

切れ目のない地域医療連携体制

主治医(医療機関)



外来患者



基本チェック
リスト

生活機能関連項目

- ・ 外出頻度
- ・ 屋内/屋外移動の自立度
- ・ 痛みの有無など

(期待される役割)

1. 傷病に関する診断・治療
2. 生活機能低下要因の評価と除去
3. 外来患者の生活機能の把握(ハリカブ群の抽出)
4. 日常生活の指導助言
5. 状況に応じた関係機関の紹介(専門医、地域包括支援センターなど)
6. ケアマネや地域包括支援センター職員との連携

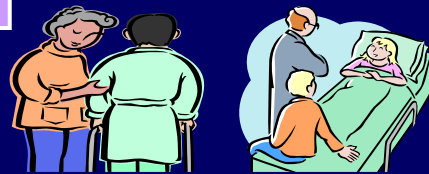
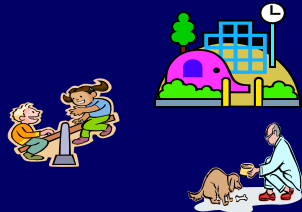
在宅ケア

多職種連携

- ・ 看護師
- ・ 介護支援専門員 等

住み慣れた地域

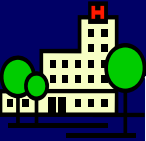
自宅



介護保険施設



病院(急性期医療を提供する病院)



入院

連携

【入院時】

- ・ 患者家族と面談
- ・ 入院治療計画の説明
- ・ 初期計画
(クリティカル・パス)
- ・ 在宅支援の必要性の有無、方向性確認



【入院時合同カンファレンス】

【スクリーニング(医学診断・看護診断)】



【退院調整促進(ケースカンファレンス)】

【退院計画】

- ・ 退院指導
- ・ 患者・家族への援助
- ・ 支援関係機関の調整

地域の保健・医療・福祉サービス機関と連携し支援

【評価カンファレンス】

退院

入院医療の目標

1. 生活を脅かしている原因を除去・緩和
2. 退院後の健康と生活の安定

そのため、患者・家族に対して退院後予想される問題を検討し、十分な援助計画を作成し退院に結びつけることが病院の基本的な責務である。

退院調整！！