

大分県
地域移行・地域定着支援事例集

平成30年2月

大分県自立支援協議会
地域移行専門部会

目 次

I 事例集の趣旨等

- 1 事例集の趣旨、利用方法
- 2 地域移行支援・地域定着支援とは

II 大分県の現状

- 1 障がい者手帳所持者数
 - ①身体障害者手帳所持者数
 - ②療育手帳所持者数
 - ③精神保健福祉手帳所持者数
(参考) 自立支援医療(精神通院医療)受給者数
- 2 地域移行・地域定着支援等の状況について
 - ①地域移行・地域定着支援サービス利用実績
- 3 精神科病院及び在院患者の状況について
 - ①精神科病院の病床数・病棟数
 - ②専門病棟等別の病棟数・病床数
 - ③精神科病院 従事者数
 - ④精神科病院在院患者数(年齢階級別)
 - ⑤精神科病院在院患者数(入院形態別)

III 地域移行支援・地域定着支援事例

- 1 地域移行支援のながれ
- 2 事例
 - (1) 自宅生活への不安が強かった事例
 - (2) 地域とのトラブルが入院のきっかけとなった事例
 - (3) 情緒が不安定でトラブルを起こしやすい事例

IV Q&A

地域移行支援・地域定着支援に係る Q&A

I 事例集の趣旨等

I 事例集の趣旨等

1 事例集の趣旨、利用方法

○事例集の趣旨

本事例集は、相談支援事業所や医療機関、市町村などが地域移行支援を行う際の参考にできるように大分県自立支援協議会地域移行専門部会において作成したものです。

○本事例集の利用方法

- ・地域移行支援・定着支援を行う際の参考とする。
- ・他の事業所や市町村などの情報を共有する。
- ・各市町村自立支援協議会など、地域移行・地域定着支援を推進していく部門において活用する。 など

2 地域移行支援・地域定着支援とは

○地域移行支援とは

障害者支援施設等に入所している障がい者又は精神科病院に入院している精神障がい者その他の地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関するその他の必要な支援を行う。

○地域定着支援とは

居宅において単身等で生活する障がい者につき、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他必要な支援を行う。

Ⅱ 大分県の現状

II 大分県の現状

II 大分県の現状

1 障がい者手帳所持者数

①身体障害者手帳所持者数(平成28年度末時点)

(単位:人)

市町村	障害区分						合計
	視覚障がい	聴覚障がい	平衡機能障害	音声・言語・そしゃく機能障害	肢体不自由	内部障がい	
大分市	1,220	1,923	11	143	11,389	6,399	21,085
別府市	521	474	7	87	3,791	1,847	6,727
中津市	234	335	3	38	1,793	1,153	3,556
日田市	172	272	1	32	2,003	991	3,471
佐伯市	327	340	3	43	2,493	1,310	4,516
臼杵市	145	241	1	23	1,462	709	2,581
津久見市	114	111	0	13	738	419	1,395
竹田市	112	241	3	22	1,283	446	2,107
豊後高田市	76	129	2	10	724	388	1,329
杵築市	97	206	0	18	935	482	1,738
宇佐市	195	338	2	41	1,785	1,013	3,374
豊後大野市	189	473	2	19	1,649	773	3,105
由布市	92	170	1	27	1,168	576	2,034
国東市	109	236	1	19	1,058	541	1,964
姫島村	11	25	0	1	58	34	129
日出町	81	103	0	14	878	422	1,498
九重町	44	68	0	7	615	197	931
玖珠町	62	92	1	15	712	298	1,180
合計	3,801	5,777	38	572	34,534	17,998	62,720

②療育手帳所持者数(平成28年度末時点)

(単位:人)

市町村	重度		中軽度		合計
	18歳未満	18歳以上	18歳未満	18歳以上	
大分市	337	886	716	1,694	3,633
別府市	83	286	137	441	947
中津市	44	215	84	316	659
日田市	25	189	63	318	595
佐伯市	34	226	51	419	730
臼杵市	17	84	51	177	329
津久見市	5	55	15	119	194
竹田市	7	68	19	146	240
豊後高田市	23	34	60	90	207
杵築市	17	97	31	132	277
宇佐市	25	187	48	339	599
豊後大野市	20	127	59	250	456
由布市	20	61	22	114	217
国東市	8	53	24	144	229
姫島村	0	7	0	15	22
日出町	16	69	34	100	219
九重町	2	25	4	45	76
玖珠町	13	41	8	35	97
合計	696	2,710	1,426	4,894	9,726

Ⅱ 大分県の現状

③精神障害者保健福祉手帳所持者数(平成28年度末時点)

(単位:人)

市町村	等級			合計
	1級	2級	3級	
大分市	198	2,596	951	3,745
別府市	55	795	263	1,113
中津市	22	265	132	419
日田市	27	228	107	362
佐伯市	19	295	40	354
臼杵市	11	166	50	227
津久見市	3	84	22	109
竹田市	11	165	30	206
豊後高田市	2	69	15	86
杵築市	7	139	28	174
宇佐市	19	203	82	304
豊後大野市	23	179	46	248
由布市	8	112	40	160
国東市	7	132	42	181
姫島村			1	1
日出町	10	178	150	338
九重町	1	23	13	37
玖珠町	6	62	21	89
合計	429	5,691	2,033	8,153

(参考)自立支援医療(精神通院医療)受給者数(平成28年度末時点)

(単位:人)

市町村	年齢別						合計
	10歳未満	10代~20代	30代~40代	50代~60代	70代~80代	90代以上	
大分市	138	1,167	3,479	2,800	628	52	8,264
別府市	26	280	929	1,002	285	19	2,541
中津市	9	116	418	386	68	1	998
日田市	4	110	334	374	69	4	895
佐伯市	1	115	380	345	63	0	904
臼杵市	1	58	231	231	25	0	546
津久見市	1	36	89	103	13	0	242
竹田市	3	43	148	180	136	35	545
豊後高田市	3	43	110	114	11	0	281
杵築市	6	62	194	154	49	1	466
宇佐市	7	94	327	350	36	0	814
豊後大野市	2	64	212	254	92	5	629
由布市	2	59	174	167	37	1	440
国東市	3	55	173	186	26	0	443
姫島村	0	0	5	10	1	0	16
日出町	5	75	167	212	54	2	515
九重町	0	7	27	52	4	0	90
玖珠町	1	29	65	76	14	0	185
合計	212	2,413	7,462	6,996	1,611	120	18,814

Ⅱ 大分県の現状

2 地域移行・地域定着支援等の状況について

① 地域移行・地域定着支援サービス利用実績(平成28年度)

(単位:件)

	地域移行			地域定着				
	身体障がい	知的障がい	精神障がい	身体障がい	知的障がい	精神障がい		
大分市	5		3	2	3		1	2
別府市	2			2	14		3	11
中津市	1			1				
日田市	4		1	3	1			1
佐伯市	1			1				
臼杵市	4		1	3	2			2
津久見市	6		1	5				
竹田市								
豊後高田市								
杵築市					2		1	1
宇佐市	2			2	5			5
豊後大野市								
由布市								
国東市	1			1	1			1
姫島村	1			1				
日出町								
九重町								
玖珠町								
計	27	0	6	21	28	1	4	23

II 大分県の現状

3 精神科病院及び在院患者の状況について

①精神科病院の病床数・病棟数※平成28年6月30日時点

精神科以外を 含む 全病床数	計	精神病床数			計	精神病棟数					
		夜間外 開放	終日 閉鎖	左記以外		夜間外 開放	終日 閉鎖		左記以外	電話設置	
							電話設置	電話設置		電話設置	電話設置
6,348	5,247	1,384	3,714	149	100	26	26	70	70	4	4

②専門病棟等別の病棟数・病床数※平成28年6月30日時点

アルコール		薬物		アルコール・薬物混合		児童思春期		合併症	
病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数
2	129	0	0	0	0	0	0	2	100

③精神科病院 従事者数※平成28年6月30日時点

医師		指定医				特定医師		作業療法士		ソーシャルワーカー (社会福祉士を含む)		精神保健福祉士	
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
155	210	106	55	13	13	135	3	147	1	142	0		
臨床心理技術者		看護師		准看護師		看護補助者							
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤						
20	2	1,031	50	660	63	646	261						

④精神科病院在院患者の状況(在院患者数:年齢階級別)※平成28年6月30日時点

総数	20歳未満		20歳以上40歳未満		40歳以上65歳未満		65歳以上75歳未満		75歳以上	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
4,786	15	12	131	104	898	584	654	597	589	1,202

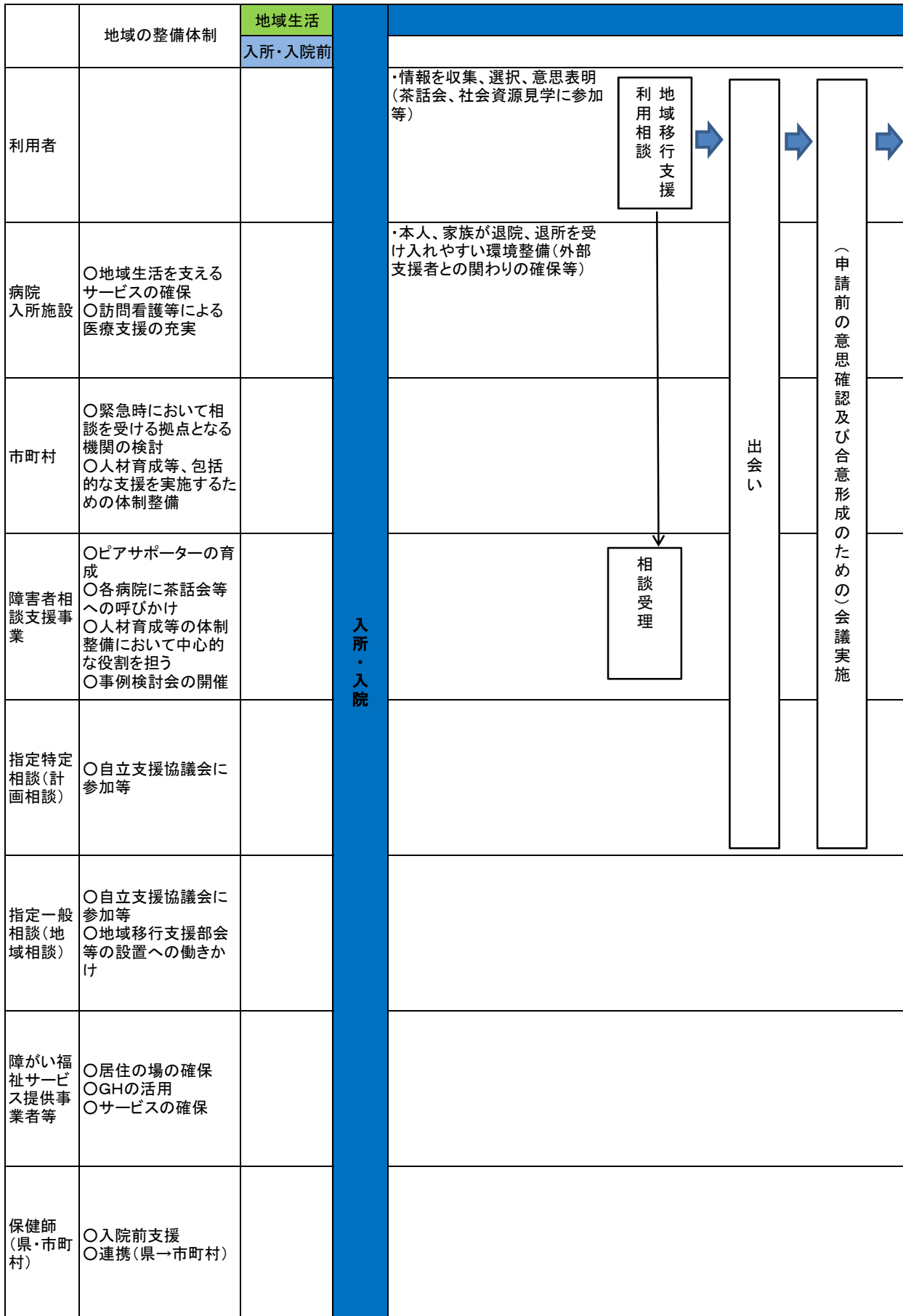
⑤精神科病院在院患者の状況(在院患者数:入院形態別)※平成28年6月30日時点

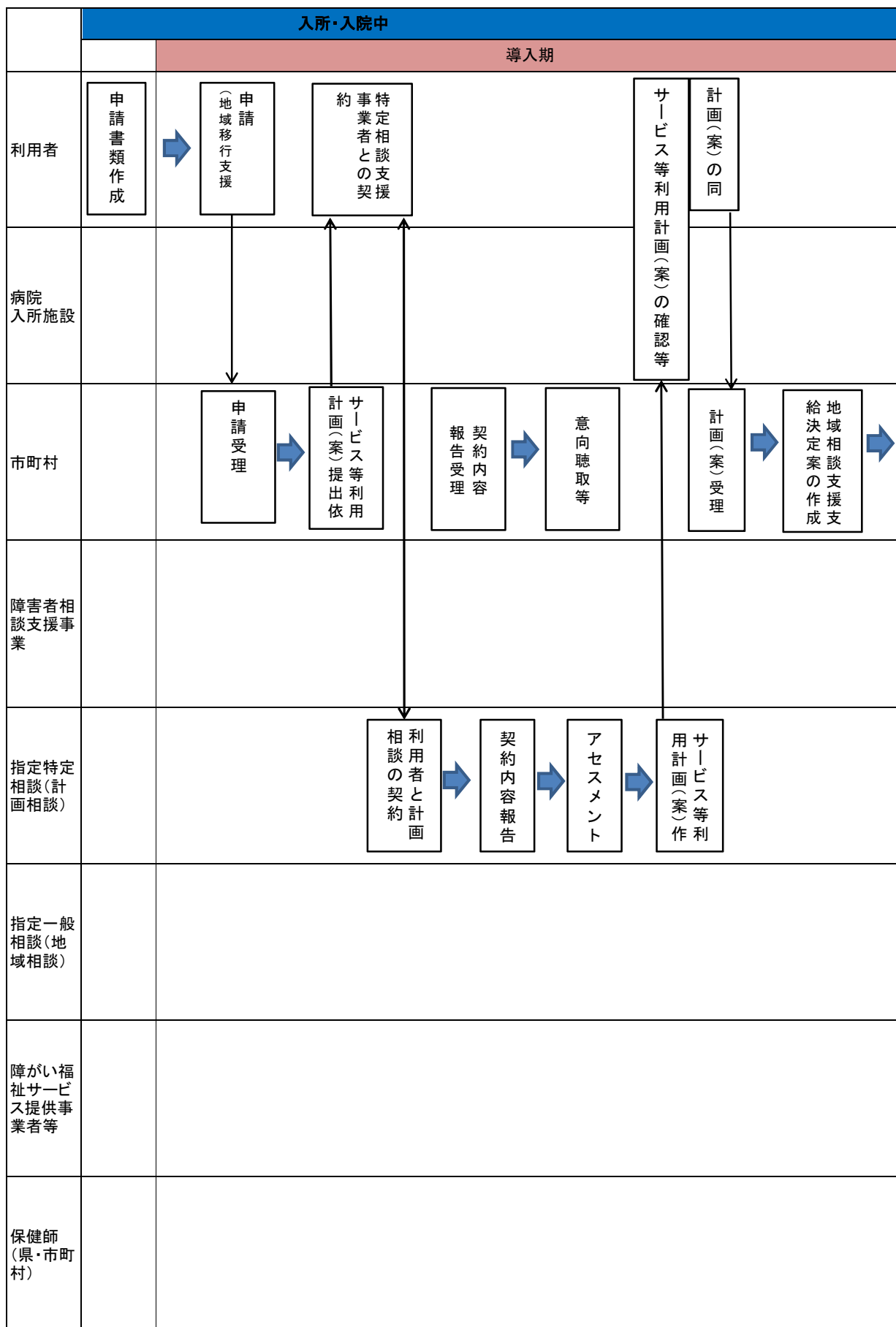
総数	措置入院		医療保護入院		任意入院		その他の入院	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
4,786	11	2	1,003	1,034	1,272	1,463	0	1

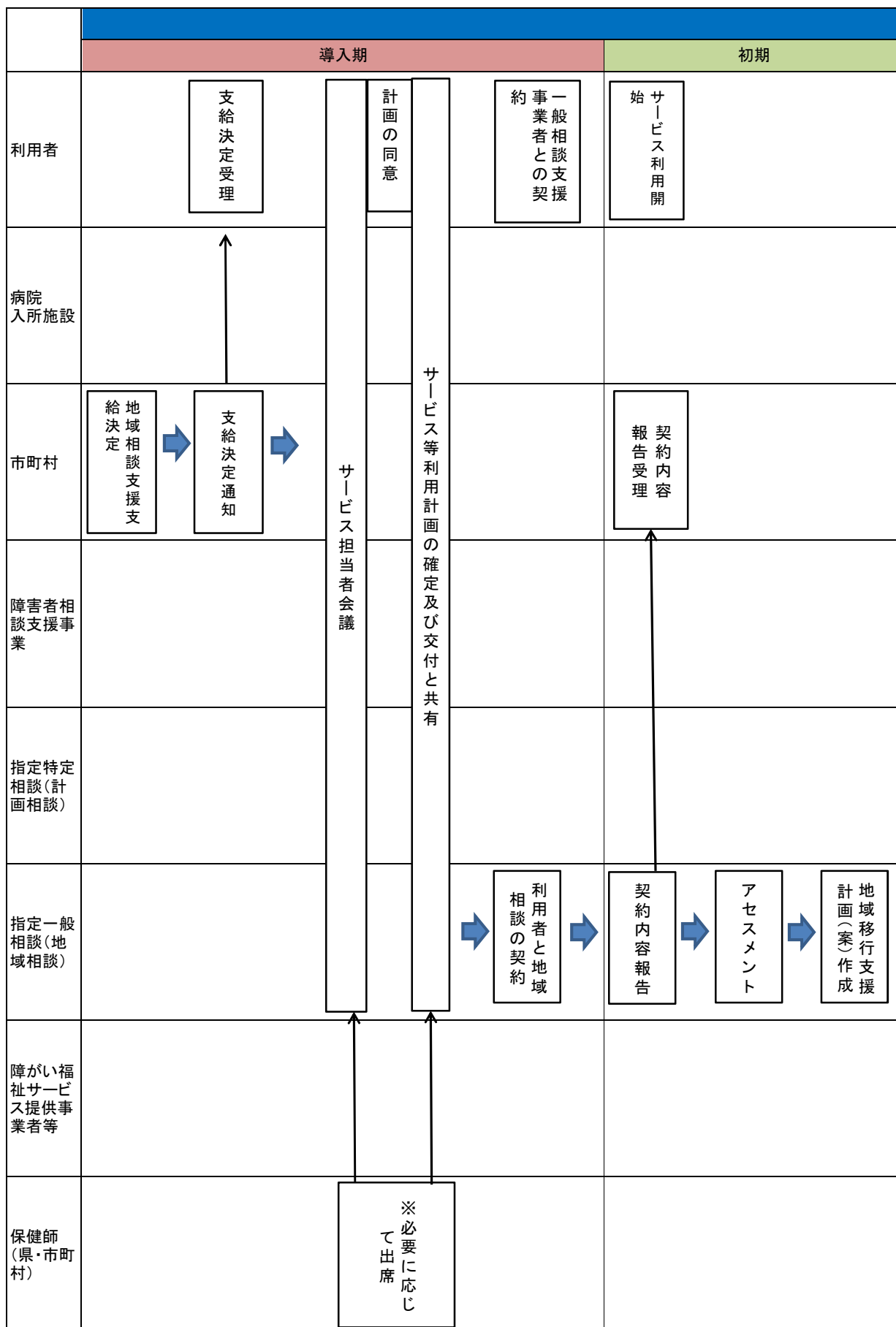
Ⅲ 地域移行支援・地域定着支援事例

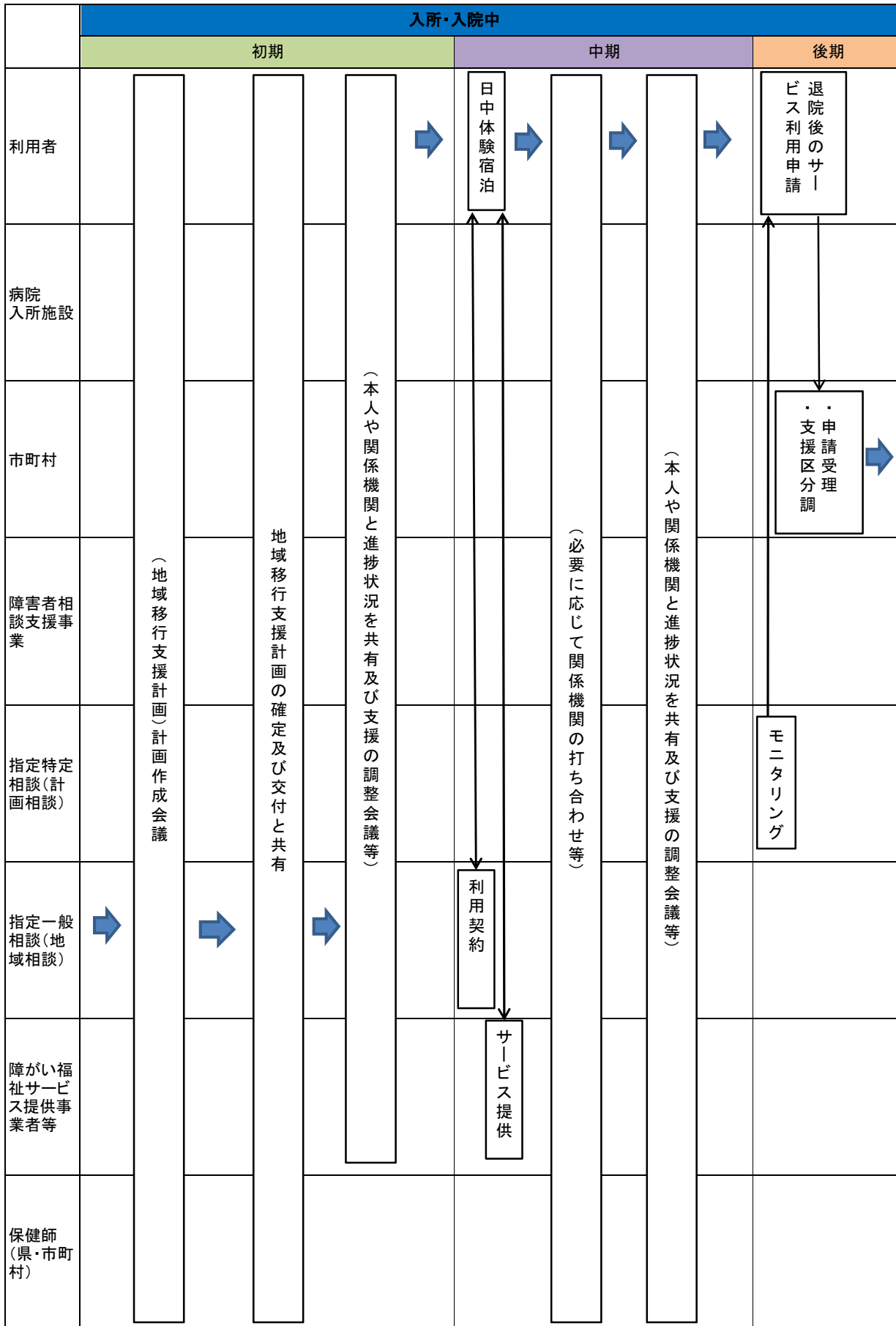
Ⅲ 地域移行・地域定着支援の流れ

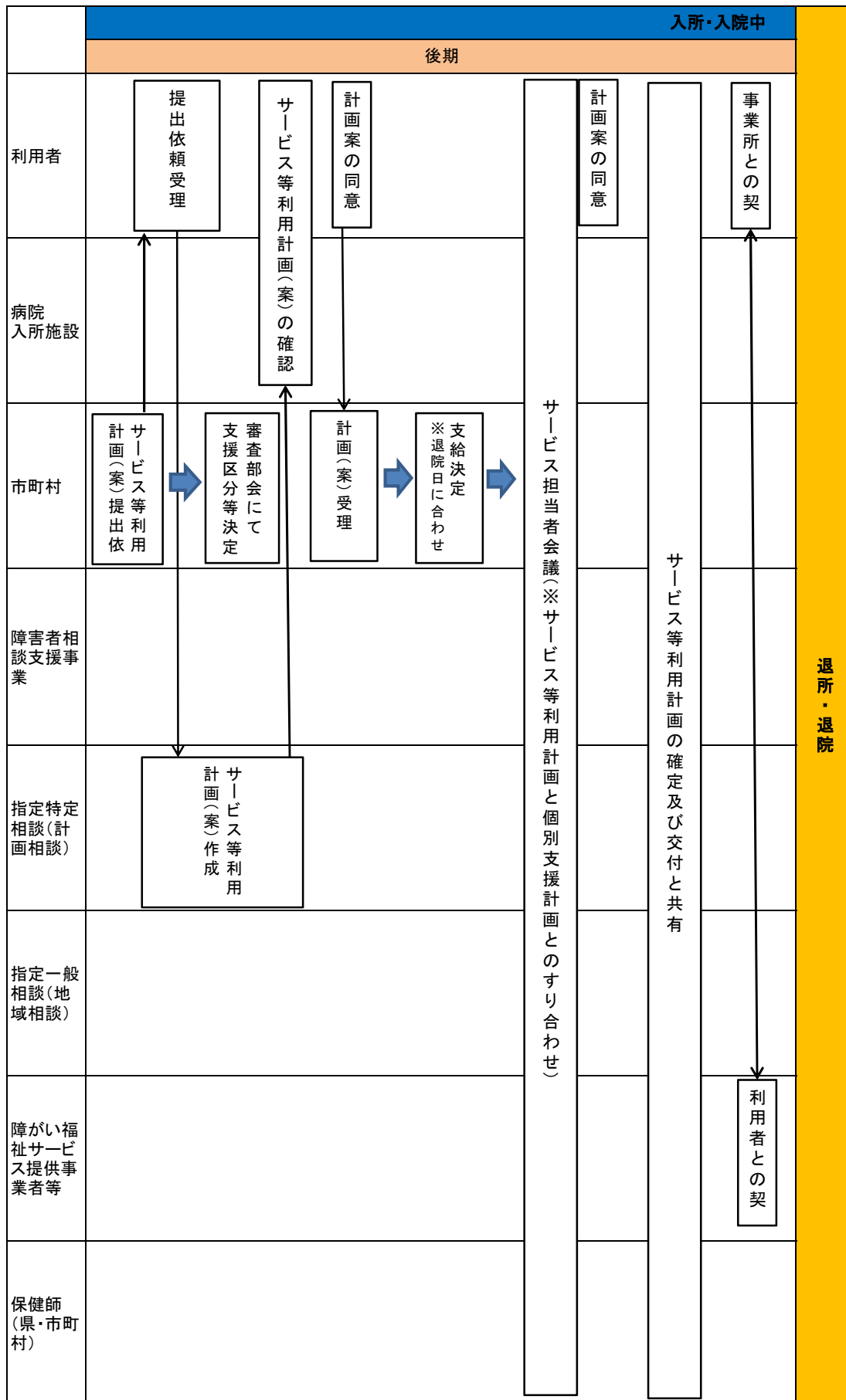
1 地域移行支援のながれ

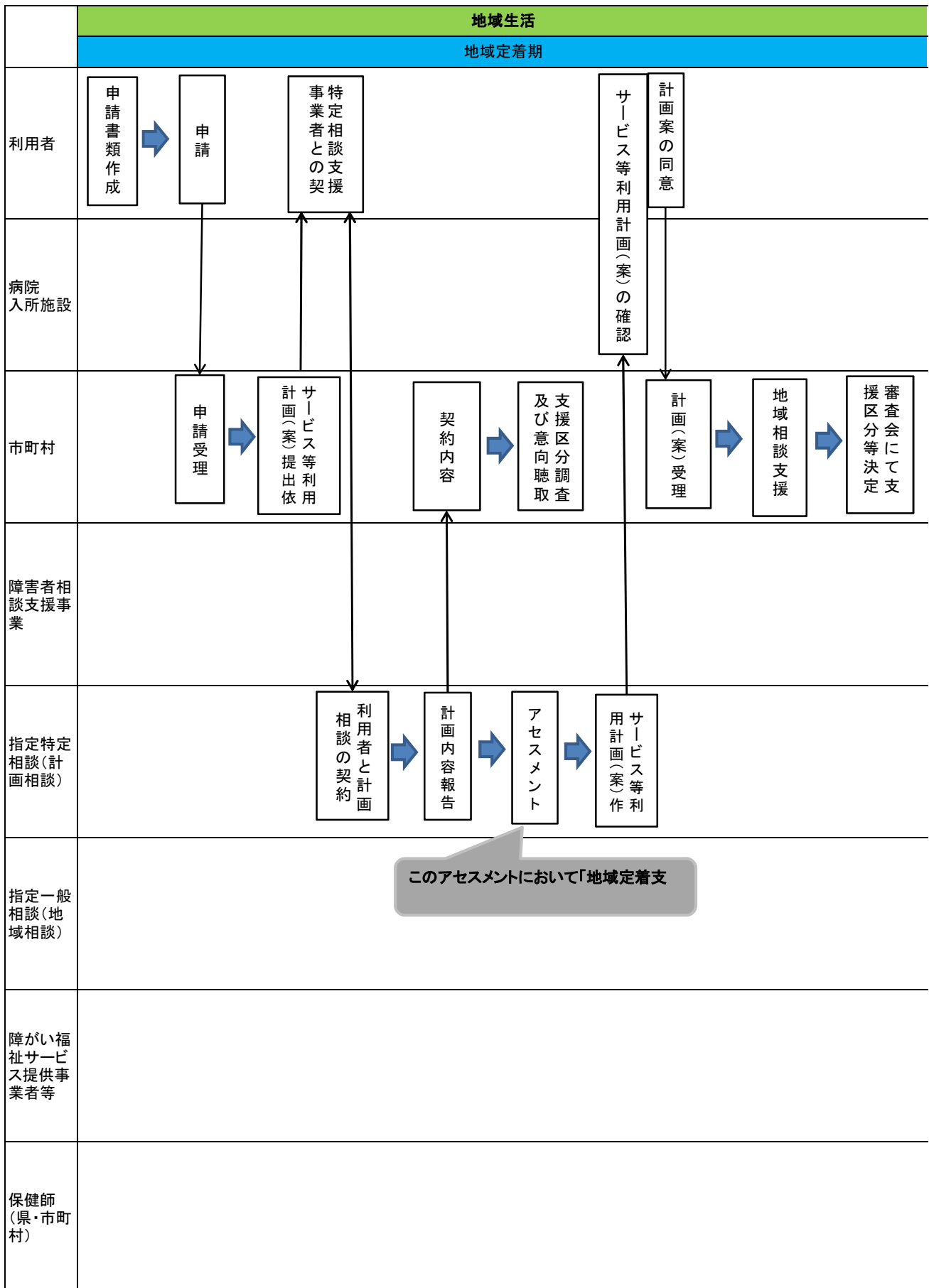


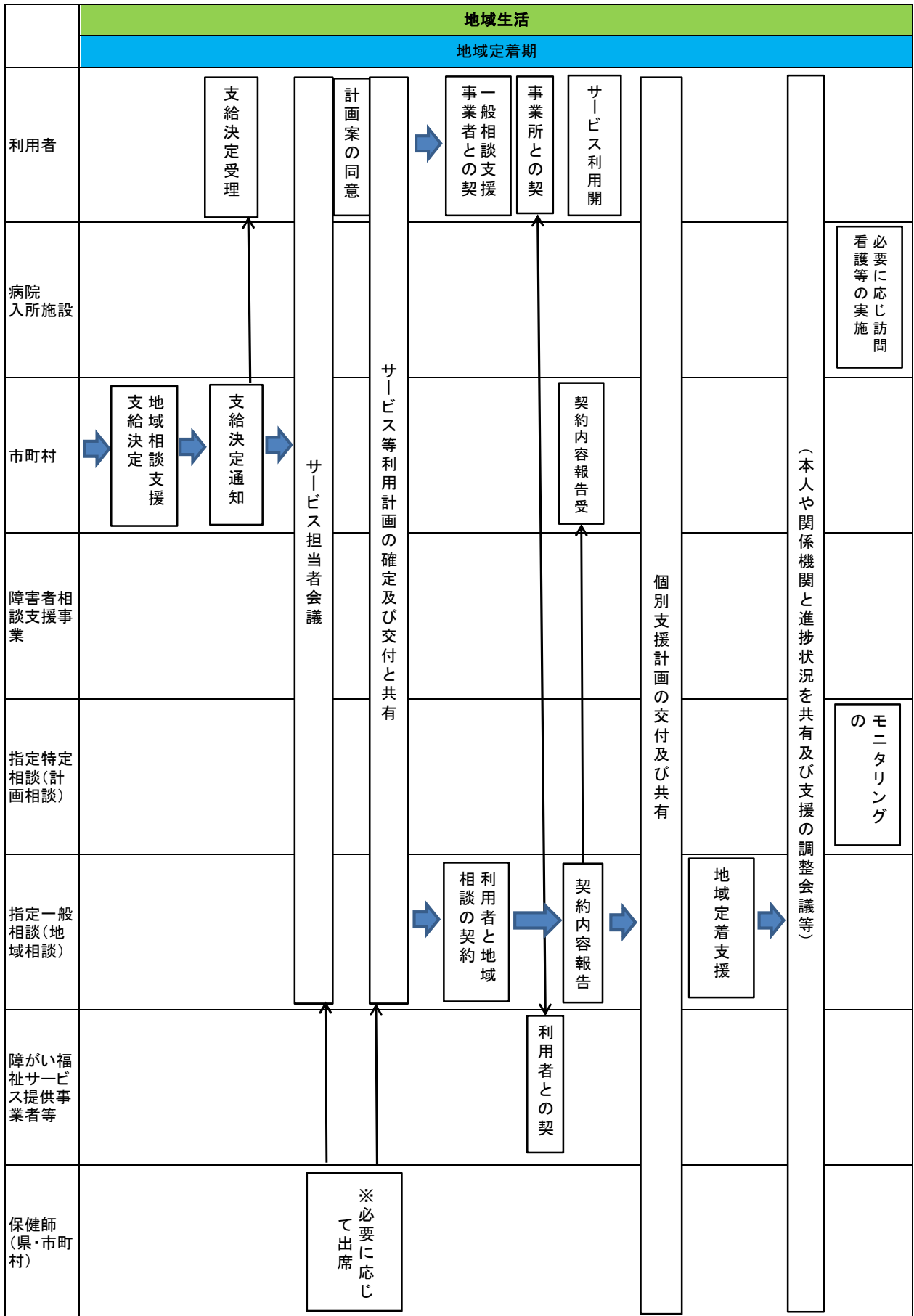












Ⅲ 地域移行支援・地域定着支援の事例

2 事例

(1) 自宅生活への不安が強かった事例

アプローチのキーワード「娘との再会・交流」、「外出・外泊」

申請者の現状(基本情報)

1. 概要(支援経過と現状と課題等)

<支援経過>
 平成28年4月より精神科病院に入院。薬の調整も終わり病状は安定し退院可能な状況であるが、本人の退院意欲がない状況が続く。2歳の娘は里親宅で生活しており、このままでは入院の長期化や母子関係の悪化等を心配された為、ケース検討会議(児童相談所、精神科病院、市の子育て支援課、市の障害福祉課、一般相談支援事業所)を開催。本人と娘の現状の確認及び今後の方向性について協議し、地域移行支援を利用する運びとなった。

●退院に向けての課題
 ・育児→再び娘と一緒に暮らしたいと希望しているものの、成長した娘に対応できない可能性が高い。
 ・立ちくらみがしてすぐに疲れる。自分の身の回りの事ができるか心配。
 ・入院前は、携帯電話で深夜まで動画をみていた為、昼夜逆転に注意が必要。
 ・異性との距離が近い。

2. 利用者の状況

利用者氏名	A さん	年齢	38歳	性別	男・ 女
住所	持家(借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他())				
保護者氏名	(続柄)	住所			
障がい又は疾患	うつ病	入院形態	措置・医保・ 任意		
合併症の有無	有・ 無 (病名)	他科受診の状況	有・ 無		
手帳	有・ 無 ・申請中	年金	有・ 無 ・要件無	【種類】障害基礎・障害厚生・老齢(円/年)	
経済状況	生活保護				

●家族構成

父親:近場の外出の際、送迎してくれている
 母親:H26 世界

兄弟姉妹:本人以外6名(1名世界)特に交流はない様子
 娘:H26生 H 28年4月～児童相談所が一時保護。里親宅で過ごしている

●社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等

●生活歴※病歴・受診歴等含む
 8人同胞の第3子として出生。中学校を卒業後、職を転々としていた。平成24年頃、実家を出てアパート生活を始めるが**生活が困窮**して、生活保護受給開始。平成26年2月、未婚で娘を**出産**(父親が誰か本人もわからない様子)。その頃は母親が健在で育児の手伝いをしてくれていたが母親他界後は、毎月参加し娘の体重測定をしていた「親と子のふれあい広場」にも平成27年11月頃から参加しなくなる。その後、食欲、意欲の低下、不眠があり平成28年1月、自ら心療内科を受診し、中度ないしは重度の抑うつ状態と診断される。その後、発達相談会に参加し「娘をお風呂に入れてあげられない」と訴え、同年2月に児童家族支援センターの支援で4日間、母子入所。また、娘は3月よりこども園に入園。

平成28年2月、市の子育て支援課と障害福祉課の依頼で本人宅を訪問。相談支援開始につながる。その際、本人より「2歳の娘をお風呂に入れることが出来ていないので手伝ってほしい」との相談がある。実際、部屋の掃除は出来ておらず洗濯も溜まっており料理も作っておらず食事を確保するために週2、3回は近くのコンビニまで買い物に行っている状況であった為、同年3月より週2回ホームヘルパーサービスの利用を開始。本人が買い物と洗濯を行い、ヘルパーが調理と掃除を支援する形で日常生活のバックアップを行ったことで娘さんを入浴させることができていたが、徐々に体調が悪化(やる気がでない、過呼吸になる)し心療内科の定期受診の際、主治医に入院を勧められ●●**精神科病院**を紹介され同年4月19日、任意入院となる。尚、娘さんは前日の18日に児童相談所に一時保護していただいた。

●処方内容

- ・トフラニール錠25mg(朝夕×各1)
- ・アメジウムメチル硫酸塩錠10mg(朝×2・夕×1)

●本人の主訴(意向・希望)

・娘と一緒に生活したい。

●本人の主訴を踏まえた家族の意見(意向・希望)(父)

・もう入院も長くなったので、そろそろ元気出して退院してほしい。

サービス等利用計画・障害児支援利用計画

利用者氏名(児童氏名)	Aさん	障害支援区分	区分2	相談支援事業者名	●●相談支援事業所
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	●●
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成28年9月2日	モニタリング期間(開始年月)	5ヶ月(平成29年1月)	利用者同意署名欄	A

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	<p>・娘と早く暮らしたいなあ。でも、料理と子育ては心配。あと、部屋(自宅)がなくなるのは困る。</p>				
総合的な援助の方針	<p>・退院に向けて、不安なことが減るように一緒に考え支援します。</p>				
長期目標	<p>・自宅で娘と一緒に暮らす。</p>				
短期目標	<p>・退院する。</p>				

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
			種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1	<p>退院に向け、不安なことを相談し、出来ることから取り組みしよう。</p> <p>娘と一緒に暮らしたいが、料理や子育ては不安。</p>	5ヶ月	<p>・地域移行支援(2回/月以上)</p> <p>・父親との外出</p>	<p>●●相談支援事業所</p> <p>●●相談支援専門員</p> <p>〇〇-〇〇</p> <p>お父さん</p>	<p>・父親と外出する。</p> <p>・娘に会いに行く。</p> <p>・不安なことを相談する。</p> <p>・外泊してみる。</p>	5ヶ月	
2	<p>体調を整え、病院の中でできることを続けよう。</p>	5ヶ月	<p>・入院治療</p>	<p>●●精神科病院</p> <p>主治医●●先生</p> <p>PSW●●さん</p> <p>〇〇-〇〇</p>	<p>・体調を主治医に相談する。</p> <p>・お薬を飲む。</p> <p>・OT活動へ参加する。</p>	5ヶ月	

地域移行支援計画

これから先、5ヶ月の計画です。自分のペースで取り組めます。毎月相談をして必要な時は見直しをおこないましょう。
作成年月日 平成28年 9月 5日

利用者氏名

Aさん

サービス等利用計画の総合的援助の方針	退院に向け、不安なことが減るように一緒に考え支援します。
(1) 長期目標(内容及び評価時期等)	精神科病院を退院する。
(2) 短期目標(内容及び評価時期等)	退院してどんなサービスを利用し生活していくかをイメージする。

Aさん自身がすることを矢印の下に書き込みます。

(利用者)の期待や不安	その為に協力する人	協力する内容	留意事項等	協力(支援)の目安		
				9月	10月	11月
娘に会いたい。忘れられてないか心配	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業所 ●● 	面会の日程を調整し、一緒に会いに行きます。			定期的に娘に会いに行く	
退院したら料理や育児が心配	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医 ●●先生 ・病棟の精神保健福祉士 ●●さん ・病棟の看護師 ・作業療法士 ●●さん 	体調を確認しながら病院内での活動を支援します。	服薬の練習をしましょう。		OT活動や洗濯を続ける 体調で気になる所は相談す デイケアに見学に行く	
退院したら料理や育児が心配	<ul style="list-style-type: none"> ・お父さん 	自宅への外出・外泊の送迎をします。			外出する 外泊する	
退院したら料理や育児が心配	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業所 ●● 	児童相談所や居宅介護事業所等との連絡調整をします。	退院後の日中活動についても考えましょう。		ヘルパーを試して、退院後に来て欲しい回数を考え 不安や心配なことは、相談する 日中活動する場を考える	

同意日

H28年 9月 9日

利用者

A

指定一般相談支援事業所

地域移行支援担当者

●●相談支援事業所

●●

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(退院・退院後)

利用者氏名(児童氏名)	Aさん	障害支援区分	区分2	相談支援事業者名	●●相談支援事業所
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	●●
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成29年1月10日	モニタリング期間(開始年月)	3ヶ月間は毎月(平成29年2月・3月・4月)	利用者同意署名欄	A

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"> ・いつかは娘と一緒に生活したいなあ。 	
総合的な援助の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・再び娘さんと一緒に生活するために、何が必要かを一緒に考え支援します。 	
長期目標	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅で娘と一緒に暮らす。 	
短期目標	<ul style="list-style-type: none"> ・生活リズムを整える。 	

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1		不安な調理を手伝ってもらいながらチャレンジしていきましょう。	12ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護による家事援助(3回/週) 	ヘルパーステーション●● 担当:●●さん ○○-○○	<ul style="list-style-type: none"> ・食材を買っておく。 ・ヘルパーさんと一緒に調理、掃除を行う。 	1ヶ月	
2	娘と暮らしたいが、料理や子育ては不安。	入院しないように体調の安定をはかりましょう。	12ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科病院への定期受診(1回/2週) ・精神科訪問看護(1回/週) ・精神科デイケア(2回/週) 	●●精神科病院 主治医:●●先生 PSW:●●さん 訪問看護担当:●●さん デイケア担当:●●さん ○○-○○	<ul style="list-style-type: none"> ・定期受診をする。 ・きちんと薬を飲む。 ・デイケアに参加する。 ・生活リズムをつくる。 	1ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・定期受診は、デイケア利用日に行う。 ・緊急時は●●相談支援事業所が通院支援を行う。
3		娘さんとの定期的な交流をつづけましょう。	12ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業所による子育て支援課や児童相談所等との連絡調整。(必要時) ・相談支援事業所による娘さんとの交流等の調整及び同行。(必要時) 	●●相談支援事業所 ●●相談支援専門員 ○○-○○	<ul style="list-style-type: none"> ・会いに行き一緒に過ごす。 ・不安なことは相談する。 	1ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・娘さんとの交流等には、親子宿泊型事業を利用。
4	退院するのは少しさみしい。	娘さんと暮らすために、まずは自分の生活を安定させましょう。	12ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> ・地域定着支援(必要時) 	●●相談支援事業所 ●●相談支援専門員 ○○-○○	<ul style="list-style-type: none"> ・心配な時は相談する。 ・緊急時は連絡する。 	1ヶ月	

地域定着支援計画兼台帳

利用者氏名	Aさん		住所	指定一般相談支援事業所名 ●●相談支援事業所	
障がい福祉サービス受給者番号			障害支援区分	計画作成担当者氏名 ●●	
地域相談支援受給者証番号				利用者同意署名欄	
計画作成成日	平成29年1月10日			A	

心身の状況 精神状態は落ちているが、立ちくらみ等があり長らくたっていることへの不安がある。

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 ・自宅で娘と暮らす。

短期で目指す姿 ・生活リズムをつくる。

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
・きつい時、一人では不安な時に相談する	地域定着支援(必要時)	12ヶ月	相談支援事業所 ●●	・日常生活の困りごとや不安を相談する	・必要時は電話や訪問等で対応する	電話:090-1234-5678	3ヶ月
	訪問看護(1回/週)		●●精神科病院	・体調や服薬状況を伝える	・服薬状況や生活状況の確認をする		

緊急時に必要となる連絡先	所属	担当者	連絡先	その他
父親		●●さん	〇〇-〇〇	
かかりつけ病院	●●精神科病院	主治医●●先生、PSW●●さん	〇〇-〇〇	
医療系サービス	訪問看護	●●さん	〇〇-〇〇	
	精神科デイケア	●●さん	〇〇-〇〇	
障がい福祉サービス	ヘルパーステーション	●●さん	〇〇-〇〇	
行政	市 障害者福祉係	●●さん	〇〇-〇〇	
	市 生活保護係	CW●●さん	〇〇-〇〇	

Ⅲ 地域移行支援・地域定着支援の事例

(2) 地域とのトラブルが入院のきっかけとなった事例

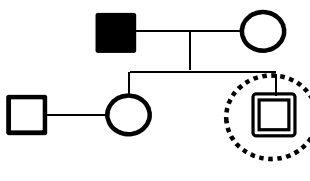

アプローチのキーワード「症状安定のための支援体制」、「地域住民への啓蒙啓発活動」

申請者の現状(基本情報)

1. 概要(支援経過と現状と課題等)

<p><支援経過></p> <p>平成22年12月隣宅へ無断侵入。その家の家主と乱闘になり他害行為と判断され精神科病院に措置入院。平成24年6月措置解除。医療保護入院へ変更となる。その後、任意入院となり退院を検討し障害支援区分を申請(区分3)するも地域の受け皿が整わず退院には至らなかった。平成24年7月、精神科病院のPSWと相談支援事業所の相談支援専門員、同伴で入院後、初の外出。自宅の確認、母親との面会、飼犬の確認を行い、退院に向けて複数の課題を解決する必要があることから地域移行支援のサービスを申請するに至った。</p>	
<p>●退院に向けての課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・自宅の環境面。(11世帯の限界集落。山間部にあり上下水道は整備されていない) ・退院後は単身生活となる為、見守り体制の構築。特に精神科医療の継続できるための支援が必要。 	

2. 利用者の状況

利用者氏名	B さん	年齢	59歳	性別	男・女
住所	持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他()				
保護者氏名	(続柄)	住所			
障がい又は疾患	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)	他科受診の状況	有・無		
手帳	有・無・申請中	年金	有・無(要件)		
	【種類】身体・療育・精神(級)		【種類】障害基礎・障害厚生・老齢(円/年)		
経済状況	預貯金有				
<p>●家族構成</p>  <p>父親：H17年9月他界 母親：S3年生まれ 有料老人ホーム入所中 姉：他県在住 義兄：他県在住</p>			<p>●社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等</p> 		
<p>●生活歴※病歴・受診歴等含む</p> <p>農業大学卒業後帰郷。自宅にて農業従事。その後結婚したが6ヶ月で離婚。平成6年2月交通事故にあい両足骨折。その頃より不眠、気分の落ち込み、悲観的になりやすくなった。平成6年4月、鬱症状にて精神科病院受診。以降、平成17年6月まで本人の受診は数か月に1回で、父親が単独で病院にいくか、送薬を定期的に行っていた事。平成17年5月幻聴の訴えがあり抗精神病薬投与が始まる。平成17年7月に父親が肺結核で入院後は本人が定期的に通院。入眠困難である訴えが多かった。平成17年9月父親が他界。その後、不安が強くなりコンプライアンスも悪くなり(過剰服薬)定期受診の際、入院を勧められるも拒否。平成18年9月以降、精神科受診を自己中断。平成19年2月、精神科病院のPSWより本人宅に連絡し近況を確認すると、どうにか生活出来ていると話されるが、身体的愁訴があるようで眼科や耳鼻科へ受診していた様子。</p> <p>平成21年12月、本人と近所のトラブル(他家の壁に糞を塗ったり、水道の蛇口をこわした等)が勃発していると保健所に連絡があり、再び医療と繋がることを検討。保健所、市役所が訪問し受診を勧めると平成22年1月受診。その際「薬を飲むな」という声が聞こえた「農業が部屋に入って眠れない」「近所から嫌がらせをされている」等の訴えがあり、入院を勧められるも、母親の介護、犬の世話を理由に入院を拒否される。その後、定期受診していたが保健師の訪問の際、服薬は出来ていなかった様子。平成22年3月の診察を最後に受診されなくなる。同年同月、保健所、市役所、委託相談支援事業所で本人宅を訪問。平成22年12月不眠や近所から自宅の井戸に農業をまかれるといった訴えがあり、保健師の働きかけにより受診する意欲を示していたが、翌日、早朝5時頃、ナイフ(刃渡り9.5センチ)を持って、隣宅へ無断侵入。その家の家主と乱闘になる。その際、本人が額を負傷し出血。家主より警察に連絡、保護される。他害行為と判断され、かかりつけ精神科病院に措置入院となる。その為、本人が介護していた母親はショートステイを利用(現在は、有料老人ホームに入所)、飼っていた犬は社会福祉協議会が預かってくれることとなった。</p>			<p>●処方内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リスパダールコンスタ50mg(1回/2週) ・プロピタン錠50mg(朝2・昼2・夕3・眠2) ・ワイバックス0.5mg(朝1・昼1・夕1・眠1) ・アキネトン1mg(朝1・昼1・夕1・眠1) ・フルニトラゼパム1mg(眠1) ・リスペリドン(頓服)※1日3錠まで 		
<p>●本人の主訴(意欲・希望)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院して自宅に戻りたい。 ・自分で食べるくらいの野菜をまた作りたい。 ・自宅の周辺を散歩したい。 			<p>●本人の主訴を踏まえた家族の意見(意向・希望)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(姉)近所に迷惑をかけずに、生活して欲しい。 		

サービス等利用計画・障害児支援利用計画

利用者氏名(児童氏名)	Bさん	障害支援区分	区分3	相談支援事業者名	●●相談支援事業所
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	●●
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成24年8月2日	モニタリング期間(開始年月)	6ヶ月(平成25年1月)	利用者同意署名欄	B
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	退院して、自宅に帰りたい。				
総合的な援助の方針	退院して自宅で、地域住民と良好な関係を保ちながら、暮らすことができるように支援していきます。				
長期目標	自宅で農業をしながら暮らしたい。				
短期目標	精神科病院を退院したい。				

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1		自宅に帰るために体力をつけましょう。	6ヶ月	・院内OTへの参加(1回/月) ・院内行事への参加(開催月)	●●精神科病院 病棟看護師●●さん 作業療法士●●さん 〇〇-〇〇	・ベッドから離れて過ごす。 ・OT活動や院内行事に参加する。	6ヶ月	・洗濯や服薬を自発的に行うことを継続する。
2	・退院に必要な事を一緒に考えてほしい。	試験外泊中、ホームヘルプサービスを利用し、退院後の生活をイメージしましょう。	6ヶ月	・地域移行支援(2回/月以上) ・居宅介護の体験利用(外泊時)	●●相談支援事業所 相談支援専門員●●●● 精神保健福祉士●●●● 〇〇-〇〇 ヘルパーステーション●●●●さん 〇〇-〇〇	・困ったことは相談する。 ・外出、外泊時は無理をしない。 ・ホームヘルプサービスを使ってみて慣れる。	6ヶ月	・居宅介護の体験利用は、地域移行支援の障害福祉サービスの体験的な利用支援を活用する。
3		地区の人達に受け入れてもらえるように支援者の力をかりながら自分の思いを伝えましょう。	6ヶ月	・地域住民への啓蒙啓発活動(区長や駐在所との連絡調整。地区の集まりに参加し、病気になる方の正しい理解の為の説明等を行う)	保健所 保健師●●●●さん 〇〇-〇〇 市・福祉課 ●●●●さん 〇〇-〇〇 ●●●●さん ●●●●さん ●●●●さん ●●●●さん ●●●●さん ●●●●さん 〇〇-〇〇	・地域の人達に今の状況を知ってもらおう。(病気の事、家に帰りたいと思っている事)	6ヶ月	
4	・入所している母や預けている犬に会いたい。	外出時にお母さんに面会し、犬にも会いに行きましょう。	6ヶ月	・地域移行支援による外出支援(必要時)	●●相談支援事業所 相談支援専門員●●●● 精神保健福祉士●●●● 〇〇-〇〇	・外出できるように体調を整える。	6ヶ月	

(当初計画)

地域移行支援計画

これから先、6ヶ月の計画です。自分のペースで取り組みます。自分のペースで見直しをおこないます。
 作成年月日 平成24年 8月 5日

利用者氏名
Bさん

総合的な援助の方針	退院して自宅で、地域住民と良好な関係を保ちながら、暮らすことができるように支援していきます
(1) 長期目標(内容及び評価時期等)	退院して、自宅に帰る。
(2) 短期目標(内容及び評価時期等)	外泊する

(利用者)の期待や不安	その為に協力する人	協力する内容	留意事項等	協力(支援)の目安						
				8月	9月	10月	11月	12月	1月	
退院に必要なことを一緒に考えてほしい	<ul style="list-style-type: none"> 保健所 市役所 区長等 	話し合った内容を守りながら、地域の環境を整えていきますよう		↑	↑	↑	↑	↑	↑	
	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援事業所 ●● 	外出して住む環境を整えながら、整ったら外泊しましょう		↑	↑	↑	↑	↑	↑	
	<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護事業所 ●● 主治医 ●● 先生 病棟の精神保健福祉士 ●● さん 病棟の看護師 作業療法士 ●● さん 	外出しながら、退院後の福祉サービスを検討しましょう				↑	↑	↑	↑	
入所している母や預けている犬に会いたい	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援事業所 ●● 	病院の中でもできることを、看護師さん等と考えていきますよう 母や犬と一緒に会いに行きます							↑	↑

同意日 H24年 8月 11日
 利用者 利用者 ●●相談支援事業所 ●●相談支援事業所
 指定一般相談支援事業所 ●●相談支援事業所
 地域移行支援担当者 ●●

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(退院・退院後)

利用者氏名(児童氏名)	日さん	障害支援区分	区分 3	相談支援事業者名	●●相談支援事業所
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	●●
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成25年1月21日	モニタリング期間(開始年月)	3ヶ月は毎月(平成25年2月・3月・4月)	利用者同意署名欄	B

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	(本人)地区の人と仲良くしながら、生活したい。また、自分の分だけでもいいので野菜やお米を作りたい。ヘルパーにも手伝ってほしい。
総合的な援助の方針	本人が病氣と向き合いながら、自宅で生活していくために必要なことを一緒に考えていきます
長期目標	近隣の方や病氣とうまく付き合いながら、自宅での生活を継続する
短期目標	自宅で生活するためのリズムと体力を取り戻す

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供者名(担当者名・電話)			
1	定期的な受診をしなが、忘れずに薬を飲む	また嫌がらせを受けると心配	12ヶ月	精神科受診(1/2週) 精神科訪問看護(1/2週)	●●精神科病院 主治医●●先生 PSW●●さん 訪問看護担当 看護師●●さん 〇〇-〇〇	忘れずに薬を飲む 受診する 嫌がらせを受けてきつときは頓服を飲む なんでも相談する	1ヶ月	
2	心配なことがあれば連絡する	ヘルパーに手伝ってもらいながら、生活する体力をつける	12ヶ月	地域定着支援担当者による連絡体制の確保及び定期的な状況の把握(常時) 区長、駐在所、保健所、市役所等との情報共有	●●相談支援事業所	嫌がらせを受けたときは連絡する 区の集まりへの参加 やり返す前には相談する	1ヶ月	
3	家のことをするときつくなる		12ヶ月	居宅介護事業者による家事支援等(3/週)	ヘルパーステーション●●さん 〇〇-〇〇	きつときは休む 手伝ってほしいことを頼む 食事や買い物に頼む ヘルパーと話をする	1ヶ月	

地域定着支援計画兼台帳

利用者氏名	Bさん	住所	
障がい福祉サービス受給者番号		障害支援区分	区分3
地域相談支援受給者証番号		利用者同意署名欄	B
計画案作成日	平成25年1月21日		

指定一般相談支援事業所名	●●相談支援事業所
計画作成担当者氏名	●●

心身の状況	被害妄想は常にあり、日常生活をこなす体力も厳しい状況。しかし、また農業をして生活したい気持ち強い。
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	近隣の方や病気がとうまく付き合えないから、自宅での生活を継続する
短期で目指す姿	自宅で生活するためのリズムと体力を取り戻す

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)	提供期間	支援担当者	私(本人)の役割	支援者等の役割	その他の留意事項	評価時期
服薬管理と定期通院をしっかりしながら、自宅での生活リズムと体力を取り戻す	地域定着支援(必要時)	12ヶ月	相談支援事業所 ●●	日常生活の困りごとや不安を相談する。	緊急電話で相談に乗り、必要時は訪問し対応する。	不安等があれば早めに連絡する 電話: 090-1234-5678	3ヶ月
	精神科訪問看護(1回/2週)		精神科病院 Nrs、PSW	服薬のことや近所のことの話をする	体調や服薬状況の確認。	飲み忘れたことや頓服を使用した際には伝える	3ヶ月

緊急時に必要となる連絡先	所属	担当者	連絡先	その他
区長		●●さん	〇〇-〇〇	
かかりつけ病院	●●精神科病院	主治医 ●●先生、PSW ●●さん	〇〇-〇〇	
医療系サービス	●●精神科病院訪問看護	●●さん	〇〇-〇〇	
	保健所	保健師 ●●さん	〇〇-〇〇	
行政	市役所:福祉課	●●さん	〇〇-〇〇	
	駐在所	●●さん	〇〇-〇〇	

(3) 情緒が不安定でトラブルを起こしやすい事例

アプローチのキーワード「リスクマネジメント」

申請者の現状(基本情報)

作成日	相談支援事業者名	計画作成担当者
-----	----------	---------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

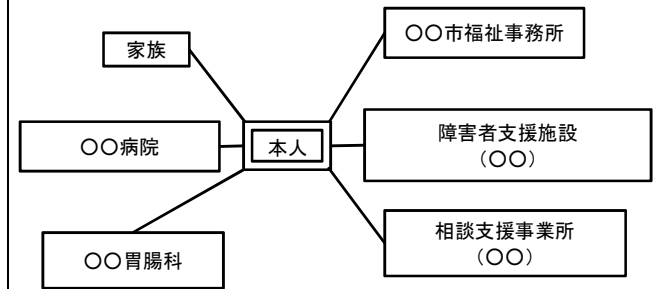
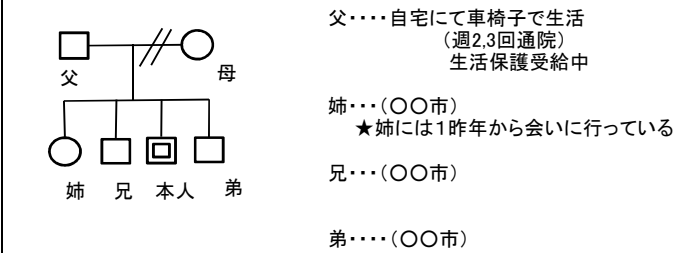
- ・障害者支援施設よりサービス等利用計画作成の依頼がある(3回目)※地域移行の希望があるため
- ・普段はとても温厚で、世話好き。人当たりも良いが、嫌なこと(自分が気に食わないこと)があると粗暴行為が見られる。
- ・情緒の不安定さがあり、急な落ち込みやイライラ等が見られる。このことが、生活面においては他者とのトラブル、作業面においては、作業姿勢のムラへとつながっている状況。
- ・他者とトラブルがあった後は、悪いことをしてしまった…と自分を責め、落ち込みやすい。
- ・施設内では常に職員とともに行動をすることで対応。気分の落ち込みが見られた際には、即時対応ができる環境にある。今後も継続して職員が本人と密に関わることで本人の情緒の安定につながると考えられる。トラブルなく過ごせる環境づくりが必要である。
- ・「〇〇に帰りたい! 地域(自宅)やグループホームで生活したい…」と希望している。保護者も、一緒に生活することを希望していて、前向きに考えている。
- ・支援体制が整うことで、本人の不安や悩み等を迅速に対応できる環境が提供されれば、本人の安心感に繋がる。
- ・今後の支援として、施設生活を通して『地域で生活するにあたり必要なこと・重要なことを知る』、また支援体制を充実する(整える)ことが求められる。
- ※日中活動の場、在宅支援、相談機関等の資源を確保する。
- ・今後は、〇〇市担当者・相談支援事業所・ヘルパー事業所・安心サポート担当者・日中の作業施設担当者等、関係機関が連絡・連携を図っていくことが重要である。

2. 利用者の状況

氏名	C	生年月日	1981/〇/〇	年齢	33歳
住所	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			電話番号	
				FAX番号	
障害または疾患名	知的障害 ADHD	障害程度区分	区分4	性別	男・女

家族構成 ※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 ※受診歴等含む

- 学歴
 - ・〇〇小学校
 - ↓
 - ・〇〇学園
 - ↓
 - ・〇〇〇養護学校 ※〇〇〇学園入所時
- 生育歴
 - ・〇〇市にて出生。
 - ・〇〇小学校から〇〇学園へ転入。
 - ・平成16年3月より、障害者支援施設「〇〇」へ入所。現在に至る。

- 受診歴
 - ・平成21年2月に下血。〇〇病院に受診。直腸潰瘍との診断を受ける。下血も止まり、退院間近になると再び下血が診られたため、退院延期となった。
 - ・便秘薬…2年前より服用 便が出た日は服薬しない

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

- ・療育手帳B1
- 主治医
 - ・〇〇病院…精神薬(毎朝・夕食後)(〇〇市)
 - ・〇〇胃腸科…便秘薬(毎朝・昼・夕食前)(〇市)
- ※以前は性的欲求が強く、男女問わずに行為に及んでいたが、薬の服用により抑えられている
⇒薬は〇〇病院より処方

本人の主訴(意向・希望)

- ・父親の家で一緒に生活をしたい。
- ・色々な人の支援を受けられると安心。
- ・日中は働きたいと思う。※就職をしたい
- ・お出かけしたい。
- ・お姉さんとは定期的に会いたい。(担当者と会いに行けている)

家族の主訴(意向・希望)

- ・本人も帰りたいと言っているのので、親子で生活したい。
- ・日中は通所する場所があると良いので探してやってほしい。
- ・本人もヘルパーが使えたら良いと思う。
- ・夜間、自分(父)の世話をさせるのは少し可哀な気はする。

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)	・施設入所支援	障害者支援施設〇〇	・基本的な生活支援 ・健康管理・金銭管理・余暇の提供	当該月の日数/月	
	・生活介護	障害者支援施設〇〇	・生産活動、生活訓練	当該月の日数から8日を控除した日数/月	
その他の支援	・帰省 ・ひとりだち講座 ・相談支援	家族 障害者支援施設〇〇 相談事業所〇〇	・定期的な自宅への帰省 ・自立に向けた生活全般の指導	年2~3回 1回/月 随時	・姉に会いに行っている

サービス等利用計画

利用者氏名	C	障害程度区分	区分4	相談支援事業者名	相談支援事業所〇〇		
障害福祉サービス受給者証番号		利用者上限負担額	0円	計画作成担当者	〇〇 〇〇		
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号					
計画案作成日	平成27年6月25日	モニタリング期間(開始年月)	1月ごと 平成27年8・9・10月	利用者同意署名欄	C		
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	<p>本人～ 父親の家と一緒に生活したい。・日中はどこかの施設に通って仕事をしたい。 ・お出かけしたい(ハワイに行って、ホテルに泊まりたい) 家族(父親)より～ ・本人も帰りたいと言っている。親子で生活したい。・日中は通所する場所があると良いので探してやってほしい。 ・夜間、自分(父)の世話をさせるのは少し可哀想な気はする。・本人もヘルパーが使えたら良いと思う。</p>						
総合的な援助の方針	<p>・支援体制の整った環境で、本人が落ち着いて楽しく地域生活が出来るようになる</p>						
長期目標	<p>・安心・安全な地域生活を定着する</p>						
短期目標	<p>・地域での生活について知る</p>						
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 提供事業者名(担当者名・電話)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	自宅(地域)で生活したい	支援体制を整え、本人が安心して地域で生活が出来る	6か月	障害者支援施設 「〇〇」 〇〇-〇〇-〇〇 相談事業所〇〇 〇〇-〇〇-〇〇	・施設見学をしてみる ・地域生活について知る	1か月	日中活動の場合、在宅支援、相談支援、各支援事業所の検討と見学を実施する。
2	自宅(地域)で生活するために必要なことを知りたい	自身の課題点等を支援者の助言を通して改善する	6か月	相談支援所〇〇 〇〇-〇〇-〇〇	・助言を聴き、自己評価する	1か月	
3	落ち着いて楽しく生活したい	他者の言動等を気にせず、落ちついた環境で生活を送る	6か月	障害者支援施設 「〇〇」 〇〇-〇〇-〇〇	・自分で解決しようせず、すぐに職員へ相談をする	1か月	
4	みんなと仲良くしたい	他の利用者とトラブルなく、毎日楽しく施設での生活を送れるようになる	6か月	障害者支援施設 「〇〇」 〇〇-〇〇-〇〇	・余暇等に積極的に参加し、ほかのひとと協力しながら、生活する	1か月	粗暴行為…殴る、蹴る、叩く、噛む、髪の毛を引っっぱる等の行為。
5	相談したい	本人の相談を聴くことで、精神面の安定につなげる	6か月	障害者支援施設 「〇〇」 〇〇-〇〇-〇〇 相談事業所〇〇 〇〇-〇〇-〇〇	・悩みごとを相談する	1か月	

サービス等利用計画

利用者氏名	障害程度区分	区分4	相談支援事業者名					
障害福祉サービス受給者証番号	利用者上限負担額	0円	計画作成担当者					
地域相談支援受給者証番号	通所受給者証番号							
計画作成日	平成27年6月25日	1月ごと 平成27年8・9・10月	利用者同意署名欄					
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	<p>本人～ 父親の家と一緒に生活したい。 ・日中はどこかの施設に通って仕事をしたい。 ・お出かけしたい(ハワイに行って、ホテルに泊まりたい) 家族(父親)より～ ・本人も帰りたいと言っている。親子で生活したい。 ・日中は通所する場所があると良いので探してやってほしい。 ・夜間、自分(父)の世話をさせるのは少し可哀想な気はする。 ・本人もヘルパーが使えたら良いと思う。</p>							
総合的な援助の方針	<p>・支援体制の整った環境で、本人が落ち着いて楽しく地域生活が出来るようになる</p>							
長期目標	<p>・安心・安全な地域生活を定着する</p>							
短期目標	<p>・地域での生活について知る ・日中活動の場を探し見学する ・福祉の関係機関や相談事業所の人と会う</p>							
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	達成時期	支援目標	達成時期	福祉サービス等	課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	自宅(地域)で生活したい	6か月	支援体制を整え、本人が安心して地域で生活が出来る	6か月	<p>提供事業者名(担当者名・電話)</p> <p>障害者支援施設「〇〇」 〇〇-〇〇-〇〇 相談事業所〇〇 〇〇-〇〇-〇〇</p>	<p>施設見学をしてみる</p> <p>・地域生活について知る</p>	1か月	<p>日中活動の場、在宅支援、相談支援、各支援事業所の検討と見学を実施する。</p>
2	自宅(地域)で生活するために必要なことを知りたい	6か月	自身の課題点等を支援者の助言を通して改善する	6か月	<p>相談支援: 随時</p> <p>・定期的な話し合い</p> <p>・様子確認</p>	<p>・助言を聴き、自己評価する</p>	1か月	
3	落ち着いて楽しく生活したい	6か月	他者の言動等を気にせず、落ちついた環境で生活を送る	6か月	<p>生活介護: 原則日数</p> <p>施設入所支援: 各月日数</p> <p>・本人の様子を確認</p> <p>・変化が見られれば声をかけ、本人の話を聴く</p>	<p>・自分で解決しようせず、すぐに職員へ相談をする</p>	1か月	
4	みんなと仲良くしたい	6か月	他の利用者とはトラブルなく、毎日楽しく施設での生活を送れるようになる	6か月	<p>生活介護: 原則日数</p> <p>施設入所支援: 各月日数</p> <p>・本人と他者が関わり合えるような環境づくり</p> <p>・本人の様子確認</p> <p>・粗暴行為が見られた際の対応、対処</p>	<p>・余暇等に積極的に参加し、ほかのひとと協力しながら、生活する</p>	1か月	粗暴行為…殴る、蹴る、叩く、噛む、髪の毛を引っっぱる等の行為。
5	相談したい	6か月	本人の相談を聴くことで、精神面の安定につなげる	6か月	<p>施設入所支援: 各月日数</p> <p>相談支援: 随時</p> <p>・本人とゆっくり話し合える時間を作る</p>	<p>・悩みごとを相談する</p>	1か月	

相談事業所〇〇 個別支援計画

利用者氏名 C様

作成日 平成27年〇月〇日

本人の希望(主訴)		〇〇に帰って父親と一緒に生活したい ・〇〇で仕事(通所施設)をしたい						
長期目標		本人を取り巻く支援体制を充実させ、情緒の安定と安全な地域生活を実現する ※平成28年〇月に〇〇市に戻り、父親と一緒に生活することを目標とする。その後は定着支援で丁寧に見守りと評価をしていく。						
短期目標		自身の課題等を自覚し改善に向けて取り組む ・支援者との顔つなぎをする(生活保護担当者・父親のヘルパー・ステーション・父親の相談支援事業所・安心サポート・日中通所施設等)						
支援計画内容	優先順位	本人ができること 本人の強み	家族にできること (誰が、頻度は)	友人・知人ができること (誰が、頻度は)	地域ができること (誰が、頻度は)	支援機関ができること (誰が、頻度は)	時期	備考 留意点
日中通える作業所を探す	1	・作業をすることが出来る ・自分の意見を言える	父:作業所見学同行 (随時)	長年、〇〇市で暮らしていたため、現在〇〇市に友人はいない。 (本人・父・施設職員談)	行政・相談支援事業所 ・情報提供 ・見学同行	相談事業所〇〇 ・事業所見学 ・支援会議の実施	1ヶ月	
困った時に相談できる人・場所を探す	2	・困りごとを相談することが出来る	父:支援会議への参加 (随時)	長年、〇〇市で暮らしていたため、現在〇〇市に友人はいない。 (本人・父・施設職員談)	行政・相談支援事業所 ・情報提供 ・見学同行 ・大家・民生委員の紹介	入所施設〇〇 相談事業所〇〇 ・事業所見学 ・支援会議の実施	1ヶ月	
父が利用しているヘルパー事業所を知る	4	・見学することが出来る	父:ヘルパー事業所との顔合わせ	長年、〇〇市で暮らしていたため、現在〇〇市に友人はいない。 (本人・父・施設職員談)	ヘルパー事業所 ・顔合わせ	相談事業所〇〇 ・事業所訪問	3ヶ月	
あんしんサポートについて知る	3	・月に使える額を理解することが出来る	父:本人の金銭指導 (随時)	長年、〇〇市で暮らしていたため、現在〇〇市に友人はいない。 (本人・父・施設職員談)	社会福祉協議会 ・安心サポートの説明 ・金銭管理	相談事業所〇〇 ・連絡調整 ・手続き同行	3ヶ月	
父を支援する人(相談支援事業所)を知る	5	・見学等を行い、気になったことは質問することが出来る。 ・支援者の名前や顔を覚えることができる。	父:相談員の紹介	長年、〇〇市で暮らしていたため、現在〇〇市に友人はいない。 (本人・父・施設職員談)	行政・相談支援事業所 ・支援会議の協力依頼 ・本人の情報共有	相談事業所〇〇 ・事業所訪問 ・本人の情報共有	3ヶ月	

Cさん 地域移行支援計画

利用者氏名 C様

作成日 平成27年〇月〇日

サービス等利用計画の到達目標	〇〇市の自宅に帰り、父親と生活する ・福祉の支援を受けながら安心安全な地域生活の定着	
長期目標(内容及び評価時期)	本人を取り巻く支援体制を充実させ、情緒の安定と安全な地域生活を実現する ※平成28年4月に〇〇市に戻り、父親と一緒に生活することを目標とする。その後は定着支援で丁寧に見守りと評価をしていく。	
短期目標(内容及び評価時期)	自身の課題等を自覚し改善に向けて取り組む ・支援者との顔つなぎをする(生活保護担当者・父親のヘルパー・ステーション・父親の相談支援事業所・安心サポート・日中通所施設等)	

Cさんの期待や不安	そのために協力する人	協力する内容	支援上の留意事項等	協力(支援)の目安							
				7月	8月	9月	10月	11月	12月		
日中仕事をする場所はあるのだろうか	・入所施設・生活介護〇〇 ・相談事業所〇〇 ・行政・相談事業所	事業所の見学 見学同行 情報提供	本人に合った作業を見つける	※市への説明 事業所見学の実施	↑	↑	↑	↑	↑	↑	進捗状況確認 支援会議
困った時はどうすれば良いのか	・入所施設・生活介護〇〇 ・相談事業所〇〇 ・大分市相談支援事業所	相談対応 事業所訪問の同行	相談する際の連絡先や担当者等を明確にしておく	※不安や困りごとの相談については年間を通して実施	↑	↑	↑	↑	↑	↑	相談支援事業所の見学 支援会議
夜、お腹が空いたら困る	・入所施設・生活介護〇〇	計画的な買い物の仕方	一人で出歩く環境を防ぐ		↑	↑	↑	↑	↑	↑	進捗状況確認 支援会議
ヘルパーのことがよくわからない	・相談事業所〇〇 ・ヘルパー・ステーション	事業所訪問の同行 サービスの説明	本人の状態や状況等を関係者間で共通認識する		↑	↑	↑	↑	↑	↑	進捗状況確認 支援会議
買い物に行く時は一人では不安	・入所施設・生活介護〇〇 ・相談事業所〇〇 ・あんしんサポート	金銭学習 事業所訪問の同行 事業説明	本人の状態や状況等を関係者間で共通認識する		↑	↑	↑	↑	↑	↑	進捗状況確認 支援会議
お父さんと上手くやっ ていきたい	・入所施設・生活介護〇〇 ・相談事業所〇〇 ・相談支援事業所(父親)	支援会議への参加 丁寧な対応・連絡調整 関係機関との状況共有	必要に応じて支援会議を実施し、本人の不安や負担の軽減を図る		↑	↑	↑	↑	↑	↑	進捗状況確認 支援会議

同意日

利用者名

相談支援事業所

〇〇

平成27年〇月〇日

C

印

対応者

〇〇〇〇

印

IV Q & A

地域移行支援・地域定着支援に係るQ&A

厚生労働省事務連絡「平成27年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A(平成27年3月31日)の送付について」及び「平成27年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL.2(平成27年4月30日)の送付について」より抜粋したものです。

(1) 計画相談支援

① Q. 特定事業所加算の算定要件にある常勤の相談支援専門員の考え方は。

A. 「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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」(平成18年12月6日 障発1206001)第二の2の(3)の規程に準じた取扱いとする。

② Q. 特定事業所加算における相談支援従事者現任研修を修了した相談支援専門員の具体的な取扱いについて示されたい。

A. 相談支援従事者現任研修を修了した相談支援専門員の取扱いについては、各月の前月の末日時点で研修を修了している者とし、修了証の写しにより受講の事実を確認するものとする。

③ Q. 特定事業所加算の要件にある基幹相談支援センター等とは基幹相談支援センター以外に何が想定されるのか。

A. (自立支援)協議会や委託相談支援事業所を想定している。
なお、当該月に支援困難ケースの紹介実績がない場合でも、加算の算定は可能である。

④ Q. 特定事業所加算の算定要件は、報酬告示によると常勤かつ専従の相談支援専門員を3名以上配置する必要があるとのことだが、留意事項通知では3名配置された常勤かつ専従の相談支援専門員のうち、相談支援従事者現任研修を修了した相談支援専門員1名以上含む2名を除いた相談支援専門員は、当該指定特定(障害児)相談支援事業所の業務に支障がなければ同一敷地内にある他の事業所

の職務を兼務も認めるとしている。

要するに3人目以上の相談支援専門員については条件をあてはめれば実質的に兼務を認めるということか。

A. お見込みのとおり。

ただし、当該加算の趣旨を十分踏まえ、兼務により当該指定特定相談支援事業所の業務に支障がないことを必ず担保するよう留意されたい。

(2) 地域移行支援

① Q. 地域相談支援給付決定障害者が、退院又は退所後に他の社会福祉施設等に入所する場合は、「退院・退所月加算」の算定対象外となっているが、ここでいう「他の社会福祉施設等」は、具体的に何が想定されるのか。

A. 社会福祉法第62条第1項に規定する「社会福祉施設」のほか、介護保険施設、病院、宿泊型自立訓練事業所、地域移行支援型ホームを想定している。

② Q. 地域相談支援給付決定者がグループホームでの体験宿泊を希望した場合、地域移行支援の「体験宿泊加算」とグループホームの「競合生活援助サービス(Ⅳ)」(又は「外部サービス利用型共同生活援助サービス費(Ⅴ)」)のいずれを算定するのか。

A. 利用者が体験宿泊を行う目的により異なる。例えば、指定地域移行支援事業者が、単身での生活を希望している者に対し、グループホームとしてのサービスではなく単にグループホームの居室を活用して体験的な宿泊支援を提供した場合は地域移行支援の「体験宿泊加算」を算定する。

また、指定共同生活援助事業者(又は外部サービス利用型指定共同生活援助事業者。以下同じ。)が、グループホームへの入居を希望している者に対し、指定共同生活援助の支給決定を受けた後、体験的に指定共同生活援助を提供した場合は「共同生活援助サービス費(Ⅳ)」(又は「外部サービス利用型共同生活援助サービス費(Ⅴ)」)を算定する。

(3) 地域定着支援

① Q. 居宅において家族と同居している障害者のうち、当該家族等が障害、疾病等のため緊急時の支援が見込めない状況にある者も利用対象となるが、「障害、疾病等」の「等」とは具体的に何が想定されるのか。

A. 例えば、家族等が高齢であったり就労している場合や、利用者の障害特性に起因した理由により家族等に対して他害行為を行うなど、当該利用者への緊急時の支援が困難な場合が想定される。