平成 24 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業

「サービス等利用計画の評価指標に関する調査研究」報告書

平成 25 年 3 月

日本相談支援専門員協会
NSK
Nihon Soudanshien Senmonin Kyoukai

はじめに

障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス等について、共通の制度の下で一元的に提供し、地域生活や就労支援を推進する障害者自立支援法が、平成18年4月に施行されました。障害者自立支援法は、施行時から利用者負担、施設・事業者への報酬、障害程度区分の課題等が指摘されていました。そのため、政府は、平成18年12月に「法の円滑な運営のための特別対策」、更に平成19年12月に、障害者自立支援法の抜本的な見直しに向けた緊急措置として、利用者負担の見直しや事業者の経営基盤の強化等の対策を打ち出しました。

また、障害者自立支援法については、附則の法施行後３年の見直しの規定に基づき社会保障審議会障害者部会が開催され、平成22年12月には「障害者自立支援法３年後の見直し報告書」が提出されました。政府は、審議会等の検討を踏まえ、平成21年3月31日に、「障害者自立支援法等の一部を改正する法律案」を国会に提出しましたが、７月同法律案は廃案となりました。その後、平成22年12月、同法案は、「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて 障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」として成立し、相談支援や障害児支援が平成24年４月から大きく変わりました。相談支援に関しては、相談支援体制の強化として基幹相談支援センターや地域自立支援協議会が法定化され、支給決定プロセスの見直し（サービス等利用計画案を勘案すること）やサービス等利用計画作成の対象者の大幅な拡大が図られています。

このように相談支援が大きく変化するなかで、日本相談支援専門員協会は、

・平成22年平成24年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業において「相談支援ガイドライン」を
・平成23度厚生労働省障害者総合福祉推進事業において「サービス等利用計画作成サポートブック」を
・そして、今回、平成24度厚生労働省障害者総合福祉推進事業において「サービス等利用計画評価サポートブック」を作成しました。

今回作成した「サービス等利用計画評価サポートブック」は、サービス等利用計画書の評価を通して、標準的な計画書に関する知見を提示し、どのような相談支援事業所においても標準的なサービス等利用計画が作成されることを目指して提案したものです。このマニュアルを、サービス等利用計画に関わるすべての関係者に活用いただき、全国で質の高い相談支援が全国で実現されることを強く願っております。

日本相談支援専門員協会代表
門　屋　充　郎

目　次

第１章 研究事業の概要・実施経過 1
I.　事業の目的 1
１．　サービス利用計画の課題を踏まえた障害者自立支援法の改正 1
２．　サービス等利用計画作成件数の増加を受けた質の確保・計画評価の必要性 1
３．　障害者総合支援法におけるこれまで以上の相談支援の質の確保の要請 1
４．　相談支援の動向を踏まえた本事業の目的 2
II.　事業内容及び手法 2
１．　検討委員会の構成・運営 2
２．　先行調査・研究の収集・分析 3
３．　サービス等利用計画の評価に関する市町村ヒアリング 3
４．　サービス等利用計画の評価の進め方に関する検討とマニュアル作成 4
III.　成果物の公表 4
１．　成果物の公表、普及・活用によって期待される成果 4
２．　成果物の公表実績、今後の計画 5
(1)　報告書（紙媒体）の配布 5
(2)　本会ホームページへの報告書（電子媒体）の掲載 5
第２章 総論　～サービス等利用計画の評価とは～ 7
I.　福祉サービスの評価とは何か 7
１．　評価とは 7
２．　福祉サービスの評価とは 7
３．　福祉サービス評価の経過 8
(1)　障害児・者サービスの自己評価 8
(2)　福祉サービスの第三者評価 8
(3)　福祉サービスの質の評価の法的規定 9
II.　サービス等利用計画の評価とは 10
１．　新たな相談支援とサービス等利用計画 10
２．　相談支援の質の評価とサービス等利用計画の評価 11
(1)　相談支援の質の評価 11
(2)　相談支援の質の評価とサービス等利用計画の評価 12
３．　サービス等利用計画の評価の必要性 12
(1)　利用者の立場から 12
(2)　相談支援事業者の立場から 13
(3)　行政の立場から 13
(4)　地域全体の立場から 14
III.　サービス等利用計画の評価の実際 14
１．　評価対象 14
２．　評価者 14
３．　評価の時期 14

４． 評価の方法 …… 15
５． 評価結果 …… 15
IV. サービス等利用計画の評価の仕組みの構築 …… 15
１． 自立支援協議会とサービス等利用計画の評価 …… 15
２． 基幹相談支援センターの活用 …… 16
V. 今後の課題 …… 16
第３章 サービス等利用計画の評価基準（評価チェックシートの内容） …… 19
第４章 評価チェックシートの活用事例 …… 27
I. 事例１：特別支援学校卒業後、就労に向けて開始した移行支援事例 …… 28
１． 基本情報 …… 28
２． 視点欠落事例【チェック試行用】 …… 31
３． 視点欠落事例【解説編】 …… 33
４． 標準事例【参考】 …… 36
５． チェックシート試行結果【参考】 …… 38
II. 事例２：障害者支援施設で生活し、生活介護事業を利用している事例 …… 39
１． 基本情報 …… 39
２． 視点欠落事例【チェック試行用】 …… 42
３． 視点欠落事例【解説編】 …… 44
４． 標準事例【参考】 …… 47
５． チェックシート試行結果【参考】 …… 49
III. 事例３：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 …… 50
１． 基本情報 …… 50
２． 視点欠落事例【チェック試行用】 …… 53
３． 視点欠落事例【解説編】 …… 55
４． 標準事例【参考】 …… 58
５． チェックシート試行結果【参考】 …… 60
IV. 事例４：地域での安心した暮らしを支えた事例 …… 61
１． 基本情報 …… 61
２． 視点欠落事例【チェック試行用】 …… 64
３． 視点欠落事例【解説編】 …… 66
４． 標準事例【参考】 …… 69
５． チェックシート試行結果【参考】 …… 71
V. 事例５：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 …… 72
１． 基本情報 …… 72
２． 視点欠落事例【チェック試行用】 …… 75
３． 視点欠落事例【解説編】 …… 77
４． 標準事例【参考】 …… 80
５． チェックシート試行結果【参考】 …… 82
VI. 事例６：発達障害と診断され子育てについて不安を抱いている母子家庭の事例 …… 83
１． 基本情報 …… 83

２．　視点欠落事例【チェック試行用】 86
３．　視点欠落事例【解説編】 88
４．　標準事例【参考】 91
５．　チェックシート試行結果【参考】 93
第５章 サービス等利用計画の評価に関する市町村ヒアリング結果 95
I.　調査の概要 95
１．　目的 95
２．　調査対象・調査実施時期 95
３．　調査内容 96
II.　北海道幕帯広市結果報告 97
１．　基本情報 97
(1)　帯広市のあらまし（人口・面積等） 97
(2)　障害者数 97
(3)　相談支援体制 97
(4)　サービス利用計画作成件数 97
２．　計画評価の実施状況 98
(1)　計画評価の体制 98
(2)　計画評価の視点 98
３．　今後の計画評価の充実に向けて 98
(1)　今後の全数拡大への見通し 98
(2)　計画の質の向上に向けて 99
(3)　その他 99
III.　北海道幕別町結果報告 100
１．　基本情報 100
(1)　幕別町のあらまし（人口・面積等） 100
(2)　障害者数 100
(3)　相談支援体制 100
(4)　サービス利用計画作成件数 100
２．　計画評価の実施状況（平成 23 年度まで） 101
(1)　計画評価を始めたきっかけ、体制 101
(2)　計画評価の視点 101
３．　今後の計画評価の充実に向けて 101
(1)　今後の全数拡大への見通し 101
(2)　計画の質の向上に向けて 102
(3)　その他 102
IV.　新潟県柏崎市結果報告 103
１．　基本情報 103
(1)　柏崎市のあらまし（人口・面積等） 103
(2)　障害者数 103
(3)　相談支援体制 104

(4)　サービス利用計画作成件数 105
２．　計画評価の実施状況（平成 23 年度まで） 106
(1)　計画評価を始めたきっかけ 106
(2)　計画評価の体制 106
(3)　計画評価の視点 107
３．　今後の計画評価の充実に向けて.. 108
(1)　今後の全数拡大への見通し 108
(2)　計画の質の向上に向けて 108
(3)　その他 108
V.　兵庫県篠山市結果報告 110
１．　基本情報.. 110
(1)　篠山市のあらまし（人口・面積等） 110
(2)　障害者数 110
(3)　相談支援体制 111
(4)　サービス利用計画作成件数 112
２．　計画評価の実施状況（平成 23 年度まで） 113
３．　今後の計画評価の充実に向けて.. 113
VI.　福岡県香春町結果報告 115
１．　基本情報.. 115
(1)　香春町のあらまし（人口・面積等） 115
(2)　障害者数 115
(3)　相談支援体制 116
(4)　サービス利用計画作成件数 117
２．　計画評価の実施状況（平成 23 年度まで） 118
３．　今後の計画評価の充実に向けて.. 119

第１章　研究事業の概要・実施経過

Ⅰ．事業の目的

１．サービス利用計画の課題を踏まえた障害者自立支援法の改正

○障害者自立支援法では、その理念の一つとして、障害者が地域社会の構成員として、自立した生活を営むことのできる社会を目指すことを掲げており、その基盤となる相談支援業務として、「サービス利用計画作成費の個別給付」（自立支援法 32 条）が明記された。しかし、対象者が限定されていたためか、平成 22 年 4 月時点のサービス利用計画作成費の利用者は 3,413 人 と低調で、当初、国が想定していた件数をはるかに下回っていた。

○こうした状況を受けて、平成 22 年 12 月に障害者自立支援法が一部改正され、相談支援の充実が図られることとなった。具体的には、平成 24 年 4 月から、サービス利用計画作成のための相談支援は「特定相談支援事業」における「計画相談支援」として位置付けられるとともに、その対象者は「市町村の支給決定を経て障害福祉サービスを利用する者」となり、範囲が大幅に拡大されることとなった。

２．サービス等利用計画作成件数の増加を受けた質の確保・計画評価の必要性

○平成 24 年 4 月から上記改正法が施行され、今後 3 年かけて段階的に計画の対象が拡大され、平成 26 年度までに障害福祉サービス利用者全員について計画を作成されることとなる。これに伴い、これまで極めて低調であった計画作成件数が急速に増加することが見込まれる。

○しかし、平成 23 年度に本会が実施した調査によれば、相談支援事業所の 2/3、市町村の 3/4 はこれまでサービス利用計画作成費の利用者がおらず、また、残りの相談支援事業所、市町村にしてもその利用者数はごくわずかであり[1] 、平成 24 年 4 月からの計画作成件数の増加に柔軟に対応するための業務経験やノウハウが圧倒的に不足している。このため、改正法施行の初期段階には、相談支援事業者も市町村も試行錯誤しながら計画作成を行う地域が少なからずあることが予想される。

○そこで、平成 24 年 4 月から新たに作成される計画が、ケアマネジメントプロセスを踏まえたうえで障害者の地域生活支援の一層の推進に向けて、「利用者に寄り添い、希望する生活を実現する手助けをする計画」として一定の質を確保できているか、粗製乱造に陥っていないか、相談支援事業者は常に自己チェックを行う必要がある。あわせて、相談支援体制の整備を進める市町村・地域自立支援協議会も総合的な視点から計画を評価し、必要に応じて次によりよい計画を作成できるよう事業者に助言・指導する必要がある。

３．障害者総合支援法におけるこれまで以上の相談支援の質の確保の要請

○一方、平成 24 年 6 月に成立し、25 年 4 月に施行される障害者総合支援法では、相談支援事業者は、障害者等が自立した生活を営むことができるよう、関係機関との緊密な連携を図りつつ、障害者等の立場に立って効果的に支援を行わなければならないとされている。

○相談支援事業は、自立支援法においても同様の理念の下に推進されてきたが、この法律の成立

---

[1] 平成 23 年 9 月に本会が指定相談支援事業所・市町村全数を対象に行った「サービス利用計画の実態把握調査」によれば、平成 22 年度にサービス利用計画作成費の利用者がいた相談支援事業所は全体の 30.2%、平成 23 年 4 月時点でサービス利用計画作成費の利用者がいた市町村は 25%であった。また、利用者がいた相談支援事業所の平成 22 年度の利用者数平均は 5.4 人、市町村の平成 23 年 4 月時点の利用者数平均は 2.5 人であった。

によって、より機能的に、より本人を中心に事業が運用されるよう、相談支援の基本的な業務範囲と内容を障害者等にも分かりやすく説明し、相談支援事業者がそれを遂行するために必要となる能力や技術を備えているか、実際に適切な支援を提供できているか、市町村が相談支援事業者の計画の質を評価する仕組みを整備する必要がある。

４．相談支援の動向を踏まえた本事業の目的

○上記のような相談支援の制度動向をふまえ、本事業では、全国の相談支援事業の現場でサービス等利用計画の作成を担当し、かつ相談支援体制を整備する地域自立支援協議会の中核メンバーとして活動する相談支援専門員の職能団体という本会の特性を生かし、全国でサービス等利用計画が円滑に作成され、また、その計画の水準を一定に保つことができるよう、相談支援事業者、市町村・地域自立支援協議会がそれぞれの立場から計画を評価するための具体的な指標、評価内容、体制等を提示することを目的とした。

II．事業内容及び手法

１．検討委員会の構成・運営

○事業企画、進捗管理、結果分析、報告書の取りまとめを行う検討委員会を構成し、運営した。

○検討委員会の構成メンバーは以下の視点から選定した。（メンバーは、巻末検討委員名簿参照）

- 障害者相談支援の現場・業務実態に精通し、人材育成にも関わる相談支援専門員：サービス等利用計画を作成する立場から
- 障害者相談支援体制の整備、自立支援協議会の運営を担当する市町村行政職員：支給決定時にサービス等利用計画案を勘案する立場から
- 障害福祉サービスを利用している障害当事者：サービス等利用計画に基づきサービスを利用する立場から
- 障害者相談支援に関する学識経験者：障害者相談支援全般の制度動向、知見等を踏まえた立場から

○検討委員会の開催経過は以下のとおりである。

図表 1　検討委員会の開催経過

回	日時	場所	協議概要
1	H24/7/28（土） 13 時～16 時	TKP 東京駅八重洲カンファレンスセンター	・今年度事業概要説明 ・厚生労働省の事業目的と到達点イメージ ・調査研究ヒアリング計画 ・事業実施スケジュール ・今後の作業確認
2	H24/9/8（土） 13 時 30 分～16 時 30 分	TKP 東京駅八重洲カンファレンスセンター	・調査研究ヒアリングの進捗状況 ・評価指標（チェック項目）作成 ・事例作成 ・今後の作業・スケジュール確認
3	H24/11/18（日） 13 時～16 時	TKP 東京駅八重洲カンファレンスセンター	・調査研究ヒアリングの進捗状況 ・事例作成 ・チェックリスト作成 ・今後の作業・スケジュール確認
4	H24/12/16（日） 13 時～16 時	TKP 東京駅八重洲カンファレンスセ	・事例作成状況の確認 ・チェック項目の整理

回	日時	場所	協議概要
		ンター	・計画作成サポートブック修正の必要性 ・今後の作業・スケジュール確認
5	H25/2/17（日） 13 時～16 時	TKP 東京駅八重洲カンファレンスセンター	・事例、評価結果の確認 ・報告書作成

２．先行調査・研究の収集・分析

○障害者相談支援に関する先行調査・研究から、サービス等利用計画の評価、質の確保の取り組みに関する現時点での知見を整理した。

○整理の結果、本調査･研究がテーマとした計画作成後の計画の評価、質の確保の取り組みについて考察された先行調査・研究はなかった。これは、計画の評価の前段階に位置づく計画作成そのものの件数が極めて低調であることに起因すると考えられる。

対象とした調査・研究	・厚生労働省障害者自立支援調査研究プロジェクト、障害者総合福祉推進事業の報告書のうち、障害者相談支援に関連するもの ・平成 18 年度（自立支援法施行）以降の厚生労働科学研究のうち、障害者相談支援に関連するもの
レビュー方法	・文献レビュー
分析の視点	・相談支援専門員の業務、サービス等利用計画の評価指標（自己評価、第三者評価、利用者評価）としてどのようなものがあるか。 ・相談支援専門員の業務、サービス等利用計画の評価体制・方法・時期・頻度としてどのようなものがあるか。 ・相談支援専門員の業務、サービス等利用計画の評価に資するツール（マニュアル、様式・帳票、PC ソフト等）としてどのようなものがあるか。

３．サービス等利用計画の評価に関する市町村ヒアリング

○サービス等利用計画の評価のあり方について現場実態をふまえて検討するため、改正自立支援法施行以前から一定のサービス等利用計画の作成実績があり、かつ、サービス等利用計画の評価を実施している市町村を選定し、実際の評価の進め方について当該市町村行政の相談支援・地域自立支援協議会の担当者、相談支援事業者に対して訪問ヒアリングを行った。

図表 2　市町村ヒアリング実施経過

	調査対象地域	日時
1	北海道帯広市	平成 25 年 10 月 26 日（金）13 時 30 分～15 時 30 分
2	北海道幕別町	平成 25 年 10 月 26 日（金）9 時 30 分～11 時 30 分
3	新潟県柏崎市	平成 24 年 9 月 7 日（金）13 時 30 分～15 時 30 分
4	兵庫県篠山市	平成 24 年 8 月 17 日（金）10 時～12 時
5	福岡県香春町	平成 24 年 9 月 28　日（金）10 時～12 時

図表 3　市町村ヒアリング内容

・基本情報：人口、面積、手帳所持者数、相談支援事業所数、相談支援事業の予算、地域自立支援協議会の状況 ・サービス等利用計画の支給状況：認定者数、利用者数（障害程度区分別、障害種別） ・サービス等利用計画の評価を始めた時期、きっかけ ・サービス等利用計画の評価件数 ・サービス等利用計画を評価する時期（支給決定前、支給決定期間中、支給決定後等）・頻度 ・評価対象となるサービス等利用計画の選定方法 ・評価の体制（地域自立支援協議会、相談支援事業者相互、行政内部等）、評価に関わる職種・人数 ・評価方法（書面、面談、会議開催等） ・評価にかかる費用と財源 ・評価指標、具体的な評価内容 ・今回提供いただいた事例の良い点、修正が必要な課題 ・計画評価を進める上で工夫していること ・計画評価を進める上での課題、今後の件数増大を踏まえた対策

４．サービス等利用計画の評価の進め方に関する検討とマニュアル作成

○先行調査・研究の収集・分析結果、サービス等利用計画の収集・ヒアリング結果を踏まえ、サービス等利用計画の評価のあり方について検討し、その結果を「サービス等利用計画評価サポートブック」にまとめた。

○具体的には、委員から提供された具体的な計画事例等をもとに、計画を評価する指標、具体的な評価内容を整理し、計画作成を担当する相談支援事業者が自己チェックできるよう、また、相談支援体制の整備を進める市町村・地域自立支援協議会が総合的な視点から計画を評価できるよう、チェックリストを作成した。

○また、単にチェックリストを提示するだけでは、これまで計画作成の業務経験やノウハウすら不足している地域において、評価を行うことは困難と考えられることから、チェックリストとあわせて、具体的にどのような仕組み（体制、方法、時期、頻度等）で計画を評価すればよいか、人口規模や社会資源の状況等の地域の実情に応じた評価の進め方について整理した。

○さらに、こうしたチェックリストと仕組みに基づく具体的な評価の進め方を、典型的な事例に即して解説し、評価の実効性を担保した。

III．成果物の公表

１．成果物の公表、普及・活用によって期待される成果

○従来から「サービス利用計画」の利用が低調で、平成 24 年 4 月からの計画作成件数の増加に対応する業務経験やノウハウが不足している地域において、計画評価の進め方に関する支援マニュアルを提示することにより、計画作成を担当する相談支援事業者による自己チェック、及び、相談支援体制の整備を進める市町村・地域自立支援協議会による総合的な視点からの評価の双方から、急増するサービス等利用計画の水準を一定に保つことができる。

○今回作成する計画評価の進め方に関する支援マニュアルは、第一義的には、相談支援事業者と

市町村・地域自立支援協議会に活用いただくことを想定しているが、相談支援事業所内部において管理者等が一般の相談支援専門員の業務のスーパーバイズを行う際、また、改正自立支援法により全国で整備が進んでいる基幹相談支援センターが地域の相談支援事業者に対して支援を行う際にも、そのチェックリスト等を活用することで、サービス等利用計画のみならず、相談支援体制全般の質の向上にも資する。

○各種研修のテキスト等として活用することにより、「サービス等利用計画」への相談支援専門員、市町村行政担当者の理解を深耕することができる。

２．成果物の公表実績、今後の計画

（1）報告書（紙媒体）の配布

○報告書のうち、「サービス等利用計画評価サポートブック」を抜刷し、都道府県・市町村の相談支援担当部署、指定特定相談支援事業所、本会会員に郵送配布する。

（2）本会ホームページへの報告書（電子媒体）の掲載

○報告書（電子媒体）を本会ホームページに掲載する。（URL：http://nsk09.org/）

第２章　総論　～サービス等利用計画の評価とは～

Ⅰ．福祉サービスの評価とは何か

１．評価とは

評価とは、一般には、「物事・性質・能力などの良し悪しや美醜などを調べて価値を定めること。」（広辞苑）とされている。たとえば、学校における成績評価は、児童・生徒・学生の学校における学習など活動成果についての評価またその評価の結果報告のことで、試験、平常の成績及び出席状況を総合して、A、B、C、Dのようなグレードによる評定で評価される。評価を成立させる要素は、評価の対象、評価者、評価の方法、評価の仕組みなどである。特に、評価においては、その信頼性が問われることから、評価を行う人とその技術や評価の内容とその方法が問われることになる。

社会的なさまざまな仕事を評価するという点では、事業評価が話題にのぼる。事業評価にはさまざまな種類があるが、現在、社会的要請の高い評価は、主に事業の実施後に行われるアウトプット評価とアウトカム評価である。このうち、近年は、とりわけアウトカム評価の重要性が高まっている。事業評価でいうアウトプットとは、事業の実施によって直接的に生じる結果のことをいう。すなわち、福祉の分野であればそのサービス提供の直接的な結果である実施された回数・内容などである。それに対して事業のアウトカムとは、事業の実施を通じた利用者の意識およびその後の行動等の変容、生活の質の変化、さらには地域住民との関係や地域社会への影響など、アウトプットを通じて生じる変化のことで、通常、成果と呼ばれものである。たとえば、障害者への地域生活への移行という観点から言えば、その地域で毎年何人の障害者が施設からグループホームに移行したかを評価するのはアウトプットであり、地域に移行した障害者の生活の質が向上したかを評価するのはアウトカムとなる。なお、アウトカムには事業の実施や終了後、短期間で成果が得られるものと、成果が得られるまでに長く時間がかかるものがある。

一般に、事業評価では、評価の対象となるアウトプットやアウトカムをどのような視点から評価するかによって、その評価の結果は異なる。たとえば、ある事業で利用者が定員を下回った場合、参加者１人当たりにかかる経費の点からみれば評価は低くなるかもしれない。しかし、利用した人たちが手厚い支援を受け、その結果利用者の多くが、その後継続的に事業を利用するようになったとすれば、効果という点からみれば評価は高くなる。このように、評価は一つの視点からによるものでは一面的な評価になりやすいため、複数の視点から行うことがよいといわれる。そのような評価の視点として行政評価等でよく用いられているものに、必要性、効率性、有効性、公平性、優先性等がある。

２．福祉サービスの評価とは

福祉サービスもサービスである限り、利用者は良質のサービスの提供を望むであろう。特に、福祉サービスも利用契約の時代となり、選択して利用することが可能となった状況においては、利用者はより良質なサービスを提供する事業者を求めることになる。反対に、事業者は、利用者の求めるものに応じてサービスを提供することが求められている、また、福祉サービスはヒューマンサービスであるため、良質の製品をどれだけ生産できたかといった生産性という基準でどれだけ評価できるかという問題も生じる。もし生産性という基準での評価が難しいのであれば、福祉サービスどのような基準で評価できるかという課題も生じる。福祉サービスにおいて利用者の求めるものは多様であり、それぞれのニーズに基づいてサービスが提供されることが重要である。

たとえ、同じサービスを同じような方法で提供しても、その対象者が異なれば、そのアウトプットもアウトカムも異なる。これらは、利用者の求める福祉サービスは個別性が高いということも意味しており、それゆえたとえば、利用者の個々のニーズに基づいて、サービスが提供されることが課題となる。

また、福祉サービスのアウトカムが、主に利用者の満足度のような主観的なものであるとすると、より客観的な「プロセス評価」のような形も求められる。プロセス評価は、人事考課の手法のひとつであり、仕事の遂行度や目標達成度など、課された業務の成果のみを評価要素として見る業績評価に対して、成果に至るまでの“過程”（プロセス）に着目し、そこにどのような価値が存在したかという視点から判断する考え方である。個別性が高くアウトカムを評価しづらい社会福祉の分野においては、プロセス評価が一般的に行われてきた。

３．福祉サービス評価の経過

（1）障害児・者サービスの自己評価

平成９年から検討されてきた「社会福祉基礎構造改革」は、中央社会福祉審議会や障害関係３審議会合同企画分科会の意見具申によって、その理念と方向が示された。その中では、「個人が尊厳をもって、その人らしい自立した生活が送れるよう支える」ことが新しい社会福祉の理念として掲げられ、①個人の自立を基本とし、その選択を尊重した制度の確立、②質の高い福祉サービスの拡充、③地域での生活を総合的に支援するための地域福祉の充実の３点が具体的な改革の方向として打ち出された。

この改革の方向に沿い、利用者の立場に立った社会福祉制度の構築という観点から、障害者施設における従来の措置制度を変更し、利用制度（支援費制度）の導入を図るための法律が、平成12 年５月に成立した。利用制度が導入されることにより、利用者は、その人らしい生活を実現するためのニーズを満たすことができる施設を選べることとなり、施設は、利用者一人ひとりのニーズを満たし、その人らしい生活実現に向けた、質の高いサービスを提供することになった。

一方､障害者の地域における生活を総合的に支援するために､地域福祉の充実を考えるならば､障害者を含む地域住民に対して、施設がその機能を提供し、地域における福祉サービスの拠点の一つとしての役割を果たすことも重要である。

このように、新たな理念のもとで、新たな機能や役割が施設に求められ、これに応えるためには、それぞれの施設において、自己評価を行うとともに、施設外の第三者によるサービスの客観的評価を受け、サービス等の改善に向けた取り組みを実践して行く必要が出てきた。また、残念ながら、一部の施設において、利用者に対する体罰等の人権侵害の事例が見られ、体罰に至らなくても、利用者のニーズとは乖離したサービスが行われているということもあった。このような背景をもとに、平成12 年６月に、厚生労働省大臣官房障害保健福祉部から「障害者・児のサービス共通評価基準」が出された。

（2） 福祉サービスの第三者評価

社会福祉法第 78 条第１項では、「社会福祉事業の経営者は、自らその提供するサービスの質の評価その他の措置を講ずることにより、利用者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない」とされた。社会福祉事業の経営者が福祉サービス第三者評価を受けることは、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置の一環であ

る。

全国社会福祉協議会は、福祉サービス第三者評価事業の推進及び都道府県における福祉サービス第三者評価事業の推進組織に対する支援を行う観点から、以下の業務を行うこととされている。

図表 4　福祉サービス第三者評価事業における全国社会福祉協議会の業務

①都道府県推進組織に関するガイドラインの策定・更新に関すること
②福祉サービス第三者評価機関認証ガイドラインの策定・更新に関すること
③福祉サービス第三者評価基準ガイドラインの策定・更新に関すること
④福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドラインの策定・更新に関すること
⑤評価調査者養成研修等モデルカリキュラムの作成・更新その他評価調査者養成研修に関すること
⑥福祉サービス第三者評価事業の普及・啓発に関すること
⑦その他福祉サービス第三者評価事業の推進に関すること

(3) 福祉サービスの質の評価の法的規定

これらの福祉サービスの質の評価については、次のような法律に基づいて実施されている。

図表 5　社会福祉法における福祉サービスの質の向上のための措置等に関する規定

第七十八条　社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立つて良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない。
2　国は、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置を援助するために、福祉サービスの質の公正かつ適切な評価の実施に資するための措置を講ずるよう努めなければならない。

図表 6　障害者自立支援法における福祉サービスの質の向上のための措置等に関する規定（障害福祉サービス事業者・施設）

第四十二条 指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者（以下「指定事業者等」という。）は、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、障害福祉サービスを当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、効果的に行うように努めなければならない。
2　指定事業者等は、その提供する障害福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、障害福祉サービスの質の向上に努めなければならない。

図表 7　障害者自立支援法における福祉サービスの質の向上のための措置等に関する規定（相談支援事業者）

第五十一条の二十二　指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者（以下「指定　相談支援事業者」という。）は、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育

機関その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、相談支援を当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、効果的に行うように努めなければならない。

2　指定相談支援事業者は、その提供する相談支援の質の評価を行うことその他の措置を 講ずることにより、相談支援の質の向上に努めなければならない。

II. サービス等利用計画の評価とは

1. 新たな相談支援とサービス等利用計画

障害者自立支援法（平成 18 年）は、相談支援を個別給付として法律に明記し、第 5 条第 17 項第 1 号では、「この法律において「相談支援」とは、次に掲げる便宜の供与のすべてを行うことをいい、「相談支援事業」とは、相談支援を行う事業をいう。」として、2 つの支援を規定した。

図表 8　障害者自立支援法（平成 18 年）に規定された相談支援の内容

第五条　17　この法律において「相談支援」とは、次に掲げる便宜の供与のすべてを行うことをいい、「相談支援事業」とは、相談支援を行う事業をいう。

一　地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と市町村及び第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与すること。

二　第十九条第一項の規定により同項に規定する支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者（以下「支給決定障害者等」という。）が障害福祉サービスを適切に利用することができるよう、当該支給決定障害者等の依頼を受けて、当該支給決定に係る障害者等の心身の状況、その置かれている環境、障害福祉サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案し、利用する障害福祉サービスの種類及び内容、これを担当する者その他の厚生労働省令で定める事項を定めた計画（以下この号において「サービス利用計画」という。）を作成するとともに、当該サービス利用計画に基づく障害福祉サービスの提供が確保されるよう、第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等その他の者との連絡調整その他の便宜を供与すること。

平成 24 年度から施行されている改正障害者自立支援法では、「障害者が、さまざまなサービスや地域資源等も活用しながら、地域で自立して安心して暮らしていけるよう、①地域における相談支援体制の強化、②ケアマネジメントの充実、③自立支援協議会の充実、という観点から障害者の相談支援の充実を図るべき」とされ、第一に地域における総合的相談支援体制の整備、第二にサービス利用計画作成費の対象者の拡大と支給決定と連動したケアマネジメントプロセスの見直し、第三に地域自立支援協議会の法定化が盛り込まれた。

また、従来のサービス利用計画の対象者は以下のように制限されていたが、改正法においては、計画相談支援・障害児相談支援について、原則、サービスを利用するすべての障害者にその対象を拡大された。

図表 9　従来のサービス利用計画の対象者

①障害者施設からの退所に伴い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者。 ②単身世帯の者等、自ら指定障害者福祉サービス事業等との連絡調整を行うことが困難にある者。 ③重度障害者等包括支援に係る支給決定を受けることができる者。

拡大の具体的なスケジュールとしては、平成 24 年度から段階的に拡大し、平成 26 年度までに全ての対象者について実施するとされている。なお、施設入所支援と就労継続支援又は生活介護（障害程度区分が 4（50 歳以上の者は 3）より低い場合）の利用の組み合わせは、ケアマネジメント等の手続きを前提に認めることとしているため、当該組み合わせに係る平成 24 年 4 月以降の新規利用者はサービス等利用計画作成が必須となることに留意する必要がある。(平成 23 年 10 月 31 日厚生労働省障害保健福祉関係主管課長会議資料)

このようにサービス等利用計画は、平成 24 年度から 26 年度の 3 年間ですべての障害福祉サービス利用者 64.8 万人に作成される予定である。このため、相談支援事業者は、利用者のニーズに応じた適切なサービス等利用計画を作成することが重要となる。また、計画を受け取る市町村行政窓口においては、提出されたサービス等利用計画が適切なものであるか判断するとともに、その結果を相談支援事業者や地域の関係者にフィードバックする仕組みが構築されることが大切であり、こうした仕組みは地域全体の相談支援の質の向上につながることが期待される。

２．相談支援の質の評価とサービス等利用計画の評価

（1）相談支援の質の評価

すでに見てきたように障害者自立支援法では、指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者の責務として、第五十一条の二十二第二項において、「指定相談支援事業者は、その提供する相談支援の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、相談支援の質の向上に努めなければならない」と規定されている。相談支援の質を評価するアプローチは色々考えられるが、たとえば、サービスの提供のための仕組みが整っているか（初期評価）、手順に則って適切にサービスが提供されているか（プロセス評価）、サービス提供の結果はどうであったか（結果評価）など、主に客観的な指標においてに把握できるものと、サービス提供に利用者は満足したか（満足度評価）など、主に主観的な指標において把握されるものが考えられる。また、評価の対象も事業所、相談支援専門員、相談支援というパフォーマンス、利用者の反応など多様である。

また、相談支援も福祉サービスの一種と捉えれば、地域での生活を実現するために必要な療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援等の日中活動、グループホーム、ケアホーム、居宅介護等のサービスやさまざまな地域の資源を組み合わせて利用し、障害者が支援チームによって支えられ、安心した地域生活ができるようになることを目指して提供されるものである。障害者自立支援法では、こうしたサービスの質の向上のためにそれぞれの事業にサービス管理責任者を配置し、個別支援計画を作成してサービス提供のプロセスを管理することとされている。あわせて、地域に散在しているこれらのサービスや資源を有機的に結び付け、サービス提供事業者と調整し、関係者によるサービス等調整会議を開催しながら、障害者を支援チームで支えることが必要となる。この観点からみると、具体的な支援について記述したサービス等利用計画の作成はサービスの質の向上のために存在するものといえる。

（2）相談支援の質の評価とサービス等利用計画の評価

相談支援の質を評価する方法は色々と考えられるが、今回、サービス等利用計画を評価の対象としたのは、以下の理由からである。

図表 10　今回の研究でサービス等利用計画を評価の対象とした理由

①サービス等利用計画は、利用者の生活の質に直接関わっているものであり、サービス等利用計画の質の向上を通して、利用者の生活の質を向上させる必要があること。 ②サービス等利用計画の対象が拡大しすべての障害者となったことで一定の質のサービス等利用計画の作成が求められていること。 ③サービス等利用計画に報酬が支払われていることから、その計画が一定の水準のものであることが求められていること。

上記の理由をふまえると、今後、一定の質のサービス等利用計画が作成される必要があるとともに、計画の提出を受けた市町村がこれをチェックすることにより、一定の水準に達しないものについては、提出した相談支援事業者、相談支援専門員にフィードバックしてその状況を把握し、相談支援事業者と市町村が協働してより質の高いサービス等利用計画の作成の契機とする必要がある。この意味で、計画の評価は行政による監査ではないが、事業の改善という観点からは監査と目的を同じくするものである。

また、サービス等利用計画の評価は、政策評価と類似している側面もある。政策評価は、政策の企画立案・実施を的確に行うことに資する情報を整理し、その情報の政策への適切な反映と政策の不断の見直し・改善を行うことで行政庁がその使命をより効率的に達成し、また、その過程及び結果を公表することで国民に対する行政の説明責任（アカウンタビリティ）を徹底するものと位置づけられる。政策評価の導入により、政策体系を明らかにするとともに「企画立案（Plan）→実施（Do）→評価（Check）→改善（Action)」という政策のマネジメントサイクルを行政に組み込み、評価結果の中に何らかの理由で期待通りの成果をあげていないものがあれば、その改善策を検討し、新たな政策の企画立案段階に反映させていくことによって、成果を重視した行政運営、政策の改善を不断に行うことになる。

３．サービス等利用計画の評価の必要性

上記のような観点から改めてサービス等利用計画を評価する必要性を、(1)利用者の立場から（サービスを利用する立場)、(2)相談支援事業者の立場から（サービスを提供する立場)、(3)行政の立場から（支給決定する立場)、(4) 地域全体の立場から考えてみる。

（1）利用者の立場から

サービス等利用計画は、利用者の生活の質に直接関わるものであり、サービス等利用計画の質の向上は利用者の生活の質を向上させる契機となることが考えられる。この意味で、利用者はサービス等利用計画の作成に積極的にかかわり、その内容についてもチェックすることが求められる。そのためには、障害福祉サービス等の幅広い情報の提供を受け、活用できるサービス等について懇切丁寧な説明を受け、自分が望む生活を含む必要なニーズのアセスメントを受け、サービ

ス等利用計画にそって複数のサービス等の調整を受け、一体的・総合的にサービスの提供を受ける必要がある。また、障害者のニーズに基づく本人中心の支援を可能にするためには、そもそもサービス等利用計画が適切なものでなければならない。この意味で、サービス等利用計画の評価は利用者自身に還元されるものである。

（2）相談支援事業者の立場から

障害者は、幼児期から学齢期、成人期や老年期まで、そのライフステージによって、その支援者、関係機関等がさまざまに変化していく。サービス等利用計画は、こうしたライフステージを通して切れ目なく支援をつなぐことを可能にする。また、障害者が利用するサービスは、福祉、保健、医療、教育、就労、住宅、司法等の幅広い領域、フォーマル・インフォーマルと多岐にわたるため、各領域の共通言語としてこれらを適切に調整するサービス等利用計画が不可欠である。サービス等利用計画により、それぞれの領域を超えたチームアプローチや協働による支援が可能となる。計画に基づく支援はPlan→Do→Ｃheck→Actionというプロセスであり、この過程を通して質の高いサービスを提供することができるようになる。サービス等利用計画の評価は、相談支援事業者が作成するサービス等利用計画の良し悪しを判断してくれるツールである。

また、サービス等利用計画の評価は、サービス等利用計画書の評価のみならず、相談支援というサービス全体に関係するものである。このため、サービス等利用計画の評価を通じて、相談支援というサービス全体の質の向上の契機とすることが重要である。その評価結果を踏まえ、より良い相談支援というサービスの提供に向けた取り組みを行い、その上で再度評価を実施し、さらに新たな改善を行うといった継続的な取り組みを通して事業者の相談支援の質を向上させていくものである。

（3）行政の立場から

サービス等利用計画は、障害者本人が望む生活への意思を尊重して作成するものである。従来、どのような障害者に、どのような種類のどのくらいの量のサービスを提供したらよいかという基準は不明確であった。サービス等利用計画案は、障害者の生活実態や望む生活等のニーズを明らかにし、それを実現するためにはこのような種類のこれだけの量のサービスが必要であるということを明らかにするものである。この意味で、サービス等利用計画案は、支給決定を含むサービス提供の根拠となるものであり、サービス等利用計画案によって、エビデンス（根拠）に基づいた支給決定及びサービス提供が行われることになる。特に、フォーマルサービスには公費が支出されていることを考えれば、市町村、都道府県、国にとって、サービス等利用計画は財政支出の根拠となるものである。このような重要な役割を担うサービス等利用計画そのものが不適切なものであれば、財政支出の根拠にもならなくなる。この意味でサービス等利用計画の評価は、相談支援事業者の評価のみならず、市町村の責任ある支給決定に対する評価にもつながり、エビデンス（根拠）に基づいた支給決定及びサービス提供が行われるためにも重要である。

また、サービス等利用計画の作成そのものにも報酬が支払われていることから、一定の質のサービス等利用計画を確保するのは行政の使命である。そのためには、相談支援事業者が提出するサービス等利用計画が一定の質を確保しているかチェックする必要がある。

（4）地域全体の立場から

サービス等利用計画の評価結果を蓄積することは、将来的には地域の相談支援体制の状況を確認する良い機会となるであろう。すなわち、不足しているサービスや社会資源が明らかになり、資源開発を進めたり、相談支援事業者や相談支援専門員に結果がフィードバックされて事業者内外で研修や人材育成の取り組みを進めたり、相談支援事業者、サービス提供事業者、市町村行政の連携・ネットワークが促進されたりすることで、地域全体の相談支援の質の向上につながる。

III. サービス等利用計画の評価の実際

１．評価対象

評価の対象は、新規支給決定後のサービス等利用計画及び更新後のサービス等利用計画である。サービス等利用計画の有効期間中に１回は評価することが望ましいが、市町村の規模等によって難しい場合は、規則的に対象を設定することによって複数年にわたって全事例を評価するなどの方法も考えられる。（例えば、利用者の誕生月が偶数月であるか奇数月であるかで対象を区分すると、2 か年間で全事例を評価できる。）

また、相談支援事業所や相談支援専門員ごとに一定数を選択するなど地域の実情にあった方法を工夫する必要がある。（たとえば、経験が浅い相談支援専門員や作成件数の少ない相談支援事業所の事例を優先的に評価するなども考えられる。）

どのような場合であっても、新規支給決定に係るサービス等利用計画は可能な限り速やかに評価対象とすることが適当である。

２．評価者

評価の実施主体は市町村とする。実際の評価は、市町村職員自らが実施する場合、評価委員会を設置して外部有識者等及び市町村職員で実施する場合、自立支援協議会の専門部会で実施する場合、基幹相談支援センターに委託して実施する場合等が考えられる。

評価の方法によっては、実務担当者が事前にチェックリストによる評価を実施しておくこと等が必要となるので、事務量の見積もりに当たって留意する必要がある。

いずれの場合であっても、評価の実施主体は市町村であるので、市町村職員が関与することが必要である。そのため、評価を行う市町村職員は一定程度相談支援の実務を理解していることが望ましい。たとえば、相談支援従事者研修を修了している職員や普段から多くのサービス等利用計画を見ている職員等が加わることが望ましい。

３．評価の時期

年間計画として評価の時期を決めて行う方法が想定される。市町村の規模等に応じて評価間隔を設定するが、評価結果を研修や指導に反映させるためには最低でも 6 か月に 1 回程度は実施することが適当である。

ただし、更新申請の時期などにより期間ごとのケース数が異なる場合、評価間隔は必ずしも一定でなくてもよい（例：1 年を 5 か月間と 7 か月間に分けて実施）。

４．評価の方法

設定した評価時期に、対象となるサービス等利用計画の一覧を作成し、計画を抽出して評価する。評価に当たっては、「申請者の現状（基本情報）」、「サービス等利用計画」（「週間計画表」を含む）をセットで検討することが原則である。帳票だけではどうしても判断ができない場合には相談支援事業所職員に出席を求めてヒアリングをすることも考えられるが、本評価は簡易な傾向を把握することを目的としているので、事例検討会的な内容になる場合には別に機会を設けて実施するべきである。

５．評価結果

評価結果は相談支援事業所ごとに集計するなどして分析する。対象となる相談支援事業所数が少数の場合は、相談支援専門員ごとに集計するなど、その後の計画作成や研修に反映できる形で分析することが望ましい。分析結果は、可能な限り相談支援事業所、相談支援専門員にフィードバックし、計画の質の確保に向けて自覚的に視点を強化させることが望まれる。また、評価者側でも、分析は１回限りのものとせず、その後の計画についても継続的に分析することで、視点が強化されたか確認し、フォローを行うことが重要である。

Ⅳ．サービス等利用計画の評価の仕組みの構築

サービス等利用計画の評価においては、市町村、相談支援事業者、関係者などが協働しながら、地域の実情に応じた評価の仕組みを構築することが重要である。そのためには、サービス等利用計画評価委員会等を立ち上げることも視野に入れる必要がある。

１．自立支援協議会とサービス等利用計画の評価

障害者、とりわけ重度の障害者等が、地域において自立した日常生活又は社会生活を営むためには、障害福祉サービスの提供体制の確保とともに、これらのサービスの適切な利用を支える相談支援体制の構築が不可欠である。

このため、地域の実情に応じ、中立・公平な立場で適切な相談支援が実施できる体制の整備を図るとともに、相談支援事業を効果的に実施するため、当事者、サービス事業所、福祉、保健、医療、教育、就労、住宅、司法、警察等の関連する分野の関係者からなる自立支援協議会を設ける等のネットワークの構築を図ることが重要であり、改正障害者自立支援法においては、地域自立支援協議会が法律に明確に位置付けられた。

自立支援協議会は、障害福祉サービスの基盤整備、サービスを提供する人材の養成等、さまざまな課題を解決するために、関係者が集まって検討する場である。自立支援協議会は障害者自立支援法が目指す「障害者が普通に暮らせる地域づくり」を具体化していくために必要である。具体化のためには、自立支援協議会に参加する関係者全員が、この目的に向け協働して地域の支援体制を構築していくという共通認識が求められる。

地域自立支援協議会では、サービス等利用計画作成を通して構築された連携やネットワークの発展、計画作成を通して把握された地域の課題への対応、作成された計画が公平･中立なものとなっているかの吟味、困難ケースへの対応、さらには標準的なサービス等利用計画作成のためのスキルアップ研修等を行うことが期待される。

特に、相談支援事業所の運営・相談支援専門員の活動の評価としては、以下の機能が想定されており、相談支援事業者から提出されたサービス等利用計画の評価の仕組みを考えたり、実際に、自立支援協議会を通して、サービス等利用計画を評価し、それを相談支援専門員や相談支援事業者にフィードバックし、質の高いサービス等利用計画の作成を可能とし、ひいては地域全体の相談支援の質の向上を目指す必要がある。

図表 11　自立支援協議会に期待される相談支援事業所の運営･相談支援専門員の活動の評価機能

①中立・公平性を確保する観点から評価
②相談支援事業の実施状況の確認・検証
③相談支援専門員の活動状況の確認・検証

２．基幹相談支援センターの活用

基幹相談支援センターは、障害者自立支援法第 77 条の 2 において、「基幹相談支援センターは、地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、前条第一項第一号及び第一号の二に掲げる事業並びに身体障害者福祉法第九条第五項第二号及び第三号、知的障害者福祉法第九条第五項第二号及び第三号並びに精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第四十九条第一項に規定する業務を総合的に行うことを目的とする施設とする。」と規定され、地域の専門的な相談支援機関として中心的な役割を担うことが期待されている。その役割の一つとして、サービス等利用計画の評価においても市町村と協働してその仕組みづくりや実際の評価の役割を担うことが期待されている。

V. 今後の課題

障害者自立支援法においては、「指定相談支援事業者は、その提供する相談支援の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、相談支援の質の向上に努めなければならない。」（第 51 条の 22 第 2 項）とされており、相談支援専門員が作成するサービス等利用計画の内容の質が問われることになる。障害者自立支援法が求める質の高い相談支援とは、標準的なサービスとしての相談支援であり、それを可能とするのは適切なサービス等利用計画による標準的な支援となる。適切なサービス等利用計画か否かを判断するためには、それぞれの個別ケースにおいて、きちんとニーズが把握されている、それが活かされた計画になっている、そのためにサービス等調整会議による調整がなされている等の基準が必要になる。また、相談支援について、その結果が問われるとすれば、サービス等利用計画による支援の結果、目標とされた支援に到達したのかどうかが問われ、この観点からもサービス等利用計画の内容の評価を行う必要がある。

この意味で相談支援事業者から提出されたサービス等利用計画をチェックすることは、質の高い相談支援を実施するための一歩と言える。サービス等利用計画作成の最終的な目標は、障害者のニーズに基づく計画が適切に作成され、計画の目標とされたものが達成され、障害者が望む生活が実現され、提供されたサービスへの満足度も高いという効果（アウトカム）が評価されることであり、常に PDCA サイクルにより、サービス等利用計画を通して相談支援の質の向上に努める必要がある。

サービス等利用計画は、ぞれぞれのニーズをアセスメントし、到達目標を設定し、モニタリン

グを行いながら支援するという計画による個別的支援であり、それぞれのニーズにあった標準的なサービスを提供していくものである。Plan→Do→Check→Action というサイクルにより質の高いサービス等が提供されることをふまえると、サービス等利用計画自体の内容もモニタリングを含むこのサイクルにより改善されていくと考えられる。

現在のところ、サービス等利用計画そのものを評価する基準は存在しないが、今回、本事業が提示する「サービス等利用計画評価チェックシート」等を活用することにより、それぞれのケースにおいてその計画が妥当なものであるかを評価することが期待される。今後、一定の基準をクリアした妥当なサービス等利用計画を作成するためには、何よりも、計画を相談支援専門員の占有事項としないで、個人情報の保護に配慮しながら、相談支援事業所内において、行政との関係において、サービス等調整会議の場におけるそれぞれのサービス提供事業者等との関係において、「一定の質を確保した計画」という観点から検討することや、さらには、自立支援協議会等において検討する仕組みを構築することが必要である。

第３章　サービス等利用計画の評価基準（評価チェックシートの内容）

平成 23 年度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事業」で提示した「サービス等利用計画作成サポートブック」では、サービス等利用計画作成のポイントとして次の 8 つを挙げている。

図表 12　サービス等利用計画作成のポイント

①エンパワメントの視点が入っているか
②アドボカシーの視点が入っているか
③トータルな生活を支援する計画となっているか
④連携･チーム計画となっているか
⑤サービス等調整会議が開催されているか
⑥ニーズに基づいた計画となっているか
⑦中立･公平な計画となっているか
⑧生活の質を向上させる計画となっているか

今回これらを整理して、サービス等利用計画を評価する際の 6 つの視点として組み換えた。

図表 13　サービス等利用計画の評価の視点

①エンパワメント、アドボカシーの視点：計画作成のポイント①②
②総合的な生活支援の視点：計画作成のポイント③
③ニーズに基づく支援の視点：計画作成のポイント⑥
④連携･チーム支援の視点：計画作成のポイント④⑤
⑤中立･公平な視点：計画作成のポイント⑦
⑥生活の質の向上の視点：計画作成のポイント⑧

そして、評価の 6 つの視点ごとに 5 つのチェック項目を設定し、その具体的なチェックポイントと計画書のどこを見てチェックをすればよいか、チェック箇所を提示し、「サービス等利用計画の評価チェックリスト」を作成した。

図表 14　サービス等利用計画の評価チェックリスト

※チェック箇所の詳細については、P23～『図表 15　「サービス等利用計画の評価チェックリスト」チェック箇所と計画書の対応』を参照。

チェック項目	チェックポイント	チェック箇所
1 エンパワメント、アドボカシーの視点		
①本人の思い・希望の尊重	○「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」という本人の思い･願いができるだけ具体的な言葉を使って表現されているか。 ○これを踏まえて本人が希望する生活の全体像が記載されているか。 ○本人の意向を汲み取ることが難しい場合、本人の意思伝達・意思確認手段がきちんと記載されているか。	1-①②③④⑥ 2-④

	チェック項目	チェックポイント	チェック箇所
	②本人の強み（ストレングス）への着眼	○本人が持っている力、強み、できること等が、潜在的なものも含めて評価され、前向きな言葉や表現で記載されているか。「…できない」といったマイナスの言葉、表現で埋め尽くされていないか。	1-①⑥⑪⑬ 5-①④⑤
	③本人が行うことの明確化	○支援やサービスを受けながらも、全てを他に拠るのではなく、本人ができる（できそうな）役割をもつことが明確に記載されているか。	1-⑪
	④本人にとっての分かりやすさ	○できるだけ本人の言葉や表現を使い、障害特性も考慮し、わかりやすく工夫された表現、本人の意欲を高め自分のことととして捉えられるような表現で記載されているか。	全ての項目（特に、1-①②③④⑥⑦）
	⑤目標設定の妥当性と権利擁護	○本人の権利を擁護し、本人が試行錯誤して時には失敗から学ぶこと（トライアンドエラー）も視野に入れ、段階的に達成可能（スモールステップ）で本人の意欲を高めることができる具体的な目標が記載されているか。 ○単なる努力目標、実効性や本人のペースを無視した過度な負担が生じる目標、達成困難な目標が記載されていないか。 ○単なるサービス内容が目標として記載されていないか。	1-①～⑧⑫ 2-④
2 総合的な生活支援の視点			
	①目指す生活の全体像の明示	○最終的に到達すべき方向性、サービス提供によって実現する、本人が希望する生活の全体像が、総合的かつ具体的に記載されているか。（生活者に対する「総合支援」計画と読み取れるか）	2-④
	②障害福祉サービス利用に限定しない生活全体の考慮	○生活する上でサービスの利用の必要性がない課題（ニーズ）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、本人が希望する生活を実現するための課題を記載しているか。	1-⑥ 2-②
	③障害福祉以外のサービスやインフォーマルな支援の有無	○障害福祉だけでなく、保健、医療、教育、就労、住宅、司法等の幅広い領域のサービス、及び公的支援（障害福祉サービス等）だけでなく、その他の支援（インフォーマルサービス）が、本人ニーズに基づき、必要に応じて記載されているか。 ○記載されていない場合、その理由が明確にされているか。	1-⑨⑩⑬ 2-①②③ 6-②③
	④1週間、1日の生活の流れの考慮	○週間計画表の 1 週間、1 日の生活の流れをみて、望む生活を可能とする支援（障害福祉サービス以外を含む）が網羅され、総合的に生活全体をイメージできる記載になっているか。 ○本人による活動、家族による支援等も記載されているか。	2-①②③
	⑤ライフステージや将来像の意識	○乳幼児期・学齢期・成人期それぞれのステージ間に切れめがないよう、これまでの支援方針や各種計画（保育の計画、個別の教育支援計画等）が活かされ、次のステージに向けたトータルプランとなっているか。 ○単に過去のものを引き継ぐのではなく、将来を見通した総合的な計画になっているか。	1－①②③④
3 連携・チーム支援の視点			
	①支援の方向性の明確化と共有	○支援に関わる関係機関等が共通の理解をもって取り組めるよう、支援の方向性が、明確、かつ、具体的に記載されているか。 ○解決すべき課題、支援目標、達成時期、サービス提供内容、本人の役割、評価時期等に整合性を持たせて記載されているか。	1-①～⑬ 2-①②③④
	②役割分担の明	○相談支援専門員が多くの問題を一人で抱え込まずに、支援	1-⑨⑩⑪⑬

チェック項目	チェックポイント	チェック箇所
確化	に関わる関係機関それぞれに役割を分担し、連携した取り組みができるよう、その内容が具体的に記載されているか。(チームによる「総合支援」計画と読み取れるか) ○関係機関が見て、自分の役割が分かりやすく体系的に記載されているか。相互連携のための連絡網が記載されているか。	2-①③
③個別支援計画との関係	○サービス提供事業所が個別支援計画を作成する上で、支援の方向性やサービス内容を決める際の基礎情報となることを意識して分かりやすく記載されているか。(抽象的で誰にでも当てはまるような内容になっていないか) ○サービス提供事業所が個別支援計画作成の参考にできる情報や事業所に対するメッセージが記載されているか。(単なるサービス内容だけでない、具体的な支援のポイント等が分かりやすく記載されているか)	1-①～⑬ 3-①②③④⑤⑨
④サービス提供事業所の情報把握	○サービス提供の内容、頻度、支援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、記載されているか。	3-①②③④⑤⑨
⑤地域資源情報の把握	○地域の社会資源を把握し、必要に応じて自立支援協議会、地域関係の中で連携可能な近隣住民や関係者等から意見を聞き取り、記載されているか。	1-⑨⑩⑬ 2-②③ 3-②⑤⑨ 4-②③
4 ニーズに基づく支援の視点		
①本人のニーズ	○本人の意向、希望する生活が具体的、かつ、的確に把握され、「～したい」「～なりたい」等、本人の言葉として表現され、記載されているか。 ○本人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課題から優先する等、本人の意向を十分汲み取って記載されているか。 ○本人の意向を汲み取ることが難しい場合、家族や支援者から十分な聞き取りをした結果が記載されているか。	1-①④⑤⑥⑪ 5-④
②家族の意向	○家族の意向を具体的に的確に把握し、記載されているか。本人の意向と明確に区別し、誰の意向かが分かるように明示して記載されているか。	1-①⑥⑬ 5-⑤
③優先順位	○本人が意欲を持ってすぐに取り組める課題、緊急である課題、本人の動機付けとなる課題、すぐに効果が見込まれる課題、悪循環を作りだ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、緊急性、重要性を考慮して、まず取り組むべき事項から適切に優先順位がつけられているか。	1-②③④⑤⑥⑪
④項目間の整合性	○本人のニーズを踏まえて作成された計画について、サービス、役割、評価時期などの項目は整合性が取れているか。	1-⑤～⑬
⑤相談支援専門員の総合的判断	○相談支援専門員の専門職としての総合的判断(見立て)と本人の意向、ニーズが一致した記載となっているか。一致しない場合、その調整方法も記載されているか。 ○本人の要望だけが記載されていたり、支援者側からの一方的な提案だけになっているといった、専門職としての判断のない記載となっていないか。	1-①～⑦⑪ 2-④ 5-④⑤
5 中立・公平性の視点		
①サービス提供法人の偏り	○サービス提供法人が特定の法人(特に相談支援事業所の運営法人)に偏っていないか。偏っている場合、その理由が明確にされているか。	1-⑨⑩⑬ 2-①③

チェック項目		チェックポイント	チェック箇所
	②本人ニーズとの比較	○本人ニーズや生活実態に合わせた適正な計画となっているか。サービスが過大、過小な計画になっていないか。	1-①～⑥⑨⑪⑫ 2-③④ 5-④⑤
	③同じような障害者との比較	○同じような障害、同じようなサービスを必要とする障害者と比較して、過大、過小な計画となっていないか。なっている場合にそうなった合理的理由を明確に記載しているか。	1-⑦～⑬ 2-①③
	④地域資源との比較	○本人ニーズに基づいた地域支援の活用であることがきちんと説明できているか。 ○選択できる地域資源があるにも関わらず、既存のサービス提供事業所での継続利用だけの計画になっていないか。	1-⑨⑩ 5-⑦
	⑤支給決定基準の参照	○行政の支給決定基準に合わせた機械的な計画になっていないか。	1-⑥⑦⑧⑨⑩ 2-①③
6 生活の質の向上の視点			
	①サービス提供状況	○サービス等利用計画通りにサービスが提供されたか、事業者として本人の生活の変化をどう捉えているかについてサービス提供事業所に聞き取った結果が記載されているか。 ○その聞き取りは「いつ」「誰に」「どのように」実施したかが記載されているか。	3-①～⑨
	②本人の感想・満足度	○本人がサービスの内容や事業所等について満足しているか、不満や改善してほしいことはないかについて聞き取った結果が記載されているか。 ○その聞き取りは「いつ」「誰に」「どのように」実施したかが記載されているか。	3-①～⑨
	③支援目標の達成度	○サービス等利用計画通りにサービスが提供され、どの程度まで支援目標で掲げた状態に近づいたかについて検討した結果が記載されているか。 ○その検討は、「いつ」「誰と」「どのように」実施したかが記載されているか。（本人・家族・事業所への聞き取り、個別支援計画の確認、サービス等調整会議の開催等）	3-②③④⑤
	④計画の連続性	○本人ニーズ、関係機関の支援、ライフステージ等に変化がないか確認した結果が記載されているか。 ○未達成の支援目標、新たな課題への対応について検討し、必要に応じて計画の変更を行った結果の概要が記載されているか。（計画変更した場合は変更理由、具体的なサービス種類・量・週間計画の変更内容。変更しなかった場合はその理由） ○上記の確認・検討は、「いつ」「誰と」「どのように」実施したかが記載されているか。（本人・家族・事業所への聞き取り、個別支援計画の確認、サービス等調整会議の開催等）	3-①～⑨ 4-①②③④
	⑤全体の状況	○モニタリング会議での総合的判断を反映し、全体の状況を的確に把握した上で、今後の方向性が記載されているか。	3-①⑥⑦⑧ 4-①④

図表 15　「サービス等利用計画の評価チェックリスト」チェック箇所と計画書の対応

様式2－1

サービス等利用計画

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
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	
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）		利用者同意署名欄	

利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）	1-①
総合的な援助の方針	1-②
長期目標	1-③
短期目標	1-④

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）	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
1-⑤	1-⑥	1-⑦	1-⑧	1-⑨	1-⑩	1-⑪	1-⑫	1-⑬
2								
3								
4								
5								
6								

様式2－2

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
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	
地域相談支援受給者証番号					
計画開始年月					

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								2-②
8:00								
10:00				2-①				
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								2-③
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	2-④

様式3－1

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
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	
地域相談支援受給者証番号					

計画作成日		モニタリング実施日		利用者同意署名欄	

総合的な援助の方針	全体の状況
	3-①

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			3-②	3-③	3-④	3-⑤	3-⑥ 有・無	3-⑦ 有・無	3-⑧ 有・無	3-⑨
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4							有・無	有・無	有・無	
5							有・無	有・無	有・無	
6							有・無	有・無	有・無	

様式3－2

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
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	
地域相談支援受給者証番号					

計画開始年月	

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								4-②
8:00								
10:00				4-①				
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								4-③
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	4-④

別紙1

申請者の現状（基本情報）

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	

1. 概要（支援経過・現状と課題等）

5-①

2. 利用者の状況

氏　名		生年月日		年　齢	
住　所				電話番号	
	［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		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

5-②

医療の状況　※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

5-③

本人の主訴（意向・希望）

5-④

家族の主訴（意向・希望）

5-⑤

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）	5-⑥	5-⑦	5-⑧	5-⑨	5-⑩
その他の支援	5-⑪	5-⑫	5-⑬	5-⑭	5-⑮

別紙2

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	
				計画作成担当者	

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
								6-②
6:00								
8:00								
10:00								
				6-①				
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
								5-③
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

第４章　評価チェックシートの活用事例

ここでは、前章で提示した評価チェックシートを具体的な事例に適用するとどのような結果になるか、計画のどのような視点・表現に着目してどのように評価すればよいか、いくつかの典型的な事例を取り上げ、活用事例として紹介する。事例の構成は以下の通りなので、実際に評価作業を試行し、評価の進め方の具体的なイメージを持つ参考として活用されたい。

図表 16　評価チェックシートの活用事例の構成と評価試行の進め方（例）

1 基本情報

事例の概要、利用者の状況、相談に至る経緯、具体的な支援内容、経過を整理しています。計画の評価に入る前に、基本情報を確認して下さい。

↓

2 視点欠落事例【チェック試行用】

計画の評価の 6 つの視点から見た場合に、いくつかの視点が欠落している事例を掲載しています。どのような視点が欠落しているのか考えながら、評価チェックシートを試行記入してみて下さい。

↓

3 視点欠落事例【解説編】

「2 視点欠落事例」のどこで視点が欠落していたか、どの表現に課題があるのか、吹き出し付きで具体的に解説しています。試行記入時に判断に迷った部分等を中心に、ご自身の評価チェックシート記入結果と照らして確認して下さい。

↓

4 標準事例【参考】

同じケースについて、計画の評価の 6 つの視点を意識して作成した標準的な事例を掲載しています。「2 視点欠落事例」と比較した場合に何が違うのか、評価の 6 つの視点を計画にどう落とし込むか、個々の表現にも着目して確認して下さい。「2 視点欠落事例」と合わせて評価チェックシートを試行記入してみるとよいでしょう。

↓

5 チェックシート試行結果【参考】

「2 視点欠落事例」と「4 標準事例」について、検討委員会で評価チェックシートを試行記入した結果を参考情報として掲載しています。「2 視点欠落事例」と「4 標準事例」の評価結果をレーダーチャートでも見られるようにしていますので、両者の違いを確認して下さい。

Ⅰ. 事例１：特別支援学校卒業後、就労に向けて開始した移行支援事例

１．基本情報

1. 事例の概要

特別支援学校高等部にて就職に向けての実習を積み重ねてきたが、就職に至らず、卒業を二ヶ月後に控えたところで、相談支援センターに卒業後の支援について、学校及び母親より相談がくる。
その後、本人および母親に、市の福祉担当者、就業・生活支援センターの就労支援ワーカー、就労移行支援事業所サービス管理責任者を交えて、卒業後に向けてのサービス等調整会議を開催する。
その中で、就労移行支援事業所を利用して、おおむね12カ月を目途にその後の支援内容を検討していくこととなった。

2. 利用者の状況

年齢・性別	18歳、男性
障害の状況	自閉症、障害程度区分3
主な生活歴	3歳で自閉症と診断を受ける。その後保育園に入園、卒園後は、近隣の特別支援学校小学部に入学、高等部より就職に向けて、職場実習を重ね、卒業にいたる。
経済状況	父親の収入および母親のパート収入で、経済状況としては安定している。
健康状況	おおむね良好
家族状況	父、母、姉との4人家族
利用者の主訴	仕事のやり方を教えて貰って就職したい。好きなスイミングにも通いたい。
特記事項	

3.相談に至る経緯（背景といきさつ）

高等部での実習の状況について、特別支援学校の進路主事及び就業・生活支援センターの就労支援ワーカーより、卒業を二カ月に控え、就職が難しい状況にあることの情報提供を受けていた。
その後、進路主事及び母親より卒業後の就職は難しいが、支援を受けていずれ就職をしたいという相談があり、その意向を受けて、卒業後の支援のあり方を検討するため、関係機関を招集し、サービス等調整会議を開催することとなった。

4.具体的支援内容・経過

高等部では、就職に向けて、「特別養護老人ホーム」での清掃業務、「キノコ生産工場」での紙巻きと収穫作業、「機械部品工場」での簡単な組み立て作業などに取り組んだ。挨拶ができ、困った時には「どうすればいいですか」と周りに相談することができ、仕事を理解し取り組むことができたが、聴覚過敏からくる耳ふさぎ等で場を離れてしまったり、周りに人がいると話しかけたり、集中が途切れる状況等もあり、また、仕事を進めるに当たっては、常時の指示や付き添いが必要であった。
しかし、「キノコ生産工場」では、音の刺激や対人環境の調整が可能な職場環境により、比較的安定して仕事に取り組むことができた。そこで、就労移行支援事業所の支援を受ける中で、一人で一定時間仕事に取り組むことのできる力を育て、おおむね12カ月を目安に、実習体験しその後の目標と支援内容を検討を実施することになった。
就労移行支援事業所では、数字が理解できたり、カタカナや簡単な漢字の理解ができる本人の強みを活かし、一定時間、スケジュールに基づいて、一人で仕事のできる組み立てをお願いし、6カ月後にはおおむね、4時間程度の仕事に一人で取り組むことが可能となった。
そこで、就労移行支援事業所と相談をし、その後の支援方針を固めることにした。

また相談の中では、家庭では、働く中で賃金を得て、好きな買い物をしたり、本人の得意な水泳を続け、できれば、先輩のように、スペシャルオリンピックスにも挑戦させてみたいという思いや、本人からも定期的にスイミングスクールに通うことで、余暇を楽しみたいという希望を受けていた。

別紙1

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	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○　○○

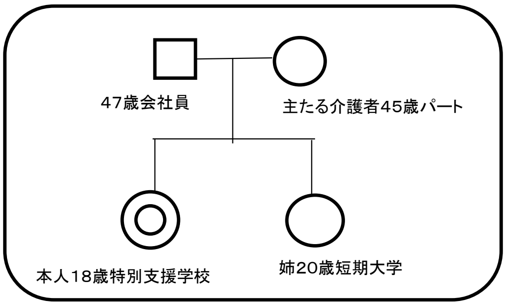
１. 概要(支援経過・現状と課題等)

　特別支援学校高等部2年生より、就職に向けて春2週間、秋4週間の校外実習に取り組んできた。主な実習先として、きのこ生産工場（きのこの紙巻きと収穫作業）、特別養護老人ホーム（清掃業務）、機械部品工場（簡単な組み立て作業）を経験した。実習に当たっては、高等部進路担当及び就業・生活支援センターの就労支援ワーカーが実習先を定期訪問し、就職に向けての調整を進めてきた。日常の挨拶、身近な大人に困った時にお願いすることができるようになり、また、指示に基づいて一定時間の仕事には取り組むことが出来るようになった。一方で、聴覚刺激に過敏な面があり、耳ふさぎをしてその場を離れしまうことがあり、また、会う人すべてに挨拶をするなど社会性の面で支障も見られた。
　こうした中で、卒業時点における就職は困難であった。
　そこで、相談支援専門員は、これまでの経過について、本人、家族、関係機関より聞き取りをする中で、卒業後は、就労移行支援を受けながら、関係機関が一体的に支援をしていく必要性があると判断し、本人及び母親、特別支援学校進路担当、市障害福祉担当ケースワーカー、就業・生活支援センター就労支援ワーカー、就労移行支援事業所サービス管理責任者を招集してサービス等調整会議を開催した。その中で、「就労移行支援事業所」の就労移行支援サービスを利用する中で、概ね、12カ月をめどに、本人の得意な面（簡単なカタカナや漢字、数字が読める力等）を活かしながら、付き添い職員がいなくとも、一定程度（おおむね4時間）一人で仕事が出来る力を育てる支援に取り組んでいくこととなった。

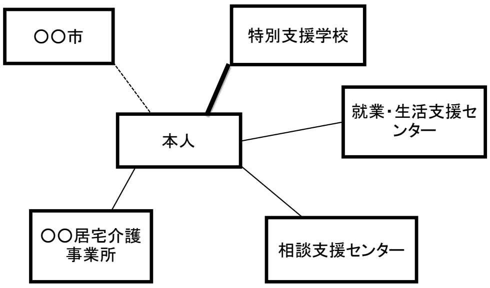
２. 利用者の状況

氏　名	○○　○郎	生年月日	○年○月○日	年　齢	18歳
住　所	〒***-***　○○市○○町**-**			電話番号	○○○-○○○-○○○○
	[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	自閉症	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

○年○月、3200ｇで正常出産。1歳半検診で、言葉の遅れ、こだわり等がみられ、市の療育教室に月2回参加。その中で、保健師より医療受診をすすめられ、3歳で自閉症と診断され、その後、月二回のリハビリ（ＳＴ）を受ける。年少より、リハビリと並行して保育園へ通う。保育園では加配の保育士が卒園まで配置される。就学相談により、知的障害特別支援学校小学部に入学、高等部からは、徒歩5分のバス停から養護学校までバスで通学する。

医療の状況　※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

特になし。

本人の主訴（意向・希望）

　支援を受けながら、働ける力を身につけ、就職できるようになりたい。
　水泳が好きなので、卒業したらスイミングに通いたい。できたらスペシャルオリンピックスにも出てみたい。それと、休みの日は、卒業生仲間との同窓会に参加したり、家族と町に出かけて、駅前でゲーム、買い物、デシカメ写真でいろいろなものを撮影したい。

家族の主訴（意向・希望）

　就職出来るようになってほしい。その中で、お金の使い方、一人で通勤できる力をつけてほしい。
　先輩がスペシャルオリンピックスに出場して活躍した姿をみるにつけ、本人にとって、余暇を充実して過ごすことも大切だと思うので、得意な水泳を活かして、運動を続けてもらいたい。

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）	行動援護	○○居宅介護事業所	ロロスポーツクラブのプールを利用し、支援者と一緒に泳ぐ。また、同時に館内の脱衣場やシャワールームでの使用方法等のルールを学ぶ。	夏休み等の長期休暇中の平日。週に2日、各3時間	
その他の支援					

別紙2

申請者の現状（基本情報）【現在の生活】

利用者氏名	○○　○郎	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○相談支援センター
				計画作成担当者	○○　○○

	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食
8:00	バス通学	バス通学	バス通学	バス通学	バス通学	家族と過ごす	家族と過ごす
10:00	特別支援学校	特別支援学校	特別支援学校	特別支援学校	特別支援学校		
12:00							
14:00							
16:00	バス通学	バス通学	バス通学	バス通学	バス通学		
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							

主な日常生活上の活動

◎家庭で過ごす際の空き時間(帰宅後から夕食まで等)は、自室で好きな雑誌(車、列車関係)を見たり、ゲームで過ごしている。

◎休日は、家族（主に母）と買い物等の外出をしている。

週単位以外のサービス

夏休み等の長期休暇中は、□□スポーツクラブのプールを利用し、平日の日中に週に2日、各3時間の行動援護サービスで支援者と一緒に泳いだり、館内の利用方法等を学んでいる。

２．視点欠落事例【チェック試行用】

様式２－１

サービス等利用計画

利用者氏名	○○　○郎	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号					
計画作成日	20××年4月15日	モニタリング期間（開始年月）	6ヶ月　（20××年10月）	利用者同意署名欄	○○　○郎

利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）	高等部卒業と同時に就職は出来なかったけれど、支援を受けながら早く働けるようになりたい。
総合的な援助の方針	混乱なく事業所へ通えるように援助する
長期目標	通所事業所に通う。
短期目標	休まないようにする。

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）	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	就労移行支援事業所に通いたい。	職場実習に行ってみる。	6ヶ月	就労移行支援事業所への通所	○○就労移行支援事業所（△△△△支援員 ***-***-****）	施設の送迎バスに乗って通う。	6ヶ月	
2								
3								
4								
5								
6								

様式２－２

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	○○　○郎	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
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							
10:00							
12:00	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所		
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							

主な日常生活上の活動
月～金は、就労移行支援事業所に通う。

週単位以外のサービス

サービス提供によって実現する生活の全体像	上記スケジュールで、安定した生活を送る。

３．視点欠落事例【解説編】

特別支援学校からの卒業後の進路に向けて、家族・学校・福祉サービス事業所・相談事業所が連携を取りながら、ライフステージの変化に伴うサービス等利用計画の作成に向けて取り組んだ事例である。一見すると特別支援学校から相談を受けて、一般就労を目指したケースとしてスタートしているが、本人・家族の一番の願いである就職の意向を受けながら、相談支援専門員の見立てとしては、一般就労は状況的には厳しいであろうと捉えているのではと読み取ってしまう。　就労移行支援事業所のサービスのスタートではあるが、混乱なく日中活動が行える事業所に通え、本人の生活が安定することを相談支援専門員が思い描き、計画に反映させている。本人や家族の願いをすり替えてしまい、結果としては柱となるニーズが失われている。とかく学校という平日の昼間の活動場所が福祉サービス事業所へと切り替わる事で、移行支援計画が成立したかの錯覚に陥り、週末を含めた生活全体を捉えた計画としても欠落している。相談の入口から、ストレングスの視点や本人ニーズを無視した相談支援の展開が、手に取るように見えてくる欠落計画となっている。

様式２－１

サービス等利用計画

利用者氏名	○○　○郎	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号					

計画作成日	20××年4月15日	モニタリング期間（開始年月）	6ヶ月　（20××年10月）	利用者同意署名欄	○○　○郎

利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）	高等部卒業と同時に就職は出来なかったけれど、支援を受けながら早く働けるようになりたい。
総合的な援助の方針	混乱なく事業所へ通えるように援助する
長期目標	通所事業所に通う。
短期目標	休まないようにする。

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）	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	就労移行支援事業所に通いたい。	職場実習に行ってみる。	6ヶ月	就労移行支援事業所への通所	○○就労移行支援事業所（△△△△支援員 ***－***－****）	施設の送迎バスに乗って通う。	6ヶ月	
2								
3								
4								
5								
6								

就職したい。スイミングや同窓会に行きたい等、本人・家族の意向が全く記載されていない

アセスメントの入口から、就職へのニーズも、支援者が無理であると見解を示し、ニーズを外している

サービス提供する支援者視点の目標である

単なる努力目標を掲げている

就職は難しいと支援者が判断し、本人ニーズを変更し、サービスメニューをニーズとしている

通所事業所内の個別支援内容をそのまま記載している

モニタリン時期に合わせただけではないか？

内容・量（頻度・時間）が読み取れない

バス停からバス通学出来ていた、ストレングスを見落とし、一人で通勤出来る力を奪ってしまっている

達成時期に向けた評価を意識していない。

サービス調整会議をイメージせず、サービス事業所への支援メッセージが無い

通所メニューの提供で完結されており、伺った意向への支援内容が全く記載無く、生活全体のニーズ把握が出来ていない。

就労移行支援事業所の支援員だけが支援する計画である

様式2－2

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	○○　○郎	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
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							
10:00	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所		
12:00							
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							

主な日常生活上の活動
月～金は、就労移行支援事業所に通う。

週単位以外のサービス

サービス提供によって実現する生活の全体像	上記スケジュールで、安定した生活を送る。

起床時間や食事時間等、基本的な生活状況が見えない

通所へのアクセス情報が無い

就床時間や食事・入浴等の基本的な生活状況が見えない

障害福祉サービスの記載だけで、週末の過ごし方や一週間の生活状況把握が出来ていない（記載が無い）

記載が無いため、日常生活状況が分からない。

週単位以外にも、楽しみや関わりがある活動状況が全く見えない。

上記のサービス提供により、生活状況がどのように変化して行くか等、サービス提供や卒業後の生活状況の全体像が全く想定されていない。

4．標準事例【参考】

様式２－１

サービス等利用計画

利用者氏名	○○　○郎	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号					
計画作成日	20××年4月15日	モニタリング期間（開始年月）	当初３か月毎月（2011年４月～６月）	利用者同意署名欄	○○　○郎

利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）	高等部卒業と同時に就職は出来なかったけれど、働くための支援を受けながら、早く就職出来るようになりたい。 そして、週末は、趣味のスイミングスクールに通ったり、家族と町に買い物に行ったりして、余暇を楽しくすごしたい。できれば、水泳は得意なので、スペシャルオリンピックスにも出てみたい。
総合的な援助の方針	学校卒業後の新しい生活スタイルになれ、12ヶ月をめどに就職し、余暇も含め、スケジュールに基づいた生活が送れるようになる。
長期目標	スケジュールに沿って行動し、付き添いがなくても一人で職場に通勤し、仕事が出来るようになる。
短期目標	卒業後の新しい生活スタイルに慣れ、支援者の指示がなくとも、文字や数字等でスケジュールが理解でき、一定時間、一人で仕事ができるようになる。

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）	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	就職するための支援を受けたい。	職場で半日程度の仕事に一人で取り組める力をつける。	20××年10月	就労移行支援事業所への通所 月曜日から金曜日まで週5日 午前9時半から午後3時半まで	○○就労移行支援事業所 （△△ △△支援員 ***-***-****）	家族(母親)と朝スケジュール確認をした上で、就労移行支援事業所の送迎バスの乗降場まで歩いていき、そこで事業所の送迎バスに乗り、就労移行支援事業所に通う。	20××年6月	就労移行支援事業所への通いは、新しい生活スタイルに慣れるまでは、事業所の通所送迎車を利用する。支援に当たっては、就業・生活支援センターと連携を取りながら、事業所外実習のタイミングを探っていく。 また、本人への月間、週間スケジュール提示の方法については、居宅事業所、家族等と連絡を取り合い統一していく。
2	好きなスイミングに通い、余暇を楽しみたい。	支援者の付き添いで、スイミングスクールに週末通える生活スタイルをつくる。	20××年8月	行動援護　　　月12時間 毎週土曜日午後1時から4時まで	××ステーション （○○サービス提供責任者 ***-***-****）	家族(母親)と週間スケジュールを確認した上で、ヘルパーの支援を受けて、スイミングスクールに通う。	20××年6月	これまで、家族との外出が中心であったが、支援者と外出する経験を通じて、一人で外出し、余暇を楽しめる方向で、居宅介護計画を作成していく。
3	特別支援学校の卒業生と同窓会で会いたい。	月一回の同窓会に、月間スケジュールに沿って、定期的に参加できるようにする。	20××年8月	毎月第3日曜日、午前10時から12時まで、同窓会の案内に沿って参加する	○○特別支援学校 （□□教諭 ***-***-****）	家族(母親)と月間スケジュールを確認した上で、特別支援学校の通学時に利用していたバスに乗って同窓会に参加する。	20××年6月	同窓会には、特別支援学校の経験を活かしてバスを利用する。
4	休みの日は、出かけてデジカメ写真を撮りたい。	写真クラブ的な活動グループへ参加する。	未定	相談支援 月1回～2回 活動サークルへの見学体験の相談を重ねる	○○相談支援センター（○○相談支援専門員 ***-***-****）	相談支援専門員と一緒に、活動グループを探す。	20××年10月	地域に障害者同士が集まれる活動サークルとの調整を実施する。当面は、家族の外出支援時とする。
5								
6								

様式２－２

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	○○　○郎	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
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	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食
8:00	送迎	送迎	送迎	送迎	送迎		
10:00	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所	就労移行支援事業所		家族と過ごす(外出等) ※月一回、同窓会へ参加
12:00							
14:00						行動援護(スイミング)	
16:00	送迎	送迎	送迎	送迎	送迎		
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							

主な日常生活上の活動

◎家庭で過ごす際の空き時間(帰宅後から夕食まで等)は、自室で好きな雑誌(車、列車関係)を見たり、ゲームで過ごすことになっている。

◎同窓会に参加しない日曜日は、月間予定で母親と相談の上、月2回の買い物等の外出があり、母親と駅前でのゲーム、デジカメ写真で車や列車撮影、書店で好きな雑誌購入などで過ごすこととなっている。
その際、主たる介護者は母親であるが、父親、姉でも対応が可能。月刊スケジュールが変更にならない限り、家族の対応者がかわっても混乱はない。

週単位以外のサービス

第3日曜日には、特別支援学校の同窓会で実施している同窓会に参加する。写真クラブへの参加については、相談支援専門員と活動グループへの参加調整中であるが、本格的に参加出来るまでは家族との外出時に活動を続ける。

サービス提供によって実現する生活の全体像	本人の生活スタイル作りにおける着眼点として、学校卒業による生活環境の変化を見据え、先ず何よりも、日中活動の安定を重視した。その際、最終目標である就労につなげていくため、日中活動の場を有期期限の就労移行支援事業所とした。また、就職につなげるための日中活動に意欲的に取り組むために、本人の余暇支援を併せて重視し、在学中から楽しみとしてたスイミングを定期的に週間プランに位置付けることで、本人が見通しをもって意欲的に生活できるスタイルの確立を支援計画の主眼とした。当該サービスの支給根拠としては、就労移行支援事業所は障害特性（自閉症）から、一定の専門的支援を受けてしゅうろうにつながるために必要なサービスであると判断し、また、行動援護については、本人の社会参加、自立支援に向け、家族介護から家族以外の支援者による支援サービスを提供していくために必要なサービスであると判断した。

５．チェックシート試行結果【参考】

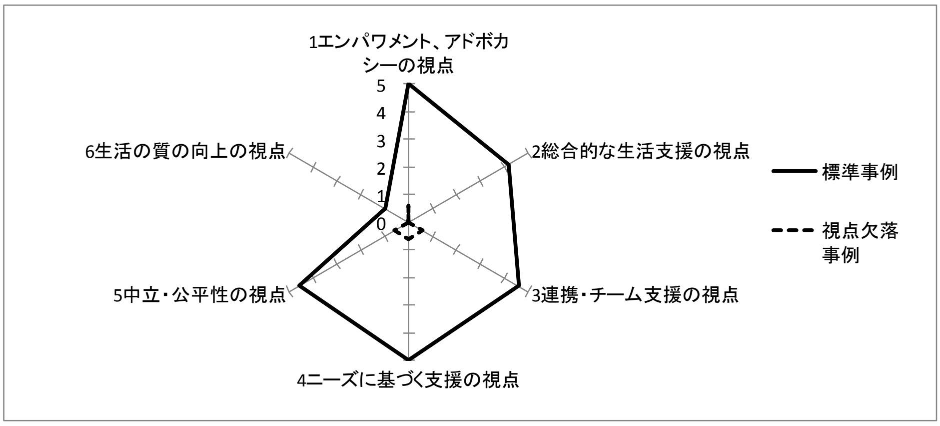
チェックシート試行結果

1:十分できている
2:できている
3:できていない、書面だけでは評価不可能

チェック項目	チェック結果	
	標準事例	視点欠落事例
1 エンパワメント、アドボカシーの視点		
① 本人の思い・希望の尊重	1	3
② 本人の強み(ストレングス)への着眼	1	3
③ 本人が行うことの明確化	1	2
④ 本人にとっての分かりやすさ	1	3
⑤ 目標設定の妥当性と権利擁護	1	3
2 総合的な生活支援の視点		
① 目指す生活の全体像の明示	1	3
② 障害福祉サービス利用に限定しない生活全体の考慮	1	3
③ 障害福祉以外のサービスやインフォーマルな支援の有無	2	3
④ 1週間、1日の生活の流れの考慮	1	3
⑤ ライフステージや将来像の意識	2	3
3 連携・チーム支援の視点		
① 支援の方向性の明確化と共有	1	3
② 役割分担の明確化	1	3
③ 個別支援計画との関係	2	3
④ サービス提供事業所の情報把握	1	2
⑤ 地域資源情報の把握	1	3
4 ニーズに基づく支援の視点		
① 本人のニーズ	1	3
② 家族の意向	1	3
③ 優先順位	1	2
④ 項目間の整合性	1	3
⑤ 相談支援専門員の総合的判断	1	3
5 中立・公平性の視点		
① サービス提供法人の偏り	1	2
② 本人ニーズとの比較	2	3
③ 同じような障害者との比較	1	3
④ 地域資源との比較	1	3
⑤ 支給決定基準の参照	1	3
6 生活の質の向上の視点		
① サービス提供状況	3	3
② 本人の感想・満足度	3	3
③ 支援目標の達成度	3	3
④ 計画の連続性	3	3
⑤ 全体の状況	1	3

【チェック結果スコア】

	標準事例	視点欠落事例
1 エンパワメント、アドボカシーの視点	5.00	0.60
2 総合的な生活支援の視点	4.20	0.00
3 連携・チーム支援の視点	4.60	0.60
4 ニーズに基づく支援の視点	5.00	0.60
5 中立・公平性の視点	4.60	0.60
6 生活の質の向上の視点	1.00	0.00



II．事例２：障害者支援施設で生活し、生活介護事業を利用している事例

１．基本情報

１．事例の概要

入所施設での生活が始まり5年経過した○子さん。施設での生活にも慣れ、日中は、同一施設内の生活介護事業を利用し、創作活動に取り組み比較的落ち着いた生活を送っている。やっと入所施設での生活に慣れたため、両親もこのままずっと施設で生活してほしいと思っている。しかし、本人は、「不安はあるけど施設を出て、クッキー作りの仕事をしたい。」と思っている。両親の思いと本人の思いが異なる中、サービス等利用計画を作成し将来の地域生活を見通した生活を目指すこととなった。

２．利用者の状況

年齢・性別	２５歳　女性
障害の状況	知的障害　　統合失調症
主な生活歴	小・中・高校と知的障害児施設○○学園に入所し、特別支援学校に通学した。 卒業後、2年間在宅生活を続けたが、情緒不安定となり統合失調症と診断され、精神科病院の入退院を繰り返した。 平成○○年４月障害者支援施設○○○に入所。現在に至る。
経済状況	障害基礎年金2級
健康状況	おおむね良好。
家族状況	両親、姉、祖母
利用者の主訴	クッキー作りの仕事をしたい。
特記事項	

3.相談に至る経緯（背景といきさつ

平成○○年４月(5年前)から、障害者支援施設○○○に入所し、現在は「施設入所支援」と「生活介護事業」を利用中。入所当時は情緒不安定で対人トラブルが多く、精神科病院を受診し、服薬治療を受け、家族との調整を図りながら情緒の安定に努めた。現在、日中は同一施設内の生活介護事業に通い創作活動や調理等の活動に参加し、比較的安定した日々を送っている。 両親は、本人がやっと入所施設での生活に慣れたため、このまま入所施設で楽しく生活してほしいと思っている。(地域生活など絶対無理と思っている)しかし、本人は、将来的には、地域で生活したいと思っている。 本人と家族の思いが異なる状況の中、サービス等利用計画を作成し将来の見通しを持った支援を展開することとなった。

4.具体的支援内容・経過

幼児期、児童デイサービスを利用し、発達・療育支援を受けていた。小・中・高校と知的障害児施設○○学園を利用し、特別支援学校に通学した。特別支援学校を卒業し、しばらく在宅での生活を続けたが、情緒不安定となり、精神科病院の入退院を繰り返した。平成○○年４月両親の希望もあり、障害者支援施設○○○に入所し、日中、同一施設内の生活介護事業を利用し、5年が経過した。生活介護事業での創作活動や調理等の活動を通して、入所施設での生活にも慣れ、集団生活への自信がついてきた。 入所施設では、両親の希望もあり、このままずっと施設での生活を続けることが本人にとって一番の方法と考え個別支援計画に基づく支援を続けていた。そうした中、サービス等利用計画作成の依頼があり、相談支援専門員が本人と話してみると「クッキー作りの仕事がしたい。」「今は不安だけど地域で生活したい。」との思いが聞かれ将来の地域生活を見通した支援を始めることとなった。

別紙１

申請者の現状（基本情報）

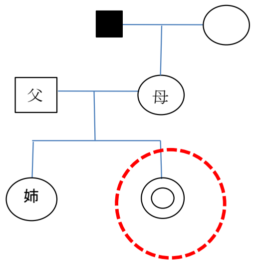
作成日	2012年5月1日	相談支援事業者名	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○　○○

１．概要(支援経過・現状と課題等)

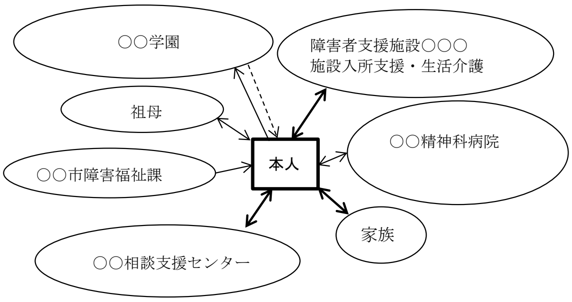
平成○○年４月より、障害者支援施設○○○に入所し、現在「施設入所支援」と「生活介護事業」を利用中。入所当時は情緒不安定で対人トラブルが多く、精神科病院を受診し、服薬治療を受け、家族との調整を図りながら情緒の安定に努めた。現在、日中は同一施設内の生活介護事業に通い創作活動や調理等の活動に参加し、比較的安定した日々を送っている。
本人は、将来的には、地域での生活を希望しているためサービス等利用計画を作成し将来の見通しを持った支援を展開することとなった。

氏　　名	○○　○子	生年月日	昭和○○年○月○日	年　　齢	25歳
住　　所	○○市○○町			電話番号	0000（00）1234
	［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	0000（00）1235
障害または疾患名	知的障害　統合失調症	障害程度区分	区分５	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

・２歳から４歳まで○○児童デイサービスに通う。
・○○小学校、○○中学校の特別支援学級を卒業。
・○○特別支援学校高等部に入学、自宅から通学する。
・平成○○年４月から、知的障害児施設○○学園に入所。
　○○学園利用中は季節の変わり目に精神的な落ち込みやハイテンションといった不安定な状態が見られ、精神科病院の入退院を繰り返していた。
・平成○○年3月　特別支援学校卒業と同時に家庭での生活を始める。
・平成○○年６月～障害基礎年金2級受給
・平成○○年４月に障害者支援施設○○○に入所、現在に至る。

医療の状況　※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

・○○病院（精神科）・・月１回受診（往診）
　統合失調症、不眠症治療
服薬・・食後（朝、昼、夕）に安定剤服用。

本人の主訴（意向・希望）

クッキー作りの仕事をして働きたい。

家族の主訴（意向・希望）

障害者支援施設○○○で楽しく頑張って生活してほしい。

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）	施設入所支援 生活介護	障害者支援施設○○○	生活全般の支援 （基本的生活習慣、健康管理 余暇支援など）	施設入所支援 （毎日） 生活介護 （週５日程度）	
その他の支援					

別紙２

申請者の現状（基本情報）　【現在の生活】

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分	区分５	相談支援事業者名	○○相談支援センター
				計画作成担当者	○○○○

	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00	障害者支援施設 ○○○ 施設入所	障害者支援施設 ○○○ 施設入所	障害者支援施設 ○○○ 施設入所	障害者支援施設 ○○○ 施設入所	障害者支援施設 ○○○ 施設入所		
8:00							
10:00							
12:00	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護		
14:00							
16:00						障害者支援施設 ○○○ 施設入所	障害者支援施設 ○○○ 施設入所
18:00							
20:00							
22:00	障害者支援施設 ○○○ 施設入所	障害者支援施設 ○○○ 施設入所	障害者支援施設 ○○○ 施設入所	障害者支援施設 ○○○ 施設入所	障害者支援施設 ○○○ 施設入所		
0:00							
2:00							
4:00							

主な日常生活上の活動

- 障害者支援施設○○○で24時間生活しているため、施設の日課に基づき規則正しい生活を送っている。
- 生活介護事業では、創作活動グループに所属。（ウォーキングと調理の活動が大好き。）
- 日中活動終了後毎日入浴している。
- 居室は、畳の２人部屋。
- 同世代の人と同じ部屋。
- 余暇時間は、AKB48が大好きで、自室でよくテレビを見ていたり、CDを聴いている。

週単位以外のサービス

- 土曜日：月１～３回、生活介護事業が行われる日には参加している。
- 精神科往診：月１回
- 教養講座（お茶教室）～月１回参加
- 週末帰省：月１回程度

２．視点欠落事例【チェック試行用】

様式２－１

サービス等利用計画

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分	区分５	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号					

計画作成日	2012年5月1日	モニタリング期間（開始年月	１年ごと（2013年5月～2015年５月）	利用者同意署名欄	○○　○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）	障害者支援施設○○○での生活を続け、いろんな事を経験したい。出来ない事を手伝ってもらいながら生活したい。(本人) イライラをなくしたい。(本人) 今は不安だけど、将来はグループホームで生活し、クッキー作りの仕事をしてみたい。(本人) 障害者支援施設○○○で楽しく頑張って生活してほしい。(両親)
総合的な援助の方針	楽しい施設生活を送る。
長期目標	対人関係のスキルを身に付け安定した集団生活を送る。　（１年）
短期目標	情緒の安定を図り、対人トラブルをなくす。　（６か月）

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）	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	イライラをなくしたい。	日中活動(生活介護)に参加し、楽しく過ごす。	2013年5月	・生活介護事業（週５日） ・施設入所支援（毎日）	障害者支援施設○○○ 担当者　○○○○ (※※※－※※※－※※)		2013年5月	
2	友達をつくりたい。	日中活動の中で対人関係のスキルを身に付ける。	2013年5月	・生活介護事業（週５日） ・施設入所支援（毎日）	障害者支援施設○○○ 担当者　○○○○ (※※※－※※※－※※)		2013年5月	
3	整理整頓を上手くしたい。	日常生活の中で整理整頓の支援を受け、上手になる。	2013年5月	・生活介護事業（週５日） ・施設入所支援（毎日）	障害者支援施設○○○ 担当者　○○○○ (※※※－※※※－※※)		2013年5月	
4	買い物をしたい。	支援者と一緒に買物をする。	2013年5月	・生活介護事業（週５日）	障害者支援施設○○○ 担当者　○○○○ (※※※－※※※－※※)		2013年5月	
5								
6								

様式第２－２

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分	区分5	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号					
計画開始年月	2012年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00 8:00	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設○○○で24時間生活しているため、施設の日課に基づき規則正しい生活を送っている。
10:00 12:00 14:00 16:00	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護			週単位以外のサービス
18:00 20:00 22:00 0:00 2:00 4:00	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援			

サービス提供によって実現する生活の全体像	入所施設での生活に慣れてきたが、まだまだ情緒が不安定なため、服薬を続けながら、対人関係のスキルを身に付け、施設生活に適応できるようになる。

３．視点欠落事例【解説編】

入所施設での生活が始まり 5 年経過した〇子さん。施設での生活にも慣れ、日中は、同一施設内の生活介護事業を利用し、創作活動に取り組み比較的落ち着いた生活を送っている。やっと入所施設での生活に慣れたため、両親もこのままずっと施設で生活してほしいと願っている。しかし、本人は、「不安はあるけど施設を出て、クッキー作りの仕事をしたい。」との思いを持っている。本人の思いと両親の思いが異なる中、サービス等利用計画を作成することとなった。

同一法人内にある相談支援事業所の相談支援専門員がサービス等利用計画を作成することとなったが、相談支援専門員としての立場で正確なアセスメントと専門的な判断をすることなく、今までの施設入所支援の個別支援計画をベースに計画を作成した。そのため、本人のライフステージを振り返ることなく、地域生活は無理と判断し、入所施設での生活を続けることが最善と考え、①エンパワメント・アドボカシーの視点、②ニーズに基づく計画の視点、③中立・公平性の視点が欠落した個別支援計画的なサービス等利用計画となった。

様式２－１

サービス等利用計画

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分	区分５	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号					

計画作成日	2012年5月1日	モニタリング期間（開始年月	2013年5月	利用者同意署名欄	○○　○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）		障害者支援施設○○○での生活を続け、いろんな事を経験したい。出来ない事を手伝ってもらいながら生活したい。（本人） イライラをなくしたい。（本人） 今は不安だけど、将来はグループホームで生活し、クッキー作りの仕事をしてみたい。（本人） 障害者支援施設○○○で楽しく頑張って生活してほしい。（両親）
総合的な援助の方針		楽しい施設生活を送る。
	長期目標	対人関係のスキルを身に付け安定した集団生活を送る。　（１年）
	短期目標	情緒の安定を図り、対人トラブルをなくす。　（６か月）

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	イライラをなくしたい。	日中活動(生活介護)に参加し、楽しく過ごす。	2013年5月	・生活介護事業（週５日） ・施設入所支援（毎日）	障害者支援施設○○○ 担当者　○○○○ （※※※－※※※－※※）		2013年5月	
2	友達をつくりたい。	日中活動の中で対人関係のスキルを身に付ける。	2013年5月	・生活介護事業（週５日） ・施設入所支援（毎日）	障害者支援施設○○○ 担当者　○○○○ （※※※－※※※－※※）		2013年5月	
3	整理整頓を上手くしたい。	日常生活の中で整理整頓の支援を受け、上手になる。	2013年5月	・生活介護事業（週５日） ・施設入所支援（毎日）	障害者支援施設○○○ 担当者　○○○○ （※※※－※※※－※※）		2013年5月	
4	買い物をしたい。	支援者と一緒に買物をする。	2013年5月	・生活介護事業（週５日）	障害者支援施設○○○ 担当者　○○○○ （※※※－※※※－※※）		2013年5月	
5								
6								

本人の思いや願いを無視し、家族ニーズ中心の方針となっている。

施設生活に適応するための支援者側の目標であり、本人の希望する生活を実現するための目標となっていない。

ストレングスにもとづく夢のある目標設定ではなく、訓練モデルの問題解決型目標となっている。当面の生活の安定に向けて、本人ニーズに即し、具体的支援内容が明確になっていない。

課題解決のための評価時期の設定ではなく、入所施設だから1年と機械的に当てはめられている。

留意すべき具体的な内容が記載されていない。

課題にもとづく達成時期の設定ではなく、入所施設だから1年と機械的に当てはめられている。

本人の役割がまったく記載されていない。

優先順位が不明確。

施設生活に適応するための、個別支援計画的な課題設定となっている。

同一施設内の施設入所支援と生活介護事業を利用し自己完結型の支援となっている。

様式第２－２

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分	区分５	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号					

計画開始年月	2012年5月

	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援
8:00							
10:00							
12:00	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護		
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
22:00	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援		
0:00							
2:00							
4:00							

主な日常生活上の活動

障害者支援施設○○○で24時間生活しているため、施設の日課に基づき規則正しい生活を送っている。

施設入所支援及び生活介護事業での様子や、日常生活の中での様子がわからない。
本人の強味やできること、楽しみ等のストレングスが記載されていない。

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、医療機関への受信状況、週間計画表に記載されていない継続的な支援やサービス等について記載されていない。

サービス提供によって実現する生活の全体像	入所施設での生活に慣れてきたが、まだまだ情緒が不安定なため、服薬を続けながら、対人関係のスキルを身に付け、施設生活に適応できるようになる。

本人の希望する生活とはかけ離れた、施設生活に適応するための計画となっていて、サービス等利用計画を作成し、個別支援計画との連携の中での支援により実現されるべき全体像が見えてこない。

4．標準事例【参考】

様式２－１

サービス等利用計画

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分	区分５	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画作成日	2012年5月1日	モニタリング期間（開始年月）	3か月　（2012年7月～10月）	利用者同意署名欄	○○　○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）	障害者支援施設○○○での生活を続け、いろんな事を経験したい。出来ない事を手伝ってもらいながら生活したい。(本人) イライラをなくしたい。(本人) 今は不安だけど、将来はグループホームで生活し、クッキー作りの仕事をしてみたい。(本人) 障害者支援施設○○○で楽しく頑張って生活してほしい。(両親)
総合的な援助の方針	将来の目標である地域での生活を実現するために、情緒の安定を図りながら、本人が希望する生活・社会体験を多く取り入れ自信や意欲を高め、希望の持てる生活を築く。
長期目標	生活・社会体験をたくさん取り入れ、地域生活のイメージを膨らませながら、地域で自立した生活が送れるように見通しを持つ。　（１年）
短期目標	情緒の安定を図り、将来の夢を語り合いながら、目標を持った生活をめざす。　（６か月）

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）	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	イライラをなくし落ち着いた生活をしたい。	日中活動(生活介護)に参加し、仲間を見つけて、楽しく過ごす。	2013年4月	・生活介護事業（週５日） ・施設入所支援（毎日）	障害者支援施設○○○ 担当者　○○○○ (※※※－※※※－※※)	困った時に一番相談しやすい人を見つけておく。 不調を伝える。定期受診。 毎日薬を服用する。	2012年10月	相談支援専門員が悩みを聞き相談にのる。
2	仕事をしたい（クッキーづくりをしたい。）	自分の得意な事を活かし、日中活動に参加する。 色々な就労継続支援B型事業所の見学や社会体験をしてみる。	2013年4月	・生活介護事業(週５日) ・地域の就労継続支援B型事業所見学(月1回程度) ・相談支援センター	障害者支援施設○○○ 担当者　○○○○ (※※※－※※※－※※) ○○相談支援センター 担当者　○○○○	新しい仕事にチャレンジする。 見学したい就労継続支援B型事業所を選ぶ。	2012年10月	見学・体験プランの作成を行い、目標をもって活動できるように配慮する。
2	グループホームで生活したい。	グループホーム、ケアホームの見学や体験を行う。	2013年4月	・生活介護事業（随時） ・グループホーム、ケアホームの見学※勉強会（月１回）※見学（３ヶ月に１回）※宿泊体験（年１～２回） ・相談支援センター	障害者支援施設○○○ 担当者　○○○○ (※※※－※※※－※※) ○○相談支援センター 担当者　○○○○	見学したいグループホーム・ケアホームを選ぶ。	2012年10月	体験により、将来の生活ビジョンを一緒に考え、地域生活のイメージを持つ。 関係機関、事業所とのサービス等調整会議を定期的に行う。
1	買い物をしたい。	支援者と一緒に買物をする。	2012年10月	・生活介護事業（週５日）	障害者支援施設○○○ 担当者　○○○○ (※※※－※※※－※※)	買いたい物のリストを作る。	2012年7月	
1	衣類の整理整頓を上手くしたい。	日常生活の中で整理整頓の支援を受け、上手になる。	2012年10月	・生活介護事業（週５日） ・施設入所支援（毎日）	障害者支援施設○○○ 担当者　○○○○ (※※※－※※※－※※)	出来る事は自分でする。 困った時は支援員と一緒に行いながら方法を覚える。	2012年7月	
2	お金の管理を上手くしたい。	日常生活自立支援事業について学ぶ。	2012年10月	・○○社会福祉協議会(随時) ・相談支援センター	○○市社会福祉協議会 担当者　○○○○ (※※※－※※※－※※) ○○相談支援センター 担当者　○○○○	小遣い帳をつける。	2012年7月	両親に日常生活自立支援事業について説明し、理解を得るための話し合いを行う。

様式第２－２

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分	区分５	相談支援事業者名	○○相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	○○　○○
地域相談支援受給者証番号					

計画開始年月	2012年5月1日

	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援 AM6:30起床	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援 AM6:30起床	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援 AM6:30起床	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援 AM6:30起床	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援 AM6:30起床		
8:00							
10:00							
12:00	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護	障害者支援施設 ○○○ 生活介護		
14:00						障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援 AM8:00起床 PM11:00就寝	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援 AM8:00起床 PM10:00就寝
16:00							
18:00							
20:00							
22:00	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援 PM10:00就寝	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援 PM10:00就寝	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援 PM10:00就寝	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援 PM10:00就寝	障害者支援施設 ○○○ 施設入所支援 PM11:00就寝		
0:00							
2:00							
4:00							

主な日常生活上の活動

・障害者支援施設○○○で24時間生活しているため、施設の日課に基づき規則正しい生活を送っている。
・生活介護事業では、創作活動グループに所属。（ウォーキングと調理の活動が大好き）
・日中活動終了後毎日入浴している。
・居室は、畳の２人部屋。
・同世代の人と同じ部屋。
・余暇時間は、AKB48が大好きで、自室でよくテレビを見ていたり、CDを聴いている。
・天気の良い日は、花壇の手入れをしている。

・生活介護事業の場を活用して、地域の社会資源を利用しての社会体験の機会を多くし、地域生活のイメージづくりを行う。

週単位以外のサービス

・土曜日：月１～３回、生活介護事業が行われる日には参加する。
・精神科往診：月１回
・教養講座（お茶）～月１回参加
・週末帰省：月１回程度
・日常生活自立支援事業の説明

サービス提供によって実現する生活の全体像	施設での生活が長く、社会体験が希薄なので、障害者支援施設○○○での施設入所支援・生活介護事業を利用しながら、いろんな体験を通して本人が望む地域生活（グループホーム・就労継続支援B型事業所での仕事）が実現できるよう、環境や体制を整えていく。地域に目を向けた活動を多く取り入れていくことで、地域生活に向けての視野が広がる。また、希望する生活スタイルが具体化する事によって、自信や意欲が高まり、新たな目標や地域生活の実現に近づくと思われる。

５．チェックシート試行結果【参考】

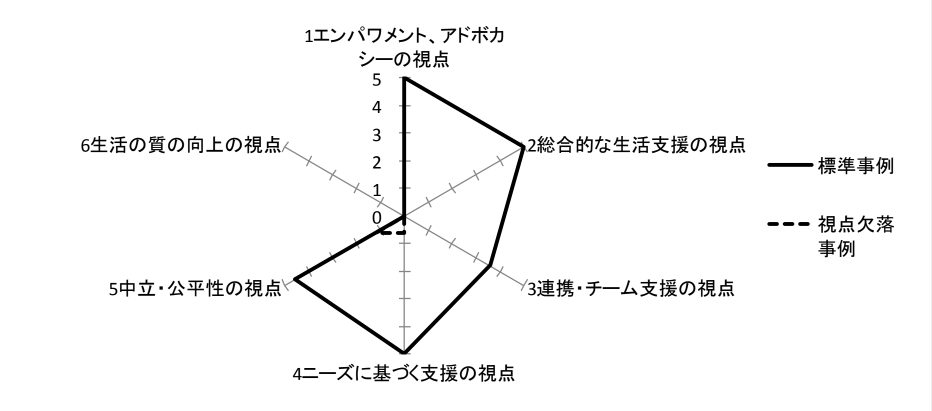
チェックシート試行結果

1：十分できている
2：できている
3：できていない、書面だけでは評価不可能

チェック項目	チェック結果	
	標準事例	視点欠落事例
1 エンパワメント、アドボカシーの視点		
① 本人の思い・希望の尊重	1	3
② 本人の強み（ストレングス）への着眼	1	3
③ 本人が行うことの明確化	1	3
④ 本人にとっての分かりやすさ	1	3
⑤ 目標設定の妥当性と権利擁護	1	3
2 総合的な生活支援の視点		
① 目指す生活の全体像の明示	1	3
② 障害福祉サービス利用に限定しない生活全体の考慮	1	3
③ 障害福祉以外のサービスやインフォーマルな支援の有無	1	3
④ 1週間、1日の生活の流れの考慮	1	3
⑤ ライフステージや将来像の意識	1	3
3 連携・チーム支援の視点		
① 支援の方向性の明確化と共有	1	3
② 役割分担の明確化	1	3
③ 個別支援計画との関係	1	3
④ サービス提供事業所の情報把握	3	3
⑤ 地域資源情報の把握	2	3
4 ニーズに基づく支援の視点		
① 本人のニーズ	1	3
② 家族の意向	1	3
③ 優先順位	1	3
④ 項目間の整合性	1	2
⑤ 相談支援専門員の総合的判断	1	3
5 中立・公平性の視点		
① サービス提供法人の偏り	2	3
② 本人ニーズとの比較	1	3
③ 同じような障害者との比較	1	3
④ 地域資源との比較	1	2
⑤ 支給決定基準の参照	1	2
6 生活の質の向上の視点		
① サービス提供状況	3	3
② 本人の感想・満足度	3	3
③ 支援目標の達成度	3	3
④ 計画の連続性	3	3
⑤ 全体の状況	3	3

【チェック結果スコア】

	標準事例	視点欠落事例
1 エンパワメント、アドボカシーの視点	5.00	0.00
2 総合的な生活支援の視点	5.00	0.00
3 連携・チーム支援の視点	3.60	0.00
4 ニーズに基づく支援の視点	5.00	0.60
5 中立・公平性の視点	4.60	1.20
6 生活の質の向上の視点	0.00	0.00



III. 事例３：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

１．基本情報

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った。 ・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う。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しまっていた。 ・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なり（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拡がり、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、実現へ向けた支援を開始。

別紙1

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	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○　○○

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

○年○月○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った。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いだし、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。

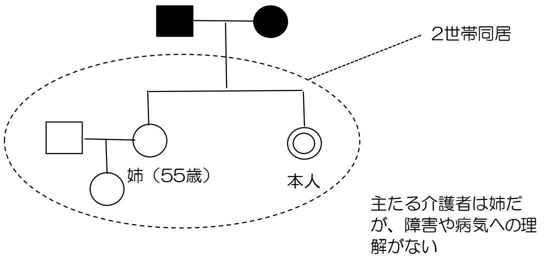
支援においては、本人の体験や他者との関わりの希薄さから希望やニーズの言語化に苦慮する。その為、本人の言葉（○○のような女性になりたい）を有効に活用し、抽象的な言葉を具体的に言語化していく作業を本人と行っていった。20年間、家族以外の他者との関わりは無かったことも考慮しながら本人とのつながりを大切にしていき、支援者を増やしていくことを目指した。

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、障害や病気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。

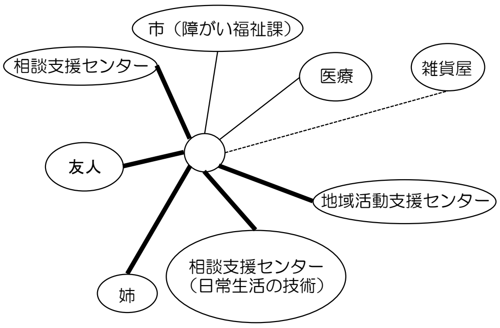
2. 利用者の状況

氏　名	○○　○子	生年月日	○年○月○日	年　齢	48歳
住　所	〒***-***　○○市○○町**-**			電話番号	○○○-○○○-○○○○
	[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

・高校はい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	○○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	○○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つける。	隔週1回	

別紙2

申請者の現状（基本情報）【現在の生活】

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○相談支援センター
				計画作成担当者	○○　○○

	月	火	水	木	金	土	日・祝
				起　床			起　床
6:00				朝　食			朝　食
	起　床				起　床		
8:00	朝　食				朝　食		
		起　床					
10:00		朝　食					
			起　床				
12:00	昼　食			昼　食	昼　食		昼　食
						起　床	
14:00			生活サポート（隔週）				
16:00		買い物		買い物		地域活動支援センターの夕食会に参加	買い物
			入　浴				
18:00	入　浴				入　浴		
	夕　食	夕　食	夕　食	夕　食	夕　食		夕　食
20:00			就　寝				
				就　寝			就　寝
22:00	就　寝						
0:00		就　寝			就　寝	就　寝	
2:00							
4:00							

主な日常生活上の活動

・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。
・深夜に洗濯をしてしまう。
・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。
・買い物は一人で行えるが、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。
・食事は冷凍食品か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

週単位以外のサービス

・定期通院へは一人で行けている。近隣へ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）。

2．視点欠落事例【チェック試行用】

様式１－１

サービス等利用計画案

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
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）	利用者同意署名欄	○○　○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。
総合的な援助の方針	生活の約束事を体験的に学習する。
長期目標	約束を守る。色々と体験を増やし、自分でできるようにする。
短期目標	姉とのトラブルを減らす。姉の言う事をきちんと聞くようにする。

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	清潔感を維持する。	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） ・地域活動支援センターで洗濯、買い物、調理（週１回）	・家事を一緒に行う	20××年５月	
2	通院を行う・服薬する。	定期通院と定期服薬の継続。	20××年7月	・相談支援事業所による定期面接時に通院と服薬の確認	・時間を決めて薬を飲むよう工夫する。	20××年５月	
3							
4							
5							
6							

様式第１－２

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
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	起　床 朝　食	起　床	起　床	起　床
10:00	朝　食	朝　食	朝　食	ヘルパー（家事）	朝　食	朝　食	朝　食
12:00	昼　食	昼　食	昼　食	昼　食	昼　食		昼　食
14:00		移動支援（買い物）		買い物（食材や雑貨等）			買い物（食材や雑貨等）
16:00						地域活動支援センター（夕食会）	
18:00	入　浴 夕　食	夕　食	入　浴 夕　食	夕　食	入　浴 夕　食		入　浴 夕　食
20:00			就　寝	就　寝			就　寝
22:00	就　寝						
0:00		就　寝			就　寝	就　寝	
2:00							
4:00							

主な日常生活上の活動

・食事は冷凍食品かお弁当を自分で買ってくるらしい。
・土曜日には地域活動支援センターに行く。

週単位以外のサービス

サービス提供によって実現する生活の全体像	・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指示するようにする。 ・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、問題あれば、姉より注意してもらう。

３．視点欠落事例【解説編】

本人は、アイドルになりたい等の希望があるが、相談支援専門員がその夢に正面から対応していない。単にサービス調整のみで、本人の権利擁護これからの生活の夢等について伴走的立場をとっていない。

また、総合的支援の視点にも欠け、本人のエンパワメントにつながっていない。

家族関係の調整も必要であるが、役割りを決めるのみで対応策を検討していない。

社会資源の活用や、幅広い地域資源との調整をしていないで、支援センターが把握しているのみである。

相談の入口から、ストレングスの視点や本人ニーズを無視した相談支援の展開が明確な欠落計画となっている。

様式1－1

サービス等利用計画案

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号					

計画案作成日	20××年4月	モニタリング期間（開始年月）	毎月（３ヶ月間）	利用者同意署名欄	○○　○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。
総合的な援助の方針	生活の約束事を体験的に学習する。
長期目標	約束を守る。色々と体験を増やし、自分でできるようにする。
短期目標	姉とのトラブルを減らす。姉の言う事をきちんと聞くようにする。

アセスメント段階から、支援者が無理と判断している。

サービス提供する支援者のみの視点

努力目標を掲げているのみ

家族関係も無視している。

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	清潔感を維持する。	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） ・地域活動支援センターで洗濯、買い物、調理（週１回）	・家事を一緒に行う	20××年５月	
2	通院を行う・服薬する。	定期通院と定期服薬の継続。	20××年7月	・相談支援事業所による定期面接時に通院と服薬の確認	・時間を決めて薬を飲むよう工夫する。	20××年５月	
3							
4							
5							
6							

内容と頻度に関連性が無い

サービスに直結する課題のみ記載し、本人の夢の部分は無視している。

単なる努力目標を掲げている。

単なる努力目標を掲げているのみで、本人の夢や意向を無視している。相談支援専門員が自ら直接支援を記載している。

評価・達成時期に根拠が無い。

様式第1－2

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
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							
9:00	起　床	起　床	起　床	起　床	起　床	起　床	起　床
10:00	朝　食	朝　食	朝　食	朝　食 ヘルパー（家事）	朝　食	朝　食	朝　食
12:00							
13:00	昼　食	昼　食	昼　食	昼　食	昼　食		昼　食
14:00		移動支援（買い物）		買い物（食材や雑貨等）			買い物（食材や雑貨等）
16:00						地域活動支援センター（夕食会）	
18:00	入　浴		入　浴		入　浴		入　浴
19:00	夕　食	夕　食	夕　食	夕　食	夕　食		夕　食
20:00			就　寝				
21:00				就　寝			就　寝
22:00	就　寝						
0:00		就　寝			就　寝	就　寝	
2:00							
4:00							

単に一日の予定を記載しているのみである。

通所へのアクセス情報が無い

就寝時間の乱れへの支援無し

主な日常生活上の活動

・食事は冷凍食品かお弁当を自分で買ってくるらしい。
・土曜日には地域活動支援センターに行く。

本人の生活状況を適切に把握していない。

週単位以外のサービス

何も把握していない。

サービス提供によって実現する生活の全体像

・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指示するようにする。
・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、問題あれば、姉より注意してもらう。

支援することでの実現できる生活像がイメージされていない。最終的に姉に依存した全体像になっている。

4．標準事例【参考】

様式１－１

サービス等利用計画案

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
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	○○　○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	通常の家事のパターンを覚えて姉とのトラブルを減らす。

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	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繋いでいく ・地域活動支援センターで洗濯、買い物、調理（週１回）	・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	・相談支援事業所による定期面接時に通院と服薬の確認 ・就寝時間の確認　（居宅介護時：週１回）	・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定期訪問を通して、姉に本人への理解を促し、本人のできることを伝えていく（居宅介護時：週１回）	・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	おしゃれな女性に見られたい。	年齢に応じた(常識的な）身なりをする。	20××年10月	・移動支援による衣類や雑貨の買い物同行（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に繋いでいく	・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	・相談支援専門員と日中活動先の見学を行い、通う先を選定（適宜）	・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る	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	○○　○子	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
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	起　床	朝　食	起　床	起　床	起　床
10:00	朝　食	朝　食	朝　食	ヘルパー（家事）	朝　食	朝　食	朝　食
12:00							
	昼　食	昼　食	昼　食	昼　食	昼　食	地域活動支援センター（洗濯、昼食）	昼　食
14:00	日中活動事業所（選定、見学）	移動支援（買い物）	日中活動事業所（選定、見学）	買い物（食材や雑貨等）			買い物（食材や雑貨等）
16:00						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		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							

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。
- 買い物は一人で行えるが、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。
- 食事は冷凍食品か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）。
- 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しまう。

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、色々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行っていく。 ・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、服薬も安定し就寝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くる。 ・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。

５．チェックシート試行結果【参考】

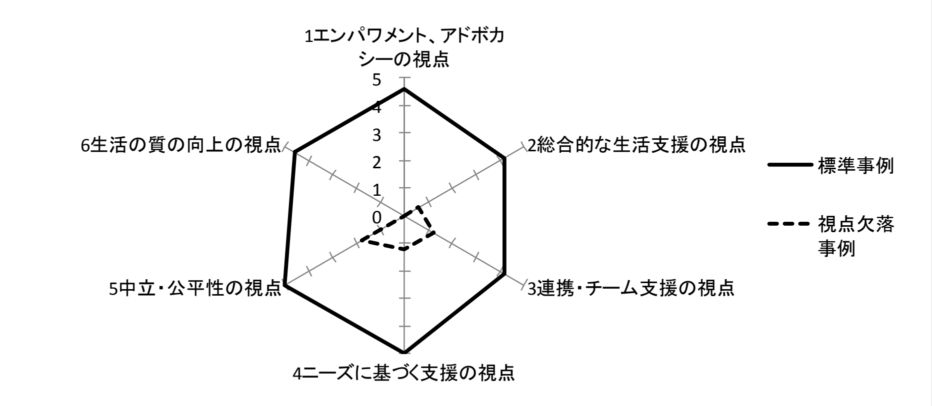
チェックシート試行結果

1：十分できている
2：できている
3：できていない、書面だけでは評価不可能

チェック項目	チェック結果	
	標準事例	視点欠落事例
1 エンパワメント、アドボカシーの視点		
① 本人の思い・希望の尊重	1	3
② 本人の強み（ストレングス）への着眼	1	3
③ 本人が行うことの明確化	1	3
④ 本人にとっての分かりやすさ	2	3
⑤ 目標設定の妥当性と権利擁護	1	3
2 総合的な生活支援の視点		
① 目指す生活の全体像の明示	1	3
② 障害福祉サービス利用に限定しない生活全体の考慮	2	3
③ 障害福祉以外のサービスやインフォーマルな支援の有無	1	3
④ 1週間、1日の生活の流れの考慮	1	2
⑤ ライフステージや将来像の意識	2	3
3 連携・チーム支援の視点		
① 支援の方向性の明確化と共有	1	3
② 役割分担の明確化	1	3
③ 個別支援計画との関係	2	2
④ サービス提供事業所の情報把握	2	2
⑤ 地域資源情報の把握	1	3
4 ニーズに基づく支援の視点		
① 本人のニーズ	1	3
② 家族の意向	1	3
③ 優先順位	1	2
④ 項目間の整合性	1	2
⑤ 相談支援専門員の総合的判断	1	3
5 中立・公平性の視点		
① サービス提供法人の偏り	1	2
② 本人ニーズとの比較	1	3
③ 同じような障害者との比較	1	3
④ 地域資源との比較	1	2
⑤ 支給決定基準の参照	1	2
6 生活の質の向上の視点		
① サービス提供状況	1	3
② 本人の感想・満足度	1	3
③ 支援目標の達成度	1	3
④ 計画の連続性	1	3
⑤ 全体の状況	2	3

【チェック結果スコア】

	標準事例	視点欠落事例
1 エンパワメント、アドボカシーの視点	4.60	0.00
2 総合的な生活支援の視点	4.20	0.60
3 連携・チーム支援の視点	4.20	1.20
4 ニーズに基づく支援の視点	5.00	1.20
5 中立・公平性の視点	5.00	1.80
6 生活の質の向上の視点	4.60	0.00



Ⅳ．事例４：地域での安心した暮らしを支えた事例

１．基本情報

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	○○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り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。

別紙1

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○○	計画作成担当者	○○ ○○

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。

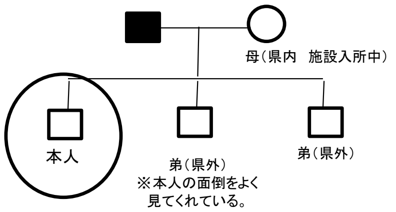
しかし、自分だけの自由な暮らしをしたいと考え、アパートでの一人暮らしを決意する。会社からの紹介もあり、近くのアパートを借りることができ、念願であった一人ぐらしを実現することができた。しかし、それまで一人暮らしの経験がなく、調理や洗濯等の日常生活面や、金銭管理の管理など、十分できないまま、どこからの支援も受けることなく、生活を送っていた。

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、お金に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。

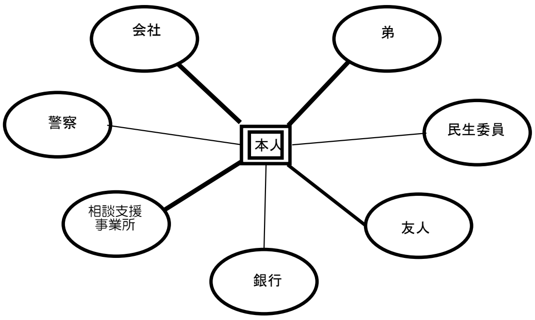
2. 利用者の状況

氏　名	○○ ○○	生年月日	昭和○○年○月○日	年　齢	50歳
住　所	〒000-0000 ○○市○○町○丁目○○番地 ○○アパート ○○○号			電話番号	○○○-○○○-○○○○
	[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	○○○-○○○-○○○○
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

○○病院（循環器科） 主治医：○○医師
※平成○○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	

別紙2

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	区分　２	相談支援事業者名	障害者生活支援センター○○
				計画作成担当者	○○　○○

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

主な日常生活上の活動

・仕事から帰ってからは、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。

週単位以外のサービス

・友人が時々遊びに来て相談にのってくれている。

２．視点欠落事例【チェック試行用】

様式１－１

サービス等利用計画

利用者氏名	○○　○○	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○○
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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号					
計画作成日	20××年4月○○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	○○　○○

利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）	このまま自宅で暮らしたい。 安心して暮らせるようにしたい。
総合的な援助の方針	本人が安心して暮らせる環境を整える。
長期目標	不安をなくすことができるよう、施設も利用しながら在宅での生活を維持していく。
短期目標	自分でできないことは支援をしてもらい、生活を整えていく。

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	評価時期	その他留意事項
1	お金の管理（自分でも管理）	だまされて契約したり、取られたりしないよう管理してもらう。	20××年７月	・日常生活自立支援事業（金銭管理）	・障害者生活支援センター○○ ・○○社協	・無駄づかいをしないようにする。	20××年５月	
2	緊急時の不安	施設で保護してもらう。	20××年７月	・短期入所（一時的に利用する）	・○○事業所（担当：○○○○） ・障害者生活支援センター○○	・施設での生活に慣れる。	20××年５月	
3	病気を悪化させない	薬をきちんと飲む。	20××年７月	・家事援助（服薬管理をしてもらう）（１時間/週４回）	・○○事業所（担当：○○○○）	・薬の飲み忘れをしない。	20××年５月	
4	食事の準備	ヘルパーに調理をしてもらう。	20××年７月	・家事援助　（１時間/週4回）	・○○事業所（担当：○○○○）	・自分でもできるところはやる。	20××年５月	
5	清潔を保つ	ヘルパーに掃除をしてもらう。	20××年７月	・家事援助　（１時間/週４回）	・○○事業所（担当：○○○○）	・自分でもできるところはやる。	20××年５月	

様式２－２

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	○○　○○	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○○
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	○○　○○
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	主な日常生活上の活動
6:00	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床	起床	・仕事から帰ってからは、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。
8:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事	朝食	朝食	
10:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事	外出	礼拝	
12:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事	外出	外出（買物・支援センター等）	
14:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事	ヘルパー	外出（買物・支援センター等）	
16:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事		外出（買物・支援センター等）	**週単位以外のサービス**
18:00	ヘルパー 夕食	夕食	ヘルパー 夕食	夕食	ヘルパー 夕食	夕食	夕食	・不安な時、短期入所を利用する。
20:00	民生委員・友人（不定期の様子確認）	民生委員・友人（不定期の様子確認）	民生委員・友人（不定期の様子確認）	民生委員・友人（不定期の様子確認）	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	就寝	
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	・不安がない生活が送れるように関係機関で連携して解決へ向けて行く。日常生活面での改善も必要。

３．視点欠落事例【解説編】

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。本人は、「施設には行きたくない」と自宅での暮らしを希望したが、本人の思いより施設の方が安心であるという支援者側の判断により、本人をなんとか説得して施設での短期入所で対応するという、本人ニーズより支援者側のニーズが優先されたサービス等利用計画となっている。相談支援専門員として、本人の思いをいかに実現していくかという視点が欠落している。本人は意欲的な性格で、教えることで、できる可能性を持っている。しかし、これまで十分な支援がなく、適切な支援が行われてこなかったことで、日常生活に困難が生じている。本人のストレングスに焦点をあて、「できる」力を高めるというエンパワメントの視点ではなく、マイナス部分のみに着目した計画となっている。

また、サービス内容について、フォーマルな支援に視点を置いた計画となっており、インフォーマルな支援も含め、多様な支援サービスの中から、本人ニーズに基づく適切な支援内容とはなっていない。

その他、本人ニーズや課題に対して、どの機関がどのように支援していくのか、具体的な内容が記載されていないため、支援の全体像と支援目標、役割分担が明確になっていないことや、本人がわかりやすく、理解しやすいように配慮された計画となっていない。

様式１－１

サービス等利用計画

利用者氏名	○○　○○	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○○
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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号					

計画作成日	20××年4月○○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	○○　○○

利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）	このまま自宅で暮らしたい。 安心して暮らせるようにしたい。
総合的な援助の方針	本人が安心して暮らせる環境を整える。
長期目標	不安をなくすことができるよう、施設も利用しながら在宅での生活を維持していく。
短期目標	自分でできないことは支援をしてもらい、生活を整えていく。

・本人がどのような生活をしたいと思っているのか、思いや希望、家族の意向など十分に汲み取って表現されていない。誰の意向かが区別され、記載されていない。

・本人の思いとは別の長期目標が設定され、ストレングスが評価され、意欲を高めるような目標となっていない。また、目標が漠然としており、本人や関係者にとってわかりにくく、方向性があいまいで、具体的な記載となっていない。

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	お金の管理（自分でも管理）	だまされて契約したり、取られたりしないよう管理してもらう。	20××年７月	・日常生活自立支援事業（金銭管理）	・障害者生活支援センター○○ ・○○社協	・無駄づかいをしないようにする。	20××年	
2	緊急時の不安	施設で保護してもらう。	20××年７月	・短期入所（一時的に利用する）	・○○事業所（担当：○○○○） ・障害者生活支援センター○○	・施設での生活に慣れる。	20××年	
3	病気を悪化させない	薬をきちんと飲む。	20××年７月	・家事援助（服薬管理をしてもらう）（１時間/週４回）	・○○事業所（担当：○○○○）	・薬の飲み忘れをしない。	20××年５	
4	食事の準備	食事の準備が自分でできるようになる。	20××年７月	・家事援助　（１時間/週4回）	・○○事業所（担当：○○○○）	・ヘルパーに教えてもらう。	20××年５月	
5	清潔を保つ	ヘルパーに掃除をしてもらう。	20××年７月	・家事援助　（１時間/週４回）	・○○事業所（担当：○○○○）	・自分でもできるところはやる。	20××年５月	

・「なるべく自分でも管理がしたい」というニーズに対して、本人ができる能力の部分での支援サービスや役割が用意されていない。・支援目標に対するサービスの内容が、トータルな生活の視点での権利を守ることを考えると適切とは言えない。

「施設には行きたくない」という思いに対して、本人の思いとは違う「短期入所」などの福祉サービスが組まれている。思いをどうしたら実現できるかの視点でサービス内容が検討されていない。

・支援 目標が実現可能で意欲を持てる内容となっていない。・本人ができそうな役割があまり明確とはいえない。・全体として本人の思い・希望、ストレングスを意識した内容となっていない。

様式2－2

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	○○　○○	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○○
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	○○　○○
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		
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	起床	起床
8:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事	朝食	朝食
10:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事	外出	礼拝
12:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事	外出	外出（買物・支援センター等）
14:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事	ヘルパー	外出（買物・支援センター等）
16:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事		外出（買物・支援センター等）
18:00	ヘルパー		ヘルパー		ヘルパー		
	夕食	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）	民生委員・友人（不定期の様子確認）	民生委員・友人（不定期の様子確認）	民生委員・友人（不定期の様子確認）	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	就寝
0:00							
2:00							
4:00							

主な日常生活上の活動

・仕事から帰ってからは、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。

週間計画表に記載されていない、生活の中での楽しみや趣味、余暇活動など記載がされていない。

週単位以外のサービス

・不安な時、短期入所を利用する。

サービス提供によって実現する生活の全体像	・不安がない生活が送れるように関係機関で連携して解決へ向けて行く。日常生活面での改善も必要。

・支援サービスを提供することで、どのような生活が実現できるのか、本人の思いや希望がどう実現できるのか記載されていない。

４．標準事例【参考】

様式１－１

サービス等利用計画

利用者氏名	○○　○○	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○○
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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画作成日	20××年4月○○日	モニタリング期間（開始年月）	毎月/３か月間（2011年5月～7月）	利用者同意署名欄	○○　○○

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。
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けるようにします。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します。
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します。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を行います。（※司法書士にお金の管理をしてもらいます。）	・弟（申請手続き） ・○○司法書士事務所（名前：○○○○）	・手続きなどの話し合いの時に一緒に話しを聞いていてください。 ・自分の意思を言ってください。	20××年５月	
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	・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○○（担当：○○○○）	・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い。	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。	障害者生活支援センター○○（担当：○○○○） ・○○警察署 ・民生委員（名前：○○○○） ・友人	・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めるようにしたい。	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。	・○○事業所（担当：○○○○） ・障害者生活支援センター○○（担当：○○○○）	・毎日、飲み忘れがないように自分でも確認してください。	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をしてもらう。※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なる。	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。	・○○事業所（担当：○○○○）	・ヘルパーと一緒に調理しながら、覚えていきましょう。	20××年５月	
6	部屋の掃除がきちんとできるようになりたい。	部屋をきれいにすることができるように、教えてもらいながら掃除のやり方を覚ていく。	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。	・○○事業所（担当：○○○○）	・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しょう。	20××年５月	

様式２－２

サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名	○○　○○	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○○
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	○○　○○
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		
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	起床	起床
8:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事	朝食	朝食
10:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事	外出	礼拝
12:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事	外出	外出（買物・支援センター等）
14:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事	ヘルパー	外出（買物・支援センター等）
16:00	仕事	仕事	仕事	仕事	仕事		外出（買物・支援センター等）
18:00	ヘルパー		ヘルパー		ヘルパー		
	夕食	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	就寝
0:00	警察巡回（不定期）・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は、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いく。
・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ていくことが多い。

サービス提供によって実現する生活の全体像	・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、生活環境面での乱れがあった。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。

５．チェックシート試行結果【参考】

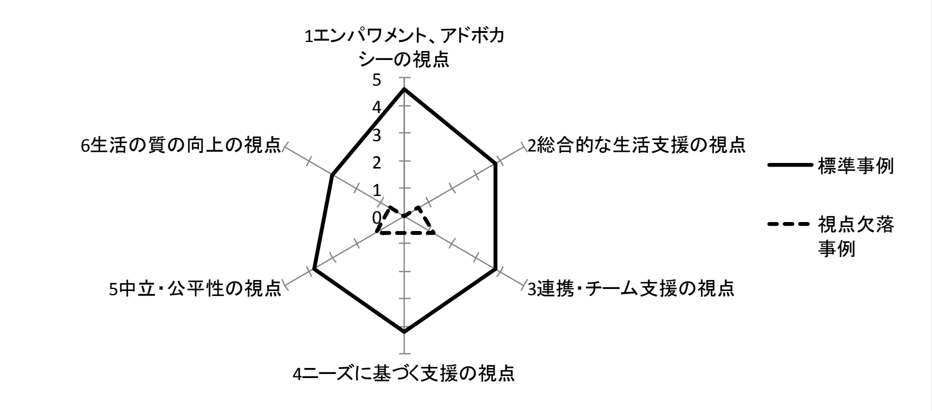
チェックシート試行結果

1:十分できている
2:できている
3:できていない、書面だけでは評価不可能

チェック項目	チェック結果	
	標準事例	視点欠落事例
1 エンパワメント、アドボカシーの視点		
① 本人の思い・希望の尊重	1	3
② 本人の強み（ストレングス）への着眼	1	3
③ 本人が行うことの明確化	1	3
④ 本人にとっての分かりやすさ	1	3
⑤ 目標設定の妥当性と権利擁護	2	3
2 総合的な生活支援の視点		
① 目指す生活の全体像の明示	1	3
② 障害福祉サービス利用に限定しない生活全体の考慮	1	3
③ 障害福祉以外のサービスやインフォーマルな支援の有無	2	3
④ １週間、１日の生活の流れの考慮	2	2
⑤ ライフステージや将来像の意識	2	3
3 連携・チーム支援の視点		
① 支援の方向性の明確化と共有	1	3
② 役割分担の明確化	1	3
③ 個別支援計画との関係	2	3
④ サービス提供事業所の情報把握	2	2
⑤ 地域資源情報の把握	2	2
4 ニーズに基づく支援の視点		
① 本人のニーズ	1	3
② 家族の意向	1	3
③ 優先順位	1	2
④ 項目間の整合性	2	3
⑤ 相談支援専門員の総合的判断	2	3
5 中立・公平性の視点		
① サービス提供法人の偏り	1	2
② 本人ニーズとの比較	1	3
③ 同じような障害者との比較	2	3
④ 地域資源との比較	2	3
⑤ 支給決定基準の参照	2	2
6 生活の質の向上の視点		
① サービス提供状況	2	3
② 本人の感想・満足度	2	3
③ 支援目標の達成度	2	2
④ 計画の連続性	2	3
⑤ 全体の状況	2	3

【チェック結果スコア】

	標準事例	視点欠落事例
1 エンパワメント、アドボカシーの視点	4.60	0.00
2 総合的な生活支援の視点	3.80	0.60
3 連携・チーム支援の視点	3.80	1.20
4 ニーズに基づく支援の視点	4.20	0.60
5 中立・公平性の視点	3.80	1.20
6 生活の質の向上の視点	3.00	0.60



V. 事例５：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

１．基本情報

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を聞き（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ー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、看護士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士、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、お弁当やさんといった社会資源が拡がっていく）。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。 　定期的に自宅へ訪問し、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。

別紙1

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	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○　　○○

1．概要（支援経過・現状と課題等）

○○年○○月○○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。（○○年○○月○○日）

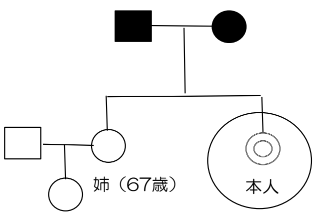
退院後の単身生活において本人の望む地域での生活を継続していくため、緊急時の対応やインフォーマルサービスとのつなぎを中心に、地域定着のためのサービス等利用計画を作成し、地域定着支援を実施し、現在に至る。現在は買い物や調理などの支援も含めて当センターで生活支援を実施している。

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。

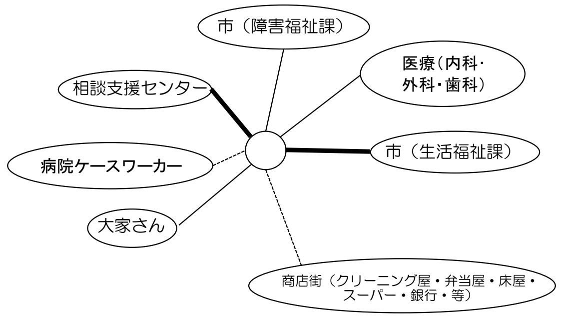
2．利用者の状況

氏　名	○○　○美	生年月日	○年○月○日	年　齢	62歳
住　所	〒***-***　○○市○○町**-**			電話番号	○○○-○○○-○○○○
	［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）	・地域定着支援 （緊急時対応、見守り支援）	○○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	・調理等家事全般 ・買い物支援	○○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

別紙2

申請者の現状（基本情報）【現在の生活】

利用者氏名	○○　○美	障害程度区分	区分３	相談支援事業者名	○○相談支援センター
				計画作成担当者	○○　　○○

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								・買い物等、日常生活全般に関する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。 ・大好きなＴＶドラマを朝と昼の2回見ることが楽しみ。 ・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。
	起　床	起　床	起　床	起　床	起　床	起　床	起　床	
8:00	ＴＶドラマ・朝食	ＴＶドラマ・朝食	ＴＶドラマ・朝食	ＴＶドラマ・朝食	ＴＶドラマ・朝食	ＴＶドラマ・朝食	朝食	
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）		自宅（テレビ等）	自宅（テレビ等）	
16:00					買い物・調理等			**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								
	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								

２．視点欠落事例【チェック試行用】

様式１－１

サービス等利用計画案

利用者氏名	○○　○美	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号	1234567890				

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か月）	利用者同意署名欄	○○　○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）	地域で安定した生活を維持させる。
総合的な援助の方針	緊急時の対応により、本人の生活を維持する。
長期目標	再度入院しないように支援する。
短期目標	関係者の支援で生活を維持する。テレビの時間を減らす。

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	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	地域定着支援	緊急事態には電話をする	20××年５月	
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	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	指示に従う。	20××年５月	食事中は、テレビを消す。
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	相談支援センターでの訪問時、ゴミの分別	ゴミの分別	20××年７月	
4	必要な買物に行く	近隣の商店で買い物	20××年７月	買い物や銀行へ行く。	一人で行く。	20××年７月	外出することでテレビの時間を減らす。
5							
6							

様式第１－２

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名	○○　○美	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	20××年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00							
8:00	起　床 朝　食 ゴミ収集	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		ヘルパー（家事）	外出（買い物）			外出（買い物）	
12:00	昼　食	昼　食	昼　食	昼　食	昼　食	昼　食	昼　食
14:00	外出（買い物）				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	夕　食
22:00	就　寝	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

・自宅では特に何をするのではなく過ごしている。
・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。

週単位以外のサービス

その他、緊急時には連絡する。

サービス提供によって実現する生活の全体像	・本人と商店や銀行に自分で行く。 ・長期による病院での生活から地域での生活での体験を増やす。

３．視点欠落事例【解説編】

長期入院より地域での生活へ移行した利用者に対し相談からサービス等利用計画の作成を行っているが、本人の希望を無視し、管理的なサービス提供を行っている。

本人の生活の楽しみや等についても、テレビを禁止したり、生活全般に管理的な視点が強い。

地域での生活を維持する為にサービス調整しているのみのプランで、楽しみや生活の張り合い等が制限されている。

単に地域で暮らせれば良いのでは無く、もっと地域の社会資源とつながる視点が必要である。

特に、長期入院から地域へ移行した場合は、地域生活の不安等について、どの様に解消していくかは大切な視点であり、関係者とのネットワーク役割分担がより必要である。

また、相談支援専門員独りの思いで支援を組み立てずに、医療情報等の情報収集等もより行うべきである。

様式1－1

サービス等利用計画案

利用者氏名	○○　○美	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号	1234567890				

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か月）	利用者同意署名欄	○○　○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）	地域で安定した生活を維持させる。
総合的な援助の方針	緊急時の対応により、本人の生活を維持する。
長期目標	再度入院しないように支援する。
短期目標	関係者の支援で生活を維持する。テレビの時間を減らす。

本人の意向を記載しないで、相談支援専門員の目標を意向に記載している。

総合的な援助方針になっていない。

長期目標でなく、相談支援専門員の希望。

本人の力・楽しみを無視し、目標設定している。

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。	20××年4月	地域定着支援	緊急事態には電話をする	20××年５月	
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	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	指示に従う。	20××年５月	食事中は、テレビを消す。
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	相談支援センターでの訪問時、ゴミの分別	ゴミの分別	20××年７月	
4	必要な買物に行く	近隣の商店で買い物	20××年７月	買い物や銀行へ行く。	一人で行く。	20××年７月	外出することでテレビの時間を減らす。
5							
6							

解決すべき課題が、本人のニーズで無い。
生活維持することのみで、本人の楽しみや生活に関わる支援の整理ができていない。

本人の力や支援の必要性を判断していない。

どの様な支援が必要か検討していない。

本人の意向無視

命令的で決めつけている。

達成時期に向けた評価を意識していない。

本人の楽しみを制限し、管理的な記載のみ行っている。

様式第１－２

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名	○○　○美	障害程度区分	区分3	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	20××年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00							
7:00	起　床	起　床	起　床	起　床	起　床	起　床	起　床
8:00	朝　食	朝　食	朝　食	朝　食	朝　食	朝　食	朝　食
9:00	ゴミ収集						
10:00			外出（買い物）			外出（買い物）	
11:00		ヘルパー（家事）					
12:00	昼　食	昼　食	昼　食	昼　食	昼　食	昼　食	昼　食
14:00	外出（買い物）				ヘルパー（入浴・家事）		
16:00							
18:00							
19:00	夕　食	夕　食	夕　食	夕　食	夕　食	夕　食	夕　食
20:00							
21:00	就　寝	就　寝	就　寝	就　寝	就　寝	就　寝	就　寝
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							

> 単に、テレビ等の制限をし、本人の生活全体のイメージができていない。関わりについても充分で無く、単にサービス調整を一部したのみである。

主な日常生活上の活動

・自宅では特に何をするのではなく過ごしている。
・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。

> 生活上の活動内容等について把握していない。
> 生活の質の向上の判断をしていない。

週単位以外のサービス

その他、緊急時には連絡する。

> サービスの把握や必要性の判断がされていない。

サービス提供によって実現する生活の全体像	・本人と商店や銀行に自分で行く。 ・長期による病院での生活から地域での生活での体験を増やす。

> 本人の週間予定を作成したのみで、計画の中から将来に対する準備や、本人の希望を叶える視点が欠落している。

4．標準事例【参考】

様式2－1

サービス等利用計画

利用者氏名	○○　○美	障害程度区分	区分　３	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号	1234567890				

計画作成日	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	○○　○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をできるようになる。
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なる。

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)	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	地域定着支援【継続】		緊急事態には電話をする	20××年5月	
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	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		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		地域のルールに従ったゴミの出し方を覚える。	20××年７月	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		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	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		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	買い物や銀行への同行を通して、地域の支援者を増やしていく		一人で買い物や銀行へ行く	20××年７月	
6								

様式第１－２

サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名	○○　○美	障害程度区分	区分　３	相談支援事業者名	○○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	○○　○○
地域相談支援受給者証番号	1234567890				
計画開始年月	20××年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00							
7:00	起　床	起　床	起　床	起　床	起　床	起　床	起　床
8:00	ＴＶドラマ・朝食	ＴＶドラマ・朝食	ＴＶドラマ・朝食	ＴＶドラマ・朝食	ＴＶドラマ・朝食	ＴＶドラマ・朝食	朝　食
9:00	ふれあい収集						
10:00			外出（買い物）			外出（買い物）	
11:00		ヘルパー（家事）					
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	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				外出同行（相談支援センター）			
18:00							
19:00	夕　食	夕　食	夕　食	夕　食	夕　食	夕　食	夕　食
20:00							
21:00	就　寝	就　寝	就　寝	就　寝	就　寝	就　寝	就　寝
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							

主な日常生活上の活動

・自宅では特に何をするのではなく、テレビを付けっぱなしにして一人で過ごすことが多い。
・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ドラマを朝と昼の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。
・入浴は一人では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不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。

サービス提供によって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、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により安心が増大していく。 ・地域でサービスを利用しながらの生活を持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。

５．チェックシート試行結果【参考】

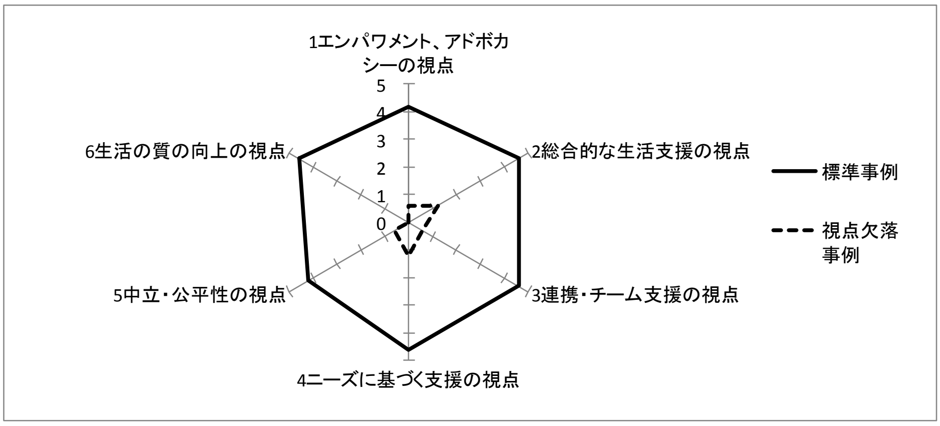
チェックシート試行結果

1：十分できている
2：できている
3：できていない、書面だけでは評価不可能

チェック項目	チェック結果	
	標準事例	視点欠落事例
1 エンパワメント、アドボカシーの視点		
① 本人の思い・希望の尊重	1	3
② 本人の強み（ストレングス）への着眼	1	3
③ 本人が行うことの明確化	2	3
④ 本人にとっての分かりやすさ	1	2
⑤ 目標設定の妥当性と権利擁護	2	3
2 総合的な生活支援の視点		
① 目指す生活の全体像の明示	1	2
② 障害福祉サービス利用に限定しない生活全体の考慮	1	3
③ 障害福祉以外のサービスやインフォーマルな支援の有無	1	3
④ １週間、１日の生活の流れの考慮	1	3
⑤ ライフステージや将来像の意識	2	2
3 連携・チーム支援の視点		
① 支援の方向性の明確化と共有	1	3
② 役割分担の明確化	1	3
③ 個別支援計画との関係	1	3
④ サービス提供事業所の情報把握	2	2
⑤ 地域資源情報の把握	1	3
4 ニーズに基づく支援の視点		
① 本人のニーズ	1	3
② 家族の意向	2	3
③ 優先順位	1	2
④ 項目間の整合性	1	2
⑤ 相談支援専門員の総合的判断	1	3
5 中立・公平性の視点		
① サービス提供法人の偏り	1	3
② 本人ニーズとの比較	1	3
③ 同じような障害者との比較	2	3
④ 地域資源との比較	1	3
⑤ 支給決定基準の参照	2	2
6 生活の質の向上の視点		
① サービス提供状況	2	3
② 本人の感想・満足度	1	3
③ 支援目標の達成度	1	3
④ 計画の連続性	1	3
⑤ 全体の状況	1	3

【チェック結果スコア】

	標準事例	視点欠落事例
1 エンパワメント、アドボカシーの視点	4.20	0.60
2 総合的な生活支援の視点	4.60	1.20
3 連携・チーム支援の視点	4.60	0.60
4 ニーズに基づく支援の視点	4.60	1.20
5 中立・公平性の視点	4.20	0.60
6 生活の質の向上の視点	4.60	0.00



Ⅵ．事例６：発達障害と診断され子育てについて不安を抱いている母子家庭の事例

１．基本情報

１．事例の概要

3歳児健診時、多動で落ち着きがなく課題に取り組むことができず、「発達が気になる」と指摘された。個別の発達相談を勧められたが、不安な気持ちで帰宅して相談にも行けず日々子育てに悩んでいた。知人から相談支援センターを紹介され、思い切って電話をしたことから総合的な子育て支援を受けることとなった。

２．利用者の状況

年齢・性別	3歳　女性
障害の状況	発達障害(AD/HD)
主な生活歴	○年○月2800ｇで正常出産。母親は育児休暇を取り1年間育児に専念した。その後、復職し本児は○○保育園に入園。○年（本児２歳時）に離婚。1歳半健診では異常を指摘されなかった。3歳児健診で発達が気になると指摘される。その後、○○相談支援センターに相談し、支援が始まる。発達相談で小児科を受診し、AD/HDと診断される。
経済状況	母親の収入と養育費で経済的には安定している。
健康状況	体調は、安定している。
家族状況	母・本人・弟の3人家族。 近所に母方の祖父母が住んでいて協力的。
利用者の主訴	発達の特性にあった支援を受けることにより、子育ての不安を解消し、楽しい園生活や家庭・地域生活を送りたい。
特記事項	母子家庭で、仕事と育児の両立のため、精一杯の生活を送っている。

3.相談に至る経緯（背景といきさつ）

母親から「子育てに自信がない。」との電話を受ける。3歳児健診で○子ちゃんが「発達が気になる」との指摘を受けたが、誰にもどこにも相談することなく悶々と悩み過ごしたことや、家庭や保育園での様子など、子育ての不安や悩みが訴えられた。電話相談を受け、母親の不安な様子を察知し、すぐに相談支援専門員が家庭を訪問し、母親から直接話を聞いた。

4.具体的支援内容・経過

家庭を訪問してみると、○子ちゃんは落ち着きがなく家の中で動き回っていた。「道路に飛び出すし、買物の時も手を離すと居なくなり目が離せない。」等、母親から子育ての不安や悩みが訴えられた。3歳児健診を担当した市こども課保健師と通園している保育園の保育士から、健診時の状況と発達について気になる点を確認した。基本的な情報を収集した上で、サービス等調整会議を開催（母親、相談支援専門員、市子ども課保健師、保育園保育士、市障害福祉担当の5人）。○子ちゃんへの発達支援と家族支援を組み合わせた支援方向を確認し、障害児等療育支援事業を活用し、訪問療育による発達・家族支援と施設支援による保育園への支援を組み合わせて実施することとなった。障害児等療育支援事業の訪問スタッフによるサービス等調整会議を開催し、大まかな支援方針を決定した。スタッフは、市子ども課保健師、相談支援専門員と地域の療育スタッフ(児童発達支援センター支援員、臨床心理士)。地域の専門スタッフによる定期的・継続的な相談支援の実施により、母親の子育てに対する不安が軽減された。母親は、さらに○子ちゃんの発達に合った支援の必要性を感じ専門機関での診断を希望したため、発達に詳しい小児科医を紹介した。小児科を受診し、AD/HDの診断を受け、児童発達支援センターの利用を勧められた。 2か月に1度のサービス等調整会議を実施してきたが、小児科医からの勧めと母親からの希望もあり、児童発達支援センターを見学した。母親は、一人ひとりの発達に合わせたきめ細やかな個別支援や利用している保護者の話を聞き児童発達支援センターの利用を希望した。母親の希望に基づき、保育園と児童発達支援センターの利用に向けての調整を行った。保育園を利用しつつ児童発達支援センターに併行通園する内容で、母親とともに、市障害福祉課に申請することとなった。市障害福祉課から障害児支援利用計画案を提出するよう指示があったので、相談支援専門員が作成した計画案を提出し、支給決定となった。当初、１か月に１度、その後、３か月に1度のモニタリングを行い、サービス等の調整を行った。

別紙1

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	○○相談支援センター	計画作成担当者	○○　○○

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

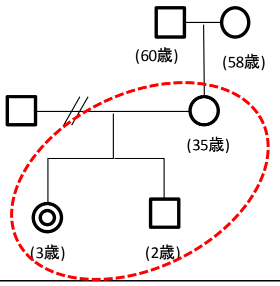
3 歳児健診時、多動で落ち着きがなく課題に取り組むことができず「発達が気になる」と指摘された。個別の発達相談を勧められたが不安な気持ちで帰宅し子育てに悩む日々を送っていた。知人から「専門の相談機関に相談してみては？」とのアドバイスを受け、相談支援センターに思い切って電話をしたことから相談支援が始まった。相談支援センターの相談支援専門員と健診を担当した市子ども課保健師が家庭訪問を実施。家庭や保育園での様子を聴き、基本的な情報を収集した上で、サービス等調整会議を開催した(母親、相談支援専門員、市子ども課保健師、保育園保育士、市障害福祉担当)。サービス等調整会議の結果、障害児等療育支援事業の訪問療育と施設支援事業を活用して家庭と保育園への専門スタッフによる支援を開始することとなった。 その後、専門の小児科を受診し、AD/HDの診断を受け、児童発達支援センターでの専門的な療育支援を勧められた。母子家庭で母親は、正社員としてフルタイムで働いているため疲れている。こうした経過を経て、児童発達支援センター利用にあたり、「障害児支援利用計画」を作成し総合的な支援を開始することとなった。

2. 利用者の状況

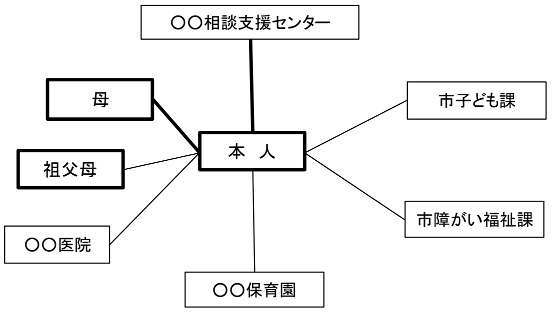
氏　名	○○　○子	生年月日	○年○月○日	年　齢	3歳
住　所	〒***-***　○○市○○町**-**			電話番号	○○○-○○○-○○○○
	［持家 ・ 借家（○） ・ グループ/ケアホーム ・ 入所施設 ・ 医療機関 ・ その他(　　　　)］			FAX番号	
障害または疾患名	発達障害(AD/HD)	障害程度区分		性別	男 ・ 女（○）

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入

・母と2人の子どもの母子世帯　・車で15分程度の場所に祖父母が住んでいる
・母親の職業は、○○KKの事務職　・2人の子どもは○○保育園利用中



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

○年○月2800ｇで正常出産。母親は育児休暇を取り1年間育児に専念した。その後、復職し本児は○○保育園に入園。○年（本児２歳時）に離婚。1歳半健診では異常を指摘されなかった。3歳児となり多動で行動が激しく、買い物等で苦労する。3歳児健診で発達が気になると指摘されたが誰にも相談できなかった。その後、○○相談支援センターに相談し、支援が始まる。障害児等療育支援事業を利用する。発達相談で小児科を受診し、AD/HDと診断される。

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

特記事項なし

本人の主訴(意向・希望)

・お友達とうまく遊びたい。

家族の主訴(意向・希望)

・お友達との関わり方を身につけてほしい。
・落ち着きのなさと激しい行動がおさまってほしい。
・たまにはゆっくり休みたい。　（母）

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）	保育 障害児等療育支援事業	○○保育園 ○○相談支援センター	・保育 ・施設支援、訪問療育	毎日 1回/月	
その他の支援	○○の会	・祖父母の協力 ・地域のボランティア団体	・保育園の送迎 ・絵本の読み聞かせ会	・水曜日、他にも適宜 ・月１回（毎月第3日曜日）	

別紙2

申請者の現状（基本情報）【現在の生活】

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分		相談支援事業者名	○○相談支援センター
				計画作成担当者	○○　○○

	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食		
						起床・朝食	起床・朝食
8:00	送り	送り	送り	送り	送り		
	○○保育園	○○保育園	○○保育園	○○保育園	○○保育園		
12:00						昼食	昼食
							祖父母が自宅に来ている間に母が買い物
18:00	迎え	迎え	迎え（祖父母）	迎え	迎え		
	夕食	夕食	夕食（祖父母宅）	夕食	夕食	夕食	夕食
20:00			迎え				
22:00	就寝	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

- ・母親は、○○株式会社で正社員（事務職）として勤務している。
- ・2年前に離婚し母子家庭。
- ・月～金まで○○保育園を弟とともに利用している。
- ・祖父母が時々保育園の送迎の協力をしてくれる。
- ・水曜日は、保育園の迎えの後、祖父母宅で夕食を食べている。
- ・母子家庭でフルタイムで働き子育てをしているため疲れている。
- ・買い物の時、多動で目が離せないため、祖母の協力を得て、休日に食材をまとめ買いしている。
- ・仕事と育児の両立のため、精一杯の生活を送っている。
- ・2回/月程度、休日は、祖父母宅で過ごす。

週単位以外のサービス

- ・障害児等療育支援事業による○○保育園への施設支援（１回/月）と訪問療育による家族支援（１回/月）
- ・絵本の読み聞かせ会（毎月第３日曜日）

２．視点欠落事例【チェック試行用】

様式２－１

障害児支援利用計画

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分		相談支援事業者名	○○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	○○　○○
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　（20××年5月～7月）	利用者同意署名欄	○○　△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）	今は、お友達とのコミュニケーションをとるのが苦手で、トラブルが多くて困っているけれど、お友達とのかかわり方を身につけて、楽しい保育園生活を送ってほしい。やさしい行動や、落ち着いた行動を身につけてほしい。(母) 子育ての不安を解消し、楽しい家庭・地域生活を送りたい。(母)
総合的な援助の方針	叩いたり、飛び出したりといったトラブルをなくそう。
長期目標	やさしい行動や落ち着いた行動を身に着けよう。
短期目標	保育園での生活は無理なので、専門的な児童発達支援センターを利用しよう。

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）	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	お友達とのトラブルをなくしてほしい。	発達支援を受ける。	20××年10月	児童発達支援センター(5回/週)	○○児童発達支援センター（○児童指導員 ***-***-****)	迎え（祖父母）	20××年5月	孫にとって大切な時期なので、送迎は祖父母に頑張ってもらう。
2								
3								
4								
5								
6								

様式第２－２

障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分		相談支援事業者名	○○相談支援センター
保護者氏名	○○　△子	本人との続柄	母		
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890			計画作成担当者	○○　○○
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・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食		
						起床・朝食	起床・朝食
8:00	送り(母)	送り(母)	送り(母)	送り(母)	送り(母)		
10:00	○○児童発達支援センター	○○児童発達支援センター	○○児童発達支援センター	○○児童発達支援センター	○○児童発達支援センター		
12:00						昼食	昼食
14:00							
	迎え(祖父母)	迎え(祖父母)	迎え(祖父母)	迎え(祖父母)	迎え(祖父母)		買物
16:00	祖父母宅	祖父母宅	祖父母宅	祖父母宅	祖父母宅		
18:00	迎え(母)	迎え(母)	迎え(母)	迎え(母)	迎え(母)		
	夕食	夕食	夕食(祖父母宅)	夕食	夕食	夕食	夕食
20:00							
22:00	就寝	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

・○○児童発達支援センター迎えは全面的に祖父母がおこなう
・水曜日の夕食は、祖父母宅

週単位以外のサービス

サービス提供によって実現する生活の全体像	現在通っている保育園は○○ちゃんに合っていないため退園し、児童発達支援センター利用に切り替える。専門的な療育を開始することにより○○ちゃんの発達が促進され落ち着いた生活が送れるようになる。 本計画の実施により、やさしい行動や落ち着いた行動を身に着けることができる。

３．視点欠落事例【解説編】

　母親から 3 歳児健診で「発達が気になる」との指摘を受け、「子育てに自信がない。」との相談を受け支援が始まった。アセスメントを通して得た情報から、〇子ちゃんの発達支援の必要性にのみ目が行き、把握した利用者ニーズを無視し、ニーズに基づき総合的に子育てを支援するという障害児支援の原則である「発達支援」と「家族支援」、そして、ライフステージの「つなぎの支援」の結合という支援の原則から逸脱し、①エンパワメント・アドボガシーの視点、②トータルな生活を支援する視点、③ニーズに基づく計画の視点が欠落した障害児支援利用計画作成となった。

　「今は、お友達とのコミュニケーションをとるのが苦手で、トラブルが多くて困っているけれど、お友達とのかかわり方を身につけて、楽しい保育園生活を送ってほしい。」、「やさしい行動や、落ち着いた行動を身につけてほしい。」「子育ての不安を解消し、楽しい家庭・地域生活を送りたい。」という母親の子育てに対する願いがあるにもかかわらず、現在通園している保育園を退園し、児童発達支援センターを利用し、専門的な発達・療育支援を受けることですべてが解決すると判断し、母親、〇子ちゃんの思いとかけ離れた〇子ちゃんの発達支援に特化した訓練モデルの障害児支援利用計画となっている。

様式2－1

障害児支援利用計画

利用者氏名	〇〇　〇子	障害程度区分		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　（20××年5月～７月）	利用者同意署名欄	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）	今は、お友達とのコミュニケーションをとるのが苦手で、トラブルが多くて困っているけれど、お友達とのかかわり方を身につけて、楽しい保育園生活を送ってほしい。やさしい行動や、落ち着いた行動を身につけてほしい。(母) 子育ての不安を解消し、楽しい家庭・地域生活を送りたい。(母)
総合的な援助の方針	叩いたり、飛び出したりといったトラブルをなくそう。
長期目標	やさしいい行動や落ち着いた行動を身に着けよう。
短期目標	保育園での生活は無理なので、専門的な児童発達支援センターを利用しよう。

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)	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	お友達とのトラブルをなくしてほしい。	発達支援を受ける。	20××年10月	児童発達支援センター(5回/週)	〇〇児童発達支援センター（〇児童指導員　***-***-****)	迎え（祖父母）	20××年5月	孫にとって大切な時期なので、送迎は祖父母に頑張ってもらう。
2								
3								
4								
5								
6								

発達の特性にあった支援にポイントを当てたのみで、子育ての不安を解消したいという母親の思いが欠落し総合的な援助の方針となっていない。

発達支援にのみスポットをあてた目標で、子育ての不安を解消したいという母親の願いに叶っていない。

現在通っている保育園での生活を続けたいという母親の思いを無視し、相談支援専門員の勝手な判断から短期目標を設定している。

祖父母の、負担が大きい。

子育て不安解消のための課題を「トラブル解消」にのみ限定。

今まで通園していた保育園を退園し、児童発達支援センターのみ利用し、母親の思いとはかけ離れた計画。

母親の子育ての不安解消を解消したいというニーズが欠落し、トータルなニーズ（課題設定）になっていない。

様式第2－2

障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分		相談支援事業者名	○○相談支援センター
保護者氏名	○○　△子	本人との続柄	母		
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890			計画作成担当者	○○　○○
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・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食		
7:00						起床・朝食	起床・朝食
8:00	送り(母)	送り(母)	送り(母)	送り(母)	送り(母)		
10:00～15:00	○○児童発達支援センター	○○児童発達支援センター	○○児童発達支援センター	○○児童発達支援センター	○○児童発達支援センター		
12:00						昼食	昼食
16:00	迎え(祖父母)	迎え(祖父母)	迎え(祖父母)	迎え(祖父母)	迎え(祖父母)		買物
17:00	祖父母宅	祖父母宅	祖父母宅	祖父母宅	祖父母宅		
18:00	迎え(母)	迎え(母)		迎え(母)	迎え(母)		
19:00	夕食	夕食	夕食(祖父母宅)	夕食	夕食	夕食	夕食
20:30			迎え(母)				
22:00	就寝	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

・○○児童発達支援センター迎えは全面的に祖父母がおこなう
・水曜日の夕食は、祖父母宅

> 祖父母の負担が増加。

> 普段の生活が見えない

週単位以外のサービス

> 専門的な発達支援ですべてが解消すると判断し、今まで通っていた保育園を退園し、5日間すべて児童発達支援センターを利用する計画となっている。

> ○子ちゃんの発達にとって重要な時期ということで祖父母を説得し、迎えとその後、祖父母宅で過ごすよう協力をお願いし、祖父母の負担が大きい。

> 今まで使っていた障害児等療育支援事業による訪問療育を中止し、同一法人の児童発達支援センターでの通所支援ですべてを解決できると判断。
> ・子育てサークルや絵本の読み聞かせ会等のインフォーマルな地域の社会資源活用による子育て支援等が欠落。

サービス提供によって実現する生活の全体像	現在通っている保育園は○○ちゃんに合っていないため退園し、児童発達支援センター利用に切り替える。専門的な療育を開始することにより○○ちゃんの発達が促進され落ち着いた生活が送れるようになる。 本計画の実施により、やさしい行動や落ち着いた行動を身に着けることができる。

> 児童発達支援センターを利用し、専門的な発達支援を受けることですべてが解決すると判断し計画が作成され、①エンパワメントの視点、②トータルな生活を支援する視点、③ニーズに基づく計画の視点が欠落し、サービス提供によって実現する全体像が見えてこない。

4．標準事例【参考】

様式2－1

障害児支援利用計画

利用者氏名	○○　○子	障害程度区分		相談支援事業者名	○○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	○○　○○
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　（20××年5月～7月）	利用者同意署名欄	○○　△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）	今は、お友達とのコミュニケーションをとるのが苦手で、トラブルが多くて困っているけれど、お友達とのかかわり方を身につけて、楽しい保育園生活を送りたい。やさしい行動や、落ち着いた行動を身につけたい。(母) 子育ての不安を解消し、楽しい家庭・地域生活を送りたい。(母)
総合的な援助の方針	○子ちゃんの発達の特性にあった支援を受けることにより、母の子育ての不安を解消し、楽しい保育園生活や家庭・地域生活が送れるようになろう。
長期目標	○子ちゃんの発達の特性にあった支援を受け、将来の見通しを持ち、母親の子育て不安を解消し、楽しい保育園生活や家庭・地域生活が送れるようになろう。(1年)
短期目標	発達の特性にあった支援を受けることにより、コミュニケーションがうまく取れるようになり、楽しい保育園生活や家庭・地域生活が送れるようになろう。(6か月)

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	お友達とうまく遊んだり、優しい行動を身につけさせたい。（母）	コミュニケーションをうまくとれるようになる。そのために発達・療育支援を受ける。	20××年10月	保育園に加え児童発達支援センター併行通園(2回/週) 保育所等訪問支援事業(1回/月) 障害児等療育支援事業訪問療育(1回/月)	○○児童発達支援センター （○○児童指導員 ***-***-****)	送迎（母、祖父母）	20××年5月	送迎時祖父母の協力を得る。 関係機関、サービス提供事業所とサービス等調整会議を定期的に行う。
1	子育ての不安を解消したい。(母)	子育ての仕方や対応の仕方を身につける。	20××年7月	子育て教室（1回/月）	市子ども課 (○○主任***-***-****) ○○相談支援センター 担当者　○○○○	子育て教室に定期的に通う。 不安なことは相談する。(母)	20××年7月	子育て教室へは、最初、相談支援専門員が同行する。 祖父母にも子育て教室の様子を見ていただく。
2	子育ての仲間がほしい。(母)	子育て支援サークルに参加して仲間を見つける。	20××年7月	子育て支援サークル（1回/月） 絵本の読み聞かせ会(毎月第3日曜日)	○○の会 （○○さん ***-***-****）	子育て支援サークルを見学してみる。(母)	20××年7月	絵本の読み聞かせ会は、今まで通り継続して利用する。
1	利用できるサービスを知りたい。(母)	福祉サービスの情報や社会資源を知る。	随時	相談支援専門員を中心に情報を得る(随時)	○○相談支援センター （○○担当 ***-***-****）	どのような情報が必要なのか、気がついたときにメモしておく。 （母）	20××年5月	

様式第2－2

障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	〇〇　〇子	障害程度区分		相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
保護者氏名	〇〇　△子	利用者負担上限額	9300円		
障害福祉サービス受給者証番号	1234567890			計画作成担当者	〇〇　△子
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・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食		
						起床・朝食	起床・朝食
8:00	送り(母)	送り(母)	送り(母)	送り(祖父母)	送り(母)		
10:00	〇〇保育園	〇〇児童発達支援センター	〇〇保育園	〇〇児童発達支援センター	〇〇保育園		
12:00						昼食	昼食
14:00							
16:00		〇〇保育園		〇〇保育園			買物
18:00	迎え(母)	迎え(母)	迎え(祖父母)	迎え(母)	迎え(母)		
20:00	夕食	夕食	夕食(祖父母宅) 迎え(母)	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							

主な日常生活上の活動

・〇〇保育園の水曜日の迎えと木曜日の〇〇児童発達支援センター送りは祖父母の協力
・水曜日の夕食は、祖父母宅
・日曜日に祖父母の協力のもと、食材のまとめ購入

・家では、アニメのTVを見て過ごしていることが多い。
・目を離すとベランダに出ようとするため、気を付けている。
・ソファーをトランポリン代わりにして飛び跳ねて遊ぶことが多い。

週単位以外のサービス

・障害児等療育支援事業による訪問療育（１回/月　毎月第2土曜日）
・保育所等訪問支援事業(1回/月)
・絵本の読み聞かせ会(毎月第３日曜日)
・子育て支援サークル(1回/月　〇〇の会)

サービス提供によって実現する生活の全体像	児童発達支援センターの併行通園と保育所等訪問支援事業の利用により、発達の特性にあった専門的な療育支援と相談支援を受けることになり、楽しい保育園、家庭、地域生活が送れるよう支援することを主眼に支援計画を作成した。 本計画に基づき、本人への発達支援と家族支援を組み合わせ実施することにより、子育ての不安を解消し、自信と見通しを持って子育てを行うことができる。

５．チェックシート試行結果【参考】

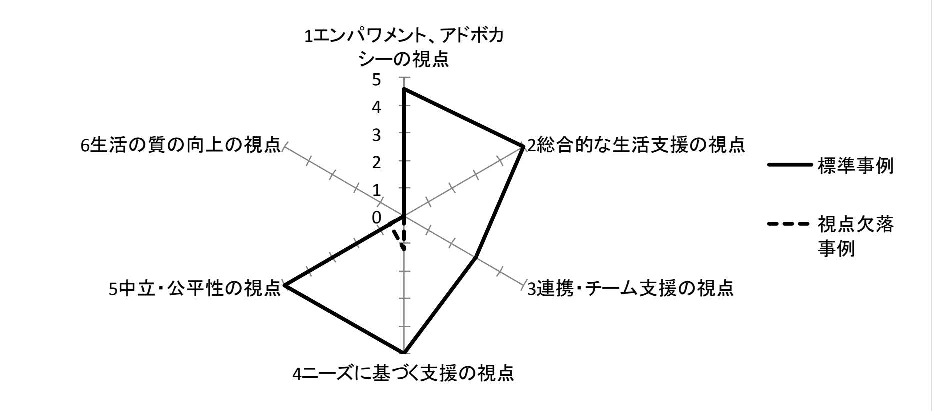
チェックシート試行結果

1:十分できている
2:できている
3:できていない、書面だけでは評価不可能

チェック項目	チェック結果	
	標準事例	視点欠落事例
1 エンパワメント、アドボカシーの視点		
① 本人の思い・希望の尊重	1	3
② 本人の強み（ストレングス）への着眼	1	3
③ 本人が行うことの明確化	1	3
④ 本人にとっての分かりやすさ	2	3
⑤ 目標設定の妥当性と権利擁護	1	3
2 総合的な生活支援の視点		
① 目指す生活の全体像の明示	1	3
② 障害福祉サービス利用に限定しない生活全体の考慮	1	3
③ 障害福祉以外のサービスやインフォーマルな支援の有無	1	3
④ 1週間、1日の生活の流れの考慮	1	3
⑤ ライフステージや将来像の意識	1	3
3 連携・チーム支援の視点		
① 支援の方向性の明確化と共有	1	3
② 役割分担の明確化	1	3
③ 個別支援計画との関係	1	3
④ サービス提供事業所の情報把握	3	3
⑤ 地域資源情報の把握	3	3
4 ニーズに基づく支援の視点		
① 本人のニーズ	1	3
② 家族の意向	1	3
③ 優先順位	1	2
④ 項目間の整合性	1	2
⑤ 相談支援専門員の総合的判断	1	3
5 中立・公平性の視点		
① サービス提供法人の偏り	1	3
② 本人ニーズとの比較	1	3
③ 同じような障害者との比較	1	3
④ 地域資源との比較	1	3
⑤ 支給決定基準の参照	1	2
6 生活の質の向上の視点		
① サービス提供状況	3	3
② 本人の感想・満足度	3	3
③ 支援目標の達成度	3	3
④ 計画の連続性	3	3
⑤ 全体の状況	3	3

【チェック結果スコア】

	標準事例	視点欠落事例
1 エンパワメント、アドボカシーの視点	4.60	0.00
2 総合的な生活支援の視点	5.00	0.00
3 連携・チーム支援の視点	3.00	0.00
4 ニーズに基づく支援の視点	5.00	1.20
5 中立・公平性の視点	5.00	0.60
6 生活の質の向上の視点	0.00	0.00



第５章　サービス等利用計画の評価に関する市町村ヒアリング結果

Ⅰ．調査の概要

１．目的

サービス等利用計画の評価のあり方について現場の運用実態をふまえて検討するため、実際の計画評価の進め方について、市町村行政の相談支援・地域自立支援協議会の担当者、相談支援事業者に対して訪問ヒアリングを行った。

２．調査対象・調査実施時期

平成 23 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業において本会が実施した「サービス利用計画の実態把握調査」において、計画の点検作業を実施していると回答した市町村のうち、点検件数が多い市町村を以下の条件でリストアップし、電話で概況ヒアリング（16 件）を行ったうえで対象を選定し、5 ヶ所に訪問ヒアリングを行った。

図表 17　市町村ヒアリング実施経過

	調査対象地域	日時
1	北海道帯広市	平成 25 年 10 月 26 日（金）13 時 30 分～15 時 30 分
2	北海道幕別町	平成 25 年 10 月 26 日（金）9 時 30 分～11 時 30 分
3	新潟県柏崎市	平成 24 年 9 月 7 日（金）13 時 30 分～15 時 30 分
4	兵庫県篠山市	平成 24 年 8 月 17 日（金）10 時～12 時
5	福岡県香春町	平成 24 年 9 月 28 日（金）10 時～12 時

図表 18　市町村ヒアリング候補リストアップの条件（平成 23 年度調査項目より）

（1）貴自治体でのサービス利用計画の質を担保するための点検についてうかがいます。

①貴自治体では、サービス利用計画がケアマネジメントプロセスを踏まえた適切な内容となっているか点検する作業を実施していますか。（平成 22 年度実績）

1. 実施している　　　2. 実施していない

【「1. 点検を実施している」と答えた方にうかがいます】

①平成 22 年度に点検を実施した計画の件数をご記入下さい。

（　　　　　）件　※30 件以上の実績あり

②点検はどの段階で実施していますか。（○はいくつでも）　**※支給決定後に点検実施**

1. サービス利用計画作成費の支給決定前に点検している
2. サービス利用計画作成費の支給決定期間中（モニタリング前）に点検している
3. サービス利用計画作成費の支給決定期間中（モニタリング後）に点検している
4. サービス利用計画作成費の支給決定期間が終わってから点検している
5. 特に時期は決めていない
6. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑦点検しているのはどのような内容ですか。（○はいくつでも）　**※１以外の具体的な内容を点検**

1. 必要な記載事項が漏れなく記載できているか
2. 利用者の生活に対する意向を適切にとらえているか
3. 家族等の生活に対する意向を適切にとらえているか
4. 総合的な援助方針はアセスメントにより抽出された課題に対応しているか

5. 総合的な援助方針は利用者の意向の実現に向けて支援チームが最終的に到達すべき方向性や状況を示しているか 6. アセスメント結果をもとに根拠を示してニーズ・課題を導き出せているか 7. 長期目標はそれぞれの課題を達成するために適切な目標と期間設定になっているか 8. 短期目標はそれぞれの課題を達成するために適切な目標と期間設定になっているか 9. 目標を達成するために必要な援助内容（サービス内容、頻度、期間）となっているか 10. 週間サービス計画表が単なるスケジュール表ではなく、利用者のセルフケアやインフォーマルなサービスまで含めた計画となっているか 11. 週間サービス計画表が利用者本人や家族、サービス提供事業者等の役割を明示した分かりやすい記載になっているか 12. 週間サービス計画表に週単位以外のサービスを必要に応じて記載しているか 13. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．調査内容

主な調査内容は以下のとおりである。

図表 19　市町村ヒアリング内容

・基本情報：人口、面積、手帳所持者数、相談支援事業所数、相談支援事業の予算、地域自立支援協議会の状況 ・サービス等利用計画の支給状況：認定者数、利用者数（障害程度区分別、障害種別） ・サービス等利用計画の評価を始めた時期、きっかけ ・サービス等利用計画の評価件数 ・サービス等利用計画を評価する時期（支給決定前、支給決定期間中、支給決定後等）・頻度 ・評価対象となるサービス等利用計画の選定方法 ・評価の体制（地域自立支援協議会、相談支援事業者相互、行政内部等）、評価に関わる職種・人数 ・評価方法（書面、面談、会議開催等） ・評価にかかる費用と財源 ・評価指標、具体的な評価内容 ・今回提供いただいた事例の良い点、修正が必要な課題 ・計画評価を進める上で工夫していること ・計画評価を進める上での課題、今後の件数増大を踏まえた対策

II．北海道帯広市結果報告

１．基本情報

（1）帯広市のあらまし（人口・面積等）

○人口は、168,973 人である（平成 24 年 9 月 30 日現在)。

○面積は、618.9 k㎡である。

（2）障害者数

（3）相談支援体制

○指定相談支援事業所が 5 ヶ所あり、うち 1 ヶ所は委託（基幹型）、1 ヶ所は地活Ｉ型を運営している。ただし、委託と地活Ｉ型以外の事業所は、1，2 件の稼働状況である。

○相談支援専門員は 5 ヶ所合わせて 9 人だったところ、24 年度にはサービス利用計画への対応に合わせて 17 人に増員、25 年度には 19 人まで増える見込みである。行政から各事業所に 24 年度当初にサービス利用計画作成への協力を依頼して回り、事業所説明会で人員増を依頼したが、その前から事業所では人員増の対応を取ってくれていた。しかし、事業所として相談支援の専従職員を置きたくても人が集まらないという課題がある。

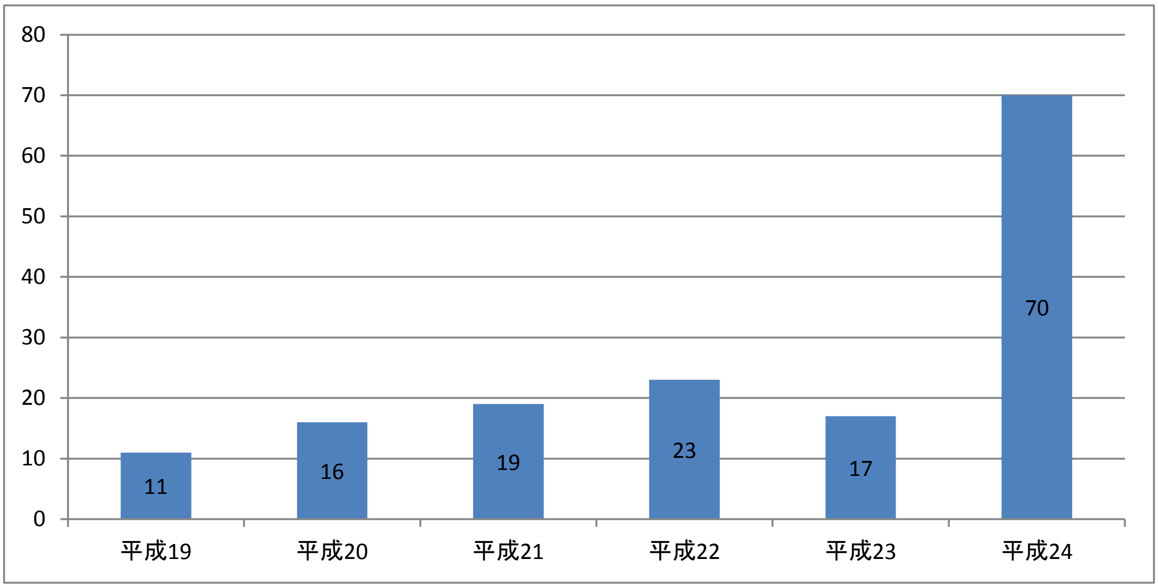
○認定調査から 5 つの相談支援事業所に委託し、サービス利用申請時からスムーズに相談支援、計画作成につながることができるようにしている。

（4）サービス利用計画作成件数

○平成 24 年度からの対象拡大に合わせて、新規ケースから計画作成に着手している。

○これまでは事業所の任意様式で計画を作成していたが、自立支援協議会のうち、相談支援事業所が集まる個別支援会議で様式を検討したうえで、24 年度からは統一様式で計画を作成するようになった。

図表 20　サービス利用計画作成件数（実人数）の推移



２．計画評価の実施状況

（1）計画評価の体制

○すべての計画について、行政保健師が内容を確認している。現在は、新規ケースの計画作成から着手しているので、ほとんどは行政窓口で相談受付時に面談をしており、概況が把握できているので評価しやすい。今後更新ケースが増えてくると、行政が概況を把握できていないケースも出てくるので、フォロー方法を検討する必要がある。

○自立支援協議会の個別支援会議（月 1 回の定例開催）で、新規ケースや課題が多いケースについては計画を提出させ、出席者で対応を協議している。

（2）計画評価の視点

○行政における確認は、課題やモニタリング結果がきちんと記載されているか、作成日や署名等に漏れがないかといった点が中心である。まだチェックリスト等にはなっていない。

○計画評価の重要性は認識しているが、まずは、全ケース計画を作成することが優先なので、相談支援事業者に過度な負担をかけずソフトランディングできることを重視している。ただ、これまでも自立支援協議会の個別支援会議で計画に基づくケース検討をしてきた実績があるので、課題の記載がない、誰が支援するのか、どの事業所が入るのか分からないといった最低ラインを割り込んだ計画はない。

○計画の記載が適切な表現になっているか等も今後評価する必要を感じているが、これは今後の課題である。

○計画確認の件数を蓄積する中で、どのラインをクリアすればよいか関係者の視点が養われると思うので、評価については、今後精度を上げていきたい。

○サービス提供事業所の個別支援計画とサービス等利用計画の連動については今後の課題である。現時点でもサービス提供事業所に対してサービス等利用計画は交付されているが、相談支援事業所がサービス提供事業所の計画をすべて収集しているかは分からない（あまりハードルを高くすると計画作成が過度な負担になるので、現状ではそこまでは求めていない）。

○利用者の満足度については、モニタリング様式に「本人の感想」を記入する欄があるので、紙面で確認できる。ただし、現時点でモニタリングまで実施しているケースは数件である。

３．今後の計画評価の充実に向けて

（1）今後の全数拡大への見通し

○新規ケースから始めて、更新ケースに拡大する予定である。サービス別でみると、重度障害者包括支援は早期に計画を作成するが、施設入所や療養介護は支援者が 24 時間ついているので後半で取り組む予定である。

○利用者が混乱しないよう、64 歳であと 1 年で介護保険に移行することが明らかで生活が安定しているようなケースには相談支援を入れず介護保険にスムーズに移行することを想定している。ただし、複数の視点からの支援が必要なケースについては、上積み・横出しの概念をうまく組み合わせながら、複数の相談支援を導入する。

○合計 1700 件程度の計画作成が必要で、24 年度に 190 件、25 年度に 900 件を作成する予定である。そのためには、相談支援専門員が最低 25 人、できれば 35 人程度必要と考えているが、十分な人員が確保できていない。

○相談支援専門員一人当たりのケース数の目安を国から示してもらいたい。介護保険と同じように一人で30ケースを持つことは困難であると考えており、その意味では、今の報酬単価は低く、相談支援事業所の安定的運営が難しい。

○計画作成の制度趣旨は理解しているが、現状では、本人が現状にほぼ満足しているシンプルなケースと、頻回に調整会議を開催したり、複数事業所の調整が必要で、密なかかわりを求められるケースがある。これらのケースがすべて同一単価ではなく、支援内容に応じて単価の幅が設定されると動きやすくなるのではないか。また、セルフプランの作成支援についても、本人の動機づけやセルフプランの進捗確認において相談支援専門員が果たしている役割は大きいので、報酬上評価されるとよい。

○市が計画相談支援についてどのように考えているか、文書で明確化し、行政としてきちんと説明できるよう、24年度当初に「計画相談の手引き」を作成し、全事業所に配布した。手引きの中では市の計画相談に対する基本的な考え方や具体的な業務の流れ、個別支援計画との関係、使用する様式等を提示し、相談支援事業所が混乱なく計画作成に取り組めるように工夫した。

(2) 計画の質の向上に向けて

○相談支援事業所の担当者情報交換会や基幹型が主催する研修会で、計画の様式の中で書きにくい部分を実際の事例に基づいて協議したり、本人に分かる言葉で書かれているか、本人と保護者の考えを分けて記載しているかといった点を記入例を見ながら確認する機会を設けている。

○今は、どの相談支援専門員も計画作成に手探りで取り組んでいるため、ぜひ自分の計画を見てアドバイスをしてほしいという雰囲気があり、相互に研修をしあっている。こうした雰囲気がある間に、計画の紙面があるかないかにとらわれず、相互の資質向上のための関係づくりをしておくことが重要である。

(3) その他

○現時点では、計画の評価よりも計画作成が喫緊の課題である。計画作成が進んで平成26年度くらいになれば、評価体制の検討も各地で受け入れやすくなるのではないか。

○評価基準は、まずは自己チェックしてみて、自信がついたら自立支援協議会に持って行ってみよう、行政に提出しようと思えるような段階的な基準になるとよい。

○サービス利用者に制度を周知する必要がある。介護保険でも認定を受けてもサービス利用につながらない人が多い実態を踏まえると、障害分野でも、認定調査からスムーズにサービス利用につながる仕組みが必要と考えた。そのため、相談支援事業所に認定調査を委託することとした。認定調査と計画作成は全く別の業務ではあるが、認定調査を委託することで、相談支援事業所の経営基盤の安定にも資する。

○相談支援専門員の数が足りないので、養成研修を充実させてほしい。研修が受けられないために相談支援に取り組めない事業所が出てきている。また、市町村も人事異動等があっても、計画作成についてきちんと理解した職員が業務を担当する体制を取りたいが、市町村職員が研修を受講できるような定員の余裕がない。

以上

III．北海道幕別町結果報告

１．基本情報

（1）幕別町のあらまし（人口・面積等）

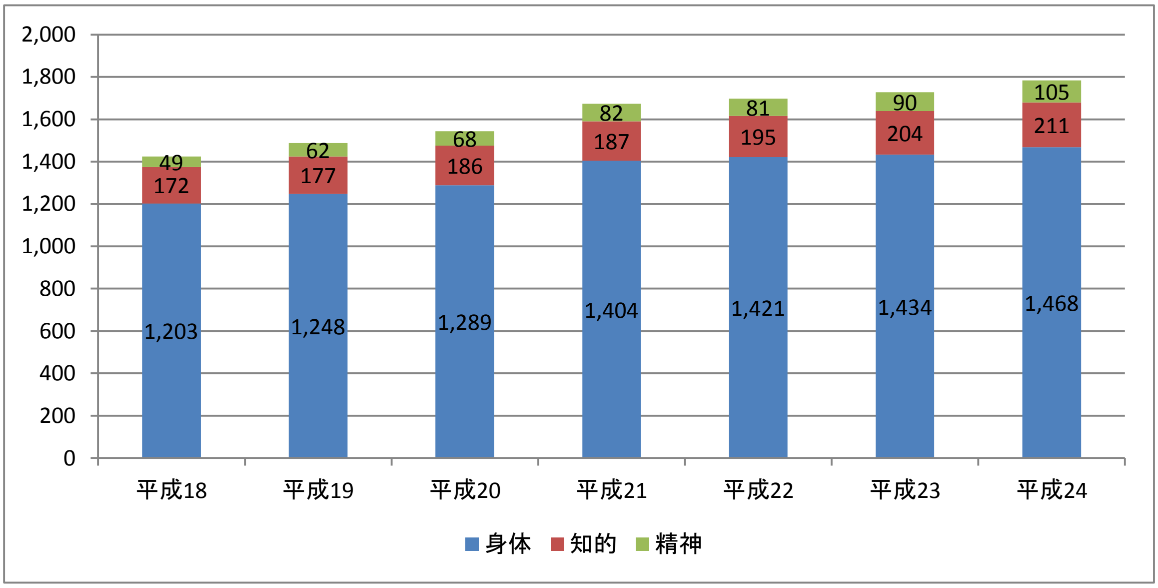
○人口は 27,577 人である（平成 24 年 3 月 31 日現在）。幕別町は帯広市のベッドタウンであり、人口は微増傾向にある。

○面積は、477.7 ㎢である。

（2）障害者数

○手帳所持者数は、いずれも増加傾向にある。

図表 21　手帳所持者数の推移



（3）相談支援体制

○相談支援は行政直営であり、町内には相談支援事業所が 2 ヶ所ある。

○相談支援従事者研修受講者は、町職員 3 人、相談支援事業所職員 6 人（2 事業所で各 3 人）である。

（4）サービス利用計画作成件数

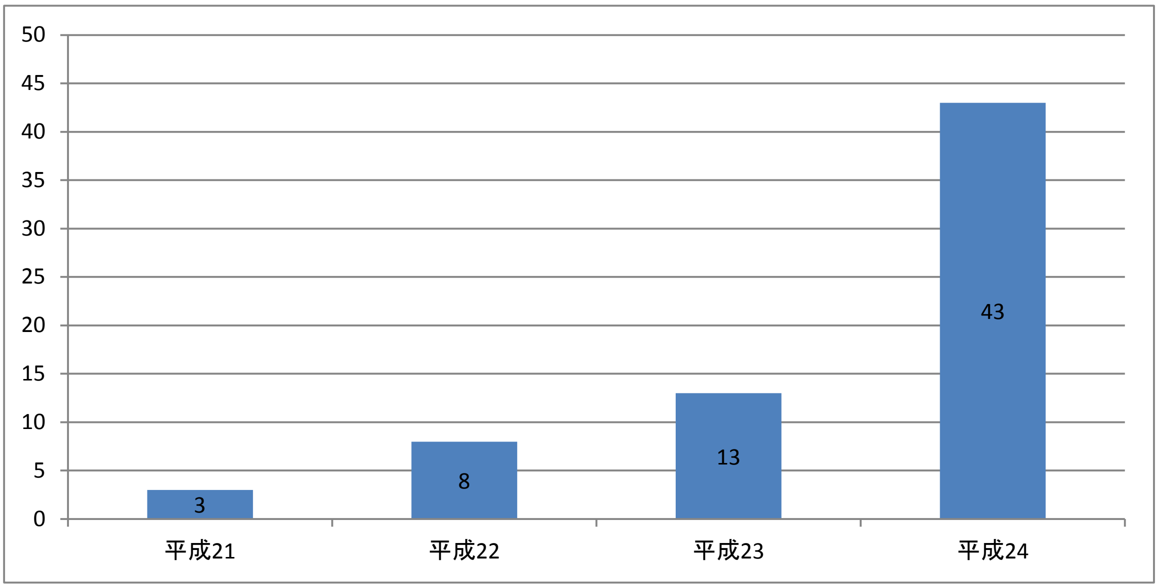
○平成 21 年に隣接の帯広市でサービス利用計画の作成が始まったのに合わせて、計画作成を始めることとし、平成 22 年度から町内の相談支援事業所のうち 1 ヶ所が本格稼働、平成 23 年度から 2 ヶ所目も本格稼働して、計画件数が大幅に伸びた。

○当初、国のサービス利用計画の対象者は限定的であり、町内で計画作成を必要とするケース（施設退所後の一人暮らし、家族と一緒に過ごせないので一人暮らしに移行したいケース）には対応できない一方、町単独での対応には限界があったため、相談支援事業所に対して町独自の委託料（毎月の相談対応 5500 円／ケース、初回対応 3000 円／ケース）を出す形で計画作成を始めた。

○平成 24 年度からは、件数出来高払いでは財政的に厳しくなったため、相談支援事業機能強化事業を活用して相談支援事業所の人件費を手当てする方式に変えている。

○計画作成対象の新規ケースが出てきた場合は、ケース認定会議（自立支援協議会の相談支援部会と位置付け）で提案し、内容に応じて 2 事業所に振り分けている。

図表 22　サービス利用計画作成件数（実人数）の推移



２．計画評価の実施状況（平成 23 年度まで）

（1）計画評価を始めたきっかけ、体制

○平成 22 年に相談支援事業所に委託を開始したのを機に、行政と相談支援事業所が月 1 回会議を開催し、町内の全ケースを棚卸し、情報共有することとした。相談支援事業所が 2 ヶ所参加しているので、相互にスーパーバイズでき、自然とスキルアップが図られる仕組みになっている。

○会議は自立支援協議会の相談支援部会と位置付けられている。

（2）計画評価の視点

○サービス提供事業所の計画と整合が取れるよう、事業所を集めて年数回のケア会議を開催し、そこに相談支援事業所も参加することで、相互の情報共有を行っている。相談支援事業所がかかわるとサービス提供事業所も安心してサービス提供ができる、何かあれば相談支援事業所に連絡すれば助けてもらえるという認知がされており、連携はスムーズである。ただし、医療系の事業所すべてと一同に会することは難しく、また医療系の事業所には相談支援事業所の役割がまだ十分認知されていない。また、今後ケース数が増えた場合に、現在と同様のきめ細かな情報共有を継続できるかが課題である。

○利用者満足度については、計画の評価の視点には盛り込んでいない。行政が認定調査時にゆっくり話を聞くことで、利用者満足度も把握している現状である。

３．今後の計画評価の充実に向けて

（1）今後の全数拡大への見通し

○平成 24 年 10 月時点の障害福祉サービス利用者数は、在宅 96 人、施設 67 人、グループホーム・ケアホーム 43 人、児童 26 人の合計 232 人である。北海道の場合、施設入所者は道内各所にお

り、遠方のケースが多いので、施設所在地の相談支援事業所に依頼して対応する予定である。

○相談支援専門員 1 人当たりの担当ケース数は、15 件程度が上限と認識している。困難ケースがあればケース認定会議に諮り、行政、相談支援事業所間で相談できるが、業務量としての限界がある。

○現在の相談支援事業所 2 ヶ所の相談支援専門員の業務量は上限に近付きつつあり、相談支援専門員がかかわったほうがよいと思われる場合でもセルフプランにならざるを得ないケースも出てきている。

○近隣市町村でも、障害者数が少ないため、相談支援事業所単体での経営が成り立たず、全く事業所がない地域もある。

（2）計画の質の向上に向けて

○幕別町は、地域全体を見渡したイメージを持ちやすく、次に何をしようかと発展性を持ちやすい規模である。

○基幹相談支援センターについては、既に自立支援協議会の相談支援部会がその役割を担っているといえるので、新たにセンター組織を立ち上げる予定はない。

○相談支援専門員が個々にスキルアップを図り、行政も自立支援協議会等を通じて相談支援に関わる今の仕組みは、町の規模に会った計画の質の向上に向けた仕組みであり、評価している。ただし、行政担当者には異動があるため、継続性が担保できるかについては危惧がある。

（3）その他

○相談支援の個別給付化の流れができる前に、町として独自の委託費の仕組みを作っていたので、これと新たな個別給付の整合を取り、今後も相談支援事業所の安定的な経営を支援できる十分な財源を確保できるか不安がある。

以上

Ⅳ. 新潟県柏崎市結果報告

１．基本情報

（1）柏崎市のあらまし（人口・面積等）

○人口は減少傾向にあり、89,940 人である（平成 24 年 4 月 1 日現在）。

○面積は、442.7 ㎢である。

（2）障害者数

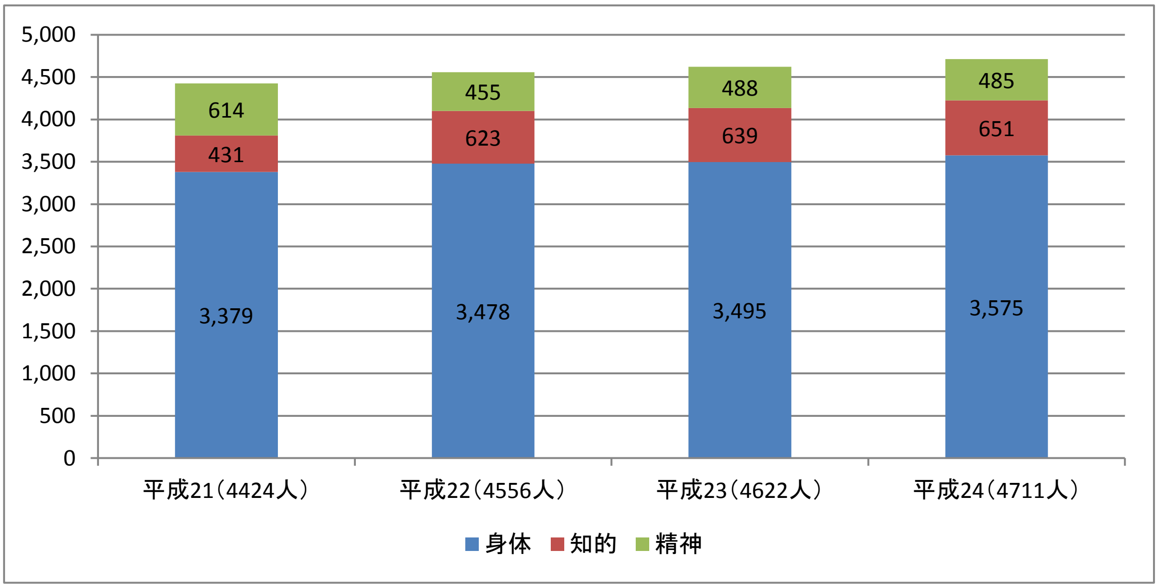
○手帳所持者数は、いずれも増加傾向にある。手帳所持者の 76%は身体障害者であり、そのうち 71%は 65 歳以上の高齢者である。手帳所持により受けられるサービス等があることが浸透してきたため、人数が増えているのではないか。知的、精神障害（発達障害含む）は、1 年に 2，3% ずつ増加傾向にある。

○支給決定者数も増加している。地域生活支援事業等も含めて、実際に何らかのサービスを利用している人は、平成 18 年度末は約 400 名だったが、平成 24 年 4 月 1 日現在 720 名となっており、さらに今年度に入って、8 月までに 1 割程度伸びている。制度改正（新体系移行や障害者自立支援法の一部改正）の影響が大きいが、事業所の新設、定員緩和措置による受入の増も要因となっている。

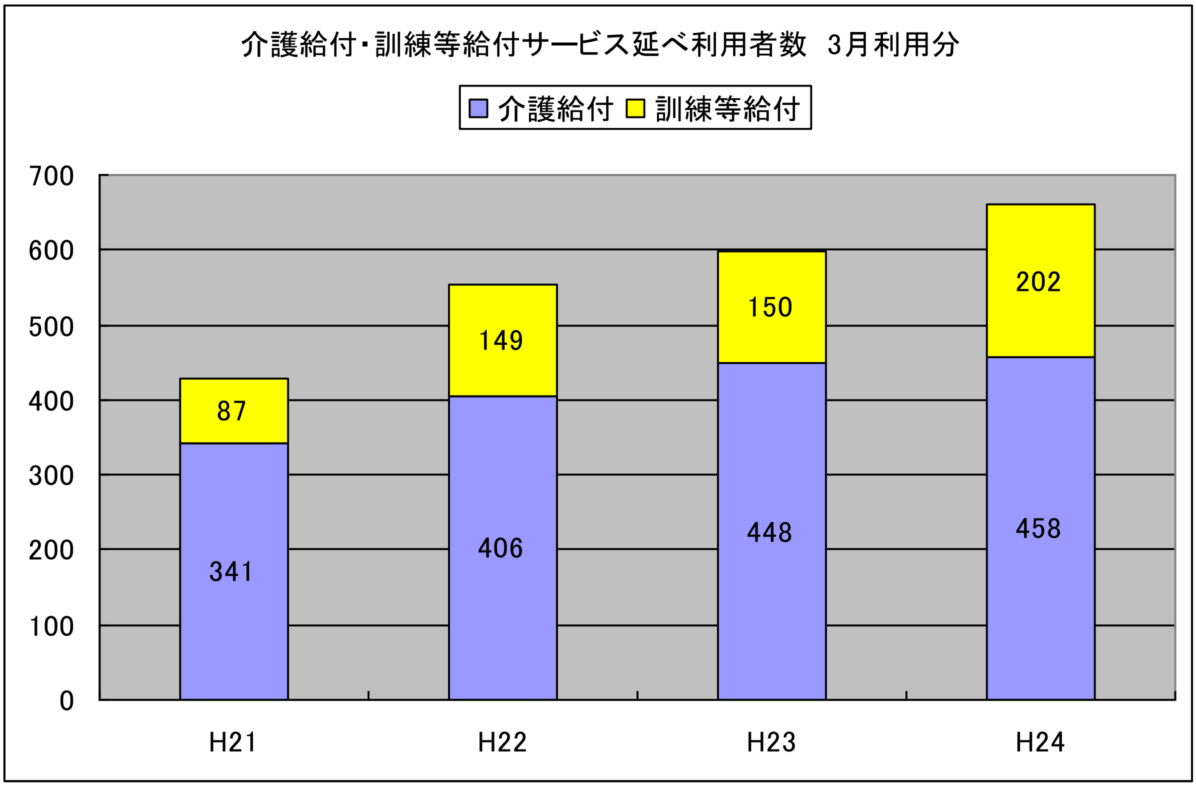
○不景気の影響で、今までは手帳なしで中小企業に勤めていた人が解雇されたり、特別支援学校から障害者雇用でも就職できず就労支援事業所を利用する人も増えている。そのため就労支援事業所は増設されているものの慢性的に不足している。

○上記に伴い当然に、市の障害者福祉費も増えている。グループホーム・ケアホームが 1 つ新設されるだけでも予算額の伸びに大きく影響する。地方財政はどこも厳しい状況にある。柏崎市は、特に平成 23 年度から中越沖地震に伴う市債の元金償還が本格化しており、厳しい状況にある。

図表 23　手帳所持者数の推移



図表 24　支給決定者数（延べ）の推移



※　国保連データより

（3）相談支援体制

①相談支援事業所

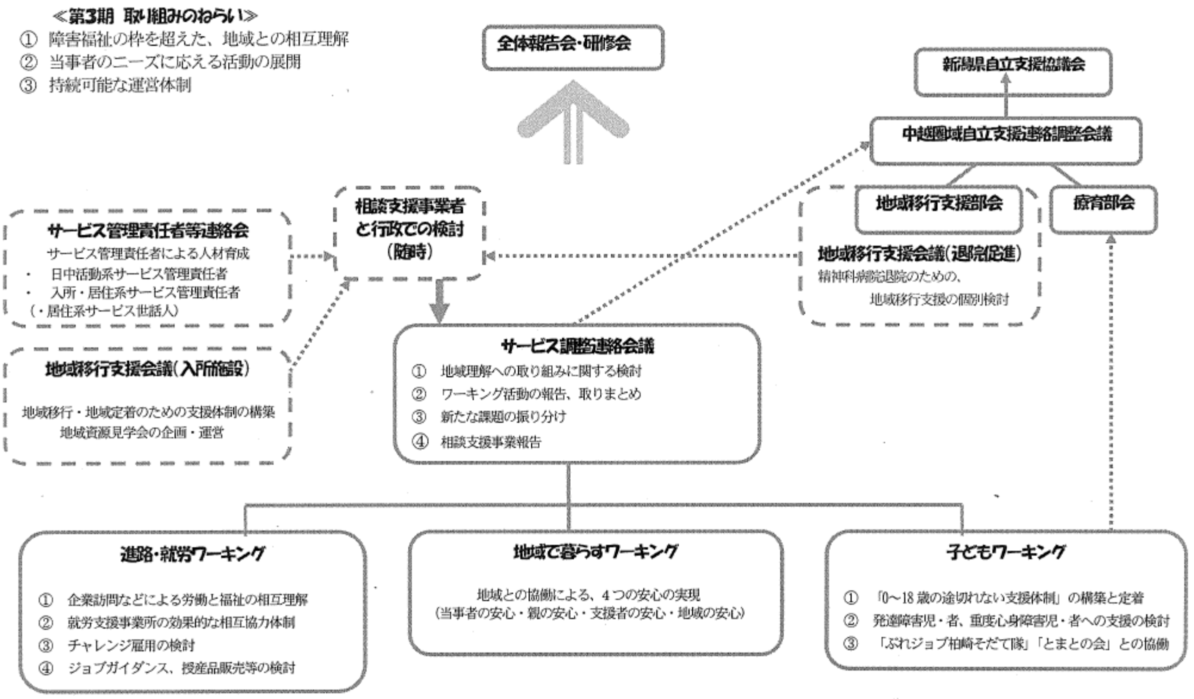
○市内に 3 ヶ所の指定一般相談支援事業所があり、市は相談支援事業を委託している。

○市内の指定特定相談支援事業者は、上記 3 事業者のほかに社会福祉協議会（居宅介護等の実績あり）が、指定計画相談支援の事業を開始した。

②地域自立支援協議会

○障害者自立支援法の一部改正にあわせて、地域移行支援会議（入所施設、退院促進）を立ち上げた。退院促進については、県の部会がなくなることを受けて設置したが、最終的には継続になったので、役割分担については調整が必要である。地域移行ケースは、いきなりサービス調整連絡会議にかけるには個人情報が多いため、行政と委託相談支援事業所間の会議で協議した上で、地域課題を抽出しサービス調整連絡会議に報告する形をとっている。

図表 25　地域自立支援協議会の体制図



（4）サービス利用計画作成件数

○平成 23 年度にいったん件数が減っているのは、計画作成の必要な優先度の高い人に絞り込んだためである。計画を作ることで落ち着いたケースに継続的にかかわり続けると手いっぱいになり、新規でより相談支援を必要とするケースに対応できなくなるということが起きてきたため、落ち着いたケースはサービス管理責任者（以下「サビ管」に引き継ぎ、相談支援事業所は新規ケースに集中する形をとった。

○平成 24 年度からサービス等利用計画の作成対象者を拡大していく中で、全員を対象にしていく中で、まず、上記絞り込みで外れた人は優先的に計画作成の対象とした。相談支援事業所では、サービス利用計画の対象から外れた後も計画は作り続けており、すぐに市給決定プロセスに乗せることができた。

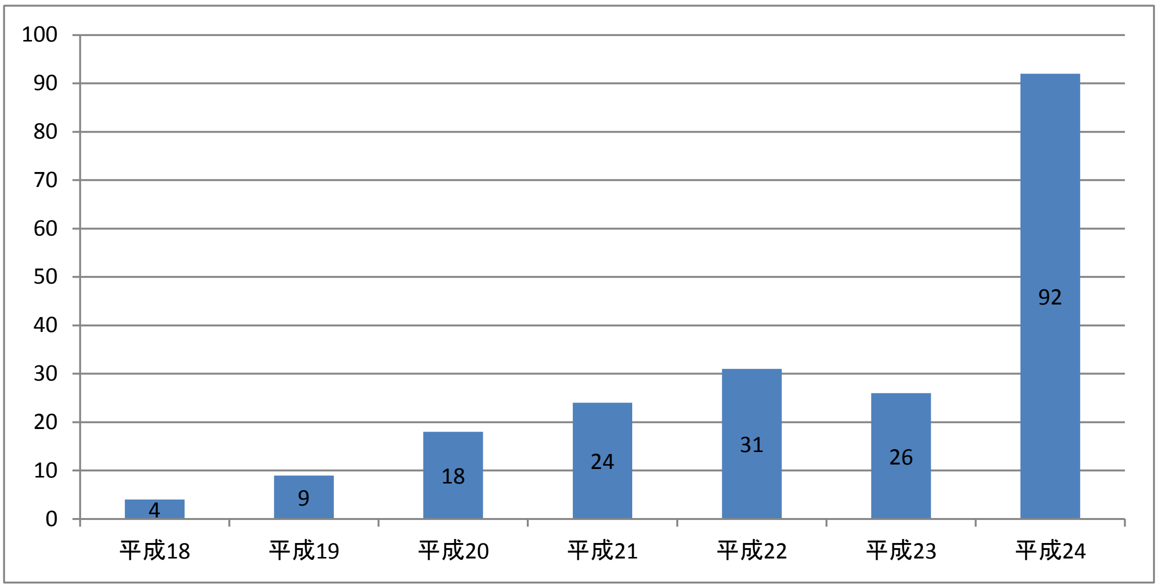
○そのほか、優先的に計画作成すべきケースについては、23 年度から行政と相談支援事業所で協議し、準備していた。具体的には以下のようなケースを優先的に作成することにしている。

＊新規利用者：居宅介護のみ利用といったシンプルで計画相談の練習になりそうなケースは、平成 24 年 4 月に新規参入した指定特定相談支援事業所に振り分け、モチベーション維持に努めている。

＊複数サービス利用者：グループホームで、日中活動やヘルパー等も利用しているケースで、計画が錯綜しているケースが多く、支給決定時に混乱することがあったため。

＊入所施設利用者で、入所区分に満たない者：入所の理由を明確にさせる必要があるため。保護者の了解が得られないケースが多いが、その場合も、一般相談の位置づけでアセスメントだけは実施してもらうことにした。第三者が入ることで日中活動の可能性を広げたり、安心して施設入所を続けるために必要なサービスだという受け止めが少しずつできてきている。施設のガードがあるので、今は、同一法人ながら独立性を担保できていると行政が判断している相談支援事業所が担当している。

図表 26　サービス利用計画作成件数（実人数）の推移



※平成 24 年度はサービス等利用計画作成件数（H24 年 8 月現在）

２．計画評価の実施状況（平成 23 年度まで）

（1）計画評価を始めたきっかけ

○サービス利用計画については、平成 18 年の法施行直後はどう進めてよいか分からなかったが、とりあえず相談支援事業所から持ち込まれ、作成対象者の条件にはっきり該当するケースから取り組みを始め、平成 20 年頃から、「単身に準ずる」家族がいても支援が必要なケース、家族全員が障害者で支援が必要なケースナドニ対象拡大していった。

○平成 20 年度からの制度改正による対象者拡大に伴い、真にサービスが必要かどうかを実態を踏まえてきちんと把握する必要があるため、行政担当者が必ず年 1 回はケア会議に参加することにした（それまでは相談支援事業所に呼ばれた場合のみ参加）。平成 24 年度の計画 92 件のうち、すでに 72 件のケア会議には出席済みである。必要に応じて、初回だけでなくモニタリング会議にも参加している。

○ケア会議に参加して行政がサービス利用計画の実態や効果をきちんと把握していたおかげで、平成 22～23 年度の年に市の事業仕分けの対象になった際も、財政当局に事業の効果と意義についてを理解してもらうことができ、財源を削減されずに済んだ。

（2）計画評価の体制

○ケア会議に参加して計画評価を行うのは、主に保健師（1 人）であるが、認定調査員 1 人、事務職 4 人も随時参加している。ケース会議で判断に迷うケースは持ち帰り、他のメンバーにも意見を聞く。また、ケア会議の議事録を回覧し、情報共有に努めている。

○行政に、社会福祉士、精神保健福祉士等の有資格者がいないので、必要に応じて、計画を作った相談支援事業所以外の相談支援事業所にもケア会議に参加してもらい、専門性を補っている。相談支援事業所が相互の計画を見ることで、相談支援専門員の資質向上にも役立っている。

○ケア会議には、相談支援事業所、サービス提供事業所、状況に応じて本人・家族（本人参加率

は 6〜7 割程度)、行政が参加している。

（3）計画評価の視点

○計画評価の際には、計画そのものの内容も見るが、ケア会議でどれくらい具体的に本人の状況が話されていて、抽象的でないその人に沿った具体的な目標が立てられているかを見ている。書面だけでは分からないかもしれないが、ケア会議に出ていれば、ちぐはぐな印象で分かる。

○同時に出されるサビ管の計画とかけ離れていないか、整合性が取れているかを確認する。

→全般に、サビ管の計画がずれていることが多いが、既に長期にサービスを利用している人に新たに相談支援事業所が入った計画の場合は、サビ管の計画等を参考にしていても相談支援事業所の計画がずれていることがある。これは、その時点でのサビ管と相談の情報量の差に起因するものではないか。

→ケア会議の中で相談支援事業所とサビ管の計画をすりあわせていくことの手順や効果は各事業所に浸透しつつある。ケア会議では、意識的に「参加者が上下関係ではなくフラットに、本人について知っていることを出し合ってより良い支援を行なおう」という雰囲気を相談支援事業所が心がけたり、サビ管向けの連絡会で「何かあれば相談支援事業所も含めてケア会議を行ない考えていこう」という意識付けをしたりしている。相談支援事業所が入ることに抵抗感があったり、ケースを抱え込みがちな事業所については行政が個別にフォローし、相談支援事業所が介入できるように調整している。

○本人の希望、家族の希望が反映されているかを確認する。

→行政が本人等の希望を確認するする方法は、更新時の面談、ケア会議等である。計画が立派すぎたり、本音が言えていないのではないかと思うときは、家族状況等含めて確認している。本人だけでなく、家族も支援が必要な場合も多いので、家族に過剰な負担がかかっていないかも確認する。認定調査員が福祉課にいるので、状況把握ができ、客観性が担保しやすい。

→相談支援事業所の立場からは、「利用者の本音は表面的な言葉では出てこない、一度ではつかめない」という意識をもってかかわり、事業所内で毎日報告しあいながら、複数の目で本人の意向の推測、計画作成とすりあわせを行っている。1 年から 1 年半経ってようやく本人の本音がわかってくることも多い。ヘルパー等には本音を話す利用者も多いので、ケア会議でサービス提供事業所からいかに情報をもらえるかが重要である。

○計画に特定の事業所の都合が優先されていないか、日中活動の選択肢を事業所の採算面から制限していないか、グループホームで世話人がやるべきことまでヘルパー等を利用していないかは確認する。

○計画は、福祉サービスだけでなく生活全般をとらえてもらいたい。障害福祉分野以外に大きな問題があるのに、計画に入っていないと分かればチェックが必要である。行政には介護保険の困難ケースの情報共有、保健部門との連絡会や訪問看護の情報提供書で医療・健康面の課題が分かったり、警察・消防、民生委員等からの情報、虐待や成年後見の情報も集まってくる。相談支援事業者が把握していないものがあれば、チェックし調整を図る。

○計画の評価時期が一律○か月ではなく、目標の内容に応じて個別に設定されているか、確認する。

３．今後の計画評価の充実に向けて

（1）今後の全数拡大への見通し

○障害福祉計画では、障害者自立支援法に基づくサービス利用者は、策定時の実績から 531 人と見込んでいた。現在支給決定されている「地域定着のみ」のケースが、新たに加わっている。障害児療育支援（児童発達支援事業）については、親も障害受容ができていない就学前の数年のかかわりなので、どのように進めるかは別建てで検討する予定である。

○現在の相談支援事業所の人員体制で対応できる上限に近付きつつある。特にモニタリング業務、書類作成等の事務作業の負荷が高く、新しいケースまで手が回らなくなっているので、メリハリのつけ方を模索している。

（平成 24 年 8 月末現在実人数　刈羽村分含む）

＊A 事業所：55 件（1.5 人。一般相談は別の相談員が対応）

＊B 事業所：31 件（一般相談を含めて 1.5 人）

＊C 事業所：10 件（一般相談を含めて 1 人）

＊D 事業所：7 件（1 人）

○今後は、計画作成経験の多い事業所が入口の計画を作り、軌道に乗ったケースを随時、新規の指定事業所にスライドさせる流れを作っていきたい。

→事業所運営を考えると、相談員 1 人 30 件（すべてのケースを毎月モニタリング）～35 件（毎月モニタリングケースが 20 件、6 か月に 1 回モニタリングが 15 件）が上限と思われる。行政も財政面の制約に縛られてモニタリングの回数を必要な回数より減らすような支給決定はしてはならない。

→指定事業所を増やすために、法人への理解を求める必要がある。すでに行政から、平成 26 年度までには手あげしてくださいと働きかけをしており、参入事業所のめどはある程度立っている。法人側も急には動けないので、年 1、2 回の計画的な働きかけが必要である。

（2）計画の質の向上に向けて

○件数をこなさない限り、質は上がらない。計画作成、ケア会議の数をこなすためには、大前提として行政の支給決定が必要なので、行政が支給決定をすることがまず重要である。また、相談支援事業所は大変でもそれを断らず正しく取り組んでいくことが必要である。5 年程度やっていれば形が整ってくるのではないか。

○相談支援は職人技なので、件数をこなす際にお手本になる人が必要である。感性や利用者の気持ちに寄り添えるかを見て、この人なら、という人に順次伝えていく必要がある。初任者研修でも現任研修でも、事例作成を受講者任せにするのではなく、参考例として比較できる事例を提示することで初めて気づきが出てくる。研修に限らず、地域の中でいろいろな人の計画をまねることができる環境づくりがあれば、質の向上のスピードは上がるかもしれない。

（3）その他

○9 万人は気になる人をなんとかフォローできる限界の規模と感じる。柏崎市では、行政と委託 3 事業所で基幹相談支援センター的な機能を充足できているので、組織としてのセンターの必要性はあまり感じていない。この実態から、相談の基盤整備の圏域設定は 10 万人程度がよいのではないか。

○精神障害者の地域定着支援のみの支給決定の場合は、措置入院退院後の事例などが該当することから、保健分野の行政とケア会議をすることが多いため、福祉課としては把握に試行錯誤している。
○地域相談支援の報酬単価は改善の必要がある。地域移行支援を 1 か月 2 件程度が受けると、計画相談支援は 3，4 件までが限界で、事業所の運営が成り立たない。今は、制度立ち上げ期で一生懸命やっているが、今後手を引く事業所も出てくるのではないかと危惧している。
○利用計画の様式は、利用者に提示した際、障害種別ごとに本人にとって分かりやすいものである必要がある。
○書類が増えると、利用者も事業所も大変な部分はあるが、目に見える形で期限を切って根拠のある支援をするマネジメントシステムは重要である。
○行政もケア会議の現場に行かないと「高い目標でないと本人が納得しない」「抽象的でないと不安になる」「極シンプルで具体的でないと理解できない」「特定事業所しか受け入れられない」といった当事者の実態が分からない。“書面上”だけで計画内容の評価をすると、当事者の実態が分からないまま、計画の良し悪しを判断してしまうことが危惧される。相談支援のプロでない行政が“書面上”だけで計画内容の評価することは、当事者の実態に合わない計画作成を押し付ける間違った方向に進む危惧があるためやらないほうが良い。

以上

Ⅴ. 兵庫県篠山市結果報告

1．基本情報

（1）篠山市のあらまし（人口・面積等）

○兵庫県の中東部、大阪府・京都府との境に位置し、総面積は 377.61 ㎢である。40～50km 圏内には、大阪、神戸、京都などの都市地域があり、JR や自動車道の整備により、これらの都市地域へのアクセスは 1 時間圏域である。

○平成 11 年に 4 町が合併して、篠山市となった。

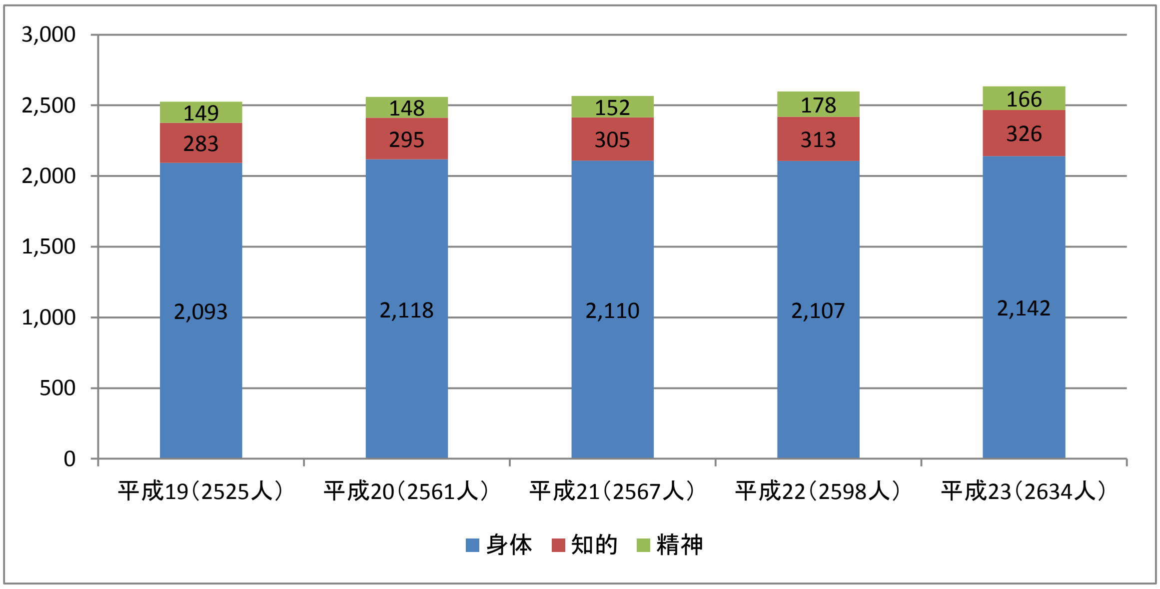
○人口は減少傾向にあり、44,357 人、高齢化率は 28.1%である（平成 24 年 7 月 31 日現在)。

（2）障害者数

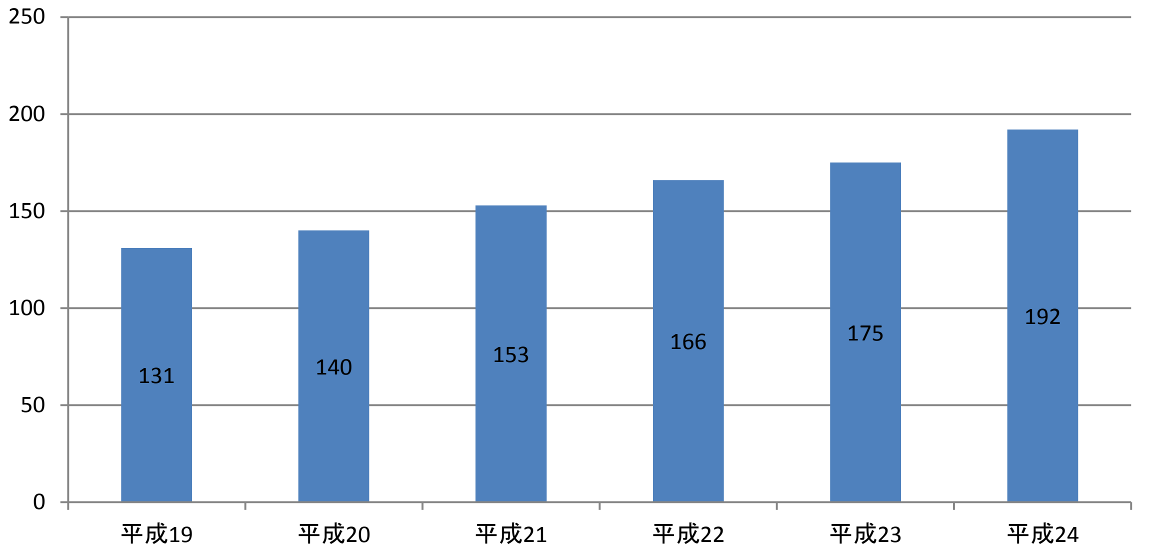
○手帳所持者数は、いずれも増加傾向にある。知的の増加要因は、兵庫県は発達障害者に療育手帳を発行すること、児童期からの支援が充実してきたことと推測される。

○障害程度区分認定者数は 192 人であり、支給決定者数は 342 人である（平成 24 年 7 月 31 日現在)。身体の支給決定者数の増加要因は同行援護の新設によるものであり、その他では精神の増加率が高い。

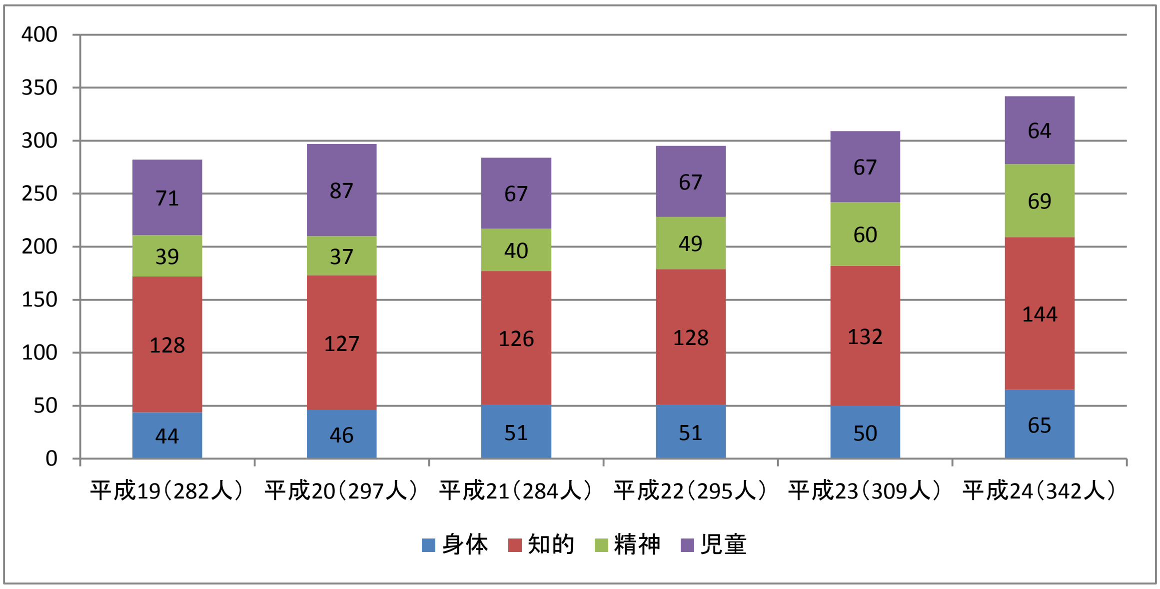
図表 27　手帳所持者数の推移



図表 28　障害程度区分認定者数の推移



図表 29　支給決定者数の推移



（3）相談支援体制

①相談支援事業所

○市内に相談支援事業所は 4 ヶ所ある。うち 1 ヶ所は平成 24 年 4 月に参入したが、介護保険の居宅介護支援も実施しており両立が難しいため休業中で、実働は 3 ヶ所である。

○篠山市には療育等支援事業等を実施していた事業所はなく、この 3 ヶ所はいずれも、直接サービス提供事業所が、自立支援法が始まってから追加で相談支援事業を始めたスタイルである。

○相談支援事業所 3 ヶ所の相談支援専門員は各 1～3 人程度だが、サービス利用計画以外に委託費等はないため、兼務で相談支援に従事している。

②地域自立支援協議会

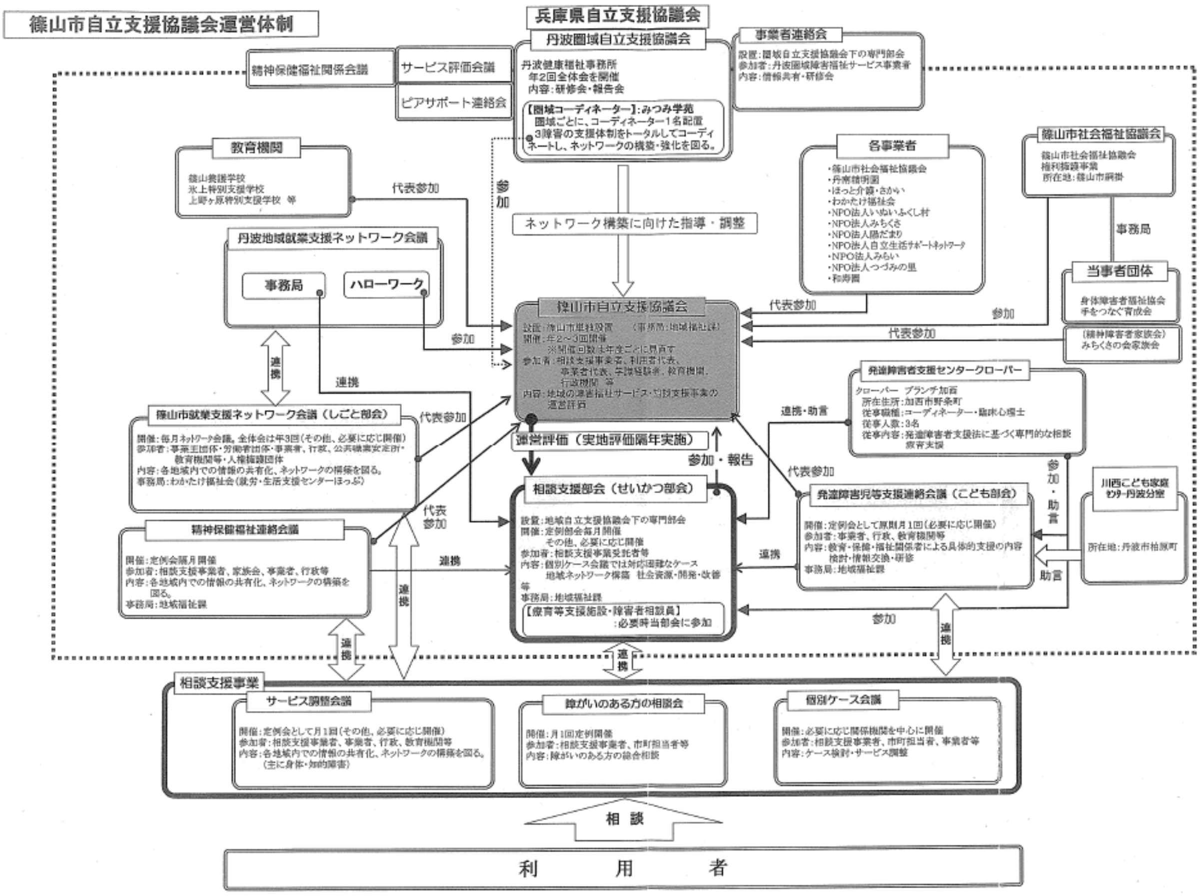
○相談支援部会は、実働の相談支援事業所 3 ヶ所、市行政、市社協が参画し、毎月定例部会を開

催している。社協が参画しているのは、日常生活自立支援事業の対応があるためである。

○部会では、新規ケースの情報共有、担当ケースの状況変更の報告、困りごとの相談、支給量変更の必要がある場合の協議等を行っている。

○平成 19 年に自立支援協議会ができたときに相談支援部会も立ち上げ、継続的に上記のような活動を続けている。

図表 30　地域自立支援協議会の体制図



（4）サービス利用計画作成件数

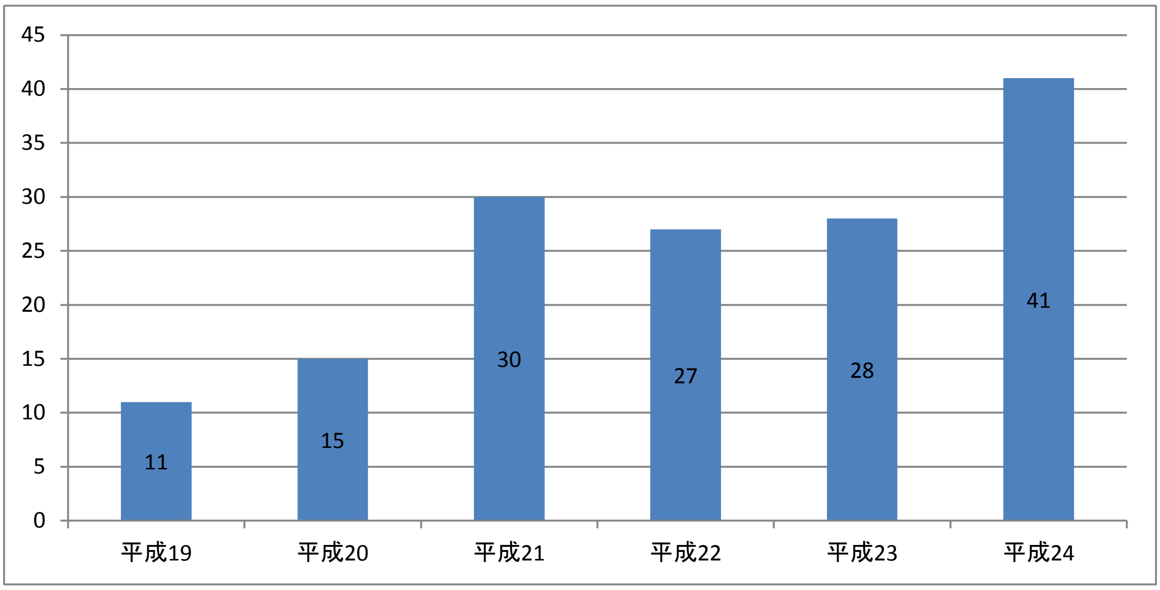
○サービス利用計画作成件数は、年々増加している。

○平成 26 年度までに作成件数を着実に伸ばしていくために、地域自立支援協議会相談支援部会で協議し、平成 24 年度は訪問系サービス利用者の計画を作成している。次年度以降、通所・入所サービス利用者に拡大していく予定である。訪問系サービス利用者を優先したのは、サービス管理責任者が配置されておらず、利用者が相談先を求めていると判断したためである。

○3 つの相談支援事業所のうち、地活 I 型を併設した事業所が多くのケースを担当し、他の事業所は各 5 件程度である。

○平成 24 年度の対象拡大により、これまで相談支援部会等に困難ケースとして上がってきておらず、ヘルパー事業所が対応に苦慮しながらも地域で放置されていたようなケースの掘り起しが進んできている。

図表 31　サービス利用計画作成件数の推移



２．計画評価の実施状況（平成 23 年度まで）

○サービス利用計画の対象者についてはすべて、相談支援事業所から毎月モニタリング結果を提出させ、行政担当者が書面確認していた。

○書面で不明点があれば、個別に相談支援事業所やサービス提供事業所に問い合わせをしたり、地域自立支援協議会の相談支援部会、サービス調整会議等で確認したりした。

○支給決定時に個別ケース会議を開催し、本人、相談、行政、サービス提供事業者が話し合ったうえで計画を立てるので、行政担当者もケースの概要を把握できていた。また、その後、大きな変化があれば事業所から連絡が入ってきたり、サービス調整会議等で報告があるので、そのことが計画にきちんと反映されているか確認することは、それほど大変ではなかった。

○行政での確認体制は、保健師 2 人、事務職（社会福祉主事資格あり）2 人、係長 1 人であり、各人が全ケースを見て、課長が最終確認する方式であった。

○確認の視点は明文化されていないが、各職種がそれぞれの視点から確認しており、多面的な点検が可能であった。

○計画に対する利用者満足度は、障害程度区分の更新時やその他の場面で本人に会ったときに確認する程度で、特別な確認の機会は設けていない。

３．今後の計画評価の充実に向けて

○単身生活者やヘルパー利用者は、家族も含め直接事業所に苦情を言いにくい場面もあるので、相談支援事業者が入ることの意義がある。

○しかし、訓練等給付しか受けていない人にまで本当に計画が必要なのか。サービス提供事業所での支援計画以外に生活全体の計画が必要なのか。困ったときは相談してくださいという窓口担当者を明確にしておくだけでも足りるのではないか。

○障害者の場合、介護保険と比べて相談支援にかかる時間が多い。本人の思いを聞き出すまでの関係づくり、障害者本人と高齢の親の世帯で家族全体の相談対応、権利擁護や介護保険との連携、地域との関係修復等が大変である。モニタリングも問題があれば週 2，3 回訪問することも

ある。この業務実態をふまえた報酬設定がないと、新たな事業所には参入してもらえない（篠山市でも介護保険の事業所等に声掛けしているが、全く参入予定がない)。計画作成の担い手が確保できない段階では、計画の評価はさらに先の課題である。

○基幹型相談支援センターや第三者的な機関が評価をするとよいかもしれないが、基幹型相談支援センターを作るかどうかは、予算的な課題もあり、未定である。

以上

Ⅵ. 福岡県香春町結果報告

1. 基本情報

（1）香春町のあらまし（人口・面積等）

〇福岡県の東北部に位置しており、町の北部は北九州市小倉南区、西部は田川市と接している。東西 6.45km、南北 10.6km の町で、総面積は 44.56 ㎢である。

〇近代、セメント産業を中心に発展し、昭和 31 年に 3 町村が合併し、現在の香春町となった。平成の合併では、特に合併していない。

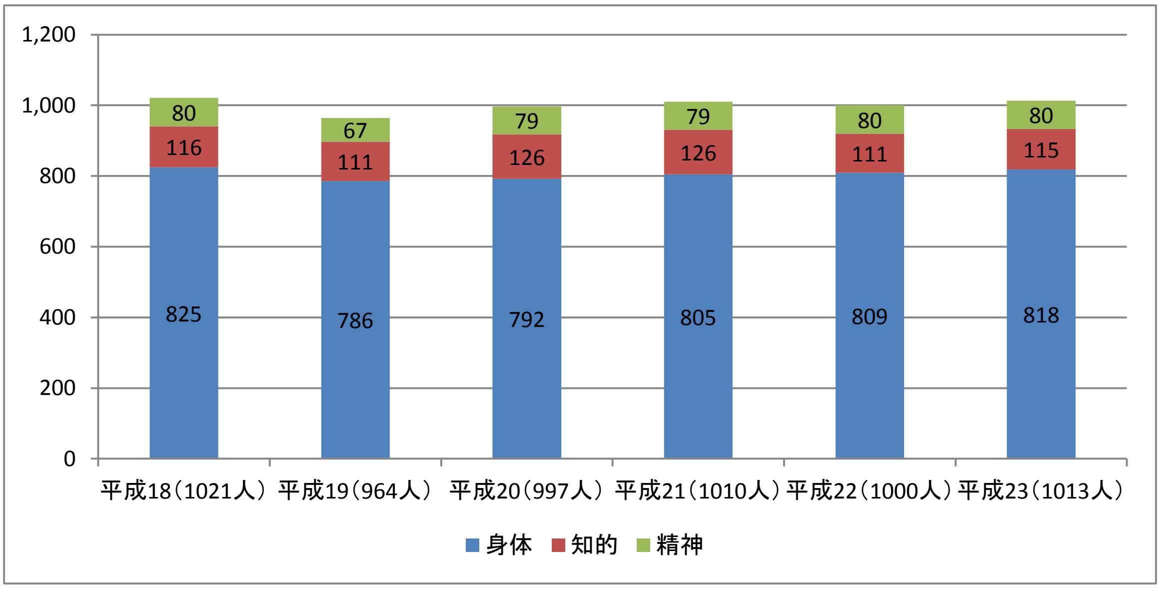
〇人口は 12,235 人、高齢化率は 32.2%である。（平成 24 年 9 月 30 日現在）

（2）障害者数

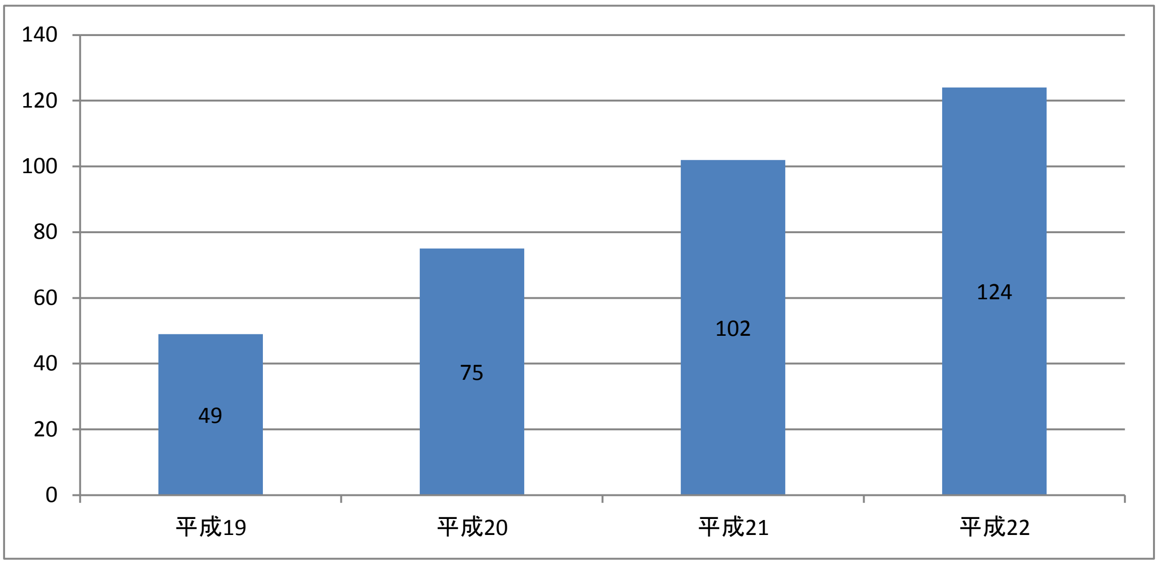
〇手帳所持者数は 1000 人前後で横ばいである。

〇障害程度区分認定者数は 118 人であり、支給決定者数は 146 人である（平成 24 年 9 月 30 日現在）。

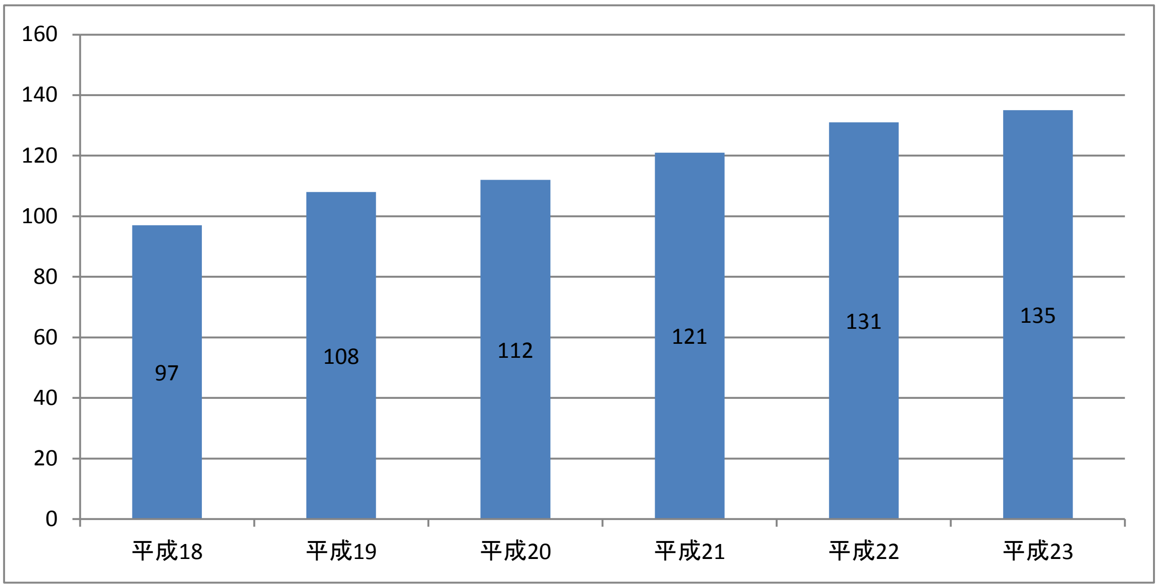
図表 32　手帳所持者数の推移



図表 33　障害程度区分認定者数の推移



図表 34　支給決定者数の推移



（3）相談支援体制

①相談支援事業所

○町には相談支援事業所がない。田川市郡 8 市町の相談支援は、田川市所在の事業所が受託している。田川市郡では市町ごとの人口が少ないので広域での相談支援体制構築も検討されたが、委託費の配分等の調整がつかず、各市町が個別に委託契約をしている。このため、各市町で書式等が異なり、相談支援事業所にとっては煩雑になっている。また、活動エリアが広範で、山間部の限界集落等もあり、1 件当たりの訪問に半日かかる等の固有の課題がある。

○香春町から相談支援事業を委託しているのは、田川市所在の 2 事業所である。

＊A 事業所（身体・知的・児童）：田川市郡 6 市町から相談支援事業を受託。平成 15 年から地域療育等支援事業を実施してきた流れで相談支援を実施しており、相談員は常勤 2 人が配置されている。

＊Ｂ事業所（精神）：田川市郡 8 市町から相談支援事業、地活Ⅰ型を受託。管理者＋相談支援専門員 2 人が地活と兼務で配置されている。退院支援や地域での危機介入、サービスにつなぐ支援等が増えており、現状のマンパワーでぎりぎり対応できる状況である。

②地域自立支援協議会

○平成 18 年 10 月から自立支援協議会を立ち上げ、障害者計画策定等に対応する全体会、多数の関係機関を集めて情報交換を行う幹事連絡会・部会、事務局会議を行っていたが、現在は、組織の枠に捉われず、実効性ある動きができるよう、全体会と事務局会議に集約している。

○これとは別に、月 1 回、委託相談支援事業所 2 ヶ所の相談員 3 人と町行政担当者が集まり情報交換会を開催している。ここでは、計画のモニタリング報告が主たる議題であり、必要に応じて関係機関にも同席してもらっている。また、情報交換会以外にも必要があれば会議を開催し、機動性を確保している。

（4）サービス利用計画作成件数

○区分認定の申請・更新時には、必ず町福祉係のワーカーが本人の自宅を訪問し、日ごろの生活やサービスの状況を聞き取っている。また、可能な限りサービス調整会議にも出席し、民生委員活動等が盛んで地域からも随時情報が入るので、町内の障害者の状況はほぼ把握できている。こうした「顔の見える関係」の中で、平成 23 年度までは、要件に該当する者（施設退所直後、支援者が少ない等）に対して支給決定を行い、徐々に計画作成件数を増やしてきた。

○計画作成の依頼は、町から相談支援事業所に対して行われ、障害種別に応じた事業所へのケースの振り分けも町が行ってきた。なお、田川市郡の他市町では、従来、相談支援事業所から行政に対してケースを持ち込む場合が多く、24 年度に制度改正が行われて、行政からの依頼が少しずつ出始めている。

○平成 24 年度からの対象者拡大への対応方針としては、利用者の要望があればすぐに支給決定するほか、居宅介護の利用者を優先的に支給決定している。また、従来からのサービス利用者については、区分認定の更新時等、本人の意向を踏まえながら支給決定のタイミングを検討している最中である。

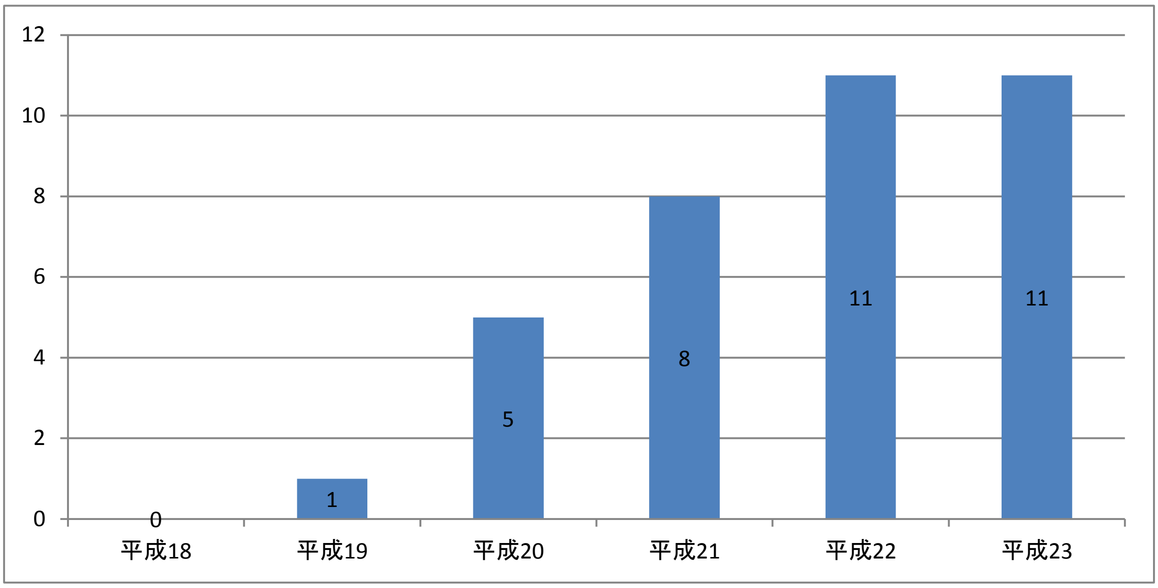
○複数サービスを利用していて事業所間の調整が大変な者はごくわずかであり、就労移行支援事業のみ利用していて十分なアセスメントがなされているケース等に重ねて計画を作成する必要があるのか判断に迷うケースがある。一方で、新規の施設入所者に最初からかかわったり、就労につながる可能性がありそうだが、本人も事業所も就労継続支援Ｂ型でよいと考えている場合に第三者的にかかわったりと、相談支援が入ることのメリットを感じるケースもある。

○平成 23 年度までのサービス利用計画は、集中的に相談支援が支援に入り、周囲の支援者や家族に対応ノウハウを伝えて状態が落ち着けば、いったん計画を終了することができた。しかし、今後、モニタリングしながら全ケースについて継続的に計画作成するには、事業所基盤の強化が必要である。

○このため、相談支援従事者研修の受講実績がある事業所には、委託相談支援事業所から計画相談に関する情報を提供し、参入を働きかけている。また、町からも介護保険の居宅介護支援事業所に参入を打診しているが、まだ様子見の状態である。しかし、サービス提供事業所の中には、自らの事業所の利用者の計画作成にはかかわっても良いかという雰囲気もあり、今後、隣

接の北九州市や田川市で指定を受ける事業所が出てくれば、後追いで指定を受ける事業所が出てくるのではないか。

図表 35　サービス利用計画作成件数（実利用者数）の推移



２．計画評価の実施状況（平成 23 年度まで）

○月 1 回の相談支援事業所と町行政による情報交換会で、モニタリング結果を報告し、「生活が安定しているか。以前と変わりがないか」を確認している。このような確認ができるのは、人口が少なく、普段から必要に応じて細かな情報交換を行い、行政、相談、利用者に「顔の見える関係」ができているからである。

○モニタリングの結果を紙媒体で残すのは、担当者が変わってもきちんと対応が引き継げるよう記録するためであり、それ以上でも以下でもない。

○この趣旨をふまえ、従来から、支給期間の終わりには、サービス利用計画を作成した全てのケースについて相談支援事業所が「評価報告書」を作成し、町に提出している。具体的には、障害福祉サービス事業所だけでなく、訪問看護師や主治医等の意見も集約し、家族介護の状況や負担感、本人が果たす役割の実施状況も確認した上で、A4 1 枚の様式を作成している。（記入項目は、日本相談支援専門員協会のサービス利用計画　様式３モニタリング報告書に類似）

○相談支援事業所が立てた計画とサービス提供事業所の計画に齟齬がないかは、サービス調整会議（町、相談支援事業所、サービス提供事業所が全員参加）で確認している。相談支援事業所は、会議の議事録と相談支援事業所が作成した計画をサービス提供事業所に交付し、サービス提供事業所（訪問看護等の医療系サービスも含む）からもそれに基づいて各事業所が作成した個別支援計画を提供してもらっている。モニタリングについても、同様の方式で情報交換を行っている。

○こうした計画のやり取りに加え、サービス提供時に何か変化があれば、サービス提供事業所から相談支援事業所に必ず情報が入ることになっている。

○これらの情報をふまえて、必要に応じて相談支援事業所が会議を招集したり、本人・家族の意向を確認したり、サービス提供現場に立ち会って実態を確認したりしている。

○サービス提供事業所の中には個別支援計画の提供に抵抗を示すところもあるが、質の高い支援を提供するためには不可欠のプロセスなので、相談支援事業所からあきらめずに働きかけている。また、計画の内容や視点、情報量にばらつきがある場合は、個別にスーパーバイズを行っている。サービス提供事業所に相談支援事業所と一緒に動き、相談支援事業所の仕事を見てもらう経験を積み重ねることで、気持ちが近づき支援チームの力は大きく変わっていくという実感がある。

○計画に対する利用者満足度は、町のワーカーが更新のタイミングで直接会って確認しているが、計画評価に際して特別に確認することはない。

３．今後の計画評価の充実に向けて

○計画作成プロセスを実効性あるものにし、相談支援事業所が自分の作った計画に責任を持つためには、報酬で評価されるモニタリング以外に、必要に応じた訪問等を通じて、実質的なモニタリングを行う必要がある。これまで、委託の相談支援事業所には委託費があったのでこの対応ができたが、指定のみの事業所にここまできめ細かな対応ができるか、運営面で課題がある。

○小規模市町村では単独で計画作成・評価体制を構築するのは難しい一方、広域対応となると、事務局をどこが担当するか、費用分担をどうするか等の調整が難航する。田川市郡でも、委託相談支援事業所が呼びかけて市町村が相互に情報交換する会議を開催しているが、具体的なアクションに進むには訴求力が弱い。広域での基盤整備については、都道府県の積極的な支援に期待したい。

以上

「サービス等利用計画の評価指標に関する調査研究」委員会　委員名簿

【検討会委員】

氏名	所属等
大塚　晃	上智大学　総合人間科学部　社会福祉学科　教授　※委員長
小野寺　拓	札幌市　保健福祉局　障がい保健福祉部　障がい福祉課
門屋　充郎	ＮＰＯ法人　十勝障がい者支援センター　理事長（北海道）
高森　裕子	三菱総合研究所　人間・生活研究本部　研究員
武市　幸子	障害当事者
田畑　寿明	宮崎県そうだんサポートセンターはまゆう
中島　秀夫	滋賀県障害者自立支援協議会
橋詰　正	上小圏域障害者総合支援センター ウイング所長（長野県）
松下　義雄	障害者生活支援センター凌雲　所長（徳島県）
山下　浩司	大村市社会福祉協議会　事務局次長（長崎県）

※検討会委員は調査事業担当を兼ねる

【オブザーバー】

氏名	所属等
遅塚　昭彦	厚生労働省　社会・援護局障害保健福祉部　障害福祉課　相談支援専門官

【調査事業担当】

氏名	所属等
鈴木　智敦	名古屋市総合リハビリテーションセンター
玉木　幸則	障害者生活相談・支援センター　のまネット西宮
福岡　寿	北信圏域障害者総合相談支援センター
渡辺　俊太郎	社会福祉法人　オープンスペースれがーと

【事務局】

氏名	所属等
齋藤　紗里	

（所属等は平成 24 年 3 月現在）

平成 24 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業
「サービス等利用計画の評価指標に関する調査研究」報告書

発　行：平成 25 年 3 月
発行者：特定非営利活動法人　日本相談支援専門員協会
〒520-3216　滋賀県湖南市若竹町 1-6
甲賀地域ネット相談サポートセンター内
TEL　0748-75-6920　FAX　0748-75-8902　URL　http://nsk09.org/