

きずな
絆ノート

ひとと地域を
ケアで包む



 **鳥取市立病院**
Tottori Municipal Hospital

〒680-8501 鳥取市的場1丁目1番地
TEL: (0857) 37-1522(代表)



絆ノート概要	3
在宅療養を支えるスタッフ	5
相談窓口・緊急時の対応	6
退院の調整	7
退院支援	8
在宅での療養	9
共同診療	10
訪問歯科診療	11
訪問看護	12
訪問リハビリテーション	13
服薬指導	15
入院	16
入院から退院までの流れ	17
多職種専門チーム	18
各専門チームの活動内容	19
もしもの時のために伝えておきたいこと	20
私の心づもり	21
その他	
あなたの料金プラン	23
利用料金表	24
在宅療養後方支援病院届出資料	26
資料	28
連絡帳	



高齢化が一段と進む中、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現することが国の目標となっています。

鳥取市立病院では、2013年10月に「地域ケア病棟」を地域に先駆けて新設し、病気になった場合にしっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実践できるような入院体制を整備しています。

また、できる限り住み慣れた地域で、安心した生活ができるように、在宅療養中のご本人、ご家族、かかりつけ医などを支援する目的で2015年6月に県内で初めて在宅療養後方支援病院を取得しました。

鳥取市立病院の合い言葉「ひとと地域をケアで包む」を目指し、2015年10月に「絆(きずな)ノート」を作成しました。

在宅療養中のご本人、ご家族を在宅医療機関、介護施設、入院医療機関等が連携し、安心して生活ができるような体制を整備しました。

「絆ノート」が住み慣れた地域で安心して生活できるための架け橋となることを願います。

2015年 10月 地域医療総合支援センター





退院の調整

退院前カンファレンス

P.7~P.8

- かかりつけ医の確認
- ケアマネジャーとの情報共有
- 医療・介護サービスの調整
- ケアプランの確認
- 緊急時の対応
- 在宅療養後方支援病院へ届け出

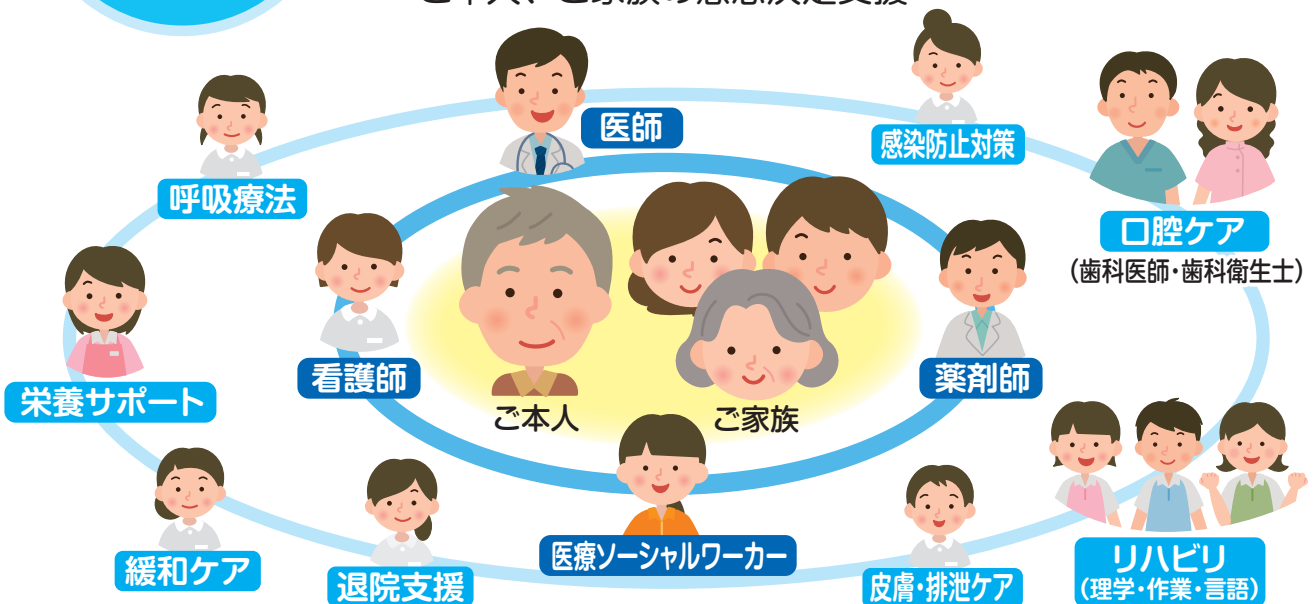


入院

地域ケア病棟の役割

P.16~P.19

- 病気の治療だけでなく、生活を支える医療
- 多職種専門チームによるケア
- ご本人、ご家族の意思決定支援



◆在宅療養を支えるスタッフについての紹介



医師や看護師など、主なスタッフの紹介は ➡ **P.5** をご覧ください。

在宅での療養

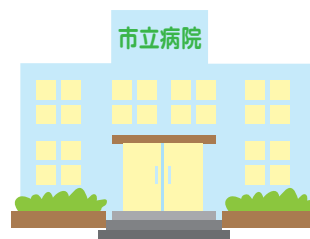
共同診療

P.9~P.15

- かかりつけ医と病院医師による共同診療
- 歯科医師、看護師、歯科衛生士、リハビリなどのスタッフが必要時に訪問



訪問診療



訪問診療



相談窓口

相談窓口・緊急時の対応

P.6

- かかりつけ医に相談
- 訪問看護師に相談



入院が必要かもしれない

市立病院
救急外来
24時間対応



もしもの時のために伝えておきたいこと
p20





在宅療養を支える スタッフ

ご本人、ご家族、かかりつけ医を中心に
私たちスタッフが支援します。



医師(総合診療科)

➡ P.10



歯科医師

➡ P.11



退院支援看護師

➡ P.12



歯科衛生士

➡ P.11



理学療法士

➡ P.13



作業療法士

➡ P.13



言語聴覚士

➡ P.14



病院薬剤師

➡ P.15



医療ソーシャルワーカー

➡ P.8



看護師

➡ P.17



ケアマネジャー



かかりつけ医

➡ P.10



ヘルパー



訪問看護師

➡ P.12

相談窓口



かかりつけ医

TEL



訪問看護

TEL



ケアマネジャー

TEL

1. まずは相談窓口連絡し、
相談をする

2. 連絡がとれなければ、鳥取市立病院へ相談



日中 TEL (0857)37-1570 (地域医療総合支援センター直通)

夜間 TEL (0857)37-1522(代表)



もし、救急車を利用される場合、救急隊員へ
「絆ノート」を持っていることをお伝えください。

退院の調整



主治医、看護師、医療ソーシャルワーカー等と相談

在宅に帰った後、安心して生活できるように一緒に相談します

①退院後のかかりつけ医を決める

②ケアマネジャーと相談し、ケアプランを作成する

退院後に安心して在宅療養ができるように、医療・介護サービスを調整します。

③緊急時の対応を考える

- 入院が必要となった時に、当院へ入院を希望される場合は、在宅療養後方支援病院への登録をしておく。

➡ P.26

①24時間対応で入院の受け入れ

メリット

②かかりつけ医との定期的な情報交換

③病院医師とかかりつけ医による共同診療

- もしもの時のために伝えておきたいこと

➡ P.20

退院前カンファレンスを行います

ご本人、ご家族、病院スタッフ（医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、歯科医師、歯科衛生士、リハビリ、栄養士など）、在宅スタッフ（かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師、訪問リハビリなど）と一緒にカンファレンスを行い、安心して在宅療養ができるように最終調整をします。



退院支援

医療ソーシャルワーカー、退院支援看護師

医療ソーシャルワーカー、退院支援看護師は、加齢や疾病等に伴い変化する生活に対して、ご本人・ご家族の思いを一緒に共有し、実現できる生活支援のお手伝いをさせていただきます。



共同診療を希望された場合は、病院スタッフに同行し、在宅での様子や困ったことを確認し、在宅スタッフと共有します。

例えば

- ・ 肺炎を繰り返すようになった
- ・ ご飯が食べづらくなった、食べられなくなった
- ・ 胃瘦したけど本当にこのままでいいのだろうか
- ・ 家で生活させてあげたいけど自信がない、不安だ
- ・ 往診を受けたことが無いがどうやって選んだらいいのだろうか
- ・ 施設とはどんな所だろう。費用はどれくらいだろう
- ・ 自分はどこで誰とどのように過ごしたいのだろう
- ・ 延命治療とは何だろう
- ・ その他、誰に相談していいかわからないこと など

自身の希望や思い、治療の目標を
医師やご家族など周りの方に
伝えていきますか。



生活上のお困りごとなど、
悩んだままにせず、お気軽にご相談ください。

TEL (0857) 37-1570

(地域医療総合支援センター直通)

担当



在宅療養中のご本人、ご家族へ

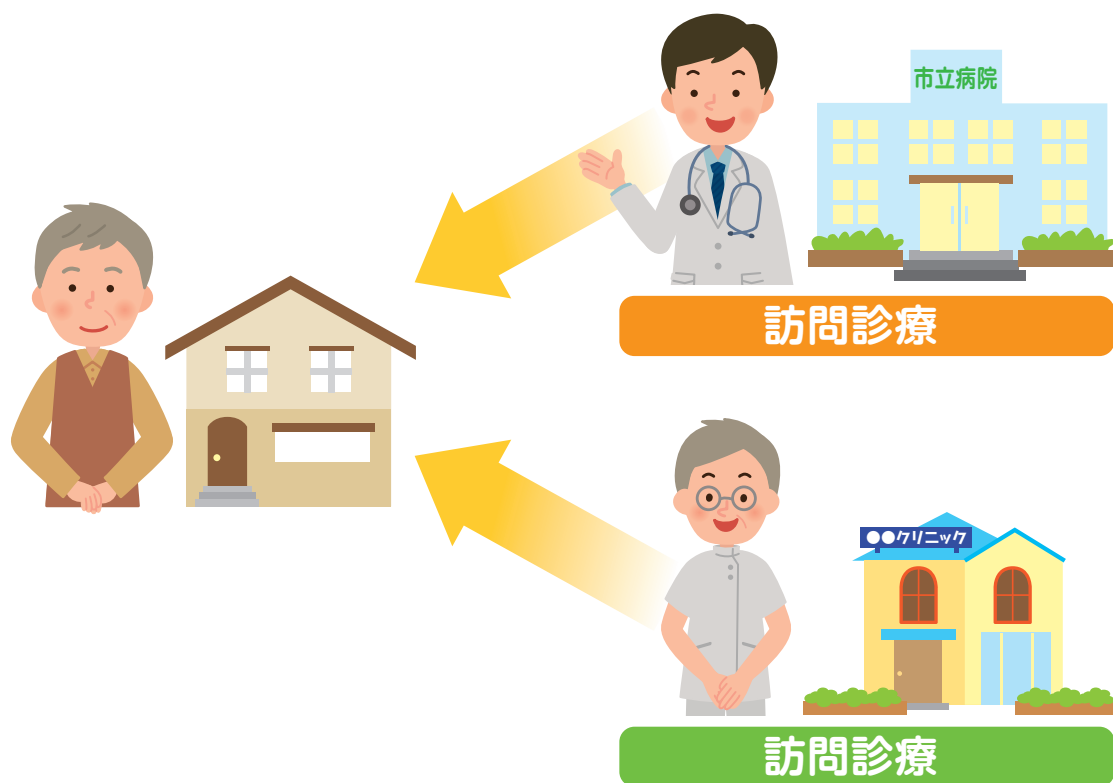
- ①在宅療養中は、かかりつけ医を中心に診察を受けます。必要に応じて、訪問看護、訪問リハビリ、訪問服薬指導、訪問歯科診療などが利用できます。
- ②在宅療養中に急病などで緊急の対応が必要な場合に備えて、あらかじめかかりつけ医などと相談しておくことが大切です。 → **P.6**
- ③在宅療養後方支援病院へ登録 **P.26** いただいたご本人については、当院から共同診療を行うことが可能です。



共同診療



- ①退院後も在宅療養が安心して送れるようにかかりつけ医と共に訪問診療を行います。(共同診療)
- ②当院からの訪問回数は、疾患によって異なります。(2~12回/年)
- ③かかりつけ医の訪問診療日に合わせて、在宅へお伺いします。その際、退院後の生活状況や緊急時の対応など情報交換を行います。
- ④在宅療養中の治療は、かかりつけ医が行い、当院医師はかかりつけ医の支援を行います。
- ⑤共同診療で得られた情報は、病院スタッフ、在宅スタッフが共有し、安心して在宅療養や入退院ができる体制を整備します。



訪問歯科診療



高齢者は、口の中の汚れや飲みこみが悪くなることで肺炎等を起こしやすくなります。訪問歯科では口腔衛生状態の維持と摂食嚥下機能に適した食事支援を行い、肺炎の予防や体力の維持・向上に努めます。

このような方が
対象となります

- 認知機能が低下している
- 食事やうがい時にせき込みがある
- 肺炎と言われたことがある
- 入院を繰り返している

歯科スタッフの役割



歯科医師

口腔内や
食べたり飲んだりする
状態をみます



歯科衛生士

口腔ケアや
食事のとりやすい
環境を作ります

実際の対応

- ①在宅スタッフ(かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師など)と連携します
- ②歯科医師と歯科衛生士が伺います
- ③訪問回数は状態により異なります(1回/週~1回/月)
- ④安定した場合は、地域の歯科医師会の歯科の先生方に引き継ぎをすることもあります

訪問看護

看護師が生活の場へ訪問し、病気や障害を持った人たちが住み慣れた地域や自宅で療養生活を送れるように看護ケアを提供します。病院スタッフと連携して支援していきます。



訪問看護の内容



● 全身状態の観察、健康管理

健康状態のチェック
肺炎や脱水等の早期発見

● 日常生活の援助

清潔・食事・排泄などのケア
床ずれ予防のためのケア

● 主治医の指示による医療処置

点滴、経管栄養、カテーテル管理、創傷処置、ストーマ管理
服薬指導・管理

● 終末期の看護

● 地域の社会資源の活用

介護相談
ケアマネジャーとの連携

● リハビリテーション



困った事があれば
相談窓口にご相談下さい。 → P.6



訪問リハビリテーション

理学療法士、作業療法士

在宅生活が安全に過ごせるよう、個々の症状(手足の動きや日常生活に必要な動作能力)に対し、必要に応じて訓練の選択・実施をします。ご家族への自主練習・介助方法の指導を行います。



家屋改修後の設備・福祉用具の使用方法の確認

例) 手すり、段差解消後のスロープ、歩行器等の歩行補助具、入浴用具(浴槽台、シャワーチェア)

生活の基本となる動作・姿勢維持の練習

- 例)
- 寝返り・起き上がりができる
 - バランスよく座ることができる
 - 安全に立つことができる
 - ベッドから椅子・車椅子への移動ができる
 - 歩行できる



毎日行う日常生活動作の練習

- 例)
- 食事: 箸やスプーンを使って自分で食べる、茶碗が持てる
 - 整容: 洗顔や歯磨きができる
 - 更衣: 服の着脱ができる
 - 排泄: トイレでズボンや下着の上げ下ろしができる
 - 入浴: 浴室・浴槽への出入りができる、頭や体が洗える

訪問リハビリテーション

言語聴覚士

ことばによるコミュニケーションや飲み込みをサポートします。
高齢になると飲み込む力が弱まると食べ物が喉に残ったり、むせやすくなったりして気管や肺に入りやすくなり(誤嚥)、肺に細菌が入る事で誤嚥性肺炎になる場合があります。肺炎を予防するために飲み込み(嚥下)に対する訓練や飲み込みやすい食事を調整します。
※平成22年より、リハビリスタッフによる咽頭への吸引実施が可能になりました。



飲み込む力に合わせた食事の調整

食事の形の工夫

- 例) ・ミキサー食 ・きざみあんかけ食
- ・水分にトロミを付ける



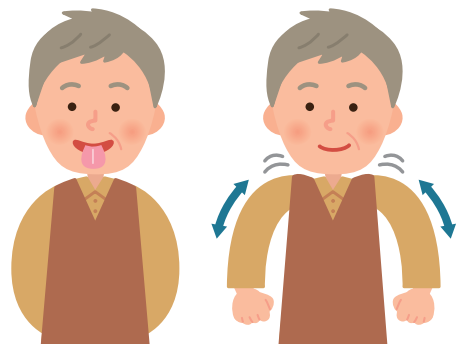
食べ方・介助法の工夫

- 例) ・食事の姿勢 ・一口量の調節 ・介助のペース
- ・症状に合わせた食べ方の提案



誤嚥性肺炎予防の訓練

- 嚥下体操(首や口の運動)
- 口腔ケア・口腔内のマッサージ
- 呼吸や咳の訓練
- のどのアイスマッサージ
- 食事介助の方法や嚥下食についての家族指導・相談



※個々の症状に合わせて、訓練内容の選択・実施をします。

服薬指導

病棟薬剤師

退院後も安心し、安全にお薬を服用していただくために、保険薬局薬剤師の在宅訪問を希望される方には、入院中のお薬の情報を『施設間情報連絡書』を用いて保険薬局薬剤師と共有しています。なお、薬剤師の在宅訪問を希望されない方は、お薬手帳で薬歴や副作用情報、調剤上の工夫、服薬指導の要点などを情報提供しています。



施設間情報連絡書の主な目的

- 腎機能・肝機能数値を共有し、調剤業務において適切な薬剤投与量の指標とする。
- 入院中に起こった薬剤アレルギー情報や重篤な副作用情報を共有して、原因薬剤の投与を未然に防ぐ。
- 入院中の服薬指導のポイントを共有し、在宅訪問で指導を継続する。

薬剤師による在宅訪問の紹介

こんな時は
かかりつけ薬局に
ご相談ください

- お薬を飲み忘れてしまう
- お薬がたくさん余っている
- 薬局に行くのが大変
- お薬について不安や疑問がある
- お薬の種類が多くて混乱してしまう
- お薬が飲みにくくなってきた



↓ 患者様、ご家族の薬に関わる悩み ↓

保険薬局薬剤師
による在宅訪問
を受けると



- お薬のお届け
- 「お薬カレンダー」を使つての薬剤管理
- 用法、剤形の変更や一包化の提案
- 残薬の有効活用
- 24 時間対応のお薬相談



このような
メリットがあります

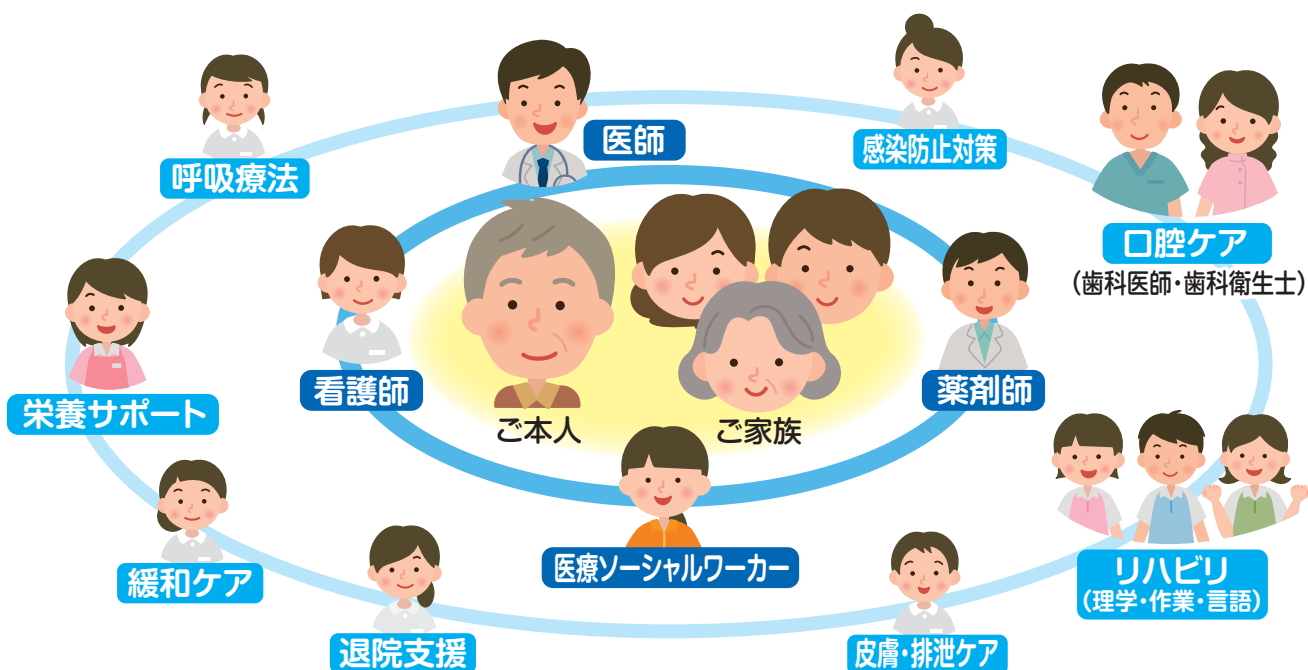


地域ケア病棟の役割




- 病気の治療だけでなく、生活を支える医療を行います
- 多職種専門チームによるケアを行います
- ご本人、ご家族の意思決定を支援します

疾患の治療のみならず、意思決定支援や生活を支え、住み慣れた地域と病院を繋ぐ医療を行うため、地域ケア病棟を6階に設置しています。

看護師は、医師、病棟薬剤師、医療ソーシャルワーカーと共にご本人、ご家族を支え、さらに様々な職種の専門チームと連携して、患者個々に合ったケアを提供し、在宅や元の施設、あるいは適切な療養場所へと退院できるよう支援していきます。



入院から退院までの流れ

	入院 (/)	～入院7日目 (/)	～退院まで	退院
ご家族の方へのお願い	<ul style="list-style-type: none"> ●入院となった事を担当ケアマネージャーさんへ連絡して頂くようお願いいたします。 ●入院に伴う不安や退院先についての思いがあれば、お聞かせ願います。 	<ul style="list-style-type: none"> ●ご本人の状態変化の可能性や思考の混乱が起こる場合もあり、状況に合わせて面会に来て頂くようお願いいたします。 	<ul style="list-style-type: none"> ●自宅退院の場合、退院前カンファレンスへの参加、福祉用具の準備や環境調整をお願いします。また、主介護者となる方には必要な介護技術指導を受けて頂くようお願いいたします。 ●施設へ退院の場合、入所申込みをお願いします。 ●介護認定の見直しが必要な場合はお願いします。 	<ul style="list-style-type: none"> ●退院先・退院日時が決定後、福祉タクシーの依頼(場合によって自家用車でも可)、退院時の衣服の準備をお願いします。 ●退院支援についての満足度に関するアンケートをお渡ししますので、ご協力をお願いします。
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ●入院前の状態についてお話を聞きます。 ●多職種チームでご本人と関わっていく事をパンフレットで説明します。 	<ul style="list-style-type: none"> ●入院後の状態の変化を評価します。 ●退院支援の流れについて説明させて頂き、ご本人・ご家族の退院後の生活についての希望や困る事など確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> ●主治医の治療方針を確認し、退院後の日常生活動作のゴールを確認します。 ●医師からの病状説明や退院前カンファレンスに同席します。 ●自宅退院の場合、主介護者となる方には必要な介護技術指導をさせていただきます。 ●介護保険認定調査や施設の実態調査時に、情報提供させていただきます。 	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅に退院の場合で在宅療養後方支援を希望、登録された方には「絆ノート」の説明を行います。
医療ソーシャルワーカー		<ul style="list-style-type: none"> ●退院後の生活について一緒に考え支援します。 	<ul style="list-style-type: none"> ●医師からの病状説明や退院前カンファレンスに同席します。 ●ケアマネージャーや転院先の施設スタッフと情報共有し、退院後の生活について準備、調整します。 	
書類の説明	<ul style="list-style-type: none"> ●看護計画の説明をさせていただきます。 	<ul style="list-style-type: none"> ●退院支援計画書を作成、説明させていただきます。 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護保険認定調査や施設の実態調査・退院前カンファレンスの際、介護支援連携計画書等の説明をさせていただきます。 	<ul style="list-style-type: none"> ●診療情報提供書、次回受診日説明用紙、連絡票など必要な書類をお渡します。

多職種専門チーム

多職種専門チームについて

- ①月曜日から木曜日の午前10時より、病棟回診医師、病棟看護師、専門チームメンバーで回診をします。
- ②毎週水曜日、医師、病棟看護師、各専門チームでカンファレンスを行い、治療方針の検討、飲み込みや運動機能などの総合評価を行い、退院調整に向けて話し合いを行います。
- ③症状が安定しましたら退院に向けてご本人、ご家族、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどと共に話し合いを行います。
- ④退院時、在宅療養後方支援を希望、登録された方には「絆ノート」の説明を看護師より行います。



各専門チームの活動内容

チーム名	活 動 内 容
口 腔 ケ ア	飲み込みや食べるための機能の評価や口の健康を保つケアを行います 又、退院後、お家への訪問も行います
栄 養 サ ポ ー ト	個々の状態に合わせた栄養改善のための提案を行います
皮 膚 ・ 排 泄 ケ ア	床ずれができないよう寝具の選択や、体位の調整方法の提案や指導を行います
リ ハ ビ リ	言語聴覚療法：飲み込みや食べるための機能の評価を行い、安全に食べるために姿勢の調節や食事形態の選択を行います。 また、会話の訓練も行います 作業療法：生活動作に必要な動作能力の評価と訓練を行います 理学療法：運動機能の評価と下肢筋力や歩行訓練を行います 退院前、お家へ訪問し家屋状況を確認し適した住宅改修など提案します
感 染 防 止 対 策	ご本人、ご家族、周囲の方々が新たに感染を受け、拡げてしまう事を防ぐための対策を提案します
呼 吸	呼吸が楽に行えるよう体位の調整を行います、また呼吸訓練の提案をします
緩 和 ケ ア	身体や心など、様々な苦しみを和らげる対応について提案します
薬 剤 師	薬の相互作用、重複投与の有無、副作用、投与量のチェックなど薬物療法全般を管理します。又、必要時お薬の説明にも伺います
退 院 支 援	入院時から退院を見据えて在宅医療や転院、施設入所ができるよう支援・調整します

各専門チームスタッフが
入院後2～3日以内に病室へお伺いします



もしもの時のために伝えておきたいこと

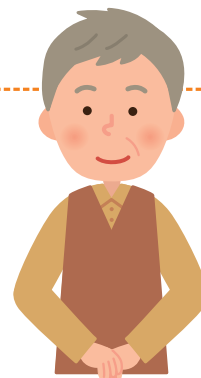
Advance Care Planning(ACP)

アドバンス・ケア・プランニング



豊かな人生と共に…

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは、事故や病気などで自分の考えを伝えられなくなった場合に備えて、あなたの人生観や思い、考え方などを文書に残し、これから受ける医療やケアについて思いを表明していく手順のことです。あなたに代って意思を伝えてくれる人や医療者にあなたの希望や思いを前もって伝えておきましょう。



もしも…の時に備えて ACPの5つのステップ

ステップ1 あなたの希望や思いについて考えましょう

生活の質の良し悪しや命に関わる病気になった時の延命治療についてあなたの希望や思いを考えてみましょう。日頃の生活の中でのあなたの判断基準を示すことになり、将来周りの人が推測することに役立つでしょう。

ステップ2 あなたの健康について学びましょう

主治医や他の医療者にあなたの健康について相談することも大切です。何らかの病気がある場合には、あなたはその症状が将来どうなるか、今後どういう治療ができるのか、それらの治療でこういったことが期待できるのかを知ることができます。

ステップ3 あなたの代わりに意思決定をしてくれる人を選びましょう

予期しないできごとや突然の病気で、自分の希望を伝えることができなくなるかもしれません。あなたに代わって意思を伝えてくれる人を選んでおくことが大切です。

ステップ4 医療に関するあなたの希望や思いについて伝えましょう

あなたの希望や思いを周りの人に理解してもらうために最も重要なことは、あなたと代理人と医療者が、時間をかけて話し合うことです。それは、きっと将来、役に立ちます。

ステップ5 あなたの考えを文書にしましょう

医療やケアに関する希望や、自分の思いに関するどんな情報でも結構ですから書いておいてください。あなたが医療やケアについて意思決定ができなくなった時に役立ちます。

私の心づもり①

将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、今のあなたの希望や思いを整理してみましょう。ACPの手引きを参考に以下の設問にお答えいただきながらご家族やあなたの代わりに意思決定してくれる人(代理人)、あるいは医師と話し合いを持ちましょう。

ステップ1 あなたの希望や思いについて考えましょう

1) あなたが大切にしたいことは何ですか？(いくつ選んでも結構です)

- | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 楽しみや喜びにつながる可能性があること | <input type="checkbox"/> 家族や友人と十分に時間を過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> 落ち着いた環境で過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 人として大切にされること | <input type="checkbox"/> 人生をまっとうしたと感ずること |
| <input type="checkbox"/> 社会や家族で役割が果たせること | <input type="checkbox"/> 望んだ場所で過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみが少なく過ごせること | <input type="checkbox"/> 医師を信頼できること |
| <input type="checkbox"/> 人の迷惑にならないこと | <input type="checkbox"/> 納得いくまで十分な治療を受けること |
| <input type="checkbox"/> 自然に近い形で過ごすこと | <input type="checkbox"/> 大切な人に伝えたいことを伝えること |
| <input type="checkbox"/> 先々に起こることを詳しく知っておくこと | <input type="checkbox"/> 病気や死を意識せずに過ごすこと |
| <input type="checkbox"/> 他人に弱った姿を見せないこと | <input type="checkbox"/> 生きていることに価値を感じられること |
| <input type="checkbox"/> 信仰に支えられること | |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

2) 将来、自分のことを決められないような病気になった場合や、その様な状態にまで病気が悪化した場合の治療の目標は以下のどこにおきたいとお考えですか？(一つ選んでください。)

- | |
|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なるべく迷惑をかけずに自宅で生活すること |
| <input type="checkbox"/> 家族やヘルパーなどの手を借りながらも自宅で生活すること |
| <input type="checkbox"/> 病院や施設でも良いので、食事やトイレなど最低限自分でできる生活が送れるようになること |
| <input type="checkbox"/> 病院や施設でも良いので、とにかく長生きすること |
| <input type="checkbox"/> その他() |

3) 将来、自分のことを決められないような病気になった場合、病状が悪化したり、もしもの時が近くなった時には、どこで療養したいとお考えですか？

- 自宅 自宅以外 (病院 介護施設 その他()) わからない

ステップ2 あなたの健康ついて学びましょう

1) 今、あなたは病気で治療中ですか？それはどのような病気ですか？()

2) あなたの病気の治療法について医師から説明を受けていますか？

- はい いいえ

3) あなたの病気がこれからどのような経過をたどるか、医師から十分な説明を受けていますか？

- はい いいえ

4) これからどのような経過をたどるか、もっと詳しい説明を受けたいですか？

- はい いいえ

私の心づもり②

5) 受ける治療に関して、希望がありますか？ 健康な方は「もし病気になったら」を仮定してお答えください。(いくつ選んでも結構です)

- 一日でも長く生きられるような治療を受けたい
- どんな治療でもとにかく病気が治ることを目指した治療を受けたい
- 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい
- 痛みや苦しみが無く、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい
- できるだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療を受けたい
- その他()

6) あなたの病気が悪化して、もしもの時が近くなった時に“延命治療(※)”を希望しますか？

- はい
- いいえ
- わからない

※“延命治療”とは、病気が治る見込みがないにもかかわらず、延命する(死の経過や苦痛を長引かせることもあります)ための医療処置を意味します。

ステップ3 あなたの代わりに意思決定をしてくれる人を選びましょう

1) あなたの代わりに意思決定をしてくれる方はいますか？

- はい
- いいえ

1) の質問で「はい」と答えられた方にお尋ねします

2) その方はあなたの希望や価値観に配慮して、意思決定をすることができますか？

- はい
- いいえ

3) その方は、複雑で困難な状況でもよく考えて判断ができますか？

- はい
- いいえ

自由記載欄(その他、あなたの思いがあればお書きください)

.....
.....
.....
.....
.....

記載年月日 20 年 月 日

本人氏名

代理人氏名

主治医と話し合った日

20 年 月 日

あなたの料金プラン

医療保険

サービス内容			料金(円)
①	在宅患者共同診療料	基本	
②	訪問看護	基本	
③	訪問歯科診療	基本	
④	訪問リハビリテーション	基本	
⑤	服薬指導	基本	
合 計			

介護保険

サービス内容			料金(円)
⑥	訪問看護	基本	
		加算	
⑦	訪問歯科診療	基本	
		加算	
⑧	訪問リハビリテーション	基本	
		加算	
⑨	服薬指導	基本	
合 計			

利用料金表

2015年10月現在

利用する保険の種類によって料金の負担割合が異なります。

医療保険適用の方

- 70歳以上の方は費用の2割を負担(誕生日が平成26年4月1日以前の方は費用の1割を負担)
- 現役並みの所得がある方は3割を負担
- 70歳未満の方は原則として3割

①在宅患者共同診療料

サービス内容		料金(1割負担の場合)
往診		1,500円
訪問診療	同一建物居住者以外	1,000円
	同一建物居住者:特定施設等※に入所中	240円
	同一建物居住者:それ以外の場合	120円

※特定施設等:特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、ケアハウスほか

②訪問看護

サービス内容		料金(1割負担の場合)
専門の看護師	週3回まで	555円
専門の看護師	週4回以上	655円
緩和ケア又は褥瘡ケアに係る 専門の研修を受けた看護師		1,285円

③訪問歯科診療 訪問時、歯科医師及び歯科衛生士による医療処置がある場合は、医療費がかかります。

④訪問リハビリテーション

サービス内容		料金(1割負担の場合)
同一建物居住者以外	1回20分以上	300円
同一建物居住者	1回20分以上	255円

⑤服薬指導

サービス内容		料金(1割負担の場合)
同一建物居住者以外	月4回まで(薬局薬剤師)	650円
同一建物居住者	月4回まで(薬局薬剤師)	300円

介護保険適用の方 ●費用の1割または2割を負担

⑥ 訪問看護

要介護状態区分	サービス内容		料金(1割負担の場合)
要介護1~5 要支援1、2	同一建物居住者以外	20分未満	310円
		30分未満	463円
		30分以上60分未満	814円
		60分以上90分未満	1,117円
	同一建物居住者	20分未満	279円
		30分未満	417円
		30分以上60分未満	733円
		60分以上90分未満	1,005円

*事業所によって料金が異なります。担当の訪問看護師にご相談ください。

⑦ 訪問歯科診療(介護保険対象)

要介護状態区分	サービス内容		料金(1割負担の場合)
要介護1~5 要支援1、2	同一建物居住者以外	歯科医師訪問	503円
		歯科衛生士訪問	352円
	同一建物居住者	歯科医師訪問	452円
		歯科衛生士訪問	302円

*訪問時、歯科医師及び歯科衛生士による医療処置がある場合は、医療費がかかります。

⑧ 訪問リハビリテーション

要介護状態区分	サービス内容		料金(1割負担の場合)
要介護1~5 要支援1、2	同一建物居住者以外	1回20分以上	302円
	同一建物居住者	1回20分以上	272円

⑨ 服薬指導

要介護状態区分	サービス内容		料金(1割負担の場合)
要介護1~5 要支援1、2	同一建物居住者以外	月4回まで(薬局薬剤師)	503円
	同一建物居住者	月4回まで(薬局薬剤師)	352円

在宅療養中の方へ

【緊急時に入院が必要になった際の対応】

鳥取市立病院は患者様が在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に

- {
1. 在宅療養を担当している医療機関の連絡に基づき 24 時間いつでも診療を行います。
 2. 入院が必要となった場合、原則当院で入院治療を行います。
万一、当院で入院治療が行えない場合は、適切な医療機関へ紹介します。
- }

また、緊急時の対応をスムーズに行うために患者様の診療情報について情報交換を行います。

◆ 在宅医療を担当している医療機関

名 称：
住 所：
連 絡 先：

◆ 緊急時の受入を希望する医療機関

名 称： 鳥取市立病院
住 所： 鳥取県鳥取市的場 1 - 1
連 絡 先： 日中(0857)37-1570(地域医療総合支援センター直通)
夜間(0857)37-1522(代表)
担当医師：

◆ 鳥取市立病院で対応できなかった場合に搬送の可能性がある医療機関

◆ 患者様に関する情報

フリガナ
氏 名： _____ 男 ・ 女
生年月日： M・T・S・H 年 月 日
住 所：
連 絡 先：

必要時に在宅療養を担当している医師と鳥取市立病院担当医との訪問診療を
希望する ・ 希望しない

病状等（病名・処方内容・治療方針等をご記入ください。）

説明日： 年 月 日

説明者： _____

『在宅療養後方支援病院』

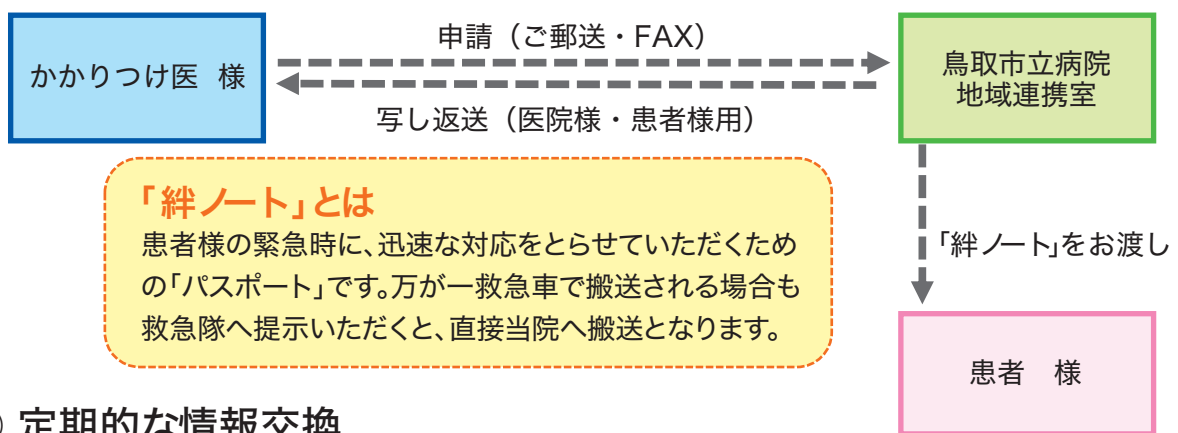
(患者様説明用)

『安心して在宅医療を受けられます』

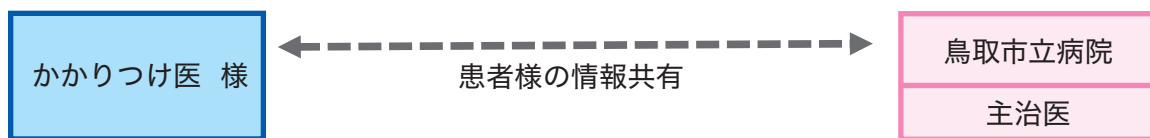
当院では、在宅医療を支えるため、在宅療養中の患者様の緊急時には24時間対応し、必要に応じて入院の受け入れを行います。

◎在宅療養後方支援の体制

① 患者様のご登録

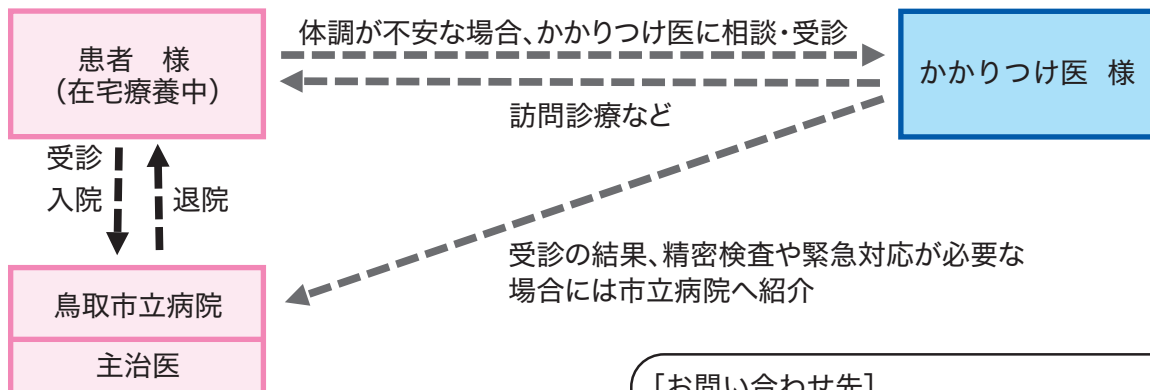


② 定期的な情報交換



③ 体調不良時

※ご連絡をいただく際には「届出患者様」であることをお申し出ください。
※ご来院いただく際には、「絆ノート」をお持ちください。



[お問い合わせ先]
680-8501 鳥取市市場1-1
鳥取市立病院
地域医療総合支援センター 地域連携室
TEL:0857-37-1526 FAX:0857-37-1587
☎0857-37-1570(地域医療総合支援センター直通)
🌙0857-37-1522(代表)

医院
先生 御侍史

平成 年 月 日

在宅担当医療機関の依頼について

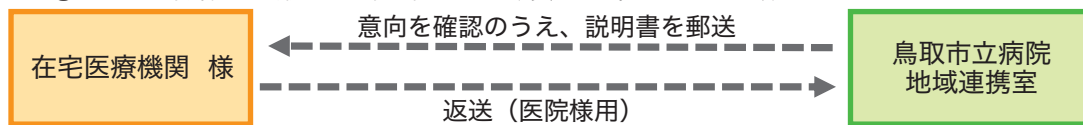
当院では、平成27年6月1日より、在宅療養後方支援病院の承認を受け、在宅療養中の患者さんに対し、24時間体制で対応し、必要に応じて入院を受け入れる体制をスタートいたしました。

つきましては、患者様からの在宅療養の希望がありましたので、先生がかかりつけ医である 様の在宅診療の連携をお願いいたします。

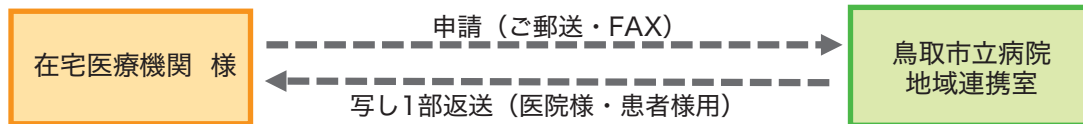
◎在宅療養後方支援の基本的な流れ

①事前登録：（平日時間内）月～金曜日 8：30～17：15

①-1 患者様が当院に入院中に在宅療養を希望された場合



①-2 患者様が在宅療養中に当院との連携を希望された場合
※別添用紙にご記入後、地域連携室へご連絡ください。



②診察のご依頼：患者様のご来院時には、診療情報のご持参、またはFAXをお願いします。
※ご連絡をいただく際には、「登録患者様」であることをお申し出ください。

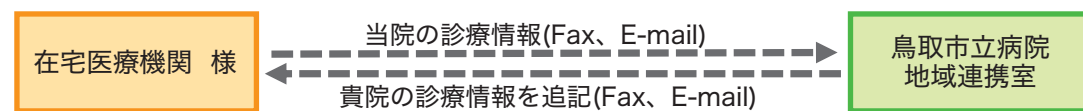
【平日時間内：月～金曜日 8：30～17：15】



【時間外・休日】



③診療情報の交換：3か月(5月・8月・11月・2月)に1回、ご登録いただいた患者様について、当院での診療情報を「療情報交換用紙」に記載してお送りしますので、貴院における診療情報を追記してご返送ください。



診療情報の交換方法のご希望をお選びください。

Faxを希望します

E-mailを希望します。⇒ アドレス名をお書きください。[

]

[お問い合わせ先]

680-8501 鳥取市的場1-1 鳥取市立病院 地域医療総合支援センター 地域連携室
TEL：0857-37-1526 FAX：0857-37-1587

