

地域連携診療計画書のご案内 (その1) <全体像の概略>、(その2) <急性期から回復期へ>、(その3) <回復期から在宅・維持期へ>、(その4) <在宅・維持期から急性期病院へ>

(その1) <全体像の概略>:

急性期病院と回復期病院の役割とさまざまな在宅支援サービスがどの時期に活用されるか示されています。右の図の通り。

(その2) <急性期から回復期へ>:

医療機関同士が同じ方針で連携できるように、病状や治療経過と、継続すべき治療や禁止事項、今後の見通しなどが示されています。職種ごとに伝える内容が書かれています。

(その3)

<回復期から在宅・維持期へ>:

安心して在宅生活を送れるように、退院前に多職種が集まり、現状の確認と必要な介護サービスを検討します。

退院に向けて、在宅生活で必要なことを話し合います。ケアマネジャーの方も一緒に参加できると良いでしょう。

(その4)

<在宅・維持期から急性期病院へ>:

生活状況と実施されている介護内容や再発予防・合併症対策について、急性期病院への連絡とその後の方向性の確認をします。

はじめに、ご本人・ご家族で書ける範囲で生活状況を記入して下さい。ケアマネジャーの意見も記入して頂いて、かかりつけ医に退院月か翌月に受診して下さい。

<ご本人、ご家族さまへ>

地域連携診療計画書は(その1)～(その4)まであります。
 また、(その2)～(その4)はそれぞれの時期に説明を受けた上で、署名をお願いします。
 病気と上手に付き合いながら、今後の生活を考えていきます。
 生活習慣病のひとつである脳卒中の再発を予防し、合併症の悪化を来たさぬようにすることが必要です。
 そのためには、ご本人の努力とご家族の協力が重要となります。
 介護サービスを有効に利用することなど、これからの生活プランを一緒に考えていきましょう。

地域連携診療計画書(その1) <全体像の概略>

