

金石医師会との連携による
「受診を起点とした社会的処方連携」実施要項

1. 目 的

かかりつけ医、医療保険者等を起点として、健康問題を引き起こしたり、治療の妨げとなる可能性のある社会的課題を抱える患者に対して、その社会的課題の解決に向けた支援を行う。

2. 実施内容

医師が、薬だけでは改善しないと感じた患者や見守りが必要と感じた患者等について、「連絡票 1」により地域包括ケア推進本部事務局（以下、「ケア本部」という）または、地域包括支援センター（以下、「包括 C」という）に伝える。

例

- ・独居になった等の理由で外出の機会が著しく減り、閉じこもり傾向のみられる方
- ・食事や運動について指導をしてもうまく取り組めずに、薬だけでは治療がうまく進まない方
- ・身だしなみが以前と違う等の変化がみられる方 等

※情報連携ツールとして、OK はまゆりネットのメール機能または FAX を使用する。

※どちらの媒体を使用する場合でも、「連絡票 1」を送信の際には、TEL 55-4536（チームかまいし）に、一報を入れる。

- 1) ケア本部と包括 C は、送付された「連絡票 1」に受付No.を付した後、複写するなどして情報を共有する。ケア本部は、リスト化し、担当者へ振り分ける。
- 2) 担当者は、連絡票 1 の緊急性の有無や予後予測に基づき、概ね 1 か月を目安として対象者へ介入する。介入結果をアセスメントし、かかりつけ医等に「連絡票 2」により支援方針等についてフィードバックする。「連絡票 2」を送信する際には、医療機関に電話で一報を入れる。

※初回介入後、フィードバックする前に、担当者を含む複数の支援者間で方向性について検討することとする。

- 3) 医療機関に送信後の「連絡票 2」とともにケースの進捗管理は、ケア本部が行う。

※ケースの支援は、担当者を中心に行うこととする。

3. 対象者 ： 原則、金石市民とする。年齢は不問とする。

4. 開始時期： 令和 7 年 1 月 中旬から

5. 担当部署： 地域包括ケア推進本部事務局（在宅医療連携拠点チームかまいし）
高齢介護福祉課地域包括支援センター