

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	<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	

[illegible]

居住先に関すること(※)	【評価】 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：	【適切な居住先の種類と必要な支援】
	【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】		
収入と金銭管理に関すること(※)	【評価】 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：	【収入と金銭管理に関する必要な支援】
	【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】		
栄養摂取・調理・火の管理に関すること(※)	【栄養摂取等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】	
障害福祉サービス等の利用に関すること(※)	【評価】 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	【その他の、障害福祉サービス等に関する課題】
	【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】		

	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。