精神障害で入院されている方の

**退院後支援について**

資料１

別紙１

退院後の生活についてご相談をお受けします

自宅に帰ってから、一人で家事ができるだろうか･･･

薬を飲み続けられるかな？

体調が悪くなったら・・・

**退院後支援は、保健所が中心となって、病院、精神福祉サービス事業者、市町村などの支援者が協力して、ご本人、ご家族を支える制度です。**

**《 裏面の「大事な説明事項」をご覧ください 》**





**保健所　市町村**

**精神保健福祉センター**

**障害福祉サービス**

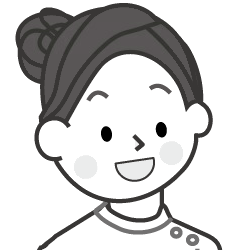
相談支援専門員など

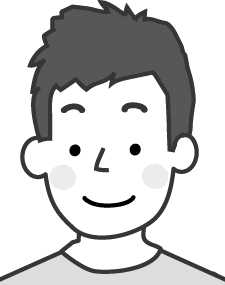


**その他の支援関係者**

職場　学校

ハローワーク　など





**ご本人**

**ご家族**

**医療サービス**

保健師　心理士

ケースワーカー　など

主治医　看護師

精神保健福祉士

薬剤師　など

問い合わせ先

　　○○保健所　　○○課　　○○班

　　電話番号　○○○－○○○－○○○○

《　大 事 な 説 明 事 項　》

**同意書**

（同意）

○退院後支援を受けるためには、同意書の提出が必要です。

○同意はいつでも撤回できます。表面の「問い合わせ先」へご連絡ください。



**退院後支援計画書**

（会議・退院後支援計画）

○会議を開いて退院後支援計画書を作成します。

○会議には、ご本人のほか、次の方が参加できます。

・ご家族（参加を望まないときはお知らせください）、その他の支援者（代理人、友人など参加を希望する方をお知らせください）

・このほか、保健所、病院、障害福祉サービス事業者、市町村など支援者も参加します。



○会議の参加者は、ご本人の個人情報を漏らさないことを約束します。

○退院後支援計画は、必要に応じて、見直したり、支援期間を１回延長したりできます。

表面の「問い合わせ先」へご連絡ください。

（転居）

○退院後支援計画の支援期間中に転居するときは、表面の「問い合わせ先」へご連絡ください。