

君津圏域医療・介護多職種連携 エチケット集

令和 2 年 4 月 初版作成
令和 5 年 3 月 改訂第 1 版作成

発行元
木更津市在宅医療・介護連携推進協議会
君津市在宅医療・介護連携推進協議会
富津市在宅医療・介護連携推進協議会
袖ヶ浦市在宅医療・介護連携推進協議会

君津圏域 医療・介護多職種連携エチケット集

作成にあたって

市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業は「医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進すること」を目的としています。そのためには地域の実情を把握・分析したうえで、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することが重要です。

このエチケット集は、関係者同士の具体的な連絡方法や円滑な情報共有のための方法を掲載しました。高齢者（患者・利用者）を中心とした各分野での業務において、実践したり心がけたりすることによって、相互理解を深め、隔たり無く一緒に地域の高齢者の暮らしを支える体制の実現をめざします。

掲載内容については、医療と介護の連携した対応が求められる4つの場面について
「日常の療養支援（目次1～4）」
「入退院支援（目次5）」
「急変時の対応（目次6）」
「看取り（目次7）」
を掲載しています。

目次

1. 基本的なエチケット	・・・ 2
2. 医師への連絡について	・・・ 3
3. サービス担当者会議（ケアカンファレンス）について	・・・ 3
4. 同行受診について	・・・ 3
5. 入退院時について	・・・ 4
6. 急変に備えた対応について	・・・ 4
7. 看取りについて	・・・ 5
8. ICT（バイタルリンク）について	・・・ 5
参考情報. 個人情報保護に関する関係法令等	・・・ 6
別紙1. 介護支援専門員（ケアマネジャー）担当のごあいさつ	
別紙2. 主治医等連絡票	

1. 基本的なエチケット

【共通】

- 1) お互いの専門性を思いやりをもって理解し、丁寧な対応を心がけましょう。
- 2) 書面や口頭でのやり取りをする際に、お互いにわかりやすい言葉で伝えるように努めましょう。
- 3) お互いに対等な関係を心がけ、積極的に情報交換を行いましょう。
- 4) 利用者の名前や担当の名前は同姓の方もいるので「フルネーム」で伝えましょう。
- 5) 担当者不在時の連絡体制を事業所内で整えておきましょう。
- 6) 日頃から利用者への円滑な支援に向けて、多職種連携を心がけましょう。
- 7) 他職種に連携を取るときには、対応が可能な時間に連絡を取るよう努めましょう。
- 8) 常に、本人の自立や重度化防止につながる支援を心がけましょう。
- 9) かかりつけ医師は、書類に生活のことを含めて書きましょう。かかりつけ医師の書類として、主治医意見書、訪問看護指示書、訪問薬剤師指導指示書などがあります。病歴や服薬状況、また、生活のことも含めて書くと介護サービス事業所の参考になり、スムーズな支援につながります。

★生活のことを記載する際のポイント★

『い』『ろ』『は』『に』『す』『めし』に着目して書くと良いでしょう。

『い』：移動

『ろ』：ふろ

『は』：排泄

『に』：認知症

『す』：睡眠

『めし』：食事

2. 医師への連絡について

【ケアマネジャー・サービス事業所等用】

- 1) 担当ケアマネジャーになったら、「介護支援専門員（ケアマネジャー）担当のごあいさつ」（別紙1）を使用し、主治医の先生に担当であることをお知らせしましょう。介護の更新等により担当を継続することになった場合も、（別紙1）の様式を活用し、お知らせしましょう。具体的には、伝達事項に記載しましょう。
- 2) 連絡をする際は、先方の都合の良い方法・時間帯を選びましょう。
- 3) できる限り医療機関へ足を運び、担当の先生、もしくは受付の方へ直接渡ししましょう。
- 4) 郵送する場合は、事前にその旨を電話連絡してから郵送しましょう。

3. サービス担当者会議について

「サービス担当者会議」とは・・・

介護支援専門員（ケアマネジャー）が、介護保険サービスの利用のためのケアプラン原案を作成し、サービス調整を行った後、サービス担当者を集めてケアプランの内容を検討する会議を開催するものです。ケアプランを変更する際にも開催します。「ケアカンファレンス」と呼ぶこともあります。

【介護職用】

- 1) 利用者の在宅生活を支える関係者に対して、可能な限り担当者会議への参加をお願いします。
- 2) 担当者会議の日程が決まったら、「主治医等連絡票」（別紙2）を使用し、主治医の先生等に日程をお知らせしましょう。
- 3) 担当者会議の日程は、先方の都合の良い時間帯を選びましょう。

【医師・歯科医師・薬剤師用】

- 4) ケアマネジャーから「主治医等連絡票」（別紙2）が届きましたら、お忙しい中ですが、可能な限りお返事をしましょう。

4. 同行受診について

【介護職用】

- 1) 利用者の状態が安定しており、家族等キーパーソンが対応できる場合、本人及び家族対応に任せてみましょう。
- 2) 独居であったり、キーパーソンがいない場合で状況が不安定であったり、主治

医の確認の必要性が生じた際は、可能な限り同席し、診察内容を関係者間で共有しましょう。

- 3) 同行する際は、事前に連絡をし、当日も受付に一言声をかけるといった配慮をしましょう。

5. 入退院時について

【ケアマネジャー用】

- 1) 利用者が入院した際は、「千葉県地域生活連携シート（A表）」を作成し入院先に届けましょう。
- 2) 退院時、医療機関より「千葉県地域生活連携シート（B表）」が本人または家族へ渡されることがあります。必要に応じ、ご家族やケアマネジャーから、B表をかかりつけの医師、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、介護サービス事業所等関係者へ渡し、情報の共有を図りましょう。
- 3) 利用者が退院後、ショートステイ等を利用する可能性のある場合は、退院までに感染症等の情報提供が必要かショートステイ先に確認しましょう。

6. 急変に備えた対応について

【介護職用】

- 1) ケアプランに緊急連絡先、主治医を記入しておきましょう。終末期の場合、医師との連絡方法を確認しておきましょう。
- 2) 具体的な主治医の指示を仰いでおきましょう。
- 3) 日頃から医療、介護関係者間の情報共有、調整に心がけましょう（医療介護間のみならず、ケアマネジャー・介護サービス事業所間の情報共有に心がけましょう）。
- 4) 利用者の変化を見逃さず、迅速な対応を心がけましょう。
- 5) 頓服薬をはじめ、薬のことであれば、処方されている薬局に相談をしていきましょう。

【医療職用】

- 6) 緊急を要する症状について、あらかじめケアマネジャー等に知らせておきましょう。
- 7) 急変時の連絡先や対応方法をあらかじめケアマネジャー等に表示しておきましょう。

7. 看取りについて

ACP（アドバンス ケア プランニング）とは「人生の最終段階における医療や介護について話し合いながら決めていくこと」です。年齢や場面に関わらず、本人・家族・医療関係者・介護関係者、状況によりその他の支援者（成年後見人や友人等）により話し合いながら決めていくものです。

本人の意向を最も尊重するものですが、家族をはじめとする取り巻く人たちの意向の確認や調整が必要になることもあり、関係者が情報共有したり話し合ったりすることが大切です。

入退院や急変時をきっかけとして、関係者の話し合い（カンファレンス）が開催される場面では看取りについてを話題にし、本人の意向を確認する場面になり得るでしょう。

カンファレンスのような改まった話し合いの場面以外にも、それぞれの支援者が接する場面が、本人や家族の意向をきいたり、確認する機会となり得ます。得られた情報は、個人情報の取扱いに留意し、関係者間で情報共有できるようにしましょう。

8. ICTの活用について

【概要説明】

- 1) ICT（information and communication technology）とは情報通信技術のことです。
- 2) 圏域全体について、君津圏域君津木更津医師会によって多職種連携情報共有システム「バイタルリンク」が導入されました。
- 3) 「バイタルリンク」の利用については、登録制です。
- 4) 利用者の登録は2種類です。希望により登録ができます。

登録種類	システムでできること	利用料金
利用者	●招かれたグループ内（「部屋」）で、メンバーと連絡を取り合ったり、情報やスケジュールを共有したり、WEB会議を設定・参加したりすることができます。 （連絡帳機能・患者情報・カレンダー機能）	無償
管理者	●システムに登録している利用者の中からメンバーを選んで、グループをつくることができます。（居宅療養者（患者）の「部屋」） ●自らが加わったり招かれたりしたグループ内（「部屋」）で、利用者として利用することができます。	有償 （月額利用料）

※君津木更津医師会は、「S管理者」としてシステムの管理権限があります。

【共通】

- 5) バイタルリンクで連絡を取り合う場合（連絡帳機能）のポイント
- あいさつ文や前置きは入力しません。
 - 端的に要件を入力します。
 - 簡潔な表現を心がけ、要件が伝わるように入力します。
 - 略語はできるだけ使用しないようにします。
 - 入力内容は、居宅療養者（患者）や家族に情報開示する可能性があることに配慮します。
 - 写真や文書等のデータをファイル添付することもできます。
 - グループメンバーがメッセージを読むのに時間差が生じることを心得ておきます。（メッセージの「既読」表記を参照しましょう。すぐに返信等は来ない場合があることに留意しましょう。）
 - 緊急性の高い連絡は電話／多職種での情報共有や急ぎでない事項はバイタルリンク、といった具合に使い分けてご活用ください。
- 6) 書き込みのマナーについて
- 誹謗中傷の書き込みはしません。
 - 権利を侵害するような書き込みはしません。文章や写真の無断引用・無断転載はしません。著作権・肖像権の侵害にならないようにしましょう。
 - 書き込む際に、情報の信ぴょう性についてよく確認しましょう。
- 7) バイタルリンクの利用に関する詳細は「君津圏域多職種連携情報共有システム（バイタルリンク）利用の手引き」をご覧ください。

参考情報. 個人情報の保護に関する関係法令等

- 「個人情報の保護に関する法律」
（平成15年法律第57号）
- 「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）」
（平成28年個人情報保護委員会告示第6号。「通則ガイドライン」）
- 「個人情報の保護に関する基本方針」
（平成16年4月2日閣議決定。「基本方針」）
- 「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ダンス」
（平成29年4月14日（令和4年3月一部改正））

____の用件

新規・継続
(どちらかに○してください)
年 月 日

____(医院・クリニック・病院・診療所・歯科医院・薬局)

____(先生・看護師)

介護支援専門員(ケアマネジャー)担当のごあいさつ

いつも大変お世話になっております。____先生に診療していただいております下記の方の居宅介護支援専門員(ケアマネジャー)をしております
(事業所名)____の
(担当者名)____です。

今後とも、利用者様の件で助言等、ご協力頂きたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

記

対象者氏名	様
生年月日	T・S・H 年 月 日生
住所	(袖ヶ浦市・木更津市・君津市・富津市)
認定区分	(申請中)・(要支援1・2)・(要介護1・2・3・4・5)
伝達事項	

担当事業所名：_____

担当者名：_____

住所：〒_____ (袖ヶ浦市・木更津市・君津市・富津市)

TEL：_____

FAX：_____

メール：_____

年 月 日

主治医等連絡票

_____（医院・クリニック・病院・診療所・歯科医院・薬局）

_____（先生・看護師）様

いつも大変お世話になっております。

_____様（T・S・H 年 月 日生）のケアマネジャーです。別紙に記載した方の件につきまして、ご連絡させていただきました。（ 返信不要 ・ 返信をお願いします ）



ご多忙のところ恐縮ですが、____月 ____日までに、別紙を郵送あるいはFAXにてご返信いただきますようお願いいたします。

なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

☐ ご本人・ご家族の同意を得て、連絡しております。

☐ ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要で連絡いたします。

注意 FAXにてご返信いただく場合、ご本人様情報を隠した状態でご返信いただきますようお願いいたします。

担当事業所名： _____

担当者名： _____

住所： 〒 _____（袖ヶ浦市・木更津市・君津市・富津市）

TEL： _____

FAX： _____

メール： _____

機関名：

ご担当者： 様

主治医等連絡票

お名前	生年月日 T・S・H 年 月 日
被保険者番号	認定区分 (申請中) (要支援 1・2) (要介護 1・2・3・4・5)

1. ケアプランを作成するにあたり疾患や病状に関して日常生活上の留意点等がありましたらチェックいただき、詳細につきまして下記意見等記載欄にご記入をお願いします。

(ア) 食事・水分 ☐ 食事量 ☐ 栄養バランス ☐ タンパク質確保 ☐ 塩分
☐ その他 (

(イ) 口腔 ☐ 嚥下 (むせ、食べこぼし、痰のからみ) ☐ 咀嚼 ☐ 発音・発声
☐ 清潔 (歯・義歯・舌) ☐ その他 (

(ウ) 薬 ☐ 飲み忘れ ☐ 摂取量 ☐ 残薬 ☐ 飲み合せ
☐ その他 (

(エ) 生活全般 ☐ 睡眠 ☐ 尿 () ☐ 便 () ☐ 体温 ☐ 血圧
☐ 転倒の危険 ☐ その他 (

※意見等記載欄

2. ケアプランを作成しましたのでお送りします。ご参考としていただければ幸いです。

3. 新規申請後の認定・更新申請後の認定・区分変更申請後の認定・その他 ()
によりサービス担当者会議を開催いたしますので、ご出席の可否をお知らせください。な
お。ご出席いただける場合、日程の都合をお伺いいたします。

開催日時： 年 月 日 () AM・PM : ~

開催場所：

サービス担当者会議に ☐ 出席します。 ☐ 欠席します。(どちらかに☑を付してく
ださい)

※サービス担当者会議ご欠席の場合には、下記に所見など指示事項やご意見をいただ
けますと幸いです。

4. その他

※注意※ FAXでご返信いただく場合、ご本人様情報を隠した状態でご返信いただきますようお願いいたします。

本帳票は、サービス担当者会議の照会として取扱うことができます。