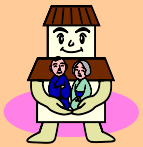
～入院から退院までのおおまかな経過について～

経過		入院日 ～ 10日前後	入棟後1週	入棟後3～4週	入棟後4～5週	退院1ヶ月前	退院時	維持期病院・施設
早期(1～2か月)		一般病棟 → 回復期病棟へ	○		○		自宅	
標準(3～4カ月)			○	○	○		自宅・施設	
長期(～6か月)			○	○	○		施設・長期療養	
カンファレンス		入院時病状説明	初期カンファレンス	全体カンファレンス	患者家族へ病状説明		退院前カンファレンス	
チーム医療	相談員	**＊患者さん・ご家族が安心して生活できるよう様々な相談に応じます。** ・主治医からの説明時に同席します ・初期面談にて、家族情報、入院前生活歴 要望、在宅の可能性などを聴取します ・回復期病棟での経過について説明をします	・退院後の生活の場所を確認します			・ケアマネージャーの紹介をします ・在宅における介護サービスの説明をします ・転院・施設入所の説明をします	・身体障害者手帳について説明をします	
	医師	**＊患者さんの家族、社会背景を加味したうえで治療の計画を立て、病状を理解し再発、悪化の予防に努めます。** **＊治療方針や退院時期、予後(生活動作の獲得)について説明を行います。** ・入院時諸検査を行います ・診療計画書、リハビリ総合実施計画書を作成します ・病状等を評価し今後の治療方針ついて説明をします ・紹介元への返事を記入します	・病状、予後(生活動作の獲得)、退院後の生活について説明をします ・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 ・定期検査をします			・定期検査をします	・退院後の健康管理指導をします ・身体障害者手帳の作成をします ・定期検査をします ・医療機関への情報提供書を記入します	
	看護師	**＊病状を常に観察し適切な看護、処置を行い全身状態の把握をします。またより良い生活ができるよう、日常生活動作の援助・指導・自立支援を行います。** ・入院生活に関する説明をします ・初期看護計画の立案をします	・初期看護計画の評価及び修正をします ・病棟移動時にチームの担当者と 日常生活動作の目標を検討します ・一日のスケジュールの調整をします ・身体状態に適した環境(病室・ベッド・車いすなど)であるか常に検討・確認します			・外出・外泊での状況及び家族間での役割など確認し、関わるチームに連携をとります	・退院後の生活場面に適した 処置(経管栄養・吸入・吸引など)の 指導を行ないます	
	リハビリ	**＊身体機能・高次脳機能(記憶、注意力等)を評価し、計画を立てて効果的な練習を行います。** 理学療法士(PT) ・主に寝返り～歩行等の基本動作の評価・練習 作業療法士(OT) ・主に排泄・更衣等の日常生活動作と家事動作の評価・練習 言語聴覚士(ST) ・主に失語症・構音障害、嚥下障害に対する評価・練習 ・ご家族のリハビリ見学を促しています	・生活の場に適した実用的なリハビリを行います ・家族への介助指導を行ないます ・外出・外泊訓練を行います(必要に応じた補助具などのアドバイスをします)			・家屋調査、家屋改修などのアドバイスを行い、報告書を作成します (必要に応じ自宅へお伺いしたり、お写真を依頼します) ・装具・車椅子の検討をします	・嚥下障害に関しての食事指導を行います	
	栄養士	**＊入院中の栄養管理。治療食の方は栄養指導を行います。** ・食事内容を理解して食べてもらうために 食事の説明をします	・治療食の方は栄養指導を行います				・退院後の食事について 治療食の方は再度栄養指導を行います (家族の方の同席もお願いします)	
	薬剤師	**＊入院中、退院後の薬について説明します。** ・希望される方にお薬についての説明、または医薬品情報を配布します					・要望に応じて退院時服薬指導をします	
	歯科医師 衛生士	**＊口腔内の状態を把握し、歯の治療を行ないます。また必要に応じて口腔ケアの指導を行ないます。** ・摂食困難な方へ口腔ケアの必要性についての資料を配布します						

入院から退院までのおおまかな経過について

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ さん

チーム医療

経過	入院時	～入院後約１ヶ月	退院１ヶ月前	退院時	維持期病院・施設
病棟	一般病棟	回復期病棟 早期リハビリコース（1～2か月） 標準リハビリコース（3～4か月） 長期リハビリコース（ ～6か月）	自宅へ	自宅へ 自宅・施設入所・転院	療養型病院・施設
相談員	・入院から退院までのおおまかな経過について説明をします ・入院時に面談をします 入院前の生活歴やご家族情報、要望、在宅の可能性などをお伺いします ・介護保険制度の申請、サービスの説明をします ・退院後の生活の場を確認します 	・ケアマネージャーの紹介・情報提供をします ・在宅における介護サービスの説明をします	・転院・施設入所の説明をします 	・必要な福祉制度の説明をします ・退院前カンファレンス・情報共有をします 	必要に応じて長期療養先や施設入所のご案内をします
医　師	・内科的な諸検査をおこない、身体状況をチェックします ・病状等を評価し今後の治療方針ついて説明をします ・ご家族と今後の計画を立てます ・リハビリの計画を立て訓練を開始します 	・回診は1～２回/週行います ・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 ・病状、予後（生活動作の獲得） ・退院後の生活について説明をします	・回診は1～２回/週行います 	・回診は1～２回/週行います ・退院後の健康管理指導をします ・必要な福祉制度があれば書類作成をします	継ぎ目のない医療が継続できるように情報提供をします
看護師 助手	・入院生活に関する説明をします 	・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調整をします ・身体状態に適した環境であるか確認をします （病室・ベッド・車いすなど） 	・外出・外泊での状況及び家族間での役割などを確認し、ご本人ご家族へ説明します ・退院後の生活場面に必要な処置（経管栄養・吸入・吸引など）の説明をします	 ・食事・服薬の説明をします	
リハビリ 理学療法 作業療法 言語療法	・身体状況・高次脳機能 （記憶・注意力など）を評価します 	・生活の場に適した実用的なリハビリを行ないます ・ご家族への介護指導を行ないます ・外出・外泊の訓練を行ないます （必要に応じた補助具などのアドバイスを行ないます） ・装具・車椅子を検討します 	・家屋調査、家屋改修などの アドバイスを行ない、報告書をお渡しします （必要に応じ自宅へお伺いしたり、お写真を依頼します 	・嚥下障害に関しての食事指導をします 	
栄養士	・食事内容を理解して食べてもらうために 食事の説明をします	・治療食の方は栄養指導をします 		・退院後の食事について 治療食の方は再度栄養指導をします （ご家族の同席もお願いしています）	
薬剤師	・希望される方はお薬についての説明、または医薬品情報を配布しています			・要望に応じて退院時服薬指導をしています 	
歯　科		・要望に応じて歯の治療をします ・口腔ケアの必要性について資料を配布しています			

当院の自宅退院基準
①自宅での生活が可能な能力（動作・認知）である
②セルフケアが自立または介護により可能である
③自宅復帰が困難な場合は施設や療養先への退院
④必要最低限の退院準備ができている

〒078-8801
旭川市緑が丘東1条1丁目1番1号
旭川リハビリテーション病院
電話　0166-65-0101

旭川リハビリテーション病院

R3．4月　改定