

様

| | | くにもと病院(回復期) | | | 自宅・施設等 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 予定期間 | 転院～2週間 | 2週間～1ヶ月目 | 2ヶ月目～退院 *概ね3ヶ月以内 | 退院後 | |
| 目標 | <ul style="list-style-type: none"> 生活リズムを作る リハビリに意欲的に参加する | <ul style="list-style-type: none"> 日常生活動作を増やすようにする 退院後の生活場所(在宅・施設・病院)の選択ができる | <ul style="list-style-type: none"> 退院の準備を行い、退院後の生活環境を整える | <ul style="list-style-type: none"> 退院時の日常生活能力を維持・向上する 意欲的に活動する | |
| 医師 | 治療 <ul style="list-style-type: none"> 状態に応じて服薬等の治療は継続  | 検査 <ul style="list-style-type: none"> 状態に応じて検査 整形専門医受診 | 説明 <ul style="list-style-type: none"> 医師から入院中の治療計画について説明 外泊等について、留意点の説明 | <ul style="list-style-type: none"> 薬は継続して服用する 状態に応じて受診する 医師から今後の病気のことや生活上の留意点の説明 | |
| リハビリスタッフ | <ul style="list-style-type: none"> 前病院の情報をもとにADLを評価し、訓練(自宅を想定したリハビリ)を実施 必要に応じて院前に自宅を訪問し状況を確認 必要な場合は自宅改修の助言  | <ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて院前に自宅を訪問し状況を確認 必要な場合は自宅改修の助言 | <ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活等について、留意点の説明 自宅での生活方法を指導 | <ul style="list-style-type: none"> 必要時、医療保険・介護保険を利用して、リハビリを継続する | |
| 病棟看護師 | 食事 <ul style="list-style-type: none"> 場合により、摂食機能などについて評価し、訓練実施 | 清潔 <ul style="list-style-type: none"> 清潔動作を評価し、状態に応じた方法を考え訓練 | 排泄 <ul style="list-style-type: none"> 早期にトイレ誘導ができるように検討 排泄動作を評価し、状態に応じた方法を考え訓練し、自立につなげる  | <ul style="list-style-type: none"> 必要時には介護保険を利用する 援助を受けながらも、徐々に訓練し、自立で行なえる動作を増やす 家族へ介護や処置の方法を指導 | |
| 医療ソーシャルワーカー | 相談 <ul style="list-style-type: none"> 随時、医師・看護師・MSW・リハビリ担当者などと相談 退院支援計画の作成 必要に応じていろいろな制度を利用する 保険証等の確認 | <ul style="list-style-type: none"> 必要時、介護支援専門員を交え住宅改修などの相談 必要な書類や申請等の準備 在宅生活が困難な場合は、施設等の検討および申込 | <ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員が在宅のプランを作成 | <ul style="list-style-type: none"> 利用できるサービスについて、MSWや介護支援専門員と相談 介護支援専門員からケアプランについて説明 | |
| 窓口 | 当該担当MSWおよび入院している病棟詰所 | | | 介護支援専門員等 | |

DRMメンテラ/担当者会議

退院・転院基準(病状が安定している事を条件とする)

| 基準 | 基準の目安 | 支援の方向性 |
|-----------|--------------------------------------|------------------------------|
| I 自宅退院基準 | 外来での通院が可能。セルフケアが自立もしくは家族介護により在宅生活が可能 | 病状の安定に伴い、在宅を中心に退院を検討する |
| II 施設入所基準 | セルフケアに介護を要するが、家族による介護が困難 | 病状の安定に伴い、状態に合わせて退院先を検討する |
| III 転院基準 | 継続した医療が必要 | 病状の安定に伴い、医療機関や施設等を中心に退院を検討する |

※これは標準的な治療計画書です。病状によっては変更する場合がありますのでご了承ください。
 ※詳細については随時説明していきます。

| | | | | |
|----------|-------|-------|-------|-----|
| 本人家族への説明 | 年 月 日 | 本人サイン | 家族サイン | 説明者 |
|----------|-------|-------|-------|-----|