

東京都における措置入院者退院後支援ガイドライン

令和2年1月

(令和5年1月 改訂)

東京都福祉保健局

<目次>

I 東京都における退院後支援	1
1 国の動向	1
2 東京都の特徴を踏まえたガイドラインの作成	1
3 基本的考え方	2
4 都版ガイドラインの位置付け及び記載内容	2
II 退院後支援に関する計画の作成	2
1 概要	2
2 作成主体	3
3 計画作成の対象者	3
4 計画作成に係る働きかけと本人希望の確認	3
(1) 基本的な流れ	
(2) 本人及び家族その他の支援者の参画	
(3) 計画作成の了解を得られない者に対する支援	
5 計画作成の時期	5
6 計画の内容	6
(1) 計画の記載事項	
(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（クライシスプラン）	
(3) 計画に基づく支援期間	
(4) 支援終了・支援延長	
(5) 障害福祉サービス等の計画との整合性の確保	
7 支援会議の開催	8
(1) 概要	
(2) 設置主体、事務局	
(3) 参加者	
(4) 開催時期	
(5) 開催方法	
(6) 開催場所	
(7) 協議内容	
(8) 支援会議の事務に関して知り得た情報の管理	
(9) 支援会議の記録等の取扱い	
(10) 本人が計画作成の了解を撤回した場合の対応	
(11) その他の留意事項	
8 計画の交付及び支援関係者への通知	12
9 入院先病院の役割	13

(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	
(2) 退院後支援ニーズに関するアセスメントの実施	
(3) 本人の退院後の居住地に関する自治体への連絡	
(4) 計画に係る意見書等の自治体への提出	
(5) 支援会議への参加	
10 通院先医療機関の役割	16
11 地域援助事業者の役割	16
12 精神保健医療課の役割	16
13 都立（総合）精神保健福祉センターの役割	17
Ⅲ 計画に基づく退院後支援の実施	17
1 基本的支援姿勢	17
2 帰住先保健所設置自治体の役割	17
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	18
4 計画の見直し	18
5 支援対象者本人が居住地を移した場合の対応	18
(1) 移転元自治体の対応	
(2) 移転先自治体の対応	
6 計画に基づく支援の終了と対応	19
7 本人が計画に基づく支援を辞退した場合の対応	20
8 計画に基づく支援期間の延長	20
Ⅳ ガイドラインの見直し等	20
○ 参考様式 1～11	21

I 東京都における退院後支援

1 国の動向

国は平成29年2月の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書において、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、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、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域づくりを推進するため、「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示した。

そして、平成29年9月に、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。）の改正案が審査未了で廃案となった後、平成30年3月に現行法の下で実施可能な、自治体を中心となった退院後支援の具体的手順を整理した「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」（平成30年3月27日付障発0327第16号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知。以下「国ガイドライン」という。）が発出された。

国ガイドラインに基づく退院後支援は、精神障害者が退院後にどこの地域で生活することになっても、医療、福祉、介護、就労支援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を目的として、法第47条に基づく相談支援業務の一環として実施するものとされており、都道府県、保健所設置市及び特別区においては、国ガイドラインを踏まえ、退院後支援に取り組むことが求められている。

2 東京都の特徴を踏まえたガイドラインの作成

東京都（以下「都」という。）では、年間の措置入院件数が全国の約5分の1と多数にのぼることや、精神病床を有する医療機関が113、精神科を標榜する診療所が1,235（いずれも平成29年10月1日現在。「東京都の医療施設」より）と多数存在し、地域的に偏在していること、一方で措置権者である都以外に保健所を設置する自治体が25自治体（特別区及び保健所設置市）存在すること等、他道府県と異なる状況がある。そのため、都版ガイドラインは、関係機関の現在の体制において実施可能であり、かつ、多数の関係機関が退院後支援を円滑かつ有効に実施するための一定のルールを示すものとする必要がある。そこで、都版ガイドラインでは、ガイドラインによる退院後支援の対象を都が措置入院を決定した者（以下「措置入院者」という。）とするとともに、現行法令及び条例に基づく個人情報の取扱い（外部提供の際は、原則として本人の同意が必要）等を考慮し、事務の流れ等を整理した。

3 基本的考え方

多くのニーズや課題を抱える精神障害者が、地域で安心して生活するためには、多職種・多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。

そのため、都内で精神障害者の支援に関わる地域関係者（医療機関・地域援助事業者・自治体をいう。）は、顔の見える連携を進め、本人が円滑に地域生活に移行し、地域でその人らしい生活を送れるよう、本人やその家族に丁寧に関わり、支援を行うことを基本とする。

そして、こうした支援体制を構築していくことにより、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進を図っていく。

4 都版ガイドラインの位置付け及び記載内容

都版ガイドラインは、前述のような都特有の事情に配慮しつつ、都内自治体及び関係機関が一体的に退院後支援に取り組むことができるよう、ベースラインを示すものである。そのため、本ガイドラインでは、国ガイドラインを踏まえた退院後支援計画の作成や支援の基本的流れ、支援関係者の役割等を整理するとともに、都の状況を勘案した、措置入院者に係る情報の把握や計画作成に向けた本人への働きかけ等について記載している。

また、令和4年度の改訂においては、計画作成と関係者間の個人情報の共有について、本人に関わる各関係機関が説明を行い、了解（口頭による本人の同意）を得ることとした。そして、退院後支援に関する計画様式については、全ての項目を埋めることが目的ではないため、様式は参考様式とし必要な項目について記載している。

各自治体は、本ガイドラインに沿って、地域の支援関係者ととともに、それぞれの地域特性等に合わせた退院後支援の実践を重ねていくものとする。

II 退院後支援に関する計画の作成

1 概要

保健所設置自治体（都、特別区及び保健所設置市をいう。）は、法第47条に基づく相談支援業務の一環として、保健所設置自治体を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措置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、本人の了解を得た上で、必要な医療等の支援内容等を記載した退院後支援に関する計画（以下「計画」という。）を作成する。

2 作成主体

計画作成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。ただし、退院後に入院前居住地と異なる自治体に帰住すると見込まれるが帰住先が決定していない場合は、原則として、入院前居住地を管轄する保健所設置自治体が計画の作成主体となり、帰住先が決定し次第、帰住先保健所設置自治体に引き継ぐものとする。

また、住所不定者については、都福祉保健局障害者施策推進部精神保健医療課（以下「精神保健医療課」という。）が計画の作成主体となり、帰住先が決定し次第、帰住先保健所設置自治体に引き継ぐものとする。

なお、他道府県居住者については、当該道府県の帰住先保健所設置自治体が計画の作成主体となるが、精神保健医療課が当該自治体と調整した上で、必要に応じて、措置入院中の本人との面会等を代わって行う。

3 計画作成の対象者

措置入院者であって、地域関係者がネットワークを組んで支援をすることが有効に機能すると考えられる者又は措置入院前・措置入院時の経緯から支援の必要性が高い者のうち、計画作成及び支援者間での個人情報共有について了解をした者とする。また、支援計画への本人署名をもって、同意の記録とする。

具体的には、

- ・ 退院後も継続した治療・支援を受けることにより、安定的な地域生活ができる者
- ・ 児童・高齢者等虐待の背景が疑われる者
- ・ 複数回の非自発的入院を繰り返している者
- ・ その他、帰住先保健所設置自治体が必要と判断した者

等が考えられる。

なお、以下の者は支援対象外とする。

- ・ 措置症状消退後、逮捕等司法で扱われることが明らかである者
- ・ 外国からの旅行者等であり、帰住先が日本国外になることが決定している者

4 計画作成に係る働きかけと本人希望の確認

(1) 基本的な流れ

措置入院者への計画策定に係る働きかけについては、東京都個人情報の保護に関する条例（平成2年東京都条例第113号）等の規定を踏まえ、原則として以下の流れにより、関わる関係機関が各々、退院後支援について説明し、了解を得て必要な関係機関の紹介及び関係機関への情報提供を行うものとする。

計画作成に際しても、退院後支援について本人が十分に理解する必要があることから、関係機関が説明等を重ね、本人との信頼関係を築き、退院後の支援が円滑に実施できるよう留意する。なお、帰住先保健所設置自治体の保健所（保健センター等を含む。以下、本項及び9（1）において「保健所」という。）が措置入院前から対象者に関わっている場合は、必要に応じて措置権者（精神保健医療課）に措置状況の照会等を行った上で、措置入院先病院（以下「入院先病院」という。）の連絡を待たず早期に入院先病院に連絡することも可能である。

ステップ1 （入院先病院が自治体に本人を紹介するまで）

- ① 入院先病院の職員は、措置入院者に対し、支援機関として保健所を紹介する。【参考様式10】
- ② 本人が保健所の職員に会うことを了解した場合、入院先病院の職員が保健所に連絡をする。

ステップ2 （本人が自治体に計画作成を了解するまで）

- ③ 保健所の職員は、入院先病院で、上記②で紹介された者との面会を行う。
- ④ 保健所は、入院先病院と協議し、本人を計画作成の対象とすべきか組織的に検討・判断する。
- ⑤ 面会時（再度の面会時を含む。）、④で計画作成対象と判断している者に対し、計画に基づく支援が受けられること及び支援に必要な情報を、措置権者を含め支援関係者間で共有し、連携して関わっていくことを丁寧に説明し、了解を得る。【参考様式11】
- ⑥ ⑤の結果、退院後に支援計画に基づく支援及び関係機関の個人情報の共有について了解が得られた者について、保健所は「退院後支援に関する本人了解の記録」【参考様式1】を作成し、計画作成に向けた対応を進める。
また、入院先病院の担当者に、計画作成対象者であることを報告する。

ステップ1において、本人から保健所への連絡及び職員との面会について了解が得られない場合には、入院先病院の職員は、家族その他の支援者に対し、保健所に関する情報提供を行う（Ⅱ9（1）で後述）。その結果、家族等から保健所に対し、本人の退院後の地域生活等について相談があった際は、家族会の紹介を含め、必要な情報提供及び支援を行うものとする。

他道府県の保健所等から、措置入院者が措置解除後、都内自治体に帰住する（転院による医療保護入院・任意入院を含む。）予定である旨の連絡があった場合の計画作成に

については、各帰住先保健所設置自治体が他道府県の保健所等の相談を受け、個別に対応を行うものとする。

また、他道府県の病院に入院中の措置入院者等につき、計画作成のための会議等の出席を求められた際の対応も、同様とする。

帰住先保健所設置自治体が、措置入院者との面会に当たり、ピアサポーターの同行が有効であると判断した場合は、本人及び入院先病院の了解の下、当該自治体の責任において活用するものとする。

なお、ピアサポーターは精神科入院経験のある者が望ましい。

(2) 本人及び家族その他の支援者の参画

計画の作成主体の帰住先保健所設置自治体及び入院先病院は、本人及び家族その他の支援者が計画の作成に係る会議（以下「支援会議」という。）への参加等を通じて計画作成に参画できるよう、十分な働きかけを行う。

また、本人に視覚障害、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提供に努める。

(3) 計画作成の了解を得られない者に対する支援

計画作成の了解はないが、退院後支援を希望する者については、法第47条により帰住先保健所設置自治体が相談支援等を行うものとする。

また、帰住先保健所設置自治体は計画作成が必要と認識しているが、本人が計画作成を希望しない場合には、入院先病院と協力し、引き続き計画作成に向けた働きかけを行う。

5 計画作成の時期

帰住先保健所設置自治体は、原則として、計画作成対象者が措置入院中（措置解除を行うまでの間）に、支援会議の開催並びに計画の作成及び交付を行う。ただし、以下の場合には退院（措置解除）後、速やかに作成する。

- ・ 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

なお、本人が計画作成の了解をしないことや、計画の作成に時間を要していることを理由として、措置症状が消退しているにもかかわらず措置入院を延長することは、法上認められない。

6 計画の内容

(1) 計画の記載事項

計画には、本人の支援ニーズに応じ、以下の内容を記載することとする。計画当初から全ての項目を記載することが困難な場合は、退院後、地域生活を送る中で本人アセスメントが進み、改めて本人の希望する地域生活の実現に向けて、追加、修正を行っていくことが重要である。（【参考様式2、3】）。

【表1 計画への記載事項】

ア	本人の氏名、生年月日、帰住先住所、電話番号
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	措置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、日中活動、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(身体科への転院を含む。)) 転院先病院名及び連絡先
ケ	医療・障害福祉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
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	主治医氏名、相談員氏名
ソ	クライシスプラン(病状が悪化した場合の対処方針)

なお、医療保護入院等により入院を継続する場合には、措置入院中に作成する計画は、【参考様式2】における※入院継続時の必須記入項目を可能な範囲で記載し、本人が医療保護入院等から地域に退院することとなった段階で、支援会議の協議を経て改めて記載した計画を見直すこととする。

(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(クライシスプラン)

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について、あらかじめ協議を行い、本人に説明する。

特に、退院後に通院が継続されない可能性が高い場合には、通院中断を予防する具体的な方法を検討し、本人がその必要性を理解できるように丁寧に説明を行う。

病状悪化の兆候に気付いたときに本人が行う対処や、家族や支援関係者が行う対処等についても、あらかじめ入院先病院等において、本人との話し合いにより当初案を作成し、支援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には、以下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付いたときに本人が行う対処
- ・ 病状悪化の兆候に気付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

なお、これらの対処方針については、本人が退院後、地域生活を送る中で、内容の見直しが必要となる可能性があることに留意する。

(3) 計画に基づく支援期間

計画に基づく支援期間は、本人が希望する地域生活に円滑に移行するための期間として、退院後6か月以内を基本とする。

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。

(4) 支援終了・支援延長

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。

支援計画に挙げられた目的が達成された際も同様に終了とする。ただし、本人の病状や生活環境の変化等によって、本人の了解を得た上で、例外的に、支援期間の延長を行うことができるが、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することとする。

支援終了や支援の延長については、本人及び家族その他の支援者の理解と納得を得られるよう、計画の作成主体である帰住先保健所設置自治体は、支援計画作成の初期の段階で、支援期間の延長があり得る旨も丁寧に説明する。

(5) 障害福祉サービス等の計画との整合性の確保

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や、退院後にこれらの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等や、介護保険法（平成9年法律第123号）による居宅サービス計画等が別に作成されるため、計画作成に当たっては、これらの各計画との整合性を図ることとする。

7 支援会議の開催

(1) 概要

計画の作成に当たっては、原則として、入院中に本人、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。）、支援関係者等の参加による支援会議を開催し、計画の内容等を協議する。

(2) 設置主体、事務局

支援会議の設置主体は、計画の作成主体である帰住先保健所設置自治体とし、会議の事務局は、当該自治体の保健所等が担うものとする。ただし、帰住先が島しょ地域である場合については、会議の設置及び開催等に係る事務は、島しょ保健所各出張所等と調整の上、原則として精神保健医療課が実施することとし、出張所等の職員、地域支援者等の会議への出席が困難な場合は、電話等を活用して協議を行う。その際、必要に応じて精神保健福祉センターの意見等を求める。

また、本人が地域に退院した後は、出張所等が主体となり、改めて会議を開催するように努める。

(3) 参加者

① 本人の参加

支援会議には、本人の参加を原則とする。会議の開催に当たっては、本人に計画や会議の目的と参加の意義について丁寧に説明を行う。

本人が会議への参加を希望しない場合や、本人の病状により本人の参加が困難な場合には、例外的に会議に参加しないことはあり得るが、その場合も、事前又は事後にその意向を確認する機会を設けるなど、本人の意向を計画に反映させるよう努める。

② 家族その他の支援者の参加

支援会議には、家族その他の支援者の参加を原則とする。会議の開催に当たっては、家族その他の支援者に計画や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。

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。ただし、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から、本人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配慮を行う。

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、家族その他の支援者の事情により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得るが、その場合も、事前又は事後にその意向を確認する機会を設けるなど、家族その他の支援者の意向を計画に反映させるよう努める。

③ 弁護士等の代理人の参加

本人が、弁護士等を成年後見人や代理人として、支援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。

④ 支援関係者

支援会議は、原則として本人及び家族その他の支援者の参加を得た上で、計画の作成主体の帰住先保健所設置自治体が、本人の支援ニーズその他の状況に応じて決定した支援関係者により構成し、開催する。本人から、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、本人の希望を尊重するよう努める。

なお、帰住先保健所設置自治体は、本人の社会復帰の促進等のため、本人の了解を得て、措置入院前の受診状況等について入院前の通院先医療機関から聞き取る等、入院前の本人に関わった支援関係者の協力を得て必要な情報の収集に努め、把握した情報を踏まえて会議における協議を行うものとする。

実際に会議に出席することが想定される担当者は、表2のとおりである。

会議に出席できなかった支援関係者については、会議の前後で事務局が個別に協議し、その内容を記録する。

【表2 支援関係者一覧】

ア	作成主体の自治体 帰住先保健所設置自治体（特別区、八王子市、町田市及び東京都）の職員
イ	帰住先の市町村（保健所設置市を除く。以下同じ。） 障害福祉担当課、生活保護担当課、地域包括支援センター、市町村保健センター、子供家庭支援センター、教育委員会等の職員 ※ 帰住先自治体と異なる自治体が障害福祉サービスの支給決定や生活保護の決定等を行っている場合は、必要に応じ、当該自治体の担当課の職員の参加を求めるものとする。
ウ	措置権者 精神保健医療課の職員
エ	広域的・専門的行政機関 都立（総合）精神保健福祉センターの職員
オ	入院先病院 主治医、退院後生活環境相談担当者、看護師、作業療法士、公認心理師等
カ	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、公認心理師等
キ	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、公認心理師等
ク	訪問看護ステーション 担当職員
ケ	地域援助事業者（相談支援事業所、地域活動支援センター等）、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
コ	NPOなどの支援機関、民生委員等 担当職員

なお、会議には、防犯の観点等から警察が参加することは認められない。

(4) 開催時期

支援会議の事務局である帰住先保健所設置自治体は、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、入院先病院から提出された計画に係る意見書（【参考様式4、5】）及び退院後支援のニーズに関するアセスメント（【参考様式6】）の結果を踏まえて、会議の開催時期及び参加する支援関係者を検討し、日程調整の上、開催日を設定する。

会議は、退院前に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。

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と見込まれる場合は、措置入院中に作成する計画の作成に当たって支援会議を開催することは要しない。

措置解除後に医療保護入院等により入院を継続しており、支援会議の開催まで一定期間を要する場合には、帰住先保健所設置自治体が入院先病院と連携し、必要に応じてカンファレンスを開催する等、退院に向けたサポート体制を整備する。

また、措置解除後の医療保護入院中に支援会議を開催する際は、法第33条の6の規定に基づき入院先病院が開催する退院支援委員会の開催予定時期等との調整を図る。

(5) 開催方法

支援会議は、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は、電話等を活用して協議を行う等、意見を反映できるよう工夫する。特に通院先医療機関の参加が困難な場合は、事前に十分協議を行うものとする。

(6) 開催場所

本人の入院中に開催される支援会議は、本人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。

措置解除後（医療保護入院中又は任意入院中若しくは退院後）の会議は、本人の参加しやすさや退院後の地域生活のイメージしやすさ等を勘案して開催場所を決定する。

(7) 協議内容

支援会議においては、入院先病院から提出された計画に係る意見書（【参考様式4、5】）や直近の退院後支援のニーズに関するアセスメント（【参考様式6】）の結果等を踏まえ、以下の項目について情報共有及び協議を実施する。

- ・ 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

支援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【参考様式7】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。

(8) 支援会議の事務に関して知り得た情報の管理

支援会議の事務局である帰住先保健所設置自治体は、会議に参加する支援関係者に対し、正当な理由なく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、本人の病状等）を漏らさないこと等、情報の適正な取扱いについて説明し、「個人情報の適正な取扱いについて」（【参考様式8】）に、支援関係者が署名することにより確認する。

なお、法令上守秘義務が課されている者については、この限りではない。

各支援機関内で当該情報を共有するに当たっては、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、本人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とする。

(9) 支援会議の記録等の取扱い

支援会議の記録及び計画等の関係資料については、各自治体の文書管理の規則等に基づき、会議の事務局である帰住先保健所設置自治体が保存する。保存期間は、原則として、計画に基づく支援終了後5年間とする。

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、廃棄するとともに、退院後支援以外の目的で使用する事のないよう厳に留意する。

本人から支援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、各自治体の条例に基づき、できる限り速やかに応じるよう努める。

(10) 本人が計画作成の了解を撤回した場合の対応

計画作成対象者から、計画作成の了解を撤回し、計画作成を辞退する旨の意向が示された場合には、計画の作成主体である帰住先保健所設置自治体は、本人の真意を確認するとともに、入院先病院や支援会議に参加する支援関係者等との協議の上、対象者に対し計画作成の必要性を説明し、理解を得るよう努める。

丁寧な説明を行ってもなお、対象者の意向が変わらない場合には、計画作成を中止し、必要に応じて、法第47条による相談支援等を行う。

(11) その他の留意事項

支援会議には本人の参加が原則であるが、参加に当たっては、本人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である。このため、会議には、本人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や措置入院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。）、帰住先保健所設置自治体職員等は、入院早期から本人との信頼関係構築に努めることとする。

8 計画の交付及び支援関係者への通知

計画の作成主体である帰住先保健所設置自治体は、計画を決定後、速やかに、本人に対して計画を交付する。

計画の交付者は、原則として帰住先保健所設置自治体の長又は保健所長とする。

措置入院中は原則として入院先病院で、退院後は原則として面接（訪問を含む。）により、本人（及び家族その他の支援者）に説明の上交付することとし、計画の見直しや計画に基づく支援の辞退を申し出ることが可能である旨も併せて説明する。

また、作成主体の自治体は、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、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を本人が辞退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。

9 入院先病院の役割

入院先病院は、計画の作成主体の自治体に協力し、以下の対応を行う。

(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

入院先病院において、措置入院中の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るため、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よう努めるものとする。

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担い、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検討する。

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のほか、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を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、原則として以下の業務を行う。

また、その責務・役割を果たすため、業務に必要な技術及び知識の習得及び資質の向上に努めるものとする。

〈入院時の業務〉

- ・ 本人、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、家族その他の支援者に説明を行う。

〈退院に向けた相談支援業務〉

- ・ 本人、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係する情報を積極的に把握する。
- ・ 本人、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、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、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並びに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。

〈保健所に関する情報提供・面会調整業務〉

- ・ 本人の帰住先が定まっている場合、本人への説明が可能となった時点で、速やかに、地域での支援機関として保健所の紹介を行う。
- ・ 紹介に当たっては、【参考様式10】を活用して、保健所が退院後の地域生活を行う上での本人の相談窓口であること、また、保健所への連絡及び職員との面会につき本人の了解を得られれば、病院から連絡する旨を説明する。
- ・ 本人の了解が得られた場合は、保健所に連絡し、面会日等の調整を行う。
- ・ 保健所から、本人との面会の際にピアサポーターと同行したい旨の連絡があった場合は、院内での受け入れ体制を整えるよう努める。
- ・ 本人から保健所への連絡及び職員との面会につき了解が得られない場合でも、家族その他の支援者に対し、保健所が退院後の地域生活を行う上での本人や家族等の相談窓口であることを説明する等、必要な情報提供を行うとともに、保健所との連携の下、本人の了解を得るための働きかけを行う。
- ・ 帰住先が他道府県である又は住所不定者である措置入院者については、精神保健医療課が面会等に対応することとなるため、上記と同様に、必要な支援を行う。

〈計画に関する業務〉（計画が作成される場合のみ）

- ・ 保健所から、措置入院中の本人が計画作成対象者となる旨の連絡を受けた場合は、自治体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、自治体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。また、本人にもその旨を伝え、計画作成の支援を行うこと及び支援者と情報共有することについての了解を得る。
- ・ 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、自治体と協力し、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。特に、退院後の通院先医療機関については、関係者と十分な調整を行う。
- ・ 計画の作成主体である自治体が開催する会議への参加、院内の関係者への連絡調整を行う。
- ・ 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、本人に丁寧に説明した上で、本人との話し合いにより対処方針の当初案を作成し、支援会議で提示する。

〈退院調整に関する業務〉

- ・ 退院に向け、帰住先保健所設置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、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。

(2) 退院後支援ニーズに関するアセスメントの実施

〈概要〉

入院先病院は、計画作成対象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し、本人のニーズに応じた退院後支援が実施できるよう、原則として、退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施する。ここでいう必要な支援とは、本人が必要と考えているものと、評価者、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。

〈実施主体〉

原則として、実施時点において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）による協議を経て評価を行う。可能であれば、本人の退院後の地域生活に関わる帰住先保健所設置自治体の職員、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。

〈内容〉

本人の生活機能、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。（【参考様式6】、評価マニュアル参照）

病院独自のアセスメント表や意見書等の様式がある場合は、当該様式に【参考様式6】と比較して不足する内容を追記して用いることも可能とする。

(3) 本人の退院後の居住地に関する自治体への連絡

入院先病院は、計画作成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の自治体に連絡する。

また、住所不定の者の退院後の居住地に関しては、関係する自治体等と協力して、本人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自治体への提出

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」（【参考様式6】）の結果を踏まえ、「退院後支援に関する計画に係る意見書」（【参考様式4】）及び「症状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）」（【参考様式5】）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、支援会議の開催前に計画の作成主体の帰住先保健所設置自治体に提出する。

意見書等の作成に当たっては、本人、家族その他の支援者の意向を確認し、意見書作成に参画できるようにすることが望ましい。

また、意見書提出に併せて、可能な範囲で、通院先医療機関等、具体的な支援関係機関の候補も情報提供する。

(5) 支援会議への参加

入院先病院の職員は、支援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、公認心理師等が想定される。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。

会議が措置解除後（医療保護入院中及び任意入院中の場合を含む。）に地域で開催される場合も、可能な限り会議に出席し、必要な協力を行う。

10 通院先医療機関の役割

計画作成の過程で、作成主体である自治体が対象者の措置入院前の受診・治療状況等の情報を適切に把握し、計画に反映できるよう、入院前の通院先医療機関は、自治体の依頼に応じて、必要な情報提供を行う。

また、退院後の通院先医療機関（入院前の通院先医療機関と同一である場合を含む。）は、自治体の依頼に応じて、支援会議への参加や会議に参加できない場合の聞き取り等への協力を行う。

11 地域援助事業者の役割

本人が入院をする前から関わっていた地域援助事業者は、原則として会議に参加し、本人が事前に希望している内容に十分配慮しながら、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よう努める。

また、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、本人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。

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、本人の了解を得て支援関係者にその内容を共有する。

12 精神保健医療課の役割

精神保健医療課は、措置の入退院を決定する措置権者として、帰住先保健所設置自治体による計画作成に関わるとともに、以下のことを行う。

- ・ 帰住先保健所設置自治体からの措置状況等の照会に対し、速やかな回答に努める。
- ・ 帰住先が定まっていない住所不定の措置入院者について、面会等の対応を行い、計画作成の了解があった場合には、入院先病院等と協力して、必要な調整を行う。帰住先決定後は、計画作成に必要な情報を帰住先保健所設置自治体に引き継ぐ。
- ・ 帰住先が他道府県である措置入院者については、本人と面会后、当該他道府県の帰住先保健所設置自治体と調整し、必要に応じて、当該自治体に代わって計画作成の了解があった場合の支援会議の開催等を行う。

13 都立（総合）精神保健福祉センターの役割

都立（総合）精神保健福祉センターは、計画作成に係る技術的指導・援助を行う。特に、多分野の支援関係者が計画作成及び計画に基づく支援に関わるため、関係機関間の調整が必要な場合や、家族関係の調整が必要な場合、退院後に通院が継続されない可能性が高い場合等であって、都立（総合）精神保健福祉センターによる専門的な支援が必要とされる場合には、支援会議への参加等による積極的な支援に努める。

Ⅲ 計画に基づく退院後支援の実施

1 基本的支援姿勢

計画に基づく退院後支援の実施に当たっては、地域の支援関係者が連携を図りながら、本人及び家族支援を念頭に置いて支援を実施することを基本とする。

また、ピアサポーターの活用等を含め、当事者視点での支援を実施するように努める。

2 帰住先保健所設置自治体の役割

帰住先保健所設置自治体は、計画作成対象者が地域に退院した後、計画に基づき、本人、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、支援全体の調整主体として、計画に基づく支援が適切に行われるよう、医療等の支援の実施状況を確認するとともに、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。

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、必要に応じて支援会議を開催し、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。

また、退院前に作成したクライシスプランについては、退院後、必要な都度見直しを行うこととし、本人が自分の生活を守る上で重要な対処方法が記載され、退院後支援の終了後も活用できるものとするよう努める。

なお、都立（総合）精神保健福祉センターは、上記の役割を担う保健所等に対し、訪問支援も含めた複雑困難な事例への対応（アウトリーチ支援、短期宿泊の利用を含む。）、

本人・家族向けプログラム等の利用を含め、退院後支援に関する積極的な技術的指導・援助を行う。

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

帰住先保健所設置自治体は、日頃から、計画に記載されている対処方法について本人や支援関係者とともに確認し、病状悪化時等に早期に支援が届くように努める。

計画作成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、精神症状の悪化が見られた場合には、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配慮する。

通院が継続されない可能性が高い場合には、通院先医療機関は、計画作成時の検討内容等を踏まえ、通院中断を予防する取組を積極的に行うよう努める。

4 計画の見直し

帰住先保健所設置自治体は、以下の場合には速やかに計画の見直しについて検討し、必要に応じて見直しを行う。

- ・ 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
- ・ 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

支援関係者は、計画の見直しの必要性を認識した場合は、速やかに帰住先保健所設置自治体に連絡する。

見直しの内容が以下のいずれかに該当する場合には、原則として支援会議を開催する。

- ・ 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機関に関係しており、協議が必要と認められる場合
- 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 支援対象者本人が居住地を移した場合の対応

計画に基づく支援期間中に本人が居住地を移した場合、本人が新しい環境においても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、移転元の保健所設置自治体（以下「移転元自治体」という。）は、移転の事実を把握した場合には、本人の了解を得て、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。

なお、「居住地」とは本人の生活の本拠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、生活の本拠地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) 移転元自治体の対応

移転元自治体は、本人に対して、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、事前に自治体の担当者へ連絡するよう依頼する。

本人が支援期間中に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本人に丁寧に説明し、了解を得た上で、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移転先自治体に通知する（【参考様式9】）。

(2) 移転先自治体の対応

移転元自治体から通知を受けた移転先自治体は、速やかに、本人の了解を得て、その者の計画を作成する。

計画を作成する際は、移転元自治体の作成した計画の内容を踏まえつつ、退院時の計画作成と同様の手続を経て、本人、家族その他の支援者の意見を十分踏まえたものとし、作成した計画の本人への交付及び説明、支援関係者への通知も同様に行う。

移転先自治体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。

6 計画に基づく支援の終了と対応

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。

帰住先保健所設置自治体は、必要に応じた支援会議の開催や個別協議等により、本人、家族その他の支援者、支援関係者等の意見を確認し合意形成を図った上で、支援終了の決定を行う。その際は、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も確認しておく。

計画に基づく支援期間が経過する前であっても、次の場合は支援を終了することができる。

なお、これらの場合で支援を終了する際でも、支援期間満了による支援終了の場合と同様のプロセスを経ることとする。

- ・ 計画作成対象者であった本人の病状や支援ニーズ等から、計画に基づく支援を行わなくても、本人が安定した地域生活を送れるようになった場合
- ・ 本人が、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）の対象となった場合
- ・ その他所在不明等により物理的に支援ができないことが明らかとなった場合

支援の終了を決定した場合、帰住先保健所設置自治体は、本人、家族その他の支援者及び支援関係者にその旨を連絡する。

なお、会議等の場でこれらの者の合意が得られている場合は、改めて連絡を行わない。

計画に基づく支援を終了した後も、帰住先保健所設置自治体は、法第47条に基づき必要に応じて相談支援を実施する。

7 本人が計画に基づく支援を辞退した場合の対応

計画の交付後に、本人から計画に基づく支援を希望しない旨の意向が示された場合には、帰住先保健所設置自治体は、本人の意向を傾聴し、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）を見直す等の対応を行う。

十分な対応を行っても、計画に基づく支援を希望しないとの本人の意思が変わらない場合には、計画に基づく支援の終了を決定し、本人、家族その他の支援者及び支援関係者にその旨を連絡する。

8 計画に基づく支援期間の延長

本人の病状や生活環境の変化等を勘案し、必要と認められる場合には、例外的に支援期間の延長を行うことも可能とする。この場合には、当初の支援期間が満了する前に支援会議を開催し、延長の必要性について検討を行い、本人、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、本人の了解を得た上で延長を行う。

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。

IV ガイドラインの見直し等

本ガイドラインは、Iで述べたとおり、現行法の下で実施可能な退院後支援の手順を整理した国ガイドラインを踏まえたものである。そのため、措置入院者に係る個人情報の取扱い等についても、現行法令等に基づき整理したものであることに留意する必要がある。

本ガイドラインの運用開始後、都は令和3年度に「措置入院者退院後支援ガイドライン検証委員会」を設置し、保健所設置自治体及び関係機関の協力の下、ガイドラインに基づく退院後支援の実施状況を把握し、検証及び改訂を実施した。しかし、今後の法改正等の動向や、ガイドライン改定後の退院後支援の実施状況を踏まえ、計画作成対象者の考え方や個人情報の提供の在り方等、更に検討し見直しを行っていく必要がある。また、退院後支援の取組の推進に資するため、好事例等を収集し、保健所設置自治体及び関係機関に情報提供する。

本ガイドラインの下、都内で精神障害者の支援に関わる地域関係者が連携し、退院後支援に係る体制整備及び支援の充実を図っていく。

退院後支援に関する本人了解の記録

下記の 2 点について本人に口頭での了解があったことを確認しました。

記

- ① 退院後、支援計画に基づく支援を希望すること及び退院後支援計画の作成について。
- ② 支援計画に必要な個人に関する情報は、支援関係者で共有することについて。

令和 年 月 日

【対象者】

住所

氏名

生年月日

【確認者】

所属

氏名

連絡先（電話番号）

退院後支援に関する計画

令和 年 月 日

※は入院継続時の必須記入項目

東京都福祉保健局精神保健医療課／△△区・市△△保健所

フリガナ		大正
氏名	様 (男・女)	昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)
生年月日		
帰住先住所：		
電話番号：		
病 名*	●身体合併症がある場合は、その病名を併せて記載すること。	
今回の入院年月日*	令和 年 月 日	
入院先病院*	病院名：	連絡先：
退院後の生活に関する本人の希望*	●できるだけ本人自身の言葉で記載する。	
家族その他の支援者の意見*	氏名：	続柄：
	連絡先：	
退院日（予定）	令和 年 月 日 未定	
入院継続の必要性*	要（医療保護・任意・転院（精神科／身体科）） 不要	
	推定入院期間：	
	転院先病院名：	連絡先：
医療・障害福祉サービス等に関する 基本情報*	自立支援医療： 無 有 不明 申請予定 精神障害者保健福祉手帳： 無 有（ 級） 不明 申請予定 愛の手帳（東京都療育手帳）： 無 有（等級 ） 不明 申請予定 身体障害者： 無 有（ 級） 不明 申請予定 障害年金受給： 無 有（ 級） 不明 申請予定 障害支援区分： 無 有（区分 ） 不明 申請予定 要介護認定： 無 有（ ） 不明 申請予定 生活保護受給： 無 有 不明 申請予定 入院前のサービス： 無 有（ ）	
退院後に必要な医療等の支援	<input type="checkbox"/> 精神科外来通院 <input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援 <input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス（訪問看護、デイケア等、その他） <input type="checkbox"/> 身体合併症治療 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他	

支援内容				
	支援担当機関	本人の支援ニーズ・課題	支援内容	連絡先 (担当者)
1				
2				
3				
4				
5				
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				
その他 (必要に応じて上記項目以外の事項を記載)				
計画に基づく支援期間※				

- 計画に基づく支援期間中に転居される場合は、担当保健所にご連絡ください。同意をいただければ、転居先の自治体に退院後支援に関する計画の内容等を情報提供いたします。
- 支援計画の作成に当たっては、支援に必要な個人に関する情報は支援関係者に共有されています。

退院後支援に関する計画 作成者

保健所

令和 年 月 日

本人氏名

病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

令和 年 月 日
氏名

私の調子が悪くなる前は (サインは)	
-----------------------	--

サインかなと思ったら

私のすること	
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	

緊急連絡先

- ① 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____
- ② 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____
- ③ 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

連絡してほしくない人

- ① 続柄 _____ 名前 _____
- ② 続柄 _____ 名前 _____

記入者 本人 ・ その他 (_____) ・ 支援者 (_____)

支援内容				
	支援担当機関	本人の支援ニーズ・課題	支援内容	連絡先 (担当者)
1				
2				
3				
4				
5				
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				
計画に基づく支援期間				
主治医又は指定医氏名 [※]				
退院後生活環境相談 担当者／相談員氏名 [※]				

病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）

令和 年 月 日
氏名

私の調子が悪くなる前は (サインは)	
-----------------------	--

サインかなと思ったら

私のすること	
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	

緊急連絡先

① 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

② 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

③ 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

連絡してほしくない人

① 続柄 _____ 名前 _____

② 続柄 _____ 名前 _____

記入者 本人 ・ その他 (_____) ・ 支援者 (_____)

退院後支援のニーズに関するアセスメント

医療機関名：

主治医又は指定医氏名：

退院後生活環境相談担当者/相談員氏名：

本人氏名：	性別： 男 ・ 女	年齢：	歳						
評価項目 A:環境要因, B:生活機能(活動), C:社会参加, D:心身の状態, E:支援継続に関する課題, F:行動に関する課題	本人評価				スタッフ評価				特記事項
	0	1	2	9	0	1	2	9	
A1住居：退院後の居住先	<input type="checkbox"/>								
A2経済的援助：生活保護等の経済的援助の必要性	<input type="checkbox"/>								
A3親しい関係者：家族、パートナー等との関係性	<input type="checkbox"/>								
A4子供の世話：18歳以下の子供の養育	<input type="checkbox"/>								
A5介護：家庭内の高齢者、障害者の介護	<input type="checkbox"/>								
B1食事：料理、外食、適切な食事の購入	<input type="checkbox"/>								
B2生活環境の管理：自室や生活環境を整えること	<input type="checkbox"/>								
B3セルフケア：入浴、歯磨き等の清潔保持	<input type="checkbox"/>								
B4 電話：電話の有無、電話使用の可否	<input type="checkbox"/>								
B5 移動：公共交通機関、車等の移動手段の利用	<input type="checkbox"/>								
B6金銭管理：金銭の管理と計画的な使用	<input type="checkbox"/>								
B7 基礎教育：読み書き、計算等の基礎学力	<input type="checkbox"/>								
C1日中の活動：適切な日中の時間の過ごし方	<input type="checkbox"/>								
C2交流：家族以外との社会的交流	<input type="checkbox"/>								
D1 精神病症状：幻覚、妄想、思考障害等	<input type="checkbox"/>								
D2 身体的健康：身体疾患、副作用を含む身体症状	<input type="checkbox"/>								
D3 心理的苦痛：不安、抑うつ、悩みごと等	<input type="checkbox"/>								
D4 性的な問題：性嗜好の問題、性機能障害等	<input type="checkbox"/>								
E1 処遇・治療情報：処遇・治療に関する情報提供とその理解	<input type="checkbox"/>								
E2 治療・支援への動機づけ/疾病の自己管理	<input type="checkbox"/>								
F1 アルコール：アルコールに関連する問題全般	<input type="checkbox"/>								
F2薬物：処方薬依存・乱用を含む薬物関連の問題全般	<input type="checkbox"/>								
F3 自分に対する安全：自殺関連行動等、セルフネグレクト等	<input type="checkbox"/>								
F4 他者に対する安全：暴力、威嚇行動等	<input type="checkbox"/>								
F5 その他の行動上の問題：衝動性や強迫行為、嗜癖等	<input type="checkbox"/>								
その他 ()	<input type="checkbox"/>								
支援に関する意見									

0=支援の必要なし, 1=この領域に問題があるが、効果的な支援を受けている, 2=この領域に問題があり、効果的な支援を受けていない, 9=不明

退院後支援のニーズに関する総合アセスメント

医学的所見：			
退院後の支援ニーズ・課題に対する本人の希望（どうなりたいか、どのような支援を希望するか）とストレンクス			
A: 環境要因	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（強み、できること）
B: 生活機能 （活動）	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（強み、できること）
C: 社会参加	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（強み、できること）
D: 心身の状態	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（強み、できること）
E: 支援継続	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（強み、できること）
F: 行動	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（強み、できること）
その他	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（強み、できること）
アセスメントの まとめ			

個人情報の適正な取扱いについて

私は、正当な理由なく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、本人の病状等）を漏らさないこと等、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遵守します。

各支援機関内で当該情報を共有するに当たっては、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、適切な情報管理を行います。

令和 年 月 日

- | | |
|----------|----|
| ① 所属/役職等 | 名前 |
| ② 所属/役職等 | 名前 |
| ③ 所属/役職等 | 名前 |
| ④ 所属/役職等 | 名前 |
| ⑤ 所属/役職等 | 名前 |
| ⑥ 所属/役職等 | 名前 |
| ⑦ 所属/役職等 | 名前 |
| ⑧ 所属/役職等 | 名前 |
| ⑨ 所属/役職等 | 名前 |
| ⑩ 所属/役職等 | 名前 |

退院後支援に関する情報提供

令和 年 月 日

〇〇県〇〇保健所 御中

東京都（〇〇区・市）△△保健所

フリガナ	生年月日	大正
支援対象者氏名 (男・女)		昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)
転居前住所：		
転居前住居形態： 家族同居 独居 グループホーム等 その他（ ） 不明		
転居後住所：		
転居後住居形態： 家族同居 独居 グループホーム等 その他（ ） 不明		
電話番号：		
転居（予定）日	令和 年 月 日	
転居後の支援に関する本人の希望	自治体による退院後支援を：希望する 希望しない わからない 希望する支援内容：	
転居後の支援に関する 家族その他の支援者の希望	自治体による退院後支援を：希望する 希望しない わからない 希望する支援内容： 氏名： 続柄： 連絡先：	
転居後の通院の必要性	あり（情報提供済/情報提供未/医療機関未定） なし 医療機関名： 連絡先： 所在地：	
転居後に必要なその他の 医療等の支援	<input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援 <input type="checkbox"/> 身体合併症治療 <input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス（訪問看護、デイケア等、その他（ ）） <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス（ ） <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他（ ）	
支援期間中の医療等の支援の中断	あり なし （ありの場合）支援中断時の状況及び対応	
支援期間中の入院	回	
	直近の入院期間：令和 年 月～令和 年 月（入院時の入院形態： ）	
その他特記事項 (転居前の医療等の支援の実施 状況を踏まえて記載)		
<input type="checkbox"/> 退院後支援に関する情報を貴自治体に提供することについて、本人の同意を得ています。（令和 年 月 日 同意取得）		

● 転居前の退院後支援に関する計画は別紙参照

東京都内の精神科病院に 措置入院をされた方へ

- 急な入院で大変でしたね
- 入院した時より調子はよくなりましたか
- 東京都では、あなたのお住まいの地域を担当している保健所等が中心となって、退院後の生活を応援します
- 保健所等の担当職員にまず会ってみませんか

入院中の相談窓口

- ・担当の医師 :
- ・担当の精神保健福祉士 :
- ・担当の看護師 :
- ・

あなたの退院後の生活の場所は

- ・○○○○ (区・市・町・村)

- ◆ 保健所等の担当職員に会って退院後の生活の相談をしたい方は、病院の相談窓口にかけてください
- ◆ 病院から保健所等に連絡します

～退院後支援計画について～

お金の管理が
できるか不安・・・

日中はどうして
過ごそうかな

薬を忘れずに
飲めるかな

退院後の生活を考えた時、不安や心配事が心の中でふくらんでいませんか。
お住まいの保健所（又は保健センター等）の担当職員が支援関係者と一緒に
「退院後支援計画」を作り、あなたの希望に沿った生活を送れるようお手伝いします。

何から
始めるの？

- ・お住まいの自治体の保健所等の担当職員と面会し、「退院後支援計画」の説明を聞きます。
- ・支援計画に基づく支援を希望する場合は自治体の保健所等の担当職員に、口頭で希望することを伝えてください。

支援計画
とはなに？

- ・お住まいの自治体の保健所等が中心になり、入院中から支援計画を立てます。
- ・支援計画は、退院後の生活について、あなたの希望や心配事を伺ったうえで、ご家族や支援関係者の意見も聞きながら、一緒に考えます。
- ・支援計画に基づく支援は、原則として退院後 6 か月以内ですが、必要があれば 1 年まで延長できます。（支援の途中で、あなたが希望すれば取り下げることできます）
- ・相談には費用はかかりません。

何を相談したら
よいの？

- ・通院や在宅療養のこと（医療機関の選択、治療や金銭面について等）
- ・家族や友人に関すること
- ・住まいに関すること
- ・日中の活動場所に関すること
- ・学業や仕事に関すること 等

相談窓口	
連絡先	

支援の流れ

入 院

(病状が落ち着いたら) 病院の担当者から支援機関である自治体保健所の紹介があります。

病院の担当者が、あなたと保健所担当者との面会日を調整します。

保健所担当者があなたと面会し、今後の生活に関する「希望」や「不安」等をお聞きします。

退院後支援計画の作成を希望する場合は、希望することを保健所担当者に伝えてください。

あなたの希望に沿って、必要な支援を、支援者と一緒に考え、退院後支援計画を作成します。

退 院

退院後支援計画に沿って、必要な医療や地域生活等のお手伝いをします。

※支援計画による支援期間は原則として6か月以内です。