

神奈川県措置入院者等退院後支援ガイドライン（概要）

I 神奈川県措置入院者等退院後支援ガイドラインの趣旨

- 神奈川県では、良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保のために、措置入院者の入院初期から積極的に支援に関与し、退院に向けた支援を実施してきた。
- さらに、平成30年3月に厚生労働省より発出された「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」を受け、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、必要な支援を切れ目なく受けながら、安心して生活できるよう、対象者本人のニーズに応じた退院後支援に関する計画に基づく退院後支援を実施する。（平成30年9月開始）

II 退院後支援に関する計画の作成

1 支援対象者

- 措置入院者のうち、計画に基づく退院後の支援について同意を得られた者。
※ 医療保護入院や任意入院等の入院者についても、保健福祉事務所等が計画作成及び計画に基づく支援が必要と判断し、本人から同意を得られた者は対象とできる。

2 計画作成の主体・時期

- 作成主体：支援対象者の退院後の帰住先を管轄する保健福祉事務所等（保健福祉事務所及び同センター、政令指定都市を除く市保健所）
- 作成時期：原則として入院中に作成。入院期間が短い場合は退院後速やかに作成。（帰住先が県外や住所不定の場合は、精神保健福祉センターが調整・対応。）

3 計画の内容

- 計画の記載事項
 - ・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と支援内容
 - ・支援の利用が継続されなかった場合の対処方針
 - ・支援期間
 - 等
- 支援期間：退院後6ヶ月以内（延長は原則1回。退院後1年以内には支援を終了。）

4 計画作成の方法

- 計画案の作成
 - ・本人との面会や入院先病院の意見書等により、本人の支援ニーズを把握し、計画案を作成。
- 退院後支援ケース会議の開催
 - ・計画案の内容を協議するため、標記会議を開催。
【開催場所】入院先医療機関（退院後に開催する場合は、地域の実情に合わせて設定）
【出席者】本人、家族、支援関係者等（支援関係者）保健福祉事務所等、入院先医療機関、帰住先市町村、地域援助事業者等福祉サービス及び介護サービス事業者、訪問看護ステーション等
- 計画の交付
 - ・作成した計画を本人に交付し、家族や支援関係者に通知。

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 保健福祉事務所等の役割

- 退院後、保健福祉事務所等は、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、支援関係者と支援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。

2 計画の見直し

- 支援対象者・家族等が希望した場合や、支援対象者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

- 支援期間中に支援対象者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。
- 移転元自治体から支援対象者が支援期間中に居住地を管内地域に移した旨等の通知を受けた場合は、速やかに本人の同意を得て、その者の計画を作成。

4 計画に基づく支援の終了と延長

- 支援期間が満了する場合は原則支援を終了。支援終了を決定した場合、対象者本人及び家族、その他の支援者、支援関係者にその旨連絡する。
- 延長をする場合は退院後支援ケース会議を開催し、対象者本人の同意を得る。

支援の流れ

