

I 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨

入院をした精神障害者は、地域生活を送る上で様々な課題やニーズを抱えていることが多く、円滑な社会復帰の観点からは、そのニーズに応じて、退院後に必要な医療、福祉、介護、就労支援等の支援（以下「医療等の支援」という。）が実施されることが望ましい。

これまでも、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。）第47条に基づき、保健所等が相談支援等を実施しているが、今般、厚生労働省から、「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日付け障発0327第16号。以下「ガイドライン」という。）」が都道府県知事等に通知された。このガイドラインにより、入院した精神障害者のうち、地方公共団体（以下「自治体」という。）が中心となって退院後の医療等の支援を行う必要があると認められる者について、各自治体が可能な範囲で積極的な支援を進めていくことができるよう、現行の法の下で実施可能な、自治体を中心とした退院後の医療等の支援について、具体的な手順が示された。

栃木県では、ガイドラインを踏まえ、退院後支援に自治体に関与する必要性が高いと考えられる措置入院者等を支援対象者とし、医療機関や地域援助事業者等の関係者と連携・協力して、本人の支援ニーズを的確に把握し、本人及び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。）の意向を十分踏まえながら、円滑に地域生活に移行することができるための過不足のない退院後支援を行うものとする。

II 退院後支援に関する計画の作成

1 退院後支援計画の概要

法第47条に基づく相談支援等の一環として、退院後支援を行う必要があると認められる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、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。

なお、計画の作成に当たり、原則として、退院後の医療等の支援の関係者（以下「支援関係者」という。）等が参加する会議（以下「会議」という。）を開催して計画の内容を協議する。

2 作成主体

作成主体は、本人の退院後の居住地（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、本人の生活の本拠が置かれている場所をいう。以下同じ。）を管轄する保健所（宇都宮市保健所を含む。以下同じ。）又はその支所のいずれか（以下「帰住先保健所等」という。）とし、保健所及び支所が協議の上で決定するものとする。ただし、支所が作成主体となる場合には、必要に応じて保健所が計画作成のための協力を行うものとする。

なお、次の①～④の場合の作成主体は、次のとおりとする。

①入院措置を行った保健所と本人の帰住先保健所が同一の場合

本人の帰住先保健所が作成する。

②入院措置を行った保健所と本人の帰住先保健所等が異なる場合

本人の帰住先保健所等が、計画の作成やそのための会議の開催に当たって中心的役割を果たすことを原則とするが、必要に応じて計画の作成等について入院措置を行った保健所又は入院措置を行った時点での管轄する支所が協力を行う。

③本人が地域へ退院する際に入院前の居住地に戻らない可能性が高い場合又は入院前の居住地が不明な場合

帰住先が確定するまでは帰住先不明の扱いとし、入院措置を行った保健所が計画作成のための必要な準備を進める。

④本人の帰住先が県外の場合

帰住先保健所設置自治体が遠方であって、入院先病院への移動が困難であるなど、相応の理由がある場合には、帰住予定の保健所設置自治体と協議の上、作成主体を決定し必要に応じて入院措置を行った保健所が計画作成のための協力を行う。

3 支援対象者

支援対象者は（１）及び（２）のいずれにも該当する者とする。

（１）法第29条に規定する措置入院となった者（措置解除後、継続して入院している者を含む。以下「措置入院者等」という。）計画に基づく支援を受けることに同意した者

（２）計画に基づく支援を受けることに同意した者

【参考】ガイドラインにおける支援対象者の考え方

ガイドラインでは、「自治体を中心となって退院後支援を行う必要がある」と認める事例として、以下のように例示されている。

ア 複数回の非自発的入院歴（特に複数回の措置入院歴）のある者

イ 医療の必要性が高いにも関わらず、医療中断の可能性が高い者

ウ 家族、友人等の支援者がおらず、孤立しやすい者

エ 家族が課題を抱えている者

オ 経済的な問題（金銭管理に関する問題を含む）を抱えている者

カ 措置解除まで長期間を要した者

キ 措置解除後に１年以上長期入院となった者

出典：平成30年４月19日開催「精神障害者の退院後支援に関する研修会」資料

4 入院先病院

計画の作成及び支援を実施する際の入院先病院は、精神科病院とする。

5 計画作成についての本人の同意、本人及び家族その他の支援者の参画

- (1) 計画の作成にあたり、「退院後支援のご案内」（参考様式1）を使用する等して、本人に対して計画に基づく支援の必要性等について丁寧に説明し、自治体が計画を作成すること、退院後は計画に基づき支援関係者が協力して退院後支援を実施すること、計画の作成・実施に必要な本人の情報及び作成された計画を支援関係者間で共有すること等について、本人からの「退院後の支援等に関する同意書」（様式1）の提出により同意を得る。
- (2) 計画の作成に当たって、十分な説明を行っても、本人から同意が得られない場合には、計画の作成は行わないが、法第47条による相談支援等を妨げるものではない。そのため、本人や家族その他の支援者に対して、その希望に応じて保健所等の職員が退院後の支援等について相談に応じることができる旨を伝える等、必要に応じて法第47条の相談支援等を提供できるよう環境調整等を行うことが望ましい。

6 計画作成の時期

- (1) 原則として入院中に計画を作成し、本人に対する退院後支援に関する説明及び病状等を勘案しながら行う計画作成に対する意向確認は、入院から概ね1ヶ月以内に行うものとする。
- (2) 後方移院した措置入院者については、移院後に計画作成の手続きを開始する。なお、移院後速やかに計画作成を行うために、移院前に退院後支援に関する説明及び計画作成に対する意向確認を行うことは差し支えない。
- (3) ただし、次のアからウの場合は退院後に速やかに作成するものとする。この場合も、退院前に計画の作成等について本人の意向を確認しておくことが望ましい。
 - ア 入院期間が短い場合
 - イ 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
 - ウ 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
- (4) 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ことに厳に留意する。

7 計画の内容

- (1) 退院後支援に関する計画（様式5）
 - ①作成主体の帰住先保健所等は、入院先病院から提出のあった「退院後支援のニーズに関するアセスメント」（様式2）等のニーズアセスメント、「退院後支援に関する計画に係る意見書」（様式3）及び会議における協議等を踏まえて計画を決定する。

②計画に基づく支援期間は、退院後6か月以内を基本として設定する。

- ・ 具体的な支援期間は、本人の意向や病状、支援ニーズ、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。
- ・ 作成主体の保健所は、計画に基づく支援期間が終了した後に既存の精神保健医療福祉サービス等による支援に円滑に移行できるよう、支援期間中から地域における既存サービスの活用やネットワークの構築を図る。

(2) 病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）（様式6）

- ①作成主体の帰住先保健所等は、入院先病院から提出のあった「病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）」（様式4）を踏まえ、会議において協議した後に計画の一部として決定する。
- ②作成主体の帰住先保健所等は、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、本人に十分説明した上で、この対処方針を作成する。

8 会議の開催

(1) 実施主体

- ①会議の実施主体は、計画の作成主体の帰住先保健所等とする。
- ②入院措置を行った保健所と帰住先保健所等が異なる場合は、帰住先保健所等が会議の設置主体となることを原則とする。
 - ・ 入院措置を行った保健所は、支援関係者として参加する。
 - ・ 帰住先保健所設置自治体が県外等遠方で、入院先病院への移動が困難であるなど、相応の理由がある場合には、措置を行った保健所が設置主体となり、帰住先保健所設置自治体が支援関係者として参加することとしても差し支えないが、本人が地域に退院した後、帰住先において、改めて会議を開催することが望ましい。
 - ・ 会議の出席者の謝金については、別表のとおりとする。

(2) 開催時期

- ①原則として、入院中に会議を開催する。
 - ・ 入院中の開催が困難な場合は、退院後可能な限り早期に開催する。会議の開催日は退院前に決定しておくことが望ましい。
- ②医療保護入院者に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会議の開催が予定されている時は、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。
 - ・ 会議の開催後に、病状の変化等により地域への退院の時期を再検討する必要がある場合は、退院支援委員会は当初予定されていた時期に開催することが適当である。

(3) 参加者

- ①本人及び家族その他の支援者の参加を原則とする。
- ②本人の支援ニーズその他の状況に応じて、実施主体の帰住先保健所等が参加者を決定する。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。

- ・ 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。
- ・ 本人が家族の同席を望まず、家族が会議に参加しない場合も、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、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。
- ・ 本人又は家族その他の支援者が会議の参加を希望しない場合や、事情により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える。この場合も、会議の前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、これらの者を参加させるものとする。

③防犯の観点から警察が参加することは認められない。例外的に、例えば、退院後に再び自殺を企図するおそれがあると認められている者や、繰り返し応急の救護を要する状態が認められている者等について、警察が支援関係者として本人の支援を目的に参加することは考えられるが、この場合は、実施主体の帰住先保健所等は、本人及び家族その他の支援者から意見を聴いた上で、警察以外の支援関係者間で警察の参加について合意を得ることが必要である。この際、本人が警察の参加を拒否した場合には、警察を参加させてはならない。

(4) 協議内容

①入院先病院から提出された「退院後支援に関する計画に係る意見書」(様式3)「病状が悪化した場合の対処方針(困ったときの対処)」(様式4)や直近の「退院後支援のニーズに関するアセスメント」(様式2)等のニーズアセスメントの結果等を踏まえ、以下の項目について情報共有及び協議を実施するが、本人の状態やニーズに応じて柔軟に設定する。

- ・ 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

②必要に応じて、「退院後支援のニーズに関する総合アセスメント」(様式7)を活用する。

(5) 会議での情報管理

①実施主体の帰住先保健所等は、会議で知り得た情報の適正な取扱いについて各支援関係者にあらかじめ説明し、「個人情報の取扱いに関する誓約書」(様式8)への記載を求める。なお、法令等で個人情報の遵守が前提とされている職種については記載は不要とする。

②実施主体の帰住先保健所等は、会議の記録及び計画等の関係資料について、計画に基づく支援修了後、5年間保存する。

9 退院後支援計画作成の手順

※入院から概ね1ヶ月以内に（１）～（４）までの手順を実施するものとする。

（１）支援対象候補者の選定

【実施主体：帰住先保健所等】

- ・ 帰住先保健所等が把握している措置入院者等の情報から、帰住先保健所等は受理会議等の所内協議において、支援対象者を確認する。

（２）計画の作成に向けた手続等の確認

【実施主体：帰住先保健所等】

【連携機関：入院先病院】

- ・ 帰住先保健所等は入院先病院との間で計画の作成に向けた今後の手続等（支援対象者について、病院及び保健所の担当者とその連絡先、帰住先保健所等と入院先病院のどちらが意向確認を行うか等）について確認する。

※（１）、（２）の順序については、入院先病院から支援対象者について打診があることも考えられることから、前後する場合もあり得る。

（３）退院後生活環境相談担当者の選任

【実施主体：入院先病院】

- ・ 退院後の生活環境に関し、本人及び家族その他の支援者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。）を選任することが望ましい。
- ・ 退院後生活環境相談担当者は、計画の作成等において、治療と生活支援の両面からの支援について本人を主体とした権利擁護の視点に立って考える。
- ・ 退院後生活環境相談担当者は、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も者等とする。

（４）計画に関する説明と本人の意向確認

【実施主体：帰住先保健所等】

【連携機関：入院先病院】

- ・ 医師の判断等により本人の症状が一定程度落ち着いた段階で、入院先病院は本人に計画に基づく支援について検討を行う旨を説明し、説明した結果を（２）で確認した帰住先保健所等の連絡先に連絡する。
- ・ 帰住先保健所等は、入院先病院と連携し、本人に面会等を行い、「退院後支援のご案内」（参考様式１）、「退院後の支援等に関する同意書」（様式１）等に基づき、丁寧に説明し、本人の同意の有無を記載した「退院後の支援等に関する同意書」（様式１）の提出を求める。
- ・ なお、（２）で確認した結果に基づき、入院先病院が本人から同意を取得した場合、帰住先保健所等は、会議等で本人と面会する場面において、同意について再確認するものとする。
- ・ 本人に十分な説明を行っても同意が得られない場合、計画の作成は行わないが、この場合も、本人や家族その他の支援者に対して、希望に応じて保健所職員等が退院後の支援等について相談に応じることができることを説明する。

- ・ 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は、障害特性に応じた合理的配慮を行う。
- (5) ニーズアセスメントの実施
- 【実施主体：入院先病院】
- ・ 入院先病院は、本人のニーズに応じた退院後支援が実施できるよう、支援対象者について、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とが望ましい。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、評価者又は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ため、本人との面接等により、本人のニーズを確認するものとする。
 - ・ 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する。
 - ・ 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。
 - ・ 実施にあたり、必要に応じて、「退院後支援のニーズに関する総合アセスメント」（様式7）を活用する。
- (6) 計画に係る意見書等の自治体への提出
- 【実施主体：入院先病院】
- 【連携機関（提出先）：帰住先保健所等】
- ・ 入院先病院は、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、「退院後支援のニーズに関するアセスメント」（様式2）等のニーズアセスメントの結果を踏まえ、「退院後支援に関する計画に係る意見書」（様式3）「病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）」（様式4）を可能な範囲で記載する。
 - ・ 入院先病院は、直近のニーズアセスメントの結果とともに計画に係る意見書を、計画の作成主体の保健所に提出する。
 - ・ 意見書の作成には、本人、家族その他の支援者が参画できるよう配慮する。
 - ・ 通院先医療機関等、具体的な支援関係者の候補も情報提供する。
- (7) 会議の開催
- 【実施主体：帰住先保健所等】
- 【連携機関：入院先病院、市町、地域援助事業者等】
- ・ 帰住先保健所等は、入院先病院から提出された意見書等により会議開催時期及び支援関係者を検討する。
 - ・ 帰住先保健所等は、本人、家族、入院先病院、市町、その他の支援者と調整し、会議の開催日を設定する。
 - ・ 原則として、地域への退院前に入院先病院で開催する。
 - ・ 対面での協議を原則とするが、遠方等の理由で参加が困難な支援関係者がいる場合等には、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としても差し支えない。
 - ・ 本人が地域へ退院した後に開催する場合は、地域の実情に合わせ、本人の参加し

やすさを勘案して開催場所を決定する。

(8) 計画の決定

【実施主体：帰住先保健所等】

- ・ 帰住先保健所等は、計画に係る意見書、会議における協議等を踏まえ、計画（様式5及び様式6）を決定する。

(9) 計画の交付、支援関係者への通知

【実施主体：帰住先保健所等】

- ・ 計画決定後、速やかに本人に対して計画を交付する。その際、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とともに、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を併せて説明する。
- ・ 説明は対面により行うことが望ましいが、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。
- ・ 支援関係者に対し、作成した計画の内容を通知する。
- ・ 交付した計画について本人又は家族その他の支援者が見直しを求めた場合や、計画に基づく支援への同意を本人が撤回した場合は、その旨を速やかに支援関係者に伝えとともに、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。

Ⅲ 計画に基づく退院後支援の実施

1 計画に基づく退院後支援

- (1) 帰住先保健所等は、本人が地域に退院した後、計画に基づき、支援関係者の協力を得ながら、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支援を行う。
- (2) 帰住先保健所等は、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、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を担う。
- (3) 帰住先保健所等は、支援全体の調整を行うにあたり、以下の項目を参考に、台帳等による進捗管理を行う。
 - ・ 計画決定日（計画延長決定日）
 - ・ 計画終了予定日（計画延長終了予定日）
 - ・ モニタリング時期
 - ・ 入院先病院名
 - ・ 通院医療機関名
 - ・ 地域援助事業者名
- (4) 帰住先保健所等は、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。
- (5) 退院後支援を行うに当たって、支援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、精神症状の悪化がみられた場合には、帰住先保健所等は、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十分配慮する。

2 本人が居住地を移した場合

- (1) 本人が居住地を移す予定が決まった場合には、移転元保健所又は支所（以下「移転元保健所等」という。）は、事前に移転元保健所等の担当者に連絡するよう本人に依頼しておく。
- (2) 移転元保健所等は、本人の同意を得た上で、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、「退院後支援に関する情報提供」（様式 9）により移転先自治体に通知する。本人が居住地を移した後、速やかに計画に基づく支援が開始できるよう、居住地を移す予定が確定した段階で、事前にこの通知を行うことが望ましい。

3 支援対象者が本県に居住地を移した場合

- (1) 移転元自治体から通知を受けた移転先保健所又は支所（以下「移転先保健所等」という。）は、速やかに、本人の同意（様式 1）を得て、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、本人及び家族その他の支援者の意見を十分踏まえ計画を作成する。
- (2) 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。
- (3) 移転先保健所等が作成する計画の支援期間は、原則として、移転元自治体が作成した計画の支援期間の残存期間とする。
- (4) 移転先保健所等の計画に基づく支援期間中に、再度本人が居住地を移した場合に、その移転先自治体に対して、本人の同意を得た上で、同様の通知を行う。

4 計画に基づく支援の終了及び延長

- (1) 計画に基づく支援の終了
 - ・ 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、帰住先保健所等が、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、帰住先保健所等は、必要に応じて会議の開催、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。
 - ・ 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、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、帰住先保健所等は計画を終了する。この場合、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。

- ・ 計画に基づく支援期間中に医療観察法の対象となった場合は、医療観察法における処遇を優先させ、計画に基づく支援を終了する。
 - ・ 支援の終了を決定した場合は、帰住先保健所等は、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) 計画に基づく支援の終了後の対応
- ・ 帰住先保健所等は、法第47条に基づき、必要に応じて一般的な相談支援を実施する。
 - ・ 本人が包括的な支援を受ける必要性が高い場合には、市町、地域援助事業者又は通院先医療機関が調整主体の役割を引き継ぐことが望ましい。
- (3) 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（例えば、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、例外的に支援期間の延長を行う。
 - ・ 支援期間の延長を行う場合は、当初の支援期間が満了する前に、必要に応じて会議を開催し、延長の必要性について検討を行い、本人及び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、本人の同意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調整を行う。

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

- (1) 計画の交付後に、本人から退院後生活環境相談担当者又は帰住先保健所等に対して、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、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。
- (2) 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。
- (3) 十分な対応を行っても、計画に基づく支援に本人から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、帰住先保健所等や市町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条に基づく相談支援の範囲内で必要な支援を行う。

附 則

- 1 本マニュアルは、平成30（2018）年10月15日から施行する。

附 則

- 1 本マニュアルは、平成31（2019）年4月1日から施行する。

附 則

- 1 本マニュアルは、令和2（2020）年4月1日から施行する。

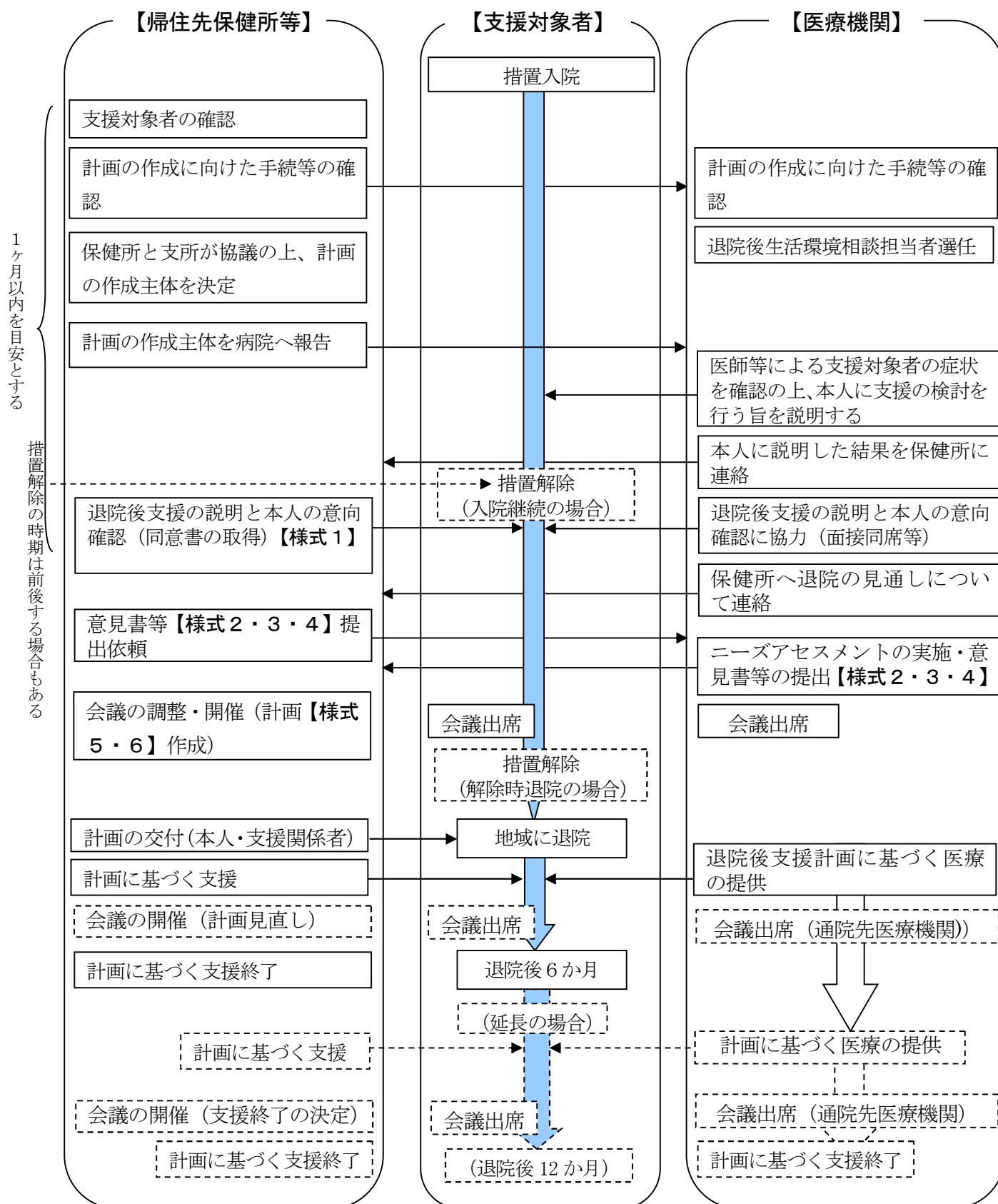
附 則

1 本マニュアルは、令和4（2022）年4月1日から施行する。

別表

出席者	出席謝金
（1）入院先病院の担当者	・ 原則として支給しない。 ※ 退院後支援に係る診療報酬の支給を受けるため。
（2）帰住先保健所担当者	・ 支給しない。
（3）帰住先市町村担当者	・ 支給しない。
（4）支援対象者本人及び家族等	・ 支給しない。
（5）退院後の通院先医療機関担当者	・ 原則として支給しない。 ※ 退院後支援に係る診療報酬の支給を受けるため。
（6）障害福祉サービス事業者	・ 原則として支給しない。 ※ 障害福祉サービス報酬や介護報酬等の支給を受けるため。
（7）その他保健所長又は支所長が必要と認める者	・ 原則として支給しない。ただし、診療報酬や障害福祉サービス報酬の支給を受けない医療機関等について、1機関あたり支給する。なお、支援対象者1名につき2回の会議までとし、予算の範囲内で行う。

【参考資料】退院後支援のフロー図



※ [] 内は、必要に応じて行われるもの。