

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かかわり、ケア会議の実施

主治医から退院に向けて関わってほしいと当事業所に依頼あり。当初本人は自宅への退院を希望していたが、家族が自宅退院に難色を示したことから、主治医、病院の精神保健福祉士に地域移行支援の利用について情報提供し、地域移行支援の利用を申請する方法になった。その後、本人を含めて、主治医、精神保健福祉士、家族、指定一般相談支援従事者、行政とケア会議を実施した。その中で本人から次の確認をとることができた。

★申請前の意思確認及び合意形成のためのケア会議等で確認されたこと

主治医の考え/「病状は安定している。退院に向けて入院中からある程度見通しを立てた支援が必要。」

本人の考え/「自宅に退院した後は資格の勉強をしながら働いて一人暮らしがしたい。」

家族(母親)の考え/「親亡き後の生活が心配。これまで何度も入退院を繰り返している。一向に状況が良くなるらない。施設での生活が本人の為になると思う。」

(2) 本人との関係構築とサービス等利用計画(案)の作成

会議において確認された事項を踏まえ入院中からアセスメントを行い、退院に向けて課題を確認し、解決に向けて関係者間で役割分担を行いながら支援をするを含めサービス等利用計画(案)の作成に着手した。

★アセスメントにより確認された退院に向けた課題

- ・これまでの経過から病識が乏しく再発・再入院の可能性が高い。
- ・家事、防火等、どの程度の生活能力があるか不明。
- ・母親の(本人に対する)関わりについて適度な距離を保つことができない。
- ・入院中から見通しを立て段階を踏んでいくことで单身生活のイメージをつけやすい。

★サービス等利用計画(案)の作成と主な内容

- ・地域移行支援を利用して退院を目指す。
- ・本人の特性(感覚過敏、集団が苦手)を考慮しながらグループホームや日中の活動場所について検討し情報を提供する。見学、体験等にも必要に応じて同行する。

2. 退院に向けた地域移行支援計画の作成

- ・地域相談支援の契約を結び本人との関係づくりを開始した。指定地域移行支援従事者は、本人と月に2~4回程度、病院で面談を行い、アセスメントを行った。
- ・アパート生活の具体的なイメージに乏しい。都内近辺であればアパート、職探しも有利と

安易に考えていた。地域移行従事者は本人が遠方に退院することで、支援が途切れてしまう可能性があること。どの程度単身生活が可能なのか確認する必要性を感じ、地域移行支援計画(案)の作成に着手した。

★アセスメントにより確認された地域移行に向けた課題

- ・ 言語で伝えるだけでなく目に見える形(書面等)で期限を設定して支援を行い本人の不安や焦りを取り除く。
- ・ 現段階で単身生活が現実的に達成可能か日常生活能力を確認する必要性がある。
- ・ 服薬の自己管理の継続

★地域生活支援計画(案)作成

指定地域移行支援従事者は本人が単身生活を目指すので、生活イメージの再確認と生活能力の確認も含めて、(グループホームにおける体験宿泊)が必要であると判断した。そのことを病院の精神保健福祉士を通じて主治医に報告してもらい、了解を得て地域支援計画(案)へ反映した。

★地域移行支援計画を実行に移すための準備

地域移行支援計画(案)を主治医、担当精神保健福祉士に説明し、事前に了解を得る。

★(地域移行支援計画)計画作成会議

参加者・・・本人、主治医、精神保健福祉士、家族、行政の障害福祉担当者
相談支援専門員(指定地域移行支援従事者)

本人の意見「単身生活に向けて、グループホームで自立生活に向けての練習をしてもいいと思った。またPCの資格を取って仕事に役立てたい」

本人の意見に基づき、地域移行支援計画(案)を作成。細かい連絡調整については、その都度、担当精神保健福祉士と連絡調整する。また、病棟訪問時に本人との面談の中で確認していくこととした。

3. 計画実行

(1) 支援経過

サービス等利用計画、地域移行支援計画をもとに、本人と一緒にグループホームや就労移行支援事業所を見学。特にグループホームでの集団生活、周囲の雑音等を気にしていたが、実際に体験をしてみた結果、思いのほかできたという感想が聞かれた。

事業所の評価として、他入所者と関わることはほとんどなかったが、分からないことはメモを取るなどして対応していた。体験後も病状の変化もなく安定していた。

「体験宿泊を継続したい」と本人の自信にもつながった。

★ポイントとなった支援

- ・退院後の生活イメージや生活能力を共有化するための支援。
- ・グループホームにおける体験宿泊。
- ・グループホーム体験中から就労移行支援事業所の体験利用。
- ・主治医、担当精神保健福祉士から本人の気持ちを聴き不安、焦りを軽減。

★（本人や関係機関と進捗状況を共有・支援の微調整をする）ケア会議を通じて確認された事項

- ・本人の退院に対する気持ち
- ・退院後に利用したい障害福祉サービス等の確認
- ・住まの場・・・グループホーム
- ・日中活動・・・就労移行支援事業(月～金)
- ・外泊回数の確認。(3泊4日を2回に分けて実施。)

(2) 退院に向けた動き

グループホームへの退院に自信がついてきたので、1ヶ月間の内に計2回の体験宿泊を実施。併せて、就労移行の体験通所も行った。

★退院に向けた動き

外泊スケジュールの中に、退院後のサービスを体験的に組み込み外泊を実施

★退院後の「修正」サービス等利用計画の主な内容

サービス担当者会議において、グループホームの生活に慣れること。就労移行支援事業所に毎日通所することから、本人の病状や生活状況について、担当者間で連絡調整等を行っていくことを再確認した。

4. 退院、退院後のフォロー

退院後はグループホームの生活にも徐々に慣れてきており、通所も継続することができている。通院、服薬も継続している。

本人が一番心配していた集団生活、騒音などの問題も気にするところはない。

「自分でも最初は自信がなかったけど、なんとかやれている」と前向きな評価をしている。この生活を継続していけるようにしたいと語っている。

★モニタリングの実施状況

モニタリング頻度・・・退院後3ヶ月間は毎月、その後は状況に合わせてモニタリングを実施する予定。

申請者の現状(基本情報)

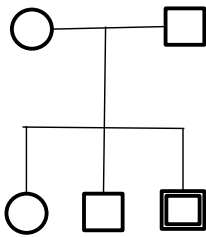
作成日	平成28年8月	相談支援事業者名	相談支援事業所 M	計画作成担当者	
-----	---------	----------	-----------	---------	--

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

30歳時、病状悪化の為、医療保護入院。入院1ヶ月目に担当医より当事業所に退院後に向けての支援依頼あり。ケア会議の実施。現状と課題については事例を参照。

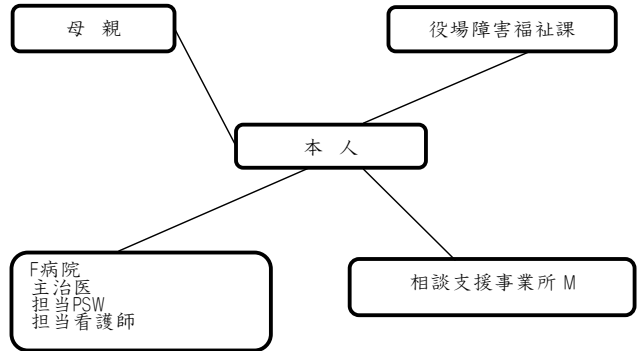
氏名	野木 太郎 (仮名)	生年月日	1986/〇/〇	年齢	30歳
住所	栃木県N町			電話番号	
	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			FAX番号	
障害または疾患名	統合失調症	障害支援区分		性別	男・女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入



父(60代)
母(60代) 精神疾患 通院歴あり
姉(30代) 精神疾患 通院歴あり
兄(30代) 難病疾患

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

N町にて出生。地元の小中学校卒業後、県立高校に進学。3年間真面目に通学していた。学生時代ははじめていたこともあり、一人で過ごすことも多かったという。元々勉強は得意ではなかったが独学で勉強をして、都内大学に進学。在学中に、「誰かに何かを言われている」といった幻聴が出現、不眠がちで昼夜逆転の生活を送っていた。母親がいつの様子と違うことに気づき、精神科を受診するように勧めた。学校を1年間休養した後に復帰。単位を取得し卒業。卒業後は都内にある不動産業に勤務するも、2,3ヶ月で退職。退職後は総合病院で清掃の仕事もしたことがあり1年間と長く続いていた。その後は病状悪化を理由に入退院を繰り返していた。

○受診歴

- A病院 H18.5～ 通院のみ。
- B病院 H19.1 通院のみ。
- C病院 H19.2 通院、入院歴あり。
- A病院 H23.5～ 通院、入院歴あり。
- D診療所 H25.12～ 通院のみ。
- E病院 H26.5～ 入院歴あり。
- D診療所 H26.8～ 通院のみ。
- F病院 H28.6～ 入院中。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

F病院
統合失調症
クエチアピン錠100mg 朝・夕 2T 寝前 3T
リスパダールOD錠2mg 夕 3T
バレリン錠200mg 朝・寝前 1T
マグミット錠500mg 朝・寝前 1T
クエチアピン錠25mg 寝前 2T
センシド錠12mg 寝前 2T

本人の主訴(意向・希望)

この先一度も入院しないようにしたい。
親元から離れて単身生活が送れるようになりたい。
在宅でのPC関連の仕事に就きたい。

家族の主訴(意向・希望)

これまで入退院の繰り返しだったので、再入院してほしくない。
親亡き後の事を考えて施設等で訓練をして自立してほしい。

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)	障害基礎年金2級 精神保健福祉手帳2級				
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	野木 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 M
				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	
	ラジオ体操	ラジオ体操	ラジオ体操	ラジオ体操	ラジオ体操	ラジオ体操	ラジオ体操	
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
					入浴			
10:00	入浴	10:30～ OT	10:30～ OT	10:30～ OT		10:30～ OT		
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00	13:30～ OT	13:30～ 院外外出	13:30～ 院外外出	13:30～ 院外外出	13:30～ OT			
16:00								
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00								
22:00	消灯・就寝	消灯・就寝	消灯・就寝	消灯・就寝	消灯・就寝	消灯・就寝	消灯・就寝	
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

サービス等利用計画

利用者氏名(児童氏名)	野木 太郎(仮名)	障害程度区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 M			
障害福祉サービス受給者証番号				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8月0日	モニタリング期間(開始年月)	平成28年9月	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：この先一度も入院しないようにしたい。親元から離れて単身生活が送れるようにしたい。在宅でのPC関連の仕事に就きたい。 母親：これまで入退院の繰り返しだったので、再入院してほしくない。親亡き後の事を考えて施設等で訓断をして自立してほしい。							
総合的な援助の方針	グループホームに向けて不安や困ったことを軽減しながら、本人の最終目標である単身生活に向けて何が必要なのか一緒に検討していけるようにする。							
長期目標	グループホームの生活に慣れる。充実した生活にしていきたい。(平成29年1月頃)							
短期目標	退院後の生活イメージができる。(平成28年10月頃)							
優先順位	短期で目指す姿の実現のために当面取り組むこと	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	退院後に向けての生活の準備をする。	退院に向けて、本人と一緒に退院後のイメージが立てられるよう、助言、情報提供を行っていく。	平成29年2月	地域移行支援(月2回以上)退院に向けてのビジョンを明確にするために、地域移行支援従事者を一緒に退院支援プランを考える。地域移行支援計画にそった支援(見学、同行を)等を行う。	○相談支援事業所 M(028×00-0000)	退院後の生活について話をする。自分にあった、障害福祉サービスの見学、体験を支援従事者と一緒にする。	平成28年9月	
2	体調を維持する。	退院に向けて、体調の安定を維持できるようにしていく。	平成29年2月	入院治療の継続。体調や疲れ具合を確認する。薬の飲み忘れがないか確認する。	○F病院 主治医、担当PSW、担当看護師(028×00-0000)	体調について、主治医や看護師によく相談する。	平成28年9月	
3								
4								
5								

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	野木 太郎 (仮名)	障害程度区分		相談支援事業者名	相談支援事業所 M
障害福祉サービス受給者証番号				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8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	院内の作業療法へ参加。
8:00	ラジオ体操	ラジオ体操	ラジオ体操	ラジオ体操	ラジオ体操	ラジオ体操	ラジオ体操	
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
10:00	入浴	10:30～ OT	10:30～ OT	10:30～ OT	入浴	10:30～ OT		
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00	13:30～ OT	13:30～ 院外外出	13:30～ 院外外出	13:30～ 院外外出	13:30～ OT			
16:00								
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00								
22:00	消灯・就寝	消灯・就寝	消灯・就寝	消灯・就寝	消灯・就寝	消灯・就寝	消灯・就寝	
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	作業療法など、病院内での作業において、本人の疲れ具合の確認し、本人へフィードバックすることで、本人自身の体調悪化時の対処の方法をみつけ、対応の幅を広げることができる。また、言語で伝えるだけでなく目に見える形（書面等）で期限を設定し、面接や必要な支援を行うことで、本人の不安や焦りを取り除き、体調を崩さずに退院へつなげることができる。これにより、退院までのイメージが定まり、退院後の症状の安定にもつながる。
----------------------	--

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	野木 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 M
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29年1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			週末の自由時間は近場で買い物や図書館などに出かけている。 その他、都内に買い物に出かけていることもある。
	朝食、身支度	朝食、身支度	朝食、身支度	朝食、身支度	朝食、身支度	起床	起床	
8:00	出発	出発	出発	出発	出発	朝食、身支度	朝食、身支度	
						ミーティング、掃除	ミーティング、掃除	
10:00								
12:00	就労移行支援事業 9:00~12:00	就労移行支援事業 9:00~16:10	就労移行支援事業 9:00~12:00	就労移行支援事業 9:00~16:10	就労移行支援事業 9:00~16:10	外出、自由時間	外出、自由時間	
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00	帰所	帰所	帰所	帰所	帰所	自由時間 夕食準備	自由時間 夕食準備	
	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00	入浴 自由時間	入浴 自由時間	入浴 自由時間	入浴 自由時間	入浴 自由時間	入浴 自由時間	入浴 自由時間	
22:00								
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	グループホームで単身生活の練習をすることで、将来的にアパートで再入院することなく安心した生活を送ることができる。
----------------------	--

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： 野木 太郎（仮名） さん

作成年月日 平成28年8月×日

サービス等利用計画の到達目標	グループホームへの退院に向けて必要な支援等を期間を定めた上で行っていく。
(1) 長期(内容及び期間等)	グループホームの生活に慣れる。充実した生活にしていきたい。(平成29年1月頃)
(2) 短期目標(内容及び期間等)	退院後の生活のイメージができる。(平成28年10月頃)



私()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					
				8月	9月	10月	11月	12月	1月
退院に向けて薬の自己管理をする。	主治医 看護師	薬の相談、調整		1日、1週間の薬を自分で管理する。			外泊中での練習。		
グループホームでの生活が不安	地域移行支援員	GHの見学、体験 同行		グループホームの情報提供。 本人と一緒に見学してみる。			グループホームにおいて体験宿泊を利用してみる。		
退院後に備え支援者と顔見知りになっておく。	地域移行支援員 病院PSW	定期面接により 本人の希望を確認します。		定期的に面接をして退院に向けた進み具合を確認します。分からないことや心配事があればその都度相談にのります。					

同意日

利用者名

指定一般相談支援事業所 相談支援事業所 M

印

相談支援専門員(地域移行推進員)

印