

山形県精神障がい者の 退院後支援マニュアル

平成 31 年 3 月 1 日策定
(平成 31 年 4 月 1 日施行)

山形県障がい福祉課

目 次

※目次中「事務処理要領」は、山形県精神保健福祉法事務処理要領第7章をいう。

はじめに.....	3
1. 退院後支援の理念〔事務処理要領第2〕.....	4
2. 退院後支援の支援対象者〔事務処理要領第3〕.....	4
3. 退院後支援計画の策定主体〔事務処理要領第4〕.....	5
4. 退院後支援の流れ（手続き）.....	5
5. 退院後支援計画の策定の流れ	
5-①退院後支援計画を策定する時期.....	5
5-②管轄外に居住する患者情報の提供〔事務処理要領第5の1〕.....	6
5-③入院病院との事前協議〔事務処理要領第5の2〕.....	6
5-④退院後支援の要否判定及び患者への意向確認〔事務処理要領第5の3〕..	6
5-⑤本人への説明及び同意書の徴取〔事務処理要領第5の4前段〕.....	6
5-⑥計画の策定に同意しない場合の対応〔事務処理要領第5の4後段〕.....	7
5-⑦退院後生活環境相談担当者の選任〔事務処理要領第6の1〕.....	7
5-⑧アセスメントの実施〔事務処理要領第6の2〕.....	7
5-⑨計画に係る意見書の提出〔事務処理要領第6の3〕.....	8
5-⑩計画案の作成〔事務処理要領第7の1〕.....	8
5-⑪計画策定のための会議の開催〔事務処理要領第7の2及び3〕.....	8
5-⑫退院後支援計画の決定〔事務処理要領第8の1〕.....	9
5-⑬退院後支援計画の交付、通知〔事務処理要領第8の2〕.....	9
6. 計画に基づく退院後支援の実施	
6-①支援の期間.....	10
6-②計画策定主体（保健所）の役割〔事務処理要領第9の1〕.....	10
6-③各支援関係者の役割〔事務処理要領第9の2〕.....	10
6-④必要な医療や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.....	11
6-⑤計画内容の見直し及び計画期間の延長〔事務処理要領第9の3〕.....	11
7. 計画に基づく支援の終了	
7-①支援期間の満了.....	11
7-②支援を受けることへの同意の撤回〔事務処理要領第9の4〕.....	12
8. 支援対象者が居住地を移した場合の対応〔事務処理要領第9の5〕.....	12
9. 個人情報の取扱いについて.....	12

資料及び様式（事務処理要領様式を除く）

- ・別紙1 山形県における精神障がい者の退院後支援の流れ（手続き）
- ・別紙2 退院後支援について（説明用チラシ）
- ・様式1 退院後支援計画の決定について（通知）
- ・資料1 障がい福祉サービスについて
- ・資料2 退院後支援を実施するにあたって連携が必要と考えられる関係機関

はじめに

本県においては、地域から孤立しがちな人や一般的な精神科医療福祉で支えきれない人に対し、地域の状況（支援対象者に適したサービス資源等）を把握している自治体（県保健所）が、精神保健福祉法（以下、法）第47条による相談支援の一環として関与することで、医療や支援が中断された場合や、契約型のサービスでは対応が困難となった場合等でも迅速に対応できる包括的支援体制の構築を図り、精神障がい者の円滑な地域生活への移行を推進することを目的に、「精神障がい者の退院後支援」の手続きを山形県精神保健福祉法事務処理要領第7章（以下、「事務処理要領」）に基づき実施することとした。

このマニュアルは、国においてまとめられた「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」及び事務処理要領を踏まえ、退院後支援に関する具体的な手続きや支援の内容について、標準的な手順等を示すものである。

なお、当該マニュアルは標準的な手順を定めたものであり、実際の運用にあたっては、個別の状況に応じ、柔軟に対応していくことが必要である。

1 退院後支援の理念〔事務処理要領第2〕

- (1) 措置入院患者等の支援対象者が、退院後に地域の中で自分らしい生活を安心して送れるようになるため、必要な医療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。
- (2) 多くのニーズや課題を抱える精神障がい者の地域生活を支援するため、多職種・多機関が連携し、本人の希望や価値観を重視した支援体制を整備する。
- (3) 本人の支援ニーズを的確に評価し、本人及び家族その他の支援者（支援への関与を本人が希望する友人等）の意向を十分踏まえながら、支援対象者が円滑に地域生活に移行することができるよう、過不足のない支援を提供する。

2 退院後支援の支援対象者〔事務処理要領第3〕

退院後支援の対象となる精神障がい者は、「措置入院者」又は「その他の非自発的入院者で、退院後に医療や支援の中断の可能性が高いと見込まれる者」のうち、帰住先を所管する保健所長が入院医療機関の主治医(精神保健指定医等)の意見を踏まえ、自治体(県保健所)が中心となって退院後支援を行うことが必要と認めた者とする。但し、退院後支援計画に基づく支援を受けることに同意した者に限る。

《支援対象とする精神障がい者の要件》

(1) 措置入院者

現在の入院が措置入院から開始された者で、下記①～④のいずれかに該当する者

(2) 医療保護入院者・応急入院者

現在の入院が行政(保健所)や警察が関与して入院となった者で、下記①～④のすべてに該当する者

《退院後の支援を必要とする理由》

- ① 数回の非自発的入院歴がある。
- ② 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。
- ③ 対象者の身近に支援する者がいないなど、地域で孤立することが予想される。
- ④ 契約型サービス(医療、介護保険、障がい福祉)を利用していない。

なお、以下に該当する者は、支援の対象者とししない。

- ・更生保護法による保護観察を受けている者
- ・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第42条に基づく入院等の決定を受けている者

《退院後の支援を必要しない精神障がい者の例》

- ・退院後、施設入所となり、常時施設職員等からの支援を受けられる場合。
- ・障害の程度が比較的軽く、同居の家族等からの十分な支援が見込まれる場合。
- ・病状から、継続的な医療及び福祉サービス等の支援を要しない場合。

3 退院後支援計画の策定主体 [事務処理要領第4]

- (1) 原則として、帰住先を管轄する県保健所が策定する
- (2) 帰住先が不明（未定）であるが、入院前の居住地が確認されている場合は、当該居住地を管轄する保健所（自治体）が策定する。
- (3) 入院前の居住地が不明かつ帰住地が不明（未定）な場合、又は退院後に入院前の居住地に戻らない可能性が高い場合で帰住先が不明（未定）の場合は、措置を行った保健所（自治体）が当該支援の準備作業を行う。

※（2）及び（3）の場合において、帰住先が確定した場合は、帰住先を所管する保健所（自治体）に引き継ぐ。その場合、措置を行った県保健所は、帰住先自治体の退院後支援の規則等に従い、情報提供などの必要な協力を行うこととする。なお、退院後支援計画の策定主体にはならない。

4 退院後支援の流れ（手続き）

《別紙1のとおり》

5 退院後支援計画の策定の流れ

① 退院後支援計画を策定する時期

計画策定主体となる県保健所は、原則として支援対象者（以下、「本人」という。）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。

ただし、

- ・ 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は、退院後速やかに作成するものとする。

なお、措置入院者については、都道府県知事等は入院を継続しなくても精神障がいによる自傷他害のおそれがないと認められるに至ったときは、直ちに措置入院者を退院させなければならないとされている（法第29条の4）。

このため、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、計画の作成に時間を要していることを理

由として措置入院を延長することは、法律上認められないため、十分留意する。

② 管轄外に居住する患者情報の提供〔事務処理要領第5の1〕

居住地又は帰住予定地が管轄地域外の精神障がい者を、法第29条又は法第29条の2の規定による入院措置及び法34条の規定による入院のための移送を行った県保健所長は、当該精神障がい者の居住地又は帰住予定地を管轄する保健所長（自治体）に患者の住所氏名、病状、入院病院など、適宜情報提供を行う。

なお、他の自治体に情報提供を行う場合は、本人の了解（口頭で可。但し、面会記録等において同意した旨を記載しておくこと。）を得たうえで行う。

③ 入院病院との事前協議〔事務処理要領第5の2〕

退院後支援計画の策定主体となる県保健所長は、退院後支援の対象者となることが想定される精神障がい者の入院している精神科病院の主治医等と、退院後支援計画策定に関し事前に協議を行う。

措置入院者以外で、入院病院から退院後支援計画の策定要請を受けた場合も、同様とする。

（1）事前協議の時期

入院患者の急性期を脱した時点で速やかに実施するものとし、原則的に精神科病院から保健所長に連絡する。

なお、退院後支援計画の策定に3週間以上の期間を要することから、事前協議のタイミングが遅れないように留意する。

（2）協議する内容

- ・ 想定される措置解除の時期及び退院の時期
- ・ 退院後の居住地
- ・ 退院後支援計画の要否及び策定期間

④ 退院後支援の要否判定及び患者への意向確認〔事務処理要領第5の3〕

精神科病院の管理者は、③の事前協議の結果に基づき、自宅等地域への退院が見込まれる概ね1か月前を目途として、主治医等に退院後支援の要否に関する判定を行わせる。

また、当該精神障がい者に対し、県（保健所）による退院後支援の概要を説明し、退院後支援を受ける意向を聞き取る。

精神科病院の管理者は、上記の要否判定の結果と支援を受ける意向を「精神障がい者の退院後支援の要否等に関する連絡票」（要領様式第36号）に記載し、退院後支援計画の策定主体となる県保健所に送付する。

⑤ 本人への説明及び同意書の徴取〔事務処理要領第5の4前段〕

前項の連絡を受けた県保健所は、当該連絡票において退院後支援を必要としている場合で、県保健所長が、退院後支援が必要と判断した当該精神障がい者に対し別紙1、2を活用しつつ、入院病院と連携しながら退院後支援に関する

制度を説明し、「退院後支援計画の作成及び計画に基づく支援を受けることへの同意書」（要領様式第37号）を徴取する。

なお、同意書を徴取した県保健所は、その旨を精神科病院に速やかに連絡する。

※当該同意書の代筆は不可とする。但し、障がい等の理由で署名等が不鮮明な場合は、同意者の家族又は病院職員が代理で記名するものとし、その場合は、記入者の氏名、続柄、代理記名の理由を記載すること。

※県保健所長が、退院後支援の策定が不要と判断した当該精神障がい者については、退院後支援計画の作成は行わない。

⑥ 計画の策定に同意しない場合の対応〔事務処理要領第5の4後段〕

計画の策定について、十分な説明を行っても当該精神障がい者から退院後支援計画の策定等に同意を得られない場合は、退院後支援計画は策定しない。

但し、精神科病院の管理者は、必要に応じて入院中に退院後の生活環境の調整及び指導を行い、帰住地を管轄する県保健所長は、必要に応じて法第47条に基づき相談及び指導を行う。

⑦ 退院後生活環境相談担当者の選任〔事務処理要領第6の1〕

同意書の徴取の連絡を受けた精神科病院の管理者は、当該精神障がい者の支援の事前調整を担当する「退院後生活環境相談担当者」を速やかに選任し、要領様式第38号により計画策定主体の県保健所に通知する。

※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には、以下の病院における業務等において中心的役割を担うことが期待される。

- ・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ほか、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、入院期間を通して、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。
- ・退院に向け、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。

⑧ アセスメントの実施〔事務処理要領第6の2〕

精神科病院の管理者は、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、退院後に本人のニーズに応じた退院後支援が実施できるよう、退院後生活環境相談担当者及びその他の従事者に退院後支援のニーズに関するアセスメント（要領様式39号、同40

号) を実施させる。

⑨ 計画に係る意見書の提出 [事務処理要領第 6 の 3]

精神科病院の管理者は、前項の結果を踏まえ、計画に係る意見書(要領様式 41 号)を作成し、当該アセスメントの結果とともに、計画策定主体の県保健所に自宅等地域への退院が想定される日の 3 週間前を目途に提出する。

なお、意見書の作成にあたっては、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。

⑩ 計画案の作成 [事務処理要領第 7 の 1]

前項の「ニーズアセスメントの結果」及び「計画策定に係る意見書」を受理した県保健所は、計画作成のための会議に付すための「退院後支援に関する計画」(要領様式 42 号)を作成する。

計画の作成にあたって、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。【資料 1 参照】

⑪ 計画策定のための会議の開催 [事務処理要領第 7 の 2 及び 3]

前項の計画を作成した県保健所は、本人、主治医、退院後生活環境相談担当者及び支援関係者と調整のうえ会議開催の日時及び場所を決定し、当該関係者に連絡する。

会議は、原則として本人が入院中に、入院病院を会場に開催し、退院後支援計画の内容等を協議する。

会議開催の時期は、自宅等地域への退院が想定される日の 1 週間前を目途とする。

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。しかしながら、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、作成主体の県保健所は、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。

また、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、作成主体の県保健所は、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。

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、原則として入院病院内で開催するが、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。

《想定される支援関係者等》

- ア. 作成主体の自治体 【措置対応を行った保健所、帰住先保健所の職員】
- 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、市町村保健センター等の職員】
- ウ. 入院先病院 【主治医、退院後生活環境相談担当者、看護師、作業療法士等】
- エ. 通院先医療機関 【主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士等】
- オ. かかりつけ医療機関 【主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士等】
- カ. 支援事業所等 【相談支援事業所、訪問看護ステーション、通所施設等の担当職員】

※措置解除後に医療保護入院等により入院を継続する場合の対応

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自宅など地域に退院する段階で計画作成のための会議を開催する。

また、医療保護入院中の精神障がい者の退院後支援計画を作成する場合に、法第 33 条の 6 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退院後支援計画策定のための会議の開催が予定されているときは、当該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。

⑫ 退院後支援計画の決定 [事務処理要領第 8 の 1]

計画の作成主体である県保健所は、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、計画策定のための会議における協議内容等を踏まえ、計画を決定する。

⑬ 退院後支援計画の交付、通知 [事務処理要領第 8 の 2]

計画を決定した県保健所は、すみやかに本人に対して様式 1 により計画書を交付し、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ととする。

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。

また、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。

6 計画に基づく退院後支援の実施

① 支援の期間

退院後6ヶ月以内を基本として設定する。

※支援期間の延長について

本人の病状や生活環境の変化（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、本人の同意を得たうえで、例外的に支援期間を延長することができるものとする。

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ことが適当である。

② 計画策定主体（保健所）の役割〔事務処理要領第9の1〕

支援対象者が地域に退院した後は、計画を策定した県保健所が、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。

また、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、計画を策定した保健所は、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。

③ 各支援関係者の役割〔事務処理要領第9の2〕【資料2参照】

支援関係者は、計画に沿った支援を提供するよう努める。

また、会議の事務局である計画を策定した県保健所から、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。

なお、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、調整主体の保健所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。

支援事業所等は、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。

④ 必要な医療や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

退院後支援の調整主体である県保健所は、計画にあらかじめ記載した対処方針に基づき、通院先医療機関や相談支援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み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。

⑤ 計画内容の見直し及び計画期間の延長〔事務処理要領第9の3〕

退院後支援の調整主体である県保健所は、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、退院後支援の調整主体である県保健所と情報共有を行う。

計画の見直しに当たっては、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。

7 計画に基づく支援の終了

① 支援期間の満了

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、退院後支援の調整主体である県保健所が、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、当該保健所は、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。

また、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県保健所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、退院後支援の調整主体である県保健所は、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。

② 支援を受けることへの同意の撤回 [事務処理要領第9の4]

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、退院後支援の調整主体である県保健所が、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。

また、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条に基づく相談指導の範囲内で必要な支援を行うことが望ましい。

なお、同意の撤回は、文書でも口頭でも可能とし、口頭での意思表示の場合は、同意を撤回した日時及び意思表示の方法を面会記録等に記載しておくこと。

8 支援対象者が居住地を移した場合の対応 [事務処理要領第9の5]

退院後支援計画に基づく支援を受けている本人が、支援を行っている県保健所の管轄区域外に転居する場合は、転居先の自治体（保健所）に対し、要領様式第43号により計画の内容、支援の状況等の情報提供を行う。なお、第5による同意の際に、情報提供に関する同意を得ていない場合は、県保健所の管轄区域以外に転居する場合の情報提供は行わない。

9 個人情報の取扱いについて

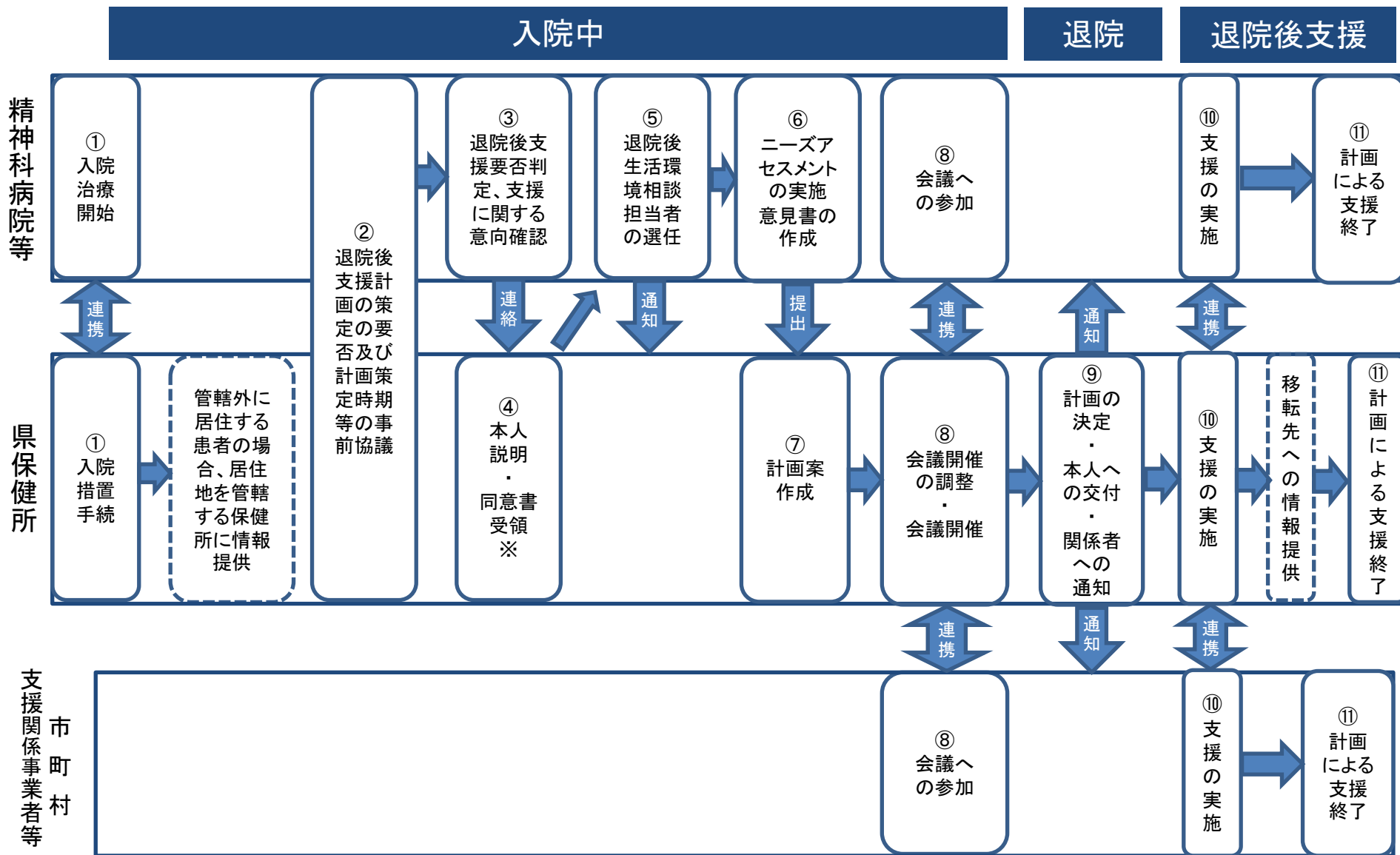
会議等で知り得た個人情報の取扱いに当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、十分な配慮をするとともに、個人情報を他に漏らしたり、

目的外収集・利用等を行ってはならない。

会議の設置主体である計画策定主体の県保健所は、支援関係者に対し、個人情報管理の徹底を図る。

山形県における精神障がい者の退院後支援の流れ（手続き）

- ・退院後支援計画の策定主体：帰住地を管轄する保健所
- ・支援対象者：保健所長等が、措置入院者等のうち計画に基づく退院後支援が必要と認めた方で支援を受けることに同意した方



※ 同意を得られない場合は、退院後支援計画は作成できないため、精神保健福祉法第47条に基づき相談指導を行う。

精神科病院に入院している方の 退院後支援

山形県の保健所では、入院している方の退院後の生活について、ご本人からの相談をお受けします。

自宅に帰っても、自分では洗濯や掃除ができない。どうしよう・・・

急に具合が悪くなったら
どうしよう・・・

自宅に誰も相談できる人がいない・・・

収入がないので、退院後の通院をどうしよう・・・

ご利用には「同意書」の提出が必要です。相談は無料です。
まず、担当者が相談内容を伺い、その後の流れをご案内します。

個人情報につきましては、個人情報保護条例に基づいて管理し、目的以外に使用することはありません。

【お問い合わせ先】〇〇保健所 〇〇課 〇〇係

電話：〇〇〇〇—△△—□□□□ 月～金（土日祝除く） 8：30～17：15

第 号
年 月 日

〇〇〇〇 殿

山形県〇〇保健所長

退院後支援計画の決定について（通知）

下記の退院後支援計画策定のための会議の結果、別紙のとおり計画を決定したので、お知らせいたします。

記

- 1 開催日時 年 月 日（ ） : ~ :
- 2 場所
- 3 出席者 ご本人（出席・欠席） ご家族（続柄 ）
主治医（ ） 担当看護師（ ）
担当相談員（ ）
〇〇保健所（ ）
〇〇事業所（ ）
- 4 「退院後支援計画」の作成（ 有 ・ 前回からの修正 ・ 無 ）
- 5 「退院後支援計画」の本人同意（ 有 ・ 無 ）
- 6 次回開催日

【担当】

〇〇課〇〇〇担当

TEL:00-0000

障がい福祉サービスについて

資料1

障がい福祉サービスに関する相談は、市町村もしくは相談支援事業所が窓口となります。個々の障がいのある人々の支援の必要性や勘案すべき事項(社会活動や介護者、居住等の状況)に対応した、各種サービスがあります。

	サービス種別	サービスの概要
介護 給付	居住介護 (ホームヘルプ)	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
	重度訪問介護	重度の肢体不自由者又は知的障がい若しくは精神障がいにより行動上著しい困難を有する障がい者であって、常に介護を必要とする人に、自宅で入浴、排せつ、食事の介護、外出時の移動支援などを総合的に行います。
	行動援護	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。
	同行援護	視覚障がいにより移動に著しい困難を有する人に対して、外出時などに、移動に必要な情報提供(代筆、代読を含む)、移動の援護などの外出支援を行います。
	重度障害者等包括支援	介護の必要性がとて高い人に、居宅介護等の複数のサービスを包括的に提供します。
	自立生活援助	施設や共同生活援助等を利用していた人が一人暮らしをはじめたときに、生活や健康、近所づきあいなどに問題がないか、定期的な居宅訪問を行うとともに、相談・要請に対しては、電話等による随時の対応も行います。
	短期入所 (ショートステイ)	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めて施設で入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
	療養介護	医療と常時の介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活のお世話をします。
	生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的な活動や生産活動の機会を提供します。
	施設入所支援 (障害者支援施設での夜間ケア など)	施設に入所する人に、夜間や休日に、入浴、排せつ、食事の介護などを行います。
訓練 等 給付	自立訓練 (機能訓練)	自立した生活や社会生活が送れるよう、一定期間、身体機能の向上のために、リハビリなどを行います。
	自立訓練 (生活訓練)	自立した生活や社会生活が送れるよう、一定期間、生活能力の向上のための訓練などを行います。
	就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に一定期間、就労に必要な知識や能力の向上のために必要な訓練を行います。
	就労継続支援(A型)	一般企業等で働くことが困難な人に、雇用契約に基づき働く場を提供し、就労に必要な知識や能力の向上のために必要な訓練を行います。
	就労継続支援(B型)	一般企業等で働くことが困難な人に働く場を提供し、就労に必要な知識や能力の向上のために必要な訓練を行います。 (雇用契約なし)
	就労定着支援	一般企業等で働くようになった人に、就労に伴う環境変化による生活面の課題に対応できるように企業や自宅への訪問、来所により必要な支援を行います。
	共同生活援助 (グループホーム)	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談、入浴、排泄又は食事の介護その他の日常生活の援助を行います。

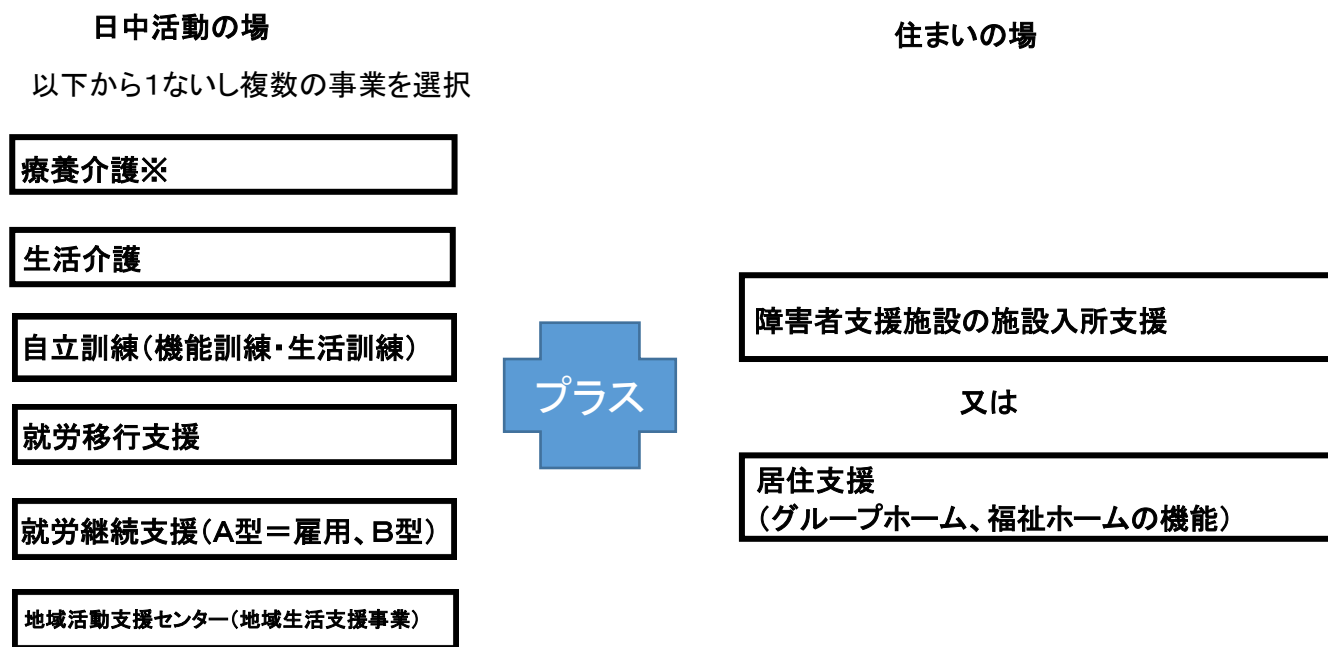
サービス種別	サービスの概要	
相談支援	基本相談支援	地域の障がい者福祉に関する問題などについて、相談に応じ、情報の提供、助言や市町村との連絡調整を行います。
	地域相談支援 (地域移行支援)	施設や精神科病院などに入所、入院している障がい者の地域生活への移行に向け、必要な相談や福祉サービス事業所への同行支援などを行います。
	地域相談支援 (地域定着支援)	居宅で単身で生活する障がい者などと常時連絡が取れる体制を確保するとともに、緊急時の相談などを行います。
	計画相談支援 (サービス利用支援)	障害福祉サービスを適切に利用できるよう、利用するサービスの種類などを定めたサービス等利用計画の作成や事業者との連絡調整などを行います。
	計画相談支援 (継続サービス利用支援)	障害福祉サービスの利用状況を定期的に検証し、必要に応じて計画の見直しを行うとともに、計画の変更や事業者との連絡調整などを行います。

■ 日中活動と住まいの場の組み合わせ

入所施設のサービスを、昼のサービス(日中活動事業)と夜のサービス(居住支援事業)に分けることにより、サービスの組み合わせを選択できます。

事業を利用する際には、利用者一人一人の個別支援計画が作成され、利用目的に合ったサービスが提供されます。

例えば、常時介護が必要な方は、日中活動事業の生活介護事業と、居住支援事業の施設入所支援を組み合わせ利用することができます。地域生活にこうした場合でも、日中は生活介護事業を利用し続けることが可能です。



※療養介護については、医療機関への入院とあわせて実施

精神障がい者の退院後支援を実施するにあたって連携が必要と考えられる関係機関

時期	支援内容	支援機関				頻度の目安
		医療機関	保健所	市町村	相談支援事業所	
危機介入時	相談		◎	○		
	事前調査・診察・移送		◎			
措置入院時	家族と面談		◎			
	関係機関連絡		◎			
入院中 (措置解除後を含む) ※病状が安定して以降	退院の見通しについての情報共有	◎	◎			
	本人の面談相談	◎	◎	○		月に1回程度
	家族の相談	○	◎			
	アセスメントの実施	◎				
	計画の策定★	○	◎	△	△	
	計画策定のための会議	◎	◎	○	△	退院前に1回
退院後支援 (概ね6ヶ月)	訪問又は面接による相談指導		◎	○		月に1回程度
	ケア会議	◎	◎	○	△	必要に応じて
退院後安定期 (概ね6ヶ月から1年)	相談指導(訪問、面接、電話等)		◎	◎		2～3ヶ月に1回程度
	ケア会議	○	◎	◎	△	必要に応じて
退院後定着期☆ (概ね1年経過)	相談指導(訪問、面接、電話等)		△	◎		3ヶ月～半年に1回程度
	ケア会議	○	△	◎	△	必要に応じて

★病状が安定し、退院が見込まれる時期に、保健所が中心に作成する。

☆当該精神障がい者の地域生活が定着し、継続的な障がい者福祉サービスの利用が確立した時点で支援を終了する。

凡例： ◎主として支援する機関 ○支援するにあたって連携を求める機関 △必要に応じ連携を求める機関