

平成19年9月13日作成
平成27年8月一部修正
令和2年9月一部修正

「主治医・介護支援専門員連絡票」について

1 連絡票作成の経過

介護保険制度の適切なケアマネジメント実施のため、介護支援専門員と医療機関の連携体制を構築することは、地域包括支援センターが担う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の重要な課題のひとつです。

そこで、目黒区と5か所の地域包括支援センターでは、連携推進の第一歩として、主治医と介護支援専門員との間のコミュニケーションを行いやすくするために、共通して使用する連絡票を作成することとしました。

連絡票の様式は、平成19年2月からの試行的な利用、同年5月の医師及び介護支援専門員に対するアンケート調査を経て、多くの皆さんのご意見を反映してまとめたものです。

今後も、この連絡票の作成と使用を通して築かれる連携を基礎に、さらに取り組みを進めしていく考えです。

2 連絡票の様式

- ・様式（依頼票・回答票）及び記載例（依頼票・回答票）：別紙1
- ・様式はエクセルファイル及び紙媒体で、居宅介護支援事業所に配布します。
※エクセルファイルは、目黒区ホームページからダウンロードできます。
(トップページ→くらし・手続き→介護保険→介護保険事業者向けのお知らせ→居宅介護支援→介護支援専門員と主治医の連携→主治医・介護支援専門員連絡票)
- ※紙媒体の配布は、各地域包括支援センターにお申し出ください。

3 利用の範囲

- ・目黒区内の病院・診療所及び居宅介護支援事業所には、この文書を配布し、連絡票の趣旨や利用方法についてお知らせしています。
- ・目黒区以外での利用については、当事者間で調整していただければ、差支えありません。

4 利用の手引きなど

- ・利用の手引き【介護支援専門員用】：別紙2
- ・利用の手引き【主治医用】：別紙3
- ・利用者（患者）向け案内：別紙4

5 利用開始時期

平成19年9月20日（木）から

6 問い合わせ先

センター名・課名	電話番号	FAX番号
北部包括支援センター	5428-6891	3496-5215
東部包括支援センター	5724-8030	3715-1076
中央包括支援センター	5724-8066	5722-9803
南部包括支援センター	5724-8033	3719-2031
西部包括支援センター	5701-7244	3723-3432
健康福祉部福祉総合課	5722-9385	5722-9062

主治医・介護支援専門員連絡票（依頼票）

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医 師 _____ 先生

事業所名 _____

介護支援専門員 _____

所在地 _____

TEL/FAX _____ / _____

下記の利用者（患者）様につきまして、介護保険のケアマネジャーを担当しております。
 今回は、次のことご連絡させていただきましたので、よろしくお願ひいたします。

利用者 (患者)	() 氏 名	FAX用の表示	FAX <input type="checkbox"/>
		様	
	生年月日 明・大・昭 年 月 日 生		

連絡の目的	<input type="checkbox"/> ①担当ケアマネジャーとなったことのご挨拶 <input type="checkbox"/> ②介護認定申請のご連絡 ⇒意見書の作成について、よろしくお願ひいたします。 <input type="checkbox"/> 更新申請 <input type="checkbox"/> 区分変更申請 (申請日 月 日) <input type="checkbox"/> ③ケアプランを作成するにあたってのご相談 ⇒別紙の「回答票」や電話などで、ご回答ください。 <input type="checkbox"/> ご相談したいことがありますので、連絡方法をご指示ください。 <input type="checkbox"/> 下記の連絡内容について、ご相談いたします。 <input type="checkbox"/> ④作成したケアプランの情報提供 ⇒添付のとおりですので、ご確認ください。 <input type="checkbox"/> ⑤その他 ⇒下記の連絡内容のとおりです。		
	回答の要否	<input type="checkbox"/> 回答をお願いします	<input type="checkbox"/> 特に必要ありません

連絡内容	
------	--

主治医・介護支援専門員連絡票（回答票）

令和 年 月 日

事業所名 _____

介護支援専門員 _____ あて

FAX番号 _____

医療機関名 _____

医 師 _____

利用者 (患者)	(氏 名	FAX用の表示 一
-------------	----------	--------------

※連絡方法について照会があった場合に記入

連絡 方法	①方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()
	②日時 <input type="checkbox"/> ____月 ____日 の ____時頃に <input type="checkbox"/> 次の曜日・時間帯に 月 火 水 木 金 土 日 の ____時____分から ____時____分まで
	③その他

回答 内 容	
--------------	--

主治医・介護支援専門員連絡票（依頼票）

記載例

令和2年4月1日

医療機関名 〇〇医院医 師 鈴木 次郎 先生

事業所名	<u>目黒区〇〇在宅介護支援センター</u>	
介護支援専門員	<u>山田 花子</u>	
所在地	<u>〒152-0011</u>	
TEL/FAX	<u>目黒区原町〇一〇一〇</u> <u>〇〇〇〇-〇〇〇〇 / △△△△-△△△△</u>	

下記の利用者（患者）様につきまして、介護保険のケアマネジャーを担当しております。
今回は、次のことご連絡させていただきましたので、よろしくお願ひいたします。

利用者 (患者)	(メグロ タロウ)	FAX用の表示	FAX
	氏 名 目黒 太郎	様	2020/4/1 - 9/1 目
	生年月日 昭和 15 年 9 月 1 日生		

ご連絡の目的	<input type="checkbox"/> ①担当ケアマネジャーとなったことのご挨拶	
	<input type="checkbox"/> ②介護認定申請のご連絡 ⇒意見書の作成について、よろしくお願ひいたします。	
	<input type="checkbox"/> 更新申請 <input type="checkbox"/> 区分変更申請 (申請日 月 日)	
	<input checked="" type="checkbox"/> ③ケアプランを作成するにあたってのご相談 ⇒別紙の「回答票」や電話などで、ご回答ください。 <input type="checkbox"/> ご相談したいことがありますので、連絡方法をご指示ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 下記の連絡内容について、ご相談いたします。	
	<input type="checkbox"/> ④作成したケアプランの情報提供 ⇒添付のとおりですので、ご確認ください。	
	<input type="checkbox"/> ⑤その他 ⇒下記の連絡内容のとおりです。	
回答の要否	<input checked="" type="checkbox"/> 回答をお願いします	<input type="checkbox"/> 特に必要ありません

連絡内容	・目黒様は今回の介護認定で「要支援2」となりましたが、電動車椅子のレンタルを希望しています。 ・要支援の方の車椅子レンタル利用は、原則としてできませんが、主治医・ケアマネジャー等の意見により必要が認められれば、利用が可能です。 ・ご本人は、受診・買い物すべてにわたり、電動車椅子によって自立した生活が可能になっていると主張されています。 ・医学的な見地からの先生のご意見を賜りたいと存じます。

主治医・介護支援専門員連絡票（回答票）

記載例

令和2年4月1日

事業所名 目黒区〇〇在宅介護支援センター介護支援専門員 山田 花子 あてFAX番号 △△△△△-△△△△△医療機関名 〇〇医院医 師 鈴木 次郎

利用者 (患者)	氏 名 ()	FAX用の表示
		2020/4/1 — 9/1 目 (照会日—誕生日—氏名1字)

※連絡方法について照会があった場合に記入

連絡方法	①方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()
	②日時 <input type="checkbox"/> ____月 ____日 の ____時頃に <input type="checkbox"/> 次の曜日・時間帯に 月 火 水 木 金 土 日 の ____時 ____分から ____時 ____分まで
	③その他

回答内容	・日常生活範囲における移動の支援が特に必要であり、本人の身体状況等から電動車椅子の使用が適当と考えられます。

平成19年9月13日作成
平成28年8月一部修正
令和2年9月一部修正

「主治医・介護支援専門員連絡票」利用の手引き【介護支援専門員用】

1 連絡票の趣旨

- ・介護保険制度における適切なケアマネジメントのためには、介護支援専門員と主治医との間で、十分な連携が図られる必要があります。「主治医・介護支援専門員連絡票」（以下、「連絡票」）の目的は、相互の連絡のための標準的な書式を作成することで、双方のコミュニケーションの効率化と活性化を図ることにあります。
- ・主治医との情報交換の方法としては、サービス担当者会議、電話や面談、FAXや郵便による文書の送付、利用者の受診に同行しての訪問などの方法があり、状況に応じて選択することが必要です。この連絡票も、そのような中での1つの連絡手段として活用していただきたいと思います。
- ・なお、主治医の確認を得た上で、他科の医師と連絡をとる必要がある場合も、この連絡票を活用してください。

2 連絡票の利用目的

- ①担当ケアマネジャーとなったことの挨拶
- ②介護認定申請の連絡（意見書作成のお願い）
- ③ケアプランを作成するにあたっての相談
- ④作成したケアプランの送付（参考としての送付）
- ⑤その他

3 様式の種類

- ・介護支援専門員→主治医の「依頼票」
主治医→介護支援専門員の「回答票」 } の2種類です。
- ・主治医からの回答が必要な場合は、依頼票に回答票を添付して送付します。ただし、主治医の回答は電話等でも可としており、あらかじめ電話での回答が想定される場合は、回答票の添付は不要となります。
- ・様式は、エクセルファイル及び紙媒体で提供されます。エクセルでの作成、手書きでの作成の両方を想定しています。
- ・エクセルで作成する場合は、依頼票を作成すると回答票が連動して作成されます。

※エクセル表・マクロ版について

- ・エクセル表は「通常版」と「マクロ版」があります。
- ・「マクロ版」は、依頼票のチェックボックスの「レ」印が見やすくなっています。
- ・マクロ機能を使用しているため、次の点に留意してください。
 - ①エクセルの設定で、「ツール」→「オプション」→「セキュリティ」→「マクロセキュリティ」→「セキュリティレベル」で、「中(M)」を選択する。
 - ②シートを開く際に、「マクロを有効にする」を選択する。

4 作成方法

(1) 依頼票

- ・利用者（患者）欄には、氏名・フリガナ・生年月日を記入します。
- ・医師からFAXでの回答が予定される場合は、「FAX」のチェックボックス（□）にチェック（レ印）します。エクセル作成の場合、「FAX用の表示」欄には、「依頼年月日、利用者の誕生日、漢字氏名の1文字目」が自動的に表示されます。手書き作成の場合は、イニシャルなどを適宜に記入します。
- ・依頼票の本体部分は、「ご連絡の目的」欄と「連絡内容」欄で構成されています。「ご連絡の目的」の該当項目のチェックボックスにチェックし、必要に応じて「連絡内容」欄に連絡事項を記入します。
- ・「回答の要否」欄は、連絡目的が「③ケアプラン作成にあたってのご相談」の場合と「⑤その他」で回答を求める場合に、「回答をお願いします」にチェックをします。
- ・連絡票の「ご連絡の目的」は、別表1のような場面を想定したものです。それぞれの場面について、必要に応じて使用してください。

(2) 回答票

- ・介護支援専門員が「あて先・発信者・利用者名」をあらかじめ記入し、依頼票に添付して主治医に送付します。（エクセル作成の場合は、これらの項目は依頼票から自動的に転記されます。）
- ・FAXでの回答が予定される場合は、氏名は表示せず、「FAX用の表示」欄に依頼票と同じ内容を表示します。（エクセル作成の場合は、自動的に依頼票の内容が転記され、氏名が非表示となります。）

5 送付手段

- ・連絡票は、FAX及び郵送の両方で使用することを想定しています。個人情報保護の観点などから、情報内容に応じて送付手段を選択してください。
- ・FAXでの利用に配慮して、様式の個人情報の項目は必要最小限としています。また、主治医からの回答票では、FAX送信が予定される場合は個人名を記載せず「FAX用の表示」で識別するものとしています。

6 病院との間での使用

- ・区内の病院（9か所）については、各病院の意向に沿って取扱ってください。

7 診療情報提供料

- ・医療機関から介護支援専門員への情報提供については、医療保険において「診療情報提供料I」（250点）を算定できるものとされています。
- ・目黒区の連絡票に関しては、この診療情報提供料について、次のように取扱うこととしています。
 - 連絡票による情報提供は、一律に診療情報提供料の算定対象となるものではない。
 - 医療機関は、診療情報提供料の算定の趣旨等に照らして、算定対象とするか否かを判断する。
- ・なお、算定する場合には、連絡票に代えて、または連絡票に加えて、別途「診療情報提供書」を交付することが望ましい。
- ・当該利用者について介護保険の居宅療養管理指導を行っている場合には、診療情報提供料は算定できないことになっています。

8 利用者（患者）への説明

- 連絡票で医師に情報提供を求める場合は、利用者（患者）に対し「医師との連携についてのお願い」（別紙4参照）を交付し、情報提供料が掛かる場合があることを含め、事前に説明を行うものとします。
- 緊急の場合など、利用者への説明を行っていない場合は、その旨を連絡票に明記します。

9 個人情報の保護

- 主治医と介護支援専門員の間で交換する情報は、利用者の個人情報が主体となります。FAXで送信する場合には、誤送信や受信後の取扱いなどに細心の注意が必要です。
- 「個人情報の保護に関する法律」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、個人情報の取り扱いには十分ご留意下さい。
- センシティブな情報を含む場合は、原則として郵送や持参が望ましいと考えられます。

10 問い合わせ先

センターネーム・課名	電話番号	FAX番号
北部包括支援センター	5428-6891	3496-5215
東部包括支援センター	5724-8030	3715-1076
中央包括支援センター	5724-8066	5722-9803
南部包括支援センター	5724-8033	3719-2031
西部包括支援センター	5701-7244	3723-3432
健康福祉部福祉総合課	5722-9385	5722-9062

別表1 連絡票の項目（連絡の目的）

①担当ケアマネジャーとなつたことのご挨拶	<ul style="list-style-type: none">当該利用者のケアマネジメントを開始するにあたり、今後の連携のために、担当となつたことを主治医に伝えるものです。 「よろしくお願いします」などの挨拶文は、連絡内容欄に記入します。同時に②③④の連絡や「⑤その他」の連絡をする場合には、それぞれにもチェックを入れます。
②介護認定申請のご連絡	<ul style="list-style-type: none">更新認定や区分変更認定の申請を代行した際に、主治医意見書の作成について主治医に連絡するものです。意見書作成にあたり特に連絡すべき事項がある場合は、連絡内容欄に具体的に記載します。
③ケアプランを作成するにあたってのご相談	<ul style="list-style-type: none">ケアプランを作成するにあたり、主治医に情報提供や意見を求めるものです。比較的軽易な質問などは、連絡内容欄を使用し、詳しい情報交換が必要な場合などは、連絡方法の指示を求めます。ケアプランの原案を送付して意見を求める場合は、連絡内容欄にその旨を記載して添付します。
④作成したケアプランの情報提供	<ul style="list-style-type: none">確定したケアプランを、主治医に情報提供のため送付するものです。意見や指示を求めるものではありません。特に意見や指示を求める場合は、「⑤その他」にもチェックし、連絡内容欄に照会事項を具体的に記載します。
⑤その他	<ul style="list-style-type: none">①～④以外の連絡事項や、①～④に伴う連絡事項がある場合にチェックし、連絡内容欄に記載します。

平成19年9月13日
平成27年8月一部修正
令和2年9月一部修正

「主治医・介護支援専門員連絡票」利用の手引き【主治医用】

1 連絡票の趣旨

- ・介護保険制度における適切なケアマネジメントのためには、主治医と介護支援専門員との間で、十分な連携が図られる必要があります。「主治医・介護支援専門員連絡票」（以下、「連絡票」）の目的は、相互の連絡のための標準的な書式を作成することで、双方のコミュニケーションの効率化と活性化を図ることにあります。
- ・主治医と介護支援専門員の情報交換の方法としては、サービス担当者会議、電話や面談、FAXや郵便による文書の送付、利用者の受診に同行しての訪問などの方法があり、状況に応じて選択することが必要と考えられます。この連絡票も、そのような中での1つの連絡手段として活用していただきたいと思います。
- ・介護支援専門員が主治医と連携を取り、より良いケアプランを作成すべきことはもちろんですが、平成18年度以降、要支援・要介護1の軽度者の方が車イスやベッド等を例外的にレンタルする際には、主治医の意見が必須条件となっております。また、平成19年度からは、医療保険によるリハビリと重複しないよう、介護保険においてリハビリ系サービスの導入を検討する際には、主治医とのご相談が必要になってています。
- ・なお、介護支援専門員が、主治医の確認を得た上で、他科の医師と連絡をとる必要がある場合も、この連絡票を活用できるものとしています。

2 連絡票の項目（連絡の目的）について

①担当ケアマネジャーとなつたことのご挨拶	<ul style="list-style-type: none"> ・当該利用者のケアマネジメントを開始するにあたり、今後の連携のために、担当となったことを主治医にお伝えするものです。 ・同時に②③④の連絡や「⑤その他」の連絡をする場合には、それぞれにもチェックが入っています。
②介護認定申請のご連絡	<ul style="list-style-type: none"> ・更新認定や区分変更認定の申請を代行した際に、主治医意見書の作成について主治医に連絡するものです。 ・意見書作成にあたり特に連絡すべき事項がある場合は、連絡内容欄に具体的に記載してあります。
③ケアプランを作成するにあたってのご相談	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランを作成するにあたり、主治医に情報提供や意見を求めるものです。 ・比較的軽易な質問などは「連絡内容」欄を使用し、詳しい情報交換などが必要な場合は、連絡方法の指示を求めます。 ・ケアプランの原案を送付して意見を求める場合は、連絡内容欄にその旨を記載して添付します。
④作成したケアプランの情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ・確定したケアプランを、医師に情報提供します。意見や指示を求めるものではありません。 ・特に意見や指示を求める場合は、「⑤その他」にもチェックを入れ、連絡内容欄に照会事項を具体的に記載してあります。
⑤その他	<ul style="list-style-type: none"> ・①～④以外の連絡事項や、①～④に伴う連絡事項がある場合にチェックし、連絡内容欄に記載してあります。

3 連絡票への回答について

- ・連絡票の「回答の要否」欄で「回答をお願いします」にチェックが入っている場合に、ご回答ください。
- ・上記項目のうち「①、②、④」については、医師への連絡事項となりますので、受け取ったという連絡も含め、回答は不要としています。
- ・上記項目のうち「③」、「⑤で要回答」の場合に、回答をお願いすることとしています。
- ・回答の方法は、連絡票に添付してお送りする「回答票」によるほか、電話など適当な方法をお選びください。

【記入例】 (他の項目についても同様にご記入下さい。)

・入浴サービス実施にあたり、○○に注意や配慮が必要。

(体温、血圧等のご指示をお願いします。)

・車いすのレンタル 可

・通所リハビリのサービス導入 不可 (医療でのリハビリを優先する段階のため)

4 情報提供料について

- ・医療機関から介護支援専門員への情報提供については、医療保険において「診療情報提供料Ⅰ」(250点)を算定できるものとされています。
- ・目黒区の連絡票に関しては、この診療情報提供料について、次のように取扱うこととしています。
 - 連絡票による情報提供は、一律に診療情報提供料の算定対象となるものではない。
 - 医療機関は、診療情報提供料の算定の趣旨等に照らして、算定対象とするか否かを判断する。
 - なお、算定する場合には、連絡票に代えて、または連絡票に加えて、別途「診療情報提供書」を交付することが望ましい。
- ・なお、当該利用者について介護保険の居宅療養管理指導を行っている場合には、診療情報提供料は算定できないこととなっています。

5 利用者（患者）への説明

- ・この連絡票を使用して医師に情報提供を求める場合は、介護支援専門員は利用者（患者）に「医師との連携についてのお願い」（別紙4を参照）を交付し、情報提供料が掛かる場合があることを含め、事前に説明を行うこととしています。
- ・緊急の場合など、利用者（患者）への説明を行っていない場合は、その旨を明記してお送りさせていただきます。

6 問い合わせ先

センター名・課名	電話番号	FAX番号
北部包括支援センター	5428-6891	3496-5215
東部包括支援センター	5724-8030	3715-1076
中央包括支援センター	5724-8066	5722-9803
南部包括支援センター	5724-8033	3719-2031
西部包括支援センター	5701-7244	3723-3432
健康福祉部福祉総合課	5722-9385	5722-9062

(利用者向け案内)

令和 年 月 日

様

事業所名:

医師との連携についてのお願い

貴殿のより良いケアプランの作成とサービスの円滑な実施のため、今後、ご担当の先生と連携をとって参りたいと考えております。

そのために、作成したケアプランを医師に送付したり、ケアマネジャーと医師との間の「連絡票」などを用いて、必要に応じ医師から医療的な観点からの意見などをいただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

なお、医師からケアマネジャーに対して情報を提供する際、医療費として「診療情報提供料」が算定されることがあります（1割負担 250 円、2割負担 500 円、3割負担 750 円で、後日、通院された時に、医療機関から請求があります）。

提供される情報の内容や医療機関による取扱いの違いがありますが、このような料金が掛かる場合がありますので、ご理解いただきますよう、お願いいたします。

ご不明な点がございましたら、下記にお問い合わせください。

事業所名:

担当ケアマネジャー:

電話: