

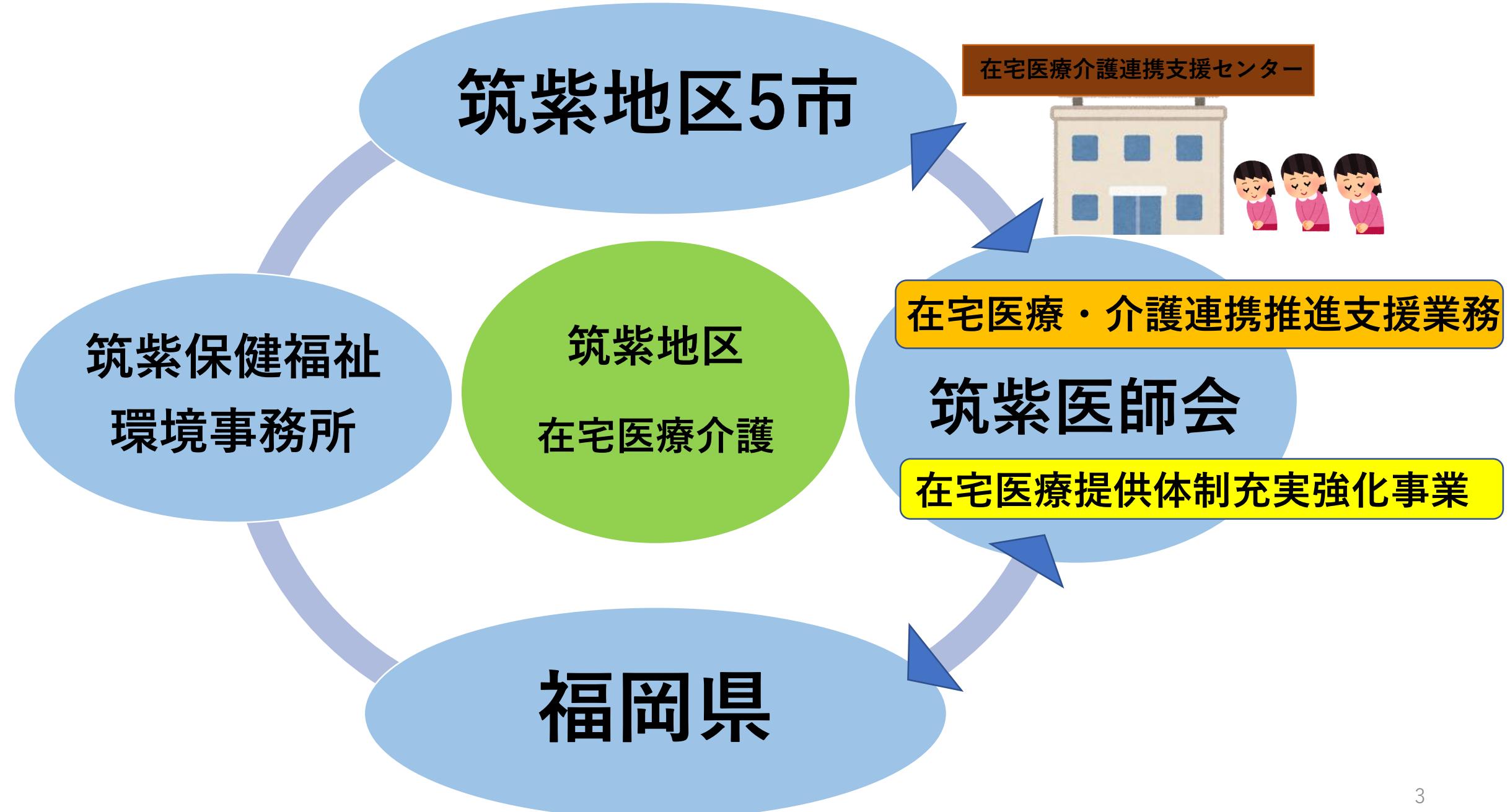
「医療・介護共有シート勉強会」

日時：令和4年6月24日（金）18：30～
場所：筑紫医師会 体育館

次第1：取り組み紹介

1

筑紫地区の 在宅医療介護連携



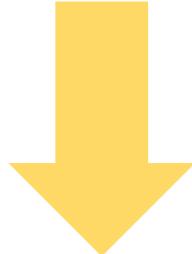


地域包括ケアシステムが目指すこと

高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる

住み慣れた地域＝なじみの人間関係があるところ

自分らしい暮らし＝マイペースに生活できる気楽さ

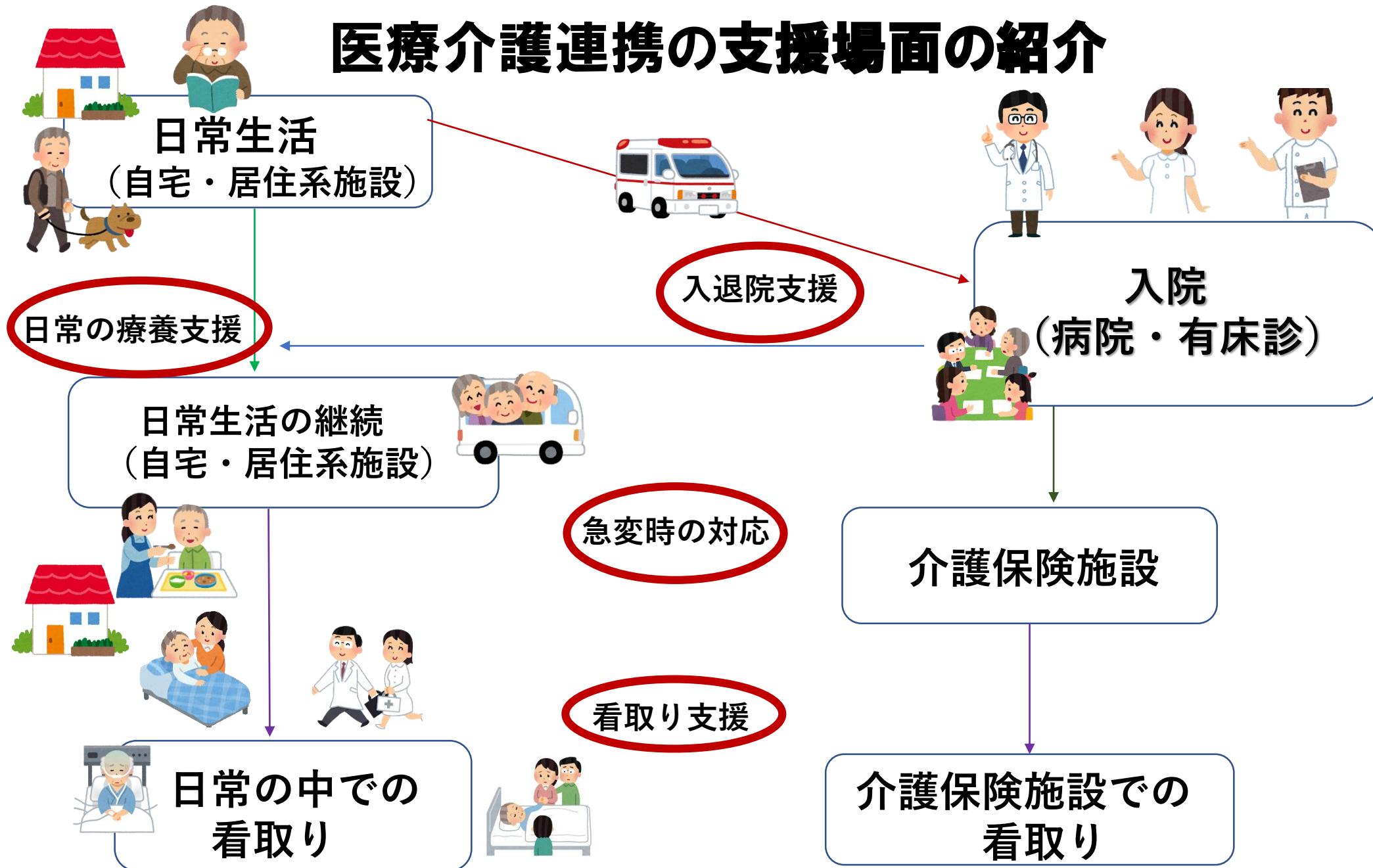


居所変更しない

出典：令和3年度福岡県在宅医療・介護連携従事者支援事業「第1回在宅医療・介護連携従事者支援事業研修会」より

医療介護連携の支援場面の紹介

時間の流れ



筑紫地区の在宅医療・介護連携が
目指す姿



- ✿ 自分以外の職種の役割りや動きを理解しており、相互に相談や働きかけができる。
- ✿ 情報を共有し、利用者（患者）のために活用できる。

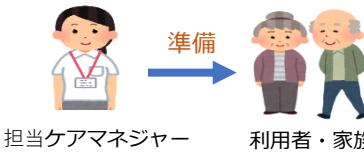


各支援場面のツールの紹介

対象：筑紫地区の医療機関に入院する筑紫地区の要支援・要介護認定者（すべての入院）

入退院支援

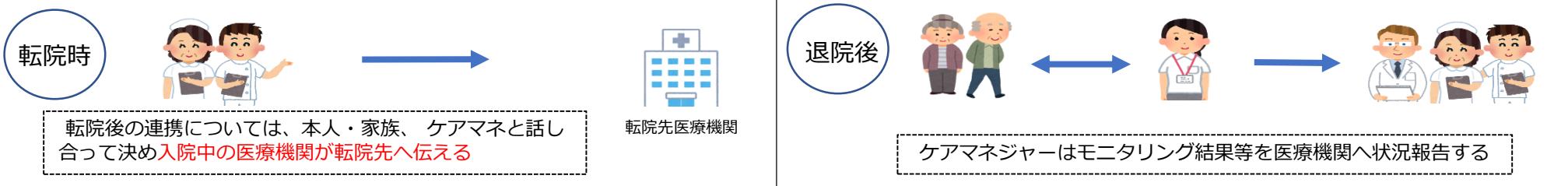
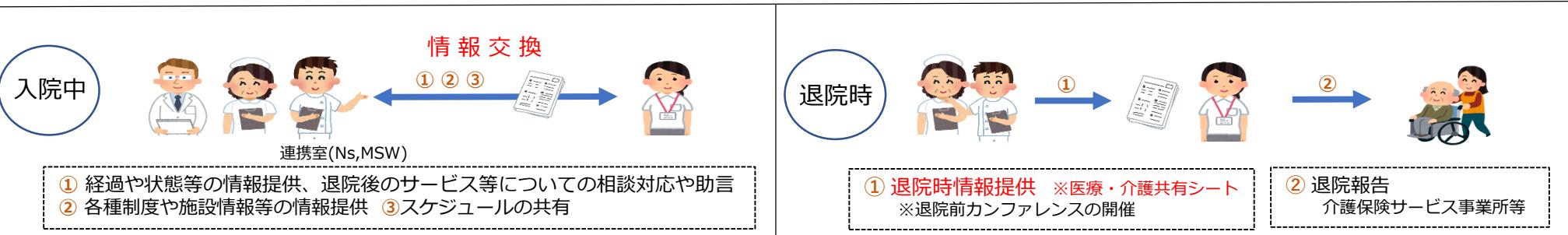
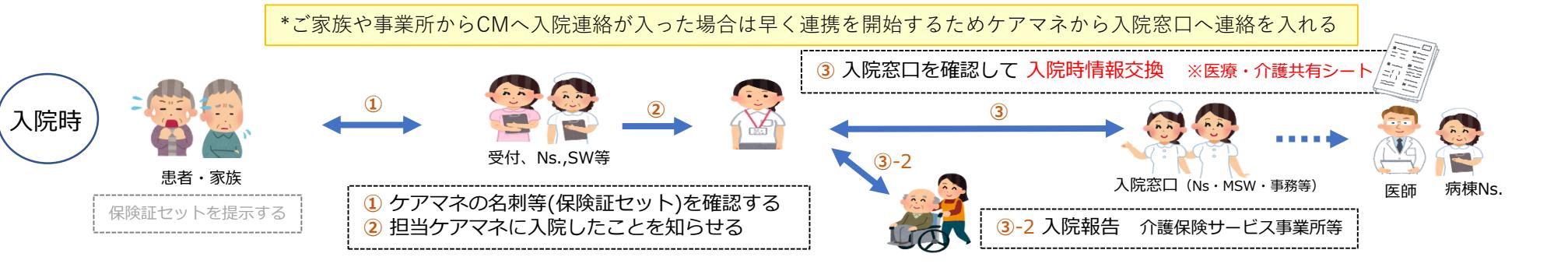
日常



準備

- ① 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、お薬手帳をセットにする説明をして了承を得る*
 ② モニタリングの時に、セットと提示について声掛けをする

*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています



ケアマネジャーは入院中も頼りになります!!

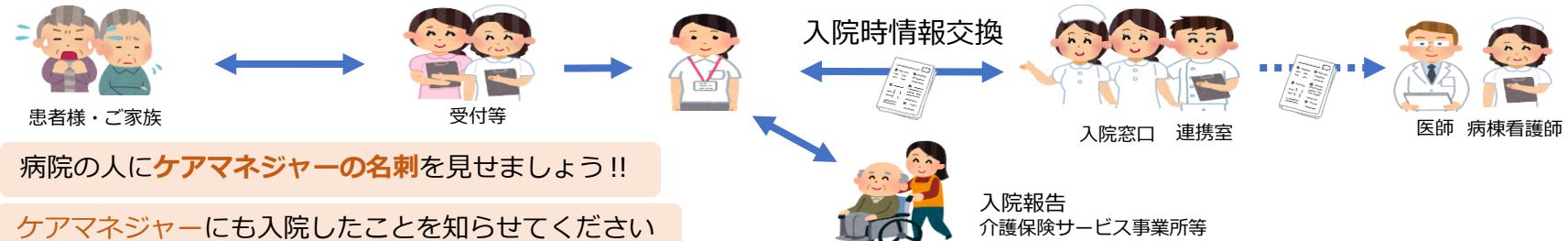
日常



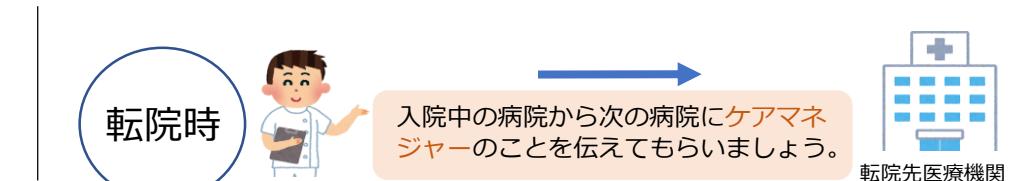
医療機関に行くときは**ケアマネジャーの名刺・医療保険証・介護保険証・お薬手帳**を忘れずに!!



入院時



入院中



ケアマネジャーは安心して退院後の生活が始められるように病状やリハビリ内容、退院日などの情報交換をおこないます → スケジュールの共有

退院時



筑紫地区では、医療・介護関係者がご利用者様の入院時から退院後の在宅生活に向けたサポートを行い、早く不安なく在宅復帰できることを目指してこの取組みをしています。もしも入院された場合、保険証セットを提示することで、ケアマネジャー等が入院したことを早く知ることができ、連携も早く始まります。医療と介護が連携することで切れ目なく介護サービスが提供され、安心した療養生活につながります。

筑紫地区 入院先医療機関 窓口一覧表 (令和3年6月更新)

入院先医療機関の体制や、患者の入院時の状態や疾患により、その後の連携の在り方が異なります。訪問のタイミング等は窓口へ相談しましょう。
※所在地ほか詳細情報は『医療機関検索』または『資源ガイドブック』をご覧ください。

入退院支援

筑紫野市

医療機関名称	窓 口	<患者担当者なし又は未確定の場合> 病棟Ns.への情報提供 (<input type="radio"/> かまわない <input checked="" type="radio"/> 困る)
	連絡先	
小西第一病院	地域医療連携室 9 2 3 – 2 2 3 0	<input type="radio"/> 止むを得ない場合は病棟でもかまわない
杉病院	地域医療連携室 9 2 3 – 6 6 6 7	<input type="radio"/> 院内で情報共有しているため直接病棟でもかまわない
高山病院	地域連携室 9 2 1 – 4 5 1 1	<input checked="" type="radio"/> 基本的には窓口へ 時間外や休日の入院の際は病棟でも構わない
筑紫野病院	担当：縞田・貞方 9 2 6 – 2 2 9 2	<input type="radio"/> 状況によってSWが対応する場合あり
済生会二日市病院	地域医療連携室 9 2 3 – 1 5 5 1	<input type="radio"/> 事前連絡後 担当者へ
福岡大学筑紫病院	地域医療支援センター 9 2 1 – 1 0 1 1 (代表)	<input type="radio"/>
二日市那珂川病院	担当 河村 9 2 3 – 2 2 1 1	<input checked="" type="radio"/> 窓口へご連絡ください 旧：二日市共立病院 (R3.3.1 ~名称変更しています)

医療機関名:
ご担当者名:

医療・介護共有シート

仕組み機器2

入院日 年 月 日 → CM 記入日 年 月 日 → 情報提供日 年 月 日

お名前

患者氏名:

生年月日:

年 月 日生(才)

□男 □女

住所:

TEL:



入退院支援

*利用者(患者)/家族の同意に基づいて情報提供しています。退院前に右記項目についての聞き取りをおこないます。

入院前

担当CM氏名:

TEL:

事務所名:

FAX:

*下記の情報については主にCMが記入します。聞き取り日 年 月 日 / 年 月 日

調査・在宅
移行期／
退院時

TEL:

回診者:
TEL:

(職種:)
FAX:

主介護者(▲)	氏名 TEL	続柄・年齢 特記事項	(才)	家族構成図(同居者は○で囲む)
モーバーソン(★) ※主介護者と異なる場合	氏名 TEL	続柄・年齢 特記事項	(才)	
介護実績	24時間ある 24時間ない 16時間ある 16時間ない 8時間ある 8時間ない	一時預けられる 一時預けられない		
介護保険情報 (既往状況)	要支援 □1 □2 要介護 □1 □2 □3 □4 □5	認知事態判定者:	□	
持続性疾患等 障害状況等	□なし □あり(□痴呆陽性者 □既往難病 □被験者)			
経済状況	□年会員あり □年会員なし □生活困窮(実質的判断) □生活保護(単身CW:)	□本人が口平障疾の報告。下記に□ □中権者者: □		
病歴・疾患歴	□なし □既往難病 □既往在 □既往呼吸器疾患 □既往骨腫瘍 □骨折 □子の歴()			
受診中の医療機関	医療機関: □なし □不規	主治療: □あり(右欄詳細) □原因	TEL:	
最近1年間の入院	□なし □不規	入院年: □あり(右欄詳細)	□原因	
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □1 □2a □2b □重a □重b □M	□記の判断: □医師 □CM □その他の()		
精神的に認める 療養上の問題	□なし □幻覚・妄想 □興奮 □躁症・不穏 □妄想 □暴力/攻撃性 □介護への抵抗 □不眠 □薬物過敏 □誤嚥 □危険行為 □不潔行為			
介護サービス等の利用状況	□訪問介護(ヘルパー) □訪問看護 □訪問リハビリ □通所リハビリ □デイサービス □福祉用具 □薬剤指導 □訪問検査 □訪問診療 □介			
生活状況				
屋内・屋外の特徴 飲んでいる薬	□なし □あり(必要子供□あり □なし)			
口腔内状態の特徴 子の便所記事項	□なし □あり(□歯科受診中 □義歯□あり □なし)			

入院前のADL等

- 記録上りがり □自立 □つかまりながら出来る □扶助起立されている
座り 支持 □自立 □倒れかけがれ □坐位
移動 □自立 □見守り □手探・杖 □手引き □歩行器 □車いす (□自立・□介助)
食事動作 □自立 □一部介助 □全介助 □絶口摂取していない
食事形態 □工夫なし □工夫あり ()
水分とろみ □必要なし □必要あり ()
排泄方法 □トイレ (□洋 □和) □ポータブル □おむつ・パッド (□尿時 □夜間)
排泄動作 □自立 □誘導 □拭く、洗う、衣服の上げ下ろし等の介助
入浴 □自立 □一部介助 (□シャワー浴 □浴槽) □訪問入浴 □デイサービス等

特記事項

退院

- 記録上りがり □自立 □つかまりながら出来る □扶助起立されている
座り 支持 □自立 □倒れかけがれ □坐位
移動 □自立 □見守り □手探・杖 □手引き □歩行器 □車いす (□自立・□介助)
食事動作 □自立 □一部介助 □全介助 □絶口摂取していない
食事形態 □工夫なし □工夫あり ()
水分とろみ □必要なし □必要あり ()
排泄方法 □トイレ □ポータブル □おむつ・パッド (□尿時 □夜間)
排泄動作 □自立 □誘導 □拭く、洗う、衣服の上げ下ろし等の介助
入浴 □自立 □一部介助 (□シャワー浴 □浴槽) □満足

特記事項

[付] 入院時情報収集加算の算定には施設サービス計画書(1.2.3項)またはこれに代わるものとの添付が必要です。

日常の療養支援

相談方法確認表の使い方 (令和3年4月末現在)

●相談を行う前に利用者(患者)やご家族に了承を得ておきましょう。

●医療機関に連絡を取った際は、自分の所属事業所、職種、氏名、相談対象の利用者(患者)の氏名、
生年月日を必ず伝えましょう。

相談方法には、次の4つがあります。

診察同席⇒利用者(患者)が外来受診するときに、相談者も同席し、相談することです。希望するときは事前に、同席する受診日、目的を伝えましょう。

個別面談⇒相談者が医療機関を訪問し、直接医師に相談することです。希望するときは表中の※の条件を確認し、事前に訪問することを伝えましょう。

電話相談⇒電話による相談です。まずは、いつ相談の電話をすればよいのかを確認しましょう。

FAX、メール相談⇒文書での相談方法です。事前に、相談する旨を電話で伝えた後、相談の文書をいずれかの方法で送信しましょう。

【表の説明】

医療機関名	住所: _____ 電話: _____				
	診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談
<input type="radio"/>	△※1	①電話番号	②FAX番号	×	
【問合せ時間】 ☆ ③相談窓口担当者:					
月	火	水	木	金	土
~	~	~	~	●表示されている時間はあくまでも目安です。状況によっては、 それなり、中止となることをご了承ください。	
④【コメント】					

番号の説明

①: 相談時の電話番号 (医療機関の電話番号と異なることがあります)
②: 相談時のFAX番号
③: 相談者からの訪問日時等の問い合わせを受け付ける者
④: 各医療機関からのメッセージや条件を掲載

記号の説明

○: その相談方法を受け付けている △: 場合による
×: その相談方法は受け付けていない ※: 条件⇒コメント欄に条件記載あり

その他

相談窓口担当者のいない医療機関や掲載の無い医療機関との相談方法でお困りの際は下記にご連絡ください。

筑紫野市

青柳外科医院		住所：筑紫野市二日市南2-2-10 ☎：922-2770			
診察同席		個別面談		電話相談	FAX相談
○	○※1	○922-2770	○924-5041	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：受付 事務					
月	火	水	木	金	土
9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 12:00
【コメント】 ※1：事前に調整の上、お越しください。					
いでわき医院		住所：筑紫野市針摺中央2-4-1 ☎：408-1602			
診察同席		個別面談		電話相談	FAX相談
○	○※1	○408-1602	○408-1612	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：内科医師 井手脇 康裕					
月	火	水	木	金	土
9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 17:00	9:00 ～ 12:00
【コメント】12:00～14:15はお昼休みです。 ※1：事前に調整の上、お越しください。					
伊藤医院		住所：筑紫野市二日市南3-11-15 ☎：922-3303			
診察同席		個別面談		電話相談	FAX相談
○	○※1	○922-3303	○922-3499	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：受付事務					
月	火	水	木	金	土
9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 18:00	9:00 ～ 12:00
【コメント】 ※1：来院してもらい、都合がつくまでお待ちいただきます。					
上野脳神経外科クリニック		住所：筑紫野市原田4-15-8 ☎：927-3555			
診察同席		個別面談		電話相談	FAX相談
○	○※1	○927-3555	○927-3567	×	
【問合せ時間】☆ 相談窓口担当者：なし					

おおりん病院		住所：大野城市中央1-13-8 ☎：581-1445			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
△	○※1	○	○591-7060	×	
【問合せ時間】☆相談窓口担当者：医療相談室 精神保健福祉士					
月	火	水	木	金	土
9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00
～	～	～	～	～	～
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00
【コメント】 ※1 事前に相談・調整の上、お越しください。					
乙金病院		住所：大野城市乙金東4-12-1 ☎：503-7070			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
△	○※	○503-7070	×	×	
【問合せ時間】☆相談窓口担当者：地域医療連携科 看護師・精神保健福祉士・介護支援専門員					
月	火	水	木	金	土
9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00
～	～	～	～	～	～
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	12:00
【コメント】担当者不在の場合は折り返し連絡を入れます。 事前に相談の連絡をいただくと助かります。 ※事前に調整の上、お越しください。(電話で済む場合は面談はしていません)					
小西第一病院		住所：筑紫野市石崎1-3-1 ☎：923-2238			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	○923-2230	○687-4811	×	
【問合せ時間】☆相談窓口担当者：地域医療連携室 看護師 MSW					
月	火	水	木	金	土
9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00
～	～	～	～	～	～
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	12:00
【コメント】 ※1：事前に調整の上、お越しください。					
済生会二日市病院		住所：筑紫野市湯町3丁目13番1号 ☎：923-1551			
診察同席	個別面談	電話相談	FAX相談	メール相談	
○	○※1	×	×	×	
【問合せ時間】☆相談窓口担当者：地域医療連携室 医療ソーシャルワーカー					
月	火	水	木	金	土
8:30	8:30	8:30	8:30	8:30	
～	～	～	～	～	×
16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	
【コメント】土曜日は診療も相談もありません。まず電話で一報ください。 ※1：事前に調整の上、お越しください。					

訪問診療・往診可能 診療所一覧（筑紫医師会）

訪問診療・往診可能 病院一覧（筑紫医師会）

筑紫地域 病院情報一覧（筑紫医師会）

訪問歯科診療・車椅子対応可能 医療機関一覧（筑紫歯科医師会）

在宅訪問可能 薬局一覧（筑紫薬剤師会）

訪問看護ステーション看護ケア情報（筑紫）

筑紫地区 居宅介護支援事業所リスト

筑紫地区 訪問介護事業所リスト

筑紫地区 通所サービス事業所リスト

（通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション）

筑紫地区(看護)小規模多機能型居宅介護事業所リスト

筑紫地区 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)事業所リスト

令和4年度
筑紫地区医療・介護資源ガイドブック

筑紫医師会訪問診療及び往診可能診療所一覧

◆ 黄色Noは令和2年度掲載情報から変更箇所がある機関

次第2：勉強会



医療・介護共有シート
を使って情報共有を考えてみましょう!!

この時間の流れ

1. 自己紹介
2. 進行係決め
3. シートについて話し合い (~19:10)
4. 発表 (~19:15)

医療機関名：
ご担当者名： 標

医療・介護

入院日 年 月 日 → CM 記入日 年 月 日 → 情報提供日 年 月 日

お問い合わせ

患者氏名： 生年月日： 年 月 日 生（男） □男 □女

※利用者(患者)の同意に基づいて情報提供していただけます。退院前に右記項目についての聞き取りをおこないます。

担当CM氏名：

TEL：

事務所名：

FAX：

主介護者(▲)	氏名 TEL	純粋・年齢 特記事項	〔 〕 （才）	原状構成図(問患者は□で囲む)
キーパーソン(★) ※介護者と同居の場合	氏名 TEL	純粋・年齢 特記事項	（才）	
介護能力	十分ある □	一部見込まれる □	見込まれない □	
介護保険情報 (経済状況)	要支援 □ 1 □ 2 要介護 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5		既往歴 □	
特別な医療費等 障害認定等	□なし □あり (□重複障害者 □認定難病 □被障害者) □なし □あり (□身体 □知的 □精神 □既往)			▲主介護者、★キーパーソン ※本人が日本語での回答、下記に日本語での回答有り
経済状況	□年会あり □年会なし □生活困窮(客観的判断) □生活困窮(知能CW：)			
病歴・疾患歴	□なし □既往歴有 □既知症 □既往呼吸器疾患 □既往障害有 □既往 □その他の ()			
受診中の医療機関	医療機関： □なし □不明	入院先： □あり (右欄詳細) 原因：	主治医： □なし □不明	TEL：
最近1年間の入院	□あり (右欄詳細)			
既知症高齢者の日常生活活動能力	□自立 □A □B □C □D □重A □重B □IV □M			
精神面における 療養上の問題	上記の判断は：□医師 □CM □その他の () □なし □幻覚・妄想 □興奮 □徘徊・不穏 □妄想 □暴力/攻撃性 □介護への抵抗 □不眠 □暮夜迷惑 □徘徊 □危険行動 □不潔行為			
介護サービス等の利用状況	□訪問介護 (ヘルパー) □訪問看護 □訪問リハビリ □通所リハビリ □デイサービス □福祉用具 □薬剤指導 □訪問端末 □訪問診療 □介護			
生活状況				
室内・室外の特徴 飲んでいる薬	□なし □あり (お薬手帳□あり □なし)			
口腔内状態の特徴	□なし □あり (□歯科受診中 □義歯□あり □なし)			
その他の特記事項				

入院前のADL等

起床上りり □自立 □つかまりながら出来る □扶助起にされている

座り □自立 □他人が座る □坐る

移動 □自立 □見守り □手探、杖 □手引歩 □歩行器 □車いす (□自走、□介助)

食事動作 □自立 □一部介助 □全介助 □絶口摂取していない

食事形態 □工夫なし □工夫あり ()

水分とろみ □必要なし □必要あり ()

排泄方法 □トイレ (□洋 □和) □ポータブル □おむつ・パッド (□尿時 □夜間)

排泄動作 □自立 □誤導 □拭く、吸う、衣服の上げ下ろし等の介助

入浴 □自立 □一部介助 (□シャワー浴 □浴槽) □訪問入浴 □デイサービス等

特記事項

注) 入院時情報連携用紙の質問には医療サービス計画書(1.2.3段)未だはこれに代わるものとの添付が必要です。

入院時の情報提供としてCMから届いた情報です。そのシートが届いたとしたら・・・



看護師、MSW ⇒ CM

- 更にほしい情報
 - 提供してほしいもの
 - 困りごと

CM ⇒ 看護師、MSW

- ・質問
 - ・困りごと



これらについて、伝えあってください！

退院時に医療機関から提供された情報を
CMがまとめている途中です・・・

CM ⇒ 看護師、MSW

- ・更にほしい情報
- ・提供してほしいもの
- ・質問
- ・困りごと

看護師、MSW ⇒ CM

- ・聴き取っておいた方がよいこと
- ・伝えたいこと
- ・質問
- ・困りごと

👉 これらについて、伝えあってください！

共有シート

仕事用機器2

住所:	TEL:	
退院・在院 移行期／ 退院時	医療機関名: TEL:	回院者: (職種:) FAX:
退院予定日: 年 月 日 (曜日)	※下記の情報については主にCMが記入します。 開き取り日 年 月 日 / 年 月 日	
今回治療した病名	症状・病状の 予後・予測	
本人や家族の 受け止め・意向	今後の診療	
退院後必要な 医療行為等	退院後必要な 医療行為等	
安定して過ごすために 導入するよいこと および禁禁事項	その他の事項	
薬に関する禁禁事項	薬に関する禁禁事項	
注意してほしいこと・早く 主治医や訪問看護師へ伝ら せてほしい状態	その他の事項	
退院		
記述上りり <input type="checkbox"/> 直立 <input type="checkbox"/> つかまりながら出来る <input type="checkbox"/> 抱き起こされている 座り <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 乗たれが容易 <input type="checkbox"/> お尻ぬ 移動 <input type="checkbox"/> 直立 <input type="checkbox"/> 留守り <input type="checkbox"/> 手押・杖 <input type="checkbox"/> 手型歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 直立 + <input type="checkbox"/> 介助) 食事動作 <input type="checkbox"/> 直立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 絶口摂取していない 食事形態 <input type="checkbox"/> 正食なし <input type="checkbox"/> 正食あり () 水分とりみ <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり () 排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ・パッド (<input type="checkbox"/> 洗時 <input type="checkbox"/> 夜間) 排泄動作 <input type="checkbox"/> 直立 <input type="checkbox"/> 留守 <input type="checkbox"/> 引く・走り・衣服の上げ下ろし等の介助 入浴 <input type="checkbox"/> 直立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 浴槽) <input type="checkbox"/> 溝溝		
特記事項		

次第3：意見交換

1

転院時

『ケアマネジャーからの情報』の引き継ぎ、
どうしていますか？

この時間の流れ

1. 仕組み図の場面整理
2. 患者を送り出す側の医療機関の動き
3. 患者を迎える側の医療機関の状況
4. ケアマネジャー側からの視点

転院時

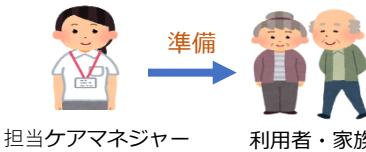
I. 仕組み図の場面整理

2. 患者を送り出す医療機関の動き
3. 患者を迎える医療機関の状況
4. ケアマネジャー側からの視点

対象：筑紫地区の医療機関に入院する筑紫地区の要支援・要介護認定者（すべての入院）

入退院支援

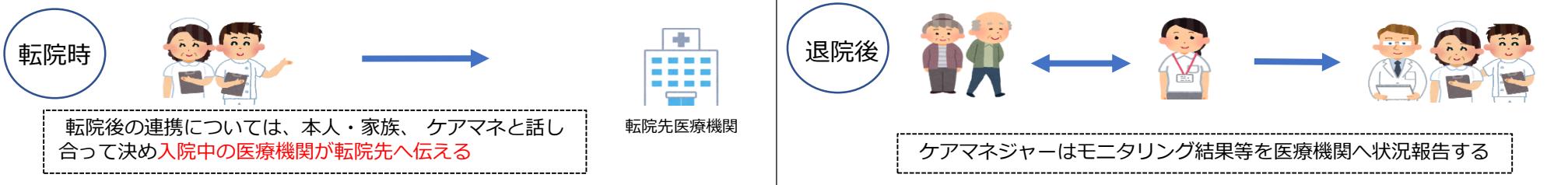
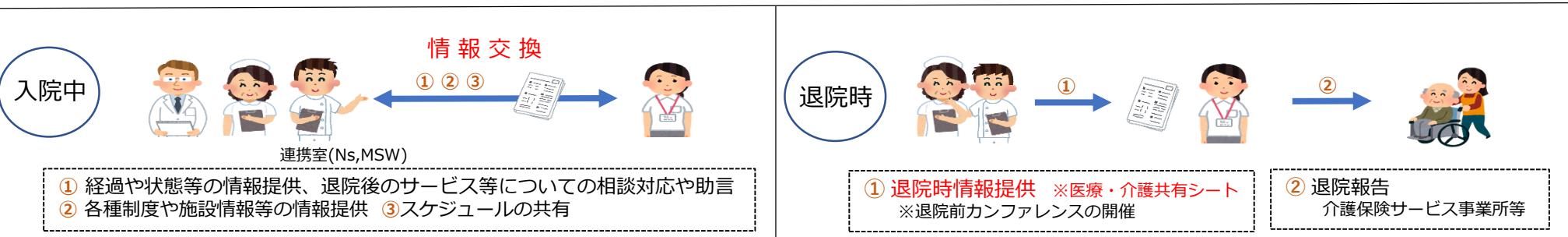
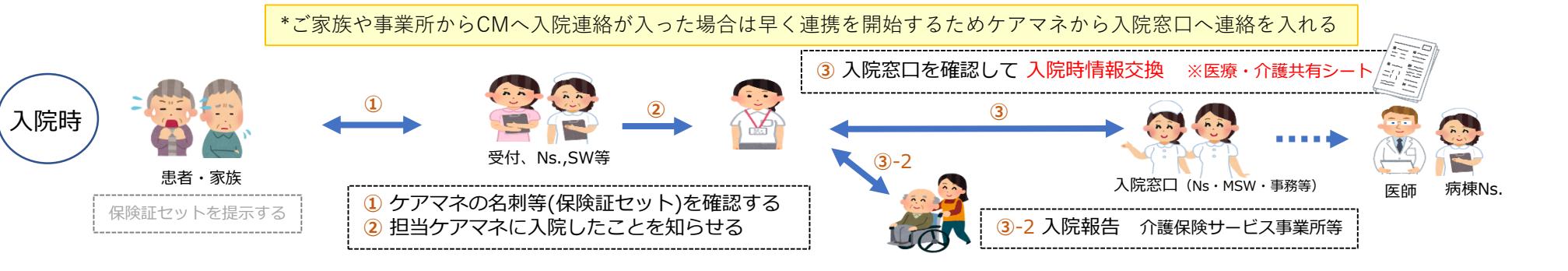
日常



準備

- ① 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、お薬手帳をセットにする説明をして了承を得る*
 ② モニタリングの時に、セットと提示について声掛けをする

*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています



入退院支援

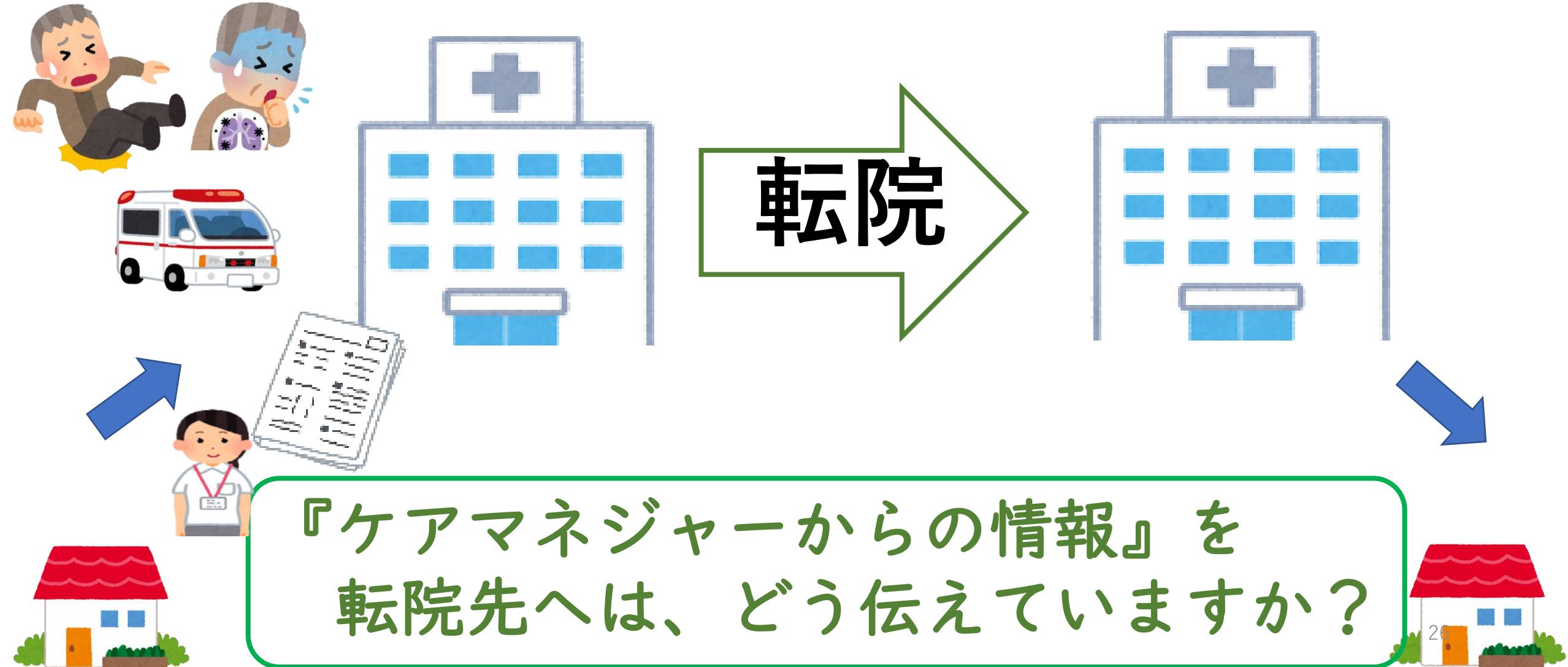


*居宅介護支援の提供開始にあたり利用者に対して、同時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼することは義務付けられています

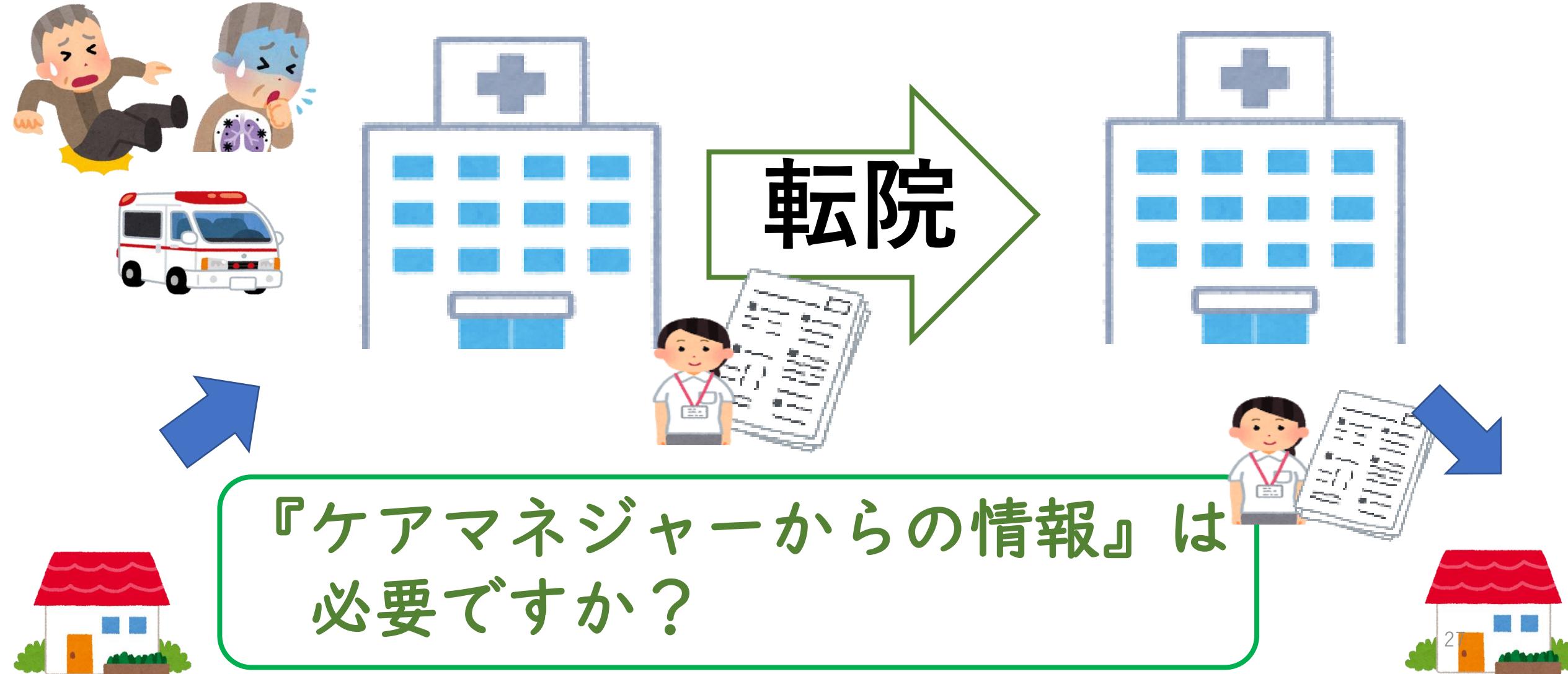


※医療・介護共有シート等関連資料は筑紫医師会ホームページよりダウンロードできます

2. 患者を送り出す側の医療機関の動き



3. 患者を迎える側の医療機関の状況



4. ケアマネジャー側からの視点

医療機関側の話を聞いて、助かること・困ること



筑紫地区の在宅医療・介護連携が
目指す姿



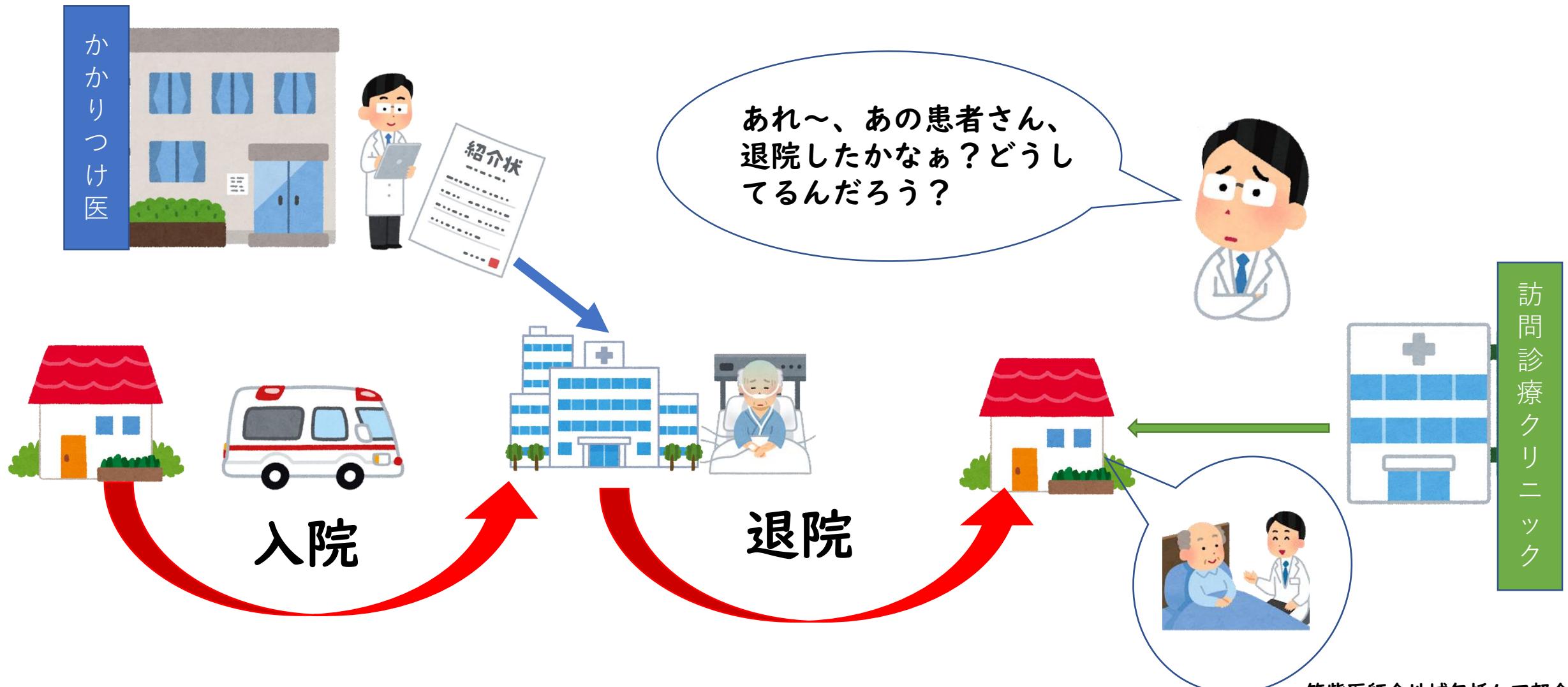
- ✿ 自分以外の職種の役割りや動きを理解しており、相互に相談や働きかけができる。
- ✿ 情報を共有し、利用者（患者）のために活用できる。



かかりつけ医への報告・相談

筑紫医師会地域包括ケア部会
福岡県在宅医療提供体制充実強化事業

入院・治療後に訪問診療が必要な状態になったとき・・・



医師からこのような声が出ています

【外来通院中の患者に対し】

- ・知らない間に外来通院していた患者（かかりつけ患者）が入院していた
- ・知らない間に外来通院していた患者（かかりつけ患者）が訪問診療を受けていた
- ・来院されなくなり、後に訪問診療に繋がっていたことを知った
- ・入院後、別の病院に繋がっていた

【訪問診療を行っている医師から】

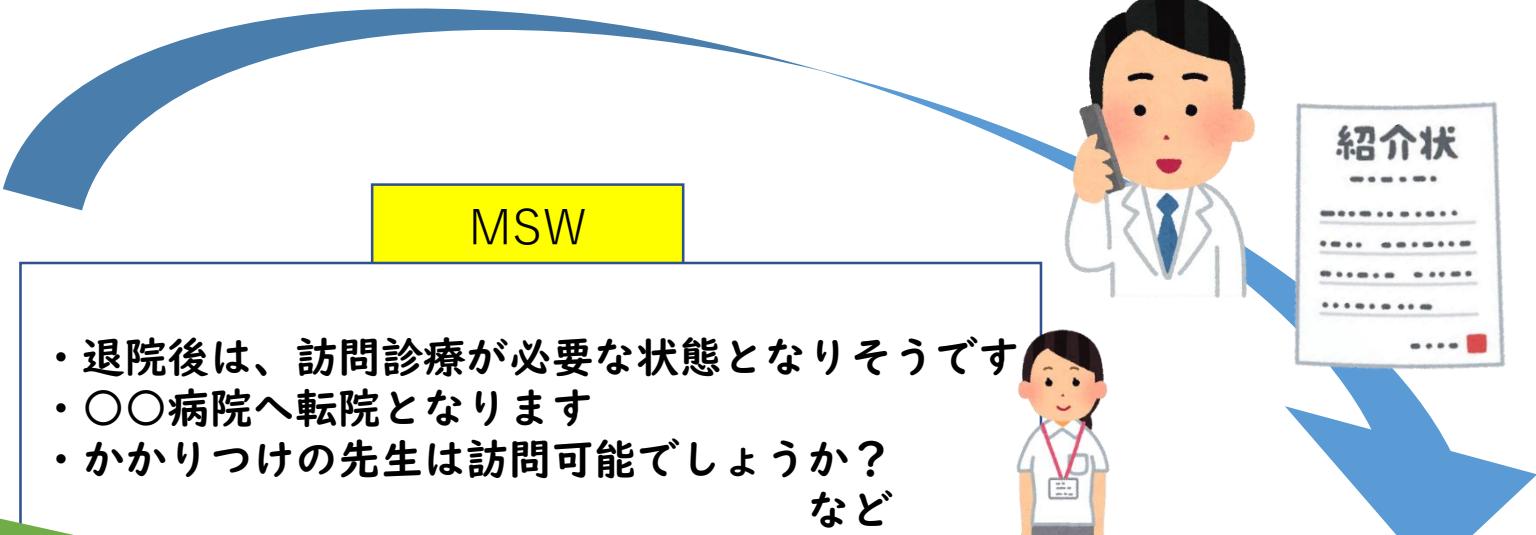
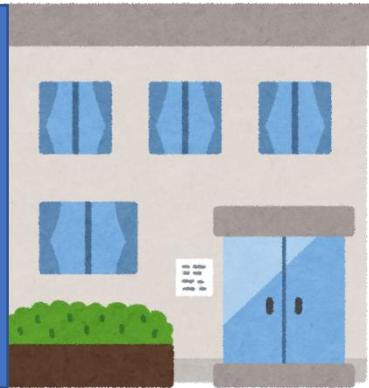
- ・訪問診療の依頼が来たが、かかりつけ医が知らないまま依頼が来たので困った
- ・訪問診療を開始したが、もともとのかかりつけ医からクレームが来た
(かかりつけ医が居る事を知らなかった)

【他にも】

- ・自分は訪問診療には行けないが、訪問診療に行かれる先生に患者の今までの経過などは伝えたい

まずは、かかりつけ医への相談・報告をお願いします

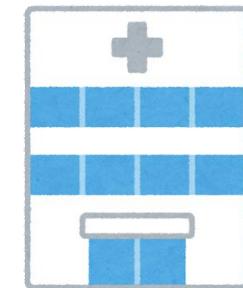
かかりつけ医



ケアマネジャー



- ・〇〇さんの△△状態が悪く本人から入院希望がでています
 - ・家族が介護疲れしています
 - ・訪問看護から入院必要性の連絡が入りました、
入院先はどうしますか？
 - ・〇〇さんが救急車で△△病院へ入院となりました
- など



訪問診療クリニック