(医)亀岡病院

【病院機能】
一般病棟(障害者病棟)

【連絡先等】地域との連携の窓口　地域連携室
(TEL:0771-22-0341/　FAX:0771-22-9200)

	生活時	入院決定時	入院時	入院中	退院時	退院後
目的	・現状の生活を維持改善し入院にならないように支援する	これまでの暮らしを知り、退院後の生活を見据えた適切な退院支援を提供する。～在宅チームと協働してその人らしい暮らしを支える～ ・退院後もその人らしい暮らしが継続できるようチームが協働する。	・退院時の状態や退院後の生活のイメージを患者、家族、院内多職種、在宅チームと共有する。・退院支援(情報提供と意思決定支援・医療ケアに必要な指導)を継続する。	・安心して在宅生活にもどれるよう病院、地域が情報を共有、協働する。		・退院後不安定な時期をサポートする。

病院

【外来診療科】
暮らしの変化や在宅療養継続において支援が必要と思われる患者を把握する。

【病棟】
生活状況の確認
在宅チームからの情報も活用し
退院支援が必要な患者か評価

支援なし

支援必要あり

【入退院支援チーム介入】

入院から3日以内にスクリーニング実施
7日以内に患者及び家族と病状や退院にむけたIC実施
入院から7日以内に多職種にて院内カンファレンス開催
入院から7日以内に入退院支援計画書の作成

【地域連携室】
患者、地域との相談窓口

※介護保険未申請で退院後介護サービスが必要と予想される場合

地域包括支援センターに連絡。
介護保険申請と退院後の
退院後の協力を依頼する。

【入院中カンファレンス】
多職種で退院後の生活について具体的な支援の方向性を考える。
家族・ケアマネージャー等、地域の関係職種にも参加を依頼する。

【退院前家屋評価】
リハビリ職員、患者、ケアマネージャーや地域の関係職種が自宅訪問する。
自宅での動作確認、住宅改修、福祉用具貸与を検討する。

栄養指導・服薬指導・介護者へ手技の指導、アドバイスを行う。

【退院前カンファレンス】
患者・家族・院内多職種、ケアマネ等の在宅スタッフが参加。入院中の経過説明、退院後の具体的なケア内容の調整。(介護保険サービス調整)

退院

【外来】
退院後初回受診時に
継続問題の評価
各診療科でフォロー

【地域連携室】
看護サマリー等の情報提供を送付。

本人・家族

健康の維持に努めましょう。
かかりつけ医を持ちましょう。
これからの過ごし方について
ケアマネージャー、家族と
相談し伝えておきましょう。

入院が決まれば

入院したことをケアマネージャーに
連絡しましょう。

わからないことや不安なことは何でも聞いて相談しましょう。

医療ケアについて自分の思いをしっかり伝えましょう。

退院にむけて準備を進めていきましょう。

参加

【退院が決まったら】
退院後の生活について
不安がないか最終
確認しましょう

地域

【担当ケアマネージャー・訪問看護・診療所】
・入院時情報提供書を病院へ送付
・入院前の生活状況、家族の支援状況
・在宅サービス状況など

【退院後関わる在宅支スタッフ】
・ケアマネージャー
・訪問看護
・訪問介護
・デイサービス等

【ケアマネージャー】
ケアプランの送付
退院後の様子の報告