

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	<p>退院支援で留意すべき 主な問題点、課題等</p> <p> <input type="checkbox"/> 退院意欲 <input type="checkbox"/> 退院そのものへの不安 <input type="checkbox"/> 経済環境 <input type="checkbox"/> 住環境 <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 <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 <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() <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 <input type="checkbox"/> その他 () </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】</p> <p>【生活基盤領域】</p> <p>【健康領域】</p> <p>【日常生活領域】</p> <p>【社会生活技能/社会参加領域】</p> <p>【家族支援領域】</p> <p>【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		<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>	

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。