

医療機関(医師・歯科医師・薬剤師等)とケアマネジャーの連携連絡票について
(医療機関発信用 2016.4.1版)

気仙沼地区地域医療委員会

担当:気仙沼・南三陸地域在宅医療福祉推進委員会

【主旨・目的】

「医療機関(医師・歯科医師・薬剤師・看護師等)とケアマネジャーの連携連絡票」を活用する事で、医師・歯科医師・薬剤師等とケアマネジャーの連携を円滑にし、互いの連携を促進する事で「顔の見える関係」・「信頼関係」を構築することを目的とします。

また、患者(利用者)情報の共有と共通認識を図り、要支援・要介護者状態にある患者(利用者)が、日常生活を営むために必要な保健・医療・福祉サービスを、適切かつ効果的に受けられる事を目的とします。

※現在行っている連携方法(電話・メール等)・各医療機関で使用しているツール等の使用を制限するものではありません。地域での共通の連携ツールとして作成したものですので、必要に応じてご使用ください。

【利用方法】

- ・連携連絡票の使用にあたっては、患者(利用者)から同意を頂いたうえで使用する事を原則とします。
- ・連絡方法については、FAX・郵送・患者(利用者)を通じてケアマネジャーに渡す等状況に応じて御使用下さい(送り状等の添付は不要です)。
- ・ケアマネジャーの皆様には、連絡票の内容をご確認いただき御返信いただけますようお願い致します。

【留意点等】

- ・気仙沼市及び南三陸町内の医療機関等と指定居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)との連携のみに使用して下さい。
※気仙沼市立病院、気仙沼市立本吉病院、南三陸病院、気仙沼市医師会、気仙沼歯科医師会、気仙沼薬剤師会、宮城県ケアマネジャー協会気仙沼支部からは了承を得ておりますが、他地域の医療機関等については了承を得ておりません。
- ・情報を連携する患者(利用者)は、気仙沼市及び南三陸町に住所を有する方、若しくは居住している方に限ります。
- ・連絡内容等は簡潔にわかり易く記載して下さい。
- ・急用等で返答を急ぐ内容については、連携連絡票を使用しないで下さい。

【連携連絡票についての御意見・御質問等について】

担当：気仙沼・南三陸地域在宅医療福祉推進委員会 小松

連絡先 事業所名称 広域介護サービス気仙沼

T E L 0226-21-1088

F A X 0226-21-1089

e-mail komatsu@kaigoservice.co.jp

連携連絡票の記入方法

【医療機関の記入欄について】

①居宅介護支援事業所名、連絡先、ケアマネジャーの氏名等を記入して下さい。

FAXで送信する場合は番号を間違える事のないよう注意願います。

②医療機関名、連絡先、医師等の氏名等を記入して下さい。

ケアマネジャーからの返信先となりますので、間違える事がないよう注意願います。

③「本人(家族)の同意について」いずれかに「レ」点を記入願います。

患者(利用者)から同意を頂いたうえで使用する事を原則とします。

※個人情報の取り扱いについて

連携連絡票の使用に際しては、個人情報保護又は守秘義務に関する法令、『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン 平成16年12月24日通知、平成18年4月21日改正、平成22年9月17日改正(厚生労働省)』(以下ガイドライン)及び『「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」に関するQ&A(事例集)平成17年3月作成(平成25年4月1日改訂版)』(以下Q&A)に御留意願います。

ガイドライン及びQ&Aからの一部抜粋

①医療・介護関係事業者は通常の業務で想定される利用目的を、自らの業務に照らして通常必要とされるものを特定して公表(院内・施設内掲示等)しなければならないとされています(掲示内容に医療機関・介護事業所等との連携が記載されているか御確認のうえ、連携連絡票をご使用ください)。

⇒ガイドライン P9「1.利用目的の特定等(法第15条、第16条)(1)利用目的の特定及び制限」

⇒ガイドライン P13「2.利用目的の通知等(法第18条)(取得に際しての利用目的の通知等)」

⇒ガイドライン P13「2.利用目的の通知等(法第18条)【法の規定により遵守すべき事項等】」

⇒ガイドライン P13「2.利用目的の通知等(法第18条)【その他の事項】」

⇒ガイドライン P52、P53「別表2」医療・介護関係事業者の通常の業務で想定される利用目的」

⇒Q&A 各論「Q2-1」

②医療機関等については、通常必要と考えられる個人情報の利用範囲を施設内への掲示(院内掲示)により明らかにしておき、患者側から特段明確な反対・留保の意思表示がない場合には、これらの範囲内での個人情報の利用について同意が得られているものと考えられるとされています。

⇒ガイドライン P7「4.本人の同意」

⇒ガイドライン P23「(3)本人の同意が得られていると考えられる場合」

⇒ガイドライン P24「①②」

⇒Q&A 総論「Q3-1」、各論「Q2-1」、各論「Q5-1」、各論「Q5-7」～「Q5-10」、各論「Q5-15」

③介護関係事業者については、介護保険法に基づく指定基準により、サービス担当者会議等において利用者または家族の個人情報を使用する場合は、利用者及び家族から文書による同意を得ておく必要があります。

⇒ガイドライン ⇒ガイドライン P25「④」

⇒Q&A 総論「Q3-1」、各論「Q2-1」、各論「Q2-3」、各論「Q5-14」、各論「Q5-15」

④医療・介護関係事業者は、個人情報保護法第16条第3項に掲げる場合については、個人情報の取り扱いについて、本人の同意を得る必要はないとされています。

⇒ガイドライン P9「1.利用目的の特定等(法第15条、第16条)(利用目的の特定)」

⇒ガイドライン P10「1.利用目的の特定等(法第15条、第16条)(2)利用目的による制限の例外」

⇒Q&A 各論「Q5-1」～「Q5-6」、各論「Q5-11」～「Q5-13」、各論「Q5-16」～「Q5-29」

⑤自治体の医療機関や介護施設については各自自治体の条例がそれぞれ適用されますので、これらの医療機関や介護施設については個人情報保護法や上記ガイドラインの直接の対象には当たりませんが、医療・介護分野における個人情報保護の精神や考え方は設立主体を問わず同一であることから、これらの事業者もガイドラインに十分配慮していただくことが望ましいとされています。

⇒ガイドライン P1「3.本ガイドラインの対象となる「医療・介護関係事業者」の範囲」

⇒Q&A 総論「Q1-2」

④氏名、生年月日、住所等を記入願います。

同姓同名の方と間違わないように、生年月日、住所等は略さずに確実に記入して下さい。

⑤「連絡内容」について、いずれかに「レ」点を記入願います。

・「主治医意見書、診断書等の作成の為に必要な介護情報の提供依頼」については、書類作成時に日常生活の状況等の介護情報が必要な際に使用して下さい。

・「服薬状況等の日常生活にかかる情報提供依頼」は、普段の服薬状況や介護の状況、日常生活の状況等の介護情報を確認する際に使用して下さい。

・「家族等の介護力、サービス提供状況等の確認のための情報提供依頼」については、家族構成や家族の介護力、キーパーソン、介護保険等のサービス利用状況について確認する際にご使用ください。

・「往診・訪問診療を開始するにあたっての情報提供依頼」は、往診等を開始するにあたり、事前に日常生活の状況や介護力等を確認する際にご使用ください。

・「入院時・退院時の情報提供依頼」については、患者(利用者)が入院した際に、入院前の状況について情報提供が必要な際や、退院にあたって家族の介護力やサービス調整状況を確認する際に使用して下さい。

・「介護にかかわる治療内容の変更等についての報告」については、介護サービス等に影響がある治療内容の変更や、介護サービス事業所等に治療内容変更後の状態確認を依頼する際に使用して下さい。

・「状況報告」については、患者(利用者)が入院・退院・入所・退所・転居・死亡した際に、医師等に連絡する必要性がある場合に使用して下さい。

・「下記状況についての報告・連絡・相談など」については、身体状況や病状等についての報告や連絡、ケアマネジャーや介護事業所への情報提供、状態確認の依頼等に使用して下さい。

※緊急を要する場合には使用しないで下さい。

⑥「報告・相談内容等」については、⑤でチェックした内容の詳細を記入して下さい。

※相談や報告、質問内容等を簡潔にわかりやすく記載して下さい。

⑦ケアマネジャーからの連絡方法について、いずれかに「レ」点を記入願います。

・書類の提出のみで良い場合は「書類の提出のみで結構です」にチェックしてください。

・面談したうえでの情報提供を希望する場合は面談の日時・場所を記入してください。

・連携連絡票での回答を希望する場合は、「上記の件についてご回答のほどよろしく申し上げます」にチェックして下さい。

・連絡や報告のみで、ケアマネジャーからの回答が不要の際は「連絡のみ」にチェックして送信してください。

⑦記入年月日と氏名を自筆にて記入して下さい。

看護師、ケースワーカー等が医師等から依頼され、代理記載する場合は「上記内容について医師・歯科医師・薬剤師等より依頼がありましたので、代理記載し連絡します」にレ点チェックし日時、部署名、代筆者氏名を自筆にて記入して下さい。

【ケアマネジャーの記入欄について】

- ①「連絡内容」について、いずれかに「レ」点を記入願います。
- ・「受信を確認しました」については、医療機関からの連絡内容が「連絡のみ」だった場合に、受信した事を伝えるための欄です。
※回答内容への記載や署名等は必要ありませんので、レ点チェックのみでご返信下さい。
 - ・「上記内容について承知しました」については、医療機関からの報告・相談内容等を確認し、内容について特に問題がない場合にチェックしご返信下さい。
 - ・「別紙文書にて情報提供します」については、情報提供書やケアプラン等の別紙を用いて情報提供する場合にチェックしてください。
その際の提出方法については、医療機関に直接持参する場合は「持参します」、FAX・メール等で送信する場合は「FAX・メール等で送信します」、郵送する場合は「郵送します」をチェックしてください。
 - ・「面談日時の変更をお願いします」については、医療機関からの面談希望日時に訪問できない場合にチェックし、変更希望日を「回答内容」に記載しご返信下さい。
 - ・「文書で回答します」については、「回答内容」欄に内容を記載し回答する場合にチェックしご返信下さい。
 - ・「確認後連絡します」については、医療機関からの依頼内容に対する回答や情報提供書の提出に時間を要する場合にチェックしご返信下さい。
後日、あらためて回答する場合は、送信回数(右上段)に○をつけて、再度送信してください。
- ②記入年月日と介護支援専門員氏名を自筆にて記入して下さい。