**退院後生活環境相談員チェックリスト（医療保護入院者）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ID |  | | 患者氏名 | |  | | | 病棟 | |  | |
| 主治医 |  | | | （主治医が非指定医の場合）担当指定医 | | |  | | | | |
| 医療保護入院年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | 同意者 |  | | （続柄） | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **チェック項目** | | | | **チェック・実施日、期日等** | **備考** |
| 入院時・入院から1週間 | | | | | |
| 退院後生活環境相談員選任 | | →氏名 |  |  |  |
| 本人への自己紹介 | | | |  |  |
| 家族への自己紹介 | | | |  |  |
| 地域援助事業者等の紹介 | | | |  |  |
| 権利擁護（病院意見箱・精神医療審査会・虐待相談窓口・人権センターなど）の紹介 | | | |  |  |
| 市町村長同意関連 | | | | | |
| 市町村長同意担当者との面会説明 | | | |  |  |
| 市町村長同意担当者との連絡調整 | | | |  |  |
| 市町村長同意担当者と本人の面会 | | | |  |  |
| 入院者訪問支援事業の説明 | | | |  |  |
| 更新手続き関連 | | | | | |
| **医保入院期間満了年月日** | | | | 年　　 月　　 日 |  |
| **満了日１ヵ月前年月日** | | | | 年　　 月　　 日 |  |
| **満了日２週間前年月日** | | | | 年　　 月　　 日 |  |
| 退院支援委員会前　指定医診察確認 | | | |  |  |
| 退院支援委員会開催について本人の意向確認 | | | |  |  |
| ・本人の参加について | | | | 参加　・　不参加 |  |
| ・家族等の参加について | | | | 参加　・　不参加 |  |
| ・地域援助事業者の参加について | | | | 参加　・　不参加 |  |
| **別添様式1**退院支援委員会開催お知らせ | | | |  |  |
| 退院支援委員会開催 | | | |  |  |
| ・退院について検討 | | | |  |  |
| ・任意入院への変更について検討 | | | |  |  |
| ・医療保護入院更新 ： 退院に向けた取組 | | | |  |  |
| **別添様式2**　退院支援委員会審議録 | | | |  |  |
| ・本人へ | | | |  |  |
| ・家族等へ | | | |  |  |
| ・地域援助事業者等 | | | |  |  |
| **様式12-1、12-2**　医療保護入院者の入院期間の更新に関する通知（2週間前まで） | | | |  |  |
| **様式13**更新に関する家族等同意書(満了日まで) | | | |  |  |
| **＊（様式６）**更新に関する市区村長同意書(満了日まで) | | | |  |  |
| **様式14**入院期間の更新に際してのお知らせ | | | |  |  |
| ・本人へ | | | |  |  |
| ・家族等へ | | | |  |  |
| 届出文書 | | | | | |
| **様式15**医保更新届(退院取組み・家族同意をみなした場合はその旨等) | | | |  |  |
| メモ |  | | | | |