

退院支援計画書

地域連携室：必要

(患者氏名) テスト 患者

殿

入院日：

計画日： 令和7年11月29日(土)

変更日：

病室	902号室①
病名 (他に考え得る病名)	
患者以外の相談者	☐ 家族 ☐ その他関係者等 ()
利用中のサービス	介護保険 ☐ 無 ☐ 有 要支援 () 要介護 () ケアマネジャー 事務所 () 身障者手帳 ☐ 無 ☐ 有 級 特定疾病等 ☐ 無 ☐ 有
退院支援計画を 行う者の氏名 ※(下記担当者を除く)	受け持ち看護師 () 理学療法士 () 作業療法士 () 薬剤師 () 管理栄養士 ()
退院困難な要因	☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 ☐ 緊急入院である ☐ 入退院を繰り返している ☐ 要介護認定が未申請である ☐ 入院前に比べ体力低下に伴い退院後の生活再編が必要である ☐ 入院前に比べ日常生活(食事・排泄・移動)に支援が必要である ☐ 退院後に医療処置(胃瘻・点滴等)が必要になる ☐ その他 ()
退院に係る問題点 課題等	☐ 医療処置の管理が必要になる ☐ 在宅介護サービスの調整が必要になる ☐ 経済的な問題がある ☐ 退院後の療養先の検討が必要になる ☐ その他 ()
退院へ向けた目標設定 支援期間、支援概要	目標： ☐ 退院後の療養先の決定 ☐ 介護保険等の在宅ケアの準備 ☐ 医療費についての検討 ☐ その他 () 支援概要： 退院予定： 月 ☐ 上旬 ☐ 中旬 ☐ 下旬
予想される退院先	☐ 自宅 ☐ 転院 ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 老人保険施設 ☐ 有料老人ホーム ☐ グループホーム ☐ その他
退院後に利用が予想 される社会福祉 サービス等	☐ 福祉用具 ☐ 住宅改修 ☐ 通所サービス ☐ 訪問介護 ☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問入浴 ☐ 配食サービス ☐ 在宅酸素 ☐ 居宅療養管理指導 ☐ 無 ☐ その他 ()

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ある。

(退院支援計画担当者)

ダミー看護師1

印

(本人または家族)

岩国市立美和病院

入院日： 年 月 日
計画着手日： 令和08年01月26日(月)
計画作成日： 年 月 日

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ある。

(担当医)	藤本 美夕紀	印
(病棟退院支援計画担当者)		印
(本人)	綾柄	

入院日： 年 月 日
計画着手日： 令和08年01月26日(月)
計画作成日： 年 月 日

病棟（病室）	2階病棟（201号室）
病名 （他に考えられる病名）	
患者以外の相談者	☐ 家族 ☐ その他関係者（ ）
退院支援計画を行う者の氏名	
患者の状態	
退院困難な要因 （医学的要因）	1. 精神症状 2. 問題行動 3. ADLの低下 4. IADLの低下 5. 身体合併症
退院困難な要因 （社会・環境的要因）	1. 家庭内調整（ ） 2. 受け入れ先の確保が困難（ ） 3. 生活費の確保が困難（ ） 4. 自己負担の費用が増加（ ） 5. その他（ ）
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、支援概要	1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援概要
予想される退院先	1. 自宅 2. 障害福祉サービスによる入所施設（ ） 3. 介護保険サービスによる入所施設（ ） 4. その他（ ）
退院後に利用が予想 される社会福祉サービス 等	
退院後に利用が予想 される福祉サービスの 担当者	

説明・交付日： 年 月 日

(病棟退院支援計画担当者) 印

(本人) 結納

別紙様式6の3

退院支援計画書

地域連携室: 不要

(患者氏名) テスト 患者 殿

(担当医) 藤本 美夕紀

作成日: 令和08年01月26日(月)

(担当退院支援相談員)

地域以降機能強化病棟への転棟日: 年 月 日

退院支援委員会開催日: 年 月 日

患者等への説明日: 年 月 日

計画の変更日: 年 月 日

1	病名 (他に考えられる病名)	
2	患者以外の相談者	家族・その他関係者 ()
3	退院についての 患者の意向、希望 (本人の言葉で記述)	
4	退院後の生活の目標	
5	退院支援で留意すべき 主な問題点、課題等 [退院支援委員会の審 議等を踏まえ、退院支 援において、特に重点 的に解決を図る必要が あると考えられるもの (最大3つ)を選択した 上で、関連する精神症 状の状況等とともに、 詳細を記載すること]	【本人の受け入れ】 ☐ 退院意欲 ☐ 退院そのものへの不安 【生活基盤領域】 ☐ 経済環境 ☐ 住環境 【健康領域】 ☐ 服薬管理 ☐ 食事管理 ☐ 病気の理解(病識) ☐ 身体疾患の管理 ☐ 体力 ☐ 危機管理 【日常生活領域】 ☐ 食事の準備 ☐ 金銭管理 ☐ 睡眠 ☐ 外出 【社会生活技能/社会参加領域】 ☐ 対人関係 ☐ 日中の過ごし方 ☐ 就学 ☐ 就労 ☐ その他社会提供() 【家族支援領域】 ☐ 家族への情報提供 ☐ 家族の負担軽減 ☐ 家族関係調整 【その他】 ☐ その他 () 問題点・課題等の詳細
6	その他退院支援で留意すべき 問題点、課題点等 [5以外の問題点、課題 等について優先順位を つけて記載すること]	
7	退院予定時期	

8

退院支援内容（スケジュールには時期と担当者を併記すること）

退院意欲の喚起に関すること

【目標】

【実施内容とスケジュール】

地域生活を
念頭に置いた
プログラムや
訓練の実施に
関すること院内
プログラム

【目標】

【実施内容】

- ☐ 心理教育 ☐ 家族新地教育 ☐ 就労・就学支援
☐ 個別認知行動療法 ☐ 集団認知行動療法 ☐ デイケア等体験利用
☐ その他()

【今後のスケジュール】

院外
プログラム

【目標】

【実施内容】

- ☐ 宿泊 ☐ 買い物 ☐ 公共・金融機関利用 ☐ 交通機関利用
☐ 住居見学 ☐ 通学施設見学 ☐ 余暇活動
☐ その他()

【今後のスケジュール】

退院後の医療の確保に
関すること

【退院後の医療サービスに関する課題】

【必要な医療サービス】

- ☐ 外来通院先の確保 ☐ 身体疾患治療のための通院先の確保 ☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護
☐ デイ・ケア等 ☐ その他()

【必要な支援と今後のスケジュール】

成年後見制度に関すること (※)	【生年後見制度利用に関する課題と必要な支援】	【今後の支援のスケジュール】
	【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】	
退院後、主に相談援助に応じるものに関すること (※)	【現時点で考えられる主たる援助者】	【今後の支援のスケジュール】
	【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】	
日中の活動に関すること(※) (趣味や生きがいを考慮すること)	【日中の活動に関する課題と必要な援助】	【今後の支援のスケジュール】
	【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】	
9 その他退院支援に関すること 特記事項		

(※) 指定一般相談支援事業所等、外部に支援を活用する場合には、「今後の支援スケジュール」に外部の支援を活用するスケジュールを記載すること。