

## 精神障がいのある人の退院後支援に関する福岡県事務処理要領

はじめに .....	3
1. 退院後支援に関する計画作成対象者 .....	3
2. 作成主体等 .....	3
2-1. 作成主体 .....	3
2-2. 保健所・精神保健福祉センター .....	4
3. 計画作成についての本人同意 .....	4
4. 計画の作成 .....	4
4-1. 計画作成の時期 .....	4
4-2. 計画の内容 .....	4
4-3. 計画に基づく支援期間 .....	5
4-4. 計画内容に関するその他の留意事項 .....	6
5. 会議の開催 .....	6
5-1. 設置主体、事務局 .....	6
5-2. 参加者 .....	7
5-3. 開催時期 .....	8
5-4. 開催方法 .....	8
5-5. 開催場所 .....	9
5-6. 協議内容 .....	9
5-7. 情報の管理 .....	9
5-8. 会議の記録等の取扱い .....	9
5-9. その他の留意点 .....	10
6. 計画の交付 .....	10
7. 計画に基づく退院後支援の実施 .....	10
7-1. 保健所の役割 .....	10
7-2. 各支援関係者の役割 .....	11
7-3. 必要な医療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 .....	11
7-4. 計画の見直し .....	11
8. 支援対象者が居住地を移した場合の対応 .....	12
8-1. 移転元保健所の対応 .....	12
8-2. 移転先保健所の対応 .....	12
9. 計画に基づく支援の終了 .....	13
9-1. 計画に基づく支援の終了及びその後の対応 .....	13
9-2. 計画に基づく支援期間の延長 .....	13

1 0． 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.....	13
1 1． 入院先病院の役割 .....	14
1 1－1． 退院後生活環境相談担当者の選任.....	14
1 1－2． 退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施.....	15
1 1－3． 本人の退院後の居住地に関する自治体への連絡 .....	16
1 1－4． 計画に係る意見書等の自治体への提出 .....	16
1 1－5． 会議への参加.....	16
1 2． 地域援助事業者の役割 .....	17

## はじめに

入院をした精神障がいのある人は、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、就労支援等の支援を受けられる環境を整備することが重要である。

このたび、国において「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」が取りまとめられた。

この事務処理要領は、国のガイドラインを踏まえ、本県における精神障がいのある人の退院後の医療等の支援の標準的な手順を示すものである。

### 1. 退院後支援に関する計画作成対象者

原則、措置入院者（緊急措置入院を含む）のうち退院後支援に関する計画（以下、「計画」という。）に基づく支援を受けることに同意した者を保健所長の判断により計画作成の対象とする。

### 2. 作成主体等

#### 2-1. 作成主体

原則、支援対象者の退院後の居住地を管轄する保健所が計画作成主体となる。措置入院を行った保健所が居住地を管轄する保健所と異なる場合に、措置を行った保健所は必要に応じて作成に協力する。帰住先が不明の場合は、帰住先が確定するまでは措置を行った保健所が計画作成のために必要な準備を進める。

帰住先が指定都市となる場合には、措置入院決定通知書による連絡に加え、電話で詳しい内容を伝えるものとする。

#### ○計画作成主体の考え方

		措置		
		県	指定都市	県外
帰住先	県	帰住先保健所	帰住先保健所 (指定都市が協力)	帰住先保健所
	指定都市 大牟田市 久留米市	指定都市、大牟田市、久留米市 (措置保健所は協力)	指定都市、大牟田市、久留米市 (指定都市が協力)	指定都市、大牟田市、久留米市
	県外	帰住先保健所と協議 (措置保健所は協力)	帰住先保健所と協議	

## 2-2. 保健所・精神保健福祉センター

- ・保健福祉（環境）事務所、大牟田市保健所、久留米市保健所
  - ・・・措置を行った場合は退院後支援に係る病院への説明（様式8）、対象者の帰住先を所管する場合は計画作成及び退院後の支援の実施。
- ・精神保健福祉センター・・・保健所が行う計画作成及び退院後支援に関する技術的指導・援助。

## 3. 計画作成についての本人同意

症状が一定程度落ち着いた段階で、計画作成すること、退院後は計画に基づいて関係者から支援を受けることについて、計画作成保健所と病院が連携し本人に説明を行い（様式9）、口頭で同意を得た旨を保健所が記録に残しておく。計画作成につい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、計画の作成は行うことができないため、法第47条に基づく相談支援を行うこととなる。

## 4. 計画の作成

### 4-1. 計画作成の時期

計画作成保健所は、原則として支援対象者（以下、「本人」という。）の自宅等地域に移行する前の入院中（医療保護や任意入院も含む）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、退院後速やかに作成するものとする。

なお、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がい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ため、十分留意すること。

### 4-2. 計画の内容

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とする（様式1、2）。

7. 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. 【入院継続する者を対象とする場合のみ】 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・障がい福祉サービス・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、障がい福祉サービス、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. 病状が悪化した場合の対処方針（様式2）

「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」について、例えば本人が通院先の外来を受診しなかった場合は、次のような対応の例が考えられる。

- ・ 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
- ・ 通院先医療機関又は連絡を受けた保健所が家族その他の支援者や関係機関に照会を行う等

また、「ソ. 病状が悪化した場合の対処方針」については、医療機関において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し、会議で協議したうえで決定する。

なお、様式2に代えて処遇プラン（精神障害者地域定着推進事業（処遇プラン）事例集を参照）を活用することもできる。

#### 4-3. 計画に基づく支援期間

保健所が中心となっていく計画に基づく支援期間は、退院後6ヶ月以内を基本とする。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。

#### 4-4. 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できる。

入院前から障がい福祉サービスを受けている場合や、入院後に障がい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。計画の作成時に障がい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、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参考とすることができる。

## 5. 会議の開催

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。

### 5-1. 設置主体、事務局

会議の設置主体は、計画作成保健所を原則とする。計画作成保健所と措置入院を決定した保健所が異なる場合は、措置を行った保健所は支援関係者として参加することができる。ただし、帰住先保健所が遠方であって、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、措置を行った保健所が設置主体となり、帰住先保健所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。

## 5-2. 参加者

### ①本人及び家族その他の支援者の参加

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（※1）と参加の意義（※2）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、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、計画作成保健所は、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。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、計画作成保健所は、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よう努める。

※1 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

※2 計画作成にあたっては、本人及び家族その他の支援者の意向を十分に踏まえたうえで作成する必要があること

### 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、ア（計画作成保健所）とウ（入院先病院）については必須参加者とし、その他の者の参加については、設置主体の保健所が、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。

7. 計画作成保健所【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。）【障がい福祉担当課、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がい福祉サービス、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、原則として、警察は参加しない。例外的に参加する場合、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必要がある。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。

### 5-3. 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3、4）及び退院後支援のニーズに関するアセスメント（様式5）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。

また、医療保護入院に移行した者に対して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性が生じた場合には、退院支援委員会は適切な時期に開催することが適当である。

### 5-4. 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等には、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。



#### 5-5. 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。

#### 5-6. 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3、4）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5）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6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とする。

- ・ 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

#### 5-7. 情報の管理

設置主体の保健所は、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（様式10）。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。

#### 5-8. 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の保存期間については、計画に基づく支援終了後5年とする。

各支援関係者、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。

#### 5-9. 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。

### 6. 計画の交付

計画を決定したときは、計画作成保健所は、速やかに、本人に対して計画を交付し、本人同意の署名をもらう（様式1、2）。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し、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、郵送等により交付し、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は「10. 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」を参照すること。

また、計画作成保健所は、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る。

### 7. 計画に基づく退院後支援の実施

#### 7-1. 保健所の役割

本人が地域に退院した後は、帰住先を所管する保健所が、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、帰住先を所管する保健所は、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。

精神保健福祉センターは、保健所の行う退院後支援に関して技術的指導・援助を行う。

## 7-2. 各支援関係者の役割

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、計画作成保健所から、本人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。

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。

## 7-3. 必要な医療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、本人が必要な医療等の支援の利用を継続しなかった場合や、精神症状の悪化が見られた場合には、帰住先保健所は、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者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、通院先の医療機関は、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。

## 7-4. 計画の見直し

帰住先保健所は、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の見直しを考えた場合には、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、帰住先保健所に連絡し、情報共有を行う。

また、以下のいずれかに該当する場合等、計画の見直しについて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係する支援関係者と必要に応じて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。

## 8. 支援対象者が居住地を移した場合の対応

移転元の保健所は、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、移転先の保健所に対して計画の内容等を通知する。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。

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。

### 8-1. 移転元保健所の対応

移転元保健所は、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、事前に移転元保健所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、移転先保健所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保健所に通知する（様式7）。

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よう努める。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、移転元保健所は、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。

### 8-2. 移転先保健所の対応

移転元保健所から通知を受けた移転先保健所は、原則として速やかに、本人の同意を得て、その者の計画を作成する。

その際は、移転元保健所の作成した計画の内容を踏まえつつ、必要に応じて、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、移転先保健所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に対して、本人の同意を得た上で、同様の通知を行う。

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

## 9. 計画に基づく支援の終了

### 9-1. 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。この際、帰住先保健所は、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するよう努める。

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、退院後支援を行う保健所は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、計画を終了することができる。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。

支援の終了を決定した場合、帰住先保健所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、帰住先保健所は、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。

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く、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。

### 9-2. 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（様式1）。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。

## 10. 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。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し、支援関係者に連絡する。

この場合保健所は、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、必要に応じて法第47条に基づく相談支援の範囲内で支援を行う。

## 1 1. 入院先病院の役割

入院先の病院は、計画作成主体の保健所に協力し、次の対応を行うことが望ましい。

### 1 1 - 1. 退院後生活環境相談担当者の選任

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ため、措置入院先の病院管理者は、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（退院後生活環境相談担当者）を選任する。

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り組み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がいのある人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、次に示す業務を行うことが望ましい。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、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。

#### <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、退院後の障がい福祉サービス、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き、本人のニーズに応じた退院後支援の検討ができそうな段階で計画作成保健所に連絡する。計画作成保健所と連携して、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、退院後の支援について検討を行う旨の説明を行い、計画作成について本人の同意を得る（様式9）。
- ・保健所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、計画作成保健所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、計画作成保健所と協力し、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。
- ・開催する会議への参加や院内の関係者への連絡調整、会議開催場所の確保など必要に応じて保健所の支援を行う。

#### 〈退院調整に関する業務〉

- ・退院に向け、保健所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、医療保護入院者が本人となる場合には、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。

#### 11-2. 退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、入院中の精神障がいのある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。

本人の入院先病院は、本人のニーズに応じた退院後支援が実施できるよう、本人について、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5、評価マニュアル参照。）

#### 1 1 - 3. 本人の退院後の居住地に関する自治体への連絡

本人の入院先病院は、本人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、速やかに計画作成保健所に対して連絡を行う。また、住所不定の者の退院後の居住地に関しては、関係する保健所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。

#### 1 1 - 4. 計画に係る意見書等の自治体への提出

本人の入院先病院は、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、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3、4）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、計画作成保健所に提出する。

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計画作成保健所に情報提供する。

#### 1 1 - 5. 会議への参加

本人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。会議に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、精神保健福祉士、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。

## 12. 地域援助事業者の役割

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、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。