様式４

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

親権者・後見人等氏名(署名)

続柄　（　　　　　）

対象者が

未成年・被後見人等の場合

住所

電話