

I 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨

- 各自治体が、その体制を整備しつつ、可能な範囲で積極的に退院後支援を進められるよう、現行法下で実施可能な、自治体を中心とした退院後支援の具体的な手順を整理。
- 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、就労支援など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実施(法第47条の相談支援業務の一環)

II 退院後支援に関する計画の作成

1 支援対象者、本人・家族その他の支援者の参画

- 作成主体の自治体が、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た者のうち、同意が得られた者。
※ 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者から支援対象とすることも可。医療保護入院者等に作成することも可。
※ 同意が得られない場合は、計画は作成しない。
- 本人と家族その他の支援者が支援内容を協議する会議(以下「会議」という。)への参加など計画作成に参画できるように十分働きかけ。

2 計画作成の時期

- 原則、入院中に作成。ただし、入院期間が短い場合等は退院後速やかに作成。
- 措置入院の場合、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、計画作成に時間を要していることを理由に措置入院を延長することは法律上認められない。

3 計画の内容

- ◆ 計画の記載事項(主要事項)
 - ・ 退院後の生活に関する本人の希望 ・ 家族その他の支援者の意見
 - ・ 退院後支援の担当機関、本人のニーズ・課題、支援内容、連絡先
 - ・ 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 ・ 計画に基づく支援を行う期間 等
- ◆ 計画に基づく支援期間
 - 本人が希望する地域生活に円滑に移行できるための期間として、地域への退院後半年以内を基本として設定。
 - 延長は原則1回(本人同意が必要)。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れるよう努力。

4 会議の開催

- ◆ 参加者
 - ① 会議には、本人と家族その他の支援者の参加が原則。
※ 例外的に参加しない場合も、事前又は事後に、これらの者の意向を確認する機会を設けるなどの対応を行う。
 - ② 本人が、弁護士等を成年後見人や代理人として参加させることを希望する場合は、これらの者を参加させる。

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(概要)

Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成(続き)

③ 支援関係者(=支援対象者の退院後の医療等の支援の関係者)

- ・ 作成主体の自治体 ・ 帰住先の市町村
- ・ 入院先病院 ・ 通院先医療機関 ・ 措置入院前の通院先医療機関 ・ 訪問看護ステーション
- ・ 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 ・ NPOなどの支援者、民生委員 等

※ 防犯の観点からの警察の参加は認められず、警察は参加しない。例外的に支援を目的に参加を検討する場合も、本人が拒否した場合は参加は不可。

◆ 開催方法、開催場所

- 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。本人の入院中は原則として入院先病院内で開催。

◆ 会議の事務に関して知り得た情報の管理

- 設置主体は、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支援関係者にあらかじめ説明し、各支援関係者から当該取扱いを遵守する旨の同意を文書で得る。

5 入院先病院の役割(自治体に協力し、以下の対応を行うことが望ましい。)

- 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(措置入院先病院)
- ②退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施 ③計画に関する意見等の提出 ④会議への参加 等

Ⅲ 退院後支援に関する計画に基づく退院後支援の実施

1 帰住先保健所設置自治体の役割、各支援関係者の役割等

- 帰住先保健所設置自治体は、計画に基づく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。

2 計画の見直し

- 自治体は、本人・家族等が希望した場合や、本人の病状や生活環境の変化等に応じて支援内容等を見直す必要がある場合には、速やかに計画の見直しを検討。

3 支援対象者が居住地を移した場合の対応

- 自治体は、支援期間中に本人が居住地を移したことを把握した場合には、本人の同意を得た上で、移転先自治体に計画内容等を通知。移転先自治体は、速やかに、本人の同意を得た上で計画を作成。

4 計画に基づく支援の終了及び延長

- 支援期間が満了する場合は原則支援を終了。支援終了後も、必要に応じて法第47条に基づく一般的な相談支援を実施。
- 例外的に延長する際は、会議を開催し、本人・家族等に丁寧に説明の上、本人の同意を得る。

5 本人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、本人から支援への同意を撤回する旨の意向が示された場合は、必要に応じて計画内容を見直す等、本人の意向を踏まえた計画となるよう対応。
- こうした対応を行っても計画に基づく支援に同意が得られない場合は、計画に基づく支援を終了。

退院後支援計画

年 月 日
(作成) 堺市

フリガナ		生年月日	大 正	
氏 名			昭 和	
(男・女)			年 月 日 生	(満 歳)
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	年 月 日			
入院先医療機関	医療機関名：		連絡先：	
退院後の生活に関する 本人の希望				
家族その他の支援者 の意見	氏 名：		続柄：	
	連 絡 先：			
退院（予定）日	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：			
	転院先医療機関名：		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			
	療 育 手 帳： 無 有（等級） 不明 申請予定			
	身 体 障 害 者 手 帳： 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			
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"/> 保健センターによる相談支援			
	<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				

- 計画に基づく支援期間中に転居される場合は、保健センターにご連絡ください。
同意をいただければ、転居先の自治体に退院後支援計画の内容等を情報提供いたします。

退院後支援事業 支援の流れ



支援のフロー図

