

在宅復帰支援スケジュール

面談・契約	ご自宅訪問	入 所	初回プラン説明	プラン説明	退所前カンファレンス	ご自宅訪問	退 所
入所前	入所30日前～ 入所後7日以内		入所後2週間	入所後2～3カ月	退所前1ヶ月	退所30日前～ 退所後30日以内	
月 日 :	月 日 :	月 日 :	月 日 :	月 日 :	月 日 :	月 日 :	月 日 :
施設へお越しください 【契約に必要なもの】 認印(本人、家族分) 銀行口座がわかるもの 銀行印 保険証類 コロナワクチン接種証	施設職員が生活を予定されているご自宅へ伺います	移動手段: ご家族様の付き添いを お願いします	施設へお越しください	施設へお越しください	施設へお越しください	施設職員がご自宅へ伺います	移動手段: ご家族様の付き添いを お願いします
<input type="checkbox"/> 在宅復帰スケジュールを説明します <input type="checkbox"/> 契約書類などにご署名いただきます <input type="checkbox"/> 入所日を確認します <input type="checkbox"/> 入所に必要なものを説明します <input type="checkbox"/> 入所前後訪問日を決めます	<input type="checkbox"/> ご自宅での生活の様子を伺います <input type="checkbox"/> 住居環境を確認させていただきます <input type="checkbox"/> ご本人様、ご家族様の意向をお聞きします <input type="checkbox"/> 必要に応じて退所後の福祉用具の利用についてご相談させていただきます	<input type="checkbox"/> 暫定のケアプランの説明をしご署名いただきます(施設ケアプラン、栄養ケア計画、リハビリ計画) <input type="checkbox"/> リハビリについてご説明します <input type="checkbox"/> お食事についてご説明します <input type="checkbox"/> 生活について「入所のしおり」をもとにご説明します <input type="checkbox"/> 必要な在宅サービスについてご本人様、ご家族様の意向を再度お聞きしご提案します <input type="checkbox"/> 初回プラン説明の日にちを決めます	<input type="checkbox"/> 施設生活の様子をお伝えします <input type="checkbox"/> 確定したケアプラン(褥瘡や排泄プラン含む)の説明をしご署名いただきます <input type="checkbox"/> 在宅復帰の時期の目標を決めます <input type="checkbox"/> 次回プラン説明の日にちを決めます	<input type="checkbox"/> 施設生活の様子をお伝えします <input type="checkbox"/> ケアプランの説明をしご署名いただきます <input type="checkbox"/> 必要な在宅サービスの希望をお聞きします <input type="checkbox"/> ご自宅へ帰るおおよその日にちを決めます <input type="checkbox"/> リハビリ実施の様子を見学 <input type="checkbox"/> 施設から居宅ケアマネージャーにサービスの調節について相談します	<input type="checkbox"/> 退所に向けご本人、ご家族様の意向を再確認しサービスの調節状況を確認します <input type="checkbox"/> 退所前のお家に伺う日にちを決めます <input type="checkbox"/> ご希望によって外泊日を決めます <div style="text-align: center;">月 日～ 月 日</div> <input type="checkbox"/> 外泊時の様子をお聞きし、ご自宅での生活をより安心して過ごせるよう退所までの間リハビリ・ケアを行います <input type="checkbox"/> 退所日を決めます	<input type="checkbox"/> 居宅ケアマネージャーにサービスの調節状況を確認します <input type="checkbox"/> 住居環境の最終確認を行い、注意が必要なところをお伝えします <input type="checkbox"/> 退所日の動きについて確認します	<input type="checkbox"/> 各専門職からの留意事項が記載された退所時指導書をお渡します。施設控え分にご署名をお願いします <input type="checkbox"/> 内服薬がある場合5日分をお渡します <input type="checkbox"/> 退所後、ショートステイをご利用の方は契約書類などにご署名いただきます

令和 年 月 日

入所前ご希望プラン

上記内容について説明を受け了承しました。

利用者

家族代表者

A ・ B ・ C

ご自宅での生活を 少しでも長く過ごせるよう かがやきを第2のお家としてご利用ください



施設3～6か月 → 自宅3日～3か月 など、繰り返しご利用いただけます！！

かがやき入所

動作能力の
維持向上

短期集中リハビリ
週4回



自宅

在宅支援

ショートステイや
デイケアの
サービスを提供



かがやき入所

動作能力の
維持向上

個別リハビリ
週3回



自宅

在宅支援

ショートステイや
デイケアの
サービスを提供



ご利用を繰り返し
かがやきで最期を
迎えたいとご希望
があれば・・・

看取りケアも
支援します



※図の期間は目安としてご覧ください。ご利用になられる方の状態によって変わります。