

# 川崎市における精神科病院からの 地域移行支援・地域定着支援の手引き

令和 8年 4月

川崎市精神障害者地域移行支援・地域定着推進会議  
川崎市健康福祉局総合リハビリテーション推進センター  
川崎市健康福祉局精神保健課

Ver1.1

## 目次

- 手引きの目的と位置づけ . . . 1
- 用語解説 . . . 2
- 精神科病院からの退院支援の体制と支援の流れ . . . 5
- 川崎市における地域移行支援フロー . . . 7
- 地域移行支援について . . . 9
- 地域移行支援の流れ . . . 11
- 地域定着支援について . . . 25
- 地域移行・地域定着支援全般に関する相談窓口 . . . 31
- 住まい探しに関する相談 . . . 35
- 障害福祉サービス等報酬について . . . 37
- Q&A . . . 49



## 手引きの目的と位置づけ

本手引きは、第5次ノーマライゼーションプランに掲げる「精神障害者の地域移行に向けた支援」の取り組みとして、地域移行支援を行う人材の確保を目的に、その考え方や手法について、川崎市地域自立支援協議会精神障害者地域移行・地域定着支援部会の人材育成ワーキングにおいて検討し、取りまとめたものです。

地域移行支援・地域定着支援に関わる市内関係機関においては、本手引きの内容を踏まえ、実際の支援に取り組んでいただけるよう、今後、研修や啓発を行っていきます。なお、内容については今後の取り組みや支援で活用した支援者からの意見を取り入れ、適宜改訂します。

## 本手引きにおける用語解説と簡単な情報

- ・対象者：地域移行支援を利用する障害当事者のことです。
- ・病院スタッフ  
精神科病院の医師や看護師、相談員などがいます。日程調整等は主に病院相談員と連絡を取り合いますが、病棟の担当看護師は対象者の一番身近な支援者です。特に意識して情報共有をしていくと、支援が広がっていきます。病院との連絡時は対象者名と要件、担当の相談員を伝えるとスムーズです。
- ・基幹相談支援センター  
南部（川崎・幸）、中部（中原・高津・宮前）、北部（多摩・麻生）の3か所に配置され、地域の相談支援従事者等に対して助言や後方支援等を行います。退院後の居住地区が定まっていない、市内入院者の地域移行支援を行います。
- ・地域相談支援センター  
各区に3~4か所ずつ配置され（地区担当制）、年齢や障害種別、手帳の有無、障害福祉サービスの有無に関わらず、より身近な地域で必要な相談支援を受けられます。退院後の居住地区が明確な、市内入院者の地域移行支援を行います。
- ・はるかぜ  
精神科病院等での普及啓発、個別支援のバックアップ、ピアサポーターの活用、退院への意欲・動機付けのための支援や、市外病院入院中の精神障害の方の個別支援等を行う、中部地域生活支援センター（地域活動支援センターA型事業所）です。
- ・相談支援専門員  
実務経験と相談支援従事者初任者研修修了の要件を、いずれも満たした場合に取得できる資格です。地域での相談支援では中心となる役割を担っており、5年に1度の相談支援従事者現任研修を受講しない場合は資格を失効してしまいます。地域移行支援では中心になって支援を進めていきます。
- ・サービス担当者会議（厚生労働省令第二十八号 基準第十五条 十）  
支給決定後に必須となる会議を指します。相談支援専門員がサービス等利用計画作成のためにサービス等利用計画案に位置づけた福祉サービス等の担当者を招集して行う会議です。
- ・計画作成会議（厚生労働省令第二十七号 基準第二十条第5項）  
地域移行支援計画書の作成に当たり、相談支援専門員等が一人で行うのではなく、関係者及び官民協働で作成のための会議を行うことが、支援開始後の成果を上げる重要なポイントの一つになります。
- ・サービス等利用計画  
居宅介護や就労系事業所等の障害福祉サービスや、地域移行支援を利用する際に必要となる計画書です。計画相談支援とも呼ばれ、指定特定相談支援事業所の相談支援専門員が作成することが出来ます。
- ・ピアサポート  
川崎市では、「同様の経験をした仲間同士による対等な関係性の中で生まれる支え合いの総体」としています。「支える－支えられる」という一方的な関係性ではありません。ですので「ピアサポートをしてあげる」や、「ピアサポートを受けたい」というのは適切な使い方ではありません。ピアサポート活動を行っている障害当事者が、ピアサポーターです。川崎市から業務を受託している事業所は、レジネス（中原）、はるかぜ（中原）、ゆりあす（麻生）の3か所です。

・地域支援室

南部（川崎・幸）、中部（中原・高津・宮前）、北部（多摩・麻生）の3か所に配置され、年齢、疾病、障害問わず、何らかの理由によって生活に支障が生じている方、リハビリテーション専門職の支援を必要としている方が、住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続けていくために総合的な支援を行います。

・総合リハビリテーション推進センター企画・連携推進課（総合リハ）

川崎市精神障害者地域移行・地域定着支援体制整備事業を行っています。全般的な支援に関する相談や、地域移行支援に関する問い合わせ先や相談窓口となっています。市外病院入院者の支援については、はるかぜと共に訪問して初回面談を実施しています。

・地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）

地域の身近な相談窓口として、各区役所にあります。社会福祉職や保健師の専門職などが、生活する上での相談や福祉に関する相談を受け、必要に応じて他の専門機関と連携を取りながら、各種支援を行います。

・宿泊型自立訓練

病院を退院した方で、地域生活への移行を図る上で、生活能力の維持、向上等の支援が必要な方に対して、一定期間、居住の場を提供して地域移行後における生活能力等の維持・向上のための訓練やその他の必要な支援を提供します。川崎市には、障害者支援施設桜の風（もみの木）と障害者支援施設川崎ラシクルの2か所あります。

・共同生活援助（グループホーム）

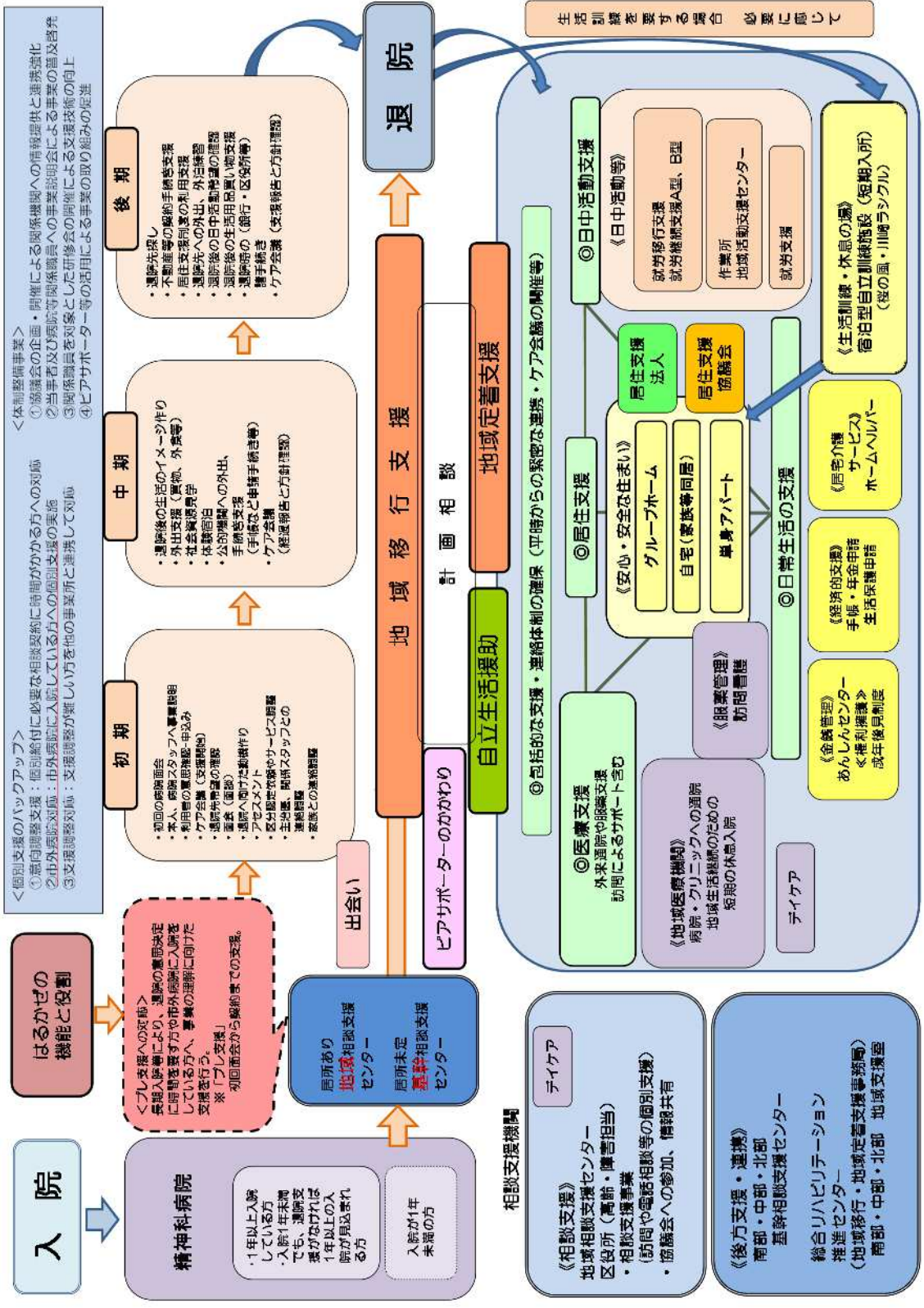
地域での共同生活の場において、相談や入浴・排泄・食事等の介護やその他の日常生活上の支援を本人の状態に応じて行います。川崎市内には116か所（令和5年11月末時点）の事業所があります。対象となる障害種別や住居形態（戸建てやアパート等）、居住形態（シェアタイプやサテライトタイプ）、夜間支援の有無等、各事業所によって異なります。

※上記の詳細については、ふれあいや地域移行支援リーフレット等でご確認ください。



## **精神科病院からの退院支援の体制と支援の流れ**

# 川崎市における精神科病院からの退院支援（地域移行・地域定着支援事業）の体制と支援の流れ

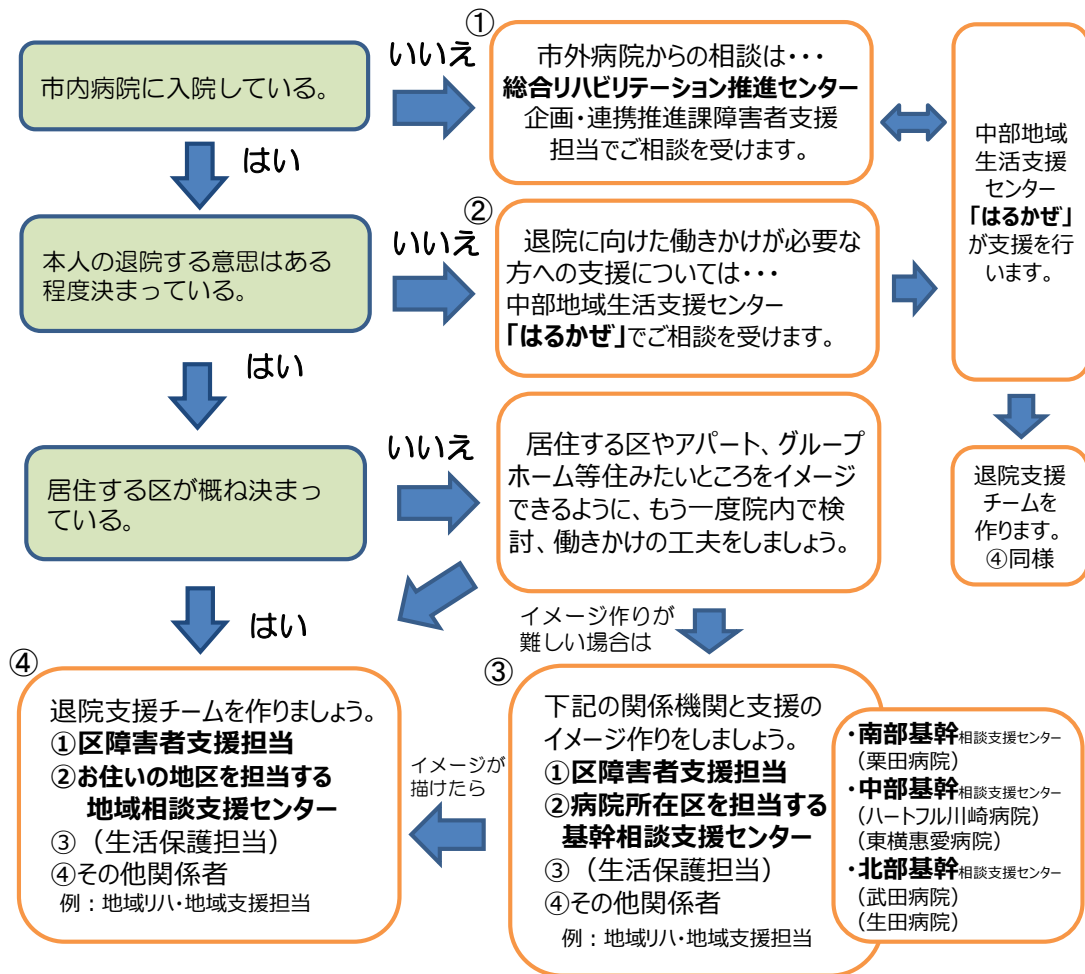


# 【川崎市における地域移行・地域定着支援フロー】

川崎市精神障害者地域移行・地域定着支援体制整備事業（令和3年10月～）

対象となる方は？

- ①川崎市に住みたいが、入院が長期化しそうな方、もしくは1年以上の方
- ②主治医から入院治療でなくても大丈夫と言われている方



居住地特例の考え方

障害者総合支援法では、ご本人が入院する前住所地の行政機関で地域移行支援等に関する支給決定を行います。行政の担当に声をかける際には、入院前どこに住んでいたかを把握した上で、まず入院前住所地の行政機関にお声かけください。

問い合わせ先

- ・総合リハビリテーション推進センター 企画・連携推進課 044-200-3197
- ・中部地域生活支援センターはるかぜ 地域移行・地域定着支援担当 044-750-8908

## これまで部会等で出された意見①

『退院支援は、長期入院になればなるほど、支援期間を長く考える必要があります。一見、退院できそうに見えても、蓋を開けてみると様々な問題が次々起こるなんてことはよくあります。(病院相談員の講義内容より一部抜粋)』

『これができてないからといってストップする必要はないと、若干開き直っている。その都度一緒に考えて、前に進んでいくことが大切かなと。だって、本人が「退院したいんです」と言ってるんだから。(地域支援者の講義内容より一部抜粋)』

平成 30 年度第 5 回障害者相談支援センターと保健福祉センター等合同連絡会  
川崎市地域自立支援協議会精神障害者地域移行・地域定着支援部会  
「地域移行支援、やってみてどうだった？」より(平成 30 年 11 月 22 日)

## これまで部会等で出された意見②

『自分の生活をしながらも、同じ病気の方やスタッフとつながること  
とで、安心して地域で生活できるのだと思います。』

令和元年度川崎市地域自立支援協議会精神障害者地域移行・地域定着支援部会ハッピーツア  
ーアンケートより  
(令和元年 11 月 14 日、21 日、12 月 5 日)

## 地域移行支援について

## 地域移行支援

障害者総合支援法では「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対して、住居の確保や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相談その他の必要な支援を行う」と定められています。

支給決定期間は、最長6ヶ月間となっています。この期間では十分な成果が得られず、かつ、引き続き地域移行支援を提供することによる地域生活への意向が具体的に見込まれる場合には、6ヶ月間の範囲内で支給決定期間の更新が可能となります（サービス調整会議で支給決定可否を判断。）。また、更なる更新については、サービス調整会議を経た上で、市審査会の個別審査により判断されます。

### ① 対象者

次の方のうち、地域生活への移行のための支援が必要と認められる方。ただし、いずれの場合においても、当初から社会福祉施設等（社会福祉法第62条に規定する「社会福祉施設」のほか、介護保険施設、病院、診療所、宿泊型自立訓練、地域移行支援型ホームを想定）への入院・入所を目的として支援を開始することが見込まれる場合には、地域移行支援の対象外となります（地域移行ではないと考えられるため）。なお、これは“当初から社会福祉施設等への入所等を目的としている”場合の取扱いであり、支援の結果、社会福祉施設等に入所等することまでを制限するものではありません。

- (1) 障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設又は療養介護を行う病院に入所している障害者
  - ※児童福祉施設に入所する18歳以上の方、障害者支援施設等に入所する15歳以上の障害者みなしの方も対象となります。
- (2) 精神科病院に入院している精神障害者のうち、以下のいずれかに該当する方
  - ① 直近の入院期間が1年以上の方
  - ② 直近の入院期間が1年未満の方のうち、措置入院又は医療保護入院の方で住居の確保等の支援を必要とする方
  - ③ 直近の入院期間が1年未満の方で、②に該当しない方のうち、地域移行支援を行わなければ入院の長期化(1年以上)が見込まれる方
    - ※精神科病院には精神科病院以外の病院で精神科病室が設けられているものを含む。
    - ※地域移行支援の対象となる精神科病院には、医療観察法第2条第4項の指定医療機関も含まれており、医療観察法の対象となる方に係る支援に当たっては保護観察所と連携すること。
- (3) 救護施設又は更生施設に入所している障害者
- (4) 刑事施設（刑務所、少年刑務所、拘留所）、少年院に収容されている障害者
  - ※保護観察所、地域生活定着支援センターが行う支援との重複を避け、役割分担を明確にする観点等から、特別調整の対象となった障害者（「高齢又は障害により特に自立が困難な矯正施設収容中の者の社会復帰に向けた保護、生活環境の調整等について（通達）」（平成21年4月17日法務省保観第244号。法務省矯正局長、保護局長連名通知。）に基づき、特別調整対象者に選定された障害者をいう。）のうち、矯正施設から退所するまでの間に障害福祉サービスの体験利用や体験宿泊など矯正施設在所中に当該施設外で行う支援の提供が可能であると見込まれるなど指定一般相談支援事業者による効果的な支援が期待される障害者を対象とする。
- (5) 更生保護施設に入所している障害者又は自立更生促進センター、就業支援センター若しくは自立準備ホームに宿泊している障害者

### ② サービスの内容

- ・ 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相談
- ・ 外出の際の同行
- ・ 障害福祉サービスの体験的な利用支援、体験的な宿泊支援
- ・ その他の必要な支援

上記の支援を提供するにあたっては、おおむね週1回以上、少なくとも月2回以上、利用者との対面により行わなければなりません。

# 地域移行支援の流れについて

地域移行支援の流れは、大きく分けると『5段階』

- ①相談・依頼
- ②支援導入期
- ③支援初期
- ④支援中期
- ⑤支援後期

相談・依頼の前や支援導入期は、対象者（あるいはご家族など）に対して、**退院の意欲喚起や意思表示**の関わり支援などを検討していくこともあります。

## 退院の意欲喚起や意思表示への支援で気をつけたいところ

長期の入院や頻回な入院を経験していると、病院スタッフの働きかけだけでは退院に対して積極的になりづらい対象者やご家族がいます。

そのため、支援実施前に退院に対する働きかけをして、意思表示の支援など地域移行支援の下地作りをしていくことが必要な場合もあります。

### 【働きかけの具体的な例】

病院スタッフに、地域生活を理解してもらいましょう。

ピアサポーターと一緒に、対象者へアプローチしましょう。

世間話をする面会や、近場への外出同行を試みましょう。  
\*病院スタッフに相談しましょう。

先にご家族と面談して、退院への理解を得ましょう。  
\*病院スタッフに相談しましょう。

### 【期待している効果】

地域支援者が知っている社会資源等の情報提供で、院内だけでは見えなかった退院イメージが作れます。

退院後のイメージ作りや、同じような経験をしたサポーターがいる事で安心することもあります。

対象者と支援者が体験を共有することで、院内では見られなかった笑顔が見られることもあります。

ご家族の協力があることで、対象者の安心や退院後の生活をサポートしてもらうことができます。

## 地域移行支援には、必ずしも正解はない！

対象者やご家族に対して、支援者は味方であることを丁寧に伝えていきましょう。主治医や看護師等の関係者とも相談や協力をして、支援関係の形成や情報収集などしながら支援へ結びつけましょう。病院の担当スタッフとは、事前打ち合わせを。

◎地域移行支援、地域定着支援の基本的な流れ（川崎市地域自立支援協議会精神障害者

	相談・依頼 (10ページ)	支援導入期 (12ページ)	支援 (14ページ)
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院意思の表明</li> <li>地域移行支援の了承</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>希望を伝える</li> <li>障害福祉サービス等の申請</li> <li>相談支援との契約</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援者との連携</li> <li>生活リズムの調整</li> </ul>
病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>アセスメント</li> <li>地域支援へ相談、依頼</li> <li>*退院意思が定かでない場合も、同様に相談</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域とのつなぎ</li> <li>初回面会の調整</li> </ul>	
地域支援 (主に相談支援)	<ul style="list-style-type: none"> <li>担当者決め</li> <li>意欲喚起支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>初回面会</li> <li>対象者の意向確認</li> <li>契約、各計画書の作成</li> <li>手続き支援、同行</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>面会、同行(月2回以上)</li> </ul>
川崎市	<ul style="list-style-type: none"> <li>区：情報共有</li> <li>*支援方針あれば確認</li> <li>総リハ：事業説明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>区高齢障害課</li> <li>*障害支援区分認定調査</li> <li>*支給決定(受給者証)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>はるかぜ</li> <li>連携 *</li> <li>地</li> </ul>
ピアサポート活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>意欲喚起支援(出張茶話会など)</li> <li>ピアサポート事業所</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>連携</li> <li>病院や地域支援者と連携</li> <li>*専門職の補助ではなく、</li> </ul>
必要書類・手続き等		<ul style="list-style-type: none"> <li>障害支援区分認定調査</li> <li>支給決定(受給者証)</li> <li>サービス担当者会議</li> <li>計画作成会議*同時開催可</li> </ul>	
支援のポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報共有、役割分担、支援方針の確認が重要。</li> <li>先入観を持ちすぎないように。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者と支援者、支援者間が互いを知る期間。</li> <li>地域は病棟看護師への連絡を遠慮しがち。</li> <li>⇒連携を前提に調整を！</li> </ul>	

対象者主体・協働が基本

◎主な支援ポイントを記載したものであり、どの段階でも全支援者での協働が基本  
 ◎用語説明：地域支援＝相談支援センター(南・中・北部基幹～、地域～)、はるかぜ  
 ピアサポート活動＝主にピアサポート事業所レジネス、はるかぜ、ゆ  
 川崎市＝区(高齢障害課、保護課)、地域支援室(南・中・北部)、

地域移行・地域定着支援部会作成 令和5年12月

初期 (16ページ)	支援中期 (16ページ)	支援後期 (18ページ)	地域定着支援 (20ページ)
関係作り 作り	<ul style="list-style-type: none"> <li>希望の明確化</li> <li>外出機会の増加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活環境の決定</li> <li>退院後生活習慣の確認</li> <li>各種手続き</li> <li>楽しさを実感する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な相談関係構築</li> <li>各種手続き</li> <li>楽しく過ごす</li> <li>焦らず、休む時は休む</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者へのケア                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* 意欲維持や回復</li> <li>* 地域との情報共有</li> </ul> </li> <li>外出支援(地域と同行)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の生活習慣</li> <li>服薬管理の確認</li> <li>退院前訪問指導</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>通院、服薬</li> <li>訪問看護(外部機関含む)</li> <li>退院後訪問指導</li> </ul>
変化の共有 ↑ ↓	変化の共有 ↑ ↓		
了 の支援)	<ul style="list-style-type: none"> <li>面会、外出支援 (月2回以上の支援)</li> <li>* 報告、情報共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>意向にそった退院先</li> <li>体験宿泊、通院訓練</li> <li>生活イメージ作り</li> <li>手続き支援、同行</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>相談</li> <li>サービス調整</li> </ul>
<b>、基幹相談支援センターによるサポート</b>			
面会や同行等、適宜連携し実施		<ul style="list-style-type: none"> <li>区保護課                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* 移送費、転居費の確認</li> <li>* 事前相談(該当者のみ)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援医療の変更</li> <li>支給決定(受給者証)</li> <li>生活保護開始(該当者のみ)</li> </ul>
<b>域支援室、総リハによるサポート</b>			
した面会、外出同行など ピアならではの関わりを		<ul style="list-style-type: none"> <li>通所入所先での関わり                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・見学対応</li> <li>・身近な話し相手</li> <li>・地域生活者の姿</li> </ul> </li> </ul>	
ケア会議 *必要に応じて		<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス担当者会議</li> <li>計画作成会議 *同時開催可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援医療の変更</li> <li>支給決定(受給者証)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>院内では見られない、 対象者の変化への対応。 (緊張、不安、期待、喜び等)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後に必要なサービス 調整や支援者の役割分担 を確認していく。</li> <li>物件探し</li> </ul>	

。支援の重なりを意識しながら、柔軟に支援。  
 (中部地域生活支援センター)、その他の指定特定・一般相談支援事業所、通所・入所施設  
 りあす)に所属するピアスタッフ及び、ピアサポーターによる活動  
 総リハ：総合リハビリテーション推進センター

## 1. 相談・依頼

地域移行支援（退院支援）の相談・依頼は、主に病院相談員、区の障害担当、生活保護担当等から連絡が入ります。

連絡があった相談支援事業所は当該ケースの概要を確認して、事業所内での共有や検討後に担当者を決めましょう。その後、支援の開始時期や初回面談日等について病院スタッフに伝えていきましょう。

### 【確認しておくケース概要】

医療情報	診断名、合併症の有無（治療状況含む）、 入院期間と経過、現在の病状と良好時・悪化時 入院のきっかけ、入院通院歴（他院含む） 服薬状況（種類と方法）
家族や居住状況	居住状況（入院前居住地、家族状況、持ち家の有無） 成育歴、家族構成や関係性、キーパーソンの確認
経済状況	障害年金等の受給状況（未受給の場合、可能性の有無） 生活保護の受給状況 預貯金や資産の有無、管理状況 （自己管理できているか、家族か支援者か等々）
福祉サービス	精神障害者保健福祉手帳、他障害者手帳などの所持状況 過去の福祉サービス利用歴や他機関への相談状況 関係機関の担当者 （関係性や役割、協力性なども聴けると望ましい）
意向・意思	対象者、ご家族、病院（主治医など）、他機関の担当者など

確認内容は上記に限る必要はなく、気になる点は相談・依頼時に確認しましょう。対象者に関する情報だけでなく、関係者の考えや関係性も確認しておけると、支援開始時の役割分担やアプローチの参考になります。

### 留意点

事前に得た情報で対象者や関係者に先入観を持たないようにしましょう。  
支援者としての経験が活かせる場面も多くありますので、支援者間で相談しながら支援しましょう。

## ☆その他の相談・依頼、関係機関が考えていることなど☆

### ◎ 基幹相談支援センターの関わり

対象者の中には、住居が定まっていないケースも多くあります。市内病院に入院中の対象者は担当地区の基幹相談支援センターが支援して、居住地区が決まったら担当地区の地域相談支援センターに引き継がれていきます。引継ぎ後も後方支援は続きますので、支援の重なりを意識していきましょう。

### ◎ はるかぜの関わり

はるかぜの主な支援対象者は、市外病院に入院中のケース、市内病院入院中だが意欲喚起からの支援が必要なケース、市内病院入院中だが居住地が市外のケース、市外病院から市内病院に転院してきたケース等です。市外病院入院中の相談は総合リハが窓口で、総合リハと定期的な情報交換をしながら支援していきます。はるかぜは退院まで支援をしますので、地域定着に関する支援依頼を相談支援事業所にしていく場合もあります。

### ◎ 病院が、相談支援事業所に支援を依頼する理由

退院時の支援は、病院相談員を中心に病院スタッフが支援しているケースも多くあります。地域支援者への連絡は、退院後に地域支援者のサポートが必要な場合や、退院後の生活イメージが院内だけで把握できない時などです。

病院スタッフは地域支援者に依頼したい支援内容を、対象者の傾向と目的も含めて相談していきましょう。

地域支援者は病院スタッフのサポートを意識することから始め、徐々に支援の中心を担っていきましょう。

### ◎ 気を付けておきたいこと

病院スタッフの皆様へ

地域支援者は、病院スタッフの思った通りに動く存在ではありません。役割分担をしながら支援していく仲間ですので、必要としている支援の共通理解を丁寧に伝えていきましょう。

相談支援事業所の皆様へ

病院スタッフは退院支援が必要な対象者と判断し、地域支援者に相談・依頼をしています。診断名や生活歴だけで先入観を持ちすぎないように、病院スタッフと対象者イメージの共有ができるように必要な情報を確認していきましょう。

支援に不安を感じる時は、関係機関に相談していきましょう。

## 2. 支援導入期

支援導入期は、大まかに分けると3ステップあります。

### ① 対象者と会う → 事業説明やケア会議の開催

地域移行支援とは何かという事業説明から始めることもあれば、退院の意思が確認できている場合はケア会議を開くところから支援が始まります。事業説明は長時間になることがないように心がけ、なるべくシンプルに事業のポイントを伝えていきましょう。

ケア会議では、改めて主治医から病状や経過を直接説明していただき、大まかにでも支援の方向性を確認します。各関係者の参加者がいれば、これまでの経過や経緯を確認しましょう。地域移行支援の開始と支援方針の確認とともに、関係機関での役割分担についても相談しておく、対象者のみならず支援者も安心できます。

ケア会議の日程調整や流れについては、開催前に病院相談員などと事前打ち合わせをしておく取り組みやすいです。後々の調整や支給決定の参考のため、可能な限り区役所の担当を含めた関係者に参加してもらいましょう。

### ② 相談支援事業所利用契約、サービス等利用計画（案）の作成

対象者と相談支援事業所で、相談支援事業所利用契約書を取り交わします。

『契約』と伝えると、つい身構えてしまう対象者もいるため、署名を一筆頂くだけだとしても場面設定の検討や、対象者が信用している関係者に同席を相談するなど、円滑に契約を結べるよう配慮をしていきましょう。

面談などで聴取した情報と提供された情報をもとにアセスメントを行い、サービス等利用計画（案）を作成。対象者から同意の署名を頂きましょう。

### ③ 地域移行支援の利用申請

通常の福祉サービス利用と同じく、区役所で手続きをします。可能であれば、対象者と一緒に手続きに行きましょう。

提出書類は、3点。

- ▼介護給付費等支給決定等申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書
- ▼計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書
- ▼サービス等利用計画・障害児支援利用計画案

※この段階でも、対象者が退院に対して積極的となれていない場合もあります。病院スタッフ等の関係者と相談や打ち合わせをしたり、関係構築に時間をかけたりと、対象者の不安が解消されるように、対象者のペースで働きかけましょう。

## ☆支援導入期のポイント☆

### ◎初回面談を迎えるまで、初回面談での配慮など

初回面談時の対象者の様子は、特別に注意を向けましょう。

元気いっぱいな方、疎通良好な方、希望を話す方、不安を話す方、多くを語らない方、静かな方、退席してしまう方等がいます。

地域支援者にとっては対象者の第一印象となりますが、対象者にとっても地域支援者の第一印象となります。また、元気なのが良い反応なのか病状悪化を招きそうなのか、静かなのは通常なのか緊張しているだけなのか、こういった判断は病棟看護師に確認できると、その後の対応を含めて支援アプローチを考える一助になります。いつもの対象者の様子と比較した印象を、確認してみましょう。

### ◎相談支援事業所が利用契約や、計画書作成時に考えておきたいこと

対象者と会って話した印象や、病院スタッフと相談していく中で、契約・署名までの関わり方が見えてきます。支援者の事務的な都合に合わせず、安心して支援が始められることを大事にしていきましょう。

病院スタッフが事前に内容説明をしておくことで、安心して契約・署名ができる場合もあります。支援が始まった後に契約・署名する場合もありますので、対象者の意向を優先していきましょう。

※支援開始前に契約を交わすことが望ましいとされていますが、対象者の気持ちや、関係性の構築、支援に満足して安心できているかなど、状況によっては契約を後に交わすのも、一つの方法となります。その場合、関係者と協議した記録や契約を遅らせた理由などを残しておく必要があります。

### ◎手続きに対象者も一緒に行く理由とは

対象者は退院後の生活に対して、漠然とした不安や期待を持っています。そんな中で一緒に手続きに行く理由は、対象者自身に「退院に向けて進んでいく」という認識を持ってもらうことです。「退院させられた」ではなく、支援者と退院に向けて進んでいくという意識を心がけましょう。

無理矢理に連れていくことはしないと思いますが、対象者に話してもらっても、ただ同席してもらうだけでも良いでしょう。

### 3. 支援初期

対象者との面会から始める事が多いですが、プレ支援でケア会議の開催がなければ開催しましょう。この時、病院の治療方針などとも連動した地域移行支援計画を作成します。地域移行支援計画の作成会議は、対象者やご家族を含めた関係者に参加いただき、支援開始後6か月の具体的な動きを確認できるものを作成します。

#### ① 面会、面談

対象者と病院スタッフの都合に合わせて日程調整し、対象者と面会していきます。日程調整は、食事や入浴、作業療法などの病棟スケジュールも確認しておくとうまく合わせやすくなります。事前に生育歴や性格などの情報を確認しておくとうまく参考になるかもしれません。

面会の第一目的は関係の構築であり、必ずしも改まった場面設定である必要はありません。対象者の話を聴ける機会ですので、周囲からの情報による先入観に注意して、対象者自身の言葉を聴いていきましょう。

#### ② ケア会議（サービス担当者会議・計画作成会議 \*同時開催可）

支援を始めるにあたって、対象者やご家族、関係者に声をかけてケア会議を開催します。対象者と支援者の顔合わせ、支援者同士の関係作り、支援方針の確認など、支援を進めていく上での重要なケア会議ですので、遠慮せず発言しやすい雰囲気を作ってチーム支援を意識していきましょう。

▼対象者の希望、必要としている情報の提供

▼対象者の基本情報の確認

▼地域移行支援計画の作成

▼福祉サービスの手続き確認

※ケア会議開催時は、各々の役割や方向性はきちんと確認をおきましょう。

※確認内容によっては、必ずしもケア会議を要するとは限りません。会議の調整前には、病院スタッフ等と検討や精査を行いましょう。

「困っているから、とりあえず開催」ではなく、開催目的を明確にして、相談結果の着地点をはっきりしてから始めましょう。ケア会議は支援の中心者が呼びかけ、関係者や関係機関になるべく参加いただけるよう調整します。

ケア会議開催のタイミングとしては、以下を参考にしてみてください。

- ・ 支援開始時
- ・ 支援内容の確認や方向性の確認を全体で要する際
- ・ 対象者のモチベーションに働きかけが必要な時
- ・ 関係者の足並みに調整が必要な時
- ・ 退院時や退院後一定期間を経た時
- ・ 支援終了時や引継ぎの時

## ☆ 支援初期のポイント ☆

### ◎ 面会の意味と目的について

何気ない会話の中から退院後にしたいことや心配なことを知ることもありますので、どういった関りや段階を設定すれば良いか考えていきましょう。面会を重ねていくとどこで対象者のことも知っていただけますが、支援者自身のことを知ってもらう機会にもなります。例え世間話であっても、意味や目的のない会話はありません。発言することの意味や影響、その先に得たい効果を事前に準備をしておきましょう。

「〇か月は会うことに慣れてもらう」だから、とりあえず会いに行っているだけの状態はやめましょう。ただ世間話をして帰るだけの状態が続いて面会の意味が定まっていないと、病院スタッフと連携した支援にはなりません。

支援の意味や目的が曖昧に感じたときは、病院スタッフからも地域支援者に声をかけるなどして、お互いに納得できるまで確認していきましょう。

### ◎ 形だけのケア会議にならないために

ケア会議には、主治医を含め多くの関係者が参加します。地域支援者は萎縮してしまうこともあるかもしれませんが、話し合われている課題に対して活用できそうな地域資源があれば、積極的に提案していきましょう。病院スタッフが知らなかった情報があることで、支援が広がっていくこともあります。支援を行う中で、対象者はもちろん、病院スタッフや地域支援者、ご家族などに困りごとや不安なことが生じることも珍しくありません。よって、ケア会議前に互いの困りごとを共有し、話し合いの着地点をある程度見出しておくのも、ケア会議をスムーズに運ぶ上では重要と言えます。また、分かった気になることも注意が必要です。まだまだ対象者との関係性が構築されていない段階ですので、認識のズレは容易に起こります。支援者間での認識は、細かなところも意識して合わせていきましょう。

### ◎ ピアサポーターの活用

前述の事業説明時や面会初期に、対象者の不安が強い時や退院後の生活イメージが作れていない時などは、ピアサポーターと協働で支援していきましょう。

同じような体験をしているピアサポーターの経験談は、それ以外の支援者の言葉とは違う届き方をする時があります。対象者が安心できることで、退院後の生活イメージが作りやすくなることもあります。その対象者にピアサポートが必要かどうかは、支援者間での協議や対象者の意思を確認していきましょう。

ピアサポーターとの協働は、レジネス、はるかせ、ゆりあすで相談できます。

ピアサポーターより

『具体的にどの辺りにピアサポートが必要か、相談支援の方も事前にポイントを絞ったり、支援の大枠の目標を共有できる体制を組み立てて頂くと参加しやすいかなと思います。』

## 4. 支援中期

ご家族などへの働きかけ、外出支援、社会資源の見学や体験などを行っていきます。支援内容については、適宜関係者と共有をしましょう。

支援を行う中で対象者の意向が変化していくこともありますので、情報共有や必要な軌道修正は随時行っていく必要があります。作成した地域移行支援計画に取り組みながら、必要な時は見直しましょう。

### ① ご家族などへの働きかけ

これまで一番身近な立場で対象者をサポートしてきたご家族の中には、精神的に疲弊していることや経済的なご負担も抱えているなど、退院に対して消極的になるケースも珍しくありません。退院に対する負担感や不安を少しでも軽減できるよう、社会資源の説明や利用後に期待できる効果など、現在の支援内容も適宜共有するなどして退院に対するハードルを下げていきましょう。

### ② 外出支援

面会や面談では見られない、対象者の社会性や生活能力、あるいは本音と呼べる思いを確認できるかもしれない機会です。気楽さやリラックスができるよう心掛け、対象者のモチベーション向上や維持に繋がるよう支援をしていきましょう。

買い物や食事、交通機関利用、各種手続きなどに同行し、様子観察とアセスメントを行います。帰院後は振り返りを行い、病院スタッフなどとも共有しましょう。

### ③ 社会資源の見学や体験

対象者が望む退院の方向性が見えている場合や、関係者などから意見が出ている場合などは、住居や日中活動先、ある程度でも居住先が定まっていれば住居周辺の商業施設などの見学や体験を試みましょう。退院後の生活を具体化にイメージできますので、対象者の変化に意識を向けながら支援方針も確認していきましょう。

### ④ 病院スタッフが取り組むこと

対象者の意欲や支援状況に合わせて、院内での取り組み方も変わってきます。デイケアや作業療法プログラムへの参加促し、日中活動の時間延長など、退院後に必要と思われる生活リズムや対人スキルを身に付ける工夫をしていきましょう。服薬管理についても同様で、少しずつ自己管理を増やすなどして退院の意識を作るなどしていきます。外出機会が増えたことで院内では見られない生活スキルを知ることもありますので、病院スタッフから対象者への助言等も具体的な内容になっていきます。

## ☆ 支援中期のポイント ☆

### ◎ 外出同行で得られるもの、考えていけること

面会を重ねていき、対象者と支援者の理解がお互いに深まって来る時期です。外出支援では、また違った対象者の様子を知っていくこととなります。緊張している、困っている、楽しんでいると感じる場面が多くありますが、ただそれだけでは終わらせないようにしましょう。どういった理由で「緊張・困り・楽しさ」が出ているのかを考えることで、今後どういった支援があれば良いかの検討ができるようになります。病棟では落ち着いて過ごしている方でも、バス車内や目的地周辺などで急な病状悪化となる場合も出てきます。外出支援前は、想定できる場面での対応方法も支援者間で共有してきましょう。

院内では見られない対象者の変化がありますので、病院スタッフも積極的に外出時の様子を確認していき、退院後の可能性を広げていきましょう。外出範囲に制限のある対象者もいますので、その理由も含めて基本方針は確認しておきましょう。

### ◎ ここでも、ピアサポーターの活用

外出支援や通所・入所先の見学や体験時にも、ピアサポートがあります。ここでもピアサポーターの体験談や生活する上で工夫していること等を話してもらえると、対象者の安心や生活イメージ作りにもつながってきます。ピアサポーターに期待したい役割や効果を事前に確認して、支援後の情報共有や今後の支援の確認も一緒にしましょう。ピアサポーターが所属している事業所は、ピアサポーターが安心して活動を続けていけるように、しっかりと必要な振り返りをしていきましょう。

ピアサポーターとの協働は、レジネス、はるかせ、ゆりあすで相談できます。

#### ピアサポーターより

『ピアサポーターも体調が安定せず支援に参加できない時があります。事前に余裕のあるスケジュール調整をすると、良いかもしれません。また、どんなピアサポーターがいるのか、どんな支援に力を入れている事業所なのか、確認を取ったり、可能であれば、見学をしておくことピアサポーターとの共同がイメージしやすいのではないのでしょうか。』

『当事者にとって、新しい環境への変化は想像以上に緊張や疲れを生み出します。』

### ◎ 退院が近づいてきた時の、対象者の気持ちの揺れを理解

支援中期になると、外出等による生活リズムの変化による疲労や、具体的に退院を考えるようになることで、対象者が不調になることや、不安が高まる可能性があります。この時に寄り添い、退院への意欲を維持・回復させられるのは、病院スタッフです。また、支援内容の変更が必要な場合は必要に応じて、ケア会議を開いて対象者を中心とした関係者との協議によって今後の方針を話し合ひましょう。

## 5. 支援後期

退院後の生活についての精査や方向性を確認するためのケア会議実施や、退院先や通所先の体験利用を進めていきます。

### ① ケア会議（サービス担当者会議・計画作成会議 \*同時開催可）

中期支援を経て社会資源の見学や体験を行い、対象者やご家族などより具体的な退院先の希望が出た時や、退院後の生活について意思確認ができれば、生活内容や方向性について相談、確認するために関係者に声をかけてケア会議を開催します。

▼退院先の確認（施設などであれば空き状況、対象者の意思確認）

▼退院時期の確認

▼退院後の医療や、利用する福祉サービスの確認

▼自立支援医療や手帳などの申請、区分認定調査や生活保護相談などの手続き

※診断書を要する際は、なるべく早い段階で医療機関へ作成を依頼しましょう。

### ② 退院先、通所先の体験利用

利用予定事業所の体験だけでなく、退院後の通院や通所を見越して往復の道のりも支援していきます。

体験宿泊や通所は徐々に行い、地域生活への移行が負担なく行えるようサポートしましょう。病院によっては「退院前訪問指導」の活用もできますので、支援者の一体的な支援を心掛けていきましょう。

※退院先がアパート単身か家族同居か、グループホームか宿泊型自立訓練施設なのかで、退院までの流れは異なってきます。関係者で事前に確認しておき、手続きなどに不備の無いよう準備をしておきましょう。

### ③ 退院時の手続きなど

退院となった際は、携帯電話の手続きや家具家電の購入、役所での住所変更や自立支援医療の手続きなど、生活環境の最終調整をしていきます。これらの準備も、対象者と一緒に行っていくことが望ましいです。

※その他に想定される、退院後の医療に関する調整

- ・通院頻度、外来の変更有無（退院数か月後など）、入院設備の必要性有無
- ・服薬確認（訪問看護やデイケア等の利用）
- ・不調時の対応と支援のポイント

#### 留意点

はるかぜや基幹型が支援していたケースでは、居住地が決まった段階で地域型等の相談支援事業所にケース移管されていくことがあります。十分な情報共有と柔軟な対応で、対象者に安心してもらえる支援を続けましょう。

## ☆ 支援後期のポイント ☆

### ◎ もうすぐ退院という状況で考えたいこと

退院先や通所先なども決まり始めてくるため、具体的な退院後の生活がイメージしやすくなります。サービス調整や手続き関係に漏れはないか、必要以上の支援が組み込まれていないか、対象者の意思は尊重されているか等々の確認をしていきましょう。退院は支援のゴールではありませんが、大きな通過点です。病院スタッフの関わりも、担当者の変更を含め変化が出てきます。退院後の生活を支援していくための方針や役割分担等を共有して、支援者も準備を整えておきましょう。

### 留意点

地域移行支援では給付期限の6か月では退院が難しく1年以上を要する場合があります。6か月時点で退院できないが、支援を継続することで地域移行が見込まれる場合、6か月以内で期間更新が可能です。給付期間が迫ることで、ご本人が焦ってしまわないようにしましょう。  
※期間の延長については、関係者と協議して検討する必要があります。

### ◎ 退院前に起こりうること

退院前の健康診断で病気が見つかる場合や、精神症状の悪化により入院継続となる場合があります。また、おおよそ決まったはずの退院先が急に受け入れ不可と連絡が入ることもあります。

#### ピアサポーターより

『体調の急変で退院ができなかった場合に退院予定者は、「やっぱり自分は無理だ」「振出しに戻ってしまった」と、自分の体調が元に戻ったと思われる方もいると思います。支援者としては退院に向けて努力したところ、できていたところをしっかりと本人に伝え、次の退院の際には続きから始めれば大丈夫、という声掛けもあると安心して体調の回復に努められ、次の退院に向けての意欲も維持できるように感じます。』

『住居に関しては、室内の設備周辺へのアクセスだけでなく、生活を過ごすうえで、小学校の通学路であったり、ドライバーさんのお昼休憩の場になっていたりすると声やアイドリリング騒音や人目などがあったりして、落ち着かない場合もあります。』

### ◎ 物件探し、不動産業者との交渉

一方的に希望を伝えるだけでなく、不動産業者の立場や考えも理解した上で相談していくと話を聞いてもらいやすくなります。どこまで情報を開示するか等、事前に対象者の意向を十分に確認しながら、支援者としての役割や支援内容も不動産店に提案していきましょう。また、差別解消や障害理解を求めていく取り組みも重要ですので、個別支援と並行して地域資源との良好な関係も築いていきましょう。

居住支援に関しては、川崎市居住支援協議会や総合リハ等にご相談ください。

住まい探しに関する情報は、  
34ページにも記載してあります。

### これまで部会等で出された意見③

『院内で信頼関係のとれないスタッフに何か言われても反感がわいてしまう。何か、見下されている様な態度をとる人もいる。逆にスタッフが親しく接してくれて心地よいため入院に抵抗がなくなって入院を繰り返してしまったこともあった。』

『病院もご本人も支援者も同じような事が不安なのだと感じました。この不安が少しでも減らすことが出来ればよい支援ができるのではないかと思います。』

令和元年度第7回障害者相談支援センター等合同連絡会  
「事例報告」及び「医療機関・地域関係機関・ピアサポーターとの意見交換会」  
アンケートより（令和2年2月14日）

### これまで部会等で出された意見④

『「はじめまして」が大切であるということが思っていた以上に重要であると知り、今後の関わり方を考えていく必要があると感じた。』

『精神科病院からの退院支援』研修～地域で暮らす、当たり前を届けていくために～  
アンケートより（令和3年12月6日）

### これまで部会等で出された意見⑤

『自分が一番体調が悪い時のことを意図的に思い出すので、どうしてもそのことから抜け出すのに数日はかかってしまいます。実際に今通っている場所や勤めている場所の人たちと会話を交わすと、今は違うんだとしっかりと認識できるようになります。』

（「ピアサポーターとして活動する中で、辛い時の対処法」に対する回答）

令和4年度川崎市地域自立支援協議会・精神障害者地域移行・地域定着支援専門部会  
社会資源ワーキングの取り組み報告兼第6回相談支援センター合同連絡会  
『知ってほしい！！川崎のピア活動』登壇者への質問の回答より（令和4年9月9日）

## 地域定着支援について

## 地域定着支援

退院後の支援は、地域定着支援の個別給付の要件である 24 時間の対応や緊急時対応をしている事業所からの支援の他、個別給付の要件に限らない支援を含めると、地域移行支援から退院した対象者の 90%以上（※）が通常の支援より重点的な支援を受け生活されています。（※「令和 3 年度精神障害者地域移行・地域定着支援の実態把握に関するアンケート調査」より）

特に長期入院者にとっては不安を抱えながらの生活になりますので、エンパワメントを意識し、対象者にとって過剰な支援にならないように気を付けましょう。

### ☆地域定着支援のポイント☆

#### ◎退院前ケア会議で確認されたことが、重点的に支援していくポイント

対象者の様子や生活環境の変化による揺れも考慮しながら、重点的な支援を意識していきましょう。計画通りに進めるだけが支援ではありませんので、特に地域支援者には柔軟な対応が求められてきます。

#### ◎退院後の入院、休息入院の考え方

退院後に体調が悪化して、入院を検討する場面もあるかと思います。再入院を繰り返さない支援もあれば、再入院を繰り返すことで安定した生活を送れるケースもあります。

- ・早期介入により、病状悪化を防ぐことができます。
- ・支援計画やクライシスプランの作成により、対象者や関係者間での共通認識を持って支援していきましょう。

#### ◎病院スタッフの関わり方の変化

退院後も病院スタッフの関わりは継続しますが、病棟担当のスタッフは積極的に関わることはできません。徐々に対象者との関係性を変化させていくことで、入院生活との違いを認識していくこともあります。

- ・地域支援者と病院スタッフは緊密な連携を図りながら、新たな支援者とともに対象者が望む生活を支援していきましょう。

#### ◎入院中の取り組みが活かされてきます

病棟内での定期的な日中活動や服薬管理、地域資源の見学や体験など、退院後の生活をイメージした取り組みが活かされてきます。想定していた実生活とは少し違っていても、対象者が積んできた経験は大きな自信となっていきます。支援者は退院に向けて進んできた対象者を知っているからこそ、対象者が落ち込んだとしても伝えられる言葉が出て来ることでしょう。積極的に地域支援者やピアサポーターと連携してきた効果も、ここで実感することができます。

## 1. 地域定着支援

障害者総合支援法では「居宅において単身で生活している障害者等を対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う」と定められています。

支給決定期間は1年間で、1年以内の更新が可能です。

### ① 対象者

次の方のうち、地域生活を継続していくために緊急時等の支援が必要と認められる方。

(1)居宅において単身であるため緊急時の支援が見込めない状況にある方

(2)居宅において家族と同居している障害のある方であっても、その家族等が障害、疾病等のため、緊急時の支援が見込めない状況にある方

※障害者支援施設等や精神科病院から退所・退院した方のほか、家族との同居から一人暮らしに移行した方や地域生活が不安定な方等も対象になります。

※共同生活援助（グループホーム）、宿泊型自立訓練の入居者は対象外となります。

### ② サービスの内容

指定一般相談支援事業所が、以下の対応をします。

(1)常時の連絡体制の確保（夜間職員の配置、携帯電話等による利用者や家族との連絡体制の確保）

(2)緊急時の対応（迅速な訪問、電話等による状況把握、関係機関等の連絡調整、一時的な滞在による支援）

### ③ 利用するには

申請は、対象者の住所がある区役所となります。多くの場合は地域移行支援からの流れで利用となりますので、手続きに関しては担当の相談支援専門員に相談しましょう。

地域定着支援から利用する際は、相談支援センター等の指定事業所を探すところから始めます。相談支援センターは担当地区がありますので、リーフレット等を参照ください。その他の指定事業所については「障害福祉情報サービスかながわ」で探すことができますので、個別にご連絡ください。もしくは、区役所の担当ケースワーカーや総合リハの地域移行支援担当までお問い合わせください。

※地域定着支援を利用する場合、サービス等利用計画に地域定着支援を位置づけ地域定着支援事業所と契約を交わし、事業所は地域定着支援台帳を作成します。

## 2. 自立生活援助

「自立生活援助」とは施設入所支援又は共同生活援助を受けていた障害者その他の厚生労働省令で定める障害者が居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題につき、厚生労働省令で定まる期間にわたり、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、当該障害者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他の厚生労働省令で定める援助のことをいう。

支給決定期間は、障害者支援施設、グループホーム、精神科病院等から退所、退院した日から、1年間となっています。支給決定期間終了後については、サービス調整会議においてその必要性を判断した上で適当と認められる場合には、更新が可能となっています。

### ① 対象者

- ・ 障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者
- ・ 現に一人で暮らしており、自立生活援助による支援が必要な者
- ・ 障害者、疾病等の家族と同居しており（障害者同士で結婚している場合も含む）、家族による支援が見込めないため、実質的に一人暮らしと同様の状況であり、自立生活援助による支援が必要な者

### ② サービスの内容

- ・ 定期的な巡回又は随時通報を受けて行う訪問 ※週1回程度
- ・ 相談対応等の方法による障害者等に係る状況の把握
- ・ 必要な情報の提供および助言並びに相談
- ・ 関係機関（計画相談支援事業所や障害福祉サービス事業所、医療機関等）との連絡調整
- ・ その他の障害者が自立した日常生活を営むための環境整備に必要な援助

### ③ 利用するには

申請は住所がある区役所となり、手続きに関しては担当の相談支援専門員に相談しましょう。指定事業所については、「障害福祉情報サービスかながわ」で探すことができますので、個別にご連絡ください。

## ☆ 自立生活援助のポイント ☆

### ◎ 具体的な支援

地域移行支援や地域定着支援と同様に、サービス等利用計画の作成を受けて個別支援計画を作成する必要があります。サービス内容は地域定着支援と似ていますが、対象者の特性に合わせた同行や訪問支援など、より柔軟な対応ができる福祉サービスです。

### 3. その他に利用できる障害福祉サービスなど

- ・居宅介護：ホームヘルパーが自宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談や助言など、生活全般にわたる援助を行います。（一部、要件のあるサービスあり）
- ・精神科訪問看護：地域で安定した生活を送るために、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が、定期的に自宅に訪問して、困りごとの相談や援助を行います。生活上で困っていることのサポート、服薬管理など治療のサポート、日常生活の過ごし方の工夫を一緒に考えます。
- ・精神科デイケア：精神科通院医療の一環として、主治医からデイケア利用が適当とされた方が利用できます。プログラムは医療機関ごとにさまざまですが、病気のことや薬のことについて学んだり、創作活動やスポーツといったレクリエーション活動が行われたりしています。医療保険や自立支援医療の対象。
- ・地域生活支援センター：面接や電話による相談・援助、自主活動への支援、生活情報の提供等を行う施設です。市内にお住まいの方ならどなたでも利用が可能ですが、利用にあたっては登録が必要になります。
- ・地域活動支援センター：企業からの下請け作業、自主製品の製作、製品の販売などを行います。特に作業を行わず、憩いの場として過ごすことのできる場所もあります。作業内容は各作業所によって異なります。また通所日数はスタッフとの相談の上決まりますので、詳しくは各事業所へお問い合わせください。
- ・就労継続支援 A 型：企業等に就労することが困難な方に対して、雇用契約に基づく生産活動の機会の提供、知識および能力の向上のために必要な訓練等を行います。
- ・就労継続支援 B 型：通常の事業所に雇用されることが困難な就労経験のある方に対し、生産活動などの機会の提供、知識および能力の向上のために必要な訓練などを行うサービスです。このサービスを通じて生産活動や就労に必要な知識や能力が高まった方は、就労継続支援（A 型）や一般就労への移行を目指します。
- ・就労移行支援：就労を希望する 65 歳未満の障害のある方に対して、生産活動や職場体験などの機会を提供し、就労に必要な知識や能力の向上のために必要な訓練や就労に関する相談や支援を行います。このサービスでは、一般就労に必要な知識・能力を養い、本人の適性に見合った職場への就労と定着を目指します。
- ・川崎市ふれあいフリーパス：「川崎市ふれあいフリーパス」を提示することで通用期間、川崎市内の路線バスに乗車できるフリーパスです。精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方（1 級～3 級）は、お住いの区役所高齢・障害課で申請できます。紛失等による再発行はできませんので、御注意ください。

上記のサービスの他にも利用可能なサービスや制度もあります。詳しくは、川崎市役所ホームページや川崎市の障害福祉に関する冊子「ふれあいー障害福祉の案内ー」をご覧ください。

## これまで部会等で出された意見⑥

『2004年22歳の頃発病し、24歳まで社会的引きこもりで、福祉とつながっていなかったです。民間の就労相談所と主治医の指示により資格の取得やアルバイトをするも継続的な就労や社会参加に繋がりませんでした。24歳頃から図書館の広報コーナーを通じ、市の当時の引きこもり当事者グループ通所と就労支援係に登録。お試し就労や生協での保護就労は4年続きましたが、就労先の閉所に伴い、28歳頃に失職。その後はハローワークの専門援助部門担当と2年繋がり、障害基礎年金と、障害者手帳の存在、申請の仕方を知りました。地域移行とは少し違うと思いますが、振り返ってみると相談支援等、障害年金等、民間、公共問わず、福祉資源に繋がる情報をもう少し早く得られればよかったなと思います。また情報発信をツイッターやフェイスブックなどSNSでも発信すると、外出できない方にはつながりやすいと感じました。』

令和4年度川崎市地域自立支援協議会・精神障害者地域移行・地域定着支援専門部会  
ピアサポーターより

**地域移行・地域定着支援全般に関する相談窓口**

## 地域移行支援全般に関する相談窓口

### 基幹相談支援センター

基幹相談支援センターは、地域の実情に応じて、「総合的・専門的な相談支援の実施」「地域の相談支援体制の強化の取組」「権利擁護・虐待の防止」等の業務を実施する機関となります。川崎市では、現在3ヶ所（南部・中部・北部）市内に設置されています。地域移行支援以外にも計画相談支援等、相談支援全般に対して地域の相談支援従事者等に対して助言や後方支援を行います。

名称	対象区	連絡先
川崎市南部基幹相談支援センター	川崎区、幸区	044-222-8281
川崎市中部基幹相談支援センター	中原区、高津区、宮前区	044-328-5466
川崎市北部基幹相談支援センター	多摩区、麻生区	044-299-8895

### 地域相談支援センター

地域相談支援センターは、年齢や障害種別、手帳の有無、障害福祉サービスの有無に関わらず、より身近な地域で必要な相談支援を受けられるように、各区に3~4ヶ所設置されています。令和3年10月に相談支援体制が再編され、地区担当制(※)が設定されています。

	名称	連絡先
川崎区	地域相談支援センターふじみ	044-233-9949
	地域相談支援センターいっしょ	044-201-6952
	地域相談支援センターかわさき Life	044-201-7286
	地域相談支援センターさらん	044-270-2250
幸区	地域相談支援センターラルゴ	044-540-0911
	地域相談支援センターつかごし	044-400-2050
	地域相談支援センターあんさんぶる	044-223-8290
中原区	地域相談支援センターすまいる	044-201-1280
	もとすみ地域相談支援センター	044-863-6251
	地域相談支援センターワルツ	044-819-6657
高津区	みんなの地域相談支援センター	044-281-7118
	地域相談支援センターほあり	044-789-8421
	地域相談支援センターまいうえい	044-400-7224
宮前区	地域相談支援センターすいせん	044-299-9167
	地域相談支援センターポポラス	044-870-5236
	地域相談支援センターれもん	044-740-9043
	地域相談支援センターシリウス	044-920-9105

多摩区	地域相談支援センターいろはにこんぺいとう	044-299-6510
	地域相談支援センターふれあい	044-819-7770
	地域相談支援センターアベク	044-948-9890
麻生区	地域相談支援センターあんず	044-322-8433
	地域相談支援センターひまわり	044-322-9591
	地域相談支援センターそれいゆ	044-969-7447

(※)担当地区について、川崎市役所ホームページや「川崎市障害者相談支援センターのご案内」をご参照ください。

### 中部地域生活支援センターはるかぜ

地域移行支援・地域定着支援体制整備事業として、精神科病院に出向いての当事者や病院等関係職員への説明会による地域移行・定着支援に関する普及啓発を行っています。その他に、個別支援のバックアップとして、退院可能な長期入院者に対する、意欲の前提となる十分な情報提供や、ピアサポーターの活用等による、退院への意欲・動機付けのためのプレ支援や市外病院に入院中の精神障害の方の個別支援、支援調整が難しい方を他の事業所と連携して対応をしています。

名称	住所	連絡先
中部地域生活支援センターはるかぜ	中原区井田 3-16-1	044-750-8908

### 地域リハビリテーションセンター（地域支援室）

年齢、疾病、障害問わず、何らかの理由によって生活に支障が生じている方、リハビリテーション専門職の支援を必要としている方が、住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続けていくために総合的な支援を行います。

名称	対象区	連絡先
南部地域支援室	川崎区、幸区	044-200-0834
中部地域支援室	中原区、高津区、宮前区	044-750-0686
北部地域支援室	多摩区、麻生区	044-281-6621

### 総合リハビリテーション推進センター（精神保健福祉センター）

こころの健康の保持増進、精神保健福祉に関する活動を中心的に推進する機関として、調査研究、普及啓発、教育研修、地域支援、組織支援、電話相談等を行っています。また、地域みまもり支援センター等への技術指導援助を行うほか、精神障害者保健福祉手帳交付事務、精神科に入院している方に適切な医療が提供されているかどうかの審査等も行っていきます。

名称	住所	連絡先
総合リハビリテーション推進センター	川崎区日進町 5-1	044-200-3197

## 各種手帳や制度、障害福祉サービスの支給に関する相談

### 各区地域みまもり支援センター高齡・障害課精神保健係

こころの病気や障害について、電話や面接等でケースワーカーや保健師が相談を受け、必要に応じて専門機関と連携をとり、各種サービスや情報の提供を行います。地域移行支援の支給決定や障害支援区分、手帳等、制度利用の申請窓口になっています。

名称	連絡先
川崎区役所地域みまもり支援センター 高齡・障害課 精神保健係	044-201-3213
幸区役所地域みまもり支援センター 高齡・障害課 精神保健係	044-556-6695
中原区役所地域みまもり支援センター 高齡・障害課 精神保健係	044-744-3297
高津区役所地域みまもり支援センター 高齡・障害課 精神保健係	044-861-3309
宮前区役所地域みまもり支援センター 高齡・障害課 精神保健係	044-856-3262
多摩区役所地域みまもり支援センター 高齡・障害課 精神保健係	044-935-3324
麻生区役所地域みまもり支援センター 高齡・障害課 精神保健係	044-965-5259

(※)精神障害者支援に関するご相談等は、川崎区役所の精神保健係へご連絡ください。

## 住まいに関する相談窓口

## 住まいに関する相談窓口

川崎市居住支援協議会

連絡先 044-200-2997

(事務局 川崎市まちづくり局住宅政策部住宅整備推進課)

不動産関係団体（宅地建物取引業者等）、川崎市（住宅部局・福祉部局等）、居住支援団体（社会福祉法人等）が、《効果的な住まい探しや、福祉サービスなどの入居者に必要な支援等のコーディネート》、《入居者に異変があった際などの、家主、不動産店、福祉事業者、行政機関等による相互連携》、《退去時（賃貸借契約解除や残地家財処分等）の手続きや整理、民間サービス活用》などについて検討しています。

川崎市住宅供給公社 すまいの相談窓口

連絡先 044-244-7590

高齢者や障害のある方等、ご自身で住まい探しを行うことが難しい方やそのご家族・支援者等からのご相談に対し、民間賃貸住宅や施設等の住み替え先に関する情報や、介護・福祉等、必要な支援先との連携等を行い、住まい探し全般に関する困りごとへのサポートを無料で行っています。

神奈川県指定の居住支援法人

住宅確保要配慮者居住支援法人の指定について

神奈川県ホームページ

<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/zm4/kyojus>

[hien/snshitei.html#joukyou](https://www.pref.kanagawa.jp/docs/zm4/kyojus/hien/snshitei.html#joukyou)

住宅確保要配慮者（低額所得者、被災者、高齢者、障害者、子供を養育する者、その他住宅の確保に特に配慮を要する者）の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進を図るため、住宅確保要配慮者に対し家賃債務保証の提供、賃貸住宅への入居に係る住宅情報の提供・相談、見守りなどの生活支援等を実施する法人として都道府県が指定するものです。

川崎市居住安定化支援事業

連絡先 044-200-2643

(委託事業のため、実施法人は変更になる場合があります)

(川崎市生活保護・自立支援室)

転居支援業務と地域生活定着支援業務を、被保護者の状況に応じて必要な範囲で支援します。主な支援は、不動産物件等の紹介・内見同行・仲介業者等との連絡調整、賃貸借契約に必要な保証会社の確保、住所変更をはじめとした転居に伴う各種手続き支援、居宅訪問、電話等による生活状況の確認、各種相談支援等があります。

※事業対象者は、被保護者に限定されています。

※上記に関する詳細につきましては、ホームページ等でご確認ください。

ピアサポーターより

『住環境が良いと、通所頻度が上がったり生活が意欲的になることもある』

『例えば隣の部屋の生活音が気になったり、音に敏感な当事者は多いが、同じように自分の生活音が周りに迷惑をかけていないか気にする当事者もいる』

『退院できて良かったと言われたとしても、新しい生活環境に慣れる大変さや緊張もあって、良かったと思うどころじゃないかもしれない』

## 障害福祉サービス等報酬について

## 基本報酬等について

※記載している基本報酬・加算に対する単位数については、令和5年12月時点のものとなっています。基本報酬や加算・減算は3年ごとに大きな改定が実施されます。障害福祉サービス等報酬については、厚生労働省ホームページから情報を確認することができます。

## 地域移行支援の基本報酬・加算

### ◎地域移行支援サービス費

#### イ 地域移行支援サービス費(Ⅰ) 3,504 単位

- ① 前年度に地域移行の実績が3人以上であること。
- ② 社会福祉士・精神保健福祉士が従業員に1人以上いるか、または、精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修を修了している相談支援専門員が1人以上いること。
- ③ 複数の障害者支援施設または精神科病院など（地域移行支援の対象施設）と緊密な連携がとれていること。（注1）

#### ロ 地域移行支援サービス費(Ⅱ) 3,062 単位

地域移行支援サービス費(Ⅰ)②③の要件を満たし、①については1人以上であること。

#### ハ 地域移行支援サービス費(Ⅲ) 2,349 単位

地域移行支援サービス費(Ⅰ)(Ⅱ)の要件を満たさない場合。

※指定基準第20条に定める基準(別紙1)を満たさない又は、利用者との対面による支援(指定基準第21条第2項の規定(別紙2))を1月に2日以上行わなかった場合には、所定単位数を算定しない。

(注1)緊密な連携とは下記が想定され、概ね月1回以上行っていることが目安となります。

- (1)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。
- (2)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。
- (3)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。

### ◎初回加算 500 単位

指定地域移行支援の利用開始月に算定。

### ◎ピアサポート体制加算 100 単位

- ① 「障がい者ピアサポート研修(基礎研修・専門研修)」を修了した管理者またはピアサポーターと協働して支援をおこなう人が、常勤換算方法で0.5人以上いること。(併設する事業所の職員を兼務している場合、勤務先を含む業務時間の合計が0.5人以上であれば算定できます。)
- ② 研修を修了しているピアサポーターが、障がい者または障がい者であった、と都道府県や市町村が認めていること。
- ③ ①②の要件を満たしていることを公表していること。
- ④ 「障がい者ピアサポート研修(基礎・専門)」を修了した管理者やピアサポーターから、従業員に対してピアサポートに関する研修を年1回以上おこなっていること。

※ピアサポートの認知度は低いいため、令和6年度3月31日までは経過措置として、障がい者ピアサポート研修を受けた管理者などがいなくても、都道府県や指定都市、中核市が認めた研修を受けたピアサポーターを配置していれば、ピアサポート体制加算の要件を満たしていると認められる。

### ◎集中支援加算 500 単位

利用者との対面による支援を1月に6日以上実施した場合に、1月につき加算。ただし、退院・退所月加算が算定される月は加算しない。

◎障害福祉サービスの体験加算 500 単位/日(～5 日目)、250 単位/日(6～15 日目)

イ 障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅰ) 500 単位

障害福祉サービスの体験的な利用支援を提供した場合に、体験的な利用支援の提供を開始した日から起算して 5 日以内の期間について 1 日につき加算。

ロ 障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅱ) 250 単位

障害福祉サービスの体験的な利用支援を提供した場合に、体験的な利用支援の提供を開始した日から起算して 6 日以上 15 日以内の期間について、1 日につき加算。

障害福祉サービスの体験利用について、指定地域移行支援事業者が、障害福祉サービスの体験的な利用支援(生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に限る。)を提供する場合、指定障害福祉サービス事業者等への委託により行います、

◎体験宿泊加算 300 単位/日(～15 日)、700 単位/日(～15 日(夜間深夜見守り有の場合))

イ 体験宿泊加算(Ⅰ) 300 単位

体験的な宿泊支援(指定基準第 23 条第 1 項に規定する体験的な宿泊支援のうち単身での生活に向けたものをいう。以下同じ。)を提供した場合に、イ及びロを合計して 15 日を限度として、1 日につき加算。

ロ 体験宿泊加算(Ⅱ) 700 単位

体験的な宿泊支援を提供し、かつ、当該地域相談支援給付決定障害者の心身の状況に応じ、当該地域相談支援給付決定障害者に対して夜間及び深夜の時間帯を通じて必要な見守り等の支援を行った場合に、イ及びロを合計して 15 日を限度として、1 日につき加算。

※別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定地域移行支援事業所(別紙 3)において、イの体験宿泊加算(Ⅰ)又はロの体験宿泊加算(Ⅱ)を算定する場合に、更に 1 日につき所定単位数に 50 単位を加算。

体験的な宿泊支援について、指定地域移行支援事業者が、体験的な宿泊支援を提供する場合、自らアパート等を確保して実施するほか、指定障害福祉サービス事業者等への委託により、共同生活援助の共同生活住居や短期入所事業所等の空室を活用して実施します。

◎退院・退所月加算 2,700 単位

退院、退所等をする日が属する月(翌月に退院、退所等をする日が確実に見込まれる場合で、退院、退所等をする日が翌月の初日等である時は、退院、退所等をする日が属する月の前月)に、指定地域移行支援を行った場合に、1 月につき加算。ただし、当該地域相談支援給付決定障害者が、退院、退所等をした後に他の社会福祉施設等(注 2)に入所する場合には、加算しない。

退院・退所月加算を算定する地域相談支援給付決定障害者が、精神科病院に入院した日から起算して 3 月以上 1 年未満の期間内に当該精神科病院から退院した者である場合には、更に 1 月につき 500 単位を加算。

(注 2)宿泊型自立訓練施設、他法(生活保護法、介護保険法等)の入所施設、介護保険法のグループホームのこと。

◎居住支援連携体制加算 35 単位

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定地域移行支援事業所において、住宅確保要配慮者居住支援法人(住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律(平成 19 年法律第 112 号)第 40 条に規定する住宅確保要配慮者居住支援法人をいう。以下同じ。)又は同法第 51 条第 1 項に規定する住宅確保要配慮者居住支援協議会(以下「居住支援法人等」という。)に対して、1 月に 1 回以上、利用者の住

宅の確保及び居住の支援に必要な情報を共有した場合に、1月につき加算。

◎地域居住支援体制強化推進加算 500 単位

指定地域移行支援事業所の従業者が、当該指定地域移行支援事業所の利用者の同意を得て、当該利用者に対して、住宅確保要配慮者居住支援法人と共同して、居宅における生活上必要な説明及び指導を行った上で、協議会（法第 89 条の 3 第 1 項に規定する協議会をいう。以下同じ。）又は保健、医療及び福祉関係者による協議の場（障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成 29 年厚生労働省告示第 116 号）別表第一の八に規定する保健、医療及び福祉関係者による協議の場をいう。以下同じ。）に対し、当該説明及び指導の内容並びに住宅の確保及び居住の支援に係る課題を報告した場合に、当該指定地域移行支援事業所において、当該利用者 1 人につき 1 月に 1 回を限度として加算。

## 地域定着支援の基本報酬・加算

◎地域定着支援サービス費

イ 体制確保費 306 単位

ロ 緊急時支援費

(1) 緊急時支援費(Ⅰ) 712 単位

(2) 緊急時支援費(Ⅱ) 95 単位

注 1 イについては、指定地域定着支援事業者(指定基準第 39 条第 3 項に規定する指定地域定着支援事業者をいう。以下同じ。)が、地域相談支援給付決定障害者に対して、指定地域定着支援(指定基準第 1 条第 12 号に規定する指定地域定着支援をいう。以下同じ。)として、常時の連絡体制の確保等(指定基準第 43 条の規定による常時の連絡体制の確保等をいう。)を行った場合に、1月につき所定単位数を算定する。

① ロの(1)については、指定地域定着支援事業者が、地域相談支援給付決定障害者に対して、利用者の障害の特性に起因して生じた緊急の事態その他の緊急に支援が必要な事態が生じた場合において、利用者又はその家族等からの要請に基づき、速やかに利用者の居宅等への訪問又は一時的な滞在による支援（指定基準第 44 条第 2 項に規定する一時的な滞在による支援をいう。）を行った場合に、1日につき所定単位数を算定する。

①の 2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定地域定着支援事業所において、ロの(1)の緊急時支援費(Ⅰ)を算定する場合には、更に 1日につき所定単位数に 50 単位を加算する。

①の 3 ロの(2)については、指定地域定着支援事業者が、地域相談支援給付決定障害者に対して、利用者の障害の特性に起因して生じた緊急の事態その他の緊急に支援が必要な事態が生じた場合において、利用者又はその家族等からの要請に基づき、深夜（午後 10 時から午前 6 時までの時間をいう。）に電話による相談援助を行った場合に、1日につき所定単位数を算定する。ただし、この場合において、ロの(1)の緊急時支援費(Ⅰ)を算定している場合は、算定しない。

② 指定地域定着支援事業者が、指定基準第 42 条第 3 項又は第 43 条第 2 項に定める基準を満たさないで指定地域定着支援を行った場合には、所定単位数を算定しない。

③ 別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、指定地域定着支援を行った場合(注 3 に定める場合を除く。)に、特別地域加算として、1回につき所定単位

数の 100 分の 15 に相当する単位数を所定単位数に加算する。

◎ピアサポート体制加算 100 単位

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定地域定着支援事業所において、指定地域定着支援を行った場合に、1 月につき所定単位数を加算する。

◎日常生活支援情報提供加算 100 単位

注 指定地域定着支援事業所の利用者のうち、精神科病院等に通院する者について、当該利用者の自立した日常生活を維持するために必要と認められる場合において、当該指定地域定着支援事業所の従業者が、あらかじめ当該利用者の同意を得て、当該精神科病院等の職員に対して、当該利用者の心身の状況、生活環境等の当該利用者の自立した日常生活の維持に必要な情報を提供した場合に、当該利用者 1 人につき 1 月に 1 回を限度として所定単位数を加算する。

◎居住支援連携体制加算 35 単位

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定地域定着支援事業所において、居住支援法人等に対して、1 月に 1 回以上、利用者の住宅の確保及び居住の支援に必要な情報を共有した場合に、1 月につき所定単位数を加算する。

◎地域居住支援体制強化推進加算 500 単位

注 指定地域定着支援事業所の従業者が、当該指定地域定着支援事業所の利用者の同意を得て、当該利用者に対して、住宅確保要配慮者居住支援法人と共同して、居宅における生活上必要な説明及び指導を行った上で、協議会又は保健、医療及び福祉関係者による協議の場に対し、当該説明及び指導の内容並びに住宅の確保及び居住の支援に係る課題を報告した場合に、当該指定地域定着支援事業所において、当該利用者 1 人につき 1 月に 1 回を限度として所定単位数を加算する。

平成二十四年厚生労働省令第二十七号

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地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準

(地域移行支援計画の作成等)

第二十条 指定地域移行支援従事者は、利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情を踏まえた指定地域移行支援に係る計画（以下この条及び第三十二条第三項において「地域移行支援計画」という。）を作成しなければならない。

2 指定地域移行支援従事者は、地域移行支援計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その心身の状況、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（以下この条及び第四十二条において「アセスメント」という。）を行い、利用者が地域において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容の検討をしなければならない。

3 指定地域移行支援従事者は、アセスメントに当たっては、利用者に面接しなければならない。この場合において、指定地域移行支援従事者は、面接の趣旨を利用者に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

4 指定地域移行支援従事者は、アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、地域移行支援の目標及びその達成時期並びに地域移行支援を提供する上での留意事項等を記載した地域移行支援計画の原案を作成しなければならない。この場合において、当該指定地域移行支援事業所が提供する指定地域移行支援以外の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携も含めて地域移行支援計画の原案に位置付けるよう努めなければならない。

5 指定地域移行支援従事者は、計画作成会議（地域移行支援計画の作成に当たり、当該利用者に係る障害者支援施設等、精神科病院、救護施設等又は刑事施設等における担当者等を招集して行う会議をいう。第三十二条第三項において同じ。）を開催し、地域移行支援計画の原案の内容について意見を求めなければならない。

6 指定地域移行支援従事者は、地域移行支援計画の作成に当たっては、利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。

7 指定地域移行支援従事者は、地域移行支援計画を作成した際には、当該地域移行支援計画を利用者に交付しなければならない。

8 指定地域移行支援従事者は、地域移行支援計画の作成後においても、適宜、地域移行支援計画の見直しを行い、必要に応じて地域移行支援計画の変更を行うものとする。

9 第二項から第七項までの規定は、前項に規定する地域移行支援計画の変更について準用する。

平成二十四年厚生労働省令第二十七号

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地域相談支援  
の事業の人員及び運営に関する基準

(地域における生活に移行するための活動に関する支援)

第二十一条 指定地域移行支援事業者は、利用者に対し、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相談、外出の際の同行、障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に限る。次条において同じ。）の体験的な利用支援、体験的な宿泊支援その他の必要な支援を提供するに当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の的確な把握に努めなければならない。

2 指定地域移行支援事業者は、利用者に対して前項の支援を提供するに当たっては、おおむね週に一回以上、利用者との対面により行わなければならない。

平成二十四年厚生労働省令第二十七号

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地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準

第二条 指定計画相談支援の事業は、利用者又は障害児の保護者(以下「利用者等」という。)の意思及び人格を尊重し、常に当該利用者等の立場に立って行われるものでなければならない。

2 指定計画相談支援の事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

3 指定計画相談支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者等の選択に基づき、適切な保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービス(以下「福祉サービス等」という。)が、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

4 指定計画相談支援の事業は、利用者等に提供される福祉サービス等が特定の種類又は特定の障害福祉サービス事業を行う者に不当に偏ることのないよう、公正中立に行われるものでなければならない。

5 指定特定相談支援事業者は、市町村、障害福祉サービス事業を行う者、指定居宅介護支援事業者(介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。)、指定介護予防支援事業者(介護保険法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。)その他の関係者との連携を図り、地域において必要な社会資源の改善及び開発に努めなければならない。

6 指定特定相談支援事業者は、自らその提供する指定計画相談支援の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

7 指定特定相談支援事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

8 指定特定相談支援事業者は、指定計画相談支援の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な援助を行うとともに、福祉サービス等を提供する者との密接な連携に努めなければならない。

(平三〇厚労令二・令三厚労令一〇・一部改正)

## 地域移行支援に対する報酬の試算について

令和5年12月現在

計画相談支援（指定特定相談支援事業）			
支援の流れ	作成書類等	報酬（単位数）	
地域移行支援 利用開始時	(入院中の)サービス等利用計画案作成 (入院中の)サービス担当者会議 (入院中の)サービス等利用計画作成	サービス支援費 初回加算	1,522 300
支援終了時もしくは、 6か月経過時	モニタリング(状況に応じて実施)	継続サービス 支援費	1,260
退院時かつ、 退院後に福祉サービス を利用する場合	(退院後の)サービス等利用計画案 (退院後の)サービス担当者会議 (退院後の)サービス等利用計画作成	サービス支援費 退院・退所加算	1,522 200
<b>支援6か月で退院した場合の単位数</b>			<b>4,804</b>
【参考】地域移行支援（1096/1000）で計算した場合（単価10円）			52,651円

地域移行支援（指定一般相談支援事業）				
支援の流れ	作成書類等	報酬（単位数）		
		地域移行 サービス費(Ⅰ)	地域移行 サービス費(Ⅱ)	地域移行 サービス費(Ⅲ)
地域移行支援 利用開始時	地域移行支援計画作成			
地域移行支援 (1か月目)	地域移行支援サービス費 初回加算	3,504 500	3,062 500	2,349 500
地域移行支援 (2か月目)	地域移行支援サービス費	3,504	3,062	2,349
地域移行支援 (3か月目)	地域移行支援サービス費	3,504	3,062	2,349
地域移行支援 (4か月目)	地域移行支援サービス費	3,504	3,062	2,349
地域移行支援 (5か月目)	地域移行支援サービス費	3,504	3,062	2,349
地域移行支援 (6か月目)	地域移行支援サービス費 退院・退所加算	3,504 2,700	3,062 2,700	2,349 2,700
<b>支援6か月で退院した場合の単位数</b>		<b>24,224</b>	<b>21,572</b>	<b>17,294</b>
【参考】地域移行支援（1096/1000）で計算した場合 （単価10円）		265,495円	236,429円	189,542円

※地域移行支援サービス費は月2回以上の訪問で算定可能

※川崎市の適用地域、2級地として計算

（請求について）

計画相談・地域相談作成の翌月10日までに国保連に請求します。

参考 URL <http://www.e-seikyuu.jp/>

【地域移行支援計画 書式例】

地域移行支援計画(記載例)

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: \_\_\_\_\_ 様 作成年月日 \_\_\_\_\_

サービス等利用計画の到達目標 \_\_\_\_\_

(1)長期(内容及び期間等) \_\_\_\_\_ ( 年 月ごろ)

(2)短期目標(内容及び期間等) \_\_\_\_\_ ( 年 月ごろ)

→ \_\_\_\_\_ 様 自身がすることを矢印の下に書き込みます

●●●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						
				5月	6月	7月	8月	9月	10月	
				↑						
				↑						
				↑						
									↑	
									↑	

同意日 \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_

指定一般相談支援事業所 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

相談支援専門員(地域移行推進員) \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

【地域移行支援計画 記載例】

地域移行支援計画(記載例)

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:	様	作成年月日
サービス等利用計画の到達目標	グループホームの生活に慣れ、行きたいところに自分一人で出かけられるようになる。	
(1)長期(内容及び期間等)	精神科病院を退院して精神的に安定した生活を送ることが出来る。( 年 月 ごろ)	
(2)短期目標(内容及び期間等)	住むところと日中に作業が出来るところを見つけられる。( 年 月 ごろ)	

➡ 様 自身がすることを矢印の下に書き込みます

	支援上の留意事項等	協力(支援)の目安							
		5月	6月	7月	8月	9月	10月		
●●●様の期待や不安									
住むところが欲しい。	自分にあつた住むところを一緒に探します。			↑					
収入が欲しい。	作業が出来るところを見つけます。			↑					
一人で出かけた	一緒に外出をします。			↑					
退院して落ち着いた生活ができるか不安。	落ち着いた生活が送れるように一緒に考えます。							↑	
								↑	
									↑

同意日

利用者名

指定一般相談支援事業所

印

相談支援専門員(地域移行推進員)

印

【地域移行支援に関わる書式一式】

書類名称	利用者	区	地域移行 支援事業者
介護給付費等支給決定等申請書兼 利用者負担額減額・免除等申請書	○ →	○	
計画相談支援・障害児相談支援依頼 (変更) 届出書	○ →	○	
利用契約書 重要事項説明書	○ ←		○ →
個人情報の取り扱いに関する同意書	○ →		○
サービス等利用計画・障害児支援 利用計画【案】(*)	○ ←	○ ←	○
サービス等利用計画・障害児支援 利用計画(*)	○ ←	○ ←	○
受給者証(障害福祉サービス・地域相談支援 受給者証)	○ ←	○	
	○ →	(交付)	○
サービス担当者会議(ケア会議)記録			○
地域移行支援計画【案】	○ ←	○ ←	○
地域移行支援計画	○ ←	○ ←	○
地域移行支援提供実績記録表	○ ←	○ ←	○
モニタリング報告書	○ ←	○ ←	○
地域移行支援計画 【支給決定期間更新時】	○ ←	○ ←	○

\* 地域移行支援事業者が計画相談も担当する場合

## Q&A

【令和3年度精神障害者地域移行・地域定着支援の実態把握に関するアンケート調査より一部抜粋し、Q&A方式に変更した内容を記載】

- Q.**退院後の支援体制で、基幹相談支援センターの後方支援はどのような形で行われるか。
- A.**基幹相談支援センターでは、指定特定相談支援事業所や地域相談支援センター等の相談支援専門員が相談支援業務で起きた困りごとに対しての助言、面接やサービス担当者会議への同席、自宅訪問への同行などの後方支援を行っています。担当の相談支援専門員の困りごとの内容や個々の支援状況によって後方支援の具体的な内容が異なりますので、まずは各地域の基幹相談支援センターにお問い合わせください。
- Q.**病院内では退院後を見据えた生活の練習（服薬管理や洗濯の練習、作業療法の参加などの日中活動）を、どのように取り組んでいるか。（生活リズム、生活スキルを上げられる取り組み）
- A.**看護計画に基づいての定期的な看護評価を行い、退院に向けた取り組みを行っています。例えば、服薬管理については少しずつ自己管理を増やす等して、段階的に自己管理に向けた練習を行っています。また、少額のお小遣いの管理から始める等、金銭管理の練習を行います。その他に、体力向上や活動への意欲の増強を目的に作業療法プログラムに参加し、徐々に活動時間を伸ばしたり、作業を通じての対人交流を行ったりしています。調理等、危険物を取り扱っての生活の練習は、医療機関毎で対応が異なると思われます。練習していることやできること等は、面談やカンファレンス等の際に、支援チーム内で共有されると良いと思います。
- Q.**病院側と地域の相談支援従事者等（以下、地域支援者等）が、同じ土俵で地域移行を考えられていないように感じる時がある。
- A.**支援方針の相違は、悪いことではありません。  
対象者主体の話し合いを繰り返すことで、必要な支援についてチームの考えが統一され、対象者への支援を進められることもあるかと思えます。それぞれの立場や経験の差によって発言内容、支援観等が異なることは当然のことです。違った立場の支援者が集まることは多角的に支援やアプローチを考えることができます。より良い支援を提供するために、お互いに意見を押し付けるのではなく、意見が出しやすい環境を作る等の工夫をしてみると良いと思います。
- Q.**病院が求めるタイミング、スピードに地域支援者等が合わせられない場合、地域支援者等と連携する必要性がないと感じる病院関係者もいると聞いたことがある。
- A.**病院主導で、退院まで支援しているケースも多くありますが、本手引き 14 ページに記載されているとおり、病院関係者は退院支援が必要な対象者と判断し、相談・依頼をしています。それぞれの立場や経験の差によって支援の考え方や展開が異なります。お互いに意見を押し付けるのではなく、対象者へより良い支援を提供することを目的に支援チーム内で方向性等を擦り合わせられると良いと思います。
- Q.**物件探しやライフラインの調整など、福祉の枠を超えているかのような支援も必要となってくる。関係機関との連携が必須となるが、どの機関に力を借りられるか、上手く利用できるかを知る事も難しいと感じている。
- A.**本手引き 31～35 ページに掲載している相談窓口をご活用ください。なお、障害者総合支援法に定められている地域移行支援の内容には「住居の確保や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相談その他必要な支援を行う」と定められています。対象者の能力や強み（ストレングス）を把握した上で、地域移行する上でその方に必要な支援について

具体的な内容や役割分担も含めて支援チーム内で検討ください。

**Q.**横浜市では、生活援助センター内に相談員がいて物件探しなどに尽力して下さる。川崎市にも、そのような人はいるか。

**A.**物件探しについては、居住支援法人の利用が一つの選択肢ですが、入居後のみまもり（生活相談等）とトラブル発生時の緊急対応について、大家さんや不動産店（管理会社）から福祉関係職員の専門的アドバイスや対応を求められることも多いため、関係機関のネットワークによるサポート体制の充実が望まれます。本手引きの 34～35 ページに「住まいに関する相談窓口」を掲載しておりますので、ご相談ください。

**Q.**ピアの活用方法が分からない。はるかぜが実施しているピアサポーター養成講座修了者の情報は、どこでわかるのか。利用したい場合の窓口はどこなのか、今後名簿などの情報は更新されていくものなのか。

**A.**ピアサポートに関して、本手引き 18 ページに活用について記載されていますのでご参考にしてください。川崎市の委託を受けている事業所は、レジネス（就労継続支援 B 型事業所）、はるかぜ（中部地域生活支援センター）、ゆりあす（北部地域生活支援センター）の三事業所となっています。また、ご質問のあった講座修了者の情報については、公開予定はありません。

\* 2019 年より、ピアサポーター講座として開催。

**Q.**地域定着支援は 24 時間の電話対応や緊急時に駆け付ける要件があり、対応できるとは思えず指定を取っていない。地域定着支援自体の有用性は感じているが、どのように支援してあげると良いか。

**A.**地域定着支援は、「常時の連絡体制を確保し、障がいの特性に起因して生じた緊急の事態等に緊急訪問や緊急対応等の各種支援を行う」こととされています。

対象者の特性や強み（ストレングス）、また希望する生活などを把握して、安心して過ごせるために必要な支援を入院中から対象者および支援チームで検討し、すぐに駆け付ける必要性についても確認した上で支援を提供していただけると良いかと思います。

川崎市における精神科病院からの  
地域移行支援・地域定着支援の手引き  
Ver. 1.1

発行 令和8年4月  
作成 川崎市精神障害者地域移行支援・地域定着支援推進会議  
川崎市総合リハビリテーション推進センター  
問合せ 川崎市総合リハビリテーション推進センター企画・連携推進課  
〒210-0024 川崎市川崎区日進町 5-1  
川崎市複合福祉センター「ふくふく」内2階  
TEL 044-200-3197  
FAX 044-200-3974

