

秋田県精神障害者の退院後支援 マニュアル

令和元年 1 1 月

秋田県健康福祉部障害福祉課

目次

1	マニュアルの目的	1
2	作成主体	1
3	支援対象者	1
4	計画作成の具体的方法	
	(1)対象者の選定に係る連絡	2
	(2)対象者の意向確認、同意取得	2
	(3)ニーズアセスメントの実施及び意見書の作成	3
	(4)会議の開催	3
	(5)計画作成	4
5	計画に基づく支援	
	(1)帰住先保健所の役割	4
	(2)各支援関係者の役割	5
	(3)必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合または病状が悪化した 場合の対応	5
	(4)計画の見直し	5
	(5)居住地を移した場合の対応	5
6	支援の終了及び延長	
	(1)支援の終了	6
	(2)支援の延長	6
7	同意が撤回された場合の対応	6
	【参考1】入院先病院の役割	7
	【参考2】支援関係者の役割	10
	精神障害者の退院後支援フロー図	11

様式1	退院後支援に係る意思の確認書（同意書）
様式2	退院後支援に係る同意の撤回書
様式3-1	退院後支援のニーズに関するアセスメント
様式3-2	退院後支援のニーズに関する総合アセスメント
様式4-1	退院後支援に関する計画に係る意見書
様式4-2	病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）
様式5-1	退院後支援に関する計画
様式5-2	病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）
様式6	退院後支援に関する計画の変更に係る同意書
様式7	移転先自治体（保健所等）への情報提供に係る同意書
様式8	退院後支援に関する情報提供
様式9	退院後支援に関する計画の延長に係る同意書

資料1	精神障害で入院されている方の退院後支援について
資料2	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

1 マニュアルの目的

精神保健福祉法第 47 条に基づく相談支援事業の一環として行う、精神障害者の退院後支援における具体的な手順を示すものである。

退院後支援は、退院後の生活がどこの地域であっても、その人らしい生活を安心して送れるよう、本人の意向やニーズ、課題に応じて、医療、福祉サービス等を継続的かつ確実に受けられるように包括的な支援を提供することにある。

退院後支援のイメージ



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（以下「帰住先保健所」という。）が、計画の作成主体となる。

措置決定をした保健所と帰住先保健所が異なる場合

帰住先保健所と措置決定をした保健所が、共同して作成すること。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、帰住先保健所が作成主体となり、計画作成等の中心的な役割を果たす。

帰住先不明者の場合の担当保健所

本人が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、措置を行った保健所が計画作成のために必要な準備を進める。

3 支援対象者

入院中の精神障害者のうち、秋田県内の居住地に退院予定で、かつ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。

(1) 帰住先保健所が、退院後の医療等の支援を行う必要があると認めた者

- ① 措置入院者（措置入院後に医療保護入院となった者を含む。）
- ② 緊急措置入院者（緊急措置入院後に医療保護入院となった者を含む。）

(2) 上記(1)の入院形態に関わらず精神障害者及び家族、その他の支援者、入院先病院から求めがあった場合等で、帰住先保健所が退院後支援を行う必要性が高いと認める者

支援対象者となりうる要因

- ・ 複数回の非自発的入院がある
- ・ 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
- ・ 家族、友人等がいない、孤立しがち
- ・ 経済的な問題を抱えている
- ・ 措置解除まで長期間を要した（おおむね3か月）
- ・ 措置解除後に1年以上の長期入院となった
- ・ 措置入院以外で警察が関与して入院した

4 計画作成の具体的方法

(1) 対象者の選定に係る連絡

- ① 帰住先保健所は対象者の入院を把握後、入院先病院に対し、病状が一定程度落ち着いた状態になったら帰住先保健所への連絡を依頼する。
- ② 入院先病院は、帰住先保健所の依頼を受け、対象者の病状が一定程度落ち着いた状態になった段階で帰住先保健所の担当者に連絡する。
- ③ 入院に関与した保健所と帰住先保健所が異なる場合は、入院に関与した保健所は上記①②の帰住先保健所として調整に当たり、帰住先が判明した段階で速やかに帰住先保健所に対象者の住所、氏名、入院病院等について連絡する。
- ④ 帰住先保健所は、対象者について必要な調査を行い、計画作成の可否を判断する。

(2) 対象者の意向確認、同意取得

- ① 帰住先保健所は退院後支援計画に基づく支援の必要性等について（資料1）を活用して、説明し、対象者の意向を確認する。
- ② 帰住先保健所は計画作成に同意した対象者について、同意書（様式1）の提出を得るとともに、意向確認結果について入院先病院に連絡する。同意書の代筆は不可とする。ただし、障害等の理由で署名等が困難な場合は、同意者の家族又は病院職員が代理で記名し、その場合は、記入者の氏名、本人との関係、代理記名の理由を記載すること（様式2, 6, 7, 9においても同様とする）。
- ③ 同意はいつでも撤回できる旨についても説明を行う。撤回書（様式2）。

同意が得られない場合 精神障害者及び家族その他の支援者の希望に応じて保健所等が退院後の支援等の相談に応じることができる旨を伝える等、法第47条による相談支援等を提供できるよう環境調整を行うよう務めること。

(3) ニーズアセスメントの実施及び意見書の作成

ニーズアセスメントは、退院後に必要な医療等の支援の内容を明らかにすることを目的とする。

- ①入院先病院は本人の治療に携わっている医療従事者（医師、退院後生活環境相談担当者、精神保健福祉士、看護師、薬剤師、作業療法士、社会福祉士等）による協議を経て、アセスメント（様式3-1, 3-2）を実施する。
- ②入院先病院はニーズアセスメントの結果を踏まえて退院後支援に関する計画に係る意見書（様式4-1, 4-2）を作成し、アセスメント結果とともに帰住先保健所に提出する。
- ③意見書の作成にあたっては、支援内容等について支援対象者及び家族等支援者の意見を聞くことが望ましい。

(4) 会議の開催

会議は原則として、本人等に参加を求め、入院中に開催し、支援関係者（保健所、市町村、入院先病院、通院先医療機関、障害福祉サービス事業者、介護サービス事業者、訪問看護ステーション、NPO等をいう。以下同じ。）で計画の内容等を協議する。

本人が参加を希望しない場合及び本人の病状により参加が困難な場合には、事前または事後にその意向を確認する機会を設けるなど、本人及び家族等支援者の意向を計画に反映させるための対応を行う。

①設置主体

- ・会議の設置主体は、計画作成主体の保健所（帰住先保健所）とする。
- ・入院に関与した保健所と帰住先保健所が共同で計画を作成する場合は、原則、帰住先保健所が会議の設置主体となる。この場合、入院に関与した保健所は、支援関係者として参加する。

②時期

- ・帰住先保健所は、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、入院先病院が作成する意見書（様式4-1, 4-2）、退院後支援のニーズに関するアセスメント（以下「アセスメント」という。）（様式3-1, 3-2）を踏まえて、参加者と開催日を調整する。
- ・入院中の開催が困難な場合は、退院後可能な限り早期に開催する。
- ・医療保護入院者の法第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と近接

している場合、当該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、退院時期を再検討する必要性が生じた場合は、退院支援委員会は、当初の予定どおり開催することが適当である。

③場所

- ・本人の参加を容易にするため原則、入院先病院内で開催する。
- ・退院後に開催する会議は、本人の参加しやすさを勘案した開催場所とする。

④個人情報への配慮

- ・会議を主催する保健所は、会議に関して知り得た情報の適正な取り扱いについて参加者に説明し、各支援関係者は当該取扱いを遵守する。

⑤記録の保存年限

- ・退院後支援に関する資料の保存期間は、支援終了後5年とし、関係者も同様とする。
- ・退院後支援以外の目的で使用しない。
- ・本人から情報開示の求めがあった場合、個人情報保護条例に基づき、できる限り速やかに応じる。

(5) 計画作成

帰住先保健所は支援担当者や家族等支援者との面談の結果や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4-1, 4-2）及び「退院後支援のニーズに関するアセスメント」（様式3-1, 3-2）を勘案し退院後支援計画（様式5-1, 5-2）を作成する。

①作成時期

- ・原則として入院中に作成する。
- ・入院期間が短い等の理由で入院中に作成できないときは、退院後に作成する。

②支援期間

- ・計画に基づく支援期間は、退院後6か月以内を基本とする。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する。

③計画の交付について

- ・計画の見直しや同意の撤回が可能であることを対面で説明する。（対面での説明が困難な場合は、郵送により交付し、電話での説明も可能。）
- ・支援期間の終了後は、既存の障害福祉サービス等による支援に円滑に移行できるよう、本人の同意を得た上で、事前に地域のサービスの活用や支援ネットワークの構築を図る。
- ・作成主体の保健所は、支援関係者に対し、計画内容を通知する。

5 計画に基づく支援

(1) 帰住先保健所の役割

- ・計画に基づき、電話、訪問、来所等による相談支援を行うとともに、支援全体の調整主体としての役割を担う。
- ・計画の実施状況を確認し、必要に応じ、支援関係者との会議開催や精神保健福祉センターに対し、技術的指導・援助を求める。
- ・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、支援関係者と連絡調整を行う。

(2) 各支援関係者の役割

- ・支援関係者は、帰住先保健所と協力し、計画に基づく支援を提供する。

(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

- ・本人の事前に希望している内容に配慮しながら、支援関係者と連携、協力して対応する。

(4) 計画の見直し

- ・帰住先保健所は、本人等が計画の見直しを希望した場合、本人の状況に応じて見直しの必要があると考えられる場合は、速やかに見直しの必要性も含めた検討を行う。
- ・支援関係者は、本人の状況から見直しの必要性を認識した場合には、速やかに、帰住先保健所へ連絡する。
- ・計画の見直しに当たっては、次のいずれかに該当する場合は、会議を開催する。

(1) 計画に基づく支援期間を延長する場合

(2) 見直し内容が複数の支援関係者に関係し、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は、本人等及び支援関係者と個別に調整を行う。
- ・本人から同意（様式6）を得た上で、計画を見直す。
- ・本人及び支援関係者への計画の交付等については、4－（5）－③を準用する。

(5) 居住地を移した場合の対応

①移転元保健所の対応

- ・本人が居住地を移した場合、移転元保健所は本人の同意（様式7）を得た上で、退院後支援に関する計画の内容等について、移転先保健所に通知する（様式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、速やかに、本人の同意（様式1）を

得て、計画を作成する。

- ・ 移転元保健所の作成した計画の内容を踏まえつつ、当初の計画作成と同様の手続を経て、本人等の意見を十分踏まえて計画を作成する。
- ・ 本人への交付等については、4－(5)－③を準用する。
- ・ 移転先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。

6 支援の終了及び延長

(1) 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、計画に基づく支援を終了する。
- ・ 支援終了の決定は、帰住先保健所が、本人等、支援関係者の意見を確認した上で行う。
- ・ 支援期間が経過する前であっても、支援を継続する必要性がないと認められる場合は、計画を終了することができる。この場合、本人等、支援関係者の意見を確認した上で、決定する。
- ・ 支援の終了を決定した場合は、帰住先保健所は、本人等、支援関係者に通知する。
- ・ 支援を終了した後も、法第47条に基づく相談支援が受けられることを説明する。
- ・ 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は、多職種・多機関の連携による包括的支援の継続を検討する。

(2) 支援の延長

- ・ 本人の病状や生活環境の変化（例：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が可能。
- ・ 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、本人等に延長の必要性について丁寧に説明し、本人の同意（様式9）を得た上で計画を延長する。
- ・ 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する。

7 同意が撤回された場合の対応

- ・ 同意を撤回する意向が示された場合は、次のような対応を行う。
 - ①本人の意向を傾聴し、真意を確認した上で、必要に応じて計画内容を見直す。
 - ②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。
 - ③十分な対応を行っても、同意を得られない場合には、本人から同意の撤回書（様式2）の提出を得た上で、支援終了を決定し、本人等及び支援関係者に通知する。
 - ④支援終了後も、法第47条に基づく相談支援が受けられることを説明する。

【参考1】 入院先病院の役割

退院後支援は、保健所を中心として、医療、福祉サービス等がネットワークを組んで、本人等を支える取り組みである。入院先病院の協力は任意であり、退院後支援への理解と協力を得て行う。

入院先病院の役割

- 1 退院後の生活環境に関する相談支援担当者の選任
- 2 退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施
- 3 帰住先保健所への連絡
- 4 意見書等の保健所への提出
- 5 会議への参加

1 退院後の生活環境に関する相談支援担当者の選任

- ・退院後に円滑な社会復帰等を行うため、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重要である。
- ・法第33条の4により、精神科病院の管理者は、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が、措置入院者にも、退院後の生活環境に関し、本人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。
- ・精神保健福祉士、保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士等、精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者から選任すること。

退院後生活環境相談担当者の役割

計画の作成等に当たり、病院において中心的役割を果たし、治療と生活支援の両面から、本人を主体とした権利擁護の視点に立って考える。

① 入院時の業務

- ・本人等に対して、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を説明する。
- ・入院時における入院診療計画の立案に参画し、適宜本人等に説明を行う。

② 退院に向けた相談支援業務

- ・本人等からの相談に応じる。
- ・入院当初から、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。
- ・本人等との相談内容は、記録に残すこと。
- ・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連携を図る。
- ・本人等の意向を踏まえて、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（急性期を脱した時点）で、計画作成の保健所と協力し、退院後支援について検討を行う事を説明する。
- ・計画作成のために必要な情報収集、連絡調整
- ・他の職種と協働してアセスメント（様式3-1, 3-2）を実施
- ・計画に関して本人が意見を表明できるよう支援
- ・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するための調整
- ・保健所が開催する会議への参加、院内の関係者への連絡調整

④ 退院調整に関する業務

- ・地域への円滑な移行を図るため、保健所や支援関係者と連絡調整を行う。
- ・転院となる場合は、本人の同意を得た上で、転院先病院への情報提供、転院調整等を行う。

2 アセスメントの実施

- ・アセスメントは、退院後に必要な医療等の支援の内容を明らかにすることを目的とする。

必要な医療等の支援

本人が必要と考えているものと、アセスメントを実施する者から見て必要と考えられるものの両方を含む。

(1) 実施主体

- ・入院先病院は本人の治療に携わっている医療従事者（医師、退院後生活環境相談担当者、精神保健福祉士、看護師、薬剤師、作業療法士、社会福祉士等）による協議を経て、アセスメント（様式3-1, 3-2）を実施する。

(2) 内容

- ・医療面のほか生活課題や環境面にも配慮して支援ニーズをチェックし、支援ニーズの見逃しを防止する。
- ・アセスメント（様式3-1, 3-2）の不明の項目を少なくすることが大切である一方、何が不明かを明らかとすることも重要。

(3) 帰住先保健所への連絡

- ・退院後の居住地が入院前と変わる場合は、本人の同意を得た上で、速やかに帰住先保健所に対して連絡を行うこと。
- ・また、住所不定の場合は、措置決定をした保健所と協力して、本人が居住地を確定できるよう支援する。

(4) 意見書等の保健所への提出

- ・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段階で、直近のアセスメントの結果を踏まえ、意見書（様式4-1, 4-2）を記載し、アセスメント（様式3-1, 3-2）とともに、帰住先保健所に提出すること。

(5) 会議への参加

- ・会議に参加し、本人の同意を得た上で、本人の病状や治療経過、アセスメントの結果、意見書等について説明する。
- ・会議に参加する担当者は、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。）以外の場合は、主治医に加え、指定医が参加することが望ましい。

(6) 診療報酬の対象

- ・退院後支援に関して診療報酬の対象となるのは、措置入院患者（緊急措置入院患者及び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を含む。）である。詳しくは、診療報酬算定方法による。

【参考2】 支援関係者の役割

退院後支援は、保健所を中心として、医療、福祉サービス等がネットワークを組んで、本人等を支える取り組みである。障害福祉サービス事業者、介護サービス事業者等（以下「障害福祉サービス事業者等」という。）の協力は任意であり、退院後支援への理解と協力を得て行う。

（1）帰住先保健所への協力

- ・ 支援関係者は、帰住先保健所と協力し、計画に基づく支援を提供する。
- ・ 帰住先保健所から、計画の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は、これに協力する。
- ・ 障害福祉サービス事業者等は、本人の意思決定を支援し、本人の同意を得た上で、本人の意向や生活状況等を他の支援関係者と共有する。

（2）想定される支援の例

①通院先医療機関

- ・ 本人の医療ニーズが高い場合、帰住先保健所、支援関係者との連絡調整を行う。
- ・ 通院が継続されない可能性が高い場合は、訪問看護、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。

②障害福祉サービス事業所

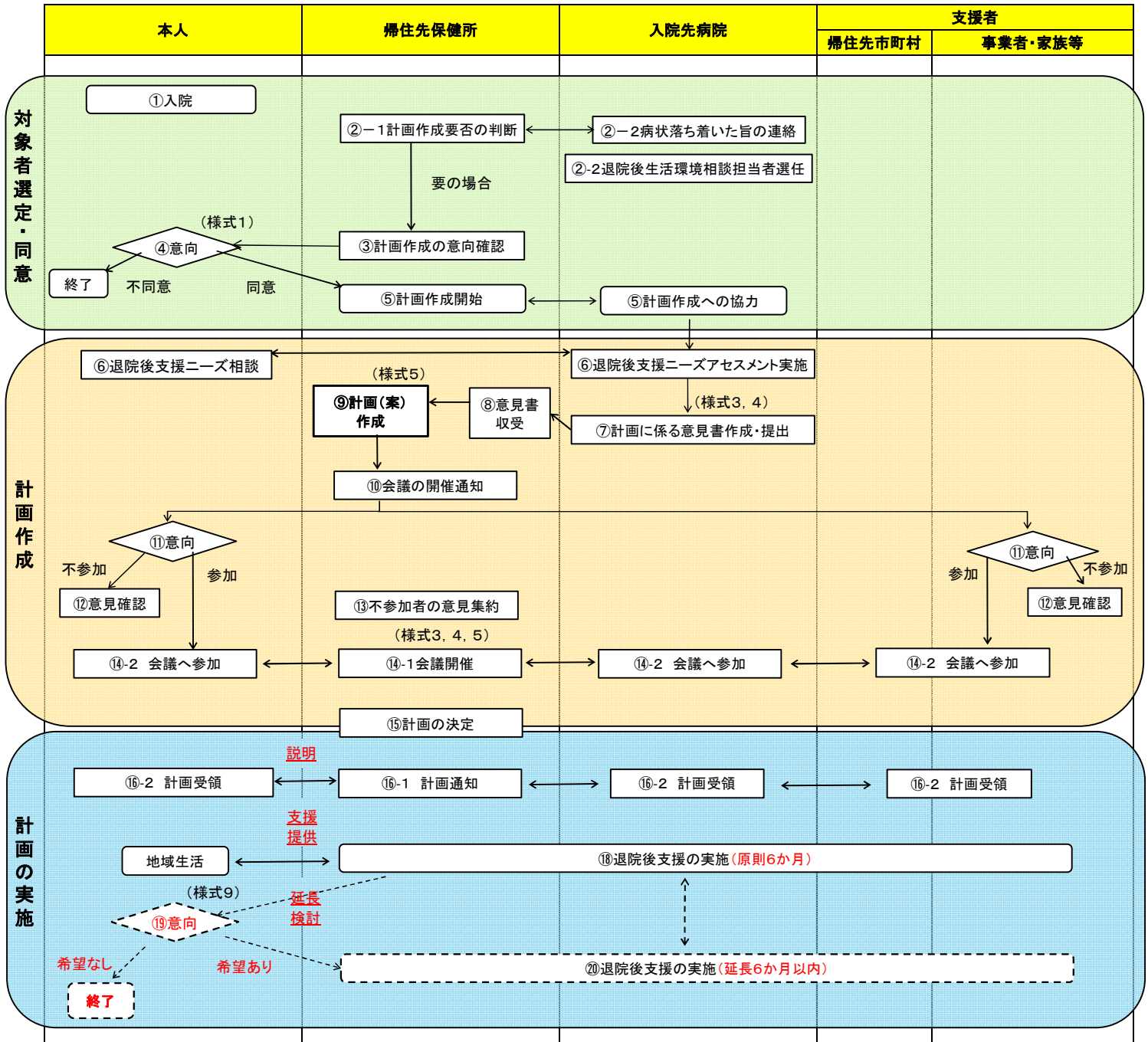
- ・ 障害者総合支援法に基づく地域定着支援、自立訓練を実施する。

③市町村

- ・ 介護サービスの利用支援を行う。
- ・ 通院が継続されない場合は、受診勧奨等を行う。

精神障害者の退院後支援フロー図

□ 開始・終了 □ 経過 ◇ 判断 □ 延長 → 次へ ↔ 連携・確認



※退院後支援の同意撤回(様式2)