

措置入院者等の退院後支援マニュアル

新潟市

目次

ページ

1 対象者と関係機関	1
2 支援同意	2
3 支援期間	3
4 支援の実際	3
5 計画に基づく支援の終了	6
6 その他	6

<様式>

- 様式 1 退院後支援に関する計画
- 様式 2-1 退院後支援のニーズに関するアセスメント
- 様式 2-2 退院後支援のニーズに関するアセスメント評価マニュアル
- 様式 3 退院後支援に関する計画に係る意見書
- 様式 4 退院後支援同意書
- 様式 5 退院後の相談先について
- 様式 6 退院後支援に関する情報提供

<別紙>

- 別紙 1 支援対象者フロー
- 別紙 2 退院後支援イメージ
- 別紙 3 退院後支援の流れ

1 対象者と関係機関

(1) 対象者

- ア 本市が措置診察を実施し、措置入院となり支援同意が得られた者。なお、当該診察の結果、医療保護入院等の入院者についても、必要に応じて対象とする。ただし、緊急措置入院のみで退院した者を除く。
- イ 他自治体（県内外）が入院措置を行った者のうち、本市に帰住予定で支援同意が得られた者。

(2) 関係機関とその役割

- ア こころの健康センター精神保健福祉室（以下「精神保健福祉室」という。）
 - a 措置入院決定、解除に関する業務を行う。
 - b 措置入院中から関係機関と連携し、調整を行う。
 - c 本人及び家族等、医療機関等に対する退院後支援に関する説明を行う。
 - d 支援に関する基礎情報や地域の関係機関の支援に関する情報を集約する。
 - e 個別ケース検討会議を開催し、退院後支援計画（様式 1）を作成するとともに、進行管理、連絡調整を行う。
 - f 退院後支援計画に基づき支援を行う。
 - g 入院先病院との調整や情報共有を行い、権利擁護の視点から適切な支援が行われているかを把握する。

【措置自治体と退院後の帰住先が異なる場合】

<新潟市から転出する場合>

- (a) 本人の同意を得た上で、転出先自治体の担当部署と情報を共有するとともに退院後支援計画の共同作成の依頼を行う。
- (b) 本人には転出先自治体の担当部署を案内する。

<新潟市に転入する場合>

転入前自治体と情報共有を行い、退院後支援計画を共同作成する。

【国ガイドラインに基づく退院後支援を未実施自治体の場合】

- (a) 帰住先が市外の場合、本市で退院後支援計画を作成し、帰住先自治体に通知する。
- (b) 本市に帰住する場合、本市が医療機関等と連携し、退院後支援計画を作成する。

イ 庁内関係機関

- a 必要に応じ、個別ケース検討会議に参加し、退院後支援計画の作成に協力する。
- b 必要に応じ、退院後支援計画に基づく支援の終了後、精神保健福祉室と連携して精神保健福祉相談事業を実施する。

ウ こころの健康センターグループ制

精神保健福祉室、庁内関係機関及び地域援助事業者に対して、専門的な立場から積極的な技術指導及び技術援助を行う。

エ 入院先病院

- a 措置入院者等に対する治療を行う。
- b 窓口となる退院後生活環境相談担当者（以下「担当者」という。）を選任する。
- c 多職種による退院後支援のニーズに関するアセスメント（以下「ニーズアセスメント」という。）を実施する。（様式 2-1、2-2）
- d 退院後支援に関する計画に係る意見書（様式 3）を精神保健福祉室に提出する。
- e 個別ケース検討会議に参加し、退院後支援計画の作成に協力する。

オ 通院先医療機関

- a 必要に応じ、個別ケース検討会議に参加する。
- b 入院先病院から医療情報を引き継ぎ、在宅での継続的な医療を提供する。

カ 地域援助事業者

- a 退院後の生活支援をスムーズに行うため、本市や医療機関等と連携する。
- b 入院中から個別ケース検討会議に参加し、外出の機会等を利用した顔合わせ等を行う。
- c 退院後支援計画に基づいて支援を行う。

【地域援助事業者の例】

相談支援事業所、障がい福祉サービス事業所、基幹相談支援センター、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等

2 支援同意

支援の開始にあたっては、支援内容やその必要性について丁寧に説明し、本人の理解のうえ退院後支援同意書（様式 4）により同意を得ることを原則とする。ただし、本人が同意した後であっても、その同意を撤回することができるものとする。

本人から同意が得られない場合、または同意撤回の意向が示された場合には、その意向を十分に聞き取り、受入可能な支援方法を検討するなど可能な限りその理解が得られるように努める。

こうした対応を行っても、計画に基づく支援の実施について本人から同意が得られない場合、または同意が撤回された場合には、退院後の相談先（様式 5）により本人に相談先を案内し、精神保健福祉室、庁内関係機関等の職員が、本人や家族から求めがあった場合に相談に応じる、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。

3 支援期間

退院後支援計画に基づき行われる支援期間については、個別ケース検討会議の意見を踏まえ、個々の状況、状態に合わせて決めることとし、退院後6ヶ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、本人の意向や病状、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。

支援期間を延長する場合は、当初の支援期間が満了する前に、個別ケース検討会議を開催し、延長の必要性について検討する。延長は原則1回（最長6ヶ月）とする。

4 支援の実際

(1) 入院後の対応

ア 精神保健福祉室

- a 入院先病院の担当者に速やかに連絡を入れ、精神保健福祉室の計画作成担当者を伝え、本人の病状及び病院の支援方針等の情報を収集する。
- b 家族と連絡をとり、入院に至る経緯、家族の状況等を再確認し、必要に応じて家族を支援につなげる。
- c 本人が面会可能になったことを確認した上で、原則入院先病院に出向き、主治医や担当者より病状、治療方針、今後の見通し等を確認し、退院後支援同意書（様式4）により本人の同意を得たうえで、退院に向けた支援ニーズを把握するとともに関係の構築を開始する。
- d 個別ケース検討会議の準備を行う。
 - (a) 面接等で得られた情報をもとに必要なサービスを検討し、関係機関への協力を依頼する。
 - (b) 個別ケース検討会議の参加者の選定を行う。
 - (c) 退院後、市外自治体に帰住するケースの場合は、帰住先の自治体に情報提供し、退院後支援計画の共同作成の依頼を行う。
- e 庁内関係機関及びその他の関係機関と情報の共有及び役割分担を行う。

イ 庁内関係機関

精神保健福祉室から受けた情報の共有と現時点の支援の見通しを確認する。

ウ 入院先病院

- a 本人及び家族その他の支援者からの相談に応じる。
- b 本人の病状を見ながら、ニーズアセスメントを行い、退院後支援計画に関する意見書（様式3）と直近のニーズアセスメントの結果（様式2-1、2-2）を精神保健福祉室に提出する。

(2) 個別ケース検討会議の実施

- ア 目的 退院後支援計画の作成や、支援実施に係る役割分担を行う。
- イ 主催 精神保健福祉室
- ウ 場所 原則として入院先病院とする。
- エ 参加者 本人、家族、入院先病院（主治医、担当者等）、退院後の通院先医療機関、地域援助事業者等、帰住先自治体職員、庁内関係機関職員、精神保健福祉室職員等 ※ただし、全員の参加が必須ではない。
- オ 確認及び協議内容
 - a 入院に至った経緯の振り返り
 - b 治療経過
 - c ニーズアセスメントの結果
 - d 今後の治療計画（病状が悪化した場合の対処方針を含む）
 - e 退院後の生活に関する本人の希望及び家族その他の支援者の意見
 - f 退院後の生活に関する課題（支援ニーズ）、目標、支援体制（支援内容、担当機関、担当者、連絡先等）
 - g 計画に基づく支援期間

【個別ケース検討会議実施の留意点】

- (a)病状が落ち着いた時点で本人の了解を得て、速やかに行うことが望ましい。
- (b)入院初期の情報をもとに、治療状況を把握しつつ、医療機関と連携して退院後の生活に向けた環境調整を開始する。
- (c)想定される障がい福祉サービス等の導入に向け、地域の関係機関に協力を求める。また、地域生活を支え見守る支援関係者のネットワークを本人ごとに設定する。
- (d)精神保健福祉室が担う役割や支援の計画について検討する。

(3) 退院後支援計画の決定と交付、支援関係者への通知

精神保健福祉室は、作成した退院後支援計画を決定し、速やかに本人に交付するとともに、支援関係者に通知する。また、必要に応じて随時個別ケース検討会議を開催し、退院後支援計画の見直し、再作成、決定、交付及び通知を行う。

(4) 退院に向けた準備

- ア 精神保健福祉室
 - a 必要に応じて、居住地への同行等の訪問を行い、実際の生活面における情報把握やアセスメントの実施、入院から地域生活への円滑な移行に向けて、社会資源の見学同行等を行う。
 - b 医療等の支援の中断、病状が悪化した場合の対応（様式1）を本人の希望に十分配慮し確認しておく。

イ 入院先病院

- a 本人の退院後の帰住先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、速やかに精神保健福祉室に連絡する。
- b 住所不定の措置入院者等の退院後の居住地に関しては、精神保健福祉室及び庁内関係機関と連携して本人が居住地を確定するための援助を行う。
- c 退院の見通しが立ったときは、速やかに精神保健福祉室に連絡する。

(5) 退院後の支援

退院後支援の目標は、治療の継続と再発予防、安定した生活が継続できるように支援することである。退院後は退院後支援計画に基づき支援を提供し、本人や家族に対して、電話、訪問、来所等により継続して支援を行う。

ア 精神保健福祉室

- a 退院後支援計画に基づき、定められた時期に個別ケース検討会議を開催する。
- b 本人や家族、支援の状況の変化により計画を見直す必要があるときは、随時個別支援ケース検討会議を開催し退院後支援計画を見直す。
- c 退院後支援計画に基づいた支援期間の終了時期について検討する。
- d 退院後、必要に応じ訪問等により、通院や服薬状況、支援の受け入れ状況について確認する。
- e 通院や服薬を中断していた場合、通院先医療機関と連携し受診勧奨を行う。
- f 退院後支援計画に基づいた支援が提供されているか、その支援を本人が受入れているかを把握する。
- g 本人の状況に変化があった場合は、連絡を入れるよう他の支援関係者や家族に働きかけておく。

【退院後の支援中に市外に転出する場合の対応】

切れ目なく支援を受けられるようにするため、本人に対し、事前に情報提供の意義と提供される情報の内容、情報提供の範囲等について十分に説明し、転出先自治体に退院後支援計画の内容等を通知する。(様式 1、様式 6)

また、転出先自治体からの求めに応じ、退院後の支援に必要な情報を提供する。

【退院後の支援中に市外から転入する場合の対応】

改めて退院後支援同意書(様式 4)を得た上で、個別ケース検討会議を開催し、既存の退院後支援計画の確認と見直しを行い、新たな退院後支援計画を作成・交付し、退院後支援計画に基づいた支援を行う。

イ 庁内関係機関

- a 退院後支援計画に基づき、連携を図りつつ支援する。

- b 本人の意向の変化など、計画の変更を検討する必要がある場合は速やかに精神保健福祉室に情報提供する。

ウ 通院先医療機関

- a 入院先病院から医療情報を引き継ぎ、在宅での医療の継続を支援する。
- b 本人の意向の変化など、計画の変更を検討する必要がある場合は速やかに精神保健福祉室に情報提供する。

エ 地域援助事業者

- a 退院後支援計画に基づき支援を行う。本人、家族の生活状況、サービスの提供状況等を確認する。
- b 本人の意向の変化など、計画の変更を検討する必要がある場合は速やかに精神保健福祉室に情報提供する。

5 計画に基づく支援の終了

退院後支援計画に記載された支援期間が満了する場合は、原則として支援を終了する。

支援終了の決定は、精神保健福祉室が、本人及び家族その他の支援者等の意見を確認した上で行う。この際、精神保健福祉室は、必要に応じた個別ケース検討会議の開催、各支援関係者との個別協議等により、退院後支援計画に基づく支援終了後も、本人の治療の継続と再発予防、安定した生活が継続できるよう関係機関の連携による必要な支援等について確認しておくことが望ましい。

また、計画に記載された支援期間が経過する前であっても、以下の場合は、退院後支援計画に基づく支援は終了となる。

- ア 本人の地域生活への円滑な移行のための支援が実際に機能するようになった場合
- イ 本人の病状や支援ニーズ等から地域生活の維持に当たって退院後支援計画に基づく支援の必要性がないと認められる場合
- ウ 再び措置入院となった場合
- エ 医療観察制度の対象となった場合

6 その他

このマニュアルは、平成30年8月1日から適用する。

このマニュアルに基づく支援は、平成30年8月1日以降に支援同意が得られた者を対象とする。法改正があった場合など、必要に応じてマニュアルの見直しを行い、支援体制の検証を行うものとする。

なお、支援における個人情報の取り扱いについては、新潟市個人情報保護条例に基づいて適切に管理し、目的外に使用しないものとする。