**熊本市措置入院者等の退院後支援マニュアル**

熊本市障がい者支援部

こころの健康センター

策定　2019年5月

改訂　2024年4月

目次

1. **はじめに**
2. **退院後支援に関する計画の作成**

（１）支援対象者

（２）計画作成主体

（３）関係機関の役割

1. 熊本市こころの健康センター（精神保健福祉班）
2. 措置等入院先の医療機関
3. 帰住先の各区役所（福祉課、保健こども課、保護課等）
4. 熊本市こころの健康センター(相談支援班：精神保健福祉センター)
5. 各医療機関（措置入院先及びその後の入院、通院先を含む）、訪問看護ステーション、相談支援事業者その他の障害福祉サービス事業所等

（４）具体的な手順の流れ

1. 退院後生活環境相談担当者の選任
2. 計画作成の時期
3. 計画に関する説明と本人の意向の確認
4. 退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施
5. 計画に係る意見書等の自治体への提出
6. 退院後支援会議の開催
7. 計画の決定
8. 計画の交付、支援関係者への周知
9. **計画に基づく退院後支援の実施**

（１）支援期間

（２）支援内容等

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. **計画に基づく支援の終了及びその後の対応**
6. **対象者が退院後支援計画に基づく支援への同意を撤回した場合の対応**
7. **支援対象者が居住地を移した場合の対応**

（１）移転元保健所設置自治体の対応

（２）移転先保健所設置自治体の対応

1. **マニュアルの改正について**
2. **個人情報の取扱いについて**

**１０．精神障がい者(措置入院者等)の退院後支援フロー図**

**１１．様式目次　様式１～１５　別紙１～４　参考様式１～３　記入例等**

* 1. はじめに

入院をした精神障がい者は、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、就労支援等の支援が実施されることが望ましい。

そのためには、こうした精神障がい者が、地域でその人らしい生活を安心して送れるよう、本人のニーズに応じた、関係者・関係機関による多面的かつ重層的な支援を提供できる体制の整備が必要である。

そこで、本市では、国から示された「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」（以下、「ガイドライン」という。」に基づき、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条に規定する相談支援業務の充実を図るものとして、本市における退院後の医療等に関する手順を具体的に示すため、「熊本市措置入院者等の退院後支援マニュアル」を策定する事とした。

なお、本マニュアルはあくまでも標準的な手順を定めたものであり、実際の運用に当たっては、個別の状況に応じ、柔軟に対応していくことを想定している。

**２．退院後支援に関する計画の作成**

**（１）支援対象者**

本市（計画作成主体の自治体）が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がい者【表１】のうち、計画に基づく支援をうけることに同意した者とする。

また、措置入院者については、都道府県・政令指定都市の長が入退院の決定を行うものであり、退院後支援に自治体が関与する必要性が高いと考えられるため、**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。**

**表１：一般的に想定される支援対象者**

主として、措置入院者のうち

・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

・措置解除までに長期間を要した者

・措置解除後に1年以上の長期入院となった者等

**※本人の同意が得られない場合について**

十分な説明を行っても、本人から同意を得られない場合、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。

**〈補足〉**

1. 本人の同意が得られず、家族の同意しか得られない場合は、計画の作成は行わない。
2. 未成年の場合は、親権者の同意を得ることが適当だが、家族状況によって同意を得ることが困難な場合は、状況に応じて本人の同意のみで退院後支援を実施する。
3. 初めの同意確認で同意が得られなかった場合でも、入院中は同意を得る努力を続けることが望ましい。

**（２）計画作成主体（表１）**

**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(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。**

**※「居住地」とは**

本人の生活の拠点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。

1. 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・指定都市」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・指定都市が入退院の決定を行うこととなるため、当該都道府県・指定都市が、帰住先保健所設置自治体と共同して作成主体となる。
2. 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未定の場合においては、帰住先が確定するまでは帰住先未定の扱いとし、措置を行った都道府県・指定都市が計画作成のために必要な準備を進める。

**○計画作成主体の一覧表（表１）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **措置を行った都道府県** | **帰住先** | **作成主体** |
| **熊本市** | **熊本市** | **熊本市** |
| **熊本県保健所内** | **帰住先の県保健所(熊本市が協力)** |
| **他都道府県** | **帰住先の保健所等と協議** |
| **未定** | **熊本市** |
| **熊本市外** | **熊本市** | **原則、帰住先の熊本市****(措置対応保健所と協議)** |

**（３）関係機関の役割**

1. **熊本市こころの健康センター（精神保健福祉班）**

措置等入院者に係る退院後支援の中心となり、当該支援対象者との関係を構築し、医療機関と連携しながら調整会議（以下、「退院後支援会議」という。）の開催、退院後支援計画の作成、退院後支援計画に基づく支援、関係機関との調整等を実施。

1. **措置等入院先の医療機関**

退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者（以下、「退院後生活環境相談員」という。）を選任し、退院後に必要な支援ニーズのアセスメント、退院後支援会議の開催、退院後支援計画の作成に係る情報を提供(意見書等を提出)。

また、計画作成に当たっては、入院中からかかわりを持ち、熊本市こころの健康センター（精神保健福祉班）とも協議を行い、退院後の通院先の医療機関等とも連携を図る。

1. **帰住先の各区役所（福祉課、保健こども課、保護課等）**

退院後支援会議への参加し、熊本市こころの健康センター（精神保健福祉班）と連携をとりながら、支援対象者へ退院支援計画に基づく退院後の支援を行う。

支援期間が終了した後も、必要に応じて、適宜相談対応を行う。

1. **熊本市こころの健康センター(相談支援班・総務班：精神保健福祉センター)**

熊本市こころの健康センター（精神保健福祉班）が行う退院後支援に関して、連携、協力する

1. **各医療機関（措置等入院、消退後の入院、退院後の通院先）、訪問看護ステーション、相談支援事業者、障がい福祉サービス事業者等**

支援対象者の思いを丁寧に聞きとり、不安の除去や必要な助言などを行い、信頼関係の構築に努めると共に、退院後支援計画の作成に係る情報を提供(意見書等を提出)し、退院後支援会議へ参加。支援対象者への支援については、それぞれの機関毎、相互に協力し連携を図る。

**（４）具体的な手順の流れ**

1. **退院後生活環境相談担当者の選任**

入院先病院は、支援対象者の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。（令和4年法の一部改正により選任が義務付けられました（第29条の6）。）

退院後生活環境相談担当者は、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の主な役割について**

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。

本人の入院時に、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。

随時、本人及び家族その他の支援者からの相談に応じ、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等の退院に向けた相談支援を実施する。

計画作成に向け、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な支援を実施する。

退院へ向け、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。

【様式８】退院後支援計画の作成について医療機関用

<別紙４>障害福祉・介護保険サービスについて

1. **計画作成の時期**

原則として本人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。やむをえ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（表２）。この場合でも、入院先病院と連携の上、計画の作成などについて支援対象者の了解を得ておく。

**表２：入院中に計画を作成できない場合の例**

・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。

・その他の精神医療審査会の審査の結果に基づき退院する場合。　等

1. 計画に関する説明と本人の意向の確認

入院先病院は、本人の症状が一定程度落ち着いた段階で、退院後支援のための行政による面談について、本人の了解を得る。

了解を得られた後、帰住先保健所設置自治体及び措置対応を行った都道府県・指定都市は、入院先病院と協力しつつ、本人と面談を行い、計画に基づく支援の必要性等について丁寧に説明し、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、本人の意向を確認したうえで同意書による同意を得る。

〈別紙１〉退院後支援について（本人用ちらし）

【様式９】退院後支援についてのお知らせ

【様式１１】同意書

1. **退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施**

入院先病院は、本人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（入院中の精神障がい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一環として行われる評価）を実施する。

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、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。

【様式５】退院後支援のニーズに関するアセスメント医療機関用

【様式６】退院後支援のニーズに関する総合アセスメント退院後支援会議用（任意）

1. **計画に係る意見書等の自治体への提出**

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、計画に係る意見書を作成し、当該アセスメントの結果とともに、帰住先保健所設置自治体に提出する。

なお、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。

※障がい福祉サービス等の導入

退院後支援ニーズに関するアセスメントの結果、障害福祉サービス等の導入が必要と考えられる場合には、早い段階から相談支援事業所等の協力を得ることが必要。

【様式３】退院後支援に関する計画に係る意見書医療機関用

【様式４】病状が悪化した場合の対応方針（困ったときの対処）医療機関用

【様式５】退院後支援のニーズに関するアセスメント医療機関用

<別紙４>障がい福祉・介護保険サービスについて

**※措置入院後に医療保護入院等により入院を継続する場合**

措置解除前の意見書に、様式３における入院継続時の必須記入項目について記載すれば足り、その後、医療保護入院等を経て退院する段階で全ての項目を記載した意見書を再度提出する。

1. **退院後支援会議の開催**

会議の設置主体は、計画作成主体である支援対象者の帰住先保健所設置自治体とし、原則として、入院中に会議を開催し、支援関係者等（表３）で計画の内容等（表４）を協議する。

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。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。

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。

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。なお、会議の開催は、原則として入院先病院内で開催することとするが、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も可能とする。

【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（困ったときの対応）

【様式６】退院後支援のニーズに関する総合アセスメント　退院後支援会議用

参考様式１　総合アセスメントシート

**表３：想定される支援関係者等**

ア．作成主体の自治体【措置を行った都道府県・指定都市、帰住先保健所設置自治体、精神保健福祉センター等の職員】

イ．帰住先の市町村【障害福祉担当課、生活保護担当課、地域包括支援センター、区役所保健こども課等の職員】

ウ．入院先病院【主治医、退院後生活環境相談担当者(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．相談支援事業所、訪問看護ステーション【担当職員】

キ．NPOなどの支援機関【担当職員】、民生委員等

**表４：協議内容**

・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

※原則として、警察は参加しない。本人が警察の参加を拒否した場合には、警察職員を参加させてはならない。

**※措置入院解除後に医療保護入院等により入院を継続する場合**

措置入院中の会議の開催は要しないこととし、医療保護入院等から退院する段階で計画作成のための会議を開催する。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5（令和4年法の一部改正令和5年4月1日施行）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。

1. **計画の決定**

計画の作成主体である帰住先保健所設置自治体及び措置対応を行った都道府県・指定都市は、入院先病院から提出された退院後支援のニーズに関する総合アセスメントの結果、計画に係る意見書、会議における協議内容等を踏まえ、計画を決定する。

【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応方針（困ったときの対処）

1. **計画の交付、支援関係者への周知**

帰住先保健所設置自治体は、計画決定後、速やかに本人に対して計画を交付し、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、また居住地を移す場合の取扱い等についてもあわせて説明する。

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。

帰住先保健所設置自治体は、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（困ったときの対応）

<別紙２>退院後支援計画の決定について（通知）

**<補足> 〇計画の内容** 計画に掲載する内容は以下のとおり（表５）

**表５：計画への記載事項**

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

　(入院継続の場合)　予定されている入院形態、推定入院期間

(転院の場合)　　　転院先病院名及び連絡先

ケ．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

コ．退院後に必要な医療等の支援

(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)

サ．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、担当者連絡先

シ．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

ス．計画に基づく支援期間

セ．病状が悪化した場合の対処方針

ソ．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。

**※病状が悪化した時場合の対処方針**

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、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

・緊急連絡先等

【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）

**※計画内容に関するその他の留意事項**

なお、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。

**３．計画に基づく退院後支援の実施**

**（１）支援期間**

退院後6カ月を原則とする。

**※支援期間の延長について**

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ができるものとする。この場合には、当初の支援機関が満了する前に、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。

なお、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。

【様式１４】延長して退院後支援を受けることの同意書

* 1. **支援内容等**
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。

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。こころの健康センター（相談支援班・総務班）は、退院後支援に関する積極的な技術的指導・援助を行う。

参考様式３　チェックシート

1. **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。

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。

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。

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、多機関間の調整が必要となることから、通院先医療機関は、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を配置することが望ましい。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。

相談支援事業所は、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。

【様式１０】退院後支援計画の取扱いについて支援関係者用

1. **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**

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。

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。見直し後の計画は本人に交付するとともに、支援関係者に通知する。

**５．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。

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。この場合は、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、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。

**６．対象者が退院後支援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うえで、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する。

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、本人からの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。

【様式１５】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

**７．支援対象者が居住地を移した場合の対応**

**（１）移転元保健所設置自治体の対応**

計画作成中又は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、移転元の保健所設置自治体は本人の同意を得て移転先の保健所設置自治体に対して計画の内容等を通知する。

【様式７】退院後支援に関する情報提供

【様式12】移転先自治体に情報提供をすることの同意書

【様式13】転居後の相談先について

〈別紙３〉措置入院者の退院後支援に係る連絡票の送付について

参考様式２　連絡票

**（２）移転先保健所設置自治体の対応**

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の作成、または計画に基づく支援の実施を行う。

【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）

【様式１１】同意書

**８．マニュアルの改正について**

マニュアルを改正する際は、必要に応じて関係機関の意見を聴き改正する。

**９．個人情報の取扱いについて**

会議等で知り得た個人情報の取扱いに当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、十分な配慮をするとともに、個人情報を他に漏らしたり、目的外収集、利用等を行ってはならない。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度の情報を共有するに留め、退院後支援の実施に当たる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。予め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、本人から会議の記録等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、個人情報保護に関する法律に基づき、できる限り速やかにこれに応じるよう努める。

　【様式10】退院後支援計画の取り扱いについて支援関係者用

**１０．精神障がい者（措置入院者等）の退院後支援フロー図（後述）**

**１１．様式等**

【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応方針（困ったときの対処）

【様式３】退院後支援に関する計画に係る意見書 医療機関用

【様式４】病状が悪化した場合の対応方針（困ったときの対処） 医療機関用

【様式５】退院後支援のニーズに関するアセスメント 医療機関用

【様式６】退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

【様式７】退院後支援に関する情報提供

【様式８】退院後支援計画の作成について 医療機関用

【様式９】退院後支援について（本人用同意取得用）

【様式１０】退院後支援計画の取扱いについて（支援関係者向け）

【様式１１】同意書

【様式１２】移転先自治体に情報提供することの同意書

【様式１３】転居後の相談先について

【様式１４】延長して退院後支援を受けることの同意書

【様式１５】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

別紙１　退院後支援について

別紙２　退院後支援計画の決定について（通知）

別紙３　措置入院者の退院後支援に係る連絡票等の送付について

別紙４　障がい福祉サービスについて

参考様式１　総合アセスメントシート

参考様式２　連絡票

参考様式３　チェックリスト

記入例（計画書・アセスメントシート）

＊参考様式は、事業が円滑に進むために提示する参考例です。類似の既存様式があれば、
既存様式をご使用いただいて構いません。