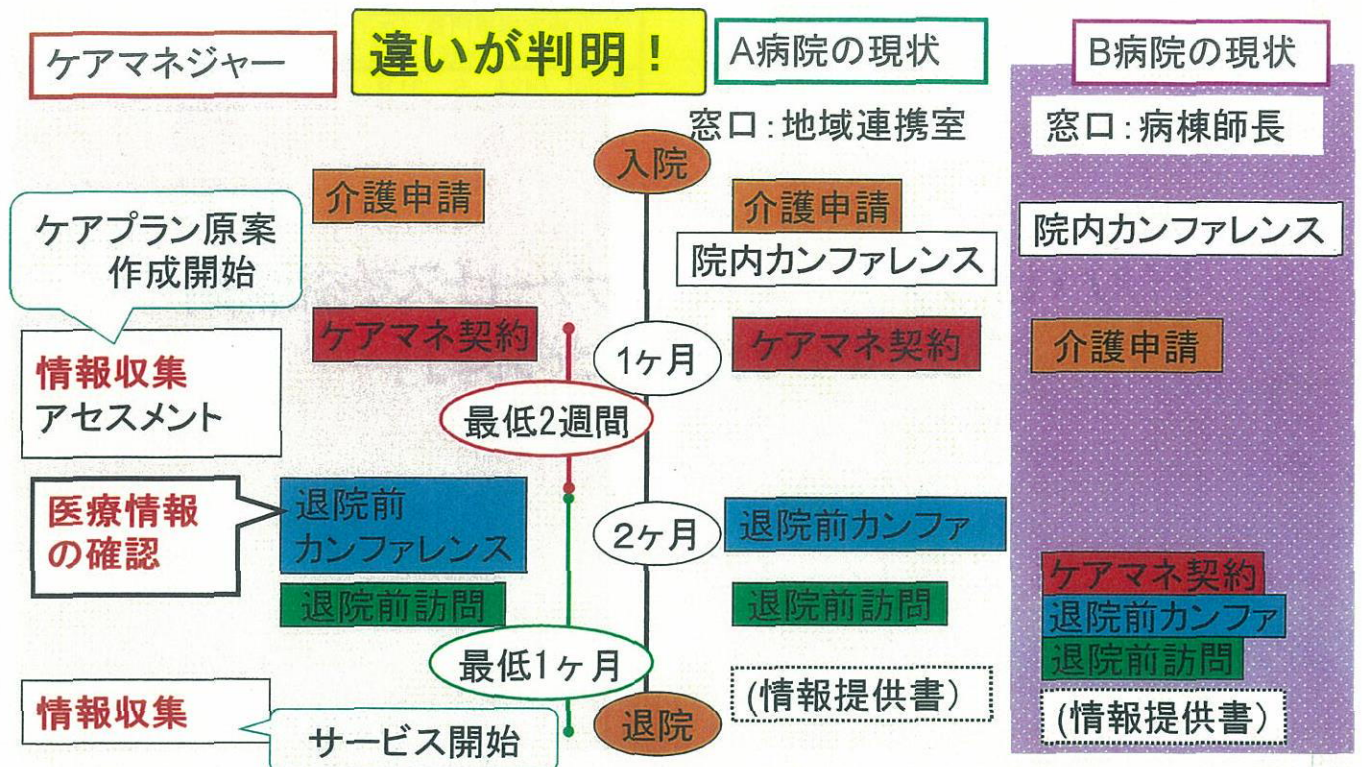


「リハビリテーションサービスを活用 していただくために」

認識を変える

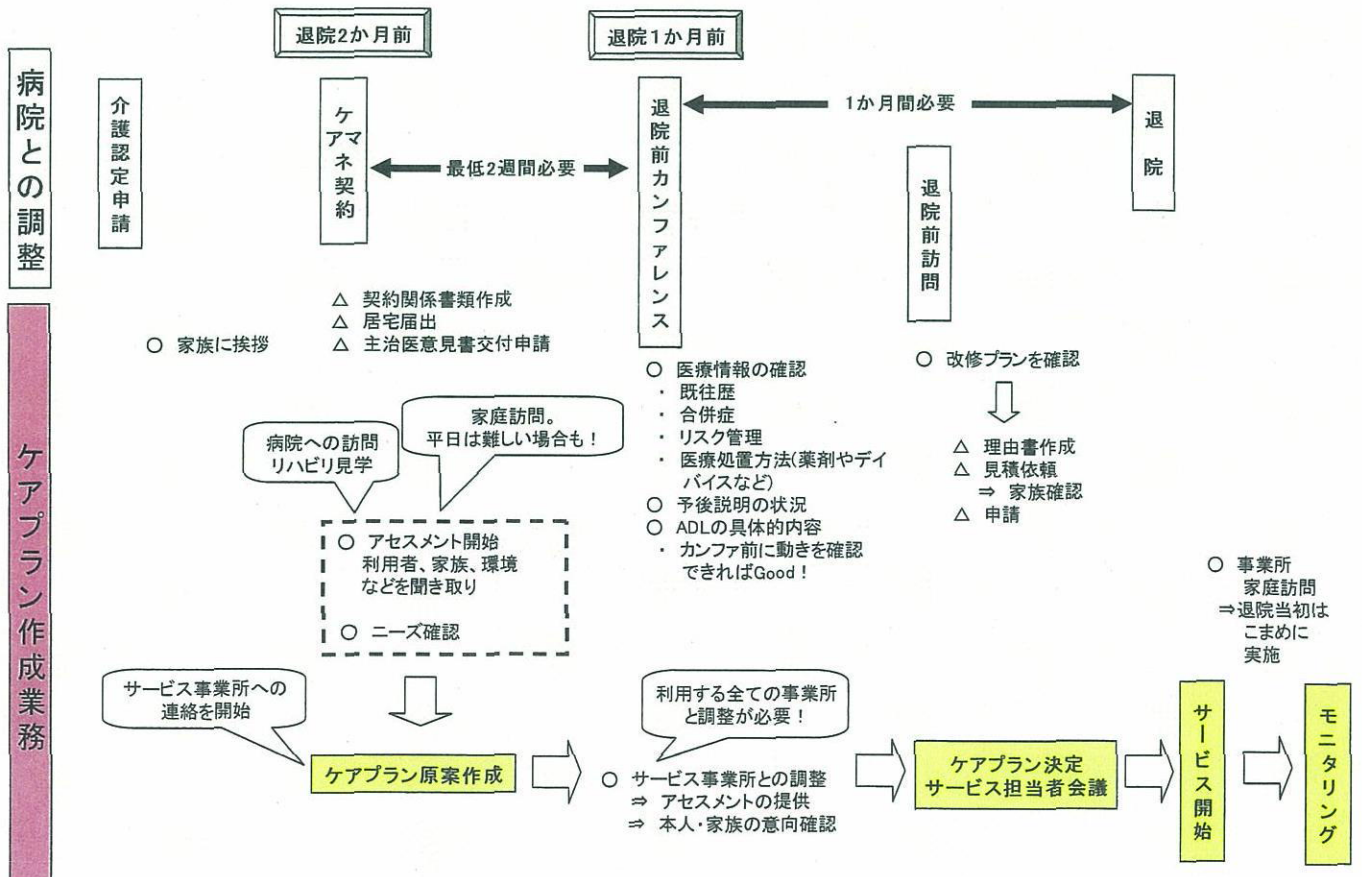
時間と機会とツール

退院調整の流れを確認(3ヶ月コース)

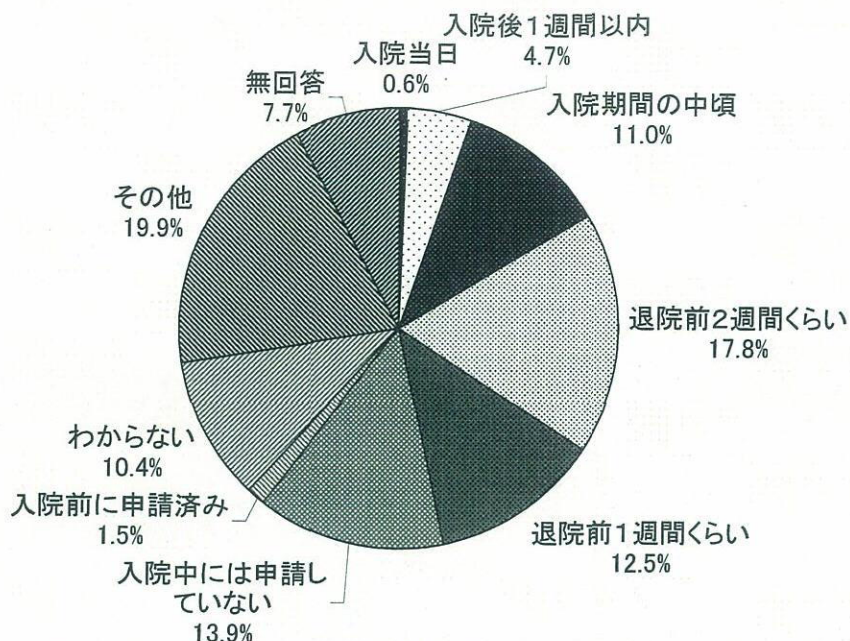


姫路市地域リハビリテーション支援センター榎本 由佳 先生より 2

ケアプラン作成業務(モデルケース)



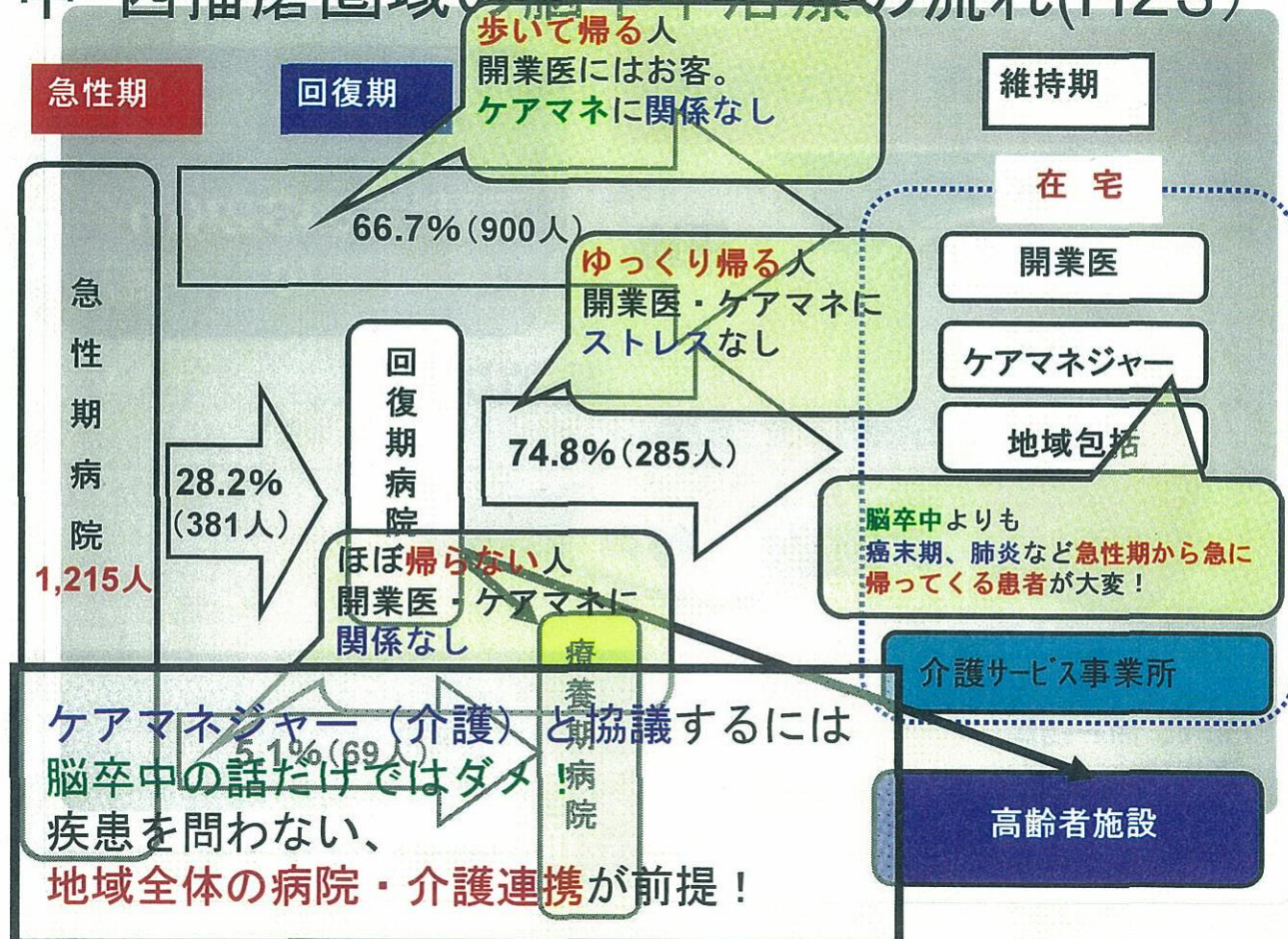
○介護保険でのリハビリテーションについて



No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	検討していた	133	39.5
2	検討していなかった	75	22.3
3	ケアマネに全面的に任せていた	71	21.1
	無回答	58	17.2
	N (%ベース)	337	100.0

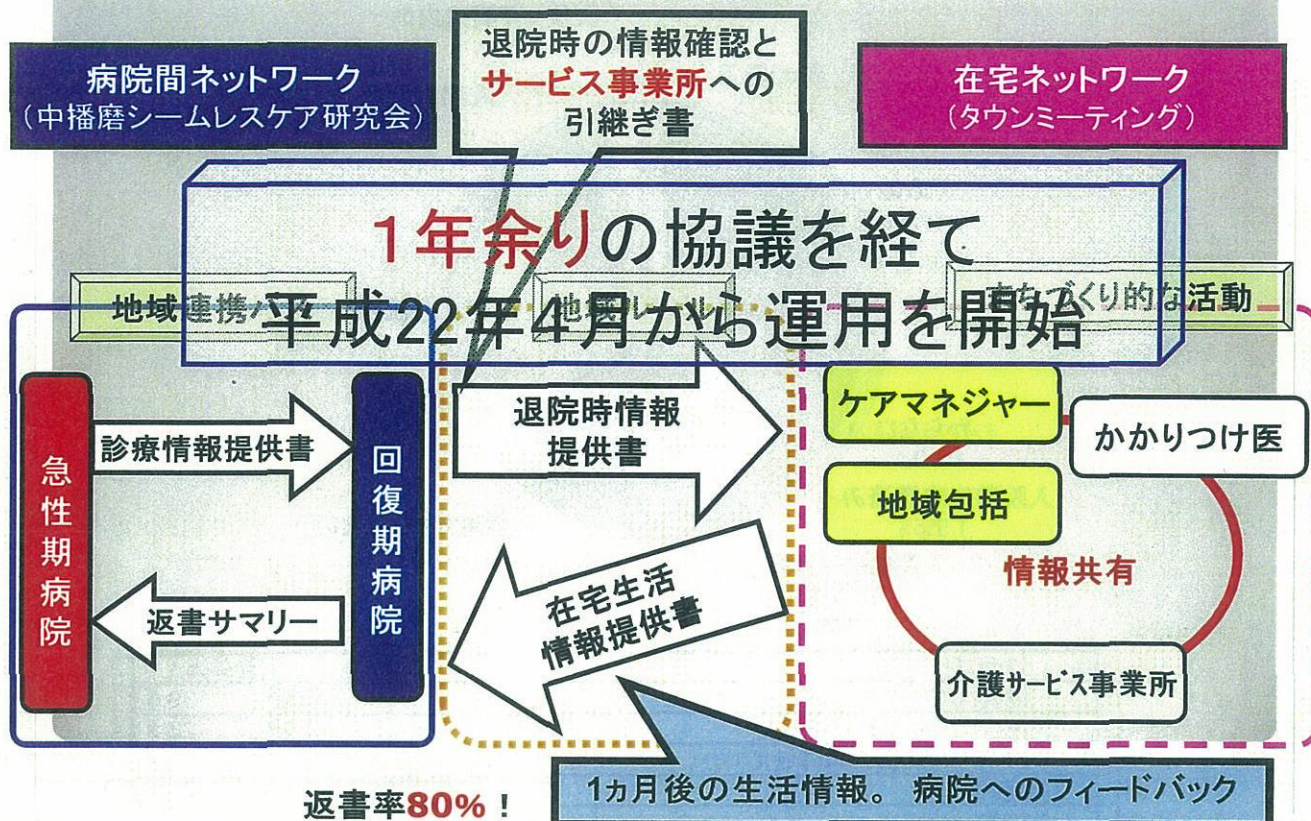
4

中・西播磨圏域の脳卒中治療の流れ(H23)



5

回復期－在宅退院時情報共有ルール(脳卒中)



姫路市地域リハビリテーション支援センター兼子 芳文 先生より 6

兵庫県 西・中播磨



両圏域足して
人口 **86万人**
面積は**2432Km²**
(大阪府の**1.3倍**)

元々、同一圏域。
医療的に一体と
考えて活動しています。

大分県は、
人口 **120万人**
面積；**6,340Km²**

中・西播磨の脳卒中病院ネットワーク

平成18年～

急性期

姫路赤十字病院、姫路医療センター、姫路中央病院
姫路循環器病センター、県立加古川医療センター
新日鉄広畑病院、ツカザキ病院、共立病院、長久病院
姫路聖マリア病院、赤穂市民病院、赤穂中央病院

回復期

石川病院、入江病院、八家病院、ツカザキ記念病院
広畑センチュリー病院、姫路田中病院、赤穂中央病院
城南多胡病院、公立神崎病院、県立西播磨総合リハ
中央総合病院

療養型

厚生病院、中谷病院、姫路第一病院、国富胃腸病院
姫路田中病院、八家病院、書写病院・・・

その他

姫路市保健所、姫路市医師会、
中播磨県民局

8

病院ネットワークができて・・・



誰と連携すればいいのか・・・

9

タウンミーティング

2008.3.18



保健所の呼びかけで、
在宅ケアの皆さんが集合！

10

在宅ネットワークの 「幹事会」発足 20.6.18



在宅のネットワークを作って
病院ネットワークと協議しよう！

姫路市保健所

11

病院ネットワーク会合へ参加

2008_11_12

保健所

在宅ネットワークの代表
です。
病院の皆さんと連携について
協議したいと思います！

ケアマネジャー

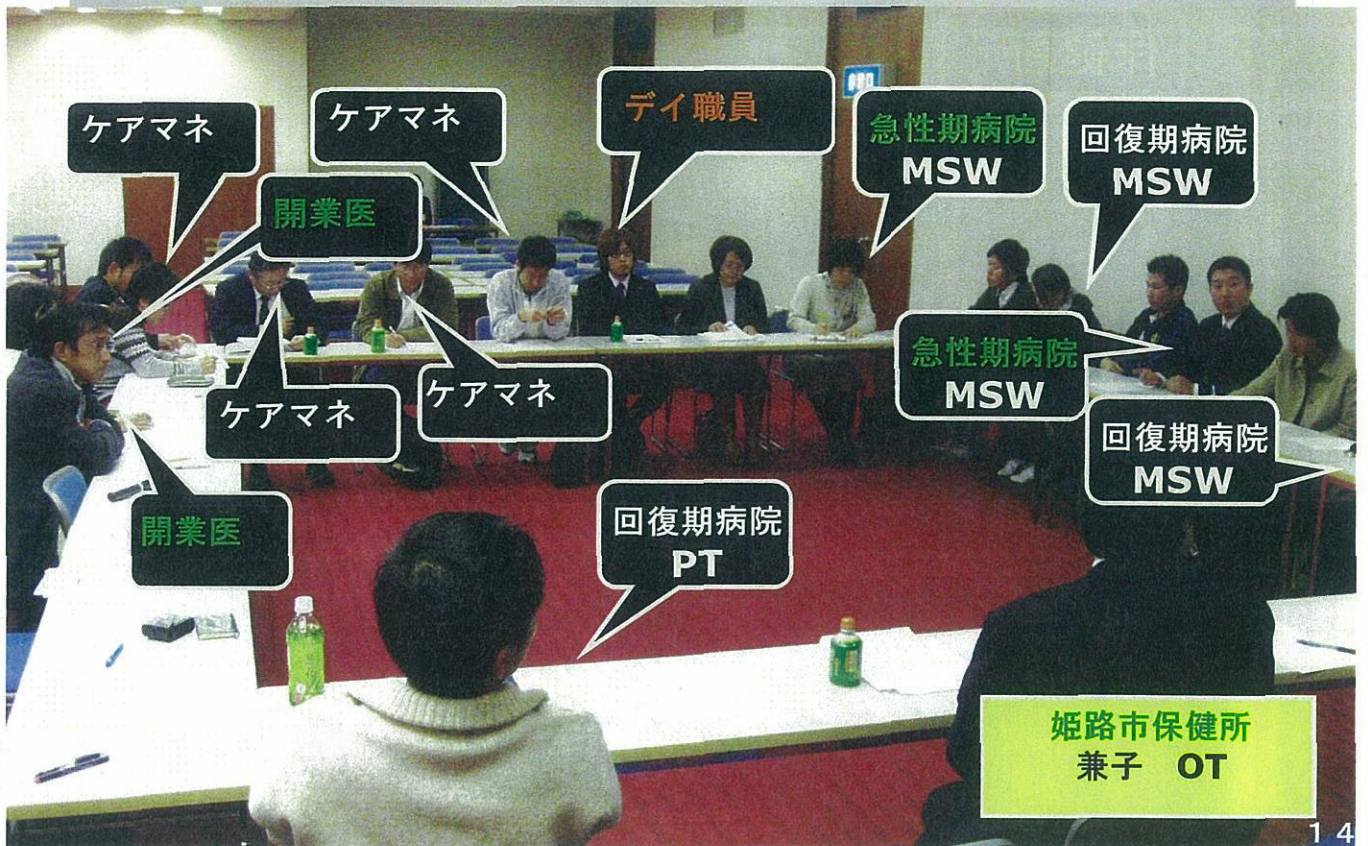
ークの
ん

12

ここまできて、やっと
病院・在宅の連携協議！

病院・開業医・在宅スタッフの協議

2008_11_19



14

全体で議論



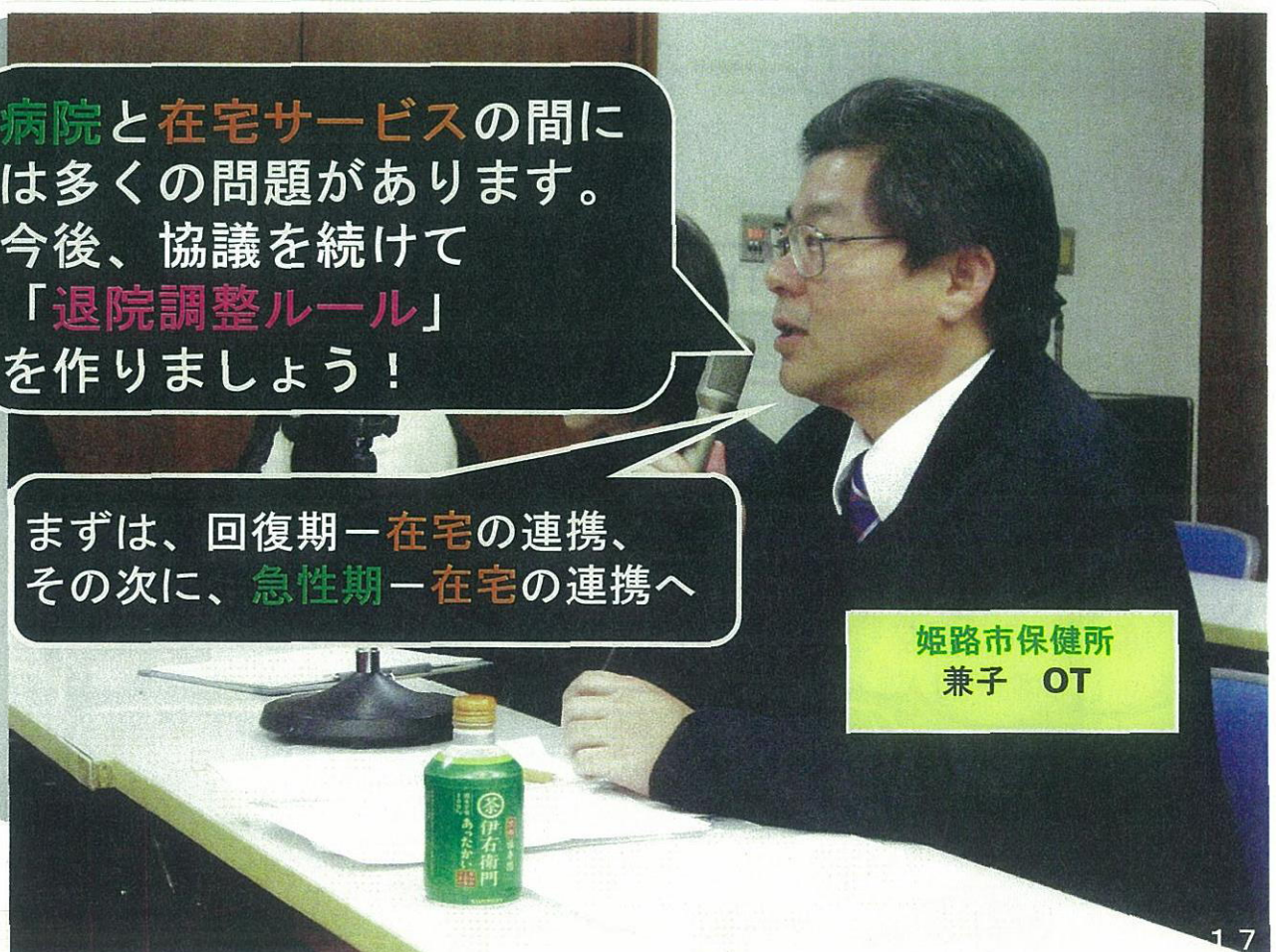
15

テーマは「退院調整」



病院と在宅サービスの間には多くの問題があります。今後、協議を続けて「退院調整ルール」を作りましょう！

まずは、回復期－在宅の連携、その次に、急性期－在宅の連携へ



回復期病院－在宅の協議

まずは、グループワークから 20.12.17

ケアマネジャー 包括支援グループ

病院に言いたいことが
あり過ぎて困るわ！！

18

回復期病院－在宅の協議を継続

2009.9.16

病院Thr⇔在宅Thr・介護サービス事業所グループ

在宅セラピスト

サービス事業所

サービス
事業所

協議を重ねながら
お互いを理解し、
顔の見える関係
へ

病院セラピスト

病院セラピスト

情報提供書を作ろう！
「在宅側がほしい情報を
病院側の負担にならない範囲で」

19

病院、介護でのリハの現状

20

利用者が求めている内容は？

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	20歳未満	16	1.1
2	20～29歳	58	3.9
3	30～39歳	179	11.9
4	40～49歳	155	10.3
5	50～59歳	219	14.6
6	60～64歳	208	13.9
7	65歳以上	653	43.5
	無回答	12	0.8
	N (%ベース)	1500	100.0

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	男性	1123	74.9
2	女性	365	24.3
	無回答	12	0.8
	N (%ベース)	1500	100.0

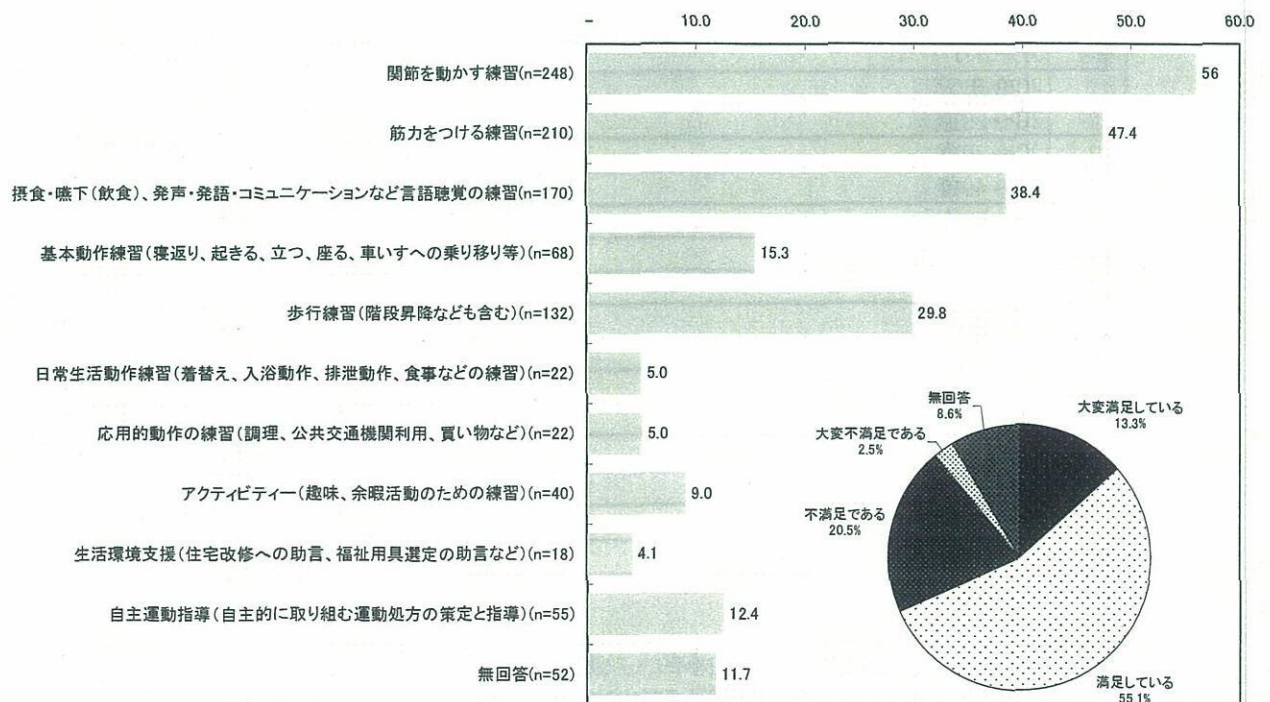
医療保険と介護保険における効率的・効果的リハビリテーション
サービス連携のための調査事業「医師・看護師を対象とする調査」調査結果報告より

21

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	脳梗塞	430	28.7
2	脳出血	444	29.6
3	脳挫傷	272	18.1
4	認知症	4	0.3
5	高血圧症	8	0.5
6	虚血性心疾患	3	0.2
7	その他心疾患	16	1.1
8	糖尿病	8	0.5
9	脂質異常症	-	-
10	肺炎	2	0.1
11	白内障	-	-
12	関節症	7	0.5
13	骨密度障害	2	0.1
14	脊髄損傷	112	7.5
15	大腿骨骨折	13	0.9
16	その他骨折	11	0.7
17	脊椎障害	20	1.3
18	呼吸器疾患	2	0.1
19	悪性腫瘍	13	0.9
20	消化器疾患	1	0.1
21	尿路系疾患	1	0.1
22	腎疾患	2	0.1
23	パーキンソン病／症候群	2	0.1
24	その他神経系疾患	14	0.9
25	うつ	2	0.1
26	その他	180	12.0
	無回答	18	1.2
	N (%ベース)	1500	100.0

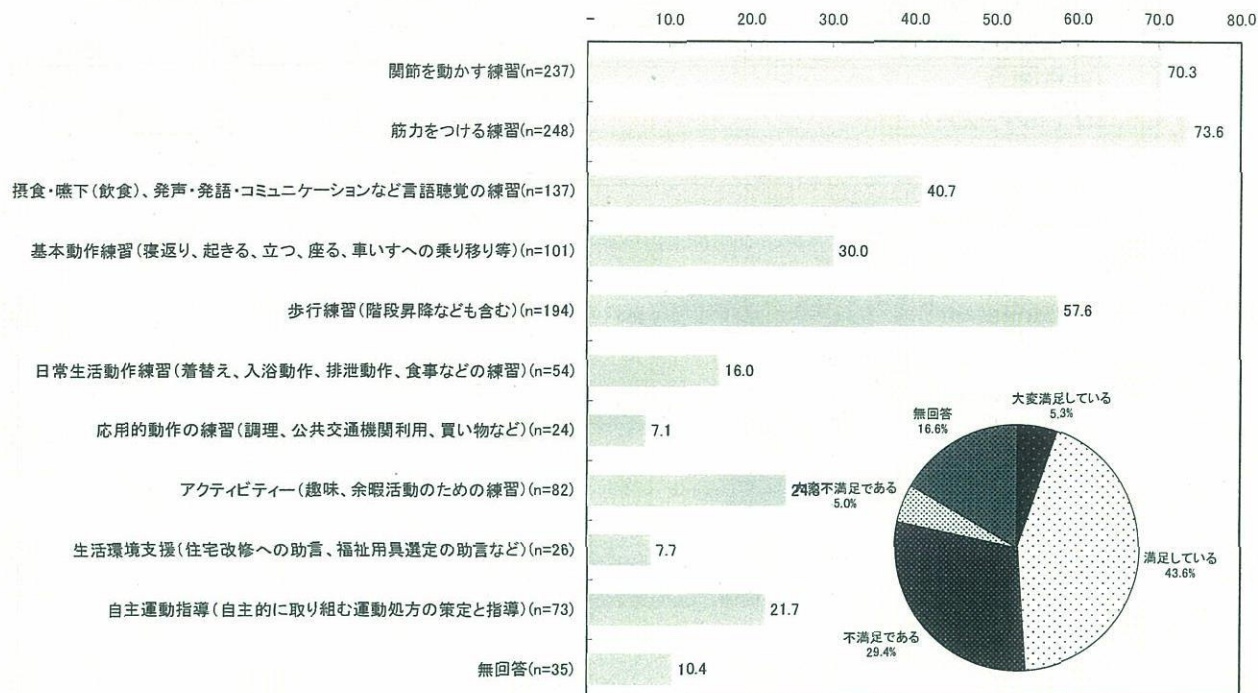
22

病院でのリハビリプログラムの内容と満足度



23

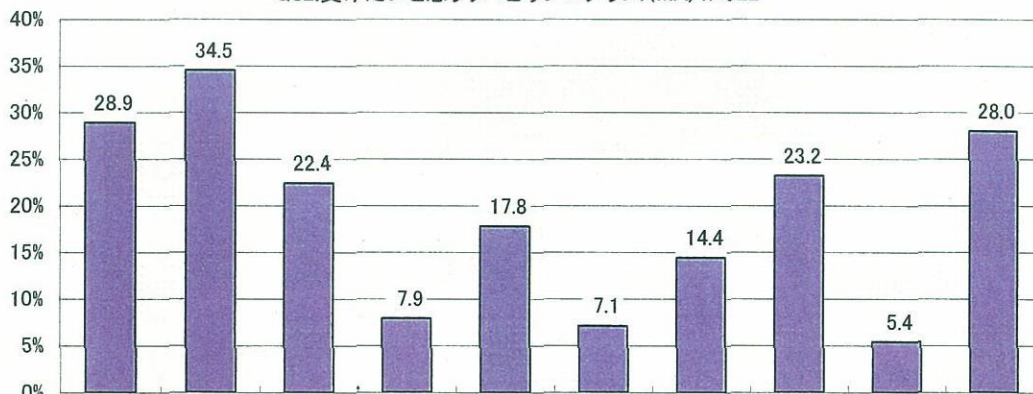
介護保険でのリハビリプログラムの内容と満足度



24

受けたいプログラム

Q32.受けたいと思うリハビリプログラム (MA) n=522

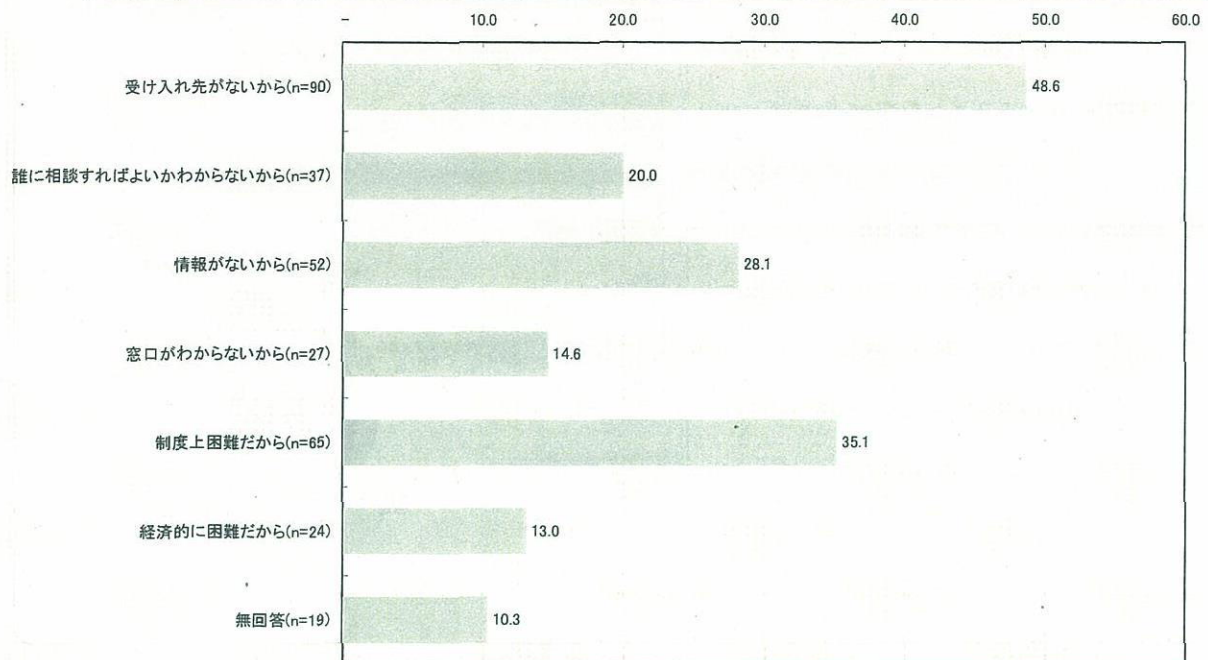


上段:度数 下段:%	合計	関節を動かす練習	筋力をつける練習	摂食・嚥下(飲食)、発声・発語・コミュニケーションなど言語聴覚の練習	基本動作練習(寝返り、起きる、立つ、座る、車いすへの乗り移り等)	歩行練習(階段昇降なども含む)	日常生活動作練習(着替え、入浴動作、排泄動作、食事などの練習)	応用的動作の練習(調理、公共交通機関利用、買い物など)	アクティビティー(趣味、余暇活動のための練習)	生活環境支援(住宅改修への助言、福祉用具選定の助言など)	自主運動指導(自主的に取り組む運動処方の策定と指導)	無回答
全体	522 100.0	151 28.9	180 34.5	117 22.4	41 7.9	93 17.8	37 7.1	75 14.4	121 23.2	28 5.4	146 28.0	171 32.8
1ヵ月のリハ日数(平均)	件数 133	133 10.8日	153 11.0日	98 9.1日	34 10.9日	79 12.0日	30 12.0日	67 6.6日	103 6.3日	22 4.3日	122 6.6日	—
1日のリハ分数(平均)	件数 129	129 38.6分	147 42.1分	97 49.3分	32 37.3分	76 40.1分	27 35.8分	58 67.2分	98 68.6分	21 36.0分	116 46.6分	—

25

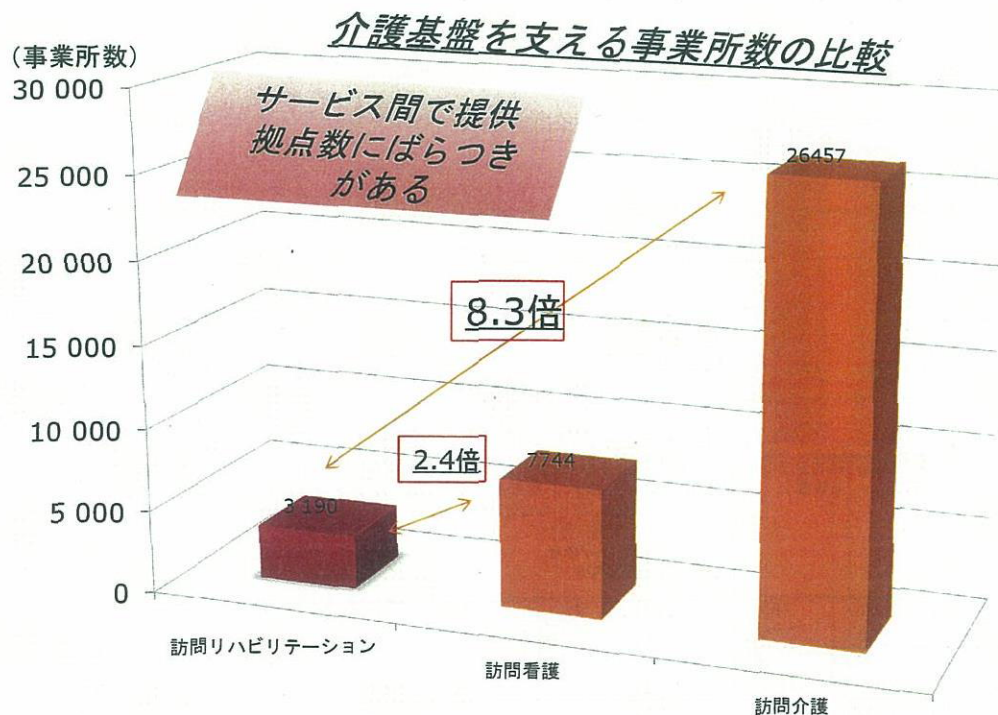
リハが必要なのに受けていない理由

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	必要としている	185	35.4
2	必要としていない	289	55.4
	無回答	48	9.2
	N (%ベース)	522	100.0



26

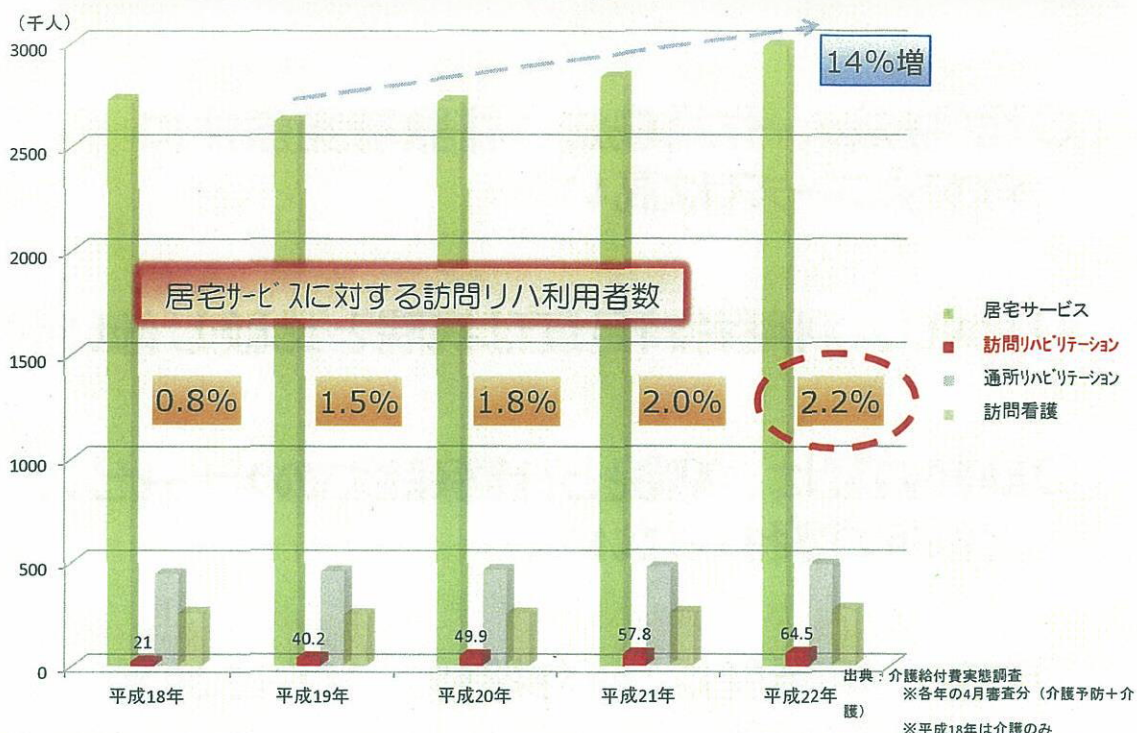
介護保険における居宅サービス事業所数



出典：介護給付費実態調査（平成22年8月審査分）
請求事業所数、法人種別・サービス種類別（閲覧 第8表）

27

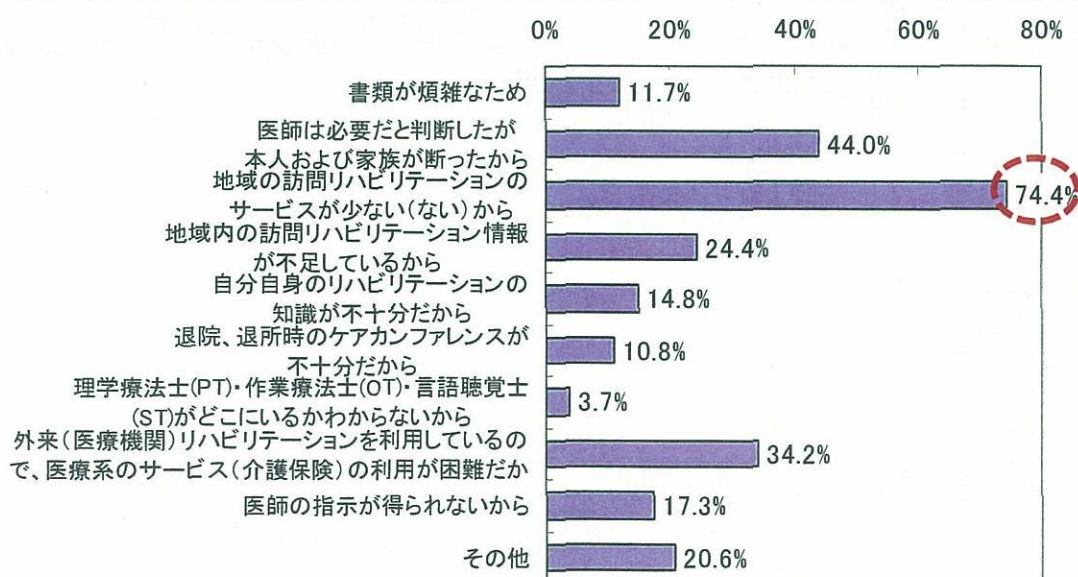
介護保険における居宅サービス利用率



28

介護保険におけるリハビリ連携状況

導入が適切にできていない理由



社団法人日本理学療法士協会の調査（平成22年1月）
「訪問リハビリテーションの設置」および「医療・介護保険制度の連携」に関する制度改正への提言に向けた調査より

29

まとめ 1（利用者）

- 理学療法、作業療法、言語聴覚療法に対するニーズは高い
- しかし、利用者満足度は病院と比較し低い
- 訓練内容は、病院と介護保険でのサービスと傾向は変わらない
- 訓練への要望は、心身機能、ADLに加え自主運動指導、アクティビティー指導が増加

30

まとめ 2（介護支援専門員）

- 訪問リハについて、適切な導入ができない理由に拠点施設の未整備
- 本人、家族が断る
- 制 度
- 情報、知識不足

31

自立支援型介護サービスを目指しての取り組み

生活行為向上マネジメントに基づくサービスの実践

32

平成20年～平成22年 老人保健増進推進等事業

「生活行為マネジメントを活用した総合サービスモデル
のあり方研究事業」を通して

対象：通所リハビリテーション参加者

○ 介入群：87例

個別の生活課題（調理、買い物、掃除など）の改善を
目的に、利用者参加型のアセスメント、プログラム立案、
実施を行なった。

○ 非介入群：86例

従来の方法で実施

（介入群、非介入群の対象者は、ほぼ、同じ特性）

33

具体的生活課題の改善を中心とした取り組み 通所リハで3か月間介

○ IADLなど生活課題への対応：（55名 70・5％）

種目	料理	買い物	畑	トイレ	洗濯	階段	入浴	外出等
件数	12	5	4	3	3	3	2	1

○ ADL（62名 79・5％）

○ 身心機能への対応（72名 92・5％）

34

どんなことがしたいのか（病院、介護施設、居宅）

基本的ADL：15種目

歩行	8
排泄	6
衣服の着脱	2
階段昇降、入浴、会話など	1

手段的ADL：30種目

料理	17
買い物、外出	12
犬の散歩	4
植木の手入れ、洗濯、畠仕事、ミシン	3
食事に行く、パソコンなど	2
草むしり、フランス料理を作る など	1

趣味・社会参加：38種目

散歩	17
旅行	7
書道	6
花の世話、ボランティア	3
カメラ、グランドゴルフ	2
編み物、将棋、囲碁 折り紙、絵画、カラオケ、 社交ダンス、日曜大工、 同窓会出席 孫に会いに行く	1

35

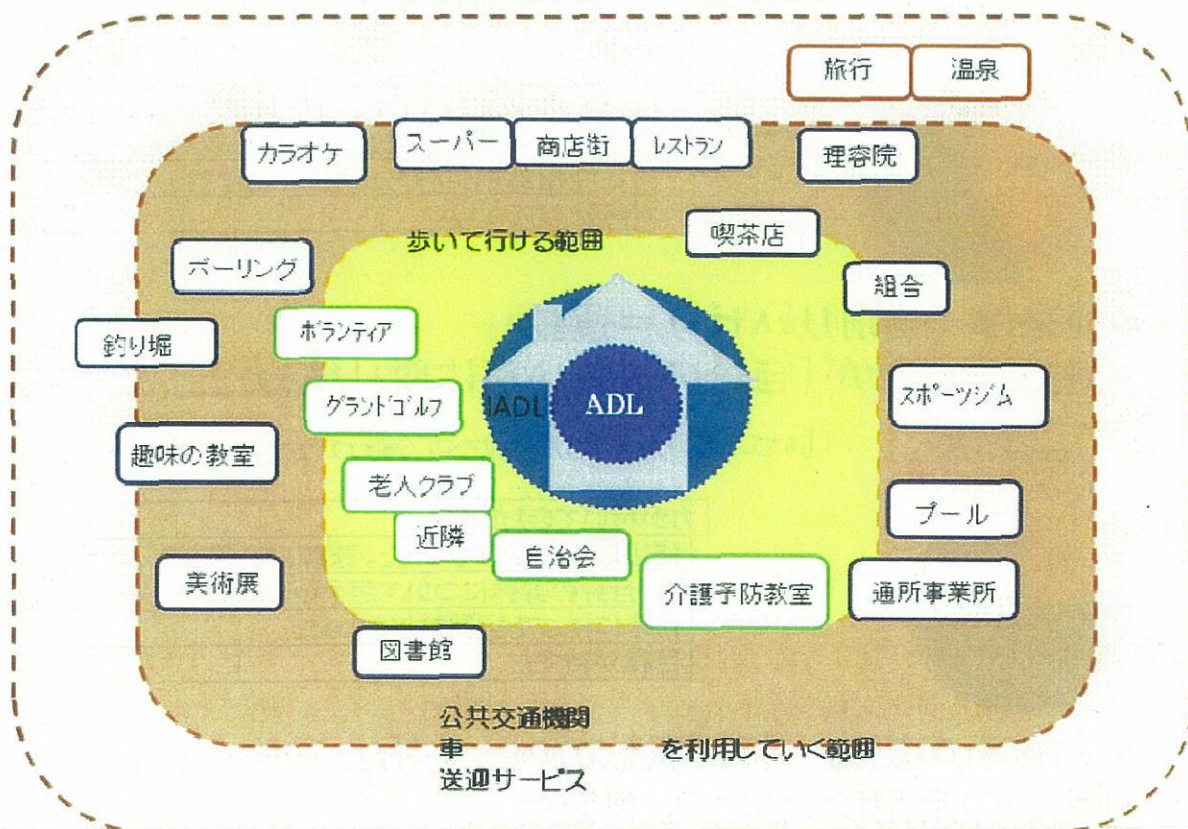
介入 1 年後の変化

	介入群 (n=42)	対照群 (n=11)
年齢	73.1 ± 9.6	85.1 ± 5.2
性別	男23名 女19名	男4名 女7名

	介入 n=42	介入 1 年後 リハ回数 2. 1	非介入 N=11	非介入 1 年後 リハ回数 2. 2
要支援 1	3	3	2	0
2	8	8	4	3
要介護 1	5	8	2	4
2	11	11	2	3
3	13	8	1	1
4	0	1	0	0
5	2	0	0	1

36

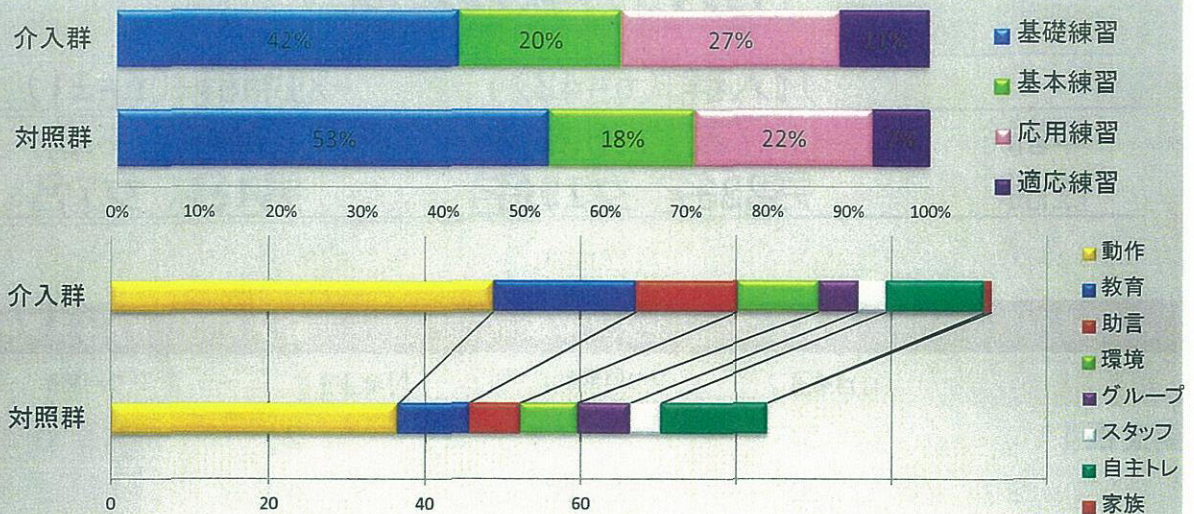
1 年後の活動の広がり



37

プログラムの割合・実施回数と方法

(平成23年度 老健施設での取り組み)



◆ 対照群は基礎練習の割合が50%以上

◆ 介入群の方が一人あたりの平均実施回数が多い

介護保険法に基づく実践では1回20分間 週2回の関わり

本マネジメントを広く活用するためには実施時間と回数が課題

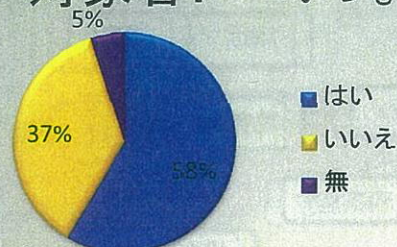
38

アンケート調査の

結果

1) 対象者:

「いつものリハビリと比べて違ったか？」



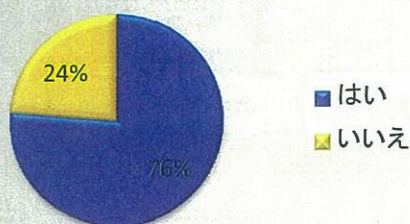
目標に向けて行うので、次々意欲が湧いて行えた
やってみたかったことにチャレンジできた
いつもは運動中心だったが今回は自分で色々できた
今回の方がいい

◆ 従来は「個別リハビリ＝運動」

◆ 対象者自身が「自分のしたい事に取り組めた」と実感

2) ご家族:

「いつものリハビリと比べて違ったか？」



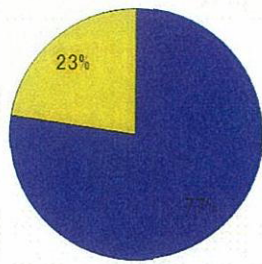
力が付いてきた様子
帰宅願望が少なくなった。家族の心配をするようになった
自分自身の身体について考えるようになり意欲的に見えた
何事に対しても意欲的になった
目標が持てた

◆ 対象者の変化、特に意欲の向上をもたらすものと評価

◆ 今後の活用についても肯定的

39

3) 介護スタッフ： 「いつものリハビリと比べて違ったか？」



■ はい
■ いいえ

作業活動時間が増えた
できることが増えた
作業を自ら行うようになった
いつもは一对一だが、皆で行っていたことで会話が 増えた

- ◆対象者の意欲向上、笑顔・会話の増加を実感
- ◆今後の取り組みにも協力的

4) 作業療法士

- ◆本マネジメントにより、自分自身への効果、対象者のニーズを重視した作業療法実践が可能
- ◆最も苦勞した部分は、書類作成の煩雑さ、個別介入の時間の捻出、対象者からのニーズの引き出し

40

目標指向的アプローチ

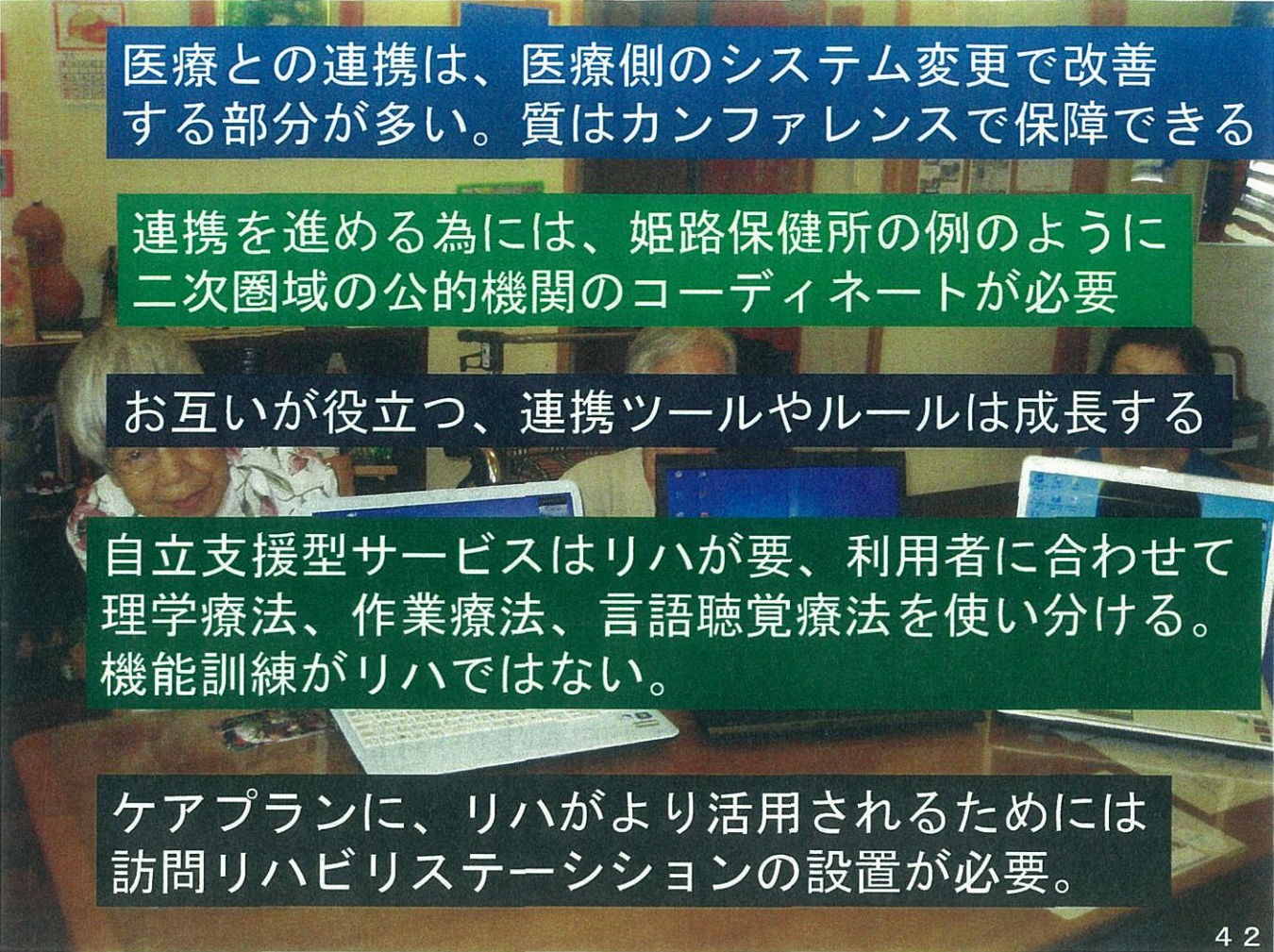
利用者主体のアプローチ

利用者参加型アプローチ

認知－行動療法的アプローチ

実施方法を変えるだけで、自立支援型サービスは可能

41



医療との連携は、医療側のシステム変更で改善する部分が多い。質はカンファレンスで保障できる

連携を進める為には、姫路保健所の例のように二次圏域の公的機関のコーディネートが必要

お互いが役立つ、連携ツールやルールは成長する

自立支援型サービスはリハが要、利用者に合わせて理学療法、作業療法、言語聴覚療法を使い分ける。機能訓練がリハではない。

ケアプランに、リハがより活用されるためには訪問リハビリステーションの設置が必要。

42

【担当ケアマネジャー様へ 回復期病院の退院1ヶ月後にファックスしてください】

この情報提供書は、病院の資質向上に役立てる目的のものです。利用者様の退院後の生活について率直なご意見をご記入ください。

在宅生活情報提供書

ケアマネジャー ⇒ ○△□病院地域連携室

FAX番号: 079-〇〇〇-〇〇〇〇

ふりがな	年齢: 歳	性別: 男 女	担当ケアマネジャー:
利用者氏名:	生年月日: 明 大 昭 年 月 日	事業所名:	
脳卒中の再発の情報: ☐ 有り ☐ 無し 再発日: 平成 年 月 日			
有りの場合(☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血 ☐ くも膜下出血 ☐ その他)			
生活の状況			
居住地: ☐ 自宅 ☐ 老人保健施設 ☐ 入院 ☐ その他()			
介護サービスの利用状況: ☐ デイサービス(回/週) ☐ デイケア(回/週)			
☐ 訪問介護(回/週) ☐ 訪問看護(回/週) ☐ その他()			
転倒の有無: ☐ 有り ☐ 無し 頻度: 週 回			
転倒した場所: ☐ 居室・寝室 ☐ 浴室 ☐ トイレ ☐ 廊下 ☐ 玄関 ☐ 外出先() ☐ その他()			
ADLの低下: ☐ 有り ☐ 無し			
有りの場合、低下した内容() 原因()			
家族介護 の状況	☐ 問題なく介護している ☐ 介護負担強く疲労 ☐ 独居・協力者がいない		
	コメント:		
家族 介護の 意欲	☐ 在宅ケアを強く望む ☐ 親族の協力が得られる(続柄)		
	☐ 困難になれば施設を望む ☐ 施設を望む ☐ 不明		
	キーパーソン:		
退院時カンファレンス: ☐ 役に立った ☐ 役に立たなかった			
役に立たなかった理由、または修正すべき点()			
回復期病院の指導で住宅改修: ☐ 有り ☐ 無し			
有りの場合、住宅改修の状況: ☐ 役立っている ☐ 役立っていない			
役立っていない場合(場所・問題点)			
[]			
本人の生活状況(よかった点、悪くなった点)			

記載日: 平成 年 月 日

担当ケアマネジャー連絡先:

住所

TEL

FAX

脳卒中退院時情報提供書 1/2枚目

病院 ⇒

ケアマネジャー様

ふりがな 患者氏名:		年齢: 歳	性別: 男・女	病院主治医:		在宅主治医:	
発症日: 平成 年 月 日		回復期入院日: 平成 年 月 日		退院日: 平成 年 月 日		急性期病院名:	
診断名: 脳卒中		臨床病型: ☐ ラクナ梗塞 ☐ アテローム血栓性脳梗塞 ☐ 心原性脳塞栓 ☐ 脳梗塞(その他) ☐ 脳出血 ☐ クモ膜下出血 ☐ その他()					
障害名: ☐ 片麻痺(右・左・両) ☐ 対麻痺 ☐ 失調 ☐ 失語 ☐ 嚥下障害(経管: ☐ 有 ☐ 無) ☐ 高次脳機能障害 ☐ その他()							
合併症: ☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病(インスリン使用 ☐ 無 ☐ 有) ☐ 高脂血症 ☐ 心房細動 ☐ 肺炎の既往 ☐ 認知症 ☐ その他()							
再発リスクのコントロール状況:		血圧	PT-INR	HbA1c	LDL-コレステロール	Alb	その他1
血圧は平均的な値を記載		目標値	140/90未満	1.6~2.6	6.5未満	140未満	3.5以上
退院時							
入院中の運動・入浴の中止基準: 血圧: ☐ 180/110以上 ☐ それ以外() 脈拍: ☐ 130以上 ☐ それ以外() ☐ 他の中止基準()							
運動・入浴する上での注意点: 関節痛など()							
退院時の予後説明: 移動: ☐ 独歩 ☐ 伝い歩き ☐ 車椅子移動 ☐ 全介助 片麻痺の上肢: ☐ 動かない ☐ 動くが使えない ☐ 使えるようになる							
その他(嚥下、失語、) 本人の受容: ☐ 良好 ☐ やや不良 ☐ 不良							
口処方内容は別紙or裏面に記載(できれば、退院時服薬指導書)							
備考(在宅サービスへの伝達事項など)							
サイン: 主治医							
病棟看護記載欄	自立	監視	一部介助	全介助	しているADLを記載してください。		
寝返り	☐	☐	☐	☐	マットレス: ☐ エアマット ☐ 特殊マットレス 寝返り方向: ☐ 健側のみ ☐ 左右とも可能		
起き上がり	☐	☐	☐	☐	ベッド操作: ☐ 可 ☐ 不可		
座位保持	☐	☐	☐	☐	支持: ☐ 前方 ☐ 健側 ☐ 後方		
立ち上がり	☐	☐	☐	☐			
立位保持	☐	☐	☐	☐			
移乗	☐	☐	☐	☐	車いすブレーキ、フットプレートの忘れ ☐ 無 ☐ 有		
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用		
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯 ☐ 無 ☐ 有 歯科受診 無・有(担当歯科)		
食事	☐	☐	☐	☐	☐ セッティング要 ☐ 空間無視あり器を移動 ☐ 集中力なく促し要 ☐ 自助具使用 ☐ 特殊食器使用 姿勢: ☐ キックアップ(度) ☐ 座位		
食事内容	☐ 普通食 ☐ 嚥下治療食(下記) ☐ 治療食(Kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他()) ☐ 経管栄養(備考参照)						
	主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー ☐ ゼリー粥 副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー(口とろみ付) 水分: ☐ とろみ剤使用 ☐ あり ☐ なし						
上着の着脱	☐	☐	☐	☐			
ズボンの着脱	☐	☐	☐	☐			
入浴	☐	☐	☐	☐	☐ 一般浴 ☐ シャワー浴 ☐ 特殊浴 ☐ 清拭		
排泄	トイレ動作	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ 留置カテーテル(最終交換日:) 下着の上げ下ろし: ☐ 可 ☐ 不可 後始末: ☐ 可 ☐ 不可		
	排尿	☐	☐	☐	☐ 尿意: ☐ 有 ☐ 無 尿失禁: ☐ 無 ☐ 有(口頻回 ☐ 時々あり) 頻尿: ☐ 無 ☐ 有(昼間 時間毎 夜間 時間毎)		
	排便	☐	☐	☐	☐ 便意: ☐ 有 ☐ 無 便秘: ☐ 無 ☐ 有(口頻回 ☐ 時々あり) ☐ 緩下剤使用() 最終排便日:		
意思伝達	☐ できる ☐ 出来る時と出来ない時がある ☐ できない						
療養上の問題	☐ 無 ☐ 有(口幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他						
服薬管理	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 薬剤の管理: ☐ 可 ☐ 不可 薬剤の開封: ☐ 可 ☐ 不可 インスリンの自己管理: ☐ 可 ☐ 不可						
生活の日内変動	☐ 無 ☐ 有(要因: ☐ 高次脳機能障害 ☐ 認知症 ☐ 心理的要因 ☐ その他())						
家族への介護指導	☐ 有 ☐ 無 有の場合、理解の状況は: ☐ 十分 ☐ 不十分 (問題点:)						
感染症: HBV(☐ + ☐ -) HCV(☐ + ☐ -) MRSA(☐ 保菌者 ☐ 発症者 部位 ☐ 痰 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部)	薬剤・食事アレルギー: ☐ 無 ☐ 有()						
既往歴							
入院中の経過							
サイン: 病棟看護長 受け持ち看護師							
備考(在宅サービスへの伝達事項、退院前カンファレンスからの変化点など)							

脳卒中退院時情報提供書 2/2枚目

患者氏名

様用

PT記載欄	最大能力を記載してください。 介助のポイントがある場合は、備考欄に記載してください。				
関節の痛み	☐ 無 ☐ 有:部位() 程度: ☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度				
関節可動域制限	☐ 無 ☐ 有:部位およびその可動域()				
屋内移動方法	☐ 歩行(☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 介助)[補装具: ☐ 杖 ☐ 装具 ☐ 靴 ☐ その他] ☐ 車椅子(☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 介助)				
	歩行介助のポイント: ☐ 安全面の確保 ☐ 手順の声かけ ☐ その他() 車椅子介助のポイント: ☐ 進行方向の指示 ☐ その他()				
屋外歩行	☐ 歩行(☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 介助)[補装具: ☐ 杖 ☐ 装具 ☐ 靴 ☐ その他] ☐ 車椅子(☐ 自立 ☐ 監視 ☐ 介助)				
その他	装具をはずしての歩行能力など				
活動範囲(目標)	☐ ベッド上 ☐ 居室内 ☐ 家屋内 ☐ 家屋周辺 ☐ サービス利用に伴う外出 ☐ 単独での近隣へ散歩 ☐ 近郊への買い物 ☐ 親族・友人宅への訪問 ☐ 旅行				
OT記載欄	自立	監視	一部 介助	全 介助	ADLは、できるADLを記載してください。 介助のポイントがある場合は、備考欄に記載してください。
食事動作	☐	☐	☐	☐	☐ 声かけ ☐ 自助具の使用 ☐ その他:()
更衣動作	☐	☐	☐	☐	☐ 動作手順の声かけ ☐ 服の工夫 ☐ その他:()
装具・靴の着脱	☐	☐	☐	☐	☐ 動作手順の声かけ ☐ その他:()
入浴動作	☐	☐	☐	☐	☐ 一般浴 ☐ シャワー浴 ☐ 特殊浴 ☐ 清拭
トイレ動作	☐	☐	☐	☐	排泄場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ 下着の上げ下ろし: ☐ 可 ☐ 不可 後始末: ☐ 可 ☐ 不可
整容動作	☐	☐	☐	☐	☐ 動作手順の声かけ ☐ 道具の工夫 ☐ その他:()
役割	☐ 設定されていない ☐ 設定されている(☐ 職場 ☐ 主婦 ☐ その他()				
利き手	☐ 右 ☐ 左手 失調・不随意運動: ☐ 無 ☐ 有				
記憶の問題	☐ 無 ☐ 有(備考欄参照)				
無視	☐ 無 ☐ 有(備考欄参照)				
本人の希望する生活:					
ST記載欄					
失語症	☐ 無 ☐ 有 言語の理解: ☐ 可 ☐ 不可 対応のポイント:()				
構音障害	☐ 無 ☐ 有 対応のポイント:()				
嚥下障害	☐ 無 ☐ 有 ムセの無い誤嚥 ☐ 無 ☐ 有(注意を要する食べ物:)対応のポイント:()				
口腔機能	義歯: ☐ 適合 ☐ 不適合 口腔ケア: ☐ 良好 ☐ 不良				
リハの必要性	☐ 無 ☐ 有(☐ 通院リハ ☐ 通所リハ ☐ 訪問リハ) 内容:				
備考(在宅サービスへの伝達事項、退院前カンファレンスからの変化点など)					
サイン:PT OT ST					
MSW記載欄	身体障害者手帳 ☐ 有(級) ☐ 無				
家族の介護意欲	☐ 在宅ケアを強く望む ☐ 親族の協力が得られる(続柄) ☐ 困難になれば施設を望む ☐ 施設を望む ☐ 不明 キーパーソン:				
備考(在宅サービスへの伝達事項、退院前カンファレンスからの変化点など)					
サイン:MSW					

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

情報提供日 平成 年 月 日

この情報は、在宅主治医にも提供しています。 この情報を介護サービス提供事業所にも提供してください。

