

盛岡市高齢者保健福祉関係行政等説明会

# 「医療と介護の連携に向けて」

盛岡市医師会

1. 主治医・ケアマネ連絡票の活用について
2. 高齢者施設からの救急受診について

# 主治医とケアマネとの連携について

**地域包括ケアシステムの中で、もっとも連携を必要とするのが主治医とケアマネとの連携である。**

**しかし、主治医とケアマネとの連携は、お互い連携は不可欠と思いながらも、ケアマネは主治医に対して敷居が高く、苦手意識を持つ人が多く、一方の主治医側も、ケアマネとどう連携したら良いか分からず試行錯誤している状況がある。**

# 主治医・ケアマネ連絡票の活用

主治医・ケアマネジャー連絡票	
F A X 番号 _____ 医療機関名 _____ 医師氏名 _____  電話番号 _____ E - mail _____	F A X 番号 _____ 事業所名 _____ 担当ケアマネ _____ ジャー名 _____ 電話番号 _____ E - mail _____
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 10px;"></div> <div style="font-size: 24px; margin: 0 10px;">↔</div> <div style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 10px;"></div> </div> 送信・返信	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>利用者名</b> _____ (生年月日) M・T・S 年 月 日 (男・女)         </div>	
送 信	<b>主治医より</b> <input type="checkbox"/> ご相談がありますので ____ 月 ____ 日 ____ 時頃にお電話を下さい。 <input type="checkbox"/> 当該ご利用者様のケアプランを ( F A X ・ 郵送 ) して下さい。 <input type="checkbox"/> その他 _____
	<b>担当ケアマネジャーより</b> <input type="checkbox"/> 当該利用者の担当ケアマネジャーですので宜しくお願いします (ご挨拶)。 <input type="checkbox"/> ケアプランを作成するにあたり病状やご意見をお伺いしたいので、ご都合の良い連絡方法、日時をお知らせ下さい。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンス ( ____ 月 ____ 日 ____ 時 場所: _____ ) を開催したいので、ご都合等をお知らせ下さい。 <input type="checkbox"/> その他 _____
返 信	<b>主治医より</b> <input type="checkbox"/> 了解しました。今後も宜しくお願いします。 <input type="checkbox"/> ( 直接お会いします ・ お電話を下さい ) ____ 月 ____ 日 ____ 時頃・診療時間中いつでも可 <input type="checkbox"/> E-mail で、( 連絡します ・ 連絡を下さい ) <input type="checkbox"/> 直接お会いする際、可能であれば、本人と家族の方の同席を希望します。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンスは ( 出席します ・ 欠席します→口別の日程の検討を希望します ) <input type="checkbox"/> その他 _____
	<b>担当ケアマネジャーより</b>    

盛岡市医師会

送 信	<b>主治医より</b> <input type="checkbox"/> ご相談がありますので____月____日____時頃にお電話を下さい。 <input type="checkbox"/> 当該ご利用者のケアプランを（FAX・郵送）して下さい。 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	<b>担当ケアマネジャーより</b> <input type="checkbox"/> 当該利用者の担当ケアマネジャーですので宜しくお願いします（ご挨拶）。 <input type="checkbox"/> ケアプランを作成するにあたり病状やご意見をお伺いしたいので、ご都合の良い連絡方法、日時をお知らせ下さい。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンス（ ____月 ____日 ____時 場所： _____ ）を開催したいので、ご都合等をお知らせ下さい。 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

返 信	<b>主治医より</b> <input type="checkbox"/> 了解しました。今後も宜しくお願いします。 <input type="checkbox"/> （直接お会いします ・ お電話を下さい） ____月 ____日 ____時頃・診療時間中いつでも可 <input type="checkbox"/> E-mail で、（ 連絡します ・ 連絡を下さい） <input type="checkbox"/> 直接お会いする際、可能であれば、本人と家族の方の同席を希望します。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンスは（ 出席します ・ 欠席します→□別の日程の検討を希望します ） <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	<b>担当ケアマネジャーより</b> <div style="height: 100px;"></div>

## Q. 主治医から利用者の医療情報や 助言をもらう為のコツを教えてください。

A. (回答) 事前にFAXし、**聞きたい要点を簡潔にまとめてお聞きください。**  
**まずは「自分が担当のケアマネジャー」であることを主治医に伝えておく必要があります。**これが連携の第一歩となります。

その後主治医から医療情報や助言をもらう時の手順として、

- ①電話でFAXを送ることを伝える(受付, 看護師, MSWなどへ)
- ②『主治医・ケアマネ連絡票』で相談依頼と相談方法を確認する。  
※この時、相談事項(趣旨, 内容等)を箇条書きにしておくとい。
- ③相談事項は、要件を整理し、簡潔にまとめておく
- ④主治医から指定された方法(直接会う, 電話, その他)で相談

### 【ワンポイントアドバイス】

相手の身分が確認できないため、原則として電話のみの相談には応じることができません。必ず上記手順を経た上で相談して下さい。

# 高齢者施設からの救急受診について

## 現状

近年、介護施設をはじめとする高齢者入所施設や、また住宅型有料老人ホーム、サ高住などの高齢者住宅が整備され、要介護状態の高齢者の救急搬送が年々増加傾向である。

# 高齢者施設からの救急受診について

## 課題

施設利用者の情報収集の不足により、**救急要請の経緯や観察状況、日頃の疾病・薬剤情報等が不十分なまま搬送され、搬送先の医療機関の対応に支障が生じる事例が多くみられる。**



# 高齢者施設からの救急受診の問題点

- 施設の職員が家族が来院すると帰ってしまう
- 施設の職員が患者の情報や容態の説明ができない
- 患者と家族のみで職員が来院しない
- 家族と連絡がつかず、緊急時検査や入院の承諾が得られない

# 緊急時連絡票の使用について

1. 日頃から利用者のかかりつけ医又は施設の協力医療機関と、急変時の対応について確認をとって下さい。
2. 日常生活が自立している利用者が自分で受診する際には保険証、お薬手帳等を必ず持参するようにご説明をお願いいたします。
3. 救急病院受診（救急搬送含）の際に、意識障害を起こしていたり、認知症等によりご本人からの聴取が難しい場合は、必ずスタッフ（若しくは家族等）の付き添いをお願いします。その際には本人の医療情報が確認できる個人ファイル、又は連絡票等を必ず持参してください。

# 救急・時間外受診連絡票

## 【ケアマネジャーの方へ】

月1回のモニタリング時には、確認・更新をお願いします。  
記載日 令和 年 月 日

かかりつけ 医療機関名	
電話番号	
FAX番号	

## 【救急医療機関の方へ】

患者さんがこの用紙を持参して受診した際は、点線内をご記入後、  
かかりつけ医へFAX送信をお願いします。

※下記の方が、 月 日 ( ) 時 分頃  
受診・入院 しました。  
医療機関名・診療科

フリガナ 氏 名	男・女	生 年 月 日	M T S H R	年 月 日 ( 歳 )
住 所				電話番号
家族① 連絡先 (キーパーソン)	氏 名		姓 稱	
	住所		電話番号	
家族② 連絡先 (キーパーソン)	氏 名		姓 稱	
	住所		電話番号	
現病歴 既往歴 手術歴  ※主なものを チェックまたは記載	現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 病名: かかりつけ医: 病名: かかりつけ医:			
	今までにかかったことのある病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他(病名)⇒ ( )			
	手術を受けたことはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 病名: 手術を受けた病院:			
認 知 症	<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (IIa) <input type="checkbox"/> (IIb) <input type="checkbox"/> (IIIa) <input type="checkbox"/> (IIIb) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (M) * <input type="checkbox"/> 無			
意思疎通	言語コミュニケーション <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 聴覚などは可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
内服薬	<input type="checkbox"/> 現在薬は飲んでいない <input type="checkbox"/> 現在薬を飲んでいる ※お薬手帳のコピーを裏面に貼付してください			
介護 保険	有 要支援: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 無			
	在宅介護支援事業所名: 電話: ケアマネジャー氏名 (フリガナ) FAX:			
ADL 医療処置等	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 歩行難 <input type="checkbox"/> 車椅子	口腔	<input type="checkbox"/> 嚥下可 <input type="checkbox"/> 嚥下有 (全量) <input type="checkbox"/> 嚥下有 (部分)
	排泄	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (自立的)	食事	<input type="checkbox"/> 摂食可 <input type="checkbox"/> 摂食有 <input type="checkbox"/> 摂食有 (部分)
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 排泄介助あり	その他	<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 育ち <input type="checkbox"/> その他 ( )

## 【入所(居)施設・宿泊・通所サービス事業者の方へ】

利用者が、救急・時間外で医療機関を受診する際は、下記を記入し持参してください ※家族の方等が付き添う際にもこの用紙を持参させてください

※持ち物チェック ☒ コピー ☐ お薬手帳 ☐ 健康保険証 ☐ 介護保険証

状況報告	R 年 月 日 ( ) 時 分頃			
紹介事由 症状・発症日時	いつから・どこが・どのように・どうしましたが			
バイタルサイン	血圧	/	mmHg	脈拍
	体温		℃	SaO2
入所(居)施設 有の場合記入	施設名称	引率者氏名		
	住 所 電話番号 (連絡担当者)			

各書式は盛岡市医師会ホームページからダウンロードができます

<https://morioka-med.or.jp/>

一般社団法人  
**盛岡市医師会**  
Morioka Medical Association

市民の健康と福祉を守る応援団でありたい

 医師会員向け情報

HOME医療機関検索健診・検診予防接種在宅医療・介護連携

医師会のご紹介

 **医療機関を探す** 盛岡市医師会に所属する医療機関を検索できます

**休日救急当番医**  
休日の日中の診療(9～17時)  
往診は行いません

**夜間急患診療所**  
夜間の診療(19～23時)  
症状が軽い場合

**小児救急受入病院**  
お子さまの休日・夜間診療  
症状が重い場合

**救急受入病院**  
盛岡地区の救急医療体制

**医療機関検索**  
市医師会所属の医療機関

**医療と介護の連携**  
医療・介護資源情報  
連携シート・相談窓口

 **重要なお知らせ**

2024年05月16日 15:37 現在、重要なお知らせはありません。

 お知らせ

 お知らせ一覧

2024.05.15 **NEW!** 盛岡市医師会主催 母子保健・思春期保健講演会「愛着障害と発達障害の理解と愛着の問題への支援」の盛岡市医師会会報記事の掲載について

2024.04.01 「吸殻拾い活動」のお知らせと参加者募集！

市民版盛岡医師会報  
もりおか医報人



最新号：Vol.32