

② 支援経過例（沖縄県那覇市）

平成21年6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成22年1月
<p><b>【支援導入経過】</b> <b>※例</b></p> <p>6月00日 支援実施                  【病院が事業を利用した理由】                  本人は「退院したい」という気持ちがある。病棟内ではADL自立している。                  ・キーパーソンである〇〇に、退院に向けて老年アプローチャ（電話・手紙・訪問・小遣り入金時の面会）しているが、話し合いに応じてもらえず、進展がない。                  ・本人の年金を管理しているが、毎月小遣りの入金が遅れる。さらに、小遣りの額が少なく(1万円だが、洗濯代等をひくと、8千円くらい)入院生活にも支障がでている。                  行政に相談することも考えたが…                  ・キーパーソンが適切に年金を管理しておらず、行政的な指導が入った場合、キーパーソンが本人から離れてしまうことが予想された。                  ・退院先がAPやGHになった場合、保証人が必要。地域で支えてくれる家族の存在も必要。                  ・家族が不利益になることが予想された。                  ・家族は団地に住んでいるが、名義は本人、AP・GHに住所を移した場合、家族は団地に住めなくなる可能性がある。また、本人が団地に帰った場合、家族の収入があるため生活保護が受けられない。                  ・家族の生活を豊かでまで、本人を団地に退院させていいのか…迷いがある。                  ・病院だけで支援を考えていくのは難しい。事業を利用して、支援方法を一緒に考えてもらいたい。院内に新しい風をいれたい。</p>	<p>アセスメント実施</p> <p>【本人】                  ・自宅(団地)に帰りたい、家族と一緒に暮らしたい                  ・障害年金、通帳を自分で管理したい                  ・小遣り銭をきちんと入れてほしい                  ・自宅に出入りできるようになりたい、鍵を持ちたい</p>	<p>8月00日 自宅確認                  ・1回/週訪問 ピアサ同行                  外出を促すがここ(病院)で話をばいよ、お宅も面白いのに…「まだ早い」と消極的</p>	<p>本人の目を外に向けさせるには、どうすればいいのか                  1回/週 病棟訪問 ピアサホーター同行                  信頼関係の構築。会話の中で、目を外に向けてもらう。</p>	<p>「病院近くや国際通りに、ドライブに行ってみないか」との声がかかるが、動きはな</p>	<p>ドライブに行きたい気持ちはあるのだが、外出を促すと「外出するのはまだ早い。12月になってから」</p>	<p>12月00日 ドライブ実施                  病院～〇〇～△～×～病院                  外出を増やしていきませんか？「1ヶ月に1回くらい良かったら…」</p>	<p>平成22年1月                  ・半年で外出は2回。外出を増やし、地域での生活のイメージづくりをし                  ・病棟での個別支援できないか。外出や買い物など、病棟での生活に少しずつ変化を！                  ・退院後の生活に必要な事情(買い物・料理・その他)を本人が気づき、入院中から自分のために力をだしていくことが必要。どのように支援すればいいのか…</p>
<p>推進員の支援の受けたい、</p>	<p>本人の様子</p>	<p>病棟</p>	<p>家族へのアプローチ</p>	<p>家族</p>	<p>本人</p>	<p>本人</p>	<p>本人</p>
		<p>8月00日 自宅確認                  キーパーソンと連絡がとれず、自宅の鍵もないため、中の様子を確かめることはできなかった</p>					<p>12月00日 本人、病棟担当Ns,PSW 自宅訪問 家族との面談                  「事業利用のことは初めて聞いた。本人の置かれた状況を知っているの、本人と一緒に住む気はない、団地に戻ってくるなら、身の振り方を考える」</p>
		<p>PSW、キーパーソン面談                  「お盆に親族が集まるので、そこで話し合いをする」</p>		<p>電話、訪問等でアプローチャするが、連絡がない                  小遣り銭の入金日が不定期のため、会うことも難しい</p>			<p>12月00日                  キーパーソン小遣り入金時に、PSWと面談                  「以前の悪い状態を知っているため不安。施設入所を希望。施設は職近くがいい。金銭管理は、引き継ぎ自分が行う。」</p>
		<p>関係地域機関</p>					<p>地域移行支援特別対策事業                  1回目更新</p>

2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
<p>推進員の支援体制</p> <p>・GH・AP等の見学実施 ・外出を増やしたい、退院に向けて買い物、洗濯等の練習も必要</p>	<p>・那覇市内AP① 見学</p> <p>・3月00日「△△ホーム」面談</p> <p>・3月00日入居断られる 母子ペーシェン低下。「やっぱり団地がいいかな…家族と一緒に住もうかね…」</p> <p>・3月00日 那覇市 x x GH/O x GH 那覇市内AP② 見学</p>	<p>4月0日 GH「ホーム x x」見学</p> <p>病院に近く、気に入った様子。体験入所受け入れ返事待ち。</p> <p>4月00日 「施設(ホーム x x)」には行きたくない キーパーソンや家族の気持ち再度伝えるが、意志は固い</p>	<p>推進員対応</p>	<p>退院後の生活がイメージできているかな？</p> <p>金銭管理・買い物・服薬・通院 等</p>	<p>・実際の生活の場(団地)の環境を確認したい ・生活能力を確認したい。退院後2ヶ月しか支援できない。新しい支援者・サービスを調整するためにも必要。 ・退院に向けて、自分のために力を出してほしい ・推進員ができること、できないことの確認</p>	<p>1回/週 スーパーへ買い物 ピア同行</p>
<p>本人の様子</p>	<p>・3月00日「△△ホーム」面談</p> <p>・3月00日入居断られる 母子ペーシェン低下。「やっぱり団地がいいかな…家族と一緒に住もうかね…」</p> <p>・3月00日 那覇市 x x GH/O x GH 那覇市内AP② 見学</p>	<p>4月0日 GH「ホーム x x」見学</p> <p>病院に近く、気に入った様子。体験入所受け入れ返事待ち。</p> <p>4月00日 「施設(ホーム x x)」には行きたくない キーパーソンや家族の気持ち再度伝えるが、意志は固い</p>	<p>5月00日 「GH・APの見学してきたが、本当はずっと自宅に帰りたい。体験入所キャンセル」</p> <p>5月00日 キーパーソンと面談「団地に帰る」と伝えたい。</p>	<p>「団地に退院して、家族と一緒に暮らす」「自分の家なのに！帰りたい」「団地は前に行ったからいいよ」「退院したら料理、洗濯は自分でするよ。前やってたからできるよ。今はやらないよ。」</p>	<p>「今までいるなんどころに行っただからいいよ」「たまたまドライブして、あとはおしゃべりでいいよ」「話し合い」</p> <p>スーパーに行ってみる…(積極的ではない)</p>	<p>「団地近くのスーパーはイヤ。病院近くだった方がいい。」</p> <p>100円準備し、外出用の洋服に着替えてスーパーへ</p> <p>・7月00日「あんたややって」逃げるようにして買い物・レジ後ろから並ぶ・バーコードを通すことを知らない</p> <p>・7月00日 バックコーヒーをカゴに入れると、急いでレジへで支払い、すぐ外に出てしまう</p> <p>・8月0日 他スーパーへ 雰囲気の違いに戸惑い「もう帰る！」落ちきよう声を掛けると、飲み物の種類、値段の比較もできるよになる。レジ割り込み</p> <p>・入院前の振り取り</p> <p>「お兄さんが警察をよんで、病院に連れてこられた。自分は普通だった。お兄さんが悪い」「菓は飲んでいいなかった。飲まないで大胆不敵になる。」</p> <p>ピアサポーターに「菓はやめたことないの?」と質問</p>
<p>病棟</p>			<p>担当Ns 本人の悪い確認</p>	<p>6月0日 支援会議 団地退院へ向けて、支援内容・計画の見直し</p>	<p>生活スキルの確認可否的 担当Nsへ相談⇒家族がやってくれると思ってい ADL評価⇒OTに協力依頼</p>	
<p>家族へのアプローチ</p>					<p>PSWより家族へ電話</p> <p>・支援の経過を説明「サービスを整えるとか、そういうことでない。顔を見るのも、同じ空間にいるのもイヤ」「本人を帰すなら自分がでいていく…今は金銭的に余裕がない」</p>	<p>「お盆に親族が集まるので、そこで退院や今後の生活について親族と相談したい。8月末に病院へ意向を伝える」</p>
<p>キーパーソン</p>			<p>5月00日 入院費支払い時に面談 ①本人が団地に帰ることを希望していること ②これまでの退院支援の経過と、外泊協力のお願い ③退院後の支援の提案</p>	<p>小遣い銭の入金 土曜日 職員を連れてくるのか…? アプローチするが会う事がさらに難しくなる</p>		
<p>関係地域機関</p>			<p>福祉事務所「医療扶助」支給</p>	<p>地域移行支援特別対策事業 2回目更新</p>		

9月	10月	11月	12月	平成23年1月
<p>推進員 の 支 援 想 い</p>	<p>10月00日 支援会議 現在の課題確認 今後の支援方向性検討(本人の想いを進めなければ、気持ちも乗ってこない。住宅、金銭に關しては行政も交えた支援を...) 個別支援計画書の作成・本人説明</p>	<p>10月00日 支援会議参加 ■「退院したい。自分のお金(障害年金・生活保護)を自分で管理したい。」 ■「(退院後は)団地がいいが、カギがない。」 ■「退院後の生活について、なにも心配はない。家事も、自分で出来る、大丈夫。」 ■「薬は1日4回。(どうして飲むの?)理由はない。どこも悪くない。自分の病気がわからない。」 ■「(団地に行かない理由は何?)ない。(買われるが気になることは?)ない。団地の確認へ行く。」 10月00日 団地周辺の確認に行く。一部新しく立て替えられた高層の棟を見とびつくりしている。自宅は留守のようで窓はなかつた。駐車場の階段で休んでいると、気分が悪いと話し、嘔吐する。緊張?多飲水? 10月00日 個別支援計画書の説明 小遣い銭がないためか、ソフソフして落ちて着かなない。質問に対してためか、返答しても否定的なものが多い。しかし、自分の好きなおしゃべりは一方的にする。</p>	<p>11月00日 支援会議実施 個別支援計画書に基づいた支援実施</p>	<p>病院訪問</p>
<p>本人の様子</p>	<p>①小遣い銭の入金が遅れ、買い物に難くなる。「買い物に行けない日はおしゃべりして過ごせばいい!」 ②スーパーの買い物に連れてきたが、コーヒを買った後だけを楽しみにスーパーへ出て行く。退院後の生活をイメージして弁当、ラーメンも見て欲しい!話し合い ①PSWから推進員の役割を伝えてもらう ②スーパーでいろいろいる商品を見るように促してもらう ↓ コーヒー以外に、お弁当の値段をみることできた 9月00日 団地近くのスーパーに誘う「行ってコーヒーを買って帰って来て欲しい。無理やりに買わなくていい。最近...」 「外出すると新興宗教が見張っている」「若い女性が、髪を自分でこちらをみていた」「葉飲んでいるから、髪にみられる」との発言が度々聞かれる</p>	<p>11月00日 郊外大型スーパーへ外出 「お金がないから外には行かない!!」退院のイメージできなくて困るのはNo.8さん ↓ しばらく考えてから「来週行く」と返答するが、「行く!」と皆が席を立つと、自身も席を立て準備を始める。ATMの音声案内にビクビクし、通帳とカードを入れたら本当に戻ってくるのか何度も確認。 11月00日 団地近くのスーパーへ人の多さに圧倒され、一瞬足が止まるが、いつものようにカゴをもって飲料コーナーへ向かう。緊張しているのか早足だが、途中、弁当の値段を確認。飲料の値段を確認し、一人でレジを済ませる。 ●キーパーソンと面談「年金、通帳は自分で管理したい」 11月00日 ポートしながら歩いている。表情硬く、髪はボサボサで、地べたに履き込んでしまふ。「3時間しか睡れない。キツイ」とのこと。アが「葉を減らしたら体調がキツイでしょ?だから葉は必要なんだよ。」と話す。素直にならず。</p>	<p>11月下旬【不眠、表情硬い、話にまとまらない】の症状がみられる。本人も「葉が減るとソライ」と感じ、葉の必要性を感じていた様子。 1月上旬に閉鎖病棟から、開放病棟に移動。 服薬調整し、病状は安定している。本人いわく「70%」とのこと。 1月00日 市役所へ「障害者手帳の申請」抵抗⇒閉鎖病棟移動</p>	<p>病棟</p>
<p>家族様</p>	<p>支援会議後、服薬調整 4回/1日(朝・昼・晩・寝る前) 2回/1日(晩・寝る前)</p>	<p>服薬調整</p>	<p>服薬調整</p>	<p>地域移行支援特別対策事業 3回目更新</p>
<p>家族へのアプローチ</p>	<p>10月00日 家族より電話 「キーパーソンより、団地をでなくていいと言われた」とのこと</p>	<p>(キーパーソンへ、本人に力をつけてもらうため、団地への外出・外泊訓練 協力願ひ)ーカギは家族しか持っていない。外出は家族が家を出てからでないと難しいと思う。今月中に家族と相談する。 ↓ 家族から連絡なし</p>	<p>11月00日 キーパーソンと面談 7月に聞いた障害年金の現状届け未提出(年金一時停止、入院費8・9・10月分未払い)。退院後は自分を頼って欲しくない。11月00日 キーパーソンへ電話 ⇒今後の支援について説明「通帳」という言葉をだすと、過剰に反応し話が進まない。</p>	<p>金銭管理のサポートとして権利擁護センターへ相談</p>
<p>関係機関</p>	<p>10月00日 キーパーソンより電話 PSW以下を伝える ①これまででの支援の経過報告 ②本人が団地を希望していること、家族が施設を希望するから、本人へ説明し、入所のための協力をしてもらいたいこと ③家族だけに負担をかけることはいらないこと、話し合いをしたいと思います</p>	<p>11月00日 生活保護担当者へ電話にて相談。キーパーソンへ管理状況の確認、金銭本人管理の促しお願ひ。 12月00日 キーパーソン来院 通帳を持つてくる。本人の病状や病棟移動した経緯を説明するが、素っ気無い返事。</p>	<p>11月00日 生活保護担当者へ電話にて相談。キーパーソンへ管理状況の確認、金銭本人管理の促しお願ひ。 12月00日 キーパーソン来院 通帳を持つてくる。本人の病状や病棟移動した経緯を説明するが、素っ気無い返事。</p>	<p>地域移行支援特別対策事業 3回目更新</p>

推進員 の 支 援 の 想 い	2月  2月0日 「家族と一緒に住みたい」とのこと。家族が難しい言った場合には、一人暮らしになると思うが、一人暮らしはやっていけそうか尋ねると、「一人暮らしはしたことないから…寂しいよ」今までは一人で生きてきた。2月0日 「寂しい」という言葉が初めてでできた。2月0日 推進員研修のため、PSW・ピア・リーダー・実習生でスーパーへ買い物。その後、公園へ花見。2月0日 看護師・PSW・他患2名と共に地域活動支援センター来所。個別支援会議参加。「金銭の自己管理」について、本人と確認。1週3,500円で様子を見ていくことになった。「退院したら団地に住む、家族と一緒に住みたい。」本人が家族へ想いを伝え、家族の気持ちを確認する場が必要。	3月  3月0日 生活用品・衣服等の買い物(下見)。気持ちに余裕があるのか、目的以外の商品も手に取り、値段を確かめている。3月0日 「外出用の洋服を買う」とのこと。2万円持って、先日下見した郊外型スーパーへ。自分で選んだ靴、ストラップ、スニヤツ、ジャケットを試着し購入。レジに行く前に、一つひとつのおおよその値段を読み上げると、合計は自分で計算することができた。3月00日 「言葉では伝えられないが、薬が変わってからはなだかおかし、前の薬に長けてほしい。」「変な薬を飲まされてる」と話す。ピアサポーターが、先生は一番いい量を調整している、また調整には時間がかかることを伝え、入退院を繰り返した体験、退院後も服薬が必要であることを聞き考え込んでいる。3月25日 障害者手帳交付。ピアサポーターからどこまで手帳がつかえるか、教えてもらっている。その後、団地内に3分ほどで行ける距離にあり、皆が「退院のプレゼント」だねと話すと喜んでいる。	4月  個別支援会議 市・保健所、定期的参加 個別支援計画書見直し・作成	5月  5月0日 自宅訪問について「また行ってみたい」とのこと。家族とは「一緒に暮らしたい」という想いは強い。手紙は看護師と一緒に書いて送ったとのこと。5月00日 「わからないことは家族がいるから大丈夫。家族がやってくれると生活すべてを頼っているようにも感じる。家族は本人の面倒をみる人ではない、自分のことは自分でやらないといけないと伝えると、「じゃあ、推進員さんに頼むぞ」と話すので、推進員は頑張る人の手伝いしかしない。」ことを伝える。5月00日 「個別支援計画書」内容の説明・確認。小遣い銭について、自分で1ヶ月分管理している。管理は大変だが、困っていないが尋ねると「小遣い銭係りに預けているから大丈夫」と返す。また、「お金の返す。その他、家族のことや、なぜ団地へ帰れないのか等の内容に触れると、口を閉ざしてしまう。」4月00日 「退院の際に荷物を入れるカバンを買いに行く」と、外出用の服で待っている。売却までは、すぐ「これいいよ」と決めるので、何種類か見比べてから購入することを勧めると、ピアサポーターと一緒に確かめている。4月00日 退院後の生活がイメージできるように、担当看護師が「地域活動支援センターへ行くように」促す。センターでは口のガクガクを気にしていたが、利用者から「私も目の下がピクピク、と、安心して様子を見てほしい。」
病 棟	小遣い銭1週間3,500円で、金銭管理スキル確認 副作用のため服薬調整	1ヶ月分の金銭管理を実施。スキル確認。 金額と期間を検討。	4月0・00日に本人から「薬が強い」との繰り返し訴えがあったため、主治医・担当看護師へ相談。病棟対応。  服薬調整	5月00日 「少し被害妄想が強い」とのこと。言葉で症状を伝える事が難しいようで、手で小さな波をうつら動かししている。これからはどうなりたいの？と尋ねると、再び手で平波の線(安定)を描き、続けて右上がりに手を動かしていく。右上がりに動かしが、不安や心配の意味。また、今日はピアサポーターが、薬はきちんと飲んで、不安や心配がなくなった。退院後、本人も不安や心配ごとで体調を崩さないように、困ったことを相談する相手が必要であると話す。静かに聴いて、その他、退院後は「家族と一緒に住みたい」とのこと。日中はテレビ・散歩・マンがを飲んで過ごしたいとのことであった。気が向いたら地活に行くこと話す。
家 族 へ の ア プ ロ ー チ	「退院までの計画」を家族へ手紙	4月00日 本人、担当看護師、PSW、事務局で自宅(団地)へ向かうが、家族は不在だったとのこと。ベランダは以前よりきれいになって(片付けられて)いた様子。	4月00日 本人、担当看護師、PSW、事務局で自宅(団地)へ向かうが、家族は不在だったとのこと。ベランダは以前よりきれいになって(片付けられて)いた様子。	
開 係 地 域 機 関	地域移行支援特別対策事業 4回目更新 次年度、那覇・浦添地区自立促進支援協議会が9ヶ月に1回の開催(6月・9月・12月・3月)になることから、この月にあわせて対象者の更新が出来るよう、更新日を調整した。			

	6月	7月	8月	9月
<p>推進員 支援の 支援の</p>	<p>6月00・00・00日 銀行へ預金引き出しの練習。久しぶりの外出で気分転換になると話す。銀行ではかなり緊張している。用紙記入も手が震えるからと拒否するが、推進員の促しでゆづり記入する。その後、行員から、現金・通帳などを本人に渡されるが、焦りが強く、ポケットにそのまま全部突っ込んでしまう。車に乗るも「印鑑がない」と言い、再びカウンタ―へ、「混乱している。その後、貴重品が気になるのか、何度もポケットから出し入れしている。帰院する車中では、周囲の視線を気にして、隠れるようにポケットの中の物を他のポケットへ移動させている。しかし、本人はどこに移動させたか忘れてしまう。</p>	<p>7月0日 「外出はしない。体調は良くない。何か、「被害妄想」がある。今は今後の生活のことなどは考えられないと話す。周りの視線は気になるか尋ねると、「自分が落ち着かなくキョロキョロしてしまつて、周りからおかしく見られるからとのこと。7月0日 5月末より、外出を減らすことが嫌いでいるので、病棟看護師と共に面談。本人「来週はドライブして、再来週に地活へ行く」と話す。その他、「被害妄想」について話す。看護師によると「自分から積極的に病状を伝えることはないとのこと。また「イヤダ」と罵詈雑言を主張したり、病状を訴えるのは意味がわからない」と話す。</p>	<p>8月0日 個別支援計画書の内容を本人へ確認。相談支援専門員の受け取りも一人でき、封筒に整理してからポケットに入れている。8月0日 支援日を書いたメモを、引き出しに入れておき、確認。本人「自分でB銀行に行つて、新しい通帳をつくらせ、年金の手続きを済ませておきたい」と話す。急いで本人の手続きを行う。8月00日 役所同行 ①年金の現況届け手続き ②年金証書、障害者手帳の新番地への変更 ③生活保護について障害福祉課と相談</p>	<p>9月0日 携帯電話をみるために郊外大型スーパーへ向かう。帰りの車中で家族の話を聞いて「病棟スタッフが話していた」「何か言っていましたか？普通の話よ」「家族と一緒に住めるか？」「…(道路の話題に話をそらす)」との受け答え。9月0日 外出用の服に着替え、1階廊下を歩いている。しかし、B銀行の通帳を忘れたと、病棟まで取りに行く。しばらくすると、きちんと通帳を持って外へ来て来る。郵便局では「あんた書いてどと笑っているよ。自分で書くよ。自分で書いてから、次週の計画。次回は自宅へ行くこと。また、家族と一緒に住まないこと、団地で1人でやっていることをPSWより再度伝える。9月0日 自宅のボストンに家族がカギを入れてあつたので、そのカギで本人が自分で開けて入る。室内は大掃除・修繕が必要な状態。「家族はいいけど、一人暮らしは大丈夫？」と聞くと、「頑張るよ」と返答。9月0日 市の窓口で申請用紙に記入。窓口担当者の説明を聞き、質問にもはっきりとした声で答えている。役所で手続きを終えた後、B銀行へ向かう。出金の手続きは余裕を感じる。金融を記入するマス目やマスターカード部分に関しては声が必要。その後、スーパーに寄って飲み物を購入してから自宅へ向かう。自宅では部屋の真ん中に座り、タハコを吸いながらおしゃべりする。家は安心するの、自然な笑顔が多い。</p>
			<p>個別支援会議 福祉事務所 参加 個別支援計画書 見直し・作成 団地へ外出し、体感をしてみて初めて、今やろうとしていることの意味を理解できていると思うが、今はそのメッセージを伝えながら、銀行や地活の利用など、できることから取り組んでいく。</p>	
			<p>金銭管理は退院後のことを考え、銀行利用練習へ。推進員へ移行。事業の日付記入。飲み忘れを防ぐために、ボックスを利用して管理練習。</p>	<p>郷、9月00日前後に引越。00日にカギの件でPSWへ電話連絡あり。</p>
<p>病棟</p>		<p>7月0日 病棟看護師 面談同様 院内では病状について特に関わった様子は見られなかったこと、病棟看護師と共に病状確認。また、不安・緊張を感じていないかも確認。本人「葉が変わったせいで」と話す。退院後廊下ルームで、他患と一緒に服薬自己管理について話し合い。</p>		
<p>家族 へのア</p>	<p>キー</p>			
				<p>〇地域移行支援特別対策事業 5回目更新 〇B銀行で預金引き出しの練習をしながら、行員さんと慣らしになる。行員さんら支援に理解を示して頂けた。 〇退院後の福祉サービスについては障害福祉サービス申請すること、申請し、非該当の場合には障害福祉サービスの申請とのこと。</p>
			<p>〇地域生活を生かすため、相談支援専門員との関係づくり実施。 〇8月00日 福祉事務所担当者と共に、退院に向けた支援計画の検討。生活保護の移管について相談。</p>	

推進員 支の 援 想 い	10月 個別支援会議 訪問看護 定期的参加	11月 個別支援計画書見直し・作成	12月 個別支援会議 地域相談センター〇〇 定期的参加
本人の 様子	<p>10月〇日 障害福祉課担当者からもらった、団地修繕の項目、負担先の一覧を見ながら、自宅の片付け・修繕について話し合い、部屋がきれいになったら、まずはテレビを買おうと話している。</p> <p>10月〇〇日 清掃業者と処分する物品の確認及び見積もり依頼</p> <p>10月〇〇日 たまには気分転換。海へ。</p> <p>10月〇〇日 B銀行でお金を引き出し、水道局へ支払いを行う。手帳は記入欄のサポートが主で、積極的に自分で言う。支援中、ふいに「退院したら薬は飲まなくていいかね」と話す。ピアサポーターが「薬を飲むこと、おいしいごはんを食べることも、健康になることしないと、保護費はもらえないことを説明すると、驚きながらも理解しているように、「眠れなくなったら困るから、薬は飲んだ方がいいね」と話している。</p> <p>10月〇〇日 公共料金の支払い</p>	<p>11月〇日 個別支援計画書の内容を本人へ確認。地活用。ソファに座り利用者さんと一緒にしゃべり。</p> <p>11月〇〇日 自宅へ行き、処分する物と、残しておく物の確認を行う。その後、B銀行へ、土曜日に病院祭があるので、いつもより少し多く引き出す」と自分なりに予算の計画をしている。引き出しの書類は推進員に頼ることなく、はじめて自分で記入・提出することができた。</p> <p>11月〇〇日 清掃業者と共に、処分家具の運び出し、自宅の大掃除。</p> <p>11月〇〇日 修繕業者と修繕箇所の確認。床・ドアなど、市で負担してもらえないか確認する。</p> <p>11月〇〇日 修繕工事の準備状況を確認。ふいに、推進員の支援はいつまでか聞いてくる。退院後2ヶ月であること伝えると、「その後はどうする？」との返答。地活の支援員がいると伝えると、「支援員はいつまでか？」と質問。地活にしている間は担当であることを伝えると、ホットした様子。</p>	<p>12月〇日 修繕が終わったと業者から報告を受け、自宅の障害。部屋へ連絡し寸法とりをお願いする。</p> <p>12月〇〇日 自宅清掃。途中、1人で着の靴み物を置いてスパーに行く。一人で買った物に行くのは初めてであったが、問題なく購入し帰宅している。1人で買った物で来たことと喜びを伝えると、表情は大きく変わらないうちに、「そうね」と声は自慢げであった。掃除終了後、新しい畳を入れる。イグサのいい匂いと、部屋としくなってきたことに喜んでる。</p> <p>12月〇〇日 介護保険の通知書類が見つからないうちに、市の窓口へ再発行を行い、そのまま障害福祉サービスの申請へ。掃除後、書類整理。本人、手紙とは別に保険証などの大切な書類を入れる袋に入れていた様子。自分で中身を確認し、保管場所も考えていることがわかった。</p> <p>12月〇〇日 家具什器費の見積もりをとり、バーナーへ。</p> <p>12月〇〇日 家具什器費の見積もりをとり、日用品店へ。</p>
病棟	<p>自宅でも引き継ぎ、ボックスで服薬管理できるよう練習中。1週間分の薬切り、日付記入、ボックスへのセットを1人でやる。</p>		
家族 家族へのア プローチ	<p>キーパーソン</p>		
関係機 域関 地	<p>〇相談支援専門員 高島さん、定期的に支援同行。退院後の地域の見守りについて、地域相談センター小塚みなみへ情報収集。</p> <p>〇ヤクルトへ地域の見守り支援依頼</p> <p>〇10月〇〇日 介護保険訪問調査</p> <p>〇隣居人さんへご挨拶。病室や退院についても理解を示して頂けた。</p>	<p>〇地域相談センター小塚みなみへ 見守り支援として定期的な訪問等の相談、地域情報の提供依頼</p> <p>〇ヤクルト小塚センターにて話し合い、本人さんについて は、支援の帰りにヤクルトで商品購入し、ヤクルトレディーと交流。</p> <p>〇団地内商店のおばちゃんへ挨拶。「No. 8さんのおばあちゃんのことばから置のことばはよく知っている」とのこと。</p>	<p>〇ヤクルト、「障害のある方とかかわり方」について勉強会。ヤクルトレディーと顔合わせ。</p> <p>〇12月〇〇日 障害福祉サービス申請</p> <p>〇福祉事務所へ家具什器費について相談。2箇所から見積もりを取り出すようについことのこと。</p>

③個別支援計画書（沖縄県那覇市）

例示 様「個別支援計画書」

平成〇〇年△月××日作成

援助の全体目標	○自宅へ退院したい			
当面の目標	○①自宅へ帰る方法 ②お金を管理する方法を見つけよう ○自分の病気について知ろう ○退院後の生活がイメージできるよう、地域へ出かけてみよう			
ニーズ (やってみたいこと困っていること)	目標 (何のために)	サービス内容・頻度・時間 (どんなことを、どのくらいやる)	提供先・担当者 (誰と一緒に)	優先 順位
自宅に帰りたいけれど鍵がない。自宅の様子が気になる。	自宅の鍵を持ち、定期的に外出できるよう、家族に協力してもらおう。 ※協力が難しい場合には役所に相談しよう	家族に協力してもらえよう、ケースワーカーさんから説明。協力願いをしてもらおう ※役所へ相談、話し合い	・ケースワーカー ・市障害福祉課 ・推進員	1
自分のお金を自分で管理したい	障害年金・生活保護を自分で管理するために、役所へ相談しよう	役所へ相談、話し合い 金額の大きいお金の管理方法、使い方に ついて考えよう	・ケースワーカー ・市障害福祉課 ・福祉事務所 ・看護師	2
自分の病気が分からない	自分の病気を知ろう 退院後、楽しく安定した生活を送るための工夫を考えよう	主治医・病棟看護師と一緒に、①病気や薬の事 ②入院前の振り返り、退院後の生活の工夫を考えよう	・主治医 ・看護師 ・ピアサポーター	3
退院後の生活について考えてみよう	退院後の生活のイメージをするために、自宅周辺を散策してみよう	毎週火曜日外出 自宅周辺のスーパーへ買い物 銀行、バス停などを確認しよう	・推進員 ・ピアサポーター	4
備考				

## 2 当研究における資料及び記録

### (1) 実施体制

#### ①検討委員会委員一覧（あいうえお順：敬称略）

氏名	所属団体名等／役職
天田 孝	札幌市保健福祉局保健福祉部障がい福祉担当部／部長
伊澤 雄一	NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会／代表
大塚 淳子	社団法人日本精神保健福祉士協会／常務理事
桶谷 肇	NPO法人地域精神保健福祉機構／事務局長
後藤 盛聡	埼玉県狭山保健所保健予防推進担当／主任
鈴木あおい	NHK学園社会福祉士養成課程／講師
鈴木 卓郎	社会福祉法人府中えりじあ福祉会／退院促進コーディネーター
○高畑 隆	埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科／教授
野村 恭代	関西福祉科学大学社会福祉学部社会福祉学科／講師

○：委員長

#### ②事業実施担当者一覧（あいうえお順：敬称略）

##### ◆ガイドライン作成のための分析チーム

氏名	所属団体名等／役職
伊澤 雄一	NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会／代表
尾関 久子	NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会／副代表
後藤 盛聡	埼玉県狭山保健所保健予防推進担当／主任
鈴木あおい	NHK学園社会福祉士養成課程／講師
鈴木 卓郎	社会福祉法人府中えりじあ福祉会／退院促進コーディネーター
長見 英知	湘南精神保健福祉士事務所
宮坂 勇	NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会／事務局
野村 恭代	関西福祉科学大学社会福祉学部社会福祉学科／講師



◆事業担当要員

氏名	所属団体名等／役職
尾関 久子	再掲
鈴木あおい	再掲
鈴木 卓郎	再掲
田中 直樹	NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会／事務局長
戸高 洋充	NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会／副代表
長見 英知	再掲
宮坂 勇	再掲

◆経理担当要員

氏名	所属団体名等／役職
内山 澄子	NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会／常任理事
佐藤 直子	NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会／事務局
宮崎智恵子	NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会／事務局

◆事業事務局

氏名	所属団体名等／役職
田中 直樹	再掲
宮坂 勇	再掲

③執筆者一覧

構成	内容	執筆者
第1章	当ガイドラインの総論以外	事務局
第1章	当ガイドラインの総論	高畑 隆
第2章	障害者の地域生活を支える制度の動向	伊澤 雄一
第3章	岩手県北上市における取り組み	宮坂 勇
第4章	東京都中野区における取り組み	宮坂 勇
第5章	大阪府堺市における取り組み	尾関 久子
第6章	鳥取県東部圏域における取り組み	長見 英知
第7章	沖縄県那覇市における取り組み	鈴木あおい
第8章	個別支援における具体的な支援のポイント	鈴木 卓郎
第8章	障害者の地域移行・地域定着支援体制の5つの要素	野村 恭代 天田 孝 後藤 盛聡
第9章	自治体における地域移行・地域定着支援に対する視点	天田 孝
第9章	結論と今後の課題	高畑 隆

## (2) 調査・会議等開催日程

### ① 検討委員会開催日程及び議事内容

回	日時及び開催場所	議事内容
第1回	平成23年10月30日(日) 16時00分～18時00分 A P品川9階P会議室	①実施事業についての説明 ・平成23年度障害者総合福祉推進事業「地域移行・地域定着支援の充実強化に向けた事例収集とガイドラインの作成」に関する事業実施計画 ②検討委員の紹介及び、検討委員長を選出 ③事業実施体制の確認 ④事業スケジュールに関する検討 ⑤実地調査及びヒアリングに関する検討 ⑥その他
第2回	平成23年12月18日(日) 15時00分～17時00分 A P品川9階P会議室	①事業進捗状況の報告 ・実地調査・ヒアリングに関する進捗状況 ・基礎情報の収集に関する進捗状況 ・ガイドライン及び概要版に関する進捗状況 ②実地調査・ヒアリングに関する検討 ③基礎情報収集に関する検討 ④ガイドライン及び概要版骨子に関する検討 ⑤事業スケジュールの修正に関する検討 ⑥事務連絡・その他
第3回	平成24年1月29日(日) 15時00分～17時00分 A P品川9階P会議室	①事業進捗状況の報告 ・実地調査・ヒアリングに関する進捗状況 ・基礎情報の収集に関する進捗状況 ②実地調査・ヒアリングに関する検討 ③基礎情報収集に関する検討 ④ガイドライン及び概要版骨子に関する検討 ⑤報告会に関する検討 ⑥事業スケジュールの修正に関する検討 ⑦事務連絡・その他
第4回	※追加ヒアリング 平成24年2月28日(火) 14時00分～15時30分 A P品川10階E会議室	・東京都中野区・大阪府堺市・沖縄県那覇市における追加ヒアリング
	※検討委員会 平成24年2月28日(火) 15時40分～17時00分 A P品川10階E会議室	①事業進捗状況の報告 ②ガイドライン及び概要版骨子に関する検討 ・原稿作成の進捗状況 ・ガイドライン及び概要版の構成に関する検討 ③報告会に関する検討 ・申し込み状況の報告 ・当日の役割当について ④事業スケジュールの修正に関する検討 ⑤事務連絡・その他

## ②分析チーム検討会

回	開催日時
第1回	平成24年2月6日(月) 19時00分～21時00分
第2回	平成24年2月13日(月) 19時00分～21時00分
第3回	平成24年3月3日(土) 13時00分～18時00分

## (3) 実地調査及びヒアリングの開催

### ①大阪府堺市

日時	平成23年11月30日(水)
場所	堺市役所
インタビュアー	鈴木あおい・尾関久子
グループ インタビュー 協力者一覧 (敬称略)	<p>中島 宗幸 健康福祉局 障害福祉部 障害施策推進課 企画調整係/係長</p> <p>中本 明子 特定非営利活動法人ソーシャルハウスさい/副理事長</p> <p>大西 亜紀 NPO) えん こころの健康市民サポートセンター/ 相談支援スタッフ</p> <p>佐近 浩司 医療法人 以和貴会 金岡中央病院 医療福祉相談室/ 精神保健福祉士</p> <p>田淵 誠 財) 精神障害者社会復帰促進協会/ 退院促進支援事業コーディネーター・自立支援員</p> <p>川口 誠 財) 精神障害者社会復帰促進協会/ 退院促進支援事業コーディネーター・自立支援員</p>

## ②鳥取県東部圏域

日 時	平成 23 年 12 月 5 日(月)
場 所	鳥取市役所
インタビュアー	鈴木あおい・長見英知
グループ インタビュー 協力者一覧 (敬称略)	<p>谷口 博信 鳥取市福祉保健部 障がい福祉課／ 主査(兼)自立支援係長(兼)身体障害者福祉司</p> <p>河上 正子 鳥取市福祉保健部 障がい福祉課自立支援係／主査</p> <p>北浦 生雄 医療法人メンタルリカバリーセンター幡病院／ 精神保健福祉士・社会福祉士</p> <p>花園 真弓 独立行政法人国立病院機構 鳥取医療センター／ 精神保健福祉士</p> <p>永美 知沙 鳥取県東部総合事務所 福祉保健局 障がい者支援課／ 精神保健担当保健師</p> <p>影井 千春 社会医療法人明和会医療福祉センター相談支援センター サマーハウス／主任ソーシャルワーカー</p>

## ③岩手県北上市

日 時	平成 23 年 12 月 6 日(火)
場 所	北上市役所
インタビュアー	田中直樹・宮坂勇
グループ インタビュー 協力者一覧 (敬称略)	<p>高橋 翔樹 北上市保健福祉部 福祉課 障がい福祉係／社会福祉主事</p> <p>及川 千明 北上市保健福祉部 福祉課 障がい福祉係／主事</p> <p>高橋美恵子 北上市保健福祉部 福祉課 障がい福祉係／上席主任保健師</p> <p>鈴木 満幸 北上市保健福祉部 福祉課 生活保護係／係長</p> <p>川村 護 相談支援事業所 萩の江／相談支援専門員</p> <p>佐藤くみ子 社福)光林会 地域生活支援センターしおん／ 相談支援専門員</p> <p>大田 和彦 特定非営利活動法人なごみの会 しらゆり工房／施設長</p> <p>小原 政則 社福)北上市社会福祉協議会 赤い羽根共同募金北上分会／ 高齢福祉係長</p>

#### ④ 沖縄県那覇市

日 時	平成 23 年 12 月 19 日(月)
場 所	沖縄県中央保健所
インタビュアー	鈴木あおい・宮坂勇
グループ インタビュー 協力者一覧 (敬称略)	<p>永山さなえ 沖縄県中央保健所 地域保健班／班長・保健師</p> <p>喜納みどり 沖縄県中央保健所 地域保健班／主任保健師</p> <p>東英 二 那覇市役所 障がい福祉課／主査</p> <p>徳見れい子 那覇市 障がい福祉課／相談員・主事 (兼) 浜克弥社団) 沖縄県精神障害福祉社会連合会 那覇市地域生活支援センターなんくる／施設長</p> <p>金城多美子 同上／沖縄県精神障害者地域移行支援特別対策事業 地域移行推進員</p> <p>宮里 希 同上／那覇・浦添地区地域移行支援特別対策事業 地域移行支援コーディネーター</p> <p>外間 章浩 沖縄県立精和病院地域連携室／ケースワーカー</p> <p>吉本めぐみ オリブ山病院／医療相談員</p>

#### ⑤ 東京都中野区

日 時	平成 23 年 12 月 21 日(水)
場 所	中野区役所
インタビュアー	鈴木あおい・宮坂勇
グループ インタビュー 協力者一覧 (敬称略)	<p>関口 明彦 中野区自立支援協議会地域生活支援部会／副部会長</p> <p>斉藤 修 中野区保健福祉部 障害福祉分野障害者相談支援担当／係長</p> <p>河村 陽子 中野区健康福祉部 障害福祉分野障害者相談支援担当／保健師</p> <p>伊藤 良 中野区健康福祉部 生活援護分野自立支援担当／係長</p> <p>松田 和也 NPO) リトルポケット中野区精神障害者地域生活支援 センターせせらぎ／施設長</p> <p>志村 敬親 同上／精神保健福祉士</p> <p>福永真由美 中野区生活援護分野退院促進事業受託者 小竹メンタルサポート／精神保健福祉士</p> <p>西山由佳莉 社福) 愛成会 すこやか障害者相談支援事業所すこやか 福祉センター／副管理者</p> <p>吉田 政子 中野区北部すこやか福祉センター／保健師</p>

## (4) 調査報告会

### ①調査報告会概要

- ・副題：「今後の地域移行・地域定着支援を充実した実践とするための手掛り」
- ・開催日程：2012年3月3日（土曜）9:30 受付開始 12:30 終了
- ・開催会場：TKP赤坂ツインタワーカンファレンスセンター ホール7A  
東京都港区赤坂2-17-22 赤坂ツインタワー東館
- ・参加者数：事前申込者数137名、当日参加12名

- ・プログラム①：行政報告「障害者の地域移行・地域定着支援」

[報告者] 工藤 一恵  
厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害福祉課  
地域移行支援専門官

- ・プログラム②：今後の地域移行・地域定着支援に役立てるために

[インタビューアからの報告]

[報告者]

岩手県北上市	宮坂 勇	NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会／事務局
東京都中野区	宮坂 勇	NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会／事務局
大阪府堺市	尾関 久子	NPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会／副代表
鳥取県東部圏域	長見 英知	湘南精神保健福祉士事務所
沖縄県那覇市	鈴木あおい	NHK学園社会福祉士養成課程／講師

- ・プログラム③：調査報告「地域移行・地域定着支援の充実強化に向けた

事例収集とガイドラインの作成」

[報告者] 高畑 隆  
検討委員会委員長／埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科教授

②調査報告「地域移行・地域定着支援の充実強化に向けた事例収集とガイドラインの作成」  
の資料パワーポイント

## 地域移行・地域定着支援 推進モデルに向け



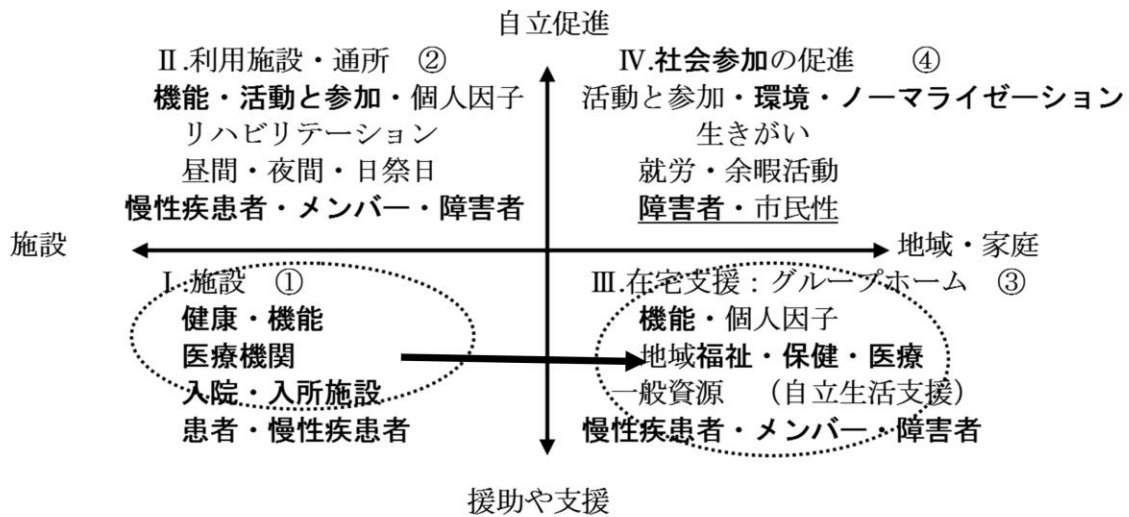
保健予防・健康増進、発達支援をベースに環境改善  
での孤立させない人のつながり、訪問や時間での目標  
づくり、笑顔のコミュニティづくりへ向け

20120229高畑隆

## 地域移行・地域定着の充実強化に向けた 「事例集」・「ガイドライン」作成へ

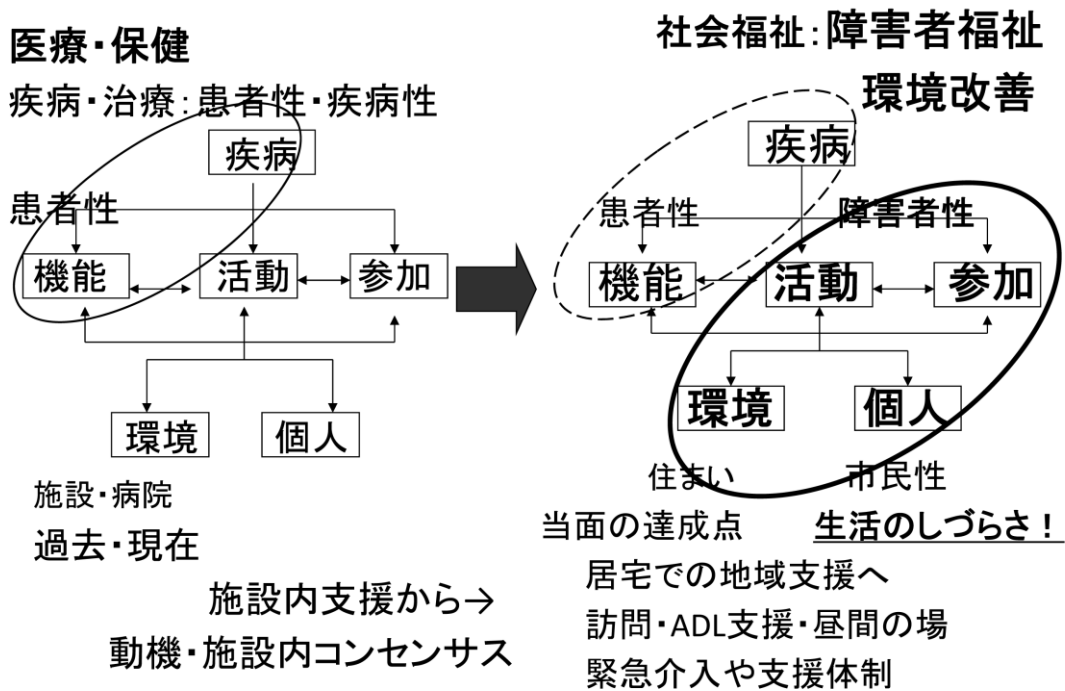
- 目的;住宅入居等支援事業(居住サポート事業)は平成22年で全市町村で13%、先駆的な地域移行・地域定着支援事業の事例を調査分析する
- 方法;
  - ①先駆的活動モデル事例を数か所抽出、ヒアリング等の実地調査
- 結果は調査データ資料を圧縮し構造化
  - ②地域移行・地域定着の「支援体制・実践事例」
  - 「実用的ガイドライン」及び「調査報告」

## ケアマネジメントの視点から 退院促進・定着は I → III の支援 (2012高畑改)



## 施設・病院から地域での居住へ

ICFで時間と重み付け (2012高畑改)

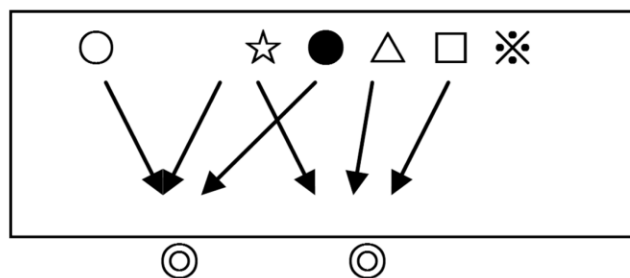




## 施設内での援助・支援

サービスが多様にある。

利用者をその場所の枠組での利用  
(利用対象者数に限り)

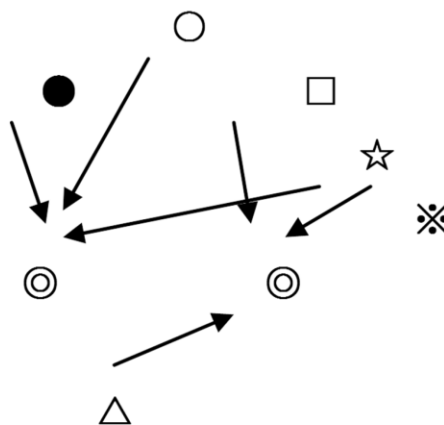


「利用者がサービスの場所へ移動する」

## 地域での支援

サービスの出前（組み合わせる）

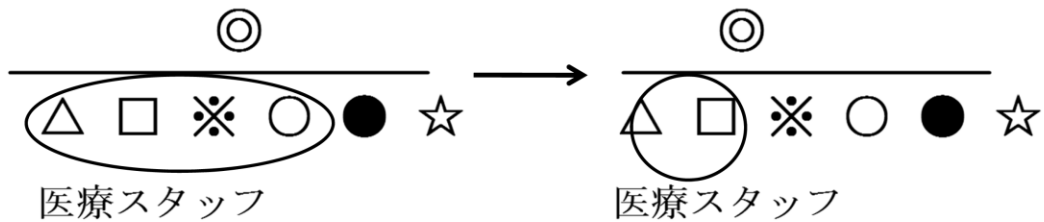
より多くの人を対象（質と量、レベルと対象数）



「サービスが利用者の所へ移動」

## 地域での多職種の支援 チームアプローチ・コラボレーション

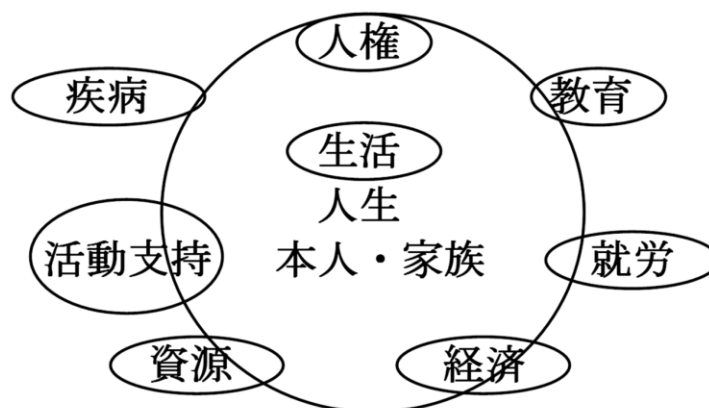
「どこかが全て担うのではなく」



キーパーソンを主に皆で少しづつ担う

\*本人・家族も担う

地域では本人を中心にグループ(チーム)で協働(権利・義務・責任)した支援を意識し、ほかの人の動き情報を全員で共有・本人も共有 一人で抱え込まない

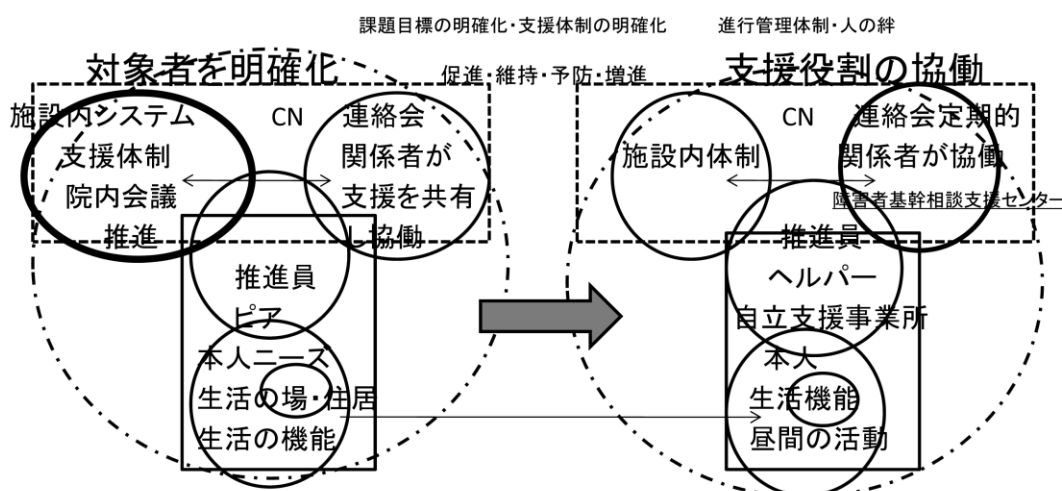


## 生活上の支援を総合的体制で定着化

- 生活上の障害はコミュニケーションや生活課題への支援を明確にし、本人・家族・関係者で生活情報を共有、時間明確化
- 医療・薬等で脳・身体機能の改善・症状の軽減
- 保健・生活習慣の安定は身体機能の安全・安定化
  - 疾病教育で再発予防、慢性疾患学習
- 住む場と支援
  - 経済、ADLなどのホームヘルプサービス
  - 訪問・アウトリーチ、ホームヘルプやショートステイ
  - 電話相談(不安支援)、救急支援
- 昼間の活動の場への参加
  - 日常生活動作、日常生活関連動作の体験
  - コミュニケーションの維持・(+)改善への学習
  - 社会経験・体験を増やしセルフケア力をつけ
  - 孤立させない、人のつながりの維持(社会参加)

## 施設から途切れのない人生の文脈支援体制：地域生活支援型

機能と構造・領域の壁(医療・保健・社会福祉他)を越えた支援体制の絆の構築  
キーパーソンと連続的生活時間・文脈の支援情報の共有で協働



# 事例調査

- 人口バランス・地域条件で
  - 先行研究等からモデル事例を抽出
- 精神障害者を柱に知的・身体障害者の支援も想定
- ヒアリング調査先：
  - ①岩手県北上市：知的・三障害を想定
  - ②東京都中野区：首都圏
  - ③大阪府堺市：政令指定都市
  - ④鳥取県東部圏域：三障害を想定
  - ⑤沖縄県那覇市

## ①地方都市：岩手県北上市

- 協働のタイプ：行政主導・自立支援協議会を通じて形成の民間ネットワーク
- 実践モデル：知的・身体・地域の地域移行モデル

①直接的な個別支援の機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援協議会地域生活移行支援部会事務局</li> <li>・支援員＝地域移行推進員</li> <li>・社会福祉協議会</li> <li>・居住サポート事業</li> <li>・ケア会議</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・北上市、ケースフォロー・対象者把握</li> <li>・各障害事業所に設置</li> <li>・地域生活移行後のサポートの金銭管理</li> <li>・退院後の生活支援、相談事業所でアセス・日中夜間</li> <li>・関係者情報共有</li> </ul>
②スーパービジョン(コンサルテーション)機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援協議会地域生活移行支援部会</li> <li>・各部会リーダーでの運営委員会</li> <li>・居住サポート事業判定会議・決定会議</li> <li>・ケア会議</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県モデル事業、ケース情報検討・体制</li> <li>・情報交換、ケース相談</li> <li>・一人暮らしのニーズ把握、ヘルパー事業所・不動産業者と連携</li> <li>・ケース対応と計画</li> </ul>
③体制整備機能(普及啓発含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・岩手県</li> <li>・北上市</li> <li>・地域生活移行支援部会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会的入院と施設入所数調査</li> <li>・市独自の社会的入院・施設入所者調査、居住サポート事業設計運用</li> <li>・視聴覚教材作成・シンポ・講演会・部会に病棟看護師長</li> </ul>
④その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者勉強会</li> <li>・高齢者の退院促進の課題</li> <li>・北上市調査</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談事業所で移行モデル実践勉強会</li> <li>・障害と介護保険分野連携</li> <li>・市独自調査</li> </ul>