

措置入院者の退院後支援に関する  
運用マニュアル

令和2年4月

北海道保健福祉部福祉局障がい者保健福祉課

## 目次

第 1	道による措置入院者の退院後支援	1
第 2	退院後支援の全体的な流れ	1
第 3	支援対象者	1
第 4	退院後支援の主体保健所について	1
	(1)基本事項	1
	(2)措置入院を行った道立保健所と帰住先保健所が異なる場合	1
	(3)居住地が不明、入院前の居住地に戻らない可能性が高い等の場合	1
第 5	退院後支援における入院先病院の役割について	1
第 6	措置入院中（措置入院決定後）	2
第 7	措置入院中（症状が一定程度落ち着き、措置入院者から計画同意等の確認をとる 時点）	3
第 8	退院後支援の同意を得られなかった場合	3
第 9	退院後支援の同意を得られた場合	3
第 10	会議	6
	(1)出席者	7
	(2)計画作成会議の開催調整	7
	(3)会議の開催	7
	(4)協議内容	7
	(5)措置解除後に医療保護入院となる場合	7
	(6)その他会議に関すること	8
第 11	計画の交付及び支援関係者への通知	8
第 12	計画作成等の時期に係る例外的な取扱い	8
第 13	計画に基づく退院後支援の実施	8
	(1)支援関係者が実施すること	9
	(2)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	9
第 14	計画の見直し、同意撤回時について	9
	(1)計画の見直し	9
	(2)支援対象者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	10
	(3)支援対象者が居住地を移した場合の対応	10
第 15	計画に基づく支援の終了及び延長等	11
	(1)計画に基づく支援の終了	11
	(2)計画に基づく支援期間の延長	11
	(3)計画期間満了後の各支援関係者の支援等について	12

## 参考

表 1	退院後支援のフロー図
表 2	保健所一覧
様式 1	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 1-2	移転先自治体（保健所や市町村等）に情報提供することの同意書
様式 1-3	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撤回書
様式 1-4	延長して退院後支援を受けることの同意書
様式 2-1	退院後支援計画書
様式 2-2	退院後支援のニーズに関するアセスメント
様式 2-3	退院後支援計画に係る意見書
様式 2-4	病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）
様式 2-5	退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

様式 3-1	退院後支援計画の会議開催について（通知）
様式 3-2	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
様式 3-3	退院後支援計画の決定について（通知）
様式 4-1	精神保健関係情報の連絡について
様式 4-2	退院後支援に関する情報提供書
様式 5	退院後支援計画作成・モニタリング・支援終了のための会議記録
様式 6	措置入院者退院後支援台帳
別紙 1	精神科病院に措置入院している方の退院後支援
別紙 2	退院後支援の流れ

○このマニュアルの中で標記されている用語は、次のとおりである。

「計画」:

支援関係者等が退院後支援を実施するため、支援対象者の支援ニーズを的確に把握し、支援対象者及び家族その他の支援者の意向を十分に踏まえて、支援対象者の同意を得た上で必要な医療等の支援内容を記載した計画のこと。

「帰住先保健所」:

支援対象者の退院後の居住地を所管する保健所。

なお、札幌市は、札幌市保健福祉局障がい保健福祉部障がい福祉課、函館市は、函館市保健福祉部障がい保健福祉課が窓口となる。

「計画作成保健所」:

①退院後支援計画の作成や退院後支援の中心を担う保健所。

②支援対象者の帰住先保健所と措置入院を行った道立保健所が異なるなど2つ以上の保健所が関与する場合、計画の作成やそのための会議の開催にあたって中心的な役割を果たす保健所のこと。道では基本的に、「帰住先保健所」が主体となる。

「支援対象者」:

道では、当面の間、措置入院（緊急措置入院も含む）となった者のうち、措置入院中に計画に基づく支援を受けることに同意した者。

「支援関係者」:

退院後に医療、福祉、介護、就労支援等の支援を行う関係者

「支援援助事業者」:

障害福祉サービスでは相談支援専門員、介護サービスでは介護支援専門員を配置している一般相談支援事業者や居宅介護支援事業者等のこと。

「退院後生活環境相談担当者」:

措置入院者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ように、その相談支援を担う者。

主な業務として、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し、支援対象者の治療と生活支援の両面からの支援を、支援対象者を主体とした権利擁護の視点に立って考える。

当該病院の精神保健福祉士が最も適任であるが、保健師、看護師、准看護師、作業療法士及び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、差し支えない。

「会議」:

支援対象者及び家族その他の支援者~~が~~と退院後の医療等に携わる支援関係者等が出席し、計画の内容を協議し、決定する会議。

「症状が一定程度落ち着いた段階」:

症状が一定程度落ち着き、退院後支援についての判断能力を有している、と医師が判断した段階。

## 第1 道による措置入院者の退院後支援

本マニュアルでは、措置入院となった精神障がい者のうち、退院後に医療、福祉、介護、就労支援等の支援（以下「医療等の支援」という。）を行う必要があると認められる者について、入院中から入院先病院と協力しながら、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（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行う退院後支援に係る道における標準的な手続と運用を示す。

## 第2 退院後支援の全体的な流れ

措置入院から退院、退院後支援までの一連の流れについては、「退院後支援のフロー図」（表1）のとおりである。

## 第3 支援対象者

道では、当面の間、措置入院（緊急措置入院も含む）となった者（以下「措置入院者」という。）のうち、措置入院中に計画に基づく支援を受けることに同意した者（以下「支援対象者」という。）を対象とする。

また、帰住先が札幌市以外の道内市町村であれば、道以外の自治体が措置した者についても、支援対象者とする。

## 第4 退院後支援の主体保健所について

### (1) 基本事項

措置入院を行った道立保健所は、次の(2)及び(3)を除き、「計画作成保健所」として退院後支援業務に従事すること。

### (2) 措置入院を行った道立保健所と帰住先保健所が異なる場合

措置入院を行った道立保健所は、措置入院者の居住地が当該保健所の管轄外と判明した場合、「帰住先保健所」が「計画作成保健所」として退院後支援業務を行うことになるので、速やかに帰住先保健所に口頭などで連絡をすること。

その後、措置入院を行った道立保健所は、帰住先保健所と入院先病院とが情報共有する場に立ち会うなどして、住所が判明するまでの措置入院者の状況や経過、入院先病院とのやりとりを伝達し、帰住先保健所のため情報提供や支援協力を行うこと。

なお、帰住先保健所が判明後も、入院先病院から著しく遠方など計画作成保健所として困難となる理由がある場合には、互いの保健所間の協議によって、措置入院を行った道立保健所が計画作成保健所となることも差し支えない。

### (3) 居住地が不明、入院前の居住地に戻らない可能性が高い等の場合

措置入院を行った道立保健所が「計画作成保健所」となり、退院後支援業務を行うこと。措置入院者の居住地が当該保健所の管轄外と判明した時点から、(2)と同様に、「帰住先保健所」に連絡をし、引き継ぐこと。

また、措置入院者が入院前の居住地に戻らず新たな居住地に退院する場合には、「措置入院を行った道立保健所」、「本来の帰住先保健所」及び「新たな居住地保健所」で協議を行った上で、「新たな居住地保健所」が「計画作成保健所」となって退院後支援業務を引き継ぐこと。

ただし、「新たな居住地保健所」が、入院先病院から著しく遠方など計画作成保健所として困難となる理由がある場合には、各保健所間で協議することによって、いずれかの保健所が「計画作成保健所」となることも差し支えない。

## 第5 退院後支援における入院先病院の役割について

措置入院中から退院後支援における入院先病院の役割については、退院後生活環境相談担当者を選任し、措置入院者、保健所及び関係機関等との連絡調整をとること。

なお、退院後生活環境相談担当者の主な業務は次のとおりである。これらの責務や役割を果たすため、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。

### 〈入院時の業務〉

- ・措置入院者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を行う。
- ・入院時における入院診療計画の立案に参画し、適宜措置入院者及び家族その他の支援者へ説明を行う。

### 〈計画に関する業務〉

- ・症状が一定程度落ち着いた段階で、支援対象者に、入院中から、支援対象者及び家族その他の支援者とともに、自治体等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。
- ・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、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。
- ・入院後早期から支援対象者との信頼関係の構築に努め、計画に関して支援対象者が意見を表明できるよう支援する。
- ・支援対象者の退院後の生活を想定して、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。
- ・保健所が開催する会議への出席、院内の関係者への連絡調整を行う。

### 〈退院に向けた相談支援業務〉

- ・支援対象者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係る情報を積極的に把握する。
- ・支援対象者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あたっては、主治医の指導を受けるとともに、支援対象者の治療に関わる者との連携を図る。
- ・支援対象者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。

### 〈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、支援対象者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。

## 第6 措置入院中（措置入院決定後）

おおむね、措置入院直後から症状が落ち着くまでの時点に行うことを記載する。

### ○計画作成保健所

- ・速やかに入院先病院に、「退院後支援のフロー図」（表1）を渡して、退院後支援計画の作成に向けた手続きの説明のほか、互いの担当者の確認、症状が落ち着いた時点、措置入院者の同意確認ができる時点までに行うことについて、情報共有を行うこと。
- ・措置入院者に関する家族関係や生活状況などの基本情報を収集すること。

## ○入院先病院

### ①退院後生活環境相談担当者の選任

入院先病院の管理者は、退院後生活環境相談担当者を選任する。

### ②当該時点での退院後生活環境相談担当者の主な業務

- ・ 措置入院者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、退院後の支援などその役割や内容について説明すること。
- ・ 入院後早期から措置入院者との信頼関係の構築に努め、計画に関して措置入院者が意見を表明できるよう支援すること。
- ・ 入院時における入院診療計画の立案に参画し、適宜、措置入院者及び家族その他の支援者へ説明をすること。

### ③計画作成保健所との情報共有

措置入院者を受け入れたあと、計画作成保健所との情報共有を行うこと。また、措置入院者の帰住先が不明な場合には、関係する自治体と協力して措置入院者の居住地を確定するために必要な援助を行うほか、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には、速やかに計画作成保健所に情報提供を行うこと。

## 第7 措置入院中（症状が一定程度落ち着き、措置入院者から計画同意等の確認をとる時点）

計画作成保健所は、措置入院者から計画に係る同意の確認をとる。初回説明で同意が得られなかった場合、措置入院中であれば、同意を得る説明を、繰り返し行うことができる。

なお、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措置入院者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、法律上認められていない。

## ○計画作成保健所

措置入院を行った道立保健所及び入院先病院と協力して、措置入院者に対し、

- ・ 計画の目的、計画に基づく支援の必要性、計画作成は計画作成保健所が行うこと
- ・ 退院後は退院後支援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
- ・ 計画の作成や実施に必要な支援対象者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

などについて「精神科病院に措置入院している方の退院後支援」（別紙1）や「退院後支援の流れ」（別紙2）、「退院後支援のフロー図」（表1）などを活用して丁寧に説明する。

## ○入院先病院

計画作成保健所と協力して、措置入院者から計画への同意を得られるよう支援する。

## 第8 退院後支援の同意を得られなかった場合

措置入院者から退院後支援の同意を得られない場合には、計画作成は行わない。

措置入院者や家族その他の支援者に対して、帰住先保健所が相談に応じることができる旨を伝えるなど、法第47条による相談指導についての説明を行い、通常業務による支援を必要に応じ行うこと。

## ○計画作成保健所

- ・ 退院後支援の必要性を説明の上、措置入院者からの同意が得られない場合には、計画作成は行わず、措置入院者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支援等について相談に応じることができる旨を伝えるなど、法第47条による相談指導についての説明を行うこと。
- ・ 入院先病院に対して、退院後支援を受けられなくなることが社会的孤立、問題行動の再発等のリスクが高くなることから、医療提供体制の継続が必要であることを共有したり、病院から退院となる際には保健所や市町村等の関係機関への連絡をするよう働きかけをする。
- ・ 複数回の措置歴のある者、医療の必要性が高いながら医療中断を繰り返す者、家族生活環

境に問題がある者など、措置入院者の生活状況や病状等によって社会的孤立、問題行動の再発等のリスクが高い者に対しては、家族その他支援者及び支援関係者等で今後の対応について検討する。

## 第9 退院後支援の同意を得られた場合

措置入院者から同意を得られた場合には、計画作成保健所は計画面作成等を行う。

また、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及び計画に係る意見書等を作成し、計画作成保健所に提出する。

### ○計画作成保健所

#### ①措置入院者等からの同意書の確認

措置入院者から計画への同意があった場合については、「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1）の提出か、書面提出が困難な場合には、支援対象者及び入院先病院の確認の下、同意を得たことについて様式1に記載すること。

なお、措置入院者が未成年の場合には、原則として、親権者から同意をとって、様式1内の保護者署名欄に記載することとなるが、家庭状況等によっては、措置入院者からの同意のみでも差し支えない。

#### ②計画書の作成

##### ア 計画書案の作成

入院先病院が提出した「計画に係る意見書」（様式2-3）などを参考に、措置入院者の支援ニーズに応じた内容、市町村や医療機関など関係機関から情報収集を行い、「退院後支援計画書」（様式2-1）を作成する。

計画作成にあたって、入院前から障害福祉サービスや介護保険サービスを受けている場合又は入院後に障害福祉サービスや介護保険サービスを利用する場合には、各法に基づく利用計画や個別支援計画があるため、計画の支援内容や担当機関等について、市町村と調整を図り、各計画の内容との整合性を図ること。

退院後支援計画（案）ができたあとには、支援対象者及び病院関係者と面談し、計画案の提示・修正を行うとともに、退院までのスケジュールの確認と、会議の参集範囲について検討する。

##### イ 計画に基づく支援期間

支援期間は、支援対象者の意向や病状、支援ニーズ等を踏まえて、病院からの退院後6か月以内として設定する。

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し、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よう努める。

ただし、支援対象者の病状や生活環境の変化（例えば、支援を終了すると支援対象者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、支援対象者の同意を得た上で、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支援対象者が地域生活を送ることができるよう努め、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説明しておくこと。

##### ウ 計画内容に関するその他の留意事項

計画の作成時に各法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、支援対象者の同意を得た上で、追加資料として支援関係者と共有すること。

計画作成の際には、地域で生活を行うために十分な内容とする観点から、精神科医や精神保健福祉センターなど、地域の社会資源等に係る知識を有する者の意見も参考とすること。

また、計画支援中に転居する場合には、「移転先自治体（保健所や市町村等）に情報提供することの同意書」（様式1-2）を支援対象者から提出してもらい、転居先の市町村に計

画に関する情報を提供する旨を説明する。書面提出が困難な場合には、支援対象者及び入院先病院の確認の下、同意を得たことについて様式1-2に記載すること。

なお、措置入院解除後に医療保護入院等を継続する場合には、入院先病院は当該計画を活用することから、入院先病院に情報提供を行うこと。

### ③支援対象者からの同意の撤回

支援対象者から計画への同意の撤回の申出があった場合、計画作成保健所は、支援対象者の意向を傾聴し、その真意を確認した上で、撤回の意思が変わらない際には、「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」（様式1-3）を措置入院者から提出してもらうか、書面提出が困難な場合には、支援対象者及び入院先病院の確認の下、撤回したことについて様式1-3に記載すること。

なお、支援対象者が未成年の場合には、原則として、保護者からも撤回表示をもらって、様式1内の保護者署名欄に記載することとなるが、家庭状況等によっては、支援対象者からの撤回のみでも差し支えない。

- ・ 入院先病院及び連絡済の支援関係者に対して、支援対象者からの申出により退院後支援をしない旨の通知を行うこと。
- ・ 今後は、支援対象者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たり、保健所や市町村においては、通常業務による支援を必要に応じ行う旨を説明すること。また、社会的孤立、問題行動の再発等のリスクが高い者に対しては、家族その他支援者及び支援関係者等で今後の対応について検討する。

## ○入院先病院

### ①退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施

支援対象者が、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り、支援対象者のニーズに応じた退院後支援が実施できるよう、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。

評価の時期については、措置入院後おおむね1か月経過した頃とし、「退院後支援のニーズに関するアセスメント」（様式2-2）の各項目について、アセスメント実施時点における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）及び可能であれば帰住先保健所職員、地域援助事業者、家族その他の支援者による多面的な評価協議を経て、可能な範囲でアセスメントを行うこと（「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」の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参照）。

### ②計画に係る意見書等の作成

①のアセスメントの結果を踏まえ、「計画に係る意見書」（様式2-3）」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こと。

その際には、支援対象者及び家族その他の支援者の意向を確認し、意見書の作成に支援対象者及び家族その他の支援者が参画できるようにし、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あわせて計画作成保健所に情報提供し、入院中から関係者による支援体制を形成していくための調整を行うこと。

### ③病状が悪化した場合の対応方針の作成

病状が悪化したときでも可能な限り支援対象者の意向に沿った対応をするため、必要に応じ、「病状が悪化した場合の対処方針」（様式2-4）」を一緒に作成すること。

作成する際には、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、支援対象者に十分説明した上で、例えば、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支援対象者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を提案し、支援対象者との共同作業によりこの対応方針を作成し、作成後には計画作成保健所と情報共有すること。

なお、本対応方針については会議において協議後、計画の一部として決定する。

#### ④退院後支援のニーズに関する総合アセスメントの作成

退院後支援の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、①の内容を踏まえた「退院後支援のニーズに関する総合アセスメント」（様式2-5）を作成すること。

#### ⑤各作成資料について

①及び②の資料については、作成後速やかに計画作成保健所に提出すること。③の資料を作成した場合及び④の資料については、必要に応じ、計画作成保健所に情報提供すること。

なお、①から④の退院後支援に関係する資料については、支援対象者との信頼関係や家族等からの聞き取りが必要など、初期段階では全ての項目が記載されないことも想定されるので、時点によっては可能な限りでの記載も差し支えない。

その場合、計画作成保健所と適宜情報共有を図りながら、会議開催までには作成すること。

### 第10 会議

計画作成保健所は、原則として、支援対象者が入院中に、支援関係者等が出席する会議を開催し、計画の内容を協議する。会議の設置主体は、計画作成保健所であり、事務局となる。計画は支援対象者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、支援対象者及び家族その他の支援者の出席が原則となる。

#### (1)出席者

##### ①支援対象者及び家族その他の支援者

支援対象者及び支援対象者が希望する家族その他の支援者は、原則出席する。

計画作成保健所及び入院先病院は、事前に支援対象者及び家族その他の支援者に計画や会議の目的と出席の意義について丁寧に説明して、その出席を促すこと。

支援対象者又は家族その他の支援者が会議への出席を希望しない場合や、支援対象者の病状や家族その他の支援者の事情により、支援対象者又は家族その他の支援者の出席が困難な場合には、例外的にこれらの者が会議に出席しないことも可能である。

この場合、計画作成保健所は、支援対象者及び家族その他の支援者の意向を確認しておき、計画に反映させるための対応を行うこと。

なお、支援対象者が同席を望まない家族については、支援対象者の意向を尊重し、原則として出席しないこととなるが、支援対象者を支援する意思表示を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、計画作成保健所等は、当該家族の意向を確認する等の配慮を行うこと。

##### ②弁護士等の代理人の出席

支援対象者が、弁護士等を成年後見人や代理人として、会議に出席させることを希望する場合には、これらの者は会議に出席して差し支えない。

##### ③支援関係者

支援関係者については、次の関係者を基本とし、計画作成保健所が出席依頼をする（エからキまでの出席者については、過去に利用していた場合または今後利用予定がある場合）。

また、支援対象者から具体的に支援を希望する機関、支援を希望しない機関等についての具体的な意思表示があった場合には、その希望を尊重するように努めること。

とりわけ、支援対象者が自らの希望や意見を十分に伝えられるようにするため、支援対象者と信頼関係が構築されている支援関係者の出席は重要であるので、支援関係者は、入院早期から、支援対象者との信頼関係の構築に努めること。

ア 計画作成保健所職員（帰住先保健所、措置入院を行った道立保健所も含む）

イ 退院後住所を所管する市町村職員

ウ 入院先病院の主治医や退院後生活環境相談担当者等の関係職員

エ 通院先医療機関の関係職員

- オ 地域援助事業者、障害福祉サービス、介護サービス事業者の担当職員
- カ 訪問看護ステーションの担当職員
- キ NPO等の支援機関の担当者、民生委員等

#### ④警察の出席について

会議には、防犯の観点から警察が出席することは認めない。

例外として、支援対象者が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る者等であって、支援対象者が警察の出席を同意し、かつ、他の会議出席者が警察が出席することについて同意した場合には、警察は支援対象者の支援を目的として出席できる。

また、警察の出席に関する支援対象者等の意見の確認については、客観性を担保する観点から、書面等で行うこと。

#### ⑤会議出席者への謝金及び旅費等

事務局から会議出席者への謝金及び旅費等は支払わないこと。

### (2)計画作成会議の開催調整

#### ○計画作成保健所

計画の内容を協議する会議を開催するため、時期及び支援関係者を検討する。

時期については、入院先病院と協議しながら、原則として病院からの退院のおおむね1月前の開催となるように日程を設定するが、困難な場合は、退院後可能な限り早期に開催すること。

出席者については、支援対象者、家族その他の支援者の他、(1)③の支援対象者に関係する支援関係者、警察（同意のある場合）とし、「退院後支援計画に係る会議開催について」（様式3-1）により、各所属への出席依頼文を送付する。

### (3)会議の開催

会議の開催場所については、支援対象者出席の観点から、原則として入院先病院とする。

また、会議出席者は、出席名簿と個人情報の取扱いの同意を一緒にとる「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」（様式3-2）に、所属及び名前を記載すること。

#### ○計画作成保健所

計画作成保健所は事務局となり、進行及び記録の作成等を行う。会議の大まかな流れについては、関係者紹介、支援対象者の入院に至った経緯、退院後支援ニーズ、治療経過と今後の治療計画、退院後支援計画の協議とする。

#### ○入院先病院

支援対象者の病状や治療経過、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こと。

出席者については、主治医、退院後生活環境相談担当者等が望ましい。

#### ○市町村や地域援助事業者等

入院前から関わっていた各支援関係者等は、退院後の支援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、計画の内容等の向上を図る。また、サービス利用中又は今後利用予定のある地域援助事業者は、サービス内容との整合性を確認すること。

### (4)協議内容

会議においては、慎重に扱うべき個人情報が含まれていることに留意して、「退院後支援計画書」（様式2-1）、「退院後支援のニーズに関する総合アセスメント」（様式2-5）及びその他関係資料を用意すること。

また、「退院後支援のニーズに関するアセスメント」（様式2-2）、「退院後支援計画に係る意見書」（様式2-3）、「病状が悪化した場合の対処方針」（様式2-4）の使用も差し支えない。

会議においては、これらの資料を踏まえて、次の項目について情報共有及び協議することとなるが、協議内容は支援対象者の状態やニーズに応じて柔軟に設定して差し支えない。

- ・ 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

(5) 措置解除後に医療保護入院となる場合

- ・ 措置入院者が措置解除後に医療保護入院となる場合には、事前に入院先病院と協議し、出席者や開催方法など合意がされた場合には、会議の開催をもって、退院支援委員会を開催したとして差し支えない。

(6) その他会議に関すること

① 会議で知り得た情報管理や会議の記録等

会議出席者は、会議の場において知り得た支援対象者の情報（計画の内容、支援の実施状況、支援対象者の病状等）について、退院後支援の実施にあたって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最小限の情報を共有するように留め、その責任を自覚して適切な情報管理を行うこと。

計画作成保健所は、会議後速やかに「退院後支援計画作成・モニタリング・支援終了のための会議記録」（様式5）を作成すること。

また、会議の記録及び計画等の関係資料については、計画作成保健所の文書管理規定に基づき、事務局が保存し、保存期間は、計画に基づく支援終了後5年とし、各支援関係者においても、退院後支援に関する資料を、同じ保存期間に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こと。

なお、支援対象者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、支援対象者に関する情報であることを踏まえ、各自治体における開示請求等の規定に基づき、できる限り速やかにこれに応じるよう努める。

② その他

- ・ 帰住先が遠方であって、帰住先保健所や帰住先支援関係者が当該会議に出席できなかった場合には、支援対象者が退院した後、帰住先保健所が改めて会議を開催するよう努めること。
- ・ 支援対象者に精神障がいその他、視覚障がい、聴覚障がい、知的障がい等がある場合には、特性に応じた合理的配慮の提供も検討すること。

第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、計画作成保健所は、速やかに「退院後支援計画の決定について」（様式3-3）により、支援対象者及び支援関係者等に対して計画を交付する。

○ 計画作成保健所

- ・ 計画交付時には、原則として、支援対象者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、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ことや居住地が変わる場合には事前に申し出ることなどをあわせて説明すること。
- ・ こ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、郵送による交付や電話にて説明することとしても差し支えないが、その旨を記録に残しておくこと。
- ・ 計画内容の協議を行った支援関係者等に対し、作成した計画の内容を送付すること。
- ・ 支援対象者又は家族その他の支援者の求めに応じて支援対象者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支援対象者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こと。

第12 計画作成等の時期に係る例外的な取扱い

計画作成保健所は、原則として、支援対象者が措置入院中に計画を作成することとなっているが、

- ・措置入院期間が短い場合
- ・計画の内容の検討に時間を要し、措置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

など、措置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には、措置入院中に計画の作成等について本人の意向を確認しておいた場合に限り、措置解除後であっても、速やかに計画を作成することができる。

この場合の取扱いについては、第6～第11に準じて行うこと。

### 第13 計画に基づく退院後支援の実施

支援対象者が退院した後は、計画に基づき各支援関係者がそれぞれの支援を実施する。

#### (1) 支援関係者が実施すること

##### ○計画作成保健所

- ・計画や支援対象者の状況に基づく支援全体が適切に行われるように、医療等の支援の実施状況の適宜確認、支援関係者と支援の実施に係る連絡調整や包括的な支援提供、必要に応じて会議を開催など、支援全体の調整主体としての役割を担うこと。
- ・支援対象者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こと。
- ・「措置入院者退院後支援台帳」（様式6）を活用し、支援対象者の状況把握をすること。
- ・支援状況や方法等について難しい事案が発生した場合には、精神保健福祉センターに、退院後支援に関する積極的な技術的指導や援助を求めること。

##### ○市町村、通院先医療機関及び支援関係者等

- ・各支援関係者は、計画に沿った支援を提供し、支援対象者との面談や実際の支援の提供を通じて、支援対象者との信頼関係の構築に努めること。
- ・支援対象者が希望する地域生活を営むことができるよう、支援対象者の意思決定を支援したり、支援対象者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。
- ・計画作成保健所からの情報提供、会議出席、実施状況報告等の依頼に対して、必要な範囲で、情報提供すること。
- ・市町村においては、法第47条第3項及び第4項に基づき、支援対象者及び家族その他の支援者に対する福祉や精神保健に関する相談等を実施すること。
- ・支援対象者の医療ニーズが高い場合には、通院先医療機関の精神保健福祉士等が、支援対象者の意向や支援ニーズ等を十分に理解した上で、場合によっては、各支援関係者と連絡調整を行うこと。

#### (2) 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

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の取扱いについては、次のとおりとする。

##### ○計画作成保健所

計画作成保健所は、計画にあらかじめ記載した対処方針等に基づき、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。

##### ○市町村及び支援関係者等

各支援関係者は、支援対象者の通院継続も確認しつつ、通院継続していないような場合には、必要に応じて受診勧奨等やその状況を計画作成保健所に連絡すること。

##### ○通院先医療機関

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ほか、地域定着支援や自立生活援助の活用、自立訓練（生活訓練）事業所からの訪問の活用可能性について検討すること。

#### 第14 計画の見直し、同意撤回時について

当初計画を見直す理由が生じたり、支援対象者から撤回の申出があった時の取扱いを記載する。

##### (1) 計画の見直し

支援対象者若しく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支援対象者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こと。

##### ○計画作成保健所

次のいずれかに該当する場合には会議を開催して計画を見直すこと。なお、出席対象者については、基本的に計画作成時の出席者とする。

- ・ 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、支援対象者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個別に調整を行って見直しを行うこと。

見直し後の計画は支援対象者に交付するとともに、支援関係者に通知すること。

##### ○支援関係者

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、計画作成保健所と情報共有を行うこと。また、会議開催となった場合には、出席するよう努めること。

##### (2) 支援対象者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

支援対象者、場合によっては家族その他の支援者から、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、速やかに次の対応とする。

##### ○計画作成保健所

- ・ 支援対象者の意向を傾聴し、その真意を確認した上で、まずは計画内容（担当機関、支援内容、計画に基づく支援期間等）を見直すなどを提案すること。
- ・ 十分な対応を行っても、撤回の意思が変わらない場合には、計画に基づく支援は終了し、「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」（様式1-3）を支援対象者から提出してもらるか、書面提出が困難な場合には、第三者の確認の下、撤回したことについて様式1-3に記載すること。
- ・ 今後は、各支援関係者が通常業務の範囲での支援となる旨を説明すること。
- ・ 支援関係者に対して、支援対象者からの申出により計画に基づく支援は終了する旨の通知をし、今後は、支援対象者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たり、保健所や市町村においては、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。

##### ○各支援関係者

支援対象者が同意の撤回の意思表示をしている場合には、計画作成保健所への情報提供を行うこと。

##### (3) 支援対象者が居住地を移した場合の対応

支援対象者が計画支援期間中に居住地を移す場合には、新しい環境においても、支援対象者が必要な医療等の支援を継続的に受けることができるよう、転居元である計画作成保健所は、「移転先自治体（保健所や市町村等）に情報提供することの同意書」（様式1-2）を支援対象者から提出してもらい、転居先を所管する保健所（以下「移転先保健所」という。）に対して計画の内容等を通知すること。

移転先保健所は、計画作成保健所からの情報に基づき、支援対象者の同意を得た上で、支援対象者及び家族その他の支援者の意向を十分踏まえて、新たな居住地における計画となるよう作成や見直しを行うこと。

なお、居住地とは支援対象者の生活の本拠が置かれている場所であり、支援対象者が住民票を移していない場合においても、支援対象者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扱う。

再度、支援対象者が居住地を移した場合には、同様の取扱いとする。

#### ○計画作成保健所

- ・ 居住地を移すことが確定した段階で、移転先保健所に事前連絡すること。
- ・ 支援対象者に対して、移転先保健所への通知を行うこととその通知内容等について丁寧に説明し、支援対象者の同意を得ること。
- ・ 各支援関係者に対して、支援対象者が転出する予定である旨の情報提供を行い、移転先で引継ぎ先となり得る支援関係者に関する情報収集を依頼すること。
- ・ 支援対象者の移転前には、移転先保健所に対し、「精神保健関係情報の連絡について」（様式4-1）及び「退院後支援に関する情報提供書」（様式4-2）など、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通知すること。
- ・ 移転後には、各支援関係者に対して、支援対象者が転出したことにより計画に基づく支援は終了した旨の通知をすること。

#### ○計画作成保健所の各支援関係者

- ・ 支援対象者が居住地を移すことを把握した場合には、計画作成保健所への情報提供を行うこと。
- ・ 計画作成保健所から支援対象者が転居する旨の情報提供を受けた場合、移転先市町村で支援可能となり得る支援関係者の情報提供を行うこと。

#### ○移転先保健所

- ・ 事前情報を得た段階から、速やかに支援対象者の計画の作成や見直しの準備を行うこと。移転元保健所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、支援対象者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こと。計画の支援期間は、原則として、移転元保健所が作成した計画の支援期間の残存期間とすること。
- ・ 移転先保健所所管の支援関係者に情報提供を行うこと。
- ・ 可能であれば、支援対象者を訪問し、新たな計画の交付及び説明を行うこと。困難な場合は、計画作成保健所に新たな計画の交付等を依頼するか、郵送で送付すること。
- ・ 移転先保健所所管の新たな支援関係者に対し、情報提供及び計画の通知を行うこと。

#### ○移転先保健所の各支援関係者

- ・ 支援対象者に関する情報提供を受けた場合には、支援が可能かを検討し、その旨を移転先保健所に回答すること。

### 第15 計画に基づく支援の終了及び延長等

計画の終了時及び延長についての取扱いを記載する。

#### (1) 計画に基づく支援の終了

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。

また、支援期間が満了する前であっても、支援対象者の病状や支援ニーズ等から地域生活を送るにあたって計画に基づく支援の必要性がないと認められる場合には、計画作成保健所は計画を終了することもできる。

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こと。

#### ○計画作成保健所

- ・ 支援期間満了のおおむね1月～2月前には、これまでの支援状況及び支援対象者の状況や意向等を確認し、「退院後支援計画作成・モニタリング・支援終了のための会議記録」（様式5）の裏面の評価表を記載し、支援終了の可否を検討すること。
- ・ 支援終了に際し、支援対象者及び家族その他の支援者、各支援関係者の意見を確認する。意見の確認方法については、会議の開催でも各支援関係者との個別協議等でも差し支えないが、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。

- ・ 会議を開催した上での支援終了が望ましい。支援の終了を決定した場合には、支援対象者及び家族その他の支援者、各支援関係者にその旨を通知する。

## (2) 計画に基づく支援期間の延長

支援対象者の病状や生活環境の変化（例えば、支援を終了すると支援対象者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、支援期間の延長を行うこと。

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、支援対象者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、「延長して退院後支援を受けることの同意書」（様式1-4）により、支援対象者の同意を得た上で延長を行う。出席対象者については、基本的に計画作成時の出席者とする。

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支援対象者が地域生活を送ることができるよう努めること。同意がない場合には、計画は終了となる。

## ○計画作成保健所

- ・ 支援期間満了のおおむね1月～2月前には、これまでの支援状況について確認し、事前に支援対象者の状況や意向等を確認し、計画の延長の可否を検討すること。
- ・ 支援対象者及び家族その他の支援者、各支援関係者の意見を確認し、計画の延長の必要性がある場合には、会議を開催して、検討を行うこと。
- ・ 支援の延長を決定した場合には、支援対象者及び家族その他の支援者、各支援関係者にその旨を通知する。

## (3) 計画期間満了後の各支援関係者の支援等について

- ・ 計画に基づく支援の終了後も、保健所及び帰住先の市町村は、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よう努める。
- ・ 計画に基づく支援の終了後も、支援対象者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よう努め、通院先医療機関又は地域援助事業者が、できるだけ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。