

富山県措置入院者等  
退院後支援マニュアル

平成 30 年 11 月  
富山県厚生部健康課

## 目次

### はじめに

#### 第1章 本県の運用

I 退院後支援計画の作成及び退院後支援の流れ-----	3
II 対応機関ごとの流れ-----	4
III 計画作成の具体的な手順の流れ-----	5
1 計画の作成に向けた手続等の説明と確認	
2 退院後支援計画作成の要否の決定	
3 退院後生活環境相談担当者の選任	
4 退院後支援計画に関する説明と本人の意向の確認	
5 退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施と計画に関する意見書の作成	
6 計画に係る意見書等の帰住先厚生センターへの提出	
7 帰住先厚生センターの退院後支援計画（案）の作成	
8 会議の開催	
9 計画の決定、計画の交付、支援関係者への通知	
10 退院後支援計画に基づく支援	
11 その他（退院後支援の体制整備、実施状況の適切な把握）	

#### 第2章 国ガイドライン本文と本県の運用（参考）

I 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨-----	19
II 退院後支援に関する計画の作成-----	20
1 概要	
2 作成主体	
3 支援対象者	
4 退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者の選任	
5 計画作成の時期	
6 計画作成についての本人の同意、本人及び家族その他の支援者の参画	
7 退院後支援ニーズに関するアセスメントの実施	
8 計画に係る意見書等の自治体への提出	
9 計画の内容	
10 会議の開催	
11 計画の交付及び支援関係者への通知	
III 計画に基づく退院後支援の実施-----	43
1 帰住先保健所設置自治体の役割	
2 各支援関係者の役割	
3 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合又は病状が悪化した場合の対応	
4 計画の見直し	

- 5 本人が居住地を移した場合の対応
- 6 計画に基づく支援の終了及び延長
- 7 本人が交付された計画に基づく支援への同意を撤回した場合の対応
- 8 退院後支援の体制整備、実施状況の適切な把握

## 様式

- |       |                               |
|-------|-------------------------------|
| 様式 1  | 退院後支援計画の作成の要否についての意見書         |
| 様式 2  | 退院後支援計画の作成について（通知）            |
| 様式 3  | 退院後支援計画の作成及び退院後支援を受けることの同意書   |
| 様式 4  | 退院後支援のニーズに関するアセスメント           |
| 様式 5  | 退院後支援に関する計画に係る意見書             |
| 様式 6  | 症状が悪化した場合の対処方法（困ったときの対処）意見書   |
| 様式 7  | 退院後支援に関する計画                   |
| 様式 8  | 症状が悪化した場合の対処方法（困ったときの対処）      |
| 様式 9  | 退院後支援のニーズに関する総合アセスメント         |
| 様式 10 | 支援関係者の情報の適正な取扱いについて           |
| 様式 11 | 移転先保健所等に情報提供することの同意書          |
| 様式 12 | 退院後支援に関する情報提供                 |
| 様式 13 | 延長して退院後支援を受けることの同意書           |
| 様式 14 | 退院後支援計画の作成及び退院後支援を受けることの同意撤回書 |

## はじめに

平成 30 年 3 月に厚生労働省から「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」が発出された。(平成 30 年 3 月 27 日付け障発 0327 第 16 号「「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」について」)

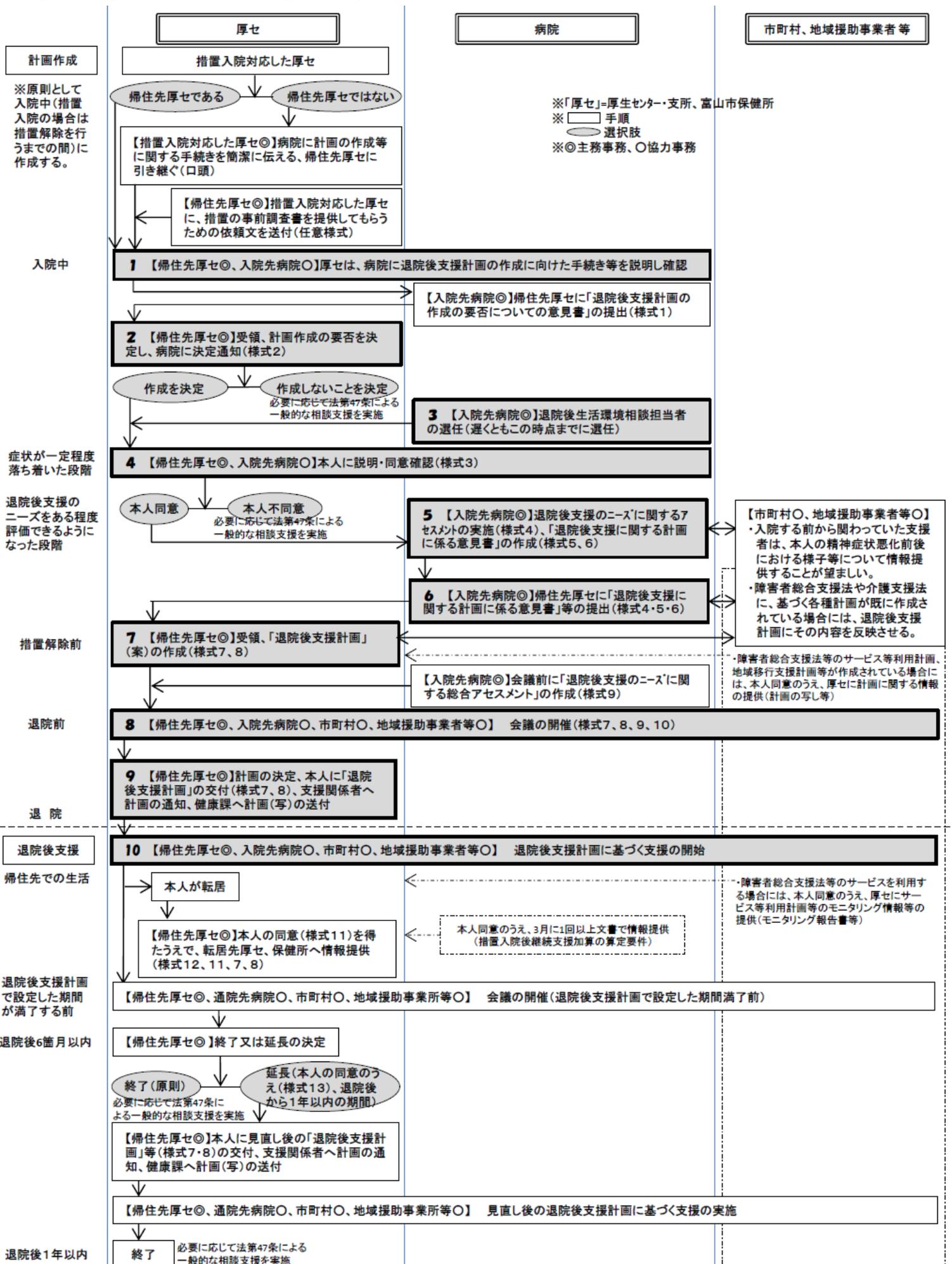
このガイドラインでは、「退院後の医療等の支援は、精神障害者が退院後にどこの地域で生活することになっても、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進等のために必要な医療等の包括的な支援を継続的かつ確実に受けられるようにすることで、地域でその人らしい生活を安心して送れるようにすることを目的として、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 47 条に基づく相談支援業務の一環として自治体を中心となつて行うもの」とされている。

「富山県措置入院者等退院後支援マニュアル」は、国ガイドラインの内容を踏まえ、医療機関や地域援助事業者等の関係者、市町村、富山市保健所、厚生センターの実務の参考となるよう、本県における退院後支援に関する手順を記載したものである。本マニュアルに基づき、関係者間の円滑な連携・協力のもと、精神障害者の退院後支援に取り組んでいただきたい。

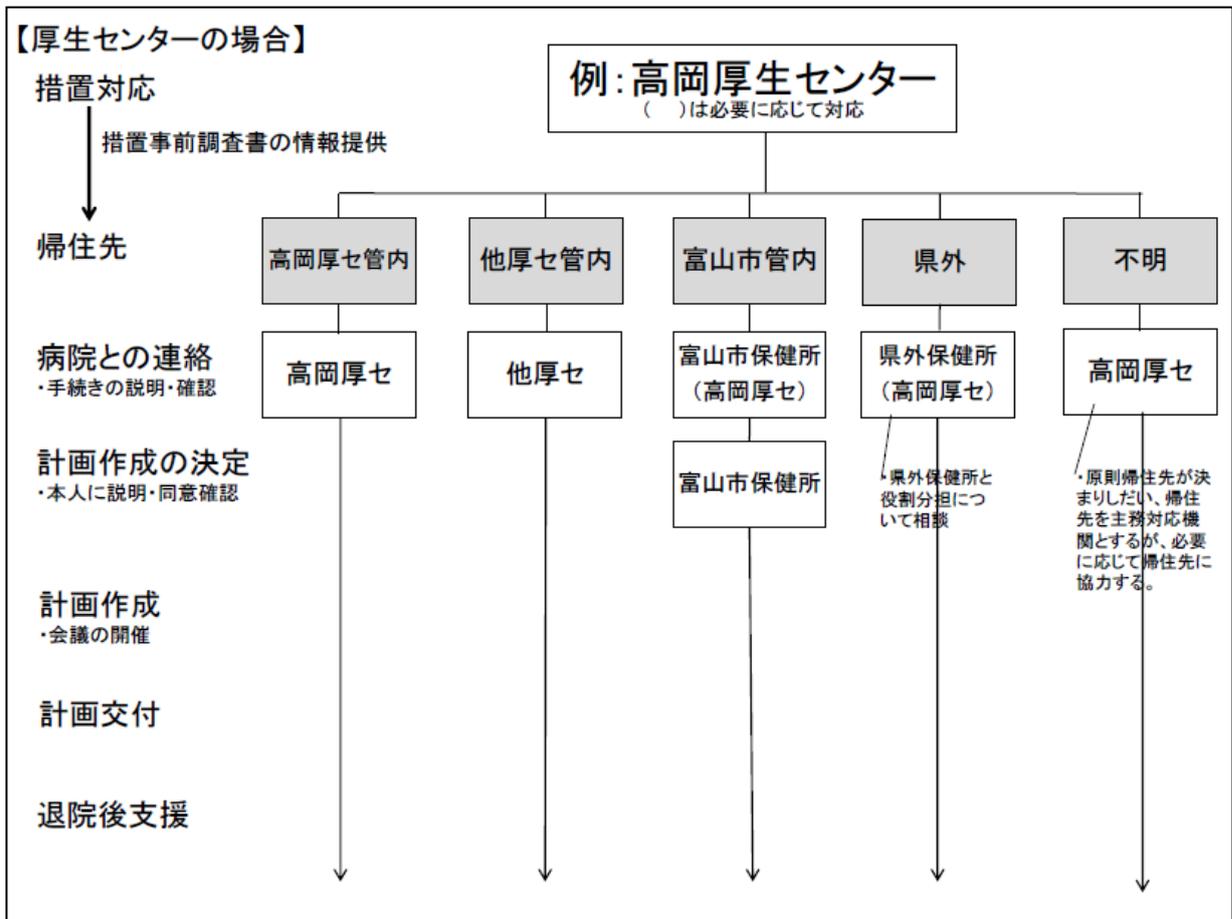
# 第1章 本県の運用

※本文中において、「厚生センター・支所、富山市保健所」は「厚生センター」と表記する。

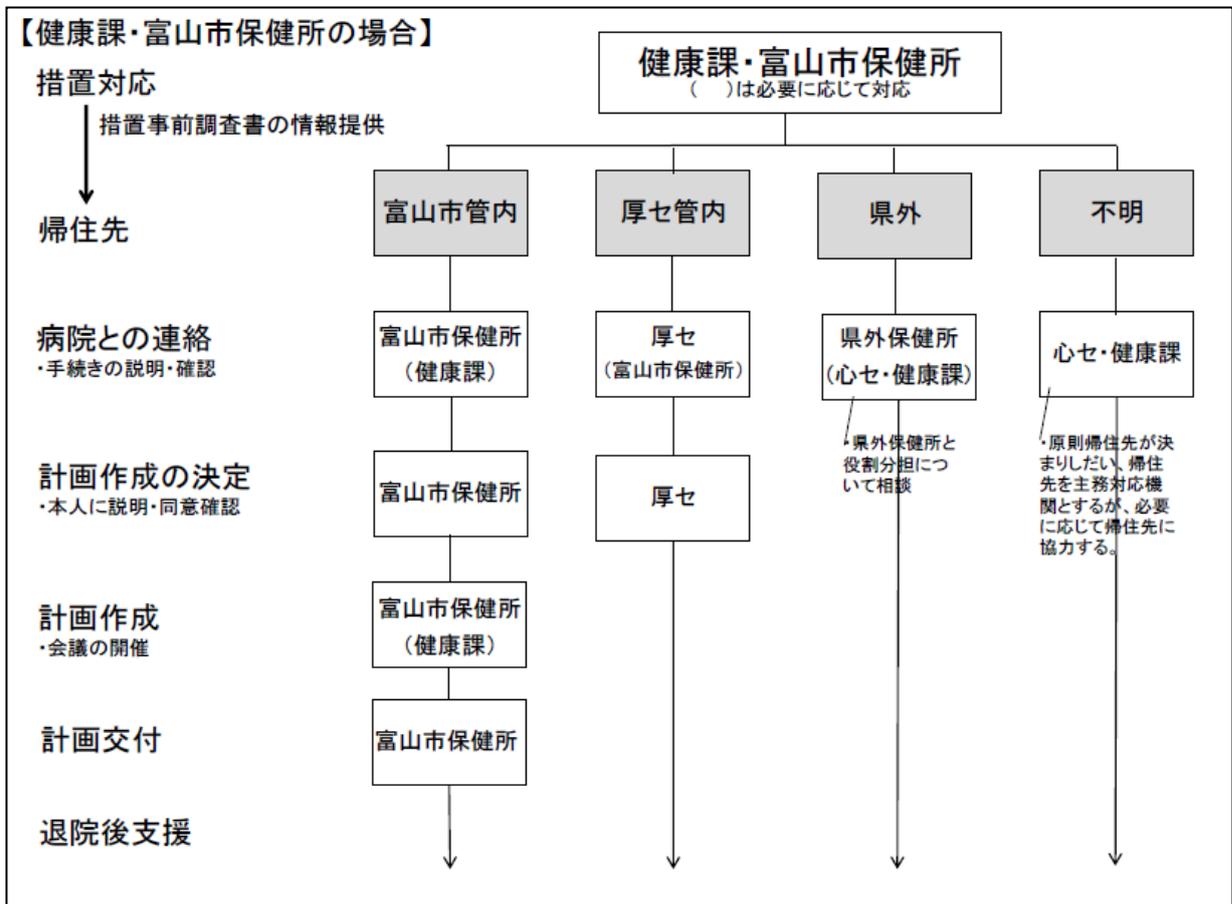
# I 退院後支援計画の作成及び退院後支援の流れ



## II 対応機関ごとの流れ



※県外入院者が富山県内に帰住する場合は、帰住先の厚生センター、富山市保健所が対応



※県外入院者が富山県内に帰住する場合は、帰住先の厚生センター、富山市保健所が対応

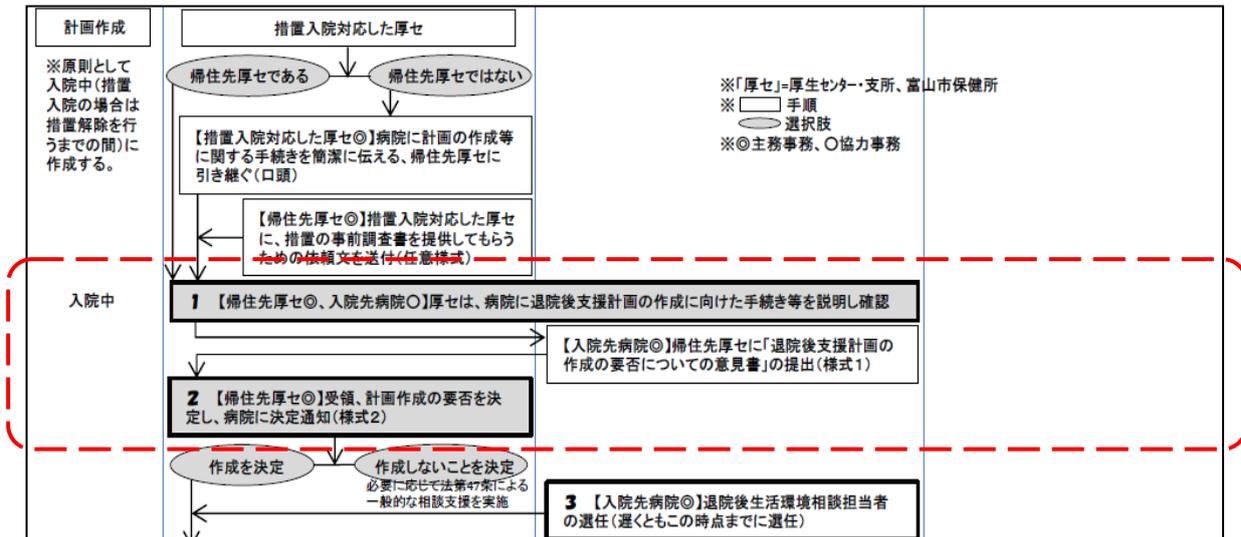
### Ⅲ 計画作成の具体的な手順の流れ

#### 【主務事務の標記】

厚=措置入院対応をした厚生センター、**厚**=帰住先厚生センター、**健**=健康課  
**病**=病院、**地**=市町村、地域相談支援事業者

#### 1 計画の作成に向けた手続等の説明と確認

帰住先厚生センターは、入院後、遅延なく、入院先病院に退院後支援計画の作成に向けた今後の手続き等について説明する。



#### ○初動手続き

**厚**措置入院対応をした厚生センターは、措置入院時に P3 の流れ図等を病院に渡し、退院後支援計画の作成に向けた手続きを簡潔に伝える（流れ図を渡すのみでもよい）。また、今後の計画作成に関する窓口は帰住先厚生センターが担当することを病院に伝える。

**厚**措置入院対応をした厚生センターは、措置入院となったこと、入院先病院に連絡する際の病院の担当者等を帰住先厚生センターに連絡し引き継ぐ。

**厚**帰住先厚生センターは、措置の事前調査書を提供してもらうための依頼文書（任意様式）を措置入院対応をした厚生センターに送付する。

ただし、厚生センター管内の本所と支所、支所と支所間については、依頼文書の送付は必要ない。（口頭等で可）

**厚**措置入院対応をした厚生センターは、事前調査書の提供依頼を受けて、帰住先厚生センターに措置の事前調査書の写しを送付するとともに、必要に応じて、帰住先厚生センターが円滑に計画作成の決定と作成が行えるように連携する。

**厚**帰住先が県外の場合は、今後の手続きについて措置入院対応をした厚生センターと県外保健所においてよく相談する（県外自治体によって、退院後支援の運用方法が異なる可能性があるため）。

#### ○病院への説明

**厚**帰住先厚生センターは、退院後支援計画の作成に向けた手続き等を病院に説明し、連絡・協力について確認する。（電話でもよい）

## 2 退院後支援計画作成の要否の決定

**病** 病院のケースワーカー（選定済の場合は、退院後生活環境相談担当者）等は、計画作成の必要性について主治医と協議する。その結果を踏まえ、病院管理者は帰住先厚生センターに「退院後支援計画作成の要否についての意見書」（様式1）を提出する。

**病** なお、病院が正式な意見書（様式1）を作成する前に、病院と帰住先厚生センターで電話等により実務的に連絡調整することが望ましい。

**病** 病院から帰住先厚生センターへの意見書（様式1）の提出期限は定めない。（本人の状況に応じ時期を見計らって提出する。）

**厚** 帰住先厚生センターは、病院の意見書（様式1）を受領し、その内容も参考として計画作成の要否を決定する。

**厚** 帰住先厚生センターは、計画作成についての決定結果を（様式2）により、病院に通知する。

**厚** 帰住先厚生センターは、計画作成についての決定結果を健康課に連絡する。（口頭でも可）

### ○支援対象者

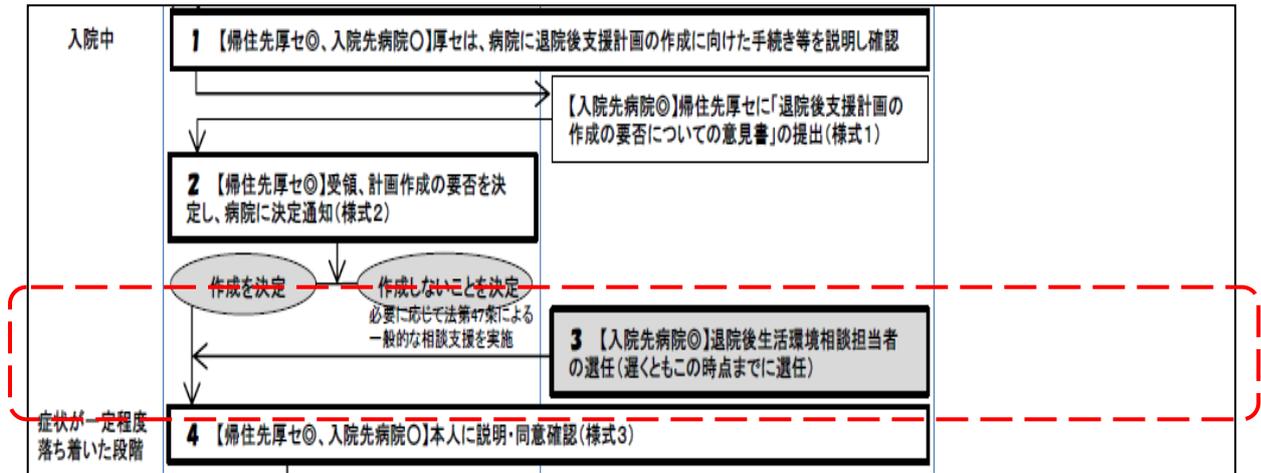
「措置入院者」、「緊急措置入院者」、「措置入院又は緊急措置入院後に医療保護入院等により入院した者」のうち、次の状況等に該当する者を対象とする。

- ・ 複数回の非自発的入院歴（特に複数回の措置歴）のある者
- ・ 医療の必要性が高いにもかかわらず、医療中断の可能性が高い者
- ・ インフォーマルな支援者（家族、友人等）がいない、孤立しがちな者
- ・ 家族が課題を抱えている者
- ・ 経済的な問題（金銭管理に関する課題を含む）を抱えている者
- ・ 措置解除まで長期間（概ね4か月以上）を要した者
- ・ 措置解除後に1年以上の長期入院となった者（入院形態の切り替えにより）

※措置入院患者であっても、上記の対象者の状況等に該当していない場合は、原則として対象としない。また、計画作成の要否は病名によって判断するものではないことから、パーソナリティ障害や発達障害等、本人の特性による言動から措置入院にあった者も支援対象となり得る。

### 3 退院後生活環境相談担当者の選任

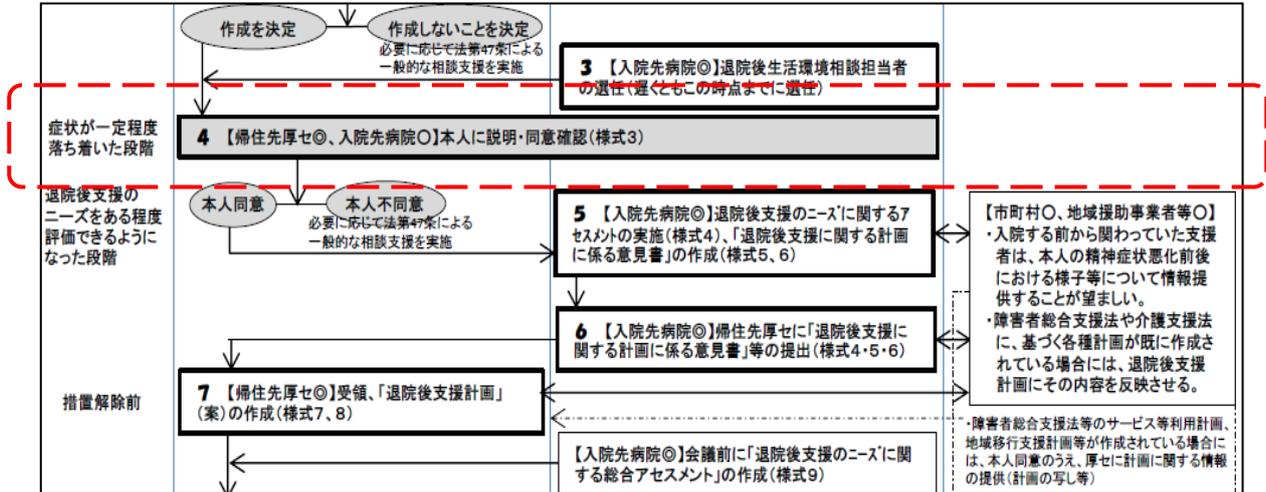
退院後支援計画を作成する場合、遅くとも本人の説明・同意確認を行う前には、病院において、退院後生活環境相談担当者を選任する。



- 病 病院においては、退院後生活環境相談担当者を選任することが望ましい（計画作成を行う場合には選任は必須）。
- 病 退院後生活環境相談担当者は、措置入院者の入院後、早期に選任されることが望ましいが、計画作成を行う場合は、遅くとも本人の説明・同意確認を行う前には選任する。
- 病 退院後生活環境相談担当者は、本人及び家族その他の支援者に対して、退院後生活環境相談担当者として選任されたこと及びその役割について説明する。また、本人と信頼関係の構築に努め、計画に関して本人が意思を表明できるように支援する。

#### 4 退院後支援計画に関する説明と本人の意向の確認

本人の症状が一定程度落ち着いた段階で、作成主体の帰住先厚生センターは、必要に応じて入院先病院と協力しつつ、計画に基づく支援に関する説明を行い、退院後支援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。



**病** 病院の退院後生活環境相談担当者等は、症状が一定程度落ち着いた段階で、本人に、入院中から、本人及び家族その他の支援者とともに、自治体と連携して退院後の支援について検討を行う旨の説明を行う。

**厚** 帰住先厚生センターは本人に、計画に基づく支援に関する説明を行うとともに、計画作成等について、本人の意思・同意を確認する。

**厚** 書面（様式3）を用いて、本人への説明と同意の確認を行う。

**厚** 本人には原則書面（様式3）にて同意を得る。本人の状態等により、口頭のみで同意を得た場合には、帰住先厚生センターでその旨を（様式3）に記録する。

**厚** 併せて、同意しないこと、同意を撤回することが可能である旨を説明する。

**厚** 撤回したい場合には、本人から帰住先厚生センターへ申し出ることについて伝える。

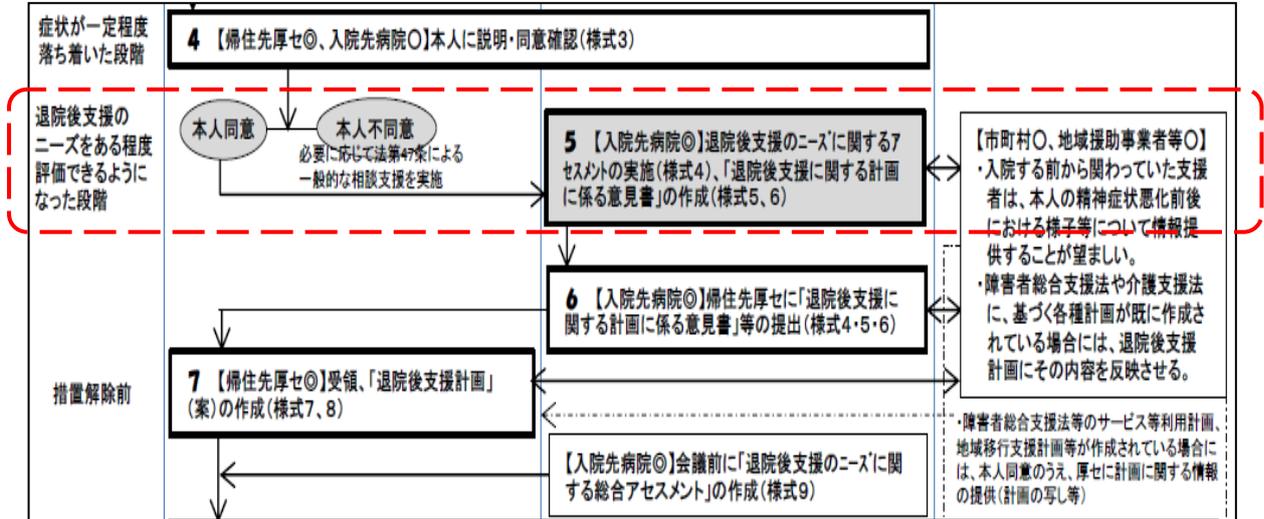
**病** 病院は、本人から撤回したい旨の申し出があった場合、帰住先厚生センターへ相談する。

**厚病** 本人から撤回したい旨の申し出があった場合、帰住先厚生センター、病院は、本人に撤回の意思の確認を行う（様式14）。

**厚** 帰住先厚生センターは、本人の同意、不同意の結果を健康課に連絡する。（口頭で可）

## 5 退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施と計画に関する意見書の作成

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を実施する。アセスメント結果を踏まえ、退院後支援計画に係る意見書を作成する。



### ○アセスメントの実施と退院後支援に関する計画に係る意見書の作成

**病** 病院の退院後生活環境相談担当者等は、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、支援対象者について、他の職種と協働し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。(様式4)

**病** 病院は、アセスメント(様式4)を実施した後に、「退院後支援に関する計画に係る意見書」(様式5、6)を作成する。

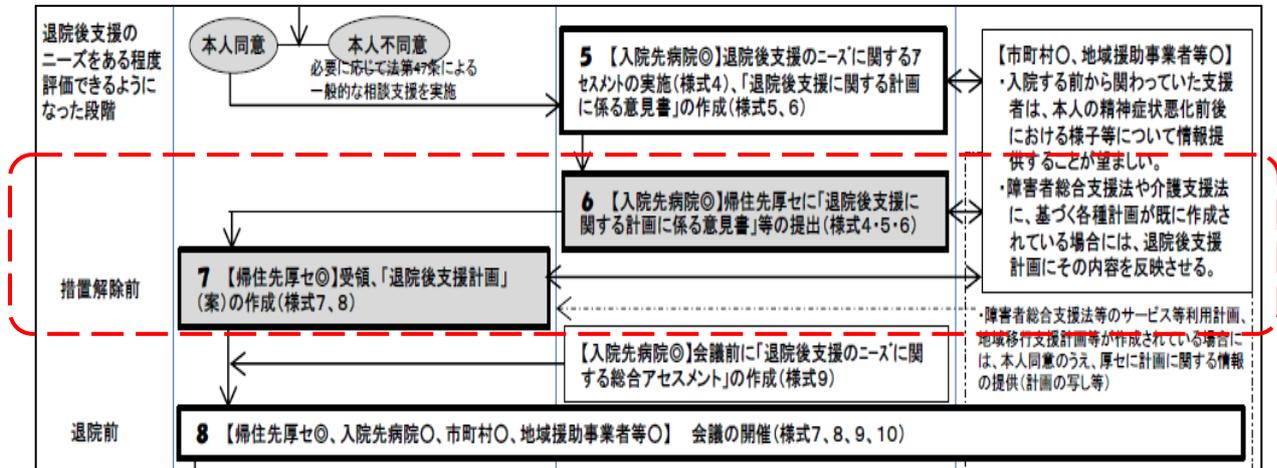
**病** 病院の退院後生活環境相談担当者等は、アセスメントの実施、計画の作成にあたり、本人や家族、その他の関係者の意見を聞くとともに、必要に応じて、市町村や地域援助事業者等関係者に地域生活の情報等を確認する。

**厚** 帰住先厚生センターは、入院前の地域での生活状況を把握している場合には、随時、必要に応じて、病院に伝える。

**地** 入院する前から関わっていた支援者は、本人の精神症状悪化前後における様子等について情報提供することが望ましい。

## 6 計画に係る意見書等の帰住先厚生センターへの提出

入院先病院は、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、退院後支援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、帰住先厚生センターに提出する。



### 〇病院の意見書等の提出

**病** 病院は、意見書（様式 5、6）を退院後支援のニーズに関するアセスメント（様式 4）の実施結果と併せて帰住先厚生センターへ提出する。

**病** 病院は、「退院後支援のニーズに関するアセスメント」（様式 4）、「退院後支援に関する計画に係る意見書」（様式 5、6）を原則として、措置入院中に、帰住先厚生センターに提出する。

### 7 帰住先厚生センターの退院後支援計画（案）の作成

**厚** 帰住先厚生センターは、病院から受領した意見書等（様式 4、5、6）を参考に、退院後支援に関する計画（様式 7、8）の（案）を作成する。

**厚** 計画の作成にあたっては、計画の作成時に、相談支援事業者が作成するサービス等利用計画等、障害者総合支援法や介護保険法に基づく各種計画が既に作成されている場合には、計画にその内容を反映し、整合性を図る。

**厚** また、医療継続できなかつた場合や症状悪化時の対応等を含めて退院後支援計画の（案）を作成する。

**厚** 帰住先厚生センターは、必要に応じて、市町村や地域援助事業所等関係者に地域生活の情報等を確認し退院後支援計画の（案）を作成する。

**厚** 支援期間は、帰住先厚生センターが、本人の意向や病状、支援ニーズ、退院後の生活環境等を踏まえ、「p35 の 10 会議の開催」で定める会議で支援関係者等と協議して設定する。

**地** 入院する前から関わっていた支援者は、本人の精神症状悪化前後における様子等について情報提供することが望ましい。

### ○措置解除後に医療保護入院等により入院を継続する場合

措置解除後に医療保護入院等により入院継続となる場合は、措置解除前の段階で、原則次のとおり計画を作成する。

**病** 病院は、退院後支援計画に係る意見書（様式 5）を作成し、帰住先厚生センターに提出する。その意見書には、（様式 5）の「※」の必須記入項目を記載すれば足りる。

**厚** 帰住先厚生センターは、病院から受領した意見書（様式 5）を参考に、退院後支援に関する計画（様式 7）の（案）を作成する。その計画には、（様式 7）における「※」の必須記入項目を記載すれば足りる。

**厚** 帰住先厚生センターは、「※」の必須記入項目を記載した退院後支援に関する計画（様式 7）の（案）の写しを健康課に送付する。

**病** 措置解除後に医療保護入院等により入院継続となる段階では、会議の開催や病院によるアセスメントは実施する必要はなく、医療保護入院等から退院となる段階で、病院はアセスメントを実施し、全ての項目を記載した退院後支援計画に係る意見書（様式 4、5、6）を帰住先厚生センターに提出する。

**厚** 医療保護入院等から退院となる段階で、帰住先厚生センターは、全ての項目を記載した退院後支援に関する計画（様式 7、8）の（案）を作成し、会議を開催して内容等を協議したうえで計画を決定する。

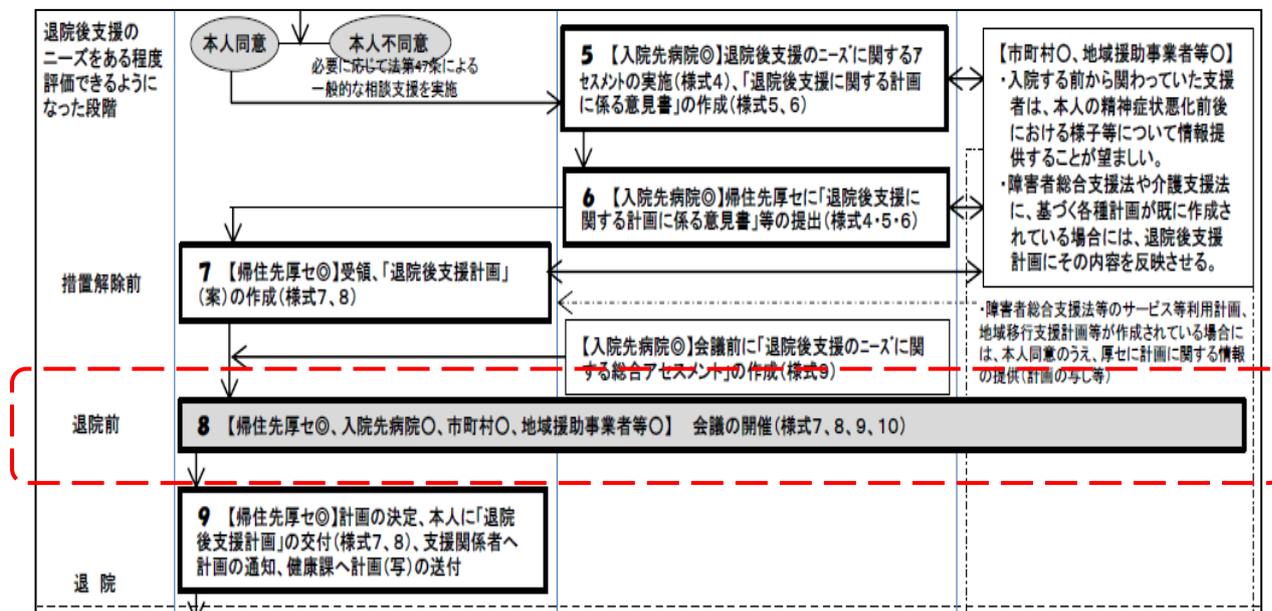
### ○本人が転院する場合

**病** 転院元の病院は、退院後支援計画に関する情報を転院先病院に引き継ぐ。

**厚** 帰住先厚生センターは、転院後は、転院先病院において会議を開催する。

## 8 会議の開催

帰住先厚生センターは、退院後支援計画の作成（決定）する前に、入院先病院にて会議を開催する。



### ○退院後支援計画の作成にあたっての会議の開催

**厚** 帰住先厚生センターは、入院先病院にて会議を開催する。

**厚** **病** 帰住先厚生センターは、会議の開催時期について、病院とも十分相談のうえ、決定する。

**厚** **病** 会議の実施主体は帰住先厚生センターとなるが、開催にあたっての各種調整（日程調整、出席依頼等）は病院と分担して行う。

**病** 退院後支援のニーズに関するアセスメント（様式4）結果には慎重に扱うべき個人情報が含まれていることを考慮し、原則として、退院後支援のニーズに関する総合アセスメント（様式9）を活用する。入院先病院は（様式9）を会議前に作成する。

**病** 病院の退院後生活環境相談担当者等は、本人の退院後の生活を想定して、自治体と協力し、入院中から通院先医療機関、行政関係者、地域援助事業者等による支援体制を形成していくための調整を行う。  
また、帰住先厚生センターが開催する会議への参加、院内の関係者への連絡調整を行う。

**厚** 措置入院から医療保護入院など、入院形態を変えて入院を継続する場合は、措置解除までではなく、退院までに会議を開催する。例えば、措置入院から医療保護入院になった場合は、医療保護入院から退院する際に会議を開催する。

**地** 本人が入院をする前から関わっていた事業者は、原則として会議に参加し、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果について意見を述べるとともに、計画の作成に関与することが望ましい。

## ○会議での協議内容

**厚** 帰住先厚生センターは、退院後支援に関する計画（様式 7、8）の（案）を会議で共有し、内容について協議する。その他、治療経過、入院に至った経緯の振り返り、退院後支援のニーズに関するアセスメント（様式 9）結果の共有、今後の治療計画 等について協議する。

**厚** 入院先病院の退院後支援計画に関する意見（様式 5 の内容を含む）と帰住先厚生センターが作成した計画の内容（様式 7、8）の（案）に違いが出た場合には、支援関係者等が参加する会議等で協議・調整を行う。

**厚** 計画の作成にあたっては、計画の作成時に、相談支援事業者が作成するサービス等利用計画等、障害者総合支援法や介護保険法に基づく各種計画が既に作成されている場合には、計画にその内容を反映し、整合性を図る。また、医療継続できなかつた場合や症状悪化時の対応等を含めて退院後支援計画を作成する。

**地** 地域援助事業者は、相談支援事業者が作成するサービス等利用計画等、障害者総合支援法や介護保険法に基づく各種計画が既に作成されている場合には、計画にその内容を反映し、整合性を図る。

**地** 計画の作成時に他の各種計画の作成が未了の場合には、計画にはその時点で予定されているサービス内容等を記載しておき、各種計画が作成され次第、本人の同意を得て支援関係者にその内容を共有する。

## ○会議の参加者

**厚** **病** **地** 会議は本人の参加を原則とする。その他、家族、主治医、退院後生活環境相談担当者、入院前に関わっていた支援者、地域援助事業者、帰住先市町村 等

**厚** **病** 帰住先厚生センターは入院先病院と参加者や出席依頼の役割分担について相談し、本人の退院後支援に必要な関係機関に参加を呼びかける。

**厚** 出席依頼文が必要な場合には、帰住先厚生センターが依頼文を作成する。

**厚** 会議の参加者への謝金・旅費は支払わない。

## ○会議で知り得た情報の管理、会議記録の取扱い

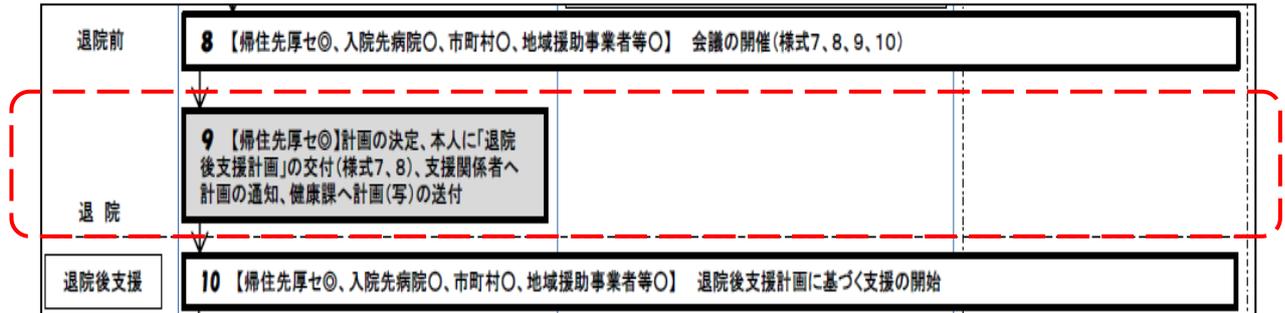
**厚** 帰住先厚生センターは、会議に出席する支援関係者に対し、正当な理由なく会議の事務に関して知り得た情報（計画の内容、支援の実施状況、本人の病状等）を漏らさないこと等、知り得た情報の適正な取扱いについて、会議の開催案内時等にあらかじめ説明し、各支援関係者から当該取扱いを遵守することについて、書面にて同意を得る（様式 10）。

**厚** 帰住先厚生センターは、会議開催にあたり本人に対して、情報の適正な取扱いについて支援関係者に説明し同意を得ていることを説明する。

**厚** 会議記録は帰住先厚生センターにおいて、5 年間保存する。

## 9 計画の決定、計画の交付、支援関係者への通知

帰住先厚生センターは、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果、病院からの意見書、会議における協議内容等を踏まえ、計画を決定する。



厚 帰住先厚生センターは、所長、支所長決裁により退院後支援計画（様式7、8）を決定し、本人に交付する。

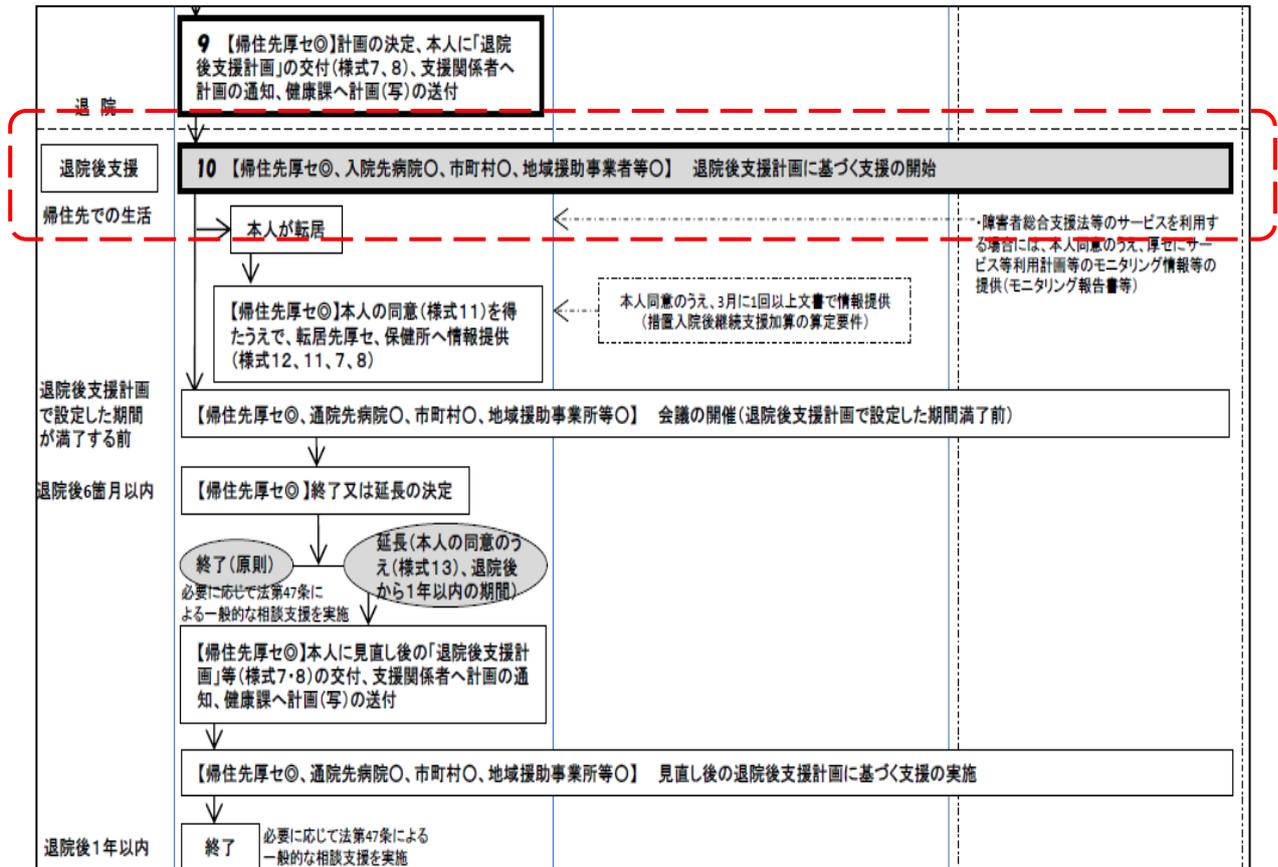
厚 帰住先厚生センターは、計画の内容について、会議での協議により修正した点なども含めて本人に説明し計画を手渡す。その際には、計画の見直しや同意の撤回を申し出ることが可能である旨も説明する。

厚 計画は本人に交付するとともに、主治医（病院）、計画作成の会議に出席した家族、退院後支援計画（様式7、8）に記載した支援担当機関等に送付する。

厚 帰住先厚生センターは、健康課に決定した計画（様式7、8）の写しを送付する。

## 10 退院後支援計画に基づく支援

計画に基づき支援を実施する。原則、会議で設定した支援期間の満了をもって、当該計画に基づく支援を終了する。



### ○支援の実施

**厚** 帰住先厚生センターは、計画内容の見直し・変更が必要な場合には、必要に応じて会議を開催する。計画に基づく支援期間を延長する場合、見直し・変更する内容が複数の支援関係者に関係しており、協議が必要と認められる場合には、会議を開催することが適当。

**厚** 会議の出席者は、原則として、計画作成時の出席者と同様とする。入院先病院が通院先病院と異なる場合には、通院先病院が会議に参加する。

**厚** 計画を見直し・変更した際には、帰住先厚生センターから見直し・変更後の計画を本人に交付するとともに、支援関係者等に通知する。

※軽微な見直し・変更であれば、会議を開催せずに口頭のみで本人、家族及び通院先病院、地域援助事業者等と個別に協議のうえ、計画を見直し・変更し、計画の変更点を伝えることも考えられる。

**厚** 症状悪化時には、帰住先厚生センターは、計画書において定めた対処方針を踏まえて、通院先病院や地域援助事業者等とも相談、協力のうえ、対応を検討する。

## ○支援の終了と延長の判断

厚 計画に基づき支援を実施し、会議で設定した支援期間の満了をもって、当該計画に基づく支援を原則終了する。

厚 帰住先厚生センターは、当初の支援期間が満了する前に、会議を開催する。

### 〈協議事項〉

計画に基づく支援の終了又は延長（原則、終了）、支援を終了する場合はその後の各支援関係者による対応や支援体制の確認、延長する場合は延長期間や評価の変更内容 等

厚 病 地 会議は、帰住先厚生センター、通院先病院等で実施する。会議の出席者は、原則として、計画作成時の出席者と同様とする。入院先病院が通院先病院と異なる場合には、通院先病院が会議に参加する。

厚 帰住先厚生センターは会議において、本人、出席者等と相談のうえ、その意見等を参考として、別途、帰住先厚生センターにて協議し、個別に計画に基づく支援の終了又は延長を判断する。

厚 会議の記録は、帰住先厚生センターにおいて5年間保存する。

※帰住先厚生センターは、終了または延長の協議を行う会議の開催前に、病院と実務的に連絡調整し、延長の必要性について、主治医等支援関係者の意見など計画の見直しの検討に必要な情報を確認しておくことが望ましい。

## ○終了の場合

厚 帰住先厚生センターは、支援終了の際の連絡を文書又は口頭にて、本人、家族及び支援関係者等に伝える。

厚 支援終了後は、必要に応じて、法第47条による一般的な相談支援等を実施する。

## ○延長の場合

厚 延長は原則1回とし、退院後1年以内には、計画に基づく支援を終了する。

厚 帰住先厚生センターは、計画に基づく支援を延長する場合には、書面にて本人の同意（様式13）を得る。

厚 帰住先厚生センターは、計画（様式7、8）の見直しを行い、計画内容の検討と支援期間の設定を行う。

厚 帰住先厚生センターは、延長した期間や内容を見直した計画（様式7、8）を決定し、本人に見直し後の計画（様式7、8）を交付する。

厚 見直した計画は本人に交付するとともに、主治医（通院先病院）、今回の会議に出席した家族、退院後支援計画（様式7、8）に記載した支援担当機関等に送付する。

厚 帰住先厚生センターは、健康課に見直した計画（様式7、8）の写しを送付する。

## ○転居する場合

**厚**本人が転居する場合、本人の同意を得て（様式 11）、移転先（転居先）の厚生センター、県外保健所に退院後支援に関する情報を提供する（様式 12、11、7、8）。

**厚**移転先の厚生センター、県外保健所に引き継ぐことに本人が同意しない場合は、原則支援は終了となるが、帰住先厚生センターは、本人または家族等の支援者に移転先の厚生センター、県外保健所の相談窓口を伝える。

## ○転入する場合

**厚**すでに退院後支援計画が立てられているのであれば、その計画に沿って支援を行うことが望ましい。計画の内容について、支援関係機関が異なることが多いと想定されるため、見直しが必要な場合が多いと考えられる。帰住先厚生センターは、本人が転入する前に、転入前の厚生センター、県外保健所から本人に、転入後に計画の見直しを行なうことを説明してもらうことが望ましい。

**厚**帰住先厚生センターは、本人に退院後支援計画が作成されており、転入する場合でも、本人の意思確認のため、本人からの同意を得る（様式 3）。

**厚**帰住先厚生センターは、計画について、関係機関等との計画の共有や支援策の検討を行うための会議を行う。

**厚** **病** **地** 会議の出席者は、本人、家族、通院先病院、地域援助事業者、帰住先市町村、転入前に関わっていた支援者 等

**厚**計画期間は転入前の計画の残存期間とする。本人が退院してから原則 6 か月以内には終了する。延長の場合は、退院後 1 年以内には終了する。

### 1 1 その他（退院後支援の体制整備、実施状況の適切な把握）

**健**当面は、当該マニュアルで定める方法で運用のうえ、実施状況を踏まえ、適切に運用されるよう必要な体制整備に努める。

**厚**厚生センターは、退院後支援の実施状況を把握し、健康課から報告を求められた場合は、随時、健康課に提供する。

## 第2章

### 国ガイドライン本文と本県の運用（参考）

※国ガイドライン（原則、原文のまま。一部項目の順番の変更や削除等を行った）をベースに、対応する県の手順を「」内に記載したもの。

※本文中において、「厚生センター・支所、富山市保健所」は「厚生センター」と標記する。

## I 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨

### I 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨

入院をした精神障害者は、地域生活を送る上で様々な課題やニーズを抱えていることが多く、円滑な社会復帰等の観点からは、そのニーズに応じて、退院後に必要な医療、福祉、介護、就労支援等の支援（以下「医療等の支援」という。）が実施されることが望ましい。

これまでも、平成 25 年の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号。以下「法」という。）の改正では、医療保護入院を行った入院先病院の管理者に退院後生活環境相談員の選任義務や地域援助事業者の紹介の努力義務を課すなど、病院による退院促進措置の取組を推進してきた。

一方で、例えば、措置入院は、都道府県知事又は政令指定都市の長（以下「都道府県知事等」という。）が行政処分として行うものであり、退院の決定も都道府県知事等が行うものであることから、退院後支援についても、地方公共団体（以下「自治体」という。）が、入院中から入院先病院と協力しつつ検討を行う必要性が高いものと考えられる。

このため、本ガイドラインでは、入院した精神障害者のうち、自治体を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者について、各自治体が、その体制を整備しつつ、可能な範囲で積極的な支援を進めていくことができるよう、現行の法の下で実施可能な、自治体を中心となった退院後の医療等の支援の具体的な手順を整理した。

本ガイドラインに基づく退院後の医療等の支援は、精神障害者が退院後にどこの地域で生活することになっても、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進等のために必要な医療等の包括的な支援を継続的かつ確実に受けられるようにすることで、地域でその人らしい生活を安心して送れるようにすることを目的として、法第 47 条に基づく相談支援業務の一環として自治体を中心となって行うものである。

多くのニーズや課題を抱える精神障害者が、地域で安心して生活するためには、多職種・多機関が有機的に連携し、本人のニーズに応じた包括的支援を提供する必要がある。国及び自治体は、精神障害者への退院後支援体制を整備することを通じて、行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、本人の意向やニーズに応えられるよう地域の包括的支援体制を構築していくべきである。これにより、全ての精神障害者がその人らしい地域生活を送ることのできる社会を目指すことが、法の趣旨に適うものであり、地域移行の促進にもつながるものと考えられる。

自治体は、法の理念と退院後支援の趣旨を十分踏まえた上で、医療機関や地域援助事業者等の関係者と連携・協力して精神障害者の退院後支援に取り組むことが必要である。その際には、本人の支援ニーズを的確に把握し、本人及び家族その他の支援者（本人を支援している家族、支援への関与を本人が希望する友人等の支援者をいう。以下同じ。）の意向を十分踏まえながら、入院中の精神障害者が円滑に地域生活に移行することができるよう、過不足のない支援を提供すべきである。

## Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成

### Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成

#### 1 概要

作成主体の自治体は、法第 47 条に基づく相談支援業務の一環として、自治体を中心となって退院後支援を行う必要があると認められる入院中の精神障害者について、退院後に社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な医療等の支援を適切かつ円滑に受け取ることができるよう、本人の同意を得た上で、必要な医療等の支援内容等を記載した退院後支援に関する計画（別添様式 7、8）（以下「計画」という。）を作成することが適当である。

計画に基づく退院後支援は、入院中の精神障害者が希望する地域生活を送るための援助として、そのニーズに応じて行われるものである。このため、計画の作成に当たっては、本人の支援ニーズを的確に把握し、本人及び家族その他の支援者の意向を十分踏まえることが重要であり、本人及び家族その他の支援者が計画作成に参画できるよう十分な働きかけを行う必要がある。

作成主体の自治体は、計画の作成に当たり、原則として、退院後の医療等の支援の関係者（以下「支援関係者」という。）等が参加する会議（以下「会議」という。10 で詳述）を開催し、計画の内容を協議することが適当である。

#### 2 作成主体

支援対象者の退院後の居住地を管轄する保健所設置自治体（都道府県、保健所を設置する市及び特別区をいう。）以下「帰住先保健所設置自治体」という。）が、計画の作成主体となり、計画に基づく相談支援等を実施することが原則である。

ただし、支援対象者が措置入院者又は緊急措置入院者の場合には、措置を行った都道府県又は政令指定都市（以下「都道府県等」という。）と帰住先保健所設置自治体が異なる場合がある。この場合には、措置を行った都道府県等が入院の決定を行うこととなるため、当該都道府県等が、帰住先保健所設置自治体と共同して作成主体となることが適当である。この場合も、実効性のある計画を作成し、効果的な退院後支援を実施する観点から、帰住先保健所設置自治体が、計画の作成やそのための会議の開催に当たって中心的な役割を果たすことが必要である。なお、本人が地域へ退院する際には、多くの場合、入院前の居住地に戻るようになるため、入院前の居住地が確認されている場合には、当該居住地を管轄する保健所設置自治体を帰住先保健所設置自治体として取り扱う。ただし、本人が地域へ退院する際に入院前の居住地に戻らない可能性が高い場合又は入院前の居住地が不明な場合においては、帰住先が確定するまでは帰住先不明の扱いとし、措置を行った都道府県等が計画作成のために必要な準備を進める。

作成主体となる自治体の具体的な機関としては、法第 47 条に基づく相談支援を行っている保健所等の機関が想定される。

### 3 支援対象者

計画は、作成主体の自治体が、自治体を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た入院中の精神障害者のうち、計画に基づく支援を受けることに同意した者について作成する。

措置入院者については、都道府県知事等が入退院の決定を行うものであり、退院後支援に自治体に関与する必要性が高いと考えられるが、まずは、措置入院者のうち退院後支援を実施する必要性が特に高いと認められる者から支援対象とするなど、自治体の支援体制に応じて対応していくことが考えられる。また、医療保護入院や任意入院等で入院している者や、緊急措置入院後に措置入院とならなかった者についても、本人や家族その他の支援者、入院先病院から求めがあった場合等で、自治体を中心となって退院後支援を行う必要性が高いと認められる場合には、自治体の支援体制に応じて可能な範囲で支援対象とすることが考えられる。

#### 【本県の運用にあたっての留意点(初動手続き・支援対象者)】 P5

##### ○初動手続き

厚措置入院対応をした厚生センターは、措置入院時に P3 の流れ図等を病院に渡し、退院後支援計画の作成に向けた手続きを簡潔に伝える（流れ図を渡すのみでもよい）。また、今後の計画作成に関する窓口は帰住先厚生センターが担当することを病院に伝える。

厚措置入院対応をした厚生センターは、措置入院となったこと、入院先病院に連絡する際の病院の担当者等を帰住先厚生センターに連絡し引き継ぐ。

厚帰住先厚生センターは、措置の事前調査書を提供してもらうための依頼文書（任意様式）を措置入院対応をした厚生センターに送付する。

ただし、厚生センター管内の本所と支所、支所と支所間については、依頼文書の送付は必要ない。（口頭等で可）

厚措置入院対応をした厚生センターは、事前調査書の提供依頼を受けて、帰住先厚生センターに措置の事前調査書の写しを送付するとともに、必要に応じて、帰住先厚生センターが円滑に計画作成の決定と作成が行えるように連携する。

厚帰住先が県外の場合は、今後の手続きについて措置入院対応をした厚生センターと県外保健所においてよく相談する（県外自治体によって、退院後支援の運用方法が異なる可能性があるため）。

##### ○病院への説明

厚帰住先厚生センターは、退院後支援計画の作成に向けた手続き等を病院に説明し、連絡・協力について確認する。（電話でもよい）

### 【本県の運用にあたっての留意点(初動手続き・支援対象者)】 P6

#### ○退院後支援計画作成の要否の決定方法

**病** 病院のケースワーカー（選定済の場合は、退院後生活環境相談担当者）等は、計画作成の必要性について主治医と協議する。その結果を踏まえ、病院管理者は帰住先厚生センターに「退院後支援計画の作成の要否についての意見書」（様式1）を提出する。

**病** なお、病院が正式な意見書（様式1）を作成する前に、病院と帰住先厚生センターで電話等により実務的に連絡調整することが望ましい。

**病** 病院から帰住先厚生センターへの意見書（様式1）の提出期限は定めない。（本人の状況に応じ時期を見計らって提出する。）

**厚** 帰住先厚生センターは、病院の意見書（様式1）を受領し、その内容も参考として計画作成の要否を決定する。

**厚** 帰住先厚生センターは、計画作成についての決定結果を（様式2）により、病院に通知する。

**厚** 帰住先厚生センターは、計画作成についての決定結果を健康課に連絡する。（口頭でも可）

#### ○支援対象者

「措置入院者」、「緊急措置入院者」、「措置入院又は緊急措置入院後に医療保護入院等により入院した者」のうち、次の状況等に該当する者を対象とする。

- ・ 複数回の非自発的入院歴（特に複数回の措置歴）のある者
- ・ 医療の必要性が高いにもかかわらず、医療中断の可能性が高い者
- ・ インフォーマルな支援者（家族、友人等）がいない、孤立しがちな者
- ・ 家族が課題を抱えている者
- ・ 経済的な問題（金銭管理に関する課題を含む）を抱えている者
- ・ 措置解除まで長期間（概ね4か月以上）を要した者
- ・ 措置解除後に1年以上の長期入院となった者（入院形態の切り替えにより）

※措置入院患者であっても、上記の対象者の状況等に該当していない場合は、原則として対象としない。また、計画作成の要否は病名によって判断するものではないことから、パーソナリティ障害や発達障害等、本人の特性による言動から措置入院にあった者も支援対象となり得る。

## Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成（入院先病院の役割）

### 4 退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者の選任

措置入院は、医療保護入院と同様に本人同意を得ることなく行われる入院であり、自治体を中心となって退院後の医療等の支援が行われることが想定されるが、措置入院先病院においても、本人や家族等が退院後の生活環境に関する相談を容易に行える体制を整えておくことが望ましいと考えられる。このため、措置入院先病院の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者（以下「退院後生活環境相談担当者」という。）を選任することが望ましい。

入院した精神障害者が、退院後に円滑に社会復帰等を行うためには、入院中から、退院後に必要な医療等の支援の検討が行われることが望ましい。本人の同意を得ることなく行われる医療保護入院については、こうした検討を入院中から行うことで可能な限り早期退院等を促していく観点から、既に、精神科病院の管理者に、医療保護入院者に退院後生活環境相談員を選任することが義務付けられている（法第33条の4）。

この点、措置入院は、医療保護入院と同様に本人同意を得ることなく行われる入院であり、自治体を中心となって退院後の医療等の支援が行われることが想定されるが、措置入院先病院においても、本人や家族等が退院後の生活環境に関する相談を容易に行える体制を整えておくことが望ましいと考えられる。このため、措置入院先病院の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者（以下「退院後生活環境相談担当者」という。）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、計画の作成等のための病院における取組の中心的役割を果たすことが期待される。この際、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ことが求められる。

退院後生活環境相談担当者には、当該病院の精神保健福祉士が最も適任と考えられるが、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についても、退院後生活環境相談担当者として選任することが考えられる。

退院後生活環境相談担当者は、以下に示す業務を行うことが望ましい。なお、計画が作成されない場合には、〈計画に関する業務〉を除く業務を実施する。

#### 〈入院時の業務〉

- ・本人及び家族その他の支援者に対して、退院後生活環境相談担当者として選任されたこと及びその役割について説明する。
- ・入院時における入院診療計画の立案に参画し、適宜本人及び家族その他の支援者に説明を行う。

## Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成（入院先病院の役割）

### 〈退院に向けた相談支援業務〉

- ・ 本人及び家族その他の支援者からの相談に応じる。
- ・ 入院当初より、退院後の支援ニーズに関係する情報を積極的に把握する。
- ・ 本人及びその家族等と相談を行った場合には、当該相談内容について相談記録又は看護記録等に記録する。
- ・ 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、本人の治療に関わる者との連携を図る。
- ・ 本人及び家族その他の支援者の意向を踏まえて、必要に応じた経済的支援制度の紹介及び申請等の支援、退院後の障害福祉サービス、介護サービス等の紹介及び利用の申請支援等、各種社会資源を活用するための支援を行う。

### 〈計画に関する業務〉

- ・ 症状が一定程度落ち着いた段階で、本人に、入院中から、本人及び家族その他の支援者とともに、自治体と連携して退院後の支援について検討を行う旨の説明を行う。
- ・ 自治体が作成する計画が適切なものとなるよう、他の職種と協働して退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行う。
- ・ 入院後早期から本人との信頼関係の構築に努め、計画に関して本人が意見を表明できるよう支援する。
- ・ 本人の退院後の生活を想定して、自治体と協力し、入院中から通院先医療機関、行政関係者、地域援助事業者等による支援体制を形成していくための調整を行う。
- ・ 自治体が開催する会議への参加、院内の関係者への連絡調整を行う。

### 〈退院調整に関する業務〉

- ・ 退院に向け、自治体や支援関係者と必要に応じて連絡調整を行うこと等により、地域生活への円滑な移行を図る。
- ・ 他院に転院となる場合は、本人の希望や意向を十分に確認しながら、転院先病院への情報提供、転院調整等を行う。

以上の責務・役割を果たすため、退院後生活環境相談担当者は、その業務に必要な技術及び知識を得て、その資質の向上を図ることが望ましい。

なお、医療保護入院者が支援対象者となる場合には、退院後生活環境相談員が、通常の業務に加え、〈計画に関する業務〉を担うことが望ましい。

## Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成（入院先病院の役割）

### 【本県の運用にあたっての留意点（退院調整に関する業務）】 P7

#### ○アセスメントの実施と退院後支援に関する計画に係る意見書の作成

**病** 病院の退院後生活環境相談担当者等は、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、支援対象者について、他の職種と協働し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。  
（様式4）

**病** 病院は、アセスメント（様式4）を実施した後に、「退院後支援に関する計画に係る意見書」（様式5、6）を作成する。

**病** 病院の退院後生活環境相談担当者等は、アセスメントの実施、計画の作成にあたり、本人や家族、その他の関係者の意見を聞くとともに、必要に応じて、市町村や地域援助事業者等関係者に地域生活の情報等を確認する。

**厚** 帰住先厚生センターは、入院前の地域での生活状況を把握している場合には、随時、必要に応じて、病院に伝える。

**地** 入院する前から関わっていた支援者は、本人の精神症状悪化前後における様子等について情報提供することが望ましい。

### 5 計画作成の時期

作成主体の自治体は、原則として入院中（措置入院の場合は措置解除を行うまでの間）に計画を作成する。

ただし、

- ・入院期間が短い場合
- ・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
- ・その他精神医療審査会の審査の結果に基づき退院させる場合等入院中に計画を作成できないことについて、やむを得ない事情がある場合は、退院後（措置入院の場合は措置解除後）速やかに作成するものとする。

この場合も、退院前に、計画の作成等について本人の意向を確認しておくことが望ましい。

この点、措置入院者については、都道府県知事等は、入院を継続しなくても精神障害による自傷他害のおそれがないと認められるに至ったときは、直ちに措置入院者を退院させなければならないとされている。（法第29条の4）

このため、措置症状が消退しているにもかかわらず、計画に基づく支援について本人の同意が得られないことや、計画の作成に時間を要していることを理由として措置入院を延長することは、法律上認められない。

措置入院者に計画を作成する場合には、この点に厳に留意することが必要である。

なお、措置解除後に医療保護入院等により入院を継続する場合は、入院継続となる段階で作成する計画は、様式7における入院継続時の必須記入項目を記載すれば足りる。この場合、本人が、医療保護入院等から退院した後も、引き続き自治体による退院後支援を受けることを希望している場合には、医療保護入院等から退院する段階で、全ての項目を記載した計画に見直し、当該計画に基づき必要な支援を行うことが望ましい。

## Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成

### 6 計画作成についての本人の同意、本人及び家族その他の支援者の参画

計画の作成は、本人に対して計画に基づく支援の必要性等について丁寧に説明し、本人から、自治体が計画を作成すること、退院後は計画に基づき支援関係者が協力して退院後支援を実施すること、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等について同意を得た上で行う。作成主体の自治体は、本人から同意を得たことについて記録を行うことが適当である。

計画の作成に当たって、十分な説明を行っても、本人から同意が得られない場合には、計画の作成は行わない。

ただし、この場合も、作成主体の自治体は、本人や家族その他の支援者に対して、その希望に応じて保健所等の職員が退院後の支援等について相談に応じることができる旨を伝える等、必要に応じて法第47条による相談支援等を提供できるよう環境調整等を行うことが望ましい。

退院後支援は、支援対象者が必要な医療等の支援を受けることで、本人が希望する地域生活の実現と維持を図ることが目的であるため、本人の支援ニーズを的確に把握し、本人及び家族その他の支援者の意向を十分に踏まえて作成することが重要である。このため、計画の作成主体及び入院先病院は、本人及び家族その他の支援者が10の会議への参加等を通じて計画作成に参画ができるように、十分な働きかけを行う必要がある。その際、本人に視覚障害、聴覚障害、知的障害等が重複している場合には、障害特性に応じた合理的配慮の提供が必要である。

#### 【本県の運用にあたっての留意点(本人の同意)】 P8

**病** 病院の退院後生活環境相談担当者等は、症状が一定程度落ち着いた段階で、本人に、入院中から、本人及び家族その他の支援者ととともに、自治体と連携して退院後の支援について検討を行う旨の説明を行う。

**厚** 帰住先厚生センターは本人に、計画に基づく支援に関する説明を行うとともに、計画作成等について、本人の意思・同意を確認する。

**厚** 書面(様式3)を用いて、本人への説明と同意の確認を行う。

**厚** 本人には原則書面(様式3)にて同意を得る。本人の状態等により、口頭のみで同意を得た場合には、帰住先厚生センターでその旨を(様式3)に記録する。

**厚** 併せて、同意しないこと、同意を撤回することが可能である旨を説明する。

**厚** 撤回したい場合には、本人から帰住先厚生センターへ申し出ることについて伝える(病院に本人の撤回したい旨の申し出があった場合は、病院から帰住先厚生センターへ連絡する)。

**厚** 帰住先厚生センターは、本人の同意、不同意の結果を健康課に連絡する。(口頭で可)

## Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成（入院先病院の役割）

### 7 退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施

#### 〈概要〉

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、入院中の精神障害者が地域に退院した後に必要な医療等の支援の内容を明らかにするための取組の一環として行われる評価である。

支援対象者の入院先病院は、本人のニーズに応じた退院後支援が実施できるよう、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ことが望ましい。ここでいう必要な支援とは、本人が必要と考えているものと、評価者又は家族その他の支援者から見て必要と考えられるものの両方を含む。

#### 〈実施主体〉

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、原則として、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）による協議を経て行う。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することが望ましい。

#### 〈内容〉

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、本人の生活機能、生活環境や人間関係等の環境要因、心身の状態、支援継続に関する課題、行動に関する課題等について多面的に評価するものである。（様式4、評価マニュアル参照）

#### 【本県の運用にあたっての留意点（退院後支援のニーズに関するアセスメント）】 P9

##### ○アセスメントの実施と退院後支援に関する計画に係る意見書の作成

**病** 病院の退院後生活環境相談担当者等は、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、支援対象者について、他の職種と協働し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。（様式4）

**病** 病院は、アセスメント（様式4）を実施した後に、「退院後支援に関する計画に係る意見書」（様式5、6）を作成する。

**病** 病院の退院後生活環境相談担当者等は、アセスメントの実施、計画の作成にあたり、本人や家族、その他の関係者の意見を聞くとともに、必要に応じて、市町村や地域援助事業者等関係者に地域生活の情報等を確認する。

**厚** 帰住先厚生センターは、入院前の地域での生活状況を把握している場合には、随時、必要に応じて、病院に伝える。

**地** 入院する前から関わっていた支援者は、本人の精神症状悪化前後における様子等について情報提供することが望ましい。

## Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成（入院先病院の役割）

### 8 計画に係る意見書等の自治体への提出

支援対象者の入院先病院は、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（様式5、6）を可能な範囲で記載し、当該アセスメントの結果とともに、作成主体の自治体に提出することが望ましい。

その際には、本人及び家族その他の支援者の意向を確認し、意見書の作成に本人及び家族その他の支援者が参画できるようにすることが望ましい。また、この際、入院先病院は、可能な範囲で、通院先医療機関等、具体的な支援関係者の候補も併せて作成主体の自治体に情報提供する

#### 【本県の運用にあたっての留意点(計画に係る意見書等の自治体への提出)】P10

##### ○病院の意見書等の提出

**病**病院は、意見書（様式5、6）を退院後支援のニーズに関するアセスメント（様式4）の実施結果と併せて帰住先厚生センターへ提出する。

**病**病院は、「退院後支援のニーズに関するアセスメント」（様式4）、「退院後支援に関する計画に係る意見書」（様式5、6）を原則として、措置入院中に、帰住先厚生センターに提出する。

#### 【本県の運用にあたっての留意点(計画の作成)】P10

##### ○帰住先厚生センターの退院後支援計画（案）の作成

**厚**帰住先厚生センターは、病院から受領した意見書等（様式4、5、6）を参考に、退院後支援に関する計画（様式7、8）の（案）を作成する。

**厚**計画の作成にあたっては、計画の作成時に、相談支援事業者が作成するサービス等利用計画等、障害者総合支援法や介護保険法に基づく各種計画が既に作成されている場合には、計画にその内容を反映し、整合性を図る。

**厚**また、医療継続できなかつた場合や症状悪化時の対応等を含めて退院後支援計画の（案）を作成する。

**厚**帰住先厚生センターは、必要に応じて、市町村や地域援助事業所等関係者に地域生活の情報等を確認し退院後支援計画の（案）を作成する。

**厚**支援期間は、帰住先厚生センターが、本人の意向や病状、支援ニーズ、退院後の生活環境等を踏まえ、「p35の10会議の開催」で定める会議で支援関係者等と協議して設定する。

**地**入院する前から関わっていた支援者は、本人の精神症状悪化前後における様子等について情報提供することが望ましい。

### 【本県の運用にあたっての留意点(計画の作成)】 P11

#### ○措置解除後に医療保護入院等により入院を継続する場合

措置解除後に医療保護入院等により入院継続となる場合は、措置解除前の段階で、原則次のとおり計画を作成する。

**病** 病院は、退院後支援計画に係る意見書(様式5)を作成し、帰住先厚生センターに提出する。その意見書には、(様式5)の「※」の必須記入項目を記載すれば足りる。

**厚** 帰住先厚生センターは、病院から受領した意見書(様式5)を参考に、退院後支援に関する計画(様式7)の(案)を作成する。その計画には、(様式7)における「※」の必須記入項目を記載すれば足りる。

**厚** 帰住先厚生センターは、「※」の必須記入項目を記載した退院後支援に関する計画(様式7)の(案)の写しを健康課に送付する。

**病** 措置解除後に医療保護入院等により入院継続となる段階では、会議の開催や病院によるアセスメントは実施する必要はなく、医療保護入院等から退院となる段階で、病院はアセスメントを実施し、全ての項目を記載した退院後支援計画に係る意見書(様式4、5、6)を帰住先厚生センターに提出する。

**厚** 医療保護入院等から退院となる段階で、帰住先厚生センターは、全ての項目を記載した退院後支援に関する計画(様式7、8)の(案)を作成し、会議を開催して内容等を協議したうえで計画を決定する。

#### ○本人が転院する場合

**病** 転院元の病院は、退院後支援計画に関する情報を転院先病院に引き継ぐ。

**厚** 帰住先厚生センターは、転院後は、転院先病院において会議を開催する。

### 9 計画の内容

#### (1) 計画の記載事項

計画には、本人の支援ニーズに応じ、次の各事項を記載することが適当である（様式7、8）。

- ア 本人の氏名、生年月日、帰住先住所、連絡先
- イ 精神科の病名、治療が必要な身体合併症
- ウ 今回の入院年月日
- エ 入院先病院名及び連絡先
- オ 退院後の生活に関する本人の希望（就労・就学、家庭、娯楽等）
- カ 家族その他の支援者の氏名、続柄、連絡先、退院後支援に関する意見
- キ 退院日（予定）
- ク 入院継続の必要性
- ケ 【入院継続の場合のみ】 予定されている入院形態、推定入院期間（転院の場合（身体科への転院を含む。）は、転院先病院名及び連絡先）
- コ 医療・障害福祉サービス・介護サービス等に関する基本情報
- サ 退院後に必要な医療等の支援の種類（精神科外来通院、保健所等による相談支援、外来診療以外の精神科医療サービス、身体合併症治療、障害福祉サービス、介護サービス、その他）
- シ 退院後支援の担当機関名、本人の支援ニーズ・課題、支援内容、連絡先（担当者）
- ス 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
- セ 計画に基づく支援期間
- ソ 【推奨項目】 病状が悪化した場合の対処方針

上記の項目に加え、計画に基づく支援期間中に転居した場合には本人の同意を得た上で転居先の自治体に計画に関する情報を提供する旨を付記する。

**なお、措置解除後に医療保護入院等により入院を継続する場合は、入院継続となる段階で作成する計画は、様式7における入院継続時の必須記入項目を記載すれば足りる。**この場合、本人が、医療保護入院等から退院した後も、引き続き自治体による退院後支援を受けることを希望している場合には、医療保護入院等から退院する段階で、全ての項目を記載した計画に見直し、当該計画に基づき必要な支援を行うことが望ましい。

## Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成

### (2) 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及び病状が悪化した場合の対処方針

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として、例えば、本人が通院先の外来を受診しなかった場合には、通院先医療機関から本人の居所に電話連絡を入れる、通院先医療機関の看護師が精神科訪問看護・指導を実施する、通院先医療機関が自治体に連絡し自治体職員が訪問する、家族その他の支援者や関係機関に照会を行う、といった種々の対応が考えられる。これらの対処方針については、会議においてあらかじめ協議を行い、本人がその必要性を理解できるように丁寧に説明することが必要である。

病状が悪化した場合の対処方針とは、病状悪化を未然に防ぎ、病状が悪化したときでも可能な限り本人の意向に添った対応を行うことを目的に、病状悪化の兆候に気づいたときに本人が行う対処や、支援関係者及び家族その他の支援者が行う対処等をあらかじめ確認しておくものである。このため、計画の作成に当たっては、この対処方針をあわせて作成することが望ましい。この対処方針は、医療機関において、本人との話し合いにより、当初案を作成し、会議において協議した後、計画の一部として決定する。

病状が悪化した場合の対処方針には、次の各項目が含まれる。

- ・病状悪化の兆候
- ・病状悪化の兆候に気づいたときに本人が行う対処
- ・病状悪化の兆候に気づいたときに支援関係者及び家族その他の支援者が行う対処
- ・緊急連絡先

医療機関においては、病状が悪化した場合の対処方針を作成する意義や活用方法について、本人に十分説明した上で、本人との共同作業によりこの対処方針の案を作成する。

## Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成

### (3) 計画に基づく支援期間

自治体を中心となって行う計画に基づく支援期間は、本人が希望する地域生活に円滑に移行するための期間として、退院後6ヶ月以内を基本として設定する。

具体的な支援期間については、本人の意向や病状、支援ニーズ、退院後の生活環境等を踏まえて適切に設定し、不要に長い期間となることがないように留意する。

最初に設定した支援期間が満了した場合は、原則として、計画に基づく支援を終了する。このため、自治体は、計画に基づく支援期間が終了した後に既存の精神保健医療福祉サービス等による支援に円滑に移行できるよう、支援期間中から地域における既存サービスの活用やネットワークの構築を図ることが適当である。

ただし、本人の病状や生活環境の変化（例えば、支援を終了すると本人の病状が悪化して危機的状況に陥るおそれが高い場合等）によっては、本人の同意を得た上で、例外的に、支援期間の延長を行うことが考えられるが、その場合も、延長は原則1回とし、退院後1年以内には、計画に基づく支援を終了して本人が地域生活を送ることができるよう努めることが適当である。計画に基づく支援期間に関して、本人及び家族その他の支援者の理解と納得を得られるよう、作成主体の自治体は、最初の計画作成の段階で、支援期間の延長があり得る旨も丁寧に説明することが適当である。

#### 【本県の運用にあたっての留意点(支援期間)】 P10

厚支援期間は、帰住先厚生センターが、本人の意向や病状、支援ニーズ、退院後の生活環境等を踏まえ、「p35の10会議の開催」で定める会議で支援関係者等と協議して設定する。

## Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成

### (4) 計画内容に関するその他の留意事項

計画作成にあたっては、本人の病状や支援ニーズに応じた過不足のない支援を提供できるように留意する。

例えば、比較的支援ニーズが小さく、病状も安定しているような場合には、外来通院と必要に応じた保健所等による相談支援を行う旨のみを記載した計画とすることも考えられる。

入院前から障害福祉サービスを受けている場合や、入院後に障害福祉サービスを利用する場合には、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）に基づくサービス等利用計画やサービス毎の個別支援計画が、計画とは別に作成される。このため、計画の支援内容や担当機関等については、障害者総合支援法に基づく各計画の内容との整合性を図る必要がある。介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく居宅サービス計画等についても同様である。計画の作成時に障害福祉サービス等の具体的な内容や担当機関等が未定の場合は、計画には、その作成時点で予定されているサービス内容等を記載し、事後に作成されたサービス等利用計画等の内容を、本人の同意を得た上で、追加資料として支援関係者と共有する。

計画については、地域で生活を行うために十分な内容とする観点から、その作成の際、都道府県等の常勤、非常勤、嘱託の精神科医や精神保健福祉センターの精神科医など、地域の社会資源等に係る知識を有する者の意見を聴くことも有用と考えられる。

### 10 会議の開催

#### (1) 概要

計画の作成にあたっては、原則として、入院中に会議を開催し、支援関係者等で計画の内容等を協議することが適当である。

計画は、本人の社会復帰の促進等のために作成するものであるため、会議には、本人及び家族その他の支援者の参加を原則とする。

#### (2) 設置主体、事務局

会議の設置主体は、計画の作成主体の自治体である。

措置入院者又は緊急措置入院者の場合に、措置を行った都道府県等と帰住先保健所設置自治体が共同で計画を作成する場合には、帰住先保健所設置自治体が会議の設置主体となることを原則とし、措置を行った都道府県等は、支援関係者として参加する。ただし、帰住先保健所設置自治体が遠方であって、入院先病院への移動が困難であるなど、相応の理由がある場合には、入院中に開催する会議については、措置を行った都道府県等が設置主体となり、帰住先保健所設置自治体が支援関係者として参加することとしても差し支えない。この場合、帰住先保健所設置自治体は、会議への出席が困難な場合は、電話やインターネット回線等を活用して支援関係者と協議を行うこととして差し支えないが、本人が地域に退院した後、帰住先において、改めて会議を開催することが望ましい。

会議の日程調整、記録の作成等、関係事務を行う事務局は、会議の設置主体となる自治体の保健所等の機関が担うことが想定される。

#### (3) 参加者

##### ①本人及び家族その他の支援者の参加

計画は、本人及び家族その他の支援者の意向を十分に踏まえた上で作成することが必要である。

このため、会議には、本人及び家族その他の支援者の参加を原則とする。その際、事前に本人及び家族その他の支援者に計画や会議の目的と参加の意義について丁寧に説明し、その参加を促すものとする。ただし、家族の参加に関しては、本人の意向を尊重し、本人が同席を望まない家族は原則として参加しないこととする。しかしながら、本人の病状の影響により家族との関わりを忌避する場合もあることを考慮し、本人を支援する意志を表示している家族が計画の作成過程から排除されることのないよう、作成主体の自治体は、会議の前後で当該家族の意向を確認する等の配慮を行う必要がある。本人又は家族その他の支援者が会議への参加を希望しない場合や、本人の病状や家族その他の支援者の事情により本人又は家族その他の支援者の参加が困難な場合には、例外的

## Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成

にこれらの者が会議に参加しないことはありえるが、この場合も、作成主体の自治体は、事前又は事後にその意向を確認する機会を設けるなど、本人及び家族その他の支援者の意向を計画に反映させるための対応を行うべきである。

### ②弁護士等の代理人の参加

本人が、弁護士等を成年後見人や代理人として、会議に参加させることを希望する場合には、これらの者を会議に参加させるものとする。

### ③支援関係者

会議は、原則として本人及び家族その他の支援者の参加を得た上で、支援関係者により構成し、開催する。具体的には以下の者等が支援関係者となることが想定され、設置主体の自治体が、本人の支援ニーズその他の状況に応じて決定する。本人から、支援関係者に関する具体的な意思表示（支援を希望する機関、支援を希望しない機関等）があった場合は、本人の希望を尊重するよう努める。

なお、【 】内は、実際に会議に出席することが想定される担当者を示したものである。

会議に出席できなかった支援関係者については、会議の前後で事務局が個別に協議し、その内容を記録することが適当である。

ア 作成主体の自治体【精神保健医療福祉担当部局、保健所、精神保健福祉センター等の職員】

イ 帰住先の市町村（保健所を設置する市を除く。以下同じ。）【障害福祉担当課、生活保護担当課、地域包括支援センター、市町村保健センター等の職員】

ウ 入院先病院【主治医、退院後生活環境相談担当者、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等】

エ 通院先医療機関【主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等】

オ 入院前の通院先医療機関【主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等】

カ 地域援助事業者その他の障害福祉サービス、介護サービス事業者【担当職員】

キ 訪問看護ステーション【担当職員】

ク NPO などの支援機関【担当職員】、民生委員等

なお、会議には防犯の観点から警察が参加することは認められず、警察は参加しない。

## Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成

例外的に、例えば、退院後に再び自殺を企図するおそれがあると認められる者や、繰り返し応急の救護を要する状態が認められている者等について、警察が支援関係者として本人の支援を目的に参加することは考えられるが、この場合は、事務局は、本人及び家族その他の支援者から意見を聴いた上で、警察以外の支援関係者間で警察の参加についての合意が得ることが必要である。この際、本人が警察の参加を拒否した場合には、警察を参加させてはならない。

警察の参加に関する本人、家族その他の支援者、支援関係者の意見の確認は、客観性を担保する観点から、書面等により行うことが望ましい。

### (4) 開催時期

会議の事務局は、本人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、入院先病院から提出された計画に係る意見書（様式5、6）及び退院後支援のニーズに関するアセスメント（様式4）の結果を踏まえて、会議の開催時期及び支援関係者を検討する。その上で、支援関係者及び本人、家族その他の支援者と調整を行い、会議の開催日を設定する。

退院前に会議を開催することが原則であるが、開催が困難な場合は、退院後可能な限り早期に開催する。会議の開催日は退院前に決定しておくことが望ましい。

なお、措置入院者が入院形態を変更して入院を継続する場合は、措置入院中に作成する計画の作成にあたって会議を開催することは要しない。

また、医療保護入院者に計画を作成する場合に、法第33条の6の規定に基づく退院支援委員会の開催予定時期に近接して会議の開催が予定されているときは、会議の開催をもって退院支援委員会の開催とみなすことができる。ただし、会議の開催後に、病状の変化等により地域への退院の時期を再検討する必要がある場合には、退院支援委員会は当初予定されていた時期に開催することが適当である。

### (5) 開催方法

会議は対面で協議することを原則とするが、遠方等の理由で参加が困難な支援関係者がいる場合などには、電話やインターネット回線等を活用して協議を行うこととしても差し支えない。

### (6) 開催場所

本人の入院中に開催される会議は、本人の参加を容易にするため、原則として入院先病院内で開催する。本人が地域へ退院した後で開催される会議は、地域の実情に合わせ、本人の参加しやすさを勘案して開催場所を決定する。

## Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成

### (7) 協議内容

会議においては、入院先病院から提出された計画に係る意見書（様式5、6）や直近の退院後支援のニーズに関するアセスメント（様式4）の結果等を踏まえ、以下の項目について情報共有及び協議を実施することが考えられるが、協議内容は、本人の状態やニーズに応じて柔軟に設定して差し支えない。

会議において資料を共有する際には、退院後支援のニーズに関するアセスメントの項目に慎重に扱うべき個人情報が含まれていることを考慮し、必要に応じて様式9を活用するなど、資料の提示方法を工夫する等の配慮を行うことが望ましい。

治療経過、入院に至った経緯の振り返り、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果、今後の治療計画、計画の内容 等

### (8) 会議の事務に関して知り得た情報の管理

設置主体の自治体は、支援関係者に、正当な理由なく会議の事務に関して知り得た情報（計画の内容、支援の実施状況、本人の病状等）を漏らさないこと等、会議の事務に関して知り得た情報の適正な取扱いについてあらかじめ説明し、文書により各支援関係者から当該取扱いを遵守することについて同意を得ておくことが適当である。また、各支援機関内で当該情報を共有するにあたっては、退院後支援の実施に当たり当該情報の共有が職務上必要となる者に限り、支援の実施のために必要な限度の情報を共有するに留め、本人の情報を取り扱う者全員がその責任を自覚して適切な情報管理を行うことが求められる。

### (9) 会議の記録等の取扱い

会議の記録及び計画等の関係資料については、各自治体の文書管理の規則等に基づき、事務局が保存する。保存期間は、計画に基づく支援終了後、5年を目途として設定することが適当と考えられる。これらの記録は、機微な個人情報であることから、不要に長い期間保存することのないよう留意する。

各支援関係者は、退院後支援に関する資料を、同様の保存期間を設定して適切に管理するとともに、退院後支援以外の目的で使用することのないよう厳に留意するべきであり、各自治体はその旨を各支援関係者に対して周知することが適当である。

また、本人から会議の記録について情報開示の求めがあった場合には、本人に関する情報であることを踏まえ、各自治体の条例に基づき、できる限り速やかにこれに応じるよう努めることが適当である。

## Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成（入院先病院の役割、地域援助事業者の役割）

### （10）入院先病院の役割

支援対象者の入院先病院の職員は、会議に支援関係者として出席し、本人の病状や治療経過、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果、計画に関する意見等について説明するなど、計画の作成が適切かつ円滑に行われるよう協力することが望ましい。出席する担当者としては、主治医、退院後生活環境相談担当者、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等が想定される。主治医が精神保健指定医（以下「指定医」という。）ではない場合には、主治医に加え、指定医が参加することが望ましい。

### （11）地域援助事業者の役割

前述の通り、地域援助事業者は支援関係者として会議に参加することが想定されている。とりわけ、本人が入院をする前から関わっていた事業者は、原則として会議に参加し、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果について意見を述べるとともに、計画の作成に関与することが望ましい。その際、本人が事前に希望している内容に十分配慮する。病状が悪化した場合の対処方針を作成する上で重要な情報となる、本人の精神症状悪化前後における様子等についても情報提供することが望ましい。計画の作成時に、相談支援事業者が作成するサービス等利用計画等、障害者総合支援法や介護保険法に基づく各種計画が既に作成されている場合には、計画にその内容を反映し、整合性を図る。計画の作成時に他の各種計画の作成が未了の場合には、各種計画が作成され次第、本人の同意を得て支援関係者にその内容を共有する。

### （12）その他の留意点

会議には本人の参加が原則であるが、参加にあたっては、本人が自らの希望や意見を十分に伝えられる環境設定が重要である。このため、会議には、本人と信頼関係が構築されている支援関係者が参加していることが重要であり、入院先病院の主治医、退院後生活環境相談担当者等や自治体職員等は、入院早期から本人との信頼関係構築に努めることが重要である。

### 【本県の運用にあたっての留意点(会議の開催)】 P12-13

#### ○退院後支援計画の作成にあたっての会議の開催

**厚** 帰住先厚生センターは、入院先病院にて会議を開催する。

**厚 病** 帰住先厚生センターは、会議の開催時期について、病院とも十分相談のうえ、決定する。

**厚 病** 会議の実施主体は帰住先厚生センターとなるが、開催にあたっての各種調整（日程調整、出席依頼等）は病院と分担して行う。

**病** 退院後支援のニーズに関するアセスメント（様式4）結果には慎重に扱うべき個人情報が含まれていることを考慮し、原則として、退院後支援のニーズに関する総合アセスメント（様式9）を活用する。入院先病院は（様式9）を会議前に作成する。

**病** 病院の退院後生活環境相談担当者等は、本人の退院後の生活を想定して、自治体と協力し、入院中から通院先医療機関、行政関係者、地域援助事業者等による支援体制を形成していくための調整を行う。  
また、帰住先厚生センターが開催する会議への参加、院内の関係者への連絡調整を行う。

**厚** 措置入院から医療保護入院など、入院形態を変えて入院を継続する場合は、措置解除までではなく、退院までに会議を開催する。例えば、措置入院から医療保護入院になった場合は、医療保護入院から退院する際に会議を開催する。

**地** 本人が入院をする前から関わっていた事業者は、原則として会議に参加し、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果について意見を述べるとともに、計画の作成に関与することが望ましい。

#### ○会議での協議内容

**厚** 帰住先厚生センターは、退院後支援に関する計画（様式7、8）の（案）を会議で共有し、内容について協議する。その他、治療経過、入院に至った経緯の振り返り、退院後支援のニーズに関するアセスメント（様式9）結果の共有、今後の治療計画等について協議する。

**厚** 入院先病院の退院後支援計画に関する意見（様式5の内容を含む）と帰住先厚生センターが作成した計画の内容（様式7、8）の（案）に違いが出た場合には、支援関係者等が参加する会議等で協議・調整を行う。

**厚** 計画の作成にあたっては、計画の作成時に、相談支援事業者が作成するサービス等利用計画等、障害者総合支援法や介護保険法に基づく各種計画が既に作成されている場合には、計画にその内容を反映し、整合性を図る。また、医療継続できなかつた場合や症状悪化時の対応等を含めて退院後支援計画を作成する。

**地** 地域援助事業者は、相談支援事業者が作成するサービス等利用計画等、障害者総合支援法や介護保険法に基づく各種計画が既に作成されている場合には、計画にその内容を反映し、整合性を図る。

**地** 計画の作成時に他の各種計画の作成が未了の場合には、計画にはその時点で予定されているサービス内容等を記載しておき、各種計画が作成され次第、本人の同意を得て支援関係者にその内容を共有する。

**【本県の運用にあたっての留意点(会議の開催)】 P13**

○会議の参加者

厚 病 地 会議は本人の参加を原則とする。その他、家族、主治医、退院後生活環境相談員、入院前に関わっていた支援者、地域援助事業者、帰住先市町村 等

厚 病 帰住先厚生センターは入院先病院と参加者や出席依頼の役割分担について相談し、本人の退院後支援に必要な関係機関に参加を呼びかける。

厚 出席依頼文が必要な場合には、帰住先厚生センターが依頼文を作成する。

厚 会議の参加者への謝金・旅費は支払わない。

○会議で知り得た情報の管理、会議記録の取扱い

厚 帰住先厚生センターは、会議に出席する支援関係者に対し、正当な理由なく会議の事務に関して知り得た情報（計画の内容、支援の実施状況、本人の病状等）を漏らさないこと等、知り得た情報の適正な取扱いについて、会議の開催案内時等にあらかじめ説明し、各支援関係者から当該取扱いを遵守することについて、書面にて同意を得る（様式 10）。

厚 帰住先厚生センターは、会議開催にあたり本人に対して、情報の適正な取扱いについて支援関係者に説明し同意を得ていることを説明する。

厚 会議記録は帰住先厚生センターにおいて、5年間保存する。

### 11 計画の交付及び支援関係者への通知

計画を決定したときは、作成主体の自治体は、速やかに、本人に対して計画を交付する。この際、本人及び家族その他の支援者に対して、計画の内容等について再度丁寧に説明する。その際、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あわせて説明することが適当である。

これらの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、電話にて説明することとしても差し支えない。

交付した計画について本人又は家族その他の支援者が見直しを求めた場合や、計画に基づく支援への同意を本人が撤回した場合の対応については、Ⅲの4及び7で後述する。

また、作成主体の自治体は、計画内容の協議を行った支援関係者に対し、作成した計画の内容を通知する。なお、本人又は家族その他の支援者の求めに応じて本人に交付した計画の見直しを検討する場合や計画に基づく支援への同意を本人が撤回した場合については、その旨を速やかに支援関係者に伝えておくことが適当である。

#### 【本県の運用にあたっての留意点(関係者への通知)】 P14

厚 帰住先厚生センターは、所長、支所長決裁により退院後支援計画（様式7、8）を決定し、本人に交付する。

厚 帰住先厚生センターは、計画の内容について、会議での協議により修正した点なども含めて本人に説明し計画を手渡す。その際には、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も説明する。

厚 計画は本人に交付するとともに、主治医（病院）、計画作成の会議に出席した家族、退院後支援計画（様式7、8）に記載した支援担当機関等に送付する。

厚 帰住先厚生センターは、健康課に決定した計画（様式7、8）の写しを送付する。

Ⅲ 計画に基づく退院後支援の実施

1 帰住先保健所設置自治体の役割

支援対象者が地域に退院した後は、帰住先保健所設置自治体が、計画に基づき、本人及び家族その他の支援者に対して、電話、訪問、来所による相談等の相談支援を行う。

また、計画に基づく支援全体が適切に行われるよう、医療等の支援の実施状況を確認し、障害者総合支援法及び介護保険法に基づく支援計画等も勘案して支援関係者と支援の実施に係る連絡調整を行うことにより、支援全体の調整主体としての役割を担う。

退院後支援の実施状況の把握や課題解決に向けた協議を行うため、帰住先保健所設置自治体は、必要に応じて会議を開催し、本人の状況に応じた適切な支援が実施できるよう調整を行う。

この役割を担う帰住先保健所設置自治体の具体的な機関としては、計画作成の場合と同様、法第 47 条に基づく相談支援業務を実施している保健所等の機関が想定される。また、都道府県等の精神保健福祉センターは、保健所等に対し、退院後支援に関する積極的な技術的指導・援助を行うことが望ましい。

2 各支援関係者の役割

(1) 帰住先保健所設置自治体への協力

支援関係者は、計画に沿った支援を提供するよう努める。

また、会議の事務局である帰住先保健所設置自治体から、支援対象者の計画の作成や実施に係る連絡調整のために必要な範囲で、計画の作成又は見直しに関する情報提供、会議への参加、支援の実施状況の確認等の協力を求められた場合には、これに協力するよう努めることが望ましい。

なお、市町村は必要に応じて、本人及び家族その他の支援者に対する福祉に関する相談等を実施し、又は精神保健に関する相談等を実施するよう努めなければならない（法第 47 条第 3 項及び第 4 項）とされており、本人の支援ニーズに応じ、支援関係者として、退院後支援に必要な協力を行うことが適当である。

#### (2) 計画に基づく支援の実施に関する留意点

計画に基づく支援の実施にあたり、障害福祉サービスや介護サービスの利用を含む包括的な支援を提供する必要がある場合は、帰住先保健所設置自治体、医療機関、地域援助事業者、市町村の担当部署等、多機関間の調整が必要となる。

この場合、帰住先保健所設置自治体が調整主体となるが、本人の医療ニーズが高い場合には、通院先医療機関に、調整主体の自治体及び各支援関係者との連絡調整を円滑に行うための精神保健福祉士等の担当者が配置されていることが望ましい。当該担当者は、本人の意向や支援ニーズ等を十分に理解した上で連絡調整を行うことが重要であり、本人との面談や実際の支援の提供を通じて、本人との信頼関係の構築に努めることが必要である。

地域援助事業者は、本人の身近で生活を見守る立場にあり本人が希望する地域生活を営むことができるよう、本人の意思決定を支援し、本人の意向や生活状況等を他の支援関係者と共有するよう努めることが必要である。

#### 3 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合又は病状が悪化した場合の対応

退院後支援を行うに当たって、支援対象者が必要な医療等の支援の利用を継続しなかった場合や、精神症状の悪化がみられた場合には、帰住先保健所設置自治体は、計画にあらかじめ記載した対処方針に基づき、通院先医療機関や地域援助事業所等の支援関係者と連携、協力して対応する。その際には、本人が事前に希望している内容に十分配慮する。

通院が継続されない可能性が高い場合においては、通院先医療機関は、精神科訪問看護・指導や、訪問診療、多職種アウトリーチの実施、家族その他の支援者との連絡等により、通院中断を予防する取組を積極的に行うことが望ましい。障害者総合支援法に基づく地域定着支援や自立生活援助の活用、自立訓練（生活訓練）事業所からの訪問も推奨される。また、本人が必要な通院を継続しなかった場合には、市町村からも必要に応じて受診勧奨等を行うことが望ましい。

#### 4 計画の見直し

帰住先保健所設置自治体は、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又は計画に基づく支援を実施する中で本人の状況に応じて支援内容等を見直す必要があると考えられた場合には、速やかに、計画の見直しについて、その必要性も含めて検討を行う。

支援関係者は、支援計画の見直しの必要性を認識した場合には、速やかに、帰住先保健所設置自治体と情報共有を行う。

計画の見直しに当たっては、以下のいずれかに該当する場合には会議を開催することが適当である。

- ・ 計画に基づく支援期間を延長する場合
- ・ 見直し内容が複数の支援関係者に関係しており、協議が必要と認められる場合

計画の見直しに当たって会議を開催しない場合には、本人及び家族その他の支援者並びに見直し内容に関する支援関係者と個別に調整を行って見直しを行う。見直し後の計画は本人に交付するとともに、支援関係者に通知する。

#### 5 本人が居住地を移した場合の対応

##### (1) 概要

計画に基づく支援期間中に本人が居住地を移した場合には、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進等のために、新しい環境においても、本人が必要な医療等の支援を継続的に受けられるようにすることが重要である。このため、移転元の保健所設置自治体（以下「移転元自治体」という。）は、本人が支援期間中にその居住地を移したことを把握した場合には、本人の同意を得て、移転先の保健所設置自治体（以下「移転先自治体」という。）に対して計画の内容等を通知することが適当である。また、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十分踏まえて、計画を作成することが適当である。

なお、「居住地」とは本人の生活の本拠が置かれている場所であり、本人が住民票を移していない場合においても、本人の生活の本拠が置かれている場所が移転した場合には、居住地を移したものとして取り扱う。

#### (2) 移転元自治体の対応

移転元自治体は、本人に対して、計画の交付の際等に、居住地を移す場合の取扱いについてあらかじめ説明し、居住地を移す予定が決まった場合には、事前に移転元自治体の担当者に連絡するよう依頼しておき、本人が居住地を移したことを把握した場合には、移転先自治体への通知を行う旨と通知内容等について本人に丁寧に説明し、本人の同意を得た上で、退院後支援に関する計画の内容、新居住地の住所、転居後の医療等の支援の必要性、これまでの支援の実施状況等について移転先自治体に通知することが適当である（様式12）。

本人が居住地を移した後、速やかに計画に基づく支援が開始できるよう、可能な場合には、居住地を移す予定が確定した段階で事前にこの通知を行うことが望ましい。また、このような対応に関して本人の理解と納得が得られるよう、移転元自治体は、平素から本人との信頼関係の構築に努めることが重要である。

#### (3) 移転先自治体の対応

移転元自治体から通知を受けた移転先自治体は、速やかに、本人の同意を得て、その者の計画を作成することが適当である。

その際は、移転元自治体の作成した計画の内容を踏まえつつ、会議の開催等、措置入院からの退院時の計画作成と同様の手続を経て、本人及び家族その他の支援者の意見を十分踏まえて計画を作成する。本人への交付及び説明、支援関係者への通知も同様に行う。なお、移転先自治体の計画に基づく支援期間中に、再度本人が居住地を移した場合には、その移転先の保健所設置自治体に対して、本人の同意を得た上で、同様の通知を行うことが適当である。

移転先の保健所設置自治体が作成する計画の支援期間は、原則として、移転元の保健所設置自治体が作成した計画の支援期間の残存期間とする。

#### (4) 本人の退院後の居住地に関する病院から自治体への連絡

支援対象者の入院先病院は、支援対象者の退院後の居住地が入院前の居住地から変更になることを把握した場合は、速やかに作成主体の自治体に対して連絡を行うことが望ましい。また、住所不定の者の退院後の居住地に関しては、関係する自治体と協力して本人が居住地を確定するために必要な援助を行うことが望ましい。

#### 6 計画に基づく支援の終了及び延長

##### (1) 計画に基づく支援の終了及びその後の対応

計画に基づく支援期間が満了する場合は、原則として、計画に基づく支援を終了する。支援終了の決定は、帰住先保健所設置自治体が、本人及び家族その他の支援者、各支援関係者の意見を確認した上で行う。

この際、帰住先保健所設置自治体は、必要に応じた会議の開催、各支援関係者との個別協議等により、計画に基づく支援終了後の各支援関係者による対応や支援体制について確認しておくことが望ましい。

また、計画に基づく支援期間が経過する前であっても、本人の病状や支援ニーズ等から、本人が地域生活を送るに当たって計画に基づく支援を継続する必要性がないと認められる場合には、退院後支援の調整主体である自治体は計画を終了することが考えられる。なお、計画に基づく支援期間中に医療観察法の対象となった場合には、医療観察法における処遇を優先させ、計画に基づく支援を終了することが適当である。支援期間が満了する前に支援を終了する場合においても、本人及び家族その他の支援者、各支援関係者の意見を確認し、可能であれば、会議を開催した上で終了を決定することが望ましい。

支援の終了を決定した場合においては、帰住先保健所設置自治体は、本人及び家族その他の支援者、支援関係者にその旨を連絡する。なお、会議の場でこれらの者の合意が得られている場合は、改めて連絡を行う必要はない。

計画に基づく支援を終了した後も、保健所設置自治体は、法第47条に基づき必要に応じて一般的な相談支援を実施することが望ましい。

計画に基づく支援の終了後も、本人が包括的な支援を受ける必要性が高い場合には、多職種・多機関の連携による包括的支援が継続されることが適当である。この場合、通院先医療機関又は地域援助事業者が、他の支援関係者と支援の実施に係る連絡調整を行うなど調整主体の役割を引き継ぐことが望ましい。特に本人の医療ニーズが高い場合には、各支援関係者と連絡調整を円滑に行うための精神保健福祉士等の担当者が、通院先医療機関に配置されていることが望ましい。

##### (2) 計画に基づく支援期間の延長

本人の病状や生活環境の変化（例えば、支援を終了すると本人の病状が悪化して危機的状況に陥るおそれが高い場合等）によっては、例外的に支援期間の延長を行うことも考えられる。この場合には、当初の支援期間が満了する前に、会議を開催し、延長の必要性について検討を行い、本人及び家族その他の支援者に延長の必要性について丁寧に説明し、本人の同意を得た上で延長を行う。

ただし、この場合も、延長は原則1回とし、退院後1年以内には、計画に基づく支援を終了して本人が地域生活を送ることができるよう努めることが適当である。

【本県の運用にあたっての留意点(支援の終了及び延長)】 P15-16

○支援の実施

厚 帰住先厚生センターは、計画内容の見直し・変更が必要な場合には、必要に応じて会議を開催する。計画に基づく支援期間を延長する場合、見直し・変更する内容が複数の支援関係者に関係しており、協議が必要と認められる場合には、会議を開催することが適当。

厚 会議の出席者は、原則として、計画作成時の出席者と同様とする。入院先病院が通院先病院と異なる場合には、通院先病院が会議に参加する。

厚 計画を見直し・変更した際には、帰住先厚生センターから見直し・変更後の計画を本人に交付するとともに、支援関係者等に通知する。

※軽微な見直し・変更であれば、会議を開催せずに口頭のみで本人、家族及び通院先病院、地域援助事業者等と個別に協議のうえ、計画を見直し・変更し、計画の変更点を伝えることも考えられる。

厚 症状悪化時には、帰住先厚生センターは、計画書において定めた対処方針を踏まえて、通院先病院や地域援助事業者等とも相談、協力のうえ、対応を検討する。

○支援の終了と延長の判断

厚 計画に基づき支援を実施し、会議で設定した支援期間の満了をもって、当該計画に基づく支援を原則終了する。

厚 帰住先厚生センターは、当初の支援期間が満了する前に、会議を開催する。

〈協議事項〉

計画に基づく支援の終了又は延長(原則、終了)、支援を終了する場合はその後の各支援関係者による対応や支援体制の確認、延長する場合は延長期間や評価の変更内容 等

厚 病 地 会議は、帰住先厚生センター、通院先病院等で実施する。会議の出席者は、原則として、計画作成時の出席者と同様とする。入院先病院が通院先病院と異なる場合には、通院先病院が会議に参加する。

厚 帰住先厚生センターは会議において、本人、出席者等と相談のうえ、その意見等を参考として、別途、帰住先厚生センターにて協議し、個別に計画に基づく支援の終了又は延長を判断する。

厚 会議の記録は、帰住先厚生センターにおいて5年間保存する。

※帰住先厚生センターは、終了または延長の協議を行う会議の開催前に、病院と実務的に連絡調整し、延長の必要性について、主治医等支援関係者の意見など計画の見直しの検討に必要な情報を確認しておくことが望ましい。

【本県の運用にあたっての留意点(支援の終了及び延長)】 P16-17

○終了の場合

厚 帰住先厚生センターは、支援終了の際の連絡を文書又は口頭にて、本人、家族及び支援関係者等に伝える。

厚 支援終了後は、必要に応じて、法第 47 条による一般的な相談支援等を実施する。

○延長の場合

厚 延長は原則 1 回とし、退院後 1 年以内には、計画に基づく支援を終了する。

厚 帰住先厚生センターは、計画に基づく支援を延長する場合には、書面にて本人の同意(様式 13)を得る。

厚 帰住先厚生センターは、計画(様式 7、8)の見直しを行い、計画内容の検討と支援期間の設定を行う。

厚 帰住先厚生センターは、延長した期間や内容を見直した計画(様式 7、8)を決定し、本人に見直し後の計画(様式 7、8)を交付する。

厚 見直した計画は本人に交付するとともに、主治医(通院先病院)、今回の会議に出席した家族、退院後支援計画(様式 7、8)に記載した支援担当機関等に送付する。

厚 帰住先厚生センターは、健康課に見直した計画(様式 7、8)の写しを送付する。

○転居する場合

厚 本人が転居する場合、本人の同意を得て(様式 11)、移転先(転居先)の厚生センター、県外保健所に退院後支援に関する情報を提供する(様式 12、11、7、8)。

厚 移転先の厚生センター、県外保健所に引き継ぐことに本人が同意しない場合は、原則支援は終了となるが、帰住先厚生センターは、本人または家族等の支援者に移転先の厚生センター、県外保健所の相談窓口を伝える。

○転入する場合

厚 すでに退院後支援計画が立てられているのであれば、その計画に沿って支援を行うことが望ましい。計画の内容について、支援関係機関が異なることが多いと想定されるため、見直しが必要な場合が多いと考えられる。帰住先厚生センターは、本人が転入する前に、転入前の厚生センター、県外保健所から本人に、転入後に計画の見直しを行なうことを説明してもらうことが望ましい。

厚 帰住先厚生センターは、本人に退院後支援計画が作成されており、転入する場合でも、本人の意思確認のため、本人からの同意を得る(様式 3)。

厚 帰住先厚生センターは、計画について、関係機関等との計画の共有や支援策の検討を行うための会議を行う。

厚 病 地 会議の出席者は、本人、家族、通院先病院、地域援助事業者、帰住先市町村、転入前に関わっていた支援者等

厚 計画期間は転入前の計画の残存期間とする。本人が退院してから原則 6 か月以内には終了する。延長の場合は、退院後 1 年以内には終了する。

### Ⅲ 計画に基づく退院後支援の実施

#### 7 本人が交付された計画に基づく支援への同意を撤回した場合の対応

計画の交付後に、本人から計画に基づく支援への同意を撤回する旨の意向が示された場合には、本人の意向を傾聴し、その真意を確認した上で、必要に応じて計画内容（担当機関、支援内容、計画に基づく支援期間等）を見直すなどの対応することが考えられる。また、本人の状態に応じて、計画に記載された医療等の支援が継続されなかった場合の対処方針や病状が悪化した場合の対処方針に沿った対応を行うことも考慮する。

十分な対応を行っても、計画に基づく支援に本人から同意を得られない場合には、計画に基づく支援の終了を決定する。

その場合も、保健所等の職員が本人や家族その他の支援者から求めがあった場合に相談に応じる等、法第47条に基づく相談支援の範囲内で必要な支援を行うことが望ましい。

#### 8 退院後支援の体制整備、実施状況の適切な把握

自治体は、自治体を中心となって退院後の医療等の支援を行うことが必要であると認められる者について、必要な支援を提供できるよう、精神保健福祉士等の専門職の配置や研修の実施を行うなど、必要な体制整備を進めることが望ましい。

退院後支援の実施状況に関しては、各保健所設置自治体において、計画の作成数（単独・共同作成の別）、計画に基づく支援期間及び転帰、会議の開催状況、職員1名あたりの担当者数等を把握し、適正な運用となるよう努めることが適当である。

#### 【本県の運用にあたっての留意点（退院後支援の体制整備、実施状況の適切な把握）】

##### P17

**健**当面は、当該マニュアルで定める方法で運用のうえ、実施状況を踏まえ、適切に運用されるよう必要な体制整備に努める。

**厚**厚生センターは、退院後支援の実施状況を把握し、健康課から報告を求められた場合は、随時、健康課に提供する。