

平成 23 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業
「サービス利用計画の実態と今後のあり方に関する研究」報告書

サービス等利用計画作成サポートブック

平成 24 年 3 月



はじめに

「相談支援」が障害者自立支援法に位置づけられて 6 年が経過しました。この間、障害者の相談支援は、全国において確実な進歩をとげ、相談支援専門員や相談支援事業所も増加し、自立支援協議会を起点にして相談支援体制もそれぞれの地域で構築されてきました。

それまでの相談支援が、障害者自立支援法において異なる点は、いわゆる障害者ケアマネジメントが制度化されたこと、すなわち障害者ケアマネジメントが法律に位置づけられたことでした。それまでの障害者ケアマネジメントは、ケアマネジメント従事者が援助技術として活用する手法でした。自立支援法においては、サービス利用計画費として法律に位置付けられ、個別給付化されることにより、相談支援専門員が行うサービス利用計画の作成（モニタリング含む）が、サービス利用計画作成費として評価されるものとなりました。

障害者自立支援法におけるケアマネジメントとしてのサービス利用計画は、施設や病院から本格的に地域に移行することや地域で安心して生活することを推進するための制度的裏付けとなるものと期待されていました。しかし、残念ながら、サービス利用計画作成費を活用する利用者は少なく、当初、国が想定していた件数をはるかに下回るものでした。

このような状況の反省から、障害者自立支援法の見直しにあたっては、相談支援のあり方が根本から検討されています。また、平成 22 年 12 月に成立した改正自立支援法では、相談支援体制の強化として基幹相談支援センターや地域自立支援協議会が法定化され、支給決定プロセスの見直し（サービス等利用計画案を勘案すること）やサービス等利用計画作成の対象者の大幅な拡大が図られようとしています。

このような新たな方針を具現化するために、サービス等利用計画作成のための全国共通な様式例を提示する必要が出てきました。また、様式の提示に伴い、以下の点を含めて検討することが必要となりました。

- (1) サービス等利用計画の位置づけや必要性についてもう一度検討すること。
- (2) 相談支援専門員がサービス等利用計画を作成するときのポイントを明らかにすること。
- (3) 計画の提出を受けた市町村が、計画の内容を判断する方法を明らかにすること。

そこで、日本相談支援専門員協会は、平成 23 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業の助成を受けて、「サービス利用計画の実態と今後のあり方に関する事業」を実施しました。

日本相談支援専門員協会は、「障害者自立支援法に基づく相談支援専門員が、障害者の地域生活を支援する目的で、障害者ケアマネジメントを基本とした中立、公平な相談支援活動を実践するとともに、自らの資質の向上に努めることをもって、障害者の自立した生活支援に資すること」を目的として平成 21 年に設立された団体です。日本相談支援専門員協会は、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、新たな『サービス等利用計画作成サポートブック』を提案します。このサポートブックはサービス等利用計画に関わるすべての関係者に活用していただくことを目的として作成したものです。このマニュアルを活用して、質の高い相談支援が全国で実現されることを願うものです。

日本相談支援専門員協会代表
門 屋 充 郎

目 次

第1章 総論 ～サービス等利用計画とは何か～	1
I. サービス等利用計画の成立	1
1. 障害者自立支援法における相談支援	1
2. 「相談支援」とサービス利用計画	1
3. 障害者自立支援法の改正と相談支援	2
II. サービス等利用計画の必要性	5
1. ニーズに基づいた本人中心の支援を受けられる	5
2. チームによる質の高いサービスが提供できる	5
3. サービス提供（支給決定）の根拠となる	5
4. 地域全体のサービス充実の契機となる	6
III. サービス等利用計画の備えるべき特徴	7
1. 自立支援計画であること	7
2. 総合支援計画であること	7
3. 将来計画であること	7
4. ライフステージを通した一貫した支援計画であること	7
5. 不足するサービス・資源を考える契機であること	7
6. ネットワークによる協働であること	8
IV. サービス等利用計画作成のポイント	9
1. エンパワメントの視点が入っているか	9
2. アドボカシーの視点が入っているか	9
3. トータルな生活を支援する計画となっているか	9
4. 連携・チーム計画となっているか	9
5. サービス等調整会議が開催されているか	9
6. ニーズに基づいた計画となっているか	10
7. 中立・公平な計画となっているか	10
8. 生活の質を向上させる計画となっているか	10
V. サービス等利用計画と個別支援計画等との関連性	11
1. 福祉サービス等との関係	11
2. その他のサービス等との関係	12
VI. サービス等利用計画と自立支援協議会	14
1. 自立支援協議会について	14
2. サービス等利用計画と自立支援協議会の関係	14
VII. 今後の課題	16
第2章 「サービス等利用計画」の様式と記入上の留意点	17
I. 様式作成の考え方と具体的な活用イメージ	17
II. 様式の具体的な内容と記入上の留意点	18
1. 様式1－1：サービス等利用計画案	20
2. 様式1－2：サービス等利用計画案【週間計画表】	24

3. 別紙1：申請者の現状（基本情報）	26
4. 別紙2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】	28
5. 様式2-1：サービス等利用計画	30
6. 様式2-2：サービス等利用計画【週間計画表】	32
7. 様式3-1：モニタリング報告書（継続サービス利用支援）	34
8. 様式3-2：継続サービス等利用計画【週間計画表】	36
第3章 「サービス等利用計画」様式の記入事例	39
I. 脳血管障害により在宅で引きこもりになっている事例	39
II. 特別支援学校を卒業し、一年を目標に就職に向けて取り組む事例	48
III. 生活環境の変化にともない本人の望む生活の実現に近づいている事例	57
IV. 長期入院から地域での生活へ移行し、楽しみを見いだした生活をしている事例	66
V. 発達障害と診断され子育てについて不安を抱いている母子家庭の事例	75
第4章 市町村サービス等利用計画点検支援マニュアル	85
I. 基本的な考え方	85
1. 目的	85
2. サービス等利用計画点検に当たっての基本姿勢	85
3. 「サービス等利用計画点検支援マニュアル」の構成について	87
4. サービス等利用計画点検支援マニュアルの活用方法について	88
II. サービス等利用計画点検支援の実際	90
1. 様式1-1：サービス等利用計画案	90
2. 様式1-2：サービス等利用計画案【週間計画表】	94
3. 別紙1：申請者の現状（基本情報）	96
4. 別紙2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】	98
5. 様式2-1：サービス等利用計画	98
6. 様式2-2：サービス等利用計画【週間計画表】	98
7. 様式3-1：モニタリング報告書（継続サービス利用支援）	99
8. 様式3-2 継続サービス等利用計画（週間計画表）	101
第5章 参考資料	103
I. サービス等利用計画様式	103
1. 様式1-1：サービス等利用計画案	103
2. 様式1-2：サービス等利用計画案【週間計画表】	104
3. 別紙1：申請者の現状（基本情報）	105
4. 別紙2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】	106
5. 様式2-1：サービス等利用計画	107
6. 様式2-2：サービス等利用計画【週間計画表】	108
7. 様式3-1：モニタリング報告書（継続サービス利用支援）	109
8. 様式3-2：継続サービス等利用計画【週間計画表】	110

第1章 総論 ～サービス等利用計画とは何か～

1. サービス等利用計画の成立

1. 障害者自立支援法における相談支援

平成18年度に施行された障害者自立支援法は、ノーマライゼーションの理念に基づき、障害者が普通に暮らせる地域づくりを目指したものです。同法は、「障害者及び障害児が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与すること」（第1条）を目的として、相談支援事業を市町村及び都道府県の責務として位置付け、サービス利用計画作成費を個別給付化しました。

障害者自立支援法は、障害者が望む地域での生活を実現するために必要な療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援等の日中活動、グループホームやケアホームや居宅介護等のサービスやさまざまな地域の資源を組み合わせて利用し、障害者が支援チームによって支えられ、安心した地域生活が可能となることを目指しています。従来、入所施設や病院においては、これらの支援が施設内で完結して提供されていたため、さまざまなサービスの調整はそれほど必要ありませんでした。しかし、障害者自立支援法の下では、地域に散在しているこれらのサービスや資源を有機的に結び付け、サービス提供者と調整し、関係者によるサービス等調整会議を実施しながら支援チームで障害者を支えることが必要となり、具体的支援を記述した計画（以下「サービス利用計画」という）を作成することの重要性が高まりました。

2. 「相談支援」とサービス利用計画

自立支援法では、相談支援の具体的な内容として2つを規定しています。

1つめは、「地域生活支援事業」（自立支援法第77、78条）の一メニューとして、地域の相談に応じ、情報提供や助言、事業所等との連絡調整等を総合的に実施するもので、いわゆる「一般的な相談」と呼ばれているものです。この事業は、全国すべての市町村で実施されており、そのうち81%の市町村では指定相談支援事業所に委託して実施しています¹。しかし、この事業の財源は一般財源（交付税）のため、市町村によって取り組み状況に差があるという指摘がなされています。今後は地域の総合相談の窓口として、権利擁護の拠点として引き続き重要な役割を担います。

2つめは、「サービス利用計画作成費の個別給付」（自立支援法第32条）で、障害福祉サービスを適切に利用することができるよう、障害者のニーズや置かれている状況等を勘案しサービス利用計画を作成するものです。この事業は、指定相談支援事業所が実施することとされており、財源は、義務的経費である「自立支援給付」（国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）となっています。このようなケアマネジメントによって計画作成を行う支援は重要なものであり、その推進が望まれましたが、実際には、サービス利用計画作成費の利用者は平成20年4月分が1,919人、平成21年4月分が2,731人、平成22年4月分が3,413人と低調で、当初、国が想定していた件数をはるかに下回っていました²。

¹ 平成22年4月時点。出所：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「障害者相談支援事業の実施状況等について（平成22年調査）」

² 出所：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「障害者相談支援事業の実施状況等について（平成22年調査）」

3. 障害者自立支援法の改正と相談支援

障害者自立支援法の3年後の見直しに当たって、平成20年当時の社会保障審議会障害者部会は、「障害者が、さまざまなサービスや地域資源等も活用しながら、地域で自立して安心して暮らしていけるよう、①地域における相談支援体制の強化、②ケアマネジメントの充実、③自立支援協議会の充実、という観点から障害者の相談支援の充実を図るべき」とする意見をまとめ、第一に地域における総合的相談支援体制の整備、第二にサービス利用計画作成費の対象者の拡大と支給決定と連動したケアマネジメントプロセスの見直し、第三に地域自立支援協議会の法定化を提言しました。

こうした流れを受けて、平成22年12月に「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」（以下、「改正法」という。）が成立し、相談支援の充実・強化が図られました。その主な内容は以下の通りです。

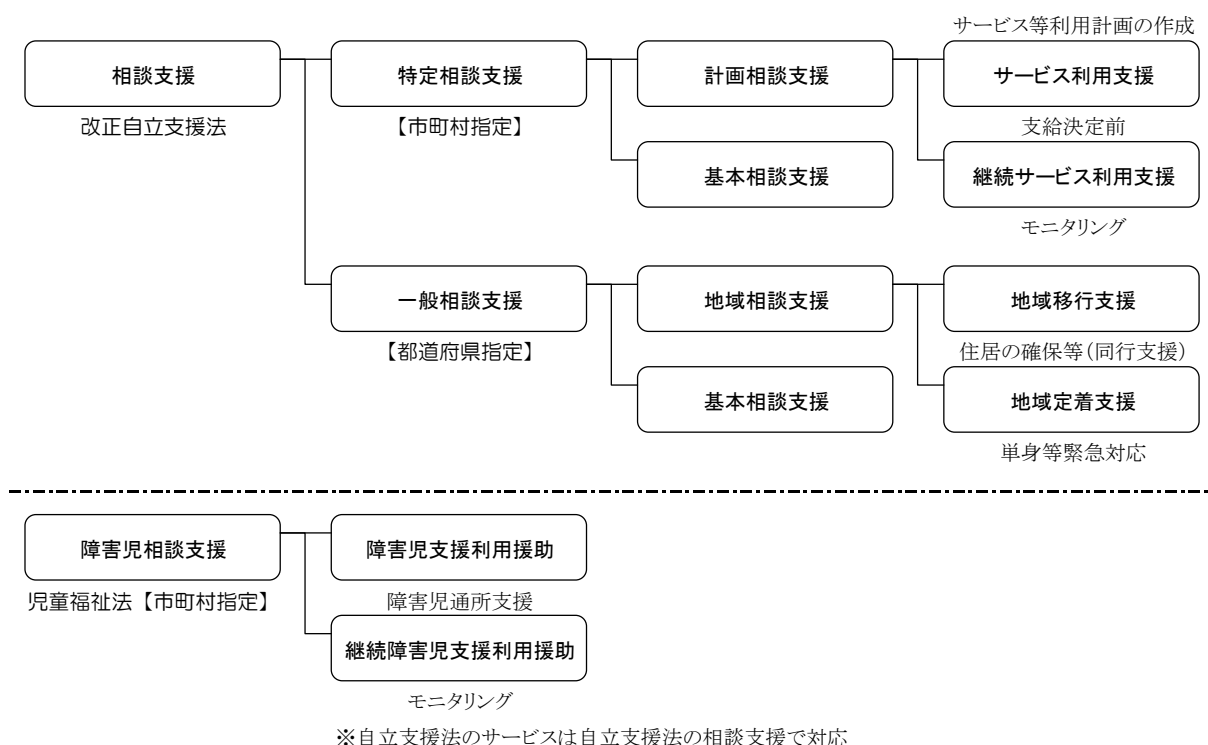
(1) 相談支援体制の整理

改正法では、従来、複雑に入り組んでいた相談支援の体系が整理されました。

まず、利用が低調であったサービス利用計画作成のための相談支援は、「特定相談支援事業」における「計画相談支援」として位置付けられました。また、地域移行及び地域定着のための相談支援事業が「一般相談支援事業」における「地域相談支援」として位置付けられました。さらに、障害児が児童発達支援センター（障害児通所支援施設）等を利用する際の計画作成についても「障害児相談支援事業」として給付の対象となりました。

一方、こうした計画作成に至るまでに不可欠な、専門性に裏打ちされた相談は、「基本相談支援」として各事業のベースに位置づけられました。

図表 1 障害者自立支援法改正後の相談支援の体系



(2) サービス等利用計画作成の対象の拡大

従来、サービス利用計画の対象は

- ・ 障害者施設からの退所に伴い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者。
- ・ 単身世帯の者等、自ら指定障害者福祉サービス事業等との連絡調整を行うことが困難にある者。
- ・ 重度障害者等包括支援に係る支給決定を受けることができる者。

とされていましたが、改正法においては、計画相談支援・障害児相談支援について、原則、サービスを利用するすべての障害者にその対象を拡大しました。拡大の具体的なスケジュールは、平成 24 年度から段階的に拡大し、概ね 3 年間で全ての対象者について実施するとされています。なお、施設入所支援と就労継続支援又は生活介護（障害程度区分が 4 より低い者、50 歳以上の場合は 3 より低い者に限る）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に認めることとしているため、当該組み合わせに係る平成 24 年 4 月以降の新規利用者はサービス等利用計画作成が必須となることに留意する必要があります。（平成 23 年 10 月 31 日厚生労働省障害保健福祉関係主管課長会議等資料）

また、対象者の拡大に伴い、適切にサービス等利用計画が作成されるよう相談支援専門員の確保等の準備をする必要があります。

(3) サービス等利用計画の支給決定プロセスへの組み込み

「計画相談支援」におけるサービス等利用計画は、ケアマネジメント手法を活用し、障害者のニーズや置かれている状況を勘案して、福祉、保健、医療、教育、就労、住宅等の総合的な視点から、地域での自立した生活を支えるために作成するものです。

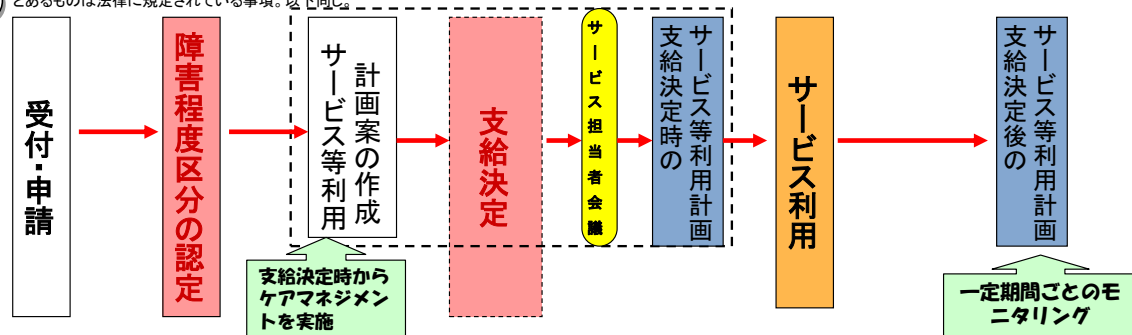
こうしたサービス等利用計画の性格を考えると、市町村の支給決定プロセスにおいても、サービス等利用計画案の内容を参考にすることが、障害者の受けるサービスを必要かつ十分なものとするために有益といえます。しかし、現行の障害者自立支援法では、障害福祉サービスの支給決定の後でなければ、サービス利用計画作成費を算定することができませんでした。

改正法では、市町村の支給決定前に、相談支援事業所が障害者のニーズ等を把握して、計画案を作成することについても「計画相談支援」業務の中に含まれることとされました。市町村はその計画案等を勘案して、当事者の生活や支援の実態にあった支給決定を行うこととされ、サービス等利用計画案は、市町村が行う支給決定の根拠となります。

図表 2 障害者自立支援法改正後の計画相談支援業務と市町村の支給決定プロセスの関係

支給決定プロセスの見直し等

- 法 市町村は、必要と認められる場合として省令で定める場合には、指定を受けた特定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画案の提出を求め、これを勘案して支給決定を行う。
- * 上記の計画案に代えて、省令で定める計画案(セルフケアプラン等)を提出することもできる。
 - * 特定相談支援事業者の指定は、総合的に相談支援を行う者として省令で定める基準に該当する者について、市町村が指定する。
 - * サービス等利用計画作成対象者を拡大する。
- 法 支給決定時のサービス等利用計画の作成、及び支給決定後のサービス等利用計画の見直し(モニタリング)について、計画相談支援給付費を支給する。
- 法 障害児についても、新たに児童福祉法に基づき、市町村が指定する指定障害児相談支援事業者が、通所サービスの利用に係る障害児支援利用計画(障害者のサービス等利用計画に相当)を作成する。
- * 障害児の居宅介護等の居宅サービスについては、障害者自立支援法に基づき、「指定特定相談支援事業者」がサービス等利用計画を作成。(障害児に係る計画は、同一事業者が一体的(通所・居宅)に作成することを想定)
 - * 障害児の入所サービスについては、児童相談所が専門的な判断を行うため、障害児支援利用計画の作成対象外。
- 法 とあるものは法律に規定されている事項。以下同じ。



出所：平成 23 年 10 月 31 日厚生労働省障害保健福祉関係主管課長会議等資料

11. サービス等利用計画の必要性

サービス等利用計画の必要性を、サービスを(1)利用する立場（障害者や家族）、(2)提供する立場（事業者）、(3)支給決定する立場（行政）、(4)地域全体の立場から考えてみます。

1. ニーズに基づいた本人中心の支援を受けられる

ノーマライゼーションの実現に向けて、多くの障害者が住み慣れた地域社会で普通の生活を営み、活動できることを望んでいます。しかし、障害者が地域で生活をしようとすると、さまざまな困難に直面します。移動やコミュニケーションの困難さや置かれた状況等により、障害者は自らの確にサービスを利用していくことに困難を抱えている場合が多いといわれています。特に、地域ではサービスや資源が広く散在しているため、自分が利用できるサービスや資源について情報を得て、自分で利用の手続を行っていくことは至難の業です。これらの困難を考えると、障害福祉サービス等の幅広い情報の提供を受け、活用できるサービス等について懇切丁寧な説明を受け、望む生活を含む必要なニーズのアセスメントを受け、利用計画にそって複数のサービス等の調整を受け、一体的・総合的にサービスを提供されることにより、真の障害者のニーズに基づく本人中心の支援を受けることが可能となるでしょう。

2. チームによる質の高いサービスが提供できる

障害者については、幼児期から学齢期、成人期や老年期まで、そのライフステージによって、その支援者、関係機関等はさまざまに変化していきます。サービス等利用計画は、ライフステージを通して切れ目なく支援をつなぐことを可能にします。利用するサービスについても、福祉、保健、医療、教育、就労、住宅、司法等の幅広い領域にまたがり、サービスもフォーマル・インフォーマルと多様となっており、これらを適切に調整していくため各領域の共通言語であるサービス等利用計画が不可欠です。サービス等利用計画により、それぞれの領域を超えてチームアプローチや協働による支援が可能となります。また、計画に基づく支援はPlan→Do→Check→Actionというプロセスであり、この過程を通して質の高いサービスを提供することができるようになります。

3. サービス提供（支給決定）の根拠となる

サービス等利用計画は、ケアマネジメント手法を活用し、障害者の生活実態、ニーズや置かれている状況をアセスメントして、障害者本人の望む生活への意思を尊重して作成するものです。従来、どのような障害者に、どのような種類のどのくらいの量のサービスを提供したらよいかという基準は不明確でした。サービス等利用計画案は、障害者の生活実態や望む生活等のニーズを明らかにし、それを実現するためにはこのような種類のこれだけの量のサービスが必要であるということを明らかにするものです。この意味で、サービス等利用計画案は、支給決定を含むサービス提供の根拠となるもの、サービス等利用計画案によって、エビデンス（根拠）に基づいた支給決定及びサービス提供が行われることとなります。特に、フォーマルサービスには公費が支出されていることを考えれば、市町村、都道府県、国にとって、サービス等利用計画は財政支出の根拠となるものです。

4. 地域全体のサービス充実の契機となる

サービス等利用計画の作成及び作成のためのサービス等調整会議等を通して、地域の量的に不足しているサービスやそもそも存在していないサービス等についての気づきが生まれます。このような個別のサービスの課題から地域全体のサービスの課題への認識へと発展します。それが、自立支援協議会等で検討され障害者計画等に反映されることにより、地域における障害者サービスの充実に結びついていくものと考えられます。この意味で、サービス等利用計画は、地域全体のサービスを充実させていく契機となるものです。

III. サービス等利用計画の備えるべき特徴

サービス等利用計画について、その必要性の観点から既に説明しましたが、さらにその備えるべき特徴についていくつかの観点から説明します。

1. 自立支援計画であること

障害者自立支援法は、ノーマライゼーションの理念に基づき、障害者が普通に暮らせる地域づくりを目指したものです。同法は、「障害者及び障害児が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう」とされており、サービス等利用計画は障害者等が、地域での自立的な生活を可能とするための計画とすることが求められています。また、障害者等の自立については、自分自身で自分の生活や生き方を決めていくこと（自律）が重要であることから、その意思決定を支援する観点からも計画が作成される必要があります。

2. 総合支援計画であること

サービス等利用計画は、本人の希望にそって、相談支援専門員等が本人とともに立案する生活設計であり、多くの領域を含んだトータル（総合的）な計画です。本人の希望を聴き取り、その実現にむけた、さまざまな公的なサービスや社会資源（インフォーマルな支援も含む）が調整されたトータル（総合的）な計画として作成するものです。この意味では、相談支援専門員は、本人、家族、関係者、関係機関及びサービス管理責任者やサービス提供責任者とサービス等調整会議でサービスや支援の内容をよく調整しておく必要があります。

3. 将来計画であること

乳幼児期には発達、学童期には教育、成人期には就労等のライフステージに応じてニーズも異なり計画の内容も異なってきます。サービス等利用計画は、このような多様なニーズに応えられる計画である必要があります。計画作成においては、生活の困難さやしづらさに対応することも重要ですが、今は実現していないが将来実現したい生活、あるいは望む生き方に対する将来計画の視点が重要です。その際、障害者が社会の一員として積極的に社会の中でその役割を果たしていくという社会参加の観点から計画が作成されることが重要です。

4. ライフステージを通した一貫した支援計画であること

乳幼児期から学齢期、成人期まで、障害者のライフステージによって、その支援者、関係機関等はさまざまに変化していきます。ライフステージの変化、特に教育から就労等の移行期においてつながりが途絶え、障害者が困難を抱えるケースがあります。サービス等利用計画は、切れ目なく支援をつなぐためのツールです。そのため、サービス等利用計画の作成にあたっては、当事者の情報を整理した個別支援ファイルの活用やライフステージ移行時のサービス等調整会議の開催等により関係機関同士の支援のノウハウの円滑な共有・引き継ぎや支援の方向性の統一を図っていくことが求められます。

5. 不足するサービス・資源を考える契機であること

サービス等利用計画の作成を通して、不足しているサービスの状況等地域の課題が見えてきます。相談支援専門員が作成するサービス等利用計画は、地域の弱みを強みに変え、地域に必要な

制度やサービスの改善・開発につながる具体的な契機となるものです。社会資源の改善・開発に向けた取り組みは、相談支援専門員単独では困難であるため、自立支援協議会等に検討組織（プロジェクト等）を設置すること、市町村障害福祉計画に反映されるよう意識して施策提言を行うこと等自立支援協議会の機能を積極的に活用することも必要です。

6. ネットワークによる協働であること

サービス等利用計画は、さまざまなサービス提供事業者や地域の社会資源と関係することから、人と人を結ぶネットワーク構築の働きをもちます。このようなネットワークによる支援こそ、チームによる支援と呼ぶことにふさわしいものです。そのために、相談支援専門員は、自らが地域のネットワークづくりの中核であることを自覚し、日常的に地域を巡回し、社会資源の実態について把握するとともに、サービス等利用計画作成の協働を通して、関係機関等の担当者と顔の見える関係を構築していくことが重要です。

IV. サービス等利用計画作成のポイント

サービス等利用計画の作成にあたり、その計画が適切なものになっているかのチェックポイントをいくつか挙げておきます。

1. エンパワメントの視点が入っているか

これからのサービス等利用計画は、従来の医療モデルに基づく計画ではなく、本人の意思決定を尊重した社会・生活モデルを基本とした計画であるべきです。本人の思いや希望をもとに、意思を尊重したライフスタイルを支援する計画となるべきです。

多くの障害者は、長期にわたる支援関係により、自尊心が低下し、自分で自分のことを決めていく能力まで失いがちになります。障害者自身が本来もっている力（ストレングス）を引き出すことにより、自分の生活を自分で作っていく姿勢が反映されるサービス等利用計画が求められています。サービス等利用計画の作成にあたっては、つねにその計画にエンパワメントの観点が入っているか確認することが必要です。

2. アドボカシーの視点が入っているか

相談支援は、単にサービスを調整するだけでなく、自らの意思を表出していくことに困難を抱える障害者の意思や置かれている立場を代弁するという権利擁護（アドボカシー）の観点に立って、障害者の自己決定・自己選択を支援していくことが重要であると言われています。このような本人の権利を擁護する立場に立って、代弁機能や代理機能を果たしつつサービス等利用計画を作成することともに、作成したサービス等利用計画のなかにそのような権利擁護（アドボカシー）の視点が入っているかを確認する必要があります。

3. トータルな生活を支援する計画となっているか

サービス等利用計画は、必要なサービス単体が記入されているだけでは不十分です。生活に困難を抱えサービスを利用して生活する状況にある障害者の生活全体が考慮されて、望む生活を可能とする支援が網羅され、かかわる人たちがそれぞれ役割を果たせるような、障害者の生活をトータル（総合的）に支援する計画となっているかを確認する必要があります。

4. 連携・チーム計画となっているか

サービス等利用計画は、サービス等調整会議で当事者、サービス提供者、関係機関等が合意した結果をもとに、支援の内容やそれぞれの提供者、関係機関等の役割を盛り込んだ計画となります。この計画は、当事者に分かりやすいものであると同時に、支援に関わる提供者や機関等が支援の方向性を共有できるツールともなります。そのために、サービス等利用計画の様式を統一するとともに、当事者のニーズや課題をどの機関がどのように支援していくのか、計画に支援の全体像と支援目標、役割分担を明確に記載することが必要です。また、このサービス等利用計画をもとにサービスが提供されることになった場合、個別のサービス提供事業者や関係機関等が作成する個別支援計画と整合性が取れているかを確認する必要があります。

5. サービス等調整会議が開催されているか

サービス等利用計画の作成過程におけるインテーク、アセスメントを通じて当事者のニーズや

課題が明らかになった時点で、当事者の了解を得て必要なサービス提供事業者や関係機関等が集まり、サービス等調整会議が開催されます。サービス等調整会議では、相談支援専門員がサービス等利用計画案を提示し、会議に参加した多様な事業者や関係機関等からなるチームで、当面の課題解決に向けた支援の内容やそれぞれの役割、今後の支援の方向性を確認します。このような手続を踏んでサービス等利用計画が作成されているかを確認する必要があります。

6. ニーズに基づいた計画となっているか

インテークで把握した当事者からの情報に加え、個人情報保護に配慮しながら当事者をよく知るサービス提供事業者や関係機関等からの情報を集め、相談支援専門員としてニーズ評価（アセスメント）を行います。このようなニーズに基づいたサービス等利用計画になっているかをつねに検証することが大切です。また、当事者自身が気づいていないニーズを発見して、計画につなげることも大切です。さらに、地域に埋もれているニーズへのアプローチを意識させるサービス等利用計画になっているかも確認する必要があります。

7. 中立・公平な計画となっているか

サービス等利用計画は、地域でサービスを必要とする障害者にサービスが公平にいきわたる観点から作成される必要があります。また、サービス等利用計画を作成した相談支援専門員が所属する法人・事業所が提供するサービスだけが盛り込まれた計画になっていないか等、中立・公平な観点から作成されているかをチェックする必要があります。このようなチェックについてはサービス等調整会議や自立支援協議会を活用することが有効でしょう。

8. 生活の質を向上させる計画となっているか

サービス等利用計画作成の目的は、障害者のニーズに基づいて適切なサービス提供して、望む生活を実現するとともに、質の高いサービスを提供して障害者の生活の質（クオリティ・オブ・ライフ）の向上を図ることです。そのためには、サービス等利用計画に基づくサービス提供のプロセスや結果、さらには効果の評価を通して、障害者の生活の質の向上の観点からサービス等利用計画を確認する必要があります。

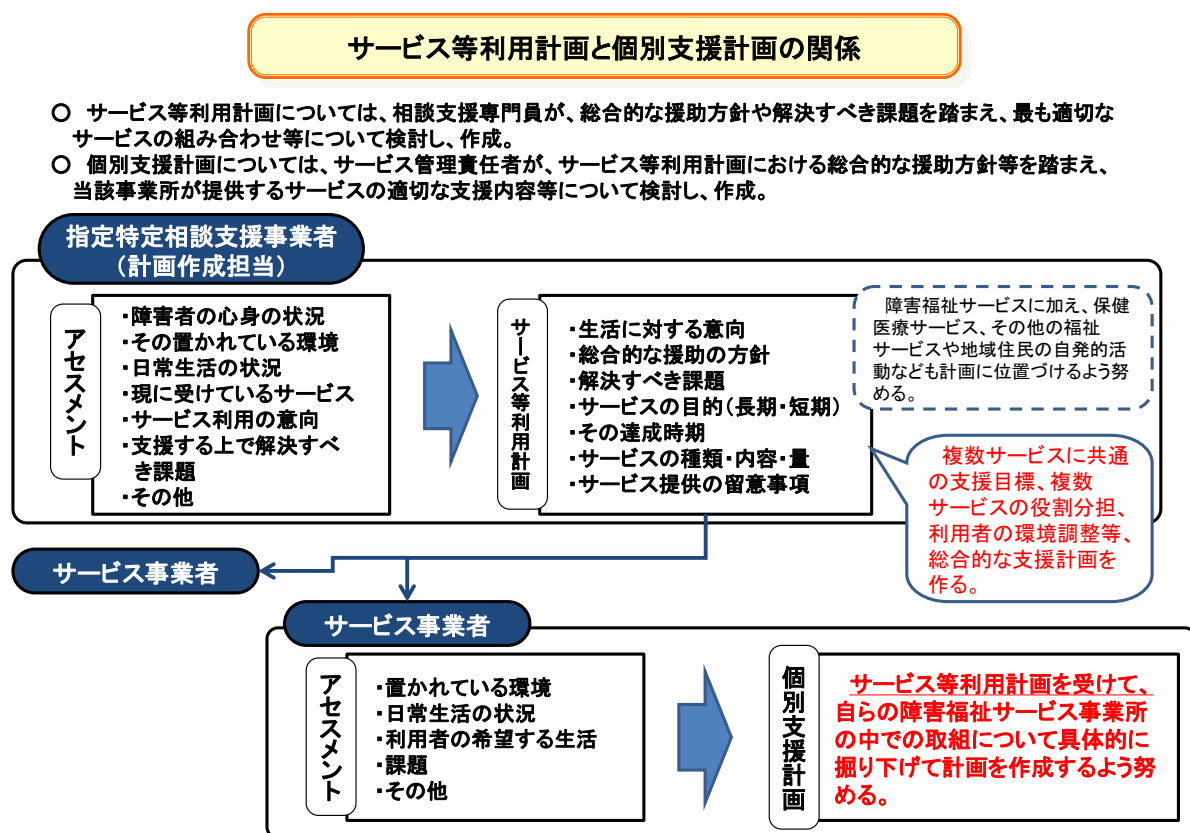
V. サービス等利用計画と個別支援計画等との関連性

1. 福祉サービス等との関係

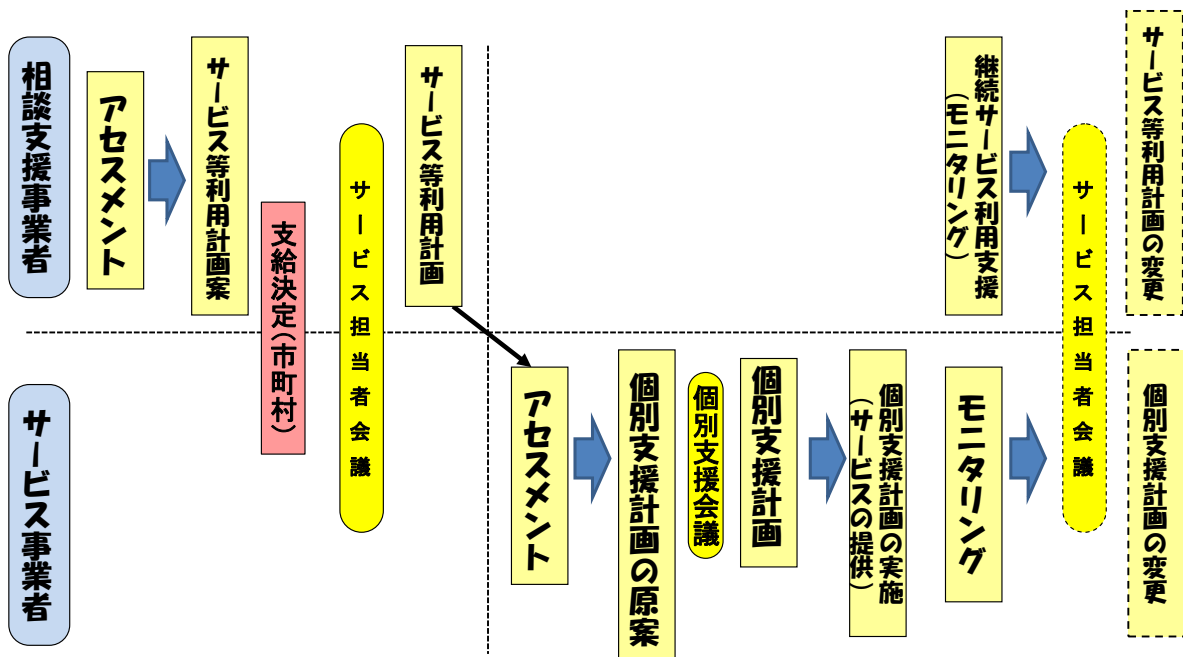
障害者自立支援法の施行以降、サービス利用計画は相談支援専門員が、生活介護や居宅介護等の個別支援計画はサービス管理責任者、サービス提供責任者が作成することとされてきました。従来は、それぞれの関係が不明瞭でしたが、今後は、サービス等利用計画が、本人支援のための中心的な総合計画（トータルプラン）となることから、他の計画はその中にそれぞれ個別の支援計画として位置づけられることになります。

相談支援専門員は、他のサービスの個別支援計画とサービス等利用計画との間に齟齬がないように、サービス提供事業者と計画の内容についてサービス等調整会議等を利用して調整する必要があります。

図表 3 サービス等利用計画と個別支援計画の関係



指定特定相談支援事業者(計画作成担当)と障害福祉サービス事業者の関係



出所：平成 23 年 10 月 31 日厚生労働省障害保健福祉関係主管課長会議等資料

また、65 歳以上の障害者が要介護又は要支援状態となった場合には、要介護認定を受け、介護保険から介護保険法に定める保険給付を受けることができます。その際、障害者施策と介護保険とで共通するサービスについては、介護保険から保険給付を受けることになるので、介護給付と重複する障害者施策で実施されている在宅介護サービスについては、原則として提供されません。しかし、障害者施策で実施されているサービスのうち介護保険の保険給付にはないサービスや不足するサービスについては、引き続き障害者施策から提供される場合があります。障害者の地域における継続的な支援の観点から、介護保険の居宅介護支援計画（ケアプラン）とサービス等利用計画との擦り合わせを行う必要があります。

2. その他のサービス等との関係

障害児支援については、児童福祉法等の改正により平成 24 年度からその体系や支援内容が大きく変わります。障害児の支援についても身近な地域で発達支援や家族支援の提供が目指されています。新たに法律に位置付けられた「障害児通所支援」等を活用することにより、障害児も地域で支援が提供されることになります。障害児に係わるサービス等利用計画は、保育所が子どもの指導のために作成する「保育の計画」等とも調整することが必要となります。

平成 19 年度から、障害の程度等に応じ特別の場において指導を行う「特殊教育」から障害のある児童生徒一人一人の教育的ニーズに応じて適切な教育的支援を行う「特別支援教育」への転換が図られています。特別支援教育は、これまでの特殊教育が対象としていた障害だけでなく、その対象でなかった LD、AD/HD、高機能自閉症も含めて支援するものとされています。特別支援教育においても、個別の教育支援計画の作成が義務付けられており、福祉分野が作成するサービ

ス等利用計画と擦り合わせる必要があります。その際、相談支援専門員は、特別支援教育コーディネータ等と連携して自立支援協議会や特別支援連携協議会の場を活用しながらその調整を行う必要があります。

また、福祉と雇用に関わる関係機関がネットワークを構築し、障害者のニーズと適性に合った就労支援を実施しています。障害者就業・生活支援センターは、障害者からの相談に応じ、必要な指導及び助言を行う機関です。その他にも雇用にかかわる機関として、公共職業安定所、地域職業センター、障害者雇用支援センター等があります。これらの機関が作成する支援計画とサービス等利用計画の調整が求められます。

VI. サービス等利用計画と自立支援協議会

1. 自立支援協議会について

障害者、とりわけ重度の障害者等が、地域において自立した日常生活又は社会生活を営むためには、障害福祉サービスの提供体制の確保とともに、これらのサービスの適切な利用を支える相談支援体制の構築が不可欠です。

このため、地域の実情に応じ、中立・公平な立場で適切な相談支援が実施できる体制の整備を図るとともに、相談支援事業を効果的に実施するため、当事者、サービス事業所、福祉、保健、医療、教育、就労、住宅、司法、警察等の関連する分野の関係者からなる自立支援協議会を設ける等のネットワークの構築を図ることとされ、改正法において法律に明確に位置付けられました。

自立支援協議会は、障害福祉サービスの基盤整備、サービスを提供する人材の養成等、さまざまな課題を解決するために、関係者が集まって検討する場です。自立支援協議会は障害者自立支援法が目指す「障害者が普通に暮らせる地域づくり」を現実的に具体化していくために必要です。そのためには、何よりも自立支援協議会に参加する関係者全員が、この目的に向け協働して地域の支援体制を構築していくという共通認識が必要です。

2. サービス等利用計画と自立支援協議会の関係

下記の自立支援協議会の機能や具体的協議事項を参考にしながら、地域の実情に応じて、地域自立支援協議会において、サービス等利用計画作成を通して構築された連携やネットワークの発展、把握された地域の課題への対応、作成されたサービス等利用計画が公平・中立なものとなっているかの吟味、困難ケースへの対応、さらには標準的なサービス等利用計画作成のためのスキルアップ研修等を行うことが期待されます。

図表 4 自立支援協議会の機能

情報の共有	地域の実態や課題等の情報を集約し全員が共有する場です。
具体的な協働	参加者が抱える実際のケースや地域の課題を持ち寄り、地域支援の不十分さを制度や誰かの原因に帰するのではなく、全員が自らの課題として受け止め、ともに解決・前進しようというスタンスで協働していく場です。
地域の関係者によるネットワーク	当事者が抱えるさまざまなニーズに対応していくために、福祉、保健、医療、教育、就労、住宅、司法、警察等の多分野・多職種による多様な支援を、一体的かつ継続的に用意するネットワークの場です。また、官と民が協働するシステムの構築の場です。

図表 5 具体的協議事項

相談支援事業所の運営・相談支援専門員の活動の評価	＊中立・公平性を確保する観点から評価 ＊相談支援事業の実施状況の確認・検証 ＊相談支援専門員の活動状況の確認・検証
相談支援体制の構築・協議の場	＊市町村相談支援機能強化事業及び都道府県相談支援体制整備事業の活用
対応困難事例への支援に関	＊困難事例等のサービス等調整会議による課題の抽出

する協議と調整	* 困難事例の課題解決のための協議と調整、ネットワークの構築
地域の関係者・関係機関等によるネットワーク構築等に向けた協議	* 地域の関係者・関係機関等ワーキングにもとづくネットワークの形成（資源の改善・開発を含む）と支援システムの構築 * 市町村障害福祉計画の作成及び障害福祉計画のモニタリング * 地域の社会資源の改善・開発がどのように進んだかの検討・評価
権利擁護等の分野別のサブ協議会等の設置、運営	* 権利擁護、就労支援、地域移行支援、発達障害者支援等の分野別のサブ協議会による検討・評価
相互の情報共有と情報発信	* 障害者自身及びかかわる者・機関の情報の共有と発信

VII. 今後の課題

障害者自立支援法においては、「指定相談支援事業者は、その提供する相談支援の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、相談支援の質の向上に努めなければならない。」（自立支援法第 51 条の 22 第 2 項）とされており、相談支援専門員等が作成するサービス等利用計画の内容の質が問われることとなります。障害者自立支援法が求める質の高い相談支援とは、標準的なサービスとしての相談支援であり、それを可能とするのは適切なサービス等利用計画による標準的な支援となります。適切なサービス等利用計画か否かを判断するためには、それぞれの個別ケースにおいて、きちんとニーズが把握されている、それが活かされた計画になっている、そのためにサービス等調整会議による調整がなされている等の基準が必要になります。また、相談支援について、その結果が問われるとすれば、サービス等利用計画による支援の結果、すなわち目標とされた支援に到達したのかどうか問われ、この観点からもサービス等利用計画の内容の評価を行う必要があります。サービス等利用計画作成の最終的な目標は、障害者のニーズに基づく計画が適切に作成され、計画の目標とされたものが達成され、障害者が望む生活が実現され、提供されたサービスへの満足度も高いという効果（アウトカム）が評価されることであり、これによって、サービス等利用計画によるサービス提供全体が評価されることとなります。

サービス等利用計画は、それぞれのニーズをアセスメントし、到達目標を設定し、モニタリングを行いながら支援するという支援計画による個別的支援であり、それぞれのニーズにあった標準的なサービスを提供していくものです。Plan→Do→Check→Action というサイクルにより質の高いサービス等を提供することをふまえると、サービス等利用計画自体の内容もモニタリングを含むこのサイクルにより改善されていくものと考えられます。

現在のところ、サービス等利用計画そのものを評価する基準は存在しませんが、今回本事業が提示する『「サービス等利用計画」の様式と記入上の留意点』（P17～）や『市町村サービス等利用計画点検支援マニュアル』（P85～）を活用することにより、それぞれのケースにおいてその計画が妥当なものであるかを評価していくことが期待されます。今後、一定の基準をクリアした妥当なサービス等利用計画を作成するためには、何よりも、計画を相談支援専門員の占有事項としないで、個人情報保護に配慮しながら、相談支援事業所内において、行政との関係において、サービス等調整会議の場におけるそれぞれのサービス提供事業者等との関係において、「一定の質を確保した計画」という観点から検討することや、さらには、自立支援協議会等において検討する仕組みを構築することが必要です。

第2章 「サービス等利用計画」の様式と記入上の留意点

1. 様式作成の考え方と具体的な活用イメージ

本研究事業における「サービス等利用計画」の様式作成の目的は、平成24年度からの改正自立支援法の施行に伴う支給決定プロセスの見直し、サービス等利用計画の対象者の大幅な拡大を見据え、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できるよう、様式のモデルを提示することです。

この目的をふまえ、「サービス等利用計画」の様式は、市町村が支給決定を行う際に最低限必要と考えられる様式、市町村の担当者と相談支援専門員、その他関係機関がサービス等利用計画の意義や必要性について共有するために最低限必要となる情報を記録する様式として作成しました。

その構成は以下のとおりです。

- | | |
|--------------------------------|---------|
| 1. 様式1-1：サービス等利用計画案 | ☞ P 20～ |
| 2. 様式1-2：サービス等利用計画案【週間計画表】 | ☞ P 24～ |
| 3. 別紙1：申請者の現状（基本情報） | ☞ P 26～ |
| 4. 別紙2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】 | ☞ P 28～ |
| 5. 様式2-1：サービス等利用計画 | ☞ P 30～ |
| 6. 様式2-2：サービス等利用計画【週間計画表】 | ☞ P 32～ |
| 7. 様式3-1：モニタリング報告書（継続サービス利用支援） | ☞ P 34～ |
| 8. 様式3-2：継続サービス等利用計画【週間計画表】 | ☞ P 36～ |

今回の様式は、「サービス等利用計画」の支給決定にあたり最低限必要と考えられる様式であり、従来から障害者ケアマネジメントの業務記録として相談支援専門員が作成していたアセスメントシートやニーズ整理票、サービス等調整会議の議事録等の様式までは踏み込んでいません。これらは、これまでも地域の実情や相談支援専門員の得意分野や専門性を背景に、全国でさまざまな様式が作成されており、新たな様式に移行することは過度な業務負担となる可能性も予想されたからです。

しかし、今回の様式にこうした従来からの障害者ケアマネジメントの業務記録様式が含まれていないからといって、これらの業務記録が不要ということではありません。むしろ、これらの業務記録については、相談支援専門員がその専門性に裏打ちされた業務遂行のエビデンスとして、当然に作成、保存すべきものです。そして、「サービス等利用計画案」の根拠として、必要と判断されるときや市町村から求められたときはサービス等利用計画案と合わせて提出し、また、関係機関と共有すべき情報といえます。

こうした基本的な考え方に基づいて作成した「サービス等利用計画」の様式について、市町村の支給決定プロセスの各段階での具体的な活用イメージは以下の通りです。

図表 6 支給決定プロセスの各段階で市町村に提出する「サービス等利用計画」の様式

支給決定プロセス		「サービス等利用計画」の様式								サービス等調整会議議事録等、独自の様式 アセスメントシート、ニーズ整理票、
		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	
		サービス等利用計画案	サービス等利用計画案（週間）	申請者の状況（基本情報）	申請者の状況（基本情報）（週間）	サービス等利用計画	サービス等利用計画（週間）	モニタリング報告書	継続サービス等利用計画（週間）	
①支給決定前		●	●	●	●					○
②支給決定後						●	●			
③ モニタリング	障害福祉サービスの種類 や量が変更になる場合	●	●	○	○			●		○
	曜日や時間帯、事業者の みが変わる場合			○	○			●	●	○
	特に変更がない場合							●		○

●必須提出、○必要に応じて提出

※従来からサービスを利用しており、改正法に伴い新規にサービス等利用計画を作成する場合で、支給決定の更新に伴い新たに計画を作成する場合は①と同様に扱う。

※従来からサービス利用計画作成費の支給対象となっていて、改正法に伴い引き続きサービス等利用計画作成費の給付対象となる場合は③と同様に扱う。

II. 様式的具体的内容と記入上の留意点

「サービス等利用計画」の様式的具体的内容と記入上の留意点は以下のとおりです。

1. 様式1-1: サービス等利用計画案

様式1-1

サービス等利用計画案

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名			
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者			
地域相談支援受給者証番号							
計画案作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄			
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	①						
総合的な援助の方針	②						
長期目標	③						
短期目標	④						
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	⑥ ⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬
2							
3							
4	⑤ サービス等利用計画案全般						
5							
6							

新規の申請（障害福祉サービスの量の変更を含む）及び変更申請の時に使用する。

障害者の現在の生活の状況等に関する基本情報や個別のアセスメントから導き出された一つ一つの生活課題（ニーズ）を解決し、「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」という利用者が希望する生活を実現していくために、具体的な手段を示しながら一歩ずつ解決していくための計画を表したものである。また、相談支援専門員がアセスメントを通して作成した計画は、市町村が障害福祉サービスの支給決定を行うための根拠となるとも大切なものである。

①利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）

- ・「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」という、利用者が希望する生活の全体像を記載する。
- ・利用者の困り感を利用者と共有した上で、できるだけ利用者の言葉や表現を使い、前向きな表現で記載する。（例：〇〇が必要なため、〇〇をしたい等）
- ・「安定的な生活がしたい」といった抽象的な表現は避ける。
- ・家族の意向を記載する場合、利用者の意向と明確に区別し誰の意向かを明示する。内容的に家族の意向に偏らないように記載し、特に利用者と家族の意向が異なる場合には留意する。
- ・利用者・家族が希望する生活を具体的にイメージしたことを確認した上で記載する。

②総合的な援助の方針

- ・総合的な援助の方針は、アセスメントにより抽出された課題をふまえ、「利用者及び家族の生活に対する意向」を相談支援専門員の立場から捉えなおしたもので、計画作成の指針となるものである。
- ・支援にかかわる関係機関に共通の最終的に到達すべき方向性や状況として記載する。
- ・利用者や家族が持っている力、強み、できること、エンパワメントを意識し、一方的に援助して終わるのではなく、援助することで強みやできることが増える方針を記載する。
- ・表現が抽象的でなく、サービス提供事業所が個別支援計画の方向性やサービス内容を決める際にも参考にしやすいように記載する。

③長期目標

- ・総合的な援助の方針をふまえた長期目標を記載する。
- ・短期目標を一つずつ解決した積み上げの結果として実現できる目標を記載する。
- ・単なる努力目標ではなく、利用者が希望する生活に近づくための目標を記載する。
- ・アセスメント結果や利用者の意向からみて妥当な（高すぎない、低すぎない）目標を記載する。
- ・利用者、家族に分かりやすい（抽象的でない、あいまいでない）目標を記載する。
- ・支援者側の目標を設定したり、サービス内容を目標に設定しない。
- ・半年から1年をめどに記載する。

④短期目標

- ・総合的な援助の方針をふまえた短期目標を記載する。
- ・長期目標実現のための段階的で具体的な目標を記載する。
- ・利用者、家族が見ても具体的に何をするのか分かり、目標達成したかどうか判断できる目標、できるだけ実現可能な内容を記載する。
- ・当面の生活の安定に向けて、利用者ニーズに即し、具体的支援の内容が明確になる目標を設定する。
- ・サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の指標になることを意識して記載する。
- ・支援者側の目標を設定しない。
- ・モニタリング頻度も視野に入れ、直近から3ヶ月までをめどに記載する。

⑤サービス等利用計画案全般

- ・支給決定に直結する項目であるため、解決すべき課題（本人のニーズ）に対応する公的支援、その他の支援を網羅して検討する。
- ・支援を受けながらも利用者が役割をもつこと、エンパワメント支援を意識して記載する。

- ・サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の基礎情報となることを意識して記載する。
- ・関係機関が役割分担を明確にし、利用者の希望や支援の必要性を理解して支援できるよう、計画作成時にはできる限り利用者も含めたサービス等調整会議を開催する。
- ・単に利用者や家族の要望だけに合わせて計画作成するのではなく、相談支援専門員が専門職として利用者の希望する生活を実現するために必要なことは何かを考えて記載する。

⑥ 優先順位

- ・緊急である課題、利用者の動機づけとなる課題、すぐに効果が見込まれる課題、悪循環を作りだす原因となっている課題、医師等の専門職からの課題等を関連付け、まず取り組むべき事項から優先順位をつける。
- ・利用者、家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題から優先するなど、利用者、家族の意向を十分汲み取って記載する。

⑦ 解決すべき課題（本人のニーズ）

- ・「利用者及びその家族の生活に対する意向」「総合的な援助の方針」と連動して記載する。
- ・生活する上でサービスの利用の必要性がない課題（ニーズ）についても網羅し、単にサービスを利用するためではなく、利用者が希望する生活を実現するための課題を記載する。
- ・利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避ける。
- ・漠然としたまとめ方ではなく、利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のニーズとして捉えられるように記載する。
- ・抽象的で誰にでも当てはまるような表現は極力避け、相談支援専門員がアセスメント等を通じた専門職の視点として、その人にとっての必要なことは何かを考え、具体的にその内容を表現する。
- ・課題（ニーズ）の中にサービスの種類は記載しない。

⑧ 支援目標

- ・「解決すべき課題（本人のニーズ）」を相談支援専門員の立場から捉えなおしたもので、支援にかかわる側からの目標として記載する。
- ・短期目標からさらに細分化した具体的な支援目標を記載する。

⑨ 達成時期

- ・段階的に達成できる達成時期を記載する。

⑩ 福祉サービス等

- ・利用するサービスの内容を単に記載するのではなく、具体的な支援のポイント等も記載する。
- ・公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）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む。
- ・インフォーマルサービスが含まれていない場合、直ちに不適切ということはないが、含まれていない理由や、支援の導入を検討することが重要である。
- ・支援に当たっては、福祉サービス等を導入するとともに、本人の出来ていること、強みを活かした計画作成を心がける。
- ・特定のサービスによる偏りがないように作成する。
- ・すべてのサービス種類・内容が同時並行で導入されるとは限らないので、導入順序についても計画性をもつ。

⑪ 課題解決のための利用者の役割

- ・利用者が取り組むべきことをできるだけ具体的に記載する。
- ・利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避ける。
- ・利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のこととして主体的に取り組もうと思えるように記載する。
- ・実効性を適切にアセスメントして、利用者無理な負担がないように留意する。

⑫ 評価時期

- ・設定した支援の達成時期をふまえ、適切な評価時期を設定する。
- ・サービス導入後の変化についてあらかじめ見通しをもち、適切な評価時期を設定する。
- ・サービスが効果的に機能しているかについて初期段階での確認が大切であるため、サービス導入直後のモニタリングは特に留意が必要である。
- ・過剰なサービスにより利用者のエンパワメントが妨げられないよう、適切な時期に必要な性の再評価が必要である。

⑬ その他留意事項

- ・項目で記載しきれない具体的な取り組み等について記載する。
- ・関係機関の役割分担等、サービス提供にあたっての留意事項を記載する。
- ・スケジュールや見通しに対して、対応方法の一貫性が必要な利用者に対しては、家族、事業所間での密な連携が重要であるため、必要に応じて、支援方法を統一するためのサービス等調整会議の開催が求められる。

2. 様式1-2：サービス等利用計画案【週間計画表】

様式第1-2

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号					
計画開始年月					

月

火

水

木

金

土

日・祝

6:00

8:00

10:00

12:00

14:00

16:00

18:00

20:00

22:00

0:00

2:00

4:00

①

②

③

④

主な日常生活上の活動

週単位以外のサービス

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

「様式 1－1：サービス等利用計画案」で示された具体的な支援の内容を、週単位で示した表である。利用者の本来の日常生活の流れを把握した上で、自立支援法のサービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活の流れがどのように変化しているかがわかる。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活の流れを管理することができる。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、支援チームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、連携を図る上で役立つものである。

専門職でない市町村行政担当者であっても、「別紙 2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】」と比較することによって、新たに障害福祉サービスを導入する意義（支援が必要な曜日・時間帯、具体的に必要な支援の内容等）が明確に確認できるように記載する。

サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の参考情報まですべて盛り込むと情報過多となるため、この様式に記入しきれない情報は必要に応じてアセスメント表（相談支援事業所の任意様式）等を添付し、情報を補足する。

① 週間計画表

- ・現時点での 1 週間の生活実態の全体を把握できるようできるだけ具体的に記載する。
- ・公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）とその他の支援（インフォーマルサービス）の違いが分かるように記載する。
- ・起床から就寝までの一日の生活の流れについて、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間（活動内容）、家族や近隣、ボランティア等が支援している時間（誰が、何を、支援しているか）もできる限り切れ目なく記載する。
- ・個々の内容について、誰が（家族など）支援しているか記載する。
- ・夜間・土日は家族等がいるからといってサービスが必要でないとは限らない。家族の介護状況等も記載する。

② 主な日常生活上の活動

- ・週間計画を作成するにあたって重要になる日常生活上の行動や特記事項で、週間計画表に記載しきれなかった情報を記載する。
- ・一日の生活の中で習慣化していることがあれば記載する。
- ・家族や近隣、ボランティア等のかかわりや不在の時間帯等について記載する。
- ・利用者が自ら選んで実施しているプライベートな活動であって、週間計画表に記載されていない日々の生活、余暇活動や趣味等について記載する。
- ・利用者の強みやできること、楽しみ、生活の豊かさに着目して記載する。

③ 週単位以外のサービス

- ・隔週・不定期に利用しているサービスについて記載する。（例：短期入所、住宅改修、通院状況や社会参加等）
- ・医療機関への受診状況などもここに記載する。
- ・週間計画表に記載されていない継続的な支援、サービスについて記載する。（例：権利擁護事業やボランティアや民生委員、近隣による見守り等）
- ・利用者の状態や環境が変化することによって一時的に必要となるサービスについて記載する。
- ・利用者が自ら選んで実施している「主な日常生活上の活動」と異なり、相談支援専門員や市町村行政担当者、サービス提供事業所等が手配しているものを記載する。

④ サービス提供によって実現する生活の全体像

- ・サービス等利用計画を作成し、障害福祉サービスを提供することによって利用者はどのような生活を目指すのか、中立・公平な視点で、相談支援専門員の専門職としての総合的判断を記載する。
- ・計画作成の必要性、サービス提供の根拠が客観的に分かるよう、明快かつ簡潔に記載する。（例：支援の必要性は障害に起因するのか、介護者の状態に起因するのか、地域の環境要因に起因するのか等）
- ・利用者・家族・関係機関等からの情報にはないが相談支援専門員として気になる点、注目すべき点、必要と考える事項等について記載する。

3. 別紙1：申請者の現状（基本情報）

別紙1

申請者の現状（基本情報）

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

1. 概要（支援経過・現状と課題等）

①

2. 利用者の状況

氏 名		生年月日		年 齢	
住 所	・ [持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			電話番号	
				FAX番号	
障害または疾患名		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

②

社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等（役割）

③

生活歴 ※受診歴等含む

④

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

本人の主訴（意向・希望）

⑤

家族の主訴（意向・希望）

⑥

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）	⑦				
その他の支援	⑧				

基本情報表は、申請者の現状をわかりやすくまとめた一覧表というべきものである。相談支援専門員は、障害者や家族からの面接等を通して具体的な情報をまとめる。概要（支援経過・現状と課題等）については、これまでの相談・支援の経過及び現状が記載され、それに基づき今後の支援の方向性を定めるための見立てに必要な基本情報となる。このように基本情報表は、本人の主訴（意向・希望）等を含め、今後の利用者の自立支援にむけたサービス等利用計画を作成するために必要な情報を適切に収集する観点から記載されるものである。

① 1. 概要（支援経過・現状と課題等）

- ・これまでの相談・支援経過および現状、ニーズについて具体的に記載する。
- ・これらを踏まえた今後の取り組み等について具体的に記載する。
- ・相談支援専門員は、サービス等利用計画を作成する前に基本相談として、本人、家族、関係機関等と十分な情報共有を行うとともに、信頼関係をつくり、計画作成に向けての見立てを誤らないように心掛ける。

2. 利用者の状況

② 家族構成

- ・利用者を中心として、家族・親族の構成を記載する（ジェノグラム）。
- ・男性は□、女性は○で表す。
- ・利用者は二重囲いにする（回、◎）。
- ・原則として、年長者、男性を左に配置する。
- ・死去は、黒で塗りつぶす（■、●）。
- ・婚姻関係は―（横線）、離婚は―（横線）を斜めの2本線（//）で切る。
- ・同居の範囲を、実線で囲む。
- ・年齢、職業、主たる介護者、キーパーソン等、利用者を取り巻く家族環境として重要な情報を追記する。

③ 社会関係図

- ・利用者を中心として、支援にかかわる関係機関、関係者を記載する（エコマップ）。
- ・公的機関だけでなくインフォーマルで関わりのある資源も記載する。
- ・強い関係は―（太い実線）、普通の関係は―（細い実線）、弱い関係は…（点線）で表す。
- ・ストレスや葛藤の関係は、×××で表す。
- ・働きかけの方向を→（矢印）で表す。

④ 生活歴

- ・受障歴、発症歴、受診歴などについて記載する。
- ・生活歴は、現在の状況に関連している情報に焦点を当てて記載する。

⑤ 本人の主訴（意向・希望）

- ・生活課題等から整理された主訴等を簡潔に記載する。
- ・利用者の抱えている課題ではなく、利用者の意向・希望（～したい）を記載する。（例：同じ障害のある仲間と交流したい、月2回の通院時に手伝ってほしい等）
- ・できるだけ利用者本人の言葉や表現で記載する。家族や関係機関から聞き取って記載する際は、誰からの情報であるかとそれが利用者本人の主訴であると相談支援専門員が判断した根拠も記載する。
- ・利用者が言語化した主訴だけに頼るのではなく、客観的な様子や利用者にとっては慣習的になっているため気付いていないことも含めて観察する。

⑥ 家族の主訴（意向・希望）

- ・誰の主訴かを記載する。
- ・必要に応じて家族の生活、介護や経済面での負担、人間関係等を記載する。

3. 支援の状況

⑦ 公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）

- ・国、地方公共団体が主体となって実施している公的支援について記載する。
- ・障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス、地域生活支援事業、自立支援医療、介護保険サービス、権利擁護事業（成年後見制度、日常生活自立支援事業）等、現在利用している公的なサービスについて、提供機関・提供者、支援内容、頻度を記載する。
- ・公的年金（障害年金等）、各種手当、生活保護の受給状況についても記載する。

⑧ その他の支援

- ・民生委員や近隣住民による見守り、ボランティア等のインフォーマルサービスについて、提供機関・提供者、支援内容、頻度を記載する。

4. 別紙2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】

別紙2

申請者の現状（基本情報）【現在の生活】

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
				計画作成担当者	

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動	
・	6:00								
	8:00								
	10:00								
	12:00								
	14:00								
	16:00								
	18:00								
	20:00								
	22:00								
	0:00								
	2:00								
	4:00								
									週単位以外のサービス

基本情報表(現在の生活)とは、利用者の生活の1日の流れを週間単位で記載したものである。現在の生活は、利用者及び家族の置かれている状況から生じている生活の困難性や困り感や望む生活があるが実現していない現状の客観的把握を1日の生活の流れや週単位の生活の流れから明らかにするものである。利用者の現在の生活状況の基本情報は、具体的にこのようなサービスや支援が必要であるという基礎になる情報である。

記入上の留意点は、「様式1－2：サービス等利用計画案【週間計画表】」（P24～）に準じる。

5. 様式2-1：サービス等利用計画

様式2-1

サービス等利用計画

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号					
計画作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄	
利用者及びその家族の生活に対する意向 (希望する生活)	↑ ①				
総合的な援助の方針					
長期目標					
短期目標					

優先順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための 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								
3								
4								
5								
6								

障害福祉サービスの支給決定後、決定された内容に基づき「様式 1－1：サービス等利用計画案」を修正・確定し、市町村に提出するものである。
記入上の留意点は、「様式 1－1：サービス等利用計画案」（P20～）に準じる。

①モニタリング期間

- ・市町村が決定したモニタリング頻度を記載する。

32

様式2-2

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号					
計画開始年月					

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
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	
----------------------------------	--

障害福祉サービスの支給決定後、決定された内容に基づき「様式 1－2：サービス等利用計画案【週間計画表】」を修正・確定し、市町村に提出するものである。
記入上の留意点は、「様式 1－2：サービス等利用計画案【週間計画表】」（P 24～）に準じる。

7. 様式3-1：モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

様式3-1

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)										
利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名						
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者						
地域相談支援受給者証番号										
計画作成日		モニタリング実施日		利用者同意署名欄		■				
総合的な援助の方針					全体の状況					
優先 順位	支援目標	達成 時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	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	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	④		⑤	⑥	⑦		⑦			
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4	③ モニタリング結果全般									
5										
6							有・無	有・無	有・無	

モニタリングは、サービス等利用計画に基づいて利用者にサービスが適切に提供されているか、それによって利用者のニーズが充足されているかを確認する過程である。また、利用者の生活全般について新たに対応すべきニーズが生じていないかを、定期的・継続的に見守る過程である。モニタリング報告書は、このようにサービスが適切に利用者に届いているか、利用者に新たなニーズが発生しているか等を、適時、把握するためにモニタリングを実施したときに市町村に提出するものである。

モニタリングの結果で障害福祉サービスの種類や量が変更になるときは支給申請（種類の変更）か変更申請（量の変更）をするよう助言する。

①総合的な援助の方針

・「様式2－1：サービス等利用計画」に記載した総合的な援助の方針を転記する。

②全体の状況

- ・総合的な援助の方針に対する取り組み経過、取り組みの結果としての評価、現在の生活実態・支援による利用者の自立度・生活環境の変化等を踏まえた今後の取り組みの方向性について記載する。
- ・より客観的に状況を把握するため、サービス等調整会議を開催し、利用者と関係機関等が一堂に会して評価することが必要である。

③モニタリング結果全般

- ・以下のような点についてモニタリングを実施し、結果を記載する。
- ＊サービス等利用計画通りにサービスが提供されているか。
- ＊総合的な援助の方針で想定した利用者の生活が実現しているか。
- ＊解決すべき課題（本人のニーズ）が解決し、短期目標、長期目標で掲げた状態に近づいているか。
- ＊サービスの内容について利用者は満足しているか、不満や改善してほしいことはないか。
- ＊期間中に新たな課題が生まれていないか。

④支援目標、達成時期

・「様式2－1：サービス等利用計画」に記載した支援目標、達成時期を転記する。

⑤サービス提供状況

- ・サービス提供の内容、頻度、事業者としての意見等について、サービス提供事業所から聞き取り、記載する。
- ・前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。

⑥本人の感想・満足度

- ・利用者の感想・満足度は、できるだけ利用者の言葉や表現で記載する。
- ・前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。

⑦支援目標の達成度、今後の課題・解決方法

- ・利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、サービス等調整会議で支援目標の達成度について関係者全員で評価した結果を記載する。
- ・未達成の支援目標については、サービス等調整会議において今後達成するための具体的な方策を検討する。

⑧計画変更の必要性、その他留意事項

- ・利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、利用者ニーズ、関係機関の支援、ライフステージ等に変化がないかを確認し、計画変更の必要性についてサービス等調整会議において評価し、その結果を記載する。
- ・計画変更の必要性がある場合、サービス種類・サービス量・週間計画の何を変更するか確認し、留意事項に具体的な変更内容を記載する。
- ・新たな課題が生まれた場合、サービス種類・量の変更を検討する。また、留意事項に新たな課題に対応した支援目標の追加理由、具体的なサービス種類・量の変更概要について記載する。
- ・支援目標が達成されていない場合、現在利用しているサービスの事業者の変更等も検討する。
- ・タイミングを見ながら、本人の強みを活かした自立に向けての支援に切り替えていく。また、スケジュール変更に当たっては、一貫性を欠くことのないように、必要に応じて、別途、支援方法の統一を図るためのサービス等調整会議を開催する。

8. 様式3-2：継続サービス等利用計画【週間計画表】

様式3-2

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号	・				
計画開始年月					

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								週単位以外のサービス
10:00								
12:00								
14:00								
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

モニタリングの結果、サービスの種類や量に変更はなく、曜日や時間帯のみを変更する場合にその変化の部分を記載する様式である。
記入上の留意点は、「様式 1－2：サービス等利用計画案【週間計画表】」（P 24～）に準じる。

第3章 「サービス等利用計画」様式の記入事例

1. 脳血管障害により在宅で引きこもりになっている事例

1. 事例の概要

56歳の男性 脳血管障害後遺症 2年前に脳出血発症、病院での治療が終了し〇〇リハセンターに自立訓練として6か月入所（機能訓練）。退所後、在宅にて介護保険制度のデイサービスを数回使ったが、コミュニケーションがうまくとれず中断、自宅にこもるようになる。本人の意向や社会参加の幅を広げるために、障害者福祉サービスを申請、ヘルパー利用、就労移行支援事業を利用することになった。

2. 利用者の状況

年齢・性別	56歳 男性
障害の状況	脳出血後遺症 右片麻痺 ブローカ失語症（運動性失語）
主な生活歴	高校時代はスポーツで活躍した。大学卒業後、私学の臨時教員として採用され、3年後に常勤となる。その後、中学高等部の教員から昇進試験を受けて、高等部の教頭になる。仕事人間で真正直、家族思いである。
経済状況	病気前は70万円、傷病手当金として6割(420万円) 給付を受けていたが1年半で終了。職場に籍はあるが無収入。 息子はアルバイト、妻は非常勤講師で120万円程度。介護しているので、収入増は見込めない。預貯金や株は2千万円程度。生命保険の入院給付金もあったが、生活費に回った。生命保険の後遺障害が認定されれば、1200万円が入る予定。
健康状況	脳神経外科に月1回通院（抗てんかん剤服用） 高血圧症高脂血症があり内科に月1回通院。体重管理が必要
家族状況	妻と子供3人（20歳大学生・19歳大学生・17歳高校生）の5人暮らし 両親は遠方△△で弟夫婦と同居。近くに妻の妹夫婦が住んでいる。
利用者の主訴	元の生活にもどりたい。働きたい。
特記事項	

3. 相談に至る経緯（背景といきさつ）

急性期回復期リハの治療で回復がみられ、在宅サービスが検討された。介護保険によりデイサービスを受けたが、なかなか自分の気持ちが伝えられず休むようになり、表情が暗くなり家族が心配し介護保険のケアマネジャーに相談した。ケアマネジャーはまだ56歳と若いという点と、家計を支える（家族の大黒柱）という希望のある点などを考えて、障害者相談支援事業所に相談してきた。障害者相談支援事業者は本人と面談して今後のことを一緒に考えることになった。

4. 具体的支援内容・経過

第二号被保険者で介護保険対象のため介護保険申請、要介護Ⅰ
ベッドは中古品を自費で購入、日常生活用具で廊下の手すり・自宅の玄関の手すり設置、入浴補助用具（シャワー椅子）、週2回のデイサービス、週一回の訪問リハでプランが立てられ在宅生活を行うことになった。デイサービスに行くも、失語症のためコミュニケーションうまくいかず、自宅にこもるようになった。
介護保険のケアマネジャーは、Tさんがなぜ閉じこもり状態であるのか本人の気持ちをなかなか聞き出せずにいる。何とか社会参加することで今後の方向性を見出したいということと、少しでも働いて収入を得たいという本人の希望から、ケアマネジャーから障害者相談支援事業所に相談があった。

・
障害者相談支援専門員が本人と話し、「好きで家にいるわけではない」ということは分かった。
その外に、庭いじりが好きなこと、子供の学費や生活費が気になること、パソコン経験の経験を生かせる仕事がしたい、などが聞き取れた。本来は意欲的な性格であることも分かってきた。
一度には無理なので、少しずつ生活の幅を広げ、社会参加の機会が得られたら本人のやる気が増す可能性が高い。

介護保険サービスに加えて障害福祉サービスを利用するために、担当者が集まり、ケア会議を行う。
その結果、障害福祉サービスを申請することになった。また、社会参加や生活の幅を広げるために、余暇活動も検討する。妻も収入を増やすために勤務形態を変更したいなど希望が出てきている。

サービス等利用計画案

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	1234567890			計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				

計画作成日	2012年4月1日	モニタリング期間(開始年月)	3か月間は毎月	利用者同意署名欄	〇〇 〇男
-------	-----------	----------------	---------	----------	-------

利用者及びその家族の生活に対する意向 (希望する生活)	左手を使い、以前のように働き、少しでも家族を養いたい。 趣味のガーデニングを楽しみたい。				
総合的な援助の方針	生活リズムの安定をさせ、社会参加して活動の幅を広げる。 少しでも工賃を稼ぎ、充実した生活を送れるようになる。				
長期目標	就労支援事業所を利用して、就労する。				
短期目標	就労支援事業所に週3回行けるようになる。				

優先順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	右片麻痺があるが体力を維持しながら、働きたい。	一日のスケジュールを決め、体力の向上に努め、週3回就労移行支援事業所に通えるようになる。	6ヶ月	就労移行支援事業所へ週3回、10時から16時まで通う。パソコンによる入力作業を練習する。	就労移行支援事業所への通所日には時間までに準備をする。 その日のボランティアの名前を調べておき挨拶する。	1ヶ月	就労移行事業所への行きはボランティアに送迎をお願いする。帰りは疲れるので事業所が送る。
2	無収入で経済的に家計がひっ迫している。	年金の手続きをする。	3ヶ月	相談支援センターのアドバイスで家族が申請手続きをする。	制度を理解する。 一人で留守番をして、妻が働きに行けるように協力する。	1ヶ月	特別障害者手当の申請 貯金を整理してきちんと把握 生命保険の手続きをすすめる 妻は非常勤講師から塾の教員に転職を考えている。
3	好きなガーデニングを楽しみたい。	昔の仲間と市内のガーデニングへ出かける。	12ヶ月	第1・2・4の月曜日に友人の送迎で2時間程度、ガーデニングのサークルに出かける。	仲間の介助でサークルに参加する。	1ヶ月	
4	運動不足から体重の増加があり、再発作を起こすおそれがある。	高血圧・高脂血症があるので健康管理し、体重を5キロ減らす。	3ヶ月	家の周りを散歩する(1日2回、30分ずつ)	毎日時間を決めて散歩する。	1ヶ月	再発作を予防する。
5	安心してお風呂に入りたい。	週に4回は入浴かシャワー浴をする。	1ヶ月	居宅介護(身体介護)週3回(各1時間) ・入浴の介護 移動支援事業で週1回(2時間) ・外出の支援	・ 外出の計画を立てる。	1ヶ月	居宅介護以外の日については、妻がシャワー浴について見守り等の支援をする。
6	もっとちゃんとはなせるようになりたい。	留守番ができるようになる。	3ヶ月	介護保険サービスによる通所リハ(ST)	通所していない日の自習	1ヶ月	

サービス等利用計画案【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	1234567890			計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	.	短下肢装具でT字杖歩行のため転倒の危険がある。就労支援事業所へ行きはボランティアによる介助をお願いする。
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	起床	休日はゆっくりしたリズムで過ごす。TVを見て過ごしている。
10:00	ガーデニング サークル会 (第1・2・4月曜)	Vによる移動介助		Vによる移動介助	Vによる移動介助	身体介護(入浴)	朝食	
12:00	昼食	就労支援センター △△ (就労移行支援)	昼食	就労支援センター △△ (就労移行支援)	就労支援センター △△ (就労移行支援)	昼食	昼食	
14:00	身体介護(入浴)		身体介護(入浴)			移動支援 (買い物など)		
16:00		事業所の送り		Vによる移動介助	事業所の送り			週単位以外のサービス
18:00							シャワー浴(妻の見守り)	自宅から作業所まで公共機関(JR利用)を利用して一人で通うのは不安なため、県立大学の学生にボランティアをお願いする。
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	毎月、脳外科と内科に通院する。月に2回、通所によるリハ(ST)に通う。
22:00								通院は、市の送迎サービスを利用する。
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	息子と一緒にプールに行行って水中歩行して体力の向上を図る。
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	引きこもり状態になっている生活から、まず、居場所づくりを考え、障害があっても働くことへの意欲を失わないでほしい。工夫すれば働く環境はできる。とっかかりはまず、就労移行支援から検討した。本人ががでるところに着目し、ガーデニングという余暇活動の幅を広げ、充実感を増やしていくことで生活のリズムに変化が起きる。→外へ出ると意識を高め、社会参加の一歩から始める。 まだ未熟だがパソコンができる強みを生かして、持っている力を引き出す場所を提供することで、本人の居場所ができる。活動が広がる。 家族以外のボランティアを導入したのは、移動において、まだ本人の体力面で心配なので、介助できる人を探した。
----------------------	---

申請者の現状(基本情報)

作成日	2012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)

介護保険の介護支援専門員より、「若年の障害のある方。脳血管障害の後遺症で介護保険制度でデイサービスに通っていたが閉じこもりになっている。障害特性を考慮してこの方にあったことはないだろうか、一緒に訪問してほしい。」と相談が持ちかけられた。

発症後2年経過。その間、病院、急性期から回復期でのリハ(P T、O T、S T等)生活訓練を終えて、右片麻痺、短下肢装具装着して屋内はT字杖歩行。ブローカー失語症があったが回復してきており、在宅生活となった。

第二号被保険者で介護保険制度を優先的に受けるようになり、住宅環境を整え、訪問リハ、デイサービスに数回通ったが、その後、いくら誘ってもデイサービスに行こうとしなくなり引きこもり状態になってしまった。

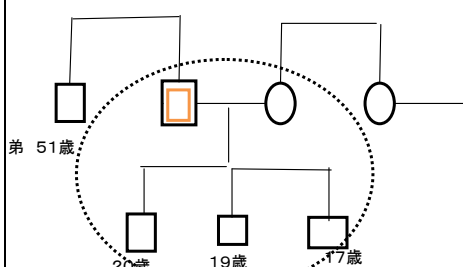
このまま自宅に居続けるとADLの低下となる。休職中だが無収入のため経済的な不安も抱え、妻が働きたいと思っている。

自宅訪問した〇〇相談支援センターが本人の意向を確認し、市役所と検討して、介護保険サービスから障害福祉サービスへの変更の決定があり、生活の基盤の安定を図り、体力面を強化して、社会参加を促し、活動の幅を広げるため、障害者相談支援事業所がサービス等利用計画を作成することとなった。

2. 利用者の状況

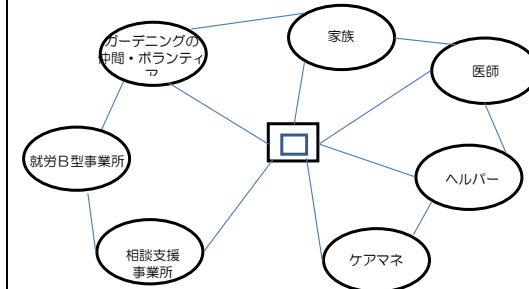
氏 名	〇〇 〇男	生年月日	〇年〇月〇日	年 齢	56歳
住 所	〒****-**** 〇〇市〇〇町**-**	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	
障害または疾患名	脳血管後遺症 右片麻痺	障害程度区分	区分2	性別	男・女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入



大学生の息子2人はアルバイトしながら大学へ通っている。末っ子は高校生。3人とも学費はかかる。あまり語らないが親父思いである。

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

大学卒業後、教員職に就く25歳のころ結婚し3人の子供を育て、家庭生活は順調。
54歳の時に脳出血を発症し手術を受け、入院加療、急性期、回復期リハを経過して、在宅も視野に入れて検討したが、右片麻痺の後遺症、ブローカー失語があり、主治医よりリハセンターにて訓練を続ける必要があるといわれ、会議をして検討したが、「本人は在宅で頑張る」自宅へ帰りたい希望もあり。リハビリスタッフの訓練特に言語療法士の発語のアプローチがスムーズにいて、簡単な単語5つ程度だが、他者とのコミュニケーションができるまで回復した。回復の可能性があり、訪問リハを行う予定になった。また、右片麻痺はあるものの身辺自立ができたので自宅へ帰りたい希望が膨らみ、子供との生活を望んで、退所することになり、介護保険制度によるケアプランが訪問リハ・デイサービスの計画が立てられ在宅生活に至る。数回デイサービスを利用したが自宅で引きこもり状態となる。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

脳神経外科・・・月1回
抗てんかん薬服用(デパケンR)
内科・・・月1回(高血圧・高脂血症)
ペイシン

本人の主訴(意向・希望)

右麻痺がある。少しずつであるが、だいぶ左手が使えるようになってきた。
自宅へ帰りたいと思い帰ってきたが、デイサービスは自分の思うところではない。前のようにはいかないが、できることはしたい。

家族の主訴(意向・希望)

回復期リハで訓練ができ、体が動くようになってきた。しかし、引きこもってしまい、そんなお父さんは見たくない。前のような元気なお父さんが見たい。どこかお父さんにあったところはないだろうか。

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)	介護保険サービスのデイサービス	〇〇事業所	デイサービスで健康管理	週2回	要介護1
	福祉用具のレンタル	福祉用具〇〇事業所	立ち上がり用タッチアップバー 玄関口の手すり、廊下手すり シャワー椅子		
その他の支援	福祉用具〇〇事業所で中古のベッドを安く譲り受けた。 ガーデニングの仲間会 県立大学の学生の外出援助	〇〇事業所 ・ サークル会 学生ボランティア	ベッド ガーデニング鑑賞のガイド	月1回	介護保険制度では現状は福祉用具のサービスがない。

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	起床	起床	起床	起床	起床	起床		短下肢装具でT字杖歩行のため転倒の危険がある。外出を進めるも引きこもりが続く。このままでは体力低下や廃用性症候群になる可能性がある。 動かないことで体重の増加があり、高血圧症や高脂血症に悪い影響が出る。
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食		
8:00							起床	
							朝食	
10:00								
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食		
							昼食	
14:00			入浴（妹の介護）					
16:00								週単位以外のサービス
18:00							シャワー浴（妻の見守り）	
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								

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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画作成日	2011年4月15日	モニタリング期間(開始年月)	3か月間は毎月	利用者同意署名欄	〇〇 〇男
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	左手を使い、以前のように働き、少しでも家族を養いたい。 趣味のガーデニングを楽しみたい。				
総合的な援助の方針	生活リズムの安定をさせ、社会参加して活動の幅を広げる。 少しでも工賃を稼ぎ、充実した生活を送れるようになる。				
長期目標	就労支援事業所を利用して、就労する。				
短期目標	就労支援事業所に週3回行けるようになる。				

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	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	右片麻痺があるが体力を維持しながら、働きたい。	一日のスケジュールを決め、体力の向上に努め、週3回就労移行支援事業所に通えるようになる。	6ヶ月	就労移行支援事業所へ週3回、10時から16時まで通う。パソコンによる入力作業を練習する。	就労支援センター△△(〇〇サービス管理責任者 ***-***-****)	就労移行支援事業所への通所日には時間までに準備をする。その日のボランティアの名前を調べておき挨拶する。	1ヶ月	就労移行事業所への行きはボランティアに送迎をお願いする。帰りは疲れるので事業所が送る。
2	無収入で経済的に家計がひっ迫している。	年金の手続きをする。	3ヶ月	相談支援センターのアドバイスで家族が申請手続きをする。	〇〇相談支援事業所(〇〇相談支援専門員 ***-***-****)	制度を理解する。一人で留守番をして、妻が働きに行けるように協力する。	1ヶ月	特別障害者手当の申請 貯金を整理してきちんと把握 生命保険の手続きをすすめる 妻は非常勤講師から塾の教員に転職を考えている。
3	好きなガーデニングを楽しみたい。	昔の仲間と市内のガーデニングへ出かける。	12ヶ月	第1・2・4の月曜日に友人の送迎で2時間程度、ガーデニングのサークルに出かける。		仲間の介助でサークルに参加する。	1ヶ月	
4	運動不足から体重の増加があり、再発作を起こすおそれがある。	高血圧・高脂血症があるので健康管理し、体重を5キロ減らす。	3ヶ月	家の周りを散歩する(1日2回、30分ずつ)	〇〇総合病院(〇〇医師 ***-***-****)	毎日時間を決めて散策する。	1ヶ月	再発作を予防する。
5	安心してお風呂に入りたい。	週に4回は入浴がシャワー浴をする。	1ヶ月	居宅介護(身体介護)週3回(各1時間) ・入浴の介護 移動支援事業で週1回(2時間) ・外出の支援	〇〇ヘルパーステーション(〇〇サービス提供責任者 ***-***-****)	外出の計画を立てる。	1ヶ月	居宅介護以外の日については、妻がシャワー浴について見守り等の支援をする。
6	もっとちゃんとはなせるようになりたい。	留守番ができるようになる。	3ヶ月	介護保険サービスによる通所リハ(ST)	〇〇総合病院(〇〇医師 ***-***-****)	通所していない日の自習	1ヶ月	・

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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇				
地域相談支援受給者証番号	1234567890								
計画開始年月	2011年5月								
	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動 短下肢装具でT字杖歩行のため転倒の危険がある。就労支援事業所へ行きはボランティアによる介助をお願いする。 ・ 休日はゆっくりしたリズムで過ごす。TVを見て過ごしている。	
	6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床		
	8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食		
	10:00	ガーデニング サークル会 (第1・2・4月曜)	Vによる移動介助	Vによる移動介助	Vによる移動介助	身体介護(入浴)	起床 朝食		
	12:00	昼食	就労支援センター △△ (就労移行支援)	昼食	就労支援センター △△ (就労移行支援)	昼食	昼食		
	14:00	身体介護(入浴)	身体介護(入浴)	身体介護(入浴)	移動支援 (買い物など)				
	16:00	事業所の送り	Vによる移動介助	事業所の送り					
	18:00					シャワー浴(妻の見守り)			
	20:00	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		
	0:00								
	2:00								
	4:00								
	週単位以外のサービス 自宅から作業所まで公共機関(JR利用)を利用して一人で通うのは不安なため、県立大学の学生にボランティアをお願いする。 毎月、脳外科と内科に通院する。月に2回、通所によるリハ(ST)に通う。 通院は、市の送迎サービスを利用する。 息子と一緒にプールに行って水中歩行して体力の向上を図る。								
	サービス提供 によって実現 する生活の 全体像	引きこもり状態になっている生活から、まず、居場所づくりを考え、障害があっても働くことへの意欲を失わないでほしい。工夫すれば働く環境はできる。とっかかりはまず、就労移行支援から検討した。本人ががでるところに着目し、ガーデニングという余暇活動の幅を広げ、充実感を増やしていくことで生活のリズムに変化が起きる。→外へ出るという意識を高め、社会参加の一歩から始める。 まだ未熟だがパソコンができる強みを生かして、持っている力を引き出す場所を提供することで、本人の居場所ができる。活動が広がる。 家族以外のボランティアを導入したのは、移動において、まだ本人の体力面で心配なので、介助できる人を探した。							

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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				

計画作成日	2011年4月15日	モニタリング実施日	2011年6月5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
生活リズムの安定をさせ、社会参加して活動の幅を広げる。 少しでも工賃を稼ぎ、充実した生活を送れるようになる。	障害者自立支援法のサービスを受けるようになって社会参加するようになり生活リズムがついた。

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	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	一日のスケジュールを決め、体力の向上に努め、週3回就労移行支援事業所に通えるようになる。	6ヶ月	朝10時から16時まで(6時間)事業所で過ごすことができた。 パソコンの入力も片手打ちだが入力時間の短縮ができた。	最初は慣れなかったパソコン操作だが、左手で打つスピードが上がった。	入力する内容が簡単なものにはできるようになった。 体力も付き、週3回の通所は無理なくできるようになった。	回数を週3回から4回に変更する。 就労移行支援事業所のサービス管理責任者と連携を取って、本人の能力にあった業務内容に変更してもらう。 工賃が少しアップするか。	有・ ☒ 無	☒ 有 無	☒ 有 無	パソコン業務内容について、テープおこしの入力や学校新聞、塾の教材などの入力に変えて、失語症の訓練を兼ねるとともに自信につなげる。
2	年金の手続きをする。	3ヶ月	年金の手続きは完了。 (妻は求職登録をするとともに、今の職場へも就職あっせんを依頼している。)	収入が少ないと心配。早く働きたい。	手続き完了。 引き続き妻の求職活動についてアドバイスする。	妻が働く時間が増えることで家族関係が希薄にならないか考慮する。	有・ ☒ 無	有・ ☒ 無	有・ ☒ 無	妻の介護負担軽減を図る。
3	昔の仲間と市内のガーデンنگへ出かける。	12ヶ月	ガーデンングは天候にも左右されやすいが、そんな時はDVDを見て楽しんだ。 (友人)	引きこもっていた自分の姿で落ち込む日もあったが、仲間が誘ってくれてよかった。	外出の機会が増えて、活動の幅が広がり、ちょっとしたことが勇気が出てきて、自信がついた。	仲間からの誘いだけでなく、本人から進んで計画ができるようにする方法を考える。上のライセンスにチャレンジする。	有・ ☒ 無	有・ ☒ 無	有・ ☒ 無	ガーデンングの放送大学をTVで視聴して、上のライセンスを取得する。
4	高血圧・高脂血症があるので健康管理し、体重を5キロ減らす。	3ヶ月	4キロ減量できた。このまま運動を継続するように。 (主治医)	再発作が怖いので、注意している。 5キロ減らせそうに思う。	規則正しく運動している。 血圧は正常値を保っている。 油ものを控えたり、食事にも気を使うようになった。	引き続き運動を継続。 定期的な受診。 食事管理、野菜や豆を多く摂取する。	有・ ☒ 無	有・ ☒ 無	有・ ☒ 無	月1回定期
5	週に4回は入浴がシャワー浴をする。	1ヶ月	脱衣は自力、浴槽の出入りは見守りで可能。浴槽内での立ち上がり動作に工夫が必要か。着衣は一部確認が必要。	風呂に入れるのは嬉しい。 訓練に通っている日はシャワー浴で仕方ないか。	回数は、ほぼ達成できた。 本人は毎日入浴したいのではないか？	浴槽内の立ち上がり動作について専門職の意見を得る機会を作る。	有・ ☒ 無	有・ ☒ 無	☒ 有 無	専門職の意見を得るようにする。現在の通院先の外来で可能か確認する。
6	留守番ができるようになる。	3ヶ月	月2回の訓練では単語カードなどを使って訓練を行い、着実な回復が見られている。	言いたいことが伝わるようになってきた。うれしい。	留守番をしていても簡単な用件なら実施できるようになった。伝言メモも書ける。	引き続き訓練を継続する。	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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年7月				

・		月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動 就労支援センターB型では1Tセンターでパソコン操作を行い、文字入力を行う。 パソコン環境を整え、椅子もリクライニングタイプにしてリラックスした。 昼食は事業所の職員がセッティングしてくれ、自力で摂取する。 ガーデニングを昔の仲間と一緒に月3回楽しむ。
	6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床		
	8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	起床	
	10:00	ガーデニング サークル会 (第1・2・4月曜)	Vによる移動介助	Vによる移動介助	Vによる移動介助	Vによる移動介助	身体介護(入浴)	朝食	
	12:00	昼食	就労支援センター△△ (就労移行支援事業)	就労支援センター△△ (就労移行支援事業)	就労支援センター△△ (就労移行支援事業)	就労支援センター△△ (就労移行支援事業)	昼食	昼食	
	14:00	身体介護(入浴)					移動支援(買い物など)		
	16:00		事業所の送り	事業所の送り	Vによる移動介助	事業所の送り			
	18:00						シャワー浴(妻の見守り)		
	20:00	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								

サービス提供によって実現する生活の全体像	就労移行支援事業所の利用を週3回から4回に増やした。元々していた教員の教材のパソコン入力やテープ起こしをすることになった。家族を養うという意欲が出てくる。 中途障害であるが、家族と一緒に生活するという元来のライフステージが取り戻せて笑顔が見られるようになってきた。 持病を持って就労する不安はあるが、仕事を増やし、塾の教材を作成するなどのパソコン入力は、失語症の訓練にもなっている。 パソコン操作は個別に行っているが、流れ作業をすることで仲間意識を高めることになり、職場環境が充実したものになる。 常に誰かのお世話にならないと生活ができないという思いを、少しでもなくし、「自分も役割があるよ」という思いを持ってもらいたい。
----------------------	---

11. 特別支援学校を卒業し、一年を目標に就職に向けて取り組む事例

1. 事例の概要

特別支援学校高等部にて就職に向けての実習を積み重ねてきたが、就職に至らず、卒業を二ヶ月後に控えたところで、相談支援センターに卒業後の支援について、学校及び母親より相談がくる。
その後、本人および母親に、市の福祉担当者、就業・生活支援センターの就労支援ワーカー、就労移行支援事業所サービス管理責任者を交えて、卒業後に向けてのサービス等調整会議を開催する。
その中で、就労移行支援事業所を利用して、おおむね12カ月を目途に就職に向けて取り組んでいくこととなった。

2. 利用者の状況

年齢・性別	18歳 男性
障害の状況	自閉症 障害程度区分3
主な生活歴	3歳で自閉症と診断を受ける。その後保育園に入園、卒園後は、近隣の特別支援学校小学部に入学、高等部より就職に向けて、職場実習を重ね、卒業にいたる。
経済状況	父親の給与収入（会社員）および母親のパート収入で、経済状況としては安定している。
健康状況	おおむね良好
家族状況	父、母、姉との4人家族
利用者の主訴	就労移行支援事業所の支援を受け、就職したい。好きなスイミングにも通いたい。
特記事項	.

3. 相談に至る経緯（背景といささつ）

高等部での実習の状況について、特別支援学校の進路主事及び就業・生活支援センターの就労支援ワーカーより、卒業を二カ月に控えているが、聴覚過敏や集中が続かないなどから就職が難しい状況にあるとの情報提供を受けていた。
その後、進路主事及び母親より卒業時の就職は難しいが、支援を受けていずれ就職をしたいという相談があり、その意向を受けて、卒業後の支援のあり方を検討するため、関係機関を招集し、サービス等調整会議を開催することとなった。

4. 具体的支援内容・経過

高等部では、就職に向けて、「特別養護老人ホーム」での清掃業務、「キノコ生産工場」での紙巻きと収穫作業、「機械部品工場」での簡単な組み立て作業などに取り組んだ。挨拶ができ、困った時には「どうすればいいですか」と周りに相談することができ、仕事を理解し取り組むことができたが、聴覚過敏からくる耳ふさぎ等で場を離れてしまったり、周りに人がいると話しかけたり、集中が途切れる状況等もあり、また、仕事を進めるに当たっては、常時の指示や付き添いが必要であった。
しかし、「キノコ生産工場」では、音の刺激や対人環境の調整が可能な職場環境により、比較的安定して仕事に取り組むことができた。そこで、就労移行支援事業所の支援を受ける中で、一人で一定時間仕事に取り組むことのできる力を育て、おおむね12カ月を目安に、実習で体験した「キノコ生産工場」に就職することを目標として支援に取り組むこととなった。
就労移行支援事業所では、数字が理解できたり、カタカナや簡単な漢字の理解ができる本人の強みを活かし、一定時間、スケジュールに基づいて、一人で仕事のできる組み立てをお願いし、6カ月後にはおおむね、4時間程度の仕事に一人で取り組むことが可能となった。
そこで、9月からは、就労移行支援事業所の事業所外実習として、「キノコ生産工場」に実習を依頼し、実習に取り組むこととなった。
翌年1月より、就業・生活支援センターと連携する中で、ジョブコーチの支援も受けつつ、「キノコ生産工場」で働くこととなった。
また、一方で、家庭では、働く中で賃金を得て、好きな買い物をしたり、本人の得意な水泳を続け、できれば、先輩のように、スペシャルオリンピックスにも挑戦させてみたいという思いがあった。
本人からも、定期的にスイミングスクールに通うことで、余暇を楽しみたいという希望があり、そうした意向を受けて、支援者とスイミングスクールに定期的に通う生活スタイルに向け、週末は居宅介護事業所の支援で、スイミングスクールに通うことで、本人の余暇の充実を図ることとなった。

サービス等利用計画案

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	1234567890			計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				

計画案作成日	2011年4月1日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(当初三カ月) その後3カ月毎	利用者同意署名欄	〇〇 〇郎
--------	-----------	----------------	-------------------	----------	-------

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	高等部卒業と同時に就職は出来なかったけれど、働くための支援を受けながら、早く就職出来るようにしたい。そして、週末は、趣味のスイミングスクールに通ったり、家族と町に買い物に行ったりして、余暇を楽しくすごしたい。できれば、水泳は得意なので、スペシャルオリンピックスにも出てみたい。				
総合的な援助の方針	学校卒業後の新しい生活スタイルになれ、12ヶ月をめどに就職し、余暇も含め、スケジュールに基づいた生活が送れるようになる。				
長期目標	就労移行支援事業を利用する中で、スケジュールに沿って行動し、付き添いがなくても一人で職場に通勤し、仕事が出来ようになる。				
短期目標	卒業後の新しい生活スタイルに慣れ、その中で就労移行支援事業所で支援者の指示がなくとも、文字や数字等でスケジュールが理解でき、一定時間、一人で仕事ができるようになる。				

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1	就職するための支援を受けたい。	職場で半日程度の仕事に一人で取り組める力をつける。	6ヶ月	就労移行支援事業所への通所 月曜日から金曜日まで週5日 午前9時半から午後3時半まで	家族(母親)と朝スケジュール確認をした上で、就労移行支援事業所の送迎バスの乗降場まで歩いていき、そこで事業所の送迎バスに乗り、就労移行支援事業所に通う。	1ヶ月	就労移行支援事業所への通いは、新しい生活スタイルに慣れるまでは、事業所の通所送迎車を利用する。支援に当たっては、就業・生活支援センターと連携を取りながら、事業所外実習のタイミングを探っていく。 また、本人への月間、週間スケジュール提示の方法については、居宅事業所、家族等と連絡を取り合い統一していく。
2	好きなスイミングに通い、余暇を楽しみたい。	支援者の付き添いで、スイミングスクールに週末通える生活スタイルをつくる。	6ヶ月	行動援護 月12時間 毎週土曜日午後1時から4時まで	家族(母親)と週間スケジュールを確認した上で、ヘルパーの支援を受けて、スイミングスクールに通う。	1ヶ月	これまで、家族との外出が中心であったが、支援者と外出する経験を通じて、一人で外出し、余暇を楽しめる方向で、居宅介護計画を作成していく。
3	特別支援学校の卒業生と同窓会で会いたい。	月一回の同窓会に、月間スケジュールに沿って、定期的に参加できるようにする。	6ヶ月	毎月第3日曜日、午前10時から12時まで、同窓会の案内に沿って参加する	家族(母親)と月間スケジュールを確認した上で、特別支援学校の通学時に利用していたバスに乗って同窓会に参加する。	1ヶ月	同窓会には、特別支援学校の経験を活かしてバスを利用する。
4							
5							
6							

サービス等利用計画案【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	1234567890			計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	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	◎家庭で過ごす際の空き時間(帰宅後から夕食まで等)は、自室で好きな雑誌(車、列車関係)を見たり、ゲームで過ごすことになっている。 ・ ◎同窓会に参加しない日曜日は、月間予定で母親と相談の上、月2回の買い物等の外出があり、母親と駅前でのゲーム、デジカメ写真で車や列車撮影、書店で好きな雑誌購入などで過ごすこととなっている。 その際、主たる介護者は母親であるが、父親、姉でも対応が可能。月刊スケジュールが変更にならない限り、家族の対応者がかわっても混乱はない。
8:00	送迎	送迎	送迎	送迎	送迎			
10:00	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所		家族と過ごす(外出等) ※月一回、同窓会へ参加	
12:00								
14:00						行動援護(スイミング)		
16:00	送迎	送迎	送迎	送迎	送迎			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	第3日曜日には、特別支援学校の同窓会で実施している同窓会に参加する。
20:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
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

本人の生活スタイル作りにおける着眼点として、学校卒業による生活環境の変化を見据え、まず何よりも、日中活動の安定を重視した。その際、最終目標である就労につなげていくため、日中活動の場を、有期限の就労移行支援事業所とした。また、就職につなげるための日中活動に意欲的に取り組むために、本人の余暇支援を併せて重視し、在学中から楽しみとしていた、スイミングを定期的に週間プランに位置づけることで、本人が見通しをもって意欲的に生活できるスタイルの確立を支援計画の主眼とした。当該サービスの支給根拠としては、就労移行支援事業は障害特性(自閉症)から、一定の専門的支援を受けて就労につながるために必要なサービスであると判断し、また、行動援護については、本人の社会参加、自立支援に向け、家族介護から家族以外の支援者による支援サービスを提供していくために必要なサービスであると判断した。

申請者の現状(基本情報)

作成日	2011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)

特別支援学校高等部2年生より、就職に向けて春2週間、秋4週間の校外実習に取り組んできた。主な実習先として、きのこ生産工場（きのこの紙巻きと収穫作業）、特別養護老人ホーム（清掃業務）、機械部品工場（簡単な組み立て作業）を経験した。実習に当たっては、高等部進路担当及び就業・生活支援センターの就労支援ワーカーが実習先を定期訪問し、就職に向けての調整を進めてきた。日常の挨拶、身近な大人に困った時にお願いすることができるようになり、また、指示に基づいて一定時間の仕事には取り組むことが出来るようになった。一方で、聴覚刺激に過敏な面があり、耳ふさぎをしてその場を離れしなうことがあり、また、会う人すべてに挨拶をするなど社会性の面で支障も見られた。

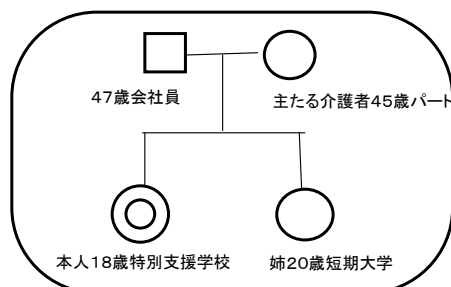
こうした中で、卒業時点における就職は困難であった。

そこで、相談支援専門員は、これまでの経過について、本人、家族、関係機関より聞き取りをする中で、卒業後は、就労移行支援を受けながら、関係機関が一体的に支援をしていく必要があると判断し、本人及び母親、特別支援学校進路担当、市障害福祉担当ケースワーカー、就業・生活支援センター就労支援ワーカー、就労移行支援事業所サービス管理責任者を招集してサービス等調整会議を開催した。その中で、「就労移行支援事業所」の就労移行支援サービスを利用する中で、概ね、12カ月をめどに、本人の得意な面（簡単なカタカナや漢字、数字が読める力等）を活かしながら、付き添い職員がいなくとも、一定程度（おおむね4時間）一人で仕事出来る力を育てる支援に取り組んでいくこととなった。

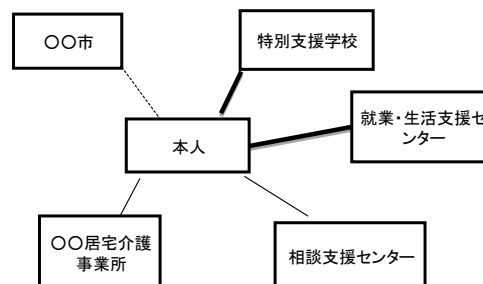
2. 利用者の状況

氏 名	〇〇 〇郎	生年月日	〇年〇月〇日	年 齢	18歳
住 所	〒****-**** 〇〇市〇〇町****			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	自閉症	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



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

〇年〇月、3200gで正常出産。1歳半検診で、言葉の遅れ、こだわり等がみられ、市の療育教室に月2回参加。その中で、保健師より医療受診をすすめられ、3歳で自閉症と診断され、その後、月2回のリハビリ(ST)を受ける。年少より、リハビリと並行して保育園へ通う。保育園では加配の保育士が卒園まで配置される。就学相談により、知的障害養護学校小学部へ入学、高等部からは、徒歩5分のバス停から養護学校までバスで通学する。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等
特になし。

本人の主訴(意向・希望)

支援を受けながら、働ける力を身につけ、就職できるようになりたい。
水泳が好きなので、卒業したらスイミングに通いたい。できればスペシャルオリンピックスにも出てみたい。それと、休みの日は、卒業生仲間との同窓会に参加したり、家族と町に出かけて、駅前ゲーム、買い物、デジカメ写真でいろいろなものを撮影したい。

家族の主訴(意向・希望)

就職出来るようになってほしい。その中で、お金の使い方、一人で通勤できる力をつけてほしい。先輩がスペシャルオリンピックスに出場して活躍した姿をみるにつけ、本人にとって、余暇を充実して過ごすことも大切だと思うので、得意な水泳を活かして、運動を続けてもらいたい。

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援 (障害福祉サービス、介護保険等)	行動援護	〇〇居宅介護事業所	夏休み等の長期休暇中の支援	支援計画に基づく支給決定に沿って実施	
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	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	◎家庭で過ごす際の空き時間(帰宅後から夕食まで等)は、自室で好きな雑誌(車、列車関係)を見たり、ゲームで過ごしている。
	8:00	バス通学	バス通学	バス通学	バス通学	バス通学	家族と過ごす	◎休日は、家族（主に母）と買い物等の外出をしている。	
	10:00	特別支援学校	特別支援学校	特別支援学校	特別支援学校	特別支援学校			
	12:00								
	14:00								
	16:00								バス通学
	18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	週単位以外のサービス 夏休み等の長期休暇中は、平日の日中に、行動援護による支援が提供される。
	20:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
	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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画作成日	2011年4月15日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(当初三カ月)その後3カ月毎	利用者同意署名欄	〇〇 〇郎
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	高等部卒業と同時に就職は出来なかったけれど、働くための支援を受けながら、早く就職出来るようになりたい。そして、週末は、趣味のスイミングスクールに通ったり、家族と町に買い物に行ったりして、余暇を楽しくすごしたい。できれば、水泳は得意なので、スペシャルオリンピックスにも出てみたい。				
総合的な援助の方針	学校卒業後の新しい生活スタイルになれば、12ヶ月をめどに就職し、余暇も含め、スケジュールに基づいた生活が送れるようになる。				
長期目標	就労移行支援事業を利用する中で、スケジュールに沿って行動し、付き添いがなくても一人で職場に通勤し、仕事出来るようになる。				
短期目標	卒業後の新しい生活スタイルに慣れ、その中で就労移行支援事業所で支援者の指示がなくとも、文字や数字等でスケジュールが理解でき、一定時間、一人で仕事ができるようになる。				

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	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	就職するための支援を受けたい。	職場で半日程度の仕事に一人で取り組める力をつける。	6ヶ月	就労移行支援事業所への通所 月曜日から金曜日まで週5日 午前9時半から午後3時半まで	〇〇就労移行支援事業所 (△△ △△指導員 ***-***-****)	家族(母親)と朝スケジュール確認をした上で、就労移行支援事業所の送迎バスの乗降場まで歩いていき、そこで事業所の送迎バスに乗り、就労移行支援事業所に通う。	1ヶ月	就労移行支援事業所への通いは、新しい生活スタイルに慣れるまでは、事業所の通所送迎車を利用する。支援に当たっては、就業・生活支援センターと連携を取りながら、事業所外実習のタイミングを探っていく。 また、本人への月間、週間スケジュール提示の方法については、居宅事業所、家族等と連絡を取り合い統一していく。
2	好きなスイミングに通い、余暇を楽しみたい。	支援者の付き添いで、スイミングスクールに週末通える生活スタイルをつくる。	6ヶ月	行動援護 月12時間 毎週土曜日午後1時から4時まで	××ステーション (〇〇サービス提供責任者 ***-***-****)	家族(母親)と週間スケジュールを確認した上で、ヘルパーの支援を受けて、スイミングスクールに通う。	1ヶ月	これまで、家族との外出が中心であったが、支援者と外出する経験を通じて、一人で外出し、余暇を楽しめる方向で、居宅介護計画を作成していく。
3	特別支援学校の卒業生と同窓会で会いたい。	月一回の同窓会に、月間スケジュールに沿って、定期的に参加できるようにする。	6ヶ月	毎月第3日曜日、午前10時から12時まで、同窓会の案内に沿って参加する	〇〇特別支援学校 (□□教諭 ***-***-****)	家族(母親)と月間スケジュールを確認した上で、特別支援学校の通学時に利用していたバスに乗って同窓会に参加する。	1ヶ月	同窓会には、特別支援学校の経験を活かしてバスを利用する。
4								
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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	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	◎家庭で過ごす際の空き時間(帰宅後から夕食まで等)は、自室で好きな雑誌(車、列車関係)を見たり、ゲームで過ごすことになっている。 ・ ◎同窓会に参加しない日曜日は、月間予定で母親と相談の上、月2回の買い物等の外出があり、母親と駅前でのゲーム、デジカメ写真で車や列車撮影、書店で好きな雑誌購入などで過ごすこととなっている。 その際、主たる介護者は母親であるが、父親、姉でも対応が可能。月刊スケジュールが変更にならない限り、家族の対応者がかわっても混乱はない。
8:00	送迎	送迎	送迎	送迎	送迎			
10:00	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所		家族と過ごす(外出等) ※月一回、同窓会へ参加	
12:00								
14:00						行動援護(スイミング)		
16:00	送迎	送迎	送迎	送迎	送迎			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	第3日曜日には、特別支援学校の同窓会で実施している同窓会に参加する。
20:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
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	本人の生活スタイル作りにおける着眼点として、学校卒業による生活環境の変化を見据え、まず何よりも、日中活動の安定を重視した。その際、最終目標である就労につなげていくため、日中活動の場を、有期限の就労移行支援事業所とした。また、就職につなげるための日中活動に意欲的に取り組むために、本人の余暇支援を併せて重視し、在学中から楽しみとしていた、スイミングを定期的に週間プランに位置づけることで、本人が見通しをもって意欲的に生活できるスタイルの確立を支援計画の主眼とした。当該サービスの支給根拠としては、就労移行支援事業は障害特性(自閉症)から、一定の専門的支援を受けて就労につながるために必要なサービスであると判断し、また、行動援護については、本人の社会参加、自立支援に向け、家族介護から家族以外の支援者による支援サービスを提供していくために必要なサービスであると判断した。
----------------------	---

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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				

計画作成日	2011年4月15日	モニタリング実施日	2011年6月5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
学校卒業後の新しい生活スタイルになれ、12ヶ月をめどに就職し、余暇も含め、スケジュールに基づいた生活が送れるようになる。	卒業後新しい生活スタイルに慣れてきている。まだ、同窓会への参加は実現していないが、基本的には、安定して毎日の就労移行支援事業所への通所及び、週末の行動援護を利用時のスイミングスクールに通うことができています。

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	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	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	就職するための支援を受けたい。	6ヶ月	就労移行支援事業所へは休むことなく通えているが、スケジュールに沿って自ら仕事に取り組む状況には至っていない。	生活が変わったが、通う事業所には、学校時代の先輩や同級生もいるので安心できる。	一人で仕事に取り組める状況には至っていないが、事業所のスケジュールを確認して行動できるようになってきている。	引き続き就労移行支援事業を利用して仕事への自立度を高めていくが、新しい生活スタイルには慣れてきたので、事業所への通所を特別支援学校時代のバスを利用時の通所形態に変えていく。	有 ☒ 無 ☐	有 ☒ 無 ☐	☒ 有 ☐ 無 ☐	朝夕の送迎を路線バスとの併用の形に変更していく。家庭と時間、スケジュール等の確認も含め調整の上実施していく。
2	好きなスイミングに通い、余暇を楽しみたい。	6ヶ月	付き添いが家族から支援者になり、当初戸惑いが見られたが、2週間からは混乱なく通えるようになった。	最初家族でない付き添いで不安だったが、あらかじめ付き添いの人を教えてもらえるので不安でなくなった。スイミングは楽しい。	週末の余暇の過ごし方として定着を図るためには数ヶ月の継続が必要。	引き続き、行動援護を利用時の支援を継続する。	有 ☒ 無 ☐	有 ☒ 無 ☐	有 ☒ 無 ☐	
3	特別支援学校の卒業生と同窓会で会いたい。	6ヶ月	実施が間に合わず、7月からとなり未実施。 (特別支援学校)	同窓会が行われなくて心配。見通しを教えてほしい。早く参加してみたい。	未実施のため、見極めできていない。	7月より実施予定。同窓会からの案内を月間スケジュールに入れ、本人と確認の上実施。	有 ☒ 無 ☐	有 ☒ 無 ☐	有 ☒ 無 ☐	
4	就労移行支援事業所へ路線バスで自ら通えるようになる。	6ヶ月					有・無	有・無	☒ 有 ☐ 無 ☐	特別支援学校時代の路線バスを利用し、降車停留所から事業所までは、事業所の通所送迎バスを利用する。帰りも同様とする。
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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年7月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	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	◎家庭で過ごす際の空き時間(帰宅後から夕食まで等)は、自室で好きな雑誌(車、列車関係)を見たり、ゲームで過ごすことになっている。 ◎同窓会に参加しない日曜日は、月間予定で母親と相談の上、月2回の買い物等の外出があり、母親と駅前でのゲーム、デジカメ写真で車や列車撮影、書店で好きな雑誌購入などで過ごすこととなっている。 その際、主たる介護者は母親であるが、父親、姉でも対応が可能。月刊スケジュールが変更にならない限り、家族の対応者がかわっても混乱はない。
8:00								
10:00	バス・送迎	バス・送迎	バス・送迎	バス・送迎	バス・送迎			
12:00	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所		家族と過ごす(外出等) ※月一回、同窓会へ参加	
14:00						行動援護(スイミング)		
16:00	バス・送迎	バス・送迎	バス・送迎	バス・送迎	バス・送迎			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	第3日曜日には、特別支援学校の同窓会で実施している同窓会に参加する。
20:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
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	卒業後の新しい生活スタイルに慣れた中で、長期目標である、職場に自分で通勤できる力をつけるため、特別支援学校時代にバスを利用できていた強みを活かし、就労移行支援事業所へバスも併用して通うことにより、更に本人の目指す目標に近づくことを計画の主眼とした。そのため、一日・一週間の全体の生活に変化はないが、朝夕の就労移行支援事業所への通う手段については、失敗のないよう、家族・就労移行支援事業所とスケジュール確認を確実にし、実施していくこととした。サービス(就労移行支援事業、行動援護)の支給根拠についての変更はないが、こうした支援計画の見直しを通じて、長期目標として想定している、自ら通勤しつつ、就労を継続し、週末は余暇を楽しめる生活スタイルにより近づくものと期待できる。
----------------------	---

III. 生活環境の変化にともない本人の望む生活の実現に近づいている事例

1. 事例の概要

高校在学中より他者とのコミュニケーションが上手にとれず、いじめにより不登校。高校を中退し両親の紹介でアルバイトをするが継続できず精神科受診。両親の保護のもと引きこもりに近い生活を送ってきた。本人から相談事業所へ電話相談があり、継続的に電話相談が始まる。両親が相次いで他界し、生活環境が激変（姉夫婦との同居）したことを契機に訪問や来所による相談、地域活動支援センターの利用が始まった。その後サービス等利用計画にもとづく支援に繋がる。

2. 利用者の状況

年齢・性別	48歳 女性
障害の状況	統合失調症
主な生活歴	高校はいじめによる不登校で中退。20歳の時に精神科受診し統合失調症と診断。以降は自宅で引きこもりに近い生活を送る。アイドルやアナウンサーに対して何百枚ものファンレターを書いて送る事を繰り返していた。20年間家族以外の人との関わりはほとんどなかった。
経済状況	両親の遺産と姉夫婦からの援助
健康状況	良好。左足に拘縮有り（日常生活には支障ない）
家族状況	両親が相次いで他界。姉夫婦と同居が始まる。
利用者の主訴	アイドルのような可愛い女性になりたい
特記事項	両親が健在のころより電話相談による支援を行っていた

3. 相談に至る経緯（背景といきさつ）

本人より突然電話相談が入る。（在学中から児童相談所やいのちの電話相談を利用しており、他の相談機関から紹介された）電話相談では近況報告や両親への不満、アイドルやテレビの話が中心であった。当初は訪問や来所を促すが、本人と両親から必要ないと拒否。両親が相次いで他界し姉夫婦との同居生活が始まり、姉の負担感が本人のストレスになってくる。本人と姉の了解を得て、訪問や来所、地域活動支援センターの利用を開始。相談事業所に繋がるまでの20年間は家族以外の人との関わりはほとんどなかった事もあり、姉との関係調整や本人の望む生活を見出すために訪問や同行をしながらアセスメントを丁寧に行った。

4. 具体的支援内容・経過

- ・支援開始時には電話相談のみの関わりであった。20年間家族以外の他者との関わりが無かったことに配慮し、本人の話を傾聴しながら関係をつなぐことに徹していた。近況報告やアイドル、アナウンサーといった話題が増えながらも服薬状況や通院先、食事や生活状況（毎日何百枚もファンレターを書いている事、等）のアセスメントを丁寧に行っていた。
- ・両親が相次いで他界したこと、姉夫婦との同居（2世帯）が始まり具体的な生活課題を訴えるようになり定期的な相談支援事業所の利用が始まる。（フリースペースでの食事を促すと積極的に参加するようになり、それがきっかけになる）
- ・フリースペースの利用を通して、本人の生活課題やコミュニケーションの取り方が具体的に分かってくる。（衣類の乱れや食生活）同時に他利用者とのトラブルも多く（恋愛感情や異性の利用者へしつこくしてしまう、等）なってしまう、トラブルを防ぐような支援が中心となってしまう。トラブルを防ぐような支援の脱却と本人の目標を具体化するために支援計画を作成する。
- ・姉夫婦は本人の発症直後に独立しているため、本人の障がいや病気に関する理解がほとんど無い状態。本人に対しても過度な要求や本人の生活スタイルに理解が無いため本人は窮屈な生活を余儀なくされていた。
- ・本人や姉の了解を得て、自宅への訪問（この時点では姉も本人の部屋には入れてもらえていない）を開始。姉との関係修復や本人との関わり方を伝えていく。同時に本人の生活課題が具体的に（夜中の洗濯や冷蔵庫に腐っている物を保管、等）生活支援の必要性を本人と共有。
- ・相談支援事業所との関係が深まってきたこともあり、公的なサービス導入を検討するが本人が拒否。具体的にどのようなサービス内容なのかを体験してもらうために生活サポート事業を活用（相談支援事業所の職員が定期的に家事援助を期間限定で行う）することで、生活が拡がり姉だけではなく、居宅支援事業への繋ぎも円滑に行えた。
- ・現在は日中活動を利用するための実習を行っている。また、本人からグループホームでの生活（自立した生活）の希望が出ているため、実現へ向けた支援を開始。

サービス等利用計画案

利用者氏名	〇〇 〇子	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	1234567890			計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				

計画案作成日	2011年4月1日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(3ヶ月間)	利用者同意署名欄	〇〇 〇子
--------	-----------	----------------	----------	----------	-------

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	幸せだから今のままでいい。でも、家族が自分のことを馬鹿にするのが辛いわ… アイドルのような可愛い女性になりたいわ。ダイヤのように女を磨くのよ作戦で頑張りたい。				
総合的な援助の方針	生活の約束事を体験的に学習することで生活を安定させ、人と関わることで自信や意欲を強めていく。				
長期目標	自信と意欲を高め、本人の希望する生活を具体化していく。				
短期目標	通常の家事のパターンを覚えて姉とのトラブルを減らす。				

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1	清潔で綺麗な女性になりたい。	自分で家事ができるようになる。	3ヶ月	・居宅介護(家事援助)洗濯、掃除、調理(週1回1時間半) ※1ヶ月は相談支援専門員も同行することで丁寧に取り組む ・地域活動支援センターで洗濯、買い物、調理(週1回)	・家事を一緒に行う	1ヶ月	
2	落ち着いた大人の女性になりたい。	定期通院と定期服薬の継続。	3ヶ月	・相談支援事業所による定期面接時に通院と服薬の確認	・時間を決めて薬を飲むよう工夫する。	3ヶ月	
3	家族に馬鹿にされない女性になりたい。	本人や障害について、家族の理解を深める。	6ヶ月	・相談支援事業所による定期訪問を通して、姉に本人への理解を促し、本人のできることを伝えていく	・出来ることを増やす ・自分に自信を持つ ・みんなに優しくする	6ヶ月	
4	おしゃれな女性に見られたい。	年齢に応じた(常識的な)身なりをする。	6ヶ月	・移動支援による衣類や雑貨の買い物同行(週1回1時間半) ・移動支援事業所に相談支援専門員が1ヶ月同行することで丁寧に取り組む	・下着(上)をつける ・流行を調べる ・ヘルパーと買い物に行く	1ヶ月	
5	仕事ができる女性になりたい。	日中活動先を決める。	3ヶ月	・日中活動先の見学を行い、通う先を選定	・朝起きて事業所に行き、行きたい場所ややりたい仕事を見つける	3ヶ月	
6							

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇子	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	1234567890			計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								・日中は趣味の手紙やファンレターを書いて過ごしている。 ・買い物は一人で行えるが、買う物は決まっており（手紙や切手、封筒、等）衣類や日用品は姉が買ってきている。 ・食事は冷凍食品かお弁当を自分で買ってくる（姉が用意してくれたものもあるが、温めたりはせず腐らせてしまうこともある）。 ・土曜日には地域活動支援センターで洗濯を行い（自宅では姉に嫌がられるため）、夕食会では買い物、調理、片付けに参加する。 ・入浴はシャワーを出しっぱなしにしてしまい、お湯を使いすぎてしまう事を姉に指摘されてしまう。
8:00				起床				
10:00	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	朝食 ヘルパー（家事）	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	
12:00								
14:00	昼食 日中活動事業所（選定、見学）	昼食 移動支援（買い物）	昼食 日中活動事業所（選定、見学）	昼食 買い物（食材や雑貨等）	昼食	地域活動支援センター（洗濯、昼食）	昼食 買い物（食材や雑貨等）	
16:00								
18:00	入浴 夕食		入浴 夕食	夕食	入浴 夕食	地域活動支援センター（夕食会）	入浴 夕食	
20:00								
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00								
2:00								週単位以外のサービス ・家事援助や移動支援には相談支援専門員が同行し、本人の安心と事業所への引き継ぎを行う。 ・同行の際に姉に時間を取って貰い、本人の状況や変化を伝えていく。 ・2週間に1回の通院は一人で行ける。
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	・本人の生活体験や人との関わりが希薄な状況を考慮し、色々な体験を通して本人の望む生活を見いだすことを目標とする。そのため、本人の言葉を利用し、本人と具体的な目標を共有していく。 ・公的なサービスや他者に対しての不安や警戒心が強いため、信頼関係のある相談支援センターがサービスのつなぎを丁寧に行っていく。 ・本人の生活（服薬状況）が不安定な状況であり、公的なサービスの導入も初めてなので定期的なモニタリングが必要。 ・生活が安定することによって、服薬も安定し生活基盤が整う。 ・支援者との関わりが増えることにより、自信や意欲が高まり希望する生活が具体化（言語化）出来るようになってくる。 ・本人の生活環境の変化や状況の変化を姉に伝えていくことで良好な関係を築いていける。
----------------------	--

申請者の現状(基本情報)

作成日	2011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)

〇年〇月〇日 本人より突然電話相談が入る(在学中から児童相談所や大人の電話相談を利用しており、他の相談機関から紹介された)。電話相談では近況報告や両親への不満、アイドルやテレビの話が中心であった。当初は訪問や来所を必要ないと拒否していたため、本人の好きな話を中心に傾聴しながら生活状況や通院先、服薬状況といったアセスメントを丁寧に行っていた。両親が相次いで他界し姉夫婦との同居が始まってから、相談支援事業所に遊びに来るようになる。

本人の生活支援や姉への支援の必要性が明確になってきたため、訪問により相談支援を始める。姉は本人が発症直後から別世帯であったため障害や病気に関する理解が弱く、本人は窮屈な生活を送っていた経過がある。そのため、本人の望む具体的な生活を見だし、家族との関係調整を行うために一般相談支援(市からの委託)として支援を開始した。

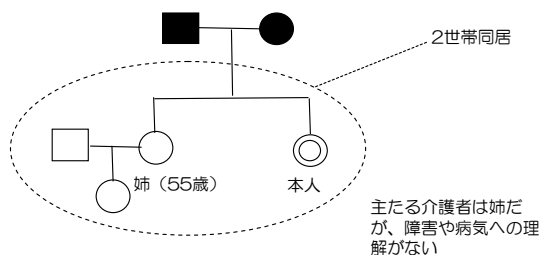
支援においては、本人の体験や他者との関わりの希薄さから希望やニーズの言語化に苦慮する。その為、本人の言葉(〇〇のような女性になりたい)を有効に活用し、抽象的な言葉を具体的に言語化していく作業を本人と行っていた。20年間、家族以外の他者との関わりは無かったことも考慮しながら本人とのつながりを大切にしていき、支援者を増やしていくことを目指した。

相談支援事業において日常生活の技術を身につけるよう支援を続けた結果、姉夫婦も本人の意欲的な姿を見ながら、障害や病気への理解を示すようになってきている。今後は、本人の望む生活を経験に基づいた、より具体的なものに言語化していく支援を進めながら、実現していくことが課題である。同時に生活の不安定さも解消し、生活基盤の安定を構築する必要がある。

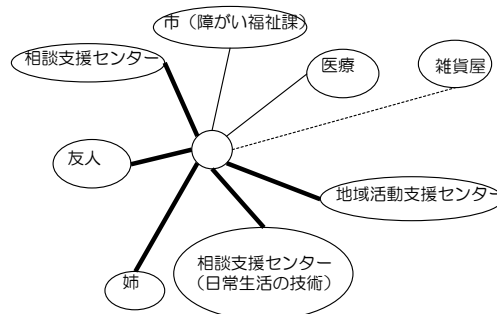
2. 利用者の状況

氏 名	〇〇 〇子	生年月日	〇年〇月〇日	年 齢	48歳
住 所	〒****-**** 〇〇市〇〇町**-**			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	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



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

- 高校はいじめによる不登校で中退。その後両親の紹介でアルバイトを転々とするが続く。本人は人間関係がうまくいかなかったと話しているが、無理矢理行かされていたとも言っていた。
- 20歳の時に両親も就職をあきらめ、精神科受診、統合失調症の診断。その後、家族以外の他者との関わりはほとんどない引きこもりに近い生活が続く。自宅ではアイドルやアナウンサーに毎日大量のファンレターを書き送ることをしていた。通院や近隣への買い物には出かけていた。
- 児童相談所や大人の電話相談(命の電話?)等への電話は頻回にしていたとのこと。
- 生活リズムが崩れており、服薬も自分で調整してしまっている。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

精神科・・・月2回(統合失調症)

本人の主訴(意向・希望)

家族が自分を馬鹿にするのが大変だけど、アイドルのような可愛い女性になりたい。

家族の主訴(意向・希望)

夜中に洗濯したり、洗剤も入れていないようなので家族の洗濯とは別にしてほしい。腐った物も平気で食べてしまう神経が理解できない。早く病院でも施設でも入って欲しい。

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)	・地域活動支援センター	〇〇事業所	夕食の会に参加	週1回	
その他の支援	・日常生活の技術を身に付ける支援	〇〇相談支援センター	一緒に家事をしながら調理、洗濯などの技術を身に付ける。	隔週1回	

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	〇〇 〇子	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			起 床	・日中はファンレターを書いているか、相談機関へ電話をしているか、お弁当などの買い物をしている。 ・深夜に洗濯をしよう。 ・服薬管理ができていないこともあり、生活が不規則になってしまっている。 ・買い物は一人で行えるが、買う物は決まっており（手紙や切手、封筒、等）衣類や日用品は姉が買っている。 ・食事は冷凍食品かお弁当を自分で買ってくる（姉が用意してくれたものもあるが、温めたりはせず腐らせてしまうこともある） ・夕食の会では買い物、調理、片付けに参加する。 ・入浴はシャワーを出しっぱなしにしてしまい、お湯を使いすぎてしまう事を姉に指摘されてしまう
				朝 食			朝 食	
8:00	起 床				起 床			
	朝 食				朝 食			
10:00		起 床						
		朝 食						
12:00			起 床					
	昼 食			昼 食	昼 食		昼 食	
14:00						起 床		
16:00			生活サポート（隔週）					
18:00		買い物	入 浴	買い物		地域活動支援センターの夕食会に参加	買い物	週単位以外のサービス ・定期通院へは一人で行けている。近隣への買い物も一人で行く。 ・地域活動支援センターの夕食会に毎週参加。 ・相談支援センターが訪問して家事などをしながら日常生活の技術を身につけるよう支援（隔週1回、2時間）。
	入 浴				入 浴			
	夕 食	夕 食	夕 食	夕 食	夕 食		夕 食	
20:00			就 寝					
				就 寝			就 寝	
22:00	就 寝							
0:00		就 寝			就 寝	就 寝		
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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画作成日	2011年4月15日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(3ヶ月間)	利用者同意署名欄	〇〇 〇子

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	幸せだから今のままでいい。でも、家族が自分のことを馬鹿にするのが辛いわ… アイドルのような可愛い女性になりたいわ。ダイヤのように女を磨くのよ作戦で頑張りたい。
総合的な援助の方針	生活の約束事を体験的に学習することで生活を安定させ、人と関わることで自信や意欲を強めていく。
長期目標	自信と意欲を高め、本人の希望する生活を具体化していく。
短期目標	通常の家事のパターンを覚えて姉とのトラブルを減らす。

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	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	清潔で綺麗な女性になりたい。	自分で家事ができるようになる。	3ヶ月	・居宅介護(家事援助)洗濯、掃除、調理(週1回1時間半) ※1ヶ月は相談支援専門員も同行することで丁寧な繋いでいく ・地域活動支援センターで洗濯、買い物、調理(週1回)	・〇〇ヘルパーステーション(〇〇サービス提供責任者 ****-****-****) ・〇〇事業所(〇〇さん ****-****-****)	・家事を一緒に行う	1ヶ月	
2	落ち着いた大人の女性になりたい。	定期通院と定期服薬の継続。	3ヶ月	・相談支援事業所による定期面接時に通院と服薬の確認	〇〇相談支援センター	・時間を決めて薬を飲む工夫する。	3ヶ月	
3	家族に馬鹿にされない女性になりたい。	本人や障害について、家族の理解を深める。	6ヶ月	・相談支援事業所による定期訪問を通して、姉に本人への理解を促し、本人のできることを伝えていく	〇〇相談支援センター	・出来ることを増やす ・自分に自信を持つ ・みんなに優しくする	6ヶ月	
4	おしゃれな女性に見られたい。	年齢に応じた(常識的な)身なりをする。	6ヶ月	・移動支援による衣類や雑貨の買い物同行(週1回1時間半) ・移動支援事業所に相談支援専門員が1ヶ月同行することで丁寧に繋いでいく	〇〇相談支援センター	・下着(上)をつける・流行を調	1ヶ月	
5	仕事ができる女性になりたい。	日中活動先を決める。	3ヶ月	・日中活動先の見学を行い、通う先を選定	〇〇相談支援センター	・朝起きて事業所に行き、行きだ	3ヶ月	
6								

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇子	障害程度区分	区分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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
・	6:00							・ 日中は趣味の手紙やファンレターを書いて過ごしている。 ・ 買い物は一人で行えるが、買う物は決まっており（手紙や切手、封筒、等）衣類や日用品は姉が買ってきている。 ・ 食事は冷凍食品かお弁当を自分で買ってくる（姉が用意してくれたものもあるが、温めたりはせず腐らせてしまうこともある）。 ・ 土曜日には地域活動支援センターで洗濯を行い（自宅では姉に嫌がられるため）、夕食会では買い物、調理、片付けに参加する。 ・ 入浴はシャワーを出しっぱなしにしてしまい、お湯を使いすぎてしまう事を姉に指摘されてしまう。
	8:00							
	10:00	起床	起床	起床	朝食	起床	起床	
		朝食	朝食	朝食	ヘルパー（家事）	朝食	朝食	
	12:00							
	14:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
		日中活動事業所（選定、見学）	移動支援（買い物）	日中活動事業所（選定、見学）	買い物（食材や雑貨等）	地域活動支援センター（洗濯、昼食）	買い物（食材や雑貨等）	
	16:00							
	18:00	入浴		入浴		地域活動支援センター（夕食会）	入浴	
		夕食	夕食	夕食	夕食		夕食	
	20:00							
	22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
	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	・ 本人の生活体験や人との関わりが希薄な状況を考慮し、色々な体験を通して本人の望む生活を見いだすことを目標とする。そのため、本人の言葉を利用し、本人と具体的な目標を共有していく。 ・ 公的なサービスや他者に対しての不安や警戒心が強いため、信頼関係のある相談支援センターがサービスのつなぎを丁寧に行っていく。 ・ 本人の生活（服薬状況）が不安定な状況であり、公的なサービスの導入も初めてなので定期的なモニタリングが必要。 ・ 生活が安定することによって、服薬も安定し生活基盤が整う。 ・ 支援者との関わりが増えることにより、自信や意欲が高まり希望する生活が具体化（言語化）出来るようになってくる。 ・ 本人の生活環境の変化や状況の変化を姉に伝えていくことで良好な関係を築いていける。
----------------------	--

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 〇子	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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画作成日	2011年4月15日	モニタリング実施日	2011年6月5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				
生活の約束事を体験的に学習することで生活を安定させ、人と関わることで自信や意欲を強めていく。					公的なサービスの導入により生活（起床時間、定期服薬）が安定。 新しい支援者やサービスも受け入れることができ、安心して笑顔が多くなっている。 姉も本人の姿をみて、今までの考え方に変化が出てきており、相談支援センターをはじめ支援者への信頼が出てきている。				

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	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	清潔で綺麗な女性になりたい。	3ヶ月	ヘルパーとも良い関係を作れている。食べ物の管理や賞味期限の確認は必要。 ・地域活動支援センターには通ってきている。調理等にも積極的に参加するようになってきている。	新しい出会いができて良かった。話が合わないときもあるが、買い物も一緒に行ってくれて助かる。〇〇事業所の他の人たちとも話せて楽しい。	支援者が増え、公的なサービスが導入できた。	本人の生活スキルの把握と、ヘルパーの業務以外の依頼への対応→相談支援事業所が調整を行う。	有・無	有・無	有・無	
2	落ち着いた大人の女性になりたい。	3ヶ月	通院は確実に出来ており、服薬も意識している。生活のリズムが安定してきたが、不安になると薬を飲み過ぎてしまう。	ヘルパーさんや事業所見学の前日には不安で薬を飲み過ぎて起きられないことがある。	生活のリズムがおおむね安定してきている。服薬が不規則になる要因が把握できた。	事前の説明と同行等で本人の安心感を増すようにしていく。	有・無	有・無	有・無	慣れない場所への移動は困難なため、受け入れ先と相談支援事業所で分業し送迎を行う。
3	家族に馬鹿にされない女性になりたい。	6ヶ月	姉の理解が深まってきている。サービス導入に対する安心感もあるよう。	馬鹿にされることが少なくなった。	姉との関係は修復に向かっている。	姉の生活状況が変化していく可能性があり（夫の仕事の都合で引越しなければならぬかもしれない）。	有・無	有・無	有・無	現在の住まいが維持できない状況も考慮。
4	おしゃれな女性に見られたい。	6ヶ月	身なりに気を使い始めており、下着（上）も身につけるようになってきた。	やっぱり人は見た目で判断されると思う。	もっとおしゃれしたいと思うようになっている。	特に課題はない。現在の支援を継続。	有・無	有・無	有・無	
5	仕事出来る女性になりたい。	3ヶ月	見学同行を行い、本人の希望する事業所での実習を開始した。	仕事ができるが不安。周りの人と喧嘩してしまいそうで不安。	本人が地域には色々な人がいて、色々な事業所があることが分かった。	就労移行支援事業の暫定利用を開始する。実習にあたり、事業所までの送迎の確保が必要。	有・無	有・無	有・無	
6	自立した生活をする	6ヶ月	姉の状況を察してか、本人からグループホームへの入居希望がでた。	友人に聞いたのだが、自分のことは自分でできるようになるのが輝く女性だと自分でも思う。そのためにグループホームに行きたい。	実際のホームでの生活と本人のイメージのスレを把握する。	相談支援センターと見学しグループホームでの生活や状況を知ることを提案	有・無	有・無	有・無	姉の状況を考慮し、今後の支援体制の再構築を行う。

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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年7月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								・日中は趣味の手紙やファンレターを書いたりテレビを見て過ごしている。 ・地域活動支援センターは交流を主とした利用になる。 ・実習への送迎は相談支援事業所と実習事業所が分担。
8:00	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床		
10:00	送迎		送迎		送迎	朝食	起床 朝食	
12:00	実習	昼食	実習 (就労移行支援事業)	ヘルパー (家事)	実習 (就労移行支援事業)	昼食	昼食	
14:00		移動支援 (買い物)				地域活動支援センター (交流)		
16:00	送迎		送迎		GH見学 送迎			
18:00	入浴 夕食		入浴 夕食	買い物 夕食	入浴 夕食	地域活動支援センター (夕食会)	買い物 入浴 夕食	
20:00		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 相談支援事業所の定期訪問を月1回行っている。

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

- ・本人の生活体験や人との関わりが希薄な状況を考慮し、色々な体験を通して本人の望む生活を見いだすことを目標とする。そのため本人の言葉を利用し、本人と具体的な目標を共有していく。
- ・本人の姿を通して姉の理解を促進していく。
- ・本人の生活（服薬状況）も安定してきているが、日中活動の実習が入り生活環境が変化しているので定期的なモニタリングが必要。
- ・支援者との関わりを通して姉も本人に理解を示してきている。
- ・支援者との関わりを通して、自信や意欲が高まり希望する生活が具体化（言語化）してきている。
- ・新たなライフステージへの目的（自立した生活）が生じてきた。

IV. 長期入院から地域での生活へ移行し、楽しみを見いだした生活をしている事例

1. 事例の概要

精神科病院に10年以上入院をしていたが、地域で暮らす友人の姿を見て（地域移行時行のピアによる病院訪問活動）自分も地域で暮らしたいと望むようになり、体験利用を通して地域での生活が具体化していき単身生活を開始した。日々の生活の中で本人の望む生活が明確になっていき、フォーマル、インフォーマルなサービスを活用しながら本人の望む生活に近づいていっている。

2. 利用者の状況

年齢・性別	62歳 女性
障害の状況	統合失調症 薬物性パーキンソニズム
主な生活歴	学校を卒業後就職し、数年間働く。（就労中に発症したと思われる）その後単身生活を開始するが病状が悪化し入院。入院中に家族とも疎遠になり、入院が長期化してしまう。地域移行支援から地域定着支援を利用し、地域で単身生活を行っている。
経済状況	入院中に障害基礎年金、生活保護受給。
健康状況	良好。（パーキンソニズムによる手の震えや、歩行がおぼつかない）
家族状況	市内に姉夫婦が在住。本人との連絡はほとんど無く、本人に対しても姉夫婦を頼らないで欲しいと伝えている
利用者の主訴	テレビドラマの主人公のような、強くて優しい女性になって地域での生活を楽しみたい
特記事項	入院前は相談支援事業所がある市に居住しており、市外の病院に入院していた。現在は本市で地域定着支援を利用し、単身生活をしている。

3. 相談に至る経緯（背景といきさつ）

病院のケースワーカーより、10年以上入院している女性が退院を望んでいるとの相談が市障がい福祉課に入る。市から相談支援事業所へ連絡があり、地域移行へ向けた支援を開始する。地域で暮らしている友人の話を聞き（地域移行事業のピアによる訪問活動）自分も地域で暮らせるかもしれないと思ってくれたとのこと。病院のケースワーカーと本人が相談支援事業所に来所しインテーク（初回面接）を行う。本人の退院への希望と不安を受け止め、地域移行支援の説明と地域での暮らしの可能性を提示。本人の意思確認を行い、地域移行支援の利用を開始した。地域での単身生活を地域定着支援を利用しながら継続している。

4. 具体的支援内容・経過

インテーク（初回面接）では、本人の希望と地域での暮らしへの可能性を中心に進めることで支援の目標と見立てを共有。本人の興味のあるテレビドラマや趣味、好きなこと、等を意識してアセスメントすることで具体的な生活イメージを共有していった。（このとき話をしてくれたテレビドラマの主人公の生活が支援目標となっていく）

地域移行へ向けた支援の開始に伴い、市へ個別給付の申請を行う（地域移行支援）。市担当者から制度の説明を受け、申請書類を作成し提出。支給決定が行われ個別給付での地域移行支援を開始。

生活のイメージをより具体化していくために、病院が所有するアパートでの体験利用を開始（本市地域移行事業）する。体験利用の前に本人とリスクマネジメントを丁寧に行い、不安や緊急時に備え宿泊数を増やしていく。体験利用後には必ずモニタリングと病院に戻ってからの変化を通して、地域移行計画の修正を繰り返す。

病院内ではケースワーカーを中心に退院へ向けたカンファレンス（主治医や家族の同意）、地域では関係機関（本人、生活保護担当、受け入れ事業所、病院ケースワーカー、等）とサービス等調整会議を開催。地域の支援者を増やししながら医療と地域が連携をとりながら役割分担を明確にしていく。退院へ向けてのケア会議では、看護師や障がい福祉課も参加し、本人の生活を支援する体制が構築された。退院へ向けて具体的なアパート探し、生活用品の準備、各種申請同行といった直接サービスを行い、引越には病院の看護師、生活保護担当、障がい福祉課も加わり、家具の設置や契約、日用品の整備を行う中で本人の安心へと繋がっていった。

退院してからは地域定着支援の支給決定にもとづき、計画を作成。退院がゴールではなくスタートとなるような地域移行計画を作成していたので、本人と修正を行い地域定着支援計画とする。退院後1ヶ月は集中的な直接サービスを行いながらインフォーマルサービスへとつなげていく。（買い物や諸手続に同行することにより商店街や銀行、お弁当屋さんといった社会資源が広がっていく）同時にフォーマルなサービス（居宅支援事業）との引き継ぎを行うことで、支援者も拡大し、相談支援事業所の役割が緊急対応や突発的な通院時といった対応に限定されてくる。

定期的に自宅へ訪問し、状況を確認しながら関係者を招集しサービス等調整会議を開催。本人の望む暮らしの形（編み物やパッチワークに取り組みたい、等）が変わってきていることに留意し地域での生活を安心して過ごすことから、より本人の望みに沿った生活が出来るような支援になってきている。

サービス等利用計画案

利用者氏名	〇〇 〇美	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	1234567890			計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画作成日	2011年4月1日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(3か月)	利用者同意署名欄	〇〇 〇美
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	テレビドラマの主人公のような強くて明るい生活がしたい。				
総合的な援助の方針	本人の希望する生活の実現と安心した地域での生活を構築する。				
長期目標	安定して生きがいのある生活をできるようにする。				
短期目標	家事など身の回りの生活を、事業者の手を借りてできるようにする。				

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1	安心した地域での生活	体制を整えることで、緊急事態に対応できるようにする。	1年	地域定着支援	緊急事態には電話をする	1ヶ月	
2		食事や入浴を安心して、きちんと行えるようになる。	1年	居宅介護(週2回)家事援助(食事)1時間半と家事援助(食事)+身体介護(入浴)2時間 精神科外来でOTに入浴方法のアドバイスを受ける	買い物リストの作成	1ヶ月	浴室の手すりの設置について検討
3		地域のルールに従ったゴミの出し方を覚える。	3ヶ月	ふれあい収集(玄関の中まで収集に来てくれ安否確認してくれる公的サービス)の利用 相談支援センターでの訪問時、ゴミの分別	ゴミの分別	3ヶ月	
4	健康でいたい	定期通院と貧血の予防をするため定期的に通院する。	6ヶ月	移動サービスで通院(月1回) 食事や日々の健康を本人と関係機関で共有	不調の訴えやSOSの発信	6ヶ月	
5	好きなものや食いたいものを買に行き	近隣の商店へ買い物へ行く 預貯金の引き出しを行う。	3ヶ月	買い物や銀行への同行を通して、地域の支援者を増やしていく	一人で買い物や銀行へ行く	3ヶ月	
6							

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇美	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	1234567890			計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								・自宅では特に何をするのではなく、テレビを付けっぱなしにして一人で過ごすことが多い。 ・買い物はヘルパーさんに依頼しているが、必要に応じて一人で買い物に行く。 ・緊急時や突発的な通院に関しては相談支援事業所に連絡を入れる。 ・大好きなＴＶドラマを朝と昼の２回見るのが楽しみ。 ・衣替えや寝具の調整などは相談支援事業所の定期訪問時に調整する。 ・入浴は一人では不安なため行えない。自分で身体を拭いたり、ドライシャンプーをしている。
8:00	起床 ＴＶドラマ・朝食	起床 ＴＶドラマ・朝食	起床 ＴＶドラマ・朝食	起床 ＴＶドラマ・朝食	起床 ＴＶドラマ・朝食	起床 ＴＶドラマ・朝食	起床 朝食	
10:00	ふれあい収集		外出（買い物）			外出（買い物）		
12:00	ＴＶドラマ・昼食	ヘルパー（家事） ＴＶドラマ・昼食	ＴＶドラマ・昼食	ＴＶドラマ・昼食	ＴＶドラマ・昼食	ＴＶドラマ・昼食	昼食	
14:00	外出（買い物）			外出同行 （相談支援センター）	ヘルパー（入浴・家事）			
16:00								
18:00								
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								週単位以外のサービス ・地域定着支援：定期的な訪問及び緊急事態への対応。 ・定期的な通院に関しては居宅介護事業所の通院同行（月１回）を利用。突発的な通院や支給範囲外の通院は、相談支援事業所が居宅介護事業所を調整するが不可能な場合は自ら対応。 ・通院している精神科病院で作業療法士に入浴方法についてアドバイスを受ける。（相談支援事業所が同行）→手すりの設置を検討する。
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	・本人の描いている「テレビドラマの主人公のような強くて明るい生活」をそのまま支援目標としたことで、本人の生活意欲や、本人の望む生活の具体的内容を共有していく。 ・公的なサービスにつなげるためには本人が安心してサービスを受けられる環境が必要であり、そのためには相談支援センターが繋ぎの役割を担う必要がある。 ・本人と商店や銀行をつなぐため、相談支援センターによる同行支援を実施。 ・サービス導入直後であることと、地域での生活を始めたばかりなので、定期的なモニタリングが必要。 ・長期による病院での生活から地域での生活に不安を抱えているが、支援者や地域と繋がることにより安心が増大していく。 ・地域でサービスを利用しながらの生活を継続することにより自信が身に付き、新たな目標や自分らしい生活の実現に近づく。
----------------------	---

申請者の現状(基本情報)

作成日	2011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)

〇〇年〇〇月〇〇日 病院のケースワーカーから市障害福祉担当を通して、10年以上入院している女性が退院を望んでいると当センターに連絡があった。病院の働きかけにより退院に向けて動く気になったので、手伝いをしてほしいと市に話して、地域移行支援の申請に至ったもの。病院のケースワーカーと本人が相談支援事業所に来所しインテーク(初回面接)を行い、地域移行のためのサービス等利用計画を本人と作成し、体験宿泊等を繰り返しながら、病院のケースワーカー、市障害福祉担当、市生活保護担当、体験宿泊事業所等とサービス等調整会議を重ね退院した。(〇〇年〇〇月〇〇日)

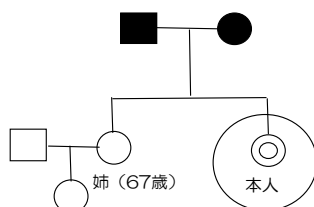
退院後の単身生活において本人の望む地域での生活を継続していくため、緊急時の対応やインフォーマルサービスとのつなぎを中心に、地域定着のためのサービス等利用計画を作成し、地域定着支援を実施し、現在に至る。現在は買い物や調理などの支援も含めて当センターで生活支援を実施している。

今後の課題としては、本人の体力低下により入浴等の日常生活に支障が出てきている。

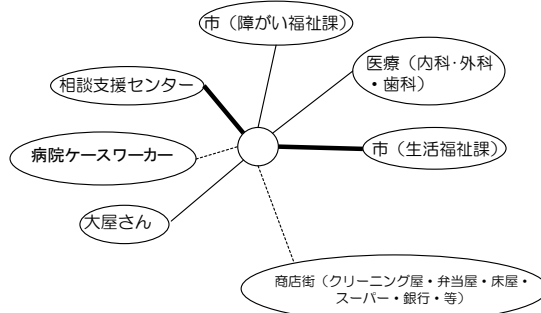
2. 利用者の状況

氏 名	〇〇 〇美	生年月日	〇年〇月〇日	年 齢	62歳
住 所	〒****-*** 〇〇市〇〇町**-**			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		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

高校卒業後就職。20代で単身生活を始める(この頃、会社や近隣との人間関係が起因して統合失調症を発症していたと思われる)。
40代で病状が悪化し、42歳で入院(初診)。その後入院生活が続く。
55歳で退院し、単身生活

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

精神科…月1回(統合失調症、薬物性パーキンソン症候群)
内科…貧血
外科…座骨神経痛

本人の主訴(意向・希望)

テレビドラマの主人公のように強く明るく生活していきたい。
編み物やパッチワークをやってみたい。
お風呂に一人で入っているときに転びそうになって怖いことがある。

家族の主訴(意向・希望)

姉：本人とは極力関わりを持ちたくない。必要最低限以外は連絡しないほしい。

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)	・地域定着支援 (緊急時対応、見守り支援)	〇〇相談支援センター	本人が生活上で困ったことがあったときや不安になったときに電話連絡を受け、必要があれば訪問して支援。	随時	
その他の支援	・調理等家事全般 ・買い物支援	〇〇相談支援センター (商店街、銀行、近隣住民)	日常的な買い物や家事全般の支援を行う。商店や銀行への同行の際には本人と店員や職員とのつなぎを意識して支援を行う。	週2日～3日	手の震え等あり、家事等に支援が必要

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	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								・買い物等、日常生活全般に関する支援は相談支援事業所が同行訪問。 ・緊急時や突発的な通院に関しては相談支援事業所に連絡が入る。 ・大好きなTVドラマを朝と昼の2回見ることが楽しみ。 ・入院生活が長かったため、起床・食事・就寝などの時間は一定している。 ・外に出るのが怖いので、あまり外出はしない。
8:00	起 床	起 床	起 床	起 床	起 床	起 床	起 床	
	TVドラマ・朝食	TVドラマ・朝食	TVドラマ・朝食	TVドラマ・朝食	TVドラマ・朝食	TVドラマ・朝食	朝食	
10:00	買い物・調理等	自宅 (テレビ等)	自宅 (テレビ等)	自宅 (テレビ等)	自宅 (テレビ等)	自宅 (テレビ等)	自宅 (テレビ等)	
12:00	TVドラマ・昼食	TVドラマ・昼食	TVドラマ・昼食	TVドラマ・昼食	TVドラマ・昼食	TVドラマ・昼食	昼 食	
14:00	自宅 (テレビ等)	自宅 (テレビ等)	買い物・調理・ 入浴等	自宅 (テレビ等)		自宅 (テレビ等)	自宅 (テレビ等)	
16:00					買い物・調理等			
18:00								
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								週単位以外のサービス 通院同行（月1回）を相談支援事業所が担っている。
2:00								
4:00								

サービス等利用計画

利用者氏名	〇〇 〇美	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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				

計画作成日	2011年4月15日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(3か月)	利用者同意署名欄	〇〇 〇美
-------	------------	----------------	---------	----------	-------

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	テレビドラマの主人公のような強くて明るい生活がしたい。
総合的な援助の方針	本人の希望する生活の実現と安心した地域での生活を構築する。
長期目標	安定して生きがいのある生活ができるようになる。
短期目標	家事など身の回りの生活を、事業者の手を借りてできるようにする。

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	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	安心した地域での生活	体制を整えることで、緊急事態に対応できるようにする。	1年	地域定着支援	〇〇相談支援センター (〇〇相談支援専門員 ***-***-****)	緊急事態には電話をする	1ヶ月	
2		食事や入浴を安心して、きちんと行えるようになる。	1年	居宅介護(週2回)家事援助(食事)1時間半と家事援助(食事)+身体介護(入浴)2時間 精神科外来でOTに入浴方法のアドバイスを受ける	〇〇ヘルパーステーション(〇〇サービス提供責任者 ***-***-****)	買い物リストの作成	1ヶ月	浴室の手すりの設置について検討
3		地域のルールに従ったゴミの出し方を覚える。	3ヶ月	ふれあい収集(玄関の中まで収集に来てくれ安否確認をしてくれる公的サービス)の利用 相談支援センターでの訪問時、ゴミの分別	市高齢者福祉課(〇〇主任 ***-***-****)	ゴミの分別	3ヶ月	
4	健康でいたい	定期通院と貧血の予防をするため定期的に通院する。	6ヶ月	移動サービスで通院(月1回)食事や日々の健康を本人と関係機関で共有	〇〇ヘルパーステーション(〇〇サービス提供責任者 ***-***-****)	不調の訴えやSOSの発信	6ヶ月	
5	好きなものや食べたいものを買っていく	近隣の商店へ買い物へ行く 預貯金の引き出しを行う。	3ヶ月	買い物や銀行への同行を通して、地域の支援者を増やしていく	〇〇相談支援センター (〇〇相談支援専門員 ***-***-****)	一人で買い物や銀行へ行く	3ヶ月	
6								

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇美	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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年5月				

・		月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動 ・自宅では特に何をするのではなく、テレビを付けっぱなしにして一人で過ごすことが多い。 ・買い物はヘルパーさんに依頼しているが、必要に応じて一人で買い物に行く。 ・緊急時や突発的な通院に関しては相談支援事業所に連絡を入れる。 ・大好きなＴＶドラマを朝と昼の２回見るのが楽しみ。 ・衣替えや寝具の調整などは相談支援事業所の定期訪問時に調整する。 ・入浴は一人では不安なため行えない。自分で身体を拭いたり、ドライシャンプーをしている。
	6:00								
	8:00	起床 ＴＶドラマ・朝食	起床 ＴＶドラマ・朝食	起床 ＴＶドラマ・朝食	起床 ＴＶドラマ・朝食	起床 ＴＶドラマ・朝食	起床 ＴＶドラマ・朝食	起床 朝食	
	10:00	ふれあい収集		外出（買い物）			外出（買い物）		
	12:00	ＴＶドラマ・昼食	ヘルパー（家事） ＴＶドラマ・昼食	ＴＶドラマ・昼食	ＴＶドラマ・昼食	ＴＶドラマ・昼食	ＴＶドラマ・昼食	昼食	
	14:00	外出（買い物）			外出同行（相談支援センター）	ヘルパー（入浴・家事）			
	16:00								
	18:00								
	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								

サービス提供によって実現する生活の全体像	・本人の描いている「テレビドラマの主人公のような強くて明るい生活」をそのまま支援目標としたことで、本人の生活意欲や、本人の望む生活の具体的内容を共有していく。 ・公的なサービスにつなげるためには本人が安心してサービスを受けられる環境が必要であり、そのためには相談支援センターが繋ぎの役割を担う必要がある。 ・本人と商店や銀行をつなぐため、相談支援センターによる同行支援を実施。 ・サービス導入直後であることと、地域での生活を始めたばかりなので、定期的なモニタリングが必要。 ・長期による病院での生活から地域での生活に不安を抱えているが、支援者や地域と繋がることにより安心が増大していく。 ・地域でサービスを利用しながらの生活を継続することにより自信が身に付き、新たな目標や自分らしい生活の実現に近づく。
----------------------	---

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 〇美	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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画作成日	2011年4月15日	モニタリング実施日	2011年6月5日	利用者同意署名欄	〇〇 〇美
総合的な援助の方針			全体の状況		
本人の希望する生活の実現と安心した地域での生活を構築する。			公的なサービスの導入により生活が安定。一人で買い物に行くようになるなどの生活意欲が向上してきている。事業所や近隣住民、商店などとの関係も良好で、買い物に行くとき店員がお財布から必要な金額を取りレシートを入れてくれるようになり、銀行でも本人が行くと職員が来てくれるようになったので、一人での外出が増えている。		

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	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	体制を整えることで、緊急事態に対応できるようにする。	1年	月に1～2回は電話があるが、電話で話せば落ち着くことが多い。実際に訪問するのは月に1回あるかどうか。	不安になって電話したときにはすぐに来てくれるので安心。	本人もすぐ電話をしてくれるので、緊急事態への対応はできている。	現状の内容で問題ない。	有 ☒ 無	有 ☒ 無	有 ☒ 無	〇月〇日 救急隊から連絡があり、本人が道路で転倒し救急病院に搬送。相談支援センターが受診に同行し自宅まで送る。
2	食事や入浴を安心して、きちんと行えるようになる。	1年	本人の希望（食べたいものや好き嫌い）を訴えてくれるようになり、サービス中の笑顔が増え、会話も弾んでいる。	食事もおいしく食べられて、安心。ヘルパーさんとの関係も良好でサービスの日が楽しみ。お風呂の入り方が分かった。	食事と入浴が安心して行える環境が構築された。	高齢化に伴う健康面に不安がある。関係機関で情報を共有していく。浴室の手すりの設置を検討する。	有 ☒ 無	有 ☒ 無	有 ☒ 無	浴室の手すりの設置を進める。
3	地域のルールに従ったゴミの出し方を覚える。	3ヶ月	時折、分別が出来ていないことがある。収集時間が少しでも遅れると、不安になってしまう様子。	毎週来てくれるので安心。	分別の意識は高くなってきている。	時間に関しては、不安なときに相談支援事業所に連絡をしてもらうようにする。	有 ☒ 無	有 ☒ 無	有 ☒ 無	
4	定期通院と貧血の予防をするため定期的に通院する。	6ヶ月	入浴時のふらつきや、顔色が悪いときが見られる。	時折ふらっとしてしまうことがある。歯が痛いので受診したい。	本人と関係機関で状況を共有するための体制がとれた。体調が不良な時が増えた。	通院について月1回であったが週1回必要になったので、支給量の増が必要。同じ日に歯科も受診。	有 ☒ 無	有 ☒ 無	有 ☒ 無	通院の増加に伴い、通院同行の支給量を変更。緊急的な通院の際には相談支援事業所と居宅支援事業所で対応。
5	近隣の商店へ買い物へ行く。預貯金の引き出しを行う。	3ヶ月	訪問時や本人の報告から、生活用品や衣類の購入を一人でやっていることが分かる。	一人で買い物や銀行に行ってみたが、みんな優しくしてくれた。	近隣への買い物や銀行などの利用は出来るようになった。近隣住民や商店との良好な関係を本人が構築。	公共交通機関の利用には同行が必要。	有 ☒ 無	有 ☒ 無	有 ☒ 無	
6	編み物やパッチワークをやりたい	6ヶ月	編み物やパッチワークを昔やっていたので、また始めたい。			福祉サービスだけではなく、民間のサークルや教室を見学してみる。	有 ☒ 無	有 ☒ 無	有 ☒ 無	相談支援事業所と見学先を選定。毛糸を用意し自宅で始めてみる。

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇美	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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年7月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
・	6:00							・自宅ではテレビを付けっぱなしで一人であることが多いが、編み物や衣類や手紙、書類の整理等を行うようになった。 ・緊急時や突発的な通院に関しては相談支援事業所に連絡が入る。 ・入浴は一人では不安。自分で身体を拭いたり、ドライシャンプーをしている。
	8:00	起床 TVドラマ・朝食	起床 TVドラマ・朝食	起床 TVドラマ・朝食	起床 TVドラマ・朝食	起床 TVドラマ・朝食	起床 朝食	
	10:00	ゴミ収集		外出（買い物、銀行、クリーニング、等）			外出（買い物、銀行、クリーニング等）	
	12:00	TVドラマ・昼食	ヘルパー（家事） TVドラマ・昼食	TVドラマ・昼食	TVドラマ・昼食	TVドラマ・昼食	昼食	
	14:00		通院同行（内科・歯科）		ヘルパー（入浴・家事）			
	16:00							
	18:00							
	20:00	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	
	0:00							
	2:00							
	4:00							
								週単位以外のサービス
								相談支援事業所とサークルや教室を見学予定。

サービス提供によって実現する生活の全体像	・本人の描いている「テレビドラマの主人公のような強くて明るい生活」をそのまま支援目標としたことで、本人の生活意欲や、本人の望む生活の具体的内容を共有していく。 ・本人の生活（行動範囲）の広がりが見られてきており、編み物などの趣味への意欲につながってきている。反面、加齢による体力的な低下も現れているため、定期的なモニタリングが必要。 ・通院同行を増やしたことで、不定期だった通院が定期的に行われるようになった。 ・インフォーマルな資源（大家さんやお弁当屋さん、信用金庫）が上手に繋がり、利用できている。 ・地域生活への不安が安心に変わり、自信へと繋がったことで余暇活動や趣味といった楽しめる時間ができた。
----------------------	--

V. 発達障害と診断され子育てについて不安を抱いている母子家庭の事例

1. 事例の概要

3歳児健診時、多動で落ち着きがなく課題に取り組むことができず、「発達が気になる」と指摘された。個別の発達相談を勧められたが、不安な気持ちで帰宅して相談にも行けず日々子育てに悩んでいた。知人から相談支援センターを紹介され、思い切って電話をしたことから総合的な子育て支援を受けることとなった。総合的な支援を経て、小学校へ入学し、生き生きとした学校・地域生活を送っている。

2. 利用者の状況

年齢・性別	3歳 女児
障害の状況	発達障害(AD/HD)
主な生活歴	〇年〇月2800gで正常出産。母親は育児休暇を取り1年間育児に専念した。その後、復職し本児は〇〇保育園に入園。〇年（本児2歳時）に離婚。1歳半健診では異常を指摘されなかった。3歳児健診で発達が気になると指摘される。その後、〇〇相談支援センターに相談し、支援が始まる。発達相談で小児科を受診し、ADHDと診断される。
経済状況	母親の収入と養育費で経済的には安定している。
健康状況	体調は、安定している。
家族状況	母・本人・弟の3人家族。 近所に母方の祖父母が住んでいて協力的。
利用者の主訴	発達の特性にあった支援を受けることにより、子育ての不安を解消し、楽しい園生活や家庭・地域生活を送りたい。
特記事項	母子家庭で、仕事と育児の両立のため、精一杯の生活を送っている。

3. 相談に至る経緯（背景といきさつ）

母親から「子育てに自信がない。」との電話を受ける。3歳児健診で〇子ちゃんが「発達が気になる」との指摘を受けたが、誰にもどこにも相談することなく悶々と悩み過ごしたことや、家庭や保育園での様子など、子育ての不安や悩みが訴えられた。電話相談を受け、母親の不安な様子を察知し、すぐに相談支援専門員が家庭を訪問し、母親から直接話を聞いた。

4. 具体的支援内容・経過

家庭を訪問してみると、〇子ちゃんは落ち着きがなく家の中で動き回っていた。「道路に飛び出すし、買物の時も手を離すと居なくなり目が離せない。」等、母親から子育ての不安や悩みが訴えられた。

3歳児健診を担当した市こども課保健師と通園している保育園の保育士から、健診時の状況と発達について気になる点を確認した。基本的な情報を収集した上で、サービス等調整会議を開催（母親、相談支援専門員、市子ども課保健師、保育園保育士、市障害福祉担当の5人）。〇子ちゃんへの発達支援と家族支援を組み合わせた支援方向を確認し、障害児等療育支援事業を活用し、訪問療育による発達・家族支援と施設支援による保育園への支援を組み合わせることで実施することとなった。障害児等療育支援事業の訪問スタッフによるサービス等調整会議を開催し、大まかな支援方針を決定した。スタッフは、市子ども課保健師、相談支援専門員と地域の療育スタッフ（児童発達支援センター支援員、臨床心理士）。

地域の専門スタッフによる定期的・継続的な相談支援の実施により、母親の子育てに対する不安が軽減された。母親は、さらに〇子ちゃんの発達に合った支援の必要性を感じ専門機関での診断を希望したため、発達に詳しい小児科医を紹介した。小児科を受診し、AD/HDの診断を受け、児童発達支援センターの利用を勧められた。

2か月に1度のサービス等調整会議を実施してきたが、小児科医からの勧めと母親からの希望もあり、児童発達支援センターを見学した。母親は、一人ひとりの発達に合わせたきめ細やかな個別支援や利用している保護者の話を聞き児童発達支援センターの利用を希望した。母親の希望に基づき、保育園と児童発達支援センターの利用に向けての調整を行った。保育園を利用しつつ児童発達支援センターに併行通園する内容で、母親とともに、市障害福祉課に申請することとなった。市障害福祉課から障害児支援利用計画案を提出するよう指示があったので、相談支援専門員が作成した計画案を提出し、支給決定となった。当初、1か月に1度、その後、3か月に1度のモニタリングを行い、サービス等の調整を行った。

障害児支援利用計画案

利用者氏名	〇〇 〇子	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
保護者氏名	〇〇 △子	本人との続柄	母		
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890			計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画案作成日	2011年4月1日	モニタリング期間(開始年月)	月1回/3か月間	利用者同意署名欄	〇〇 △子

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	今は、お友達とのコミュニケーションをとるのが苦手で、トラブルが多くて困っているけれど、お友達とのかかわり方を身につけて、楽しい保育園生活を送りたい。やさしい行動や、落ち着いた行動を身につけさせたい。(母) 子育ての不安を解消し、楽しい家庭・地域生活を送りたい。(母)
総合的な援助の方針	〇子ちゃんの発達の特性にあった支援を受けることにより、子育ての不安を解消し、楽しい保育園生活や家庭・地域生活が送れるようになろう。
長期目標	〇子ちゃんの発達の特性にあった支援を受け、将来の見通しを持ち、母親の子育て不安を解消し、楽しい保育園生活や家庭・地域生活が送れるようになろう。
短期目標	障害児等療育支援事業を引き続き活用し、保育園と児童発達支援センターの併行通園を実施することにより、発達の特性にあった支援を受けながら、楽しい保育園生活や家庭・地域生活が送れるようになろう。

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1	お友達とうまく遊んだり、優しい行動を身につけさせたい(母)	コミュニケーションをうまくとれるようになる。そのために発達・療育支援を受ける。	6ヶ月	保育園に加え児童発達支援センター併行通園(2回/週) 保育所等訪問支援事業(1回/月) 障害児等療育支援事業 訪問療育(1回/月)	送迎(母、祖父母)	1ヶ月	送迎時祖父母の協力
2	子育ての不安を解消したい。(母)	子育ての仕方や対応の仕方を身につける。	3ヶ月	子育て教室(1回/月) 訪問療育(1回/月)		3ヶ月	
3	子育ての仲間がほしい。(母)	子育て支援サークルに参加して仲間を見つける。	3ヶ月	子育て支援サークル(1回/月)		3ヶ月	
4	利用できるサービスを知りたい。(母)	福祉サービスの情報や社会資源を知る。	随時	相談支援専門員を中心に情報を得る(随時)	どのような情報が必要なのか、気がついたときにメモしておく。(母)	1ヶ月	
5							.
6							

障害児支援利用計画案【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇子	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
保護者氏名	〇〇 △子	本人との続柄	母		
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890			計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食			・〇〇保育園の水曜日の迎えと木曜日の〇〇児童発達支援センター送りは祖父母の協力 ・水曜日の夕食は、祖父母宅
8:00						起床・朝食	起床・朝食	
10:00	送り	送り	送り	送り(祖父母)	送り			
12:00	〇〇保育園	〇支援児童センター	〇〇保育園	〇支援児童センター	〇〇保育園	昼食	昼食	
14:00								週単位以外のサービス ・障害児等療育支援事業による訪問療育（1回/月 毎月第2土曜日） ・保育所等訪問支援事業（1回/月） ・絵本の読み聞かせ会（毎月第3日曜日）
16:00		〇〇保育園		〇〇保育園			買物	
18:00	迎え	迎え	迎え(祖父母)	迎え	迎え			
20:00	夕食	夕食	夕食(祖父母宅)	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								

サービス提供によって実現する生活の全体像	児童発達支援センターの併行通園と保育所等訪問支援事業の利用により、発達特性にあった専門的な療育支援と相談支援を受けることになり、楽しい保育園、家庭、地域生活が送れるよう支援することを主眼に支援計画を作成した。 本計画に基づき、本人への発達支援と家族支援を組み合わせ実施することにより、子育ての不安を解消し、自信と見通しを持って子育てを行うことができる。
----------------------	--

申請者の現状(基本情報)

作成日	2011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)

3歳児健診時、多動で落ち着きがなく課題に取り組むことができず「発達が気になる」と指摘された。個別の発達相談を勧められたが不安な気持ちで帰宅し子育てに悩む日々を送っていた。知人から「専門の相談機関に相談してみては？」とのアドバイスを受け、相談支援センターに思い切って電話をしたことから相談支援が始まった。

相談支援センターの相談支援専門員と健診を担当した市子ども課保健師が家庭訪問を実施。家庭や保育園での様子を聞き、基本的な情報を収集した上で、サービス等調整会議を開催した。(母親、相談支援専門員、市子ども課保健師、保育園保育士、市障害福祉担当)

サービス等調整会議の結果、障害児等療育支援事業の訪問療育と施設支援事業を活用して家庭と保育園への専門スタッフによる支援を開始することとなった。その後、専門の小児科を受診し、AD/HDの診断を受け、児童発達支援センターでの専門的な療育支援を勧められた。母子家庭で母親は、正社員としてフルタイムで働いているため疲れている。

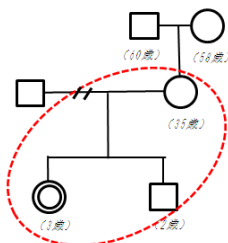
こうした経過を経て、児童発達支援センター利用にあたり、「障害児支援利用計画」を作成し総合的な支援を開始することとなった。

2. 利用者の状況

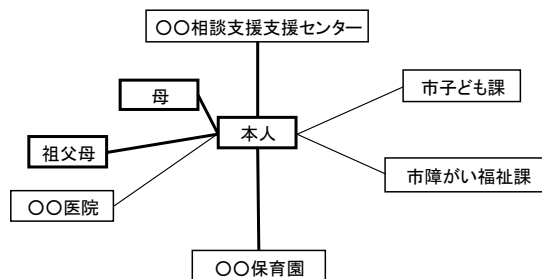
氏 名	〇〇 〇子	生年月日	〇年〇月〇日	年 齢	3歳
住 所	〒****-**** 〇〇市〇〇町**-**			電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	[持家・ <u>借家</u> ・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他]			FAX番号	
障害または疾患名		障害程度区分	〇	性別	男・ <u>女</u>

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入

- ・母と2人の子どもの母子世帯 ・車で15分程度の場所に祖父母が住んでいる
- ・母親の職業は、〇〇KKの事務職 ・2人の子どもは〇〇保育園利用中



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

〇年〇月2800gで正常出産。母親は育児休暇を取り1年間育児に専念した。その後、復職し本児は〇〇保育園に入園。〇年(本児2歳時)に離婚。1歳半健診では異常を指摘されなかった。3歳児となり多動で行動が激しく、買い物等で苦勞する。3歳児健診で発達が気になる指摘されたが誰にも相談できなかった。その後、〇〇相談支援センターに相談し、支援が始まる。障害児等療育支援事業を利用する。発達相談で小児科を受診し、AD/HDと診断される。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

特記事項なし

本人の主訴(意向・希望)

- ・お友達とうまく遊びたい。

家族の主訴(意向・希望)

- ・お友達との関わり方を身につけてほしい。
- ・落ち着きのなさや激しい行動がおさまってほしい。
- ・たまにはゆっくり休みたい。

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)	保育 障害児等療育支援事業	〇〇保育園 〇〇相談支援センター	・保育 ・施設支援、訪問療育	毎日 1回/月	
その他の支援		・祖父母の協力	・保育園の送迎 ・絵本の読み聞かせ会	・1回/月	

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		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	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食			・母親は、〇〇株式会社で正社員(事務職)として勤務している。 ・2年前に離婚し母子家庭。 ・月～金まで〇〇保育園を弟とともに利用している。 ・祖父母が時々保育園の送迎の協力をしてくれる。 ・水曜日は、保育園の迎えの後、祖父母宅で夕食を食べている。 ・母子家庭でフルタイムで働き子育てをしているため疲れている。 ・買い物の時、多動で目が離せないため、祖母の協力を得て、休日に食材をまとめて買っている。 ・仕事と育児の両立のため、精一杯の生活を送っている。 ・2回/月程度、休日は、祖父母宅で過ごす。
8:00						起床・朝食	起床・朝食	
10:00	送り	送り	送り	送り	送り			
12:00	〇〇保育園	〇〇保育園	〇〇保育園	〇〇保育園	〇〇保育園	昼食	昼食	
14:00								
16:00							買物	週単位以外のサービス ・障害児等療育支援事業による〇〇保育園への施設支援(1回/月)と訪問療育による家族支援(1回/月) ・絵本の読み聞かせ会(毎月第3日曜日)
18:00	迎え	迎え	迎え	迎え	迎え			
20:00	夕食	夕食	夕食(祖父母宅)	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								

障害児支援利用計画

利用者氏名	〇〇 〇子	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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画作成日	2011年4月15日	モニタリング期間(開始年月)	月1回/3か月間	利用者同意署名欄	〇〇 △子
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	今は、お友達とのコミュニケーションをとるのが苦手で、トラブルが多くて困っているけれど、お友達とのかかわり方を身につけて、楽しい保育園生活を送りたい。やさしい行動や、落ち着いた行動を身につけさせたい。(母) 子育ての不安を解消し、楽しい家庭・地域生活を送りたい。(母)				
総合的な援助の方針	〇子ちゃんの発達の特性にあった支援を受けることにより、子育ての不安を解消し、楽しい保育園生活や家庭・地域生活が送れるようになる。				
長期目標	〇子ちゃんの発達の特性にあった支援を受け、将来の見通しを持ち、母親の子育てで不安を解消し、楽しい保育園生活や家庭・地域生活が送れるようになる。				
短期目標	障害児等療育支援事業を引き続き活用し、保育園と児童発達支援センターの併行通園を実施することにより、発達の特性にあった支援を受けながら、楽しい保育園生活や家庭・地域生活が送れるようになる。				

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	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	お友達とうまく遊んだり、優しい行動を身につけさせたい(母)	コミュニケーションをうまくとれるようになる。そのために発達・療育支援を受ける。	6ヶ月	保育園に加え児童発達支援センター併行通園(2回/週) 保育所等訪問支援事業(1回/月) 障害児等療育支援事業 訪問療育(1回/月)	〇〇児童発達支援センター(〇〇児童指導員 ***-***-****)	送迎(母、祖父母)	1ヶ月	送迎時祖父母の協力
2	子育ての不安を解消したい。(母)	子育ての仕方や対応の仕方を身につける。	3ヶ月	子育て教室(1回/月) 訪問療育(1回/月)	市子ども課(〇〇主任 ***-***-****) 訪問療育は〇〇児童発達支援センター		3ヶ月	
3	子育ての仲間がほしい。(母)	子育て支援サークルに参加して仲間を見つける。	3ヶ月	子育て支援サークル(1回/月)	〇〇の会(〇〇さん ***-***-****)		3ヶ月	
4	利用できるサービスを知りたい。(母)	福祉サービスの情報や社会資源を知る。	随時	相談支援専門員を中心に情報を得る(随時)	〇〇相談支援センター(〇〇担当 ***-***-****)	どのような情報が必要なのか、気がついたときにメモしておく。(母)	1ヶ月	
5								
6								

障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇子	障害程度区分	〇	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	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食			・〇〇保育園の水曜日の迎えと木曜日の〇〇児童発達支援センター送りは祖父母の協力 ・水曜日の夕食は、祖父母宅
8:00						起床・朝食	起床・朝食	
10:00	送り	送り	送り	送り(祖父母)	送り			
12:00	〇〇保育園	〇支援センター 児童発達	〇〇保育園	〇支援センター 児童発達	〇〇保育園	昼食	昼食	
14:00								
16:00		〇〇保育園		〇〇保育園			買物	週単位以外のサービス ・障害児等療育支援事業による訪問療育(1回/月 毎月第2土曜日) ・保育所等訪問支援事業(1回/月) ・絵本の読み聞かせ会(毎月第3日曜日)
18:00	迎え	迎え	迎え(祖父母)	迎え	迎え			
20:00	夕食	夕食	夕食(祖父母宅)	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								

サービス提供によって実現する生活の全体像	児童発達支援センターの併行通園と保育所等訪問支援事業の利用により、発達の特性にあった専門的な療育支援と相談支援を受けることになり、楽しい保育園、家庭、地域生活が送れるよう支援することを主眼に支援計画を作成した。 本計画に基づき、本人への発達支援と家族支援を組み合わせ実施することにより、子育ての不安を解消し、自信と見通しを持って子育てを行うことができる。
----------------------	--

モニタリング報告書(継続障害児支援利用援助)

利用者氏名	〇〇 〇子	障害程度区分	・	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
保護者氏名	〇〇 △子	本人との続柄	母		
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				

計画作成日	2011年4月15日	モニタリング実施日	2011年6月5日	利用者同意署名欄	〇〇 △子
-------	------------	-----------	-----------	----------	-------

総合的な援助の方針	全体の状況
〇子ちゃんの発達の特徴にあった支援を受けることにより、子育ての不安を解消し、楽しい保育園生活や家庭・地域生活が送れるようになろう。	〇〇児童発達支援センターを併行通園で利用し、サービスを組み合わせて支援を開始したことにより、子育ての不安が少し解消された。祖父母の障害理解もすすみ、協力的である。就学への不安が出てきている。

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	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	コミュニケーションをうまくとれるようになる。 そのために発達・療育支援を受ける。	6ヶ月	併行通園を祖父母の協力で順調に継続中 保育所訪問等支援事業利用中 障害児等療育支援事業利用中	新しい環境に慣れ、友達もできた。 楽しそう。 家庭での対応に少し自信がでてきた。 (母)	併行通園と保育所等訪問支援事業利用により発達・療育支援が始まり、本人、母親ともに少しずつ安定。 発達支援の充実希望。	発達の状況により、今後、併行通園の頻度について検討し、児童発達支援センターを週3回に変更。 OTによる訓練。	有・ ☒ 無	☒ 有・無	☒ 有・無	就学への不安解消のため特別支援教育コーディネーターの支援。 〇〇小児科でのOTによる訓練。
2	子育ての仕方や対応の仕方を身につける。	3ヶ月	子育て教室に参加 訪問療育継続中	相談できる場所と人ができ安心。 (母)	専門家のアドバイスにより対応が少し楽になった。	訪問療育を2カ月に1回に変更。	有・ ☒ 無	☒ 有・無	☒ 有・無	
3	子育て支援サークルに参加して仲間を見つける。	3ヶ月	子育て支援サークルへは、1回参加	疲れていて1度しか参加できなかった。 (母)	時間的な余裕がなくあまり活用できていない。	無理せず、可能な範囲での活用。	有・ ☒ 無	有・ ☒ 無	有・ ☒ 無	
4	福祉サービスの情報や社会資源を知る。	随時	相談支援センターで情報提供	社会資源がわかって安心した。 (母)	利用できるサービスや社会資源の概要がわかった。	活用のための支援	有・ ☒ 無	有・ ☒ 無	有・ ☒ 無	
5							有・無	有・無	有・無	
6							有・無	有・無	有・無	

継続障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇子	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
保護者氏名	〇〇 △子	本人との続柄	母		
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890	利用者負担上限額	9300円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	2011年7月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食		・〇〇保育園の水曜日の迎えと木曜日の〇〇児童発達支援センターの送りは祖父母の協力 ・水曜日の夕食は、祖父母宅 ・訪問療育時特別支援教育コーディネーターによる支援
8:00	送り	送り	送り	送り(祖父母)	送り	送り	起床・朝食	
10:00	〇〇保育園	〇支援児童センター	〇〇保育園	〇支援児童センター	〇支援児童センター	〇〇保育園		
12:00						迎え	昼食	
14:00								週単位以外のサービス ・障害児等療育支援事業による訪問療育(1回/2月 第2土曜日) ・保育所等訪問支援事業(1回/月) ・絵本の読み聞かせ会(毎月第3日曜日) ・〇〇小児科OTによる療育訓練(2回/月 第1・第3土曜日)
16:00		〇〇保育園		〇〇保育園	〇〇保育園		買物	
18:00	迎え	迎え	迎え(祖父母)	迎え	迎え			
20:00	夕食	夕食	夕食(祖父母宅)	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								

サービス提供によって実現する生活の全体像	継続障害児支援利用計画の実施により、障害児等療育支援事業を引き続き活用し、児童発達支援センターの利用回数を多くし保育園との併行通園を実施することにより、発達の特性にあった支援を受けながら、楽しい保育園生活や家庭・地域生活が送れるようになることを計画の主眼とした。 母親のレスパイトのために、土曜日に保育園を利用することにより、子育てと生活にゆとりを取り戻すことができ、OTによる専門的な療育支援の実施により、ソーシャルスキルの向上も期待できる。 就学への不安があることから、特別支援教育コーディネーターによる相談支援を受けることを新たに付け加え、就学へつなぎの準備を計画の主眼に盛り込んだ。
----------------------	--

第4章 市町村サービス等利用計画点検支援マニュアル

1. 基本的な考え方

1. 目的

サービス等利用計画点検支援マニュアルは、サービス等利用計画の作成がケアマネジメントのプロセスを踏まえて、障害者の「自立支援」に資する適切なサービス等利用計画となっているかを、相談支援専門員が自分で検証し確認するとともに、市町村等の担当者が基本となる事項について相談支援専門員とともに検証し確認しながら相談支援専門員の「気づき」を促すとともに「本人の意思を尊重するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り、根拠に基づいたサービス提供を支援するために行うものです。

2. サービス等利用計画点検に当たっての基本姿勢

市町村は、サービス等利用計画点検を行うに当たって、以下の点を十分に踏まえて行う必要があります。また、前提として、相談支援とは中立・公平性のもと、相談支援専門員が利用者に寄り添い、希望する生活を実現する手助けをするものであり、将来的には相談支援専門員の支援がなくても地域で自立した生活を送れるようにするためのものであることを十分認識しておくことが必要です。

- ① 点検に際して事業所側の事務の負担を考慮し、資料等は必要最小限なものとする。
- ② サービス等利用計画を形式的に点検するのが目的ではないので、空欄があったからといって直ちにそれが問題となるわけではない。
- ③ 点検作業は一方向ではなく双方向で行い、相談支援専門員と担当者がともに確認しあう姿勢で臨むとともに、課題を共有することが大切である。
- ④ 相談支援専門員がどこに悩み、つまづいているのかを把握し点検を通して「気づき」を促すことが大切である。
- ⑤ 相談支援専門員を批判するのではなく一緒にレベルアップを図る方法であることを認識する。
- ⑥ 相談支援専門員が、再度点検を受けてみたいと感ずることができるよう、市町村として継続的に支援していく姿勢が大切である。
- ⑦ 地域特性を意識しながら、市町村として地域で何が課題になっているのかを考察しながら進めていくことが大切である。
- ⑧ 計画の根拠について確認を一緒に行う「振り返りの作業」を実施し、次回からの計画作成に役立つように、適切な計画作成の視点・気づきを促すことが重要である。
- ⑨ 点検を効率的に実施する為に必ずしもすべてのサービス等利用計画に関して点検する必要はなく、抽出して適切な計画と不十分な計画の差異を明らかにする等目的をもって行うことが重要である。
- ⑩ 相談支援専門員が利用者の課題を一人で抱え込んでいないか、点検にあたって確認することも大切である。

障害者の自立支援に向けたサービス等利用計画の作成で重要なことは、相談支援専門員がケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、専門家として判断の根拠を示した上でサービス等利用計画作成ができているかどうかです。

このマニュアルは、それらを可能な限り理解しやすいように作成してありますが、基本的な事項を示したものにすぎません。このマニュアルを参考に、その趣旨を理解した上で、各市町村が創意工夫して、事務負担にも配慮した独自のものを作成することが望まれるところです。そしてこのマニュアルを通じ、市町村と地域の相談支援専門員が連携して「障害者の意思を尊重した質の高いケアマネジメント」が実現されることを期待します。

3. 「サービス等利用計画点検支援マニュアル」の構成について

- | | |
|--------------------------------|----------|
| 1. 様式1-1：サービス等利用計画案 | ☞ P 90～ |
| 2. 様式1-2：サービス等利用計画案【週間計画表】 | ☞ P 94～ |
| 3. 別紙1：申請者の現状（基本情報） | ☞ P 96～ |
| 4. 別紙2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】 | ☞ P 98～ |
| 5. 様式2-1：サービス等利用計画 | ☞ P 98～ |
| 6. 様式2-2：サービス等利用計画【週間計画表】 | ☞ P 98～ |
| 7. 様式3-1：モニタリング報告書（継続サービス利用支援） | ☞ P 99～ |
| 8. 様式3-2 継続サービス等利用計画（週間計画表） | ☞ P 101～ |

上記の各表において押さえておきたい基本事項に関して解説をつけてありますので必要に応じ活用します。

各様式について、「概要」→「確認事項」→「解説：留意事項」→「確認ポイント」いう構成で作成しています。それぞれの事項についての説明は、以下のとおりです。

(1) 概要

それぞれの様式の概要（それは何なのか）がコンパクトにまとまっています。概要については、作成の目的も含めて記載されています。

作成の目的を理解した上で、点検作業を行うことはより効果的であり効率性を高めます。

(2) 確認事項

それぞれの様式における確認すべき事項が挙げられています。

(3) 解説：留意事項

それぞれの項目ごとに押さえておきたい目的（ねらい）に対して、解説では具体的にどのような視点で検証・確認を実施していく必要があるのかを解説しています。点検・確認する市町村がここを十分に理解する事により、相談支援専門員とそれぞれの事項について共通理解をもって検証・確認することができるようになります。

また、補足の説明や確認していく事項について、誤解が生じないように留意してもらいたいことを記載しています。

(4) 確認のポイント

それぞれの項目ごとの目的（ねらい）に応じた内容が、押さえられているかどうかを確認するものとして具体的な確認のポイントが示されています。市町村が活用するほか、相談支援専門員の自己点検項目としても活用できます。ただし、この項目はあくまでも例示として示したものです。

4. サービス等利用計画点検支援マニュアルの活用方法について

(1) 解説

あらかじめ、サービス等利用計画点検時の事前準備として、『サービス等利用計画点検支援の実際』を参考に、提出されたサービス等利用計画が確認項目の内容を踏まえて作成しているかを検証・確認します。確認した内容が、「曖昧な表現でわかりにくい」、「視点の押さえ方が不十分」等感じた場合には、再度、『サービス等利用計画点検支援の実際』の各項目の該当部分の解説を参考にしながら、点検作業に移ります。

(2) 手順

①相談支援事業所からサービス等利用計画書の回収

(一連のサービス等利用計画に係る書類及びアセスメント表)

【回収する場合の抽出方法の例】

- ・各障害種別に無作為に抽出
- ・特定の法人のみを利用している利用者を抽出
- ・多様なサービスを組み合わせている利用者を抽出
- ・各事業所の専門員1人に対して、複数の計画を回収
- ・障害程度区分が高い割には支給量が低い利用者を抽出
- ・新人の相談支援専門員の計画を抽出
- ・特定のサービスを一定以上利用している者を抽出
- ・介護保険サービスを併用している者を抽出
- ・その他地域の特性等を勘案して抽出等

②事前準備：事前点検、疑義事項の整理

- I) 市町村は『サービス等利用計画点検支援の実際』を参考に、提出されたサービス等利用計画を点検します。
- II) 内容が曖昧で不十分だと思えたり疑問が生じた項目等についてチェックします。
- III) 『サービス等利用計画点検支援の実際』を参考に疑問が生じた項目等に関して、確認作業を実際の面談の場面で行うことができるよう整理し準備しておきます。
- IV) 疑義が生じた項目は可能な範囲で相談支援専門員に事前に知らせることにより、面談の時間を有効に使うことも大切です。

【確認方法の例】

- ・課題が明確でない、目標とサービスが連動していない、根拠のないサービスが入っていることはないか等を把握する。
- ・ニーズのアセスメントが不足していたり、根拠に基づく視点が欠如しているのではないかとと思われるような項目や計画書の中身について、疑義の整理をしておく。
- ・質問の内容を整理しておく。疑問を感じる計画の場合には、利用者の「要望」を十分聞いて作成した計画なのか、アセスメントの内容や視点は十分理解できているが、サービス等利用計画に上手く記載できなかっただけなのか等を確認するために、アセスメントに関する項目につい

て質問し内容を詰めておく。

- ・適切な計画についての考え方等の助言内容等を考えておく。

③相談支援専門員との面談：「対話方式」による相談支援専門員との協働点検作業

あらかじめサービス等利用計画の点検をしていた時にチェックしておいた事項について、質問を通して確認していきます。相談支援専門員の回答を聞きながら、共に利用者への理解を深め、適切な計画としていくために、何が必要かを一緒に考えていく姿勢で臨みます。

最終的には、相談支援専門員の「気づきの」部分を活かしつつ、確認し修正が必要と思われた部分についてサービス等利用計画の修正を行い、次回のサービス等利用計画作成に活かしてもらいます。

④回答の整理・分析

点検作業を通じて相談支援専門員からの回答を聞き取り、記載しておくことにより各質問項目に対するさまざまな回答が集積します。それらを整理、分析することにより地域の相談支援専門員の課題が見えてきます。

⑤課題の克服：支援システムの構築

分析の結果でてきた課題に対して、その克服の為にどのようにすれば可能となるのか支援システムの構築を検討します。

II. サービス等利用計画点検支援の実際

1. 様式 1-1 : サービス等利用計画案

(1) サービス等利用計画案とは

障害者の現在の生活の状況等に関する基本情報や個別のアセスメントから導き出された一つ一つの生活課題（ニーズ）を解決し、「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」という利用者が希望する生活を実現していくために、具体的な手段を示しながら一歩ずつ解決していくための計画を表したものです。また、相談支援専門員がアセスメントを通して作成した計画は、市町村が障害福祉サービスの支給決定を行うための根拠となるととても大切なものです。

(2) 確認項目

利用者及び家族の生活に対する意向（希望する生活）、総合的な援助の目標（長期目標・短期目標を含む）、援助計画（優先順位、解決すべき課題（本人のニーズ）、支援目標、達成時期、福祉サービス等（種別・内容・量）、課題解決の本人の役割、評価時期、その他の留意事項

(3) 解説：留意事項

- サービス等利用計画案の作成の前提は、アセスメントにより本人の生活課題（ニーズ）が適切に把握されていることです。
- 総合的な援助の方針は、アセスメントにより抽出された課題をふまえ、「利用者及び家族の生活に対する意向」を相談支援専門員の立場から捉えなおしたもので、計画作成の指針となるものです。
- サービス等利用計画案は、利用者が望む生活に向かって、障害者自身が積極的に役割を果たしながら、福祉サービス提供事業者等と協働して作成していくものです。
- また、サービス等利用計画案は、目標を明確にして、計画的に、体系的にそれぞれ支援に係る者が役割分担を明確にして実行していくためのものです。

(4) 確認のポイント

1. 利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）になっているか確認

- ☐ 「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」という利用者が希望する生活の全体像が記載されているか。
- ☐ 利用者の困り感を相談支援専門員が利用者と共有した上で、できるだけ利用者の言葉や表現を使い、前向きな表現で記載されているか。（例：○○が必要なため、○○をしたい等）
- ☐ 「安定的な生活がしたい」といった抽象的な表現は避けているか。
- ☐ 家族の意向を記載する場合、利用者の意向と明確に区別し誰の意向かを明示しているか。
- ☐ 内容的に家族の意向に偏らないように記載し、利用者と家族の意向が異なる場合には留意して記載されているか。
- ☐ 利用者・家族が希望する生活を具体的にイメージしたことを確認した上で記載しているか。

2. 総合的な援助の方針になっているか確認

- ☐ 支援にかかわる関係機関が、共通の最終的に到達すべき方向性が記載されているか。
- ☐ 利用者や家族が持っている力、強み、できること、エンパワメントを意識し、一方的に援助

して終わるのではない方針となっているか。

☐表現が抽象的でなく、サービス提供事業所が個別支援計画の方向性やサービス内容を決める際にも参考にしやすいものになっているか。

3. 長期目標

☐総合的な援助の方針をふまえた長期目標になっているか。

☐短期目標を一つずつ解決した積み上げの結果として実現できる目標になっているか。

☐単なる努力目標ではなく、利用者が希望する生活に近づくための目標となっているか。

☐アセスメント結果や利用者の意向からみて妥当な（高すぎない、低すぎない）目標となっているか。

☐利用者、家族に分かりやすい（抽象的でない、あいまいでない）目標となっているか。

☐支援者側の一方的な目標の設定であったり、サービス内容が目標に設定されていない計画となっていないか。

☐半年から1年をめどとした記載になっているか。

4. 短期目標

☐総合的な援助の方針をふまえた短期目標となっているか。

☐長期目標実現のための段階的で具体的な目標を記載しているか。

☐利用者、家族が見ても具体的に何をするのか分かり、目標達成したかどうか判断できる目標、できるだけ実現可能な内容を記載しているか。

☐当面の生活の安定に向けて、利用者ニーズに即し、具体的支援の内容が明確になる目標を設定しているか。

☐サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の指標になることを意識して記載しているか。

☐モニタリング頻度も視野に入れ、直近から3ヶ月までをめどに記載しているか。

5. サービス等利用計画案表について

☐解決すべき課題（本人のニーズ）に対応する公的支援、その他の支援を網羅して検討されているか。

☐支援を受けながらも利用者が役割をもつこと、エンパワメント支援を意識して記載されているか。

☐サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の基礎情報となることを意識して記載されているか。

☐関係機関が役割分担を明確にし、利用者の希望や支援の必要性を理解して支援できるよう、計画作成時にはできる限り利用者も含めたサービス等調整会議を開催しているか。

☐単に利用者や家族の要望だけに合わせて計画作成するのではなく、相談支援専門員が専門職として利用者の希望する生活を実現するために必要なことは何かを考えて記載されているか。

6. 優先順位

- ☐緊急である課題、利用者の動機づけとなる課題、すぐに効果が見込まれる課題、悪循環を作りだす原因となっている課題、医師等の専門職からの課題等を関連付け、まず取り組むべき事項から優先順位をつけているか。
- ☐利用者、家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題から優先する等、利用者、家族の意向を十分汲み取って記載しているか。

7. 解決すべき課題（本人のニーズ）

- ☐「利用者及びその家族の生活に対する意向」「総合的な援助の方針」と連動して記載しているか。
- ☐生活する上でサービスの利用の必要性がない課題（ニーズ）についても網羅し、単にサービスを利用するためではなく、利用者が希望する生活を実現するための課題を記載しているか。
- ☐利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避けているか。
- ☐漠然としたまとめ方ではなく、利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のニーズとして捉えられるように記載しているか。
- ☐抽象的で誰にでも当てはまるような表現は極力避け、相談支援専門員がアセスメント等を通じた専門職の視点として、その人にとっての必要なことは何かを考え、具体的にその内容を表現しているか。
- ☐課題（ニーズ）の中にサービスの種類は記載されていないか。

8. 支援目標・達成時期

- ☐「解決すべき課題（本人のニーズ）」を相談支援専門員の立場から捉えなおしたもので、支援にかかわる側からの目標として記載されているか。
- ☐短期目標からさらに細分化した具体的な支援目標を記載しているか。
- ☐段階的に達成できる達成時期を記載しているか。

9. 福祉サービス等

- ☐利用するサービスの内容を単に記載するのではなく、具体的な支援のポイント等も記載しているか。
- ☐公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）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。
- ☐インフォーマルサービスが含まれていない場合、直ちに不適切ということはないが、含まれていない理由や、支援の導入を検討しているか。
- ☐支援に当たっては、福祉サービス等を導入するとともに、本人の出来ていること、強みを活かした計画作成を心がけているか。
- ☐実効性を適切にアセスメントして、利用者に無理な負担がないように留意しているか。

10. 評価時期

- ☐設定した支援の達成時期をふまえ、適切な評価時期を設定しているか。
- ☐サービス導入後の変化についてあらかじめ見通しをもち、適切な評価時期を設定している

か。

- ☐ その他留意事項の項目で記載しきれない具体的な取り組み等について記載されているか。
- ☐ サービス提供にあたって関係機関の役割分担等が明確になっているか、また、そのためのサービス等調整会議が開催されているか

2. 様式1－2：サービス等利用計画案【週間計画表】

(1) 週間サービス計画表とは

「様式1－1：サービス等利用計画案様式2－1：サービス等利用計画」で示された具体的な支援の内容を、週単位で示した表です。利用者の本来の日常生活の流れを把握した上で、自立支援法のサービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活の流れがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活の流れを管理することができます。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、支援チームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、連携を図る上で役立つものです。

(2) 確認事項

週間サービス計画表（週間計画表）

サービス提供によって実現する生活の全体像

(3) 解説：留意事項

- 「別紙2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】」と比較することによって、新たに障害福祉サービスを導入する根拠（支援が必要な曜日・時間帯、具体的に必要な支援の内容等）が明確に確認できるように記載することが重要です。

(4) 確認のポイント

1. 週間計画表

- ☐ 現時点での1週間の生活実態の全体を把握できるようできるだけ具体的に記載されているか。
- ☐ 公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）とその他の支援（インフォーマルサービス）の違いが分かるように記載されているか。
- ☐ 起床から就寝までの一日の生活の流れについて、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間（活動内容）、家族や近隣、ボランティア等が支援している時間（誰が、何を、支援しているか）もできる限り切れ目なく記載されているか。
- ☐ 夜間・土日は家族等がいるからといってサービスが必要でないとは限らない。家族の介護状況等も必要に応じて記載されているか。

2. 主な日常生活上の活動

- ☐ 週間計画を作成するにあたって重要になる日常生活上の行動や特記事項で、週間計画表に記載しきれなかった情報を記載しているか。
- ☐ 一日の生活の中で習慣化していることがあれば記載されているか。
- ☐ 家族や近隣、ボランティア等のかかわりや不在の時間帯等について記載されているか。
- ☐ 利用者が自ら選んで実施しているプライベートな活動であって、週間計画表に記載されていない日々の生活、余暇活動や趣味等について記載されているか。
- ☐ 利用者の強みやできること、楽しみ、生活の豊かさに着目して記載されているか。

3. 週単位以外のサービス

- ☐ 隔週・不定期に利用しているサービスについて記載されているか。（例：短期入所、住宅改修、通院状況や社会参加等）
- ☐ 医療機関への受診状況等が記載されているか。
- ☐ 週間計画表に記載されていない継続的な支援、サービスについて記載されているか。（例：権利擁護事業やボランティアや民生委員、近隣による見守り等）
- ☐ 利用者の状態や環境が変化することによって一時的に必要なサービスについて記載されているか。
- ☐ 利用者が自ら選んで実施している「主な日常生活上の活動」と異なり、相談支援専門員や市町村行政担当者、サービス提供事業所等が手配しているものを記載しているか。
- ☐ 週間計画表で足りない障害福祉サービスを、週単位以外のサービスで無理に補っていないか。相談支援専門員として、他に考えうるサービスがないか検討できているか。

4. サービス提供によって実現する生活の全体像

- ☐ サービス等利用計画を作成し、障害福祉サービスを提供することによって利用者はどのような生活を目指すのか、中立・公平な視点で、相談支援専門員の専門職としての総合的判断を記載しているか。
- ☐ 計画作成の必要性、サービス提供の根拠が客観的に分かるよう、明快かつ簡潔に記載されているか。（例：支援の必要性は障害に起因するのか、介護者の状態に起因するのか、地域の環境要因に起因するのか等）
- ☐ 利用者・家族・関係機関等からの情報にはないが相談支援専門員として気になる点、注目すべき点、必要と考える事項等について記載されているか。

3. 別紙1：申請者の現状（基本情報）

（1）基本情報表とは

基本情報表は、申請者の現状をわかりやすくまとめた一覧表というべきものです。相談支援専門員は、障害者や家族からの面接等を通して具体的な情報をまとめます。特に、概要（支援経過・現状と課題等）については、これまでの相談・支援の経過及び現状が記載され、それに基づき今後の支援の方向性を定めるための見立てに必要な基本情報となります。このように基本情報表は、本人の主訴（意向・希望）等を含め、今後の利用者の自立支援にむけたサービス等利用計画を作成するために必要な情報を適切に収集する観点から記載されるものです。

（2）確認事項

必要な記載事項の確認について

- 1 概要
- 2 利用者の状況
- 3 支援の状況

（3）解説：留意事項

- 申請者の現状（基本情報）は、本人の全体像をコンパクトにまとめたもので、必要な情報はもれなく記載されていることが必要です
- 特に、概要（支援経過・現状と課題等）の概要は、一言で、申請者の受けてきた支援と現状と課題が理解できるように記載されている必要があります。
- 家族構成や社会関係については、ジェノグラムやエコマップの作成方法を習得しておく必要があります。

（4）確認のポイント

1. 概要（支援経過・現状と課題等）

- ☐ これまでの相談・支援経過及び現状、ニーズについて具体的に記載されているか。
- ☐ これらを踏まえた今後の取り組み等について具体的に記載されているか。
- ☐ 相談支援専門員は、サービス等利用計画を作成する前に基本相談として、本人、家族、関係機関等と十分な情報共有を行うとともに、信頼関係をつくり、計画作成に向けての見立てを誤らないように心掛けて作成されているか。

2. 利用者の状況

家族構成

- ☐ 利用者を中心として、家族・親族の構成（ジェノグラム）を記載しているか。
- ☐ 男性は□、女性は○、利用者は二重囲いにする（回、◎）、原則として、年長者、男性を左に配置する、死去は、黒で塗りつぶす（●）、婚姻関係は—（横線）、離婚は—（横線）を斜めの2本線（//）で切る、同居の範囲を実線で囲んで表わされているか。
- ☐ 年齢、職業、主たる介護者、キーパーソン等、利用者を取り巻く家族環境として重要な情報を追記しているか。

社会関係図

- ☐利用者を中心として、支援にかかわる関係機関、関係者図（エコマップ）を記載しているか。
- ☐公的機関だけでなくインフォーマルで関わりのある資源も記載しているか。
- ☐強い関係は—（太い実線）、普通の関係は—（細い実線）、弱い関係は…（点線）、ストレスや葛藤の関係は、×××、働きかけの方向を→（矢印）で表されているか。

生活歴

- ☐受障歴、発症歴、受診歴等について記載されているか。
- ☐生活歴は、現在の状況に関連している情報に焦点を当てて記載しているか。

本人の主訴（意向・希望）

- ☐生活課題等から整理された主訴等を簡潔に記載しているか。
- ☐利用者の抱えている課題ではなく、利用者の意向・希望（～したい）を記載しているか。（例：同じ障害のある仲間と交流したい、月2回の通院時に手伝ってほしい等）
- ☐できるだけ利用者本人の言葉や表現で記載する。家族や関係機関から聞き取って記載する際は、誰からの情報であるかとそれが利用者本人の主訴であると相談支援専門員が判断した根拠も記載しているか。
- ☐利用者が言語化した主訴だけに頼るのではなく、客観的な様子や利用者にとっては慣習的になっているため気付いていないことも含めて観察して記載しているか。

家族の主訴（意向・希望）

- ☐誰の主訴かを記載しているか。
- ☐必要に応じて家族の生活、介護や経済面での負担、人間関係等を記載しているか。

3. 支援の状況

公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）

- ☐国、地方公共団体が主体となって実施している公的支援について記載されているか。
- ☐障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス、地域生活支援事業、自立支援医療、介護保険サービス、権利擁護事業（成年後見制度、日常生活自立支援事業）等、現在利用している公的なサービスについて、提供機関・提供者、支援内容、頻度を記載しているか。
- ☐公的年金（障害年金等）、各種手当、生活保護の受給状況についても記載されているか。

その他の支援

- ☐民生委員や近隣住民による見守り、ボランティア等のインフォーマルサービスについて、提供機関・提供者、支援内容、頻度を記載しているか。

4. 別紙2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】

(1) 基本情報表(現在の生活)とは

基本情報表(現在の生活)とは、利用者の生活の1日の流れを週間単位で記載したものです。現在の生活は、利用者及び家族の置かれている状況から生じている生活の困難性や困り感や望む生活があるが実現していない現状の客観的把握を1日の生活の流れや週単位の生活の流れから明らかにするものです。利用者の現在の生活状況の基本情報は、具体的にこのようなサービスや支援が必要であるという基礎になる情報です。

(2) 確認事項

必要な記載事項の確認について

一日の生活の流れ

週間を通した生活の流れ

(3) 解説：留意事項

○申請者の現状（基本情報）【現在の生活】は、最低限必要な記載事項についてその内容を理解して記入する必要があり、その際、本人の生活の流れの中で本人の行為と、支援を含めてそこに誰が関わっているかを記載していくことが重要です。

(4) 確認のポイント

「様式1-2：サービス等利用計画案【週間計画表】」（P94～）に準じます。

5. 様式2-1：サービス等利用計画

(1) サービス等利用計画とは

障害福祉サービスの支給決定後、決定された内容に基づき市町村に提出します。

(2) 確認事項

(3) 解説：留意事項

(4) 確認のポイント

「様式1-1：サービス等利用計画案」（P90～）」に準じます。

6. 様式2-2：サービス等利用計画【週間計画表】

(1) サービス等利用計画とは

障害福祉サービスの支給決定後、決定された内容に基づき市町村に提出します。

(2) 確認事項

(3) 解説：留意事項

(4) 確認のポイント

「様式1-2：サービス等利用計画案【週間計画表】」（P94～）に準じます。

7. 様式3-1：モニタリング報告書（継続サービス利用支援）

（1）モニタリング報告書とは

モニタリングは、サービス等利用計画に基づいて利用者にサービスが適切に提供されているか、それによって利用者のニーズが充足されているかを確認する過程です。また、利用者の生活全般について新たに対応すべきニーズが生じていないかを、定期的・継続的に見守る過程です。モニタリング報告書は、このようにサービスが適切に利用者に届いているか、利用者に新たなニーズが発生しているか等を、適時、把握するためにモニタリングを実施したときに市町村に提出するものです。

（2）確認事項

必要な記載事項の確認について

- 1 総合的な援助の方針
- 2 全体の状況
- 3 優先順位、支援目標、達成状況、サービス提供状況、支援目標の達成度（ニーズの充足度）、今後の課題・解決方法、計画変更の必要性、その他

（3）解説：留意事項

- モニタリングの結果で障害福祉サービスの種類や量が変更になるときは支給申請（種類の変更）か変更申請（量の変更）について、利用者及び家族に助言します。
- 支給申請・変更申請を行う場合は、本様式に併せて様式2-1と2-2を提出します（様式3-2は不要）。
- サービスの種類や量に変更がなく、曜日や時間帯、事業者のみを変更する場合は様式3-2に記載します。

（4）確認のポイント

1. 総合的な援助の方針

- ☐ 「様式2-1：サービス等利用計画」に記載した総合的な援助の方針を転記しているか。

2. 全体の状況

- ☐ 総合的な援助の方針に対する取り組み経過、取り組みの結果としての評価、現在の生活実態・支援による利用者の自立度・生活環境の変化等を踏まえた今後の取り組みの方向性について記載されているか。
- ☐ より客観的に状況を把握するため、サービス等調整会議を開催し、利用者と関係機関等が一堂に会して評価しているか。

3. モニタリング結果

- ☐ 以下のような点についてモニタリングを実施し、結果を記載しているか。
 - ・ サービス等利用計画通りにサービスが提供されているか。
 - ・ 総合的な援助の方針で想定した利用者の生活が実現しているか。
 - ・ 解決すべき課題（本人のニーズ）が解決し、短期目標、長期目標で掲げた状態に近づいているか。

るか。

- ・サービスの内容について利用者は満足しているか、不満や改善してほしいことはないか。
- ・期間中に新たな課題が生まれていないか。

4. 支援目標、達成時期

- ☐ 「様式2-1：サービス等利用計画」に記載した支援目標、達成時期を転記しているか。

5. サービス提供状況

- ☐ サービス提供の内容、頻度、事業者としての意見等について、サービス提供事業所から聞き取り、記載しているか。
- ☐ 前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載しているか。

6. 本人の感想・満足度

- ☐ 利用者の感想・満足度は、できるだけ利用者の言葉や表現で記載されているか。
- ☐ 前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載されているか。

7. 支援目標の達成度、今後の課題・解決方法

- ☐ 利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、サービス等調整会議で支援目標の達成度について関係者全員で評価した結果を記載しているか。
- ☐ 未達成の支援目標については、サービス等調整会議において今後達成するための具体的な方策を検討しているか。

8. 計画変更の必要性、その他留意事項

- ☐ 利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、利用者ニーズ、関係機関の支援、ライフステージ等に変化がないかを確認し、計画変更の必要性についてサービス等調整会議において評価し、その結果を記載しているか。
- ☐ 計画変更の必要性がある場合、サービス種類・サービス量・週間計画の何を変更するか確認し、留意事項に具体的な変更内容を記載しているか。
- ☐ 新たな課題が生まれた場合、サービス種類・量の変更を検討しているか。また、留意事項に新たな課題に対応した支援目標の追加理由、具体的なサービス種類・量の変更概要について記載しているか。
- ☐ 支援目標が達成されていない場合、現在利用しているサービスの事業者の変更等も検討されているか。
- ☐ タイミングを見ながら、本人の強みを活かした自立に向けての支援に切り替えているか。また、スケジュール変更に当たっては、一貫性を欠くことのないように、必要に応じて、別途、支援方法の統一を図るためのサービス等調整会議を開催しているか。

8. 様式3-2 継続サービス等利用計画（週間計画表）

（1）継続サービス等利用計画表とは

モニタリングの結果、サービスの種類や量に変更はなく、曜日や時間帯のみを変更する場合に本様式にその変化の部分を記載するものです。

（2）確認事項

週間サービス計画表（週間計画表）

サービス提供によって実現する生活の全体像

（3）解説：留意事項

○モニタリングにより、生活の変化やそれに基づく生活課題（ニーズ）の変化を適切に把握して、支援の必要な曜日・時間帯、具体的に必要な支援の内容等）が明確に記載されることが重要です。

（4）確認のポイント

「様式1-2：サービス等利用計画案【週間計画表】」（P94～）に準じます。

第5章 参考資料

Ⅰ. サービス等利用計画様式

1. 様式1－1：サービス等利用計画案

様式1－1

サービス等利用計画案

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号					
計画作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄	
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)					
総合的な援助の方針					
長期目標					
短期目標					

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							
6							

10

様式第1-2

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	.
地域相談支援受給者証番号					
計画開始年月					

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
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

3. 別紙1：申請者の現状（基本情報）

別紙1

申請者の現状（基本情報）

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

2. 利用者の状況

氏 名		生年月日		年 齢	
住 所	・			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		障害程度区分		性別	男 ・ 女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入

社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)

--	--

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

--	--

本人の主訴(意向・希望)

家族の主訴(意向・希望)

--	--

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援 (障害福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援					

4. 別紙2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】

別紙2

申請者の現状（基本情報）【現在の生活】

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
				計画作成担当者	

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動	
・	6:00								
	8:00								
	10:00								
	12:00								
	14:00								
	16:00								
	18:00								
	20:00								
	22:00								
	0:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス

5. 様式2-1: サービス等利用計画

様式2-1

サービス等利用計画

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号					
計画作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄	
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)					
総合的な援助の方針					
長期目標					
短期目標					

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	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								
3								
4								
5								
6								

6. 様式2－2：サービス等利用計画【週間計画表】

様式2－2

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号					
計画開始年月					

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00 8:00 10:00 12:00 14:00 16:00 18:00 20:00 22:00 0:00 2:00 4:00								
							週単位以外のサービス	

サービス提供
によって実現
する生活の
全体像

7. 様式3-1：モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

様式3-1

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)										
利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名						
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者						
地域相談支援受給者証番号										
計画作成日		モニタリング実施日		利用者同意署名欄	・					
総合的な援助の方針				全体の状況						
優先 順位	支援目標	達成 時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	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	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							有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4							有・無	有・無	有・無	
5							有・無	有・無	有・無	
6							有・無	有・無	有・無	

8. 様式3-2：継続サービス等利用計画【週間計画表】

様式3-2

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号					
計画開始年月					

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
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

「サービス利用計画の実態と今後のあり方に関する研究」委員会 委員名簿

【検討会委員】

氏名	所属等
大黒 幸子	サービス利用者・社会福祉法人 愛成会
大塚 晃	上智大学 総合人間科学部 教授 ※委員長
小野寺 拓	札幌市 保健福祉局保健福祉部 障がい福祉課
鈴木 隆	藤沢市 保健福祉部障がい福祉課
高森 裕子	三菱総合研究所 人間・生活研究本部
門屋 充郎	十勝圏域障がい者総合相談支援センター
福岡 寿	北信圏域障害者総合相談支援センター
玉木 幸則	地域生活相談支援センターピアサポート西宮
鈴木 智敦	名古屋市総合リハビリテーションセンター
中島 秀夫	滋賀県障害者自立支援協議会
田畑 寿明	そうだんサポートセンターはまゆう

【研究協力者】

氏名	所属等
吉田 展章	藤沢市地域生活支援センターおあしす

【オブザーバー】

氏名	所属等
遅塚 昭彦	厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課 相談支援専門官

【事務局】

氏名	所属等
福山 良則	社会福祉法人 オープンスペースれがーと
浦田 等流	〃
渡辺 俊太郎	〃
松井 悠香	〃
高田 和	〃
齋藤 紗里	

(所属等は平成 24 年 3 月現在)

平成 23 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業 サービス利用計画の実態と今後のあり方に関する研究 報告書 「サービス等利用計画作成サポートブック」

発 行：平成 24 年 3 月

発行者：特定非営利活動法人 日本相談支援専門員協会

〒520-3216 滋賀県湖南市若竹町 1-6

甲賀地域ネット相談サポートセンター内

TEL 0748-75-6920 FAX 0748-75-8902 URL <http://nsk09.org/>

第1章

総論 ～サービス等利用計画とは何か～

第2章

「サービス等利用計画」の様式と記入上の留意点

第3章

「サービス等利用計画」様式の記入事例

第4章

市町村サービス等利用計画点検支援マニュアル

第5章

参考資料