

# 「主治医連携シート」利用の手引き【主治医用】

川西市医師会/兵庫県介護支援専門員協会川西猪名川支部

川西市/猪名川町

## 1 主治医連携シートの趣旨

- ・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ている必要があります。「主治医連携シート」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、利用者の受診煮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必要があります。この「主治医連携シート」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えます。
- ・介護支援専門員が主治医と連携をとり、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の軽度者の方が車椅子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、医療保険におけ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いきます。
- ・なお、主治医の確認を得た上で、他課の医師と連絡をとる必要がある場合も、この「主治医連携シート」を活用してください。
- ・令和6年度より、条件が整った場合、テレビ電話装置などの方法を使用し、オンラインでモニタリングを行うことが認められています。その条件の一つに、主治医より利用者の状態が安定している事を確認することが必要となっております。

## 2 主治医連携シートについて

### ○主治医連携シート(初回用)使用目的

介護支援専門員からの通信欄について	・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伝えるものです。
1. 対象者情報から 7. その他欄について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同時に1「対象者情報」、2「ケアプラン情報」(原案が出来ている場合や利用しているサービスがあれば)、3「当方の連絡方法」について記入しています。</li> <li>・新規認定、更新認定、区分変更認定の申請を代行を行おうとする際に、主治医意見書の作成について主治医に相談する場合や、主治医意見書作成にあたり特に連絡すべき事項がある場合は、「7 その他」に具体的に記載しています。</li> <li>・比較的軽易な質問などは、「7. その他」を使用しています。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ている場合もありますので指示をお願いします。</li> <li>・ケアプランの原案を送付して意見を求める場合は、「7 その他」にその旨を記載して添付している場合がありますので、意見、助言等があれば「7. その他」へご記入ください。</li> <li>・項目以外の連絡事項がある場合には、「7. その他欄」に記載していますので、ご確認ください。</li> </ul>
主治医への依頼事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医連携シート(初回用)は介護支援専門員が担当となった場合の連絡票で、主治医との連携が円滑に進むことを目的に作成しています。</li> <li>・介護支援専門員着任後、主治医と連絡を取る場合の具体的な方法をご記入ください。</li> <li>・具体的な方法をご記入いただく項目は「4. 今後の連絡方法」「5. 電話や訪問の場合、ご都合のいい曜日・時間帯をご記入ください」「6. 連絡方法について意見があればご記入ください」となります。ご記入後、担当の介護支援専門員へご返送ください。</li> </ul>

### ○主治医連携シート(情報交換用)項目の内容について

介護支援専門員からの通信欄について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医への挨拶文などをこの項目に記載しています。</li> <li>・意見書作成にあたり特に連絡すべき事項がある場合は、「介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項」欄に具体的に記載しています。</li> </ul>
-------------------	---

<p>「連絡の目的」、「主治医からの指示・連絡事項」「介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項」について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医連携シート(情報交換用)を送付した目的について該当する項目があればチェックし、詳細については「介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項」に記載しています。</li> <li>・更新申請、区分変更時に意見書作成を依頼する際に、「①介護認定申請のご連絡」にチェックを入れ、「介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項」に主治医意見書作成にあたり特に連絡すべき事項がある場合に情報を記入しています。</li> <li>・「②ケアプランを作成するにあたってのご相談」をチェックした場合、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ていますので、情報提供、並びに、主治医としてのご意見を「主治医からの指示・連絡事項」ご記入ください。</li> <li>・比較的軽易な質問などは、介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項を使用し、詳しい情報交換が必要な場合などは、直接主治医との連絡方法の指示を求める場合がありますので、具体的な指示を「主事からの指示・連絡事項」にご記入をお願いします。</li> <li>・ケアプランやケアプラン原案を送付して意見を求める場合は、「介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項」欄にその旨を記載していますので、ご意見、指示を「主治医からの指示・連絡事項へ」へご記入ください。</li> <li>・テレビ電話装置を利用したモニタリング実施に際し、主治医の意見を求める場合は、「介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項」欄の項目にチェックを入れ、具体的な状況を記入しています。その場合、「主治医からの指示・連絡事項」へ利用者(患者)の状態が安定しているか否かをご記入ください。</li> <li>・「③作成したケアプランの情報提供」をチェックした場合は、確定したケアプランを主治医に情報提供するために送付するものです。意見や指示を求めるものではありません。この場合、特に意見や支持を求める場合は「④その他」にもチェックし、「介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項」に具体的に求める意見や指示内容について記載します。</li> <li>・「④その他」のチェックがある場合は、①～③以外の連絡事項や、①～③に伴う連絡事項がある場合にチェックし、「介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項」欄にしようさいが記載されていますので、その内容に応じて、ご意見や指示を「主治医からの指示・連絡事項」へご記入ください。</li> </ul>
<p>主治医への依頼事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「連絡の目的」のチェック項目、並びに、「介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項」を確認いただき、「主治医からの指示・連絡事項」へご意見、指示を記入ください。</li> <li>・記入が終わりましたら、担当の介護支援専門員へこの主治医連携シート(情報交換用)を返送してください。</li> </ul>

<参考> テレビ電話装置を活用したモニタリング実施について

テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用し、以下の条件を満たした場合、基本は1か月に1度の訪問を2か月に1回(介護予防支援、介護予防ケアマネジメントは3か月に1度の訪問を6か月に1回)の頻度に変更することが出来ます。

(ア) 利用者の同意を得ること。

(イ) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。

- i. 利用者の状態が安定している(主治医に確認する必要があります)。
- ii. 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができる(家族のサポートがある場合も含む)。
- iii. テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集する。

○主治医連携シート(福祉用具例外給付用) の内容について

<p>医師からの通信欄、介護支援専門員からの通信欄について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「介護支援専門員からの通信欄」は、介護支援専門員から主治医へ、福祉用具例外給付についての依頼文等を記入しています。</li> <li>・福祉用具例外給付にあたり、利用者(患者)の状態や利用を検討している経緯、目的などについては、「介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項」へ記入しています。</li> <li>・主治医から直接担当の介護支援専門員へ問い合わせを行いたい場合は、「医師からの通信欄」にチェックを入れ、担当の介護支援専門員へ返送します。</li> <li>・連絡が取りやすい日時を記入し、担当の介護支援専門員へ返送してください。介護支援専</li> </ul>
-----------------------------------	--

	<p>門員より、指定された日時に主治医へ連絡を行い説明をおこないます。</p>
<p>「介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項」について</p>	<p>・福祉用具の導入の可否や、福祉用具の必要性ではなく、医学的な所見から原因疾患との関連性や i) から iii) のどの状態像に該当するか、その判断根拠となる意見を求める内容が記載されています。</p>
<p>「主治医から見た医学的所見や状態」について</p>	<p>・介護支援専門員より、福祉用具の例外給付について本様式により、情報提供を受けた場合、上記の通り、医学的所見から原因疾患との関連性や様式内に記載されている i) から iii) 喉の状態像に該当するか、その根拠となる意見を記入してください。</p> <p>・病名のみの記載、i) から iii) の状態像だけをチェック、介護支援専門員の意見に同意する趣旨のみと回答としないようにしてください。</p> <p>・i) から iii) の状態像のチェック欄は介護支援専門員ではなく、主治医がチェックを入れてください。</p>
<p>FAX 送付時の留意点</p>	<p>・本様式の 2 枚目、表 1 (例外給付の対象となる状態像等が記入されている表) が添付されていますので、福祉用具の例外給付を行う際の参考としてください。</p>

## <参考> 軽度者に対する福祉用具貸与例外給付について

### 1. 制度の概要

要支援 1、2 及び要介護 1 の方は、その状態像から見て、一部の福祉用具の使用が想定しにくいいため、原則として介護報酬は算定できません。(要介護 2 及び 3 の方が含まれる用具もあります。)

しかしながら、様々な疾患等によって厚生労働省の示した状態像に該当する方については例外的に給付が認められています。

したがって、軽度者に対し福祉用具の例外給付を行う際には、ケアマネジャーもしくは地域包括支援センターの計画担当者(以下、「ケアマネジャー等」とする)が利用者の状態像及び福祉用具貸与の必要性を十分に確認し、検討することが必要になります。

### 2. 例外給付の対象種目

ア) 車いす及び車いす付属品

イ) 特殊寝台及び特殊寝台付属品

ウ) 床ずれ防止用具

エ) 体位変換器

オ) 認知症老人徘徊感知機器

カ) 移動用リフト(つり具の部分を除く)

※自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)については、要支援 1・2、要介護 1・2・3

### 3. 例外給付の対象となる場合

#### ①認定調査票の記載内容を確認する

直近の認定調査における基本調査の結果から、以下の表 1 に該当しているか確認してください。

例) 特殊寝台及び特殊寝台付属品の場合

表 1 を見ると、「日常的に起き上がりが困難な者」もしくは「日常的に寝返りが困難な者」が例外給付の対象になる状態像であることがわかります。つまり、基本調査 1-4(起き上がり)もしくは 1-3(ねがえり)が「できない」になっていれば保険給付の対象になり得ます。

例外給付の対象になる状態像であることが基本調査で確認できる場合は、サービス担当者会議等で必要性を検討の上、貸与してください。

②基本調査の確認項目がない場合

「車椅子及び同付属品」の「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」及び「移動リフト」のうち段差解消機にかかる状態像である「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査の結果がありません。

そのため、状態像が該当するかどうかの判断は、医師から得た情報及びサービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントにより、ケアマネジャー等が判断してください。

③基本調査の内容から例外給付の対象にならない場合

基本調査の結果のみでは例外給付の対象にはならない場合でも、以下の条件を全て満たす場合であって、これらについて川西市が書面等確実な方法により確認できる場合は例外給付の対象になります。

・例外給付の対象となる条件

- ア)表2のi)～iii)までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断されている。
- イ)サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている。
- ウ)ア及びイについて、市・町に書面等の確実な方法により確認を受けること。

※対象品目について、表2に該当しない場合は保険給付の対象となりませんが、これは当該対象品目の必要性を否定するものではなく、介護保険外の提供(自費利用)を妨げるものではありません。

(表1)

種目	例外給付の対象になる状態像 (厚生労働大臣が定める者のイ)	左の状態像に該当する基本調査の結果
ア)車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一)日常的に歩行が困難な者 (二)日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査 1-7「3.できない」 (二)については該当項目なし
イ)特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (一)日常的に起きあがり困難な者 (二)日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-4「3.できない」 基本調査 1-3「3.できない」
ウ)床ずれ防止用具 及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3「3.できない」
エ)認知症老人徘徊 感知機器	次のいずれにも該当する者 (一)意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者  (二)移動において全介助を必要としない者	基本調査 3-1「調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外 又は 基本調査 3-2～3-7 のいずれか「2.できない」 又は 基本調査 3-8～4-15 のいずれか「1.ない」以外 ※その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。 基本調査 2-2「4.全介助」以外
オ)移動用リフト (つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者 (一)日常的に立ち上がりが困難な者 (二)移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査 1-8「3.できない」 基本調査 2-1「3.一部介助」又は「4.全介助」
※オ)のうち、 段差解消機のみ	(三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者	(三)については該当項目なし

カ)自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引するものを除く)	次のいずれにも該当する者 (一)排便が全介助を必要とする者 (二)移乗が全介助を必要とする者	基本調査 2-6「4.全介助」 基本調査 2-1「4.全介助」
-----------------------------------	--	------------------------------------

(表 2)

類型	状態
i	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第三十一号のイ(表 1)の状態像に該当する者 (例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイ(表 1)の状態像に該当することが確実に見込まれる者 (例 がん末期の急速な状態悪化)
iii	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は状態の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第三十一号のイ(表 1)の状態像に該当すると判断できる者 (例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)

### 3 診療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)を算定出来るものとされています。

なお、この「主治医連携シート」に関しては、診療情報提供料について、次のように扱うこととしています。

- ① 「主治医連携シート」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ありません。
- ② 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してください。
- ③ 診療情報提供料を算定する場合には、「主治医連携シート」に代えて、または「主治医連携シート」に加えて、別途診療情報提供書を交付する必要があります。その際、宛先に関して、ケアマネジャー個人名だけではなく、必ず所属する事業所名を記入する必要があります(ケアマネジャー個人を対象としているのではなく、診療情報提供書は事業所に対して情報提供する考えであるため)。また、緊急時はFAXでケアマネジャーに診療情報提供書を送信しても問題ありませんが、後日、必ず原本をケアマネジャーへ渡す必要があります。
- ④ 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。

### 4 利用者(患者)への説明

・「主治医連携シート」で医師に情報提供を求める場合は、利用者(患者)に対し「医師との連携に着いてのお願い」(別紙6参照)を交付し、診療情報提供料が掛かる場合がある事を含め、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「主治医連携シート」に明記します。

## 5 様式集

### 別紙1 主治医連携シート(初回用)

主治医連携シート(初回用)		主治医連携シート(初回用)	
発信日 年 月 日	医療機関名	発信日 年 月 日	居宅介護支援事業所名
主治医名	電話	介護支援専門員名	電話
FAX	FAX	FAX	FAX
e-mail	e-mail	e-mail	e-mail
FAX送信枚数(本状を含む) 枚		FAX送信枚数(本状を含む) 枚	
介護支援専門員からの通信欄			
<p>貴職におかれましては、ご清祥のこととお慶び申し上げます。</p> <p>さて、下記の利用者(患者)様につきまして、介護支援専門員(ケアマネジャー)として担当する事になりました。先ずは、就任のご挨拶のため、本連絡票を送信いたしました。</p> <p>担当するあたり、下記1、2の情報について情報提供いたします。なお、下記4・5・6について、お返事をお願い申し上げます。</p>			
1. 対象者情報			
利用者氏名	様		
生年月日	年 月 日 歳		
要介護認定	認定済み・未申請・申請中・区分変更中( / 申請) 事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
2. ケアプラン情報			
訪問介護	有・無	月・火・水・木・金・土・日	通所リハビリ
訪問看護	有・無	月・火・水・木・金・土・日	短期入所
訪問入浴	有・無	月・火・水・木・金・土・日	定期利用・必要時利用・利用無し
訪問リハビリ	有・無	月・火・水・木・金・土・日	福祉用具貸与
通所介護	有・無	月・火・水・木・金・土・日	有・無(品目)
3. 当方(介護支援専門員)の連絡方法は下記の方法が可能です。			
<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> バイタルリンク <input type="checkbox"/> つながりノート <input type="checkbox"/> その他			
4. 今後の連絡方法についてご希望の方法があればご記入ください。			
<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> バイタルリンク <input type="checkbox"/> つながりノート <input type="checkbox"/> その他			
5. 電話や訪問の場合、ご都合のいい曜日・時間帯をご記入ください。			
曜日	時間帯	備考	
曜日	時間帯	備考	
6. 連絡方法について意見があればご記入ください。なお、担当者会議開催のご希望があれば併せてご記入ください。			
担当者会議開催希望	有・無	オンライン会議での参加希望	有・無
ご意見			
7. その他			

川西市医師会/兵庫県介護支援専門員協会川西・播磨川支部/川西市・播磨川町

### 別紙2 主治医連携シート(情報交換用)

主治医連携シート(情報交換用)		主治医連携シート(情報交換用)	
発信日 年 月 日	医療機関名	発信日 年 月 日	居宅介護支援事業所名
主治医名	電話	介護支援専門員名	電話
FAX	FAX	FAX	FAX
e-mail	e-mail	e-mail	e-mail
FAX送信枚数(本状を含む) 枚		FAX送信枚数(本状を含む) 枚	
介護支援専門員からの通信欄			
<p>利用者氏名 様</p> <p>生年月日 年 月 日 歳</p> <p>要介護認定 認定済み・未申請・申請中・区分変更中( / 申請) 事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5</p>			
連絡の目的			
<input type="checkbox"/> 介護認定申請のご連絡 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成についてお願ひいたします。 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成するにあたってのご相談 ⇒下記主治医からの指示、連絡事項のご記入いただくか、電話などでご回答ください。 <input type="checkbox"/> ご相談がありますので、連絡日時をご指示ください。 <input type="checkbox"/> 下記(介護支援専門員から報告・連絡・相談事項)についてご相談いたします。		<input type="checkbox"/> 作成したケアプランの情報提供 ⇒添付した計画の通りですをご確認ください。 <input type="checkbox"/> その他 ⇒下記(介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項)のとおりです。	
主治医からの指示・連絡事項		介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項	
		<input type="checkbox"/> ケアプランの作成(変更時)の状況の確認 <input type="checkbox"/> 利用者(患者)の状況についての相談 <input type="checkbox"/> 医療サービスを提供するための主治医の意見・助言 <input type="checkbox"/> ロース担当者会議の連絡・結果報告 <input type="checkbox"/> その他	
年 月 日 主治医			

川西市医師会/兵庫県介護支援専門員協会川西・播磨川支部/川西市・播磨川町

### 別紙3 主治医連携シート(福祉用具例外給付用)

主治医連携シート(福祉用具例外給付用)		主治医連携シート(福祉用具例外給付用)	
発信日 年 月 日	医療機関名	発信日 年 月 日	居宅介護支援事業所名
主治医名	電話	介護支援専門員名	電話
FAX	FAX	FAX	FAX
e-mail	e-mail	e-mail	e-mail
FAX送信枚数(本状を含む) 枚		FAX送信枚数(本状を含む) 枚	
医師からの通信欄		介護支援専門員からの通信欄	
<input type="checkbox"/> 福祉用具給付について介護支援専門員からの説明を希望 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> その他			
利用者氏名 様			
生年月日 年 月 日 歳			
要介護認定 認定済み・未申請・申請中・区分変更中( / 申請) 事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
主治医から見た医学的所見や状態		介護支援専門員からの報告・連絡・相談事項	
例外給付の対象となる状態像(※表1は別添付)			
<input type="checkbox"/> ⅰ 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、目によって又は時間間隔によって、頻りに状態変動を示す(※1)の状態像 (例)パーキンソン病の発症によるON・OFF状態 <input type="checkbox"/> ⅱ 疾病その他の原因により、状態が急激に変化し、短期間でうちに状態変動を示す(※2)の状態像 (例)がんの末期状態や脳梗塞後の状態 <input type="checkbox"/> ⅲ 疾病その他の原因により、身体の一部に身体的又は精神的な状態変動を示す状態像 (例)脳卒中による片麻痺、心臓病による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の状態像			
年 月 日 主治医			

川西市医師会/兵庫県介護支援専門員協会川西・播磨川支部/川西市・播磨川町

(表1)

種目	例外給付の対象になる状態像 (厚生労働大臣が定める者のイ)	左の状態像に該当する基本調査の結果
ア) 車いす及び車いす付風呂	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 日常生活範囲における移動の支障が特に必要と認められる者	基本調査1-7「3.できない」 (二)については該当項目なし
イ) 特殊寝台及び特殊寝台付風呂	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に起きあがり困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-4「3.できない」 基本調査1-3「3.できない」
ウ) 床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3「3.できない」
エ) 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 (一) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者  (二) 移動において全介助を必要としない者	基本調査3-1「調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外、又は、基本調査3-2～3-7のいずれか「2.できない」、又は、基本調査3-8～4-15のいずれか「1.ない」以外 ※その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。 基本調査2-2「4.全介助」以外
オ) 移動用リフト(つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 (二) 移動が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査1-8「3.できない」 基本調査2-1「3.一部介助」又は「4.全介助」
※オ)のうち、段階解消機のみ	(三) 生活環境において段階の解消が必要と認められる者	(三)については該当項目なし
カ) 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものを除く)	次のいずれにも該当する者 (一) 排便が全介助を必要とする者 (二) 排便が全介助を必要とする者	基本調査2-6「4.全介助」 基本調査2-1「4.全介助」

川西市医師会/兵庫県介護支援専門員協会川西・播磨川支部/川西市・播磨川町

別紙6

(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

\_\_\_\_\_様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\_\_\_\_\_医師と連携をとって参りたいと考えております。

そのためには、作成したケアプランをご担当の医師に送付したり、ケアマネジャーと医師との間の「主治医連携シート」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事がありますので、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」が算定される事があります（自己負担額の負担割合で、後日、通院されたときに、医療機関から費用請求があります）。

提供される情報の内容や医療機関による取り扱いがありますが、この様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：