

患者氏名: _____ 様 発症日: _____ 年 月 日 入院日: _____ 年 月 日












経過	入院日～14日以内	回復期入棟後 2週間～1ヶ月以内	1ヶ月～5ヶ月未満	退院1ヶ月前	退院時
方向性	一般病棟→ 回復期病棟へ	方向性検討・決定 自宅・施設・転院	調整期	帰結先への準備・調整期	帰結
	カンファレンス	週1回実施 			
医師	<ul style="list-style-type: none"> ・診察 ・検査計画 ・リハ処方 ・食事指示 ・安静度指示 ・治療計画説明 ・合併症治療指示 ・患者・家族の意向確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・病状説明(予後提示) ・介護保険主治医意見書作成 ・回診 週1回実施  ・必要に応じて検査実施 <p style="text-align: center;">回診では、病状の経過、リハビリの進行状況、病棟生活状況確認 医師・看護・リハで実施</p>			
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・情報確認 ・リエントリー ・入院時評価 ・初期看護計画作成 ・日課表作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護計画の評価を行います(評価・修正) ・患者さんの介助量の検討を行いピクトグラムを使用して情報を共有します。(能力変化に応じて自立度を変化) ・日常生活動作目標の検討をします。 ・一日のスケジュール調整を行います。 			退院後の健康管理を指導します 退院後の生活に合わせた処置・指導を行います。
リハビリ PT OT ST	<p>PT:初期評価 (身体・運動機能など)</p> <p>OT:初期評価 (高次脳機能・ADL能力・上肢機能など)</p> <p>ST:初期評価 (言語、嚥下機能など)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・身体機能回復状況を医師・病棟と共有 ・家族へリハの進行状況報告・リハビリ面談の日程調整(2週間後) ・介護保険申請依頼 ・必要に応じて家屋写真の依頼 ・リハビリ面談実施 看護師・MSW同席 ・家族に入院生活状況報告・身体の動きを確認していただき、方向性の検討を行います。 ・予定退院時期を決定。 	<ul style="list-style-type: none"> ・方向性の変更があれば再度、リハビリ面談実施。 ・身体能力の変化に応じたプログラムの実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・家屋改修実施。MSW・ケアマネジャー同席のもと実施します。 ・家屋実施後、報告書作成 ・屋外歩行練習実施 ・福祉用具業者と介護用品使用について検討。 	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅改修のリチェック、家族指導のため訪問します。(退院時に) ・患者様・家族に退院後のリハビリの継続の必要性についてオリエンテーションを行います。
相談員	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面談 ・家族歴、入院前生活歴を聴取します。 		<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険の申請手続きの調整。 ・ケアマネジャーとの面談を行い、退院後に必要なサービス調整等を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ・施設入居の場合は、転院・施設入所に関する説明をします。 ・家屋改修同行時の介護保険サービスの説明と提案 	

退院基準			退院時情報	
I: [自宅退院基準] ・外來で通院が可能 ・セルフケアが自立、または家族介護により在宅生活が可能	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	III: [転院基準] ・継続した医療が必要	病院名 旭川脳神経外科循環器内科病院	主治医 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入院から退院までのおおまかな経過について(旭川脳神経外科循環器内科病院 入院診療計画表)

説明日: 年 月 日 説明者: _____

本人様(家族様)サイン: _____

経過	～2週間	～1ヶ月	1～5ヶ月	退院1ヶ月前
医師	<ul style="list-style-type: none"> 診察や検査を行うほか、治療計画やリハビリ計画を立て、患者様の移行を確認します。 また一般病棟から回復期リハビリテーション病棟への移動も検討します。 	<ul style="list-style-type: none"> 医学的な管理のほか補装具の検討を行います。また病状や予後の予測修正などを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 医学的な管理を行います。 補装具の検討を行います。 病状や予後の予測修正などを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の病状管理指導を行います。 
看護師	<ul style="list-style-type: none"> 情報確認を行い、医師の指示の下で病状管理を行います。全身状態の管理とともに最適なケアを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 病状管理を行い看護計画を再検討します。 病棟での日常生活動作向上のための援助を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 病状管理、看護計画を再検討のほか外出、外泊の調整を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の健康管理について説明します。
リハビリ PT() OT() ST()	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ各部門の担当者が患者様の状態を評価し患者様の状態に合わせてリハビリを実施します。 例)理学療法士→寝返りや座る練習、歩く練習等 作業療法士→実際の生活に即した動作や手指の細かな運動 言語聴覚士→言葉や食べるためのリハビリ 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ訓練や補装具、車椅子、自助具の検討などを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ訓練、外泊、外出の指導を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活を踏まえた訓練、生活指導を行います。また必要に応じて家屋調査や住宅改修のアドバイスを行います。 
相談員 MSW ()	<ul style="list-style-type: none"> 家族情報、入院前生活歴などの情報収集を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の生活の場所を伺います。 介護保険サービスの説明と申請方法について説明します。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅における介護サービスの説明を行います。 退院後の計画について確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護認定、身体障害者手帳申請の調整をし退院の調整をします。(転院、施設入所など)
カンファレ		初期カンファレンス	定期カンファレンス	退院前カンファレンス

目標	◎脳梗塞の症状悪化を予防する ◎合併症を予防し、残存筋力の低下、関節の拘縮を予防する	退院・転院基準	病状安定を条件として		
			I:【自宅退院基準】 ・外来で通院が可能 ・セルフケアが自立、または家族介護により在宅生活が可能。	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	III:【転院基準】 ・継続した医療が必要
			