

	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	ケアマネジャー	病院	本人・家族	施設	役割（案）
入院前	<ul style="list-style-type: none"> 入院リスクの把握 在宅サービスの内容確認 紹介入院 診療情報提供書 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 	<ul style="list-style-type: none"> 入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書の作成 *常時：お薬手帳に副作用など重要な情報の記載漏れがないか確認。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院リスクの把握（転倒、骨折、誤嚥性肺炎等） 主治医・ケアマネへの報告 	<ul style="list-style-type: none"> 受診時の情報提供（外来に付き添う、メモを渡すなど） 入院リスクの把握 主治医、ケアマネへの報告 必要時緊急搬送の調整 薬剤情報の確認（薬局） 	<ul style="list-style-type: none"> 入院リスクの把握 入院前情報提供の準備 連絡窓口の把握 入院時各事象所へ連絡 困難事例はMSWに連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 入院リスクの把握 入院前情報提供の準備 連絡窓口の把握 入院時各事象所へ連絡 受診付き添い、情報提供、介護タスクー手配 	<ul style="list-style-type: none"> 受付、患者支援センター、入退院支援センターにFAXが届く 	<ul style="list-style-type: none"> 定期通院、治療継続 介護サービス・医療サービス利用による在宅生活の継続 入院に備えた準備 入院時の連絡先の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネに搬送の連絡 どういふ状況であれば、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） 	<p>【かかりつけ医】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>【薬局】</p> <ul style="list-style-type: none"> お薬手帳と入院前・退院時の患者の服薬状況等に係る情報提供書などを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。
入院（急性期）										
入院時	緊急入院	<ul style="list-style-type: none"> 病院より薬剤管理サマリーが送られてくるので記入して返信 	<ul style="list-style-type: none"> 入院の連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護ネットワーク部会様式 	<ul style="list-style-type: none"> 病院へ入院期間など状況の確認、MSW連携室 		<ul style="list-style-type: none"> 入院診療計画書 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネに入院日・入院病棟を連絡 		<p>【訪問リハビリ・通所リハビリ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 具体的な生活目標を立て、訪問リハビリでは利用者様にて、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）を目指し、支援するサービス
入院 1～3日 まで	診療情報提供書	<ul style="list-style-type: none"> 病院薬剤師部会様式 	<ul style="list-style-type: none"> 必要時口頭にて連絡 入院前ADL 入院前のリハビリ状況 	<ul style="list-style-type: none"> 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 		<ul style="list-style-type: none"> 入院時情報提供書 ケアマネット部会様式 	<ul style="list-style-type: none"> 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"> 緊急入院時は後日連絡 	<ul style="list-style-type: none"> サマリー作成、病院へ送付 	<p>【訪問看護】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
入院 4日目～7日 まで			<ul style="list-style-type: none"> リハビリサービスの情報提供 		<ul style="list-style-type: none"> 病状説明、カンファレンスへの参加 		<ul style="list-style-type: none"> 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） 			<p>【地域包括支援センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢者の生活に関する総合的な相談窓口として各中学校区に設置。1人暮らし高齢者等の困りごとや虐待などの困難事例の支援、また地域ケア会議の開催等関係機関や地域と連携・協働し対応する。更に介護予防の啓発と、介護保険の要支援認定を受けた方も担当する。 <p>【ケアマネジャー】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護サービスを利用するためのケアプランを作成し、事業所や病院との連携・調整を行う。自宅に訪問し、日頃の様子や困りごとを確認し、生活の改善に向けた提案を行う。
退院前	退院時共同指導料1		<ul style="list-style-type: none"> サービス介入の日程調整（多職種にて） 		<ul style="list-style-type: none"> 情報収集（病棟へ） 暫定ケアプラン 		<ul style="list-style-type: none"> ケアマネ・包括へカンファレンスの連絡 			<p>【病院】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、大腿骨頸部骨折、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 長期療養が必要な患者の入院先。
退院前カンファレンス										
			<ul style="list-style-type: none"> 院内訪問・情報共有 							<p>【特別養護老人ホーム(特養)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 常時介護が必要で、在宅での介護が困難な方が長期的に生活でき終身利用もできる施設。要介護3～5の認定を受けた方を対象とし、健康管理や生活援助・身体介助などを提供。医療対応が可能な部分もあるので、各施設へ確認が必要。
退院時		<ul style="list-style-type: none"> 退院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書 注意事項などの依頼あり 			<ul style="list-style-type: none"> ケアマネット部会様式 退院時情報シート 	<ul style="list-style-type: none"> 新サービス追加の調整 主治医へ相談 	<ul style="list-style-type: none"> 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"> 松井整形外科様式 薬剤師部会様式 更生、八千代、松井様式 	<ul style="list-style-type: none"> 栄義士、看護師よりサマリーをもらい計画作成する どのようなケアが必要か確認し退院に備える 	<p>【介護老人保健施設(老健)】</p> <ul style="list-style-type: none"> リハビリに重点を置いて、入所・短期入所・通所などのサービスを提供する施設。リハビリ・介護・看護を必要とする、要介護認定を受けた方を対象とする。医師による管理の下、生活機能の維持向上をサポートし在宅復帰を支援する。 <p>【グループホーム】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症の方が支援を受けながら9人以下の共同生活をする施設。自宅での生活に近いアットホームな環境が用意されている。医療対応が必要な方の受け入れは困難な事が多いが、施設や本人の症状によって対応の可否が変わるため施設に相談が必要。 <p>【小規模多機能施設(小多機、看多機)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。医療対応は基本的に在宅で可能な範囲。担当のケアマネジャーが在籍しているので確認を。
退院										
退院後	診療情報提供書	<ul style="list-style-type: none"> 退院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書の内容を参考に服薬指導 病院薬局へフィードバック、特に心不全など経過観察が重要な疾患においては来局時毎に状況を報告する 他科の主治医、ケアマネ、包括へ連絡 	<ul style="list-style-type: none"> リハマネ加算 	<ul style="list-style-type: none"> 退院当日の訪問（医・介） 医療保険 退院支援指導加算 退院時共同指導加算 		<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン・予防プラン 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後訪問 			<p>【本人・家族】→病院部会</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。

〇〇部会様式

行動ポイント
書類