

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

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」を構築出来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、適切且つ効果的に受けられる事を目的とします。

【利用方法】

- ・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致します。
- ・連絡方法については、FAX・郵送・直接持参・患者(利用者)の通院時に持参してもらう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)。
- ・医療機関の皆様には、連絡票の内容をご確認いただき、一言でも結構ですので御返信いただけます様お願い致します。

【留意点等】

- ・気仙沼市内及び南三陸町内の医療機関と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、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。
- ・連携は面談する事が基本であり、連携連絡票はあくまで面談での連携を補うものです。(連携のきっかけ作りとしての「アポ取り票」としてもご活用下さい)
- ・必要最低限の使用に留め、医師等への配慮を欠かさぬよう御留意願います。
- ・質問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・ご質問等について】

気仙沼・南三陸地域在宅医療福祉推進委員会 小松まで御連絡下さい。

連絡先	事業所名称	広域介護サービス気仙沼
	電話	0226-21-1088
	FAX	0226-21-1089

連携連絡票の記入方法

【ケアマネジャーの記入欄について】

- ①医療機関名、連絡先、主治医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居宅介護支援事業所名、連絡先、介護支援専門員氏名等を記入して下さい。
医療機関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。
- 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れないように、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。
 - ・「ケアプラン作成にあたり、症状等についての指示・確認など」については、主にケアプラン原案に対する御意見や、サービス担当者に対する照会、ケアプラン作成時の医師等からの専門的見地からの御意見や留意点等をお伺いする場合等に使用して下さい。
 - ・「医療系サービス等を導入するにあたり主治医の意見・相談など」については、訪問看護等の医療系サービスについては、主治医または歯科医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、主治医等から利用に関する適否や意見をお伺いする場合に利用して下さい。
※医療系サービスとは、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(訪問看護サービスを利用する場合に限る)及び複合型サービス(訪問看護を利用する場合に限る)
※医療系サービス以外のサービス導入に際して、医師等の御意見をお伺いしたい場合や相談がある場合にも使用して下さい。
 - ・「利用者の下記状況についての相談・報告など」については、身体状況や病状等についての報告や相談に使用して下さい。
※緊急を要する場合には使用しないで下さい。
 - ・その他については、区分変更申請や更新申請等を行った際に、患者(利用者)の状況などを情報提供する場合等に使用して下さい。
※医師等の負担にならないような範囲内で使用して下さい。
- ⑥「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易く記載して下さい。
- ⑦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。
- ⑧「介護支援専門員記載欄」については、医師等から電話または面談にて御返答いただく場合や、追記が必要な場合に記入して下さい。

【医師等の記入欄について】

- ①「回内容及び連絡方法(返信)」については、特に意見や要望等がない場合は「1」にレ点チェックし、意見や要望等がある場合は「2」にチェックして下さい。
- ②「「2」の場合の連絡方法」については、直接面談して頂ける場合は面談の日時をご指定下さい。電話で回答頂ける場合は、日時をご指定下さい。文書でご回答頂ける場合は、「回答内容」に御記入願います。
- ③医師、歯科医師、薬剤師等が自ら記載し御解答頂ける場合は、「上記の通り連絡します」にレ点チェックし、日時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に確認し、代理記載した場合は「上記内容について・・・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。