

(別紙様式 6 の 4)

計画作成日： 年 月 日

計画見直し予定日： 年 月 日

## 退院支援計画書

氏名： 様 性別：男・女 生年月日： 年 月 日 ( 歳)

主治医： 看護師： 精神保健福祉士：

### 参加者

☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 主治医 ☐ 看護師・保健師 ☐ 精神保健福祉士 ☐ 薬剤師 ☐ 作業療法士 ☐ 公認心理師

☐ 訪問看護ステーション ☐ 行政機関 ☐ 障害福祉サービス等事業者 ☐ 介護サービス事業所

☐ その他 ( )

|          |  |
|----------|--|
| 病 名      |  |
| 今回の入院年月日 |  |

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

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

### 支援ニーズ／課題への対応

| 評価項目                   | 支援の<br>必要性               | 課題内容<br>本人の希望 | 本人の実施事項<br>(※1) | 支援者の実施事項<br>(※1) | 支援者<br>(機関名・担当者名・連絡先) |
|------------------------|--------------------------|---------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| 環境要因                   | <input type="checkbox"/> |               |                 |                  |                       |
| 生活機能<br>(活動)           | <input type="checkbox"/> |               |                 |                  |                       |
| 社会参加                   | <input type="checkbox"/> |               |                 |                  |                       |
| 心身の状態                  | <input type="checkbox"/> |               |                 |                  |                       |
| 支援継続に<br>関する課題<br>(※2) | <input type="checkbox"/> |               |                 |                  |                       |
| 行動に関する<br>課題<br>(※3)   | <input type="checkbox"/> |               |                 |                  |                       |

(※1) 課題内容、本人の希望に対する実施事項を記載すること

(※2) 病状の理解の程度や自己管理等 (※3) アルコールや薬物、自他の安全確保に関する課題、こだわり等

|                      |   |   |      |    |      |      |
|----------------------|---|---|------|----|------|------|
| 医療・障害福祉サービス等に関する基本情報 | 自立支援医療  | 無 | 有    | 不明 | 申請予定 |      |
|                      | 精神障害者保健福祉手帳：  | 無 | 有（   | 級） | 不明   | 申請予定 |
|                      | 療育手帳：   | 無 | 有（等級 | ）  | 不明   | 申請予定 |
|                      | 身体障害者：  | 無 | 有（   | 級） | 不明   | 申請予定 |
|                      | 障害年金受給：   | 無 | 有（   | 級） | 不明   | 申請予定 |
|                      | 障害支援区分：   | 無 | 有（区分 | ）  | 不明   | 申請予定 |
|                      | 要介護認定：  | 無 | 有（   | ）  | 不明   | 申請予定 |
|                      | 生活保護受給：   | 無 | 有    | 不明 | 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<br><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）<br><input type="checkbox"/> 身体合併症治療 <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 |   |      |    |      |      |

|                  |             |
|------------------|-------------|
| 調子が悪くなってきたときのサイン |             |
| 自分でわかるサイン        | 周りの人が気づくサイン |
| サインに気づいたときにすること  |             |
| 自分がすること          | 周りの人がすること   |

|          |    |     |
|----------|----|-----|
| 緊急連絡先：氏名 | 所属 | 連絡先 |
| 緊急連絡先：氏名 | 所属 | 連絡先 |
| 緊急連絡先：氏名 | 所属 | 連絡先 |

署名 本人： 主治医： 担当者：