

介護支援専門員のための 在宅医療活用の手引き

この手引きには、利用者がはじめて「訪問診療」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」等を利用する時に介護支援専門員を支援するための相談窓口や相談時に必要な情報などを記載しています。

利用者が、安心して在宅生活を継続できるように在宅医療資源を利用しましょう

「在宅医療」とは・・・？

外来や入院ではなく、自宅などの生活の場で診療や治療、処置などを行なうのが「在宅医療」です。主に病院などへの通院が難しい利用者さんが、医師や歯科医師、薬剤師などに自宅や入居施設に来てもらい医療の継続や指導・支援を受けることをいいます。

訪問診療の相談は、まずは「かかりつけ医」に相談しましょう。
入院されている方は、病院の相談窓口へ



通院が困難な方の為に自宅や施設で、歯科診療を行っています。口腔内清掃、虫歯治療、入れ歯の修理など様々なことに対応しています。



お薬のことは薬を出された医師のほか、薬局の薬剤師が相談をお受けします。薬局で、在宅訪問で、チーム医療・介護に取り組んでいます。
いつも利用している「かかりつけ薬局」にお問い合わせください。



《在宅医療（訪問診療など）》

【在宅医療を必要とする対象例】

外来受診が困難であり、利用者が、在宅での看取り、緩和ケア、定期的な医療的管理などを必要としている場合。

※医療的管理とは：バルンカテーテル・気管切開・胃ろう栄養・在宅酸素・人工肛門・中心静脈栄養・呼吸器などの管理が必要な状態

【在宅医療を依頼する時の流れ】

《在宅療養中の場合》

- ・利用者・家族の希望を確認したうえで、かかりつけ医に在宅医療について対応可能か相談を行う。
- ・かかりつけ医が在宅医療に対応不可の場合は、他の診療所などに紹介可能か確認する。
- ・在宅医療の依頼時には、目的、利用者情報などを医療機関に連絡する。
- ・在宅医療が可能な医療機関について調整が困難な場合は、在宅医療・介護連携支援センターに相談する。

《入院中の場合（病院からの依頼時）》

- ・入院先の病院と相談する。

【在宅医療を依頼する時に必要な情報】

《基本情報》

- ・ケアマネジャーについて：氏名、所属、連絡先（電話・FAX）
- ・利用者（患者）情報について：
氏名、生年月日、年齢、性別、住所（駐車場の有無）、訪問先電話番号、病名、既往歴、内服薬、ADL、認知面、医療・介護上の問題点、介護保険認定区分
- ・有効期限、介護サービスの週間予定
- ・家族情報・キーパーソン）：
家族の氏名及びその他の協力者（続柄、日中仕事の有無、住所、連絡先（自宅・携帯・その他）

《在宅医療の要否に関する情報》

- ・目的：看取り、緩和ケア、定期的な医療的管理の内容
- ・訪問診療希望日、緊急度：曜日・時間、早急・1週間以内・状態安定・退院後
- ・訪問看護ステーション：有 無 有りの場合事業所名
- ・現在の生活状況
自宅の場合：かかりつけ医療機関・医師名
入院中の場合：病院名・科名・担当医師・退院日
- ・診療情報提供書：有・無・手配済み（取得日）

実際の情報提供を行う時には、新規利用者相談票を参考にしてください。

【在宅医療を依頼する医療機関への連絡方法】

- ・医療機関にアポイントメントをとってから在宅医療の依頼を行いましょう。
- ・医療機関に関する情報について不明な点は、姫路市在宅医療・介護連携支援センター（TEL：079-295-3330）に相談しましょう。

新規在宅医療利用者相談票

管理者 様

(記入日: 年 月 日)

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者(身体・生活機能など)の情報を送付します。新規利用者の対応の可否についてご検討ください。結果についてはなるべく早く連絡をお願いします。なお、追加で必要な情報等がございましたら下記にご連絡をお願い致します。

担当ケアマネジャー名	(フリガナ)	電話番号	
居宅介護支援事業所名		FAX番号	

1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
		生年月日	明・大・昭	年	月	日
住所		電話番号				
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階居住)	駐車場	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

2. 心身・生活機能の状況

病名	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()					
既往歴						
服薬内容						
服薬	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者:)		
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない				
医療介護上の問題点						
麻痺の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)		褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)		
ADL	移動・移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養	食事回数
食事内容	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー		
	水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分のとり方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()					

3. 介護サービス

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()		有効期間	年	月	日	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請		
自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
介護サービス週間予定 (利用日に○印)		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
	訪問看護 (リハ)								
	訪問介護								
	通所介護 (リハ)								
	その他								
訪問看護利用の場合	事業所名					電話番号			

4. 家族の情報について

主介護者	氏名	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	連絡先	日中の仕事	<input type="checkbox"/> あり
キーパーソン	氏名	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	連絡先	日中の仕事	<input type="checkbox"/> あり
留意事項							

5. 訪問診療の依頼理由など

目的	<input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 定期的医学的管理						
必要な医療処置	<input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()						
現在の生活状況	<input type="checkbox"/> 自宅 かかりつけ医療機関名 () 医師名 () <input type="checkbox"/> 入院中 病院名 () 診療科 () 医師名 () 退院予定日 年 月 日						
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 手配済み 取得日 (年 月 日)						
訪問診療希望日 / 緊急度	頻度 (月 回) 曜日 (曜日) 時間 (時頃) 緊急度 (<input type="checkbox"/> 早急 <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 状態安定 <input type="checkbox"/> 退院後						

《訪問歯科診療》

【訪問歯科診療を必要とする対象例】

外来受診が困難であり、下記の例に該当する場合。

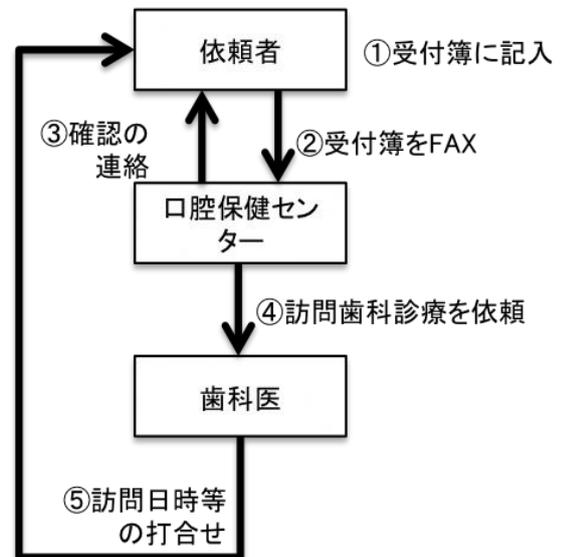
例)

- ・義歯の調子が悪い、歯痛、歯が欠けた、歯の動揺、歯肉の腫脹、咬めないなど、歯や口の症状を訴える場合。
- ・利用者に自覚症状がなくても、口臭がひどい、食べるのに時間がかかる、歯ごたえのある物を食べなくなったなど咀嚼力がなくなってきた様子がうかがえる場合。
- ・歯科医療機関で定期的なメンテナンスを行っていたが、通院困難になり口腔内の状態悪化が懸念される方、また、利用者あるいは介護者による口腔ケアが十分できているか不安な場合。

【訪問歯科診療を依頼する時の流れ】（右図）

《姫路市歯科医師会に調整を依頼する場合》

- ① 訪問歯科診療申請書（姫路市歯科医師会ホームページよりダウンロードする）に必要事項を記入する。
- ② 申請書を姫路市歯科医師会口腔保健センター（歯科地域連携室）にFAXする。
- ③ 口腔保健センターからの確認の連絡に対応する。
- ④ （口腔保健センターが、かかりつけ歯科医または訪問可能な歯科医院を調整します）
- ⑤ 訪問を行う歯科医院から訪問日時等の打ち合わせの連絡が利用者に行われる。
（訪問歯科医師と打合せが必要な場合は、申請書の「その他欄」に記載しておく）



【訪問歯科診療を依頼する時に必要な情報】

訪問歯科診療申請書に必要事項を記入する。

【訪問歯科診療を依頼する医療機関への連絡方法】

訪問歯科申請書に必要事項を記入の上、姫路市歯科医師会口腔保健センターにFAX送信する。

なお、かかりつけの歯科医院に訪問歯科診療を依頼できる場合は直接、連絡し相談する。

姫路市歯科医師会口腔保健センター（歯科地域連携室）

（TEL：288-5896 FAX：289-0295）

※訪問歯科診療対応可能な医療機関の確認は「訪問歯科診療登録医一覧」で確認できます。
（ただし、記載がない歯科医院でも、対応できる場合もあります）

訪問歯科診療申請書

受付場所 _____		受付者 _____	
訪問歯科診療を依頼する利用者について	フリガナ (性別)		
	氏名	男・女	
	生年月日	M・T・S	年 月 日 (満 歳)
	現住所	TEL ()	
	主介護者 氏名	続柄()	満(歳) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	TEL ()	日中の仕事 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	
	キーパーソン 氏名	続柄()	満(歳) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	TEL ()	日中の仕事 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	
	住環境	駐車場	エレベーター
	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階居住)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし
連絡先住所	TEL ()		
今までに歯科の往診を依頼したことが	かかりつけ歯科医(ある場合のみ記入)		
<input type="checkbox"/> ある(年 月ころ) <input type="checkbox"/> ない			
かかりつけ医	TEL ()		
ケアマネジャー	氏名 事業所名 TEL ()		
口腔状態	主訴(現在気になっているお口の中の症状など)		
<input type="checkbox"/> 歯が痛む	<input type="checkbox"/> 入れ歯を直したい	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い	
<input type="checkbox"/> むし歯がある	<input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> 検診をして欲しい	
<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする	<input type="checkbox"/> 詰め物、かぶせ物がとれた	<input type="checkbox"/> 口腔ケアをして欲しい	
<input type="checkbox"/> その他()			
身体状態	今までにかかったことがある病気・現在治療中の病気はありますか		
	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 甲状腺
	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 認知症
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 低血圧	<input type="checkbox"/> 骨折など
	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 肝臓病
可能な姿勢	<input type="checkbox"/> いすに座る	<input type="checkbox"/> 車いすに乗る	<input type="checkbox"/> ベッドを起こした状態
<input type="checkbox"/> 特記事項()			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 完全に通じる	<input type="checkbox"/> ある程度通じる	<input type="checkbox"/> ほとんど通じない
<input type="checkbox"/> 特記事項()			
食事形態	水分のとりみ	嚥下機能	
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる	
<input type="checkbox"/> 嚥下障害食	<input type="checkbox"/> 常にむせる		
特記事項	要介護認定の有無	その他(希望・注意点等あればご記入ください)	
	<input type="checkbox"/> なし 要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)		
	要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

記入又は☑をつけ、口腔保健センターへFAX(079-289-0295)送信ください。

《訪問薬剤管理指導》

【訪問薬剤管理指導を必要とする対象例】

外来受診が困難、または、外来受診後、在宅において正しい服薬管理が困難な状態で下記の例に該当する場合。

例)

- ・ 認知機能の問題や多剤併用のため、併用薬や残薬が多く整理がつかなくなっている場合、または、正しい服用が困難な場合。
- ・ 胃ろう栄養・中心静脈栄養など経管栄養の管理が必要な場合。
- ・ 医療用麻薬使用による治療中の方で服薬管理が困難な場合。
- ・ 身体的な理由・認知機能の問題等で定期的に薬局に薬を取りに行けない場合。
- ・ 訪問診療を利用している在宅療養中の場合

【訪問薬剤管理指導を依頼する時の流れ】

《薬を貰っている薬局に相談する場合》

- ① 薬局に利用者の服薬状況などについて相談する。
- ② 利用者、家族に訪問薬剤管理指導の利用について説明し同意を得る。
- ③ 主治医に居宅療養管理指導（薬）の必要性を説明し同意を得る。
- ④ 薬局と調整してケアプランを作成する。
（薬局が主治医の指示を受け訪問薬剤管理指導を開始します）
（②③の利用者、家族及び主治医への訪問薬剤管理の説明は薬剤師に協力を依頼できます）

《薬を貰っている薬局に訪問薬剤管理指導を依頼できない場合》

姫路薬剤師会、若しくは、姫路市在宅医療・介護連携支援センターに相談する。

【訪問薬剤管理指導を依頼する時に必要な情報】

《基本情報》

- ・ ケアマネジャーについて：氏名、所属、連絡先（電話・FAX）
- ・ 利用者（患者）情報について：
氏名、生年月日、年齢、性別、住所（駐車場の有無）、訪問先電話番号、病名、既往歴、医療処置、ADL、認知面、医療・介護上の問題点、介護保険認定区分・有効期限、介護サービスの週間予定
- ・ 家族情報・キーパーソン：
家族の氏名及びその他の協力者（続柄、日中仕事の有無、住所、連絡先（自宅・携帯・その他）
- ・ 医療機関情報：医療機関名、医師名、連絡先

《訪問薬剤管理指導の要否に関する情報》

- ・ 医師の指示（居宅療養管理指導（薬）指示書）：有・無・手配済み（取得日）
- ・ 本人・家族の同意：了解済み・同行にて説明・理解なし
- ・ 服薬状況：内服薬、調剤方法（粉碎・一包化など）

【訪問薬剤管理指導を依頼する薬局への連絡方法】

- ・ まず、薬を貰っている薬局に相談する。
- ・ 薬局が訪問薬剤管理指導を行なっているか判らない場合は、姫路在宅訪問薬局リスト（薬剤師会作成）で確認ができます。その他、薬局への連絡方法などの問合せは、姫路薬剤師会事務局 TEL：079-282-2100）若しくは、姫路市在宅医療・介護連携支援センター（TEL：079-295-3330）に連絡する。

新規訪問薬剤管理指導利用者相談票

薬局 管理者 様

(記入日: 年 月 日)

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者(身体・生活機能など)の情報を送付します。新規利用者の対応の可否についてご検討ください。結果についてはなるべく早く連絡をお願いします。なお、追加で必要な情報等がございましたら下記にご連絡をお願い致します。

担当ケアマネジャー名	(フリガナ)	電話番号	
居宅介護支援事業所名		FAX番号	

1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
		生年月日	明・大・昭	年	月	日
住所		電話番号				
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階居住)	駐車場	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

2. 心身・生活機能の状況

病名	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()					
既往歴						
医療処置内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()					
医療介護上の問題点						
麻痺の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位;)		褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位;)		
ADL	移動・移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養	
食事内容	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	
	水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		水分のとり方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位;)
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良			口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()					

3. 介護サービス

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()		有効期間	年	月	日	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請								
自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()											
介護サービス週間予定 (利用日に○印)		月曜		火曜		水曜		木曜		金曜		土曜		日曜	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
	訪問看護 (リハ)														
	訪問介護														
	通所介護 (リハ)														
	その他														
訪問診療利用の場合	医療機関名						医師名			電話番号					
訪問看護利用の場合	事業所名									電話番号					

4. 家族の情報について

主介護者	氏名	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		連絡先		日中の仕事	<input type="checkbox"/> あり
キーパーソン	氏名	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		連絡先		日中の仕事	<input type="checkbox"/> あり
留意事項									

5. 訪問薬剤管理指導の依頼状況など

居宅療養管理指導の指示書	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 手配済み		取得日 ()	年	月	日
本人・家族の同意	<input type="checkbox"/> 同意済み <input type="checkbox"/> 薬局と同行にて説明予定 <input type="checkbox"/> 同意なし					
訪問薬剤管理希望日/緊急度	頻度 (月 回)	曜日 (曜日)	時間 (時頃)			
	緊急度 ()	<input type="checkbox"/> 早急 <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 状態安定 <input type="checkbox"/> 退院後				
服薬	麻薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者:)				
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない				
	調剤方法	<input type="checkbox"/> 粉砕 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> その他 ()				
服薬内容						

在宅医療連携のための心得

1. 医療機関へ訪問する時は、事前に訪問日時の調整を行きましょう。

同行受診も含め、医療機関に対応を求める場合は、事前に訪問日時の調整を行う事が大切です。

2. 訪問日時の調整など急を要しない連絡は、日頃から相手に対応しやすい時間を確認しておくとお互いに負担が少なくなります。

医療機関へ連絡する場合は、事前に要件をまとめて整理するとともに緊急度を明確に伝えるようにしましょう。

3. 日常的な情報共有が大切です。

日頃からの関係づくりが、顔が見えなくても通じる関係へつながります。医療機関が必要な情報を事前に確認して適切なタイミングでの情報共有を心がけましょう。事実と本人・家族の思い、ケアマネの考えを伝える事も大切です。

4. 専門用語や短縮用語は使わずに理解しやすい言葉を使いましょう。

医療職も介護職も、自分の業種以外の専門用語には慣れていません。専門用語は使わないようにしましょう。

5. 担当者不在時の体制を整備しておきましょう。

他職種からの問い合わせなどで担当のケアマネジャーが不在であっても管理者もしくは、事業所内のケアマネジャーが一定対応できる仕組みを整えましょう。

6. 名前はフルネームで伝えましょう。

利用者の氏名は、フルネームで伝え間違いが起こらないように注意しましょう。

7. お互いが思いやりをもち、丁寧な対応に心がけましょう。

職種により立場、制度、関連する法律、必要な情報が異なります。お互いの専門性や職種の立場を理解しましょう。

訪問診療に関する問い合わせ	姫路市在宅医療・介護連携支援センター (姫路市医師会地域医療連携室) ☎079-295-3330
訪問歯科診療に関する問い合わせ	姫路市歯科医師会口腔保健センター (歯科地域連携室) ☎079-288-5896
訪問薬剤管理指導に関する問い合わせ	姫路薬剤師会 ☎079-282-2100

発行：姫路市

企画：姫路市医療介護連携会議

協力：姫路市医師会・姫路市歯科医師会・姫路薬剤師会

兵庫県介護支援専門員協会姫路支部