

1. 対象者とのかかわりはじめ

(1) 地域移行支援申請前の意思確認及び合意形成のためのかかわり、ケア会議の実施

精神科病院の精神保健福祉士から、今後退院が可能と判断できる入院患者の支援について、相談支援事業所に相談が寄せられた。早速相談支援専門員が病院に出向き、精神保健福祉士と意見交換を行い、本人が長期入院により退院への不安を抱えているため、地域移行支援を活用した退院支援を行うことで病院側と合意形成を図った。精神保健福祉士の素早い動きにより、数日後には、本人、家族、主治医、看護師、精神保健福祉士、相談支援専門員によるケア会議が開催され、地域移行支援による退院支援を進めていくことが正式に決定された。

★申請前の意思確認及び合意形成のためのケア会議で確認されたこと

主治医の考え／「環境の変化に混乱する可能性あり。退院後は何かしらの福祉サービスが必要と考えられる。」

本人の気持ち／「退院して自立した生活を送りたい。退院した後の生活にどのくらいお金がかかるか心配。」

(2) 本人との関係性構築とサービス等利用計画（案）の作成

本人との関係構築を図るため、病棟を訪問し、面接を数回重ねた。看護師長や精神保健福祉士からの情報提供に加えて、本人の考えや気持ちをできるだけ丁寧に聞き取ること努めた。

★アセスメントにより確認された退院に向けた課題

- ・環境の変化に戸惑うことが予想されること。
- ・水分コントロールが不十分であること。
- ・人見知りのところがあり、コミュニケーションに配慮が必要なこと。
- ・身元引受人の妹は支援に協力的だが、本人を退院後引き取ることは困難であると思表示していること。

★サービス等利用計画（案）の作成と主な内容

- ・退院したいという気持ちを持ち続けてあきらめないためにも、退院に向けた準備が身をもって進んでいるという実感が必要（地域移行支援の利用）。
- ・退院が近づくことでの不安な気持ちから体調を崩さないように、医療スタッフと密なコミュニケーションを図っていく。

2. 退院に向けた地域移行支援計画の作成

★アセスメントにより確認された地域移行に向けた課題

- ・退院することを考えると不安になり、眠れない時があること。
- ・持病の気管支炎が冬季は毎年悪化するなど健康面に心配があること。
- ・長期の入院により、退院後どのような生活を送りたいか具体的にイメージしきれていないこと。
- ・単身での生活ではどのくらい生活費がかかるか不安に感じていること。

★地域移行支援計画（案）の作成

- ・退院したい気持ちが先行し、安定した体調が追い付いていかないリスクも勘案し、日中の院内プログラム等への確実な参加による生活リズムの安定を図るとともに、健康管理に十分注意する。
- ・地域の社会資源を知り、生活を見学、体験することで、退院後にどのような生活を送りたいか具体的にイメージできる。
- ・地域生活で何にどれくらい費用がかかるのか、1か月あたりの収支を視覚的に考えてみる。

★地域移行支援計画を実行に移すための事前準備

- ・地域移行支援計画（案）を、本人、家族、主治医、看護師長、精神保健福祉士に説明し、了解を得る。
- ・精神保健福祉士を通じ、精神科デイケアの職員と、入院中の見学、体験を行うための調整を行う。
- ・グループホーム利用も選択肢の一つと判断し、グループホーム管理者と意見交換、打ち合わせを行う。

★（地域移行支援計画）計画作成会議

本人、家族、主治医、看護師長、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士、デイケア担当職員、グループホーム管理者、相談支援専門員が参加し、退院に向けた支援を確認した。

- ・本人から退院に向けた不安が少しあるとのことだったため、グループホームやアパートなどを見学し、デイケアを体験利用することで、退院後の生活の一日の流れや実際の住まいをより具体的にイメージし理解してもらえよう、関係職員に依頼した。
- ・会議の場に関係する支援者が顔をそろえたことで、退院について少なからず不安を抱いていた家族に対して、様々な専門職がチームで関わることで、退院後の地域生活を支えていくことを理解していただき、不安解消に努めた。

・主治医からは、水中毒のリスクについて説明していただき、水分摂取量の目安と多飲水による体調不良時には場合によっては再入院による治療も必要であることのリスクマネジメントを確認できた。

★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との連携状況

- ・服薬は自己管理ができるよう1日分から試行してみる。
- ・小遣いは1週間分自己管理できているので継続する。
- ・退院予定者向け専用作業療法プログラム及びS S Tプログラムを実施する。
- ・週1回午後のデイケアプログラムを体験利用する。

3. 計画の実行

(1) 支援の経過

サービス等利用計画、地域移行支援計画に基づいて、まずは退院後の生活のイメージを高めるために、デイケアの体験利用、グループホームの見学を行った。その他、本人との面談を重ねていく中で、先の見通しをあらかじめ視覚的に示しておくことと本人の理解が得やすいという障害特性に気づき、面接時のポジショニングやコミュニケーションに工夫や配慮をすることとした。

★ポイントとなった支援

- ・院内での退院予定者向けの地域生活を見据えた専用プログラム（買い物外出、調理など）への参加。（退院意欲の継続、退院不安の軽減）
- ・デイケアプログラムへの参加。（地域生活者との交流、生活リズムの安定）
- ・グループホームの見学。（今後生じる選択肢の一つを視覚的に提供）

★（本人と関係機関の進捗状況を共有、支援の微調整をする）ケア会議を通じて確認された事項

- ・退院後の継続した通院、内服の必要性を、平易な言葉で視覚的に理解しやすい方法で説明。
- ・退院後の週間スケジュールを確認、共有。
- ・グループホーム体験宿泊の必要性。（「共同生活援助」の支給決定）
- ・水分摂取量の確認。

(2) 退院に向けた動き

本人のコミュニケーション能力やIADLの課題を見極め、今後の生活の希望も勘案し、退院後の住まいの場としてグループホームを優先的に検討していくことで、本人、家族、支援者間で共通理解を図る。

★退院に向けた動き

- ・デイケアの利用調整。
- ・グループホームでの体験宿泊調整とそれに伴うサービス等利用計画の変更。
- ・病院での退院支援委員会を始めとした各種会議への継続的な参加。

★退院後のサービス等利用計画に向けたモニタリング結果から見える課題

- ・服薬管理や水分摂取量、コミュニケーションに課題があり、退院後一定期間はグループホームのような見守り支援体制が確保されている住まいの場が望ましいと思われる。
- ・生活状況や病状確認のため、訪問看護を利用できると良い。

★退院後の「修正」サービス等利用計画の主な内容

- ・グループホームを利用し、怠薬や受診中断を招かないような生活環境を整え、安定した体調を維持できる。
 - ・訪問看護、デイケアを利用することで、体調の変化を早期に把握し、適切に医療支援につなげることができる。
 - ・買い物外出を楽しむことで、社会参加の機会を増やす他、生活費の上手なやりくりも学んでいく。
 - ・自発的なコミュニケーションが少ないため、支援者から適宜言葉をかけたり、視覚で情報を得やすいような配慮、工夫をしたコミュニケーションを心がけていく。
- 地域移行支援開始から3か月後にグループホームへ退院。

4. 退院、退院後のフォロー

退院後は毎週の診察と訪問看護とで病状の確認に努めた。グループホームでは水分摂取量の把握に注意を払いながら、新しい生活環境での混乱をできるだけ少なくするよう、本人と丁寧にコミュニケーションを図りながら支援を行った。

★モニタリングの実施状況

- ・退院後6か月ごとにモニタリングを実施する予定である。

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成27年 12月 日	相談支援事業者名	相談支援事業所 H	計画作成担当者	
-----	-------------	----------	-----------	---------	--

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

【支援経過】

精神科病院から、今後退院が可能と判断できる入院患者の方の支援について相談支援事業所に相談が寄せられた。地域移行支援を活用した退院支援が望ましいと判断し、病院側と意見交換を行う。本人、家族の意向も確認し、地域移行支援利用の希望が示されたため、計画相談について対応することとなった。

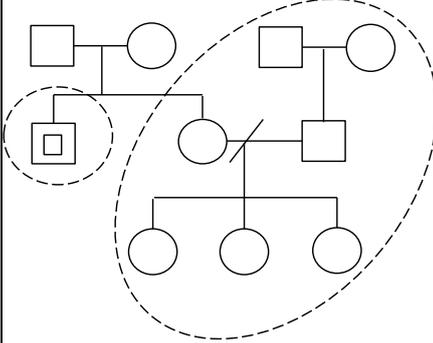
【現状と課題等】

精神科の病院への入院期間も併せると10年以上と長期入院のため、現在の地域の社会資源の状況であったり、退院後の生活についての具体的なイメージなどがすぐには十分理解できない可能性があるため、丁寧かつ分かりやすい説明や支援が求められる。

2. 利用者の状況

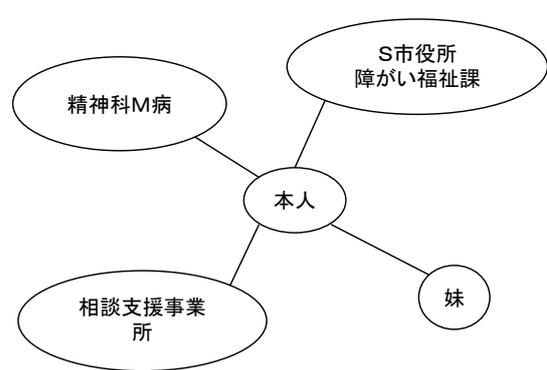
氏名	栃木 太郎(仮名)	生年月日		年齢	52歳
住所	S市			電話番号	
	(持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他())			FAX番号	
障害または疾患名	統合失調症	障害支援区分		性別	男・女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入



母:82歳。介護保険を利用しS市内のグループホームに入居中。
妹:46歳。キーパーソン。S市内在住。協力的である。

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

S市にて同胞2子の第1子長男として出生。幼少期から神経質な一面があったようで、中学生の時には不登校と家庭内暴力が見られるようになる。昭和51年、教師の勧めでS病院精神科を受診。短期間の入院もあったようだが症状改善に至らず、引きこもり、怠業、家庭内暴力が続く。精神科R病院にも母親が相談に行き、1日だけ入院したこともあったことだが、本人が「地元の病院は嫌だ」と言って、継続治療にはつながらず。結局、中学校は出席日数不足で3年間で卒業できず、4年時に本人の「地元は嫌だ」との希望により、母親の故郷である県外の中学校に転校した。半年ほどでまた引きこもるようになり、S市へ戻り中学校を卒業。卒業後はS病院精神科の勧めでこの栽培の手伝いの仕事に就いたが続かなかった。その後、昭和55年7月、母親の知り合いがいた精神科O病院に2年間入院。退院後はS病院精神科に通院していたが、病識欠如により治療中断。県外の親戚の工場で働くためにアパートで単身生活を始めるが、すぐに引きこもり、半年後には実家に戻る。その後は、S病院精神科へ母親が薬だけ取りに行ったりなどしていたが、引きこもりと家庭内暴力は依然として続いていた。暴力により母親が骨折したこともあったこと。その後、再び「地元は嫌だ」とのことで、精神科O病院での治療が再開され、平成16年1月、精神科O病院に6年4か月間入院し治療に専念する。平成22年5月、家族からの「近隣で自立して生活してほしい」との希望があり、精神科O病院から精神科M病院に移院となる。平成27年3月、早朝に嘔吐を繰り返し、意識レベルの低下と呼吸不全が認められ、A総合病院へ救急搬送。水中毒と診断され11日間入院し、その後、精神科M病院へ再入院し現在に至る。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

受診科目:精神科M病院 I医師
外来受診:入院中(H27.3.19~)
疾患名:統合失調症
服薬状況:
・インヴェガ6mg 2T(朝食後)
・ピペリデン1mg 2T(朝、夕食後)
・酸化マグネシウム330mg 3T(朝、昼、夕食後)
・パントシン100mg 3T(朝、昼、夕食後)
・センナリド 4T(就床前)
・ニトラゼパム5mg 1T(就床前)

本人の主訴(意向・希望)

退院して、自立した生活を送りたい。

家族の主訴(意向・希望)

健康に気をつけて、落ち着いて生活してほしい。

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)	1)障害基礎年金 1級	国	年金の支給	1/2か月	
その他の支援					

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	梶木 太郎(仮名)	障害支援区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 H
				計画作成担当者	

	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	起床	・現在、精神科病棟に入院中。病棟内では、落ち着いて過ごしている。 ・院内の各種プログラムに参加している。
8:00	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	
10:00	院内作業療法プログラムに参加	院内作業療法プログラムに参加	院内SSTプログラムに参加	院内心理教育プログラムに参加	院内SSTプログラムに参加	院内作業療法プログラムに参加	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	
12:00	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	
14:00	入浴		入浴			入浴		
16:00	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	デイケアプログラム体験	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	週単位以外のサービス
18:00	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	
20:00	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	
22:00	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	
0:00								
2:00								
4:00								

サービス等利用計画

利用者氏名(児童氏名)	栃木 太郎(仮名)	障害支援区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 H
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成27年 12月 14日	モニタリング期間(開始年月)	1月ごと(H27.12~H28.6)	利用者同意署名欄	

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	本人:退院して、自立した生活を送りたい。 家族:健康に気をつけて、落ち着いて生活してほしい。
総合的な援助の方針	安定した体調のもと、退院に向けた生活環境を調整し、希望する地域での生活が実現できるよう支援します。
長期目標	退院して健康を維持しながら地域で希望する暮らしが続けられる。
短期目標	地域で暮らすための準備を整えて退院する。

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	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	退院して地域で暮らす準備をしたい	退院した後スムーズに地域での生活がスタートできる。	平成28年6月	●地域移行支援 2回以上/月 ●指定特定相談支援 適宜	●相談支援事業所 H(担当:K Tel 0000-00-0000)	退院することをあきらめない。	平成28年2月	
2	健康に暮らしたい	安定した体調を維持できる。	平成28年6月	○精神科入院治療	○精神科M病院(Tel 0000-00-0001)	生活リズムを崩さないように気をつける。	平成28年2月	
3	新しい環境でも落ち着いて行動したい	様々な環境に混乱することなく順応できる。	平成28年6月	●地域移行支援 2回以上/月	●相談支援事業所 H(担当:K Tel 0000-00-0000)	不安に思う時には職員に遠慮なく相談する。	平成28年2月	

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	栃木 太郎 (仮名)	障害支援区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 H
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	平成27年 12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	起床	・現在、精神科病棟に入院中。病棟内では、落ち着いて過ごしている。 ・院内の各種プログラムに参加している。
8:00	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	
10:00							ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	
12:00	院内作業療法プログラムに参加	院内作業療法プログラムに参加	院内SSTプログラムに参加	院内心理教育プログラムに参加	院内SSTプログラムに参加	院内作業療法プログラムに参加		
	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	
14:00	入浴		入浴	地域移行支援	デイケアプログラム体験	入浴		
	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする		ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	
16:00								
18:00	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	
20:00	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	
22:00	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	
0:00								週単位以外のサービス ・地域移行支援による面談及び外出支援を月に2回以上行う。
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	サービス等利用計画作成にあたり、退院して地域で暮らしたいとの本人の希望を尊重し、地域移行支援を活用した退院支援を行うことが望ましいと考えた。サービス支給の根拠としては、入院期間が10年以上と長期化している中、医療職と協力・連携しながらチームとして支援を行うことができる地域移行支援のサービスを利用することは、本人のエンパワメントを促し、地域資源の活用により有益であると考えられ、本人の意向に寄り添えるかと判断した。本人の退院に向けた意欲が低下しないよう、病棟看護師を始めとする医療スタッフと相談支援専門員が円滑な意思疎通を図っていくことが必要である。
----------------------	---

サービス等利用計画

利用者氏名(児童氏名)	栃木 太郎 (仮名)	障害支援区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 H
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成28年 2月 26日	モニタリング期間(開始年月)	6月ごと(H28.2~H29.2)	利用者同意署名欄	

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	本人:退院して、自立した生活を送りたい。 家族:健康に気をつけて、落ち着いて生活してほしい。
総合的な援助の方針	安定した体調のもと、退院に向けた生活環境を調整し、希望する地域での生活が実現できるよう支援します。
長期目標	退院して健康を維持しながら地域で希望する暮らしが続けられる。
短期目標	地域で暮らすための準備を整えて退院する。

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	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	退院して地域で暮らす準備をしたい	退院した後スムーズに地域での生活がスタートできる。	平成28年3月	●地域移行支援 2回以上/月 ●指定特定相談支援 適宜	●相談支援事業所 H(担当:K Tel 0000-00-0000)	退院することをあきらめない。	平成28年3月	
2	健康に暮らしたい	安定した体調を維持できる。	平成28年3月	○精神科入院治療	○精神科M病院(Tel 0000-00-0001)	生活リズムを崩さないように気をつける。	平成28年3月	
3	新しい環境でも落ち着いて行動したい	様々な環境に混乱することなく順応できる。	平成28年3月	●地域移行支援 2回以上/月	●相談支援事業所 H(担当:K Tel 0000-00-0000)	不安に思う時には職員に遠慮なく相談する。	平成28年3月	
4	自立に向けた訓練を受けたい	日常生活の体験を通じて、自立度が高まり、生活の拠点が具体化してくる。	平成29年2月	●共同生活援助	●グループホームW(担当:Y氏 Tel 0000-00-0002)	どのような生活がしたいか具体的に考える。	平成28年8月	入院中にグループホームの体験入居を行う。

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	栃木 太郎 (仮名)	障害支援区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 H
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	平成28年 2月
--------	----------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
	共同生活援助							
6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床	・現在、精神科病棟に入院中。病棟内では、落ち着いて過ごしている。 ・院内の各種プログラムに参加している。 ・入院中に共同生活援助(グループホーム)の体験利用を行い、退院促進につなげていく。
8:00	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	
10:00							ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	
12:00	院内作業療法プログラムに参加	院内作業療法プログラムに参加	院内SSTプログラムに参加	院内心理教育プログラムに参加	院内SSTプログラムに参加	院内作業療法プログラムに参加		
14:00	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	昼食・服薬	
16:00	入浴		入浴	地域移行支援	デイケアプログラム体験	入浴	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	
18:00	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする		ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	ラジオを聴いたり、部屋でゆっくりする	
20:00	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	夕食・服薬	
22:00	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	部屋でゆっくりする	
0:00	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	
2:00								週単位以外のサービス ・地域移行支援による面談及び外出支援を月に2回以上行う。
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	サービス等利用計画作成にあたり、退院して地域で暮らしたいとの本人の希望を尊重し、地域移行支援を活用した退院支援を行うことが望ましいと考えた。サービス支給の根拠としては、入院期間が10年以上と長期化している中、医療職と協力・連携しながらチームとして支援を行うことができる地域移行支援のサービスを利用することは、本人のエンパワメントを促し、地域資源の活用により有益であると考えられ、本人の意向に寄り添えることと判断した。本人の退院に向けた意欲が低下しないよう、病棟看護師を始めとする医療スタッフと相談支援専門員が円滑な意思疎通を図っていくことが必要である。また、本人の日常生活能力や発達障害に起因する可能性があるともしき行動、言動等を勘案すると、単身生活を目指すにしても共同生活援助で自立に向けた訓練等の支援を受けて段階を踏んで進めていく選択肢も本人の心身の負担や体調を考慮すると必要であると考えられる。
----------------------	--

サービス等利用計画

利用者氏名(児童氏名)	栃木 太郎(仮名)	障害支援区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 H
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画作成日	平成28年 3月 15日	モニタリング期間(開始年月)	6月ごと(H28.2~H29.2)	利用者同意署名欄	
-------	--------------	----------------	-------------------	----------	--

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	本人:退院して、自立した生活を送りたい。おいしいものが食べたい。買い物に行きたい。母親の面会に行きたい。 家族:健康に気をつけて、落ち着いて生活してほしい。
----------------------------	---

総合的な援助の方針	長期入院から退院し、新しい環境での生活となるため、混乱なく地域での生活がスタートし、体調が悪化しないよう支援します。
長期目標	生活の中で楽しみを見つけ、自分なりのペースで地域で暮らすことができる。
短期目標	退院後の新しい生活に慣れ、不安なく落ち着いた気持ちで生活することができる。

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	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	新しい環境に早く慣れたい	一日の流れを理解し、スムーズに行動できる。	平成28年8月	●共同生活援助	●グループホームW(担当:Y氏 TEL0000-00-0002)	分からないことは遠慮なく職員に尋ねる。	平成28年5月	GH体験利用の後、本利用とする。
2	体調を悪化させたくない	健康に気をつけて生活できる。	平成29年2月	○精神科通院 1回/週 ○精神科訪問看護 1回/週 ○精神科デイ(ナイト)ケア 5回/週	○精神科M病院(Tel 0000-00-0001)	調子が悪いと感じたら早目に医師や職員に相談する。	平成28年8月	
3	買い物に行きたい	浪費することなく計画的にお金を使うことができる。	平成29年2月	●共同生活援助	●グループホームW(担当:Y氏 TEL0000-00-0002)	レシートを保管しておく。	平成28年8月	
4	不安なことがあったら相談したい	自発的に職員に相談できる。	平成29年2月	●共同生活援助 ●指定特定相談支援 適宜	●グループホームW(担当:Y氏 TEL0000-00-0002) ●相談支援事業所H(担当:K TEL0000-00-0000)	些細なことでも早目に職員に相談する。	平成28年8月	

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	栃木 太郎(仮名)	障害支援区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 H
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	平成28年 3月
--------	----------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
	共同生活援助							・精神科外来診察 1回/週 ・精神科訪問看護 1回/週 ・休日は近所のドラッグストアへ買い物に出かける。
6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床	
8:00	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	朝食・服薬	ラジオを聴く、部屋でゆっくりする 昼食・服薬 買い物に行く、ラジオを聴く、部屋でゆっくりする デイケア 夕食・服薬 入浴する、部屋でゆっくりする 服薬・就床
10:00	デイナイトケア	デイナイトケア	デイナイトケア	精神科外来診察	デイナイトケア	デイクア	ラジオを聴く、部屋でゆっくりする	
12:00				昼食・服薬			昼食・服薬	
14:00	デイナイトケア	デイナイトケア	デイナイトケア	訪問看護	デイナイトケア	デイクア	買い物に行く、ラジオを聴く、部屋でゆっくりする	
16:00				買い物に行く、ラジオを聴く、部屋でゆっくりする			夕食・服薬	
18:00	デイナイトケア	デイナイトケア	デイナイトケア	夕食・服薬	デイナイトケア	デイクア	夕食・服薬	
20:00				入浴する、部屋でゆっくりする			入浴する、部屋でゆっくりする	
22:00	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	服薬・就床	
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス
 ・皮膚科通院 必要に応じて

サービス提供によって実現する生活の全体像	サービス等利用計画作成にあたり、長期入院からの退院後初めての場所での生活となるため、不安や混乱ができるだけ少なく済むような支援を目指した。サービス支給の根拠としては、職員による手厚い支援が提供できる共同生活援助(グループホーム)のサービスを利用することで、本人が抱える地域生活への不安を軽減でき、かつIADL面で課題の多い本人の自立に向けた訓練が可能となると判断した。コミュニケーションの面で自発性に欠ける特徴があるため、新しい環境ではなおさら職員の方で言動や行動に留意し、積極的に言葉をかけ意思疎通を図っていく必要があると思われる。
----------------------	---

地域移行支援計画

利用者氏名: 栃木 太郎(仮名)

作成年月日:平成27年 12月 ×日

サービス等利用計画の到達目標	退院して健康を維持しながら地域で希望する暮らしが続けられる。
長期目標(評価時期)	地域で暮らすための準備を整えて退院する。(平成28年6月)
短期目標(評価時期)	生活リズムを崩さない。(平成28年2月)

期待すること 不安なこと	支援する人・機関	支援する内容	支援上の留意点	支援の目安					
				1か月目	2か月目	3か月目	4か月目	5か月目	6か月目
夜中眠れないことがあるので心配である。	・病棟看護師 ・病棟介護士 ・相談支援専門員	生活リズムを崩さないよう日中のプログラムへの参加を促し、不安に思うことがあれば傾聴や助言を行う。	些細なことでも相談してもらえよう、日頃からコミュニケーションを密にしていく。	睡眠不足にならないように健康管理に気をつけて過ごす。					
体調が悪化しないようにしたい。	・病棟看護師 ・病棟介護士	健康状態を細目に確認する。	体調不良時は速やかに医師の指示を仰ぐ。	体調不良時には無理をしないようにする。					
新しい環境に慣れるかどうか不安である。	・病院精神保健福祉士 ・病院作業療法士 ・病院デイケア職員 ・相談支援専門員	一緒に外出して地域の社会資源や住宅の状況を確認する。買い物に同行する。	入院期間が長期化しているので、説明等は丁寧かつ分かりやすいような配慮を心がける。	退院後にどのような生活を送りたいか具体的に考えてみる。					
退院後どのくらいお金がかかるか心配である。	・病院精神保健福祉士 ・相談支援専門員	地域での生活を想定した1か月あたりの収支を一緒に検討する。	理解しやすいように視覚的に収支を計算してみる。	地域生活で何にどれくらいお金がかかるのか理解する。					

上記の計画に同意します。

平成 年 月 日 氏名: _____ 印

指定一般相談支援事業所 H

相談支援専門員