報連携加算（ ）で200単位、入院時情</p>

	質問項目
	<p>報連携加算（ ）で100単位です。 入院時情報連携加算（ ）と（ ）の違いは以下の通りになります。</p> <p>医療機関に出向いて、医療機関の職員と面談し利用者さんの必要な情報を提供した場合には、（ ）が算定できます。 上記以外の方法で、必要な情報を提供した場合には、（ ）の算定になります。つまり医療機関に出向くかどうか大きな違いということになります。 利用者さんが入院してから遅くとも7日以内には情報を提供しないといけません。</p> <p>報提供を行った日時、場所（医療機関に出向いた場合）内容、提供方法（面談・FAX等）について、居宅サービス計画等に記録しておかなければいけません。いつ・誰が・誰に・どのような情報を提供したのかを明確にして、保存しておく必要があります。</p> <p>必要な情報としては、利用者さんの心身の状況（疾患・病歴・認知症や徘徊の有無等）生活環境（家族構成・生活歴・介護者の介護の方法や家族介護者の状況等）とサービス利用状況をいいます 本マニュアルの共通シート 「入院時連携シート」をご活用ください。</p> <p><u>支援経過記録に記載する場合の例</u> 平成 年 月 日（土）10:00～ （年月日・曜日・時間を記載してください。西暦でも構わないです。） EX// 「家人から利用者入院の連絡を受け、入院時情報連携について同意確認の上、入院時情報連携シート作成。」 「 病院訪問し、地域医療連携室 MSW 『 x 』氏に情報提供実施。 」 「入院時情報連携加算 算定要件を満たし、当月居宅介護支援費に加算する。」</p> <p>※ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）内の 「第三 居宅介護支援費に関する事項 12 入院時情報連携加算」 参照 http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/c01.pdf</p>

(2) 医療機関関係

	質問項目
19	<p>Q . かかりつけ医や病院の医師は、ケアプラン作成のためのサービス担当者会議に参加してもらえるのでしょうか。</p> <p>A . かかりつけ医や病院の医師のご都合を確認した上で、都合が合えば参加してもらえると 言う事になるかと思えます。 いいともネットで作成している医療連携シートをまずはご使用頂き、確認をとって頂 ければと思えます。利用者にとって必要な連携を図るため、このシートを作成しまし た。是非とも活用していただければと思えます。(会議には参加して頂ける場合と、日 時の都合なので参加が難しい場合があります)</p>
20	<p>Q . 介護保険の利用状況について、医療機関では、どのようなことに注意すれば、良い のでしょうか。</p> <p>A . 毎月、医療保険証の確認をされていると思いますが、その際に同時に介護保険被保険 者証の「要介護状態区分等」、「認定年月日」の欄に記載があるかを確認するようにして ください。また、その患者の介護支援専門員との緊密な連携・連絡が大切である為、 介護保険被保険者証の「居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者及びその事業所 の名称」の欄で居宅介護支援事業者名を確認するようにしてください。</p>
21	<p>Q . かかりつけ医に連絡をしたいが、いつ連絡してよいかわかりません。</p> <p>A . 堺市医師会ホームページの医療機関検索システムを利用すると、各医療機関の診察 時間の情報が得られます。緊急時以外は、診察時間帯の前後に連絡を入れるようにし ましょう。 なお、アPOINTは医療機関の希望時間帯をお聞きください。</p>
22	<p>Q . 病院勤務医が主治医の場合の連絡の取り方はどうすればよいのでしょうか。</p> <p>A . 病院に相談室が設置されている場合は、相談員に連絡を取り、主治医に連絡を取ら なければならぬ理由を説明し、主治医との調整を依頼します。 相談室が設置されていない場合は、医事課に連絡を入れ、主治医との調整を依頼する ようにします。</p>
23	<p>Q . 利用者の体調に急な変化があり、緊急に主治医に連絡を取りたい場合にはどうすれ ばよいのでしょうか。</p> <p>A . 緊急時の対応が可能か、可能ならその方法を前もってお聞きください。 医療機関に連絡をして、緊急の相談・連絡であることを説明し、医師への取り次ぎを 依頼するようにします。 訪問看護サービスを利用している場合などは、医師以外の医療関係者に連絡・相談す</p>

質問項目	
	<p>ることも検討します。</p>
24	<p>Q . 1 人の利用者が複数の医療機関(例えば整形外科と内科)に通院しているような場合、どちらの医療機関の主治医に介護保険主治医意見書や、施設利用のための健康診断書等の記入依頼をすればよいのか悩みます。</p> <p>A . まずは、利用者本人にどちらの主治医に書類を記入してもらいたいのか、意思確認を行ってください。</p> <p>本人の意思がはっきりしないような場合は、医師に連絡を取り事情を説明し、どちらの医師が書類を記入するのか、医師間で調整してもらおうよう依頼するようにします。</p>

(3) 歯科医師関係

質問項目	
25	<p>Q . 歯科訪問診療を希望する場合はどうすればいいでしょうか。</p> <p>A . 以前にかかりつけ歯科医がある場合は、訪問診療が可能か問い合わせしてください。訪問診療ができない場合やかかりつけ歯科医がない場合、マニュアルに記載されている窓口へ直接連絡または申込用紙に記入し FAX してください。折り返し担当者から連絡します。</p>
26	<p>Q . 治療が必要か診てもらっただけ、または相談だけでも訪問に来てもらえますか。</p> <p>A . 在宅での歯科の健診やお口の相談だけでも行っていますのでご連絡下さい。</p>
27	<p>Q . 歯科訪問診療について 対象者の条件はありますか。</p> <p>A . 通院困難な方が対象になります。</p>
28	<p>Q . 入れ歯の調整、歯磨きや口腔ケアの衛生指導だけでも来てもらえますか。</p> <p>A . 入れ歯の調整や口腔ケアなどの口腔衛生指導も行います。機能的口腔ケアで口腔機能の維持・向上することで誤嚥性肺炎の予防はもちろん経口維持や QOL の向上においても大切です。</p>
29	<p>Q . 歯科訪問診療の当日に何か準備しておくものはありますか。</p> <p>A . 必要なものはすべて用意していきますので特にはありませんが、初診日などは保険証（医療保険・介護保険）のご用意をお願いいたします。但し、うがい用のお水や入れ歯などを洗浄する洗面所、また機械を使った治療をする際のご自宅のコンセントから電源を取らせて頂く事があります。また突発的な状況で居宅にあるものをお借りする場合があります。</p>
30	<p>Q . 治療費について</p> <p>A . 歯科治療などは医療保険での扱いとなります。 介護方法等についての指導や助言に関わるものは、介護保険の扱いとなります。介護保険には通院が困難な利用者に対し、歯科医師や歯科衛生士が利用者宅を訪問して行う居宅療養管理指導があります。居宅療養管理指導については、この Q & A の 6 を参照してください。</p>

質問項目	
31	<p>Q . 認知症があり口をあけてくれないとか、拒否したりするかもしれませんが大丈夫でしょうか。</p> <p>A . 治療をすぐに開始できない場合もあります。その時の体調に合わせてたりして治療ができる体制作りから開始します。実際には口を開けられるが開けてくれない場合と病的に開けられない場合があります。顎関節症や筋の拘縮などがある場合は開口できないのでそれに対処する方法があります。以前に口腔ケアの際、痛い思いをされた場合は、柔らか目の歯ブラシで衛生士による丁寧なブラッシングで痛くない事を体験していただきます。脳卒中等の患者様の場合には口腔粘膜に過敏が起こる場合があります、ブラッシング時に痛みを与えやすいので脱感作を行います。認知症の場合は最初からは口腔内に器具などをいれる事はありません。簡単なホーム口腔ケアでも専門的なアプローチが必要ですので一度ご相談ください。</p>
32	<p>Q . 歯科訪問診療に来てもらえるのは自宅だけですか。</p> <p>A . 入院中の病院（歯科、口腔外科の診療科がある病院を除く）、特養、老健、有料老人ホーム、グループホーム、障害者施設などへの訪問も可能です。しかし各施設では病診連携で歯科訪問診療の体制が整っている場合がほとんどです。まず施設の担当者に相談してみてください。訪問が必要な場合は施設長や主治医と連携し安全な治療ができるように配慮します。</p>

(4) 薬剤師関係

	質問項目
33	<p>Q . 診察終了後のお薬の待ち時間が長い時があります。保険薬局さんに自宅へお薬を届けていただくことはできるのでしょうか。</p> <p>A . はい。医師より訪問薬剤管理指導の指示（処方せんに記載あるいは口頭）があれば、可能です。保険薬局に相談していただき、ご確認ください。</p>
34	<p>Q . 薬剤師による在宅訪問服薬指導とはどのようなものですか。</p> <p>A . 病院や薬局に通院・来局するのが困難な方のために、医師の依頼のもとで、ご自宅に薬剤師が処方されたお薬をお持ちして、服薬指導等を行うことです。</p> <p>介護認定を受けている方は … 居宅療養管理指導（介護保険適用） 介護認定を受けていない方は … 在宅患者訪問薬剤管理指導（医療保険適用） を受けることとなりますが、指導内容は同じです。</p> <p>（指導内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> 効能 / 効果や副作用など、薬の説明 薬についての副作用チェックや飲み合わせチェック 残薬のチェックと共に、保管・管理・処理 薬が飲みにくい場合の工夫・提案 患者さまの住環境を衛生的に保つための指導・助言 などです。 <p>※ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）</p> <p>「第二 居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する事項」内の「6 居宅療養管理指導費（3）薬剤師の居宅療養管理指導について」 参照</p> <p>http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/c01.pdf</p>
35	<p>Q . 在宅訪問服薬指導を希望する場合はどうすればいいでしょうか。</p> <p>A . かかりつけ薬局がある場合は、訪問服薬指導が可能かどうか問い合わせしてください。訪問服薬指導ができない場合やかかりつけ薬局がない場合は「堺市薬剤師会 地域医療連携室」の窓口へ直接電話か依頼書に記入し FAX してください。</p> <p>折り返し担当者から連絡します。</p>
36	<p>Q . 在宅訪問服薬指導について対象者の条件はありますか。</p> <p>A . 一人では通院できない方や在宅療養中の方が対象となります。</p>

	質問項目
	但し、医師の指示があれば可能です。
37	<p>Q．居宅療養管理指導は、介護保険の支給限度基準額内ですか。支給限度基準額外ですか。</p> <p>A．介護保険適用の居宅療養管理指導費は支給限度基準額外のサービスです。支給限度基準額を超えても利用できます。利用者負担は1割負担です。 医療保険適用の在宅患者訪問薬剤管理指導費は医療保険の給付割合の負担となります。</p>
38	<p>Q．在宅訪問服薬指導にきてもらえるのは自宅だけですか。</p> <p>A．自宅以外に有料老人ホーム、グループホーム、高齢者専用サービス住宅・障害者施設などへの訪問も可能です。ただし、薬局から16キロメートル以内に限りです。訪問が必要な場合は施設長や主治医と連携し、正しい服用方法や安全な服薬管理の指導を行います</p>
39	<p>Q．認知症進行中で、複数の医療機関に通院中の方ですが、どの薬がどの医療機関のものかわからなくなり、服薬状況がかなり悪い状態です。訪問看護師より良い方法はないかと依頼がありました。</p> <p>A．薬剤師が、訪問看護師さんの負担軽減のためにも、服用薬の重複や相互作用・併用禁忌などに留意しながらお薬の整理・管理をしますので、かかりつけ薬局か地域医療連携室にご相談ください。</p>
40	<p>Q．薬剤師に医療材料や衛生材料も届けていただけるのでしょうか。</p> <p>A．薬局での保険処方せんに基づいて、注射針などの特定保険医療材料は交付出来ますのでお届けします。 処方せんに基づかない医療材料の供給については、血糖測定器などの高度管理医療機器以外は販売出来ますが、高度管理医療機器については、販売許可が必要ですので薬局にご確認ください。 衛生材料もお届け出来ますが店頭販売価格になります</p>
41	<p>Q．患者宅で使用しなくなった麻薬が残っていますが、どのように処分すればよいか教えてください。</p> <p>A．患者宅から調剤済み麻薬の返却処分の依頼を受けた場合には、薬剤師等複数人立ち合いの上、廃棄処分し、調剤済麻薬廃棄届を都道府県知事に、薬局が提出することになっています。 お薬を受け取られた、かかりつけ薬局にご相談ください。</p>

(5) 訪問看護ステーション関係

	質問項目
42	<p>Q . 訪問看護を希望する場合はどうすればよいでしょうか。</p> <p>A . まずはお気軽に訪問看護ステーションにお問い合わせください。かかりつけの先生、MSW、ケアマネジャーなどにご相談ください。</p>
43	<p>Q . 現在、入院中ですが、退院前に病院に来てもらい相談をすることはできますか。</p> <p>A . 事前に連絡いただけましたら、訪問看護師等がケアマネジャーなどと連絡のもと退院に必要な調整を行うこともできます。</p>
44	<p>Q . 訪問看護の対象に制限はありますか。</p> <p>A . ありません。乳幼児から高齢者までのあらゆる方が対象になります。</p>

(6) ケアマネジャー関係

	質問項目
45	<p>Q . 介護支援専門員の機能と役割について教えてください。</p> <p>A . 介護を中心とした相談や保健・医療・福祉・介護分野等のサービスや制度を活用・調整することにより、要介護者等（要介護者・要支援者）が、より質の高い生活を営むことができるように支援を提供します。</p> <p>アセスメント、課題（解決すべきニーズ）の抽出、目標の設定、目標達成のために必要なサービスの検討や導入、サービス担当者会議、状況把握、評価を一連の流れで実施します。</p>
46	<p>Q . 利用者がかかりつけ医以外の他科受診の際、どのような連携を取ればいいでしょうか。</p> <p>A . 他科受診の必要な状況を把握した際に、まずは、かかりつけ医にご相談ください。他科受診結果、必要な支援が追加になった場合も、同様にかかりつけ医にまずご相談ください。必要時は、連絡シート等を用いてください。</p>
47	<p>Q . ケアマネジャーが自分の患者さんにどのようなプランを作っているか知りたいが、この誰が担当ケアマネジャーかわからない。どうすればいいでしょうか。</p> <p>A . まず、本人・ご家族に確認してください。本人やご家族に聞いても分からない場合、本人やご家族の同意を得て、介護保険被保険者証の確認を行って下さい。被保険者証の居宅介護支援事業所欄を見ると、担当する居宅介護支援事業者の名称が記載されていますので、事業所に連絡を取って担当のケアマネジャーを確認して下さい。主治医意見書を記入している場合には、「特記すべき事項」の欄に『ケアプラン希望』の旨を記入すれば、担当するケアマネジャーからプランの提出を受けられます。</p> <p>※ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条第18号及び第19号参照 http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=horei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2001</p>
48	<p>Q . 患者さんの状態が急に悪くなり、介護サービスの変更をして貰いたい。医師として指示を出したい。どのようにすればよいですか。</p> <p>A . ケアマネジャーへ電話やファックスで連絡を取って、情報提供をして下さい。</p>
49	<p>Q . 居宅療養管理指導を行う際の、医師からケアマネジャーに対する情報提供はどのような方法で行いますか。</p> <p>A . ケアプランの策定等に必要な情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うこ</p>

	質問項目
	<p>とが基本です。会議への参加が困難な場合、または会議が開催されない場合は文書等で情報提供を行ってください。</p> <p>※ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）</p> <p>「第二 居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する事項」内の</p> <p>「6 居宅療養管理指導費 (2) 医師・歯科医師の居宅療養管理指導について ②「情報提供」及び「指導又は助言」の方法」 参照</p> <p>http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/c01.pdf</p>
50	<p>Q . 急性期あるいは回復期リハを行っている病院から、通所リハあるいは在宅での訪問リハを含む対応が必要とのことで、介護認定を受けて欲しいとの依頼がありました。どのようなことに気をつければ良いのでしょうか。</p> <p>A . 利用者の、かかりつけ医が内科医のみではないことがあります。すでに医療保険でのリハビリを病院以外の医療機関で受けていた、あるいは受けている可能性を考えてください。まずは、その医療機関と連絡をとってください。その上で、ケアプランを作成してください。</p> <p>※ 医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について＜平成26年3月28日付け保医発0328第1号厚生労働省保険局医療課長通知＞ 参照</p> <p>http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/jigyo/jigyosha/kaigohosyu.files/H26.3.28iryoku-kaigo-kyufuchousei.pdf</p>
51	<p>Q . かかりつけ医がいるが、専門医(認知症等)の受診が必要と思われる場合は、担当ケアマネジャーとしてどのようにすればよいのでしょうか。</p> <p>A . 他の医療機関を受診させたいときは、必ず主治医に連絡を取ってください。</p> <p>担当ケアマネジャーとして、専門医の受診が必要ではないかと判断した理由なども明確にして、かかりつけ医と十分に相談してください。</p> <p>かかりつけ医が専門医の受診が必要と判断すれば、専門医療機関に紹介します。専門医療機関受診には、かかりつけ医の紹介状(診療情報提供書)が必要です。</p>

質問項目	
52	<p>Q . 軽度者への福祉用具貸与などの場合、担当ケアマネジャーとして自立支援の観点から用具の利用がかえって自立を妨げると判断しているが、利用者の強い希望があり、かかりつけ医より「必要」との意見が出ている場合、どのようにすればよいでしょうか。</p> <p>A . 軽度者（要支援1・2及び要介護1）に対する福祉用具の利用については、医師の医学的所見に基づきかつサービス担当者会議等を通じて、必要性が判断されていることが条件となります。</p> <p>本人・サービス事業者と合わせて、かかりつけ医にもサービス担当者会議に出席してもらうなど、かかりつけ医と十分な意思疎通をはかるよう工夫してください。</p> <p>※次頁「軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いについて」参照</p>

（堺市健康福祉局長寿社会部介護保険課 監修）

軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いについて

要支援1、要支援2及び要介護1の方（以下「軽度者」という。）に対しては、その状態像から見て使用が想定しにくい下表の福祉用具（以下「対象外種目」という。）については、原則として貸与できません。

【対象外種目】

車いす及び車いす付属品	特殊寝台及び特殊寝台付属品
床ずれ防止用具	体位変換器
認知症老人徘徊感知機器	移動用リフト(つり具の部分を除く。)
自動排泄処理装置(※)	

(※) 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。)については、軽度者に加え、要介護2及び要介護3の方も原則として貸与できません。

ただし、厚生労働大臣が定める状態像（「第95号告示第25号のイの状態」）に該当する方については、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目に限り、軽度者（自動排泄処理装置にあっては、軽度者に加え、要介護2及び要介護3の方）であっても例外的に貸与することができます。その判断方法は、原則として、要介護認定の認定調査票（基本調査）の直近の結果を活用して客観的に判定することとされています。【裏面参照】

なお、認定調査票の基本調査の結果にかかわらず、次の各号のいずれかに該当することが医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより対象外種目が特に必要であると判断されていることを、書面等確実な方法で市が確認した場合にも例外的にこれを貸与することができます。

堺市では、居宅介護支援事業所による指定(介護予防)福祉用具貸与理由書の提出をもって確認しております。当該書類の提出先は、利用者が居住する区の区役所地域福祉課介護保険係となっています。

- (1) 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、頻繁に第95号告示第25号のイの状態に該当する者(例:パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
- (2) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当するに至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)
- (3) 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第95号告示第25号のイ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)

以上が軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いについての原則となりますが、軽度者に対し、対象外種目の福祉用具を貸与する前には、利用者が居住する区の区役所地域福祉課介護保険係にご相談ください。

対象外種目 (福祉用具の種類)	第95号告示第25号のイに該当する状態	第95号告示第25号のイに該当する 基本調査の結果
ア 車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 日常生活範囲における移動の支 援が特に必要と認められる者	基本調査1-7 「3. できない」 —
イ 特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に起き上がりが困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-4 「3. できない」 基本調査1-3 「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具 及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 「3. できない」
エ 認知症老人徘徊 感知機器	次のいずれにも該当する者 (一) 伝達、介護者への反応、記憶・ 理解のいずれかに支障がある者 (二) 移動において全介助を必要とし ない者	基本調査3-1 「1. 調査対象者が意思を他者に伝達 できる」以外 又は 基本調査3-2~3-7のいずれか 「2. できない」 又は 基本調査3-8~4-15のいずれか 「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認知 症の症状がある旨が記載されている 場合も含む。 基本調査2-2 「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 (二) 移乗が一部介助又は全介助を必 要とする者 (三) 生活環境において段差の解消が 必要と認められる者	基本調査1-8 「3. できない」 基本調査2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 —
カ 自動排泄処理 装置 (尿のみを自動的に 吸引する機能のもの を除く。)	次のいずれにも該当する者 (一) 排便が全介助を必要とする者 (二) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-6 「4. 全介助」 基本調査2-1 「4. 全介助」

詳しくは平成12年3月1日付け老企第36号 第2の9(2)及び平成18年3月17日付け老
計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号 第2の11(2)
(両通知とも、平成24年3月16日付け老高発0316第1号・老振発0316第1号・老老発0
316第5号により一部改正)をご参照ください。

指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

堺市長様

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の居宅（介護予防）サービス計画に指定（介護予防）福祉用具貸与を位置付けることについて、居宅サービス計画書（第1表、第2表、第3表）、又は介護予防サービス・支援計画表（A表、B表、C表、D表）の写しと、「サービス担当者会議の要点」（第4表又はE表等）を添えて、以下のとおり届出します。

年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業者名 _____

代表者名 _____ ㊟（担当者名 _____）

（ _____ ）地域包括支援センター _____ ㊟（確認者名 _____）

被保険者番号		被保険者氏名	
住 所	〒 _____ 電話（ _____ ）		
生年月日	明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）		
要介護度等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3		
認定有効期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日		
認定調査実施日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目に○を付けること。

特殊寝台及び特殊寝台付属品 (特殊寝台をお持ちでない方は付属品のみのお貸与はできません)	移動用リフト
床ずれ防止用具及び体位変換器	自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものを除く) 注)自動排泄処理装置については、要介護2、3の方も軽度者となりますので、理由書の提出が必要です。
認知症老人徘徊感知機器	

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】

医師の医学的所見 ※原因となる疾病名及び具体的状態像については、診断書等の添付に替えても可	主治医名	
	医療機関名	
	医師の医学的所見の確認方法 ※該当するものにチェックすること	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師連絡（医師への聴取日） _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 診断書等 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	【例外的貸与基準の該当性】 ※該当するものにチェックすること <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によって、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当することが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の要因により、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第95号告示第25号のイに該当すると判断される者 【原因となる疾病等】 【当該利用者の具体的状態像】	

V 相談窓口一覧

名称	所在地	TEL	FAX
堺市医師会	堺区甲斐町東3丁2-26	221-2330	223-9609
堺市口腔保健センター	堺区大仙中町18-3	243-1902	243-3088
大阪狭山市・堺市美原区 歯科医師会事務局	大阪狭山市東野東1-500-1 旧狭山・美原医療保健センター内	368-6650	368-6657
堺市薬剤師会 地域医療連携室	西区浜寺石津町東4丁2-14	280-1873	280-1918

名称	所在地	TEL	FAX
堺区役所地域福祉課	堺区南瓦町3-1(堺市役所内)	228-7477	228-7870
中区役所地域福祉課	中区深井沢町2470-7(中区役所内)	270-8195	270-8103
東区役所地域福祉課	東区日置荘原寺町195-1(東区役所内)	287-8112	287-8117
西区役所地域福祉課	西区鳳東町6丁600(西区役所内)	275-1912	275-1919
南区役所地域福祉課	南区桃山台1丁1-1(南区役所内)	290-1812	290-1818
北区役所地域福祉課	北区新金岡町5丁1-4(北区役所内)	258-6771	258-6836
美原区役所地域福祉課	美原区黒山167-1(美原区役所内)	363-9316	362-0767

名称	所在地	TEL	FAX
堺保健センター	堺区甲斐町東3-2-6	238-0123	227-1593
ちめが丘保健センター	堺区協和町3-128-4	241-6484	247-3201
中保健センター	中区深井沢町2470-7(中区役所内)	270-8100	270-8104
東保健センター	東区日置荘原寺町195-1(東区役所内)	287-8120	287-8130
西保健センター	西区鳳南町4丁444-1	271-2012	273-3646
南保健センター	南区桃山台1丁1-1(南区役所内)	293-1222	296-2822
北保健センター	北区新金岡町5丁1-4(北区役所内)	258-6600	258-6614
美原保健センター	美原区黒山782-11	362-8681	362-8676

名称	所在地	TEL	FAX
堺基幹型包括支援センター	堺区南瓦町3-1(堺市役所内)	228-7052	228-7058
中基幹型包括支援センター	中区深井沢町2470-7(中区役所内)	270-8268	270-8288
東基幹型包括支援センター	東区日置荘原寺町195-1(東区役所内)	287-8730	287-8740
西基幹型包括支援センター	西区鳳東町6丁600(西区役所内)	275-0009	275-0140
南基幹型包括支援センター	南区桃山台1丁1-1(南区役所内)	290-1866	290-1886
北基幹型包括支援センター	北区新金岡町5丁1-4(北区役所内)	258-6886	258-8010
美原基幹型包括支援センター	美原区黒山167-1(美原区役所内)	361-1950	361-1960

地域型包括支援センター		所在地	担当区域	TEL	FAX
堺区	堺第1地域包括支援センター	堺区海山町3-150-2 (「ハートピア堺」隣)	三宝・錦西・市・英彰	222-8082	222-8083
	堺第2地域包括支援センター	堺区今池町4-4-12 (「みあ・かーさ」内)	錦・錦綾・浅香山・三国丘	229-9240	229-9234
	堺第3地域包括支援センター	堺区京町通1-21 (「グレース堺」敷地内)	熊野・少林寺・安井・榎	223-1500	223-1522
	堺第4地域包括支援センター	堺区協和町3-128-11 (「愛らいふ」内)	神石・新湊・大仙・大仙西	275-8586	275-8587
中区	中第1地域包括支援センター	中区深井中町1888-14 (デイサービスセンター「つどい」内)	八田荘・八田荘西・深井・深井西	276-0800	276-0802
	中第2地域包括支援センター	中区土塔町2028 (「ふれ愛の家」内)	東百舌鳥・宮園・東深井・土師	234-6500	234-6501
	中第3地域包括支援センター	中区東山841-1 (「ベルファミリア」内)	久世・東陶器・西陶器・福田・深阪	234-2006	234-2013
東区	東第1地域包括支援センター	東区石原町3-150 (つるぎ荘・やしも地域サポートセンター内)	南八下・八下西・日置荘・日置荘西・白鷺	240-0018	240-0048
	東第2地域包括支援センター	東区南野田33 (ハーモニー内)	登美丘西・登美丘東・登美丘南・野田	237-0111	237-3900
西区	西第1地域包括支援センター	西区浜寺石津町西5-11-21 (「結いの里」内)	浜寺・浜寺東・浜寺石津・浜寺昭和	268-5056	268-5066
	西第2地域包括支援センター	西区草部531 (「ウエルフォンテひのき」内)	鳳・鳳南・福泉・福泉上・福泉東	271-0048	284-8875
	西第3地域包括支援センター	西区津久野町1-5-8-103 (アーバンフォーレスト)	津久野・向丘・平岡・家原寺・上野芝	260-5022	260-5033
南区	南第1地域包括支援センター	南区赤坂台2-5-7 (赤坂台近隣センター内)	美木多(鴨谷台含む)・赤坂台・新檜尾台・城山台	295-1555	295-1556
	南第2地域包括支援センター	南区原山台1-6-1-103 (府公社泉北原山台C団地6-1棟)	福泉中央・桃山台・原山台・原山台東・庭代台・御池台	290-7030	290-7665
	南第3地域包括支援センター	南区茶山台3-22-9 (茶山台近隣センター内)	上神谷・宮山台・竹城台・竹城台東・若松台・茶山台	289-8085	289-8086
	南第4地域包括支援センター	南区逆瀬川1038-2 (「榎塚荘」内)	三原台・泉北高倉・はるみ台・榎塚台	291-6681	291-6682
北区	北第1地域包括支援センター	北区新堀町1-76-1 (アイリス堺正風内)	東浅香山・新浅香山・五箇荘・五箇荘東	246-9595	246-9596
	北第2地域包括支援センター	北区長曾根町1199-6 (陵東館秀光苑内)	東三国丘・光竜寺・新金岡・新金岡東	252-0110	257-2941
	北第3地域包括支援センター	北区野遠町344-1 (「あけぼの苑」内)	大泉・金岡・金岡南・北八下	257-1515	257-1525
	北第4地域包括支援センター	北区百舌鳥陵南町2-662 (「ハピネス陵南」内)	中百舌鳥・百舌鳥・西百舌鳥	276-3838	276-3800
美原区	美原第1地域包括支援センター	美原区平尾595-1 (「美原荘」内)	美原区全域	369-3070	369-3038