

# 計画相談支援様式 記載上の留意点

この記入上の留意点は、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 日本相談支援専門員協会 平成 25 年 5 月（改訂 第 2 版）」をもとに、作成しています。（<http://nsk09.org/>）

神戸市障害者支援課

平成 26 年 7 月

## —目次—

1	サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（計画様式 1-1）	1
2	アセスメント票（計画様式 1-2）	8
3	サービス利用量案（計画様式 1-3）	14
4	週間計画表（計画様式 1-4）	16
5	サービス等利用計画・障害児支援利用計画（計画様式 2）	19
6	モニタリング報告書（継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助） 兼モニタリング期間変更届（計画様式 3-1）	24
7	継続サービス等利用計画【週間計画表】（計画様式 3-2）	30
8	参考記入例（サポートブックより抜粋）	32

## 1 サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（計画様式 1-1）

- ・ 障害福祉サービスの新規申請時、変更申請時、更新申請時に作成する。
- ・ 障害者の現在の生活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ニーズ（生活課題）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。
- ・ 神戸市が障害福祉サービスの支給決定を行うための参考とする。

### サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	保護者氏名(児童の場合)	(続柄)	計画作成日
相談支援事業者名(事業者番号)	( )	計画作成担当者名	
障害福祉サービス受給者証番号	通所受給者証番号		

#### ■利用者との面接

利用者との面接実施日	面接場所	利用者以外の面接者	無・有 ( )
------------	------	-----------	---------

#### ■生活に対する意向、援助方針

利用者の生活に対する意向
家族等の生活に対する意向
総合的な支援方針
長期目標
短期目標

#### ■モニタリングの期間

モニタリング期間	<input type="checkbox"/> 毎月実施	<input type="checkbox"/> 月に1回実施
モニタリング開始月と終期月	平成 年 月 ~ 平成 年 月	平成 年 月まで
上記期間とする理由		

#### ■モニタリング実施月(毎月実施の場合以外に記入)

平成 年 月	平成 年 月
平成 年 月	平成 年 月
平成 年 月	平成 年 月

利用者確認欄
--------

市受理日	担当者
------	-----

※欄が足りない場合は適宜増やしてください。

(様式 1-1)

利用者氏名(児童氏名)	保護者氏名(児童の場合)	(読柄)	計画作成日
-------------	--------------	------	-------

■ 本人のニーズ、目標、達成時期、福祉サービス、その他社会資源等

優先 順位	本人のニーズ	支援目標	達成時期	福祉サービス、その他社会資源等		本人の役割	評価時期	その他 留意事項
				種類	内容 (読重(頻度・時間))			
1								
2								
3								
4								

## ■利用者との面接

### 【利用者との面接実施日】

- ・計画案作成のために利用者宅を訪問し、利用者との面接した日を記載する。

### 【面接場所】

- ・利用者宅での訪問を基本とする。利用者宅での面接は「自宅」と記載する。
- ・別の場所で面接した場合、【面接場所】に面接した場所を記載する。

### 【利用者以外の面接者】

- ・同時に家族等と面接した場合は、利用者との続柄を記載する。
- ・関係機関が同席した場合は、関係機関名を記載する。

## ■生活に対する意向、援助方針

### 【利用者の生活に対する意向】

- ・「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。

### 【家族等の生活に対する意向】

- ・上記の【利用者の生活に対する意向】と区別し、家族が希望する利用者の生活の全体像を記載する。
- ・上記の【利用者の生活に対する意向】と同様に、抽象的な表現は避け、できるだけ家族の言葉や表現を使い、前向きな表現で記載する。

### 【総合的な支援方針】

- ・アセスメントにより抽出された課題をふまえ、【利用者の生活に対する意向】【家族等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。
- ・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。
- ・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、抽象的な表現は避け、具体的に記載する。

### 【長期目標】

- ・【総合的な支援方針】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年をめでに記載する。

### 【短期目標】

- ・【総合的な支援方針】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ヶ月までをめでに記載する。

## ■モニタリングの期間

### 【モニタリング期間】

- ・神戸市が示す「モニタリング標準期間」を参考に、本人の状況を踏まえ、モニタリング期間を設定する。

### 【モニタリング開始月と終期月】

- ・設定したモニタリング期間に基づき、開始月と終期月を記載する。

### 【上記期間とする理由】

- ・神戸市が示す「モニタリング標準期間」を参考に、モニタリング期間の設定理由を記載する。

## ■モニタリング実施月

- ・設定したモニタリング期間に基づき、具体的なモニタリング実施予定月を記載する。毎月実施の場合は、記載は不要。

## ■本人のニーズ、目標、達成時期、福祉サービス・その他社会資源等

- ・支給決定に直結する項目であるため、本人のニーズ（解決すべき課題）に対応する公的支援、その他のインフォーマルな支援を網羅して検討する。
- ・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。
- ・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。

### 【優先順位】

- ・緊急であるニーズ（課題）、利用者の動機づけとなるニーズ（課題）、すぐに効果が見込まれるニーズ（課題）、悪循環を作り出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ニーズから優先するなど、利用者、家族の意向を十分汲み取って記載する。

### 【本人のニーズ（解決すべき課題）】

- ・【利用者の生活に対する意向】【家族等の生活に対する意向】【総合的な支援方針】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ニーズ（課題）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ニーズ（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。
- ・ニーズ（課題）の中にサービスの種類は記載しない。

### 【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。



### 【達成時期】

- ・段階的に達成できる達成時期を記載する。

### 【福祉サービス・その他社会資源等】

- ・利用する公的支援（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）を記載する。
- ・公的支援を記載する場合、具体的に希望するサービスの種類、内容、支給量（頻度・時間）を記載する。
- ・特定のサービスによる偏りがないように留意する。
- ・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。

### 【本人の役割】

- ・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、利用者に無理な負担がないように留意する。

### 【評価時期】

- ・【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。

### 【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。

### ■利用者確認欄

- ・計画案の内容を、利用者、家族にわかりやすく丁寧に説明する。
- ・利用者の理解を得た上で、利用者確認欄に印鑑をもらう。作成した利用計画案の写しを必ず利用者に渡すこと。

## 2 アセスメント票（計画様式 1-2）

- ・ 障害福祉サービスの新規申請時、変更申請時、更新申請時に作成し、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（計画様式 1-1）の添付資料として提出する。
- ・ アセスメント票は、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（計画様式 1-1）を作成する上での基礎となるものであり、相談支援専門員は、障害者や家族からの面接等を通して、必要な情報を適切に収集し、作成することが必要となる。

中

## アセスメント票

① 調査実施日	平成 年 月 日	調査担当者	(TEL: )		
福祉事務所確認日	平成 年 月 日	福祉事務所担当者	(TEL: )		
フリガナ			生 年 月 日	受給者番号	
氏 名			明治 大正 昭和 平成 年 月 日	②	
③ 手帳の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳				
④ 障害程度区分	(区分) 非該当 1 2 3 4 5 6 (旧法) A B C (認定有効期間) 年 月 日 ~ 年 月 日				
サ ー ビ ス の 申 請 し た	種類等	利用希望事業者	利用見込 (あっせん・調整等)		
	⑤				
利用意向	⑥				
⑦ 利用中のサービス	自立支援給付	種類等	支給量	支給期間	
	介護保険	要介護認定 有・無	要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	
		サービスの種類と内容等			
	その他	サービスの種類と内容等			
⑧ 療養の有無・ 受療状況	傷病名	医療機関 (電話番号)	主治医	特記事項	
⑨ 主たる介護者の状況	フリガナ			生 年 月 日	続 柄
	氏 名			明治 大正 昭和 平成 年 月 日	
	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (連絡先: )			
	職 業	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い ( )			
	心身障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (程度・内容等: )			
	介護負担度	<input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 比較的軽い			
その他	< 介護状況 > < 介護者の身体・精神状況 >				

利用者本人の生活状況	<p>① 住宅の状況</p> <p>&lt;住民形態&gt; 持家・借家・グループホーム/ケアホーム・入所施設・医療機関</p>	
	<table border="1"> <tr> <td> <p>② 移動(交通)手段</p> <p><input type="checkbox"/>公共交通機関 → <input type="checkbox"/>バス <input type="checkbox"/>鉄道</p> <p><input type="checkbox"/>自家用車 → 運転者 <input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>家族 <input type="checkbox"/>第三者(知人等)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 <input type="checkbox"/>徒歩 <input type="checkbox"/>車椅子(手動・電動) <input type="checkbox"/>自転車 <input type="checkbox"/>タクシー <input type="checkbox"/>その他( )</p> </td> <td> <p>③ 通院等について</p> <p>通院所要時間 時間 分/片道</p> <p>交通手段( )</p> <p>乗換えの有無</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり → ( )回/片道</p> </td> </tr> </table>	<p>② 移動(交通)手段</p> <p><input type="checkbox"/>公共交通機関 → <input type="checkbox"/>バス <input type="checkbox"/>鉄道</p> <p><input type="checkbox"/>自家用車 → 運転者 <input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>家族 <input type="checkbox"/>第三者(知人等)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 <input type="checkbox"/>徒歩 <input type="checkbox"/>車椅子(手動・電動) <input type="checkbox"/>自転車 <input type="checkbox"/>タクシー <input type="checkbox"/>その他( )</p>
<p>② 移動(交通)手段</p> <p><input type="checkbox"/>公共交通機関 → <input type="checkbox"/>バス <input type="checkbox"/>鉄道</p> <p><input type="checkbox"/>自家用車 → 運転者 <input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>家族 <input type="checkbox"/>第三者(知人等)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 <input type="checkbox"/>徒歩 <input type="checkbox"/>車椅子(手動・電動) <input type="checkbox"/>自転車 <input type="checkbox"/>タクシー <input type="checkbox"/>その他( )</p>	<p>③ 通院等について</p> <p>通院所要時間 時間 分/片道</p> <p>交通手段( )</p> <p>乗換えの有無</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり → ( )回/片道</p>	
特記事項	<p>④ 利用者本人</p> <p>&lt;支援経過・現在の状況&gt;</p> <p>&lt;生活歴・生育歴&gt;</p>	
	<p>⑤ 主たる介護者</p> <p>&lt;家族構成&gt;</p> <p>&lt;その他：キーパーソン等&gt;</p>	
	<p>⑥ 2人派遣の必要性</p> <p>&lt;ADL&gt;</p> <p>&lt;IADL&gt;</p> <p>&lt;特徴的な行動&gt;</p>	
	<p>⑦ その他</p> <p>&lt;経済状況&gt;</p> <p>&lt;その他：特記事項&gt;</p>	

① 調査実施日

- ・ 計画案作成のために利用者宅を訪問し、利用者と面接した日を記載する

② 受給者証番号

- ・ 受給者証がある場合、受給者証を確認して番号を記載する。

③ 手帳の状況

- ・ 障害福祉手帳を所持している場合、該当する手帳種別にチェックする。

④ 障害程度区分

- ・ 障害程度区分がある場合、受給者証を確認して、該当する区分にチェックし、認定有効期間を記載する。

⑤ 申請したサービス

【種類等】

- ・ 今回申請する障害福祉サービスの種類を記載する。

【利用希望事業者】

- ・ 利用希望事業者が決定している場合は事業者名を記載する。

【利用見込（あっせん・調整等）】

- ・ 利用希望事業者との調整が出来ている場合は「有」、未定の場合は「未定」、調整中の場合は「調整中」と記載する。

⑥ 利用意向

- ・ 障害福祉サービスに関する利用意向を記載する。
- ・ 変更申請の場合は、変更希望するサービスの支給量と理由を記載する。
- ・ 更新申請の場合でサービスの内容に変更がない場合は、「現行支給量で更新希望」と記載する。

⑦ 利用中のサービス

【自立支援給付】

- ・ 現在利用中の障害福祉サービスの種類、支給量、支給期間を受給者証を確認し、記載する。

【介護保険】

- ・ 介護保険対象者は、要介護認定の有無、要介護度を記載する。
- ・ 現在介護保険のサービスを利用している場合は、そのサービスの種類、内容、時間数等を記載する。

【その他】

- ・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。

⑧ 傷病の有無・受療状況

- ・傷病名、医療機関名、主治医を記載する。
- ・特記事項に、通院頻度を記載する。

⑨ 主たる介護者の状況

- ・主に介護を行っている者について記載する。

【その他】

＜介護状況＞

- ・主たる介護者の具体的な介護の頻度・内容等を記載する。

＜介護者の身体・精神状況＞

- ・介護者自身の身体・精神状況等を具体的に記載する。

⑩ 住宅の状況

＜住居形態＞

- ・住居の形態を記載する。  
(持家・借家・グループホーム/ケアホーム・入所施設・医療機関)
- ・住宅構造や地域の状況等を記載する。

⑪ 移動（交通）手段

- ・利用している全ての交通手段にチェックを付ける。

⑫ 通院等について

- ・複数通院している場合は、通院所要時間の長いものを記入する。

⑬ 利用者本人

＜支援経過・現在の状況＞

- ・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。

＜生活歴・生育歴＞

- ・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。

⑭ 主たる介護者

＜家族構成＞

- ・家族の続柄、同居・別居、生活状況、本人との関係等を記載する。

**<その他：キーパーソン等>**

- ・後見人等家族以外のキーパーソン、支援者等について記載する。

**⑮ 2人派遣の必要性**

**<ADL>**

- ・本人の ADL の状況を具体的に記載する。

**<IADL>**

- ・本人の IADL の状況を具体的に記載する。

**<特徴的な行動>**

- ・<ADL><IADL>以外に記載すべき事項がある場合に記載する。

**⑯ その他**

**<経済状況>**

- ・就労している場合は、就労先、就労内容、就労時間等を記載する。
- ・生活保護を受給している場合は、受給期間、担当ケースワーカー名を記載する。
- ・年金・手当等を受給している場合は、その内容を記載する。
- ・金銭管理の状況等について記載する。

**<その他：特記事項>**

- ・その他、記載すべき事項があれば記載する。

### 3 サービス利用量案（計画様式 1-3）

- ・障害福祉サービスの新規申請時、変更申請時、更新申請時に作成し、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（計画様式 1-1）の添付資料として提出する。
- ・サービス利用量案は、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（計画様式 1-1）で記載した、利用希望の障害福祉サービスの種類、時間数をまとめて記載したものとなる。
- ・サービス利用量案に記載した事項と、区役所への障害福祉サービスの申請内容が同一となるようにすること。
- ・変更申請の場合、更新申請で内容に変更がある場合は、変更箇所がわかるように工夫する。（例：赤字にする、マーカーをつける等）



(計画様式1-3)

作成年月日	
作成者氏名	
利用者氏名	

## サービス利用量案

介護給付	□ 居宅介護 (ホームヘルプ)	身体介護	時間/月	<input type="checkbox"/> 1人付	時間/月
				<input type="checkbox"/> 2人付	時間/月
		家事援助	時間/月		
		通院等介助 (身介有・無)	時間/月	<input type="checkbox"/> 1人付	時間/月
				<input type="checkbox"/> 2人付	時間/月
		通院等乗降介助	回/月		
	□ 重度訪問介護		時間/月	<input type="checkbox"/> 1人付	時間/月
				<input type="checkbox"/> 2人付	時間/月
		うち移動中介護加算	時間/月	<input type="checkbox"/> 1人付	時間/月
				<input type="checkbox"/> 2人付	時間/月
	□ 行動援護		時間/月	<input type="checkbox"/> 1人付	時間/月
				<input type="checkbox"/> 2人付	時間/月
	□ 同行援護		時間/月	<input type="checkbox"/> 1人付	時間/月
				<input type="checkbox"/> 2人付	時間/月
□ 重度障害者等包括支援		時間/月	<input type="checkbox"/> 1人付	時間/月	
			<input type="checkbox"/> 2人付	時間/月	
□ 共同生活介護(ケアホーム)(新規・継続)		日/月			
□ 施設入所支援(新規・継続)		日/月			
□ 療養介護(新規・継続)		日/月			
□ 生活介護(新規・継続)		日/月			
□ 短期入所(ショートステイ)		日/月			
訓練等 給付	□ 自立訓練(新規・継続)		日/月		
	□ 就労移行支援(新規・継続)		日/月		
	□ 就労継続支援(新規・継続) (A型・B型)		日/月		
	□ 共同生活援助(ケア・ホーム)(新規・継続)		日/月		
地域相談 支援	□ 地域移行支援		日/月		
	□ 地域定着支援		日/月		
地域生活 支援事業	□ ショートステイの日中受入利用		日/月		
	□ ガイドヘルプサービスの利用	時間/月	<input type="checkbox"/> 1人付	時間/月	
			<input type="checkbox"/> 2人付	時間/月	
障害児	□ 児童発達支援		日/月		
	□ 医療型児童発達支援		日/月		
	□ 放課後等デイサービス		日/月		
	□ 保育所等訪問支援		日/月		
<備考>					

## 4 週間計画表（計画様式 1-4）

- ・ 障害福祉サービスの新規申請時、変更申請時、更新申請時に作成し、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（計画様式 1-1）の添付資料として提出する。
- ・ サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（計画様式 1-1）で示した具体的な支援内容を、週単位で表に示したもの。
- ・ 利用者及び家族が自分たちの生活の流れを管理しやすくすること、支援者が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し、連携しやすくすることを目的とし、作成する。

(計画様式1-4)

作成年月日	
作成者氏名	
利用者氏名	

### 週間計画表

+

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の行動
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00							週単位以外のサビス	
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

□

週間計画に反映できない項目・その他特記事項

記入例

↓  
今週  
の  
追加  
分

↓  
既  
記  
分

⋮  
今  
週  
の  
追加  
分

### 【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にできるだけ具体的に記載する。
- ・自分で過ごす時間（活動内容）、公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）を受けている時間、その他の支援（インフォーマルサービス）を受けている時間、家族の介護を受けている時間等それぞれの違いが分かるように記載する。
- ・個々の内容について、誰が、何を支援しているか記載する。

### 【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。

### 【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。

### 【週間計画に反映できない項目・その他特記事項】

- ・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。
- ・その他特記事項を記載する。

## 5 サービス等利用計画・障害児支援利用計画（計画様式2）

- ・障害福祉サービスの支給決定後に作成する。
- ・決定された内容に基づき、「サービス等利用計画案・障害児相談支援利用計画案（計画様式1-1）」の内容を修正・確定する。
- ・この段階では、実際にサービスを提供する事業者を決定し、各事業者、関係機関の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、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。

サービス等利用計画・障害見支援利用計画

利用者氏名(児童氏名)	保護者氏名(児童の場合)	(姓前)	計画作成日
相談支援事業者名(事業者番号)	( )	計画作成担当者名	
障害福祉サービス受給者証番号	受給者証番号		利用者負担

■ サービス担当者会議

サービス担当者会議実施日	会議場所	利用者・家族出席の有無	無・有 ( )
会議出席者 事業者名(担当者)			

■ 生活に対する意向、援助方針

利用者の生活に対する意向

家族等の生活に対する意向

総合的支援方針

長期目標

短期目標

■ モニタリングの期間

モニタリング期間	<input type="checkbox"/> 毎月実施	<input type="checkbox"/> 月に1回実施
モニタリング開始月と終期月	平成 年 月 ~ 平成 年 月 まで	
上記期間とする理由		

■ モニタリング実施月(毎月実施の場合以外に記入)

平成 年 月	平成 年 月
平成 年 月	平成 年 月
平成 年 月	平成 年 月

※欄が足りない場合は追加してください。

利用者確認欄	市受理日	担当者
--------	------	-----

利用者氏名(児童氏名)	保護者氏名(児童の場合)	(経費)	計画作成日
-------------	--------------	------	-------

【中】 ■ 本人のニーズ、目標、達成時期、福祉サービス、その他社会資源等

優先 順位	本人のニーズ	支援目標	達成 時期	福祉サービス、その他社会資源等			本人の役割	評価時期	その他 留意事項
				種類	内容	支給量 (頻度・時間) 提供者名 (担当者名・電話)			
1									
2									
3									
4									

**【計画作成日】**

- ・実際に計画を作成した日を記載する。
- ・利用開始日以降の提出の場合、神戸市運用7(ア)～(エ)に定める要件を満たした日も併せて記載しておく。

**【利用者負担】**

- ・受給者証を確認し、その内容を記載する。

**■サービス担当者会議****【サービス担当者会議実施日】**

- ・サービス担当者会議を開催した日を記載する。

**【会議場所】**

- ・会議開催場所を記載する。

**【利用者・家族出席の有無】**

- ・できる限り利用者も含めた会議をおこなう。利用者の出席がある場合、有( )内に「利用者」と記載する。
- ・家族の出席がある場合、( )内に出席者の続柄を記載する。

**【会議出席者 事業者名(担当者)】**

- ・会議に出席した事業者すべての、事業者名(担当者名)を記載する。

※やむを得ず限られた人数で開催した場合や開催できなかった場合は、①サービス担当者への連絡日時、②事業所名、③対応者名、④説明内容、⑤聴取した専門的見地からの意見、を別紙にて添付するか、余白等へ記入しておく。

**■生活に対する意向、援助方針**

- ・サービス担当者会議開催後、内容に変更がある場合は、変更部分がわかる様に記載する。
- ・「サービス等利用計画案・障害児相談支援利用計画案(計画様式 1-1)」作成時と同様の場合、その内容を記載する。

**■モニタリングの期間**

- ・受給者を確認し、その内容を記載する。

**■本人のニーズ、目標、達成時期、福祉サービス・その他社会資源等****【優先順位】【本人のニーズ(解決すべき課題)】【支援目標】【達成時期】****【本人の役割】【評価時期】**

- ・サービス担当者会議開催後、内容に変更がある場合は、変更部分がわかる様に記載する。



- ・「サービス等利用計画案・障害児相談支援利用計画案（計画様式 1-1）」作成時と同様の場合、その内容を記載する。

#### 【福祉サービス・その他社会資源等】

- ・公的サービスは、受給者証を確認し、その内容を記載する。
- ・実際に公的サービスを提供する事業者を決定し、提供事業者名、担当者名、電話を記載する。
- ・その他の支援（インフォーマルサービス）は、サービス担当者会議開催後、内容に変更がある場合は、変更部分がわかる様に記載する。

#### 【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。
- ・利用開始日以降の提出の場合、神戸市運用 7 (ア)～(エ)に定める要件を満たした日も併せて

#### ■利用者確認欄

- ・計画案の内容を、利用者、家族にわかりやすく丁寧に説明する。
- ・利用者の理解を得た上で、利用者確認欄に印鑑をもらう。作成した利用計画の写しを必ず利用者に渡すこと。

## 6 モニタリング報告書（継続サービス利用支援・継続障害児支援 利用援助）兼モニタリング期間変更届（計画様式 3-1）

- ・受給者証に定められたモニタリング月ごとに、モニタリング報告書を作成する。
- ・モニタリングは、主に下記の役割をもつ。
  - ① 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
  - ② 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
- ・モニタリング報告書は、利用者と面接し、サービス提供事業者等から現況を聴き取り、「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」等を確認した上で、作成する。
- ・モニタリングの結果、モニタリング期間のみが変更となる場合、モニタリング期間変更届をおこなう。
- ・モニタリングの結果、障害福祉サービスの種類や量が変更になる場合、区役所に変更申請の手続きをおこなう。

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)兼モニタリング期間変更届

利用者氏名(児童氏名)	保護者氏名(児童の場合)	(続柄: )	計画作成日
相談支援事業者名(事業者番号)	( )	計画作成担当者名	
障害福祉サービス受給者証番号	通所受給者証番号		利用者負担

■利用者との面接

利用者との面接実施日	面接場所	利用者以外の面接者	無・有( )
------------	------	-----------	--------

■支援方法と状況

総合的な支援方針	全体の状況
----------	-------

※欄が足りない場合は適宜増やしてください

次回モニタリング時期	利用者確認欄	市受理日	担当者
------------	--------	------	-----

変更届出欄 (☆「計画変更の必要性」で◎が「有」になった場合は、以下の項目に記載し、福祉事務所に提出)

モニタリング期間	<input type="checkbox"/> 毎月実施	<input type="checkbox"/> 月に1回実施	平成 年 月 日	平成 年 月 日
モニタリング開始月と終期月	平成 年 月 ~ 平成 年 月	モニタリング実施月 (毎月実施の場合以外に記入)	平成 年 月 日	平成 年 月 日
上記期間に変更する理由				
神戸市 福祉事務所長 宛	モニタリング期間を上記のとおり変更してください			
	平成 年 月 日	氏名		

【計画様式 8】

中 ■ 支援目標、達成時期、サービス提供状況、計画変更の必要性等

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
							① サービス 種類の変更 (有の場合、計画案を作成 し、福祉事務所にサービス の変更申請を行う)	② サービス 量の増減	③ モニタリ ング期間の変 更 (有の場合、 変更届出欄 を記載)	
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	

## ■利用者との面接

### 【利用者との面接実施日】

- ・モニタリングのために利用者宅を訪問し、利用者との面接した日を記載する。

### 【面接場所】

- ・利用者宅での訪問を基本とする。利用者宅での面接は「自宅」と記載する。
- ・別の場所で面接した場合、【面接場所】に面接した場所を記載する。

### 【利用者以外の面接者】

- ・同時に家族等と面接した場合は、利用者との続柄を記載する。
- ・関係機関が同席した場合は、関係機関名を記載する。

## ■支援方法と状況

### 【総合的な支援方針】

- ・「サービス等利用計画・障害児支援利用計画(様式2)」に記載した【総合的な支援方針】を転記する。

### 【全体の状況】

- ・【総合的な支援方針】に対する取り組み経過、取り組みの結果としての評価、現在の状況を記載する。前回からの変化について、わかるように記載する。
- ・今後の取り組みの方向性について記載する。

## ■支援目標、達成時期、サービス提供状況、計画変更の必要性等

- ・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。
  - ア. 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。
  - イ. 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。
  - ウ. 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。
  - エ. 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。
  - オ. 期間中に新たな課題が生まれていないか。

### 【支援目標】 【達成時期】

- ・「サービス等利用計画・障害児支援利用計画(様式2)」に記載した【支援目標】【達成時期】を転記する。

### 【サービス提供状況（事業者からの聞き取り）】

- ・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。

### 【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。

### 【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、また必要に応じてサービス等調整会議を開催し、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。

### 【計画変更の必要性】 【その他留意事項】

- ・【支援目標の達成度】 【今後の課題・解決方法】の内容を踏まえ、計画変更の必要性を検討する。
  - ・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・モニタリング期間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。
- 
- ・①サービス種類の変更、②サービス量の変更が「有」となる場合、区役所に変更申請の手続きをおこなう。
  - ・③モニタリング期間の変更が「有」となる場合、■変更届出欄に記載し、区役所にモニタリング期間変更届をおこなう。

### ■次回モニタリング時期

- ・受給者証に記載されているモニタリング期間に基づき、次回のモニタリング月を記載する。

### ■利用者確認欄

- ・モニタリングの内容を、利用者、家族にわかりやすく丁寧に説明する。
- ・利用者の理解を得た上で、利用者確認欄に印鑑をもらう。モニタリングの写しを必ず利用者に渡すこと。

■変更届出欄

- ・変更となる【モニタリング期間】 【モニタリング開始月と終期月】【モニタリング実施月】を記載する。

【上記期間に変更する理由】

- ・モニタリング期間を変更する理由を記載する。

【利用者本人記入欄】

- ・利用者本人が、変更届欄に、届出先の福祉事務所名、届出日、氏名を記載する。

## 7 継続サービス等利用計画【週間計画表】 (計画様式 3-2)

- ・モニタリングの結果、曜日や時間帯、事業所のみ変更となる場合は、前項のモニタリング報告書に加えて変更後の週間計画表も区へ提出する。
- ・変更箇所が分かるように記載する。
- ・この様式の外、提出済の「週間計画表 (計画様式 1-4)」(P. 14 参照) に見え消し等で変更箇所が分かるよう記入したものを代用することも可能。

具体的な記載方法等は、P. 14以降を参照



作成年月日	
作成者氏名	
利用者氏名	

継続サービス等利用計画【週間計画表】

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の行動
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00							週単位以外のサービス	
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

週間計画に反映できない項目・その他特記事項

記入例
↓
↓
⋮
↓
今回の追加分
既支給決定分
介護保険等の制度

## 8 参考記入例(サポートブックより抜粋)

### IV. 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【改訂】

#### 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。本人から相談支援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無かった。
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しても、本人と両親から必要ないと拒否されていた。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。相談支援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無かった事もあり、姉との関係調整や本人の望む生活を見いだ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で、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会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なってしまい（恋愛感情や異性の利用者へしつこくしてしまう等）、トラブルを防ぐような支援が中心となってしまふ。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があり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（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）を活用することで生活が広がり、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、実現に向けた支援を開始。

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					
計画案作成日	20××年4月1日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(3ヶ月間:5月~7月)	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。タイヤのように女を磨く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	姉とケンカしないような家事などの生活パターンを築く。				
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
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。	20××年7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教いていく ・地域活動支援センターで洗濯、買い物、調理(週1回)	20××年5月 ・家事と一緒に行う
2	落ち着いた大人の女性になりたい。	定服通脱と居間服履の継続。服履後に就寝することで、生活の乱れをなくす。	20××年7月	・相談支援事業所による居間服履時に通脱と服履の確認 ・就寝時間の確認(居宅介護時:週1回)	20××年7月 ・時間を決めて薬を飲むよう工夫する。
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。	20××年10月	・相談支援事業所による衣類や雑用の買い物同行(週1回1時間半) ・本人のできることを伝えていく(居宅介護時:週1回)	20××年10月 ・出来ることを機やす ・自分に自信を持つ ・みんなに優しくする
4	おしゃべりな女性に昇りたい。	年齢に応じた(情緒的な)身なりをする。	20××年10月	・移動支援による衣類や雑用の買い物同行(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な案内していく	20××年5月 ・下着(上)をつける ・旅行を計画する ・ハルハルと面白い物に行く
5	仕事出来る女性になりたい。	日中活動先を決める。	20××年7月	・相談支援専門員と日中活動先の見学を行い、適う先を選定(適宜)	20××年7月 ・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める
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					
計画開始年月	20××年5月				

月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00						
8:00			起床	起床	起床	
10:00	起床	起床	朝食	起床	起床	起床
	朝食	朝食	ヘルパー (家事)	朝食	朝食	朝食
12:00						
14:00	昼食	昼食	昼食	昼食	地域活動支 援センター (洗濯、 昼食)	昼食
	移動支援 (買い物)	日中活動 事業所 (選定、 見学)	買い物 (食料や 雑貨等)	昼食		買い物 (食料や 雑貨等)
16:00	日中活動 事業所 (選定、 見学)				地域活動支 援センター (夕食会)	
18:00	入浴	入浴	夕食	入浴		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
00:00						
2:00						
4:00						

主な日常生活上の活動

- ・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。
- ・買い物は一人でできるが、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。
- ・食事は冷凍食品や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し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います。

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。
- ・服薬確認を行い、服薬後決まった時間に就寝することで生活の乱れをなくす。

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、色ん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やっていく。
- ・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、服薬も安定し就業時間を一定化させることで体調管理・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いく。
- ・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	20××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。

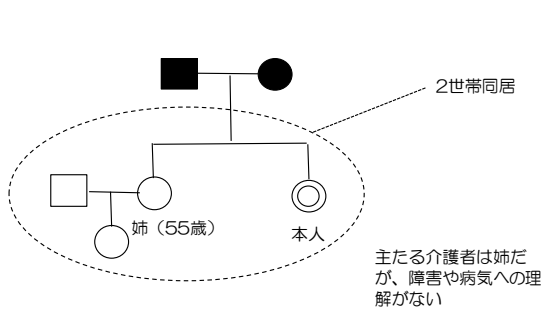
支援においては、本人の体験や他者との関わりの希薄さから希望やニーズの言語化に苦慮する。その為、本人の言葉(〇〇のような女性になりたい)を有効に活用し、抽象的な言葉を具体的に言語化していく作業を本人と行っていった。20年間、家族以外の他者との関わりは無かったことも考慮しながら本人とのつながりを大切にしていき、支援者を増やしていくことを目指した。

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、障害や病气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。

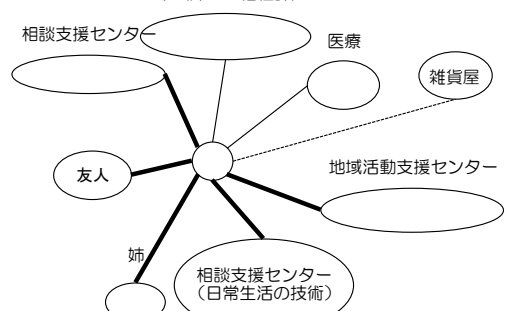
2. 利用者の状況

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

- ・高校はは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かず。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いては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	障害程度区分		相談支援事業者名							
	〇〇	〇子	〇〇相談支援センター							
			計画作成担当者							
			区分3							
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。 ・買い物は一人でやるが、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。 ・食事は冷凍食品が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			
8:00			朝食			朝食				
10:00										
12:00			昼食			昼食				
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	
									・定期通院は一人で行っている。 ・近隣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)。	

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					
計画作成日	20××年4月1日	モニタリング期間(開始年月)	毎月(3ヶ月間:5月~7月)	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	姉とケンカしないような家事などの生活パターンを探す。				
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 提供事業者名(担当者名・電話)	課題解決のための 本人の役割
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。	20××年7月	〇〇ヘルパーステーション(〇〇サービスピッチ提供責任者 ***-***-****) 〇〇事業所(〇〇さん ***-***-****)	・家事を一緒に行う 20××年5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。服薬後に就寝することで、生活の乱れをなくす。	20××年7月	〇〇相談支援センター	・時間を決めて薬を飲むよう工夫する。 20××年7月
3	家族に馬鹿にされない女性になりたい。	本人や障害書について、家族の理解を深める。	20××年10月	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 20××年10月
4	おしゃやかな女性に見られたい。	年齢に合った(常勤的な)身なりをする。	20××年10月	〇〇相談支援センター	・下着(上)をつける ・流行を調べる ・ヘルパーと買い物に行く 20××年5月
5	仕事が出来る女性になりたい。	日中活動先を決める。	20××年7月	〇〇相談支援センター	・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て 20××年7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	93000円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号					
計画開始年月	20××年5月				

月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00						
8:00			起床	起床	起床	
10:00	起床	起床	朝食	起床	起床	起床
	朝食	朝食	ヘルパー (家事)	朝食	朝食	朝食
12:00						
14:00	昼食	昼食	昼食	昼食	地域活動支 援センター (洗濯、 昼食)	昼食
	移動支援 (買い物)	日中活動 事業所 (選定、 見学)	買い物 (食料や 雑貨等)	買い物 (食料や 雑貨等)	買い物 (食料や 雑貨等)	買い物 (食料や 雑貨等)
16:00	日中活動 事業所 (選定、 見学)				地域活動支 援センター (夕食会)	
18:00	入浴	入浴		入浴		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
00:00						
2:00						
4:00						

主な日常生活上の活動

- ・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。
- ・買い物は一人でできるが、買う物は決まってお手紙や切手、封筒、等) 衣類や日用品は姉が買ってきている。
- ・食事は冷凍食品や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ないようにしている)。
- ・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います。

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ほしい、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。
- ・服薬確認を行い、服薬後決まった時間に就寝することで生活の乱れをなくす。

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、色ん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ので、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やっていく。
- ・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、服薬も安定し就業時間を一定化させることで体調管理・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いく。
- ・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					
計画作成日	20××年7月28日	モニタリング実施日	20××年7月11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	
優先順位	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。	今後の課題・解決方法	相談支援センターの導入により生活(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	サービスの量の変更	週間計画の変更	
1	自分で家事ができるようになる。	20××年7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たり助かる。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	定期通院と定期服薬の継続。服薬後に就寝することです、生活の乱れをなくす。	20××年7月	通院は確実に出来ており、服薬も意識してきている。生活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	本人や障害について、家族の理解を深める。	20××年10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	年齢に応じた(常識的な)身なりをする。	20××年10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。	やっぱり人は見えた目と判断されると思う。	もっとおしゃれしたいと思っようになっている。	特に課題はない。現在の支援を継続。	有(無)	有(無)	有(無)	
5	日中活動先を決める。	20××年7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。	仕事ができるか不安。周りの人と喧嘩してしまいがちで不安。	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。事業所までの送迎の確保が必要。	有(無)	有(無)	有(無)	
6	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。		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嬉しい。女性だと自分でも思う。そのため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ズレを把握する。	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りたいことを提案	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	93000円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号					

計画開始年月 20××年7月

月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00						
8:00	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食
10:00	送迎	送迎	ヘルパー (家事)	送迎	起床 朝食	起床 朝食
12:00	実習	実習 (就労移行 支援事業)	昼食	実習 (就労移行 支援事業)	昼食	昼食
14:00				GH見学	地域活動支 援センター (交流)	
16:00	送迎	送迎		送迎		
18:00	入浴	入浴	買い物	入浴		買い物 入浴
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食		夕食
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
00:00						
2:00						
4:00						

主な日常生活上の活動  
 ・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担当。

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。  
 ・2週間に1回の通院は一人で行く。  
 ・グループホームを見学し、ホームでの生活や状況を知りたいことを提案

サービス提供  
 によって実現  
 する生活の  
 全体像

・色んな体験をすることによって見方が広がって、どんな生活がよい生活なのか、自分で考えたことが周りの人にも認められ、応援してもらえるようになる。  
 ・お姉さんにも怒られないようになり、お互いに気持ちよく楽しめるようになる。  
 ・ちゃんと寝を飲んで、規則正しい生活を送れるようになり、日中活動の実習にもきちんと通えるようになる。  
 ・支援者と一緒に動いたり話したりすることで、何をしたら良いのかがもっと言葉にして言えるようになる。

## V. 地域での安心した暮らしを支えた事例【新規追加】

### 1. 事例の概要

50歳になる知的障害の男性Mさん。20年間授産施設での入所生活後、就職が決まり施設を退所。グループホームへ入居し職場へ通う生活となった。その後、自分だけの自由な暮らしをしたいと、アパートでの一人暮らしを決意し生活することとなった。しかし、知人に詐欺に合い、地域生活を断念せざるを得ない危機的状況が生まれた為、サービス等利用計画、地域定着支援により緊急時の支援も含め生活全般の支援が開始された。  
地域で暮らしたいとの本人の願いを実現するため、地域の様々な関係機関が協力し、安心した日々の生活を取り戻すことができた。

### 2. 利用者の状況

年齢・性別	50歳 男性
障害の状況	知的障害（中度判定）
主な生活歴	〇〇町で生まれ、特別支援学校卒業後、S授産施設へ入所する。20年間、入所授産施設での生活後、就職が決まり施設を退所、グループホームで生活しながら、仕事へ通うこととなった。
経済状況	障害基礎年金（2級）及び本人の就労による収入
健康状況	心臓病があり服薬中であるが、体調は安定している。
家族状況	本人のみの単身生活。 両親は高齢で他県に住んでいる。他県に住む2人の弟がいる。支援には協力的。
利用者の主訴	今の仕事を続けながら、元気で不安のない生活をしていきたい。
特記事項	

### 3. 相談に至る経緯（背景といきさつ）

グループホームから、アパートでの一人暮らしをすることとなった。しかし、それまで一人暮らしの経験がなく、調理や洗濯等の日常生活面や、金銭の管理など、十分できないまま、どこからの支援も受けることなく生活を送っていた。そのような中、詐欺グループの知人に、年金や預金など数百万円を脅され、だまし取られていた。そのような状況を不審に思った友人を通じて、当センターの相談へとつながり、生活支援に関わることとなった。

### 4. 具体的支援内容・経過

友人からの相談受付後、状況確認のため自宅へ訪問した。  
部屋の中は服や物が足の踏み場もないくらい散乱しており、生活環境の悪さを感じた。お金の管理について確認すると、「すべて会社が管理している」とのことであった。そのため、市役所とも連携して支援介入することが有効と考え、今後の進め方について関係者の打合せを実施した。後日、会社へ市職員と同行訪問し、社長と面談を行った。  
結果、給料の管理はきちんとされていたが、年金証書が何者かによって再発行されていることが判明した。  
そのため、社会保険事務所、銀行に確認に行くと、口座変更の手続きがされており、さらに年金を担保に数百万の借入れをおこなっていることが判明、その事を本人に確認すると知人に脅され、無理矢理連れて行かれて手続きをしている事が明らかになった。  
その後、深夜等に知人が家に来て脅されたりするとの、本人からの相談があり、一人暮らしが危機的な状況となった。  
このまま、一人暮らしを続けるには危険性もあり、避難的に施設やグループホームへ移って生活してはどうかとケア会議にて提案された。しかし、本人の「自宅で暮らしたい」という強い希望があり、何とかして今の生活を支えて行くための方法を検討した。  
そして、24時間緊急時の連絡体制及び対応、見守り支援、日常生活面での生活課題について総合的、計画的支援を行う必要があるため、「地域定着支援」と居宅介護の利用について市役所へ申請した。  
「サービス等利用計画」を作成して提出した結果、「地域定着支援」と居宅介護の利用が認められ、支援が開始された。また、「継続サービス利用支援」により、1か月に1回訪問し、日常生活の現状についての情報把握と、事業者との情報共有を密に行いつつ、継続的な支援を行った。

サービス等利用計画案

利用者氏名	〇〇 〇〇	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	障害者生活支援センター〇〇		
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							
計画作成日	20××年4月〇〇日	モニタリング期間(開始年月)	毎月/3か月間(20××年5月～7月)	利用者同意署名欄	〇〇 〇〇		
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	(本人)今の仕事を続けながら、元気で不安のない生活をしていきたい。(家族・弟)周りの人に協力してもらいながら、二度とだまされないうちで安心して暮らせるようにしてやりたい。						
総合的な援助の方針	不安がない生活ができるよう、いろいろな福祉のサービスや支援してくれる人に協力してもらいながらすすめていきます。						
長期目標	毎日不安なことをなくしていきけるようになります。また、生活で苦手なことは手伝ってもらいながら、自分でできることを増やしていきます。						
短期目標	お金を騙されたり、脅されたりすることなく、しっかりと管理できるようになります。また、洗濯や掃除等の家事が自分でできるようにしていきます。						
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	自分のお金は自分で管理できるようにしたい。	お金を守れるようにするため、成年後見制度の手続きを進める。	20××年7月	・成年後見制度の申請手続きを行います。(※司法書士にお金の管理をしてもらいます。)	・手続きなどの話し合いの時に一緒に話を聞いてくださいます。 ・自分の意思を言ってくださいます。	20××年5月	
2		お金を計画的に使えるようになるため、何にどのくらい使っているかわかるようにする。	20××年7月	・金銭管理ノートをつくり、書き方を教えます。	・レシートをあつめます。 ・毎日金銭管理ノートにいくら使ったか書きます。	20××年5月	
3	毎日、不安がない生活をした	悪人が家にこないようにする。また、緊急時にすぐに連絡できるようにする。	20××年7月	・地域定着支援を申請します。(24時間の緊急時支援) ・警察と協力し、夜間の巡回をたのみます。 ・電話を取りつけ、緊急時に連絡できるようにします。 ・緊急連絡網の作成をします。	・電話機に使い方を覚えてください。 ・緊急時にどこに連絡するか、緊急時の連絡先を覚えてください。	20××年5月	※怪しい人が来ていないか、友人や民生委員に時々様子を見てもらう。
4	薬をきちんと忘れずに飲むようにしたい。	薬の飲み忘れがないようにする。	20××年7月	・ヘルパーを頼みます。 居宅介護：家事援助(1時間/週4回) ※薬の飲み忘れを確認してもらう。	・毎日、飲み忘れがないように自分で確認してください。	20××年5月	※ヘルパーにも不審なことはないか訪問時に確認してもらう。※ヘルパー派遣は共通(1時間/週4回)
5	ごはんや簡単な料理ができるようになりたい。	ごはんの炊き方や簡単な調理はできるようにする。	20××年10月	・ヘルパーを頼みます。 居宅介護：家事援助(1時間/週4回) ※ごはんの炊き方や料理の仕方を教えてもらう。	・ヘルパーと一緒に調理しながら、覚えていきます。	20××年5月	〇
6	部屋の掃除がきちんとできるようにしたい。	部屋のきれいにすることができ掃除のやり方を覚える。	20××年10月	・ヘルパーを頼みます。 居宅介護：家事援助(1時間/週4回) ※掃除の仕方を教えてもらう。	・ヘルパーに教えてもらいながら掃除のやり方を覚えていきます。	20××年5月	〇

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇〇	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	障害者生活支援センター〇〇
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					
計画開始年月	20××年4月				

月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
8:00	仕事	仕事	仕事	仕事	外出	礼拝
10:00						
12:00						
14:00						
16:00						
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
20:00						
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
0:00						
2:00						
4:00						

民生委員・友人（不定期の様子確認）

警察巡回（不定期）・支援センター（24時間緊急時連絡対応）

主な日常生活上の活動

- ・仕事から帰ってから、あまり外出しない。テレビを見ているか、遊びに来た友人と話をしている。
- ・休日は、買い物に行ったり、支援センターに遊びに行く。
- ・日曜日は教会に行く。

週単位以外のサービス

- ・民生委員や友人の協力による見守り支援及び警察の夜間等の巡回
- ・休日は、好きな買物や、支援センターへ出かけに行くことが多い。

サービス提供による実現する生活の全体像

- ・知人に騙されたり、脅されたりして不安な生活を送っていたので、早期に不安が解消できるよりに関係機関とも連携して解決へ向けて行く。また、これまで、適切な日常生活面での支援を受けてこなかったため、生活環境での乱れがあった。しかし、本人は、素直な性格で、生活意欲もあり、居宅介護サービスを入れ、教えて行く事で身の回りのことも自立へとつなげていくことが可能と感じられる。サービス提供にあたっては、エンパワメントできるような支援に心がけていく。

申請者の現状(基本情報)

作成日	20××年4月1日	相談支援事業者名	障害者生活支援センター〇〇	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	-----------	----------	---------------	---------	-------

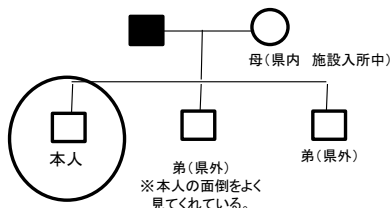
1. 概要(支援経過・現状と課題等)

50歳になる知的障害の男性Mさんは、特別支援学校卒業後、S授産施設へ入所する。20年間、入所授産施設での生活後、就職が決まり、グループホームで生活しながら、仕事へ通うこととなった。  
 しかし、自分だけの自由な暮らしをしたいと考え、アパートでの一人暮らしを決意する。会社からの紹介もあり、近くのアパートを借りることができ、念願であった一人暮らしを実現することができた。しかし、それまで一人暮らしの経験がなく、調理や洗濯等の日常生活面や、金銭管理の管理など、十分できないまま、どこからの支援も受けることなく、生活を送っていた。  
 やさしく、人のいいMさんであったため、そこに目を付けた詐欺グループの知人に、ローン契約をさせられたり、年金や預金など数百万円をだまし取られたり、脅されたりして、地域生活を断念せざるを得ない危機的状況が生まれた。そのような中、お金の困っていることに気付いた友人を通じて、当センターの相談へとつながり、支援に関わることとなった。

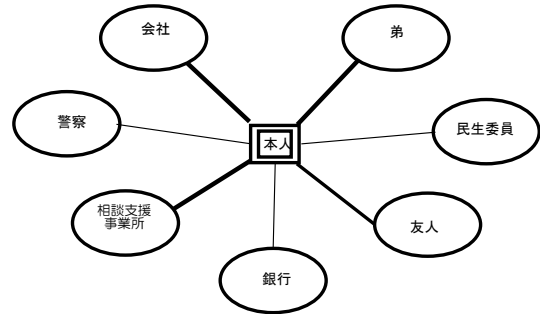
2. 利用者の状況

氏名	〇〇 〇〇	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	年齢	50歳
住所	〒000-0000 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地 〇〇アパート 〇〇〇号			電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	[持家(借家)アパート]・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他(			FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
障害または疾患名	知的障害(中度判定)	障害程度区分	区分2	性別	男・女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入



社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)



生活歴 ※受診歴等含む

特別支援学校高等部卒業後、S授産施設へ入所する。20年間、入所授産施設での生活後、就職が決まり、グループホームで生活しながら、仕事へ通うこととなった。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

〇〇病院(循環器科) 主治医: 〇〇医師  
 ※平成〇〇年より心疾患により、月1回通院中。

本人の主訴(意向・希望)

今の仕事を続けながら、元気で不安のない生活をしていきたい。

家族の主訴(意向・希望)

周りの人の協力もしてもらいながら、二度とだまされないよう安心して暮らせるようにしてやりたい。(弟)

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)	なし				
その他の支援	見守り	友人	様子確認	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 〇〇	障害程度区分	区分 2	相談支援事業者名	障害者生活支援センター〇〇
		計画作成担当者			
		〇〇 〇〇			

時間	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	起床	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事から帰ってから、あまり外出しない。テレビを見ているか、遊びに来た友人と話をしている。</li> </ul>
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	
10:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事	自宅	礼拝	<ul style="list-style-type: none"> <li>週単位以外のサービス</li> <li>友人が時々遊びに来て相談にのっている。</li> </ul>
12:00								
14:00								
16:00								
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
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 〇〇	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	障害者生活支援センター〇〇		
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890	利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	〇〇 〇〇		
地域相談支援受給者証番号	1234567890						
計画作成日	20××年4月〇〇日	モニタリング期間(開始年月)	毎月/3か月間(20××年5月～7月)	利用者同意署名欄	〇〇 〇〇		
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	(本人)今の仕事を続けながら、元気で不安のない生活をしたい。 (家族・弟)周りの人に協力してもらいながら、二度とだまされたくないよう安心して暮らせるようにしてやりたい。						
総合的な援助の方針	不安がない生活ができるよう、いろんな福祉のサービスや支援してくれる人に協力してもらいながらすすめていきます。						
長期目標	毎日不安なことをなくしていきます。また、生活で苦手なことは手伝ってもらいながら、自分でできることを増やしていけるようになります。						
短期目標	お金を騙されたり、脅されたりすることなく、しっかり管理できるようになります。また、洗濯や掃除等の家事が自分でできるようしていきます。						
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
1	自分のお金は自分で管理できるようにしたい。	お金を守れるようにするため、成年後見制度の手続きを進める。	20××年7月	種類・内容・量(頻度・時間) ・成年後見制度の申請手続きを行います。(※司法書士にお金の管理してもらいます。)	提供事業者名(担当者名・電話) ・弟(申請手続き) ・〇〇司法書士事務所 (名前:〇〇〇〇)	20××年5月	・手続きなどの話し合いの時に一緒に話を聞いてくださいます。 ・自分の意思を言ってください
2		お金を計画的に使えるようになるため、何にどのくらい使っているかわかるようにする。	20××年7月	・金銭管理ノートをつくり、書き方を教えます。	・障害者生活支援センター〇〇 (担当:〇〇〇〇)	20××年5月	・シートをあつめます。 ・毎日金銭管理ノートにいくら使ったか書きます。
3	毎日、不安がない生活をした	悪い人が家にこれないようにする。また、緊急時にすぐに連絡できるようにする。	20××年7月	・地域定着支援を申請します。(24時間の緊急時支援) ・警察と協力し、夜間の巡回のみです。 ・電話を取りつけ、緊急時に連絡できるようにします。 ・緊急連絡網の作成をします。	障害者生活支援センター〇〇 (担当:〇〇〇〇) ・〇〇警察署 ・民生委員 (名前:〇〇〇〇) ・友人	20××年5月	・電話機に使い方を覚えてください。 ・緊急時にどこに連絡するか、緊急時の連絡先を覚えてください。
4	薬をきちんと忘れずに飲むようにしたい。	薬の飲み忘れがないようにする。	20××年7月	・ヘルパーを頼みます。 居宅介護:家事援助(1時間/週4回) ※薬の飲み忘れを確認してもら	〇〇事業所 (担当:〇〇〇〇) ・障害者生活支援センター〇〇 (担当:〇〇〇〇)	20××年5月	・毎日、飲み忘れがないように自分でも確認してください。
5	ごはんや簡単な料理ができるようになる	ごはんの炊き方や簡単な調理はできるようにする。	20××年10月	・ヘルパーを頼みます。 居宅介護:家事援助(1時間/週4回) ※ごはんの炊き方や料理の仕方を教えてもら	〇〇事業所 (担当:〇〇〇〇)	20××年5月	・ヘルパーと一緒に調理しながら、覚えていきます。
6	部屋の掃除がきちんとできるようにしたい。	部屋の掃除がきちんとできるようにする。掃除のやり方を覚える。	20××年10月	・ヘルパーを頼みます。 居宅介護:家事援助(1時間/週4回) ※掃除の仕方を教えてもら	〇〇事業所 (担当:〇〇〇〇)	20××年5月	・ヘルパーに教えてもらいながら掃除のやり方を覚えていきます。



サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇〇	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	障害者生活支援センター〇〇
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890	利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	20××年4月				

月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
8:00	仕事	仕事	仕事	仕事	外出	礼拝
10:00						
12:00						
14:00						
16:00					ヘルパー	外出(買物、支援センター等)
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
20:00						
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
0:00						
2:00						
4:00						

民生委員・友人(不定期の様子確認)

警察巡回(不定期)・支援センター(24時間緊急時連絡対応)

主な日常生活上の活動

- ・仕事から帰ってから、あまり外出しない。テレビを見ているか、遊びに来た友人と話をしている。
- ・休日は、買い物に行ったり、支援センターに遊びに行く。
- ・日曜日は教会に行く。

週単位以外のサービス

- ・民生委員や友人の協力による見守り支援及び警察の夜間等の巡回
- ・休日は、好きな買物や、支援センターへ出かけたいことが多い。

サービス提供による実現する生活の全体像

- ・知人に騙されたり、脅されたりして不安な生活を送っていたので、早期に不安が解消できるように関係機関とも連携して解決へ向けて行く。また、これまで、適切な日常生活面での支援を受けてこなかったため、生活環境での乱れがあった。しかし、本人は、素直な性格で、生活意欲もあり、居宅介護サービスを入れ、教えて行く事で身の回りのことも自立へとつなげていくことが可能と感じられる。サービス提供にあたっては、エンパワメントできるような支援に心がけていく。

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	〇〇 〇〇	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	障害者生活支援センター〇〇
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890	利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画作成日	20××年7月31日	モニタリング実施日	20××年7月15日	利用者同意署名欄	〇〇 〇〇

総合的な援助の方針	
全体の状況	ホームヘルパーによるサービスが実施されるようになり、住まいの状況や毎日の食事など生活面での課題は大きく改善されました。しかし、依然として金銭面での管理のことや、「悪い人がくる」と強い不安に思っているため、安心して暮らすことができるようサービス内容の見直しを行っていきます。

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	お金を守れるようにするため、成年後見制度の手続きを進める。	20××年7月	成年後見制度に必要な書類を、弟さんがそろえてくれました。書類ができてほしい、裁判所に申し立ていたします。	お金を守ってくれる制度なので、利用したいと思えます。弟や司法書士の〇〇さんにおねがいしたいと思えます。	本人、弟さんや司法書士〇〇さんと個別支援会議をひき、制度の内容の説明や手続きの仕方について話し合いを伺い同意をもらいました。	書類がそろい、家庭裁判所に申し立てをする。早く手続きが進むようにする。司法書士〇〇さんに保佐人をお願いする。	有	無	有	無
2	お金を計画的に使えるようにするため、何にどのくらい使っているかわかるようにする。	20××年7月	レシートを集めて、小遣いノートに金額のみを書いて、支援センターへ確認に持ってきてくれた。	小遣いノートの書き方を覚えて、自分で小遣いノートの管理はできるようになりたい。	レシートを集めて、小遣いノートに書くことはできている。しかし、小遣いノートを計算すると〇万円の不明金があった。	友人に勧められ、高い腕時計を購入したことがわかった。すめられても買わない。高い買物は相談して買うことを理解してもらう。	有	無	有	無
3	悪い人が家にこないようにする。また、緊急時にすぐに連絡できるようにする。	20××年7月	時々、不審者が家を訪ねてきている。また、ボストに手紙があり、お金を要求したりされることもある。	毎日、悪い人が来ないが不安。	電話を買って、緊急時に備えている。しかし、依然不審者が来ているようである。	不安を少なくできるように、 <sup>ハ</sup> 川-や、友人、民生委員に協力してもらい様子確認と、警察にも報告し、巡回強化をお願いする。	有	無	有	無
4	薬の飲み忘れがないようにする。	20××年7月	飲み忘れのないように入れ物を工夫しているが、時々忘れるため、ヘルパーが声をかけるようにしている。	毎日飲み忘れがないようにしていきたい。	薬の入れ物を工夫することによって、忘れることは少なくなっている。	ヘルパーが訪問時に確認を継続していく。	有	無	有	無
5	ごはんの炊き方や簡単な調理はできるようにする。	20××年10月	ごはんの炊き方は覚えて、自分で炊くことができるようになってきている。	少しづつできることが増えていきたい。	ごはんは一人で炊けるようになってきている。	おかずもヘルパーと一緒に作る手伝いをしながら、少しずつ覚えていく。	有	無	有	無
6	部屋をきれいにするように、教えてもらいながら掃除のやり方を覚えていく。	20××年10月	山のようになついていた部屋のゴミも、きれいに片付けて整理がされている。	部屋がきれいになって気持ちがいい。	自分で掃除機で掃除ができるようになってきている。	部屋がちらかからないようなやり方の工夫をヘルパーと考える。	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 〇〇	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	障害者生活支援センター〇〇
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890	利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	20××年4月				

月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
8:00	仕事	仕事	仕事	仕事	外出	礼拝
10:00						
12:00						
14:00						
16:00						
18:00	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	ヘルパー	友人(様子確認)
	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
20:00	民生委員・友人(不定期の様子確認)					
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
0:00	警察巡回(不定期の巡回強化)・支援センター(24時間緊急時連絡対応)					
2:00						
4:00						

主な日常生活上の活動

- ・仕事から帰ってから、あまり外出しない。テレビを見ているが、遊びに来た友人と話をしている。
- ・休日は、買い物に行ったり、支援センターに遊びに行く。
- ・日曜日は教会に行く。

週単位以外のサービス

- ・民生委員や友人の協力による見守り支援及び警察の夜間等の巡回
- ・休日は、好きな買物や、支援センターへ出かけに行くことが多い。

サービス提供によって実現する生活の全体像

- ・依然として、知人に脅されたりして不安な生活を送っている。不安が解消できるように関係機関とも連携して見守り支援を強化して解決へ向けて行く。また、サービス導入により日常生活環境での改善や家事等の身の回りのことも少しずつ自立へとつながっている。継続してエンハブメントできるような支援に心がけていく。

## VI. 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

### 【改訂】

#### 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（地域移行事業のピアサポーター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	高校を卒業後就職し、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害福祉課に入る。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や（地域移行事業のピアサポーターによる訪問活動）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。給付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宿泊を開始する。体験宿泊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。体験宿泊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した。

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ながらい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った。退院へ向けてのケア会議では、看護師や障害福祉課も参加し、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、各種申請の同行といった支援を行い、引越には病院の看護師、生活保護担当、障害福祉課も加わり、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給付決定にもとづき、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った（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ることを目指している。

定期的な自宅へ訪問し、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						
計画案作成日	20××年4月15日	モニタリング期間(開始年月)	毎月：3か月間(20××年5月～7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。	地域定着支援(総務)	20××年4月		緊急事態には電話をする	20××年5月	
2	安心した地域での生活 食事や入浴を安心して、きちんと行えるようになる。	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	20××年4月		ヘルパーが来るまでに買い物リストを作っておく	20××年5月	浴室の手すりの設置について検討
3	安心した地域での生活 地域のルールに従ったゴミの出し方を覚える。	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	20××年7月		燃えるゴミと燃えないゴミを別の袋に分けておく。	20××年7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。	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	20××年10月		具合の悪いときには医師に話す。 通院の迎えが来るまでに準備をする。	20××年10月	
5	好きなものや食べたいものを買いたいに行く	近隣の商店へ買い物に行く 預貯金の引き出しを行う。	20××年7月		一人で買い物や銀行へ行く	20××年7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
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 朝食
10:00	ふれあい収集	外出(買い物)	外出(買い物)	外出(買い物)	外出(買い物)	
12:00	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
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
0:00						
2:00						
4:00						

主な日常生活上の活動

- ・自宅では時に何をすることもなく、テレビを付けては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ドラマを朝と夜の2回見ることが楽しみ。
- ・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。

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ハイスを受ける。(相談支援事業所が同行)一手すりの設置を検討する。

サービス提供による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な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に、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、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	20××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
-----	-------------	----------	------------	---------	-------

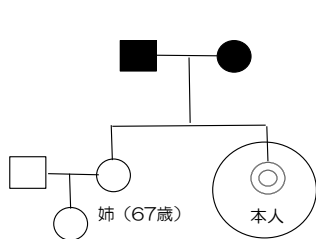
1. 概要(支援経過・現状と課題等)

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。

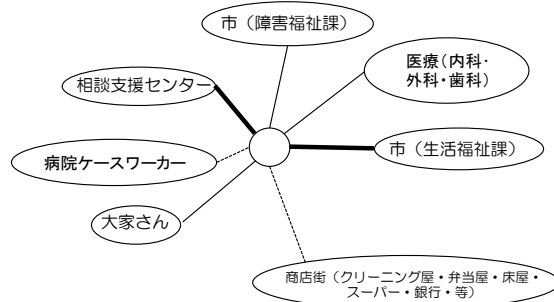
2. 利用者の状況

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、薬物性パーキンソニズム)  
 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でほしい。

3. 支援の状況

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

時間	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								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。
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	・買い物等、日常生活全般に関する ・入浴・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。
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)	買い物・調理等	自宅(テレビ等)	自宅(テレビ等)	
16:00	自宅(テレビ等)	自宅(テレビ等)						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。
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	モニタリング期間(開始年月)	毎月：3か月間(20××年5月～7月)	利用者同意署名欄	〇〇 〇美		
計画作成日	20××年4月15日						
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 提供事業者名 (担当者名、電話)	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。	20××年4月	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	20××年5月	
2	安心した地域での生活	食事や入浴を安心して、きちんと行えるようになる。	20××年4月	〇〇ヘルパーズサービス (〇〇ヘルパーズサービス提供責任者 ***-***-****)	ヘルパーが来るまでに買い物リストを作っておく	20××年5月	浴室の手すりの設置について検討
3	安心した地域での生活	地域のルールに従ったゴミの出し方を覚える。	20××年7月	市高齢者福祉課 (〇〇主任 ***-***-****)	燃えるゴミと燃えないゴミを別の袋に分けておく。	20××年7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。	20××年10月	〇〇ヘルパーズサービス (〇〇ヘルパーズサービス提供責任者 ***-***-****)	具合が悪いときには医師に話す。通院の迎えが来るまでに準備をする。	20××年10月	
5	好きなものや食べたいものを買いたいに行く	近隣の商店へ買い物へ行く。預貯金の引き出しを行う。	20××年7月	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	20××年7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	93000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				

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ことはなく、テレビを付けっぱなしにして一人で過ごすことが多い。
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	・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ドラマを朝と夜の2回見ることに楽しみ。 ・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。
10:00	ふれあい収集	外出(買い物)	外出(買い物)	外出(買い物)	外出(買い物)		・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、ドライヤーを自分ですべてしている。
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	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							<b>週単位以外のサービス</b> ・生活保護の受給 ・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ことが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。
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							

サービス提供  
による生活の  
全体像

- ・ホームヘルパーに手伝わってもらいながら、しっかりとご飯を食べ、しっかりとお風呂に入り、病院に通い、健康的な生活を送ります。
- ・困ったこと、わからないことがあったら相談支援事業所の相談員に話せば、相談員がいろいろなひとと一緒に解決を手伝ってくれます。
- ・近所の人や商店や銀行の人などを知り合いになって、安心した生活を送ります。
- ・これらの支援を受けて、「テレビドラマの主人公のような強くて明るい生活」を目指します。

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名	〇〇 〇美	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	20××年7月30日	モニタリング実施日	20××年7月10日	利用者同意署名欄	〇〇 〇美

総合的な援助の方針	
<p>全体の状況</p> <p>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。</p> <p>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、買い物に行くことと店員がお財布から必要な金額を取りの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。</p>	

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービスの量の変更	週間計画の変更	
1	体制を整えることと、緊急事態に対応できるようにする。	20××年4月	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ます。	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。	20××年4月	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を楽しみ、お風呂の入りが分かった。	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。	20××年7月	時折、分別が出来ていないことがある。収集時間が少しくしても遅れると、不安になってしまふ様子。	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。	20××年10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ふことがある。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。	通院については月1回であったが週1回必要になったので、支給量の増加が必要。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要重。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と、預貯金の引き出しを行う。	20××年7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ら、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	纏め物やパソコンを書いたりしていたので、また始めたい。		纏め物やパソコンを書いたりしていたので、また始めたい。			福祉サービスだけでは、民間のサークルや教室を見学してみよう。	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	93000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	20××年8月						
月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00							<ul style="list-style-type: none"> <li>自宅ではテレビを付けっぱなしで一人で行くことが多いが、編み物や衣類や手紙、書類の整理等を行うようになった。</li> <li>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。</li> <li>入浴は一人では不安。自分で身体を拭いたり、ドライヤーを準備している。</li> </ul>
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	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		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							
<p>週単位以外のサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護の受給</li> <li>地域定着支援：定期的な訪問及び緊急事態への対応。</li> <li>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。</li> <li>通院している精神科病院で作業療法士と相談しながら浴室の手すりの設置を進める。</li> <li>相談支援事業所と編み物などのサークルや教室を見学予定。</li> </ul>							
<p>サービス提供によって実現する生活の全体像</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ホームヘルパーに手伝わってもらいながら、しっかりご飯を食べ、安心してお風呂に入り、病院に通い、健康的な生活を送ります。</li> <li>困ったこと、わからないことがあったら相談支援事業所の相談員に話せば、相談員がいろいろなひとと一緒に解決を手伝ってくれます。</li> <li>近所の人や商店や銀行の人などを知り合いになって、安心した生活を送ります。</li> <li>これらの支援を受けて、「テレビドラマの主人公のような強くて明るい生活」を目指します。</li> </ul>							