

大阪府 相談支援ハンドブック



大阪府障がい者自立支援協議会
ケアマネジメント推進部会

はじめに

障がい児者に対する相談支援の充実を図るため、サービス等利用計画・障がい児支援利用計画については、平成24年度から段階的に対象を拡大し、平成27年3月末までに原則としてすべての障がい福祉サービス又は地域相談支援、障がい児通所支援を利用する障がい児者を対象として作成することとされました。

全国的には「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）が発行され、本府でも「大阪府相談支援ガイドライン」を作成しましたが、新たに相談支援専門員として従事する方を念頭に置き、実務に役立てていただけるよう、事例ごとの記入例の紹介を中心とした「大阪府相談支援ハンドブック」を作成しました。

「大阪府相談支援ガイドライン」と併せて相談支援専門員の皆様に活用いただき、府内全体の相談支援の充実・強化に繋がることを願っております。

記入例については、多種多様なケースのなかから参考にさせていただいた事例を選定するとともに、個人情報であることを考慮して、適宜修正を加えております。掲載した事例や記入例がすべてではありませんし、作成する計画の内容は個々の利用者の意向や資源の状況により異なってきますので、あくまでも一例であることを御理解のうえ、ご覧ください。

目 次

はじめに	1
第1章 相談支援制度の概要	5
1 障がい者相談支援制度	5
(1) 相談支援体系	5
(2) 基本相談支援	6
(3) 計画相談支援	6
(4) 地域相談支援	6
(5) 障がい児相談支援	7
(6) 基幹相談支援センター	7
2 相談支援専門員の役割	9
3 相談支援専門員に求められる基本姿勢と資質	11
(1) 基本姿勢	11
(2) 資 質	11
4 計画相談支援の流れ	12
(1) サービス等利用計画作成の流れ	12
(2) モニタリング（継続サービス利用支援）	13
(3) サービス等利用計画と個別支援計画との関係	14
障害者自立支援法における支給決定プロセス	
障がい児の支給決定プロセス	
5 地域相談支援の流れ（地域移行支援・地域定着支援）	19
(1) 地域移行への働きかけ～地域相談支援給付申請へ	19
(2) 地域相談支援の手順	20
第2章 アセスメント	21
【資料1】障がい者のアセスメント	24
・ 訪問票（一次アセスメント票）[記入例]	
・ アセスメントツールの解説（ミスポジション論）	
【資料2】障がい児のアセスメント	33
・ 【障がい児用】訪問票（一次アセスメント票）	
・ アセスメントツールの解説（子どもからはじめる個人将来計画）	

第3章 サービス等利用計画作成の実際	45
1 サービス等利用計画の作成に当たって.....	45
2 事例から学ぶ.....	46
掲載した記入例の一覧.....	47
【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～.....	48
(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～.....	55
(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	63
(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～	72
(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～.....	86
(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考える～	96
【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～.....	103
(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～	110
(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～	117
(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～	124
(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～	131
(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～.....	139
【参考】 サービス等利用計画の良くない例	147
サービス等利用計画案チェックシート（自己点検用）	148

第4章 巻末資料.....	149
1 相談支援事業者のみなさまへ.....	149
2 相談支援関係資料.....	151
3 身体障がい・知的障がい・精神障がいのある方のための福祉の手引き.....	151
4 社会資源のリストアップの例.....	152
おわりに.....	154

本書では、相談支援制度の概要や計画相談支援、地域相談支援について概要を説明しています。詳しくは、次の資料をご覧ください。

◆「大阪府相談支援ガイドライン」

<http://www.pref.osaka.jp/chiikiseikatsu/shogai-chiki/soudanshienguideline.html>

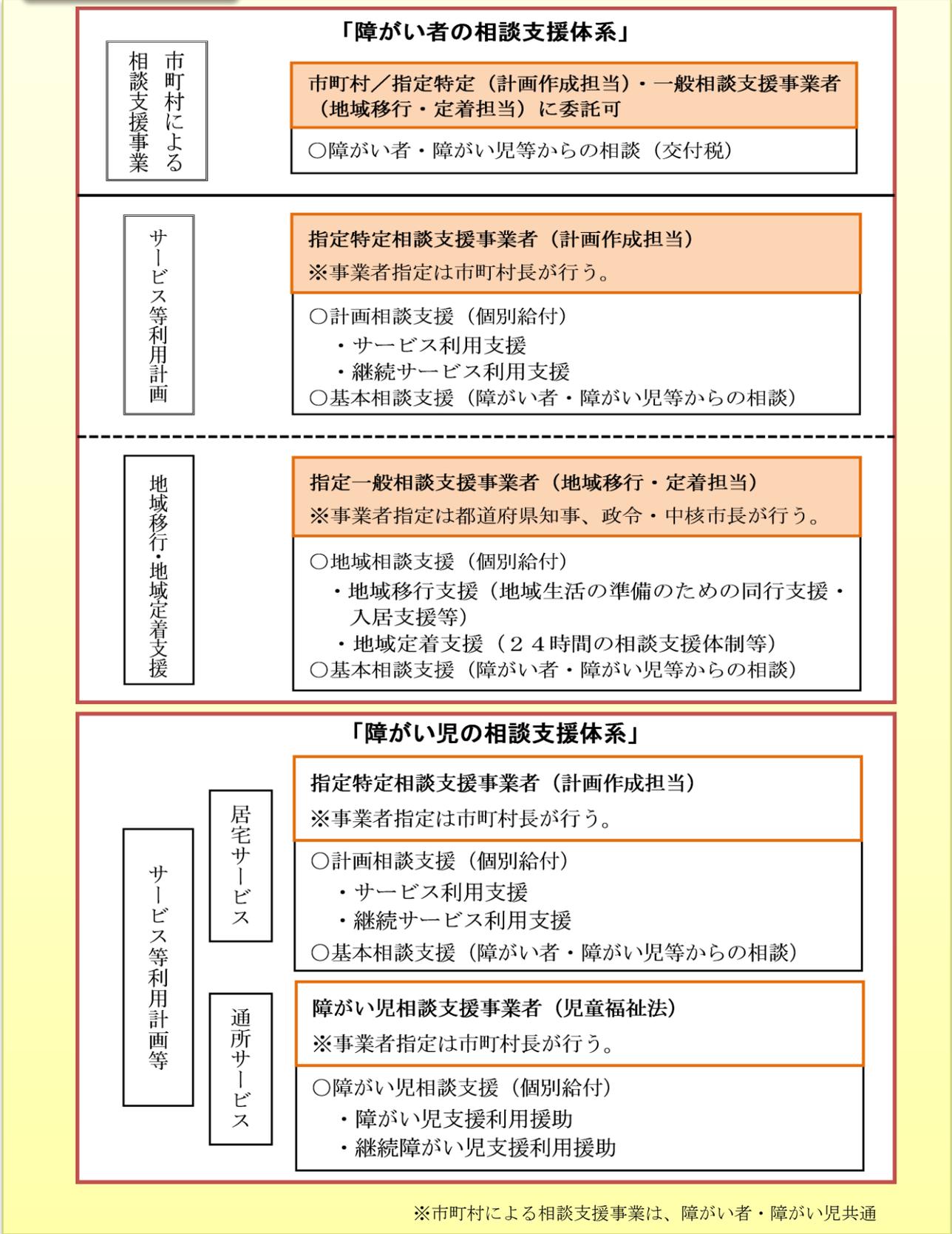
◆「今後の障がい者相談支援体制並びに地域移行・地域定着支援の進め方と留意事項」

<http://www.pref.osaka.jp/chiikiseikatsu/shogai-chiki/soudanshien-ryuijiko.html>

第1章 相談支援制度の概要

1 障がい者相談支援制度

(1) 相談支援体系



※市町村による相談支援事業は、障がい者・障がい児共通

(2) 基本相談支援

■ 全ての相談支援業務のベース

- 「基本相談支援」業務は、全ての相談支援業務（計画相談支援、地域相談支援及び障がい児相談支援）において共通するベースとなるものです。
- 地域の障がい者等の福祉に関する各般の問題につき、障がい者、障がい児の保護者又は障がい者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と市町村及び指定障がい福祉サービス事業者等との連絡調整等を行い、計画相談支援や地域相談支援等具体的支援の出発点ともなります。

(3) 計画相談支援

■ 「計画相談支援」の業務とは

- 計画相談支援は、市町村が指定する特定相談支援事業者が実施するもので、「サービス利用支援」と「継続サービス利用支援」からなり、自らの生活について計画を立てることや、サービス等の利用調整が困難な障がい者に対して、ケアマネジメントプロセスに沿って本人の意思と同意のもとに計画を作成し、その計画に沿った支援を実施し、定期的なモニタリングの実施やそれに伴う計画の見直し等を行いながら継続的に支援する一連の業務をいいます。

■ 「サービス利用支援」とは

- 障がい者の心身の状況やその置かれている環境等を勘察し、利用する障がい福祉サービスや地域相談支援の種類・内容等を定めたサービス等利用計画案を作成し、支給決定等が行われた後に、指定障がい福祉サービス事業者等との連絡調整等を行うとともに、当該支給決定等の内容を反映したサービス等利用計画を作成することをいいます。

■ 「継続サービス利用支援」とは

- サービス等利用計画が適切であるかどうかを一定期間ごとに検証（モニタリング）し、その結果等を勘察してサービス等利用計画の見直しを行い、サービス等利用計画の変更等を行うことをいいます。

(4) 地域相談支援

■ 「地域相談支援」の業務とは

- 地域相談支援は、都道府県、政令・中核市が指定する一般相談支援事業者が実施するもので、「地域移行支援」と「地域定着支援」からなります。

■ 「地域移行支援」とは

- 施設や精神科病院に入所・入院している障がい者について、施設や病院スタッフ等と協力しながら、当事者の不安解消に向けた啓発活動や日中活動の場の体験利用、体験宿泊、住居の確保等地域における生活に移行するための活動に関する相談その他のサービスを提供すること等をいいます。

■ 「地域定着支援」とは

- 居宅において単身等の状況で生活する障がい者について、関係機関との連携による常時の連絡体制を確保し、緊急の事態等に家庭訪問や相談、その他のサービスを提供することをいいます。

(5) 障がい児相談支援

■「障がい児相談支援」とは

- 障がい児相談支援は、市町村が指定する障がい児相談支援事業者が実施するもので、「障がい児支援利用援助」と「継続障がい児支援利用援助」からなります。
- 障がい児通所支援を利用する全ての障がい児に計画を作成し、その計画に沿った支援を実施し、定期的なモニタリングの実施やそれに伴う計画の見直し等を行いながら継続的に支援する一連の業務をいい、「計画相談支援」と同様です。18歳未満が対象となります。

■「障がい児支援利用援助」とは

- 障がい児通所支援給付費等の申請に係る障がい児の心身の状況、その置かれている環境等を勘察し、利用する障がい児通所支援の種類・内容等を定めた障がい児支援利用計画案を作成し、給付決定等が行われた後に、関係機関との連絡調整等を行うとともに、当該給付決定等の内容を反映した障がい児支援利用計画を作成することをいいます。

■「継続障がい児支援利用援助」とは

- 障がい児支援利用計画が適切であるかどうかを一定期間ごとに検証（モニタリング）し、その結果等を勘察して障がい児支援利用計画の見直しを行い、障がい児支援利用計画の変更等を行うことをいいます。

ポイント

- 発達の視点、社会的養護の視点を大切に！
 - 子どもの身体的発達、知的発達、対人関係を含む情緒的発達についての一般的な知識を持っておくことが大切です。発達レベルによって、次の目標となる課題が異なるからです。年齢ごとのおおまかな発達の姿をあらかじめ頭に入れておくようにしましょう。
 - 障がい児の相談では、保護者の意向に沿うだけでなく、障がい児自身の希望も尊重しながら計画を作成する必要があります。一方で、「社会的養護」の視点から必要な支援を探ることも求められます。社会的養護とは保護者のない児童や、保護者に監護させることが適当でない児童を公的責任で社会的に養育し、保護するとともに、養育に大きな困難を抱える家庭への支援を行うことです。「子どもの最善の利益のために」と「社会全体で子どもを育む」を理念として行うことが大切です。

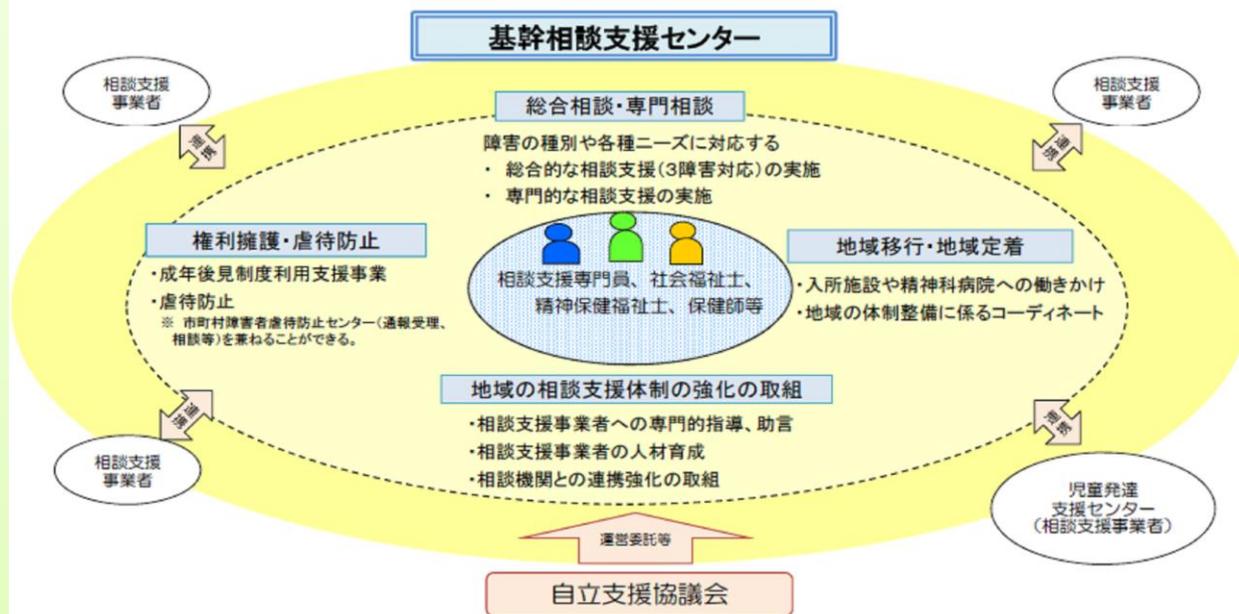
(6) 基幹相談支援センター

■基幹相談支援センターとは

- 地域の相談支援の拠点として、地域の実情に応じて、次の事業を行います。
 - ・総合相談（身体・知的・精神）、専門相談の実施
 - ・成年後見制度利用支援事業、障がい者虐待防止センター等虐待防止事業の実施
 - ・地域の相談支援事業者への専門的指導・助言、人材育成のための研修の実施
 - ・地域体制整備コーディネーターを配置の上、入所施設や精神科病院への働きかけ等の実施
- 基幹相談支援センターは、自立支援協議会の事務局機能を果たすことが望ましいとされています。

基幹相談支援センターの役割のイメージ

基幹相談支援センターは、地域の相談支援の拠点として総合的な相談業務（身体障害・知的障害・精神障害）及び成年後見制度利用支援事業を実施し、地域の実情に応じて以下の業務を行う。



【自立支援協議会を構成する関係者】



■大阪府では、地域における障がい児・者の相談支援体制の充実・強化、地域生活への移行促進、児者一貫した相談支援体制の確保を図るため、基本的な整備方針を示しました。

- 1 特定相談支援、一般相談支援、障がい児相談支援の機能を併せ持つ委託相談支援事業者を確保することが望ましい。
- 2 平成26年度までに基幹相談支援センターを各市町村で1か所以上設置（複数市町村による共同設置可）

基幹相談支援センター(市町村)

- 総合相談(身体・知的・精神)、成年後見制度利用支援事業の実施
 - 特定・一般相談支援事業者で対応困難な事例への対応
 - 中核的役割
⇒相談支援専門員のスーパービジョン、人材育成(研修、OJT)、広域調整、自立支援協議会の運営、地域移行等に係るネットワーク構築、権利擁護、虐待対応等
- ※基幹相談支援センターは、特定・一般相談支援事業機能を有する。併せて「障がい児相談支援事業」の実施も望ましい。

連携支援

特定・一般・障がい児
相談支援事業者(身体)

特定・一般・障がい児
相談支援事業者(知的)

特定・一般・障がい児
相談支援事業者(精神)

2 相談支援専門員の役割

果たすべき役割

■相談支援とは

○障がい者やその家族が、さまざまなサービスを利用しながら、地域の中でその人らしい暮らしを続けていくために、あらゆる相談を受け止め、常に本人の立場に立って、「望んでいることは何か」「何を支援すればよいか」「支援をするときに地域の社会資源はどんな状況か」など、さまざまな視点をもって、本人を中心に、家族、支援者、行政等とネットワークを構築しながら行う支援です。

■相談支援専門員の役割

○障がい者が地域で生活していると、さまざまな困難に直面します。

障がい者自身が利用できるサービスの情報を得て、自ら利用手続きを行い、適切にサービスを活用していくことは、さまざまなサービスが地域に広く散在していたり、必要なサービスが地域に不足しているといったこともあり、なかなか困難なことです。

○相談支援専門員は障がい者に寄り添いながら、

- ・その人に適した障がい福祉サービスなどの情報を広く提供
 - ・必要なニーズをアセスメントし、活用できるサービスについてわかりやすく説明
 - ・本人が自立した地域生活を送るための総合的な支援計画（サービス等利用計画）を作成
 - ・その計画に沿って複数のサービスを調整し、一体的・総合的なサービス提供を確保
- するのが相談支援専門員の役割です。

○身近な地域にいつでも、気軽に、どのような相談にも乗ってくれる相談窓口があることが、障がい者が地域で生活していくためには不可欠です。そして、ノーマライゼーションの実現に向け、障がいがあってもなくても、だれもが住み慣れた地域社会で普通に生活し活動できる社会を構築し、現在、地域で生活している障がい者が、そのまま地域で生活し続けることができるよう、また、これから施設や病院から地域生活へと移行し、生活し続けることができるようにするためには、地域住民の障がいへの理解が欠かせません。相談支援の役割には、そういった地域への働きかけや啓発という役割も含まれています。

ポイント

➤ 利用者のエンパワメントを高める本人中心の相談支援を！

○相談支援においては、障がい者と支援者とがパートナーとしての関係をつくり、障がい者自らが自分の課題を発見し、自己決定して生活していけるよう力をつけていく「エンパワメント」を心がけた支援が大切です。

○利用者が本来持っている力（ストレンクス）に着目し、利用者のエンパワメントを高める本人中心の支援を行きましょう。

ポイント

➤ 権利擁護の観点に立った相談支援を！

○常に障がい者が置かれている立場を代弁するという権利擁護の観点に立ち、障がい者の自己決定・自己選択を支援していきます。

ポイント

➤ ネットワークのコーディネーターとして

○平成23年8月に改正された障害者基本法では、「地域における共生等」という項目が新設され、「全ての障害者が、障害者でない者と等しく、基本的人権を享有する個人としてその尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有すること」を前提としつつ、「社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が確保」され、「可能な限り、どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられない」としています。

○施設や病院に入所・入院している障がい者本人の思いや希望をもとに、本人が選択した生活の場において暮らし続けることができるよう、相談支援専門員は、関係機関とのネットワークを構築して、必要な支援を提供するコーディネーター（調整役）として重要な役割を担います。

ポイント

➤ チームアプローチのキーパーソン

○ケアマネジメントは、相談支援専門員など特定の者が全てを担当するのではなく、障がい者に関わるさまざまな分野の支援者がチームとして対応していくことに意味があります。

○チームによる障がい者の生活目標に対する取り組みがチームアプローチです。障がい者の自立した生活は、生活全体を総合的に捉えることにより意味をなすものであり、サービスの総合調整を行うためには、関係者によるチームアプローチが不可欠となります。相談支援専門員は、ケアマネジメントの過程において、チームアプローチの姿勢を忘れてはいけません。

ポイント

➤ 個別支援から地域づくりへ

○相談支援専門員には、サービス等利用計画の作成や地域移行支援、地域定着支援などを通して個別の事例から明らかになってくる地域の課題を分析し、その課題の解決に向けて取り組む地域づくりという役割も求められます。

○相談支援専門員は、個別ケースへの関わりから整理した地域課題を自分だけの情報にせず、日常活動を地域に開示して、地域全体が同じレベルの課題意識を持てる環境を作るよう努めなければなりません。自立支援協議会へ活動報告することは、地域で暮らし利用者の個別の生活課題を地域化することにつながります。

○自立支援協議会は、このような相談支援専門員の報告をもとに、地域課題の発生要因や解決方策を検討し、課題解決のための実際の活動の方法、方針を決定していく組織（自立支援協議会事務局会議、自立支援協議会運営委員会等）として機能していく必要があります。相談支援専門員は、いわば自立支援協議会の活動の原動力としての役割も求められます。

○詳しくは、「大阪府相談支援ガイドライン」の「第5章 個別支援から地域づくりへ」（P. 37～）をご覧ください。

3 相談支援専門員に求められる基本姿勢と資質

(1) 基本姿勢

■ 基本理念

○相談支援専門員の基本理念は、すべての人間の尊厳を認め、いかなる状況においても自己決定を尊重し、当事者（障がい者本人及び家族）との信頼関係を築き、人権と社会正義を実践の根底に置くことです。

○この理念に基づき相談支援専門員は、本人の意向やニーズを聴き取り、必要に応じて本人中心支援計画およびサービス等利用計画の作成にかかる支援を行います。具体的には、本人のニーズを満たすために制度に基づく支援に結びつけるだけでなく、制度に基づかない支援を含む福祉に限らない教育、医療、労働、経済保障、住宅制度等々あらゆる資源の動員を図るよう努力します。また、資源の不足などについて、その解決に向けて活動することも重要です。

■ 求められる基本姿勢

○このような役割を果たすため、相談支援専門員として次のような姿勢が求められます。

- ・利用者の自立支援への姿勢
- ・信頼関係を築く姿勢
- ・利用者の不安を和らげる姿勢
- ・事例を個別化してとらえる姿勢
- ・感情をコントロールする姿勢
- ・利用者を受容する姿勢
- ・利用者の自己決定を原則とする姿勢
- ・守秘義務を尊重する姿勢
- ・利用者の自立支援を支える姿勢
- ・こまめにアセスメントを行う姿勢
- ・地域の資源把握と開発する姿勢
- ・チームアプローチの姿勢

(2) 資 質

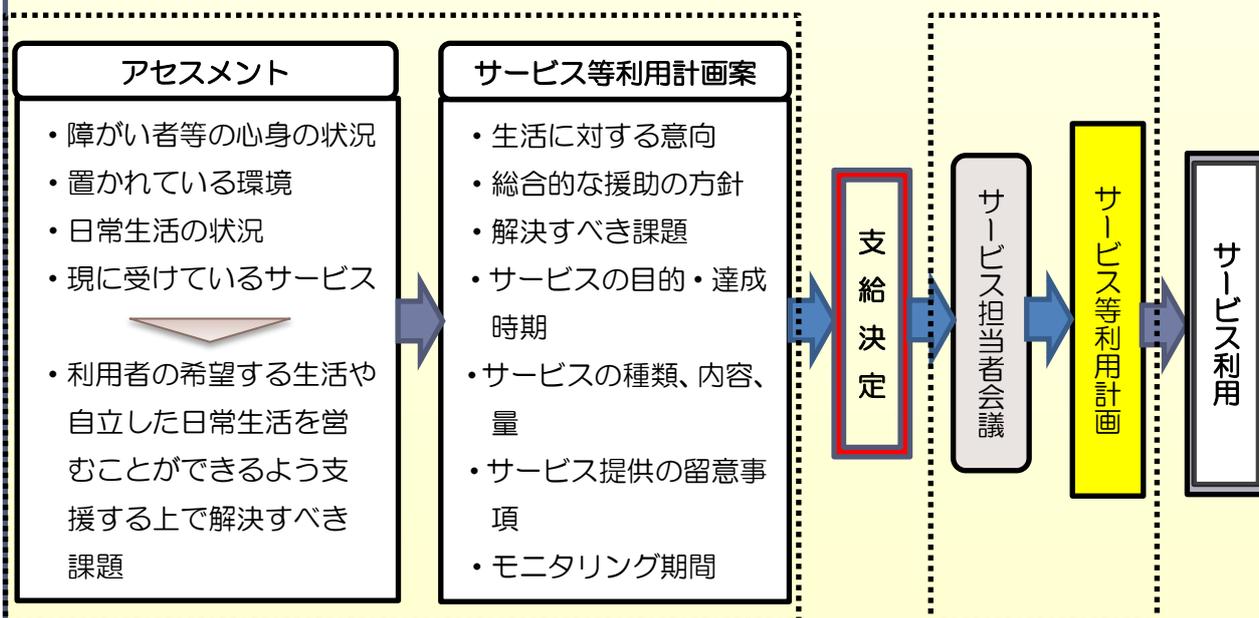
■ 求められる資質

○相談支援専門員が身につけておくべき資質は、概ね次のようになります。

- 1 信頼関係を形成する力
- 2 相談支援に係る幅広い知識と技術の習得
 - ・福祉分野や他の分野についての幅広い知識（制度やサービスを含む）
 - ・基本的なコミュニケーション技術
 - ・基本的な面接技術
 - ・ニーズを探し出すアセスメント力
 - ・チームアプローチやネットワークを形成する力
 - ・社会資源を活用・調整・開発する力
- 3 交渉力・調整力

4 計画相談支援の流れ（サービス利用支援・継続サービス利用支援）

(1) サービス等利用計画作成の流れ



★特定相談支援事業者がサービス等利用計画案を作成し、市町村はこれを勘案して支給決定を行います。

★計画相談支援の対象は、平成 24 年度から段階的に拡大し、平成 26 年度末において、障がい福祉サービス及び地域相談支援を利用するすべての障がい者が対象となります。

★計画相談支援の対象拡大にあたっては、

- 1 新規利用者
- 2 平成 23 年度までサービス利用計画作成費の支給対象であった者
 - ・障がい者支援施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援が必要な者
 - ・単身世帯の者等自ら障がい福祉サービス事業者等との連絡調整を行うことが困難な者
 - ・常時介護が必要な障がい者等で、意思疎通を図ることに著しい支障があるもののうち、四肢の麻痺及び寝たきり状態にある者、知的障がい又は精神障がいにより行動上著しい困難を有する者（但し、重度障がい者等包括支援の支給決定を受けていない者）

3 施設入所者

を優先して拡大することとされています。

★施設入所支援と就労継続支援 B 型又は生活介護の利用の組み合わせは、ケアマネジメント等の手続を前提とします。このため、この組み合わせに係る平成 24 年度以降の新規利用者はサービス等利用計画の作成が必須になります。

ポイント

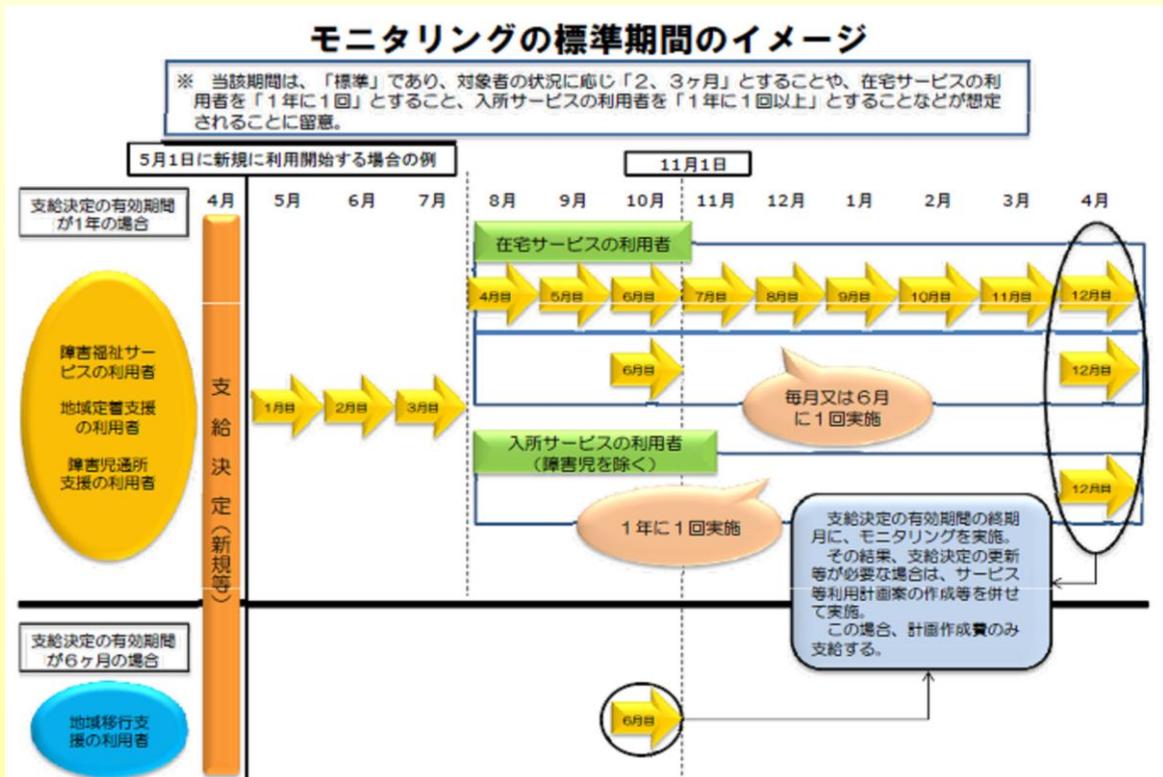
- 本人中心の総合支援計画を念頭に置いたサービス等利用計画の立案を！
 - 「本人が望む暮らし」を長期目標として具体化した本人中心の総合支援計画を念頭に置き、当事者のニーズや課題をどのような社会資源がどのように支援していくのかを検討します。

ポイント

- セルフプラン希望者への情報提供等の支援は丁寧に！
 - 自らが計画の作成を希望する場合であっても、必要な情報提供とともに、支援が必要な時はいつでも相談に応じることを確認しておきましょう。
 - 短期入所等単一のサービスだけで、現状の本人のニーズが満たされている場合であっても、日々状況が変化することを踏まえ、慎重に判断します。

(2)モニタリング（継続サービス利用支援）

★モニタリングの期間は、対象者の状況に応じて柔軟に設定されるべきものであることから、市町村が対象者の状況等を勘案し個別に定める仕組みとされていますが、国において一定の目安が下記のとおり示されています。



- ★モニタリングは、初期モニタリング、継続モニタリング、終結に向けたモニタリングによって、その目的は異なります。
- ★初期モニタリングはサービスが提供された直後から実施されます（概ねサービス提供から2週間以内）。その際に確認すべきことは、
 - 計画に基づく支援によって当事者の生活が安定しているか
 - 関係機関等は計画で確認された支援の方向性に沿ってサービス等を提供しているか
 - 利用者を取り巻く環境に変化はないか 等をモニタリングします。
- ★継続モニタリング（月1回等定期的に実施）では、
 - 新たなニーズが発生していないか
 - 生活の中でのアクシデントに柔軟に迅速に対応できているか
 - 支援によって当事者の生活スキルの向上が見られているか 等をモニタリングします。
- ★終結に向けたモニタリング（計画実施期間終了前）では、
 - 計画された目標が達成されているか
 - もし達成に向かっていない場合、その原因は何か 等を明らかにします。

ポイント

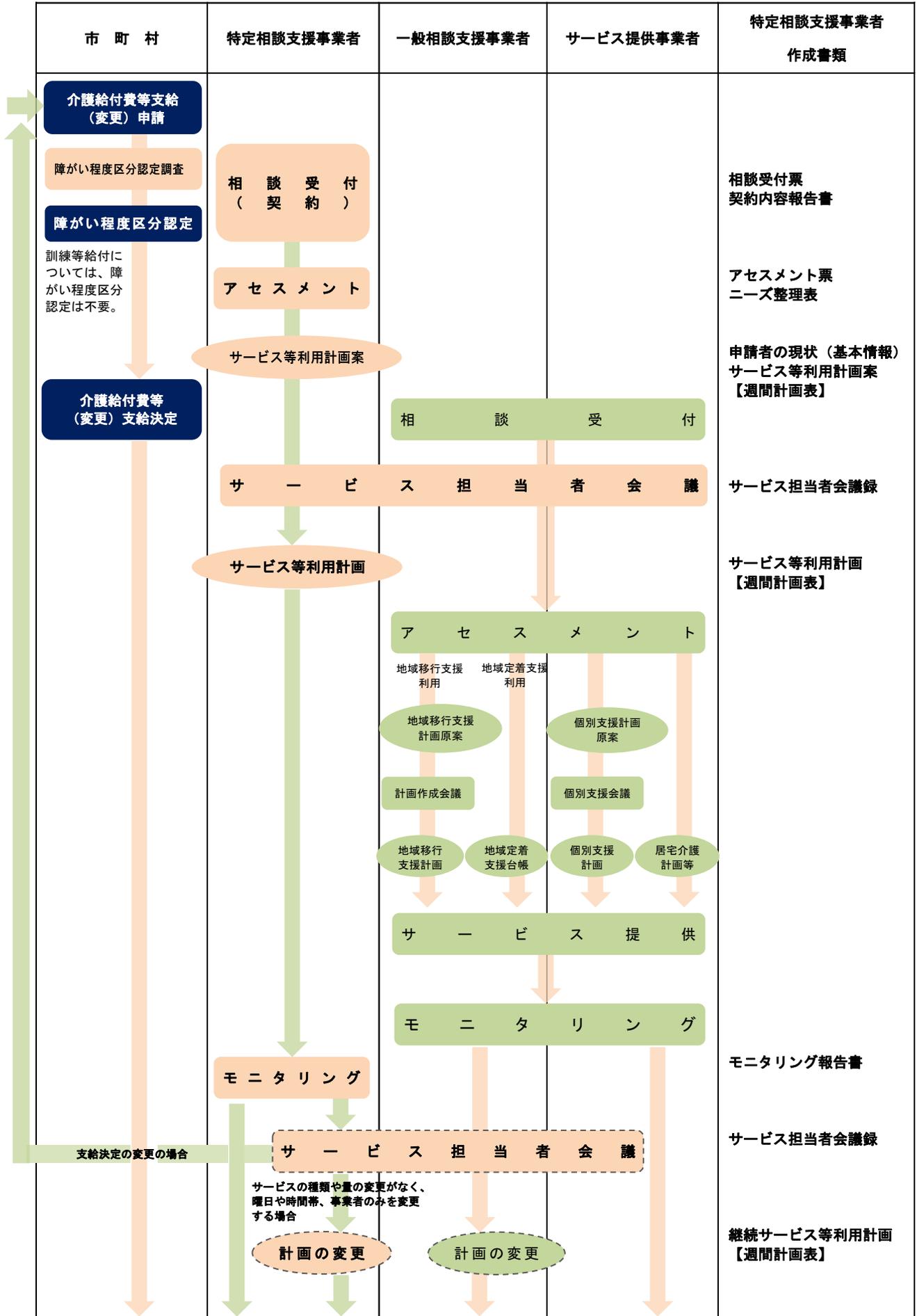
➤ サービス提供の中立性の確保を！

- サービス提供事業所の職員と兼務する相談支援専門員がサービス等利用計画を作成した結果、兼務するサービス提供事業所を利用することとなった場合、サービス提供事業所との中立性の確保やサービス提供事業所の職員と異なる視点での検討が欠如してしまうおそれがあります。
- このため、やむを得ない場合を除き、モニタリングや支給決定の更新又は変更に係るサービス利用支援については、当該事業所と兼務しない別の相談支援専門員が行うことを基本とします。

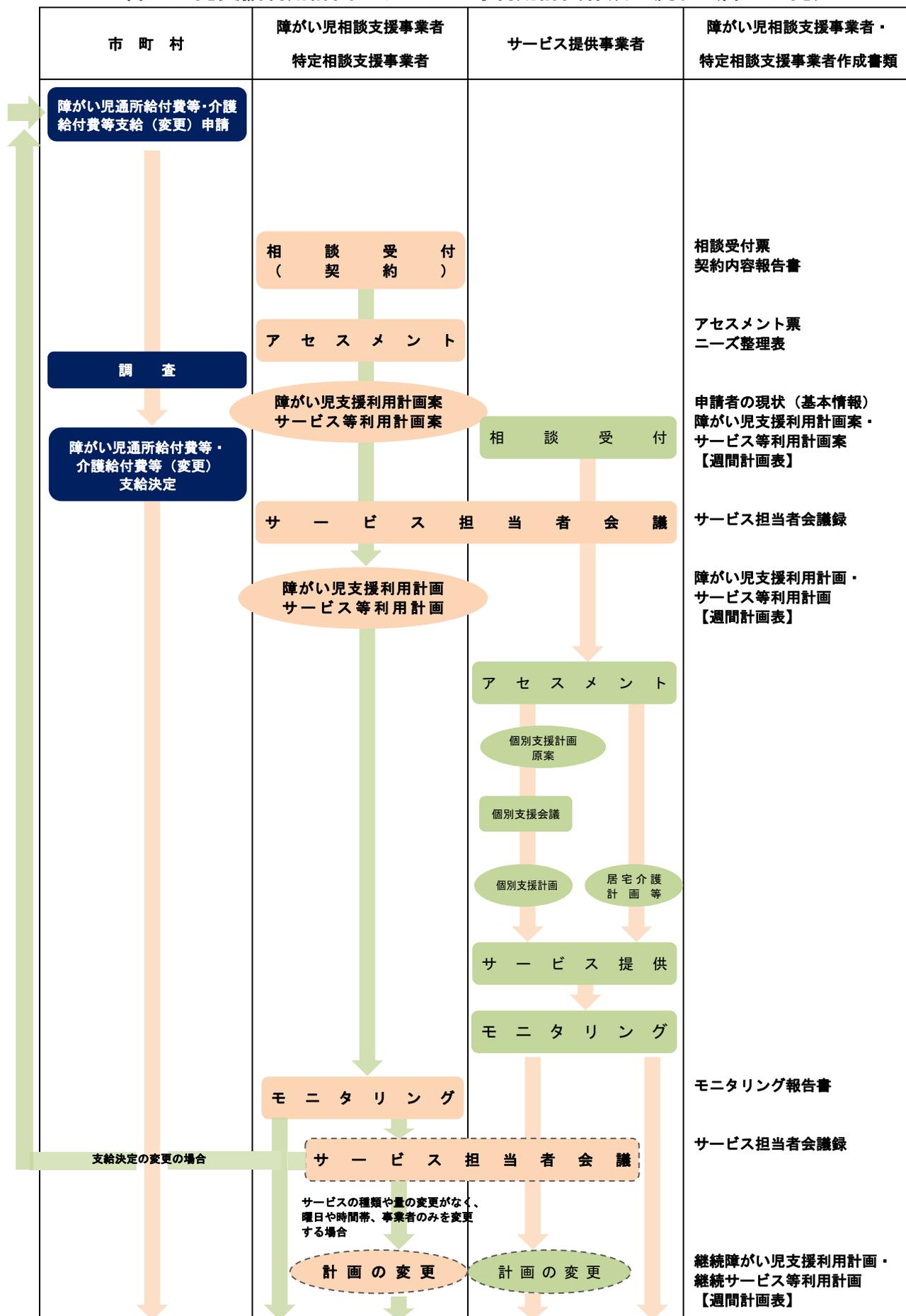
(3) サービス等利用計画と個別支援計画との関係

- ★サービス等利用計画は、相談支援専門員が、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、作成するものです。
- ★障がい福祉サービス事業所のサービス管理責任者が作成する「個別支援計画」は、サービス等利用計画における総合的な援助方針等を踏まえ、当該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、作成するものです。
- ★サービス等利用計画は相談支援専門員が、個別支援計画はサービス管理責任者が、進行管理の責任を持つこととなります。そのため、相談支援専門員と、支援に関係するサービス管理責任者は、密接な関係を構築し、利用者に関する情報共有に努める必要があります。

サービス等利用計画作成の流れ

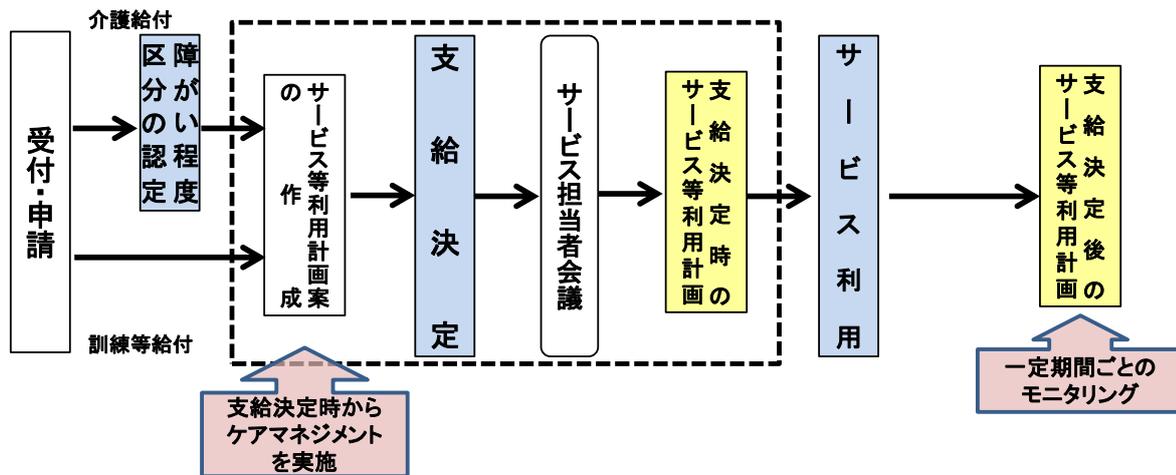


障がい児支援利用計画・サービス等利用計画作成の流れ（障がい児）



※支給決定を受けて、指定通所支援と指定障がい福祉サービスの提供を受ける場合は、計画は一体的に作成（障がい児相談支援給付費のみ支給）。

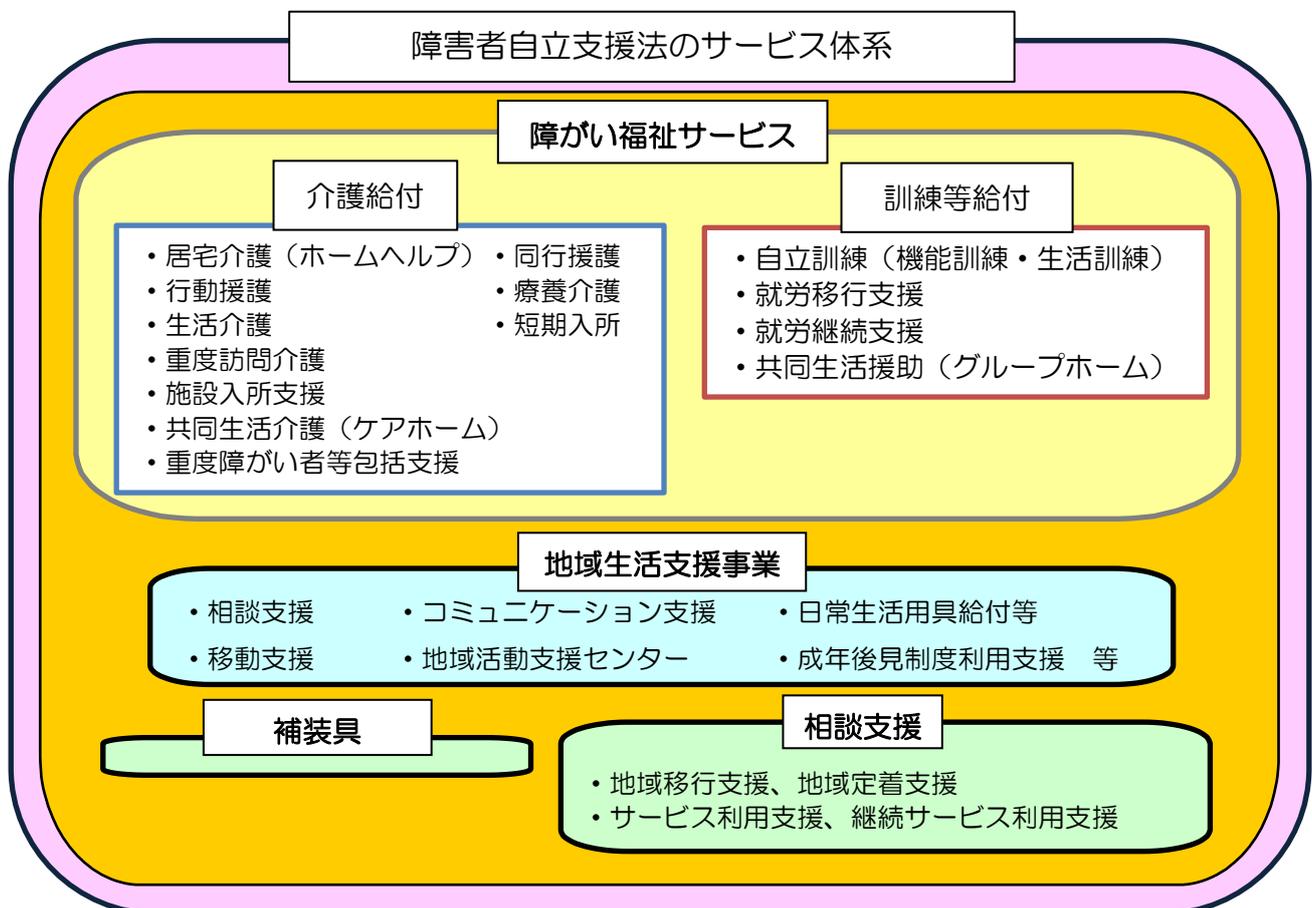
障害者自立支援法における支給決定プロセス



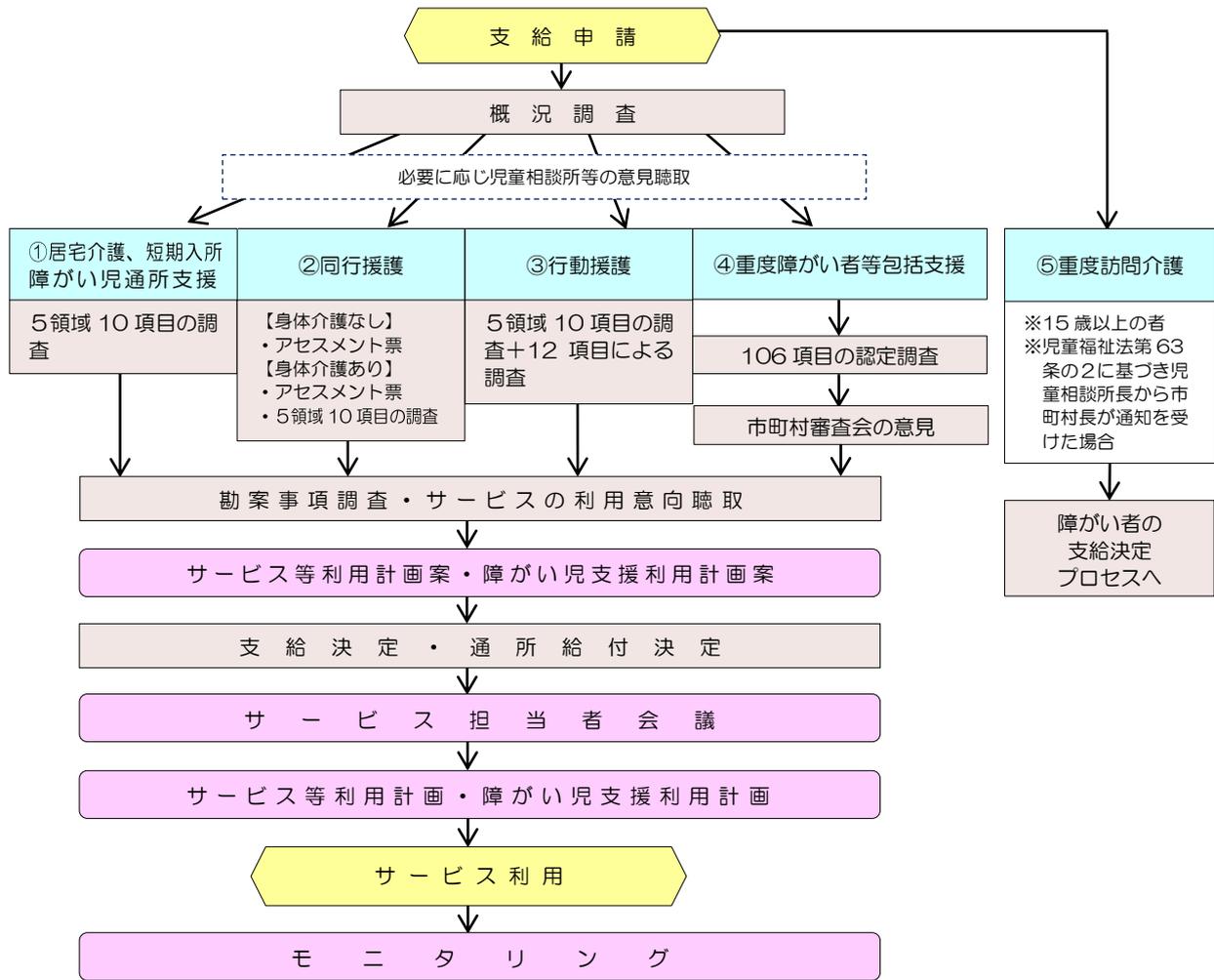
◆サービス利用までの流れ

- 1 市町村の窓口で申請し、障がい程度区分認定を受ける。（訓練等給付については、障がい程度区分認定は不要）
- 2 市町村は、申請者に対して特定相談支援事業者（相談支援専門員）が作成するサービス等利用計画案の提出を求める。
- 3 申請者は、サービス等利用計画案の作成を特定相談支援事業者に依頼し、市町村に提出。
- 4 市町村は、提出された計画案や勘案事項を踏まえ、支給決定を行う。
- 5 特定相談支援事業者は、支給決定後、サービス担当者会議を開催し、サービス等利用計画を作成。
- 6 サービス提供事業者は、サービス提供を行う。

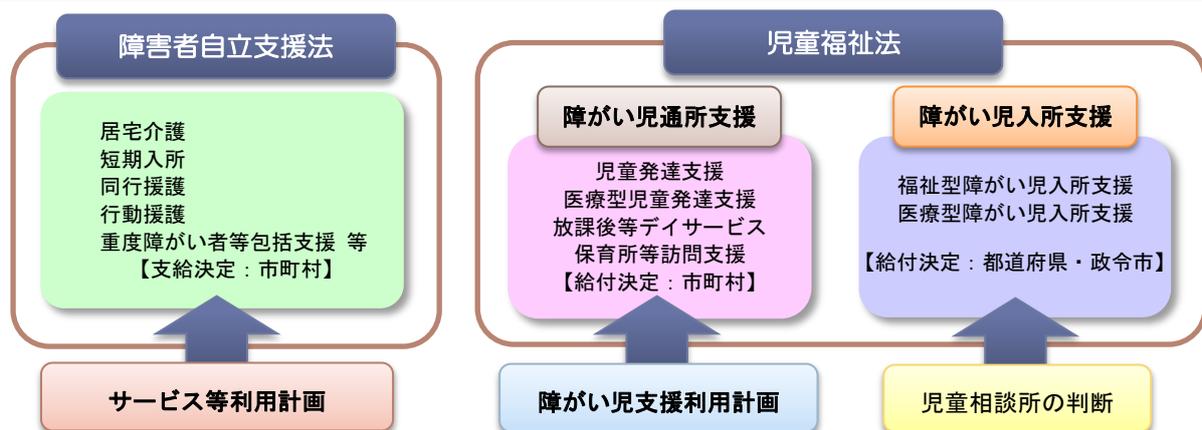
※サービス提供事業者は、サービス等利用計画をもとに、個別支援計画（サービス管理責任者）、居宅介護計画等（サービス提供責任者）を作成。



障がい児の支給決定プロセス



障がい児支援の体系



- 障がい児を支援するサービスとして、障害者自立支援法に位置付けられた障がい福祉サービス等と児童福祉法に位置付けられた障がい児通所支援・障がい児入所支援があります。
- 障がい福祉サービスを利用する場合はサービス等利用計画、障がい児通所支援を利用する場合は障がい児支援利用計画の作成が必要です。
- 障がい福祉サービスと障がい児通所支援の両方を利用する場合は、サービス等利用計画と障がい児支援利用計画を一体的に作成します。この場合の報酬については、障がい児相談支援給付費のみ支給されます。
- 障がい児入所支援の利用については、児童相談所（大阪府（大阪市、堺市除く）では、子ども家庭センター）が専門的な判断により決定します。このため、障がい児支援利用計画の作成は必要ありません。

5 地域相談支援の流れ（地域移行支援・地域定着支援）

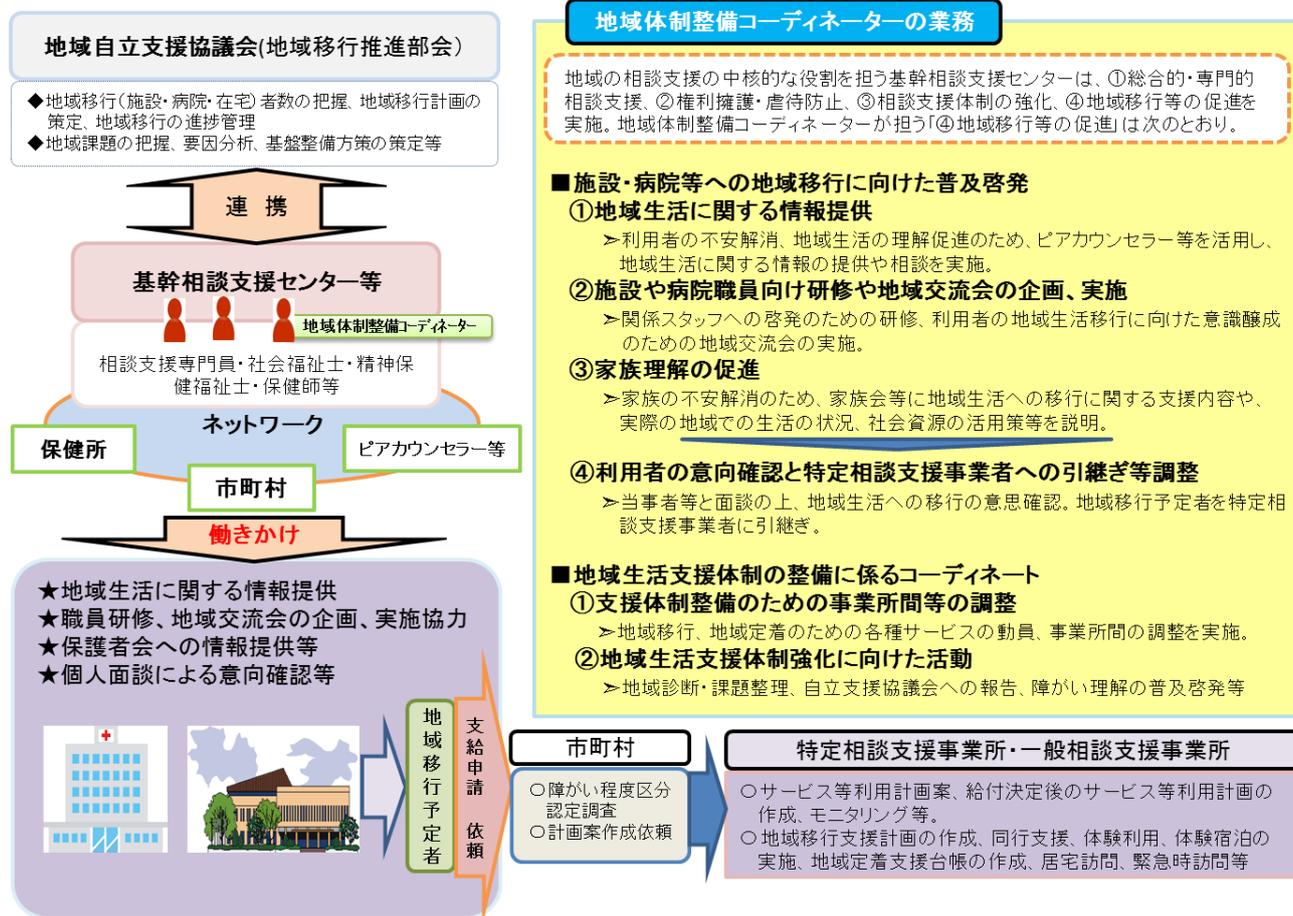
(1) 地域移行への働きかけ～地域相談支援給付申請へ

- 1 基幹相談支援センター等に配置された地域体制整備コーディネーターが、施設や精神科病院へ向かい、施設職員や病院スタッフと協力して、入所・入院する障がい者に対して地域生活に関する情報提供を行ったり、地域で生活する障がい者との交流会等を開催し、入所・入院する障がい者の地域生活への不安解消等を図ります。
- 2 地域体制整備コーディネーターによる施設・病院への働きかけにより、地域生活への移行を希望する障がい者について、施設や病院の担当職員と協議の上、援護の実施市町村に連絡します。
- 3 地域移行を希望する障がい者の地域相談支援給付申請を支援するとともに、サービス等利用計画（案）を作成する特定相談支援事業者を引き継ぎを行います。

ポイント

- 障がい者が暮らしたいと望む地域の特定相談支援事業者へ引き継ぎ
○円滑な地域移行支援等のため、障がい者が暮らしたい地域にある特定相談支援事業者、一般相談支援事業者が担当することが望ましい。

地域体制整備コーディネーターの役割と業務内容



(2) 地域相談支援の手順

★地域移行支援

○初期段階

- ・地域移行支援計画の作成（利用者の具体的な意向の聴取や施設、病院等の関係者との個別支援会議等を踏まえて作成）
- ・対象者への訪問相談、利用者や家族等への情報提供等（信頼関係構築、退所に向けた具体的なイメージ作り）

○中期段階

- ・対象者への訪問相談（不安解消や動機付け維持等）
- ・同行支援（公的機関や地域にある社会資源の見学、障がい福祉サービス事業所の体験利用等）
- ・自宅への外泊、一人暮らしやグループホーム等の体験宿泊
- ・関係機関との連携（入所施設・精神科病院等との個別支援会議開催や調整等）

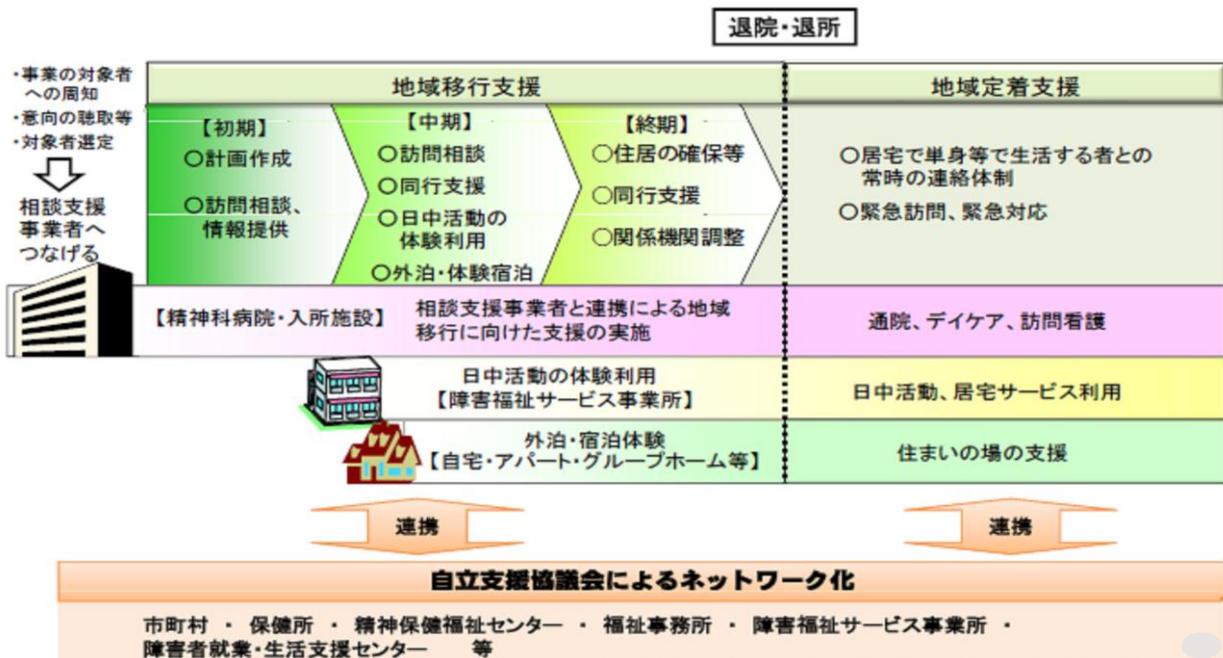
○終期段階

- ・住居の確保の支援（退所・退院後の住居の入居手続き等）
- ・同行支援（退所・退院後に必要な物品の購入、行政手続き等）
- ・関係機関との連携・調整（退所・退院後の生活に関わる関係機関等）

★地域定着支援

- 地域定着支援台帳の作成（利用者の心身の状況や環境、緊急時の連絡先等を記載）
- 関係機関との連携による常時の連絡体制の確保並びに緊急時の訪問・対応

地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)



※ 精神障害者の退院促進支援事業の手引き(平成19年3月日本精神保健福祉士協会)を参考に作成

第2章 アセスメント

アセスメントとは

- 障がい者の生活の状況や置かれている環境の状況を理解し、要望や主訴から具体的な生活ニーズを探ることが重要です。障がい者本人や家族の主訴を聞きながら、希望する生活を実現するために本当に必要なものは何なのかを明らかにしていくプロセスが（ニーズ）アセスメントです。
- アセスメントは、相談支援専門員による一次アセスメント、専門家による二次アセスメント、相談支援専門員による社会資源のアセスメントとされています。
- アセスメントの流れは次のとおりです。

一次アセスメント

- 一次アセスメントは、家庭訪問等の目的を理解してもらい、そこで何を明らかにするかを整理しておきます。必要に応じて、専門家と一緒に訪問することも考慮します。
- 一次アセスメントでは、利用者の一日の生活の流れと地域や住まい等の生活環境を把握するとともに、利用者のニーズを引き出します。さらに利用者や家族が望んでいる暮らしを明らかにします。
- 一次アセスメント票及びアセスメントツールについては、P.24 以降をご参照ください。P.33 からは、18 歳未満の障がい児を想定したアセスメント票及びアセスメントツールについて掲載しています。



二次アセスメント

- 二次アセスメントは、医師等の専門家によるアセスメントで、相談支援専門員の依頼により実施します。
- 相談支援専門員は、利用者の了解を得て、相談受付票や一次アセスメント票の情報を共有し、課題解決に有効な専門家を選びます。二次アセスメントに関わった専門家は、その結果をまとめて報告書を作成し、相談支援専門員に提出するとともに、ケア会議で報告します。
- 必ずしも二次アセスメントを必要としない利用者もいるので、すべての利用者に対して、二次アセスメントをしなければならないと考える必要はありません。
- 二次アセスメント票の内容
 - 1) 利用者氏名
 - 2) 専門職氏名
 - 3) 専門職所属
 - 4) 現状・ニーズの阻害要因
 - 5) 改善内容・改善手段
 - 6) 訪問者所見・その他の情報
 - 7) 添付資料等



分析・評価

- 相談支援専門員は、相談受付票、一次アセスメント票、二次アセスメント票で把握したことを生活ニーズに整理します。
- 利用者の生活ニーズの整理が終わったら、それらのニーズを解決と思われる社会資源を検討します。地域の社会資源について、障がい別、生活ニーズ別のリストを作成します。
- 社会資源の検討は、利用者のニーズに合った社会資源かどうか、その社会資源は利用できる可能性はあるか、利用は容易か等の観点から行います。もし、利用者に合った社会資源ではないと判断したら、その改善の可能性を探ることに取り組みます。
- 相談受付票、一次アセスメント票、二次アセスメント票、社会資源の検討の結果を踏まえて、次のサービス等利用計画案作成の段階に入ります。

ポイント

➤ 信頼関係を築き、本人中心の支援を！

- 傾聴を心がけ、肯定的な雰囲気の中で当事者との信頼関係を築くことが重要です。
- 利用者と支援者の関係は対等であり、「支援される者」という受け身の存在ではありません。専門職といえども「私に任せておけば大丈夫」といった一方的な支援は禁物です。

ポイント

➤ アセスメントは、家族のニーズだけではなく、本人のニーズを引き出し、適切な評価を！

- 本人や家族の主訴、当事者をよく知る関係機関等からの情報収集等により、希望する生活を実現するために必要なものは何かを明確化します。
- 障がいがあるために、自ら決めることができない、正しく判断する能力が無いなどと決めつけて家族の意向だけに耳を傾けるのではなく、本人のニーズや価値判断の重みを常に意識して、それを引き出す努力をします。
- できないことだけを評価するのではなく、できること（ストレングス）も評価し、課題整理します。

ポイント

➤ 本人の課題を専門職の視点から詳細にチェックを！

《生活基盤に関する領域》

- 所得の状況や同居している家族の状況、保証人になってくれる人の有無、住まいの場の確保に支援が必要かなど確認します。

《健康・身体に関する領域》

- 安定した生活を送るために医療とのつながりも大切です。利用している医療機関はどこで、主治医や専門医は誰か、また利用の頻度や服薬の状況、緊急時の対応など、医療とのつながりを確認します。

※ 本章は、障害者ケアガイドライン（平成14年3月31日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部）を参考にして作成しました。

《コミュニケーション・スキルに関する領域》

- 障がいの特性から、言葉で表現することができない人もいます。コミュニケーションボード等のコミュニケーションツールを使ったり、マッピングのように紙に書きながらニーズ把握する工夫も必要です。本人の意思表示の方法を早く理解しましょう。
- 自分の意見を表明することが苦手な人もいます。意思表示がどのようになされるかを、できるだけ早く知ることが必要です。
- 日頃の友人関係や日中活動の場での対人関係の状況、家族との関係など、こういった課題を抱えているのかを確認します。

《社会生活技能に関する領域》

- 交通機関や銀行、郵便局、公的機関の利用に不安、又は利用経験がないといった課題を抱えていないか確認します。
- 障がいや長期の施設入所、入院による社会経験の少なさから、家事や買い物、掃除、身だしなみ、金銭管理など、日常生活に困難を感じていることが少なくありません。
- 日常生活を送るためにどのようなニーズがあるか確認します。

《社会参加に関する領域》

- 日中活動の場が確保されていることは、利用者の生活の質を高めるうえで非常に大切なことです。現実にはまだまだ地域資源が不足している状況にあり、そういった状況で社会参加する場をどのように確保できるか関係者と十分協議しましょう。
- また、利用者が社会参加を希望しても、送迎の手段をどう確保するかといった課題、利用者自身が社会参加に不安・困難を感じている場合もあるので、さまざまな角度から確認することが必要です。

《教育・就労に関する領域》

- 教育機関に関する情報の不足により、医療的ケアに対応できるのか、設備面で配慮されているのか、送迎はどうするのかといった不安、困難を抱えていることが多いため、これらの実情を確認します。
- また、仕事を探すために利用者ができることは何か、就労の場の障がい理解はあるか、職業スキルをあげる必要があるかどうか、職場で嫌なことがあった時の対処の方法が明らかか、仕事を続けるためにどういった配慮が必要かなど確認します。

ポイント

➤ 専門家の意見・地域情報も十分に取り入れて！

- 必要に応じて当事者をよく知る関係機関等からも情報を収集することが大切です。これにより、当事者自身が気づいていないニーズの発見につながることもあります。
- また、あらかじめ地域の社会資源をリストアップし、整理しておく必要があります（P.152 参照）。当事者の障がいだけに注目するのではなく、住んでいる環境や人間関係、地域性にも目を配るため、日常的に地域を巡回し、社会資源の実態についても評価する必要があります。社会資源の評価は、ニーズを充足させる社会資源か、利用者の利便性はどうか、社会資源は安定して供給できるか等の視点で行います。

受付 No. 12345 氏名：大阪 都 訪問年月日：2012年 9月 6日		訪問目的（事前に具体的に記入） 二人暮らしの母の緊急入院の状況で、本人の望む自宅での生活、また家を出ての単身生活や就労の実現に向けてのアセスメントの実施、本人や姉などの意向の確認。	
訪問者所属 Z障がい者相談支援事業所 氏名 松井			
障がい者本人の概要	生活歴	小学校入学前に父が死去、以降、母が就労しながら懸命に子育てを行う。 中学校入学前に療育手帳を取得(B1判定)、小中学校は支援学級に在籍、高校は支援学校高等部に入学、高等部では音楽に熱心になり、友達関係も広がる。 卒業後、地域の就労移行支援事業所に通うが、なかなか就労につながらず、進路検討時期に母が倒れ、今後の生活のあり方等について相談支援事業所が相談対応することになる。	
	病歴・障がい歴	年月	事項
		04.3	療育手帳取得(B1判定)
		12.5	障がい基礎年金受給(2級)
	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]	軽いつんかん発作があり、S病院を3ヶ月に1回受診、診察と投薬処方を受けている。中学2年生時に1回授業中に軽い脱力発作があってからは服薬コントロールできており、発作は見られない。受診には母が連れて行っていた。主治医はM医師で、小学校6年生の頃から本人を診ており、療育手帳について、学校の先生と共に取得を勧めた経緯がある。	
	医療保険 被保険者(本人・ <u>家族</u>)	■ 国民健康保険 □健康保険 記号 ○国 番号 123456 自立支援医療、福祉医療の利用状況 (精神通院医療)	
	現在使用している福祉用具：	なし	
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	7:30	9:30	16:30 18:30 21:30
	○起床	○通所	○帰宅 ○夕食・入浴 ○就寝
介護者 (姉・義姉)	○本人を電話で起こす ☆自分の家の家事・介護・育児 ○本人の夕食準備・洗濯・夕食見守り・就寝準備 明日の準備確認 ○自分の家に帰宅		
[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	※母が入院前は、母と買物に出かけたり、近所の幼馴染の友達の家遊びに行ったりしていた。一人での余暇はTVを見たり、好きなアイドルのCDを聴いたりしている。		
	○起床	姉か兄の家で過ごす	○帰宅 ○就寝
介護者 (姉・義姉)	○本人を迎えに行き、姉か兄の家で昼食・夕食を食べさせ、本人宅に送り、就寝準備を見守る。		

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	持ち家でローンなし。母と二人暮らし。	母との暮らしでいいと思う反面、家を出て一人暮らしをしてみたい。	一人暮らしの具体的なイメージは持っていない。
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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	抗てんかん薬を毎朝服用。	通院には一人で行く自信がない。薬の飲み忘れがないか、誰かに見ていて欲しい。	母が入院前は、母がしてくれることでの安心感を強く持っていた。
食事管理	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	栄養面等、母がしてくれていた。		
病気に対する認識	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	母が細やかに見てくれた。		
体力	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	問題ない。		

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	自立	小さなボタンやホックは苦手。 足の指間など、細かい所を洗うのを忘れてしまう。 電車やバスに乗っているいろいろな所に行きたい。 お母さんのようにいろいろな料理が作れるようになりたい。 手伝ってほしい。	季節(寒暖)による服装の調整に助言が必要。
起き上がり	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	自立		
衣服着脱（上衣）（ズボン等）	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	細かいボタンなど少し時間がかかる。		
整容行為	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	年齢に比してあまり気にかけない。汚れていても無頓着		
食事行為	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	自立		
排泄行為（排尿）（排便）	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	自立		
入浴行為	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	きっちりと洗身できない。		
ベッド等への移乗	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	自立		
屋内移動	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	自立		
屋外移動（近距離移動）（遠距離移動）	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	自立		
交通機関の利用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	単独での経験に乏しい。Y事業所等慣れた所は可能		
調理等（後片付け含む）	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	経験が乏しく、母任せだった。		
洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	母にしてもらっていた。		
掃除	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	きっちりととはできない。	汚れている所を自らきれいにする、ということはない。	

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
整理・整頓	■あり □なし	自ら整理整頓することはない。	手伝ってほしい。	おつりの管理は難しく、金銭感覚は乏しい。 今後、母が帰宅した際には、母の介護は困難と思われる。
ベッドメイキング	■あり □なし			
書類の整理	■あり □なし	整理、管理はできない。	書類を保管するのは苦手。手伝ってほしい。	
買物	■あり □なし	近くのコンビニでお菓子をかう程度。	しっかりと買い物する自信がない。	
衣類の補修	■あり □なし	したことがない。		
育児	□あり □なし			
家族の介護	□あり □なし			

4 コミュニケーションや対人関係について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
意思表示の手段	□あり ■なし	言語		日常的なやりとりは概ね可能であるが込み入った内容には理解できていなくてもあいまいな応答が見られる。わかりやすい言葉でやりとりする配慮が求められる。
意思伝達の程度	■あり □なし	込み入った内容での意思伝達には援助が必要。		
他者からの意思伝達の理解	■あり □なし	複雑な内容では援助が必要。		
対人関係	□あり ■なし	多少人見知りがあるが、友達もおり大きな配慮はいらない。		
友だち	□あり ■なし	複数の友達あり。		
電話やFAXの使用	■あり □なし	家の電話は可だが携帯は使ったことが無い。FAXは不可。	携帯電話が欲しい。	
携帯電話の使用	■あり □なし	使用できない。		
ワープロやパソコンの使用	■あり □なし	使用経験がない。	パソコンが自由に使えたらうれしい。	
インターネットの使用	■あり □なし	使用経験がない。		
筆記	■あり □なし	平仮名である程度は書ける。漢字は見慣れたものは読める。		

5 金銭管理や経済面について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
経済環境	■あり □なし	障がい基礎年金 母の貯金 Y就労移行支援事業所の工賃 10000円	欲しいものを自由に買いたい。その都度お母さんからもらうのは面倒くさい。お給料で、かわいい服を買いたい。	年金を含めた収支全体を見通した経済感覚は身につけていない
お金の使い方	■あり □なし	必要な時に母にお金をもらいお菓子などを買いに行っていた。母が倒れてからは、姉が来た時に500円をもらっている。		
通帳等の管理	■あり □なし	母が管理。		
銀行等の利用	■あり □なし	経験が無い。		
財産の管理	■あり □なし	母が年金管理、生活全体の金銭管理をしている。		

6 日中の主な活動の場について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
現在の日中活動の場	■あり □なし	就労移行支援事業所に通所	Y就労移行支援事業所に通うのはしんどいけど楽しい。友達も一緒なので、ずっと通いたい。ただ自分に向いている仕事が何かわからない。	なんとなく仕事に就きたい、と思っている様子で、仕事内容の具体的なイメージは持っていない。
就労に関すること	■あり □なし	就労移行支援サービスを利用中		
教育に関すること	□あり □なし			

7 趣味や生きがい、余暇について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
趣味	□あり ■なし	CDで音楽を聴く。	北海道に行って楽しかったから、今度は、友達と沖縄に行きたい。 好きなアイドルのコンサートに行きたい。	
レクリエーションへの参加等	■あり □なし	Y就労移行支援事業所の行事に参加。		
旅行	■あり □なし	母と北海道に行ったことがある。		
当事者活動	□あり ■なし	活動を知らない。		
社会的活動	□あり ■なし	活動を知らない。		
余暇の過ごし方	□あり ■なし	CDで音楽を聴いたり、TVを見る。		

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	■あり □なし	Z相談支援事業所	友達はあるが、いろいろと相談できる友達がいない。	悩みとかはもっばら母が聞いていた様子。
相談しやすい人	■あり □なし	母と姉に相談。		
家族	■あり □なし	母と姉とよく話す。		
他の関係機関等	■あり □なし	母が地域の民生委員や知的障がい者相談員と懇意にしている。		
成年後見等	□あり □なし			

9 安全管理や緊急時の対応について

項目	援助の有無	現在の状況	本人の困っていることや希望	対応者の気づいたこと、気になること
周囲の安全確認	■あり □なし	戸締りなどを忘れる。	自分で火の管理をしたことが無く、一人で留守番の際、戸締りを忘れてしまうことがある。	本人は、緊急時のことを具体的に想定するのは難しい様子。
火の始末	■あり □なし	母がしていた。現在は、姉・義姉が確認している。		
社会的適応を妨げる行為	□あり ■なし			
緊急時の対応	■あり □なし	特段考えられていない。		

<p>【本人の要望・希望する暮らし】 お母さんが病気になって入院したので、早く良くなってもらって、また一緒に暮らしたい。そして、Y就労移行支援事業所で知り合い仲良かった友達のDさんが家を出て一人生活を始めているので、自分も一人楽しく生活してみたい。仕事は、どんなことが自分に向いているかわからない。でも仕事はしてみたい。お給料ももっと欲しい。カッコいい男性と結婚して、お姉ちゃんみたいに赤ちゃんも産みたい。</p>	
<p>【家族の要望・希望する暮らし】 母は、退職したら本人と二人で暮らそうと思ったり、自身が亡くなってからのことを考え、本人の自立生活を促す動きをしなければならないと思ったり、思い悩み続けている中で、脳梗塞で倒れ、入院するに至った。本人の昼間の活動としては、今行っている事業所から紹介してもらって、なんらかの仕事をして欲しいと思っている。</p>	
<p>【関係職種の情報】 Y就労移行支援事業所 サービス管理責任者</p>	<p>【家屋の見取り図】 <input checked="" 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</p>
<p>朗らかな性格で何人かと気楽な会話ができ、所内作業においてはゆっくりではあるが真面目に作業に取り組んでいる。ただ清掃関係の実習(施設外就労)先では3時間持続して頑張ることは困難で、仕事へのモチベーションを高めることなど課題がはっきりしている。就労移行支援サービスは2年の有期限なので、今後の進路検討が必要。</p>	<p>自宅は持ち家で一軒家、2階建てで自身の部屋もある。バリアフリー的な工夫はされていない。</p>
<p>【対応者総合所見（注意すべき点，気になる点を含む）】</p>	

出典：平成24年度大阪府相談支援従事者研修資料を一部改変

※ アセスメント票は、必ずしも全ての項目について聴き取らないといけないわけではありません。

アセスメントツールの解説

「ミスポジション論」～本人中心の計画作成のために～

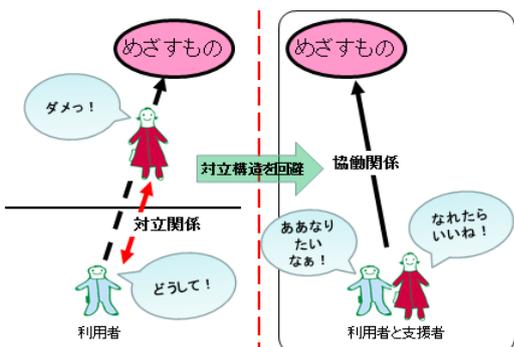
大阪府の相談支援従事者研修で欠かさず履修するのが、駒澤大学の佐藤光正先生が提唱したミスポジション論に基づく5ピクチャーズの手法です。5ピクチャーズ以外にも課題を整理する手法はありますし、危機介入が必要な急性期においては医学モデルが有効な場合もあります。

日ごろから「本人を中心に！本人の気持ちを大切に！」と口に出しているながらも、いざ計画作成では、本人の気持ちを横に置いて、先にサービスありきで本人をあてはめている…という計画についついってはいませんか？

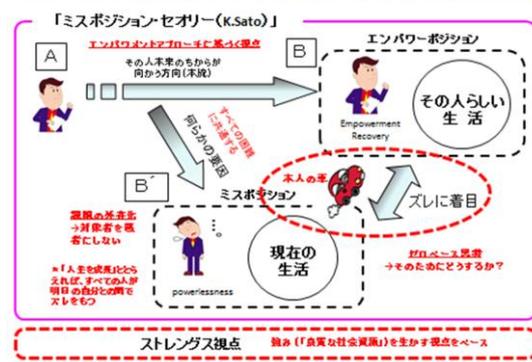
ミスポジション論は、何らかの阻害要因のせいで、「将来なりたい自分」と「今の自分」とにギャップがある（ポジションがミス）という考え方です。これまでの医学モデルをもとにした支援では、本人の中に解決すべき課題を見て、「あなたが頑張りなさい」という視点に陥りがちでした。しかし、ミスポジション論では、「将来なりたいポジション」に向かって、「阻害要因を、どう乗り越えていきましょうか？」という視点になります。5ピクチャーズは、本人中心から最後まで軸をぶらさずに計画案を作成する具体的なアセスメントツールとして紹介されます。

以下は、佐藤先生の資料「ケアマネジメント・プロセスを踏まえた実践者の育成のために ～ミスポジションモデルを基にした事例理解と支援者の質を高めるための方法～」平成21年度大阪府相談支援従事者研修・指導者研修（平成22年一部改定）からの出典で、紙面の関係上やむなく抜粋しています。

「対立関係」から「協働関係」の構造へ



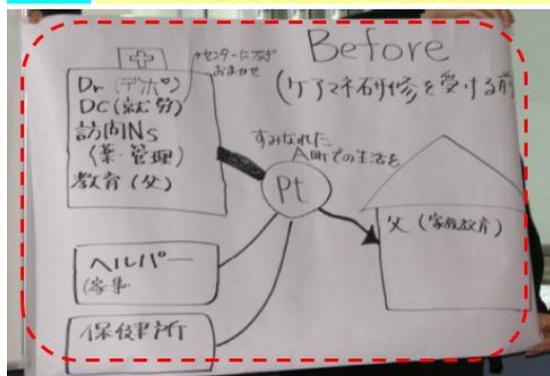
5ピクチャーズ＝「ストレングス視点」をベースに、「A」以上の成長モデルの枠組みで「B」両面本人の「B」目標にむかう過程



下の図（左）は従来のダメージモデル、（右）はミスポジション論を使って書いた支援計画です。あきこさんという人物が、入院から支援寮を経て在宅生活に向かわれるとき、どのように支援していくかについて書かれたものです。

左の図につけられたタイトルは「支援と言う名の包囲網」です。

Before 地域支援という名の“障害者包囲網” (例)



After その人らしさを支える“サポートプラン” (例)



真ん中には患者を意味する「Pt（ペイシエント）」と書かれて、

- ・ 支援寮から家に、となれば家事・服薬管理ができないから ⇒ ホームヘルパー
- ・ 家族が受け入れ拒否・理解がないから ⇒ 家族教育
- ・ 医療支援は継続して必要だから ⇒ ○○病院
- ・ 昼間、どこか行くところが要るから ⇒ 保健所

このように、従来のダメージモデルでは、あきこさんのできないところをピックアップして、対応策で包囲する計画になっています。

しかし、ミスポジション論に基づく5ピクチャーズで整理された右の図は、まず中央にPtではなく「あきこさん」と書かれ、将来目指すのは良いお嫁さんですが、でもその前に、夢に近づく第一歩として、一人暮らしをしてみなくては…と計画されています。

本人の気持ちや思いを中心に、あきこさんが将来なりたい「良いお嫁さん」に向かって、行く道の途中にある阻害要因を乗り越える計画です。つけられたタイトルも「あきこさんは、ふりふりの部屋で、まったりと暮らしたい。」となっています。

では、5ピクチャーズの作成手順を、ピクチャーごとに追ってみましょう。

ピクチャー1

全体を十字に区切った四つの四角の、さらにその下に位置する横に長い四角の場所に、生きていく力となるストレングスを見つけます。本人のストレングス、支援ネットワークのストレングス、その他環境のストレングス…「100個見つけよう！」を合言葉に、できるだけ沢山のストレングスを見つけます。

その人がもともと持っている良いところ、これから期待されることも含めて、ストレングスととらえます。支援者として、ご本人とその周囲の情報を、収集する努力がどれぐらいできていますか？

#7 スtrenグス視点

効果 * 支援全体の可能性を拡げる
→ Pic. 1に注目するものを書き出す

ストレングス(strengths)視点の焦点は「病気(病理)」や「障害そのもの」ではなく「**可能性の開かれた生活の場**」(C. ラップ)

①その人が本来持っている強さ、健康な側面、得意なこと、潜在的な能力、暮らしていく中で獲得した様々な技能(関心、コミュニケーション、日常生活上のノウハウ)等、また②その人を支えるプラスの環境のストレングスについて気づきと理解を深める。

ストレングスは一見弱みに見えるものの中にも実は存在するなど奥が深いもの。強さへの気づきはその人の「自分らしさ」へ向かう推進力(燃料)となる大事な社会資源への気づきとも言える。

(サンプル)

100ストレングス・マップ
Strengths Map

環境のストレングス()

- 近くにバス停がある
- 物価が安い地域
- 近くに公園がある
- 幼馴染みの友達がいる
- SHGがある
- 近くに学校がある
- 理解あるアパートの大家さんがいる
- 近くにコンビニがある

本人のストレングス()

- 穏やか
- がまん強い
- 就労経験がある
- 部屋が多少散らかっていても平気
- 「ありがとう」が言える
- 弱音が吐ける
- 美顔がすてき
- あこがれのタレントがいる
- 自分でSOS出せる

支援ネットワークのストレングス()

- 口口制度がある
- 〇〇障がいに対応できるヘルパーさんがいる
- 関係者どうし仲が良い
- 関係機関が歩いて行ける距離にある
- 自立支援協議会で検討できる
- 心強い担当の〇〇さんがいる
- すぐに訪問できる体制がある
- 同年代のスタッフがいます

ピクチャー2

ストレングスが書き込めたら、十字に区切った四角の右上の位置に、ご本人が思っておられる「こうありたいと思う将来像」を書きます。本人が使った言葉のとおり、「私は～」と書きます。

ピクチャー3

左下の位置には「現在の生活状況」を、できるだけご本人が使われた言葉のとおり、「今の私は～」と書きます。ピクチャー2と3のズレが、ミスポジションです。

ピクチャー4

左上の位置には、「本人の思いの要約」として、ニーズアセスメントが入ります。「こうありたいと思う将来像」の私と、「今の私」とのズレがあるために、ご本人は困っておられます。

ここでも、ご本人の口調のまま「私（僕）は、将来こうしたいんだけど、今はこういう状態であって、こういうことで困っている／こうしたいのにできないんだよな～」と書きます。本人の言葉としては出てこなかったけれど、支援者として重要視している大切な内容があれば、それも補足的に書きます。

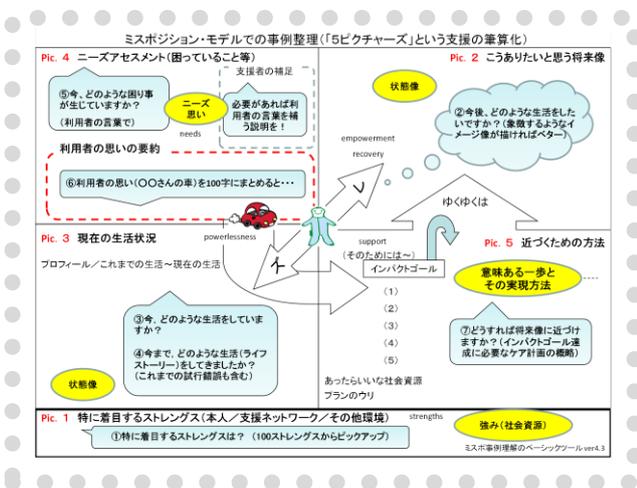
今まで支援者が「ニーズは何か？」を書くときに、「本人中心」と言いながらも、ついついダメージモデルで見た本人に着目し、本人が乗り越えるべき課題や、支援という包囲で固めた計画にすり替えていったのではないのでしょうか？そうなりがちではなかったですか？と反省を感じます。

ピクチャー5

右下の位置には、支援計画を書きます。

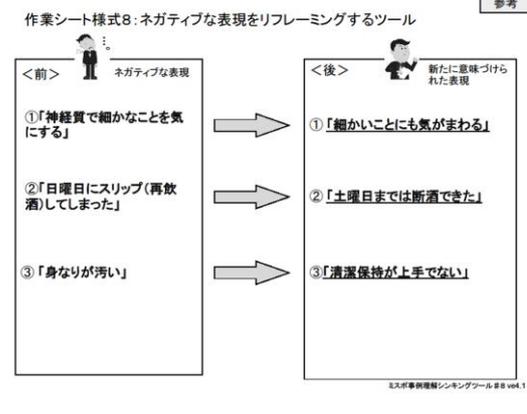
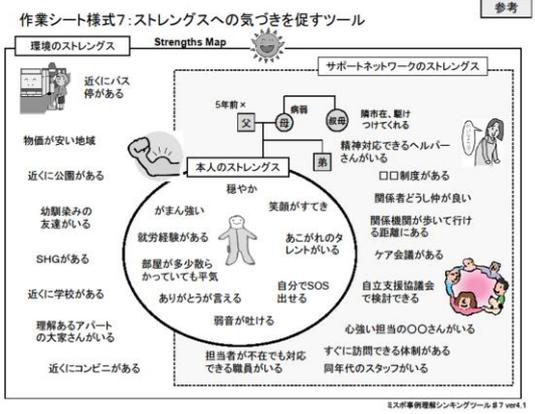
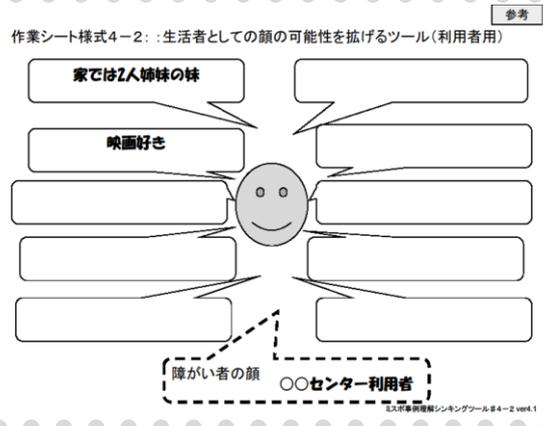
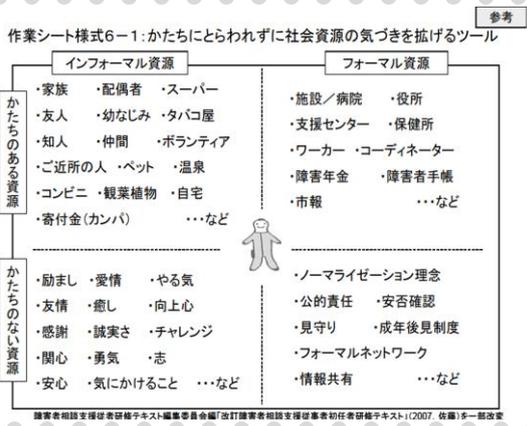
「将来の私」に近づくために、支援者と一緒にどう乗り越えるのか？第一歩として何から取り組むのか（「インパクトゴール」と名付けられています。）について、具体的に取り組む内容・頻度・本人ができること・支援者がすること、具体的な「支援機関と担当者、モニタリングの時期（いつまでに達成する内容か）」を書き込みます。支援者が手伝えることは、主語を「私たちは～」と書き、本人がやることは「私は～」と書きます。

5ピクチャーが出来上がると、支援全体の構造を、ご本人と支援者チームのみんなで、視覚化して情報共有することができます。

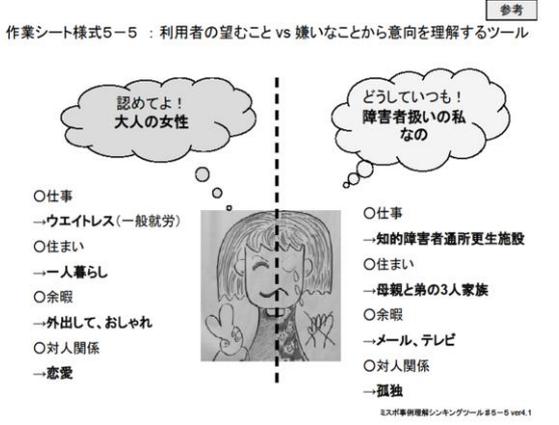


5ピクチャーにも怖い面があります。やり方がわかっても、「1から順番に埋めていくんだな」と流れ作業で行うものではありません。本当に、本人の声をよく聴き、本人の思いをよく引き出せていなかったら、ピクチャー内が本人の言葉で埋まらなくなってきます。作業の途中で「ん？ここは、ご本人なら何っておっしゃるのだろう？」と、「僕は・私は」の主語で書くというルールが実行できないことに気付かれるでしょう。それでもピクチャーを強引に埋めていくのは、「支援者が偽装した本人の思い」を本人に押しつける支援になってしまうのではないですか？

伊藤先生の資料である「事例理解のためのミスボ・ツールパック」ストレッチングツール#1-10 Ver4.32版は、本人の声をよく聴き、本人の思いをよく引き出せる支援者になるためのトレーニングがぎっしり詰まっています。



社会資源の活用についても、支援者がもっている情報の範囲としか繋がらないような、限られた構成内容ではなく、使えるものは何でも使う勢いで、社会資源開拓の要素も見いだせる、フォーマル・インフォーマル含めたあらゆる可能性を探します。



私たち支援者は、ご本人の思いを引き出すことができた上で、ご本人が望む「こうありたい将来像」に向かって、支援計画を作成することができているでしょうか？

佐藤先生から教えていただいた、ミスポジション論に基づく5ピクチャーズを繰り返し作成しつつ、サービス等利用計画(案)に携わりたいと思います。

資料出典:「ケアマネジメント・プロセスを踏まえた実践者の育成のために ~ミスポジションモデルを基にした事例理解と支援者の質を高めるための方法~」平成21年度大阪府相談支援従事者研修・指導者研修(平成22年一部改定)、「事例理解のためのミスポ・ツールパック」ストレッチングツール#1-10 Ver4.32版、駒澤大学 佐藤光正

【資料2】障がい児のアセスメント

障がい児のアセスメントについて

1 障がい児のアセスメントでは、成長段階など子ども独自の情報を収集することが必要です。

参考として「【障がい児用】訪問票（一次アセスメント票）」を掲載していますので、ご活用ください（P.34 参照）。なお、子どもの年齢や状況によっては、大人用の「訪問票（一次アセスメント票）」を使用するほうが情報を整理できる場合もあります。子どもの状況に応じて使い分けることが必要です。

また、子どもの支援を行うにあたり、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念頭に置いておくことが望ましいので、特に重要なものを掲載します。

子どもの権利条約

「児童の権利に関する条約(子どもの権利条約)」は、子どもの基本的人権を国際的に保障するために定められた条約です。18歳未満を「児童(子ども)」と定義し、国際人権規約(第21回国連総会で採択・1976年発効)が定める基本的人権を、その生存、成長、発達の過程で特別な保護と援助を必要とする子どもの視点から詳説。前文と本文54条からなり、子どもの生存、発達、保護、参加という包括的な権利を実現・確保するために必要となる具体的な事項を規定しています。1989年の第44回国連総会において採択され、1990年に発効しました。日本は1994年に批准、発効しました。(日本ユニセフ協会ホームページから)

※ 批准: 当事国における最終的な確認、同意の手続きです。

○ 相談支援専門員は、子どもの気持ちや希望をしっかりと聴き、意見を尊重しなければなりません。

第12条

1. 締約国は、自己の意見を形成する能力のある児童がその児童に影響を及ぼすすべての事項について自由に自己の意見を表明する権利を確保する。この場合において、児童の意見は、その児童の年齢及び成熟度に従って相応に考慮されるものとする。
2. このため、児童は、特に、自己に影響を及ぼすあらゆる司法上及び行政上の手続において、国内法の手続規則に合致する方法により直接に又は代理人若しくは適当な団体を通じて聴取される機会を与えられる。

○ 相談支援専門員は、児童の養育及び発達についての第一義的な責任を有する父母等保護者の協力のもと、子どもの最善の利益を考慮しなければなりません。

第18条

1. 締約国は、児童の養育及び発達について父母が共同の責任を有するという原則についての認識を確保するために最善の努力を払う。父母又は場合により法定保護者は、児童の養育及び発達についての第一義的な責任を有する。児童の最善の利益は、これらの者の基本的な関心事項となるものとする。

第23条

1. 締約国は、精神的又は身体的な障害を有する児童が、その尊厳を確保し、自立を促進し及び社会への積極的な参加を容易にする条件の下で十分かつ相応な生活を享受すべきであることを認める。
2. 締約国は、障害を有する児童が特別の養護についての権利を有することを認めるものとし、利用可能な手段の下で、申込みに応じた、かつ、当該児童の状況及び父母又は当該児童を養護している他の者の事情に適した援助を、これを受ける資格を有する児童及びこのような児童の養護について責任を有する者に与えることを奨励し、かつ、確保する。
3. 障害を有する児童の特別な必要を認めて、2の規定に従って与えられる援助は、父母又は当該児童を養護している他の者の資力を考慮して可能な限り無償で与えられるものとし、かつ、障害を有する児童が可能な限り社会への統合及び個人の発達(文化的及び精神的な発達を含む。)を達成することに資する方法で当該児童が教育、訓練、保健サービス、リハビリテーション・サービス、雇用のための準備及びレクリエーションの機会を実質的に利用し及び享受することができるように行われるものとする。

2 障がい児のアセスメントについては、ニーズの整理のため、「子どもからはじめる個人将来計画」などのアセスメントツールを活用することが望まれます(P.42 参照)。

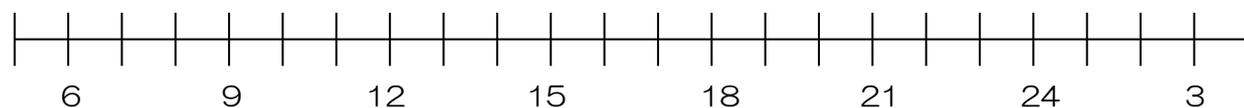
【障がい児用】訪問票（一次アセスメント票）

受付 No. 氏 名： 訪問年月日： 年 月 日	訪問目的（事前に具体的に記入）
訪問者所属 氏 名	

障 が い 児 本 人 の 概 要	生育・療育・教育歴				
	障がい病歴・	年月	事 項	年月	事 項
	障がい・疾病	<input type="checkbox"/> 身体障がい <input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい <input 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（ ）			
	障がい手帳	身障手帳（ ）、 級） 療育手帳（ ） 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]			
	医療保険	<input 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			

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

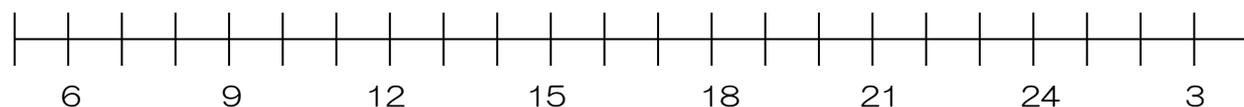
本児



保護者

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

本児



保護者

■本児の生育歴

区 分		成 長 の 様 子 等
胎 生 期	母親の環境	<input 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) <input type="checkbox"/> 喫煙 (喫煙量) <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他 ()
	妊娠の様子	つわり (<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> 軽い) <input type="checkbox"/> 疾病 (<input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 妊娠中毒 <input type="checkbox"/> その他 () 服薬 (薬名) 精神状態 (<input type="checkbox"/> いらつき <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> その他 ()
出 生 時	父母の年齢	父親 歳 母親 歳
	出産予定日	年 月 日より <input type="checkbox"/> 早い (日)、 <input type="checkbox"/> 遅い (日) 在胎 週 日
	出産場所	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 産院 <input type="checkbox"/> その他 ()
	分娩状況	<input 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 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 仮死 (分) <input type="checkbox"/> 保育器 (日) 出生時体重 (g) 身長 (cm) 頭囲 (cm) 胸囲 (cm) アプガースコア (1分後 / 5分後)
新 生 児 期	黄疸	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 普通 (日) <input type="checkbox"/> 強い (光線療法 日)
	授乳	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工栄養 <input type="checkbox"/> 混合 ()
	哺乳力	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明
乳 幼 児 期	気になること・困ったこと	<input type="checkbox"/> ミルクの飲み方 <input 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 <input type="checkbox"/> 睡眠 (日中、夜間) <input type="checkbox"/> その他 ()
成 長 の 記 録	首のすわり (月頃) 寝返り () おすわり () ずりばい () よつばい () つかまり立ち () 伝い歩き () 独歩 () 追視 () 玩具に手を伸ばす () あやすと笑う () 人見知り () 動作模倣 () 指さし () 喃語 () 初語 () 二語文 ()	
そ の 他	予防接種	<input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> ジフテリア <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> その他 ()
	既往症	<input type="checkbox"/> ひきつけ・けいれん (初発 歳 月頃、発熱の有無：あり・なし) <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他 ()
健 康 診 査 の 経 過	歳 ヶ月	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診
	歳 ヶ月	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診
	歳 ヶ月	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診
	歳 ヶ月	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診

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 type="checkbox"/> 続柄 _____ <input type="checkbox"/> 生計中心者の就労形態 _____ <input type="checkbox"/> 経済状況 世帯の年間収入 約 _____ 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 _____ <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	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
【家族関係】		

7 健康管理について

項目	現在の状況		
健康状態			
	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"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助なし	<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 (_____)	
		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】	
【家族の要望・希望する暮らし】	
【関係職種の情報】	【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
【対応者総合所見（注意すべき点、気になる点を含む）】	

※ アセスメント票は、必ずしも全ての項目について聴き取らないといけないわけではありません。

アセスメントツールの解説

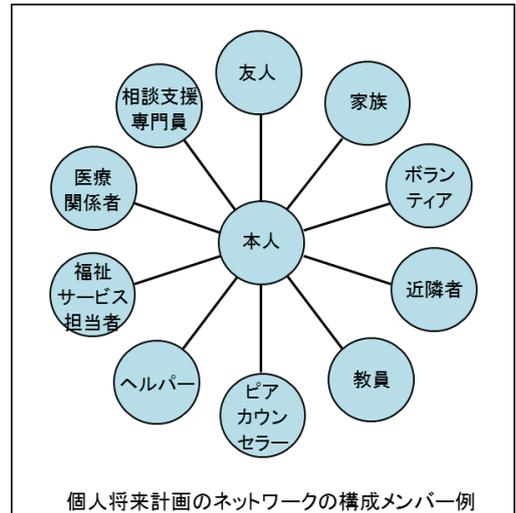
「子どもからはじめる個人将来計画」～成長していく「子ども」に視点をあてて～

子どもは、心身ともに成長過程にあるため、大人ほど上手く自らの思いや願いを的確に表現することができません。障がいがある子どもの場合は、生活のあらゆる局面で自分の思いを聴いてもらう経験が少なく、保護者や専門職によって決定されがちな状況があります。そのことが、なおさら自らの思いを表現することを困難にしています。

近年、子どもを対象とする分野でも様々な支援方法が研究、開発されていますが、ここではその一例として、特定非営利活動法人地域生活サポートネットほうぷが取り組んできた「子どもからはじめる個人将来計画」について紹介します。

個人将来計画とは、専門職主導のケアプランやリハビリテーション計画を補完するものとして、アメリカの知的障がい者の地域生活支援分野で開発されたものです。ほうぷでは、障がいがある子どもの意見表明の尊重に重きを置きながら、「障がいがある子どもの関心や興味をもとに、さまざまな活動に取り組む機会を創り、「どうありたいか、何をしたいか」という将来像（希望・夢・ビジョン）を本人と本人に関わる者たちが協働して描く。」ことに取り組んでいます。生活のなかで様々な体験の機会が少ない子どもには、何かを選択することや決定することは容易ではありません。そこで、体験の幅を広げる機会や、いろいろな人とかわる機会を創るという視点が必要です。

障がいのある子どもが、あたりまえに一人の人として尊重され、ありのままに受け容れられ、地域のつながりの中で育ち、自分らしく生きていくことをサポートするためには、何かをさせようとするための「計画」ではなく、親や兄弟、教員、友人、近所の人、ヘルパーや相談支援専門員など、本人と関係を持つ様々な人たちが、子どもの思いに寄り添って、個人プロフィールやライフプラン、活動支援計画を共同作業で創り上げていきます。専門職主導の計画に陥らないようにするためには、友人やピアカウンセラーが参加することによって、子どもや障がい当事者の視点を計画に織り込んでいくことを重視しています。



個人将来計画のネットワークの構成メンバー例

「子どもからはじめる個人将来計画」の3つの特徴

1 本人を中心にする。

家族や支援者の思いではなく、本人の思いを中心にして計画を作成する。

♥ 人生の主人公はワタシ！どんなに障がいが重くても、ワタシらしく生きていきたい！

2 本人の関心、興味、特技、潜在的可能性に焦点をあてる。

「～が好き」「～をしたい」という本人の思いに基づいて計画を作成する。

♥ ワタシの思いがわからない？ともに思いを描きながら、たくさんチャレンジしたい！

3 互いに学び合うプロセスや、ネットワークづくりのプロセスを重視する。

計画の結果よりも、本人や関係者がともに語り合い、本人の思いや願いについて理解を深める過程や、模索しながらエンパワメントしていく過程を尊重する。

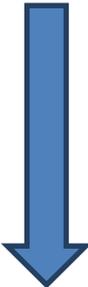
♥ 専門的な視点や支援って？生活者の視点でひとりの子どもとしてワタシを見て！

いろんな人とつながって成長したい。この地域で暮らしていくのだから！

個人将来計画は、子どもの過去・現在・将来を視野に入れているため、大人のサービス等利用計画を作成する場合よりも、幅広い範囲の人たちに関わってもらいます。また、得られた情報のすべてを障がい児支援利用計画に盛り込めるわけではありませんが、「本人の思いを聴く」という根底に流れている理念は共通するものです。ぜひ参考にしてください。

子どもからはじめる個人将来計画のプロセス

Step 1 : 個人プロフィールの作成【ワークショップ】

- 
- ① アイスブレイク
 - ② 個人プロフィールのマッピング その1 : 「〇〇さんのこれまで」
 - ③ 個人プロフィールのマッピング その2 : 「わたしってこんな人」
 - ④ 「やってみたいこと」のリストアップ 「〇〇さんがしたいこと」
 - ⑤ 「やってみたいこと」の焦点化
 - ⑥ ふりかえり
 - ⑦ 【後日】ライフストーリーブックの作成

Step 2 : 計画の作成【計画作成会議】

- 
- ① 本人の思いの確認
 - ② 個人プロフィール（案）、ライフプラン（案）、活動支援計画（案）の作成
 - ③ 個人プロフィール、ライフプラン、活動支援計画の検討・作成

Step 3 : 活動の実施

- 
- 本人の思いを受けとめていく

Step 4 : 計画の見直し【計画検討会議】

- 
- 本人の思いを確認し合い、臨機応変に計画を修正

Step 5 : 分かち合い



資料出典：「障害児の自立に向けた支援 はじめよう！
「自立生活プログラム・子ども版」～地域で育ちくらし
ていくために～」(特定非営利活動法人 地域生活サポ
ートネットほうぷ 2012年2月)

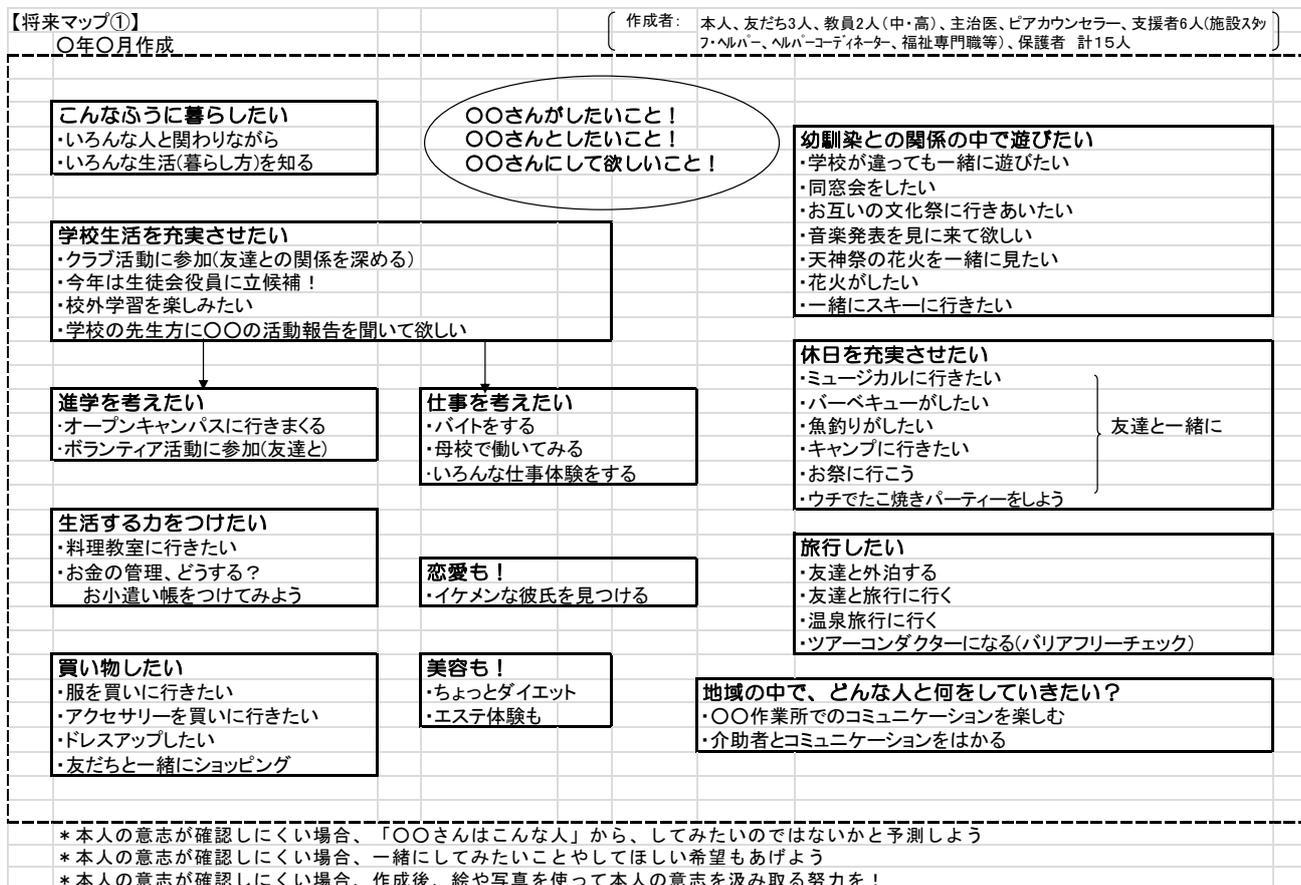
子どもからはじめる個人将来計画のプロセスの例

Step 1 ④ やってみたいことのリストアップ

目的	将来のイメージをやってみたい活動をとおして表現します。
テーマ	<p>「〇〇さんがしたいこと！〇〇さんと一緒にしたいこと！ 〇〇さんにしてほしいこと！」</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人がやってみたいこと 参加者が本人と一緒にやってみたいこと 体験の幅を広げるためにやってほしいこと
方法	<ul style="list-style-type: none"> 上記テーマについて、参加者各自が付箋（カード）に記入し、その内容を発表して全員で共有します。 カードを次の項目に分類して、模造紙に図示します。 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <p>A. こんなふうに暮らしたい</p> <p>B. こんなことを楽しみたい</p> <p>C. 学校生活をこう過ごしたい</p> <p>D. 卒業後やってみたいこと</p> <p>E. 地域のなかで、どんな人と何をしていきたい？</p> </div> <div style="flex: 1;">  </div> </div> 本人を含む参加者全員で、それらの活動や希望の優先度を検討します。 本人が言葉や文字を十分に理解できない場合、これらの項目を写真、絵、紙芝居などにして本人に伝えながら、興味や関心をくみ取ります。
準備物	大判の付箋、マジックペン、模造紙



【将来マップ①】



※詳しくは、下記HP「子どもからはじめる個人将来計画」をご覧ください。

<http://www.pref.osaka.jp/chiikiseikatsu/shogai-chiki/soudanshienhandbook.html>

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、目先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、障害者自立支援法（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.147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.148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

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

【障がい者の事例】

No.	事例の概要	年齢	事例の概要・支援プロセス	サービス等利用計画書	サービス等利用計画書【週間計画表】	申請者の現状（基本情報）	申請者の現状【現在の生活】	サービス等利用計画	サービス等利用計画【週間計画表】	地域移行支援計画	モニタリング報告書	モニタリング報告書【週間計画表】	サービス等利用計画	サービス等利用計画【週間計画表】	地域定着支援台帳	モニタリング報告書	モニタリング報告書【週間計画表】	支援のポイントと留意点									
				様式1-1	様式1-2	別紙1	別紙2	様式2-1	様式2-2		様式3-1	様式3-2	様式2-1	様式2-2		様式3-1	様式3-2										
(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～	23歳	P.48	(省略)	P.49	P.50	P.51	P.52	/	P.53	/	/	/	/	/	/	/	P.54									
(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～	25歳	P.55		P.56	P.57	P.58	P.59		P.60								P.61	P.62								
(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	47歳	P.63		P.64	P.65	P.66	P.67		P.68								P.69	P.70	P.71							
(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.72		P.73	P.74	地域移行支援開始時			P.75								P.76	P.77	P.78	/	地域移行時		P.81	P.83	P.84	P.85
																						P.79	P.80				
(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～	48歳	P.86		P.87	P.88	地域移行支援開始時			P.89								P.90	P.91	(省略)	/	地域移行時		/	P.94	/	P.95
								P.92	P.93																		
(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～	56歳	P.96	P.97	P.98	P.99	P.100	P.101	/	/	/	/	/	/	/	/	/	P.102									

【障がい児の事例】

No.	事例の概要	年齢(学年)	事例の概要・支援プロセス	サービス等利用計画書・障がい児支援利用計画書	サービス等利用計画書・障がい児支援利用計画書【週間計画表】	申請者の現状（基本情報）	申請者の現状【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】	モニタリング報告書	モニタリング報告書【週間計画表】	支援のポイントと留意点	
				様式1-1	様式1-2	別紙1	別紙2	様式2-1	様式2-2	様式3-1	様式3-2		
(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～	3歳	P.103	(省略)	P.104	P.105	P.106	P.107	P.108	/	/	P.109	
(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.110		P.111	P.112	P.113	P.114	P.115			P.116	
(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.117		P.118	P.119	P.120	P.121	P.122			P.123	
(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～	13歳(中1)	P.124		P.125	P.126	P.127	P.128	P.129			P.130	
(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.131		P.132	P.133	P.134	P.135	P.136			P.137	P.138
(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～	18歳(高3)	P.139		P.140	P.141	P.142	P.143	P.144			P.145	P.146

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併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させていただきそうな事例を選定し、掲載させていただきました。

【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、本人とインテーク面接を行なう。「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時に備えて準備が必要」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こうとの方針を示し、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、どうしていいのかわからない。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、対応方法を探ること、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为目标とした。

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、仕事の相談を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	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	------------	----------	------------	---------	-------

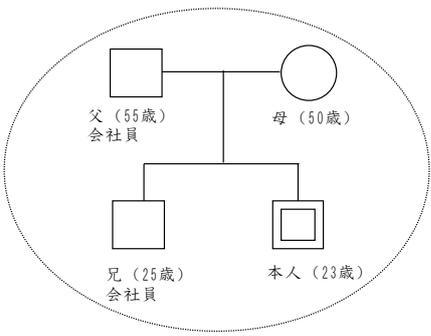
1. 概要(支援経過・現状と課題等)

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ヶ月で退職。その後退職。
 その後も抑うつ状態が強く、自宅過ごす。
 日常生活では、中高生くらいの男子生徒が集まる場所で、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場所では、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。

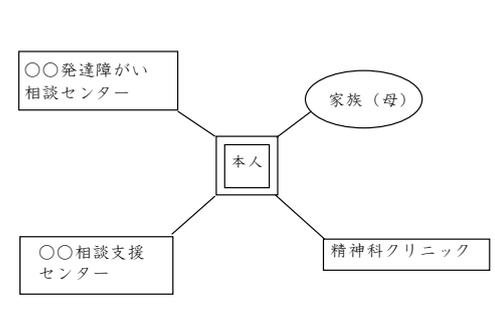
2. 利用者の状況

氏名	〇〇 〇男	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	23歳
住所	〇〇市		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

〇年出生。
 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、服薬を続けている。
 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、時間がかかってもいいので、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)					
その他の支援	精神科クリニック 発達障がい相談センター	〇〇クリニック 〇〇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	

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
10:00					〇〇クリニック通院 4週間に1回			
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00								
16:00								週単位以外のサービス 2ヶ月に1回 〇〇発達障がい相談センター面接
18:00	ゲーム	ゲーム	ゲーム	ゲーム	ゲーム	ゲーム	ゲーム	
	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00	パソコン	パソコン	パソコン	パソコン	パソコン	パソコン	パソコン	
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

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成24年12月15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	〇〇 〇男

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。いつ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。
	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。
総合的な援助の方針	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きけるよう支援する。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する。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		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	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週に1回)	〇〇ヘルパー事業所(〇〇さん)	外出したい先を決める。まずは、好きなパソコン用品を見る、整理整頓に必要なものを買に行くなど。	毎月	外出当日は目的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。
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)	〇〇ヘルパー事業所(□□さん)	ゲームソフトの置き場所を決めて、□□さんと一緒に整理する。	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。自分が何をすれば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)	相談支援事業所 発達障がい相談センター	〇〇相談支援センター(〇〇さん) 〇〇発達障がい相談センター(〇〇さん)	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。	仕事の相談の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)	相談支援事業所 障害者就業・生活支援センター	〇〇相談支援センター(〇〇さん) △△就業・生活支援センター(〇〇さん)	仕事の相談をできるところを知る。障害者就業・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	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	平成24年12月
--------	----------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								ガイドヘルパーと一緒に安定して外出できるようになった後に、日中に活動できる場所を相談します。 月に1回、〇〇相談支援センターと一緒に振り返り表を確認。 2ヶ月に1回、〇〇発達障がい相談センターと面接。 不定期に、〇〇相談支援センターと一緒に、△△障害者就業・生活支援センターから就労支援について聞く。
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
10:00					〇〇クリニック通院 4週間に1回			
12:00		11:00~12:00 家事援助（整理整頓）						
14:00						希望の場所へ外出 ガイドヘルパーと一緒に (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	ゲーム	
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
22:00	パソコン	パソコン	パソコン	パソコン	パソコン	パソコン	パソコン	
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像 自宅から定期的に出かけることで、生活のリズムをつけます。

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成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	〇〇 〇男

総合的な援助の方針	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、苦手分野を知っているように支援する。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。	ヘルパーと一緒に整理整頓と外出を行う中で、ご本人さんの特徴をつかむ取り組みを開始した。体調チェック表をつけ始めたので、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ンタ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 (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
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
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100円均一ショップに、整理グッズを買いに出かける。年始の混雑がおさまった頃に電車でパソコンショップに出かけるため、駅までのルートを確認に行く。	通信販売ばかりだったので、久しぶりにお店に買い物に行った。人がたくさんいる近くを通るとパニックになりそうな気持ち。〇〇さんが大丈夫と声を掛けて、待ってくれたのでよかった。	ほぼ達成できている。今後も本人のペースを見ながら、外出先を広げていく。	本人がパニックになりやすい場面、パニックになった時に欲しいことを、明確にする。	有(無)	有(無)	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、ゲームソフトの整理、パソコンデスクの整理と順番を決めて整理整頓を行う。	棚と机が広がったので、びっくりした。整理をし始めてから、ゲームソフトが見つかるのでパニックにならずにすんでいる。	ほぼ目標を達成できている。	本人が動ける声かけや指示の出し方の特徴をつかむ。	有(無)	有(無)	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)	体調チェック表に本人がパソコンで入力。翌月初めの訪問時に相談支援専門員と振り返り。	チェック表のつけ方は簡単。続けてつけている。表を見せて怒られないか心配。	チェック表をつけ始めることはできた。	表をつける目的を本人に分かりやすく示す。3月に発達障がい相談センターの〇〇さんと一緒に体調を振り返る。	有(無)	有(無)	有(無)	
4	仕事の相談の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。	就職するのを助けてくれるところがあるのがわかってよかった。	就労に関する相談先を見つけることができた。	気分や健康面を確認しながら、今後、就労に向けた支援を継続的に進めていく。	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

- 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、アセスメントに関しての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。本人のできることに、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、漠然とではなく具体的に確認していった。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。他の従業員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

これまでも課題解決に向けて、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)

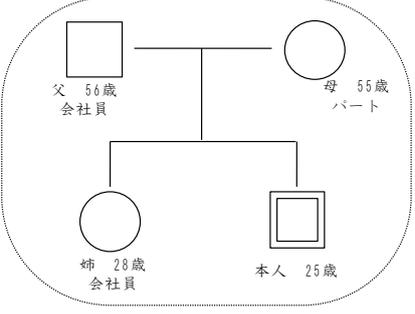
作成日	平成24年4月1日	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

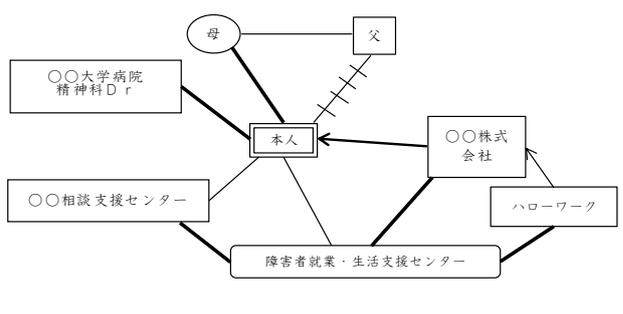
普通高等学校卒業後、数箇所の就労経験はあったが、いずれも不適応(主に対人面)により短期間で離職を繰り返す中で統合失調症を発病したものと考えられる。〇〇相談支援センターでは、手帳取得の段階から支援を開始。当初の支援の目標を「安心して、長く働けること」と定め、障害者就業・生活支援センターと連携して数箇所の会社で職場実習に取り組んだ。その結果、特に対人関係をつくる際の距離感が適切にできないこと、作業の指示を受ける際に、複数の業務指示は避け、簡単に明瞭なことがポイントであり、職務遂行スキルとしては、メモは取ることはできるが上手く活用することが苦手であることがアセスメントされた。この結果に基づいて数箇所の障がい者専用求人に応募。その中の〇〇会社(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、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、ふてくされた態度で就業することで、他の従業員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なくなると同じ状態に戻ってしまう状況。そうした最中、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、職場に相談を置きながら、問題となっている自身の課題の改善におい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、その後も長く働けるための支援ができないだろうか、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	〇〇 〇太	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	25歳
住所	〇〇市	電話番号	090-****-****		
	(持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他())	FAX番号			
障害または疾患名	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	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

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。その後も比較的簡易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病で〇〇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。内科的疾患が落ち着き、同病院の退院時に精神科医師の勧めで〇〇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。

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「統合失調症」
- ・〇〇大学病院 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・眠前)

本人の主訴(意向・希望)

〇〇会社(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

家族の主訴(意向・希望)

できれば、今の仕事を続けさせてあげたい
(理由)
・障がい者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

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	〇〇相談支援センター	日常的な生活相談・余暇活動(情報提供)	不定期 3ヶ月に1回程度	
	障害者就業・生活支援センター	障害者就業・生活支援センター	職場訪問・個別相談	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

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	〇〇 〇太	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	・就労者 勤務先(特例子会社) ・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たりすることはない
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	〇〇株式会社勤務 (特例子会社) ・製造補助業務	〇〇株式会社勤務 (特例子会社) ・製造補助業務	〇〇株式会社勤務 (特例子会社) ・製造補助業務	〇〇株式会社勤務 (特例子会社) ・製造補助業務	〇〇株式会社勤務 (特例子会社) ・製造補助業務			
12:00						<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> 外出は好きだが、母親と買い物に行く程度とのこと (友人と出かけることはない) 基本的に平日と同じようなフリータイムとのことであるが、翌日が休みであれば、12時くらいまではおきていること </div>		
14:00								
16:00								
18:00	帰宅	帰宅	〇〇大学病院通院 (母親同行)	帰宅	帰宅			
20:00	・入浴 ・夕食 ・TV ・PC/メール/ゲーム など	・入浴 ・夕食 ・TV ・PC/メール/ゲーム など	・入浴 ・夕食 ・TV ・PC/メール/ゲーム など	・入浴 ・夕食 ・TV ・PC/メール/ゲーム など	・入浴 ・夕食 ・TV ・PC/メール/ゲーム など			
22:00								
0:00	入眠	入眠	入眠	入眠	入眠	入眠	入眠	週単位以外のサービス ・通院：〇〇大学病院 精神科 2週間に1回 定期受診 基本的に仕事が終わった平日に、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。
2:00	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
4:00	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	

サービス等利用計画

利用者氏名	〇〇 〇太	障害程度区分	区分1	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成24年5月1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	〇〇 〇太

希望する生活	利用者：今の仕事を続けて、一人暮らしや結婚したい。その為にはお金を稼いで貯金したい。 家族：できれば、今の仕事を続けさせてあげたい。健康を取り戻して、他の人と仲良くできるようになってほしい
総合的な援助の方針	福祉サービスを活用して仕事を続けていく上での課題を改善して職場復帰し、将来のなりたい自分に近づく生活習慣を獲得する。
長期目標	本人が働くことの「意味」や「意義」を自覚できるように、相談支援機能を強化する
短期目標	課題を明確化し、訓練機関(就労移行支援)を利用することで軽減・解決を図る。(2ヶ月を目処に、現職場への復帰に向けて取り組む。)

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	今の仕事を続けたい (現職場への復帰)	職務遂行上のスキルアップ ・挨拶など基本的な対人面 ・ほうれんそう準備性 ・数量(ミス+スピード)改善	2ヶ月 (平成24年6月)	就労移行支援 原則、週5日	〇〇就労移行支援事業所 サービス管理責任者	支援目標の獲得のため、遅れず、休まずに 〇〇就労移行支援事業所で訓練を受ける。 ・会社に「休職」許可を得る。	1ヶ月	〇〇市では、在職中であっても、当該事業所から「休職」に関する証明があれば「就労移行支援(訓練等給付)」の支給決定は可能。
2		定期的な振り返り(フィードバック) ・就労移行支援での状況確認 ・支援目標の再確認 ・〇〇株式会社への経過報告	2ヶ月 (平成24年6月)	障害者就業・生活支援センター 定期面談：週2回 事業所への報告：隔週	就労支援ワーカー	就労移行での訓練に際し、毎日、作業メモ、日誌(記録)をつけ、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(配慮点)等を、随時、事業所にフィードバックしながら情報を共有して、本人が職場復帰できる環境を整えていく。
3	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 ・新たなニーズの確認	1ヶ月 (平成24年5月)	相談支援 メール：原則、毎日 来所面談：概ね、週1日程度 (必要時随時)	〇〇相談支援センター 相談支援専門員	訓練に際して、思ったこと、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「必要時に支援者に相談する」ことを習慣化したい。
4	好ましい、人との関わり方ができるようになりたい	余暇活動を通じて、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)	相談支援 情報提供+利用支援 余暇サークル「〇〇友の会」 毎月、第3金曜日	〇〇相談支援センター 〇〇友の会 世話役	サークル活動を通じて、積極的に友人や仲間づくりに取り組む。 近い将来には「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については、相談支援専門員が同行支援を行い、スムーズに入ることができるようにサポートする。
5	母の支援がなくても、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、いずれは単身で通院できるようになる。	2ヶ月 (平成24年6月)	通院等介助 2週間に1度 1回2h程度 (月4h)	〇〇居宅介護事業所 ヘルパー	母親に頼りきっている、病院受診や服薬管理を自身で行えるようになる。	2ヶ月	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きないこともあるとのことと、制度を利用しながら、自身で通院できるようにサポートする。
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もてない)	小遣い帳を付ける(月額小遣いの自己管理) できる事を増やしていく中で自信を獲得していく。必要に応じて相応する社会資源の活用を検討する。	2ヶ月 (平成24年6月)	・家族=見守り (本人ができそうなことは出来るだけ本人が行うように働きかける) ・相談支援	〇〇相談支援センター 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。	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きい買い物自身で行える機会を作る。他の領域においても、自分でできる領域を拡大していけるように配慮する。必要に応じて、日常生活自立支援事業等の活用を検討する。

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇太	障害程度区分	区分 1	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	平成24年5月1日
--------	-----------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	・就労移行支援（職業訓練） 週5日～支給決定（2ヶ月）
8:00	起床・朝食							
10:00	〇〇就労移行支援事業所 ・作業訓練 ・グループ指導 ・SST	〇〇就労移行支援事業所 ・作業訓練 ・グループ指導 ・SST	〇〇就労移行支援事業所 ・作業訓練 ・グループ指導 ・SST	〇〇就労移行支援事業所 ・作業訓練 ・グループ指導 ・SST	〇〇就労移行支援事業所 ・作業訓練 ・グループ指導 ・SST	〇〇相談支援センター 個別面談	母親との買物 ↓ 夕食作りを母親と協働で行うことを前提に食材準備を兼ねての外出	
12:00								
14:00								
16:00		障害者就業・生活支援センター 個別面談	通院等介助 (2週間に1回) 〇〇大学病院受診		障害者就業・生活支援センター 個別面談			週単位以外のサービス
18:00	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	サークル「〇〇友の会」 原則、第3金曜日		夕食作り (母親と協働)	・通院：〇〇大学病院 精神科 2週間に1回 定期受診 ⇒通院等介助利用により、単 身で受診できるように取組む
20:00	・入浴 ・夕食（役割～母と協働） ・TV ・PC/メール/ゲーム など	・サークル「〇〇友の会」 ⇒毎月、第3金曜日Pm5:00～ *初回は、相談支援センター同 行						
22:00								
0:00	入眠	・障害者職業センター⇒職業評価 ⇒ジョブコーチ事業の活用						
2:00	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	・2週間に1度、障害者就業・生 活支援センターが会社担当者と状 況確認する
4:00	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	

サービス提供によって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「〇〇株式会社」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年間の就業生活で明確にな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、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、相談支援専門員との定期的な面談を行いながらモチベーションの維持を目指します。更に当事者活動（〇〇友の会）に参加することで交友関係を広げるとともに、自身でできることは自身で行うことで自信をもち、もって生活力向上を目指していきます。

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	〇〇 〇太	障害程度区分	区分 1	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成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	〇〇 〇太

総合的な援助の方針	全体の状況
福祉サービスを活用して仕事を続けていく上での課題を改善して職場復帰し、将来のなりたい自分に近づく生活習慣を獲得する。	計画策定時の最大の支援目標であった、現職場を離れて(休職)、仕事を続けるに際しての課題の改善が認められたことで、職場復帰することとなった。

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			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1	職務遂行上のスキルアップ ・挨拶など基本的な対人面 ・ほうれんそう~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、円滑に導入できた。 訓練開始当初と比較して、各項目とも向上が認められた。	ほんとは会社で働きたかったけど、訓練を受けたことで、何ができていなかったかが少しわかった。	訓練場面に限定することにはなるが、当初の目的は達成したと考える。	訓練場面という特殊な場面では獲得できていたことが、実際の会社の中で、また日常の中でも維持できるかが課題。	有(無) (終了)	有(無)	有(無)	サービス(就労移行支援)利用終了⇒職場復帰
2	定期的な振り返り(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 ・〇〇株式会社への経過報告	2ヶ月 (平成24年6月)	訓練期間中に緊張感を持って取り組めるようにした。状況については随時会社と共有し、職場復帰について慎重に協議してきた。	訓練の目的を意識することができた。会社の人が待っていると感じて嬉しかった。	上記と同様であり、復職してからも継続して取り組めるように継続して支援する必要がある。	スムーズに職場復帰できるような配慮と向上したスキルを維持して、就労が継続できるように支援も継続する必要がある。	有(無)	有(無)	有(無)	当面は職場訪問によるアドバイスに重点を置く (障害者就業・生活支援センター)
3	・モチベーションの持続(意欲向上) ・ストレスの解消 ・新たなニーズの確認	1ヶ月 (平成24年5月)	期間中は職場復帰に向けてモチベーション維持に努めた。職場復帰後もモチベーションを維持できるように、新たな目標を持てるように取り組む。	訓練中に不安に思っていたことや、お母さんのことを聞いてもらって元気が出た。仕事に戻ってからもお話しを聞いてほしい。	短期目標としての職場復帰については目標を達成したところだが、復帰後のモチベーション維持について、充分に話を聞きながら次の目標を設定する必要がある。	「職場復帰」という明確な課題から、維持・持続という長期的な目標にシフトすることになることで、自身が体感できる次なるインパクトゴールを共有できるように相談支援を継続する。	有(無)	有(無)	有(無)	本人の気持ちを十分に確認しながら、定型支援(メールによるコミュニケーション+定期的面談)から、必要時支援に徐々にシフトしていく。
4	余暇活動を通じて、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)	初回は緊張した様子が見られたが、同席したことで安心して参加できた様子。2回目は導入時のみ同席し意図的に離れる場面を作ったが、他の利用者とも関わっており、笑顔も見られた。	最初は緊張したが、□□さんや△△さんに優しくしてもらった。次回はひとりでも行きたいと思う。	導入(初回参加)に際しては支援を要したが、2回目の後半あたりからは、他の利用者とも積極的に話をしており、今後は自身の選択で参加できると思われる	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われる。会への参加を機会に、良き友だち(本人は交際相手希望)との出会いがあればと期待するところ	有(無)	有(無)	有(無)	今後、良くも悪くも利用者間での関係性が生じてくるのが予測されるので、是非々々でのアドバイスが大切になってくると考えられる。
5	必要な福祉サービス(通院等介助)を活用し、いずれは単身で通院できるようにする。	2ヶ月 (平成24年6月)	前回の受診に通院等介助によるヘルパーと相談支援員が同行し、病院での状況確認を行った。	こないだは、相談員さんとヘルパーさんと一緒に通院した。母親が一緒でなくても、通院できることが分かった。でも、ひとりで通院するのは自信がない。	生活面の詳細については、事前に母親による書面等で引継ぐことで、ヘルパー等の支援者による同行支援については了解された。	支援(通院等介助⇒単身の通院)の導入がスタートしたところ。単身での通院の実施については、本人の気持ちを十分に配慮して定める必要がある。	有(無)	有(無)	有(無)	通院等介助による通院の実施に際して、日常生活面での情報を母親から書面や口頭で聴取して、主治医に正しい情報が伝わるように配慮する必要あり。
6	小遣い帳を付ける(月額小遣いの自己管理)できる事を増やしていく中で自信を獲得していく。必要に応じて対応する社会資源の活用を検討する。	2ヶ月 (平成24年6月)	本人との話し合いにより、月額1万円を自己管理し、出納状況を小遣い帳に記入することにした。当初は記入漏れが多く、不明金が発生したが、最近は少なくなってきた。(母親)	一度にたくさんのお金を持つのは不安。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。	本人が無理なくできる領域を見つけ、自分でできる事は自分でする習慣化と自信の獲得を目指す。	まずは「小遣い管理」、次に通院支援といったように、本人がやってみたいと思うことを丁寧に聞き取り、母親と調整しながら進めていく	有(無)	有(無)	有(無)	多少の失敗や間違えはありえることを十分に確認し「失敗」ではなく、成功へのヒントを見つけることを確認しておく。支援が必要な領域は社会資源の利用を検討する。

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇太	障害程度区分	区分 1	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月 平成24年7月1日（職場復帰日）

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								・職場復帰（平成24年7月1日付） 勤務先 〇〇株式会社 （特例子会社）
8:00	起床・朝食	・原則、毎週土曜日は、〇〇相談支援センターでの定期面談 *その連絡も兼ねて、センターとはメールを活用してコミュニケーションを継続する						
10:00	〇〇株式会社 （特例子会社） ・製造補助業務	〇〇株式会社 （特例子会社） ・製造補助業務	〇〇株式会社 （特例子会社） ・製造補助業務	〇〇株式会社 （特例子会社） ・製造補助業務	〇〇株式会社 （特例子会社） ・製造補助業務	〇〇相談支援センター 個別面談	母親（友人）との買物 ↓ 母親との夕食の食材購入やサークルを通じて できた友人との外出を想定	
12:00								
14:00								※将来的にはガイドヘルパーとの外出も検討する
16:00								
18:00	帰宅	帰宅	通院等介助 （2週間に1回） 〇〇大学病院受診	帰宅	サークル「〇〇友の会」 原則、第3金曜日		夕食作り （母親と協働）	・通院：〇〇大学病院 精神科 2週間に1回 定期受診 ⇒通院等介助 2週間に1回
20:00	・入浴 ・夕食（役割～母と協働） ・TV ・PC/メール/ゲーム など	・障害者就業・生活支援センター *会社との連携を含む 来所相談：月2回程度 職場訪問：月1回程度						
22:00								・〇〇相談支援センター 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にする
0:00	入眠							
2:00								・サークル「〇〇友の会」 ⇒毎月、第3金曜日 Pm5:00～
4:00								・障害者職業センター⇒職業評価 ⇒ジョブコーチ事業の活用

サービス提供によって実現する生活の全体像 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なくなったが、次のステップとしては、そのモチベーションをいかにして持続・継続していくのが大きな課題となる。そのために、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。

【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・目指す将来像を明確にイメージできるように「ミスポジションツール 5 pic」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）があることを十分に説明し、本人が能動的・積極的に取組めるように配慮した。

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、「ミスポジションツール 5 Pic」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核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	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

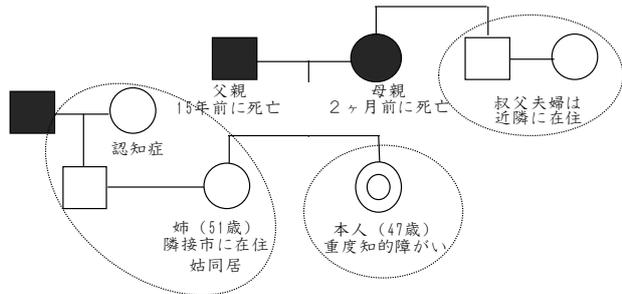
1. 概要(支援経過・現状と課題等)

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、「市立〇〇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、どうか姉が中心となって援助してきしたが、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、〇〇市障がい福祉課に施設への入所をやむなく希望した。相談を受けた〇〇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で、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「〇〇相談支援センター」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が難しくだったが、主たる介護者となった姉からは、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。

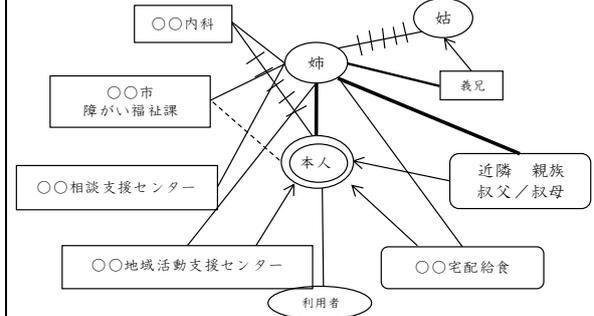
2. 利用者の状況

氏名	〇〇 〇子	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	47歳
住所	〇〇市			電話番号	
	(持家)・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			FAX番号	
障害または疾患名	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)



生活歴 ※受診歴等含む

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、本人の生活歴に関する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もあり、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医者に行ったことがないので、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ので、治療はおろか詳細が分からない状況。

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」
- ・〇〇内科 主治医「〇〇ドクター」
- ・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	市立〇〇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日)あり。
その他の支援	親族による介護	姉+近隣親族(叔父夫婦他)	食事提供・安全確認 入浴は、原則叔父宅 週3日	平日:親族 土日:姉	基本的には、「誰か」がサポートできるように、姉がマネジメントしている。
	宅配弁当	〇〇宅配給食	親族による食事提供ができない時に利用	左記のとおり	
	通所支援(親族によるサポート)	近隣親族	地域活動支援センターの送迎	週3回	

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

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

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								市立〇〇地域活動支援センター 公立施設(機会均等)により 利用制限有:週3日(月・水・ 金)
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	叔父による送支援 市立〇〇地域活動支援センター		叔父による送支援 市立〇〇地域活動支援センター		叔父による送支援 市立〇〇地域活動支援センター			* 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 解することが難しく、時々パニック になることがある。
12:00	・昼食	宅配弁当	・昼食	宅配弁当	・昼食			
14:00	叔母による迎支援		叔母による迎支援		叔母による迎支援			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、塗り 絵をしている。
16:00		入浴(叔父宅)		入浴(叔父宅)				
18:00	宅配弁当	食事(叔母差入れ)	宅配弁当	食事(叔母差入れ)	宅配弁当			週単位以外のサービス
20:00	入眠	入眠	入眠	入眠	入眠	入眠	入眠	・主治医:〇〇内科・小児科 自身は病院に行かないので、姉 が4週に一度、糖尿病の薬をもら いに行っている。
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	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	・地域活動支援センターの無い日 や、土日で姉の都合が悪い時は、 隣の叔父宅で過ごしたり、外食に 連れ出してもらうことがある。
0:00								
2:00								
4:00								

サービス等利用計画

利用者氏名	〇〇 〇子	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成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	〇〇 〇子

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)はしていきたい。
総合的な援助の方針	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。
長期目標	まずは安心安全な生活環境を整えること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。大きな生活環境の変化は十分に配慮しながら、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。
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		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	夜が寂しくて怖い	支援者不在など、緊急的に夜間の支援が提供できるような態勢を整える	1ヶ月(平成24年5月)	ショートステイ: 3回/週	〇〇ショートステイサービス管理責任者(送迎サービス有)	知らない場所(〇〇ショートステイ)・人に慣れる。(見学・日帰り利用など)	1ヶ月	ケアホーム利用までの期間の利用を想定
2		ケアホーム(共同生活)のイメージをつかむ~希望の確認	1ヶ月(平成24年5月)	共同生活介護体験利用事業・事前に食事会(見学を兼ね)・徐々に宿泊を増やす	〇〇ケアホームサービス管理責任者	知らない場所(ケアホーム)・人(利用者・世話人)に慣れる。	1ヶ月	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前提として、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	継続	地域活動支援センター・週3回の制限あり・送迎なし~往復に支援が必要	市立〇〇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	プログラム(折り紙・塗絵・ゲーム等)への積極的な参加。他の利用者と一緒に過ごす。	1ヶ月	ケアホーム利用を前提とした場合、予定しているケアホームから市立〇〇地域活動支援センターの通所に際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、市立〇〇地域活動支援センターの通所が無い日に、〇〇生活介護の利用を併用することで、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の無い日に利用 ・バス送迎サービス有	〇〇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世話人が生活支援員	新たな人・場所に慣れる。	1ヶ月	
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)	居宅介護: @ 2h * 3日/週 ・食事の提供 *ケアホームへの正式入居までの期間を想定	〇〇ヘルパー事業所(相談支援センター)	新たな人・場所に慣れる。	1ヶ月	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鑑みて、担当するヘルパーをできるだけ固定することで、関係性を高める。
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、姉以外の支援者のサポートによる外出や買物物の機会を設ける	2ヶ月(平成24年6月)	移動支援: @ 4h * 4回/月 *ケアホーム入居後も継続利用予定	〇〇ヘルパー事業所(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	同上

サービス等利用計画【週間計画表】

様式2-2

利用者氏名	〇〇 〇子	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月 平成24年5月1日

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	〇〇ショートステイ		〇〇ショートステイ		〇〇ショートステイ		姉宅より帰宅	①市立〇〇地域活動支援センター 公立施設により利用制限あり ↓ 利用制限：週3日（月水金）
8:00		起床・朝食		起床・朝食		起床・朝食		②〇〇生活介護 原則として、①地域活動支援センターを利用できない日の日中活動として導入し、徐々に移行していきけるように配慮する。
10:00	送迎バス利用 〇〇生活介護 ・送迎サービス ・作業支援 ・余暇支援 ・昼食提供	叔父による送支援 市立〇〇地域活動支援センター ・昼食	送迎バス利用 〇〇生活介護 ・送迎サービス ・作業支援 ・余暇支援 ・昼食提供	叔父による送支援 市立〇〇地域活動支援センター ・昼食	送迎バス利用 〇〇生活介護 ・送迎サービス ・作業支援 ・余暇支援 ・昼食提供	移動支援（ガイドヘルプ） 土曜日曜の内、いずれかは姉宅にて過ごせるようにする。 今までどおり、姉と一緒に、買い物や日帰り温泉を楽しむ	移動支援（ガイドヘルプ） 本人の意向や嗜好を鑑みて、買い物や外食、社会参加の機会を増やす ↓ 将来的には、そのヘルパーと通院に行けるように取り組む	ケアホーム入居後には、距離的に遠く、送迎サービスがない市立〇〇地域活動支援センターへの通所を継続することが難しいので、〇〇生活介護への完全移行を目指す が、急激な生活環境の変化等を鑑みて、本人の意向を十分に勘案してすすめていく。
12:00			叔母による迎支援					③居宅介護（家事援助）週3回 夕食提供+翌日の朝食準備
14:00								
16:00	送迎バス利用 ⇒バス停まで～叔父迎え	ショートステイ 送迎サービス	送迎バス利用 ⇒バス停まで～叔父迎え	ショートステイ 送迎サービス	送迎バス利用 ⇒バス停まで～叔父迎え	姉の都合がつかない場合は、移動支援を活用して、楽しみ且つ安心安全な時間を過ごせるようにする	〇〇ショートステイ	週単位以外のサービス
18:00	居宅介護（家事援助） 〇〇ヘルパー事業所 *夕食提供	入浴 夕食 フリータイム	居宅介護（家事援助） 〇〇ヘルパー事業所 *夕食提供	入浴 夕食 フリータイム	居宅介護（家事援助） 〇〇ヘルパー事業所 *夕食提供		入浴 夕食 フリータイム	①健康管理 ・市立病院～糖尿病の専門的治療は可能 ケアホームの他の利用者も利用しており、大変理解がある ↓ ・主治医：〇〇内科・小児科 市立病院との連携により、主治医として期待
20:00	入眠		入眠		入眠			②通院支援体制の確立 ヘルパー事業所による通院等介助を想定し、ラポール形成と、余暇支援の充実を兼ねて、移動支援（ガイドヘルパー）を活用する。 将来的には安心して通院できることをめざす。
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			
0:00		ケアホーム体験利用が可能になった時点で、この枠で利用開始とし、慣れるに従って利用日数を増やしていく		ケアホーム体験利用が可能になった時点で、この枠で利用開始とし、慣れるに従って利用日数を増やしていく		姉宅に帰省・外泊	ケアホーム体験利用が可能になった時点で、この枠で利用開始とし、慣れるに従って利用日数を増やしていく	
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像
今の一番の困りごとは夜間にご本人が一人になるので安全面での問題が大きく、本人からも「怖い・寂しい」との声が聞かれています。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活用することで、安心安全な生活が営めるようになります。また、近い将来のケアホームへの入居を目的として、ケアホーム体験利用も活用しながら様子を見る機会とします。同時に、ご自宅で過ごす日にはヘルパーによる食事の提供と安否確認をして頂きます。更に、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〇〇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で、大きな負担なく移行できるようにします。

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	〇〇 〇子	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成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	〇〇 〇子

総合的な援助の方針	全体の状況
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。	夜間の支援者が不在ということで、緊急避難的に「ショートステイ」を利用した。当初は隔日にて利用を開始したが、2週目には緊張感も和らぎ、場所や支援者にも慣れてきた様子が窺えた。並行してケアホームの見学を実施し、まずは他の利用者と夕食と一緒に食べる機会を設けた(日帰り)。本人の気持ちを確認したところ「楽しい」との意を確認し、3週目より隔日の宿泊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」との気持ちを聞くに至る。日中活動も2箇所の利用になったが、特に混乱することもなく、スムーズに導入できた様子が伺える。姉や叔父叔母は安心感ももてたと大変喜ばれている。居宅介護(ホームヘルプ)の利用で信頼関係のできてきた〇〇ヘルパーさんと動物園に行きたいとの希望も聞かれた。

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			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1	支援者不在など、緊急的に夜間の支援が提供できるような態勢を整える	1ヶ月 (平成24年5月)	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、睡眠も安定しているとのこと。	・楽しい ・ごはんがおいしい ・夜こわくない ・〇〇さん(支援員)が好き	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営む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。	有・無	有・無	有・無	緊急避難から安定的な生活基盤構築へ、支援をシフトさせる。
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)	ケアホーム体験利用を利用し、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 ・ごはんがおいしい ・夜こわくない ・みんなと一緒になので嬉しい	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で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・利用の支援と実現	有・無	有・無	有・無	ケアホームの空き状況の把握→可能であれば、体験利用したホームへの入居が第一希望
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	継続	生活パターンが大きく変わる中、特に不安定になることもなく、楽しんで利用できていた。	・楽しい ・〇〇さん(利用者)が好き ・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問題なく達成している。本来のニーズは、毎日楽しく活動できることなので、それについては課題が残っている。	本来のニーズは「毎日楽しく活動すること」にあるので、ケアホームに生活拠点を移した後、ご本人の気持ちに十分に配慮しながら、この条件=ニーズを満たせるように、マネジメントする必要がある。	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
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で言葉も少なく、職員の傍から離れなかったが、2回目以降はかなり慣れてきて、プログラムにも十分に参加できている。	・楽しい(うれしい) ・もっとたくさん行きたい?の質問⇒嬉しそうに「ハイ!」との返答	本期間内の取組としては十分に目標を達成できた。ケアホーム移行後についても、毎日(月～金)の受け入れは可能。	*ケアホーム入居後は、市立〇〇地域活動支援センターの利用は事実上不可能となる。	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、ケアホームへの入居と同時に進行で、〇〇生活介護事業所への通所頻度を高める。
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、相談支援担当者ヘルパーが同伴し、食べたいおかずの食材購入(ハンパグ)から支援をスタートした。とても喜んでる様子。	・ごはんおいしい ・〇〇さん(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。食事は、好き嫌いなく喜んで食べている。	この期間での目的は十分に達成。ケアホーム入居後は、ホームヘルプは提供終了→次のステップは、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)	有・無	有・無	有・無	ケアホームへの入居に伴い、本事業(居宅介護)については利用中止となるが、ガイドヘルプの導入(ヘルパーとのラポール形成)としての意義
6	週末等、楽しみと社会経験の拡大を目標として、姉以外の支援者のサポート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)	ホームヘルプ支援を通じて、本人の適性把握と、担当の〇〇ヘルパーとの信頼関係が十分にできてきたと評価する。	↓ ・食材購入の他、外出の希望が聞かれた ⇒「動物園に行きたい」	生活基盤、日中活動の場、居宅介護の導入等、あまりにも多くの変化があったので、導入時期を見極め、利用の導入は未実施。	ケアホーム入居を前提として、入居後にも継続して支援できるように配慮を要する。⇒本人の気持ちに配慮しながら、可能な限り早期に利用を開始する。	有・無	有・無	有・無	ケアホーム入居後については、サービス提供開始場所や終了場所についての調整(ホームまたは姉宅等)が必要となる。

サービス等利用計画

利用者氏名	〇〇 〇子	障害程度区分	区分 5	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日(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	〇〇 〇子

希望する生活	利用者: 安心で、楽しく暮らしたい。
	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)はしていきたい。
総合的な援助の方針	ケアホーム(共同生活介護)を利用し、安心して安定した生活基盤を構築すると共に、大好きな姉との関係にも十分に配慮しながら、本人にとって楽しく充実した生活できるようにする。
長期目標	大きな生活環境の変化は十分に配慮しながら、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。
短期目標	安心安全で快適な生活基盤を構築する=〇〇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=〇〇生活介護事業所の継続利用

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		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	楽しく暮らしたい (自分らしい暮らし方を確立する)	ケアホーム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のコーディネート(自分らしい生活基盤の確立)	2ヶ月 (平成24年7月)	共同生活介護	〇〇相談支援センター 〇〇ケアホーム サービス管理責任者	知らない人(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・夜間支援従事者)に慣れる。	2ヶ月	ケアマネジメント手法に基づき、ケアホームでの生活を基盤として、自分らしい生活を提供できるように努める(相談支援とケアホーム支援者との連携強化)
2		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る。夜間も安心できる生活環境の提供	3ヶ月 (平成24年8月)	共同生活介護 ・食事家事全般: 世話人 ・入浴介護等: 生活支援員 ・夜間支援: 夜間支援従事者	〇〇ケアホーム 世話人・生活支援員 夜間支援従事者	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は、少しずつ受け入れていく。	3ヶ月	未経験によって「できない領域」が多くあることが予測される。さまざまな場面で自身でできることを見つけながら、必要な支援を提供する必要がある。
3	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の利用(ケアホーム入居と同時期)	継続 (頻度変更)	生活介護 ・月～金(昼食提供) ・バス送迎サービス有	〇〇生活介護事業所 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・塗絵・ゲーム等)への積極的な参加。他の利用者と仲良く過ごす。	3ヶ月	市立〇〇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「〇〇生活介護事業所」に段階的に通所を移行。
4	週末を楽しみたい	姉との外出を楽しむ	継続	姉 原則として、毎週末(土曜日～日曜日)	姉(隣市在住)	姉の都合がつかない場合、ガイドヘルプやケアホームで過ごす(我慢しなければならぬこともある)。	姉からの相談が有れば随時	本計画作成時においては、姉は毎週実施可能と話されている。姉自身の健康や姉の状況等により、随時相談を受けて変更できる体制が重要。
5		ガイドヘルパーを利用し、外出を楽しむ	2ヶ月 (平成24年7月)	移動支援 ・@4h*4回/月 *ケアホーム入居後も継続利用予定	〇〇ヘルパー事業所 (相談支援センター)	まずは自身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うことで支援者や「支援そのもの」に慣れる。	2ヶ月	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で生活の激変緩和の一助とする。近い将来的には「通院等介助」につながるよう配慮する。
6	健康に暮らしたい (医療機関の適切利用)	糖尿病の適切な治療及び通院時の支援方法を確立する(導入手段としての移動支援も)	6ヶ月 (平成24年11月)	・市立病院での検査～クリニックとの連携治療態勢の構築 ・〇〇大学病院～障がい者専門 歯科 通院等介助+ケアホームスタッフ+姉による協働支援	〇〇相談支援センター 相談支援専門員 〇〇ケアホーム サービス管理責任者 (〇〇ヘルパー事業所)	未経験などでも、頑張っ取り組み、健康の大切さを理解する。	3ヶ月	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、大きな生活環境の変化を前提とし、本人の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	〇〇 〇子	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月 平成24年6月1日

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	共同生活介護 (〇〇ケアホーム)	共同生活介護 (〇〇ケアホーム)	共同生活介護 (〇〇ケアホーム)	共同生活介護 (〇〇ケアホーム)	共同生活介護 (〇〇ケアホーム)	共同生活介護 (〇〇ケアホーム)		〇〇生活介護事業所 ↓ 市立〇〇地域活動支援センターには、ケアホームからの通所は困難となるので、バス送迎サービスのある〇〇生活介護事業所に通所先を移行する。 本人の精神面の負担を鑑みて、徐々に通所日数を増やしながら、移行していただけるように配慮する。
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～CHスタッフ ⇒送迎バス利用	バス停まで～CHスタッフ ⇒送迎バス利用	バス停まで～CHスタッフ ⇒送迎バス利用	バス停まで～CHスタッフ ⇒送迎バス利用	バス停まで～CHスタッフ ⇒送迎バス利用		移動支援(ガイドヘルプ)	
12:00	〇〇生活介護 ・健康指導 ・作業支援 ・余暇支援 ・昼食提供	〇〇生活介護 ・健康指導 ・作業支援 ・余暇支援 ・昼食提供	〇〇生活介護 ・健康指導 ・作業支援 ・余暇支援 ・昼食提供	〇〇生活介護 ・健康指導 ・作業支援 ・余暇支援 ・昼食提供	〇〇生活介護 ・健康指導 ・作業支援 ・余暇支援 ・昼食提供		本人の意向や嗜好を鑑みて、買い物や外食、社会参加の機会を増やす。 ↓ 将来的には、当該ヘルパーと通院に行けるようになり取り組む。	
14:00						土曜日から日曜日は、可能な限り、姉宅にて過ごせるようにする。		
16:00	送迎バス利用⇒ バス停まで～CHスタッフ	送迎バス利用⇒ バス停まで～CHスタッフ	送迎バス利用⇒ バス停まで～CHスタッフ	送迎バス利用⇒ バス停まで～CHスタッフ	送迎バス利用⇒ バス停まで～CHスタッフ	今までどおり、姉と一緒に、買い物や日帰り温泉を楽しむ		
18:00	共同生活介護 世話人+生活支援員 ・入浴介護 ・食事提供 ・楽しみの時間	共同生活介護 世話人+生活支援員 ・入浴介護 ・食事提供 ・楽しみの時間	共同生活介護 世話人+生活支援員 ・入浴介護 ・食事提供 ・楽しみの時間	共同生活介護 世話人+生活支援員 ・入浴介護 ・食事提供 ・楽しみの時間	共同生活介護 世話人+生活支援員 ・入浴介護 ・食事提供 ・楽しみの時間	姉の都合がつかない場合は、ガイドヘルプの利用か、ケアホームでの支援で安心安全な生活は可能	共同生活介護 世話人+生活支援員 ・入浴介護 ・食事提供 ・楽しみの時間	
20:00							①健康管理 ・市立病院～糖尿病の専門的治療は可能 他のケアホーム利用者も利用しており、大変理解がある。 ↓ ・主治医：〇〇内科・小児科 市立病院との連携により、主治医として期待	
22:00							②通院態勢の確立 ケアホーム入居後も、ケアホームスタッフと連携しながら、〇〇ヘルパー事業所による通院等介助を想定。 ラポール形成と、余暇支援の充実を兼ねて、導入には移動支援(ガイドヘルパー)を活用し、将来的には安心して通院できる事をめざす。	
0:00	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	
2:00	夜間支援員	夜間支援員	夜間支援員	夜間支援員	夜間支援員		夜間支援員	
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像
 ケアホーム体験利用を通じ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、本人からも「楽しい」との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、恒常的に安心・安全な生活基盤が確立されます。同時に、これまで最も大切にしていた姉との関係も継続できるように、基本的に週末は姉と一緒に過ごしますが、姉が介護できない時にはガイドヘルパーやケアホームで過ごすこともできます。また、日中活動についても、前回の計画で段階的に〇〇生活介護への通所日数を増やし、本人の希望も確認したうえで、月曜日から金曜日まで利用できるようにします。また、通所に関しては〇〇生活介護がバスで送迎します。以上のようにケアホームを生活基盤として、安心・安全で本人が楽しく暮らせるように考えました。

【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す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っ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、自分が何ができないか想像がつかないことにある。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。

施設と〇〇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、現在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	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

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。下肢は突っ張った状態で歩行は出来ないが、つかまり立ちは可能。上肢は日常生活程度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(〇〇園)で生活している。両親は定期的に施設に面会に來たり、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と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、担当職員の見ましもあり、少しずつ前向きに希望を持って考えるようになった。

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ない。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なかで少しずつ不安は和らいでいる。

2. 利用者の状況

氏名	〇〇 〇介	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	49歳
住所	〇〇市(現入所施設内)			電話番号	・06-****-****(〇〇園) ・本人携帯090-****-****
	[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-****-****(〇〇園)
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	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 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			医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等		
<ul style="list-style-type: none"> ・〇年出生。1歳の時に脳性まひと診断。 ・7歳の時に〇〇市の障がい児施設入所。 ・20歳の時に現施設入所。 			<ul style="list-style-type: none"> ・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)			家族の主訴(意向・希望)		
<p>〇〇さんが一人暮らしを始めたのを見て、自分も一人暮らしができないかなど思った。一人暮らしをするためには何をしたらいいのか分からないから、相談したい。施設でやっていたコースはどこかで続けたい。</p>			<p>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る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けるようになるのは大事なことだと思う。(母)</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)	障がい者支援施設	〇〇園	施設入所支援 生活介護(施設内のコー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	〇〇 〇介	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

	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	起床	
8:00	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	コーラスクラブ			
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
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			
16:00								
18:00	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	
0:00								
2:00								
4:00								

サービス等利用計画

利用者氏名	〇〇 〇介	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
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	〇〇 〇介

希望する生活	利用者:施設を出て、一人暮らしを実現したい。
	家族:これまで施設から出ることによる不安があったが、本人の思いを尊重し、実現させたい。(母親)
総合的な援助の方針	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。
長期目標	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。
短期目標	一人暮らしができそうなワンルームマンシ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。

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	一人暮らしがしたい。	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)	地域移行支援(相談・同行支援・体験宿泊・体験利用)	〇〇相談支援センター	住みたい場所、住みたい部屋を考える。〇〇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・電気等の手続きも本人と一緒に行う。一人暮らしの生活に必要なものを用意する。		
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不安なことを整理し、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や介助が必要なことを書き出す。体験宿泊等を利用して、一人暮らしのイメージを作る。	6ヶ月(平成24年11月)			
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)			行きたい場所を自分で決め、〇〇相談支援センターと一緒に外出する。外出の準備をする。	6ヶ月(平成24年11月)			
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)			どういう日中活動の場に通いたいかを考え、〇〇相談支援センターと一緒に探し、体験利用をしてみる。	6ヶ月(平成24年11月)			
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)	〇〇園(入所中)	不安なことや困ったこと等があったら職員に話す。	6ヶ月(平成24年11月)	
6	コーラスを続けたい。	継続してコーラスサークルの活動に参加する。	6ヶ月(平成24年11月)			施設内のコーラスサークルに参加		仲間と楽しくコーラスをする。	6ヶ月(平成24年11月)	

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇介	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	987654321	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	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	起床		
8:00	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	コーラスクラブ	外出、外食 (〇〇相談支援センターと)			
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食		昼食		
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				
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	夕食		・施設内の訓練用居室で2～3泊の宿泊を体験。 ・〇〇相談支援センターとの地域移行に向けての相談等
20:00		入浴		入浴		入浴			
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝		
0:00									
2:00									
4:00									

サービス提供によって実現する生活の全体像

〇〇相談支援センターと地域移行に向けての相談をしたり、外出や体験宿泊等をしたことによって、一人暮らしの生活の具体的なイメージを持ちます。

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	作成年月日	平成24年6月1日
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。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。		
(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)	一人暮らしができそうなワンルームマンシ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。(3ヶ月)		



私(本人) ○○ ○介 自身がすることを矢印の下に書き込みます

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
一人暮らしがしたい。	○○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、入居までのスケジュールを決める。	手伝ってもらっ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、できない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を一緒に作りま	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。	今、施設で介助してもらっ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。			手伝ってもらって、ヘルパー事業所等を探し、契約する。	
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ことや外出準備を練習する。	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、自分で外出準備もする。	
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

利用者名

○○ ○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	〇〇 〇介	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
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	モニタリング実施日	平成24年11月15日	利用者同意署名欄	〇〇 〇介

総合的な援助の方針	全体の状況
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。	一人暮らしの部屋と日中活動場所が決まり、地域生活に向けての準備が整ってきている。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ってきており、楽しみにしている。ただし、食事面や掃除・洗濯等については、本当にうまくいくのかまだまだ不安に思っているようなので、安心して生活できるよう、今後も支援していく。

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			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
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、契約することができた。平成24年11月30日に施設を退所し、一人暮らしを始める予定。	どんなどころに住むか悩んだけど、新しい家が決まった。嬉しい。引っ越しの日が待ち遠しい。	目標は達せられた。	特になし。	有・無 (終了)	有・無	有・無	
2	一人暮らしをするにあたって不安なことを整理し、必要な支援を考える。	6ヶ月 (平成24年11月)	体験宿泊等を利用しながら、必要な支援は何かを一緒に考えることができた。とても一生懸命取り組んでいる。	一人暮らしは楽しみだけど不安もたくさんある。いろんな人に手伝ってもらいながら、少しずつできることを増やしたい。	一人暮らしにあたって必要になる当面の支援はおおむね整理できた。	利用するサービスの種類や量、内容を本人とともに継続的に検討していく。	有・無 (終了)	有・無	有・無	困ったときにすぐに相談できる態勢を整える。
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)	最初はやや受身的であったが、徐々に希望を伝えられるようになった。外出や外食の機会をいつも楽しみにしておられる。	買い物に行ったり、レストランに行ったりしたのが楽しかった。外の道路は車が怖いけど、もう少ししたら慣れるかなあ。	おおむね計画どおり行きたい場所に行くことができている。外出することに慣れつつある。	継続して外出の機会が持てるよう、移動支援の利用につなげていく。	有・無 (終了)	有・無	有・無	
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(就労継続支援B型)を見つけることができた。	日中通うところが決まってホッとした。見学や体験もできてよかった。	目標は達せられた。	これまでの環境から大きく変化するため、慣れるまでの間は特にしっかりとフォローが必要。	有・無 (終了)	有・無	有・無	
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。職員に地域での暮らしのことを尋ねることが多くなった。	職員の〇〇さんや友だちの□□さんたちと離れるのはちょっと寂しい。一人暮らししてもまた会いたいなあ。	特に気持ちが不安定になることもなく、落ち着いて過ごしておられる。	地域移行までの間、引き続き落ち着いた生活ができるように支援する。	有・無 (終了)	有・無	有・無	一人暮らしを始めてからも、必要があれば施設職員の支援をお願いしたい。
6	継続してコーラ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。仲間とも楽しく話している。	やっぱりコーラスが好きなので、一人暮らしを始めても続けたい。	継続してコーラス活動に参加できている。	地域のコーラスサークルを探し、一人暮らしを始めてからも活動できるようにする。	有・無	有・無	有・無	

サービス等利用計画

利用者氏名	〇〇 〇介	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	987654321	通所受給者証番号			
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	〇〇 〇介

希望する生活	<p>利用者:〇〇事業所(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ラスを続けたり、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>
総合的な援助の方針	安定した生活を送るとともに、日常生活の中にも楽しみを取り入れ生活が充実するよう支援する。
長期目標	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う。
短期目標	自宅での生活に慣れる。本人にあったコーラスサークルを一緒に探す。

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	困ったときにすぐに相談したい。	夜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)	地域定着支援	〇〇相談支援センター	困ったときには連絡をする。	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)	居宅介護(家事援助)毎日夕方1.5時間。	〇〇ヘルパーステーション	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いながら業務をすすめる。自分でできることをしてもらうようにする。
3	お風呂では湯船に一人で入れないので手伝ってほしい。自分では洗えない体の一部を洗ってほしい。	ヘルパーに入浴の介助を依頼する。	1ヶ月(平成24年12月)	居宅介護(身体介護)週3回。	〇〇ヘルパーステーション	遠慮せず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なく、洗えていな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きたい。	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)	就労継続支援B型(週5日)10時から16時まで。	〇〇事業所(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。	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)	移動支援(週1回)	〇〇ヘルパーステーション 〇〇相談支援センター	〇〇相談支援センターに外出先の情報を教えてもらい、自分の意見を言う。外出先や食べたいも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、自分の意見を伝えてもらう。
6	地域のコーラスサークルに入りたい。	実際に参加できる地域のコーラスサークルを見つける。	3ヶ月(平成25年2月)		〇〇相談支援センター	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	〇〇 〇介	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	987654321	通所受給者証番号			

計画開始年月	平成24年12月1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 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			
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	外出、外食 (ガイドヘルパーと)	昼食	
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			週単位以外のサービス ・コーラスサークルを探して(1回/2週)程度から始める。
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 (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、書類確認)	
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	夕食	身体介護1.0 (入浴介助) 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								

サービス提供によって実現する生活の全体像	<ul style="list-style-type: none"> 一人暮らしに少し慣れ、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

No.1

最終更新日	年 月 日	修正者		
初期作成日	平成24年 11月 28日	作成者	〇〇 〇〇	
台帳作成相談支援事業所	〇〇相談支援センター	担当者	〇〇 〇〇 連絡先 ***-***-***	
計画作成相談支援事業所	〇〇相談支援センター	担当者	〇〇 〇〇 連絡先 ***-***-***	
ふりがな氏名	〇〇 〇介 様 (<input checked="" type="radio"/> 男 · 女)		生年月日 〇〇年〇〇月〇〇日 (49 歳)	
連絡先	住所 〒***-*** 〇〇市・・・・ <input checked="" type="radio"/> 一人暮らし · 家族同居 · その他()	TEL	090-***-***	
		FAX		
		メール		
身体状況	身長 155 cm	体重 65 kg	現在使用してる福祉用具 車いす	
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 片麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> その他()		
	座位・立位保持等	座位保持(<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) 立位保持(<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可) 起立(<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 手動式車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子		
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。				
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	
医療	自立支援医療	健康保険	〇〇〇〇****	
	血液型	A型 RH+		
	医療機関名	診療科	主治医氏名	連絡先
	〇〇病院	内科	〇〇 〇〇	***-***-***
		科		
	科			
	科			
服薬状況				
病障がい歴	年月	事項	年月	事項
	〇年〇月	脳性まひと診断	〇年〇月	障がい児施設入所
			〇年〇月	障がい者施設〇〇園入所
			H24年11月	〇〇園を退所し、現住所で一人暮らし開始
生活歴				
経済状況	生活保護 有 · <input checked="" type="radio"/> 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崩してあてている。

家族親族	氏名		続柄	年齢	職業・学校	同居・別居	連絡可否 優先順位	連絡先	緊急連絡先	備考
	〇〇 〇〇		母	69 歳		別居	3	***-***-***	***-***-***	□□県で一人暮らし
	〇〇 〇〇		弟	45 歳	会社員	別居	1	***-***-***	***-***-***	△△市在住
	〇〇 〇〇		妹	42 歳	パート	別居	2	***-***-***	***-***-***	◇◇市在住
				歳						
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	〇〇市役所障がい福祉課		〇〇 〇〇さん	***-***-***	***-***-***				
	居宅介護事業所	〇〇ヘルパーステーション		〇〇 〇〇さん	***-***-***	***-***-***	居宅介護と移動支援			
	就労継続B型事業所	〇〇事業所		〇〇 〇〇さん	***-***-***	***-***-***				
	障がい者支援施設	〇〇園		〇〇 〇〇さん	***-***-***	***-***-***				
	大家さん			〇〇 〇〇さん	***-***-***	***-***-***				
	コーラスサークル	主催者		〇〇 〇〇さん	***-***-***	***-***-***				
	※援護の実施者、福祉サービス事業者、成年後見人、ピアサポーター、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(連絡をとったほうがよい)な人や機関、キーパーソンなどを記入しておく。									
(ライフレイン)	種別	会社名		担当者名	連絡先	緊急連絡先	備考			
	電気	〇〇電力		〇〇 〇〇さん	***-***-***	***-***-***				
	水道	〇〇水道		〇〇 〇〇さん	***-***-***	***-***-***				
	ガス	〇〇ガス		〇〇 〇〇さん	***-***-***	***-***-***				
	電話	〇〇会社		〇〇 〇〇さん	***-***-***	***-***-***				
その他										
(本人に関する概略)	<p>車いす利用。下肢は突っ張った状態で歩行は出来ないが、つかまり立ちは可能。上肢は日常生活程度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。</p> <p>7歳のときに、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(〇〇園)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から自分の今後に不安を感じ始めたこと、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、「自分も一人暮らし出来ないか」と相談し始める。担当職員の励ましもあり、地域移行支援を開始。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。</p>									
緊急時の留意点	<p>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。</p>									

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	〇〇 〇介	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
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	利用者同意署名欄	〇〇 〇介

総合的な援助の方針	全体の状況
安定した生活を送るとともに、日常生活の中を楽しみを取り入れ生活が充実するよう支援する。	一人暮らしが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B型〇〇事業所にも毎日通うことができており、概ね当初の計画通りできている。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、最近あっ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	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			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1	夜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)	一生懸命に一人暮らしに取り組んでおり、頻繁には連絡はない。今まで3回ほど連絡があった。どうしていいかわからないときに連絡をくれている。	どうしても困ったときは、〇〇さんに連絡したら、どうしたらいいのかわかるので安心してた。	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。	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かったが、少しずつ食べたいものや嫌いなものについて伝えてくれるようになった。	今まで施設では決められたメニューだったので、調理について、自分の食べたいご飯を聞いてくれるので満足している。	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(いつ買い物をしていつ調理するかなど)がつかめていないようなので、週間計画表などで随時説明する必要がある。また、ヘルパーにしてほしいことを頼めるよう、少しず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)	サービス量については、今後生活がさらに落ち着いた中で適量であるかどうかの判断をしたい。
3	ヘルパーに入浴の介助を依頼する。	1ヶ月(平成24年12月)	入浴介助。自分で洗えないところを本人と確かめながら介助している。	何とか入浴できているが、当初思っていたよりも入りにくく浴室にすのこを敷くなどの工夫が必要だと思ふ。ヘルパーとの入浴は、施設の職員さんと一緒にあり、特に違和感はない。	入浴、洗体は出来ているが、浴槽に入りにくいので、工夫をする必要がある。	福祉器具・住宅改修業者に相談し、浴槽への入りやすさを少しでも解消する。	有(無)	有(無)	有(無)	手すりなどを付ける場合は、大家の承諾が必要である。
4	安心して日中活動に通えるように配慮しながら、いろいろな活動を体験できるように支援する。	3ヶ月(平成25年2月)	最初は緊張しておられたが、毎日(週5回)通ってくれ、職員や他利用者とも話ができるようになってきた。	最初は緊張したが、職員の方や他の利用者が優しく接してくれるので、通うのが楽しい。	毎日通うことができ、職員や他の利用者とも仲良くなり、初期目標は達成。	今後は、体調が悪いときの対応等継続的な利用に向けて支援する。本人と相談しながら、活動の内容を広げていく。	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)	〇〇相談支援センターと決めておられた外出先への移動支援を行った。最初は緊張されていたが、ヘルパーにも慣れていただいたようである。	〇〇相談支援センターの〇〇さんから面白そうなところを教えてもらって、一人で外出できた。はじめヘルパーさんと外出するのが緊張したが、慣れてきたと思う。	一人で外出ができるようになった。外出の準備も一人でできるようになった。	〇〇相談支援センターから情報を提供し、自分で選んでもらっている。自分で行きたいところを決めてもらうことに留意する。	有(無)	有(無)	有(無)	
6	実際に参加できる地域のコーラスサークルを見つける。	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入会が認められたので、来週から参加する。	コーラスが新たに始められ、嬉しい。	目標は達せられた。	サークルは毎週あるが、疲れが出ないよう当初の打ち合わせ通り2週に1回の参加とした。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)	発表会など年間の予定を確認したうえで、本人とどの程度参加するか相談していく必要がある。

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇介	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	987654321	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 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		起床 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	第1・3週外出、外食 第2・4週午後はコーラス (ガイドヘルパーと)	昼食	
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		週単位以外のサービス ・コーラスサークル(第2・4土曜日)参加。	
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 (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、書類確認)	
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	夕食	身体介護1.0 (入浴介助) 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								

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

- ・ 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る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、服薬が定期的に行えるかが心配と話す。

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。退院後の在宅生活に必要な支援と、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、すぐに入院させる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)

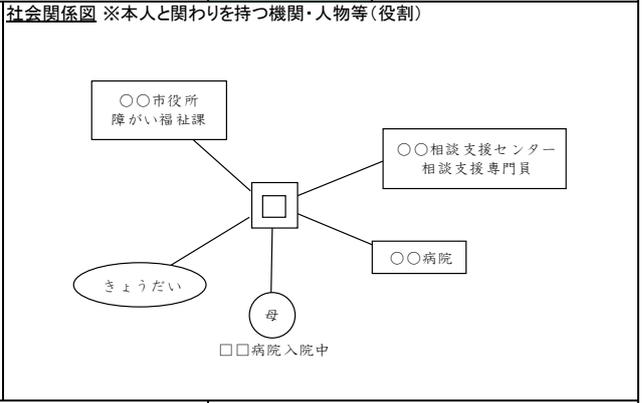
作成日	平成24年6月10日	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	------------	----------	------------	---------	-------

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ずつ支援を増やしてきていたが、状態悪化は防げず入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(亜昏迷状態)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(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着いてきたものの、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り、一人暮らしに戻りたいが不安の方が強く出てきて、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、精神症状は残ってはいるものの、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
 ・入院前に倒れた時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。
 ・足の踏ん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、日中起きて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	〇〇 〇郎	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	48歳
住所	〇〇市			電話番号	090-****-****
	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設(医療機関)・その他()]			FAX番号	
障害または疾患名	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



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、父が死去し暮職で帰省。その際、きょうだいに対して「お金を盗んでいる」と攻撃的になったり、「父は生きている。〇〇の手から逃れるために死んでいること」など意味不明な言動が見られた。その数ヶ月後、「体調不良の母の世話をする」と言って、突然会社を辞め□□市の実家に戻り、母と同居。その後、狙われていると訴え、母ともに自宅に引きこもるようになる。
 32歳のときに〇〇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、〇〇市で一人暮らしを始める。
 34～39歳の間に、3～7か月の入院を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、〇〇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(亜昏迷状態)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、〇〇病院入院。

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院を繰り返す。
 最終入院は41歳から現在まで。
 以降は〇〇病院(主治医〇〇医師)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、昏迷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歳のときから〇〇病院より毎週訪問看護を継続。服薬は定期的に行なっている。
 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、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)					
その他の支援	精神科病院	〇〇病院	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)

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	〇〇 〇郎	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00	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)		作業療法 (個人プログラム)				
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00		入浴		入浴		入浴		
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	夕食	
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス等利用計画

利用者氏名	〇〇 〇郎	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	〇〇 〇〇
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	〇〇 〇郎

希望する生活	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。 退院できたら、母の世話をして息子の責任を果たしたい。
	家族:退院するのはまた調子が悪くなったら困るし、不安。
総合的な援助の方針	退院して一人暮らしをする為には、どのよう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ペースで暮らせるよう準備します。
長期目標	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。
短期目標	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。

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	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画を立て、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	〇〇相談支援センター 地域移行推進員	地域移行推進員に、退院後の暮らし方について話し、決める。	3ヶ月	無理のないペースで行います。
2		退院後の暮らし方や支援の内容を決めるために、見学・体験の同行、関係機関の調整をする。	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	〇〇相談支援センター 地域移行推進員	退院後に行ってみようかなと思える場所や利用したいサービスを考えるために、見学や体験を試みる。	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	〇〇相談支援センター-地域移行推進員 〇〇病院作業療法士	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試みる。	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	〇〇 〇郎	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	987654321	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	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00	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)		作業療法 (個人プログラム)				
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00		入浴		入浴		入浴		
16:00								週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回程度、面接、外出、見学・体験を行なう。
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00								
22:00								
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	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。 住む家が決まり、生活の準備が整い、病院を退院して一人暮らしを始めることができます。
----------------------------------	--

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しょう。

利用者氏名: ○○ ○郎 さん 作成年月日 H24.6.25

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ペースで暮らす。
(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ビスを使っ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	11月	12月	
今の身体の状況で、家事を全部やるのは自信がない。	グループホーム・ケアホーム職員	体験宿泊	どんな援助があればいいか、体験してイメージをします。		→ グループホームへの体験宿泊。					
住む家を探したい。	推進員○○さん 兄	不動産店と一緒にいく。契約の援助。	無理のないペースで、本人と相談しながら行きます。				→ 家のイメージの共有		→ 不動産店で家を探す。	→ 家を決めて外泊する。
何を買い揃えたらいいかわからない。	推進員○○さん 病院職員	一緒に買い物に行く。	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、一緒に買いに行く。		
幻聴などですんどい時、助けて欲しい。	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、情報を得られる行き先を探す。	無理のないペースで、本人と相談しながら行きます。	→ 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)		→ デイケアや地域活動支援センターなどで利用体験する。		

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	〇〇 〇郎	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
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)	利用者同意署名欄	〇〇 〇郎

希望する生活	<p>利用者:退院して、以前のように一人暮らしをしたい。足が悪くなって思うように動けないので家事など手伝って欲しい。母の世話をして、息子の責任を果たしたい。</p> <p>家族:また調子が悪くなっ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。</p>
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、親孝行していき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、一人で暮らしていけるようになる。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		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	新しい家への引っ越しに向けて、準備を手伝って欲しい。	退院後の生活に必要なものを、本人と一緒に決め用意する。	1ヶ月(平成24年12月)	退院までに随時実施。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。	〇〇相談支援センター 〇〇病院(P.S.W・看護師)	引っ越しに必要なものを決める。引っ越しの手続きを一緒に行なう。	1ヶ月	
2	また入院しなくていいように、手助けして欲しい。	訪問看護が訪問し、心身の相談にのる。定期的に通院できるように、ヘルパーと一緒に通院する。	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アドバイス。通院等介助：週1回	〇〇病院訪問看護 〇〇ヘルパー事業所	薬をカレンダーにセットして服用する。通院予定日に定期的に通院する。	1ヶ月	
3	退院後は、買い物や調理を手伝って欲しい。	本人とヘルパーで、役割分担して家事を行う。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：食材の買い物、調理、盛り付け、部屋の掃除機かけ、水周りの掃除 週3回(月・水・金 午後) 各1時間30分	〇〇ヘルパー事業所	食べたいメニューや食材をヘルパーに伝える。洗濯をする。気づいた時に整理整頓をする。	1ヶ月	〇〇宅配弁当より木曜と土曜の午前11時30分頃お弁当が届きます
4	気分転換に出かけられるようになりたい。	入院中に見学した〇〇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通所。週1回	〇〇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。	1ヶ月	
5	きょうだいに頼り切らずに、自分の手続きをできるようにしたい。母の世話もできるようにしたい。	相談しながら、自分の手続きや用事を進める。	6ヶ月(平成25年6月)	相談支援 困りごとの相談にのり、スムーズに手続きや解決の支援をする。支援全体が上手くいくように調整する。	〇〇相談支援センター	相談ごとを通宜相談する。	1ヶ月	
5								
6								

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇郎	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	987654321	通所受給者証番号			

計画開始年月	平成24年12月
--------	----------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00			〇〇地域活動支援センター カラオケ開催日	10:00~10:30 訪問看護				
12:00		11:00~11:30 ヘルパー通院同行 〇〇病院受診		お弁当宅配		お弁当宅配		
14:00	13:00~14:30 ヘルパー訪問 家事援助 (買い物・調理)		13:00~14:30 ヘルパー訪問 家事援助 (調理・掃除)		13:00~14:30 ヘルパー訪問 家事援助 (買い物・調理)			
16:00							週単位以外のサービス	
18:00								
20:00								
22:00								
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	<p>自宅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き、過ごします。体調を維持するために、栄養の取れた食事を摂りたいという希望をお持ちです。食材の希望を伝えていただくことはできますので、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。炊飯はご本人さんがされます。</p>
----------------------------------	--

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	〇〇 〇郎	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成24年12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	〇〇 〇郎

総合的な援助の方針	全体の状況
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、親孝行していきたい気持ちを叶える方法を、本人と一緒に考えていく。	退院後しばらくは、眠りにくさへの不安や新しい環境へ慣れるまでの不安があり、支援者全体で見守りと援助を密に行なった。本人も気持ちの余裕が出来てきた様子。退院後の生活リズムになるまで、もうしばらく本計画を継続する。

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・解決方法 (残された課題、新たな課題)	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
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月中に相談支援専門員と兄、あるいは病院のスタッフと一緒に買いに行き、新しい家に運び入れる。 平成24年12月21日に退院し、新しい家へ引っ越し完了。	スムーズに新しい家への引越しが進み、ホッとしているとのこと。 収納スペースが少ないので、生活しながら少しずつ買い揃えていきたいとの希望。	目標を達成することができている。	特になし。	有(無)	有(無)	有(無)	
2	訪問看護が訪問し、心身の相談にのる。 定期的に通院できるように、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されている。 週1回、ヘルパーと一緒に通院できている。	退院後しばらくは眠りにくかったが、頓服薬ももらっていたので飲み方を看護師さんに相談して飲んだら眠れた。 通院に慣れてきたら、一人でも行けるようなりたいとのこと。	ほぼ目標を達することができている。	通院や服薬が必要なことを、現時点では理解されているので、継続できるよう支援が必要。	有(無)	有(無)	有(無)	通院は予約制です。次回の予約時間により、通院等介助開始時間が変更となる場合があります。
3	本人とヘルパーで、役割分担して家事を行う。 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)	週3回、1.5時間居宅介護(家事援助)。水周りの掃除はヘルパー、ベッド周りや衣類等の整理整頓は本人と、家事の役割分担ができている。	レトルトやインスタント食品に偏っていたのが、改善されて助かっている。トイレやお風呂掃除は、足を踏ん張れないので、ヘルパーさんにやってもらっている。	ほぼ目標を達することができている。ヘルパーと本人の家事の役割を今後も整理していく。	本人の状態によって家事のできる範囲にムラがある為、本人と相談してヘルパーの援助内容を決めていく。	有(無)	有(無)	有(無)	
4	入院中に見学した〇〇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)	相談支援専門員と一緒に、〇〇地域活動支援センターへ再度見学。1ヶ月間体験利用をする。2回カラオケプログラムに参加した。	「カラオケは楽しかった」とのこと。〇〇地域活動支援センターに行くだけで結構疲れたので、無理せずに週1~2回カラオケに参加できたらいいと思う。	体験利用はできた。 利用ベースを決めていく予定。	利用ベース及び他の活動を引き続き検討する。	有(無)	有(無)	有(無)	
5	相談しながら、自分の手続きや用事を進める。	6ヶ月 (平成25年6月)	相談支援専門員と一緒に、確認しながら手続き等を行なう。	自宅に届く書類について、手続きが要るのかお知らせだけなのか分からない。携帯電話の使い方に慣れていないこともあり、すぐに相談できなくて困ることがある。	相談支援専門員の訪問の際に手続き等の援助をしているが、携帯電話の使い方に不安があり電話をかけられないなどの課題がある。携帯電話利用の支援も行なう。	ご本人とお母さんの手続きの必要な物に関しては、継続してその都度支援が必要。	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

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、息子としての義理を果たしたい。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気付ける強みがある。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、病状は残っており、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で、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ことが多いことから、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ったことを退院後により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、今後十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	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	-------------	----------	------------	---------	-------

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。

おばは時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きている。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(〇〇相談支援センター)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、おば自身も〇代さんの今後の関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。

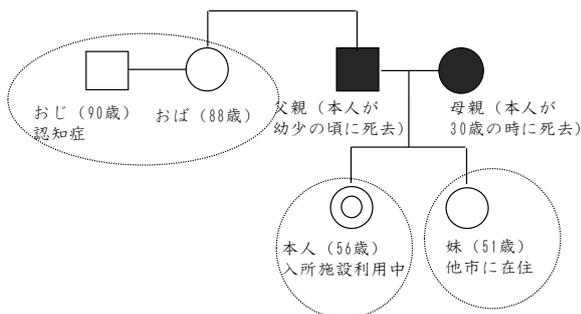
〇代さん本人は施設での生活にも慣れてきて昼間のプログラムも意欲的に取り組んでいるので、施設ではガイドヘルパーとの外出を計画している。おば夫婦と生活している時はほとんど外出の機会がなかったので、近いところの買い物から、週末の余暇としての外出まで幅広く考えていきたい。本人は外に出るのが好きなので、「小さい時には〇〇によく行った」などよく口にしている。

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ようなので、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ピア・カウンセリングに参加を促すことで少しずつ今後の生活づくりを考えていく機会を作っていくのはどうか。

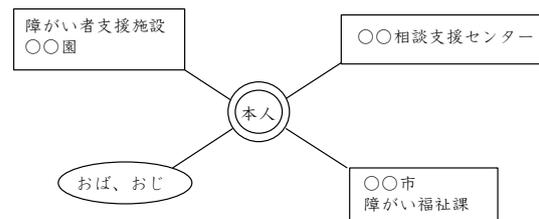
2. 利用者の状況

氏名	〇〇 〇代	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	56歳
住所	〇〇市			電話番号	06-****-**** (〇〇園)
	[持家・借家・グループ/ケアホーム・ <u>入所施設</u> ・医療機関・その他()]			FAX番号	06-****-**** (〇〇園)
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・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

- ・脳性まひ
- ・幼少の頃(不明)父親が死去。
- ・その後、母親、妹と生活。〇〇養護学校(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りません)
- ・「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。できれば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ため、行ける機会があればお願いしたい。

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)	・〇〇園 ・〇〇相談支援センター	・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	〇〇 〇代	障害程度区分	区分6	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								<p>・障がい者支援施設（施設入所支援＋生活介護）利用中</p> <p>・プログラム以外の空いた時間は、ホールや自分の部屋でテレビを見たり、CDを聞いていることが多い。</p> <p>・1～2ヶ月に1回程度おばが面会に来る。</p>
	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	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)			
12:00	昼食	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)	サークル (コーラス)		
16:00								
18:00	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	
0:00								
2:00								
4:00								

サービス等利用計画

利用者氏名	〇〇 〇代	障害程度区分	区分6	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成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	〇〇 〇代

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。外出の機会を作ってあげてほしい。
総合的な援助の方針	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る。
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		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	外出したい。	・移動支援の手続きからしてもらい、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)	・移動支援の手続き。 ・支給決定後事業所と契約。 ・月1～2回、2時間程度の買い物外出から始める。	〇〇ヘルパーステーション	・手続きの流れをその都度聞いて確認する。 ・施設担当者で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、慣れてきたら〇〇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	おばがいなくなった後の生活が心配	・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)	・成年後見制度の説明。 ・成年後見制度の手続き開始。	〇〇相談支援センター	・手続きの流れをその都度聞いて確認する。	5ヶ月	
3	おばがいなくなった後の生活が心配	・ピア・カウンセラーと話す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)	・ピア・カウンセリング月1回。 ・当面は施設職員と通う。	〇〇相談支援センター(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。 ・定期的に通い少しず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)	〇〇園(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	〇〇 〇代	障害程度区分	区分6	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	平成24年11月1日
--------	------------

	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	起床	
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	・プログラムのない時間で、部屋の整理や洗濯の一部など自分でできることを施設職員と相談して始めてみる。
10:00	作業 (リサイクルの紙すき)	P.T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)	P.T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)			
12:00	昼食	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)	サークル (コーラス)		
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	夕食	・日曜日の午後2時間程度、ガイドヘルパー利用による買い物外出を実施する。
20:00	入浴		入浴		入浴			
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	・数回して外出に慣れてきたら、地域活動支援センターに通う。 ・月1回程度施設の職員と〇〇相談支援センターに行き、ピア・カウンセラーと話をする。ガイドヘルパーの利用に慣れてきたら、ヘルパーと一緒に行く。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・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っていく。ピア・カウンセラーとの相談も回を重ね、本人にとってよい相談相手になっている。 ・成年後見人がつき、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いる。
----------------------	--

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	〇〇 〇代	障害程度区分	区分6	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成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	〇〇 〇代

総合的な援助の方針	全体の状況
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作る。	施設で安定した生活を送っている。移動支援を利用して外出をするようになり、〇〇相談支援センターに通いピア・カウンセラーと話す機会を作れるようになってきた。外出をすることに集中しているせいか、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・解決方法 (残された課題、新たな課題)	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1	移動支援の手続きからしてもらい、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)	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イドヘルパーとの外出を月1〜2回始めている。	「慣れないヘルパーに戸惑いがあるが、外出の機会ができればうれしい」と満足している様子。	予定の目標は達せられている。	特になし。	有・無	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は終え、漠然とであるが本人も必要性を感じている様子。今後具体的な手続きを進める予定。	「制度の説明を受けたが、よく分からない。おばがいなくなった後が心配なので、こういうのも必要かなと思う」とのこと。	計画よりやや遅れているが、一步一步進んでいる。予定より時間はかかるが、制度利用は勧められそうである。	おばとの連絡が思っていたよりも取りにくく、意思確認も難しく計画よりも時間がかかりそう。	有・無	有・無	有・無	時間がかかっても本人、おばが納得する形で進めていきたい。
3	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)	ガイドヘルパーとの外出をし、ピア・カウンセラーと毎回会って話をしている。	ピア・カウンセラーと「毎回話をするのが楽しい」ようで、施設に帰っ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・カウンセラーとも連携を取り合い、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従って責任感も出てきている。	「紙すきの作業が上手になった」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か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されることがある。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歳の女兒。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る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言った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。本児に関わ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	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

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、スタッフのこぼれかけに対して、「この子は遅れていない」と不満を持ち通室を中断。その後こぼれかけや行動面で心配になり、〇〇相談支援センターへ相談、週1回児童発達支援事業所〇〇教室(母子通園)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」、「リトミックに行ってもみんなと同じことをしない」、「夜中に起きて2hぐらい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、発達の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。トイレッ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」と〇〇相談支援センターに電話がかかってくることもあった。

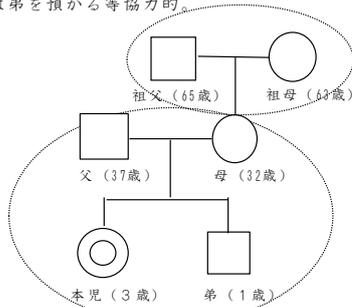
3歳児の進路として、私立幼稚園か児童発達支援センターかで思いが揺れ続ける。センター見学後、何回も相談支援専門員との面接を行い、最終的に〇〇児童発達支援センター(毎日通園)を希望することになった。

2. 利用者の状況

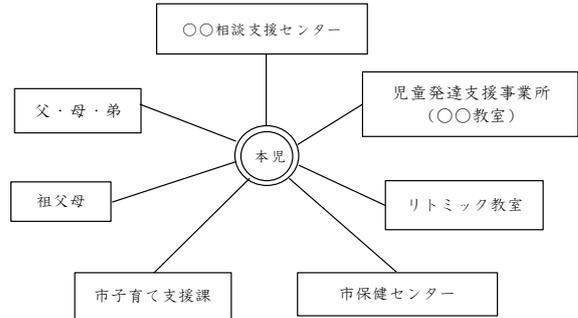
氏名	〇〇 〇美	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	3歳
住所	〇〇市	電話番号	06-*****-*****	FAX番号	06-*****-*****
	〔持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()〕				
障害または疾患名		障害程度区分		性別	男・女

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。
 定頭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(〇〇教室)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

〇〇病院小児科 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	〇〇教室	母子通園	1回/週	
	障がい児相談支援	〇〇相談支援センター	面接、情報提供等	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 〇〇リトミック教室	預かり、育児の援助 リトミックの実施	1~2日/週 1回/週	

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	〇〇 〇美	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								・リトミック教室と児童発達支援事業所(〇〇教室)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。 週単位以外のサービス ・〇〇相談支援センターの相談支援専門員と月1回程度保護者面接。
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	公園	送り リトミック教室	公園	送り 児童発達支援事業所(〇〇教室)	公園	祖父母宅		
12:00	昼食	お迎え・帰り	昼食		昼食		昼食	
14:00	昼寝	昼食	昼寝	お迎え・帰り	昼寝		昼寝	
16:00		昼寝		昼寝				
18:00								
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
22:00								
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
2:00								
4:00								

障がい児支援利用計画

利用者氏名	〇〇 〇美	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	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	〇〇 △美

希望する生活	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ってほしい。
総合的な援助の方針	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る。
長期目標	安定した生活リズムでお友だちと集団生活を楽しむことができるようになる。
短期目標	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。

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	みんなと同じことができるようになってほしい(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)	児童発達支援 23日/月	〇〇児童発達支援センター	毎日通園バスに乗って通い、慣れる。	1ヶ月	
2	睡眠リズムが落ち着き、規則正しい生活リズムがついてほしい(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。〇〇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)			活動に楽しく参加する。	3ヶ月	楽しく活動し、体をたくさん動かすことによって、睡眠リズムを整えやすくしましょう。
3	好き嫌いなく何でも食べるようになってほしい(母)	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ヶ月(平成25年6月)			給食に慣れ、みんなと一緒に食べる。苦手なものも食べられるように努力する。	3ヶ月	
4	定期的に自分のことや子ども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)	子育て支援センターの面接に通う(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ってほしい(母)	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ヶ月(平成25年6月)	父親参観・懇談会	〇〇児童発達支援センター	父親が参観・懇談会に参加する。	3ヶ月	
6								

障がい児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇美	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	987654321		

計画開始年月 平成25年4月

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								・〇〇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	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	
10:00	〇〇児童発達支援センター	〇〇児童発達支援センター	〇〇児童発達支援センター	〇〇児童発達支援センター	〇〇児童発達支援センター	祖父母宅	外出	
12:00								昼食
14:00								週単位以外のサービス ・市子育て支援センター臨床心理士と月2回面接（母） ・父親参観・懇談会に父親が参加
16:00								
18:00								
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
22:00	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像 〇〇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な生活習慣の確立など、生活面においても集団生活で獲得できることが多く、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。

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	〇〇 〇美	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	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	〇〇 △美
-------	------------	-----------	------------	----------	-------

総合的な援助の方針	全体の状況
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できるようになる。	〇〇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。睡眠リズムの乱れはあるが、全体的に就寝時間が少し早くなり、朝も起きてバスに乗れていることから、保護者も少し安心されている。

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・解決方法 (残された課題、新たな課題)	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1	行動面や対人面で療育的支援を受ける。	6か月 (平成25年9月)	児童発達支援センター利用中。 マイペースに好きなことをしていることも多いが、他児への関心が増えつつある様子。	バスで通園することに少しずつ慣れてきている。行きたくないことはなく、楽しく行っている。	サービスの導入は達成。 毎日の集団生活に対し、嫌がらずに通うことができている。	現状の支援内容の継続。	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。 〇〇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)	看護師と何度か話をして相談し、情報提供や助言を受けている。	気になることを医療職の看護師に聞けるので安心できる。	お昼寝の時間が始まり、時間を調節してもらっているが、少しでもお昼寝すると夜の就寝が遅くなってしまふ。	現状の支援内容の継続。 お昼寝については個別対応で検討必要。	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。食事中に気が散ってしまうことも多い。	偏食が急に改善されることはないと思うので、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。	現状の支援内容の継続。 少しずつ給食でいろいろなものを食べるようになってほしい。	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もいろいろ話を聞いてもらえそうで安心した。	相談場所の紹介、面接に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。	現状の支援内容の継続。	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。	父親自身、子どもの様子を見て大変さを少し理解した様子。父親同士の話を聞いて勉強になったと話していた。	子どもと意図的に関わろうとすることが増えた。大変さを少し理解してもらえた気がする。	今後も父親参観や懇談会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ったため、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、母親の疲労感が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	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

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〇〇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、〇〇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、ことばは次第に増え、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ったが、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。

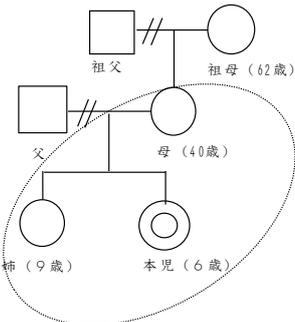
小学校については、就学前相談の結果、支援学級への入級が決定。就学直前までお友だちとのトラブルや夜間の抜け出し、火遊びなど続く中、母親がメニエール病、うつ病を発症。仕事を休職、生活保護受給となる。毎日の生活における育児の負担が大きく、就学後に向けて新たな支援を検討することとなった。

2. 利用者の状況

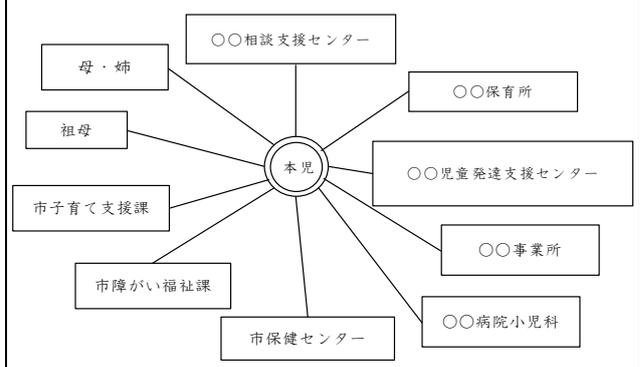
氏名	〇〇 〇香	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	6歳
住所	〇〇市	電話番号	06-*****-*****		
	[持家・ <u>借家</u> ・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]	FAX番号	06-*****-*****		
障害または疾患名	広汎性発達障がい(療育手帳B2)	障害程度区分		性別	男・ <u>女</u>

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

40週、3150gで出産。
 1歳半健診で遅れを指摘され、市のフォロー教室に通う。
 母親就労のため、2歳半より〇〇保育所入所。その後、〇〇児童発達支援センターにも並行して通う。
 家からの抜け出しや他児への叩く、蹴る等が頻繁にみられ、〇〇病院を受診。多動・衝動性の強い広汎性発達障がいと診断され薬を処方される。
 就学前相談の結果、小学校では支援学級入級が決定。
 母親はメニエール病、うつ病発症し休職。生活保護受給。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

〇〇病院皮膚科(アレルギー)
 〇〇病院小児科 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	〇〇児童発達支援センター 〇〇保育所 〇〇事業所 〇〇相談支援センター	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	

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	〇〇 〇香	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動	
6:00								・母子家庭 ・母親パート就労。マニュアル病、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、〇〇児童発達支援センターへの送迎や預かりの協力は得られている。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き過ごすことが多い。	
8:00	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	祖母宅		
10:00	送り	送り	送り	送り	送り	送り			
12:00	〇〇保育所	〇〇児童発達支援センター	〇〇保育所	〇〇児童発達支援センター	〇〇保育所	〇〇保育所			
14:00		お迎え		お迎え					
16:00		祖母宅		祖母宅					
18:00	お迎え		お迎え		お迎え	お迎え			
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食			
22:00	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴			
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	祖母宅			
2:00									
4:00									
週単位以外のサービス									
・日中一時支援 月2回利用									

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画

利用者氏名	〇〇 〇香	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	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	〇〇 △香

希望する生活	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ってほしい。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ってほしい。
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送れるようになる。
長期目標	本児が発達の特性に合った対応や環境づくりなど必要な支援を受けながら、家庭生活や学校生活を楽しく過ごせるようになる。
短期目標	新たな環境(小学校生活や支援環境)に対して少しずつ慣れ、他者との関わりの中で楽しく活動できることが増える。

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)	提供事業者名(担当者名・電話)			
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利用により子育ての負担感を軽減する。	1ヶ月(平成25年4月)	日中一時支援(1回/週) 放課後等デイサービス(2回/週) 居宅介護(家事・入浴援助2回/週 1回2時間)	〇〇事業所 〇〇放課後等デイ事業所 〇〇ヘルパー事業所	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って行動できるようになってほしい(母)	視覚支援やソーシャルスキルトレーニングなどの療育を受けることで理解できることを増やし、さまざまなスキルを身につける。	6ヶ月(平成25年9月)	放課後等デイサービス(2回/週)	〇〇放課後等デイ事業所	療育の積み重ねによって、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(本児) 小学校の生活に慣れてほしい。学校の先生に子どものことをわかってもらいたい(母)	小学校に毎日通い、生活に慣れる。 小学校の先生に、本児に対する支援方法を理解してもらう。	6ヶ月(平成25年9月)	保育所等訪問支援(2回/月)	〇〇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	発達障がいのことを勉強して、生活の対応に役立てたい(母)	発達障がいの子どもについての講演会や勉強会に参加し、特性や関わり方を学ぶ。	6ヶ月(平成25年9月)	情報提供等	〇〇相談支援センター/〇〇児童発達相談支援センター/〇〇放課後等デイ事業所	講演会や勉強会に参加する(母)。	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	〇〇 〇香	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	987654321		

計画開始年月	平成25年4月
--------	---------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								・母親が体調悪いときは祖母が家に来て家事などを手伝う。 ・日曜日は母方祖母宅へよく行く。 週単位以外のサービス ・発達障がいについての勉強会（講演会）があれば、母親参加（体調を見て）。
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	〇〇小学校	〇〇小学校	〇〇小学校	〇〇小学校	〇〇小学校		祖母宅	
12:00								
14:00						日中一時支援		
16:00	学童保育	学童保育	学童保育	学童保育	学童保育			
18:00	居宅介護（食事・入浴）	放課後等デイサービス（送迎有）		放課後等デイサービス（送迎有）	居宅介護（食事・入浴）			
20:00		夕食	夕食	夕食	夕食	夕食		
22:00		入浴	入浴	入浴	入浴	入浴		
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像
 家での見守りの強化や放課後等デイサービス、日中一時支援の利用により、ソーシャルスキルなど専門的な療育を受け、特徴に合わせた対応が行われることで、精神的な安定や衝動性・こだわりの軽減につながる。また、支援を行う中で、保護者の負担感や疲労感が減少し、障がいの理解や子育てに対する意欲が高まるとされる。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。

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助)

利用者氏名	〇〇 〇香	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	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	〇〇 △香

総合的な援助の方針	全体の状況
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送れるようになる。	小学校への通学が始まる。放課後等デイサービスを利用しながら、複数のサービスを組み合わせて支援を開始。母親の疲労感や負担感が少し減少し、体調も安定しつつある。本児も新たな環境に対して少しずつ慣れ、楽しい活動として参加しており、行動面において少し落ち着きを見せ始めている。

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・解決方法 (残された課題、新たな課題)	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1	複数の支援やサービス利用により子育ての負担感を軽減する。	1ヶ月 (平成25年4月)	日中一時支援、放課後等デイ、居宅介護利用中。 〇〇ヘルパー事業所によると、初対面の時は落ち着きがない様子だったが、次第に慣れつつあるとのこと。	多くの方に子どもをみてもらい、自分一人だけで頑張らなくていいんだと思えるようになってきている。	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きている。	現状の支援内容を継続。	有(無)	有(無)	有(無)	
2	視覚支援やソーシャルスキルトレーニングなどの療育を受けることで理解できることを増やし、さまざまなスキルを身につける。	6ヶ月 (平成25年9月)	放課後等デイサービス利用中。楽しい活動の中でルールやきまりを少しずつ学んでいる。	少し待つことができるようになってきたと思う。	施設やスタッフの方に慣れ、行くことを楽しみにしている。	現状の支援内容を継続。	有(無)	有(無)	有(無)	
3	小学校に毎日通い、生活に慣れる。 小学校の先生に、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)	保育所等訪問支援を実施。時折友だちとトラブルになることはあるが、本児は学校に行くことを楽しみにしている様子。学校の先生方も積極的に本児のことを知ろうとしてくれている。	学校は楽しい(本児)。友だちと仲良くしてほしい。学校の先生が子どものことをわかってくれようとしているのは嬉しい(母)。	サービスの導入は達成。	現状の支援内容を継続。	有(無)	有(無)	有(無)	
4	発達障がいの子どものための講演会や勉強会に参加し、特性や関わり方を学ぶ。	6ヶ月 (平成25年9月)	〇〇相談支援センターで情報を提供。発達障がい児の親の会「〇〇」に入り、定期的勉強会に参加し始める。	いろいろなお母さん方から情報を得られて勉強になる。今後のことについても心強い。	勉強会に参加し始め、これからは続けて参加していく。	引き続き情報提供を行う。	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

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となった。

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、体調も安定してきており、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（P42参照）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ことができるようにする。

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わる理解をすすめ、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	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

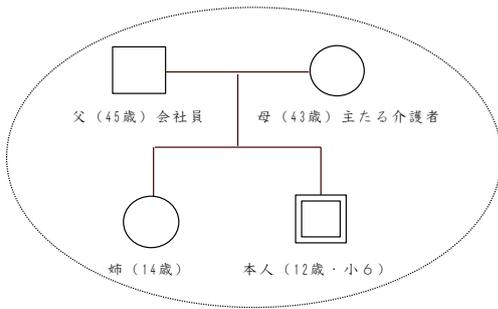
1. 概要(支援経過・現状と課題等)

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るため、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〇〇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。

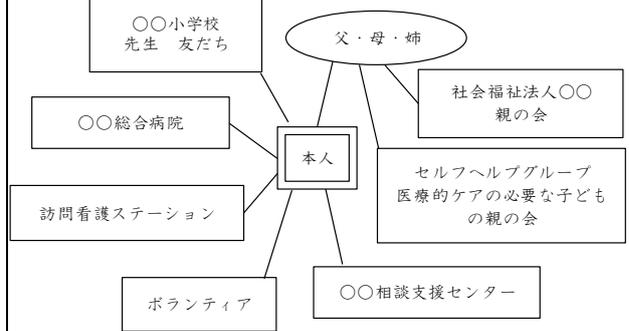
2. 利用者の状況

氏名	〇〇 〇雄	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	12歳(小学6年生)
住所	〇〇市			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	SMA(脊髄性筋萎縮症) (身体障がい者手帳 1級)	障害程度区分		性別	男・女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者を記入



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

〇年出生。
 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)

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。

家族の主訴(意向・希望)

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	〇〇事業所 △△事業所 〇〇事業所 〇〇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	〇〇病院	定期通院 通院の付き添い	月1回	

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	〇〇 〇雄	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	注入(家族)	注入(家族)	注入(家族)	注入(家族)	注入(家族)	注入(家族)	注入(家族)	学校に元気に登校し、友だちと かかわることを一番大切にしてい る。放課後や週末は自宅で過ごす ことが多い。夜間早朝は家族によ る医療的ケアが行われている。学 校では看護師により医療的ケアが 行われている。
	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床	
8:00	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護			
10:00	学校 〇〇病院(4 週間に1 回)		学校 リハビリ (PT) (2週に 1回) リハビリ (ST) (4週に 1回)					身体介護 (入浴・医療的ケア) 身体介護 (入浴・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)			
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)	訪問看護 (入浴・医療的ケア)	身体介護 (入浴・医療的ケア)	身体介護 (入浴・医療的ケア)	注入(家族)	注入(家族)	
20:00								週単位以外のサービス 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。
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	〇〇 〇雄	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	987654321		
計画作成日	平成25年3月10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	〇〇 〇江

希望する生活	利用者:毎日元気に、たくさんの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。
	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。放課後や休日にも自宅に籠るのではなく、友だちと遊ぶことができると良い。
総合的な援助の方針	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環境を整える。 放課後や休日を家族とだけ過ごすのではなく、いろんな人と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、余暇を充実させていく。
長期目標	教育と医療が連携をして、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。
短期目標	中学校の先生方に、本人のことを知ってもらおう。

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	わたしの思いを受けとめて欲しい。 わたしのことを知ってほしい。	本人に関わっている人たちに、本人の思いを知ってもらおう。 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る。	1年(平成26年3月)	ワークショップの継続的な開催 本人に関わる人たちが集まり、本人の気持ちを伝えあい、支援目標を考える。 7月、翌2月頃に振り返りと支援目標の修正や確認の話し合いを行う。	〇〇相談支援センター 〇〇事業所 〇〇小学校 〇〇中学校 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	本人に関わる様々な人が、本人の好きなことや嫌いなこと、一緒にやっていきたいことなどを出し合い、本人の思いを考えあう。また、小学校から中学校への引き継ぎが行えるよう、中学の先生にも参加してもらい、本人のことを知ってもらおう。
2	元気に中学校に通いたい。 (安心して中学校生活を送ることができる)	中学の先生方に、どんな子どもか、関わり方やケアの方法を知ってもらおう。 緊急時に対応のできる体制を作る。	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) 中学校教員を対象に、主治医や訪問看護師、保護者による研修を行う。	〇〇病院(主治医) 〇〇訪問看護ステーション 保護者 〇〇中学校	研修会に参加する。 ケアの仕方を見てもらう。	1ヶ月	介助方法を知ってもらおうと同時に、緊急時にいのち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(痰吸引等研修)も検討してもらおう。
3	毎日、元気に過ごしたい。毎日入浴したい。	入浴、医療的ケアを家族だけで担っ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)	居宅介護 ・身体介護(月56時間) ・通院等介助(月10時間) 訪問看護(入浴介助、週3回) ボランティア(通院同行)	〇〇ヘルパー事業所 〇〇訪問看護ステーション ボランティア	快適な介助が受けられるよう、気持ち良い・嫌だということを介助者に伝える。	1ヶ月	
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)	放課後等デイサービス(週5日)	〇〇事業所	家族、学校の友だち以外の人とかかわる。 体験を広げる。	1ヶ月	放課後等デイサービスでの外出によっ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。
5	休日には外出をしたい。	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)	〇〇ヘルパー事業所	外出先を介助者と一緒に決める。	1ヶ月	音楽が好きなので、音楽の楽しめる場所へ出かけるなど、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、学校の友だちと遊ぶ機会をつくる。	6か月(平成25年9月)	移動支援(長期休業中+月8時間) 小学校の友だちと一緒に中学校見学やクラブ見学に行く。 (長期休み中に1回)	〇〇ヘルパー事業所 〇〇相談支援センター 友だち ボランティア	学校の友だちと遊ぶ。 友だちにもっと自分を知ってもらおう。	1ヶ月	長期休業中には、イベント的に友だちと遊ぶ機会を作っていく。

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇雄	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	987654321		

計画開始年月	平成25年4月
--------	---------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	注入(家族)	注入(家族)	注入(家族)	注入(家族)	注入(家族)	注入(家族)	注入(家族)	夜間早朝は家族による医療的ケアが行われている。 学校では看護師により医療的ケアが行われている。
	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床	
8:00	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護			
10:00	〇〇病院 (4週間に1回) 通院等介助・ボランティア		P.T(2週に1回)通院等介助・ボランティア	S.T(4週に1回)通院等介助・ボランティア				
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)	外出(移動支援)	身体介護 (入浴・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	放課後等デイ	放課後等デイ			週単位以外のサービス
18:00	訪問看護 (入浴・医療的ケア)	訪問看護 (入浴・医療的ケア)	訪問看護 (入浴・医療的ケア)	身体介護 (入浴・医療的ケア)	身体介護 (入浴・医療的ケア)	身体介護 (入浴・医療的ケア)	注入(家族)	6ヶ月に1回 整形受診(金曜日) 長期休業中、学校の友だちと外出をする。
20:00								
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00								
2:00								
4:00								

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

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助)

利用者氏名	〇〇 〇雄	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	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	

総合的な援助の方針	全体の状況
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環境を整える。 放課後や休日を家族とだけ過ごすのではなく、いろんな人と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、余暇を充実させていく。	家庭内においては支援の安定化をはかり、中学校や放課後等デイにおいては、支援体制を整えている段階である。

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)	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
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1	本人に関わっている人たちに、本人の思いを知ってもらい、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る。	1年(平成26年3月)	関係者が多く参加してくれ、活発に情報や意見が交換できている。友だちの意見が本人の声に代わる、とても大切なものとなっている。中学の先生も参加している意味が大きい。	始終、楽しそうだった。特に、友だちが話す時、嬉しそうにしていた。	本人がどんな人かという情報を共有でき、関係機関の担当者が話し合うことができていく。	ワークショップの後に、定期的にケア会議を開催して、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、本人はもちろんのこと、本人の家族、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、関わり方やケアの方法を知ってもらい、緊急時に対応のできる体制を作る。	1か月(平成25年4月)	医療的ケアについて、主治医が分かりやすく説明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のではなく、緊急時、誰でも対応ができる体制づくりが大切だと伝えることができた。	少し緊張気味だったが、機嫌は良かった。	中学の先生方に医療的ケアがどのようなものかを知ってもらうことはできた。	緊急時に誰もが対応できる体制を作るため、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とれるように研修を重ねていく。	有(無)	有(無)	有(無)	教員が痰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っ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)	毎日、入浴でき、バイタルチェ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、元気に過ごせている。	支援が継続できるよう、スタッフの研修に努める。	有(無)	有(無)	有(無)	
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25年6月)	小中学校の近くにある放課後等デイサービスの利用を開始。まずは環境に慣れることを優先している。	知っているメンバーもいるからか、リラックスして過ごせている。	デイサービスには徐々に慣れてきた。	デイサービスでの外出の機会を増やしていく。	有(無)	有(無)	有(無)	デイサービスで過ごせば、「友だちと遊ぶことができた」わけではないことを関係者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25年6月)	移動支援を利用し、放課後等デイサービスの仲間と外出をした。楽しんでいった様子。	外出は、好きな様子。寒い中、元気に外出できた。	保護者から離れて、少し外出できるようになった。	近くで短時間の外出から、徐々に範囲を広げていく。	有(無)	有(無)	有(無)	将来的に利用時間を増やしていく。
6	長期休業中に、学校の友だちと遊ぶ機会をつくる。	6か月(平成25年9月)	春休みに、友だちを誘って、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できた。	中学生は、クラブや塾などで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ます。

また、言葉によって思いを伝えられない子どもの思いを聴く場合、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ります。むしろ、中学生という思春期にあつて、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ける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、医療的ケアにかかわる研修会の開催や、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わ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い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年生女兒。

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ってもらうことと、本人の思いを共有するためにワークショップ（P42 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にした。

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けるよう、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	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

中学1年生の女児。両親ともに働いており、年の離れた小学2年生の妹がいる。出産時、障がいがある。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、学校と話し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。大会で賞を取るようなクラブで、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頑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。その直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行っている。母親は、仕事の帰りに学童保育に妹を迎えに行き帰宅。そのため、本人は、放課後、自宅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、高校進学に向けて不安が大きく、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	〇〇 〇恵	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	13歳(中学1年生)
住所	〇〇市	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・ <input checked="" type="radio"/> 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			医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等		
〇年出生。 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	〇〇塾(〇〇先生) NPO法人〇〇	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と、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。

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	〇〇 〇患	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								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も多い。放課後は、ほとんど自宅で一人ゲームなどを行っている。
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	起床 朝食	
10:00						生涯学習ルーム 〇〇教室		
12:00	学校	学校	学校	学校	学校		昼食	
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
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			4か月に1回程度、NPO法人〇〇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。
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								

障がい児支援利用計画

利用者氏名	〇〇 〇患	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	987654321		
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	〇〇 〇患

希望する生活	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。
	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。
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、次へのステップに進んでいくことができるような環境を作る。 学校以外でも、いろんな人とかがわたりいろんな体験ができるよう放課後や休日を充実させる。
長期目標	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同時に、自尊感情がもてるようなかかわりをしていく。
短期目標	放課後や休日の活動の場を作る。 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、自分に自信が持てるようなかかわりを考えていく。

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		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	私のことを知ってほしい。 私のしたいことや困っていることを聴いて欲しい。	本人にかかわっている人達に、本人の思いを知ってもらおう。 中学校の教員にも参加してもらい、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な開催 本人に関わっていく人たちが集まり、本人の気持ちを聞きあい、支援目標を検討する。 夏休み、3学期後半に、振り返りと支援目標の修正や確認の話し合いを行う。	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したいこと、困っていることを話す。	1か月	本人に問いかけをするなどして、思いを引き出す工夫をする。 中学校での様子を支援学級の先生から聞く。
2	ゆっくりしたペースで遊びたい。 友だちを作りたい。	本人の好む活動などを通して、対人関係を築くスキルをつける。	6か月 (平成25年8月)	放課後等デイサービス (週4日)	〇〇放課後等デイ事業所	楽しく遊ぶ。スタッフや友達と仲良くなる。	1か月	まずはスタッフが信頼関係を作っていく。 集団遊びの中でルールを伝えていく。
3	ダンスしたり歌を歌ったり、 買い物にも行きたい。	社会生活の体験を広げる。	1か月 (平成25年4月)	移動支援。外出をして体験を広げる。(月24時間)	〇〇移動支援事業所	外出先を介助者と一緒に決める。	1か月	介助者が、情報提供や提案をしながら、本人と行き先を決める。 関係が築けてきたら、ガイドブックなどを見て一緒に行き先を決める。
4	自分に自信をつけたい。	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内容について話し合う。(毎月)	〇〇放課後等デイ事業所、 〇〇移動支援事業所、 ボランティア	放課後等デイサービスで集団の中での役割を果たしたり、ボランティア活動にチャレンジしたりする中で、必要とされていることを実感する。	1か月	指導的かかわりをしないよう、特に失敗をした時など、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)	ボランティアと遊んで信頼関係を築く。(週1回程度)	学生ボランティア	ボランティアと仲良くなる。	1か月	関係が築けた後、夏休みから一緒にボランティア活動(仕事体験など)を行なう。
6	塾の先生はいろんなことを話しやすいから続けたい。	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じて、体験を深めていけるようにする。	1か月 (平成25年4月)	塾。個別学習。(週1回)	〇〇塾 〇〇先生	先生にいろんな話をする。イベントでの体験の振り返りの作文等を書いて見てもらう。	1か月	塾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。

障がい児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇患	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	987654321		

計画開始年月	平成25年3月
--------	---------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								放課後は、放課後等デイサービスや塾に行って過ごす。土曜は、生涯学習ルームに、ボランティアと一緒に参加して、その後、ボランティアと一緒にお昼ご飯を食べたり話をして過ごす。
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	起床 朝食	
10:00						生涯学習ルーム 〇〇教室		
12:00	学校	学校	学校	学校	学校			
14:00						ボランティアと 昼食を食べ、遊ぶ	移動支援	
16:00								
18:00	放課後等デイサービス	放課後等デイサービス	塾	放課後等デイサービス	放課後等デイサービス			
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								
								週単位以外のサービス 4か月に1回程度、NPO法人〇〇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体像	介助者との関わりから少しずつ自信をつけていき、放課後等デイ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きます。
----------------------	---

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	〇〇 〇恵	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	987654321		

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	〇〇 〇恵
-------	-----------	-----------	------------	----------	-------

総合的な援助の方針	全体の状況
<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な環境を作る。</p> <p>学校以外でも、いろんな人とかわったりいろんな体験ができるよう放課後や休日を充実させる。</p>	<p>それぞれの事業所のスタッフやボランティアが、関係を築いているところ。大人とはすぐに仲良くなれるようす。子どもとの関係を築いたり、学校生活の中で友だちが作れるように検討を重ねながら実践していく。</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			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1	本人に関わっている人達に、本人の思いを知ってもらい、中学校の教員にも参加してもらい、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が分かって良かった。それぞれ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。	うまく話す自信がなかったけど、みなさんが聞いてくれてうれしかった。	本人がどんな人かという情報を関係者が共有でき、関係機関においてもそれぞれの支援目標や活動目標の参考になっている。	中学との連携をすすめるため、支援学級の先生と話をするだけではなく、担任や本人の好きな先生などに参加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)	塾の先生に参加いただけただけ意味は大きい。中学校の支援学級の先生が言葉少なく、情報の提供が少ない。学校内での友だちとの関わりについてなど、学校と連携をする必要があ
2	本人の好む活動などを通して、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、ダンスの話をしたけど、よさこいを教えてもらったりしながら、関係を作った。少し慣れてきた様子。	よさこいが楽しかった。デイは、ゆっくりできて、楽しい。	放課後等デイサービスには徐々に慣れてきた。スタッフとの関係も築けつつある。	スタッフとは関係が築けてきたので、他の子どもとかわることができるように、子ども同士の関係作りに取り組む。	有(無)	有(無)	有(無)	
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の無料ミニライブを紹介すると、行きたいと言ってくれ行った。楽しんでくれた様子。	外出がドキドキした。楽しかった。また、行きたい。	まずは、大きな問題なく、外出できている。	最初なので、本人も気が張っている様子。今後、いろんな感情や態度が出てきた時に、対応方法などの話し合いが必要。	有(無)	有(無)	有(無)	
4	自尊感情をもてるよう(自分に自信をもてるよう)にするためのかわり方を関係者で検討していく。	1年 (平成26年2月)	できる・できないにとらわれず、本人の頑張り認めたり、失敗した時に受け止めたりして、試行錯誤しながらかわり、スタッフ間で話し合いをしている。	スタッフが好き。	放課後等デイ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、目標の共有ができた。	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に、スタッフで定期的に情報交換をしながら話し合いを重ねる。	有(無)	有(無)	有(無)	
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か月 (平成25年8月)	最初は人見知りしていたが、あまり時間がかからずに仲良くなれた。気持ちをうまく言葉にすることができないようなので、時間をかけて関係を作りたい。	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た。信頼関係を築いているところ。	関係を築き、夏休みにどんなボランティア活動をしたか、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を目標にする。
6	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じて、体験を深めていけるようにする。	1か月 (平成25年4月)	一生懸命頑張っておられる様子。頑張りすぎないよう、ゆっくりと話を聞きながら、居心地の良い場所にしたと思う。	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が情報の共有をしていく。	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

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出すようにした。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

思いを十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、本人に問いかけをしながら（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、思いを引き出すように努めた。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年生の女兒。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（適応障がいにて休職中、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	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

(概要)

平成25年1月、近隣市の〇〇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」と〇〇市障がい福祉課及び〇〇相談支援センターに連絡がある。夕方両親が〇〇市障がい福祉課に相談に行く。

父(適応障がいにて休職中、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。緊急性のあるケースと判断した〇〇市障がい福祉課より、〇〇相談支援センターに連絡が入る。〇〇市障がい福祉課と〇〇相談支援センターで連携しながら相談にのることとし、〇〇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、〇〇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ます。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。

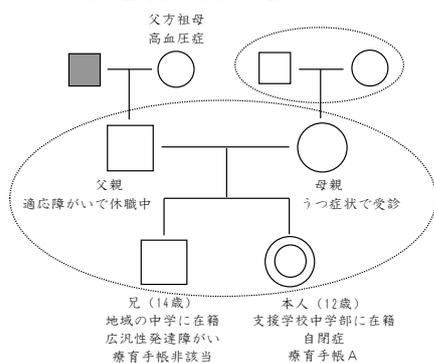
(課題)

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

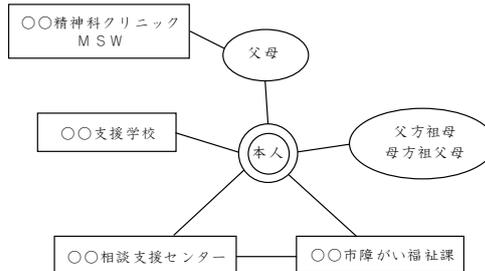
2. 利用者の状況

氏名	〇〇 〇奈	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	12歳(中学1年生)
住所	〇〇市	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			
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
公立〇〇幼稚園入園
公立〇〇小学校入学 支援学級在籍
府立〇〇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。申し訳ない思いも大きい。

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	・〇〇相談支援センター	・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	・〇〇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	随時	
	・支援学校	・府立〇〇支援学校教職員	・本人への日中生活への支援		
その他の支援	・精神科クリニック	・〇〇精神科クリニックMSW	・父母の相談	随時	

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	〇〇 〇奈	障害程度区分	区分2 (小児)	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								父の体調が良いときには、日曜日に電車に乗って〇〇市の店へ買い物に出かける。
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	起床・朝食	
10:00								
12:00	〇〇支援学校	〇〇支援学校	〇〇支援学校	〇〇支援学校	〇〇支援学校	昼食	昼食	
14:00							(外出・買い物)	
16:00	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅			
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			
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)	
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

利用者氏名	〇〇 〇奈	障害程度区分	区分2 (小児)	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成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	〇〇 〇奈

希望する生活	利用者:慣れた家で生活したい。寝るときにお母さんがいてほしい。 家族:父母だけで養育するのは大変なため、福祉サービスや他者の援助を受けて、安心して家族で暮らしたい。
総合的な援助の方針	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、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。
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)	提供事業者名(担当者名・電話)			
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パ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	〇〇短期入所事業所	家以外の場所で泊まれるようになる。	1ヶ月	ショートステイで安心して過ごせるように、可能な範囲で普段使い慣れた物やお気に入り物を準備して利用する。
2	夕食を家族と一緒に食べたい。	家で母以外の人が作った食事を食べる。	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	〇〇居宅介護事業所	家で母以外の人が作った食事を食べたり、ヘルパーとの関わりに慣れる	1ヶ月	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。
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	〇〇移動支援事業所	買いたいものを決める	3ヶ月	
4	両親や本人が、困ったときや判断に迷うときに相談にのってほしい。	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 支援学校 医療機関MSW	〇〇相談支援センター 〇〇支援学校担任 〇〇精神科クリニック MSW	家族以外の援助に慣れる。	1ヶ月	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	〇〇 〇奈	障害程度区分	区分2 (小児)	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	平成25年2月
--------	---------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00		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			・本人なりのルールやパターンを尊重しながら、サービス利用をすすめる。 ・ガイドヘルパーと外出・買い物
8:00	起床・朝食・登校準備	送迎	送迎	送迎	送迎	起床・朝食	起床・朝食	
10:00								
12:00	〇〇支援学校	〇〇支援学校	〇〇支援学校	〇〇支援学校	〇〇支援学校	昼食		
14:00								
16:00	送迎	送迎	送迎	送迎	帰宅			
18:00					〇〇相談支援センター			
20:00					居宅介護(家事援助) 夕食づくり/洗濯	居宅介護(家事援助) 夕食づくり/洗濯	居宅介護(家事援助) 夕食づくり/洗濯	
22:00	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	夕食・(入浴)	夕食・(入浴)	夕食・(入浴)	
0:00					就寝	就寝	就寝	
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	・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〇〇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。
----------------------	---

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	〇〇 〇奈	障害程度区分	区分2 (小児)	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画作成日	平成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	〇〇 〇奈
-------	-----------	-----------	-----------	----------	-------

総合的な援助の方針	全体の状況
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、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。	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)」を体験しながら楽しんだり、安心して過ごせるようになりつつある。また、こだわりはあるが、周囲が心配するよりも本人が新しい環境や物事、人との関係に慣れる力があることが発見できた。母の病状は通院・治療は必要だが、一時的な緊急の対応の時期は終了した。ショートステイから日中一時支援への移行などを家族も希望している。

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・解決方法 (残された課題、新たな課題)	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1	本人なりのルールやパ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)	ショートステイ当初心配したが、スムーズに泊まることができた。	母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。	ほぼ達成できている。本人が落ち着いて過ごせたことで、両親も安心している。一時的な緊急対応の時期は終了。	本人が家で過ごせる時間を増やしていきけるよう、日中一時支援の利用に移行する。また、定期的なサービス利用に向けて、放課後等デイサービスの利用について相談していく。	有・無	有・無	有・無	本人なりのルールやパターンを尊重しながらサービス利用をすすめる。本人、両親の状態を一緒に考えながら必要に応じてショートステイも利用する。
2	家で母以外の人が作った食事を食べる。	3ヶ月 (平成25年5月)	家事援助サービス導入当初は、母がヘルパーへ必要なことが伝えられず悩んだが、現在は上手くコミュニケーションがとれて、支援がスムーズに出来ている。	ヘルパーのごはんを嫌がることなく食べるようになった。	ほぼ達成できている。母が、他人が家に入ることに遠慮する気持ちがありヘルパー利用を少なくして来た。	母の気持ちに配慮しつつ、安定したサービス提供が必要。家事援助の利用頻度を少なくし、配食弁当を適宜利用しながら、支援を継続する。	有・無	有・無	有・無	家事援助と配食弁当の利用について、父母と相談しながら調整していく。
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)	ヘルパーと好きな電車に乗り、外出をしている。	本人なりに毎週外出の準備をしている。	達成できている。ヘルパーに慣れ、外出を楽しめている。	今後行き先や買い物以外の経験を広げる。	有・無	有・無	有・無	
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、緊急性も高く、綿密にサービス調整する必要があり、情報収集に時間を要したが少しずつ安定してきた。	本人のこと、家族のことを聞いてもらえて気持ちが楽になった。(母)	当初の目標は、ほぼ達成できている	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	有・無	有・無	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インフォーマルサービスの活用を提案する
5							有・無	有・無	有・無	
6							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	〇〇 〇奈	障害程度区分	区分2 (小児)	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	平成25年2月
--------	---------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								・本人なりのルールやパターンを尊重しながらサービス利用をすすめる ・日中一時で安心して過ごせるようにする。 ・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	起床・朝食	
10:00							送迎	
12:00	〇〇支援学校	〇〇支援学校	〇〇支援学校	〇〇支援学校	〇〇支援学校			
14:00						ガイドヘルパーと 外出・買い物	日中一時支援	
16:00	帰宅	送迎	帰宅	送迎	送迎			
18:00	ビデオ・ゲームなど	日中一時支援	〇〇相談支援センター 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	居宅介護(家事援助) 夕食づくり/洗濯		
20:00	夕食・(入浴)	送迎	夕食・(入浴)	送迎	送迎	夕食・(入浴)	送迎	
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

- ・配食弁当の利用(父がメニューを選ぶことに混乱するため週間定例のメニューとなった)
- ・ショートステイ(適宜)

サービス提供によって実現する生活の全体像	<ul style="list-style-type: none"> ・慣れた家で生活する。寝るときにお母さんがそばにいてくれる。 ・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。)」を体験しながら楽しんだり、安心して過ごせるようになる。 ・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。支援が中断しないように、今後は、長期的な視点での支援計画を作るための移行期とモニタリング期。放課後等デイサービスの提案など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。本人のストレングスに着目しながら話をする中で、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認した結果、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った。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	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

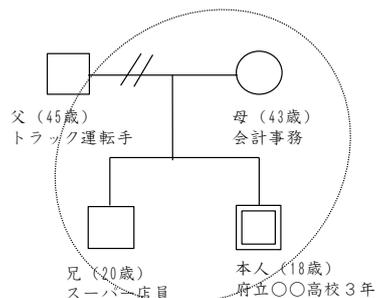
府立〇〇高校の自立支援コース3年在学中。家族構成は、母親と就労したばかりの兄との3人。父は離婚後会っていない。地域の保育所、小学校、中学校と過ごしてきたことで、府立〇〇高校の自立支援コースを受験し、入学後は、学校全体の取り組みとサポートにより障がいのない友人もできた。

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〇〇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。

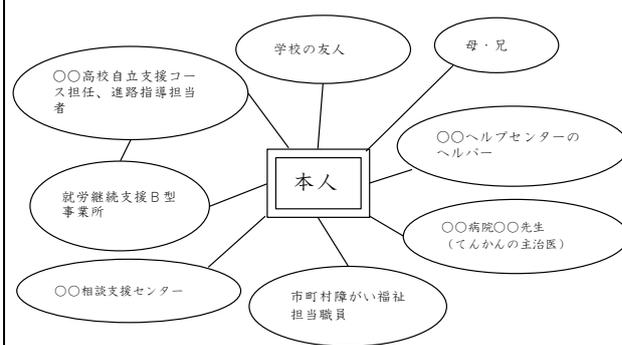
今回、進路先決定にあたり、学校の進路担当者が本人と母親の気持ちを確かめた結果、就労継続支援B型事業所の利用が予定されるとのことで、当〇〇相談支援センターによってサービス等利用計画を作成することとなった。

氏名	〇〇 〇之	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	18歳(高校3年生)
住所	〇〇市〇〇町1-2-3			電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	[持家(借家) グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			FAX番号	
障害または疾患名	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同時に、〇〇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などの情報提供や受験を見据えた協力も得られたことから、府立〇〇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、〇〇病院の主治医(〇〇医師)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)

自宅に近い〇〇事業所に行きたい。
学校の友達と仲良くなりたい。
お兄ちゃんが働いているのが羨ましい。
クラスメートで仲良しの〇〇くんが「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れたから、高校まで行けたが、これからが大きな課題。一般就労は難しいと思う。進路先の〇〇事業所は家からも近くて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	〇〇ヘルプセンター (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					

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	〇〇 〇之	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
	起床 朝食/身支度	起床 朝食/身支度	起床 朝食/身支度	起床 朝食/身支度	起床 朝食/身支度			
8:00	登校	登校	登校	登校	登校			<p>週単位以外のサービス 2か月に1回でんかんの診察と薬の処方のため〇〇病院通院</p>
10:00						起床 朝食/身支度	起床 朝食/身支度	
	学校	学校	学校	学校	学校	自宅で過ごす または 月2回ほど移動支援で 外出	自宅で過ごす または 月2回ほど移動支援で 外出	
12:00								
14:00								
16:00	下校	下校	下校	下校	下校			
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	自宅でテレビ・ビデオを見る	
	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00	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	
	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	
22:00	テレビ・ビデオを見る	テレビ・ビデオを見る	テレビ・ビデオを見る	テレビ・ビデオを見る	テレビ・ビデオを見る	テレビ・ビデオを見る	テレビ・ビデオを見る	
	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

利用者氏名	〇〇 〇之	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成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	〇〇 〇之

希望する生活	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いてみたい。 家族: 自宅に近い〇〇事業所に通ってほしい。
総合的な援助の方針	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。
長期目標	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。
短期目標	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。

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	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。	6ヶ月(平成25年9月)	就労継続支援B型 24日/月	〇〇事業所(担当者: 〇〇 電話: 0**-**-****)	〇〇事業所に毎日通う。	1ヶ月後	本人の意思を大事にしながら、〇〇事業所で可能な支援と関係機関の役割を整理して一般就労への可能性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を設定していく。	3ヶ月(平成25年6月)	移動支援 12時間/月	〇〇ヘルプセンター(担当者: 〇〇 電話: 0**-**-****)	友人と一緒に出かけよう計画を立てる。友人と一緒に遊びに行き、関係を継続する。	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いてみたい。	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する。	3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調整してもらう。	〇〇就業・生活支援センター(担当者: 〇〇 電話: 0**-**-****)	兄や友人の働く姿を通じて、働く気持ちを大事にしている。	1ヶ月後	〇〇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、確認したうえで、できるだけ〇〇事業所の担当者にも見学を同行してもらう。
4	お兄ちゃんや友だちと同じように働いてみたい。	通院している〇〇病院の〇〇医師に、就労に向けて医療的な状況から意見をもらう。	3ヶ月(平成25年6月)	母親から〇〇医師に対して状況を説明してもらい、就労する場合の留意点等を聞き、関係者で共有する。	〇〇病院(担当者: 〇〇医師 電話: 0**-**-****)	主治医の意見を聞いて安心して就労に対する自信を得る。	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いてみたい。	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する。	4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。	〇〇就業・生活支援センター(担当者: 〇〇 電話: 0**-**-****)	職業訓練等を体験することで働くことを実感して自信を高める。	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が、〇〇事業所に同行してもらい、職業訓練後に担当者会議等を開催し、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	〇〇 〇之	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	平成25年4月
--------	---------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								就労継続支援B型の〇〇事業所に通いつつ、就業・生活支援センター、〇〇事業所、〇〇相談支援センターが連携し、一般就労に向けた自信を高めるため、職場見学、職業訓練及び職場実習を、本人の様子を確認しながら進めていく。
8:00								
	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床	
	朝食/身支度	朝食/身支度	朝食/身支度	朝食/身支度	朝食/身支度	朝食	朝食	
10:00	通所	通所	通所	通所	通所			
12:00								
14:00						自宅で過ごす または 月2回ほど移動支援で外出	自宅で過ごす または 月2回ほど移動支援で外出	
16:00	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	自宅でテレビ・ビデオを見る	自宅でテレビ・ビデオを見る	
	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00	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	
	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス
2か月に1回でんかんの診察と薬の処方のため〇〇病院通院

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、〇〇事業所、〇〇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	〇〇 〇之	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成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	〇〇 〇之

総合的な援助の方針	全体の状況
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。	就労継続支援B型〇〇事業所の利用は問題なく続けられており、就業・生活支援センターとの連携によって兄や友人など身近な人の仕事を見学したり、職業訓練もできたことで、一般就労への思いも高まってきているようである。さらなる関係機関の協力の中で来年の春ころまでには一般就労できるように支援していく方向にある。

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)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (二一スの充足度)	今後の課題・解決方法 (残された課題、新たな課題)	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
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B型事業所に通えるように支援する。	6ヶ月 (平成25年9月)	高等学校での実習の際には、どんなことができるのか戸惑った感じで言葉少なだったが、通所後は作業にも慣れてきたようで元気に利用してもらってる。また、事業所としても一般就労の希望を考慮した支援計画も立てている。	〇〇事業所の職員さんは、よく声をかけてくれる。作業する説明も詳しくしてくれて、一般就労したいかも聞いてくれて、どんな仕事ならできるかも聞いてくれたり、一緒に考えたりしてくれるので、うれしい。	本人の隠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おり、担当職員が折りにふれて、就労への不安を取り除いて自信を持てるようなサポートに努めている。	本人が失敗をした時は自信をなくさないようフォローしていくことや、一般就労してしんどくなくても、また〇〇事業所を利用できるという安心感をもってもらえるよう支援することが必要。	有(無)	有(無)	有(無)	本人が一般就労を目指して支援を受けていることは、事業所他の利用者への影響が大きいと考えられるので、事業所の方針として、利用者を一般就労へ送り出している雰囲気にあることが望ましい。
2	卒業後も友人関係が維持できるよう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楽しく過ごしてきている。ここ最近では本人と友人のみで出かけているようだ。	はじめはヘルパーさんと一緒に行って、友だちと話しにくいときもあったけど、いまは友だちとだけで出かけている。	友人も彼との外出に慣れてきて、本人も友人と外出を続けたいと言っている。	友人関係が継続していくことが望まれる。	有(無)	有(無)	有(無)	母親にも、友人関係が続いていこうに見守ってもらうように依頼する。
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担当者が兄や友人の就職先に依頼して見学ができるように設定し、見学に同行した。	お兄ちゃんも△△くんも一生懸命に働いていた。自分にも同じことができるか自信ないけど、やってみたいも思った。	親しい人の働く姿を見たことで一般就労への思いはふくらんだようだ。無関係の人を見学するよりも動機づけになったようだ。	本人の期待と不安の入り混じった思いを良い方向にもっていくために、〇〇事業所での思いの受け止めと、速やかに職場訓練や職場体験などにつなげる。	有(無)	有(無)	有(無)	
4	通院している〇〇病院の〇〇医師に、就労に向けて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就労したいという思いを伝えてもらい、医療的な意見をもらった。	長らく服薬しており、てんかん発作は起きていないので、働くことへの影響については実感できていないようであった。	医師は、体力的に激しい仕事や長時間勤務を避けること、規則的な生活と十分な睡眠をとり、就労後の体調には留意していく必要があるだろうとの意見を得ることができた。	一般就労後の職務内容や本人の体調等を母親だけではなく、支援者間で共有できるように連携体制を整えていく。	有(無)	有(無)	有(無)	医師との連携は家族を通して進めていくことで、除々に進めていく。
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して、自信を持てるようにする。	4ヶ月 (平成25年7月)	就業・生活支援センターの協力で大阪府が実施している委託訓練事業への申し込みを行い、9月から職業訓練を受けることになった。	〇〇事業所への通所を中断して訓練を受けに行くのは不安がいっぱい。失敗することが怖い。無事に訓練を終わることができるかわからない。	本人の経験を増やして自信につなげていくための職業訓練の設定はできた。	〇〇就業・生活支援センターの担当者だけではなく、就労継続支援B型〇〇事業所の担当職員も職業訓練の様子を見に行き、悩みやしんどさを軽減させ、少しでも安心して訓練を継続できるようにする。	有(無)	有(無)	有(無)	〇〇事業所としてはサービス外の支援になるが、利用者の意向を受けた支援として協力してもらえるようにする。
6										

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇之	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	平成25年4月
--------	---------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								就労継続支援B型の〇〇事業所に通いつつ、〇〇就業・生活支援センター、〇〇相談支援センターが連携し、一般就労に向けた自信を高めるため、職場見学、職業訓練などを、本人の様子を確認しながら進めていく予定。9月から職業訓練を受けることが決まった。
8:00	起床 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	起床 朝食/身支度 通所	起床 朝食/身支度 通所	起床 朝食	起床 朝食	
10:00								就労継続支援B型事業所
12:00						自宅で過ごす または 土日のいずれかで月1回ほど移動支援で外出し、月1回は友人と二人で外出する。	自宅で過ごす または 土日のいずれかで月1回ほど移動支援で外出し、月1回は友人と二人で外出する。	
14:00								通所
16:00								
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	自宅でテレビ・ビデオを見る	自宅でテレビ・ビデオを見る	週単位以外のサービス 2か月に1回でんかんの診察と薬の処方のため〇〇病院通院
20:00	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	
	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	
	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
 就業・生活支援センター、〇〇事業所、〇〇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。9月から職業訓練を受けることが決まり、本人は、新しいこと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、安心して訓練を継続させ、自信を持たせたい。

【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ってもらえるように配慮した。また、そ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。

【参考】サービス等利用計画の良くない例

様式2-1

サービス等利用計画

利用者氏名	〇〇 〇介	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	123456789	利用者負担上限額	〇〇円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	987654321	通所受給者証番号			
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	〇〇 〇介

希望する生活	利用者:〇〇事業所(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スを続けたり、時々外出や外食を楽しみたい。 家族:どのような生活になるか。 ・本人にとって分かりやすい言葉にする。単に単語を並べるだけでなく、何をどうして、どういう方向に向かうのかを記述する。 思いを実現させたい。(母親)
総合的な援助の方針	自立生活支援。ヘルパー利用。
長期目標	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
短期目標	一人暮らしに向け本人とともに取り組む。サービスの利用調整などを行う。 ・具体性に欠け、また期間が意識されておらず、長期目標の記述と変わらない。 ・3ヶ月程度をめでに実現可能な内容を具体的に記述する。

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		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	困ったときにすぐに相談したい。	夜間連絡体制等を整え、緊急	1年(平成25年)	地域定着支援	〇〇相談支援センター	困ったときには連絡をする。	毎月	本人が困ったときに連絡を受け、必要があ
2	ヘルパーを入れ調理、家事を行う。	ヘルパーを依頼する。	平成24年12月	居宅介護(家事援助)毎日夕方1.5時間。	〇〇ヘルパーステーション	IADLは不可欠なので支援が必要。本人にはその自覚がないので介助要。		を伝え生活をどの部分の支援をしているか理解してもらいながら業務をすすめる。自分でできることをしてもらうようにする。
3	お風呂では湯船に一人で入れないので手伝ってほしい。自分では洗えない体の一部を洗ってほしい。	ヘルパーを依頼する。	3回。		〇〇ヘルパーステーション	遠慮せず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なく、洗えていない体の部分を観察し介助する。
4	就労継続支援B型の利用。	安心して日中活動に通えるように配慮しながら	3ヶ月(平成25年2月)	就労継続支援B型(週5日)10時から16時まで。	〇〇事業所(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。	外出や外食をする。	平成25年2月	移動支援(週1回)	〇〇ヘルパーステーション 〇〇相談支援セ	〇〇相談支援センターに外出先の情報を教えてもらい、自分の意見を言う。外出先や食いの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、自分の意見を伝えてもらう。
6	地域のコーラスサークルに入りたい。	実際に参加できる地域のコーラスサークルを見つける。	1年(平成25年10月)			いる調べながら自分の意伝える。	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てできているか。	<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てできているか。	<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てできているか。	<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。

第4章 巻末資料

1. 相談支援事業者のみなさまへ

相談支援業務に役立てていただくよう、次の資料を大阪府のホームページに掲載していますので、ご活用ください。

- ホームページ URL

<http://www.pref.osaka.jp/chiikiseikatsu/shogai-chiki/soudanshienjigyousha.html>

- 大阪府ホームページ（トップページ）からの入り方
大阪府庁ホーム > 福祉・子育て > 障がい児・障がい者 > 福祉部障がい福祉室地域生活支援課 > 相談支援事業者のみなさまへ

- 検索サイトからは、次のキーワードで

大阪府 相談支援事業者のみなさまへ

- 掲載資料

(1) 大阪府相談支援ガイドライン

ケアマネジメントの理念に基づき、障がいのある方の思いや希望を尊重した相談支援の基本的なあり方等をまとめました。

(2) サービス等利用計画作成サポートブック

標準的なサービス等利用計画に関する知見を提示し、全国どの地域においても標準的なサービス等利用計画が作成されるよう日本相談支援専門員協会が作成されました。

(3) わたしのライフブック

大阪府では、ライフステージをつなぐ連続した支援の実現に向け、「わたしのライフブック」を作成しました。「わたしのライフブック」は本人にとっての「自分史（＝ライフストーリー）」を、ライフステージを越えて作っていくものです。

自分のことをきちんと伝えたいときや、理解や配慮を求めるときに、必要な情報を整理しておくことで、関係者への情報伝達等に活用ください。

(4) 今後の障がい者相談支援体制並びに地域移行・地域定着支援の進め方と留意事項

大阪府では、今後の相談支援体制や地域移行に関する基本的な考え方を整理するとともに、円滑な地域移行の推進のための手順等を提案するものとして作成しました。

(5) サービス等利用計画・障がい児支援利用計画等様式例

地域移行支援計画・地域定着支援台帳様式例

参考様式を掲載しました。

(6) 重要事項説明書モデル様式（一般相談支援・特定相談支援・障がい児相談支援）

参考様式を掲載しました。なお、特定相談支援事業者、障がい児相談支援事業者、政令指定都市・中核市に所在する一般相談支援事業者の指導・監査は各市町村が行います。重要事項説明書について、各市町村の指導等がありましたら、その内容に基づき、重要事項説明書を変更することが必要です。

(7) 相談支援事業に係る指定基準及び解釈通知

指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準

指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準について（解釈通知）

指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準

指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準について（解釈通知）

指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準

指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準について（解釈通知）

(8) 相談支援関係報酬告示及び留意事項通知

相談支援関係報酬告示

報酬告示留意事項通知

(9) 相談支援関係 Q&A

厚生労働省Q & A

・相談支援関係Q & A（平成24年3月6日事務連絡）

・相談支援関係Q & A（平成25年2月22日事務連絡）

・地域相談支援に関するQ & A（平成25年2月25日障害保健福祉関係主管課長会議資料）

大阪府相談支援Q & A集

(10) 相談支援専門員の要件

相談支援専門員の要件については、法令で定められています。障がい児者等の相談支援業務・直接支援業務等の実務経験があること及び相談支援従事者初任者研修等を修了するとともに、相談支援初任者研修を修了した翌年度を初年度とする5年度ごとの各年度末日までに現任研修を修了していることが必要です。

(11) 相談支援従事者研修

地域の障がい者等の意向に基づく地域生活を実現するために必要な保健、医療、福祉、就労、教育などのサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術を習得すること及び困難事例に対する支援方法について助言を受けるなど、日常の相談支援業務の検証を行うことにより相談支援に従事する者の資質の向上を図ることを目的とし、「相談支援従事者研修事業実施要綱」に基づいて実施するものです。

平成25年度から、相談支援従事者初任者研修及び現任研修については、大阪府の指定研修機関が実施します。また、専門コース別研修については、大阪府障がい者自立相談支援センターで実施します。

2. 相談支援関係資料

- ホームページ URL
<http://www.pref.osaka.jp/chikiseikatsu/shogai-chiki/soudanshien.html>
- 大阪府ホームページ（トップページ）からの入り方
大阪府庁ホーム > 福祉・子育て > 障がい児・障がい者 > 福祉部障がい福祉室地域生活支援課 > 相談支援体制について
- 検索サイトからは、次のキーワードで

大阪府 相談支援体制について	検索
----------------	----
- 掲載資料
 - (1) 厚生労働省資料
 - ◆ 相談支援の充実等（平成 24 年 2 月厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部）
 - ◆ 厚生労働省 < 参考資料 >
 - (2) 相談支援事業所一覧
大阪府内の市町村相談支援機関及び指定相談支援事業所の一覧です。

3. 身体障がい・知的障がい・精神障がいのある方のための福祉の手引き

大阪府では、大阪府内（政令市・中核市除く）の在宅で生活する身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者の方から相談を受ける相談員・窓口職員を対象とした資料を作成しています。

社会資源や行政の施策等の情報の収集にご活用ください。

- ホームページ URL
<http://www.pref.osaka.jp/keikakusuishin/kankou/tebiki.html>
- 大阪府ホームページ（トップページ）からの入り方
大阪府庁ホーム > 福祉・子育て > 障がい児・障がい者 > 障がい福祉 各種刊行物 > 福祉の手引き
- 検索サイトからは、次のキーワードで

大阪府 福祉の手引き	検索
------------	----

4. 社会資源のリストアップの例

P.23 下の「ポイント」で説明したとおり、社会資源をリストアップし、整理しておく必要があります。

(1) 余暇活動・サロン活動実施一覧

枚方市内の相談支援事業所が自主的に作成されたものです。地域での取り組みの一例として紹介させていただきます。

※ 紙面の都合上、一覧の一部のみ掲載しています。

※ 一覧の内容は、平成 23 年（2011 年）12 月時点のものです。

障害のある方の余暇活動・サロン活動実施一覧（2011年12月）

※この一覧は、現在枚方市内で委託を受けて実施している障害者相談支援事業所（6ヶ所）が、障害のある方の余暇活動について情報を収集し整理したものです。実施時間、実施場所はその活動の原則的な情報を掲載していますので、必ず事前にお確かめ下さい。また、活動の参加についても事前に主催者にご連絡くださいますようお願いいたします。みなさまの充実した生活作りのお役に立てば幸いです。

月	活動名称	主催		日時・頻度	場所	主な対象・利用者	活動内容 その他備考	費用
		主催者	TEL・FAX					
月	聴覚障害者サロン	障害者相談支援センターわらしべ&SORA(そら)	TEL 868-1301 FAX 868-3305	毎週月曜日13～16時	楠葉生涯学習市民センター	聴覚障害者	世間の話題などの情報交換、外出企画など	無料
	菅原サロン	障害者相談支援センターわらしべ&SORA(そら)	TEL 868-1301 FAX 868-3305	第1・3月曜日16～18時	菅原生涯学習市民センター	特に障害の別はないが、知的障害の人が多い。	・ゲーム機(Wii)を使ったフィットネスやダンス	無料
	さろんでいかが？	地域生活支援センターにじ	TEL 090-8216-4911	毎週月曜日13時半～16時	地域生活支援センターにじ(伊加賀西町)	特に障害の別はないが、知的障害の人が多い。	・お菓子作り	実費(50～200円程度)
	手話教室	地域支援センターゆい	TEL 808-2422 FAX 808-2423	毎週月曜日10時～12時	地域支援センターゆい(津田元町1)	特に障害の別はないが、知的障害の人が多い。	手話を学ぶ	無料
火	手芸教室	NPO陽だまりの会	TEL&FAX 809-0015	毎月第1・2火曜日13時半～(都合により変更あり)	地域活動支援センター陽だまり(交北2)	特に障害の別はないが、現在は精神の方が主。	布の切れはしを利用して、パッチワークのパーチやカバンを作成。(手芸をしなくても、一緒に座って話をするだけでもOK)	無料
	アロママッサージ	やすらぎ	TEL 852-1771	月1回火曜日14時～(不定期:1日3名程度)	やすらぎ(宮之下町)	特に障害の別はないが、精神の方が主。やすらぎへの登録が必要。	アロママッサージを勉強したメンバーが、手～肘にかけてマッサージをしてくれる。	120円
	聴覚障害者サロン	パーソナルサポートひらかた	TEL 848-8825 FAX 848-7920	毎週火曜日12時～14時	パーソナルサポートひらかた(中宮山戸町)	聴覚障害者	昼食作り・情報交換・手話講習・健康講座・外出など	参加費50円 昼食代実費
	書道教室	地域支援センターゆい	TEL 808-2422 FAX 808-2423	第2火曜日10時30分～12時	地域支援センターゆい(津田元町1)	特に障害の別はないが、知的障害の人が多い。	書道をする	無料
	生け花教室	地域支援センターゆい	TEL 808-2422 FAX 808-2423	第4火曜日11時～12時	地域支援センターゆい(津田元町1)	特に障害の別はないが、知的障害の人が多い。	季節の花をフラワーアレンジメントでいける。	実費(500円程度)
水	プランターファーム	障害者相談支援センターわらしべ&SORA(そら)	TEL 868-1301 FAX 868-3305	毎月第2・4水曜日14:30～18:00ごろ	SORA(そら)(長尾谷町1)	特に限定はなし	プランターで愛情こめてお野菜を育てています	無料
	音訳サロン	パーソナルサポートひらかた	TEL 848-8825 FAX 848-7920	第1水曜日第3金曜日10時～15時	パーソナルサポートひらかた(中宮山戸町)	視覚障害者	ボランティアによる身近な印刷物の音訳、当事者間の情報交換、外出企画等	参加費 50円
	手芸教室	地域支援センターゆい	TEL 808-2422 FAX 808-2423	毎週水曜日10時～11時30分	地域支援センターゆい(津田元町1)	特に障害の別はないが、知的障害の人が多い。	編み物を中心に作品をつくる。	無料(作品の材料は各自で用意をする)
木	もくようホビー	障害者相談支援センターわらしべ&SORA(そら)	TEL 868-1301 FAX 868-3305	毎週木曜日2時30分～6時	SORA(そら)(長尾谷町1)	特に限定はなし	手芸や工作、簡単な調理(お菓子作りなど)を楽しみます	100円
	編み物教室	NPO陽だまりの会	TEL&FAX 809-0015	毎月第2・4木曜日2時～(都合により変更あり)	地域活動支援センター陽だまり(交北2)	特に障害の別はないが、現在は精神の方が主。地域の方も参加している。	編み物(編み物をしなくても、一緒に座って話をするだけでもOK)	無料
	ガラス細工	NPO陽だまりの会	TEL&FAX 809-0015	月1回木曜日2時～	地域活動支援センター陽だまり(交北2)	特に障害の別はないが、現在は精神の方が主。地域の方も参加している。	ガラスの破片をボンドでくっつけて、箸おきを作る。	無料
	ふらりカフェ	パーソナルサポートひらかた	TEL 848-8825 FAX 848-7920	第3木曜日13時～16時	パーソナルサポートひらかた(中宮山戸町)	特に障害の別はない。	お菓子作りやクリスマス会、夏祭りなど	200～300円程度
	木曜レストラン	パーソナルサポートひらかた	TEL 848-8825 FAX 848-7920	第2・4木曜日10時～14時	パーソナルサポートひらかた(中宮山戸町)	特に障害の別はない。	メニュー決めから、昼食作り	実費300円程度
	グループワーク	パーソナルサポートひらかた	TEL 848-8825 FAX 848-7920	第1木曜日 13時～15時	パーソナルサポートひらかた(中宮山戸町)	身体・知的・高次脳機能障害など	身近な話題をテーマに障害者同士で話し合います	参加費50円
	パントマイム教室	地域活動支援センタークロスロード	TEL&FAX 843-4100	毎月第1木曜日2～4時	クロスロード(川原町)	・障害者(主に精神)及び市民・市民参加が多い。	ボランティアの先生に、パントマイムを教えてください。	無料
	絵手紙教室	地域活動支援センタークロスロード	TEL&FAX 843-4100	毎月第2木曜日2～4時	クロスロード(川原町)	・障害者(主に精神)及び市民・市民ボランティアの方の参加が多い。	ボランティアの先生に、絵手紙を教えてください。	無料
	クレイクラフト教室	地域活動支援センタークロスロード	TEL&FAX 843-4100	毎月第3木曜日2～4時	クロスロード(川原町)	・障害者(主に精神)及び市民	ボランティアの先生に、クレイクラフトを教えてください。	無料
	さろんでいかが？ 昼食編	地域生活支援センターにじ	TEL 090-8216-4911	毎月1回木曜日(不定期)	地域生活支援センターにじ(伊加賀西町)	特に限定はなし	カレーやスパゲッティ作り	300円程度

(2) 大阪府高次脳機能障がい地域支援ネットワーク資源マップ

大阪府で高次脳機能障がいの方への支援協力医療機関、地域支援協力機関として、登録・公表について同意いただいた機関をまとめたものです。こういった情報が手元にあると有効な相談支援につながります。

- 地域支援ネットワーク資源マップ URL

<http://www.pref.osaka.jp/jiritsusodan/kojinou/>

- 検索サイトからは、次のキーワードで

大阪府 高次脳 ネットワーク

(3) 大阪府障がい者地域医療ネットワーク推進事業 協力医療機関

大阪府では、医療機関の協力・連携により、脊髄損傷の合併症や脳性麻痺の二次障がい、脳性麻痺・筋疾患の消化器・呼吸器合併症等に対応するため、初期又は専門的な診療の提供や患者紹介の円滑化を図ることを目的として、「障がい者地域医療ネットワーク」を形成しています。

- 大阪府障がい者地域医療ネットワーク推進事業 協力医療機関 URL

<http://www.pref.osaka.jp/keikakusuishin/syougai-info/tiikiiryou-network1.html>

- 検索サイトからは、次のキーワードで

大阪府 障がい者医療 ネットワーク

おわりに

障がい児者の相談支援においては、相談支援専門員の「量（人数）」の確保と、「質（資質）」の向上が大きな課題となっています。このうち、「質」の向上については、この大阪府相談支援ハンドブックを通じて、サービス等利用計画作成の実例に接してもらうことで、どのような計画作成すべきか、どういった点に留意すべきかについて理解を深めていただこうと考えました。

このハンドブックに全てのことを記載できたわけではありませんが、現場での相談支援業務の一助となれば幸いです。

もちろん、「質」の向上については、実際に多くの利用者の計画作成に携わっていただくことや、ベテランの相談支援専門員によるスーパーバイズを受けることなど日々の経験の積み重ねが大切です。その道のりにおいて、御苦労や御負担があることと存じますが、障がいのある方が住み慣れた地域で安心して暮らせること、希望する生活を実現することを叶えるためには、相談支援専門員の皆様の御尽力が欠かせません。引き続き、御努力いただきますことを切にお願いいたします。

最後になりましたが、このハンドブックの作成に当たり、ご協力いただいた関係者や相談支援事業者の皆様に深く御礼申し上げます。

大阪府障がい者自立支援協議会 ケアマネジメント推進部会 委員

(五十音順・敬称略)

氏 名	職 名
上田 有美	社会福祉法人聖ヨハネ学園 聖ヨハネ子どもセンター 統括主任
大谷 悟	大阪体育大学 健康福祉学部健康福祉学科 教授
姜 博久	特定非営利活動法人障害者自立生活センター スクラム 代表理事
関本 牧子	高槻市健康福祉部福祉事務所障がい福祉課 副主幹
塚本 隆之	富田林市子育て福祉部障がい福祉課福祉支援係 係長
辻 和也	社会福祉法人わらしべ会 わらしべ園 施設長 大阪府障がい者相談支援アドバイザー
坪倉 浩治	社会福祉法人大阪府障害者福祉事業団 南河内南障害者就業・生活支援センター センター長
舟木 奈緒美	医療法人清風会 地域活動支援センター 菜の花 施設長
向井 裕子	特定非営利活動法人地域生活サポートネットほうぶ 代表理事

オブザーバー

辻 博文	医療法人清風会 茨木病院 医療福祉相談室 室長 大阪府障がい者相談支援アドバイザー
------	--

大阪府相談支援ハンドブック

平成25年3月発行

大阪府障がい者自立支援協議会

ケアマネジメント推進部会

事務局 大阪府福祉部障がい福祉室地域生活支援課
