

# 退院後支援の具体的な手順

## ①計画の作成に向けた手続等の確認 【作成主体の自治体、入院先病院】

- 作成主体の自治体は、入院先病院との間で計画の作成に向けた**今後の手続等**について確認する。
- 措置入院の場合は、措置を行った都道府県等が、措置入院後速やかに確認を行うことが望ましい。措置入院以外の入院形態の場合は、本人や家族その他の支援者、又は入院先病院から自治体に計画の作成依頼があり、自治体が必要があると認めた場合に確認を行う。

↓  
計画を作成することになりそうか？

本人の意向確認はどうするか？

(病院スタッフが確認→自治体に連絡？自治体職員が面会？)

自治体から病院に連絡する際の病院側担当者は？

病院から自治体に連絡する場合の連絡先は？・・・など

## ②退院後生活環境相談担当者の選任【入院先病院】

- 退院後の生活環境に関し、本人及び家族その他の支援者等の相談支援を行う担当者を選任することが望ましい
- 退院後生活環境相談担当者は、計画の作成等において、**本人の治療と生活支援の両面からの支援を、本人を主体とした権利擁護の視点に立って考える**
- 精神保健福祉士が最適、その他、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など

### ③計画に関する説明と本人の意向の確認 【作成主体の自治体、入院先病院】

- 本人の症状が一定程度落ち着いた段階で、作成主体の自治体は、計画に基づく支援に関する説明を行い、計画の作成等について本人の意向を確認し、その同意を得る（同意を得たことについて記録を残す）
- 必要に応じて入院先病院と協力する  
（本人が計画に基づく支援を希望している場合に病院から自治体に連絡を入れるなど）

#### ④ニーズアセスメントの実施【入院先病院】

- 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（主治医、退院後生活環境相談担当者、看護師等）による協議を経て評価
- 可能であれば、本人の退院後の地域生活に関わる帰住先保健所設置自治体の職員、地域援助事業者の職員、家族その他の支援者も協議に参加

## ⑤計画に係る意見書等の自治体への提出 【入院先病院→作成主体の自治体】

- 入院先病院は、ニーズアセスメントの結果を踏まえて計画に係る意見書を可能な範囲で記載
- 直近のニーズアセスメントの結果とともに、作成主体の自治体に提出
- 意見書の作成には本人・家族その他の支援者が参画できるようにする
- 通院先医療機関等、具体的な支援関係者の候補も情報提供

## ⑥会議の開催

【作成主体の自治体、入院先病院、地域援助事業者等】

- 作成主体の自治体は、本人の症状が一定程度落ち着き、退院後の支援ニーズをある程度評価できるように」という。) 結果及び計画に係る意見書を踏まえて、会議の開催時期・支援関係者について検討
- 支援関係者及び本人、家族その他の支援者と調整し、会議の開催日を設定
- 地域への退院前に会議を開催（状況によっては退院後）
- 退院支援委員会と同時期であれば、退院支援委員会は開催不要
- インターネット会議を活用することも考えられる

## 参考) 退院支援委員会について

退院後支援について協議するための会議が開催された場合、「既に推定される入院期間経過時点から概ね 1 ヶ月以内の退院が決まっている場合（入院形態を変更し、継続して任意入院する場合を除く。）」（障発 0124 第2号（平成26年1月24日）厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に相当すると考えられるため、退院支援委員会での審議を行う必要はないと解される。

## ⑦計画の決定【作成主体の自治体】

- 作成主体の自治体は、計画に係る意見書、会議における協議等を踏まえ、計画を決定する

## ⑧計画の交付、支援関係者への通知【作成主体の自治体】

- 計画決定後、速やかに本人に対して交付、再度丁寧に説明
- 計画の見直しや同意の撤回を申し出ることが可能である旨を説明
- 説明は対面により行うことが望ましいが、対面による説明が困難な場合は、郵送により交付し、電話で説明という対応もあり得る
- 支援関係者に対し、作成した計画の内容を通知する

# 計画作成～交付までのポイント

- 本人同意を前提とする⇒措置入院者の場合、外来の診療報酬との関係も考慮
- 会議は地域への退院前に1回は行う（短期間の措置で、解除後すぐに地域へ退院する場合など、状況によっては退院後に開催）
- 会議は退院支援委員会と兼ねることが可能
- 会議前に入院先からニーズアセスメント、計画に係る意見書の提出があることが望ましい
- 現行法での計画作成であり、細部の手順は自治体の実情に合わせて実施を

# 転居の場合の情報提供

本人が転居した場合、移転元自治体は、**本人の同意を得た上で**、移転先自治体に対して以下の内容を通知することが適当

- 本人が居住地を移した事実、新居住地の住所
- 計画の内容
- 退院後の医療等の支援の実施状況の概要

移転先自治体は、移転元自治体からの情報に基づき、**本人の同意を得た上で、本人及び家族その他の支援者の意向を踏まえ**、退院時の計画作成の場合と同様の手続を経て、計画を作成することが適当

# 計画書記入例

支援対象者：千葉 大さん 42歳 男性

住居形態：自宅で独り暮らし

成育歴・現病歴：3人同胞、第2子。姉と弟がいる。父母は他界。高卒後、一般企業に正社員として就職しているが、2年で退職、その後自宅に引きこもりとなる。22歳時、大声で叫びながら隣家の玄関ドアを蹴り続け、ドアを破損。警察官通報を経て措置入院となる。統合失調症の診断で、約1年間入院し、自宅に退院。退院後約半年は通院を続けていたが、その後医療中断。近隣住民への暴力により再度措置入院となる。以後、5回の医療保護入院を経験。父親が健在なうちは、父親が代理で受診し、本人は少々薬を飲んでいて、断続的にバイトもしていたようであるが、父親が他界した後は医療中断。近所に住む弟が経済的な援助をしていたが、多忙のためあまり会う機会がない。

## 今回入院時・入院後の状況

- 本人が新聞広告で見たバイトに応募するも、書類審査で不採用となる。本人は書類審査で落ちたことに納得できず、夜、就職を希望していた会社に行き、玄関前で騒いでいたところを止めようとした守衛を殴り、警察官通報、措置入院となる。
- 入院後は精神運動興奮が激しく、自分の守護霊が、会社が自分に嫌がらせをしていることを教えてくれたというなど、幻覚妄想が活発であったが、抗精神病薬の内服により比較的速やかに精神運動興奮は改善した。
- 守衛を殴ったから病院に入れられたが、今後は通院も他の支援もいらないと主張。一方で、年金をもらえないと困るという。

# 入院後の状況

- 約1ヶ月で、自傷他害のおそれは消失し、措置解除となる。
- 興奮は落ち着いたものの、幻覚妄想は残存しており、処方の調整が必要と思われた。本人は、退院したら仕事探して忙しいので通院はできないという。病名については「統合失調症といわれているが、自分はそうは思わない」と話す。医療保護入院により入院継続。（弟の同意による）
- 入院中の作業療法中に、作業療法士から、仕事の訓練をしながら、本人に合った仕事を就労支援の専門家と一緒に探すサービスがあるときき、興味を示す。
- 仕事に就くために必要なことを本人と共に考える過程で、本人の仕事への意欲を尊重し、退院後支援についての説明をしたところ、通院しながら支援を受けることに同意。

# 退院後支援に関する計画

フリガナ					
氏名	様	生年月日	大正 昭和 日生 平成	年	月
	(男・女)			(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	

# 退院後支援に関する計画

フリガナ 氏名	チバ ヒロシ  千葉 大  (男)・女)	様	生年月日	大正 昭和 平成	50 年 10 月 5 日生 (満 42 歳)
帰住先住所：	東京都〇〇区				
電話番号：	090-2xxx-6004				
病 名※	統合失調症 糖尿病 ●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 30 年 〇 月 × 日				

入院先病院※	病院名： <span style="float: right;">連絡先：</span>
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： <span style="float: right;">続柄：</span> 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： <span style="float: right;">連絡先：</span>

入院先病院※	病院名： ○○病院 連絡先： 03-44○○-56××
退院後の生活に関する本人の希望※	仕事をしたい
家族その他の支援者の意見※	きちんと病院に通ってほしい 経済的な援助はできるが、日常生活の支援は難しい 氏名： 千葉 次郎 続柄： 弟 連絡先： 080 - 1234 - 5000
退院予定日	平成 30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）） <input checked="" type="radio"/> 不要 推定入院期間： 転院先病院名： 連絡先：

<p>医療・障害福祉サービス等に関する 基本情報※</p>	<p>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： 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</p>
<p>退院後に必要な医療等の支援</p>	<p><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</p>

<p>医療・障害福祉サービス等に関する 基本情報※</p>	<p>自立支援医療：無 <b>有</b> 不明 申請予定</p> <p>精神障害者保健福祉手帳：無 <b>有</b> ( 2 級) 不明 申請予定</p> <p>療育手帳： <b>無</b> 有 (等級 ) 不明 申請予定</p> <p>身体障害者： <b>無</b> 有 ( 級) 不明 申請予定</p> <p>障害年金受給：無 <b>有</b> ( 2 級) 不明 申請予定</p> <p>障害支援区分：無 有 (区分 ) 不明 <b>申請予定</b></p> <p>要介護認定： <b>無</b> 有 ( ) 不明 申請予定</p> <p>生活保護受給：無 <b>有</b> 不明 申請予定</p>
<p>退院後に必要な医療等の支援</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 精神科外来通院      <input checked="" type="checkbox"/> 保健所等による相談支援</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス (訪問看護、<b>子イケア</b>等、その他)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 身体合併症治療      <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス      <input type="checkbox"/> 介護サービス</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>

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				

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	〇〇保健所	近所づきあい	必要時の相談や訪問、サービスの調整	03-〇〇××-××〇〇 (保健師：鈴木)
2	▽△クリニック	日中活動	外来診療、デイケア	03-〇〇11-××〇〇 (PSW：佐藤)
3	〇△病院	糖尿病治療	外来診療、栄養指導	03-33××-××〇〇 (担当医：上田)
4	〇×事業所	適切な食事、掃除	日常生活のサポート	03-〇〇××-56〇〇 (未定)
5	□□訪問看護ステーション	精神症状のコントロール	訪問看護 食事のアドバイス 緊急時の連絡	03-86××-12〇〇 (看護師：佐々木)

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※

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

外来受診日に通院されなかった場合は、携帯にお電話を差し上げます。（▽△クリニック  
または□□訪問看護ステーションより）  
電話が繋がらない場合、弟さんに連絡をとり、必要があれば保健所から訪問します。

計画に基づく支援期間※

6ヵ月

# 病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

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	

# 病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

私の調子が悪くなる前は （サインは）	寝つきが悪くなる。新聞を読まなくなる。テレビを見たくなくなる。
-----------------------	---------------------------------

サインかなと思ったら

私のすること	デイケアのスタッフに相談する。 訪問看護ステーションの24時間電話に連絡する。 音楽を聴く。頓服薬を飲んで早めに寝る。
周りの人にしてほしいこと	家に来てほしい。 食事をつくってほしい。
周りの人にしてほしくないこと	すぐに入院の話をする事。 午前中の訪問。

## 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 |

## 緊急連絡先

- |         |              |    |        |      |               |
|---------|--------------|----|--------|------|---------------|
| ① 所属/続柄 | □□訪問看護ステーション | 名前 | 佐々木めぐみ | 電話番号 | 03-〇〇11-××〇〇  |
| ② 所属/続柄 | ▽△クリニック      | 名前 | 佐藤明子   | 電話番号 | 03-86××-12〇〇  |
| ③ 所属/続柄 | 弟            | 名前 | 千葉次郎   | 電話番号 | 080-1234-5〇〇〇 |

## 連絡してほしくない人

- |      |   |    |                                |
|------|---|----|--------------------------------|
| ① 続柄 | 姉 | 名前 | 松村ゆう子 (がんで治療中なので、余計な心配をかけたくない) |
| ② 続柄 |   | 名前 |                                |

# 計画作成～退院後支援の留意点

- 本人の希望は本人の言葉で記載。（その時点で非現実的に思えてたとしても）具体的な目標は別に定める。
- サービス等利用計画等、他の計画がある場合は、支援内容は「サービス等利用計画参照」とし、参照した計画のコピーを添付。
- 本人を支援している機関（人）のネットワーク全体を把握し、支援者間の連携構築を重視する。
- 本人の抱える課題への対処とともに、本人のストレングスにも目を向け、支援のしすぎにも留意。
- 計画は適宜本人と確認、必要に応じて見直しをする。
- 支援が難航することはしばしばあるが、関わりの濃淡をつけながら根気よく対応する。「再入院＝支援の失敗」ではない。