

# 障害者地域相談のための 実践ガイドライン

第3版

申請から退院までの支援の流れが分かる事例集!

精神障害者の  
地域移行支援・  
地域定着支援

「病院から退院するために、どんな手続きが必要？  
地域でいきいきと暮らすために、どんな手続きが必要？  
「やってみよう！ 取り組もう！ 広めよう！」



個別給付化対応版

編集・発行

一般社団法人 支援の三角点設置研究会

|  |    |
|--|----|
| <b>1</b> 「障害者地域相談のための<br>実践ガイドライン」活用のポイント<br>..... | 3  |
| <b>2</b> 地域移行支援・地域定着支援<br>(地域相談)の背景とポイント<br>.....  | 7  |
| <b>3</b> 地域移行支援の流れ<br>意欲喚起・意思表示の支援 .....           | 10 |
| 対象者とのかかわりはじめ .....                                 | 11 |
| 退院に向けた地域移行支援計画の作成 .....                            | 12 |
| 計画の実行 .....  | 13 |
| 退院、退院後の支援の流れ .....                                 | 14 |
| <b>4</b> 事例 <b>(A)</b> .....                       | 15 |
| 地域移行支援を利用することにより、自宅生活への不安が解消され、退院できた事例             |    |



# 次

## 5 事例 ㉔ ..... 25

市区町村の委託相談支援事業所の粘り強い働きかけと、「さみしさ」へ寄り添う支援を通じて安心してアパート退院できた事例

## 6 事例 ㉕ ..... 35

支援者の協力を受けながら地域住民の理解を得て、自宅に退院した事例

## 7 厚労省 Q & A 抜粋 ..... 46

### 事例集の各計画書式についてのご案内

このガイドラインでは「基本情報」「サービス等利用計画書」「地域移行支援計画書」「クライシスプラン」「地域定着支援台帳兼計画書」を掲載しています。各書式は日本相談支援専門員協会発行の「サービス等利用計画サポートブック」を基本としながらも、支援の三角点設置研究会委員が日頃使用している書式と省令の項目を踏まえながらオリジナルで作成してあります。

省令では「サービス等利用計画」「地域定着支援台帳」「地域移行支援計画」が必須となっており、「クライシスプラン」は必須ではありません。しかし、支援者の責務としてご本人に対して、いつ頃、どのようなサービスを受けるのか分かりやすく情報提供をすることが大切であり、不調時のサインをご本人と支援者が共有しておくことは病状悪化の予防と地域生活の継続に役立つと考え、参考例として掲載しました。

ご本人、ご家族、関係する支援者と相談しながら必要に応じて活用いただきたいと思います。

尚、各書式は支援の三角点設置研究会のホームページよりダウンロードできます。

<http://sankakuten.sakura.ne.jp/blog/>



# 1 「障害者地域相談のための

地域相談  
実践ガイドライン  
を作成しました



- 地域相談に取り組むきっかけに!
- 地域相談利用の開始から地域生活までの流れを整理
- 地域移行に使われている言葉の整理
- 仮想事例による計画相談・地域相談の記録整理の案



## 最初に確認しておくポイント

これから計画を作成し始める方達にみなさんからお伝えしていただきたい大事なこととして、

- ★ なぜ計画相談が、全員対象になったのか? 誰の為に、何の為に計画を作成するのか?
- ★ モニタリングは誰の為にするのか? 何の為にするのか?

ということがあります。

大前提として、“**生活支援をする為の計画作成、モニタリングである**”ということ、今一度確認してください。

## 本ガイドラインの活用(例)

### 1. 関係機関(市町村、精神科病院、相談支援事業所、福祉サービス提供事業所等)の共有ツール

障害者自立支援法(現障害者総合支援法)の改正により、地域移行支援・地域定着支援が個別給付として創設され、すでに3年が経過しました。地域移行支援を推進するために関係機関が本ガイドラインを活用し、研修と実践を積み重ね、それぞれの共通理解のもとに地域移行支援・地域定着支援を周知し、全入院患者さんに情報を届けてください。

### 2. 地域相談支援の新任者向け研修での活用

事例を活用しながら、地域移行支援・地域定着支援(地域相談)の流れをイメージし、精神科病院との連携、地域相談と計画相談との関係、申請業務等全体像の理解を進めます。

### 3. 地域相談支援経験者のスキルアップ研修での活用

地域相談支援の実践が始まったら、事例集と同じように経過を書き出して支援のポイントを振り返り、自身の支援経過を振り返り、課題や方向性の自己評価に活用してください。

### 4. 都道府県の自立支援協議会(地域移行推進協議会)での活用

地域移行支援・地域定着支援を推進していく部門において、本ガイドラインを共通のツールとして、その活用方法について協議してください。

### 5. 圏域及び地域単位での活用

地域相談支援に携わる相談支援事業所や精神科病院等に個別に説明し、制度や連携の周知を図りましょう。



## 支給申請のポイント

【地域移行支援、サービス等利用計画の申請は可能な限り、本人から市区町村窓口に出掛けてもらうことが望ましい】としました。この意図は、別に歩けるかどうかのアセスメントのために市区町村に出掛けるということではありません。ご本人に支給申請のプロセスを体験していただきながら制度を知って頂くとか、役所の場所を知って頂くとか、役所との関係を作っていくことにあります。

支給申請から利用者の方と正式に利用者の方が目指す地域生活に向けてスタートします。同行支援が難しく、代理申請となった場合でも、ご本人に丁寧に状況を説明しましょう。

# 実践ガイドライン」活用のポイント



## 各種会議の文言整理に関するポイント

### 「サービス担当者会議」（厚生労働省令第二十八号 基準第十五条 十）

支給決定後に必須となる会議を指します。

### 「計画作成会議」（厚生労働省令第二十七号 基準第二十条第5項）

地域移行支援計画書の作成に当たり、相談支援専門員等が一人で行うのではなく、関係者及び官民協働で作成のための会議を行うことが、支援開始後の成果を上げる重要なポイントの一つになります。

### 「～～～を目的としたケア会議」（支援の三角点設置研究会オリジナル名称）

ケア会議は、さまざまな局面で開催されます。ケア会議と付くものはご本人の参加を前提条件としました。会議の目的を明確にするために、「（〇〇〇のための）ケア会議」と統一しました。

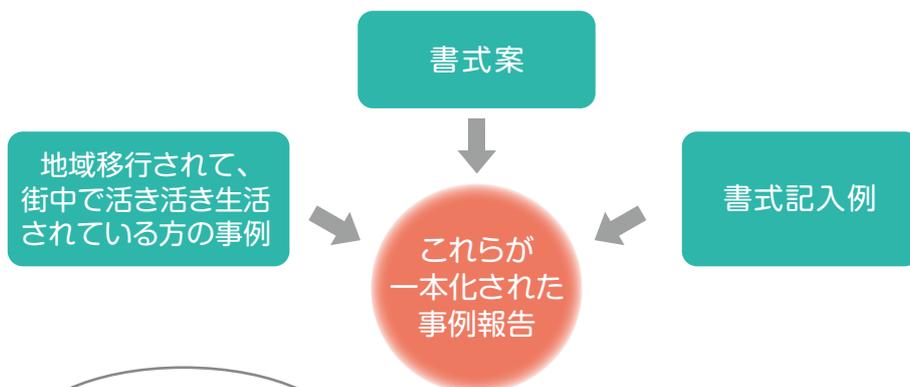
### 「関係機関の打ち合わせ」

時には、ご本人不在で協議する作戦会議が必要な場合がありますが、本人の処遇を決める会議と混同を避けるというメッセージを込め、ご本人の参加がないものは、すべて「関係機関の打ち合わせ」と結論づけました。

- 補足** ①「ご本人のいないところでご本人の処遇を決定したりはしない」ということは、どのように制度が変わろうとそれは変わらないということを相談支援に携わる者はこれからも大切にしていける必要があります。
- ②P11左下の【計画の実行】の【相談支援専門員の支援ポイント】にも【ケア会議は本人の参加を基本とする】こととしています。
- ③地域移行支援の流れシートには記載されていませんが、サービス担当者会議前の打合せが大事です。行政の資料は最低限度の基準にとどまっていますが、実践現場ではサービス担当者会議の前にご本人と作戦会議をしたり、ご家族と話し合いをしたり、事業者とすり合わせをすることをとても大事にしています。
- 例えば、「自分の気持ちをどう表現したらうまくドクターや家族に伝えられるだろうね」とか、中には入院前にたった一人で支えてきたご家族がいらっしやる時に、本当に不安で、不安で仕方がないという場合は、「それでは入院前のご家族の不安をどのようにご本人に伝えましょうか」という作戦会議をする時もあります。または関係者同士で「ご本人やご家族に何を伝えようか」と論点整理をすることもあります。
- これまで地域移行支援で取り組んできた方は、国の基準などに載ってなくても必要性を感じ、当たり前前に実施してきたと思いますが、これから計画相談や地域相談に取り組む事業者の方にはその必要性に気づきにくいかもしれませんので丁寧な説明が必要です。



## 地域移行支援・地域定着支援の記録のポイント



いろいろな人と  
実践例を共有しやす  
くなります。



## 地域定着支援とクライシスプランのポイント

地域定着支援は、情事の連絡体制を整備することとあります。これは、「緊急時に何らかの連絡の取れる体制（たとえば携帯によるオンコール）を確保し、必要時に駆けつける（緊急時支援は別途700単位の加算）などの対応を行うという契約です。決して「24時間電話相談のホットラインの開通」とか「夜間相談にいつでも応じる」ということではありません。

クライシスプランは必須ではありませんが、調子が悪くなる（クライシス）サインをご本人が把握し、それを支援者と共有できれば、調子が悪くなる前に、必要な対応をとることができます。利用者によってはお腹がすいた時に不調になったり、ストレスを感じたりするということが分かっていく場合があります。そういった比較的分かりやすい方もいれば、眠れなくなることが不調のサインという方がいれば、それをヘルパーさんなどが気づける体制を整える取り組みが必要な方や、ご本人さんが変わらないと言っているにも急にしゃべらなくなることが不調のサインなど、周囲が気づいたり、ご本人も承知しているといういろいろなパターンがあります。

つまり、AさんBさんCさん全部一緒のクライシスプランではなく、一人ひとりの唯一オリジナルなクライシスプランを持ち、皆で共有しておくというのが、地域定着の中での必要なことです。



## モニタリングのポイント 1

指定特定相談支援事業所の計画相談の一部として、生活支援が必要な場合、モニタリングの頻度は国の例示より増えることが予測されます。「モニタリングの期間は個別の勘案事項により決定するものであり、必要であれば毎月でも可」（事務処理要領P113～115）とあるので必要に応じた設定が可能です。ただし、事業者が勝手に「この人は生活支援が結構必要そうだからモニタリングは毎月で」と請求してしまっただけでは支給決定する区市町村は根拠が分からず、困ってしまうでしょう。

支援のターニングポイントとなる時のモニタリング（例：退院後3ヶ月目）は、サービス担当者会議を開き、本人・支給決定部署（行政）等と一緒に今後のことを決めて、「次のモニタリングは6ヶ月後」とか「やっぱり今後も毎月モニタリング」等々を、ご本人含めて共有しておくことがご本人、事業所、行政機関が協働していくうえで必要となってきます。

| 計画相談支援及び地域相談支援請求(例) ※特定事業所加算ありの場合 |                           | 1月支援 | 2月支援         | 3月支援         | 4月支援         |
|-----------------------------------|---------------------------|------|--------------|--------------|--------------|
| 請求対応                              |                           | 支援開始 | 1月分請求        | 2月分請求        | 3月分請求        |
| サービス提供内容                          |                           | 計画作成 | 地域移行支援       | 地域移行支援       | 地域移行支援       |
| <b>計画相談支援給付費</b>                  |                           |      |              |              |              |
| イ サービス利用支援費                       | (1月につき1,611単位)            |      | 1,611        |              |              |
| ロ 継続サービス利用支援費                     | (1月につき1,310単位)            |      |              |              | 算定不可         |
| 特定事業所加算                           | (1月につき+300単位)             |      | 300          |              |              |
| <b>地域相談支援給付費</b>                  |                           |      |              |              |              |
| <b>地域移行支援</b>                     |                           |      |              |              |              |
| 地域移行支援サービス費                       | (1月につき2,323単位)            |      | 2,323        | 2,323        | 2,323        |
| 初回加算                              | (1月につき+500単位)             |      | 500          |              |              |
| 集中支援加算                            | (1月につき+500単位)             |      |              |              |              |
| 退院・退所月加算                          | (1月につき+2,700単位)           |      |              |              |              |
| 障害福祉サービスの体験利用加算                   | (1日につき+300単位)             |      |              |              | 必要に応じて算定     |
| 体験宿泊加算                            | イ 体験宿泊加算(Ⅰ) (1日につき+300単位) |      |              |              |              |
|                                   | ロ 体験宿泊加算(Ⅱ) (1日につき+700単位) |      |              |              |              |
| <b>地域定着支援</b>                     |                           |      |              |              |              |
| 地域定着支援サービス費                       | イ 体制確保費 (1日につき+302単位)     |      |              |              | 算定不可         |
|                                   | ロ 緊急時支援費 (1日につき+705単位)    |      |              |              |              |
| <b>合計請求額</b>                      |                           |      | <b>4,734</b> | <b>2,323</b> | <b>2,323</b> |



## モニタリングのポイント ②

一つの事業所でサービス等利用計画と地域定着の両方の請求をすることや、毎月継続サービス利用支援（モニタリング）を請求することはルール上は可能ですが、市区町村とサービス担当者会議等を通じて継続サービス利用支援（モニタリング）の必要性や頻度を共有することが大切です。



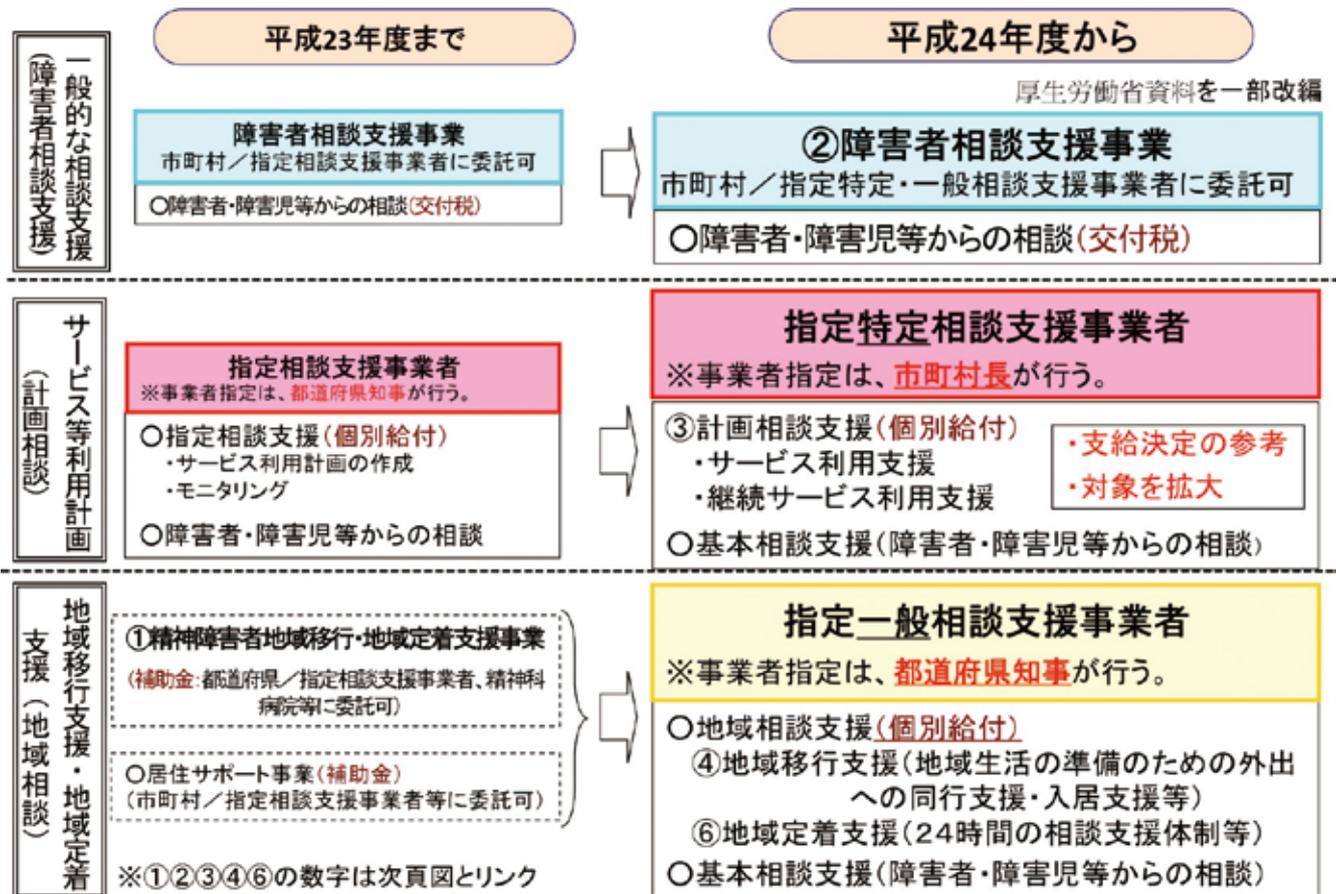
## 請求のポイント

平成27年度に障害福祉サービス等の報酬改定がありました。

- ①計画相談支援における「特定事業所加算」（300単位／月）：手厚い人員体制や関係機関との連携等により、質の高い計画相談支援が提供されている事業所を評価するものです。専従の相談支援専門員を3名以上配置すること等が必要ですが、業務に支障がない場合は2名以外は兼務も認められています。
  - ②地域移行支援における「初回加算」（500単位／月）：サービス利用の初期段階におけるアセスメント等に係る業務負担を評価するものです。
- ※相談支援事業所の体制を一定程度整えることが質の高い支援につながります。①についてはサービス利用支援費・継続サービス利用支援費の請求件数に比例してきますので、体制を整えるとともに①と②は漏れなく請求しましょう。
- ③地域移行支援は有効期限が最長6ヶ月間となっていることからモニタリングは6ヶ月目となりますが、下記例は6ヶ月目で退院しているので、モニタリングは算定せずにサービス利用支援費の算定としています。尚、6ヶ月目に退院せずに支援を終了し入院が継続する場合はモニタリングを算定することとなります。
  - ④地域移行支援の各種加算及び地域定着支援の緊急時支援費は必要に応じて算定することとなります。
  - ⑤下記例には特別地域加算が含まれていないので該当する地域は算定に留意する必要があります。

| 5月支援   | 6月支援    | 7月支援            | 8月支援     | 9月支援   | 10月支援  | 11月支援  | 12月支援  | →続く    |
|--------|---------|-----------------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 4月分請求  | 5月分請求   | 6月分請求           | 7月分請求    | 8月分請求  | 9月分請求  | 10月分請求 | 11月分請求 | 12月分請求 |
| 地域移行支援 | 退院/計画変更 | 地域定着支援          | 地域定着支援   | 地域定着支援 | 地域定着支援 | 地域定着支援 | 地域定着支援 | 地域定着支援 |
|        |         | 1,611           |          |        |        |        |        |        |
|        |         | (退院せず終了した場合は算定) | 1,310    | 1,310  | 1,310  | 1,310  | 1,310  | 1,310  |
|        |         | 300             | 300      | 300    | 300    | 300    | 300    | 300    |
| 2,323  | 2,323   | 2,323           | 算定不可     |        |        |        |        |        |
|        |         | 2,700           |          |        |        |        |        |        |
|        |         |                 |          |        |        |        |        |        |
|        |         |                 |          |        |        |        |        |        |
|        |         |                 | 302      | 302    | 302    | 302    | 302    | 302    |
|        |         |                 | 必要に応じて算定 |        |        |        |        |        |
| 2,323  | 2,323   | 6,934           | 1,912    | 1,912  | 1,912  | 1,912  | 1,912  | 1,912  |

# 2 地域移行支援・地域定着支援



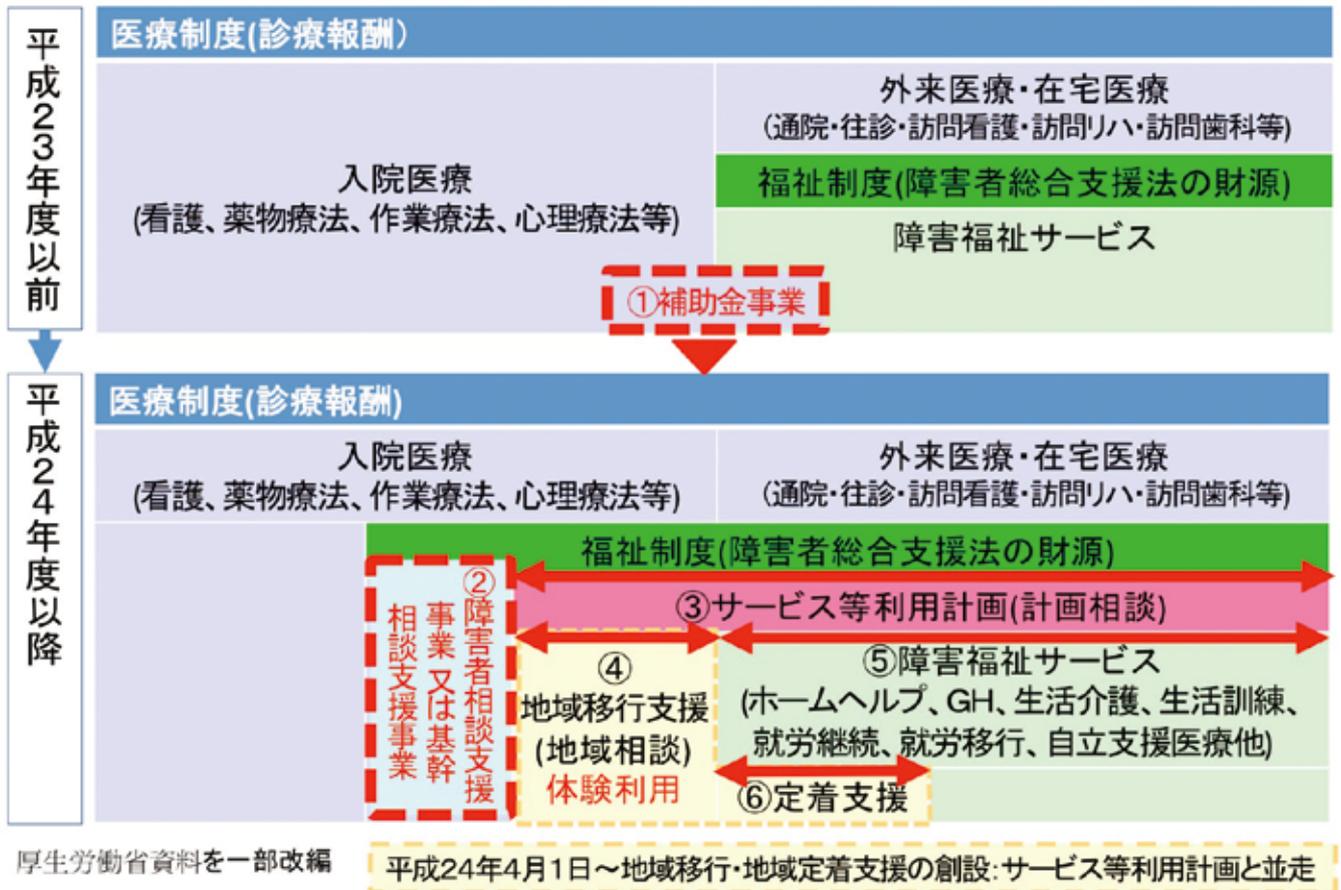
改正障害者自立支援法の平成24年4月1日施行に伴い、施設や病院に長期入所等をしていただ方が地域での生活に移行するために、入院中から福祉サービスの体験利用や退院後の住居探しや確保・新生活の準備等の支援を行う「地域移行支援」と退院後に単身等で地域生活をしている方に対し、24時間の連絡相談等をのサポートを行う「地域定着支援」が創設されました。

その改正を地域移行支援の流れ図にはめ込んだものが、7頁上の地域移行支援の流れ図になります。

平成23年度までは、すべて①の補助金事業で実施され実施主体は都道府県でした。「退院可能な方にアプローチし、「退院したい」と意思表示を表明できるまでの支援と、ご本人から退院の意思決定を受け、退院までの支援と退院後の支援も補助金で一体的な仕組みでした。事業は多くが相談支援事業所や病院に委託されて、保健所単位で事業が実施されていました。補助金事業ですから、義務ではなく、すべての市区町村で取り組まれてはいませんでした。

平成24年度からは、地域相談は市区町村が実施主体となり、個別給付による義務的経費になったことは、権利の拡大であり、地域移行支援の大きな推進力となります。また個別給付化は、障害福祉計画に地域相談の数値も盛り込むことが可能です。

# (地域相談)の背景と概要



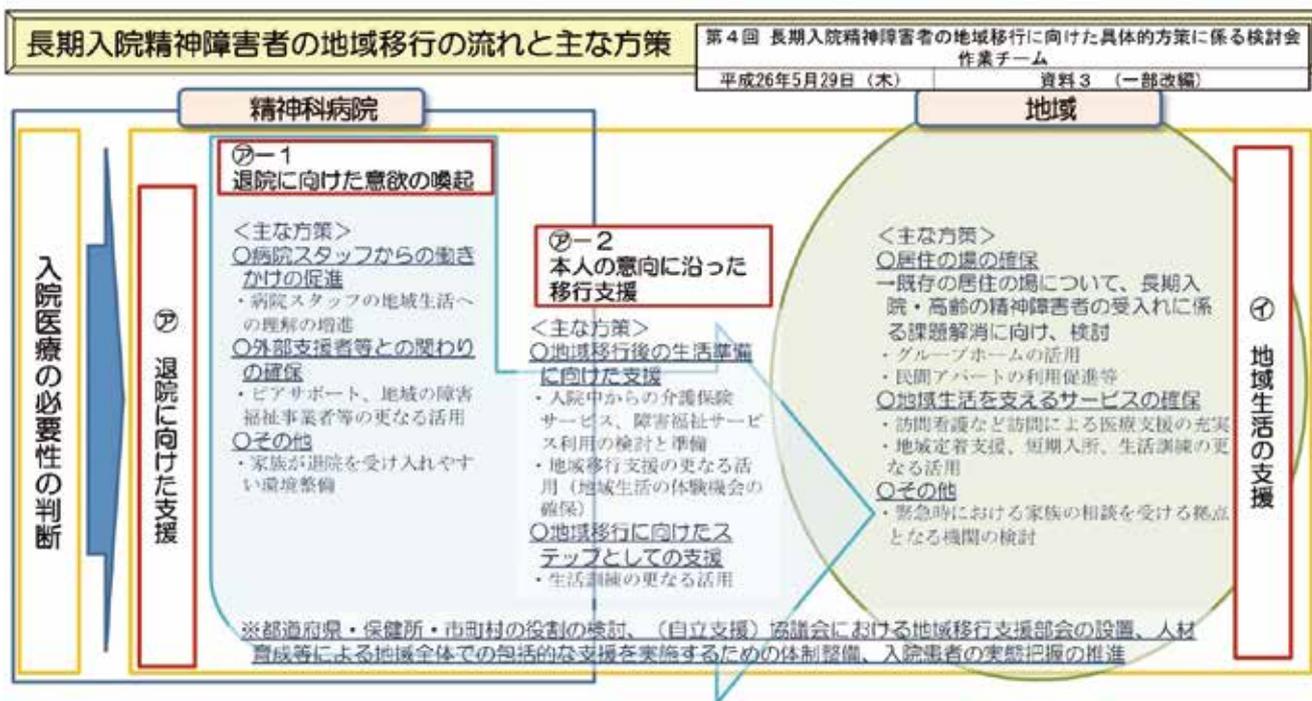
平成24年度以降の「退院したい」と意思を決定するまでの支援は、②の交付税による相談支援事業もしくは基幹相談支援事業が、外部からの意欲喚起の役割を担います。詳細は、10頁をご参照ください。

そして、退院の意思が確定されたら、市区町村に③④の申請を行い、給付決定後に計画相談、地域相談サービスの利用が始まります。しかし、市区町村によって給付決定までの期間が異なりますので、市区町村と事前の打ち合わせをしておけば、スムーズな給付決定となるでしょう。

また、市区町村によっては、給付申請後、障害支援区分の認定調査を実施した後給付決定する市区町村もありますので、病棟スタッフや病院ソーシャルワーカーに手続きの流れを事前に説明しておくことも、ポイントの一つです。

認定調査は本人からの聞き取りだけでなく、病棟スタッフやご家族、支援者からも聞き取りがあります。認定調査の際には、相談支援専門員も退院後の⑤⑥の福祉サービスの利用計画を作成するために同行した方が望ましいです。





平成24年の障害者自立支援法の改正後、平成26年には「障害者総合支援法」に名称が変わりました。一方で、障害者長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会が開催され、作業チームで「長期入院精神障害者の地域移行の流れと主な方策」が示されました。そして平成26年7月14日に「長期入院精神障害者の地域移行に向けた今後の方向性」が取りまとめられました。

**長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(概要)** 厚生労働省 資料

1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像 ※長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会(平成26年7月14日取りまとめ公表)

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起(退院支援意欲の喚起を含む)」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要。

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

[ア]退院に向けた支援

[ア-1]退院に向けた意欲の喚起

- ・病院スタッフからの働きかけの促進
- ・外部の支援者等との関わりの確保 等

[ア-2]本人の意向に沿った移行支援

- ・地域移行後の生活準備に向けた支援
- ・地域移行に向けたステップとしての支援(退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援) 等

[イ]地域生活の支援

- ・居住の場の確保(公営住宅の活用促進等)
- ・地域生活を支えるサービスの確保(地域生活を支える医療・福祉サービスの充実) 等

[ウ]関係行政機関の役割

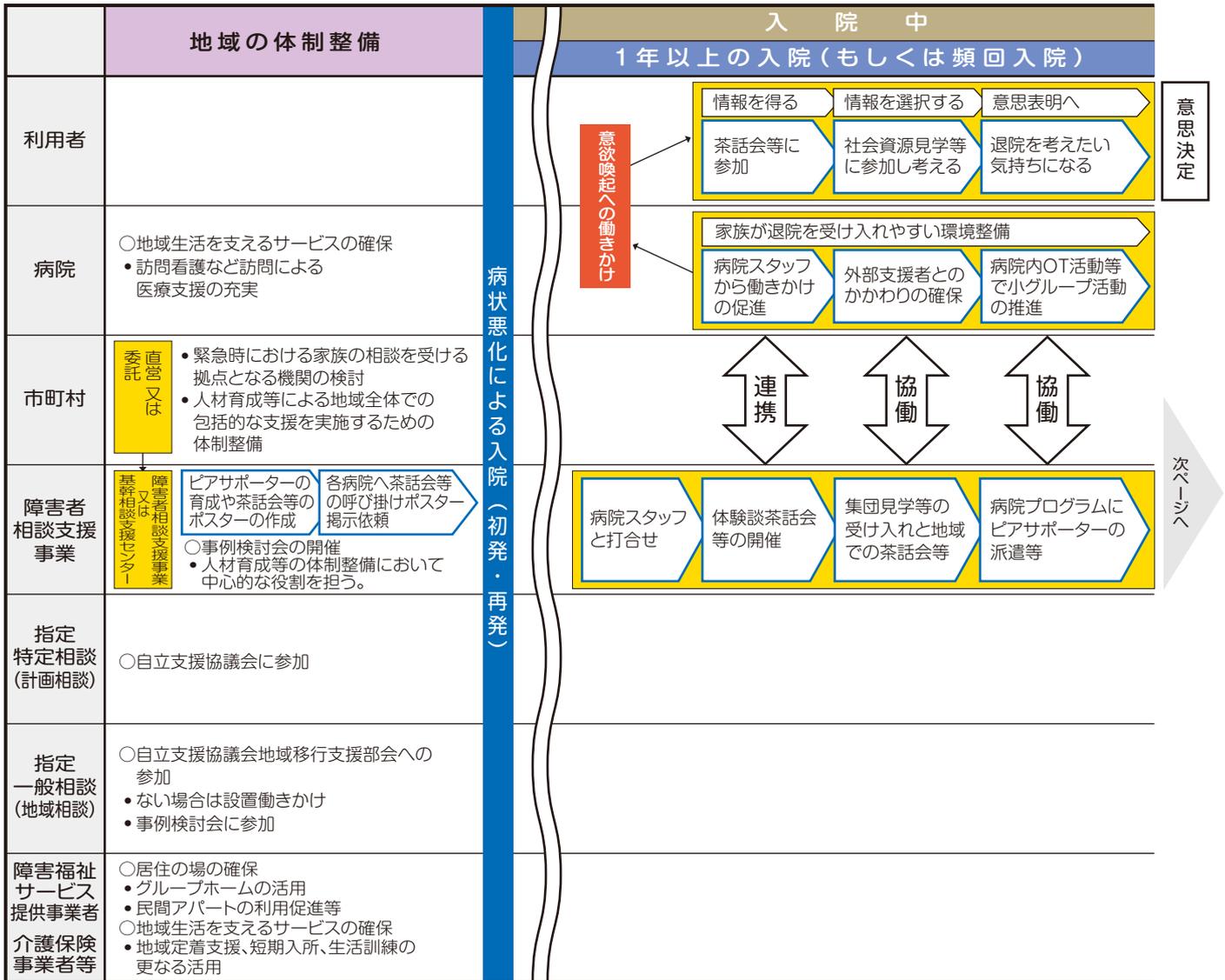
都道府県等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援に努める。

3. 病院の構造改革

- 病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない。
- 入院医療については、精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。(財政的な方策も併せて必要)
- 2.に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。



# 2 地域移行支援の流れ



## 意欲喚起・意思表示の支援

地域移行支援を推進するには、都道府県・保健所・市町村の役割の検討、（自立支援）協議会における地域移行支援部会の設置、人材育成等による地域全体での包括的な支援を実施するための体制整備を計画的に進めていく必要があります。同時に、入院患者の実態把握の推進も必要です。

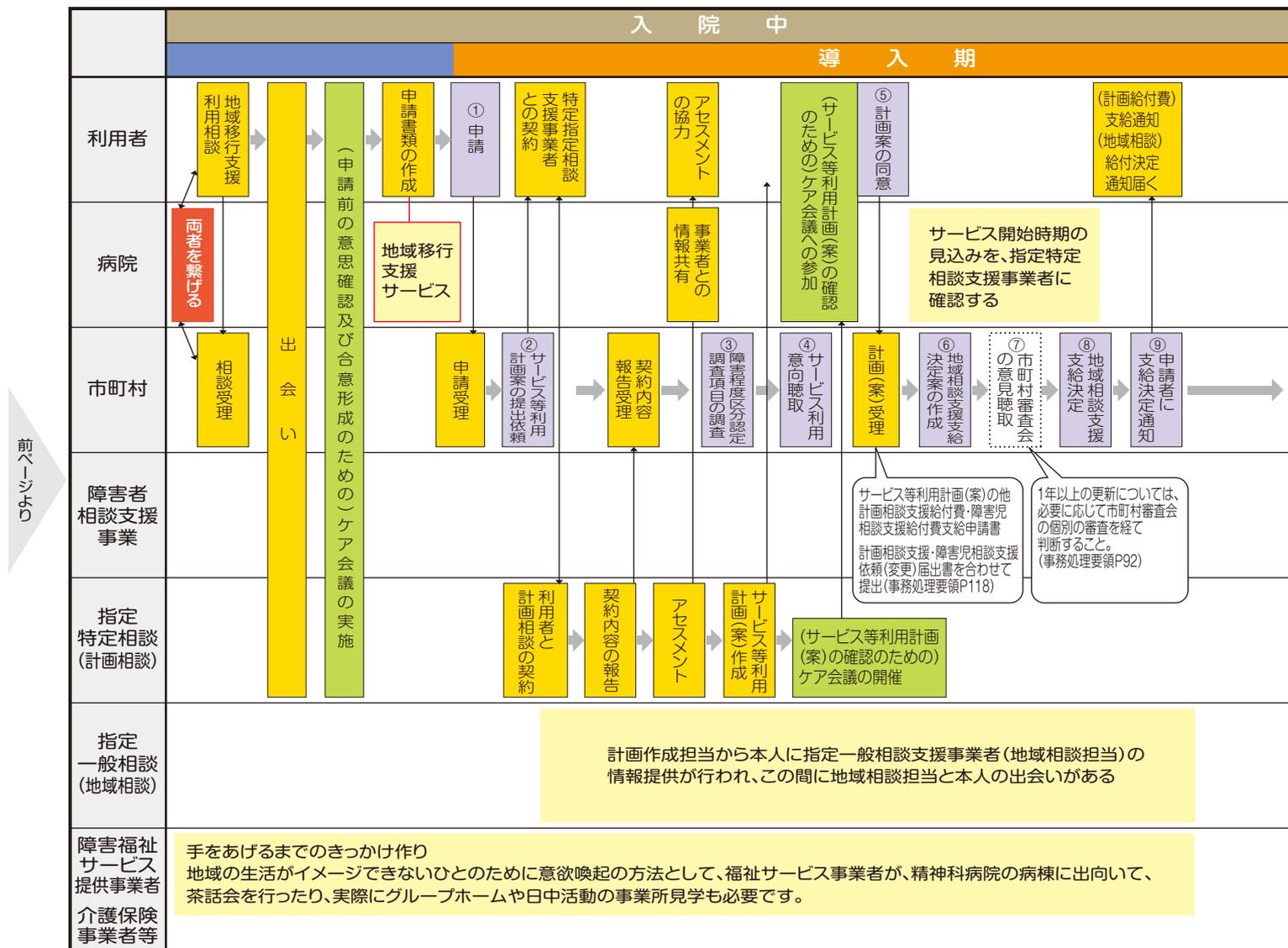
入院の必要性の薄い患者さんへの具体的な地域移行支援は、まず、病棟スタッフに制度改正のポイントや地域の社会資源情報を提供し、病棟スタッフに地域生活への理解を深めていただきます。

続いて、病棟内で地域移行支援に関する取り組みについて双方で協議し、地域相談を知っていただくポスターを作ったり、病棟内でピアサポーターから退院から地域生活までの体験談を話す茶話会を実施したり、地域の住居支援や日中活動支援、ホームヘルプサービスなど、どのような支援が受けられるのか、具体的な支援内容をビデオで撮り、映像で情報を提供したりと、最初は、病棟全員を対象に情報を提供したり質問に答えたり、患者さんが意欲を持てるように励ましたり、希望を聞くなどのサポートを行います。

意欲が出てきた人たち数人のグループでの支援も必要となり、その支援は病棟スタッフの役割となり、相談支援事業者は求められる必要なサポートを行います。

そして一人一人の退院への意思を確認し、ご本人が「退院」の意思を決定されたら、次頁の市区町村への給付申請となります。

### 3 地域移行支援の流れ — 対象者とのかかわりはじめ



●手を挙げるまでのきっかけ作り 病院独自の取り組みや、関係機関の協働による社会的入院患者への個別の働きかけ及びグループ活動(茶話会/ピア講演会/セーフティネット事業)等の積極的な取り組み。地域移行のポスター掲示(相談窓口の周知)等。

#### 対象者とのかかわりはじめ

##### 相談支援専門員の支援ポイント

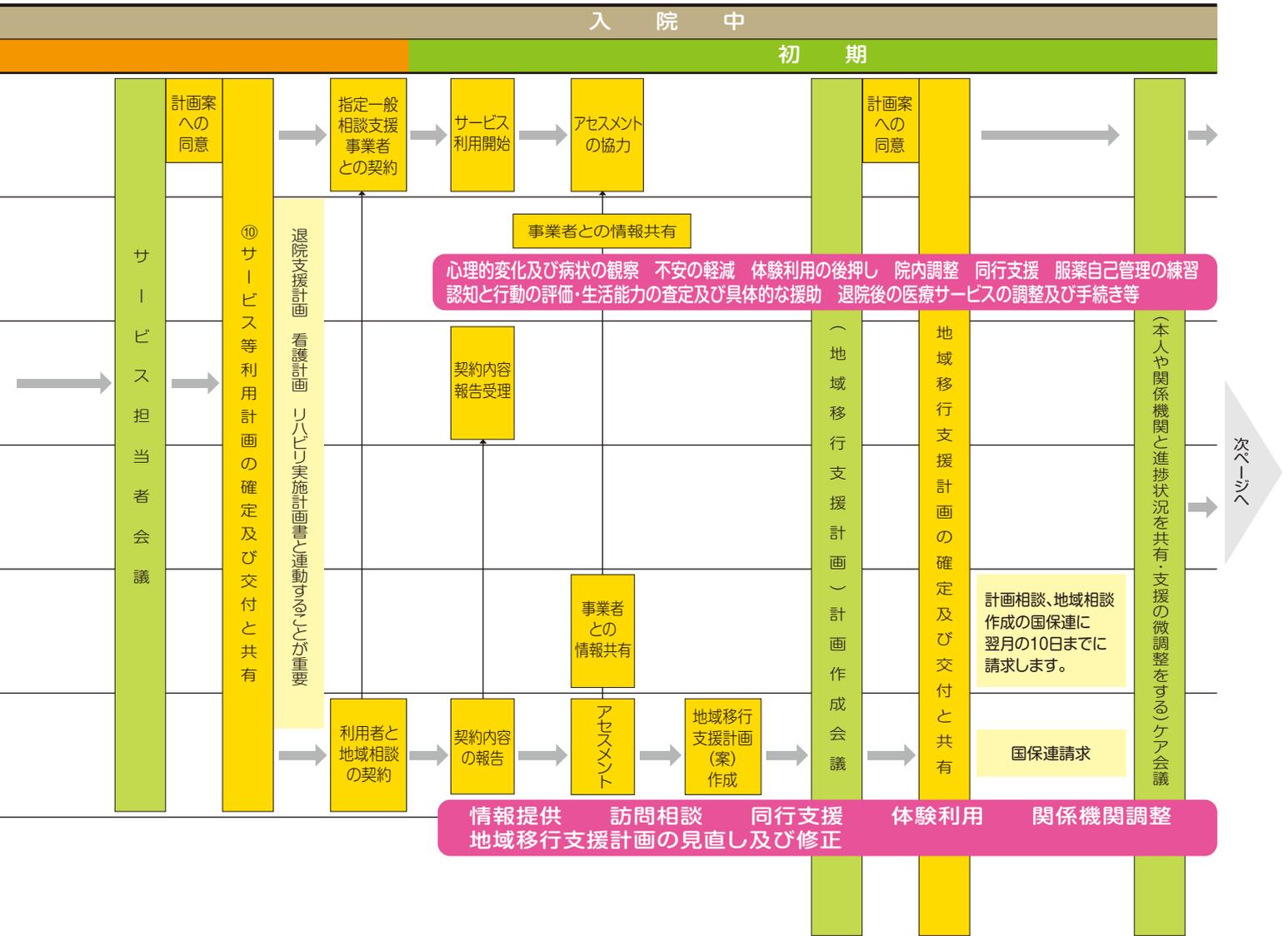
- 本人への丁寧なあいさつ(「あなたの味方です」という気持ちが伝わるように地域関係者は関係づくりに配慮。
- 【地域移行支援申請前の意思確認及び合意形成】ケア会議の開催
  - ※病院(PSW等)のリードが望ましい。
  - ※説得材料として地域を活用してもらう。
  - ※後々支給決定の参考とすることができるので、可能な限り市役所に参加してもらうことが望ましい。
- 支給申請(必要に応じて支援)
  - 地域移行支援、サービス等利用計画の申請は可能な限り、本人から区市町村窓口に出掛けてもらうことが望ましい。
- サービス等利用計画(案)の作成準備(アセスメント)
  - 病院と相談事業所が共用できるアセスメントシートに基づき、本人と一緒に作成。
  - ※地域の実情に合わせて病院若しくは相談支援事業所で記入。
- サービス等利用計画(案)の作成
  - 指定特定相談支援事業所(計画担当)が作成し、(サービス等利用計画(案)の確認のための)ケア会議を開催して本人と病院の了解を得る。
- あらかじめ退院後に介護給付の利用が見込まれている方は、申請時に区分認定を済ませる働きかけを市町村に行うことも必要。

##### 省令のポイント

- ①(計画相談・地域相談ともに)運営規定・重要事項説明書・契約書を用いて利用申込者の同意を得なければならない。
- ②(計画相談・地域相談ともに)契約成立後は遅滞なく市町村に報告しなければならない。
- ③サービス等利用計画を作成した時は遅滞なく市町村にその写しを提出しなければならない。
- ④サービス等利用計画(案)を作成するときは、市町村が通知したサービス等利用計画案提出依頼書を確認すること。
- ⑤(計画相談・地域相談ともに)各相談支援給付費の支給を受けた場合には、対象障害者等に対して各相談支援給付費の額を通知すること。
- ⑥アセスメントは訪問し利用者及び家族に面接して実施しなければならないこと、及び記録は5年間保存しなければならない。
- ⑦サービス等利用計画(案)を作成しなければならないこと、及び利用者等への説明、同意、交付が義務付けられ、5年間保存しなければならない。

【各種会議の文言整理について】

地域移行支援の現場では様々な名称の会議が行われていますが文言が統一されていません。今回、支援の三角点設置研究会では各種会議を以下の通り整理しました。  
 ※サービス担当者会議・・・支給決定後に必須となる会議を指します。  
 ※計画作成会議・・・地域移行支援計画の原案について意見を求める会議を指します。  
 ※(〇〇を目的とした等)ケア会議・・・本人が参加している会議はすべて(〇〇の)ケア会議と整理します。ケア会議の前に会議の目的等を括弧書きして何をするのか明確化しました。  
 ※関係機関の打ち合わせ・・・本人が参加しないものは会議という名称は外し、すべて左記のように整理しています。



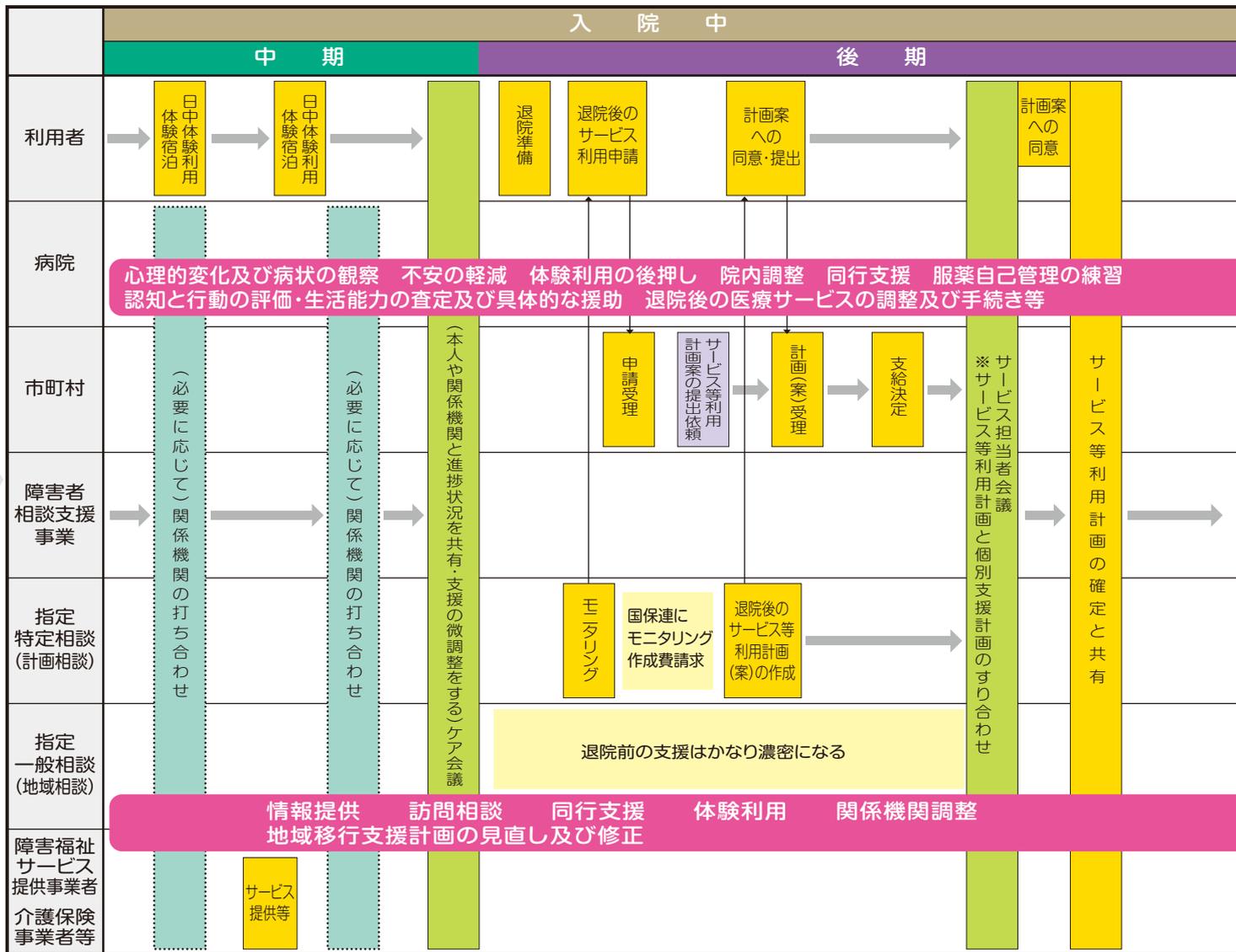
退院にむけた地域移行支援計画の作成

- サービス担当者会議を開催しサービス等利用計画を確定する。
- 指定一般相談支援事業所が地域移行支援計画(案)の作成に着手  
 「相談支援専門員(指定地域移行支援従業者も可)」  
 ※具体的に6ヶ月の具体的な動きをご本人へ提示できるものを作成する。
- (地域移行支援計画)計画作成会議の開催  
 参加者:本人・家族、病院関係者、相談支援専門員(計画担当)、相談支援専門員(地域移行担当)、  
 若しくは指定地域移行支援従業者、地域移行支援計画に記入された障害福祉サービス事業担当者等。

※病院の退院支援計画や看護計画、リハビリテーション実施計画書等と連動することが重要。  
 ※体験利用については就労系や自立訓練系の体験利用と、ケアホーム・グループホームの体験利用については手続きが異なるので留意する。

- ⑧ サービス担当者会議の記録は5年間保存しなければならない。
- ⑨ サービス等利用計画を作成しなければならないこと、及び利用者等への説明、同意、交付が義務付けられ、5年間保存しなければならない。





前ページより

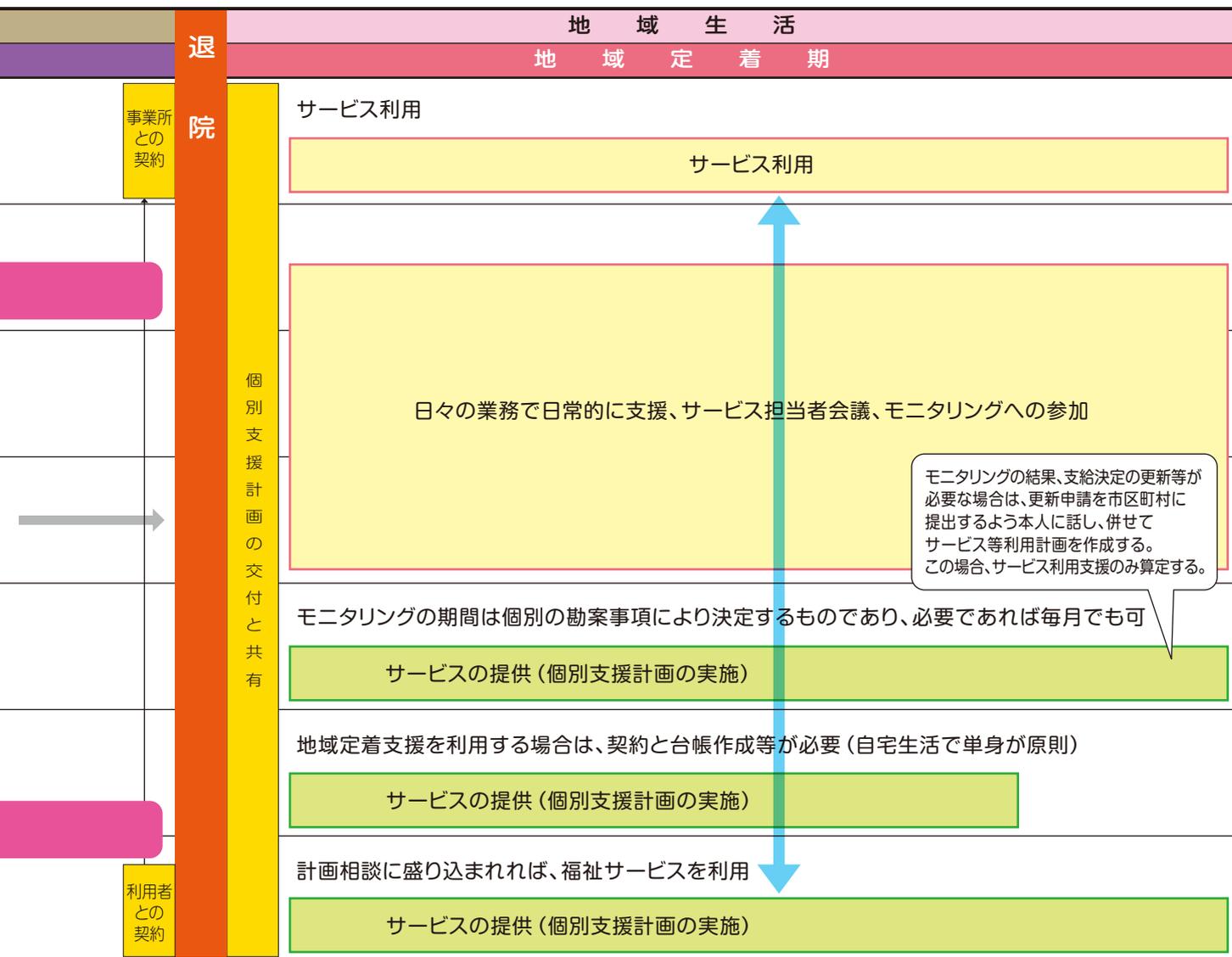
## 計画の実行

### 相談支援専門員の 支援ポイント

- ケア会議は本人の参加を基本とする。  
ケア会議を円滑に進めるため等で本人不在で実施される集まりは【関係機関の打ち合わせ】とする。
- (本人や関係機関と進捗状況を共有・支援の微調整をする) ケア会議を通じて必要な見学や体験等の支援内容を決める。
- (本人や関係機関と進捗状況を共有・支援の微調整をする) ケア会議の開催タイミング例
  - ① 病状の変化や不安の増大、支援内容の変更が必要な時。
  - ② 退院へのモチベーションが低下している時(カンフル剤)。
  - ③ 退院へのモチベーションの維持が必要な時(本人の不安軽減)。
  - ④ 退院支援チーム内のアクセルを踏む・緩める調整が必要な時。
- 計画担当と地域移行担当との連携について
  - ① 地域移行担当は計画作成担当に進捗状況を随時報告し各種ケア会議の参加を要請することが望ましい。
  - ② 計画担当は地域移行担当の進捗報告を受けながら各種ケア会議の開催について助言し協力することが望ましい。
- 病院と地域との連携について  
病院の退院前訪問指導を活用し、病院と一体的に支援できるとよい。

### 省令のポイント

- ⑩ モニタリングの結果は5年間保存しなければならない。
- ⑪ 苦情等の内容の記録は5年間保存しなければならない。
- ⑫ 事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録は、5年間保存しなければならない。
- ⑬ 指定地域移行支援事業者が支援を提供した際は、提供日、提供したサービスの具体的内容等の利用者に伝達すべき必要な事項をその都度記録しなければならない。
- ⑭ サービス提供の記録は利用者の確認を得なければならない。
- ⑮ 地域移行支援計画を作成し、利用者家族に対して説明を行い、同意を得て交付しなければならない。
- ⑯ 地域移行支援事業者はおおむね週1回以上、利用者との対面による支援を行わなければならない。
- ⑰ 障害福祉サービス及び体験的な宿泊にあたっては原則として同行または訪問による支援を行うこと。



### 退院、退院後の支援の流れ

- サービス担当者会議の開催  
ここでは、退院後の地域生活に必要なフォーマル、インフォーマルサービスを含んだサービス等利用計画(案)を提示し、必要な修正や確定を行う。尚、地域移行支援の場合、地域移行支援プロセスの中で障害福祉サービス事業所等を体験していると想定される。よって、この時点で障害福祉サービス提供事業所等のサービス管理責任者から個別支援計画(案)の提示を受け、両者の計画をすり合わせる事がポイントである。
- 支給決定に関する配慮  
障害福祉サービス(介護給付も考慮)、介護保険サービス等の利用申請が必要なもの、審査会手続きが必要なものについては利用開始時期に留意しながら手続きを進める。
- クライシスプランに関する配慮(別紙3)  
退院後の地域生活において必要な場合にはクライシスプランを個別に作成することが望ましい。
- 退院後のモニタリング期間の設定  
モニタリングの期間は個別の勘案事項により決定するものであり、必要であれば毎月でも可能。
- 地域定着支援台帳(別紙4)  
緊急時に支援が必要な事態が生じた場合に、速やかに利用者の居宅訪問や電話等による状況把握を行い、利用者の状況に応じて必要な措置を適切に講じるために台帳を整備し支給決定を受ける必要がある。

⑩地域定着支援台帳を整備すること。



# 4 事例 A

## 地域移行支援を利用することにより、 自宅生活への不安が解消され、退院できた事例

本ケースは、地域移行支援の中で、指定地域移行支援事業所の相談支援専門員や指定地域移行支援従事者が地域資源について丁寧に情報提供した上で、支援スケジュールを示したり、見学や体験時に同行したりと、一人で退院準備をしていくことへの不安を解消する支援をしたことが、退院できた重要な要素の一つといえる。指定地域移行支援従事者が常に本人により添うことで本人の不安が解消され退院が実現できたものである。

### 事例 A プロフィール

|       |   |      |     |
|-------|---|------|-----|
| ●性別   | 男性  | ●年齢  | 61歳 |
| ●経済状況 | 老齢厚生年金+(十分な)預貯金   |      |     |
| ●医療状況 | 脳梗塞 器質性精神病 高脂血症   | ●入院歴 | 約9年 |
| ●概要   | <p>50歳時、車を運転中にめまいを感じ、診断の結果、左麻痺を発症した。その後、脳梗塞が確認され、総合病院(一般病棟)に入院する。退院後、自宅で生活していたが、易怒的な状況、もの忘れ、突然家を飛び出す等があり、再び総合病院(一般病棟)に入院。その後、精神科病院に転院し、9年が経過した。</p> <p>精神科病院に入院中に、家族の反対等の問題で退院に至らなかった経緯がある。その後、母親が他界し、身寄りもなかったことから成年後見人制度を申請し、保佐人が金銭管理等を行うようになった。</p> |      |     |

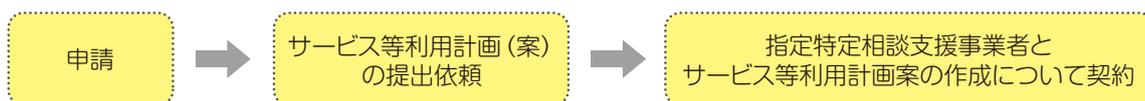
## 1. 対象者とのかかわりはじめ

### (1) (地域移行支援の申請前の意思確認及び合意形成のための) ケア会議の実施

本人と主治医の話し合いで自宅退院を目指すこととなったが、本人が一人で退院準備をすることに大きな不安を抱えていたことから、病院の精神保健福祉士から地域移行支援の利用について情報を提供し、地域移行支援の利用を申請する方向になった。その後、病院の精神保健福祉士、看護師と行政の障害福祉担当者、相談支援専門員、指定地域移行支援従事者と(申請前の意思確認及び合意形成のための) ケア会議を実施した。その中で、本人と次のことについて確認を取ることができた。

#### ■(申請前の意思確認及び合意形成のための)ケア会議で確認されたこと

- 主治医の考え/「退院は自宅方向。ただ、過去に知人からの金銭搾取があったようなので注意が必要。」
- 本人の気持ち/「春になったら自宅退院に向けて動こうかな。食事が心配。外泊は行わずに退院しようと思う。」

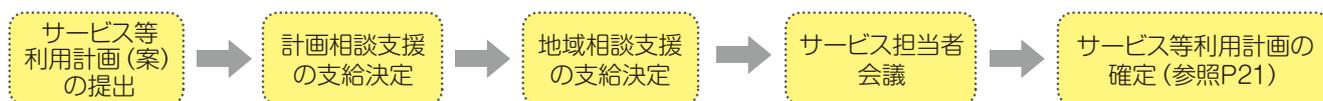


#### ■アセスメントにより確認された地域移行に向けた課題

- 母死亡により、自宅退院後は初めての単身生活となる。見守り体制等を構築する必要あり。
- 脳梗塞により身障6級(軽度左麻痺)あり。
- 高脂血症があり食事制限あり。
- 家事、防火等、どの程度生活能力があるか、行う意欲があるかが不明。
- 親戚との関わりがなく(拒否あり)、入院費は保佐人が金銭管理している。退院後の生活費の管理体制を検討する必要あり。
- 自宅での生活が難しい場合、高齢者福祉施設(入所施設)の利用検討も必要あり。

### ■サービス等利用計画(案)の作成と主な内容

- 地域移行支援を利用すること。
- 病院の役割(体調管理、服薬自己管理をすすめるなど)の明確化。
- 保佐人の役割(金銭など)の明確化。



## 2. 退院に向けた地域移行支援計画の作成

### (1) 本人との関係構築と地域移行支援計画(案)の作成

地域相談支援の契約を結び本人との関係づくりを開始した。指定地域移行支援従事者は、本人と月に3〜4回程度、病院で面談を行いアセスメントを行った。

面談をすすめていく中で、指定地域移行支援従事者は、本人の意欲低下(何をやるにもめんどくさい)や退院への不安な気持ちに気づいた。

「まずは病院内でできることや、本人の好きな食べることができる取り組みからすすめよう。」そんな思いから病院の作業療法士の協力を得、病院内で個別調理実習を行うことを含めた地域移行支援計画(案)の作成に着手した。



### ■アセスメントにより確認された地域移行に向けた課題

- 通院・移動方法
- 発病後、初めての単身生活(生活全般)
- SOS先、緊急体制
- 知人(近隣)との関係(過去の金銭搾取の疑い)
- 意欲低下(面倒くさい)
- 合併症(高脂血症)と楽しみ(外食)の調整

### ■地域移行支援計画(案)の作成

- 目的**
- ①本人の楽しみを確保しつつ、日中活動の場や家への外出意欲を引き出す。
  - ②退院への不安軽減のために、病院内でできることから始める。
  - ③通院等に必要の移動手段のアセスメントのため、本人の希望する自転車が安全に乗れるかを確認する。

### ■地域移行支援計画を実行に移すための事前準備

- ①地域移行支援計画(案)を、主治医、病院の担当看護師及び担当精神保健福祉士に説明し、了解を得る。
- ②病院の作業療法士へ、個別調理実習を実施する為の調整を行う。
- ③精神科デイケア及び地域活動支援センターⅡ型の職員と、入院中の見学・体験を行う為の調整を行う。
- ④病院の作業療法士と看護師に協力を求め、市街地を含め安全に自転車に乗れるか確認する。

### ■(地域移行支援計画)計画作成会議

参加者…本人、病院の看護師、作業療法士、精神保健福祉士、行政の障害福祉担当者、相談支援専門員、指定地域移行支援従事者

- 本人及び関係者に計画(案)を提示  
本人の意見／「まずは調理実習⇒精神科デイケア見学⇒他の日中活動の見学⇒自宅外出がいいな。」
- 本人の意見に基づき、地域移行支援計画(案)を作成していたこと、及び事前の準備を行っていたことでスムーズに同意を得て、地域移行支援計画(参照P20)を確定することができた。

## 3. 計画の実行

### (1) 支援の経過

退院後にご飯が炊けること併せて、自宅に外出する機会をつくることを目的に、自宅に炊飯器を取りに行き、本人が好きなメニューと一緒に考え、病院の作業療法士とともに病院内で個別の調理実習を行った。病院の作業療法士からは買物、調理の一連の流れから生活能力の評価をしてもらった。

本人の希望する「調理実習⇒精神科デイケア見学⇒他の日中活動の見学⇒自宅外出」の順番で計画を実行する、丁寧な社会資源の情報提供や見学の同行を行うなど、本人に寄り添う支援、サポートを意識し本人の不安は次第に軽減された。

病院の看護師と作業療法士に依頼して、本人が市街地でも安全に自転車に乗れるかどうか、機能面と認知面の確認をしてもらった。その結果、自宅と病院の間や近隣の買い物程度なら問題無いことがわかった。

自宅への外泊について、当初は『外泊せずに退院する』と言っていたが、地域移行支援で退院に向けて見学や外出、自宅の掃除など全て段取って一緒にやってくれる実感が持てたことから外泊を再提案したところ、すんなり了解を得ることができた。

#### ■ポイントとなった支援

- ①本人の不安軽減、退院意欲を継続するための支援
  - 病院内での個別の調理実習の実施
  - 日中活動の場（精神科デイケア、地域活動支援センターⅡ型）への同行
  - 市街地を安全に自転車に乗れるか確認
- ②外泊に向けた支援
  - 外泊に向けた自宅の掃除、片付けなどの準備

これらの経過を本人、病院の看護師、精神保健福祉士、保佐人、行政の障害福祉担当者、相談支援専門員、指定地域移行支援従事者等が参加する（本人や関係機関と進捗状況を共有・支援の微調整をする）ケア会議の中で共有し、併せて外泊に向けたスケジュールを確認した。指定地域移行支援従事者は本人の希望を一つ一つ確認しながら、退院後の障害福祉サービスの利用が円滑に進むように関係機関と連絡調整等を行った。

#### ■（本人や関係機関と進捗状況を共有・支援の微調整をする）ケア会議を通じて確認された事項

- ①外泊のスケジュール案の検討
  - 外泊の回数
  - 退院後の生活をイメージした外泊の実施
  - 退院前に利用可能なサービスの確認
  - 関係者の役割分担（サービスが入るまでのヘルパー的なかわり、日中活動の利用など）
- ②退院後の生活イメージの共有

### (2) 退院に向けた動き

#### ■退院に向けた動き

- ①外泊に向けた支援
  - 外泊中の配食弁当やヘルパー的支援の体験的な利用
  - 外泊スケジュールの中に、退院後のサービスを試験的に組み込み、外泊を実施



本人が負担感を感じないように外泊回数を配慮し、まずは1泊2日から実施した。9年ぶりの外泊であったことから、夜は一人ぼっちの寂しさを感じたとのことであったが、一方で「自由さ」を感じることもでき、予定通り外泊を完了できた。本人が当初抱えていた食事の不安もかなり減り、自宅での生活リズムも少しずつ作れたことから、3回目の外泊を終えた頃から『退院してもいい』と前向きな発言が聞かれるようになった。

地域移行支援を開始してから5ヶ月目に自宅で、本人、病院の看護師、作業療法士、精神保健福祉士、市の障害福祉担当者、地区担当保健師、保佐人、相談支援専門員、指定地域移行支援従事者等で（本人や関係機関と進捗状況を共有・支援の微調整をする）ケア会議を開き、情報共有と本人の退院への意思確認を行い、後日主治医と相談し退院日が決定した。

## ■(本人や関係機関と進捗状況を共有・支援の微調整をする)ケア会議を通じて確認された事項

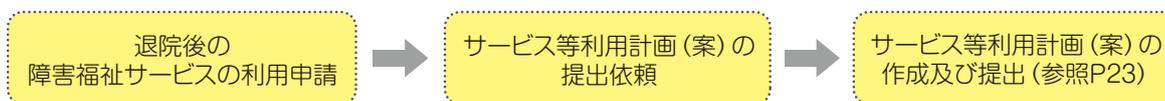
- ①本人の退院に対する気持ち
- ②退院後に利用したい障害福祉サービス等の確認
 

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| 月……………精神科デイケア、ホームヘルパー調理支援  | 金……………サービス等なし(フリー)         |
| 火……………地活Ⅱ型(入浴あり)           | 土……………弁当配食サービス、ホームヘルパー調理支援 |
| 水……………弁当配食サービス、ホームヘルパー買物支援 | 日……………サービス等なし(フリー)         |
| 木……………地活Ⅱ型(入浴あり)           |                            |

  - 地域定着支援
  - 本人の退院後の楽しみである外食の時間を確保するため、フリーの日を設ける。

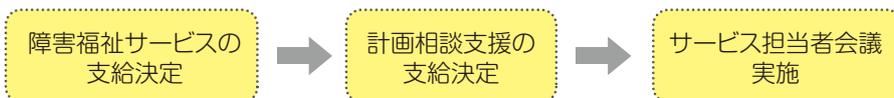
## ■退院後のサービス等利用計画に向けたモニタリング結果から見える課題

- ①本人の権利を擁護(知人からの金銭搾取防止を含む)する体制の構築
- ②合併症(高脂血症)への対応と脳梗塞後遺症に対する介護予防への取り組み
- ③通院方法



## ■退院後の「修正」サービス等利用計画の主な内容

サービス担当者会議で確認されたサービスの他、地区担当保健師の役割、訪問看護の役割などを追加修正した。



本人、保佐人、病院看護師、精神保健福祉士、行政の障害福祉担当者、ホームヘルパー、相談支援専門員、指定地域移行支援従事者に加え、将来的な介護予防等の観点から地域包括支援センターに声をかけサービス担当者会議を開き、下記のことを行った。

- 退院後のサービス等利用計画の確認と合意形成。
- 通院方法の最終調整。(当面の間タクシーで月一回受診)
- 退院後は保佐人が週一回、自宅に生活費を届ける金銭管理を実施。
- 近隣の方、民生委員への挨拶まわりの必要。→地区担保健師へ調整を依頼。
- 服薬カレンダーの作成の見守りについては、訪問看護師と相談支援専門員が対応(退院後3カ月は週一回で訪問)。
- 地域包括支援センターへの情報の提供と共有。

サービス等利用計画を円滑に進めていくために、民生委員や町内会長との顔合わせを実施した。その場には相談支援専門員と保佐人も同席し、本人を温かく見守ってほしいことと、今後の連携をはかるべくお互いの連絡先等の情報交換を行った。

退院後のモニタリング頻度は、9年間入院した後の初めての一人暮らしであり、精神症状や身体合併症の悪化を回避するために毎月必要と話し合わせ、サービス等利用計画(参照P23)を確定し本人に交付した。

地域定着支援台帳も別紙の通り作成(参照P24)し本人と共有している。

## 4. 退院、退院後の支援の流れ

モニタリングでは、退院直後である為、合併症である高脂血症に留意し、食事量や内容、運動量も重要項目として確認をした。ホームヘルパーからきちんと野菜中心の食事の提供を受けているか、地域活動支援センターⅡ型で実施することとしたエアロバイク30分が実行されているかなどをチェックした。

しかし、市の健康診断にて糖尿病が見つかったため、保健師の保健指導を受け、内科を受診した。その結果、食事療法の指示あり、ホームヘルパーへご飯の量をはかってもらう等の調整を行った。

以上の様な経過を経て、本事例は現在も地域での生活を続け食べ歩きを楽しんでいる。

## 申請者の現状(基本情報)

|     |           |        |       |          |            |
|-----|-----------|--------|-------|----------|------------|
| 作成日 | 平成24年4月1日 | 病院・施設名 | △△△病院 | インテーク作成者 | △△△病院●●PSW |
|-----|-----------|--------|-------|----------|------------|

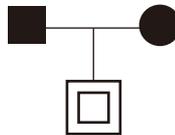
### 1. 概要(支援経過・現状と課題等)

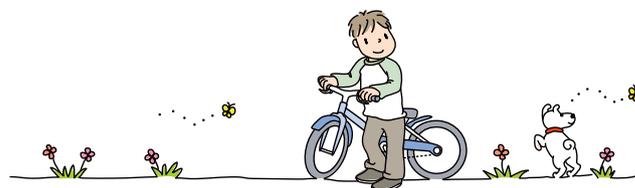
●支援経過 ※退院できなかった理由も含む  
 3年前に主治医より生活訓練施設への退院の話があるが、母や母の友人の了解が得られず、退院することができなかった。その後、母が亡くなり、成年後見制度を申請。現在、保佐人が金銭管理等を行っている。  
 保証人不在のまま、再度、生活訓練施設への退院で施設側との相談を継続したが、施設から保証人不在では受け入れできないと回答があり、退院に至らなかった。  
 その後、主治医が退院を強く勧め、「春になったら自宅に退院する」と方向が決定し、自宅への退院に向けて病院が外出同行等を行った。しかし、外出から外泊へのステップアップが進まず、これ以上は病院だけで支援をしていくことの限界を感じ、地域移行支援を利用する運びとなった。

●病院の地域移行支援利用の希望及び理由  
 ①入院中に実際にサービスを利用し、不安の軽減を図りつつ、退院意欲を高めたい。  
 ②支援者との関係づくりを入院中から行い、本人が安心できる体制で退院を迎えたい。  
 ③知人(近隣・母の友人)との金銭トラブルがあり(過去に金銭搾取の疑いがあり保佐人を選任した)、地域の理解等も地域移行支援を利用することで得たい。

●退院に向けての課題  
 (主な現状と課題) ・母死亡により、自宅退院後は初めての単身生活となる。見守り体制等を構築する必要あり。  
 ・脳梗塞により身障6級(軽度左麻痺)あり。  
 ・高脂血症があり食事制限あり。  
 ・家事、防火等、どの程度生活能力があるか、行う意欲があるかが不明。  
 ・親戚との関わりがなく(拒否あり)、入院費は保佐人が金銭管理している。退院後の生活費の管理体制を検討する必要あり。  
 ・自宅での生活が難しい場合、高齢者福祉施設(入所施設)の利用検討も必要あり。

### 2. 利用者の状況

|                                |   |         |   |      |         |
|--------------------------------|---|---------|---|------|---------|
| フリガナ<br>利用者氏名                  | 越  ひかり  | 生年月日    | M T<br>S H 25年10月2日(61歳)  | 性  別 | ⊙男 · 女  |
| 住  所                           | 〒●●●●-●●●● ○○県○○市○○町○○番地  |         |   | 電話番号 | ●●-●●●● |
|                                | (持家) · 借家 · グループ/ケアホーム · 入所施設 · 医療機関 · その他( )   |         |   |      |         |
| フリガナ<br>保護者氏名                  | ● ● ● ● (続柄 保佐人)  | 住  所    | 〒●●●●-●●●● ○○県○○市○○<br>TEL.○○○(○○)○○○   |      |         |
| 障害または疾患名                       | 脳梗塞 器質性精神病  | 入院形態    | 措置 · 医保 · (任意)  |      |         |
| 合併症の有無                         | (有) · 無 (病名 高脂血症)   | 他科受診の状況 | 有 · (無) (医療機関名 頻度)  |      |         |
| 手  帳                           | (有) · 無 · 申請中<br>【種類】(身体) · 療育 · 精神 ( 6 級)  | 年  金    | (有) · 無 · 要件無<br>【種類】 障害基礎 · 障害厚生 · (老齢)<br>( 円/年)  |      |         |
| 経済状況                           | 預貯金あり。  |         |   |      |         |
| ●家族構成 ※ジェノグラム、年齢、職業、主たる介護者等を記入 | 単身<br>   |         | ●社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)   |      |         |
|                                |   |         | 保佐人<br>●●さん(財産管理)<br>精神科病院<br>●●医師、●●看護師、<br>●●精神保健福祉士(医療) — 本人 — 指定特定相談支援事業所<br>相談支援専門員<br>●●さん                          |      |         |
| ●生活歴 ※病歴・受診歴等含む                | ○○高専卒業後、食品加工会社、プラスチック加工会社に勤務。H13年11月車の運転中にめまい、左マヒ発症。CT上脳梗塞を認め近くの総合病院入院。H14年2月リハビリ専門病院に転院し同年6月自宅に退院するが、易怒的、物忘れ、突然家を飛び出す等みられ、本人の希望もあり、再度総合病院に入院。H15年5月精神科の△△△病院に転院、現在に至る。 |         | ●処方内容<br>朝薬 ・ バイアスピリン 100mg 1錠<br>・ ベザトールSR 200mg 1錠<br>夕薬 ・ デパケンR 200mg 1錠<br>・ ヒルナミン 5mg 2錠<br>寝る前 ・ レンドルミンD 0.25mg錠 1錠 |      |         |
| ●本人の主訴(意向・希望)                  | 精神科病院を退院して、電動自転車を買って、食べ歩きがしたい。<br>春になったら自宅への退院に向けて動いてもいいかな。<br>でも、自宅に帰ってから、毎食料理をつくるのはめんどくさいなあ。<br>外泊しないでそのまま退院するつもり。  |         | ●本人の主訴を踏まえた家族の意見(意向・希望)<br>単身の為無し。  |      |         |



## 3. 入院中の状況

|                         |   | 現 状  | 課 題   | 可 能 性  |
|-------------------------|---|--|---|--|
| 本人の状態（身の回りのこと、自己管理の状況等） | A D L   | ほとんどの動作は問題なく、自立。<br>軽度の左麻痺はあるが、<br>院内の移動は問題なし、<br>階段等ゆっくりで可能。  | 30分を超える立作業は難しい。   | 調理に関しては、<br>ホームヘルパー等を使う事で<br>問題ないと思われる。<br>タクシー代の確保ができれば<br>問題ない。                    |
|                         | 日中の様子・<br>日中活動  | 院内の作業療法や病棟で<br>行われているSST等に<br>参加している。<br>その他、一人で、<br>ゴロゴロしている。   | 意欲低下あり、<br>生活リズムの乱れが心配。                                   | 本人に合う日中活動先が<br>あれば良い。  |
|                         | 睡 眠   | 問題なし。<br>夜間良眠できている。  | 問題なし。   |  |
|                         | 服薬管理  | 服薬カレンダーを利用し、<br>1週間分、自己管理している。<br>朝、夕、寝る前の薬が出ている。  | 問題なし。   |  |
|                         | 金銭管理  | 保佐人が財産管理している。<br>お金の計算はゆっくりだが出来る。<br>1500円/2週間で病院が管理。<br>出金の日に一度にお菓子など買い、<br>後は残りのお金でやり繰りしている。<br>不足したことはない。 | 問題なし。   | 退院後の生活費の管理は<br>保佐人が対応してくれる<br>可能性あり。   |
|                         | 対人面   | 病棟では対人トラブルないが、<br>親しい友人もいない。   | 特になし。<br>知人（近隣在住）から過去に<br>金銭搾取の疑いがあったが、<br>保佐人を選任し対策済である。 | 退院後も保佐人、地域の<br>民生委員等の見守り体制を<br>整える必要性あり。   |
|                         | そ の 他<br>（合併症等）   | 脳梗塞後遺症により、<br>認知能力に課題あり。<br>高脂血症あり。  | スケジュールを覚えにくい<br>状況あり。<br>精神科以外のフォロー・配慮が<br>必要。            | カレンダーにスケジュールを<br>書き込む支援をするなどが<br>必要である。<br>地区の保健師、訪問看護が<br>入り、食事内容等の健康管理が<br>できると良い。 |
| 主治医の意見・留意点等             | 退院は自宅方向。<br>過去に知人から金銭を搾取された疑いがあるので注意が必要。<br>身寄りがおらず、自宅生活に向けて生活全般の環境調整が必要。 |  |   |  |

## サービス等利用計画

|                |            |                |                |
|----------------|------------|----------------|----------------|
| 利用者氏名(児童氏名)    | 越 ひかり      | 障害程度区分         | ★★支援センター       |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | 123456789  |                | ☆☆☆☆           |
| 地域相談支援受給者証番号   | 123456789  |                | 越 ひかり          |
| 計画案作成日         | 平成24年4月17日 | モニタリング期間(開始年月) | 6ヶ月後(平成24年10月) |

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)

精神科病院を退院して、電動自転車を買って、お寿司やラーメンの食べ歩きがしたい。春になったら自宅からの退院に向けて動いてみたいかな。でも、自宅に帰ってから、毎食料理をつくるのはめんどくさいなあ。外泊しないでそのまま退院でいい。

|         |               |   |
|---------|---------------|---|
| 長期で目指す姿 | 平成 25 年 5 月頃  | 電動自転車を買って、その自転車で市内の美味しい店(すし屋・ラーメン屋)を食べ歩く。 |
| 短期で目指す姿 | 平成 24 年 10 月頃 | 精神科病院を退院する。                               |

| 短期で目指す姿の実現のために当面取り組むこと       | 福祉サービス等種類・内容・量(頻度・時間) | 提供期間           | 支援担当者          | 私(本人)の役割   | 支援者等の役割                            | その他 支援上の留意事項等                                    | 評価時期 |
|------------------------------|-----------------------|----------------|----------------|--|------------------------------------|--|------|
| 生活スタイルを話し合いながら、退院後の生活の準備をする。 | 地域移行支援(月2回以上)         | 平成 24 年 10 月 末 | 指定地域移行支援従事者    | 指定地域移行支援従事者に、退院後の生活について話し、生活スタイルを決める。                | 本人の希望を実現するための地域移行支援計画を立てる。         | 無理のないペース(当面は2週間に1回)で行います。                        | 6ヶ月後 |
|                              |                       |                | 指定地域移行支援従事者    | 退院後、行ってもいいかなと思える場所(福祉サービス等)の見学や体験を指定地域移行支援従事者と一緒にする。 | 地域移行支援計画に沿った支援(見学・体験同行、関係機関調整)を行う。 | 無理のないペース(当面は2週間に1回)で行います。                        |      |
| 体調を維持する。                     | 入院治療                  |                | 主治医<br>病棟の看護師等 | 体調が悪い時、疲れた時は先生や看護師に相談する。                             | 体調や疲れ具合等を確認する。                     | 体調変化等について、必要な場合には、☆☆☆☆さんや指定地域移行支援従事者等と情報交換を図ります。 |      |
|                              |                       |                | 看護師<br>病棟の薬剤師等 | 服薬の自己管理の方法を看護師や薬剤師と一緒に考え、家に帰っても忘れずに飲む習慣をつける。         | 服薬の管理方法や飲み忘れがないか確認をする。             |  |      |

総合的な支援の方針

「電動自転車の購入」や「食べ歩き」等、越ひかりさんの希望する生活を送れるように、まずは退院を目指して支援させていただきます。また、退院後も体調が崩れない様に、入院中から脳梗塞の再発や高脂血症等の健康、体調面にも留意し支援を行います。



## サービス等利用計画——退院後

|                |            |                |                               |          |          |
|----------------|------------|----------------|-------------------------------|----------|----------|
| 利用者氏名(児童氏名)    | 越 ひかり      | 障害程度区分         | 区分1                           | 相談支援事業者名 | ★★支援センター |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | 123456789  |                |                               | 計画作成担当者  | ☆☆☆☆     |
| 地域相談支援受給者証番号   | 123456789  |                |                               | 利用者同意署名欄 | 越 ひかり    |
| 計画案作成日         | 平成24年10月1日 | モニタリング期間(開始年月) | 3ヶ月間は毎月(平成24年11月・12月・平成25年1月) |          |          |

|                            |   |   |  |  |  |
|----------------------------|---|---|--|--|--|
| 利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活) | 退院できたら、美味しいお寿司やラーメンを食べ歩きたい。電動自転車を買って市内を動いたら楽しいな。外泊して少くはなれたけど、まだ家の使い勝手が分からないから誰か手伝ったり、困ったときに助けてくれる人が欲しい。 |   |  |  |  |
| 長期で目指す姿                    | 平成 25 年 9 月頃  | 電動自転車を買って、その自転車で市内の美味しい店(すし屋・ラーメン屋)を食べ歩く。 |  |  |  |
| 短期で目指す姿                    | 平成 25 年 1 月頃  | 自宅での生活に慣れ、のんびりすごしたい。                      |  |  |  |

| 短期で目指す姿の実現のために当面取り組むこと         | 福祉サービス等  | 種類・内容・量(頻度・時間) | 提供期間          | 支援担当者   | 私(本人)の役割   | 支援者等の役割  | その他 支援上の留意事項等                              | 評価時期     |
|--------------------------------|--|----------------|---------------|---|--|--|--|----------|
| 食べ歩きするために、体調や健康(特に高脂血症)に気をつける。 | △△△病院 外来通院(月1回) 訪問看護(月1回)                        |                | 平成 25 年 9 月 末 | △△△病院<br>●●●先生<br>●●●訪問看護<br>●●●看護師                   | 体調のことでお薬について相談する。薬カレンダーのセット。   | イライラや気分の変化を把握し必要に応じて主治医と連絡を取る。体調(特に高脂血症)やお薬のことについて助言をする。                 | 薬カレンダーのセット状況を確認してください。                     | 平成25年1月  |
|                                | 地区担任健師の訪問(3ヶ月に1回)                                |                |               | ●●●健師   | 高脂血症等の生活習慣病が悪化しない為に、何に気をつければいいのかアドバイスをもらう。   | 検診や外来診察の結果から、健康的な生活を送るため食生活等のアドバイスをします。                                  | 民生委員への挨拶等の調整をします。                          |          |
|                                | 居宅介護<br>家事援助：週4回(月、水、金、土)、1時間<br>移動支援：週1回(水)、1時間 |                |               | ホームヘルパーさん   | 食事前に野菜や果物を取る様に心がける。  | 本人と一緒に食事の買い物と準備を行う。栄養士が立てた献立表に沿って調理する。食事前に簡単に食べられる様な野菜料理を準備してもらう。        | 無理の無いペースに注意し、本人ができる範囲で調理に参加ができる様にお声かけをします。 | 平成25年1月  |
|                                | 地域定着支援<br>精神科デイケア<br>地域活動支援センターII型               |                |               | ☆☆☆支援センター<br>民生委員<br>近隣住民<br>精神科デイケア<br>地域活動支援センターII型 | 家のこと、日々の生活で困ったことや悩んだ時に、電話をかけてみる。<br>外出し、仲間とはなして気分転換する。<br>地域活動支援センターII型で、入浴し、衛生面を保つ。 | 毎月、訪問や電話等で相談に乗る。訪問時に薬カレンダーのセット状況を確認。<br>送迎等来所に必要なお手伝いをする。安全に入浴できるように見守る。 | 必要に応じて、体調変化等について情報交換をさせていただきます。            |          |
| 新しい生活リズムになれる                   | 成年後見制度   |                |               | 保佐人<br>●●●さん  | 書類など手続きが必要な物が届いたら相談する。<br>買い物のレシートを貯めておく。  | 書類等の必要な手続きのお手伝いをする。<br>週に一回、必要な生活費をお届けする。                                |  | 平成24年11月 |
|                                | 全員   |                |               | 全員  | 気分転換の外食を楽しむ。   | 健康的なお店情報の提供。   | 美味しかったか感想を伺って、お好みの店の情報をみんなで集めよう。           | 平成25年1月  |

|           |   |  |  |  |  |
|-----------|---|--|--|--|--|
| 総合的な支援の方針 | 「電動自転車の購入」や「食べ歩き」等、越 ひかりさんの希望するような自宅生活が送れるようにお手伝いさせて頂きます。脳梗塞の再発や高脂血症等の体調悪化が原因で「食べ歩き」ができないという事にならない様、△△△病院や保健師さんからアドバイスをお願いしながら、訪問看護さんに日々の体調をチェックしてもらい、ホームヘルパーさんには食事の部分については食事の部分について協力します。また、家のことや、ゴミ捨てる等の地域のこと、市役所から届く書類等の手続き等について、地区の民生委員さんや保佐人さんと一緒にお手伝いさせていただきます。 |  |  |  |  |
|-----------|---|--|--|--|--|

## 地域定着支援計画兼台帳

|                |            |              |                  |          |           |
|----------------|------------|--------------|------------------|----------|-----------|
| 利用者氏名          | 越  ひかり     | 住  所         | 〇〇市〇〇町〇〇番地       | 電話番号     | ●●-●●●●●● |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | 123456789  | 障害程度区分       | 区分1              | 計画作成担当者  | ●●●●●●    |
| 地域相談支援受給者証番号   | 123456789  | 指定一般相談支援事業者名 | ☆☆支援センター         | 利用者同意署名欄 | 越  ひかり    |
| 計画案作成日         | 平成24年10月1日 | 支給有効期限       | 平成25 年 9 月 30 日迄 |          |           |

心身の状況 脳梗塞の後遺症あり、左半身に軽度麻痺あるが、身の回りのことは自分でできている。自発的な行動や理解力に不安あり、分かりやすい声かけが必要。

置かれている環境  単身生活  障害・疾病・高齢等の家族と同居  退院・退所直後及び地域生活不安定  その他 ( )

長期で目指す姿 H 25 年 9 月頃 電動自転車を買って、その自転車で市内の美味しい店(すし屋・ラーメン屋)を食べ歩く。

短期で目指す姿 H 25 年 1 月頃 自宅での生活になれ、のんびりしたい。

| 短期で目指す姿の実現のために<br>当取組の組むこと | 福祉サービス等<br>種類・内容・量(頻度・時間) | 提供<br>期間            | 支援担当者        | 私(本人)の役割                             | 支援者等の役割                           | その他 支援上の留意事項等   | 評価時期 |
|----------------------------|---------------------------|---------------------|--------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---|------|
| 新しい生活リズムに慣れる。              | △△△病院 夜間外来                | 平成<br>25<br>年 9 月 末 | △△△病院        | 夜間・休日に<br>体調面が悪くなった時に<br>電話で相談する。    | 電話にて相談に乗り、<br>必要であれば<br>外来受診対応する。 | 既往歴に脳梗塞があります。<br>必要な場合は<br>救急外来につなぎます。<br>【処方内容】<br>朝薬<br>・ソリアスプリン100mg 1錠<br>・ベザトールSR200mg 1錠<br>夕薬<br>・デパケンR200mg 1錠<br>・ヒルナミン5mg 2錠<br>寝る前<br>・レンドルミンD0.25mg錠 1錠 | 3ヶ月後 |
|                            | 地域定着支援(必要時)               |                     | ☆☆支援<br>センター | 夜間や休日に<br>こまったことや悩みごとが<br>あった時に相談する。 | 緊急電話で相談に乗り、<br>必要時は訪問し対応する。       |   |      |

| 緊急時に必要となる連絡先 | 所 属           | 担当者     | 連絡先          | その他        |
|--------------|---------------|---------|--------------|------------|
| 保佐人          | 権利擁護センター ●●●● | ●●●●    | ●●-●●●●-●●●● | 〇〇市〇〇町〇〇番地 |
| 障害福祉サービス事業所  | ホームヘルパー       | ●●●●    | ●●-●●●●-●●●● | 〇〇市〇〇町〇〇番地 |
| かかりつけ        | △△△病院         | ●●●● 先生 | ●●-●●●●-●●●● | 〇〇市〇〇町〇〇番地 |
| その他          | 民生委員          | ●●●●    | ●●-●●●●-●●●● | 〇〇市〇〇町〇〇番地 |

# 5 事例 B

## 市区町村の委託相談支援事業所の粘り強い働きかけと、「さみしさ」へ寄り添う支援を通じて安心してアパート退院できた事例

本ケースは（市区町村の委託相談支援事業所の）相談支援専門員が、どのようにしたら不安が軽減されるかを面会や同行支援を繰り返すなかで一緒に考え、チームで解決策を打ち出せたことと、（市区町村の委託相談支援事業所の）相談支援専門員が常に本人の不安な気持ちにより添ったかかわりを行ったことが退院の要因である。

### 事例 B プロフィール

●性別 男性 ●年齢 52歳

●経済状況 生活保護

●医療状況 統合失調症 ●入院歴 5年

●概要 幼少期に両親が亡くなり施設で過ごす。中学卒業後にふすま屋などの仕事を転々としていた。22歳頃に発症、統合失調症の診断を受け、入院を繰り返す。本事例の対象となった入院は47歳からであり、5年が経過している。入院当時は特に幻聴が活発で、被害妄想が強かった。5年前の入院後一度直ぐに救護施設に退院したが、さみしさで数日間のうちに病院に戻ってきた。退院したい気持ちは多少残っているが、『また同じことになったらどうしよう』という不安がある。

## 1. 対象者とのかかわりはじめ

### (1) (地域移行支援の申請前の意思確認及び合意形成のための) ケア会議の実施

市の生活保護担当者から主治医に病状を確認、地域移行支援の利用について話をしたのがきっかけであった。病院の精神保健福祉士が主治医の了解を得た上で、相談支援専門員（市区町村の委託相談支援事業所）を紹介し、地域移行支援の利用に向けて本人との関係づくりが始まった。相談支援専門員は本人と月に3-4回程度、病院で面談を開始した。本人は誰とでも気軽に話せる性格だったのですぐに関係を構築することができた。

本人は病院内の売店と近くのスーパーの往復しかしていないため、駅前で『普段食べることのできない海鮮丼を食べたい』と希望した。病院内で相談支援専門員と面談を始めてから1ヶ月後に駅前の海鮮丼と一緒に食べに出かけた。その時に、『退院はすっとしたかったが、ひとりで生活するのは大変』という本音を聞くことができた。本人によれば、『病院は3食出てきて何かあれば看護師が何でも手伝ってくれるので、このまま入院した方が楽だ』と思う気持ちと、『外来に来る友人が楽しそうに生活している姿を見て、やはり退院したい』という気持ちがあるとのことであった。『退院したい』という思いと『退院することが不安』という両側面の間で揺れ動く本人の気持ちを、「一緒に食事に出かける」という支援を通じて寄り添い、共感することができた。また『これで失敗して入院になったら二度と退院できないのではないか』という不安があることも本人は話してくれた。

3か月ほど、積極的に外出をして地域の空気に慣れることで本人にも嬉しそうな様子や、本音を話してくれることが多くなった。

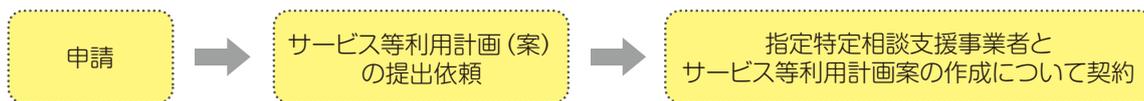
本音が把握でき良好な関係が取れてきたので相談支援専門員は地域移行支援について一緒にアパートを探してくれることや引っ越しを手配したり、手伝ってくれることなど具体的に説明した。本人も地域移行支援を利用して退院を目指すことを決心し、利用を申請する方向となった。

本事例ではこのように市区町村委託の相談支援事業所の相談支援専門員が退院への気持ちが固まるまでの支援を粘り強く行った。

その後、病院の主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士と市の障害福祉担当者及び生活保護担当者、相談支援専門員（市区町村の委託相談支援事業所）、指定地域移行支援従事者で（地域移行支援申請前の意思確認及び合意形成のための）ケア会議を実施した。その中では、本人と次のことについて確認を取ることができた。

#### ■(申請前の意思確認及び合意形成のための)ケア会議で確認されたこと

- 主治医の考え／「単身アパートへの退院で大丈夫だが、多くの支援が必要。」
- 本人の気持ち／「退院して自立した生活を送りたい。」



## (2) 本人との関係構築

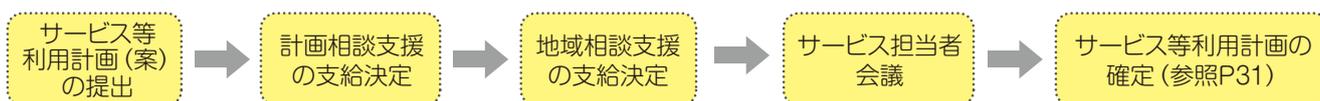
契約後、相談支援専門員（市区町村の委託相談支援事業所）は同じ事業所の計画相談支援担当の相談支援専門員にこれまでの支援経過を申し送った。引き継ぎを受けた計画相談支援担当の相談支援専門員は、不足しているアセスメント情報の把握と関係作りを目的に数回の面接を行い、退院に向けた課題を以下のように整理した。

### ■アセスメントにより確認された退院に向けた課題

- ①長期入院により退院したい気持ちはある反面、どこまで地域生活が続くかとの不安がある。
- ②長期入院により本人の生活能力がわからない。
- ③幻聴で苦しんでいる。

### ■サービス等利用計画(案)の作成と主な内容

- ①生活のイメージを取り戻したり、より安心した生活を送るため、【できること】と【苦手なところ】の整理をしていくため、グループホームにおける体験宿泊を利用する。（地域移行支援の利用）
- ②幻聴や不安が出てきたときの対応策として、今までの傾向を皆で確認する。



## 2. 退院に向けた地域移行支援計画の作成

サービス等利用計画を確定し、地域相談支援の契約を結び指定地域移行支援従事者は相談支援専門員を介しながら本人との関係づくりを開始した。指定地域移行支援従事者は相談支援専門員からの情報と基本相談においてアセスメントを行い、次のような課題を把握した。

### ■アセスメントにより確認された地域移行に向けた課題

- ①数年ぶりのひとりでの外泊なので、特に夜が不安でさみしくなったらどのように対処するか。
- ②幻聴が聞えてきたらどのように対処するか。
- ③アパート探しは初めてなので、不動産まわりから契約、生活必需品を揃える等のために、同行支援が必要であるがその対処をどうするか。

### ■地域移行支援計画(案)の作成

指定地域移行支援従事者は本人が数年ぶりの単身生活を目指すので、生活イメージの再確認と生活能力の確認を目的とした病棟外でのアセスメント（グループホームにおける体験宿泊）が必要であると判断した。そのことを病院の精神保健福祉士を通じて主治医に報告してもらい、了解を得て地域移行支援計画（案）へ反映した。

- 目的**
- ①本人の楽しみの外食を確保（外出を利用して生活必需品の下見や不動産まわりを行う）。
  - ②地域の社会資源を知り、生活を体験する（生活必需品を実際に見ながら値段も確認）ことで、退院先・退院後の生活をイメージする。
  - ③本人の生活イメージを取り戻すこと及び、生活能力の確認ためグループホームにおける体験宿泊を利用。

### ■地域移行支援計画を実行に移すための事前準備

- ①病院の精神保健福祉士を通じて主治医にグループホームの体験宿泊の必要性を報告してもらい了解を得た。
- ②グループホームと連絡調整を行い生活のアセスメントを依頼した。
- ③本人に地域移行支援計画（案）を説明した。

## ■(地域移行支援計画)計画作成会議

指定地域移行支援従事者は本人の他、グループホームの職員を含めた関係者（主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、市の障害福祉担当者及び生活保護担当者、相談支援専門員）を招集し計画作成会議を開催し、顔合わせと計画の検討を行った。

### 検討内容

- ①訪問看護ステーションの看護師には早い段階で本人と顔合わせを行い、「地域で待っている」というメッセージを投げかけてもらうことになった。
- ②外出や退院準備のために、病棟看護師にお小遣い管理について本人と再度相談して頂くように依頼した。
- ③外出や体験利用から帰棟した際には、できたところは十分に評価して本人の自信に繋げていけるように看護師に依頼した。
- ④精神科デイケアの見学ができるように、看護師、作業療法士に依頼した。  
本人は前回の退院時には『こんなにたくさんの方が応援してくれなかったので嬉しい。ぜひ、協力をお願いしたい。』とのことで地域移行支援計画を確定した。（参照P30）

## ■病院の退院支援計画や看護計画、リハビリテーション実施計画書との連携状況

- 服薬は1週間の自己管理ができていたので継続。
- 金銭は1週間の自己管理から、1ヶ月間の自己管理へ見直す。
- 外出、体験利用後の病棟やOT時のフォロー。
- 他者の面倒見が良すぎて金銭トラブルになることがあったので、病棟や作業療法場面で対人関係の取り方について指導。以上の項目を中心に、看護計画やリハビリテーション実施計画書に反映してもらうように依頼した。

## 3. 計画の実行

サービス等利用計画、地域移行支援計画をもとに、まずは本人の楽しみである外食がてら家電や日用品の下見をして、生活のイメージを少しずつ高めていった。病院からバスを利用しての外出にも慣れた頃に、グループホームにおける体験宿泊を勧めたが、『夜間のさみしさや幻聴がでてきたらどうしよう』との不安が出てきたので、クライシスプラン（参照P31）を活用して対策を一緒に考えた。

クライシスプランを一緒に考えることで、少し安心した本人は、夜間をひとりで過ごすことへの不安を軽減できたようである。その後、初めての1泊2日に成功し本人の大きな自信につながった。



### (1) 支援の経過

#### ■ポイントとなった支援

- ①退院後の生活イメージや生活能力を共有化するための支援。
  - グループホームにおける体験宿泊。
  - 外出時にホームセンターや家電屋などをまわりイメージをふくらました。
- ②幻聴やさみしさ対策を考える支援。
  - クライシスプランを利用して対策を考えた。
  - グループホームにおける体験宿泊でひとりの夜を過ごしてみた。

指定地域移行支援従事者は主治医や精神保健福祉士、看護師、作業療法士、市の障害福祉担当及び生活保護担当、相談支援専門員を招集して関係機関の打ち合わせを開催し、地域移行支援の進捗状況を共有して支援の足並みを揃えた。

また、本人はグループホームにおける宿泊体験の成功や家電屋まわり、クライシスプランの作成を通じて、『ひとりで夜が過ごせた』『幻聴やさみしさがでてでも頑張れそう』『アパートをそろそろ探してみたい』『見放さないでほしい』といったような意思表示をするようになった。

本人の退院意欲も高まってきたことから指定地域移行支援従事者は、支援開始後2ヶ月後に（本人と関係機関の進捗状況を共有・支援の微調整をする）ケア会議を行い下記のとおり、今後の支援のポイントを関係者全員で再確認した。

#### ■(本人と関係機関の進捗状況を共有・支援の微調整をする)ケア会議を通じて確認された事項

- ①退院後の生活イメージを形にしておくための支援。
  - 具体的に生活に必要な物の買い物同行。
  - 不動産まわりや契約時の同行。
- ②幻聴やさみしさ対策を考える支援。
  - 日中のさみしさ対策のため精神科デイケアの見学同行を行う。
  - 退院後に必要なサービスを具体的に考えていくことを始める。
  - クライシスプランの必要性

## (2) 退院に向けた動き

アパートへの退院に向けて自信がついてきたので、以下の通り住居の確保と家具の調達及び日中活動の検討等を行った。

### ■退院に向けた動き

- ①本人の希望をもとにアパート探しの同行及び、契約の実施。
- ②本人のリストアップした買い物リストをもとに買い物の同行を実施。
- ③精神科デイケアのお試し参加を進めていくため、看護師、作業療法士と調整を実施。

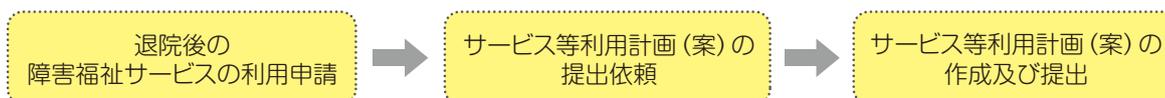
退院先のアパートや家具の目途が立ってきたので指定地域移行支援従事者は計画相談支援担当の相談支援専門員に連絡を取りモニタリングを依頼した。

連絡を受けた計画相談支援担当の相談支援専門員は、これまで本人の地域移行支援に関わってきた関係者を招集し、(本人や関係機関と進捗状況を共有・支援の微調整をする) ケア会議を開催した。

この会議ではこれまでの取り組みを振り返り、本人へねぎらいの言葉をかけると共に、退院後のアパート生活への期待や不安を確認すると共に、必要なサービス等の確認を行った。

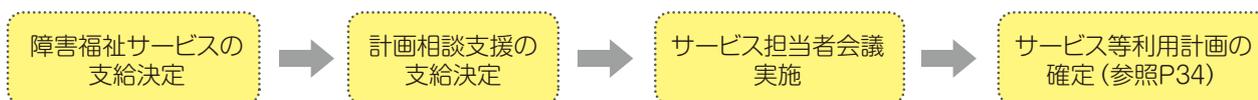
### ■退院後のサービス等利用計画に向けたモニタリング結果から見える課題

- ①幻聴、さみしさが特に夜間に多いので対応策を考える。
- ②「外食ばかりではお金がかかるので、自分で用意しようと思う。しかし、麺類ばかりになりそうで心配だ」と本人から食事の不安が出てきたので、ホームヘルパーを利用するかを検討する。
- ③「家賃が前払いなので退院後にお金が不足しないか」とお金の不安も出てきたので日常生活自立支援事業を利用するかを検討する。
- ④幻聴、寂しさへの対策を踏まえて地域定着支援と訪問看護を利用する必要がある。



### ■退院後の「修正」サービス等利用計画の主な内容

- ①訪問看護を利用し、精神的な状況の把握と生活上の相談にのってもらう。
- ②夜間の幻聴、さみしさは地域定着支援を利用。
- ③日中のさみしさは精神科デイケアを利用。
- ④食事やお金の不安はあるがまずは、自分でやりたいという本人の希望があったためサービスは利用せずに退院後に検討していく。
- ④亡くなった母の墓参りをしたい。



地域移行支援開始から6ヶ月後にアパートへ退院。

## 4. 退院、退院後の支援の流れ

### ■モニタリングの実施状況

- モニタリング頻度…退院後3ヶ月間は毎月、その後3ヶ月に1回のモニタリングを実施する予定である。

退院後は訪問看護を中心とした訪問による支援を中心に、幻聴や日常生活に関する相談に対応することとした。

日中は入院中の友人や外来にきている友人に会うことを目的に精神科デイケアを利用している。

夜間の幻聴やさみしさは、頓服薬の服用を行いそれでも落ち着かない時には、地域定着支援で夜間対応を行っている。退院後しばらくは当直医に相談してもOKとの許可を病院から得ている。

食事の不安やお金の不安はあるが、「病院では食べることのできない刺身等を自由に食べてみたい」などの本人の希望を大切にして、すぐに居宅介護(ホームヘルプサービス)や地域権利擁護事業(日常生活自立支援事業)は利用せずに様子を見ている。

亡き母の墓が遠くて入院中は外泊許可が出なかったため、アパート生活が落ち着いたら墓参りに行きたいと希望している。

## 申請者の現状(基本情報)

|     |           |        |     |          |        |
|-----|-----------|--------|-----|----------|--------|
| 作成日 | 平成24年4月〇日 | 病院・施設名 | B病院 | インテーク作成者 | B病院PSW |
|-----|-----------|--------|-----|----------|--------|

## 1. 概要(支援経過・現状と課題等)

## ●支援経過 ※退院できなかった理由も含む

5年前(47歳時)に救護施設に退院したが、夜間のさみしさを今までの友人とは離れ離れになって幻聴が活発になり、本人としてはこのまま施設にいたら自分が壊れてしまうと恐くなり、数日でB病院に戻り任意入院となった。

入院期間が長くなるにつれ、病院にいると3食でて何かあれば看護師が手伝ってくれるのでこのまま入院していたほうが楽で安心という気持ちが出てきた。その反面、外来に元気で通ってくる友人から楽しそうな話を聞くと退院した気持ちにはなるが、5年前のことがあるので今一つ前に踏み出すことができない。

このままでは病院に埋もれてしまうと病院PSWが気にかけて、本人に「退院の手伝いをしてくれる人がいるので会って見ないか?」との提案があり、会うだけならと本人も了解された。

## ●退院に向けての課題

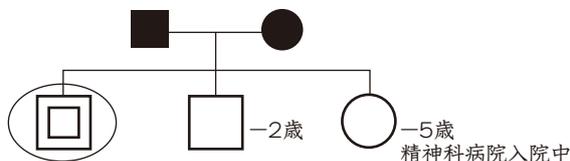
5年前のことを思い出して退院に多くの不安を抱えている。

特に、幻聴とさみしさを解決していないと前に進めない。

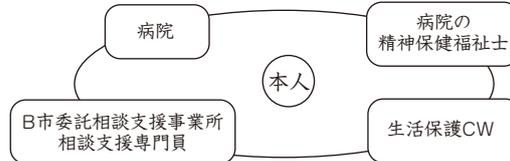
## 2. 利用者の状況

|  |   |         |   |      |              |
|--|---|---------|---|------|--------------|
| フリガナ<br>利用者氏名                              | 武蔵 一                                    | 生年月日    | M T<br>S H 年 月 日(52歳)                           | 性別   | ⊙男 · 女       |
| 住所   | 〒 東京都C市〇×町1-2-3                         |         |   | 電話番号 | 090-000-0000 |
| フリガナ<br>保護者氏名                              | (続柄)                                    | 住所      | 〒 TEL. ( )                                      |      |              |
| 持家・借家(引き払っている)・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他( ) |   |         |   |      |              |
| フリガナ<br>保護者氏名                              | (続柄)                                    | 住所      | 〒 TEL. ( )                                      |      |              |
| 障害または疾患名                                   | 統合失調症                                   | 入院形態    | 措置 · 医保 · ⊙任意                                   |      |              |
| 合併症の有無                                     | ⊙有 · 無 (病名 B型肝炎)                        | 他科受診の状況 | ⊙有 · 無 (医療機関名 頻度)                               |      |              |
| 手帳   | ⊙有 · 無 · 申請中<br>【種類】 身体 · 療育 · ⊙精神 (2級) | 年金      | 有 · 無 · ⊙要件無<br>【種類】 障害基礎 · 障害厚生 · 老齢<br>( 円/年) |      |              |
| 経済状況                                       |   |         |   |      |              |

## ●家族構成 ※ジェノグラム、年齢、職業、主たる介護者等を記入



## ●社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)



## ●生活歴 ※病歴・受診歴等含む

幼少期に両親が亡くなり施設で過ごす。中学卒業後に、ふすま屋などの仕事を転々としていた。22歳頃に発症、統合失調症の診断を受け、数回の入院退院を繰り返す。入院時には幻聴に命令され店の商品をなぎ倒したこともある。入院は、数回とも1~2年くらいで、退院後は日雇いの仕事をたまに行う程度で外来通院のみで生活してきたが、今回も幻聴に命令されて店の物を盗んでしまい、47歳時に入院し現在に至る。入院当時は特に幻聴が活発で、被害妄想が強かった。

5年前に退院を目指し救護施設に退院したが、さみしさで数日間うちに病院に戻ってきた。退院したい気持ちも少しは残っているが、また同じことになったらどうしようという不安がある。

## ●処方内容

- ①インヴェガ(3) 1T×1 朝
- ②マグラックス(250) 8T(2-2-4)
- ③サイレース(2) 1T×1 就
- ④ベンザリン(12) 2T×1 就
- ⑤リスパダール液(2) 1×不眠時
- ⑥プロヘパール1T(1-1-1)

## ●本人の主訴(意向・希望)

退院して自由になりたいが、また入院したら二度と退院できないのではないかと不安があるので、色々な人に協力してほしい。

## ●本人の主訴を踏まえた家族の意見(意向・希望)

2歳年下の弟とは音信不通であり、連絡のとれる家族はいない。



## 3. 入院中の状況

|                         | 現 状   | 課 題                  | 可 能 性   |                                   |
|-------------------------|---|----------------------|---|-----------------------------------|
| 本人の状態（身の回りのこと、自己管理の状況等） | A DL  | 生活上困ることはない。          | 少しずつ足腰が弱ってきている。   | 退院後には日中利用場所や友人宅などに行く時に歩く機会が増えてくる。 |
|                         | 日中の様子・日中活動  | 作業療法に週3日参加して手芸をしている。 | 友人との距離の取り方。   | 日中にどこかに通いたいと希望されている。              |
|                         | 睡 眠   | とても安定していて、8時間が基本。    | 不安、幻聴が出てくると睡眠が不安定になる。   | 不安、幻聴対策を考えていけば安定する。               |
|                         | 服薬管理  | 1週間の自己管理ができる。（3回/日）  | 頓服薬を飲み過ぎてしまう時がある。   | 幻聴に不安があるため薬の飲み忘れは一切ない。            |
|                         | 金銭管理  | 1週間の自己管理ができる。        | 時々、友人との貸し借りでトラブルになったことがある。  | 練習により1ヶ月分の自己管理ができる可能性がある。         |
|                         | 対人面   | 病棟、外来に多くの友人がいる。      | 物の貸し借りで時々喧嘩になることがある。誰とでも仲良くなれる半面、面倒見も良すぎて相手に深入りして金銭トラブルになることが時々あった。 | 誰とでも仲良くなれる。                       |
|                         | その他（合併症等）   | B型肝炎<br>●△病院を月1回通院中。 |   | 通院継続の必要性あり。                       |
| 主治医の意見・留意点等             | <p>病識もあり病状は安定されている。<br/>慢性的に聞こえる幻聴への対策を不安時に多くの支援者が支えていくことにより、地域の安定した生活が望めるであろう。<br/>そのために、早目の準備と退院のフォローをしていただきたい。</p> |                      |   |                                   |

## サービス等利用計画

|                |           |                |            |
|----------------|-----------|----------------|------------|
| 利用者氏名(児童氏名)    | 武蔵 一      | 障害程度区分         | 相談支援事業所 ○○ |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | 987654321 |                | △ △ ○ ○    |
| 地域相談支援受給者証番号   | 987654321 |                | 武蔵 一       |
| 計画案作成日         | 平成24年4月○日 | モニタリング期間(開始年月) | 平成24年10月   |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| 利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活) | ひとりで単身アパートで自立した生活をしたいが、いつ幻聴が出るか分からないので病院の近くに住みたい。<br>たぐさんの友人や支援者と繋がっていききたい。 |
|----------------------------|---|

|         |  |
|---------|--|
| 長期で目指す姿 | 平成 25 年 4 月頃<br>ひとりで自立(単身アパート)した生活を送りたい。 |
| 短期で目指す姿 | 平成 24 年 10 月頃<br>自由になるために退院する。           |

| 短期で目指す姿の実現のために<br>当面取り組むこと | 福祉サービス等<br>種類・内容・量(頻度・時間)   | 提供<br>期間 | 支援担当者                       | 私(本人)の役割                  | 支援者等の役割   | その他 支援上の留意事項等                              | 評価時期 |
|----------------------------|---|----------|-----------------------------|---------------------------|---|--|------|
| 退院をする。                     | 地域移行支援<br>(月2回以上の面接や外出同行等)  | 6ヶ月      | 相談支援<br>事業所<br>□□さん         | 退院をあきらめない。                | 武蔵一さんが分からないところ、<br>不安なところを一緒に考えたり<br>情報提供をしたり、<br>同行等を行う。 | 不安になった時には<br>しっかりと話を聞く。                    | 10月  |
| 再入院をしない工夫を考える。             | ・面接の中で入院中に準備<br>できることを一緒に考える。<br>・幻聴やさみしさが出てきた時の<br>ことを考えクライシスプラン等の<br>作成を行う。 | 6ヶ月      | 病院職員<br>相談支援<br>事業所<br>□□さん | 幻聴がどのような時に<br>出てくるかを振り返る。 | 武蔵一さんの幻聴について<br>一緒に振り返る。                                  | クライシスプランなどを活用して<br>視覚にも分かりやすくする。           | 10月  |
| さみしさを克服する。                 | 地域移行支援<br>(グループホームにおける<br>体験宿泊)   | 3ヶ月      | グループホーム<br>世話人<br>△△さん      | ひとりの夜を過ごしてみる。             | 日中はグループホームに<br>顔を出す。                                      | (まずは1泊2日からスタート)<br>不安時の対応の仕方を皆で<br>確認しておく。 | 6月   |

|           |  |
|-----------|--|
| 総合的な支援の方針 | 退院に向けて武蔵一さんを含めて皆であきらめずに進めていく。ペースが速い時には遠慮なく支援者に伝える。 |
|-----------|--|



# 危機かな(ピンチかな)と思った時に

(クライシスプラン)

作成年月日： H24 年 5 月 〇 日

利用者氏名： 武蔵 一 さん

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| <p>私の調子が悪くなる前は(サインは)</p> | <p>夜に寝れなくなってくる。</p> |
|--------------------------|---------------------|

サインかなと思ったら……

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <p>私のすること</p>         | <p>① 誰かと話をする！<br/>② 頓服薬を飲む！<br/>③ 支援者の写真を見る！</p> |
| <p>周りの人にしてほしいこと</p>   | <p>とにかく話を聞いてほしい。</p>                             |
| <p>周りの人にしてほしくないこと</p> | <p>入院だけは勧めないでほしい。</p>                            |

|     |          |                          |     |              |
|-----|----------|--------------------------|-----|--------------|
| 主担当 | 相談支援事業所  | 〇〇 △ △                   | 連絡先 | 042-000-0000 |
| 主治医 | B病院医師    | 〇 △                      | 連絡先 | 042-000-0000 |
| 行政  | C市障害者福祉課 | <input type="checkbox"/> | 連絡先 | 042-000-0000 |
| その他 | C市生活福祉課  | △ 〇                      | 連絡先 | 042-000-0000 |

同意日

H24 年 5 月 〇 日

## サービス等利用計画——退院後

|                |            |                |                               |            |
|----------------|------------|----------------|-------------------------------|------------|
| 利用者氏名(児童氏名)    | 武 蔵 一      | 障害程度区分         | 相談支援事業所                       | 相談支援事業所 ○○ |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | 987654321  |                | 計画作成担当者                       | △ △ ○ ○    |
| 地域相談支援受給者証番号   | 987654321  |                | 利用者同意署名欄                      | 武 蔵 一      |
| 計画案作成日         | 平成24年10月〇日 | モニタリング期間(開始年月) | 3ヶ月間は毎月(平成24年11月・12月・平成25年1月) |            |

|                            |   |   |   |          |
|----------------------------|---|---|---|----------|
| 利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・さみしいときや幻聴があるときは、話を聞いてほしい。身のまわりの家事全般はまずは自分でやってみて、いかにできないかを見てみたい。</li> <li>・好きな物を食べ歩きして、家で大好きな刺身とソーメンを食べたい。</li> <li>・入院中の友人や退院している友人に自宅に遊びに来てほしい。</li> </ul> | <p>唯一の訪問サービスのため服薬を含めた生活全般の相談に乗りながら必要があれば本人の了解を得て主治医等と連絡をとる。</p> <p>本人から相談があったら本人の了解を得て友人や職員に困ったら訪問の時に相談する。</p> <p>精神科デイケアで作業療法士△〇さん</p> <p>B病院 □〇先生 △〇精神保健福祉士</p> <p>相談支援事業所 □□さん</p> | <p>相談支援事業所</p> <p>①インヴェガ(3) 1T×1 朝</p> <p>②マクソラックス(250) 8T(2-2-4)</p> <p>③サイレース(2) 1T×1 就</p> <p>④ベンザリン(12) 2T×1 就</p> <p>⑤リス、ダール液(2) 1×不眠時</p> <p>⑥プロヘンバル1T(1-1-1)</p> | 平成24年11月 |
|----------------------------|---|---|---|----------|

|         |               |                                 |
|---------|---------------|---------------------------------|
| 長期で目指す姿 | 平成 25 年 5 月頃  | アパートでの生活に慣れたら△〇県にある母のお墓参りに行きたい。 |
| 短期で目指す姿 | 平成 24 年 11 月頃 | まずは自分の力で家事をやってみる。               |

| 短期で目指す姿の実現のために当面取り組むこと         | 福祉サービス等(種類・内容・量・頻度・時間) | 提供期間            | 支援担当者              | 私(本人)の役割                                  | 支援者等の役割  | その他の支援上の留意事項等       | 評価時期     |          |
|--------------------------------|------------------------|-----------------|--------------------|---|--|---------------------|----------|----------|
| 食事づくりや掃除、洗濯、お金の管理をまずはひとりやってみる。 | 訪問看護ステーション(週1回(火)、1時間) | 平成 25 年 9 月 〇 日 | 訪問看護ステーション ○〇さん    | 体調や服薬状況について報告する。家事全般やお金のことで困ったら訪問の時に相談する。 | 唯一の訪問サービスのため服薬を含めた生活全般の相談に乗りながら必要があれば本人の了解を得て主治医等と連絡をとる。 | 自分でできる力を奪わないように見守る。 | 平成24年11月 |          |
|                                | 精神科デイケア(週2回(月)(木))     |                 | 精神科デイケア 作業療法士 △〇さん | 精神科デイケアで友人や職員に困ったら相談する。                   | 本人から相談があったら本人の了解を得て生活を見守る。訪問看護師に連絡を入れる。                  | 自分でできる力を奪わないように見守る。 |          | 平成24年11月 |
|                                | 精神科外来(週1回(金))          |                 | B病院 □〇先生 △〇精神保健福祉士 | さみしげなサインが出たらすぐに相談する。                      | 外来時に精神保健福祉士も少しくらい時間をつくり面接を行う。                            | クライシスプランをともに支援を行う。  |          |          |
| さみしげなサインが出たら早めの対処で入院をたくない。     | 地域定着支援                 |                 | 相談支援事業所 □□さん       | SOSを自分から出す。                               | クライシスプランをともに訪問や電話対応を行う。                                  |                     | 平成24年11月 |          |

|           |   |
|-----------|---|
| 総合的な支援の方針 | 家事全般や金銭管理は本人がまずは行い、苦手なところを話し合いながらサービスを検討する。また、幻聴やさみしげが出てきても入院したくない、気持ち強いので友人とのつながりも応援しながら皆で支えていく。 |
|-----------|---|

# 6 事例 C

## 支援者の協力を受けながら地域住民の理解を得て、自宅に退院した事例

本ケースは病状悪化時に地域でトラブル（商店の前で寝そべる、女性をじっと見つめる等）を起こしたことをきっかけに入院。

長期入院となりながらも、相談支援専門員と指定地域移行支援従事者が病院の退院促進チーム（多職種で構成）や市の障害福祉担当者と連携しながら、地域住民に働きかけることにより、地域の理解を得て退院が実現できたものである。

### 事例 C プロフィール

|       |  |      |     |
|-------|--|------|-----|
| ●性別   | 男性   | ●年齢  | 50歳 |
| ●経済状況 | 障害厚生年金2級   |      |     |
| ●医療状況 | 統合失調症  | ●入院歴 | 10年 |
| ●概要   | <p>高卒後、地元の会社に就職。25歳頃に発症し、統合失調症の診断を受けるが、通院により安定し勤務を継続していた。</p> <p>35歳頃に両親が他界し、40歳頃に病状が悪化。商店の前で寝そべったり、女性をじっと見つめていたりなど地域住民とのトラブルもあり、入院し現在に至る。入院当時は他者との接触ほとんどなく、独語や空笑がみられた。</p> <p>もともと内気な性格であり、退院したい気持ちを持っていたようであるが表現することは少なかった。長期入院の影響もあってか、他者へ話しかける姿はほとんど見られない。</p> |      |     |

## 1. 対象者とのかかわりはじめ

### (1) (地域移行支援の申請前の意思確認及び合意形成のための) ケア会議の実施

病院の精神保健福祉士は本人が退院したいという気持ちがあることを以前より把握しており、所属病院に多職種で構成する退院促進チームが設置されたことを契機に本人へ地域移行支援を導入することをチームに提案した。主治医を含むチームの賛成を得ることができたので、本人へ地域移行支援のサービス内容を説明し利用申請する方向となった。

その後、病院の精神保健福祉士は指定特定相談支援事業所★★の相談支援専門員と市の障害福祉担当者に連絡を取り、本人、△△△病院の退院促進チーム（主治医、精神保健福祉士、看護師）と市の障害福祉担当者、相談支援専門員のメンバーで（地域移行支援申請前の意思確認及び合意形成のための）ケア会議を実施した。その中では、本人と次のことについて確認を取ることができた。

#### ■(申請前の意思確認及び合意形成のための)ケア会議で確認されたこと

- 主治医の考え／「病状が安定したので、地域での支援体制が整えば、いつでも退院して良い。」
- 本人の気持ち／「自宅へ退院したいので地域移行支援を利用してみたい。」



## (2) 本人との関係構築とサービス等利用計画(案)の作成

契約後、指定特定相談支援事業所の相談支援専門員は本人との関係づくりを目的に月に1-2回程度、病院内で面談を開始した。自ら他者へ話しかけることはほとんどみられないため、話が続かない場面が多かった。

△△△病院の退院促進チームの看護師に面談の様子を報告したところ、内気な性格の持ち主であること、自ら他者へ話しかけることが殆ど無いので看護師から意識的に声をかけるようにしているとの情報を得たので、それからは相談支援専門員から意識的に話しかけるようにした。

2ヶ月ほど、病院訪問面接を続ける中で、以前はハーモニカを吹く趣味があったことや、ラジオの野球中継が好きだという話を聞けるようになった。この関係を継続していく中で、サービス等利用計画(案)を作成していくためのアセスメントを実施した。その結果、退院に向けて次のような課題があることが確認された。

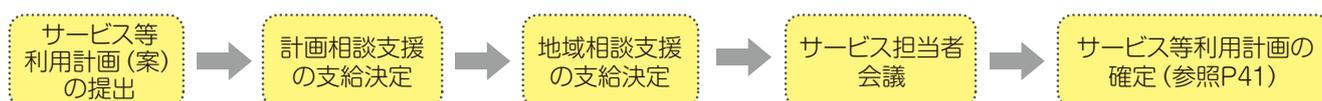
### ■アセスメントにより確認された退院に向けた課題

- ①長期入院により本人の生活能力がわからない。
- ②地域とのトラブルが入院のきっかけとなっており、地域の理解が必要。
- ③自宅がゴミ屋敷化しているため、住める状態にすることが必要。
- ④他者へ自ら関わろうとしない。自分の殻に閉じこもりがち。
- ⑤退院に向けた服薬と金銭管理の練習が必要。
- ⑥キーパーソンとなれる家族がいない。



### ■サービス等利用計画の作成と主な内容

- ①地域移行支援を利用し、退院を目指す。
- ②地域の理解を得るための働きかけを全支援者で行う。
- ③自宅の環境整備(外泊練習ができるようにゴミを片づける)を行う。
- ④病棟での作業療法、SSTへの参加を促す等、本人に無理のない範囲で他者との交流を促進し、余暇活動などを通して、楽しみをみつけるかわりを行う。
- ⑤服薬と金銭管理の練習をする。
- ⑥相談したいことは、病院の精神保健福祉士や指定地域移行従事者等にする。



## 2. 退院に向けた地域移行支援計画の作成

サービス等利用計画を確定し地域相談支援の契約を結んだ後に、指定地域移行支援従事者は相談支援専門員と一緒に本人との関係づくりを行った。指定地域移行支援従事者は相談支援専門員からの情報と基本相談における本人との面談を通じてアセスメントを行い、次のように課題を整理した。

### ■アセスメントにより確認された地域移行に向けた課題

- ①家事能力の確認を行うために生活訓練を活用する必要がある。
- ②地域の理解を得るために、相談支援専門員、市役所、病院の退院促進チームでの働きかけが必要である。
- ③自宅がゴミ屋敷化しているため、外泊できる状態に片づける必要がある。
- ④退院後の日中活動について検討する必要がある。
- ⑤入院中に服薬と金銭の自己管理の練習が必要である。
- ⑥退院後の緊急体制の構築と関係づくりが必要である。

## ■地域移行支援計画(案)の作成

- ①本人の生活能力の確認と家事の練習のため、障害福祉サービス事業所(生活訓練)の通所による体験利用(3ヶ月以内、15日以内)を組み込む。
- ②地域の理解を得るために、相談支援専門員、市役所、病院の退院促進チームで地域住民への働きかけを行う。
- ③本人及び関係者全員で自宅の片づけを行う。
- ④本人の趣味を生かせる場を病院内で設定してもらう。
- ⑤1日分の服薬自己管理の練習から始める。
- ⑥2週間ごとの定期的な面談を継続し、退院後の生活イメージを共有する。

## ■地域移行支援計画を実行に移すための準備

本人に地域移行支援計画(案)を説明し、同意を得た。  
 主治医に地域移行支援計画(案)を説明し、了解を得た。  
 障害福祉サービス事業所(生活訓練)と委託契約に関する打合せを行った。

## ■(地域移行支援計画)計画作成会議

指定地域移行支援従事者は本人、障害福祉サービス事業所(生活訓練)の職員、退院促進チーム(主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士)市の障害福祉担当者、相談支援専門員を招集して計画作成会議を開催し、病院の役割、生活訓練の役割、地域の役割等を確認し地域移行支援計画を確定した。(参照P40)

## ■病院の退院支援計画や看護計画、リハビリテーション実施計画書との連携状況

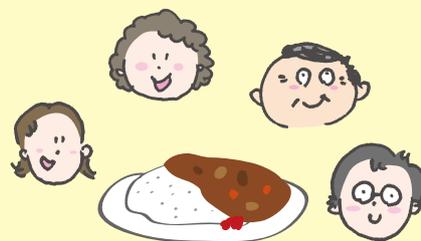
病院の看護計画では意欲を喚起する取り組みが実施されていたが、さらに服薬と金銭の自己管理の練習を依頼し、リハビリテーション実施計画書には退院後の日中活動の充実に向けて、本人の趣味を生かせる場面の設定や生活能力の評価を依頼した。  
 また、退院の鍵となる地域の理解及び自宅の片づけについても病院への協力と計画への反映を依頼した。

## 3. 計画の実行

### (1) 支援の経過

#### ■ポイントとなった支援

- ①退院先のイメージを共有化するための支援。
  - 福祉サービス事業所(生活訓練)での家事の練習。
  - カレーをつくってもらい、練習の成果を退院促進チームと共有。
- ②民生委員などを交えた、地域での関係機関の打合せの実施。
  - 支援チーム全体で地域住民に対して退院後の訪問型サポート体制について説明し、住民の不安軽減を図った。
- ③自宅への外泊に向けた支援と外泊の実施。
  - 自宅を外泊できる状態にするための片づけ支援。
  - 自宅での外泊に必要な買い物の同行支援。
  - 自宅外泊に併せた退院前訪問看護指導の実施。



これらの経過を病院の退院促進チーム(主治医、病院の精神保健福祉士、看護師、作業療法士)、市の障害福祉担当者、相談支援専門員、指定地域移行支援従事者等が参加する関係機関の打合せを繰り返し行い進捗状況の共有を図った。

このようなプロセスを通じて、本人は「家事に自信がついた」「病院より自宅の方が居心地良い」「訪問看護も来てもらって良い」「薬は飲みます」といったような意思表示がされるようになり、(本人や関係機関と進捗状況を共有・支援の微調整をする)ケア会議を通じて以下のことが確認され、支援開始6ヶ月目に退院の目途が立った。

### ■(本人や関係機関と進捗状況を共有・支援の微調整をする)ケア会議を通じて確認された事項

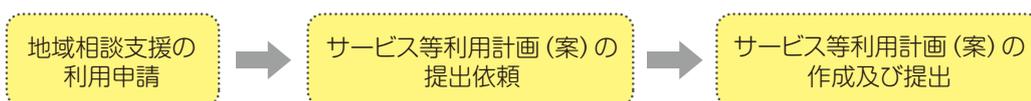
- ①障害福祉サービス事業所(生活訓練)で繰り返し家事の練習を行い、本人に自信がたった。
- ②退院後の支援体制を地域住民、民生委員に説明し不安の軽減を図れた。
- ③支援者全員で自宅の大掃除を実施し、外泊を繰り返し退院への意欲が高まった。
- ④退院後も通院と服薬を継続する気持ちと、訪問看護を利用する気持ちを確認した。

## (2) 退院に向けた動き

退院の目途がついたことから地域移行支援の開始6ヶ月目に計画相談支援のモニタリングを実施し、以下の通り退院後に必要となるサービス等を確認した。

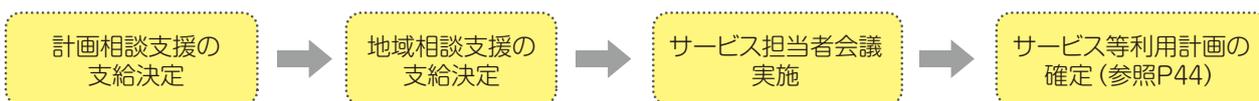
### ■退院後のサービス等利用計画に向けたモニタリング結果から見える課題

- ①家事に一定の自信はついたが、退院後も継続的な見守り支援が必要。
- ②再びゴミ屋敷化しないよう生活の見守りが必要。
- ③地域住民と良好な関係を維持できるように、地域住民と支援者とのコミュニケーションの継続が必要。
- ④日中活動が必要と思われるが、現段階では本人に参加意思がないので無理強いせず、退院後の様子を見ながら再検討することが必要である。
- ⑤2週間分の金銭管理は無駄遣いもなく順調である。
- ⑥キーパーソンとなれる家族がなく、地域定着支援の必要性がある。



### ■退院後の「修正」サービス等利用計画の主な内容

- ①医療(服薬含む)を継続すること。
- ②退院後の自宅生活が定着するように訪問看護や指定特定相談支援事業所のモニタリング訪問等を利用し、地域生活支援と地域住民との関係維持を図る。
- ③生活費をやりくりするため、日常生活自立支援事業を利用する。
- ④地域定着支援を利用して、地域で継続して生活できるよう支援していく。



地域移行支援開始から6ヶ月後に自宅へ退院。

## 4. 退院、退院後の支援の流れ

退院後は徒歩で通院し、服薬もしっかり行っている。

日々の金銭管理は日常生活自立支援事業を利用し、2週間ごとに生活費を届けてもらっている。

調理については、生サンマを電子レンジで温めて食べる等、多少変わったやり方をする時もあるが、概ね問題なくされている。

日中活動への参加意思は以前同様になく、自宅でのんびり過ごしていることが多いが、機会をみて町内活動や市のイベントに誘ったり同行する予定である。

訪問看護を利用し、受け入れも問題なく部屋の整理整頓もできている。

相談支援専門員は時々、民生委員や近隣を訪ねて住民とのコミュニケーションを図っているが、「今のところは問題ない」との回答である。

### ■モニタリングの実施状況

- モニタリング実施頻度…退院後は地域定着支援を利用。  
退院直後は地域生活の安定を図るため相談支援専門員は1週間ごとに訪問し、状況を把握する。  
地域生活が安定し、住民の不安が軽減するまで毎月モニタリングを実施する必要がある。

## 申請者の現状(基本情報)

|     |            |        |       |          |            |
|-----|------------|--------|-------|----------|------------|
| 作成日 | 平成24年4月15日 | 病院・施設名 | △△△病院 | インテーク作成者 | △△△病院●●PSW |
|-----|------------|--------|-------|----------|------------|

## 1. 概要(支援経過・現状と課題等)

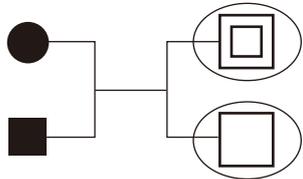
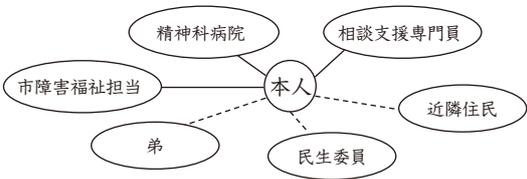
## ●支援経過 ※退院できなかった理由も含む

25歳頃に統合失調症を発症するが、通院により病状は安定し、順調に仕事に通っていた。  
35歳頃に両親が他界し、40歳頃に病状が悪化。商店の前で寝そべったり、女性をじっと見つめていたりする行動が顕在化し入院した。以後10年が経過している。  
治療により退院可能な状態であったが、協力ができそうな家族が不在であること、もともと内気な性格で退院したい気持ちを表現することが少なかったこと、住民の反対がありそうなこと、自宅の大掛かりな片づけが必要なことから次第に病棟に埋もれていった。  
本人は自宅への退院を希望しているが、退院に向けて複数の課題を解決する必要があるため地域移行支援のサービスを申請するに至った。

## ●退院に向けての課題

- ①長期入院により本人の生活能力がわからない。
- ②地域とのトラブルが入院のきっかけとなっており、地域の理解が必要。
- ③自宅がゴミ屋敷化しているため、住める状態にすることが必要。
- ④他者へ自ら関わろうとしない。自分の殻に閉じこもりがち。
- ⑤退院に向けた服薬と金銭管理の練習が必要。

## 2. 利用者の状況

|  |  |         |   |      |        |
|--|--|---------|---|------|--------|
| フリガナ<br>利用者氏名  | 伊勢 太郎  | 生年月日    | MT<br>SH 年 月 日(50歳)                                       | 性別   | ○男 · 女 |
| 住所   | 〒 ●●●●-●●●● ○○県○○市○○町○○番地  |         |   | 電話番号 |        |
|  | (持家) · 借家 · グループ/ケアホーム · 入所施設 · 医療機関 · その他( )  |         |   |      |        |
| フリガナ<br>保護者氏名  | (続柄 )  | 住所      | 〒   | TEL. | ( )    |
| 障害または疾患名   | 統合失調症  | 入院形態    | 措置 · 健保 · (任意)  |      |        |
| 合併症の有無   | 有 · (無) (病名 )  | 他科受診の状況 | 有 · (無) (医療機関名 頻度 )                                       |      |        |
| 手帳   | (有) · 無 · 申請中<br>【種類】 身体 · 療育 · (精神) ( 2 級)  | 年金      | (有) · 無 · 要件無<br>【種類】 障害基礎 · (障害厚生) · 老齢<br>( 88,000 円/年) |      |        |
| 経済状況   |  |         |   |      |        |
| ●家族構成 ※ジェノグラム、年齢、職業、主たる介護者等を記入   | ●社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)  |         |   |      |        |
|  弟は、GH・CHIに入居   |  |         |   |      |        |
| ●生活歴 ※病歴・受診歴等含む  | ●処方内容  |         |   |      |        |
| 地元の高校を卒業し、部品製造会社に就職。24歳頃に統合失調症を発症したが、その後も通院しながらも、働き続けた。40歳頃に会社を自主退職、近隣のトラブルあり、医療保護入院となり、以後10年にわたり入院継続している(2年前より任意入院に切り替わった)。両親は15年程前に他界。弟は知的障害があり、知的障害の利用者が多い作業所に通所し、GH・CHIに入所している。自宅は、一戸建て住宅で、両親が他界してからは、本人の持ち家となっているが、ゴミ屋敷状態である。 | ルーラン 4mg 1錠 朝夕<br>セルシン 2mg 2錠 朝夕<br>ロヒプノール 2mg 1錠 就<br>ドラール 20mg 1錠 就                |         |   |      |        |
| ●本人の主訴(意向・希望)<br>退院して自宅で暮らしたい。   | ●本人の主訴を踏まえた家族の意見(意向・希望)<br>両親は亡くなり、唯一の肉親である弟は知的障害にてGH・CHIに入居している。                    |         |   |      |        |



## 3. 入院中の状況

|                         |                                  | 現 状  | 課 題   | 可 能 性  |
|-------------------------|----------------------------------|--|---|--|
| 本人の状態（身の回りのこと、自己管理の状況等） | A D L                            | 自立しており、<br>移動等の課題はない。                                  | 自発性にやや乏しさがみられる。   | 声かけすれば、<br>掃除、洗濯、入浴など<br>可能。                 |
|                         | 日中の様子・<br>日中活動                   | 声かけにより、作業療法へ<br>参加し、手工芸等をしている。<br>SSTは参加していない。         | 他者との交流には<br>消極的である。   | 退院後の日中活動の検討が<br>必要である。                       |
|                         | 睡 眠                              | 睡眠薬服用にて<br>眠れている。                                      | 退院にむけて、自己管理の<br>練習が必要。  |  |
|                         | 服薬管理                             | 病棟管理である。<br>1回毎に看護師が手渡して<br>服用している。                    | 退院にむけて、自己管理の<br>練習が必要。  |  |
|                         | 金銭管理                             | 病棟が管理し、<br>週に1度小遣い程度を<br>渡している。                        | 退院したときに、<br>どこまで自己管理できるか不明。   | 退院後は<br>日常生活自立支援事業の<br>利用が必要かもしれない。          |
|                         | 対人面                              | 自分から他者へ話しかけることは<br>ほとんどない。<br>話しかけられると<br>返事をすることはできる。 | 本人に負担の少ない程度で<br>他者との交流も必要と思われる。<br>入院前に地域住民に対する<br>迷惑行為があり、地域住民の<br>不安の軽減が必要。 | 本人も地域住民も<br>互いに安心して暮らせるよう、<br>継続して関わる支援者が必要。 |
|                         | その 他<br>(合併症等)                   | 特になし。  |   |  |
| 主治医の意見・留意点等             | 本人は病状安定し、地域での支援体制が整えば、退院可能と思われる。 |  |   |  |

## サービス等利用計画

|                |              |                |                |
|----------------|--------------|----------------|----------------|
| 利用者氏名(児童氏名)    | 伊勢 太郎        | 障害程度区分         | 指定特定相談支援事業所★★★ |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | 102030405060 |                | ☆☆☆☆           |
| 地域相談支援受給者証番号   | 102030405060 | 利用者同意署名欄       | 伊勢 太郎          |
| 計画案作成日         | 平成24年4月30日   | モニタリング期間(開始年月) | 平成24年10月       |

|                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| 利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活) | 私は自宅で、自分なりの生活を送っていききたい。 |
|----------------------------|-------------------------|

|         |               |                                    |
|---------|---------------|------------------------------------|
| 長期で目指す姿 | 平成 25 年 3 月頃  | 私は自転車 で近くのスーパーで食材を買って、自宅で調理して食べたい。 |
| 短期で目指す姿 | 平成 24 年 10 月頃 | 私は、精神科病院を退院して自宅に戻りたい。              |

| 短期で目指す姿の実現のために当面取り組むこと                                     | 福祉サービス等(種類・内容・量(頻度・時間))     | 提供期間    | 支援担当者                  | 私(本人)の役割   | 支援者等の役割   | その他 支援上の留意事項等  | 評価時期 |
|--|-----------------------------|---------|------------------------|--|---|--|------|
| 退院に向けて病院以外の関係者の力を借りながら必要な準備(自宅の片づけ、家事の練習、住民との話し合い等)を一緒に行う。 | 地域移行支援(月2回以上)               | 平成24年9月 | 指定地域移行支援従事者            | 困っていること、心配事などを支援者に遠慮なく言います。自分でできることはできるだけ行い、難しい時は手伝ってほしいと頼みます。退院に必要な家事等を練習します。 | 退院に必要な取り組みを整理し、地域移行支援計画を立案します。退院に必要な同行支援及び関係機関との調整を行います。                  | 支援者に慣れるまで時間がかかるかもしれませんが、支援者から声をかけるように心がけてください。地域住民の理解や協力を得られるように病院・福祉事業者・市役所等で打ち合わせの機会を持ちます。 | 6ヶ月後 |
| 困った時に相談に乗ったり、助けてくれる人と顔見知りになっておく。                           | 基本相談<br>病院の精神保健福祉士との面談(月1回) | 平成24年9月 | 指定地域移行支援従事者<br>精神保健福祉士 | 一番話しやすい精神保健福祉士に退院準備の進捗状況を伝えておきましょう。  | 月1回、太郎さんの話を聞き必要に応じて指定地域移行支援従事者と連携をとります。                                   |  |      |
| 退院に向けて病院の力を借りながら必要な準備(薬と金銭のやりくりを練習する等)を一緒に行う。              | 看護計画、リハビリテーション実施計画に基づいた治療   | 平成24年9月 | 病院<br>看護師<br>作業療法士     | 服薬と金銭が自己管理できるよう練習に取り組みます。退院に向けて、作業療法やSSTIに参加して体を慣らしておきましょう。                    | 内服の必要性の理解と自己管理ができるように支援してもらいます。生活に必要な金を分かりやすく整理します。体を動かす機会や趣味活動の機会を提供します。 | 本人は以前、ハーモニカを演奏することが好きでした。演奏できる機会を工夫していただけると良い。   |      |

|           |   |
|-----------|---|
| 総合的な支援の方針 | 退院して自宅で、地域住民と良好な関係を保ちながら、ふつうに暮らすことができるよう支援していく。 |
|-----------|---|

当初計画

地域移行支援計画

これから先、6か月の計画です。自分のペースで取り組みます。毎月相談をして、必要な時は見直しをしましょう。

利用者氏名： 伊勢 太郎 さん 作成年月日： H24 年 4 月 30 日

|                      |  |
|----------------------|--|
| サービス等利用計画の到達目標       | 退院して自宅で、地域住民と良好な関係を保ちながら、いっしょに暮らすことができる。 |
| (1) 長期目標 (内容及び評価時期等) | 精神科病院を退院して自宅に戻る。(平成24年10月頃)              |
| (2) 短期目標 (内容及び評価時期等) | 退院後の生活のイメージができる。(平成24年7月頃)               |

伊勢 太郎 さん自身がすることを矢印の下に書き込みます。

| 伊勢 太郎 さんの<br>期待や不安    | その為に<br>協力する人         | 協力する<br>内容                  | 留意事項等                         | 協力(支援)の目安  |    |    |    |                         |                         |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|----|----|----|-------------------------|-------------------------|
|                       |                       |                             |                               | 5月   | 6月 | 7月 | 8月 | 9月                      | 10月                     |
| 家事の不安がある。             | 障害福祉サービス事業所(生活訓練)     | 調理訓練をお手伝います。                | 利用料は☆☆相談支援事業が支払います。           | 通所の生活訓練で、調理の練習をする。(練習は15日以内です)                               |    |    |    | 外泊中に調理をする。              |                         |
| ご近所とうまくやっけていけるか不安がある。 | 支援者全員                 | 地域住民の理解や協力を得られるようにする。       | 太郎さんと住みのどちらの不安も軽減できる方法を検討します。 | 関係機関と一緒に打合せ会議をする。  |    |    |    | 民生委員等に外泊中の訪問型支援体制を説明する。 | 民生委員等に退院後の訪問型支援体制を説明する。 |
| 自宅外泊できるように片づけが必要。     | 協力できる支援者全員            | 自宅の大掃除。                     | 事前に有料ゴミの処分料を見積もります。           | 指定地域移行支援従事者を中心に掃除の段取りを検討する。                                  |    |    |    | 大掃除の実施。                 | 外泊時に自分で掃除。              |
| 退院に向けて体慣らしの必要がある。     | 退院促進チーム(作業療法士)        | ハーモニカ演奏の機会の確保等。             |                               | ハーモニカの練習を一緒にします。   |    |    |    | 曲を決めて練習し、作業療法で演奏する。     |                         |
| 退院に向けて薬の自己管理を練習する。    | 退院促進チーム(看護師)          | 一日の自己管理から2週間分の自己管理を練習します。   | 薬剤師の協力を得ます。                   | 1週間分の自己管理練習。   |    |    |    | 2週間分の自己管理の練習。           | 外泊中の練習。                 |
| 退院後に備え支援者と顔見知りになっておく。 | 指定地域移行支援従事者病院の精神保健福祉士 | 定期的に面接をして、太郎さんの希望や不安を確認します。 |                               | 2週間に1回定期的に面接をして、退院に向けた進み具合を確認します。わからないことや心配事があればその都度相談にのります。 |    |    |    |                         |                         |

同意日 H24 年 4 月 30 日 利用者名 伊勢 太郎 印 指定一般相談支援事業所 ☆ ☆ 相談支援専門員 (地域移行推進員) ● ● ● ● 印

# 危機かな(ピンチかな)と思った時に

(クライシスプラン)

利用者氏名： 伊勢 太郎 さん  
作成年月日： H24 年 10 月 1 日

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| <p>私の調子が悪くなる前は(サインは)</p> | <p>体重が急激に減少する。</p> |
|--------------------------|--------------------|

サインかなと思ったら……

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <p>私のすること</p>         | <p>指定一般相談支援事業所の相談支援専門員に相談する。<br/>主治医、訪問看護に相談する。</p> |
| <p>周りの人にしてほしいこと</p>   | <p>自分の調子が悪くなったら、受診を促して欲しい。</p>                      |
| <p>周りの人にしてほしくないこと</p> | <p>自分に相談せずに勝手に入院等を決めないで欲しい。</p>                     |

同意日 H24 年 10 月 20 日

|     |     |
|-----|-----|
| 主担当 | 連絡先 |
| 主治医 | 連絡先 |
| 行政  | 連絡先 |
| その他 | 連絡先 |

# サービス等利用計画——退院後

|                |              |                |                               |               |
|----------------|--------------|----------------|-------------------------------|---------------|
| 利用者氏名(児童氏名)    | 伊勢 太郎        | 障害程度区分         | 区分2                           | 指定特定相談支援事業所★★ |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | 102030405060 |                |                               | ☆☆☆☆          |
| 地域相談支援受給者証番号   | 102030405060 |                |                               | 伊勢 太郎         |
| 計画作成日          | 平成24年10月1日   | モニタリング期間(開始年月) | 3ヶ月間は毎月(平成24年11月・12月・平成25年1月) |               |

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)  
 私は自宅地域住民と良好な関係を保ちながら、ふつうに暮らしたい。

|         |           |                                  |
|---------|-----------|----------------------------------|
| 長期で目指す姿 | 平成25年3月頃  | 私は自転車付近のスーパーで食材を買って、自宅で調理して食べたい。 |
| 短期で目指す姿 | 平成24年12月頃 | 私は、自宅の生活に慣れたい。                   |

| 短期で目指す姿の実現のために当面取り組むこと | 福祉サービス等           | 種類・内容・量(頻度・時間) | 提供期間     | 支援担当者          | 私(本人)の役割             | 支援者等の役割                                       | その他支援上の留意事項等                                      | 評価時期     |
|------------------------|-------------------|----------------|----------|----------------|----------------------|---|---|----------|
| 体調を崩さず安定して過ごす。         | 通院(1回/2週)         |                | 平成25年9月末 | 精神科病院          | 定期的に通院する。            | 診察及び投薬を行います。必要に応じて治療上のアドバイスを行います。             | 体重減少に注意。支援者は必要に応じて地域住民とコミュニケーションをとり、良好な関係維持に努めます。 | 平成25年2月  |
|                        | 訪問看護(1回/週、30分)    |                |          | 精神科病院<br>訪問看護師 | きちんと服薬する。近況を話す。      | 服薬状況の確認。生活状況等の確認。本人の話や傾聴し状況を把握する。体重減少等の確認を行う。 |   |          |
| 生活費のやりくりをする。           | 日常生活自立支援事業(1回/2週) |                |          | 社会福祉協議会        | 2週間分の生活費をやりくりする。     | 日常的な金銭管理。書類等の支援。その他、サービス利用に関する相談のりります。        | 必要に応じて管理期間を調整します。                                 | 平成24年12月 |
| 近隣住民との関係を維持する。         | 地域での見守り(随時)       |                |          | 民生委員           | 挨拶をする。整理整頓して散らかさない。  | 何か気になることがあった時は、右記に連絡をください。                    | 指定特定相談支援事業所★★<br>電話:080-0000-1234                 |          |
| 緊急時に相談できる場がある。         | 地域定着支援            |                |          | 指定一般相談支援事業所    | 困ったことが起きたら、緊急電話へかける。 | 退院直後は週1回の訪問を行い生活状況を把握する。必要時は電話、訪問等で対応する。      | 退院1週間は相談支援専門員が2日に1回訪問します。                         | 平成25年2月  |

総合的な支援の方針  
 ようやく念願の退院にたどり着けた本人の気持ちに配慮し、本人のペースで生活することを大事にする。一方で、住民の不安もあることから退院後1週間程度は2日毎に訪問し、近隣との関係に配慮する。また、本人の了解を得ながら地域住民とのコミュニケーションを図るとともに、機会を見て本人と一緒に町内活動に参加するなどの取り組みを検討する。そのような取り組みを通じて、病気が悪化せず、自分の生きがいを見つけられるようなかわわりを行う。

## 地域定着支援計画兼台帳

|                |              |  |              |              |  |          |           |  |
|----------------|--------------|--|--------------|--------------|--|----------|-----------|--|
| 利用者氏名          | 伊勢 太郎        |  | 住所           | 〇〇〇市〇〇〇町〇〇番地 |  | 電話番号     | ●●-●●●●●● |  |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | 102030405060 |  | 障害程度区分       | 区分2          |  | 計画作成担当者  | ●●●●●●    |  |
| 地域相談支援受給者証番号   | 102030405060 |  | 指定一般相談支援事業者名 | ☆☆           |  | 利用者同意署名欄 | 伊勢 太郎     |  |
| 計画案作成日         | 平成24年10月1日   |  | 支給有効期限       | 平成25年9月30日迄  |  |          |           |  |

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 心身の状況    | 移動能力等には問題なし、精神的にも安定しているが、内気な性格で他者との交流が苦手である。  |  |
| 置かれている環境 | <input type="checkbox"/> 単身生活 <input type="checkbox"/> 障害・疾病・高齢等の家族と同居 <input checked="" type="checkbox"/> 退院・退所直後及び地域生活不安定 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |

|         |              |                                   |
|---------|--------------|-----------------------------------|
| 長期で目指す姿 | H 25 年 3 月頃  | 私は自転車で近くのスーパーで食材を買って、自宅で調理して食べたい。 |
| 短期で目指す姿 | H 24 年 12 月頃 | 私は自宅での生活に慣れていきたい。                 |

| 短期で目指す姿の実現のために当面取り組むこと       | 福祉サービス等<br>種類・内容・量(頻度・時間) | 提供期間         | 支援担当者               | 私(本人)の役割  | 支援者等の役割   | その他 支援上の留意事項等   | 評価時期 |
|------------------------------|---------------------------|--------------|---------------------|---|---|---|------|
| 困った時にすぐに相談する。<br>悩みを一人で抱えない。 | 地域定着支援<br>(必要時)           | 平成 25 年 9 月末 | 指定一般<br>相談支援<br>事業所 | 症状以外で生活の困りごとを<br>相談をする。<br>指定特定相談支援事業所★★★<br>電話:080-●●-△×■-1234 | 必要時は電話、訪問等で<br>対応する。  | 医療と福祉が<br>相互に連絡、連携を取り合い<br>地域生活の定着を支援する。  | 3ヶ月後 |
|                              | 訪問看護<br>(2週間に1回)          |              | 精神科<br>病院           | 約束の日時に<br>訪問看護を受ける。<br>困った時に相談する。                               | 服薬状況の確認。<br>生活状況等の確認。<br>本人の話を傾聴し状況を<br>把握する。<br>体重減少等の確認を行う。 | 【処方内容】<br>ルーラン 4mg 1錠 朝夕<br>セルシン 2mg 2錠 朝夕<br>ロヒプノール 2mg 1錠 就<br>ドラール 20mg 1錠 就 |      |

| 緊急時に必要となる連絡先 | 所 属         | 担当者        | 連絡先       | その他 |
|--------------|-------------|------------|-----------|-----|
| 家族           | なし          | なし         | ●●●●-●●●● |     |
| 訪問看護         | △△△病院 訪問看護室 | 看護師 ●●●●   | ●●●●-●●●● |     |
| かかりつけ        | △△△病院       | 主治医 ●●●●先生 | ●●●●-●●●● |     |
| その他          | 民生委員        | ●●●●       | ●●●●-●●●● |     |

# 7 厚労省 Q & A 抜粋

厚生労働省事務連絡「平成24年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A（平成24年8月31日）の送付について」より抜粋したものです。

## (1) 計画相談（※障害児相談支援も同様の扱い）

(問42)

**Q** モニタリングの結果、サービス等利用計画の変更や新たな支給決定等に係る勧奨が必要ない場合であっても、継続サービス利用支援の報酬は算定できるか。

**A** 算定できる。

(問43)

**Q** 障害福祉サービス等の申請が却下された場合は、計画相談支援給付費は支給されないのか。

**A** お見込みのとおり。

(問44)

**Q** サービス利用支援は、サービス等利用計画を作成した日が属する月分（以下の場合には平成24年4月分）として、その翌月に請求するのか。

（例）支給決定の通知日 4月10日 計画作成 4月20日 支給決定5月1日

**A** お見込みのとおり。



## (2) 地域相談支援

(問45)

**Q** 障害福祉サービスの体験利用加算、体験宿泊加算、緊急時支援費の一時的な滞在による支援について、指定障害福祉サービス事業者に委託する場合の報酬は、障害福祉サービス事業者に算定されるのか、それとも、指定一般相談支援事業者に算定されるのか。

**A** 指定一般相談支援事業者に算定される。なお、指定一般相談支援事業者が、委託先の障害福祉サービス提供事業者に委託費を支払うこととなる。

(問46)

**Q** 障害福祉サービスの体験利用加算、体験宿泊加算、緊急時支援費の一時的な滞在による支援に係る報酬額と、指定障害福祉サービス事業者に委託する場合の委託費の額の関係如何。

**A** 基本的には、障害福祉サービスの体験利用等を委託により実施する場合は当該報酬額を委託先に支払うことを想定しているが、指定一般相談支援事業者と委託先の指定障害福祉サービス事業者との業務の役割分担等個別の状況が異なることから、個別の委託額は委託契約により定めることとして差し支えない。



「障害者地域相談のための実践ガイドライン」は、  
支援の三角点設置研究会のホームページよりダウンロードできます。

<http://sankakuten.sakura.ne.jp/blog/>

お問合せ

一般社団法人 支援の三角点設置研究会 事務局  
<http://sankakuten.sakura.ne.jp/blog/>  
〒116-0014 東京都荒川区東日暮里5-10-2

**「障害者地域相談のための実践ガイドライン」編集委員会**

Tel.03-3891-4116 Fax.03-3801-7227

---

■ 編集・発行 一般社団法人 支援の三角点設置研究会  
■ 発行日 平成27年6月(第3版発行)