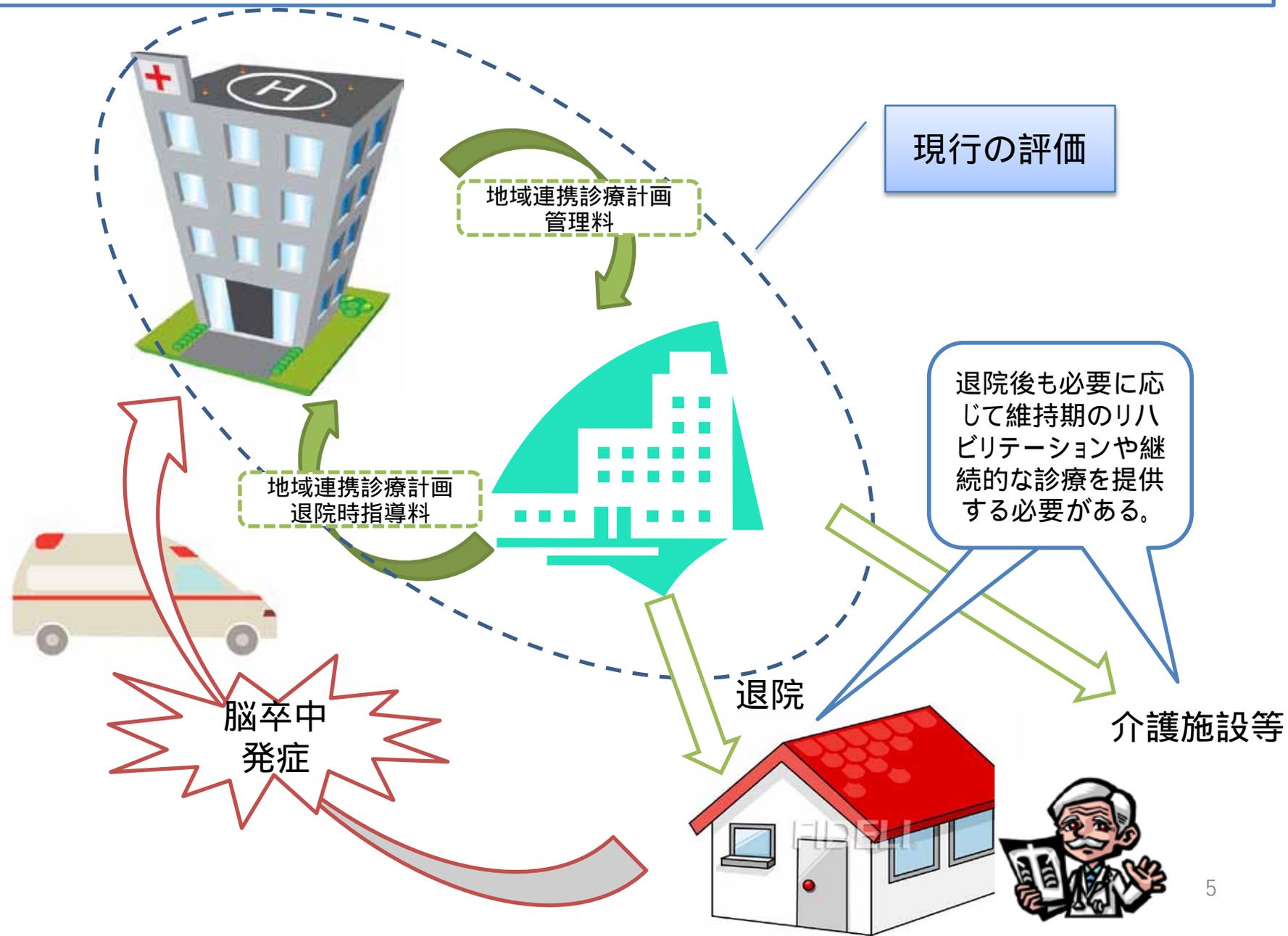


診療報酬上の地域連携クリティカルパスへの評価(現状)



脳卒中における地域連携の取組み

急性期



クリティカルパス

回復期



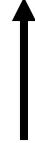
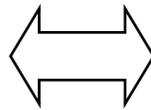
リハプログラム

維持期



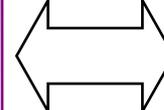
リハマネジメント

情報



連携パス

情報

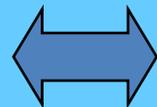


連携パス

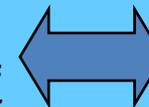
リハビリテーション

< ADL指標 >

移動能力
mRS, (BI)



FIM, BI
老人日常生活自立度



老人日常生活自立度
(FIM, BI)

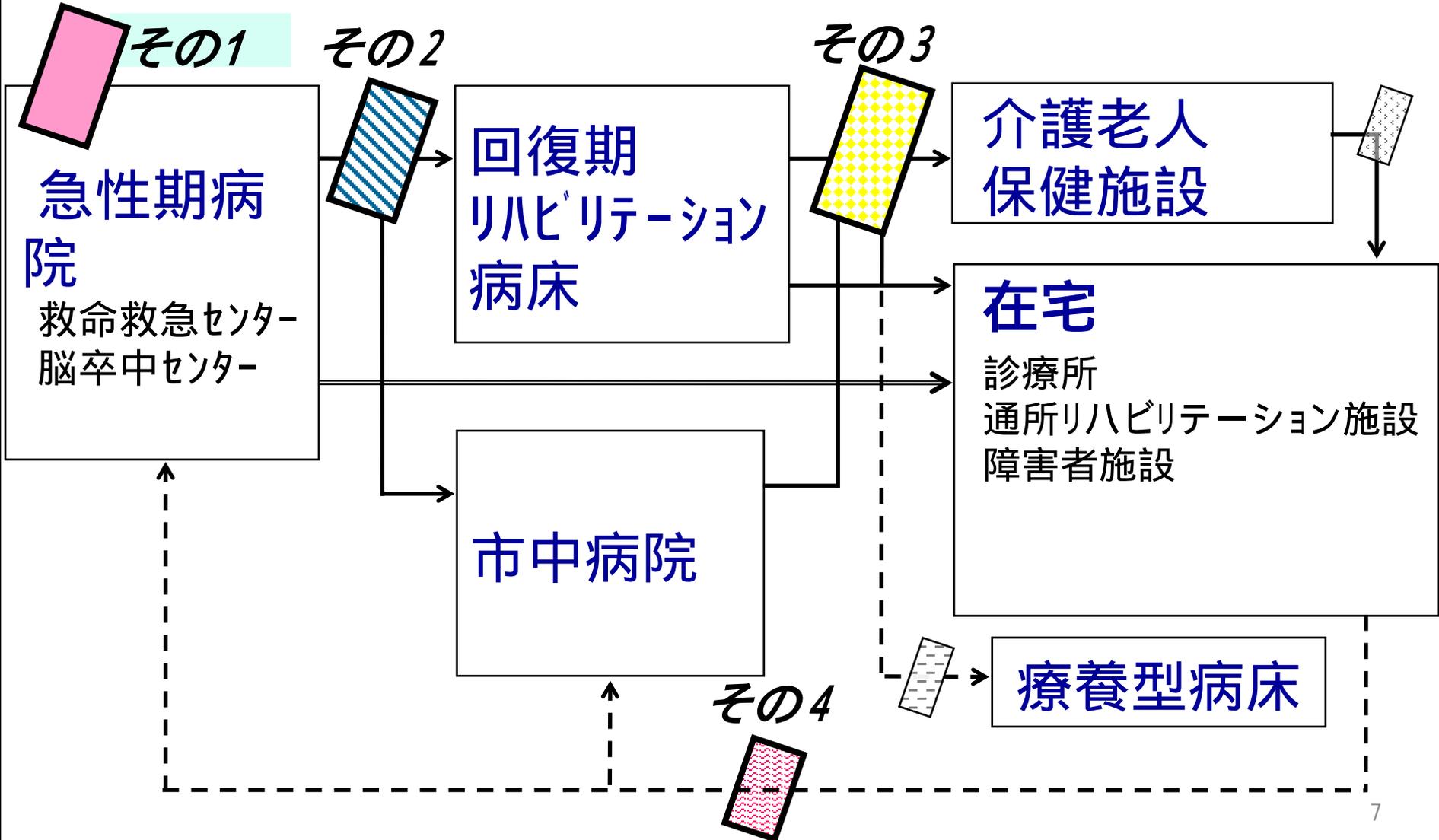
診療情報の共有・治療の継続性 (再発予防・併存疾患の管理)

脳卒中における地域連携の取組み

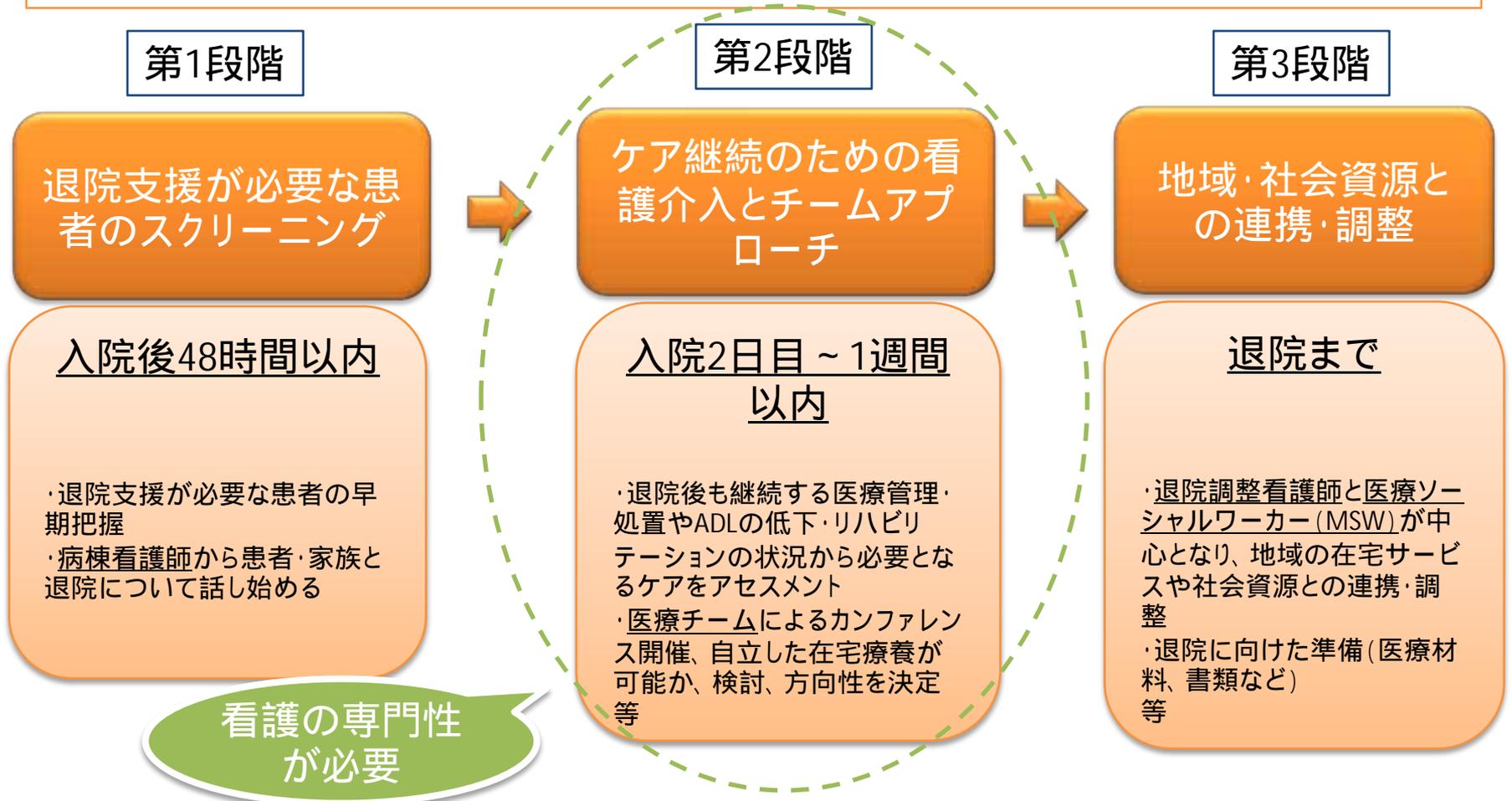
急性期

回復期

維持期



退院調整(支援)のプロセス



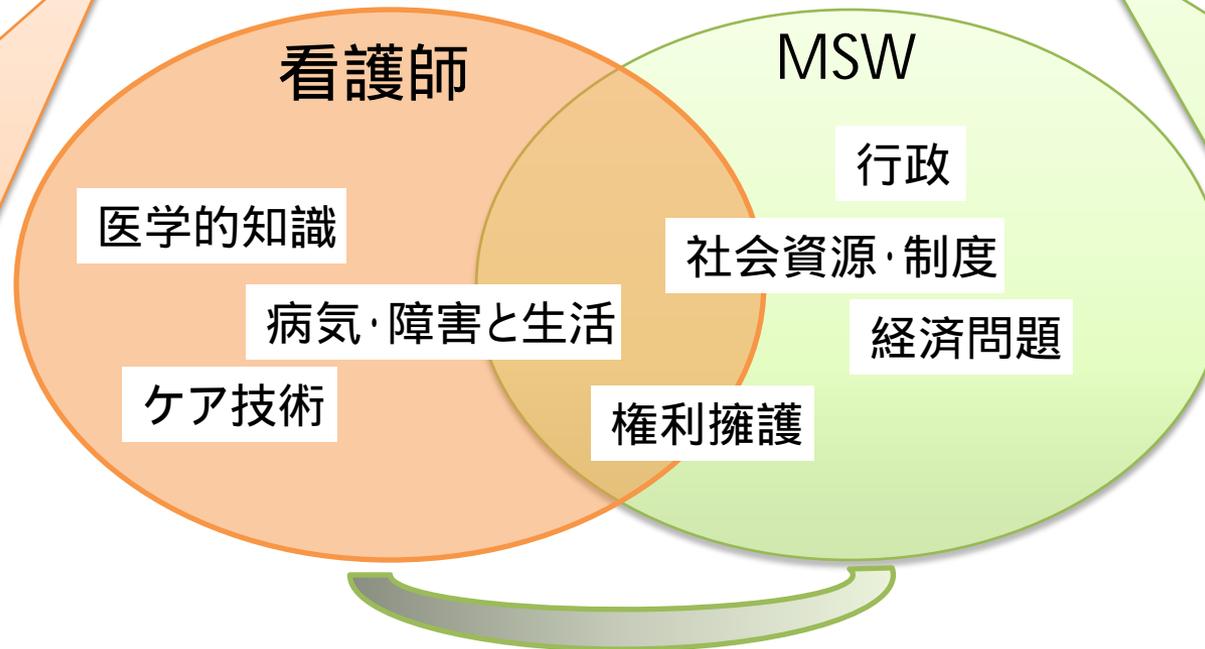
出典: 任和子他、退院支援に看護の原点が見える、看護管理、19(12)、1022-1030、2009
宇都宮宏子編、病棟から始める退院支援・退院調整の実践実例、日本看護協会出版会、P12、2009

退院支援は入院後早期から関わるのが重要であり、看護師やMSWをはじめ、医師、コメディカルとのチームアプローチが必要

退院調整における看護師と医療ソーシャルワーカー (MSW) の役割分担

看護師の 主な役割

ハイリスクで在宅を希望するケースや、在宅でのサービス調整について、医療や看護の視点からアセスメントが必要と考えられるケースなど



MSWの 主な役割

医療を受ける権利の保障、生活の保障、経済的問題解決、福祉制度の活用に関する制度説明、後方病院施設紹介など

それぞれの専門性を生かし協働して退院調整を行うことが重要