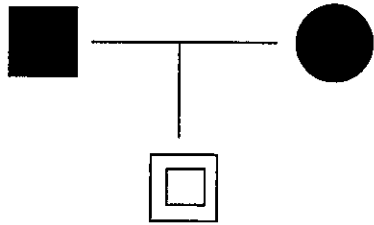


精神科病院からの地域移行の事例

～ピアサポーターの応援で、住み慣れたまちで新しい暮らしを始める～

1. 事例の概要

◆年齢	40 歳	◆性別	男
◆障がいの状況	精神障がい、統合失調症、精神障がい者保健福祉手帳2級		
◆生活状況	◆家族状況 (ジェノグラム)		
<p>20歳の頃に統合失調症発症。22歳時から〇〇精神科病院へ入院。以後、入退院を10数回にわたり繰り返す。服薬が不規則になり、「悪魔が腹の立つことを言う」と大声で怒鳴り返したり、一晩中ブツブツと独り言を言い続けるなど、幻聴に基づく行動に左右されて入院を繰り返す。日常家事は父がこなしており、本人は自宅で音楽を聞いたり、タバコを吸って過ごし無為自閉傾向が強かった。</p> <p>37歳の時、一緒に暮らし身の回りの援助を行っていた父が死去。単身生活となるが、父の死後1ヶ月頃から幻聴が活発、混乱状態となり、〇〇精神科病院へ入院。「家で一人で暮らせないのではないか」との不安がぬぐえず、現在まで3年間入院を続けている。</p> <p>なお、自宅は府営住宅であったが、入院が長引く中で退去となる。</p>	 <p>両親とは死別。母は高校の頃に病死。父は37歳のときに病死。きょうだいなし。現在、父方の伯父とは連絡が取れるが、日常の交流はなし。</p>		
◆相談に至るまでの経緯	<p>〇〇病院の入院後3ヶ月経過した頃から自宅への外泊を行うものの、夜間不安になったり幻聴でしんどくなり、退院には至らず。グループホームへの体験利用をするものの、共同生活の負担感を強く感じ、入居には繋がらなかった。</p> <p>半年前から、〇〇病院に退院促進支援事業の一環で、〇〇市内の地域活動支援センターでピアサポーターとして活動している人が定期的に病棟を訪ねてきていた。長期入院から退院して一人で暮らしているピアサポーターが自宅での生活や日中過ごしている様子を録画してきて見せてくれたり、日々どのように暮らしているか体験談を色々話してくれたりした。「今まで父が面倒を見てくれていた中で、他の人がどうやっ</p>		

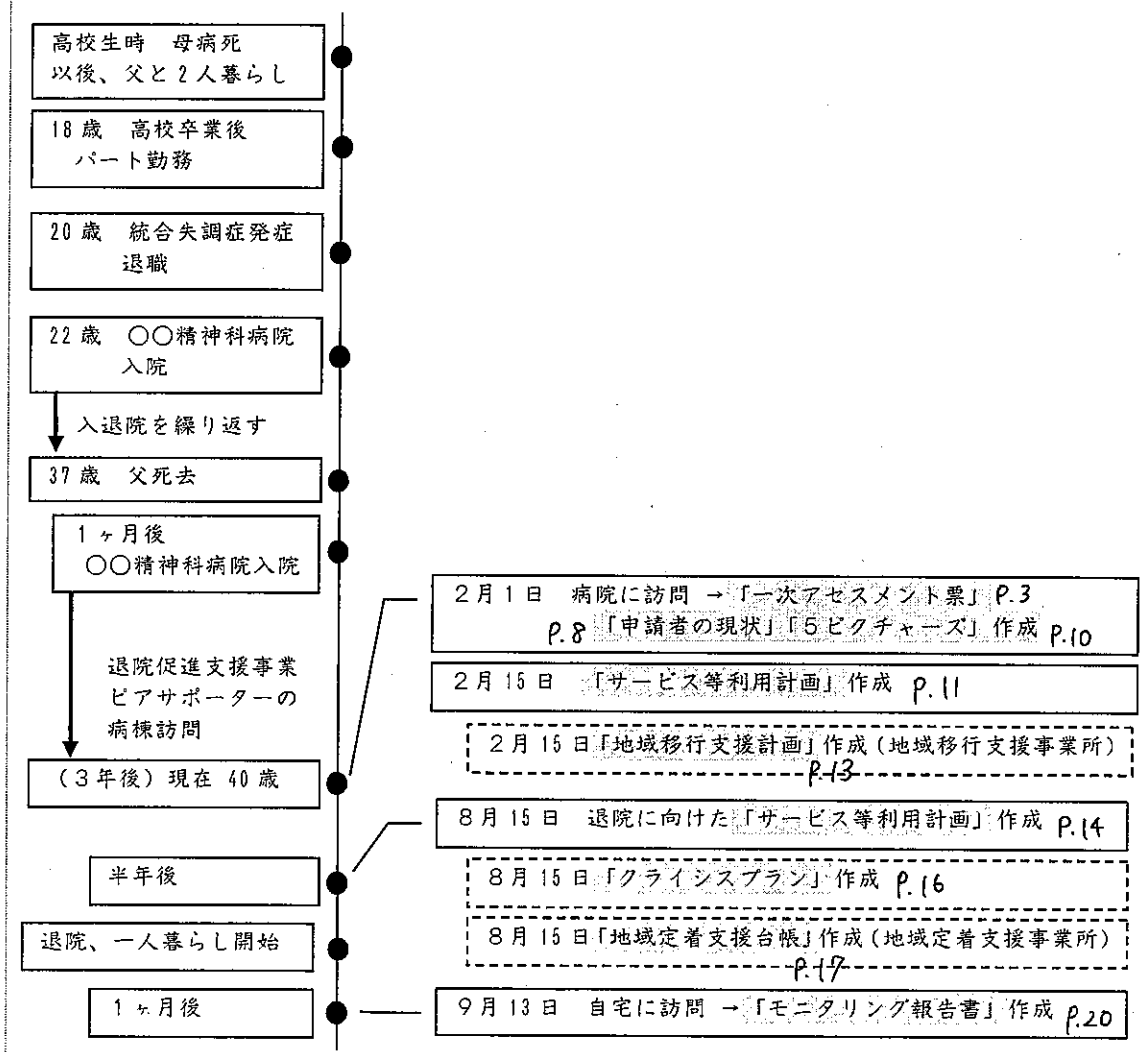
て暮らしているか知らなかった。」「自分の部屋があってそこでのんびり暮らせるのはいいね。でも、大変じゃないか？」とピアサポーターにポツリポツリと話すようになる。

医療機関スタッフと地域相談支援マネージャーとで話しあい、地域移行支援を提案し、△△市障がい福祉課担当者に相談。父と長年暮らした△△市に戻りたいとのことで、△△市の相談支援事業所に相談。

◆アセスメントする上での配慮点

- ・退院後に一人暮らしを希望するが、未経験。一人暮らしの体験などにより、在宅に近い状況下でのアセスメントの追加が必要。
- ・ピアサポーターとの交流を続けていたこともあり、当事者との話の中で自分の思いを話せる可能性が高いため、当事者と交流する機会を継続していくことも念頭に入れ、アセスメントを実施。

◆経過と今後の相談支援専門員による支援の流れ



訪問票（一次アセスメント票）

受付 No. 345678 氏 名：〇〇 〇彦 訪問年月日：平成 26 年 2 月 1 日 訪問者所属 〇〇相談支援センター 氏 名 〇〇 〇〇		訪問目的（事前に具体的に記入） ピアサポーターなどの退院への働きかけで、退院して一人暮らしを考え始めている。退院実現に向けてのアセスメントの実施及び本人の意向、医療関係者の意見の確認。									
障がい者本人の概要	生活歴	両親との3人での生活。小・中・高校と普通校。高校在学時に母が病死。その後父との二人暮らし。 高校卒業後すぐに〇〇市内の会社にパート勤務。20歳の頃発病し、仕事も退職。22歳の頃から〇〇病院（精神科）に入退院を繰り返す。 途中、アルバイトをした時期もあるが、長くは続かなかった。父が仕事をしながら家事をこなす。本人は通院以外はほとんど自宅で過ごす生活を送る。 37歳の時に父が入院し単身生活となったため、ヘルパーの利用開始。その後まもなく父が死去。父の死後 1 ヶ月頃から精神状態が悪化し〇〇精神科病院に入院。入院して3年が経過。退院の支援等を検討することとなる。									
	病歴・障がい歴	年月	事項	年月	事項						
		〇〇	統合失調症発病								
	医療機関利用状況 [現在の受診状況、受診科目、頻度、主治医、どの疾患での受診]	統合失調症。20歳の頃発病。22歳時より〇〇病院（精神科）に受診。10数回に渡り入退院を繰り返す。 父と暮らしていた頃は2週間に1回、父が同伴して〇〇病院へ通院。父が同伴できなくなってからは一人で病院へ来ることはできていた。									
	医療保険 被保険者 (本人・家族)	■ 国民健康保険 □ 健康保険 記号 番号 自立支援医療、福祉医療の利用状況 ()									
	現在使用している福祉用具：										
生活状況 [平日の生活の1日の流れ] *週間生活表が必要な場合は別紙に記入 【平日】 本人 現在、入院中											
<table border="1"> <tr> <td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td><td>18</td><td>21</td><td>24</td><td>3</td> </tr> </table>				6	9	12	15	18	21	24	3
6	9	12	15	18	21	24	3				
介護者 (医療関係者) ○食後の薬の手渡し ○一週間分の小遣い金を渡す。○作業療法等への活動参加への促し											
[休日などの生活の1日の流れ] *いくつかの1日の生活の流れがあれば、別紙に記入 【休日】 本人 現在、入院中											
<table border="1"> <tr> <td>6</td><td>9</td><td>12</td><td>15</td><td>18</td><td>21</td><td>24</td><td>3</td> </tr> </table>				6	9	12	15	18	21	24	3
6	9	12	15	18	21	24	3				
介護者 ()											

利用者の状況

1 生活の場について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
持ち家、借家（アパート等）	■あり □なし	現在入院中。入院後に府営住宅を引き払っている。	一人で過ごすのは寂しいが、自分ひとりの部屋も欲しい。退院するなら住むところを見つけないといけない。	入院して1年経った頃にグループホームの利用体験あり。
住環境	□あり □なし			

2 健康管理について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
服薬管理	■あり □なし	入院中。看護師が毎回手渡し。	薬を飲み忘れないか心配。	入院前は父が用意した食事の側に薬を用意して置いてくれた。
食事管理	■あり □なし	入院中。病院食。		
病気に対する認識	■あり □なし	現在、病状が落ち着いているため認識できる。		
体力	■あり □なし			

3 日常生活について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること	
寝返り	□あり ■なし		ジーンズやベルトは苦しい。服や髪型とか考えることが面倒になり、つい、むさくるしい格好になってしまう。	全般的に意欲が低下しており、整容等に関心が向き辛い。促しがあれば、行為はできる。衣類等、季節や場面に合わせた服装を選ぶことには援助が必要。	
起き上がり	□あり ■なし				
衣服着脱（上衣）（ズボン等）	□あり ■なし	ボタン等のない服を選んでいる。			
整容行為	■あり □なし	意識、関心が向きづらい。入浴の際に着替える。			
食事行為	□あり ■なし				
排泄行為（排尿）（排便）	□あり ■なし				
入浴行為	■あり □なし	病院で決まった日に入浴ことはできる。			
ベッド等への移乗	□あり ■なし				
屋内移動	□あり ■なし				
屋外移動（近距離移動）（遠距離移動）	■あり □なし				
交通機関の利用	■あり □なし	決まったルートで慣れたところのみ可能。			
調理等（後片付け含む）	■あり □なし	父が行っており、経験が少ない。			家事は苦手なので手伝って欲しい。父ちゃんのようにちゃんとやる自信はない。
洗濯	■あり □なし	病棟でコインランドリーを使うことはできる。			
掃除	■あり □なし	掃除機等を扱うことはできていた。			

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
整理・整頓	■あり □なし	声かけて行く。自らは行わない。	書類は読むだけでもしんどい。手伝って欲しい。	
ベッドメイキング	■あり □なし	シーツの交換は看護スタッフが定期的に行なっている。		
書類の整理	■あり □なし	一人で内容を確認することがしんどい。		
買物	■あり □なし	院内の売店や、近くのコンビニでおやつを買うことはできる。		
衣類の補修	■あり □なし	したことがない。		
育児	□あり □なし			
家族の介護	□あり □なし			

4 コミュニケーションや対人関係について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
意思表示の手段	□あり ■なし	言語による。	難しいことを言われるとしんどくなる。 友達が欲しい。	迷って決められないことも多く、判断しやすいように援助することが必要。幻聴や妄想に影響を受け、判断に困ることもある。
意思伝達の程度	■あり □なし	込み入った内容の場合援助が必要。		
他者からの意思伝達の理解	■あり □なし	込み入った内容の場合援助が必要。		
対人関係	■あり □なし	他者の言動を被害的に捉えることがあるため、援助を要する。		
友だち	□あり □なし	相手から声をかけてくれるのを待っている。		
電話やFAXの使用	□あり □なし	決まった場所に固定電話からかけることができる。		
携帯電話の使用	□あり □なし	持っていない。使ったことがない。		
ワープロやパソコンの使用	□あり □なし	持っていない。使ったことがない。		
インターネットの使用	□あり □なし	持っていない。使ったことがない。		
筆記	□あり ■なし			

5 金銭管理や経済面について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
経済環境	■あり □なし	父の残した預貯金。	お金が無くなった時はどうしたらいいの か心配。助けて欲しい。 自分が使い過ぎているのかどうか が判断できないので、教えて欲しい。	障がい年金の請求資格がなかった とのことで、預金がなくなれば生活保 護申請も考える。 決まった金額を銀行に行って引き出 すことはできる。臨時の支払い等有 る時は支払いの内容を説明する必 要がある。
お金の使い方	■あり □なし	1週間分の小遣いを管理。お菓子や飲み物を購入。		
通帳等の管理	■あり □なし	父の入院後、自分で管理。		
銀行等の利用	■あり □なし	病院の職員が銀行へ同伴。		
財産の管理	□あり □なし			

6 日中の主な活動の場について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
現在の日中活動の場	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入院中。作業療法に参加。		病院内の作業療法へはスタッフに促されて参加している。
就労に関すること	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
教育に関すること	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

7 趣味や生きがい、余暇について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
趣味	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	CDで音楽を聞く。	病室では他の患者さんがいるので、ヘッドフォンをつけて音楽を聴かないといけない。家だと聞きながら一緒に歌うこともできていた。	意欲が低く、積極的に活動に参加したいという意向は表に示しにくい。しかし、関心がない訳ではないと病院スタッフから聞いている。
レクリエーションへの参加等	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
旅行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
当事者活動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ピアサポーターの面会を楽しみにしている。		
社会的活動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
余暇の過ごし方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	音楽をさく。横になる。		
				ピアサポーターが会いに来てくれること、話ができることを楽しみにしている。

8 相談したり、日常生活を支えてくれたりする人について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
相談支援サービスの利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	〇〇相談支援センター	ピアサポーターさんから体験を教えてもらうのは分かりやすい。	
相談しやすい人	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病院スタッフとピアサポーター〇〇さん。		
家族	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
他の関係機関等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入院前にヘルパー利用経験がある。		
成年後見等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

9 安全管理や緊急時の対応について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
周囲の安全確認	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		料理やお風呂沸かしは父にやってもらっていたので、自分ひとりで火の管理をできるか心配。	本人と火の管理や緊急時の対応について、事前に話し合っただけで対応方法を決めておくことが必要。
火の始末	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	タバコを喫煙場所に行っただけで吸っている。		
社会的適応を妨げる行為	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病状が落ち着いている時は問題なし。		
緊急時の対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	困ったことがあると病棟の看護師に話すことはできる。	今は病院の職員さんがすぐ側にいるけど、ひとりだとすぐに相談できるか心配。	

<p>【本人の要望・希望する暮らし】 また△△市に戻って暮らしたい。一緒に暮らしていた父ちゃんが亡くなり、寂しいし不安。ピアサポーターの〇〇さんみたいに皆に助けってもらったら何とかなるのかもしれない。自分の部屋でのんびりしたい。父ちゃんと時々晩酌していたのが楽しかったので、時々思い出しながら晩酌するのもいいと思う。友達ができたらどこかに一緒に出かけるのもいいと思う。友達が欲しい。</p>	
<p>【家族の要望・希望する暮らし】</p>	
<p>【関係職種の情報】 医療機関スタッフ</p>	<p>【家屋の見取り図】 <input type="checkbox"/>持ち家 <input type="checkbox"/>その他 トイレ、浴室位置や形状、玄関、道路までのアクセスや段差等の記入</p>
<p>穏やかな性格。病状が落ち着いていれば、支援を拒むことはなく、援助に対してのお礼も言える。 意欲が低く、促さなければ一日中病室で横になって過ごしてしまう。 通院と服薬をきちんと行ない、生活面の援助体制が整えば、在宅での単身生活も可能と思われる。</p>	<p>今後、住む家を探す予定。</p>
<p>【対応者総合所見（注意すべき点，気になる点を含む）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 体験の少なさには、ピアサポーターの力を借り、自信をつけてもらう。 ・ 支援がどこまで必要か、場面を変えてのアセスメントが必要であり、退院の支援を進める経過の中で整理していく必要がある。 	

出典：平成 24 年度大阪府相談支援従事者研修資料を一部改変

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成26年2月1日	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

○支援経過

20歳のときに突然叫んだり、「狙われている」と窓にシートを貼って寝たりするようになる。21歳の時に家を飛び出して保護されたり、大声を出して興奮するようになったため、22歳時〇〇精神科病院へ受診、入院。

以後、入退院を10数回にわたり、服薬が不規則になり、病的体験が活発になっての入院を繰り返す。服薬していても、妄想や幻聴は持続しているが、行動は影響されずにいる。

母が高校の頃に病死して以降、日常の家事は父がこなしており、本人は自宅で音楽を聞いたり、タバコを吸って過ごし無為自閉傾向が強かった。

37歳の時、父が入院し自宅での一人の生活となることから、ヘルパーの利用開始。まもなく父が死去。独居となる。

父の死後1ヶ月頃から幻聴などが活発、混乱状態となり、〇〇病院へ入院。

一旦、市内のグループホームへの入居を考えるが、共同生活の負担感が強く、入居にはつながらなかった。

・ADL面では概ね自立。IADL面では援助が必要。重度の統合失調症のため、無為、自閉が強く、思考がまとまりにくい。ものごとの段取りを取るのに、声かけや促し、同行が必要。

・入院中に父と一緒に暮らしていた部屋を引き払う。病院と伯父で預かれる程度の家電や荷物を保管。

・半年くらい前から、〇〇病院のある地域の地域活動支援センターよりピアサポーターが病院を訪ねてくるようになる。病院のソーシャルワーカーに勧められ、本人もピアサポーターの体験を聞いたり、自分のことを話すようになっていた。

2. 利用者の状況

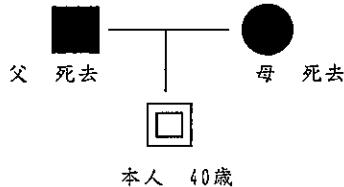
氏名	〇〇 〇彦	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	40歳
住所	〇市				電話番号
	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]				FAX番号
障害または疾患名	統合失調症(精神障がい者保健福祉手帳2級)	障害程度区分	区分3	性別	男・女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入

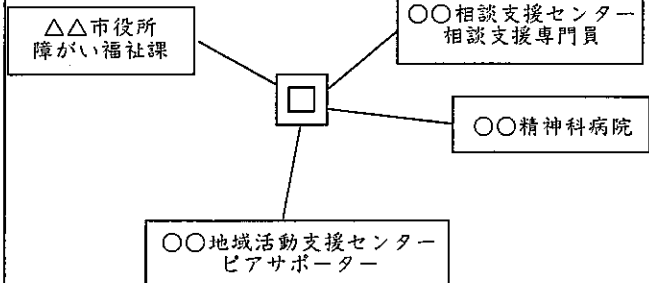
単身生活

両親とは死別。

伯父と連絡は取れるものの、日常の交流はなし。



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

〇〇市の高校を卒業後、□□市内の工場にパート勤務。20歳の頃発病し、仕事も退職。

22歳の頃から、入退院を繰り返す。

途中、アルバイトをした時期もあるが、長くは続かなかった。

37歳の時に父が死去し、単身生活となる。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

統合失調症。

22歳の頃より〇〇病院(精神科)への入退院を繰り返す。2週間に1回の通院には父が同伴。薬の管理も父が行なうが、仕事で日中不在のため、薬を飲み忘れることが多く、症状が悪化して入院に至ることも多かった。

父の死去に伴い、37歳から〇〇病院へ入院。入院中は服薬の確認と、心身の調子の確認を定期的に行っているため、固定した妄想や、日々幻聴もある様子だが、落ち着いて過ごしている。

本人の主訴(意向・希望)

色々な人に助けてもらいながら、父と一緒に暮らしていたまぢでのんびり暮らしたい。
一人暮らして自分の部屋が欲しいが一人だと不安で寂しい。友達が欲しい。

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)					
その他の支援	精神科病院	〇〇病院	精神科入院治療 週1回、作業療法	毎日	37歳～現在入院中 (3年間)
	地域相談支援マネージャー	〇〇地域活動支援センター(担当職員□□さん) 〇〇地域活動支援センター(ピアサポーター〇〇さん)	月1回 〇〇病院への訪問 体験談を話す。	月1回	

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	〇〇 〇 彦	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00							現在、入院中。 日中の病院外への外出は自由。 薬は毎食後と寝る前。 (現在、看護師が病室を訪ねて手渡しして服用。)
	起床	起床	起床	起床	起床	起床	
8:00							
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
10:00							
	診察						
12:00							
	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00							
	入浴		作業療法 (カラオケ)		入浴		
16:00							週単位以外のサービ ス ・ヒアサポーターターの病棟 訪問・交流イベント(月 1回)に参加。
18:00							
	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00							
22:00							
	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00							
2:00							
4:00							

Fig. 4 ニーズアセスメント

キーワード（本人が困っていることなど）

- よい体調を保ちたいけど、薬を忘れずに飲めるか心配。^②
- 一人暮らしをするにはどうすればいいか、イメージがつかないし自信がない。^③

利用者の思いの要約

僕は頼りにしていた父ちゃんが死んで、調子を崩して入院してしま
った。今は知っている人に囲まれて寂しくもないけど、長年住み慣れ
た町もええなとも思う。^①でも一人だったら父ちゃんみたいに家のこ
とができるか不安。父ちゃんとの晩酌ができないうのも寂しいなあ。
(114)^③

Fig. 3 現在の生活状況

簡単なプロフィール／これまでの生活／今の生活

- ・ 幼少の頃に△△市に引越し、その後△△市に長く住む。
- ・ 母は高校の頃に死別。以降、父と2人暮らし。身の回りのことはほとんど父が行っていた。
- ・ 高校卒業後からパートで仕事。20歳の頃に統合失調症を発症。退職に至る。22歳の頃から〇〇市の精神科病院に通院。入退院を繰り返す。
- ・ 父が入院してからヘルパーを利用。父が亡くなり、その後調子を崩して入院。
- ・ 入院して3年が経過。

Fig. 2 こうありたいと思う将来像

① 家族と一緒に暮らしていた慣れた町で、のんびりと暮らしたい。

近づいたためのアイデア帳

- ・ ピアサポーターさんに一人暮らしの様子を聞く。
- ・ 住んでいた地域に出かけたり、活動場所に行ってみる。

Fig. 5 近づいたための方法

大事な一歩（インパクトゴール）

退院してどのような生活ができるか、体験してみる。^①

（大事な一歩のためには～）

- 退院を手助けしてくれる人と会って力を借りる。^②
- 実際に一人暮らしをしている人から話を聞いてみる。^③
- 一人暮らしを続けるための体調を保つ方法を考える。^④

このなかの

Fig. 1 着目するストレングス（本人／支援ネットワーク／その他環境）

（本人）素直、会話を楽しめる。お礼を言うことができる。父を尊敬している。心配ごとを伝えることができる。決まった所なら電車やバスに乗れる。

（支援ネットワーク）ピアサポーターがいる。よく知ってしてくれる病院職員がいる。病院のある市に地域相談支援マネージャーがいる。ヘルパーの利用経験がある。

（環境）病院と住み慣れた町が隣町で近い。交通の便がよい。

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画(例)

利用者氏名	〇〇 〇彦	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	1234567	利用者負担上限額	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	7654321	通所受給者証番号			
計画作成日	平成26年2月15日	モニタリング期間(開始年月)	6ヶ月(平成26年8月)	利用者同意署名欄	〇〇 〇彦

希望する生活	利用者:自分の部屋でのんびりできる暮らしをしたい。 ^① 家族:
総合的な援助の方針	退院してどのように暮らすことができるのか、色々な人に話を聞いたり体験したりしながら考え、一緒に退院の準備をします。 退院して自分の部屋でのんびり暮らせるようになる。 ^① 退院してどのように暮らすことができるかを体験を通してイメージできる。 ^①

優先順位	本人のニーズ	支援目標	達成時期	福祉サービス等		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	退院して自分の部屋で暮らせるようにしたい。 ^① 一人暮らしのイメージがつかないし自信がない。 ^③	退院の準備ができるように、地域移行支援計画を立てて、取り組み始める。 ^② 退院後の暮らしをイメージできるように、ピアサポーターに話を聞く。 ^③	6ヶ月(平成26年8月)	地域移行支援(月2回以上)面接、一緒に外出する。	〇〇相談支援センター 地域移行推進員	話をしたり、住んでいた街を見に行く中で、退院後の暮らし方を思い浮かべる。	3ヶ月	病院内のアセスメントだけでなく、体験を通じて、本人のできることを
2	よい体調を保てるようになりたい。 ^②	入院中に服薬や体調管理の準備をす。入院後、聴き取りなどでの体調が心配になったときの対策を考える。 ^④	6ヶ月(平成26年8月)	地域移行支援(月2回以上)面接、一緒に外出する。地域活動支援センターのピアサポーターの訪問	〇〇相談支援センター 地域移行推進員 〇〇地域活動支援センター	心配事や退院後にできたらいいと思うことを尋ねる。	3ヶ月	ピアサポーターの体験談を参考にしながら、地域移行推進員と一緒に退院に向けての活動をします。
3			6ヶ月(平成26年8月)	病院での支援。地域移行支援(月2回以上)面接	主治医、〇〇病院の職員 〇〇相談支援センター 地域移行推進員	体調や疲れ具合など、気がついたことを先生や看護師さんと話す。	3ヶ月	SOSのサインや対処法を一緒に考え、クラインズプランを作ります。
4		入院医療機関での治療方針、看護の取り組み、リハビリプログラム、退院に向けての取り組みなどを確認しておく。医療機関スタッフの退院に向けての役割も明確にし、退院後の生活に生かせるものを、本人と一緒に取り組んでもらうとよい。 ^④						体調が悪くなったり、不安になったりしたときに、どのような行動をとれば安心できるか見通しがもてるようにするため、クラインズプラン(P.●参照)を作成していく。本人自身の振り返りや支援者への対応方法の確認を通して、本人自身が考えていけるよう支援していく。
5								
6								

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇彦	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	1234567	利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	〇〇
地域相談支援受給者証番号	7654321	通所受給者証番号			

計画開始年月 平成26年3月

月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	現在、入院中。 日中の病院外への外出は自由。 薬は毎食後と寝る前。 ⇒詰所に自分から薬を受け取りに行く、1日分〜1週間分と徐々に自分で薬を管理できるようにしていく。
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
10:00	診察						
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00			作業療法 (カラオケ)	面接・外出 (〇〇相談支援センターと)			
16:00	入浴	入浴			入浴		
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00							
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00							
2:00							
4:00							

週単位以外のサービス
 ・ピアサポーターの病棟訪問・交流イベント(月1回)に参加。

〇〇相談支援センターと退院に向けての相談をしたり、外出や体験宿泊などを行うことにより、一人暮らしについて具体的にイメージできます。ピアサポーターさんの体験を教えてもらうことによって、退院に向けて自信をつけながら準備を進めます。

サービス提供
 によって実現
 する生活の
 全体像

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みます。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: ○○ ○彦 作成年月日 H26.2.15

さん

サービス等利用計画の到達目標	退院後の暮らしについて、色々な人に話を聞いたり体験したりしながら考え、退院に向けて準備をする。
(1)長期(内容及び期間等)	精神科病院から退院して、住み慣れた町で生活する。①
(2)短期目標(内容及び期間等)	衣食住をはじめ、どうすれば生活を送れるかイメージできる。②

私(本人) ○○ ○彦 自身がすることを矢印の下に書き込みます

		協力(支援)の目安					
		3月	4月	5月	6月	7月	8月
私(○○○彦)の期待や不安	一人で身の回りのことができなくなる心配。③ 住み慣れた町で住む家を探したい。	ピアサポーターの活用してもらおう。	△△市に出かけて、店や町並みを知る。一人暮らしに必要な手助けをピアサポーターに聞いて書き出す。	体験宿泊を通して、どのような場所や部屋に住みたいか決める。一人暮らしに必要な手助けを書き出す。	ヘルパー等を利用できる様に手続きし、契約をする。	一緒に家を見に行く。	部屋を決めて手続きをする。生活用品を買う
一人で過ごすのは寂しいと思う。	話をできたり過ごせる場所を探し、同行する。②	無理の無いペースで、本人と相談しながら行きます。	行きたい場所を決めて、一緒に見学・お試し利用してみる。			行きたい場所を決めて、一人で準備をして行ってみる。	
よい調子で過ごしたい。②	調子を保つ方法と困ったときの対処方法を一緒に考える。④	本人と一緒に振りが作りまします。					

医療機関と連携し、病院内で取り組めることも計画に入れていくとよい。ケア会議にて役割分担を明確にしておく。

同意日 平成26年2月20日 利用者名 ○○ ○彦 印
指定一般相談支援事業所 ○○相談支援センター
相談支援専門員(地域移行推進員) ○○ ○○ 印

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画(例)

利用者氏名	〇〇 〇彦	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	1234567	利用者負担上限額	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	7654321	通所受給者証番号		利用者同意署名欄	〇〇 〇彦
計画作成日	平成26年8月15日	モニタリング期間(開始年月)	1ヶ月(平成26年9月)		

希望する生活	利用者: 色んな人に助けてもらいながら、今の家で生活を続けたい。 一人暮らしで寂しいので、色々な人と出会って交流できるようになりたい。 聞き取る。
総合的な援助の方針	家族: 安定した生活を長く続けられよう、定期的な受診や服薬を続けて体調を保ち、関係機関と連携を取って生活を支援する。 交流を広げられよう、日中に通える先で様々なことにチャレンジできるように、支援を行なう。
長期目標	体調を保ち、日中に人と交流しながら過ごせるようになる。
短期目標	日中に通う先が見つかったので、続けて通って、仲間をつくる。

各支援事業所の個別支援計画と連動するため、退院時に必ず共有する。

生活環境が大きく変わる時は、退院して早い時期に訪問し、状況を把握する。モニタリングを通じて、細やかに支援内容を調整することが必要。

優先順位	本人のニーズ	支援目標	達成時期	福祉サービス等		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	新しい生活に慣れるまで、困ったときにすぐに手助けして欲しい。	24時間の連絡体制を整え、緊急事態にすぐに対応できる様にする。	1年(平成27年7月)	地域定着支援	〇〇相談支援センター	困ったときには、すぐに連絡する。	1ヶ月	本人が困った時にすぐに連絡を取れば訪問して支援する。
2	日中を楽しみながら過ごしたい。	日中活動先に続けて通い、色々な活動を体験する。	6ヶ月(平成27年1月)	生活介護: 全曜日	〇〇生活介護事業所	事業所に出かける準備を自分で行なう。	1ヶ月	自宅から生活介護事業所までは、事業所の送迎バスを利用。必要に応じて、必要などの申請を行います。相談して移動支援の申請を行います。
3	幻聴など気になることを解決して欲しい。	定期的に通院し、薬を飲んで調子を保つ。	3ヶ月(平成26年10月)	通院医療: 週1回+必要時 通院介護: 週1回+必要時 訪問看護: 週1回	〇〇病院 〇〇ヘルパーステーション 〇〇訪問看護ステーション	週に1回通院し、主治医に体調を伝える。薬カレンジャーを使い、きちんと飲む。	1ヶ月	通院に同行する際は、連絡ノートを持っていく。連絡ノートを診察時に主治医に渡せるよう援助。通院の際は処方箋薬局で受け取り、通院の日には訪問看護が薬カレンジャーをセットします。
4	良い体調で、薬に活動できるように保ちたい。	野菜を入れた、バランスの良い食事を取り、無理なく家事を行う。	3ヶ月(平成26年10月)	訪問看護: 食事内容のアドバイス、体重の測定。 身体介護: 一緒に買い物(週1回)、調理を一緒に行う、入浴の支援(週3回)	〇〇訪問看護ステーション 〇〇ヘルパーステーション	食べたい希望メニューをヘルパーさんに伝え、相談して決める。	1ヶ月	体重が増えすぎないよう主治医からアドバイスを受けています。近所のコンビニエンスストアで食事を買い取れるメニューが、野菜を多く、食材の買い物の際は、できるだけ商店街まで行きません。
5	町のことを色々教えてもらいたいし、心配事を聞いて欲しい。	手続きなど手助けが必要ない時に、支援者に連絡できる。	3ヶ月(平成26年10月)	相談支援: 毎月+必要時に訪問	〇〇相談支援センター	手助けが必要と思ったら、電話で連絡する。	1ヶ月	インフォーマルな支援も視野に入れ、必要に応じて活用できるよう想定する。

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇彦	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	1234567	利用者負担上限額	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	7654321	通所受給者証番号			
計画開始年月	平成26年8月				

月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00							食後と眠前の薬は、壁掛け薬カレンダーから日付を確認して取って飲みます。
8:00	起床 朝食・朝食後薬	起床 朝食・朝食後薬	起床 朝食・朝食後薬	起床 朝食・朝食後薬	起床 朝食・朝食後薬	起床 朝食・朝食後薬	朝食などの食事は、近くのコインピニエに買いに行きます。
10:00	通院介助 自宅に8:30迎え バスへ乗車 受診同席 通院後、親局へ帰宅						当面、お風呂はへルパーが訪問したたにお湯を貯めての扱いの不安が和らいだら、自分で準備できるようになります。
12:00	昼食・昼食後薬	昼食・昼食後薬	昼食・昼食後薬	生活介護	昼食・昼食後薬	昼食・昼食後薬	
14:00		14:00～訪問看護			13:00～14:00 調理・洗濯等		
16:00			16:00～17:00 調理等	送迎			
18:00	夕食・夕食後薬	夕食・夕食後薬	夕食・夕食後薬	夕食・夕食後薬	夕食・夕食後薬	夕食・夕食後薬	週単位以外のサービス月に1回以上、〇〇相談支援センターが訪問。
20:00							〇〇生活介護事業所に通所予定日以外でも、希望のイベントのある日は事前に他のサービス日を調整し、参加できるようにします。
22:00	寝る前の薬 就寝	寝る前の薬 就寝	寝る前の薬 就寝	寝る前の薬 就寝	寝る前の薬 就寝	寝る前の薬 就寝	
0:00							
2:00							
4:00							

退院後、一人での生活を安心して迎えられ、生活の中での楽しみを探りはじめることができる。
 日常の生活技術はサービス事業所が寄り添って支援します。

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

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 ○○ ○彦

さん

作成年月日

平成26年8月15日

私の調子が悪くなる前は(サインは)	幻聴が大きい声で話しかけてきて、回りの人の声が聞こえなくなる。 眠れなくなる。
-------------------	--

サインかなと思ったら...

私のすること	じっと横になって休む。 薬を飲む。 お父ちゃんの写真を見る。 誰かと話をする。 最後まで話を聞いて、見捨てないでほしい。 一人だと先生に相談に行けないので、一緒に相談に行って欲しい。 納得できない内に入院させられるのは嫌。
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	

本人と一緒に考えて作ることにより、本人の対策手段となる。
関係機関と本人としっかり共有しておく。

同意日

平成26年8月17日

主担当: ○○相談支援センター ○○

主治医: ○○精神科病院 ○○医師

行政: △△市役所障がい福祉課 ○○

その他:

連絡先: ***-***-****

連絡先: ***-***-****

連絡先: ***-***-****

連絡先:

地域定着支援台帳

No.1

最終更新日	年 月 日	修正者	作成者	連絡先	連絡先
初期作成日	平成26年8月15日	作成者	担当者	〇〇〇〇	〇〇〇〇
台帳作成相談支援事業所	〇〇相談支援センター	担当者	担当者	〇〇〇〇	〇〇〇〇
計画作成相談支援事業所	〇〇相談支援センター	担当者	担当者	〇〇〇〇	〇〇〇〇
氏名	〇〇 〇彦	様 (男・女)	生年月日	〇年 〇月 〇日	(40歳)
連絡先	〒 △△市		TEL	080-****-****	
			FAX		
			メール		
身体状況	身長 168cm 体重 75kg 現在使用しての福祉用具 特になし		その他特記事項 (言語・聴覚・視覚・その他)		
麻痺	■無 □四肢麻痺 □片麻痺(右・左) □その他()				
座位・立位保持等	■座位保持(■可 □不可) □立位保持(■可 □不可) 起立(■可 □不可)				
移動	■自立歩行 □介助歩行 □電動式車椅子 □電動車椅子				
障がい又は疾患名	統合失調症	障がい者手帳	障がい程度区分	障がい程度区分	区分3
自立支援医療	精神科通院医療	健康保険	国民健康保険	〇〇〇	A型
医療機関名	〇〇病院	診療科	主治医氏名	連絡先	備考
		精神神経科	〇〇医師	****-****-****	
服薬状況	朝・昼・夕 〇〇 ジブレキサ 〇〇 ミリ 眠前 〇〇 〇ミリ 薬局で一包装 日付印字 薬カレンダーにセット				
年月	事項		事項		
〇年〇月〇病院に入院	統合失調症の診断(20歳頃の発症)		生活歴		
			〇年〇月 高校卒業		
			〇年〇月 工場でパート勤務		
			〇年〇月 工場を退職		
生活保護	有・無	障がい年金の種類	その他特記事項		
経済状況		なし	障がい年金請求資格を満たさず。父の残した貯金を切り崩して生活費に当てている。		

容

内

年月日

支援経過

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助)

利用者氏名	〇〇 〇 彦	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	1234567	利用者負担上限額	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	7654321	通所受給者証番号			
計画作成日	平成26年8月15日	モニタリング実施日	平成26年9月25日	利用者同意署名欄	〇〇 〇 彦

総合的な援助の方針

安定した生活を長く続けられるよう、定期的な受診や服薬を続けて体調を保ち、関係機関と連携を取って生活の改善を図る。退院後1週間くらいは眠りにくかったり、疲れてしまうことがあったが、少しずつ生活の活動全体に慣れ、生活を支援する。退院前は手続や契約が多く、しんどいといったことだったので、退院後は手続や契約が少なくなり、しんどいといったことが減ってきた。退院前は手続や契約が多く、しんどいといったことだったので、退院後は手続や契約が少なくなり、しんどいといったことが減ってきた。退院前は手続や契約が多く、しんどいといったことだったので、退院後は手続や契約が少なくなり、しんどいといったことが減ってきた。

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法 (残された課題、新たな課題)	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービスの種類の変更	サービスの量の変更	通院計画の変更	
1	24時間の連絡体制を整え、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	1年(平成27年7月)	日中に困りごとや相談は、24時間体制で対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	どうしても困ったときは、24時間体制で対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	困ったときは本人から電話で対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	現状の内容で問題ない。	有(無)	有(無)	有(無)	
2	日中活動表に週1回、色んな活動を入れていく。	6ヶ月(平成27年1月)	引越しが済んだら、週1回、色んな活動を入れていく。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	入院中に体験していた活動、色んな活動を入れていく。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	自分で決めた曜日に定期的に通院することになっている。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	本人の調子に合わせて、利用サービスや外出先など、希望の外出先や活動のペースなどを進める。	有(無)	有(無)	有(無)	
3	定期的に通院し、薬を飲んで調子を保つ。	3ヶ月(平成26年10月)	週1回、通院介助を利用して通院。主治医から薬を処方してもらい、訪問看護が薬を飲むのをサポートする。	一人でいると、何か言われている感じがする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	ほぼ目標を達成することができている。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	臨時受診が必要になった場合の調整	有(無)	有(無)	有(無)	クライシスプランの活用
4	野菜を入れた、バランスのよい食事を取る。	3ヶ月(平成26年10月)	ヘルパーと一緒に買い物、調理をする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	カップラーメンやお弁当も食べたい。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	ほぼ目標を達成することができている。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	本人の調子に合わせて家事の範囲にムラがある。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	有(無)	有(無)	有(無)	退院時に全ての準備を整えておく必要がある。
5	手続など手助けが必要な時に、支援者に連絡できるようにする。	3ヶ月(平成26年10月)	公共料金の支払い、手続など必要な時に、支援者に連絡できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	困ったときは、24時間体制で対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	必要な手続について、退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	本人の体調やペースに合わせて、退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。退院後は、緊急事態にすぐに対応できるようにする。	有(無)	有(無)	有(無)	移動支援の手続きを相談して、支援専門員と一緒に進める。

継続サービス等利用計画・継続障がい児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇 〇	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	1234567	利用者負担上限額	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	7654321	通所受給者証番号			

計画開始年月 平成26年8月

月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00							
8:00	起床 朝食 通院介助 自宅に8:30迎え バス～電車 受診同席 買い物・調理等	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食 要迎	起床 朝食	起床 朝食	
10:00							
12:00	昼食・昼食後薬 通院後、朝局一帰宅 昼食・昼食後薬	昼食・昼食後薬	昼食・昼食後薬	生活介護	昼食・昼食後薬	昼食・昼食後薬	
14:00	14:00～訪問看護						
16:00			16:00～17:00 調理等	送迎			
18:00	夕食・夕食後薬	夕食・夕食後薬	夕食・夕食後薬	夕食・夕食後薬	夕食・夕食後薬	夕食・夕食後薬	週単位以外のサービス 本人の希望時にCDや衣類 等を買いたい時にCDや衣類 等を買いにヘルパーと一 緒に外出。(移動支援) 入院中に会いに来てくれ ていたピアサポーターと 話しに、〇〇地域活動支 援センターへ行く。
20:00	寝る前の薬 就寝	寝る前の薬 就寝	寝る前の薬 就寝	寝る前の薬 就寝	寝る前の薬 就寝	寝る前の薬 就寝	
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							

一人での生活に慣れはじめ、趣味や行きたいところを見つけ、楽しく生活することができず。日常生活はサービス事業所が引き続き寄り添って支援し、できることが少しずつ増えていきます。

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

3 総評

(1) 計画及び支援内容の振り返り

- ・病院や施設等で長期入院、入所をされている方の場合、場面を変えたり、体験（外出や体験宿泊等）を通してアセスメントを繰り返すことが大事である。本人も地域生活をイメージできない、やっていないからわからない、自信がないと感ずることが多いため、地域での体験を通じて、地域生活イメージをより具体的にもってもらうことが必要である。また、これにより、病院等の中だけでは見えない顔、違う場面で見せる顔、ストレスに支援者も本人も気づいていけるとよい。
- ・本事例ではピアサポーターが病棟を訪ねて、色々な体験を聞くことができたり、応援してもらえることで、退院に踏み切ることができた。長期入院や入所している方の、地域で暮らしてみたいとの意向を掴む、あるいは気持ちを動かすような働きかけが必要と思われる。
- ・地域移行支援計画を立てる際には、医師、看護師、精神保健福祉士、リハビリテーションスタッフなど、医療機関の様々なスタッフと連携し、病院内で取り組めることも計画に入れていくとよい。その際、病院の治療、支援計画やリハビリテーション計画とも連携を取るとよい。
- ・入院中から医療機関のスタッフと顔を合わせ、ケア会議でお互いの役割をしっかりと確認することが必要である。
- ・クライシスプランについては、本人と一緒に作ることで、本人の気付きになったり、支援者との情報共有のしやすさに繋がる。本人にとって、SOSは出しているもの（大事なストレスであること）と認識でき、SOS対策の自分なりのツールを作ることに繋がる。地域移行支援利用時以外でも活用できるものである。
- ・退院までは漠然とイメージしていた地域での生活（様々な福祉サービス等を組み合わせ、自分の暮らしを組み立てる）が、退院後は現実のものとなり、退院して早い時期に訪問して具体的に本人の状況や困っていることなどを確認する。退院の時に全ての準備が整っているとは限らず、生活しながら心身の余裕ができた頃に、モニタリングを通じて本人の生活やペースに合わせたサービス利用等の調整（例えば、居宅介護の具体的なサービス内容や曜日・時間数の変更など）していくことも必要と思われる。

(2) 社会資源の活用方法

- ・体験宿泊としては、グループホームの空き室を利用していることが多い。一人暮らしを考える場合、ワンルームマンション等を活用したグループホームや体験用居室等があると、より今後希望する生活スタイルに近く、具体的にイメージしやすい。
- ・本事例では、ピアサポーターにも退院に至るまで、継続して応援をお願いした。当事者の力を借りること（体験を聞く、情報をもらう、応援してもらうなど）も視野に入れて支援を考えるとよい。