

2 CWによる確認方法

- ①家庭訪問により確認する。
- ②支援対象者との面接により確認する。
- ③支援対象者からの報告（電話等）による。
- ④家族、親族からの報告による。
- ⑤関係機関からの意見聴取や情報提供による。

6 精神科等受診支援プログラム点検票

世帯番号		世帯主		対象者氏名	
支援開始日		住所			

※CWの印象に基づいて記入してください。支援対象者への確認は不要です。

1 課題改善状況

(ア) 改善 (イ) 支援継続中

2 課題改善（到達）項目（改善した項目の到達段階に○印をつけてください。該当しない項目には、斜線を引いてください。）

(ア) 支援対象者の課題改善（到達）項目

項 目	到達段階
①生活を向上させたい意欲が出た。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
②利用できる制度・サービスの情報を得た。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
③新たな制度・サービスの利用を開始した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
④生活にリズムができた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑤服装が清潔になった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑥室内が清潔になった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑦CWの関わりに対する拒否が減った。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑧関係機関の関わりに対する拒否が減った。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑨課題やその解決に向けてCWに相談するようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑩課題やその解決に向けて関係機関に相談するようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑪受診への拒否が軽減できた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑫受診の必要性を感じるようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑬医療機関につながった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑭今後の相談先が増えた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑮近隣とのあつれきが減った。	できた・ある程度できた・少しできた・できない

(イ) CWによる援助の点検

項目	到達段階
①支援対象者の生活状況を確認した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
②支援対象者の課題を把握した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
③生活上の課題について支援対象者の考えを聴取した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
④親族との関りを把握した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑤関係機関との関りを把握した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑥健康福祉センター保健師に連絡した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑦課題解決に向けて関係機関と連携を取った。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑧課題解決に向けて親族と連携を取った。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑨生活上の課題について周囲の考えを支援対象者に伝えた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑩受診の必要性について支援対象者に伝えた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑪定期的に訪問する等生活状況の把握をした。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑫囑託医に相談する等行い、支援に向けての助言を得た。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑬親族の協力を得られた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑭医療機関につなげた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない

3 その他の成果

4 備考

点検日[平成 年 月 日]			回送
所長	保護係長	担当員	自立支援担当

精神障がい者退院支援プログラム

1 目的

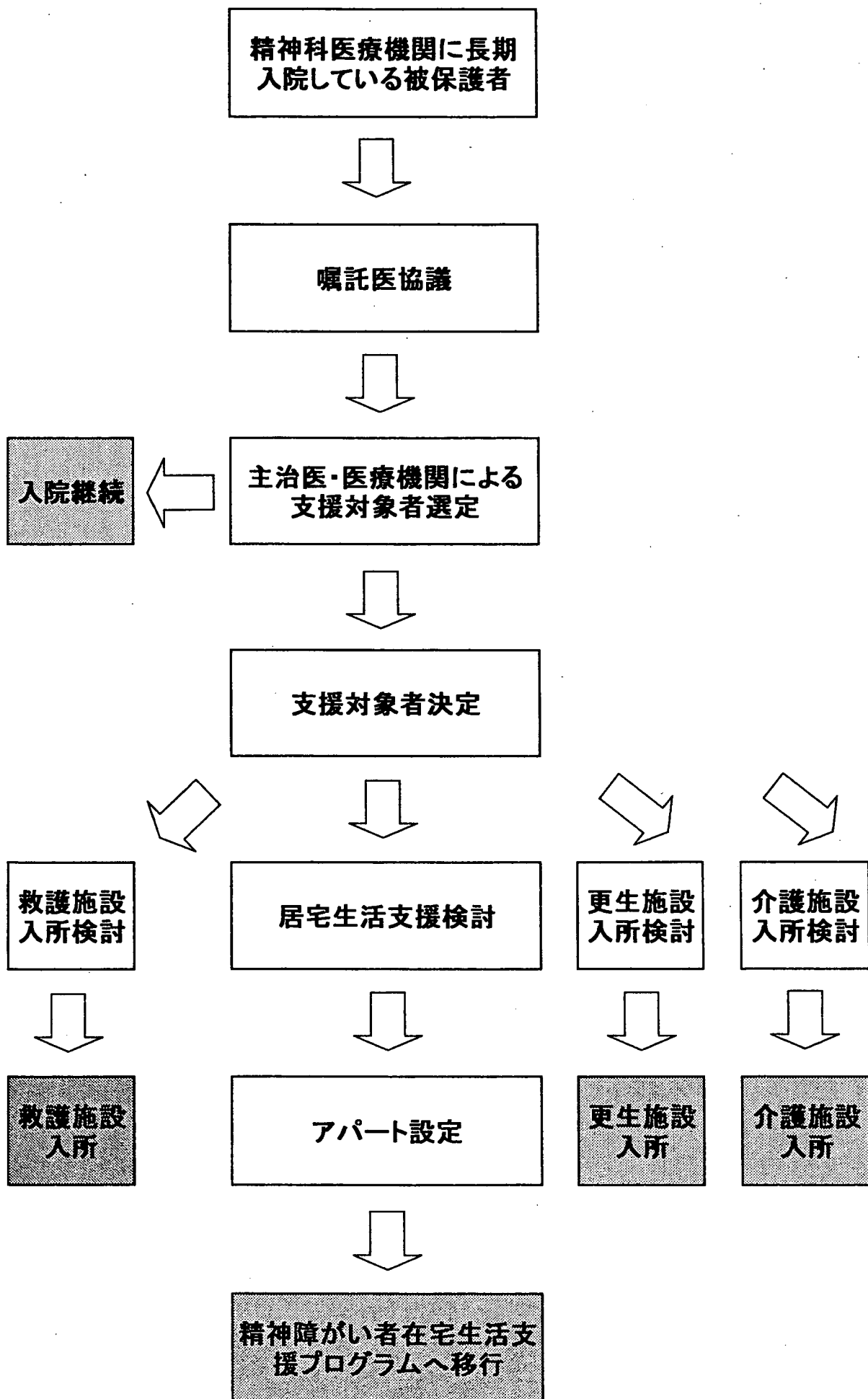
精神科医療機関に長期入院している被保護者で、退院可能である者（以下「支援対象者」という。）に対し、精神科医療機関等関係機関と連携を図り、施設入所又は退院訓練を行う等在宅生活への移行を支援していくことにより、支援対象者の社会的自立を促すことを目的とする。

2 概要

精神科医療機関等関係機関と連携を図り、支援対象者に対して施設入所又はアパート設定等在宅生活に移行できるよう支援を行う。

※なお、本プログラムについては、連携する精神科医療機関を特定して支援を行うこととする。

3 精神障がい者退院支援プログラムチャート表



4 精神障がい者退院支援プログラム留意事項

1 支援対象者との関係

- ①初めて会ったときは、相手が緊張している場合が多いので、緊張を解きほぐす会話を試みる。
- ②福祉事務所が支援していることを理解してもらうように話す。
- ③生活保護制度を知らないことを前提にして話す。
- ④制度、サービスや支援内容について繰り返し説明しても支援対象者が理解できないこともあることに注意する。
- ⑤退院を不安に感じている人も多く、最初は拒否的な言動をする場合が多いが、その言動のみで判断をしない。
- ⑥方針を決めるときは、病院スタッフだけでなく原則として本人を入れて話し合う。
- ⑦外出の機会を増やすために日用品費等の窓口払いも検討する。
- ⑧日用品費等を窓口払いとする場合、並ばないように日時の調整をする。

2 家族との関係

- ①家族の協力は得られるよう検討したほうが良いが、入院時に大変な思いをしたりして拒否的な場合もあるので、無理強いはしない。
- ②退院に向けての支援依頼が、金銭扶養の話と誤解を受けないようにする。

3 関係機関（病院）との関係

- ①病院の担当スタッフ名を確認する。
- ②退院支援は被保護者への援助であることを説明する。
- ③生活保護制度について理解のあるスタッフとは限らないことに注意する。
- ④退院に向けての支援は病院が中心にならざるを得ないが、病院、福祉事務所が各々具体的にどこまでできるかを整理、確認する。
- ⑤病院からの要望に対して、できない場合はその理由を説明する。
- ⑥退院が決まった段階で自立支援医療費（精神通院）の手続きについて協力依頼を行う。

5 精神障がい者退院支援プログラム課題改善項目

1 到達点

(1) 支援対象者の課題改善（到達）項目

<アパート退院の場合>

- ①当初は退院に対して不安を感じていたり拒否的であったが、退院を考え始めた。
- ②退院後の生活の不安を相談できるようになった。
- ③退院に向けてのスケジュールを相談し始めた。
- ④福祉事務所に来所し、CWと相談出来るようになった。
- ⑤福祉事務所に一人で来所し、生活保護費を受け取れるようになった。
- ⑥お金の使い方を考えるようになった。
- ⑦アパート探しを始めた。
- ⑧退院準備のための外泊訓練を始めた。
- ⑨不動産店と話ができるようになった。
- ⑩アパート契約ができた。
- ⑪退院後に必要な日用品をリストアップした。
- ⑫確保したアパートでの外泊訓練を始めた。
- ⑬退院し、アパート生活を始めた。

<施設入所の場合>

- ⑭施設入所の話し合いを始めた。
- ⑮施設見学に行った。
- ⑯入所手続きをした。
- ⑰退院し、施設での生活を始めた。

(2) CWによる援助の点検

- ①病院訪問により、支援対象者や病院スタッフと信頼関係を作れた。
- ②福祉事務所に来所の際に、継続的に生活問題や退院の相談をされる関係ができた。
- ③退院に向けて関係機関との連携した支援体制を作れた。
- ④退院に向けて親族と調整をした。
- ⑤居宅生活に必要な扶助費の説明をした。
- ⑥施設見学等に同行をした。
- ⑦施設入所の手続きをした。

2 CWによる確認方法

- ① ケースカンファレンスにて報告を受ける。
- ② 支援対象者からの報告（電話等）による。
- ③ 病院訪問時本人に確認する。
- ④ 来所（面接）で確認する。
- ⑤ 関係機関（病院スタッフ）からの報告による。
- ⑥ 同行訪問等で確認する。

6 精神障がい者退院支援プログラム点検票

世帯番号		世帯主		対象者氏名	
支援開始日		住所			

※CWの印象に基づいて記入してください。支援対象者への確認は不要です。

1 課題改善状況

(ア) 退院 (イ) 支援継続中 (ウ) 中止

2 課題改善(到達)項目(改善した項目の到達段階に○印をつけてください。該当しない項目には、斜線を引いてください。)

(ア) 支援対象者の課題改善(到達)項目

項 目	到達段階
①当初は退院に対して不安を感じていたり拒否的であったが、退院を考え始めた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
②退院後の生活の不安を相談できるようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
③退院に向けてのスケジュールを相談し始めた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
④福祉事務所に来所し、CWと相談出来るようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑤福祉事務所に一人で来所し、生活保護費を受け取れるようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑥お金の使い方を考えるようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑦アパート探しを始めた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑧退院準備のための外泊訓練を始めた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑨不動産店と話ができるようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑩アパート契約ができた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑪退院後に必要な日用品をリストアップした。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑫確保したアパートでの外泊訓練を始めた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑬退院し、アパート生活を始めた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑭施設入所の話し合いを始めた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない

項目	到達段階
⑮施設見学に行った。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑯入所手続きをした。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑰退院し、施設での生活を始めた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない

(イ) CWによる援助の点検

項目	到達段階
①病院訪問により、支援対象者や病院スタッフと信頼関係を作れた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
②福祉事務所に来所の際に、継続的に生活問題や退院の相談をされる関係ができた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
③退院に向けて関係機関との連携した支援体制を作れた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
④退院に向けて親族と調整をした。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑤居宅生活に必要な扶助費の説明をした。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑥施設見学等に同行をした。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑦施設入所の手続きをした。	できた・ある程度できた・少しできた・できない

3 その他の成果

4 備考

点検日[平成 年 月 日]			回送
所長	保護係長	担当員	自立支援担当

在宅要介護（支援）高齢者等支援プログラム

1 目的

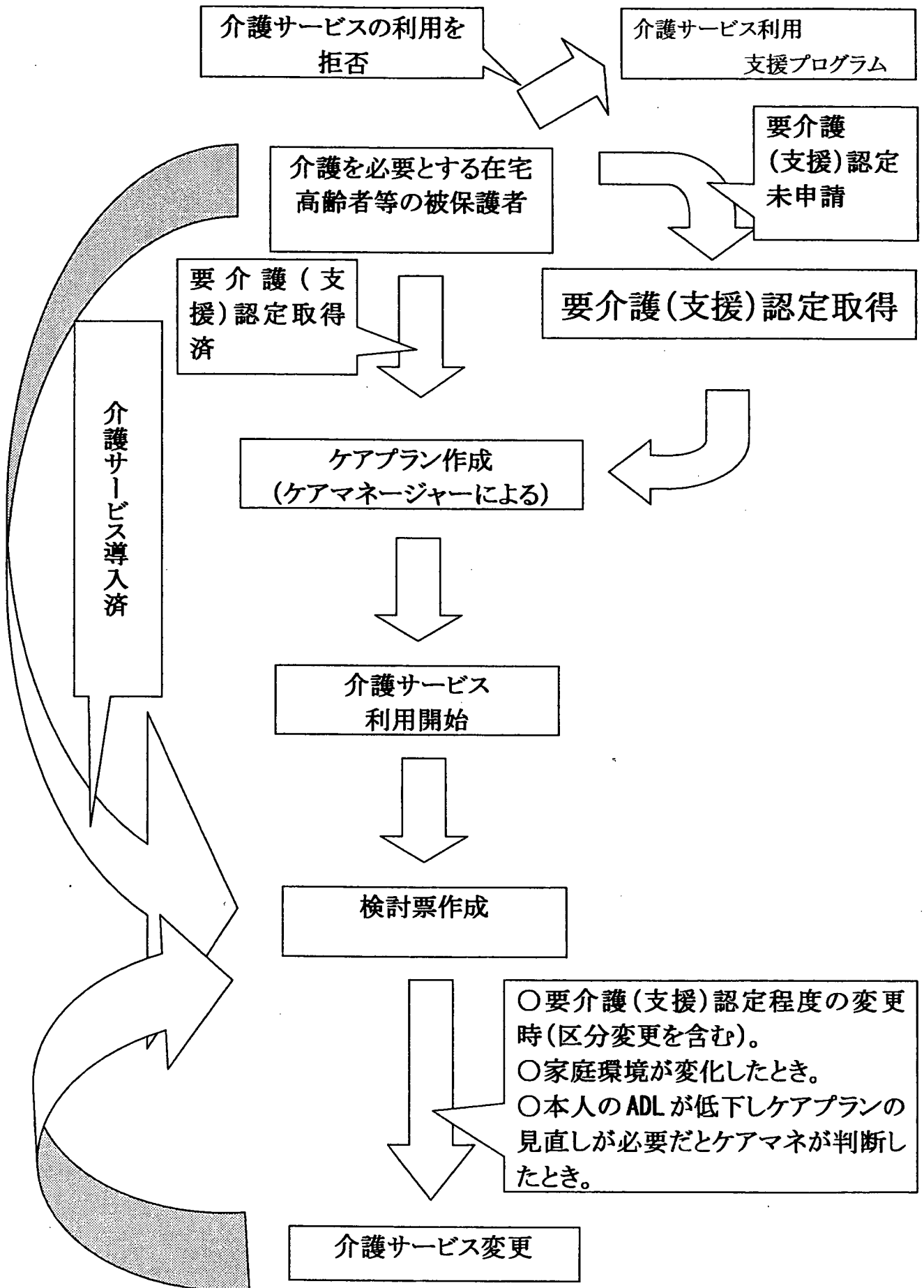
居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等関係機関と連携を図り、介護を必要とする在宅高齢者等の被保護者（以下「支援対象者」という。）が、個々の日常生活力に応じた介護保険制度等のサービスを利用できるよう支援していくことにより、支援対象者の社会生活及び日常生活自立を促すことを目的とする。

2 概要

支援対象者の生活状況、介護サービス利用状況を在宅要介護（支援）高齢者等支援プログラム検討票（以下「検討票」という。）によって整理・把握し、関係機関との連携により支援対象者の居宅生活の安定を図る。

又要介護（支援）未認定の支援対象者についても認定申請を助言し、介護サービスの導入を支援する。

3 在宅要介護(支援)高齢者等支援プログラムチャート表



4 在宅要介護（支援）高齢者等支援プログラム留意事項

1 支援対象者との関係

- ①家庭訪問等によって身近生活の状況を確認する。
身近生活状況の例：食事はどうしているのか、炊事はできるのか、買い物はどうしているのか、歩行は大丈夫か、トイレや風呂の設備には問題ないか等。
- ②身近生活の状況は、会話の中で自然に確認できれば望ましい。
- ③親族や知人等公的サービス以外の支援を受けている場合も確認する。
- ④支援対象者の病状や様子に注意して、必要以上の負担を感じさせないように気を付ける。
- ⑤通院状況について訪問時等に確認する。
- ⑥必要に応じて医療要否意見書、レセプト等で通院先、傷病名、主治医を確認する。
- ⑦本人が強く拒む場合、介護サービスの利用を無理強いしない。
- ⑧訪問時等日頃から介護サービスについて説明し、困った時に本人から相談を受けるといった関係作りをする。
- ⑨介護サービスを利用することで経済的負担が生じると誤解している支援対象者もいることから、サービス利用にあたって経済的負担が生じないことを説明する。
- ⑩新しい支援を進めるときは、支援対象者が自分なりの目標や期待を持ち、必要性を感じられるようにする。
- ⑪支援を得て生活を安定させている支援対象者には、その成果を認める言葉をかける。

2 家族との関係

- ①要介護（支援）認定調査及び居宅介護支援事業者との契約時に、本人が自分の状況や希望をうまく伝えられない場合は、親族がいれば同席の依頼を検討する。
- ②必要に応じて親族に状況を報告し、協力を依頼する。

3 関係機関との関係

- ①要介護（支援）認定の申請書は、CWによる代筆も可能。
- ②主治医意見書についてかかりつけ医がいない場合は、総合相談係に指定医を確認して受診する。かかりつけ医があっても受診が中断している場合は、受診を再開するよう助言する。
- ③要介護（支援）認定調査について本人が自分の状況をうまく伝えられない場合は、CWの同席も検討する。その際は、同席する旨申請書に記入する。

- ④居宅介護支援事業者との契約時も本人が自分の状況や希望をうまく伝えられない場合は、CWの同席も検討する。
- ⑤介護サービス利用後も自分の希望等を居宅介護支援事業者へうまく伝えられないようであれば支援する。

5 在宅要介護（支援）高齢者等支援プログラム課題改善項目

1 到達点

(1) 支援対象者の課題改善（到達）項目

- ①利用可能な制度・サービスの情報を得た。
- ②要介護（支援）認定申請をした。
- ③ヘルパーとのかかわりを拒んでいたが、受け入れるようになった。
- ④関係機関とつながって今後の相談先が増えた。
- ⑤ホームヘルプサービスにより居室が整理整頓された。
- ⑥サービス（配食サービス、ホームヘルプサービス等）利用により食事状況が安定した。
- ⑦お金を計画的に使えるようになった。
- ⑧通院介助の利用により適切な通院が行えるようになった。
- ⑨福祉用具利用により居宅生活の安定（安全）が図れた。
- ⑩表情が明るくなった。
- ⑪安定した生活が維持できている。

(2) CWによる援助の点検

- ①支援対象者の制度・サービスの利用状況等生活状況を把握した。
- ②支援対象者へ介護サービスの利用助言し、利用につなげた。
- ③要介護（支援）認定未申請の支援対象者の認定申請を助言した。又は代理申請を行った。
- ④支援対象者の状況を関係機関（介護支援事業者・病院等）に伝えた。
- ⑤ケアマネージャーとの意思疎通ができた。
- ⑥家庭訪問が適切に行えるようになった（デイサービス・通院等による不在の回避）。
- ⑦ケアマネージャーの訪問による近況確認が行えるようになった。
- ⑧ヘルパーの訪問による近況確認が行えるようになった。

2 CWによる確認方法

- ①家庭訪問により確認する。
- ②来所時の面接により確認する。
- ③支援対象者からの報告（電話等）による。
- ④家族、親族からの報告による。
- ⑤関係機関からの意見聴取や情報提供による。

6 在宅要介護（支援）高齢者等支援プログラム点検票

世帯番号		世帯主		対象者氏名	
支援開始日		住所			

※CWの印象に基づいて記入してください。支援対象者への確認は不要です。

1 課題改善状況

(ア) 確認（現状維持） (イ) 改善 (ウ) 支援継続中

2 課題改善（到達）項目（改善した項目の到達段階に○印をつけてください。該当しない項目には、斜線を引いてください。）

(ア) 支援対象者の課題改善（到達）項目

項目	到達段階
①利用可能な制度・サービスの情報を得た。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
②要介護（支援）認定申請をした。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
③ヘルパーとのかかわりを拒んでいたが、受け入れるようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
④関係機関とつながって今後の相談先が増えた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑤ホームヘルプサービスにより居室が整理整頓された。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑥サービス（配食サービス、ホームヘルプサービス等）利用により食事状況が安定した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑦お金を計画的に使えるようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑧通院介助の利用により適切な通院が行えるようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑨福祉用具利用により居宅生活の安定（安全）が図れた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑩表情が明るくなった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑪安定した生活が維持できている。	できた・ある程度できた・少しできた・できない

(イ) CWによる援助の点検

項目	到達段階
①支援対象者の制度・サービスの利用状況等生活状況を把握した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
②支援対象者へ介護サービスの利用助言し、利用につなげた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
③要介護（支援）認定未申請の支援対象者の認定申請を助言した。又は代理申請を行った。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
④支援対象者の状況を関係機関（介護支援事業者・病院等）に伝えた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑤ケアマネージャーとの意思疎通ができた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑥家庭訪問が適切に行えるようになった（デイサービス・通院等による不在の回避）。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑦ケアマネージャーの訪問による近況確認が行えるようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑧ヘルパーの訪問による近況確認が行えるようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない

3 その他の成果

4 備考

点検日[平成 年 月 日]			回送
所長	保護係長	担当員	自立支援担当

介護サービス利用支援プログラム

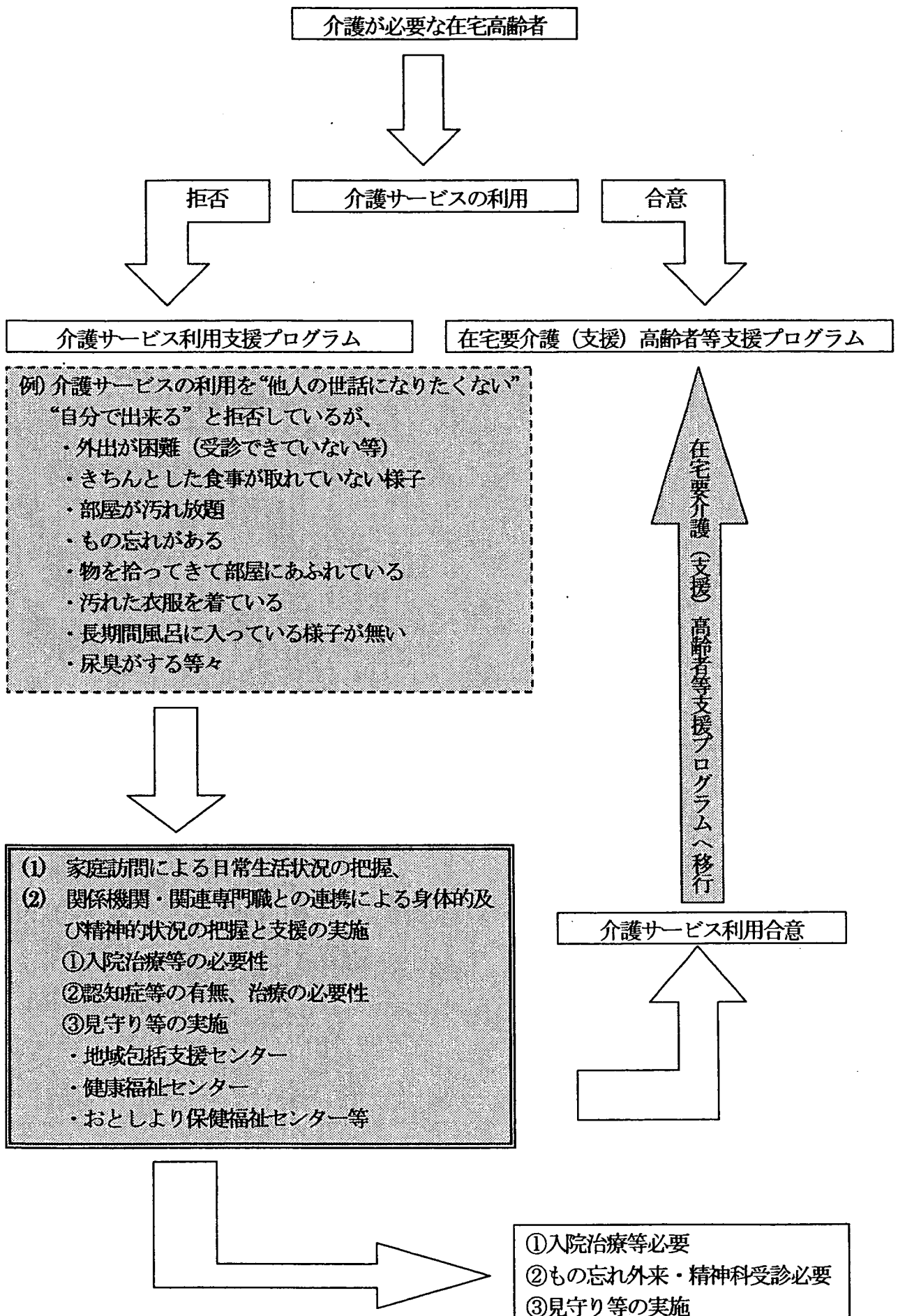
1 目的

介護が必要な状態であるが、介護サービス等の利用を拒否しているため、日常生活の維持に支障が生じている在宅高齢の被保護者（以下「支援対象者」という。）に対して、関係機関と連携しながら、早期に介護サービス等を利用開始できるよう支援し、支援対象者の日常生活自立を図ることを目的とする。

2 概要

関係機関、関連専門職と連携し、介護サービス利用支援プログラム検討票（以下「検討票」という。）により、支援対象者の状況把握を行い、日常生活自立に向けた支援を行う。

3 介護サービス利用支援プログラムチャート表



4 介護サービス利用支援プログラム留意事項

1 支援対象者との関係

- ①生活状況や課題について支援対象者自身の認識を知るように努める。
- ②支援対象者の考えを否定せず、心配していることを伝えたり、提案する形で支援を行う。
- ③介護サービスの内容、手続きについて分かりやすく説明する。また、サービス利用の手続きについて支援が可能なことを伝える。
- ④経済的負担があると誤解し介護サービスを拒む人もいるため、経済的負担がないことを説明する。
- ⑤介護サービスを拒否している場合は、信頼関係を作るため訪問回数を増やす等頻繁に接触するよう努める。
- ⑥本人との面接では、介護サービスを拒否する理由を把握することが大切になる。
例) 経済的負担があると思っていた、過去にサービスを利用して嫌なことがあった、時々知人が来てくれる、冷蔵庫の物を取られる等妄想的な訴え等。
- ⑦ヘルパーに家に入られるのは嫌だが、配食サービスなら構わない等本人が受け入れられる範囲からサービスを始める方法もある。

2 家族との関係

- ①親族の協力が得られるようであれば、協力を依頼する。
- ②必要に応じて親族に状況を報告し、協力を依頼する。

3 関係機関との関係

- ①介護サービスを拒否しているがそのまま様子を見てもいいのか不安な場合は、CWだけで抱えるのではなく、地域包括支援センターへ同行訪問を依頼する。
- ②介護サービスを拒否する理由が認知症と関係していると思われる場合は、認知症専門外来を受診する必要があるのか、それとも様子を見た方が良いのかの判断について地域包括支援センターに協力を依頼する。
- ③早急な通院は必要ではないもののデイサービス等は利用した方が望ましい場合もある。
- ④認知症専門外来の受診が必要とされたときは、受診の予約、同行通院等支援していく。