

**(案)**

# ケアマネジャーと医療との連携

**平成 28 年3月**

**枚方市福祉部高齢社会室**

## はじめに

全国的に今後急速に高齢化が進み、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる平成37年（2025年）には、枚方市において、65歳以上の高齢者が平成26年にくらべ、約1万2千人増加し、その全人口に占める割合も28%を超えることが見込まれます。

またひとり暮らし高齢者や夫婦のみの高齢者世帯、認知症高齢者など見守りや日常生活の支援が必要な高齢者の増加が予測されます。

このような状況の下、高齢者が地域で自立した生活が営めるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケア」の実現に向けた取り組みを進めるとともに、制度開始から15年が経過し、高齢者の生活を支える仕組みとして定着している介護保険制度が将来にわたって利用できるよう持続可能な制度運営を行わなければなりません。

介護保険制度では高齢者の方が尊厳を保持し、自立した日常生活を営むことができるよう、心身の状況や環境に応じて、適切な保険医療サービス及び福祉サービスが総合的・公立的に提供されるように配慮すること、また医療との連携に十分に配慮して介護保険サービスを行なうことが求められます。

医療と介護が連携を図り、お互いが利用者に関する情報を共有することで利用者や家族にとってより安全で、安心できるケアプラン、サービスが提供できるのはもちろんですが、連携がなければ内容が重複したサービスや効果が期待できないサービスが双方から行なわれてしまう可能性が考えられます。

ケアマネジャーが主治医や医療機関と円滑な連携をしていくためには、必要なことや注意すべきことを押さえておく必要があります。

この資料では、ごく基本的なことについて説明をしていますのでこれらを踏まえた上で連携を行なっていただければ、と考えています。

**「何のために連携をするのか」をはっきりさせましょう。**

連携をするのは大事なことです、

- 連携が必要かどうか？
  - 何を目的に情報交換を行なうのか？
  - どのような情報を入手することで目的を達成することができるのか？
- を整理しましょう。

### **まず身近な医療情報を活用しましょう。**

ケアプラン作成に際して「主治医意見書」を活用していますか？

「特記事項」等に確認したいと思っている事項が記入されていないか、よく読んでみましょう。

#### **【主治医意見書の活用について】**

意見書に書かれている疾病名や経過・投薬内容、それ以外の専門用語について、よくわからないこともあるでしょう。そういう場合に病名や、一般的な症状・治療方法・薬の名前と効能、あるいは専門用語について、医学事典やインターネットの検索等で事前に調べておくことで、確認すべきポイントが明確になり、主治医の説明をスムーズに聞くことができます。

#### **【サービス事業所の医療職からのフィードバック】**

看護師・理学療法士・作業療法士などサービス事業所の医療の専門職として評価、意見を確認してみましょう。



## **主治医との面談・意見の確認が必要なケースかどうか見極めましょう**

### ○一般的に特に連携が必要なケース

- ・在宅で呼吸器・酸素吸入等の医療機器の使用や、点滴・経管栄養・吸引・インシュリン注射、褥瘡処置等の医療処置が必要な方
- ・在宅でターミナルケアを行なう方
- ・食事制限・活動制限等医学的管理が必要な方
- ・入退院を繰り返すなど病状が不安定な方（または悪化傾向な方）など

### ○医師の指示・意見を確認する必要があるケース

- ・訪問看護・訪問リハ・通所リハ等の医療系サービスを利用する場合
- ・軽度者に係る福祉用具貸与について、医学的所見が必要な場合など

### ○日常生活動作や援助を行なう上で疾病等の状況を確認する必要があるケース

- ・本人は「痛いからできない」と言っているが、本人の訴えに係る医学的な所見を確認する
- ・利用者は「〇〇したい」との意向であるが、当該動作に係るリスクの評価を行なう
- ・通所介護などで機能訓練を行なう際の療養上必要な労作制限等の留意事項を確認する

## 連携は「双方向」で行うことが重要です

利用者の在宅生活をフォローしていくには、それぞれの専門職が対等な立場で連携し、各々の責任を果たしていくことが必要です。

医療以外の利用者自身や利用者を取りまく環境等に関する情報が不足することで、主治医の意見・指示等が利用者の実態にそぐわないものになることも考えられます。また一方で、ケアマネジャーからの情報提供により、主治医・医療機関側でも、より適切なサービスを提供することが可能になることもあります。

一方的に主治医の指示を待つ・意見を聞くだけでなく、主治医・医療機関に対して適切な情報提供を行うことが重要となります。

### 主治医・医療機関への情報提供について

事前に提供する書類・情報の範囲等（ケアプラン・アセスメントシート・支援経過の要約・入院時情報提供書※枚方市介護支援専門員協会編集等）を整理し、主治医・医療機関へ確認したうえで渡すようにしましょう。

【主治医がケアマネジャーから欲しいと思っている情報はどんなものですか？】

人によって異なりますが、一般的には、概ね次の情報を必要としています。

- 担当ケアマネジャーの名前・連絡先
- ケアプラン（アセスメント・モニタリングの結果を含む）
- サービス担当者会議の内容
- その他、利用者の生活・介護状況

利用者が入院した場合等は、退院調整が必要な利用者かどうかの判断材料となる以下の情報も重要となります。

- 住居の状況を含めた利用者を取り巻く環境
- 家族関係、家族による介護可能な範囲
- 家計の状況とそれに伴う利用可能なサービス量の制約等

## 連携の基本は「人跟人」との繋がいです

### まず認識してもらうことから始めましょう

まずは、自分が担当のケアマネジャーであることを相手方に伝えてください。情報の交換を始める前に、担当のケアマネジャーであることを主治医に伝えて、相手方に認識してもらうことは重要です。

【「顔の見える関係」が円滑な連携のカギ】

いきなり電話で「〇〇さんの担当ケアマネジャーですが、病状について教えてください。」というのはNG!!です。逆の立場で考えてみてください。まったく見たこともない人から「〇〇さんの関係者ですが、ケアプランについて教えてもらえますか？」と電話で聞かれたら、答えるでしょうか？

まず、失礼のないようアポイントを取り、直接面談の上で、確認すべきことを聞くのが基本です。いったん認識してもらうことができれば、以降の連絡等が円滑に進むようになるでしょう。

### 適切な方法でアポイントを取りましょう

病院では、直接主治医に連絡を取るのではなく、医療ソーシャルワーカー（MSW）等の連絡担当窓口の担当者へ連絡をして、主治医・病棟看護師等との連絡方法について確認するのがいいでしょう。MSWを配置していない病院等ではまず医事課へ確認してみてください。

もちろん診療所でも、それぞれルールがあります。電話でいきなり医師への取り次ぎを求めるのではなく、まずは電話に出られた受付担当の方に、簡潔に用件を伝えましょう。

【忙しい時間を避けて連絡してみましょう】

医療機関では、一般的に午前の受付・診療開始直後などは大変忙しいことが多いので、そのような時間帯を避けて連絡をとるようにしましょう。

【各種ツールを活用しましょう】

枚方市には、医療機関への連絡や問い合わせのために各種ツールがあります。診療時間、連絡先および連絡手段、在宅医療対応の可等、事前に把握しておきたい情報が掲載されていますので、ぜひ活用しましょう。

個人情報の取り扱い等については、本人・家族の同意を得る等ご留意の上でご利用ください。

○かかりつけ医マップ（枚方市医師会）

○訪問歯科診療対応歯科医院マップ（枚方市）

○院外処方せん取扱薬局（枚方市薬剤師会）

○在宅医療情報シート（枚方市地域包括支援センター）

○主治医と介護支援専門員の情報共有連絡票（枚方市）

※個人情報の取り扱いについては、本人・家族の同意を得る等に留意した上でご利用ください。

## 主治医等との面談、情報入手をスムーズに行なうために

### 同行受診による面談については事前に確認しておきましょう。

面談内容によっては本人の前では話しにくいことがある場合や、長時間にわたる相談となって、診察を待っている他の患者さんに迷惑がかかることも考えられます。同行受診による面談については、あらかじめ医院（病院）へ確認しておきましょう。

### 個人情報の取り扱いに注意しましょう。

主治医・医療機関への情報提供にあたっては、個人情報の取り扱いに係る同意書等により、必ず本人・家族の同意を得た上で行うようにしてください。

#### 【個人情報の取扱い】

医療情報は個人情報としても取扱いについて特に慎重を要するものです。このため各医療機関においても、非常に慎重な取扱いをしています。

このため、本人・家族を介しての情報のやりとりを除いては

○自分が担当のケアマネジャーであることを事前に伝えておく。

○書面等により、本人・家族の同意を得ていることを示す。（同行受診の場合を除く）

などの工夫をしておくことで、医療関係者も情報の提供をしやすくなります。

医療情報の提供については、各医療機関でルールを定めている場合もありますので、アポイントの際に、事前に確認しておけばよりスムーズに運ぶでしょう。

#### 【主治医等から利用者の医療情報や助言をもらうために】

漠然と『『利用者の情報』を教えてほしい』と言われても、答える側の立場に立てば、返答に困ることはわかんと思います。

よりの確な情報、意見、アドバイスを得るためには以下の点に注意しましょう。

○医療情報や意見・助言が必要な理由を簡潔にまとめておいて、相手に説明しましょう。理由がわかれば、相手もよりの確な答えをすることができます。

○聞きたいポイントを事前に絞っておいて、質問しましょう。ポイントを絞って質問することでより面談がスムーズに進むでしょう。

## 退院時の連携について

退院調整に係る連携においては、担当医師だけではなく、医療ソーシャルワーカー、病棟の看護師、退院調整看護師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などの医療機関のスタッフからの情報提供が重要になります。

アポイントを取る際に、連携窓口の担当者に目的・内容等を簡潔に伝えておきましょう。また、必要に応じて関係者が一堂に会してのカンファレンスの必要性・可否についても確認しておきましょう。

## サービス担当者会議への医師の参加について

サービス担当者会議は情報共有の大切な場です。出席が難しい場合があることを理解した上で、お声かけをして下さい。

依頼する際には、なぜ出席してほしいのか、何を話し合うのかを明確にしておくことが必要でしょう。

### 【居宅療養管理指導費を算定しているケース】

介護保険の居宅療養管理指導費を算定しているケースについては、医師または歯科医師、薬剤師や管理栄養士等は、ケアマネジャーへの情報提供を行うことが必要になっています。

情報提供の方法は、サービス担当者会議への出席、あるいは参加が困難な場合には文章等により行うこととなっています。

情報提供すべき項目としては

- 基本情報（医療機関名、住所、連絡先、医師・歯科医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等）
- 利用者の病状、経過等
- 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
- 利用者の日常生活上の留意点

となっています。（診療情報提供書の様式の活用でも可）

## 入手した医療情報を活かしてケアプランをたてましょう。

せっかく医療情報を入手しても、ケアプランに反映されていない、サービス提供にも活かされていないでは、意味がありません。入手した情報は最大限活用しましょう。

### 医療情報をケアプランに反映させましょう

全体的に捉える必要があるのはもちろんですが、特に、居宅サービス計画の「サービス内容」を考えるときに、医師的観点からの留意事項等を尊重してください。

#### 【情報を共有しましょう】

ケアマネジャーとしては医療情報を反映させたケアプランを作成したつもりでも、実際にサービス提供を行う事業所の担当者にうまく伝わっていないことも考えられます。

必要な情報をきちんと活かすためにも、サービス担当者会議等を通じて、各事業所の担当者と情報を共有し、ケアチームとしての意識統一を図りましょう。

### 情報をフィードバックしましょう

主治医からの意見や情報提供を受けてケアプランを作成しても、その結果・内容が伝わっていなければ、情報提供した側としては、提供した情報がどう活かされて利用者の役に立っているのか気がかりなのは当然でしょう。また、情報提供したのに何の音沙汰もなければ、次の機会に協力をお願いしても、快く引き受けてもらうのが難しくなることも考えられます。

連携は「双方向」で行うことで、より効果を増していくことを頭に置いて下さい。

#### 【ケアプラン等の提供について】

主治医・医療機関への情報提供については、それぞれの考え方も異なりますので、まず必要かどうかの確認をしてから行ってください。面談・情報提供のお礼を兼ねてケアプランの提供等について確認してみるのがよいでしょう。

また、枚方市では、主治医意見書で「ケアプラン提供希望」となっている利用者については、居宅介護支援事業所あてに通知を送っています。

## 連携に関する Q&A

以降のページでは、保健・医療分野をはじめとする関係機関との連携について、関係機関・団体や専門家の方々からのアドバイス・メッセージを元に、枚方市で Q&A 形式にまとめたものを掲載しています。

社会資源の活用、関係機関・専門家の方々との連携を考える際の参考にいただければ幸いです。

- Q 「訪問看護」は主治医の先生の指示がある場合に利用できるのは知っているけど、どのような利用者に必要ですか？またどのような手順で利用できますか？
- Q 利用者の家族から「退院する事になったので、よろしくお願いします。」と連絡がありましたが、病院との連携や、退院時の調整で何かいい方法はないですか？
- Q かかりつけの医師に話を聞きに行ったけど、忙しそうで何となく聞きにくい雰囲気でした。医師と話をする時の何か良い方法がありますか？
- Q 最近、訪問歯科の車をよく見かけますが、どのような人が利用できますか？  
認定は必要ですか？また、治療以外で何をお願いすることができますか？
- Q 保健センターって、どんな相談に乗ってもらえるのですか？
- Q 保健所って、どんな相談に乗ってもらえるのですか？
- Q 地域包括支援センターって、どんな相談に乗ってもらえますか？  
それ以外にも「医療との連携」に関してどんなことができるのですか？
- Q 調剤薬局に居宅療養管理指導を依頼する時は、どうしたらよいですか？  
また、他に何をお願いすることができますか？
- Q 通所リハビリは、どのような手順で利用できますか？  
また、どのような利用者が利用できますか？
- Q 市内にはたくさんの病院がありますが、何が違うのですか？

「訪問看護」は主治医の先生の指示がある場合に利用できるのは知っているけれど、どのような利用者に必要ですか？また、どのような手順で利用できますか？

## 1. 利用の手続き

主治医もしくは訪問看護事業所へご相談ください。利用前に面談を行い、かかりつけ医より「訪問看護指示書」の交付を受け、利用を開始していただきます。利用の回数・援助内容等は、ご本人・ご家族・ケアマネジャーとともに話し合い、プランに組み込まれます。原則、介護保険が優先されますが制度により保険の適応が変わります。

## 2. 医療保険が適応される場合

- ・急に症状が悪化した時や末期がんなど、頻回な訪問看護が必要になった時（医師の特別訪問看護指示書によるもの）
- ・厚生労働大臣が定める疾病等
- ・精神科訪問看護（認知症は除く）

## 3. 指示書について

指示書は利用前の面談が終わり、ご本人（ご家族）の意思を確認したうえで、訪問看護師が主治医へ依頼することが基本です。ご本人の状況によっては急を要する場合は、あらかじめ主治医から指示書発行の内諾を頂いてもらうと介入がスムーズになります。

指示書は、医師から訪問看護事業所へ発行されるものであり、守秘義務にあたる内容も入っているため、写しをお渡しすることはできません。指示書内容についてのお問い合わせについても、ご本人・ご家族・主治医の同意を得ない限りお伝えすることはできません。

## 4. 訪問看護のサービス内容

病状・障がいの観察と看護、療養生活の指導、療養生活上の必要な看護援助、服薬の管理、褥瘡や創傷の処置・予防、医療機器の管理・操作援助・指導、診療の補助業務、リハビリテーション、ターミナルケア、認知症や精神疾患の方への看護、ご家族への支援、社会資源の活用相談…等

## 5. 施設入所者の訪問看護適応について

介護保険（グループホーム、特別養護老人ホーム等）の施設等に関しては介護保険制度の中での個別契約はできません。

介護保険関連施設ではない住居型の施設（特定施設入居者生活介護に該当しない有料老人ホームを含む）は居宅扱いとなるので、介護保険での訪問看護利用が可能です。

末期がんや特別訪問看護指示書の場合は、医療保険での個別契約に基づく利用が可能です。

※詳細はお近くの訪問看護ステーションにお気軽にお問い合わせください。

または、インターネットにて大阪府訪問看護協会ホームページをご覧ください。

利用者の家族から「退院する事になったので、よろしくお願いします。」と連絡がありました  
たが、病院との連携や、退院時の調整で何かいい方法はないですか？

枚方市内の病院には、地域医療連携室や医療相談室などの相談窓口があり、MSW（医療  
ソーシャルワーカー）が必ず在籍しています。上記のようなお困りごとがありましたら、  
まずは MSW にご相談ください。

全患者に MSW の担当が付くわけではありませんので、利用者が入院された場合は、私  
どもに連絡をしていただければ、退院時の連携がスムーズです。

入院される病棟によっては入院期間に目安があり、特に急性期病棟においては入院期間  
の短縮が求められ、必ずしも「病状を踏まえた生活の安定が退院」ではない現状もありま  
す。そのような中でも、入院中の対応及び退院後、在宅での生活の安定を図るため、当方  
からもケアマネジャーへ入院前の状態など情報提供の依頼をさせて頂くことがあります。

今後、早期退院を推進していく国の方針があり、病院とケアマネジャーとの入院時から  
の連携が不可欠です。ご協力をお願いします。

※病状経過等につきましては個人情報であり、電話でのお問い合わせは、お答えしかね  
る場合もあります。

※枚方市内の全病院（精神科、産科を除く）が枚方ソーシャルワーク研究会に属してい  
ます。

MSW の業務指針は以下のとおりです。

- (1) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助
- (2) 退院援助
- (3) 社会復帰援助
- (4) 受診・受療援助
- (5) 経済的問題の解決、調整援助
- (6) 地域活動

かかりつけの医師に話を聞きに行っただけ、忙しそうで何となく聞きにくい雰囲気でした。  
医師と話をする時の何か良い方法はありますか？

#### ○アポイントの方法などについて

医療機関にはそれぞれのルールがあります。電話でいきなり医師への取り次ぎを求めるのではなく、まずは、電話に出られた方に簡潔に要件を伝えましょう。その後、電話・FAX・情報共有連絡票等（※別紙1）を用いて相談して下さい。

#### ○事前の確認事項について

面談の目的と確認したい事項のポイントなどを明確にしてください。

医師はあくまで医療の専門家として、患者さんの治療経過や投薬状況、病状の予後予測、療養面での意見や助言、医学的観点からの介護上の留意点等をお話することができます。「医師に聞くべきこと」とそうでないことを整理していただければと思います。

#### ○面談の際のポイント

患者さんの為に正確な情報が伝わる必要がありますので、専門用語等で分かりにくい部分があれば、その場で質問してください。主治医意見書等の内容を事前に確認していただいて、ある程度の下調べをしていただければ、こちらからの説明も理解してもらいやすいと思います。

外来の待合等での面談をさせてもらうことも多いので、お待ちいただいている他の患者さんの為にも、スムーズかつ手短かに終わるようご協力をお願いします。

#### ○ケアマネジャーの皆さんへのお願い

高齢者の方については、医療だけでその方の生活全体を支えることはできません。医師、ケアマネジャーの双方が、患者さんに関わる専門家として、チームとして在宅生活を支えるために、よりスムーズに連携・協力していければと考えています。

通院間隔が長期となっている患者さんや、他の病院から退院後すぐの患者さんについては、日常がよく分からないところもあります。そのような場合にはこちらから直近の状況をお尋ねすることもあります。また、他医療機関での受診状況、患者さんの家族等の介護力、自宅が在宅療養に適した環境であるか等の情報も提供いただければと思います。

#### ○主治医意見書について

主治医意見書は介護認定審査にあたっての判断材料となります。受診歴のない方または最近受診されていない方は主治医意見書を書くことができませんので、患者さんに先ず受診を促して頂くをお願いします。また、医師の診察のみで全項目を正確に判断・記載することは困難ですので、患者さんやご家族、もしくはケアマネジャーが問診票（※別紙2）にできる範囲で記載頂き、提出をお願いします。

主治医と介護支援専門員の情報共有連絡票

☐ 医療機関名

☐ 居宅介護支援事業所名

平成      年      月      日

御中

☐ 医療機関名

☐ 居宅介護支援事業所名

日頃は主治医と介護支援専門員との情報共有にご協力いただきありがとうございます。  
さて、下記の方について適切なケアマネジメントを実施するため、主治医と情報交換をお願いしたいと考えております。ご多忙のところ恐縮ではございますが、今後主治医と介護支援専門員の連絡方法について、下記の＜主治医記入欄＞にご記入いただきFAXでご返送くださいますようお願い申し上げます。また、主治医から介護支援専門員に対する連絡事項がある場合にも下記にご記入の上、介護支援専門員に連絡いただくこともできます。  
なお、今回の連絡・情報の提示に関しては、対象者（患者）・またはその家族の同意をもって提供させていただきます。

居宅介護支援事業所

|          |      |
|----------|------|
| 介護支援専門員名 | ふりがな |
| 電 話      |      |
| F A X    |      |
| E-Mail   |      |

医療機関

|        |      |    |
|--------|------|----|
| 主治医名   | ふりがな | 科  |
|        |      | 先生 |
| 電 話    |      |    |
| F A X  |      |    |
| E-Mail |      |    |

対象者情報

|     |      |      |       |   |   |    |
|-----|------|------|-------|---|---|----|
| 氏 名 | ふりがな | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 | 日生 |
| 住 所 |      |      |       |   |   |    |

＜主治医記入欄＞

連絡方法選択（○をつけてください）

ア、電 話

→ 電話番号

イ、F A X

→ FAX番号

ウ、E-Mail

→ Mailアドレス

@

エ、医療機関へ訪問

オ、郵 送

カ、その他

→

ア、エに関して、都合の良い曜日、時間帯を記入してください。

| 曜日 | 時 間 帯 | 備 考 |
|----|-------|-----|
|    | : ~ : |     |
|    | : ~ : |     |
|    | : ~ : |     |

**主治医と介護支援専門員の情報共有連絡票は……………**

主治医と介護支援専門員が連携を図る上で、一番初めの「いつ連絡するのがいいのか?」「だれに連絡したらいいのか?」といった場合の1つの共有ツールとして、以下の注意事項を踏まえ活用してください。

**連絡票を使用する上での注意事項**

- ① 連絡票は、主治医または担当介護支援専門員をお互いに把握するものであり、主治医と担当介護支援専門員が対象者についての情報をやりとりするものではありません。
- ② 対象者情報といった個人情報に記載されているため、FAXでやりとりを行う場合は、電話にて受信の確認を行う等の配慮をしてください。

枚方市 福祉部 高齢社会室 地域連携グループ

電話 072-841-1460(直通)

FAX 072-844-0315

# 主治医意見書用「問診票」

別紙 2  
枚方市医師会 ver2

この「問診票」は、介護保険の要介護認定に必要な主治医意見書を正確に記載することを目的としています。日頃のご様子や状態を分かる範囲でお答え下さい。質問の意味や答え方が分かりにくい場合は、無理に○を付けたり、記入をしなくて結構です。また、この問診票は個人情報保護法に基づき、上記の目的以外に利用することはありませんので安心して記入にご協力下さい。

【質 問】（各質問で、当てはまるものを○で囲むか、記入して下さい。）

1. 要介護認定申請者のお名前やこの問診票記入者などについてお聞きします。

申請者のお名前：\_\_\_\_\_

申請者のご住所：（〒573ー\_\_\_\_\_）枚方市

電 話 \_\_\_\_\_

問診票の記入者： 本人 ・ 家族（続柄 \_\_\_\_\_ ・ 氏名 \_\_\_\_\_）

その他（氏名 \_\_\_\_\_ ・ 所属 \_\_\_\_\_）

ご記入日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 介護保険の要介護認定をうけられる理由を差し支えない範囲でご記入下さい。  
（更新申請の場合は、「更新のため」とご記入下さい。）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. 当院の他に、かかっている医療機関がありますか？ ある場合、何医療機関で、何科ですか？

あ る（医療機関名：\_\_\_\_\_ 投薬：ある・なし） ・ な し

\_\_\_\_\_（医療機関名：\_\_\_\_\_ 投薬：ある・なし）

↓

内 科 ・ 心療内科 ・ 精神科 ・ 外 科 ・ 整形外科 ・ 皮膚科 ・ 婦人科 ・ 泌尿器科 ・ 眼 科

耳鼻咽喉科 ・ リハビリテーション科 ・ 脳神経外科 ・ 歯 科 ・ その他（ \_\_\_\_\_ 科）

4. 生活に支障を来している直接の原因である「病名」または「症状」をご記入下さい。  
例えば「もの忘れ」「脳卒中」「ひざ関節症」「高齢による筋力低下」など。

病名または症状：\_\_\_\_\_

発 症 年 月 日：昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 （年または年月だけでも可）

5. 「問4」の症状は、安定していますか？

安定している ・ 不安定 ・ どちらともいえない

6. 生活に支障を与える直接の原因ではないが、その他の病気があればご記入下さい。

病 名：\_\_\_\_\_（発 症：昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

病 名：\_\_\_\_\_（発 症：昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

病 名：\_\_\_\_\_（発 症：昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

（裏面へ続きます）

別紙2

7. 皮膚の病気はありますか？

あ る (床ずれ・その他 \_\_\_\_\_) ・ な し

8. 動かしにくい身体の部位がありますか？ ある場合、それはどの部位ですか？

あ る (部位： \_\_\_\_\_) ・ な し

9. まっすぐに伸びなかったり、きっちり曲がらない、または痛む関節がありますか？

ある場合、それはどこですか？

あ る ・ な し

↓

肩関節 ( 右・左 ) ・ 股関節 ( 右・左 ) ・ ひじ関節 ( 右・左 ) ・ ひざ関節 ( 右・左 )

10. 動作がぎこちないとか、勝手に手足が動いたり、震えたりすることがありますか？

あ る ・ な し

11. 利き腕はどちらですか？

右 腕 ・ 左 腕

12. 身長、体重についておおよそで結構ですのでご記入下さい。

身 長： \_\_\_\_\_ cm ・ 最近、測定していない

体 重： \_\_\_\_\_ kg ・ 最近、測定していない

最近6ヵ月で体重の増減がありましたか？

増えた ( \_\_\_\_\_ kg 位) ・ 減った ( \_\_\_\_\_ kg 位)

13. 日常の動作（移動）についてお聞きます。

(1) 屋 外 歩 行： 自立歩行可能 ・ 介助があれば可能 ・ していない

(2) 車椅子使用： 用いていない ・ 主に自分で操作 ・ 主に他人が操作

(3) 歩行補助具： 用いていない ・ 屋外で用いている ・ 屋内で用いている (複数回答可)

14. 身体障害者の認定を受けていますか？「はい」の場合、等級と内容をご記入下さい。

は い (等級： \_\_\_\_\_ 級、内容： \_\_\_\_\_) ・ いいえ

15. 特定疾病(いわゆる難病)の認定を受けていますか？「はい」の場合は病名をご記入下さい。

は い (病名： \_\_\_\_\_) ・ いいえ

16. 家庭での様子についてお聞きます。

(1) もの忘れについて： 重 度 ・ 軽 度 ・ な し

(2) 同じことを繰返し何度も聞く： あ る ・ な し

(3) 見当はずれの言葉や行動： あ る (具体的に： \_\_\_\_\_) ・ な し

(4) 難聴の有無について： あ る ・ な し

17. この6ヵ月の間に、病状の変化や介護の手間で変わったことがありますか？

(1) 病 状： 改 善 ・ やや改善 ・ やや悪化 ・ 悪 化 ・ 変化なし

(2) 介 護： 軽 減 ・ やや軽減 ・ やや増加 ・ 増 加 ・ 変化なし

以上、ご協力ありがとうございました。

最近、訪問歯科の車をよく見かけますが、どのような人が利用できますか？  
認定は必要ですか？また、治療以外で何をお願いすることができますか？

1. 認知症や寝たきりの方など、お一人での通院が困難な方が利用することができます。  
必ずしも認定を受ける必要はありません。虫歯の治療だけではなく、入れ歯が合わない、  
寝たきりで口の中が心配、歯が欠けた、歯茎が痛い…なども治療の対象となります。

## 2. 訪問歯科診療利用の手順

### ①お問い合わせ

まずは、かかりつけ歯科医にご相談下さい。なお、一般社団法人枚方市歯科医師会  
でも訪問歯科診療可能な歯科医院を紹介しています。関係者向けに配布されている  
「訪問歯科診療対応歯科医院マップ」を参考に、ケアマネジャー自身で調整されても  
結構です。日程調整の際は、利用者様に关わる情報の提供をお願いします。

### ②検診

口の中の健康状態を検診し、利用者様に合わせた適切な処置を検討します。

### ③ご説明・ご相談

検診結果をご説明し、利用者様に合わせた適切な処置を検討します。

### ④治療・口腔ケア

治療方法に基づき、治療や口腔ケアを始め、ご家族、担当のケアマネジャーに治療  
経過報告書を提出します。

### ⑤訪問定期健診

口やお体の健康維持の為、治療終了後も定期的な健診、口腔ケアをお勧めします。

## 3. 訪問歯科診療についての費用

医療保険適応となります。在宅の高齢者等で要支援・要介護認定を受けている方に  
ついては、医療保険の自己負担分とは別に介護保険適応に係る費用（居宅療養管理指  
導費）が算定されます。

（お問い合わせ先）

枚方市在宅歯科ケアステーション

〒573-1197 枚方市禁野本町2丁目13-13

枚方市保健センター内

受付時間：月～金曜日 9：00～15：00

TEL:072-848-1108 FAX:072-848-1034

保健センターって、どんな相談に乗ってもらえるのですか？

枚方市保健センターには、理学療法士・作業療法士・管理栄養士・歯科衛生士・保健師がおり、すべての年齢の市民を対象に電話・来所・訪問での相談業務を行っています。

○理学療法士

自宅での訓練等の相談に応じています。

○作業療法士

(1) 身体・言語・高次脳機能障害などのリハビリ相談

(2) 自立を図る生活活動（作業）づくりの相談

(3) コミュニケーション障害を代償するスイッチや、その他の自助具の相談

理学療法士・作業療法士は、上記以外にも家庭を訪問して介助・介護方法の相談や住宅改修・福祉用具の選定などの相談を受けています。（継続した治療は実施しません）

○管理栄養士

健康づくり、病気の進行予防、介護予防（低栄養の予防）などの栄養相談を実施しています。ご本人だけでなく、家族や施設などの職員からの相談にも応じます。

来所相談日（要予約）についてはお問い合わせください。

○歯科衛生士

歯科医師会と協力し、訪問歯科健康診査を行っています。（治療は実施しません）

対象：40 歳以上の在宅寝たきりの人で、通院が困難な人

（痛みがある場合や治療中の場合は対象外）

費用：無料

これ以外に、口腔ケアについてのご相談もお受けします。

○保健師

(1) 様々な健康レベルの人とその家族を対象に、家庭訪問を通して、より健康的な生活が送れるように、予防の視点も取り入れながら援助します。

(2) 各機関からの相談には、問題点を共有し、協力していきたいと考えていますので、「対応に困る」「家族が心配」「どこに相談すればいいかわからない」などありましたら相談してください。

(3) 健診受診者のハイリスク訪問を行っています。また、上記以外に、

- ① 出前講座（地域に出向いて、健康づくりや介護予防などに関する知識の普及・啓発）
- ② 通所型介護予防事業（運動・栄養・認知に関する教室）と訪問型介護予防事業
- ③ 認知症予防に関する業務（保健センター独自の認知症予防とまちづくりへの取り組みなど）

（お問い合わせ先）

枚方市保健センター TEL 072-840-7221

保健所って、どんな相談に乗ってもらえるのですか？

保健所が行っている事業のうち、ケアマネジャーの皆さんが対象としている介護保険のサービス利用者の方々に関連が深いのは、精神保健に関するものと難病に関するものでしょう。その内容については以下のとおりですので、支援にお困りの際にはご相談ください。

精神保健に関しては、保健予防課の精神保健グループの精神保健相談員や保健師等が統合失調症や認知症等の精神疾患の医療に関する相談に応じています。

（※精神障害者の方の生活相談等については、市の障害福祉室が窓口となります。）

難病に関しては、保健予防課の難病グループの保健師による指定難病の特定医療費助成申請時の療養相談や個別支援、理学療法士など専門職の訪問による療養相談、疾病に関する講演会の開催や患者・家族交流会の支援等を行っています。

また、保健予防課では他にも以下の業務を行っています。

- ・結核やその他感染症に関する相談及び感染拡大防止対策
- ・HIV検査及び性感染症に関する相談
- ・小児慢性特定疾病の医療費助成の申請受付
- ・特定不妊治療費・不育症治療費の助成や肝炎の医療費助成の申請受付
- ・原子爆弾被爆者の医療などに関する各種届出及び申請受付
- ・石綿健康被害救済給付の受付

生活環境に関するサービスでは、（保健衛生課）

- ・飲食店などの営業許可・監視指導
- ・旅館業・興行場・公衆浴場などの営業許可・監視指導
- ・理美容・クリーニング所の開設時の確認検査・監視指導
- ・シックハウス・衛生害虫に関する相談
- ・狂犬病の予防対策、飼い犬の登録
- ・食中毒・感染症・感染性胃腸炎などの検査業務

医事薬事、企画に関する業務では、（保健企画課）

- ・医療相談
- ・病院・診療所・薬局などへの開設許可・監視
- ・地域医療体制の整備や健康危機管理に関すること
- ・保健情報の収集・整理・活用・特定給食施設等への指導・助言
- ・各種医療従事者の免許申請の受付等の業務

地域包括支援センターって、どんな相談に乗ってもらえますか？

それ以外にも「医療との連携」に関してどんなことができるのですか？

○地域包括支援センター（愛称：高齢者サポートセンター）ではこんな仕事をしています。

- ・介護予防ケアマネジメント業務

介護予防サービス計画の作成だけでなく、介護予防に関する情報提供や地域の実情に合わせて介護予防教室（運動器機能向上や認知症予防など）を開催。

- ・権利擁護

成年後見制度の活用促進、高齢者虐待への対応や消費者被害の防止など関係機関と連携して対応。

- ・総合相談支援業務

介護保険サービスにとどまらず、様々な相談に対応。必要に応じて各関係機関と連携、適切なサービスや制度の利用につなげる。

- ・包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

困難事例への介入など地域のケアマネジャーが円滑に仕事ができるよう支援。また地域の医療機関や関係機関、住民（校区福祉委員・民生委員など）を含めた地域ケア会議を開催、多職種とのネットワークを構築、地域連携を支援。

○医療との連携体制構築に向けて・・・

- ・在宅医療情報シート（別紙３）

枚方市内の在宅医療対応医療機関での取り組み状況等をシートにまとめ随時情報提供。

- ・入院時情報提供書（別紙４）

定まった様式はありませんが、入院前の利用者の状態を伝えるひとつのツールとして地域包括支援センターで作成。

- ・待合室懇談会

医療機関の待合室をお借りして少人数で、医師との懇談を通じ顔が見える関係作りとして開催。

- ・研修や勉強会

医療機関と協働で連携体制構築に向けての研修及び勉強会を開催。

地域包括支援センターは地域の総合相談窓口です。ちょっとしたことでも気軽にご相談ください。

## 在宅医療情報シート(記入例)

記入日 平成 年 月 日

|                                            |                                      |        |        |                 |                  |          |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|--------|--------|-----------------|------------------|----------|
| 医療機関名                                      | 〇〇〇クリニック                             |        | 院長名    | 〇〇 〇〇           |                  |          |
|                                            |                                      |        | 窓口担当者  | 〇〇 〇〇           |                  |          |
| 住所                                         | 枝方市                                  |        | TEL    | 〇〇〇-〇〇〇〇        | FAX              | 〇〇〇-〇〇〇〇 |
|                                            |                                      |        | E-mail | 〇〇〇@〇〇〇.jp      |                  |          |
| 在宅医療の取り組み<br>(〇をつけて下さい)                    | 主治医意見書の記載                            | 対応している | していない  | <備考>            |                  |          |
|                                            | 訪問診療                                 | 対応している | していない  | <備考><br>車で15分以内 |                  |          |
|                                            | 新規の訪問診療                              | 対応している | していない  | <備考><br>応相談     |                  |          |
|                                            | かかりつけ患者の往診                           | 対応している | していない  | <備考>            |                  |          |
|                                            | 看取りの対応                               | 対応している | していない  | <備考><br>麻薬取扱い可  |                  |          |
|                                            | 成年後見用診断書の記載                          | 対応している | していない  | <備考><br>鑑定は応相談  |                  |          |
|                                            | 居宅療養管理指導                             | 有      | 無      | <備考>            |                  |          |
|                                            | 在宅療養支援診療所・病院の届出                      | 有      | 無      | <備考>            |                  |          |
| 医師との面談方法<br>優先順位(1~4の番号をつけてください)           | 直接面談                                 | 電話連絡   | FAX連絡  | メール連絡           | 備考               |          |
|                                            | 2                                    | 1      | 3      | 4               | 直接面談時も事前にご連絡ください |          |
| 担当学会議(*)への<br>医師の参加<br>(〇をつけてください)         | 先生の都合に合わせた時間帯で、先生の医療機関で開催の場合         |        |        | 都合がつけば可 困難      |                  |          |
|                                            | 訪問診療に合わせて、患者宅で開催の場合                  |        |        | 都合がつけば可 困難      |                  |          |
| 退院時カンファレンス<br>への医師の参加<br>(〇をつけてください)       | 先生の都合に合わせた時間帯で、入院先医療機関で開催の場合         |        |        | 都合がつけば可 困難      |                  |          |
| 主治医にアポイントメント取る際<br>に比較的対応可能な時間帯等<br>(自由記載) | 診察日の12:00~13:00~16:30~17:00          |        |        |                 |                  |          |
| 多職種の方々への要望<br>(連絡時の注意事項、受け入れ<br>条件等)       | 新規の患者さんは予約の上、面談を行っていますので、まずはお電話ください。 |        |        |                 |                  |          |
| シート情報の提供先<br>(どちらかに〇を付けてください)              | ケアマネジャー等や病院へ広く配布                     |        |        |                 |                  |          |
|                                            | 高齢者サポートセンターから各ケアマネジャーへ情報提供可          |        |        |                 |                  |          |

(\*)担当学会議: ケアプラン作成のために、本人、家族、サービス事業所が集まり話し合うこと

入院時情報提供書（居宅介護支援事業所→病院・診療所）

平成 年 月 日

御中

退院に向けてのお願い

- ①退院が決まり次第ご連絡を頂けたら幸いです。
- ②必要に応じて退院時の情報提供をお願いします。

基本情報

|               |                        |   |     |        |           |       |  |
|---------------|------------------------|---|-----|--------|-----------|-------|--|
| フリガナ          |                        |   | 性別  | 生年月日   | 明治・大正・昭和  |       |  |
| 氏名            |                        |   | 男・女 |        | 年 月 日（ 歳） |       |  |
| 住所            |                        |   |     | 電話番号   | （ ） —     |       |  |
| 主介護者          | フリガナ                   |   | 続柄  | 同居・別居  | 連絡先       |       |  |
|               | 家族氏名                   | 様 |     |        |           |       |  |
| キーパーソン        | フリガナ                   |   | 続柄  | 同居・別居  | 連絡先       |       |  |
|               | 家族氏名<br>□同上            | 様 |     |        |           |       |  |
| 世帯状況          | 単身世帯 夫婦二世帯 同居あり（ ）     |   |     |        |           | 家族構成図 |  |
| 住環境等          | 一戸建て 集合住宅 階（エレベーター有・無） |   |     |        |           |       |  |
| これまでの経緯及び特記事項 |                        |   |     |        |           |       |  |
| 既往歴           |                        |   |     | かかりつけ医 |           |       |  |
|               |                        |   |     | 医療機関   |           |       |  |
|               |                        |   |     | 住所     |           |       |  |
|               |                        |   |     | TEL    |           |       |  |
|               |                        |   |     | 主治医    |           |       |  |

介護保険情報

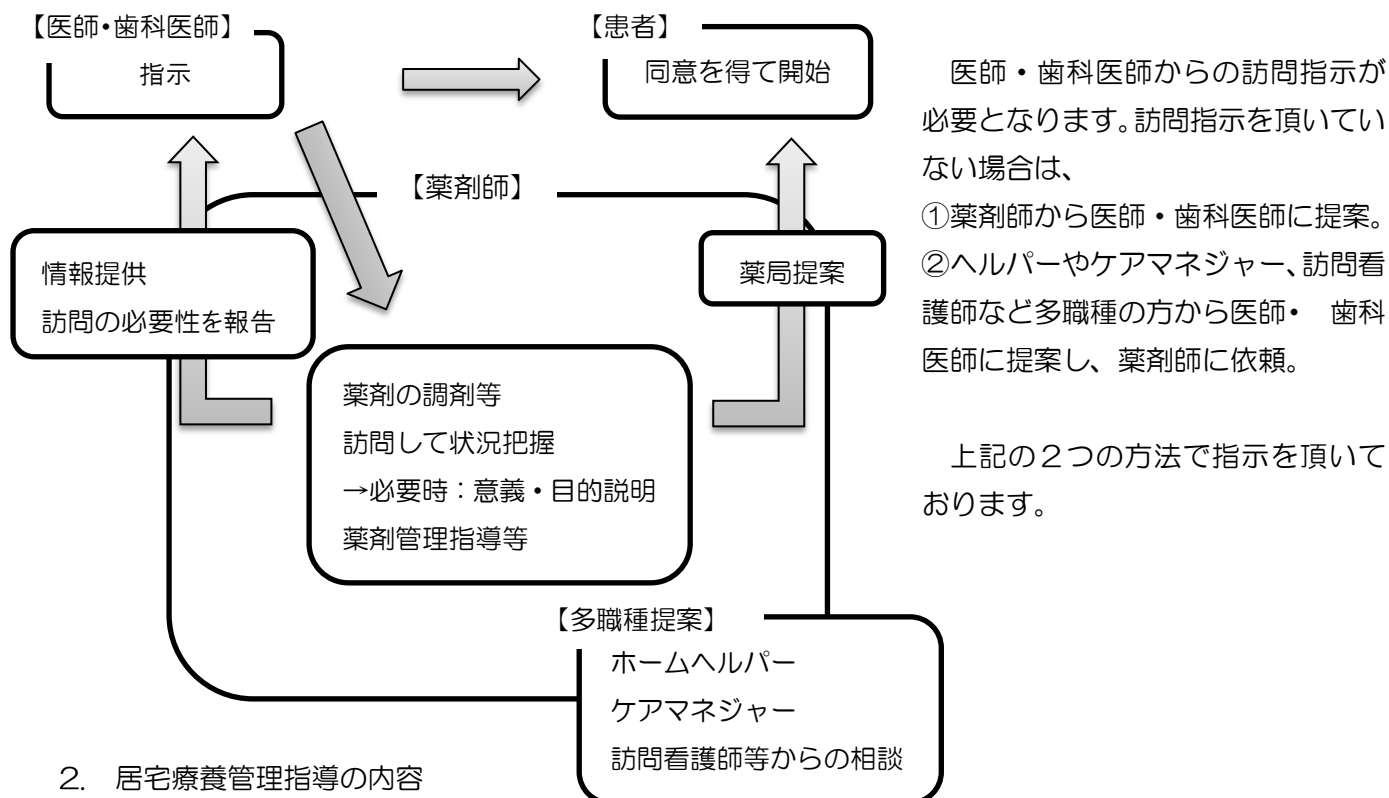
|                |         |                            |       |                |                             |        |
|----------------|---------|----------------------------|-------|----------------|-----------------------------|--------|
| 要介護度           | 要支援 1 2 | 要介護 1 2 3 4 5              | 申請中   | サービス利用状況       | 訪問介護                        | （ 回/週） |
| 有効期間           | 年 月 日   | ～                          | 年 月 日 |                | 訪問看護                        | （ 回/週） |
| 障害等認定          | 難病      | 疾患名（ ）                     |       |                | 通所介護                        | （ 回/週） |
|                | 身障      | 級                          |       |                | 通所リハビリ                      | （ 回/週） |
|                | 精神      |                            |       |                | その他                         |        |
| 障がい高齢者の日常生活自立度 |         | 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 |       | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M |        |

ADL

|                                                                       |    |     |      |     |                        |
|-----------------------------------------------------------------------|----|-----|------|-----|------------------------|
| 移動方法                                                                  | 独歩 | 杖歩行 | 押し車  | 歩行器 | 車いす                    |
| 食事                                                                    | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 治療食（糖尿病食 カロリー制限食 腎臓病食） |
| 更衣                                                                    | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 |                        |
| 入浴                                                                    | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 |                        |
| 排泄                                                                    | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | トイレ ポータブル オムツ 尿器       |
| 服薬管理                                                                  | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 |                        |
| 口腔清潔                                                                  | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 |                        |
| 在宅復帰時の問題等特記事項<br>・住環境 ・経済力 ・介護力 ・家族の問題 ・認知症に関する問題 ・その他<br><div></div> |    |     |      |     |                        |

調剤薬局に居宅療養管理指導を依頼する時は、どうしたらよいですか？  
また、他に何を依頼することができますか？

### 1. 居宅療養管理指導の流れ



### 2. 居宅療養管理指導の内容

- お薬の配達、訪問指導
- 残薬状況、保管状況、併用薬の確認
- 患者の状態から薬効・副作用のチェック
- 医師・ケアマネジャーに訪問薬剤管理指導報告書を提出

### 3. ケアプランの提出等

居宅療養管理指導を開始するにあたって、医師・歯科医師の指示のもと、ケアプランの枠外のサービスとして実施することになりますので、可能な限りケアプランの提出が必要です。

#### 【介護保険】

| 居宅療養管理指導費     |       |
|---------------|-------|
| 同一日・同一建物居住者以外 | 503単位 |
| 同一日・同一建物居住者   | 352単位 |

それぞれ月4回まで（算定する間隔は、6日以上）

### 4. その他薬局の仕事

調剤方法の提案を医師との相談の上で、薬剤の一包化、粉碎、不要なお薬の廃棄の他、お薬を管理しやすいように、のむ時間ごとにお薬カレンダーなどに整理したりしています。

通所リハビリは、どのような手順で利用できますか？  
また、どのような利用者が利用できますか？

#### ○対象者や利用の手順について

介護度が要支援１・２、要介護１～５の方で、医学的管理のもと医療的ケアが必要な方や身体機能から生活行為の維持向上を目的とされる方がご利用できます。

通所リハビリの利用は、主治医の意見（リハビリの必要性・継続性について等）が必要となります。必要な医療情報は各サービス事業所により異なりますので、ご利用の際は、必要書類の確認をお願いします。書式や検査項目を指定する事業所もありますので、併せてご確認ください。診療情報提供書や診断書等は、かかりつけ医療機関での発行になります。

利用の際は、初めにケアマネジャーからのご連絡と情報提供が必要となります（ご利用者の基本情報や医療情報等）。その後、ケアマネジャー・ご家族等と利用開始日・利用日・利用時間等の調整を行います。対象者が入院中の場合は、退院前から情報提供がありますと、利用調整が行いやすいです。

「利用開始前」or「利用開始から１月以内」を目安に、理学療法士等がご利用者宅をご訪問し、ご自宅での生活状況・環境の確認をお伺いします。在宅での生活状況を把握した上で、リハビリテーション計画を立案します。

ケアマネジャーから要請があった場合は、サービス担当者会議や退院前カンファレンス等へ出席します。

#### ○介護度によるサービス内容の違いについて

平成２７年４月の介護保険法改正により、身体機能に対する「個別リハビリ加算」の提供から「参加・活動に焦点をあてた生活行為へ対応する総合的な働きかけ」が求められるようになりました。リハビリの実施方法については、利用者ごとの生活上での課題となっている動作や活動が主対象となったため、内容についても多様化しています。ケアマネジャーから通所リハビリをご相談頂く際に、「お風呂に安心して入れるようにになりたい」「長い距離を歩いて散歩ができるようにになりたい」という利用者のニーズを各事業所に伝えて頂くと、その上でどういうリハビリテーションサービスを実施するのか一緒に検討します。

また、リハビリマネジメント加算Ⅰ・Ⅱの算定の違いによってもリハビリテーション計画が変わってくる場合がありますので、ご利用の際は、加算項目や受けられるサービス等について、当該事業所へ直接お問い合わせ下さい。

市内にはたくさんの病院がありますが、何が違うのですか？

近年、医療機関には機能の分化と強化が求められるようになっていきます。過去の診療報酬改定においてもこうした方針は一貫して推進されています。

平成 26 年度診療報酬改定では、大病院（200 床以上）に専門外来の確保や紹介患者の受け入れといった機能を強化するよう求められています。また、一般外来を縮小して外来業務の負担を軽減するよう示されました。診療所との連携をスムーズに行うために、連携窓口（地域医療連携室等）を拡充する病院が増えているのはこうした流れによるものです。

診療所または 200 床未満の病院では主治医機能（かかりつけ医）の強化が評価されるようになりました。複数の慢性疾患を有する患者の継続的な服薬や健康管理を行い、必要に応じて専門医や介護保険施設等に紹介を行います。

在宅へ向けた急性期後の受け入れ先として「地域包括ケア病床」が新設され、療養病棟では在宅復帰を強化する病棟が評価されるようになりました。

このように「病院」と呼ばれる医療機関の中でも個別化が進んでおり「病院は早々に退院を迫ってくる」という認識だけでは医療との連携を十分に行うことができなくなっています。

各病院の機能を理解することにより、利用者の治療の目的やゴールを理解することができ、ケアプランの作成にあたっても非常に有効な情報をもたらすことでしょう。

病院の機能を把握するために「診療科目」や「病床数」は調べやすく、わかりやすい情報です。さらに理解を深めるためには、例えば次のような情報を参考にしてみてください。

- 病床情報（一般病棟、療養病棟、回復期病棟、地域包括ケア病棟、障害者病棟、緩和ケア病棟 等）
- 一般病床における看護基準（7：1、10：1、13：1、15：1）
- 指定、承認の状況（救急告示病院、地域医療支援病院、特定機能病院、がん診療拠点病院、在宅療養支援病院等）

## ～枚方市介護支援専門員連絡協議会のご紹介～

枚方市介護支援専門員連絡協議会は、主に枚方市域で活動する介護支援専門員が、相互交流・研修活動を通じて、ネットワークを構築するとともに、専門性の向上や、福祉・医療・保健の発展を目指す団体です。

平成 14 年 10 月に会を設立した時の会員数は、約 140 名。現在の会員数は 415 名。

研修委員会・広報組織化委員会・調査研究委員会と組織化され、各委員会の活動を通じて、会員の皆様に、タイムリーかつ有効な情報を提供しています。

平成 17 年から、枚方市から【ケアマネジメントリーダー事業】（平成 27 年よりケアマネジメント活動支援事業に名称変更）の委託を受け、初心者・中堅者・主任別の研修や、事例検討会等、多彩な研修を実施しています。

平成 26 年度からは、当協議会独自の内部勉強会として、各枚方市地域包括支援センター単位の圏域に分けて課題の抽出や問題解決に取り組むための圏域内居宅介護支援事業所連絡会を発足しました。

連絡協議会全体研修においても、最新情報から、介護の現場で働く事の意義やストレスマネジメントにかかる内容まで、多彩かつ必要な研修をタイムリーに実施しています。

また、本年度、ホームページをリニューアルし、当会の取組みや、最新の介護保険情報・ケアマネジメント業務に有益な情報も多く紹介しています。

<http://starhirakata.wix.com/hcmn>

枚方市域で活動する介護支援専門員同士が当会の活動を通じて、顔と顔・心と心が通じ合い、会員同士が互いに支えあえる関係作りを目指しています。今後も会員の皆様に参考となる研修会等、研鑽や交流、相談や情報交換する場を提供し、また最新情報を随時発信するなど、介護支援専門員としての専門性と資質の向上、そして、会員相互の円滑な連携を図る取り組みを積極的に進めていきたいと思っております。

今後とも、枚方市介護支援専門員連絡協議会をよろしくお願いいたします。

枚方市介護支援専門員連絡協議会にご入会をご希望される方は、事務局長までご連絡ください。

枚方市介護支援専門員連絡協議会

事務局長 遠竹 光子

Tel072-837-3601（居宅介護支援事業所 ミルケア内）

## この冊子の発行にあたって

介護と医療の連携を困難にしているものとして、医療の現場、介護の現場、双方の意識の違いや誤ったマナーによる嫌悪感というものがあるのではということで、平成 22 年度に「ケアマネジャーと医療との連携ガイドライン」を作成し、今回改定しました。

この連携ガイドラインは、介護支援専門員向けに「医療との連携の必要性」、介護支援専門員が医療と円滑な連携をしていくために必要なことや注意すべきこととして、アポイントメントの取り方、何を目的として情報を入手するのか、必要な情報は何かを整理したうえで説明すること、医療側から提供できる情報の具体的な名称など「ごく基本的」なことを中心に、わかりやすく記載し、連携に関する Q&A として、介護支援専門員が疑問に感じることや不明なことを質問にまとめ、地域ケア推進実務者連絡協議会構成団体に回答を記載していただきました。

そのため、介護支援専門員にとって活用できる情報を掲載したものになりました。

「地域ケア推進実務者連絡協議会」参加団体（順不同）

枚方市医師会・枚方市歯科医師会・枚方市薬剤師会・東香里病院認知症疾患医療センター・関西医科大学附属枚方病院・枚方ソーシャルワーク研究会・枚方市介護支援専門員連絡協議会・枚方市訪問看護ステーション連絡会・枚方市デイサービス連絡協議会・枚方市通所リハビリテーション連絡協議会・枚方市特別養護老人ホーム施設長会・枚方市訪問介護事業者会・市立ひらかた病院・枚方市地域包括支援センター

平成 28 年 3 月

枚方市福祉部高齢社会室

—枚方市福祉部高齢社会室—