

(患者氏名) _____ 殿

(担当医)

(担当退院支援相談員)

地域移行機能強化病棟への転棟日:	平成	年	月	日
退院支援委員会開催日:	平成	年	月	日
患者等への説明日:	平成	年	月	日
計画の変更日:	平成	年	月	日

1	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	<p>退院支援で留意すべき 主な問題点、課題等</p> <p>（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。）</p>	<p>【本人の受け入れ】 <input type="checkbox"/>退院意欲 <input type="checkbox"/>退院そのものへの不安</p> <p>【生活基盤領域】 <input type="checkbox"/>経済環境 <input type="checkbox"/>住環境</p> <p>【健康領域】 <input type="checkbox"/>服薬管理 <input type="checkbox"/>食事管理 <input type="checkbox"/>病気の理解(病識) <input type="checkbox"/>身体疾患の管理 <input type="checkbox"/>体力 <input type="checkbox"/>危機管理</p> <p>【日常生活領域】 <input type="checkbox"/>食事の準備 <input type="checkbox"/>金銭管理 <input type="checkbox"/>睡眠 <input type="checkbox"/>外出</p> <p>【社会生活技能/社会参加領域】 <input type="checkbox"/>対人関係 <input type="checkbox"/>日中の過ごし方 <input type="checkbox"/>就学 <input type="checkbox"/>就労 <input type="checkbox"/>その他社会的活動（ ）</p> <p>【家族支援領域】 <input type="checkbox"/>家族への情報提供 <input type="checkbox"/>家族の負担軽減 <input type="checkbox"/>家族関係調整</p> <p>【その他】 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>問題点・課題等の詳細</p>
6	<p>その他退院支援で留意すべき 問題点、課題等</p> <p>（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。）</p>	
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】 <input type="checkbox"/> 心理教育 <input type="checkbox"/> 家族心理教育 <input type="checkbox"/> 就労・就学支援 <input type="checkbox"/> 個別認知行動療法 <input type="checkbox"/> 集団認知行動療法 <input type="checkbox"/> デイケア等体験利用 <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 公共・金融機関利用 <input type="checkbox"/> 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 住居見学 <input type="checkbox"/> 通所施設見学 <input type="checkbox"/> 余暇活動 <input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> 外来通院先の確保 <input type="checkbox"/> 身体疾患治療のための通院先の確保 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイ・ケア等 <input type="checkbox"/> その他（ 【必要な支援と今後のスケジュール】	

居住先に関すること(※)	<div> <div>【評価】</div> <div> 自宅 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 同居家族 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし その他、居住先に関する課題： </div> </div> <div> <div>【適切な居住先の種類と必要な支援】</div> <hr/> <div>【今後の支援のスケジュール】</div> </div> <hr/> <div>【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】</div>
収入と金銭管理に関すること(※)	<div> <div>【評価】</div> <div> 障害年金 <input type="checkbox"/>受給中 生活保護 <input type="checkbox"/>受給中 その他、退院後の収入と金銭管理に関する課題： </div> </div> <div> <div>【収入と金銭管理に関する必要な支援】</div> <hr/> <div>【今後の支援のスケジュール】</div> </div> <hr/> <div>【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】</div>
栄養摂取・調理・火の管理に関すること(※)	<div> <div>【栄養摂取等に関する課題と必要な支援】</div> <hr/> <div>【今後の支援のスケジュール】</div> </div> <hr/> <div>【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】</div>
障害福祉サービス等の利用に関すること(※)	<div> <div>【評価】</div> <div> 指定特定相談支援事業所 <input type="checkbox"/>未定（ 年 月頃までに決定予定） <input type="checkbox"/>不要 <input type="checkbox"/>決定（事業所名： 担当者： ） 障害者手帳 <input type="checkbox"/>取得済[級] <input type="checkbox"/>申請予定（ 年 頃まで） <input type="checkbox"/>不要 障害支援区分 <input type="checkbox"/>認定済[区分] <input type="checkbox"/>申請予定（ 年 頃まで） <input type="checkbox"/>不要 要介護認定 <input type="checkbox"/>認定済[] <input type="checkbox"/>申請予定（ 年 頃まで） <input type="checkbox"/>不要 </div> </div> <div> <div>【その他、障害福祉サービス等に関する課題】</div> <hr/> <div>【今後の支援のスケジュール】</div> </div> <hr/> <div>【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】</div>

	成年後見制度に関すること (※)	【成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者に関すること(※)	【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】 	
9	その他退院支援に関する 特記事項		

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