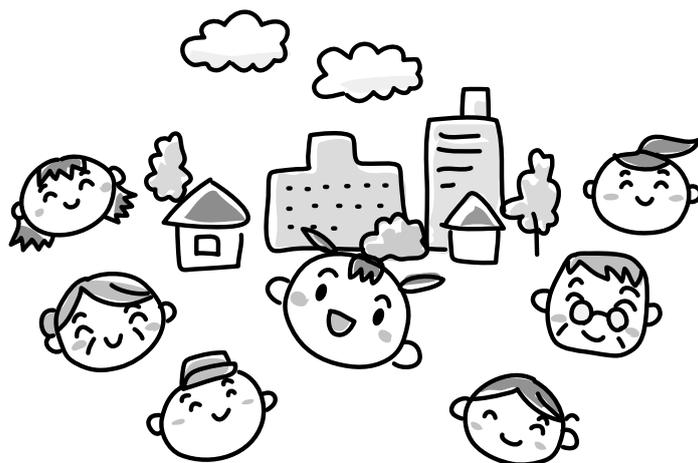


私の地域連携手帳
活用マニュアル
(2017年3月)

私の地域連携手帳



日本精神科病院協会石川県支部
石 川 県

1 私の地域連携手帳とは？

○手帳の目的

この手帳は、精神障害者の地域での療養生活を支えるため、医療機関や訪問看護ステーション、相談支援事業所、福祉サービス事業所等が必要な情報を共有し、関係者が連携して支援を行うためのものです。各機関のスタッフそれぞれが利用者の生活状況や支援内容等を手帳に記載します。

この手帳は利用者自身が所持するので、いつでも手帳を見直せ、関係機関への提出も可能です。利用者自身が自分の状況をチェックするとともに、関係者が連携して手帳を活用することで、からだの不調や必要な支援に早期に気づき、病状の悪化を予防し、安定した地域生活を送っていただくことを目指しています。

○手帳の特徴

この手帳は、入院中に病院で行われる退院支援のためのアセスメント表と整合性を持ち、入院中から同じ指標で観察・評価できるよう工夫しています。

本手帳の利用と併せて、入院中からの付属資料1：「退院支援アセスメントシート」（活用マニュアル17頁）を活用すると便利です。

○注意事項

手帳には個人情報に記載されているため、取り扱いに十分な注意が必要です。

発行元以外の医療機関や福祉サービス事業所等と情報を共有するため、

- ・関係機関の職員が手帳を見ること
- ・手帳に必要な個人のデータを記入すること
- ・情報共有以外の目的には使用しないこと

を本人によく説明して下さい。

また、手帳は本人の自己管理となるため、「紛失・破損」といったトラブルに対して、発行元は責任を負わないことに対して同意を必要とします。これらの同意に対して、口頭だけでなく必ず文書にて同意を得ることが必要です。

本人から使用の同意が得られなければ使用することはできません。

本人の同意が得られた場合で家族がいる場合は、家族等にも手帳の使用について説明して下さい。

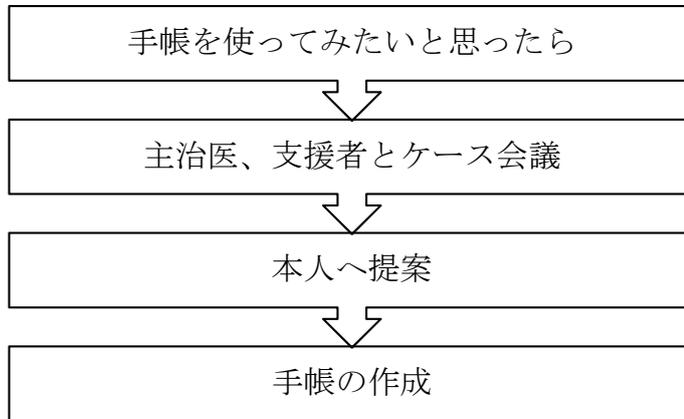
発行元におかれましては、同意書の頁のコピーをとり保存して下さい。

手帳の様式はすべて石川県のホームページからダウンロードし、活用して頂けます。

「医療・福祉・子育て」 ➡ 「障害者」 ➡ 「精神保健福祉」 ➡ 「私の地域連携手帳」

<http://www.pref.ishikawa.lg.jp/fukusi/tiikirennkei/tiikirennkei.html>

2 私の地域連携手帳作成までの流れ



① 使ってみたいと思ったら

主治医、利用者にかかわる関係者等とケース会議等の機会に検討して下さい。
私の地域連携手帳は、以下のような方にお勧めです。

- ・見守り、生活支援が必要な人
- ・病気や症状をある程度受容している人
- ・スタッフとの信頼関係がある人
- ・「今より良くなりたい」と自分でも努力する人

② 利用者（本人）への提案

利用者と信頼関係のある身近な支援者が提案します。

「自分のことを自分自身やスタッフがよく分かり、体調や生活を整えるヒントになります」等と説明すると、利用者もスタッフも取り組みやすくなります。

③ 手帳の作成

利用者から手帳の使用について同意が得られたら、最初に手帳の使用についての同意をもらいます。以降、随時分かるところから記載して下さい。

手帳はいつでも書き直し、変更ができるよう加除式としています。所定の様式以外でも必要なものを追加する等自由に活用して下さい。

3 同意書の作成

【記載・説明のポイント】

- ・同意書の内容を全て読み上げます。利用者が同意できれば直筆サインをもらいます。
- ・家族等がいる場合は、家族にも説明し家族からも直筆サインをもらいます。
家族の同意は使用にあたっての必須条件ではありません。
- ・後見人、保佐人等が選任されている場合は、必ず後見人等に説明し、直筆サインをもらいます。

同意書（私の地域連携手帳3頁）記載例

私の地域連携手帳の使用方法について
～ご本人・ご家族の方へ～
<p>この連携手帳は、こころの病気を抱える方のための手帳です。病気の治療をしながら、地域で安心して暮らしていただけるよう、ご本人を中心に医療機関、福祉サービス事業所、行政等が連携して支援を行うことを目的としています。</p> <p>もう一つの目的は、ご本人やご家族が困ったときに、主治医、看護師、相談支援専門員、介護支援専門員等に気軽に相談し、対応方法等のアドバイスをもらえるようにすることです。</p> <p>手帳を活用していただくためのお願いです。</p> <ol style="list-style-type: none">1 医療機関を受診する時は、この手帳をお持ち下さい。 診察時に主治医にお見せ下さい。2 訪問看護師や相談支援専門員、ヘルパー等の担当の方にも見せていただき、必要な箇所に記入してもらって下さい。3 毎日の生活の様子を手帳に書いて下さい。 何か困ったことや相談したいことがある時には、この手帳に書いて、遠慮なく主治医や看護師等に手帳を見せて相談して下さい。
同 意 書
<p>私は本手帳の目的を理解し、手帳に記載されている個人情報や、医療機関や福祉サービス事業所等へ情報提供することに同意します。</p> <p>この手帳は、本人、家族もしくは保護者で責任を持って保管するとともに、紛失時の問題や責任は保管者にあることを理解したうえで、本手帳の利用に同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>ご本人 _____</p> <p>ご家族（保護者） _____</p> <p style="text-align: right;">続柄 _____</p> <p>成年後見制度 ※成年後見人、保佐人、補助人が選任されている場合は、以下に署名をお願いします。</p> <p>お名前： _____ 電話（ ） _____</p> <p><input type="checkbox"/>後見人 <input type="checkbox"/>保佐人 <input type="checkbox"/>補助人</p>

4 プロフィールの作成

【記載のポイント】

- ・本人と支援者が一緒に、一つひとつ項目を確認しながら記載していきます。
 - ・できるだけ本人に記載してもらうように促しますが、難しい場合は、支援者が記載して下さい。
 - ・本人が書きやすい項目からで構いません。夢や希望等思い浮かばない場合、記載を希望しない場合は空欄でも構いません。随時、追加、修正をして下さい。
 - ・病名は、本人が理解している病名を記載して下さい。正確な診断名と異なる場合もあります。事前に主治医によく確認して下さい。
 - ・「お薬のこと」のページには、薬局からもらう「お薬手帳文書」等を貼ると便利です。お薬手帳としてもご活用下さい。
- ※本人の希望や夢、不安なこと等は、病院で心理教育を行っている場合は、そこで把握した事項を記載して下さい。
- ※ストレスになること、不安なことは、入院中に作成したクライシスプランから転用して下さい。

私のプロフィール 記載例

私のプロフィール					私のプロフィール 病気のこと	
ふりがな	いしかわ 〇〇ろう			(性別)		
名 前	石川 〇朗			男・女		
生年月日	昭和	平成	54年	2月	14日	27 歳
住まい	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 住所 石川市石川町1丁目1番地 電話 00-000-000					
	<input type="checkbox"/> 施設 名称					
ご家族の連絡先	氏 名	住所地	電話	続柄		
	石川 〇朗	石川市	00-000-000	父		
	石川 〇美	石川市	00-000-000	母		
私の夢、希望、大切にしていること						
元気がになったら〇さんのコンサートに行きたい。						
生活の目標 大きな目標（長期目標）						
元気になって仕事に就きたい。						
大きな目標を達成するための身近な目標（短期目標）						
1人で生活できるように、自分で買い物にいけるようになりたい。						
ストレスになること、不安なこと						
仕事をしていないので、お金が足りるかが心配。						
支援者に知って欲しいこと、伝えたいこと、その他						
お掃除が苦手なので手伝ってほしい。 お金の使い方の相談にのってほしい。 自分でできることは自分でやりたい。						
病 名						
統合失調症						
調子の悪いときの症状、状態						
眠れない						
調子が悪くなったときのきっかけ、要因						
疲れたとき 新しいことをするとき						
調子がいいときの状態、症状						
よく眠れる						
病 名						
高血圧						
食事や運動など、生活で注意すること						
塩分を控える、野菜をたくさん食べる 甘いものを食べすぎない 歩くようにする						
その他						

私のプロフィール お薬のこと

飲んでいるお薬

石川〇郎さんのお薬です

薬の名前	写真	薬の働き	注意事項
〇〇		*****	*****
△△		*****	*****
****		*****	*****

注意が必要な副作用

5 ケアプラン

【記載のポイント】

アセスメントシート等を活用して、退院するために必要なケアプランを立案し、利用者、地域支援者等と共有します。様式は所属の様式や相談支援事業所の様式（参考「サービス等利用計画書」）等を利用されても構いません。

* 付属資料1：「退院支援アセスメントシート」を活用されますと、アセスメントからケアプラン作成まで一貫して行うことが出来ます。（活用マニュアル 17 頁をご参照下さい）

ケアプラン記載例

石川 ○朗 様	ケアプラン	計画立案日 2017 年 1 月 1 日	
入院日 2017年 1月 1日	診断名 統合失調症	診断コード F	
担当者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <u>石川 △朗</u> 氏柄: <u>父</u> <input type="checkbox"/> 主治医 <u>○○○○</u> <input type="checkbox"/> 看護師 <u>○○△○</u> <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <u>○○○△</u> <input type="checkbox"/> 作業療法士 <u>△○○○</u> <input type="checkbox"/> 薬剤師 <u>○△○○</u> <input type="checkbox"/> 栄養士 <u>○○○○</u> <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <u>○△○○</u> <input type="checkbox"/> 市町福祉 <u> </u> <input type="checkbox"/> 保健師 <u> </u> <input type="checkbox"/> その他 <u> </u>			
退院支援項目	退院に向けた目標	支援計画	達成状況
住居	○駅の近くで、アパートをさがす。	病状が安定してきたら退院前訪問で看護師とアパートをさがす。	
経済	生活保護を申請する	精神保健福祉士が相談にのり、生活保護の申請を手伝う。	
食事	自炊の練習が必要	病状が安定してきたら、作業療法で調理の練習を行う。	
清潔			
家族調整			
地域			
対人関係			
サービス			
活動・就労			
相談・緊急時の対処			
疾患管理			
服薬			
その他			
<input type="checkbox"/> 備考			

<参考> サービス等利用計画書

利用者氏名(児童氏名)	石川○朗		障害程度区分		相談支援事業者名		
障害福祉サービス受給者証番号			地域相談支援受給者証番号		計画作成担当者		
計画作成日			モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄		
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	入院により体を動かす機会が減って体重が増えた。高血圧があり、確実に服薬する必要がある。						
総合的な援助の方針							
長期目標	早く元気になって、仕事に就きたい。						
短期目標	自分で買い物に行けるようになりたい						
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	はじめての単身生活で、助言などを受けてほしい	生活上の困りごとを相談する	1年	訪問、相談支援を行い必要な支援などの調整を行います。	手助けが必要な時は早めに連絡する	3ヶ月	
2	高血圧や体重管理、服薬管理について不安がある。相談して管理していきたい	体調の困りごとを相談する	1年	服薬状況確認や血圧測定、その他必要な医療行為を行います	薬を飲み忘れない	3ヶ月	
3	どのようなサービスや支援があるか知って活用していきたい	その他の困りごとを相談する	適宜	関係機関と連携し地域生活を支援していきます。必要なサービスの紹介や調整を行います。	どこに連絡していいかわからない時電話で相談する	6ヶ月	

6 ケア会議記録

【記載、活用のポイント】

- ・関係者でケア会議を行った場合、話し合った内容や決定した事項のうち、特に、利用者の支援に必要な内容を記載します。
- ・再度ケア会議を開催した場合は、新たな用紙に記載し、追加して綴り込んでいきます。内容が古くなったもの、現在の利用者の状態に合わないものは本手帳から外して下さい。（外した記録は、利用者又は支援者が保管するか、または個人情報に注意して廃棄して下さい。）
- ・ケア会議の記録様式は、既存の様式がある場合は、その様式を活用して下さい。

ケア会議記録 記載例

ケア会議記録	
石川 ○朗 様 開催日 2017年 2月 1日	
参加者 主治医○○ 看護師○○◇ 精神保健福祉士△○ 作業療法士○△ 相談支援専門員□○ 訪問看護師□◇ ヘルパー○□	
ご本人やご家族の希望	アパートで、一人で生活したい。
キーパーソンの思い	アパートで生活し、いずれは仕事にも就いて欲しい。
夢や希望を実現するために必要なこと	料理、洗濯、掃除ができるようになる。
困っていること	料理をなかなか覚えれない。 時々薬を飲み忘れる。
ご本人が努力していること	作業療法で料理の練習をしている。 お薬の自己管理にとりくんでいる。
必要と思われる支援	退院直後は配食サービスを利用。 ヘルパーと共に食事づくりの練習をする。 服薬の確認
提供可能な支援と役割	相談支援専門員○△：配食サービスとヘルパーの調整 ヘルパー○□：週に2回夕食づくり、清掃の援助 訪問看護師□◇：週に2回訪問し、服薬状況の確認と病状確認
ご本人の次回ケア会議までの課題	
次回ケア会議の予定	

7 クライシスプラン

【記載のポイント】

- ・クライシスプランは、不調時の状態を早期に察知するとともに、不調になった時の対処行動を計画しておくことで、悪化防止、早期の回復を目指すものです。
 - ・入院中に疾病教育や心理教育を実施している医療機関では、教育時に把握した項目を転記して下さい。
 - ・プランにある「このような状態になったら」「はじめの対処」の項目は、人によって様々です。利用者と話し合いながら項目を書き出して下さい。
- * 付属資料2「クライシスプラン作成シート」を活用すると便利です。(活用マニュアル20頁をご参照下さい)
- ・項目を書き出したあと、手帳の電子ファイル（エクセルシート）を利用してクライシスプランを印刷、完成させて下さい。

※手帳の電子ファイルは、県ホームページからダウンロードできます。

医療・福祉・子育て」⇒「障害者」⇒「精神保健福祉」⇒「私の地域連携手帳」

<http://www.pref.ishikawa.lg.jp/fukusi/tiikirenkei/tiikirenkei.html>

クライシスプラン 記載例

クライシスプラン		【このような状態になったら】	【はじめの対処】	【次の対処】
ストレスとなる出来事	<input type="checkbox"/> 長い距離を歩く <input type="checkbox"/> 中腰で何かをする <input type="checkbox"/> 分かってもらえないとき <input type="checkbox"/> 予定がじゃまされるとき <input type="checkbox"/>	→	ストレッチをする 分かってほしいことを言葉で伝える 気晴らし	→ それでも上手く対処できないときは
ストレスからおきること	<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> そわそわとして落ち着かない <input type="checkbox"/> 一人でももる <input type="checkbox"/> 一人であれこれ考えてうじうじする <input type="checkbox"/>	→	ストレッチをする 頓服薬を飲む 寝る。コーラを飲む 気晴らし	
病気が悪くなる前兆 (注意サイン)	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 悪口を言われている様な気がする <input type="checkbox"/> 幻聴がきこえてくる <input type="checkbox"/>	→	職員に相談する 頓服薬を飲む	
調子が悪いときに浮かぶ言葉や思い	<input type="checkbox"/> ひとりぼっちなんや <input type="checkbox"/> どうしようもない <input type="checkbox"/> だれに何を相談してもだめや <input type="checkbox"/>	→	気晴らし 「ダメもとで聞いてみよう」と自分に言い聞かせて、Cさんに聞いてみる	
				①職員に相談する ②とりあえず言われたとおりにしてみる ③休養のため入院する 相談先と電話番号 日中 A病院に電話する TEL 888-8888 休日・夜間 相談支援事業所に電話する TEL 999-9999 相談したいとき 相談支援員〇〇さんに電話する TEL 666-6666 メモ 石川県精神科救急情報システム 電話 444-4444

8 週間スケジュール

【記載のポイント】

- ・ケアプランを作成した時に記載して下さい。
相談支援事業所の様式がある場合、その様式を利用しても構いません。
- ・週間スケジュールは、障害福祉や介護保険サービスだけでなく、本人の趣味や活動、買い物や洗濯等、1週間単位で実施する生活を記載して下さい。
- ・月に1度や年に数回のスケジュールは、その他の欄に記載します。

週間スケジュール 記載例

週間スケジュール			
曜日	予 定		
月曜日	Nセンター	帰りに買い物	夕：宅配弁当
火曜日	昼：宅配弁当	洗濯	夕：ヘルパーさんと料理
水曜日	昼：宅配弁当	訪問看護師さん	夕：宅配弁当
木曜日	Nセンター		夕：宅配弁当
金曜日	昼：宅配弁当	掃除	夕：ヘルパーさんと料理
土曜日	Nセンター	帰りに買い物	夕：宅配弁当
日曜日	昼：宅配弁当		夕：宅配弁当

その他

第2火曜日	A病院受診
第3火曜日	Bクリニック受診

9 自己管理表 体調、生活のチェック表

【記載、活用のポイント】

- ・利用者（本人）自身が、自分の健康管理を行うためのものです。
- ・「自己管理表A」は、生活リズムや睡眠、食事、排泄等基本的な生活行動を記載します。受診や通所等週間スケジュール通りに生活できているか、自分で記載して確認します。
- ・「自己管理表B」の項目は、利用者に合わせて変更、記載して下さい。
「ストレス反応、注意サイン等」の項目はクライシスプランの項目を転記します。
「生活」「社会」の項目はケアプラン・週間スケジュール等の内容を参考に記載します。
- ・利用者と話し合い、毎週日曜日や毎月1日等、具体的にチェックする頻度と日時を決めます。
- ・支援者は、利用者が定期的にチェックしているか、体調等に変化がないかを確認し、変化があるところは具体的に確認し、必要な場合は主治医への連絡やケアプランの変更等を行います。

自己管理表A 記載例

自己管理表A 週間日誌																													
曜日	月曜日 (2月14日)				火曜日 (月 日)				水曜日 (月 日)				木曜日 (月 日)				金曜日 (月 日)				土曜日 (月 日)				日曜日 (月 日)				曜日
時間	睡眠	食事	服薬	仕事・通所等	家事	睡眠	食事	服薬	仕事・通所等	家事	睡眠	食事	服薬	仕事・通所等	家事	睡眠	食事	服薬	仕事・通所等	家事	睡眠	食事	服薬	仕事・通所等	家事	時間			
午前1																										1			
2																											2		
3																											3		
4																											4		
5																											5		
6																											6		
7		■	■																								7		
8																											8		
9																											9		
10																											10		
11																											11		
12																											12		
午後1																											13		
2																											14		
3																											15		
4																											16		
5																											17		
6																											18		
7		■	■																								19		
8																											20		
9																											21		
10																											22		
11																											23		
12																											24		
	排便	○	1			排便					排便					排便					排便								
	入浴	○				入浴					入浴					入浴					入浴								
	掃除	×				掃除					掃除					掃除					掃除								
	洗濯	○				洗濯					洗濯					洗濯					洗濯								
	買物	×				買物					買物					買物					買物								
	気分	○				気分					気分					気分					気分								
メモ																													

自己管理表B 記載例

自己管理表B 自分の体調、生活を定期的にチェックしましょう。											
○（調子よい等）、記入無し（どちらでもない）、×（調子悪い等）											
(注) ○が良く、×が悪いと査定ができるような言葉で記載してください		2月13日	2月14日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
ストレス反応、注意サイン等	電話をかけすぎない	○	×								
	幻聴に左右されることがない	○	○								
	周りが自分を悪く思っている気がしない	○	×								
	寝つきがいい	×	×								
	ささいな事にイライラしない	○	×								
治療	服薬	○	○								
	水分の約束（一日2リットルまで）	○	×								
生活のこと	掃除	○	×								
	ゴミ出し	×	×								
	自炊	×	○								
	散歩	×	×								
	読書	○	○								
社会活動	通所	○	×								
	友人との交流	○	○								

10 支援者記録

【記載、活用のポイント】

- ・支援者記録表Aは、利用者のちょっとした変化に気づき、気づいた変化を支援者間で共有するためのものです。医師の診察、事業者の相談時、訪問時等に支援者が記載します。
- ・支援者記録表Bは、大項目だけを記載した記述式の様式です。利用しやすい様式を使用して下さい。
- ・具体的な項目は、利用者の状態に合わせて変更して下さい。特に症状、治療状況は主治医とよく相談したうえで、観察ポイントを決定し記載して下さい。

支援者記録A 記載例

支援者記録A		診察、相談、支援時に記載				
支援項目		2017年 2月14日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
症状・治療	精神症状 対処行動	<input type="checkbox"/> 精神症状の観察	<input checked="" type="checkbox"/> 悪口の幻聴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> ストレスになる出来事の確認	<input checked="" type="checkbox"/> 友人とのトラブル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> ストレス反応の確認	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅にこもっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 注意サインの確認	<input checked="" type="checkbox"/> 不眠の出現	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 対処行動の確認と促し	<input checked="" type="checkbox"/> 相談支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 症状安定へのアドバイス	<input checked="" type="checkbox"/> 睡眠のための頓服利用	<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"/>	<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"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
身体状況	<input type="checkbox"/> 血圧	<input checked="" type="checkbox"/> 128/72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 体重	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> HbA1C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬状況	<input type="checkbox"/> 服薬管理と確認(精神科)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 服薬管理と確認(科)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 服薬管理と確認(科)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生活	睡眠	<input type="checkbox"/> 起きる時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 眠る時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 途中で目覚めること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> おおよその睡眠時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 睡眠の満足度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食事	<input type="checkbox"/> 食事回数(回/ 日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 肥満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排泄	<input type="checkbox"/> 痩せ	<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"/>
<input type="checkbox"/> 排便(回/ 日)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 便秘		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
清潔	<input type="checkbox"/> 排尿の問題	<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"/>	
	<input type="checkbox"/> 入浴(回/ 日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 洗濯(回/ 日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 居室の清掃(回/ 日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
活動	活動	<input type="checkbox"/> 居室の整理・整頓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 仕事・通所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 趣味	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	対人関係	<input type="checkbox"/> 買い物	<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"/>
		<input type="checkbox"/> 家族との関係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 近隣との関係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 支援者との関係	<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"/>
記載者 機関、氏名		A				

支援者記録B 記載例

支援者記録B		診察、相談、支援時に関わったことを記載する。						
項目	2017年2月14日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
精神的 症状・ 治療	幻聴	あり						
	不眠	あり						
	イライラ	あり						
	周りの人への不信感	なし						
	服薬状況	○						
	副作用	なし						
	指示事項							
	その他()							
	検査値							
身体的 状況・ 治療	服薬状況	○						
	指示事項							
	その他()							
	食事	○						
生活	排泄	×便秘						
	活動	○						
	睡眠	×入眠困難						
	清潔	○						
	金銭管理	○						
	他者関係	×友人と口論						
	記載者 機関、氏名	A						

1 1 連絡・相談・質問帳

【記載、活用のポイント】

- ・利用者が支援者に対して要望や連絡事項がある場合に利用します。
聞きたいことがあってもうまく伝えられない方等に利用を勧めて下さい。
紙に書かなくてもきちんと口頭で伝えられる方は使用する必要はありません。
- ・支援者間で連絡事項がある場合にも活用できます。
- ・支援者は、支援時必ず「連絡・相談・質問帳」に記載がないか確認して下さい。
自分宛の質問等があった場合は、回答を記載して下さい。その場で回答できない場合は、
「質問は分かりました。検討が必要なので、来週回答しますね」等記載して下さい。
- ・自分宛の質問ではなくても、重要な記載があった場合は、支援者から、相手の支援者に連絡をして下さい。

連絡・相談・質問帳 記載例

連絡 ・ 相談 ・ 質問帳			
質問する人	(私) から	連絡 相談	(質問)
答えてほしい人	(K先生) さんへ	です	
内 容	29年	2月	14日 記載例
<p>薬の量が増えたのか、朝起きるのがつらいです。 薬を飲まなくてもいいですか。</p> <hr/>			
回 答	29年	2月	20日
<p>お薬の量を調整したので、指示通りきちんと飲んでください。 1週間様子をみて眠気が変わらなければもう一度相談しましょう</p> <hr/>			
K・T サイン			

1 2 関係機関連絡先

【記載、活用のポイント】

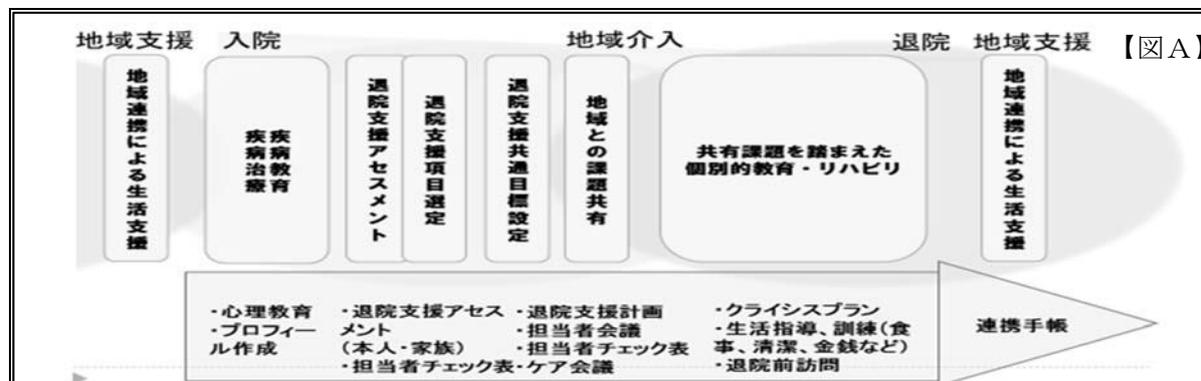
- ・利用者が何か困ったことがあった時に、相談できるよう連絡先一覧を作成します。
関係者の役割と、どんな時に連絡すればいいかを具体的に記載して下さい。
夜間連絡が必要な場合に備え、可能な機関については夜間の連絡先を記載して下さい。

関係機関連絡先 記載例

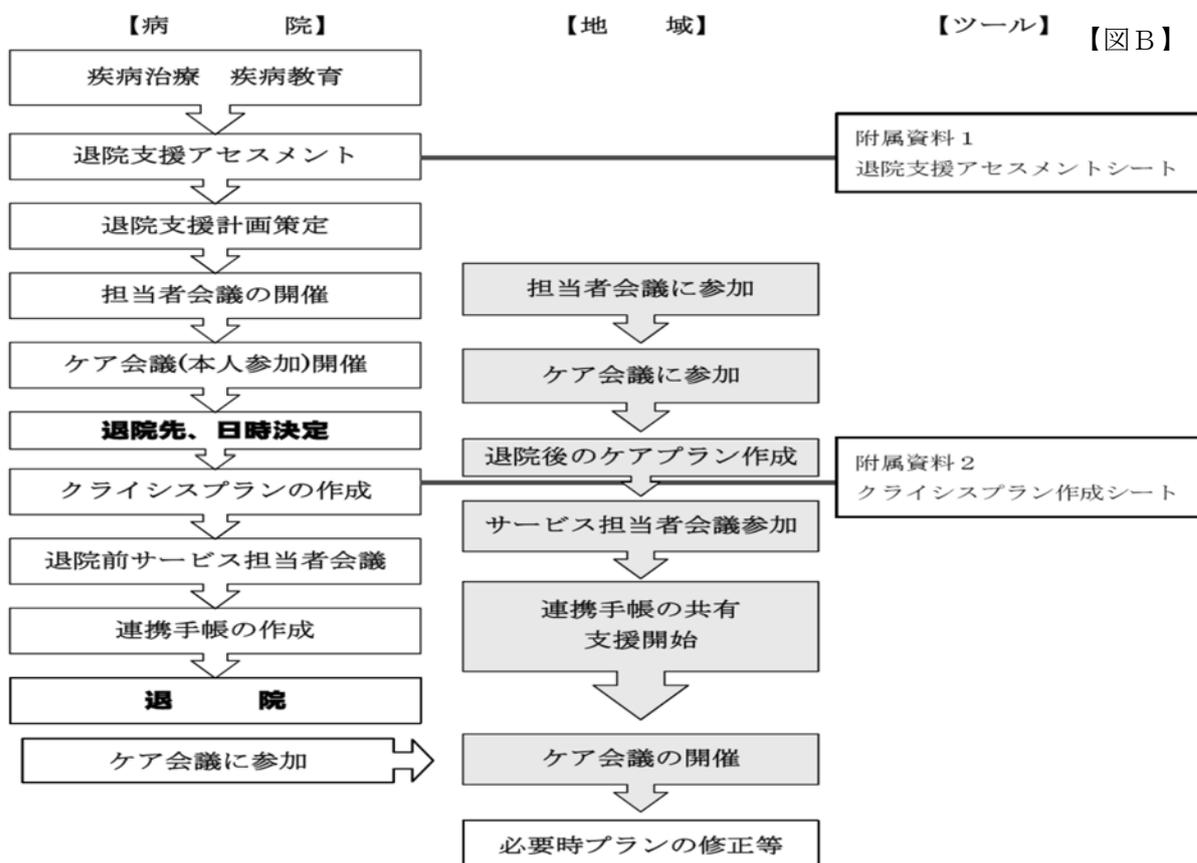
石川〇郎 様の 担当者一覧				
職種・続柄	担当者名	役割	こんな時に連絡してください	連絡先
キーパーソン	父：〇△			
主治医	〇〇〇〇	入院担当医・外来担当医・かかりつけ医	病気についてや服薬・治療について聞きたい時	
看護師	〇〇△〇	入院担当看護師	入院中の外泊時に困った時	
精神保健福祉士	〇〇〇△	医療相談・生活相談・他機関との調整	誰に相談して良いか分からない時	
作業療法士	△〇〇〇	リハビリ・生活訓練	リハビリ訓練に関する相談がある時	
薬剤師	〇△〇〇	薬剤指導	お薬についての相談がある時	
栄養士	〇〇〇〇	栄養指導	食事やおやつ調整などの相談がある時	
外来看護師	〇〇〇〇	外来担当看護師	外来診察日の変更や主治医に伝えたいことなどがある時	
相談支援専門員	〇△〇〇	生活相談・地域生活支援・他機関との調整	地域生活全般における相談がある時	
ケアマネージャー	〇〇〇〇	生活相談・地域生活支援・他機関との調整	地域生活全般における相談がある時	
デイケアの担当	〇〇△〇	リハビリ・生活訓練	リハビリ訓練に関する相談がある時	
訪問看護師	〇〇〇☆	訪問看護・生活相談・家族相談・生活指導	症状や生活全般の相談がある時	
ヘルパー	☆〇〇〇	家庭生活援助	家庭生活サポートに関する相談がある時	
社会福祉協議会の担当	〇☆〇〇	経済支援	お金の管理についてなどの相談がある時	
保健所の担当	〇〇☆〇	訪問・相談	地域生活における相談がある時	
市町福祉課の担当	〇〇☆▽	市町福祉支援	福祉サービス利用の相談がある時	
市町介護保険課の担当	☆☆〇〇	市町福祉支援		
地域包括の担当	〇〇☆▽	生活相談・地域生活支援・他機関との調整		
生活保護の担当	〇☆〇〇	生活保護相談	生活保護に関する相談がある時	
地域活動支援センターの担当	〇〇☆☆	生活全般の相談、援助		
グループホームの世話人	☆〇〇△	生活の見守り、援助		
就労支援施設の担当	☆〇〇☆	就労に向けた援助、相談		

入院中の支援の流れ（イメージ図）

・入院から退院までの支援の流れと、連携手帳との関連について以下（図A）に示します。



- ・クライシスプランを作成し、利用者の病気や症状を振り返るとともに、生活の中でどのように対処・対応していくか事前に相談し家族・支援者と共有していきます。入院中にクライシスプランに沿い、生活上のトラブルに対応する練習を行うとより効果的です。
- ・情報の共有・連携のため、付属資料2「クライシスプラン作成シート」（活用マニュアル20頁参照）の項目に沿って、本人と話し合いながら記載して行って下さい。抽出された内容を手帳のクライシスプラン（手帳8頁）、自己管理表（手帳10頁・11頁）に記載して行って下さい。
- ・病院と地域の役割と「退院支援アセスメントシート」、「クライシスプラン作成シート」活用時期を図Bで示します。



エクセルファイルの使い方

「病気や症状について主治医から説明を受けていますか？」という問いに対して「受けたが十分理解していない」という回答だった場合。



「病気や症状について主治医から説明を受けていますか？」の回答欄「受けたが十分に理解できていない」の左にある○のボックスをクリックします。



「病気や症状について主治医から説明を受けていますか？」の右側の退院支援スクリーニングの欄に「病気や治療についての理解度・受け入れの確認と援助」という項目が表示されます。

この操作を最後の項目まで繰り返します。



次に、「退院支援計画書」のシートを開きます。

先ほど抽出された項目が、「退院支援項目」として表示されています。画面右上の「空白を整理する」のボタンを押し退院支援項目を整理します。（この機能を利用するためにはマクロ機能の利用が必要となります）



「退院支援項目」の右側に「退院に向けた目標」と「支援計画」の欄がありますので、それぞれに入力します。



最後に「ケアプラン」のシートを開くと「退院支援項目」に対応して「退院に向けた目標」と「支援計画」が作成されています。

「退院支援計画書」のシート

様		退院支援プラン		年	月	日	作成	空白を整理する
入院日	{ }	診断名	{ }	{ (F)				
<input type="checkbox"/> キーパーソン	{ }	職柄:	<input type="checkbox"/> 主治医 { }	<input type="checkbox"/> 看護師	{ }			
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士	{ }	<input type="checkbox"/> 作業療法士	{ }	<input type="checkbox"/> 薬剤師	{ }	<input type="checkbox"/> 栄養士	{ }	
<input type="checkbox"/> 相談支援専門員	{ }	<input type="checkbox"/> 保健師	{ }	<input type="checkbox"/> 市町村福祉・その他	{ }	<input type="checkbox"/> 施設	{ }	{ }
退院支援項目		退院に向けた目標		支援計画		達成日		
病気や治療についての理解度・受け入れの確認と援助								
心理教育								
病気の治療、副作用についての説明・指導								
症状への対処説明・指導								
クライシスプランの作成、修正								
状態悪化時の対処方法指導								
相談先の確認と相談方法の指導								
緊急連絡先の設定と練習								
以前サービスを利用していたが現在はなし								
デイケア・脱外作業	担当者 { }							
地域活動支援センター	担当者 { }							
相談支援事業	担当者 { }							
訪問看護	担当者 { }							
ヘルパー	担当者 { }							
保健所	担当者 { }							
グループホーム	担当者 { }							
市町村福祉・生活保護	担当者 { }							
病院医療相談	担当者 { }							
施設名 { }	担当者 { }							
サービス利用手続の相談								
服薬自己管理に不安がある								
家族などのサポートで服薬管理								
服薬自己管理訓練								
主治医から薬物説明希望								

手書き運用の場合

「退院支援アセスメント__手書き用シート」を印刷し利用者から左側の項目を聴取していきます。

聴取内容をふまえ右側の退院支援スクリーニング項目を選択していきます。

退院支援アセスメントチェックシート				ご本人 ・ ご家族		年 月 日		
以下の質問への解答にご協力をお願いします 要否種・ご家族のニーズをしっかりと把握した上で退院後の生活に向けた具体的な支援の参考にさせていただきます								
項目	チェックもしくは具体的な記載をお願いたします			退院支援スクリーニング項目				
	受けている	受けたが十分理解していない	受けていない	疾患管理	スクリーニング項目			
□病気や症状について主治医から説明を受けていますか	受けている	受けたが十分理解していない	受けていない	疾患管理	<input type="checkbox"/>	病気や治療についての理解度・受け入れの確認と援助		
□過去に病気について心理教育を受けたことがありますか	受けたことがある	あるが十分理解していない	受けたことがない		<input type="checkbox"/>	心理教育		
□病気の治療や副作用などについて理解されていますか	理解している	理解した十分ではない	理解できていない		<input type="checkbox"/>	病気の治療、副作用についての説明・指導		
□症状が出現した場合の対処方法は理解されていますか	理解している	理解した十分ではない	理解できていない		<input type="checkbox"/>	症状への対処説明・指導		
□過去に危機管理プランを作成したことがありますか (クライシスプラン、元氣回復プラン、ハッピーライフプランなど)	ある(活用している)	ある(活用していない)	作成したことがない		相談・緊急時の対応	<input type="checkbox"/>	クライシスプランの作成、修正	
□病気の調子が悪い時の対処方法は決まっていますか	決まっている(効果あり)	決まっている(少ない効果)	どうすればよいかわからない			<input type="checkbox"/>	状態悪化時の対処方法指導	
□病気の症状で困った時の相談窓口は決まっていますか	決まっている	はっきりしていない	どうすればよいかわからない			<input type="checkbox"/>	相談先の確認と相談方法の指導	
□急激に調子を崩した時の緊急連絡先は決まっていますか	決まっている	はっきりしていない	どうすればよいかわからない			<input type="checkbox"/>	緊急連絡先の設定と練習	
□これまで利用されていたサービスはありますか	ある(現在活用している)	ある(現在活用していない)	ない	サービス	<input type="checkbox"/>	以前サービスを利用していたが現在はなし		
□これまでにサービス利用をされていた場合 具体的に利用されていたサービス	デイケア・院外作業	担当者()	※デイサービス・ショートステイ・看護施設・ケアマネジャーなどその他利用されていたサービス		<input type="checkbox"/>	デイケア・院外作業		
	地域活動支援センター	担当者()			<input type="checkbox"/>	地域活動支援センター		
	相談支援事業	担当者()			<input type="checkbox"/>	相談支援事業		
	訪問看護	担当者()			施設名() 担当者()	<input type="checkbox"/>	訪問看護	
	ヘルパー	担当者()				<input type="checkbox"/>	ヘルパー	
	保健所	担当者()				<input type="checkbox"/>	保健所	
	グループホーム	担当者()				<input type="checkbox"/>	グループホーム	
	市町村福祉・生活保護	担当者()				<input type="checkbox"/>	市町村福祉・生活保護	
	病院医療相談	担当者()				<input type="checkbox"/>	病院医療相談	
	□退院後利用を希望されるサービスはありますか	ない(必要性なし)		ある(調整不用)	ある(調整必要)	<input type="checkbox"/>	サービス利用手続きの相談	
□具体的に利用を希望するサービス	例) グループホームに入居したい			<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/>				

付属資料 2 : クライシスプラン作成シート

クライシスプラン作成シート

利用者と項目に沿って、「ストレス因子」「注意サイン」「対処方法」「希望する支援」「調子が悪い時に浮かぶ言葉」等話し合い記入して行って下さい。

ここで得られた内容をクライシスプラン・各記録用紙へ転記し作成することで、利用者にあった連携手帳となります。

クライシスプラン作成シート			
①あなたのストレス原因はなんですか？			
身体的ストレス			
生活上のストレス			
対人関係上のストレス			
社会的ストレス			
②あなたの注意サイン			
Lv1（早めに出てきて相談などで自分で対処可能な状態）			
Lv2（支援者、家族などと一緒に対処する必要がある状態）			
Lv3（自分ではどうにもならない状態）			
③注意サインの段階ごとに自分はどうしていけば良いか考えてみてください			
Lv1（早めに出てきて相談などで自分で対処可能な状態）			
1、今までできてうまくいった事			
2、今までできてうまくいかなかった事			
3、今までを踏まえて行っていきたい事			
Lv2（支援者、家族などと一緒に対処する必要がある状態）			
1、今までできてうまくいった事			
2、今までできてうまくいかなかった事			
3、今までを踏まえて行っていきたい事			
Lv3（自分ではどうにもならない状態）			
1、今までできてうまくいった事			
2、今までできてうまくいかなかった事			
3、今までを踏まえて行っていきたい事			
④家族、支援者に手伝ってほしい事			
Lv1（早めに出てきて相談などで自分で対処可能な状態）			
Lv2（支援者、家族などと一緒に対処する必要がある状態）			
Lv3（自分ではどうにもならない状態）			
⑤調子が悪いときに浮かぶ言葉			

これらの様式はすべて石川県のホームページからダウンロードし、活用して頂けます。

「医療・福祉・子育て」 ➡ 「障害者」 ➡ 「精神保健福祉」 ➡ 「私の地域連携手帳」

<http://www.pref.ishikawa.lg.jp/fukusi/tiikirennkei/tiikirennkei.html>

