

施設入所することになったが、近い将来地域移行も可能と思われるケース
～相談支援専門員と施設の役割分担～

1. 事例の概要

○年齢	50 歳	○性別	女性
○障がいの状況	脳性まひによる四肢・体幹機能障がい。 身体障がい者手帳1種1級。療育手帳A。		

○生活状況	○家族状況 (ジェノグラム)
<ul style="list-style-type: none"> ・最近まで母親の介助を受け二人で一緒に暮らしていた。 ・家のなかでは不自由なく暮らしていたが、母親が車いすを押して買い物や外出する以外はあまり街に出たことがない。 ・近隣の他市に兄が住んでいるが、兄自身の家族もあり、あまり実家の支援は出来ない。 ・福祉サービスの利用もこれまであまりなかった。 	

○相談に至るまでの経緯

本人はこれまで高齢で持病のある母親の介護を受け二人で暮らしていた（〇〇市在住）。母親が入院したため、本人は近隣の△△市にある障がい者施設にショートステイした。その後、母親の容体が急変し入院後1週間で死去した。そのため〇〇相談支援事業所が〇〇市役所障がい福祉課のケースワーカーと本人の当面の生活について考えなければならない状況となった。

〇〇相談支援事業所は、半年前から本人と母親の相談を受け、日中活動の場とショートステイの利用について相談を受けてきた。母親の死去に伴い、本人のショートステイ先に訪問し、これからの生活について話し合った。

本人は母親のいないこれからの生活のイメージを持つことができず、強いて言えばここ半年で1～2回ショートステイを利用してきたことから、これからは施設で生活するものと思っている。現状では依存心と生活に対する不安が強く、家での一人暮らしは考えにくい。

現在ショートステイを利用している施設は入所の空きがなく、幸いもの〇〇市の障がい者施設に空きがあったことから、そこで入所を検討している。相談支援専門員としては、施設と相談し本人の生活が落ち着いて心理的な余裕が出てくれば、もともと家でホームヘルプを受けながら生活することも視野に入れ、サービス等利用計画

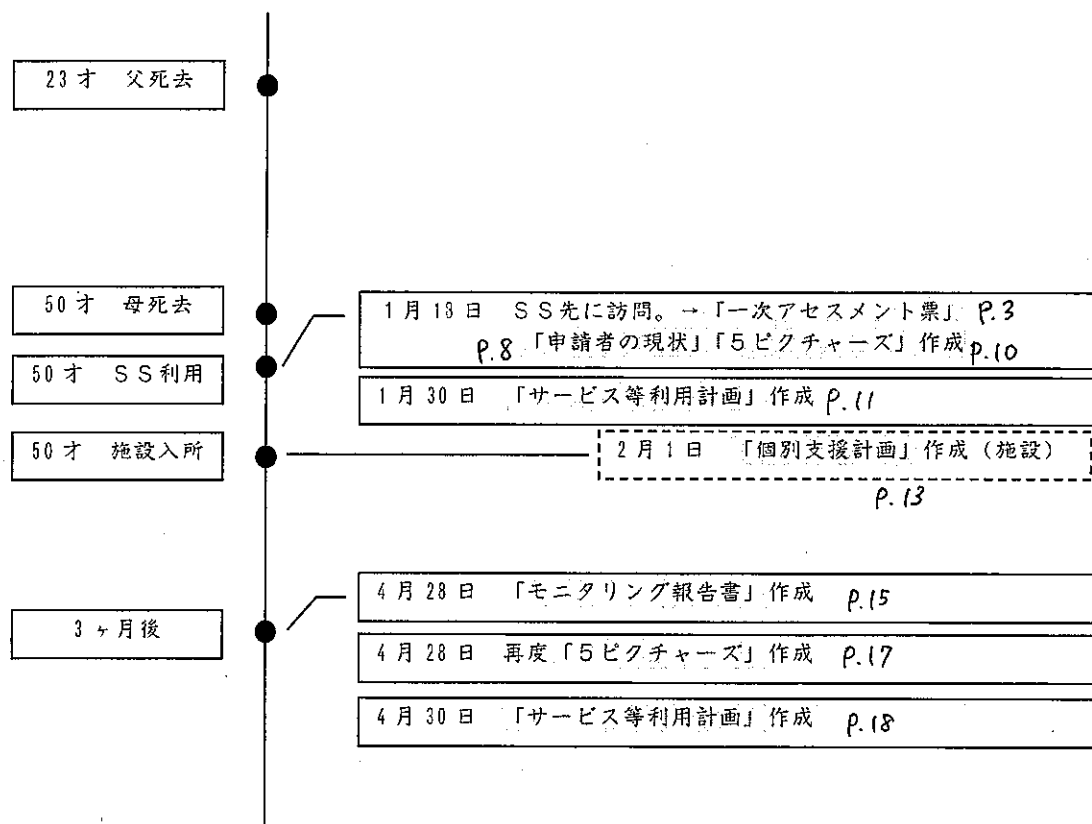
を作成し、施設側と連携していきたいと考えている。

○アセスメントする上での配慮点

緊急の事態とはいえ、本人の希望を常に確認することを欠かしてはならない。親を失うという心理状況のなか、まずは本人が安心して暮らせる環境を考えるのは大切であるが、立ち直りとともに短期で気持ちに変化してくることもあるので、まめな本人との相談が必要である。

同居の家族はいないが、きょうだいや親せきがいるのなら、どの程度本人を支援できるのか具体的な聞き取りが必要である。また相談支援専門員として本人との付き合いが浅い場合、本人の過去や最近の趣味、生活様式などについて聞くことで、安心した生活環境を作ることが短期で可能になる場合がある。こうしたことにも留意したい。

○経過と今後の相談支援専門員による支援の流れ



訪問票（一次アセスメント票）

受付 No. 氏 名：〇〇 〇子 訪問年月日：平成26年1月18日 訪問者所属 〇〇相談支援事業所 氏 名 〇〇 〇〇	訪問目的（事前に具体的に記入） 現在ショートステイ利用中の〇〇様に対して、現状をまとめる。
---	--

障がい者本人の概要	生活歴	・1歳 脳性まひと診断 ・18歳 養護学校卒業後、市内の作業所に通所 ・20歳 体力的に通所がきつく、作業所を辞める。 ・23歳 父親死去 ・41歳 母親の年齢と体調面から入浴介助でホームヘルパー利用			
	病歴・障がい歴	年月	事項	年月	事項
		1歳	脳性まひと診断		
医療機関利用状況 [現在の受診状況、受診科目、頻度、主治医、どの疾患での受診] ・特になし。					
医療保険 被保険者 (本人・家族) <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 記号 番号 自立支援医療、福祉医療の利用状況 () 現在使用している福祉用具： ・車いす					

生活状況 [平日の生活の1日の流れ] *週間生活表が必要な場合は別紙に記入

【平日】
本人

介護者 ()

【休日などの生活の1日の流れ】 *いくつかの1日の生活の流れがあれば、別紙に記入

【休日】
本人 → 平日とほぼ同じ。

介護者 ()

利用者の状況

1 生活の場について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
持ち家、借家(アパート等)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	母が死去し、本人がショートステイを利用しているため現在空き家になっている。		・今後、どう活用、整理するか、本人、兄の意思を確認する必要がある。
住環境	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			

2 健康管理について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
服薬管理	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	健康で特に通院もしていない。		・現在の健康状態について把握しておく必要がある。
食事管理	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	今まで母親任せであった。		
病気に対する認識	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	自身で健康状態をきちんと把握していない。		
体力	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			

3 日常生活について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
寝返り	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			<p>・生活全般についてはほぼ全介助である。ただし、つかまり立ちができる等から考えると車いすから便座、ベッドなどへの移乗が可能なのではないかと思われる。</p> <p>・同時に排泄はウォッシュレットの活用で自立できないか。</p> <p>・食事についても本人に合った形状のスプーンや皿、机などが用意できれば、食べこぼしも減るのではないか。</p> <p>・車いすを蹴って自走してるが、膝や首への負担が大きいため、負担のない走行や屋内だけでも電動車いすの利用は考えられないか。</p> <p>・交通機関の利用はほとんど経験がない。</p>
起き上がり	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	一度腹臥位になって身体を起してとんび座りになる。		
衣服着脱(上衣)(ズボン等)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全介助		
整容行為	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全介助		
食事行為	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	スプーンである程度は食べるが、食べこぼしが多く最後は介助が必要。		
排泄行為(排尿)(排便)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全介助		
入浴行為	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全介助		
ベッド等への移乗	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
屋内移動	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	車いすに乗って足で床を蹴って移動する。		
屋外移動(近距離移動)(遠距離移動)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全介助		
交通機関の利用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全介助		
調理等(後片付け含む)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全介助		

洗濯	■あり □なし			・調理、掃除、洗濯はこれまで全く母親任せだったので、そういう介助があることだけでも本人が認識できるようにした方がよいと思われる。
掃除	■あり □なし			
項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
整理・整頓	■あり □なし	これまで母親任せであった。	・必要なものをこれからどうやって買っていったらいいかわからない。	
ベッドメイキング	■あり □なし			
書類の整理	■あり □なし			
買物	■あり □なし	自分自身でお金を使ったことがほとんどない。		
衣類の補修	■あり □なし			
育児	□あり □なし			
家族の介護	□あり □なし			

4 コミュニケーションや対人関係について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
意思表示の手段	■あり □なし	・口頭で行うが、言語障がいがあり言っていることが聞き取りにくい。		・最近家族やヘルパー以外の付き合いがほとんどなかったので、気軽に話せる人がいるといい。
意思伝達の程度	■あり □なし	・慣れた人でないと分からないことが多い。		
他者からの意思伝達の理解	■あり □なし	・こちらが言っていることはだいたい分かっている様子。		
対人関係	■あり □なし			
友だち	■あり □なし			
電話やFAXの使用	■あり □なし	・電話では本人の言うことはほとんど分からない。		
携帯電話の使用	□あり □なし	経験がない。		
ワープロやパソコンの使用	□あり □なし	経験がない。		
インターネットの使用	□あり □なし	経験がない。		
筆記	■あり □なし	・紙に大きな字で書くことは出来るが字が特徴的で分かりにくい。		

5 金銭管理や経済面について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
経済環境	□あり ■なし	・当面、本人の貯金と障がい基礎年金(1級)でいける。		・サービスを利用した金銭の管理が必要と思われる。
お金の使い方	■あり □なし	・母親との買い物以外経験がない。		
通帳等の管理	■あり □なし			

銀行等の利用	■あり □なし			
財産の管理	■あり □なし			

6 日中の主な活動の場について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
現在の日中活動の場	■あり □なし	現在は何も利用していない。		・就労は難しく、福祉のサービスを利用した日中活動が適当と思われる。
就労に関すること	□あり □なし			
教育に関すること	□あり □なし			

7 趣味や生きがい、余暇について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
趣味	■あり □なし			・日中活動、外出、旅行等さまざまな活動の経験をしてほしい。
レクリエーションへの参加等	■あり □なし			
旅行	■あり □なし			
当事者活動	□あり □なし	経験なし。		
社会的活動	□あり □なし	経験なし。		
余暇の過ごし方	■あり □なし			

8 相談したり、日常生活を支えてくれたりする人について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
相談支援サービスの利用状況	■あり □なし	・日中活動ほかについて相談していたところである。		・成年後見制度について、早めの利用を考える必要がある。
相談しやすい人	■あり □なし	・兄は本人にかまう余裕がなく、その他の相談相手もない。		
家族	□あり □なし			
他の関係機関等	■あり □なし	調整が必要である。		
成年後見等	■あり □なし			

9 安全管理や緊急時の対応について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
周囲の安全確認	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
火の始末	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	本人が使用することがない。		
社会的適応を妨げる行為	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
緊急時の対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

【本人の要望・希望する暮らし】

- ・母親が急に亡くなって今後どうしたらいいか分からない。
- ・母親がいないので家に帰るのは無理だと思う。施設で暮らすことになるのかなあ。

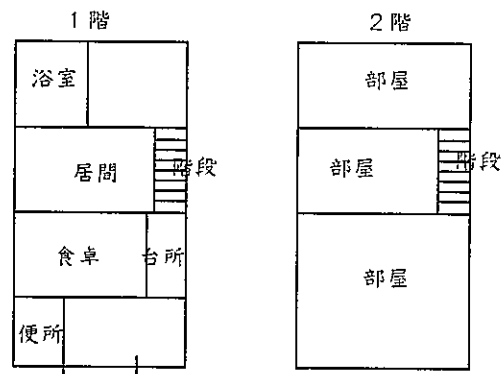
【家族の要望・希望する暮らし】

- ・本人が安心して暮らせる生活をしてほしい。自分自身もあまり本人の支援は出来ないのので、手のかからない方法がいいと思う。施設で生活するのがいいと思う。(兄)

【関係職種の情報】

【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、道路までのアクセスや段差等の記入

・これまで入浴介助にかかわってきたが、生活全般は全部母親がやっていたので、本人の不安は大きいだろう。自立支援的な介助方法の視点で見たことがないので、他の生活場面で本人がどの程度出来るのか見当がつかない。(入浴介助をしてきたヘルパー事業所)



【対応者総合所見（注意すべき点、気になる点を含む）】

- ・本人のADLや生活管理能力は母親と一緒に暮らしていた時期のようすをもとに記載しているが、身体の様子と話しをした感じから、もう少し本人ができることもあるのではないかと考える。この点、ショートステイ先の施設の職員やホームヘルプで関わった職員の意見も参考にしたい。

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成26年1月18日	相談支援事業者名	〇〇相談支援事業所	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	------------	----------	-----------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

本人はこれまで高齢で持病のある母親の介護を受け二人で暮らしていた(〇〇市在住)。昨年12月、母親が入院したため、本人は近隣の△△市にある障がい者施設にショートステイした。その後、母親の容体が急変し入院後1週間で死去した。そのため当相談支援事業所が〇〇市役所障がい福祉課のケースワーカーと本人の当面の生活について考えなければならない状況となった。

当相談支援事業所は、半年前から本人と母親の相談を受け、日中活動の場とショートステイの利用について相談を受けてきた。母親の死去に伴い、本人のショートステイ先に訪問し、これからの生活について話し合った。

本人は母親のいないこれからの生活のイメージを持つことができず、強いて言えばここ半年で1~2回ショートステイを利用してきたことから、これからは施設で生活するものと思っている。現状では依存心と生活に対する不安が強く、家での一人暮らしは考えにくい。

現在ショートステイを利用している施設は入所の空きがなく、幸いもの〇〇市の障がい者施設に空きがあったことから、そこでの入所を検討している。施設と相談し本人の生活が落ち着いて心理的な余裕が出てくれば、もといた家でホームヘルプを受けながら生活することも視野に入れ、サービス等利用計画を作成し、施設側と連携していきたいと考えている。

2. 利用者の状況

氏名	〇〇 〇子	生年月日	昭和〇年〇月〇日	年齢	50歳
住所	〇〇市			電話番号	***-***-****
	〔持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()〕			FAX番号	***-***-****
障害または疾患名	脳性まひ(身体障がい者手帳1級・療育手帳A)	障害程度区分	区分5	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女

<p>家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入</p> <p>父(死去) 母(死去)</p> <p>兄(52歳、他市在住) 本人(50歳)</p>	<p>社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)</p>
---	-----------------------------------

<p>生活歴 ※受診歴等含む</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1歳 脳性まひと診断 ・18歳 養護学校卒業後、市内の作業所に通所 ・20歳 体力的に通所がきつ作業所を辞める。(以後、日中どこにも行っていない。) ・23歳 父親死去 ・41歳 母親の年齢と体調面から入浴介助でホームヘルパー利用 	<p>医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・40歳半ばのとき、誤嚥性肺炎で入院。食事は細かく切って食べている。 ・その他は健康。
---	--

<p>本人の主訴(意向・希望)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・母親が急に亡くなって今後どうしていったらいいかわからない。 ・母親がいないので家に帰るのは無理だと思う。施設で暮らすことになるのかなあ。 	<p>家族の主訴(意向・希望)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人が安心して暮らせる生活をしてほしい。自分自身もあまり本人の支援は出来ないので、手のかからない方法がいいと思う。施設で生活するのがいいと思う。(兄)
--	--

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)	短期入所(ショートステイ)	△△障がい者支援施設	ここ半年で1~2回ショートステイで利用した。	半年で1~2回。	
その他の支援	ホームヘルプ	〇〇ヘルパー事業所	身体介護(入浴介助)	週3回	

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	〇〇 〇子	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援事業所
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00						
8:00	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食
10:00						
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食
14:00						
16:00	母親と買い物			母親と買い物		
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
20:00	HH 入浴介助	HH 入浴介助		HH 入浴介助		
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
0:00						
2:00						
4:00						

主在日常生活上の活動
 ・20歳の時に作業所を辞めてから、日中はほとんど家で過ごし、主にテレビを見ている。

週に1~2回、母親が車いすを押して近くのスーパーへ一緒に買い物に行く。それ以外の外出はほとんどない。

週単位以外のサービス
なし。

※平成25年12月より母親の入浴・死去のため、ショートステイを利用中

※本人は現在ショートステイを利用中であるが、今後の生活を検討するうえで、在宅時の生活状況を記入した。

Fig. 4 ニーズアセスメント
 キーワード (本人が困っていることなど)
 ○母親が死んでこれからどうしたらいいか分からない。
 ○介助は誰がしてくれるのか。
 ○買い物など外に行くことは出来るのか。

利用者の思いの要約
 ③お母ちゃんが死んでこれからどうしていったらええの？お兄ちゃん
 は自分の家のことがあるし。わたしの介助は誰がしてくれるんやろ
 ？家でひとりで暮らすのは怖いなあ。施設で生活することになるの
 かな。(93字)

Fig. 3 現在の生活状況
 簡単なプロフィール／これまでの生活／今の生活
 ・18才 養護学校卒業。作業所へ。
 ・20才 作業所辞める。
 ・23才 父親死去
 ・41才 ヘルパー利用
 ・50才 母親死去

・自宅で母親と暮らしていた。主な介助は母親。
 ・長い間日中活動に行っていない。
 ・テレビを見て過ごしている。(好きな番組などは分からない)
 ・急に母親がなくなった。

Fig. 1 着目するストレングス (本人/支援ネットワーク/その他環境)
 (本人) ある程度会話が可能。ショートステイで (支援ネットワーク) 兄。市障がい福祉課。ヘルパー。
 の生活ができる。明るい。人見知りしない。字が 相談支援専門員。ショートステイ施設職員。母親
 書ける。ある程度予定が把握できる。健康。 の近所の知り合い。 . . .

Fig. 2 こうありたいと思う将来像
 ①今は分からないけど、施設以外の生
 活ってあるのかな？相談員さんが
 言ってたけど。

近づくためのアイデア帳
 ・行ってみたい所、昔行って
 楽しかった所を聞く。
 ・ときどき外出で家の様子を
 見に行く。
 ・相談支援専門員との定期的
 な相談。

Fig. 5 近づくための方法
大事な一歩 (インパクトゴール)
 施設に慣れたら、外出で支援センターに行く。
このなかの

(大事な一歩のためには～)
 ○まずは今の生活に早く慣れる。
 ○お小遣い程度の管理をしてみる。
 ○施設の周辺に何があるのか調べてみる。
 ○同じ施設に利用者がどのような外出や買い物をしているか聞いてみる。
 ○相談支援専門員との話のなかで支援センターについて聞いてみる。

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画(例)

利用者氏名	〇〇〇子	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援事業所
障害福祉サービス受給者証番号	12345678	利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	〇〇〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成26年1月30日	モニタリング期間(開始年月)	3ヶ月(平成26年4月)	利用者同意署名欄	〇〇〇子

本人の訴えを書くのが原則であるが、生活環境の変化、経験の積み重ねによって変化するので、また聞き取りが必要である。

利用者:母親が死んだので家で暮らすのは無理だと思う。施設で生活したらいいと思う。(兄)

家族:本人が安心して暮らせる生活をさせてやってほしい。(兄)

しほらくの間は障がい者支援施設で安心して生活し、他の利用者や職員と話をすることで、母親の死から早く立ち直ってもらうよう心理的サポートをしていく。落ち着いてきたら、過去の退所者の例なども参考に元の家で暮らすことも可能であることを相談していく。

決して一人で生活できないケースではないケースではないと思うので、1〜2年ほど先をめぐりに施設と連携しながら元の家での1人暮らしを想定して支援する。

施設内で本人の能力に応じた介助をあらかじめ作り直してもらう。母親のいないこれからの生活のための支援体制を構築する。

入所施設の個別支援計画とリンクする部分なので、本人の意思、現実性を本人、施設と共有しておくことが大切である。

優先順位	本人のニーズ	支援目標	達成時期	福祉サービス等		本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1	ひとり暮らしへの不安 A	当面施設で生活し生活の全体を見直しながら、いろいろな経験を積んでもらう。 ①	6ヶ月(平成26年7月)	障がい者支援施設(入所)	〇〇障がい者支援施設	施設のプログラムや外出支援など未経験のものに取り組み。 支援者が必要なことを理解し、成年後見制度の手続きを相談支援専門員とともに行う。	2	施設で生活する面での自分で出来ることと、介助が必要なことを整理してもらう。 ② 健康診断を受け健康面もあらためてチェックする。 ③ 初めの聞き取りと乖離がないか、施設と連携し実態を把握する。
2	今後のことについて不安 ③	成年後見制度を利用し支援者(後見人)を確保する。 施設以外にそれぞれの課題にふさわしい支援者を立てることで支援が継続的にならないように留意する。 ④	6ヶ月(平成26年7月)	成年後見制度の利用	〇〇障がい者支援施設	支援者が必要なことを理解し、成年後見制度の手続きを相談支援専門員とともに進行する。	6ヶ月	
3	今後のことについて不安 ③	当面の資金管理について施設の資金預かりを利用する。 ④	1ヶ月(平成26年2月)	障がい者支援施設の金銭預かりサービス	〇〇障がい者支援施設	自分の半金をだれかが管理しているか知っておく。	1ヶ月	早い時期に社会福祉協議会の金銭管理に切り替える。
4								入所施設利用であっても後の地域生活を見越して地域のサービスは活用するよう想定する。
5								

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇〇子	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援事業所
障害福祉サービス受給者証番号	12345678	利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	〇〇〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月 平成26年1月30日

月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動 ・施設のプロگرامにいろいろ 参加してもらおう。
6:00							
8:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
10:00	午前のプロگرام	午前のプロگرام	午前のプロگرام	午前のプロگرام			
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00	午後のプロگرام	午後のプロگرام	午後のプロگرام	午後のプロگرام			
16:00							
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00	入浴	入浴			入浴		
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00							
2:00							
4:00							

.....週単位以外のサービス

3ヶ月ほどしたら施設の生活に慣れ、相談できる人も増えている。新しいことに意欲がわき、外出や支援センターへへの見学などが本人と相談しながら企画できるようになっている。

(2)

サービス提供
によって表現
する生活の
全体像

個別支援計画

利用者名 ○○ ○子

作成年月日：平成 26 年 2 月 1 日

本人（家族）の希望
 母親が死んだので家で暮らすのは無理だと思ふ。施設で生活したらいいと思ふ。

長期目標（内容・期間等）
 施設で生活で得た経験と介助体制の整理し、退所して地域で暮らしている他の利用者の情報を提供することにより元の家での暮らしの再間に具体的な展望を持つ。(1年)

短期目標（内容・期間等）
 本人の身体能力に応じた適切な介助法と介助体制を構築する。(6ヶ月)
 外出を含めた日中活動のプログラムを経験する。(6ヶ月)

○支援計画内容

ニーズ	支援目標	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先 順位
ひとりで暮らすのは不安	今後の生活の相談を定期的にする。	・定期的に現在の生活の満足度と不満を聞き取る。 ・将来の生活についての希望を聞く。	月 1 回	・○○相談支援事業所 担当者○○ ・当施設サービス管理責任者	3
ひとりで暮らすのは不安	母親以外の介助者の介助を受ける経験をする	・本人の身体能力に応じた適切な介助法と介助体制を構築する。 ^[2] ・各生活場面での介助方法を整理する。	6ヶ月	・当施設サービス管理責任者 理学療法士 介助職員	1
ひとりで暮らすのは不安	健康状態を確認する。	・入所時健康診断を行い、現在の健康状態を把握する。 ^[3]	3ヶ月	・当施設サービス管理責任者 看護師 協力医療機関○○病院	1
ひとりで暮らすのは不安	外出を含めた日中活動のプログラムを経験する。 ^[1]	・日中のプログラムに体験的に参加する。 ・職員と外出の機会を作る。	3ヶ月	・当施設サービス管理責任者 介助職員	2
今後のことについて不安 ^[3]	年金の管理をする。 ^[4]	・金銭管理サービスの利用	1ヶ月	・当施設サービス管理責任者	2

利用者氏名 ○○ ○子 様

作成年月日:平成26年2月1日

作成者: △△ △△

ケース担当: □□ □□

	月	火	水	木	金	土	日
6:00							
7:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
9:00							
10:00	紙すき	紙すき	紙すき	紙すき	整容 歯科ケア	パソコン	
11:00							
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食
13:00							
14:00	和太鼓	空き缶リサイ クル	空き缶リサイ クル	運動 リハ	空き缶リサイ クル		
15:00							
16:00							
17:00							
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
19:00	入浴		入浴			入浴	
20:00							
21:00							
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
23:00							

その他のサービス

- ・早い時期から土曜日の午後に散歩程度の外出を職員と行う。
- ・金銭預かりサービスの利用。

リーダー	サビ管	施設長

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助)

利用者氏名	〇〇 〇子	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援事業所
障害福祉サービス受給者証番号	12345678	利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成26年1月30日	モニタリング実施日	平成26年4月28日	利用者同意署名欄	〇〇 〇子

総合的な援助の方針

しはらぐの間は障がい者支援施設で安心して生活し、他の利用者や職員と話をすることで、母親の死から早く施設入所後3ヶ月間のこれまでの数回の相談のなかで、気持ちの上での立ち直りが意外と早く感じられた。施設立ち直ってからもらうよう心理的サポートをしていく。落ち着いてきたら、過去の場所の例なども参考に元の家から、また特に先日実家の様子を見に行ったり、またまた家に帰らせへんかな」ということを言うことがあったという。

環境の変化により本人の意思、ADLも変化していくので、小さなめな聞き取りが大切である。

全体の状況

施設入所後3ヶ月間のこれまでの数回の相談のなかで、気持ちの上での立ち直りが意外と早く感じられた。施設立ち直ってからもらうよう心理的サポートをしていく。落ち着いてきたら、過去の場所の例なども参考に元の家から、また特に先日実家の様子を見に行ったり、またまた家に帰らせへんかな」ということを言うことがあったという。

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況(事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度(二一サービスの充足度)	今後の課題・解決方法(残された課題、新たな課題)	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の要否	サービス量の要否	週回計画の要否	
1	当面施設で生活しながら、いゆるる経験を積んでもらう。		<ul style="list-style-type: none"> 施設の生活に早く慣れ、1日あるいは週間の生活パターンを把握するのも早かった。 介助方法の見直しは一旦まとめられた。リハによる身体機能の向上に合わせてさらに検討していく。 本人は和太鼓と紙すきの課題を気に入っている様子。 通科ケアを受けながら、口腔内の処置が必要で現在行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 施設の生活には満足している。ご飯もおいしい。 必要なおことは理解している様子。 安心して。 	<ul style="list-style-type: none"> ほぼ達成できている。 さらに取り組みが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 外出の機会をもう少し設けられないか。 思いで進めていく。 適当な時期に社会福祉協議会の金銭管理サービスに替えていく。 	有(無)	有(無)	有(無)	<ul style="list-style-type: none"> ガイドヘルプの利用ができていないが検討する。
2	成年後見制度を利用し、支援者(役見人)を確保する。	6ヶ月(平成26年7月)	<ul style="list-style-type: none"> あまり進んでいない。相談のなかで本人に少し説明した程度。 兄にも一度説明し、同意を得ている。 				有(無)	有(無)	有(無)	<ul style="list-style-type: none"> 気持ちと生活が落ち着きつつあるので、次の課題として急ピッチに進めたい。
3	当面の年金管理について施設の年金預かりを利用する。	1ヶ月(平成26年2月)	<ul style="list-style-type: none"> 現在サービスを利用している。 		達成できた。		有(無)	有(無)	有(無)	<ul style="list-style-type: none"> 地域移行を考えるなら施設の年金預かりから社会福祉協議会のサービスに替えていくのが望ましい。
4							有(無)	有(無)	有(無)	
5							有(無)	有(無)	有(無)	

入所施設に預けっぱなしにならないよう、本人の今後を見越したサービスの組み立て、社会資源の活用を考えていく。

継続サービス等利用計画・継続障がい児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇 〇	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇 相談支援事業所
障害福祉サービス受給者証番号	12345678	利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月 平成28年1月30日

月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00						
	起床	起床	起床	起床	起床	起床
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
10:00	午前のプログラム	午前のプログラム	午前のプログラム	午前のプログラム		
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食
14:00	午後のプログラム	午後のプログラム	午後のプログラム	午後のプログラム		
16:00						
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
20:00	入浴	入浴			入浴	
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
0:00						
2:00						
4:00						

主な日常生活上の活動
・施設などのプログラムにも積極的に参加している。

週単位以外のサービス

・今後外出の機会を増やすことで、外出意識と地域移行（もとい家庭で暮らす）につなげていけるようになっている。

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

Fig. 4 ニーズアセスメント

キーワード (本人が困っていることなど)

- 母親が死んでこれからどうしたらいいかわからない。
- 介助は誰がしてくれるのか。
- 買い物など外に行くことは出来るのか。

利用者の思いの要約

お母ちゃんが死んで施設に生活するようになって少し慣れてきた。外出も出来るしもう少しいろいろな所へ行きたいな。そやけど家のことはどうなるんやろ。この前、家見に行っただけどまた家で暮らせへんのかな。(95字)

Fig. 3 現在の生活状況

簡単なプロフィール／これまでの生活／今の生活

- ・ 18 才 養護学校卒業。作業所へ。
- ・ 20 才 作業所辞める。
- ・ 23 才 父親死去
- ・ 41 才 ヘルパー利用
- ・ 50 才 母親死去
- ・ 自宅で母親と暮らしていた。主な介助は母親。
- ・ 長い間日中活動に行っていない。
- ・ テレビを見て過ごしている。(好きな番組などは分からない)
- ・ 急に母親がなくなかった。

Fig. 1 着目するストレングス (本人/支援ネットワーク/その他環境)

(本人) ある程度会話が可能。ショートステイでの生活ができる。明るい。人見知りしない。字が書ける。ある程度予定が把握できる。健康。...

(支援ネットワーク) 兄。市障がい福祉課。ヘルパー。相談支援専門員。入所施設職員。母親の近所の知り合い。...

(環境) 持ち家がある (ローンがない)。近くに空きのある施設がある。年金を受けている。近くに買い物できるスーパーがある。...

Fig. 2 こうありたいと思う将来像

④ いろいろ外出したい。そのうち家に戻れへんのかな。

ゆくゆくは

Fig. 5 近づくための方法

大事な一歩 (インパクトゴール)

外出で支援センターに行ったり、家に戻って持ち物の整理などをする。

(大事な一歩のためには～)

- ⑤ ○お小遣い程度の管理をしてみる。
- 家で使っていた物を施設の部屋に持って来て使う。
- 施設の周辺に何があるのか調べてみる。
- 同じ施設に利用者がどのように外出や買い物をしてるか聞いてみる。
- 相談支援専門員との話のなかで支援センターについて聞いてみる。

近づくためのアイデア帳

- ・ 行ってみたい所、普行って楽しかった所を聞く。
- ・ とときどき外出で家の様子を見に行く。
- ・ 相談支援専門員との定期的な相談。

このなかの

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画(例)

利用者氏名	〇〇 〇子	障害程度区分	区分 5	相談支援事業者名	〇〇相談支援事業所
障害福祉サービス受給者証番号	12345678	利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成26年4月30日	モニタリング期間(開始年月)	3ヶ月(平成26年7月)	利用者同意署名欄	〇〇 〇子

希望する生活	利用者：しばらくは施設で生活する。また家で暮らせへんかな。外出をもう少ししたい。(4)
総合的な援助の方針	家族：本人が安心して暮らせる生活をさせてやってほしい。(兄) 定期的な相談を通じて引き続き、心理的サポートをしていく。外出の経験を積み重ね、また過去の退所者の例なども参考に元の家で一人で暮らすことも可能であることを相談していく。(4)
長期目標	決して一人で生活できないケースではないと思うので、1年ほど先をめぐりに施設と連携しながら元の家での1人暮らしを想定して支援する。(4)
短期目標	ガイドヘルプなどを利用して外出の機会を増やす。(5)

優先順位	本人のニーズ	支援目標	達成時期	福祉サービス等		本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1	ひとりりで暮らすのは不安	当面施設で生活し生活の全体を見直しながら、いろいろな経験を積んでもらう。		障がい児者支援施設(入所)	〇〇障がい児者支援施設	施設のプログラムや外出支援など未経験のものに取り組む。		施設で各生活場面での自分で出来ること、介助が必要なことを整理してもらおう。
2	今後のことについて不安	成年後見制度を利用し支援者(後見人)を確保する。	3ヶ月	成年後見制度の利用		支援者が必要なことを理解し、成年後見制度の手続きを相談支援専門員とともに行う。	3ヶ月	
3	外出したい(4)	ガイドヘルパーを利用して外出の機会を増やす。	3ヶ月	移動支援(ガイドヘルプ) 月2~3回程度の外出	〇〇ヘルプサービス事業所	行きたい所や必要な介助を自分で言えるようになる。	3ヶ月	移動支援の申請をすみやかに行う。
4								
5								
6								

※生活が安定するにつれて、本人の本人の意向が聞き取れ、また本人自身の前向きな発言も聞かれることも多い、本人の希望する生活やニーズの変化に応じて、サービス等利用計画における目標の設定や、地域生活支援事業(移動支援等)や障がい福祉サービス以外の活用などが考えられる。
この時点では、地域生活支援事業(移動支援)のみの追加であり、支給決定の変更等は伴わないため、サービス利用支援費(計画作成)の報酬評価はされないが、本人のトータルランとして、再度ニーズを整理し、支援内容を見直し、共有するため、本計画を作成した。
※入所施設利用者の移動支援(ガイドヘルパー)の利用については、大阪府内でも市町村によって取扱いが異なるため、利用にあたっては市町村に相談されたい。

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇子	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援事業所
障害福祉サービス受給者証番号	12345678	利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画開始年月	平成26年4月30日				

月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動 施設プログラムにいろいろ参加してもらう。
6:00							
	起床	起床	起床	起床	起床	起床	
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
10:00	午前のプログラム	午前のプログラム	午前のプログラム	午前のプログラム			
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00	午後のプログラム	午後のプログラム	午後のプログラム	午後のプログラム	ガイドヘルプによる外出		
16:00							週単位以外のサービス
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00	入浴	入浴			入浴		
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00							
2:00							
4:00							

従来の生活を想定し、どのような段階を設定していくのかわかり、本人や関係機関が分かりやすいよう具体的に設定する。相談支援専門員は自身の支援経験を文書化しようとした記録を振り返ることで次に生かせるよう整理しておくことが大切である。

サービス提供によって実現する生活の全体像

支援者間で介助方法と支援体制の整理がおこなわれお互い共有されている。外出の経験を積み重ね、新しいことに意欲がわき、外出や支援センターへの見学などが本人と相談しながら企画できるよ
 5

3. 総評

(1) 計画及び支援内容の振り返り

- ・ 家族の介護の急な崩壊、虐待などで、急いでさしあたり施設を利用することになったケースであっても本人の希望を要所々々で確かめるマメな相談、聞き取りが必要である。生活の安定に応じて比較的短期で、本人の本音が聞き取れ、また本人自身の前向きな発言が聞かれることも多い。
- ・ 家族の支援が長くかつ福祉のサービスを利用した経験が少ないケースでは、独自の介護方法で行ってきた場合がある。まずは健康状態のチェック、身体機能の確認と向上の見込み、潜在的な生活管理能力の見極めなどを行い、自立支援の視点で、また地域移行も想定した介護方法、介護体制を整理し直すことが必要である。
- ・ 急な入所のケースではアセスメントや聞き取りが当面必要なものに限られる可能性がある。施設の生活スタッフと連携して、本人のこれまでの生活歴や生活スタイル、趣味、楽しかった経験等を聞き取り、共有することが次の支援計画に活かせることがある。
- ・ 入所施設の個別支援計画は、施設内の健康管理、生活の安定に視点が限定されていることが多いので、相談支援専門員は社会資源の活用、本人の将来像などの視点を持ち地域支援のスタンスでサービス等利用計画を立てることが重要である。
- ・ 一方で、施設職員も自分たちにとって不得手な地域の社会資源の活用と本人の将来設計に対する意見を求めていることも少なからずあるので、サービス等利用計画をはさんでお互いの意見交換を活発にするとよい。
- ・ こうした立場の違う者どうしの意見交換では、1枚でその人の状態が見渡せる5ピクチャーのようなツールが有効であるので、ケア会議などで活用するのもよい。

(2) 社会資源の活用方法

- ・ 入所施設だけで支援を完結させないように、サービス等利用計画による地域の相談支援専門員だけでなく、成年後見人、社会福祉協議会の金銭管理、移動支援（市によって入所施設利用者の利用は扱いが違うので注意が必要）などを活用し、複眼的な支援を組み立てることに留意する。
- ・ 障害者自立支援法（現障害者総合支援法）以降、入所施設に入所していても必ずしもその施設で日中を過ごす必要はなく、日中は別の事業所の生活介護等を利用して本人に合った支援を組み立てることが可能である。以前に比べ日中活動の場は増えているので、地域移行を想定するケースであれば、こうした支援も可能であることを念頭に置いておく。