

	かかりつけ医	薬局	訪問リハ・通所リハ	訪問看護	地域包括支援センター	ケアマネージャー	病院	本人・家族	施設	役割 (案)
入院前	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院リスクの把握</li> <li>在宅サービスの内容確認</li> </ul> 紹介入院 診療情報提供書 <ul style="list-style-type: none"> <li>既往歴現病歴・アレルギー薬剤情報、検査データ、画像情報等添付</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>服薬管理シートの記載</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院リスクの把握 (転倒、骨折、誤嚥性肺炎等)</li> <li>主治医・ケアマネへの報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診時の情報提供 (外来に付き添う、メモを渡すなど)</li> <li>入院リスクの把握</li> <li>主治医、ケアマネへの報告</li> <li>必要時緊急搬送の調整</li> <li>薬剤情報の確認 (薬局)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院リスクの把握</li> <li>入院前情報提供の準備</li> <li>連絡窓口の把握</li> <li>入院時各事象所へ連絡</li> <li>困難事例はMSWに連絡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院リスクの把握</li> <li>入院前情報提供の準備</li> <li>連絡窓口の把握</li> <li>入院時各事象所へ連絡</li> <li>受診付き添い、情報提供、介護タスク手配</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>受付、患者支援センター、入退院支援センターにFAXが届く</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>定期通院、治療継続</li> <li>介護サービス・医療サービス利用による在宅生活の継続</li> <li>入院に備えた準備</li> <li>入院時の連絡先の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネに搬送の連絡</li> <li>どのような状況であれば、受け入れが可能かどうか病院に伝える。(病院で把握してほしい)</li> </ul>	<b>【かかりつけ医】</b> →森にて案を記載し、鳥居先生に確認(案) <ul style="list-style-type: none"> <li>なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。(医療提供体制の在り方 日本医師会・四病院団体協議会行動提言より引用)</li> </ul> <b>【薬局】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>お薬手帳と入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書などを用い服薬状況が確認できるようにする。居宅に戻られてからは、お薬手帳、退院前に患者の服薬状況等に係る情報提供書等からの情報を元にシームレスな服薬指導を行う。新たに医療材料などが必要になった場合は供給を行う。</li> </ul>
入院 (急性期)										
入院時	緊急入院	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院より服薬管理シートが来るので記入して返信</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院の連絡</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>病院へ入院期間など状況の確認、MSW連携室</li> </ul>		入院診療計画書	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネに入院日・入院病棟を連絡</li> </ul>		<b>【訪問リハビリ・通所リハビリ】</b> 具体的な生活目標を立て、訪問リハビリでは利用者様宅にて、通所リハビリでは通所施設にて、生活機能の向上 (自宅内での基本的な日常生活動作や家事動作、買い物やバスなどの公共交通機関への乗車など)に必要な機能の獲得、疾病の再発予防などを旨し、支援するサービス
入院～3日まで	診療情報提供書		訪問リハサマリー (必要時)	訪問看護サマリー (事業所毎の書式) ACPに関する内容を記入。望む医療、在宅復帰条件等記入		入院時情報提供書	退院支援スクリーニング ・退院困難要因のスクリーニング	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急入院時は後日連絡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サマリー作成、病院へ送付</li> </ul>	<b>【訪問看護】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康観察、主治医の指示による医療処置と管理、服薬管理、療養上の世話リハビリテーション、メンタルケア、意思決定支援、家族支援、緊急時対応</li> </ul> <b>【地域包括支援センター】</b> →青木氏 例)一人暮らしの高齢者訪問、虐待対応、各種相談窓口 (中学校区に1つ)
入院4日目～7日まで			<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリサービスの情報提供</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>(病状説明、カンファレンスへの参加)</li> </ul> 介護保険初回申請の場合は代行申請 <ul style="list-style-type: none"> <li>区分変更の代行申請</li> <li>サービス事業所へのカンファレンスの連絡</li> <li>リハビリスタッフと自宅訪問</li> <li>家屋評価</li> </ul>	入院時情報提供書	退院支援カンファレンス 退院支援計画書 介護支援等連携指導料 (1回目) 総合リハビリ計画書 (入院中1回)		<b>【ケアマネージャー】</b> →渡邊氏 例)要介護者のケアプラン作成、事業所間のつなぎ役	
退院前	退院時共同指導料1		<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス介入の日程調整 (多職種にて)</li> <li>必要時リハビリに立ち会う</li> </ul>	退院時共同指導加算 院内訪問・情報共有	暫定ケアプラン		退院時共同指導料2 介護支援等連携指導料 (2回目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>どちらか一つ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>どのようなケアが必要か確認し退院に備える</li> </ul>	<b>【病院】</b> 例)急性期病院→更生病院 地域の三次救急を担う。脳卒中・がん・心筋梗塞などの救命救急が必要な方が受診。必要時入院治療を行う。在院日数が短い。 回復期病院→八千代病院 リハビリをして自宅に帰る目的の療養先。脳卒中、大腿骨骨折、心不全など疾患に限られる。在院日数が最大180日 慢性期病院→松波師長 長期療養が必要な患者の入院先。
退院時		<ul style="list-style-type: none"> <li>服薬管理シートが送られてくる</li> <li>注意事項などの依頼あり</li> </ul>			退院時情報シート <ul style="list-style-type: none"> <li>情報収集 (病棟へ)</li> <li>新サービス追加の調整</li> <li>主治医へ相談</li> </ul>	診療情報提供書 薬剤情報提供書 (必要時) 退院サマリー (看護・リハ・ケアマネ等) 訪問看護指示書 退院前訪問加算 (リハ、看護等) 福祉用具要否意見書		<ul style="list-style-type: none"> <li>栄養士、看護師よりサマリーをもらい計画作成する</li> </ul>	<b>【特養】</b> 常時介護を必要とし、在宅での介護が困難な人向けの施設。要介護3~5の方が優先して入所でき終身利用も可能。医療対応の範囲については各施設へ確認が必要。 <b>【介護老人保健施設(老健)】</b> 病院での治療を終えた要介護の方が在宅復帰を目指してリハビリを行う事を目的としている施設。入所期間は原則3ヶ月以内と定められており、病状が安定していること・治療の必要がないことが入所の条件。 <b>【グループホーム】</b> 認知症の方がユニットに分かれて介護サポートを受けながら共同生活する施設で、自宅での生活に近いアットホームな環境が特徴。医療対応が必要な方の受け入れは困難な事が多い。 <b>【小規模多機能施設 (小多機、看多機)】</b> 利用者の方が、住みなれた地域で在宅での生活を続けられるよう支援するのが目的の施設。デイサービスやショートステイ・訪問介護といった複数のサービスを組み合わせて生活をサポートする。医療対応は在宅で可能な範囲に限定。地域密着型施設のため安城市民が対象。	
退院										
退院後	診療情報提供書	<ul style="list-style-type: none"> <li>服薬指導</li> <li>体調チェックシートを踏まえたうえでチェック</li> <li>病院薬局へフィードバック</li> <li>他科の主治医、ケアマネ、包括へ連絡</li> <li>服薬管理シートの記載</li> </ul>	リハマネ加算 訪問リハビリ計画書、報告書	退院当日の訪問 (医・介) 医療保険 退院支援指導加算 訪問看護計画書・報告書	自宅訪問・サービス担当者会議 ケアプラン・予防プラン	退院後訪問 ケアプラン・予防プラン			<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後訪問</li> </ul>	<b>【本人・家族】</b> →病院部会 例) 疾病予防、生活管理。フレイル予防。生活や医療の意向を専門職に伝える。

行動ポイント

- 書類
- 行動