

入院前から退院後の多職種の動き

資料②

	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	
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 <p>診療情報提供書</p> <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"> 入院前の患者の服薬状況等に情報提供書の作成 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 必要時、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、介護タクシー手配 		<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（入院時情報提供書等） 	<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 	<p>【かかりつけ医】 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> <p>【薬局】 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用い服薬状況が確認できるようにする。在宅では、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。</p> <p>【訪問リハビリ・通所リハビリ】 具体的な生活目標を立て、訪問リハビリでは利用者宅にて、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）を目指し、支援するサービス。</p> <p>【訪問看護】 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。</p> <p>【地域包括支援センター】 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。ひとり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> <p>【ケアマネジャー】 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。</p> <p>【病院】 ○急性期病院 24時間体制で急患や重症な病気に対する治療・手術等を行う。 安城更生病院（3次救急）・八千代病院（2次救急） ○回復期病院 急性期を経過した患者へ在宅復帰に向け、医療とリハビリテーションを行う。 八千代病院（回復期リハビリ病棟・地域包括ケア病棟）※対象疾患や入院期間が定められている。 ○慢性期病院 病状が安定していても医療が必要で、家庭復帰に不安がある方に看護と介護を提供する。 八千代病院（療養病棟）※療養病棟には医療区分がある。</p> <p>【特別養護老人ホーム(特養)】 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。</p> <p>【介護老人保健施設(老健)】 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> <p>【グループホーム】 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> <p>【小規模多機能施設(小多機、看多機)】 利用者の方が、住みながら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。担当のケアマネージャーが在籍しているので確認を。</p> <p>【本人・家族】 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。</p>
入院（急性期）											
入院時		<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"> 病院へ入院期間など状況の確認 		<ul style="list-style-type: none"> 必要時、薬剤管理サマリーを用いて薬剤情報の照会を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャー等入院日入院病棟を連絡 病院スタッフに包括及びケアマネジャー等担当名を伝える 			
入院3日まで	診療情報提供書		<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 	<p>訪問看護サマリー（事業所毎の書式）</p> <p>ACPに関する内容を記入望む医療、在宅復帰条件等記入</p>	<ul style="list-style-type: none"> 困難事例はMSWに連絡 	入院時情報提供書	<p>退院支援スクリーニング</p> <p>退院困難要因のスクリーニング</p>	<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 		
入院4日目～7日まで					<ul style="list-style-type: none"> 病状説明、カンファレンスへの参加 		<p>退院支援カンファレンス</p> <p>退院支援計画書</p> <p>介護支援等連携指導料（1回目）</p> <p>総合リハビリ計画書（入院中1回）</p>				
退院前	退院時共同指導料1				<ul style="list-style-type: none"> サービス事業所へのカンファレンスの連絡 		<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャー、包括カンファレンスの連絡 				
退院前カンファレンス											
					<ul style="list-style-type: none"> 情報収集（病棟へ） 暫定ケアプラン 		<p>退院時共同指導料2</p> <p>介護支援等連携指導料（2回目）</p> <p>※どちらかひとつ</p>		<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 		
院内訪問・情報共有・退院後のサービス調整											
			<ul style="list-style-type: none"> 必要時リハビリに立ち会う 								
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 				退院時情報シート	<p>診療情報提供書</p> <p>薬剤情報提供書（必要時）</p> <p>退院サマリー（看護・リハ・ケアマネ等）</p> <p>訪問看護指示書</p> <p>退院前訪問指導料（看護、リハ）</p> <p>福祉用具要否意見書</p>		<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士、看護師よりサマリーをもらい計画作成する 		
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"> 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。 	<p>リハマネ加算</p>	<ul style="list-style-type: none"> 退院当日の訪問（医療・介護） 医療保険 退院支援指導加算 退院時共同指導加算 			<p>退院後訪問指導料（看護）</p>				
ケアプラン・予防プラン（必要時事業所間で共有）											
		<ul style="list-style-type: none"> 他科の主治医、ケアマネ、地域包括支援センターへ連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問リハビリ計画書、報告書 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護計画書、報告書 	<ul style="list-style-type: none"> 困難事例等医療機関へフィードバック 	<ul style="list-style-type: none"> 病院のMSW・退院調整看護師へ在宅の様子をフィードバック 困ったことをMSW・退院調整看護師へ報告 					

※書類関係