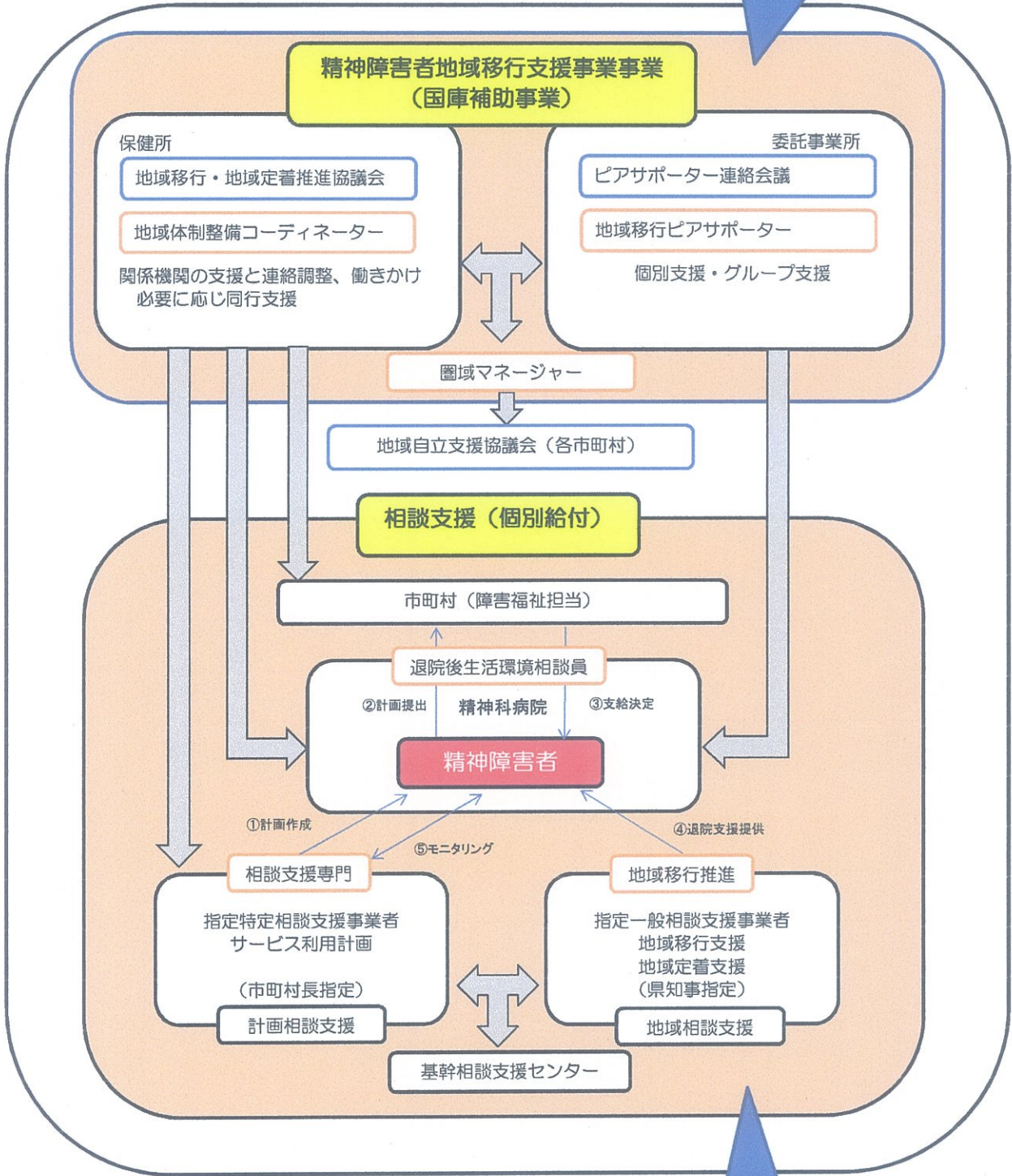


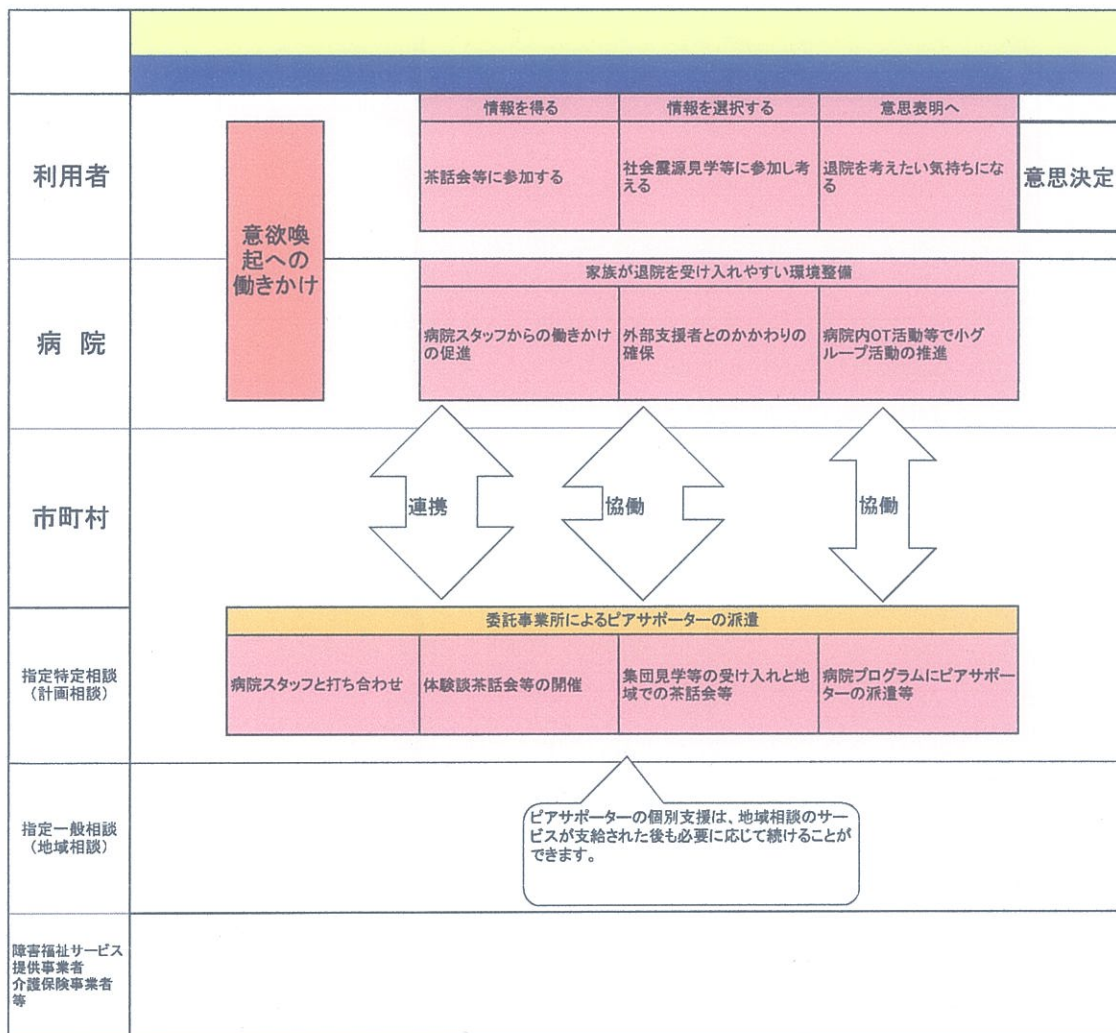
本県における地域移行のスキーム

県（保健所）事業



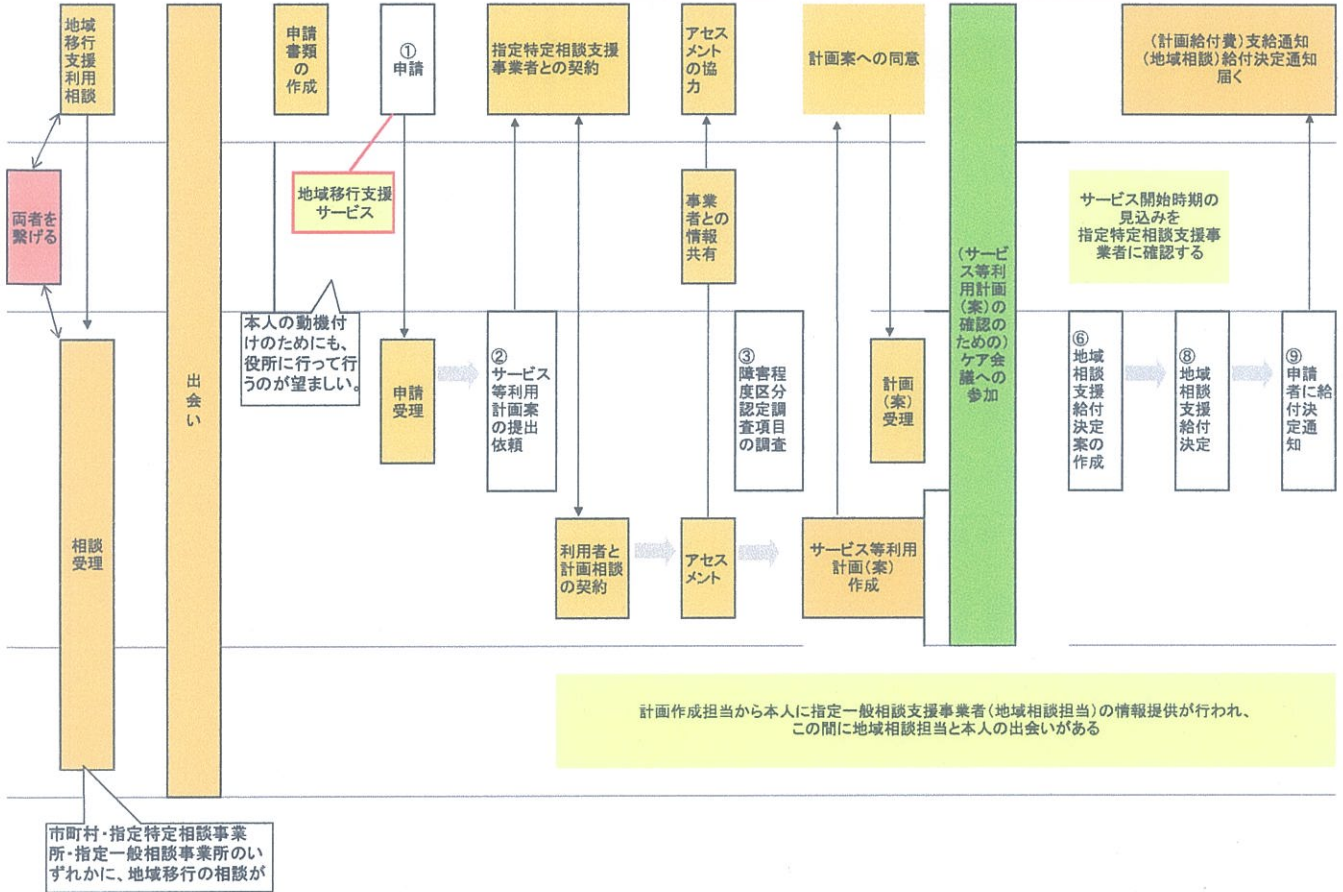
市町村事業

4 地域移行支援の進め方（ガイドライン）



相談支援専門員の支援ポイント

省令のポイント



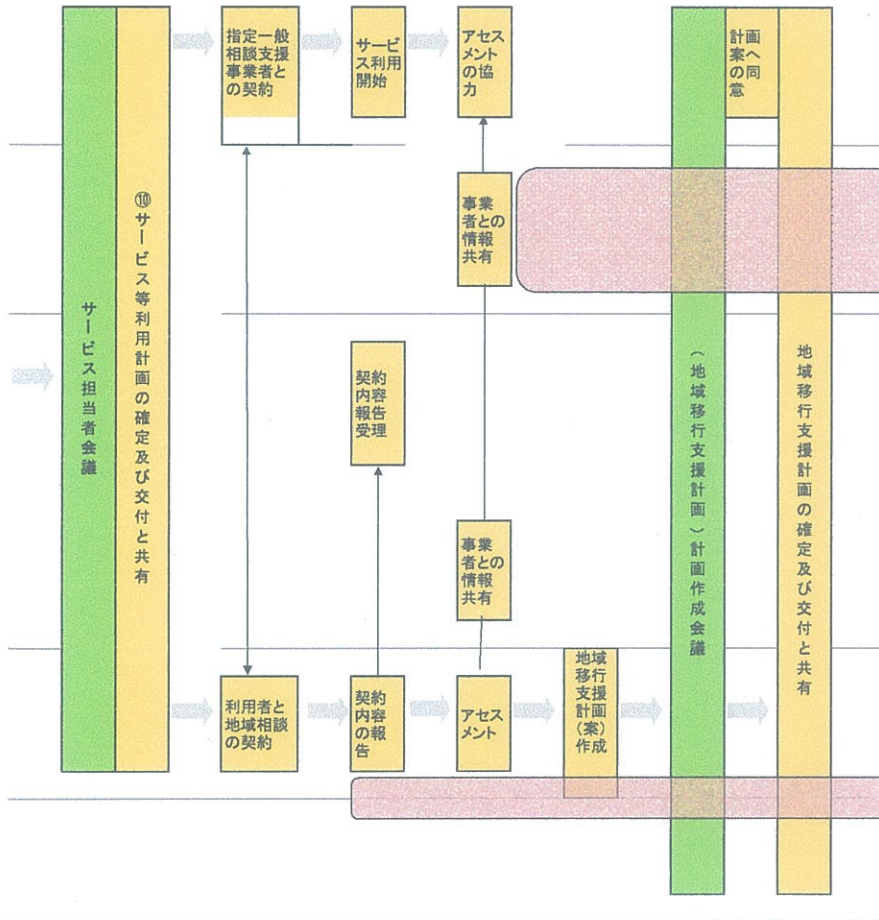
対象者とのかかわりはじめ

- 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。
- 【申請前の意思確認及び合意形勢】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(別紙1)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の場合、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

- 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。

入院中

初期



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(地域移行推進員も可)」(別紙2)
※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

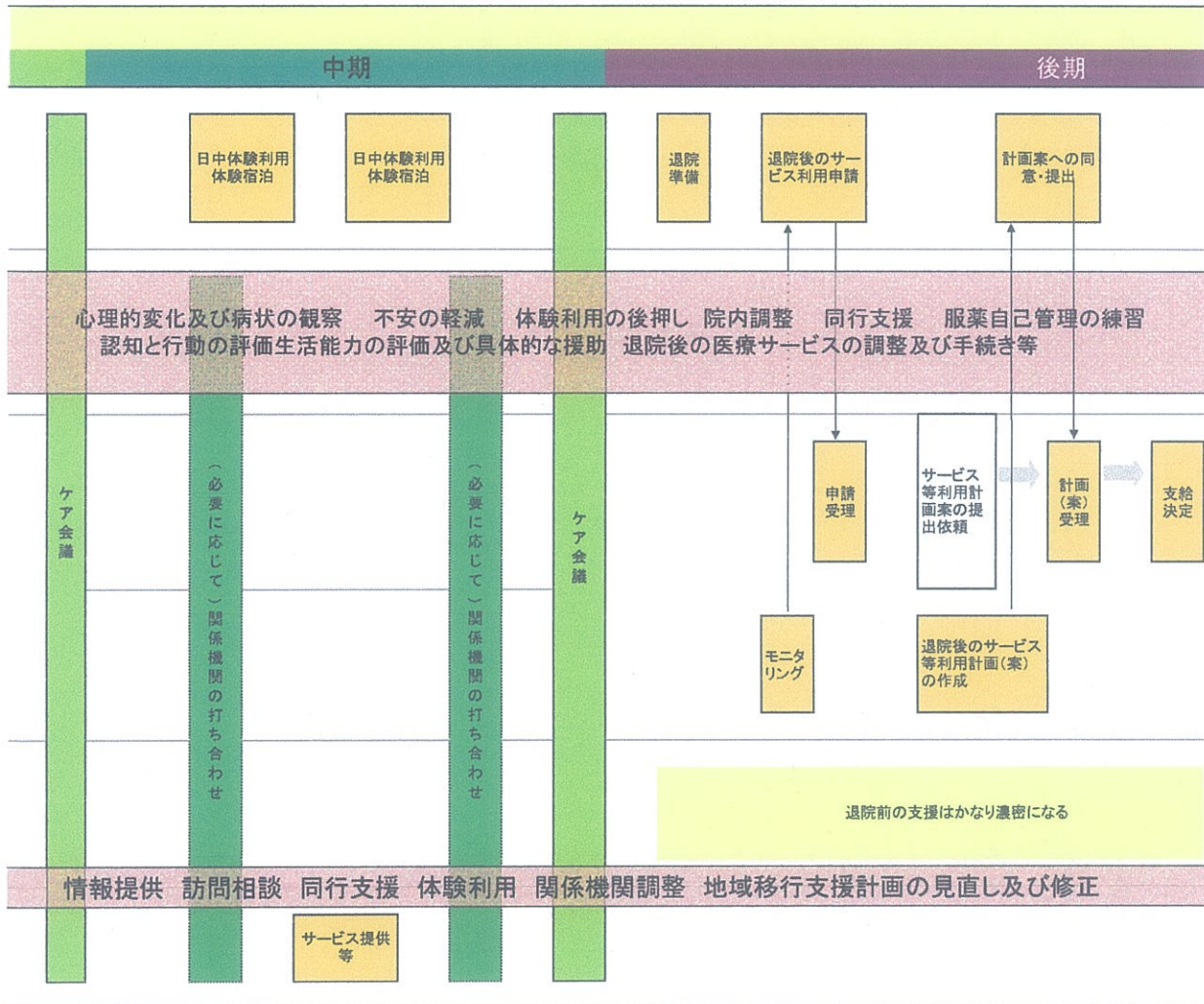
参加者:本人・家族、病院関係者、相談支援専門員(計画担当)、相談支援専門員(地域移行担当)、若しくは地域移行推進員、地域移行支援計画に記入された障害福祉サービス事業担当者等。

※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。

⑥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。

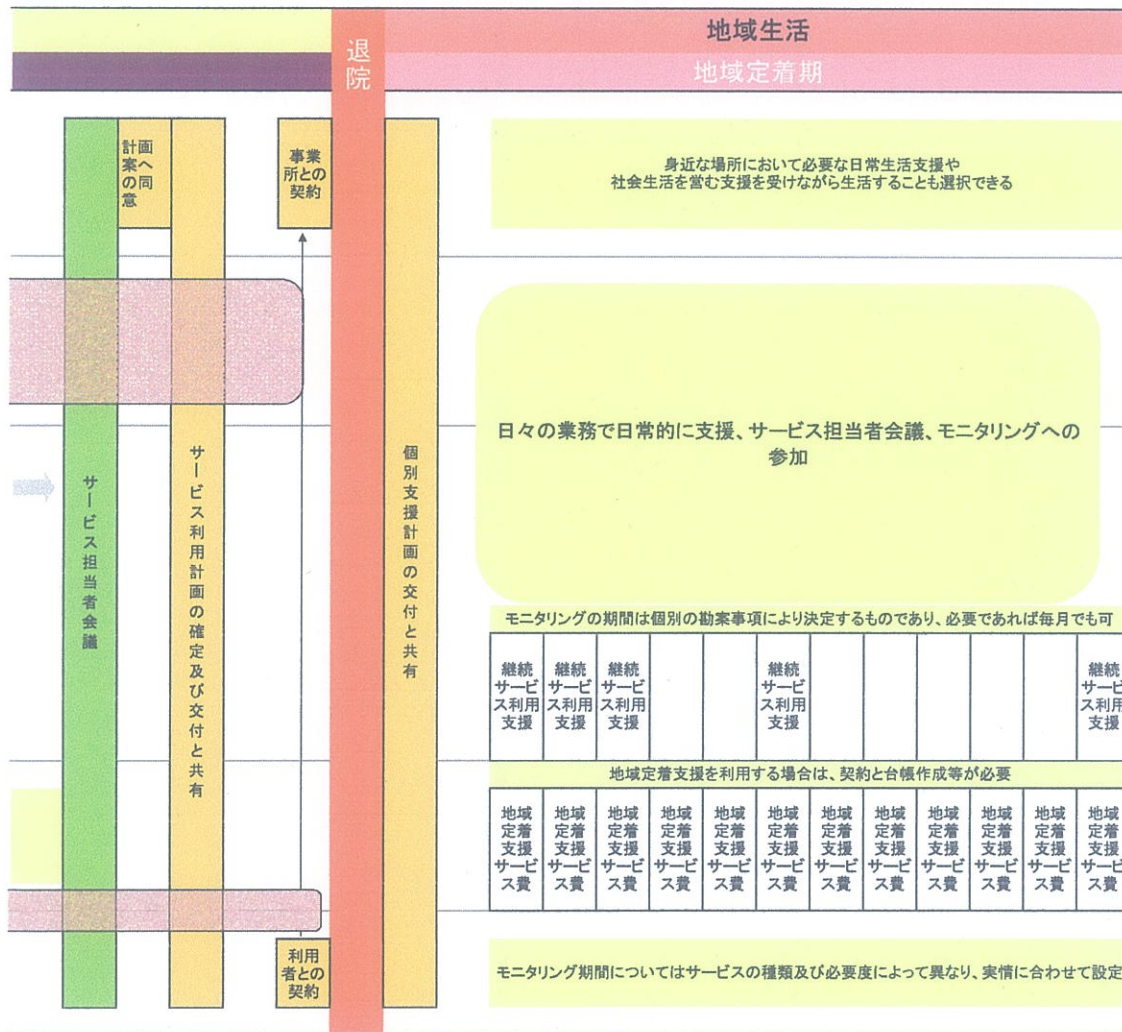
⑨サービス等利用計画を作成しなければならないこと、及び利用者等への説明、同意、交付が義務付けられ、5年間保存しなければならない。



計画の実行

- 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）ケア会議の開催のタイミング例
 - 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の連携について
 - ①地域移行担当は計画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計画担当者は地域移行担当の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。

- 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の際に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概ね週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、退院後のフォロー

■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勤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。

5 ピアサポーターの活用

精神科病院に入院している方で、症状は安定しているが、退院への不安がある方や見通しが持てない方、受入条件が整えば退院可能な方に対して、ピアサポーターが医療機関等に出向き、支援を行っています。ピアサポーターは、病気からの回復のモデルであり、退院に対して不安を持つ方等の回復への意欲の促進につながります。特に長期間入院している方の場合は生活の具体的なイメージを持つことが難しい場合もあります。このような場合にも地域で生活しているピアサポーターの実体験に基づく声は不安の軽減につながり、さらに本音で話せる支援者になり得ます。

① ピアサポーターとは？

ピアサポーターとは、自分の入院経験や地域生活の経験を活かし、精神科病院に入院している方に対して、支援を行う役割を持っています。ピアサポーターの強みは「同じ体験をした仲間」として、退院までの不安な気持ちを受け止めることや、退院後の生活を具体的に伝えることができます。具体的には、個別支援（院内面接・同行支援等）とグループ支援（病棟グループ活動・事業説明等）を行います。

② ピアサポーターの活動紹介

♪病院のプログラムと一緒に参加し、茶話会を行う

何気ない会話から「本当は退院したい」という声を聞くこともあります。退院に向けての第一歩を踏み出すきっかけになるかも？

♪一人暮らしのための準備を一緒に行う

家具を見に行ったり、「ここのスーパー安いよ！」などなど…生活しているからこそ分かる情報を伝えます。

♪DVDやかかわら版などを作成してピアサポーターの紹介のツールにする

どんな活動をしているのか、どんな人がピアサポーターなのか映像を通じてイメージが持ちやすくなります。

♪年に数回ピアサポーターとして学ぶ機会を持つ

ピアサポーターは平成24年度に養成され、活動が本格的にスタートしました。その後も年に数回研修会を行い、ピアサポーター自身も資質向上に努めています。



☆どのような人に応援団になってもらいたいですか？

器の大きい人
自分のことのように考えてくれる人
頼りがいのある人
笑顔が柔らかい
時には怒ってくれる人
上から目線じゃない人
ユーモアのある人
提案して待ってくれる人
話して良かったと思える人・・・



☆日頃、安心して暮らすために活用している社会資源は？

年金、家族、食生活、服薬、友達、重度医療制度、住む場所、やる気、環境、情報、相談員、生活必需品、自治会の人、グループホーム、デイケア、退院した後の居場所、病院、当事者、ピアサポーター、病状の安定、看護師、支援センター、仕事場、相談相手、生活訓練施設、手帳、ソーシャルワーカー



平成 27 年度ピアサポーター養成研修資料から

☆実際の支援は、次ページの事例 1 も参考にしてください

6 事例集

事例1

ピアサポーターの働きかけにより、退院意欲が喚起され、地域移行支援を利用して自宅へ退院したNさん

1年前に入院した統合失調症のNさん。元美容師でおしゃれな40代の男性。入院中に母が施設に入所し、自宅も転売されそうになっていました。退院後は一人暮らしになる予定ですが、本人は「何とかなる」と言い、具体的な行動が起こせず、入院が長期化していました。

そんなNさんのところへある日「ピアサポーター」がやってきて、自分の体験や退院後の生活について話してくれました。さらにデイケアの見学にも一緒に行ってくれたところ、少しずつNさんに退院意欲が湧いてきました。

3ヶ月後には「相談支援専門員」がやってきて「地域移行支援」の申請をしました。「退院後生活環境相談員」と生活費のこと、服薬のこと、デイケアの通所手段のこと、家事のことなどを話し合っ、相談員と一緒に手続きをしたり、外出したりして、退院の準備をしました。

さらに3ヶ月が経過し、晴れて自宅に退院することができました。退院後は白いTシャツに白いパンツ、ピンクのジャケットと明るいファッションになり、「ひとりには寂しいけど、入院しているよりはずっと良いよ」と言っています。



この事例のポイント



- 地域移行支援の申請は、本人にたくさんの書類を書いてもらうことになりま
す。本人の負担にならないよう、タイミング良く書いてもらいましょう。
- ピアサポーター支援は地域移行支援（個別給付）と併用できるようになりし
た。（平成27年度から）

事例2

地域移行支援を利用して、入所中にグループホームの体験利用等を行い、地域生活に移行できた M さん

入所施設に長い間入所していた精神発達遅滞の M さん。他の利用者とトラブルになることが増え、不眠傾向になり、スタッフとの関係もぎくしゃくしていました。

施設の「サービス管理責任者」は、M さんの今後の支援について検討するために関係者会議を開きました。M さんは他の入所者に比べ作業能力も高く、支配的な態度になってしまうことがあるため、トラブルになる傾向があり、今の生活に満足していない状況がわかりました。

母は今後も施設での生活を続けてくれることを希望していたため、「相談支援専門員」が母に現状を丁寧に説明しました。その結果、「地域移行支援」のサービスを使って、グループホームを体験利用してみることになりました。

施設では自立していた M さんですが、グループホームを利用すると、金銭管理や公共交通機関の利用など、経験不足により、心配なことがあることがわかりました。そこで「地域移行推進員」と一緒に様々な体験を重ねることにより、半年後にグループホームに退院することができました。

今は、グループホームに住みながら、就労支援事業所で働いています。将来的にはアパートで一人暮らしができるよう頑張るそうです。



この事例のポイント



- 知的障害者入所施設からの地域移行をしたケースです。
- 施設入所中にグループホームの体験利用をすることで、ご本人のできていることやできていないことが具体的にになり、その後の支援がうまくいくようになりました。

事例3

長い入院生活のため退院する自信がなくなり、地域移行支援を利用したもののなかなか退院できなかったGさん

自宅から離れた病院に15年間入院しているGさん。年に数回、別居のお兄さんの迎えで外泊はしていますが、退院については消極的で「家にいるより病院にいる方がいい。お母さんに迷惑かけたくないからね。病院には友達もいるし。」と話していました。

主治医は退院可能と言っていたので、「退院後生活環境相談員」が保健所の「地域体制整備コーディネーター」に相談しました。その結果、「ピアサポーター」が面会に来てくれ、本人といろいろな話をするようになりました。

3ヶ月程経過すると、Gさんも退院に向けて少しずつ意欲的になってきたため、「地域移行支援」を申請して、外泊時に兄に頼らず、公共交通機関を使って一人で帰る練習をすることになりました。最初は「地域移行推進員」が同行していましたが何回か繰り返すうちに、一人でバスに乗って帰ることができました。

その後のケア会議では、デイケア利用や買い物支援を検討し、退院に向けて順調に進んでいると思っていたある日、Gさんが「やっぱり退院しなくてもいいよ」と言いました。どうやら、本当に退院できるのか不安になってしまい、病状も悪化しているようでした。

関係者で協議した結果、地域移行支援はしばらく休止し、本人の気持ちが前向きになるのを少し待つことにしました。



この事例のポイント



- 支援をする中で、ご本人の気持ちが揺れることはよくあることです。関係者で情報共有し、無理のない支援プランをつくることが大切です。
- ご本人が支援を拒否すると、支援者も支援をあきらめそうになることがありますが、チームで十分協議し、ご本人より先に退院をあきらめないようにしましょう。

7 地域移行 Q&A

問1 地域移行支援を利用したいとき、まずどこに相談したらいいですか？

〈答〉

サービスの申請窓口は、対象者住所地の市町村ですが、基幹相談支援センターや管轄の保健所、精神保健福祉センターにも相談できます。

問2 地域相談支援のサービスを使った場合の利用者負担はどのくらいですか？

〈答〉

障害者総合支援法のサービス（個別給付）であり、原則 1 割負担、所得に応じて軽減措置があります。

問3 グループホームが空かないと退院できないのですか？

〈答〉

グループホーム以外の場所でも構いません。グループホームが足りないのであれば、地域自立支援協議会等で検討すると良いと思います。

問4 支援がうまくいかない時、支援が中断したらどうしたらいいですか？

〈答〉

ケア会議や関係者会議を開いて、医療・福祉・行政のチームで検討することが大切です。本人より先に退院をあきらめないでください。

問5 地域移行とは「退院」を支援することですか？

〈答〉

退院がゴールではありません。退院後の生活が本人の希望する暮らしになっているのかという視点が大切です。

問6 計画相談だけではいけないですか？

〈答〉

計画相談は生活全般の相談であり、地域移行は医療と福祉をつなぐことに特化したサービスです。個々のニーズに応じてピアサポーターや地域移行支援を組み合わせることで、これまで退院をあきらめていた人が退院できる可能性があります。

問7 地域移行支援における病院の役割は何ですか？

〈答〉

精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律が改正され、退院後生活環境相談員が配置されました。入院中から地域援助事業者と積極的に連携することが大切です。(7Pを参照)

問8 ピアサポーターの窓口はどこですか。どうしたら活用できますか？

〈答〉

各圏域の委託事業所、または、保健所の地域体制整備コーディネーターにお問い合わせください。(22～23Pを参照)

問9 地域移行支援を使う場合は、必ず退院させなければならないのですか？

〈答〉

本人が退院したいという希望があればぜひ利用してください。地域移行＝退院させなければならないということではありません。

問10 65才以上の長期入院者に地域相談のサービスは使えますか？

〈答〉

使えます。ただし、退院後には介護保険サービスとの連携や調整が必要になります。