

医療と介護連携連絡表活用方法及び記入方法

このツールは、利用者の医療、介護、福祉等、その置かれている状況を総合的に捉え、また情報を共有し、介護保険法の目指すところの自立した生活が送れるよう一元的に支援することを目的としています。

【活用方法】

I：ケアマネジャーから主治医に

①初めて利用者を担当した時

- ・主治医に担当ケアマネジャーとなった旨の周知や今後の援助方針、援助目標の報告をす
- ・ケアプラン作成にあたっての留意事項や原案に対する意見を求める。
- ・医療系サービスの導入を計画したときは、利用に関する適否や意見を求める。

②ケアプラン決定後、1～3ヶ月後にサービス利用状況や身体・精神面の変化についてお知らせをする。

③更新時期に現認定期間中の利用者の変化、サービス利用状況等を報告し、主治医意見書作成の際の資料となるように、情報提供する。

④利用者の病状や身体・精神面の状況に変化があった場合、要介護度が変更になった場合など、再アセスメントし、その結果ケアプランを変更する必要がある時に意見を求める。

⑤変更申請を行う場合に利用者の状況など情報提供を行う。

II：主治医(医療機関)からケアマネジャーや居宅介護支援事業所に

①退院時におけるケアマネジメント依頼やケア会議開催のお知らせ等における情報提供

②医学的にサービス内容等の変更が必要な時にケアマネジャーに対して指示やアドバイスを
を行う

③ケアプランについての質問など

【連絡方法】

①FAX・郵送・お届け・利用者の通院時に持参してもらおう等、臨機応変に。

【記入方法】

*医療と介護連携連絡表をもって情報共有等を行う為、主治医からの求めがない限り、送り状の提出の必要はありません。また、医療系サービスについて医師に意見を求めた場合には、ケアプランの提出が必要です。

①形式自体は変更できませんが、挨拶文章等自由記載です。

②連絡内容欄は、内容書き換え及び加除し利用することも可能です。

③利用者のニーズ及び援助方針、サービスの利用状況、利用者の照会・相談内容等、主治医からの返信欄については、必要に応じて枠を広げ利用することも可能です。