

## 【事例1】施設入所することになったが、近い将来地域移行も可能と思われるケース ～相談支援専門員と施設の役割分担～

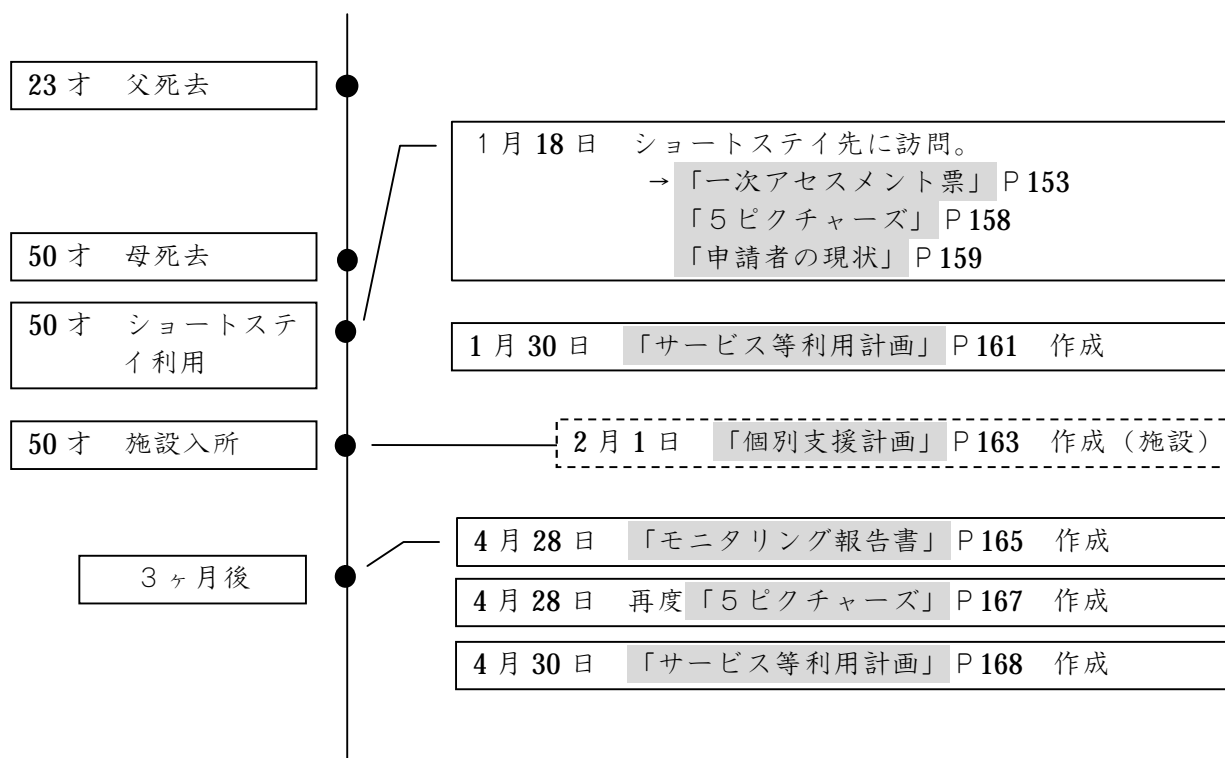
### 1. 事例の概要

◆年齢	50歳	◆性別	女性
◆障がいの状況	脳性まひによる四肢・体幹機能障がい。 身体障がい者手帳1種1級。療育手帳A。		
◆生活状況	◆家族状況（ジェノグラム）		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・最近まで母親の介助を受け二人で一緒に暮らしていた。</li> <li>・家のなかでは不自由なく暮らしていたが、母親が車いすを押して買い物や外出する以外はあまり街に出たことがない。</li> <li>・近隣の他市に兄が住んでいるが、兄自身の家族もあり、あまり実家の支援は出来ない。</li> <li>・福祉サービスの利用もこれまであまりなかった。</li> </ul>	<p>父（死去） 母（死去） 兄（52歳、他市在住） 本人（50歳）</p>		
◆相談に至るまでの経緯	<p>本人はこれまで高齢で持病のある母親の介護を受け二人で暮らしていた（〇〇市在住）。母親が入院したため、本人は近隣の△△市にある障がい者支援施設にショートステイした。その後、母親の容体が急変し入院後1週間で死去した。そのため、〇〇相談支援事業所が〇〇市役所障がい福祉課のケースワーカーとも相談しながら、本人と一緒に当面の生活について考えていくこととなった。</p> <p>〇〇相談支援事業所は、半年前から本人と母親の相談を受け、日中活動の場とショートステイの利用について相談を受けてきた。母親の死去に伴い、本人のショートステイ先に訪問し、これからの生活について話し合った。</p> <p>本人は母親のいないこれからの生活のイメージを持つことができず、強いて言えばここ半年で1～2回ショートステイを利用してきたことから、これからは施設で生活するものと思っている。現状では依存心と生活に対する不安が強く、家での一人暮らしは考えにくい。</p> <p>現在ショートステイを利用している施設は入所の空きがなく、幸いもとの〇〇市の障がい者支援施設に空きがあったことから、そこでの入所を検討している。相談支援専門員としては、施設と相談し本人の生活が落ち着いて心理的な余裕が出てくれば、もとい家でもホームヘルプを受けながら生活することも視野に入れ、サービス等利用計画を作成し、施設側と連携していきたいと考えている。</p>		
◆アセスメントする上での配慮点	<p>緊急の事態とはいえ、本人の希望を常に確認することを欠かしてはならない。親を失うという心理状況のなか、まずは本人が安心して暮らせる環境を考えるのは大切であるが、立ち直りとともに短期で気持ちが変化してくることもあるので、まめな本人との相談が必要である。</p>		

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

## 2. 支援プロセス

### ◆経過と今後の相談支援専門員による支援の流れ



訪問票（一次アセスメント票）

受付 No. 氏 名：〇〇 〇子 訪問年月日：平成 26 年 1 月 18 日 訪問者所属 〇〇相談支援事業所 氏 名 〇〇 〇〇		訪問目的（事前に具体的に記入） 現在ショートステイ利用中の〇〇様に対して、現状をまとめる。			
障 が い 者 本 人 の 概 要	生 活 歴	・1 歳 脳性まひと診断 ・18 歳 養護学校卒業後、市内の作業所に通所 ・20 歳 体力的に通所がきつく、作業所を辞める。 ・23 歳 父親死去 ・41 歳 母親の年齢と体調面から入浴介助でホームヘルパー利用			
	病 歴 ・ 障 が い 歴	年月	事 項	年月	事 項
		1 歳	脳性まひと診断		
	医療機関利用状況 [現在の受診状況、受診科目、頻度、主治医、どの疾患での受診] ・特になし。				
	医療保険 被保険者（ <input checked="" type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族） <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 記号 番号 自立支援医療、福祉医療の利用状況 （ ）				
	現在使用している福祉用具： ・車いす				
生活状況 [平日の生活の1日の流れ] * 週間生活表が必要な場合は別紙に記入 【平日】 本人					
介護者 ( )					
【休日などの生活の1日の流れ】 * いくつかの1日の生活の流れがあれば、別紙に記入 【休日】 本人 → 平日とほぼ同じ。					
介護者 ( )					

## 利用者の状況

### 1 生活の場について

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

### 2 健康管理について

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

### 3 日常生活について

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

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

#### 4 コミュニケーションや対人関係について

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

## 5 金銭管理や経済面について

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

## 6 日中の主な活動の場について

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

## 7 趣味や生きがい、余暇について

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

## 8 相談したり、日常生活を支えてくれたりする人について

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

## 9 安全管理や緊急時の対応について

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

### 【本人の要望・希望する暮らし】

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

### 【家族の要望・希望する暮らし】

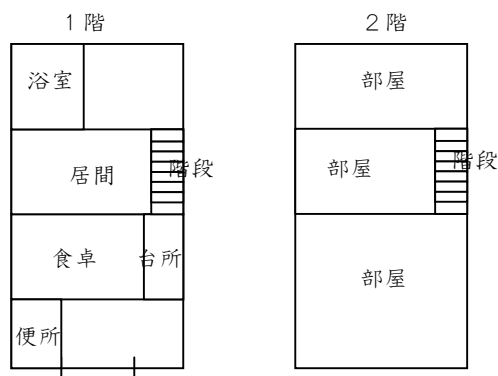
- ・本人が安心して暮らせる生活をしてほしい。自分自身もあまり本人の支援は出来ないので、手のかからない方法がいいと思う。施設で生活するのがいいと思う。(兄)

### 【関係職種の情報】

入浴介助をしてきたヘルパー事業所

### 【家屋の見取り図】 ■持ち家 □その他 トイレ, 浴室位置や形状, 玄関, 道路までのアクセスや段差等の記入

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



### 【対応者総合所見（注意すべき点, 気になる点を含む）】

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

### Pic. 4 ニーズアセスメント

キーワード（本人が困っていることなど）

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

#### 利用者の思いの要約

お母ちゃんが死んでこれからどうしていったらええの？お兄ちゃん  
は自分の家のことがあるし。**②わたしの介助は誰がしてくれるんや**  
る？家でひとりで暮らすのは怖いなあ。施設で生活することになる  
のかな。（93字）

### Pic. 3 現在の生活状況

簡単なプロフィール／これまでの生活／今の生活

- ・18才 養護学校卒業。作業所へ。
- ・20才 作業所辞める。
- ・23才 父親死去
- ・41才 ヘルパー利用
- ・50才 母親死去

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

### Pic. 1 着目するストレングス（本人／支援ネットワーク／その他環境）

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

（支援ネットワーク）兄。市障がい福祉課。ヘルパー。  
相談支援専門員。ショートステイ施設職員。母親  
の近所の知り合い。...

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

### Pic. 2 こうありたいと思う将来像

**①今は分からないけど、施設以外の生活ってあるのかな？**  
相談員さんが言ってたけど。

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

ゆくゆくは

### Pic. 5 近づくための方法

#### 大事な一歩（インパクトゴール）

① 施設に慣れたら、外出で支援センターに行く。

①

（大事な一歩のためには～）

- **②まずは今の生活に早く慣れる。**
- **③お小遣い程度の管理をしてみる。**
- 施設の周辺に何があるのか調べてみる。
- 同じ施設の利用者にどのように外出や買い物をしているか聞いてみる。
- 相談支援専門員との話のなかで支援センターについて聞いてみる。

サービス等利用計画の  
■短期目標  
■支援目標

サービス等利用計画の  
■総合的な援助の方針  
■本人のニーズ





## 申請者の現状(基本情報)

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

## 1. 概要(支援経過・現状と課題等)

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

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

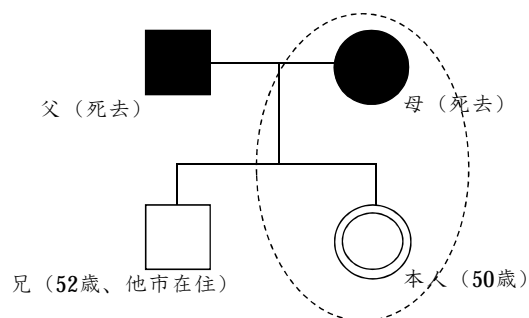
本人は母親のいないこれからの生活のイメージを持つことができず、強いて言えばここ半年で1～2回ショートステイを利用してきたことから、これからは施設で生活するものと思っている。現状では依存心と生活に対する不安が強く、家での一人暮らしは考えにくい。

現在ショートステイを利用している施設は入所の空きがなく、幸いもともと住んでいた〇〇市の障がい者支援施設に空きがあったことから、そこでの入所を検討している。施設と相談し本人の生活が落ち着いて心理的な余裕が出てくれば、もといいた家でホームヘルプを受けながら生活することも視野に入れ、サービス等利用計画を作成し、施設側と連携していきたいと考えている。

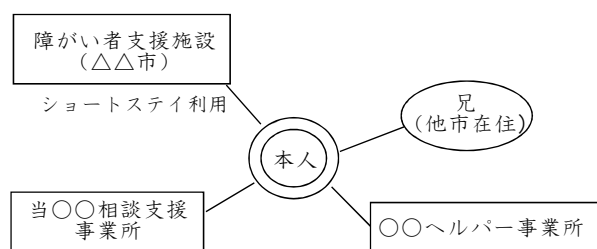
## 2. 利用者の状況

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

## 家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入



## 社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)



## 生活歴 ※受診歴等含む

- ・1歳 脳性まひと診断
- ・18歳 養護学校卒業後、市内の作業所に通所
- ・20歳 体力的に通所がきつ作業所を辞める。(以後、日中どこにも行っていない。)
- ・23歳 父親死去
- ・41歳 母親の年齢と体調面から入浴介助でホームヘルパー利用

## 医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

- ・40歳半ばの時、誤嚥性肺炎で入院。食事は細かく切って食べている。
- ・その他は健康。

## 本人の主訴(意向・希望)

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

## 家族の主訴(意向・希望)

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

## 3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援(障がい福祉サービス、介護保険等)	短期入所(ショートステイ)	△△障がい者支援施設	ここ半年で1～2回ショートステイで利用した。	半年で1～2回。	
	ホームヘルプ	〇〇ヘルパー事業所	身体介護(入浴介助)	週3回	
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 〇子	障がい支援(程度)区分	区分5	相談支援事業者名	〇〇相談支援事業所
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								・20歳の時に作業所を辞めてから、日中はほとんど家で過ごし、主にテレビを見ている。 ・週に1~2回、母親が車を押して近くのスーパーへ一緒に買い物行く。それ以外の外出はほとんどない。
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								
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00								
16:00	母親と買い物				母親と買い物			週単位以外のサービス ・なし。
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	※平成25年12月より母親の入院・死去のため、現在はショートステイを利用中
20:00	ホームヘルプ 入浴介助		ホームヘルプ 入浴介助		ホームヘルプ 入浴介助			
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00								
2:00								
4:00								

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

サービス等利用計画

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

希望する生活	<p>利用者:母親が死んだので家で暮らすのは無理だと思う。施設で生活したらいいと思う。</p> <p>家族:本人が安心して暮らせる生活をさせてやってほしい。(兄)</p>	<p>本人の訴えを書くのが原則であるが、生活環境の変化、経験の積み重ねによって変化するので、継続的な聞き取りが必要である。</p>
総合的な援助の方針	<p>しばらくの間は障がい者支援施設で安心して生活し、他の利用者や職員と話をするなどで、母親の死から早く立ち直ってもらうよう心理的サポートをしていく。落ち着いたとき、過去の退所者の地域生活の様子を伝えながら①元の家で一人で暮らすことも可能であることを相談していく。</p>	
長期目標	<p>本人と相談しながら、1~2年ほど先をめどに①施設と連携しながら元の家での1人暮らしを想定して支援する。</p>	
短期目標	<p>①施設内で本人の能力に応じた介助をあらためて整理し、母親のいないこれからの生活のための支援体制を考えていく</p>	
	<p>入所施設の個別支援計画とリンクする部分なので、本人の意思、現実性を本人、施設と共有しておくことが大切である。</p>	

優先順位	本人のニーズ	支援目標	達成時期	福祉サービス等		本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1	②お母ちゃんの代わりにわたしの手助けをしてくれる人がほしい。	②生活の全体を見直しながら、安心して生活できるよう支援していくとともに、いろいろな経験を積んでいく。	1年(平成27年1月)	・障がい者支援施設(施設入所支援・生活介護)	〇〇障がい者支援施設	・施設のパログラムや外出支援など未経験のものに取り組む。	3ヶ月	③施設で各生活場面での自分で出来ること、介助が必要なことを整理してもらう。 ④健康診断を受け、健康面もあらためてチェックする。
2		成年後見制度を利用し支援者(後見人)を確保する。	6ヶ月(平成26年7月)	成年後見制度の利用		・支援者が必要なことを理解し、成年後見制度の手続きを相談支援専門員とともに進行。	6ヶ月	初めの聞き取りと乖離がないか、施設と連携し実態を把握する。
3	今後のことは不安だけど、③お小遣いは自分で使えるようになりたい。	⑤当面の年金管理について施設の金銭預かりを利用する。	3ヶ月(平成26年4月)	・障がい者支援施設の金銭預かりサービス	〇〇障がい者支援施設	・自分の年金をだれが管理しているか知っておく。 ・お小遣いを使って買ったものを考える。	3ヶ月	・お小遣いの管理の練習については、本人と相談しながら決めていく。 ・適当な時期に社会福祉協議会の金銭管理に切り替える。
4								入所施設利用であっても後の地域生活を見越して地域のサービスは活用するよう想定する。
5	個別支援計画の ■ニーズ	個別支援計画の ■支援目標						



利用者名 〇〇 〇子

作成年月日：平成26年2月1日

本人（家族）の希望	母親が死んだので家で暮らすのは無理だと思う。施設で生活したらいいと思う。
長期目標（内容・期間等）	施設で新たな生活や介助を経験することや、退所して地域で暮らしている他の利用者の様子を伝えることにより、 <b>①元の家での暮らしを含めて、自分にあった生活や支援を考える。</b> （1年）
短期目標（内容・期間等）	<b>①本人の身体能力にあった適切な介助法と介助体制を考える。</b> （6ヶ月） <b>①外出を含めた日中活動のプログラムを経験する。</b> （6ヶ月）

○支援計画内容

ニーズ	支援目標	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先 順位
<b>②お母ちゃんの代わりにわたしの手助けをしてくれる人がほしい。</b>	今後の生活の相談を定期的にする。	・定期的に現在の生活で満足していることや困っていることを聞く。 ・将来の生活についての希望を聞く。	月2回	・〇〇相談支援事業所 担当者〇〇 ・サービス管理責任者△△	3
	<b>②母親以外の介助者の介助を受けてみる。</b>	・ <b>③本人の身体能力にあった適切な介助法と介助体制を考えていく。</b> ・ <b>③各生活場面での介助方法を整理する。</b>	6ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・理学療法士 ・担当職員□□	1
	健康状態を確認する。	・ <b>④入所時健康診断を行い、現在の健康状態を把握する。</b>	3ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・看護師 ・協力医療機関〇〇病院	1
	<b>②外出を含めた日中活動のプログラムを経験する。</b>	・日中のプログラムに参加する。 ・担当職員と外出する。	3ヶ月（月～金） 3ヶ月（1週間に1回程度）	・サービス管理責任者△△ ・担当職員□□	2
<b>③お小遣いは自分で使えるようになりたい。</b>	<b>⑤年金管理の支援を受けながら、職員と相談し、お小遣いを使えるようになる。</b>	・金銭管理サービスの利用 ・施設での生活に慣れてきたら、担当職員と一緒に小遣い帳をつけてお金を使う。	3ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・担当職員□□	2

平成26年2月2日

利用者氏名 〇〇 〇子

印

サービス管理責任者 △△ △△

印

利用者氏名 ○○ ○子 様

作成年月日:平成26年2月1日

作成者: △△ △△

ケース担当: □□ □□

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

その他のサービス

- ・早い時期から土曜日の午後に散歩程度の外出を職員と行う。
- ・金銭預かりサービスの利用。施設での生活に慣れてきたら、担当職員□□と一緒に小遣い帳をつけてお金を使う。

リーダー	サビ管	施設長

3か月後（初回モニタリング）

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

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

総合的な援助の方針	全体の状況
<p>しばらくの間は障がい者支援施設で安心して生活し、他の利用者や職員と話をするなどで、母親の死から早く立ち直ってもらうよう心理的サポートをしていく。 落ち着いてきたら、過去の退所者の地域生活の様子を伝えながら元の家で一人で暮らすことも可能であることを相談していく。</p>	<p>施設入所後3ヶ月間のこれまで数回の相談のなかで、気持ちの上での立ち直りが意外と早く感じられた。施設のなかでの介助方法の検討は着々と進み、職員と数回外出も行っているようだ。本人はそのような経験のなかから、また特に先日実家の様子を見に行った時に「また家で暮らせへんかな」ということを言うことがあったという。</p> <p>環境の変化により本人の意思、ADLも変化しているため、こまめな聞き取りが大切である。</p>

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	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	生活の全体を見直しながら、安心して生活できるよう支援していくとともに、いろいろな経験を積んでいく。	1年 (平成27年1月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設の生活に早く慣れ、1日あるいは週間の生活パターンを把握するのも早かった。</li> <li>介助方法の見直しは一旦まとめられた。リハによる身体機能の向上に合わせてさらに検討していく。</li> <li>本人は和太鼓と紙すきの課題を気に入っている様子。</li> <li>歯科ケアを受けたら、口腔内の処置が必要で現在行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設の生活には満足している。ご飯もおいしい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ほぼ達成できている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外出の機会をもう少し設けられないか。</li> </ul>	有(無)	有(無)	有(無)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ガイドヘルプの利用ができないか検討する。</li> </ul> <p>入所施設に預けっぱなしにならないよう、本人の今後を見越したサービスの組み立て、社会資源の活用を考えていく。</p>
2	成年後見制度を利用し支援者(後見人)を確保する。	6ヶ月 (平成26年7月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>あまり進んでいない。相談のなかで本人に少し説明した程度。</li> <li>兄にも一度説明し、同意を得ている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要なことは理解している様子。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>さらに取り組みが必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>急いで進めていく。</li> </ul>	有(無)	有(無)	有(無)	<ul style="list-style-type: none"> <li>気持ちと生活が落ち着きつつあるので、次の課題として急ピッチで進めたい。</li> </ul>
3	当面の年金管理について施設の金銭預かりを利用する。	3ヶ月 (平成26年4月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在サービスを利用している。</li> <li>外出時に使ったお小遣いについて、本人と一緒に記録をしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>安心した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>達成できた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外出を計画するときに必要なお金を一緒に考える。</li> <li>適当な時期に社会福祉協議会の金銭管理サービスに替えていく。</li> </ul>	有(無)	有(無)	有(無)	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域移行を考えるなら施設の金銭預かりから社会福祉協議会のサービスに替えていくのが望ましい。</li> </ul>
4							有(無)	有(無)	有(無)	

3か月後（初回モニタリング）

継続サービス等利用計画【週間計画表】

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

計画開始年月	平成26年1月30日
--------	------------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								・施設のどのプログラムにも積極的に参加している。
	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床	
8:00								
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
10:00								
	午前のプログラム	午前のプログラム	午前のプログラム	午前のプログラム	午前のプログラム			
12:00								
	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00								
	午後のプログラム	午後のプログラム	午後のプログラム	午後のプログラム	午後のプログラム	ガイドヘルプによる外出		
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	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								

サービス提供によって実現する生活の全体像

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



### Pic. 4 ニーズアセスメント

キーワード（本人が困っていることなど）

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

サービス等利用計画の

- 希望する生活
- 総合的な援助の方針
- 本人のニーズ

#### 利用者の思いの要約

お母ちゃんが死んで施設に生活するようになって少し慣れてきた。

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

### Pic. 3 現在の生活状況

簡単なプロフィール／これまでの生活／今の生活

- ・18才 養護学校卒業。作業所へ。
  - ・20才 作業所辞める。
  - ・23才 父親死去
  - ・41才 ヘルパー利用
  - ・50才 母親死去。ショートステイを利用後、施設入所。
- ・自宅で母親と暮らしていた。主な介助は母親。
  - ・日中は、プログラムに参加し、和太鼓や紙すきなどを行う。
  - ・職員と一緒に外出し、実家の近くなどに出かけている。

### Pic. 1 着目するストレンクス（本人／支援ネットワーク／その他環境）

（本人）ある程度会話が可能。明るい。人見知りしない。字が書ける。ある程度予定が把握できる。健康。新しい生活にすぐになじむことができる・・・

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

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

### Pic. 2 こうありたいと思う将来像

- 4** いろいろ外出したい。
- 5** そのうち家に戻れへんのかな。

#### 近づくためのアイデア帳

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

ゆくゆくは

### Pic. 5 近づくための方法

#### 大事な一歩（インパクトゴール）

**6** 外出で支援センターに行ったり、家に戻って持ち物の整理などをする。

（大事な一歩のためには～）

- 3** お小遣い程度の管理をしてみる。
- 家で使っていた物を施設の部屋に持って来て使う。
- 施設の周辺に何があるのか調べてみる。
- 同じ施設の利用者にどのように外出や買い物をしているか聞いてみる。

サービス等利用計画の

- 短期目標
- 支援目標

3か月後（初回モニタリング後）

サービス等利用計画

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

希望する生活	利用者：しばらくは施設で生活する。 <b>5</b> また家で暮らせへんかな。 <b>4</b> 外出をもう少ししたい。
	家族：本人が安心して暮らせる生活をさせてやってほしい。(兄)
総合的な援助の方針	定期的な相談を通じて引き続き、心理的サポートをしていく。 <b>4</b> 外出の経験を積み重ね、また過去の退所者の地域生活の様子を伝えながら <b>5</b> 元の家で一人で暮らすことも可能であることを相談していく。
長期目標	本人と相談しながら、 <b>5</b> 1年ほど先をめどに施設と連携しながら元の家での1人暮らしを想定して支援する。
短期目標	<b>6</b> ガイドヘルプなどを利用して外出の機会を積む。引き続き母親が亡くなった後の支援体制を整える。

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	<b>2</b> お母ちゃんの代わりにわたしの手助けをしてくれる人がほしい。	生活の全体を見直しながら、安心して生活できるよう支援していくとともに、いろいろな経験を積んでいく。	9ヶ月(平成27年1月)	・障がい者支援施設(施設入所支援・生活介護)	〇〇障がい者支援施設	・施設のプログラムや外出支援など未経験のものに取り組む。	3ヶ月	・施設で各生活場面での自分で出来ること、介助が必要なことを整理してもらう。
2		成年後見制度を利用し支援者(後見人)を確保する。	3ヶ月(平成26年7月)	成年後見制度の利用		・支援者が必要なことを理解し、成年後見制度の手続きを相談支援専門員とともにに行う。	3ヶ月	
3	<b>4</b> 外出して、自分の家や買物に行きたい。	<b>6</b> ガイドヘルパーを利用して外出の機会を増やす。	3ヶ月(平成26年7月)	・移動支援(ガイドヘルプ) 月2~3回程度の外出	〇〇ヘルプサービス事業所	・行きたい所や必要な介助を自分で言えるようになる。	3ヶ月	・移動支援の申請をすみやかに行う。
4	今後のことは不安だけど、 <b>3</b> お小遣いは自分で使えるようになりたい。	施設の金銭預かりにより年金を管理し、外出時に必要なお金を一緒に考える。	3ヶ月(平成26年7月)	・障がい者支援施設の金銭預かりサービス	〇〇障がい者支援施設	・外出の時に、必要なお金を職員と相談して決める。	1ヶ月	・適当な時期に社会福祉協議会の金銭管理に切り替える。
5	<p>※生活が安定するにつれて、本人の本音が聞き取れ、また本人自身の前向きな発言も聞かれることも多い。本人の希望する生活やニーズの変化に応じて、サービス等利用計画における目標の設定や、地域生活支援事業(移動支援等)や障がい福祉サービス以外の活用などが考えられる。この時点では、地域生活支援事業(移動支援)のみの追加であり、支給決定の変更等は伴わないため、サービス利用支援費(計画作成)の報酬評価はされないが、本人のトータルプランとして、再度ニーズを整理し、支援内容を見直し、共有するため、本計画を作成した。</p>							
6	<p>※入所施設利用者の移動支援(ガイドヘルパー)の利用については、大阪府内でも市町村によって取扱いが異なるため、利用にあたっては市町村に相談されたい。</p>							





サービス等利用計画と個別支援計画の関係性

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

施設入所時

サービス等利用計画 P161

様式2-1

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

希望する生活	利用者:母親が死んだので家で暮らすのは無理だと思う。施設で生活したらいと思う。 家族:本人が安心して暮らせる生活をさせてやってほしい。(兄)	本人の訴えを聞くが原則であるが、生活環境の変化、経験の積み重ねによって変化するので、継続的な関与が必要である。
総合的な援助の方針	しばらくの間は障がい者支援施設で安心して生活し、他の利用者や職員と話をすることで、母親の死から早く立ち直ってもらえるよう心理的サポートをしていく。落ち着いてきたら、過去の通所者の地域生活の様子を伝えながら、元の家で一人で暮らすことも可能であることを相談していく。	
長期目標	本人と相談しながら、1〜2年ほど先を目標に①施設と連携しながら元の家での1人暮らしを想定して支援する。	
短期目標	①施設内で本人の能力に応じた介助をあらためて整理し、母親のいないこれからの生活のための支援体制を考えていく。	入所施設の個別支援計画とリンクする部分なので、本人の意思、必要性を本人、家族と共有しておくことが大切である。

優先順位	本人のニーズ	支援目標	達成時期	福祉サービス等		本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者・電話)			
2	お母さんの代わりにわたしの手助けをしてくれる人がほしい。	②生活の全体を見渡しながら、安心して生活できるように支援していくとともに、いろいろな経験を積んでいく。	1年(平成27年1月)	障がい者支援施設(施設入所支援、生活介護)	〇〇障がい者支援施設	施設のプロセスや外出支援など未経験のものに取り組む。	3ヶ月	③施設生活場面での自分から必要なことを整理してもらう。④前向きな経験を積み重ねる。⑤施設生活を受け、健康面もあらためて考える。
3	今後のことは不安だけど、お小遣いは自分で使えるようになりたい。	⑤当面の年金管理について、施設の金銭管理員を利用する。		成年後見制度を利用し支援者(後見人)を提供する。				⑥施設生活と連携して、健康面もあらためて考える。
4	お小遣いは自分で使えるようになりたい。	⑤当面の年金管理について、施設の金銭管理員を利用する。						⑦施設生活と連携して、健康面もあらためて考える。
5	お小遣いは自分で使えるようになりたい。	⑤当面の年金管理について、施設の金銭管理員を利用する。						⑧施設生活と連携して、健康面もあらためて考える。

サービス等利用計画で定めた総合的な支援目標について、個別支援計画ではさらに掘り下げ、サービス事業所における支援提供の具体的な目標・支援内容を記載する。本人のニーズの実現に向け、各サービス事業所が同じ方向を向いて支援するためにも、サービス担当者会議において支援目標を共有し、各事業所の役割を明確にすることが重要である。

個別支援計画 P163

利用者名	〇〇 〇子	作成年月日	平成26年2月1日
本人(家族)の希望	母親が死んだので家で暮らすのは無理だと思う。施設で生活したらいと思う。		
長期目標(内容・期間等)	施設で新たな生活や介助を経験することや、退所して地域で暮らしている他の利用者の様子(伝え)により、元の家での暮らしを含めて、自分にあった生活や支援を考える。(1年)		
短期目標(内容・期間等)	①本人の身体能力にあった適切な介助法と介助体制を考える。(6ヶ月) ①外出を含めた日中活動のプログラムを経験する。(6ヶ月)		

ニーズ	支援目標	支援内容(内容・留意点等)	支援期間(頻度・時間・期間等)	サービス提供機関(提供者・担当者等)	優先順位
②お母さんの代わりにわたしの手助けをしてくれる人がほしい。	今後の生活の相談を定期的にする。	・定期的に現在の生活で満足していることや困っていることを聞く。 ・将来の生活についての希望を聞く。	月2回	・〇〇相談支援事業所 担当者〇〇 ・サービス管理責任者△△	3
	②母親以外の介助者の介助を受ける経験をする。	・③本人の身体能力にあった適切な介助法と介助体制を考えていく。 ・③各生活場面での介助方法を整理する。	6ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・理学療法士 ・担当職員□□	1
	健康状態を確認する。	・④入所時健康診断を行い、現在の健康状態を把握する。	3ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・看護師 ・協力医療機関〇〇病院	1
	②外出を含めた日中活動のプログラムを経験する。	・日中のプログラムに参加する。 ・担当職員と外出する。	3ヶ月(月～金) 3ヶ月(1週間に1回程度)	・サービス管理責任者△△ ・担当職員□□	2
③お小遣いは自分で使えるようになりたい。	⑤年金管理の支援を受けながら、職員と相談し、お小遣いを使えるようになる。	・金銭管理サービスの利用 ・施設での生活に慣れてきたら、担当職員と一緒にお小遣い帳をつけてお金を使う。	3ヶ月	・サービス管理責任者△△ ・担当職員□□	2

平成26年2月2日

利用者氏名 〇〇 〇子

サービス管理責任者 △△ △△

### 3. 総評

#### (1) 計画及び支援内容の振り返り

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

#### (2) 社会資源の活用方法

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