

「東京都における措置入院者退院後支援ガイドライン」に基づく 退院後支援のご案内

東京都では、国から示された「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」を踏まえ、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、措置入院者への支援の流れや支援関係者の役割等を整理した「東京都における措置入院者退院後支援ガイドライン」（以下「都版ガイドライン」という。）を策定しています。

都版ガイドラインに基づく退院後支援とは・・・

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取ることができるよう、本人の了解を得た上で、退院後支援に関する計画を作成し、退院後、計画に沿った支援を実施します。

都版ガイドラインの概要

（１）計画作成の対象者

- ① 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措置入院者
- ② 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

上記①又は②の者のうち、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

（２）計画作成の時期

原則として措置入院中に作成。ただし、入院期間が短い場合等、やむを得ない事情がある場合は退院（措置解除）後速やかに作成。

（３）計画の主な内容

- 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
- 本人の支援ニーズ・課題
- 支援担当機関及び支援内容
- 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった時の対処方針 等

（４）計画に基づく支援期間

- 退院後 6 か月以内を基本とする
- 延長は原則 1 回とし、退院後 1 年以内には終了する

都版ガイドラインに基づく退院後支援の流れ

1

病院が支援機関として、退院後の居住地を管轄する保健所設置自治体の保健所（保健センター等を含む。以下、「保健所」という。）を紹介

2

保健所の担当者（保健師、精神保健福祉士等）が病院に訪問して本人と面会

3

保健所は病院と協議し、本人を計画作成の対象とするか組織的に検討・判断

4

保健所が本人に計画作成や支援者間での個人情報の共有について説明し、本人の了解を得る

5

病院は、計画に係る意見書等（意見書、症状が悪化した場合の対処方針、退院後支援ニーズに関するアセスメント）を保健所に提出

6

保健所は、原則として入院中に、本人、家族、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

7

保健所から本人に計画を交付、支援関係者に計画内容を通知

8

退院後、保健所は支援全体の調整主体となり、支援関係者と連携を図りながら計画に基づく相談支援を実施

9

計画に基づく支援期間が満了したら、計画に基づく支援を終了

※ 保健所は、計画に基づく支援終了後も、必要に応じて精神保健福祉法 47 条に基づく相談支援を実施

