

大 分 県
地域移行・地域定着支援事例集
(令和4年8月)

令和4年8月【第4次改訂版】
(平成30年2月初版)

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	P 1
1	事例集の趣旨、利用方法	P 2
2	地域移行支援・地域定着支援とは	//
II	大分県の現状	P 3
1	障がい者手帳所持者数	P 4
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	P 5
	(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	P 6
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	P 7
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	P 8
1	地域移行支援のながれ	P 9
2	地域定着支援のながれ	P 11
3	事例	
(1)	自宅生活への不安が強かった事例	P 12
(2)	地域とのトラブルが入院のきっかけとなった事例	P 17
(3)	情緒が不安定でトラブルを起こしやすい事例	P 23
(4)	精神科病院からの地域移行支援(知的・精神)	P 27
(5)	精神科病院からの地域移行支援・地域定着支援(身体・精神)	P 30
(6)	拘置所からの地域移行支援(精神)	P 36
(7)	救護施設からの地域移行支援(精神・知的)	P 40
(8)	障害者支援施設からの地域移行支援(身体)	P 43
(9)	地域定着支援(知的)	P 47
IV	Q&A	P 50
	地域移行支援・地域定着支援に係るQ&A	P 51

平成30年2月 初版

令和4年8月 第4次改訂

平成31年3月 第1次改訂

令和 元年8月 第2次改訂

令和 3年8月 第3次改訂

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 (令和3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	平衡機能障がい	音声・言語・そ しゃく機能障がい	肢体不自由	うち運動機能障がい	内部障がい	
大 分 市	1,167	1,881	11	157	11,271	151	6,458	20,945
別 府 市	429	450	6	89	3,361	35	1,730	6,065
中 津 市	206	298	3	40	1,571	8	1,193	3,311
日 田 市	140	264	1	30	1,651	7	973	3,059
佐 伯 市	329	350	2	45	2,449	17	1,356	4,531
臼 杵 市	133	231	0	20	1,354	2	696	2,434
津 久 見 市	90	94	0	9	648	3	395	1,236
竹 田 市	96	262	1	19	1,043	7	404	1,825
豊後高田市	59	109	1	14	621	0	349	1,153
杵 築 市	81	181	0	14	750	0	475	1,501
宇 佐 市	167	355	1	83	1,989	6	983	3,578
豊後大野市	167	407	2	19	1,431	3	710	2,736
由 布 市	79	147	1	28	1,056	4	534	1,845
国 東 市	73	204	1	14	845	13	492	1,629
姫 島 村	6	30	0	1	47	7	38	122
日 出 町	61	95	1	10	712	116	405	1,284
九 重 町	27	54	0	6	432	1	145	664
玖 珠 町	39	63	1	11	515	74	234	863
合 計	3,349	5,475	32	609	31,746	454	17,570	58,781

②療育手帳所持者数 (令和3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	317	1,042	988	2,144	4,491
別 府 市	70	321	187	527	1,105
中 津 市	49	216	97	415	777
日 田 市	29	187	86	341	643
佐 伯 市	38	238	103	477	856
臼 杵 市	15	96	74	221	406
津 久 見 市	6	61	19	126	212
竹 田 市	8	56	27	145	236
豊後高田市	8	73	32	137	250
杵 築 市	12	114	44	139	309
宇 佐 市	15	201	92	409	717
豊後大野市	15	129	67	292	503
由 布 市	17	83	59	149	308
国 東 市	9	55	42	158	264
姫 島 村	0	6	0	13	19
日 出 町	10	72	35	115	232
九 重 町	2	23	5	36	66
玖 珠 町	8	54	14	68	144
合 計	628	3,027	1,971	5,912	11,538

Ⅱ 大分県の現状

③精神障害者保健福祉手帳所持者数（令和3年度末時点）（単位：人）

市町村	等級			合計
	1級	2級	3級	
大分市	250	3,614	1,542	5,406
別府市	60	1,116	376	1,552
中津市	24	338	199	561
日田市	33	355	156	544
佐伯市	30	311	168	509
臼杵市	12	188	59	259
津久見市	3	86	37	126
竹田市	15	179	46	240
豊後高田市	11	92	31	134
杵築市	9	182	63	254
宇佐市	21	279	114	414
豊後大野市	24	205	78	307
由布市	12	141	67	220
国東市	10	175	71	256
姫島村		4		4
日出町	11	257	83	351
九重町	1	37	11	49
玖珠町	7	89	29	125
合計	533	7,648	3,130	11,311

【参考】 自立支援医療（精神通院医療）受給者数（令和3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	265	1,652	3,629	3,419	1,260	151	10,376
別府市	32	397	904	1,111	450	26	2,920
中津市	0	175	464	450	118	8	1,215
日田市	1	133	377	445	135	3	1,094
佐伯市	0	128	360	410	97	5	1,000
臼杵市	2	53	239	236	63	5	598
津久見市	0	28	96	110	23	0	257
竹田市	0	42	136	180	198	104	660
豊後高田市	0	51	124	126	37	0	338
杵築市	0	54	210	177	46	2	489
宇佐市	1	105	306	356	94	1	863
豊後大野市	0	76	211	251	114	10	662
由布市	1	73	186	179	70	4	513
国東市	2	54	158	203	48	0	465
姫島村	0	1	1	13	4	0	19
日出町	2	97	198	219	83	0	599
九重町	1	13	31	50	10	0	105
玖珠町	1	29	81	76	20	0	207
合計	308	3,161	7,711	8,011	2,870	319	22,380

II 大分県の現状

2 地域移行・地域定着支援、自立生活援助の状況について

地域移行・地域定着支援サービス利用実績（令和3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	精神障がい	
大分市	4	-	-	4	4	-	2	2
別府市	5	1	-	4	30	4	6	20
中津市	1	-	-	1	1	-	-	1
日田市	4	1	-	3	8	-	1	7
佐伯市	6	1	-	5		-	-	-
臼杵市	1	-	-	1	1	-	-	1
津久見市		-	-	-		-	-	-
竹田市		-	-	-		-	-	-
豊後高田市	1	-	-	1	1	-	-	1
杵築市		-	-	-		-	-	-
宇佐市	6	-	-	6	42	6	11	25
豊後大野市	1	-	-	1		-	-	-
由布市		-	-	-		-	-	-
国東市	1	-	-	1	2	-	1	1
姫島村		-	-	-		-	-	-
日出町	1	-	1	-		-	-	-
九重町		-	-	-		-	-	-
玖珠町		-	-	-		-	-	-
計	31	3	1	27	89	10	21	58

自立生活援助サービス利用実績（令和3年度）

（単位：件）

	自立生活援助			
	身体障がい	知的障がい	精神障がい	
大分市	12	-	10	2
別府市	1	-	1	-
中津市	1	-	-	1
日田市	10	1	1	8
佐伯市		-	-	-
臼杵市		-	-	-
津久見市		-	-	-
竹田市		-	-	-
豊後高田市	4	-	1	3
杵築市		-	-	-
宇佐市	39	10	10	19
豊後大野市		-	-	-
由布市	5	-	4	1
国東市		-	-	-
姫島村		-	-	-
日出町	2	-	-	2
九重町	2	-	-	2
玖珠町	4	-	-	4
計	80	11	27	42

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（令和3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
5,274	5,059	1,047	3,825	187	99	21	21	74	73	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精神科病院在院患者の状況（在院患者数：年齢階級別）（令和3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
4,564	6	13	91	82	686	449	685	572	664	1,316

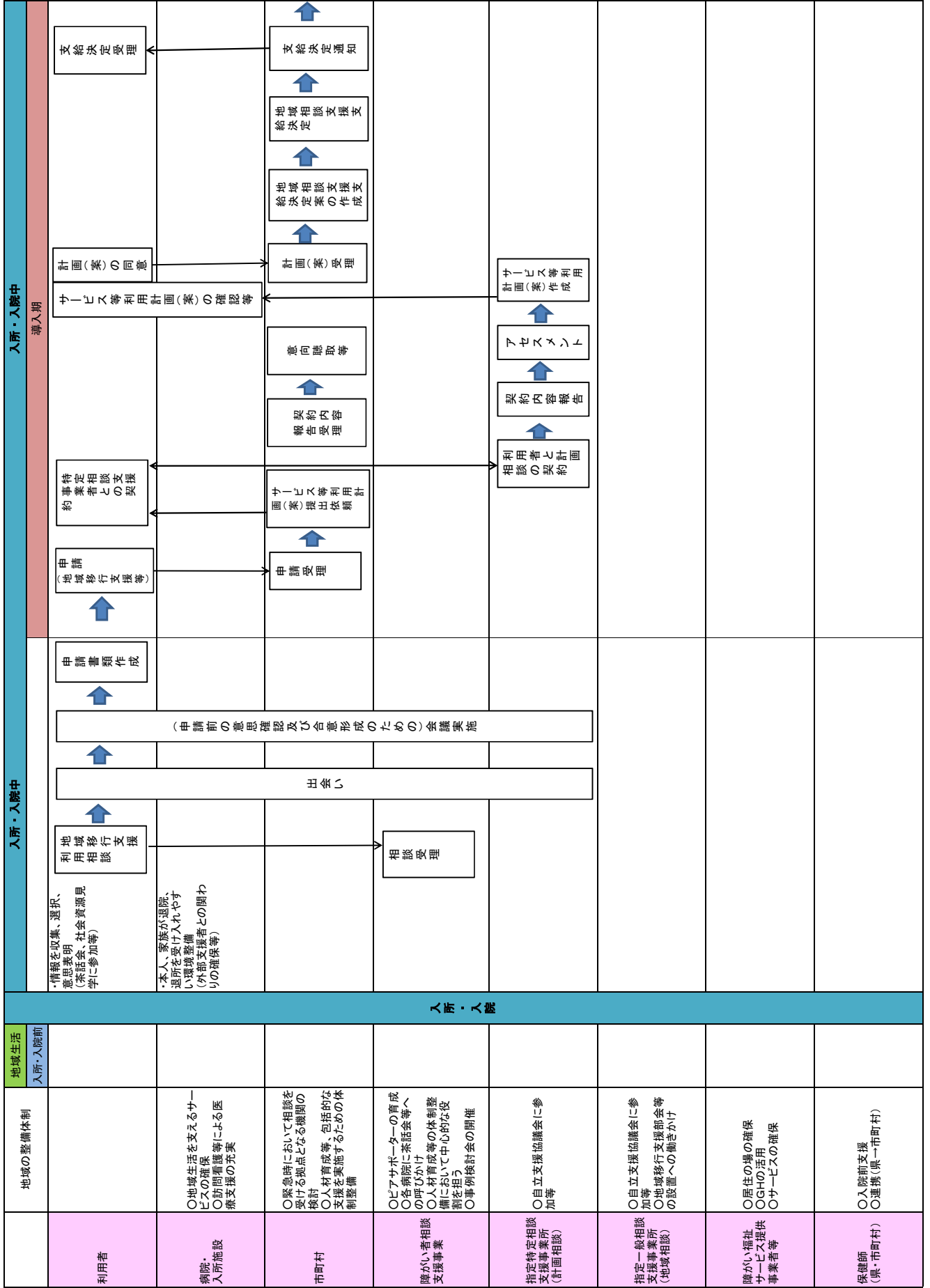
④精神科病院在院患者の状況（在院患者数：入院形態別）（令和3年6月30日時点）

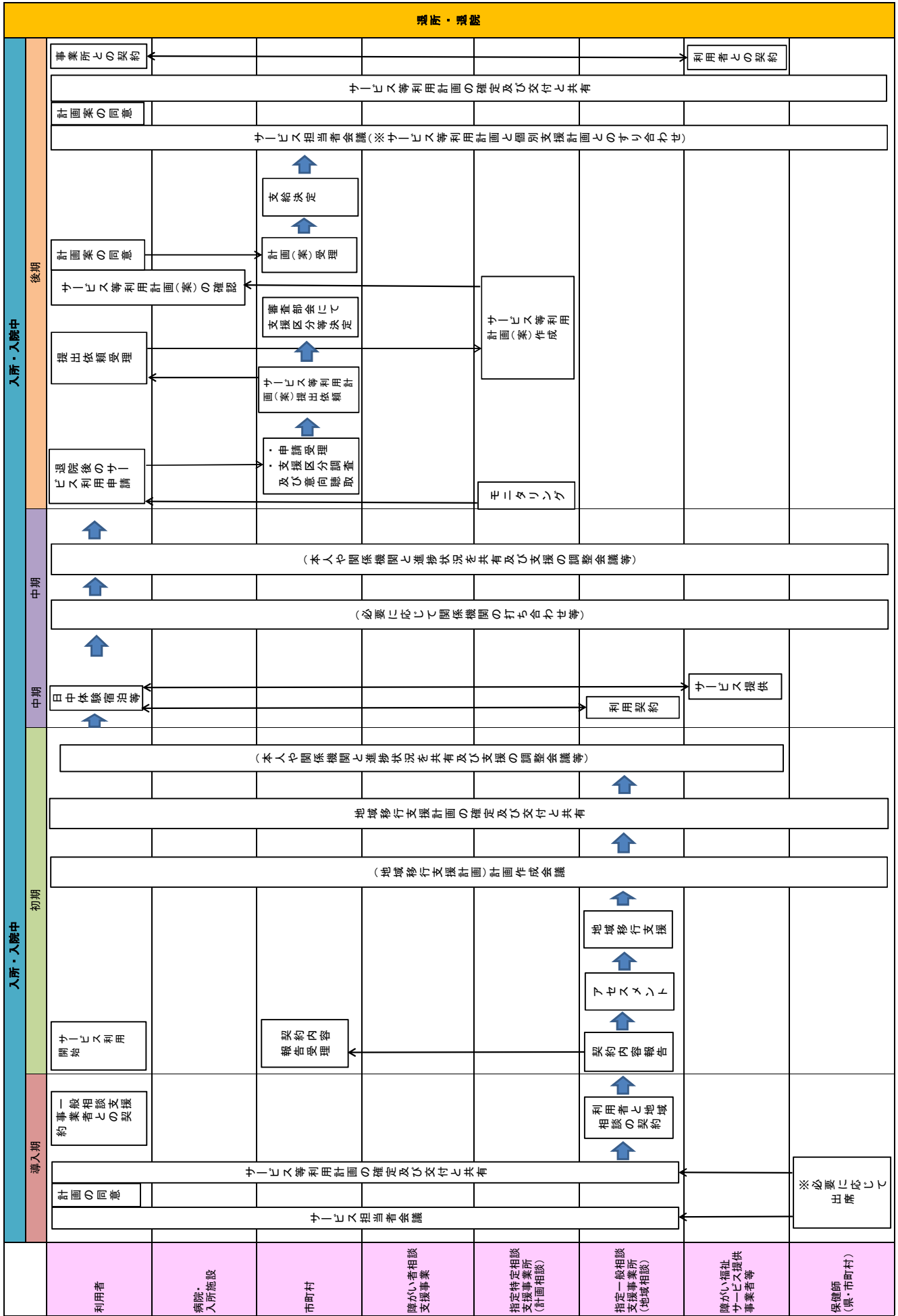
総数	措置入院		医療保護入院		任意入院		その他の入院	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
4,564	12	2	1,000	1,032	1,119	1,398	1	0

Ⅲ 地域移行支援・地域定着支援事例

Ⅲ 地域移行・地域定着支援事例

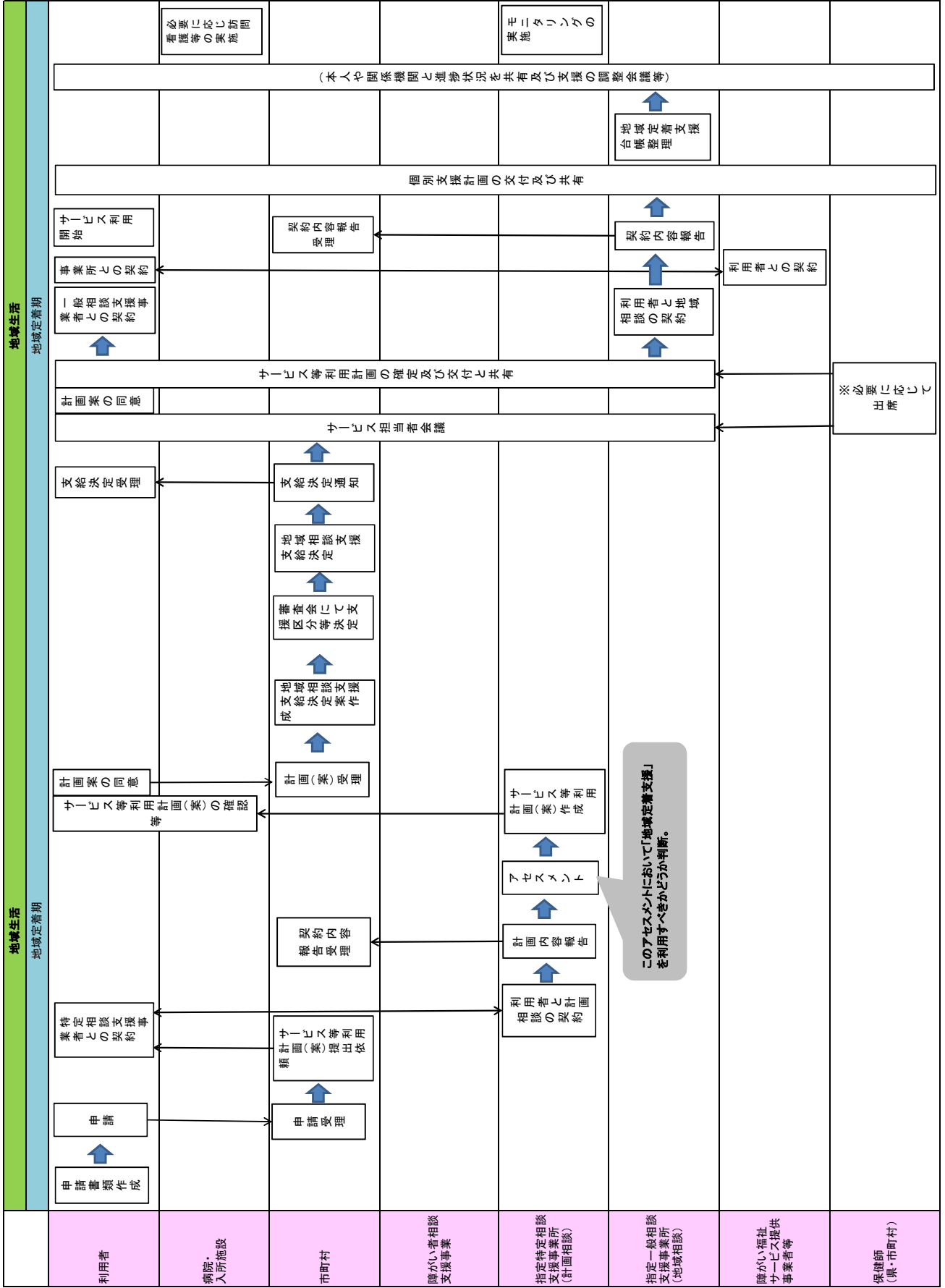
1 地域移行支援のながれ





Ⅲ 地域移行・地域定着支援事例

2 地域定着支援のながれ



3 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
 ・育児一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	<p>父親:近場の外出の際、送迎をしてきている 母親:H26 世界</p> <p>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 H28年4月～児童相談所が一時保護。里親宅で過ごしている</p>		●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		●処方内容			
<p>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い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。</p> <p>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回ホームヘルプ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。</p>		<p>・トフラニール錠25mg(朝夕×各1) ・アメリウムメチル硫酸塩錠10mg(朝×2・夕×1)</p>			
●本人の主訴(意向・希望)		●本人の主訴を踏まえた家族の意見(意向・希望)(父)			
娘と一緒に生活したい。		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 (入院中)

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)	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。				
総合的な援助の方針	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。				
長期目標	自宅で娘と一緒に暮らす。				
短期目標	退院する。				

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	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ましょう。	5ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> 地域移行支援(2回/月以上) 父親との外出 	<ul style="list-style-type: none"> ●●相談支援事業所 ●●相談支援専門員 〇〇-〇〇 お父さん 	<ul style="list-style-type: none"> 父親と外出する。 娘に会いに行く。 不安なことを相談する。 外泊してみる。 	5ヶ月	
2	娘と一緒に暮らしたいが、料理や子育ては不安。	5ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> 入院治療 	<ul style="list-style-type: none"> ●●精神病院 主治医●●先生 PSW●●さん 〇〇-〇〇 	<ul style="list-style-type: none"> 体調を主治医に相談する。 お菓子を飲む。 OT活動へ参加する。 	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みます。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	・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	・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る		
	・お父さん	自宅への外出・外泊の送迎をします。		デイケアに見学に行く		
				外出する		
				外出する		
	・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る		
				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	相談支援事業所	●●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	相談支援事業者名	●●
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号		計画作成担当者	●●
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)	・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	・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	・自宅で娘と一緒に暮らす。
短期目標	・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	・居宅介護による家事援助(3回/週)	ヘルパーズテーション●● 担当:●●さん 00-00	・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	・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 00-00	・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	・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	・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 00-00	・会いに行き一緒に過ごす。 ・不安なことは相談する。	1ヶ月	・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	・地域定着支援(必要時)	●●相談支援事業所 ●●相談支援専門員 00-00	・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	
計画案作成日	平成29年1月10日			A	

心身の状況 精神状態は落ち着いているが、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)	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
・さつい時、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に対応する	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
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）

＜支援経過＞
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。

●退院に向けての課題
・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 要件無		
	【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				
●家族構成			●社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等		
<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>精神科病院 姉 相談支援事業所 ●● 母親 保健所 本人 犬 市 障害者福祉係 社会福祉協議会 駐在所 地域住民</p>		
●生活歴・病歴・受診歴等含む 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月交通事故にあり両足骨折。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。 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」「農薬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薬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。			●処方内容 ・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		
●本人の主訴(意欲・希望) ・退院して自宅に帰りたい。 ・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。			●本人の主訴を踏まえた家族の意見(意向・希望) ・(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 ●●精神科病棟 ●●病棟看護師●●さん ●●作業療法士●●さん 00-0000	・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●●さん ●●精神保健福祉士●●さん 00-0000 ヘルパーステーション●●さん 00-0000	・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慣れていく。	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ら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 ついての正しい理解の為の説明等を行う)	●●保健所 ●●保健師●●さん 00-0000 市:福祉課 ●●さん 00-0000 ●●相談支援事業所 ●●相談支援専門員●●さん ●●精神保健福祉士●●さん 00-0000	・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●●さん ●●精神保健福祉士●●さん 00-0000	・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。毎月相談をして必要時は見直しをおこないます。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、暮らすことができます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	・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		↑	↑	↑	↑	↑	↑
	・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		↑	↑	↑	↑	↑	↑
	・居宅介護事業所●●	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	主治医●●先生 ・病棟の保健福祉士●●さん ・病棟の看護師 ・作業療法士●●さん	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		↑	↑	↑	↑	↑	↑
	・相談支援事業所●●	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

B

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)	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)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1		定期的に受診をしながら、忘れずに薬を飲む	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 ・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	また嫌がらせを受けるのが心配	心配なことがあれば連絡する	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	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	・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 ・食事や買い物頼む ・ヘルパーと話をする	1ヶ月	

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: 平成 25 年 1 月 14 日

利用者氏名: B さん

私の調子が悪くなる前は(サインは) 近隣の人に悪さをされて、我慢できなくなりやり返したくなる。

サインがなっと思ったら……

<p>私のすること</p> <p>周りの人にしてほしいこと</p> <p>周りの人にしてほしくないこと</p>	<p>やり返す前に、支援者(相談支援事業所や精神科病院など)に連絡する。</p> <p>味方になって助けてほしい。</p> <p>悪さをしないでほしい。入院させないでほしい。</p>
---------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

主担当	●●さん	連絡先	090-1234-5678
主治医	●●先生	連絡先	〇〇-〇〇
行政	市役所 福祉課●●さん	連絡先	〇〇-〇〇
同意日	区長 ●●さん	連絡先	〇〇-〇〇

地域定着支援計画兼台帳

利用者氏名	Bさん		住所	指定一般相談支援事業所名 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>	
地域相談支援受給者証番号				利用者同意署名欄	
計画案作成日	平成25年1月21日		区分3		B

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	<input checked="" 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	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				

長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)			服薬のことや近所のことの話をする			

緊急時に必要となる連絡先	所属	担当者	連絡先	その他
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
-----	----------	---------

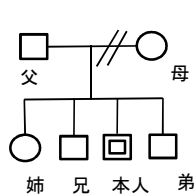
1 概要(支援経過・現状と課題等)

- ・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

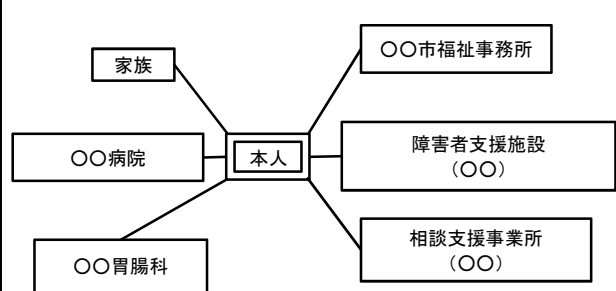
氏名	C	生年月日	1981/〇/〇	年齢	33歳
住所	[持家・借家・グループ/ケアホーム(入所施設・医療機関・その他())]			電話番号	
				FAX番号	
障害または疾患名	知的障害 ADHD	障害支援区分	区分4	性別	男・女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入



父…自宅にて車椅子で生活(週2,3回通院)生活保護受給中
 姉…(〇〇市)
 ★姉には1昨年かから会いに行っている
 兄…(〇〇市)
 弟…(〇〇市)

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)

・父親の家と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)

・本人も帰りたと言っているので、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るら良いと思う。
 ・夜間、自分(父)の世話をさせるのは少し可哀想な気はする。

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	障害支援区分	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(ハワイに行つて、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ので、親子で生活をしたい。 ・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 種類・内容・量(頻度・時間)	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出来る	6か月	地域移行支援:2回以上/月 ・施設見学 ・支援会議 等	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、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:随時 ・定期的な話し合い ・様子確認	相談事業所〇〇 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	生活介護:原則日数 施設入所支援:各月日数 ・本人の様子を確認 ・変化が見られれば声をかけ、本人の話聴く	障害者支援施設「〇〇」 〇〇-〇〇-〇〇	・自分で解決しようとせず、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	生活介護:原則日数 施設入所支援:各月日数 ・本人と他者が関わり合えるような環境づくり ・本人の様子確認 ・粗暴行為が見られた際の対応、対応	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、ほかの人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、髪の毛をひっぱる等の行為。
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	施設入所支援:各月日数 相談支援:随時 ・本人とゆっくり話し合える時間を作る	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	

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年〇月に大分市に戻り、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	家族にできること	友人・知人ができること	地域ができること	支援機関ができること	備考留意点
日中通える作業所を探す	1	本人の強みが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

事例4：精神科病院からの地域移行支援（知的・精神）

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

令和2年1月〇日、B病院〇〇精神保健福祉士より退院にむけての支援依頼を受ける。
 1月〇日、B病院にて初回面談を実施する。ご本人様より障がい福祉サービス利用の意向を確認する。
 1月〇日、B病院にて後見人の〇〇氏とお会いする。退院に向けての地域移行支援の依頼を受け、情報提供を受ける。

現状と課題

令和元年10月〇日に、入居していた「有料老人ホームC」にて入居者との関わりで職員より注意を受け、感情的になり職員の顔を蹴る。施設側より対応が困難という事で、11月〇日にB病院に入院となる。入院中は暴力はなく、約束事を本人に分かりやすいように伝えたと暴力に至ることはない。障がい特性に配慮した関わり、環境面の配慮が必要である。介護保険では要介護2の認定を受けているが、本人の支援としては障がい福祉サービスでの支援が適当である。難病である進行性核上性麻痺の症状改善しており、現在の身体状況は概ね自立している。知的障害にともなう理解力の乏しさ、対人関係において感情コントロールが難しく暴力に発展することがあり、障がい特性を理解した専門的な支援が必要である。

2 利用者の状況

氏名	A	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	51
住所	Z	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	-
障がい又は疾患名	知的障害、統合失調症	障がい支援区分	区分3	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		
<p>2人の姉とは疎遠のため後見人がついている。</p>					
生活歴 ※受診歴等含む			医療の状況		
SO. 〇 出生 〇〇市で誕生 HO. 〇 無職となり、生活保護 〇〇保育所 HO. 〇 〇〇施設 一時保護 SO. 〇 〇〇幼稚園入園 HO. 〇 〇〇市に転居 就労B利用 SO. 〇 〇〇小学校入学 HO. 〇 療育手帳(B2)取得 SO. 〇 同上 卒業 HO. 〇 〇〇施設に入所 SO. 〇 〇〇中学校入学 HO. 〇 就労B利用 SO. 〇 同上 卒業 HO. 〇 〇〇病院に入院 SO. 〇 〇〇高等学校入学 HO. 〇 進行性核上性麻痺の診断 HO. 〇 同上 卒業 HO. 〇 〇〇病院へ転院(リハ) HO. 〇 知人宅で内装業を手伝う HO. 〇 住宅有料老人ホーム〇〇入所 HO. 〇 工事現場交通誘導 R元. 5 有料老人ホーム〇〇入所 HO. 〇 〇〇市で廃品回収業 R元. 11 B病院入院			※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等 B病院 〇〇医師 知的障害(B2)、統合失調症 ・ウレチド錠5mg 1錠 朝食後 ・カルコーパ配合錠L100 3錠 毎食後 ・酸化マグネシウム錠330mg 3錠 朝夕食後 ・クエアチン錠25mg 6錠 朝夕食後寝る前 ・バルプロ酸Na徐放B錠200mg 3錠 寝る前		
本人の主訴(意向・希望)			家族の主訴(意向・希望)		
退院後は〇〇市か〇〇市の施設に入りたい。 病気になった〇〇市とか遠くには行きたくない。 働きたくない…。			腹違いの姉より後見人の申し立て 後見人の〇〇氏より 支援がないと人に騙されたり、トラブルを起こしてしまう。 本人の特性に応じた対応をお願いしたい。		

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(障がい福祉サービス、介護保険等)				療育手帳B2 精神保健福祉手帳2級 障害基礎年金2級 重度心身障害者受給者証 指定難病受給者証 要介護2 (R2. 8まで) 後見人

サービス等利用計画（入院中）

利用者氏名	A さん	障がい支援区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援事業所
計画作成日	令和2年〇月〇日	モニタリング期間	半年	計画作成担当者氏名	〇〇〇〇
				利用者同意署名欄	年 月 日 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）	利用者…「暴力をして、まえの所(施設)は謝ったけど許してくれなかったので戻れない。」「退院後はあたらしい施設に入りたくないなあ。」「もう暴力はしません。」「〇〇市と〇〇市の施設を探してほしい。」「仕事をやる自信がない。」 〇〇後見人…「ご本人様の障がい特性に応じた支援ができる場所を探してほしい。」				
総合的な援助の方針	障がい特性の理解をおこない、ご本人様らしい地域生活が送れるように支援ネットワークを形成してサポートをおこなっていきます。				
長期目標	B病院を退院して地域生活がスムーズに行える。				
短期目標	退院後の生活に必要な準備をおこない、地域での生活イメージを持つ事が出来る。				

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）			
生活スタイルを話し合いながら、退院後の生活の準備をしたい。	B病院を退院する。	半年	種類：一般相談支援 内容：地域移行支援（月2回以上） 退院先の見学同行 体験利用の調整など	〇〇相談支援事業所 〇〇相談支援専門員 〇〇-〇〇〇	・見学先を相談して決めます。 ・必要物品を考えます。 ・見学に行きます。	半年	無理のないペース(2週間に1回程度)で面談を行います。
	種類：入院治療 服薬調整、活動参加など		B病院 〇〇精神保健福祉士		・暴力はしません。 ・体調が悪い時、疲れた時は先生や看護師、相談員に相談します。 ・退院後の生活スタイルを相談します。	半年	体調変化等について必要な場合は、関係者と情報交換を図ります。

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めます。今の時点の計画です。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: A さん 作成年月日 令和2年2月〇日

サービス等利用計画の到達目標	退院してAさんらしく生活が送れるように支援ネットワークをつくりサポートをおこなっていきます。
(1) 長期目標(内容及び期間等)	B病院を退院して地域生活がスムーズに行える。
(2) 短期目標(内容及び期間等)	退院後の生活に必要な準備をおこない、イメージを持つ事が出来る。

私(本人) A さん自身がすることを矢印の下に書き込みます

私(Aさん)の期待や不安	その為に協力する人	協力する内容	支援上の留意事項等	協力(支援)の目安						
				2月	3月	4月	5月	6月	7月	
自信をつけて退院をしたい	B病院 〇〇精神保健福祉士 〇〇看護師	退院先での生活イメージを一緒に考えます	退院に向けての力を高める	退院にむけての準備など、本人に分かりやすく説明する。				グループホーム、就労先での約束事を考える。		
	〇〇相談支援事業所 〇〇相談支援専門員	退院に向けた相談支援、準備、必要な書類作成などをおこないます	アセスメント、病状把握、医療との連携、支援体制の構築などをおこなう	退院にむけての支援会議をおこなう。				必要な支援、区分申請等を協議する。		退院前に支援会議をおこなう。
	〇〇後見人	買物同行、金銭管理などおこないます	約束をまもる	必要な物品を考える。				買物に出かける。		
退院先を見つけない	〇〇相談支援事業所 〇〇相談支援専門員	退院先や就労先、人と交流できる外出先の見学、体験をおこないます	無理のないペーシスを相談しながら取り組みます	自立訓練の見学をする。	グループホームの見学をする。	就労先の見学をする。体験利用する。	グループホームの体験利用する。	グループホームの体験利用する。	グループホーム・就労をあわせて体験利用する。	

同意日 令和2年2月〇日 利用者名 A 印 指定一般相談支援事業所 〇〇相談支援事業所 地域移行支援担当者 〇〇〇〇 印

事例5：精神科病院からの地域移行支援・地域定着支援（身体・精神）

申請者の現状（基本情報）

1 概要（支援経過と現状と課題等）

H20年に〇〇県の〇〇を退職し帰郷。両下肢障がいのため、障がい福祉サービスで家事支援（掃除・洗濯・調理・買物）を利用しながらB市内のアパートで単身生活を送っている。双極性障害もあり〇〇病院を定期受診している。H27年〇月末ごろより躁状態顕著となり、不眠・多弁・路上で裸になり拝むなど滅裂な行動があった。同年〇月、家族に連れられて受診し医療保護入院となる。入院時にはあちこちに借金があった（キャッシング、クレジット、社協からの緊急小口資金貸付等）。入院中は金銭は病院管理となり、わかっている範囲の借金は完済でき、いくらか貯金もある。躁状態が軽快したため、H29年〇月に任意入院に切り替え、本人が以前より希望していた在宅復帰のため地域移行支援を利用することとなった。

（退院に向けての課題）
 キーパーソンであった父が、本人入院中に脳梗塞を発症し支援できる状態ではなくなった。妹が二人いるが拒否感が強い。在宅生活、緊急時の支援体制を整えることで家族の理解を得る。
 本人に病識をもってもらうこと。

2 利用者の状況

氏名	Aさん	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	59歳
住所	B市	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(民間アパート)		FAX番号		-
障がい又は疾患名	右下肢機能全廃、左下肢機能障害	障がい支援区分	区分2	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		
生活歴 ※受診歴等含む			医療の状況		
B市内で出生。 S〇年 小児麻痺と診断。 〇〇小学校へ入学し、小学〇年時に右足の手術を受けた。中学〇年より〇〇障がい児施設へ入所。〇〇支援学校高等部卒業後は、〇〇県の〇〇専門学校入学。 S〇年 〇〇へ就職。コンピューターシステム業務。 S54年 祖母逝去。双極性障害症状出現。 H5年 うつ状態で〇〇病院通院。同年〇月より〇〇病院をH6年まで受診。 H7年 再受診するも自己中断。 H14年 躁状態（多弁、多動、浪費）により突然〇〇県に行き、店舗で小さい子に声をかけ警察に保護され、〇〇病院(〇〇県)入院 H15年 うつ状態で休職。〇〇病院通院再開。 H16年 〇〇病院満床のため、〇〇病院入院。 H16年 退院時に紹介により転医し、〇〇病院へ通院開始。 H20年 通勤が困難となり退職。帰郷し現在のアパートへ転居。 H22年 〇〇で契約社員として入社。翌年〇月、契約期間終了のため退職。 時々実家へ帰省し、便器を壊したり母に手を上げる激しい言動があり、家族はストレスを感じていた。 H27年 躁状態出現。同年〇月〇〇病院へ医療保護入院となる。			※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等 〇〇病院：H27年〇月〇日より入院中 <服薬内容：H30.〇月現在> (朝・昼) バレリン 4T ×2 カマグ 2g ×2 (夕) ジプレキサ 1T バレリン 1T		
本人の主訴(意向・希望)			家族の主訴(意向・希望)		
退院してもともと住んでいたアパートで単身生活を送りたい。			(妹)できれば退院せず人の目の届く施設等で生活してほしい。		

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(障がい福祉サービス、介護保険等)	障害厚生年金	年金事務所	〇〇円/月	2ヶ月に1回	今後はあんしんサポートが管理する。
	地域移行支援	関係機関	退院前支援、退院後の生活支援体制づくり	毎月(H30.4月まで)	
その他の支援	病院による支援	〇〇病院	入院中の健康管理、日常生活の助言等	随時	

サービス等利用計画(入院中)

利用者氏名	A さん	障がい支援区分	区分2	相談支援事業者名	〇〇相談支援事業所
計画作成日	平成29年〇月〇日	モニタリング期間	6ヶ月	計画作成担当者氏名	〇〇 〇〇
				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)	病院関係者、地域の支援者、行政に関わってもらいながら安心して在宅生活に戻りたい。
総合的な援助の方針	病院関係者、地域の支援者、行政に関わってもらいながら安心して在宅生活に戻る準備をする。
長期目標	退院後の在宅生活に向けて、金銭面、体調面、生活面の支援体制を整えることができる。
短期目標	退院後の在宅生活に向けて、支援が必要な事柄を支援者と話しながら整理し必要性を意識することができる。

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	退院して在宅生活に戻りたい。	入院前に住んでいた部屋を片付け、ライフラインが使えるようにする。体験外泊をする。	6ヶ月	地域移行支援 病院による支援 有償ヘルパー	・病院 ・相談支援事業所 ・ヘルパー事業所	部屋の片づけの許可をする。 体験外泊をする。	6ヶ月	
2	調理・掃除・洗濯・買い物などがひとりではできない。	本人の意向を聞きながらヘルパー事業所と調整を行う。	6ヶ月	地域移行支援 ヘルパー事業所	・ヘルパー事業所 ・相談支援事業所	自分でできる家事、できない家事を考え、どのくらいヘルパーが必要かを相談する。	6ヶ月	
3	服薬管理、体調管理が心配。	病院・訪問看護と連携を取り、退院後も体調を崩さないようにする。	6ヶ月	地域移行支援 病院による支援 訪問看護事業所	・病院 ・訪問看護事業所 ・相談支援事業所	薬のセット方法を病院・訪問看護と相談し、1週間分の服薬管理をする。	6ヶ月	
4	計画的にお金を使うことができる。	あんしんサポートと話し合い、訪問頻度や1回に渡してもらった金額を決める。	6ヶ月	地域移行支援 病院による支援 あんしんサポート	・病院 ・社協 ・相談支援事業所	病院で金銭管理の練習をする(定額のこづかいを受け取る)	6ヶ月	
5	日中通うところがほしい。	入院前に通っていたB型事業所の体験利用をする。	6ヶ月	地域移行支援 就労継続支援B型	・B型事業所 ・相談支援事業所	体験利用をする。	6ヶ月	

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めます。今の時点の計画です。毎月相談をして、必要な時は見直しをしましょう。

作成年月日 平成29年10月〇日

利用者氏名: A さん

サービス等利用計画の到達目標	病院関係者・地域の支援者・行政に関わってもらいながら安心して在宅生活に戻る準備をする。
(1) 長期目標(内容及び期間等)	退院後の在宅生活に向けて金銭面、体調面、生活面の支援体制を整えることが出来る。
(2) 短期目標(内容及び期間等)	退院後の在宅生活に向けて、支援が必要な事柄を関係者と話しながら整理し必要性を意識することが出来る。

私(本人) A さん自身がすることを矢印の下に書き込みます

私(A)さんの期待や不安	その為に協力する人	協力する内容	支援上の留意事項等	協力(支援)の目安			
				11月	12月	1月	2月
安心して退院できよう準備したい。	〇〇病院	嗜好品、服薬の自己管理。必要な支援を理解する。	退院後も体調を確認しながら地域の支援機関と連携を図る	・タバコ、服薬の自己管理(渡す期間をあける) ・クライシスプランを一緒に作成する ・アパートの片付け	・外泊訓練 ・栄養指導 ・タバコ、服薬自己管理	・退院前環境整備	・定期受診を行ない生活状況を主治医や相談員に伝える。
金銭面の管理をきちんとしたい。	〇〇市社協 あんしんサポート	定期的に金銭を届け、計画的にお金を使う支援。	計画的に金銭を使うことができるよう助言する。		・面談 ・利用計画	・退院後利用開始	・定期的に金銭を受け取り利用状況の確認を受ける。
服薬確認や体調確認をしてほしい。	〇〇訪問看護ステーション	・服薬確認 ・体調の確認	本人の体調を観察し必要に応じて病院と情報共有する。	・面談	・利用計画	・退院後利用開始	・週1回～2回訪問を受け体調、服薬状況を伝える。不安点あれば相談する。
調理や掃除、洗濯、買い物ができる。	〇〇ヘルパー事業所	調理、掃除、買い物、洗濯支援	自分でできることは行なうよう声かけをする。	・実費ヘルパーにてアパートの部屋の片づけを行なう。	・利用計画	・退院後利用開始	・週2～3回家事援助を利用し自分でできる家事は行なう。
年中通うところがほしい。少しでも収入を得たい。	〇〇就労継続支援B型事業所	本人が可能な作業を提供する。	車椅子上でできる作業を提供する。		・体験利用する	・退院後利用開始	・事業所に通う

同意日 利用者名 A さん

指定一般相談支援事業所 〇〇相談支援事業所

平成29年10月〇日

A さん 印

地域移行支援担当者

〇〇〇〇 印

サービス等利用計画(退院後)

利用者氏名	A さん	障がい支援区分	区分2	相談支援事業者名	〇〇相談支援事業所
計画作成日	平成30年〇月〇日	モニタリング期間	1ヶ月(当初3ヶ月)以後6ヶ月毎	計画作成担当者氏名	〇〇〇〇
				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)	病院関係者、地域の支援者、行政に関わってもらいながら体調を崩さずに安心して在宅生活を送りたい。				
総合的な援助の方針	病院関係者、地域の支援者、行政が連携を取りながら安心して在宅生活を送ることができよう支援する。				
長期目標	医療機関、社会資源を利用しながら体調を悪化させずに生活リズムを整え、地域での単身生活を安心して送ることができる。				
短期目標	定期受診、服薬をきちんと行ない、体調を安定させることができる。 就労継続支援B型に通い、訪問看護、居宅介護を利用することで生活リズムを整えることができる。 あんしんサポートを利用し、計画的に金銭を使う意識を持つ。				

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	服薬管理・健康管理が心配	関係機関、病院が連携を取り、服薬や体調の確認を行ない、異変があれば早期に対応する。	1年	定期受診 月2回 訪問看護 週3~5回 保健師 その他関係機関	・病院 ・市保健師 ・ヘルパー事業所	定期受診に行く。 薬をきちんと飲む。	1ヶ月	薬は一包化し夕方のみ。クラインスプランの病状悪化のサインに留意し、普段と違う様子に気づいたらB市または相談支援事業所へ連絡し、病院受診等早期に対応する。
2	計画的に金銭を使う必要がある	あんしんサポートを利用し、金銭を使い過ぎないように支援する。	1年	あんしんサポート週1回 就労継続支援B型 月 日数-8日 居宅介護	・社協	定額の金銭を計画的に使う。	1ヶ月	週1回定額を持参。 ヘルパーによる買物代行の食料費は前もって事業所に渡しておく。B型事業所の昼食・飲物代は本人に1週間分ずつ渡す。
3	掃除・洗濯・調理・買物がひとりでできない	本人の意向を聞きながら、家事の支援を行うことで衛生的に生活できるように支援する。	1年	居宅介護 家事援助(買物・調理・掃除・洗濯・ゴミ出し)〇 H/月(週3回1回1時間 2名対応)	・ヘルパー事業所	身の回りの片付けなど、自分でできる家事は自分で行う。	1ヶ月	ヘルパー2名で対応。状況が安定すれば変更の可能性あり。
4	日中通うところが欲しい	就労継続支援B型に通うことで生活リズムを整え、金銭を使い過ぎないように支援する。	1年	就労継続支援B型 月 日数-8日	・B型事業所	毎日B型事業所に通う。	1ヶ月	慣れてきたら週5日利用にする。
5	困りごとを相談したい	生活の中での困りの相談を受けることで本人の体調が安定し、変化に早めに対応することができる。	1年	訪問看護 相談支援 居宅介護 あんしんサポート	・相談支援事業所 ・訪問看護 ・ヘルパー ・社協	困りごと等を支援者に相談する。	1ヶ月	
6	退院後も体調を崩したり、お金を使わずに安心して生活したい	関係機関が連携し、本人の生活を支えていく。本人に体調の異変があれば医療機関と連携する。	1年	地域定着支援	・相談支援事業所	服薬等をきちんとし、規則正しく生活する。 困りごとがあれば支援者に相談する。	1ヶ月	

地域定着支援台帳

No. 1

氏名	A 様		(男) 女	生年月日	〇年 〇月 〇日	(59 歳)
連絡先	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 B市		TEL	〇〇-〇〇	
		〇〇〇〇 一人暮らし・家族同居・その他()		FAX		
心身状況	(身体・言語・聴覚・視覚・その他特記事項等) 下肢機能に障がいあり、通常は車いす使用。自宅内は這って移動。手すりがあれば立位を取ることはできる。 双極性障害のため服薬を確実にすることが重要。クライシスプランにあるような状況が見られた場合は医療機関に早期に連絡する。					
障がい又は疾患名	右下肢機能全廃、左下肢機能著障、双極性障害			障がい者手帳	身体障害者手帳1種2級	障がい支援区分 区分2
医療	自立支援医療	〇〇〇 (自己負担上限額 〇〇円)	健康保険	〇〇保険 記号番号 〇〇		血液型 〇〇
	医療機関名	診療科	主治医氏名	連絡先	備考	
	〇〇病院	精神科	〇〇 〇〇	〇〇-〇〇	月1回受診。〇〇PSW	
	〇〇訪問看護ステーション	科		〇〇-〇〇	週3回(月水金)訪問	
〇〇薬局	科		〇〇-〇〇			
服薬状況	(夕食後1包化)オランザピン錠10mg 1錠・セレンカR錠400mg 2錠・バルプロ酸Na除放B錠200mg 1錠・酸化マグネシウム錠500mg 2錠 (便秘時)ラキソベロン錠2.5mg					
病障がい歴史	年月	事項			年月	事項
	S〇年頃	小児麻痺の診断。			S〇年頃	〇〇障がい児施設へ入所し、〇〇支援学校に通う。
~~~~~				~~~~~		
H27年	〇〇病院へ医療保護入院。H29年〇月任意入院に切り替え。H30年〇月退院。			H27年	〇〇就労継続支援B型利用開始。	
経済状況	生活保護	有・無	障がい年金の種類	障害厚生年金 1級 月 〇〇円	その他特記事項 今回の入院前の躁状態が強い時に金銭を無計画に使い、食材費や生活費が底をつくことがあった。そのためあんしんサポートを利用。 食材費はあんしんサポートからヘルパー事業所に直接渡し(〇万円/月)、買物代行をしている。	

No. 2

	氏名	続柄	年齢	職業・学校	同居・別居	連絡可否 優先順位	連絡先	備考
	親家族	〇〇 〇〇	父	〇代		別居	不可	不可
〇〇 〇〇		弟	〇代		別居	不可	不明	消息不明
〇〇 〇〇		妹	〇代	〇〇	別居	可	〇〇-〇〇	連絡は入院・契約等最低限必要な時のみ
〇〇 〇〇		妹	〇代	〇〇	別居	可	〇〇-〇〇	なかなか連絡が取れない。
			歳	※家族は今回の入院以前も本人の行動に振り回されており、本人を受け入れがたいという気持ちがある。連絡は入院・契約等家族の同意がどうしても必要な時のみ最低限行なうこととなっている。				
関係機関	種別	関係機関名	担当者名	連絡先	緊急連絡先	備考		
	行政	〇〇保健所		〇〇-〇〇				
	行政	B市福祉課	〇〇氏	〇〇-〇〇		障害福祉サービス援護市担当		
	行政	B市健康課	〇〇氏	〇〇-〇〇		市役所保健師(随時訪問)		
	福祉サービス	〇〇ヘルパー事業所	〇〇氏	〇〇-〇〇		居宅介護(週3回家事援助:火・木・土)		
	福祉サービス	〇〇就労継続支援B型事業所	〇〇氏	〇〇-〇〇		就労継続支援B型(週3回:月・水・金)		
	社会福祉協議会	〇〇市社会福祉協議会	〇〇氏	〇〇-〇〇		あんしんサポート(毎週木曜日に定額持参)		
相談支援	〇〇相談支援事業所	〇〇	〇〇-〇〇		相談支援事業所(随時訪問:月2回以上)			
緊急時の留意点	別紙クライシスプラン参照							
備考	平成27年〇月〇日双極性障害で医療保護入院。地域移行支援を利用し退院準備をすすめた。平成30年〇月〇日退院し、地域定着支援利用。情報共有ノートを作成し、在宅関係者で本人の状況をお互い知ることができるようにしている。							

# クライシスプラン【緊急時対応計画】 (対象者: A )

		病状悪化のサイン		対処方法	相談・連絡先	関係者(援助者・支援者)の対処
		自分がかかる症状や行動等	関係者が気がつく症状や行動等			
<b>軽い症状の時</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気分が高まり、心地よくなる。</li> <li>・飲食等にお金を多く使い始める。</li> <li>・行動的になり、活動範囲が広がる。</li> <li>・夜が眠れなくなる。</li> <li>・食欲が湧かなくなる。</li> <li>・気分が沈む。</li> <li>・ボーっとして気力が湧かなくなる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院のルールを守れなくなる。</li> <li>・計画的なお金の使い方が難しくなる。</li> <li>・薬を飲まなくなる。</li> <li>・気分が高揚する。</li> <li>・不眠が出現する。</li> <li>・気分の重さ、意欲の低下が出現する。</li> <li>・頭が動かなくなる。疲れやすくなる。</li> <li>・食欲低下が出現する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・写真を撮る、音楽を聴く等、気分転換を図る。</li> <li>・通院・服薬を継続する。</li> <li>・自身の状態や気になること等、訪問看護や作業所のスタッフに伝える。</li> <li>・あんしんサポートを利用する。</li> <li>・関係機関に相談する。受診時の同行を依頼する。</li> <li>・入院治療を検討する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・B市保健師 〇〇-〇〇</li> <li>・〇〇相談支援事業所 〇〇-〇〇</li> <li>・〇〇就労継続支援B型 〇〇-〇〇</li> <li>・〇〇ヘルパー事業所 〇〇-〇〇</li> <li>・〇〇訪問看護 〇〇-〇〇</li> <li>・〇〇病院 〇〇-〇〇</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>＜病院＞</li> <li>・外来診療行い、頓服・点滴等の処置を行う。</li> <li>・薬剤調整を行う。</li> <li>・本人に病状説明し、任意入院を検討する。</li> </ul>	
<b>重い症状の時</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気分高揚が激しくなる。</li> <li>・見境のつかない行動、突飛な行動が開始する。</li> <li>・自身の行動を振り返ることが困難になる。</li> <li>・浪費が激しくなる。</li> <li>・不眠が強くなる。</li> <li>・食欲低下により、食生活が乱れる。(2、3日食べなくても平気になる)</li> <li>・何をしても楽しくなくなる。部屋に閉じこもりになり、仕事に行きたくなくなる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気分高揚が激しくなり、突発的な行動が開始する。(突然他県に行く等)</li> <li>・高額な買い物をする等、浪費が激しくなる。お金を借りるようになる。</li> <li>・まとまりのない行動が出現する。(路上で裸になって拌む等)</li> <li>・怒りっぽくなり、他者に対して威圧的になる。口調が荒くなる。</li> <li>・多弁になる。</li> <li>・不眠が強くなる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・早めに受診し、病状説明を受ける。</li> <li>・傾聴や点滴等の処置を受ける。</li> <li>・入院治療を受ける。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>同上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>＜病院＞</li> <li>・外来診療行い、頓服・点滴等の処置を行う。</li> <li>・本人・家族に病状説明し、医療保護入院を検討する。</li> </ul>	
作成年月日		〇 年	〇 月	〇 日	医師確認欄	

## 事例6：拘置所からの地域移行支援（精神）

### 申請者の現状（基本情報）

#### 1 概要（支援経過と現状と課題等）

40代前半、C店で働いていた時に父が体調を崩したため他県の兄に相談し引き取ってもらうことになった。一人で生活することになったが、パニックの症状（一人でいる時に死への恐怖や漠然とした不安）が出現したため精神科D病院を受診し、外来通院と服薬を開始する。

仕事に就く自信がなく生活保護を申請、受給することになった。ハローワークで求職活動はしていたが、就職には結びつかなかった。

日中は相談機関EやF相談支援事業所で、相談し話を聞いてもらったり、外で運動をして過ごし時間をつぶしていた。市内の店舗GやHでの不適切な行動からトラブルなどで警察沙汰になる事があった。

○年○月○日、市内I施設でわいせつな行動をして警察に通報される。警察と医師の協議でJ宿泊型自立訓練に入所。就労支援も指示され、K就労継続支援A型に就職。宿泊型自立訓練入所中も、異性と不適切な行動があった。しかし、ある程度の落ち着きがみられたため、6ヶ月で公営住宅に戻る。K就労継続支援A型は、体調を崩すこともあったが順調に勤務できていた。

○年○月にK就労継続支援A型事業所の閉所に伴い退職。翌月に別のL就労継続支援A型を受けるが受からず、以降は午前中に家を出て水泳や英語の勉強をして日中を過ごし、夜になり自宅へ帰る、という毎日を過ごしていた（失業保険を6ヶ月受給）。月1回の受診と訪問看護が入っている。担当医からも仕事に就くことを勧められていた。別のF相談支援事業所が介入していたが、自信が無い事と失敗する事への不安から踏み切れずにいた（就労継続支援A型の受給者証は○年○月で切れている）。

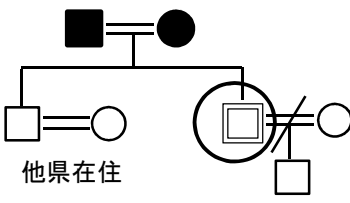
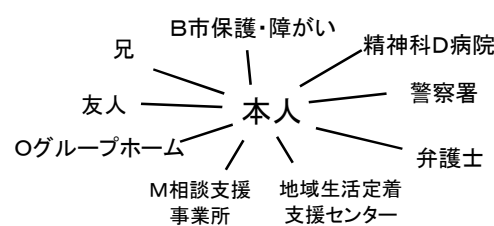
○年○月○日、訪問看護後に担当看護師が同行し、当M相談支援事業所に来所。N就労継続支援A型を希望。以前のF相談支援事業所に確認後、計画相談の契約をし、翌日より利用を開始。

環境や作業には順調に適応したが、漠然とした不安からパニック発作で行けなくなり、本人、サービス管理責任者、相談支援専門員で話し合うことを2回程繰り返した。

その翌月、わいせつ・器物破損で逮捕（事件は逮捕の前月（○月○日）に発生）。取り調べの後、精神鑑定、起訴、裁判を経て3ヶ月後に釈放予定。

地域生活定着支援センターも入ることになった。これまでの経緯を考慮しても逮捕前の居宅に戻る事は難しく、釈放までに新しい生活の環境（グループホームや宿泊型自立訓練）を探し整える必要がある為、地域移行支援を行い社会復帰に向けての相談、環境整備に取り組むことになった。

#### 2 利用者の状況

氏名	A	生年月日	○年○月○日	年齢	50
住所	B			電話番号	〇〇-〇〇
	持家・借家・グループ／ケアホーム・入所施設・医療機関・その他（ ）			FAX番号	-
障がい又は疾患名	精神	障がい支援区分		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		
					
●生活歴※受診歴等含む			●医療の状況		
<p>B市で出生。保育園、小学校、中学校、高校、大学と進む。小学生の時に母親が他界し、父と兄と引っ越す。大学を中退し、他県で就職する。20代で結婚、1児をもうける。この頃にストレスや悩みから不安になりパニック障がいが出現し、Pクリニック初診。痴漢行為にて2度の逮捕。離婚を経験する。その後、服薬しながら仕事を転々とし、30代で県内に戻る。数ヶ所でバイトをする。帰省後はメンタルも安定しており、受診や服薬はしていなかった。</p>			<p>D病院（〇〇医師） 初診～○年頃 受診～1回／月 訪看～1回／月</p> <p>※20代頃、パニック障がいPクリニック（他県）に通院歴あり。</p>		
●本人の主訴（意向・希望）			●家族の主訴（意向・希望）		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会のルールを守り、安心して生活できるようになる。</li> <li>・不安な気持ちやパニックになりたくない。</li> </ul>					

#### 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（障がい福祉サービス、介護保険等）	地域生活定着支援センター 市社会福祉課 相談支援事業所	〇〇会 B市役所 M相談支援事業所	相談支援 生活保護 地域移行支援	随時 随時 1会／週	
その他の支援	訪問看護	D病院	健康管理・指導	1回／月（不定期木曜）	

サービス等利用計画(入所中)

利用者氏名	A 様	障がい支援区分		相談支援事業者名	M相談支援事業所
計画作成日	令和〇年1月〇日	モニタリング期間	〇ヶ月	計画作成担当者氏名	〇〇 〇〇
				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"> <li>・社会のルールを守り、安心して生活できるようになる。</li> <li>・不安な気持ちやパニックになりにたくない。</li> </ul>				
総合的な援助の方針	社会のルールを守り、安心して生活を送れるよう地域に戻ったときの環境を整えたり、日中活動の場所を見つけれられるように支援します。				
長期目標	ルールを守り、社会の中で安心して生活を送ることができる。				
短期目標	きちんと反省して、社会復帰に向けた準備(体調や環境)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	新しい住居を探さなければならない。荷物の引越しや保管も必要。	新しい住居を探す過程で、面接時に情報提供しながら、分からないことや心配が極力無いようにしてゆきます。	令和〇年3月末	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域生活定着支援センター(随時)</li> <li>・市社会福祉課(随時)</li> <li>・相談支援事業所(週1回)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域生活定着支援センター〇〇さん、〇〇さん(TEL〇〇-〇〇)</li> <li>・B市社会福祉課〇〇さん(TEL〇〇-〇〇)</li> <li>・M相談支援事業所〇〇、〇〇(TEL〇〇-〇〇)</li> </ul>	何でも聞いてください。	令和〇年2月、3月	精神保健福祉士が在籍するグループホーム、もしくは宿泊型自立訓練が望ましい。
2	社会生活に戻る事への不安がある。パニックにならないか。	復帰に向けて不安が大きくなっていないようにフォローしてゆき、何でも気軽に相談できる環境提供が出来るように整えておく。	令和〇年3月末	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域生活定着支援センター(随時)</li> <li>・相談支援事業所(週1回)</li> <li>・かかりつけ病院(必要時)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域生活定着支援センター〇〇さん、〇〇さん(TEL〇〇-〇〇)</li> <li>・M相談支援事業所〇〇、〇〇(TEL〇〇-〇〇)</li> <li>・D病院(TEL〇〇-〇〇)</li> </ul>	服薬をきちんとする。不安が強くなりそうならば相談する。	令和〇年2月、3月	一人になると不安が強くなりパニックにつながりやすい。
3	再犯を起こさない。二度と留置所に入りにくい。	自覚を持ってもらい、社会的なルールを守れるよう協力支援してゆきます。	1年後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域生活定着支援センター(随時)</li> <li>・相談支援事業所(随時)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域生活定着支援センター〇〇さん、〇〇さん(TEL〇〇-〇〇)</li> <li>・M相談支援事業所〇〇、〇〇(TEL〇〇-〇〇)</li> </ul>	隠し事をせずに相談する。不特定多数が集う場所に長居しない。	令和〇年2月、3月	移行支援の期間だけでなく、継続してゆく必要あり。




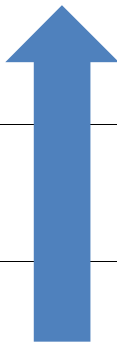

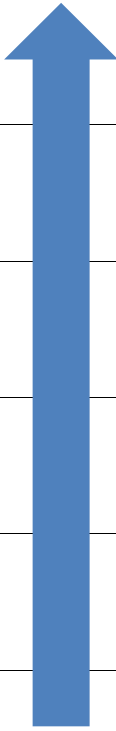

# 地域移行支援計画

これから先、6か月の計画です。自分のペースで取り組めます。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: A さん      作成年月日      令和〇年1月〇日

サービス等利用計画の到達目標	社会のルールを守り、安心して生活を送れるよう地域に戻った後の環境を整えたり、日中活動の場所を見つけられるように支援します。
(1) 長期目標(内容及び期間等)	日中活動の場所があり、社会のルールを守りながら不安なく暮らしてゆける。(約1年後)
(2) 短期目標(内容及び期間等)	釈放後の生活環境を整えて、スムーズに社会生活に戻れる。(令和〇年3月頃)

 A さん自身がすることを矢印の下に書き込みます

Aさんの期待や不安	その為に協力する人	協力する内容	支援上の留意事項等	協力(支援)の目安				
				令和〇年1月	2月	3月	4月	5月
不安なく過ごせる新しい住居が見つかるといい。	地域生活定着支援センター〇〇さん B市社会福祉課〇〇さん、〇〇さん M相談支援事業所〇〇、〇〇	グループホームや宿泊型自立訓練など、復帰後の生活を支援できる場所を確保する。	釈放までに生活の場所を決定する。					
新しい住居への引っ越し。	B市社会福祉課〇〇さん、〇〇さん M相談支援事業所〇〇、〇〇	旧住宅の片付けや入居場所への引っ越しを支援します。	業者を見つけ、引っ越しの段取りを整えます。					
安心して相談できる人が欲しい。	〇〇弁護士 地域生活定着支援センター〇〇さん M相談支援事業所〇〇、〇〇	勾留中や社会に戻った後の生活環境や日中活動、不安な事について定期的に面接してゆきます。	面接を行う/週1回又は必要時。					
日中の居場所が必要。	地域生活定着支援センター〇〇さん B市社会福祉課〇〇さん、〇〇さん M相談支援事業所〇〇、〇〇	日中の活動の場所を確保して生活のリズムを構築する。	釈放後出来るだけ早い時期に、利用できる作業所等を見つめる。					

同意日      令和〇年1月〇日      利用者名      A      印      指定一般相談支援事業所      M相談支援事業所      地域移行支援担当者      〇〇   〇〇   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: A さん 作成年月日: 令和 〇 年 1 月 〇 日

	①わいせつな事を考える。 ②若い女性の居る所に行きたくなる。 ③言動に落ち着きが無くなる。 体調が悪くなる。 不安になる。
--	------------------------------------------------------------------

サインかなと思ったら・・・

私のすること	①変な気持ちになった時は連絡する。 ②相談をする。 ③必要以外、不特定の人が集まる場所に行かない。長居はしない。
周りの人にしてほしいこと	・変な気持ちを起こさないように、普段から相談に乗って欲しい。 ・行動に問題がある時は知らせて欲しい。
周りの人にしてほしくないこと	・犯罪者や変質者と決めつけた見方や接し方をしないで欲しい。 ・「大丈夫」とかは言わないで欲しい。→不安になる。 「気になっていることは無いですか」という聞き方をして欲しい。

主担当:	M相談支援事業所 〇〇	連絡先:	〇〇-〇〇
弁護士:	〇〇弁護士	連絡先:	〇〇-〇〇
相談員:	地域生活定着支援センター 〇〇さん	連絡先:	〇〇-〇〇
行政:	B市社会福祉課 〇〇さん	連絡先:	〇〇-〇〇
担当医:	D病院 〇〇医師	連絡先:	〇〇-〇〇

同意日

令和 〇 年 1 月 〇 日

## 事例7：救護施設からの地域移行支援（精神・知的）

### 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…下記生活歴参照

- ①自ら進んで作業に参加することは少なく、声掛けが必要である。作業へ参加しても、集中して取り組むことは難しいが、趣味の将棋や野球の本を読む時は熱心に取り組んでいる。
- ②水分摂取のコントロールが難しく、医師より1日に体重測定を3回実施するように指示されている。±3kg以内であれば称賛し、超えた場合は激励し、動機付けを高める支援が必要である。※タンスの中にペットボトルを溜め込むことがあるので確認が必要。
- ③気になることがあると、何度も職員へ確認に来る。
- ④暴言が混じった独語などから他の利用者とトラブルになったり、暴力行為に及ぶことがある。
- ⑤汚れた衣類の上に何枚も重ねて着ることがあるので、確認が必要である。
- ⑥洗濯物をタンスの中に溜めることがあるので、一緒に洗濯などの支援が必要である。
- ⑦居室のネームプレートや文字に拘りがある。
- ⑧保有金が少ないが、外食や腕時計の購入等を強く希望することがあるため、金銭管理について支援が必要。
- ⑨令和2年7月〇日より2泊3日でB市のグループホームEの体験利用を行い、本人より入所の希望がある。
- ⑩令和2年7月〇日よりグループホームEに移行して生活を始める。

#### 2 利用者の状況

氏名	A 様	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	25歳
住所	B市			電話番号	〇〇-〇〇
	持家・借家・グループケアホーム・入所施設・医療機関・その他( )			FAX番号	-
障がい又は疾患名	統合失調症・知的障害	障がい支援区分		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		
●生活歴※受診歴等含む			●医療の状況		
HO D町にて出生。 H17 小学校〇年生の時にADHDと診断される。 H20 中学校〇年生で幻聴が現れる。 H22 B病院へ入院となる。G救護施設入所時まで入退院を9回繰り返している。 H25.3 支援学校を卒業後、就労継続支援B型事業所を利用するが、作業に集中することができず、他利用者に相手にされない状況があった。母親への言動がひどくなり、B病院へ入院となる。 H25.10 退院後、G救護施設へ入所。			統合失調症（B病院）		
●本人の主訴（意向・希望）			●家族の主訴（意向・希望）		
・グループホームに行って一人部屋で生活したい。 ・グループホームの近くにある色々な店に行って買い物をしたい。					

#### 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（障がい福祉サービス、かご保険等）	①就労継続支援B型 ②共同生活援助	①就労継続支援B型事業所E ②グループホームE	①就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。 ②住居や食事を提供し生活上の相談等、日常生活を適切に支援する。	①-8日/月 ②毎日	
その他の支援	療育手帳B1 精神保健福祉手帳2級				

サービス等利用計画(入所中)

利用者氏名	A 様	障がい支援区分	相談支援事業者名	相談支援事業所H
計画作成日	令和2年3月〇日	モニタリング期間	計画作成担当者氏名	〇〇〇〇
			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"> <li>・グループホームで生活してみたい。</li> <li>・周りに好きな食べ物屋や、店があるところで生活したい。</li> </ul>			
総合的な援助の方針	グループホームでの生活を実現するため、地域移行支援を通じて生活に対する課題等を検討し、安心した生活を送れるように支援する。			
長期目標	本人の希望するグループホームでの生活を継続できるように支援する。			
短期目標	地域生活のために必要なサービスやリスクについて考え、具体的な支援について本人とともに検討する。			

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	・グループホームで生活してみたい。 ・周りに好きな食べ物屋や、店があるところで生活したい。	本人の希望を実現するための、地域移行支援計画を立て、支援を実施する。	6ヶ月	・地域移行支援(随時) 施設職員や相談員と話し合い、地域移行に向けた計画を立案する。	・救護施設 ・相談支援事業所	・退所後の生活をイメージして、利用したいサービスや、実現したい生活についての意向を伝える。	1ヶ月	
2	・グループホームで生活してみたい。 ・周りに好きな食べ物屋や、店があるところで生活したい。	退所後の生活に必要なものの準備や、手続きの支援をする。	6ヶ月	・地域移行支援(随時) 退所のために必要な手続きを行うとともに、必要に応じて買い物等を行う。	・救護施設 ・相談支援事業所	・地域で生活するために必要なものを考え、職員と一緒に準備する。	1ヶ月	
3	地域で生活するために必要な住居や日中活動の場の確保に向け、見学や連絡調整等の支援を行う。	地域で生活するために必要な住居の確保や日中活動の場を検討するとともに、必要に応じて同行支援や各関係機関への連絡調整等を行う。	6ヶ月	・地域移行支援(随時)	・救護施設 ・相談支援事業所	・経済状況や身体状況に応じた、住居や日中活動の場を検討する。	1ヶ月	

## 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めます。今の時点の計画です。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: A 様 作成年月日 令和2年2月〇日

サービス等利用計画の到達目標	施設を退所して、グループホームでの生活を始める。
(1) 長期目標(内容及び期間等)	必要なサービスを選択して、本人の希望するグループホームでの生活を実現できるように支援する。
(2) 短期目標(内容及び期間等)	グループホームで生活するために必要なサービスやリスクについて考え、具体的な支援について本人とともに検討する。

私(本人) A 様 自身がすることを矢印の下に書き込みます

私(A様)の期待や不安	その為に協力する人	協力する内容	支援上の留意事項等	協力(支援)の目安				
				2月	3月	4月	5月	6月
グループホームで生活してみたい。	グループホーム職員 救護施設職員 相談支援専門員	昇学の同行や体験宿泊の計画、契約の援助等を行う。	できるだけ本人の希望を尊重する。	グループホームの見学・宿泊体験				
新しい生活に対して不安もある。	グループホーム職員 救護施設職員 相談支援専門員	生活に対する不安について話し合い、解決のための方向性を探る。	本人の体調等に考慮しながら無理ない範囲で行う。	グループホームでの生活に対するイメージ作りをする。				
買い物や外食等に出掛けてみたい。	グループホーム職員 救護施設職員 相談支援専門員	地域にある店の情報提供や日中活動の場所を探す。	できるだけ本人の希望を尊重する。	日中活動の場所を探し、見学や体験利用をする。				

同意日

令和2年2月〇日

利用者名

A

印

指定一般相談支援事業所

相談支援事業所H

地域移行支援担当者

〇〇〇〇

印

## 事例8：障害者支援施設からの地域移行支援（身体）

別紙1

### 申請者の現状(基本情報)

作成日	令和元年5月〇〇日	相談支援事業者名	A相談支援事業所	計画作成担当者	B
-----	-----------	----------	----------	---------	---

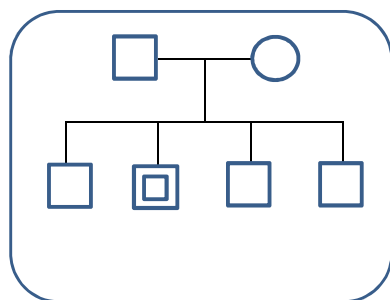
#### 1. 概要(支援経過・現状と課題等)

〇〇病院を退院し、〇〇リハビリテーションセンターに入所、自立訓練(機能訓練)を受けて機能回復を図る。機能訓練で自宅ができることを増やすための訓練に取り組み、左手で電動車いすを操作し移動したり、補助具により食事ができるようになった。退院後は他市にある両親の家での生活を希望、2019年8月の退所に向けて地域移行支援の利用を希望され、サービス等利用計画の策定となった。

#### 2. 利用者の状況

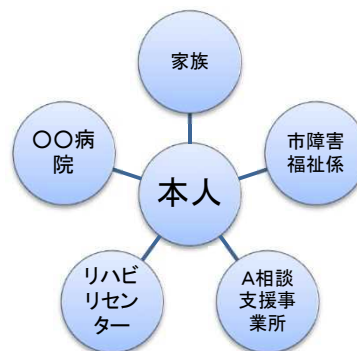
氏名	〇〇 〇〇	生年月日		年齢	
住所	大分県			電話番号	
	〔持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他( )〕			FAX番号	
障害または疾患名	頸椎脱臼骨折による両上肢機能全廃(1級) 両下肢機能全廃(1級)	障害程度区分	区分6	性別	男・女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入



主たる介護者  
父・母・・・自営業

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

〇〇小、〇〇中、〇〇高校卒業後、〇〇専門学校(在学中)  
平成〇〇年〇月〇日、友人の車に同乗中(後部座席)、中央線をはみ出して対向車と衝突、事故によって脊髄損傷を受け、〇〇病院に入院。頸椎5番6番損傷のため、両上肢、両下肢機能が全廃。少しだけ動く左手で電動車いすを操作し移動。補助具をつけて食事をしている。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

〇〇病院入院中

本人の主訴(意向・希望)

家族と一緒に住むために訓練を受けて、基本動作ができるようになりたい。  
退所後の生活に必要なサービス等を準備してもらいたい。

家族の主訴(意向・希望)

家族だけではわからないことも多いので、退所に向けた支援をしてほしい。

#### 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)	身障手帳(1級)		各種障害サービス		
	自立訓練		機能訓練		
	施設入所		施設入所支援		
	重度医療		医療費援助		
その他の支援					

サービス等利用計画(入所中)

利用者氏名	〇〇〇〇	障害程度区分	区分6	相談支援事業者名	A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	B
地域相談支援受給者証番号		支給期間	～		
計画作成日		モニタリング期間(開始年月)	退所まで毎月(6.7.8.9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)	
総合的な援助の方針	本人の望む退院後の地域生活がイメージができるように必要なサービスを組み立てる。
長期目標	様々なサービス等を利用しながら、両親や兄弟と一緒に生活をする。
短期目標	機能訓練、入所支援を通じて日常生活の幅を拡げ、地域移行支援で退所後の生活を組み立てる。

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	機能訓練に積極的に取り組み、移乗等の基本動作ができるようになりたい。	身体機能の改善や代償動作の獲得を図る。	4か月	自立訓練 機能訓練	リハビリセンター 担当:〇〇氏	訓練に一つひとつチャレンジしていく。	6.7.8.9月	
2		日常生活支援を提供し、生活の幅を拡げていく。	4か月	施設入所支援 月日数		職員や入所者とのコミュニケーションを図る。	6.7.8.9月	
3	退所後の生活に必要なサービス等を準備してほしい。	本人の望む地域生活のためのサービス等を組み立てていく。	4か月	相談支援	相談支援事業所 担当:〇〇 〇〇-〇〇〇〇	情報を得ながら、見学、外泊等を通じて地域生活をイメージしていく。	6.7.8.9月	
4								
5								
6								

# 地域移行支援計画

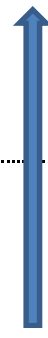
利用者氏名: ○○ ○○

作成年月日: 令和元年5月○○日

サービス等利用計画の総合的な援助の方針	本人の望む地域生活を充実していく。
(1)長期目標(内容及び評価時期等)	様々なサービス等を利用しながら自立を図る。
(2)短期目標(内容及び評価時期等)	機能訓練、入所支援を通じて日常生活の幅を広げる。地域移行支援で退所後の生活を組み立てる。



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			
				5月	6月	7月	8月
退所後、自宅で安心して生活できる環境づくりのため、入所施設と協働した計画づくりをつくってほしい。	A相談支援事業所 C重度医療センター CW:D氏	AとCで協働して退所後の生活全体の組み立てを行う。	情報を得て、自分に必要なサービス等を選ぶ。	本人・家族の意向を聴取してアセスメントを行う。	想定されるサービス等を組み立てる。	必要なサービス等を確保する。	必要なサービス等を確保する。



同意日

利用者名

上記の計画をご本人に交付しました。

指定一般相談支援事業所

令和元年 5 月 ○○ 日

印

地域移行支援担当者

印



サービス等利用計画(退所後)

利用者氏名	〇〇〇〇	障害程度区分	区分6	相談支援事業者名	A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	B
地域相談支援受給者証番号		支給期間	～		
計画作成日	令和元年11月〇〇日	モニタリング期間(開始年月)	3か月毎	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>・安心した自宅での生活を送るためのサービスを利用したい。(本人)</p> <p>・家族の負担軽減のため、サービスを利用したい。(家族)</p>				
総合的な援助の方針	<p>本人の望む地域生活を実現していくための生活の場や情報提供を図る。</p>				
長期目標	<p>サービスを利用しながら生活の幅を広げる。</p>				
短期目標	<p>在宅生活での生活リズムをつくる。</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		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	自宅での安心した生活を送るためのサービスを利用したい。(家族の負担軽減のためのサービスを利用したい)	生活リズムをつくるために起床時と就寝時の身体介護を提供し、褥瘡予防を兼ね、入浴サービスを提供する。 介護のための訪問看護を提供する。	2年	居宅介護(身体介護)総時数 88.5時間/月 ・起床時の身体介護 ・就寝時の身体介護 ・入浴・清拭(2人対応)	居宅介護事業所 居宅介護事業所 居宅介護事業所	生活リズムを大切にし、心身の安定を図る。	3か月毎	
2		介護のための訪問看護を提供する。	2年	訪問看護(週2回)	訪問看護ST		3か月毎	
3		身体の拘縮予防のための訪問リハを提供する。	2年	訪問リハ(週3回)	訪問リハ事業所	してほしいことを伝え、できるときは努力する。	3か月毎	
4	両親不在等で居宅生活が難しいとき、ショートステイを利用したい。	ショートステイを利用することで安心・安全な場の提供と家族の介護負担の軽減を図る。	2年	短期入所 10日/月	事業所	必要時に利用する。	3か月毎	

## 事例9：地域定着支援支援（知的）

別紙1

### 申請者の現状(基本情報)

作成日	令和3年1月〇〇月	相談支援事業者名	A相談支援事業所	計画作成担当者	B
-----	-----------	----------	----------	---------	---

#### 1. 概要(支援経過・現状と課題等)

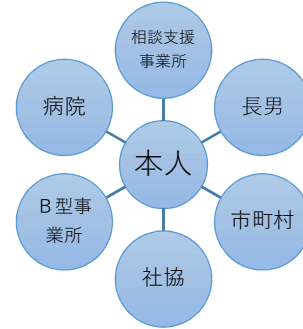
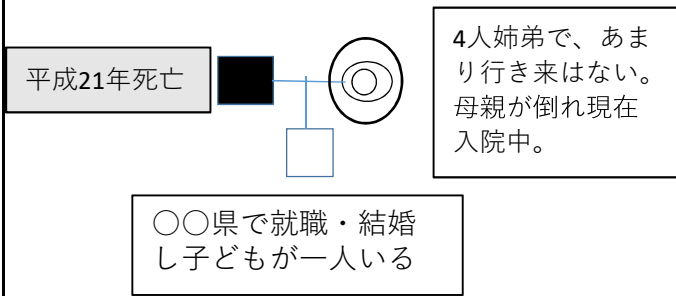
平成21年夫が亡くなる。月一回家事援助を利用していたが、平成22年6月から毎週土曜日1.5時間、買い物・料理・掃除のため家事援助利用していたが、その後中止。成育歴から男性に対する恐怖感や他に対する不安感などがあり、不眠等身体症状が出ている。C病院から眠剤は処方され、服薬継続。あんしんサポートについては、生活保護係の勤めもあり、現在も2週間に一回利用している。〇〇B型では、休むことなく就労出来ていたが、H31.1出血がありD病院を受診。大腸ガンと診断され手術のためE病院に入院。4月F△△病院に転院となった。退院後の生活にヘルパーの利用、病後の不安もあり自立生活援助事業を利用したいという意向があり、サービス等利用計画の策定となった。(令和元年5月)  
自立生活援助によって病院への同行や困った時に相談ができ、安心した生活が送れたとの事。未だに自分でどうしていいかわからない事もたくさんあり、相談したいという意向があり、地域定着支援の事業の利用に繋がった。

#### 2. 利用者の状況

氏名	〇〇 〇〇	生年月日		年齢	65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(市営住宅)]			電話番号	
				FAX番号	
障害または疾患名	知的障害・療育手帳B2	障害程度区分	区分2	性別	男・ <u>女</u>

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

小中学では、いじめにあっていた。中学卒業後はD紡績会社で3ヶ月、E製作所や美容師見習いの仕事を短期間していた。  
23歳で結婚し、子どもが生まれる。30代の頃、F病院(精神科)に5年間入院。子どもは児童養護施設に預けるが、子どもとの交流はあったようで、現在でも県外に住んでいる息子とは、連絡を取ったり、帰省したりはしている。  
平成22年4月～24年9月G就労継続支援B型、平成24年10月～25年5月Hで就労し、平成25年6月Jでの実習開始。その後、K(B型)を利用継続中。  
幼少期から父親や弟からの暴力にあい、中学卒業してからは、家出を繰り返していた。夫は平成21年に亡くなるが、暴力をふるう事があり、男性に対する恐怖感は今も消えることなく、精神的な心の不安感に繋がっているよう。  
平成9年から生活保護受給していたが貯蓄が多額となったため廃止。家計のやりくりが苦手なため、あんしんサポートを利用中。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

○薬  
【朝】・アムロジピンOD錠5mg・ランソプラゾールOD錠15mg・ナトリウム錠1mg  
・イグザレルト錠15mg・ビンプロロール fumarate錠2.5mg「日医工」  
【朝・夕】・イソコロナールRカプセル20mg  
【夕】ジプレキサ錠2.5mg  
【寝】・プロチゾラム狭心症0.25mg「ヨシトミ」

本人の主訴(意向・希望)

- ・一人暮らしを続けたいが、病後で再発の恐れがあるためヘルパーを利用し、食生活を改善したい。
- ・就労は続けたい。
- ・家計のやりくりが苦手なため、あんしんサポートを利用したい。
- ・病気の再発への不安や一人暮らしの恐怖感もあり、いつでも相談にのってほしい。

家族の主訴(意向・希望)

#### 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)	あんしんサポート 障害基礎年金(2級) 就労継続支援B型 相談支援 居宅介護	〇〇社会福祉協議会 社会保険事務所 〇〇事業所 相談支援事業所 〇〇事業所	生活費の管理 生活保障 〇〇作業 サービス調整・情報提供・相談 生活介護	2回/月 1回/2ヵ月 月～金曜 随時 25H/月	
その他の支援					

# サービス等利用計画

利用者氏名	〇〇 〇〇	障害程度区分	区分 2	相談支援事業者名	A相談支援事業所
障害福祉サービス受給者証番号			0円	計画作成担当者	B
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	令和2年5月〇〇日	モニタリング期間		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>健康にまだ不安があり、ヘルパーを利用したい。</p> <p>〇〇事業所での就労を継続したい。</p> <p>お金を計画的に使いたい。</p> <p>気軽に相談に乗ってほしい。</p>
総合的な援助の方針	病气とそれに伴う不安が大きく、福祉と医療関係者のネットワークで安心した暮らしを作る。
長期目標	体調回復後は、安心した一人暮らし。
短期目標	病後の生活と健康の維持を図る。

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	福祉サービス等種類・内容・量(頻度・時間)	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	健康にまだ不安があり、ヘルパーを利用したい。	病状に合わせた食事の提供。部屋の掃除、入浴介助を支援する。	2年	居宅介護(家事支援中心) 22H/月 月・火・木 各1.0H 調理 金 各1.5H買い物・調理 居宅介護(身体介助中心) 5H/月 木 0.5H 入浴介助	体調に気を付けながら手伝いをする。		
2	〇〇事業所での就労を継続したい。	健康に留意しながら無理のない働き方をとする。	2年	就労B型。ねぎの調整作業(月～金) 月火水金 8:30～15:30 木 8:30～12:00	無理のない生活リズムをゆっくり作る。		
3	お金を計画的に使いたい。	お金の使い方を本人と相談しながら行う。	2年	社会福祉協議会あんしんサポート:2回/月 金銭管理 月2回	お金の使い方を安心サポートと相談しながら行う		
4	気軽に相談に乗ってほしい。	生活や健康の相談に応じ、在宅での生活を続ける。	2年	地域定着支援事業 相談支援 緊急時と随時の相談	不安がある時は、一人で悩まず話をする		
5							

## 地域定着支援計画兼台帳

利用者氏名	〇〇 〇〇	住所	指定一般相談支援事業者名		A 相談支援事業所		
障がい福祉サービス受給者番号		障がい支援区分	計画作為担当者氏名		B		
地域相談支援受給者証番号			利用者同意署名				
計画案作成日	令和2年5月〇〇日	区分2					
心身の状況	ガン再発の不安、家計のやりくり苦手、一人暮らしの恐怖心に陥る時がある。						
置かれている環境	<input checked="" 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	支援者同士を結び付け本人の不安感を和らげ、一人暮らしを継続する。						
短期で目指す姿	今のままで十分やれているということを伝え、本人の不安や焦りを和らげていく。						
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	支援者の役割	その他 支援上の留意事項	評価 時期
生活が続けられるようにする	地域定着支援 (必要時)	1 2ヶ月	相談支援事業 所〇	日常生活の困 り事不安を相 談する	①本人支援者からの相談に応じ、早め に話し合う場を持つ ②通院同行で、主治医に本人の状態を 伝え指示があれば本人に説明する ③話好きなので訪問・TELで話を聴 く	本人が納得できる様丁寧な 説明を行う	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	
かかりつけ病院	〇〇病院	主治医〇〇先生					
B型就労事業所	〇〇事業所	〇〇さん					
居宅介護事業所	〇〇事業所	〇〇さん					
行 政	市役所福祉課	〇〇さん					

## **IV Q & A**

## IV Q&A

### 相談支援に係る Q&A

厚生労働省事務連絡

「令和3年度障害福祉サービス等報酬改定等に関するQ&A VOL.1(令和 3年 3月 31日)」

「令和3年度障害福祉サービス等報酬改定等に関するQ&A VOL.3(令和 3年 4月 16日)」

「令和3年度障害福祉サービス等報酬改定等に関するQ&A VOL.4(令和 3年 5月 7日)」

「平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL.1(平成 30年 3月 30日)」

「平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL.3(平成 30年 5月 23日)」

「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.1(平成 27年 3月 31日)」

「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)」

「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)」

「相談支援に係るQ&Aについて (平成 29年 3月 31日)」 から抜粋したものです。

## 1 計画相談支援

### ■基本報酬①

Q モニタリング標準期間の一部が見直されたが、利用者の状況に応じてそれ以外の期間を設定してもよいか。

A 施行規則で示すモニタリング標準期間は、従前どおりあくまで市町村が決定する際の勘案事項であるため、利用者の状態等に応じて、例えば標準期間が6月に1回のところを3月に1回としても差し支えない。

なお、以下に示す状態像の利用者については、標準期間よりもさらに短い期間で設定することが望ましい。

#### 【計画相談支援】

- ・ 生活習慣等を改善するための集中的な支援の提供後、引き続き一定の支援が必要である者
- ・ 利用する指定障害福祉サービス事業者の頻繁な変更やそのおそれのある者

#### 【障害児相談支援】

- ・ 学齢期の長期休暇等により、心身の状態が変化のおそれのある者
- ・ 就学前の児童の状態や支援方法に関して、不安の軽減・解消を図る必要のある保護者

(H30.3.30 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL.1 問76)

### ■基本報酬②

Q 相談支援専門員1人当たりの取扱件数には、基本報酬以外の加算の件数も含むのか。また、計画相談支援を行う事業所が地域相談支援の事業の指定も併せて受けており、相談支援専門員が地域相談支援における対応も実施している場合、当該件数も含まれるのか。

## IV Q&A

A 取扱件数は、1月間に実施したサービス利用支援、継続サービス利用支援、障害児支援利用援助、継続障害児支援利用援助の合計数であり、基本報酬以外の加算や地域相談支援の事業として対応した件数は含めない。

(H30.3.30 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 1 問77)

### ■基本報酬③

Q 例えば、相談支援事業所において、1月から8月までの取扱件数及び相談支援専門員の配置数が以下のとおりであった場合、7月、8月の請求分において、サービス利用支援費（Ⅱ）又は継続サービス利用支援費（Ⅱ）（以下「基本報酬（Ⅱ）」という。）を何件算定するのか。

月	1	2	3	4	5	6	7	8
対応件数合計（件）	45	45	60	45	45	50	60	75
うち計画相談	30	30	30	25	30	30	40	50
うち障害児相談	15	15	30	20	15	20	20	25
相談支援専門員数（人）	1	1	1	1	1	2	2	2

A 基本報酬（Ⅱ）を算定する件数は、取扱件数（1月間に計画作成又はモニタリングを行った計画相談支援対象障害者等の数（前6月の平均値）÷相談支援専門員の員数（前6月の平均値））が40以上である場合において、40以上の部分に相談支援専門員の員数（前6月の平均値）を乗じて得た数（小数点以下の端数は切り捨てる。）により算定することとなり、上記例の場合では以下のとおりとなる。

#### ① 7月分の請求について

- ・ 計画相談支援対象障害者等の数（1月から6月の平均値）  
→  $(45+45+60+45+45+50) \div 6 = 48.333\cdots$  (A)
- ・ 相談支援専門員の員数（1月から6月の平均値）  
→  $(1+1+1+1+1+2) \div 6 = 1.166\cdots$  (B)
- ・ 取扱件数 →  $(A) \div (B) = 41.428\cdots$  (C)  $\geq 40$  のため、基本報酬(Ⅱ)を算定する必要があり、算定する件数は  $((C)-39) \times (B) = 2.833\cdots$  となり、小数点以下の端数を切り捨てた2件となる。

なお、計画相談支援と障害児相談支援を一体的に実施しているので、計画相談支援の7月の請求件数40件のうち2件を基本報酬（Ⅱ）で算定する。

#### ② 8月分の請求について

- ・ 計画相談支援対象障害者等の数（2月から7月の平均値）  
→  $(45+60+45+45+50+60) \div 6 = 50.833\cdots$  (A)
- ・ 相談支援専門員の員数（2月から7月の平均値）  
→  $(1+1+1+1+2+2) \div 6 = 1.333\cdots$  (B)
- ・ 取扱件数 →  $(A) \div (B) = 38.125$  (C)  $< 40$  となり、全てサービス利用支援費（Ⅰ）又は継続サービス利用支援費（Ⅰ）を算定することとなる。

(H30.3.30 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 1 問78)

## IV Q&A

### ■サービス担当者会議実施加算①

Q 「サービス担当者会議実施加算」は、サービス利用支援時に開催したサービス担当者会議と同様の担当者を招集する必要があるのか。また、全員集まらないと算定できないのか。

A サービス利用支援時に開催したサービス担当者会議と同様の担当者が全員参加することが望ましいが、検討を行うにあたり必要な者が参加していれば、担当者全員の参加は要しない。

ただし、会議開催を調整したが全員参加せず、メール等による担当者への報告のみの実施である場合は、当該加算を算定することはできない。

(H30.3.30 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 1 問84)

### ■サービス担当者会議実施加算②

Q モニタリング時にサービス担当者会議を開催した結果、サービス等利用計画等を変更することになった場合、支給決定後に指定基準に基づき、再度サービス担当者会議を開催しなければならないのか。

A モニタリング時に開催したサービス担当者会議の結果、サービス等利用計画等を変更することとなった場合は、その際に検討した変更案から変更がない又は軽微な変更のみであれば、その旨を関係者に報告する等によって、サービス担当者会議の開催について簡素化することは差し支えない。

(H30.3.30 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 1 問85)

### ■サービス提供時モニタリング加算

Q 「サービス提供時モニタリング加算」は相談支援専門員1人当たり39件まで請求できるが、取扱件数と同様に前6月平均なのか。

A 取扱件数については、月によってモニタリング件数が集中する可能性があることに配慮して前6月平均としたところであるが、「サービス提供時モニタリング加算」は実施月を調整することが可能であるため、前6月平均ではなく当該月の実施件数を39件までとする。

(H30.3.30 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 1 問88)

### ■地域生活支援拠点等加算（運営規程）

Q 短期入所事業所や緊急時の対応を行う居宅介護事業所等（居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護・重度障害者等包括支援・自立生活援助・地域定着支援に限る。以下、同じ。）が地域生活支援拠点等である場合に算定される加算について、運営規程において市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていることを定めていることが要件になっているが、実際に事業所が地域生活支援拠点等に位置付けられているか否かをどのように確認すればよいか。



## IV Q&A

A 地域生活支援拠点等は、市町村又は圏域で整備することになるため、事業所が地域生活支援拠点等に位置付けられているか否かは、事業所の所在する市町村等に確認されたい。

なお、都道府県においては、平時から市町村と連携し、各市町村内で地域生活支援拠点等に位置付けられている事業所等を把握しておくことが望ましい。

(R3.3.31 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 1 問2)

### ■地域生活支援拠点等加算（加算の対象者）

Q 短期入所事業所や緊急時の対応を行う居宅介護事業所等が地域生活支援拠点等である場合に算定される加算について、A市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられている事業所を、B市町村に居住する者が利用する場合についても算定は可能か。

A 算定することが可能である。

(R3.3.31 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 1 問3)

### ■地域生活支援拠点等加算（短期入所）

Q 地域生活支援拠点等である場合に算定可能な利用開始日の加算について、この「利用開始日」とは、当該事業所を初めて利用する日のことを指すのか。または、当該事業所の各利用期間における利用開始日（初日）を指すのか。

A 当該事業所の各利用期間における利用開始日（初日）を指す。

例えば、2泊3日の利用を3回行った利用者の場合、各利用期間における利用開始日（初日）に算定可能であることから、3回算定可能である。

(R3.5.7 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 4 問4)

### ■ピアサポート体制加算・ピアサポート実施加算（経過措置①）

Q 令和6年3月31日までの経過措置として「都道府県知事又は市町村長が認める研修」については、どのような研修が該当すると考えられるか。

A 「都道府県知事又は市町村長が認める研修」については、都道府県又は市町村が事業所から提出される体制届に添付される研修の実施要綱等により研修の目的やカリキュラム等を確認した上で、都道府県又は市町村がピアサポーターの養成を目的とした研修であると認める研修が該当する。

なお、研修の時間数の下限等については一律に定めるものではないが、単なるピアサポーターに関する講演については認められないこと。

また、自治体や民間団体が実施するピアサポーターの養成を目的とした研修の例は、以下を参照されたい。（対象として認められる研修は以下に限定されるものではなく、研修の実施要綱等により、研修の目的やカリキュラム等を確認の上、個別に判断すること。）

## IV Q&A

(参考1) 自治体が実施するピアサポーターを養成することを目的とした研修の例

- ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業において実施したピアサポーター養成研修（都道府県、指定都市、中核市）
- ・精神障害者関係従事者養成研修事業における精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修において実施したピアサポーター養成研修（都道府県）

(参考2) 厚生労働科学研究において実施したピアサポーターを養成することを目的とした研修

- ・「障害者ピアサポートの専門性を高めるための研修に関する研究」において実施したピアサポーター養成研修
- ・「障害者ピアサポートの専門性を高めるための研修に係る講師を担える人材の養成及び普及のための研究」において実施した講師・FT（ファシリテーター）養成研修又はピアサポーター養成研修

(参考3) 民間団体が実施するピアサポーターを養成することを目的とした研修の例

- ・一般社団法人日本メンタルヘルスパイサポート専門員研修機構が実施するピアサポーター養成研修
- ・全国自立センター協議会が実施するピアカウンセリング講座（集中講座・長期講座等）等

(R3.3.31 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 1 問4)

### ■ピアサポート体制加算・ピアサポート実施加算（経過措置②）

**Q** 令和6年3月31日までの経過措置として「都道府県知事又は市町村長が認める研修」を受講した障害者等についても、経過措置期間経過後に加算を算定するためには、地域生活支援事業の「障害者ピアサポート研修」における基礎研修及び専門研修を修了する必要があるか。

**A** 経過措置期間経過後に引き続き加算を算定するためには、経過措置期間中に地域生活支援事業の「障害者ピアサポート研修」における基礎研修及び専門研修を修了する必要がある。

(R3.3.31 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 1 問5)

### ■ピアサポート体制加算・ピアサポート実施加算（経過措置③）

**Q** ピアサポート体制加算の算定要件を満たすピアサポーター等を配置している事業所である旨を公表することについて、ピアサポーターから同意が得られない場合の加算の算定の取扱如何。

**A** ピアサポーターの配置については、ピアサポートによる支援を希望する者に対して事業所選択の重要な情報として知ってもらうために公表することをピアサポート体制加算の算定要件としているものであるが、公表の趣旨を障害特性に配慮しつつ丁寧に説明を行った上で、ピアサポーターから同意が得られない場合においては、公表していない場合であっても、個々に利用者や利用申込者に対してピアサポーターを配置している旨を説明することを前提とした上で算定することとして差し支えない。

(R3.3.31 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 1 問6)

## IV Q&A

### ■ピアサポート体制加算・ピアサポート実施加算（障害種別）

Q ピアサポート体制加算について、当事者の障害種別と事業所が対象とする主たる障害種別が一致していない場合も算定することが可能か。

A 算定することが可能である。

(R3.3.31 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 1 問7)

### ■ピアサポート体制加算・ピアサポート実施加算（経過措置④）

Q 「都道府県知事又は市町村が認める研修」を修了した旨の確認について具体的にどのような書類により確認することが考えられるか。

A 研修を修了した旨の確認については、原則として修了証書により確認することとしているが、当該書類がない場合においては、研修の受講者名簿や研修を実施した団体が発行する受講証明書等により確認することが考えられる。

なお、研修の内容については、研修の実施要綱等により、その目的やカリキュラム等を確認することが必要である。

(R3.4.16 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 3 問1)

## 2 地域移行支援

### ■地域移行支援の対象者

Q 「介護給付費等の支給決定等について(平成19年3月23日、障発第0323002号 障害保健福祉部長通知)」の第五-2-(1)が改正されたが、対象者の範囲が変更となるのか。

A 地域移行支援の対象者は、障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者であるが、精神科病院の入院期間が1年未満の者等を一律に対象外としている事例が生じていることから、入院の期間や形態に関わらず支援の対象であることを明確にするために改正したものであり、対象者の範囲を変更するものではない。

(H30.3.30 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 1 問92)

### ■地域移行支援サービス費（I）

Q 地域移行支援サービス費（I）を算定する事業所の要件の一つに、「1以上の障害者支援施設又は精神科病院等（地域移行支援の対象施設）と緊密な連携が確保されていること。」とあるが、「緊密な連携」とは具体的にどのような状況が想定されるのか。また、どの程度の頻度で行う必要があるのか。

## IV Q&A

A 例えば、

- ・ 地域相談支援給付決定障害者の退院、退所等に向けた会議へ参加
- ・ 地域移行に向けた障害福祉サービスの説明、事業所の紹介
- ・ 地域移行など同様の経験のある障害当事者（ピアサポーター等）による意欲喚起のための活動

などが想定され、概ね月1回以上行っていることが目安となる。

(H30.3.30 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL.1 問93)

### ■退院・退所月加算

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。

(H27.3.31 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.1 問57)

### ■体験宿泊

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「共同生活援助サービス（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。

(H27.3.31 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.1 問58)

### ■地域相談支援

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。

## IV Q&A

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。

(H24. 8. 31 平成24年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A 問 45)

### ■地域相談支援

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は。

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。

(H24. 8. 31 平成24年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A 問 46)

## 3 地域定着支援

### ■緊急時支援費（Ⅱ）

Q 緊急時支援費（Ⅱ）については、深夜の電話による相談対応を行った場合に算定されるが、深夜の時間帯であれば、相談の方法や内容は問わないか。

A 緊急時支援費（Ⅱ）については、電話により直接本人又は家族等に対して緊急的な支援が必要な相談対応を行った場合に限ることとし、予定確認等の電話連絡は算定の対象とはならない。また、原則、メールによる対応については対象としない。

なお、深夜に電話による相談対応を行った場合であっても、その後利用者の居宅等へ出向いて支援を行った場合は、当該日については緊急時支援費（Ⅰ）のみを算定することとなり、緊急時支援費（Ⅱ）との併給はできないことに留意すること。

(H30. 3. 30 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A VOL. 1 問 94)

### ■地域定着支援の利用者

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。

(H27. 3. 31 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. 1 問 59)

