











地域連携入院診療計画書

大腿骨頸部骨折パス用

患者氏名 _____ 殿

入院から退院までの経過	経過	入院日～1週間前後	1ヶ月～3ヶ月 前半	1ヶ月～3ヶ月 後半	退院時
	 医師 入院時診療や検査を行い今後の治療計画や方針について説明します。	定期的な回診・検査をします。 装具の検診・申請を行います。 患者様、家族へ今後の方針・意向の確認をします。	退院後の生活について説明します。	退院後の健康管理等について説明します。 他病院・施設の場合、継ぎ目のない医療が継続できるよう情報提供します。	
	 看護部 入院生活に関する説明をします。看護計画を基にケア・日常生活の介護をします。	担当者と日常生活動作の目標を検討し援助します。	リハビリ、外出・外泊、退院先の生活環境等多職種での調整をします。	退院後の生活場面に留意した指導をします。	
	 リハビリ 患者様の状況を把握し適切に評価してリハビリ計画に基づいた練習プログラムを作成・実施します。	目標に沿って定期的評価・身体的向上に努めます。 退院に向けて患者様・家族への管理指導・退院前患家訪問・福祉器機導入など自宅退院へ向けた調整をします。	退院後の生活場面に適した指導をします。		
	 相談員 家族の情報や入院生活に対しての要望、在宅での生活について伺います。 今後の生活の意向について確認します。 状況に応じて各種制度の説明をします。	退院後の生活について確認します。 在宅でのサービスの説明や施設の説明をします。	今後、必要なサービスの調整（在宅・施設・ケアマネ等）をします。	退院カンファレンスを実施し在宅サービス、施設サービスとの情報共有をします。	
	 薬剤管理	 入院中必要に応じて薬について説明します。 			退院の際、薬について説明します。
	 栄養管理	 栄養管理を行い、必要に応じて栄養相談をします。 			

自宅退院基準

- ・自宅での生活が可能で能力・環境である。
- ・セルフケアが自立又は介護により可能。
- ・自宅復帰が困難な場合は施設や療養先への退院

医療法人社団 恩和会
旭川高砂台病院