

入退院から在宅療養にいたる在宅医療・介護の連携

入院前後



退院前



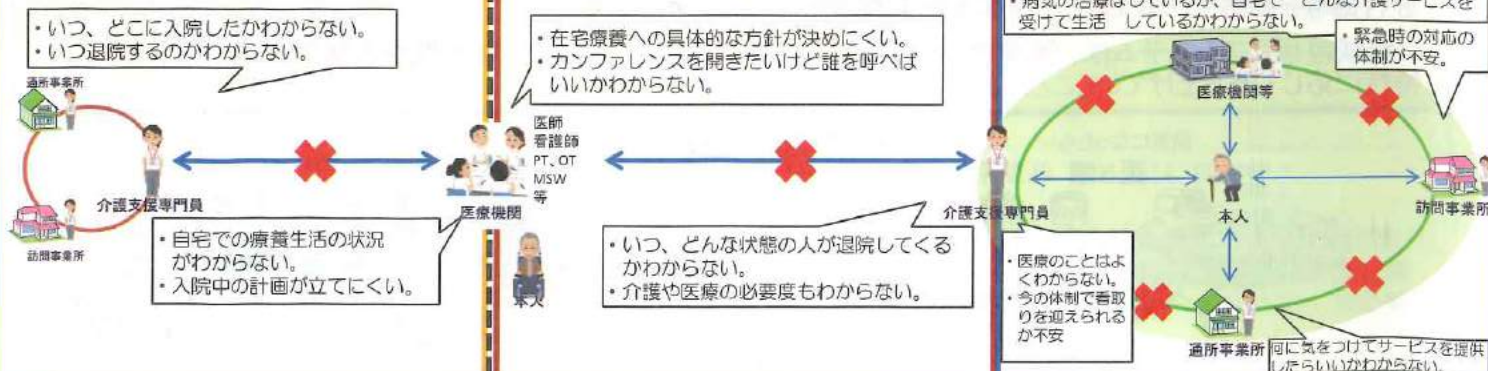
在宅等

課題

- 介護支援専門員から入院先の医療機関へ情報提供がなく、治療や退院支援に支障をきたすケースがある。

- 退院前に病院から介護支援専門員に連絡がなく、介護サービスの提供がなかったことにより状態が悪化するケースがある。

- 在宅療養に関係する多職種の連携が不十分な場合、医療と介護が一体的に提供できず、終末期を含めた在宅療養に対応できないケースがある。



今回改定の主な項目

- 入院時情報連携の強化(ケアマネ)

- 退院時情報連携の強化(ケアマネ)
- 入居者の入退院支援(特定施設、認知症GH)
- 入院先医療機関との栄養管理に関する連携(特養、老健、介護医療院)

【在宅での医療・介護連携】

- 平時からの医療機関との連携(ケアマネ)
- ケア計画策定の際のリハ職種との連携強化(訪問介護、通所介護 等)
- 医療と介護リハとの連携強化(訪問リハ、通リハ)
- ターミナル期の主治医師との連携強化(ケアマネ)

【施設での医療・介護連携】

- 医療体制・看取り体制の強化(特養)
- かかりつけ医との連携(老健)
- 口腔衛生に係る連携の見直し(特定、GH、特養等)