

共にお金の管理と調理の練習を始めました。お金の使い方は徐々にコントロールできてきた様子で、調理も支援者の指示を受けながらですが、手際も良くなってきています。その後も居住サポート事業所で、土日の過ごし方など、生活に関する様々な相談をお受けしています。

このケースの課題としては、デイケア職員・居住サポート事業所と地域の相談事業所との間でなかなか情報交換が進まず、スムーズな連携が取れないことが挙がっています。本人の状況、今後の支援体制作りなど、関係者間の意識の統一を図っていきたいと思います。

本人が安心できる支援体制を整えた後に、居住サポート事業所としての支援が完了することになります。

#### ◆トラブルとその対処

入院生活が長かった精神障害者にとって、一人暮らしをするということは、体調や生活面に関して心配な事柄や困難な点があるでしょう。けれども生活面の訓練を重ね、家族や病院、支援機関等が連携して支援することで、ごく普通の安定した地域生活が営めるようになります。ただし人によっては、服薬をやめてしまったり、様々なストレスが重なって、病状が不安定な状態になることもあります。また、生活上のさまざまな事柄に慣れずに、家主や近隣から苦情が来ることもあるかもしれません。その際に起こるかもしれないトラブルに関しては、事前に予防し、対策を考えておくことも必要です。トラブルの種類や対処方法については、「不動産会社・家主の望むこと」の章（p

24～26)にも記載しましたが、主にゴミ出し等の生活管理、騒音や視線、病状の悪化、事故や自殺などが心配されています。

#### ◆顔の見える繋がりをつくる

##### 1 支援のネットワークを広げる

精神障がい者の地域生活を支えるためには、関係者が顔の見える距離で繋がり、互いに情報を交換したり協力し合うことが大切です。行政や病院が中心となり、地域で精神障がい者の退院促進推進チームを組織したり、特定の患者のケース会議を通じて、行政、保健所、福祉事務所、病院、地域の支援機関、ボランティアなど地域の関係者によるネットワークができるとよいでしょう。

さらに不動産会社や管理会社等にもこのネットワークと繋がってもらえるように工夫します。たとえば行政や不動産関連団体の協力を得て精神障がい者の支援方策に関する勉強会を開催すると、関心の高い人が集まり、支援の輪が少しずつ広まります。制度が充実してきているなどの情報を積極的に発信し、地域全体で見守り、支援する体制を作ることが理想といえます。

##### 2 地域住民の理解を得るために

精神障害のことを知らずに偏見を持つ人はいまだに少なくありません。グループホームを開設する際にも、地域の理解を得るために以下のようなさまざまな工夫をしていました。精神障害のことを周囲に伝える場合ととくに伝えない場合がありますが、いずれにしろ近隣の人と積極的に交流の機会を作ること、地域になじんで行けるとよいのではないのでしょうか。

##### ①地域住民への説明会の開催

逆にあえて説明はしない場合もあります。説明会の開催については、地域性を踏まえて考えます。説明会では緊急時の対応を支援機関が保証することや行政と連携していること、入居者の様子などを話します。地域の有力者などに事前に相談して協力を得ておくことも効果的です。

#### ② 入居時の挨拶回り

支援機関の名刺を配り、連絡先を伝えておきます。しかし一方で、あえて挨拶回りをしない場合もあり、これもケースバイケースといえます。

#### ③ 日常的な交流

こちらから挨拶をするように心がけます。周辺のごみ拾いや草取り、花の手入れなど、ボランティア的な行為に積極的に参加して地域に貢献することも効果があります。

#### ④ 交流イベントの開催、地域行事への参加

食事会やクリスマス会に招待したり、地域のバザーや盆踊り大会等のイベントに積極的に参加します。一緒に楽しい時を過ごすことが、偏見をなくす近道といえます。

## ◆退去にあたって

退去の理由は、転居のほか、再入院や死亡などがあります。転居先としては、グループホームや他の施設に入所するほか、家族と同居したり、何かの理由で別の住宅に引っ越すことが考えられます。退去する際は、住宅に引っ越して来る際に行ったさまざまな手続きについて、中止したり移動するための手続きが必要になります。(p 22「引越しの時に必要な手続き」参照)

家族や身元引き受け人がいない場合は、地域の福祉事務所や支援機関に連絡して、後片付けや引越しの手配をお願いします。

荷物をすべて片付けて、できるだけ借りる前と同じ状態にした上で不動産会社に来てもらい、住宅内部を点検してもらいます。住宅の清掃費等がいくらになるか後日連絡があり、預けてある敷金(保証金)から清掃費などを引いた残額が指定した口座に振り込まれます。

### 1 再入院の場合

長期入院が予測される場合はいったん解約して退去します。退去の告知が遅くなると、その分の家賃を支払わないといけません。いつまでに退去を告知する必要があるか、あらかじめ契約書等で確認しておきます。また、入院中の荷物の預け入れ先についても検討して手配します。

### 2 転居の場合

引っ越しの手配をします。荷物が多く、引っ越し業者を頼む場合には、数社から見積もりをとるとよいでしょう。

### 3 死亡の場合

遺族に荷物の整理を依頼します。遺族がいない、あるいは協力が得られない場合には、福祉事務所に連絡をして後片付けを依頼します。

## B 事例集

### ◆地域の支援機関と連携した居住サポート事業の展開(松戸市)

障害者自立支援法の地域生活支援事業の中に、居住サポート事業があります。これは、障害者が賃貸住宅等を借りて地域生活を始める際に、入居に必要な手続きを手伝ったり、入居後の生活を支援するものです。

平成 20 年 4 月現在、全国では約 1 割の市町村しか取り組んでいませんが、精神障害者の地域移行をスムーズに進めるために、今後はいっそうの普及が期待されています。居住サポート事業を進める際には、居住サポート事業所と地域の支援機関が連携し、地域資源に合わせた支援体制を整えることが必要となります。ここでは近隣の支援機関とうまく連携して効果をあげている松戸市の居住サポート事業を取り上げ、その進め方や連携している支援機関を紹介します。

#### 1 松戸市居住サポート事業(委託先 NPO 法人千葉精神保健福祉ネット(Mネット))

##### ①事業の主な内容

精神科病院に入院している人が、退院してアパートやグループホームで単身生活をするために、以下のような支援を行っています。利用料は無料です。

- a. 地域生活を送る上での相談や、関係機関との連絡など
- b. 物件探し、契約手続きなど住まいを整えるための支援
- c. その他、必要に応じた支援

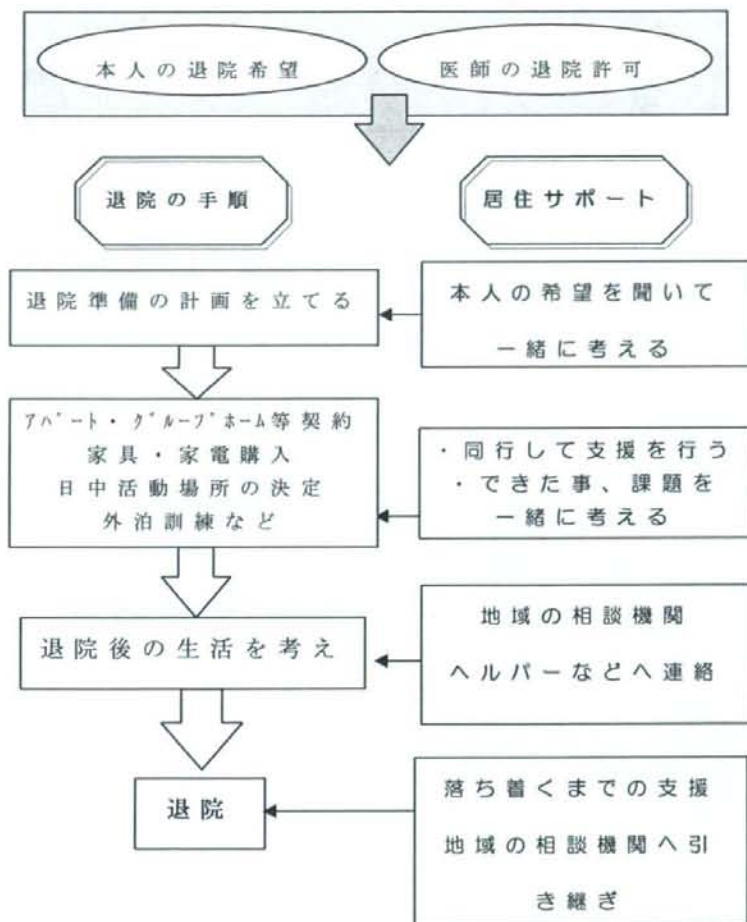
##### ②利用条件

利用者の条件は以下の通りです。

- a . 松戸市内に住民票のある人
- b . 退院後、松戸市周辺に居住を希望している人、
- c . 退院の準備が整っている人（服薬、経済面、生活スキル等）

### ③ 退院手順と居住サポートの内容

以下のような流れで居住サポートを進めています。



(松戸市居住サポート事業パンフレット(Mネット)より)

### ④ チェックシート

松戸市居住サポート事業では、効率的に居住支援を進めるために、本人のアセスメント票や外泊練習振り返りシート、支援状況確認票などを作り、関係者との円滑な情報交換に努めています。(様式1、2、3参照)



1. フェイスシート

|  |        |  |              |       |
|--|--------|--|--------------|-------|
| 氏名<br>（ <small>よりがな</small> ）<br>様   | 男<br>女 | 生年月日<br>年 月 日 歳  | 記入日<br>年 月 日 | 記入者   |
| 住所   |        |  | TEL          |       |
| (緊急連絡先)<br>氏名 ( 歳)   |        | 続柄   | 住所           | TEL   |
| 診断名  | 医療機関   | 担当者 (職種)   | 担当医          | 担当 SW |
| 制度利用状況<br>・障害者手帳 ( 級)      ・障害年金 (基礎・厚生 級)      ・生活保護 (担当 CW )<br>・自立支援医療      ・障害程度区分 (程度 )      ・その他 ( ) |        |  |              |       |
| 生活歴 (学生・就労中の状況など)  |        | 病歴 (発症～現在の状況)  |              |       |
| 家族構成   |        | 生活状況 (1日の流れ、グループ・係活動への参加)<br><br><div style="text-align: center;">                     起床 <span style="margin-left: 200px;">就寝</span><br/>                      ----- <br/>                     ・グループ ( )<br/>                     ・係活動 ( )                 </div> |              |       |
| 趣味・特技、退院後にしてみたいこと  |        |  | 記入者所見・その他の情報 |       |
| 住まい・生活環境の希望  |        |  |              |       |

4.健康状態

|      | 症状・体調悪化のサイン | 対処法 | 備考 |
|------|-------------|-----|----|
| 精神疾患 |             |     |    |
| 身体疾患 |             |     |    |

3.生活スキル（本人一人で行った場合、担当者欄は記入出来る場所のみ） 1できない 2手伝いがあればできる 3…出来る

|           |        | 本人    | 担当者   | 出来ないこと             | 備考 |
|-----------|--------|-------|-------|--------------------|----|
| 日常生活      | 睡眠     | 1・2・3 | 1・2・3 | 寝られない・起きられない・昼寝が多い |    |
|           | 身だしなみ  | 1・2・3 | 1・2・3 | 洗顔・入浴・髭剃り・整髪・着替え   |    |
|           | 食事管理   | 1・2・3 | 1・2・3 | 拒食・減食・過食           |    |
|           | 服薬管理   | 1・2・3 | 1・2・3 | 飲み忘れ・拒薬・頓服使用       |    |
| 社会生活      | 金銭管理   | 1・2・3 | 1・2・3 | 使い過ぎる・使えない・計算できない  |    |
|           | 交通機関利用 | 1・2・3 | 1・2・3 | 電車・バス・他（ ）         |    |
|           | 公的機関利用 | 1・2・3 | 1・2・3 | 銀行・市役所・他（ ）        |    |
|           | 携帯電話利用 | 1・2・3 | 1・2・3 | かける事・受ける事          |    |
| 家事        | 炊事     | 1・2・3 | 1・2・3 | 炊飯・おかず             |    |
|           | 洗濯     | 1・2・3 | 1・2・3 | 洗濯機・クリーニング店利用      |    |
|           | 掃除     | 1・2・3 | 1・2・3 | 部屋・トイレ・風呂・台所       |    |
|           | 買物     | 1・2・3 | 1・2・3 | 食料・日用品・大きな買い物      |    |
| コミュニケーション | 対人関係   | 1・2・3 | 1・2・3 | 無関心・依存・攻撃的・不安定・（ ） |    |
|           | 理解     | 1・2・3 | 1・2・3 | 理解できない・話を聞けない      |    |
|           | 問題解決   | 1・2・3 | 1・2・3 | 自己対処できない・相談できない    |    |
|           | グループ参加 | 1・2・3 | 1・2・3 | フォーマルな場・インフォーマルな場  |    |
| その他・記入者所見 |        |       |       |                    |    |

## 4.入院中の支援状況（居住サポート事業担当者記入欄）

|             | 支援内容 | 支援内容      |
|-------------|------|-----------|
| 服薬管理指導      |      | 身体合併症の理解  |
| スキルの維持・向上   |      | 経済的調整（貯金） |
| 家族調整（後見等）   |      | 日中活動の調整   |
| 医師の退院許可（条件） |      | その他       |

## 5.居住サポート事業利用チェック表

|            | チェック | 備考 |           | チェック | 備考 |
|------------|------|----|-----------|------|----|
| 服薬自己管理     |      |    | 単身生活スキル   |      |    |
| 継続的な収入     |      |    | 支援者との信頼関係 |      |    |
| 本人・病院の活動意思 |      |    | 緊急時の対応    |      |    |

様式2 外泊練習振り返りシート

氏名

様 記入日 年 月 日 病院担当者

記入者

|   |                         |           |
|---|-------------------------|-----------|
| 1日の様子（睡眠、食事、服薬、していた事を記入）外泊期間： 月 日～ 月 日（ 日間） |                         |           |
| 起床  |                         | 就寝        |
| _____                                       |                         |           |
|   | 状況                      | 出来た事・困った事 |
| 食事  | 良かった・バランスが悪い・食べていない     |           |
| 家事  | 出来た・出来なかった（入浴・掃除・洗濯）    |           |
| 睡眠  | 良かった・途中で起きた・不眠・過眠       |           |
| 服薬  | 良かった・飲み忘れあり・拒薬          |           |
| 体の病気  | 問題無し・対応出来た・対応出来なかった     |           |
| お金の管理                                       | 良かった・使い過ぎた・使えなかった       |           |
| 近くの店  | 分かった・分からない（スーパー・コンビニ・他） |           |
| 手続き   | 出来た・出来なかった（銀行・役所・他）     |           |
| 寂しさ   | 寂しくなかった・対処出来た・寂しい       |           |
| その他   |                         |           |
| まとめ   |                         |           |
| 1日の様子（睡眠、食事、服薬、していた事を記入）外泊期間： 月 日～ 月 日（ 日間） |                         |           |
| 起床  |                         | 就寝        |
| _____                                       |                         |           |
|   | 状況                      | 出来た事・困った事 |
| 食事  | 良かった・バランスが悪い・食べていない     |           |
| 家事  | 出来た・出来なかった（入浴・掃除・洗濯）    |           |
| 睡眠  | 良かった・途中で起きた・不眠・過眠       |           |
| 服薬  | 良かった・飲み忘れあり・拒薬          |           |
| 体の病気  | 問題無し・対応出来た・対応出来なかった     |           |
| お金の管理                                       | 良かった・使い過ぎた・使えなかった       |           |
| 近くの店  | 分かった・分からない（スーパー・コンビニ・他） |           |
| 手続き   | 出来た・出来なかった（銀行・役所・他）     |           |
| 寂しさ   | 寂しくなかった・対処出来た・寂しい       |           |
| その他   |                         |           |
| まとめ   |                         |           |


様式3 支援状況確認表

( ) 様 記入日：平成( )年( )月( )日 病院担当者( ) 記入者( )

◎社会資源の状況

|            | 支援者  | 支援内容   | 備考 |
|------------|--|--|----|
| 家族         | ・父 母<br>・兄 姉 弟 妹<br>・  | ・経済的援助 ・訪問( )・保証人  |    |
| 病院         | ・通院<br>・訪問看護<br>・DC<br>・   | 頻度( ) 曜日( ) ( ) Dr.<br>頻度( ) 曜日( ) 担当( )<br>頻度( ) 曜日( ) 担当( )                          |    |
| 福祉<br>サービス | ・ヘルパー<br>・中核センター<br>・相談事業所<br>・日中支援<br>・福祉事務所<br>・障害福祉担当課<br>・<br>・<br>・ | 頻度( ) 曜日( ) 担当( )<br>内容( ) 担当( )<br>内容( ) 担当( )<br>頻度( ) 曜日( ) 担当( )<br>担当( )<br>担当( ) |    |
| 環境         | ・駅<br>・スーパー<br>・コンビニ<br>・銀行<br>・<br>・                                    | 徒歩( )分 ( ) 駅<br>徒歩( )分 店舗名( )<br>徒歩( )分 店舗名( )<br>徒歩( )分 店舗名( )                        |    |
| その他        | ・不動産業者<br>・保証会社<br>・友人<br>・<br>・<br>・                                    | 店舗名( ) 担当( )<br>会社名( ) 担当( )   |    |

◎エコマップ

 本人
   
  
 フォーマル インフォーマル

## 2 地域生活体験事業「ハウス里見」（千葉県委託事業）

①概要 「ハウス里見」は、入院中あるいは家族と同居中の人などが、これから地域生活を始めようという場合に、一時的に地域生活の体験訓練ができる施設です。千葉県のマディソンモデル活用事業の一つとして、平成 17 年に開始されました。マディソンモデル活用事業とは、米国ウィスコンシン州デー郡で始められた精神保健地域ケア計画を参考にして作られたもので、精神障害者が安心して地域生活を送るための、医療・食事・日中活動・就労など各種のプログラムが含まれています。千葉県では市川市をモデル地域に選定して、約 2 年にわたり実施した後、現在も県の事業として継続されています。「ハウス里見」では、アパートの 5 部屋を借り上げて、宿泊場所として提供しています。

### ②利用の目的

#### a. 地域での単身生活に移行する際の体験宿泊（自立体験宿泊）

精神病院に入院していた人や家族と同居していた人で、地域での生活を考えている人が、地域生活を一時的に体験できます。最初は 1、2 泊から始まり、1、2 週間そして最長 1 か月まで続けて利用できます。体験宿泊を何度か繰り返し、病院（主治医、ケースワーカー等）や家族と協力して退院の準備をします。退院後の生活のイメージを描くことで不安を取り除くことができ、地域のグループホームやアパートに移ります。

#### b. 家庭の事情などがある場合の一時的な避難場所（緊急避難場所）

一時的に家族などから離れることで家族間の摩擦を避けることができ、再発や入院を防ぎます。

### ③ 利用対象者とスタッフの体制

スタッフは、世話人（自立支援員も兼務）が1名です。勤務時間は平日9時～18時、土・日・祝日13時半～16時。利用者だけの宿泊が心配されるような場合には、随時、夜間に付き添う宿直要員を確保しています。

利用対象者は市川市在住で精神科医療機関に通院中の人、千葉県在住で市川市内の精神科医療機関に入院中、通院中の人。これらの人で、主治医の了解を得ている人、とされています。

### ④ 実績と成果

モデル期間中の利用状況（2005年12月～2008年3月）は、69人（述べ人数312人、月平均11.1人）で、追跡した66名中、約3割にあたる22名がアパートやグループホーム等で一人暮らしを始めることができていました。利用の目的を見ると、自立生活体験が約6割、クライシスハウスが約4割でした。クライシスハウスとして利用している場合は、家族関係によるストレスで症状が悪化していたケースが、一時的に入居することでゆとりを取り戻すことができ、再入院せずに済んでいます。また、退院や家族と別居などによる単身生活を考えている人にとっては、炊事、洗濯、買い物等の自立生活訓練を通じて、一人で暮らす自信や意欲が芽生えています。

この事業に取り組んだことで、医療機関・行政・中核地域生活支援センター・その他の福祉サービス事業者等とのネットワークができ、協力し合って利用者の日中活動等を支援することができました。また、地域で暮らしたいという精神障害者が多くいること、かなり重症な利用者でも地域生活を送ることができること、さらに家族との関係もよくなることがわかりました。

## ⑤ 具体的なケース

a. 4回の体験入所でグループホームに移行したケース（20代男性）

・入所までの経過 父親は死亡し、祖父母、兄弟と同居していましたが、家族との確執から一人暮らしを始めました。働こうとしましたがうまく行かずに病院に入院し、1か月で退院します。しかし、病識を持たず、通院をしなかったため、その数年後に警察に保護され、病院に再入院します。入院当初は被害妄想などが強かったのですが、半年後は安定してきたので医師が退院を勧め、ハウス里見を利用することになりました。

・体験入所と地域生活の準備 1回目の体験入所は2泊3日、次は1週間を2回、さらに1カ月間、と計4回に渡りハウス里見を利用しました。その間、地域生活に向けた準備として、以下の4つを進めました。①日中に起きていられるよう担当医師に薬の調整を依頼 ②日中の活動の場所を決めるため、作業所、お弁当屋、パン屋等を見学 ③不動産屋、グループホーム等を見学 ④ケア会議を2回開催

地域移行とその後の経過 最終的には、グループホームに入居が決まり、日中は病院のデイケアに通うことにして、ハウス里見から引っ越しました。その後移行後2ヶ月目を迎えますが、デイケアの他に、パン屋（就労継続B型）に通えるように調整中です。

引き続き、継続的な見守りが必要で、月に1度は病院のケースワーカーが訪問し、グループホームの職員らとケース会議を開いています。専門機関が継続的に支援する中で、徐々に行動範囲が広がっている事例です。

b. 家族との確執からアパートに移行したケース（40代女性）

・入所までの経過 20歳前に発症し、入退院を繰り返しています。家族との確執があり、家族間のトラブルが原因で入院しました。特に父親との関係が難しく、母親が生活のすべてを支援していましたが、本人は両親に対してとても強い不信感がありました。

・体験入所と地域生活の準備 入院中に2泊3日と1週間の2回、退院後も約2カ月間利用しました。腰を痛めており数分しか歩けない、突然不安が押し寄せる、母親の一言で精神状態が不穏になるなど、ハウス里見に入居中も、食材を買いに行く以外は部屋に閉じこもりがちでした。たびたび病院のケースワーカーと訪問看護師の支援が必要になりました。それでも一人暮らしの希望が強く、病院のケースワーカーと協力してアパートを探し、引っ越すことができました。

・地域移行とその後の経過

アパートでの日常生活を支援するため、病院のケースワーカーを中心に主治医、当施設の職員、訪問看護師、母親とでチームを組みました。しかし、人を信じない、自分の気持ちを出さないなどの一面があり、ケア会議で決まったことが後日覆され、支援チームの輪が乱されて支援がうまく出来ない時期がありました。けれども互いに信頼関係が築けるようになると、スムーズに支援出来るようになり、本人と母親との関係も改善しつつあります。本人も今の生活が大切で、この状態を維持したいと頑張っています。両親も、このように一人暮らしが出来るとは思っていなかった、こんなに大勢の方が支援してくれるとは思



っていなかった、とはじめは半信半疑でしたが、現在はとてもよく協力してくれます。

### 3 千葉県中核地域生活支援センター「ほっとねっと」

・概要 中核地域生活支援センターとは、千葉県が健康福祉千葉方式の一環として、民間法人に委託する形で設置しているものです。県の健康福祉センターの圏域に合わせて、県内各地に13カ所設置されています。「ほっとねっと」はその一つで、千葉県の北東部の松戸市（人口約48万人）・我孫子市（約14万人）・流山市（約16万人）が管轄区域です。

・実施内容 24時間365日体制で相談を受けることができる体制になっています。業務の内容は大きく三つあり、①福祉サービスのコーディネート、②福祉の総合相談、③権利擁護です。

利用対象者は、子ども、障害者、高齢者等すべての人で、一人ひとりの状況に合わせて無料で相談にのっています。

日中の通常相談と夜間・休日の緊急相談の両方に対応しており、初めの相談に乗るだけでなく、日常生活で困っていることが解決するよう継続的な生活支援も行っています。

・体制 地域総合コーディネーターと呼ばれる常勤スタッフが5名います。社会福祉の広範な知識を持ち、経験も豊富で、行政や医療・介護関連機関等と連携しながら問題の解決に当たっています。

#### ④具体的なケース

相談の受付（本人・家族・その他）  
・相談内容の簡単な確認  
・情報の提供や制度の説明

面接（訪問・来所・その他）  
・ニーズの確認（問題の整理）  
・生活環境の確認  
・支援機関（他の相談機関など）の確認

支援プランの作成と支援機関との連携  
・社会資源や関連機関との連携（サービス調整）  
・制度利用の案内と相談、支援  
・専門機関（権利擁護含む）との連携  
その人がその人らしく地域で生活するためには何が必要かを検討し、その人にあつ

a. センターが保証人になったケース（70歳代男性）

・相談の経過 精神科の病院で30年近い入院生活を送っていましたが、本人の希望もあり、アパートで一人暮らしをすることになりました。病院から退院後の支援を協力して欲しいという依頼があり、センターのスタッフが関わりました。

・アパート探し

病院まで歩いていける距離の物件を借りました。保証人がいませんでしたが、家主が「連絡がとれる所があればいい」という条件にしてくれたため、センターが緊急連絡先となりました。

・地域移行とその後の経過

入院中に、退院に向けての外出や生活訓練を行っていましたが、実際に地域で生活を始めてみると、携帯電話や家電製品がうまく使えない、シャワーが無いため風呂を沸かさなければ入れないが、コンロの使い方や何分程度炊いていれば良いのか分からない、ゴミの出し方が分からないなど、慣れない場面がいくつもありました。

そこでまず、家事に慣れるまで定期的に訪問し、一緒に練習することを始めました。携帯電話をお互いにかけてあったり、ゴミ捨て場の確認やゴミ袋の購入、お風呂に入る時間に合わせて訪問し、一緒に沸かしたりしました。高齢ということもあり、エアコンや電子レンジといった家電製品の使い方になかなか慣れずに時間がかかりましたが、実際に一つ一つのボタンを押して試し運転を繰り返すことで、解決しました。このような関わりを積み重ねることで、少しずつ自分だけでできることが増えていきました。

日中は病院のプログラムに参加し、皆で料理を作って食べた

り、ビデオ鑑賞したりしながら過ごしています。それ以外に、自宅では、毎夕食時に配食サービスを利用してお弁当を届けてもらい、3日に一度、ホームヘルパーに買い物のお手伝いをしてもらっています。このように日中を過ごすことによって、毎日必ず誰かが本人の安否確認をできる環境作りをしています。

#### ・地域移行に向けたポイント

大切なことは、退院と共に本人が安心して生活できる環境を、いかに整えることができるかです。具体的には、制度やサービスといった社会資源や人的資源を整えつつ、本人ができる可能性のあることに対しては、一緒に寄り添った支援を行っていきます。実際に、このような環境整備を行ったことで、このケースでは一人暮らしが可能になりました。また病院だけでなく、地域の関係者が複数関わることで、生活に安心と余裕が生まれ、その結果一人で外出する機会が増えるなど行動範囲が広がりました。

生活が安定してきたことにより、退院当初に比べると、当センターによる訪問回数は減りましたが、日常で困ったことがあればその都度対応するなど、継続的に支援を行っています。

会う度に本人は、「退院してきて良かった。毎日が楽しいです」と笑顔で言っています。

#### b. 制度を利用して金銭管理したケース（30歳代 女性）

##### ・相談の経過

入退院を繰り返していましたが、病状が安定したことで、本人の希望もあり、一人暮らしをすることになりました。

住む予定のアパートの近くに家族はいましたが、協力があま