

- ⑤ 老年期うつ病等精神疾患と関係していると思われる場合は、健康福祉センターへ協力の依頼を検討する。
- ⑥ 認知症ではなく、老年期うつ病等精神疾患と関係していると思われる場合は、早急に精神科へ受診した方が良いのか、高齢ということもあり受診は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。
- ⑦ 身体状況の低下が見られる場合は、緊急に受診が必要か、入院が必要な状態なのか、様子を見ても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。状況によってはCWが同行しての医療機関受診（あればかかりつけ医）を検討する。
- ⑧ 緊急性がないと判断された場合も今後の対応について地域包括支援センターに意見を求める。又CWから近況報告する等して、病状の悪化等生活の変化に対応できるよう関係機関との協力関係を維持していく。

## 5 介護サービス利用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介護サービスの内容について情報を得た。
- ②介護サービスの利用手続きについて情報を得た。
- ③介護費用の心配がなくなった。
- ④地域包括支援センター等関係機関の訪問を受け入れることができた。
- ⑤地域に介護サービスについて相談できる所があることが理解できた。
- ⑥医療機関へ外来受診等をするようになったため、健康状態が良くなった。
- ⑦困っていることを他人へ話せるようになった。
- ⑧他人から支援を受けることについての抵抗感が減った。
- ⑨親族が心配して、時々支援対象者へ連絡をくれるようになった。
- ⑩いざというときに介護サービスを利用できることが分かり、安心感を持つことができた。
- ⑪身体の清潔が保持できるようになった。
- ⑫介護サービスの利用を始め、室内が清潔になった。
- ⑬介護サービスの利用を始め、表情が穏やかになる等変化が見られた。
- ⑭今後の相談先が増えた。
- ⑮近隣とのあつれきが減った。

#### (2) CWによる援助の点検

- ①支援対象者の生活状況を確認した。
- ②支援対象者の課題を把握した。
- ③生活上の課題について支援対象者の考えを聴取した。
- ④関係機関との関りを把握した。
- ⑤介護サービス（内容、利用手続き、経済的負担等）について説明した。
- ⑥利用手続きについて代行申請、CW同席等支援が可能なことを説明した。
- ⑦介護が必要な状態であること、心配していることを支援対象者へ伝えた。
- ⑧地域包括支援センター等関係機関の役割を説明した。
- ⑨訪問等面接を重ねて、支援対象者と信頼関係を築いた。
- ⑩支援対象者の生活状況を的確に関係機関へ情報提供を行った。
- ⑪地域包括支援センター等関係機関と同行訪問した。
- ⑫関係機関との連携によって身体的状況及び精神的状況を把握した。
- ⑬関係機関と継続的に訪問、情報交換等できるようになった。

⑭親族の協力を得られた。

## 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 介護サービス利用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介護サービスの内容について情報を得た。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
②介護サービスの利用手続きについて情報を得た。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
③介護費用の心配がなくなった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
④地域包括支援センター等関係機関の訪問を受け入れることができた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑤地域に介護サービスについて相談できる所があることが理解できた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑥医療機関へ外来受診等をするようになったため、健康状態が良くなった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑦困っていることを他人へ話せるようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑧他人から支援を受けることについての抵抗感が減った。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑨親族が心配して、時々支援対象者へ連絡をくれるようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑩いざというときに介護サービスを利用できることが分かり、安心感を持つことができた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑪身体の清潔が保持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
⑫介護サービスの利用を始め、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
⑬介護サービスの利用を始め、表情が穏やかになる等変化が見られた。	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
⑤介護サービス（内容、利用手続き、経済的負担等）について説明した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑥利用手続きについて代行申請、CW同席等支援が可能なことを説明した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑦介護が必要な状態であること、心配していることを支援対象者へ伝えた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑧地域包括支援センター等関係機関の役割を説明した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑨訪問等面接を重ねて、支援対象者と信頼関係を築いた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑩支援対象者の生活状況を的確に関係機関へ情報提供を行った。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑪地域包括支援センター等関係機関と同行訪問した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑫関係機関との連携によって身体的状況及び精神的状況を把握した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑬関係機関と継続的に訪問、情報交換等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
⑭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

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

# 人工透析患者支援プログラム

## 1 目的

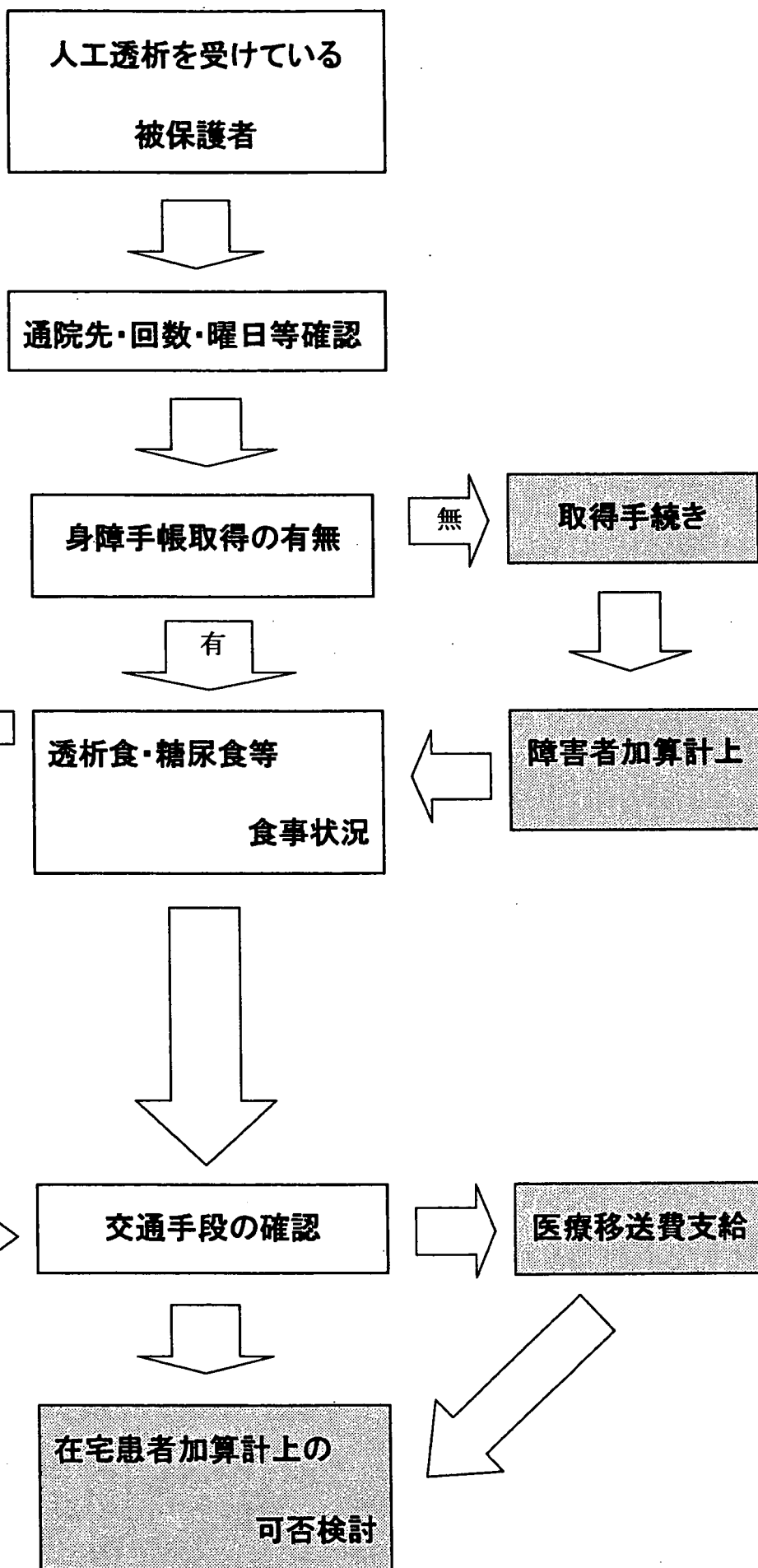
通院先等関係機関と連携を図り、腎不全に罹患し、人工透析を受けている被保護者（以下「支援対象者」という。）の生活状況を把握し、安定した日常生活を送れるよう支援していくことにより、支援対象者の健康及び日常生活自立を促すことを目的とする。

## 2 概要

支援対象者の通院状況、通院手段等を人工透析患者支援プログラム検討票（以下「検討票」という。）により整理・把握し、適切な訪問、緊急時の対応（連絡先・搬送先）を容易にする。

又必要に応じ、健康福祉センター等関係機関との連携を図る。

### 3 人工透析患者支援プログラムチャート表



## 4 人工透析患者支援プログラム留意事項

### 1 支援対象者との関係

- ①在宅患者加算計上・削除の変更があった場合、支援対象者に理由を説明する。
- ②透析日以外も疲れている場合が多いので、訪問・来所依頼は配慮する。
- ③食事に関する相談を受けた場合、健康福祉センター保健師への相談、配食サービスの紹介を助言する。
- ④タクシー通院の場合、移送費について支給可能である旨説明し、領収書等保管しておくよう伝える。

### 2 関係機関との関係

- ①必要に応じて関係機関に問合せをし、協力を求める。
- ②主治医に在宅患者加算検査報告書を送付する際、認定基準が記載されている用紙を同封するようにする。

### 3 その他の留意事項

- ①在宅患者加算「否」の場合は、要否を6か月ごとに確認する。  
「要」の場合は、当初3か月、1年経過後は6か月ごとに確認する。
- ②タクシー利用の際は、身体障害者手帳を見せる事によって料金が一割引されるため、提示するよう伝える。
- ③人工透析患者の加算は複数あるため、計上に注意する。



## 5 人工透析患者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手帳の活用が図られた。
- ②年金の活用が図られた。
- ③自立支援医療（更生医療）の活用が図られた。
- ④配食サービスの活用が図られた。
- ⑤ホームヘルプサービスの活用が図られた。
- ⑥食事についての知識が深まった。
- ⑦安心して療養できるようになった。
- ⑧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支援対象者の生活状況（透析日等）を確認した。
- ②家庭訪問が適切に行えるようになった（通院等による不在の回避）。
- ③加算の計上を検討した。
- ④他法他施策について説明をした。
- ⑤他法他施策の活用を図った。

### 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医療機関からの意見により確認する。
- ⑤健康福祉センター保健師や栄養士から確認する。

## 6 人工透析患者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手帳の活用が図られた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
②年金の活用が図られた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
③自立支援医療 (更生医療) の活用が図られた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
④配食サービスの活用が図られた。	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の活用が図られた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑥食事についての知識が深まった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑦安心して療養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
⑧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支援対象者の生活状況（透析日等）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家庭訪問が適切に行えるようになった（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
③加算の計上を検討した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
④他法他施策について説明をした。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑤他法他施策の活用を図った。	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]

所長	保護係長	担当員	回送 自立支援担当

# 居宅生活移行支援プログラム

## 1 目的

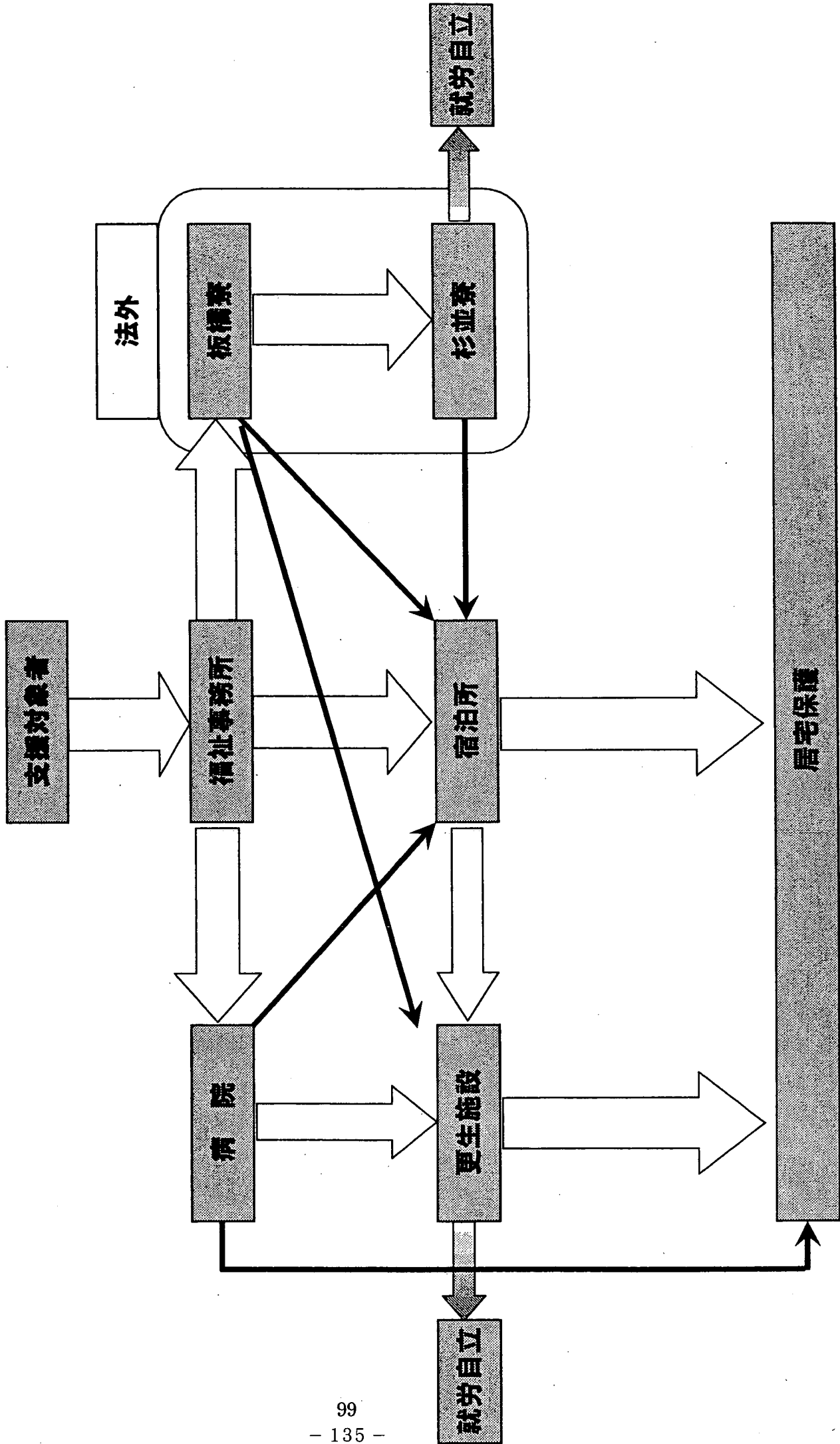
路上生活者及び宿泊所入所者等の安定した住居を持たない被保護者(以下「支援対象者」という。)に対して、関係機関と連携し、支援対象者の居宅生活への移行を円滑に進めることを目的とする。

## 2 概要

支援対象者で、自立した居宅生活を希望している者に対して、現在入所している又は入所予定の施設・病院と協議の上、アパート生活等の支援方法を決定する。

プログラム開始後3か月で支援方法が決定しない場合は、方針決定を3か月延長する。

3 居宅生活移行プログラムチャート表



## 4 居宅生活移行支援プログラム留意事項

### 1 支援対象者との関係

- ①チェックリストはあくまで話し合いの材料とするものなので、できないものがあるからといって居宅生活が不可能となるわけではない旨を十分に説明し、正しい内容を書くように伝える。
- ②アパート生活にあたり、家具什器費等必要な一時扶助について説明する。
- ③家具什器費では、家具什器が全てそろえられない場合もあるので、購入において優先順位をつけるよう助言する。
- ④アパート契約の際、火災保険料・連帯保証費については、板橋区自立支援事業（特別事業）にて支給可能な旨伝える。
- ⑤板橋区自立支援事業（火災保険料・連帯保証費）を利用した場合は、次回更新の際には支給できない旨を伝える。
- ⑥検討の結果、現状では居宅生活に移行できないと判断された場合については原因を明確にし、支援対象者とともに解決していけるよう支援を行っていく。

### 2 家族との関係

- ①親族等が保証人になってくれるかどうかを支援対象者に確認する。

### 3 関係機関との関係

- ①関係機関とは連絡を定期的にするようにする。
- ②福祉事務所側と関係機関側の「方針」にズレが生じないようにする。
- ③必要に応じてCWが関係機関に訪問する。
- ④「宿泊所等在寮者に対する都営住宅特別割当」がある場合は、CWが各宿泊所に問い合わせをする。  
宿泊所によって情報提供の方法が異なるので注意する。

### 4 その他の留意事項

- ①更生施設等利用の流れは、生活保護運用事例集(問8—14)を参照する。
- ②宿泊所の利用は、各宿泊所に直接問い合わせをする。
- ③更生施設・宿泊所から福祉事務所に来所する際の交通費は支給できないため留意する。

## 5 居宅生活移行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アパート生活することを考え始めた。
- ②金銭管理ができるようになった。
- ③決められた通り通院できるようになった。
- ④決められた通り服薬できるようになった。
- ⑤掃除ができるようになった。
- ⑥洗濯ができるようになった。
- ⑦他人とのコミュニケーションが取れるようになった。
- ⑧身だしなみに気をつけるようになった。
- ⑨就労することができた。
- ⑩アパート探しを始めた。
- ⑪アパート契約ができた。
- ⑫住民票の設定をした。
- ⑭家具什器等の必要な物品を購入した。
- ⑮アパート生活を始めた。

#### (2) CWによる援助の点検

- ①支援対象者の生活状況を確認した。
- ②支援対象者の課題を把握した。
- ③生活上の課題について支援対象者の考えを聴取した。
- ④関係機関と協議を行った。
- ⑤施設入所の手続きを行なった。
- ⑥アパート生活に向けて動機付けを行った。
- ⑦更生積立金についての説明をした。
- ⑧必要な一時扶助の説明を行った。
- ⑨基本的な生活能力が向上できるよう支援した。
- ⑩アパート探しから契約まで関わった。

### 2 CWによる確認方法

- ①関係機関（施設及び病院）を訪問する。
- 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関係機関（施設及び病院関係者）からの意見聴取や情報提供による。

## 6 居宅生活移行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アパート生活することを考え始めた。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
②金銭管理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
③決められた通り通院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
④決められた通り服薬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
⑤掃除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
⑥洗濯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
⑦他人とのコミュニケーションが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
⑧身だしなみに気をつけるようになった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑨就労することができた。	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
⑪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
⑫住民票の設定をした。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑬家具什器等の必要な物品を購入した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑭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



(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関係機関と協議を行った。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑤施設入所の手続きを行なった。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑥アパート生活に向けて動機付けを行った。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑦更生積立金についての説明をした。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑧必要な一時扶助の説明を行った。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑨基本的な生活能力が向上できるよう支援した。	できた・ある程度できた・少しできた・できない
⑩アパート探しから契約まで関わった。	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

# 住宅情報提供支援プログラム

## 1 目的

アパート等の住宅物件を探すことが困難な被保護者（以下「支援対象者」という。）に対し、入居可能な物件情報を提供する等の支援を行うことで、転居及び居宅生活への移行を可能とし、社会的自立を図ることを目的とする。

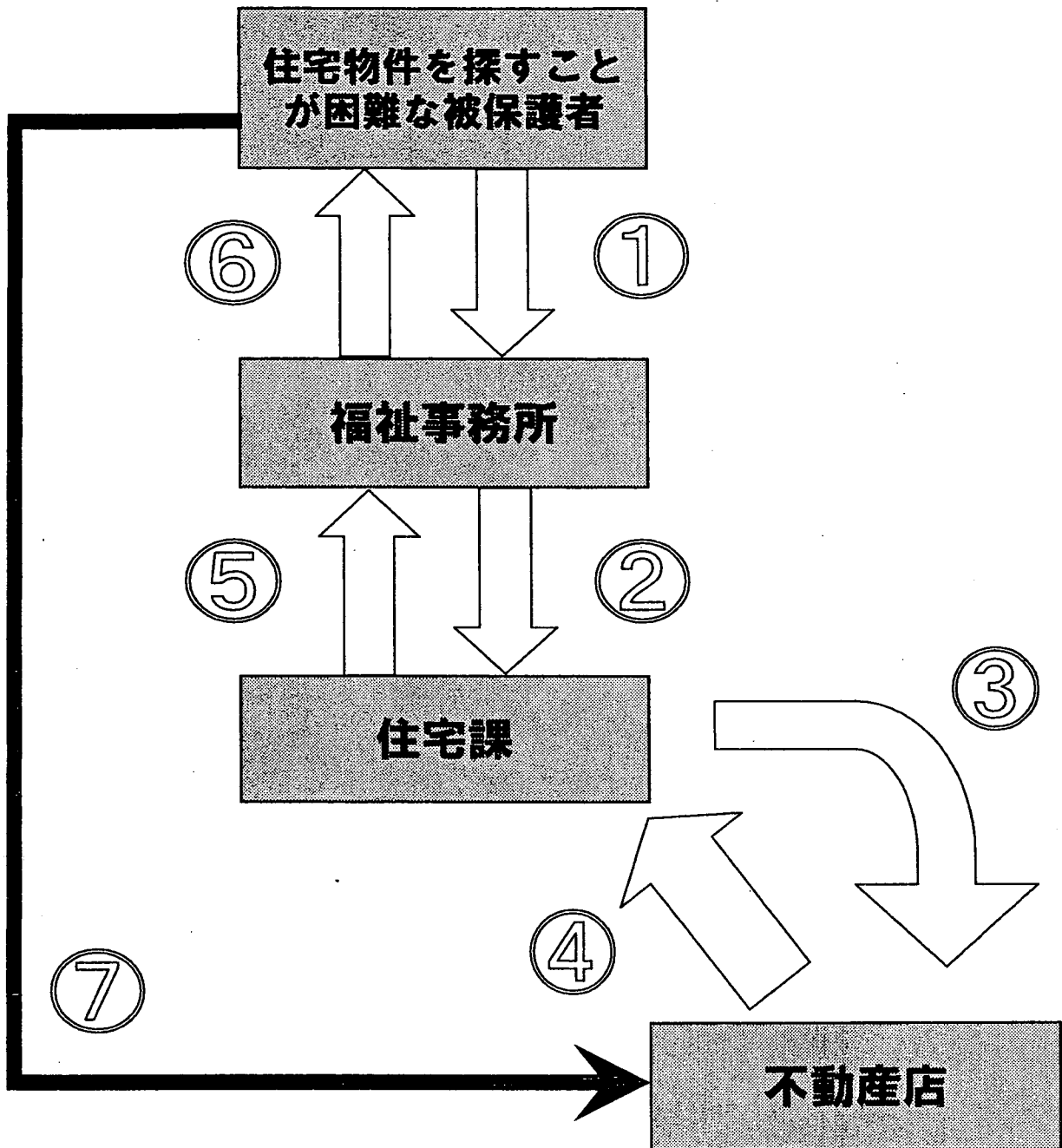
## 2 概要

支援対象者の現状を住宅情報提供支援プログラム検討票（以下「検討票」という。）によって整理・把握する。

その情報を基に住宅課を通じて、協力不動産店へ物件情報提供を依頼することにより、物件探しをサポートする。

保証人が見つからない者については、同課で行なっている「板橋区家賃等債務保証支援事業」へつなげることで、保証人を確保し、契約を円滑に進める。

### 3 住宅情報提供支援プログラムチャート表



- ① 住宅相談（検討票を記入）
- ② 検討票を基に住宅課に情報提供の依頼（情報提供依頼書記入）
- ③ 支援対象者の情報を協力不動産店に提供し、物件情報提供を依頼
- ④ 該当物件情報を回答
- ⑤ 回答のあった物件情報を提供
- ⑥ 物件情報を支援対象者に提供
- ⑦ 提供された情報を基に不動産店（家主）に対象者が直接契約交渉を行う

## 4 住宅情報提供支援プログラム留意事項

### 1 支援対象者との関係

- ①生活保護や障がい情報の記入については、支援対象者に十分確認した上で記入する。
- ②本プログラムは、物件情報を不動産店より提供してもらうプログラムであり、契約行為については支援対象者本人が行うことを説明する。
- ③情報提供依頼書記入の際は、支援対象者と十分に話し合いながら記入する。
- ④アパート契約の際、火災保険料・連帯保証費については、板橋区自立支援事業（特別事業）を利用できる場合もあるので検討する。
- ⑤板橋区自立支援事業（火災保険料・連帯保証費）を利用した場合は、次回更新の際には支給できない旨を伝える。

### 2 家族との関係

- ①親族に保証人になることを検討してもらう場合、経済的扶養の要請と切り離して考える。

### 3 関係機関（住宅課）との関係

- ①必要に応じて支援対象者と住宅課に同行する。
- ②情報提供依頼書を住宅課にFAXする際は、事前に電話にて連絡をする。
- ③住民票がない支援対象者の場合、予め住宅課に相談しておく（所在地確認のため）。

### 4 その他の留意事項

- ①住宅課に依頼する際、保証人が見つからない場合は「保証人なし」ではなく、保証協会利用を勧め「保証協会利用予定」と記入した方が好ましい。
- ②板橋区自立支援事業における火災保険料（上限 25,000 円）・連帯保証費（上限 35,000 円）の支給対象者の要件について  
（基本事業）
  - ・保護受給中の長期入院患者の退院時等に、新たに住宅賃貸借契約を結ぶ者。  
（特別事業）
  - ・生活保護開始後 1 年以内に住宅賃貸借契約（更新を含む）を結ぶ者及び保護受給中の長期施設入所者の退所時に新たに住宅賃貸借契約を結ぶ者（住宅契約関係費該当者を除く）。