

入院から退院までの大まかな流れについて (地域連携診療計画書)

〇〇〇〇様















主治医: _____

入院日: 令和 年 月 日

説明日: 令和 年 月 日

本人またはご家族(続柄)サイン: _____

担当看護師: _____

期間	入棟～1ヶ月	1ヶ月～数ヶ月	退院1ヶ月前	退院時
医師	<ul style="list-style-type: none"> ・病状等を評価し、今後の治療方針について説明を行います 	<ul style="list-style-type: none"> ・平日に回診を行います ・必要時、装具の検討、申請を行います ・介護保険意見書を作成します 	<ul style="list-style-type: none"> ・平日に回診を行います ・病状、今後の見通し、退院後の生活について説明を行います 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の健康管理の説明を行います 
看護	<ul style="list-style-type: none"> ・入院生活に関する説明を行います ・入院生活に必要な情報をお伺いします ・一日の生活スケジュールの調整をします ・身体状況に適した環境であるかを確認します(病室、ベッド、車椅子など) 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院生活の不安、要望等をお伺いします ・チーム担当者と日常生活動作の目標を検討します ・一日の生活スケジュールの再調整をします 	<ul style="list-style-type: none"> ・外出、外泊での状況及び家族間での役割などを確認し、関わる担当者と連携をとります ・処置(経管栄養・吸引・おむつ交換など)の説明を行います 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活場面に適した訪問・通所サービス事業所、施設への情報提供を行います 
リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> ・身体の状況、高次脳機能(記憶・注意力など)を確認します ・目標を設定し、プログラムを作成します ・計画書の説明を行います <p>※最大で3つの異なるリハビリの専門職でリハビリを行います</p> <p>理学療法(PT)～主に座る・歩くなどの基本動作の練習</p> <p>作業療法(OT)～主に排泄、更衣などの日常生活動作、家事動作の練習</p> <p>言語聴覚療法(ST)～主に話す、理解する、食べる、ことに関する練習</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・生活の場を想定した実用的なリハビリを行います ・必要に応じて、ご自宅のお写真を依頼します(ご自宅に退院されることを前提としている場合) ・装具、車椅子を検討します ・家屋調査を行い自宅環境を想定したリハビリを行います(ご希望時のみ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・家屋調査、家屋改修などのアドバイスを行います(必要に応じて自宅へお伺いします) ・ご家族への介助の説明を行います ・外出、外泊の訓練を行います(必要に応じた補助具などのアドバイスを行います) 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活の説明、運動の説明を行います ・退院後のリハビリを担当するスタッフに情報提供を行います 
相談室	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面談にて、家族情報、入院前環境、自宅退院の可能性などをお伺いします ・入院療養に関する相談に応じます 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活の場所をお伺いします ・介護保険サービスなど必要と思われる制度の説明と申請方法についての説明を行います ・必要に応じて、転院、施設入所についての説明を行います 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーの紹介を行います ・在宅における介護サービスの説明を行います 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて身体障害者手帳についての説明を行います ・退院前カンファレンスを行います
栄養	<ul style="list-style-type: none"> ・食事内容を理解して食べていただくために食事の説明を行います 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療食の方は栄養の説明を行います 		<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の食事について治療食の方は再度栄養の説明を行います(ご家族の方も同席をお願いします)
薬剤	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的にお薬についての説明を行います ・薬剤の管理を行います 	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的にお薬についての説明を行います ・薬剤の管理を行います 		<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤の管理、服薬の説明を行います

*身体状況などにより、主治医の判断で入院期間が短くなる場合があります。

回復期リハ病棟 入棟の条件と期間
①脳血管疾患、脊髄損傷等発症の方(入院上限日数 150日・高次脳機能障害を伴う場合は180日)
②大腿骨、下肢、骨盤などの方(入院上限日数 90日)
③外科手術または肺炎等の治療の安静により、廃用症候群※を有している方(入院上限日数 90日) ※廃用症候群…関節拘縮や筋力低下などに伴い、日常生活動作能力が低下すること
④大腿骨、脊椎、骨盤、股関節の神経または筋、靭帯損傷後の方(入院上限日数 60日)
⑤股関節又は膝関節の置換術後の方(入院上限日数 90日)

退院基準	
自宅退院	1.外来での通院が可能 2.身の回りのことが自立または家族の介護により在宅生活が可能
施設退院	1.家族による介護や介護保険サービスを利用しても、自宅での安定した日常生活が困難な場合
転院	1.継続した入院での医学的管理が必要と判断される場合