

退院支援計画書

(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: 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				
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。 〕	<p>【本人の受け入れ】</p> <p><input type="checkbox"/>退院意欲 <input type="checkbox"/>退院そのものの不安</p> <p>【生活基盤領域】</p> <p><input type="checkbox"/>経済環境 <input type="checkbox"/>住環境</p> <p>【健康領域】</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>体力 <input type="checkbox"/>危機管理</p> <p>【日常生活領域】</p> <p><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】</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>その他社会的活動()</p> <p>【家族支援領域】</p> <p><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】</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p> <p>問題点・課題等の詳細</p>			
6	その他退院支援で留意すべき問題点、課題等 〔 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		<p>【目標】</p> <p>【実施内容とスケジュール】</p>	
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	<p>【目標】</p> <p>【実施内容】</p> <p><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（ ）</p> <p>【今後のスケジュール】</p>)
	院外 プログラム	<p>【目標】</p> <p>【実施内容】</p> <p><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（ ）</p> <p>【今後のスケジュール】</p>)
退院後の医療の確保に関すること		<p>【退院後の医療サービスに関する課題】</p> <p>【必要な医療サービス】</p> <p><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（ ）</p> <p>【必要な支援と今後のスケジュール】</p>)

	<p>【評価】</p> <p>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：</p> <p>居住先に関すること(※)</p>	<p>【適切な居住先の種類と必要な支援】</p> <p>【今後の支援のスケジュール】</p> <p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>
	<p>【評価】</p> <p>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：</p> <p>収入と金銭管理に関すること(※)</p>	<p>【収入と金銭管理に関する必要な支援】</p> <p>【今後の支援のスケジュール】</p> <p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>
	<p>【栄養摂取等に関する課題と必要な支援】</p> <p>栄養摂取・調理・火の管理に関すること(※)</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p> <p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>
	<p>【評価】</p> <p>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: _____)</p> <p>障害者手帳 <input type="checkbox"/>取得済[級] <input type="checkbox"/>申請予定(年 月頃まで) <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 月頃まで) <input type="checkbox"/>不要 要介護認定 <input type="checkbox"/>認定済[] <input type="checkbox"/>申請予定(年 月頃まで) <input type="checkbox"/>不要</p> <p>障害福祉サービス等の利用に関すること(※)</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p> <p>【その他、障害福祉サービス等に関する課題】</p> <p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>

	<p>成年後見制度に関すること(※)</p> <p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	<p>【成年後見制度利用に関する課題と必要な支援】</p> <p>【今後の支援のスケジュール】</p>
	<p>退院後、主に相談援助に応じる者に関すること(※)</p> <p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	<p>【現時点で考えられる主たる援助者】</p> <p>【今後の支援のスケジュール】</p>
	<p>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)</p> <p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	<p>【日中の活動に関する課題と必要な支援】</p> <p>【今後の支援のスケジュール】</p>
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。