

## I 広島市による精神障害者の退院後支援の趣旨

精神保健福祉施策については、平成16年9月に国が策定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で示された「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念のもと、本市においても早期の退院に向けた地域定着支援やアウトリーチ（訪問支援）等の推進に取り組んできた。

こうした中、国は、平成26年に、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。）に基づく「良質かつ適正な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」において、精神障害者に対する保健医療に関わる全ての関係者が目指すべき方向性を示すとともに、平成29年には、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことを新たな理念として明確にした。

一方、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。

こうした精神障害者が、地域で安心して生活するためには、多職種・他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。このため、本市では、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。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、地域移行の促進にもつながるものとする。

本ガイドラインは、「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」（平成30年3月27日付け障発0327第16号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に基づき、市内のど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ことを目的とした地域包括ケアシステムの構築を推進するために作成したものである。

このため、本ガイドラインには、入院した精神障害者のうち、各区保健センターが中心となって退院後の医療・生活（以下「医療等」という。）の支援を行う必要があると認められる者について、各区域において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、各区保健センターが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てある。

区保健センターは、本ガイドライン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。）の意向を十分に踏まえながら、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

### 1. 計画作成の概要

本市における退院後支援に関する計画の作成主体\*となる各区の保健福祉課（東区にあつては「地域支えあい課」。以下「区保健センター」という。）は、法第47条に基づく相談支援業務の一環として、本市が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ることができるよう、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「退院後支援に関する計画」等（様式1、様式2）（以下「計画」という。）を作成する。

※ 作成主体は、退院後の居住地を管轄する保健所（以下「帰住先保健所」という。）であり、県、政令指定都市、中核市の保健所・支所・保健センターを含み、本市では、区保健センターとなる。ただし、帰住先保健所が市外となる措置入院・緊急措置入院者については、精神保健福祉課が作成主体を一時的に担い、その後、帰住先保健所に引き継ぐ。

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、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踏まえることが重要であり、支援対象者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。区保健センターは、計画の作成に当たり、原則として、支援対象者及び家族その他の支援者に加え、退院後の医療等の支援の関係者等（以下「支援関係者」という。）が参加するケース検討会議（本ガイドラインⅡの7で詳述）を開催し、計画の内容を協議する。

### 2. 作成主体

#### （原則）

支援対象者の退院後の居住地を管轄する区保健センター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。

#### （支援対象者が措置入院・緊急入院者の場合）

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。）と退院後の帰住先保健所設置自治体が異なる場合、措置を行った都道府県等が入退院の決定を行うこととなるため、当該都道府県等は、退院後の帰住先保健所と共同して作成主体となることとする。その場合も、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（本市が帰住先となる場合は、居住地を管轄する区保健センター）は、計画の作成やそのためのケース検討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、措置入院又は緊急措置入院による支援対象者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ことになるため、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を帰住先保健所として取り扱う。

ただし、支援対象者が地域へ退院する際に入院前の居住地が不明な場合又は入院前の居住地に戻らない可能性が高い場合においては、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<sup>(注)</sup>が計画作成のために必要な準備を進める。

また、本市が措置を行った対象者のうち、帰住先が広島市外となる支援対象者の計画作成については、精神保健福祉課を帰住先保健所との調整の窓口とする。

### <退院後支援の計画作成主体の早見表>

適用		措置入院者等の帰住先		
		広島市内	広島市外	帰住先不明・未確定 <sup>(注)</sup>
措置入院者及び緊急措置入院者	措置元が広島市	帰住先の区保健センター	帰住先の自治体保健所 帰住先保健所との調整窓口は精神保健福祉課。	帰住先保健所が決まるまでの間、精神保健福祉法に基づき、通報等を行った警察署等の所在地を管轄する区保健センターが一時的に作成主体を担う。
	措置元が広島市外	帰住先の区保健センターが措置元と共同作成 ※ 原則、作成主体は区保健センター		
措置以外の入院者のうち特に必要と認めた者		帰住先の区保健センター	帰住先の自治体保健所 帰住先保健所との調整窓口は精神保健福祉課。	帰住先の自治体保健所 帰住先保健所が決まるまでの間、入院先の精神科病院の所在地を管轄する区保健センターが一時的に作成主体を担う。

※ まずは、措置入院者及び緊急措置入院者から支援に取り組むこととし、医療保護入院者については、体制が整い次第、可能な範囲で実施する。時期未定。

### 3. 支援対象者

支援対象者は、計画の作成主体である区保健センターが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とする。なお、支援対象者の決定の判断主体は計画の作成主体となる区保健センターであるが、医療機関等の関係者の意見を踏まえて判断を行う事が望ましい。

#### (1) 措置入院者の場合

措置入院者は、広島市長が入退院の決定を行うものであり、すべての措置入院者の退院後支援に帰住先の区保健センターが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者とするなど、本市の支援体制に応じて対応していく。

#### <退院後支援を行う必要性が特に高いと認める例> (厚生労働省Q&Aより)

- 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
- 家族、友人等の支援者がおらず、孤立しやすい者
- 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を要した者
- 措置解除後に1年以上長期入院となった者等については、特に退院後支援を実施する必要がある者

(2) 措置入院以外の入院形態で入院している者、または、緊急措置入院後に措置入院以外の入院形態での入院となった者

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以外の入院形態で入院となった者についても、支援対象者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、区保健センターが中心となって退院後支援を行う必要性が特に高いと認められる場合には、可能な範囲で本ガイドラインに応じた支援対象者とする。

**<退院後支援を行う必要性が特に高いと認める例>**（厚生労働省Q&Aより）

- 緊急措置入院後の措置診察において、他の入院形態にて入院となった者
- 保健所（区保健センター）や警察等が関与して入院となった者
- 34条移送を行った者のうち、「(1)措置入院者について」と同様な例がある場合

4. 計画作成についての本人の同意、支援対象者及び家族その他の支援者の参画

計画の作成主体である区保健センターは、入院中の本人に対して計画に基づく支援の必要性等について、「退院後支援についてのお知らせ（説明用）」（様式3-2）を用いるなどにより丁寧に説明を行い、区保健センター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、本人の同意を得た上で計画の作成を行う。本人からの同意については、本人の症状が落ち着いた段階で、「意向確認書」（様式4）により、行うこととする。

なお、計画の作成に当たって、十分な説明を行っても、本人からの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、計画の作成主体である区保健センターは、本人や家族その他の支援者に対して、その希望に応じて区保健センター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。

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、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、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作成することが重要である。

このため、計画の作成主体である区保健センター及び入院先病院は、支援対象者及び家族その他の支援者がケース検討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、支援対象者に視覚障害、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もと、働きかけるものとする。

**<支援対象者及び家族の同意にかかる計画策定可否>**

摘要	本人同意	家族同意	親権者同意	計画策定可否
支援対象者（成人）	○	○	不要	可
		×	不要	可
	×	家族同意の有無に関わらず、計画を策定できない。		不可
支援対象者（未成年）	○	/		可
		/		原則不可
	×	家族同意の有無に関わらず、計画を策定できない。		不可

退院後支援の必要性に応じて判断する

なお、措置入院の場合、措置を実施する精神保健福祉課は、可能な限り措置入院時に退院後支援の必要性を判定し、退院後支援に対する本人の意向確認を行うために帰住先の区保健センターの担当者が入院先病院へ面会に行くことについて説明する。

その際、措置入院者が興奮状態など説明のできる状態ではない場合、措置入院に係る告知文と一緒に「退院後支援についてのお知らせ（入院時説明用）」（様式3-1）を手交することで、症状が落ち着いた際に、入院先医療機関より情報提供してもらうこととする。

## 5. 計画作成の時期

原則として入院中（措置入院から医療保護入院等に入院形態を変更する場合は精神科病院を退院し、地域に帰るまでの間）に計画を作成する。ただし、次の場合は、退院後、速やかに作成するものとする。

- 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

この場合も、退院前に、計画の作成等について支援対象者の意向を確認しておくことが望ましい。

なお、措置入院者については、都道府県知事又は指定都市の市長は、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。

措置入院者への計画の作成に際しては、これらの点に厳に留意することが必要である。

## 6. 計画の内容

### (1) 計画の記載事項

計画には、支援対象者の支援ニーズに応じ、「退院後支援に関する計画」（様式1）及び「病状が悪化した場合の対処方針<sup>区保健センター（計画添付用）</sup>」（様式2）に次の各事項を記載する。

- ア 支援対象者の氏名、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支援対象者の希望（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 【入院継続の場合のみ】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、区保健センター等による相談支援、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、支援対象者の支援ニーズ・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

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、支援対象者の同意を得た上で、転居先の自治体（保健所）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、医療保護入院等から地域へ退院する段階で、計画を作成し、計画に基づき必要な支援を行うことが望ましい。

## (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、種々の対応が考えられる。これらの対処方針については、ケース検討会議においてあらかじめ協議を行い、支援対象者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支援対象者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支援対象者が行う対処や、家族その他の支援者及び支援関係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、支援対象者との話し合いにより、次のような項目に沿って、「病状が悪化した場合の対処方針 医療機関作成（意見書添付用）」（様式8）により当初案を作成し、ケース検討会議において協議した後、計画の一部として決定する。

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、本人に十分に説明した上で、本人との共同作業によりこの対処方針の案を作成する。

### <病状が悪化した場合の対処方針>

- 病状悪化の兆候
- 病状悪化の兆候に気づいたときに支援対象者が行う対処
- 病状悪化の兆候に気づいたときに家族その他の支援者が行う対処
- 緊急連絡先

## (3) 計画に基づく支援期間

区保健センターが中心となって行う計画に基づく支援期間は、支援対象者が希望する

地域生活に円滑に移行するための期間を考慮し、退院後6か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、支援対象者の意向や病状、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、区保健センターは、計画に基づく支援期間の終了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の検討を行う。

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、例外的に、退院後の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る。

計画に基づく支援期間に関して、支援対象者及び家族その他の支援者の理解と納得を得られるよう、作成主体の区保健センターは、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。

#### <支援期間の考え方>

○ 地域に退院した時点を起点と考える。

(例) 精神科病院から身体科の医療機関に転院した場合は、身体科の医療機関を退院してから支援期間を設定する。

#### (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、支援対象者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区保健センター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の利用の必要性が生じた場合には、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の作成等が計画とは別に必要となる。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こととする。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、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。

## 7. ケース検討会議の開催

### (1) 概要

計画の作成にあたっては、原則として、入院中にケース検討会議を開催し、支援関係者等で計画の内容を協議する。

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、ケース検討会議には、支援対象者及び家族その他の支援者の参加を原則とする。

## (2) 設置主体と事務局

ケース検討会議の設置主体は、区保健センター（または精神保健福祉課）とする。

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ケース検討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、入院中に開催するケース検討会議については、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、支援対象者が地域に退院した後、帰住先において、改めてケース検討会議を開催することが望ましい。

ケース検討会議の日程調整、記録の作成等、関係事務を行う事務局は、ケース検討会議の設置主体となる自治体の保健所等（本市の場合、区保健センターまたは精神保健福祉課）の機関が担う。

### <措置入院者及び緊急措置入院者等の設置主体の考え方>

適用		措置入院者等の帰住先		
		広島市内	広島市外	帰住先不明・未確定
措置入院者 及び 緊急措置 入院者	措置元が 広島市	帰住先の区保健センター	帰住先の自治体保健所 ※ 帰住先が遠方等の場合、精神保健福祉課が一時的に担い、帰住先の自治体保健所と共同で計画の作成等を行う。	本市の精神保健福祉課 ※ 帰住先が決定するまでの間、精神保健福祉課が一時的に担い、帰住先決定後に引継ぎを行う。
	措置元が 広島市外	帰住先の区保健センター ※ 措置元が遠方等の場合、措置元の自治体保健所が設置主体を一時的に担い、本市帰住先の区保健センターと共同で計画の作成等を行う。	/	/
措置以外の入院者のうち特に退院後支援が必要であると認められた者 ※ 可能な範囲で対象者とする。		帰住先の区保健センター	帰住先の自治体保健所 ※ 帰住先が遠方等の場合、精神保健福祉課が一時的に担い、帰住先の自治体保健所と共同で計画の作成等を行う。	帰住先の自治体保健所 ※ 帰住先が決定するまでの間、精神保健福祉課が一時的に担い、帰住先決定後に引継ぎを行う。

※ まずは、措置入院者及び緊急措置入院者から支援に取り組むこととし、医療保護入院者については、体制が整い次第、可能な範囲で実施する。時期未定。

## (3) 参加者

設置主体となる区保健センターは、支援対象者の退院後支援に関係する者にケース検



討会議に参加してもらうよう依頼する。その際、参加者は、このケース検討会議で知り得た支援対象者の個人情報については、個人情報の保護に十分に配慮し、また目的外に使用しない事を約束するとともに、「ケース検討会議に関する誓約書」（様式6）に署名する。

### ① 支援対象者及び家族その他の支援者の参加

計画は、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た上で作成することが必要である。

このため、ケース検討会議には、支援対象者及び家族その他の支援者の参加を原則とする。

その際、設置主体となる区保健センターは、事前に支援対象者及び家族その他の支援者に計画やケース検討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、支援対象者の意向を尊重し、支援対象者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、支援対象者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、支援対象者を支援する意思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、作成主体の区保健センターは、ケース検討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。支援対象者又は家族その他の支援者がケース検討会議への参加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参加が困難な場合には、例外的にこれらの者が参加しないことはありえるが、この場合も、作成主体の区保健センターは、事前又は事後にその意向を確認する機会を設けるなど、支援対象者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

支援対象者が、弁護士等を成年後見人や代理人として、ケース検討会議に参加させることを希望する場合には、これらの者を参加させるものとする。

### ③ 支援関係者

ケース検討会議は、原則として支援対象者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。支援関係者については、設置主体となる区保健センターが、支援対象者の支援ニーズその他の状況に応じて決定する。支援対象者から、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、支援対象者の希望を尊重するよう努める。ケース検討会議に出席できなかった支援関係者については、ケース検討会議の前後で設置主体となる区保健センターが個別に協議し、その内容を記録する。

#### ア 作成主体の自治体

※ 本市が作成主体となる場合は、区保健センターまたは精神保健福祉課となる。

- イ 帰住先の市町村（本市が措置元で、帰住先が本市以外の自治体の場合）  
※ この場合、「ア作成主体の自治体」は、原則、帰住先の自治体となり、本市は家族その他の支援者として、措置を行った直後の事務局は精神保健福祉課が担う。
- ウ 入院先病院  
【主治医、退院後生活環境相談担当者（本ガイドライン II の 9 (1) で詳述）、  
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、ケース検討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。

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支援対象者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、設置主体となる区保健センターは、支援対象者及び家族その他の支援者の意向を確認した上で、警察以外の支援関係者間で警察の参加についての合意を得ることが必要である。この際、支援対象者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支援対象者、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、「警察の参加に関する同意書」（様式 5）により行う。

#### (4) 開催時期

ケース検討会議の設置主体となる区保健センターは、支援対象者の症状が一定程度落ち着き、退院後の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「退院後支援に関する計画に係る意見書」（様式 7）及び「病状が悪化した場合の処方針医療機関作成（意見書添付用）」（様式 8）、並びに「退院後支援のニーズに関するアセスメント」（様式 9）（本ガイドライン II の 9 (2) で詳述）の結果を踏まえて、ケース検討会議の開催時期及び家族その他の支援者を検討する。その上で、支援対象者及び家族その他の支援者、並びに支援関係者と調整を行い、開催日を設定する。

退院前にケース検討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。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ケース検討会議の開催を予定する場合は、ケース検討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、ケース検討会議の開催後に、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

ケース検討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

支援対象者の入院中に開催されるケース検討会議は、支援対象者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。支援対象者が地域へ退院した後で開催されるケース検討会議は、地域の実情に合わせ、支援対象者の参加しやすさを勘案して開催場所を決定する。

#### (7) 協議内容

ケース検討会議においては、入院先病院から提出された「退院後支援に関する計画に係る意見書」（様式7）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9）の結果を踏まえ、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、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。

ケース検討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「退院後支援のニーズに関する総合アセスメント」（様式10）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。

#### <情報共有及び協議を要する基本項目>

- 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

#### (8) ケース検討会議の事務に関して知り得た情報の管理

設置主体となる区保健センターは、支援関係者に、正当な理由なくケース検討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、支援対象者の病状等）を漏らさないこと等、ケース検討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、「ケース検討会議に関する誓約書」（様式6）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。

また、各支援関係者間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、支援対象者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点に十分留意する。

#### (9) ケース検討会議の記録等の取扱い

ケース検討会議の記録及び計画等の関係資料については、設置主体となる区保健センターが広島市文書取扱規程等に基づき保存する。保存期間は、計画に基づく支援終了後、5年とする。

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、設置主体となる区保健センターはその旨を各支援関係者に対して周知する。

また、支援対象者からケース検討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、広島市情報公開条例等に基づき、できる限り速やかにこれに応じるよう努める。

#### (10) その他の留意点

ケース検討会議には支援対象者の参加が原則であるが、参加にあたっては、支援対象者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となる。

このため、ケース検討会議には、支援対象者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（本ガイドライン II の 9 (1) で詳述）等や帰住先の区保健センター職員は、入院早期から支援対象者との信頼関係構築に努めることが重要である。

### 8. 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、作成主体の区保健センターは、速やかに、支援対象者に対して計画を交付する。この際、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支援対象者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支援対象者が撤回した場合の対応については、本ガイドライン III の 4 及び 7 で後述する。

また、作成主体となる区保健センターは、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、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とする。

## 9. 入院先病院の役割

入院先病院は、計画の作成主体\*となる区保健センターに協力し、以下の対応を行うことが望ましい。

※ 計画の作成主体は、本ガイドライン II の2に詳述する、帰住先の自治体の保健所等となる。(本市の場合は、区保健センターまたは精神保健福祉課)

### (1) 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

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の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、措置入院先の病院においても、本人やその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、措置入院先の病院の管理者は、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。

なお、計画が作成されない場合には、後述の「③計画に関する業務」を除く業務を実施する。

#### ① 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。

## ② 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する情報を積極的に把握する。
- 本人及び家族その他の支援者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。

## ③ 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ともに、作成主体となる区保健センター※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い、作成主体となる区保健センターに対して情報提供することについて、同意を得る。「意向確認書（病院用）」（参考様式）を用いるなどにより、本人から同意を得たことについて記録を行う。

※ 作成主体は、退院後の居住地を管轄する保健所（以下「帰住先保健所」という。）であり、県、政令指定都市、中核市の保健所・支所・保健センターを含み、本市では、区保健センターとなる。  
ただし、帰住先保健所が市外となる措置入院・緊急措置入院者については、精神保健福祉課が作成主体を一時的に担い、その後、帰住先保健所に引き継ぐ。

- 作成主体となる区保健センター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（様式9・10）を実施し、区保健センター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、作成主体となる区保健センターと協力し、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。
- 設置主体となる区保健センターが開催するケース検討会議への参加、院内の関係者への連絡調整を行う。

## ④ 退院調整に関する業務

- 退院に向け、計画の作成主体となる区保健センターや本人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、「③計画に関する業務」を担うことが望ましい。

## (2) 退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施

### ① 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、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、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、支援対象者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。

### ② 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、実施時点において支援対象者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、支援対象者の退院後の地域生活に関わる帰住先の区保健センターの職員、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。

### ③ 内容

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、支援対象者の生活機能、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。（「退院後支援のニーズに関するアセスメント」（様式9）の評価マニュアル参照）

## (3) 支援対象者の退院後の居住地に関する区保健センターへの連絡

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、速やかに計画の作成主体となっている区保健センター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、関係する自治体（措置元が本市の場合は、広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課）と協力して支援対象者が居住地を確定するために必要な援助を行う。

#### (4) 計画に係る意見書等の区保健センターへの提出

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、「退院後支援に関する計画に係る意見書」（様式7）及び「病状が悪化した場合の対処方針医療機関作成（意見書添付用）」（様式8）を可能な範囲で記載し、「退院後支援のニーズに関するアセスメント」（様式9）及び「退院後支援に関する総合アセスメント」（様式10）の結果とともに、計画の作成主体である区保健センターに提出する。

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、具体的な家族その他の支援者の候補も併せて計画の作成主体である区保健センターに情報提供する。

#### (5) ケース検討会議への参加

支援対象者の入院先病院の職員は、ケース検討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。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。

### 10. 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ケース検討会議に参加する。特に、支援対象者が入院をする前から関わっていた事業者は、原則としてケース検討会議に参加し、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、支援対象者が事前に希望している内容に十分配慮するとともに、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、支援対象者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、支援対象者の同意を得て支援関係者にその内容を共有する。

## Ⅲ. 計画に基づく退院後支援の実施

### 1. 区保健センターの役割



支援対象者が地域に退院した後は、帰住先となる区保健センターが、計画に基づき、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。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、区保健センターは、必要に応じてケース検討会議を開催し、支援対象者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（本市では広島市精神保健福祉センター）は、保健所等（本市では区保健センターまたは精神保健福祉課）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。

## 2. 各支援関係者の役割

### (1) 区保健センターへの協力

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、ケース検討会議の設置主体である帰住先の区保健センター※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、ケース検討会議への参加、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。

※ ケース検討会議の設置主体の考え方は、本ガイドライン IIの7(2)のとおり。

なお、帰住先の区保健センターは必要に応じて、支援対象者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、支援対象者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。

### (2) 計画に基づく支援の実施に関する留意点

#### ① 支援関係者のネットワーク化の必要性

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、帰住先の区保健センター、医療機関、地域援助事業者、市町村の担当部署等、他機関間の調整が必要となる。この場合、計画の作成主体である帰住先の区保健センターが調整主体となる。

#### ② 医療ニーズが高い場合の連絡調整の強化

支援対象者の医療ニーズが高い場合には、通院先医療機関に、帰住先の区保健センター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、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連絡調整を行うことが重要であり、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が必要である。

### ③ 地域援助事業者（障害者相談支援事業所、地域包括支援センター等）の役割

地域援助事業者は、支援対象者の身近で生活を見守る立場にあり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、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、帰住先の区保健センターは、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、支援対象者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、支援対象者が必要な通院を継続しなかった場合には、区保健センター職員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

帰住先の区保健センターは、支援対象者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。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、帰住先の区保健センターと情報共有を行う。

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、ケース検討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ケース検討会議を開催しない場合には、帰住先の区保健センターは、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。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。

## 5. 支援対象者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支援対象者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、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、支援対象者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、「居住地の移転に係る情報提供意向確認書」（様式11）により支援対象者の同意を得て、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。また、移転先自治体は、移転元自治体からの情報に基づき、本市内に居住地を移す場合においては、移転先での計画を作成することについて「意向確認書」（様式4）により支援対象者の同意を得たうえで、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、計画を作成する。

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、生活の本拠が置かれている場所を居住地として取り扱う。

## (2) 広島市を居住地としていた支援対象者が移転した場合

計画の作成主体となる区保健センターは、支援対象者に対して、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、事前に区保健センターの担当者に連絡するよう依頼しておき、支援対象者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支援対象者に丁寧の説明し、「居住地の移転に係る情報提供意向確認書」（様式11）により支援対象者の同意を得た上で、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、「退院後支援に関する情報提供」（様式12）により移転先自治体に通知する。

支援対象者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。また、このような対応に関して、支援対象者の理解と納得が得られるよう、区保健センターは、平素から支援対象者との信頼関係の構築に努めることが重要である。

## (3) 広島市外を居住地としていた支援対象者が広島市に移転した場合

移転元自治体から、支援対象者の居住地の移転に伴う計画の内容等の通知を受けた区保健センターは、速やかに支援対象者から新たに「意向確認書」（様式4）による同意を得て、移転元自治体で作成した計画の内容を踏まえつつ、ケース検討会議の開催等、措置入院から退院時の計画作成と同様の手続きを経て、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「退院後支援に関する計画」（様式1）及び「病状が悪化した場合の対処方針」区保健センター作成（計画添付用）」（様式2）を作成する。

その際、支援対象者への計画等の交付及び説明、支援関係者への通知も同様に行う。

移転先となる区保健センターで作成する計画の支援期間は、原則として移転元自治体で作成した計画の支援期間の残存期間とする。

#### (4) 支援対象者が広島市内の区間で移転した場合

計画の作成主体である区保健センターは、支援対象者が区間で移転することを把握した場合、「区間移転に伴う退院後支援に関する情報提供 兼 意向確認書」（様式13）により支援対象者の同意を得た上で、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、「退院後支援に関する情報提供」（様式12）により「区間移転に伴う退院後支援に関する情報提供 兼 意向確認書」（様式13）の写しを添付のうえ、移転先の区保健センターに通知する。

移転元の区保健センターから居住地の移転に伴う計画の内容等の通知を受けた移転先の区保健センターは、移転元の区保健センターが作成した計画の内容を踏まえつつ、ケース検討会議の開催等、措置入院から退院時の計画作成と同様の手続きを経て、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「退院後支援に関する計画」（様式1）及び「病状が悪化した場合の処処方針<sup>区保健センター作成（計画添付用）</sup>」（様式2）を作成する。

ただし、計画の内容等に大きな変更等を要しない場合は、移転元の区保健センターが作成した計画等をそのまま引き継ぐことも可能とする。その際、支援対象者への計画等の交付及び説明、支援関係者への通知は行うこととする。

なお、移転先となる区保健センターで作成する計画の支援期間は、原則として移転元の区保健センターが作成した計画の支援期間の残存期間とする。

## 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、帰住先の区保健センターが、支援対象者及び家族その他の支援者、支援関係者の意見を確認した上で行う。この際、区保健センターは、必要に応じたケース検討会議の開催、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、支援対象者の病状や支援ニーズ等から、支援対象者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区保健センターは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ものとする。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、支援対象者及び家族その他の支援者、支援関係者の意見を確認し、可能であれば、ケース検討会議を開催した上で終了を決定する。

支援の終了を決定した場合においては、帰住先の区保健センターは、支援対象者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、ケース検討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。

計画に基づく支援の終了後も、帰住先の区保健センターは、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。

また、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。特に支援対象者の医療ニーズが高い場合には、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属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

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、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、計画の作成主体である区保健センターは、当初の支援期間が満了する前に、ケース検討会議を開催し、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、再度、「意向確認書」（様式4）により支援対象者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が適当である。

## 7. 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の対応

計画の交付後に、支援対象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、支援対象者の意向を傾聴し、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を検討する。

その際は、支援対象者の状態に応じて、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支援対象者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、帰住先となる区保健センターの職員が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。

## 【 参考1：計画作成の具体的な手順の流れ 】

注) 以下の手順において、措置入院者の帰住先が広島市外の場合、「作成主体の区保健センター」は、「帰住先の自治体保健所」に読み替えるが、帰住先が遠方等の場合は、「精神保健福祉課」が一時的にその役割を担うものとする。

### 1 入院時に計画の作成及び退院後支援についての説明（措置実施者：精神保健福祉課）

可能であれば、措置実施者である精神保健福祉課は、入院者の病状が落ちついた時点で退院後支援に関する面接をすることを本人に伝える。（説明資料を手交することでの対応も可）

○様式3-1 退院後支援についてのお知らせ（入院時説明用）

### 2 計画の作成に向けた手続き等の確認（作成主体の区保健センター、入院先病院）

作成主体の区保健センターは、入院先病院との間で計画の作成に向けた今後の手続き（4～13）等について確認する。

### 3 退院後生活環境相談担当者の選任（入院先病院）

入院先病院は、退院後の生活環境に関する相談支援を行うため、院内において担当者（「退院後生活環境相談担当者」）を選任する。なお、医療保護入院の場合は、退院後生活環境相談員が通常の業務に加え、計画の作成に関する業務を担うことが望ましい。（本ガイドライン IIの9（1）参照）

### 4 計画に関する説明（入院先病院）

本人の症状が一定程度落ち着いた段階で、入院先病院は、作成主体の区保健センターが退院後支援についての説明ができるよう、支援対象者への説明と同意の確認、作成主体の区保健センターへの情報提供、及び区保健センターの説明・意向確認の場の設定等を行う。

○参考様式 意向確認書（病院用）

### 5 退院後支援の支援対象者に対する情報提供（入院先病院 → 作成主体の区保健センター）

支援対象者の情報を作成主体の区保健センターへ情報提供する。（本ガイドライン IIの9（1）参照）

※ ただし、措置元が広島市で帰住先が広島市外の場合、措置元である広島市（精神保健福祉課）と帰住先自治体が事前に協議し決めた上で、どちらが作成主体となるかを入院先病院へ事前に報告をする。

### 6 計画作成についての必要性の判定（作成主体の区保健センター）

措置実施者（精神保健福祉課）及び入院先病院から得た情報により、退院後支援を行う必要性について判定する。（本ガイドライン IIの3（1）参照）

## 7 計画作成及び退院後支援に関する説明と本人の移行の確認（作成主体の区保健センター）

本人に、計画に基づく支援に関する説明を行い、計画の作成、退院後支援とこれに伴う支援関係者への個人情報の共有等について、本人の同意を得る。（本ガイドライン II の 4 参照）

- 様式 3-2 退院後支援についてのお知らせ（説明用）
- 様式 4 意向確認書

## 8 退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施（入院先病院）

入院先病院は、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。（本ガイドライン II の 9（2）参照）

- 様式 9 退院後支援のニーズに関するアセスメント
- 様式 10 退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

## 9 計画に係る意見書等の作成主体の区保健センターへの提出（入院先病院 → 作成主体の区保健センター）

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の結果を踏まえ、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、作成主体の区保健センターに提出する。（本ガイドライン II の 9（4）参照）

- 様式 7 退院後支援に関する計画に係る意見書
- 様式 8 病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）
- 様式 9 退院後支援のニーズに関するアセスメント
- 様式 10 退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

## 10 計画（案）の作成（作成主体の区保健センター）

入院先病院から提出されたアセスメント・意見書等、及び作成主体の区保健センターが家族や地域支援者等から得た情報等に基づき、計画（案）の作成を行う。（本ガイドライン II の 5 及び 6 参照）

- 様式 1 退院後支援に関する計画（案）
- 様式 2 病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）（案）
- 様式 10 退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

## 11 ケース検討会議の開催（作成主体の区保健センター、入院先病院、地域援助事業者等）

計画の作成に当たり、作成主体の区保健センターを設置主体とし、支援関係者等に加え、原則として支援対象者及び家族その他の支援者の参加のもと、支援対象者の入院中にケース検討会議を開催する。（本ガイドライン II の 7 参照）

なお、措置解除後に医療保護入院等で継続して入院する場合は、ケース検討会議の開催は不要である。

(ケース検討会議時の資料)

- 様式1 退院後支援に関する計画(案)
- 様式2 病状が悪化した場合の対処方針(困ったときの対処)(案)
- 様式9 退院後支援のニーズに関するアセスメント(必要時)
- 様式10 退院後支援のニーズに関する総合アセスメント(必要時)

(ケース検討に係る各種同意)

- 様式5 警察の参加に関する同意書
- 様式6 ケース検討会議に関する誓約書

## 1.2 計画の決定(作成主体の区保健センター)

作成主体の区保健センターは、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果、計画に係る意見書、ケース検討会議における協議内容等を踏まえ、計画を決定する。

- 様式1 退院後支援に関する計画
- 様式2 病状が悪化した場合の対処方針(困ったときの対処)

## 1.3 計画の交付、支援関係者への通知(作成主体の区保健センター)

作成主体の区保健センターは、1.2により決定した計画を支援対象者に説明し、交付する。また、支援対象者に交付した計画書の写しを支援関係者に通知し、支援内容の共有を図る。(本ガイドライン IIの8参照)

- 様式1 退院後支援に関する計画
- 様式2 病状が悪化した場合の対処方針(困ったときの対処)

(注)

- 入院期間が短い場合や、計画の内容の検討に時間を要し、入院中に計画を作成することが難しい場合等は、退院後速やかに計画を作成・交付する。(本ガイドライン IIの5参照)
- 措置解除後に医療保護入院等で継続して入院する場合、入院の間で退院後支援計画を作成し、医療保護入院等から地域に退院する際に、当該計画に基づき必要な支援を行う。

## 1.4 計画に基づく退院後支援の実施

支援対象者の退院後、計画に基づいて帰住先の区保健センター及び支援関係者による支援を実施。(本ガイドライン IIIの1、2、3参照)

## 1.5 計画の見直し



支援対象者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、もしくは支援対象者の状況等により計画の見直しをする必要性がある場合は、計画の見直しを行う。

※ 措置入院の場合には、入院先病院の管理者は、症状消退届を提出する際に、支援対象者の直近の状態等からその時点で作成されている計画の内容を修正する必要があると認めた場合には、症状消退届の「訪問指導等に関する意見」又は「障害福祉サービス等の活用に関する意見」の欄に、修正意見を記載して提出することが適当である。作成主体の区保健センターは、この内容も踏まえて計画の修正を決定する。

- 様式1 退院後支援に関する計画（見直し後）
- 様式2 病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）（見直し後）

#### 1.6 退院後支援期間中のケース検討会議の実施

退院後の支援期間中でも、必要に応じてケース検討会議を実施することができる。（本ガイドライン IIIの4、6（1）・（2）参照）

退院後の支援期間中のケース検討会議の実施を行う場合（例）

- 計画に基づく支援期間を延長する場合
- 計画の見直しの内容が複数の支援関係者に関係しており、協議が必要な場合
- 支援終了後、継続した支援が必要と考えられる場合 等

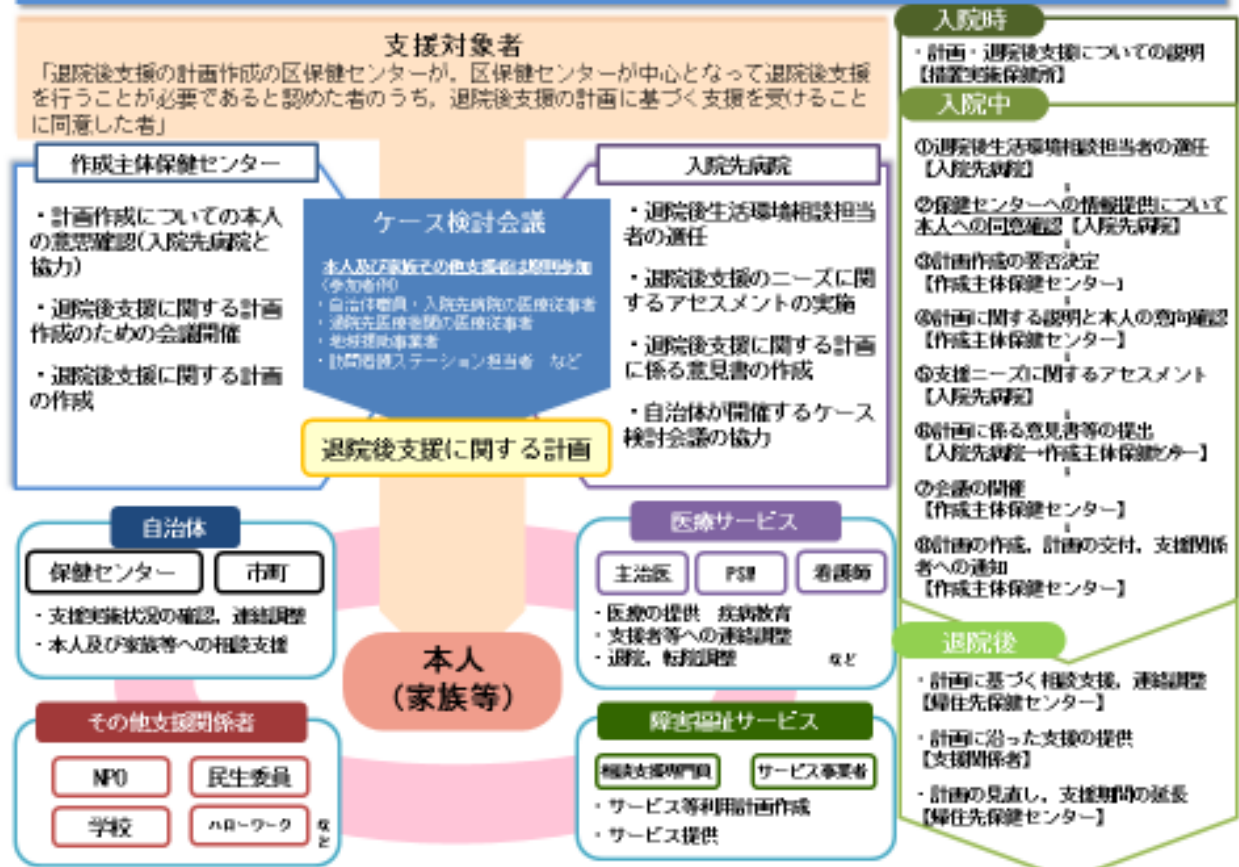
（ケース検討会議時の資料）

- 様式1 退院後支援に関する計画（修正案）
- 様式2 病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）（修正案）
- 様式9 退院後支援のニーズに関するアセスメント（必要時）
- 様式10 退院後支援のニーズに関する総合アセスメント（必要時）

（ケース検討に係る各種同意）

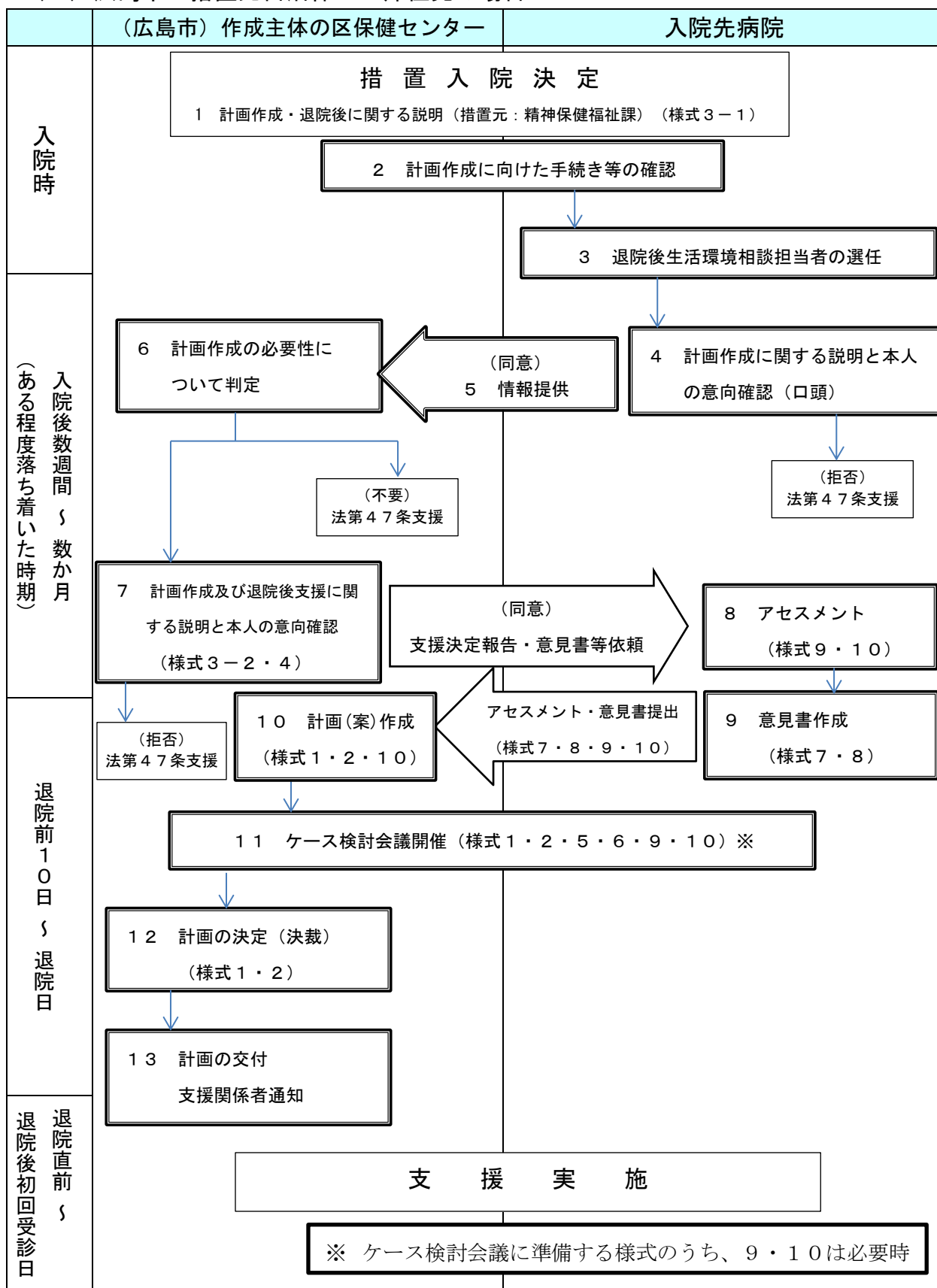
- 様式5 警察の参加に関する同意書
- 様式6 ケース検討会議に関する誓約書

## 【参考2】広島市精神障害者の退院後支援ガイドラインのイメージ

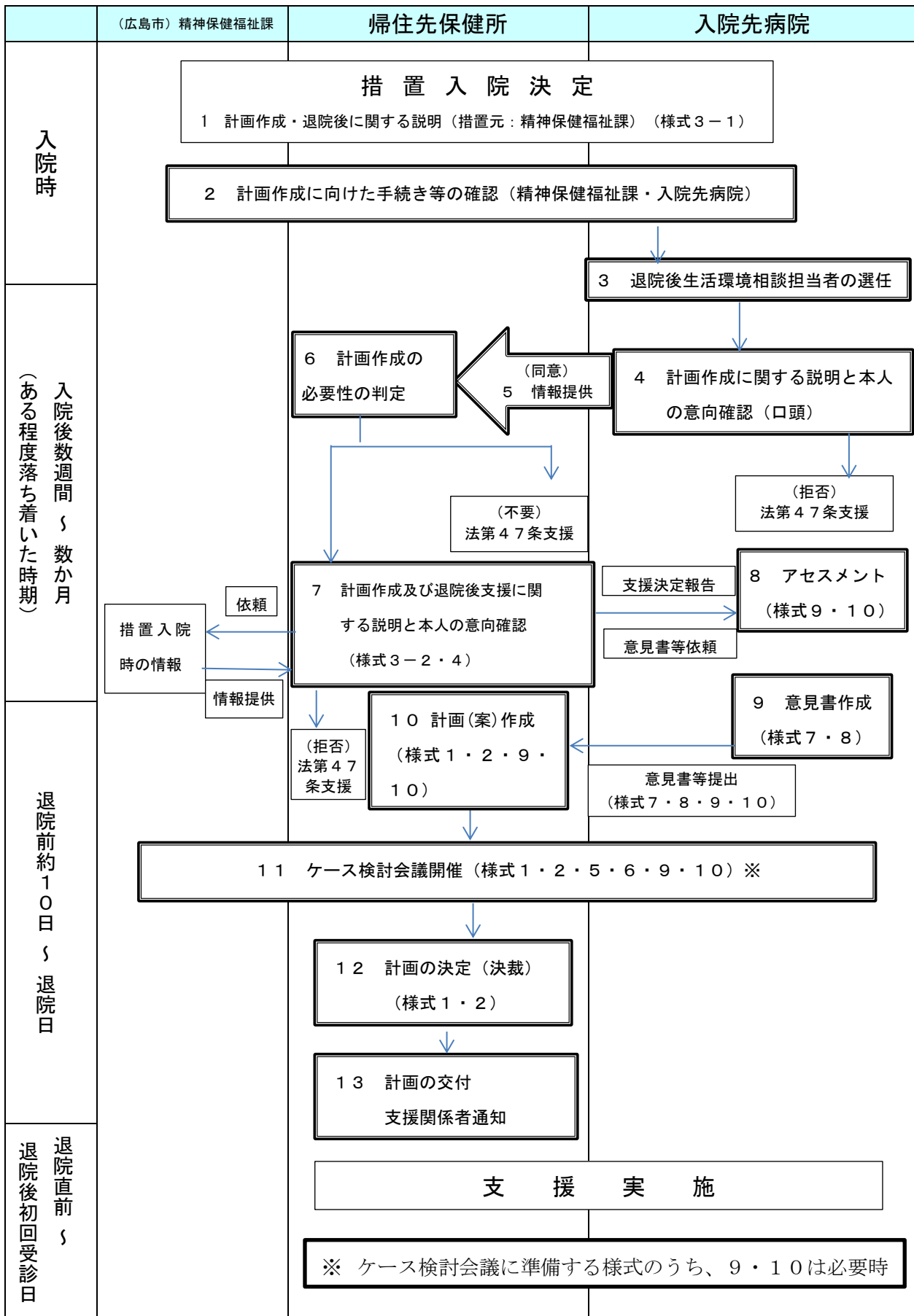


【 参考 3 : 措置入院から退院後支援開始までの流れ 】

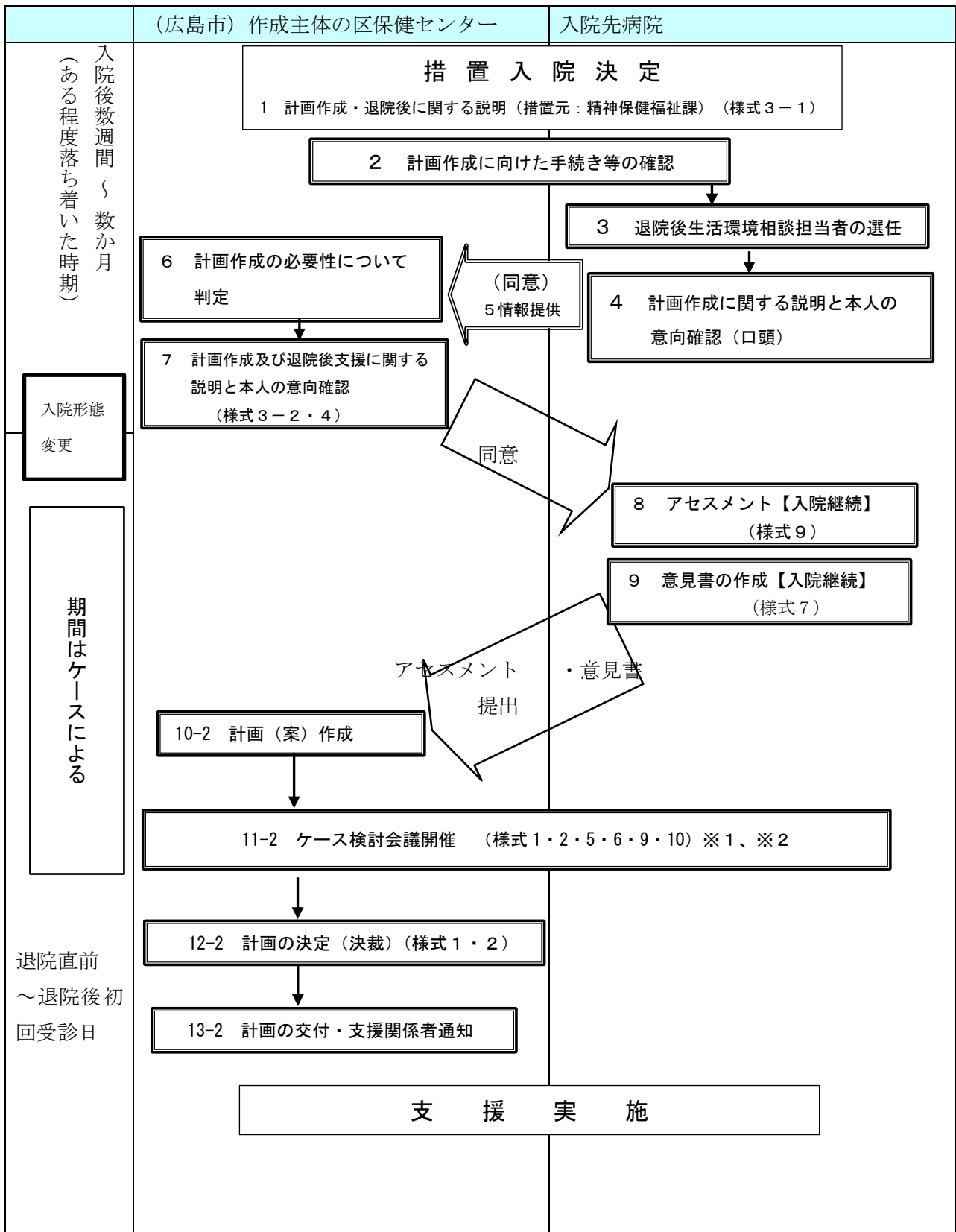
( 1 ) 広島市が措置元自治体かつ帰住先の場合



(2) 広島市が措置元自治体で帰住先が広島市外の場合



(3) 措置解除後に医療保護入院等入院を継続する場合



※1 退院支援委員会の開催とみなすことができる

※2 ケース検討会議に準備する様式の9・10は、必要時

(4) 退院後支援～支援終了

