

## 【参考 1 : 計画作成の具体的な手順の流れ】

- 1 入院時に計画の作成及び退院支援についての説明（措置実施保健所）  
可能であれば、措置実施保健所は、入院者の病状が落ち着いた時点で退院後支援に関する面接をすることを伝える。（説明資料を手交することでの対応も可）

○様式 3-1 精神科病院へ入院される方へ

- 2 計画の作成に向けた手続き等の確認（作成主体保健所、入院先病院）  
作成主体保健所は、入院先病院との間で計画の作成に向けた今後の手続き（4～13）等について確認する。  
※措置入院の場合は、措置を行った保健所が措置入院後、対象者の現時点での帰住先保健所を確認する。
- 3 退院後生活環境相談担当者の選任（入院先病院）  
なお、医療保護入院者の場合は、退院後生活環境相談員が通常の業務に加え、計画の作成に関する業務を担うことが望ましい。（Ⅱ 9（1）参照）
- 4 計画に関する説明（入院先病院）  
本人の症状が一定程度落ち着いた段階で、作成主体保健所が退院後支援についての説明ができるよう、支援対象者への説明、作成主体保健所への情報提供、及び保健所の説明・意向確認の場の設定等を行う。（Ⅱ 4 参照）
- 5 退院後支援の支援対象者に対する情報提供（入院先病院→作成主体保健所）  
支援対象者の情報を作成主体保健所へ情報提供する。  
（Ⅱ 9（1）参照）  
※措置実施保健所と帰住先保健所が異なる場合、事前に措置実施保健所と事前に協議し決めた上で入院先病院に報告する。
- 6 計画作成についての必要性を判定する。（作成主体保健所）  
措置実施保健所及び入院先病院から得た情報により、退院後支援を行う必要性について判定する。（Ⅱ 4 参照）
- 7 計画作成及び退院後支援に関する説明と本人の意向の確認（作成主体保健所）  
計画に基づく支援に関する説明を行い、計画の作成、退院後支援と、これに伴う、支援関係者への個人情報の共有等について本人の同意を得る。（Ⅱ 4 参照）

○様式 3-2 精神科病院へ入院しておられる方へ  
○様式 4 意向確認書

8 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）

支援対象者の入院先病院は、支援対象者について、退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施する。（Ⅱ 9（2）参照）

○様式9 退院後支援のニーズに関するアセスメント

○様式10 退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

9 計画に係る意見書等の作成主体保健所への提出（入院先病院→作成主体保健所）

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、作成主体保健所に提出する。（Ⅱ 9（4）参照）

○様式7 退院後支援に関する計画に係る意見書

○様式8 病状が悪化した場合の対処方針（困った時の対処）

○様式9 退院後支援のニーズに関するアセスメント

○様式10 退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

10 計画（案）作成（作成主体保健所）

入院先病院から出されたアセスメント・意見書等、及び作成主体が家族や地域支援者等から得た情報等に基づき、計画（案）の作成を行う。（Ⅱ 5・6参照）

○様式1 退院後支援に関する計画（案）

○様式2 病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）（案）

11 ケース検討会の開催（作成主体保健所、入院先病院、地域援助事業者等）

なお、措置解除後に医療保護入院等で継続して入院する場合、ケース検討会は入院形態問わず退院までの間に開催する。（Ⅱ 7参照）

（ケース検討会時の資料）

○様式1 退院後支援に関する計画（案）

○様式2 病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）（案）

○様式9 退院後支援のニーズに関するアセスメント（必要時）

○様式10 退院後支援のニーズに関する総合アセスメント（必要時）

（ケース検討に係る各種同意）

○様式5 警察の参加に関する同意書

○様式6 ケース検討会に関する誓約書

## 1.2 計画の決定（作成主体保健所）

作成主体保健所は、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果、計画に係る意見書、ケース検討会における協議内容等を踏まえ、計画を決定する。

※ 措置入院の場合には入院先病院の管理者は、症状消退届を提出する際に、本人の直近の状態等からその時点で作成されている計画の内容を修正する必要があると認めた場合には、症状消退届の「訪問指導等に関する意見」又は「障害福祉サービス等の活用に関する意見」の欄に、修正意見を記載して提出することが適当である。作成主体保健所は、この内容も踏まえて計画を決定する。

○様式1 退院後支援に関する計画

○様式2 病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

## 1.3 計画の交付、支援関係者への通知（作成主体保健所）

1.2により決定した計画を、本人に説明し、交付する。また本人に交付した計画書の写しを支援関係者に通知し、支援内容の共有を図る。（Ⅱ 8 参照）

○様式1 退院後支援に関する計画（本人には公印の付いたもの）

○様式2 病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

（注）

○入院期間が短い場合や、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等は、退院後速やかに計画を作成・交付する。（Ⅱ 5 参照。）

○措置解除後に医療保護入院などで継続して入院する場合、入院の間で退院後支援計画を作成し、医療保護入院等から地域に退院する際に、当該計画に基づき必要な支援を行う。

## 1.4 計画に基づく退院後支援の実施

支援対象者の退院後、計画に基づいて帰住先保健所・各支援関係者による支援を実施。（Ⅲ 1・2・3 参照）

## 1.5 計画の見直し

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、もしくは本人の状況等により計画の見直しをする必要がある場合には、計画の見直しを行う。見直し後は計画を本人に交付するとともに支援関係者に通知する。（Ⅲ 4 参照）

○様式1 退院後支援に関する計画（見直し後）

○様式2 病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）（見直し後）

## 16・退院後支援期間中のケース検討会の実施

退院後支援期間中において、必要に応じてケース検討会を実施することができる。(Ⅲ4・6(1)・(2)参照)

退院後支援期間中のケース検討会の実施を行う場合(例)

- 計画に基づく支援期間を延長する場合
- 計画の見直しの内容が複数の支援関係者に関係しており、協議が必要な場合
- 支援終了後、継続した支援が必要と考えられる場合 等

### (ケース検討会時の資料)

- 様式1 退院後支援に関する計画(修正案)
- 様式2 病状が悪化した場合の対処方針(困ったときの対処)(修正案)
- 様式9 退院後支援のニーズに関するアセスメント(必要時)
- 様式10 退院後支援のニーズに関する総合アセスメント(必要時)

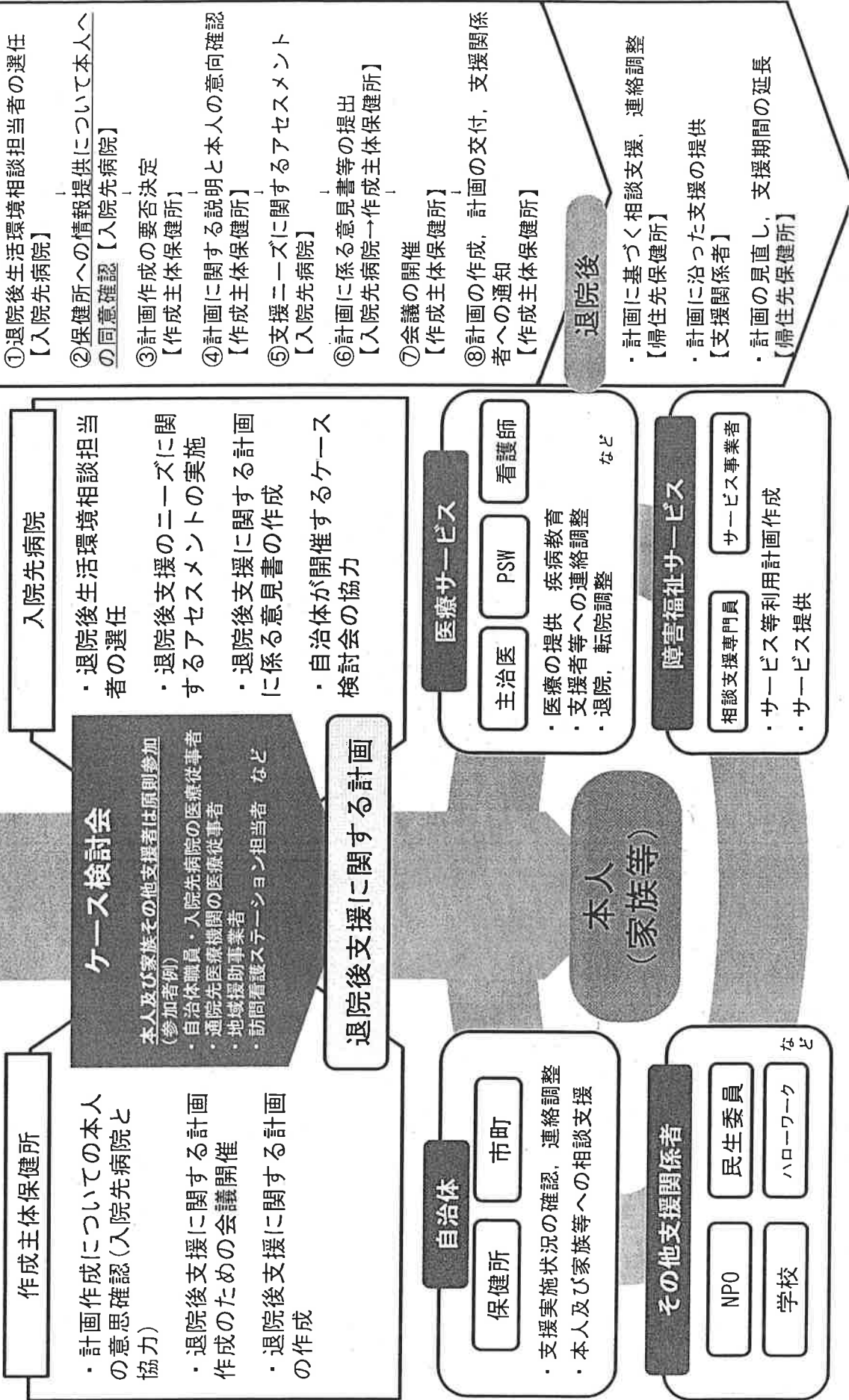
### (ケース検討に係る各種同意)

- 様式5 ケース検討会への警察の参加に関する同意書
- 様式6 ケース検討会に関する誓約書

# 【参考2】広島県精神障害者の退院後支援ガイドラインのイメージ

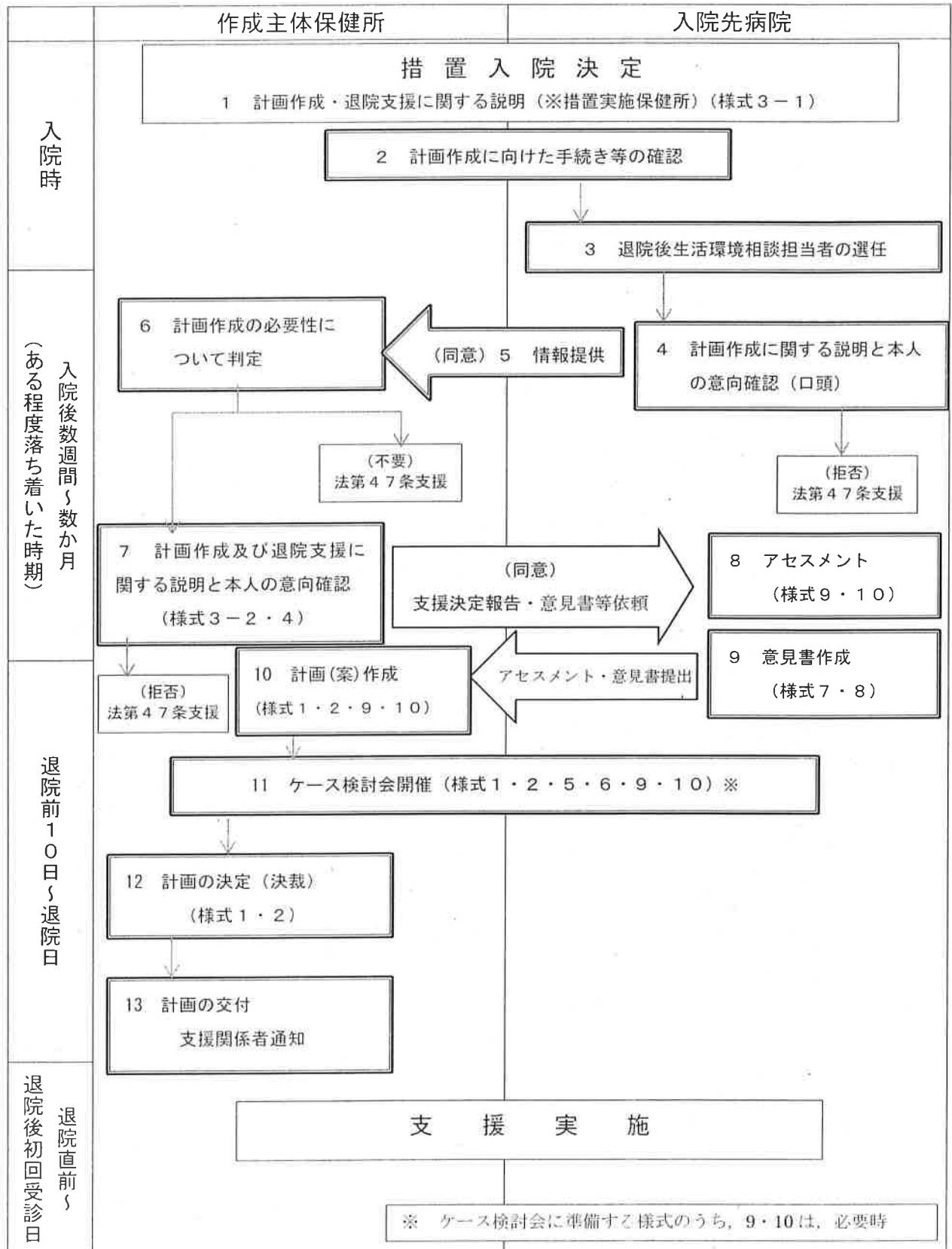
## 支援対象者

「退院後支援の計画作成の保健所が、保健所が中心となって退院後支援を行うことが必要であると認められた者のうち、退院後支援の計画に基づき支援を受けることに同意した者」

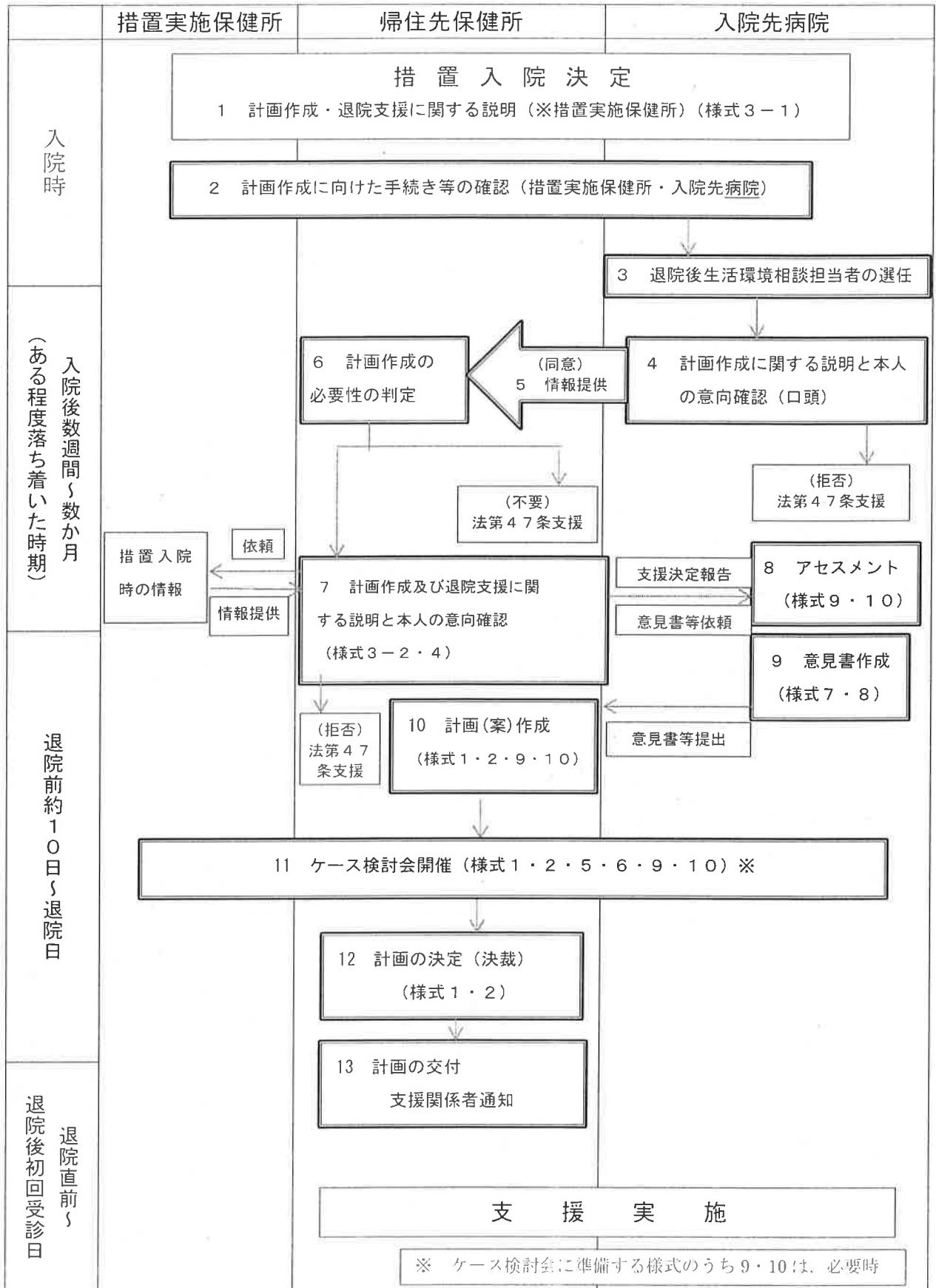


### 【参考3 措置入院から退院後支援開始までの流れ】

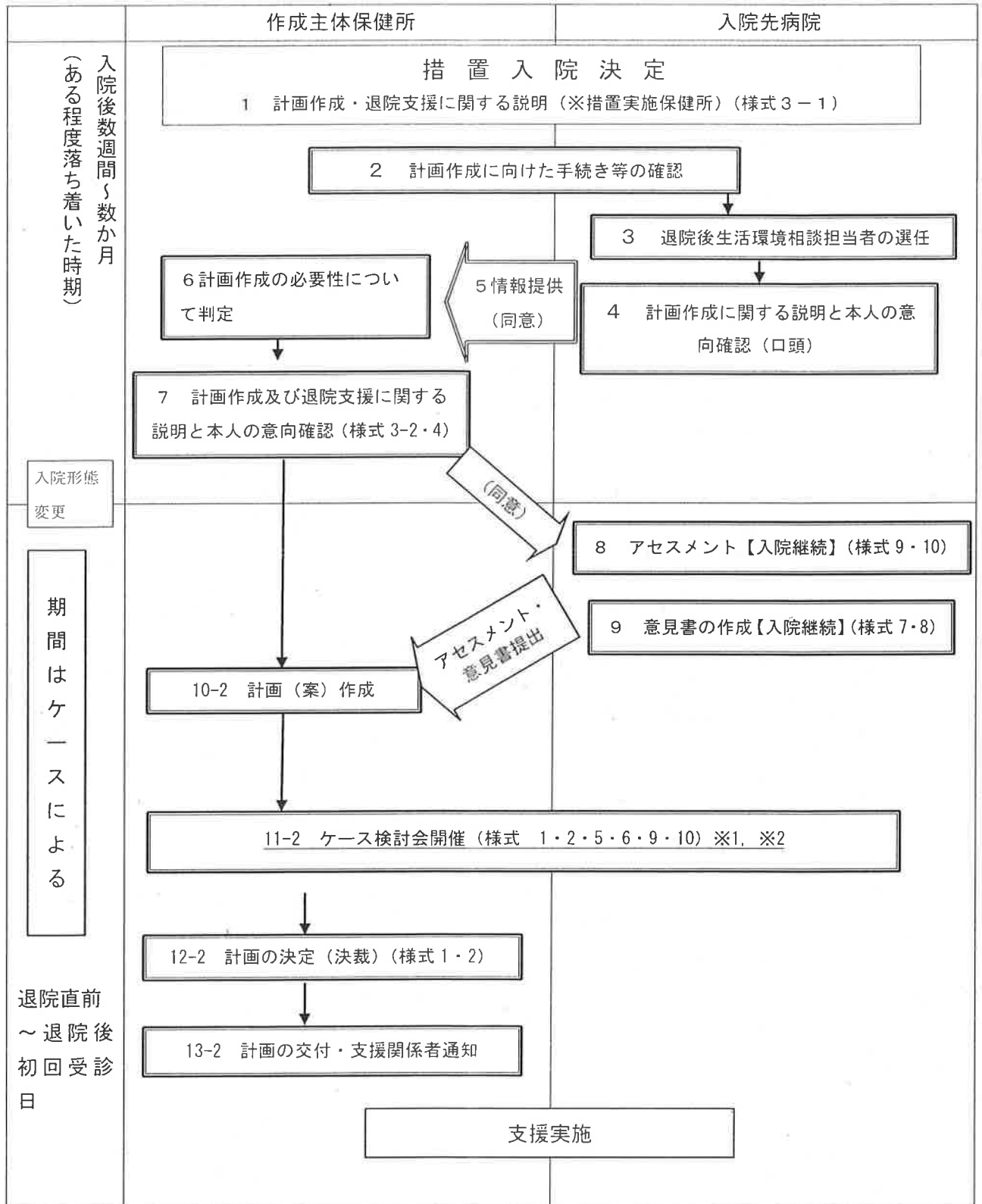
(1) 措置実施保健所が帰住先保健所の場合



(2) 措置実施保健所と帰住先保健所が別の場合（中核市含む）



(3) 措置解除後に医療保護入院等入院を継続する場合

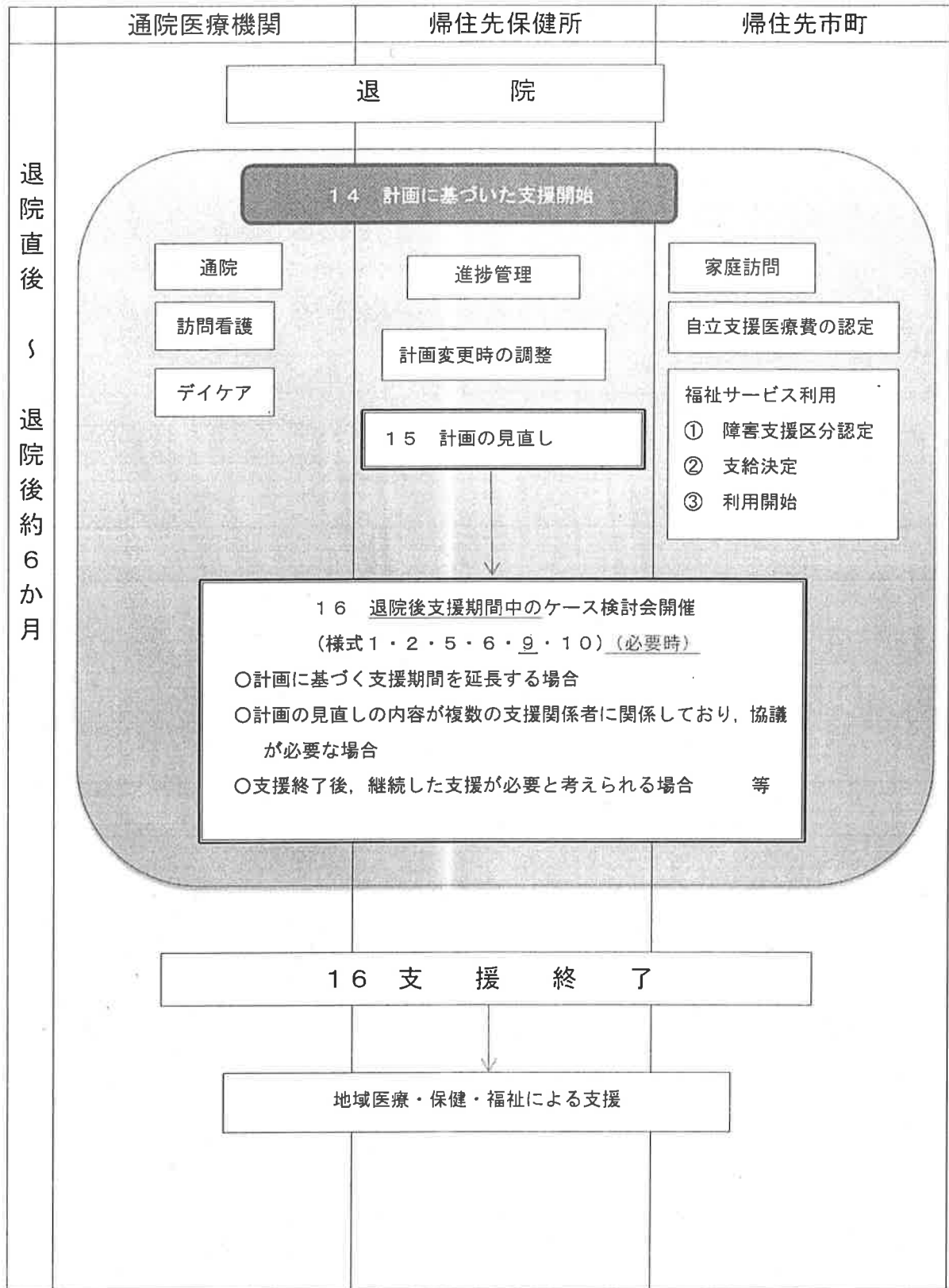


※1 退院支援委員会の開催とみなすことができる。

※2 ケース検討会に準備する様式の 9・10 は、必要時



(4) 退院後支援～支援終了



【参考4 広島県内の精神病床を有する病院一覧表】

保健所等	病院名	郵便番号	住所	電話	FAX
西部保健所	メーブルヒル病院	739-0651	大竹市玖波五丁目2-1	0827-57-7451	0827-57-5312
	友和病院	738-0202	廿日市市峠字下ヶ原500	0829-74-0688	0829-74-3385
	敬愛病院	739-0488	廿日市市大野町72	0829-56-3333	0829-56-2333
広島支所	JA広島厚生連吉田総合病院	731-0595	安芸高田市吉田町吉田3666	0826-42-0636	0826-47-0007
	府中みくまり病院	735-0003	安芸郡府中町みくまり三丁目1-11	082-281-2281	082-281-0805
	安芸太田病院	731-3622	山県郡安芸太田町下殿河内236	0826-22-2299	0826-22-0623
	千代田病院	731-1535	山県郡北広島町今田3860	0826-72-6511	0826-72-6541
呉支所	安浦病院	737-2501	呉市安浦町女子畑133	0823-84-2075	0823-84-2511
	ほうゆう病院	737-0001	呉市阿賀北一丁目14-15	0823-72-2111	0823-70-0025
	呉みどりヶ丘病院	737-0001	呉市阿賀北一丁目15-45	0823-72-6111	0823-72-6125
	国立病院機構 呉医療センター	737-0023	呉市青山町3-1	0823-22-3111	0823-21-0478
	ふたば病院	737-0143	呉市広白石四丁目7-22	0823-70-0555	0823-70-0557
	呉やけやま病院	737-0924	呉市焼山南一丁目8-23	0823-33-0511	0823-34-1366
	吉田病院	737-2126	江田島市江田島町津久茂二丁目6-2	0823-42-1100	0823-42-1195
西部東保健所	竹原病院	725-0012	竹原市下野町650	0846-22-0963	0846-22-9675
	宗近病院	739-0024	東広島市西条町御園宇703	082-423-2726	082-424-3737
	AOI広島病院	739-2208	東広島市河内町入野字新栃木7907	082-423-2131	082-422-3950
	国立病院機構 賀茂精神医療センター	739-2693	東広島市黒瀬町南方92	0823-82-3000	0823-82-7352
東部保健所	三原病院	723-0003	三原市中之町六丁目31-1	0848-63-8877	0848-62-0055
	小泉病院	729-2361	三原市小泉町4245	0848-66-3355	0848-66-2838
	青山病院	722-0025	尾道市栗原東二丁目2-69	0848-23-2488	0848-24-0750
福山支所	下永病院	720-0542	福山市金江町藁江590-1	084-935-8811	084-935-8973
	福山友愛病院	720-0832	福山市水呑町7302-2	084-956-2288	084-956-2283
	福山こころの病院	720-0835	福山市佐波町576-1	084-951-2620	084-951-4730
	光の丘病院	720-1147	福山市駅家町向永谷302	084-976-1415	084-976-0954
	蔵王病院	721-0973	福山市南蔵王町六丁目23-1	084-941-2512	084-941-8817
	府中市立湯が丘病院	729-3423	府中市上下町矢野100	0847-62-2238	0847-62-8860
北部保健所	三次病院	728-0025	三次市粟屋町1731	0824-62-2888	0824-62-1931
広島市	広島市民病院	730-8518	広島市中区基町7-33	082-221-2291	082-223-5514
	広島第一病院	732-0013	広島市東区戸坂南二丁目9-15	082-229-0211	082-220-2178
	松田病院	734-0005	広島市南区翠四丁目13-7	082-253-1245	082-253-1225
	比治山病院	734-0021	広島市南区上東雲町3-1	082-281-0608	082-285-6184
	県立広島病院	734-8530	広島市南区宇品神田一丁目5-54	082-254-1818	082-253-8274
	広島大学病院	734-8551	広島市南区霞一丁目2-3	082-257-5555	082-257-5489
	己斐ヶ丘病院	733-0815	広島市西区己斐上六丁目554-1	082-272-2126	082-272-2185
	草津病院	733-0864	広島市西区草津梅が台10-1	082-277-1001	082-277-1008
	安佐病院	731-0101	広島市安佐南区八木五丁目15-1	082-873-2022	082-873-4040
	児玉病院	731-0221	広島市安佐北区可部七丁目14-39	082-814-3151	082-814-8585
	瀬野川病院	739-0323	広島市安芸区中野東四丁目11-13	082-892-1055	082-892-1390
	養神館病院	731-5127	広島市佐伯区五日市一丁目12-6	082-922-3153	082-924-2450
	ナカムラ病院	731-5142	広島市佐伯区坪井三丁目818-1	082-923-8333	082-923-7179

【参考5 広島県内市町一覧表】

管轄保健所	市町名	課名	住所	電話	FAX
広島市	広島市役所	精神保健福祉課	広島市中区国泰寺町1丁目6-34	082-504-2228	082-504-2256
	中保健センター	保健福祉課	広島市中区大手町4丁目1-1	082-504-2109	082-504-2175
	東保健センター	地域ささえあい課	広島市東区蟹屋町9-34	082-568-7735	082-265-5271
	南保健センター	保健福祉課	広島市南区皆実町1丁目4-46	082-250-4133	082-24-9184
	西保健センター	保健福祉課	広島市西区福島町2丁目24-1	082-294-6384	082-233-9633
	安佐南保健センター	保健福祉課	広島市安佐南区中須1丁目38-13	082-831-4944	082-870-2255
	安佐北保健センター	保健福祉課	広島市安佐北区可部3丁目19-22	082-819-0616	082-819-0602
	安芸保健センター	保健福祉課	広島市安芸区船越南3丁目2-16	082-821-2820	082-821-2832
	佐伯保健センター	保健福祉課	広島市佐伯区海老園1丁目4-5	082-943-9733	082-923-1611
福山市	福山市	健康推進課	福山市三吉町南2丁目11番22号	084-928-3421	084-928-1143
呉市	呉市	健康推進課	呉市和庄1丁目2-13	0823-25-3542	0823-25-3888
西部保健所	廿日市市	障害福祉課	廿日市市下平良一丁目11番1号	0829-30-9128	0829-31-1999
	大竹市	保健医療課	大竹市小方一丁目11番1号	0827-59-2140	0827-57-7130
広島支所	安芸高田市	健康長寿課	安芸高田市吉田町吉田791	0826-42-5633	0826-47-1282
	府中町	福祉課	安芸郡府中町大通三丁目5-1	082-286-3161	082-283-5775
	海田町	保健センター	安芸郡海田町中店8-33	082-823-4418	082-823-0020
	熊野町	子育て・健康推進課	安芸郡熊野町中溝1-1-1	082-820-5637	082-854-8009
	坂町	保険健康課	安芸郡坂町平成ヶ浜1-1-1	082-820-1504	082-820-1521
	安芸太田町	健康づくり課	山県郡安芸太田町下殿河内236	0826-22-0196	0826-22-0686
	北広島町	保健課	山県郡北広島町有田1234	050-5812-1853	0826-72-5242
呉支所	江田島市	保健医療課	江田島市大柿町大原505	0823-43-1639	0823-57-4432
西部東保健所	東広島市	健康増進課	東広島市西条栄町8番29号	082-420-0936	082-422-2416
		障害福祉課	東広島市西条栄町8番29号	082-420-0180	082-420-0181
	竹原市	健康福祉課	竹原市中央三丁目14番1号	0846-22-7157	0846-22-7158
	大崎上島町	保健衛生課	豊田郡大崎上島町木江4968	0846-62-0330	0846-62-0304
東部保健所	三原市	保健福祉課	三原市城町一丁目2番1号 (平成31年5月からは移転予定)	0848-67-6061	0848-67-5934
	尾道市	社会福祉課	尾道市久保一丁目15-1	0848-38-9124	0848-37-7260
	世羅町	福祉課	世羅郡世羅町大字本郷947	0847-25-0072	0847-25-0070
福山支所	府中市	健康医療課	府中市広谷町919番地3	0847-47-1310	0847-47-1320
	神石高原町	保健課	神石郡神石高原町小島1701番地	0847-89-3366	0847-85-3541
北部保健所	三次市	健康推進課	三次市十日市中二丁目8-1	0824-62-6257	0824-62-6382
	庄原市	社会福祉課	庄原市中本町一丁目10-1	0824-73-1210	0824-75-0245
		保健医療課		0824-73-1255	

【参考6 広島県保健所一覧表】

保健所	課名	住所	電話	FAX
西部保健所	保健課	廿日市市桜尾2丁目2-68	0829-32-1181	0829-32-3244
広島支所	保健課	広島市中区基町10-52	082-513-5521	082-511-8707
	厚生保健課	呉市西中央1丁目3-25	0823-22-5400	0823-22-5994
西部東保健所	保健課	東広島市西条昭和町13番10号	082-422-6911	082-422-5048
東部保健所	保健課	尾道市古浜町26-12	0848-25-4640	0848-25-2463
福山支所	保健課	福山市三吉町1丁目1番1号	084-921-1413	084-928-7882
北部保健所	保健課	三次市十日市東4丁目6-1	0824-63-5181	0824-63-5190

別 添

【 関 係 様 式 集 】

様式 1	退院後支援に関する計画
様式 2	病状が悪化した場合の対処方針（困った時の対処）
様式 3-1	精神科病院へ入院しておられる方へ（措置入院時）
様式 3-2	精神科病院へ入院しておられる方へ（退院後支援説明時）
様式 3-3	精神科病院へ入院された方のご家族のみなさまへ
様式 4	意向確認書
様式 5	警察の参加に関する同意書
様式 6	ケース検討会に関する誓約書
様式 7	退院後支援に関する計画に係る意見書
様式 8	病状が悪化した場合の対処方針（困った時の対処）
様式 9	退院後支援のニーズに関するアセスメント
様式 10	退院後支援のニーズに関する総合アセスメント
様式 11	居住地の移転に係る情報提供意向確認書
様式 12	退院後支援に関する情報提供
参考様式 1	意向確認書（病院用）
参考様式 2	退院後支援の計画作成にかかるチェックリスト

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

保健所

フリガナ		生年月日	大正		
氏名 様 (男・女)			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 身体障害者手帳： 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*		退院後	か月	

●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 氏名 電話番号

② 所属/続柄 氏名 電話番号

③ 所属/続柄 氏名 電話番号

連絡してほしくない人

① 続柄 氏名

② 続柄 氏名

※ただし、生命の危険がある場合などどうしても必要な場合には連絡をせざるを得ないこともあります。

様

広島県では、退院後、安心して地域で生活していただくため、退院前に地域を担当する保健師等が中心となって退院後支援に係る計画を作成し、それに沿った退院後支援を行うこととなっています。

入院中の病院において、退院後生活環境相談担当者が決まります。

入院中は、退院後生活環境相談担当者が、あなた及び家族その他の支援者に対して、医療・生活支援について相談を受けます。

入院後、病院と保健所が連絡を取りながら、退院後支援の必要性を判断します。

退院後支援が必要と判断された場合、保健所の保健師があなたと面会し、退院後支援について説明し、あなたに退院後支援に対する意向を確認した上で、退院後支援及び計画の作成を行うこととなっています。

※状況を見ながら、保健所と病院が連絡を取り合い、調整します。



☎ 問合せ先

保健所 課

電話 — —  
(内線 )

(担当者 )



## 退院後支援についてのお知らせ

広島県では、退院後、出来る限り病状悪化を防ぎ、安心して地域で生活していただくため、退院前に地域を担当する保健師等が中心となって退院後支援に係る計画を作成し、それに沿った退院後支援をおこなっています。

### 1 精神科病院入院



入院中から、退院後の支援に向けて準備を始めます。

- ①あなたの退院後生活環境相談担当者が決まります。入院中は、この人があなたの退院後の生活についての相談を受けます。
- ②病状が落ち着いた頃、保健所保健師があなたに面会に来て、退院後支援についての説明をし、退院後支援に対する意向を確認します。
- ③病院の退院後生活環境相談担当者によるアセスメントを行い、その内容を保健所にお知らせします。
- ④入院先病院等からの情報を基に保健所が退院後支援計画(案)を作成します。

※状況を見ながら、保健所と病院が連絡を取り合い、調整します。

### 2 退院前のケース検討会



ケース検討会は30分～1時間程度です。  
ご本人・支援者が集まって退院後の生活等について話し合い、退院後支援計画を立てます。

### 3 退院後支援計画書交付

ケース検討会で話し合い、保健所が仕上げた「退院後支援計画書」について確認し、交付します。

### 4 退院(支援開始)



退院後は、ケース検討会にて話し合っただけめた計画に沿って、保健所やお住まいの市町担当保健師等がご本人、ご家族からのご相談に応じています。



#### ☎ 問合せ先

病院  
Tel. — —  
(担当)

保健所 課  
Tel. — —  
(内線 )  
(担当者 )

## 意向確認書

広島県精神障害者の退院後支援計画の作成・それに基づく支援について

広島県においては、入院された精神障害者のうち、保健所が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られる方について、各保健所が退院後の支援計画を立てて支援を実施することとしています。

具体的には、入院中の患者さんのニーズを聞き、それに応じた包括的支援をできるよう関係機関が集まってケース検討会を開き、退院後支援の計画を立て、その計画に基づいて退院後一定期間の支援を行います。

計画は作成後、支援期間中であっても、あなた又はあなたの家族等の申出によって支援内容を変更したり、支援の同意を撤回したりすることができます。

なお、支援関係者は、退院後支援で知り得た情報を支援者以外の人に話してはいけない義務があります。また、個人情報についても、プライバシーの保護に十分配慮し、この事業の目的以外に使用されることはありませんので、ご安心ください。

説明者所属 \_\_\_\_\_

説明者氏名 \_\_\_\_\_

私は、上記の説明を受け、退院後支援を理解した上で、次のことに

同意します

同意しません

(同意の内容)

1. \_\_\_\_\_ 保健所が支援計画を作成すること。
2. 支援計画に基づいて支援関係者が協力して退院後支援を実施すること。
3. 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。

保健所・支所長 様

( \_\_\_\_\_ 課)

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名(署名) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

対象者が  
未成年・被後見人等の場合

親権者・後見人等氏名(署名) \_\_\_\_\_

続柄 ( ) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

## 警察の参加に関する同意書

### ケース検討会における警察の参加について

広島県では、ケース検討会には防犯の観点から警察が参加をすることを認めておらず、原則警察は参加しませんが、( ) さんの場合は、  
という理由で警察が支援関係者としてケース検討会に参加する必要があると考えています。

説明者所属 \_\_\_\_\_

説明者氏名 \_\_\_\_\_

私は、上記の説明を受け、理解したうえで、ケース検討会における警察の参加について

同意します

同意しません

保健所・支所長 様  
( 課 )

平成 年 月 日

氏名(署名) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

対象者が  
未成年・被後見人等の場合

親権者・後見人等氏名(署名) \_\_\_\_\_

続柄 ( )

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

## ケース検討会に関する誓約書

退院後支援計画の作成に係るケース検討会での個人情報の取り扱いについて

今回のケース検討会は、 \_\_\_\_\_ 氏の退院後支援を行うための支援計画を立てるための会議です。

私たちは、正当な理由なくケース検討会において知り得た情報を漏らさないことを約束します。

保健所・支所長 様

( \_\_\_\_\_ 課)

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属・氏名 \_\_\_\_\_

所属・氏名 \_\_\_\_\_

所属・氏名 \_\_\_\_\_

所属・氏名 \_\_\_\_\_

所属・氏名 \_\_\_\_\_

所属・氏名 \_\_\_\_\_

所属・氏名 \_\_\_\_\_

所属・氏名 \_\_\_\_\_

所属・氏名 \_\_\_\_\_

所属・氏名 \_\_\_\_\_

退院後支援に関する計画に係る意見書

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		生年月日	大正			年	月	日生
氏名	様 (男・女)		昭和					
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 身体障害者手帳： 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*				
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 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_
- ② 所属/続柄 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_
- ③ 所属/続柄 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

連絡してほしくない人

- ① 続柄 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_
- ② 続柄 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

※ただし、生命の危険がある場合などどうしても必要な場合には連絡をせざるを得ないこともあります。

# 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



## 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するその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）とストレンクス			
A: 環境要因	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（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	ストレンクス（強み、できること）
C: 社会参加	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（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	ストレンクス（強み、できること）
E: 支援継続	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（強み、できること）
F: 行動	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（強み、できること）
その他	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（強み、できること）
アセスメントの まとめ			

## 居住地の移転に係る情報提供意向確認書

広島県精神障害者の退院後支援計画の作成・それに基づく支援について

この度、\_\_\_\_\_さんが\_\_\_\_\_保健所管轄の地域に転居することを確認しました。転居に伴い、現在行っています退院後支援について、移転先である\_\_\_\_\_保健所に引き続き支援を受けることができます。

継続して退院支援を受ける場合には、あなたの情報を\_\_\_\_\_保健所に提供をさせていただきました上で、\_\_\_\_\_保健所が計画を作成し、退院後支援を行うこととなります。

説明者所属 \_\_\_\_\_

説明者氏名 \_\_\_\_\_

私は、上記の説明を理解した上で、移転先保健所に計画の情報を提供することを

同意します

同意しません

保健所・支所長 様

( \_\_\_\_\_ 課)

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名(署名) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

対象者が  
未成年・被後見人等の場合

親権者・後見人等氏名(署名) \_\_\_\_\_

続柄 ( \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

退院後支援に関する情報提供

平成 年 月 日

保健所 御中

保健所

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

## 意向確認書（病院用）

広島県精神障害者の退院後支援計画の作成・それに基づく支援について

広島県では、入院された精神障害者のうち、保健所が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られる方について、各保健所が退院後の支援計画を立てて支援を実施することとしています。\_\_\_\_\_病院はこの取り組みに協力することとし、保健所の求めに応じて支援計画に必要な情報を保健所と共有することとしています。

ただし、退院後支援計画の作成について知り得た情報を支援者以外の人に話してはいけない義務があります。個人情報については、プライバシーの保護に十分配慮し、この事業の目的以外に使用されることはありませんので、ご安心ください。

説明者所属 \_\_\_\_\_ 病院

説明者氏名 \_\_\_\_\_

私は、上記の説明を受け、退院後支援を理解した上で、次のことに

同意します

同意しません

(同意の内容)

- 1 今回計画を作成する \_\_\_\_\_ 保健所に対して必要な情報を提供すること。
- 2 支援計画に協力して退院後支援を実施すること。
- 3 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。

病院長 様

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名(署名) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

対象者が  
未成年・被後見人等の場合

親権者・後見人等氏名(署名)

続柄 ( )

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_