

計画例・演習

計画策定（演習）

演習のポイント

<オリエンテーション>（スライド1）

今日のスケジュールの確認、演習のねらいを再確認することで、しっかりと目的を持ち、積極的に演習に取り組めるようにしましょう

（ねらい）演習の目的を明確にする。

<演習Ⅰ：事例の掘り下げ>（スライド2）

事前課題を基に、グループで事例検討を行い、本人および家族の思い（希望する生活）を共有しましょう。

（ねらい）

- 本人、家族の思いを理解する。
- 本人、家族の思いに寄り添えるようなチームを作る。

<演習Ⅱ：利用計画、週間計画表作成>（スライド3）

グループでの事例検討を基に、利用計画書、週間計画表を作成しましょう。

（ねらい）

- 本人およびご家族の意向を汲み取った利用計画を作る。
- 支援者間の連携・協働を意識する。

<演習Ⅲ：模擬担当者会議>（スライド4）

グループで作成した利用計画書・週間計画表を基に担当者会議を行います。各自がそれぞれの役割を担う中で、計画が適当なものか確認し、必要に応じて見直しをしましょう。

（ねらい）

- 本人および家族にとってわかりやすい会議を開催する。
- 支援者間の役割の確認
- 新たなニーズや課題の把握

<演習Ⅳ：発表・グループごとに作成した利用計画を発表>（スライド5）

（利用計画書および週間スケジュール）

各グループ発表を聞いて、全体で意見交換、スーパーバイザーからの講評

（ねらい）

- 他グループの利用計画、週間計画表を聞くことで、新たな気づきや視点に触れる。
- 自分たちのプランを客観視するとともに、事例検討から見えてきた地域課題およびその解決に向けてどのように取り組んでいけば良いか考える。

オリエンテーション

- スケジュール確認
- 演習のねらい再確認



スライド 1

演習I: 事例の掘り下げ

<進行>

- 自己紹介と役割分担
- 事前課題各自発表
- 利用計画作成に向けたグループ討論

※出された意見を共有できるようにホワイトボードや付箋などを上手く活用しよう。

スライド 2

演習 II・VI: 利用計画、 週間計画表作成

<進行>

- 演習 I のまとめ、振り返り
- 利用計画書、週間計画表作成
- グループ発表準備

※本人および家族のストレンクスに着目し、エンパワメントの視点を忘れずに、計画を考えていきましょう。

スライド 3

演習 III・VII: 模擬担当者会議



<進行>

- 役割分担決め(グループごとに必要な参加者決定)
- グループで立てた利用計画を基に、各々が役割を担い、会議を行う。
- 会議を経て、計画に見直しが必要な場合は再検討を行う。

※各々の立場になりきって会議に参加しましょう。

スライド 4

演習IV・VIII: 発表 ・グループで作成 した利用計画を発表 (利用計画書および週間計画表)

- 各グループ発表、全体で意見交換
- スーパーバイザーからの講評

※事例検討から見てきた
地域課題などについても考える。



スライド 5

<演習Ⅴ：プラン再検討>（スライド6・スライド7）

- 在宅移行時作成のプランに基づき、サービス提供がなされてきた中で、安定した在宅生活が維持継続できていた（本人および家族が希望する生活）が、本人および家族の状態像の変化、小学校就学というライフステージの変化に伴い、プランの再検討が必要となった。

在宅移行時には病院 MSW のコーディネートなどがあり、医療的なサービスは整っている形で相談支援に入ることも多いですが、今回は相談支援専門員が主にプランを組み立てていくことになります。

（ねらい）

- 現状に即したプランに変更
- 病院 MSW から相談支援専門員が主となってプランを作成
- 中長期的な視点

<演習Ⅵ：利用計画作成>から<演習Ⅷ：発表>までは、初回の利用計画作成時同様のねらいや進行によって行います。

<演習Ⅷ：スーパーバイザーによるパネルディスカッション>（スライド8）

- 経験豊富なスーパーバイザーに積極的にわからないことや不安なことなどを質問しましょう。

（ねらい）

- 重症心身障害児者等の利用計画作成をすでに行っているスーパーバイザーから生の声を聞くことで、より具体的に重症心身障害児者等に対する相談支援・利用計画作成のイメージを掴むことができるようにする。

<研修を振り返って>（スライド9）

（ねらい）

- チェックリストに基づいた評価を行うことで、現状および今後の課題を明確にする。

演習Ⅴ：事例検討(プラン再検討) 同一ケース・成長後

・在宅移行を検討してきたAちゃんのケース。

本人および家族の希望する生活が送れていたが、本人および家族の状態像変化、ライフステージの変化に伴い、プランの再検討が必要になった。

在宅移行時：病院MSWのコーディネーターあり



今回検討プラン：相談支援専門員が主になる



スライド6

演習Ⅴ：事例検討(プラン再検討) 同一ケース・成長後

<進行>

- ・グループ内で再アセスメント
(利用計画作成に向けたグループ討議)
⇒現状に即したプラン変更

※出された意見を共有できるようにホワイトボードや付箋などを上手く活用しよう。



スライド7

演習Ⅹ：スーパーバイザーによる パネルディスカッション

(内容)

- ・重症心身障害児者等と他障害の相談支援、計画作成の違い
- ・計画作成やモニタリングで留意している点
- ・関係機関との連携について
- ・その他、参加者からの質疑応答



スライド8

研修を振り返って

(内容)

前半の講義および後半の演習を振り返り、

- ・重症心身障害児者等コーディネーターの役割、必要な知識やスキルを理解できたか？
- ・現状および今後の課題を明確にすることができたか？
- ・困った時に相談できる仲間ができたか？



スライド9

演習（計画策定）に向けて

3日目、4日目は事例に基づいた演習となります（スライド1・スライド2）。

演習はグループワークを中心に展開します。演習までの間に各講義の振り返りを行うとともに、事前に事例を提示しますので、しっかりと事例検討をしてきてください。

また、それとともに、演習では同グループの方々とはもちろんのこと、参加者の皆さんと十分に情報交換を図り、今後同じ方向に向かって進む仲間（重症心身障害児者等コーディネーター）として、ネットワークを作りましょう。

<演習のねらい>（獲得目標）

2日間に渡る重症心身障害児者等に関する総論および各論の講義から得た知識を基に、本人、家族の意向を汲み取った相談支援、また、医療・福祉サービス等との連携を図った利用計画とはどのようなものを理解します。またそれとともに、自ら利用計画を作成する力、関係機関との連携や支援体制構築に向けての力をつけることを目標として実施します。

<演習内容>

事前演習を基に、グループワークを通して更なる事例の掘り下げを行い、グループとしてのサービス等利用計画作成を行います。また、それに基づいた模擬担当者会議やグループで立てた利用計画の発表、スーパーバイザーによるパネルディスカッションなどを通し、演習の獲得目標が習得できるようにしていきます。

<演習にあたっての事前準備>

事例の読み込みおよび「サービス等利用計画・週間計画表」を作成してきてください。

今回の演習では、国が例示した「サービス等利用計画・障害児支援利用計画書」の書式（スライド6・スライド7）を使用します。

<事前課題>

スライド8・スライド9は事前課題として提示するケースです（架空事例）。取り上げるケースは、長期入院から在宅に移行する1歳の女の子のケースとなります。自分がこの事例の相談支援をするとしたら…というつもりで利用計画を考えてきてください。

<重症心身障害児者等のサービス等利用計画作成のポイント>

事前課題に取り組むに際し、すでにサービス等利用計画を作成している相談支援専門員の方であれば、どのような視点で作成しなければならないかお分かりのことと思いますが、ここでは基礎確認とともに、重症心身障害児者等ならではの視点も含めて、そのポイントを確認したいと思います。

サービス等利用計画は、市区町村が国の障害福祉サービスの支給決定・給付決定（種類・量・頻度・期間等）を行う際の根拠とする書面であるとともに、本人が望む生活を実現していくために、生活の各領域において、どのような支援（フォーマル・インフォーマル）を必要としているかを、書面に落として明らかにするものです。

スライド10は、重症心身障害児者等のサービス等利用計画作成のポイントです。3つの基本事項を挙げましたが、特に②の視点はとても大切です。重症心身障害児者等とのコミュニケーションを図るのは難しく、どうしても会話の主体がご家族になることで、一歩間違えるとこれは誰のための利用計画だろう？と思うようなものになってしまいます。当然のことながら、重症心身障害児者等の利用計画においても本人の意向を汲み取ったものでなければなりません。そのためには、①に挙げているように本人の疾患や障害特性を十分理解した上で関わることが重要となるとともに、しっかりとしたアセスメント能力も求められます。

次に、利用計画・週間計画作成の際に、どのようなことに留意しなければならないか、確認したいと思います。

スライド11は国が例示した「サービス等利用計画・障害児支援利用計画」の各項目に沿って留意点を挙げています。特に、重症心身障害児者等の利用計画に留意すべき点は※赤字で記載しています。

利用計画では、希望する生活の全体像をいかに掴むことができるかがポイントになります。それには、本人および家族に対するアセスメントが十分にできていなければなりません。そして、それを踏まえたうえで、総合的な援助方針が決定されます。

また、重症心身障害児者等の場合、家族を含め、多くの関係機関（支援者）に支えられて、生活が成り立っています。この利用計画書はそれら関係機関（支援者）が支援していくうえで各々の役割を明確に把握することができ、連携・協働して支援していけるようなものであることも求められます。

スライド12の週間計画表では、「サービス提供によって実現する生活の全体像」ここが、相談支援専門員にとって、最も力の入れどころとなります。ここを読めば支給決定・給付決定を行う市区町村職員が「なるほど!」と思えるような内容で記載をすることが求められます。

<スライド出典>

スライド6・7 （出典：厚生労働省）

スライド11・12 （出典：平成27年度長野県相談支援従事者初任者研修資料に一部加筆等）

サービス等利用計画・障害児支援利用計画【選択計画】(例)										
利用者の氏名(仮称)	利用者の性別	利用者の年齢	利用者の障害種別	利用者の障害程度	利用者の生活状況	利用者の家族状況	利用者の地域状況	利用者の学校状況	利用者の医療状況	利用者の福祉状況
0:00										
0:30										
1:00										
1:30										
2:00										
2:30										
3:00										
3:30										
4:00										

スライド7

事前課題		NO 1
名前・性別・年齢	Aちゃん 女性 1歳	
障害および併存症	先天性脳性麻痺性ジストロフィー	
概要 (文脈経緯・現状と課題等)	<p>自閉症で包括診断。2,000gで出生。産後脳死と診断され下死。脳死形成。脳性麻痺で重度四肢麻痺・人工呼吸器管理となった。また、口のみでは十分な栄養摂取が難しく、胃瘻も施設した。病院での生活も1年以上になり、脳瘻的なケアは必要であるが、本人の状態も落ち着いてきたため、父母ともに家族3人での生活をしたいと考えようになった。その一方で、母も経験とともに経験した困難感であり、家庭での生活に不安も感じている。また、父は脳が硬であるが、仕事に集中するため、医療および福祉サービスなどを利用して在宅生活を過ごすことができるようにしたいと考えている。</p> <p>現在は自閉症入院中であるが、外出訓練をしながら在宅移行を検討している。</p>	
Aちゃんの状況	<p>①身体状況など</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発達あり、半寝返り可、ADL上全介助。 ・身長:68cm/体重:10kg ・人工呼吸器管理、気管切開(喉頭気管分岐)、吸引(数回/日)、吸入(2回/日)、パルスオキシメーターでのモニタリング ・胃瘻(注:追加経路/日 1回1日、時間5時、9時、18時、23時)、12時の注入(ペスト食+白湯100ml) ・自覚呼吸あり、短時間なら観察が可能。 ・発作は見られるものの、内服薬にてコントロールできている。 ・基本的な言葉理解は注入(音聲)、唇からは発音程度。 <p>②薬物状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・抗痙攣薬(フェニトール)一錠、1日3回服用 ・抗虫薬(メロニダゾール)一錠、1日1回服用 <p>③生活リズム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・睡眠時間はまだ定まっていないが、概ね21:00就床し、21:00就寝。その他、午前・午後とも1時間程度午睡あり。 <p>④コミュニケーション</p> <ul style="list-style-type: none"> ・言語でのコミュニケーション不可。主に表情にて判断(快には笑顔、不快には泣く)。 ・長の声かけや声かけと表情が和み、癒しように見える。 	

スライド8

事前課題		NO 2
Aちゃんの状況	<p>⑤手帳取得など</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳取得済:1種1級。障害福祉サービス受給者証については、これから取得予定。 ・吸引器、吸入器など日常生活用具は準備済。車いす(呼吸器、吸引器搭載)B病院で待機済。 <p>⑥医療機関情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ・B病院 小児科入院中。 退院後は、検査などでの間わり。 ・C在宅療養支援診療所。 退院後、主治医としての間わり。月2回訪問診療及び体調不良時診察予定。(在宅人工呼吸器管理科等) 	
家族構成 及び状況	<p>ジェノグラム</p> <p>父:自営業(自宅で修理工事業務)。9:00~17:00までは仕事であるが、時間的な融通は利く。仕事の繁忙期は1月から3月。未見のことでも可変している。</p> <p>母:専業主婦。出産とともに本来と同じ疾患を発症したが、自分自身のADLは自立。事務所の電話対応、パソコンでの業務は可能。未見を助ける移動、入浴等のための車いす、外出(通院、散歩等)は難しい。性格は穏やか。他者が家に入ってくること(サービス提供)に対する抵抗感はない。現在、身体障害者手帳申請中。</p>	
協力体制	<ul style="list-style-type: none"> ・父の実家は同県内であるため、祖父母に日常の買い物等の家事援助。父が出張や仕事で遅くなる場合などの見守り可能。 ・母の実家は北海道であるため、祖父母の協力は難しい。 ・その他、近隣に義親はおらず、近所付き合いもほとんどなし。 	
医療費など	<ul style="list-style-type: none"> ・新築住宅であり、若い世代を中心にこの地に移住してきた人が多く、住民同士の繋がりはあまりない。(2歳建て)。1階部分が分譲済。住宅改修などはまだ行っていない。 ・車所有。運転は父のみ。母は運転免許を所持していない。 	

スライド9

事前課題		NO 2
<h3>重症心身障害児者等のサービス等利用計画作成のポイント</h3> <p><基本事項></p> <ol style="list-style-type: none"> ①疾患や障害特性など正しい知識を持ち、理解して作成をする。 ②重症心身障害児者等であっても、本人自身の意向を汲み取るように努め、エンパワメントの視点を持ち、作成する。 ③支援機関各々が役割を明確に把握することができ、協働して支援を行っていけるようなものであるように努める。 		

スライド10

サービス等利用計画										
利用者の氏名(仮称)	利用者の性別	利用者の年齢	利用者の障害種別	利用者の障害程度	利用者の生活状況	利用者の家族状況	利用者の地域状況	利用者の学校状況	利用者の医療状況	利用者の福祉状況
0:00										
0:30										
1:00										
1:30										
2:00										
2:30										
3:00										
3:30										
4:00										

スライド11

サービス等利用計画【選択計画】										
利用者の氏名(仮称)	利用者の性別	利用者の年齢	利用者の障害種別	利用者の障害程度	利用者の生活状況	利用者の家族状況	利用者の地域状況	利用者の学校状況	利用者の医療状況	利用者の福祉状況
0:00										
0:30										
1:00										
1:30										
2:00										
2:30										
3:00										
3:30										
4:00										

スライド12

<利用計画作成例> ～ 学齢期から成人期への移行ケースの利用計画 ～

スライド2は、学齢期から成人期へ移行する際のケース（架空事例）についての利用計画書です。

スライド1の基本情報からもわかるように、ケースは特別支援学校高等部卒業を間近に控え、新たなる生活への期待と不安（本人）、主たる相談先であった学校を離れることへの不安（相談先がなくなる）や離婚に伴う家庭環境の大きな変化に伴う不安（母）を抱えています。

このようなケースに対し、考えられる利用計画がスライド2です。

利用計画書作成においては、エンパワメントやアドボカシーの視点を持ち、本人および家族の意向を汲み取るように努め、また、関係機関が連携・協働して支援していくことができるようにも配慮しています。

地域の実情等によってサービスの種類、量など、これが適切かどうかというご意見はあるかと思いますが、参考例としてみていただければと思います。

（全国重症心身障害児(者)を守る会 重症心身障害児療育相談センター 等々力 寿純）

申請者の現状(基本情報)

作成日	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)

〇〇歳児に〇〇歳児の生活リズムを合わせながら行動支援と併せて、この時、A病院入院、以降、現在に至るまで医療機関に併せてはA病院にて継続フォローしている。また、長期にわたる入院生活に親御MSWのコーディネートにより、退院後は当初看護の活用が決定される。併せてその間に在宅介護や今後のショートステイの活用等も提案がなされたが導入に資格的な様子が見られ、その後も併せて行動支援者による提案はあったが、現在まで実現はできていない。

・在宅生活で毎朝トイレにトイレから出かけるまで、食前食後の排泄活動、浴槽での入浴といった生活リズムの構築に、4歳児からは通園センターの外部施設や通園センター(P7)も開始となる(現在まで継続)。

・小学校からは通園センターに入学。児童は本校の成長発達、目標のやりこめなどがあり、同支援学校の担任およびコーディネーターの先生と相談をしながら、安心して健康状態を維持し、学校にもコンスタントに通学できているが、中学3年生時、肺炎発症、肺炎後遺症、肺炎後遺症、そのほか、体調は安定する。

・通園センターを退園し、今後通園する人がいなくなる。また、通園による発達支援の変化、介護力減などもあり、母は不安感を覚え、区のケースワーカーへの相談を希望。そこで、母、区ケースワーカー、相談支援センター相談支援専門員、相談支援学校教諭、相談支援学校教諭、相談支援学校教諭の生活介護施設職員などとの支援会議を開催。今後の相談支援センターが中心となり、新しい生活に意欲が、無理なく在宅生活が送れるような支援体制を確立することにした。

氏名	〇〇 〇〇部	生年月日	〇〇年〇月〇日	年齢	18歳	
住所	〒###-##-## 区〇〇-##-## [〒###-##-##] 〇〇〇〇 グループケアホーム・入所施設・医療機関・その他			電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
必要または疾患名	脳神経症による神経機能障害		障害支援区分	区分6	性別	(男)・女
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入						
生活歴 ※入院歴等を含む	<p>〇〇歳〇月、3歳〇月まで通常出席。2歳の頃に重篤な病状となり、他院へ転院となる。その後、都内のA病院に入院。現在まで通院を継続。その後、小児科病棟で重症治療を受ける。また、この間に通園センターにて、「リハビリ」(PT)を開始。就学は数体不自由特別支援学校に、中学3年生になり、状態の変化により、私立の通園センターへ入学。高等部に入り、卒業後在宅生活で生活介護事業所で2ヶ月計1週間の通園センター体験を実施してきてきた。</p>					
現在の状況 ※入院歴等を含む	<p>医療者の状況 ※医師科長、看護師長、主治医、検査医、検査技師等</p> <p>〇主治医 一般診療科、外科機能障害 〇看護師 一般診療科 〇検査技師 検査科、検査科 〇薬剤師 薬剤科、薬剤科 〇理学療法士 理学療法科、理学療法科</p>					
本人の主張(健康・希望)	<p>・お母さんに迷惑を掛けないように周りの人に動いてもらいたい。元気に過ごしたい。そして、学校の楽しみのあった音楽活動(音楽療法)とスヌーズレインがしたい。</p>					
家族の主張(健康・希望)	<p>・大きな変化は生じてくるが、これからは息子が笑顔でいられるように頑張ってほしい。また、子どもの身体も大きくなってきて中々、行動介護も必要なくなるかもしれない。1人で生きていけるのが心配な部分あり、様々な準備で支えて欲しい。</p>					

名称	職員職種・担当名	支援内容	頻度	備考
特別支援学校	C特別支援学校	教育指導	個別の教育支援計画に基づいて実施	
その他の支援				

スライド 1

サービス等利用計画(案)

利用者氏名	〇〇 〇〇部	障害支援区分	区分6	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		利用者負担上限額		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	モニタリング期間(開始年月)	毎月(当初3ヶ月)その後3ヶ月毎	利用者同意署名欄	〇〇 〇〇部 (代理) 〇〇 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)	<p>・僕は、お母さんが介護で疲れないようにできるだけ周りの人に変えてもらう中で、体調を崩さないように健康に気をつけ、日中活動の場でこれまでに楽しんでいた活動も続けていきたい(本人)。</p> <p>・特別支援学校卒業、母子家庭に</p>			
総合的な援助の方針	<p>・新しい生活への適応状況に配慮しつつ、12ヶ月を目途に、夜間、日中、介護疲れの際の支援体制などのスタイル、医療的ケアを含めた支援体制のスタイルを構築する。</p>			
長期目標	<p>・夜間、日中の生活スタイルの医療面を含めた安定を確保しつつ、半日程度を目途に、定期的なナイトケアのサービスで家族から離れた支援も受けることができるようになる。</p>			
短期目標	<p>・3ヶ月程度を目途に、新たなサービス利用、日中社会参加の場に出かけていける生活スタイルを安定して継続できるようにする。</p>			

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1	・仲間とともに楽しい時間を過ごすとともに、自分に合った活動をしていきたい。	・仲間と一緒に活動できる日中活動の場に通えるようになる。	3ヶ月	・生活介護事業所への通所 (1日あたり10時間) →月曜日～金曜日まで週5日	・D生活介護事業所 サービス担当者名: 〇〇	・生活介護事業所の送迎車に乗り、日中は事業所の日課に沿って活動する。	1ヶ月	・生活介護事業所の看護士は、母親および訪問看護士チームとの連携と併せて実施を共有し、必要に応じて医療機関と連携する。 ※生活介護の支援メニューの中でスヌーズレインや音楽(音楽療法)の体験ができるようなプログラムを検討し、本人の個別支援計画に盛り込む。
2	・お母さんと一緒に僕の入浴を手伝って欲しい。	・母親の介護負担軽減も含め、本人が安心して入浴できるように支援する。	3ヶ月	・身体介護: 月20時間 (1日あたり10時間) →週4回(火・木・土・日)	・E居宅介護事業所 サービス担当者名: 〇〇	・母親と支援者の介護を受けながら不安にならずに入浴する。	1ヶ月	・担当ヘルパーは当日の日中活動の状況、特に体調不良な生活介護事業所から引き継ぎを必ず確認した上で(連絡帳等による)支援にあたる。
3	・体調を悪くしないで暮らしていきたい。	・医療的なケアへの対応を含め、本人の体調に変化(特に発熱)を怠らないうように、定期的な医療支援が行えるようになる。	3ヶ月	・訪問看護(週1回、生活介護事業所から戻った夕方)	・F訪問看護ステーション ・管理者: 〇〇 ・担当者	・訪問看護士さんに不安にならずに体調を見てもらう。	1ヶ月	・生活リズム、温度変化、季節の変わり目等、本人の体調を医療機関と併せて連携を共有し、必要に応じて医療連携会議を開催する。
4	・お母さんが僕の介護疲れにならないように、夜、家庭から離れた支援を受ける経験をしてほしい。	・家族から離れてナイトケアで支えられる体制を整えられるようにする。	3ヶ月	・母親、区ケースワーカー、相談支援専門員、医療型短期入所施設MSWと短期入所に併じた支援会議開催。			1ヶ月	・本児の生活スタイルと体調に配慮しつつ、短期入所の実施に当たっては慎重なうえに実施する。
5								
6								

スライド 2

平成27年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野）
重症心身障害児者の支援者・コーディネーター育成研修プログラムと普及に関する研究

【研究代表者】

川崎医療福祉大学・特任教授，社会福祉法人旭川荘 理事長 未光 茂

【研究分担者】

東京都立東部療育センター・副院長 岩崎 裕治
上智大学総合人間科学部社会福祉学科・教授 大塚 晃
立命館大学産業社会学部・准教授 田村 和宏
熊本大学医学部附属病院・特任教授 松葉佐 正
旭川荘総合研究所医療福祉研究センター・研究センター長 松本 好生
県立広島大学保健福祉学部人間福祉学科・教授 三原 博光
国立病院機構南京都病院・院長 宮野前 健

【研究協力者】

日本訪問看護財団・事務局次長 安藤 真知子
島田療育センター・療育部長 落合 三枝子
明治安田生活社会福祉研究所福祉社会研究部・主任研究員 小笠寺 直樹
子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田・看護部総括責任者 梶原 厚子
心身障害児総合医療療育センター・所長 北住 映二
毛呂病院光の家療育センター・施設長 鈴木 郁子
医療法人社団麒麟会・統括マネジャー 谷口 由紀子
埼玉医科大学総合医療センター小児科・教授 田村 正徳
社会福祉法人むそう・理事長 戸枝 陽基
全国重症心身障害児（者）を守る会 重症心身障害児療育相談センター・
相談支援係長 等々力 寿純
社会福祉法人訪問の家・理事長 名里 晴美
松山市障がい者南部地域相談支援センター・相談支援専門員 西村 幸
前 社会福祉法人高水福祉会・常務理事 福岡 寿
東京都立東部療育センター・療育部長 藤野 孝子
東京都立東部療育センター・地域療育支援室担当係長 堀江 久子
旭川荘地域療育センター・所長 村下 志保子
旭川荘療育・医療センター・看護顧問 義村 冷子

【オブザーバー】

厚生労働省障害福祉課 障害児・発達障害者支援室・障害児支援専門官 小島 裕司
厚生労働省障害福祉課 障害児・発達障害者支援室・障害福祉専門官 田中 真衣

■事務局

川崎医療福祉大学／社会福祉法人旭川荘

■印刷

西尾総合印刷株式会社

〒701-1152 岡山県岡山市北区津高651

TEL 086 (254) 1111 FAX 086 (254) 0089

