

資料

(仮のケアプラン)

【私の暮らし応援プラン】

担当する人：(所属) _____ (職) _____ (氏名) _____

担当する人とお話しした日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

1 私の願い、希望、夢など～私の希望する暮らし

2 願いをかなえるためにやってみたいこと

3 願いをかなえるために、まず、やってみたいこと

やってみたいこと	応援してくれる人・ところ	回数	行う期間	私が行うこと	応援する人が行うこと

4 願いをかなえるために気をつけてほしいこと、気を配ってほしいこと

5 私の暮らし応援プランの話し合い

私の暮らし応援プランの話し合いに参加してほしい人たち

(所属、職名、氏名を記載)

話し合いの日時	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 分	場所	
---------	---	----	--

「私の暮らし応援プランの話し合い」を希望します。
 また、話し合いでは、☑印をつけたところについて、参加した人たちに伝えてかまいません。

- このプランのこと
- 相談票のこと
- そのほかのこと

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ サイン _____

代理人 _____ 代筆者 _____ サイン _____ (私との関係 _____)
 (私がサインできない理由 _____)

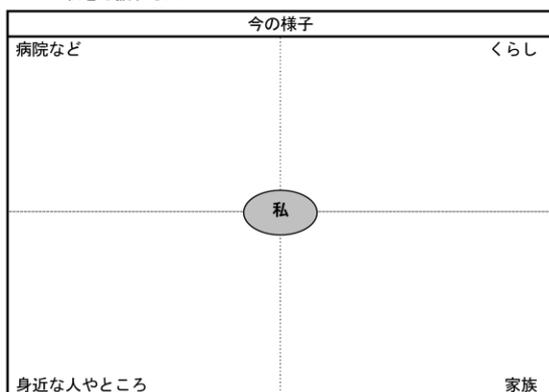
【私の暮らし応援プランの話し合い】

1 話し合いの日時・集まった人たち

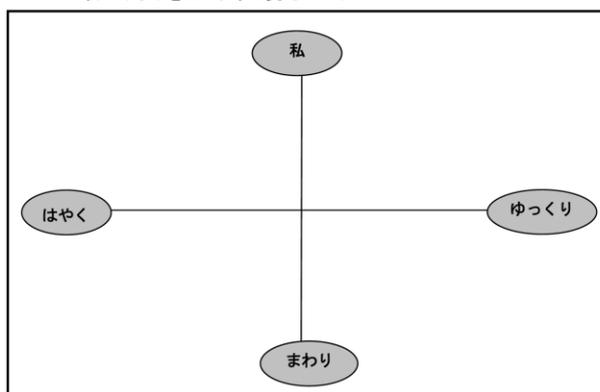
日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	場所	
----	------------------------	----	--

集まった人たち (所属、職、氏名を記載)	私が参加できなかった理由 (参加できなかった場合に記入)	参加できなかった人・理由

2 私を応援する人



3 私の暮らしをどのように変えていくか



4 私の暮らし応援プランのつけ足したいこと、変えてほしいこと、直してほしいことなど

項目	つけ足したいこと、変えてほしいこと、直してほしいことなど

5 そのほかのこと

6 次の話し合い日時

日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	場所	
----	------------------------	----	--

「私の暮らし応援プランの話し合い」は、書いてあるとおりにおこなわれました。

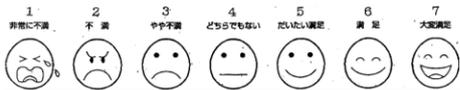
平成 年 月 日 サイン _____

代理人 代筆人 サイン _____ (私との関係 _____)
(私がサインできない理由 _____)

7 とりくみの様子

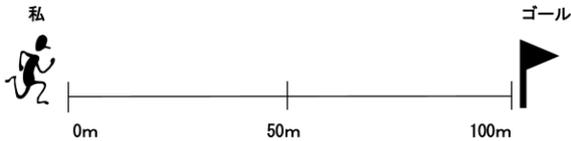
やってみたいこと	月	月	月	ふりかえり	これから
				やってみたいこと (わたし) (まわり)	続けてみる 変えてみる つけ加える ひと休み クリア!
				やって見て どうでしたか? 1 非常に不満 2 不満 3 やや不満 4 どちらでもない 5 だいたい満足 6 満足 7 大変満足	
				やってみたいこと (わたし) (まわり)	続けてみる 変えてみる つけ加える ひと休み クリア!
				やって見て どうでしたか? 1 非常に不満 2 不満 3 やや不満 4 どちらでもない 5 だいたい満足 6 満足 7 大変満足	
				やってみたいこと (わたし) (まわり)	続けてみる 変えてみる つけ加える ひと休み クリア!
				やって見て どうでしたか? 1 非常に不満 2 不満 3 やや不満 4 どちらでもない 5 だいたい満足 6 満足 7 大変満足	
				やってみたいこと (わたし) (まわり)	続けてみる 変えてみる つけ加える ひと休み クリア!
				やって見て どうでしたか? 1 非常に不満 2 不満 3 やや不満 4 どちらでもない 5 だいたい満足 6 満足 7 大変満足	

8 今の気分はどんな感じ?



(そのわけは?)

9 夢にどこまで近づいたかな



10 あったらいいな

11 そのほかのこと

様式1
北上市長 様
居住サポート事業入居支援会議開催依頼書
相談支援事業者 住所 氏名 電話番号
年 月 日

④

事業利用希望者について、入居支援会議の開催をお願いします。

利用希望者	ふりがな 氏名	性 別 ④	生年月日	年 月 日	男 女
身体障害者 手帳番号	療育手帳 番号	精神保健福 祉手帳番号	電話番号		
本人の収入 及び種類	収入 月額	円 (年額)			
種類	□年金 □給与収入 □工賃収入 □その他 ()	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
保証人の有無	□有 □無	家賃等債務保証制度の利用希望	□有 □無		
緊急 連絡先 氏名	ふりがな 氏名	続 柄	生年月日	年 月 日	生 日 生
住所	住所	電話番号			
金銭管理支援	□要 □不要				
住宅 入居に 係る 希望	住宅の場所				
	住宅の環境				
	住宅の家賃				
	その他				
備 考					

備考 添付書類 1 障害者手帳の写し
2 収入の分かる書類の写し
3 生活支援アセスメント票、私の希望するくらし
4 その他、参考となる書類

様式2
北上市長 様
居住サポート事業利用決定(却下)通知書
相談支援事業者 様
年 月 日

④

入居支援会議の結果をふまえ、次のとおり決定したので通知します。

記

1 決定

利用決定者	ふりがな 氏名	性 別 生年月日	男 女
緊急 連絡先	住所	生年月日	年 月 日
	住所	電話番号	
相談支援事業者名	電話番号		
備 考			

2 却下

却 下 理 由

様式 3

住宅紹介希望票

支援担当者

機関の名称	
住所	
電話番号	
FAX番号	
職員名	
備考	

利用希望者

希望する住所 (地域)	
性別	
年齢	
家賃の希望額 間取り	
保証人	有 無 (家賃債務保証の利用希望 有 無)
入居希望時期	
その他希望事項等	

様式 4

平成 年 月 分 夜間・休日における緊急時対応報告書

北上市長 様

事業者名

1 緊急時対応者名簿

利用登録者名	生年月日	住 所	支 援 日 時	支 援 内 容	そ の 他

2 支援記録
別紙のとおり

③一次アセスメント票（岩手県北上市）

利用者の状況		チェック内容		本人の能力と制限 環境の能力と制限	
項目	援助等の有無	実態	希望	実態	希望
洗濯					
掃除					
整理・整頓					
ベッドメイキング					
書類の整理					
買い物					
衣類の補修					
育児					

4 コミュニケーションスキルに関する領域					
項目	チェック内容		本人の能力と制限 環境の能力と制限		
	援助等の有無	実態	希望	実態	希望
意思表示の手段					
意思伝達の程度					
他者からの意思伝達の理解					
電話の使用					
FAXの使用					
パソコン					
ワープロ					
筆記					

5 社会生活技能に関する領域					
項目	チェック内容		本人の能力と制限 環境の能力と制限		
	援助等の有無	実態	希望	実態	希望
対人関係					
屋外移動 (近距離移動) (遠距離移動)					
金銭管理					
危機管理 (戸締まり) (運転)					

利用者の状況		チェック内容		本人の能力と制限 環境の能力と制限	
項目	援助等の有無	実態	希望	実態	希望
経済環境					
住環境					

2 健康に関する領域					
項目	チェック内容		本人の能力と制限 環境の能力と制限		
	援助等の有無	実態	希望	実態	希望
服薬管理					
食事管理					
病気への留意					
体力					

3 日常生活に関する領域					
項目	チェック内容		本人の能力と制限 環境の能力と制限		
	援助等の有無	実態	希望	実態	希望
寝返り					
起き上がり					
衣服着脱 (上衣) (ズボン等)					
整容行為					
食事行為					
排泄行為 (排便) (排便)					
入浴行為					
ベッドへの移乗 (床) (車いす等)					
屋内移動					
調理(後かたづけを含む)					

6 社会参加に関する領域		チェック内容		本人の能力と制限	気づいたこと
項目	援助等の有無	実態	希望	環境の能力と制限	気づいたこと
レクリエーション等					
趣味					
旅行					
当事者団体の活動					
各種社会的活動					

7 教育・就労に関する領域		チェック内容		本人の能力と制限	気づいたこと
項目	援助等の有無	実態	希望	環境の能力と制限	気づいたこと
教育					
就労					

8 家族支援に関する領域		チェック内容		本人の能力と制限	気づいたこと
項目	援助等の有無	実態	希望	環境の能力と制限	気づいたこと
家族					

希望する1日の流れ本人		食事		就寝		
本人	起床・食事	通所	食事	就寝	就寝	
6	9	12	15	18	21	24
介護者						3

家族の要望・希望する暮らし

本人の要望・希望する暮らし

関係職種からの情報	【家屋の見取り図】 □ 持ち家 □ その他 トイレ、浴室位置や形状、玄関、通路までのアクセスや段差等の記入
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

対応者所見（注目すべき点、気になる点を書く）

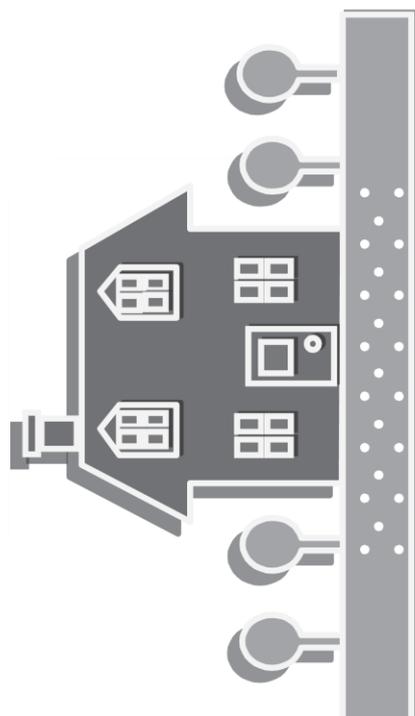
(2) 東京都中野区資料

① 地域生活支援センターせせらぎ 居住サポート事業パンフレット (東京都中野区)

地域生活支援センター

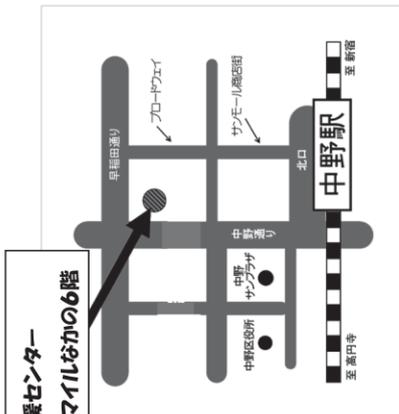
せせらぎ

居住サポート 利用案内



～利用するために～
地域生活支援センターせせらぎ「居住サポート」を利用するには申請が必要となります。
詳しくは「地域生活支援センターせせらぎ」にご確認下さい。

アクセス



JR 中央線・東西線
中野駅から徒歩約5分

地域生活支援センターせせらぎ

〒164-0001 東京都中野区中野5-68-7 スマイルなかの6階
電話番号 03-3387-1326
Fax 03-3387-1347
Homepage
<http://www.city.tokyo-nakano.lg.jp/O10/d11901025.html>

地域生活支援センターせせらぎは、NPO 法人リトルポケットが、中野区の委託を受けて、事業を運営しています。

利用対象者

- 賃貸契約による一般住宅への入居を希望しているが、保証人がいない等の理由により当該入居が困難な精神障害者で、その精神疾患に係る治療及び服薬の管理が適切に行われていないと認められる者
- 区長が特に必要と認める者

事業内容

- 入居に向けた支援
 - ・ 物件探しなど不動産業者への同行支援
 - ・ 保証人探しのお手伝い
 - ・ 入居契約の立ち会い
 - ・ 区届出（転居届等）の支援
 - ・ 電気、ガス、水道、電話等の契約手続きの支援
・・・など
- 居住を継続していくための支援
 - ・ 家賃の支払いのお手伝い
 - ・ 通院継続の支援
 - ・ 金銭管理、ヘルパーや訪問看護などの利用支援
 - ・ 生活上で発生する様々な問題を解決するための相談支援
 - ・ 夜間なども緊急に対処が必要な場合の相談支援
・・・など

利用の案内

- ・ 居住サポートの利用が必要な理由についてお伺いし、利用手続きについてご説明します。

利用の申請

- ・ 申請には、利用申請書と医師意見書（所定の書式）が必要です。医師意見書料は利用者負担になりますのでご了承ください。

利用の決定

- ・ 支援の可否を判断し、利用対象と認められた場合には利用承認通知をお送りします。利用承認期間は1年です。

利用の開始

- ・ 入居に向けた支援を開始します。まず利用調整会議を開催し、支援内容を決めます。決定内容を基に入居に向けた支援、居住を継続していくための支援を行います。

利用終了時面接

- ・ 利用承認期間の終了時に支援の終了か継続かを話し合います。継続の場合、利用更新の申請手続きを行います。

利用の終了

- ・ 支援終了後は、支援センターせせらぎが実施している各種事業の中で支援していきます。

困っている事、ありませんか？

- 初めての一人暮らしは不安
- 現在入院しているため、一人で部屋探しを難しい
- 一人で不動産屋まで行くのは緊張する
- 障害があると部屋を借りられないの？



部屋を探している精神障がいのある方



不動産会社様 家主様

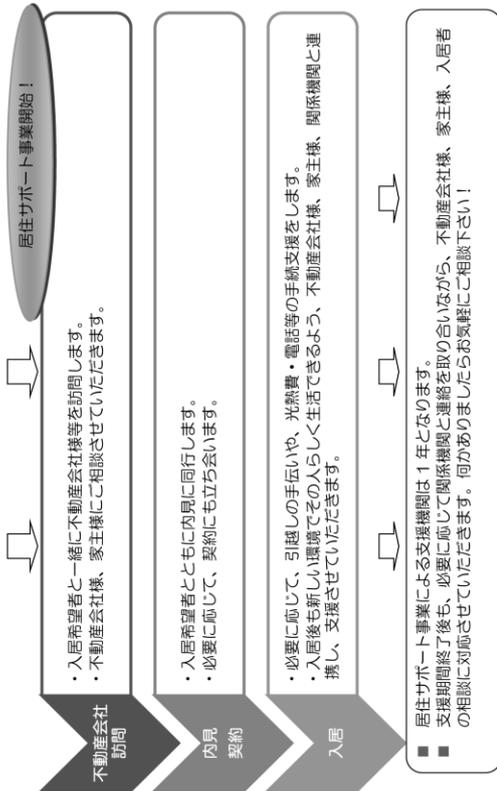
地域生活支援センター「せせらぎ」が、双方の間を取り持ちます！



居住サポート事業 担当者

居住サポート事業の流れ

- 中野区内住の精神障がいがあり、一人で部屋を探ることが難しい方が「居住サポート事業」の対象となります。
- 「居住サポート事業」の支援を開始する前に、入居希望者と支援者（保健師・生活保護ケースワーカー・せせらぎスタッフ・病院関係者など）が集まり、入居希望者の望む生活を支えて行くための打合せを行います。



② 不動産業者向け居住サポート事業のパンフレット（東京都中野区）

「地域生活支援センター「せせらぎ」って？

「相談」や「日常生活支援」を通して、中野区に暮らす心の病を抱えた方々のサポートをしている施設です。様々な相談の中には「住まい」に関するものもあります。「居住サポート事業」で「住まい」の相談を受けつけています。

私達の仕事の一例です！

1. せせらぎスタッフが同行して、不動産会社様を訪問します。
2. 契約手続きのお手伝いや、入居後の支援を行います。
3. 生活保護を受給されている方は、中野区担当部署との連絡調整を行います。
4. 入居後も、福祉や医療の関係機関と連携を取りながら、入居者の生活を支援します。

お気軽にご相談下さい。

**お部屋を貸して下さい！！
貸主・借主の架け橋になります！！**

（お問い合わせ先）

中野区地域生活支援センター
せせらぎ

〒164-0001
中野区中野5-68-7
スマイルなかの6階

TEL 03 (3387) 1326
FAX 03 (3387) 1347
HP

(3) 大阪府堺市資料

①新たな障害者相談支援に関する周知資料（大阪府堺市）

別紙 6

～ 地域で、生き生きと生活することを応援します。～

○平成24年4月から、新たな障害者相談支援がはじまります。

★身体・知的・精神の障害ごとに設置されていた「障害者(児)生活支援センター」が、3障害ワンストップの相談窓口となる「障害者基幹相談支援センター」へ変わり、場所が区役所内へ移ります。

★障害者の情報の拠点となる「総合相談情報センター」を、健康福祉プラザ内に開設します。

また、指定相談支援事業者では、障害福祉サービスを利用する障害のある方に対し、サービスを利用するためのケアプラン作成や、施設や病院からの地域移行に向けての相談などができるようになります。

障害者基幹相談支援センター（堺市委託事業）

◎身体・知的・精神の障害のある方への相談窓口です。
福祉サービスのことが知りたい、健康管理が心配、一人暮らしがしたい、自分らしく暮らしたい、仕事をしたい、子どもの成長や将来が不安、仲間がほしい、家族や友人とうまくいかないなど、相談したいこと、不安なことを相談員がお聞きします。
相談の内容に応じて、必要な支援機関を紹介します。

◎障害者の権利を守ります。
成年後見制度をはじめとする障害者の権利を守るための制度利用や、権利侵害に関する相談に応じます。

◎区域の相談機関の「まとめ役」です。
区域内の計画相談支援・地域相談支援・障害児相談支援を行う指定相談支援事業者と連絡・調整を行いながら、区域の核となって、より良い相談支援体制に向けて、環境の整備を行います。
区障害者自立支援協議会の中心的役割を担います。

総合相談情報センター（堺市委託事業）

◎障害者に役立つ情報の拠点です。
障害福祉サービスの情報検索システムをはじめ、障害者に必要な情報の発信や、新たな情報を収集する役割を担います。

◎専門相談機関とともにサポートします。
区障害者基幹相談支援センターや地域の指定相談支援事業者で対応できない専門的な相談に対し、プラザ内の専門相談機関とともに、解決に向けてサポートします。

◎市全域の相談支援の拠点です。
各区障害者自立支援協議会からあげられた様々な課題について、協議する市障害者自立支援協議会の中心的な役割を担います。また、地域移行を推進していくための体制や環境を整備する役割を担います。

支援のポイント

1 ～ご本人様の想いを尊重した支援～

「施設に空きがあるから入所」「心配だからとりあえずテイクケア」など、支援者の想いや価値観で支援を進めるのではなく、「退院してどのような生活を送りたいか」など、ご本人様の想いを中心に促せる支援を行います。
なお、ご本人様がご自身の課題に気付いていない場合には、支援者より改善や工夫の働きかけを行いながら、地域生活に向けて一緒に取り組んでいきます。

2 ～ストレス（ご本人様の強み）視点を活かした支援計画～

ストレス視点とは「本人の病理や欠陥に焦点をあてるのではなく、彼らのもつ自信や能力や希望、そして、環境がもつ社会資源などに着目し、そのストレス（力）を活用する」視点のこととをいいます。

ご本人様のストレスを促えることで対話が重ねられ、それをきっかけに支援の方向性や目標が立てられます。また、支援計画書を作成することで、ご本人様や支援者で目標や支援内容が共通認識され、各自の役割分担や責任が明確となります。1ヶ月に1回、「個別支援会議」を行い、支援の振り返り、計画の見直しを行っていきます。

*地域移行推進員は、支援計画書の作成や、支援計画書に基づいて、面談・外出の同行・作業所の体験・住居探し・退院準備・家族調整などを行います。

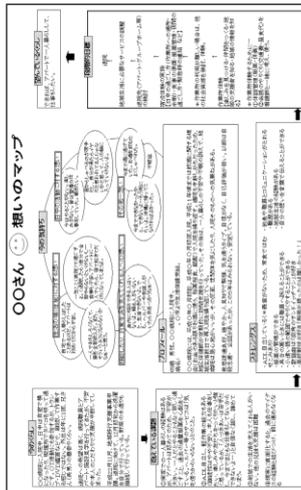


表 5-10 支援計画書

課題の発生経緯	目的	実施者・担当者	実施時期
<ul style="list-style-type: none"> ○お母様がアパルトメントに入居して、お母様は退院したい ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため 	<ul style="list-style-type: none"> ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため 	<ul style="list-style-type: none"> ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため 	<ul style="list-style-type: none"> ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため
<ul style="list-style-type: none"> ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため 	<ul style="list-style-type: none"> ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため 	<ul style="list-style-type: none"> ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため 	<ul style="list-style-type: none"> ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため ○お母様の退院を促すため、お母様の退院を促すため

那覇市地域生活支援センターなんくる 作成：地域移行推進員 金城 (H23.6.8) 3

3 ～他職種チームで支援～

ご本人様の課題が大きくなり、複雑化しているからこそ、支援者それぞれ専門性を活かしながら支援を行っていくことが必要となります。ご家族や支援者、または支援機関が課題を抱え込むことがないよう、チームで支援をおこなっていきます。

4 ～地域定着にむけて～

退院後もご本人様が安心して地域で生活できるように、入院中から新しい支援者と関係性を構築していきます。また、退院後、ご本人様がいろいろなサービスを活用できるように、入院中からスキルを高める・支える支援体制を構築していきます。

5 ～リスクマネジメント～

今まで偶然としていた退院が現時的になってくると、不安や緊張、プレッシャーが高まり、衝動的な行動をとる方もいらっしゃいます。また、ご家族も入院前のご本人の様子から、現在病状が安定していても、退院準備や退院後の生活に強い不安をもちています。
ご本人様やご家族と対話を重ね、予想されるリスクやその対応を協議し、支援の申し送りを徹底し、ご本人様やご家族の「揺れ」を支援者みなで支えていきます。

*地域移行推進員の支援の際には、その都度、病院職員へ病状の確認・外出の許可などを頂いてから支援をはじめます。支援中に万が一事故などが発生した際には、県の事業担当者と協議して対応します。

6 ～退院支援の現状を伝える～

精神障害者の方の退院支援の体制や、地域で支えるための福祉サービスや受け皿は、未だ十分でない現状にあります。「那覇・浦添地区自立促進支援協議会」で現場の声を伝え、一緒に体制整備

事業に関するお問合せは…

那覇市地域生活支援センターなんくる
TEL 836-6971 (担当：兼浜・宮里・金城) まで



那覇市地域生活支援センターなんくる 作成：地域移行推進員 金城 (H23.6.8) 4

ワークシート様式(例)

様

○現在、「周りがワサワサすると自分もワサワサして落ち着かない」「病棟建設のため、ゆっくり過ごせる場が少なくなっている」など…病院の環境だけでは、体調や気持ちを整えることが難しい状況にありますので、院外(地域)の環境も利用しながら回復へのお手伝いをしていきたいと考えています。



🌸 なにを、どれくらいするの? 🌸

週に1回、「支援センターなんくる」もしくは「希望される場(看護師さんとも相談)」を利用できるように調整・同行いたします。(主な担当: 推進員〇〇・ピアサポーター〇〇・他)

月	火	水	木	金	土	日
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

🌸 お願い 🌸

○外出するために、院内でも体調や気持ちを整える工夫をお願いします。

例えば…薬を決まった時間にしっかり飲む

睡眠を十分にとる

「病棟が静かな時間の時」の過ごし方を考える

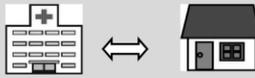
院内で気持ちがワサワサした時の対処法(薬・タバコ以外)を考える など

(主な担当: 看護師〇〇さん、精神保健福祉士〇〇さん)

○外出時のお願い

1. 外出時の頓服薬の管理はご自身でお願いします。
2. 体調や気分が優れない時には、無理に外出はせず、病院職員や推進員に相談して下さい。
3. 外出時、飲み物などのお心遣いは遠慮させて頂いています。ご了承ください。

退院準備に対する集約(ご本人用)

	1 退院の準備をしよう	2 自宅へ外出・外泊してみよう	3 退院して、自宅での生活をしよう
			
生活に関すること	地域の仲間や過ごす場を知り、利用してみよう	自宅で過ごしてみよう できること・手伝ってほしいことを整理しよう	楽しく安心して過ごそう
お金について			お金のやりくり上手になろう
薬について	薬を忘れずに飲む工夫を考えよう	自宅でもボックスを利用して、忘れずに薬を飲もう	
応援してくれる人	訪問看護スタッフを知ろう	訪問看護スタッフに自宅へ来てもらおう	訪問看護スタッフに体調や薬のことを伝えよう
	なんくる相談員を知ろう	なんくる相談員から、退院後の生活を応援するサービスを教えてもらおう	なんくる相談員に生活で困ったことを伝えよう

退院準備に対する集約(支援者用)

	退院に向けて準備 (7・8月～)	自宅へ外出・外泊 (9月～)	自宅での生活に慣れる (退院1週間前～退院後2ヶ月)
生活に関すること	<input type="checkbox"/> 支援センターなんくるの利用 <input type="checkbox"/> 地域の仲間や過ごす場を知る <input type="checkbox"/> 自分のことは自分で行う (弁当購入・ゴミ分別・余暇活動) <input type="checkbox"/> 退院後の支援者(なんくる相談員)を知る	<input type="checkbox"/> 安全に、安心して自宅で過ごせる <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 火・危険物の扱い・始末 <input type="checkbox"/> SOSの発信(誰に・どのように) 電話のかけ方練習 <input type="checkbox"/> 日中(なんくる利用など)・夜間の過ごし方 <input type="checkbox"/> できること・手伝ってほしいことの整理 <input type="checkbox"/> 生活に関すること(掃除・洗濯・ゴミ分別 体験) <input type="checkbox"/> なんくる相談員よりサービス(ヘルパーなど)の説明	<input type="checkbox"/> 楽しく安心して自宅で過ごせる <input type="checkbox"/> 生活や睡眠のリズムが保たれている <input type="checkbox"/> ある程度、身の回りのことが一人で行える <input type="checkbox"/> *ヘルパー利用の場合… サービス内容を理解して利用することができる <input type="checkbox"/> 日中の過ごし方について、本人なりのプランがある <input type="checkbox"/> 支援が必要な時には、自分からSOSを発信することができる(具体的な行動ができる) <input type="checkbox"/> なんくる、病院へ電話・相談
金銭管理	<input type="checkbox"/> 小遣い銭係を利用しない金銭管理 <input type="checkbox"/> 〇週間分のお金の管理 <input type="checkbox"/> 銀行の利用 引き出しの練習	<input type="checkbox"/> 銀行の利用・金銭管理 スキルの確認 <input type="checkbox"/> 定期的な銀行の利用 <input type="checkbox"/> 〇週間分(円)のお金の管理、やりくり <input type="checkbox"/> 貴重品の管理 <input type="checkbox"/> 権利擁護事業へ経過の報告・相談	<input type="checkbox"/> 本人のスキルに合わせた金銭管理 <input type="checkbox"/> 権利擁護事業利用の場合… サービス内容を理解して利用することができる
薬・健康・通院	<input type="checkbox"/> 自宅での服薬管理に向けて (カレンダー・ボックスなどの利用) <input type="checkbox"/> 訪問看護スタッフとの関係づくり <input type="checkbox"/> 退院後の通院の方法の確認	<input type="checkbox"/> 自宅での服薬状況確認 <input type="checkbox"/> 訪問看護スタッフ プレ訪問 <input type="checkbox"/> 通院プレ	<input type="checkbox"/> 服薬の管理が安定している <input type="checkbox"/> 訪問看護スタッフを受け入れ、薬や体調の相談ができる <input type="checkbox"/> 受診日に忘れず通院できる
その他	<input type="checkbox"/> ご家族へ「今後の支援」について連絡・確認	<input type="checkbox"/> 生活に必要な物品の購入 <input type="checkbox"/> 必要なサービスの手続き <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 福祉サービス申請 <input type="checkbox"/> 自立支援医療申請 <input type="checkbox"/> 権利擁護事業 <input type="checkbox"/> ご家族へ退院日のお知らせ <input type="checkbox"/> 今後生活を支える支援者の紹介	<input type="checkbox"/> 生活を支える支援者と関係をつくること <input type="checkbox"/> ご家族へ 退院後の生活についてのお知らせ
支援者	<input type="checkbox"/> 退院準備について理解しているか？ <input type="checkbox"/> 退院準備が進んでも状態は安定しているか？ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 地域生活の不安・戸惑いを表現できている(SOSの発信)？ <input type="checkbox"/> 自宅で安心して過ごし、楽しんでいるか？ <input type="checkbox"/> 生活スキルの確認と必要とされる福祉サービスの把握 <input type="checkbox"/> 退院決定後も状態は安定しているか？ <input type="checkbox"/> 退院後かかわる支援者とつながりが持っているか？	<input type="checkbox"/> 退院時、不安が高まったり、極端に揺れることはないか？ <input type="checkbox"/> 退院後、病状悪化につながる問題やストレスはないか？ <input type="checkbox"/> 必要な時は自分からSOSの発信ができるか(相談・電話)？ <input type="checkbox"/> 支援者と関係性がとれているか？ <input type="checkbox"/> 生活状況の確認・評価
地域生活を支える新たな支援者	<input type="checkbox"/> 病院 訪問看護スタッフ <input type="checkbox"/> 支援センターなんくる 相談支援専門員 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 市障害福祉課 <input type="checkbox"/> 市保護課 <input type="checkbox"/> 市社会福祉協議会(権利擁護) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>