地域連携パス(通院)

※本パスの対象は、退院後の方に限らず、地域で生活していて、かつ、外来医療と福祉等による包括的な支援を必要とする方を想定しています

本人	通院中					
時期(目安)	通院初期		通院期間中	サービス利用申請(※必要な場合のみ)	日常生活	
イベント (目的)	インテークの実施 (日常の生活情報の共有)	本人(家族)との関係づくり (信頼関係の構築)	アセスメントの実施 (包括的な支援の必要性 の判断を開始)	生活ニーズの整理及び それを踏まえた支援の展開 (サービス利用に向けたニーズ整理)	相談支援事業の利用支援或いは見直し (サービス等利用計画の作成)	医療と福祉の継続的な連携による 包括的な支援及び体制構築 (支援の土台固め)
おさえる項目	〇社会資源の利用状況 〇キーパーソンの確認 〇多機関への呼びかけ	〇本人及び家族の希望の聞き取り	医師の介入重要度 が高いポイント 〇 多職種による包括的な支援の必要性の判断の開始	〇日常生活における生活ニーズの整理 〇日常的な情報のやり取り、或いは必要に応 じた多職種カンファレンスの開催 〇生活課題に応じた支援(トレーニングや体 験の場の創出等)の展開	〇相談支援事業等の新規利用・見直し等に向けた 支援の展開	〇精神科医療機関へのモニタリング結果のフィードバック 〇地域生活期におけるニーズに応じた支援方針の見直し・共有 〇地域連携促進に向けた顔の見える関係の構築及び関係性を活かすための準備
医療機関	□社会資源利用状況 ・経済 ・生活 ・相談支援事業の利用状況 ・相談支援事業所など、関与している機関 □生活状況 ・生育歴(学歴、交流関係等) ・生活状況(住宅、交通等) ・経済状況(就労状況、借金等) □家族 ・家族構成、家族関係 □医療情報 ・入院、既往歴、通院歴、今回受診の経緯 □関係機関への連絡状況確認	□本人との関係づくり ・本人の生活希望を確認(生活場所やスタイル、夢など) ・不安事項 ・支援者(家族、その他の機関) ・公的支援などの情報提供 □家族との関係づくり ・不安事項、希望の確認 ・公的支援などの情報提供	□包括的な支援の必要牲の 判断 ・包括的な支援の対象かど うかを確認 → 医師を含めた外来 医 療スタッフ等によが、 包括的な支援が必要 か判断し、相談支援事 業所と情報を共有	□生活ニーズに対応した指導 ・金銭管理 ・服薬管理 ・栄養管理 ・心理教育 ・家族教室 ・デイケア等の試験参加	□電話・メール・FAX・オンラインなどを通じた 情報共有 □相談支援事業利用の確認、申請支援 ・本人の声(意思、希望やニーズ)を確認し、 申請を支援 ・情報提供 □サービス担当者会議等への参加	□外来時等における生活状況の確認 □情報共有 ・精神科病院・通院診療所、デイケア、 訪問看護 □モニタリング ・訪問看護を利用したモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加
関係	情報提供依頼 情報提供	情報提供依頼 情報提供		★ 情報共有 ★ 会議招集・参加		情報共有・連携
相談支援事業所	□社会資源利用状況 ・利用している公的な支援(サービス等利用 計画等の情報提供) ・利用しているインフォーマルな社会資源 □社会資源の情報提供 ・本人の生活地域の支援事業者情報等 □生活状況 ・住環境、生活パターン ・本人の思い □家族 ・家族構成・家族関係 ・家族の思い □交友・交流関係 □他の機関への状況連絡 ・関係機関への連絡、医療機関へ情報提供	□情報共有 ・相談支援事業対象となりうる人がいることの把握 ・包括的な支援の判断に必要と考えられる情報の提供 (障害福祉サービスに係る社会資源、他) □要望の伝達 ・カンファレンス等の開催及び早期声かけの要望		□状況確認 ・相談支援事業対象者の状況確認 ・カンファレンスや外来医療における進捗状況など内容把握 □カンファレンスへの参加 □本人・家族との面接(可能な場合) ・ピアサポーターの派遣 □相談支援事業利用申請支援 ・サービス等利用計画(案)作成に向けたアセスメントの実施 □サービス担当者会議の開催 □サービス等利用計画(案)の作成		□計画に基づきサービスの実施 □日頃の思いの確認 ・希望や思い ・関係機関との連携における同意 □地域生活のニーズの確認 ・情報提供のためのデータのまとめ □情報共有 ・サービス提供事業所 ・行政 □モニタリング ・訪問看護の日に併せてモニタリングの実施 □各種支援計画の見直し及び会議の開催・参加