

第3章 サービス等利用計画作成の実際

1 サービス等利用計画の作成に当たって

計画作成に当たって

- サービス等利用計画は、ケアマネジメントの手法を活用し、障がい当事者のニーズや環境を勘案し、総合的な視点で作成される、利用者の生活に関する総合的な支援計画（その実施計画がサービス毎の個別支援計画）となるべきです。
- そのため、計画作成においては、十分なアセスメント（一次だけではなく必要に応じ二次も）を行ったうえで、目前のニーズだけに捉われず、長期的な視点で障がい当事者の人生の設計図を、利用者とともに作り上げていく必要があります。それを具体化していくための短期的・中期的な計画がサービス等利用計画となります。
- サービス等利用計画案は、市町村がサービスの支給決定を行う際に勘案する重要なものとして、障害者総合支援法（第22条第4項）に位置づけられています。市町村としては、サービス等利用計画が、利用者の生活（現在と将来）を映す鏡として捉えていくことになるでしょうし、また、そのようなものになるべきです。
- つまり、利用者の生活に関する総合的な支援計画でありながら、それを具体化していくための短期的・中期的な計画をたて、その内容はサービス支給申請内容とリンクしたものであることが、サービス等利用計画のあるべき姿なのです。

ポイント

- ニーズや目標と選択された障がい福祉サービスとの関係に整合性が取れていること、アセスメントの結果とサービス等利用計画案の内容に一貫性があることが必要です。
- 障がい福祉サービスと家族支援だけでなく、障がい福祉サービス以外のフォーマル（公的）な制度やインフォーマルなサービスも活用します。
- 既存の支給決定量や利用中のサービスにとらわれ過ぎないようにします。

ポイント

- 市町村に提出するサービス支給申請の内容と、サービス等利用計画案の内容に相違があると、市町村の支給決定に計画が反映されないことがあるので、注意してください。

P.216に、サービス等利用計画においてときどき見られる「良くない事例」を掲載しました。こんな計画を作成していないか、今一度確認してください。P.217にはサービス等利用計画案の自己点検用チェックシートを掲載しましたので、参考にしてください。

2 事例から学ぶ①

ねらいと構成

■本章では、サービス等利用計画やモニタリング報告書等の作成のポイントや留意点等について、事例を通じて理解を深めてもらえるよう、次の順序で記入例を掲載しています。事例によって記入例の構成が異なりますので、次のページに一覧を掲載しました。ステップ3では、各事例において、支援の段階ごとに、相談支援を行ううえでの重要な視点や計画を作成するうえで配慮した点等をまとめています。相談支援専門員としておさえておくべき大切なポイントですので、計画作成に当たり、意識しながら取り組むようにしてください。なお、サービス等利用計画案（障がい児支援利用計画案）については、サービス等利用計画（障がい児支援利用計画）とほぼ同じ記載内容になることから、掲載を割愛しました。

ステップ1 本人の現状を把握する

- 1. 事例の概要
- 2. 支援プロセス

- 申請者の現状（基本情報）
- 申請者の現状（基本情報）【現在の生活】



ステップ2 サービス等利用計画等の記入例に接する

- サービス等利用計画・障がい児支援利用計画
- サービス等利用計画・障がい児支援利用計画【週間計画表】

- 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）
- 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】

- 地域移行支援計画
- 地域定着支援台帳



ステップ3 計画作成で配慮したことなどを確認する

- 支援のポイント及び留意点

事例の概要と記入例一覧①

【障がい者の事例】

No.	事例の概要	年齢 (学年)	サービスの概要・ 支援フローレス	サービス等利 用計画書 〔認問計画書〕	申請者の現状 (基本情報) 〔現在の生活〕	サービス等利 用計画書 〔認問計画書〕	モニタリング 報告書 〔認問計画書〕						
(1)	介護障がいの事例 ～「できる」と実感できることにより就労への一歩を目指す～	23歳 P.50	P.51 別紙1	P.52 様式2-1	P.53 別紙2	P.54 様式2-2	P.55 様式3-1	P.56 様式3-2	P.56				
(2)	就学支援の事例 ～福祉サービス(就労移行支援)の利用により、職場定着を果たす～	25歳 P.57	P.58 別紙1	P.59 P.60	P.61 P.62	P.63 P.64							
(3)	施設入所を希望していくが、相談支援を受けたことによりリクアーム利用が実現した事例	47歳 (省略)	P.66 P.67	P.68 P.69	P.69 P.70	P.71 P.72			P.73				
(4)	施設からの地域移行の事例 ～身体障がい者施設から一人暮らしに向けて～	49歳 P.74	P.75 P.76	P.77 P.78	P.79 P.80	P.81 P.82	P.83 P.86	P.87					
(5)	病院からの地域移行の事例 ～地域移行支援の利用により、自分に合った支援を探つて退院する～	48歳 P.88	P.89 P.90	P.91 P.92	P.93 (省略)	P.94 P.95	P.96 P.97	P.97					
(6)	施設入所者の事例 ～施設入所中の本人のこれまでの生活のあり方を考える～	56歳 P.99	P.99 P.100	P.101 P.102	P.102 P.103	P.103 P.104							

【障がい児の事例】

No.	事例の概要	年齢 (学年)	サービスの概要・ 支援フローレス	サービス等利 用計画書 〔認問計画書〕	申請者の現状 (基本情報) 〔現在の生活〕	サービス等利 用計画書 〔認問計画書〕	モニタリング 報告書 〔認問計画書〕						
(1)	乳幼児期の事例 ～介護の連れに抵抗を示し、支援を受けるまでに時間がかかったケース～	3歳 P.105	P.106 別紙1	P.107 P.108	P.109 P.110	P.111 P.111							
(2)	小学校就学に向けた支援事例 ～児童発達支援から小学校へのつなぎ～	6歳 P.112	P.113 P.114	P.115 P.116	P.116 P.117	P.117 P.118							
(3)	医療的ケアが必要な事例 ～中学校進学に向け、学校生活と放課後や休日を充実させたい～	12歳 (小6) P.119	P.120 P.121	P.122 P.123	P.123 P.124	P.124 P.125							
(4)	児人関係の問題をかかえている事例 ～子どもの傾いに着目し、自信の回復を目指す～	13歳 (中1) P.126	P.127 P.128	P.129 P.130	P.131 P.132	P.132 P.139							
(5)	家族支援が必要な事例 ～家族全体の課題に配慮しながら、本人の希望を叶える～	12歳 (中1) P.133	P.134 P.135	P.136 P.137	P.137 P.138	P.138 P.140							
(6)	高校卒業後の進路決定の事例 ～教育・労働関係機関・医療関係者、就労支援事業所との連携～	13歳 (高3) P.141	P.142 P.143	P.144 P.145	P.145 P.146	P.146 P.147	P.147 P.148						

掲載した事例はあくまで一例です。他にも、難病や高次脳機能障がい、介護保険サービスと障がい福祉サービスを利用する高齢障がい者のケース、虐待のケースなどさまざまな事例があります。今回は、多種多様なケースのなかから参考にしていただきながら参考にしていただきました。

【障がい者の事例】

(1) 発達障がいの事例

～「できた」と実感できることにより就労への一歩を目指す～

1. 事例の概要

広汎性発達障がい、軽度知的障がいのある20代の男性。

支援学校卒業後、一度は就職するものの続けることができず退職し、その後は自宅で家族との接点しかない状態が続く。本人自身も漠然とこのままではいけないと思っており、本人の障がいの特徴について、本人、家族及び支援者の間で理解を深めながら、本人の活動範囲を広げていき、自分のできる仕事に就けるよう支援を行う。

2. 支援プロセス

(1) 相談に至るまでの経緯

1年前から発達障がい相談センターへ相談。家族より就労に向けての相談の希望があったことをきっかけに、発達障がい相談センターより相談支援センターを紹介される。

家族が来所相談後、自宅を訪問の上、本人とインターク面接を行なう。「仕事をできるようになりたい」との相談でスタートするが、就労への支援を希望する背景に「家族に助けてもらってばかり」「兄は働いているのに、自分は働いていない」と自分への評価ができないしんどさを抱えている様子がうかがえる。また、自己評価は低く、できない自分を怒られるのではないか?と常に緊張している状況。「家族がいなくなったら備えて準備が必要」と言われたが、いなくなる時がいつなのか分からなくて不安という思いが言葉の背景に含まれていた。仕事ができるようになる為の準備の方法と一緒に考えて、やることを決めていく方針を示し、支援を継続していくことを本人と確認した。

(2) 計画相談支援の展開

アセスメントは発達障がい相談センターのスタッフと一緒に実施。「仕事に就いて、一人前の人と認められる暮らしにしたい。」と話すが、「一人前の人と認められたいが、どうしていいのか分からぬ。具体的に示して欲しい。」と背後にある不安も見られた。

面接するなかで、パソコンに関心があり、図表を作ったり、インターネットで調べたりすることができる点が本人のストレングスとしてうかがえた。課題としては、自己評価が低く「できない」という評価をしてしまいかがち。一緒に行動して、客観的に見ることや肯定できる点を見つける必要性、フラッシュバックやパニックが起きた際の対策を考える必要性がうかがえた。このため、得手不得手を整理し、対応方法を探すこと、自信を取り戻すために、ヘルパーと一緒に外出や整理をできたという体験を積み重ねること、就労を目指すための支援について情報を知ることを目標とした。

本人も家族も発達障がいの特徴や、本人の得意、不得意を知っていく取り組みを取り入れている。聴覚過敏やフラッシュバックへの不安から、外出に自信を失っていた点に対し、ヘルパー利用により、出かける機会を確保。居室を整理整頓し、変化が実感できるように取り組む。又、就労に向けては、仕事の相談ができる先を知るための取り組みを行なっている。

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成24年12月1日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○ ○○
-----	------------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

家族より就職を目指せるように相談。
現在、抑うつ状態のため、精神科通院中。
小学校高学年から中学校ではいじめられて不登校の時期があり。中学2年の時から小児精神科へ通院。広汎性発達障がいの診断を受ける。
中学校卒業時に療育手帳B2を取得。高校から支援学校へ通う。支援学校卒業後就職するが、抑うつ状態が強まり、3ヶ月で休職。その後退職。
その後も抑うつ状態が強く、自宅で過ごす。
日常生活では、中高生くらいの男子生徒が集まるところで、フラッシュバックを起こしてしまう。
聴覚過敏で人の集まるところでは、イヤーマフを付ける。
訪問したところ、自室はパソコン数台、ゲームや雑誌など気に入ったものは通信販売で購入。購入したものを捨てられずにあふれそうな状況。
就労については、本人も「しないといけないと思うが、自分で何ができるのか分からない。どうしたら仕事ができるのか、思い浮かばない。」と話す。
自己評価は低く、できない自分を怒られるのではないか?と常に緊張している状況。
昨年より発達障がい相談センターに家族が相談しており、本人と家族の面接を継続していることから、支援計画を立てるにあたってのアセスメントを発達障がい相談センター職員と一緒に実施。
就労を目指す前の段階的なステップを本人に視覚的に示しながら、各段階の計画を立てることとなる。

2. 利用者の状況

氏名	○○ ○男	生年月日	○年○月○日	年齢	23歳
住所	○○市			電話番号	06-****-****
	[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	06-****-****
障害または疾患名	広汎性発達障がい (療育手帳B2)	障害程度区分	区分2	性別	男・女
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		

生活歴 ※受診歴等含む

○年出生。
小中と普通学校、高校は支援学校へ通い、卒業。
小学校高学年からいじめられた経験があり、中学1年生の夏ごろより不登校。
中学2年から小児精神科通院開始。広汎性発達障がいの診断。
中学卒業時に療育手帳B2を取得。
支援学校高等部を卒業後、一旦就職するものの、退職。その後は自宅での生活。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

中学2年から精神科通院。現在は4週間に1回。
広汎性発達障がい。抑うつ状態が強く、服薬を統
けている。
抑うつ状態や混乱が強い時は、2週間に1回の診
察となる。

本人の主訴(意向・希望)

就職しないといけないと思うが、具体的に何をどうすればいいのか分からない。
具体的に教えて欲しい。
家族も年をとってくるし、いつまでも頼りにしていてはいけないと思う。
自分のことを自分で少しはできるようにならないといけないと思う。

家族の主訴(意向・希望)

親亡き後一人で暮らせるように、時間がかかるてもいいので、仕事に就
けるようにして欲しい。

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)					
他の支援	精神科クリニック 発達障がい相談センター	○○クリニック ○○発達障がい相談センター	通院・カウンセリング 面接	月1回 2ヶ月に1回	

別紙2

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	○○ ○男	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名		○○ 相談支援センター ○○ ○○
				書面作成担当者		
						主な日常生活上の活動
						日・祝
6:00						
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
10:00				○○ クリニック通院		
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食
14:00						
16:00						
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
20:00	バスソコン	バスソコン	バスソコン	バスソコン	バスソコン	バスソコン
22:00						
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
2:00						
4:00						

週単位以外のサービス
2ヶ月に1回 ○○ 発達障がい相談センター面接

様式2-1

サービス等利用計画

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○男 123456789 ○○○	障害程度区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	区分2 ○○円	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○		
計画作成日	平成24年12月16日	モニタリング期間(開始年月)	毎月 (平成25年1月)	利用者同意署名欄	○○ ○男		
希望する生活	利用者:就職しないといけないと思うが、具体的に何をどうすればいいのか分からない。具体的に教えて欲しいと思う。 いまでも家族を頼りにしてはいけないと思う。家のことを少しはできるようにならないといけないと思う。						
総合的な援助の方針	家族:将来に備えて、時間がかかってもいいので、仕事に就けるようにして欲しい。 ご本人及び家族が、ご本人自身の特徴や得意分野、苦手分野を知っていけるよう支援する。その上で将来の仕事への具体的な取り組みを決めていく。						
長期目標	就職のための準備に入れるよう、日中、目的の場所に出かけるリズムが作れるようになる。気分や健康面の確認を定期的に行ない、サービスを調整する。						
短期目標	家族以外の人と行動してみる。ヘルパーと一緒に外出と整理整頓を定期的に行なってみる。						
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			
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)	本人の役割	評価時期
1	安心して外出できるようになりたい。	ヘルパーと一緒に外出し、安心して外出できる実感を持つ。	3ヶ月(平成25年3月)	移動支援(2週間に1回) ○○ヘルパー事業所 (○○さん)	外出したい先を決める。まずは外出地への行き方と行程を紙に書いて、確認してから出かけます。 外出当日起用品を見る、整理整頓が必要なものを見つめ、必要なパソコン等を購入に行くなど。	毎月	
2	自分の部屋の整理整頓を手助けして欲しい。	ヘルパーと一緒に整理整頓を行う。	3ヶ月(平成25年3月)	居宅介護(家事援助) ○○ヘルパー事業所 (□□さん)	ゲームソフトの置き場所を決め、□□さんと一緒に整理をする。	毎月	ヘルパーは整理整頓方法を提案し、動かすのはできるだけご本人さんに行なってもらってきてください。
3	自分の気持ちや話をじっくり聞いて欲しい。自分が何を学ぶのがいいのか整理するのを手伝って欲しい。	毎月面接をして、振り返り月面接をして、振り返り振り返り振り返り振り返り振り返り振り返り振り返り振り返り。	3ヶ月(平成25年3月)	相談支援事業所 発達障がい相談センター ○○相談支援センター ○○発達障がい相談センター (○○さん)	毎日の出来事と、気分の点数を記録する。	毎月	
4	自分のできる仕事を知りたい。	仕事の相談ができる先を見つける。自分の得意なことと苦手なことを知る。	6ヶ月(平成26年6月)	相談支援事業所 障害者就業・生活支援センター ○○相談支援センター △△就業・生活支援センター (○○さん)	仕事の相談をできるところを知る。 △△就業・生活支援センターから、どのような就労支援があるのか聞く。	毎月	
5							
6							

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号	○○ ○ 男 123456789	障害程度区分		区分2		相談支援事業者名 ○○ 相談支援センター ○○ ○○
		利用者負担上限額 ○円	通所受給者証番号	計画作成担当者 ○○ ○○		
書類開始年月 平成24年12月		月	火	水	木	金
6:00						
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
10:00						
11:00～12:00				○○クリニック通院 4週間に1回		
12:00	量食	量食	量食	量食	量食	量食
14:00					希望の場所へ外出 (2週に1回)	
16:00						
18:00	ゲーム	ゲーム	ゲーム	ゲーム	ゲーム	ゲーム
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
22:00	ハソコン	ハソコン	ハソコン	ハソコン	ハソコン	ハソコン
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
2:00						
4:00						
サービス提供 自家から定期的に出かけることで、生活のリズムをつけています。						
による生活の 全休像						

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	○○ ○男	障害程度区分	区分 2	相談支援事業者名	○○相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	○円	計画作成担当者	○○ ○○
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24年12月15日	モニタリング実施日	平成25年1月17日	利用者同意署名欄	○○ ○男
全体の状況					
ご本人及び家族が、ご本人自身の特徴や得意分野、苦手分野を知つていただけるよう支援する。その上で将来のヘルパーと一緒に整理整頓と外出を行つ中で、ご本人さんの特徴をつかむ取り組みを開始した。体調チエック食事をつけて始めたので、毎月の振り返りを相談支援専門員と行ない、3月に発達障がい相談セミナーと振り返りを行なう。					
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 (二段階の充足度)
1	ヘルパーと一緒に外出し、安心して外出できる実感を持つ。	3ヶ月 (平成25年3月)	平成24年12月中はガイドヘルパーと一緒に自宅近くの商店街で、久しぶりにお店に買い物に行つた。人がたくさんいる近くを通るところハニックで、外出先を広げていく。	ほぼ達成できている。今後本人がハニックになりやすい場面、ハニックになら、外出先を広げていく。	達成度: 有(無)
2	ヘルパーと一緒に整理整頓を行う。	3ヶ月 (平成25年3月)	週に1回火曜日にヘルパーと一緒にソフトの整理、パソコンデスクの整理と順番を決めて整理整頓を行う。	ほぼ目標を達成できている。整理をはじめてから、ゲームソフトが机の上にすんでいた。	達成度: 有(無)
3	毎月面接をして、振り返りと今後の具体的な取り組みを決める。	3ヶ月 (平成25年3月)	体調チエック表に本人がパソコンで入力。要月初めのソフ問間に相談支援専門員と振り返り。	チエック表をつけ始めるこ	達成度: 有(無)
4	仕事の相談ができる先を見つける。自分の得意なことと苦手なことを知る。	6ヶ月 (平成25年6月)	相談支援専門員と一緒に△障害者就業・生活支援センターに行き、どういった就労支援をしているのかを聞いた。	就労するのを助けてくれるところがあるのがわかったよかったです。	達成度: 有(無)
5					達成度: 有(無)
6					達成度: 有(無)
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 (二段階の充足度)
1	ヘルパーと一緒に外出し、安心して外出できる実感を持つ。	3ヶ月 (平成25年3月)	通信販売ばかりだったのが、久ぶりにお店で買い物を行つた。人がたくさんいるところハニックで、外出先を広げていく。	ほぼ達成できている。今後本人がハニックになりやすい場面、ハニックになら、外出先を広げていく。	達成度: 有(無)
2	ヘルパーと一緒に整理整頓を行う。	3ヶ月 (平成25年3月)	週に1回火曜日にヘルパーと一緒にソフトの整理、パソコンデスクの整理と順番を決めて整理整頓を行う。	ほぼ目標を達成できている。整理をはじめてから、ゲームソフトが机の上にすんでいた。	達成度: 有(無)
3	毎月面接をして、振り返りと今後の具体的な取り組みを決める。	3ヶ月 (平成25年3月)	チエック表に本人がパソコンで入力。要月初めのソフ問間に相談支援専門員と振り返り。	チエック表をつけ始めるこ	達成度: 有(無)
4	仕事の相談ができる先を見つける。自分の得意なことと苦手なことを知る。	6ヶ月 (平成25年6月)	相談支援専門員と一緒に△障害者就業・生活支援センターに行き、どういった就労支援をしているのかを聞いた。	就労するのを助けてくれるところがあるのがわかったよかったです。	達成度: 有(無)
5					達成度: 有(無)
6					達成度: 有(無)

【支援のポイント及び留意点】

1. ニーズ把握からアセスメントについて

- 必要に応じて、医療機関や専門相談機関からの情報を活用する。本事例では、相談支援センターへの相談以前に、家族や本人が発達障がい相談センターとの面接を続けていたことから、アセスメントに関する協力を得ることとした。
- 本人の障がいの特徴を知るための質問票を作り、本人との面接の際に、一緒に質問票を見ながら記入した。質問の項目、聞き方を具体的にし、視覚的に分かるよう工夫するなど、本人が理解しやすいように配慮することが必要である。

2. 計画作成について

- 発達障がい相談センターと一緒に、仕事を目指すためのステップを考え、以下の点に留意して、ステップを1段上がるための具体的な計画を立てた。
 - ・外出の目的を本人の楽しみを叶えるためと位置付け、外出の意欲を高め、不安を軽減する。
 - ・本人のストレングスに着目し、パソコンで表を作り、毎日の記録を打ち込んでもらうこととする。本人のできること、得意なことに取り組むことで、自己肯定感に繋げる。
 - ・取り組んだ効果が分かりやすいこと。
- 計画書にはできるだけ具体的な取り組みを示す。また、計画書とは別に、先の見通しを示せる図表を作成したり、現在の取り組みがステップのどの位置にあるのか分かるような工夫をする場合もある。
- 計画にはできるだけ本人の使う言葉で書き入れる。言葉の示す意味が違うこともあるので確認しながら行う。

3. モニタリングについて

- 具体的な出来事にどう対応したか、気分の程度はどうだったかなど、漠然ではなく具体的に確認していく。その中で「失敗したのではないか?」、表情が読めずに「怒られている。」との不安を解消することができ、また、取り組みの成果に本人が気付くことができた。
- 支援機関や周囲の関わり方についても確認し、情報を蓄積し共有していくとよい。本人の特性に合わせた関わり方を知ることは、今後の就労に向けて職場での必要な配慮の情報となり得る。

4. 全体を通して

- 障がいの特性を知り、本人に合った関わり方の工夫を知ることが大切である。苦手なことを克服していくのではなく、できること、得意なことを取っ掛かりにし、そこから社会参加へのステップにつなげていくことが有効と思われる。
- 就労へのステップに当たっても、本人の障がい特性の理解、得意不得意を知ること、体験を通じてのアセスメント、自分に合った仕事を知る、職場での必要な配慮を知るなど、計画を実施しながらしっかりとアセスメントを続けることが大切である。就労後のサポートも必要であり、障害者就業・生活支援センターなどとの連携を図りたい。

【障がい者の事例】

(2) 就労支援の事例

～福祉サービス（就労移行支援）の利用により、職場定着を果たす～

1. 事例の概要

統合失調症により、精神障がい者保健福祉手帳3級を取得している20代男性。

過去、一般雇用では職場定着が困難であったが、障がい者求人にて、特例子会社に就職している。しかし、就業開始から2年目となり、モチベーションの低下により公私とも様々な課題が顕在化してきた。

雇用の継続が危ぶまれたが、相談支援及び福祉サービスを活用して課題克服に努めながら雇用継続を図り、もって将来の目標（一人暮らし・結婚）の達成に向けて取り組んでいる事例。

2. 支援プロセス

(1) 相談に至るまでの経緯

本人の就業先である「〇〇株式会社（特例子会社）」の直属の上司（現場責任者）から母親に、勤続2年目に入ってから職務遂行上の問題が顕著となり、会社で指導しても改善が見られない。他の従業者への影響も大きくなってきており、このままでは雇用の継続はできないとの連絡があった。母親から電話相談を受けた相談支援専門員は、本人の就労継続の意思を尊重し、現在問題となっている課題の改善及び雇用の継続に向けて、会社及び障害者就業・生活支援センターと連携して相談支援を行うこととなった。

(2) 計画相談支援の展開

これまで課題解決に向けて、会社上司や障害者就業・生活支援センタースタッフも交えて支援してきたが改善は一時的であり、上司に対して最近はふてくされた態度を示すなど、職場内での支援については限界との判断が出されている。会社としては、退職するか、別の専門機関で訓練を受けることで課題解決を図ってほしいとの意向が示される。在職中の公共労働訓練の利用は難しいことと、課題軽減後のモチベーションの維持の両面から、計画相談支援並びに就労移行支援を活用することで、自身の描く将来像に向けて、“今取組むべきことが何なのか”を時間をかけてイメージできるように配慮した。本人の障がい福祉サービス（就労移行）の利用に際して援護の実施機関からは、勤務先である会社から正式に「休職中であること」を証明するものがあれば支給決定できる旨の情報がある。

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成24年4月1日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○ ○○
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

普通高等学校卒業後、数箇所の就労経験はあったが、いずれも不適応(主に対人面)により短期間で離職を繰り返す中で統合失調症を発病したものと考えられる。○○相談支援センターでは、手帳取得の段階から支援を開始。当初の支援の目標を「安心して、長く働くこと」と定め、障害者就業・生活支援センターと連携して数箇所の会社で職場実習に取り組んだ。その結果、特に対人関係をつくる際の距離感が適切にとれないと、作業の指示を受ける際に、複数の業務指示は避け、簡単で明瞭なことがポイントであり、職務遂行スキルとしては、メモは取ることはできるが上手く活用することが苦手であることがアセスメントされた。この結果に基づいて数箇所の障がい者専用求人に応募。その中の○○会社(特例子会社)に、職場実習、トライアル雇用を経て、正社員として採用された。入社当初は適度な緊張感があったことと、初めての正規社員ということもあって、モチベーションも高く職務評価も高かった。しかし、約1年を経過する頃から対人面での課題がクローズアップしてきた。具体的には、特定の異性への想いが高じて半ばストーカー的な行動をするようになり、就業後の待ち伏せや、気を引く為の虚言や行動不穏が顕著となると共に、他の従業員への嫉妬と見られる強い態度や言動が頻繁に見られるようになってしまった。相談を受けた直属の上司や支援者(障害者就業・生活支援センター)からの指導やアドバイスに対しても、その場のしのぎの言動(反省します、もうしません)を繰り返すばかりで改善が見られない。また作業面においても、入社当初にはできていた作業が「できない」のではなく、「ミス」(数の読み間違いによる出荷トラブル等)が頻発。スピードも入社当初よりも著しくダウンしたとの評価を受ける。更に、上司による指導の経過で、指導されている内容を受入れることがでできず、その上司との関係性が悪化してしまった。積極的に反抗や拒否的な言動をするのではなく、ふてられた態度で就業することで、他の従業者からも不満の声が高まり、就業継続に際して著しい問題となってしまった。この間に、会社担当者・支援者・家族を交えて、何度も話し合いを持ち、支援者による職場介入などを実施したり、部署を変更して対応してきたが、改善は一時的であって、時間の経過や支援者がいかなる同じ状態に戻ってしまう状況。そいつの最中、会社上司から母親にこれ以上の雇用継続は難しい旨の連絡があった。本人も家族も、現在の会社での就労の継続が第一の希望であり、この相談を受けた相談支援専門員は、職場に籍を置きながら、問題となっている自身の課題の改善にむけて必要な訓練を受けて、本人の希望する「就労継続」ができないものか、更には、その後も長く働き続けるための支援ができないかと、雇用・労働関係の機関とも相談しながら可能性を探ることになった。

氏名	○○ ○太	生年月日	○年○月○日	年齢	25歳
住所	○○市 〔持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()〕			電話番号	090-*****
障害または疾患名	統合失調症 (精神障がい者保健福祉手帳3級)	障害程度区分	区分1	FAX番号	
性別	(男) ■ 女				
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		
<pre> graph TD P[父 56歳 会社員] --- M[母 55歳 ハート] M --- S[姉 28歳 会社員] M --- A[本人 25歳] </pre>			<pre> graph TD subgraph Social_Network [社会関係図] direction TB M[母] --- P[父] P --- I[本人] I --- O[○○大学病院 精神科D/r] I --- C[○○株式会社] I --- H[ハローワーク] I --- S[○○相談支援センター] I --- B[障害者就業・生活支援センター] O --- P C --- I H --- I S --- I B --- I end </pre>		
生活歴 ※受診歴等含む					
<p>地域の小中学校から、普通高等学校に進学(友だちが少なく、勉強も不振だったとのこと)高等学校卒業後、スーパー・マーケットに就職するが、対人関係の困難さから約1ヶ月間で離職。その後も比較的簡単な補助的業務でアルバイト就業するが、いずれも短期間で離職に至っている。聞き取りの中で、恐らくこの頃に統合失調症を発症していたであろうと思われた。(幻覚・幻聴)その時期に内科的な疾患で○○大学病院に入院加療の必要が生じ、入院時に主治医に精神症状を伝えたことで同病院の精神科につながり、「統合失調症」の診断、治療を受けるに至る。内科の疾患が落ち着き、同病院の退院時に精神科医師の勧めで○○相談支援センターに相談に来られ、支援に繋がる。同精神科には退院後も定期的な受診と服薬を継続している。その後の状況については、第1項(概要)に記載しているように、障がい者枠(特例子会社)にて在職中。両親と姉の4人家族であり、母親は本人にとっては良き理解者。父親とはあまり話さず、苦手な様子。</p>					
医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等					
<p>疾患名「統合失調症」 ○○大学病院 主治医:精神科医師 通院頻度 1回/2W 服薬 向精神薬/抗不安薬/導眠薬 (朝・夕・睡前)</p>					
本人の主訴(意向・希望)			家族の主訴(意向・希望)		
<p>○○会社(特例子会社)で働き続けたい=仕事を辞めたくない お金を貯めて、親孝行がしたい いずれは実家を出て、一人暮らし・結婚したい</p>			<p>できれば、今の仕事を続けさせてあげたい (理由) ・障がいに理解のある会社との認識 ・本人が喜んで行っている 病気(障がい)が治ってほしい</p>		

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)	相談支援事業所 障害者就業・生活支援センター	○○相談支援センター 障害者就業・生活支援センター	日常的な生活相談・余暇活動 (情報提供) 職場訪問・個別相談	不定期 3ヶ月に1回程度 来所:月2回程度 訪問:月1回程度	
その他の支援	公共職業安定所	ハローワーク	雇用管理指導(訪問指導)	2ヶ月に1回程度	就職時 求職紹介 ・トライアル雇用等

別紙2

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	○○ ○太	障害程度区分	相談支援事業者名					○○ 相談支援センター ○○ ○○
			計画作成担当者	相談支援事業者名	計画作成担当者	相談支援事業者名	計画作成担当者	
月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動	
6:00								・就労着 勤務先（特例子会社）
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		・母親と出かける程度で、自分だけの趣味や友人と出かけたりすることはない
10:00	○○株式会社勤務（特例子会社） ・製造補助業務	○○株式会社勤務（特例子会社） ・製造補助業務	○○株式会社勤務（特例子会社） ・製造補助業務	○○株式会社勤務（特例子会社） ・製造補助業務	○○株式会社勤務（特例子会社） ・製造補助業務	○○株式会社勤務（特例子会社） ・製造補助業務		・通院：○○大学病院 精神科 2週間に1回
12:00								・基本的に平日と同じようなフリータイムと 基本的には同じであるが、翌日が休みであれば、12時くらいまでは起きていること
14:00								
16:00								
18:00	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅		・外出は好きだが、母親と買い物に 行く程度とのことで (友人と出かけることはない)
20:00	入浴 ・夕食 ・TV ・P.C./メール/ゲームなど	入浴 ・夕食 ・TV ・P.C./メール/ゲームなど	入浴 ・夕食 ・TV ・P.C./メール/ゲームなど	入浴 ・夕食 ・TV ・P.C./メール/ゲームなど	入浴 ・夕食 ・TV ・P.C./メール/ゲームなど	入浴 ・夕食 ・TV ・P.C./メール/ゲームなど		・基本的に仕事が終わった平日には、 母親(車)と通院している。 母親の都合で、予定の通院にいけ ないことがあると不満そうに話 している。
22:00								
0:00	入眠	入眠	入眠	入眠	入眠	入眠		・入眠
2:00								
4:00								

様式2-1

サービス等利用計画

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			本人への役割	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)	相談支援事業者名(担当者名)			
1 今の仕事を統合する (現職場への復帰)	職務遂行上のスキルアップ ・就労移行支援事業所への承認認証 ・O株式会社への経過報告	2ヶ月 (平成24年6月) 就労移行支援 原則、週5日	障害者就業・生活支援センター 定期的な振返り(フォードミーティング) ・就労移行支援の状況確認 ・O株式会社への経過報告	○○就労移行支援事業所 サービス管理責任者	○○就労移行支援事業所 支援目標の獲得のため、週流れ 休まずに訓練を受けける。 会社に「休職」許可を得る。	○○就労移行支援事業所 就労支援ワーカー	1ヶ月	○○市では、「休職」で生活習慣を改善する。 職場復帰できる環境を整えていく。	
2 仕事のこと以外を相談したい (将来的な希望・夢など)	モチベーションの持続(意欲向上) ・ストレスの解消確認 ・新たなニーズの確認	2ヶ月 (平成24年6月) 定期面談：週2回 定期面談への報告：隔週	相談支援センター メール：原則、毎日 来所面談：(必要時随時)	○○相談支援センター 相談支援専門員	訓練にての訓練に際し、毎日、作業メモ、日誌(記録)をつづり、作業、障害者就業・生活支援センターでの面談に望む。	1ヶ月	訓練の中での効果や、表出した課題(配点)などを、随時、事業所にフィードバックしながら情報共有していく。 職場復帰できる環境を整えていく。		
3 行きたい できるようになりたい できることになりたい	余暇活動を通して、望ましい人間関係の構築を学ぶとともに、働く意欲を向上させる。	1ヶ月 (平成24年5月) 相談支援 情報提供+利用支援 余暇サークル「○○友の会」 会報毎月、第3金曜日	相談支援センター メール：原則、毎日 来所面談：(必要時随時)	○○相談支援センター ○○友の会 世話後	訓練に際して、思ったことを、「随時、相談感じたことを、「随時、相談する」。	1ヶ月	来所面談に加え、本人の希望により、自身の携帯電話でのメールでの報告を取り入れた。これを通じて「必要時相談」としての効率化したい。		
4 母の支援がなくとも、病院に行きたい	必要な福祉サービス(通院等介助)を活用し、いずれは單身で通院でできるようになる。	2ヶ月 (平成24年6月) 通院等介助 2週間に1度 (月4回)	○○居宅介護事業所 ヘルパー	○○居宅介護事業所 ○○友の会	サークル活動を通じて、積極的に友人や仲間づくりをして、「世話役」ができるくらいになればと考える。	2ヶ月	利用支援から初回参加を行い、スマートスティックに入ることができるようにはサポートする。		
5 自分でできる事を増やしたい (経験のないことに自信がない)	小遣い帳を付ける(月額小遣いの自己管理)	2ヶ月 (平成24年6月) 2週間に1度 (月4回)	母親に頼りきつていらる、病院受診や服薬管理を自身で行えるようになる。	母親に頼りきつていらる、病院受診や服薬管理を自身で行えるようになる。	現在は、常に母親が通院に同行支援している。時として母親の都合により通院でできないことが多い。そのため、自身で通院できるようにサポートする。	2ヶ月	月額の小遣いや必要経費に関する自己管理、通院、衣類や電化製品等の金額の大さい買いたい物を自身で購入する。 他の領域においても、自分でできる領域を拡大していくようになります。日常生活自立支援事業等の活用を検討する。		
6	自分でできる事を増やしたい (経験のないことに自信がない)	2ヶ月 (平成24年6月) 相談支援	○○相談支援センター 相談支援専門員	未経験なことでも、支援を得ながら、まずは自身で行ってみる。	未経験なことでも、支援を得てみる。	2ヶ月			

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号	○○ ○太 123456789	障害程度区分		区分1 ○○円	相談支援事業者名 ○○相談支援センター ○○ ○○
		利用者負担上限額	計画作成担当者		
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24年5月1日					
6:00	起床・朝食	8:00	起床・朝食	日・祝	・就労移行支援（職業訓練） 週5日～支給決定（2ヶ月）
10:00	○○就労移行支援事業所 ・作業訓練 ・グループ指導 ・SST	12:00	○○就労移行支援事業所 ・作業訓練 ・グループ指導 ・SST	木	・就労移行支援事業所 ・作業訓練 ・グループ指導 ・SST
14:00	障害者就業・生活支援センター 個別面談	16:00	通院等介助 ○○大学病院受診 (2週間に1回)	水	・就労移行支援事業所 ・作業訓練 ・グループ指導 ・SST
18:00	帰宅	20:00	入浴 ・入浴 ・夕食（後刻～母と協働） ・TV ・PC/メール/ゲームなど	火	・就労移行支援事業所 ・作業訓練 ・グループ指導 ・SST
22:00	入眠	0:00	入浴 ・入浴 ・夕食（後刻～母と協働） ・TV ・PC/メール/ゲームなど	月	・就労移行支援事業所 ・作業訓練 ・グループ指導 ・SST
2:00	入眠	4:00	入眠	金	・就労移行支援事業所 ・作業訓練 ・グループ指導 ・SST
週単位以外のサービス					
10:00	○○大学病院精神科 2週間に1回定期受診 ⇒通院等介助利用により、單身で受診できるように取組む	12:00	○○相談支援センター 個別面談	水	・通院：○○大学病院精神科 2週間に1回定期受診 ⇒通院等介助利用により、單身で受診できるように取組む
14:00	障害者就業・生活支援センター 個別面談	16:00	通院等介助 ○○大学病院受診 (2週間に1回)	木	・サークル「○○友の会」 原則、第3金曜日
18:00	帰宅	20:00	入浴 ・入浴 ・夕食（後刻～母と協働） ・TV ・PC/メール/ゲームなど	火	・サークル「○○友の会」 原則、第3金曜日
22:00	入眠	0:00	入浴 ・入浴 ・夕食（後刻～母と協働） ・TV ・PC/メール/ゲームなど	月	・入浴 ・夕食（後刻～母と協働） ・TV ・PC/メール/ゲームなど
2:00	入眠	4:00	入眠	金	・入浴 ・夕食（後刻～母と協働） ・TV ・PC/メール/ゲームなど
サービス提供による実現する生活の全体像					
本人の希望は、現在の勤務先である「○○株式会社」での就労を継続して、将来的には一人暮らしや結婚することにあります。しかし、ここまで2年間の就労生活で明確にならなかった職業面の課題に対して会社側からは継続雇用の条件として、何らかの訓練やトレーニングで改善、克服することが提示されています。当面2ヶ月間休職し、福祉サービス「就労移行」を利用して指摘されている職務遂行上の課題を改善し、元の職場に復帰することを目指します。更に当事者活動（○○友の会）に参加することで交友関係を広げることもとに、自身でできることは自身で行うことで自信を持ち、もって生活力向上を目指しています。					

様式3-1

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	○○ ○太	障害程度区分	区分1	相談支援事業者名	○○相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	○○円	書面作成担当者	○○ ○○
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24年5月1日	モニタリング実施日	平成24年6月25日	利用者同意署名欄	○○ ○太
総合的な援助の方針					
福祉サービスを活用して仕事を改善して職場復帰し、将来のなりたい自分に近づく生計画策定時の最大の支援目標は職場復帰することと、職場復帰することができた。					
全体の状況					
優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの點数割り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (二段階の充足度)
1	職務遂行上のスキルアップ ・報務などの基本的な対人面 ・はうわくひそく～準備性 ・数量（ミス＋スピード）改善	2ヶ月 (平成24年6月)	事業の利用については、関係機関の協力により、円滑に導入できました。 訓練開始当初と比較して、各項目とも向上が認められました。	ほんとうは会社で働きたかったけど、訓練を受けたことで、何ができるかわかったからできました。	訓練場面に限ることには訓練するが、当初の目的は達成しなかったと考える。
2	定期的な振返り（フィードバック） ・就労移行での状況確認 ・支援目標の再確認 ・○○株式会社への経営報告	2ヶ月 (平成24年6月)	訓練期間中に緊張感を持つてきました。会社の人と待つていたところと前回会社と共にについて懐柔職場復帰につながりました。	訓練の目的を意識することができました。会社の人と待つていたところと前回会社と共にについて懐柔職場復帰につながりました。	上記と同じで、復職してもどちらも維持して取扱めるようになります。訓練でできる限りの会社との連携を維持する必要がある。
3	・モチーベーションの持続 （意欲向上） ・ストレステクニックの確認	1ヶ月 (平成24年5月)	訓練中に不安心に戸惑っても訓練後には職場復帰に向けても、お母さんのことなどを聞いて、元気が出ました。仕事もやられて元気が出ました。その後はひとりで、十分に話をしてからもお話しをしてほしいです。	訓練中は職場復帰に向けても訓練後には職場復帰に向けても、お母さんのことなどを聞いて、元気が出ました。仕事もやられて元気が出ました。その後はひとりで、十分に話をしてからもお話しをしてほしいです。	「職場復帰」という明確な目標を維持しながら、訓練の持続性を保つことになりますので、充分に話を聞きながら次の目標を設定する必要がある。
4	余暇活動を通して、望ましい対人関係の構築を学ぶと共に、働く意欲を向上させる。	2ヶ月 (平成24年6月)	最初は緊張した様子が見られましたが、口頭きちんとコミュニケーションを維持する様子。2回目は半分からからは、他の利用者と積極的に話をしており、今後は自身の選択で参加するなど思われる。	最初は緊張した様子が、口頭でも言葉でも楽しんでいました。次回はひとりでも行くことを楽しみたいと思う。	職場と家庭以外の人間関係構築の場のきっかけにはなると思います。会への参加を機会に、気持ちが体感で変わる場合などは、自分の選択でできるように取組む。
5	必要な福祉サービス（通院等介助）を活用し、いずれは單身で通院で通院できるようになる。	2ヶ月 (平成24年6月)	前回の受診等介助によるとヘルパーと一緒に通院し、病院での状況確認を行った。	前回は、相談員さんと一緒に通院し、母親が一緒に通院できることで安心して参加できた様子。2回目は母親が一緒に通院できることで通院するのには自信がない。	生活面の詳細について、事前に母親による書面等で介助の実施については了承された。
6	小遣い帳を付ける（月額小遣いの自己管理） 漫きの事を譲り受けている中で自信を獲得していく。必要な社会資源の活用を検討する。	2ヶ月 (平成24年6月)	一度はなくして月額1万円を自己管理し、出納の記入を小遣い帳に記入するところにした。当初は記入漏れが多く、金額が額収したが、最後は少なくなってきた。（母親）	一度は不安。小遣いとして、1万円を自分で使っている。レシートを失って失敗したことがあった。	まずは「小遣い管理」、次に通院支援等介助の実施については、母親が自らの行動を把握し、母親と調整しながら進めていく必要がある。
					多くの失敗や間違えはありえることを充分に確認し、「失敗」ではないことを認識して、正しい情報を伝えるように配慮する。

様式3-2

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○太 123456789		障害程度区分 利用者負担上限額		区分1 ○○円		相談支援事業者名 計画作成担当者		○○相談支援センター ○○○○								
	通所受給者証番号																
計画開始年月 平成24年7月1日(職場復帰日)																	
6:00	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動									
8:00	起床	朝食	起床・朝食														
10:00	○○株式会社 (特例子会社) ・製造補助業務																
12:00																	
14:00																	
16:00																	
18:00	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	夕食作り (母親と協働)	夕食作り (母親と協働)	夕食作り (母親と協働)	夕食作り (母親と協働)							
20:00	入浴 夕食(役割へ母と協働) TV																
22:00	PCメール/ゲームなど																
0:00	入眠																
2:00																	
4:00																	

週単位以外のサービス

・通院：○○大学病院 精神科
⇒通院等介助 2週間に1回
⇒会員との連携を含む
・障害者就業・生活支援センター
・原則、毎週土曜日に定期面談を設定
⇒徐々に必要時に相談ができるようする
・サークル「○○友の会」
⇒毎月、第3金曜日 16:00～
・障害者職業センター⇒職業評価
⇒ジョブコーチ事業の活用

サービス提供 基本的には、福祉サービス(就労移行支援)を利用して、職務遂行における課題を改善し、元の職場に復帰して就労を継続することが第一目標となっていた。今回のモニタリングにより、第一目標は達成できることとなつたが、次のスタッフとしては、そのモチベーションをいかにして持続・継続していくのかが大きな課題となる。そのためには、現在ご自身が漠然とした「夢」として考えている「一人暮らし」や「結婚」の実現に向けて、福祉サービス等を活用しながら、就労を継続することと、ご家族との連動によって、様々な生活力を身につけていくことが本プランの主題である。生活の全体像は、平日による生活の仕事の安定と、週末等の「楽しみ」のバランスがうまく取れた生活を実現したい。

サービス実現 全体像

【支援のポイント及び留意点】

1. ニーズ把握からアセスメントについて

本事例の当面ニーズとしては、「現職場での就労の継続」であることが確認されていた。相談支援センターとしては、本事例のニーズについては、単に“雇用の継続”ということではなく、目指すべき将来像を明確化し、その達成手段として「就労の継続」を位置づけ、本人のニーズとしては、むしろ後者を中心に本人と共有した。そのために、相談支援専門員はアセスメントに際しては、本人がなりたい自分の姿・目指す将来象を明確にイメージできるように「ミスピジションツール5pic」を用いて、なりたい自分と現在の自分とのズレを確認し、そのズレを小さくし近づけていくために今回の計画相談支援（取組）があることを充分に説明し、本人が能動的・積極的に取組めるよう配慮した。

2. 計画作成について

差し迫った課題（短期課題）としては、障がい福祉サービス 就労移行支援を活用して、職場での問題行動を軽減し、もって復職を果たすことではあるが、その後のモチベーションの維持により、軽減された課題が維持向上できるように支援すること（長期課題）が大切であることがアセスメントされた。従って計画作成に際しては、計画全体の「短期目標」「長期目標」について十分に本人と向き合い、「ミスピジションツール 5Pic」を活用してニーズを整理しながら、目標設定して計画全体を作成した。

3. モニタリングについて

モニタリング時期としては、短期目標であった職務遂行上の課題について、福祉サービス（就労移行）を活用して軽減した成果をもって、元の職場への復帰を果たすことになった時を選定している。よって、本人・ご家族から出された第一のニーズについては充足した状況にあるが、問題はこれを維持・継続していくことにあり、その為には、そのスキルの維持＝モチベーションの維持が重要であり、そのモチベーションの維持のエネルギーとして、ご自身の将来的な夢・希望である「一人暮らし」や「結婚生活」があることをきっちりと示し、理解を求めていくことに留意して実施した。

4. 全体を通して

まず、本事例は「在職者でありながら、離職しないで就労訓練を受ける」ことの制度上の課題に向きあう必要があった。こうしたケースにおける「サービス等利用計画」の策定に際しては、労働関係の機関である、ハローワークや障害者就業・生活支援センターとの連携は不可欠となる。その上で、援護の実施機関である市町村との調整を経て、実際の訓練先である就労移行支援事業所との綿密なすり合わせによる「個別支援計画」の策定といったプロセスが求められる。更に、本事例は「短期目標（職場復帰）」と「長期目標（就労継続）」の両軸による支援が求められており、ここを本人の思いの中で実現し、フィードバックし続ける姿勢が重要である。また、障害者就業・生活支援センターからは、こうした形で「雇用」と「福祉」が連携することで、企業側もエンパワメントされ、結果的に会社側の支援力の向上が期待できると評価されている。

【障がい者の事例】

(3) 施設入所を希望していたが、相談支援を受けたことによりケアホーム利用が実現した事例

1. 事例の概要

重度の知的障がいがある40代の女性。

長年にわたって母親との二人暮らしを継続してきたが、母親の急逝によりやむなく単身生活となる。その後、隣市在住の姉を中心に本人の支援を行っていたが、姉自身の体調の悪化等の理由により本人の単身生活の継続が困難となり、施設入所しかないと考えた姉が市の障がい福祉課に相談したことでの相談支援につながった。

当初のニーズとしては、特に夜間における安全面の確保を最優先課題とし、相談支援専門員は緊急一時的な支援体制を構築することを目標として「サービス等利用計画」を作成した。その後のモニタリングにおいて、ご本人の意向や急激な変化に配慮しながら、恒常的な生活基盤の構築を図っていくという、2段階の支援プロセスを要した事例。

2. 支援プロセス

(1) 相談に至るまでの経緯

母親との二人暮らしを継続してきた本人は、主たる介護者であった母親の急逝によりやむなく単身生活となった。母が介護できなくなった頃より、隣市に在住する姉を中心としてインフォーマルな資源を活用しながら、どうにか本人の支援を行っていたが、姉自身の体調の悪化等の理由により本人の単身生活の継続が困難となり、やむなく本人を施設に入所させるしかないと考えた姉が市の障がい福祉課に相談し、そこでケアホームやショートステイ等の在宅サービスについての情報を得て、相談支援センターへの来所相談につながった。

(2) 計画相談支援の展開

相談の当初は、本人の希望やニーズに基づいた支援計画という色合いよりも、姉を中心とした介護者側から、本人の介護・ケアの在り方に関する問題、極言すると「危機管理」といった色合いが濃い支援内容が求められた。その条件を満たしながら、相談支援専門員は、「ことば」による意思表示が苦手であるご本人の特性に配慮しながら、本人の気持ち（意向）を確認する。そのうえで、安心・安全の確立というニーズの充足にむけて、現実的な対応を組み立てている。

支援の経過としては、第一段階で危機管理的要素を中心としながら、その後の変化を見据えて「段階的・試行的」といった形をとりつつ、本人の希望や気持ちを確認するといったプロセスを踏んだ。第二段階では、その後も継続的・恒常的に可能な支援システムとしてケアホームを利用し、施設入所ではなく地域での生活基盤を構築していった。

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成24年4月1日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○ ○○
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

父親とは死別、姉は結婚による別居。以来、長年母親と二人で暮らしていた。しかし、母親の病気（半年程度前）⇒急な死別（2ヶ月前）により、本人の介護者が不在となった。住環境の特徴としては、自宅（持ち家）の周辺が親戚の家で囲われており、叔父夫婦を中心とした親族によるサポートと、隣市（車で40分程度）に在住する姉との連携により、ここ数ヶ月は、何とか本人の安全確認（安否確認）、食事の確保、「市立○○地域活動支援センター」への通所（送迎支援はなく、往復にはサポートを要する）など、どうにか姉が中心となって援助してききたが、姉自身の体調の悪化と、子どもが受験期になってきたこと、更に、同居している姑に認知症の症状が出てきたことで、これ以上、姉による調整での家族介護（自宅での生活）は不可能と判断。解決策は本人の施設入所しかないと考えた姉が、○○市障がい福祉課に施設への入所をやむなく希望した。相談を受けた○○市担当ケースワーカーは、施設入所については相当の待機者がいることに加え、ケアホームやショートステイなど、在宅サービスの利用について情報を提供したこと、姉は施設入所以外の選択肢もありえることを知るに至る。市役所からの勧めでケースワーカー同伴にて「○○相談支援センター」に来所し、サービス等利用計画作成に向けた相談につながった。本人は重度の知的障がいがあるので、今後の生活についての明確な希望は聞き取ることは難しかったが、主たる介護者となつた姉からは、可能であれば生まれ育った自宅周辺、且つ、姉自身の生活圏内周辺で生活させてあげたいとの希望が出された。本人は親和的な性格で、通所している地域活動支援センターでは、支援員や他の利用者とかかわることを楽しみにしている。今は夜間（就寝時）は一人で過ごしており、特に寂しく怖いとのこと。

2. 利用者の状況

氏名	○○ ○子	生年月日	○年○月○日	年齢	47歳
住所	○○市 〔持家・借家・グループ・ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()〕		電話番号		
障害または疾患名	知的障がい（療育手帳A）	障害程度区分	区分5	性別	男・女
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等（役割）		
<p>父 母親 15年前に死亡 2ヶ月前に死亡 叔父夫婦は近隣に在住 姉 (51歳) 認知症 本人 (47歳) 重度知的障がい 姉と同居</p>			<p>○○内科 ○○市 障がい福祉課 ○○相談支援センター ○○地域活動支援センター ○○宅配給食 本人 姉 姑 義兄 近隣 親族 叔父/叔母 利用者</p>		

生活歴 ※受歴等含む

幼少期等の周辺情報については、本人からの聞き取りは難しく、また主たる介護者であった両親が死亡しており、詳細な情報を得ることが難しい状況。父親の死亡後は母親との二人暮らしであった。現在の主たる介護者である姉は、2年前までは遠方に住んでいたこともあり、2～3年に1回程度の帰省時にかかわってきた程度で、本人の生活歴に関しての詳細な情報はないとのこと。母親が元気であった頃に、数年前の尿の検査で糖尿病の疑いがあるとの診断があったと聞いたが、新しい場所や人に対して極端に怖がることがあり、大きな病院には絶対に行こうとしない（拒絶して暴れる）ので、近くのクリニック（内科・小児科）で、予防的に糖尿病の薬を服薬している。しかし、専門の検査（採血）ができないので、病状がどの程度なのかは分かっていない。さらに、物心についてから一度も歯科に行ったことがないとのことで、恐らく歯の痛みはあると思われるが、歯科医にも絶対に行かないで、治療はおろか詳細が分からぬ状況。

医療の状況 ※受診科目・頻度・主治医・疾患名・服薬状況等

- 疾患名「糖尿病の疑い」
- 内科 主治医「○○ドクター」
- 通院には行けないので、姉が4週間分の投薬を受け取りに行っている
- 服薬（予防的服用）
糖尿病薬（朝・夕食後）

本人の主訴(意向・希望)

- 一人は寂しい、怖い
- お姉さんが好き
- 地域活動支援センターの仲間が好き

家族の主訴(意向・希望)

- 安心、安全な生活環境を整えてほしい
- 特に、夜間が一人になるので心配
- できれば姉の生活圏内（車で1時間以内）で生活させたい
- 糖尿病、歯科の治療を受けさせてあげたい
- 姉自身の負担を軽くしてほしい

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)	地域活動支援センター	市立○○地域活動支援センター	日中活動・昼食提供	週3回	公立施設のため利用回数に制限（週3回）あり。
その他の支援	親族による介護 宅配弁当 通所支援（親族によるサポート）	姉+近隣親族（叔父夫婦他） ○○宅配給食 近隣親族	食事提供・安全確認 入浴は、原則叔父宅 週3日 親族による食事提供ができない時に利用 地域活動支援センターの送迎	平日：親族 土日：姉 左記のとおり	基本的には、「誰か」がサポートできるよう、姉がマネジメントしている。

別紙2

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	○○ ○子		障害程度区分 区分 5	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○ 相談支援センター ○○ ○○
	○○	○○			
					主な日常生活上の活動
6:00					市立○○地域活動支援センター（機会均等）により 利用制限有：週3日（月・水・金）
8:00	起床・朝食				*姉がカレンダーに記入して利用可能日を示しているが、本人は理解すること難しく、時々バニックになることがある。
10:00	叔父による送支援				地域活動支援センターの無いときは、自宅でテレビを見たり、絵本を楽しんでいる。
12:00	市立○○地域活動支援センター ・昼食				
14:00	市立○○地域活動支援センター ・昼食	叔母による迎支援			土日は姉宅にて過ごすか、姉が自宅に来て、終日一緒に過ごしている。 姉と一緒に、買い物や日帰り温泉を楽しんでいる。 最近は、姉自身の体調不良と姉の認知症により、出かける機会が少なくなってきた。
16:00		入浴（叔父宅）			
18:00	宅配弁当	食事（叔母差入れ）	宅配弁当		
20:00	入眠	入眠	入眠		入眠
22:00	叔父・叔母による安否確認	叔父・叔母による安否確認	叔父・叔母による安否確認	叔父・叔母による安否確認	入眠
0:00					
2:00					
4:00					

サービス等利用計画

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号		障害程度区分 区分5 利用者負担上限額 ○円		相談支援事業者名 ○○相談支援センター ○○ ○○	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号		計画作成担当者	
計画作成日	平成24年4月20日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(平成24年5月)	利用者同意署名欄	○○ ○○
希望する生活					利用者:安心で、楽しく暮らしたい。
家族・安全な生活環境を整えてあげたい。姉として、できるだけのこと(サポート)はしていただきたい。					社会資源を活用して、安心な生活環境を整えると共に、姉を中心とした家族による支援を組み合わせ、本人にとって楽しく、安心して生活できるように生活環境を整える。
総合的な援助の方針					まずは安心安全な生活環境を整えることを中心に重点を置きながら、本人が分かりやすく楽しい日課を提供する。
長期目標	大きな変化なし				
	短期目標				
安心安全な生活環境を整える(ショートステイ/ケアホーム体験利用)。					
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	その他留意事項
1 夜が寂しくて怖い	支援者不在など、緊急的に複数の支援者が提供できるよううな態勢を整える	ショートステイ：3回／週 （平成24年5月）	ショートステイ：3回／週 （平成24年5月）	○○ショートステイ ○○サービス管理責任者 (送迎サークル)	知らない場所(○○ショート ステイ)・人に慣れる。 (見学・日常生活利用など) ケアホーム利用を想定
2	イメージをつかむ～希望の確認	共同生活介護体験利用事業 ・事前に食事会(見学を兼ね) （平成24年5月）	1ヶ月 （平成24年5月）	○○ケアホーム ○○サービス管理責任者 （ケアホーム）・人(利用者・世話人)	知らない場所(ケアホー ム)・人に慣れる。 本人の希望確認、共同生活への適正把握、他の利用者とのマッチング等、ケアホームの利用を想定として、多角的に適正把握に努める。(利 用期間は2週間程度)
3 楽しい時間を仲間と過ごしたい	楽しい時間、生きがい支援、 生活リズムの確立、対人関係 の向上	地域活動支援センター ・送迎なし～往復に支援が必要 （平成24年5月）	地域活動支援センター ・送迎なし～往復に支援が必要 （平成24年5月）	市立○○地域活動支 援センター 担当者 送迎は叔父・叔母に よるサポート	ケアホーム利用を前提とした場合、予定して、 ケアホームから市立○○地域活動支援セン ターの通所にしては送迎サービスがなく、距 離的にも困難になる。急激な生活環境の変化を 緩和することを目的として、市立○○地域活動 支援センターの通所が無い日に、○○生活介護 の利用を併用することでの対応は、精神的な負担を軽く することを目的とする。
4 もっと楽しい時間を仲間と過ごしたい	安定的に利用可能な日中活動 へのシフト ＊利用目的は上記同様	1ヶ月 （平成24年5月）	○○生活介護 ・当初は地域活動支援センター ・バス送迎サービス有	新たな人・場所に慣れる。 バス停までの渡辺はケ アホーム世話人や生活 支援員	ケアホーム入居後に糖尿病や歯科受診等 に取り組む必要性を踏みて、担当するヘル パーを経験して、担当することで、関 係性を高める。
5 おいしいものを食べたい	糖尿病に配慮した、手作りの 食事を提供する	1ヶ月 （平成24年5月）	○○ヘルパー事業所 (相談支援センター)	新たな人・場所に慣れる。	1ヶ月
6 買物や外出を楽しみたい	週末等、楽しみと社会経験の 拡大を目標として、姉以外の や買い物の機会を設ける	2ヶ月 （平成24年6月）	○○ヘルパー事業所 (相談支援センター)	新たな人・場所に慣れる。 興味のあることを伝える。	6ヶ月

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○子 123456789 ○○	障害程度区分		区分 5 ○○円 通所受給者証番号	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○ 相談支援センター ○○ ○○			
計画開始年月 平成24年5月1日									
6:00	○○ ショートステイ								
8:00									
10:00	○○ 生活介護 バス利用	叔父による送支援	市立○○地域活動支援センター ・送迎サービス ・作業支援 ・余暇支援 ・昼食提供	叔父によるバス利用	○○ ショートステイ	○○ ショートステイ	主な日常生活上の活動		
12:00									
14:00									
16:00	○○ ショートステイ 送迎サービス		市立○○地域活動支援センター ・送迎サービス ・作業支援 ・余暇支援 ・昼食提供	○○ ショートステイ 送迎サービス	○○ ショートステイ 送迎サービス	○○ ショートステイ 送迎サービス	連携体制のサービス		
18:00	居宅介護（家事援助） ○○ヘルパー事業所 *昼食提供		居宅介護（家事援助） ○○ヘルパー事業所 *昼食提供	入眠			連携管理		
20:00									
22:00	叔父・叔母による安否確認		叔父・叔母による安否確認				連携体制の確立		
0:00									
2:00									
4:00									

サービス提供
による生活の
全体像

令の一番の図りごとには、常に「安心して暮らす」、「安全面での問題が大きくなる」、「本くからちます」「怖い・寂しい」との事が聞かれています。一方、住みなれた家で生活したいとの思いにも配慮して、当面は1週間のうち半分をショートステイを用いることで、安心安全な生活を確保をして、また、特典のケアホームへの正式な入居を前提として、転居後にも通所可能な○○生活介護事業所についても、現在通所している地域活動支援センターと半分ずつ利用することと、大きな負担なく移行できるようになります。

様式3-1

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号	○○ ○子 123456789	区分5 利用者負担上限額	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○						
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24年4月20日	モニタリング実施日	平成24年5月20日	利用者同意署名欄 ○○ ○子						
総合的な援助の方針										
<p>社会資源を活用して、安心な生活環境を整えると共に、婦をを中心とした家族による支援を組み合わせ、本人にとって楽しく、安心して生活できるようになってほしい。</p> <p>長期の支援者が不在のことで、緊急避難的に「ショートステイ」を利用した。当初は婦に日々利用するが、2週目にには緊張感も和らぎ、場所を設けた。並行してケアホームを確認したところ、「楽しい」と他の利用者との会話を確認し、まずは「他の利用者の気持ちを確認した」「他の意を確認した」。3週目活動も1箇月の施設利用にて様子を見た。利用開始2週目からは「早くケアホームに行きたい」との気持ちは全く至る。婦や叔父叔母が安心がもてたこと大変喜ばれ利用している。特に混迷することもなく、アムーズのスタッフも安心して接客が可能である。婦や叔父叔母は動物園に行くつも夢であった。</p>										
優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者が開き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充実度)	今後の課題・解決方法 (残された課題・新たな課題)		音量変更の必要性 サービスの変更 種類の変更	週間計画の変更 サービス量の変更	その他留意事項
						緊急避難的には目的は達成 した。	恒常的な安定した生活を當 然には本事業の利用だけで は不十分であり、「生活基 盤」の再構築が必要となる。			
1	支援者不在など、緊急的 に後間の支援が提供でき るような態勢を整える。	初回・2回目の利用時は緊 張した様子であったが、3 回目以降はすっかり慣れた 様子。食欲もあり、睡眠も良 い。	ケアホーム体験を利用を経 て、共同生活のイメージを持 てた様子。他の利用者と の関係も良い。	楽しい(ほんのがおいしい 夜こわくない ○○さん(支援員)が好 く、みんなと一緒にのこと。)	本事業の利用により、共同生 活の適性があることが判明 また、本人にもケアホームへ の生活のイメージが持て、入 居の希望も確認できた。	ケアホームへの正式な入 居・利用の支援を実現	(有)無	(有)無	(有)無	アホームの空き状況の把 握が可能であれば、支援をシフト させること。
2	ケアホーム(共同生活) のイメージをつかむへ希望の確認	1ヶ月 (平成24年5月)	ケアホーム体験を利用を経 て、共同生活のイメージを持 てた様子。他の利用者と の関係も良い。	楽しい(ほんのがおいしい 夜こわくない ○○さん(利用者)が好 く、もっと多くさん行きたい ともっと行きたい(利用し たい)	本事業の利用そのものは全く 間違なく達成している。本來 のニーズは、毎日楽しく活動 できることが多いので、それにつ いては課題が残っていない。	ケアホームへの正式な入 居・利用の支援を実現	(有)無	(有)無	(有)無	この期間については、生活 基盤が大きく変化すること に対する逆の担保(変化し ない)の意義と位置づけ
3	楽しい時間、生きがい支 援、生活リズムの確立、 対人関係の向上	1ヶ月 (平成24年5月)	生活パターンが大きく変わ る中、特に不安定になるこ とで、楽しく楽しんで利用で きたい。	楽しい(うれしい) ○○さん(利用者)が好 く、いつもたくさん行きたい い?の質問に嬉しそうに 「ハイ!」との返答 も、毎日(月~金)の受け 入れは可能。	本期間内の取組としては十 分に目標を達成できた。ケ アホーム移行後(月~金)の受け 入れは可能。	ケアホームへの正式な入 居・利用の支援を実現	(有)無	(有)無	(有)無	本人の気持ち(不安や急な生 活の変化)に十分に配慮しな がら、ケアホームへの生活介護事 業所への通所頻度を高めること。
4	安定的に利用可能な日中 活動へのシフト *利用目的は上記同様	1ヶ月 (平成24年5月)	利用初日は緊張していた様子 しかし離れないが、職員の優か い?の言葉で心が大きくなって、ア クションゲームにも十分に参加でき た。	楽しい(うれしい) ○○さん(ヘルパー)好 き、おなかが痛いが、よく 笑顔で食べている。	この期間での目的は十分に達 成。食事は、好き嫌いなく喜 んで食べている。	ケアホームへの正式な入 居・利用の支援を実現	(有)無	(有)無	(有)無	ケアホームへの入居について 本事業(住宅介護)について は利用中止となるが、ガイド ヘルプの導入(ヘルパーとの アボール形成)としての意義
5	糖尿病に配慮した、手作 りの食事を提供する	1ヶ月 (平成24年5月)	導入時には、相談支援担当者 とヘルパーが同席し、食べた いおかずの食材購入(ハント バー)から支度をスタート した。とても喜んでいる様 子。	ごはんがおいしい ○○さん(ヘルパー)好 き、買い物(食材)行きたい 「動物園に行きたい」	この期間での目的は十分に達 成。ケアホーム入居後は、 ホームヘルプは授乳終了後 のスタッフは、現担当ヘル パーによるガイドヘルプ(ケ アホーム入居後を想定)	ケアホームへの正式な入 居・利用の支援を実現	(有)無	(有)無	(有)無	ケアホームへの入居について て、入居後にも継続して支援 できるように配慮を要する。 ⇒本人の気持ちがあまりで、導 入時刻を見極め、利用の導入 は未実施。
6	週末等、楽しみなど社会経 験の拡大を目標として、 婦による外出や買い物の機会を設ける	2ヶ月 (平成24年6月)	ホームヘルプを通り、 本人の適性把握と、担 食料購入の他、外出の希 望が聞かれた、専門的の意見 ⇒「動物園に行きたい」 評議する。	生活基盤、日中活動の場、居 宅介護の導入等、あまりに 多くの変化があつたので、導 入時刻を見極め、利用の導入 は未実施。	ケアホームへの正式な入 居・利用の支援を実現	(有)無	(有)無	(有)無	(有)無	ケアホームへの入居について て、入居後にも継続して支援 できるように配慮を要する。 ⇒本人の気持ちがあまりで、導 入時刻を見極め、利用の導入 は未実施。

様式2-1

サービス等利用計画

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○子 123456789	障害程度区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	区分5 ○○円	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○
計画作成日(変更分)	平成24年 5月 30日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(平成24年 6月)	利用者同意署名欄	○○ ○子
<p>利用者:安心で、楽しく暮らしたい。</p> <p>家族:快適で安全な生活環境を整えてあげたい。姉として、できるだけのこと(サポート)はしていただきたい。</p> <p>総合的な援助の方針</p> <p>長期目標</p> <p>大きな生活環境の変化は充分に配慮しながら、適切な医療機関の利用により健康管理ができる体制を模索する。</p> <p>短期目標</p> <p>安心安全で快適な生活基盤を構築する=○○ケアホームへの入居(共同生活介護) 分かりやすく楽しい日課を提供する=○○生活介護事業所の継続利用</p>					
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	その他留意事項
1 <small>(自分らしい暮らしを確立する)</small>	ケアホームに入居を生活基盤とし た、ケアマネジメントによる生活 全般にかかるコーディネート (自分らしい生活基盤の確立)	共同生活介護 <small>・食事室費・金銭・ ・入浴介護等: 生活支援員 ・夜間支援: 夜間支援從事者</small>	2ヶ月 <small>(平成24年 7月)</small>	(担当者名・電話) ○○相談支援センター ○○ケアホーム サービス管理責任者 ○○ケアホーマ 世話人・生活支援員 夜間支援從事者	本人の役割 知らぬ人々(他のケアホーム 利用者・サービス管理責任 者・世話人・生活支援員・夜 間支援從事者)に慣れる。
2 <small>(自分らしい暮らしを確立する)</small>	ケアホームにおける生活が快 適かつ、安心・安定した生活 が営めるようになります。夜間も 安心でできる生活環境の提供	共同生活介護 <small>・月～金(昼食提供) ・バス送迎サービス有 ・夜間介護</small>	3ヶ月 <small>(平成24年 8月)</small>	自身でできること、支援が必要 なことを明確にして、必要 な支援について、少しずつ 受け入れていく。	未経験によって「できない領域」が多く あることなどが予測される。さまざまな場面 で自分でできることを教えるが、必 要な支援を提供する必要がある。
3 <small>(楽しい時間を仲間と過ごした い)</small>	安定的に利用可能な日中活動 の利用(ケアホームへ入居と同 時期)	生活介護 <small>・月～金(昼食提供) ・バス送迎サービス有 ・夜間介護</small>	○○生活介護事業所 サービス管理責任者 バス停までの送迎はケア ホーム生活支援員	プログラム(折り紙・塗繪・ ゲーム等)への積極的な参 加。他の利用者と仲良く過ご す。	市立○○地域活動支援センターは、送迎サービス がなく、ケアホームからも遠く、徒歩では通 所できないことから、本人の同意を得ながら ○○生活介護事業所」に段階的に通所を行 う。
4 <small>週末を楽しみたい</small>	姉との外出を楽しむ	姉の都合がつかない場合、ガ イドヘルパーを利用し、外 出を楽しむ	姉(隣市在住) <small>原則として、毎週末(土曜日～ 日曜日)</small>	姉からの相 談が有れば 話し合もある)。	本計画作成時ににおいては、姉は毎週実施 可能なこと話されている。姉自身の健康や姑 の状況等により、随時相談を受けて变更 する体制が重要。
5	ガイドヘルパーを利用し、外 出を楽しむ	移動支援 <small>・②ヶ月 * 4回/月 * ケアホーム入居後も継続利用 予定</small>	○○ヘルパー事業所 (相談支援センター)	まずは自分の好きな場所や買 い物場面等にヘルパーに同行 してもらいうことで支援者や 「支援そのもの」に慣れれる。	上記の件同様、ケアホームへの正式入居 後も利用することとすることで生活の熟練度の一 助となる。近い将来的には「通院等介 助」につながるよう配慮する。
6 <small>(医療機関の適切利用)</small>	糖尿病の適切な治療及び通院 (導入手段としての移動支援も)	6ヶ月 <small>(平成24年 11月)</small>	○○相談支援センター 相談支援専門員 ○○大学病院へいき者事務 科 ○○ヘルパー事業 所 よろず相談支援	未経験などでも、頑張って 取り組み、健康の大切さを理 解する。	上記の件同様、ケアホーム利用による生 活の場の変更や日中活動の場の変更など、 大きな気持ちを十分に配慮しながら進め ていくことが重要。

サービス等利用計画【週間計画表】

様式2-2

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○ ○ ○子 123456789	障害程度区分		区分5 ○ ○ 円	相談支援事業者名 計画作成担当者	○ ○ 相談支援センター ○ ○ ○ ○
		利用者負担上限額	通所受給者証番号			
計画開始年月 平成24年6月1日						
		月	火	水	木	金
6:00	共同生活介護 (○ ○ ケアホーム)					
8:00	世話人+生活支援員 (夜間支援あり)	世話人+生活支援員 (夜間支援あり)	世話人+生活支援員 (夜間支援あり)	世話人+生活支援員 (夜間支援あり)	世話人+生活支援員 (夜間支援あり)	世話人+生活支援員 (夜間支援あり)
10:00	バス停まで～CHSタップ ⇒送迎バス利用	バス停まで～CHSタップ ⇒送迎バス利用	バス停まで～CHSタップ ⇒送迎バス利用	バス停まで～CHSタップ ⇒送迎バス利用	バス停まで～CHSタップ ⇒送迎バス利用	バス停まで～CHSタップ ⇒送迎バス利用
12:00	○ ○ 生活介護 ・健康指導 ・作業支援 ・余暇支援 ・昼食提供					
14:00						
16:00	送迎バス利用⇒ バス停まで～CHSタップ	送迎バス利用⇒ バス停まで～CHSタップ	送迎バス利用⇒ バス停まで～CHSタップ	送迎バス利用⇒ バス停まで～CHSタップ	送迎バス利用⇒ バス停まで～CHSタップ	送迎バス利用⇒ バス停まで～CHSタップ
18:00	共同生活介護	共同生活介護	共同生活介護	共同生活介護	共同生活介護	共同生活介護
20:00	世話人+生活支援員 ・入浴介護 ・食事提供 ・楽しみの時間	世話人+生活支援員 ・入浴介護 ・食事提供 ・楽しみの時間	世話人+生活支援員 ・入浴介護 ・食事提供 ・楽しみの時間	世話人+生活支援員 ・入浴介護 ・食事提供 ・楽しみの時間	世話人+生活支援員 ・入浴介護 ・食事提供 ・楽しみの時間	世話人+生活支援員 ・入浴介護 ・食事提供 ・楽しみの時間
22:00						
0:00	共同生活介護 夜間支援員	共同生活介護 夜間支援員	共同生活介護 夜間支援員	共同生活介護 夜間支援員	共同生活介護 夜間支援員	共同生活介護 夜間支援員
2:00						
4:00						

ケアホームが体験利用を通して共同生活のイメージを持ち、他の利用者との関係も問題なく、本人から「楽しい」という感想を聞くに至った。こうした経過を踏まえて正式にケアホームに入居を進めます。これにより、常に安心して過ごすことが可能になります。同時に、基本的には週末は姉と一緒に家族ができるようになりますが、姉が介護できない時にはガードヘルパーやケアホームを生活介護へ段階的に通所する場合もあります。また、通所に関する以上のように考えました。

【支援のポイント及び留意点】

1. ニーズ把握からアセスメントについて

本事例において、まず直面したのは、「安心・安全」な生活環境を確保することであった。

ご本人に重度の知的障がいがあり、また、主たる介護者であった母親が急逝したことで、医療面や過去の状況等の詳細なアセスメントをすることが難しい状況にあった。こうした状況において、相談支援専門員は、サービス等利用計画の作成に際して、「試行的・段階的」といった視点を重要視し、アセスメントしていくことを心がけた。

2. 計画作成について

差し迫った課題（短期課題）としては、本人からも「夜は寂しくて怖い」との声が聞かれ、夜間の安全・安心対策が求められている。さらには、日中活動の場の恒常的な利用を可能にしていくことと、本人の精神的な負担を鑑みて、それぞれ「試行的」に利用していくことをサービス等利用計画の柱としている。作成したサービス等利用計画を固定的に評価するのではなく、P D C Aサイクル（計画→実行→評価→改善）の中で、本人及びご家族の意向とニーズを引き出しながら、より希望に近づくことを心がけて計画を作成した。

3. モニタリングについて

本人は重度の知的障がいがあり、自身の思いを言語化して伝えることが難しい。したがって、本事例においては、「モニタリング」は最も大切なプロセスとして評価している。具体的には、いろいろな社会資源等の利用に際して「試行的・段階的」に取り組みながら、本人の態度や表情、情緒の面を多角的に評価して、ニーズとして位置づけている。

モニタリングとしては、サービスを導入し、短期目標である「安心・安全」の確保が整い、1回目のサービス等利用計画が概ね達成できるであろう時期を設定した。

1回目の計画のアプローチについて「モニタリング」した結果、その後も恒常的に安心・安全な生活を維持できることを目的に「ケアホーム」を生活基盤とし、必要な社会資源を利用することを2回目のサービス等利用計画の柱としている。

4. 全体を通して

本事例は重度の知的障がいがあり、「ことば」によって自身の気持ちや思いを表現することが難しい方の「ニーズ」をいかに引き出していくのかが1つ目の大きな課題とされた。さらに、大きな変化に対応することが難しいという本人の特性に加え、一刻も早い「安心・安全」の確保を望まれているご家族の希望にも配慮しながら、施設入所ではなく地域生活を継続できるようになることが求められていた。このことの実現に際して相談支援専門員は、安心・安全を確保しながら、全ての取り組みに際して「試行的・段階的」に進め、そのプロセスの中で本人の思いをアセスメントしている。このことの実現については、きめ細やかな本人、ご家族との話し合いと信頼関係の構築が必須である。

【障がい者の事例】

(4) 施設からの地域移行の事例

～身体障がい者施設から一人暮らしに向けて～

1. 事例の概要

脳性まひの40代男性。身体障がい者手帳1級所持。車いす利用。

7歳から障がい児施設に入所し、20歳から障がい者施設へ入所、現在に至る。5年前に父親が亡くなり、家族との面会や帰省がなくなったこと、同時期に入所した利用者が一人暮らしを始めたことから自分の今後について考えはじめ、施設の担当職員へ相談しはじめる。

2. 支援プロセス

(1) 相談に至るまでの経緯

施設職員から連絡を受け、相談に応じるようになった。初めは施設以外の生活経験がないので本人の一人暮らしに対するイメージもはつきりしたものはなく、「他の人もやっているみたいだし。」といった程度であったが、「一人暮らしをしてみたい」という希望は受け取れた。

(2) 計画相談支援の展開

本人と話を重ねながら、本人のニーズ、将来の思いを確認していった。本人の生活面、健康面、金銭面や家族の意向などは、施設職員から情報を得ながら、本人との相談の中で確かめた。

話し合いを進めるうちに本人の意思も強くなってきたので、ある程度まとまった段階でサービス等利用計画を作成し、書面で本人の意向と支援内容を確認した。「地域移行支援」を行い、本人の不安を解消し、具体的な課題を整理することを目標とした。

一人暮らしに向けた課題としては、そもそも本人が施設生活しかほとんど経験がないので、生活環境や支援の体制が変わった時に、自分が何ができるか想像がつかないことにあった。このため、宿泊体験や外出を行いながら、少しずつイメージを膨らまし、漠然とした不安を具体的な課題にしていけるよう話を重ねるようにした。

施設と○○相談支援センターの協働で適当な賃貸物件が見つかったときに、今までの進行状況を確認する意味でモニタリング報告書をまとめた。また退所時期も決まったので、その場所での一人暮らしを現実的に想定し具体的な障がい福祉サービス等を組み込んだサービス等利用計画を作成した。

一人暮らし開始後約1ヶ月して、モニタリングを行った。概ね順調なようで一人暮らしが少し落ち着いてきたようであった。本人も戸惑いながらも生活の変化をよい刺激と受け止めているようである。

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成24年5月1日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○ ○○
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

脳性まひの男性(49歳)。身体障がい者手帳1級。車いす利用。下肢は痙攣した状態で歩行は出来ないが、つかまり立ちは可能。上肢は日常生活では支障なく動かすことができる。ADLは自立しているが、入浴、掃除、洗濯、調理、身の回りの整理整頓は支援が必要である。理解・コミュニケーションについては、日常生活では支障はない。

7歳のときに、障がい児施設に入所。20歳の時から現在入所している障がい者支援施設(○○園)で生活している。両親は定期的に施設に面会に来たり、本人も年数回は実家に帰省していたが、44歳のときに父親が亡くなってしまったからは面会・帰省の機会がなくなる。この頃から自分の今後を考えるようになり、不安などを訴え始めるようになった。また、同時期に入所した利用者が一人暮らしを始め刺激を受けるようになった。「自分も一人暮らし出来ないか」と相談し始めるようになり、担当職員の励ましたもあり、少しずつ前向きに希望を持って考えるようにになった。

本人は家事や生活管理(金銭、スケジュール、健康面など)の経験がないため、どの程度一人で出来るかは分からず。今後、本人が一人暮らしに対するイメージを具体的に持ちつつ、どのような生活を送りたいか、どのような支援が必要であるか共有することが必要である。

なお、母親は高齢で、弟・妹もそれぞれ他市で家族とともに生活しているため、具体的に支援することが難しく、本人の一人暮らしに対して不安を感じていたものの、施設の担当者と話をすると少しずつ不安は和らいでいる。

2. 利用者の状況

氏名	○○ ○介	生年月日	○年○月○日	年齢	49歳
住所	○○市(現入所施設内)			電話番号	・06-XXXX-XXXX(○○園) ・本人携帯090-XXXX-XXXX
	[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	・06-XXXX-XXXX(○○園)
障害または疾患名	脳性まひ (身体障がい者手帳1級)	障害程度区分	区分5	性別	男・女
家族構成※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		

生活歴※受診歴等含む

- 年出生。1歳の時に脳性まひと診断。
- 7歳の時に○○市の障がい児施設入所。
- 20歳の時に現施設入所。

医療の状況※受診科目・頻度・主治医・疾患名・服薬状況等

- 現在は健康で、まれに風邪や発熱時に内科に受診する程度。

本人の主訴(意向・希望)

○○さんが一人暮らしを始めたのを見て、自分も一人暮らししかできないかなと思った。一人暮らしをするためには何をしたらいいのかわからないから、相談したい。施設でやっていたコーラスはどこかで続けたい。

家族の主訴(意向・希望)

一人暮らしには不安があるが、これまで施設の担当者にいろいろ説明を受けて少し不安が解消した。本人の意思を尊重して一人暮らしをやってみたらいいと思う。自分も高齢になってきたので自分の生活を他の人に相談しながら進めていくようになるのは大事なことだと思う。
(母)

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)	・障がい者支援施設 ○○園	・施設入所支援 ・生活介護(施設内のコーラスや空き缶つぶしのリサイクル活動等を行っている)	・毎日	・20歳の時から入所し、現在29年目。
その他の支援				

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】									
利用者氏名	○○ ○介	障害程度区分	区分 5	相談支援事業者名	○○相談支援センター	相談支援事業者名	○○者支援施設(施設入所支援+生活介護)	計画作成担当者	○○ ○○
月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動		
6:00							障がい者支援施設(施設入所支援+生活介護) 利用中		
	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	空き缶つぶしの りサイクル活動	空き缶つぶしの りサイクル活動	空き缶つぶしの りサイクル活動	空き缶つぶしの りサイクル活動	空き缶つぶしの りサイクル活動	空き缶つぶしの りサイクル活動			
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食			
14:00	空き缶つぶしの りサイクル活動	空き缶つぶしの りサイクル活動	空き缶つぶしの りサイクル活動	空き缶つぶしの りサイクル活動	空き缶つぶしの りサイクル活動	空き缶つぶしの りサイクル活動			
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									

サービス等利用計画

サービス等利用計画						
利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号		障害程度区分 区分5 利用者負担上限額 ○円		相談支援事業者名 ○○相談支援センター 計画作成担当者 ○○○○		
地域相談支援受給者証番号 987654321		通所受給者証番号				
計画作成日 平成24年5月20日		モニタリング期間(開始年月) 6ヶ月(平成24年11月)		利用者同意署名欄 ○○○介		
<p>希望する生活</p> <p>利用者：施設を出て、一人暮らしを実現したい。</p> <p>家族：これまで施設から出ることに不安があつたが、本人の思いを尊重し、実現させたい。（母親）</p> <p>総合的な援助の方針</p> <p>一人暮らしを実現し、安定した生活を送れるよう支援する。日中活動については、本人とともに見学などを重ねながら探していく。</p> <p>長期目標</p> <p>一人暮らししが実現できるよう場所を探しから、生活の不安な部分、介助・見守りが必要な部分を具体的に整理する。</p> <p>短期目標</p> <p>一人暮らししができそうなワールドマッシュョンを見学していく。その都度話をしながら生活のイメージを作っていく。</p>						
優先順位	本人のニーズ	支援目標	達成時期 種類・内容・量(頻度・時間)	福祉サービス等 提供事業者名・電話		
				担当者名・電話	本人の役割	評価時期
1	一人暮らしをしたい。	一人暮らしの部屋を探し、契約をする。	6ヶ月(平成24年11月)	住みたい場所、住みたいたい部屋を考へる。○○相談支援センターと一緒に物件を見に行き、契約する。	6ヶ月(平成24年11月)	ガス・水道・電気等の手続も本人ひとりで行う。一人暮らしの生活には必要なものを使用する。
2	一人暮らしを始めたら、できないことはどうするのか。	一人暮らしをするにあたって必要なことを整理し、必要な支援を考える。	6ヶ月(平成24年11月)	一人暮らしにあたって不安なことを書き出せる。体験宿泊等を利用して、一人暮らしのイメージを作れる。	6ヶ月(平成24年11月)	行きたい場所を自分で決め、○○相談支援センターと一緒に外出する。外出の準備をする。
3	一人での外出や外食を練習してみたい。	行きたい場所を考え、支援者と一緒に外出、外食をする。	6ヶ月(平成24年11月)	○○相談支援センターと同行支援・体験宿泊・体験利用	6ヶ月(平成24年11月)	行きたい場所を自分で決め、○○相談支援センターと一緒に外出する。外出の準備をする。
4	昼間通うところがほしい。	地域の日中活動の場を調べ、見学や体験利用を行う。	6ヶ月(平成24年11月)	○○相談支援センターと一緒に通う。	6ヶ月(平成24年11月)	どういう日中活動の場に通いたいかを考え、○○相談支援センターと一緒に探し、体験利用をしてみる。
5	一人暮らしするまでの間、今までどおり施設で落ち着いて過ごしたい。	規則正しく、安定した生活を送る。	6ヶ月(平成24年11月)	障がい者支援施設（施設入所支援+生活介護）	6ヶ月(平成24年11月)	不安なことや困ったこと等があるたら職員に話す。
6	コーラスを続けたい。	継続してコーラスサークルに活動に参加する。	6ヶ月(平成24年11月)	施設内のコーラスサークルに参加	6ヶ月(平成24年11月)	仲間と楽しくコーラスをする。

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○介 124454789 987654321	障害程度区分			区分5			相談支援事業者名 計画作成担当者 ○○ ○○	○○ 相談支援センター ○○ ○○		
		利用者負担上限額 通所受給者証番号									
計画開始年月	平成24年6月1日										
6.00		日	火	水	木	金	土	日・祝			
		起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床	障かい者支援施設（施設へ所支援 +生活介護）利用中		
8.00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食			
10.00	空き缶つぶしの リサイクル活動	空き缶つぶしの リサイクル活動	空き缶つぶしの リサイクル活動	空き缶つぶしの リサイクル活動	空き缶つぶしの リサイクル活動	空き缶つぶしの リサイクル活動	空き缶つぶしの リサイクル活動	空き缶つぶしの リサイクル活動			
12.00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	外出、外食 (○○ 相談支援センター と)		
14.00	空き缶つぶしの リサイクル活動	空き缶つぶしの リサイクル活動	空き缶つぶしの リサイクル活動	空き缶つぶしの リサイクル活動	空き缶つぶしの リサイクル活動	空き缶つぶしの リサイクル活動	空き缶つぶしの リサイクル活動	空き缶つぶしの リサイクル活動			
16.00									施設内の訓練用居室で2～3泊の宿 泊を体験。 ・○○相談支援センターとの地域移行 に向けた相談等		
18.00	夕食	夕食	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	就寝	就寝			
0.00											
2.00											
4.00											
									○○ 相談支援センターと地域移行に向けた相談をしたり、外出や体験宿泊等をすることによって、一人暮らしの生活の具体的なイメージを持ちます。		
									サービス提供 による実現 する生活の 全体像		

地域移行支援計画

これから先、6か月の計画です。自分のペースで取り組みます。今の時点の計画です。毎月相談をして、必要な時は見直しをしましょう。

利用者氏名:	○○ ○介さん	サービス等利用計画の到達目標	一人暮らしを実現し、安定した生活を送れるよう支援する。	作成年月日	平成24年6月1日
(1)長期(内容及び期間等)		一人暮らしが実現できるよう場所探しから、生活の不安な部分、介助・見守りが必要な部分を具体的に整理する。(6ヶ月)			
(2)短期目標(内容及び期間等)		一人暮らしができるワールームマンションを見学していく。この都度話をしながら生活のイメージを作っていく。(3ヶ月)			

私(○○ ○介)の期待や不安	その為に協力する人	協力する内容	支援上の留意事項等			協力(支援)の目安		
			6月	7月	8月	9月	10月	11月
一人暮らししたい。	○○相談支援センター	一人暮らしの部屋探しや契約の同行を行う。	部屋探しのあとの相談で具体的な生活イメージを作る。	住みたい場所、住み込みたい部屋などを考える。	近くの不動産屋さんへ行く。	紹介してもらった物件を見に行く。	相談して部屋を決め、シチュールを決める。	手伝ってもらつて、部屋の契約をして、入居日を決める。
一人暮らしを始めたら、できることはどうするのか。	○○相談支援センター	一人暮らしの生活のイメージと一緒に作ります。	一人暮らしを始めたときの生活の不安な部分を整理して書き出す。	体験宿泊などを今、施設で介助していることを書き出す。	体験宿泊などから、一人暮らしをイメージし、必要な介助や支援を書き出す。	手伝ってもらつて、ヘルパー事業所等を探し、契約する。	手伝ってもらつて、行きたい場所を自分で決めて、一緒に行きたい。	手伝ってもらつて、行きたい場所を自分で決めて、自分で外出準備もする。
一人での外出や外食を練習してみたい。	○○相談支援センター	外出の同行支援	行きたい場所を決めるところを練習する。	一緒に外出する。	一緒に外出する。	行きたい場所を自分で決めて、一緒に行く。	行きたい場所を自分で決めて、一緒に外出する。	一緒に外出する。
昼間通うところがほしい。	○○相談支援センター	地域の日中活動の場を調べる。	引っ越し後の具体的な活動場所を探す。			一緒に住まいの近くに昼間通うところがあるか、物件探しと並行して考える。		

同意日

平成24年6月5日
○○ ○介 印

指定一般相談支援事業所
○○相談支援センター
相談支援専門員(地域移行推進員)
○○ ○○ 印

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号	○○ ○介 73156189	障害程度区分 区分5	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○
地域相談支援受給者証番号	987654321	利用者負担額 通所受給者証番号	○円	
計画作成日	平成24年 5月20日	モニタリング実施日	平成24年11月15日	利用者同意署名欄 ○○ 介
全般的な援助の方針				
一人暮らしを実現し、安定した生活を送れるよう支援する。日中活動については、本人とともに見学などを重ねながら探していく。				
優先順位	支援目標 達成時期 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度 (二段階の充足度)	支援目標の達成度 (二段階の充足度)	今後の課題・後で課題 (残された課題、新たな課題)
1	一人暮らしの部屋を探し、契約をする。 6ヶ月 (平成24年11月)	本人の気に入った部屋を見つけることができたが、新しい家が決まるまで嬉しい。引っ越す日が待ち遠しい。	目標は達せられた。 特になし。	○有無 (終了)
2	一人暮らしをするにあたって不安なことを整え、必要ない支援を考 理し、必要ない支援を考 える。 6ヶ月 (平成24年11月)	体験宿泊等を利用しながら、必要な支援は何かを一緒に参考してもらいたい。 最初はやや愛想的であったが、徐々に希望を伝えてからも一生懸命取り組んでいる。	一人暮らしは楽しんだけど不安もたくさんある。いろいろな人に手伝ってもらいたい。 外に出や外出の機会をいつも楽しみにしてもらおう。	○有無 (終了) ○有無 (終了)
3	行きたい場所を考え、支援者と一緒に外出、外食をする。 6ヶ月 (平成24年11月)	買い物に行ったりしたのが楽しかった。外の道路は車がおり、車が走る音がうるさい。 最初はやや愛想的であったが、徐々になれた。外の道は車が走る音がうるさい。	おもねれ計画どおり行きたがりでなく、移動支援の機会が持てない。 おもねれ計画どおり行きたがりでなく、移動支援の機会が持てない。	○有無 (終了) ○有無 (終了)
4	地域の日中活動の場を調べ、見学や体験利用を行う。 6ヶ月 (平成24年11月)	数か所の事業所を見学し、本人の希望に近い事業所を見つけることができた。	日中通うところが決まって目標は達せられた。 見学や体験も少しだけしておられる。	これまでの環境から大きく変化するため、慣れるまで間は特にしつかりとしたフォローが必要。
5	規則正しく、安定した生活を送る。 6ヶ月 (平成24年11月)	落ち着いて過ごしておられる。職員の○さんや友だちのことを尋ねることが多くなった。	職員の○さんや友だちのことはどちらもよく離れるのはちょっと寂しい。一人暮らしでもまた会いたいなあ。	地域移行までの間、引き続き暮らしていた生活ができるよう支援する。
6	継続してコータスサークルの活動に参加する。 6ヶ月 (平成24年11月)	毎週欠かさず参加しておられる。仲間とも楽しく話をしている。	やっぱりコータスサークルが好きなので、一人暮らしを始めた途端も続けたい。	地域のコータスサークルを探し、一人暮らしを始めるからも活動できるようになる。
計画変更の必要性				
その他留意事項				

一人暮らしの部屋と日中活動場所が決まり、地域生活に向けて準備が整っている。体験宿泊や体験利用を通じて、本人も地域での生活のイメージを持ており、楽しみにしている。ただし、食事面や掃除・洗濯等について、本当にうまくいかまだ不安に思っているようだ。安心して生活できるよう、今後も支援していく。

サービス等利用計画

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○介 123456789 987654321	障害程度区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	区分5 ○○円	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○		
計画案作成日	平成24年11月25日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(平成24年12月)	利用者同意署名欄	○○ ○介		
<p>希望する生活</p> <p>利用者:○○事業所(就労継続支援B型事業所)に通いながら、施設でやっていたコータスを続けたり、時々外出や外食を楽しみたい。</p> <p>家族:どのような生活になるか心配だが、本人が取り組んできたことなので、本人の思いを実現させたい。(母親)</p> <p>総合的な援助の方針</p> <p>安定した生活を送るとともに、日常生活の中に楽しみを取り入れ生活が充実するよう支援する。</p> <p>長期目標</p> <p>安定した一人暮らしを送れるようサービス利用の調整、生活面、健康面の確認を定期的に行う。</p> <p>短期目標</p> <p>自宅での生活に慣れる。本人にあったコータスサークルを一緒に探す。</p>							
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			
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)	本人の役割	評価時期
1	困ったときにすぐに相談したり。	民間連絡体制等を整え、緊急事態に対応できるようにする。	1年(平成25年11月)	○○相談支援センター	困ったときは連絡をする。	毎月	本人が困ったときに連絡を受け、必要があれば訪問して支援する。
2	ご飯作り、掃除、洗濯等をしてほしい。	ヘルパーにご飯作り、掃除、洗濯等を依頼する。	1ヶ月(平成24年12月) 1.5時間。	○○ヘルバーステーション	食べたいご飯の希望をヘルパーさんに伝え相談してメニューを決める。	毎月	ヘルパーは本人に毎日の業務内容を伝え生活のどの部分の支援をしているか理解してもらおうとする。
3	お風呂では湯船に一人で入浴する。自分で手伝ってほしい。	ヘルパーに入浴の介助を依頼する。	1ヶ月(平成24年12月)	○○ヘルバーステーション	遠慮せずに自分では洗えないところをヘルパーに頼む。	毎月	ヘルパーは本人の申し出だけではなく、洗えていい体の部分を観察し介助する。
4	日中活動に参加しながら、自分でできる作業を増やしていくみたい。	安心して日中活動に通えるように配慮しながら、いろいろな活動を経験できるよう支援する。	3ヶ月(平成25年2月) から16時まで。	○○事業所(就労継続支援B型事業所)	事業所が迎えに来るまでに自分で準備をする。	毎月	送迎は事業所のバスを利用。
5	一人で外出したり外食したいたい。	ガイドヘルパーを利用して外出や外食をする。	3ヶ月(平成25年2月)	○○ヘルバーステーション ○○相談支援センター	○○相談支援センターに外出の情報教えてもらおう。外出先や食べたもののをきちんと伝える。外出の準備をする。	毎月	外出や外食の情報を提供し、自分の意見を伝える。
6	地域のコータスサークルに入りたい。	実際に参加できる地域のコータスサークルを見つける。	3ヶ月(平成25年2月)	○○相談支援センター	いろいろ調べながら自分の意見を伝える。	毎月	

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○ ○ ○ 介 123456789 087654321	障害程度区分			区分 5 ○ ○ 円 通所受給者証番号	相談支援事業者名 計画作成担当者	○ ○ 相談支援センター ○ ○ ○ ○
		利用者負担上限額	○ ○ 円				
計画開始年月 平成24年12月1日		月	火	水	木	金	土
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	起床 朝食
10:00	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎
12:00	就労継続支援B型	就労継続支援B型	就労継続支援B型	就労継続支援B型	就労継続支援B型	就労継続支援B型 (ガイドヘルパーと)	外出、外食
14:00							昼食
16:00	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎
18:00	家事援助1.5 (買い物、調理、掃除)	家事援助1.5 (調理、洗濯)	家事援助1.5 (買い物、調理、掃除)	家事援助1.5 (買い物、調理、掃除)	家事援助1.5 (調理、掃除)	家事援助1.5 (調理、掃除)	家事援助1.5 (調理、掃除、書類確認)
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	身体介護1.0 (入浴介助)	身体介護1.0 (入浴介助)	夕食
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
0:00							
2:00							
4:00							

サービス提供
による実現
する生活の
全像

一人暮らしに少しつ慣れ、生活リズムがついてきている。
ヘルパーとの関係ができつつあり、ヘルパーに依頼すること、自分自身がしなければならないことなどが分かり始めてきている。
本人が希望していたコーラスサークルが見つかる。

地域定着支援台帳

最終更新日		新規登録日		年月日		修正者	作成者	担当者	連絡先	連絡先
初期登録	平成24年11月28日					○○○○○○	○○○○○○	○○○○○○	*****-*****-*****	*****-*****-*****
台帳作成相談支援事業所	○○相談支援センター									
計画作成相談支援事業所	○○相談支援センター									
連絡先	ふりがな名 姓氏	○○○介様	(男)	生年月日	○○○年○○月○○日	(49歳)				
住所	〒*****-***** ○○市...			TEL	090-*****-*****					
	(一人暮らし)・家族同居・その他()	FAX						
身体状況	身長 155cm 体重 65kg 現在使用する福祉用具 麻痺	車いす		車いす		その他特記事項 (言語・聴覚・視覚・その他)	脳性まひ特有の斜視があるが視力には問題ない。 ・言語障がいはなくコミュニケーションは言語により普通に可能。			
座位・立位保持等	口無 ■四肢麻痺 口片麻痺(右・左) □その他()									
移動	立位保持(■可 □不可) 立位保持(□可 ■不可) 起立(■可 □不可) □自立歩行 □介助歩行 ■手動式車椅子 □電動車椅子									
障がい又は疾患名	脳性まひ	障がい者手帳	身体障がい者手帳 1級	障がい程度区分	区分5					
自立支援医療	医療機関名	診療科	健保	○○○○*****	○○○○○○	血液型	A型 RH+			
医療	○○病院	内科	主治医氏名	連絡先	*****-*****					
		科								
		科								
服薬状況	年月	事項	年月	事項						
病歴	○○年○月	脳性まひと診断	○○年○月	障がい児施設入所						
			○○年○月	障がい者施設○○園入所						
			H24年11月	○○園を退所し、現住所で一人暮らし開始						
経済状況	生活保護有	無	障がい年金の種類	障がい基礎年金1級	その他特記事項 障がい基礎年金のほか、ひとり暮らし開始時より特別障がい者手当受給。生活費で足りない分は、これまでの本人の貯蓄を前してあてている。					

家族 親族	氏名		続柄	年齢	職業・学校	同居・別居	連絡可否	連絡先順位	緊急連絡先	備考
	○○	○○	母	69歳		別居	3	***-****-****	***-****-****	□□県で一人暮らし
関 係 機 関	○○	○○	弟	45歳	会社員	別居	1	***-****-****	***-****-****	△△市在住
	○○	○○	妹	42歳	ハート	別居	2	***-****-****	***-****-****	◇◇市在住
	○○	○○	娘	歳						
種別	関係機関名		担当者名	連絡先	緊急連絡先	備考				
市役所	○○	市役所障がい福祉課	○○ ○○さん	***-****-****	***-****-****	居宅介護と移動支援				
居宅介護事業所	○○	ヘルバーステーション	○○ ○○さん	***-****-****	***-****-****					
就労継続日常生活事業所	○○	事業所	○○ ○○さん	***-****-****	***-****-****					
障がい者支援施設	○○	園	○○ ○○さん	***-****-****	***-****-****					
大家さん	○○		○○ ○○さん	***-****-****	***-****-****					
コーラスサークル	○○	主催者	○○ ○○さん	***-****-****	***-****-****					
※援助の実施者、福祉サービス事業者、成年後見人、ビーサポート、大家、保証人、不動産屋、民生委員、消防団・町会などをはじめ近隣の関係のある人など、いざというとき必要(連絡をとつたほうがよい)な人や機関、キーパーソンなどを記入して下さい。										
種別	会社名		担当者名	連絡先	緊急連絡先	備考				
(ライ 関 係 機 関 フ ラ イ ン -)	電気	○○電力	○○ ○○さん	***-****-****	***-****-****					
	水道	○○水道	○○ ○○さん	***-****-****	***-****-****					
	ガス	○○ガス	○○ ○○さん	***-****-****	***-****-****					
	電話	○○会社	○○ ○○さん	***-****-****	***-****-****					
	その他									

(本本人は車椅子で歩行は出来ないが、つかまり立ちは可能。上肢は日常生活程度では支障なく動かすことができる。A.D.Lは自立しているが、入浴、掃除、洗濯、調理、身の回りの整理整頓は支援が必要である。理解・コミュニケーションについても支障はない。
ワ娘のときは、障がい児施設に入所。20歳の時から29年間障がい者支援施設(○○園)に入所。5年前に父親が亡くなり、面会・帰省の機会がなくなってしまったから自分のみで移行支援を開始。平成24年11月30日に契約したマンションに引っ越し、一人暮らしを始める予定。)

緊留 意時 点の	困ったことがあったときには、すぐに連絡することとしている。必要に応じて、できるだけ訪問し話を聞くこと。
----------------	---

様式3-1

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○介 123456789 087654321	障害程度区分 利用者負担額 通所受給者証番号	区分5 ○○円 モニタリング実施日	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○
計画作成日	平成24年11月25日	モニタリング実施日	平成24年12月25日	利用者同意書名欄	○○ ○介
全体の状況					
総合的な援助の方針		一人暮らししか少し落ち着いてきた。ヘルパーの利用にも少し慣れ、就労継続支援日型○○事業所にも毎日通うことができるようになり、概ね当初の計画通りでいる。本人もとまどいながらも一生懸命取り組み、引越し当初は緊張した表情でいたが、最近は笑顔もよく見られ、最近あまた出来事をよく話してくれる。			
優先順位	支援目標	達成時期	本人の感想・満足度 (事業者がからの聞き取り)	支援目標の達成度 (ニーズの充実度)	
				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 (サービス量の変更 週間計画の変更)
1	間連絡体制等を整え、緊急事態に対応できるようになる。	1年(平成25年11月)	一生懸命に一人暮らしには取り組んでおり、頻繁には連絡はない。今まで3回ほど連絡がある。どうしていつかわからぬときには連絡している。	本人も電話してくれるので、緊急事態への対応はできている。 どちらいいのが教えてくれるので安心だ。	現状の内容で問題はない。 有無 有無 有無
2	ヘルパーにご飯作り、掃除、洗濯等を依頼する。	1ヶ月(平成24年12月)	最初は希望をうまく伝えられないものが多かったので、自分で調理につなげ、自分の食べたいものや嫌いなものについて、自分で満足している。	ヘルパーさんのいる生活に慣れ、初期目標はほぼ達成。 家事の流れ(いつ買入物をしていくつかない)がつかめていないよくなので、週間計画などで随時説明が必要がある。また、ヘルパーにしてほしいことを頼めるよう、少ししづつ本人が利用しているという実感が持てるよう支援したい。	有無 有無 有無
3	ヘルパーに入浴介助、自分流で洗えないところを本人と確かながら話している。	1ヶ月(平成24年12月)	最初は緊張しておられたが、毎日通うことが多くなり、他の利用者とも仲良くなり、他の利用者が優しく接してくれるの、通うのが楽しめた。	入浴、洗体は出来ているが、浴槽への入りにくさを手すりなどを付ける場合は、大家の承諾が必要である。	有無 有無 有無
4	安心して日中活動に通えるように配慮しながら、いろいろな活動を経験できるよう支援する。	3ヶ月(平成25年2月)	最初は緊張しておられたが、毎日通うことが多くなり、他の利用者とも話ができました。	毎日通うことができ、職員や職員や他の利用者とも仲良くなり、他の利用者が優しく接してくれるの、通うのが楽しめた。	有無 有無 有無
5	ガイドヘルパーを利用して外出や外食をする。	3ヶ月(平成25年2月)	○○相談支援センターとの移動支援として外れた外出への準備も一人でできることになった。外出の準備も一人でできることになった。	○○相談支援センターから情報提供し、自分で行きたいところを決めてもらう。自分で決めてもらうことにしておきたい。	有無 有無 有無
6	実際に参加できることのゴーラスサークルを見学し、会場から参加する。	3ヶ月(平成25年2月)	近くの公民館で活動しているサークルを見学し、会場が認められるので、来週から参加する。	サークルは毎週あるが、疲れが出てないよう毎週1回の参加を希望している。回数を増やすかどうかは本人と相談して決めていく。	有無 有無 有無

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号	○ ○ ○ 介 123456789	障害程度区分		区分 5		相談支援事業者名 ○ ○ ○ 相談支援センター ○ ○ ○ ○			
		利用者負担上限額 987654321	○ ○ 円	計画作成担当者 通所受給者証番号	○ ○ ○ ○				
計画開始年月 平成24年11月25日		月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00									
8:00		起床	起床	起床	起床	朝食	朝食	朝食	
10:00		朝食	朝食	朝食	朝食				
12:00	就労継続支援B型	就労継続支援B型	就労継続支援B型	就労継続支援B型	就労継続支援B型	就労継続支援B型	就労継続支援B型	就労継続支援B型	第1・3週外出、外食 第2・4週午後はコース (ガイドヘルパーと一緒に)
14:00									
16:00	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎	事業所による送迎	
18:00	家事援助1.5 (買い物、調理、掃除)	家事援助1.5 (調理、洗濯)	買い物、調理、掃除)	買い物、調理、掃除)	家事援助1.5 (調理、掃除)	家事援助1.5 (買い物、調理、掃除)	家事援助1.5 (調理、掃除)	家事援助1.5 (調理、掃除)	事業所による送迎 ：コーラスサークル(第2・4土曜日)参加。
20:00	夕食	身体介護1.0 (入浴介助)	夕食	夕食	身体介護1.0 (入浴介助)	夕食	身体介護1.0 (入浴介助)	夕食	
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00									
2:00									
4:00									
									サービス提供 によって実現 する生活の 全体像

サークル活動が決まり生活が充実してきています。

【支援のポイント及び留意点】

1. ニーズ把握からアセスメントについて

- ・ こうしたケースでは本人の生活イメージが漠然としているので、宿泊体験などの経験を通して具体的な生活イメージを持ってもらうことが大切である。
- ・ 支援が生活全般にわたるので、本人の ADL だけでなく、金銭・スケジュール等の管理能力など様々な角度からのアセスメントが必要である。

2. 計画作成について

- ・ 支援が長期にわたることがあるので、期間を区切って、支援の段階（大阪府相談支援ガイドライン P.14～15 を参照）を意識して、その期間ごとの目標と支援方法を記述するようにしたい。ともすれば短期と長期の支援が混在した支援計画となりがちであるので注意が必要である。
- ・ 「希望する生活」欄では、本人が自分自身の気持ちを常に確かめられるよう「本人の言葉」を引用し簡潔に記述するように工夫したい。
- ・ 「週間計画表」は、本人が分かりやすいように本人用に書き換えて渡すなどしている所も多い。

3. モニタリングについて

- ・ 「サービスの提供状況」「本人の感想・満足度」「支援目標の達成度」の各欄では、抽象的な記述は避け、できるだけ具体的に書くようにし、単に現状のまとめだけでなく次のステップを考えための材料となることを意識する。
- ・ 地域移行にかかわった、また現在かかわっているあらゆる事業所からの聞き取りが必要である。思わぬところに課題が隠れたまま進んでしまっていることがあるので注意が必要である。

4. 全体を通して

- ・ 地域移行の支援では、本人の意思に基づいて支援していることを本人自身も支援者も常に確認するようにしたい。
- ・ 支援計画作成、モニタリングの各段階での会議や相談を生かし本人主体の支援であることを確認していくのが良いと思われる。

【障がい者の事例】

(5) 病院からの地域移行の事例

～地域移行支援の利用により、自分に合った支援を探って退院する～

1. 事例の概要

統合失調症の診断を受けている40代男性。精神科病院への入退院を繰り返しつつも、訪問看護やホームヘルパーを利用してながら単身生活を続けていたが、状態悪化を防げず長期入院に至る。

病状は残り、本人も家族も退院への不安を抱えていたが、本人に芽生えた退院への希望を、病気とうまく付き合い、生活の環境を整えることで叶えられるよう支援を行う。

2. 支援プロセス

(1) 相談に至るまでの経緯

医療機関のソーシャルワーカーより、長期入院で退院を望んでいる方の支援について、市役所障がい福祉課へ相談。市より相談支援事業所へ地域移行支援の依頼が入り、支援開始。

本人と同じ病室の方が退院していくのを側で見て、「〇〇さんが退院して一人暮らしを始めるのを見ていて、また一人暮らしができたらいいなあと思った。」とポツリと看護スタッフに話したことがきっかけで、相談に至る。

(2) 計画相談支援の展開

相談支援事業所より入院医療機関へ出向いて行き、初回面接。本人の地域での暮らしの希望と不安を中心に聞き取りを行なう。

精神症状が残っていることに加え、入院前の精神症状悪化時に意識障がい(亜昏迷状態)を起こし、長時間倒れていたことが原因で足に軽い麻痺が残った。「入院前に倒れてから、歩きにくくなってしまっているし、身体的にも一人で暮らせるかは心配。」と、日常生活上の家事や外出がこなせるのか本人も家族も心配している。現在は病院でバリアフリーでの生活。家との構造のギャップもある。通院、服薬が定期的にできるかが心配と話す。

まずは、地域移行支援を通じて、グループホーム・ケアホーム体験→日中活動先（デイケア・地域活動支援センター）の見学・体験→家探しと支援を進める。一人暮らしをするためにどのような支援があるとよいのか具体的になってきた段階で、退院後の支援案を準備。本人は、定期的に日中活動先に通うのはしんどいが、自宅でまた倒れたら不安という気持ちから、定期的に訪問しての支援を希望する。退院後の在宅生活で必要な支援と、本人のできることを整理して計画案を作成。サービス担当者会議では、本人から、「調子が悪い時も出てくるかもしれないし不安だけど、すぐに入院させと言わないで欲しい。」との思いを伝える。本人の思いを関係機関で共有したうえで、退院後、通院しながら調子を保つために、関係機関の役割分担を整理し、支援を継続していくこととした。

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成24年6月10日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○ ○○
-----	------------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

○支援経過

32歳のときに統合失調症で精神科病院入院以降、入退院を繰り返しつつも単身生活を続けていた。訪問看護、ホームヘルパーなど少しづつ支援を増やしてきていたが、状態悪化は防げず入退院を繰り返していた。今回の入院時は自宅内で意識障がい(昏睡状態)で倒れていたところを発見された。長時間倒れていた影響で循環障がいを起こし、足に軽い麻痺が残った。41歳から現在まで7年間の長期の入院に至っている。

統合失調症の症状は以前に比べ落ち込んできたものの、幻聴や関連妄想、被害妄想に基づいた話題も時々出てくる状態。きょうだいはそれぞれの生活や仕事があり、日常的に本人の生活を援助する事は困難であり、又、これまでの悪化時の経過から再び単身生活に戻ることを不安に思っていた。本人も今回の入院前に倒れた時の後遺症で足に軽い麻痺が残った。

今回、本人と同じ病室の人が退院し一人暮らしを始めたことから、本人の中に再び在宅生活を送りたい気持ちが強く出てきて、退院に至らなかった。

今回、本人と同じ病室の人が退院し一人暮らしを始めたことから、本人の中に再び在宅生活を送りたい気持ちが強く出てきた。主治医や病院スタッフの間においても、精神症状は残っているものの、通院・服薬が定期的に行なえることと、生活上の支援が整えば在宅生活を送ることができる状態ではないかとの意見。地域移行支援を利用していくこととなる。

○退院に向けての課題

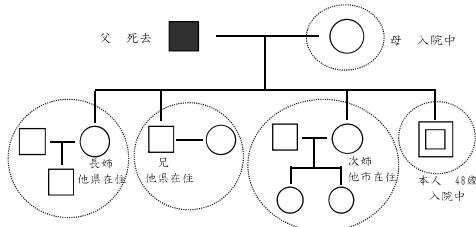
- ・入院前に倒れた際の後遺症で足に軽い麻痺が残っている。身体障がい者障がい程度7級。
- ・足の影響で、自転車での移動が困難になったこともあり、以前の居住地には住めない。
- ・足の踏み張りが利かないことで、家事などがどれくらいできるのか不明。
- ・入院中は看護師が声をかけたりすることで、日中起きで過ごすことができたが、一人での生活になると、昼夜逆転しやすい。
- ・自分の生活を手助けして欲しいと、援助を受け入れる気持ちがある。

氏名	○○ ○郎	生年月日	○年○月○日	年齢	48歳
住所	○○市			電話番号	○○○-＊＊＊＊-＊＊＊＊
障害または疾患名	統合失調症	障害程度区分	区分3	性別	(男) ■ 女

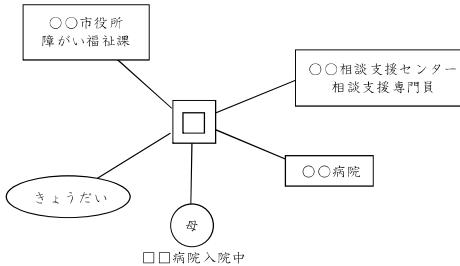
家族構成 ※年齢・職業・主たる介護者等を記入

4人きょうだいの末子

父は本人が30歳のときに死去。母は入院中。介護保険施設入所検討中。
きょうだいは兄と長姉が他県、次姉が他市にいる。いずれも50歳代。



社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)



生活歴 ※受診歴等含む

○○市の高校を卒業後、○○市内の会社に就職。3年後転勤で△△市に転居し、一人暮らしを始める。

30歳のとき、父が死去し算術で帰省。その際、きょうだいに対して「お金を儲けている」と攻撃的になったり、「父は生きている」。

○○の手から逃れるために死んでいることにしているだけなど意味不明な言動が見られた。その後、狼狽めていると訴え、母とともに自宅に引きこもるようになる。

32歳のときに○○病院へ医療保護入院。母も長年未治療であったが統合失調症であり、数日後○○病院へ入院。現在も入院中で、介護保険施設への入所を検討している。

33歳のときに退院し、○○市で一人暮らしを始める。

34～39歳の間に、3～7ヶ月の入退院を4度繰り返す。退院後からヘルパーの訪問開始。

41歳のとき、ヘルパー訪問時に応答がなく、○○病院訪問看護と精神保健福祉士(PSW)が訪問したところ、自室内で意識障がい(昏睡状態)で倒れていた為、救急病院で3日入院。その後精神科へ転院し、○○病院入院。

医療の状況 ※受診科目・頻度・主治医・疾患名・服薬状況等

統合失調症。

32歳の頃より精神科入退院を繰り返す。

最終入院は41歳から現在まで。

以降は○○病院(主治医○○医師)へ週1回通院を続ける。

最終入院前は通院及び服薬が不規則で、昏睡状態あるいは幻覚妄想が活発になり入院を繰り返していた。

39歳のときから○○病院より毎週訪問看護を継続。服薬は定期的にできている。

活発な症状は治まっているが、固定した妄想や、時々幻聴もある様子。病棟での日常生活はこなせており、病院からの外出も一人でできる状態。

本人の主訴(意向・希望)

退院して再度一人暮らしをしたい。

足が悪くなっているので、身の回りのことができるか心配なので、色々な手助けをして欲しい。

家族の主訴(意向・希望)

本人の退院の気持ちは分かるが、症状が悪化して、再度きょうだいとトラブルになったり、倒れたりしないか心配。病状が悪くなったら、すぐに入院させて欲しい。

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)				
精神科病院	○○病院	精神科入院治療 ・週2回、院内作業療法参加	毎日	41歳～入院中。(7年間)
その他の支援				

別紙2

申請者の現状(基本情報) 【現在の生活】

利用者氏名 ○○ ○ 邦	障害程度区分 区分 3	相談支援事業者名 ○○ 相談支援センター ○○ ○○				
		相談支援事業者名 ○○ 相談支援センター ○○ ○○			計画作成担当者	
	月	火	水	木	金	土
6:00						
8:00	朝食					
10:00	診察	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
12:00	昼食	作業療法 (カラオケ)	作業療法 (カラオケ)	昼食	昼食	昼食
14:00		入浴		入浴		入浴
16:00						
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
20:00						
22:00						
0:00						
2:00						
4:00						
						週単位以外のサービス

サービス等利用計画

利用者氏名	○○ ○ 郎	障害程度区分	区分 3	相談支援事業者名	○○ 相談支援センター			
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上眼鏡		計画作成担当者	○○ ○○			
地域相談支援受給者証番号	987654321	通所受給者証番号						
計画作成日	平成24年 6月 15日	モニタリング期間(開始年月)	6ヶ月(平成24年12月)	利用者同意署名欄	○○ ○ 郎			
<p>希望する生活</p> <p>利用者:精神科病院を退院して、自分の部屋を持って暮らしたい。足が悪くなって、通院できるかどれくらい家事ができるのか分からないので、生活できるかどうか不安。</p> <p>退院できたら、母の世話をきて息子の責任を果たしたい。</p> <p>家族:退院するのはまた調子が悪くなったら困るし、不安。</p> <p>総合的な援助の方針</p> <p>退院して一人暮らしをする為には、どの様な支援があるとよいのか、地域移行支援を通じて検討し、新しい自分の家で自分のベースで暮らせるよう準備します。</p> <p>長期目標</p> <p>精神科病院を退院し、一人暮らしをして、趣味や気分転換の活動をしながら生活する。</p> <p>短期目標</p> <p>退院後に住む場所やどんなサービスを使って暮らすかをイメージできる。</p>								
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				
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)	本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	退院に向けた準備をすすめたい。	本人の希望を実現するための地域移行支援計畫を作立て、支援を実施する。	6ヶ月(平成24年12月)	地域移行支援(月2回以上) 面接、外出	○○ 相談支援センター 地域移行推進員	地域移行推進員に、退院後の暮らしが方にについて話し、決める。	3ヶ月	無理のないペースで行います。
2	退院後の暮らしかたや支援の内客を決めるために、見学・体験の同行、関係機関との調整をする。	6ヶ月(平成24年12月)	地域移行支援(月2回以上) グループホーム体験入居 日中活動先の見学・体験	○○ 相談支援センター 地域移行推進員	退院後にやってみようかなどと思える場所や利用したいサービスを考えてみる。	3ヶ月	無理のないペースで行います。	
3	今後、入退院を繰り返さずに済むよう、いい体調を保ちたい。	入院中に体調や服薬の管理ができるようになる。	6ヶ月(平成24年12月)	入院機関での支援。	主治医、病棟の看護師など	体調や疲れ具合、睡眠の具合を、主治医や看護師に相談する。	3ヶ月	体調の変化や、疲れ具合で予定の変更を行うべき場合には、ご本人さんと相談の上、地域移行推進員等と情報共有し円形を図ります。
4	気分転換や自分のしたいことに出かけられるようになりたい。	日中活動できる場所、人と交流できる場所を探す。	6ヶ月(平成24年12月)	地域移行支援(月2回以上) 日中活動先の見学・体験 作業療法への参加	○○ 相談支援センター 地域移行推進員 ○○ 病院作業療法士	日中出かけることを想定して、病院の作業療法に参加する。行ってみようと思う場所を見学し体験をしてみる。	3ヶ月	無理のないペースで行います。
5								
6								

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○ ○ ○ 郎 987654321	障害程度区分		区分3			相談支援事業者名 ○ ○ 相談支援センター ○ ○ ○ ○	
		利用者負担上限額		計画作成担当者				
		通所受給者証番号						
計画開始年月	平成24年7月	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00								
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
10:00	診察	作業療法 (カラオケ)						
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食
14:00		入浴		入浴		入浴		
16:00								
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

調査単位以外のサービス
地域移行支援利用
・地域移行推進員と週に1回程
質、面接、外出、見学・体験を行
なう)。

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

地域移行推進員との相談や、体験等を通して、退院後の暮らしについて具体的なイメージを持つことができます。

地域移行支援計画

これから先、6か月の計画です。自分のペースで取り組みます。今の時点の計画です。毎月相談をして、必要な時は見直しをします。

利用者氏名：	○○ ○郎	さん
サービス等利用計画の到達目標	退院して、新しい自分の家で自分のベースで暮らす。	
(1)長期(内容及び期間等)	精神科病院から退院し、一人暮らしをして、趣味や気分転換の活動をしながら生活する。	
(2)短期目標(内容及び期間等)	退院後に住む場所やどんなサークルを使つて暮らすかをイメージできる。	

私(本人) ○○ ○郎 自身がすることを矢印の下に書き込みます

私(○○ ○郎) の期待や不安	その為に協力する人	協力する内容	支援上の留意事項等				協力(支援)の目安
			7月	8月	9月	10月	
今の中の状況 で、家事を全部やるのは自信がない。	ブルーブーム・ケアホーム職員	どんな援助があればいいか、体験してイメージします。			ブルーブームへの体験宿泊。		
住む家を探した い。	推進員○○さん 足	不動産店に一緒に行く。 契約の援助。					家のイメージ 不動産店で家を探す。 の共有
何を買いたいから ない。	推進員○○さん 病院職員	買い物の際に、街の店の情報も集めます。					買いたい物をリストアップし、 一緒に買いく。
幻聴などしてしま う。	推進員○○さん 病院職員	SOSの出し方と対応を考える。					しんどい時のサインを考える。 薬の管理の練習。
気分転換できる 様、出かけられるよ うになりたい。	推進員○○さん	人と交流でき、無理のないへこ スで、本人と相談しながら行 います。					病院内の作業療法に参加する。 日中通える場所を探し、見学する。 (デイケアや地域活動支援セン ターなど)

同意日

平成24年6月28日 利用者名
○○ ○郎 印

指定一般相談支援事業所 ○○相談支援センター
相談支援専門員(地域移行推進員) ○○ ○○ 印

サービス等利用計画

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号		○○ ○ 郎 123456789 080564321	障害程度区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	区分3 ○○円	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○
計画作成日	平成24年12月19日	モニタリング期間(開始年月)	毎月（平成25年1月）	利用者同署署名欄	○○ ○郎	
希望する生活						
利用者：退院して、以前のように一人暮らしをしたい。足が悪くなつて思うように動けないので家事など手伝つて欲しい。 母の世話をして、息子の責任を果たしたい。						
家族：また調子が悪くなつたらと考えると退院は不安だが、本人の気持ちに添いたい。						
総合的な援助の方針						
退院し安定した一人暮らしを続けられるよう、支援する。気分転換や趣味活動、親孝行していくきたい気持ちを叶える方法を、本人と一緒に考えていく。						
長期目標						
ヘルパー等の訪問を受け、一人で暮らしていくようになる。日中、気分転換や趣味の活動を行えるようになる。						
短期目標						
退院に向けて、一人暮らしに必要な準備を平成24年12月末までに行う。退院後の具体的な生活支援内容等を本人と一緒に決め、実行していく。						
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 種類・内容・量(頻度・時間) (担当者名・電話)	本人の役割 提供事業者名 (担当者名・電話)	評価時期 その他留意事項
1	新しい家の引っこ越しに向けて、準備を手伝つて欲しい。	退院後の生活で必要なものと、本人と一緒に決めて用意する。	1ヶ月 (平成24年12月)	退院までの臨時実施。 相談支援センターと相談、病院のワーカー、看護スタッフ、兄と買い物。	○○相談支援センターや ○○病院(P.S.W.・看護師)	引越しへ必要なものを決める。引越しの手続きと一緒に行なう。
2	また入院しなくて欲しいように、手助けして欲しい。	訪問看護が訪問し、心身の相談にのる。定期的に通院する。	3ヶ月 (平成25年3月)	訪問看護：服薬と体調を保つための確認とドバイス。 通院等介助：週1回	○○病院訪問看護 ○○ヘルパー事業所	薬をカレンダーにセットして服用する。薬局等に定期的に通院する。
3	退院後は、買い物や調理を手伝つて欲しい。	本人とヘルパーで、介助して家事を行う。定期的にヘルパーが買い物と調理を行う。	3ヶ月 (平成25年3月)	家事援助：食材の買入物、調理、部屋の掃除(かけ、水周りの取除き)各 時間30分 週3回(月・水・金・午後)	○○ヘルパー事業所 ○○ヘルパー	食べたいメニューや食材をヘルパーに伝える。気付いた時に整理整顿をする。
4	気分転換に出かけられるようになりたい。	入院中に見学した○○地域活動支援センターのカラオケや軽い運動の活動に参加する。	3ヶ月 (平成25年3月)	地域活動支援センター体験会週1回	○○地域活動支援センター	1ヶ月体験してみて、続けて利用していくか考えてみる。
5	きょうだいに頼り切らずに、自分の手綱を自分で引きたい。母の世話をもどさるようになりたい。	相談しながら、自分の手綱をやや用事を進める。	6ヶ月 (平成25年6月)	相談支援センター に手焼きや解決の支援をする。支援金額が上手くよく調整する。	○○相談支援センターや ○○	相談ごとを通じ相談する。
6						

様式2-2

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号	○ ○ ○ 郎 173456789	障害程度区分		区分3 ○ ○円	相談支援事業者名 計画作成担当者	○ ○ 相談支援センター ○ ○ ○
		利用者負担上限額	通所受給者証番号			
計画開始年月	平成24年12月					
6:00						
8:00						
10:00		○ ○ 地域活動支援 センター カラオケ開催日 11:00～11:30 ヘルペー通院同行 ○ ○ 病院受診		10:00～10:30 訪問看護		
12:00					お弁当配達	お弁当配達
13:00～14:30				13:00～14:30 ヘルペー訪問 (家事援助 (買い物・調理)		13:00～14:10 ヘルペー訪問 (家事援助 (買い物・調理)
14:00						
16:00						
18:00						
20:00						
22:00						
0:00						
2:00						
4:00						

自家に訪問してもらうことで、日中に起きて活動する機会を得られます。好きな歴史資料館や買い物や郵便局、市役所など日中に出かけたいところに行つて過ごします。
 サービス提供 自宅に訪問するためには、栄養の取られた食事を振りたいという希望をお持ちです。食材の希望を伝えています。食材の買い物とおかずの調理をヘルパーさんが行います。炊飯はご本人
 体調を維持するため、栄養による生活の全像

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号	○○ ○郎 123456789	障害程度区分 利用者負担上限額	区分3 ○円	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○				
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24年7月19日	モニタリング実施日	平成25年1月25日	利用者同意署名欄	○○ ○郎				
全体の状況									
<p>退院し安定した一人暮らしを続けられるよう、支援する。気分転換や趣味活動、親孝行していくきたい気持ちを叶える方法を、本人と一緒に考えていく。</p>									
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 (ニーズの充足度)	今後の課題、解決方法 (残された課題、新たに課題)	計画変更の必要性 サービス種類の変更	計画変更の必要性 サービス量の変更	計画変更の必要性 連携計画の変更	その他留意事項
1	退院後の生活で必要なものを、本人と一緒に決め用意する。	1ヶ月 (平成24年12月)	平成24年12月中旬に相談支援スムーズに新しい家への引っ越しが進み、ホッとしている。 専門員と、あるいは病院スタッフと一緒に買い物をするところ。 行き、新しい家に遊びへ収納スペースが少ないの買いたいとの希望。 平成24年12月21日に退院し、新しい家へ引っ越し完了。	目標を達成することができる。 特になし。	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
2	訪問看護師が訪問し、心身の相談にのる。 定期的に通院できるよう、ヘルパーと一緒に通院する。	3ヶ月 (平成25年3月)	週1回看護師が訪問し、服薬指導と体調相談。薬カレンダーを確認しながらきちんと服薬している。 連絡に慣れていたら、一人でも行くこと。 週1回服薬ヘルパーと一緒に通院できている。	ほぼ目標を達成することができます。 看護師ともに相談して数なんらかしている。	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
3	本人とヘルパーで、役割分担して家事を行定的にヘルパーと一緒に調理を行う。	3ヶ月 (平成25年3月)	週3回、1.5時間毎食準備(お風呂掃除はヘルパーが)、改めて助かっている。トイレやお風呂掃除は、保れないので、ヘルパーさんによくやつてもらっている。 週1回調理ができている。	ほぼ目標を達成することができます。 看護師ともに相談してヘルパーと本人大きな問題はない。	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
4	入院中に見学した○○地域活動支援センターのカラオケや豊富な運動の活動に参加する。	3ヶ月 (平成25年3月)	相談支援専門員と一緒に、○○地域活動センターのカラオケは楽しめた」とのことで、再度見学。1ヶ月間体験利用をします。 プログラムに参加した。	体験利用はできた。 利用ベースを決めていく予定。	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
5	相談しながら、自分の手書きや用事を進めます。	6ヶ月 (平成25年6月)	相談支援専門員と一緒に、相談しながら手書き等を行ってきました。 6月)なう。	自宅に届く郵便について、手書きが手紙が扱われない。携帯電話の使い方に慣れないなど、困ることもある、すぐに相談できなくて困ることがある。 携帯電話が利用の支援も行なう。	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
6									

【支援のポイント及び留意点】

1. ニーズ把握からアセスメントについて

長期入院により退院をあきらめていたり、退院後の生活をイメージしにくいなど、思いを表出するのに時間のかかることも多いため、本人の意向は丁寧に聞き取る。本事例については、希望する生活について「自宅でゆっくりと過ごせる生活を送りたい」と語るが、本人の言葉の裏には、「入院中の母の世話をして、息子としての義務を果たしたい。そのためには、自分がいつまでも入院していたら役割を果たせない」との思いが存在していた。主訴の背景にある思いの可能性を探ることは、本人との信頼関係を築く上でも大切な点と言える。

また、本人には、一人暮らしの経験があり生活を少しでもイメージでき、入院前と身体状況が変わっても手助け内容を見直し、通院しやすい環境に住めば暮らせるかもしれないと思付ける強みがある。このように経験により培われたものも本人のストレングスである。本人のストレングスだけでなく、環境のストレングス、支援ネットワークのストレングスに着目したアセスメントを実施する。

なお、病院内だけでは退院後に必要な支援を見極めにくいため、体験宿泊等を通じて支援の内容を検討していくことも必要である。

2. 計画作成について

入院中は地域移行に向けて、指定一般相談支援事業所の相談支援専門員が中心となって同行等の支援を実施するように計画を作成。また、退院後の計画は本人のニーズを中心に据えて作成する。自宅を過ごしやすく快適にし、日中活動は気分転換を目的に利用することを短期の目標とした。短期の目標を達成することで、その先にある母のことで自由に動くためのフリーの時間と動ける体調を確保したいという思いに近づけていき、長期の目標へと繋がるようにする。本事例においても、病状は残つており、再入院を防ぐための支援が必要ではあるが、そこに着目しすぎると、課題解決型、包囲網の計画になりがちなため、注意が必要である。

3. モニタリングについて

長期入院からの退院の場合、生活環境が大きく変わること、福祉サービス等を利用することが地域移行支援を除いて初めての場合が多いことから、3ヶ月は毎月自宅を訪問しモニタリングを実施。不安が高いなど常時の連絡体制が必要な場合は、地域定着支援も活用する。

モニタリングにおいては、新しい環境での生活状況や、新たなニーズや課題はないかを確認する。退院して出てきた気持ちや入院中は言えなかつたことを退院後によく話されることも多い。モニタリングを再アセスメントの機会と捉え、今後の支援につなげることが大切である。

4. 全体を通して

長期入院や入所している方の、地域で暮らしてみたい意向をいかにキャッチできるか、あるいは地域での暮らしをしてみたいと思える働きかけが、地域移行支援の前提として必要である。

地域移行支援においては、当事者の力を借りること（体験を聞く、情報をもらう等）も視野に入れて支援を考えると有効と思われる。

【障がい者の事例】

(6) 施設入所者の事例

～施設入所中の本人のこれからの生活のあり方を考える～

1. 事例の概要

脳性まひによる四肢・体幹まひ及び知的障がいのある50代の女性。

両親の死後（当時本人30歳）、長年にわたっておば夫婦のもとで暮らしていたが、おば夫婦が高齢になってきたことにより、昨年（本人55歳）現施設に入所する。

本人、おば、相談支援専門員、施設職員等で本人のこれからの生活のあり方を考えるようになった。

2. 支援プロセス

(1) 相談に至るまでの経緯

本人・おばの住む市の障がい福祉課から当〇〇相談支援センターに連絡があった。本人の介助をしているおばが、今後充分な介助ができそうにないので何とかしなくてはならない生活状況であり、本人も将来の生活に不安を抱いていた。

本人の住むおば宅へ伺い、現状の生活の様子を聞く。おじが認知症になってからおばの介助が大変になってきている様子がうかがえた。本人自身も自分にそれなりの介助量が必要であることを自覚し、これからの生活に不安を持っているようであった。

(2) 計画相談支援の展開

こうした現状を踏まえ障がい福祉課とも相談し、早めの入所施設利用を検討した。その後は当〇〇相談支援センターが中心となり、現入所施設と連絡を取り入所が決まった。

入所してからは定期的に本人、施設の担当職員と連絡を取り、現状を確認している。

入所して1年半近く過ぎ、施設の生活は慣れてきたが、「おばが死んだらどうなるの？」と漠然とした将来の不安を抱いている。この時点では、本人は自分の生活に対する将来のイメージはほとんどなかった。

こうした状況のもと、サービス等利用計画を作成した。おばがいなくなったら後の不安と金銭管理をどうするかという今後の課題を解消するため、成年後見制度の利用を提案した。また、本人が施設内で外出に対する話題を口にするので、定期的な外出の支援ができるよう計画に盛り込み本人に確認した。

この時、ピア・カウンセリングの利用も提案した。施設でもこれからの生活のあり方を模索していたところで、本人自身がこれからの将来を考える機会になればと賛成し、具体的にピンと来ていない本人を後押ししてくれた。

計画作成後3ヶ月して、現状を確認しモニタリング報告書を作成した。移動支援を利用して外出するようになり、当〇〇相談支援センターのピア・カウンセラーと話をするのが楽しみになっているようである。将来の生活のイメージづくりに役立つものと期待している。

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成24年10月10日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○ ○○
-----	-------------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

脳性まひによる四肢・体幹まひの女性（56歳）。仮死状態にて出生。車いす利用（身体障がい者手帳1級）。ADLはほぼ全介助。療育手帳A。細かい理解は難しいが、簡単な会話は可能。父親は本人が幼少の頃に亡くなり、以後母親、妹と暮らす。本人が30歳の時に母親が亡くなり、その後は父親の姉であるおば夫婦のもとで暮らす。

3年前よりおじが認知症になり、おばの介助だけでは生活できなくなり、昨年5月から入所施設利用となった。

おばは日々施設に面会に来るが、施設から遠く、またおば自身が高齢で面会に来るのがしんどそうになってきている。また金銭管理や生活の様子を報告、確認する時におばと連絡を取ると、おばの返答があいまいな時や返事を忘れることが多く、施設職員が判断に困る場面が見られるようになってしまっている。高齢により記憶力、判断力が低下しているものと思われる。

こうしたおばの状態を考え、当相談支援事業所（○○相談支援センター）と入所施設とでは成年後見制度の利用を考え、先日おばに相談したところ、おば自身も○代さんの今後の開わりに不安を感じていたところなので、後見人がつくことに賛成したところである。

○代さんは施設での生活にも慣れてきて毎回のプログラムも意欲的に取り組んでいるので、施設ではガイドヘルパーとの外出を計画している。おば夫婦と生活している時はほとんど外出の機会がなかったので、近いところの買い物物から、週末の余暇としての外出まで幅広く考えていきたい。本人は外に出るのが好きなようで、「小さい時には○○によく行った」と漠然とした心配をしている。

将来の生活については本人はほとんどイメージはないが、「おばが死んだらどうなるの?」と漠然とした心配をしている。障がいのある人の地域生活はじめ障がいのある他の人の生活についての情報自体も本人はあまり持っていないううなので、当相談支援事業所に併設している地域活動支援センターの活動やビア・カウンセリングに参加を促すことで少しづつ今後の生活づくりを考えていく機会を作っていくはどうか。

2. 利用者の状況

氏名	○○ ○代	生年月日	○年○月○日	年齢	56歳
住 所	○○市		電話番号	06-****-**** (○○国)	
	[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	06-****-**** (○○国)	
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6	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		

生活歴 ※受診歴等含む

- 脳性まひ
- 幼少の頃（不明）父親が死去。
- その後、母親、妹と生活。○○養護学校（当時）卒業。
- 28歳：妹が結婚し他市へ。母親と二人の生活に。
- 30歳：母親死去。おば夫婦のもとで生活。
- 55歳：施設入所。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

- 年に一度風邪をひく程度で、それ以外に医者にかかることはない。

本人の主訴(意向・希望)

- 「今の生活に慣れてきた。毎日の作業や園の行事が楽しい。」
- 「外出に行きたい」（特にどこへ行きたいということはあまりない）
- 「おばが死んだらどうなるの？」

家族の主訴(意向・希望)

- 成年後見制度の説明を受けた。できたら利用を進めてもらいたい。
- 本人も施設の生活に慣れてきたようなので、できればこのままの生活を施設にお願いしたい。
- 外出は好きだが今までほとんど連れて行けなかっただので、行ける機会があればお願いたい。

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)	<ul style="list-style-type: none"> 障がい者支援施設（施設入所支援+生活介護）利用 相談支援 障がい基礎年金1級 	<ul style="list-style-type: none"> ○○園 ○○相談支援センター 	<ul style="list-style-type: none"> 施設入所支援、生活介護 	
その他の支援				

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	○○ ○代	障害程度区分	区分6	相談支援事業者名		○○相談支援センター ○○ ○○
				計画作成担当者	計画作成担当者	
		月	火	水	木	金
6:00						
		起床	起床	起床	起床	起床
8:00		朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
10:00	作業 (リサイクルの紙すき)	PTによるリハビリ訓練 作業 (リサイクルの紙すき)	作業 (リサイクルの紙すき)	PTによるリハビリ訓練 作業 (リサイクルの紙すき)	作業 (リサイクルの紙すき)	作業 (リサイクルの紙すき)
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食
14:00	作業 (リサイクルの紙すき)	作業 (リサイクルの紙すき)	作業 (リサイクルの紙すき)	作業 (リサイクルの紙すき)	作業 (リサイクルの紙すき)	作業 (リサイクルの紙すき)
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						

サービス等利用計画

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号	○○ ○代 123456789	障害程度区分		区分6 ○○円	相談支援事業者名 計画作成担当者	
		利用者負担上限額	通所受給者証番号		○○相談支援センター ○○ ○○	○○相談支援センター ○○ ○○
地域相談支援受給者証番号						
計画作成日	平成24年10月20日	モニタリング期間(開始年月)	3ヶ月(平成25年1月)	利用者同意署名欄	○○ ○代	
希望する生活		利用者：現在の入所施設の生活を継続しつつ、今後の不安な部分を相談したい。外出したい。(「今の生活に慣れてきた。」「外出に行きたい。」「おばが死んだらどうなるのか。」)				
家族：できれば今の施設生活を継続し安定した生活を続けてほしい。外出の機会を作つてあげてほしい。						
総合的な援助の方針		現在の施設生活を作り、活動の範囲を広げる。将来の生活について考える機会を作る。				
長期目標		施設生活を継続する。外出の機会を増やし、ピア・カウンセリングや地域活動支援センターを利用するよう支援する。将来の生活像について考える機会を作る。成年後見制度の利用を進めよう。				
短期目標		ガイドヘルパーを利用した外出の機会を作る。ピア・カウンセラーとの話し合いの機会を作る。				
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 種類・内容・量・頻度・時間	本人の役割 (担当者名・電話)	評価時期 その他の留意事項
1 外出したい。	・移動支援の手続をからしてもらい、とりあえず支給決定後、月1～2回の外出ができるよう支援します。	2ヶ月(平成24年12月) ・支給決定後事業所と契約。 買いたい物外出から始める。	○○ヘルパーステーション ・手続の流れをそのままの都度聞いて確認する。 ・施設担当者と行きたいところを相談する。	2ヶ月	・当面は買い物の外出を中心にするが、併用してさら○○相談支援センターに併設する地域活動支援センターに定期的に通う。	
2 おばがいなくなつた後の生活 が心配	・成年後見制度の利用についてご本人と確認しながら利用を進めます。	5ヶ月(平成25年3月) ・成年後見制度の手続き開始。	○○相談支援センター ・手続の流れをそのままの都度聞いて確認する。	5ヶ月		
3 おばがいなくなつた後の生活 が心配	・ピア・カウンセリング月1回。 ・ピア・カウンセラーと話をすることで障がいのある人のいろいろな生活スタイルを知る。	2ヶ月(平成24年12月) ・当面は施設職員と通う。	○○相談支援センター(ピア・カウンセラー) ・自分の不安をピア・カウンセラーに話してみる。 ・定期的に通い夕しつ他の障がい者の生活に関する情報を得る。	2ヶ月		
4 今の生活に慣れてきた。毎日の作業や園の行事事が楽しい。	・施設での生活を継続する。	・障がい者支援施設(施設入所支援+生活介護)	○○園(現在入所中)	○○園(現在入所中)	・必要な介助、支援について希望を伝える。	
5						
6						

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	○○ ○代	障害程度区分	区分 6	相談支援事業者名	○○ 相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	○○円	計画作成担当者	○○ ○○
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24年11月1日				
6:00	起床	起床	起床	起床	起床
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
10:00	作業 (リサイクルの紙すき)	作業 (リサイクルの紙すき)	P.T.によるハビリ訓練 (リサイクルの紙すき)	P.T.によるハビリ訓練 (リサイクルの紙すき)	作業 (リサイクルの紙すき)
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食
14:00	作業 (リサイクルの紙すき)	作業 (リサイクルの紙すき)	作業 (リサイクルの紙すき)	作業 (リサイクルの紙すき)	作業 (リサイクルの紙すき)
16:00					
18:00	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
0:00					
2:00					
4:00					

サービス提供
・ガイドヘルパーと外出し、いろんなところに行けるようになつていてる。ピア・カウンセラーやサービスの利用契約についても関わるようになってきてる。
・ガイドヘルパーが見人がつき、金銭管理をはじめ、福祉サービスの利用契約についても関わるようになってきてる。

によって実現
する生活の
全体像

様式3-1

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	○○ ○代	障害程度区分	区分6	相談支援事業者名	○○相談支援センター				
障害福祉サービス受給者証番号	73456789	利用者負担上限額	○○円	計画作成担当者	○○ ○○				
地図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24年10月20日	モニタリング実施日	平成25年1月20日	利用者同意署名欄	○○ ○代				
現在の施設生活を継続しながら、外出の機会を作り、活動の範囲を広げる。将来の生活について考える機会を施設で安定した生活を送っている。移動支援を利用するようになってしまった。外出をすることに集中しているせいいか、当初言っていた「おばがいなくなった後の心配」は、話題としては減ってきてている。									
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 (ニーズの充足度)	今後の課題・ (残された課題、新たな課題)	計画変更の必要性 (サービス種類の変更)	計画変更の必要性 (サービス量の変更)	その他留意事項
1	移動支援の手続きからしてもらいたい、とりあえず支給決定後、月1～2回の外出ができるよう支援します。	2ヶ月 (平成24年12月)	手続き、事業所契約に約1ヶ月を要し、その後平成24年12月から予定どおりガードヘルパーとの外出を月1～2回始めています。	「慣れないヘルパーにに戸惑いがあるが、外出の機会ができるうれしい」と満足している様子。	予定の目標は達せられていない。	特になし。	有● 無	有● 無	今後、外出の頻度を多くしたり、行き先を広げていくことも本人と相談しながら考えていいく。
2	成年後見制度の利用についてご本人と確認しながら利用を進めます。	5ヶ月 (平成25年3月)	当初予定していた制度の説明を受けたが、よく分からない。おばがいいが、一歩一步進んでいる。本人も必要性を感じている様子。今後具体的な手続きで、「うう」とのこと。	「制度の説明を受けたが、よく分からない。おばがいいが、一歩一步進んでいる。予定より時間がかかるが、そういう手続として、うう」とのこと。	予定より時間がかかるが、予定より時間はかかって、かかって思ううう」とのこと。	おばがいが、一歩一步進んでいる。予定より時間がかかるが、予定より時間はかかって、かかって思ううう」とのこと。	有● 無	有● 無	時間がかかる形で進めていけたい。
3	ピア・カウンセラーといふ話をする人いろいろな生活スタイルを知る。	2ヶ月 (平成24年12月)	ガイドヘルパーとの外出をはじめ、ピア・カウンセラーと一緒に話をして話している。毎回会って話をしている。	ピア・カウンセラーと「毎回話ををするのが楽しい」というて、施設に隣つてからもそのことをよく話題にしている様子。	目標は達せられた。	話の内容について、今後ピア・カウンセラーとともに連携を取り合い、今後の生活イメージ作りを話題にしていく予定。	有● 無	有● 無	有● 無
4	施設での生活を継続する。		従来どおり。昼間のプログラムでは慣れるに慣れている。	「紙すきの作業が上手にできる」と嬉しそうに話している。昼間の作業に意欲的に取り組み、生活自体も安定して送れている。	目標は達せられている。	特になし。	有● 無	有● 無	有● 無
5							有● 無	有● 無	有● 無
6							有● 無	有● 無	有● 無

【支援のポイント及び留意点】

1. ニーズ把握からアセスメントについて

- ・ 本人に情報や社会経験が少ない場合、本人の将来に対するイメージは漠然としたものになりやすいが、それでも「申請者の現状（基本情報）」の「本人の主訴」欄や「サービス等利用計画」の「希望する生活」欄には、本人のその時点での思いの核心を表した本人の言葉を書き出すようにしたい。
- ・ ニーズと経験は対で変化する。いくつかの経験を積んだら、本人と向き合い今の思いを整理する。そうしたこまめな作業が相談支援専門員には必要である。

2. 計画作成について

- ・ 入所施設利用者の「サービス等利用計画」は、施設内のサービスや生活の組み立てを示した「個別支援計画」よりは、より広い視点でサービスや社会資源の利用、将来像を示す必要があることに留意する。
- ・ 今回の計画では成年後見制度やピア・カウンセリングを盛り込んだが、専門的な言葉が出てきたら、できるだけ分かりやすい言葉で説明し、結果それによって生活がどう変わるのでを分かり易く説明する努力が必要である。サービス等利用計画【週間計画表】の「サービス提供によって実現する生活の全体像」欄をうまく活用したい。
- ・ 入所施設内の生活やプログラムは渾然一体となりがちなので、サービス等利用計画の週間計画表を使って、見える形で1週間の流れを把握してもらうことは本人が生活を振り返る機会になり、大切なプロセスである。
- ・ 入所施設利用者の移動支援（ガイドヘルパー）利用については、大阪府内でも市町村によって扱いが違うのが現状である。利用できない場合は、個別契約の介助者を募る等の工夫があることがある。いずれにせよ、本人の社会経験を積む意味で重要な活動なので、こうした活動は計画に取り入れたい。

3. モニタリングについて

- ・ 今後しばらく施設生活が継続されるケースでは、変化のない計画、モニタリングになりがちである。ひとつでも本人が目標を持って生活できるような計画づくりをするためにも、いろいろな角度から情報を収集し課題とニーズを整理することが大切である。

4. 全体を通して

- ・ 緊急性が生じて施設利用となったケースでは、当面の目標は安定した生活を再構築することにあるが、相談支援専門員はそのあとの3年後、5年後を想定した計画づくりを意識したい。
- ・ 施設利用を始めた年齢もケースに応じて意識する必要がある。今回のケースはすでに56歳であるので地域移行をはじめさまざまな経験の機会を作るにも10年、20年後では年齢的にきつくなる。サービス等利用計画の「長期目標」は「半年から1年をめど」、「短期目標」では「3ヶ月をめど」（※1）にしているが、本人の数年後の生活像をイメージしておきたい。

※1：「サービス等利用計画作成サポートブック（日本相談支援専門員協会）」による。

【障がい児の事例】

(1) 乳幼児期の事例

～発達の遅れに抵抗を示し、支援を受けるまでに時間がかかったケース～

1. 事例の概要

3歳の女児。1歳半健診時遅れを指摘され、フォロー教室に参加し始めるが、「遅れている」と言わされたことに抵抗を示し、中断。その後心配になり母親から相談を希望され、週1回の療育教室に通室し始める。子どもの行動の大変さを感じつつ、障がいと認めたくない気持ちとの間で気持ちが大きく揺れ、その後の進路として児童発達支援を選ぶまで時間を要した。母親の不安や焦燥感を受け止めなど心理的サポートが支援の中心となった。

2. 支援プロセス

(1) 相談に至るまでの経緯

ことばの遅れが心配で相談を希望され、その後母子通園の療育を受けながら相談支援専門員と何度か面接を行った。その中で夜中に起きて遊びだす等の睡眠障がいや外に行くと走り回るなどの多動性、ことばの遅れやコミュニケーションの難しさ、集団行動ができない等の訴えが繰り返され、疲労感と母親としての自信のなさからイライラした日々が続き、時には子どもに手を上げたと電話がかかってきた。3歳児からの進路先として相談がもちかけられる。

(2) 計画相談支援の展開

進路先として私立幼稚園と児童発達支援センターへの通園のどちらかで悩んでいたが、子どもの様子を見て幼稚園から入園を断られた。幼稚園への怒りと子どもへのやるせなさ、焦りから子どもへの叱責が増え、母子間で不安定な状態となる。他の私立幼稚園も考え始めていたが、児童発達支援センターを見学後、相談支援専門員との面接を繰り返す中で「子どもにとって良いところに行かせたい」と最終的に専門的な療育を受けることができる児童発達支援センターの通園を希望された。本児に関する保健師や母子通園スタッフ、市子育て支援課担当者、相談支援専門員と母親で個別支援会議を行い、障がい児支援利用計画を作成。翌年度4月より支援が開始となった。

申請者の現状(基本情報)

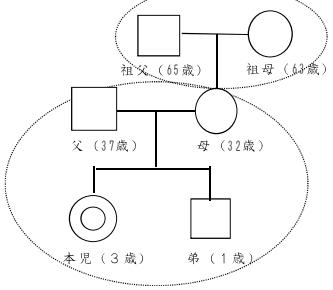
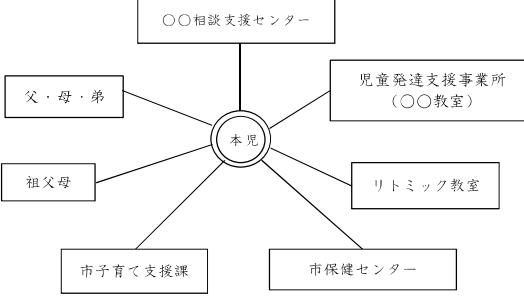
作成日	平成25年3月1日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○ ○○
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

1歳半健診にて遅れを指摘され、市の1歳半後フォロー教室に通室し始めるが、スタッフのことばかけに対して、「この子は遅れていない」と不満を持ち通室を中断。その後ことばや行動面で心配になり、○○相談支援センターへ相談、週1回児童発達支援事業所(○○教室)へ通室となる。毎週事業所に通いながら、相談支援専門員と月1回程度面接を行った。その中で、母親から「外に行くと走って行ってしまう」、「リトミックに行つてもみんなと同じことをしない」、「夜中に起きて2〜3回歌を歌ったり走り回っている」、「偏食がきつい」、「ことば、何を言っているかわからない」など、落ち着きのなさや社会性、対人面での弱さとコミュニケーションの難しさなどの訴えが聞かれた。集団活動に参加しないことに対して「何でみんなと同じことができないの?!」と怒ることが増え、発達的に理解することができずに「私を無視する」、「私のことを嫌っている」と被害的に感じ、母親としての自信を失う日々が続いた。トイレトレーニングが進まないことでさらにストレスが高まり、「子どもを叩いてしまった」と○○相談支援センターに電話がかかってくることもあった。

3歳児の進路として、私立幼稚園か児童発達支援センターかで思いが揺れ続ける。センター見学後、何回も相談支援専門員との面接を行い、最終的に○○児童発達支援センター(毎日通園)を希望することになった。

2. 利用者の状況

氏名	○○ ○美	生年月日	○年○月○日	年齢	3歳
住所	○○市			電話番号	06-*****-*****
	[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	06-*****-*****
障害または疾患名	障害程度区分	性別			男・(女)
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入 母方祖父母は同市内に在住。リトミックへの送りや児童発達支援事業所への通園時は弟を預かる等協力的。 					
社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割) 					

生活歴 ※受診歴等含む

38週2895gで出産。妊娠中・出産時とも異常なし。
定頸5ヶ月、寝返り6ヶ月、座位の保持8ヶ月、始歩1歳3ヶ月。
1歳半健診で遅れを指摘される。1歳半健診後、フォロー教室へ通室し始めるが中断。
その後児童発達支援事業所(○○教室)へ週1回の母子通園に約1年間通う。
リトミック教室へ週1回参加。

医療の状況 ※受診科目・頻度・主治医・疾患名・服薬状況等

○○病院小児科 半年に1回の受診

本人の主訴(意向・希望)

家族の主訴(意向・希望)

集団活動に参加できるようになってほしい。

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)	児童発達支援 障がい児相談支援	○○教室 ○○相談支援センター	母子通園 面接、情報提供等	1回/週 1回/月
その他の支援	親族による支援 リトミック教室	祖父母 ○○リトミック教室	預かり、育児の援助 リトミックの実施	1~2日/週 1回/週

別紙2

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	○○ ○美	障害程度区分	相談支援事業者名			相談支援センター 担当者	○○ 相談支援センター ○○ ○○		
			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
10:00	公園		送り		リトミック教室		公園		リトミック教室と児童発達支援事業所(○○教室)への送迎は母方祖父。その間、弟の預かりを母方祖母がしている。
12:00	昼食		お迎え・帰り		公園		昼食		公園
14:00	昼寝		昼食		お迎え・帰り		昼寝		お迎え・帰り
16:00									
20:00	入浴		夕食		夕食		夕食		入浴
22:00									
0:00	就寝		就寝		就寝		就寝		就寝
2:00									
4:00									

主な日常生活上の活動
・リトミック教室と児童発達支援事業所(○○教室)への送迎は母方祖父。その間、弟の預かりを母方祖母がしている。
土曜日は祖父母宅へ行くことが多い。

・○○相談支援センター担当者面接。

様式2-1

障がい児支援利用計画

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号	○○ ○ 美 ○○円	障害程度区分 利用者負担上限額	相談支援事業者名 計画作成担当者				
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号 987654321	○○ ○○				
計画作成日 平成25年3月15日	モニタリング期間(開始年月) 毎月(平成25年4月)	利用者同意署名欄 ○○ △ 美					
<p>希望する生活</p> <p>家族：専門的な療育を受けながら、お友だちとコミュニケーションを取って楽しく生活できるようになつてほしい。</p> <p>総合的な援助の方針</p> <p>本児が必要な療育を受ける中で、コミュニケーションや行動面での発達が促され、保護者が気持ちにゆとりを持って子育てができるようになります。</p> <p>長期目標</p> <p>安定した生活リズムでお友だちと一緒に生活を楽しむことができるようになる。</p> <p>短期目標</p> <p>新しい生活環境や生活リズムに慣れ、楽しく登園できるようになる。</p>							
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 種類・内容・量(頻度・時間) (提供事業者名・電話)	本人の役割 (担当者名・電話)	評価時期	その他留意事項
			種類・内容・量(頻度・時間)				
1	みんなと同じことができるようになつてほしい(母)	行動面や対人面で療育的支援を受ける。	6ヶ月 (平成25年9月)	毎日通園バスに乗つて通い、慣れる。 ○○児童発達支援センター	毎日通園バスに乗つて通い、慣れる。	1ヶ月	
2	眠りリズムが落ち着き、規則正しい生活リズムがついてはほしい(母)	毎日の通園の積み重ねで、規則正しい生活を身につける。 ○○児童発達支援センター看護師より、情報提供や助言を受ける。(母)。	3ヶ月 (平成25年6月) 23日／月	活動に樂しく参加する。	活動に樂しく参加する。	3ヶ月	樂しく活動し、体をたくさん動かすことでよい。睡眠リズムを整えやすくします。
3	好き嫌いなく何でも食べるようになつてほしい(母)	毎日の給食時に本児のペーススに合わせて食事指導を受けける。	3ヶ月 (平成25年6月)	給食に慣れ、みんなと一緒に食べられるよう努力する。	給食に慣れ、みんなと一緒に食べられるよう努力する。	3ヶ月	
4	定期的に自分のことや子どもとのことで相談したい(母)	市子育て支援センターの臨床心理士との定期的な相談に通う(母)。	1ヶ月 (平成25年4月)	市子育て支援センターで月2回面接 市子育て支援センター(臨床心理士)通う(母)。	市子育て支援センター(臨床心理士)通う(母)。	1ヶ月	
5	父親に子育てを手伝って欲しい。父親に子どものことをわかれてしまうから(母)	父親が父親会や懇談会に参加し、子育てに問い合わせを持つようになる。	3ヶ月 (平成25年6月)	父親会・懇談会 ○○児童発達支援センター	父親会・懇談会 父親が参観・懇談会に参加する。	3ヶ月	
6							

様式2-2

障がい児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	○○ ○ 美	障害程度区分		相談支援事業者名	○○相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	○円	計画作成担当者	○○ ○○
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	987654321		
計画開始年月	平成25年4月	曜日	月 火 水 木 金 土 日・祝	主な日常生活上の活動	
6:00					・○○児童発達支援センターへは送迎バス利用。 ・土曜日は母方祖父母宅へ行くことが多い。
8:00	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	
10:00					
12:00	○○児童発達支援センター	○○児童発達支援センター	○○児童発達支援センター	○○児童発達支援センター	・市子育て支援センターへ理士と月2回面接(母) ・父親参観・懇談会に父親が参加
14:00					
16:00					
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00	入浴	入浴	入浴	入浴	
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00					
2:00					
4:00					

○○児童発達支援センターに通園し、専門的な療育を受けることで、発達全般の成長が促される。生活リズムの安定や基本的生活習慣の確立など、生活においても集団生活で獲得できることが多い、保護者の負担感が軽減され、ゆとりを持った子育てにつながるものと思われる。

サービス提供による生活の全像

モニタリング報告書(継続障がい児支援利用援助)

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号	○○ ○ 美	障害程度区分 利用者負担上限額	○○円	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○			
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	987654321					
計画作成日	平成25年 3月 15日	モニタリング実施日	平成25年 4月 25日	利用者同意署名欄	○○ △ 美			
全体の状況								
<p>本児が必要な療育を受ける中で、コミュニケーションや行動面での発達が促され、保護者が気持ちにゆとりをもつて子育てできるようになる。</p> <p>○○児童発達支援センターへの通園が始まり、環境の変化による大きな混乱もなく楽しく通うことができていることから、保護者も少し安心している。</p>								
優先順位	支援目標	達成時期 (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 (ニーズの充実度)	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 種類の変更	計画変更の必要性 サービス量の変更	その他の留意事項
				(残された課題) 現状の支援内容の継続。				
1	行動面や対人面で療育的支援を受ける。	6ヶ月 (平成25年9月)	児童発達支援センター利用 マイペースに好きなことをしていることが多いが、他の児への関心が増えつつある様子。	バスで通園するなどに少しおずつ慣れてきている。行ききたいところはなく、楽しく行くっている。	サービスの導入は達成。 サービスの導入に対する懐疑感がまだある。	有・無	有・無	有・無
2	毎日の通園の積み重ねで、規則正しい生活を身につける。 ○○児童発達支援センター看護師より、情報提供や助言を受ける(母)。	3か月 (平成25年6月)	看護師と何度も話ををして相談し、情報を受ける。 看護師と何度か話を受けて安心できる。	看護職の看護に対する安心感が高まっている。食事中には、少し気長に見ていてほしい。	お昼寝時間が始まり、時々お昼寝をする時間が調節してもらっている。お昼寝については個別対応で検討が必要。	有・無	有・無	有・無
3	毎日の給食時に本児のペースに合わせて食事指導を受ける。	3か月 (平成25年6月)	給食では好きなものを真っ先に食べている。食事中には、少し気長に見ていきたい。	給食が始まり、今は好きなものだけ食べている。	現状の支障内容の継続。 少ししつづけ食でいるのを見てもいい。	有・無	有・無	有・無
4	市子育て支援センターの臨床心理士との定期的な相談に通う(母)。	1か月 (平成25年4月)	臨床心理士と初回面接を行った。	子どものことや自分のことでもいろいろ話を聞いてもらえて、そうで安心した。	相談場所の紹介。 面接についてもつながったことで支援目標は達成。定期的な相談に行けることになった。	有・無	有・無	有・無
5	父親が父親参観や懇談会に参加し、子育てに関心を持つようになる。	3か月 (平成25年6月)	父親が父親参観・懇談会に参加。	父自身、子どもの様子を少し理解したところがある。父親同士の話を聞いて勉強になつたと話していた。	今後も父親参観や懇談に参加を促すなど継続。	有・無	有・無	有・無
6						有・無	有・無	有・無

【支援のポイント及び留意点】

1. ニーズ把握からアセスメントについて

母親の本児の行動についての大変さの訴えから、発達が大きく遅れていることや多動性の高さや睡眠障がい、偏食など育てにくさが十分感じ取れた。実際、質問紙による発達のチェックを行い、母親の了解の元、保健センターでの健診時、検査結果などの情報を担当保健師から聴取し、アセスメント情報に加えた。本児の行動が発達の遅れや障がいの特性であるという考えが母親からは話されず、障がい受容が難しい状況であることから、困っていることへの負担感を受け止めることを中心として母親の気持ちの整理を重点的に行った。

2. 計画作成について

計画作成に当たっては、母親の負担感を減らすことを重視した目標設定を行った。毎日の通園に慣れ、睡眠や食事など本児の安定した生活リズムをつけることを具体的な目標とした。

また、母親の心理的不安定さが本児への対応に影響し、手を上げるなどの行為に結びついていることから、心理臨床的な面接を受けることや父親からの理解とサポートを得られるような状況作りも含めて支援の中に組み込んだ。

3. モニタリングについて

モニタリングに当たっては、母親の負担感がどのように減少しているかに注目した。本児が嫌がることなく毎日バスに乗って通園し、集団生活に慣れてきている状況において、ホッとされていることと、本児と時間的に分離ができていることから少し距離をもって本児のことを考える余裕が出てきている様子が感じられた。

4. 全体を通して

発達の遅れを指摘されたことによる母親の傷つきから、保健センターとの関係が一旦途切れてしまった状況があり、社会的な支援への不信感や拒否感につながらないよう、母親の不安感を受け止める作業を丁寧に行った。子どもの育てにくさから虐待につながる場合があり、本事例もその要素がうかがえるものであった。虐待の予防的観点と共に安定した母子関係が今後の発達全般に大きく影響を及ぼすことから、特に乳幼児期の事例においては母親の心理的な安定を図る視点が支援において重要と考えられる。

【障がい児の事例】

(2) 小学校就学に向けた支援事例

～児童発達支援から小学校へのつなぎ～

1. 事例の概要

衝動性の高い広汎性発達障がいと診断された6歳女児。

発達の遅れがあり、保育所でのトラブルが多く、睡眠障がい、家から黙って抜け出すなど行動面での課題が目立ち、保育所に通いながら児童発達支援センターへ並行通園で支援が始まる。ことばが増え、発達の伸びがみられたものの行動面での課題は多く、母親の疲労感が高まり、メニエール病、うつ病を発症。就学後の支援を考えるに当たって障がい児支援利用計画を作成し、より専門性のある見守りを強化した新たな支援が開始した。

2. 支援プロセス

(1) 相談に至るまでの経緯

思い通りにならないとすぐにお友だちを叩く、蹴るなどの行為がみられ、保育所の保護者からの苦情が出てきた。本児は母親の目を盗んで逃げ出したり、夜中に家を出て行き、お友だちの自転車を勝手に乗って行くなど行動がエスカレートしていった。就学直前に母親の病気が発症し休職となつたため、生活全般の支援も含めた就学後の支援計画を作成することとなった。

(2) 計画相談支援の展開

小学校に向けての就学相談の結果、支援学級入級が決定。引き続き、療育的支援が必要な状況であった。夜間に家から黙って抜け出すことが続いたため、児童発達支援センタースタッフ、保育所職員、市子育て支援課、母親、相談支援専門員などが対応について話し合い、鍵の強化や視覚支援などを試みるが、根本的な解決にはつながらず、母親の疲労感は高まるばかりであった。生活保護の受給により経済的な安定を整え、本児の行動面に対する療育的なサポートと家事援助も含め、母親の負担を減らす方向として支援計画を作成。個別支援会議においては小学校支援学級職員も加わり、小学校入学後の学校での対応につながるよう話し合いを行った。母親との面接の中で、発達障がいの診断がでているものの、母親は具体的に生活場面での対応や工夫はあまりできておらず、注意しても言うことを聞かない子どもに対し手が出ることも多かったことが語られた。発達障がいの理解や対応について学びたいという意欲が出始めており、母親の学びのサポートも計画に入れることとなった。4月より新たな支援がスタートした。

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成25年3月1日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○ ○○
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

1歳半健診で全体の遅れを指摘され、市の1歳半後フォロー教室に半年通う。教室終了後、ことばの遅れや睡眠の乱れ、保育所のお友だちを叩くなどの行動が心配で○○相談支援センターへ相談する。家庭や保育所での様子の聴き取りを行い、アセスメントを行った上で関係機関と個別支援会議を実施し、その結果、○○児童発達支援センターへの並行通園で支援を開始することになった。

その後、ことは次第に増え、集団活動への参加もできるようになるなどの成長は見られていたが、お友だちに対する叩く、噛む、つねるなどの行動が目立ち、家から黙ってどこかへ出かけることが増え、警察に保護されることもあった。家で思い通りにならないと部屋で排尿・排便を行ったり調味料を撒き散らす行動が増えたため、医療機関を受診し、衝動性の強い広汎性発達障がいと診断を受ける。衝動性と夜なかなか寝ないことに対して、薬を処方される。療育手帳B2取得。日中一時支援サービスを月2回利用となる。

小学校については、就学前相談の結果、支援学級への入級が決定。就学直前までお友だちとのトラブルや夜間の抜け出し、火遊びなど続く中、母親がメニエール病、うつ病を発症。仕事を休職、生活保護受給となる。毎日の生活における育児の負担が大きく、就学後に向けて新たな支援を検討することとなった。

2. 利用者の状況

氏名	○○ ○香	生年月日	○年○月○日	年齢	6歳
住所	○○市 [持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]		電話番号	06-*****-*****	
障害または疾患名	広汎性発達障がい(療育手帳B2)	障害程度区分		性別	男・女
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入 ■母と子ども2人の母子世帯			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		
生活歴 ※受診歴等含む			医療の状況 ※受診科目・頻度・主治医・疾患名・服薬状況等 ○○病院皮膚科(アレルギー) ○○病院小児科 6ヶ月ごとの受診		
本人の主訴(意向・希望) 小学校で楽しく遊びたい。			家族の主訴(意向・希望) お友だちと仲良く遊べるようになってほしい。 家から黙って抜け出したり、火遊びなど危険なことをしないでほしい。		

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) 児童発達支援 保育所 日中一時支援 障がい児相談支援	○○児童発達支援センター ○○保育所 ○○事業所 ○○相談支援センター	療育の実施 保育 施設での一時預かり(日帰り) 面接、情報提供等	2日/週 4日/週 2回/月	
その他の支援 親族による支援	祖母	預かり	週1~2回	

別紙2

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	○○ ○香	障害程度区分	申請者の現状(基本情報)【現在の生活】					相談支援事業者名 計画作成担当者	○○ 相談支援センター ○○ ○○	
			月	火	水	木	金	土	日・祝	
6:00										・母子家庭 ・母親パート就労。メニエール病、うつ病発症後は休職。生活保護受給。 ・母方祖母は同市内に住んでおり、○○児童発達支援センターへ預かりの協力は得られない。母親の体調の悪いときは保育所の送迎も行っている。週末は子どもたちだけで祖母宅に泊まりに行って過ごすことが多い。
8:00			起床・朝食		起床・朝食		起床・朝食		起床・朝食	・母子家庭 ・母親パート就労。メニエール病、うつ病発症後は休職。生活保護受給。 ・母方祖母は同市内に住んでおり、○○児童発達支援センターへ預かりの協力は得られない。母親の体調の悪いときは保育所の送迎も行っている。週末は子どもたちだけで祖母宅に泊まりに行って過ごすことが多い。
10:00			送り		送り		送り		送り	・母子家庭 ・母親パート就労。メニエール病、うつ病発症後は休職。生活保護受給。 ・母方祖母は同市内に住んでおり、○○児童発達支援センターへ預かりの協力は得られない。母親の体調の悪いときは保育所の送迎も行っている。週末は子どもたちだけで祖母宅に泊まりに行って過ごすことが多い。
12:00			○○児童発達支援センター		○○児童発達支援センター		○○保育所		○○保育所	・母子家庭 ・母親パート就労。メニエール病、うつ病発症後は休職。生活保護受給。 ・母方祖母は同市内に住んでおり、○○児童発達支援センターへ預かりの協力は得られない。母親の体調の悪いときは保育所の送迎も行っている。週末は子どもたちだけで祖母宅に泊まりに行って過ごすことが多い。
14:00			お迎え		お迎え		お迎え		お迎え	・母子家庭 ・母親パート就労。メニエール病、うつ病発症後は休職。生活保護受給。 ・母方祖母は同市内に住んでおり、○○児童発達支援センターへ預かりの協力は得られない。母親の体調の悪いときは保育所の送迎も行っている。週末は子どもたちだけで祖母宅に泊まりに行って過ごすことが多い。
16:00			祖母宅		祖母宅		祖母宅		お迎え	・母子家庭 ・母親パート就労。メニエール病、うつ病発症後は休職。生活保護受給。 ・母方祖母は同市内に住んでおり、○○児童発達支援センターへ預かりの協力は得られない。母親の体調の悪いときは保育所の送迎も行っている。週末は子どもたちだけで祖母宅に泊まりに行って過ごすことが多い。
18:00			お迎え		お迎え		お迎え		お迎え	・母子家庭 ・母親パート就労。メニエール病、うつ病発症後は休職。生活保護受給。 ・母方祖母は同市内に住んでおり、○○児童発達支援センターへ預かりの協力は得られない。母親の体調の悪いときは保育所の送迎も行っている。週末は子どもたちだけで祖母宅に泊まりに行って過ごすことが多い。
20:00										・母子家庭 ・母親パート就労。メニエール病、うつ病発症後は休職。生活保護受給。 ・母方祖母は同市内に住んでおり、○○児童発達支援センターへ預かりの協力は得られない。母親の体調の悪いときは保育所の送迎も行っている。週末は子どもたちだけで祖母宅に泊まりに行って過ごすことが多い。
22:00										・母子家庭 ・母親パート就労。メニエール病、うつ病発症後は休職。生活保護受給。 ・母方祖母は同市内に住んでおり、○○児童発達支援センターへ預かりの協力は得られない。母親の体調の悪いときは保育所の送迎も行っている。週末は子どもたちだけで祖母宅に泊まりに行って過ごすことが多い。
0:00										・母子家庭 ・母親パート就労。メニエール病、うつ病発症後は休職。生活保護受給。 ・母方祖母は同市内に住んでおり、○○児童発達支援センターへ預かりの協力は得られない。母親の体調の悪いときは保育所の送迎も行っている。週末は子どもたちだけで祖母宅に泊まりに行って過ごすことが多い。
2:00										・母子家庭 ・母親パート就労。メニエール病、うつ病発症後は休職。生活保護受給。 ・母方祖母は同市内に住んでおり、○○児童発達支援センターへ預かりの協力は得られない。母親の体調の悪いときは保育所の送迎も行っている。週末は子どもたちだけで祖母宅に泊まりに行って過ごすことが多い。
4:00										・母子家庭 ・母親パート就労。メニエール病、うつ病発症後は休職。生活保護受給。 ・母方祖母は同市内に住んでおり、○○児童発達支援センターへ預かりの協力は得られない。母親の体調の悪いときは保育所の送迎も行っている。週末は子どもたちだけで祖母宅に泊まりに行って過ごすことが多い。

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画

利用者氏名	○○ ○○香	障害程度区分	相談支援事業者名	○○相談支援センター			
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	○○円	○○ ○○			
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	987654321				
計画作成日	平成25年 3月15日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(平成25年4月)	利用者同意署名欄 ○○ △香			
利用者:小学校で楽しく遊びたい。							
家族:して良いことと悪いことの区別ができるようになつてほしい。行動の調節ができるようになり、お友だちと楽しく遊べるようになつてしまい。							
総合的な援助の方針							
長期目標	本児が生活場面の支援や専門的な教育を受けることで、保護者の負担や疲労感が減り、親子どちらも楽しく生活が送れるようになる。						
短期目標	新たな環境(小学校生活や支援環境)に対して少しづつ慣れ、他者との関わりの中で楽しく活動で生きることが増ええる。						
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)			
1	育児の負担を減らしたい。子どもの行動によるストレスを減らしたい。(母)	複数の支援やサービスを利用により子育ての負担感を軽減する。	日中一時支援(1回/週) (平成25年4月) 放課後等ディサービス(2回/週) 居宅介護(家事・入浴援助2回/週1回2時間)	○○事業所 ○○放課後等ディサービス業所 ○○ヘルパー事業所	それぞれの場所、支援者に慣れる。	1ヶ月	各事業所の送迎有り
2	して良いことと悪いことをわかつて行動できるようになつてほしい。(母)	預金支援やソーシャルスキルトレーニングなどの練習を受けることで理解できるところを増やすし、さまざまなスキルを身につける。	6ヶ月(平成25年9月) 放課後等ディサービス(2回/週)	○○放課後等ディサービス業所	教育の積み重ねによつて、少しずつできることを増やしていく。	3ヶ月	
3	小学校で楽しく遊びたい(本人)	小学校に毎日通い、生活中に慣れる。	6ヶ月(平成25年9月) 保育所等訪問支援(2回/月)	○○児童発達支援センター	小学校に毎日通い、楽しく過ごす。	3ヶ月	
4	小学校の生活に慣れてほしい。学校の先生に子どもたちをわかってもらいたい。(母)	小学校の先生に子どもたちを理解してもらう。	6ヶ月(平成25年9月)	○○相談支援センター	満喫会や勉強会に参加する	3ヶ月	
5							
6							

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 障害福祉サービス受給者証番号	○○ ○ 香 123456789		障害程度区分 利用者負担上限額	○○ 相談支援センター ○○ ○○	
				相談支援事業者名 計画作成担当者	○○ 相談支援センター ○○ ○○
地域相談支援受給者証番号			通所受給者証番号	987654321	
計画開始年月 平成25年4月	月	火	水	木	金 土 日・祝
6:00	起床、朝食				
8:00		起床、朝食			
10:00					
12:00	○○ 小学校				
14:00					
16:00	学童保育				
18:00					
20:00	居宅介護 (食事・入浴)				
22:00					
0:00					
2:00					
4:00					

サービス提供 家での見守りの強化や放課後等ディサービス、日中一時支援など専門的な療育を受け、ソーシャルスキルなど精神的な安定や行動性・こだわりの経済に家つながる。また、支援を行っており、障がいの理解や子育てに対する意欲が高まると思われる。母親の体調を見ながら適切な支援が行われるよう注意深く見ていく必要がある。

サービス提供による生活の全像

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 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ △香 123456789 987654321	障害程度区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	障害程度区分 ○○円 平成25年3月15日	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○
計画作成日	モニタリング実施日	モニタリング実施日	平成25年4月25日	利用者同意署名欄	○○ △香
全体の状況					
総合的な援助の方針					
本児が生活場面の支援や専門的な療育を受けることで、保護者の負担や疲労感が減り、親子とも楽しく生活ができるようになる。					
優先順位	支援目標	達成時期	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (二つの充成度)	今後の課題・解決方法 (残された課題、新たな課題)
1	複数の支援やサービスの負担感を軽減する。	1ヶ月 (平成25年4月)	多くの方に子どもをみて貰えるようになっていく。自分一人だけではなく、他の事業所によるもの、初対面の時は落ち着きがない様子だったのが、次第に慣れつつあること。	複数の支援、サービスの導入は達成。 母親の負担感が減り、体調も少し落ち着いていく。	現状の支援内容を継続。
2	視覚支援やソーシャリングなどの療育を受けることを増やし、さまざまなスキルを身につける。	6ヶ月 (平成25年9月)	授業後等ティーサービスを利用少しあつたが、次第に慣れてきてきたと思う。中で実際にそれを楽しんでいます。	施設やスタッフの方方に慣れて、行くことを楽しみにしている。	現状の支援内容を継続。
3	小学校に毎日通い、生活に慣れる。小学校の先生には、本児に対する支援方法等を理解してもらう。	6ヶ月 (平成25年9月)	保健所等訪問支援を実施。学級は楽しい(本児)。時折友だちとトラブルにはなるが、本児は学校に行くことを楽しんでいる様子。学校の先生方も積極的に本児のことを知りうとしてくれている。	サービスの導入は達成。 サービスの支援内容を継続。	現状の支援内容を継続。
4	疎遠がいいの子どもについての講演会や勉強会に参加し、特性や開拓り方を学ぶ。	6ヶ月 (平成25年9月)	○○相談支援センターで情報提供を提供。発達障がい児の親の会「○○」に入り、定期的勉強会に参加し始めます。	勉強会に参加し始め、これからも続けて参加していく。	引き続き情報提供を行う。
5					
6					

【支援のポイント及び留意点】

1. ニーズ把握からアセスメントについて

母子家庭での子育てにおいて、本児の行動に疲れ「母親一人ではこの子を見きれない」という強い訴えが聞かれた。本児の特徴として衝動性の高さ、情動のコントロールがきかないという面が大きく、保育所や児童発達支援センターでの様子について母親の了解の元、情報収集を行った。子どもが多い保育所では他児への暴力的な行為が目立ったもの、大人との関わりが多い児童発達支援センターでは行動面での激しさはあまり見られず、刺激量や関わりなど状況によって行動に違いがあることが分かった。さまざまな場面での様子を捉えることも理解を深める上で必要と思われる。

2. 計画作成について

計画に当たっては、「子育ての負担を減らしたい」「してはいけないことを分かって行動してほしい」という母親のニーズに合わせてさまざまなサポートを利用、専門的な療育を受けることを重視して作成した。本児の思う通りにしたいという思いが強く、状況判断が難しいことによるトラブルが多いことから、ソーシャルスキルを中心とした療育的支援を提案。また、居宅介護（家事支援）を取り入れることで、母親の家事負担の軽減と共に、家の中での見守りの強化を図った。複数のサービスを利用することで、母親の家事・育児の負担量が軽減される計画となった。

3. モニタリングについて

小学校入学や新たな支援を行う中で、新しい環境にスムーズに適応できているか、母親の負担軽減が実現されているかに注目してモニタリングを行った。支援学級での適切な配慮や多くの支援者が本児に関わることで、新たな環境に対して大きな混乱もなくスムーズに慣れることができ始めていた。また、他者との交流が増えたことで、本児の世界に没頭することが減り、衝動的な行動も少しではあるが減少する傾向にあった。母親においては、複数の支援を受けることで、母親自身、自分一人だけ頑張らなくてもよいという安心感や精神的ストレスの減少につながっている様子が見受けられた。

4. 全体を通して

行動化の激しい事例の場合、家族や周囲の戸惑いや疲労が大きく、その負担感の軽減が支援の中心となることが多い。就学後のつなぎの支援という点で、個別支援会議では保育所や児童発達支援センタースタッフと小学校教諭、学童スタッフとの理解の共有を図ることもこの時期の支援としては重要である。

【障がい児の事例】

(3) 医療的ケアが必要な事例

～中学校進学に向け、学校生活と放課後や休日を充実させたい～

1. 事例の概要

医療的ケアの必要な小学6年生男児が、小学校から中学校へ進学する時期の支援事例。

1歳で気管切開を行い、2歳から在宅生活を始めた。公立保育所に1年間通園の後、地域の小学校に入学し、大勢の友だちとかかわりながら、6年間を過ごしてきた。11歳の時に胃ろうの手術を行っている。

中学校でもたくさんの友だちと一緒に過ごすことを希望し、安心して中学校生活を送ることができ、また、放課後や長期休暇中も家族だけで過ごしてしまうことのないよう支援していくことになった。

2. 支援プロセス

(1) 相談に至るまでの経緯

医療的ケア（吸引・胃ろう）の必要な児童で、保育所入所の時期から地域の親の会を母体とする社会福祉法人の関係者が相談に応じていた。小学校まで、体調管理に配慮しながら保育所や学校に通うことを最優先としてきた。そのため、学校中心の生活を送っており、放課後や休日は、外出することも少なかった。現在まで、家庭での支援は、入浴介助を中心に行なわれてきた。

中学校への進学を目前にして、中学校生活で医療的ケアが行われ、安心して学校生活を送ることができるか不安を抱えている。また、放課後や休日をほとんど自宅で過ごしてきたが、体調も安定しており、徐々に、外出の機会を増やし、体験を広げていきたいという保護者の思いから、今回の相談に至った。

(2) 計画相談支援の展開

言葉で思いを伝えることができない子どもなので、関わる人たちが本人の思いについて理解を深めること、中学校の教員にどのような子どもかを伝えることを目的として、ワークショップ（P44 参照）を開催した。情報や意見の交換を行い、関係機関が連携して支援を行っていくようにする。

中学校進学に向け、中学校の教員に本人への関わり方や医療的ケアにかかる理解をすすめ、緊急時に対応できる体制を構築していく。毎日元気に登校できるよう、入浴介助や医療的ケアを家族だけで担うことのないように生活環境を整えることも必要となる。また、放課後や休日には自宅以外の場で過ごす時間を増やし、長期休暇中には、学校の友だちと遊ぶ時間も作るよう検討する。中学校入学を機に、外出の機会を増やし、体験の幅を広げていくことを考えながら支援を行う。

福祉サービスは、居宅介護（身体介護・通院等介助）と放課後等デイサービスを利用していくが、学校生活が生活の大半を占める子どもの支援であるため、福祉サービスだけでは限界があり、学校との連携を図っていくことが必須となる。また、医療的ケアの必要な児童のため、医療機関との連携も欠かすことはできない。

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成25年3月1日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○ ○○
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

医療的ケアが必要な小学校6年生の男児。
親が地域の親の会及び医療的ケアの必要な子どもの保護者の集まり(セルフヘルプグループ)に参加するようになり、いろいろな資源とつながり情報を得るようになる。
6歳時に公立保育所に1年間通園し、公立小学校(支援学級)に入学。
地域の社会福祉法人(親の会が母体となり立ち上げ)の支援が大きく、普通学校に入学した。
小学校では医療的ケアも行われ、保護者から離れて学校生活を送ってきた。
中学校進学にあたり、学校における医療的ケア体制への不安や、定期テストや短縮授業で下校が早い日が増えたため、放課後、自宅にずっと居る状態を変えたいということから当○○相談支援センターに相談。校区の公立中学校を希望している。

2. 利用者の状況

氏名	○○ ○雄	生年月日	○年○月○日	年齢	12歳(小学6年生)
住所	○○市			電話番号	06-*****-****
障害または疾患名	SMA(脊髄性筋萎縮症) (身体障がい者手帳1級)	障害程度区分		FAX番号	06-*****-****
性別	男	女			
家族構成	※年齢、職業、主たる介護者等を記入				
社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)					

生活歴 ※受診歴等含む

○年出生。
1歳、気管切開の手術。
2歳の時に退院し、在宅生活開始。
6歳で、公立保育所に入所。看護師配置があり、医療的ケアが行われ、1年間通園。
小学校は普通学校に入学。看護師配置により、医療的ケアが行われ学校生活を送ってきた。
11歳の時に胃ろうの手術。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

耳鼻科(4週間に1回カニューレ交換)
外科(4週間に1回胃ろうの交換)
整形外科(6か月に1回)の通院
通院リハビリ
(2週間に1回PT、4週間に1回ST)

本人の主訴(意向・希望)	家族の主訴(意向・希望)
毎日、学校に行きたい。 放課後や長期休業中を楽しく過ごしたい。 いろんなところに出かけてみたい。	身体の成長に伴い、家族による入浴が困難だが、毎日、入浴をさせてやりたい。 元気に安心して、中学校生活を送らせたい。 通学や通院以外、自宅に居ることが多いので、外出の機会を増やしてやりたい。

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)	居宅介護(身体介護・通院等介助) 移動支援 訪問看護	○○事業所 △△事業所 ○○事業所 ○○訪問看護ステーション	入浴介助、着替え 通院 休日に外出 入浴介助	月56時間 月10時間 月24時間 週3回	移動支援は、実質月2回程度。
その他の支援	総合病院 ボランティア	○○病院	定期通院 通院の付き添い	月1回	

別紙2

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	○○ ○地	障害程度区分	相談支援事業者名 計画作成担当者					○○ 相談支援センター ○○ ○○
			月	火	水	木	金	
6:00	注入(家族)	注入(家族)					注入(家族)	注入(家族)
8:00	起床	起床	起床			起床	起床	起床
	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護
10:00	○○病院(4週間に1回)	学校	リハビリ (P.T) リハビリ (S.T) (4週に 1回)	学校				
12:00		学校	(医療的ケア)	学校	(医療的ケア)	学校	(医療的ケア)	(入浴・医療的ケア) (入浴・医療的ケア)
14:00		学校	(医療的ケア)					
16:00								
18:00	訪問看護 (入浴・医療的ケア)		訪問看護 (入浴・医療的ケア)	(入浴・医療的ケア)	(入浴・医療的ケア)	(入浴・医療的ケア)	身体介護 (入浴・医療的ケア)	6ヶ月に1回 整形受診・金曜日 移動支援(外出)は、不定期に月2回程度。
20:00								
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00								
2:00								
4:00								

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画

利用者氏名	○○ ○ 雄	障害程度区分		相談支援事業者名	○○ 相談支援センター		
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	○円	計画作成担当者	○○ ○○		
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	987654321				
計画作成日	平成26年3月10日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(平成26年4月)	利用者同意署名欄	○○ ○江		
<p>希望する生活</p> <p>利用者:毎日元気に、たくさんのお友だちと一緒に学校生活を送りたい。放課後も楽しく過ごし、休日には外出もしたい。</p> <p>家族:安心して学校生活を送ることができるようにして欲しい。放課後や休日も自宅に籠るのではなく、友だちと一緒に過ごすことができるといい。</p> <p>総合的な援助の方針</p> <p>4月に入学の中学校と連携をして、小学校と同様に親から離れて過ごすことができる環境を整える。 放課後や休日を家族だけではなく、いろんな人の出合いやかわらげができる、いろんな体験ができるようになる。</p> <p>教育目標</p> <p>教育目標が達成されると、本人が安心して学校生活を送ることができる体制をつくる。 放課後に自宅以外の居場所を作り、休日の外出の機会を増やす。</p> <p>短期目標</p> <p>中学校の先生方に、本人のことを見つめらう。</p>							
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			
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)	本人の役割	評価時期
1	わたしの思いを受けとめて欲しかったことを知つてしまい。	本人に関わっているひとたちに、本人の思いを知つてもらう。 関係機関が連携して支援を行う。 中学校の担当教員に本人がどんな子どもかを伝えれる。	1か月(平成26年3月) 7月、翌2月頃に振り返りと話し合いを行う。	○○相談支援センター ○○事業所 ○○小学校 ○○中学校 ボランティア友だち	ワークショップへの参加 自分が中心であることを認識する。	1ヶ月	本人に関わる様な人が、本人の好きなこと、一緒にやっていることを嬉しいなどなどを出し合い、本人の思いを考へる。また、小学校へも引き継ぎが行えるよう、中学の先生にも参加してもらい、本人のことを知つてもらう。
2	元気にして中学校に通いたい。(自分ができる)	中学生方に、どんな方法を知ってもらう。 緊急時に対応ができる体制を作れる。	1か月(平成25年4月)	研修会の開催(介助方法や医療的ケアについて) ○○訪問看護ステーキアの仕方を見てもらう。 ○○病院(主治医)研修会に参加する。 ○○訪問看護ステーキアの仕方を見てもらう。 ○○ヘルパー事業所 ○○訪問看護ステーキアによる研修を行う。	研修会に参加する。 快適な介助が受けられるよう、気持ち良い、医療的ケアの研修受講(療養引等研修)も検討してもらう。	1ヶ月	介助方法を知つてもらうと同時に、緊急時に他のことを守ることができるよう、医療的ケアについて学んでもらい、医療的ケアの研修受講(療養引等研修)も検討してもらう。
3	毎日、元気にして浴槽で遊ぶ。	入浴、医療的ケアを家庭だけで担つて本人に負担とならないよう)に生活環境を整える。	1か月(平成25年4月) 3ヶ月(入浴介助、週3回) ボランティア(通浴同行)	居宅介護 ・身体介護(月56時間) ・通院等介助(月10時間) ボランティア(通浴同行)	快適な介助が受けられるよう、気持ち良い、快適な介助者がいることを介助者に伝える。	1ヶ月	研修後等ディザービスでの外出によつてノウハウを蓄積し、休日のヘルパーとの外出につないでいく。
4	放課後に友だちと遊びたい。	放課後、自宅以外の場で過ごす時間を増やす。	3か月(平成25年6月) 3か月(平成25年6月)	放課後等ディザービス (週5日) ○○事業所	家族、学校の友だち以外の人とつかわれる。 体験を広げる。	1ヶ月	放課後等ディザービスでの外出によつて外出光を介助者と一緒に決める。
5	休日に外出をしたい。	休日に、自宅以外の場で過ごす時間を増やす。	3か月(平成25年6月)	移動支援(月16時間)	外出光を介助者と一緒に決める。	1ヶ月	音楽の楽しめる場所が好きなので、音楽の楽しめる所へ出かけるなど、今後、外出の機会を増やしていく。
6	長期休業中に友だちと遊びたい。	長期休業中に、学校の友だちと一緒に過ごす機会をつくる。	6か月(平成25年9月) (長期休み中に1回)	移動支援(長期休業中+月8時間) ○○相談支援センターワーク(小学校の友だちと一緒に過ごす。 校見学やグラブア見学に行く。 ボランティア)	学校の友だちと一緒に自分を知ってもらう。	1ヶ月	長期休業中には、イベント的に友だちと一緒に機会を作っていく。

様式2-2

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 障害福祉サービス受給者証番号	○○ ○雄 123456789	障害程度区分	○円	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○ 相談支援センター ○○ ○○
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	987654321		
計画開始年月	平成25年4月	月	火	水	木
6:00	注入(家族) 起床	注入(家族) 起床	注入(家族) 起床	注入(家族) 起床	注入(家族) 起床
8:00	身体介護 ○○病院 (4週間に1回) 通院等介助・ ボランティア	身体介護 PT(2週間に1回)通院介助 (4週間に1回) 通院等介助・ ボランティア	身体介護 PT(2週間に1回)通院介助 (4週間に1回) 通院等介助・ ボランティア	身体介護 PT(2週間に1回)通院介助 (4週間に1回) 通院等介助・ ボランティア	身体介護 PT(2週間に1回)通院介助 (4週間に1回) 通院等介助・ ボランティア
10:00	学校 (医療的ケア)	学校 (医療的ケア)	学校 (医療的ケア)	学校 (医療的ケア)	学校 (医療的ケア)
12:00	学校 (医療的ケア)	学校 (医療的ケア)	学校 (医療的ケア)	学校 (医療的ケア)	学校 (医療的ケア)
14:00	学校 (医療的ケア)				
16:00	放課後等デイ 放課後等デイ	放課後等デイ 訪問看護 (入浴・医療的ケア)	放課後等デイ 訪問看護 (入浴・医療的ケア)	放課後等デイ 訪問看護 (入浴・医療的ケア)	放課後等デイ 訪問看護 (入浴・医療的ケア)
18:00	(入浴・医療的ケア)	(入浴・医療的ケア)	(入浴・医療的ケア)	(入浴・医療的ケア)	(入浴・医療的ケア)
20:00					
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
0:00					
2:00					
4:00					

サービス提供元気には過ごすことができる、いろんな人とかかわり、体験を広げながら、成長していきます。
によって実現する生活の全体像

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 障害福祉サービス受給者証番号	○○ ○ 雌 123456789	障害程度区分 利用者負担上限額	○○円	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○					
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	987654321							
計画作成日	平成25年3月10日	モニタリング実施日	平成25年4月20日	利用者同意署名欄	金体の状況					
<p>4月に入学の中学校と連携をして、小学校と同様に親から離れ安心して学校生活を送ることができることができる環境を整える。放課後や休日を家族などだけ過ごすではなく、いろんな人の出会いやかかわりができ、いろんな体験ができるようになります。余暇を充実させていく。</p>										
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 (ニーズの充足度)	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 種類の変更 量の変更	週間計画の変更 有・無	その他留意事項
						サービス 報表	サービス 会議			
1	本人に関する多くの思いを知つてもらう。関係機関が連携して支援を行う。	1年(平成26年3月)	関係者が多く参加していく。情報や意見が交換できている。友だちがが話す時、嬉しい意見が本人の声に代わる、とても大切なものとなる。中学校の担当教員に本音が伝える。	始終、樂しそうだった。特に、友だちがが話す時、嬉しいようにしていた。	本人がどんな人かという情報と共に有効で、支援目標の確認や変更などを行っていく。	有・無	有・無	有・無	ワークショップは、専門職による会議ではなく、本人はもちろんどこかの家族、友だちやボランティア、ピアカウンセラーなどの参加が必要。	
2	中学の先生方に、どんな子どもか、周り方やケアの方法を知ってもらう。緊急時に対応のできる体制を作る。	1か月(平成26年4月)	医療的ケアについて、主治医が分かりやすく説明をしてくださり良かった。学校での医療的ケアを看護師任せにするではなく、緊急時、誰でも対応ができる体制づくりが大切だと伝えた。	少し緊張気味だったが、機嫌は良かった。	中学生の先生方に医療的ケアがどのようなものかを教えてもらうことことができた。	有・無	有・無	有・無	教員が被吸引等研修を受講していくことが必要であることを認識してもらう。	
3	入浴、医療的ケアを家族だけで担つて本人に負担とならないように生活環境を整える。	1か月(平成26年4月)	毎日、入浴でき、ハイタルチエックも定期的に行ない、体調管理に努めている。	入浴は気持ちいい様子。	サービス利用により、元気に遊べている。	有・無	有・無	有・無	緊急時に誰もが対応できる体制を作らため、看護師任せのケアではなく、教育と医療が連携して支援体制を重ねていく。	
4	放課後、自宅以外の場で過ごす時間を増やす。	3か月(平成26年6月)	小中学校の近くにある放課後等デイサービスには徐々に慣れてきた。	デイサービスでは日々に慣れてきた。	デイサービスでの外出から、余暇に慣れていく。	有・無	有・無	有・無	サービスで過ごせば、「友だちはどこかで遊び」わけではないことを聞けるが認識しておく必要がある。	
5	休日に、自宅以外の場で過ごす時間を増やす。	3か月(平成26年6月)	移動支援を利用し、放課後外出は、好きな様子。寒い中、元気に外出できる。	外出は、好きな様子。寒い中、元気に外出できた。	保護者から離れるようになってしまった。	有・無	有・無	有・無	普段的に利用時間を増やしていく。	
6	長期休業中に、学校の友だちと違う機会をつくる。	6か月(平成25年9月)	春休みに、友だちを誘つて、中学校のクラブ見学に行くことができた。	楽しそうだった。	まずは第一回の取り組みが中学生は、クラブや塾などでもなかなか時間が無いため、長期休みにイベント的に取り組んでいく。	有・無	有・無	有・無	外出企画を友だちやボランティアと一緒に作っていく。	

【支援のポイント及び留意点】

1. ニーズ把握からアセスメントについて

小学校から中学校へとライフステージが変わる段階で、小中学校の教員を含めて、本人と関わりのあった人たちや、これから本人に関わっていく人たちとともに、中学校生活への思いを協働して描いていくためのワークショップを開催することは、新たなステージに本人の思いを引き継いでいくために重要であると考える。

また、言葉によって思いを伝えられない子どもの思いを聞く場合、必ずしも、本人のニーズと保護者のニーズが同じではないことを考慮する必要がある。むしろ、中学生という思春期にあって、親子のニーズの違いを意識しながら、それぞれに対する支援を考えていくことも必要である。

2. 計画作成について

このケースは、医療的ケアの必要な子どもであり、また、生活の大半を学校生活が占めることをふまえると、福祉サービスだけでは支援することは困難で、教育機関や医療機関との連携をどのように構築していくかが重要なポイントとなる。

そこで、教育機関と医療機関との連携により、医療的ケアにかかる研修会の開催や、医療的ケアマニュアルの作成などを通して、子どもの体調管理にかかる基本的知識を共有することが求められる。そのうえで、子どもの生活体験を広げていくことを大切にした計画の作成が望まれる。

子どもが支援される対象としてではなく、子ども自身が「自分は人生の主人公だ」と感じられる本人中心の計画となるように工夫が必要である。

3. モニタリングについて

本人が言葉によって感想を伝えられないため、支援者や家族、本人に関わっている周囲の人たちに、本人の表情や反応をキャッチして、本人の思いを記録するように依頼した。

支援計画を見直すための会議においても、それらを共有することが重要だと考える。

4. 全体を通して

福祉サービス利用だけではカバーできない支援、例えば、学校生活の支援をどのように行うかが重要なポイントとなる。特に、言葉で意思を伝えることが難しい子どもの場合、複数の立場の様々な視点の意見を取り入れながら計画を作成し、本人の反応を汲み取りながらモニタリングをし、福祉・教育・医療機関の連携体制を構築していく必要がある。

【障がい児の事例】

(4) 対人関係の課題をかかえている事例

～子どもの願いに着目し、自信の回復を目指す～

1. 事例の概要

知的障がいのある中学1年生女児。

学校で友だちとの関係を築くことができず、また、周りのみんなと同じように行動できないことが多くなってきたことについて悩んでいる。両親が仕事をしていて平日の昼間は留守であり、妹は小学校の学童保育に通っているため、放課後は一人で自宅に籠りがちな状況が続いている。

平日の放課後にデイサービスを利用し、休日に移動支援を利用することで、余暇の充実をはかり、いろいろな人とかかわって体験の幅を広げていく機会を作る。同時に、中学校と連携をとり、充実した学校生活を送ることができるよう支援を行う。

2. 支援プロセス

(1) 相談に至るまでの経緯

公立保育所、公立小学校を卒業し、公立中学校に入学。地域の通常学級で過ごしてきたが、小学校中学年よりいじめにあう。中学校に入り、いじめはなくなったが、友だちとの関係が作れないでいる。中学校でクラブ活動を退部してからは、ますます自分に自信がもてなくなり、放課後や休日は一人で過ごすことが多くなる。中学1年生の夏休みが終わってから、精神的に不安定となり、休日の午後は布団に入っていることもある。

学校生活に馴染めない状況や、放課後に自宅に籠りがちな状況、また、将来の高校進学に向けて不安が大きく、保護者から相談の依頼があった。

(2) 計画相談支援の展開

言葉でうまく気持ちを表現できない子どもなので、本人に関わっている人たちやこれからかかわっていく人たちに、どのような子どもなのかを知つもらうことと、本人の思いを共有するためにワークショップ（P44 参照）を行い、関係機関が連携をして支援を行っていくことができるようとした。

放課後等デイサービスでは、集団での活動を通して対人関係を築くスキルを培うことを目標とした。移動支援では、社会生活の体験の幅を広げることを目標とした。これらを通して、本人が達成感や充実感を得る体験を重ねながら、自信を培っていくことに向けて支援に取り組むこととした。

以前から通っていた塾は、本人も続けることを希望しており、継続的に通うことで様々な体験を深めていくけるようにする。また、人の役に立ちたいという希望に対して、年齢の近い学生ボランティアとともにボランティア活動に取り組んでいくれるよう、まずは学生ボランティアとの関係を作っていくこととした。

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成25年2月1日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○ ○○
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

中学1年生の女児。両親ともに勤いており、年の離れた小学2年生の妹がいる。
出産時、障がいがわかる。身体的には成長がゆっくりだが、大きな課題はほとんどなく、共働きで1歳の時に母が仕事復帰をして公立保育所へ入所。
公立小学校に入学し、支援学級に在籍しながら、ほとんどの時間を通常学級で過ごした。4年生時に男の子にいじめられて怪我をしたので、母親は友だちとの関係が心配になり、学校と話合いながら対応してきた。
中学入学後、本人が希望してクラブ活動に入部。大会で賞を見るようなクラブで、連日遅くまで練習していた。当初は3年生の先輩が助けてくれ頼張ることができたが、夏休み後半から自分でできないことが多すぎると悩みを抱き、夏休み明けに退部した。その後から精神状態が不安定になり、食事に2時間かかったり、トイレに行けなかったり、学校を早退したりした。児童精神科を受診して相談。中学では支援学級に行く時間を1日1時間増やした。中学になりいじめはなくなったようだが、友だちができず、なかなか友だちと遊べないようである。両親は、中学の支援学級の先生から、友だちとの関係を聴くことができていないため、学校での様子はわからない。
両親ともに仕事をしており、父親は連日帰宅が遅い。妹は、小学校の学童保育に妹を迎えて行き帰宅。そのため、本人は、放課後、自宅で一人で過ごしている。ダンスが好きで、ゲームソフトを買って、一人、家でゲームでダンスをして過ごすことが多い。
保護者が、今後の学校生活への適応や、放課後に自宅に籠りがちな状況、また、高校進学における不安が大きく、相談の依頼。
放課後にデイサービスを利用し、休日に移動支援を利用することで、余暇の充実をはかり、いろいろな人とかかわっていく機会を作る。

2. 利用者の状況

氏名	○○ ○恵	生年月日	○年○月○日	年齢	13歳(中学1年生)
住所	○○市			電話番号	06-*****-****
(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	06-*****-****
障害または疾患名	ダウン症候群 (療育手帳B1)	障害程度区分		性別	男・女
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		
<pre> graph TD P1["父(52歳) 会社員"] --- S1["本人(13歳)"] P1 --- S2["妹(8歳)"] P2["母(46歳) 会社員 主たる介護者"] --- S1 P2 --- S2 </pre>			<pre> graph TD I1["○○中学校 先生 友だち"] I2["○○塾 ○○先生"] I3["○○病院 小児科・児童精神科"] I4["NPO法人○○ (障がい児の余暇イベント等)"] I5["○○相談支援センター"] I6["地域の生涯学習ルーム (○○教室)"] P3["父・母・妹"] P4["本人"] I1 --- P4 I2 --- P4 I3 --- P4 I4 --- P4 I5 --- P4 I6 --- P4 P3 --- P4 </pre>		
生活歴 ※受診歴等含む			医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等		
○年出生。 1歳まで、毎月、小児科に定期通院。 8か月 障がい児母子通園施設に通園開始。 1歳 公立保育所に入所 公立小学校入学 支援学級在籍 公立中学校入学 支援学級在籍 13歳、児童精神科受診			1年に1回小児科受診。 13歳、児童精神科受診。		
本人の主訴(意向・希望)		家族の主訴(意向・希望)			
友だちが欲しい。 ダンスをしたり音楽を楽しんだりしたい。		楽しく学校生活を送って欲しい。 放課後や休日に自宅に籠らないで、いろんな体験をして欲しい。 集団での体験から、様々なルールを学んで欲しい。			

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的の支援 (障害福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援	塾 障がい児の余暇イベントや保護者研修会	○○塾(○○先生) NPO法人○○	体験的な学習や作文の添削、話し相手 子ども向けの余暇の充実やグループワークによる活動など、保護者向け研修などで、セルフヘルプグループ的な役割	週1回 4か月に1回程度	家庭的な雰囲気の中で個別に学習している。 長年参加しているので、参加者やメンバーとは顔なじみ。

別紙2

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名		○○相談支援センター	
		計画作成担当者				○○ ○○	
月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	起床						平日は、まじめに学校に登校しているが、週末は日中、布団にはいってしまうことが多い。放課後は、ほとんど自宅で一人ゲームなどをしている。
8:00	朝食準備	起床	起床	起床	起床	起床	
10:00		朝食	登校準備	朝食	登校準備	朝食	
12:00	学校	学校	学校	学校	学校	学校	
14:00							
16:00							
18:00	自宅で一人ゲーム等	自宅で一人ゲーム等	塾	自宅で一人ゲーム等	自宅で一人ゲーム等		週連泊以外のサービス
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	4か月に1回程度、W1法人○○のグループワークに参加して、調理をしたり、外出体験をしたりする。
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00							
2:00							
4:00							

障がい児支援利用計画

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号	○○ ○ 患 987654321	障害程度区分 利用者負担上限額	○○円	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○
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25年2月7日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(平成25年4月)	利用者同意署名欄	○○ ○ 患
<p>希望する生活</p> <p>利用者:友だちが欲しい。自分に自信を持ちたい。ダンスをしたり音楽を楽しんだりしたい。</p> <p>家族:楽しく学校生活を送って欲しい。放課後や休日に、いろんな人といろんな体験をして、様々なルールも学んで欲しい。</p> <p>総合的な援助の方針</p> <p>家族、中学校、支援機関が連携し、楽しく学校生活を送ることができ、次へのステップに進んでいくことができるよう環境を作る。 学校以外でも、いろんな人とかわっていろいろな体験ができるよう放課後や休日を充実させる。</p> <p>定期的にケア会議を開催し、学校生活における目標設定や振り返りをしながら、中学卒業後の進路を考えていく。 将来のことを考えながら、遊び、学習・仕事など、体験の幅を広げていくと共に、自尊感情がもてるようなかかわりをしていく。</p> <p>放課後や休日の活動の場を作る。</p> <p>支援者は、本人の意見を尊重したり、ともに決定したりする中で、自分に自信持てるようなかかわりを考えていく。</p>					
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	評価時期 その他留意事項
1	私のことをねってほしい。 私のことについていることを知ってもらいたい。 私と一緒に遊ぶことをしたい。	本人にかかわっている人に達成 本人の思いを知ってもらう。 学校の教員にも参加してもらいたい、関係機関が連携して支援を行う。	1年 (平成26年2月)	ワークショップの継続的実現 NPO法人〇〇ソーシャルワーカー 自分の思っていることや話を聞いてくれること、困っていることを話す。	1か月 が月 本人に問い合わせをするなどして、思いを引きだす工夫をする。 中学校での様子を支援学級の先生から聞く。
2	ゆっくりしたべースで遊びたい。 買い物物にも行きたい。	本人の好み活動などを通じて、対人関係を楽々スキルを持つ。	6ヶ月 (平成25年8月)	放課後等デイサービス (週4日)	楽しむ遊び。スタッフや友達と仲良くなる。 まずはスタッフが信頼関係を作っていく。
3	ダンスしたり歌を歌ったり、 買い物物にも行きたい。	社会生活の体験を広げる。	1か月 (平成25年4月)	移動支援。外出などを正午まで行う。 ○○放課後等デイサービス事業所	1か月 が月 介助者が一緒に先を決める。ガイドブックなどを見て一緒に行き先を解決める。
4	自分で自信をつけたい。	自尊感情をもてるようになる。(自分に自信がもてるようになる) ためのかかわり方を関係者で検討し、支援していく。	1年 (平成26年2月)	介助者が、定期的にケア会議をもち、活動の振り返りと支援事業所、○○移動支援ボランティア活動にチャレンジしたりする中で、必要とする。	1か月 が月 指導的小わりをしないよう、特に失敗した時など、本人に寄り添っていくことを確認し合う。
5	人の役に立ちたい。	年齢の近いボランティアと関係を築いて、一緒にボランティア活動を行う。	6か月 (平成25年8月)	ボランティアと遊ぶ。 学生ボランティア	1か月 が月 関係が築けた後、夏休みから一緒にボランティア活動を行なう。
6	他の先生はいろんななことを話しゃやすいから続ければいい。 しゃやすいから続ければいい。	塾を続ける。学校ではできない学習や作文を書くこと等を通して、体験を深めている。	1か月 (平成25年4月)	塾。個別学習。(週1回) ○○塾 ○○先生	1か月 が月 他の先生にもワークショップやケア会議に参加してもらう。

様式2-2

障がい児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名		○○ ○ 患		障害程度区分		○○ 相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号				利用者負担上限額		○○ 相談支援セントナー	
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25年3月					
6:00	学校	朝食 音板準備	起床	朝食 音板準備	起床	朝食 音板準備	朝食 音板準備
8:00	学校	朝食 音板準備	起床	朝食 音板準備	起床	朝食 音板準備	朝食 音板準備
10:00	学校						
12:00	学校					生涯学習ルーム ○○教室	
14:00						ボランティアより 昼食を食べ、遅い 移动支援	
16:00							
18:00	放課後等ディサービス	放課後等ディサービス	塾	放課後等ディサービス	放課後等ディサービス	夕食	夕食
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
0:00							
2:00							
4:00							
● 講師以外のサークル							
4か月に1回程度、NPO法人○○のグループワークに参加して、調理をしたり、外出体験をしたりする。夏休みに介助者と一緒にボランティア活動に参加してみる。							
サービス提供 によって実現 する生活の 全像							

サービス提供者との関わりから少しずつ自信をつけていき、放課後等ディサービスでの友達との関わりができるようになります。中学校でも、友だちと仲良くなっています。

様式3-1

モニタリング報告書(継続障がい児支援利用援助)

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○ 患 ○○○	障害程度区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	相談支援事業者名 計画作成担当者 087654321	○○相談支援センター ○○ ○○				
計画作成日	平成25年2月7日	モニタリング実施日	平成25年4月10日	利用者同意署名欄 ○○ ○○ 患				
全体の状況 総合的な援助の方針 家族、中学校、支援機関が連携し、楽しく学校生活を送ることができる、次へのステップに進んでいくことがで す。子どもとの関係を築いています。大人はすぐに仲良くなれるよう、学校生活の中で友だちが作れるよう								
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 (二段目の充成度)	支援目標の達成度 (二段目の充成度)	今後の課題・解決方法 (残された課題)	計画変更の必要性 サービス種類の変更 サービス量の変更 週間計画の変更	その他留意事項
1	本人に関する人達に、本人の思いを知ってもらう。 中学校の教員にも参加してもらいたい、関係機関が連携して支援を行う。	1年(平成26年2月)	本人の得意なことや苦手なこと自分が分かって良かった。それまでの事業所のスタッフが、介助の方法は様々でも、目標を見据えながら活動できることが良い。	よく話す自信がないといったところ、みんなが聞いてくれるところ、介助のスタッフが、介助の方法は様々でも、目標を見据えながら活動できることが良い。	本人がどんな人かという情報を探して、関係者が共にでき、関係機関においては、それ自身の支援目標や活動目標の参考になってしまっている。	中学生との連携をすめられたが、支障学級の先生が関わるだけではなく、担任や本人の好きな先生などに参考してもらうことが必要。将来的には、中学校の友達も参加して欲しい。	有(無) 有(無) 有(無)	意味は大きい。意味は少なく、情報の提供が少ない。学校内での友だちとの間わりについてなど、学校と連携をする必要がある先生に参加いただけた。
2	本人の好む活動などを通じて、対人関係を築くスキルをつける。	6ヶ月(平成25年8月)	最初は、ダンスの話をしたよ。大きいが楽しかった。デュエットには、ゆっくりできて、楽しい。	大きいが楽しかった。デュエットには、ゆっくりして、楽しくなりました。少しこれでまた様子。	放課後等ディサービスには多くの関係も築けつつある。	スタッフとは関係が築けてきた。スタッフとの関係も築けつつある。	有(無) 有(無) 有(無)	スタッフとは関係が築けてきたので、他の子どもたちがわかるようになり、同士の関係作りに取り組む。
3	社会生活の体験を広げる。	1か月(平成25年4月)	移動支援において、ショッピングセンターや飲食店などで行くと、行きたい。	外出去がドキドキした。まだ、行きたい。	最初なので、本人も気が張っている様子。今後、いろんな感情度が出てきそうだ時に、対応方法などの話し合いが必要。	外出去できている。	有(無) 有(無) 有(無)	最初なので、本人も気が張っている様子。今後、いろんな感情度が出てきそうだ時に、対応方法などの話し合いが必要。
4	自尊感情をもてるよう(自分に自信がもてるよう)にするためのかたわらの方を関係者で検討していく。	1年(平成26年2月)	できる限りのことを認めたり、失敗した時に錯誤しないがからかわり、スタッフ聞くで話し合いをしていく。	スタッフが好き。	放課後等ディサービスのスタッフ間での支援方法を定期的に話し合い、目標の達成度に情報交換をしながら話し合いを重ねる。	放課後等ディサービスのスタッフ間での支援方法を定期的に話し合い、目標の達成度に情報交換をしながら話し合いを重ねる。	有(無) 有(無) 有(無)	今後は、もっと「自分」を出せるよう、また、支援が継続できるよう、スタッフ定期的に情報交換をしながら話し合いを重ねる。
5	年齢の近いボランティアと関係を築いて、一緒にボランティア活動を行う。	6ヶ月(平成25年8月)	最初は人見知りしていたボランティアのおねえさんが好き。	ボランティアと仲良くなれない。信頼関係を築いているのか、一緒に考えていく。	ボランティアと仲良くなれない。信頼関係を築いているのか、一緒に考えていく。	ボランティアのおねえさんと仲良くなれない。信頼関係を築いているのか、一緒に考えていく。	有(無) 有(無) 有(無)	夏休みに福祉施設などで介助者と一緒にボランティア活動を体験することにする。
6	塾を続ける。学校では書きな習や作文を通じて、書くこと等を深めていくよ	1か月(平成25年4月)	一生懸命頑張っておられる塾は好き。	休まずに通っている。	本人のプライバシーは守りながら、塾の先生と保護者と相談支援担当者が情報の共有をしていく。	本人のプライバシーは守りながら、塾の先生と保護者と相談支援担当者が情報の共有をしていく。	有(無) 有(無) 有(無)	夏休みに福祉施設などで介助者と一緒にボランティア活動を体験することにする。

【支援のポイント及び留意点】

1. ニーズ把握からアセスメントについて

言葉で思いをうまく表現できない子どもなので、本人に関わってきた人たちや、これから関わっていく支援者やボランティアなどが集まり、ワークショップ形式によるアセスメントを行うという方法を使用した。

ワークショップの目的のひとつは、子どもの思いを受けとめ、これからやってみたいことを子どもと周りの人が一緒に思い描くことである。楽しかったことや難しかったこと、やってみたいことなど、具体的なできごとを尋ねながら、子どもの思いをゆっくり引きだすようにした。写真や絵等を用いて、子どもにわかりやすくする工夫も必要となる。

ワークショップのもうひとつの目的は、子どもを中心にして、関係者が面識をもち、つながりを創ることである。子どもに関わってきた人たちから情報を収集し、子どもの好きなことや得意なことに焦点をあてながら、情報の共有を行なった。

2. 計画作成について

このケースは、いじめや部活動など、学校における人間関係の中で悩みながら、対人関係のみならず、自分自身に対する自信を喪失していった様子がみられたことから、生活の大半を学校生活が占めていることを考慮し、教育機関や地域の社会資源との連携をどのように構築し、支援者が支援目標や支援内容を共有していくことが重要なポイントとなる。

そこで、子どもの自尊感情が育まれていくことや、人の役に立ちたいという子どもの願いに着目して、子ども自身がさまざまな体験や人間関係のなかで、自信を取り戻すことのできるような支援を盛り込むことによって、本人中心の計画作成となるよう工夫した。

3. モニタリングについて

思いを充分に言葉で伝えることが難しい子どもなので、家族や支援者からの感想や意見を集めた上で、本人に問い合わせをしながら（但し、誘導はしないよう）、ゆっくりと回答を待ち、確認をしながら、思いを引きだすように努めた。また、放課後等デイサービスを訪問し、実際に活動している本人の表情や言動から思いを汲み取ることも重要である。

4. 全体を通して

福祉サービスの利用に加えて、学校生活における支援を教職員とともにすすめていくことはもちろん、地域の資源を有効に活用しながら、本人が地域の中で自分が主人公になることを実感し、自信をもって生活を送ることができるよう支援計画を作成した。

今後、中学卒業後の生活や進路を考えながら支援を行うためには、支援者が福祉サービスの知識だけではなく、障がい児の進路や地域の社会資源の情報をもっておく必要がある。また、思春期の中高生の支援を行う場合、ピアカウンセラーにつなぐなど、精神的なサポートも考えていくことが大切である。

【障がい児の事例】

(5) 家族支援が必要な事例

～家族全体の課題に配慮しながら、本人の希望を叶える～

1. 事例の概要

支援学校中学部1年生の女児。療育手帳A所持。自閉症の診断を受けている。

本人は福祉サービスの支給決定を受けているが、実際の利用はしていない。

家族は、両親と兄（14歳、地域の中学校、療育手帳は非該当、広汎性発達障がい）。父（適応障がいで休職中、広汎性発達障がいの疑い）が自宅療養し、母が2児の養育と家事全般を担っていたが、母もうつ症状を訴えて受診。投薬治療を開始したが、休息が必要なため支援願いたいと相談がある。緊急の対応が必要となった事例。

2. 支援プロセス

(1) 相談に至るまでの経緯

母がうつ症状を訴えて近隣市の医療機関に受診。母の状態及び母自身が子育ての負担感を訴えていたことから、医療ソーシャルワーカー（MSW）は母に対して、市障がい福祉課及び相談支援センターへ相談することを提案した。

MSWから市障がい福祉課に「本日初診の障がい児童の兄妹がいるうつ症状の母が、父と相談に行くと思うので」と連絡がある。夕方両親が市役所に来庁し、相談につながる。

同時にMSWが、相談支援センターの相談支援専門員にも相談の依頼をしていたので、関係者が早期に動き出せた。

(2) 計画相談支援の展開

母の休息、本人が安全に暮らせる環境が必要なことから、緊急性のあるケースと判断した。同時に、支援導入には、本人の意向確認や、家族全体の課題整理が必要と考え、関係機関と調整し、役割分担をしながらすすめていくこととした。

本人や家族の状況確認を相談支援専門員が実施。ショートステイの利用を視野に入れて、聴き取りを行った。同時に、市障がい福祉課において、受け入れ可能な事業所を探した。

アセスメントの結果、まずは、母の休息、療養できる場面の確保と本人が安全に暮らすことのできる環境を整えるため、短期入所の利用に結びつけた。その後、モニタリングを実施しながら、本人の「家族と一緒に生活したい」という希望を尊重できるよう、父母の病状を確認しながら、日中一時支援や移動支援を中心としたサービスへ移行した。

また、家族全体の支援が必要との視点から、本人の計画以外の支援調整も必要となった。家族が利用できるサービスの導入に向けて、自立支援医療の申請や父、兄に対する家事支援を可能とするための提案も図った。

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成25年2月1日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○ ○○
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

(概要)

平成25年1月、近隣市の○○精神科クリニックのMSWより、「本日初診の障がい児童の兄妹がいるうつ症状の母が、父と相談に行くと思うので」と○○市障がい福祉課及び○○相談支援センターに連絡がある。夕方両親が○○市障がい福祉課に相談に行く。

父(適応障がいで休職中、広汎性発達障がいの疑い)が自宅療養し、母が2児の養育と家事全般を担っていたが、母もうつ症状を訴えて受診。授業治療を開始したが、休息が必要なため支援願いたいと相談がある。緊急性のあるケースと判断した○○市障がい福祉課より、○○相談支援センターに連絡が入る。○○市障がい福祉課と○○相談支援センターで連携しながら相談にのることとし、○○相談支援センターで本人の状況確認及び意向確認を実施。

本人は、療育手帳A所持、自閉症の診断を受けており、○○支援学校中学部に通う。こだわりが強く、特に家庭では食べるものが決まっていてカレーか麺類。野菜が嫌いでカレーなどの食材についても形状にこだわりがある。自身の希望を言葉で伝えることは難しいが、表情や行動で気持ちを表現する様子がみられた。

現在、本人は福祉サービスの支給決定は受けているが、実際の利用はしていない。父母とも物事を整理したり決定すること困難でキーパーソンがいない状態。親族の支援力も弱い。また、変化を拒む傾向も大きい。

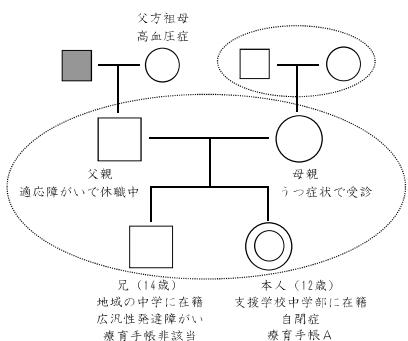
(課題)

本人のライフステージに応じた支援計画の作成とそれに伴う支援者の交代

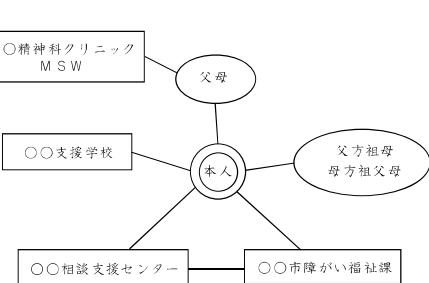
2. 利用者の状況

氏名	○○ ○奈	生年月日	○年○月○日	年齢	12歳(中学1年生)
住所	○○市			電話番号	06-*****-****
障害または疾患名	知的障がい、自閉症 (療育手帳A)		障害程度区分	区分2(小児)	性別 男・女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入



社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)



生活歴 ※受診歴等含む

3歳3ヶ月で療育手帳取得

5歳で自閉症の診断

公立○○幼稚園入園

公立○○小学校入学 支援学級在籍

府立○○支援学校中学部入学

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

定期的な受診はなし

本人の主訴(意向・希望)

- 慣れた家で過ごしたい。寝るときにお母さんがいてほしい。
- 慣れない場面や場所、変化は苦手。
- 形や順番など本人なりのルール、パターンがある。

家族の主訴(意向・希望)

- 何もかもできなくなり、混乱しパニック状態、物忘れもある。助けて欲しい。
- 母は、入院治療を勧められているが家族が気がかりで実家で療養中
- 助けて欲しいが、他者が家に入るとなると心配や不安が大きくなり、任せ切れない。申し訕ない思いも大きい。

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			・4日/月	支給決定は受けているが、利用していない。
	・移動支援 ・日中一時支援 ・相談支援事業	・○○相談支援センター	・サービスの利用調整	・18時間/月 ・12単位/月	支給決定は受けているが、利用していない。
	・障がい福祉課	・○○市障がい福祉課保健師	・サービスの支給・申請等の利用調整 ・本人への日中生活への支援	随時	
	・支援学校	・府立○○支援学校教職員			
その他の支援	・精神科クリニック	・○○精神科クリニック MSW	・父母の相談	随時	

別紙2

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	○○ ○奈		障害程度区分 区分2 (小児)	相談支援事業者名 計画作成担当者		○○相談支援センター ○○ ○○		
	月	火		水	木	金	土	日・祝
主な日常生活上の活動								
6:00								
8:00	起床，朝食，登校準備	起床，朝食，登校準備	起床，朝食，登校準備	起床，朝食，登校準備	起床，朝食，登校準備	起床，朝食，登校準備	起床，朝食，登校準備	起床，朝食，登校準備
10:00	○○支援学校	○○支援学校	○○支援学校	○○支援学校	○○支援学校	○○支援学校	○○支援学校	○○支援学校
12:00								
14:00	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅
16:00								
18:00	ビデオ，ゲームなど	ビデオ，ゲームなど	ビデオ，ゲームなど	ビデオ，ゲームなど	ビデオ，ゲームなど	ビデオ，ゲームなど	ビデオ，ゲームなど	ビデオ，ゲームなど
20:00	夕食，(入浴)	夕食，(入浴)	夕食，(入浴)	夕食，(入浴)	夕食，(入浴)	夕食，(入浴)	夕食，(入浴)	夕食，(入浴)
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
0:00								
2:00								
4:00								

様式2-1

サービス等利用計画

利用者氏名		障害程度区分		区分2（小児）		相談支援事業者名		○○相談支援センター				
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	○○円	○○円		○○担当者	○○	○○				
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号				計画作成担当者	○○	○○				
計画作成日	平成25年2月1日	モニタリング期間（開始年月）	毎月（平成25年3月）	利用者同意署名欄	○○	○○	○○	○○				
<p>利用者：慣れた家で生活したい。寝るどきにお母さんがいてほしい。</p> <p>家族：父母だけで養育するのは大変なため、福祉サービスや他の援助を受けて、安心して家族で暮らしたい。</p> <p>障がいのある2児を父母だから、福祉サービスを利用し、家族全体の支援を行う。</p> <p>本人の様子を確認しながら、本人が安心して過ごせる環境を整える。困ったときはや判断に迷うときに相談できる支援体制を整える。</p> <p>家以外の居場所や家族以外の援助で「好きなこと（電車に乗って出かけよう。など）」を体験しながら楽しんだり、人と関わる経験を増やしていく。</p>												
<p>希望する生活</p> <p>総合的な援助の方針</p> <table border="1"> <tr> <td>長期目標</td> <td>家以外の居場所や家族以外の援助で「好きなこと（電車に乗って出かけよう。など）」を体験しながら楽しんだり、人と関わる経験を増やしていく。</td> </tr> <tr> <td>短期目標</td> <td>家以外の居場所や家族以外の援助に慣れる。</td> </tr> </table>									長期目標	家以外の居場所や家族以外の援助で「好きなこと（電車に乗って出かけよう。など）」を体験しながら楽しんだり、人と関わる経験を増やしていく。	短期目標	家以外の居場所や家族以外の援助に慣れる。
長期目標	家以外の居場所や家族以外の援助で「好きなこと（電車に乗って出かけよう。など）」を体験しながら楽しんだり、人と関わる経験を増やしていく。											
短期目標	家以外の居場所や家族以外の援助に慣れる。											
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)	(担当者名・電話)			○○短期入所事業所	○○居宅介護事業所	○○居宅外事業所	○○短期入所事業所	○○居宅介護事業所
1	父母が、体調不良時に安心して過ごせる場所が欲しい。	本人なりのルールやハバターンを尊重しながら、家以外の場所でも安心して過ごせるようになる。	1ヶ月（平成25年3月）	短期入所20日／月	短期入所20日／月	○○	○○	○○	ショートステイで安心して過ごせるようになります。			
2	夕食を家族と一緒に食べたかったい。	家で母以外の人が作った食事を食べたり、ヘルパーとの間わりに慣れる。	3ヶ月（平成25年5月）	居宅介護（家事援助）3回／週、1時間半／回	居宅介護（家事援助）3回／週、1時間半／回	○○	○○	○○	家庭では食べるものが決まっているからか、野菜が嫌いでカレーなどの食材についても形状にこだわりがある。			
3	好きな電車に乗って、買い物に出かけたい	ヘルパーと安心して、外出を楽しめるようになる。	6ヶ月（平成25年8月）	移動支援18時間／月	移動支援18時間／月	○○	○○	○○	3ヶ月			
4	両親や本人が、困ったときはや判断に迷うどうにかに相談にのつてほしい。	本人・家族の状況や意向を確認しながら、利用するサービスを一緒に決めていく。	3ヶ月（平成25年5月）	相談支援事業1回／週	相談支援センター1回／週	○○相談支援センター	○○支援学長担任	○○精神科クリニック	家族から得た支援に必要な情報を援助者へ伝えていく。			
5												
6												

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号	障害程度区分 利用者負担上段額	区分2 (小児)					相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○○	
		通所受給者証番号							
計画開始年月 平成25年2月									
6:00	月	火	水	木	金	土	日・祝		
8:00	起床・朝食・整状準備	ショートステイ	ショートステイ	ショートステイ	ショートステイ	ショートステイ	ショートステイ		
10:00		送迎	送迎	送迎	送迎	送迎	送迎		
12:00	○○支援学校	○○支援学校	○○支援学校	○○支援学校	○○支援学校	○○支援学校	○○支援学校		
14:00		送迎	送迎	送迎	送迎	送迎	送迎		
16:00		送迎	送迎	送迎	送迎	送迎	送迎	○○相談支援センター	調査以外のサービス
18:00								居宅介護(家事援助) 夕食づくり/洗濯	配食弁当の利用 ・祖母が家事支援
20:00								夕食・(入浴)	
22:00								夕食・(入浴)	
0:00								就寝	
2:00								就寝	
4:00									

サービス提供 によって実現する生活の全像	・家以外の居場所や家族以外の援助に慣れる。 ・本人がショートステイを利用することで、母の休息・療養につながる。母の状態が落ち着き、本人が家で過ごせる時間を増やす準備ができる。 ・家族が困っていることを○○相談支援センターに相談しながら、適切なサービスにつながることで、本人と家族がともに安定した生活を送れるようになる。
-------------------------	---

様式3-1

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	○○ ○奈	障害程度区分	区分2 (小児)	相談支援事業者名	○○相談支援センター			
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	○○円	計画作成担当者	○○ ○○			
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25年2月1日	モニタリング実施日	平成25年3月1日	利用者同意署名欄	○○ ○奈			
金体の状況								
<p>総合的な援助の方針</p> <p>障がいのある2児を父母だけで養育するのは大変なため、福祉サービスを利用して、家族全体の支援を行う。本人の様子を確認しながら、本人が安心して過ごせる環境を整える。困ったときや判断に迷うときに相談できる支援体制を整える。</p>								
優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの届取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	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
					量の変更			
1	本人なりのルールやバーチャンを尊重しながら、家以外の場所でも安心して過ごせるようになる。	1ヶ月 (平成25年3月)	ショートステイ当初心配したが、心配の声は減りました。治療することによって、心配の声はなくなりました。	母が倒れて寝ていても、心配ではなく、心配の声はない。心配の声はなくなりました。	ほほ達成できている。	本人が家で過ごす時間を増やすようにする。日々の支援を続ける。一方で、両親も安心していく。一時的な緊急対応の時に向けて、放課後等サービスの利用について相談していく。	○有・無	本くなりのルールやバーチャンを尊重しながら、サービスを利用を止めてしまう。
2	家で母以外の人が作つた食事を食べる。	3ヶ月 (平成25年5月)	家事援助ヘルパーへ当月初は、母がヘルパーへ必要なことが伝えた。それ以降は、現在は上手くコミュニケーションが取れるようになっていている。	ヘルパーのことはよく食べるようにになつた。	ほほ達成できている。	母の気持ちは常に変わらない。母が、他人から家に入ることを遠慮する気持ちがありヘルパー利用を少なくしてもらっている。	○有・無	家事援助などの利用が少なくて、配食料金を適宜利用しながら、支援を継続する。
3	ヘルパーと安心して、外出を楽しめるようになる。	6ヶ月 (平成25年8月)	ヘルパーと一緒に毎週外出の準備をしている。	ヘルパーと一緒に毎週外出の準備をしている。	達成できている。	今後行き先や買い物以外の外出を楽しめている。	○有・無	外出を楽しむ経験を広げる。
4	本人・家族の状況や意向を確認しながら、利用するサービスを一緒に決めていく。	3ヶ月 (平成25年5月)	サービス開始時は、緊急性の高いものが多く、輸送時にサービス調査も高くなる。必要な時間は長い。	本人のことで、家族のことについても教えてくれる。情報収集に時間がかかる。	ほほ達成で、最初の目標は達成できている。	本人の状況やラフイフステーションに応じて、支援者の交代とそれに伴う支援者の交代	○有・無	休日の居場所の一つとして、ボランティアグループの活動などによるサービスの活用を提案する。
5							有・無	有・無
6							有・無	有・無

様式3-2

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○ ○ 奈 23456789		障害程度区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	区分2 (小児) ○円	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○ 相談支援センター ○○ ○○				
	計画開始年月 平成25年2月	日	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動 主な日常生活上の活動
6:00										本人なりのルールやルールを遵守する 尊重しながらサービスを利用をすすめる ・日中一時で安心して過ごせるよう ・ガイドヘルパーとの外出が、本人の楽しみなスケジュールとなってきた。
8:00	起床・朝食・登校準備	起床・朝食・登校準備	起床・朝食・登校準備	起床・朝食・登校準備	起床・朝食・登校準備	起床・朝食・登校準備	起床・朝食・登校準備	起床・朝食・登校準備	起床・朝食・登校準備	・本日中一時で安心して過ごせるよ うにすること ・ガイドヘルパーとの外出が、本人の楽しみなスケジュールとなってきた。
10:00										
12:00	○○ 支援学校	○○ 支援学校	○○ 支援学校	○○ 支援学校	○○ 支援学校	○○ 支援学校	○○ 支援学校	○○ 支援学校	○○ 支援学校	・配食弁当の利用(父がメニュー を選ばることで混乱するため) ・ショートステイ(適宜)
14:00	帰宅	送迎								日 中一時支援
16:00				○○ 相談支援センター 面談(2週に1回) ビデオ・ゲームなど	日中一時支援	日中一時支援	日中一時支援	日中一時支援	日中一時支援	・運転免許の更新のサポート ・配食弁当の利用(父がメニュー を選ばることで混乱するため) ・ショートステイ(適宜)
18:00	ビデオ・ゲームなど	ビデオ・ゲームなど	ビデオ・ゲームなど	ビデオ・ゲームなど	送迎	送迎	送迎	送迎	送迎	
20:00	夕食・(入浴)	夕食・(入浴)	夕食・(入浴)	夕食・(入浴)						
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝						
0:00										
2:00										
4:00										

・慣れた家で生活する。寝るときはお母さんがそばにいてくれる。
 ・家以外の居場所や家族はいつもいるが、電車に乗って出かけよう。(電車に乗りたいが、安全して過ごせることになる。)
 ・支援者が中斷しないように、今後は、長期的な視点での支援計画を作るために移行期とモニタリング期。放課後等デイサービスの提供
 ・両親の病状は波もあり通院も続いているが、一時的な緊急の対応の時期は終了した。
 ・定期的なサービス利用をすすめる予定
 ・本人の状況やライフステージに応じた支援計画の作成とそれに伴う支援者の交代に向けて取り組み始めている(例)父母の医療機関MSW⇒相談支援専門員

【支援のポイント及び留意点】

1. ニーズ把握からアセスメントについて

母が障がいをもつ2児の養育と家事全般も担っていたが、母もうつ症状で受診し、「支援をして欲しい」と相談があった。アセスメントを行うにあたり、本人からの意向を言葉で聞き取ることは難しいため、支援学校からの情報や生活の様子から本人の希望を言語化して反映した。

また家族状況を把握するために、父母の通院する医療機関のMSWなど関係機関と連携して、見守り体制を構築した。

2. 計画作成について

緊急対応の事例のため計画作成時点から、短期目標の設定と早期のモニタリングの設定を行うとともに家族全体についての長期的な支援体制の必要性も想定した。

本人の「慣れた家で生活したい。寝るときにお母さんがいて欲しい。」と家族の「父母だけで育てるのは大変。福祉サービスなど支援を受けて、安心して家族で暮らしたい。」という希望する生活を実現するために、短期目標では、「本人が安心して過ごせる環境を整える」と「家族の負担軽減」に留意した。長期的な支援計画では、支援が入ったことによる本人や家族の状況と意向の変化に対応して、支援が途切れないように継続した支援体制の構築に配慮した。

3. モニタリングについて

家族の想いと現在の本人・家族の状況を長期的な支援の視点でモニタリングを実施した。

その中で「母は、『本人は、自分が側にいないと眠れないのでは』と心配したが、心配したほどの混乱はなく、ショートステイが利用できた」ことなど評価して伝えた。本人のストレンジスに着目しながら話することで、母の不安を和らげ、支援が継続できるよう配慮した。

4. 全体を通して

本事例では、「本人や家族が希望する生活に近づけること」と「本人が安全に暮らせるようにすること」の両方の視点から支援することが大切と考えて計画を作成した。

「慣れた家で生活したい。寝るときにお母さんがいて欲しい。」と「お母さんの休息」は、相反するものでなく、本人への支援と家族への支援をバランスよく行うことで実現する「本人と家族の希望の暮らし」であり、支援の1つの到達点と考えた。

今後の課題として、本人や家族が将来の展望をもち、安心して長期的な支援が受けれるように、本人のライフステージに応じた支援計画の作成とそれに伴う支援者の交代や役割分担が重要と考える。

【障がい児の事例】

(6) 高校卒業後の進路決定の事例

～教育・労働関係機関、医療関係者、就労系サービス事業所との連携～

1. 事例の概要

高校卒業を目前にした知的障がいの男性（療育手帳B1・障がい程度区分2）。家族構成は、母親と就労したばかりの兄との3人家族。父は離婚後会っていない。府立高校の自立支援コース3年在学中。

本人や母親の話を聞いた学校の担当教員の勧めによって、実習を実施した就労継続支援B型事業所の利用が予定されていた。

一見すると、卒業後の進路先事業所の利用に向けた相談支援を進めていくケースと思われたが、アセスメントを経て本人と向きあう中で、学校や就労支援機関、医療関係者等と連携を取り、将来的に一般就労への道を考慮した卒業後の支援の枠組を改めて構築するに至ったケースである。

2. 支援プロセス

(1) 相談に至るまでの経緯

地域の保育所、小学校、中学校と過ごしてきたことで、府立高校の自立支援コースを受験し、入学後は、学校全体の取り組みとサポートにより障がいのない友人もできた。

3年生になり、特別教育支援計画に係る会議において、卒業後の生活も含めた相談をするということで、市町村障がい福祉担当職員や当相談支援センターが会議に参加し、母親も交えて話し合ったことで、相談を受けることとなった。

卒業後の進路先については、いくつかの事業所で実習中であり未確定だったが、進路先決定にあたり、学校の進路担当者が本人と母親の気持ちを確かめた結果、自宅に近い就労継続支援B型事業所を利用したいとのことで、サービス等利用計画を作成することとなった。

(2) 計画相談支援の展開

最初は、進路先のサービス利用を前提にアセスメントを進めた。

本人は一般就労への意識を言葉にすることはなく、同居の母親も一般就労をさせたいとまでは思っていないようであった。また、学校の進路指導でも、就労継続支援事業所か生活介護の事業所への実習を設定してきたのみであり、本人、母親ともに、自宅に近くて通いやすいとの理由で、実習先の中から就労継続支援B型事業所を選んでいた。ただ、本人は、兄が高校卒業後スーパーに就職して家計を助けながら自分で好きな買い物をしていることを羨ましく思っていたことや、学校で仲のよかったクラスメートが一般企業での就労をめざしていることを気にしているようであった。

アセスメントの中で、これまで、一般就労への動機づけがなかったこと、兄や友人の姿に働くことへの思いが感じられたことや、利用している移動支援のヘルパーからも最近スーパーに立ち寄っては店員さんの動きを見つづけていることが多いとの聞きとりから、本人の気持ちを再度確かめたところ、不安の中にも一般就労に対する希望が出てきた。

それを踏まえて、母親や学校、進路先の就労継続支援B型事業所に将来的な就労への可能性も含めて考えてもらいながら、地域の障害者就業・生活支援センターによる協力や主治医からの意見も得て、卒業後は一般企業での実習や就労移行支援事業の利用も視野に入れた連携の枠組をつくり、進路先で本人の体験や意識を広げていきながら、一般就労に対する可能性を確保する継続的な支援を続けていけるようにした。

申請者の現状(基本情報)

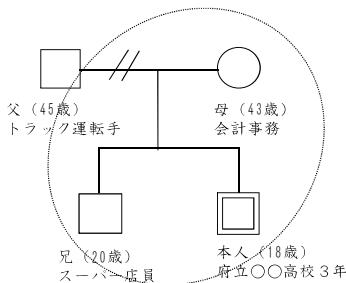
作成日	平成25年3月1日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○ ○○
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

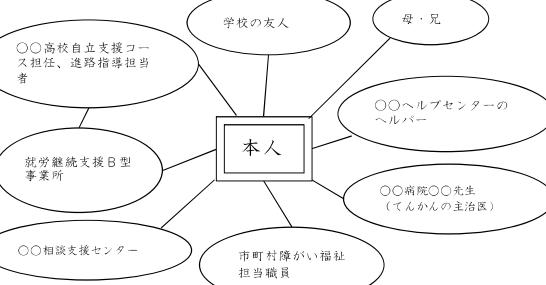
府立○○高校の自立支援コース3年在学中。家族構成は、母親と就労したばかりの兄との3人。父は離婚後会っていない。地域の保育所、小学校、中学校と過ごしてきたことで、府立○○高校の自立支援コースを受験し、入学後は、学校全体の取り組みとサポートにより障がいのない友人もできた。3年生になり、特別教育支援計画に係る会議において、卒業後の生活も含めた相談をするということで、市町村障がい福祉担当職員や当○○相談支援センターが会議に参加し母親も交えて話し合ったことが最初の出会いであった。その後、移動支援の利用をはじめ、月に数回ヘルパー同行で外出をするようになるが、卒業後の進路先については、いくつかの事業所で実習中であり、未確定だった。今回、進路先決定にあたり、学校の進路担当者が本人と母親の気持ちを確かめた結果、就効継続支援B型事業所の利用が予定されるところで、当○○相談支援センターによってサービス等利用計画を作成することとなった。

氏名	○○ ○之	生年月日	○年○月○日	年齢	18歳（高校3年生）
住所	○○市○○町1-2-3 [持家（借家）グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他（ ）]		電話番号	○○○-○○○-○○○○	FAX番号
障害または疾患名	知的障がい（療育手帳B1）	障害程度区分	区分3	性別	男・女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入



社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)



生活歴 ※受診歴等含む

5歳の時に知的障がいの診断を受けるとともに、○○市の療育機関に通園。そこで担当となっていた作業療法士（OT）から「できるだけ地域で障がいのない子どもたちの中で過ごすほうがいい」と助言を受け、地域の保育所、小学校、中学校と過ごしてきた。また中学校の担任や進路指導者から、地域の普通高校を受験できるとの情報提供や受験を見据えた協力も得られたことから、府立○○高校の自立支援コースを受験し、入学後は、学校全体の取り組みとサポートにより障がいのない友人もできた。

専門家や教職員の協力が大きく、学校生活で課題を抱えることはなかった半面、周囲の環境の良さから自分の力や可能性に対する意識が薄いままで過ごしてきた。

さらに、高校ではクラスメートとの関係づくりに主眼が注がれてきたため、本人の将来への意識や自分で選択していく自己信頼の体験に乏しい。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

幼い時に軽いてんかんの症状があったが、○○病院の主治医（○○医師）の診療と投薬を続けており、現状では発作はほとんど起きていない。2ヶ月に1回診察と薬の処方のために通院は継続中。

本人の主訴(意向・希望)

自宅に近い○○事業所に行きたい。
学校の友達と仲良くしたい。
お兄ちゃんが働いてるのが羨ましい。
クラスメートで仲良しの○○くんが「働くことは誰でも当たり前や」と言っていた。

家族の主訴(意向・希望)

まわりの人たちの協力を得たから、高校まで行けたが、これからが大きな課題。一般就効は難しいと思う。進路先の○○事業所は家からも近くで通いやすいので安心。そこで日中過ごせればいい。

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)	移動支援	○○ヘルプセンター (担当ヘルパーは2名)	外出をして社会参加する。 2回／月 (1回6時間程度)	最近はスーパーに立ち寄って店員さんの様子をずっと見ていることが多いとのこと。 (ヘルパー談)
その他の支援				

別紙2

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	○○ ○之	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名		相談支援センター ○○ ○○ ○○
				計画作成担当者	計画作成担当者	
		月	火	水	木	金
6:00						日・祝
	起床／身支度	起床	起床	起床	起床	主な日常生活上の活動
8:00	登校	朝食／身支度	朝食／身支度	朝食／身支度	朝食／身支度	
10:00		登校	登校	登校	登校	
12:00	学校			学校	学校	
14:00						週献血以外のサークル
16:00	下校	下校	下校	下校	下校	2か月に1回くんかんの診察と薬の処方のため○○病院通院
18:00	自宅でテレビ・ビデオを見る	自宅でテレビ・ビデオを見る	自宅でテレビ・ビデオを見る	自宅でテレビ・ビデオを見る	自宅でテレビ・ビデオを見る	自宅でテレビ・ビデオを見る
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	自宅でテレビ・ビデオを見る
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	テレビ・ビデオを見る
0:00						
2:00						
4:00						

様式2-1

サービス等利用計画

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号		○○ ○之 123456789		障害程度区分 区分3 利用者負担上限額 通所受給者証番号		相談支援事業者名 計画作成担当者		○○ 相談支援センター ○○ ○○	
計画作成日		平成25年 3月20日		モニタリング期間(開始年月) 毎月(平成25年 5月)		利用者同意署名欄		○○ ○之	
<p>希望する生活</p> <p>利用者：自宅に近い〇〇事業所に行きたい。友だちと仲良くしたい。お兄ちゃんや友だちと同じように働きでみたい。</p> <p>家族：自宅に近い〇〇事業所に通ってほしい。</p> <p>総合的な援助の方針</p> <p>自宅に近い就労継続支援B型〇〇事業所に通所しながら、兄や友人の働く現場を見学して働く意識を高めつつ、関係機関の協力を得ながら、一般就労の可能性を追求できるように支援を続けていく。</p> <p>長期目標</p> <p>地域の就業・生活支援センター等の支援を得て、就労継続支援B型事業所に通いながら、職業訓練や職場実習を経験したり、将来的には就労移行支援事業所の利用も考え、一般就労に向けた環境条件を整えていく。</p> <p>短期目標</p> <p>自宅に近い就労継続支援B型事業所に通所しながら、地域の就業・生活支援センターに登録して、兄や友人の働く現場を見学して働く意識を高めていく。</p>									
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)	○○事業所 (担当者：○○ 電話：0***-***-****)
1	自宅に近い〇〇事業所に行きたい。	本人の一般就労の意向を踏まえながら自宅に近い就労継続支援B型事業所に通えるように支援する。	○ヶ月(平成25年9月)	就労継続支援B型 24日／月	○○事業所 (担当者：○○ 電話：0***-***-****)	1ヶ月後	本人の意図を大事にしながら、○○事業所で可能な限り支援と関係機関への体制を確保した支援計画を立ててもらう。		
2	友だちと仲良くしたい。	卒業後も友人関係が維持できるような助言や場所を設定していく。	○ヶ月(平成25年6月)	移動支援 12時間／月	○○ヘルプセンターセンター (担当者：○○ 電話：0***-***-****)	1ヶ月後	最初は移動支援の利用を伴うが、できるだけ早く友人とだけで出かけられるようにしていく。		
3	お兄ちゃんや友だちと同じように働きでみたい。	就業・生活支援センターに登録して兄や友人の職場を見学できるようになる。	○ヶ月(平成25年6月)	就業・生活支援センターに登録し、職場見学ができるようになる。	○○就業・生活支援センター (担当者：○○ 電話：0***-***-****)	1ヶ月後	○○事業所との連携をとるために担当者会議を設定し、連携内容を整理し、確認し、できるだけ○○事業所の担当者にも見学に同行してもらいう。		
4	お兄ちゃんや友だちと同じように働きでみたい。	通院している〇〇病院の〇〇医師に対してもらい、就労する場合の留意点等を聞き、関係者で共有する。	○ヶ月(平成25年6月)	母親から〇〇医師に対してもり、就労する場合の留意点等を聞き、関係者で共有する。	○○病院 (担当者：○○医師 電話：0***-***-****)	3ヶ月後	医療関係者の意見は、支援者や受入先の就労現場の安心材料となるので、本人や親の同意を得て、関係者間で共有化できるようにする。		
5	お兄ちゃんや友だちと同じように働きでみたい。	就業・生活支援センターを通じて、実際の就労現場で実習をして、自信を持てるようになる。	○ヶ月(平成25年7月)	就業・生活支援センターによる調整により、職業訓練や職場体験などを利用する。	○○就業・生活支援センター (担当者：○○ 電話：0***-***-****)	1ヶ月後	具体的な設定や段取りは就業・生活支援センターで行ってもらい、○○事業所に同行してもらい、職業訓練後は会議等を開催し、共有化を行う。		
6									

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○之 123456789 通所受給者証番号	障害程度区分			区分3 ○○円	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○ 相談支援センター ○○ ○○			
		利用者負担上限額								
		通所受給者証番号								
計画開始年月	平成25年4月	月	火	水	木	金	土	日・祝		
6:00										
8:00										
10:00										
12:00	就労継続支援B型事業所就労継続支援B型事業所就労継続支援B型事業所就労継続支援B型事業所就労継続支援B型事業所就労継続支援B型事業所就労継続支援B型事業所就労継続支援B型事業所就労継続支援B型事業所就効	起床／朝食／通所	起床／朝食／身支度／通所	朝食／身支度／通所	起床／朝食／身支度／通所	朝食／身支度／通所	起床／朝食／身支度／通所	起床／朝食／身支度／通所		
14:00										
16:00	通所	通所	通所	通所	通所	通所	通所	通所		
18:00	自宅で過ごす	自宅で過ごす	自宅で過ごす	自宅で過ごす	自宅で過ごす	自宅で過ごす	自宅でテレビ・ビデオを見る	自宅で過ごす		
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食		
22:00	自室で過ごす	自室で過ごす	自室で過ごす	自室で過ごす	自室で過ごす	自室で過ごす	自室で過ごす	自室で過ごす		
0:00	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴		
2:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝		
4:00										
サービス提供 [によって実現 する生活の 全体像]										
就業・生活支援センター、○○事業所、○○相談支援センターが連携し、一般就労に向けた連携の枠組みをつくっていく。										

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	○○之	障害程度区分	区分3 利用者負担上限額	相談支援事業者名	○○相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	通所受給者証番号	○○内	計画作成担当者	○○ ○○
計画作成日	平成25年3月20日	モニタリング実施日	平成25年5月1日	利用者同意署名欄	○○ ○○之
全体の状況					
1	自宅に近い就労継続支援日型○事業所に通所しながら、一般就労の可能性を追求できるように支援を続けていく。	就労継続支援日型○事業所の利用は間隔なく続けられますが、就業・生活支援センターとの連携によって見えてくる。さらなる関係機関との連携もできることで、一般就労への意欲も高まっています。			
優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの書き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (二段の充実度)
1	本人の一般就労の意向を踏まえながら自宅に近い就労継続支援日型事業所に通えるよう支援する。	○ヶ月 (平成25年9月)	高等学校的卒業の影響により、現場を見学して働く意識を高めつつ、関係機関や友人など身近な人の仕事を見学したり、職業訓練もでてきたことで、一般的な就労への意欲も高まっています。	本人が恐れていた一般就労への思いを受け止め、事業所としての支援計画も立ててもらいました。一般的な就労へ向けて、就労への不安を取り除いて自信を持てるよう、という安心感をもつてもらうよう支援することが必要です。	本人が失敗をした時は自信をなくさないようアドバイスをしていくことや、一般就労へ向けて、就労への不安を取り除いて自信を持てるようアドバイスをしていくことなどもしくなくしてしまった〇事業所を利用できるよう安心感をもつてもらうよう支援する必要があります。
2	卒業後も友人関係が維持できるよう的な助言や場を設定していく。	3ヶ月 (平成25年6月)	友人とボーリングやゲームセンターに行き、一緒に過ごすことで、友だちと話すことで、いまは友だちとだけではなく、友人のみで出かけるようだ。	友人も彼の外出に慣れてきて、友だちは一緒に歩いていて、友だちと一緒に過ごすことが望まれる。	友人も彼の外出に慣れてきて、友だちと一緒に過ごすことが望まれる。
3	就業・生活支援センターに登録して兄や友人の職場を見学できるようにする。	3ヶ月 (平成25年6月)	就業・生活支援センターの就職先に依頼して見学ができるようになる。	お兄ちゃんも△△くんも一緒にいるのが楽しかった。お兄ちゃんも△△くんも一緒にいるのが楽しかった。	親しい人の働きを見てこられたが、お兄ちゃんも△△くんも一緒にいるのが楽しかった。
4	通院している〇〇病院の〇〇医師に、就労に向け医療的な状況から意見をもらう。	3ヶ月 (平成25年6月)	母親を通じて、通院時に本人の一般会合は起きていなかった。医療的な意見をもらつた。	母親を通じて、通院時に長らく服薬しており、母親は「体調が悪い」といふことをよく耳にする。母親は「体調が悪い」といふことをよく耳にする。	母親を通じて、通院時に長らく服薬しており、母親は「体調が悪い」といふことをよく耳にする。
5	就業・生活支援センターを通じて、実際の就労現場で実習をする。	4ヶ月 (平成25年7月)	就業・生活支援センターを通じて、実際の就労現場で実習をする。	〇〇事業所への通所を中心とした訓練を実施していくことはいけない。失敗するところが多い。無事に訓練を終わることになった。	〇〇事業所としてはサークル外の支援によるが、利用者の意向を受けた支援として、協力してもらおうとする。
6					

様式3-2

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	○○ ○之	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○ 相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	○○円	計画作成担当者	○○ ○○
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25年4月				
日	月	火	水	木	金
6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00
起床	起床	起床	起床	就労継続支援B型事業所就労継続支援B型事業所就労継続支援B型事業所就労継続支援B型事業所	通所
朝食／身支度	朝食／身支度	朝食／身支度	朝食／身支度	通所	通所
通所	通所	通所	通所	通所	通所
18:00	20:00	22:00	0:00	2:00	4:00
自宅で過ごす	自室で過ごす	自室で過ごす	自宅で過ごす	自室で過ごす	自室で過ごす
夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
自室で過ごす	自室で過ごす	自室で過ごす	自室で過ごす	自室で過ごす	自室で過ごす
入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴
就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝

主な日常生活上の活動

就労継続支援B型の○○事業所に通いつつ、○○就業・生活支援センターが連携し、一般就労に向けた連携の枠組みをつくっていく。9月から職業訓練を受けることにより、安心して訓練を難航させ、自信を持たせたい。

運営以外のサービス

2か月に1回でんかんの診察など
の処方のため○○病院通院

就業・生活支援センター、○○事業所、○○相談支援センターを見に行くたり、相談を受けることにより、本人は、新しいことにに対して不安を感じているが、支援者が訓練の様子を見に行ったり、相談を受けることにより、本人は、新しくて安心感する生活の全体像

【支援のポイント及び留意点】

1. ニーズ把握からアセスメントについて

この事例において、本人も母親も就労継続支援B型の利用を選んだのは、就労を意識させるような経験がなかったことからくる消極的選択の結果だと思われたことが一つのポイントである。就労をあまり意識できていないケースでは、本人が実習で楽しく感じれば、そのまま通所サービスの利用への希望を抱いたり、親にしても就労の可能性をあまり考えていなければ、2年で利用が終わる就労移行支援というサービスは、その継続性からも消極的な利用対象として映ったりすることが多い。この事例では、その点を踏まえて、就労継続支援B型の利用を進めることによって安心感を確保しながら、本人が、兄や友人の就労という近しい人の経験から感じた一般就労への、小さいが確かな思いを大事にしていくべきだと考えた。そのために、就労移行支援の利用へと進路変更を勧めるよりも、就労継続支援B型や生活介護からでも一般就労への支援を受けられるような関係機関による連携に取り組める方向で計画相談を進めることにした。

兄の就職に対する発言への着目、友人の就職に対する羨望への留意、移動支援で行動を共にしているヘルパーからの外出内容の聴き取り、さらには、保育所時代から地域での共生教育の中で培われてきた障がいのない友だちとの友人関係の確保等、本人の就労への思いを緩やかに大きくし、安心して一般就労への希望を遂げられる道筋と支援の枠組みをつくっていくよう臨んだ。

2. 計画作成について

本計画の作成にあたって特に配慮したのは、安心して一般就労への思いを遂げていくための手立てであった。まず最も重視したのは就労継続支援B型事業所に通い、その支援を確実に得ていくこと、その事業所による一般就労への支援と関わりが本人の安心を確保することに欠かせないこと、友人関係の確保による働くことへの動機づけと励まし、兄や友人の職場を見学することによる一般就労に対する近親感の確保、医師の意見聴取による医療面での安心の確保、その上での職場実習としての委託訓練の利用等、順を追った安心の確保と就労意欲の高まりを着実に進めていくことに留意した。

3. モニタリングについて

当初の計画に盛り込んだ支援目標の達成度が明確なものや、福祉サービスの受給量に関わるものは段階を踏んだ形での評価が出しやすいが、友人関係の確保や、就労継続支援B型事業所の努力による職場実習時の職員の現場派遣、医療関係者の協力体制等、継続的に必要な支援については段階的な評価をしにくいものがある。本事例では、評価しにくい継続的な支援の中でも、計画の当面の目標である一般就労に資する成果や持続的な取り組みのプラス面マイナス面を明確にしていくように工夫した。

4. 全体を通して

教育・労働関係機関、医療関係者、福祉サービス事業所がそれぞれに支援に対する共通認識を持つてもらえるように配慮した。また、こうした支援の枠組みがあるから「一般就労に挑戦していいんだ」と本人にも実感してもらえること、家族もそれを見守れる安心感を持てるここと、一つ一つの課題をクリアしながら進んでいることを示せる計画であることを第一に考えて実施した。

3 事例から学ぶ② ~計画作成のプロセスとポイント~

ねらいと構成

■本項では、サービス等利用計画やモニタリング報告書等の作成のポイントや留意点等について、事例を通じて理解を深めてもらえるよう、次の順序で掲載しています。

事例によって構成が異なりますので、次のページに一覧を掲載しました。

「3. 総評」では、各事例において、支援の段階ごとに、相談支援を行ううえでの重要な視点や計画を作成するうえで配慮した点等をまとめています。相談支援専門員としておさえておくべき大切なポイントですので、計画作成に当たり、意識しながら取り組むようにしてください。

なお、今回掲載した各事例では、サービス等利用計画案（障がい児支援利用計画案）が、サービス等利用計画（障がい児支援利用計画）とほぼ同じ記載内容になることから、掲載を割愛しています。

1. 事例の概要

- 年齢、性別、障がいの状況、生活状況、家族状況
- 相談に至るまでの経緯
- アセスメントする上での配慮点

確認△事例の概要を把握

△アセスメントに向けた準備や配慮

2. 支援プロセス

- 経過と今後の相談支援専門員による支援の流れ
→相談支援専門員が作成した「サービス等利用計画」のタイミング等をご本人のターニングポイントとともに時間軸で掲載しています。
- 訪問票（一次アセスメント票）
- 5ピクチャーズ（ニーズ整理）
 - ◆申請者の現状（基本情報）
 - ◆申請者の現状（基本情報）【現在の生活】
 - ◆サービス等利用計画・障がい児支援利用計画
 - ◆サービス等利用計画・障がい児支援利用計画【週間計画表】

確認△今後の支援の流れ

5ピクチャーズで整理したニーズを計画に反映！
※①(白抜き数字)は本人のニーズ、①(黒抜き数字)はニーズを踏まえた支援目標・支援内容、数字の対応がニーズから計画へのつながりを示しています

確認△計画作成のポイント（吹き出し）

- ◆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）
- ◆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】
- ◆（変更後の）サービス等利用計画・障がい児支援利用計画
- ◆（変更後の）サービス等利用計画・障がい児支援利用計画【週間計画表】

※「◆」がついているものは計画相談支援実施において作成が必須のもの。

○個別支援計画 ○地域移行支援計画

○地域定着支援台帳 ○クライシスプラン

確認△地域定着支援の支援例（コラム）

3. 総評

- (1) 計画及び支援内容の振り返り
- (2) 社会資源の活用方法

確認△相談支援を行ううえでの重要な視点

△社会資源の活用方法や連携のポイント

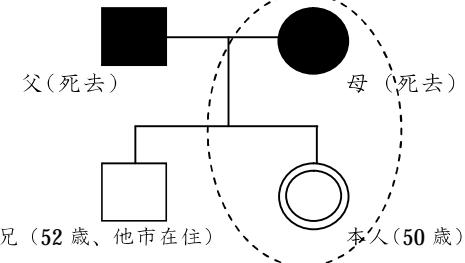
事例の概要と記入例一覧②

No.	事例の概要	年齢	事例の概要 支援プロセス	訪問票(一次アセスメント票)	サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案 【週間計画表】	サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案 【週間計画表】	申請者の現状(基本情報) 【現在の生活】	申請者の現状(基本情報)	サービス等利用計画・障がい児支援利用計画 【週間計画表】	サービス等利用計画・障がい児支援利用計画 【週間計画表】	個別支援計画/地域移行支援計画
(1)	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～	50歳	P.151	P.152	P.153	様式1-1	5ピックチャーズ整理 【ニーズ整理】	P.158	P.159	P.160	様式2-2
(2)	精神科病院からの地域移行の事例～ピアサポートへの応援で、住み慣れたまちで新しい暮らしを始める～	40歳	P.172	P.173	P.174	省略	P.179	P.180	P.181	地域移行支援開始時	地域移行支援計画
(3)	保護者支援が必要な事例～複数の課題を抱える家族における児童の支援を考える～	7歳	P.199	P.200	P.201	ニーズ整理 のポイント	P.210	P.211	P.212	P.213	P.184
						P.209					P.163
											P.195
											P.215

No.	事例の概要	年齢	モニタリング報告書 【週間計画表】	5ピックチャーズ整理 【ニーズ整理】	サービス等利用計画・障がい児支援利用計画 【週間計画表】	サービス等利用計画・障がい児支援利用計画 【週間計画表】	地域定着支援台帳	モニタリング報告書 【週間計画表】	モニタリング報告書 【週間計画表】	総評
(1)	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～	50歳	P.165	P.166	P.167	P.168	P.169	様式2-2	様式3-1	様式3-2
(2)	精神科病院からの地域移行の事例～ピアサポートへの応援で、住み慣れたまちで新しい暮らしを始める～	40歳					退院時	P.189	P.190	P.171
(3)	保護者支援が必要な事例～複数の課題を抱える家族における児童の支援を考える～	7歳	P.214						P.193	P.194

【事例1】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～

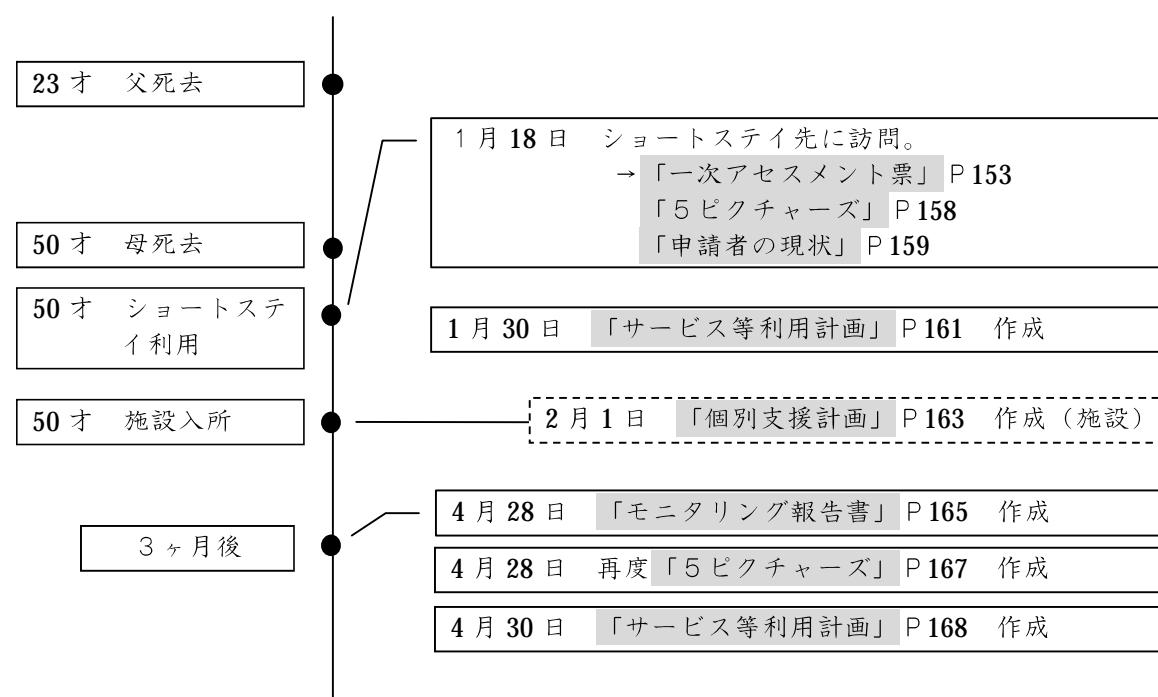
1. 事例の概要

◆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。 		 <p>父(死去) 母(死去) 兄(52歳、他市在住) 本人(50歳)</p>			
◆相談に至るまでの経緯					
<p>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△△市にある障がい者支援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も相談しながら、本人と一緒に当面の生活について考えていくこととなった。</p> <p>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、これから的生活について話し合った。</p> <p>本人は母親のいないこれから的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てることから、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。</p> <p>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、幸いもとの〇〇市の障がい者支援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。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くことを考えている。</p>					
◆アセスメントする上での配慮点					
<p>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が変化することもあるので、まめな本人との相談が必要である。</p>					

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。

2. 支援プロセス

◆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 : ○○ ○子 訪問年月日 : 平成 26 年 1 月 18 日 訪問者所属 ○○相談支援事業所 氏 名 ○○ ○○		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○○様に対して、現状をまとめる。		
障がい者本人の概要	生活歴	<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 		
		年月	事 項	年月
	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) ■ 国民健康保険 □ 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				
<p>【平日】</p> <p>本人</p> <p>6 9 12 15 18 21 24 3</p>				
<p>介護者 ()</p> <p>【休日】</p> <p>[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</p> <p>本人 → 平日とほぼ同じ。</p> <p>6 9 12 15 18 21 24 3</p>				

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ので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			
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		

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
調理等 (後片付け含む)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全介助		・調理、掃除、洗濯はこれまで全く母親任せだったので、これらの介助が利用でき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。
洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
掃除	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
整理・整頓	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	これまで母親任せであった。		
ベッドメーキング	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
書類の整理	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
買物	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	自分自身でお金を使つたことがほとんどない。	・必要なものをこれからとどうやって買っていったらいいか分からない。	
衣類の補修	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
育児	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
家族の介護	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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。		
意思伝達の程度	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	・慣れた人でないと分からることが多い。		
他者からの意思伝達の理解	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
友だち	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			・最近は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。
電話やFAXの使用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	・電話では本人の言うことはほとんど分からぬ。		
携帯電話の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	経験がない。		
ワープロやパソコンの使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	経験がない。		
インターネットの使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	経験がない。		
筆記	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	・母親との買い物以外経験がない。		
通帳等の管理	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
銀行等の利用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
財産の管理	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
教育に関すること	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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。
レクレーションへの参加等	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
旅行	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
当事者活動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	経験なし。		
社会的活動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	経験なし。		
余暇の過ごし方	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	・兄は本人を支援する余裕がなく、その他の相談相手もない。		
家族	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
他の関係機関等	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	調整が必要である。		
成年後見等	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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"/> <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ぬ。
- ・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で、手のつか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)

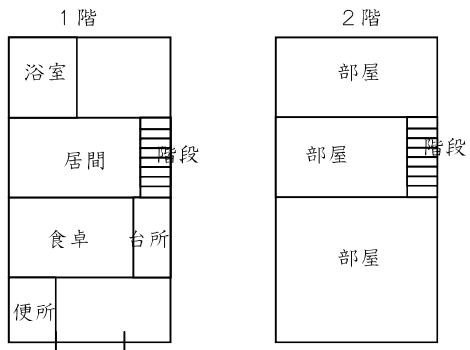
【関係職種の情報】

入浴介助をしてきたヘルパー事業所

【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。



【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様子をもとに記載しているが、身体の様子と話をした感じから、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。この点について、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。

施設入所時

Pic. 4 ニーズアセスメント：作業ベースシート：ミスピジョンモデルでの事例整理（H26年1月18日現在）利用者氏名（〇〇 〇子）記入者（〇〇 〇〇）

Pic. 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くなる。
- 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これからどうしていいたらええの？お兄ちゃんは自分の家のことがあるし。**②わたしの介助は誰がしてくれるんだろう？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）

Pic. 2 こうありたいと思う将来像

- ①今は分からぬいけど、施設以外の生活はあるのかな？

■本人のニーズ

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、普行って
来しかった所を聞く。
・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。

Pic. 3 現在の生活状況

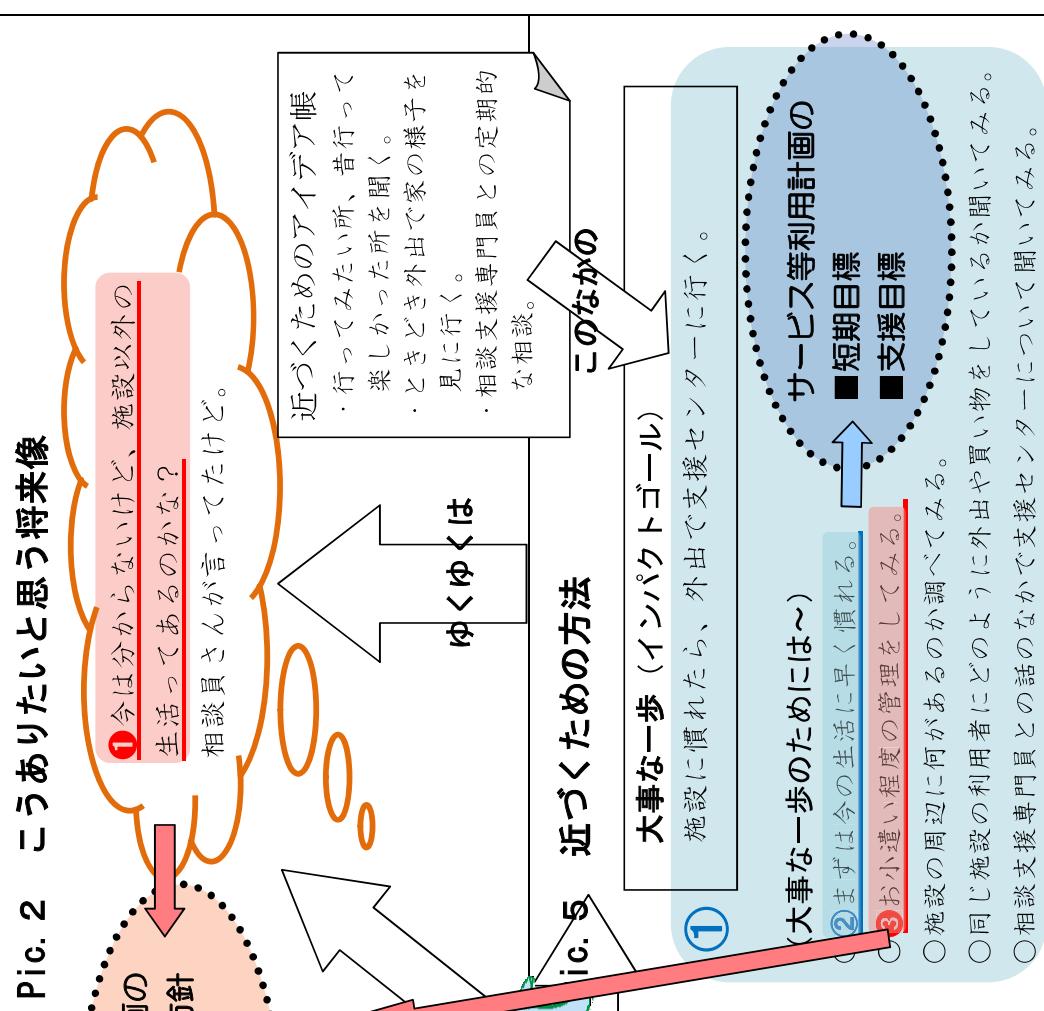
簡単なプロフィール／これまでの生活／今的生活

- ・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。

Pic. 1 着目するストレス（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。ショートスタイルで（支援ネットワーク）兄。市障がいい福祉課。ヘルパー。（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。
- （本）ある程度会話ができる。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。健康の近所の知り合い。



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	○○相談支援事業所	計画作成担当者	○○ ○○
-----	------------	----------	-----------	---------	-------

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(○○市在住)。昨年の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○○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、これから的生活について話し合った。

本人は母親のいないこれから的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か、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、家での一人暮らしを考えにくい。

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、幸いもともと住んでいた○○市の障がい者支援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	○○ ○子	生年月日	○年○月○日	年齢	50歳
住所	○○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	***-***-***
障がいまたは疾患名	脳性まひ(身体障がい者手帳1級・療育手帳A)	障がい支援(程度)区分	区分5	性別	男・女
家族構成	※年齢、職業、主たる介護者等を記入				

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。
(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

医療の状況

- 40歳半ばの時、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。

本人の主訴(意向・希望)

- 母親が急に亡くなつて今後どうしていったらいいか分からぬ。
- 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。

家族の主訴(意向・希望)

- 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(障がい福祉サービス、介護保険等)	短期入所(ショートステイ) ホームヘルプ	△△障がい者支援施設 ○○ヘルパー事業所	ここ半年で1~2回 ショートステイで利用した。 身体介護(入浴介助)	半年で1~2回。 週3回
その他の支援				

別紙2

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	○○ ○子		障がい支援(程度)区分	区分5	相談支援事業者名	○○ 相談支援事業所	
	計画作成担当者	○○ ○○				計画作成担当者	○○ ○○
	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00							
8:00	起床	起床	起床	起床	起床	朝食	朝食
10:00							
12:00	昼食	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	週単位以外のサービス
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
20:00	ホームヘルプ 入浴介助		ホームヘルプ 入浴介助		ホームヘルプ 入浴介助		※平成25年12月より母親の入院・死去のため、現在はショートステイを利用中
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
0:00							
2:00							
4:00							

※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。

施設入所時

サービス等利用計画

様式2-1

利用者氏名 障がい福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○子 12345678 平成26年1月30日	障がい支援(程度)区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	区分5 0円 平成26年1月30日	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援事業所 ○○ ○○			
希望する生活	<p>利用者：母親が死んだので家で暮らすのは無理だと思う。施設で生活したらしいと思う。</p> <p>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）</p> <p>総合的な援助の方針</p> <p>しば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をするなどで、母親の死から早く立ち直ってもらいうよう心理的サポートをしていく。 落ち着いてきたら、過去の退所者の地域生活の様子を伝えながら①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。</p> <p>長期目標</p> <p>本人と相談しながら、1～2年ほど先をめどに①施設ど連携しながら元の家の1人暮らしを想定して支援する。</p> <p>①施設内で本人の能力に応じた介助をあらためて整理し、母親のいないこれから的生活のための支援体制を考えていくことが大切である。</p>							
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 種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)	本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	②お母ちゃんの代わりにわたくしの手助けをしてくれれる人がほしい。	②生活の全体を見直しながら、安心して生活できるよう支援していくことを積んでいく。	1年(平成27年1月)	・障がい者支援施設（施設入所支援・生活介護） 施設がどのようなプログラムを持っているか、施設の広報誌、ホームページ等を確認し、具体的にどのように経験ができるか。	○○障がい者支援施設（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。	3ヶ月	③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ます。 ④健診結果を受け、健康面もちゃんとチェックする。
2	成年後見制度を利用し支障者（後見人）を確保する。	6ヶ月(平成26年7月)	成年後見制度の利用	・施設以外にそれぞれの課題に合わせやすい支援者を立てる	○○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に行う。	6ヶ月	初めての聞き取りと乖離がないか、施設ご連携し実態を把握する。
3	今後のことは不安だけど、③お小遣いは自分で使えるようになりたい。	3ヶ月(平成26年4月)	・当面の年金管理について 施設の金銭預かりを利用する。	・障がい者支援施設の金銭預かりを利用する。	○○障がい者支援施設	・自分の年金をたれが管理しているか知つておく。 ・お小遣いを使って買いたいものを考える。	3ヶ月	・お小遣いの管理の練習について、は、本人と相談しながら決めていく。 ・適当な時期に社会福祉協議会の金銭管理に切り替える。
4	個別支援計画の ■ニーズ			個別支援計画の ■支援目標				入所施設利用であっても後の地域生活を越えて地域のサービスは活用するよう想定する。
5								

「厚生労働省サービス等利用計画・障害児支援利用計画等様式例」を一部改変

施設入所時

サービス等利用計画【週間計画表】

様式2-2

計画開始年月	平成26年1月30日	主な日常生活上の活動						相談支援事業者名 〇〇相談支援事業所 〇〇〇〇〇〇〇	
		区分5			相談支援事業者名 〇〇相談支援事業所				
		利用者負担上限額 0円		計画作成担当者 〇〇〇〇					
月	火	水	木	金	土	日・祝			
6:00								・施設のプログラムにいろいろ に参加してもらいます。	
8:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床			
10:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食			
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	午前のプログラム			
16:00									
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食			
20:00	入浴	入浴	入浴			入浴			
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝			
0:00									
2:00									
4:00									

①3ヶ月ほどしたら施設の生活に慣れ、相談できれる人も増えている。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。

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

施設入所時
利用者名 ○○ ○子

個別支援計画 (○○障がい者支援施設作成)

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う。施設で生活したらいとと思う。
長期目標（内容・期間等）	施設で新たな生活や介助を経験することや、退所して地域で暮らしている他の利用者の様子を伝えることにより、①元の家の暮らしを含めて、自分にあった生活や支援を考える。（1年）
短期目標（内容・期間等）	①本人の身体能力にあった適切な介助法と介助体制を考える。 ①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
②お母ちゃんの代わりにわたくしの手助けをしてくれる人がほしい。	今後の生活の相談を定期的にする。	・定期的に現在の生活で満足していることや困っていることを聞く。 ・将来の生活についての希望を聞く。	月2回	・○○相談支援事業所 担当者○○ ・サービス管理責任者△△	3
②母親以外の介助者の介助を受けている。	③本人の身体能力にあった適切な介助法と介助体制を考えていく。 ③各生活場面での介助方法を整理する。	6ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・理学療法士 ・担当職員□□	1	
健康状態を確認する。	④入所時健康診断を行い、現在の健康状態を把握する。	3ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・看護師	1	
②外出を含めた日中活動のプログラムを経験する。	・日中のプログラムに参加する。 ・担当職員と外出する。	3ヶ月（月～金） 3ヶ月（1週間に1回程度）	・協力医療機関○○病院 ・担当職員□□	2	
③お小遣いは自分で使いたい。	⑤年金管理の支援を受けるよう相談し、お小遣いを使えるようになる。	3ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・担当職員□□	2	

平成26年2月2日 利用者氏名 ○○ ○子 印 サービス管理責任者 △△ △△ 印

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							

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。施設での生活に慣れていたら、担当職員□□と一緒に小遣い帳をつけて使う。

リーダー	サビ管	施設長

3か月後（初回モニタリング）

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

様式3-1

利用者氏名 障がい福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○子 12345678 平成26年1月30日	障がい支援(程度)区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	区分5 0円 平成26年4月28日	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援事業所 ○○ ○○
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	○○ ○子

総合的な援助の方針

しば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してくれるよう心理的サポートをしていく。施設のなかでの介助方法の検討は着々と進み、職員と数回外出も行っているようだ。本人はその死から早く立ち直ってもらいたい。施設のなかで介助方法の検討は着々と進んでおり、また特に先日実家の様子を見に行った時に「また家で暮らせへんかな」というような経験のなかから、まだ特に先日実家の様子を見たときに「また家で暮らせへんかな」ということなどを言うことがあつたという。

環境の変化により本人の意図、ADLも変化していく。
こので、こまめな聞き取りが大切である。

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)	今後の課題・ 支援目標の達成度 (ニーズの充足度)		(残された課題・新たな課題) 解決方法	計画変更の必要性 週間計画の 変更			その他留意事項
				サービスの変更	サービ ス量の変更		種類の変更			
1	生活の全体を尊重して生きていく。安らぎを感じてもらう。支援してほしい。いろいろな経験を積んでいく。	1年 (平成27年1月)	・施設の生活中に早く慣れ、1日あーンと過ごす。生活パターンを把握する。 ・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。 ・本人は和太鼓と紙書きの課題を気に入っている様子。歯科ケアを受けたら、口腔内の処置が必要で現在行っている。	・施設の生活には満足している。ご飯もおいしく。	・ほぼ達成できている。 ・外出の機会をもう少し設けられないか。	・外出を減らす。 ・外出を増やす。	有・無	有・無	④・無	・ガイドヘルプの利用ができるのか検討する。
2	成年後見制度を利用し支援者（後見人）を確保する。	6ヶ月 (平成26年7月)	・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。舅にも一度説明し、同意を得ている。	・必要なことは理解している様子。	・さら取り組みが必要。	・急いで進めていく。	有・無	有・無	有・無	・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で進みたい。
3	当面の年金管理について施設の金銭預かりを利用する。	3ヶ月 (平成26年4月)	・現在サービスを利用している。 ・外出時に使ったお小遣いについて、本人と一緒に記録をしている。	・安心した。	・達成できだ。	・外出を計画するときに必要なお金を考える。 ・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	・地域移行を考えるなら施設の金銭預かりから社会福祉協議会のサービスに替えていく。
4										

「厚生労働省サービス等利用計画・障害児支援利用計画等様式例」を一部改変

3か月後（初回モニタリング）

継続サービス等利用計画【週間計画表】

様式3-2

利用者氏名 障がい福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号		区分5 利用者負担上限額 通所受給者証番号		相談支援事業者名 計画作成担当者		○○相談支援事業所 ○○ ○○	
計画開始年月 平成26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	起 床
8:00	朝 食	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	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	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	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	夕 食
20:00	入 洗	入 洗	入 洗	入 洗	入 洗	入 洗	入 洗
22:00	就 寢	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝
0:00							
2:00							
4:00							

サービス提供による実現する生活の全像
今後外出の機会を増やすことで、外出意欲と地域移行（もどいた家で暮らす）につなげていけるようになっている。

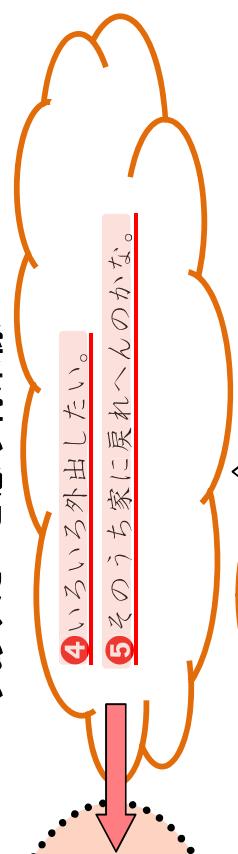
Pic. 4 ニーズアセスメント

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のか。
- **④ 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つて少し慣れてきた。
④ 外出も出来るしもう少しいろんな所へ行きたいな。そやけど家のことはどうなるんやろ。この前、家見に行つたけど**⑤ また家で暮らせへんのかな。**（95字）

Pic. 2 こうありたいと思う将来像

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。

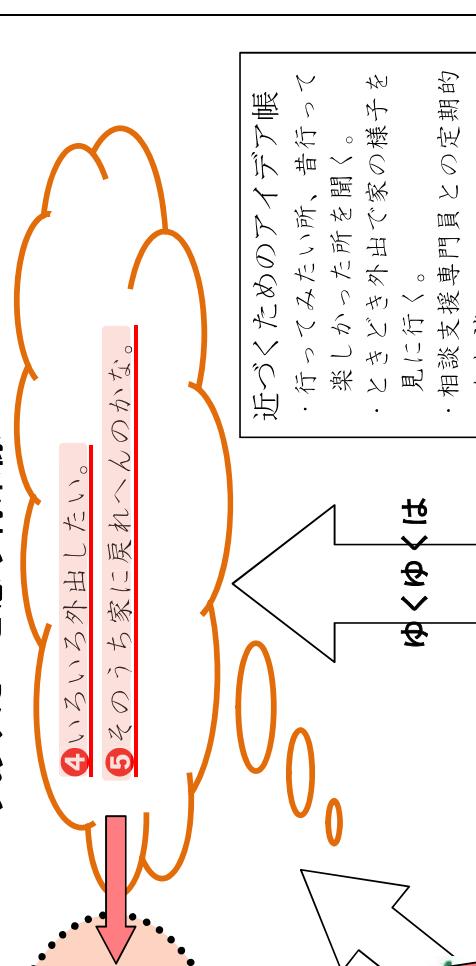
Pic. 3 現在の生活状況**簡単なプロフィール／これまでの生活／今的生活**

- ・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。ショートステイを利用後、施設入所。

- ・自宅で母親と暮らしていた。主な介助は母親。
- ・日中は、プログラムに参加し、和太鼓や紙すきなどをを行う。
- ・職員と一緒に外出し、実家の近くなどに出かけている。

Pic. 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。明るい。人見知りしない。（支援ネットワーク）兄。市障がい福祉課。ヘルパー。（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。…

Pic. 2 こうありたいと思う将来像

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。

Pic. 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には～）

○ **③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きて使う。

○ 施設の周辺に何があるのか調べてみる。

○ 同じ施設の利用者にどのように外出や買い物をしているか聞いてみる。

3か月後（初回モニタリング後）

サービス等利用計画

様式2-1

利用者氏名 障がい福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○子 12345678 平成26年4月30日	障がい支援(程度)区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	区分5 0円 モニタリング期間/開始年月	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援事業所 ○○ ○○		
計画作成日	平成26年4月30日			利用者同意署名欄	○○ ○子		
<p>希望する生活</p> <p>利用者：しばらくは施設で生活する。⑤また家で暮らせへんかな。 ④外出をもう少ししたい。</p> <p>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）</p> <p>総合的な援助の方針</p> <p>定期的な相談を通して引き続き、心理的サポートをしていく。④外出の経験を積み重ね、 まだ過去の退所者の地域生活の様子を伝えながら⑤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。</p> <p>長期目標</p> <p>本くど相談しながら、⑤1年ほど先をめどに施設と連携しながら元の家の1人暮らしを想定して支援する。</p> <p>短期目標</p> <p>⑥ガイドヘルプなどを利用して外出の機会を積む。引き続き母親が亡くなった後の支援体制を整える。</p>							
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 種類・内容・量(頻度・時間)	本人の役割 提供事業者名 (担当者名・電話)	評価時期	その他留意事項
1	②お母ちゃんの代わりにわたしの手助けをしてくれる人がほしい。	生活の全体を見直しながら、安心して生活できるよう支援していくとともに、いろいろな経験を積んでいく。	9ヶ月 (平成27年1月)	・障がい者支援施設 入所支援・生活介護	○○障がい者支援施設 施設支援など未経験のものに取り組む。	3ヶ月	・施設で各生活場面での自分で出来ることが必要なことを整理してもらうこと、介助が必要なことを整理してもらう。
2	成年後見制度を利用し支障者（後見人）を確保する。	9ヶ月 (平成26年7月)	成年後見制度の利用			3ヶ月	
3	④外出して、自分の家や買いたい物に行きたいたい。	3ヶ月 (平成26年7月)	・移動支援（ガイドヘルプでの機会を増やす。）	○○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ります。	3ヶ月	・移動支援の申請をするやがいに行き。
4	今後のことば不安だけど、 ③お小遣いは自分で使えるようになりたい。	3ヶ月 (平成26年7月)	施設の金銭預かりにより年金を管理し、外出時に必要なお金と一緒に考える。	○○障がい者支援施設の金銭預かりサービス	・外出の時に、必要なお金をお金を職員と相談して決める。	1ヶ月	・適当な時期に社会福祉協議会の金銭管理に切り替える。
5	※生活が安定するにつれて、本人の本音が聞き取れ、また本人自身の前向きな発言も聞かれることが多い。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。						
6	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、本人のトータルプランとして、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違うため、利用にあたっては市町村に相談されたい。							

「厚生労働省サービス等利用計画・障害児支援利用計画等様式例」を一部改変

3か月後（初回モニタリング後）

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名 障がい福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号		障がい支援(程度)区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	区分5 0円	相談支援事業者名 計画作成担当者	〇〇相談支援事業所 〇〇〇〇〇〇
計画開始年月	平成26年4月30日				
	月	火	水	木	金
6:00	起床	起床	起床	起床	起床
8:00	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	午前のプログラム
12:00	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	午後のプログラム ガイドヘルプによる外出
16:00					
18:00	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
0:00					
2:00					
4:00					

- 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。
- ⑤外出の経験を積むなかで、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ぐるようになつている。

サービス提供
による実現
する生活の
全像

・施設のプログラムにいろいろ
に参加してもらおう。

・将来の生活を想定し、どのような段階を設定していくのがいいか、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たことから、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。



サービス等利用計画と個別支援計画の関係性

- ◆サービス等利用計画：総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、相談支援専門員が作成する本人の総合的な支援計画。
- ◆個別支援計画：サービス等利用計画を踏まえ、障がい福祉サービス等事業所が提供するサービスの適切な支援内容等を検討し、作成されるサービス提供の具体的な支援計画。

施設入所時

様式2-1

サービス等利用計画 P161																																									
利用者氏名 ○○ ○子	障がい支援(程度)区分 分かる	相談支援事業者名 ○○相談支援事業所																																							
障がい福祉サービス受給者証番号 12345678	利用者負担上額額 0円	計画作成担当者 ○○ ○○																																							
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10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 ○○ ○子																																							
希望する生活 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と思う。 家族：本人が安心して暮らしの生活をさせてやってほしい。(望)			本人の訴えを聞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、慈幼的な聞き取りが必要である。																																						
総合的援助の方針 長期目標 短期目標			①施設内での本人の能力に応じた介助をあらためて整理し、母親のいないこれから的生活のための支援体制を考えていく。																																						
<table border="1"> <tr> <td>本人のニーズ</td> <td>支援目標</td> <td>達成時期</td> <td>福祉サービス等</td> <td>本人の役割</td> <td>評価時期</td> </tr> <tr> <td>②お母ちゃんの代わりにわたしの手助けしてくれる人がほしい。</td> <td>②生活の全体を豊かにしながら、安心して生活できるよう支援していくとともに、いふことを伝えられるよう支援を積んでいく。</td> <td>1年(平成27年1月)</td> <td>・障がい者支援施設(施設入所支援・主治介護) 施設がどのようなプログラムを持っているか、施設の広報誌、ホームページなどを確認し、実際にどのような経験ができるのか相談支援専門員も理解しておく。</td> <td>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。</td> <td>3ヶ月</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>成年後見制度を利用し支援者(後見人)を確保する。</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>⑤年金管理制度の実践(年金額から支給金額まで)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			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	②お母ちゃんの代わりにわたしの手助けしてくれる人がほしい。	②生活の全体を豊かにしながら、安心して生活できるよう支援していくとともに、いふことを伝えられるよう支援を積んでいく。	1年(平成27年1月)	・障がい者支援施設(施設入所支援・主治介護) 施設がどのようなプログラムを持っているか、施設の広報誌、ホームページなどを確認し、実際にどのような経験ができるのか相談支援専門員も理解しておく。	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。	3ヶ月				成年後見制度を利用し支援者(後見人)を確保する。						⑤年金管理制度の実践(年金額から支給金額まで)			<table border="1"> <tr> <td>他の留意事項</td> </tr> <tr> <td>各生活場面での自分で出来る必要なことを整理してもらおう。</td> </tr> <tr> <td>施設のプログラムを実際に体験して、自分を受け、健康新ために。</td> </tr> <tr> <td>他の開きと連携する。</td> </tr> <tr> <td>施設については、本会議で決めていく。</td> </tr> <tr> <td>協力医療機関の金銭管理についても決めていく。</td> </tr> <tr> <td>他の相談生は活用する。</td> </tr> <tr> <td>お問い合わせ等に答える。</td> </tr> </table>			他の留意事項	各生活場面での自分で出来る必要なことを整理してもらおう。	施設のプログラムを実際に体験して、自分を受け、健康新ために。	他の開きと連携する。	施設については、本会議で決めていく。	協力医療機関の金銭管理についても決めていく。	他の相談生は活用する。	お問い合わせ等に答える。				
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																																				
②お母ちゃんの代わりにわたしの手助けしてくれる人がほしい。	②生活の全体を豊かにしながら、安心して生活できるよう支援していくとともに、いふことを伝えられるよう支援を積んでいく。	1年(平成27年1月)	・障がい者支援施設(施設入所支援・主治介護) 施設がどのようなプログラムを持っているか、施設の広報誌、ホームページなどを確認し、実際にどのような経験ができるのか相談支援専門員も理解しておく。	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。	3ヶ月																																				
			成年後見制度を利用し支援者(後見人)を確保する。																																						
			⑤年金管理制度の実践(年金額から支給金額まで)																																						
他の留意事項																																									
各生活場面での自分で出来る必要なことを整理してもらおう。																																									
施設のプログラムを実際に体験して、自分を受け、健康新ために。																																									
他の開きと連携する。																																									
施設については、本会議で決めていく。																																									
協力医療機関の金銭管理についても決めていく。																																									
他の相談生は活用する。																																									
お問い合わせ等に答える。																																									
別支援計画のニーズ			サービス等利用計画で定めた総合的な支援目標について、個別支援計画ではさらに掘り下げ、サービス事業所における支援提供の具体的な目標・支援内容を記載する。																																						
長期目標(内容・期間等)			本人のニーズの実現に向かい、各サービス事業所が同じ方向を向いて支援するために、サービス担当者会議において支援目標を共有し、各事業所の役割を明確にすることが重要である。																																						
短期目標(内容・期間等)																																									
○支援計画内容																																									
<table border="1"> <tr> <th>ニーズ</th> <th>支援目標</th> <th>支援内容(内容・留意点等)</th> <th>支援期間(頻度・時間・期間等)</th> <th>サービス提供機関(提供者・担当者等)</th> <th>優先順位</th> </tr> <tr> <td>②お母ちゃんの代わりにわたしの手助けしてくれる人がほしい。</td> <td>今後の生活の相談を定期的ににする。</td> <td>・定期的に現在の生活で満足していることや困っていることを聞く。 ・将来の生活についての希望を聞く。</td> <td>月2回</td> <td>・○○相談支援事業所 担当者○○ ・サービス管理責任者△△</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>②母親以外の介助者の介助を受ける経験をする。</td> <td>・③本人の身体能力にあった適切な介助法と介助体制を考えていく。 ・③各生活場面での介助方法を整理する。</td> <td>6ヶ月</td> <td>・サービス管理責任者△△ ・理学療法士 ・担当職員□□</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>健康状態を確認する。</td> <td>④入所健康診断を行い、現在の健康状態を把握する。</td> <td>3ヶ月</td> <td>・サービス管理責任者△△ ・看護師 ・協力医療機関○○病院</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>③お小遣いは自分で使えるようになった。</td> <td>②外出を含めた日中活動のプログラムを経験する。</td> <td>・日中のプログラムに参加する。 ・担当職員と外出する。</td> <td>3ヶ月(月～金) 3ヶ月(1週間に1回程度)</td> <td>・サービス管理責任者△△ ・担当職員□□</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>⑤年金管理制度の支援を受けながら、職員と相談しお小遣いを使えるようになる。</td> <td>・金銭管理サービスの利用 ・施設での生活に慣れてきたら、担当職員と一緒にお小遣い帳をつけてお金を使う。</td> <td>3ヶ月</td> <td>・サービス管理責任者△△ ・担当職員□□</td> <td>2</td> </tr> </table>			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	②お母ちゃんの代わりにわたしの手助けしてくれる人がほしい。	今後の生活の相談を定期的ににする。	・定期的に現在の生活で満足していることや困っていることを聞く。 ・将来の生活についての希望を聞く。	月2回	・○○相談支援事業所 担当者○○ ・サービス管理責任者△△	3		②母親以外の介助者の介助を受ける経験をする。	・③本人の身体能力にあった適切な介助法と介助体制を考えていく。 ・③各生活場面での介助方法を整理する。	6ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・理学療法士 ・担当職員□□	1		健康状態を確認する。	④入所健康診断を行い、現在の健康状態を把握する。	3ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・看護師 ・協力医療機関○○病院	1	③お小遣いは自分で使えるようになった。	②外出を含めた日中活動のプログラムを経験する。	・日中のプログラムに参加する。 ・担当職員と外出する。	3ヶ月(月～金) 3ヶ月(1週間に1回程度)	・サービス管理責任者△△ ・担当職員□□	2		⑤年金管理制度の支援を受けながら、職員と相談しお小遣いを使えるようになる。	・金銭管理サービスの利用 ・施設での生活に慣れてきたら、担当職員と一緒にお小遣い帳をつけてお金を使う。	3ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・担当職員□□	2			
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																																				
②お母ちゃんの代わりにわたしの手助けしてくれる人がほしい。	今後の生活の相談を定期的ににする。	・定期的に現在の生活で満足していることや困っていることを聞く。 ・将来の生活についての希望を聞く。	月2回	・○○相談支援事業所 担当者○○ ・サービス管理責任者△△	3																																				
	②母親以外の介助者の介助を受ける経験をする。	・③本人の身体能力にあった適切な介助法と介助体制を考えていく。 ・③各生活場面での介助方法を整理する。	6ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・理学療法士 ・担当職員□□	1																																				
	健康状態を確認する。	④入所健康診断を行い、現在の健康状態を把握する。	3ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・看護師 ・協力医療機関○○病院	1																																				
③お小遣いは自分で使えるようになった。	②外出を含めた日中活動のプログラムを経験する。	・日中のプログラムに参加する。 ・担当職員と外出する。	3ヶ月(月～金) 3ヶ月(1週間に1回程度)	・サービス管理責任者△△ ・担当職員□□	2																																				
	⑤年金管理制度の支援を受けながら、職員と相談しお小遣いを使えるようになる。	・金銭管理サービスの利用 ・施設での生活に慣れてきたら、担当職員と一緒にお小遣い帳をつけてお金を使う。	3ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・担当職員□□	2																																				

平成26年2月2日 利用者氏名 ○○ ○子 印

サービス管理責任者 △△ △△ 印

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で確かめるこまめな相談、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作成す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ピクチャーズ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も留意する。
- ・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。

【事例2】精神科病院からの地域移行の事例

～ピアサポーターの応援で、住み慣れたまちで新しい暮らしを始める～

1. 事例の概要

◆年齢	40歳	◆性別	男
◆障がいの状況	精神障がい、統合失調症、精神障がい者保健福祉手帳2級		
◆生活状況	<p>20歳の頃に統合失調症発症。22歳時から○精神科病院へ入院。以後、入退院を10数回にわたり繰り返す。服薬が不規則になり、「悪魔が腹の立つことを言ってくる」と大声で怒鳴り返したり、一晩中ブツブツと独り言を言い続けるなど、幻聴に基づく行動に左右されて入院を繰り返す。日常家事は父がこなしており、本人は自宅で音楽を聞いたり、タバコを吸って過ごすなど一人で家に閉じこもることが多かった。</p> <p>37歳の時、一緒に暮らし身の回りの援助を行っていた父が死去。単身生活となるが、父の死後1ヶ月頃から幻聴が活発、混乱状態となり、○○精神科病院へ入院。「家で一人で暮らせないのではないか」との不安がぬぐえず、現在まで3年間入院を続けている。</p> <p>なお、自宅は府営住宅であったが、入院が長引く中で退去となる。</p>		
◆家族状況（ジェノグラム）			
◆相談に至るまでの経緯	<p>○○病院の入院後3ヶ月経過した頃から自宅への外泊を行うものの、夜間不安になったり幻聴でしんどくなり、退院には至らず。グループホームへの体験利用をするものの、共同生活の負担感を強く感じ、入居には繋がらなかった。</p> <p>半年前から、○○病院に退院促進支援事業の一環で、○○市内の地域活動支援センターでピアサポーターとして活動している人が定期的に病棟に訪ねてきていた。長期入院から退院して一人で暮らしているピアサポーターが自宅での生活や日中過ごしている様子を録画して見せてくれたり、日々どのように暮らしているか体験談を色々話してくれたりした。「今まで父が面倒を見てくれていた中で、他の人がどうやって暮らしているか知らなかった。」「自分の部屋があつてそこでのんびり暮らせるのはいいね。でも、大変じゃないか？」とピアサポーターにポツリポツリと話すようになる。</p> <p>医療機関スタッフと地域体制整備コーディネーター（※）とで話しあい、地域移行支援を提案し、△△市障がい福祉課担当者に相談。父と長年暮らした△△市に戻りたいとのことで、△△市の相談支援事業所に相談。</p>		

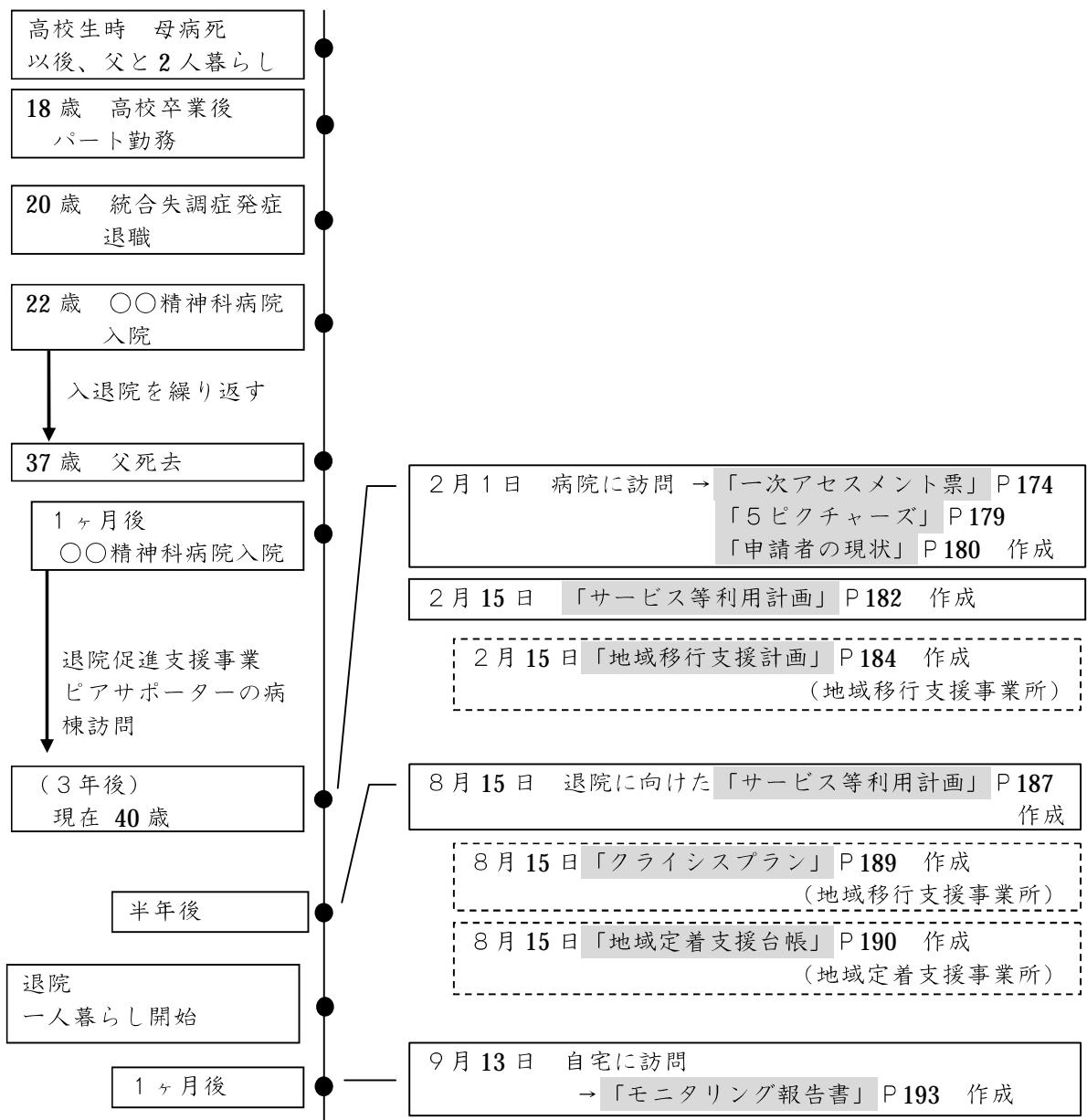
※地域生活への移行に向けて、本人や精神科病院に対して働きかけや地域相談支援のための体制整備のための活動を行う者をいう。

◆アセスメントする上での配慮点

- ・退院後に一人暮らしを希望するが、未経験。一人暮らしの体験などにより、在宅に近い状況下でのアセスメントの追加が必要。
- ・ピアソポーターとの交流を続けていたこともあり、当事者との話の中で自分の思いを話せる可能性が高いため、当事者と交流する機会を継続していくことも念頭に入れ、アセスメントを実施。

2. 支援プロセス

◆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. 345678 氏 名 : ○○ ○彦 訪問年月日 : 平成 26 年 2 月 1 日 訪問者所属 ○○相談支援センター 氏 名 ○○ ○○		訪問目的（事前に具体的に記入） ピアソーターなどの退院への働きかけで、退院して一人暮らしを考え始めている。退院実現に向けてのアセスメントの実施及び本人の意向、医療関係者の意見の確認。				
障がい者本人の概要	生活歴	両親との3人での生活。小・中・高校と普通校。高校在学時に母が病死。その後父との二人暮らし。 高校卒業後すぐに□□市内の会社にパート勤務。20歳の頃発病し、仕事も退職。 22歳の頃から○○精神科病院に入退院を繰り返す。 途中、アルバイトをした時期もあるが、長くは続かなかった。父が仕事をしながら家事をこなす。本人は通院以外はほとんど自宅で過ごす生活を送る。 37歳の時に父が入院し単身生活となつたため、ヘルパーの利用開始。その後まもなく父が死去。父の死後 1ヶ月頃から精神状態が悪化し○○精神科病院に入院。入院して3年が経過。退院の支援等を検討することとなる。				
		病歴・障がい歴	年月	事 項	年月	事 項
			20 歳	統合失調症発病		
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] 統合失調症。20歳の頃発病。22歳時より○○精神科病院に受診。10数回に渡り入退院を繰り返す。 父と暮らしていた頃は2週間に1回、父が同伴して○○精神科病院へ通院。父が同伴できなくなつてからは一人で病院へ来ることはできていた。						
医療保険 被保険者（本人・家族） ■ 国民健康保険 □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 :						
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 現在、入院中						
介護者						
(医療関係者)	<input type="checkbox"/> 食後の薬の手渡し <input type="checkbox"/> 一週間分の小遣い金を渡す。○作業療法等への活動参加への促し					
[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						
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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	現在入院中。入院後に府営住宅を引き払っている。	一人で過ごすのは寂しいが、自分ひとりの部屋も欲しい。退院するなら住むところを見つけるといけない。	入院して1年経った頃にグループホームの利用体験あり。
住環境	<input type="checkbox"/> あり <input 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入院中。看護師が毎回手渡し。	薬を飲み忘れないか心配。	入院前は父が用意した食事の側に薬を用意して置いてくれていた。
食事管理	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入院中。病院食。		
病気に対する認識	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	現在、病状が落ちているため認識できる。		
体力	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input 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			
起き上がり	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
衣服着脱（上衣）（ズボン等）	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	ボタン等のない服を選んで着ている。	ジーンズやベルトは苦しい。 服や髪型とか考えることが面倒になり、つい、むさくるしい格好になってしまふ。	全般的に意欲が低下しており、整容等に关心が向き辛い。促しがあれば、行為はできる。 衣類等、季節や場面に合わせた服装を選ぶことには援助が必要。
整容行為	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	意識、関心が向きづらい。入浴の際に着替える。		
食事行為	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
排泄行為（排尿）（排便）	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
入浴行為	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病院で決まった日に入ることはできる。		
ベッド等への移乗	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
屋内移動	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
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			
交通機関の利用	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	決まったルートで慣れたところのみ可能。		
調理等（後片付け含む）	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	父が行っており、経験が少ない。	家事は苦手なので手伝って欲しい。 父ちゃんのようにちゃんとやる自信はない。	
洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病棟でコインランドリーを使うことはできる。		
掃除	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	掃除機等を扱うことはできていた。		

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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	声かけて行う。自らは行わない。		
ベッドメーキング	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	シーツの交換は看護スタッフが定期的に行なっている。		
書類の整理	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	一人で内容を確認することがしんどい。	書類は読むだけでもしんどい。手伝って欲しい。	
買物	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	院内の売店や、近くのコンビニでおやつを買うことはできる。		
衣類の補修	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	したことがない。		
育児	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
家族の介護	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	言語による。	難しいことを言われるとしんどくなる。	
意思伝達の程度	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	込み入った内容の場合 援助が必要。		迷って決められないことも多く、判断しやすいように援助することが必要。 幻聴や妄想に影響を受け、判断に困ることもある。
他者からの意 思伝達の理解	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	込み入った内容の場合 援助が必要。		
対人関係	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	他者の言動を被害的に捉えることがあるため、援助を要する。		
友だち	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	相手から声をかけてくれるのを待っている。	友達が欲しい。	
電話やFAX の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	決まった場所に固定電話からかけることができる。		
携帯電話の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	持っていない。使ったことがない。		
ワープロや パソコンの使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	持っていない。使ったことがない。		
インターネット の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	持っていない。使ったことがない。		
筆記	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			

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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	父の残した預貯金。	お金が無くなった時はどうしたらいいのか心配。助けて欲しい。	障がい年金の請求資格がなかったとのことで、預金がなくなれば生活保護申請も考える。
お金の使い方	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	1週間分の小遣いを管理。お菓子や飲み物を購入。	自分が使い過ぎているのかどうかが判断できないので、教えて欲しい。	
通帳等の管理	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	父の入院後、自分で管理。		
銀行等の利用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病院の職員が銀行へ同伴。		
財産の管理	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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
現在の日中の活動の場	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入院中。作業療法に参加。		病院内の作業療法へはスタッフに促されて参加している。
就労に関すること	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
教育に関すること	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	CDで音楽を聞く。		
レクレーションへの参加等	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
旅行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
当事者活動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ピアソポーターの面会を楽しみにしている。		
社会的活動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
余暇の過ごし方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	音楽をきく。横になる。		

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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	○○相談支援センター		
相談しやすい人	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病院スタッフとピアソポーター○○さん。	ピアソポーターさんから体験を教えてもらうのは分かりやすい。	
家族	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
他の関係機関等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入院前にヘルパー利用経験がある。		
成年後見等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		料理やお風呂沸かしは父にやってもらっていたので、自分ひとりで火の管理をできるか心配。	本人と火の管理や緊急時の対応について、事前に話し合って対応方法を決めておくことが必要。
火の始末	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	タバコを喫煙場所に行って吸っている。		
社会的適応を妨げる行為	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病状が落ち着いている時は問題なし。		
緊急時の対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	困ったことがあると病棟の看護士に話すことはできる。	今は病院の職員さんがすぐ側にいるけど、ひとりだとすぐに相談できるか心配。	

【本人の要望・希望する暮らし】

また△△市に戻って暮らしたい。一緒に暮らしていた父ちゃんが亡くなり、寂しいし不安。ピアソーターの○○さんみたいに皆に助けてもらったら何とかなるのかもしれない。自分の部屋でのんびりしたい。父ちゃんと時々晩酌していたのが楽しかったので、時々思い出しながら晩酌するのもいいと思う。友達ができたらどこかに一緒に出かけるのもいいと思う。友達が欲しい。

【家族の要望・希望する暮らし】

【関係職種の情報】 医療機関スタッフ	【家屋の見取り図】 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 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
穏やかな性格。病状が落ち着いていれば、支援を拒むことはなく、援助に対してのお礼も言える。 意欲が低く、促さなければ一日中病室で横になってしまふ。 通院と服薬をきっちりと行ない、生活面の援助体制が整えば、在宅での単身生活も可能と思われる。	今後、住む家を探す予定。

【対応者総合所見（注意すべき点、気になる点を含む）】

- ・ 体験の少なさには、ピアソーターの力を借り、自信をつけてもらう。
- ・ 支援がどこまで必要か、場面を変えてのアセスメントが必要であり、退院の支援を進める経過の中で整理していく必要がある。

作業ベースシート：ミスピジョンモデルでの事例整理（平成26年2月1日現在）利用者氏名（〇〇〇）記入者（〇〇〇）

Pic. 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）

- ②よい体調を保ちたいけど、薬を忘れずに飲めるか心配
- ③一人暮らしをするにはどうすればいいか、イメージがつかないし自信がない。

利用者の思いの要約

僕は頼りにしていた父ちゃんが死んで、調子を崩して入院しました。今は知っている人に困まれて寂しくないけど、①長年住み慣れた町もええなども思う。③でも一人だったら父ちゃんみたいに家のことができるか不安。父ちゃんととの晩酌ができないのも寂しいなあ。（114字）

Pic. 2 こうありたいと思う将来像

- サービス等利用計画の希望する生活
- 総合的な援助の方針

本人のニーズ

- ①家族と一緒に暮らしていいた慣れた町で、のんびりと暮らしたい。

近づくためのアイデア帳
・ピアソーターさんと一緒に暮らしの様子を聞く。
・住んでいた地域に出かけたり、活動場所に行つてみる。

Pic. 3 現在の生活状況

簡単なプロフィール／これまでの生活／今的生活

- ・幼少の頃に△△市に引越し、その後△△市に長く住む。
- ・母は高校の頃に死別。以降、父と2人暮らしだ。
- ・身の回りのことはほとんど父が行っていた。
- ・高校卒業後からパートで仕事。20歳の頃に統合失調症を発症。退職に至る。22歳の頃から〇〇市的精神科病院に通院。入退院を繰り返す。
- ・父が入院してからヘルパーを利用。父が亡くなり、その後調子を崩して入院。
- ・入院して3年が経過。

Pic. 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）素直、会話を楽しめる。お礼を言うことができる。父を尊敬している。心配ごとを伝えることができる。父と一緒に暮らすことができる。決まった所なら電車やバスに乗れる。

（環境）病院と住み慣れた町が隣町で近い。交通の便がよいい。

■短期目標

■サービス等利用計画の

■支援目標

Pic. 5 近づくための方法

大事な一步（インパクトゴール）

- ①退院してどのような生活ができるか、体験してみる。

（大事な一步のためには～）

- ④退院を手助けしてくれる人と会って力を借りる。
- ②実際に一人暮らしかしている人から話を聞いてみる。
- ③一人暮らしを続けるための体調を保つ方法を考える。

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成26年2月1日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○ ○○
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

○支援経過

20歳のときに突然叫んだり、「狙われている」と窓にシートを貼って寝たりするようになる。21歳の時に家を飛び出して保護されたり、大声を出して興奮するようになったため、22歳時○○精神科病院へ受診、入院。

以後、入退院を10数回にわたり、服薬が不規則になり、病的体験が活発になっての入院を繰り返す。服薬していても、妄想や幻聴は持続しているが、行動は影響されずにいる。

母が高校の頃に病死して以降、日常の家事は父がこなしており、本人は自宅で音楽を聞いたり、タバコを吸って過ごし無為自閉傾向が強かった。

37歳の時、父が入院し自宅で一人の生活となることから、ヘルパーの利用開始。まもなく父が死去。独居となる。

父の死後1ヶ月頃から幻聴などが活発、混乱状態となり、○○病院へ入院。

一旦、市内のグループホームへの入居を考えるが、共同生活の負担感が強く、入居にはつながらなかった。

・ADL面では概ね自立。IADL面では援助が必要。重度の統合失調症のため、無為、自閉が強く、思考がまとまりにくいため、ものごとの段取りを取るのに、声かけや促し、同行が必要。

・入院中に父と一緒に暮らしていた部屋は引き払う。病院と伯父で預かれる程度の家電や荷物を保管。

・半年くらい前から、○○病院のある地域活動支援センターよりピアサポーターが病院を訪ねてくるようになる。病院のソーシャルワーカーに勧められ、本人もピアサポーターの体験を聞いたり、自分のことを話すようになっていた。

2. 利用者の状況

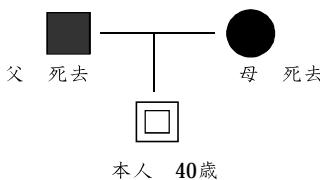
氏名	○○ ○彦	生年月日	○年○月○日	年齢	40歳
住所	○市			電話番号	
障がいまたは疾患名	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			FAX番号	
統合失調症（精神障がい者 保健福祉手帳2級）	障がい支援（程度）区分	区分3	性別	男・女	

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入

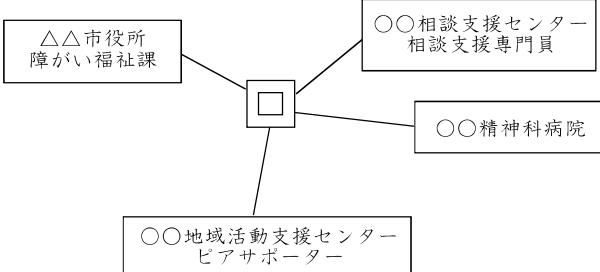
単身生活

両親とは死別。

伯父と連絡は取れるものの、日常の交流はなし。



社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)



生活歴 ※受診歴等含む

○○市の高校を卒業後、□□市内の工場にパート勤務。20歳の頃発病し、仕事も退職。

22歳の頃から、入退院を繰り返す。

途中、アルバイトをした時期もあるが、長くは続かなかった。

37歳の時に父が死去し、単身生活となる。

医療の状況 ※受診科目・頻度・主治医・疾患名・服薬状況等

統合失調症。

22歳の頃より○○病院（精神科）への入退院を繰り返す。

2週間に1回の通院には父が同伴。薬の管理も父が行なうが、仕事で日中不在のため、薬を飲み忘れることが多く、症状が悪化して入院に至ることも多かった。

父の死去に伴い、37歳から○○病院へ入院。

入院中は服薬の確認と、心身の調子の確認を定期的にできているため、固定した妄想や、日々幻聴もある様子だが、落ち着いて過ごしている。

本人の主訴(意向・希望)

色々な人に助けてもらいながら、父と一緒に暮らしていたまちでのんびり暮らしたい。

一人暮らしで自分の部屋が欲しいが一人だと不安で寂しい。友達が欲しい。

家族の主訴(意向・希望)

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)					
精神科病院	○○病院	精神科入院治療 週1回、作業療法	毎日	37歳～現在入院中 (3年間)	
その他の支援	地域体制整備コーディネーター	○○地域活動支援センター (担当職員□□さん) ○○地域活動支援センター (ピアサポーター○○さん)	月1回 ○○病院への訪問 体験談を話す。	月1回	

別紙2

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	○○ ○彦	障がい支援(程度)区分	区分3	相談支援事業者名		相談支援セッター ○○ ○○
				計画作成担当者	計画作成担当者 ○○ ○○	
		月	火	水	木	金
6:00		起床	起床	起床	起床	起床
8:00		朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
10:00		診察				
12:00		昼食	昼食	昼食	昼食	昼食
14:00		入浴	入浴	作業療法 (カラオケ)	入浴	調査 ・ピアソーターの病棟 訪問・交流イベント(月 1回)に参加。
16:00						
18:00		夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
20:00						
22:00		就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
0:00						
2:00						
4:00						

地域移行支援導入時

サービス等利用計画

様式2-1

利用者氏名 障がい福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○彦 1234567 7654321	障がい支援(程度)区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	区分3 0円 モニタリング期間(開始年月) 平成26年2月15日	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○
希望する生活 総合的な援助の方針 長期目標 短期目標	<p>利用者: ①家族と一緒に暮らしていいた慣れれた町に戻って暮らしたい。自分の部屋でのんびりと、好きな歌を聴いたり唄ったりして過ごしたい。</p> <p>家族: 退院してどのように暮らすことができるのか、色々な人に話を聞いたり体験したりしながら考え、一緒に退院の準備をします。</p> <p>①退院して住み慣れた町に戻り、自分の部屋でのんびりした暮らしを始めます。</p> <p>②退院してどのように暮らすことができるかを体験を通してイメージできること。</p>				
計画作成日	モニタリング期間(開始年月) 6ヶ月(平成26年8月)				
利用者同意署名欄	○○ ○彦				

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	④長年住んでいた町で暮らしよるよう手助けして欲しい。	①退院の準備ができるまで支援計画立てて、取り組む。	6ヶ月(平成26年8月)	地域移行支援(月2回以上) 面接、一緒に外出する。	△△相談支援センター △△	話をしたり、住んでいた街を見に行く中で、退院後の暮らし方を思い浮かべる。	3ヶ月	病院内のアセスメントだけではなく、体験を通じて、本人のできるなどを
2	③一人暮らしのイメージがつかない自信がないから教えて欲しい。	②退院後の暮らしをイメージで見る。ボーダーに話を聞く。	6ヶ月(平成26年8月)	地域移行支援(月2回以上) 面接、一緒に外出する。 地域活動支援センターのビデオサポートの訪問	△△相談支援センター △△ ○○地域活動支援センター	心記事や退院後にできたらいいと思うことを尋ねる。	3ヶ月	ビアサポートの体験談を参考に聞きながら、地域移行推進員と一緒に退院に向けての活動をします。
3	②よい体調を保てるようになりたい。	③入院中に服薬や体調管理の準備をする。 幻聴などで体調が心配になかったときの対策を考える。	6ヶ月(平成26年8月)	病院での支援。 薬の自己管理の支援。 地域移行支援(月2回以上) 面接	○○病院 主治医、○○病院の職員 △△相談支援センター △△	体調や疲れ具合など、気がついたことを先生や看護師さんと話す。	3ヶ月	SOSのサインや対処法を考え、クリエイティブプランを作ります。
4	地域移行支援計画の ■私の期待や不安	入院医療機関での治療方針、看護の取り組み、リハビリプログラム、退院へ向けての取り組みなどを確認していく。 医療機関スタッフとの連絡も明確にし、退院後の生活に生かせるものを、本人と一緒に取り組んでもらうとよい。					地域移行支援計画の ■協力する内容	体調が悪くなったり、不安になれば安心できるだけだとときに、どのような行動をとれば安心できるか見直しがちるようになります。 クリエイティブプラン(P189参照)を作成していく。 本へ自身の振り返りや支援者への対処方法の確認を通して、本人自身が考えていけるよう支援していく。
5								

「厚生労働省サービス等利用計画・障害児支援利用計画等様式例」を一部改変

地域移行支援導入時

サービス等利用計画(週間計画表)

様式2-2

計画開始年月	平成26年3月	月						主な日常生活上の活動
		月	火	水	木	金	土	
		障がい支援(程度)区分	区分3 ○○相談支援センター	区分3 ○○相談支援センター	区分3 ○○相談支援センター	区分3 ○○相談支援センター	区分3 ○○相談支援センター	
利用者名 障がい福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○○彌 1234567 7654321	利用者負担上限額 通所受給者証番号	0円 7654321	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○○○○○	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○○○○○	
6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床	現在、入院中。 自らの病院への外出は自由。
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食後と寝る前。 ⇒ 話す所に自分から薬を取る 1日分、1日分と徐々に自分で薬を管理できるようにしていく。
10:00	診察							
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00	入浴							
16:00								・△△相談支援センタードス ・ピアサポートサーの病棟訪問・交流イベント(月1回)に参加。
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00								
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00								
2:00								
4:00								

△△相談支援センターと退院に向けての相談をしたり、外出や体験宿泊などをすることにより、退院に向けて自信をつけながら準備を進めます。
ピアサポートセンターの体験を教えてもらうことにより、一人暮らしについて具体的にイメージできます。

サービス提供
による実現
する生活の
全像

地域移行支援計画

これから先、6か月の計画です。自分のペースで取り組みます。今の時点の計画です。毎月相談をして、必要な時は見直しをしましょう。

利用者氏名： ○○ ○彦 さん

サービス等利用計画の到達目標	退院後の暮らしについて、色々な人に話を聞いたり体験したりしながら考え、退院に向けて準備をする。
(1)長期(内容及び期間等)	①退院して住み慣れた町に戻り、自分の部屋でのんびりした暮らしを始めます。
(2)短期目標(内容及び期間等)	①衣食住をはじめ、どうすれば生活を送れるかイメージできる。

↓ 私(本人) ○○ ○彦 自身がすることを矢印の下に書き込みます

私(○○○彦) の期待や不安	その為に 協力する人	協力する 内容	支援上の留意 事項等	協力(支援)の目安
③一人で身の回りのことができるか、心配。	推進員△△△さん ピアサポートナー	②生活についての話をします。 ①一緒に体験しに行く。	△△市に外出しながら、生活や家のイメージをつかみます。	△△市に出て、店や町並みを知る。一人暮らしに必要な手助けをピアサポートナーに聞いて書き出す。
住み慣れた町で住む家を探したい。	推進員△△△さん	①一緒に家を探します。		体験宿泊を通して、どのような場所や部屋に住みたいか決める。一人暮らしに必要な手助けを書き出す。
一人で過ごすのは寂しいと思う。	推進員△△△さん 地域活動支援センター 生活介護事業所	①話をできたり遊び場を探し、同行します。	無理の無いペースで、本人と相談しながら行います。	行きたい場所を決めて、一緒に見学・お試し利用してみる。
②よい調子で過ごしたい。	病院職員△△△さん 推進員△△△さん	③調子を保つ方法と困ったときの対処方法を一緒に考えます。	本人と一緒に振りかえりながらプランを作ります。	調子の変化するときの特徴を振り返り、書き出してみる。外出や利用体験をする中で気付いたことを書き出す。薬を自分で間違えずに飲めるように練習する。

医療機関と連携し、病院内で取り組めるることも計画に入れていくことよい。ケア会議にて役割分担を明確にしておく。

利用者名 _____
同 意 日 平成26年2月20日
印

指定一般相談支援事業所 △△相談支援センター
相談支援専門員(地域移行推進員) △△ △△ △△ 印

支援中期（平成26年6月）

(様式20)

支援終期（平成26年8月）

(様式20)

地域移行支援提供実績記録票

地域移行支援提供実績記録票

受給者番号	支給決定障害者氏名	○○ ○彥	事業所番号	△△ 相談支援センター
-------	-----------	-------	-------	-------------

日付	曜日	支援実績	備考	利用者 確認印
		算定日数	サービス提供の状況	
5	木	1	体験宿泊 同行支援	
6	金	1	体験宿泊 同行支援	
13	金	1	訪問相談 同行支援	
20	金	1	体験利用 同行支援	
27	金	1	体験利用 同行支援	

- ◆体験宿泊を通じて支援（2時～翌日9時）
- ・○○精神科病院～体験宿泊先で感想、状況等確認
- 【ボイント】
 - ・一日喫食管理（寝る前、朝食後）
 - ・服装管理（朝食の準備（パン、コーヒー））

- ◆退院後に利用する日中活動などのサービス
 - ・スの体験のための同行支援
 - ・9時 ○○精神科病院に迎え
 - ・10時～13時 ■■生活介護事業所体験利用（プログラム参加状況等確認）
 - ・13時 ■■生活介護事業所から病院へ送り。体験利用の感想、状況等確認。

【本験利用や体験宿泊の提供時の配慮点】

- 希望する生活スタイルに合わせた体験宿泊先、体験利用先を検討。
- ・漠然としていたイメージが体験を通じて、より具体的になることで、本人の気持ちに懽れが生じる可能性があるので、アセメントを繰り返して、状況に応じた地元に行支援を進める。

受給者番号	支給決定障害者氏名	○○ ○彥	事業所番号	○○ ○彥	事業所番号	△△ 相談支援センター
-------	-----------	-------	-------	-------	-------	-------------

日付	曜日	支援実績	利用者 確認印
		算定日数	サービス提供の状況
1	金	1	
5	火	1	
6	水	1	
12	火	1	
13	水	1	
14	木	1	
15	金	1	
16	土	1	
17	日	1	
18	月	1	
19	火	1	
20	水	1	
21	木	1	
22	金	1	
23	土	1	
24	日	1	
25	月	1	
26	火	1	
27	水	1	
28	木	1	
29	金	1	
30	土	1	
31	日	1	

【地域移行支援の提供後期での配慮点】

- ・退院後の生活に向けた支援（生活用品や家財道具の購入）
- ・必要な物品のリストアップ
- ・○○精神科病院～スーパーとの連絡・購入手続き等の支援
- ・金銭管理の状況確認
- ・新居への運び込み

退院時

サービス等利用計画

様式2-1

利用者氏名 障がい福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○彦 1234567 7654321	障がい支援(程度)区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	区分3 0円 平成26年8月15日	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○
計画作成日		モニタリング期間(開始年月)	1ヶ月(平成26年9月)	利用者同意署名欄	○○ ○彦
<p>希望する生活</p> <p>利用者：色んな人に助けてもらいたいながら、今の家で生活を続けたい。 一人暮らしで寂しいので、色々な人と出会って交流できるようになりたい。</p> <p>家族： 安定した生活を長く続けるよう、定期的な受診や服薬を続けて体調を保ち、関係機関と連携を取って生活を支援する。 交流を広げられるよう、日中に通える先で様々なことにチャレンジできるよう、支援を行なう。</p> <p>総合的な援助の方針</p> <p>長期目標</p> <p>短期目標</p> <p>日中に通う先が見つかったので、続けて通って、仲間をつくる。</p> <p>新しい生活の始まりに伴い、本人の希望も変化するため、細やかに聞き取る。</p> <p>各支援事業所の個別支援計画と運動する。</p> <p>生活環境が大きく変わる時は、退院して早い時期に訪問し、状況を把握する。モニタリングを通じて、細やかに支援内容を調整することが必要。</p>					
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 種類・内容・量(頻度・時間)	評価時期 その他の留意事項
1	新しい生活に慣れるまで、緊急事態にすぐに応じられる様にして欲しい。	24時間の連絡体制を整え、できるだけ通い、色々な活動をする。	1年(平成27年7月)	地域定着支援 △△相談センター △△	本人の役割 提供事業者名(担当者名・電話) 困ったときには、すぐには、すぐには連絡する。
2	日中を楽しむながら週ごとに通院先に通院し、薬を飲んで調子を保つ。	6ヶ月(平成27年1月)	生活介護：金曜	事業所に出かける準備を自分で行なう。	1ヶ月 自宅から生活介護事業所までは、事業所の送迎バスを利用。 必要なときには、本人と相談して移動支援の申請を行います。
3	幻聴など気になることを解決して欲しい。	3ヶ月(平成26年10月)	・通院医療：週1回+必要時 ・居宅介護(通院介助) ・訪問看護：週1回	○○通院ヘルパーステーション ○○訪問看護ステーション ○○ヘルパーステーション	週間に1回通院し、主治医に体調を伝える。薬カレンダーを使い、きちんと飲む。
4	良い体調で、楽に活動できるように保ちたい。	3ヶ月(平成26年10月)	・訪問看護：食事内容のアドバイス、体重の測定。 ・居宅介護：一緒に買い物(週1回)、調理を一緒に行う、入浴の支援(週3回)	□□訪問看護ステーション ○○ヘルパーステーション	食べたい希望メニューをヘルパーさんに伝え、相談して決める。
5	面のことなどを色々教えてもらいたいし、心配事を聞いてほしい。	3ヶ月(平成26年10月)	相談支援：毎月+必要時に訪問	○○相談支援センター ○○	手助けが必要と思ったら、電話で連絡する。

「厚生労働省サービス等利用計画・障害児支援利用計画等様式例」を一部改変

退院時

サービス等利用計画【週間計画表】

様式2-2

利用者氏名 障がい福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	障がい支援(程度)区分 区分3 利用者負担上限額 0円		相談支援事業者名 計画作成担当者 通所受給者証番号	〇〇相談支援センター 〇〇〇〇
	〇〇〇	〇〇〇		〇〇〇〇
計画開始年月 平成26年8月	月	火	水	木
6:00				
8:00	起床	起床	起床	起床
10:00	朝食・朝食後薬 買い物、調理等	朝食・朝食後薬 自宅に8:30迎え バス～電車 受診同席	朝食・朝食後薬 通院介助 通院後、薬局一帰宅	朝食・朝食後薬 送迎
12:00	昼食、昼食後薬	昼食、昼食後薬	昼食、昼食後薬	昼食、昼食後薬
14:00			14:00～訪問看護 調理・洗濯等	
16:00			16:00～17:00 調理等	
18:00				
20:00	夕食・夕食後薬	夕食・夕食後薬	夕食・夕食後薬	夕食・夕食後薬
22:00	寝る前の薬 就寝	寝る前の薬 就寝	寝る前の薬 就寝	寝る前の薬 就寝
0:00				
2:00				
4:00				

サービス提供 による実現 する生活の 全像	退院後、一人での生活を安心して迎えられ、生活の中の楽しみを探りはじめることができます。
--------------------------------	---

危機かな(ピンチかな)と思った時に

(クライシスプラン)

利用者氏名 ○○ ○彦

さん

作成年月日 平成26年8月15日

私の調子が悪くなる前は(サインは)

幻聴が大きい声で話しかけてきて、回りの人の声が聞こえなくなる。
眠れなくなる。

サインかなと思ったら…

私のすること

じっと横になつて休む。

薬を飲む。

お父ちゃんの写真を見る。

誰かと話ををする。

最後まで話を聞いて、見捨てないでほしい。

周りの人にしてほしないこと

一人だと先生に相談に行けないので、一緒に相談に行って欲しい。
納得できない内に入院させられるのは嫌。

同意日

平成26年8月17日

主担当: △△相談支援センター △△ 連絡先: ****-****-****

主治医: ○○精神科病院 ○○医師 連絡先: ****-****-****

行政: △△市役所障がい福祉課 ○○ 連絡先: ****-****-****

その他: ○○相談支援センター ○○ 連絡先: ****-****-****

地域定着支援台帳

最 初	終 更	新 日	年 月 日	修 正 者	△△ △△
期 作 成 日			平成26年8月15日	作 成 者	
台 帳 作 成 相 談 支 援 事 業 所			△△相談支援センター	擔 当 者	△△ △△
計 画 作 成 相 談 支 援 事 業 所			○○相談支援センター	擔 当 者	連絡先
姓 名 ○○ ○彥			性別 (男) 女)	生年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日	(40 歳)
連絡先 住所	〒△△△市			TEL 080-*****-****	
	一人暮らし 家族同居 ・ その他()			FAX	
身体状況 座位・立位保持等 移動	身長	168cm	体重 75kg	現在使用している福祉用具	特になし
	麻痺	■無	□四肢麻痺	□片麻痺(右・左)	□その他()
座位・立位保持等	■無	□可	□不可)	立位保持(■可 □不可)	起立(■可 □不可)
移動	■自立歩行	□介助歩行	□手動式車椅子	□電動車椅子	
障がい又は疾患名	統合失調症			障がい者手帳	精神障がい者保健福祉手帳2級
	自立支援医療	精神科通院医療	健康保険	国民健康保険 ○○○	障がい支援(程度)区分
医療	医療機関名	診療科	主治医氏名	手帳2級	区分3
	○○病院	精神神経科	○○医師		
服薬状況	朝・昼・夕	ジブレキサ ○ミリ	眠前 ○○	○ミリ	薬局で一包化 日付印字 薬力レンダーにセット
	○○	○○			
病歴	年 月	事 項	年 月	事 項	
	○年○月	○○病院に入院 統合失調症の診断(20歳頃の発症) 以後、入退院を繰り返す。	○年○月	高校卒業後、工場でパート勤務 ○年○月 工場を退職。	
経済状況	年 月	事 項	年 月	事 項	
	○年○月	○○病院に入院(～平成26年8月)	○年○月	父死去	
		26年8月 △△市にて一人暮らし開始			
生活保護	有・無	障がい年金の種類なし	その他特記事項	障がい年金受給資格を満たさず。父の残した貯金を切り崩して生活費に当てている。	

家族 親族	氏名	続柄	年齢	職業・学校	同居・別居	連絡可否 優先順位	連絡先	緊急連絡先	備考
	○○ ○○	伯父	75歳 歳		別居 可	*****-*****-*****			
関係機関	種別	関係機関名		担当者名	連絡先	緊急連絡先			備考
	市役所	△△市役所	障がい福祉課	○○ ○○さん	*****-*****-*****	080-*****-*****	毎週水曜日14~15時利用		
	訪問看護	□□訪問看護ステーション		○○ ○○さん	*****-*****-*****	090-*****-*****	家事援助、通院介助		
	居宅介護事業所	○○ヘルパーステーション		○○ ○○さん	*****-*****-*****	毎週金曜日9~16時利用			
	生活介護事業所	○○事業所		○○ ○○さん	*****-*****-*****				
※接護の実施者、福祉サービス事業者、成年後見人、ピアサポートー、大家、保証人、不動産屋、民生委員、消防団・町会などをはじめ近隣の関係のある人など、いざというときに必要(連絡をとつたほうがよい)な人や機関、キーパーソンなどを記入しておく。									
(ライ 関係機関 ライ ン)	種別	会社名		担当者名	連絡先	緊急連絡先			備考
	電気	○○電力		○○ ○○さん	*****-*****-*****				
	水道	△△市水道局		○○ ○○さん	*****-*****-*****				
	ガス	○○ガス		○○ ○○さん	*****-*****-*****				
	電話	○○		○○ ○○さん	*****-*****-*****				
その他									
平成26年8月よりアパートを借りて一人暮らしを始める予定。20歳から統合失調症の発病。○○病院に22歳頃から通院を続け、入退院経験も複数回ある。									
入院前まで父と同居。父が生活全般の援助を行っていた。父の死去等がきっかけで、37歳より○○病院に3年間入院。実際に一人暮らしをしていたピアサポートーが病院を訪ねてくれたことをきっかけに、自分も住み慣れた△△市での一人暮らしを考える。平成26年3月より地域移行支援を開始し、一人暮らしの準備を行う。									
本人に状況や環境についての説明をしてもらう。ADLは自立。									
緊急留意点の									
困ったときは本人にどここの支援機関でもいいので、すぐに連絡してもらいうようにしている。 本人により連絡を受けた支援機関が必要に応じて関係機関へ連絡を入れる。 できただけ訪問して話を聞く体制を作る。訪問の際には本人に訪問の趣旨をきちんと説明して納得を得ること。									

年月日	内容
H26年8月25日	本人宅訪問（13:30～14:15）：計画相談担当者○○氏と一緒に訪問。 退院後、概ね10日間経過したところで、本人の生活状況を訪問して確認。生活に必要な物は前つてきた。買い物をする店も決まっている。公共料金の口座引き落とし手続きをしているが時間がかかるため、郵便物が次々届いてよく分からずに心配と話す。分からぬことや心配なことがある時は、相談をしてよいことを促す。
H26年9月10日	本人より電話（9:30） 【連絡体制の確保】 昨晩、ほとんど一睡もできませんでした。また入院しなあかんのかな？と考えたら不安。 【電話対応・関係機関との連携】 ・訪問看護スタッフが本人宅訪問。 ・訪問看護ステーションより連絡（15:00） 【訪問看護ステーションより報告】 本人に状況を確認。服薬の確認をしたところ、食後の定期薬はきちんと服用しているが、眠れない時の臨時頓服薬は服用していない。入院中は、眠れない時に薬を飲むかを医師に相談して決めることができたが、現在は相談相手が側にいないので飲んでよい部分からなかった。 ⇒訪問看護ステーションより病院へ状況を報告、主治医と服用方法について確認。訪問看護より本人に頓服薬の飲み方をアドバイスすることとする。
H26年9月16日	本人より電話（16:00） 幻聴が聞こえ、気分が悪くしんどいとの電話。話を聞くも、本人はそわそわして落ち着かないと話すため、訪問することとする。
同日	本人宅訪問（16:30～17:10） 訪問し、本人の状況を確認。受診時に主治医よりイライラ時の頓服の飲み方のアドバイスをしてもらつたが、今飲んでよいのか分からず、飲まなかつたとのこと。○○病院へ電話をして指示を聞き、頓服を飲むことを促す。 しばらく付き添うと本人は少し落ち着き、「落ち着いてきました。こんな時に頓服を飲めばいいんですね。」と話す。 まだしんどいときは連絡するよう伝え、訪問を終える。⇒関係機関へ状況を伝える。
H26年10月1日	本人より電話（20:30～20:50） 【居宅訪問（緊急時支援）】 幻聴が聞こえる、隣家の物音が気になるとの電話。話を聞くと、父のいない一人での暮らしが続くことに現実感をともなってきた。 不安で寂しくて、心細い気持ちになつて、居ても立つてもいられない気持ちになつたとのこと。話を聞いて欲しいとの意向。 20分程話を聞いたところで、「気持ちを聞いてもらつて安心したので、寝ます。」と本人は話す。 明日の午前中に訪問の約束をし、電話を終了。
H26年10月2日	本人宅訪問（11:00～11:15） 【電話対応】 昨日からの様子を確認するために訪問。本人は、電話の後、ゆっくり寝ることができる特に問題なく過ごせたとのこと。 「電話で聞いてもらえると分かったから、安心です。」と話す。顔色も普通通りであり、落ち着いた様子であった。 関係機関へ状況を伝える。

退院1か月後

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

様式3-1

利用者氏名 障がい福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○夢 1234567 7654321	障がい支援（程度）区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	区分3 0円 モニタリング実施日	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○	
計画作成日	平成26年8月15日	モニタリング実施日	平成26年9月25日	利用者同意署名欄	○○ ○夢	
全体の状況						
<p>安定した生活を長く続けるよう、定期的な受診や服薬を続けて体調を保ち、関係機関など連携を取って生きてきつた。支援者は入院中に懲りを合わせていたが、退院後不安なく会うことができる。退院前は手続や契約が多く、しないといふことだったため、移動支援の手続きは必要時に行うこととした。退院後は手続や契約が少く、しんどのことだけ早い時期に、細やかに本人の状況や意思を聞き取る。</p>						
総合的な援助の方針						
<p>安定した生活を長く続けるよう、定期的な受診や服薬を続けて体調を保ち、関係機関など連携を取って生きてきつた。支援者は入院中に懲りを合わせていたが、退院後不安なく会うことができる。退院前は手續や契約が少く、しんどのことだけ早い時期に、細やかに本人の状況や意思を聞き取る。</p>						
優先順位	支援目標	達成時期	本人の感想・満足度	支援目標の達成度（ニーズの充足度）		
				サービス提供状況 (事業者からの届け取り)	今後の課題・解決方法・新たな課題 (残された課題、新たな課題)	計画変更の必要性 サービス種類 量の変更 通間計画の変更
1	24時間の連絡体制を整え、緊急事態に対する応対ができる様にする。	1年 (平成27年7月)	日に困ることは相談する努力をされており、連絡はこれまで2回。寝付けずには不安になります。	困ったときは本人から電話をしてくるので、緊急時の対応はできている。	有(無) 有(無) 有(無)	有(無) 有(無) 有(無)
2	日中活動先に通い、色々な活動を体験する。	6ヶ月 (平成27年1月)	引越しが落ち着いた9月～週1回〇〇生活介護事業所に通所。カラオケや散歩などのプログラムに参加。	自分で決めた曜日に定期的に通うことができている。	有(無) 有(無) 有(無)	有(無) 有(無) 有(無)
3	定期的に通院し、薬を飲んで調子を保つ。	3ヶ月 (平成26年10月)	週1回、通院介助を利用しながら公共交通機関を使つて通院。主治医からもよい調子でいるとのことです。	ほぼ目標を達成している。	有(無) 有(無) 有(無)	有(無) 有(無) 有(無)
4	野菜を入れた、バランスのよい食事を取る。	3ヶ月 (平成26年10月)	ヘルパーと一緒に街で買い物、調理をするなど、店員さんと声をかけたり、料理したことなどを確認しながら飲むことができます。	ほぼ目標を達成している。	有(無) 有(無) 有(無)	有(無) 有(無) 有(無)
5	手続など手助けが必要な時に、支援者に連絡できる。	3ヶ月 (平成26年10月)	公共交通金の支払い手続きなど相談支援専門員と一緒に行っている。何か郵便物が届いたときなどは、本人が電話をかけてくれるようになつた。	本人の体調やベースに合わせて家事の手続を調整する。	有(無) 有(無) 有(無)	有(無) 有(無) 有(無)
						[厚生労働省サービス等利用計画・障害児支援利用計画等様式例]を一部改変

退院 1か月後

継続サービス等利用計画【週間計画表】

様式3-2

利用者氏名 障がい福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	障がい支援(程度)区分		区分3 利用者負担上限額 通所受給者証番号		相談支援事業者名 計画作成担当者		〇〇相談支援センター 〇〇〇〇〇〇	
	〇〇〇參	〇〇〇參	〇円					
計画開始年月 平成26年8月	主な日常生活上の活動							
月	火	水	木	金	土	日・祝		
6:00								
8:00 起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床		
10:00 朝食・朝食後潔 買い物、調理等	朝食 通院介助 自家に8:30迎え バス～電車 受診同席	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食		
12:00 昼食・昼食後潔	通院後、薬局→帰宅	昼食・昼食後潔	昼食・昼食後潔	昼食・昼食後潔	昼食・昼食後潔	昼食・昼食後潔		
14:00								
16:00								
18:00 夕食・夕食後潔	夕食・夕食後潔	夕食・夕食後潔	夕食・夕食後潔	夕食・夕食後潔	夕食・夕食後潔	夕食・夕食後潔		
20:00								
22:00 着き前の薬 就寝	着き前の薬 就寝	着き前の薬 就寝	着き前の薬 就寝	着き前の薬 就寝	着き前の薬 就寝	着き前の薬 就寝		
0:00								
2:00								
4:00								

一人での生活に慣ればはじめ、趣味や行きたいところを見つけて、楽しく生活することができます。
日々の生活技術はサービスによって実現する生活の全体制

週単位以外のサービス
本人の希望時（土曜日希望が多い）に〇〇や衣類等を買いにヘルパーと一緒に外出。（移動支援）
入院中に会いに来てくれていたピアサポートセンターと話した。

3 総評

(1) 計画及び支援内容の振り返り

【地域移行に向けた働きかけ】

- ・本事例ではピアサポーターが病棟を訪ねて、色々な体験を聞くことができたり、応援してもらえることで、退院に踏み切ることができた。長期入院や入所している方の、地域で暮らしてみたいとの意向を掴む、あるいは気持ちを動かすような働きかけが必要と思われる。

【地域移行に向けた支援】

- ・病院や施設等で長期入院、入所をされている方の場合、場面を変えたり、体験（外出や体験宿泊等）を通してアセスメントを繰り返すことが大事である。本人も地域生活をイメージできない、やっていないからわからない、自信がないと感じることが多いため、地域での体験を通じて、地域生活のイメージをより具体的にもってもらうことが必要である。また、これにより、病院等の中だけでは見えない顔、違う場面で見せる顔、ストレンジスに支援者も本人も気づいていけるとよい。
アセスメントにあたっては、計画相談支援、地域移行支援、医療機関等のそれぞれの支援者が連携を図り、多角的にアセスメントを行い、共有することが大切である。
- ・地域移行支援計画を立てる際には、医師、看護師、精神保健福祉士、リハビリテーションスタッフなど、医療機関の様々なスタッフと連携し、病院内で取り組めることも計画に入れていくとよい。その際、病院の治療、支援計画やリハビリテーション計画とも連携を取るとよい。
- ・入院中から医療機関のスタッフと顔を合わせ、ケア会議でお互いの役割をしっかりと確認することが必要である。
- ・クライシスプランについては、本人と一緒に作ることで、本人の気付きや、支援者との情報共有のしやすさに繋がる。本人がSOSは出していいもの（大事なストレンジスであること）と認識でき、SOS対策の自分なりのツールを作ることに繋がる。地域移行支援利用時以外でも活用できるものである。

【退院後の地域生活の支援】

- ・退院までは漠然とイメージしていた地域での生活が退院後に現実味を帯び、新しい生活に慣れるまでは戸惑うことが多い。そのため、地域定着支援を活用して連絡体制を確保し、時に緊急時の対応を行なうことも有効である。計画相談支援と地域定着支援の連携で、地域移行直後の生活に安心が得られることが多い。
- ・地域移行時は特に、退院して早い時期に訪問して具体的に本人の状況や困っていることなどを確認することが大切である。生活しながら心身の余裕ができた頃に、モニタリングを通じて本人の生活やペースに合わせたサービス利用等の調整（例えば、居宅介護の具体的なサービス内容や曜日・時間数の変更など）していくことも必要と思われる。

(2) 社会資源の活用方法

- ・体験宿泊としては、グループホームの空き室を利用していることが多い。一人暮らしを考える場合、ワンルームマンション等を活用したグループホームや体験用居室等があると、より今後希望する生活スタイルに近く、具体的にイメージしやすい。
- ・本事例では、ピアサポーターにも退院に至るまで、継続して応援をお願いした。当事者の力を借りること（体験を聞く、情報をもらう、応援してもらうなど）も視野に入れて支援を考えるとよい。

コラム 地域定着支援での支援ケース

地域定着支援により、常時の連絡体制の確保と、障がい特性に起因して生じた緊急事態等の相談・支援を行っているケースを紹介します。

1 地域定着支援による支援を受けて、不安な時期を乗り越え、その後も地域生活が継続できたケース

本人の状況 50代 男性 療育手帳B2 アルコール依存症

家族の状況 父（特別養護老人ホーム入所中）、母（死去）、姉（関わりを拒否）

現在の住居 在宅での単身生活

母が将来に備え指定特定相談支援事業所へ相談していた。母死去後、しばらくして父も特別養護老人ホームに入所。姉は関わりを拒否し、本人は両親と生活していた家で居宅介護を利用しながら単身生活を送るが、両親がいなくなり、飲酒量の調整ができなくなったため、居宅生活が困難となり、精神科病院に入院。しかし、病院から無断で飛び出し、退院扱いとなつたため、地域定着支援を導入し、見守りを行いながらの単身生活に戻る。その後も体調悪く、毎日のように119番通報で病院に運ばれるも入院の必要がない場合などは、病院から指定一般相談支援事業所に連絡が入り対応することもあった。

【地域定着支援における支援（例）】

- ・緊急搬送時における本人に対する支援機関をあらかじめ本人、医療機関、支援者間で共有し、緊急搬送後本人の状態が落ち着いた際に医療機関への訪問や帰宅支援を実施
- ・生活全般の安定に向けて、障がい福祉サービスや日常生活自立支援事業（*）などの社会資源に関する情報提供

現在は、指定特定相談支援事業所と連携し、障がい福祉サービス等の調整を行い、単身生活を続けている。障がい基礎年金と生活保護を受給し、金銭管理は日常生活自立支援事業（*）を活用している。また、精神科病院へは自立支援医療を利用して通院している。地域定着支援を含めた支援のネットワークを得て生活は安定しつつあるが、きっかけがあれば以前のように病状が悪化するなど不安定な生活に戻る可能性もあり、引き続き定期的に訪問支援を受け、本人の望む地域生活を継続している。

【地域定着支援における支援（例）】

- ・精神的に不安定となった際に連絡してきた場合の面接を含む対応
- ・居宅介護事業所と本人の生活状況、体調の変化についての情報交換
- ・日々の金銭管理についての支援
- ・訪問面接で状態像を把握し、あらかじめプランに位置付けられている緊急時の短期入所利用の必要性について本人への相談と利用調整

(*) 日常生活自立支援事業：知的障がい者、精神障がい者等のうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行うもの。支援の一つに、預金の払い戻し、預金の解約、預金の預け入れの手続等利用者の日常生活費の管理（日常的金銭管理）がある。

2 父母ともサービスの導入に抵抗感がある中、地域定着支援により、見守りを続けているケース

本人の状況 60代 男性 身体障がい者手帳1級 視覚障がい

家族の状況 父 90代（要介護1） 母 90代（要介護1）

現在の住居 父母と同居

盲学校（現 視覚支援学校）高等部を卒業以来、本人の介護は全面的に父母のみが行い、社会との接点のない、在宅での生活が続いている。

父母の高齢化に伴う体力低下により入浴の介護が難しくなったことから、近隣の民生委員に相談し、指定特定相談支援事業所につながる。本人は居宅介護（入浴サービス）の利用には同意するが、それ以外のサービス利用は、経験がないこと、また、父母が自ら介護するとして拒否気味であることから、利用していない。また、外出について、本人は怖がってはいるが、父母が付き添って近所の診療所への通院はできている。それ以外の外出について、同行援護の利用を父母が拒否している。

現在、サービスは週2回の居宅介護（入浴サービス）の利用のみであるが、地域定着支援を導入し、指定一般相談支援事業所が月1回訪問面接を行ないながら、連絡体制の確保と緊急時支援に備えている。

本人は、指定一般相談支援事業所との面接を継続するなかで、ヘルパーや地域定着支援従事者から同年代の人が地域で様々な活動に参加する様子を聞き、家以外での生活に興味を持ち始めている。

【地域定着支援における支援（例）】

- ・月1回の訪問面接による本人の状況把握と社会資源の情報提供
- ・父母との面接による社会資源の情報提供

＜支援のポイント＞

- ・緊急時に向けての社会資源の説明
- ・同行援護等の利用による本人の社会参加に向けての助言
- ・介護者（父母）の疲労や介護負担の聞き取り及び介護支援専門員との情報共有と連携
- ・介護者（父母）の介護負担が大きい場合には、居宅介護の利用回数増など障がい福祉サービスの利用提案や、指定特定相談支援事業所への情報提供（必要に応じて、サービス等利用計画に反映）。

※本人が経験したことがないことから、社会参加やサービス利用についてイメージしにくい場合もある。本人が具体的なイメージをもてるように、本人の気持ちに寄り添いながら、実際の活動の様子などを伝え、本人が選択できるようにしていくことが大切である。

3 地域で生活したいとの希望から入所施設から地域生活に移行し、単身生活を送っているケース

本人の状況 30代 男性 療育手帳B2

家族の状況 母は音信不通。父は幼少期に離婚したため、連絡は取れず。

現在の住居 アパートを借りての単身生活

施設入所中にグループホームの体験入居を利用するが、集団生活ではどうしてもストレスが高まってしまうため、一人のほうが落ち着いた、本人の望む生活であることから、単身生活の可能性をさぐり、民間アパートで1週間、一人暮らしを体験した。

その後、日中活動として就労移行支援事業、週3回の居宅介護（家事援助）のサービス等を利用することとして、調整を終え、施設を退所し単身生活を始める。

金銭管理が不安なため、日常生活自立支援事業を利用している。余暇活動や通院には移動支援事業を利用。地域定着支援を受けながら地域生活を送っている。

【地域定着支援における支援（例）】

- ・月1回の訪問面接による本人の状況把握と相談
- ・本人にとってパニックになる要因発生時の緊急訪問（例：鍵が開かない、水が止まらないなどのトラブル対応）
- ・精神的に不安定時の電話相談や訪問相談、関係機関との対応調整
- ・本人の生活状況把握のため、居宅介護事業者との情報共有

<支援のポイント>

- ・チームとして本人の生活を支えられるよう、支援者間のネットワークによる支援体制づくり（支援者間の役割分担と連携体制の構築）
- ・今まで経験したことのないトラブルが発生した場合などには、本人が状況を理解し、対応できる力を持てるように寄り添いながら支援している。

※本コラムにおいて、指定特定相談支援事業所と指定一般相談支援事業所との役割がわかるよう、指定特定相談支援事業所と指定一般相談支援事業所を区別して記載しています。

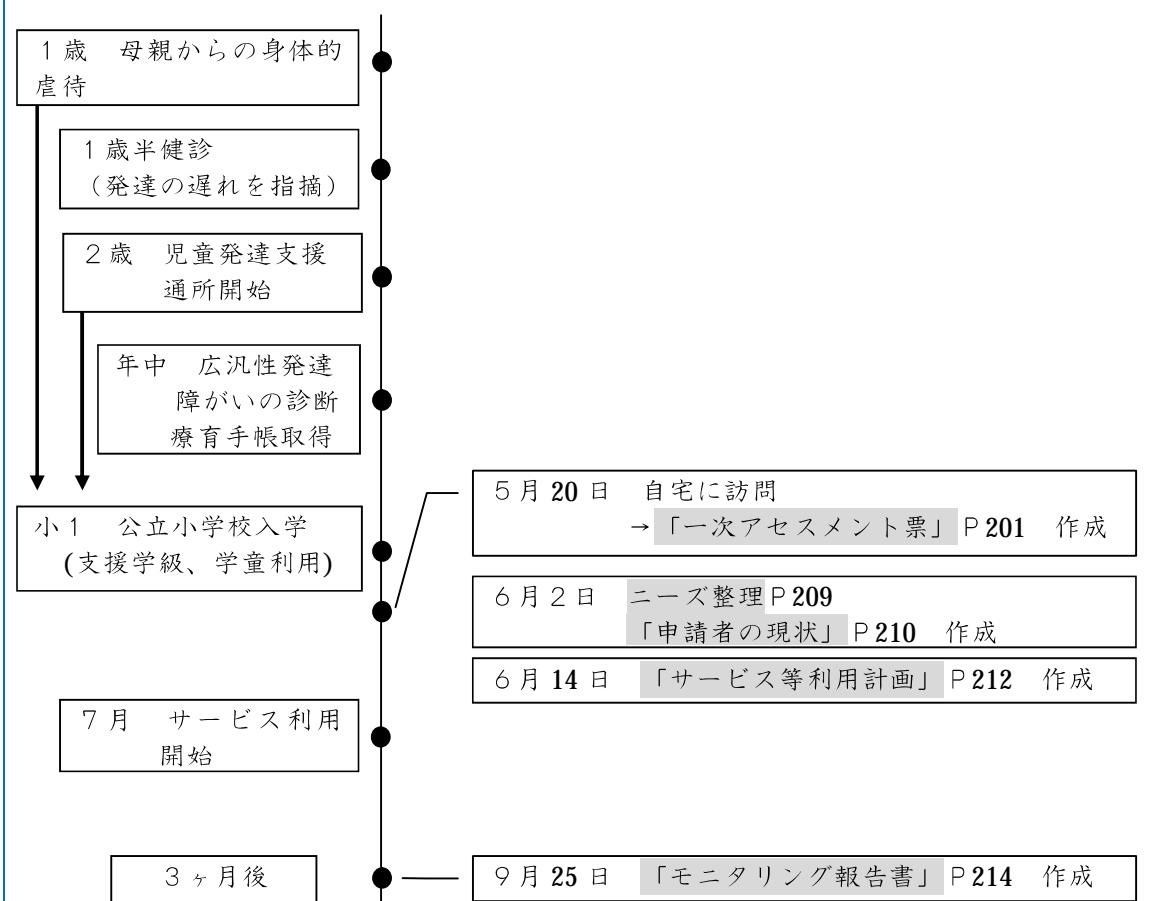
【事例3】保護者支援が必要な事例 ～複数の課題を抱える家族における児童の支援を考える～

1. 事例の概要

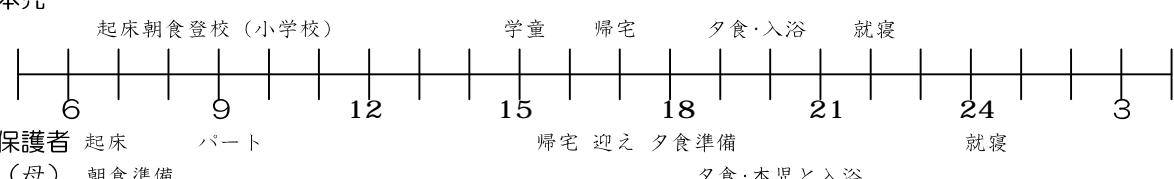
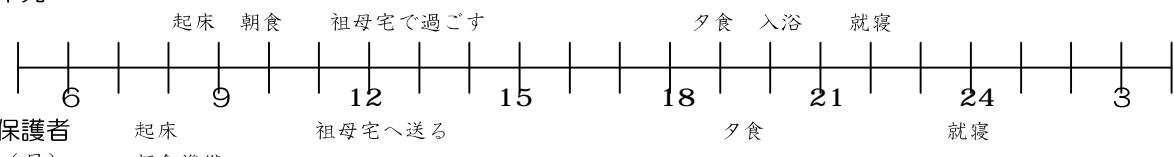
<p>◆年齢 7歳</p> <p>◆性別 男</p> <p>◆障がいの状況 広汎性発達障がい、知的障がい 療育手帳B1</p>	<p>◆生活状況</p> <p>元父親による姉への虐待、母親に対する暴力があり、その後離婚。母子家庭となる。現在は母親のパート収入と母子手当で生活し、非課税世帯。母親は理解が難しく会話がかみ合わない面があり、家事・育児能力共に低く、ストレス状況になると本児に対して手が出ている状況。</p>
<p>◆家族状況（ジェノグラム）</p>	
<p>◆相談に至るまでの経緯</p> <p>乳幼児期より母親の本児への身体的虐待があり、保健センターや家庭児童相談室が関与している。1歳児から保育所に入所。1歳半健診で発達の遅れを指摘され、2歳より児童発達支援事業所に週2回通室。就学相談を経て支援級に入学。学童を利用していたが本児が登校を渋り、学童へ行くことを嫌がるようになったことから母親から相談が入り、サービスの利用を希望されたことにより、支援が再開となった。</p>	
<p>◆アセスメントする上で考慮点</p> <p>保護者との話の中では、本児に対する乳幼児期の様子や現在に至るまでの経緯が不確かな場合もあるため、各関係機関に情報を収集することが必要である。また、保護者の状況によっては、保護者との会話においても質問した内容と異なる返答が返ってくることも想定され、母親に分かりやすく説明するなど丁寧な配慮が重要である。</p> <p>各関係機関からの情報収集としては、本児の発達に関して年長児までの児童発達支援事業所での様子や発達検査結果、保育所での様子の聞き取りを行い、発達の経緯の把握を行う。また、学校側から現在の本児のADLやコミュニケーション能力、社会性の状態を聴取することで、本児の課題が鮮明に浮かび上がってくるだろう。本児への虐待に関する件については、家庭児童相談室との連携を行い、虐待を防ぐための見守りや母親の家事、育児の負担軽減も含めた支援内容を考えることが必要である。</p>	

2. 支援プロセス

◆経過と今後の相談支援専門員による支援の流れ



【障がい児用】訪問票（一次アセスメント票）

受付 No.12345 氏 名：○○ ○太 訪問年月日： 平成 26 年 5 月 20 日 訪問者所属 ○○相談支援センター 氏 名 △△ △△		訪問目的（事前に具体的に記入） サービス等利用計画作成にあたってのアセスメントを行うため			
障 が い 児 本 人 の 概 要	<p>生育・療育・教育歴</p> <p>○年○月○日、2850gで出生。現在小学1年生。 出生時異常無し。光線療法2日。1歳半健診で発達の遅れを指摘され、2歳より年長児まで児童発達支援事業所へ親子で週2回通室。 母親就労、母親の本児に対する身体的虐待もあり、1歳より保育所入所。 就学に向けて就学相談を利用し、学校側と何度も話し合った結果、支援学級入級。学童利用。家庭児童相談室より放課後等デイサービスの利用も勧められたが、母親の方がいくつも利用することで混乱すること、放課後等デイサービスとの違いが理解できないことより学童利用にとどまる。</p>				
	障がい歴	年月	事 項	年月	事 項
		5歳	広汎性発達障がい(知的障がいを伴う)の診断		
	本人の概要	障がい・疾病	<input type="checkbox"/> 身体障がい <input checked="" type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい <input checked="" type="checkbox"/> 発達障がい <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他 障がい名・診断名・疾病名（広汎性発達障がい(知的障がいを伴う)）		
		障がい手帳	身障手帳（　、　級） 療育手帳（B1） 精神保健福祉手帳（　級）		
		障がい程度	<input type="checkbox"/> 小児区分1 <input type="checkbox"/> 小児区分2 <input type="checkbox"/> 小児区分3 <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 医療型 <input type="checkbox"/> 療養介護型		
	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】 ○○大学附属病院小児科発達外来受診 6か月毎に受診				
	医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護			
	医療費の助成等	<input type="checkbox"/> 自立支援医療費（ <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院） <input type="checkbox"/> 重度障がい者医療費助成 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患費助成 <input type="checkbox"/> 難病医療費助成			
現在利用している福祉サービスや福祉用具 なし					
生活状況【平日の生活1日の流れ】＊週間生活表が必要な場合は別紙に記入					
本児 					
[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					
本児 					

■本児の生育歴

区分		成長の様子等					
胎生期	母親の環境	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 持病()	<input type="checkbox"/> 病弱	<input type="checkbox"/> 疾病()		
		<input type="checkbox"/> 服薬()	<input type="checkbox"/> 飲酒(飲酒量)				
妊娠の様子	母親の環境	<input type="checkbox"/> 喫煙(喫煙量)	<input type="checkbox"/> 転居	<input type="checkbox"/> 離婚			
		<input type="checkbox"/> その他()					
出生時	父母の年齢	父親	歳	母親	31 歳		
	出産予定日	○年 ○月○日より		<input checked="" type="checkbox"/> 早い(3日)	<input type="checkbox"/> 遅い()日	在胎	39週 4日
新生児期	出産場所	<input checked="" type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 産院	<input type="checkbox"/> その他()			
	分娩状況	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 鉗子	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 骨盤位	<input type="checkbox"/> 陣痛促進剤を使用
成長の記録		<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 仮死(分)	<input type="checkbox"/> 保育器(日)		
		<input type="checkbox"/> 出生時体重(2850g)	<input type="checkbox"/> 身長(47.5cm)	<input type="checkbox"/> 頭囲(cm)			
乳幼児期	黄疸	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 普通(日)	<input checked="" type="checkbox"/> 強い(光線療法)	2 日		
	授乳	<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> 人工栄養	<input checked="" type="checkbox"/> 混合()			
成長の記録	哺乳力	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input checked="" type="checkbox"/> 不明			
	気になること・困ったこと	<input type="checkbox"/> ミルクの飲み方	<input checked="" type="checkbox"/> よく泣いた	<input type="checkbox"/> 泣き止まない	<input type="checkbox"/> おとなしい	<input type="checkbox"/> 泣かない	
その他		<input type="checkbox"/> 睡眠(日中)			、夜間		
		<input type="checkbox"/> その他()					
健診の経過	1歳6ヶ月	<input type="checkbox"/> 普通	<input checked="" type="checkbox"/> 要観察	<input type="checkbox"/> 未受診			
		発達全体の遅れを指摘される					
	3歳6ヶ月	<input type="checkbox"/> 普通	<input checked="" type="checkbox"/> 要観察	<input type="checkbox"/> 未受診			
		発達全体の遅れを指摘される					
	歳 ケ月	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 要観察	<input type="checkbox"/> 未受診			
		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 要観察	<input type="checkbox"/> 未受診			

■本児の状況

1. 現在の様子

項目	本児・保護者に聞いたこと	対応者が気付いたこと
長所・特技	好きなことはすぐ覚える	電車の種類を良く知っている
好きなこと	プラレール ゲーム(マリオ)	帰宅後はゲームをしていることが多い
苦手なこと	勉強 文字を書くこと 集団活動	勉強に対する苦手意識が強い

2 生活習慣について

項目	援助の程度	現在の状況				
食事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 声かけ・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助なし	<p>■箸を使って食べる ■スプーンやフォークを使って食べる</p> <p>□食事を摂るのに改良された食器類を使う</p> <p>□流動食や刻み食など食べやすくするために加工する</p> <p>□介助をしてもらって食べる</p> <p>□その他具体的に ()</p> <table border="1"> <tr> <td>本児・家族の困っていることや希望</td> <td>対応者が気付いたこと、気になること</td> </tr> <tr> <td>姿勢が崩れることが多い お箸がうまく使えない</td> <td>姿勢保持が難しい。手先の不器用さがあり、お箸をうまく操作しにくい様子</td> </tr> </table>	本児・家族の困っていることや希望	対応者が気付いたこと、気になること	姿勢が崩れることが多い お箸がうまく使えない	姿勢保持が難しい。手先の不器用さがあり、お箸をうまく操作しにくい様子
本児・家族の困っていることや希望	対応者が気付いたこと、気になること					
姿勢が崩れることが多い お箸がうまく使えない	姿勢保持が難しい。手先の不器用さがあり、お箸をうまく操作しにくい様子					
飲水	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助なし	<p>■コップを使って飲む □ストローを使って飲む</p> <p>□適切な飲水をしない (□過剰な飲水 □飲水をしない)</p> <p>□その他具体的に ()</p> <table border="1"> <tr> <td>本児・家族の困っていることや希望</td> <td>対応者が気付いたこと、気になること</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	本児・家族の困っていることや希望	対応者が気付いたこと、気になること		
本児・家族の困っていることや希望	対応者が気付いたこと、気になること					
排泄	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助なし	<p>■尿意や便意を伝える ■ズボンやパンツの脱ぎ着をする</p> <p>□衣服を汚さずに用を足す □後始末をする □手洗いをする</p> <p>□生理の処理をする □おむつをしている ■夜尿がある</p> <p>□男女のトイレの区別をする</p> <p>□その他具体的に ()</p> <table border="1"> <tr> <td>本児・家族の困っていることや希望</td> <td>対応者が気付いたこと、気になること</td> </tr> <tr> <td>時々夜尿がある</td> <td>昼間はほぼ自立。</td> </tr> </table>	本児・家族の困っていることや希望	対応者が気付いたこと、気になること	時々夜尿がある	昼間はほぼ自立。
本児・家族の困っていることや希望	対応者が気付いたこと、気になること					
時々夜尿がある	昼間はほぼ自立。					

項目	援助の程度	現在の状況			
着脱	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守りが必要 ■介助なし	<input type="checkbox"/> ズボンやパンツ、スカートの脱ぎ着をする <input type="checkbox"/> シャツや上着の脱ぎ着をする <input type="checkbox"/> 靴下をはく <input type="checkbox"/> ボタンの付け外しをする <input type="checkbox"/> その他具体的に（ ） <input type="checkbox"/> 本児・家族の困っていることや希望 <input type="checkbox"/> ボタンの付けはずしやファスナーに時間がかかる			
		<input type="checkbox"/> 前後・裏表の区別がつく <input type="checkbox"/> 左右を間違えずに靴を履く <input type="checkbox"/> ベルトをつける			
		<input type="checkbox"/> 対応者が気付いたこと、気になること <input type="checkbox"/> ボタンなど時間はかかるが自分で取り組めている			
入浴	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守りが必要 ■介助なし	<input type="checkbox"/> 体を洗う <input type="checkbox"/> 頭を洗う <input type="checkbox"/> 体をタオルでふく <input type="checkbox"/> その他具体的に（ ） <input type="checkbox"/> 本児・家族の困っていることや希望			
		<input type="checkbox"/> シャンプーやリンス、石鹼等を使い分ける <input type="checkbox"/> 脱いだ服の後始末をする			
		<input type="checkbox"/> 対応者が気付いたこと、気になること			
整容	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 ■声かけ・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 手を洗う <input type="checkbox"/> 顔を洗う <input type="checkbox"/> 爪がのびたら切る <input type="checkbox"/> その他具体的に（ ） <input type="checkbox"/> 本児・家族の困っていることや希望 <input type="checkbox"/> 歯磨きを嫌がる			
		<input type="checkbox"/> 髪を整える <input type="checkbox"/> 身だしなみを整える <input type="checkbox"/> 気温に合わせて服を選ぶ			
		<input type="checkbox"/> 対応者が気付いたこと、気になること <input type="checkbox"/> 声掛けをするとできることが多い。			
移動	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 ■声かけ・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 義肢・装具を使って移動する <input type="checkbox"/> 杖を使って移動する <input type="checkbox"/> バスや電車など公共交通機関を利用して移動する <input type="checkbox"/> その他具体的に（ ） <input type="checkbox"/> 本児・家族の困っていることや希望 <input type="checkbox"/> 道路への飛び出しが時々ある <input type="checkbox"/> 買い物中迷子になったことが数回ある			
		<input type="checkbox"/> 車いすを使って移動する <input type="checkbox"/> 歩道や横断歩道を安全に歩行する			
		<input type="checkbox"/> 危険予知が十分でない面がある			
睡眠	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守りが必要 ■介助なし	<input type="checkbox"/> おおよその就寝・起床時間（ 22時～7時 ） <input type="checkbox"/> 昼寝をする（ 時～時 ） <input type="checkbox"/> 一人で寝る <input type="checkbox"/> 夜中に起きることがある <input type="checkbox"/> その他具体的に（ ） <input type="checkbox"/> 本児・家族の困っていることや希望			
		<input type="checkbox"/> 添い寝して寝る <input type="checkbox"/> 服薬して寝ている			
		<input type="checkbox"/> 対応者が気付いたこと、気になること			

3 コミュニケーション・対人関係等について

項目	支援の必要性	現在の状況				
意思表示 ・ 意思伝達	<input type="checkbox"/> 必要あり <input checked="" type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 必要なし	■ことばで <input type="checkbox"/> 単語で <input type="checkbox"/> 身振り・手振りで <input type="checkbox"/> 指さしで <input type="checkbox"/> 視線で <input type="checkbox"/> 表情で <input type="checkbox"/> 手話で <input type="checkbox"/> 点字で <input type="checkbox"/> 手書きで <input type="checkbox"/> 文字盤で <input type="checkbox"/> 意思伝達装置で <input type="checkbox"/> 絵カードで <input type="checkbox"/> トーキングエイドで <input type="checkbox"/> その他 () 【要求するときの特徴】 家では強く主張する。繰り返し要求する。学校ではあまり言えない。 【拒否するときの特徴】 家では泣いて怒る。学校では嫌なときは動かなくなる	本児・家族の困っていることや希望	対応者が気付いたこと、気になること	詳しく説明できない	ことばで詳しく説明することは難しい。簡単な会話は可能。
		現在の状況				
		□話し言葉はほとんど理解できない <input type="checkbox"/> 質問に答えられる <input type="checkbox"/> 会話に応答できる <input type="checkbox"/> 身振り（指さし、首を振るなど） <input type="checkbox"/> 具体物 <input type="checkbox"/> 絵・写真（渡す、指さすなど） <input type="checkbox"/> 文字（ひらがな、かたかな、漢字） <input type="checkbox"/> その他理解の程度を具体的に ()	本児・家族の困っていることや希望	対応者が気付いたこと、気になること	分かっていないことがある	文章になると理解が難しい
		現在の状況				
遊び	<input type="checkbox"/> 必要あり <input checked="" type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 必要なし	□集団で遊ぶのを好む <input checked="" type="checkbox"/> 一人で遊ぶのを好む <input type="checkbox"/> 大人と遊ぶのを好む <input type="checkbox"/> 遊びの持続性がある <input type="checkbox"/> 飽きやすい <input type="checkbox"/> その他 () 【好きな遊び、興味・関心のあること】 プラレール、ゲーム（マリオ）	本児・家族の困っていることや希望	対応者が気付いたこと、気になること	お友だちと遊べない ルールがわからない	集団での遊びが苦手。 遊びのルールが理解できない
		現在の状況				
		■人に馴染むのに時間がかかる <input checked="" type="checkbox"/> 一人でいることが多い <input type="checkbox"/> その他具体的に ()	本児・家族の困っていることや希望	対応者が気付いたこと、気になること	大勢がいや 人数が少ない方がよい	大勢の人と関わることが苦手 集団行動から外れやすい
		現在の状況				
感覚	<input checked="" type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 必要なし	□特定の味や食感が受け付けられない <input checked="" type="checkbox"/> 食べるものに偏りがある <input checked="" type="checkbox"/> 大きな音（声）や特定の音を嫌う <input type="checkbox"/> デパートなど人ごみが苦手 <input type="checkbox"/> 視覚情報に気をとられやすい <input type="checkbox"/> 触られることを嫌う <input type="checkbox"/> 臭いが気になって集中できない <input type="checkbox"/> 暑さ、寒さに過敏 <input type="checkbox"/> クルクル回ったり、揺れたりする遊びが好き <input type="checkbox"/> その他具体的に ()	本児・家族の困っていることや希望	対応者が気付いたこと、気になること	学校の放送にびっくりする 先生の怒る声が怖いと言っている	感覚の面でやや過敏さあり
		現在の状況				

項目	支援の必要性	現在の状況	
行 動	<input type="checkbox"/> 必要あり <input checked="" type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 必要なし	<input type="checkbox"/> 特定の物や行動にこだわる <input checked="" type="checkbox"/> 初めての場所になじむのに時間がかかる <input type="checkbox"/> 突発的に行動してしまうことがある <input type="checkbox"/> パニックになってしまうことがある <input type="checkbox"/> 不安になったり、怯えることがある <input type="checkbox"/> その他具体的に（ ） 本児・家族の困っていることや希望 初めてのことに緊張する テレビやゲームを終われない	<input type="checkbox"/> じっとしていることが苦手 <input type="checkbox"/> 気が散りやすい <input type="checkbox"/> カッとなったり、イライラしやすい <input checked="" type="checkbox"/> 気持ちの切り替えに時間がかかる <input type="checkbox"/> じっとしてあまり動かない 対応者が気付いたこと、気になること なれることに時間がかかる

4 生活スキル・社会スキルについて

項目	支援の必要性	現在の状況	
生 活 ・ 活 動 ・ 社会参加	<input type="checkbox"/> 必要あり <input checked="" type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 必要なし	<input checked="" type="checkbox"/> 日課に沿って行動する <input type="checkbox"/> お小遣いの範囲で買い物をする <input type="checkbox"/> その他具体的に（ ） 本児・家族の困っていることや希望 片付けない	<input type="checkbox"/> 身の回りの整理・整頓をする 対応者が気付いたこと、気になること

5 日中の主な活動（学校・幼稚園・保育所等）での様子

項目	支援の必要性	現在の状況	
学 校 ・ 幼 稚 園 ・ 保 育 所 での様子	<input checked="" type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 一部必要 <input type="checkbox"/> 必要なし	在籍状況 ： <input type="checkbox"/> 通常学級在籍 <input checked="" type="checkbox"/> 支援学級在籍 <input type="checkbox"/> 加配 登校・登園状況 ： <input checked="" type="checkbox"/> 登校・登園できている <input type="checkbox"/> 休みがち <input type="checkbox"/> 登校・登園できていない 登下校・通園手段 ：（姉と登校 【本児の様子】 最近登校しぶりあり。学童に行くのも嫌がる。 クラスにも入れていないことが多い ことばも少なく、要求や拒否を表現できない 【好きな活動・科目】 特に無い 【苦手な活動・科目】 勉強全般 給食の時間 【その他】 学童も人数が多く、ざわざわした空間でいや。先生が大声で怒るのもいや。	【本児・家族の困っていることや希望】 登校しぶりが増えているが今は何とか行けている。学校で楽しい時間が無い様子。

6 家族支援について

項目	家族の生活状況	
経済・介護力・相談先等	<input type="checkbox"/> 生計中心者 <input checked="" type="radio"/> ○子 <input type="checkbox"/> ○母	<input type="checkbox"/> 続柄 <input checked="" type="radio"/> 母
	<input type="checkbox"/> 生計中心者の就労形態 <input checked="" type="radio"/> パート	
	<input type="checkbox"/> 経済状況 <u>世帯の年間収入 約</u> 万円	
	<input type="checkbox"/> 主な介護者	
	<input type="checkbox"/> 介護協力者	
	<input type="checkbox"/> 本児のことに関する主な相談相手または相談機関 <u>祖母</u>	
<input type="checkbox"/> その他（母子手当とパート収入で生活。）		
本児・家族の困っていることや希望		
対応者が気付いたこと、気になること		
経済的に苦しい。家も狭い		

【家族関係】
母子家庭 母、姉、本人の3人で生活

7 健康管理について

項目	現在の状況		
健康状態	概ね良好		
	本児・家族の困っていることや希望		
	対応者が気付いたこと、気になること		
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 医療的ケア対応者 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 鼻腔・口腔吸引 <input type="checkbox"/> 気管内吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開部処理 <input type="checkbox"/> ネブライザー（吸入） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻栄養・胃ろう栄養等） <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 褥瘡予防 <input type="checkbox"/> スキンケア <input type="checkbox"/> その他医療的ケアの頻度等具体的に（ <u> </u> ）	<input type="checkbox"/> 全介助	
		<input type="checkbox"/> 一部介助	
		<input checked="" type="checkbox"/> 介助なし	
本児・家族の困っていることや希望		対応者が気付いたこと、気になること	

【本児の要望・希望する暮らし】

学校が楽しくない。学校や学童は嫌なところ。勉強は嫌い

- ①学校で楽しいことが増えてほしい。学校に楽しく行きたい。

【家族の要望・希望する暮らし】

- ・②ことばが増えてほしい
- ・③文字が書けるようになってほしい
- ・①学校や学童に嫌がらずに行ってほしい
- ・④かんしゃくが減ってほしい
- ・⑤子どもに対して叩かないですむ方法、うまく関わる方法を教えてほしい

サービス等利用計画の

- 希望する生活
- 総合的な援助の方針
- 本人のニーズ



【関係職種の情報】

(学校)

クラスに入れない。支援級で過ごすことが多くなっている。学校では大人しいが、嫌なことは固まって動かなくなる。

(学童)

大勢がいるところはいやなのか、スタッフルームに来ることが多い。職員とは話をするがお友達にはまだ慣れていないのかあまり話さない。

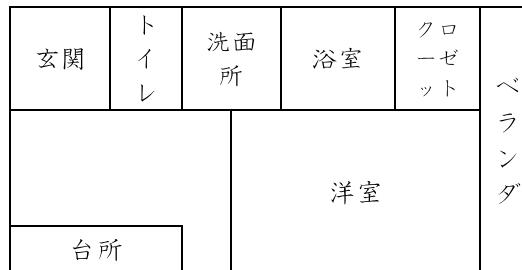
(家庭児童相談室)

今は母親からの暴力は落ち着いている。母のストレスがたまると手が出ていた。月1回の面接を行っている。本児への対応にどうしてよいかわからないことがあるときにイライラするとのこと。

【家屋の見取り図】 口持ち家 ■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

アパートの2階



【対応者総合所見（注意すべき点、気になる点を含む）】

本児 広汎性発達障がい 発達の遅れ有り

集団行動苦手など社会性の弱さ有り

書字苦手 手先不器用

学校(学童)への登校しぶり有り。学校でクラスには入れていない状況。本人自身学校で楽しく過ごせている実感が無い様子。母親の教員に対する不信感もあり、学校と家庭の連携がうまく取れていない。**①本児の発達の支援と②学校での支援が必要。**また、**③ことばでのコミュニケーションや書字についても支援が必要である。**

サービス等利用計画の

- 支援目標



家庭環境

母親による虐待が乳幼児期に見られ、今のところ落ち着いている様子。母親の本児に対するストレス状況が続くと手が出てることから、本児の行動の改善や精神的安定を図りながら、母親の負担を減らすことが重要。母方祖母は協力的。週末姉と2人で泊まりに行くなどの援助あり。母の祖母への不満も聞かれることから、祖母の援助を増やすことは望ましくないと思われる。また、**④母親自身、本児の障がい特性に合わせた対応についても少しずつ学ぶ機会を作る必要もある。**家事は上手に手際よくすることは難しいが、家事はあまりストレスにはなっていない様子。



障がい児の支援におけるニーズ整理のポイント

〈児童者のニーズ整理における違い〉

- ① 児童の場合、保護者のニーズが中心となることが多い。乳幼児や発語の乏しい児童など本人から聞き出すことが難しい場合と、言葉の表出はあるものの今後や将来のことを見通したニーズを求めることが難しい場合がある。子どもの基本的人権について、特別な保護と援助を必要とする子どもの視点から定められた「子どもの権利条約」を踏まえ、児童本人が気持ちや希望を伝える機会の確保が大切である。相談支援専門員が本人の希望を汲み取り、保護者にとってのニーズと児童本人にとってのニーズであろうことをすり合わせ、本人が活き活きと主体的に生活できるような計画作成が望ましいと思われる。
- ② 児童の年齢が低いほど、「ことばが増えてほしい」「〇〇ができるようになってほしい」など個別支援計画と重なるようなニーズが出やすい。そのような能力の獲得によって望まれる今後の生活についても話題にすることが必要である。
- ③ 障がいの受容の程度によるところも大きいが、児童の実際の姿とかけ離れたニーズも聞かれることがある。面接の中で、実際の児童の状態を確認していくながら、保護者と優先順位をつつづつ、今の児童の状態に必要な支援は何かと一緒に考えていくことが望ましい。
- ④ 保護者の状態によって、面接内容について保護者が理解できるよう、内容を具体的にわかりやすく提示することが必要である。また、保護者の育児能力や生活環境を見て家族支援がどの程度必要かを視野に入れて面接を行う。場合によっては家計や住居についてのニーズが出てくることもあり、家族支援の一つではあるが、児童自身のニーズと分けて考えることが計画の目標を決める際必要となる。

〈本ケースにおけるニーズ整理についての配慮点〉

面接の中で、保護者の理解が難しく、質問とは違った内容の返答が返ってくることが多く、本児の成長の経過についても記憶が不確かなところ等が目立った。わからないことについて警戒心が強いため、できるだけわかりやすく簡潔に図など視覚的な補助手段を使いながら説明することを行った。ニーズについては、今住んでいる住居の狭さや新しい住居に引っ越したいなどの希望や、家計の苦しさ、生活保護を受けた方がよいか等の相談も含まれ、本児自身のニーズに焦点を向けることが意図的に必要であった。本児の発達の遅れなど気になるところは捉えておられ、どのような支援があれば本人の生活のしやすさにつながるかを面接の中で確認する作業を行うことができた。また、母親自身から「自分が怒らないように、この子を叩かないですむ方法があれば教えてほしい」ということばが聞かれ、母親自身の育児や関わり方の改善がニーズとして上がった。その意欲をサポートすることが虐待防止につながると考えられ、計画の中に織り込む形となった。

今回、本児との話の中で「学校や学童に行きたくない。嫌なところ」という訴えがあり、本児のことばで「学校や学童に楽しく行けるようになりたい」というニーズが聞かれた。計画作成において児童から出てくる切実な訴えに対してきちんと耳を傾け、保護者のニーズと合わせて必要な支援が適切に入るよう心がけた。

→ 障がい児のアセスメントやニーズ整理については、「大阪府相談支援ハンドブック」P.35、44~46もご参考ください。

申請者の現状(基本情報)

作成日	平成26年6月2日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	△△ △△
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

乳幼児期より母親の本児へ身体的虐待が数回確認され、保健センターや家庭児童相談室が定期的に訪問や面接を行うなど関与している。本児が年中時、父親の姉への虐待、母親への暴力があり、その後離婚。姉は虐待発覚後、児童養護施設に入所したが最近になって家に戻り、現在は母子家庭で母、姉、本児の3人で生活。母方祖父母が市内に住んでいて、土日は実家へ姉と本児二人で泊まるなど援助は受けているものの、母の祖母に対する不満も時折聞かれている。

本児は1歳から保育所に入所。1歳半健診で発達の遅れを指摘され、2歳より児童発達支援事業所に週2回通室。就学相談を経て地域の小学校支援学級に入学、学童保育を利用。入学に際して、家庭児童相談室より放課後等デイサービスなど療育の利用を勧められたが、母がいくつも同時に利用することで混乱することや学童との違いについて理解できず、学童の利用にとどまる。

本児の発達としては広汎性発達障がい(知的障がいを含む)と診断され、療育手帳B1取得。ことばのコミュニケーションの遅れが大きく、手先の不器用さや書字が難しいこと、学校生活でクラスに入れない等の状況が続いている。支援学級や学童の教員と母親の間もコミュニケーションが十分でない面があり、母親は教員に対する不信感を持っている。最近になって、本児が学校や学童に行くことを嫌がるようになり、帰宅後かんしゃくが激しいことから、母より相談の電話が入る。面接する中で、放課後等デイサービスなどサービスの利用を希望され、計画作成となる。

母親は理解が難しい面や家事・育児能力の低さもあり、本児のかんしゃくや指示に従わないなどの行為に対してストレスがたまると、本児に手が出ている。母親の負担軽減も含めたサービス利用等の支援が必要と考えられる。

2. 利用者の状況

氏名	○○ ○太	生年月日	○年○月○日	年齢	7歳（小学1年生）
住所	○市			電話番号	090-****-****（母）
	[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	
障がいまたは疾患名	広汎性発達障がい・知的障がい（療育手帳B1）	障がい支援（程度）区分		性別	男・女
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入		社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等（役割）			
・母と子ども2人の母子世帯		<p>The diagram illustrates the social network of the child. The central figure is '本児' (Child). Surrounding him are several boxes representing institutions and individuals: '家庭児童相談室 (相談)' (Family Child Welfare Consultation Room), '○○小学校' (○○ Elementary School), '○○保育所' (○○ Daycare), '○○児童発達支援事業所' (○○ Children's Development Support Organization), '市保健センター' (City Health Center), '○○病院小児科' (○○ Hospital Pediatric Department), '学童保育所' (Nursery School), '祖父母' (Grandparents), '母親・姉' (Mother and Sister), '市子ども部 (支給決定)' (City Children's Department (Allocation Decision)), and '○○' (○○). Arrows indicate the relationships between the child and these entities.</p>			

生活歴 ※受診歴等含む

体重2850gで出生。出生時異常無し。乳幼児期より母親からの身体的虐待があり、保健センターや家庭児童相談室が関与、母親への指導が入る。1歳より保育所に入所。1歳半健診で発達の遅れを指摘され2歳より児童発達支援事業所に週2回通室（グループ・個別）。年中児に広汎性発達障がい(知的障がいを伴う)の診断有り。療育手帳B1取得。公立小学校支援学級に入学。学童保育を月～金曜日利用。最近、家でのかんしゃくがひどくなり、学校や学童への行き渋りが目立ってきている。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

○○大学附属病院 6か月毎に受診

本人の主訴(意向・希望)

学校や学童が楽しくない。楽しく通いたい。

家族の主訴(意向・希望)

もっとことばで話ができるようになってほしい
文字が書けるようになってほしい
かんしゃくが減ってほしい
学校や学童に楽しく行ってほしい
子どもに上手に関わる方法を知りたい

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(障がい福祉サービス、介護保険等)	学童保育	○○学童保育所	預かり	月～金曜日
その他の支援	親族による支援	母方祖母	預かり	週末

別紙2

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	○○ ○太	障がい支援(程度)区分	相談支援事業者名		主な日常生活上の活動					
			計画作成担当者	○○ 相談支援センター △△ △△						
			月	火	水	木	金	土	日・祝	月曜日から金曜日まで
6:00										学童保育を利用。
8:00		起床・朝食・準備	起床・朝食・準備	起床・朝食・準備	起床・朝食・準備	起床・朝食・準備	起床・朝食・準備	起床・朝食	起床・朝食	・週末は祖母宅へ姉と泊りに行くことが多い。
10:00	公立○○小学校	公立○○小学校	公立○○小学校	公立○○小学校	公立○○小学校	公立○○小学校	公立○○小学校	公立○○小学校	公立○○小学校	祖母宅
14:00										
16:00	○○学童保育所	○○学童保育所	○○学童保育所	○○学童保育所	○○学童保育所	○○学童保育所	○○学童保育所	○○学童保育所	○○学童保育所	週単位以外のサービス
18:00	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	
20:00	夕食・入浴	夕食・入浴	夕食・入浴	夕食・入浴	夕食・入浴	夕食・入浴	夕食・入浴	夕食・入浴	夕食・入浴	入浴
22:00	テレビ、ビデオ、ゲーム等	テレビ、ビデオ、ゲーム等	テレビ、ビデオ、ゲーム等	テレビ、ビデオ、ゲーム等	テレビ、ビデオ、ゲーム等	テレビ、ビデオ、ゲーム等	テレビ、ビデオ、ゲーム等	就寝	就寝	テレビ、ビデオ、ゲーム等
0:00										就寝
2:00										
4:00										

サービス提供開始時

障がい児支援利用計画

様式2-1

利用者氏名		○○ ○太	障がい支援(程度)区分	相談支援事業者名 ○○相談支援センター		
障がい福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額 0円	計画作成担当者 △△ △△			
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号 1234567789				
計画作成日	平成26年6月14日	モニタリング期間(開始年月) 3か月(平成26年9月)	利用者同意署名欄 ○○ ○子			
<p>希望する生活</p> <p>利用者：①学校や学童に楽しく通いたい</p> <p>家族：②ことばで話したり会話をすることが増えてほしい。 ①楽しく学校に通って勉強したりお友だちと遊んでほしい。</p> <p>総合的な援助の方針</p> <p>○太くんの成長をふまえながら、②③④ことばでのコミュニケーションを広げ、学習・生活面でできることを少しずつ増やしていく中で、①楽しく学校生活が送れるようになります。</p> <p>長期目標</p> <p>○太くんに合った環境の中で分かることが増え、自信を持って意欲的に活動できることやことばでのコミュニケーション意欲が高まり、主体的に活動できることが増えます。</p> <p>短期目標</p> <p>事業所など新しい環境に慣れ、楽しく通いながら、人との関わりの中で、ことばでのコミュニケーション意欲が高まり、主体的に活動できることが増える</p>						
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		
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)	本人の役割
1	①③支援を受ける中で、要支援や気持ちを伝えることが増える。	1年(平成27年6月) 放課後等ディサービス(10日/月)	○○放課後等ディサービス事業所 (TEL-#-#-#-#-#-#)	事業所に通うこと慣れて、スタッフやお友だちと楽しく過ごす	3か月	
2	①支援を受ける中で気持ちは元気を取り、自分トロールでできるようになります。 本人のニーズの実現に向けて、保護者のニーズ(本兒の発達促進)とともに開拓機関との環境調整も含めた支援目標を作成。	1年(平成27年6月) 放課後等ディサービス(10日/月)	○○児童発達支援センター(TEL-#-#-#-#-#-#-#)	本人自身分からない事柄が多く、ここばで説明したり嫌な気持ちを表現することが多い。ここばでのコミュニケーションの広がりを目標の中心とし、家や学校で楽しく過ごすことにも繋がるものと考えた。	3か月	新たな支援を導入後、本人や家族の進み具合の状況を把握していく。
3	②支援を受ける中で、集団生活での生活に慣れ、楽しく過ごす時間が増える。	6ヵ月(平成26年12月)	○○児童発達支援センター(TEL-#-#-#-#-#-#-#)	小学校に元気に通う	3か月	
4	③文字が書けるようになつてほしい。(母)	1年(平成27年6月) 言語聴覚士による言語訓練	○○教育センター(TEL-#-#-#-#-#-#-#)	教育センターへ母親と決められた時間に運び必要な訓練を受ける	3か月	母が仕事や都合が悪い時など祖母が迎送
5	④専門のスタッフに相談しながら、対応について学ぶ。 ⑤子どもへの関わり方を教えてしまい。(母)	1年(平成27年6月) 保護者面接(2回/月)	○○教育センター(TEL-#-#-#-#-#-#)	仕事の調整を図り、決まった日時に親子で通う	3か月	
6						

「厚生労働省サービス等利用計画・障害児支援利用計画等様式例」を一部改変

サービス提供開始時

障がい児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名 障がい福祉サービス受給者証番号	○○ ○太 23456789	障がい支援(程度)区分 利用者負担上限額	障がい支援セミナー 0円	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター △△ △△
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7月

月	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00							
8:00	起床・朝食・準備	起床・朝食・準備	起床・朝食・準備	起床・朝食・準備	起床・朝食・準備	起床・朝食	
10:00							
12:00	公立○○小学校	公立○○小学校	公立○○小学校	公立○○小学校	公立○○小学校	公立○○小学校	祖母宅
14:00							
16:00	学童保育所 帰宅	放課後等デイサービス 帰宅	学童保育所 帰宅	放課後等デイサービス 帰宅	学童保育所 帰宅	放課後等デイサービス 帰宅	教育センター言語訓練 2回/月
18:00							
20:00	夕食・入浴 テレビ、ビデオ、ゲーム等	夕食・入浴 テレビ、ビデオ、ゲーム等	夕食・入浴 テレビ、ビデオ、ゲーム等	夕食・入浴 テレビ、ビデオ、ゲーム等	夕食・入浴 テレビ、ビデオ、ゲーム等	夕食・入浴 テレビ、ビデオ、ゲーム等	教育セシターのスタッフ と保護者面接2回/月 (言語訓練時に並行面接)
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00							
2:00							
4:00							

放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、教育センターの利用により、専門的な療育を受け、必要に応じたに開かれることで、 ②③④こどものコミュニケーションの広がりや全体の発達が期待され、保護者の負担感の軽減と共に、①楽しく学校生活が送れるようになる。 また、保護者の定期的な面接により、⑤○太くんに合った子育てや開け方を相談できる。
サービス提供による実現する生活の全像

3か月後（初回モニタリング）

モニタリング報告書(継続障がい児支援利用援助)

様式3-1

利用者氏名 障がい福祉サービス受給者証番号	○○ ○太	障がい支援(程度)区分	相談支援事業者名	○○相談支援センター			
地域相談受給者証番号		利用者負担上限額	計画作成担当者	△△ △△			
通所受給者証番号	123456789	計画作成日	平成26年6月14日	モニタリング実施日	平成26年9月25日	利用者同意署名欄	○○ ○子
全体の状況							
<p>○太くんの成長をひまえながら、ことばでのコミュニケーションを広げ、学習・生活面でできることが少し増やしていく中で、楽しく学校生活が送れるようになります。</p> <p>本人の行動の変化のみで保護者の気持ちは関係性に變化する本音に聞き取りの、状況を把握する。</p>							
優先順位	支援目標	達成時期	本人の感想・満足度 (事業者からの聞き取り)	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法		
					(残された課題・新たな課題) (問題)	解消方法	計画変更の必要性
1	支援を受ける中で、要求が増えること	1年 (平成27年6月)	最初は緊張していたが少し見られ、スタッフに簡単に話せるなど言えるようになってきている。	少しすこし増えている。	新しい支援の環境に慣れてきて、コミュニケーション意欲も高まりつつある様子。今後も支援を継続。○太くんの状況によらずには利用日数を増やすことを検討。	有(無)	有(無)
2	支援を受ける中で気持ちの安定を図り、コントロールできるようになる	1年 (平成27年6月)	放課後等ディサービスで見ることが多いから無い。声が小さく、おしゃべりが少ない方。	少し減ったようになります。	事業所での支援の中で気持ちを出せることなく自分の減少が家でのかんしゃくの減少につながる。今後も現状の支援を継続。	有(無)	有(無)
3	支援を受ける中で、集団生活での生活に慣れ、楽しく過ごす時間が増える	6ヶ月 (平成26年12月)	小学校では話すことが多いことも多い。教室に入れないことが多い。多く見られるが、スタッフの関わりがあると発話を多くすることを嫌がる。学校や学童に行くことを嫌がるところもあるが、楽しさも感じていている様子が見られる。	学校での支援が入ったことで周囲の理解が少し減ってきただ様子	○太くんに合った支援の中でも、学校で安心して過ごせる時間が増えるよう、周囲の環境調整を行いつつ、○太くんが楽をする経験を増やすことが必要。今後も現状の支援を継続。	有(無)	有(無)
4	専門的な支援を受けるようになるためのスキルを少しずつ身につける	1年 (平成27年6月)	着席して取り組むことはできている。課題に対する集中が途切れがあるが、促すと取り組んでいる。	定定期的な訓練が始まっている。	専門的な支援が始まり、嫌がらざるに従事するがままに宿題も言えればやっている。字を書くことはゆくゆくなら書ける字もある。	有(無)	有(無)
5	専門のスタッフに相談しながら、対応していきたい	1年 (平成27年6月)	生活の中で○太くんの困っている行動やわからないことがあるが、少しずつ改善されている。保護者の取り組みを教えてもらっている。	面接の中で、話を聞いてもらうことについて話を聞いている。家でできることを教えてもらっている。	定期的な保護者面接を行うことで保護者も気持ちいい組み合いでいる。引き続き相談できる場の確保が必要。現状の支援を継続。	有(無)	有(無)
<p>＜モニタリングにおける留意点＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 子どもの発達状況の変化や、様々な経験等による本人の気持ちの変化を把握し、その時々の本人の状況やニーズに応じた見直しを図ることも、将来の姿をイメージしながら支援について本人・保護者と相談していくことが必要である。 ➢ 子どものライフステージに応じて変化する環境や支援者・関係機関をつなぎ、一貫性・継続性のある支援を提供するため、関係機関の引継ぎや連携がスムーズにいくことが必要である。 							
6	<p>支援導入後本人や家族全体で過ごしやすくなっているか、必要に応じて保護者の負担軽減や本人の余暇も含めた支援拡大を検討する。</p> <p>厚生労働省サービス等利用計画・障害児支援利用計画等様式例」を一部改変</p>						

3. 総評

(1) 計画及び支援内容の振り返り

本児の発達の課題や虐待、保護者の養育能力や家族の基盤の弱さなど複数の課題を抱えるにもかかわらず具体的な支援が途切れていたケースである。支援につながるよう保護者のペースに合わせながら、保護者の受け入れることのできる範囲内でサービスの利用を組み立てていくこととなった。低所得世帯ということもあり、相談の中で家計や住宅のことまで話題に出てくる中で、本児の発達や学校生活に焦点を向けていくことに心がけ、今後の本児の生活の見通しやそれに向けて今何が必要かを保護者に合わせて考えていくことが必要であった。保護者もわからないまま何かをされることに不信感を持っており、信頼できる相手になる関係作りや保護者の大変さや気持ちを理解する姿勢で傾聴することに重点を置いた面接を行った。

本児の発達を重視した障がい児支援利用計画を作成し、サービス導入後、様子を見ながら短期入所など保護者の負担軽減につながる支援の強化を図ることも念頭にあった。サービスの導入により本児も学校と家のみの生活から、新しく通う場所が増え、自分にとって侵害されるところではないこと、安心できる場所であることを理解し、楽しく通うことができつつあるようである。本児にとって楽しいことが増え、1週間の見通しや期待を持って生活できるようになり、気持ちの安定にもつながってきていると考えられる。学校や学童への行き渋りはやや減少した。保護者も本児のかんしゃくが減り、本児に対する対応で混乱することがやや減ったことが語られた。放課後等デイサービス利用のときは夕食を食べてくることにより、家事の軽減にもなっているようで、気持ち的に少し楽になった様子である。全体的に生活の流れが変わり良い方向に動いていることが伺える。今後も母親の状態を見ながら、必要に応じて短期入所、祖母の負担を減らすことや余暇支援も含め日中一時支援の導入も検討していく予定である。

(2) 社会資源の活用方法

虐待や学校への行き渋りがあることから、家庭児童相談室や学校との連携が必要であった。

家庭児童相談室では保護者面接を定期的に行っていることから、連携を取ることで保護者の像がより鮮明になり、その時々の状態が見えてくることに利点が大きい。学校との連携により、保護者から聞く情報が学校側の情報とどの点が異なるかを見極めることが可能となり、言い違いはどこにあるのかわかることで修正を図っていきやすいと思われる。今回の計画で保育所等訪問支援を導入したが、その両者の関係改善も一つの目的としている。学校側の本児の支援のあり方や方向性についても確認しながら、必要な支援を示すきっかけになることを期待している。また、言語訓練の導入により、言語聴覚士によるより専門的な視点を学校にも伝えていくことで、本児に合った支援が広がり、本児にとって理解できる環境を増やすことが生活しやすさに結びつくと思われる。

【参考】サービス等利用計画の良くない例

サービス等利用計画

様式2-1

利用者氏名 障害福祉サービス受給者証番号 地域相談支援受給者証番号	○○ ○介 [21457189] 081653321	障害程度区分 利用者負担上限額 通所受給者証番号	区分5 ○○円 モニタリング期間(開始年月) モニタリング期間(開始年月) 毎月(平成24年12月)	相談支援事業者名 計画作成担当者	○○相談支援センター ○○ ○○	
計画案作成日 希望する生活 長期目標 短期目標 総合的な援助の方針	平成24年11月25日 利用者:○○事業所(就労継続支援D型事業所)に通いながら、施設でやっていたコーラスを続けたり、時々外出や外食を楽しむたい。 家族:どのような生活になるか、単語を並べて何をどうして、どういう方向に向かうのかを記述する。 自立生活支援。ヘルパー利用。	利用者同意署名欄	○○ ○介			
希望する生活 長期目標 短期目標 総合的な援助の方針	安定した一人暮らしが送れるようサービス利用の調整、生活面、健康面の確認を定期的に行なう。 一人暮らしに向けて本人とともに取り組む。サービスの利用調整などを行う。	具体的にかけ、また期間が意識されておらず、長期間目標の記述と変わらない。 ・長期目標度をめぐり実現可能な内容を具体的にする。				
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	評価時期	その他留意事項
1 困ったときにすくなく相談したい。 ヘルパーを入れられ調理、家事を行う。	夜間連絡体制等を整え、緊急事態に備えます。 ヘルパーをいつでも依頼できる。	地域定着支援 1年(平成1.5時間) 居室介護(寮事務)毎日夕方 1ヶ月	種類・内容・量・頻度・時間 ○○相談支援センター	提供事業者名(担当者名・電話) ○○ヘルパーステーション	本人の役割 困ったときは連絡をする。 必要はないので支援が必要。本人にはその自覚がないので介助要。	「できない」「不可であるなど否定的な表現は避けます。本人が確認することを前提に記述する。
2 お風呂では湯船に一人で入れるだけでほしい。自分で洗えない体の一部を洗ってほしい。	お風呂では湯船に一人で入れるだけでほしい。自分で洗えない体の一部を洗ってほしい。	3回。 ○○ヘルパーステーション	遠慮せず自分でヘルパーに頼む。	送迎は事業所のバスを利用。	「ヘルパーは本人の申し出だけではなく、洗えていない体の部分を親切に介助する。	
3 就労継続支援B型の利用。 一人で外出したり外食したい。	安心して日中活動に過ぎるから、外出や外食をする。	就労継続支援B型(週5日)10時から16時まで。 ○○事業所(就労継続支援B型事業所)	事業所が迎えに来るまでの準備をする。	毎月	送迎は事業所のバスを利用する。	
4 サービスの種類を書くのではなく、本人の思いを記述する。	3ヶ月(平成2ヶ月)	○○ヘルパーステーション	○○相談支援センターに外出の情報報を教えてもらいたい。外出先や食い物の話をきちんと伝え、外出の準備をする。	毎月	外出や外食の情報を提供し、自分の意見を伝える。	
5 地域のコープサーカルに入りたい。	実際に参加できる地域のコープサーカルを見つける。	移動支援(週1回) 成25年2月	○○相談支援センターに外出の情報報を教えてもらいたい。外出先や食い物の話をきちんと伝え、外出の準備をする。	毎月	外出や外食の情報を提供し、自分の意見を伝える。	
6 地域のコープサーカルに入りたい。	1年(平成25年10月)		・あまり長い期間を設定しない。 ・假りに時間のかかるところでも、期間を区切りに定期的に設定するよう工夫する。	毎月		

【参考】サービス等利用計画案 チェックシート(自己点検用) 【例】

チェック実施日時： 年 月 日(曜日) 時 分

本人氏名：

項目	チェックする内容	チェック欄
本人情報	氏名、障がい程度区分、受給者証番号等に間違いはないか。	<input type="checkbox"/>
モニタリング期間	本人の状態を踏まえ長すぎない期間としているか。	<input type="checkbox"/>
エンパワメント アドボガシー 中立・公平	本人が確認することを前提に、理解できる用語や表現を使っているか。	<input type="checkbox"/>
	できないことばかりでなく、本人のできることや活用できる環境(ストレングス)に着目できているか。	<input type="checkbox"/>
希望する生活	本人のニーズ(思いや希望)を引き出せたものにできているか。	<input type="checkbox"/>
総合的な援助の方針	サービス種別の列記ではなく、何をどうして、どういう方向に向かうのかを具体的に記載できているか。	<input type="checkbox"/>
長期目標	「希望する生活」の内容と一致し、それを実現するための目標となっているか。半年から1年をめどに記載したものとなっているか。	<input type="checkbox"/>
短期目標	「長期目標」を達成するための、具体的かつ、3か月程度で実現可能なものになっているか。	<input type="checkbox"/>
	本人にとってインパクトのある(元気になる、意欲の出る)ものや、優先度の高いものになっているか。	<input type="checkbox"/>
優先順位	ニーズや支援が生じる順序に沿って段階的に記載できているか。	<input type="checkbox"/>
本人のニーズ	単なるサービス種別の列記ではなく、本人が自分の思いや希望を確認できる表現にできているか。	<input type="checkbox"/>
達成時期	具体的な年月を記載しているか。長すぎる期間を設定していないか。	<input type="checkbox"/>
福祉サービス等	公的支援(障がい福祉サービス等)とその他の支援(インフォーマルサービス)を必要に応じて盛り込んでいるか。	<input type="checkbox"/>
本人の役割	「できない」「無理である」等否定的な表現を避け、本人が自発的に取組めるような表現にできているか。	<input type="checkbox"/>
その他留意事項	将来的に担当者が代わること等も想定し、留意を要する事項を適切に記載できているか。	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

※ 項目は、代表的な例を記載しています。