

	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) 赤字が担当者 (10月の作業部会までに文章を考えていただく)
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 <ul style="list-style-type: none"> 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"> 服薬管理シートの記載 	<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) 	<ul style="list-style-type: none"> 【かかりつけ医の役割】→事務局にて案を記載し、医師会部会に確認 (例) 医学的診断・治療・検査・処方・他職種への指示 【薬局の役割】→薬剤師部会 (例) 服薬指導・管理 医療材料の提供・管理 【訪問リハビリ・通所リハビリの役割】→リハビリネット部会 (例) フレイル予防 ADL動作の維持・向上
入院 (急性期)										
入院時	緊急入院	<ul style="list-style-type: none"> 病院より服薬管理シートが来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"> 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 		<ul style="list-style-type: none"> 【訪問看護】→訪問看護ネットワーク部会 (例) 疾病管理、生活管理、家族看護
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	<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 	<ul style="list-style-type: none"> 【地域包括支援センター】→保健福祉部会 (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"> 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) 介護保険初回申請の場合は代行申請 区分変更の代行申請 サービス事業所へのカンファレンスの連絡 リハビリスタッフと自宅訪問 家屋評価 		<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) 		<ul style="list-style-type: none"> 【ケアマネジャー】→ケアマネット部会 (例) 要介護者のケアプラン作成、事業所間のつなぎ役 【病院】 (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、大腿骨骨節骨折、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→松井整形外科 長期療養が必要な患者の入院先。 	
退院前カンファレンス										
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) 必要時リハビリに立ち会う 	退院時共同指導加算	暫定ケアプラン		<ul style="list-style-type: none"> 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"> どちらか一つ 	<ul style="list-style-type: none"> どのようなケアが必要か確認し退院に備える 	<ul style="list-style-type: none"> 【施設】→施設部会 (各担当者から情報収集し記載) (例) 特養 老健 グループホーム 介護老人ホーム 小規模多機能施設 (小多機、看多機)
退院時		<ul style="list-style-type: none"> 服薬管理シートが送られてくる 注意事項などの依頼あり 			<ul style="list-style-type: none"> 退院時情報シート 情報収集 (病棟へ) 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"> 栄養士、看護師よりサマリーをもらい計画作成する 	<ul style="list-style-type: none"> 【本人・家族】→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。
退院										
自宅訪問・サービス担当者会議										
退院後	診療情報提供書	<ul style="list-style-type: none"> 服薬指導 体調チェックシートを踏まえたうえでチェック 病院薬局へフィードバック 他科の主治医、ケアマネ、包括へ連絡 服薬管理シートの記載 	<ul style="list-style-type: none"> リハマナ加算 訪問リハビリ計画書、報告書 	<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 訪問看護計画書・報告書 		<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン・予防プラン 病院のMSW・相談員へ在宅の様子をフィードバック 困難事例などの医療機関への困ったことをMSWへ報告 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後訪問 			

行動ポイント

