

地域連携パス(入院)

本人	入院中						日常生活		
	入院初期			入院中期		入院後期	通院初期	地域生活期	
イベント (目的)	インテークの実施 (入院前の生活情報の共有)	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)	多職種による情報共有 (多職種(チーム)での 情報共有)	退院後の医療ニーズ・ 生活ニーズの整理及び共有 (退院に向けたニーズ整理)	地域生活に移行するうえで 必要な事項の最終準備 (スムーズな地域生活への移行)	退院後の支援ス タッフの確認 (関係者間の連 絡窓口の確認)	支援チームによる適 切な支援の実施と、 本人の声(意思、希 望やニーズ)を中 心にした包括的な支援 の実施	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	○社会資源の利用状況 ○キーパーソンの確認 ○多機関への呼びかけ	○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 ○多職種による包括的な 支援の必要性の判断の 開始 ※入院中、適宜判断を見直 すことを前提とする	○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 ○相談支援事業等の利用に 向けた申請等の支援	○退院後の医療ニーズ・生 活ニーズの整理 ○生活ニーズに応じた支援 (トレーニングや体験の 場の創出等)の展開	○退院日の共有 ○危機的場面に備えた準備 ○退院前訪問の効果的な実施 ○退院前カンファレンス等に よる退院後の生活の最終調 整 ○サービス等利用計画(案)、 退院後の支援計画の立案	○退院後の支援 チーム(各担 当)の確認・共 有	○積極的なアウトリ ーチ型の支援の実 施 ○精神科医療機関と 障害福祉サービ ス事業所等との綿密 な情報共有	○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 ○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 ○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 ・入院前から介入していた機関 □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、今回入 院の経緯 □関係機関への連絡状況確認	□入院時カンファレンス □本人との関係づくり ・本人の退院後の生活希望 を確認(生活場所やスタ イル、夢など) ・帰住先 ・不安事項 ・支援者(家族、その他の 機関) □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性の 判断(退院後支援ニーズ に関するアセスメント) ・包括的な支援の対象か どうかを確認 →医師を含めた病院ス タッフ等により、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	□電話・メール・FAX・オ ンラインなどを通じた情 報共有(必要に応じて、 カンファレンスでの情報 共有(外部含む)) □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(制度、サー ビス、相談支援事業所 など)	□退院後の医療ニーズの共 有・支援(退院指導の実 施) ・心理教育 ・デイケア等の試験参加 ・家族教室 ・外出、外泊の設定 ・退院前訪問 ・服薬管理 ・栄養管理 など	□退院後のサービス利用申請支援(必要な場合) □カンファレンスの実施(外部含む) ・地域資源との連携確認 ・病診連携(通院先に応じて) ・訪問看護、デイケア □退院後の支援計画を立案する	□通院などで生活状況の確認 ・退院後訪問 □情報共有 ・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▶	▼カンファ呼びかけ ▲参加 ▶情報共有	◀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 □他の機関への連絡状況 ・関係機関への連絡、医療機関へ の情報提供	□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 ・カンファレンスの開催及び早期声かけの要望 ・退院前訪看を行う場合の事前連絡の希望	□状況確認 ・相談支援事業対象者の 状況確認 ・院内カンファレンスや 院内における進捗状況 など内容把握 □本人・家族との面接(可 能な場合) ・ピアサポーターの派遣 □カンファレンスへの参加 □相談支援事業利用申請支援	□退院後の生活ニーズの共 有・支援(退院に向けた 支援) ・サービスの提供 ○体験外泊、外出 ○日中活動先の同行支 援、情報提供 ○居住の場の確保 ○金銭管理担当とのマ ッチング など □退院に向けた事前準備 ・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 ・関係機関との情報共有	□申請・受付 □カンファレンスの実施(場合によりサービス担当 者会議を兼ねる) ・サービス利用状況を踏まえ退院後の通院先、日 中活動の場等について検討 ・サービス等利用計画(案)の作成 □退院後の各担当者の確認	□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			