

令和2年8月25日

豊田市介護サービス機関連絡協議会
会員各位

豊田市介護サービス機関連絡協議会
会長 松本英朗

連絡票「往診・訪問診療移行」「訪問診療医調整依頼」様式 運用について

平素よりお世話になっております。高齢で外来通院が困難となり、往診・訪問診療への移行を希望する患者が増加していることから、外来診療から往診、訪問診療移行の際に主治医の意見を伺う新たな様式として「往診・訪問診療移行」「訪問診療医調整依頼」様式の運用をお願い致します。

記

1. 背景

現在、外来通院が困難になった方が訪問診療への移行を希望した場合に、ケアマネジャーや訪問看護師などの支援者から、訪問診療についての情報提供がされ、かかりつけ医への相談がなく、訪問診療医が決定するなどの事例が散見されています。

本様式を用いて、まずかかりつけ医が訪問診療に対応できるか検討していただき、対応できない場合は、豊田加茂医師会 在宅医療サポートセンターにかかりつけ医より調整依頼をしていただくことで、公平中立な立場の医師会在宅医療サポートセンターが、対象者の身体状態や生活背景を考慮し、どのような療養生活を送りたいかなどの希望に応じ訪問診療医を調整いたします。

2. 目的

外来診療中の対象者に、訪問診療へのスムーズな移行について支援連携を行うことを目的に実施します。

3. 対象者

在宅医療を希望する方

4. 運用開始日時

令和2年9月1日より

5. 運用方法

- (1) 本様式を使用しかかりつけ医の意見を伺うことが望ましいと思われる対象者に、本様式を使用してかかりつけ医と連絡をとる
- (2) 患者、家族が直接かかりつけ医に確認をとれる場合や、緊急性の高い場合などは、本様式を使用せずその他の方法で連絡をとることも妨げない。
- (3) 各様式に必要な事項を記入し提出する

往診・訪問診療移行連絡票 兼 訪問診療調整依頼票

- ・訪問診療に移行することについて、かかりつけ医の意向と、対応可否を確認する様式
- ・一行目発信者欄にチェック☑をお願い致します。
- ・かかりつけ医のご返信があり次第対応をお願い致します。
- ・かかりつけ医が訪問診療対応不可の場合で、かかりつけ医から在宅医療サポートセンターに調整依頼があった場合は、在宅医療サポートセンターから、発信者（ケアマネジャーまたは訪問看護師）に連絡が入りますので詳細の調整をしてください。

訪問診療医調整依頼連絡票

- ・かかりつけ医はいるが、対象者やご家族が、かかりつけ医以外の訪問診療医を希望する場合に、在宅医療サポートセンターに訪問診療医調整依頼をする様式
- ・一行目発信者欄にチェック☑をお願い致します。
- ・可能な範囲で、かかりつけ医に対象者ご家族がかかりつけ医以外の訪問診療医を希望していることについて説明し承諾をいただくようお願い致します。
- ・本様式が届き次第、在宅医療サポートセンターより連絡が入りますので詳細の調整をしてください。

第1回 2013.05.07 第2回 2013.07.05 第3回 2015.04.01 第4回 2016.04.01
第5回 2019.06.15 第6回 2020.09.01

「主治医⇄ケアマネ 連絡票」に関する取り扱い上の注意事項

- 1 豊田加茂医師会様にご了解を得て作成しましたが、主治医には、あらかじめ電話で依頼するか、直接訪問して依頼するなどの配慮をお願いします。主治医に事前連絡なくFAXで送ることのないようにお願いします。
- 2 文書料については、かからないようにお願いしました。主治医に負担をおかけしていることを理解して丁重に依頼してください。
- 3 様式については、豊田加茂医師会様にご了解を頂き、豊田市役所の指導の元に作成しております。ご意見等があるかもしれませんが、様式の変更をすることのないようにお願いします。(変更できるのは、〇〇〇のみとします)
- 4 ホームページより書式をダウンロードできます。インターネットで「豊田市介護サービス機関連絡協議会」で検索し「ダウンロード」→「主治医⇄ケアマネ 連絡票」をクリックしてください。
- 5 従前の様式は、今後使用しないでください
- 6 問合せ 豊田市介護サービス機関連絡協議会 事務局
0565-34-1131

7 変更1 (2013.07.05)

・医療系サービス用のサービスに訪問看護、通所リハビリ、短期入所療養介護が入っていますが、他の医療系サービス、例えば訪問リハビリの意見書をいただきたい場合には、例えば、サービス欄の訪問看護を消して訪問リハビリに変更することを可とします。その際、主治医意見欄も同様に修正してください。

8 変更2 (2015.04.01)

・軽度者用の連絡票は、診断名の欄を削除しました。

9 変更3 (2016.04.01)

・軽度者用の物品について、床ずれ防止用具、【 】を加えました。

10 変更4 (2019.06.15)

・「平成」から「令和」に変更しました。

11 変更5 (2020.09.01)

・「往診・訪問診療移行」「訪問診療医調整依頼」様式を加えました。支援者がケアマネジャーのみの場合は、ケアマネジャーが作成してください。支援者がケアマネジャーと訪問看護師の場合は、連絡調整の上、どちらかが連絡票を作成してください。

往診・訪問診療移行連絡票 兼 訪問診療調整依頼票 (主治医 ⇄ ☐訪問看護師/☐ケアマネ)

平素より大変お世話になっております。先生に診察いただいております〇〇〇〇様の訪問看護師/ケアマネの〇〇と申します。利用者様の状態の変化により、往診・訪問診療をご希望されていらっしゃると思います。先生のご対応についてご検討いただき、下記の欄にご回答をご記入の上ご返信をお願い致します。なお、利用者様の情報提供に関する同意をいただいていることを申し添えます。

送信先		発信元 令和 年 月 日	
主治医 先生 御中 侍史		事業所名 担当者 TEL FAX	
利用者	氏名 様	生年月日 M・T・S 年 月 日	
	住所		
担当ケアマネジャー/訪問看護師	☐ なし ☐ あり【事業所名 (担当者名)】 ☐ 連絡票作成について担当ケアマネジャー/訪問看護師に説明済み		
連絡事項（訪問看護師・ケアマネとして、往診・訪問診療の必要な理由、家族の要望等を記入のこと）	往診・訪問診療については、 ☐ ご本人 ☐ ご家族その他（氏名 続柄 ）からのご希望です。 （※該当にチェック） ご本人・ご家族からのご要望： 訪問看護師/ケアマネの立場からの相談内容：		

主治医意見欄

☐次回受診日（ 月 日頃）に本人、ご家族と相談の上決定しますので、後日ご本人ご家族にケアマネジャー/訪問看護師からご確認お願い致します。

☐往診・訪問診療は当院にて対応可能です。

☐往診・訪問診療は当院にて対応が難しいため、対応可能な医療機関（医療機関名； ）に当院より紹介致します。

☐往診・訪問診療は当院にて対応が難しいため、当院より豊田加茂医師会在宅医療サポートセンターに訪問診療医の調整を依頼します。➡こちらにチェックの場合は、豊田加茂医師会在宅医療サ

【FAX】 0565-31-4318 に本状をご返送ください。

☐その他ご意見がありましたらご記入ください

令和 年 月 日 (氏名) _____

訪問診療医調整依頼連絡票（在宅医療サポートセンター← ☐ 訪問看護師/☐ ケアマネ）

【かかりつけ医以外の往診・訪問診療の利用者希望あり】

〇〇〇〇様の担当訪問看護師/ケアマネの〇〇と申します。利用者様の状態の変化により、往診・訪問診療をご希望されていらっしゃると思います。かかりつけ医以外の訪問診療医を希望されていますので調整をお願い致します。なお、利用者様の情報提供に関する同意をいただいていることを申し添えます。

送信先		発信元 令和 年 月 日	
豊田加茂医師会 在宅医療サポートセンター TEL 0565-33-7773 FAX 0565-31-4318		事業所名 担当者 TEL FAX	
利用者	氏名 様 生年月日 M・T・S 年 月 日		
	住所		
かかりつけ医	医療機関名： 医師名：		
かかりつけ医の承諾	<注>かかりつけ医には、ご本人、ご家族より訪問診療医を別に希望していることについて、担当訪問看護師/ケアマネが医師に説明し、ご承諾をお願い致します。 ☐ 承諾済み ☐ 未承諾		
連絡事項（訪問看護師/ケアマネとして、往診・訪問診療の必要な理由、家族の要望等を記入のこと）	往診・訪問診療については、 ☐ ご本人 ☐ ご家族その他（氏名 続柄 ）からのご希望です。 （※該当にチェック） ご本人・ご家族からのご要望：		
	※希望医療機関があればご記入ください（医療機関名 ） ※希望理由：		
<注>ご本人ご家族のご希望医療機関がある場合でも、病状等により、希望の医療機関以外への対応となる場合がありますので、担当訪問看護師/ケアマネジャーからご本人、ご家族にその旨ご説明をお願い致します。			