

支援関係者(部会構成機関)が取り組めること

【別紙③】

フロー案 フェーズ	機関 ／ 状態	医療機関			福祉関係者				
		家族	病院	訪問看護	計画相談支援	居宅サービス (ヘルパー等)	通所サービス (就労施設等)	短期入所・入所系 サービス	地域活動支援 センター
安定	通院		●千葉病院 治療。担当MHSWがついていれば来院時声かけ。 担当者のいない患者は本人の希望、もしくは主治医の指示があればサービスの情報提供、調整を行う ●総武病院 本人 相談面接受付 情報共有 初回受診時に声掛け 様子確認 ●船橋北病院 ・受診時に定期面談を行う ・TEL相談 ・社会資源の情報提供、連絡 ・カンファレンス	・訪問看護を通して病状や服薬状況の確認、その他困っていることはないかなど、生活上の相談を伺う。	●クルー ・モニタリングでの自宅訪問にて面談し生活の状況の確認を行う。必要に応じて服薬などのフォローを行う。 ●オアシス ・日常の相談対応 ・モニタリング訪問時に生活・精神症状の確認を行う。 ・関係機関との情報交換 ・悪化時やリスクのサインを関係機関で共有しておく。	障害福祉サービス事業所として、通院状況、服薬状況の確認を行い、関係機関と情報共有する。	●コソルポート 医療機関への受診同行 相談支援への共有、セルフプランの場合、家族または関係者への情報の共有	・宿泊型自立訓練。 本人の目標達成のための支援。 ・短期入所 本人・家族の休息目的	●オアシス ・利用登録時、医師の意見書をいただく ・日常の相談対応
悪化傾向	怠業・通院滞り		●千葉病院 他支援者からの情報をまとめ、主治医に報告、院内で共有 ●総武病院 本人との面接・訪問、訪問看護導入、主治医への報告、関係機関との情報共有、カンファレンス実施 ●船橋北病院 ・受診時に定期面談を行う ・TEL相談 ・社会資源の情報提供、連絡 ・カンファレンス	・怠業、通院が滞っている際は理由や経緯を聞き取り、適切に促す。医療機関への報告・相談を行いながら、本人の病状変化や行動変容など経過を見守る。	●クルー ・モニタリングでの訪問時に、体調の不調や服薬の状況などを確認、本人の意思確認の元受診を促す。関係機関や家族に情報共有を行い必要であれば受診の同行。保健所にも一報入れる。 ●オアシス ・本人の状態の変化について情報交換をおこない、状態が悪化しないよう支援する ・不調や怠業の申告があった場合、その理由や経過を聞き取る。病院への直接相談を促したり、了解をとって病院に連絡する。家族、他の支援機関との情報共有を行い、必要時は受診同行する。	障害福祉サービス事業所として、通院状況、服薬状況の確認を行い、関係機関と情報共有する。	●コソルポート 医療機関への受診同行 相談支援への共有、セルフプランの場合、家族または関係者への情報の共有	・宿泊型自立訓練(病院) 臨時受診、入院手配 ・短期入所(病院・家族・計画相談・GH等)	●オアシス ・電話相談や面談で本人や家族からの相談を受ける ・必要に応じて、関係機関へ連絡
中断	病状悪化・拒否		●千葉病院 他支援者からの情報をまとめ、主治医に報告、院内で共有 ●総武病院 診療、薬剤調整、入院可否の判断、入院調整 ●船橋北病院 ・当院のデイクア、訪問看護利用者であれば、本人にTELして安否確認や受診促しは可能。	・通院が中断しても訪問看護が入れている場合は、訪問時に受診予約の促しや必要に応じてその場で予約を取ってもらう。受診拒否であれば、傾聴して医療機関と相談する。	●クルー ・モニタリング、または臨時で訪問、電話などで本人へ受診の促しを行う。拒否があった場合、家族にも依頼し一緒に受診の働きかけを行う。と同時に、病院、関係機関への情報共有を行う。 ●オアシス ・頓服を促す ・臨時に訪問し、状況を確認する ・本人を心配する旨を声かける。受診勧奨を図り、拒否等あれば、訴える困りごとに沿って支援を検討する。 ・警察等の介入があった際は、警察やかかりつけ医と連携し、本人家族の意向に沿って、入院治療等を調整する。	ご利用者と向き合いながら改善を試みますが、解決が難しい場合は、主治医に相談します。医療と連携が困難な場合は、保健所に相談します。	●コソルポート ヒアリング 本人のニーズに沿った機関へ繋げる 医療機関への受診同行 相談支援への共有、セルフプランの場合、家族または関係者への情報の共有	・宿泊型自立訓練 退所もしくは入院手続き ・短期入所 受け入れ不可	●オアシス ・電話相談や面談で本人や家族からの相談を受ける ・受診や頓服を促す ・本人を心配する旨を声かける
	治療再開(入院)		●千葉病院 治療。支援者へ情報共有。家族に情報聴取、相談 ●総武病院 本人家族のアセスメント、関係機関との情報共有 サービス調整、入院前の振り返り ●船橋北病院 ・関係機関との連絡調整 ・カンファレンス ・入院前の情報をもとに、クライシスプラン作成やプログラム参加等を検討、実施	・治療状況や想定される入院期間等、医療機関と情報共有する。	●オアシス ・状態悪化に至った経過などを情報提供する	弊社は在宅でのサービスとなるため、退院の方向付けが決まってから、退院前カンファレンスの参加やサービスの調整的な役割となります。	●コソルポート 介入は難しい。家族や関係機関との定期的な情報共有		●オアシス ・医療からの相談等があれば、カンファレンスへ出席
	入院中		●千葉病院 治療。支援者へ情報共有。本人、家族の希望を聴取。退院前カンファレンス開催。(事例はないがクライシスプランの作成) ●総武病院 カンファレンスの実施、入院に至る経緯振り返り、課題への対応策検討、クライシスプランの作成 ●船橋北病院 ・関係機関との連絡調整 ・カンファレンス ・入院前の情報をもとに、クライシスプラン作成やプログラム参加等を検討、実施	・退院後の支援について医療機関の意見を伺う。	●クルー ・地域移行支援でのかかわり。(退院の意向の確認)定期的に病院での面談や、外出同行等、相談を行う。また必要なサービスの調整等を行う。 ●オアシス ・状態が落ち着いてきたら、状態悪化に至った原因について、本人、医療を含め振り返りをおこなう ・振り返りの内容を踏まえ、今後の対策を検討していく。 ・本人と一緒にクライシスプランの作成をおこなう ・サービスの再調整をおこなう	障害福祉サービス事業所として、退院後の生活が安定しているか、医療や福祉関係者と情報を提供することができると思います。	●コソルポート 介入は難しい。家族や関係機関との定期的な情報共有		●オアシス ・医療からの相談等があれば、カンファレンスへ出席
	退院(通院)		●千葉病院 治療。外来通院時に声かけ。希望があれば面談や電話相談に対応。各機関と情報共有。 ●総武病院 クライシスプランの作成 対応 ●船橋北病院 ・受診時に定期面談を行う ・TEL相談 ・社会資源の情報提供、連絡 ・カンファレンス	・入院に至った経緯を本人と振り返る。 入院前の病状を踏まえて、訪問の週回数の見直しや服薬管理の方法の再検討を行う。	●クルー ・計画相談支援での支援、定期的に訪問し、モニタリングでの聞き取りや福祉サービスに関する相談や生活面での相談。福祉サービスの調整、必要に応じて地域定着等支援にて緊急対応など行う。各関係機関との情報共有(病院を含む) ●オアシス ・モニタリング時に状態の振り返りをおこなう	障害福祉サービス事業所として、退院後の生活が安定しているか、医療や福祉関係者と情報を提供することができると思います。	●コソルポート 介入は難しい。家族や関係機関との定期的な情報共有		●オアシス ・電話相談や面談で本人や家族からの相談を受ける ・必要に応じて、関係機関と連携

フロー案 フェーズ	機関 ／ 状態	様々な相談窓口								
		基幹相談支援センター （市・区・市町村）	権利擁護センター ぱれっと	住まいのサポート 船橋	あんしんねっと 船橋	N・フィールド	保健センター	障害福祉課	生活支援課	保健所
安定	通院	福祉サービスが入っている方に関しては、情報共有しながら様子見。	定期的な訪問支援を行っているため、お話の中で困りごと等を聞くことはしていますが、今度通院したときに先生に聞いてみて下さいね、などの声掛けで対応しています。	立ち退きや生活状況の変化により転居が必要となった際、生活状況等の確認をしながら、希望される物件の相談とお体の状態により支援者とともに入居されるまでの支援を行います。	保健所と同様で継続支援のケースの場合、定期的に訪問面接して相談に応じたり、病状や場合により服薬等のフォローをする。	・親元から独立して居を構え、生活保護を受給し自立することを検討されている方への住宅支援。 ・訳あって船橋市内在住の方で、生まれ故郷または親族在住の土地（北海道～沖縄）への転居を支援。	・内服や通院の状況の確認、生活状況の確認など。 ※保健センターは定期的な訪問・面接の継続は難しいが、必要時訪問・面接できる。 ・名前を言えば毎回状況を説明しなくても話を聞いてもらえる相談場所の確保。	障害福祉サービスの「通院等介助」等のご案内。対象者はほぼ必ず手帳の申請などで1年に一度は申請に来る方が多いため、必ずとは約束できないが、サービスの説明をすることができる。	継続支援の場合、病院に引き続き定期的に通えるようフォローする。	・継続支援ケースの場合、定期的に訪問（月1回など）を行う。訪問や電話で病状確認をしたり、本人・家族からの相談に応じる。 ・必要があれば、随時家族や関係機関と情報共有を行う。 ・クライシスプランや病状を見守る指標があれば、服薬や通院状況、生活の相談ごとと合わせて確認する。 ・環境に変化があった場合など、必要に応じて関係機関と情報共有をはかる。
		関係機関と情報共有しながら、必要に応じて対応。現状と要因の状況確認。	定期的な訪問支援を行っているため、お話の中で困りごと等を聞くことはしていますが、今度通院したときに先生に聞いてみて下さいね、などの声掛けで対応しています。	立ち退きや生活状況の変化により転居が必要となった際、生活状況等の確認をしながら、希望される物件の相談とお体の状態により支援者とともに入居されるまでの支援を行います。	不調や怠業の申告があった場合、その理由や経過を聞き取る。関係機関に共有する。	ご入居者様に、左記の記入例にある事案が発生した際は、記入例にある対応を行います。	・不調や怠業の申告があった場合、また対象者の家族から悪化傾向の連絡があった場合、その理由や経過を聞き取る。病院への直接相談を促したり、了解をとって病院に連絡する。 ・家族、他の支援機関との情報共有を行い、必要時は計画相談支援事業所と受診同行する。	障害福祉サービスの「通院等介助」等のご案内。対象者はほぼ必ず手帳の申請などで1年に一度は申請に来る方が多いため、必ずとは約束できないが、サービスの説明をすることができる。	通院の滞りがある場合は、その理由を聞き取り、必要であれば病院への同行を行う。	・不調や悪化が窺えた場合、その様子を本人に伝える。「いつもと違う様子に見えるか何かあったか？」「いつ頃から不調か？」「内服や通院はできているか、（していない等の回答なら）その理由を尋ねる」 ・怠業や通院を渋ったり、支援の受入れが悪くなってきたりすれば、主治医や関係機関と情報共有や対応方針を検討する。 ・不調や怠業、通院滞りがあった場合、理由などを聞き取り、解決可能な問題と一緒に考え、支援機関につないだり、同行受診する。また、他の支援機関との情報共有を行う。
中断	病状悪化 ・ 拒否	受診、入院等医療にかかる事を本人に勧める。 同意あれば受診同行、拒否あれば関係機関と情報共有しながら定期的に訪問し、受診の促しを行う。 必要に応じて、警察、救急への通報や医療機関への入院相談を行う。	本人を心配する声かけはしていますが、受診勧奨や入院調整等は出来ません。	立ち退きや生活状況の変化により転居が必要となった際、生活状況等の確認をしながら、希望される物件の相談とお体の状態により支援者とともに入居されるまでの支援を行います。	関係機関に共有。ケース会議を行う。	ご入居者様に、左記の記入例にある事案が発生した際は、記入例にある対応を行います。	・本人への声掛け。受診勧奨を図り、拒否等あれば、訴える困りごとに沿って計画相談支援事業所等と支援を検討する。 ・警察等の介入があった際は、保健所へ連携。警察やかかりつけ医、保健所と連携し、本人家族の意向に沿って、入院治療等を調整する。 ・電話や訪問等において本人や家族に対して受診の必要性を伝える。必要時は「悪化傾向」と同様の対応を実施。	障害福祉サービスの「通院等介助」等のご案内。対象者はほぼ必ず手帳の申請などで、1年に一度は申請に来る方が多いため、必ずとは約束できないが、サービスの説明をすることができる。	本人に対して、なぜ治療の中断をしまっているのか聞き取る。また、症状によって、入院をするかを含め、本人とよく話をする。	・本人を心配する旨を声かけたり、生活状況を確認する。受診勧奨を図り、拒否等あれば、訴える困りごとに沿って支援を検討する。 医療機関などの関係機関と情報共有し方針協議する。 ・中断の事実が把握できていれば、その理由や気持ち等を丁寧に聴きだす。併せて、その理由を聞く。 ・中断による明らかな変化（怒りっぽい、妄想的な言動など）があれば、本人にフィードバックして反応を窺う。 ・受診勧奨は行いが、拒否が強ければ、生活面など本人が困っている部分に着目して関わるように切り替えるなど長く関われるようにする。家族の意向のもと、必要時受療援助を実施する。 ・警察介入があれば、受療援助や法に基づく通報対応（措置入院）に応じる。
		病院の依頼に応じて、退院後を踏まえた地域生活での支援体制作りの為に早期介入。	継続利用者であれば、入院後は病院の相談員さんと連絡調整し、状況の把握や関われる場合には病院を訪問しての支援を続けています。	退院の目的がたち、転居が必要な場合、今後の生活状況等の確認をしながら、希望される物件の相談とお体の状態により支援者とともに入居されるまでの支援を行います。	保健所同様、病院相談員と連絡調整し、入院中からの関わりを検討する。	ご入居者様の急な入院で、鍵の施設が出来ていない場合の鍵の施設。	入院後早期から病院相談員と連絡調整し、必要時に入院中からの関わりを検討する。	障害福祉サービスの「通院等介助」等のご案内。対象者はほぼ必ず手帳の申請などで、1年に一度は申請に来る方が多いため、必ずとは約束できないが、サービスの説明をすることができる。	退院後を視野に入れ、各関係機関と入院中から相談や連絡をとりあう。	・入院決定後速やかに、入院先病院の相談員へ連絡して、退院後支援の動きを提案（相談）する。入院中から本人の課題を関係者と共有する。 ・入院前の様子、治療状況を情報提供する。 ・家族が希望があれば相談に応じたり、サービス等の情報提供を行う。
	入院中	病院の依頼に応じて、退院後を踏まえた地域生活での支援体制作りの為に早期介入。	退院後の生活の基盤となる金銭管理のサービスを導入する場合には、入院中から面談、調査を始め退院時にはサービス開始できるようにしたケースもあります。入院中と在宅に戻ってからはお金の出入りが全く違うので、やや支援に困難も伴いますが、本人および周囲の安心にはつながっていると感じます。	退院の目的がたち、転居が必要な場合、今後の生活状況等の確認をしながら、希望される物件の相談とお体の状態により支援者とともに入居されるまでの支援を行います。	本人、家族、病院職員等の希望やニーズを聴取する。 市内GH空き情報等必要な情報があれば情報共有を行う。	・退院後の生活が、一人暮らしを選択される方への住宅支援 ・支援内容は、物件探し・物件案内（病院までの送迎）・保護課への費用扶助手続き・病院内での契約決済・ライフラインの開始申込・新生活にまつわる諸手続き	本人、家族、病院職員等の希望やニーズを聴取し、退院後の継続支援が必要なケースは、可能な限り、退院前のカンファレンス等に参加、面接する。	障害福祉サービスの「通院等介助」等のご案内。	退院前カンファレンスに関わる機関は参加をする。	・入院先病院の相談員、家族と連絡を取り合い、入院前や退院後における課題、希望、要望を共有する。病院関係者や本人にクライシスプランの作成を相談する。 ・退院後支援に係る意思を確認する。 ・同意が取れば、退院前カンファレンスや退院前面接を行い、病状良好時の状態を把握したり、本人自身から希望・要望、問題意識や治療意欲等を引出す。支援者であることを認識してもらう。 ・退院後の支援体制、指標を決める。必要性や実行性が高ければ、 ・退院に向けた環境調整を検討する。また、退院後再度中断した場合の対応方法についても協議検討する。
		関係機関と情報共有し、随時相談、訪問、必要に応じて対応。	現在は契約内容に基づいて定期訪問や電話等の随時相談に応じています。	立ち退きや生活状況の変化により転居が必要となった際、生活状況等の確認をしながら、希望される物件の相談とお体の状態により支援者とともに入居されるまでの支援を行います。	電話等の随時相談に応じたりする。	ライフラインの再開や、賃料の支払い手続き、投函されるDM等生活全般についての相談を受ける。	入院中の合意事項（クライシスプランなど）を踏まえて、計画相談支援事業所と連携し、電話等の随時相談に応じたりする。	障害福祉サービスの「通院等介助」等のご案内。対象者はほぼ必ず手帳の申請などで、1年に一度は申請に来る方が多いため、必ずとは約束できないが、サービスの説明をすることができる。	クライシスプランを踏まえて、定期的な連絡、訪問、相談に応じ通院が中断しないよう支援していく。	・入院中の合意事項（クライシスプランなど）を踏まえて、定期的に訪問したり、電話等の随時相談に応じたりする。