

生活支援アセスメント票

情報提供者：Aさん / 主たる介護・援助者：伯母・従姉妹

〈記載上の留意点〉

- 1) 情報提供者を明確にしておく：本人の要望か、介護者の要望か
- 2) 配慮面・要望面の欄の記載で、配慮すべきこと・希望すること・気づいたこと等を記載していく
- 3) 援助者：家族・近隣・ボランティア等のインフォーマルサービス提供者

生活支援サービスの聴取項目

1 日常生活に関する領域

項 目	実 態	援助有無	「要」の場合の特記事項
起床時間 (目覚まし・起こされる) (ベッドメーカー)	起床時間 (6時00分) 目覚まし時計をかけなくても習慣で起きる。	(不要)・要	援助者 / 有り () ・ 無し ・ 要 □ HP の身体介護 / 不要 ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配 慮 要 望	
就寝時間 (ベッドメーカー)	就寝時間 (21時00分) 布団の上げ下ろしは問題ない。	(不要)・要	援助者 / 有り () ・ 無し ・ 要 □ HP の身体介護 / 不要 ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配 慮 要 望	
屋内移動 (「寝返り」・「起き上がり」・「ベッドへの移乗 (床・車椅子等)」)	特に支障はない。	(不要)・要	援助者 / 有り () ・ 無し ・ 要 □ HP の身体介護 / 不要 ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配 慮 要 望	
衣服着脱 (衣服を出し、着脱、衣服の整容、衣服の補修まで)	母親が生前時から決められた場所に収納されていて、毎晩就寝時に枕元に準備している。	(不要)・要	援助者 / 有り () ・ 無し ・ 要 □ HP の身体介護 / 不要 ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配 慮 要 望	
整容行為 (洗顔・歯磨き・髪をとくなど)	自分でできる 散髪は近所のパーマ屋に一か月に一回程度行っている。	(不要)・要	援助者 / 有り () ・ 無し ・ 要 □ HP の身体介護 / 不要 ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配 慮 要 望	
食事行為 (介護者の調理・自炊・外食の有無、または自炊の場合の調理・買い物・後片付けの行為)			
	自分で料理をしたことがないため今は伯母宅から夕食と翌朝の朝食	不要・(要)	援助者 / (有) () ・ 無し ・ (要) □ HP の家事援助・身体介護 / 不要・(要) 助言・指導 / 不要 ・ 要

	朝食	をもらって自宅で食べている。自分で料理を覚えたいと思っている。	配慮 要望	現時点ではどこまでできるかわからないが一緒にしていくことで少しずつでも覚えていきたい。 ガス、包丁を使ったことがない。
	昼食	平日は通所施設で給食を食べている。 休日は近くのスーパーでパンか弁当を購入して食べている。	不要・要	援助者 / 有り () ・ 無し ・ 要 □ HP の家事援助・身体介護 / 不要・要 助言・指導 / 不要 ・ 要
			配慮 要望	
夕食	自分で料理をしたことがないため今は伯母宅から夕食と翌朝の朝食をもらって自宅で食べている。自分で料理を覚えたいと思っている。 休日は近くのスーパーで総菜やお弁当を購入して食べている。	不要・要	援助者 / 有り () ・ 無し ・ 要 □ HP の家事援助・身体介護 / 不要・要 助言・指導 / 不要 ・ 要	
		配慮 要望	現時点ではどこまでできるかわからないが一緒にしていくことで少しずつでも覚えていきたい。 ガス、包丁を使ったことがない。	
排泄行為	排尿	特に支障はない。	不要・要	援助者 / 有り () ・ 無し ・ 要 □ HP の身体介護 / 不要 ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
			配慮 要望	
排便	特に支障はない。	不要・要	援助者 / 有り () ・ 無し ・ 要 □ HP の家事援助・身体介護 / 不要・要 助言・指導 / 不要 ・ 要	
			配慮 要望	
入浴準備 入浴行為 (浴室清掃から入浴、髪・体を洗い、風呂を上げて服を着るまでの行為)	入浴準備から入浴、洗体なども自分でできる。 浴室の掃除は自分でしている。	不要・要	援助者 / 有り () ・ 無し ・ 要 □ HP の家事援助・身体介護 / 不要・要 助言・指導 / 不要 ・ 要	
			配慮 要望	
洗濯 (介護者) (本人の場合、汚れ物を洗濯機に入れ、操作、干す、取り込むまでの一連の行為)	母親が亡くなって自分でするようにはなかったが、洗剤の量がよくわからない。	不要・要	援助者 / 有り () ・ 無し ・ 要 □ HP の家事援助・身体介護 / 不要・要 助言・指導 / 不要 ・ 要	
			配慮 要望	
掃除 (介護者) (本人の場合、その掃除行為の内容)	自分でできるが、掃除機をかける程度。	不要・要	援助者 / 有り () ・ 無し ・ 要 □ HP の家事援助・身体介護 / 不要・要 助言・指導 / 不要 ・ 要	
			配慮 要望	各居室や風呂場、台所、トイレ等場所によって異なる掃除の仕方を覚えていきたい。

2 健康に関する領域

項目	実態	援助有無	「要」の場合の特記事項
病気へ留意 体力 服薬管理 食事管理	月に一回糖尿病の定期受診で内科にかかっている。服薬はない。食事は揚げ物や、油ものなどカロリーの高いものが好きで悪いとわかっていてもつい多めに食べてしまう。	不要・ 要	援助者／ 有り () ・ 無し ・ 要 <input type="checkbox"/> HP の通院等介助 / 不要 ・ 要 <input type="checkbox"/> 訪問看護の利用援助 / 不要 ・ 要 <input type="checkbox"/> 管理栄養士の定期指導 / 不要 ・ 要 <input type="checkbox"/> 保健師の定期訪問 / 不要 ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配慮 要望	食事管理に伴う専門家による献立等の提供が必要。

3 社会生活技能に関する領域

項目	実態	援助有無	「要」の場合の特記事項
屋外活動 (近距離移動) (遠距離移動) (通学・通勤・公共機関の利用の有無)	一人で外出するのは近くのスーパーと通所施設程度。バスにはあまり乗ったことがない。両親の墓参りに行きたいが一人で行くには不安でまだ行っていない。	不要・ 要	援助者／ 有り () ・ 無し ・ 要 <input type="checkbox"/> HP の身体介護 / 不要 ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配慮 要望	当面は援助をして、徐々に自立していく方向での支援が必要。
金銭管理 (金銭理解・使用状況・貯金管理・他)	1,000円程度であれば使えるが、それ以上のお金を使ったことがない。母親がしてくれた預金があることは聞いているが、金額はわからない。	不要・ 要	援助者／ 有り () ・ 無し ・ 要 <input type="checkbox"/> 成年後見制度利用援助 / 不要 ・ 要 <input type="checkbox"/> 権利擁護事業利用援助 / 不要 ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配慮 要望	節約家であり洋服や趣味的な支出は働きかけをしないと購入等をすることはない。
危機管理 (戸締り) (連絡)	毎日、伯母さん宅から帰ってきたあとは鍵をかけて雨戸を閉めている。朝は雨戸を開けて通所施設へ行っている。	不要・ 要	援助者／ 有り (伯母・従姉妹) ・ 無し ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配慮 要望	訪問者が訪ねてきた場合に鍵を開けてしまうことがあり助言が必要。

4 生活基盤に関する領域

項目	実態	援助有無	「要」の場合の特記事項
経済環境 (家族扶養、年金、所得、工賃等)	障害基礎年金は2級で今は伯母さんに通帳と一緒に預けて必要な時にもらいに行っている。工賃は1か月5,000円程度でやはり、伯母さんに渡している。	不要・ 要	援助者／ 有り (伯母・従姉妹) ・ 無し ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配慮 要望	障害基礎年金2級 通所施設からの工賃1か月5,000円

住環境 (持ち家, 賃貸, 住宅 改造の有無, 住環境 の改善点等)	持ち家の一戸建ての2 階建てで閑静な住宅街 にある。住宅改造の必 要性はない。	<input type="radio"/> 不要・ <input checked="" type="radio"/> 要	<input type="checkbox"/> 住環境の改善 / <input checked="" type="radio"/> 不要・ <input type="radio"/> 要 <input type="checkbox"/> 住居転居 / <input checked="" type="radio"/> 不要・ <input type="radio"/> 要 助言・指導 / <input checked="" type="radio"/> 不要・ <input type="radio"/> 要
		配 慮 要 望	

5 家族・近隣支援に関する領域

項目	実態	援助有無	「要」の場合の特記事項
家族・介護者支援状 況とその関係 (介護支援・レスパ イト・その他)	近隣に居住している父 方の伯母と従姉妹がす べての面で援助してく れている。 近隣の人ともよく話 し、少し話しすぎると ころがあるからと伯母 さんからはお金のこと など話してはいけない と言われている。	<input checked="" type="radio"/> 不要・ <input type="radio"/> 要	援助者 / 有り () ・無し・要 <input type="checkbox"/> ショートステイ利用 / 不要・要 <input type="checkbox"/> レスパイト支援 / 不要・要 助言・指導 / 不要・要
		配 慮 要 望	
近隣支援の状況とそ の関係性	母親が亡くなったのち 近隣の人たちが心配し てくれて家をのぞいて くれたり、話しかけて くれる。	不要・ <input checked="" type="radio"/> 要	援助者 / <input checked="" type="radio"/> 有り () ・無し・要 助言・指導 / 不要・ <input checked="" type="radio"/> 要
		配 慮 要 望	発言により、近隣の人たちが誤解をする場合も あるため、調整が必要な場面が表出してくるこ とも想定しておく必要がある。

利用者の状況

6 コミュニケーションスキルに関する領域

項目	実態	援助有無	「要」の場合の特記事項
意思伝達手段・意思 表示の程度 (身振り・音声・対話 の状況)(意思表示の 行為内容)	話は通常通りできる が、少しオーバーに表 現してしまい誤解を招 くことがあるとのこ と。	不要・ <input checked="" type="radio"/> 要	援助者 / <input checked="" type="radio"/> 有り (伯母・従姉妹) ・無し・要 <input type="checkbox"/> HPの身体介護 / <input checked="" type="radio"/> 不要・要 助言・指導 / 不要・ <input checked="" type="radio"/> 要
		配 慮 要 望	第三者が誤解をしない程度に代弁が必要。
言語理解の程度 (依頼・言語説明理 解等)	相手に気を遣うあまり に話が理解できていな くても返事をしまし まうことがあり、そば にいる従姉妹から度々 促され修正される場 面があった。	不要・ <input checked="" type="radio"/> 要	援助者 / <input checked="" type="radio"/> 有り () ・無し・要 <input type="checkbox"/> HPの身体介護 / <input checked="" type="radio"/> 不要・要 助言・指導 / 不要・ <input checked="" type="radio"/> 要
		配 慮 要 望	場面によっては「本当にそれで良いの?」といっ た聞き返しの援助が必要。
電話・FAX・筆記・パ ソコン・ワープロの 使用	電話は決まった場所で あればかけることが できる。その他の機器に 関しては利用したこと	<input checked="" type="radio"/> 不要・ <input type="radio"/> 要	援助者 / 有り () ・無し・要 <input type="checkbox"/> HPの身体介護 / 不要・要 助言・指導 / 不要・要

	がない。	配 慮 要 望	
対人関係及び問題行動	対人関係は支障ないが、理解できていないのに返事をしてしまった後でどんな話をしたかが理解できていないことがあるとの従姉妹からの話があった。	不要・ 要	援助者／ 有り () ・ 無し ・ 要 □ HPの身体介護 / 不要 ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配 慮 要 望	場合によっては、対人関係の調整が必要。

7 社会参加に関する領域

項目	実 態	援助有無	「要」の場合の特記事項
レクリエーション・趣味・旅行等	旅行には行きたいがどうやって行っていいかわからない。 趣味は特にないがどちらかという物を片付けることが好きですがすぐに物を捨ててしまうことがある。	不要・ 要	援助者／ 有り () ・ 無し ・ 要 □ HPの身体介護 / 不要 ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配 慮 要 望	一人で遠方への旅行は行ったことがなく、具体的な計画や遂行に援助が必要。
当事者団体・各種社会的活動の参加とその役割	特にないが、当事者活動があれば行ってみたいと思う。	不要・ 要	援助者／ 有り () ・ 無し ・ 要 □ HPの身体介護 / 不要 ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配 慮 要 望	情報提供と合わせて、導入の際には援助や助言をした上で同行が必要。

8 教育・就労に関する領域

項目	実 態	援助有無	「要」の場合の特記事項
学校教育または生涯学習（料理教室等）への要望	料理教室やパソコン教室などへ参加してみたい。	不要・ 要	援助者／ 有り () ・ 無し ・ 要 □ HPの身体介護 / 不要 ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配 慮 要 望	導入の際には援助や助言をした上で同行が必要。
就労に関する要望	仕事が見つければ今のところから変わって仕事に行ってみたいと思う。	不要・ 要	援助者／ 有り () ・ 無し ・ 要 □障害者雇用支援センター利用援助 / 不要 ・ 要 □障害者職業センター利用援助 / 不要 ・ 要 助言・指導 / 不要 ・ 要
		配 慮 要 望	通所施設の担当者の意向を確認していきながら取り組んでいく必要がある。

9 育児・養育に関する領域

*子ども 有・**無** 有の場合 第1子 男・女 歳 第2子 男・女 歳
第3子 男・女 歳 第4子 男・女 歳

項目	実態	援助有無	「要」の場合の特記事項
生活について (食事、入浴、衣類、洗顔・歯磨き・頭髮などの整容行為等)		不要・要	援助者／ 有り () ・ 無し ・ 要 助言・指導／ 不要 ・ 要 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 衣類 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 環境 <input type="checkbox"/> その他 ()
		配慮 要望	
医療に関すること (病気への留意・服薬管理・病院への連絡など)		不要・要	援助者／ 有り () ・ 無し ・ 要 助言・指導／ 不要 ・ 要
		配慮 要望	
保育所・学校などの 関係について		不要・要	援助者／ 有り () ・ 無し ・ 要 助言・指導／ 不要 ・ 要
		配慮 要望	

※精神障害のある人について追記してください。

A. 加療中の医療機関について

- 1) あり → a) 医療機関名 (主治医)
 2) なし b) 病名・診断名 ()
 c) ご本人は病気・障害のことをどのように理解しておられますか?
 ()

B. 現状

- 1) 入院中 今回の入院はいつからですか? (S・H 年 月から 年 ヶ月)
 2) 在宅 最後の退院からどのくらいですか?
 (S・H 年 月退院)

C. これまでの加療歴

- 1) 初めて精神科にかかった時期
 (歳：S・H 年 月頃 初診時の医療機関)
 症状が初めて現れた時期 (歳：S・H 年 月頃)
 どんな状態でしたか?
 ()

- 2) これまでの入院歴について
 (回・通算期間 年 ヶ月 入院形態：任意・医療保護・措置)

D. 自立支援医療の利用 (有 無) 上限額 (円)

E. 精神科以外の現在の加療状況

- 1) 診断名 医療機関名 入院 (有 無)
 2) 診断名 医療機関名 入院 (有 無)
 3) 診断名 医療機関名 入院 (有 無)

F. 家族歴等 特記すべきこと

()

資料 門田光司・桑園英俊・柳沢享・箱崎孝二著『知的障害・自閉症の方への地域生活支援ガイド～食事、身だしなみから、外出の支援まで～』中央法規出版、2006。

Aさんの当初の1週間の生活の流れ

		月	火	水	木	金	土	日	備考	
早期	6:00	起床							糖尿病治療のため月1回総合病院の内科受診	
	7:00	前日に伯母宅から持ち帰った朝食を摂る								
	8:00	糖尿病コントロール維持のためのウォーキング								
午前	9:00	通所施設へ徒歩で通所								
	10:00	通所施設								近所のスーパーへ惣菜、弁当の買い物
	11:00									
	12:00									
	13:00									
	14:00									
午後	15:00									
	16:00	通所施設から徒歩で帰宅途中に伯母宅に立ち寄り、夕食と翌朝の朝食を受け取る								
	17:00									
夜間	18:00	伯母宅から持ち帰った夕食を摂る								
	19:00	糖尿病コントロールのためのウォーキング								
	20:00	入浴								
	21:00	就寝								
	22:00									

事例のポイント

- ① 生活支援アセスメント票に沿って聴き取っていくなかで、Aさんの場合は母親が亡くなった後も、伯母さんの助言を健気に守りながら、本人なりの暮らしを作ってきたことを相談支援専門員は感じ取り、Aさんの強さ（一人で暮らしたいという意思をもっていること＝ストレングス）として生活支援の重要なポイントであることを認識しました。
- ② 相談支援専門員は、日課を確実にこなしているAさんの姿勢に着目した上で、必要な支援をしていくことにしました。
- ③ ニーズ・アセスメントを行う際に、本当はAさん自身が「食事をつくってみたい」「両親の墓参りに行きたい」といった気持ちをどこまで出してよいかわからなかったことが窺えたため、相談支援専門員はできるだけ本人の立場で話を聞いていくことに心がけました。すると、Aさんから「本当は〇〇したい」という想いを引き出すことができました。

【ニーズ・アセスメント】一般的なポイント

- ① 訪問目的は、事前に具体的に記載しておき、訪問したときに本人や家族に説明します。

- ② 本人の主訴とニーズ（真に必要なもの）は異なります。本人や家族の主訴を聞きながら、本当に必要なもの（ニーズ）が何かを明らかにするプロセスがニーズ・アセスメントです。
- ③ アセスメントを生活の場でできなかった場合（病院等）、在宅生活を想定して入院時の状況を把握し、在宅生活に移行した早期の段階で再アセスメントを実施します。
- ④ ニーズ・アセスメントは、家族のニーズではなく、本人のニーズを引き出すように工夫します。
- ⑤ 話しやすい話題から入るために、朝何時に起きて何をしているか等、1日の生活の流れを聞きながら、本人が話しやすいよう問いかけていくように心がけます。
- ⑥ 本人のもっている強さ（ストレングス）、健康な面、得意なこと、潜在的な能力、暮らしているなかで獲得したさまざまな技能、本人を支えるプラスの資源に着目します。
- ⑦ 障害程度区分認定調査のアセスメントを活用することができれば、そのアセスメントを市町村から入手し、生活課題の分析に役立てることもあります。
- ⑧ アセスメントは、本人の生活支援のために必要な情報を得ることが目的です。重要なことは、本人が望んでいる暮らしを明らかにすることです。
- ⑨ 言葉で表現できない人もいます。言葉だけでなく、本人の表出しやすい方法を工夫することが大切です。例えば、KJ法によるニーズ把握の方法もあります。
- ⑩ 本人の意思表示の方法を早く理解しましょう。自分の意見を表明できない人もいます。意思表示がどのようになされるかを、できるだけ早く知ることが必要です。
- ⑪ アセスメントの時間は、1時間程度を目安とし、あまり長くないように配慮しましょう。
- ⑫ ニーズ・アセスメントを実施して、専門家によるアセスメントが必要であると判断した場合、利用者の了解を得て、アセスメントを依頼します。例えば、電動車いすの利用可能性やベッドへの移乗のための福祉用具の開発についてのアドバイスを受けたい場合、依頼内容を明記して理学療法士に依頼します。

KJ法

文化人類学者の川喜田二郎氏によって開発された手法で、フィールドワークやブレインストーミング等で収集した雑多なデータやアイデアをカード等を用いて、統合し、問題の解決の糸口を探っていくものです。

② ニーズの整理

「生活支援アセスメント票」の書き込みをしていくことで、以下のような幾つかの課題が見えてきました。

- 食事は毎日、伯母さん宅へ立ち寄りその日の夕食と翌日の朝食をもらってきて自宅で食べており、調理はまったくしていない。Aさん自身、本当は料理をしたいといったニーズはあるものの、伯母さんは火の元、包丁を使うことに不安があり、そういった形態をとっていること。
- Aさんには糖尿病の持病があり、月に1回総合病院にかかっているものの、医師の説明がよく理解できない。現在は投薬するまでには至っていないものの、カロリー制限の指示が医師からあつてか、朝・夕にウォーキングをしていること。
- 伯母さんの不安としては、生前母親から託された多額な預金をどうすればよいかわからないこと。
- 亡くなったご両親のお墓が他区にあるが、一人で行くには不安で墓参りに行けないこと。
- 家の中の品物をすぐに捨ててしまう傾向がある。例えば、時計が止まると電池を換えればすむが、Aさんはそのまま捨ててしまうことなど。

事例のポイント

- ① 生活支援アセスメント票に沿って、しっかりと現状の暮らしを聴取していったことで、これからAさんへ具体的にどういった支援が必要なのかが明確化されていくと同時に、生活に直結するような調理や買い物、通院などについて優先して取り組むべきポイントがはっきりしてきました。
- ② ニーズの整理をしていくなかで、Aさんの一人暮らしを安定させるためには、まず優先的に支援する課題として、自分でできることを増やして豊かな暮らしを送れるようにすること、糖尿病のコントロールのための食事管理をできるようにすることが重要です。
- ③ Aさんに提案する「サービス利用計画書」(案)では優先して取り組む必要のある内容から先に記述していきました。また、優先して取り組むべき支援内容から相談支援専門員が説明をしていったこと

で、Aさん自身も自分にとって今、どんな支援が必要かを理解して
いくことができました。

【ニーズの整理の仕方】一般的なポイント

- ① ニーズの整理は、援助の視点と順序を決定するためにニーズの検討を行います。
- ② ニーズが特定されたら、そのニーズに対して援助の目標と方法を考えます。
- ③ すべてのニーズが充足されないかもしれません。充足できないニーズがあったら、ひとまずそのニーズは課題として残すことになります。
- ④ ニーズの整理を行うとき、気になる点や推測できる点を列記しておきます。具体的なサービス利用計画を作成するときの情報となります。
- ⑤ ニーズがたくさんあるときは、5つ程度のニーズの整理を試みる必要があります。最初から、すべてのニーズ充足が困難な場合もあります。
- ⑥ ニーズの最終的な整理は、「～したい」「～に困っている」という課題を取り出すことです。

③ 社会資源のアセスメント

障害程度区分については、「区分1」が認定されました。したがって、ホームヘルプサービスの利用が可能であることがわかりました。

① ホームヘルプサービスの利用についての検討

食事に関しては、伯母さんと相談していきながら、一人の時には火も包丁も使わないといったことを条件に、Aさんの了承をもらった上で、ホームヘルプサービスの導入を検討することとしました。ただ、ホームヘルプサービスといっても障害のある人へ適切に関わってくれるヘルパーがどのヘルパー派遣事業所にもいるとは限りません。そこで、知的障害の施設を複数経営している社会福祉法人のヘルパー事業所へ依頼を試みることにしました。

② 医療機関への対応

Aさんが糖尿病治療のために定期的にかかっている病院へはまず、地域生活支援センターの相談支援専門員が同行して関わりの理由説明をした上で、医師からの聴き取りをしていきながら今後の取り組みを検討していくこととしました。

③ 交通手段の検討

Aさんが不安に思っている亡き両親の墓参りはどういった交通機関があるのか、またその交通機関はAさんが利用できるものなのかなど、複数の交通手段を検討することとしました。

④ 預金と自宅権利証書の名義の書き換え

伯母さんが心配している多額な預金に関しては、亡くなった母親名義の通帳などがあつたり、自宅の権利証書の名義の書き換えの必要性もあることから、以前、弁護士会が主催する勉強会で知り合いになった、知的障害のある人へ理解をもっている弁護士へ諸手続きをお願いしてみることとしました。

⑤ 障害基礎年金の管理

多額な預金やAさん自身が受け取られている障害基礎年金の管理をAさんの同意をもとにして、どうしていくかを社会福祉協議会が実施している権利擁護センターに相談してみることにしました。

事例のポイント

- ① 知的障害について理解しているホームヘルパーが、Aさんのニーズを充足するために必要であると思われたので、その観点からホームヘルパーの検討を行いました。Aさんの場合は、知的障害のある人を専門で支援するホームヘルプサービスの事業所が近くにあったことが幸運でした。
- ② 持病である糖尿病の管理のため、定期的にかかっている病院に相談支援専門員が同行して、今後の取り組みを理解してもらう必要がありました。
- ③ 財産保全のために、知的障害のある人へ理解をもっている弁護士をお願いすることを検討しました。
- ④ 障害基礎年金の管理は、社会福祉協議会の権利擁護センターの利用を検討しました。
- ⑤ Aさんのニーズに対して、地域の社会資源の確保はスムーズに進みました。

〔社会資源のアセスメント〕一般的なポイント

- ① 相談支援専門員は、あらかじめ地域の社会資源をリストアップし、整理しておく必要があります。それらの社会資源に対する知識を十分に理解します。
- ② 利用者のニーズが整理できたら、その特定されたニーズを充足する

社会資源を検討します。

- ③ 社会資源の検討は、ニーズを充足させる社会資源か、利用者の利便性はどうか、社会資源は安定して供給できるか等の視点で行います。
- ④ ニーズを充足できない社会資源に対して、社会資源を改善する必要があるか、あるいは新たに社会資源を開発する必要があるかを見極めます。そのためには、どのような社会資源があればよいかについて、既存の社会資源をどのようにつなげていけばよいか、既存の社会資源を改善できる可能性はあるか、新たな社会資源を開発できないかを考えてみましょう。
- ⑤ フォーマルな社会資源からインフォーマルな社会資源まで、地域の社会資源を活用するよう心がけます。
- ⑥ 相談支援専門員は、日頃からサービス提供機関を見学するなどして、実地に体験して使い勝手を確かめておきましょう。

3 サービス利用計画の作成とサービス調整

① サービス利用計画の作成

その後、相談支援専門員がAさんとの関係性の構築を図るために何度かの訪問を繰り返しました。また、Aさんが障害程度区分の申請手続きと同時に申請した「サービス利用計画作成費」の支給についても障害程度区分の認定と同時に「サービス利用計画作成費」の支給対象者としての決定が区役所から通知されてきました。早速、相談支援専門員が「サービス利用計画」(案)を作成することになりました。その案が237頁に示したものです。

相談支援専門員はAさんから聴取した「生活支援アセスメント票」と「サービス利用計画作成書」をまず、B市へ提出して、地域自立支援協議会と連動している「サービス利用計画作成費審査委員会」にかけて適切な計画がなされているかを協議してもらうことになりました。

事例のポイント

Aさんのサービス利用計画書(案)を作成していく上で相談支援専門員は、

サービス利用計画作成費審査委員会

北九州市では「サービス利用計画作成費」の制度化に応じて学識者、精神保健福祉士、権利擁護事業担当者、障害福祉団体代表者、作業療法士などを委員とした「サービス利用計画作成費審査委員会」を設置して月1回、①モニタリングの実施、②サービス担当者会議の開催、③サービス利用計画の見直しなどが適切に実施されているかを審査した上で、事業者へ助言していく役割を担っています。

Aさんの「サービス利用計画」(案) (週間計画)

		月	火	水	木	金	土	日	備考
早期	6:00	起床							①糖尿病治療のため月1回総合病院の内科受診(当面ガイドヘルパーと相談支援専門員が同行して医師から必要な助言を聴取)
	7:00	前日にスーパーで購入したパン等で朝食を摂る	前日ホームヘルプサービスで調理した朝食を摂る	前日に伯母宅から持ち帰った朝食を摂る	前日ホームヘルプサービスで調理した朝食を摂る	前日に伯母宅から持ち帰った朝食を摂る	前日ホームヘルプサービスで調理した朝食を摂る	前日に伯母宅から持ち帰った朝食を摂る	
	8:00	糖尿病コントロールのためのウォーキング							
午前	通所施設へ徒歩で通所								②1か月に1回公共交通機関を利用して両親の暮寄りへガイドヘルパーと相談支援専門員が当面同行して外出 ③財産保全サービスを利用して財産保全を権利擁護センターへ依頼
	9:00	通所施設						近所のスーパーへ惣菜、弁当、パンの買い物	
	10:00								
	11:00								
	12:00	金銭管理サービス	通所施設						
	13:00								
午後	14:00	通所施設							
	15:00								
	16:00	ホームヘルプサービスによる調理(夕食・朝食)	通所施設から徒歩で帰宅途中に伯母宅に立ち寄り、夕食と翌朝の朝食を受け取る	ホームヘルプサービスによる調理(夕食・朝食)	通所施設から徒歩で帰宅途中に伯母宅に立ち寄り、夕食と翌朝の朝食を受け取る	ホームヘルプサービスによる調理(夕食・朝食)	通所施設から徒歩で帰宅途中に伯母宅に立ち寄り、夕食と翌朝の朝食を受け取る		
17:00									
夜間	18:00	夕食							
	糖尿病コントロールのためのウォーキング								
	19:00	入浴							
	20:00								
	21:00	就寝							
	22:00								

- ① Aさんが元々持っている社会生活力や意欲を落とさずに一人での暮らしを継続していくこと
 - ② 毎日の暮らしに大きなスケジュール変化が起きないこと
 - ③ 伯母さん宅からの支援を急激に変えないこと
 - ④ 経済的な安定を図ること
- などの点に留意しました。

サービス利用計画書の案を作成する際には必ず本人のニーズを優先することが大切です。つい、相談支援専門員の考えが反映されてしまいがちですが、そのようなプランでは本人の自立心を損ねる結果を招いてしまいます。

【サービス利用計画の作成】一般的なポイント

- ① サービス利用計画は、最初から完璧なものではありません。最初はラフな計画を作成することをお勧めします。
- ② サービス利用計画は、利用者、家族、相談支援専門員の合意形成の結果でもあります。合意形成に向けた努力が必要です。決して専門家の押しつけのサービス利用計画であってはなりません。
- ③ 目標設定は、長期目標、短期目標として整理することが大切です。

サービス利用計画書

受付 NO

氏名 A 様

〇〇年 〇〇月 〇〇日 作成

援助の全体目標	ご両親が亡くなってこれから一人暮らしが始まります。これまではお母さんが元気なときには家の中の家事全般はすべてお母さんがされていたため、ほとんどAさんはしたことがないのでのことですので、少しずつ料理や掃除などを覚えていながら生活を安定させていきましょう。また、持病の糖尿病の管理も必要とのことで担当医と打ち合わせをしていながら健康を保ちましょう。
---------	--

短期目標	長期目標
料理や掃除を教えてもらいながら一人での暮らしが少しでも安定するようにしていきます。	一人でできることと手伝ってもらいながら覚えていくことを分けて健康を保ちながら生活をしていきましょう。

ニーズ	援助目標	サービス内容・頻度・時間	提供先・担当者・摘用
①買い物をして料理を自分で作りたい ②伯母さんに当面、食事の援助を受けながら少しずつ自分でもできるようになっていきたい	①②自分でできることを少しでも増やして豊かな暮らしを送れるようにしていきます	①ホームヘルプサービス（身体介護） 6時間/週 ②週3回朝食と夕食の提供を受ける	①社会福祉法人〇〇 〇〇ホームヘルプサービス提供事業所 サービス提供責任者 ②近所に居住している伯母
病院に行ったときわからないことを聞いて欲しい	定期的な通院の時に同行して医師からの聴き取りをしましょう	当面、相談支援専門員が同行して必要な事項を医師から聴き取る 1回/月	〇〇支援センター 相談支援専門員
これまで通りに通所施設へ続けて通いたい	日中活動を安定したものにしてい	就労継続支援（B型） 22日/月	社会福祉法人〇〇 〇〇通所施設 主任支援員
財産・金銭管理を手伝って欲しい	財産保全と定期的な金銭の拠出計画を立てていきましょう	財産保全サービス 金銭管理サービス 4回/月	社会福祉法人〇〇 〇〇社会福祉協議会 生活支援専門員
自宅に届く郵便物や書類の確認を一緒にして欲しい	わからないことを聞きながら手続きの仕方を覚えていきましょう	相談支援専門員の不定期訪問	〇〇支援センター 相談支援専門員
亡き両親の墓参りに行きたい	公共交通機関を利用して行けるようにしていきます	移動支援（身体介護） 6時間/月	社会福祉法人〇〇 〇〇ホームヘルプサービス提供事業所 サービス提供責任者

資料 身体障害者ケアマネジメント研究会監「第4版障害者ケアマネジャー養成テキスト 身体障害編」中央法規出版, 2003.

いきなり長期目標に向かっていくより、短期目標を掲げ、その達成を支援し、自信をつけてもらうとよいでしょう。長期目標に向けた戦略を立てることも重要です。

- ④ 利用者の生活のQOLを向上させる援助のポイントを考えましょう。つまり、援助の力点をどこに置くかを明らかにして、利用者の生活のQOLを高めるようにしましょう。援助の優先順位をつけて取り組む方向をはっきりさせましょう。
- ⑤ 社会資源を活用した経験がない場合、実際に体験してサービス利用計画に組み入れいるかを判断してもらうことも考えておきましょう。
- ⑥ 利用者が元気になるような、またエンパワメントされるような社会資源が組み込まれているかチェックしましょう。
- ⑦ サービス利用計画には、支援課題に対する具体的な方法、担当者を明記しましょう。
- ⑧ サービス利用計画の最終段階に必要なのは、利用者の自己決定です。自己決定できるように支援することを考えましょう。

② サービス調整

サービス利用計画書(案)をAさんと伯母さんに確認・了承してもらった上でサービス提供予定の機関の関係者に集ってもらい、「サービス担当者会議」を開催しました。機関と担当者は次のとおりです。

【サービス担当者会議出席者】

- Aさん
- 伯母さん・従姉妹
- 福祉事務所 係長
- ホームヘルプサービス提供事業所 サービス提供責任者
- 通所授産施設 施設長
- 権利擁護事業 生活支援専門員
- 障害者地域生活支援センター センター長・相談支援専門員

【サービス担当者会議を進める上で重視した点】

サービス調整を進める上ではサービス担当者会議の開催が不可欠です。そのため、Aさんの支援計画をよりよい方向で実現していくために関係者間で以下の内容に重きを置きながら協議を進めました。

- ① Aさんの「このまま自宅で暮らしていきたい」という本人ニーズを中心に置いた協議。
- ② 関係者がスムーズな連絡調整をとれるようにする。
- ③ 各事業所がどのような役割を担うかを共有化する。
- ④ 伯母さんのこれまでしてきた役割を今後どのようなサービスに変えていくか。
- ⑤ 情報の集約と連絡徹底を図るために関係者と親族のキーパーソンを明確化する。

※具体的な話し合いの内容に関しては「4 サービス利用計画の実施」に記述しています。

事例のポイント

① Aさんを中心とした「サービス担当者会議」では、これまで中心に支えてきた伯母さん・従姉妹、通所授産施設の施設長の意見をもとに進めました。そのなかで、今後のキーパーソンを決めていく重要性を確認し、家族のキーパーソンとしては、伯母さんにこれまで通りお願いできることになり、また、関係者のキーパーソンとしては相談支援専門員が担っていくことを確認しました。

② サービス担当者会議の呼びかけも相談支援専門員が担っていくことを確認しました。

サービス担当者会議は必ず、本人、家族、もしくは本人が信頼している人の同席が大前提となります。また、協議を進めていく中で本人不在の話になってしまわないようにすることが大切です。必ず、一つの方向性が示された時点で本人等に確認を取っていく必要があります。

【サービス調整】一般的なポイント

- ① サービス利用計画は、サービス調整、サービス担当者会議を経て、利用者の合意と自己決定によって完成します。サービス利用計画の策定時にサービスを提供する事業者としてリストアップされた場合、サービス提供が可能であるかを事前に調整する必要があります。
- ② サービス担当者会議を招集し、援助の基本的な考え方、援助の目標、援助の方法など共通の基盤に立つことが重要です。ケアマネジメントは、チームアプローチであり、チームのメンバーが目標に向けた戦略を理解するように配慮します。
- ③ サービス担当者会議は、サービスの検討、サービスの導入、サービ

スの見直しを行う場合の重要な会議です。

- ④ サービス担当者会議を開催するためには、会議のメンバーを選ぶこと、会議用の資料を作成すること、会議に関する事前の説明を行うこと等事前準備が重要です。
- ⑤ 利用者も会議に参加し、サービス担当者会議で発言することになりますので、聴覚・言語障害者等のコミュニケーション保障をする必要がある場合、事前に打ち合わせをしなければなりません。
- ⑥ サービス担当者会議の場所は、弾力的に決めるようにしましょう。利用者の自宅、病院内、施設内等利用者の利便性を考慮しましょう。
- ⑦ サービス担当者会議は、
 - 会議の目的を共有する
 - 会議での利用者への配慮を共有する（希望に沿わないときは断れること、ケアマネジメントの中断も利用者の要望でできること、今すぐに対応できないニーズも時間をかけて対応すること、メンバーとともに課題解決に向けて努力すること、希望すれば会議を再度開催できること、不服申し立ての方法があること、権利擁護の方法があることなど）
 - 利用者のプロフィールを紹介する
 - ニーズ・アセスメント票からの主訴と生活課題を提供する
 - 専門家によるアセスメントの結果を情報提供する
 - ラフなサービス利用計画を提案する
 - サービス利用計画に関して討議する
 - サービス利用計画を最終確認する（利用者の同意が必要）の順序で進めます。
- ⑧ サービス担当者会議が終わったら、会議録を作成し、会議のまとめをメンバーに配布し確認をとりましょう。会議録には、費用の概算、サービスの優先順位、新規サービス開発までの期間などが網羅されるべきです。
- ⑨ サービス利用計画が策定されたら、サービス提供機関は個別支援計画を策定することになります。サービスに時間帯、サービス量等サービス調整を行い、具体的なサービス利用計画にしていきます。この計画は当然利用者の同意を必要とします。

4 サービス利用計画の実施

Aさんのプランを提供していく上で、まず課題となった食事提供に関しては、Aさんは現在、伯母さん宅へ毎日食事を取りに行っていますが、Aさんとしてもできるだけ自分でしたいという気持ちもあることや、伯母さんの将来的な負担を考えると少しでも自分でできることをしていく観点が必要ではないかといったことで話し合いは進みました。

① ホームヘルプサービスの利用

まず、ホームヘルプサービスの導入を図り、少しでも料理ができるようになることを目標としました。しかし実際には、母親が元気な頃から家事全般は母親がしていて、Aさん自身は家事の経験もないことから、まずは週に3回、ホームヘルパーと一緒に食材の買物と夕食と翌日の朝食作りをしながら覚えていくことになりました。

② 移動支援サービスの利用

Aさんが気にかけていた墓参りには地域生活支援事業の移動支援を利用して、1か月に1回程度、バスを利用して一人で行く練習を兼ねて実施してみることになりました。また、糖尿病治療のための定期受診にも同様に練習と医師からの重要事項の聴き取り確認でガイドヘルパーが同行することになりました。

③ 財産保全・金銭管理サービスの利用

伯母さんが心配していた多額な財産に関しては、権利擁護サービスを利用して財産保全を行うことになりました。また、金銭管理サービスとして、週1回月曜日に通所施設の休憩時間を利用して、1週間分の日常生活にかかる経費の拠出を生活支援専門員と一緒に近所の郵便局に行き手続きを覚えることになりました。また、自宅へ送られてくる郵便確認や区役所との連絡調整、不定期、緊急時の訪問は支援センターの相談支援専門員が対応すると同時に、関係者間の調整役（キーパーソン）としての役割を担っていくことを確認しました。

いよいよ、Aさんの一人暮らしと支援するための関係者の協働が始まることとなります。

事例のポイント

Aさんのプランを提供していく上で、Aさんの「一人暮らしの安定」を目的とし、あくまでも主体はAさんであることを基本に置いてプラ

ンの実施を進めました。

- ① 糖尿病のコントロールのための食事管理については、食事作りに関してもできることは自分でやっていくこと、その上で覚えたことはAさんが見直せるように独自のレシピとして残していくこと、また、包丁などの利用も伯母さんに少しずつでも理解してもらいながら最終的にはヘルパーが訪問するとき以外でも自宅に置いておけるようにすること。
- ② 外出についてもヘルパーと手をつないだり、ヘルパーが代わりにお金を払ったりはせずに、時間がかかってもAさんに支払ってもらうこと。
- ③ 金額の確認については「金銭管理サービス」を利用する前の日までに相談支援専門員と金銭帳の記入やレシートの整理をしておいて1週間にかかる経費を一緒に確認していくこととしました。
一般的に家族や親族がインフォーマルな支援をしてきたことに関係者はついつい負担があるので、フォーマルなサービスでと考えるがちですが、家族や親族はそのことがもとで疎外感を抱いたり、距離感をもってしまうこともあります。家族、親族が現在しているインフォーマルな支援をどの程度受け入れているか、はずしてほしいと考えているかをしっかり確認していくことが重要です。

【サービス利用計画の実施】一般的なポイント

- ① サービス利用計画に基づき、サービス提供が効率よく提供されているか、目標に向かってサービスが提供されているかに注意しながら、サービス利用を見守りましょう。
- ② サービス提供者からの情報、利用者の状況等を把握し、目標達成を心がけましょう。
- ③ 利用者から苦情解決の依頼があったら、サービス提供者と解決に向けて努力しましょう。利用者が、サービス提供者とコミュニケーションを取ることが難しい、サービス提供者と調整することに苦手意識がある等の場合には、相談支援専門員が調整に入ることが大切です。
- ④ 相談支援事業者は、自分が所属している法人のサービス利用だけを考えるのではなく、障害者の望んでいる暮らしを実現するためのサービスであるかを判断することが重要です。
- ⑤ サービス提供者の個別支援計画を理解しておきましょう。

5 モニタリング及び再アセスメント

① モニタリング

当初は週1回程度、家庭訪問をするなかで、食事、金銭管理、健康状態の聴き取りを行い、通所施設の職員からも聴き取りを行いました。また、サービス提供事業者からは3週間に1回程度、電話連絡を通じて、状況把握に努めました。

① ホームヘルプサービスと移動支援サービスについて

食事作りに関しては、ホームヘルパーとの関係も良好で、Aさんも「料理のレパートリーが増えた」と大変喜んでいました。ただ、相談支援専門員が客観的に見ていく中で留意点も出てきました。各々のヘルパーは熱心に取り組んでいるのですが、個々によって関わり方が異なっており、中には「障害があるからやってあげなければいけない」と思い込んでいるヘルパーもいたため、ホームヘルプサービス提供事業者のサービス提供責任者との連絡調整をしていきながら、支援内容の意思の統一を図りました。また、Aさんがずっと気にかけていた亡き両親のお墓参りにも、乗り換えなしのバスで行けることがわかりました。

② 金銭管理について

権利擁護サービスの金銭管理に関しては、時間的な制約もあるため、自宅ではなく通所施設に通っている時間帯に郵便局へ同行することになりました。Aさんは、自分自身で郵便局に行って手続きすることなど絶対にできないと当初は話していたのですが、生活支援員の必要な部分への支援をもとに「ずいぶん自信をもてた」という言葉が出るようになってきました。支援センターの相談支援専門員も月に2回程度訪問して、金銭使途状況の確認や休日の過ごし方、役所からの郵便物の確認などをして、障害者自立支援法のサービス利用に関する負担金の決定のための諸手続きなどは、Aさんと一緒に取り組み、何とか無事に終えることができました。

③ 家族・サービス提供事業者からの聴き取り

伯母さんからは、以前関わりを多くもっていた時から考えると、本当に本人一人で大丈夫かと内心不安だったが、さまざまな人たちの手助けがあり最近では安心しているといった感想が聞かれました。

通所施設へも訪問してAさんの仕事ぶりを尋ねると、施設の職員から