

大分県精神障がい者の 退院後支援マニュアル

平成30年9月

大分県障害福祉課

目次

1. はじめに.....	2
(1) 目的	2
(2) 支援対象者.....	2
(3) 作成主体	4
2. 退院後支援に関する計画の作成	4
(1) 計画作成フロー.....	4
(2) 具体的な手順の流れ.....	5
①退院後生活環境相談担当者の選任	5
②計画作成の必要性の確認.....	6
③計画に関する説明と本人の意向の確認	6
④退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施.....	7
⑤計画に係る意見書等の自治体への提出	7
⑥会議の開催.....	7
⑦計画の決定	9
⑧計画の交付、支援関係者への通知	9
3. 計画に基づく退院後支援の実施	12
(1) 支援期間	12
(2) 支援内容	12
①帰住先保健所設置自治体の役割.....	12
②各支援関係者の役割	13
③必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合又は病状が悪化した場合の対応...	13
4. 計画に基づく支援の終了	14
5. 退院後支援計画に基づく支援を対象者が拒否した場合の対応	14
6. 支援対象者が居住地を移した場合の対応	15
7. マニュアルの改正について	15
8. 個人情報の取扱いについて	15
様式等	16
【参考】退院後支援に関するフロー図.....	35

1. はじめに

(1) 目的

入院をした精神障がい者は、地域生活を送る上で様々な課題やニーズを抱えていることが多く、円滑な社会復帰等の観点からは、その課題やニーズに応じて、退院後に必要となる医療、福祉、介護、就労支援等の支援（以下「医療等の支援」という。）が実施されることが望ましい。

このためには、こうした精神障がい者が、地域でその人らしい生活を安心して送れるよう、本人のニーズに応じた、関係者・関係機関による多面的かつ重層的な支援を提供できる体制の整備が必要である。

こうしたことから、本県では、国から示された「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」に基づき、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「法」という）の第47条に規定する相談支援業務の一環として、自治体を中心となった退院後の医療等の支援に関する手順を具体的に示すため、「大分県精神障がい者の退院後支援マニュアル」を作成することとした。

なお、本マニュアルはあくまでも標準的な手順を定めたものであり、実際の運用に当たっては、個別の状況に応じ、柔軟に対応していくことが必要である。

(2) 支援対象者

計画作成主体の自治体を中心となって退院後の医療等の支援を行う必要があると認めた入院中の精神障がい者（表1）のうち、計画に基づく支援を受けることに同意した者とし、原則として平成30年4月1日以降に、措置入院又は緊急措置入院した者とする。

ただし、平成30年3月31日以前に、措置入院又は緊急措置入院した者であっても、計画作成主体の自治体と協議を行い、本マニュアルに基づく支援が必要と認められた場合は、支援対象者とすることができる。

表 1 : 一般的に想定される支援対象者

主として、措置入院者のうち、

- ・ 複数回の非自発的入院歴（特に複数回の措置歴）のある者
- ・ 医療の必要性が高いにもかかわらず、医療中断の可能性が高い者
- ・ 家族、友人等の支援者がおらず、孤立しやすい者
- ・ 家族が課題を抱えている者
- ・ 経済的な問題（金銭管理に関する課題を含む）を抱えている者
- ・ 措置解除までに長期間を要した者
- ・ 措置解除後に1年以上の長期入院となった者 等

※本人の同意が得られない場合について

計画の作成に当たって、十分な説明を行っても、本人から同意を得られない場合には、計画の作成は行わない。

ただし、この場合も、作成主体の自治体は、本人や家族その他の支援者に対して、その希望に応じて保健所等の職員が退院後の支援等について相談に応じることができる旨を伝える等、必要に応じて法第 47 条による相談支援等を提供できるよう環境調整等を行うことが望ましい。

<補足>

- ・ 本人の同意が得られず、家族の同意しか得られない場合は、計画の作成は行わない。
- ・ 未成年の場合は、親権者の同意を得ることが適当だが、家庭状況等によって同意を得ることが困難な場合は、状況に応じて本人の同意のみで退院後支援を実施する。
- ・ 初めの同意確認で同意が得られなかった場合でも、入院中は同意を得る努力を続けることが望ましい。

(3) 作成主体

支援対象者の退院後の居住地を管轄する保健所設置自治体（以下、「帰住先保健所設置自治体」という。）が計画の作成主体となる。

※支援対象者の帰住先保健所設置自治体が措置対応を行った県の機関と異なる場合

帰住先保健所設置自治体（県保健所・部または大分市保健所、以下同じ）が、措置対応を行った県の機関（県障害福祉課または県保健所・部、以下同じ）と共同して作成主体となる。この場合も、実効性のある計画を作成し、効果的な退院後支援を実施する観点から、帰住先保健所設置自治体が中心的な役割を果たす。

※入院前の居住地に戻らない可能性が高い場合または入院前の居住地が不明な場合

居住地が確定するまでは、措置対応を行った県の機関が中心となって、計画作成のために必要な準備を進める。

2. 退院後支援に関する計画の作成

<以下、主に措置入院者を想定した計画作成フロー及び具体的な手順の流れを示すが、緊急措置入院者またはその他の入院形態による入院者の場合も、これに準じて対応する。>

(1) 計画作成フロー

ア. 措置解除後に他の入院形態を経由せずに退院するケース【P35】

イ. 措置解除後に他の入院形態（医療保護入院・任意入院）を経由した後、退院するケース【P36】

○支援対象者の帰住先保健所設置自治体と措置対応を行った県の機関が同じ場合

(例)	支援対象者の居住地	帰住先保健所設置自治体	措置を行った県の機関
1	日田市	県西部保健所	県西部保健所
2	佐伯市	県南部保健所	県南部保健所
3	豊後大野市	県豊肥保健所	県豊肥保健所

計画作成フロー（ア、イ）及び以下の具体的な手順の流れ中、「帰住先保健所設置自治体」と「措置対応を行った県の機関」の役割を、当該同一機関が担う。

○対象者の帰住先保健所設置自治体が措置対応を行った県の機関と異なる場合

(例)	支援対象者の居住地	帰住先保健所設置自治体	措置を行った県の機関
1	大分市	大分市保健所	県障害福祉課
2	由布市	県由布保健部	県障害福祉課
3	中津市	県北部保健所	県東部保健所

計画作成フロー（ア、イ）及び以下の具体的な手順の流れに沿って対応する。

（２）具体的な手順の流れ

①退院後生活環境相談担当者の選任

入院先病院は、支援対象者の退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者（以下「退院後生活環境相談担当者」という。）を選任することが望ましい。

なお、退院後生活環境相談担当者は、当該病院の精神保健福祉士が最も適任と考えられるが、保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士として精神障がい者に関する業務に従事した経験を有する者についても、担当者として選任することが考えられる。

※退院後生活環境相談担当者の主な役割について

退院後生活環境相談担当者には、以下の病院における業務等において中心的役割を担うことが期待される。

- ・本人の入院時に、本人及び家族その他の支援者に対して、退院後生活環境相談担当者として選任されたこと及びその役割について説明するほか、入院時における入院診療計画の立案に参画し、適宜本人及び家族その他の支援者に説明を行う。
- ・随時、本人及び家族その他の支援者からの相談に応じ、入院当初より、退院後の支援ニーズに関係する情報を積極的に把握する等の退院に向けた相談支援を実施す

る。

- ・計画作成に向け、入院後早期から本人との信頼関係の構築に努め、計画に関して本人が意見を表明できるような支援を実施する。
- ・退院に向け、自治体や支援関係者と必要に応じて連絡調整を行うこと等により、地域生活への円滑な移行を図る。

②計画作成の必要性の確認

措置対応を行った県の機関は、措置入院時に入院先病院に対し、退院後支援に係る今後の手続を確認する。

その後、措置対応を行った県の機関と退院後生活環境相談担当者は、随時、連絡を取り合い、入院先病院の意見も踏まえ、計画作成の必要性を判断する。

また、支援対象者の帰住先保健所設置自治体が別にある場合は、その計画作成の必要性の有無について、速やかに報告する。

③計画に関する説明と本人の意向の確認

入院先病院は、本人の症状が一定程度落ち着いた段階で、退院後支援のための行政による面談の実施について、本人の了解を得る。

了解が得られた後、帰住先保健所設置自治体及び措置対応を行った県の機関は、入院先病院と協力しつつ、本人と面談を行い、計画に基づく支援の必要性等について丁寧に説明し、自治体が計画を作成すること、退院後は計画に基づき支援関係者が協力して退院後支援を実施すること、計画の作成・実施に必要な本人の情報及び作成された計画を支援関係者間で共有すること等について、本人の意向を確認したうえで同意書による同意を得る。

<別紙 1 - 1 > 退院後支援について (本人説明チラシ)

<別紙 1 - 2 > 障がい福祉サービスについて

【様式 1】 同意書

④退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施

入院先病院は、本人のニーズに応じた退院後支援が実施できるよう、退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施する。

【様式2】退院後支援のニーズに関するアセスメント

⑤計画に係る意見書等の自治体への提出

入院先病院は、支援対象者の症状が一定程度落ち着き、退院後支援のニーズをある程度評価できるようになった段階で、直近の退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果を踏まえ、計画に係る意見書を作成し、当該アセスメントの結果とともに、帰住先保健所設置自治体に提出する。

なお、その際には、本人及び家族その他の支援者の意向を確認し、意見書の作成に本人及びその他の支援者が参画できるようにすることが望ましい。

【様式3】退院後支援に関する計画に係る意見書（医療機関様式）

病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

※措置解除後に医療保護入院等により入院を継続する場合

措置解除前の意見書に、様式3における入院継続時の必須記入項目について記載すれば足り、その後、医療保護入院等を経て退院する段階で、全ての項目を記載した意見書を再度提出する。

⑥会議の開催

会議の設置主体は、計画の作成主体である支援対象者の帰住先保健所設置自治体とし、原則として、入院中に会議を開催し、支援関係者等（表2）で計画の内容等を協議する。

計画は、本人の社会復帰の促進等のために作成するものであるため、会議には、本人及び家族その他の支援者の参加を原則とする。

ただし、家族の参加に関しては、本人の意向を尊重し、本人が同席を望まない家族は原則として参加しないこととする。しかしながら、本人の病状の影響により家族との関わりを忌避する場合もあることを考慮し、本人を支援する意志を表示している家族が計画の作成過程から排除されることのないよう、作成主体の自治体は、会議の前後で当該家族の意向を確認する等の配慮を行う必要がある。

また、本人又は家族その他の支援者が会議への参加を希望しない場合や、本人の病状や家族その他の支援者の事情により本人又は家族その他の支援者の参加が困難な場合には、例外的にこれらの者が会議に参加しないことはありえるが、この場合も、作成主体の自治体は、事前又は事後にその意向を確認する機会を設けるなど、本人及び家族その他の支援者の意向を計画に反映させるための対応を行うべきである。

本人が、弁護士等を成年後見人や代理人として、会議に参加させることを希望する場合には、これらの者を会議に参加させるものとする。

なお、会議の開催は、原則として入院先病院内で開催することとするが、電話やインターネット回線等を活用して協議を行うことも可能とする。

【様式4】退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

表2：想定される支援関係者等

ア．作成主体の自治体【措置対応を行った県の機関、帰住先保健所設置自治体等の職員】
イ．帰住先の市町村【障害福祉担当課、生活保護担当課、地域包括支援センター、市町村保健センター等の職員】
ウ．入院先病院【主治医、退院後生活環境相談担当者、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等】
エ．通院先医療機関【主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等】
オ．入院前の通院先医療機関【主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等】
カ．相談支援事業所、訪問看護ステーション等【担当職員】

※措置解除後に医療保護入院等により入院を継続する場合

措置入院中の会議の開催は要しないこととし、医療保護入院等から退院する段階で計画作成のための会議を開催する。

また、医療保護入院者に計画を作成する場合に、法第 33 条の 6 の規定に基づく退院支援委員会の開催予定時期に近接して会議の開催が予定されているときは、会議の開催をもって退院支援委員会の開催とみなすことができる。

⑦計画の決定

計画の作成主体である支援対象者の帰住先保健所設置自治体は、入院先病院から提出された退院後支援のニーズに関する総合アセスメントの結果、計画に係る意見書、会議における協議内容等を踏まえ、計画を決定する。

【様式 5】退院後支援に関する計画（自治体様式）

病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

⑧計画の交付、支援関係者への通知

帰住先保健所設置自治体は、計画決定後、速やかに本人に対して計画を交付し、本人及び家族その他の支援者に対して、計画の内容等について再度丁寧に説明する。その際、計画の見直しや同意の撤回を申し出ることが可能である旨、また居住地を移す場合の取扱い等についてもあわせて説明することとする。

これらの説明は対面により行うことが望ましいが、対面による説明が困難な場合は、郵送により交付し、電話にて説明することとしても差し支えない。

また、帰住先保健所設置自治体は、計画内容の協議を行った支援関係者に対し、作成した計画の内容を通知する。

なお、本人又は家族その他の支援者の求めに応じて本人に交付した計画の見直しを検討する場合や計画に基づく支援への同意を本人が撤回した場合については、その旨を速やかに支援関係者に伝える。

<別紙 2>退院後支援計画の決定について（通知）

【様式 6】転居後の相談先について

<補足>

○計画の作成時期

原則として入院中（措置入院の場合は措置解除を行うまでの間）

※やむを得ない事情がある場合は、退院後（措置入院の場合は解除後）速やかに作成するものとする。（表3）

表3：入院中に計画を作成できない場合の例

<ul style="list-style-type: none">・入院期間が短い場合・計画の内容の検討に時間を要し、入院中に作成することが難しい場合・その他精神医療審査会の審査の結果に基づき退院させる場合	等
--	---

○計画の内容

計画に記載する内容は以下のとおり。（表4）

表4：計画への記載事項

<p>ア. 本人の氏名、性別、生年月日、帰住先住所、電話番号</p> <p>※イ. 精神科の病名、治療が必要な身体合併症</p> <p>※ウ. 今回の入院年月日</p> <p>※エ. 入院先病院名及び連絡先</p> <p>※オ. 退院後の生活に関する本人の希望（就労・就学、家庭、娯楽等）</p> <p>※カ. 家族その他の支援者の氏名、続柄、連絡先、退院後支援に関する意見</p> <p>キ. 退院日（予定）</p> <p>※ク. 入院継続の必要性</p> <p style="padding-left: 2em;">（入院継続の場合）予定されている入院形態、推定入院期間</p> <p style="padding-left: 2em;">（転院の場合）転院先病院名及び連絡先</p> <p>※ケ. 医療・障害福祉サービス等に関する基本情報</p> <p>コ. 退院後に必要な医療等の支援</p> <p>サ. 退院後支援の担当機関名、本人の支援ニーズ・課題、支援内容、担当者連絡先</p> <p>シ. 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針</p>

※ス. 計画に基づく支援期間

セ. クライシスプラン（病状が悪化した場合の対処方針）

※入院継続時の必須記入項目

※クライシスプランについては、医療機関において、本人との話し合いにより、当初案を作成し、会議において協議した後、計画の一部として決定する。

なお、入院前から障害福祉サービスを受けている場合や、入院後に障害福祉サービスを利用する場合には、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）に基づくサービス等利用計画やサービス毎の個別支援計画が、計画とは別に作成される。このため、計画の支援内容や担当機関等については、障害者総合支援法に基づく各計画の内容と整合性を図る必要がある。介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく居宅サービス計画等についても同様である。

計画の作成時に障害福祉サービス等の具体的な内容や担当機関等が未定の場合は、計画には、その作成時点で予定されているサービス内容等を記載し、事後に作成されたサービス等利用計画等の内容を、本人の同意を得た上で、追加資料として支援関係者と共有する。

○計画の見直し

帰住先保健所設置自治体は、本人又は家族その他の支援者が計画の見直しを希望した場合又は計画に基づく支援を実施する中で本人の状況に応じて支援内容等を見直す必要があると考えられた場合には、速やかに、計画の見直しについて、その必要性も含めて検討を行う。支援関係者は、支援計画の見直しの必要性を認識した場合には、速やかに、帰住先保健所設置自治体と情報共有を行う。

計画の見直しに当たっては、以下のいずれかに該当する場合には会議を開催することが適当である。

- ・ 計画に基づく支援期間を延長する場合
- ・ 見直し内容が複数の支援関係者に関係しており、協議が必要と認められる場合

計画の見直しに当たって会議を開催しない場合には、本人及び家族その他の支援者並びに見直し内容に係る支援関係者と個別に調整を行って見直しを行う。見直し後の計画は本人に交付するとともに、支援関係者に通知する。

3. 計画に基づく退院後支援の実施

(1) 支援期間

退院後6ヶ月以内を基本として設定する。

※支援期間の延長について

本人の病状や生活環境の変化（支援を終了すると本人の病状が悪化して危機的状況に陥るおそれが高い場合等）によっては、本人の同意を得たうえで、例外的に支援期間を延長することができるものとする。

なお、延長は原則1回とし、退院後1年以内には、計画に基づく支援を終了して本人が地域生活を送ることができるよう努めることが適当である。

(2) 支援内容

①帰住先保健所設置自治体の役割

支援対象者が地域に退院した後は、支援対象者の帰住先保健所設置自治体が、計画に基づき、本人及び家族その他の支援者に対して、電話、訪問、来所による相談等の相談支援を行う。

また、計画に基づく支援全体が適切に行われるよう、医療等の支援の実施状況を確認し、障害者総合支援法及び介護保険法に基づく支援計画等も勘案して支援関係者と支援の実施に係る連絡調整を行うことにより、支援全体の調整主体としての役割を担う。

退院後支援の実施状況の把握や課題解決に向けた協議を行うため、帰住先保健所設置自治体は、必要に応じて会議を開催し、本人の状況に応じた適切な支援が実施できるよう調整を行う。

②各支援関係者の役割

支援関係者は、計画に沿った支援を提供するよう努める。

また、会議の事務局である帰住先保健所設置自治体から、支援対象者の計画の作成や実施に係る連絡調整のために必要な範囲で、計画の作成又は見直しに関する情報提供、会議への参加、支援の実施状況の確認等の協力を求められた場合には、これに協力するよう努める。

市町村は必要に応じて、本人及び家族その他の支援者に対する福祉に関する相談等を実施し、又は精神保健に関する相談等を実施するよう努めなければならない（法第47条第3項及び第4項）とされており、本人の支援ニーズに応じ、支援関係者として、退院後支援に必要な協力を行う。

なお、包括的な支援を提供する必要がある場合は、多機関間の調整が必要となることから、通院先医療機関は、調整主体の自治体及び各支援関係者との連絡調整を円滑に行うための精神保健福祉士等の担当者を配置することが望ましい。

相談支援事業所は、本人の身近で生活を見守る立場にあり本人が希望する地域生活を営むことができるよう、本人の意思決定を支援し、本人の意向や生活状況等を他の支援関係者と共有するよう努めることが必要である。

③必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合又は病状が悪化した場合の対応

帰住先保健所設置自治体は、計画にあらかじめ記載した対処方針に基づき、通院先医療機関や相談支援事業所等の支援関係者と連携、協力して対応する。その際には、本人が事前に希望している内容に十分配慮する。

通院が継続されない可能性が高い場合においては、通院先医療機関は、精神科訪問看護・指導や、訪問診療、多職種アウトリーチの実施、家族その他の支援者との連絡等により、通院中断を予防する取組を積極的に行うことが望ましい。障害者総合支援法に基づく地域定着支援や自立生活援助の活用、自立訓練（生活訓練）事業所からの訪問も推奨される。

また、本人が必要な通院を継続しなかった場合には、市町村からも必要に応じて受診勧奨等を行うことが望ましい。

4. 計画に基づく支援の終了

計画に基づく支援期間が満了する場合は、原則として、計画に基づく支援を終了する。支援終了の決定は、帰住先保健所設置自治体が、本人及び家族その他の支援者、各支援関係者の意見を確認した上で行う。この際、帰住先保健所設置自治体は、必要に応じた会議の開催、各支援関係者との個別協議等により、計画に基づく支援終了後の各支援関係者による対応や支援体制について確認しておくことが望ましい。

また、計画に基づく支援期間が経過する前であっても、本人の病状や支援ニーズ等から、本人が地域生活を送るに当たって計画に基づく支援を継続する必要性がないと認められる場合には、退院後支援の調整主体である自治体は計画を終了することが考えられる。

この場合は、本人及び家族その他の支援者、各支援関係者の意見を確認し、可能であれば、会議を開催した上で終了を決定することが望ましい。

支援の終了を決定した場合には、帰住先保健所設置自治体は、本人及び家族その他の支援者、支援関係者にその旨を連絡する。なお、会議の場でこれらの者の合意が得られている場合は、改めて連絡を行う必要はない。

5. 退院後支援計画に基づく支援を対象者が拒否した場合の対応

計画の交付後に、本人から計画に基づく支援への同意を撤回する旨の意向が示された場合には、本人の意向を傾聴し、その真意を確認したうえで、必要に応じて計画内容（担当機関、支援内容、計画に基づく支援期間等）を見直すなどの対応をする。

また、本人の状態に応じて、計画に記載された医療等の支援が継続されなかった場合の対処方針や病状が悪化した場合の対処方針に沿った対応を行うことも考慮する。

十分な対応を行っても、本人からの同意を得られない場合には、計画に基づく支援の終了を決定する。

その場合も保健所等の職員が本人や家族その他の支援者から求めがあった場合に相談に応じる等、法第 47 条に基づく相談支援の範囲内で必要な支援を行うことが望ましい。

6. 支援対象者が居住地を移した場合の対応

計画作成中又は計画に基づく支援期間中に本人が居住地を移した場合には、移転元の保健所設置自治体は、本人の同意を得て、移転先の保健所設置自治体に対して計画の内容等を通知する。

また、移転先保健所設置自治体は、移転元自治体からの情報に基づき、本人の同意を得たうえで、本人及び家族その他の支援者の意向を十分踏まえて計画の作成、または計画に基づく支援の実施を行う。

※「居住地」とは

本人の生活の拠点が置かれている場所であり、本人が住民票を移していない場合においても、本人の生活の本拠が置かれている場所が移転した場合には、居住地を移したものとして取り扱う。

<別紙3>退院後支援にかかる情報の引継について

【様式7】退院後支援に関する情報提供

7. マニュアルの改正について

マニュアルを改正する際は、必要に応じて関係機関の意見を聴き改正する。

8. 個人情報の取扱いについて

会議等で知り得た個人情報の取扱いに当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、十分な配慮をするとともに、個人情報を他に漏らしたり、目的外収集、利用等を行ってはならない。

会議の設置主体である支援対象者の帰住先保健所設置自治体は、支援関係者に対し、個人情報の管理の徹底を図る。

【附則】

1. このマニュアルは、平成30年9月1日から施行する。

様式等

<別紙 1 - 1 > 退院後支援について（本人説明チラシ）	…	P17
<別紙 1 - 2 > 障がい福祉サービスについて	…	P18～19
<別紙 2 > 退院後支援計画の決定について（通知）	…	P20
<別紙 3 > 退院後支援にかかる情報の引継について	…	P21
【様式 1】 同意書	…	P22
【様式 2】 退院後支援のニーズに関するアセスメント	…	P23～25
【様式 3】 退院後支援に関する計画に係る意見書（医療機関様式） 病状が悪化した場合の対応方針（困ったときの対処）	…	P26～28
【様式 4】 退院後支援のニーズに関する総合アセスメント	…	P29
【様式 5】 退院後支援に関する計画（自治体様式） 病状が悪化した場合の対応方針（困ったときの対処）	…	P30～32
【様式 6】 転居後の相談先について	…	P33
【様式 7】 退院後支援に関する情報提供	…	P34

精神科病院に入院している方の 退院後支援

大分県内の保健所では、入院している方の退院後の生活について、ご本人からの相談をお受けします。



ご利用には「同意書」の提出が必要です。相談は無料です。
まず、担当者が相談内容を伺い、その後の流れをご案内します。

個人情報につきましては、個人情報保護条例に基づいて管理し、目的以外に使用することはありません。

【お問い合わせ先】 ○○保健所 ○○課 ○○班
電話：○○○○-△△-□□□□ 月～金（土日祝除く） 8:30～17:15

障がい福祉サービスについて

障がい福祉サービスに関する相談は、市町村もしくは相談支援事業所が窓口となります。
 個々の障がいのある人々の支援の必要性や勘案すべき事項（社会活動や介護者、居住等の状況）に対応した、各種サービスがあります。

サービス種別		サービスの概要
介 護 給 付	居宅介護 (ホームヘルプ)	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
	重度訪問介護	重度の肢体不自由者又は知的障がい若しくは精神障がいにより行動上著しい困難を有する障がい者であって、常に介護を必要とする人に、自宅で入浴、排せつ、食事の介護、外出時の移動支援などを総合的にを行います。
	行動援護	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。
	同行援護	視覚障がいにより移動に著しい困難を有する人に対して、外出時などに、移動に必要な情報提供（代筆、代読を含む）、移動の援護などの外出支援を行います。
	重度障害者等包括支援	介護の必要性がとても高い人に、居宅介護等の複数のサービスを包括的に提供します。
	自立生活援助	施設や共同生活援助等を利用していただいていた人がひとり暮らしをはじめたときに、生活や健康、近所づきあいなどに問題がないか、定期的な居宅訪問を行うとともに、相談・要請に対しては、電話等による随時の対応も行います。
	短期入所 (ショートステイ)	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めて施設で入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
	療養介護	医療と常時の介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活のお世話をします。
	生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的な活動や生産活動の機会を提供します。
	施設入所支援 (障害者支援施設での夜間ケアなど)	施設に入所する人に、夜間や休日に、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
訓 練 等 給 付	自立訓練 (機能訓練)	自立した生活や社会生活が送れるよう、一定期間、身体機能の向上のために、リハビリなどを行います。
	自立訓練 (生活訓練)	自立した生活や社会生活が送れるよう、一定期間、生活能力の向上のための訓練などを行います。
	就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識や能力の向上のために必要な訓練を行います。
	就労継続支援 (A型)	一般企業等で働くことが困難な人に、雇用契約に基づき働く場を提供し、就労に必要な知識や能力の向上のために必要な訓練を行います。
	就労継続支援 (B型)	一般企業等で働くことが困難な人に働く場を提供し、就労に必要な知識や能力の向上のために必要な訓練を行います。 (雇用契約なし)
	就労定着支援	一般企業等で働くようになった人に、就労に伴う環境変化による生活面の課題に対応できるように企業や自宅への訪問、来所により必要な支援を行います。
共同生活援助 (グループホーム)	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談、入浴、排泄又は食事の介護その他の日常生活の援助を行います。	

サービス種別		サービスの概要
相 談 支 援	基本相談支援	地域の障がい者福祉に関する問題などについて、相談に応じ、情報の提供、助言や市町村との連絡調整などを行います。
	地域相談支援 (地域移行支援)	施設や精神科病院などに入所・入院している障がい者の地域生活への移行に向け、必要な相談や福祉サービス事業所への同行支援などを行います。
	地域相談支援 (地域定着支援)	居宅で単身で生活する障がい者などと常時連絡が取れる体制を確保するとともに、緊急時の相談などを行います。
	計画相談支援 (サービス利用支援)	障害福祉サービスを適切に利用できるよう、利用するサービスの種類などを定めたサービス等利用計画の作成や事業者との連絡調整などを行います。
	計画相談支援 (継続サービス利用支援)	障害福祉サービスの利用状況を定期的に検証し、必要に応じて計画の見直しを行うとともに、計画の変更や事業者との連絡調整などを行います。

■ 日中活動と住まいの場の組み合わせ

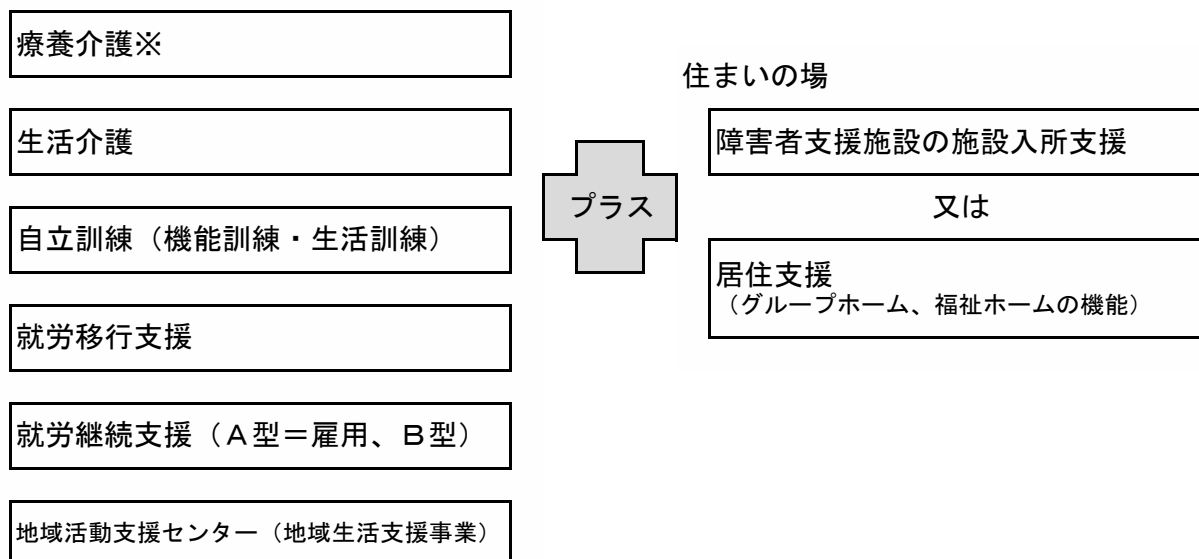
入所施設のサービスを、昼のサービス（日中活動事業）と夜のサービス（居住支援事業）に分けることにより、サービスの組み合わせを選択できます。

事業を利用する際には、利用者一人一人の個別支援計画が作成され、利用目的に合ったサービスが提供されます。

例えば、常時介護が必要な方は、日中活動事業の生活介護事業と、居住支援事業の施設入所支援を組み合わせ利用することができます。地域生活に移行した場合でも、日中は生活介護事業を利用し続けることが可能です。

日中活動の場

以下から1ないし複数の事業を選択



※ 療養介護については、医療機関への入院とあわせて実施

【別紙2】

第 ○○○○ 号
年 月 日

○○○○ 殿

大分県○○保健所長／大分市保健所長

退院後支援計画の決定について（通知）

下記の個別ケース検討会議の結果、別紙のとおり計画を決定したので、お知らせいたします。

記

- 1 開催日時 年 月 日 () : ~ :
- 2 場 所
- 3 出席者 ご本人（出席・欠席） ご家族（続柄 ()
主治医 () 担当看護師 ()
担当相談員 ()
○○保健所 () ○○市・町 ()
○○事業所 ()
- 4 「退院後支援計画」の作成（有 ・ 前回からの修正 ・ 無 ）
- 5 「退院後支援計画」の本人同意（有 ・ 無 ）
- 6 次回開催日

【担当】

○○課 ○○班 ○○
TEL ○○-○○○○

【別紙3】

第 号
年 月 日

〇〇〇〇 殿

大分県〇〇保健所長／大分市保健所長

退院後支援に関する情報提供について（通知）

本県の精神保健福祉行政の推進について、平素から格別の御配慮をいただき、厚く御礼申し上げます。

本県で作成した退院後支援計画のもと支援を実施している下記の者について、貴市・県管内へ転居する予定です。

つきましては、別添のとおり引継を行います。

引き続き、ご支援いただきますよう、よろしく申し上げます。

なお、退院後支援に関する情報を貴自治体に提供することについて、本人の同意を得ていることを申し添えます。

記

1 氏 名

2 生年月日 年 月 日（ 歳）

3 措置解除日 年 月 日（予定）

【担当】

〇〇課 〇〇班 〇〇

TEL 〇〇-〇〇〇〇

同意書

大分県〇〇保健所長 殿
または
大分市保健所長 } 殿
大分県障害福祉課長 }

退院後支援計画の作成に同意します。

また、退院後支援計画の作成及び計画に基づく支援の実施にあたり、必要な個人に関する情報を関係機関（※）に対して提供することに同意します。

年 月 日

住 所 _____

電 話 _____

氏 名 _____ 続柄 _____

(記入者氏名 _____ 続柄 _____)

本人が自筆できず代筆した場合は続柄をご記入ください。

(注) 個人情報につきましては大分県／大分市個人情報保護条例に基づいて管理し、目的外に使用することはありません。

※関係機関とは、医療機関、自治体、福祉サービス事業所等を指します。

退院後支援のニーズに関するアセスメント

評価年月日：平成 年 月 日

医療機関名：

主治医氏名：

退院後生活環境相談担当者/相談員氏名：

本人氏名：		性別：男・女		年齢： 歳						
評価項目 A:環境要因, B:生活機能(活動), C:社会参加, D:心身の状態, E:支援継続に関する課題, F:行動に関する課題	本人評価				スタッフ評価				特記事項	
	0	1	2	9	0	1	2	9		
A1住居：退院後の居住先	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A2経済的援助：生活保護等の経済的援助の必要性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A3親しい関係者：家族、パートナー等との関係性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A4子供の世話：18歳以下の子供の養育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A5介護：家庭内の高齢者、障害者の介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B1食事：料理、外食、適切な食事の購入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B2生活環境の管理：自室や生活環境を整えること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B3セルフケア：入浴、歯磨き等の清潔保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B4 電話：電話の有無、電話使用の可否	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B5 移動：公共交通機関、車等の移動手段の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B6金銭管理：金銭の管理と計画的な使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B7 基礎教育：読み書き、計算等の基礎学力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C1日中の活動：適切な日中の時間の過ごし方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C2交流：家族以外との社会的交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D1 精神病症状：幻覚、妄想、思考障害等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D2 身体的健康：身体疾患、副作用を含む身体症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D3 心理的苦痛：不安、抑うつ、悩みごと等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D4 性的な問題：性嗜好の問題、性機能障害等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E1 処遇・治療情報：処遇・治療に関する情報提供とその理解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E2 治療・支援への動機づけ/疾病の自己管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F1 アルコール：アルコールに関連する問題全般	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F2薬物：処方薬依存・乱用を含む薬物関連の問題全般	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F3 自分に対する安全：自殺関連行動等、セルフネグレクト等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F4 他者に対する安全：暴力、威嚇行動等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F5 その他の行動上の問題：衝動性や強迫行為、嗜癖等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
支援に関する意見										

0=支援の必要なし, 1=この領域に問題があるが、効果的な支援を受けている, 2=この領域に問題があり、効果的な支援を受けていない, 9=不明

退院後支援のニーズに関するアセスメント 評価マニュアル

- ・ 0=支援の必要なし、1=この領域に問題があるが、効果的な支援を受けている、2=この領域に問題があり、効果的な支援を受けていないの3段階で評価する。
- ・ 支援は、公的な支援、家族や友人等からの私的な支援の両方を含む。
- ・ 情報不足で評価できない項目、本人が答えたくない、又は、答えられない項目、評価を実施していない項目は「9=不明」とする。
- ・ スタッフ評価は必須であり、本人評価も実施することが望ましい。
- ・ 本人とスタッフの評価に相違があっても差し支えない。

A 環境要因に関する評価	
A1住居	退院後の居住先について、どのくらい適切か評価する。原則として、自宅は「0」、グループホームなどは「1」、帰住先がない場合、あるが適切でない場合は「2」と評価する。ただし、帰住先として自宅やグループホームの住環境等（部屋の広さ、利便性、家族関係や近隣住民との関係等）が適切でない場合は「2」と評価する。例えば、車椅子が必要となったが、自宅がバリアフリーでない場合は「2」となる。
A2経済的援助	経済的困窮がある場合に、生活保護、障害年金等の経済的援助を受けられているかを評価する。（家族や親族からの援助の有無を含む。）
A3親しい関係者	配偶者、パートナー、家族等との関係性について評価する。
A4子供の世話	育児に関する困難の程度（障害の有無を含む）を評価する。子供がいなければ「0」、子供がいても18歳以上であれば「0」と評価する。
A5介護	家庭内の高齢者、障害者等の介護に関する困難度を評価する。要介護者がいなければ「0」、自宅に要介護者がいても、本人が介護に参加していない場合は「0」と評価する。
B 生活機能（活動）に関する評価	
B1食事	自炊能力、外食、スーパーやコンビニの利用等により適切に食事摂取する能力を評価する。自炊ができない場合でも、外食や惣菜の購入などが自分で適切にできていれば「0」。食事を用意することはできるが栄養が偏る場合や、食事時間が不規則となるような場合は「2」となる。
B2生活環境の管理	住居において適切な生活環境を維持する能力（整理整頓、掃除等）を評価する。
B3セルフケア	身体面および衣類の清潔の両者を含む。服装や化粧等の適切さ（その場の状況に適しているか）は評価しない。
B4 電話	身近にすぐ利用できる電話があるか、適切に電話連絡ができる能力を評価する。電話以外の連絡手段（メール等）で連絡しており、連絡をとるにあたって支障がない場合は「0」とし、特記事項に連絡手段を記載する。
B5 移動	必要な移動の可否を評価する。時刻表の確認や切符の購入等の能力を含む。公共交通機関が利用できなくても車、自転車等の代替手段があり、生活に支障がなければ「0」と評価する。
B6金銭管理	予算を立てたり、金銭管理を行ったりする能力を評価する。収入が少なく、経済的に困窮している場合は、「経済的援助」で評価する。
B7 基礎教育	簡単な読み書き、おつりを数えるといった日常生活に必要な基礎学力を評価する。
C 社会参加に関する評価	
C1日中の活動	デイケア、就労、就学、家事、友人との外出など様々な活動を含む。本人が就労を希望しているが、デイケアでのレクリエーションのみで、就労支援が提供されていないような場合は、本人評価は「2」となる。同じ状況で、スタッフはデイケア参加が本人に適切であり、ニーズが満たされていると考えればスタッフ評価は「1」となる。
C2交流	社会的接触、他者との交友関係の形成を評価する。自助グループでの交流やピアサポーターの活用も含む。

D 心身の状態に関する評価	
D1 精神症状	薬物療法、個人や集団の精神療法、作業療法等の効果を踏まえた精神症状の有無・程度を評価する。症状に対して適切な医療が提供されていない場合、本人が治療を拒否しているのであれば「治療・支援への動機づけ」で評価し、医療機関へのアクセス手段がない等の理由であれば、この項目で評価する。
D2 身体的健康	身体的健康全般に対し、必要な診療、治療、対応が行われているか評価する。治療を受けているが病状コントロール不良な場合は「2」と評価する。薬物療法の副作用については、この項目で評価する。
D3 心理的苦痛	本人が経験する心理社会的ストレスや適応上の困難、精神症状に伴う心理的苦痛、抑うつ、不安等を評価する。症状に対して適切な医療等が提供されていない場合、本人が治療や支援を拒否しているのであれば「治療・支援への動機づけ」で評価し、医療機関へのアクセス手段がない、カウンセリングが必要であるが医療機関に臨床心理技術者がいない等の理由であれば、この項目で評価する。
D4 性的な問題	性衝動の問題、性生活の満足度、性機能障害（薬の副作用は「身体的健康」で評価）、性同一性障害等を評価する。
E 支援継続に関する課題の評価	
E1 処遇・治療情報	疾患、入院形態、治療計画等につき、情報提供がされているか、本人がそれらの情報を理解しているかの両方を評価する。情報提供の際は本人に理解を促すための配慮が必要である。（平易な言葉で繰り返す、図を用いる等）心理教育が行われているが、本人が病識を獲得していない場合は「2」となる。
E2 治療・支援への動機づけ/ 疾病の自己管理	現在受けている、または退院後に受ける予定の医学的治療や障害福祉サービス、介護サービス等についての理解と、本人の同意および動機づけ、アドヒアランスを評価する。治療・支援の必要性を理解し、良好なアドヒアランスが期待できる場合は「0」、治療・支援の必要性について十分理解はしていないが、それらを拒否していない場合は「1」、治療・支援を拒否している場合は「2」と評価する。治療・支援が必要ない場合は「0」と評価する。治療の必要性を理解しているが、服薬の自己管理が困難な場合は「2」である。
F 行動に関する課題の評価	
F1 アルコール	アルコールに関する問題全般について、退院後を想定して評価する。入院中のアルコール不使用のみでは、効果的な支援を受けているとはいえない。
F2 薬物	処方薬依存や乱用を含む薬物関連の問題全般について、退院後を想定して評価する。入院中の薬物不使用のみでは、効果的な支援を受けているとはいえない。
F3 自分に対する安全	自殺や自傷行為の危険性、セルフネグレクト、搾取や虐待から自分を守れないこと等。
F4 他者に対する安全	故意の暴力、威嚇のみではなく、煙草の不始末のような、意図しない（不注意による）危険も含む。
F5 その他の行動上の問題	衝動性、強迫行為、BPSD（認知症の行動・心理症状）や、アルコール・薬物以外の嗜癖（賭博、買い物、収集癖、過食嘔吐等）の問題を評価する。
その他（ ）	本人やスタッフが支援の必要性があると考えるその他の領域について記載し評価する

退院後支援に関する計画に係る意見書

【様式 3】

平成 年 月 日

病 院 名：

所 在 地：

管 理 者 名：

※は入院継続時の必須記入項目

フリガナ		大正
氏名	様 (男・女)	昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)
生年月日		
帰住先住所：		
住居形態： 家族同居 独居 グループホーム等 その他 () 不明		
電話番号：		
病 名※	●身体合併症がある場合は、その病名を併せて記載すること	
今回の入院年月日※	平成 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※	氏名： 続柄： 連絡先：	
退院予定日	平成 年 月 日 未定	
入院継続の必要性※	要 (医療保護・任意・転院(精神科/身体科)) 不要 推定入院期間： 転院先病院名： 連絡先：	
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 <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) <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	

支援内容				
	支援担当機関	本人の支援ニーズ・課題	支援内容	連絡先 (担当者)
1				
2				
3				
4				
5				
必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針				
計画に基づく支援期間				
主治医氏名※ (※措置入院が必要と判断した精神保健指定医が主治医と異なる場合は () 内に記載)		(精神保健指定医氏名 :)		
退院後生活環境相談 担当者/相談員氏名※				

病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

平成 年 月 日

私の調子が悪くなる前は (サインは)	
-----------------------	--

サインかなと思ったら

私のすること	
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	

緊急連絡先

① 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

② 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

③ 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

連絡してほしくない人

① 続柄 _____ 名前 _____

② 続柄 _____ 名前 _____

退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

医学的所見：			
退院後の支援ニーズ・課題に対する本人の希望（どうなりたいか、どのような支援を希望するか）とストレングス			
A: 環境要因	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス（強み、できること）
B: 生活機能 （活動）	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス（強み、できること）
C: 社会参加	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス（強み、できること）
D: 心身の状態	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス（強み、できること）
E: 支援継続	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス（強み、できること）
F: 行動	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス（強み、できること）
その他	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレングス（強み、できること）
アセスメントの まとめ			

退院後支援に関する計画

平成 年 月 日

※は入院継続時の必須記入項目

大分県〇〇保健所／大分市保健所

フリガナ		大正			
氏名	様 (男・女)	生年月日	昭和	年	月 日生
			平成		(満 歳)
帰住先住所：					
電話番号：					
病名※	●身体合併症がある場合は、その病名を併せて記載すること				
今回の入院年月日※	平成 年 月 日				
入院先病院※	病院名：		連絡先：		
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※	氏名：		続柄：		
	連絡先：				
退院日（予定）	平成 年 月 日 未定				
入院継続の必要性※	要（医療保護・任意・転院（精神科／身体科）） 不要				
	推定入院期間：				
	転院先病院名：		連絡先：		
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 <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） <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				

支援内容				
	支援担当機関	本人の支援ニーズ・課題	支援内容	連絡先 (担当者)
1				
2				
3				
4				
5				
必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針				
計画に基づく支援期間※				

- 計画に基づく支援期間中に転居される場合は、担当保健所にご連絡ください。同意をいただければ、転居先の自治体に退院後支援に関する計画の内容等を情報提供いたします。

病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

平成 年 月 日

私の調子が悪くなる前は (サインは)	
-----------------------	--

サインかなと思ったら

私のすること	
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	

緊急連絡先

① 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

② 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

③ 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

連絡してほしくない人

① 続柄 _____ 名前 _____

② 続柄 _____ 名前 _____

転居後の相談先について

大分県内の保健所では、退院される方の治療及びお住まいになる地域で安心して生活できるための支援を継続してお受けいただけるよう、退院後にお住まいになる地域の相談先をご紹介します。ただいています。

転居後にお住まいになる地域の相談先は以下のとおりです。

保健所名：

住 所：

電話番号：

ご紹介にあたり、滞りなく退院後の支援が受けられるよう、あなたの支援に関する情報を転居後にお住まいになる地域の相談先にお伝えしたいと思います。

なお、個人情報につきましては、転居後にお住まいの地域の個人情報保護条例に基づいて管理し、目的外に使用することはありません。

退院後支援に関する情報提供

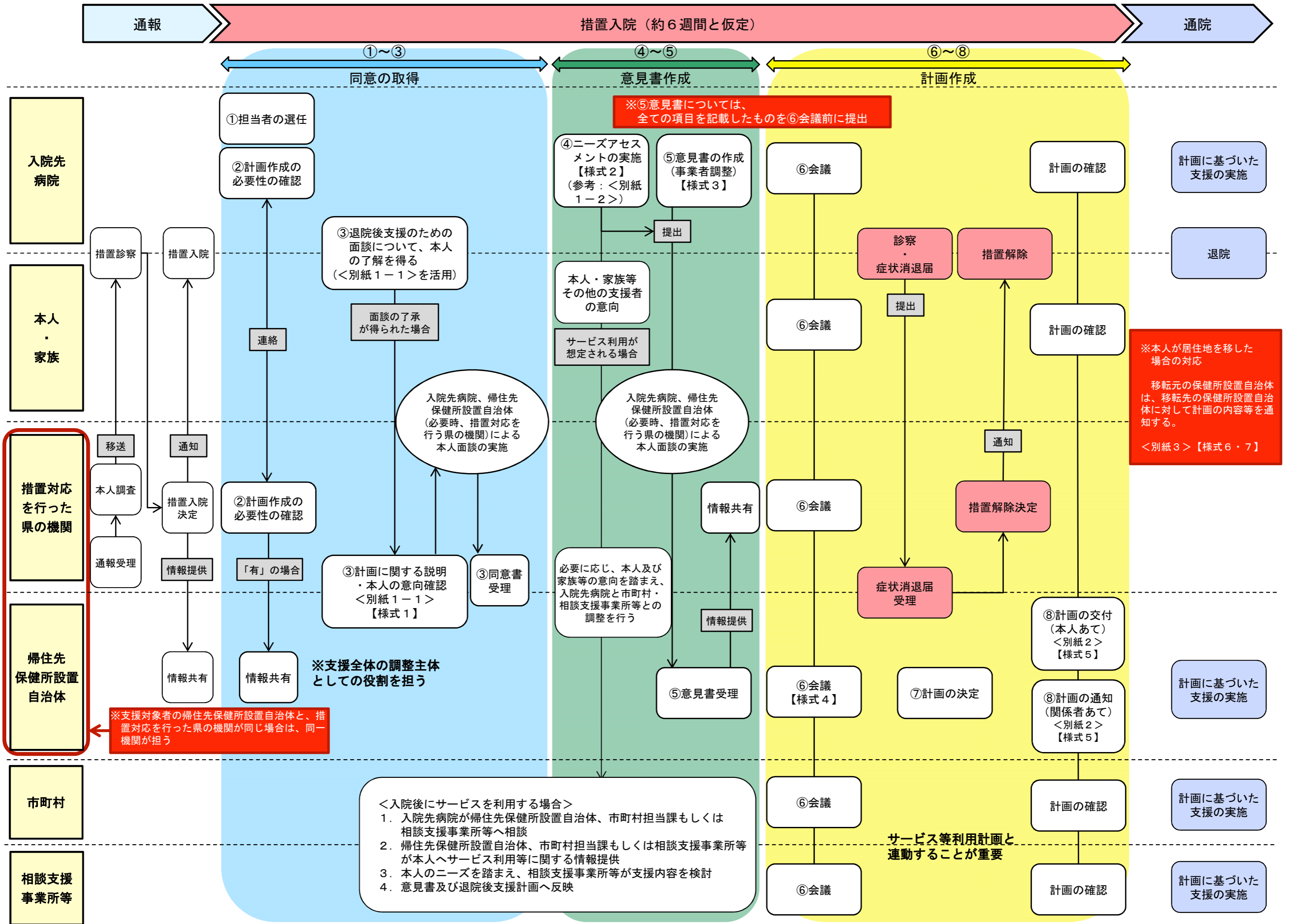
平成 年 月 日

〇〇県〇〇保健所 御中

△△県△△保健所／大分市保健所

フリガナ	生年月日	大正	年	月	日生
支援対象者氏名 (男・女)		昭和			
転居前住所：					
転居前住居形態： 家族同居 独居 グループホーム等 その他（ ） 不明					
転居後住所：					
転居後住居形態： 家族同居 独居 グループホーム等 その他（ ） 不明					
電話番号：					
転居（予定）日	平成 年 月 日				
転居後の支援に関する本人の希望	自治体による退院後支援を：希望する 希望しない わからない 希望する支援内容：				
転居後の支援に関する 家族その他の支援者の希望	自治体による退院後支援を：希望する 希望しない わからない 希望する支援内容： 氏名： 続柄： 連絡先：				
転居後の通院の必要性	あり（情報提供済/情報提供未/医療機関未定） なし 医療機関名： 連絡先： 所在地：				
転居後に必要なその他の 医療等の支援	<input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援 <input type="checkbox"/> 身体合併症治療 <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） <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（ ）				
支援期間中の医療等の支援の中断	あり なし （ありの場合）支援中断時の状況及び対応				
支援期間中の入院	回 直近の入院期間：平成 年 月～平成 年 月（入院時の入院形態： ）				
その他特記事項 （転居前の医療等の支援の実施 状況を踏まえて記載）					
<input type="checkbox"/> 退院後支援に関する情報を貴自治体に提供することについて、本人の同意を得ています。（平成 年 月 日 同意取得）					

●転居前の退院後支援に関する計画は別紙参照。



【参考】イ. 措置解除後に他の入院形態（医療保護入院・任意入院）を経由した後、退院するケース（フロー図）

