

4-6) 手当

心身の障害を理由に支給される手当として、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当があります。しかし、精神障害をもつ人がこれらを受けることは少ないのが実情です。

5. 人とのつながり

5-1) 家族会

身内に精神疾患をもつ人々が集まり活動しているのが家族会です。病院や保健所などの地域を中心とした活動をする会があり、全国に約 1600 の家族会があります。活動内容は、参加者同士の交流、精神疾患についてや精神障害者が利用できる福祉制度の知識を得るための学習会などがあります。

5-2) 全国精神障害者家族会連合会(全家連)

略して「全家連」と呼ばれていますが、これは全国各地の約 1600 の家族会から構成される連合組織です。家族会は、都道府県ごとに都道府県連合会にまとまり、その傘下に家族 6 万世帯 12 万人の会員が組織され、地方独自の活動をしています。また、平成 6 年 7 月には、精神保健福祉法による「精神障害者社会復帰促進センター」の指定を受けて、調査・研究、啓発活動、研修事業などを行っています。

5-3) 当事者組織

地域における作業所、デイケアなどが増え、そこから派生した仲間の会、回復者クラブなどでエンパワメント、自助(セルフヘルプ)の場が増えてくるとともに、障害をもった当事者が、自らの体験や考えを語り始めています。全国的には、全国精神障害者団体連合会という組織も発足して、活動を続けています。

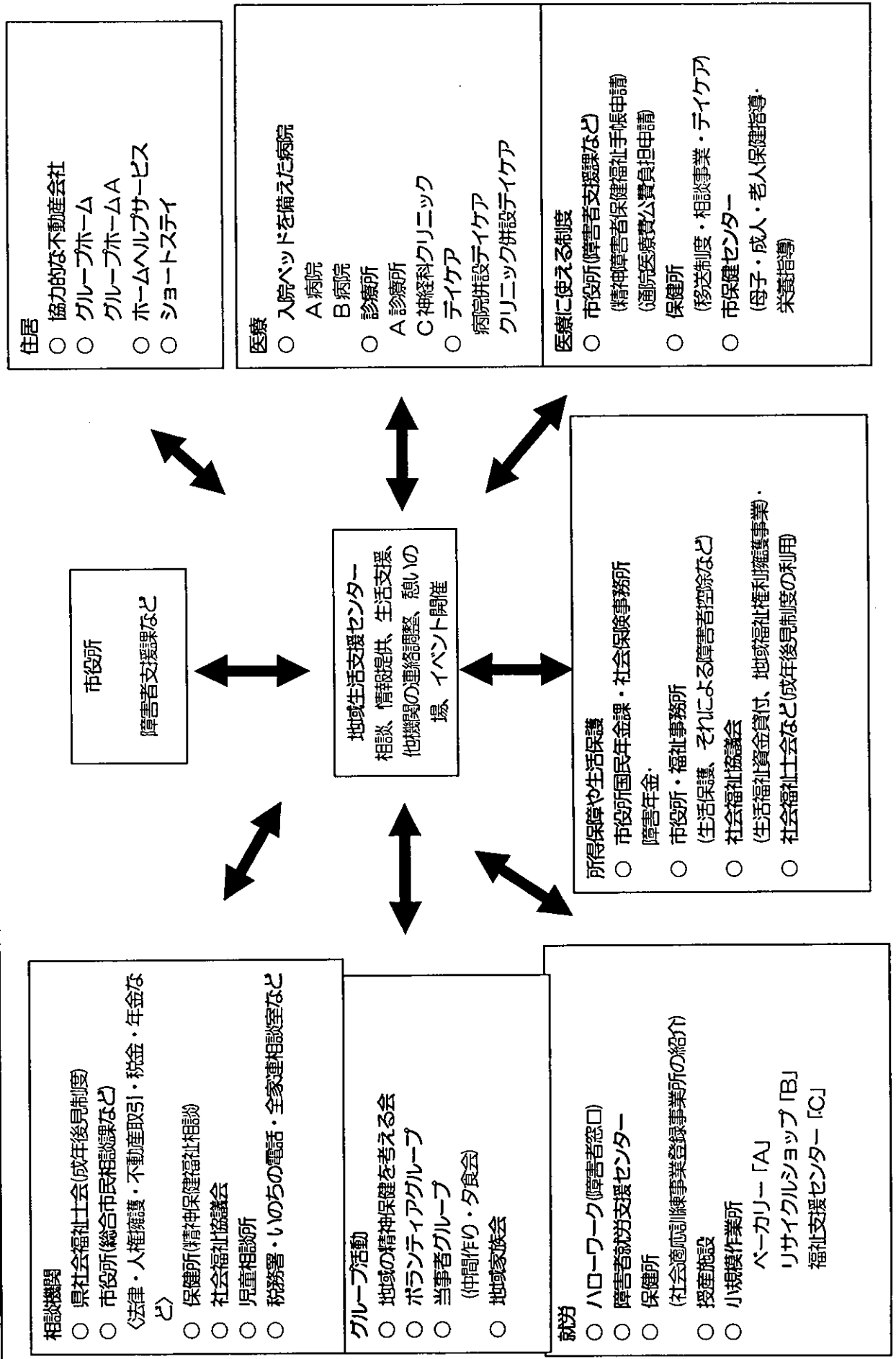
5-4) 保健所における社会復帰促進事業

保健所によっては、地域のニーズに応じるためにデイケア事業を行っているところもあります。

参考文献：精神保健福祉研究会監修：わが国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成 15 年度版。

精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編：改訂第 3 版 精神保健福祉士養成セミナー 第 4 巻精神保健福祉論 2002 へるす出版

付録 2-b : 社会資源マップ (地域生活支援センターを実施主体とした A 市の場合)



付録 3 : アセスメント票・ケア計画表の例

- 1) 精神障害者ケアガイドライン検討委員会版：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課監修 高橋清久/大島巖編集：改訂新版ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方 2001 精神障害者社会復帰促進センターより
- 2) 駒沢大学 佐藤光正 作成

相 談 票 (第4版)

氏名：	性別：1) 男性 2) 女性
年齢（生年月日）： 歳（明・大・昭・平 年 月 日生）	婚姻：1) 単身 2) 既婚 3) 離死別
住所：〒	
（電話： - - ）	

1 相談の理由

2 現在の生活状況

(1) 生活の場

1) 一人で暮らしている	2) 家族と暮らしている	3) 家族以外の人と暮らしている
【2】 家族と暮らしている人】 （当てはまるものすべてに○） いっしょに暮らしている人 <small>※ただし、3) 家族以外の人と暮らしている人で、近い将来家族と暮らす予定のある場合も回答する</small>		【3】 家族以外の人と暮らしている人】 （1つに○） どのようなところで生活しているか
1) 父	5) きょうだい	1) グループホーム 6) その他の福祉施設
2) 母	6) きょうだいの妻・夫	2) 生活訓練施設（援護寮） ()
3) 妻または夫	7) その他	3) 福祉ホーム 7) 精神病院入院中
4) 子ども ()		4) 入所授産施設 8) 会社の寮
		5) 救護施設・更生施設 9) その他 ()

(2) 日中の主な活動の場〔最近1カ月の一般的な状態で〕（当てはまるものすべてに○）

1) 正規の社員・従業員として勤める	6) デイケアに通う（頻度：)
2) パート・臨時・アルバイトとして勤める	7) いこいの場、患者どうしの集まりに通う
3) 家事・家業を中心に行っている	8) その他 ()
4) 家事・家業を手伝う（含、内職）	9) 以上のことは特にしていない
5) 授産施設・小規模作業所に通う	

(3) 主な生活費はどのようにまかなわれているか（当てはまるものすべてに○）

1) 家族の就労・年金収入	3) 本人の年金収入	5) 生活保護
2) 本人の就労収入	4) 本人名義の資産からの収入	6) その他 ()

3 障害者手帳、障害年金

(1) 障害者手帳の有無：	1) あり〔等級： 級〕	2) なし
(2) 障害年金の有無：	1) あり〔等級： 級〕	2) なし

4 現在利用している保健・医療・福祉サービス

(1) 医療サービス

A. 受療中の医療機関

1) あり → 2) なし	a. 医療機関名： _____ (担当医： _____)
	b. 病名・診断名： _____ (本人) _____ (主治医)

B. これまでの受療歴

(1) 延べ入院回数： _____ 回 /	現在	1) 入院中	2) 入院していない
(2) 初めて精神科にかかった時期： _____ 歳 (大・昭・平) _____ 年 _____ 月			
〔症状が初めて現れた時期： _____ 歳 (大・昭・平) _____ 年 _____ 月〕			※可能なら聴取
(3) 【入院中の人】 今回の入院期間： _____ 年 _____ カ月 (昭・平) _____ 年 _____ 月より入院)			
【在宅の人】 最終退院後期間： _____ 年 _____ カ月 (昭・平) _____ 年 _____ 月より在宅)			

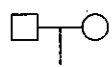
C. 精神科以外の受診歴

1) 診断名 _____	医療機関名 _____	入院 (有 無)
1) 診断名 _____	医療機関名 _____	入院 (有 無)
1) 診断名 _____	医療機関名 _____	入院 (有 無)

(2) 現在利用している保健・福祉サービス

サービスの内容 (名称、具体的内容)	実施機関等	利用開始時期
1)		年 月～
2)		年 月～
3)		年 月～
4)		年 月～
5)		年 月～

5 家族歴・生活歴

<家族歴> 	<生活歴>
※同居の有無を明確に	

6 相談票による面接の結果

1) ケアアセスメントの実施へ (理由： _____)	
2) 他機関の紹介 (紹介先： _____)	4) 相談のみ
3) 金銭給付のみ	5) その他 (_____)

7 相談票記入状況

実施場所： _____
担当者名： _____ (所属・関係： _____) 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ケアアセスメント票 (第4版)

氏名

A. 本人の希望

1 いまの生活で困っているのは、どのようなことですか。これまでそのことに対して、どのようにして来ましたか (どのように対処してきましたか)。

2 今の生活に対する希望はありますか。今後、どのような生活をしたいと思いますか。

3 生活の場に対する希望

現在の居住形態	本人の希望								
困っていること									
<p>今後利用してみたいと思うもの [引き続き利用したいものも含みます] (1つに○)</p> <table style="width: 100%;"><tr><td>1) 一人で暮らすアパートや貸家</td><td>6) その他</td></tr><tr><td>2) グループホーム (共同住居)</td><td rowspan="3" style="font-size: 2em;">{</td></tr><tr><td>3) 援助する職員のいる寮のようなところ</td></tr><tr><td>4) 老人ホームなど福祉施設のような生活施設</td></tr><tr><td>5) 家族のいる自宅</td><td>★現状のまま：<input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</td></tr></table>		1) 一人で暮らすアパートや貸家	6) その他	2) グループホーム (共同住居)	{	3) 援助する職員のいる寮のようなところ	4) 老人ホームなど福祉施設のような生活施設	5) 家族のいる自宅	★現状のまま： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1) 一人で暮らすアパートや貸家	6) その他								
2) グループホーム (共同住居)	{								
3) 援助する職員のいる寮のようなところ									
4) 老人ホームなど福祉施設のような生活施設									
5) 家族のいる自宅	★現状のまま： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								

4 日中の活動の場に対する希望

現在の状況	本人の希望														
困っていること															
<p>今後利用してみたいと思うもの〔引き続き利用したいものも含みます〕(1つに○)</p> <table border="0"> <tr> <td>1) 正規の社員・従業員として就労できる職場</td> <td>8) 憩いの場、患者どうしの集まりなど</td> </tr> <tr> <td>2) パートなど何らかの形で就労できる職場</td> <td>9) 家庭(家事・家業の役割分担など)</td> </tr> <tr> <td>3) 職親のところで働く</td> <td>10) その他</td> </tr> <tr> <td>4) 職業訓練所などでの訓練</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5) 福祉工場</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6) 授産施設・小規模作業所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7) デイケア(頻度:)</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">★現状のまま: <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>		1) 正規の社員・従業員として就労できる職場	8) 憩いの場、患者どうしの集まりなど	2) パートなど何らかの形で就労できる職場	9) 家庭(家事・家業の役割分担など)	3) 職親のところで働く	10) その他	4) 職業訓練所などでの訓練		5) 福祉工場		6) 授産施設・小規模作業所		7) デイケア(頻度:)	
1) 正規の社員・従業員として就労できる職場	8) 憩いの場、患者どうしの集まりなど														
2) パートなど何らかの形で就労できる職場	9) 家庭(家事・家業の役割分担など)														
3) 職親のところで働く	10) その他														
4) 職業訓練所などでの訓練															
5) 福祉工場															
6) 授産施設・小規模作業所															
7) デイケア(頻度:)															

5 相談したり日常生活を支えてくれる人への希望

困っていること	本人の希望												
<p>今後利用してみたいと思うもの〔引き続き利用したいものも含みます〕(いくつでも)</p> <table border="0"> <tr> <td>1) ホームヘルパーのサービス</td> <td>7) 具合が悪くなったときの救急サービス</td> </tr> <tr> <td>2) 専門職員による定期的または必要時の訪問援助 (職種:)</td> <td>8) その他</td> </tr> <tr> <td>3) 施設等による給食サービス</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4) 施設等での短期宿泊・休息サービス</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5) 施設等での入浴・洗濯サービス</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6) 友達づくりができる同病の仲間の集まり</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">★現状のまま: <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>		1) ホームヘルパーのサービス	7) 具合が悪くなったときの救急サービス	2) 専門職員による定期的または必要時の訪問援助 (職種:)	8) その他	3) 施設等による給食サービス		4) 施設等での短期宿泊・休息サービス		5) 施設等での入浴・洗濯サービス		6) 友達づくりができる同病の仲間の集まり	
1) ホームヘルパーのサービス	7) 具合が悪くなったときの救急サービス												
2) 専門職員による定期的または必要時の訪問援助 (職種:)	8) その他												
3) 施設等による給食サービス													
4) 施設等での短期宿泊・休息サービス													
5) 施設等での入浴・洗濯サービス													
6) 友達づくりができる同病の仲間の集まり													

6 健康管理、療養生活についての希望

困っていること
<p>①自分が病気だと思うところはどのようなところですか。</p>

②具合が悪い、調子が悪いと思うのは、どのような時ですか。

③調子が悪いとき、誰かにすぐ連絡できますか。

④調子が悪いときにしてほしいことは何ですか。

本人の希望

7 趣味、生きがい、レクリエーションなどの希望

困っていること

①あなたには、「生きがい」や「生活のほり」がありますか。

②どうすればもっと自分らしく「生きがい」や「生活のほり」をもてるようになりますか。

本人の希望

8 その他、今後利用してみたい制度

- | | |
|----------------------------------|--------------------|
| 1) 通院医療費公費負担制度 | 8) 心身障害者扶養共済年金の加入 |
| 2) 入院医療助成（市町村等） | 9) 公営住宅の優先入居 |
| 3) 障害者手帳の取得 | 10) 公共機関・交通機関の料金減免 |
| 4) 税金の障害者控除 | 11) その他 |
| 5) 障害年金 | 〔 |
| 6) 生活保護 | |
| 7) 特別障害者手当・特別児童扶養手当
・ 障害児福祉手当 | |

9 その他の希望

Blank area for other wishes.

10 あなたは、現在の生活に満足していますか。

全然満足できない

どちらともいえない

とても満足

B ケア必要度《対人ケアサービスのニーズ》

1 自立生活能力

	自立	ほぼ自立	★要援助			不明・不詳
			や援助 時に助言	や強い 援助助言	働きな 働きかけ	
a. 身のまわりのこと(パーソナルケア)						
a-1) 必要な食事をとること(偏りすぎない十分な量の食事をとる)	1	2	3	4	5	0
a-2) 生活リズム(起床時間などの生活リズムが確立している)	1	2	3	4	5	0
a-3) 個人衛生・みだしなみ(洗面、整髪、入浴などを自主的におこなう)	1	2	3	4	5	0
a-4) 清掃やかたづけ、洗濯(必要に応じて清掃やかたづけができる)	1	2	3	4	5	0
a-5) 金銭管理(1ヶ月程度のやりくりが自分でできる)	1	2	3	4	5	0
特記事項						

b. 安全の管理

b-1) 火の始末(タバコ、こたつ、ストーブなどの火の始末ができる)	1	2	3	4	5	0
b-2) 大切な物の管理(めったに大切な物をなくしたり、忘れてしまわない)	1	2	3	4	5	0
特記事項						

c. 健康の管理

c-1) 服薬管理(適切に自分で管理している)	1	2	3	4	5	0
c-2) 身体健康の管理(必要な療養行動をとれる)	1	2	3	4	5	0
特記事項						

d. 社会資源の利用

d-1) 交通機関の利用(バス・電車等の未知の路線を利用できる)	1	2	3	4	5	0
d-2) 公共機関・金融機関の利用(役所、郵便局、銀行などを利用できる)	1	2	3	4	5	0
d-3) 電話の利用(必要に応じて電話を使用できる)	1	2	3	4	5	0
特記事項						

	自立	ほぼ自立	★要援助			不明・不詳
			時に助言や援助	強い助言や援助	強力な働きかけ	
e-1) 協調性(近所・仕事場・施設等で他者と大きなトラブルを起こさない)	1	2	3	4	5	0
e-2) 自発性(必要に応じて誰に対しても自分から話せる)	1	2	3	4	5	0
e-3) となり近所との付き合い(あいさつなど最低限の近所付き合い)	1	2	3	4	5	0
e-4) 友人等との付き合い(自分から友人をつくり継続してつきあう)	1	2	3	4	5	0
特記事項						

f. 社会的役割・時間の活用

f-1) 自分なりの社会的役割をもつ(就労、作業所への通所などができる)	1	2	3	4	5	0
f-2) 趣味・空いた時間の過ごし方(趣味をもち、自主的に行っている)	1	2	3	4	5	0
特記事項						

2 緊急時の対応

g. 緊急時の対応

g-1) 心配ごと(ストレスを受けた場合)の相談(自分で援助を求める)	1	2	3	4	5	0
g-2) 悪化時の対処(誰かに相談したり医療機関を訪れる)	1	2	3	4	5	0
特記事項						

3 配慮が必要な社会行動

h. 配慮が必要な社会行動

	ない	以前は見られた	最近たまにある	最近頻繁にある	常時配慮が必要な社会行動	不明・不詳
h-1) 会話の不適切さ	1	2	3	4	5	0
h-2) マナー(食堂や交通機関など公共の場所で常識的なマナーを配慮できない) ^{注)}	1	2	3	4	5	0
h-3) 自殺ないし自傷の念慮や行為(自殺を口にする事など)	1	2	3	4	5	0
h-4) その他社会的適応を妨げる行動	1	2	3	4	5	0
特記事項						

注) おおむね上記の基準に沿って評価するが、「h-2) マナー」については、「1.自立生活能力」の基準に従う。それ以外の項目も評価の詳細は「手引き」を参照のこと。

4 ケア必要度得点の算出

	合計	0の数	ケア必要度	要援助				
				自立 1	ほぼ自立 2	ときに助言 や援助 3	強い助言 や援助 4	強力な 働きかけ 5
a. 身のまわりのこと	<input type="text"/>	÷ (5 - <input type="text"/>) =	<input type="text"/>					
b. 安全の管理	<input type="text"/>	÷ (2 - <input type="text"/>) =	<input type="text"/>					
c. 健康の管理	<input type="text"/>	÷ (2 - <input type="text"/>) =	<input type="text"/>					
d. 社会資源の利用	<input type="text"/>	÷ (3 - <input type="text"/>) =	<input type="text"/>					
e. 対人関係	<input type="text"/>	÷ (4 - <input type="text"/>) =	<input type="text"/>					
f. 社会的役割・時間の活用	<input type="text"/>	÷ (2 - <input type="text"/>) =	<input type="text"/>					
g. 緊急時の対応	<input type="text"/>	÷ (2 - <input type="text"/>) =	<input type="text"/>					
h. 配慮が必要な社会行動	<input type="text"/>	÷ (4 - <input type="text"/>) =	<input type="text"/>					

C 環境条件・個人の条件

1 社会参加や本人の希望の実現に好影響を及ぼしていると判断される条件

運転免許等の資格を持っている、ボランティア活動の盛んな地域に住んでいる、など

2 社会参加を困難にする条件

(身体疾患や身体的能力障害の有無、経済状態、教育程度、住まいの条件など)

3 家族の中で、日常的な援助を最も多く提供している人 [() 内に続柄を記入する]

1) 同居家族の中にいる () 2) 別居家族にいる () 3) いない

4 本人に対する、その家族の態度 (具体的に記入)

具体的に：	<ul style="list-style-type: none">1) 本人に協力的 (拒否、無関心などが無い)2) 特定の行動に向けられた批判的言動がときどきあるが、本人への協力姿勢は維持される3) 本人を全体として嫌悪しているという表現がときどき見られる4) 本人に対する批判が頻発し、本人への明確な拒否感情が示される5) 判定できない 6) 非該当 (中心人物が特定できない、など)7) 不明、不祥 8) その他 ()
-------	---

5 社会的支援の状況

① その他の家族で、援助を提供している人
② 家族以外で、安定した信頼関係を持つ人
③ 最近1ヶ月以内に、家族以外で具体的な援助を提供したり、手助けをしてくれた人

6 医療との関係

① 定期的な通院と服薬について
② 医療スタッフと良い援助関係を持っているか

D 社会生活上の困難な問題〈環境調整のニーズ；社会的不利尺度〉

※利用者・家族が面接を通して、どの部分を改善したいと希望していたのかを明確にします。

※さらに、それぞれの領域における改善の必要性について、担当者の判断を記入します。

	〈面接結果〉		〈担当者の判断〉			現状でよい	現在利用しているサービス(○印を)
	はまるものに○()	家族の希望(あてはまるもの)に○()	改善が必要	改善が必要	改善が必要なら		
1. 生活費など経済的な問題			3	2	1	0	
----- 特記事項							
2. 住まいの問題			3	2	1	0	
----- 特記事項							
3. 日中の活動の場の問題							
a) しごとの問題			3	2	1	0	
b) 日中の過ごし方の問題			3	2	1	0	
----- 特記事項							
4. 支え手の問題							
a) 気軽に相談できる相談相手の問題			3	2	1	0	
b) 日常生活についてアドバイスしたり、手助けしてくれる人の問題			3	2	1	0	
c) 家族関係の問題			3	2	1	0	
----- 特記事項							
5. その他の問題							
a) 家族以外の人間関係の問題			3	2	1	0	
b) 偏見や差別、個人としての尊厳に関する問題			3	2	1	0	
c) 外出や交通機関の利用に関する問題			3	2	1	0	
d) 学校教育に関する問題			3	2	1	0	
e) 趣味、生きがい、スポーツ、レクリエーションなどに関する問題			3	2	1	0	
f) その他の問題(具体的に：)			3	2	1	0	
----- 特記事項							

E ニーズのまとめ、ケア目標

1 ニーズのまとめ

a. アセスメント票から直接把握するもの

本人の希望から出てきたもの	家族の希望から出てきたもの
ケア必要度・社会的不利尺度から必要と判断されたもの	

b. ケアマネジメント従事者の総合的判断

--

2 ケア目標の設定

ニーズ	個別ケア目標	優先順位

生活支援目標	
--------	--

アセスメント実施記録

日 時	時間数 (分)	実施場所	参加者
年 月 日 (時 分 ~ 時 分)			
特記事項			
年 月 日 (時 分 ~ 時 分)			
特記事項			
年 月 日 (時 分 ~ 時 分)			
特記事項			
年 月 日 (時 分 ~ 時 分)			
特記事項			

主治医の意見書の有無

受付時：1) 意見書あり 2) なし → 意見書の依頼 (年 月 日) 意見書受理 (年 月 日)

ケア計画書 (第4版)

氏名

この計画書は・・・

- ・これは、あなたのケア計画書です。
- ・あなたと私（ケアマネジメント従事者）が今までに話しあってきた結果を、「ケア計画」と「ケアパッケージ」にまとめます。
- ・「ケアサービス・週間予定表」が、あなたがこれから受けるサービスの一覧です。
- ・もし、不満があったり、変更して欲しいことがあったりしたら、いつでも言って下さい。その時は、もう一度計画をたて直します。

◆ケア会議の実施

日 時	実施場所	参加者	主な討議項目
年 月 日 (時 分 ~ 時 分)			
年 月 日 (時 分 ~ 時 分)			
年 月 日 (時 分 ~ 時 分)			
年 月 日 (時 分 ~ 時 分)			

担当者氏名	
担当者所属	連絡先

◆ケアパッケージの実施内容

今後の生活目標						
サービスの名称・内容	担当機関・担当者・場所	回数・頻度	実施期間 (見直し時期を含む)	留意事項・必要な環境調整など		
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						
(6)						
(7)						

留意事項・優先すべき事項

◆ケアパッケージの見直し時期

.....

年 月 日 (ケ月後)

◆ ケア計画分析表① (ケアマネジメント従事者素案；仮のケア計画)

生活支援目標		対応する部門						本人の役割
個別ケア目標	当面 対応	市区町村	保健所等関係機関	医療機関	社会復帰施設	民間非営利組織	地域・親族家族	その他

↳ ニーズのうち、当面対応することが決定したものに○印を記入。または優先順位の番号を記入。

◆ ケア計画分析表② (ケア会議提出用)

生活支援目標		対応する部門						本人の役割
個別ケア目標	当面 対応	市区町村	保健所等関係機関	医療機関	社会福祉施設	民間非営利組織	地域・親族・家族	その他

↑ ニーズのうち、当面对応することが決定したものに○印を記入。または優先順位の番号を記入。

◆ 満たされないニーズおよびその解決方法 (ケアサービスの開発)

ケア目標	対応するサービス	ケア目標	対応するサービス

◆ ケアサービス・週間予定表

	月	火	水	木	金	土	日	月間予定
6:00								
9:00								
12:00								
15:00								
18:00								
21:00								
備考								