

様式第1-1号（第4条関係）

保健所長 様

措置入院に関する情報提供についての同意書

私は、退院後支援を受けるため、私の措置入院に関する情報を、退院後の居住地を管轄する保健所（帰住先保健所）に提供することに同意します。

帰住先保健所 _____

年 月 日

氏 名 _____

代筆者 _____

（本人との関係 _____）

退院後の支援について

様

- 1 退院後に安心して自分らしい生活を送れるよう、入院中から、あなたの同意を得た上で、保健所が病院と協力して退院後の支援計画を作成します。
- 2 退院後は、関係機関とともに支援計画に基づいて、地域生活をサポートします。
- 3 支援計画の期間は、原則として退院してから6か月間です。
- 4 支援計画を作成する際には、保健所や病院の職員、その他の支援者等で会議を開催します。
- 5 地域生活のサポートのために必要な情報について、関係機関で情報を共有することがあります。
- 6 退院後支援期間中に転居される場合は、あなたの同意を得て、転居先の行政機関に支援計画の内容や、支援の経過をお知らせします。
- 7 退院後支援の同意は、いつでも撤回することが可能です。

※ 個人情報につきましては、目的外に使用することはありません。ただし、ご本人や周囲の人に命の危険がある場合など、緊急に対処しなければならない場合のみ、病院などの関係機関に情報提供をすることがありますのでご了承ください。

※ 支援関係者とは、医療機関、保健所や市町村、福祉サービス事業者等をさします。

年 月 日

説明を受けた人

説明した保健所

退院後支援にかかる同意書

年 月 日

保健所長 様

（本人） 氏名：

（代筆者※） 住所：

電話：

氏名又は所属：

本人との関係：

※本人が署名できない場合

私は、退院後支援についての説明を受け、支援を希望しますので、以下の事項につき同意します。

- ・退院後支援に関する計画を作成すること
- ・退院後支援に関する計画の作成にあたり、支援関係者が参加する会議を開催すること
- ・退院後は退院後支援に関する計画に基づき、支援関係者が協力して、退院後支援を実施すること

※ 個人情報につきましては、目的外に使用することはありません。

ただし、ご本人や周囲の人に命の危険がある場合など、緊急に対処しなければならない場合のみ、病院などの関係機関に情報提供をすることがありますのでご了承ください。

※ 支援関係者とは、医療機関、保健所や市町村、福祉サービス事業者等をさします。

退院後支援に関する計画

作成日 年 月 日

※は入院継続時の必須記入項目

保健所

フリガナ		大正			
氏名	様 (男・女)	生年月日	昭和	年	月 日生 (歳)
平成					
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※	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・関係：	連絡先：		
退院日（予定）	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 申請中 申請予定 精神障害者保健福祉手帳： 無 有（ 級） 不明 申請中 申請予定 療育手帳： 無 有（等級 ） 不明 申請中 申請予定 身体障害者： 無 有（ 級） 不明 申請中 申請予定 障害年金受給： 無 有（ 級） 不明 申請中 申請予定 障害支援区分： 無 有（区分 ） 不明 申請中 申請予定 要介護認定： 無 有（ ） 不明 申請中 申請予定 生活保護受給： 無 有 不明 申請中 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
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※	当初	年 月 日 ~	年 月 日	
	延長	年 月 日 ~	年 月 日	

病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

年 月 日

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

サインかなと思ったら

本人のすること	
本人が周りの人に してほしいこと	
本人が周りの人に 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 _____
- ③ 続柄 _____ 名前 _____

私は、この退院後支援計画の内容について説明を受けました。

- 説明を受けた日（ 年 月 日）

署名 _____ 代筆者 _____ 本人との関係 _____

- 変更・延長の説明を受けた日（ 年 月 日）

署名 _____ 代筆者 _____ 本人との関係 _____

- （ _____ ）の説明を受けた日（ 年 月 日）

署名 _____ 代筆者 _____ 本人との関係 _____

計画に基づく支援期間中に転居される場合は、下記の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。

保健所	
電話番号	

退院後支援に関する計画に係る意見書

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)	生年月日	昭和	年	月 日生 (満 歳)
平成					
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				
入院年月日※	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・関係： 連絡先：				
退院予定日	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 申請中 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 申請中 申請予定 身体障害者： 無 有 (級) 不明 申請中 申請予定 障害年金受給： 無 有 (級) 不明 申請中 申請予定 障害支援区分： 無 有 (区分) 不明 申請中 申請予定 要介護認定： 無 有 () 不明 申請中 申請予定 生活保護受給： 無 有 不明 申請中 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
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※				
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） 年 月 日

調子が悪くなる前 (サイン)	
-------------------	--

サインかなと思ったら

本人がすること	
本人が周りの人に してほしいこと	
本人が周りの人に 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 _____

その他退院後支援計画作成に当たって参考となる事項

担当者	
電話番号	

退院後支援のニーズに関するアセスメント

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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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

個人情報の取扱いに関する誓約書

保健所長 様

私は、岐阜県措置入院者退院後支援実施要綱第9条に基づく調整会議に参加するにあたり、岐阜県（岐阜市）個人情報保護条例を遵守し、退院後支援に関する計画の内容、支援の実施状況及び支援対象者の病状等、措置入院者退院後支援調整会議の事務に関して知り得た情報を正当な理由なく第三者に提供すること及び利用の目的外に使用しないことを誓います。

記

支援対象者氏名

年 月 日

所 属 _____

役 職 _____

氏 名 _____

第 号
年 月 日

様

保健所長

退院後支援に関する計画決定通知書

岐阜県措置入院者退院後支援実施要綱第16条第1項に基づき、あなたの退院後支援に関する計画を別添のとおり決定したので通知します。

記

- 1 退院後支援に関する計画は、あなたが退院した後、希望に沿った医療等の支援を適切かつ円滑に受けることができるよう、必要な支援内容等を記載した書類です。
- 2 この計画について、あなたが希望し、必要があれば見直すことができます。
見直しを希望する場合には、支援の関係者（保健所、病院、利用している障害福祉サービス事業者・介護サービス事業者等）に申し出てください。
- 3 病状や生活環境の変化によっては、あなたが安全に地域生活を送ることができるよう、あなたの同意を得て、支援期間を延長して支援を行うこともあります。

担当保健所：

電話番号：

第 号
年 月 日

各支援関係者 様

保健所長

退院後支援に関する計画決定通知書（支援関係者用）

岐阜県措置入院者退院後支援実施要綱第16条第3項に基づき、退院後支援に関する計画を別添のとおり決定したので通知します。

記

対象者 氏名・生年月日

- ※ 支援対象者から、この計画について見直しの希望があった場合は、保健所へご連絡いただきますようお願いいたします。
- ※ 支援対象者が、支援期間中に医療等の支援を中止した場合は、支援が継続されるよう支援計画の中の「病状が悪化した場合の対処方針」等を勧告して、対処されるようお願いいたします。
なお、対処したにもかかわらず、支援の継続が困難な場合は、保健所へご連絡いただきますようお願いいたします。

担当保健所：

電話番号：

第 号
年 月 日

様

保健所長

退院後支援に関する計画変更通知書

岐阜県措置入院者退院後支援実施要綱第19条第3項に基づき、あなたの退院後支援に関する計画を変更したので、通知します。

記

変更内容

- ※ 退院後支援に関する計画は、あなたが退院した後、ご希望に沿った医療等の支援を適切かつ円滑に受けることができるよう、必要な支援内容等を記載した書類です。
- ※ この計画について、再度、見直しを希望する場合は、支援の関係者(保健所、病院、利用している障害福祉サービス事業者・介護サービス事業者等)に申し出てください。

担当保健所:

電話番号:

第 号
年 月 日

各支援関係者 様

保健所長

退院後支援に関する計画変更通知書（支援関係者用）

岐阜県措置入院者退院後支援実施要綱第19条第3項に基づき、退院後支援に関する計画を別添のとおり変更したので通知します。

記

- 1 対象者 氏名 ・ 生年月日
- 2 変更内容

※ 支援対象者が、支援期間中に医療等の支援を中止した場合は、支援が継続されるよう、支援計画の中の「病状が悪化した場合の対処方針」等を勘案して、対処されるようお願いします。

なお、対処したにもかかわらず、支援の継続が困難な場合は、保健所へご連絡いただきますようお願いします。

担当保健所：

電話番号：

退院後支援に関する情報提供

年 月 日

県 保健所 御中

保健所

フリガナ	生年月日	大正		
支援対象者氏名 (男・女)		昭和	年	月
		平成		日生 (満 歳)
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	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。

岐阜県措置入院者退院後支援について

年 月 日

病院 様

- 1 措置入院をされた _____ 様が、退院後に安心して自分らしい生活を送れるよう、本人の同意があった場合に、入院中から、行政機関が病院の職員と協力して退院後支援に関する計画（以下「支援計画」という。）を作成することができます。
- 2 支援計画の作成に関して、病院では退院後生活環境相談担当者の選任や、アセスメントの実施等に御協力をお願いします。（裏面）
- 3 支援計画を作成する際に、本人や家族、病院の職員、行政機関の職員、その他の支援者等で調整会議を開催しますので、場所の確保及び会議への参加等に御協力をお願いします。
- 4 支援計画は、本人の希望で見直すことができます。本人から病院に相談があった場合は、下記の保健所に御連絡ください。
- 5 退院後支援期間中に転居される場合は、本人の同意を得て転居先の行政機関に、支援計画の内容や支援の経過をお知らせすることとしています。
- 6 退院後支援の同意は、いつでも撤回できることとしています。本人から病院に相談があった際は、速やかに下記の保健所へ御連絡ください。

連絡先		電話番号
支援計画や調整会議等の退院後支援に関すること	保健所	
措置入院・退院の手続きに関すること	保健所	

(裏面)

■退院後生活環境相談担当者の選任

- ・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をいう。
- ・病院における支援計画の作成等のための取組みの中心的役割を果たす。
(精神保健福祉士、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害者に関する業務に従事した経験を有する者)

■退院後生活環境相談担当者の役割

<入院時>

- ・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。
- ・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する。

<退院に向けた相談支援業務>

- ・本人及び家族その他の支援者からの相談に対応する。
- ・相談支援を行う場合に、主治医の指導を受け、本人の治療に関わる者との連携を図る。
- ・経済的、福祉的サービス等の各種社会資源を利用するための支援を行う。

<支援計画に関する業務>

- ・症状が一定程度落ち着いた段階で、本人に、入院中から、本人及び家族その他の支援者とともに、保健所と連携して退院後の支援について検討を行う旨を説明する。
- ・他の職種と協働して退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施する。
- ・保健所と協力し、入院中から通院先医療機関、行政関係者、地域援助事業者等による支援体制を形成していくための調整を行う。
- ・調整会議への参加、院内の関係者への連絡調整を行う。

<退院調整に課する業務>

- ・退院に向け、保健所や支援関係者と必要に応じて連絡調整等を行う。
- ・他院に転院となる場合は、本人の希望や意向を十分に確認しながら、転院先病院への情報提供、転院調整を行う。

■退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施

- ・入院中の精神障害者が地域に退院した後に必要な医療等の支援の内容を明らかにするための取組み。
- ・原則として、実施時点において本人の治療に直接携わっている医療従事者が、多職種による協議を得て行う。(様式第4号、参考様式2、参考様式3を参照)

■支援計画に係る意見書等の保健所への提出

- ・退院後支援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(様式第3号)を可能な範囲で記載し、アセスメントの結果(様式第4号)とともに、保健所に提出する。

■本人の退院後の居住地に関する保健所への連絡

- ・支援対象者の退院後の居住地が、入院前の居住地から変更になることを把握した場合は、速やか保健所に連絡する。
- ・住所不定の場合、関係する自治体と協力して本人が居住地を確定するために必要な援助を行う。

■調整会議への参加

- ・病院の職員は支援関係者として出席し、本人の病状や治療経過、退院後支援ニーズに関するアセスメント、計画に関する意見等について説明する。

参考：「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」

(平成30年3月27日障発0327第16号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)

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、あるいは適切でない場合は「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しており、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他の領域について記載し評価する

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			