

【今後の生活についての意向確認】

年 月 日

ご利用者名 :

ご記入者名 :

介護老人保健施設は自立支援・在宅復帰を目指す役割を担っております。そのため、今後の療養の場所についてどのようにお考えになられているか、現段階でのご意向を確認出来ればと思っております。

※ 当施設を退所後に予定している療養の場所についてお答えください。

- ① 自宅
- ② 自宅に類する生活の場（介護付き有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅等）
- ③ 施設（介護老人保健施設・特別養護老人ホーム）
- ④ どちらとも決めかねている

①とお答えいただいた方へ

・ご自宅に戻るためには、何が必要とお考えですか？

・ご自宅へお帰りの時期はいつぐらいとお考えですか？

（ 年 月頃）もしくは（ ヶ月程度）

② ③ ④ とお答えいただいた方へ

・ご自宅での生活が難しいと思われるのはどのような事情からでしょうか？

・例えば、状況が変わればご自宅での生活は可能でしょうか？

可能 ・ 可能性はある ・ 困難

※可能 ・ 可能性はある とお答えいただいた方にお伺いします。

(1) ご本人の状況が変われば在宅復帰ができると思いますか？

思う ・ 思わない

その場合、具体的にどのようになるとよいですか？

（ ）が（ ）になれば

(2) 介護への協力者がいれば在宅復帰ができると思いますか？（介護ヘルパー・介護サービス等）

思う ・ 思わない

その場合、具体的にどのようになるとよいですか？

（ ）が（ ）になれば

(3) 住環境が変われば在宅復帰ができると思いますか？（手すりの設置・段差の解消等）

思う ・ 思わない

その場合、具体的にどのようになるとよいですか？

（ ）が（ ）になれば

今回いただいたご意向を参考に、これから施設生活に望みたいと思います。また、今後の具体的な方向性につきましては経過を見ながら、ご一緒に検討させていただきたいと考えております。ご協力ありがとうございました。