

# 「医療と介護の連携シート」説明書

I	医療と介護の連携シートの利用	1
II	医療と介護の連携シート概要とルール	
①	医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）	2
②	医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）【診療所との連携】	4
③	医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）【病院との連携】	6
III	Q&A	7

問い合わせ先：世田谷区保健福祉政策部保健医療福祉推進課

Tel. 03-5432-2649

Fax. 03-5432-3017

e-mail SEA03662@mb.city.setagaya.tokyo.jp

■シートのダウンロードは、こちらから

世田谷区ホームページ…[トップページ](#) > [福祉・健康](#) > [高齢・介護](#) > [介護保険事業者向け情報](#) > [介護事業に関する報告書・事例集等](#) > 医療と介護の連携シート

<https://www.city.setagaya.lg.jp/03662/2360.html>

## I 医療と介護の連携シートの利用

### 1. 目的

区民の方が住み慣れた地域で安心して在宅療養生活を送るには、関係機関の連携による一体的なサービス提供が重要です。このため、医療・看護・介護の連携を推進するしくみづくりや環境整備を目的として、標準となるシート（様式とルール）を作成しました。このシートを使うことで、関係機関の間で、得手不得手や経験年数に因らず、より活発で効果的な連携が進むことをめざしています。

### 2. 経緯

区では、平成 19 年度から医師会等の参加する医療連携推進協議会において医療と介護が必要な高齢者等の在宅療養支援について検討し、その結果を踏まえ医療と福祉の連携強化などの取組みを進めています。

平成 20 年度には、病院から在宅への円滑な移行を支援するためのモデル事業を病院のソーシャルワーカーを中心に実施しました。これを踏まえ、平成 21 年度より、介護の調整役であるケアマネジャーと医療との連携に焦点をあて、「退院に向けた病院とケアマネジャーの連携」、「在宅におけるかかりつけ医とケアマネジャーの連携」の場面における連携のしくみづくりに取り組みました。

区内で活動するケアマネジャー（世田谷ケアマネジャー連絡会、公募の方）、世田谷区医師会・玉川医師会の医師、区内病院のソーシャルワーカー（世田谷区病院連携実務者ネットワーク・MSWネットワーク）とともに、医療・介護の双方から見て望ましい連携のあり方や、その際に活用する様式についてモデル事業を実施しました。その中で、様式の詳細や使用の際のルールを検討し、「医療と介護の連携シート」を作成しました。

### 3. シートの種類

シートは次の 3 種類です。病院やかかりつけ医との連携の際、必要な内容を効果的なタイミングでやりとりするためにご活用ください。

#### (1) 医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）

利用者の入退院時に、病院や有床診療所とケアマネジャーとの連携に使います。

#### (2) 医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）

在宅療養の利用者について、主に、診療所（有床含む）の医師が主治医の場合に、ケアマネジャーと双方向のやりとりをすることを想定しています。

#### (3) 医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）

在宅療養の利用者について、主に、病院の外来医師が主治医の場合に、ケアマネジャーから情報提供することを想定しています。

各シートの活用方法・ルールはⅡ章をご覧ください。

※本連携シートは区の標準様式とし、他に独自の様式を用いることを妨げません。

## II 医療と介護の連携シート概要とルール

(注：本文中、病院とは、病院及び有床診療所をいいます。)

### 1. 医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）

- ◆本シートの用途：退院に向けた病院とケアマネジャーの連携
- ◆活用の目的：ケアマネジャーと病院が必要な情報を共有し、連携して本人・家族への適切な支援、事前準備を行いながら、円滑に在宅へ移行できるようにする。

#### （1）シートの概要

##### ①入院時情報（左側）

ケアマネジャーから病院に向けて、患者さんの「入院前の状況」をお知らせする欄です。退院に向けて、ご本人・家族等に対してどのような支援が必要になるかを考えるための情報になります。

※入院直後に、最低限の必要項目を迅速に提供することを目的としています。不足部分は、病院訪問、電話等のやりとりの中で補足してください。

##### ②退院・退所情報（右側）

退院前に、ケアマネジャーが病院スタッフと面談したり、カンファレンスを通じて作成する欄です。聞き取った内容を、在宅でのサービス計画作成やかかりつけ医、介護保険事業者との情報共有を目的としています。

※本様式には基本的な項目を並べましたが、ケアマネジメントを行う上で必要な情報はケースバイケースで異なるかと思います。適宜、別紙や補足資料等を活用してもれなく把握に努めてください。

※標準様式では左右に入院前と退院時の状況を並べて比較できるようにしました。必要となる支援の変化がわかりやすく見えるのではないかと考えています。

#### （2）活用方法とルール

##### ①入院時情報（左側）

本人や家族等の状況から見て、入院時からケアマネジャーが積極的に支援する必要があると判断した場合（＊）、事前連絡の上、速やかに病院側へご本人の「入院前の状況」等について情報提供します。

＜記入例左側参照＞

※積極的に支援する必要があると判断した場合とは、単身世帯等で必要な情報が病院側に十分に伝わらないと考えられる場合、退院後の方向性について早期に関係者の協議が必要な場合等が考えられます。

- ・退院までの間、状況に応じて連携・協力しながら、必要な情報（退院・退所情報）を確認し、サービス調整等を行います。
- ・入院後に関わるようになったケースも上記に準じて必要な連携を図ります。

※病院窓口一覧（ホームページ参照＊）に記載されている病院については、指定された担当あて連絡の上、別紙・送付票（依頼文）とともにシートを送付してください。

※一覧以外の病院については、この書式とルールに関する取り決めができていません。事前に、病院（代表の電話受付に用件を伝え、担当者につないでもらうと良いでしょう）と連絡を取り、送付先・送付方法を相談してください。

注1：本人や家族等が十分に病院とコミュニケーションを図ることが可能で必要な情報が確実に伝わると判断した場合は、必ずしも入院時情報提供を行う必要はありません。迷う場合や判断が難しい場合などは、ソーシャルワーカー等に相談してください。

## ②退院・退所情報（右側）

退院に向けて、病院を訪問し、カンファレンスや病院スタッフとの面談などを通して収集した情報（退院・退所情報）を記載します。記載した内容は、サービス計画作成に利用するほか、主治医や介護事業者との情報共有に活用することができます。

<記入例右側参照>

注1：退院時情報収集は直接病院を訪問して行うことが原則です。

注2：退院・退所情報欄は基本的に聴き取った内容をケアマネジャーが記載します。

注3：退院時カンファレンスが行われた場合やソーシャルワーカーや相談室が関わった案件については、退院後の状況を知らせるため、連携シート（退院・退所情報を記載したもの）の写及び「週間サービス計画表」の写を病院に送ってください。

病院に退院支援の結果をフィードバックし、よりよい連携の実現に役立てるためですので、ご協力をお願いします。

※平成24年度の介護報酬改定に伴い、国の退院・退所加算に係る様式例の改正がなされたため、本シートについても、改定を行い、平成26年4月から国の様式に準じた新様式となっています。

## 2. 医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）【診療所との連携】

- ◆本シートの用途：在宅における主治医（かかりつけ医）とケアマネジャーの連携
- ◆活用の目的：このシートをうまく使いながら、ケアマネジャーと主治医（かかりつけ医）が必要な情報を共有し、医療・介護が円滑に連携しながら在宅療養を支援できるようにする。

### （1）シートの概要

①本人・家族等を通してのやりとりを補完し、主治医とケアマネジャーが十分な情報共有を図るためのシートです。主に、診療所との連携用で、主治医・ケアマネジャー双方の情報発信（返信）を想定しています。

※病院の外来主治医との連携は③外来主治医あて連絡票を参照してください。

②基本的に病名や診療情報そのものの照会（※）ではなく、それを踏まえた上で、在宅療養生活を支援していくためのやりとりに使うことを想定しています。活用例を参考に、サービス担当者会議開催時など、サービス内容を見直すために有効に活用してください。

※病名等の診療情報を提供してもらう必要が生じた場合は、診療報酬の対象となり、自己負担が発生する可能性があるので、本人・家族と事前に相談してください。

### （2）活用方法とルール

在宅で療養中の方について、主治医あて報告・連絡・相談を行う際、または、主治医からケアマネへの連絡、状況確認の際などに使用します。返信が必要な場合はその旨必ず記載してお使いください。 <記入例参照>

・連携の中心にいるのは言うまでもなくご本人および家族です。本人・家族等と主治医の間のやりとりだけでは十分な情報共有が難しい場合に、可能な限りその都度同意を得ながらこのシートを活用してください。

・このシートは連携のための1つのツールです。全てを一枚で済ませられるわけではありませんし、文書のやりとりだけにこだわらず、ケースバイケースで、電話・面談等もっとも適切な手段を選ぶ（あるいは組み合わせる）ことが大切です。

注1：はじめに該当者の担当ケアマネジャーである旨を、主治医にしっかりと伝えることが必要です。一面識もない状態でいきなりFAXで返信を求めるような相談は控え、本書式を挨拶状として活用したり、通院同行や電話等で自分の氏名・事業所名をしっかりと伝えた上で、情報をやりとりしてください。

注2：文字として記録が残ることについて十分配慮が必要ですので、本人に対して開示が難しいと考えられる情報は、できるだけ直接会話の中で補足るようにしてください。

注3：多くの患者を診ている医師の時間と労力を考え、目的を明確にして使ってください。大事なのは量より質、文書のやりとりは必要最低限を心がけましょう。

注4：事前に電話を入れ了解を得てから送付することとします。

注5：個人情報保護の観点から、FAX利用の場合は誤送信がないよう細心の注意を払ってください。万が一に備え、氏名の一部を消したり、直前に電話で知らせた上で個人情報なしで送信するなどの配慮をお願いします。

注6：郵便で送る際、回答を希望する場合は返信用封筒を忘れず同封してください。

### (3) その他

①このシートで言う「主治医」とは、意見書を記載している医師とは限りません。複数科目を受診している場合などは、本人同意のうえ、必要に応じて各医師とのシートを使って連携を図ってください。

②記入者について⇒主治医から話を聞いたうえでスタッフが代理で記載して回答した場合でも、連携の質は確保されるので支障はないと考えています。(相手先から問い合わせがあった場合には、その旨回答してください。)

③各項目の記載内容について主治医側の理解が深まるよう、送付の際には原則として別紙・送付票(依頼文)と一緒に送付してください。

### (4) 主治医・ケアマネジャー連絡票の活用例(必要と考えられるケース【例示】)

①ケアマネジャー ⇒ 主治医(→ケアマネジャー)

- ・利用者の担当ケアマネジャーになった旨の報告
- ・状態が短期間で大きく変わった場合の連絡(→対応の指示)
- ・診察だけでは把握しづらい生活状況の報告・相談(→対応の指示)

(例) 処方してもらった薬が飲めていない

ショートステイを利用してみたら夜間頻尿がわかつた

認知症が疑われる○○○(言動)があった

- ・サービス(デイサービス、訪問入浴など)導入を検討するに際しての相談  
(→医療面からの注意事項など)

②主治医 ⇒ ケアマネジャー(→主治医)

- ・心身状態に合わせ、特別な注意が必要な場合(必要になった場合)の連絡  
(例) 血圧(入浴の可否の基準等)、cal(食事)や水分摂取、服薬等について  
(→必要に応じて経過報告)
- ・経過観察の必要な薬剤(認知症、神経内科系、下剤など)処方についての連絡  
(→状況把握に努めて報告)

### 3. 医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）【病院との連携】

- ◆本シートの用途：在宅における主治医（かかりつけ医）とケアマネジャーの連携
- ◆活用の目的：このシートをうまく使いながら、ケアマネジャーと主治医（かかりつけ医）が必要な情報を共有し、医療・介護が円滑に連携しながら在宅療養を支援できるようにする。

#### （1）シートの概要

本人・家族等を通してのやりとりを補完し、主治医とケアマネジャーが十分な情報共有を図るためのシートです。主に、病院の外来主治医との連携用で、主治医が病院の医師である場合、返信を希望するやりとりは難しいという現状を受け、一方向の情報提供（ケアマネジャーから主治医に在宅の状況を伝える）に活用することを想定しています。（事前に連絡調整がとれている場合はこの限りではありません。）

#### （2）活用方法とルール

在宅で療養中の方について、主治医あて報告や連絡を行う際などに使用します。病院の医師の多忙な勤務状況を考え、最低限伝えなければならない情報を簡潔に記載することが求められます。内容としては、（要介護認定の更新・変更申請に合わせて）主治医意見書作成の参考となる在宅生活の情報、服薬状況（指定どおり服用できていない）の報告などが想定されます。

＜記入例参照＞

- ・連携の中心にいるのは言うまでもなくご本人および家族です。本人・家族等と主治医の間のやりとりだけでは十分な情報共有ができない場合に、可能な限りその都度同意を得ながらこのシートを活用してください。

※病院一覧に記載されている病院（ホームページ参照＊）については、指定された送付先に別紙・送付票（依頼文）とともにシートを送付してください（送付方法は病院一覧を参照）。

※一覧以外の病院については、この書式とルールに関する取り決めができていません。外来主治医との連携については、個別にソーシャルワーカー等とご相談ください。

注1：同じ病院で複数の診療科にかかっている場合もありますので、伝えたい情報は、どの科の医師宛なのか宛先を明確に記入してください。

#### （3）その他

- ①勤務日の限られた非常勤の医師も多く、医事課経由でかかりつけ医に情報が伝わるまでには一定の時間がかかることが予想されます。急ぎの場合は、その旨電話で連絡するか、または、通院同行などで伝えるようにしましょう。
- ②状況によって、ソーシャルワーカーとの連携（支援）が必要と考える場合は、本様式の活用方法も含めて相談してください。

### III Q&A

モデル事業実施の際お問い合わせの多かったものや、特に注意していただきたいことについてまとめました。

Q：どんなときに使えばいいのか？

A：（介護保険サービスに限らず、もっと広い意味で）ケアプランを立てる・見直す際に、医療から介護、介護から医療への情報提供が不可欠と思われる場合に使います。ただし、あくまでもご本人やご家族を飛び越すのではなく、サポートする形で使うことに留意が必要です。

詳しくはⅠ章の3枚のシートそれぞれの解説をお読みください。

Q：医療側の負担が気になるが大丈夫か？

A：当然、相手の負担に配慮することは必要ですが、必要な情報が共有できないためにご本人やご家族にマイナスの効果が出るのは避けたいところです。目的を明確にし、必要性をよく考えることを大原則にした上で、積極的に連携を図ってください。

Q：誰にどうやって送ればいい？

A：①入院時／退院・退所情報

入院時情報は、ホームページの病院窓口一覧を参照し、それぞれ担当者あてに事前に電話連絡の上、指定の方法で送付（FAX・郵送）もしくは持参します。一覧表にない医療機関には、個別に送付方法を相談してください。

退院・退所情報は、ケアマネジャーが病院スタッフと面談したり、カンファレンスを通じて作成してください。入院時に送付したシートの右側に記入されて戻ってくるというものではありませんので、ご注意下さい。

②主治医・ケアマネジャー連絡票

診療所の受付等に電話連絡を入れて、連絡票を送付すること、およびその送付方法についての確認を取ったうえで送付します。FAXや郵送、通院介助のヘルパーに依頼するなどの方法があるかと思います。

③外来主治医あて連絡票

ホームページの病院窓口一覧を参照し、指定の送付先あてに指定の方法で送付します（電話番号が記載されている場合は事前に電話連絡すること）。医事課あて送付の場合、事前の電話は急ぎの場合以外は不要です。

一覧表にない医療機関には、個別に送付方法を相談してください。

※ 個人情報保護の観点から、FAX利用の場合は誤送信がないよう細心の注意を払ってください。万が一に備え、氏名の一部を消したり、直前に電話で知らせた上で個人情報なしで送信するなどの配慮をお願いします。

Q：診療所や病院には周知されているのか？

A：世田谷区医師会、玉川医師会に所属する医療機関には、担当理事を通じて周知をお願いしています。

ホームページの病院窓口一覧に記載の病院には事業の主旨等について了解を得ています。

それ以外の区内・区外医療機関との連携の機会もあると思いますが、基本的に本シートの内容自体は特に相手を選ぶものではないと考えています。実務上の事情を優先の上、個々に相談して進めてください。

Q：区外でも使えるか？

A：区外の医療機関とのやりとりに利用いただくことについては特に支障のないものと考えています。

ただし、利用者の方が世田谷区民以外の場合、自治体によっては、介護報酬算定に当たっての書式を定めている場合がありますので、ご注意ください。（各自治体の介護保険担当部署にご確認ください。）

Q：特に注意することはなにか？

A：今回作成したシートは、医療と介護の連携の手助けとなることを目的としています。

シートが一人歩きしないよう、お互いが今までどおり、よりよい関係を作っていくために必要なことを考えながら使っていくことが大事だと考えます。例えばシートを送る前に電話する、簡単なことですが、そんな一つ一つの積み重ねがこのシートを、また、連携をよりよいものにしていくのだと思っています。

#### ◆入院時／退院・退所情報

Q：このシートの利用によって入院時情報連携加算、退院・退所加算は算定できますか？

A：本シートは介護報酬の各加算の主旨や厚生労働省標準様式に沿った内容を備えておりますが、介護報酬は、国の定めるところに拠って、必要な情報を提供する、あるいは必要な情報の提供を得て、サービス計画を作成・サービスの利用に関する調整等を行った場合に算定されるものですので、請求に当たっては国の通知等をよくご確認ください。

平成24年度より医療連携加算が、入院時情報連携加算Ⅰと入院時情報連携加算Ⅱにわかれました。入院時情報連携加算Ⅰは訪問が要件となり、入院時情報連携加算Ⅱはそれ以外の連携となったため、訪問によらないシートによる連携では入院時情報連携加算Ⅰに該当しませんので、ご注意ください。

また、本シートはいずれの報酬についても算定を保証するものではありません。

(介護保険給付に関する疑義照会については、介護保険課保険給付係にお問い合わせください。

電話番号：03-5432-2646、ファクシミリ：03-5432-3042)

Q：項目数（情報量）が足りないのでないか？

A：入院時、退院・退所時とも、本シート 1 枚の中で全てのケースについて、全ての必要な情報が記載できるとは考えていません。様々な検討を経て、考えうる情報を全て項目化するのではなく、様式は基本シンプルにする方向で整理しました。項目をどのケースに対しても確認すべきベーシックなものに絞り込み、それ以外の情報や詳細な内容はケースバイケースで「その他」欄や、別紙資料を活用することを想定しています。

様式の内容、あるいは記入マニュアルなどは、使っていく中で必要なものが見えてきて、より良いものができると期待しています。

また、紙だけに頼らず、必要に応じて、直接電話や面談等でやりとりすることが大事です。

Q：退院時には看護サマリーをもらえば足りるのでないか？

A：看護サマリーからケアプランを立てるのに有用な情報が得られるケースが多いのは確かです。ただし、原則的に看護に関する、医療→医療の情報提供として作成されるものであり、病院によって考え方方が異なりますが、本来はケアマネジャー向けに交付されるものではありません。訪問看護が入らなければ作成されない場合もありますし、自分で「聴き取る」ことを何よりの原則と考えてください。

#### ◆主治医・ケアマネジャー連絡票

Q：医師に返信してもらうと、診療情報提供料が発生して自己負担が出るのでは？

A：本シートは報酬算定を目的として作成したものではなく、特定の項目を記載する形式にはなっていません。したがって、診療報酬の算定は、あくまでも記載された内容次第になりますが、傷病名や傷病の経過、治療状況などを照会する場合以外は、自己負担は発生しないことを想定しています。

送付票（依頼文）には注釈を入れ、提供する情報の内容が診療報酬の対象となる（または文書料を請求できる）と医師が判断した場合、事前に連絡を入れていただけるようご協力ををお願いしています。

<送付票(依頼文)参照>