

～精神版～ 湖南太郎さんの安心ロード（支援者用）

- ★ **本人から見える世界を理解する**
・思いを聞き、強みを理解する。
- ★ **本人の生活状況を知る**
・生活への主観的理解と他者からの評価

対象

- 措置入院
- 3か月退院の目的がつかない
- 家族の受け入れがない
- 居住地がない
- 入院を繰り返す
- 病状が回復しにくい
- その他

- ①医療と地域の連携が見える化する
- ②支援のポイントが分かり、医療と地域のお互いの役割や動きがわかる
- ③具体的で実践できる内容

【入院時の見立て・アセスメント】
⑥入院前の生活状況、家族、支援者の状況を把握し、早期に何を支援できるかを探ることが大切
⑦病名、入院期間、病状など本人の見立てが知りたい
⑧障害区分認定を受けるか早期に判断できた

【その他】
⑪入院時、身寄りのない人の保証人の不在・・・

【住まい】
⑫“居宅”を探すことが難しい

【地域の受け入れ】
⑬地域や市が退院に消極的・・・
⑭精神障害者のマイナスイメージによる地域の反対

【外泊や外出時の支援】
⑮困ったときは誰に相談？
⑯地域の支援者と連携がしたい
⑰体験（日中活動、宿泊体験）の場が必要

【関係機関との連携、役割分担】
⑱定期的に本人の様子を確認できる体制
⑲役割分担がはっきりしない
⑳お互いの分野を知ることが重要

【本人の退院後の不安】
㉑仕事のこと、生活費のこと・・・
㉒体調悪化の医療への相談は？
㉓本人、家族の相談先が分からない・・・

【地域生活での問題】
㉔間があいた時にどう変化を見つめるか
㉕どのようにしてケース会議につなぐか

特定と委託が二階建てのイメージで関わる。特定の支援が終了した場合のフォローが未整備
特定から市に終了モニタリングの報告は上がるが、そこで終了になってしまう。状態が悪化してくるとH・Hや作業所が関わ

本人らしい暮らしを目指して



★ 困りごと・課題

【情報収集】
①入院前の生活や生育歴の情報が少ない
②生活の場の現状について医療とも情報共有が必要

【カンファレンス】
③病院・地域・行政が一体となって支援できるよう顔見知りになる
④退院後の生活を見据え、早い段階から多機関の参加が必要
⑤ケース会議の日程調整が難しい

【地域のサービス、医療、地域の役割を知らない】
⑥障害福祉サービスや入院中にできる手続きについて説明する必要がある
⑦行政サービスについて知らないことがある

【家族の支援】
⑧家族の困りごとはどこに相談？
⑨家族の希望（支援内容）の確認
⑩家族の受け入れ態勢の準備（疾病、特性理解、家族負担）
⑪家族間の意思、決定
⑫家族の拒否が強く退院が進まない・・・

【本人の支援の受け入れ】
⑬支援が必要だが、本人が支援を受け入れられない
⑭サービス利用拒否した場合の地域連携をどうする？

【相談機関】
⑮相談機関の一覧があるよい
⑯〇〇機関って何するところ？

入院期間の縛りがあり、3か月過ぎる前で支援体制が整わないまま退院することがある。

医療

地域

1 地域生活

（入院時の情報収集）
□支援機関と計画相談利用の有無の確認
□地域に連絡し、支援者の確認、情報収集（本人、家族、生活状況）
□入院前に困ったこと、入院に至った課題、を確認する。
□本人、家族の思いを確認する。（院内カンファレンス）
（地域との初回カンファレンスの開催）
□ケース会議の日程調整（FAXなど調整の工夫）
□治療目標、入院期間、退院後の支援について確認
□支援について口頭同意を得る
□本人用安心ロードの手渡し※本人の様子、タイミングを見て渡す。

2 入院

（支援方針の確認）
□本人の病気の理解を深めるため、家族教室などの参加を積極的に促す
□疾病教育について
（中間カンファレンスの開催）
□外出、外泊の目的、必要な支援の見立てを地域へ伝える。
□本人用安心ロードの手渡し※本人の様子、タイミングを見て渡す。
□本人独自のスローガンを立てる
□退院後支援が必要かどうか検討する。
□外泊前カンファレンスの日程調整

3 外泊・外出

（外泊・外出時）
□外泊や外出が決したら、地域の支援者へ連絡する
□本人とクライシスプランの作成（外泊中に評価、修正）
□服薬管理の練習、評価
□本人に困ったときに、誰に連絡するのが明確にしておく

4 退院決定

（退院前カンファレンス）
□クライシスプランの共有
□退院後の役割分担の明確化
課題の整理
□退院後個人情報のやり取りの同意確認
□支援者間で悪化時の対応を検討しておく
□退院後ケース会議開催の主体を確認（※医療ニーズが高い場合病院が主体）
□退院後ケース会議の頻度の確認

5 退院

（退院時）
□必要に応じてサマリーで情報共有

6 地域生活

（退院後）
□本人の状態確認
□受診時に変化があればすぐに地域に連絡
□治療中断、受診中断があれば地域の担当者へ連絡
□定期的なケース会議の開催（※医療ニーズが高い場合）
□本人とのかかわり方について支援者へ助言

（病院からの入院報告があった時）
□庁内連携で担当課へ連絡
関わりがなければ連絡を受けた課が返答
（入院時情報提供）
□地域での本人や家族の生活状況を医療機関に情報提供
□本人が暮らし地域の様子が伝わる
（病棟訪問）
□本人と顔合わせ
□退院に向けた支援の説明・同意（カンファレンスへの参加）
□本人と顔合わせ
□退院に向けた支援の説明・同意

（支援方針の確認）
□社会資源の説明（パンフレットの準備）
□障害支援区分認定調査準備
□外泊目的の確認、訪問日調整

（外泊・外出時）
□外出時の訪問し困りごとがないか確認する。必要に応じて相談
□訪問できなければ、ケース会議で様子を確認する。
□地域移行支援を使用するかどうか検討
□障害区分認定調査
□計画相談、サービスの調整

（退院前カンファレンス）
□サービス事業所など退院後の関係機関と日程調整

（退院前カンファレンス）
□クライシスプランの共有
□退院後の役割分担の明確化
□退院以降関わる支援者との情報交換について、本人家族の同意確認。
□病状のことだけではなく、仕事や生活の困りごとについての相談窓口を伝えておく
□**（支援計画非同意者に対して）「病院を退院される方へ」を活用して相談窓口等提示**
□必要に応じて、地域（自治会や民生委員）などとも連携する
□退院後の受診日、受診頻度の確認

（退院後）
□生活上の不安（具体的に仕事や、経済的なことなど）の相談窓口を本人に伝えておく
□相談窓口の一覧の配布
□本人の生活状況を確認
□ケース会議の時にクライシスプランを確認、見直し
□定期的なケース会議の開催
□新たな事業所との情報共有
□モニタリング
□支援に困った時は病院へ相談

（退院後）
□本人状態の確認
□計画相談員へ連絡
□病院へ相談
□受診支援
□家族、事業所、支援者の協力確認

体調悪化時
医療・服薬中断

□病状の程度をアセスメント
□ベッド確保の調整
□誰がどのように連れてくるのかを地域へ確認
□往診等アウトリーチ支援の検討
□最終つながっていた行政機関に（受診支援、緊急対応について）相談

必要時は入院。
②に戻る。