

# 長崎県措置入院者退院後支援の手引き

令和2年4月

長崎県障害福祉課

# 内容

I	はじめに .....	1
II	退院後支援に関する計画の作成.....	2
	1. 支援対象者 .....	2
	2 作成主体.....	3
	3 関係機関の役割.....	5
	4 具体的な手順の流れ .....	6
	(1) 退院後生活環境相談担当者の選任 .....	6
	(2) 計画作成の時期.....	8
	(3) 計画に関する説明と本人の意向の確認.....	9
	(4) 退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施.....	9
	(5) 計画に係る意見書等の主体保健所への提出.....	9
	(6) 退院後支援会議の開催.....	10
	(7) 計画の作成.....	15
	(8) 計画の決定.....	17
	(9) 計画書の交付及び支援関係者への通知 .....	17
III.	計画に基づく退院後支援の実施 .....	18
	1. 計画に基づく支援期間.....	18
	2. 支援の役割等 .....	18

(1) 主体保健所の役割 .....	18
(2) 支援関係者の役割 .....	18
3. 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合又は病状が悪化した場合の対応 .....	19
4. 計画の見直し .....	19
5. 計画に基づく支援の終了及び延長.....	20
(1) 計画に基づく支援の終了及びその後の対応.....	20
(2) 計画に基づく支援期間の延長.....	21
6. 本人が交付された計画書に基づく支援への同意を撤回した場合の対応 .....	22
7. 本人が居住地を移した場合の対応.....	22
(1) 本人の退院後の居住地に関する主体保健所への連絡 .....	23
(2) 移転元主体保健所の対応.....	23
(3) 移転先主体保健所の対応.....	24
IV. 個人情報の取扱いについて .....	24
V. その他.....	25
1. 計画に基づく支援の実施に関する留意点.....	25
2. 退院後支援の体制整備、実施状況の適切な把握.....	25
VI. 長崎県措置入院者退院後支援の流れ .....	26
VII. 様式目次 .....	27

## I はじめに

措置入院者は、地域生活を送る上で整えるべき必要な環境、支援等の様々なニーズを抱えていることが多く、円滑な社会復帰等を進めるためには、退院後に必要な医療、福祉、介護、就労支援等の支援を受けられる環境を整備することが重要である。

このため、長崎県では精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第47条の規定に基づく相談支援業務の一環として国から示された「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」に基づき本手引きを作成した。

なお、本マニュアルは、標準的な手法を定めたもので、実際の運用に当たっては、柔軟に対応していくことが必要である。

## II 退院後支援に関する計画の作成

### 1. 支援対象者

支援対象者は、次の事項に該当する措置入院者（措置解除後、医療保護入院等で入院を継続した者も含む）を基準とし、退院後支援に関する計画（以下、「退院後支援計画」という。）の策定主体保健所設置自治体が退院後支援計画による支援が必要と認めた者のうち、支援を受けることに同意をした者とする。

【フロー図②】

【様式6】

表1 支援対象者として選定する基準（下記の1項目以上に該当する者）

- ・ 過去に措置入院歴のある者
- ・ 医療の必要性が高いにもかかわらず、医療中断の可能性が高い者
- ・ 家族、友人等がいない者
- ・ 孤立しがちな者
- ・ 家族が課題を抱えている者
- ・ 経済的な問題（金銭管理に関する課題を含む）を抱えている者
- ・ 措置解除までに概ね3か月以上の期間を要した者
- ・ 措置解除後に1年以上の長期入院をしている者

※様式1により、同意の確認を行う。

※本人の同意が得られない場合について

計画の作成にあたって、十分な説明を行っても本人からの同意が得られない場合には、計画の作成は行わない。ただし、法第47条による相談支援を提供できるよう環境整備等を行う。

## 2 作成主体

支援対象者の退院後の居住地※を管轄する保健所設置自治体が計画の作成主体となる（以下、「主体保健所」という。）。計画の策定にあたっては、原則として支援関係者が参加する会議を開催し、計画の内容を協議する。

※「居住地」とは本人の生活の拠点が置かれている場所であり、本人が住民票を移していない場合においても、本人の生活の本拠が置かれている場所が移転した場合には、居住地を移したものとして取扱う。

表2 計画作成主体

措置都道府県	帰住先	作成主体
長崎県	長崎県内 (長崎市、佐世保市を除く)	帰住先の県立保健所
	長崎市	長崎市
	佐世保市	佐世保市
	入院前の居住地は把握しているが帰住先が未定	措置対応を行った県立保健所 法24条及び26条による措置入院の場合は、措置入院先医療機関を管轄する県立保健所、長崎市、佐世保市
	入院前の居住地が不明で帰住先が未定	措置対応を行った県立保健所 法24条及び26条による措置入院の場合は、措置入院先医療機関を管轄する県立保健所、長崎市、佐世保市
長崎県外	他都道府県	原則、帰住先の保健所設置自治体 措置対応保健所と作成について協議
	長崎県内	原則、帰住先の保健所設置自治体 措置対応保健所と作成について協議

### 3 関係機関の役割

#### (1) 主体保健所

措置入院者の地域支援の中心となり、措置入院者との関係を構築し、医療機関と連携しながら退院後支援に係る退院後支援会議の開催、退院後支援計画の作成、退院後支援計画に基づく支援の実施及び関係機関との調整等を行いながら措置入院者の支援を行う。

#### (2) 措置入院先の医療機関

退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者（以下「退院後生活環境相談担当者」という。）を選任する。

また、医療機関は、退院後支援ニーズアセスメントを実施し、退院後支援会議の開催及び退院後支援計画の作成について主体保健所と十分に連携を行う。

#### (3) 市町

退院後支援会議に参加し退院後支援計画に基づき支援を行う。また、主体保健所と連携しながら措置入院者の退院後の支援を行う。支援期間の終了後も、適宜、相談対応などの必要な対応を行う。

#### (4) 長崎県障害福祉課

事業が円滑に進められるよう、主体保健所や長崎こども・女性・障害者支援センター等と連携し、事業全体の調整を行う。

#### (5) 保健所、各医療機関（措置入院先及びその後の入院、通院先を含む）、市町、訪問看護ステーション、相談支援事業者及びその他の障害福祉サービス事業者

それぞれ措置入院者の思いを丁寧に聞き、不安の除去や必要な助言等を行い、信頼関係の構築に努めると共に、退院後支援会議の開催、退院後支援計画の作成、措置入院者の退院後の支援について、相互に協力し連携を図る。



## 4 具体的な手順の流れ

### (1) 退院後生活環境相談担当者の選任

措置入院先病院の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、退院後生活環境相談担当者を選任する。

【フロー図③】

退院後生活環境相談担当者には、当該病院の精神保健福祉士をはじめとして保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士等の精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者から選任する。

退院後生活環境相談担当者は、以下に示す業務を行う。なお、計画が作成されない場合には、「ウ 計画に関する業務」を除く業務を実施する。

#### ア 入院時の業務

- (ア) 本人及び家族その他の支援者に対して、退院後生活環境相談担当者として選任されたこと及びその役割について説明する。
- (イ) 入院時における入院診療計画の立案に参画し、適宜本人及び家族その他の支援者に説明を行う。

#### イ 退院に向けた相談支援業務

- (ア) 本人及び家族その他の支援者からの相談に応じる。
- (イ) 入院当初から、退院後の支援ニーズに係る情報を積極的に把握する。
- (ウ) 本人及びその家族等と相談を行った場合には、当該相談内容について相談記録又は看護記録等に記録する。
- (エ) 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、本人の治療に関わる者との連携を図る。

- (オ) 本人及び家族その他の支援者の意向を踏まえて、必要に応じた経済的支援制度、退院後の障害福祉サービス、介護サービス等の紹介及び利用の申請支援等、各種社会資源を活用するための支援を行う。

#### ウ 計画に関する業務

- (ア) 症状が一定程度落ち着いた段階で、本人に対して、入院中から、家族その他の支援者等とともに、主体保健所と連携して退院後の支援について検討を行う旨の説明を行う。
- (イ) 主体保健所が作成する計画が適切なものとなるよう、他の職種と協働して退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、主体保健所及び措置対応保健所等と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行う。
- (ウ) 入院後早期から本人との信頼関係の構築に努め、計画に関して本人が意見を表明できるよう支援する。
- (エ) 本人の退院後の生活を想定して、主体保健所と協力し、入院中から通院先医療機関、行政関係者、地域援助事業者等による支援体制を形成していくための調整を行う。
- (オ) 退院時期が確認できた際は主体保健所に連絡のうえ、主体保健所が開催する退院後支援会議への参加、院内関係者の連絡調整を行うとともに、開催日についての助言を行う。
- (カ) 本人への計画の交付に関する事務は原則として主体保健所が行うが、主体保健所からの要請に応じ、本人への計画書（様式6）の交付、説明、計画書への本人の同意の確認ができるよう支援する。

【フロー図⑤】

【別紙1】退院後支援について  
（本人用意向確認ちらし）

【別紙2】退院後支援計画による支援のながれ

#### エ 退院調整に関する業務

- (ア) 退院に向け、主体保健所や支援関係者と必要に応じて連絡調整を行うこと等により、地域生活への円滑な移行を図る。

【様式1】退院後支援計画の作成について

- (イ) 他院に転院となる場合は、本人の希望や意向を十分に確認しながら、転院先病院への情報提供、転院調整等を行う。

---

## (2) 計画作成の時期

主体保健所は、原則として本人の自宅等地域に移行する前の入院中※<sup>1</sup>（医療保護入院や任意入院を含む）に計画を作成する。

ただし、下記の事情により入院中に計画を作成できない場合は、退院後速やかに作成する※<sup>2</sup>。

- ア 入院期間が短い場合
- イ 計画の内容の検討に時間を要し、入院中に作成することが難しい場合
- ウ 長崎県精神医療審査会の審査の結果に基づき退院させる場合 等

※1 措置入院から入院形態を変更して入院を継続する場合には、措置解除の段階では退院後支援会議を開催せず入院継続の必要性等の項目のみ記載した簡易な計画を立てておき、退院する際に退院後支援会議を開き、全ての項目を記載した計画に見直すという対応を行う。ただし、措置解除の段階で簡易な計画の作成が難しいことも考えられることから、他の入院形態に変更して実際に退院する段階で、計画を作成しても差し支えない。

※2 措置症状が消退しているにも関わらず、計画に基づく支援について本人の同意が得られないことや、計画の作成に時間を要していることを理由として措置入院を延長することは、法律上認められない。

### (3) 計画に関する説明と本人の意向の確認

入院先病院は、病状が一定程度落ち着いた段階で、退院後支援のための主体保健所による面談の実施について、本人の了解を得る。

了解を得られた後、主体保健所は、入院先病院と協力しつつ、本人との面談において、計画に基づく支援について説明を行い、計画を作成すること、退院後は計画に基づき支援関係者が協力して退院後支援を実施すること、計画の作成・実施に必要な本人の情報及び作成された計画を支援関係者で共有すること等について、本人の意向を確認したうえで同意書により同意を得る。

【フロー図⑤】

【別紙1】退院後支援について  
(本人用意向確認  
ちらし)

【別紙2】退院後支援計画による支援のながれ

【フロー図⑥】

【様式1】退院後支援計画の作成について

【別紙2】退院後支援計画による支援のながれ

### (4) 退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施

入院先病院は、本人のニーズに応じた退院後支援ができるよう、退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施する。

なお、本人とアセスメントを実施する際は、支援対象者が帰宅先での生活場面を想定した回答ができるよう支援する。

【フロー図⑦】

【様式2】退院後の支援のニーズに関するアセスメント

【様式3】退院後の支援のニーズに関する総合アセスメント

### (5) 計画に係る意見書等の主体保健所への提出

入院先病院は、本人の症状が一定程度落ち着き、退院後支援のニーズをある程度評価できるようになった段階で、直近の退院後支援ニーズに関するアセスメントの結果を踏まえ、計画に係る意見書を可能な範囲で記載し、当該アセスメントの結果とともに、主体保健所に提出する。

また、入院先病院は、可能な範囲で、通院先医療機関等、具体的な支援関係者の候補等も併せて主体保健所に情報提供する。

【フロー図⑦】

【様式4】退院後支援に関する計画に係る意見書

【様式5】病状が悪化した場合の対処方針

## (6) 退院後支援会議の開催

### ア 概要

計画の作成にあたっては、原則として、入院中に退院後支援会議を開催し、支援関係者等で計画の内容等を協議する。

【フロー図⑧】

【フロー図⑨】

計画は、本人の社会復帰の促進等のために作成するものであるため、退院後支援会議には、本人及び家族その他の支援者の参加を原則とする。

### イ 設置主体

入院中に開催する退院後支援会議は主体保健所が設置主体となる。

ただし、帰住先保健所設置自治体が県外であって、入院先病院への移動が困難であるなど、相応の理由がある場合には、措置を行った県立保健所が設置主体となり、帰住先保健所設置自治体が支援関係者として参加することとしても差し支えない。なお、本人が地域に退院した後、帰住先において、改めて退院後支援会議を開催することが望ましい。

### ウ 開催方法、場所

退院後支援会議は対面で協議することを原則とするが、遠方等の理由で参加が困難な支援関係者がいる場合などには、電話やインターネット回線等を活用して協議を行うこととしても差し支えない。

本人の入院中に開催される退院後支援会議は、本人の参加を容易にするため、原則として入院先病院内で開催する。本人が地域へ退院した後で開催される退院後支援会議は、地域の実情に合わせ、本人の参加しやすさを勘案して開催場所を決定する。

表3 開催の方法

		主体保健所	帰住先関係機関
入院先	長崎県内	対面での協議	対面または電話やインターネット回線を活用した協議も可
	長崎県外	対面若しくは電話又はやインターネット回線を活用して協議も可	

エ 参加者

- (ア) 退院後支援会議には、本人及び家族その他の支援者の参加を原則とする。
- (イ) 家族の参加に関しては、本人の意向を尊重し、本人が同席を望まない家族は原則として参加しないこととする。
- (ウ) 本人の病状の影響により家族とのかかわりを忌避する場合もあることを考慮し、本人を支援する意志を表示している家族が計画の作成過程から排除されることのないようにする。
- (エ) 本人又は家族その他の支援者が参加を希望しない場合や困難な場合には、主体保健所は、事前又は事後に退院後支援計画に関する意向を確認する機会を設ける。
- (オ) 本人から支援関係者に関する具体的な意思表示（支援を希望する機関、支援を希望しない機関等）があった場合は、本人の希望を尊重するように努める。
- (カ) 本人が、弁護士等を成年後見人や代理人として、退院後支援会議に参加させることを希望する場合には、これらの者を退院後支援会議に参加させるものとする。
- (キ) 退院後支援会議には、防犯の観点から警察が参加することは認められず、原則として、警察は参加しない。なお、本人の支援のために支援関係者として警察が必要な場合、主体保健所は本人及び家族、その他の支

【フロー図⑨】

援者から意見を聴いた上で、警察以外の支援関係者間で警察の参加についての合意を得る。この際、本人が警察の参加を拒否した場合には、警察職員を参加させてはならない。

表4 退院後支援会議の参加者（例）

参加者	参加対象者
本人、家族	本人、家族、弁護士、保佐人、後見人等
保健所	帰住先保健所、措置対応保健所、措置対応保健所以外で支援経過がある又は支援予定がある担当職員等
帰住先の市町	障害福祉担当課、生活保護担当課、地域包括支援センター、市町保健センター等の職員等
入院先病院	主治医、退院後生活環境相談担当者、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等
通院先医療機関	主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等
入院前の通院先医療機関	主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等
地域援助事業者その他の障害福祉・介護サービス事業者、訪問看護ステーション等	担当職員等
長崎こども・女性・障害者支援センター	担当職員等

## オ 開催時期

退院後支援会議の開催日は推定入院期間終了2週間前の開催を目安とする。

- (ア) 主体保健所は、本人の症状が一定程度落ち着き、退院後支援のニーズをある程度評価できるようになった段階で、入院先病院から提出された計画に係る意見書（様式4、様式5）及び退院後支援のニーズに関するアセスメント（様式2、様式3）の結果を踏まえて、退院後支援会議の開催時期及び支援関係者を検討する。

その上で、支援関係者及び本人、家族その他の支援者と調整を行い、退院後支援会議の開催日を設定する。

- (イ) 退院後支援会議は退院前に開催することが原則であるが、開催が困難な場合は、退院後可能な限り早期に開催する。
- (ウ) 措置入院者が入院形態を変更して入院を継続する場合は、措置入院中に作成する計画の作成にあたって措置入院中に退院後支援会議を開催することは要しない。なお、計画は入院継続の必要性等の項目のみ記載した簡易な計画とし、退院する際に退院後支援会議を開催し、全ての項目を記載した計画に見直す。
- (エ) 医療保護入院者に計画を作成する場合に、法第33条の6の規定に基づく退院支援委員会の開催予定時期に近接して退院後支援会議の開催が予定されているときは、退院後支援会議の開催をもって退院支援委員会の開催とみなすことができる。ただし退院後支援会議の開催後に、病状の変化等により地域への退院の時期を再検討する必要がある場合には、退院支援委員会は当初予定されていた時期に開催する。

【様式2】退院後支援のニーズに関するアセスメント

【様式3】退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

【様式4】退院後支援に関する計画に係る意見書

【様式5】病状が悪化した場合の対処方針



## カ 協議内容

退院後支援会議は、入院先病院から提出された計画に係る意見書（様式4、様式5）や直近の退院後支援のニーズに関するアセスメント（様式2、様式3）の結果等を踏まえ、以下の項目について情報共有及び協議を実施するが、協議内容は、本人の状態やニーズに応じて柔軟に設定して差し支えない。

退院後支援会議において資料を共有する際には、退院後支援のニーズに関するアセスメントの項目に慎重に扱うべき個人情報が含まれていることを考慮し、必要に応じて、退院後の支援のニーズに関する総合アセスメント（様式3）を活用するなど、資料の提示方法を工夫する等の配慮を行うことが望ましい。

【様式2】退院後支援のニーズに関するアセスメント

【様式3】退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

【様式4】退院後支援に関する計画に係る意見書

【様式5】病状が悪化した場合の対処方針

（ア）治療経過

（イ）入院に至った経緯の振り返り

（ウ）退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果

（エ）今後の治療計画

（オ）計画の内容

## キ 開催にあたっての留意事項

退院後支援会議には本人の参加が原則であるが、参加にあたっては、本人が自らの希望や意見を十分に伝えられる環境設定が重要である。このため、退院後支援会議には、本人と信頼関係が構築されている支援関係者が参加していることが重要であり、入院先病院の主治医、退院後生活環境相談担当者や主体保健所職員等は、入院早期から本人との信頼関係構築に努めることが重要である。

また、本人に、視覚障害、聴覚障害、知的障害等が重複している場合には、障害特性に応じた合理的配慮の提供が必要である。

## (7) 計画の作成

### ア 計画の記載事項

計画作成にあたっては、本人の病状や支援ニーズに応じた過不足のない支援を提供できるように留意し、以下の項目を記載する。

表5 計画の内容

項目	入院 継続時	退院時 ※
①本人の氏名、生年月日、帰住先住所、連絡先	○	○
②精神科の病名、治療が必要な身体合併症	○	○
③今回の入院年月日	○	○
④入院先病院名及び連絡先	○	○
⑤退院後の生活に関する本人の希望（就労・就学・家族・娯楽等）	○	○
⑥家族その他の支援者の氏名、続柄、連絡先、退院後支援に関する意見	○	○
⑦退院日（予定）		○
⑧入院継続の必要性	○	
⑨予定されている入院形態、推定入院期間（転院の場合（身体科への転院を含む）は、転院先病院名及び連絡先）	○	

⑩医療・障害福祉サービス・介護サービス等に関する基本情報	○	○
⑪退院後に必要な医療等の種類（精神科外来通院、保健所等による相談支援、外来診療以外の精神科医療サービス、身体合併症治療、障害福祉サービス、介護サービス、その他）		○
⑫退院後支援の担当機関名、担当者、本人の支援ニーズ、支援内容、方法、回数、連絡先		○
⑬必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針		○
⑭計画に基づく支援期間		○
⑮病状が悪化した場合の対処方針		○

※退院時とは、入院形態の変更の有無に関わらず、病院を実際に退院する時。

本人が、医療保護入院等から退院した後も、引き続き主体保健所による退院後支援を受けることを希望している場合には、医療保護入院等から退院する段階で退院後支援会議を開催し、全ての項目を記載した計画に見直し、当該計画に基づき必要な支援を行う。

【フロー図⑩】

【様式6】退院後支援に関する計画

【様式7】病状が悪化した場合の対処方針

入院前から障害福祉サービスを受けている場合や、入院後に障害福祉サービスを利用する場合には、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）に基づくサービス等利用計画やサービス毎の個別支援計画が、計画とは別に作成される。このため、計画の支援内容や担当機関等については、障害者総合支援法に基づく各計画の内容との整合性を図る必要がある。介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく居宅サービス計画等についても同様である。

計画の作成時に障害福祉サービス等の具体的な内容や担当機関等が未定の場合には、計画には、その作成時点で予定されているサービス内容等を記載し、事後に作成されたサービス等利用計画等の内容を、本人の同意を得た上で、追加資料として支援関係者と共有する。

## (8) 計画の決定

主体保健所は、入院先病院から提出された退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果、計画に係る意見書、退院後支援会議における協議内容を踏まえ、計画を決定する。

【フロー図⑩】

【様式6】退院後支援に関する計画

【様式7】病状が悪化した場合の対処方針

## (9) 計画書の交付及び支援関係者への通知

計画を決定したときは、主体保健所は、速やかに、本人、入院先病院、支援担当機関に対して計画書を交付する。この際、本人及び家族その他の支援者に対して、計画の内容等について再度丁寧に説明したうえで、本人の同意の署名をもらう。その際、計画の見直しや同意の撤回を申し出ることが可能である旨をあわせて説明する。これらの説明は対面により行うことが望ましいが、対面による説明が困難な場合は、郵送により交付し、電話にて説明することとしても差し支えない。

【フロー図⑩】

【様式6】退院後支援に関する計画

【様式7】病状が悪化した場合の対処方針

【別紙2】退院後支援計

交付した計画書について本人又は家族その他の支援者が見直しを求めた場合や、計画に基づく支援への同意を本人が撤回した場合の対応については、Ⅲ-6「本人が交付された計画に基づく支援への同意を撤回した場合の対応」で後述する。

◎関係書式の写し

・計画の見直しの場合

⇒【様式6】退院後支援に関する計画

⇒【様式7】病状が悪化した場合の対処方針

・支援への同意撤回の場合

⇒【様式10】同意撤回書

また、主体保健所は、計画内容の協議を行った支援関係者に対し、作成した計画の内容を通知する。なお、本人又は家族その他の支援者の求めに応じて本人に交付した計画の見直しを検討する場合や計画に基づく支援への同意を本人が撤回した場合については、その旨を速やかに支援関係者に関係書式の写しを添付して通知する。

## Ⅲ. 計画に基づく退院後支援の実施

### 1. 計画に基づく支援期間

退院後6か月を原則とする。ただし、本人の病状等によってはその限りではない。

### 2. 支援の役割等

#### (1) 主体保健所の役割

支援対象者が地域に退院した後は、主体保健所は、計画に基づき、本人及び家族その他の支援者に対して、電話、訪問、来所による相談等の相談支援を行う。

また、計画に基づく支援全体が適切に行われるよう、医療等の支援の実施状況を確認し、障害者総合支援法及び介護保険法に基づく支援計画等も考慮して支援関係者と支援の実施に係る連絡調整を行うことにより、支援全体の調整主体としての役割を担う。

退院後支援の実施状況の把握や課題解決に向けた協議を行うため、主体保健所は、必要に応じて本人及び家族、その他の支援者等による会議を開催し、本人の状況に応じた適切な支援が実施できるよう調整を行う。

◎関係機関の役割は4ページを参照

◎計画に基づく支援期間の延長

(19ページを参照)

#### (2) 支援関係者の役割

支援関係者は、計画に沿った支援を提供するよう努める。

また、主体保健所から、本人の計画の作成や実施に係る連絡調整のために必要な範囲で、計画の作成又は見直しに関する情報提供、退院後支援会議への参加、支援の実施状況の確認等の協力を求められた場合には、これに協力するよう努める。

市町は、必要に応じて、本人の福祉に関する相談等を実施しなければならない、かつ精神保健に関する相談等を実施するよう努めなければならない（法第47条第3項及び第4項）とされており、本人の支援ニーズに応じ、支援関係者として、退院後支援に必要な協力を行う。

### 3. 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合又は病状が悪化した場合の対応

退院後支援を行うに当たって、支援対象者が必要な医療等の支援の利用を継続しなかった場合や、精神症状の悪化がみられた場合には、主体保健所は計画にあらかじめ記載した対処方針に基づき、通院先医療機関や地域援助事業者等の支援関係者と連携、協力して対応する。その際には、本人が事前に希望している内容に十分配慮する。

通院が継続されない可能性が高い場合は、通院先医療機関は、精神科訪問看護・指導や、訪問診療、多職種アウトリーチの実施、家族その他の支援者との連絡等により、通院中断を予防する取組みを積極的に行うとともに、障害者総合支援法に基づく地域定着支援や自立生活援助の活用、自立訓練（生活訓練）事業所からの訪問を依頼する。また、本人が必要な通院を継続しなかった場合には、市町からも必要に応じて受診勧奨等を行う。

### 4. 計画の見直し

主体保健所は、本人又は家族その他の支援者が計画の見直しを希望した場合、又は計画に基づく支援を実施する中で本人の状況に応じて支援内容等を見直す必要がある場合には、速やかに、計画の見直しについて、その必要性も含めて検討を行う。支援関係者は、支援計画の見直しの必要性を認識した場合には、速やかに、主体保健所と情報共有を行う。

【フロー図⑬】

(1) 計画の見直しに当たっては、以下のいずれかに該当する場合には退院後支援会議を開催する。

ア 計画に基づく支援期間を延長する場合

イ 見直し内容が複数の支援関係者に関係しており、協議が必要と認められる場合

(2) 計画の見直しに当たって退院後支援会議を開催しない場合には、本人及び家族その他の支援者並びに見直し内容に関する支援関係者と個別に調整を行って見直しを行う。見直し後の計画書は本人に交付するとともに、支援関係者に通知する。

## 5. 計画に基づく支援の終了及び延長

(1) 計画に基づく支援の終了及びその後の対応

ア 計画に基づく支援の終了を検討する場合

(ア) 計画に基づく支援期間が満了する場合（原則として支援を終了する。）

(イ) 計画に基づく支援期間が満了する前であっても、本人の病状や支援ニーズ等から、本人が地域生活を送るに当たって計画に基づく支援を継続する必要性がないと認められる場合。

(ウ) 支援期間中に医療観察法の対象となった場合。

(エ) 本人が交付された計画書に基づく支援への同意を撤回した場合。なお、この場合はその旨を速やかに支援関係者に関係書式の写しを添付して通知する。

◎必要に応じ【参考様式2】【参考様式3】を用いてアセスメントを行う。

◎医療観察法の対象となった場合は、医療観察法における処遇を優先させる。

◎関係書式の写し

【様式10】同意撤回書

#### イ 計画に基づく支援を終了する際の対応

主体保健所は、本人及び家族その他の支援者、各支援関係者の意見を確  
認した上で終了を決定する。この際、主体保健所は、必要に応じて本人及  
び家族その他の支援者による会議を開催する。また各支援関係者との個別  
協議等により、計画に基づく支援終了後の各支援関係者による対応や支援  
体制について確認する。

#### ウ 支援の終了を決定した後の対応

主体保健所は、本人及び家族その他の支援者、各支援関係者にその旨を  
連絡する。なお、退院後支援会議の場でこれらの者の合意が得られている  
場合は、改めて連絡を行う必要はない。

#### エ 計画に基づく支援を終了した後の対応

主体保健所は、法第47条に基づき必要に応じて一般的な相談支援を実施  
する。また、本人が包括的な支援を受ける必要性が高い場合には、多職  
種・多機関の連携による包括的支援が継続されることが適当である。

---

### (2) 計画に基づく支援期間の延長

本人の病状や生活環境の変化（例えば、支援を終了すると本人の病  
状が悪化して危機的状況に陥るおそれが高い場合等）によっては、例  
外的に支援期間の延長を行うことができる。この場合には、当初の支  
援期間が満了する前に、本人及び家族その他の支援者による会議を開  
催し、延長の必要性について検討を行い、本人及び家族その他の支援  
者に延長の必要性について丁寧に説明し、本人の同意を得た上で延長  
を行う。ただし、この場合も、延長は原則1回とし、退院後1年以内  
には、計画に基づく支援を終了して本人が地域生活を送ることができ  
るよう努める。

【フロー図⑬】



## 6. 本人が交付された計画書に基づく支援への同意を撤回

### した場合の対応

計画書の交付後に、本人から計画書に基づく支援への同意を撤回する旨の意向が示された場合には、本人の意向を傾聴し、その真意を確認した上で、必要に応じて、計画内容（担当機関、支援内容、計画に基づく支援期間等）を見直すなどの対応を行うことが考えられる。また、本人の状態に応じて、計画書に記載された医療等の支援が継続されなかった場合の対処方針や病状が悪化した場合の対処方針に沿った対応を行うことも考慮する。

十分な対応を行っても、計画に基づく支援に本人から同意を得られない場合には、計画に基づく支援の終了を決定し、支援関係者にその旨を速やかに関係書式の写しを添付して通知する。

その場合も、保健所等の職員が本人や家族その他の支援者から求めがあった場合に相談に応じる等、法第47条に基づく相談支援の範囲内で必要な支援を行う。

【様式10】同意撤回書

◎関係書式の写し

⇒【様式10】同意撤回書

## 7. 本人が居住地を移した場合の対応

計画に基づく支援期間中に本人が居住地を移した場合には、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進等のために、新しい環境においても、本人が必要な医療等の支援を継続的に受けられるようにすることが重要である。移転元主体保健所は、本人が支援期間中にその居住地を移したことを把握した場合には、本人の同意を得て、移転先の保健所設置自治体（以下「移転先主体保健所」という。）に対して計画の内容等を通知する。また、移転先主体保健所は、移転元主体保健所からの情報に基づき、本人の同意を得た上で、本人及び家族その他の支援者の意向を十分踏まえて、計画を作成する。

【様式8】退院後支援に関する情報提供

なお、「居住地」とは本人の生活の拠点が置かれている場所であり、本人が住民票を移していない場合においても、本人の生活の本拠が置かれている場所が移転した場合には、居住地を移したものとして取扱う。

---

## (1) 本人の退院後の居住地に関する主体保健所への連絡

入院先病院は、本人の退院後の居住地が入院前の居住地から変更になることを把握した場合は、速やかに主体保健所に対して連絡を行う。また、住所不定の者の退院後の居住地に関しては、関係する主体保健所と協力して本人が居住地を確定するために必要な援助を行う。

---

## (2) 移転元主体保健所の対応

### ア 本人への対応

- (ア) 計画書の交付の際等に、居住地を移す場合の取扱いについてあらかじめ説明する。
- (イ) 居住地を移す予定が決まった場合には、事前に移転元主体保健所の担当者に連絡するよう依頼する。
- (ウ) 本人が居住地を移したことを把握した場合には、移転先主体保健所への通知を行う旨と通知内容等について本人に丁寧に説明する。

### イ 移転先主体保健所への対応

本人の同意を得た上で、退院後支援に関する計画の内容、新居住地の住所、転居後の医療等の支援の必要性、これまでの支援の実施状況等について移転先主体保健所に通知する。

- (ア) 本人が居住地を移した後、速やかに計画に基づく支援を開始できるよう、可能な場合には、居住地を移す予定が確定した段階で事前にこの通知を行う。また、このような対応に関して本人の理解と納得が得られるよう、移転元主体保健所は、平素から本人との信頼関係の構築に努める。

### (3) 移転先主体保健所の対応

移転元主体保健所から通知を受けた移転先主体保健所は、速やかに、本人の同意を得て計画を作成する。

その際は、移転元主体保健所の作成した計画の内容を踏まえつつ、退院後支援会議の開催等必要な手続を経て、本人及び家族その他の支援者の意見を十分踏まえて計画を作成する。本人への計画書の交付及び説明、支援関係者への通知も同様に行う。なお、移転先主体保健所の計画に基づく支援期間中に、再度本人が居住地を移した場合には、その移転先の主体保健所に対して、本人の同意を得た上で、同様の通知を行う。

移転先自治体が作成する計画の支援期間は、原則として、移転元主体保健所が作成した計画の支援期間の残存期間とする。

◎必要な手続とは、フロー図①の「計画の確認、見直し」のための本人及び家族等が参加する会議の開催等。

## IV. 個人情報 の 取扱い について

主体保健所は、支援関係者に、正当な理由なく退院後支援会議の事務に関して知り得た情報（計画の内容、支援の実施状況、本人の病状等）を漏らさないこと等、情報の適正な取扱いについてあらかじめ説明する。

また、情報を共有するにあたっては、情報の共有が職務上必要となる者に限り、支援に必要な限度の情報を共有するに留め、情報を取扱う者全員がその責任を自覚して適切な情報管理を行う。

なお、退院後支援会議の記録及び計画等の保存期間は、計画に基づく支援終了後5年とする。

各支援関係者は、退院後支援に関する資料を、同様の保存期間を設定して適切に管理するとともに、退院後支援以外の目的で使用することのないよう厳に留意し、主体保健所はその旨を各支援関係者に対して作成した書式（様式9）を用いて周知する。

【様式9】退院後支援計画の取扱いについて

## V. その他

### 1. 計画に基づく支援の実施に関する留意点

計画に基づく支援の実施にあたり、障害福祉サービスや介護サービスの利用を含む包括的な支援を提供する必要がある場合は、主体保健所、医療機関、地域援助事業者、市町の担当部署等、多機関間の調整が必要となる。この場合、主体保健所が調整主体となるが、本人の医療ニーズが高い場合には、通院先医療機関に、主体保健所及び各支援関係者との連絡調整を円滑に行うための精神保健福祉士等の担当者が配置されていることが望ましい。当該担当者は、本人の意向や支援ニーズ等を十分に理解した上で連絡調整を行うことが重要であり、本人との面談や実際の支援の提供を通じて、本人との信頼関係の構築に努めることが必要である。地域援助事業者は、本人の身近で生活を見守る立場にあり本人が希望する地域生活を営むことができるよう、本人の意思決定を支援し、本人の意向や生活状況等を他の支援関係者と共有するよう努める。

### 2. 退院後支援の体制整備、実施状況の適切な把握

県は、精神保健福祉士等専門職の配置や研修を行うなど、必要な体制整備を進める。

退院後支援の実施状況に関しては、主体保健所において、計画の作成数（単独・共同作成の別）、計画に基づく支援期間及び転帰、退院後支援会議の開催状況、職員1名あたりの担当者数等を把握し、適正な運用となるよう努める。

## VI. 長崎県措置入院者退院後支援の流れ

※様式集のフロー図1、フロー図2、別紙2を参照

### 【附則】

1. この手引きは令和2年4月1日から施行する。

## VII. 様式目次

フロー図 1 長崎県措置入院者退院後支援の流れ

(措置解除後に他の入院形態を経て退院する場合)

フロー図 2 長崎県措置入院者退院後支援の流れ

(措置解除直後に入院先病院から退院する場合)

様式 1 (主体保健所用) 退院後支援計画の作成について (同意書)

様式 2 (医療機関用) 退院後支援のニーズに関するアセスメント

様式 3 (医療機関用) 退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

様式 4 (医療機関用) 退院後支援に関する計画に係る意見書

様式 5 (医療機関用) 病状が悪化した場合の対処方針

様式 6 (主体保健所用) 退院後支援に関する計画書

様式 7 (主体保健所用) 病状が悪化した場合の対処方針

様式 8 (主体保健所用) 退院後支援に関する情報提供

様式 9 (主体保健所用) 退院後支援計画の取扱いについて

様式 10 (主体保健所用) 同意撤回書

別紙 1 (主体保健所、医療機関共通) 退院後支援について※本人用意向確認ちらし

別紙 2 (主体保健所、医療機関共通) 退院後支援計画書による支援のながれ

※本人説明用

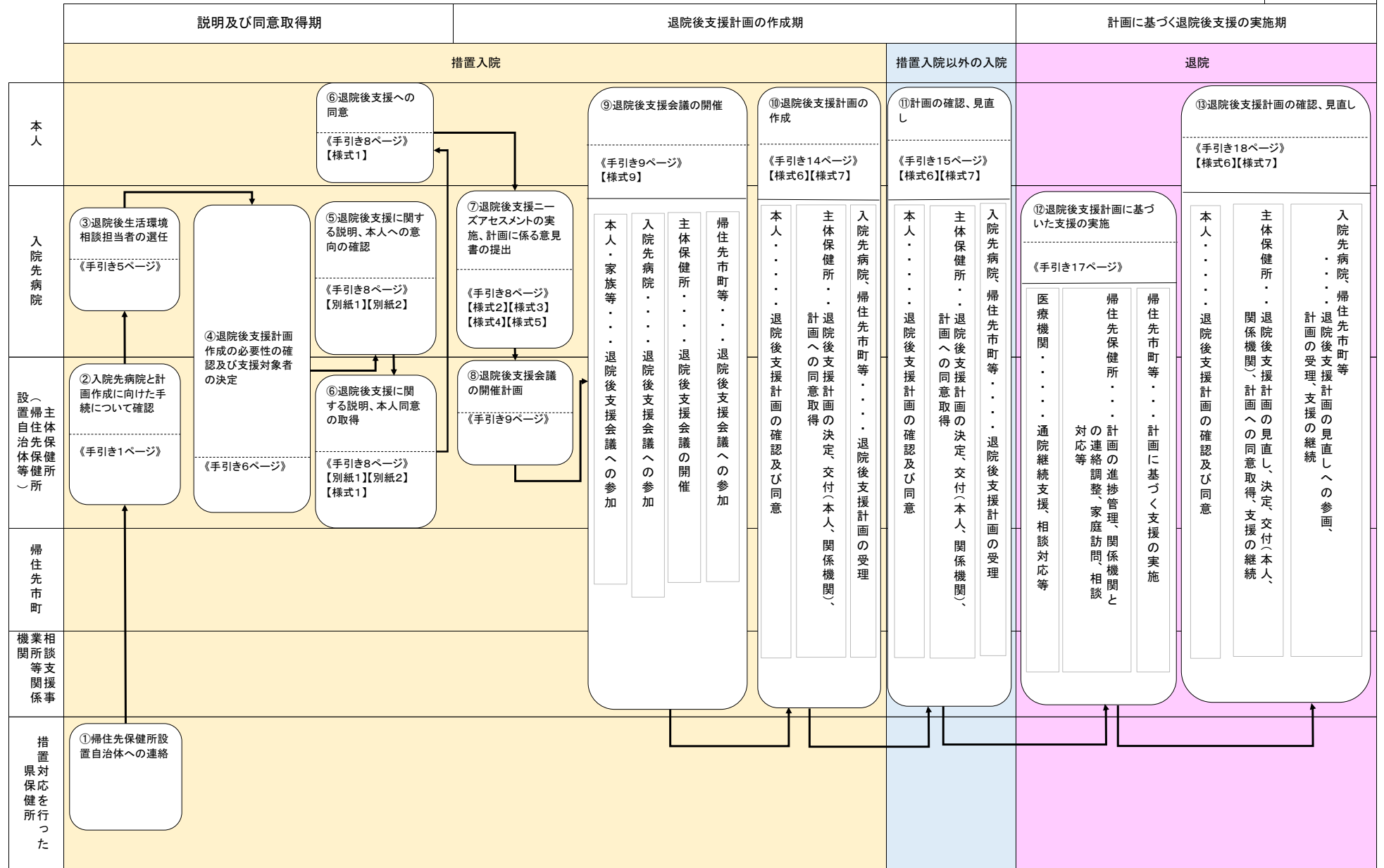
参考様式 1 (医療機関用) 退院後支援のニーズに関するアセスメント (様式 2) 評価  
マニュアル

参考様式 2 (主体保健所用) 退院後支援のニーズに関するアセスメント

参考様式 3 (主体保健所用) 退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

参考様式 4 (主体保健所用) 退院後支援に関する計画 (様式 6) 記載例

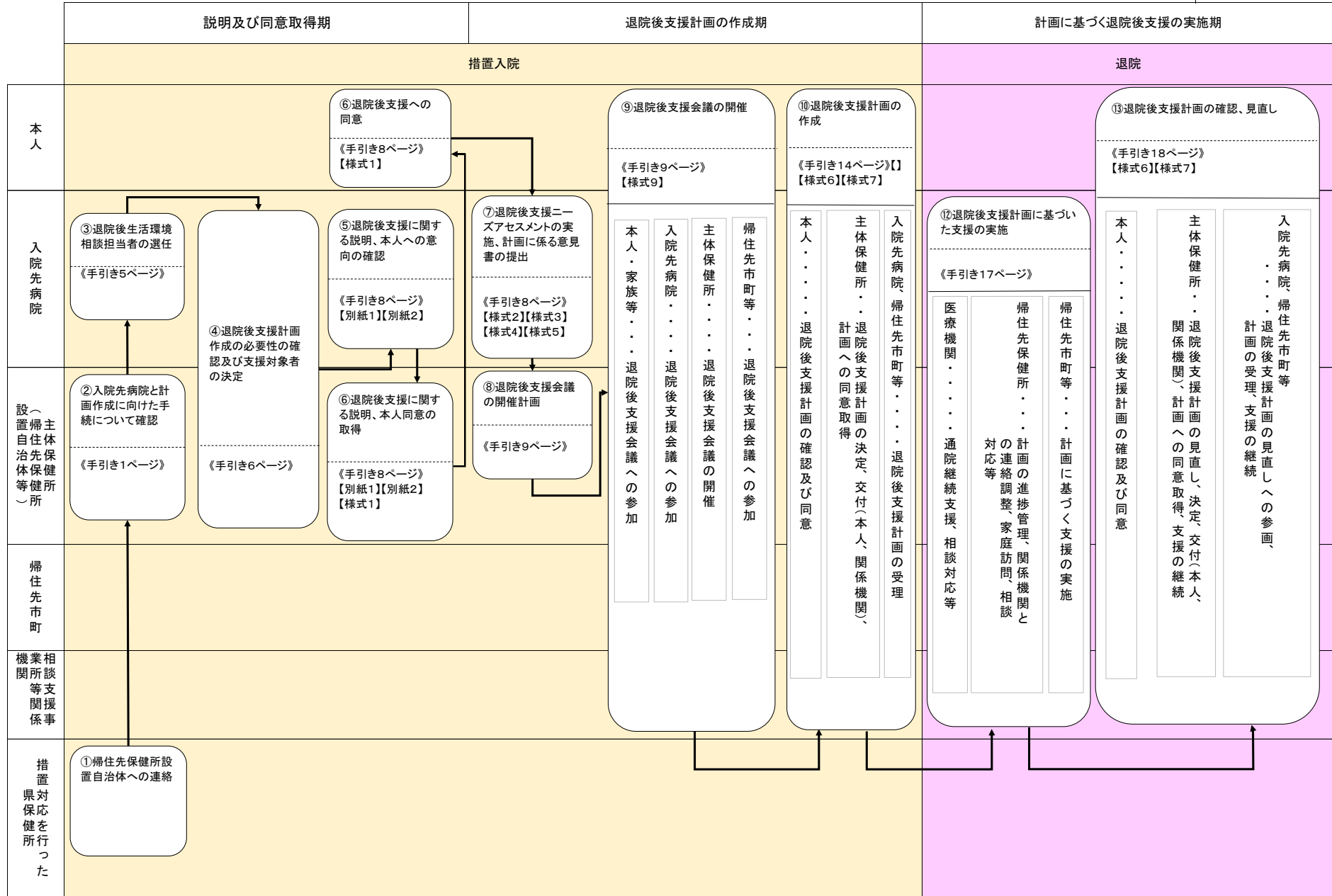
【フロー図1】 長崎県措置入院者の退院後支援の流れ(措置解除後に他の入院形態を経て退院する場合)



【フロー図2】

長崎県措置入院者の退院後支援の流れ(措置解除直後に入院先病院から退院する場合)

長崎県





## 退院後支援計画の作成について（同意書）

- 1 退院後支援計画の作成および退院後支援計画に基づく支援を受けること、及び必要な個人に関する情報を関係機関に対して提供すること。
- 2 退院後に居住地を移転した場合、移転先居住地を管轄する保健所に情報提供を行うこと。

以上について

- 同意する
- 同意しない

様

年 月 日

氏名（本人署名）

（家族等署名）

※家族等署名は支援対象者が未成年者の場合に記入

※ 個人情報につきましては、目的外に使用することはありません。

※ 同意した後であっても、途中で同意を撤回することができます。

口頭にて確認した場合に記載

○確認した年月日 年 月 日

○対象者の氏名

○確認した担当者

○書面にて確認が困難な理由

評価年月日： 年 月 日

退院後支援のニーズに関するアセスメント

医療機関名：

主治医氏名：

退院後生活環境相談担当者/相談員氏名：

本人氏名：		性別： 男 女		年齢：		歳			
評価項目 A:環境要因, B:生活機能(活動), C:社会参加, D:心身の状態, E:支援継続に関する課題, F:行動に関する課題	本人評価				スタッフ評価				特記事項
	0	1	2	9	0	1	2	9	
A1住居：退院後の居住先	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A2経済的援助：生活保護等の経済的援助の必要性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A3親しい関係者：家族、パートナー等との関係性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A4子供の世話：18歳以下の子供の養育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A5介護：高齢者、障害者の介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B1食事：料理、外食、適切な食事の購入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B2生活環境の管理：自室や生活環境を整えること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B3セルフケア：入浴、歯磨き等の清潔保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B4 電話：電話の有無、電話使用の可否	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B5 移動：公共交通機関、車等の移動手段の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B6金銭管理：金銭の管理と計画的な使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B7 基礎教育：読み書き、計算等の基礎学力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C1日中の活動：適切な日中の時間の過ごし方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C2交流：家族以外との社会的交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D1 精神症状：幻覚、妄想、思考障害等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D2 身体的健康：身体疾患、副作用を含む身体症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D3 心理的苦痛：不安、抑うつ、悩みごと等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D4 性的な問題：性嗜好の問題、性機能障害等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E1 処遇・治療情報：処遇・治療に関する情報提供とその理解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E2 治療・支援への動機づけ/疾病の自己管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F1 アルコール：アルコールに関連する問題全般	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F2薬物：処方薬依存・乱用を含む薬物関連の問題全般	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F3 自分に対する安全：自殺関連行動等、セルフネグレクト等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F4 他者に対する安全：暴力、威嚇行動等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F5 その他の行動上の問題：衝動性や強迫行為、嗜癖等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他 ( )									
支援に関する意見									

0=支援の必要なし, 1=この領域に問題があるが、効果的な支援を受けている, 2=この領域に問題があり、効果的な支援を受けていない, 9=不明

## 退院後の支援ニーズに関する総合アセスメント

退院後の支援ニーズ・課題に対する本人の希望(どうなりたいか、どのような支援を希望するか)とストレングス			
A:環境要因	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス(強み、できること)
B:生活機能(活動)	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス(強み、できること)
C:社会参加	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス(強み、できること)
D:心身の状態	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス(強み、できること)
E:支援継続	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス(強み、できること)
F:行動	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス(強み、できること)
その他	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス(強み、できること)
アセスメントの まとめ			

## 退院後支援に関する計画に係る意見書

年 月 日

医療機関名：

所在地：

管理者名：

※は入院継続時の必須記入項目

フリガナ		<input type="checkbox"/> 大正
氏名	様 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 平成 (満 歳)
帰住先住所：		
住居形態： <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> グループホーム等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明		
電話番号：		
※ 病名 ●身体合併症がある場合は、その病名を併せて記載すること		
※ 今回の入院年月日 年 月 日		
※ 退院後の生活に関する本人の希望		
※ 家族その他の支援者の意見	氏名：	続柄
	連絡先：	
退院予定日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 未定
※ 入院継続の必要性	<input type="checkbox"/> 要( <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 転院( <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 身体科) <input type="checkbox"/> 不要	
	推定入院期間：	
	転院先医療機関名：	連絡先：
※ 医療・福祉サービス等に関する基本情報	自立支援医療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定	
	障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定	
	療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 等級) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定	
	身体障害者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定	
	障害年金受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定	
	障害支援区分 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 区分 ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定	
	要介護認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定	
	生活保護受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定	
退院後に必要な医療等の支援	<input type="checkbox"/> 精神科外来通院 <input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援	
	<input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス ( <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイケア等 <input type="checkbox"/> その他)	
	<input type="checkbox"/> 身体合併症 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他	

支援内容							
	支援担当機関	担当者	本人のニーズ・課題	支援内容	方法	回数	連絡先
1							
2							
3							
4							
5							
必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針							
(例:通院先医療機関から本人に電話をする。通院先医療機関から訪問看護。指導を実施する。通院先医療機関が保健所に連絡し、保健所から訪問する。家族に連絡する。相談支援事業所に連絡する。など)							
計画に基づく支援期間							
※ 主治医氏名							
※ 退院後生活環境相談担当者/相談員氏名							

## 病状が悪化した場合の対処方針(困ったときの対処)

年 月 日

氏名:

私の調子が悪くなる前のサイン	
----------------	--

サインに気付いたら

私がすること	
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	

緊急連絡先

①所属/続柄	名前	電話番号
_____	_____	_____
②所属/続柄	名前	電話番号
_____	_____	_____
③所属/続柄	名前	電話番号
_____	_____	_____

連絡してほしくない人

①続柄	名前
_____	_____
②続柄	名前
_____	_____

退院後支援に関する計画書

年 月 日

保健所

※は入院継続時の必須記入項目

フリガナ		<input type="checkbox"/> 大正
氏名	様 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 平成 (満 歳)
帰住先住所:		
電話番号:		
※ 病名 ●身体合併症がある場合は、その病名を併せて記載すること		
※ 今回の入院年月日 年 月 日		
※ 入院先病院	電話番号	
※ 退院後の生活に関する本人の希望		
※ 家族その他の支援者の意見	氏名:	続柄
	連絡先:	
退院日(予定)	年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定	
※ 入院継続の必要性	<input type="checkbox"/> 要( <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 転院( <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 身体科) <input type="checkbox"/> 不要 推定入院期間: 転院先医療機関名: 連絡先:	
※ 医療・福祉サービス等に関する基本情報	自立支援医療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定 障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定 療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 等級 ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定 身体障害者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定 障害年金受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定 障害支援区分 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 区分 ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定 要介護認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定	
退院後に必要な医療等の支援	<input type="checkbox"/> 精神科外来通院 <input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援 <input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス ( <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイケア等 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 身体合併症 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他	

支援内容							
	支援担当機関	担当者	本人のニーズ・課題	支援内容	方法	回数	連絡先
1							
2							
3							
4							
5							

必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針

(例:通院先医療機関から本人に電話をする。通院先医療機関から訪問看護。指導を実施する。通院先医療機関が保健所に連絡し、保健所から訪問する。家族に連絡する。相談支援事業所に連絡する。など)

※ 計画に基づく支援期間	
※ 保健所担当者氏名	

●計画に基づく支援期間中に転居される場合は、担当保健所にご連絡ください。同意をいただければ、転居先の自治体に退院後支援計画の内容等を情報提供いたします。

この退院後支援に関する計画に基づく支援を受けることに同意します。

年 月 日

氏名: \_\_\_\_\_ (署名)



## 病状が悪化した場合の対処方針(困ったときの対処)

年 月 日

氏名:

保健所

私の調子が悪くなる前のサイン	
----------------	--

サインに気付いたら

私がすること	
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	

## 緊急連絡先

①所属/続柄 名前 電話番号

②所属/続柄 名前 電話番号

③所属/続柄 名前 電話番号

## 連絡してほしくない人

①続柄 名前

②続柄 名前

## 退院後支援に関する情報提供書

年 月 日

保健所御中

保健所

フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正
支援対象者氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成 (満 歳)
<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女		
移転前住所:		
移転前住居形態: <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> グループホーム等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明		
移転後住所:		
移転後住居形態: <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> グループホーム等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明		
電話番号:		
移転(予定)日	年 月 日	
移転後の支援に関する本人の希望	自治体による退院後支援を: <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない 希望する支援内容:	
移転後の支援に関する 家族その他の支援者の希望	自治体による退院後支援を: <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない 希望する支援内容: 氏名: 続柄: 連絡先:	
移転後の通院の必要性	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 情報提供済 <input type="checkbox"/> 情報提供未 <input type="checkbox"/> 医療機関未定 ) <input type="checkbox"/> なし 医療機関名: 連絡先: 所在地:	
移転後に必要なその他の 医療等の支援	<input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援 <input type="checkbox"/> 身体合併症治療 <input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス(訪問看護、デイケア等、その他) <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス ( ) <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他 ( )	
支援期間中の医療等の支援の中断	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ありの場合)支援中断時の状況及び対応	
支援期間中の入院	回 直近の入院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 (入院時の入院形態: )	
その他の特記事項 (移転前の医療等の支援の実施 状況を踏まえて記載)		
<input type="checkbox"/> 退院後支援に関する情報を貴自治体に提供することについて、本人の同意を得ています ( 年 月 日同意取得)		

●移転前の退院後支援に関する計画は別紙参照

## 退院後支援計画の取扱いについて

- 退院後に地域で自分らしい生活を安心して送れるよう、入院時から、行政機関が病院職員と協力して退院後の支援の計画を作成します。
- 退院後は、関係機関とともに、計画に基づいて地域での生活をサポートします。
- 計画の期間は、原則として退院してから6ヶ月です。
- 計画を作成する際には、病院の職員や行政機関の職員、その他の支援者等で、退院後支援会議を開催します。会議に参加されない場合は、電話やメール等で連絡をすることがありますので、ご協力をお願いします。
- 退院後に転居をされる場合は、本人の同意を得て、転居先の行政機関に作成した計画の内容や支援の経過をお知らせします。
- 退院後支援の同意はいつでも撤回していただくことが可能としています。
- サービス等利用計画書等、障害者総合支援法や介護保険法に基づく各種計画を作成する場合は、退院後支援計画との整合性を図るよう努めてください。また、会議後に作成されたサービス等利用計画書の内容を、本人の同意を得た上で、追加資料として支援関係者と共有させていただきます。
- 退院後支援計画に係る個人情報及び退院後支援会議で知り得た情報(計画の内容、支援の実施状況、本人の病状等)については、正当な理由なく漏らすことがないように留意し、退院後支援以外の目的での使用はしないでください。
- 退院後支援計画に係る資料は、計画に基づく支援終了後5年間の保存をお願いします。

退院後支援計画の作成及び退院後支援を受けることの  
同意撤回書

私は、退院後支援計画の作成及び退院後支援を受けることに同意しましたが、その同意を撤回します。

保健所長 様

年 月 日

氏名 (本人署名) \_\_\_\_\_

-----  
口頭にて確認した場合に記載

○同意撤回を確認した年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

○対象者の氏名 \_\_\_\_\_

○確認した担当者 \_\_\_\_\_

○書面にて確認が困難な理由 \_\_\_\_\_

長崎県内の保健所では、入院している方の退院後の生活について、入院中から支援を行っています。

## 退院後支援について

このようなことで悩んでいませんか？

誰も相談できる  
人がいない

薬の管理ができるだ  
ろうか

お金のことが  
不安

掃除や洗濯はどう  
しよう

地域の支援者と一緒に、安心して暮らすための  
あなただけの退院後の計画を立てていきましょう

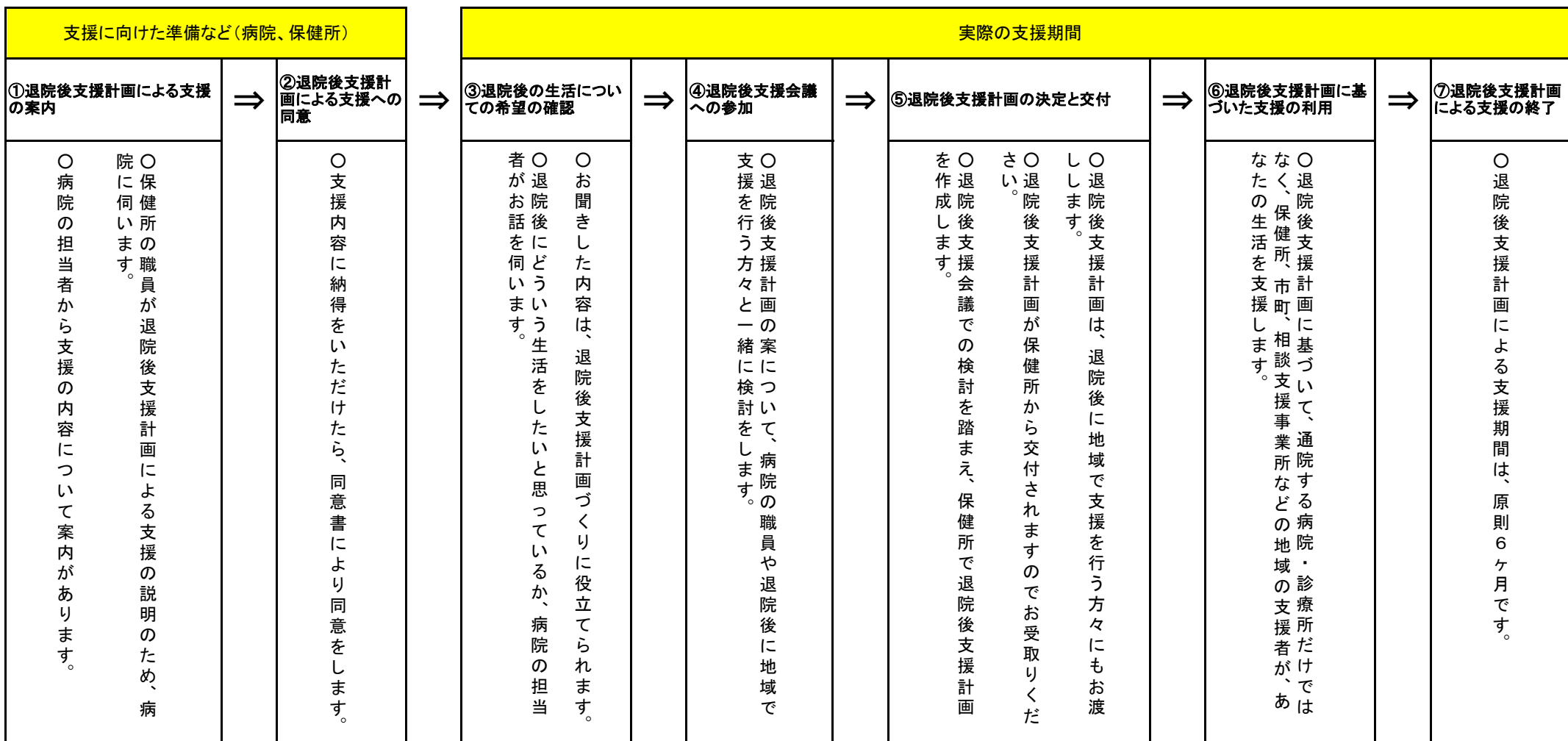


お問い合わせ先：                      保健所                      担当：

電話番号：

退院後生活環境相談担当者（病院窓口）：

## 退院後支援計画による支援のながれ



## 退院後支援のニーズに関するアセスメント 評価マニュアル

- ・ 0=支援の必要なし、1=この領域に問題があるが、効果的な支援を受けている、2=この領域に問題があり、効果的な支援を受けていないの3段階で評価する。
- ・ 支援は、公的な支援、家族や友人等からの私的な支援の両方を含む。
- ・ 情報不足で評価できない項目、本人が答えたくないまたは答えられない項目、評価を実施していない項目は「9=不明」とする。
- ・ 担当者評価は必須であり、本人評価も実施することが望ましい。
- ・ 本人と担当者の評価に相違があっても差し支えない。

A 環境要因に関する評価	
A1住居	退院後の居住先について、どのくらい適切か評価する。原則として、自宅は「0」、グループホームなどは「1」、帰住先がない場合、あるが適切でない場合は「2」と評価する。ただし、帰住先として自宅やグループホームの住環境等（部屋の広さ、利便性、家族関係や近隣住民との関係等）が適切でない場合は「2」と評価する。例えば、車椅子が必要となったが、自宅がバリアフリーでない場合は「2」となる。
A2経済的援助	経済的困窮がある場合に、生活保護、障害年金等の経済的援助を受けられているかを評価する。（家族や親族からの援助の有無を含む）
A3親しい関係者	配偶者、パートナー、家族等との関係性について評価する。
A4子供の世話	育児に関する困難の程度（「子供の」障害の有無を含む）を評価する。子供がいなければ「0」、子供がいても18歳以上であれば「0」と評価する。
A5介護	高齢者、障害者等の介護に関する困難度を評価する。要介護者がいなければ「0」、自宅に要介護者がいても、本人が介護に参加していない場合は「0」と評価する。
B 生活機能（活動）に関する評価	
B1食事	自炊能力、外食、スーパーやコンビニの利用等により適切に食事摂取する能力を評価する。自炊ができない場合でも、外食や惣菜の購入などが自分で適切にできていれば「0」。食事を用意することはできるが栄養が偏る場合や、食事時間が不規則となるような場合は「2」となる。
B2生活環境の管理	住居において適切な生活環境を維持する能力（整理整頓、掃除等）を評価する。
B3セルフケア	身体面および衣類の清潔の両者を含む。服装や化粧等の適切さ（その場の状況に適しているか）は評価しない。
B4 電話	身近にすぐ利用できる電話があるか、適切に電話連絡ができる能力を評価する。電話以外の連絡手段（メール等）で連絡しており、連絡をとるにあたって支障がない場合は「0」とし、特記事項に連絡手段を記載する。
B5 移動	必要な移動の可否を評価する。時刻表の確認や切符の購入等の能力を含む。公共交通機関が利用できなくても車、自転車等の代替手段があり、生活に支障がなければ「0」と評価する。
B6金銭管理	予算を立てたり、金銭管理を行ったりする能力を評価する。収入が少なく、経済的に困窮している場合は、「経済的援助」で評価する。
B7 基礎教育	簡単な読み書き、おつりを数えるといった日常生活に必要な基礎学力を評価する。
C 社会参加に関する評価	
C1日中の活動	デイケア、就労、就学、家事、友人との外出など様々な活動を含む。本人が就労を希望しているが、デイケアでのレクリエーションのみで、就労支援が提供されていないような場合は、本人評価は「2」となる。同じ状況で、スタッフはデイケア参加が本人に適しており、ニーズが満たされていると考えれば担当者評価は「1」となる。

C2交流	社会的接触、他者との交友関係の形成を評価する。自助グループでの交流や精神障害者を有する当事者からの支援（ピアサポーター）の活用も含む。
------	---

#### D 心身の状態に関する評価

D1 精神症状	薬物療法、個人や集団の精神療法、作業療法等の効果を踏まえた精神病症状を評価する。症状に対して適切な医療が提供されていない場合、本人が治療を拒否しているのであれば「治療・支援への動機づけ」で評価し、医療機関へのアクセス手段がない等の理由であれば、この項目で評価する。
D2 身体的健康	身体的健康全般に対し、必要な治療、対応が行われているか評価する。治療を受けているが病状コントロール不良な場合は「2」と評価する。薬物療法の副作用については、この項目で評価する。
D3 心理的苦痛	本人が経験する心理社会的ストレスや適応上の困難、精神症状に伴う心理的苦痛、抑うつ、不安等を評価する。症状に対して適切な医療等が提供されていない場合、本人が治療や支援を拒否しているのであれば「治療・支援への動機づけ」で評価し、医療機関へのアクセス手段がない、カウンセリングが必要であるが医療機関に臨床心理技術者がいない等の理由であれば、この項目で評価する。
D4 性的な問題	性衝動の問題、性生活の満足度、性機能障害（薬の副作用は「身体的健康」で評価）、性同一性障害等を評価する。

#### E 支援継続に関する課題の評価

E1 処遇・治療情報	疾患、入院形態、治療計画等につき、情報提供がされているか、本人がそれらの情報を理解しているかの両方を評価する。情報提供の際は本人に理解を促すための配慮が必要である。（平易な言葉で繰り返す、図を用いる等）心理教育が行われているが、本人が病識を獲得していない場合は「2」となる。
E2 治療・支援への動機づけ/ 疾病の自己管理	現在受けている、または退院後に受ける予定の医学的治療や障害福祉サービス、介護サービス等についての理解と、本人の同意および動機づけ、治療等を継続して受ける意欲（アドヒアランス）を評価する。治療・支援の必要性を理解し、良好なアドヒアランスが期待できる場合は「0」、治療・支援の必要性について十分理解はしていないが、それらを拒否していない場合は「1」、治療・支援を拒否している場合は「2」と評価する。治療・支援が必要ない場合は「0」と評価する。治療の必要性を理解しているが、服薬の自己管理が困難な場合は「2」である。

#### F 行動に関する課題の評価

F1 アルコール	アルコールに関する問題全般について、退院後を想定して評価する。入院中のアルコール不使用のみでは、効果的な支援を受けているとはいえない。
F2 薬物	処方薬依存や乱用を含む薬物関連の問題全般について、退院後を想定して評価する。入院中の薬物不使用のみでは、効果的な支援を受けているとはいえない。
F3 自分に対する安全	自殺や自傷行為の危険性、セルフネグレクト（自己放任）、搾取や虐待から自分を守れないこと等。
F4 他者に対する安全	故意の暴力、威嚇のみではなく、煙草の不始末のような、意図しない（不注意による）危険も含む。
F5 その他の行動上の問題	衝動性、強迫行為、BPSD（認知症の行動・心理症状）や、アルコール・薬物以外の嗜癖（ギャンブル等、買い物、収集癖、過食嘔吐等）の問題を評価する。
その他（ ）	本人やスタッフが支援の必要性があると考えるその他の領域について記載し評価する



【参考様式2】

長崎県

評価年月日： 年 月 日

退院後支援のニーズに関するアセスメント

(支援開始 月 日 午後 時 分)

主体保健所名：

主体保健所担当者名：

本人氏名：		性別： 男 女				年齢： 歳				
評価項目 A:環境要因, B:生活機能(活動), C:社会参加, D:心身の状態, E:支援継続に関する課題, F:行動に関する課題	本人評価				スタッフ評価				特記事項	
	0	1	2	9	0	1	2	9		
A1住居：退院後の居住先	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
A2経済的援助：生活保護等の経済的援助の必要性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
A3親しい関係者：家族、パートナー等との関係性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
A4子供の世話：18歳以下の子供の養育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
A5介護：高齢者、障害者の介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B1食事：料理、外食、適切な食事の購入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B2生活環境の管理：自室や生活環境を整えること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B3セルフケア：入浴、歯磨き等の清潔保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B4 電話：電話の有無、電話使用の可否	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B5 移動：公共交通機関、車等の移動手段の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B6金銭管理：金銭の管理と計画的な使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B7 基礎教育：読み書き、計算等の基礎学力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C1日中の活動：適切な日中の時間の過ごし方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C2交流：家族以外との社会的交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D1 精神症状：幻覚、妄想、思考障害等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D2 身体的健康：身体疾患、副作用を含む身体症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D3 心理的苦痛：不安、抑うつ、悩みごと等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D4 性的な問題：性嗜好の問題、性機能障害等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E1 処遇・治療情報：処遇・治療に関する情報提供とその理解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E2 治療・支援への動機づけ/疾病の自己管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F1 アルコール：アルコールに関連する問題全般	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F2薬物：処方薬依存・乱用を含む薬物関連の問題全般	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F3 自分に対する安全：自殺関連行動等、セルフネグレクト等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F4 他者に対する安全：暴力、威嚇行動等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F5 その他の行動上の問題：衝動性や強迫行為、嗜癖等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
その他 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
支援に関する意見										

0=支援の必要なし, 1=この領域に問題があるが、効果的な支援を受けている, 2=この領域に問題があり、効果的な支援を受けていない, 9=不明

記載年月日 年 月 日（退院後 ヶ月時点）

## 退院後の支援ニーズに関する総合アセスメント

退院後の支援ニーズ・課題に対する本人の希望（どうなりたいか、どのような支援を希望するか）とストレングス			
A: 環境要因	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス(強み、できること)
B: 生活機能 (活動)	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス(強み、できること)
C: 社会参加	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス(強み、できること)
D: 心身の状態	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス(強み、できること)
E: 支援継続	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス(強み、できること)
F: 行動	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス(強み、できること)
その他	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス(強み、できること)
アセスメントの まとめ			

退院後支援に関する計画書

令和 × 年 ○ 月 △ 日

〇〇 保健所

※は入院継続時の必須記入項目

フリガナ ナガサキ タロウ		<input type="checkbox"/> 大正
氏名 長崎 太郎 様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○ 年 △ 月 × 日生 <input type="checkbox"/> 平成 (満 45 歳)
帰住先住所: 〇〇市 × ×		
電話番号: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
※ 病名 統合失調症、糖尿病 ●身体合併症がある場合は、その病名を併せて記載すること		
※ 今回の入院年月日 令和 ○ 年 × 月 △ 日		
※ 入院先病院	●●病院	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
※ 退院後の生活に関する本人の希望	仕事をしたい	
※ 家族その他の支援者の意見	きちんと病院に通い、薬を飲んでほしい。経済的な援助はできるが、日常生活の支援は難しい。 氏名: 長崎 次郎 続柄 弟 連絡先: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
退院日(予定)	令和 ○ 年 △ 月 × 日 <input type="checkbox"/> 未定	
※ 入院継続の必要性	<input type="checkbox"/> 要( <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 転院( <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 身体科) <input checked="" type="checkbox"/> 不要 推定入院期間: 転院先医療機関名: 連絡先:	
※ 医療・福祉サービス等に関する基本情報	自立支援医療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定 障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2 級 ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定 療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 等級 ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定 身体障害者 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定 障害年金受給 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2 級 ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定 障害支援区分 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 区分 ) <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 申請予定 要介護認定 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定	
退院後に必要な医療等の支援	<input checked="" type="checkbox"/> 精神科外来通院 <input checked="" type="checkbox"/> 保健所等による相談支援 <input checked="" type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス ( <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> デイケア等 <input type="checkbox"/> その他 ) <input checked="" type="checkbox"/> 身体合併症 <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他	

支援内容							
	支援担当機関	担当者	本人のニーズ・課題	支援内容	方法	回数	連絡先
1	〇〇保健所	〇〇	近所づきあい	必要時の相談や訪問、サービスの調整	家庭訪問	月1回	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
2	△△クリニック	△△	日中活動	外来診療、デイケア	通院、デイケア利用	通院:月1回、 デイケア:週2回	△△△-△△△-△△△△
3	□□病院	□□	糖尿病治療	外来診療、栄養指導	通院	月1回	□□□-□□□-□□□□
4	××相談支援事業所	××	相談相手	定期的な訪問、必要時の相談、福祉サービスの調整	家庭訪問等	月1回	×××-×××-××××
5	●●訪問介護事業所	●●	適切な食事、掃除	日常生活のサポート	訪問介護	週2回	●●●-●●●●-●●●

必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針

(例:通院先医療機関から本人に電話をする。通院先医療機関から訪問看護、指導を実施する。通院先医療機関が保健所に連絡し、保健所から訪問する。家族に連絡する。相談支援事業所に連絡する。など)

外来受診日に通院されなかった場合は、携帯電話にお電話を差し上げます(△△クリニック)  
電話がつかない場合、弟さんに連絡をとり、必要があれば保健所から訪問します。

※ 計画に基づく支援期間	6ヶ月
※ 保健所担当者氏名	〇〇

●計画に基づく支援期間中に転居される場合は、担当保健所にご連絡ください。同意をいただければ、転居先の自治体に退院後支援計画の内容等を情報提供いたします。

この退院後支援に関する計画に基づく支援を受けることに同意します。

年                      月                      日

氏名: \_\_\_\_\_ (署名)