

医療と介護の連携シートの活用にあたって

1 医療と介護の連携シート作成の目的

高齢者が安心して在宅で療養生活を送れるよう支援するには、医療と介護の関係機関の間の連携は重要な課題です。

この連携シートは連携ツールの一手段とし、その活用を通じて、医療と介護の間で、また、医療チームや在宅チームの間で、情報共有とコミュニケーションを図り活発な連携が進むことを目的としています。

2 経過

区では、実務者レベルの関係機関が顔の見える関係を築き、高齢者支援に生かせるよう、平成20年から医療連携会議を開催しています。

連携シートの作成は、他職種との連携上の課題について意見交換をする中で医療ソーシャルワーカーのグループから提案されました。趣旨としては、高齢者が入院した際に関係機関で情報を共有し、連携をスムーズに図りたいというものです。この会議ではケアマネタイムの必要性と区内老人保健施設の診療情報提供書の統一化も合わせて提案されました。なお、ケアマネタイムは関係機関名簿に組み込み、区内老人保健施設統一書式と合わせて平成25年度に完成しています。

連携シートについては、以後、関係機関にアンケート調査を実施して現状把握に努めるとともに、国の動向や先進自治体に学ぶための研修や会議参加者による意見交換を通して、作成に向けての合意づくりが行なわれました。作成にあたっては多職種からなるプロジェクトチームが結成され、医療連携会議や在宅療養連携推進会議での意見も集約しながら荒川区独自のシートと試行マニュアルについての検討を重ね、モデル医療機関による半年の試行とモニタリングを実施しました。

3 各シートの概要と活用方法、活用にあたってのルール、記入について

(1) シートの概要

本シートは荒川区標準様式とします。事業者の独自シートの利用や標準様式の改訂を妨げるものではありません。

① 主治医・ケアマネジャー連絡票(従来の連絡票の改定版)

在宅療養中の高齢者の支援のため、かかりつけ医とケアマネジャーとの情報共有に活用。

② 医療と介護の連携シート(入院情報)

在宅の高齢者が入院した際、関わっていたケアマネジャーから、入院先の医療機関に在宅での様子を伝えることを目的に作成。退院を見越した支援に活用。

③ 医療と介護の連携シート(退院・退所情報)

高齢者が退院する場合に、在宅でのかかりつけ医をはじめ関係機関と情報を共有し、支援に生かすことを目的に作成。本人・家族との情報共有も前提にしています。

在宅での生活を支えるため、退院時カンファレンスで活用します。ケアマネジャーは、その情報を退院後1ヶ月以内のサービス計画作成とサービス調整に役立てます。

(2) シートの活用・ルール

① 個人情報の取り扱いの注意

ア 居宅介護支援契約時もしくはシート利用時に、各シートの目的内において、医療機関内や関係機関内、各機関の間で情報共有をすることについて同意を得てください。

イ FAX送信の場合の注意点…担当窓口で連絡の上、個人を特定できる項目(氏名・生年月日・住所・電話番号)はふせて送信してください。

② 書類の管理について

連携シートには、個人の生活歴や病状、経済状況や家族に関する情報等、提供に配慮すべき情報が数多く含まれています。

書類の取り扱いについては、高齢者本人のプライバシーが侵害されないよう、注意してください。

③ 主治医・ケアマネジャー連絡票(従来の連絡票の改定版)

ア 情報交換を始めるには、自分が担当ケアマネジャーである事を主治医に伝えておくことが連携の第一歩で、電話やファックスでの連絡だけでなく、時間を予約して医療機関を訪問するなど、日頃から顔の見える関係づくりを心掛ける必要があります。

イ 連絡の目的

- ・担当ケアマネジャーになったことの挨拶
- ・介護認定申請の連絡と本人の状況報告
- ・ケアプラン作成にあたる相談を基本に、それ以外の用件については、〈その他〉で対応し、必要な情報については用件を整理したうえで、問い合わせてください。

なお、傷病名、その経過及び治療状況等の照会を行う場合は診療報酬の算定になり本人負担が発生する場合があります。

- ・回答を求める場合には、医師が回答する目安となるよう、無理のない日程を提示してください。

※ 作成にあたって

電話やファックスで主治医とケアマネジャーが利用者の個人情報を提供し合うことは、顔の見えない中でのやり取りになることを考え、このシートは「主治医とアポイントを取るためのシート」というイメージで作成しています。

< 診療情報提供料について >

主治医・ケアマネジャー連絡票は診療情報提供料の算定対象としていません。算定する場合には連絡票とは別に診療情報提供書を添付していただくようになります。医療費が発生するため、医師が利用者及びその家族に同意を得ることが必要です。

④ 医療と介護の連携シート(入院情報)

ア このシートは退院時をイメージできるシートづくりをめざし、入院直後から病院で活用できるよう、できるだけ早く在宅での情報をケアマネジャーから病院に提供するためのシートです。このシートからしか知り得ない、ケアマネジャーならではの情報を盛り込み、電話連絡の上、概ね入院2日以内に病院に持参、もしくはファックス、郵送のいずれかの手段で情報を提供してください。

イ 運用としては記入できるところまで記入し、詳細は電話等で補足することとします。また、個人のプライバシー等に関わる、より注意を払わなければならない情報についても、口頭などで補足提供をしてください。

⑤ 医療と介護の連携シート(退院・退所情報)

ア 基本的には医療機関が記入します。この場合、医療機関記入用の様式を使用します。記入したシートはできる限りカンファレンスの前に配付し、参加者が事前に準備ができるようご協力をお願いします。

この時点では項目すべてを埋める必要はありません。空白部分や詳細については、カンファレンス時に医療機関と在宅スタッフ、本人・家族が共同作業で確認し、追記していきます。

イ カンファレンス後はケアマネジャーがサービス計画作成とサービス調整に利用するとともに、かかりつけ医や担当者会議などで在宅での関係機関との情報共有に活用します。

ウ 医療機関から記入の協力を得られない場合や退院後に居宅介護支援契約した場合などで、ケアマネジャーあるいは地域包括支援センターが医療機関職員から聞き取る場合もあることを想定して、ケアマネジャー記入用のシートを作成しています。

エ シート以外に必要な情報については、別紙あるいは口頭で情報を得るようにしてください。

※ 作成にあたって

これまで、医療機関からケアマネジャーへの情報提供手段として、看護サマリーが提供されることがありました。本来看護サマリーは看護師間の連携のための書類です。看護サマリーにかかわる書類として、ケアマネジャーにとって必要な項目をシートに落とし込むという視点で、退院シートを検討してきた経緯があります。

(3)シートの入手方法

ケア倶楽部からダウンロードできます。

ケア倶楽部トップページ、荒川区「最新情報」下方のカテゴリ “医療と介護の連携シート”よりお入りいただけます。

【参考】

1 プロジェクトチーム

プロジェクトチームの募集にあたっては、平成25年度第1回医療連携会議の案内文発送と同時にチーム参加の意向調査を実施し、地域包括支援センターには地域包括支援センター定例会において協力を依頼しました。メンバーは下記のとおりです。

所 属	名 前	備 考
佐藤病院	若月 麻衣	医療ソーシャルワーカー
木村病院	須永 智恵	医療福祉相談員
訪問看護ステーションつばさ	松延 美由紀	看護師
荒川区医師会訪問看護ステーション	川村 都	看護師
フォービスライフ訪問看護ステーション英	飯塚 淳子	看護師
荒川すこやかネットワーク	渡邊 容子	ケアマネジャー
ケアプランセンター ゆう愛	柰野 達也	ケアマネジャー
ホットステーションSUN荒川	増田 信宏	ケアマネジャー
関川病院 指定居宅介護支援事業所	堀江 明美	ケアマネジャー
西尾久地域包括支援センター	浮塚 弘子	看護師部会
町屋地域包括支援センター	海老原 章	社会福祉士部会
南千住地域包括支援センター	阿部 恵子	主任ケアマネジャー部会
東尾久地域包括支援センター	大矢 泰三	主任ケアマネジャー部会

2 連携シート作成プロジェクト会議及び関係会議等

実施時期	会議名その他	内 容
平成 24 年 2 月 3 日	平成 23 年度 第 2 回医療連携会議	他職種との連携上の課題についてグループワーク(連携シート作成の提案される)
平成 24 年 11 月 9 日	平成 24 年度 第 1 回医療連携会議	先進自治体-世田谷の取組み-に学ぶ
平成 25 年 6・7 月	連携シート作成プロジェクトチームの募集	連携シート作成プロジェクトチーム参加の意向調査 地域包括支援センターに協力依頼
平成 25 年 7 月 12 日	平成 25 年度 第 1 回医療連携会議	連携シートの項目等についてグループ討議・プロジェクトチームメンバーの紹介
平成 25 年 8 月 28 日	第 1 回 プロジェクト会議	医療連携会議での議論を踏まえて連携シートの種類・情報共有の範囲・項目の検討
平成 25 年 10 月 7 日	第 4 回在宅療養連携推進会議	連携シート進捗状況報告、講演「他自治体における連携シート作成の取組み」、意見集約
平成 25 年 10 月 30 日	第 2 回 プロジェクト会議	項目の確認と整理・活用場面について
平成 25 年 11 月 8 日	平成 25 年度 第 2 回医療連携会議	試行案の検討・意見集約
平成 25 年 12 月 19 日	(医師会との調整)	医師会(会長・副会長・事務局)に報告、意見集約
平成 26 年 1 月 21 日	第 3 回 プロジェクト会議	試行シートの内容の確認と活用について
平成 26 年 2 月 25 日	平成 25 年度 第 3 回医療連携会議	連携シート作成の経過と今後の流れについて説明
平成 26 年 3 月 28 日	第 5 回在宅療養連携推進会議	各プロジェクトチームメンバーから、連携シート作成及び活用にあたっての経過報告
平成 26 年 5 月 15 日	連携シート試行にあたっての説明会(ケアマネジャー向け)	連携シート作成の取組み報告と事例をもとにシートについてグループで意見交換
平成 26 年 5 月 28 日	第 4 回 プロジェクト会議	連携シート試行にあたっての説明会の報告及び試行マニュアルについての検討
平成 26 年 6 月 25 日	平成 26 年度 第 1 回医療連携会議	試行について報告
平成 26 年 7 月	連携シート試行開始(半年)	モデル医療機関については医師会より推薦を受けた木村病院・佐藤病院で実施
平成 26 年 8 月 7 日	第 6 回在宅療養連携推進会議	試行について報告・意見集約
平成 26 年 9 月	7・8 月のモニタリング	居宅介護支援事業者・地域包括支援センターに活用状況調査
平成 26 年 11 月	9~11 月のモニタリング	
平成 26 年 12 月 10 日	平成 26 年度 第 2 回医療連携会議	試行状況報告・シートについてグループで意見交換
平成 27 年 1 月 16 日	第 5 回 プロジェクト会議	試行モニタリング・第 2 回医療連携会議を踏まえ、本実施に向けてシートの再確認
平成 27 年 1 月 29 日	第 7 回在宅療養連携推進会議	試行報告・試行シート改訂版提示・意見集約
平成 27 年 2 月 9 日	第 6 回 プロジェクト会議	本実施に向けて最終調整
平成 27 年 4 月	連携シート本実施	
平成 27 年 6 月	4・5 月のモニタリング	居宅介護支援事業者に活用状況調査
平成 27 年 11 月	本実施 8 ヶ月後のモニタリング	医療機関・居宅介護支援事業者に活用状況調査
平成 28 年 2 月 16 日	第 10 回在宅療養連携推進会議	本実施から 8 ヶ月の活用状況報告
平成 28 年 5 月	活用状況モニタリング	区内医療機関及び介護サービス事業者連絡協議会への聞き取り
平成 28 年 9 月	連携シート周知	区内医療機関と居宅介護支援事業者への周知
平成 28 年 12 月	連携冊子に一式掲載	「医療と介護の連携のための関係機関名簿」
平成 29 年度	定期的な活用状況モニタリング開始	居宅介護支援事業所管理者及び医療連携会議出席者に定期的に活用状況調査
平成 30 年 5・7 月	シート内容検証・改定	平成 30 年度医療、介護報酬同時改定に伴い、プロジェクトメンバーでありケアマネジャー職能 3 団体代表者による項目等の見直し

Q & A

【シートについて】

Q 1 なぜこのシートを作ったのか？

A 平成 24 年 2 月の医療連携会議において、連携上の課題を話し合う中で連携ツールの必要性が提案されたことがきっかけになり、シートの作成に着手することになりました。

独自のシートをすでに利用している事業者や医療機関もありますので、そもそも必要なのかという議論もありました。

しかし、提供された情報を相手先が十分に生かせない場合がある、提供している内容は本当に相手先にとって必要な情報なのか、必要な時に必要な部署にタイムリーに伝わっていない、何を伝えればいいのかわからないなど、様々な現状や問題点があがりました。そうした経緯から多職種で構成されたプロジェクトチームが結成され、連携シートを作成する運びとなりました。

プロジェクト会議では、それぞれの立場から、必要とする情報は何かを検討してきました。項目の整理や情報共有の範囲などの話し合いを重ね、医療連携会議や在宅療養連携推進会議、関係機関等からの意見も求め、半年間の試行を経てまとめたものがこの荒川区標準様式です。

更に、平成 30 年度の診療報酬・介護報酬同時改定に伴い、プロジェクトメンバーでありケアマネジャー職能 3 団体の代表者と項目等の見直しを行いました。

Q 2 標準様式となっているが、それ以外の書式は使えないのか？

A Q 1 で触れたような経緯で標準様式は作成しましたが、事業者独自のシートの利用や標準様式の改訂を妨げるものではありません。

【個人情報の扱い】

Q 3 連携シートの活用にあたって、情報共有の範囲は？

A 退院シートについては特に退院後 1 ヶ月以内のサービス計画とサービス調整に活用するものです。そのため、情報共有の範囲としては、退院時カンファレンスと退院直後の担当者会議の参加者を想定しています。それ以降については安易にコピーして配布することはせず、ケアマネジャーがサービス調整上必要と判断する内容をシートから抜粋し、担当者に情報提供するようにして下さい。

なお、退院シートに限っては本人・家族との情報共有を前提にしています。

入院シート・在宅シートについても個人情報の扱いには十分留意して下さい。

【加算に関する点】

Q 4 ケアマネジャーがこのシートで入院と退院の時に情報提供すると「入院時情報連携加算」、「退院・退所加算」が算定できるということで良いか？

A 算定は可能です。それぞれの算定要件・留意事項を確認し、必要な手立てをとってください。なお、退院シートの「医療機関記入用」は診療報酬の「介護支援等連携指導料」の算定を想定して作成しています。

Q 5 入院時の情報提供について、「2 日以内」との説明だが、入院時情報連携加算の算定要件は「3 日以内及び 7 日以内」だが？

A 入院時情報連携加算の要件はおっしゃるとおり「Ⅰが 3 日以内、Ⅱが 7 日以内」です。

しかし、医療機関は早期にケアマネジャーからの情報を必要としています。

連携という点からは、提供した情報を、相手先に有効に活用していただくことが大切です。

そのため、プロジェクト会議の議論の中で、2 日以内の情報提供を目安にすることにしました。

「2 日以内」については、試行の中で検証したところ、概ね出来ていますが、中には「休みをはさむと厳しい」また、「入院しているのを知らず、情報提供が遅くなった」との声も寄せられま

した。一方病院では、病棟看護師からも入院シートの情報が求められるなど、連携シートが定着してきているという報告がありました。

Q 6 口頭で情報提供した場合、シートでの情報提供は必要か？

A 退院時に病院から情報提供していただく場合もありますので、口頭で伝えた後、他の情報も含めて、シートで提供することが連携上大切なことであると考えます。
また、シートでの提供は、正確に情報が伝わり、提供先でのチーム内の協同作業が効率的かつ円滑に進むことにつながります。

【入院シートについて】

Q 7 キーパーソン以外の連絡先はどこに書けばよいか？

A 「家族構成」欄や「家族支援状況・介護力」欄を活用し、記入してください。

Q 8 服薬の情報を記入する欄があると良いのでは？

A 基本的に、処方内容についてはお薬手帳などで医療機関が確認します。しかし、ケアマネジャーとして必要と判断する情報については、連絡事項欄に記入してください。

Q 9 リハビリの到達目標を記入できるとよい

A ケアマネジャーからみた在宅復帰するためのポイントやADLの目安等は、連絡事項に記入してください。

Q 10 特記事項が多いなど、記入することが多く書ききれないことがある

A 空きスペースを活用しても書ききれない場合は、別紙を添付するなど工夫してください。

Q 11 FAX 送信に抵抗があり、取り扱いに不安がある。

A FAX 送信の場合は、必ず医療機関の担当窓口へ連絡の上、個人を特定できる項目（氏名・生年月日・住所・電話番号）は伏せて送信してください。

Q 12 退院時の希望を書く欄があるとよい。例：ここまでできれば在宅生活ができるなど

A ADL の目安などケアマネジャーからみた在宅復帰するためのポイントは、連絡事項のスペースを活用してください。（記入例参照）

【退院シートについて】

Q 13 キーパーソン以外の家族の意向や考えを記入する欄は？

A 表面の家族の「意思・希望」欄に記入してください。

Q 14 障害者手帳についての記入欄はなくてよいか？

A 医療機関から申請の案内があった時は表面の「症状・病状の予後予測、療養上の留意事項」にその旨を記入してください。
すでに交付を受けている場合は、備考欄に記入してください。

Q 15 ベッド、車いすの可否確認はこのシートでまかなえるのか？

A このシートは可否確認書にはなりませんので、指定の「福祉用具貸与の可否確認書」を介護保険課に提出してください。

Q 16 「本人への病気の説明」欄の告知について、本人に告知していない時は？

A 告知というと“癌”を想定しがちですが、ここでは癌に限らず、病気について医師からの説明をどう理解しているか、本人から聞き取った内容を記入してください。

Q17 家族に知られたくない情報の扱いは？

A 退院シートについては、本人・家族との情報共有も想定していますので、直接聞き取った範囲で記入してください。家族に知られたくない内容については、口頭等で伝えてください。

【在宅シートについて】

Q18 このシートを医師から返信してもらう際、診療情報提供料が発生するのでは？

A 本シートによる診療情報提供料の算定は想定していません。ただし、傷病名、経過、治療状況等、算定基準を満たす文書を求めた場合には、本人の自己負担が生じます。

Q19 このシートは他区でも通用するのか？

A 現時点での各事業所の書式同様に、情報提供シートとしては活用できます。ただし、情報の提供にあたっては、あらかじめ医療機関に確認してください。

Q20 どんな時に使えばいいのか？

A 以下を参考にしてください。

- ・新規ケアマネ契約時………担当になったご挨拶
- ・介護保険更新や区分変更時………意見書作成の参考にしていただけるように、認知症など本人についての情報提供、また、他科受診があればその報告
- ・ケアプラン作成時………現在の医学的観点からの意見やサービスについての注意事項をいただきたいときなどに活用
- ・平時におけるかかりつけ医との連携
- ・その他、必要とを感じる時

「主治医・ケアマネジャー連絡票」の活用にあたって

「主治医・ケアマネジャー連絡票」は主治医とアポイントをとるための手段としての活用を考えて改訂しました。

利用者の状況変化や要介護申請に係る情報提供をする際にもご利用いただけます。

これまでも主治医とは連絡手段を確認の上、連携をとっていただいていると思いますが、今後も主治医とのコミュニケーション手段の一つとして、この連絡票をご利用ください。

連絡票には、連絡の目的として主治医に意見を求める項目がありますが、紙面上で細かい意見を求めることは、内容により診療報酬の算定対象になる場合があります。本連絡票は診療報酬の算定を想定していないため、基本的には受診に同行するなどの方法をとってください。

また、主治医に傷病名や傷病の経過、治療状況などを照会した場合、診療報酬の算定の対象になりますので、問い合わせの内容についてはくれぐれもご注意ください。