



「自宅での過ごし方」に重点をおいた退院時連携

今回は… 退院時連携、その後の生活設計まで継続して支援したケースを紹介します

CASE 80歳代男性 / 要介護5 転倒にて、頸髄損傷を受傷。
ADL・IADL 共に全介助となり、ベッド周囲での生活となっているケース
リハビリ目的に回復期病棟へ転院後、在宅へ退院となる

切れ目のないリハビリ（退院前カンファレンス）

・ 家族の「できる介護」と専門職との役割を明確に。

必要なサービスを整理
離床の機会・身体介護・排便管理・機能訓練として訪問看護・
デイサービス・通所リハ・ヘルパー・福祉機器を計画することとなる



自宅での目標を共有（起きて過ごせる支援）

・ 回転盤を使用した1人介助での移乗動作
・ 離床時間を保つ為の家族とヘルパーのスケジューリング

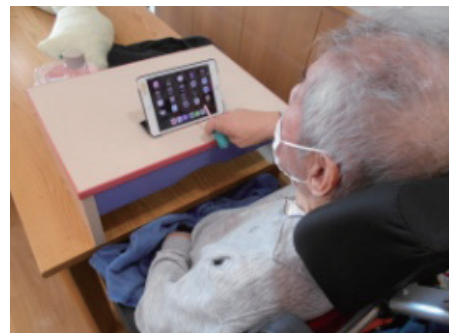
離床することでの能力維持と楽しみにつながる可能性を伝え、
病院より介護指導が行われました。結果、日中車椅子での
生活を継続できています。



活動・参加支援（タブレットを使った余暇支援）

・ 趣味や楽しみとしてタブレットの使用練習
・ 1人で食事が出来るように上肢装具の使用

入院中から装具を着用し食事動作の練習やタッチペン
を使用したタブレット操作の反復練習を行い、在宅でも
実施できるように環境調整を行い、インターネットや
孫の写真を眺めたり、楽しみな時間となっています。



病院での支援経過を活かす連携が退院後のQOLに繋がりました。
今後も病院からのリハ情報を活用した支援を続けていきます。

医療と介護の『退院時連携強化』

今回の改定より ...

退院後早期に、連続的で質の高いリハビリテーションを実施するため「医療と介護の連携」が推進されています。

退院前カンファレンス



退院前のカンファレンスに、リハスタッフが参加します。ご依頼よろしく願います！

「活動」と「参加」の目標が組み込まれたリハビリ計画書が病院から提示されることが義務に！

進級祝い 毎年恒例♪ 院内保育所へプレゼント

今年は…、アンパンマンの「かびるんるん」をキーホルダーに!! 色合い、表情は様々…病気に負けないよう願いを込めて作りました。



たくさんの「手」をよけながら丁寧に縫い上げました

介護老人保健施設鴻池荘 TEL.0745-64-2180

受付時間 9:00 ~ 17:00 担当者: 相談員 FAX.0745-62-1092

お問合せフォームはこちら。QRコードからアクセスできます。

