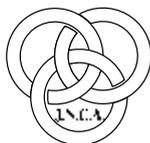


在宅移行の手引き

～ 医療・介護の連携に基づいた退院支援に向けて ～



平成 25 年 3 月



公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

目 次

1. はじめに	1
(1)本手引書作成の背景	1
(2)本手引書のねらい	1
(3)在宅移行を始めるにあたって	2
2. 在宅移行の対象者	3
3. 退院支援に使用する様式例	4
4. 具体的な退院支援の流れ	5
(1)スクリーニングを実施	6
(2)アセスメントを実施	6
(3)退院支援の開始	7
(4)退院カンファレンスの実施	9
(5)退院、退院後のフォロー、情報共有	10
5. 参考資料	11

1. はじめに

(1) 本手引書作成の背景

医療機関から在宅・施設へ患者が移行するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、円滑な移行を推進すること」が求められています。そのため、多くの病院では地域連携を推進するために退院支援部門である「地域連携室」が設けられ、退院後の在宅生活に対しての患者・家族の不安を軽減するため、在宅生活の相談支援や介護への助言指導、介護支援専門員(以下ケアマネジャーとします)の調整等に関する退院支援に係る役割を担っています。

しかし、地域連携室としての機能・役割は多種多様で、退院する患者の生活支援を行っていない医療機関や、行っても退院促進に終始し、患者の退院後の生活へ向けた意向支援や、地域の社会資源への調整が実践できていないなど、その活動や事業展開方法には格差が見られるのが現状です。地域連携パスを用いての連携も、一部を除いて病院間の連携にとどまることが多くなっています。

円滑な在宅への移行を図るためには、退院後も適切な医療・リハビリ・介護サービスの提供が受けられること、患者・家族の不安を軽減するための在宅生活のイメージづくりや介護への助言指導が重要となります。そのためには、患者・家族との十分な話し合いとともに退院時の状況(入院前との差異や今後の見通し等)を在宅生活に関わる医療機関やケアマネジャーを始めとする介護専門職に的確に情報伝達すること、連携体制を構築することが必要です。

(2) 本手引書のねらい

そこで、医療機関からシームレスな在宅・施設移行ができるような他機関との連携体制構築の推進に資することを目的とし、「病院での退院支援および医療・介護連携の現状の評価、情報共有・伝達方法ならびに、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携体制の効率化・標準化」を行い、地域連携室における業務を明確化して在宅移行に関する手引書を作成することとしました。

■本手引書のポイント

- ・ 入院から退院までの一連の流れをわかりやすく可視化する。
- ・ 特に、介護サービス事業所との連携を効果的に行う。
- ・ 患者・家族の意向を取り入れた、退院支援を行う。

本手順書においては、在宅移行に当たって必要となる退院支援のポイントとなる最小限の流れを示しており、各医療機関の実情を踏まえて適宜肉付けを行っていただき、自施設にあった在宅移行システムを構築することを意図しています。

全国の国保直診施設における具体的事例や、取組状況などを盛り込んでいますので、参考にしてください。

(3) 在宅移行を始めるにあたって



在宅移行を進めていく上では、多職種が協働して行うことが必要です。まず、在宅移行チーム作りを行いましょう。中心となる職種は看護職員・MSWです。さらに、主治医、リハビリ、ケアマネジャー等の様々な職種が関与することとなります。

地域連携室がある医療機関においては、地域連携室が中心となり、病棟と綿密に連携を取り合いながら在宅移行を進めていくことが重要です。また、病棟に退院支援を念頭に置いた退院調整看護師を配置している医療機関もあります。このように、院内で一丸となって在宅移行に取り組んでいくことが必要となるでしょう。

【事例】 病棟に在宅移行に向けてリンクナース（退院支援ナース）を置き、在宅移行に向けての取り組みを地域連携室と分担しながら行っている。入院時からの患者、家族との関わり、在宅療養連携指導などを通してのケアマネジャーとの情報交換、月1回の地域連携室や病院管理者などとのカンファレンスや随時の相談などを通して業務を行っている。

ただし、地域連携室がない医療機関においても、退院支援を実施することは可能です。地域連携室を置かず、受け持ちの看護師に情報集約している医療機関もあります。

【事例】 院内で退院支援を行うスタッフ（医師、看護師）と在宅医療（訪問診療・訪問看護）を行うスタッフが情報と経験を共有しており、一体感を保っているために、院長の方針により、地域連携室や退院支援担当看護師を置かず、受け持ち看護師に情報集約と退院調整の役割を持たせてチームケアでそれを重層的に支える仕組みとしており、週1回の在宅支援会議で地域包括支援センターや在宅スタッフとも情報共有できている。

このように、施設の規模や地域特性、人口特性等によって、在宅移行の取り組み状況は以下の3通りが考えられます。

- ① 地域連携室と病棟（看護師）に在宅移行担当者が配置されている
- ② 地域連携室に在宅移行担当者が配置されている
- ③ 地域連携室は設けず、病棟で在宅移行を行う

例えば、大規模の医療機関であれば、病棟にも退院支援担当者を配置することが求められると思いますが、小規模医療機関で地域の人口も少ない場合は、地域連携室に情報を集中されるパターンや、病棟で受け持ち看護師がスクリーニング、アセスメントを行っていくというパターンも考えられます。自施設と患者の状況にあった体制の構築が求められると言えるでしょう。

さらに、在宅移行後は、各種介護保険サービスを活用して療養を続けることが考えられますので、地域の居宅ケアマネジャーや介護サービス事業所関係者とも顔の見える関係を構築しておくことが必要となります。地域ぐるみで患者の情報が共有できる仕組みを構築することも考えられます。

【事例】 入院時、退院時の連携シートを地域で作成し、実際に活用している。

退院支援の実施体制は、各医療機関の実情、それを取り巻く地域環境によって千差万別ですが、

- 院内が一丸となって在宅移行に対する意識を持つこと
- 地域の介護サービス資源を効果的に活用できるよう、地域を巻き込んで、お互いに顔の見える関係を構築すること

などについては、どの施設にも当てはまる重要な要素です。

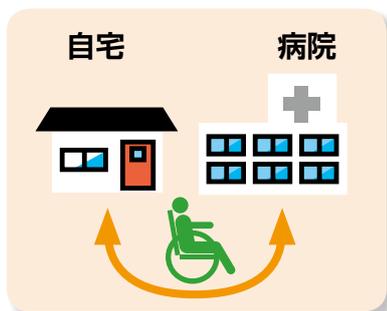
2. 在宅移行の対象者

本手引書においては、特に介護サービスとの連携に着目するため、以下のような患者の在宅移行を念頭に置いています。

- ・ 一般病床に入院した患者 かつ
- ・ 65歳以上の高齢者 かつ
- ・ 計画的入院(3日以内に退院が想定されるもの)以外の患者

この条件に当てはまる入院患者に対してスクリーニング、アセスメントを行います。在宅移行に際し、支援が必要と対象となる患者は高齢者かつハイリスク者(退院困難が予測される者)です。退院支援が必要な患者の状態像は以下のとおりです。

* 退院支援が必要な患者の状態像の例 *



▲再入院を繰り返している患者



▲褥瘡処置など退院後も高度で熟練的医療が必要な患者



▲入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者



◀独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できない状況にない患者



◀現行制度を利用しての在宅への意向が困難あるいは制度の対象外の患者
その他

3. 退院支援に使用する様式例

退院支援を行うに当たり、以下のような様式を活用します。

なお、本様式は一例ですので、各施設において使用しやすい形式に追加修正することは差し支えありません。

○スクリーニング票（様式1）

退院支援の必要性を判断するための、初回のスクリーニングのために使用します。

【記載する項目】

- ・ 在宅介護スクリーニング表
- ・ 保有している疾患、必要な医療処置等
- ・ 介護保険の状況、身体障害者手帳の有無、担当ケアマネジャー
- ・ 介護サービスの内容
- ・ 退院支援の必要性 等

○アセスメント票（様式2）

退院支援の必要性を確定するためのアセスメントのために使用します。

【記載する項目】

- ・ 主疾患、症状、医療処置等
- ・ ADL、家庭環境
- ・ 希望する退院先
- ・ 経済的問題の有無、社会復帰への支援の要・不要
- ・ 退院後の生活についての希望や不安事項等
- ・ 退院支援の必要性とその理由 等

○退院支援計画書（様式3）

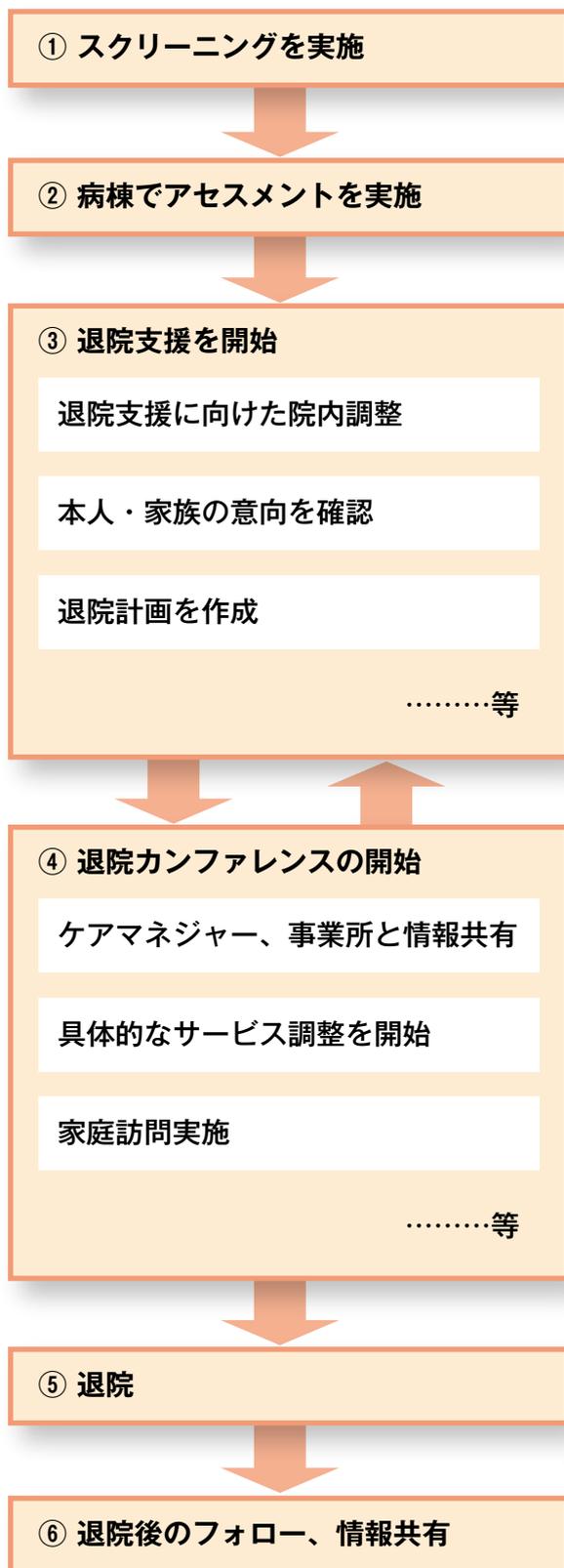
退院支援計画の内容を記載します。

【記載する項目】

- ・ 病名、退院困難な理由
- ・ 退院に係る問題点・課題等
- ・ 退院へ向けた目標設定、支援期間、支援の概要
- ・ 予想される退院先
- ・ 退院後に利用が予想される社会福祉サービス 等

4. 具体的な退院支援の流れ

退院支援の具体的な流れは以下のとおりです。



スクリーニング票（様式1）

アセスメント票（様式2）

①は入院直後（～48時間を
目処）、②はスクリーニングが
終了次第1週間以内を目処
に速やかに実施する。

退院支援計画書（様式3）

なお、③、④のプロセスは、患
者の状態像の変化や介護者の
都合等によって反復して行わ
れる場合がある。



(1) スクリーニングを実施

入院後48時間以内に、退院支援の必要性を判断するスクリーニングを行います。スクリーニングは、1) 一般病床に入院し、2) 65歳以上で、3) 計画的入院(3日以内に退院が想定されるもの)ではない患者に対して実施します。

様式1：在宅移行スクリーニング票を使用します。

スクリーニング票を記載し、入院時の段階で退院支援が必要な患者であるかどうかを判断します。記入は退院支援の担当者または病棟看護師が実施してください。

■スクリーニング実施時のポイント

- 可能な限り、入院後48時間以内にスクリーニングを実施する。
- その後、アセスメントにつなげることで、早期に退院支援・計画作成につなげることができる。

■スクリーニング実施時における工夫点（事例）

- 入院時に今後の希望(在宅もしくは施設)を聞いて、施設希望時は介護度の確認と、施設の申し込み状況を確認している。
- 入院時は連携室員が、ケアマネジャーからの情報及び他院連携室からの情報を入院病棟へ提供している。直接、病棟看護師が、紹介元等に照会し情報を得る場合もある。
- 入院後早期にリハビリスタッフによるADLの評価を行い、情報を基に退院後の家庭環境の把握、家族の受け入れ、入院前の介護サービス内容の把握を行っている。
- 会議には積極的に参加し、患者の情報を共有するとともに、困難事例の検討を行っている。スクリーニングは病棟ナースが記入し、翌日には連携室に届く流れになっている。

(2) アセスメントを実施

(1)において退院支援が必要と判断された患者に対して、病棟もしくは、退院支援担当者(看護師/MSW)によるアセスメントを実施します。

様式2：在宅移行アセスメント票を使用します。

アセスメントは、(1)のスクリーニングが実施されてから1週間以内に実施してください。

また、アセスメント実施までに、担当ケアマネジャー(介護保険利用者の場合)に当該患者が入院したことを伝え、入院時情報提供書を入手するよう働きかけをお願いします。

■アセスメント実施時のポイント

- ・ 介護保険利用者の場合、担当ケアマネジャーから入院時情報提供書を入手する。

■アセスメント実施時における工夫点（事例）

- ・ アセスメントを病棟担当者と医療連携課担当者が共同で実施している。

(3) 退院支援の開始

(1)、(2)の結果を踏まえて、最終的に退院が困難であり、かつ退院支援が必要とされた患者について、退院調整を開始します。ここでは、主として以下の内容を行います。なお、以下は治療と並行して行うこととなります。

○退院支援にむけた院内調整

退院にむけ、院内の支援体制を構築します。自施設内の状況に合わせて、退院支援に向けた調整を行いましょう。

例えば、退院支援担当者は、退院支援が必要な患者であることを病棟看護師に周知し、連絡を密にして当該患者の申し送り、病状説明、カンファレンス等に積極的に参加して患者情報を共有するとともに、病棟看護師に対する意識付けを実施してください。また今後の退院の見通しについて、医師から患者や家族に対して説明を行い、今後予測される状況についての理解を得るようにしておいてください。

○本人・家族の意向を確認

本人、家族と退院支援に向けた相談、意向確認をおこないます。ただし、本人やご家族にとっては、入院後にすぐ退院の話をされることに対して戸惑う方もいらっしゃいます。「早く出そうと思っているのか」と不信感を持たれないよう留意しつつ調整を行いましょう。

また、自宅に戻ることは難しいと思い込んでいる方もいらっしゃいます。その場合は、最初は施設について言及してみるなど、様々な角度からアプローチしてみることも重要です。

【事例】 在宅復帰について、初めは抵抗感がある人でも、「施設を申し込みに行きましょう。」→待っている間に、「病状も回復して良くなってきましたね。」→「では、施設が空くまでの間一旦在宅にしてみよう。」とアプローチするのがこつ。施設は費用もかかるので、デイサービス、ショートステイを組み合わせればなんとか在宅が可能と考える方もいる。

在宅生活時の状況を本人・家族から聞き取るとともに、可能であれば患者宅を訪問し、住宅の状況、介護力の有無等を確認しましょう。

○退院計画を作成

当該患者の退院支援計画書を作成します。ケアマネジャーから取得した入院時情報提供書等も参考にし、退院までの課題、目標設定、退院後に使用するサービス等について計画を作成します。

退院計画の作成は、患者・家族への説明が終わり次第実施してください。

様式3：退院支援計画書を使用します。

作成した計画は、病棟看護師、地域連携室職員、患者・家族すべてと共有し、退院に向けたスケジュールについて共通理解を得ます。

○その他

当該患者が介護保険未申請の場合は、退院後に必要なサービスが利用できるように申請の支援を行う等、当該患者の退院支援に当たって必要な調整を行います。

■退院支援開始時のポイント

- 退院支援計画の作成は、入院から1週間をめどとして着手する。入院した段階で主治医が退院時期の目安を出すことが必要。
- 患者さんが「追い出されるのか」と感じるようなことがないよう、本人・家族が納得して退院に踏み出せるように、十分なコミュニケーションをとりながらアプローチを行う。

■退院支援開始時における工夫点（事例）

- 1週間以内に退院支援計画書に取り組めるよう心掛けている。病棟によって違いがあるが、本人・家族の言葉を計画書に記入し、必要であれば退院前訪問（看護師・PT・MSW・ケアマネジャー・介護サービス事業者）で実施している。
- アセスメント結果が判明後直ちに退院支援計画書を作成している。



(4) 退院カンファレンスの実施

多職種によるカンファレンスを開催し、多職種の視点から在宅生活に向けた課題を提示します。退院カンファレンスの開催や家族の同意取得、家庭訪問実施等などについての調整も行います。

○ケアマネジャー、事業所と情報共有

退院カンファレンスを開催し、ケアマネジャー等、地域調整担当者同席の下、課題解決に向けて議論し、当該患者が退院するに当たって必要なサービス、支援の内容を共有します。ケアマネジャーには、退院カンファレンスを開く1週間前には連絡し、調整しましょう。

カンファレンスへの参加職種は以下を想定しています。患者が必要となると思われる介護サービス事業所等への出席依頼も行いましょう。

- 退院支援担当者
- 主治医
- 病棟看護師
- 地域の医療機関、歯科医療機関
- 居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)
- 訪問看護ステーション
- 訪問リハビリテーション事業所
- 訪問介護事業所
- その他(施設等への退院の場合は、当該施設の職員も含める)
- 本人、家族

○具体的な調整を実施

本人・家族に説明し、同意が得られたところで、具体的な調整を開始します。ケアマネジャー等と連携して、退院日、サービス開始日等の具体的な調整を実施してください。ケアマネジャーに対しては、診療情報提供書の提供を依頼しましょう。

退院支援においては、地域のケアマネジャー、介護サービス事業所との適切な連携を行いつつ、患者・家族の退院後の生活の状況を見通して実施してください。また、調整中に患者の状態像、生活状況(家族の状況等)に変化が見られた場合は、カンファレンスを開催して退院計画を適宜患者の現状に合わせて見直すことも必要です。

ケアマネジャー等、介護サービス事業所のスタッフについても、できるだけカンファレンスに参加いただくようにしましょう。

○家庭訪問の実施

訪問リハビリテーション事業所担当者等と連携して、退院前の患者宅への訪問等を実施してください。患者の生活状況を把握し、退院計画の修正等を行い、スムーズな退院につなげてください。

■退院カンファレンス実施の際のポイント

- 介護保険利用者の場合、担当ケアマネジャーにはカンファレンス開催の1週間前までに連絡する。
- カンファレンスには可能な限り多職種の参加を依頼する。

■退院カンファレンス実施時における工夫点（事例）

- 病院スタッフ、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護老人保健施設、地域包括サブセンター等のメンバーで、在宅ケア会議を月1回行い、情報収集・共有を行っている。
- 退院支援カンファレンスは入院当日、もしくは翌日から、退院迄、定期的に開催し、退院計画の立案、見直しを継続して行っている。医療上、生活介護上の検討課題を洗いだし、目標支援期間や支援内容を明らかにしている。
- 住宅改修など退院前に事前調査が必要な患者様には理学療法士等が退院前の事前訪問をしている。
- 専門職間で事前に連絡を取り合い、カンファレンス時に本人、家族に具体的にサービス提案できるように調整する。カンファレンス後も、新たに気づいたことなどお互いに連絡を取り合い、共有していく。

(5) 退院、退院後のフォロー、情報共有

サービス調整結果が、患者が在宅で生活する上での課題を解決していることを確認するとともに、退院後に地域で継続的に生活できるかどうかを確認してください。

退院後は、患者の退院後の状況について、できるだけ情報を共有できるようにしましょう。

■退院後のフォローにおけるポイント

- 外来通院の際や、近所を訪問した際などに立ち寄るなど、定期的に当該患者に対してコンタクトを取る。
- 介護保険サービス利用者の場合には、居宅ケアマネジャーなどから情報を得る。

■退院後のフォローにおける工夫点（事例）

- 退院後、すぐサービス開始となるケースは、外来時や電話での状態確認や、自宅での生活についての情報収集をしている。サービス開始に時間がかかってしまう時、外来看護師や退院支援部門の訪問を実施している。
- 退院後、当院の訪問看護やケアマネジャーが関わっている方は、月1回の在宅医療推進会議で報告、評価を行っている。
- ケースにより、訪問診察を行っている。退院患者の受診に関する事など、ケアマネジャーからの相談について、総合相談窓口で対応している。

5. 参考資料

在宅移行スクリーニング票（様式1）

患者 NO：	
患者氏名：	様
病棟	

入院日	
スクリーニング実施日	

入院前場所	1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料老人ホーム・グループホーム 6. その他()
-------	---

1. 在宅介護スクリーニング表

	0	1	2	4	備考
1 介護者	病弱	健康			介護者がいない、頼れない場合は「病弱」の扱い
2 介護を代われる者	いない	いる			
3 患者の療養室	なし	あり			施設入所者の場合「なし」の扱い
4 食事	介助	自立			セッティングが必要でも自力摂取できれば「自立」の扱い
5 着衣	介助	自立			セッティングが必要でも自力更衣できれば「自立」の扱い
6 入浴	介助	自立			
7 行動障害	あり		なし		下記の「認知症等」による症状があれば「あり」の扱い
8 介護者の介護意欲	不良		普通	良好	
9 介護者の専念	不可能	可能			介護のために退職・休職する予定があれば「可能」の扱い
10 公的年金以外の収入	なし	あり			同居家人の収入も含む
11 住宅	借家	自宅			施設入所者の場合は「借家」の扱い
12 排便	介助	自立			ポータブルトイレ使用の場合は「自立」の扱い
13 屋内移動	介助	自立			杖～車椅子で移動可能な家屋なら「自立」の扱い
14 意思疎通障害	あり	なし			認知症・高次機能障害・失語症がある場合は「あり」の扱い
15 医療処置	あり	なし			下記の「医療依存度」に該当する項目があれば「あり」の扱い
16 患者の闘病意欲	不良	普通			
合計					→合計()点

※スコアの区分 10点<：ハイリスクでかなり在宅困難 11点：境界線 12点>：在宅可能

※医療依存度：（中心静脈栄養・気管切開・在宅酸素・胃瘻・経管栄養・ストマ・バルーンカテーテル）

※認知症等：（夜間せん妄・徘徊・暴言・暴力・不潔行為・物とられ妄想）

2. 保有している疾患・必要な医療処置等

--

3. 社会資源の情報

介護保険	(なし・あり) →(未申請・非該当・申請中・自立・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)
身体障害者手帳	(なし・あり) 種 級
居宅介護支援事業所	
担当ケアマネジャー	
介護サービスの内容	

※現時点での退院支援の必要性(いずれかにチェック)⇒ 必要あり 必要なし

参考文献：宮森正、岡島重孝「在宅介護スコアの開発」『日本プライマリ・ケア学会誌』vol.15, No.4, 1992, pp.58-64

在宅移行アセスメント票（様式2）

患者 NO：		入院日	
患者氏名：	様	スクリーニング実施日	
病棟		アセスメント実施日	

■ 退院支援(在宅移行)アセスメント

区分	項目(当てはまるものすべてに○)		記入日：
主疾患	1. 脳血管障害 2. 悪性新生物 3. 難治性神経疾患 4. 心疾患 5. 骨折 6. 慢性呼吸器疾患 7. 糖尿病 8. うつ病 9. 認知症 10. その他()		/
症状	1. 意識レベル低下 2. 終末期 3. 麻痺 4. 摂食・嚥下障害 5. 低栄養 6. 褥瘡 7. 脱水 8. 認知症に伴う行動・心理障害(BPSD) 9. 疼痛またはその他の苦痛症状 10. その他()		
医療処置 (退院後予測)	1. 中心静脈栄養 2. 気管切開 3. 在宅酸素 4. 胃ろう 5. 経管栄養 6. ストマ 7. バルーンカテーテル 8. その他() 9. 特になし		
入院形態	1. 再入院(ア.1ヶ月以内 イ.2ヶ月以内 ウ.半年以内) 2. 緊急入院 3. その他()		
ADL	1. 移動要介助 2. 排泄要介助 3. 食事要介助	コミュニケーション障害	1. 言語障害 2. 視力障害 3. 聴力障害 4. その他()
家庭・環境	1. 独居・介護者不在 2. 高齢者世帯 3. 日中独居 4. その他()		
希望する 退院先	本人	1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料老人ホーム・グループホーム 6. その他() 7. 未確認	
	家族	1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料老人ホーム・グループホーム 6. その他() 7. 未確認	
経済的問題	1. あり 2. なし	社会復帰への支援	1. 必要 2. 不要
退院後の生活についての希望、 不安事項等			

■ 退院支援(在宅移行)の必要性について

退院支援担当者	氏名() 部署名()
支援の必要性 ※○は一つ	1. 担当者が中心となり対応 2. 病棟看護師が中心となり対応 3. 不要
支援が必要な理由 ※○はいくつでも可	1. 再入院を繰り返している患者 2. 退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者 3. 入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者 4. 独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者 5. 現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者 6. その他()

退院支援計画書（様式 3）

患者 NO.		病棟(病室)	
--------	--	--------	--

様

 入院日：
 計画日：
 変更日：

病名			
退院困難な要因			
患者以外の相談者			
退院支援計画を行う者の氏名			
退院に係る問題点、課題等	<input type="checkbox"/> 退院後の療養先 <input type="checkbox"/> 介護のこと <input type="checkbox"/> 病状の不安 <input type="checkbox"/> 医療処置のこと <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> その他()		
退院へ向けた目標設定、 支援期間、支援概要	<現在利用中のサービス> 介護保険： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 要介護度() 障害者手帳： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 肢体・内部・視覚・聴覚・言語・ 級 その他：		
	<退院計画の目標> <input type="checkbox"/> 退院後の療養先を決定 <input type="checkbox"/> 介護保険等の在宅ケアの準備 <input type="checkbox"/> 転院・施設の選定 <input type="checkbox"/> 医療費・療養費について検討 <input type="checkbox"/> その他()		
	<支援概要> <支援期間>		
予想される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他()		
退院後に利用が予想される 社会福祉サービス等	<制度> <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他() <サービス> <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> その他()		
退院後に利用が予測される社会福祉 サービスの担当者			

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものです。

(病棟退院支援計画担当者)

印

(地域連携室退院支援計画担当者)

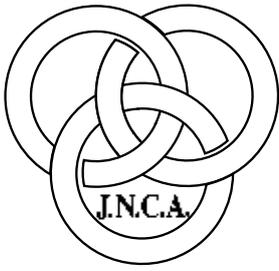
印

この説明により、退院支援計画についてよく理解できましたので同意します。

患者様氏名：

代理人氏名：

(関係：)



*このパンフレットは、平成24年度老人保健事業推進費等補助金による「在宅移行に向けた介護サービス事業所等との効果的な連携体制構築のための調査研究事業」により作成したものです。

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 芝大門エクセレントビル 4F
TEL:03-6809-2466 FAX:03-6809-2499 URL:<http://www.kokushinkyo.or.jp/>