

(11) 利用者が望む自立した生活を阻害する要因を生活全般から明らかにする (ICF の考え方)。

(12) 自立に向けて利用者がどのような希望や意思をもっているかを明らかにする。

などにより、解決すべき課題を明らかにした内容を整理し、サービス利用計画に反映していくことになります。

ケアマネジメントは、「アセスメントに始まりアセスメントに終わる」といわれるように、訪問した際に、何気ない会話から状況を把握し、評価・検証と分析を心がけることが大切です。

こうしたアセスメントにより、相談支援専門員は初めて利用者の実情に即したサービスを組むことが可能になるものであり、こうした利用者の実情をよく承知するためのアセスメントという手続きをおろそかにすると、利用者の立場に立つサービス利用計画にはなりません。

このため、相談支援専門員はサービス利用計画の作成に当たり、必ずアセスメントを行うことになります。

ただし、アセスメントは、利用者との関係を見極めながら、訪問などの機会ごとに蓄積や整理を繰り返していくものですので、初めのアセスメントで完全なものを求めるものではありません。

3 サービス利用計画の作成とサービス調整

① 事業者情報の提供

アセスメントは、実際のサービスに結びつける情報収集と分析であり、その結果を踏まえ、利用者の自立支援のために「サービス利用計画」を作成することになります。このときは、支給決定内容を、利用者の受給者証から確認することとなります。

この場合、利用者のニーズに対して、利用者の指定するサービス提供事業者があればよいのですが、どこにどのような事業者があるのかわからないような場合は、利用者から事業者の条件等を聴取し、その条件に合う事業者情報等を提供し、その中から選んでもらうなど、権利擁護の視点から事業者等の仲介やサービスの調整を図ることとなります。

② 障害福祉サービスの説明

相談の過程において、利用者はほとんどサービスに関する情報は持ちあわせていないのが普通です。相談支援専門員は、社会資源一覧表のような資料を準備しておき、どこに、どういう社会資源やサービス提供事業者があるか、利用者が判断したり、選択しやすい資料を活用して、大まかなサービス体系を理解できるようにすることが望ましいと言えます。

ここで、情報をつかんでおくべき事業者情報は、

- ①重要事項説明書の内容
- ②契約書の内容
- ③運営規程の内容（職員配置、利用料など）
- ④パンフレット（利用者への説明用）
- ⑤市町村等が作成した社会資源一覧表や福祉マップ

などであり、利用者への情報提供に応じられる資料や情報を持ちあわせていることは、相談支援専門員として重要な要素といえます。

サービス利用計画は、相談支援専門員がキーパーソンとなって作成するものですが、その作成は利用者や相談支援専門員、その他の関係者（専門職やサービス提供事業者など）による協働作業によるものです。

サービス利用計画は相談支援専門員のものではなく、利用者や家族のものであり、サービス提供事業者も共通の自立支援の考えに沿った共通したプランへのかかわりをもたなければならないからです。

こうしたことは、利用者や家族にとっても相談支援専門員とともにサービス利用計画を作ったということで満足度が高まり、サービス利用計画の内容に沿って自律的（自分から積極的）にサービスを受けて生活していくことへの責任感も高まることになります。

サービス利用計画は、個々の利用者が有する課題や問題、希望や意欲に即した具体的な支援方針であり、一人の利用者のために利用者本人や家族はもちろん、多様な専門職などが集まり、利用者のために、統一された共通の支援方針を合意し、樹立したものと考えてるのが原則です。

この場合、サービス担当者会議を開催し、相談支援専門員が作成したサービス利用計画の内容確認と、利用者やサービス提供事業者がニーズや情報を共有し、相談支援専門員のケアマネジメントにおけるお互いの機能や役割分担を図ることになります。

ここで重要なことは、相談支援専門員は、「私は何をやる者なのか」ということを十分に説明する必要があります。つまり、相談支援専門員は、利用者の主体性を基調としたニーズをともに考え、様々なサービスや社会資源をうまく調整してサービス利用計画に導いていく「支援者」であって、「すべてお任せ」という依存型のサービス利用計画を作成する者ではないことを明確にすべきです。

そのためには、利用者に対して、ケアマネジメントの目的やプロセスとシステムについてわかりやすく説明することが大切です。それは、利用者が参加しなければケアマネジメントは成立しないことと、利用者自身も目標に向かっていかなければならないという気づきを共有するためです。

4 サービス利用計画の実施

サービス利用計画が終わったので、モニタリングまではほっと一息と息きたいところですが、そうはいきません。

第2段階のアセスメントで、「ケアマネジメントはアセスメントに始まり、アセスメントで終わる」と述べた通り、サービス利用計画が実施されても、利用者を訪問し、サービスがサービス担当者会議で調整された内容通りに行われているか、何か不都合はないか、又はサービスの内容で利用者から別のニーズや新たな課題等が生じていないか、検証を含めてアセスメントや再調整を図る必要があります。

サービス利用計画が実施されるに当たり、次のチェックや対応が必要です。

- 1) 受給者証にサービス提供事業者との契約日の記載と押印がなされているか。
- 2) 利用者にサービス提供事業者による重要事項説明がなされているか、また、利用料等の確認。
- 3) 利用者とサービス提供事業者との契約が締結されているかの確認。
- 4) サービス提供事業者が初めてサービスを提供するときと一緒に同行し、利用者の不安や緊張に対する精神的緩和の役割を図るなどの対応。
- 5) 利用者がサービスを利用している時の状況や表情などを見て、モニタリングに役立てる。

サービス利用計画の実施において、このような対応をすることにより、利用者は安心し、信頼関係が強まり、サービス提供事業者との間にはよりよい緊張感と連携が深まることとなります。

5 モニタリングと再アセスメント

モニタリングは、サービス利用計画が実情に即しているか、また自立支援を見通しながら現在をどうするかなどについて、サービス利用計画の問題点や環境、状況の変化をどのように把握するかという観点から、新たな課題を明確にし、次のサービス利用計画に結びつけていくものです。サービス利用計画は明確な目標と達成時期（終結）の設定があります。絶えず、この検証を行うこととなりますが、モニタリングの機会を通して、計画された目標が達成されているか否かを評価し、達成されていない場合は、どこに問題があるのかその原因をケアマネジメントのプロセスによりアセスメントし、課題分析していくこととなります。

モニタリングの目的は、

(1) 目標の達成度の確認

自立支援を基にした計画が、本人や家族を含めて、サービス提供事業者とともに、目標に向かって実行されているかなどを確認する。

(2) サービス内容の適否の確認

目標の達成度から、サービス内容の適否を判断し、現状で進めていくか、別の工夫が必要であるかなどを、常に利用者と接しているサービス提供事業者などとのサービス担当者会議の意見を参考にしながらアセスメントする。

(3) 新たな生活目標の確認

利用者や家族に新たな課題などが明らかになってきたら、次の段階に進むか、別の取り組みにより改善方法を再アセスメントしなければならないかなど、新たな生活目標を確認する。

また、モニタリングには、利用者の状況により次の種類が想定されます。

(1) 初期モニタリング

利用者の状況が退院や退所又はサービス利用が初めてなどという、様々な資源の調整が必要であるなどの理由により、サービス利用計画の内容が変わりやすい場合などは、比較的早い時期に再アセスメント

を行い、ケアマネジメントのプロセスを展開する必要があります。

また、サービス担当者会議等で共有したサービス内容と違いが生じていないかなどについて確認します。違いがあった場合は、早めに修正するためにも初期モニタリングは重要です。

この場合は、時宜に応じてサービス担当者会議などを開催するなどして、自立支援の共有性をその都度図る必要があります。

2) 継続モニタリング

サービス利用計画は、目標と達成時期を設定していく必要があります。利用者の自立支援と質の高いサービスを継続的に確保し高めていくためには、継続的なモニタリングが不可欠です。比較的安定している時期には、定期的にモニタリングを行っているのが現状のようです。

モニタリングは、相談支援専門員一人で行うことはできません。サービスを提供しているサービス提供事業者やボランティア・近隣の関係者は、利用者や家族から様々な相談や現実的な話を受けているかもしれません。その都度、相談支援専門員へのサービス提供事業者等からの連絡や情報が不可欠であり、相談支援専門員は常にこのようなケアチームのネットワークからモニタリング情報を得ることができるよう連携を図る必要があります。

モニタリングは、利用者に直接訪問したりして面接することになりますので、不正請求の防止や管理にもつながります。

6 終結

利用者がサービス利用計画を必要としなくなることによって終結します。この判断は、制度を利用している場合は、その制度の対象者から外れた場合、又は複合的なサービス調整の必要性がなくなり、安定したサービスが提供されることにより、利用者本人の希望とする自立支援が可能となった場合等が考えられます。しかし、この場合であっても、利用者に対する支援が終わったことで相談支援の対象者でなくなったということではなく、地域における個人として、ソーシャルワークの継続的かつりは続きます。利用者や家族及び地域がもつ「強さ」や他の専門職と連携を継続して図っておくことにより、新たなサービス開発や資源開拓を進める基礎を築いておくことが重要です。

5 障害者の生活ニーズのとらえ方

1 生活ニーズとは

社会福祉援助活動において、「ニーズ」という語は幅広く用いられています。ある人は、欲求、要望、需要などと理解しています。またある人は、経済的給付などの貨幣的ニーズ、人的支援や介護サービスなどの非貨幣的ニーズといったように社会政策上からくる操作的な概念としてとらえています。

ケアマネジメントの実践においては、このような操作的な概念としての福祉ニーズというより、生活ニーズといった個人と環境の相互作用の総体として考えていこうとしています。私たちは、自分自身を取り囲む環境に働きかけ、あるいは環境から影響を受け、生活するうえで不可欠なニーズを充足させながら日々の生活を送ろうと努力しています。そのような努力は、A. マズローが欲求の5段階説において示した自己実現 (Self-Actualization) という時間的な性格をもっているといえます。したがって、生活ニーズとは、静的なものではなく、力動的なものとしてとらえる必要があります。

ここでは、もっとわかりやすく理解するために、生活ニーズを「生活全般の解決すべき課題」と考えておきましょう。このような生活全般の解決すべき課題は、多くの場合、利用者から主訴といった形ででてくることになります。奥西栄介は、このような生活ニーズを、「ノーマティブニーズ」、「フェルトニーズ」、「リアルニーズ」として、概念的に整理しています。「ノーマティブニーズ (normative needs, 規範的ニーズ) とは、社会規範に規定されたり、援助専門職による専門的判断 (professional judgement) から明らかにされるニーズである^{*7}」と述べ、相談支援専門員等の専門家が利用者の主訴を分析し、その分析を通して生活ニーズを見出すと考えています。「フェルトニーズ (felt needs, 体感的

★6 奥西栄介「第3部1 ケアマネジメントがとらえるニーズ」白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁 監『ケアマネジメント概論』＜ケアマネジメント講座①＞p. 123, 中央法規出版, 2000年

★7 ★6に同じ。参考文献として、白澤政和「監訳者あとがき：社会福祉実践の危機とケースマネジメント」ステファン・M. ローズ編, 白澤政和・渡部律子・岡田進一監訳『ケースマネジメントと社会福祉』pp. 393~411, ミネルヴァ書房, 1997年

ニーズ)とは、利用者自身が訴える事柄、あるいは要求(demand, デマンド)であり、主訴として表されることが多い^{*8}と述べています。「リアルニーズ (real needs, 真のニーズ)」に関しては、「自立生活支援という理念を共通基盤に、利用者との豊かなコミュニケーションを通して信頼関係を深め、リアルニーズとしての合意点を見いだしていくことが重要である^{*9}」と述べています。これらの三つの生活ニーズ(ノーマティブニーズ, フェルトニーズ, リアルニーズ)の相は、「援助実践過程において、相対的なものであり、かつ発展的なものである^{*10}」と述べ、関係性に言及しています。

生活全般の解決すべき課題は、利用者の主訴から生活課題を抽出し、相談支援専門員側からこれらの生活課題をそれぞれ関連づけて生活全体を見渡して具体的な生活場面に当てはめ、利用者の望む生活を実現するよう方向づけられたものです。

2 生活ニーズの構造と領域

生活ニーズをアセスメントするために、相談支援専門員は生活ニーズの構造とその領域を予め理解しておくべきでしょう。

図1-2-2は、生活ニーズの構造を示している図です。「エンパワメント」は、自己受容を促進し、課題解決能力を高める事柄として、また生活の「QOLを高める」生活ニーズは、すべてのニーズに共通する生活を豊かにする事柄です。生活ニーズは、日常生活の基盤を整えるものとして、生活基盤に関するニーズ、健康に関するニーズ、日常生活活動に関するニーズ、家族を支えるニーズがあります。社会生活の基盤をつくるものとして、コミュニケーション・スキルに関するニーズ、社会生活技能に関するニーズがあります。さらに、社会参加を促進するものとして、社会参加に関するニーズ、教育・就労に関するニーズがあります。これらの生活ニーズを構造的に理解しておくことによって、利用者の生活全般の解決すべき課題を分析するときの手立てとなってくれます。

各生活ニーズの領域に含まれる具体例を表1-2-1に示します。

*8 ★6に同じ

*9 ★6に同じ, p.124

*10 ★6に同じ, p.124

図 1-2-2 ●ニーズの構造図

日常生活基盤	社会生活基盤	社会参加促進
生活基盤に関する ニーズ	コミュニケーション・ スキルに関するニーズ	社会参加に関する ニーズ
健康に関するニーズ		教育・就労に関する ニーズ
日常生活活動に関する ニーズ	社会生活技能に関する ニーズ	
家族を支援するニーズ		
QOL を高める		
エンパワメント		

出典 阿部順子「第3章 アセスメント」身体障害者ケアマネジメント研究会・知的障害者ケアマネジメント研究会監「新版 障害者ケアマネジメント実施マニュアル 身体障害・知的障害共通編」中央法規出版, p. 28, 2002年。

表 1-2-1 ●各領域に含まれる生活ニーズの例

生活ニーズの領域	具体例
生活基盤	一人暮らしのための住まいや転居による住宅確保, 収入の確保(年金, 手当など)等
健康	医療的なケア(通院や訪問看護), 二次障害の相談, 歯の治療や栄養指導等
日常生活活動	ADL や家事に関する訓練, 介助者派遣, 福祉用具の利用, 住宅改造等
家族支援	介護指導, ヘルパー派遣, ショートステイ, ぐち聞きケア等
コミュニケーション・スキル	コミュニケーション訓練, コミュニケーション機器の使用, 音訳・代筆・手話通訳など援助者派遣等
社会生活技能	対人技能や外出など社会生活力の訓練, 自立生活プログラムの利用, ピアカウンセラーの派遣等
社会参加	趣味・スポーツ・レクリエーションなどの社会参加の場の確保, 障害者の参加しやすいプログラム, ボランティアの確保, 当事者グループへの参加
教育・就労	教育相談, 適切な訓練や教育の場の選択, 職業ガイダンス, 求職活動の相談

出典 阿部順子「第3章 アセスメント」身体障害者ケアマネジメント研究会・知的障害者ケアマネジメント研究会監「新版 障害者ケアマネジメント実施マニュアル 身体障害・知的障害共通編」中央法規出版, p. 28, 2002年を一部改変。

3 ニーズアセスメントにおける留意点

生活ニーズは、アセスメント票に基づいて、抽出してきます。アセスメント票のすべての項目を記載する必要はなく、必要な項目だけチェックするよう心がけましょう。利用者にとって、長時間の面談は疲労を感

じることも多く、自分自身をみつめる集中力もそう長くは続きません。阿部（2000年）は、アセスメントのポイントについて以下のような点をあげています。

- ・利用者が話しやすい一日の生活の過ごし方から、一日の生活の流れを把握します。
- ・主訴に関係のある領域は注意して深く聴きます。
- ・利用者の本当の気持ちや背景にあること、そこから推測できることを具体的に質問しましょう。
- ・利用者主体に利用者の意思表示の仕方を早く理解しましょう。
- ・利用者の強さを引き出すために、希望、趣味、嗜好、特技、望んでいる生活などを聞いてみましょう。
- ・わかりにくいこと、聞きにくいこと、例えば家族関係や心理面などは信頼関係ができたときに聞きましょう。
- ・新たなニーズに気づいたときにはもう一度アセスメントしましょう。

4 ニーズの整理

相談支援専門員は、サービス利用計画を作成する前に、アセスメント票からニーズを整理すると全体的にわかりやすくなり、サービス利用計画を作成するのが容易にできるようになります。表1-2-2に示すような様式でニーズを整理してみるのも一つの方法です。

本人因子としては、利用者の身体機能、能力、心理面などを含む「本人の能力と制限」を記入します。つまり、利用者のできることと制限を受けていることを記述します。環境因子としては、住宅や福祉用具、人的援助などの社会資源を含む「環境の能力と制限」を記入します。つまり、環境の能力と制限では、利用者を取り巻くどのような環境が行動に促進要因として機能しているか、阻害要因として機能しているかを記述します。このようにして、利用者と環境の相互作用から、環境がネックとなっていることは何か、環境を調整すればできることは何かを考えます。そして、気になる情報、疑問点から、利用者の主訴の背景を考え、相談支援専門員が推測できることを記入します。専門職へのアセスメントは、どこに、どのような内容の依頼をしたかを具体的に記入します。このような手続きを経て、「～したい」あるいは「～に困っている」という生活ニーズを整理します。これらの生活ニーズの整理は、利用者の生

表 1-2-2 ●ニーズの整理表 記入例

相談受付からアセスメント				ニーズの整理
①主訴(訴え, 要望)	②利用者の状況, 気になる情報	③推測・可能性	④専門的アセスメントの依頼先	⑤ニーズ(～したい, ～で困っている)
家の中の移動が大変	<p>移乗や移動は何とか自分で可能である。</p> <p>風呂やトイレの利用に困難を感じている。</p> <p>築30年の旧家。</p> <p>車いすは5年ほど前のものを使用中。</p> <p>基本的な介助者は70歳過ぎの母親である。かかりつけ医はいない。</p> <p>色々なことをしたいが田舎であり, 外部とはあまりつきあいが無い。</p>	<p>住宅改修や車いすなど本人との適用によりもっと楽な生活が送れる可能性がある。</p> <p>動線や屋内の工夫ができそうである。</p> <p>現状の本人・家族の状態から見ても, 介助者を有効に使える可能性がある。</p> <p>二次障害など健康面についての心配がある。</p> <p>コーディネート次第で生活が広がる可能性が大。</p>	<p>〇〇市福祉課住宅改修係。 理学療法士, 住宅改修相談員。 本人, 福祉用具, 住宅等をトータルに見てもらい今後の可能性を広げる。</p> <p>〇〇病院整形外科。 〇〇医師。 健康状態の確認。 年をとっていくこともあり定期的に見てもらえる主治医をみつけることにもつながる。</p>	<p>住宅を少しさわって, 少しでも無理なく生活できるようにしたい。</p> <p>車いすを自分にあった新しいタイプにしたい。ヘルパーに必要な時だけ入ってもらいたい。特にお風呂の介助を手伝ってほしい。</p> <p>自分のことをちゃんとみてくれる医者がほしい。</p> <p>自分もまだまだ色々なことがしたい。人とかかわり楽しみをみつけない。</p>

出典 鈴木智教「第10章第3節 ケア計画作成演習の手順(マニュアル)」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』p.315, 中央法規出版, 2002年を一部改変。

活全体の解決すべき課題をはっきりさせるのに役立つといえます。

参考文献

- 身体障害者ケアマネジメント研究会・知的障害者ケアマネジメント研究会監『新版 障害者ケアマネジメント実施マニュアル 身体障害・知的障害共通編』中央法規出版, 2002年
- 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, 2002年
- 白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁監『ケアマネジメント概論』<ケアマネジメント講座①>中央法規出版, 2000年
- 西尾雅明『ACT入門～精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム～』金剛出版, 2004年
- 野中猛『図説 ケアマネジメント』中央法規出版, 1997年

3-1

ケアマネジメント の展開

(獲得目標)

実例を通して、アセスメント、サービス利用計画作成、社会資源の活用と調整、モニタリング、実施評価を理解する。

(内 容)

サービス利用計画作成費対象者の事例をもとに、前半2日間の講義を受けて一連のプロセスをシミュレーションし理解する（相談面接から主訴の把握、生活機能とその背景の把握、利用者の状況等、事例検討等を行うことにより、アセスメント等の理解を深める。生活の目標に向けたサービス及び社会資源の活用と調整等のモニタリング、ケアマネジメント実施評価を理解する）。

(研修企画のポイント)

- できる限りサービス利用計画作成費対象者の事例を取り扱う。
- ケアマネジメント・プロセス（相談、支給決定、アセスメントとニーズの理解、サービス利用計画作成、モニタリング）について、グループワーク演習を取り入れながら講義する。

1 はじめに

相談支援従事者初任者研修のカリキュラムでは、ケアマネジメントの理論的な理解とともに、ケアマネジメントの具体的な展開を理解するため、2つの演習プログラムを設定しています。

その一つは、受講者自らが、直接、実際の事例に対応してサービス利用計画を作成するという「実習」を経験し、それを報告し検証する演習（演習Ⅰ・Ⅱ）です。もう一つは、その実習を行う前に計画作成の方法、内容について基礎的に理解するための演習（実習ガイダンス）です。

本章は後者の演習プログラムについて、各都道府県における研修を実施する上で参考となるようなポイントを解説しています。

都道府県研修において具体的に実施する際は、次のことに留意して実施していく必要があります。

① 実際の事例を選定

まず、ケアマネジメントの具体的な展開を概観するために、実際に取り組んだ事例を選定することです。その事例は、演習を進める中で、必要に応じてより詳細なアセスメント情報も追加提供できるよう、演習を担当する講師が自ら実際に取り組んだ事例であることが望ましいでしょう。場合によっては、本人自身が登壇し、振り返りをしてもらうのも一つの方法です。

② 相談面接演習を含めて実施

相談面接技術は対人援助技術において大変重要です。主訴は何かを確認すること、ニーズを聴き取ること、支援を行うための関係構築など、その目的が達成できるような相談面接の演習を含めて実施します。ロールプレイなども一つの方法です。実際の事例を通してどのように主訴を確認したのか、どんな質問や面接技術を活用してニーズを把握したのか、リアリティーのある演習展開が必要です。

③ ケアマネジメントの展開におけるアセスメントと計画作成の方法、手順に重点をおいて実施

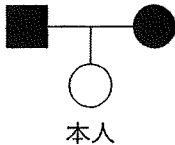
演習後に取り組む「実習」がかならずできるように、まずはアセスメントの方法と計画作成の手順について具体的に理解できるよう構成を工

夫する必要があります。実際例にみる生活機能とその背景の把握、利用者の状況についての把握を、あるいはどこからどのように聴き取り把握したのか、といったアセスメント作業を具体的に確認することが必要です。また、計画を作成する場合に何に留意すべきか、サービス担当者会議を模擬的に行いながら関係者の意見を調整して計画を作成するといったことを「実習」前に体験できるように実施しなければなりません。

以下、本章では、実際の事例を振り返りながら、ケアマネジメントの展開について解説していきます。

2 事例検討 ～ケアマネジメントの展開にそって～

●プロフィール等

氏名	Aさん（女性）
年齢	42歳
療育手帳	中度
障害程度区分	1
収入	障害基礎年金2級
自宅	閑静な住宅街にあり、2階建ての一戸建て
家族構成	

Aさんは生まれも育ちもB市です。小・中学校は特別支援学級へ通い、中学時代はテニス部にも入っていました。中学卒業後は、養護学校高等部に通いました。学生時代は皆勤賞をもらえるほど真面目に学校へ通いました。父親は建設資材の大きな会社へ勤め、定年後もタクシー会社で乗務員をしていたとのことで大変仕事熱心な人でした。母親は専業主婦でずっとAさんの面倒をみてきた人です。Aさんが25歳の年に知的障害者通所更生施設へ通い始めた頃、父親が亡くなりました。休日の外出も一人ですこ

とはなく、いつも母親と一緒にだったということです。料理や洗濯、掃除もすべて母親がしていたのでAさんは家のことで手伝いをした記憶は食器の洗い物程度だったそうです。

Aさんが36歳の頃から、母親が持病の糖尿病の悪化で、入退院を繰り返すこととなります。最初はかかりつけの病院でよかったのが、そのうち大きな病院に入院をすることになりました。Aさんは土、日には心配でいつも見舞いに行っていました。その頃から近所に住んでいる父方の伯母さん宅でお風呂に入ったり、食事を摂ったり、洗濯をしてもらうようになっていました。それから1年後に最愛の母親が亡くなってしまいます。

Aさんが一人になってしまったことで、親族会議が開かれました。親族会議では、これから誰が責任をもってAさんを見ていくのかといった話し合いが、延々と行われました。時間ばかりが経過し一向に方向性が見えなくなった時、母親の入院中もずっとAさんの面倒をみてきた伯母さんと従姉妹がAさんに、「これからどうしたいの?」と聞いたのです。Aさんははっきりと「このままこの家で暮らしたい」と答えたのでした。その気持ちを聞いて親族の人たちもこれからのAさんの一人暮らしに不安を持ちながらも、Aさんの気持ちを尊重してしばらくの間、経過を見守ろうという結論に至ったとのことでした。

1 インテーク

① 相談の経緯

親族会議の結果をもって、伯母さんからAさんが通う通所施設の施設長に相談がありました。通所施設の施設長は「Aさんは今まで母親から生活全般の支援を受けていたが、母親が亡くなったあともこのまま自宅で暮らしたいという意思が強く、通所施設だけでは生活の支援ができない」という理由から、伯母さんには障害者地域生活支援センターを紹介しました。Aさん、伯母さんと通所施設の施設長から障害者地域生活支援センターに改めて相談がありました。

事例のポイント

- ① Aさんの「自宅で一人暮らしをしたい」という訴えに対して、通所施設のサービスだけでなく、Aさんへの支援は地域のさまざまな社会資源を活用する方向で、相談支援が進められました。

- ② 本人のことをよく知っているからといって1か所ですべて支援しようとする姿勢は決して長く続かないことがほとんどです。

【相談の経緯】一般的なポイント

- ① 相談支援の始まりは、相談機関への来訪、関係機関からの紹介、電話による相談などいくつかの経路があります。相談機関は利用者を待っているだけでなく、病院、施設等に出かけていくアウトリーチを心がけておくことも大切です。
- ② 相談支援を求めている人を発見するためには、地域のネットワークを活用しましょう。
- ③ ミニコミ誌、チラシなど病院等の関係機関に対して日頃から広報活動をしましょう。

② 相談受付時の状況

伯母さんからは親族会議の経過の説明と、心配は隠せないが本人を施設に入れるのは心苦しいし本当はどうしてよいかわからない、といった説明がありました。

聞くと、Aさんとは、今回母親が入退院をするようになってからの関わりでそれまではほとんど近隣にいても親戚付き合いは皆無だったとのことで、「Aさんのことも実はよく知らない」といったことから始まり、自宅も一戸建ての立派な家であり、維持・管理はどうしていくのかといった心配や女性の一人暮らしとなるため、見知らぬ訪問者や訪問販売などへの不安、近隣の方達の抱く不安感など様々な現実的な課題を話されました。

そして、何より亡くなった母親が本人のためにと多額な預金を残しており、その対応についてもどうすればよいかとの話がありました。Aさん本人は、もちろんそこまでの不安はなく、どちらかというと、質問に対して「はい」と答えがちで、先々の心配はしていないといった様子でした。

事例のポイント

- ① これまでは近隣にいても親戚付き合いが皆無だった伯母が、Aさんの母親の入院を期に、Aさんの面倒をみるようになったことにより、Aさんのキーパーソンになる可能性が大きいことを確認しました。

- ② 伯母が抱えているAさんの一人暮らしに対する不安を軽減するため、伯母からのいろいろな不安に対する思いに傾聴しながら、課題解決の方向性を確認することが重要でした。
- ③ 伯母の不安に対して本人は意識がなく、伯母が「施設に入れるのは心苦しいし本当にどうしてよいかわからない。」という気持ちと本人の「自宅で一人暮らしをしたい」という訴えが繋がってくると思われ、一人暮らしをするためにどのようにしていったらよいかを話し合うきっかけ作りが大切です。
- ④ Aさんの自宅で一人暮らしをしたいという訴えを尊重して受け止めることが大切です。

【相談受付時】一般的なポイント

- ① 相談者がどのような暮らしを望んでいるかをしっかり見極めます。
- ② 関係機関からの紹介で来談する場合もあり、本人や家族の確認をします。
- ③ 相談の入り口で、関係機関と調整・連絡し情報を整理することは、信頼関係を基盤に進めていくケアマネジメント・プロセスを適切に進めていく上で重要です。
- ④ 受け付けた相談内容から、ケアマネジメントによる支援が必要であるかどうかを判断します。
- ⑤ コミュニケーションに制限がある場合には、家族あるいは本人が信頼する人の同席、手話通訳士等の配置を考慮します。また、「YES」「NO」で答えられる質問形式を考えましょう
- ⑥ 誰がキーパーソンとなり地域移行に向けて取り組むのか、関係者と協議・確認をします。
- ⑦ サービス利用計画作成費の支給対象者が判断します。
- ⑧ 初回の相談・問い合わせでは、まずは相談受付票で概要を把握します。聴ける範囲で聴き取りながら、相談受付票へ記入します。
- ⑨ 障害認定調査関係書類は認定用の調査であり、ここでは各種アセスメントシートを活用します。

③ 相談受付票の記入

相談の入り口ではまず、氏名、住所、年齢、障害者手帳の有無や程度などの基本情報の聴き取りをすることになります。Aさんの場合は伯母

さんや通所している施設の職員が状況を説明してくれたので相談の主訴やニーズがある程度明確になった上でその後の関わりをもつことができました。

Aさんの場合は、障害福祉サービスの利用も考えられるため、障害程度区分の認定を受ける必要があることから、福祉事務所への手続きの必要性を伯母さんに説明して申請してもらい、障害程度区分の認定調査を受けることになりました。さらに、Aさんは単身であり、「サービス利用計画作成費」の支給対象となることから、その手続き申請も同時にしてもらいました。

また、個人に関わる関係機関へ今後はAさんの個人情報を聞いていく上で、これまでに関わっている機関を確認して必要に応じた情報提供の承諾書（別紙：220頁）を取ることにしました。

相談受付票の内容は次のとおりです。

事例のポイント

- ① Aさんの場合、話がはずれていきそうだと相談支援専門員が感じたときには、話を少し変えたり、元に戻したりしていきながら同様の返事が返ってくるかを確認しながら本人のニーズを引き出す工夫をしました。
- ② Aさんは自分の意思を表現するのが難しいことから、伯母や通所施設の職員からも情報を収集しました。
- ③ Aさんは質問に対して「はい」と答えがちでしたが、親族の意思を優先するのではなく、本人の意思をしっかりと確認しながら面談をしました。

【相談受付票の記入】一般的なポイント

- ① 利用者の主訴をしっかりと受けとめ、その内容をしっかりと把握します。
- ② 面接者が知りたい情報を集めることに集中するのではなく、傾聴する立場にまわるようにします。
- ③ 利用者の状況として、障害者手帳の情報、連絡先、家族構成、家族関係、現在受けているサービス等を確認しておきます。
- ④ 相談受付票には、情報提供、他機関への紹介、訪問や再来所の予定日などの対応状況を明記します。
- ⑤ さらに、相談受付時に気づいた点など対応者所見を記載することも大切です。

〇〇支援センター様

様

作成されたサービス利用計画を実現するために、関係機関などに対して私（家族）の情報を伝えること及び尋ねられることを承諾します。

情報提供先

1. 〇〇通所施設 _____
2. 〇〇ホームヘルプサービス派遣事業所 _____
3. 権利擁護センター _____
4. 〇〇病院 _____
5. 〇〇福祉事務所 _____
6. _____ (以下余白)
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____

なお、以下についての情報は、了解なしに _____ に伝えてはならない。

(該当する項目をすべてチェック)

() 健康状態 (病名)

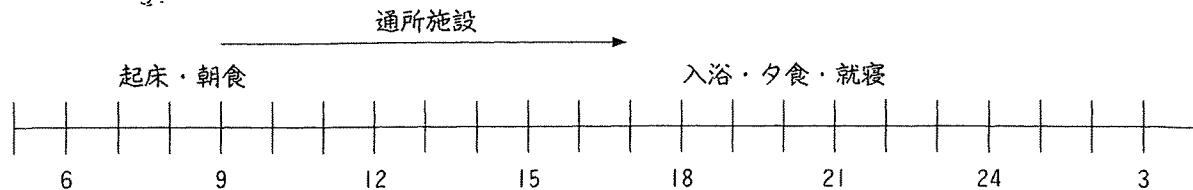
() 家族状況

() 経済状況

() その他：具体的に _____

生活状況 [ふつうの1日の流れ]

本人



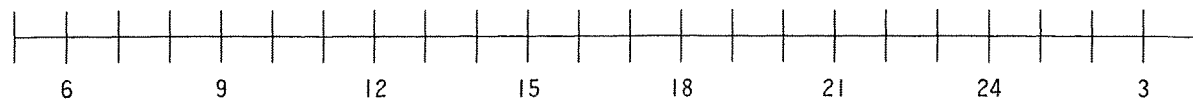
施設利用以外は常に介護

介護者

ヘルパー活動等

[その他の1日の生活の流れ]

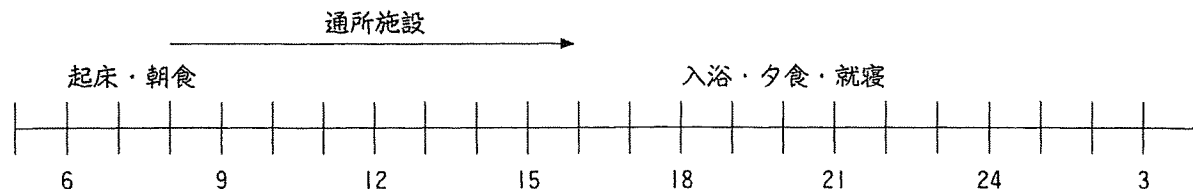
本人



介護者

希望する1日の流れ

本人



介護者

家族の要望・希望する暮らし

伯母：ひとり暮らしには不安があるが、本人の望む暮らしができればと考えている。

本人の要望・希望する暮らし

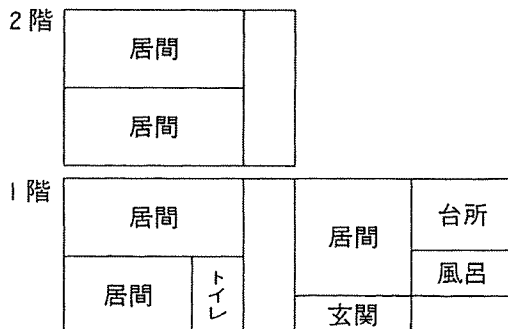
このまま自宅で暮らしていきたい。
料理を覚えたい

関係職種からの情報

- 療育手帳判定書
- 施設入所判定書
- 社会調査資料
- 職能判定書
- 指導・経過記録

【家の見取り図】 持ち家 その他

トイレ、浴室位置や形状、玄関、道路までのアクセスや段差等の記入（市営住宅、平屋、コーポ、マンション）



対応者所見（注目すべき点，気になる点を含む）

母親と二人で暮らしてきた間は、家事は母親がさせてきていないとのことで、どの程度家事全般がこれからできていくかは未知数だが、障害福祉サービスと医療機関の協力、障害者地域生活支援センターの援助をもとにして、エンパワメントの視点からサービスの導入をはかっていく必要がある。