

平成 20 年度厚生労働省障害者自立支援調査研究プロジェクト事業
地域移行推進における個別支援計画書(私の希望する暮らし)の
妥当性の検証ならびに個別支援計画書策定手法に関する研修
報 告 書

平成 2 1 年 3 月

岩手県保健福祉部障がい保健福祉課

目 次

- 第 1 章 研究の概要 (p 1)
- 第 2 章 「計画書の活用」に関する地域移行推進員を対象としたフォーカスグループインタビュー (p 5)
- 第 3 章 「計画書の有効性及び妥当性」に関する利用者を対象としたアンケート調査 (p 23)
- 第 4 章 障害者自立支援法に基づく「研修の見直し」に関する検証 (p 30)
- 第 5 章 県民を対象とした啓発普及のあり方 (p 36)
- 第 6 章 計画書活用に関する現状と課題 (p 45)

- 引用文献・参考文献 (p 48)

- 研究協力者 (p 49)

- 資料
 - 1 「計画書の有効性及び妥当性」に関する利用者を対象としたアンケート調査に関する調査票等 (p 51)
 - 2 平成 20 年度障がい保健福祉関係者研修プログラム (p 63)
 - 3 「障害者自立支援法に基づく『研修の見直し』に関する検証」に係る調査票等 (p 71)
 - 4 私の希望する暮らし (改訂版) (p 83)

第1章 研究の概要

1 研究の背景

本県では、平成18年度障害福祉計画作成に際し、県内の全ての入所施設・精神科病院（以下「施設等」）の協力を得て、地域移行希望に係るアンケート調査を実施した。その結果、1,069人が平成23年度末までに地域での生活を希望していることが明らかになり、図1及び図2のとおり重層的な取り組みを進めてきた。

その取り組みを推進するために、平成19年11月に県自立支援協議会の下部組織に地域移行部会（以下「部会」）を設置し、施設等からの地域生活への移行のあり方について協議・検討をしてきた。

併せて、関係者や地域住民の理解を得るために、各圏域に出向き「障害者の地域生活移行」に係る説明会等を開催した。

しかしながら、部会や説明会等において課題として出された事項として、地域移行を推進するためのツールとなる「個別支援計画」に基づく支援が不十分であることやその策定手法に係る研修の充実強化が指摘されてきた。

その課題を受けて、平成19年12月に部会の下部組織として、施設等の相談支援専門員等が中心となり「個別支援計画作成ワーキンググループ」を設置し、学識経験者からの指導を受け、個別支援計画書の岩手県標準例「私の希望する暮らし」（以下「計画書」）を策定したが、活用方法等の検証については、今後の課題となっている現状である。

そのことから、今回、本事業においては、障害者の地域生活移行の推進に資することを目的に、①個別支援計画書の効果測定および妥当性、②個別支援計画書策定手法に関する研修、③地域移行推進のための啓発活動に係る3点について、検証・評価を行うものとする。

2 研究の目的

今回、県における障害者の地域移行の推進に資することを目的に、計画書の活用の際し、その効果測定及び妥当性について、①地域移行推進員（以下「推進員」とする）を対象としたフォーカスグループインタビュー、②利用者を対象としたアンケート調査、③障害者自立支援法に基づく研修の見直し、④県民への啓発普及を行い、計画書の活用に関する課題等について調査及び分析を行った。

なお、研究の実施に際し、県自立支援協議会地域移行部会の下部組織として、各地域自立支援協議会から委嘱された推進員から構成されるワーキンググループ（以下「WG」とする）を設置し、検討をすすめた。

また、本研究に係る調査及び分析等については、県が委嘱する特別アドバイザーの指導助言を受けたものである。

第2章 「計画書の活用」に関する地域移行推進員を対象としたフォーカスグループインタビュー

1 研究方法

本調査では、主に身体障害領域、知的障害領域、精神障害領域の施設・病院に勤務する推進員を調査対象とし、障害種別を越えた計画書活用に関する課題や必要な視点について検討した。

2 データの収集方法

収集法はフォーカスグループインタビューとし、半構成的面接法を用いた。調査技法は、才木¹⁾、萱間²⁾の文献に基づく方法により実施した。

調査は、外部からの騒音等が影響されにくい会議室で行い、調査時間は、身体障害領域は115分、知的障害領域は110分、精神障害領域は108分であった。

役割としては、司会者1名、司会者補助1名、記録者2名で実施し、調査対象者からの了承を得て、ICレコーダーに発言内容を記録した。

3 調査内容

先行文献やWGにおいて協議された内容を踏まえ、①「計画書」について評価できる点、②「利用者の願いや夢」を把握するため、コミュニケーションを図るうえで工夫している点、③「計画書」について「こうなれば使いやすい」と考える点、④「計画書」活用の普及啓発に向けての工夫する点を質問項目とした。

なお、「障害種別を越えた『計画書』の効果測定および妥当性」という研究目的等に鑑み、障害種別の特性や支援に関する質問項目は設けなかった。

4 分析方法

ICレコーダーに録音された内容を逐語録として起こした後、データを切片化し、質問項目に関する発言にラベル名をつけた。

次に、ラベルをカテゴリーに分類し、理論的比較を行った後、質問項目毎にカテゴリーの関連図を作成した。なお、カテゴリーの分類に関してはWGが中心に行ったが、助言者として、フォーカスグループインタビューを用いた研究経験のある大学教員に指導を依頼した。

5 調査対象

県内の知的、身体、精神の障害者施設、精神科病院の地域移行推進員から無作為抽出し、同意を得られた者とした。インフォーマントは表1のとおりである。

倫理的配慮として、県担当課から対象者及び対象者の所属長あてに、調査目的、方法、成果の公開方法、守秘義務に係る内容記載した文書による依頼を行い、調査当日に対象者から口頭で同意を得た。

表 1-1 身体障害領域

	所属機関	資格	性別	年齢	経験年数
1	就労継続B型	相談支援専門員、サービス管理責任者	男	36	6
2	相談支援事業所	相談支援専門員	男	72	10
3	相談支援事業所	相談支援専門員	女	50	8
4	相談支援事業所	社会福祉士、介護支援専門員、相談支援専門員	男	52	29

表 1-2 知的障害領域

	所属機関	資格	性別	年齢	経験年数
1	相談支援事業所	社会福祉士、相談支援専門員	男	29	5
2	相談支援事業所	社会福祉士、相談支援専門員、サービス管理責任者	女	51	23
3	相談支援事業所	社会福祉士、相談支援専門員、サービス管理責任者	男	51	29
4	相談支援事業所	相談支援専門員、サービス管理責任者	男	39	19

表 1-3 精神障害領域

	所属機関	資格	性別	年齢	経験年数
1	相談支援事業所	精神保健福祉士、介護福祉士、相談支援専門員	男	32	8
2	相談支援事業所	相談支援専門員	男	40	7
3	相談支援事業所	社会福祉士、精神保健福祉士、相談支援専門員	女	59	16
4	精神科病院	社会福祉士、精神保健福祉士	男	26	5

※ 表 1-1、1-2、1-3 共に対象者の基本属性は、平成 20 年 9 月 1 日時点のもの。

6 結果

分析の結果、コーディングした概念を図 1～図 4 のとおり分類した。

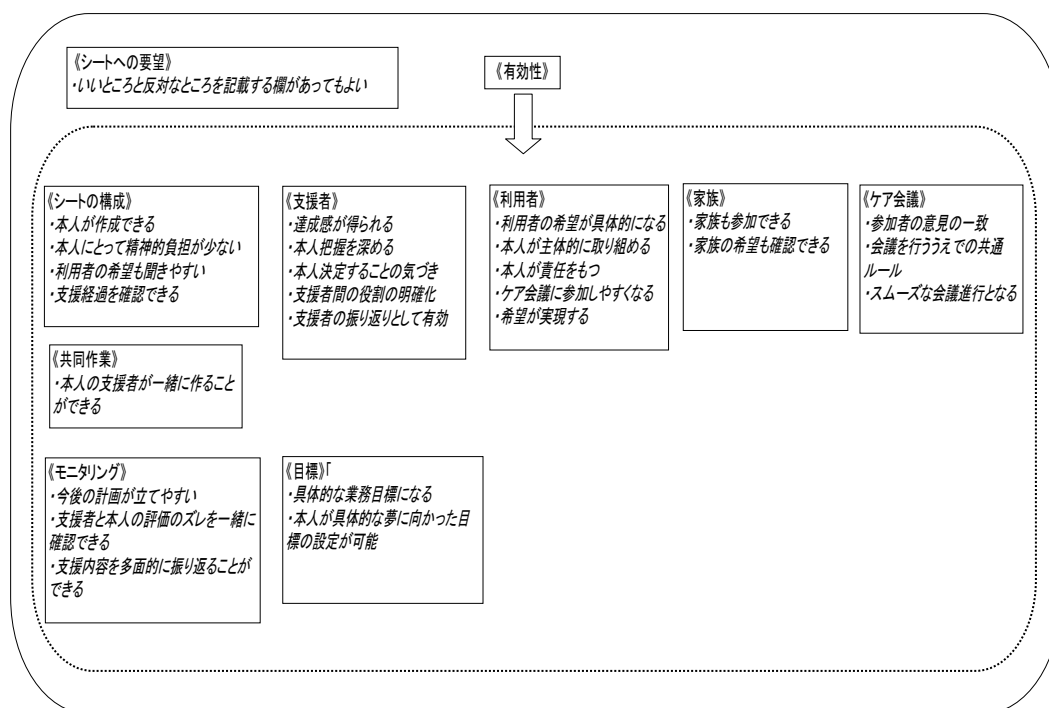
インフォーマントの具体的な発言を例にあげながら、主たる各カテゴリーとそれぞれ

の概念について説明する。なお、()内にある#は発言者の番号を示しており、どの発言が同一の参加者によってなされたのかを示すために記載している。

(1) 計画書の評価

計画書の評価については、図1のとおりに分類した。

図1 計画書の評価



① シートの構成

シートの構成として、「支援の振り返りができること」「具体的な業務目標となる」等の概念が抽出された。支援者は「利用者の『希望』『願い』に向けた支援を行うこと」が「具体的な支援目標」になるという認識を持つようになっている。

使う人によって使い方はいろいろあっていいと思うのです。最終的にはそれを使う利用者さんが、自分の希望するところに行ければいいだけの話なので、そのためのツールとして「私の希望する暮らし」が標準例としてできたのであればそこに向かって、使いやすいというものもあるのでやっていきたいと思いますというところです。(＃1)

昨日、話をさせてもらった方なのですが、そこで目標に挙げさせてもらった「僕、海に行きたいよ」なんて、ぼろっと最後に漏らして、シートに落としていいという、「希望めいたこと」とか、「したいこと」や「やりたいこと」というのが、すごい私にとっても印象に残ったところです。（#2）

② 共同作業

利用者と一緒に作成するシートである概念が抽出された。利用者と支援者が「願いの実現」のために「共に歩む」という姿勢を持っている。

今までは、私たちが書いていたのですけれど、一緒に書けるっていうか、こうやって二人で書けるという、共同作業というようなところでやっていけるのだなあと。（#3）

何て言ったらいいのですかね、難しいのですけど。その、利用者さんの評価と、支援者の評価っていうのが必ずしも一致するときだけじゃないですよ。こうなった時に、本人さんは「こう思った」、でも「こういうところもあったよね」とか本人と一緒に書いていけるところかな。（#4）

③ 支援者

支援者として、「計画書作成による達成感」「支援者間の役割の明確化」等の概念が『抽出された。「利用者の願い」を計画書に反映させることにより、支援者の達成感や努力につながる。

「できない」って言ってしまえば簡単だけでも、「できないことをできるようにやっていくためにどう支援していくか」ということを、今いろんな方法を使ってやっていくのが僕らの使命じゃないかなって思って頑張っているんですけども。（#5）

「とりあえず何をしたいのですか」という希望するご本人の聞き取りということではぶん皆さん戸惑われました。「何を聞かれているんだろう」「しゃべっていいのかな、こんなこと」みたいなことです。「関係性ができているのか」「本当にこうでいいのかな」と戸惑いながらも、希望をBシートに落ちる希望が出されて、終わった後の感触として、これまでの個別支援計画の立案に意見を求められた時と比較し、「気持ち良かった」というのがあります。聞き取りの場面設定とかで、割と積極性が見られたなあと。利用者が「今度、いつやるの」とか振り返りなどがわかりました。（#2）

④ 利用者

利用者の視点として考えた場合、「利用者の希望が具体的になる」「本人が主体的に取

り組める」等の概念が抽出された。支援内容を具体化することで、利用者が積極的になることが示されている。

自分の希望はこれまでも語ってきたんですけども、じゃあ、周りの人で「何々どうする」と言ったとき、「仕事しなきゃいけない」「何々しなきゃいけない」ということで引いてしまっていたんですけど、具体化するとですね。ただ、一応こういうものがあるのでという中で、本人が結構、身を乗り出してくれた部分があるのでその点は良かったかなあ。(＃6)

本人と一緒に作って行って、今、現在の時点でどんな感じか、「『本当はこうなりたい』思っているのは、こういうところですね」ということを確認しながら進めていけるというのがいいシートだなと思います。(＃4)

⑤ 家族

家族の視点として考えた場合、「家族も参加できる」「家族の希望も確認できる」との概念が抽出された。これまでは、利用者本人の意向よりも、家族や支援する側の意向を優先してきたことが多い。まずは、利用者本人の意向をもとに、家族や支援者ができる支援を考える必要性が示されている。

その方と顔を合わせるのがケア会議の時ということで、その時、はじめて、その方の希望をそこで聞くみたいな、関係者からの情報だけでしたね。親御さんが当然ケア会議と一緒に入ってもらっていますので、親の考えがその場で本人とかなり乖離するのですね。初めて、親御さんが本人の意見を聞いたということがありました。そこで親御さん自身の考えが当然また別にあってですね。そこで、やり取りがあって。そういう意味ではね、本人にとって、初めて、正式に自分の気持ちを公の場で言えるというのがかなりメリットだと思いましたね。(＃7)

⑥ ケア会議

ケア会議の実施に際し、「参加者の意見が一致」「会議を行ううえでの共通ルール」等の概念が抽出された。計画書の活用は、ケア会議を行う際の共通ツールとなることが示されている。

「希望する暮らし」というようなシートは良かったかなあと思っています。もしそれがなかったら、多分ケア会議も開けなかったと思うし、今の人たちを集めてやれるということにもならなかったと思うので。(＃5)

ケア会議は何のためにケア会議するかということの、なんと云うか、ご本人にも家族にも「あなたのために、希望するこれから良い楽しい生活をするために会議を開くべしね」って言えるようになったということ。(＃8)

⑦ シートへの要望

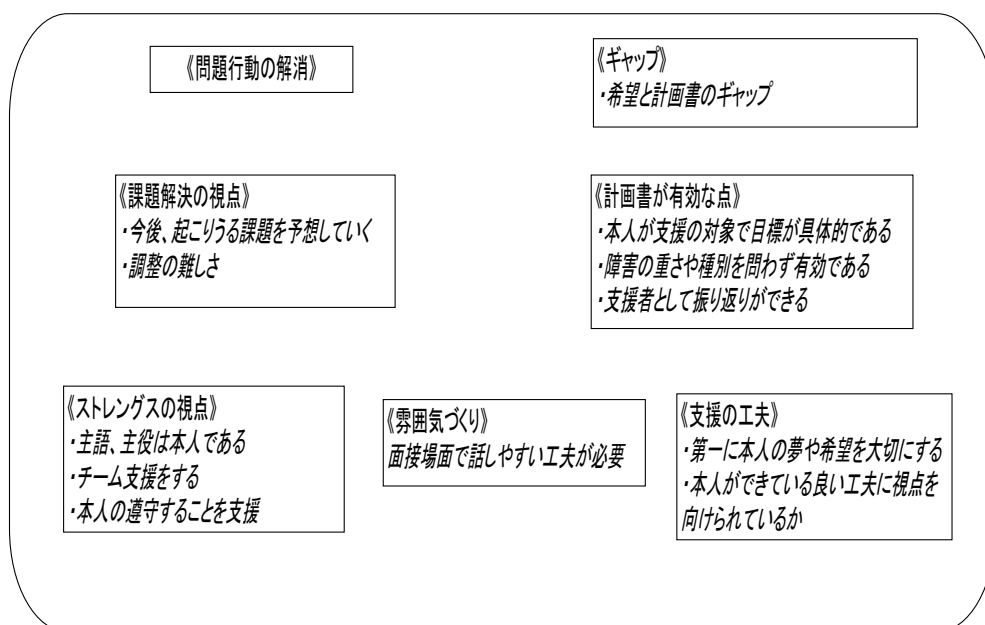
シートへの要望としては、「本人のいいところと反対なところを記載する欄があってもよい」との概念が抽出された。Bシートの「今の暮らし」について、「本人の現状」いわゆる「本人のいいところ」と反対の状態についても記載する部分となるが、支援者自身が記載方法について十分に理解していない現状にあった。

Bシートで、私のいいところや得意なところと、その反対のところがあってもいいと思うのですよ。そこの気づきも必要かなっていう。(＃9)

(2) 利用者の夢や希望、コミュニケーションの工夫

計画書の作成に際し、支援者が「利用者の夢や希望」を把握するためのコミュニケーションの工夫について、図2のとおりに分類した。

図2 「利用者の夢や希望」を把握するため、コミュニケーションを図るうえで工夫している点



① 雰囲気づくり

「面接場面で話しやすい工夫が必要」との概念が抽出された。利用者の「願い」「希望」を聞きながら支援ができる反面、「願い」「希望」をどのように引き出すかということに苦慮している発言もあった。

聞き方というのは「希望する暮らし」でガラッと変わって、本当にしたいことをストレートに聞けたと言うのが、大きなところですかね。(＃7)

面と向かい合って話してしまうと、なかなか、たとえば、「将来は一般就労したい」という話をしても、たとえばそれが長期入院している人であったら、なかなか、言い出しにくかったりすることも、「まず、退院だ」みたいなこともあるじゃないですか。なので、なかなかそういった場面で言いにくいところも、「本当は俺、働きたいんだ」みたいな、そういう話が、なかなか面接とかでは出てきにくかったり、聞き方も悪いんでしょうけど。(＃2)

② ストレングスの視点

「ストレングス」は、インタビュー全体で、数多く語られた言葉であり、その概念については「主役は本人である」等が抽出された。

いざご本人さんが参加してケア会議やってみたら、ストレングスモデルに着目しているというのもあって、本人さんも抵抗なくケア会議に入ってこれたということで、すごくいい計画がたてられたと思っています。(＃2)

具体的に言えば、「本人はできる、やれるというか、わかる」と言うか、そう言った意味で、「本人ができない」ということの確認にもなったし。本人の言葉と気持ちで記入しているものなので、本人が自分で決め、本人が言っていたスキルアップとか、自分自身で考えたことを、自分のところで確認できることがすごく有効なのかな。(＃7)

③ 支援の工夫

前述の「ストレングスの視点」に類似するが、まずは、「本人の夢や希望を大切にする」「本人ができている良い工夫に視点を向けられているか」等の概念が抽出された。

やっぱりお茶のみというか、フラッと通所の施設の帰りに寄って語ったのが、本人たちの中でいろんな話をして、そして最終的な彼の究極の目標っていうのが、ネクタイを締めてステージに上がって自分がシンポジストの形で喋るとか、そういうふうなところが夢というかですね。(＃6)

ただ僕らとしてはどうしても本人の希望を添ってやりたいと、それを近づけるためのコーディネートというか、それが一番大切だったなあというふうに。アパートに1時間でも入っただけで自分の希望は達成された。「あとは、もうどうでもいい」と思っているのじゃないかなあというので、「アパートに入った」だけで一つの希望が達成される。
(#5)

④ 課題解決の視点

「今後、起こりうる課題を予測していく」「希望と計画書とのギャップ」「問題行動の解消」等の概念が抽出された。「できない」ということから始まる支援ではなく、まずは、「できていること」を伸ばす支援を行う必要性が述べられていた。

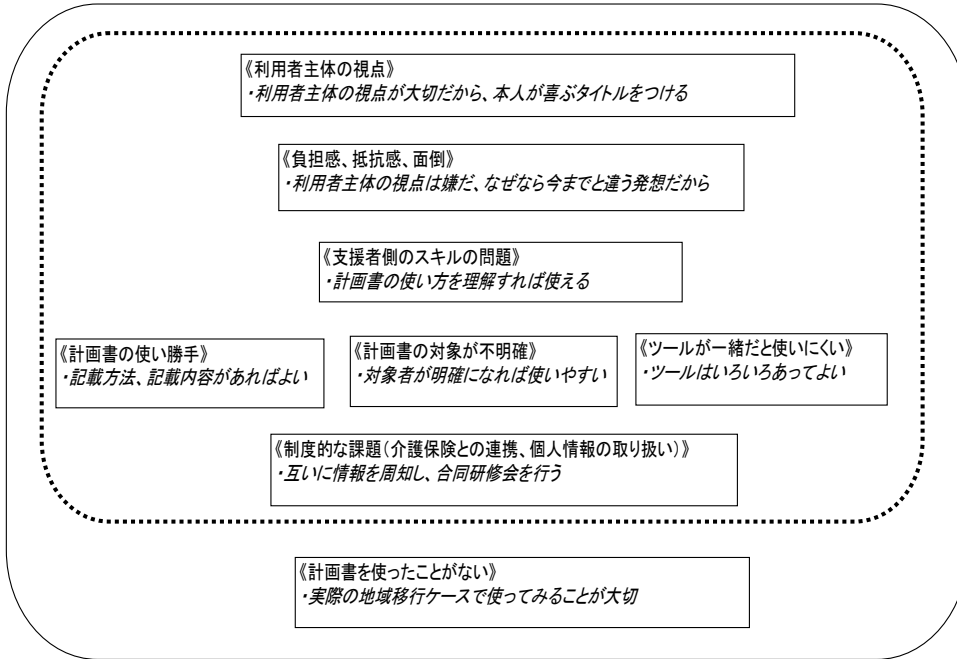
たとえば「お金使いすぎてどうしようもない」という状況の中で、節約のために、外食も一切せずに、「ヘルパーさんの作ってくれたものだけを食べて、何とかやっている」と言ったりするのです。でも、実際はその人は外に行って、ご飯を食べてきて、3人前、4人前とか食べてるような方で、「外に行って、安いところとか、美味しいところとか、探すのが上手いじゃない」という風に話をしたりするんですね。そうなってくると、話をもっともっとう、出てくるのではないかなあという気がします。(＃4)

最初シートを見てこれは「精神用のシートなのかな」と言葉がね。精神系だし。知的の世界にすれば特にかかわりのないものだとか、いろいろと、話を聞く中で、施設の担当者は、施設というのは希望というのをどちらかというと奪ってきたというか、要するにいろいろな希望を、その施設の枠に押し込めてきたという経緯の中で、「今、一番の希望と聞かれても困るよな」という話があって、その希望を言えるだけの支援をしていないというのを今突きつけられているのかなということですよ。ですから、その体験の幅も狭められてきて、だからその方の言う希望というのが、本来、言えるのかという希望という言葉で収められることを捉えていいのかと。その辺りが、少しは納得できますし、日常的な対話と計画書にはギャップがあって、「希望する暮らし」の部分では、そのまま反映されるのでギャップは狭まれたかな。(＃7)

(3) こうなれば使いやすい点

計画書の作成に際し、改善点等について、図3のとおり分類した。インフォーマントの発言において、計画書の改善点や修正点は出されず、支援者側の視点や記載に係る研修等、具体的な啓発普及に係る意見のみであった。

図3 こうなれば使いやすい点



① 利用者主体の視点

本計画書の理念である「利用者主体の視点が大切だから、本人の喜ぶタイトルをつける」という概念が抽出された。利用者の「やる気」や「主体性」を生かすという意見が多かった。

サブタイトルを利用者さんに買ってもらえるサブタイトルを、施設が見て魅力的な商品であったり様式であったりする。一番は利用者さんが、感じてもらって目の当たりにしてもらうことがいいのではないのかな。(＃10)

② 負担感、抵抗感、面倒

利用者の「願い」「希望」に添った支援への抵抗感、「計画書を記載の負担」等の概念が抽出された。反面、利用者を理解するためには、必要な作業であることから、「量が多い」、「量が少ない」という問題ではないと述べる意見もあった。

まったく視点が違うので、やりづらい。今までの流れと、やっぱり変わるじゃないですか。すごくやりづらいのだけど、これはこれで理解しているつもりでしたので、時間がかかるんですよ。慣れないっていうのもある。言葉を選ばなければいけないのと、こちらのイメージが、逆になるわけなので、何を連想させるか、いろいろ、時間がかかる。(＃9)

このシートは視点が全く逆だという視点を私たちは持って訪問しているので、それを全て受け入れるという形で作っていく。だから、今までのプランニングみたいなのところはまた逆の発想だなっている。最初からシートにのっかってやろうと思うと絶対無理で、チャンスとかこれだっていう時がちょっと自分にはあって、全面的に「これを使って下さい」と言われるのに対しても、私も一概にはちょっとそういう時期が…。(#8)

シートは以前から示したものがいろいろあって、その当時から周りの人は「面倒くさい」と言っていたのだと思いますけど、シートそのものよりは会議自体が開けるかどうか、誰が召集するのかそのようなことがありましたね。(#6)

面倒。面倒もありますね、やっぱり、面倒も大きな理由になりますし、その面倒に見合う効果が得られるのかと初めて作る。量が多い、シートの。みんなが思っているんだけど、書く量が多くて大変だって。(#9)

シート自体の量は、確かに、いっぱい書いていたら量は多かった。まあ、自分が対象者を理解するためには書かなければいけない情報なので、それでいいと思っています。3障害を網羅するためのシートになっているので、項目も多くなっちゃいますよね。そこは、関係するところだけ書いていけばいいんだけど、身体の方も知的の方もこう全部が書き込めるようになっているので、やむを得ないだろうなって思っていました。(#11)

③ 支援者のスキルの問題

計画書作成に際し、「支援者が活用について理解すること」の概念が抽出された。支援者自身が、計画書の活用方法について十分に理解していない。

出て時間がたっていないというのもあって、なかなか使い勝手がわからないという方が多いので、地道にやっていく。当てはまりそうなケースの方であればどんどん使っていくって、その中で実際に使ってもらえるのもいいのかなと思ったりします。(#3)

④ 計画書の使い勝手

「具体的な記載方法、記載内容がわかれば使いやすい」との概念が抽出された。各施設等から、県主催の研修等を受講する者は少なく、記載要領に記載例を掲載することで解決できるとのことであった。

後は、実際に「施設から研修に出てきて」というのは難しい。出て来られない人もいるので、「行って、やって見せて」その施設の事例を行ってやって見せるとか。(#2)

⑤ 計画書の対象が不明確

「対象者が明確になれば使いやすい」という概念が抽出された。ケアマネジメントの対象者は、「地域生活において、複数のサービス（2 つ以上）を総合的かつ継続的に利用する方々」であり、「複雑で重複した問題や障がいや長期にわたって抱える方々」となる。しかしながら、支援者自身が、「ケアマネジメント」に関する知識について十分に理解していない。

このシートに、僕なりに思うのは、急ぎの人に全然使えない。ただ、ある程度落ち着いて、長期目標を持っているような方にはいいと思うのだけれども、急いでいる人には、このシート落とし込んで対応が難しい、使えないのではないかというのが気持ち的にある。（#9）

⑥ ツールが一種類だと使いにくい

「ツールはいろいろあってよい」という概念が抽出された。計画書は、あくまでも「一例として県が標準例を示したもの」という主旨が十分に行き渡っていない。また、活用の主旨については記載要領に示しているが、支援者が十分に目を通していない現状であった。

「誰に使わせたくてできたものかな」というあたりはどうなのですかね。基本的に携わる人皆にこれを基にということなのでしょう。それともこれが一本あって、いろいろな支援を組んでいったときに、それぞれの事業毎に当然つくるわけなのですから、それを「私の希望する暮らし」の中にどう組み込んでいくかというあたりの、手続きみたいなのが、かなり混乱していると思います。今度、その圏域のサビ管の合宿研修というのを計画しているのですけれども、そこで、「この使い方を少し話し合しましょう」と企画しているのですけれども、そこでどんなことが出てくるかは、私も未知数なのですが。（#7）

⑦ 制度的な問題

「相互に情報周知」「研修会の開催」の概念が抽出された。

医療職とか、教育関係とかあるいは労働関係とか、そういった圏域、職域をまたいだ研修会を開催、研修会や情報交換会ような機会を自立支援協議会という場を借りてちょっとチームで集まって活動する。（#8）

研修の部分ですね、まあ、研修。共通の理解をしないところで共通の土台に立てない。一番、研修に来てもらうのが確かにいいのですが、みんながみんな研修するわけでもないし、市町村職員は全部異動していく。（#9）

⑧ 計画書を使ったことがない

「実際の地域移行ケースで使ってみることが大切」という概念が抽出された。支援者自身、今回の調査に合わせて2事例を作成した経験のみである。そのことから、「使いこなすこと」が必要なことは理解しているが、「気分的に乗らない」「作成する自信がない」ことが障害になっていることが明らかになった。

まず、使いこなすのがたぶん大事だろうと思うのだけれども、使いこなすまでに私たちがそれをやらなきゃいけないっていうのがあって、そこがね、気分的に、「まだ乗らないっていう」ところがある。(＃9)

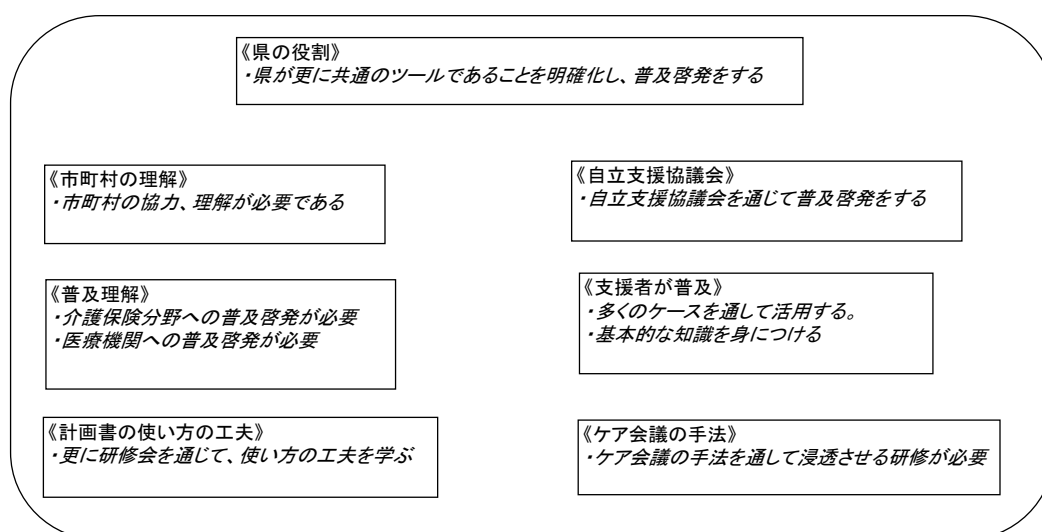
使いこなしたら素晴らしいものになるんじゃないかなあ。それこそ、応援する人たちも1枚のシートの中に入るわけだから。まだ自分に自信が無いから出せないだけで、自信があればみんなに渡しているのではないかな。作る側に自信が無いっていうか、僕自身、まだ出せていないのではないかな。(＃5)

成功事例を持つ事、やってみて効果を知る事が一番近道だと思うんですけども、本当にかかなり発想を変えないと実用としては使われないと。(＃2)

(4) 計画書活用の普及啓発に向けて工夫している点

計画書の活用に際し、普及啓発に向けて工夫している点について、図4のとおり分類した。「行政機関」と「支援者」が行うことに大別された。

図4 計画書の普及啓発に向けて工夫している点



① 県の役割

「県が更に共通のツールであることを明確化し普及啓発をする」という概念が抽出された。自立支援協議会等で関係者が参集した際に計画書が県共通のツールであること、また、計画書の入手方法や活用の工夫について、関係者が理解できるような周知の工夫が県として必要との指摘があった。

集まったときに共通でこれをわかっていることが一つだと思うのです。(＃4)

県のホームページからダウンロードできるのはワードファイルでダウンロードできないですか。ただ、私は、ワードはあまり使い勝手がよくないので、エクセルに落とそうかってエクセルに落としたりとかですね、もうちょっと書きたいときにシートを増やして自分でつけ加えたりとかですね、いろいろやり繰りしている。だから、使う人によって使い方はいろいろあっていいと思う。(＃1)

② 市町村の役割

相談窓口である「市町村の協力・理解が必要であること」の概念が抽出された。まずは、市町村担当者が計画書の必要性を把握し、支援者と市町村の連携の重要性も指摘されている。

市町村が納得しないとこれは使えない。いずれケア会議で、「こんなわけのわからないもの使うよりも今までやってたのを出して」と言われたら、これ全く使えない。だから、まず、市町村を理解させないと、このシート自体は、まったく意味を成さないシートになる。市町村の活動と支援者が結びついていないということ。(＃9)

③ 自立支援協議会

地域の相談支援の核となる「地域自立支援協議会を通じて普及啓発をする」こと概念が抽出された。

多少時代も変わって、今、声かけによって会議も開けるようになって、自立支援協議会もできた。それでもまだ支援会議をしっかりと開ける状況にはなっていないですね。雰囲気としてはそういう形ができればいいなというところで。(＃6)

市町村だと、地域によって違うと思うのですが、多分、協議会が一番いいんじゃないかな。(＃9)

④ 普及理解

「介護保険分野への普及啓発の活動が必要」「医療機関への普及啓発の活動が必要」との概念が抽出された。障害保健福祉と連携することが多い、「介護保険」「医療」関係機関（者）への理解を図る必要性が明らかになった。

介護保険のケアマネさんにもホームヘルパーさんにも共通したテーブルに座れるようになればすごく役に立っていくかなというふうに考えております。（#8）

介護保険に引き継ぐには、介護保険のケアマネージャーが使っているプランというかアセスメントのシートに落とし込んでやらないと、引き継ぎ資料として渡せない。（#9）

早く、病院の方に早く浸透してほしい。主治医の先生との関係であるとか、治療方針であるとか、そういったところを密に、本当にやっていかなければ、「外の方ではこうして」「病院の方ではこうして」という方針というか、こちら側の計画と、病院の治療の方針が食い違って進んでいった場合には、非常に、本人への負担が、多くなってくるのではないかという心配もあります。（#3）

⑤ 支援者が普及

「支援者が多くのケースを通して活用する」との概念が抽出された。インフォーマントが使用してみて、「使ってみてよかった」と感じていた。反面、「これまでのシートとかなり違う」ということによる難しさを感じる意見もあった。

「難しいなあ」とすごく感じるのです。これまでやってきたものと、今のシートというかなり違う。一応ご本人のためという方向性は一緒なのかもしれないですけど、ここに、「私の希望する暮らし」になるにはかなりの努力が必要なのかな。私もハードルは感じましたし、やってみた後の感想はまったく違うのですけれど、よかったなあと思います。取り掛かるまでは、道のりは長いのかな。（#2）

スキルアップしてもらって、自身の生活の計画とか、立てられるようになれる人もいるのではと思います。あのシートを活用し、自身の生活に活用できるようにするアイテムとして、支援員が目標を持って、活用できるシートかな。この個別支援計画っていうのはすごいなと僕は思いますね。希望っていうのは比較じゃなくてその人の個別の希望だと思うので、やはり個別支援計画っていうのは大切なのだと。（#5）

⑥ 支援者

「基本的な知識を身につける」という概念が抽出された。相談支援従事者初任者、現

任者研修、サービス管理責任者研修会等を受講しているにも関わらず、基本的な知識や技術が身につけていないことがある。また、施設等に勤務する職員の資格、経験、支援技術の幅が大きい現状を解消するため、各施設において模索している現状にあった。

業界の全体の資質というか、福祉が今ここに来て、専門職といわれつつ、専門性がほとんど保障されていない。いろいろ研修会とか、いろんな研修会に出ている職員が何処にもいると思うのですが、話は聞いてきても、実践できる人は半分もいない。三分の一もいないかもしれない。(＃12)

Q&Aにもありましたが、「ニーズって何なの」というあたりの説明がどこかで丁寧にしないと、その「私の希望するぐらし」と言う名前で、デマンドという頭で混乱している人たちが結構いるのですよね。そういうデマンドをきちんと整理するかというのは、かなり大きなテーマだとも思っていて、そのことさえすっきりできれば、これはもっといい形で、使えそうな気はしている。施設自体は、ちょっといま過度期なのかな。そして施設自体も「利用者主体」の支援にシフトする必要があるかも。(＃7)

⑦ 計画書の使い方

「更に研修会を通じて、使い方について周知する工夫が必要」という概念が抽出された。従来の障害者自立支援法に基づく相談支援従事者初任者、現任者研修、サービス管理責任者研修会他に、障害保健福祉圏域や地域自立支援協議会単位の研修会、施設へ出向いての研修会の実施、併せて、圏域毎に計画書に関する指導を行うアドバイザーの配置についての意見があった。

まだ、私も教えられる位の力を持っていないので、研修に行きながらという感じで話をしていたのですけれども、行ける人も決まっているし、難しいと思ったんですが、やっぱり施設に出て来てもらって、施設の中で研修として集中してやるというのが手をつけやすいかなと思っていました。(＃10)

盛岡まで来るのも、結構距離があるので、やっぱり限られた人しか、まだ、その研修を受けていないということがありまして、正直普及はしていません。来月、圏域でもやる予定なのですが、研修会で、実際に作ってみるといって、その研修会を通して普及していけばいいかなとは思っています。(＃11)

推進員が窓口になって、そういう問い合わせとかには答えるようにはしているので、それを継続していけばいいのかな。(＃3)

圏域の研修的なシステムということ、きちんとするということだと思わなければ、アドバイザーを圏域の業務ときちんと位置づけてもらって。(＃7)

⑧ ケア会議

「ケア会議の手法を通して浸透させる研修が必要」との概念が抽出された。

本研究において、「障害者自立支援法に基づく研修の見直し」を併せて検証しているところである。今年度については、受講者への「計画書」の理解や普及啓発を目的に、演習はケアマネジメントの「ストレングスモデル」による手法を用いているところであり、そのケア会議の手法を施設や地域へ更に浸透させる必要性を指摘する意見があった。

ケア会議の数は、そのストレングスモデルでやるというのはある程度、関係者の間では浸透してきているのですが、このシートのところまで、まだいってなくて、「シートはあるよね」という程度で、もし皆さんが、いろんな使ってみて、もっと早く皆さんに「大体、こういうものだよ」ということを伝えて、話し合えていたらいいなと思っています。(＃3)

7 考察

本調査は、身体障害領域、知的障害領域、精神障害領域の施設等に勤務する推進員を調査対象にグループインタビューを行い、計画書活用に関する課題や必要な視点について検証し、以下のとおりまとめた。

(1) 利用者主体の支援

計画書の理念は「利用者主体の支援」が貫かれていることである。計画書は、利用者自身が希望する地域で、自分らしく生活することを応援するための利用者や支援者が共に歩むための共通のツールとなる。

あるインフォーマントは「施設の担当者は、希望をどちらかというと奪ってきたというか、施設の枠に押し込めてきたという経緯の中で、希望と聞かれても困るよな」という話があって、その希望を言えるだけの支援をしていないことを今、突きつけられているのかな」と発言している。「利用者主体」の支援の必要性を頭で理解していても、実際は、サービスという枠組みに利用者を当てはめていく支援を行っているという現状を示唆している。

半面、他のインフォーマントは『『できない』と言ってしまえば簡単だけでも、『できないことをできるようにやっていくためにどう支援していくか』をいろいろな方法を使ってやっていくのが僕らの使命じゃないかと思ってる』と発言している。

これらのことから、まずは、支援者が利用者の「願い」に耳を傾け、その「願い」の実現のために関係機関と連携しながら、真剣に取り組む姿勢が必要とされる。

(2) 支援者の姿勢

今回のインフォーマントは、各地域自立支援協議会から委嘱された推進員である。しかしながら、発言内容から鑑みると「シートの記載量が多い」「記載が面倒」「面倒に見合う効果が得られるか」等、計画書作成に係る負担や抵抗感を訴える意見があった。

その背景として、①「ストレングス視点」の必要性、②支援者自身の資質の向上の2点が考えられる。

① 「ストレングス視点」の必要性

「ストレングス (strength)」とは、「利用者の潜在能力、長所など本来持っている『強い部分』」³⁾を意味する。具体的には、能力・発達・成長・知恵・行動力・可能性・長所・持ち味・潜在能力・才能・知識などを「ストレングス」とし、利用者がそれらの変化の可能性をもつ主体的な生活者と捉えるものである。

従来の支援は、例をあげると、「早起きできないと退院できない」等、利用者の欠点や短所を修正する支援が多く、ストレングス視点による支援と相反するものである。

前述したとおり、計画書の理念は「利用者主体の支援」を行うことであり、支援目標として、「利用者の願い」を実現することである。利用者のストレングスに着目することは、利用者の問題解決力、適応能力、生活の質や自主性を高める支援につながることを、支援者自身が理解し、実際の支援に結びつける姿勢が求められる。

② 支援者自身の資質の向上

インフォーマントの発言から、計画書作成に際し、支援者に必要なスキルとして「知識」と「援助技術」が求められている。

「知識」という視点からは、「相談支援従事者初任者研修会等を受講しているにもかかわらず、基本的な知識が身につけていないこと」が指摘されている。また、インフォーマント自身が「ケアマネジメント」に関する理解が不十分と推測される発言があった。併せて、計画書の活用の際に、記載要領において「Q&Aの充実」及び「記載例を盛り込む」等の具体的な意見もあった。そのことから、活用する支援者が円滑に活用できるよう記載要領の見直しを行う必要がある。

「援助技術」という視点からは、ケアマネジメントは援助技法の1つ（間接援助技術）で、どんなに素晴らしいプランを作成したとしても、担当する支援者の技量（直接援助技術）が低ければ、支援の進捗が伴わない現実もある。

インフォーマントの発言においても、「利用者の希望を引き出すことの難しさ」との意見があり、利用者の「ニーズ」を引き出し、即した支援を行うための技量が不足していることがいえる。つまり、支援者には、直接援助技術と間接援助技術の双方について、研修受講等により知識と技術を自己研鑽していく姿勢が求められよう。

(3) 啓発普及の推進

インフォーマントの発言において、計画書の活用について、県として、研修会等で説明を重ねているが、施設や病院全体への浸透は不十分なところが多い。研修については、可能な限り、圏域、地域自立支援協議会単位、また施設に出向いて実施してほしいとの意見があった。施設等において、研修受講できるのは一部の職員であり、計画書の理念や活用について普及させる仕組みづくりとして、地域の支援者が、身近な地域で研修受講できる機会を増やす必要がある。

また、医療や介護分野への周知についても、併せて行う必要があるという意見があった。そのことから、県や自立支援協議会においては、障害保健福祉関係者以外にも研修受講を促す必要がある。併せて、地域のケア会議等において、支援者同士が計画書の活用方法を通じて、情報交換や連携を図る必要があろう。

8 まとめ

本調査では、主に身体障害領域、知的障害領域、精神障害領域の施設・病院に勤務する推進員を調査対象とし、障害種別を越えた計画書活用に関する課題や必要な視点について焦点をあて検討を行った。

以上のことから、計画書の活用に際しては、①利用者主体の支援、②支援者の資質の向上、③啓発普及の推進が明らかになった。

第3章 「計画書の有効性及び妥当性」に関する利用者を対象としたアンケート調査

1 研究方法

「計画書」の効果測定および妥当性について検証を行うため、自記式質問表により、「計画書」の評価指標を点数化し、支援前後の満足度について効果検討を行った。

調査実施に際し、調査実施の概ね2ヶ月前に、県が主催する推進員を対象とした意見交換会において、調査の主旨、留意事項について説明を行った。

調査は2回実施し、第1回目の調査は支援開始時、第2回目の調査は支援から概ね3ヶ月後と定め、対象者に調査票への記載を依頼した。第1回調査は平成20年9月16日～9月30日、第2回調査は平成20年12月10日～平成21年1月29日に実施した。

2 データの収集方法

推進員から、調査対象者に「調査票」と「岩手県障がい保健福祉課」が宛先となっている封筒を手渡し、記載した調査票を封筒に入れて返送してもらった。身体的事情等により、対象者が直接記載することが困難な場合は、推進員による聞き取りも可能としたが、誘導するような質問等は控えるよう指示した。

3 調査内容

計画書の評価指標に該当する、①満足度⁴⁾（今の気分はどんな感じ）、②達成度（夢にどこまで近づいたかな）については、支援前後の共通項目とした。

支援後の調査については、先行調査や特別アドバイザーからの指導を受け、利用者満足度評価⁵⁾（Client Satisfaction Questionnaire：以下「CSQ-8」）を加え、計画書の評価指標と比較検討できるようにした。

4 分析方法

調査票に記載された項目をエクセル表に取り込み、単純集計した。

5 調査対象

平成20年9月1日現在、各地域移行推進員が支援を行っている障害者のうち2名をとし、各自立支援協議会等において、ケア会議を実施する順位が高い者を対象とした。

倫理的配慮として、担当する地域移行推進員から調査目的、方法、成果の公開方法、守秘義務に係る内容等を説明し、調査票の記入をもって協力の同意を得たものとした。

6 結果

(1) 地域移行推進員の基本属性

表1に地域移行推進員属性を示す。回収されたアンケートは41。有効回答数は35(有効回答率85.4%)。男性21人(60.0%)、女性14人(40.0%)。平均年齢は40.9歳、経験年数は8.4年であった。回答者の障害領域(重複回答あり)では、身体障害7人(17.5%)、知的障害19人(47.5%)、精神障害14人(25.0%)であった。国家資格(重複回答あり)は、社会福祉士15人(31.9%)、介護福祉士5人(10.6%)、精神保健福祉士12人(25.6%)、なし15人(31.9%)であった。障害者支援資格(重複回答あり)は、サービス管理責任者13人(30.2%)、相談支援専門員24人(55.8%)、なし6人(14.0%)であった。

表1 地域移行推進員の基本属性

		[人(%)]
有効回答		35(回答率85.4%)
性別	男性	21(60.0)
	女性	14(40.0)
平均年齢		40.9歳
経験年数		8.4年
障害領域 (重複回答あり)	身体障害	7(17.5)
	知的障害	19(47.5)
	精神障害	14(35.0)
国家資格 (重複回答あり)	社会福祉士	15(31.9)
	介護福祉士	5(10.6)
	精神保健福祉士	12(25.6)
	なし	15(31.9)
障害者支援の資格 (重複回答あり)	サービス管理責任者	13(30.2)
	相談支援専門員	24(55.8)
	なし	6(14.0)

(2) 調査対象者

① 基本属性

表2に調査対象者の基本属性を示す。回収されたアンケートは82。うち有効回答数は57(有効回答率69.5%)。男性35人(61.4%)、女性22人(38.6%)。平均年齢は40.5歳であった。障害種別(重複回答あり)では、身体障害5人(8.7%)、知的障害28人(49.1%)、精神障害17人(29.9%)、重複障害7人(12.3%)であった。病名は統合失調症19名(39.6%)、てんかん3名(6.3%)、その他12名(25.0%)、なし14名(29.1%)であった。利用施設(重複回答あり)では、就労継続11人(20.0%)、就労移行7人(12.7%)、生活介護2名(1.6%)、自立訓練5人(9.1%)、共同生活援助3人(5.5%)、共同生活介護2人(3.6%)、居宅介護1人(2.1%)、地域活動支援センター6人(10.9%)、精神科病院6人(10.9%)、

旧法施設（通所）2人（1.6%）、旧法施設2人（1.6%）、なし8人（14.4%）であった。療育手帳は、A3人（10.0%）、B27人（90.0%）、身体障害者手帳は、1種1級5人（50.0%）、1種2級1人（10.0%）、1種3級1人（10.0%）、2種3級2人（20.0%）、2種4級1人（10.0%）、精神障害者保健福祉手帳は、1級12人（66.7%）、2級5人（27.8%）、3級1人（5.5%）であった。障害者年金受給は、1級21人（44.8%）、2級22人（51.2%）であった。障害程度区分では、区分1は7人（25.9%）、区分2は9人（33.3%）、区分3は6人（22.2%）、区分4は5人（18.6%）であった。ケアマネジメント利用では、あり8人（31.6%）、なし39人（68.4%）、ケア会議参加では、あり20人（35.1%）、なし37人（64.9%）であった。

表2 調査対象者の基本属性

有効回答		57(回答率69.5%)
性別	男性	35(61.4)
	女性	22(38.6)
平均年齢		40.5歳
障害種別 (重複回答あり)	身体障害	5(8.7)
	知的障害	28(49.1)
	精神障害	17(29.9)
	重複障害	7(12.3)
病名 (重複回答あり)	統合失調症	19(39.6)
	てんかん	3(6.3)
	その他	12(25.0)
	なし	14(29.1)
利用施設 (重複回答あり)	就労継続	11(20.0)
	就労移行	7(12.7)
	生活介護	2(3.6)
	自立訓練	5(9.1)
	共同生活援助	3(5.5)
	共同生活介護	2(3.6)
	居宅介護	1(2.1)
	地域活動支援センター	6(10.9)
	精神科病院	6(10.9)
	旧法施設(通所)	2(3.6)
	旧法施設(入所)	2(3.6)
	なし	8(14.4)
療育手帳	A	3(10.0)
	B	27(90.0)
身体障害者手帳	1種1級	5(50.0)
	1種2級	1(10.0)
	1種3級	1(10.0)
	2種3級	2(20.0)
	2種4級	1(10.0)
精神障害者保健福祉手帳	1級	12(66.7)
	2級	5(27.8)
	3級	1(5.5)
障害者年金	1級	21(48.8)
	2級	22(51.2)
障害程度区分	区分1	7(25.9)
	区分2	9(33.3)
	区分3	6(22.2)
	区分4	5(18.6)
	区分5	0
	区分6	0
ケアマネジメント利用	あり	18(31.6)
	なし	39(68.4)
ケア会議参加	あり	20(35.1)
	なし	37(64.9)

② 目標達成度

計画書の評価指標に該当する目標達成度（夢にどこまで近づいたかな）については、支援前後の共通項目とした。支援開始前に立てた目標を達成できた場合 100 として、支援前後の達成度について尋ねたところ、支援開始前は平均で 29.1%、支援後は平均で 48.8%であった。

表3 目標に対する達成度

支援	達成度										平均
	~10	~20	~30	~40	~50	~60	~70	~80	~90	~100	
前	16(28.0)	5(8.8)	9(15.9)	5(8.8)	19(33.2)	1(1.8)	0	2(3.5)	0	0	29.1%
後	4(6.9)	6(10.5)	6(10.5)	1(1.8)	19(33.2)	7(12.3)	3(5.3)	8(14.2)	2(3.5)	1(1.8)	48.8%

③ 支援に対する満足度

(7) 計画書の評価指標

計画書の評価指標に該当する満足度（今の気分はどんな感じ）については、支援前後の共通項目とした。支援に関する満足度を「1 非常に不満」、「2 不満」、「3 やや不満」、「4 どちらでもない」、「5 だいたい満足」、「6 満足」、「7 大変満足」の 7 段階で評価してもらった。支援前後の満足度について尋ねたところ、支援開始前は平均で 4.0 点、支援後は平均で 5.0 点であった。

表4 支援満足度

支援	満足度							平均
	1 非常に不満	2 不満	3 やや不満	4 どちらでもない	5 だいたい満足	6 満足	7 大変満足	
前	6(10.5)	6(10.5)	5(8.7)	19(33.2)	8(14.2)	11(19.4)	2(3.5)	4.0
後	0	0	3(5.3)	16(28.0)	22(38.6)	11(19.4)	5(8.7)	5.0

(4) 利用者満足度評価 (Client Satisfaction Questionnaire : CSQ-8)

計画書の評価指標の他に、支援の満足度について、支援後に CSQ-8 による 8 項目を、それぞれ「1 よくない」、「2 よい」、「3 まあまあよい」、「4 ととてもよい」の 4 段階で評価をしてもらった。

全体平均点は 23.1 点、障害種別では、身体障害 25.3 点、知的障害 23.3 点、精神障害 22.9 点、重複障害 23.8 点であった。年齢別では、20 歳までは 20.0 点、21 歳～30 歳 23.7 点、31 歳～40 歳 23.6 点、41 歳～50 歳 22.4 点、51 歳～60 歳 24.6 点、61 歳～70 歳 24.0 点であった。性別では、男性 23.8 点、女性 22.9 点であった。

表5 CSQ-8の総合得点

		〔人(%)〕																		CSQ-8 平均得点	
総合得点	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	計		
人	1(1.8)	0	1(1.8)	2(3.5)	2(3.5)	7(12.3)	4(6.9)	5(8.7)	5(8.7)	11(19.4)	3(5.3)	6(10.5)	5(8.7)	0	2(3.5)	1(1.8)	1(1.8)	1(1.8)	57(100.0)	23.1	
障害 種別	身体					1(16.6)				1(16.6)	1(16.6)	1(16.6)	1(16.6)			1(16.6)			6(10.5)	25.3	
	精神			1(3.5)	1(3.5)	1(3.5)	3(10.7)	3(10.7)	1(3.5)	3(10.7)	7(25.6)	1(3.5)	4(14.3)	1(2.6)		1(3.5)		1(3.5)	28(49.1)	23.3	
	精神	1(5.9)			1(5.9)	1(5.9)	3(17.4)	1(5.9)	2(11.8)	1(5.9)	2(11.8)		1(5.9)	2(11.8)		1(5.9)			1(5.9)	17(29.9)	22.9
	重複障害								2(33.6)	1(16.6)	1(16.6)	1(16.6)		1(16.6)					6(10.5)	23.8	
年齢	~20					1(100.0)													1(1.8)	20.0	
	~30			1(10.0)		1(10.0)	1(10.0)		1(10.0)	2(20.0)			1(10.0)	1(10.0)		1(10.0)		1(10.0)	10(17.3)	23.7	
	~40					1(5.0)	4(20.0)	3(15.0)	2(10.0)	4(20.0)	2(10.0)	1(5.0)	2(10.0)		1(5.0)				20(35.1)	23.6	
	~50	1(7.1)			2(14.3)	1(7.1)	2(14.3)			1(7.1)	3(21.7)	1(7.1)	1(7.1)	1(7.1)			1(7.1)		14(24.6)	22.4	
	~60					2(18.1)		1(9.1)		3(27.3)		3(27.3)	1(9.1)					1(9.1)	11(19.4)	24.6	
	~70									1(100.0)									1(1.8)	24.0	
性別	男			1(2.9)		1(2.9)	4(11.4)	1(2.9)	5(14.3)	4(11.4)	7(19.9)	2(5.7)	4(11.4)	3(8.6)		2(5.7)			1(2.9)	35(61.4)	23.8
	女	1(4.5)			2(9.1)	1(4.5)	3(13.6)	3(13.6)		1(4.5)	4(18.5)	1(4.5)	2(9.1)	2(9.1)			1(4.5)	1(4.5)	22(38.6)	22.9	

7 考察

計画書は、ケアマネジメントの「ストレングスモデル」の考え方に基づき作成されたものであり、一連の支援内容について、利用者自身が評価する仕組みが重要視されている。

Wing⁶⁾によれば、評価の目的は、①精神的及び身体的障害の種類と程度を明らかにする、②発達しうる潜在的能力を発見する、③短期及び長期の目標を明確に定め、④それをもとに適切な専門的なサービスの援助と場所を決める、⑤進歩を定期的にモニターしてリハビリテーションプログラムを必要に応じて修正することとある。

また角谷⁷⁾は、リハビリテーションの実践場面においては、対象者のニーズを把握し、対象者の持つ資質や環境の力を育むようなプログラムをプランし、それを実施しつつ有効に機能しているかどうかチェックし、終了時にはプログラムにより、どのようなアウトカムがもたらされていたのかを確認するという、「当たり前の個別のケアが、実施者と対象者との間で常に行われていること」の重要性を述べている。

今回、各推進員が計画書を用い、利用者の「願い」や「希望」の実現のための「ケアマネジメントの技法」を用いた支援を行い、利用者からの評価を受けた。言い換えれば、支援者と利用者が共に支援計画を作成し、利用者の抱える問題ばかりではなく、「長所」や「強み」を生かした支援を行い、利用者からの評価を受けたことは、Wingや角谷が述べる一連の支援プログラムを実践したことになる。

その結果、計画書の評価指標である「目標達成度」は、支援前 29.1%から 48.8%に上昇し、「支援満足度」についても、支援前平均 4.0 点から支援後 5.0 点と上昇している。また、CSQ-8 による満足度評価については、全体平均点 23.1 点であった。伊藤⁵⁾らのCSQ-8の信頼性・妥当性についての調査によると、総合得点の平均は 22.3 点であった。

以上のことから、計画書の活用に基づく支援を行うことによる効果及び妥当性に関する有効性について明らかになったと言える。

8 本研究の限界と課題

今回の調査については、各推進員による、支援開始後 3 ヶ月後の目標達成度及び支援満足度に関する調査を行ったものである。

今後、県内において、更なる計画書の活用や利用者の支援満足度の向上のため、推進員以外の支援者による支援内容についても評価を行うことを課題とし、今後の検証の対象に加えたい。

9 まとめ

「計画書」の効果測定および妥当性について検証を行うため、自記式質問表により、「計画書」の評価指標を点数化し、支援前後の満足度について効果検討を行ったところ、「目標達成度」及び「支援満足度」がいずれも上昇した。また、支援満足度については、

先行研究⁵⁾による調査結果と一致した。

以上のことから、計画書の活用に基づく支援の効果及び妥当性に関する有効性が明らかになった。

第4章 障害者自立支援法に基づく「研修の見直し」に関する検証

1 目的

障害者自立支援法に基づく相談支援従事者初任者養成研修において、①計画書を用いた研修内容を盛り込む、②研修内容や演習手法の見直しを行うことにより、受講者の研修満足度及びケアマネジメントに関する理解度について探り、研修見直しに関する有効性及び妥当性について明らかにすることを目的とする。

2 研究方法

県が主催する相談支援従事者初任者養成研修において、演習前後にアンケート調査を実施した。

従来の研修においては、研修プログラム等に関する「満足度」に限定された調査のみを実施していた。しかし、今回は、研究目的に鑑み、研修満足度に係るアンケートに加え、カークパトリック⁸⁾に基づく、レベル1「反応」及びレベル2「学習」に関する調査を実施した。

調査に際し、研修プログラム及び演習手法等について見直しを行うと共に、研修講師は特別アドバイザーを中心に依頼した。併せて、研修プログラムについては、県自立支援協議会地域移行部会委員の意見も参考とした。

研修プログラムについては、「ケアマネジメントの理論」等に加えて、計画書作成に関する説明を組み入れた。また、受講者への事前課題として、計画書のAシート及びBシートを作成するよう指示した。演習はケアマネジメントの「ストレングスモデル」による手法を用い、講師はWGの構成員が担当した。

昨年度までは受講者30～40人に講師一人が対応し、研修の事前打合せも1～2回程度であり、研修内容や役割分担の確認のみであった。そのことから、①各グループに講師1名を配置、②1グループあたりの人数は10名まで、③受講者全員が司会、記録、事例提供等役割を担う等、「演習手法」の見直しを行った。

また、講師間に指導技術の格差が生じないよう、平成20年4月から、特別アドバイザーによるケアマネジメントの理論やケア会議手法について定期的に指導を受け、併せて、研修運営に関する打合せを、随時、特別アドバイザー等を交えて複数回実施した。

表1 カークパトリックの4段階評価 (D.L.Kirkpatrick2006:21-26)

レベル1	反応 (受講者は研修に満足したか)
レベル2	学習 (受講者はどのような知識、技能などを理解、習得したか)
レベル3	行動変容 (受講者は習得したことを職場で利用したか)
レベル4	結果 (受講者の職場は、研修によって成果があがったか)

3 調査内容

先行文献やWGにおいて協議された内容や特別アドバイザーからの指導を受け、①「満足度」に関する調査、②「理解度」に関する調査として「ケアマネジメントのサイクル（8項目）」や「計画書の活用」に関する事項を調査項目とした。

4 分析方法

調査票に記載された項目をエクセル表に取り込み、単純集計した。

5 調査対象

県が主催する相談支援従事者初任者養成研修の受講者（220名）を対象とした。

倫理的配慮として、担当する県担当者から調査目的、方法、成果の公開方法、守秘義務に係る内容等を説明し、調査票の記入をもって協力の同意を得たものとした。

6 結果

アンケート調査によって得られた各項目の単純集計の結果は以下のとおりである。

（1）研修満足度に関する調査（レベル1）

①基本属性

表2に受講者の基本属性を示す。回収された調査票は220で受講者数と一致した。うち有効回答数は211（有効回答率95.9%）であった。男性104人（49.3%）、女性107人（50.7%）。平均年齢は40.1歳。平均経験年数は3.2年。障害領域（重複回答あり）では、身体障害49人（22.7%）、知的障害99人（46.0%）、精神障害97人（21.9%）、児童20人（9.4%）であった。取得資格は、社会福祉士21人（9.3%）、介護福祉士19人（8.4%）、精神保健福祉士15人（6.6%）、看護師12人（5.3%）、保健師7人（3.1%）、作業療法士1人（0.4%）、なし152名（66.9%）であった。

表2 受講者の基本属性

		【人(%)】
有効回答		211(回答率95.9%)
性別	男性	104(49.3%)
	女性	107(50.7%)
平均年齢		40.1歳
経験年数		3.2年
障害領域 (重複回答あり)	身体障害	49(22.7%)
	知的障害	99(46.0%)
	精神障害	46(21.9%)
	児童	20(9.4%)
国家資格 (重複回答あり)	社会福祉士	21(9.3%)
	介護福祉士	19(8.4%)
	精神保健福祉士	15(6.6%)
	看護師	12(5.3%)
	保健師	7(3.1%)
	作業療法士	1(0.4%)
	なし	152(66.9%)

②満足度（レベル1）

調査項目は、各研修プログラム（10プログラム）と研修全体について、「1 非常に不満」から「7 大変満足」までの7段階について評価を行った。調査結果は、表3に示す。

講義については、いずれも「5 だいたい満足」と回答した者が最も多かった。

10（演習）については、「6 満足」と回答した者が77名と最も多く、「1 不満」から「3 やや不満」と回答した者は無かった。

研修全体の評価としては、「6 満足」と回答した者が87名と最も多かった。なお、有効回答数211名のうち、「5 だいたい満足」～「7 大変満足」と回答した者は203名であった。

表3 研修満足度に関する調査

【人(%)】

講義内容	満足度						
	1 非常に不満	2 不満	3 やや不満	4 どちらでもない	5 だいたい満足	6 満足	7 大変満足
1 講義							
・ケアマネジメント概論	0(0.0)	0(0.0)	4(1.9)	31(14.7)	92(43.6)	64(30.3)	20(9.5)
・相談支援専門員の役割	0(0.0)	0(0.0)	5(2.4)	35(16.6)	102(48.3)	53(25.1)	16(7.6)
・ケア会議の技術	0(0.0)	4(1.9)	5(2.4)	23(10.9)	70(33.0)	67(31.8)	42(20.0)
・「私の希望するらし」の意義と活用について	0(0.0)	0(0.0)	4(1.9)	45(21.3)	110(52.2)	41(19.4)	11(5.2)
2 行政説明							
・障害者の地域生活移行について	0(0.0)	1(0.5)	9(4.3)	76(36.0)	94(44.5)	27(12.8)	4(1.9)
3 事例報告							
・地域自立支援協議会の役割1(北上市地域自立支援協議会)	0(0.0)	0(0.0)	2(1.0)	58(27.4)	103(48.9)	40(19.0)	8(3.7)
・地域自立支援協議会の役割2(久慈圏域地域自立支援協議会)	0(0.0)	1(0.5)	4(1.9)	41(19.4)	105(49.8)	44(20.9)	16(7.6)
・ケアマネジメントのプロセス～プランニングからモニタリングまで	0(0.0)	0(0.0)	3(1.4)	25(11.8)	100(47.4)	62(29.4)	21(10.0)
4 演習							
・モデルケア会議体験	1(0.5)	4(1.9)	12(5.7)	21(10.0)	84(39.8)	57(27.0)	32(15.1)
・ケア会議	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(1.4)	57(27.0)	77(36.5)	74(35.1)
5 研修の全体評価							
	0(0.0)	1(0.5)	1(0.5)	6(2.9)	72(34.2)	87(41.0)	44(20.9)

③理解度に係る調査（レベル2）

演習前後の理解度を測るために、3日目の演習前と5日目の研修終了時の2回に分けて調査を実施した。

演習前の調査では、回収された調査票は220であり受講者数と一致した。うち有効回答数は210（有効回答率95.4%）であった。また、演習後の調査では、回収された調査票は220であり受講者数と一致した。うち有効回答数は202（有効回答率91.8%）であった。調査結果を表4に示す。

調査項目は、「ケアマネジメントの目的、対象、サイクル（5項目）」、「ケア会議の進

め方 (5 項目)」及び「私の希望する暮らし」について、「1 すでにほぼ理解しているし、人にも説明できる」から「5 何のことも全くわからない」までの 5 段階について評価を行った。

演習前は、「3 (4) モニタリング」「4 (3) 参加者の役割」以外の項目では、「4 おおまかにわかったが、一部理解が危うい」と回答した者が最も多かった。

また、いずれの項目においても、1、2 日目の「ケアマネジメントの理論」や「ケア会議に関する」講演受講しているにも関わらず、「5 何のことも全くわからない」と回答している者がいた。

演習後は、いずれの項目においても、「2 内容は理解できたが、人に説明する自信がない」と回答している者が最も多く、「5 何のことも全くわからない」と回答した者は無かった。

計画書の活用については、演習前は「1 すでにほぼ理解しているし、人にも説明できる」「2 内容は理解できたが、人に説明する自信がない」と回答した者が併せて 29 名 (13.8%) であったが、演習後は 108 名 (53.4%) と 3.8 倍となった。

表4 研修理解度に関する調査

項目	演習	理解度				
		1 すでにほぼ理解しているし、人にも説明できる	2 内容は理解できたが、人に説明する自信がない	3 内容は何とか理解できた	4 おおまかにわかったが、一部理解が危うい	5 何のことも全くわからない
[人(%)]						
1 ケアマネジメントの目的について	前	2(0.9)	38(18.1)	78(37.2)	86(40.9)	6(2.9)
	後	16(7.9)	112(55.5)	60(29.7)	14(6.9)	0(0.0)
2 ケアマネジメントの対象について	前	4(1.9)	42(20.0)	77(36.7)	79(37.6)	8(3.8)
	後	28(13.9)	101(50.0)	56(27.7)	17(8.4)	0(0.0)
3 ケアマネジメントのサイクルについて						
(1)アセスメント(査定)	前	9(4.2)	49(23.4)	73(34.8)	73(34.8)	6(2.9)
	後	32(15.8)	115(56.9)	46(22.8)	9(4.5)	0(0.0)
(2)プランニング(計画)	前	5(2.3)	45(21.4)	75(35.8)	89(42.4)	7(3.3)
	後	31(15.3)	116(57.5)	47(23.3)	8(3.9)	0(0.0)
(3)インターベンション(介入)	前	5(2.3)	28(13.3)	71(33.9)	96(45.8)	10(4.7)
	後	18(8.9)	99(49.0)	72(35.6)	13(6.4)	0(0.0)
(4)モニタリング(追跡)	前	9(4.5)	41(19.6)	78(37.2)	77(36.7)	5(2.3)
	後	23(11.4)	109(53.9)	55(27.3)	15(7.4)	0(0.0)
(5)エバリュエーション(終結)	前	4(1.9)	29(13.8)	75(35.7)	90(42.9)	12(5.7)
	後	11(5.4)	104(51.5)	69(34.2)	18(8.9)	0(0.0)
4 ケア会議の進め方について						
(1)司会の役割について	前	3(1.4)	32(15.3)	67(31.9)	101(48.1)	7(3.3)
	後	30(14.9)	117(57.9)	50(24.8)	5(2.4)	0(0.0)
(2)板書の役割について	前	4(1.9)	48(22.9)	67(31.9)	82(39.1)	9(4.2)
	後	46(22.8)	118(58.5)	30(14.8)	8(3.9)	0(0.0)
(3)参加者の役割について	前	6(2.8)	48(22.9)	82(39.1)	68(32.4)	6(2.8)
	後	53(26.3)	118(58.5)	27(13.3)	4(1.9)	0(0.0)
(4)事例提供者の役割について	前	6(2.8)	57(27.2)	76(36.2)	66(31.5)	5(2.3)
	後	44(22.9)	122(60.4)	29(14.4)	7(3.4)	0(0.0)
(5)ケア会議の進行過程について	前	2(0.9)	31(14.8)	81(38.6)	89(42.4)	7(3.3)
	後	30(14.9)	123(60.9)	43(21.3)	6(2.9)	0(0.0)
5 「私の希望する暮らし」の活用方法について	前	3(1.4)	26(12.4)	56(26.7)	115(54.8)	10(4.7)
	後	15(7.4)	93(46.1)	70(34.7)	24(11.8)	0(0.0)

6 考察

本調査は、①計画書を用いた研修を行うこと、②受講者の研修満足度及びケアマネジメントに関する理解度について探ることにより、研修見直しに関する有効性及び妥当性について検証し、以下のとおりまとめた。

(1) ケアマネジメントに関する正しい理解と実践

本県においては、従来、各種研修会及び講演会に関しては、カークパトリック⁸⁾の理論に基づく、レベル1「反応」に係る調査のみ実施してきた。研修プログラムの満足度について把握できたが、受講者の「ケアマネジメント」に関する理解度について把握できていなかった。

今回、カークパトリック⁸⁾の理論に基づく、レベル2「学習」に係るアンケートを演習の前後に行った。その結果、明らかにケアマネジメントの理論等に関して、演習後の理解度が向上していた。

特に、レベル1のアンケート結果において、演習に係る満足度が高く、「1 不満」から「3 やや不満」と回答した者はなかった。そのことから、今回の演習手法等の見直しが効果的であったことが確認された。

成功要因としては、①ケア会議やケアマネジメントに関する多数の研究を行っている特別アドバイザーからの指導を演習講師が受けたこと、②特別アドバイザー等を交えて研修運営に関する打合せを複数回実施したことと考えられる。

そのことは、波及効果として、受講者の満足度や理解度の向上に併せて、講師自身の指導力向上となり、本県における「ケアマネジメント」や「ケア会議の手法」に関する指導者の育成につながったといえよう。

(2) 計画書の活用に関する普及

計画書の開発後、各施設等には、年度当初に当課から郵送すると共に、当課のホームページからダウンロードできることを周知していた。しかしながら、レベル2のアンケート結果において、半数以上の者が「4 おおまかにわかったが、一部理解が危うい」、「5 何のことか全くわからない」と回答していた。

今回、①事前課題として計画書のA・Bシートを作成すること、②計画書の活用に関する講義、③講義及び演習中に計画書の作成に関する指導を随時行うこと等の工夫を行った。その結果、計画書の活用について「5 何のことか全くわからない」と回答した者はなかった。

以上のことから、県が主催する研修会等において、「計画書の活用」に関する①説明や実践を研修内容に組み入れること、②施設等への周知、③地域や施設等における指導者の育成について、より一層の推進が必要と考えられる。

7 本研究の限界と課題

今回の調査については、「計画書の活用」と「ケアマネジメントに関する正しい知識や技術の向上」に関して、受講者の「反応」と「学習」に焦点をあてたものである。

そのことから、受講者が今回の研修で得た知識や技術を各自の職場において、カークパトリックの理論に基づく、レベル3「行動変容（受講者は習得したことを職場で利用したか）」、レベル4「結果（受講者の職場は、研修によって成果があがったか）」について把握することはできなかった。今後、受講者の「行動変容」に関する追跡調査の実施を課題としたい。

併せて、今回の調査で得られた結果をもとに、本県では、①サービス管理責任者研修、②圏域別研修、③事業者を対象とした「個別支援計画等作成・ケアマネジメント技量向上のための実地研修会」等についても、相談支援従事者初任者研修会のプログラムや演習手法を基礎とした研修を実施している。これらの研修会についても、今後の検証の対象に加えたい。

8 まとめ

計画書を用いた研修内容を盛り込み、加えて、研修内容や演習手法の見直しを行ったところ、受講者の研修満足度及びケアマネジメントに関する理解度がいずれも向上した。これらのことから、「障害者自立支援法に基づく研修の見直し」に関する有効性及び妥当性について明らかにすることができた。

第5章 県民への啓発普及について

1 研究目的

県民からの意見を基に、県民への「障害者の理解」に関する啓発普及を行う手法や手段を明らかにし、①地元新聞への企画広告掲載、②県内全戸へのリーフレット配布を行うことを目的とする。

2 データの収集方法

身体障害、知的障害、精神障害を抱える当事者（以下「当事者」とする）で県自立支援協議会の委員等を担っている者及び県内の大学に在学する者から、広告掲載及びリーフレット作成に際しての意見について、八幡⁹⁾の文献に基づく「インタビュー会議」の方法により実施した。

調査は、外部からの騒音が影響されにくい会議室で行い、調査時間は、当事者 150 分、大学生 105 分であった。

インタビューは、司会者 1 名、司会者補助 1 名、記録者 1 名で実施し、調査対象者からの了承を得て、ICレコーダーに発言内容を記録した。当事者の調査は、平成 20 年 12 月 18 日、大学生の調査は平成 21 年 1 月 26 日に実施した。

3 調査内容

先行文献を参考に、障がい保健福祉課（以下「当課」とするの）担当職員間で質問内容を協議し、以下の質問項目を定め聞き取りを行った。

表 1 質問項目

当事者	大学生
1 伝えたいメッセージについて	1 障害者に関するイメージについて
2 キャッチコピーについて	2 障害者が正しく理解されるための手法
3 伝えたい情報について	3 障害者を理解したきっかけ
	4 キャッチコピー・デザイン等について

4 分析方法

ICレコーダーに録音された内容を逐語録として起こした後、内容を箇条書きし、発言内容の要旨をまとめた。

5 調査対象

調査対象者は、表2のとおりである。

倫理的配慮として、当課から、当事者については対象者あて、大学生については、学部長あてに、調査目的、方法、成果の公開方法、守秘義務に係る内容記載した文書による依頼を行い、調査当日に対象者から口頭で同意を得た。

表2 調査対象者

当事者	大学生
対象者：6名 (内訳) 1 性別 男性3名、女性3名 2 障害別 身体障害者2名 (疾病：脊髄損傷 1名、聾啞者1名) 知的障害者2名 (療育手帳B取得者2名) 精神障害者2名 (疾病：統合失調症圏2名)	対象者：8名(県内の社会福祉系学部)に在学) (内訳) 1 性別 男性3名、女性5名 2 学年別 3年生3名、4年生5名 3 障害者施設等の実習経験 有 6名 無 2名

※ 対象者の基本属性は、平成20年12月1日現在のもの。

6 結果

(1) 当事者を対象としたインタビュー会議

① 伝えたいメッセージについて

多様な意見が提供されたが、障害をマイナスイメージで捉えず、正しく理解し、個性として尊重すべきという意見が多かった。

表3 伝えたいメッセージに関する発言内容

項目	発言内容
①嬉しかったこと	<ul style="list-style-type: none">・ 父の世話をして地域の人からがんばっていると認めてもらっている・ さりげない言葉かけ、手助けが嬉しい・ 勇気を持って障害を周囲に話した。話をすることで理解を得られた。障害にも様々な特徴がある・ 若い人は障害を個性で捉えてくれている。うれしい。

項目	発言内容
②困っていること	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者用駐車場を利用できないことがある ・ 先生との関係を良くしたい
③希望すること	<ul style="list-style-type: none"> ・ あいさつして欲しい（障害の有無にかかわらず） ・ うたがいの目で見られるのはいやだ。あれこれ詮索しないで、色眼鏡でみないで ・ 生活の煩わしさを分かって欲しい ・ やりたいこと、頑張っていることを応援して欲しい ・ 本人が辛いとき、本人の頑張りを見守って欲しい ・ 正しい理解とそれぞれの特徴に合わせた対応をしてほしい

② キャッチコピーについて

障害者は見た目や心の状態などは健常者と異なるが、「思っていること」「感じていること」は一緒など、端的に表現する意見が多かった。

表4 キャッチコピーについて

内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ ノーマライゼーション+4つのキーワード ・ 僕たちは本当にフリー（身も心も） ・ 見る側の視点を取り入れる内容 インパクト ・ みんな一緒だよ ・ あなたのそばにもきつといるよ ・ 聞いてください私達の声 ・ みんなちがっていい ・ あなたのそばにいる誰かのために ・ 未来に続くどこまでも

③ 伝えたい情報について

活動状況、障害の個性、関係機関の紹介などを写真やイラストを使って表現する、という意見が多かった。

表5 伝えたい情報について

内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神疾患→治療すると回復できる正しい知識 ・ 同じ仲間がいるよ 自助グループ、活動の紹介 ・ 苦手な部分、手伝って欲しい部分、こんなことで困っていますの例示 (障害の個性部分をメッセージとして、マンガ風) ・ メールアドレス、FAX番号、関係機関の紹介など ・ 写真(実際の場面)を活用 ・ 障害者の笑顔 ・ 困っている場面 ・ 活動している場面 ・ イラストを活用 ・ あたたくく見守って欲しい、みなさんと

(2) 大学生を対象としたインタビュー会議

①障害者に関するイメージについて、②障害者が正しく理解されるための手法、③障害者を理解したきっかけ、④キャッチコピー・デザインの4つの質問項目についてインタビューを行い、自由に発言してもらった。発言内容は以下のとおりであった。

表6 障がい者に関するイメージについて

内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ そもそも障害者について知らない ・ 同じ障害の中でも違いがあるけれど、共通するところが分からない ・ 「できないこと」が「できること」よりも強調される ・ メディア、事件のイメージが強い、怖い ・ かわいそうな、子供っぽい ・ 目に見える障害しか知らなかった ・ 子供の頃は単純に助けなきゃと思っていた ・ (特殊学級の児童に対して)言葉を選ぶことなく話していた ・ 大学に入るまで知的障害が、何か分からなかった。原因が分かって理解できた(精神の場合、「脳」に障害があると理解) ・ どこまで手伝ってよいか分からなかったが、関わりを通して、思っていたより身近に感じた

表7 障害者が正しく理解されるための手法

内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 実際に関わってみる（紙面でできる？） ・ 1日の流れを紹介（ずっと家・施設に居るのではなく通所施設に行っていることが分かったら親近感が分かるのでは。大学のパンフレットには大学生の1日の生活が載っている） ・ どう接して欲しいか載せる（障害者への声のかけ方、一言声をかけてからの対応方法など） ・ 障害者の写真を掲載する ・ 意外な一面（例えば、ヒップホップをする障害者、などを掲載） ・ 障害者の中でも相反する意見（リーフレットにあるような「こんなことに困っています」に關しても支援して欲しい人と、して欲しくない人がいるのでは） ・ 障害→絵でなく、絵→障害 ・ 障害者の絵ではなく、良い絵だからという視点で見てほしい、でも実は、障がい者が描いているということを暗に示す方がよいと思う→「障害」を全面に出さないほうが、インパクトがある ・ 障害があるからといって、接し方を特別扱いしない方がよいと思う ・ 障害者の人数を数値で示す（関心をもってもらうために、こんなに身近に居ることを示す） ・ 一番わかってほしいのは、当事者の方自身だと思うので、当事者の声（メッセージ）を写真などと一緒に掲載する ・ 障害の原因を知ってもらう（でも細かいと、読んでもらえない）

表8 障害者を理解したきっかけ

内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 2年の時はよく分からなかった。3年になって関わるようになって、理解しはじめた ・ 障害者の作ったお菓子、小物を買うこと ・ 有名人が発達障害者であるのが分かって、身近プラス能力が高いということを感じたこと ・ 障害なのに頑張っている。障害なのに害はないことがわかったこと

表9 キャッチコピー・デザイン等について

内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 「障害者」を全面に出すと、障害者に興味のある県民しか見ないのでは ・ 普通のチラシでもそうだが、健常者にも有利な情報を掲載する（簡単な料理のレシピ、小物系の写真、売っている場所等掲載する） ・ 障害者の思いを一方向的に受ける感じなので、健常者側の声、意見も欲しい（障害者：「理解して欲しい」、健常者：「でも、どうしてほしいかが分からない」） ・ コンビニのCMのように、2人とも最終的に合意する、というシナリオでマンガにする。（リーフレット） ・ 新聞広告に障害者の絵を用いる場合、1枚でも複数でも良いと思う。1枚だとインパクトがある点では良い。複数だと色々なバリエーションがあって他の絵と比較しながら説明などを見て、興味を持つかも知れない。多すぎると、見ない（大きい絵が中央に1枚、周囲に小さい絵が複数） ・ リーフレットに掲載する役所の電話番号は、相談したい人は調べれば分かるので要らないのでは。 ・ 当事者・家族以外の県民が見た場合、ボランティアをしたい、と思う人がいる場合のアクセス先は有った方が良いのでは

6 考察とまとめ

本調査は、①地元新聞への企画広告掲載、②リーフレット作成を行い、県内の全世帯への配布を目的として、当事者や大学生からの意見を基に、県民への「障害者の理解」に関する啓発普及を行う手法や内容を探り、以下のようにまとめた。

- (1) 啓発普及の際、「障害」を前面に出すのではなく、個性としてとらえ、特別扱いたないこと。
- (2) 「障害者の思いや願い」を伝え、更にいわゆる障害者に対する「健常者の声、意見」も併せて伝えること。
- (3) メディア、事件のイメージが先行することもあり、障害の原因や特徴など正しい知識を得られるような内容が必要であること。

以上のまとめを基に、別紙のとおり広告及びリーフレットを作成し、企画広告については、平成21年3月20日に掲載し、リーフレットについては、県内全世帯に配布した。

7 本研究の限界と課題

掲載及び配布による県民からの反響については、今後、アンケート調査等を行い、その検証については今後の課題としたい。

第6章 計画書活用に関する現状と課題

今回、県における障害者の地域移行の推進に資することを目的に、計画書の活用の際に、その効果測定及び妥当性について、①推進員を対象としたフォーカスグループインタビュー、②利用者を対象としたアンケート調査、③障害者自立支援法に基づく研修の見直し、④県民への啓発普及を行い、計画書の活用に関する課題等について調査及び分析を行った。

今後の計画書活用の際での現状と課題は以下のとおりである。

(1) 利用者主体の支援

障害者自立支援法第1条は「障害者及び障害児がその有する能力及び適正に応じ、自立した日常生活又は社会生活が営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことができる地域社会の実現に寄与することを目的とする」としている。

計画書の理念は、同法同条に基づき「利用者の願いや希望」を実現するために「利用者主体の支援」の理念が貫かれていることである。

今回、「ケアマネジメントのサイクルに基づいた計画書を作成し支援すること」により、利用者目標達成度や支援満足度も支援前に比較して上昇している。また、当事者及学生へのインタビューにおいては、「障害をマイナスイメージで捉えず、正しく理解し、個性として尊重すべき」という意見が出されている。

以上のことから、支援者は「利用者の願いに寄り添った支援」を行い、その支援のツールとして「計画書」を活用することが効果的な支援につながると考えられる。

(2) 支援者の資質の向上

「推進員を対象としたフォーカスグループインタビュー」においては、作成に係る支援者の「スキル不足」「自信の無さ」が指摘されている。

「障害者自立支援法に基づく研修の見直し」においては、研修内容や演習手法の見直しを行ったところ、受講者の研修満足度及びケアマネジメントに関する理解度が上昇した。

また、フォーカスグループインタビューにおいては、地域自立支援協議会単位及び事業所に出向いての研修開催の必要性や圏域単位での指導者の育成も指摘されている。県では、圏域別研修及び事業者を対象とした「個別支援計画等作成・ケアマネジメント技量向上のための実地研修会」等についても、相談支援従事者初任者研修会のプログラムや演習手法を基礎とした研修を実施した。

一過的な研修受講ではなく、研修終了後も、地域や施設等で研修受講や圏域単位のアドバイザー配置等による体制づくりが求められる。

本年度、図のとおり、各地域自立支援協議会から推薦されたWGメンバーが、特別アドバイザーからの助言指導を受けながら、研修講師等の役割を担ってきた。次年度以降についても、県としてより一層、支援者の資質の向上に取り組む必要がある。

(3) 関係機関との連携

フォーカスグループインタビューにおいては、障害保健福祉分野以外の医療、介護の関係者にも計画書の周知について指摘されている。今後の対策としては、計画書を「地域自立支援協議会のケア会議で活用する」、本庁からの「計画書の改訂版」の送付等により周知を図る必要がある。

また、各圏域研修等の対象者として、医療、介護の関係者にも拡大し、活用方法等について周知する必要もあろう。

今回の調査では、(1)利用者主体の支援、(2)支援者の資質の向上、(3)関係機関との連携の3点の課題が明らかになった。

県として、以上の課題を踏まえながら、今後も、障害者の地域生活における支援についてより一層推進する必要がある。

おわりに、今回の調査研究に際し、東北福祉大学 西尾雅明教授、安保寛明講師、日本福祉大学大学院 上原久氏の御指導、御協力に感謝いたします。

引用文献

- 1) 才木グレイグヒル滋子. 質的研究方法ゼミナール増補版. 才木グレイグヒル滋子, 編. インタビューによるデータ収集. 東京: 医学書院, 2008 ; 21-46.
- 2) 萱間真美. 質的研究実践ノート. 東京: 医学書院, 2007 ; 17-49.
- 3) 杉本敏夫編著. ケアマネジメント用語辞典. 東京: ミネルヴァ書房, 2005 ; 275-276.
- 4) 角谷慶子. 精神障害者におけるQOL測定の試み: 生活満足度スケールの開発. 京都府立医科大学雑誌 1995 ; 104 : 1413-1424.
- 5) 伊藤弘人, 小澤恵美. サービス満足度の評価. 精神障害とリハビリテーション 2001 ; 5 (10) : 128-132.
- 6) Wing, J. k. and Morris, B. 精神科リハビリテーション. 東京: 岩崎学術出版社, 1989
- 7) 角谷慶子. リハビリテーション実践場面における統合失調症の社会機能. 精神科治療学 2003 ; 18 (10) : 165-1171.
- 8) D. L. Kirkpatrick and J. D Kirkpatrick. Evaluating Training Program : The four levels (3rd edition) 2006; 21-26.
- 9) 八幡紕芦史. 〔図解〕 会議の技術. 東京: PHP研究所, 2004 ; 198-199.

(研究委員)

1 検討委員

(◎印 委員長、○印 副委員長)

所 属	職 名	氏 名
のびやか丸	相談支援専門員	高橋 美香子
指定障害者相談支援事業所あけぼの	相談支援専門員	高橋 真紀子
ワークステーション湯田・沢内	主 任	高橋 哲也
愛護会障害者相談支援センター	相談支援専門員	佐々木 利昌
黄金荘	○課 長	小笠原 隆
地域活動支援センター星雲	相談支援専門員	吉田 展泰
大松学園	相談支援専門員	藤原 伸哉
ウィリー	サービス管理責任者	沢田 勝
ひばり障害者支援センター	◎相談支援専門員	村田 幸雄
地域生活支援センター久慈	相談支援専門員	元木澤 英典
地域生活支援センターカシオペア	所 長	佐藤 慶之
岩手県保健福祉部障がい保健福祉課（事務局）	主 任	工藤 一恵

2 研究協力者

所属	氏名
東北福祉大学総合福祉学部 教授	西尾 雅明
東北福祉大学健康科学部 講師	安保 寛明
日本福祉大学大学院博士課程	上原 久

資料 1

『計画書の有効性及び妥当性』に関する利用者を対象としたアンケート調査」
に関する調査票

【調査票記載に係る留意事項】

I 利用者に係る調査票

1 調査対象者

- ・ 各地域移行推進員が現在、関わりを持っている事例、2名以上から協力を得てください。
- ・ 対象者については、担当する推進員が、必ず、岩手県標準例個別支援計画書「私の希望する暮らし」(以下「計画書」)を作成してください。
- ・ 可能な限り、各地域自立支援協議会等において、ケア会議を実施する順位が高い方としてください。

2 調査前に留意する事項

- ・ 利用者に対して、「調査協力をお願い」を手渡し、調査に係る説明を十分に行い、協力を得てください。
- ・ 必要により、家族、施設職員等への説明も行ってください。
- ・ 調査票番号をあらかじめ記しておりますので、誤らないようにしてください。
- ・ ケア会議、ケアマネジメント、計画書の説明については、下記を参考に説明してください。

(説明の例)

ケアマネジメント

- 例1 あなたの夢や希望をかなえるため、ケア会議でみんなで話し合ったことを皆で協力しあいながらすすめる取り組みです。
- 例2 あなたが安心して地域や施設で過ごせるよう、まわりの人たちがチームを組んであなたの生活を応援する方法です。

ケア会議

- 例1 あなたが地域、施設や病院で暮らすうえで、あなたの夢や願いをかなえるため、応援する人たちがあつまって話し合いをすることです。
- 例2 あなたがこれから地域や施設で暮らす場合、いろいろな人たちのお手伝いが必要となると思います。お手伝いする人たちが、皆で知恵や工夫を出し合って話し合いをすることです。

個別支援計画書

- 例1 ケア会議で話し合われたことや、これからあなたや応援する人たちが取り組むことが記された計画票です。
- 例2 あなたの生活がよりよいものとなるように、皆で確認しあうための必要な書類です。ケア会議で話し合われたことやこれからの計画について皆で確認し合いながらつくります。

3 調査時に留意すること。

- ・ 調査対象者に「調査票」と「障がい保健福祉課」が宛先となっている封筒を手渡し、記入された調査票を封筒にいれ封印するよう指導してください。
- ・ 利用者が自由に評価しやすいように、できるだけ自分で記載してもらうようにしてください。
- ・ 本人が記載することが難しい場合は、推進員が聞き取り記載してください。その際は、誘導するような質問等は控えてください。

4 調査時期

(第1回調査) →支援開始時を想定しています。

平成20年9月16日～30日

(第2回調査) →モニタリング時を想定しています。

平成20年12月10日～26日

- ※ モニタリングの時期を概ね3ヵ月後と想定していますが、対象者によりモニタリングの時期が早まる場合は、その時期に第2回目の調査を実施しても構いません。

5 調査票提出締め切り

(第1回調査) 平成20年10月3日(金)

→地域移行推進員研修時に持参してください。

(第2回調査) 平成21年1月7日(水)(必着)

→障がい保健福祉課宛て郵送してください。

6 その他

- ・ 既に、計画書に基づく支援等を行っている場合、調査時期を早めることは可能です。
- ・ 調査対象者の病状悪化等により第2回目調査を実施することが困難と思われる場合は、障がい保健福祉課担当あて連絡してください。

II 地域移行推進員に係る調査票

1 地域移行推進員に係る項目

- ・ 地域移行推進員が担当する障害種別は主たるものに○印をつけてください。
- ・ 国家資格、障害者支援の資格に該当するものがない場合は、記載する必要はありません。

2 調査対象者に係る項目

- ・ 利用施設種別については、主たるサービス利用名に○をつけてください。
- ・ 病名については、主治医等により診断されている主たる病名を記載してください。

Ⅲ その他

- ・ 事務局記載欄にある調査票番号については、調査対象者番号を同一とするので、ご注意ください。
- ・ 調査票の提出締め切りは、平成20年10月3日（金）とします。
→地域移行推進員研修時に持参してください。

調査協力ねがのお願い

いわてけん へいせい ねんど ちいき しせつ
岩手県では、平成19年度に地域や施設において、いろいろなサービス
く あ あんぜん あんしん く こべつしえんけいかくしよ
を組み合わせて、安全・安心に暮らせるための個別支援計画書「わたし
きぼう さくせい
の希望する暮らし」を作成しました。

こんねんど わたし きぼう ちいき しせつ かつよう りよう
今年度は、「私の希望する暮らし」を地域や施設で活用するため、利用
かた ちょうさ おこな きょうりょく ねが
する方への調査を行うことになりましたので、ご協力をよろしくお願
いします。

ちょうさ わたし きぼう しえん りよう まえ りよう
調査は、「私の希望する暮らし」による支援を利用する前と、利用し
おおむ かげつご かい
て概ね3ヶ月後の2回です。

なお、お答えいただきました内容につきましては、ちょうさいがい もくてき
しよう あんしん
は使用しませんのでご安心ください。

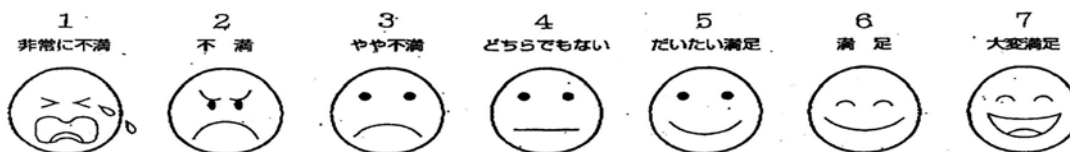
いわてけんほけんふくしぶしょう ほけんふくしか
岩手県保健福祉部障がい保健福祉課

だい1かいちょうさ
(第1回調査)

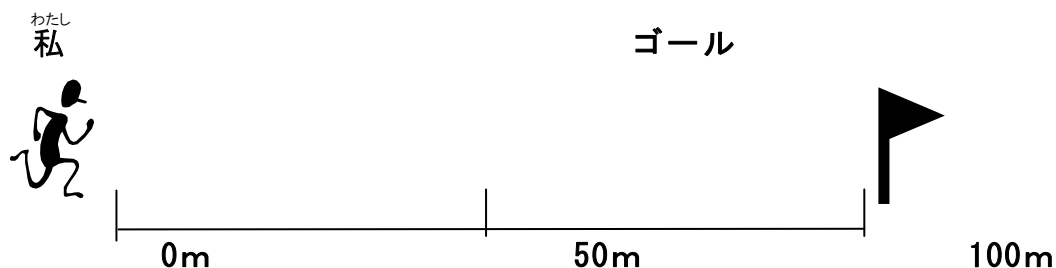
1 ちょうさひょう きにゆう ひ かいて
調査票を記入した日を書いてください。

へいせい ねん がつ ひ
平成 20 年 月 日

2 これからのしえん うけるまえ、あなたのいま きぶん
な感じですか？



3 あなたのゆめをゴールとした場合、いま、あなたはどのあたりにいますか？



4 ケアマネジメントを^{りよう}利用したことがありますか。

^{あり}
有リ

^{なし}
無シ

5 ケア^{かいぎ}会議に^{さんか}参加したことがありますか。

^{あり}
有リ

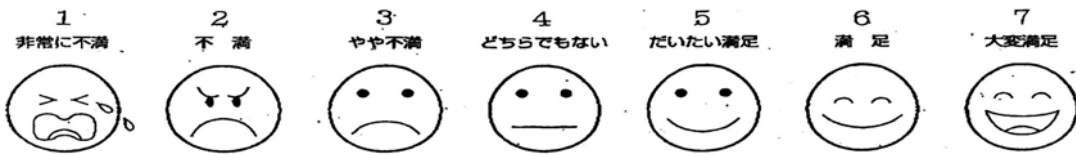
^{なし}
無シ

だい かいちょうさ
(第2回調査)

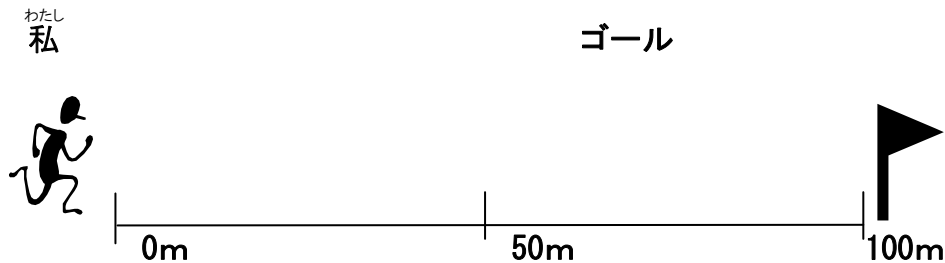
1 ちょうさひょう きにゆう ひ かい て
調査票を記入した日を書いてください。

へいせい ねん がつ ひ
平成20年 月 日

2 このしえん う 受けた後のあなたのいま きぶん かん
この支援を受けた後のあなたの今の気分はどんな感じですか？



3 あなたのゆめ ばあい いま
あなたの夢をゴールとした場合、今、あなたはどのあたりにいますか？



4 つぎ
次のことについて、おしえてください。

(1) あなたが受けた支援の質はいかがでしたか

- ① よくない
- ② よい
- ③ まあまあ
- ④ とてもよい

(2) あなたが望んでいた支援は受けられましたか。

- ① まったく受けられなかった
- ② そうでもなかった
- ③ だいたい受けた
- ④ 十分に受けることができた。

(3) この支援は、どのくらいあなたにとって必要なものでしたか。

- ① まったく必要はなかった。
- ② いくらかは必要だった。
- ③ 必要だった。
- ④ とても必要だった。

(4) もし知人が同じ支援を必要としていたら、この支援の方法を

すすめますか。

- ① すすめない。
- ② あまりすすめない。
- ③ すすめる。
- ④ おおいにすすめる。

(5) 困^{こま}っていることに対して十分^{たい}に「時間^{じゆうぶん}」をかけた支援^{じかん}を受け
た^{しえん}と満足^うしていますか。

- ① とても不満^{まんぞく}。
- ② あまり満足^{ふまん}していない。
- ③ だいたい満足^{まんぞく}している。
- ④ とても満足^{まんぞく}している。

(6) この支援^{しえん}を受けた^うことで、以前^{いぜん}よりあなたが自分^{じぶん}の問題^{もんだい}に対処^{たいしょ}
する^{やくだ}のに役立ちましたか。

- ① 役立たない^{やくだ}。
- ② あまり役立たない^{やくだ}。
- ③ 役立った^{やくだ}。
- ④ おおいに役立った^{やくだ}。

(7) 全体として、あなたが受けた支援について満足していますか。

- ① とても不満
- ② あまり満足していない。
- ③ だいたい満足している。
- ④ とても満足している。

(8) また支援が必要になったとき、この方法をもう一度受けたい
と思いますか。

- ① 受けたくない。
- ② あまり受けたいと思わない。
- ③ 受けたい。
- ④ ぜひ受けたい。

【地域移行推進員に係る調査票】

1 地域移行推進員に係る項目

性別・年齢(平成20年9月1日時点)	男性・女性、 (歳)
相談支援経験業務年数	年
担当する主たる障害種別	身体 知的 精神
国家資格等	社会福祉士資格(資格取得:平成 年 月) 精神保健福祉士(資格取得:平成 年 月) 介護支援専門員(資格取得:平成 年 月) 介護福祉士(資格取得:平成 年 月) 保健師(資格取得:平成 年 月) 看護師(資格取得:平成 年 月) その他(取得資格名:) (資格取得:平成 年 月)
障害者支援の資格	サービス管理責任者(資格取得:平成 年 月) 相談支援専門員(資格取得:平成 年 月)

2 調査対象者に係る項目

利用施設等種別	就労継続(A, B)、就労移行、生活介護、自立訓練、療養介護、共同生活援助、共同生活介護、地域活動支援センター、精神科病院、旧法施設(具体的に)その他()
調査対象者性別・年齢	男性 ・ 女性、 歳(平成20年9月1日時点)
障害の種別	身体 知的 重症心身 精神 その他()
病名	
療育手帳	有 (A ・ B) ・ 無
身体障害者手帳	有 (種 級) ・ 無
精神障害者保健福祉手帳	有 (1級 ・ 2級 ・ 3級) ・ 無
障害者年金	有 (1級、 2級 国民年金、厚生・共済年金) ・ 無
障害程度区分	認定済(区分: 、認定年月:平成 年 月) 認定していない

3 事務局記載欄

調査票番号 (No) ※ 調査対象者番号を同一とする。

資料 2

平成 20 年度障害保健福祉関係者研修プログラム

個別支援計画書策定手法に関する研修（県が主催した主な研修）

	研修名	内容	開催 日数	受講者数
1	障害者相談支援従事者初任者研修	別紙のとおり	5	220
2	サービス管理責任者養成研修	別紙のとおり	3	188
3	個別支援計画書の作成に係る研修会	講義「ケアマネジメントについて」 「私の希望するくらしの作成について」 演習「モデルケア会議」	18	593
4	個別支援計画策定・ケアマネジメント技量向上のための実地研修	講義「ケアマネジメントについて」 「私の希望するくらしの作成について」 演習「モデルケア会議」	12	150

1 平成20年度障害者相談支援従事者初任者研修日程表

回	日時・場所	ねらい	午前	午後
1日目 (6時間)	平成20年6月23日(月) 岩手県民会館中ホール	1 ケアマネジメントの目的、 障害者の生活ニーズの捉え方の 理解を深める。 2 障害者自立支援法における ケアマネジメントの制度化と市 町村における相談支援事業の役 割を理解する。	10:00~12:30 講義 「ケアマネジメント概論」 講師 日本福祉大学 教授 野中 猛	13:30~17:00 講義 「相談支援専門員の役割」 講師 秋田県湯沢市福祉事務所 主幹 佐藤 博
2日目 (6時間)	平成20年8月22日(金) 盛岡劇場メインホール	1 地域自立支援協議会の必要性 と運営方法について理解する。 2 実例を通して、ケアマネジメ ントの展開について理解する。	9:45~10:15 行政説明「障害者の地域生活移行について」 講師 岩手県保健福祉部障害保健福祉課職員 10:15~11:15 実践報告 「地域自立支援協議会の役割」 講師 ・北上市児童家庭課 係長 千田 健治 ・ひばり障害者支援センター 相談支援専門員 村田 幸雄 (15分休憩) 11:30~12:30 講義・演習「ケア会議の技術」 講師 日本福祉大学大学院 社会開発研究科博士課程 上原 久	13:40~16:30 講義・演習「ケア会議の技術」 講師 日本福祉大学大学院 社会開発研究科博士課程 上原 久 16:30~16:45 課外実習オリエンテーション
3日目 (6時間30分)	①平成20年9月17日(水) ②平成20年9月29日(月) ふれあいランドいわて	1 ケアマネジメント事例を通 して、当事者のエンパワメン ト、アドボカシー等について理 解する。 2 ケアマネジメントのプロセ スをシュミレーションし理解す る。	9:30~11:30 講義「私の希望するくらしの意義と活用につ いて」 講師 岩手県地域生活移行支援アドバイザー 11:30~12:00 演習オリエンテーション	13:00~13:30 アイスブレイキング 受講者自己紹介 13:30~16:00 演習「ケア会議①」 16:00~17:00 グループワーク(シート1記載)
4日目 (6時間30分)	①平成20年9月18日(木) ②平成20年9月30日(火) ふれあいランドいわて	モデルケア会議を通じて、事例 検討を行い、ケアマネジメント 手法を具体的に理解する。	9:30~11:30 演習「モデルケア会議 ～アセスメント・プランニング」	12:30~14:00 演習「モデルケア会議～モニタリング」 14:00~17:00 演習「ケア会議②」(シート2記載)
5日目 (6時間30分)	①平成20年9月19日(金) ②平成20年10月1日(水) ふれあいランドいわて		9:30~11:30 グループワーク	12:30~15:00 演習「ケア会議③」 15:00~16:00 グループワーク(シート3記載) 16:00~17:00 全体のまとめ
研修時間計：31.5時間				

2 平成20年度サービス管理責任者研修日程表

回	日時・場所	ねらい	午前	午後
1日目 (6時間)	全分野 平成20年9月6日(土) 岩手医科大学歯学部4階講堂	1 障害者自立支援法とサービス管理責任者の役割を理解する 2 個別支援計画書作成の意義を理解する	10:00~10:30 行政説明「障がい者の地域生活移行について」 10:30~12:00 講演「個別支援計画書岩手標準例『私の希望する暮らし』の活用と実践について」	13:00~16:45 講演「障害者自立支援法とサービス管理責任者の役割について」 16:45~17:00 分野別研修オリエンテーション
2日目 (6時間30分)	第1, 3分野 平成20年10月23日 (木) 第2, 5分野 平成20年11月13日 (木) ふれあいランドいわて	分野別にサービス提供の基本姿勢を理解するとともに、サービス管理責任者として必要なアセスメントやモニタリング等個別支援計画の作成に関する知識・技術を獲得する	(就労以外) 9:30~9:45 アンケート(演習前)記入 9:45~11:15 講義「サービス提供の基本姿勢とサービス管理プロセスの実践」 11:15~11:30 演習オリエンテーション	12:30~16:00 受講者自己紹介 アイスペイキング ケア会議演習① 16:00~17:00 グループワーク
	第4分野 平成20年10月30日 (木) 共済ビル4階ホール		(就労分野) 9:30~10:00 行政説明「岩手県における障がい者就労支援の取組み」 講師 障がい保健福祉課職員 10:00~12:00 講演「障がい者の就労支援とサービス管理責任者の役割」 講師 横河電機株式会社 社会貢献室 箕輪 優子 氏	13:00~15:00 グループディスカッション 進行・助言者 横河電機株式会社 社会貢献室 箕輪 優子 氏 15:15~15:30 アンケート(演習前)記入 15:30~16:30 DVD「知的障害者の就労支援の実践」 16:30~17:00 演習オリエンテーション
3日目 (6時間30分)	第1, 3分野 平成20年10月24日 (金) 第2, 5分野 平成20年11月14日 (金) ふれあいランドいわて	ケア会議演習を通じてケアマネジメント手法を具体的に理解するとともに、サービス管理責任者の業務と役割についてまとめ確認する。	9:30~11:45 受講者自己紹介 アイスペイキング ケア会議演習①(モデルケア会議) 11:45~12:15 グループワーク	13:15~15:30 ケア会議演習② 15:30~16:00 グループワーク 16:00~17:00 全体会
	第4分野 平成20年11月14日 (金) ふれあいランド岩手		9:30~11:45 受講者自己紹介 アイスペイキング ケア会議演習①(モデルケア会議) 11:45~12:15 グループワーク	13:15~15:30 ケア会議演習② 15:30~16:00 グループワーク 16:00~17:00 全体会
研修時間計：19時間				

3 個別支援計画書の作成に係る研修会日程

圏域	開催日	担当アドバイザー
盛岡	平成20年10月7日（火）	のびやか丸 高橋 美香子
	平成21年3月13日（金）	
岩手中部	平成20年12月8日（月）	ワークステーション湯田・沢内 高橋 哲也 地域活動支援センターあけぼの 高橋 真紀子
	平成21年2月20日（金）	
胆江	平成20年11月11日（火）	愛護会障害者相談支援センター 佐々木 利昌
	平成21年1月16日（金）	
一関	平成20年11月20日（水）	黄金荘 課長 小笠原 隆
	平成21年2月12日（木）	
気仙	平成20年9月1日（月）	地域活動支援センター星雲 吉田 展泰
	平成20年12月12日（金）	
釜石	平成20年11月26日（水）	大松学園 藤原 伸哉
	平成21年2月10日（火）	
宮古	平成20年12月19日（金）	ウイリー 沢田 勝
	平成21年2月17日（火）	
久慈	平成20年10月28日（火）	ひばり障害者支援センター 村田 幸雄 地域生活支援センター久慈 元木澤 英典
	平成21年1月30日（金）	
二戸	平成20年11月10日（月）	地域生活支援センター・カシオペア 佐藤 慶之
	平成20年11月28日（金）	

4 個別支援計画策定・ケアマネジメント技量向上のための実地研修日程表

振興局名	法人名	事業所名	障がい種別	開催日程		会場	担当アドバイザー
				1回	2回		
盛岡	(社福)岩手更生会	緑生園(知的更生)、グループホーム中屋敷町、まめ工房緑の郷(就労継続支援A型)	知的	2月4日(水) 13:00~17:00	3月4日(水) 13:00~16:00	緑生園	高橋美香子
							元木澤英典
花巻	(社福)光林会	地域生活支援センターしおん(CH・GH一体型)	知的	2月24日(火) 9:30~12:00	/	ルンビニー学園	小笠原隆
							高橋真紀子
北上	(社福)方光会	萩の江(知的更生)、北萩寮、和賀の園(就労移行支援、就労継続支援B型)	知的	2月10日(火) 13:00~17:00	3月10日(火) 13:00~17:00	萩の江	高橋哲也
							佐々木利昌
一関	(社福)やまぶき会	菜の花工房(就労継続支援B型)	精神	2月15日(日) 10:00~17:00 (1日)	/	菜の花工房	高橋真紀子
							高橋哲也
大船渡	(社福)愛育会	ひかみの園(知的更生)	知的	3月3日(火) 13:00~17:00 (1日)	/	ひかみの園	小笠原隆
							吉田展泰
釜石	(社福)わらび会	わらび学園(知的更生)	知的	2月9日(月) 14:00~18:00	3月9日(月) 14:00~18:00	わらび学園分場	元木澤英典
							沢田勝
久慈	(社福)修愛会	恵水園(知的更生)	知的	2月24日(火) 9:30~15:00	3月6日(金) 9:30~15:00	恵水園	村田幸雄
							元木澤英典
二戸	(NPO)三の丸ひまわり	ライフステージ三の丸ひまわり(生活訓練、就労継続支援B型)	身体、知的、精神	2月21日(土) 2時間	/	三の丸ひまわり	佐藤慶之

ケア会議の進め方

- 1 参加のルールを読みましょう。
- 2 ここ一週間でよかったこと、ほっとしたことを話してみましょう。
- 3 ケア会議に入りましょう。
 - (1) 概要把握 (10分)
 - (2) 全体像把握 (60分)
 - (3) アセスメント (20分)
 - (4) 支援目標設定 (15分)
 - (5) 支援計画策定 (15分)
 - (6) 今日の会議の感想を言いましょう。
 - (7) 事例提出者と支援担当者にエールをおくりましょう。

参加のルール

- 1 利用者や支援者ができていること、工夫していることに着目し、前向きに考えましょう。
- 2 「事実と解釈」、「人と問題」を分けて考えましょう。
- 4 肩書きや立場を忘れ、自由に意見を出し合しましょう。
- 5 発言している人の話によく耳を傾けましょう。
- 6 時間は2時間です。みんなが話せるようにポイントを短くまとめて（3分以内）発言しましょう。

資料 3

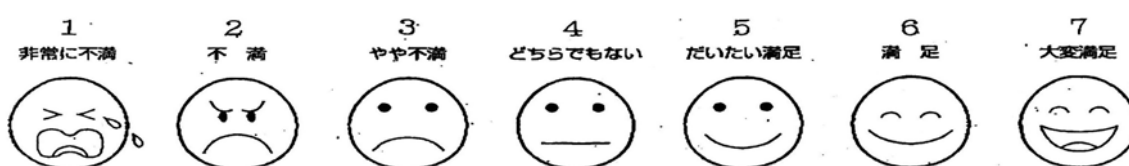
『障害者自立支援法に基づく「研修の見直し」に関する検証』に係る調査票等

平成20年度相談支援従事者初任者研修会に係るアンケート

研修おつかれさまでした。今後の研修計画の参考としたいのでご記入をよろしくお願ひ
します。

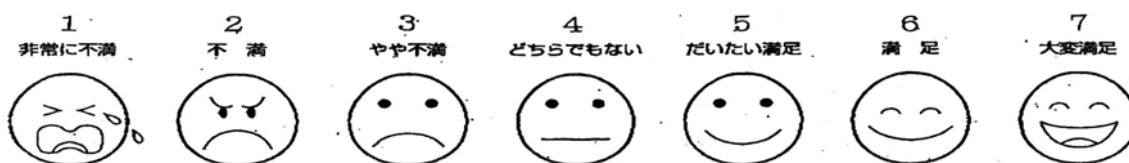
1 講義 「ケアマネジメント概論」

講師 日本福祉大学 教授 野中 猛



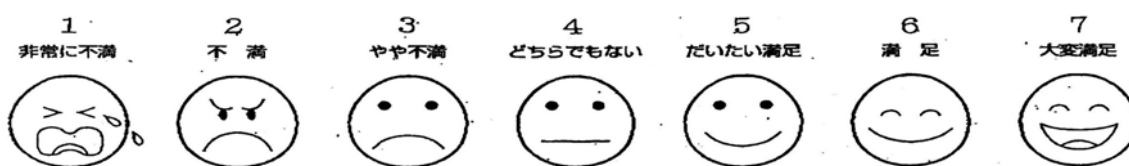
2 講義 「相談支援専門員の役割」

講師 秋田県湯沢市福祉事務所 主幹 佐藤 博



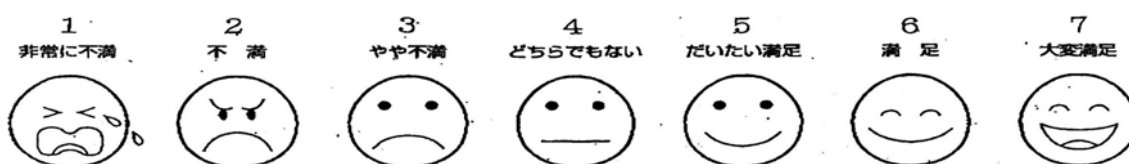
3 行政説明「障害者の地域生活移行について」

講師 岩手県保健福祉部障害保健福祉課職員



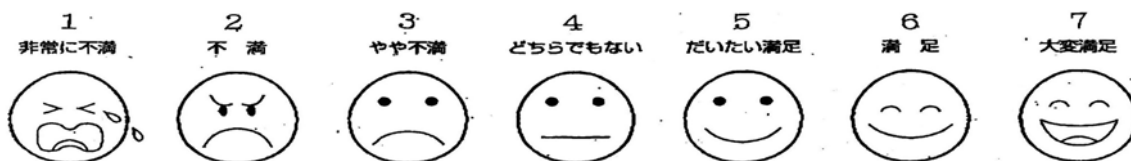
4 実践報告 「地域自立支援協議会の役割」

講師 北上市児童家庭課 係長 千田 健治



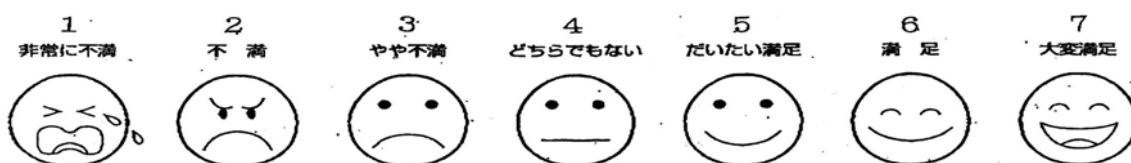
5 実践報告 「地域自立支援協議会の役割」

講師 ひばり障害者支援センター 相談支援専門員 村田 幸雄



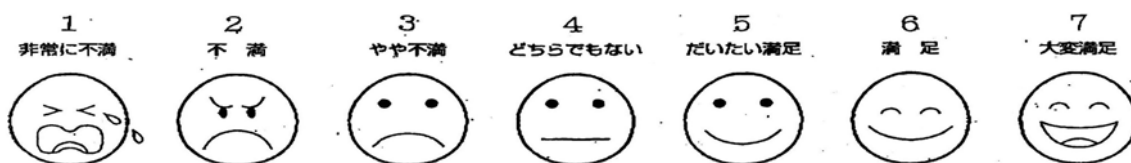
6 講義・演習「ケア会議の技術」

講師 日本福祉大学大学院社会開発研究科博士課程 上原 久

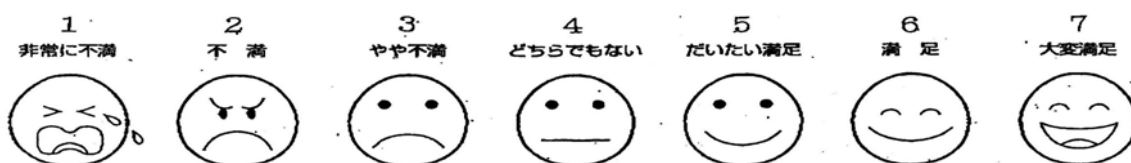


7 講義「私の希望するくらしの意義と活用について」

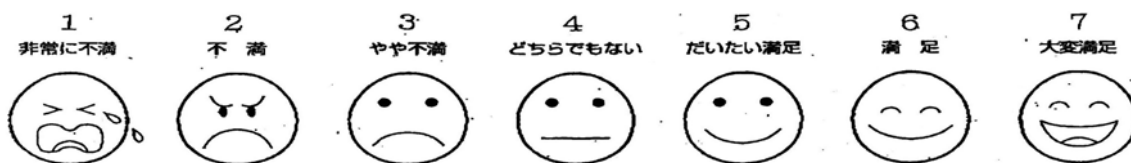
講師 岩手県地域生活移行支援アドバイザー



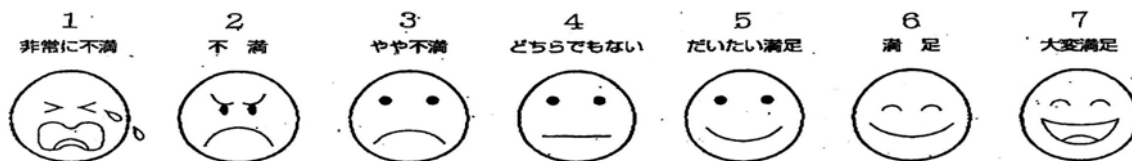
8 演習「モデルケア会議体験」



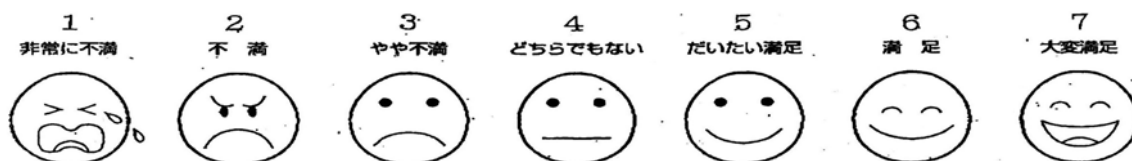
9 講義「ケアマネジメントのプロセス～プランニングからモニタリングまで」



10 演習「ケア会議」、グループワーク



1 1 研修の全体をとおして



1 2 最後に下表にご記入ください。

性別・年齢（平成 20 年 9 月 1 日時点）	男性・女性、（ 歳）
相談支援経験業務年数	年
担当する主たる障害種別	身体 知的 精神 児 童
国家資格等	社会福祉士資格（資格取得：平成 年 月） 精神保健福祉士（資格取得：平成 年 月） 介護支援専門員（資格取得：平成 年 月） 介護福祉士（資格取得：平成 年 月） 保健師（資格取得：平成 年 月） 看護師（資格取得：平成 年 月） その他（取得資格名： ） （資格取得：平成 年 月）
障害者支援の資格	サービス管理責任者（資格取得：平成 年 月）

！！ご協力ありがとうございました！！

ケアマネジメント実践にかかるアンケート（演習前）
（研修理解度）

演習を行ううえで参考としたいので、下記にご記入ください。

性別・年齢（平成 20 年 9 月 1 日時点）	男性・女性、（ 歳）
相談支援経験業務年数	年
担当する主たる障害種別	身体 知的 精神 児 童
国家資格等	社会福祉士資格（資格取得：平成 年 月） 精神保健福祉士（資格取得：平成 年 月） 介護支援専門員（資格取得：平成 年 月） 介護福祉士（資格取得：平成 年 月） 保健師（資格取得：平成 年 月） 看護師（資格取得：平成 年 月） その他（取得資格名： ） （資格取得：平成 年 月）
障害者支援の資格	サービス管理責任者（資格取得：平成 年 月）

1 ケアマネジメントの目的について

- ① すでにほぼ理解しているし、人にも説明できる。
- ② 内容は理解できたが、人に説明するには自信がない。
- ③ 内容は何とか理解できた。
- ④ おおまかにわかったが、一部理解が危うい。
- ⑤ 何のことか全くわからない。

2 ケアマネジメントの対象について

- ① すでにほぼ理解しているし、人にも説明できる。
- ② 内容は理解できたが、人に説明するには自信がない。
- ③ 内容は何とか理解できた。
- ⑥ おおまかにわかったが、一部理解が危うい。
- ⑦ 何のことか全くわからない。

3 ケアマネジメントのサイクルについてお伺いします。

(1) アセスメント(査定)

- ① すでにはほぼ理解しているし、人にも説明できる。
- ② 内容は理解できたが、人に説明するには自信がない。
- ③ 内容は何とか理解できた。
- ④ おおまかにわかったが、一部理解が危うい。
- ⑤ 何のことも全くわからない。

(2) プランニング (計画)

- ① すでにはほぼ理解しているし、人にも説明できる。
- ② 内容は理解できたが、人に説明するには自信がない。
- ③ 内容は何とか理解できた。
- ④ おおまかにわかったが、一部理解が危うい。
- ⑤ 何のことも全くわからない。

(3) インターベンション (介入)

- ① すでにはほぼ理解しているし、人にも説明できる。
- ② 内容は理解できたが、人に説明するには自信がない。
- ③ 内容は何とか理解できた。
- ④ おおまかにわかったが、一部理解が危うい。
- ⑤ 何のことも全くわからない。

(4) モニタリング (追跡)

- ① すでにはほぼ理解しているし、人にも説明できる。
- ② 内容は理解できたが、人に説明するには自信がない。
- ③ 内容は何とか理解できた。
- ④ おおまかにわかったが、一部理解が危うい。
- ⑤ 何のことも全くわからない。

(5) エバリュエーション (評価)

- ① すでにはほぼ理解しているし、人にも説明できる。
- ② 内容は理解できたが、人に説明するには自信がない。
- ③ 内容は何とか理解できた。
- ④ おおまかにわかったが、一部理解が危うい。
- ⑤ 何のことも全くわからない。

4 ケア会議の進め方について

(1) 司会の役割について

- ① すでにほぼ理解しているし、人にも説明できる。
- ② 内容は理解できたが、人に説明するには自信がない。
- ③ 内容は何とか理解できた。
- ④ おおまかにわかったが、一部理解が危うい。
- ⑤ 何のことか全くわからない。

(2) 板書の役割について

- ① すでにほぼ理解しているし、人にも説明できる。
- ② 内容は理解できたが、人に説明するには自信がない。
- ③ 内容は何とか理解できた。
- ④ おおまかにわかったが、一部理解が危うい。
- ⑤ 何のことか全くわからない。

(3) 参加者の役割について

- ① すでにほぼ理解しているし、人にも説明できる。
- ② 内容は理解できたが、人に説明するには自信がない。
- ③ 内容は何とか理解できた。
- ④ おおまかにわかったが、一部理解が危うい。
- ⑤ 何のことか全くわからない。

(4) 事例提供者の役割について

- ① すでにほぼ理解しているし、人にも説明できる。
- ② 内容は理解できたが、人に説明するには自信がない。
- ③ 内容は何とか理解できた。
- ④ おおまかにわかったが、一部理解が危うい。
- ⑤ 何のことか全くわからない。

(5) ケア会議の進行過程について

- ① すでにほぼ理解しているし、人にも説明できる。
- ② 内容は理解できたが、人に説明するには自信がない。
- ③ 内容は何とか理解できた。
- ④ おおまかにわかったが、一部理解が危うい。
- ⑤ 何のことか全くわからない。

5 「私の希望する暮らし」の活用方法について

- ① すでにほぼ理解しているし、人にも説明できる。
- ② 内容は理解できたが、人に説明するには自信がない。
- ③ 内容は何とか理解できた。
- ④ おおまかにわかったが、一部理解が危うい。
- ⑤ 何のことか全くわからない。

資料4

私の希望する暮らし（改訂版）

「私の希望する暮らし」（個別支援計画書）
記載要領（改訂版）

平成21年3月

岩手県保健福祉部障がい保健福祉課

目 次

- I 「私の希望する暮らし」とは (p86)
- II ケアマネジメントの進め方 (p91)
- III 「相談受付票」・「私の希望する暮らし」の記載例 (p95)
- IV 相談受付票 (p126)
- V 私の希望する暮らし〔Aシート〕 (p128)
- VI 私の願いや今の暮らし〔Bシート〕 (p131)
- VII 私の暮らし応援プラン〔Cシート〕 (p134)
- VIII 私の暮らし応援プランの話し合い〔Dシート〕 (p140)
- IX 私の暮らし応援プラン〔Eシート〕 (p146)
- X 「私の希望する暮らし」作成に係るQ & A (p152)

資料編

- 資料1 (様式) 相談受付票 (p168)
- 資料2 (様式) 私の希望する暮らし (p172)

コラム

- | | | |
|---------------|--------------|---------------|
| 吉田 展泰 (p88) | 沢田 勝 (p94) | 高橋 真紀子 (p127) |
| 高橋 哲也 (p130) | 藤原 伸哉 (p133) | 元木澤 英典 (p139) |
| 佐々木 利昌 (p145) | 佐藤 慶之 (p151) | 村田 幸雄 (p166) |

I 「私の希望する暮らし」とは

1 目的

「私の希望する暮らし」は、障がいを抱える方（以下「本人」という）が、その人が希望する地域で、その人らしく生活することを応援するための「個別支援計画書」です。「私の希望する暮らし」を、本人と支援者が共に考え、共に作成し、共に実行していくことを目的とするものです。

【参考】「個別支援計画書とは？」

一般的に「個別支援計画書」（以下、「計画書」という）は、利用者の医学的機能（病名、障がい、病歴・治療歴等）、社会的機能（教育歴・職歴、日常生活における活動、家族との関係等）に基づき、利用者本人の意向を優先し個別に立案される支援計画を指します。

計画書には様々な書式があり、また、ケアプラン、ケア計画、支援計画など様々な名称で呼ばれています。共通する定義としては、利用者や家族との面接・相談や他の支援者から得た情報を文書化し、支援者間で共有するツールとなるものです。

計画書には、利用者が抱える課題、2～3ヶ月後の短期目標、6ヶ月後の長期目標に加えて、必要なサービスが、いつ、誰によって、どこで、どのくらいの頻度で行われるかが明示されます。

併せて、作成に際しては、単なるサービスの割り振りにならないよう、利用者の問題解決を最優先し、利用者の力（できること）を十分に引き出せるような技術や配慮が、支援者には求められます。

2 対象者

精神科病院または障がい者施設（以下「施設等」という）から、地域での生活を希望する方や既に地域で生活をしている方が対象となります。

3 特徴

「わたしの希望する暮らし」の特徴は、2つあります。

1つは、ケアマネジメントの手法を用いて、関係する機関がケアチームを作り、本人の「希望」を支援する点にあります。もう1つは、本人が得意なこと、生得的な才能、獲得した能力やスキル、潜在的能力等に支援の焦点を向けている（ストレングス視点）ことです。

これらは、本人や家族はもちろん、それを応援する支援者にも、わかりやすく表記できるよう工夫されています。

【参考】「エンパワメント」と「ストレングス」

「エンパワメント (empowerment)」とは、「利用者自身の病理や欠陥ではなく、利用者の強さ・生き抜く力を重視し、利用者を利用者を取りまく環境の持つ潜在的な強さ・能力を引き出し、増強させていく行動ができるよう支援すること」¹⁾を意味しています。(すなわち、何らかの課題を抱えた利用者が自らのニーズを充足させ、生活の質を高め、主体的に行動できること、そして、よりよい環境を構築するために地域の社会資源の開発や利用を可能とする支援方法の一つです。

「ストレングス (strength)」とは、「利用者の潜在能力、長所など本来持っている『強い部分』」²⁾を意味します。具体的には、能力・発達・成長・知恵・行動力・可能性・長所・持ち味・潜在能力・才能・知識などを「ストレングス」とし、利用者がそれらの変化の可能性をもつ主体的な生活者と捉えるものです。利用者のストレングスに着目することは、利用者の問題解決力、適応能力、生活の質や自主性を高める支援につながります。

4 支援者の姿勢

支援者には、本人の希望や願いに十分に耳を傾ける姿勢が要求されます。例えば、「海外旅行に行きたい」「タレントになりたい」など、今の時点では無理であると思われる「希望」を本人が話された場合でも、「できない」と否定するのではなく、まずは、その希望を受け止めることが重要です。夢を実現するために「今からできることは何だろう」「取り組めることはどんなことがあるだろう」等々、共に考えていこうとする姿勢がとても重要になります。

5 期待される効果

この計画書を用いることによって、本人の「希望」や「願い」、あるいは具体的な支援方法等やこれまでの支援の経緯を関係者間で共有することが可能になります。また、施設等の所在する市町村以外への移行を希望する場合に、その市町村への申し送りに係る共通のツールとして活用することもできるでしょう。

更に、ケアマネジメントにおける「評価」を行うことにより、個々別々の事例の課題であったものが、ある種の共通した課題として見えてくる場合があります。たとえば、①支援している人たちは障害基礎年金だけで生活していた、②生活介護の量がもう少し手厚く入っていれば、施設入所には至らなかった、③仕事に就きたいといっている人が多かった等々です。

それらをよく調べてみると、①の場合は、本人が生活保護のことを知らなかった、②の場合は、ヘルパーの供給量が不足していた、③の場合は、就労支援事業所の量や質が不十分だった等々ということが、市町村の課題として見えてくる場合があります。

これらの課題を、市町村の障害福祉計画に反映することができれば、個々の事例の課題を市町村の普遍的な課題として、建設的に把握することが可能になります。これは、ミクロな課題をマクロな課題へと発展させる「地域自立支援協議会」の重要な機能の1つでもあります。

6 「私の希望する暮らし」の活用例について

記載方法等については、次頁以降で説明します。また、活用の際のの流れは、次頁に例を示しています。

利用者の状態、施設等の事情により、様々な工夫をしながら活用してみましょう。

《「私の希望する暮らし」を用いた事業者の声》

「私の希望する暮らし」を使うことで、利用者・支援者ともに大きな変化が表れてきました。その中で特に大きな変化について2つ紹介したいと思います。

1つめは、「利用者の希望や願い、得意なこと」を活かし支援していくことで、支援以外の生活場面に変化が表れてきたことです。支援の例をひとつ挙げると、表情が硬く、あまり言葉を発さないある利用者が得意な手作業を行うことで、対人交流の場面にも変化がでてきたのです。手作業を熱心に取り組んでいる中、作業の合間や休憩時間、周りの声掛けに、にこやかな表情をしたり、返す言葉の数が多くなってきました。

2つめは、利用者や支援者が身近に感じられ、支援チームとして連帯感が生まれてきたことです。支援計画を作る一連の作業を、利用者と支援者が共同して行うことで、お互いの関係に変化が出てきました。以前は、利用者・支援者ともに遠慮しがちで緊張した雰囲気がありました。しかし今では、進んで夢や希望を語ったり、にこにこしながら支援計画を確認するような、明るく楽しい雰囲気になっています。また、何かあれば、面談をしたり、打ち合わせや会議をしたりと頻繁にかつ気軽に行えるようになっていきます。

「私の希望する暮らし」を使い、支援を重ねることで、さらに新たな変化が見えてくると思います。みなさんも「私の希望する暮らし」を使ってみませんか？

[地域活動支援センター星雲 吉田 展泰]

「私の希望する暮らし」の使い方

スタート

地域で生活したいと希望している障がい者

- ・施設入所者
- ・（精神科）入院患者
- ・現在地域で生活する障がい者



相談受付票

①相談
(トリアージ)

「重く、急ぐ」方
危機介入

「軽く、急ぐ・急がない」方
単一サービス
・ホームヘルプ
・デイケア
・ケアホーム
など

「重く、急がない」方

ケアマネジメントの対象条件

「重く、急がない」

複数のサービス（2つ以上）を総合的かつ長期的に利用する方

Aシート

②受理
(インテーク)

Bシート

③査定
(アセスメント)

Cシート

④仮の支援
計画を作成

Dシート

⑤計画策定
(プランニング)

③から⑧までの過程を繰り返し、
モニタリングを行っていく

↑再査定(リアセスメント)

・支援計画の見直し
・新たな支援が必要な場合

・Cシートのプラン
・相談受付表
・その他のこと
⑤計画策定で伝えてよいか確認

支援開始から
終了までの振り返り

Eシート

⑨評価
(イバリュエーション)

支援の評価

- Eシート
- 7とりくみの様子
 - 8今の気分はどんな感じ?
 - 9夢にどこまで近づいたかな
 - 10あったらいいな
 - 11応援する人から一言 を活用する

支援途中の振り返り

Eシート

⑧追跡
(モニタリング)

支援の振り返り

⑦介入
(インターベンション)

⑥支援計画
本人へ提示

Eシート

⑥支援計画
本人へ提示

ゴール

⑩終結
(ターミネーション)



※このフロー図は「私の希望する暮らし」と連動しています。

II ケアマネジメントの進め方

1 ケアマネジメントとは何か？

(1) 定義

ケアマネジメントには数多く定義がありますが、「地域における生活のなかでサービスを提供する際に、利用者の生活全般にわたるニーズと公私にわたるさまざまな社会資源との間に立って、複数のサービスを適切に結びつけ、調整をはかりつつ、包括的にかつ継続的にサービス提供を確保する援助方法」³⁾ となります。

(2) 目的

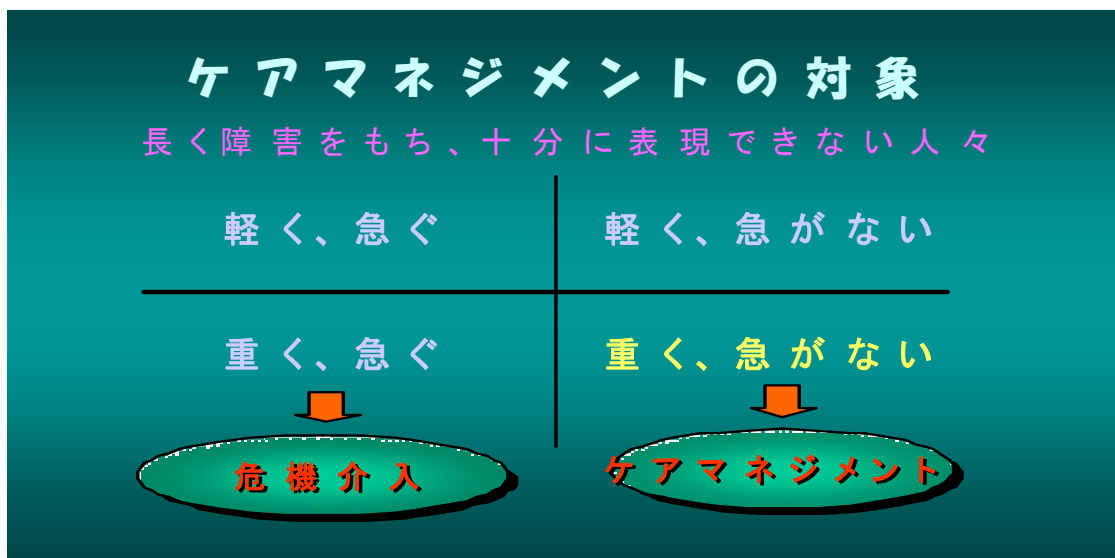
利用者の「自立と生活の質（QOL）の向上」を目的に、地域の多職種がチームとして、個々のニーズに応じて必要とされるサービスを適切に結びつけ、調整を図りつつ、包括的にかつ継続的にサービス供給を確保する機能が「ケアマネジメント」となります。

(3) 対象者

ケアマネジメントの対象者は、地域生活において、複数のサービス（2 つ以上）を総合的かつ継続的に利用する方々であり、複雑で重複した問題や障がいを長期にわたって抱える方々を想定しています。

図に示すと、下記のとおりとなります。「急がない」は、「障がいや疾患が急性期から脱し長期化・慢性化している」、「重い障がい」は、「地域生活の中で複数のサービスを利用する必要性が高い」ことを意味するものです。

(図1)

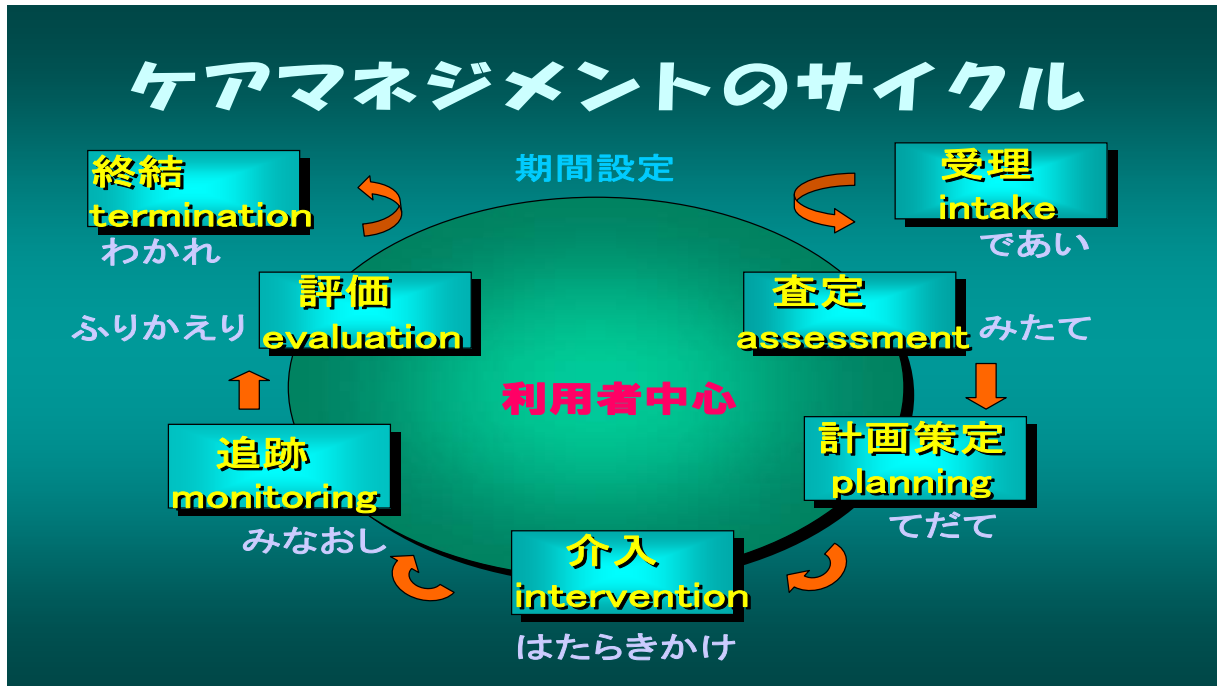


(野中猛氏の講演資料 (2008) を改変)

(4) ケアマネジメントのサイクル

ケアマネジメントは下記のサイクルで行われます。

(図2)



(野中猛氏の講演資料 (2008) を改変)

① アセスメント：「査定」

広辞苑によれば「査定」とは、「調べて決定すること」とあります。つまり、利用者や家族の“現在の生活状況”を把握することを指します。生活状況を把握するために、障害や生活状況に関する多面的な情報を集め、「現在のニーズは何か」「どのような支援が必要か」等々を“とりあえず決める”ことです。

② プランニング：「計画」

必要な支援が決まったら、課題を解決するための「計画」を立てることになります。また、それを担当する者、実施日、頻度、関係者の連絡方法等も、ここで決めます。いわゆる「支援の設計図」を描くことです。

③ インターベンション：「介入」

「計画」に基づいて利用者の生活に「介入」していくことになります。いわゆる「支援」や「サービス」と呼ばれるものです。ここでいう「支援」や「サービス」は、一般論でいうものではなく、「その利用者に“個別”なもの」を指します。

「介入」には、直接的なものと間接的なものがあります。ホームヘルプやショートステイのように、利用者に直接的にかかわる支援を「直接介入」といいます。ケアマネージャーがケアパッケージ全体を調整することを「間接介入」といいます。

④ モニタリング：「追跡」

支援（＝介入）が開始された後、①計画通りに個別的・具体的なサービスが提供されているか、②目標の達成状況はどうか、③新たなニーズは発生していないか等々を確認する作業を行います。これがモニタリング（追跡）といわれるものです。アセスメントの段階で“とりあえず決めた”内容について、自分達が支援してきたことを、今一度、振り返ってみるのです。この作業を行わないと、支援の進捗状況がつかめないばかりでなく、支援によって利用者の生活がどの程度変化したのかが分からなくなるのです。

「追跡」の頻度は、設定した目標や利用者の生活の変化によって異なります。支援をスタートさせて間のない時期は、頻回に行うことが望ましいでしょう。この「追跡」は、支援の直接担当者が行う場合もありますが、ケアチーム全員で行う場合もあります。直接的な支援効果を把握する場合は前者、ケアパッケージ全体の支援効果を把握する場合は後者が適しているでしょう。

⑤ エバリュエーション：「評価」

ケアマネジメントにおける「評価」とは、エバリュエーションのことを指します。アセスメント時の評価（実は査定）と混同されがちなので、注意が必要です。

理論的には、ケアマネジメントのプロセスを終えるとき、つまり、利用者の支援をチームで提供する必要がなくなった時に行います。支援の最初から最後までを見渡して、何がどう変わったかを評価します。

「追跡」つまりモニタリングの場合は、支援途中の「その時点での振り返り」ですが、「評価」つまりエバリュエーションは、「支援の開始から終了までを振り返る」ことになります。

2 ケア会議とは何か？

（1）定義

「ケア会議」は、実施する機関等により、事例検討会、ケース会議、サービス調整会議、処遇会議など、様々な名称で呼ばれています。

今回、ここで定義するケア会議は、「複数のニーズを抱える利用者のケアマネジメントを進めていく上で、地域の多領域の支援者が集まり、利用者に関する共通理解や役割分担、支援の方針、目標、評価について決めていくための会議」とします。

ケア会議の目的を理解せずに支援を進めた場合、支援者個々が持っている技量を十分に活かすことができず、引いては支援者自身のやる気も失せてしまいます。そのことから、私たち支援者は、共通する目的・目標に向かうための一つ的手段として、ケア会議を十分に機能させ、活用する必要があります。

（2）効果

ケア会議には大きく2つの効果があります。

一つは、利用者の「自立と生活の質（QOL）の向上」に向けた支援策や支援者個々の役割を明らかにすることです。地域の支援者が一同に介し、様々な視点から、支援の方向性や

課題等について共に考え、総合的に適切な判断を行うことができます。

もう一つは、各支援者がケア会議の過程に参加することにより、支援の方向性や課題解決に向けた意味や目標を正しく理解し、共通の目的に向けた支援の方向性等について「合意形成」を行う場となります。

(3) ケア会議の進め方

ケア会議には、様々な技術や手法による進め方があります。

共通する進め方として、まずは、会議開催の経緯、状況、課題を明らかにし、開催の必然性を参加者間で確認します。次に、支援の目的・目標を決め、目標達成に必要な具体的な実行可能な解決策を検討し、実行に移す段取りを行います。

また、会議の運営にあたっては、事例提出者、司会者、書記（記録）などの役割をあらかじめ決めておくと進行の効率化が図られます。所要時間としては、1 時間半から 2 時間位を目安とするとい良いでしょう。

《「私の希望する暮らし」を用いた事業者の声》

「私の希望する暮らし」を利用する前、作成に際し、利用者の「できないところ」や「問題行動を抑えるために」という視点に立ったものではなかったですか。支援者側に立って「どうにかしなきゃ」という思いで計画書を考え作られてきた思いはありませんか。

今回、計画書を活用して思えることは、利用者を主体に支援しようという支援者の姿勢が明確になったことです。人にはたくさんの能力、いいところがあり、障害の部分よりも先に見つけてみようということです。その人(利用者)を支援する際に「何ができればいいか」ではなく、「できることがたくさんある」とか「どんな生活(人生)を送りたいか」という利用者中心の考え方に方向転換することができました。そういう気持ちで接することによって、その「小さなよいところ」を汲み取り、増やしていけたらと思います。そうすることにより、利用者の小さな変化を見逃さず一緒に向き合い、共に歩んでいくという気持ちを繰り返して支援していくことが望ましいと思います。

この計画書を使って利用者から、「これからのことが何か楽しくなってきた」という話を聞きました。この言葉は、逆に私たち支援者が励まされ次の一歩になり、利用者の可能性を感じさせてくれた気がします。

[ウィリー 沢田 勝]

Ⅲ 「相談受付票」・「私の希望する暮らし」の記載例

「私の希望する暮らし」は、具体的にどのように記載され、支援計画が進んでいくのでしょうか？2つの例を紹介します。

記載例 ①

事例提供者 高橋 美香子

《概要》

先天性の聴覚障害をもち、20代後半に統合失調症を発症した40代女性の事例です。発症以前は、聴覚障害をもちながらも、一般企業に10年間勤めた経験を持ちます。発症後、激しい不安・緊張・興奮状態の再発を繰り返してきました。数年前から陽性症状は安定し、通所授産施設とグループホームを利用していました。利用当初から、一人暮らしへの移行を目標としていましたが、実現せず数年が経過していました。そのような折、就労移行支援事業の利用をきっかけに、「私の希望する暮らし」を用いて、支援チーム体制を整えることになりました。

《支援の経過》

平成20年5月×日 相談。

5月×日 面談。Bシートを記入。

5月×日 面談。記入したBシートを確認しながらCシートを作成。

6月×日 話し合い(Dシート)にてEシートを作成。次の話し合い日時を決める。

6月×日 万国市相談支援事業所の相談支援専門員より、不動産情報と万国市の資源マップのFAXを受け取る。

6月×日 受診。サービス管理責任者同行にて主治医に相談。
ハローワーク検索機にて、求職情報検索。

6月×日 不動産屋同行。物件情報収集。

6月×日 ホームセンターで、家電製品の値段を調べる。

7月×日 ハローワーク検索機にて、求人情報検索。

7月×日 平和地区合同面接会に参加。

8月×日 面談。合同面接会の感想を確認。

ホームセンターで、家電製品の値段を調べる。

8月×日 面談。生活支援員と1ヶ月分の生活費の計算。

8月×日 就労支援員と「事業所ゆめ」見学。

9月×日 振り返りのための話し合い。とりくみの様子を確認しながら E シートに記入し、次の「私の暮らし応援プラン」を作成する。

※ 本人とは筆談の面談を行いました。記載要領を一緒に読み、出来るだけ本人に記入してもらうよう心がけました。

《 利用者の声》

わかりやすくてよいと思います。

自分だけで考えるのではなくて、お話を一緒にしてみても助けになりました。

不動産、職安に支援員さんと一緒に行って考えてみて勉強になりました。

会議に参加したのは初めてですが、皆さんが1人1人質問してくれてうれしかったです。

消極的にではなく、積極的になってみて実行してみて良かったと思っております。

顔のマークについて、自分の気持ちがどんなだったか、わかりやすくて良いと思います。

明るくなった。

※利用者本人が、筆談にて記入した言葉です。

記載例②

事例提供者 小笠原 隆

《事例の概要》

興味の偏りが「こだわり」になる知的障がいの30代男性です。将来はケアホームに住み、好きな仕事をして暮らしたいという希望を持っています。利用者さんの一番の興味は、車がバックするときのアナウンスを録音し、別のカセットテープにダビングすることです。

《支援の経過》

平成21年 7月下旬～8月中旬 相談（支援者が、それとなく生活の合間を見ながら利用者さんの最近の様子を聞く。）

9月×日 面談 A・Bシートの作成

9月×日～×日 面談 Cシートの作成。サイン確認。

10月×日 ケア会議（利用者さん、家族さんも参加）

10月×日 面談 Dシートサイン確認。Eシート作成。

10月×日 面談 Eシートの説明。

11月×日 時計の学習材料を作る。

11月×日 白ねこあくとに協力をお願いします。

11月×日 図書館へ行く。

11月×日 ケアホームについてパンフレットや地図から説明。

12月×日～1月×日 出発時間の支援を生活・作業支援員が連携して行う

12月×日 白ねこあくとについて調べる

12月×日 ケアホームと連絡調整

12月×日～×日 挨拶の練習をする

12月×日 ドライバーをお願いします

平成21年 1月×日 白ねこあくとの見学

1月×日 白ねこあくとで録音

1月×日 振り返りの話し合い。取り組みの様子を確認しながらEシートに支援者が記入。次の「私の暮らし応援プラン」についての話し合いも行う。

* 利用者さんの思いを丁寧に受け止めていく面談をしました。取り組みは、計画書を確認し合いながらすすめていきました。

《利用者の声》

支援の中で次のような話を聞きました。「バックしますが止められるのかと思ったが、安心してやれるようになった。」「『白ねこあくと』で働きたいことを話せて満足だ」「職員がいろんなことを聞いてくれるようになって、しゃべりやすくなった。」振り返りでは、「自分のいいところを教えてもらえ、少し自信がついた。」というようなことを話してくれました。

相談受付票

番号 —

受付日	平成 20 年 5 月 17 日	受付者	所属 就労移行支援事業所さわやか
相談方法	来所・電話・訪問・入所・入院・その他 ()		氏名 盛岡 太郎
相談者	本人・家族(続柄)・その他 ()	相談時間 (90) 分	

1 基本情報

ふりがな	いわて まい	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	(大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和・平成) 42年 9月23日
相談者氏名	岩手 まい				年齢
住所	〒 — 平和市 豊町 グループホーム平和			電話	— —
相談者連絡先 <small>※本人以外の場合</small>	〒 — 氏名 () 本人との関係 ()			電話	— —

2 相談内容

今は「グループホーム平和」で生活しているが、気持ちにゆとりがでてきたので一人暮らしを始めたい。今の部屋は狭いので、少し広い部屋に住みながら自分の好みのお料理を作って暮らしたい。可能であれば、友人もいて以前に暮らしていた万国市で暮らしたい。

年金とあわせて生活できる程度の収入を得られる仕事に就きたいが、自分に合った仕事は見つかるだろうか？また、アパートでの生活を始めるにはいくら位必要だろうか？家賃などもわからないので教えて欲しい。また、遠くに住んでいる病気がちの妹も安心してくれるような方法を一緒に考えて欲しい。

3 障害に関する状況

障害または疾患名	先天性難聴、統合失調症		
障害種別	等級および程度区分		
1) 身体障害者等級	1・ <u>2</u> ・3・4・5・6	申請中又は申請予定	
2) 身体障害の種類	視覚障害・ <u>聴覚障害</u> ・肢体不自由・内部障害・その他()		
3) 療育手帳の種類	A・B	申請中又は申請予定	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級	申請中又は申請予定	
5) 障害基礎年金等級	1級・ <u>2級</u>	申請中又は申請予定	
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級	申請中又は申請予定	
7) 生活保護の受給	あり(他人介護料有り)・あり(他人介護料無し)・ <u>なし</u>		
8) 特記事項(手帳情報以外の障害特性等)			

4 家族の状況 (主たる介護者に○印)

氏名	続柄	生年月日(年齢)	世帯	備考(職業等)	家族関係図 (□=男, ○=女)
M・A	本人	40歳	<input checked="" type="checkbox"/> 同・別		
T・M	妹	35歳	同・ <input checked="" type="checkbox"/> 別	他県在住	
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		

5 介護者の状況

介護者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 介護者一人のみ <input type="checkbox"/> 代替・協力者あり()
介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 普通に生活 <input type="checkbox"/> 病気がち()
特記事項	

6 保健福祉サービス等の利用について

利用を希望するサービス等	下記利用中				
介護保険法	要介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> なし(自立) <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 要支援()・ <input type="checkbox"/> 要介護()	認定日 年 月 日		
	要介護認定申請	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 申請中(申請時期:)			
障害者自立支援法	障害認定	<input type="checkbox"/> なし(非該当) <input checked="" type="checkbox"/> あり ⇒ 障害程度区分(1)	認定日19年 7月 1日		
保健福祉サービス	利用サービス名	提供機関	支援内容	利用頻度	制度
	就労移行支援	事業所 さわやか		20日/月	介・ <input checked="" type="checkbox"/> 自立
	共同生活援助	事業所 平和		31日/月	介・ <input checked="" type="checkbox"/> 自立
インフォーマルサポート	インフォーマルサポート名	提供機関・関係	支援の内容・役割	特記事項・連絡先等	

10 日中活動関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

主に活動している場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> その他（就労移行支援事業所 グループホーム）					
1 日 の 生 活 の 様 子	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">6:00 6:40 17:40 22:00</td> <td style="vertical-align: top;"> 起床 朝食 夕食 就寝 </td> <td style="vertical-align: top;"> （平日） 日中は就労移行支援事業所利用 （月～金） 通院は1回/月 空き時間には自由に過ごしている </td> <td style="vertical-align: top;"> （休日等） 日中は買い物や映画など </td> </tr> </table>	6:00 6:40 17:40 22:00	起床 朝食 夕食 就寝	（平日） 日中は就労移行支援事業所利用 （月～金） 通院は1回/月 空き時間には自由に過ごしている	（休日等） 日中は買い物や映画など
6:00 6:40 17:40 22:00	起床 朝食 夕食 就寝	（平日） 日中は就労移行支援事業所利用 （月～金） 通院は1回/月 空き時間には自由に過ごしている	（休日等） 日中は買い物や映画など		

11 居住関連について

住居状況	<input type="checkbox"/> 自宅（単身） <input type="checkbox"/> 自宅（家族等と同居） <input checked="" type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション・アパート <input type="checkbox"/> その他（ ）		
生活	本人の部屋	<input checked="" type="checkbox"/> 専用 <input type="checkbox"/> 兼用	備考（間取り等）
	寝 具	<input type="checkbox"/> ベッド（普通・ギャッジ・電動） <input checked="" type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	浴 室	段差（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）／手すり（ <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無）	
	ト イ レ	段差（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）／手すり（ <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無）	
	玄 関	段差（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）／手すり（ <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無）	
特記事項	屋内信号装置は本人所有。 居室に調理設備はなし。 トイレ、浴室等は共有。		

12 その他参考となる事項

・フックス、聴覚障害者用情報受信 置は所有。 ・相談は手話、談にて実施。

<input type="checkbox"/> 終 結	<input type="checkbox"/> 助言・情報提供	<input type="checkbox"/> 他機関紹介	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 支援継続	<input type="checkbox"/> 家庭訪問 ⇒担当者氏名（ ）		<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> そ の 他			
供・決			

(フェイスシート)

私の希望する暮らし

[Going まい Way]

平成20年 5月 ×日

お名前 岩手 まい 様

私のことを応援してくれる人

病院・施設担当者等	職 サービス管理責任者 氏名 盛岡 太郎	主治医	北都病院 二戸 医師
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> その他(職名)	氏名	
地域移行推進員	所属 氏名		
市町村担当者	課名 平和市障害福祉課	職名 主査	氏名 千葉 一郎
そのほかの人	就労移行支援事業所就労支援員(一関さん)、生活支援員(北上さん)、グループホームサービス管理責任者(釜石さん)、グループホーム世話人 病院ケースワーカー、ハローワーク就職促進指導官・手話協力員、市役所手話通訳者 妹、友人(佐藤さん、鈴木さん、高橋さん、菊池さん、伊藤さん)		

【私の願いや今の暮らし】

暮らしのこと	願いや希望など	今の暮らし	私のいいところや得意なこと
好きなことや楽しみ	読書、テレビ(ドラマ)を見ること。	読書やテレビは自由に見ることができている。	自分の「ゆとりのある生活」がわかる。
人づきあいのこと	知り合い(手話のできる人)ともっと話したい。	知り合いと話せず「つまらないな」と思っていることがある。	いやなことはいやとはっきり言える。
住むところ	グループホームを出て一人暮らしをしたい。前に暮らしていた万国市か今の平和市。	グループホームなので自分のコンロ、冷蔵庫、レンジ、洗濯機、なべ等がない…。	貯金には手をつけずに頑張っている。
いつもの暮らし	月～金は仕事をしたい。年金と併せて生活できる程度のお給料をもらえる仕事に就きたい。お休みの日には映画を見たりする。	月～金は就労移行支援事業所。土日は休み(市内で映画を見る)。	病気でない人の半分位の仕事(職業評価)ができる。機械に合わせる流れ作業は難しいが、自分のペースに合っていれば休まず仕事できる。
身の回りのこと	毎日のお料理が楽しみです。冬場の水抜きは教えて欲しい。	自分で毎日料理したいんだけど、グループホームなので料理ができない。	前にも一人暮らししていたので大丈夫。自分できちんと料理できる。自分の心のこもった料理を食べてみて「おいしい」と満足したこと。
からだやこころのこと	不安を取り除きたい。	車のライトで不安になる。医師の指示どおり毎日薬を飲んでいる。	薬をきちんと飲んでいる。調子が悪い時は自分から早めに病院に行ける。困った時はFAXで相談している。
もしものときのこと	一人暮らしになっても、困った時には相談相手がいいた方がいいのでは…とっております。	病気のことは先生に、ほかの事は友人や妹に相談している(友人や妹にはFAXやメールで)。グループホームのことは世話人さんに相談している。	困った時はFAXで相談している。助けを呼ぶことができる。
そのほか	旅行に行きたい(年に1回)。	工賃が安くてもガマンしている。	ある程度のまとまった貯金はあるが、手をつけずに頑張っている。貯金しようとしている。

(仮のケアプラン)

【私の暮らし応援プラン】

担当する人： サービス管理責任者 盛岡 太郎

担当する人とお話した日：平成 20年 5月 ×日

1 私の願い、希望、夢など～私の希望する暮らし

アパートでゆっくり暮らしたい。仕事につきたい。

2 願いをかなえるためにやってみたいこと

1 人暮らしを始めるための準備をする。
自分に合った仕事を考える。

3 願いをかなえるために、まず、やってみたいこと

やってみること	応援してくれる人・ところ	回数	行う期間	私が行うこと	応援する人が行うこと
アパートの家賃相場を調べる(平和市、万国市)。	就労移行支援事業所 (盛岡さん) 万国市相談支援事業所	2回/月	6月～7月	自分の暮らしたい部屋のイメージづくりをしながら必要な費用をメモする。	不動産情報や必要な書類などを調べる。
主治医に相談。	手話通訳者 就労移行支援事業所 (盛岡さん)	1～2回	6月の受診時	「1人暮らしをしたい」という希望をきちんと伝えて、先生からのアドバイスを聞く。	受診に同行して、プランの説明をする。
どんな仕事があるか調べる。	就労移行支援事業所 (一関さん) ハローワーク 手話協力員	1回/隔週	6月～8月	検索機の使い方と求人情報の見方を覚える。 他の事業所なども見学してみる。	ハローワークに同行して、検索機の使い方を一緒に練習する。
一人暮らしに必要なものの値段を調べる。	グループホーム世話人 友人の佐藤さん 就労移行支援事業所(北上さん)	随時	6月～8月	調べた値段をきちんとメモして覚える。	新聞のチラシなど、1人暮らしに役立つ情報を伝える。

4 願いをかなえるために気をつけてほしいこと、気を配ってほしいこと

会議などには手話通訳の人に来てほしい(通訳の人は平和市役所の人)。
貯金の額は、会議では言わないでほしい。

5 私のくらし応援プランの話し合い

私のくらし応援プランの話し合いに参加してほしい人たち

(所属、職名、氏名を記載)

就労移行支援事業所サービス管理責任者(盛岡さん)、グループホームサービス管理責任者(釜石さん)、ハローワーク就職促進指導官、平和市役所手話通訳者

話し合いの日時

平成20年 6月 ×日() 15時00分~16時00分

場所

グループホーム平和(予定)

◎「私のくらし応援プランの作成」と「私のくらし応援プランの話し合い」を希望します。

また、話し合いでは、印をつけたところについて、参加した人たちに伝えてかまいません。

このプランのこと 相談票のこと そのほかのこと

平成 20年 5月 ×日 岩手 まい

代理人 代筆人 サイン _____ (私との関係 _____)

(私がサインできない理由 _____)

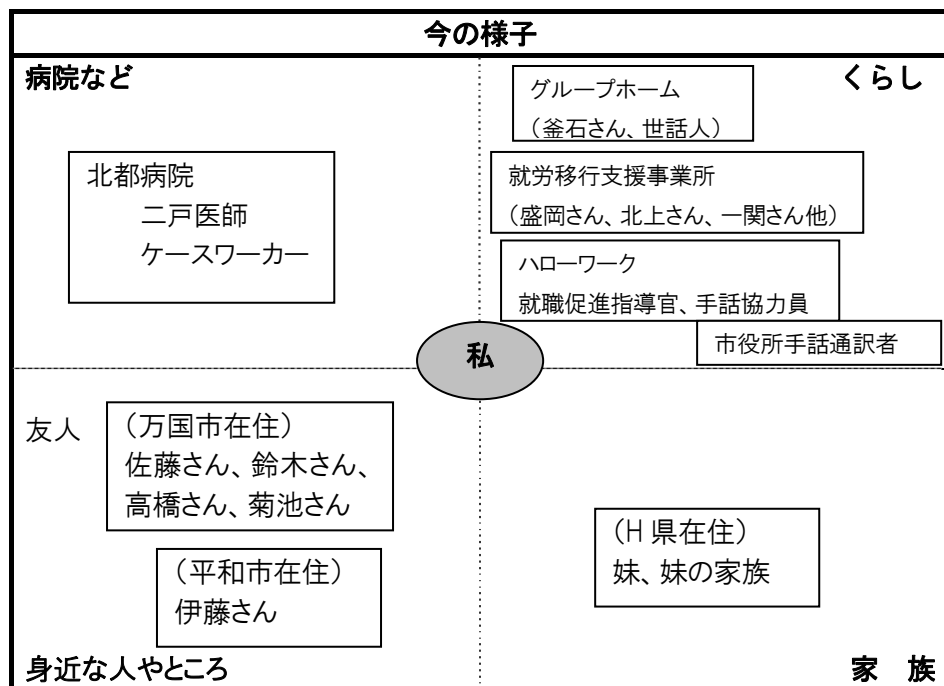
【私の暮らし応援プランの話し合い】

1 話し合いの日時・集まった人たち

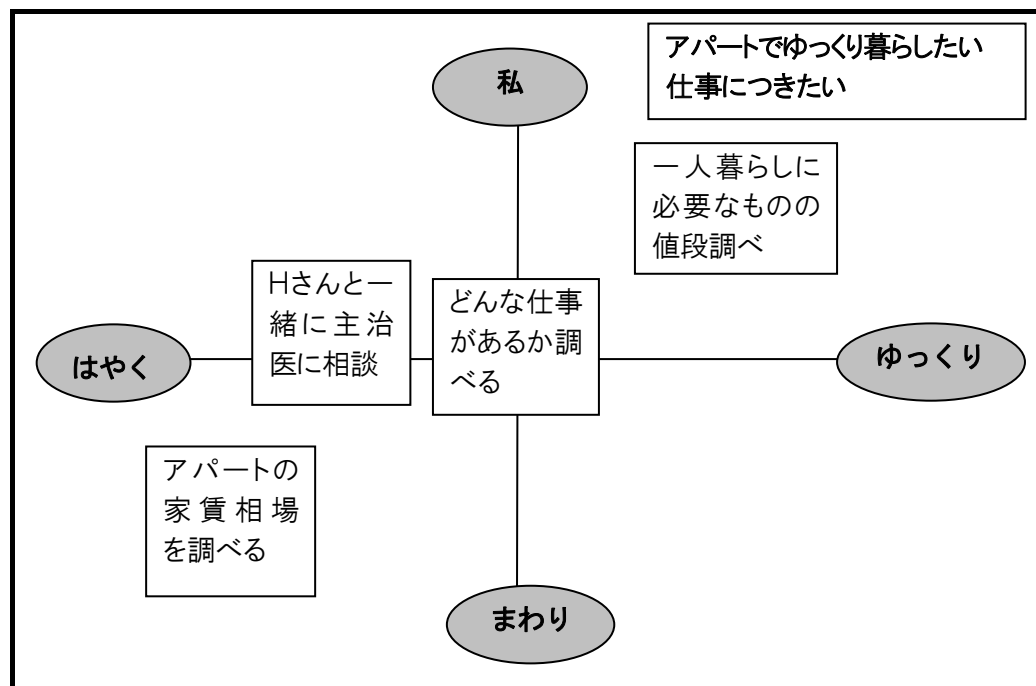
日 時	平成20年 6月 ×日 () 15時00分~16時05分	場 所	ハローワーク 研修室
-----	-------------------------------	-----	------------

集まった人たち	私が参加できなかった理由	参加できなかった人・理由
(所属、職、氏名を記載) 岩手まいさん、就労移行支援事業所サービス管理責任者(盛岡さん)、グループホームサービス管理責任者(釜石さん)、ハローワーク就職促進指導官、平和市役所手話通訳者	(参加できなかった場合に記入)	

2 私を応援する人



3 私の暮らしをどのように変えていくか



4 私の暮らし応援プランのつけ足したいこと、変えてほしいこと、直してほしいことなど

項 目	つけ足したいこと、変えてほしいこと、直してほしいことなど
どんな仕事があるか調べる。	合同面接会に行く(万国地域と平和地域)。 他の事業所の見学をして、作業や工賃を教えてください。

5 そのほかのこと

盛岡さんから、お料理してみることをすすめられたが、「アパートが見つかったからにしたい」と、本人より回答。

6 次の話し合い日時

日 時	平成20年 9月 × 日 () 15時00分～16時00分	場 所	グループホーム平和(予定)

「私の暮らし応援プランの話し合い」は、書いてあるとおりにおこなわれました。

平成 20年 6月 ×日 岩手 まい

代理人 代筆人 サイン (私との関係)

(私がサインできない理由)

◎「私の応援プラン」をつくるために、私のことについて知っている人から聞いたり調べたりしてかまいません。

調べる人 () 相手の人 () 調べること ()

調べる人 () 相手の人 () 調べること ()

(本人提出用)

【私の暮らし応援プラン】

〔 Going まい Way ! 〕

平成 20年 6月 ×日 岩手 まい

代理人 代筆人 サイン (私との関係)
(私がサインできない理由)

説明者：(所属) 就労移行支援事業所さわやか (職) サービス管理責任者 (氏名) 盛岡 太郎

1 担当する人

作成年月日	平成 20年 6月 ×日	作成者	(所属) 就労移行支援事業所さわやか (職) サービス管理責任者 (氏名) 盛岡 太郎
-------	--------------	-----	---

2 私の願い、希望、夢など～私の希望する暮らし

アパートでゆつくり暮らしたい。

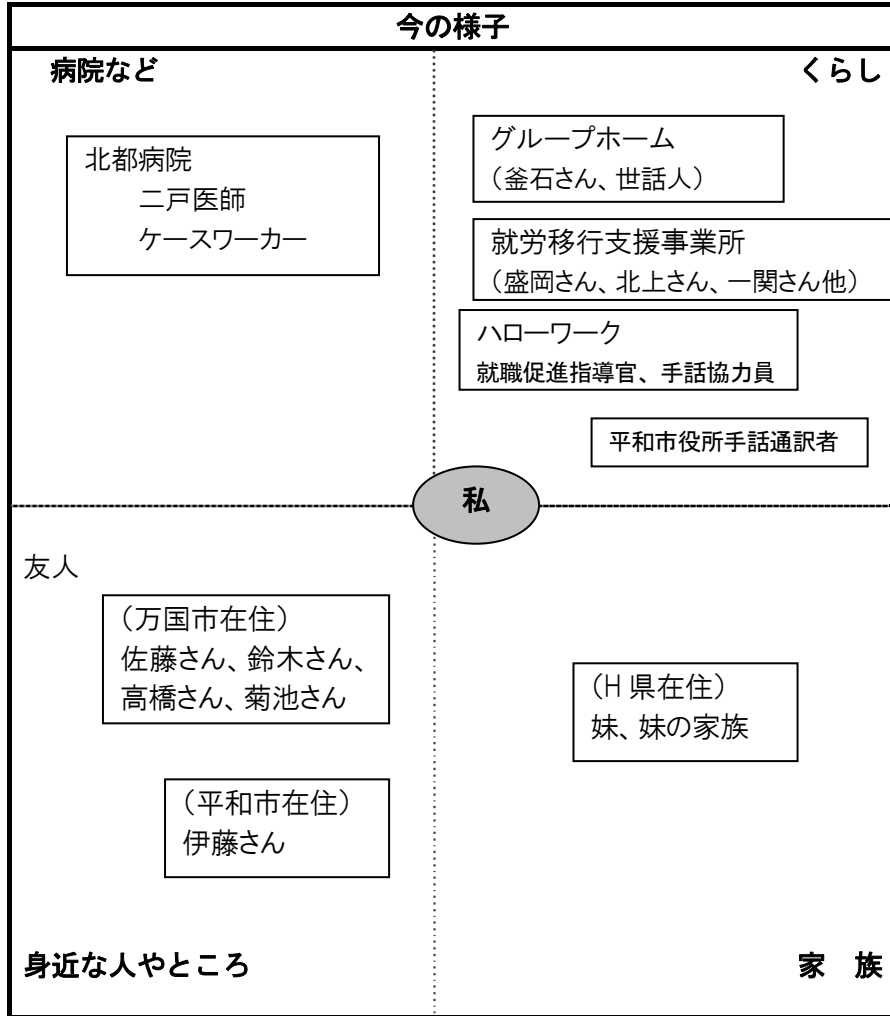
仕事につきたい。

3 願いをかなえるためにやってみたいこと

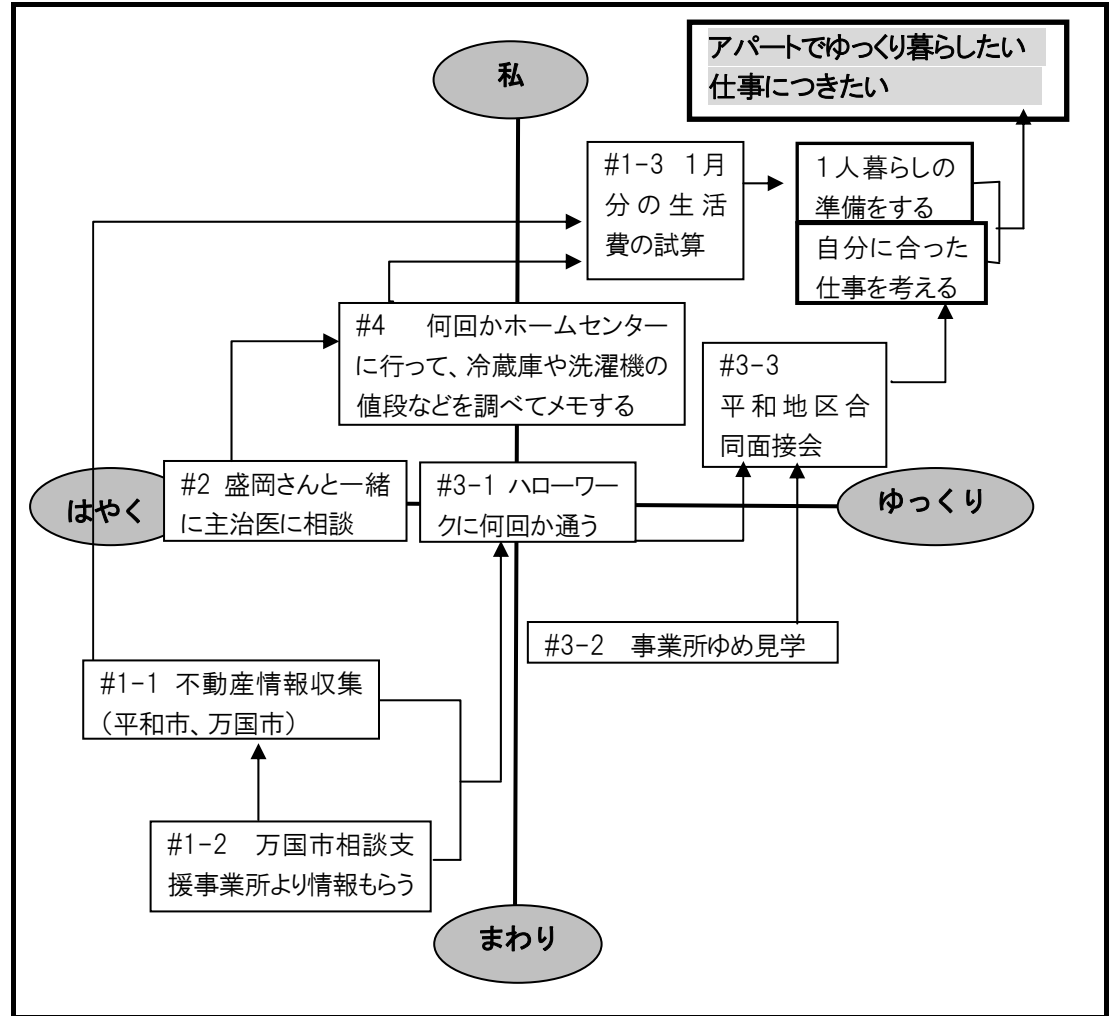
#1 1人暮らしするための準備をする。

#2 自分に合った仕事を考える。

4 私を応援する人



5 私の暮らしをどのように変えていくか

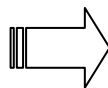
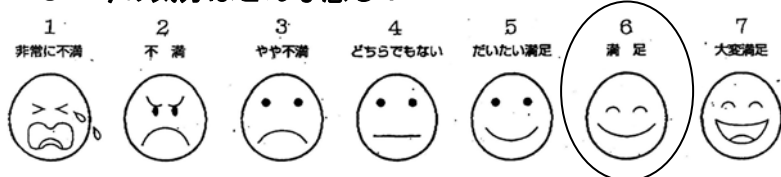


6 願いをかなえるために気をつけてほしいこと、気を配ってほしいこと

7 とりくみの様子

やってみること	6月	7月	8月	ふりかえり	これから
#1 アパートの家賃相場を調べる(平和市、万国市)	#1-1 不動産情報収集	#1-3 1か月分の生活費の試算。		やってみたこと (わたし) アパートの部屋の希望をまとめてみたところ、必要な額(給料)が3万円位だとわかった。 (まわり) 物件や万国市の相談員等の情報収集を行なった。	続ける 変えてみる つけ加える ひと休み クリア!
	#1-2 万国市相談支援事業所より情報もらう			やってみて どうでしたか? 	
#2 主治医に相談	#2 盛岡さんと一緒に主治医に相談			やってみたこと (わたし) 先生に相談した。「スタッフと相談しながら進めるように」とのこと。 (まわり) プランと支援体制を主治医と一緒に伝えた。	続ける 変えてみる つけ加える ひと休み クリア!
				やってみて どうでしたか? 	
#3 仕事探し	#3-1 ハローワークに何回か通う	#3-3 平和地区合同面接会		やってみたこと (わたし) ハローワークと合同面接会へ行った。他の事業所にも行って工賃など教えてもらった。 (まわり) 情報収集や合同面接会への同行等を行なった。	続ける 変えてみる つけ加える ひと休み クリア!
	#3-2 事業所ゆめ見学			やってみて どうでしたか? 	
#4 一人暮らしに必要なものの値段を調べる	#4 何回かホームセンターに行って、冷蔵庫や洗濯機の値段などを調べてメモする。			やってみたこと (わたし) 欲しいものを考えてまとめた。お金は貯金の方から準備できる。 (まわり) ホームセンターなどへ一緒に行ってみた。	続ける 変えてみる つけ加える ひと休み クリア!
				やってみて どうでしたか? 	

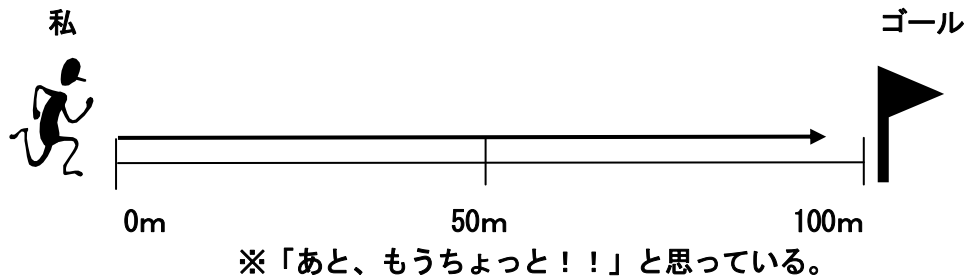
8 今の気分はどんな感じ?



(そのわけは?)

いろいろ一緒にやってもらって、一人暮らしが出来そうな気がしてきた。あとは仕事が見つかるといいな。

9 夢にどこまで近づいたかな



10 あったらしいな

わたしのペースに合わせて、3～5万円/月お給料がもらえる職場。

11 応援する人から一言

○(盛岡さん) 「まいさんが、笑顔いっぱいの毎日を送れることを願っています。」

○(一関さん) 「実習できる職場を頑張って探します。これからもよろしくお願いします。」

12 そのほかのこと

まいさんの感想や要望を書きました。

月3万円のお給料をもらえるところに勤めることができれば、一人暮らしになっても大丈夫そうな気がしました。景気が悪くて、なかなか仕事が見つからないこともわかりました。家賃は平和市よりも万国市の方が安いので、住む場所は仕事を探しながらもう少し考えたいです。

万国市の事業所の作業の内容や工賃も調べてみたいです。

通勤に自動車を使えれば、選択肢が広がるので、だんだんに主治医に相談してみたいです。

相談受付票

番号 —

受付日	平成20年 8月 ×日	受付者	所属 入所施設
相談方法	来所・電話・訪問・ 入所 ・入院・その他 ()		氏名 福祉 一郎
相談者	本人 ・家族(続柄)・その他 ()		相談時間 (60)分

1 基本情報

ふりがな	いわてたろう	性別	男 ・女	生年月日	(大正・ 昭和 ・平成)
相談者氏名	岩手太郎			年齢	52年 1月 1日 (31)歳
住所	〒 111-1111 岩手県未来市未来区11番地		電話	111-111-1111	
相談者連絡先 <small>※本人以外の場合</small>	〒 000-0000 岩手県未来市未来区111番地 氏名 (岩手次郎) 本人との関係 (弟)		電話	222-222-2222	

2 相談内容

- ・ 現在、就労継続支援B型でダンボール実習を行なっているが、将来は、グループホームかケアホームに入って、好きな仕事がしたい。

3 障がいに関する状況

障がいまたは疾患名	知的障がい	
障がい種別	等級および程度区分	
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6	申請中又は申請予定
2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他()	
3) 療育手帳の種類	A・B	申請中又は申請予定
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級	申請中又は申請予定
5) 障害基礎年金等級	1級・2級	申請中又は申請予定
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級	申請中又は申請予定
7) 生活保護の受給	あり(他人介護料有り)・あり(他人介護料無し)・なし	
8) 特記事項(手帳情報以外の障がい特性等)		

4 家族の状況 (主たる介護者に○印)

氏名	続柄	生年月日(年齢)	世帯	備考(職業等)	家族関係図 (□=男, ○=女)
岩手 一郎	父	S28、10、23 (55)	同・別	会社員	<pre> graph TD A[岩手 一郎] --- B[花子] A --- C[太郎] A --- D[次郎] A --- E[良子] D --- F[] F --- G[] </pre>
花子	義母	S18、4、25 (65)	同・別	無職	
太郎	本人	S52、1、1 (31)	同・別	施設入所	
次郎	弟	S55、1、5 (28)	同・別	○会社員	
良子	義妹	S53、12、30 (30)	同・別	パート	
			同・別		

5 介護者の状況

介護者の有無	<input type="checkbox"/> なし (<input checked="" type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 介護者一人のみ <input checked="" type="checkbox"/> 代替・協力者あり(弟、義妹)
介護者の健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通に生活 <input type="checkbox"/> 病気がち ()
特記事項	

6 保健福祉サービス等の利用について

利用を希望するサービス等	・現在、施設入所中である。				
介護保険法	要介護認定	<input type="checkbox"/> なし(自立) <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 要支援()・ <input type="checkbox"/> 要介護()	認定日	年	月
	要介護認定申請	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 申請中(申請時期:)			
障害者自立支援法	障害認定	<input checked="" type="checkbox"/> なし(非該当) <input type="checkbox"/> あり ⇒ 障害程度区分()	認定日	年	月
保健福祉サービス	利用サービス名	提供機関	支援内容	利用頻度	制度
					介・自立
					介・自立
インフォーマルサポート	インフォーマルサポート名	提供機関・関係	支援の内容・役割	特記事項・連絡先等	

7 医療に関すること

医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療費の助成等	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input checked="" type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 老人医療		
過去2年間の入院歴	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒① 年 月～ 年 月 病名 () ② 年 月～ 年 月 病名 ()		
治療状況	1 医療機関名 (元気クリニック)	主治医 (元気 Dr.)	☎ 33-3333
	主病名		通院・入院・往診・その他 (体調不良時) 回/月
	(薬の処方内容、医療状況等) (処方箋等を添付)		
	2 医療機関名 ()	主治医 ()	☎
	主病名		通院・入院・往診・その他 () 回/月
	(薬の処方内容、医療状況等) (処方箋等を添付)		
特記事項	3 医療機関名 ()	主治医 ()	☎
	主病名		通院・入院・往診・その他 () 回/月
	(薬の処方内容、医療状況等) (処方箋等を添付)		

8 社会参加等について (地域生活関連)

外出の度 (過去1ヶ月)	(1) 回程度 主な外出先 (未来市内など)
社会参加の状況	時々、地域の行事に参加している。
過去2年間の入所歴	<input checked="" type="checkbox"/> あり⇒①H17年 4月 ～H20年 5月 施設の種類 (知的障害者入所更生施設) ② 年 月 ～ 年 月 施設の種類 ()
その他特記事項	

9 就労関連について (サービスの種類や量)

就労状況	<input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input checked="" type="checkbox"/> 未就労 <input type="checkbox"/> その他 ()	
過去の就労経験	一般就労やパート・アルバイトの経験	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	最近1年間の就労の経験	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	中断の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
就労希望の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり⇒その内容 (・好きな仕事がしたい)	
その他特記事項	H5年8月より、現在まで、知的障害者入所更生施設に入所中	

10 日中活動関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

主に活動している場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他（知的障害者入所施設、就労継続支援B型）		
1 日 の 生 活 の 様 子	起床 6:30 (平日)	起床 7:00 (休日等)
	朝食 8:00 作業	朝食 8:30 余暇
	昼食 12:00 作業・入浴	昼食 12:00 余暇・入浴
	夕食 18:30 余暇	起床 18:30 余暇
	就寝 21:00	就寝 21:00

11 居住関連について

住居状況	<input type="checkbox"/> 自宅（単身） <input type="checkbox"/> 自宅（家族等と同居） <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション・アパート <input type="checkbox"/> その他（ 	
生活	本人の部屋 <input type="checkbox"/> 専用 <input checked="" type="checkbox"/> 兼用	備考（間取り等） ・ 6畳の2人部屋を利用
	寝具 <input type="checkbox"/> ベット（普通・ギャッジ・電動） <input checked="" type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他（	
	浴室 段差（有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無） / 手すり（ <input checked="" type="checkbox"/> 有・無）	
	トイレ 段差（有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無） / 手すり（ <input checked="" type="checkbox"/> 有・無）	
	玄関 段差（有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無） / 手すり（ <input checked="" type="checkbox"/> 有・無）	
特記事項		

12 その他参考となる事項

・ 夏 み、冬 みなどの長期 みは、自宅に帰宅し過 している。

<input type="checkbox"/> 終 結	<input type="checkbox"/> 助言・情報提供	<input type="checkbox"/> 他機関紹介	<input type="checkbox"/> その他（
<input type="checkbox"/> 支援継続	<input type="checkbox"/> 家庭訪問 ⇒担当者氏名（		<input type="checkbox"/> その他（
<input type="checkbox"/> そ の 他			
供・決			

(フェイスシート)

[Aシート]

最初に聞いて
いく中で、とり
あえず考えたタ
イトル

私の希望する暮らし
[すきなしごとをして、たのしく、くらそう!]

お名前 岩手太郎様

平成20年 9月 ×日

私のことを応援してくれる人

病院・施設担当者等	職 支援員	氏名 福祉 一郎	主治医	嘱託医 (元気クリニック 元気Dr)
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士	<input checked="" type="checkbox"/> サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> その他 (職名)	氏名 東北 東太郎
地域移行推進員	所属 さわやか相談支援センター	氏名 朝 夕太郎さん		
市町村担当者	課名 未来市 保健福祉部 地域福祉課 生活係	職名 主事	氏名 地域 大地さん	
その他の人	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族: 岩手 一郎さん(父) 岩手 花子さん(母) 岩手 次郎さん(弟) ・ 入所施設: 生活支援員 福祉 一郎 作業支援員 福祉 二郎 ・ さわやか生活支援センター: 相談支援専門員 相談 太郎さん ・ 未来市 未来区 民生委員: 未来 三郎さん 			

【私の願いや今の暮らし】

・利用者さんの話しことばを大切に
 する
 ・情報は具体的に記述する

【Bシート】

暮らしのこと	願いや希望など	今の暮らし	私のいいところや得意なこと
好きなことや楽しみ	・白ねこ あくと車の「バックします」の録音とダビングをしたい。 ・CDで演歌を聴きたい。 ・カラオケにいきたい。	・ダビングする時間がない。 ・CDは聞いているけど、カラオケで歌うのはちょっとしかない。	・演歌を上手に歌えます。(特に千昌夫「北国の春」) ・「バックします」のものまねが上手い。 ・絵を描くのが好きです。
人づきあいのこと	・お父さんや弟に会いたい。	・夏、冬の帰宅では、お父さんや弟に会える。 ・CDを聞いていることが多い。音が大きくなったので、ヘッドホンをしています。	・ほかの人と仲良くしています。 ・「はい」と返事ができます。
住むところ	・ケアホームかグループホームで暮らしたい。	・施設では、静かにしています。	・同室の人と仲良くしています。
いつもの暮らし	・車のダビングをもっとしたい。 ・1人で買い物をしてみたい。	・ダビングは仕事があるので、がまんしています。 ・お金の計算ができない。	・がまんができます。
身の回りのこと	・時間に遅れないようになりたい。 ・おしゃれな服がきたい。	・職員が声をかけてくれる。 ・服のことも声をかけてくれる。	・部屋の片付けと洗濯はできます。
からだやこころのこと	・食べすぎないようにしたい。 ・飲みすぎないようにしたい。	・調子が変わる時は、職員に話せます。	・なんでも職員に話せます。
もしものときのこと	・弟に電話して欲しい。	・今は、職員が電話してくれるので、安心です。	・何かあったら、職員に話せます。
そのほか	・白ねこ あくとで働きたいと思っていた。	・気持ちがうまく話せないことがあります。 ・好きなことをしているときは、じゃましないで欲しい。	・ラジカセを使って、テープにダイビングができます。

何度か聞こうちに具体的な内容になった

担当する人：(所属) 入所施設 (職) 支援員 (氏名) 福祉 一郎

担当する人とお話しした日：平成 20 年 9 月 × 日 (×)

1 私の願い、希望、夢など～私の希望する暮らし

- ・ 白ねこ あくとで働いてみたい
(同社トラックの「バックします」の録音とダビング、そこで仕事がしたいから)

2 願いをかなえるためにやってみたいこと

- ・ 白ねこ あくとを見学してみたい。
- ・ 実習中のダンボールさぎょうをがんばる。(働くイメージと体力、時間に対する意識付け)
- ・ ケアホームにとまってみる(地域での生活を体験するため)

3 願いをかなえるために、まず、やってみたいこと

やってみること	応援してくれる人・ところ	回数	行う期間	私が行うこと	応援する人が行うこと
・ 白ねこ あくとについて調べる。	生活担当者・図書館など <p>大好きな趣味が生活の土台となっているため</p>	月1~2回	3ヶ月	・ 白ねこ あくとの関連資料を集める。	・ 一緒に図書館へ行く。 ・ 資料集めを手伝う。
・ ケアホームについて調べる。	生活担当者 相談支援専門員 ケアホーム世話人・2つのケアホーム	月2~3回	3ヶ月	・ 2つのケアホームをみる。 ・ ケアホームの人たちと話をしてみる。	・ 資料集めを手伝う。(パンフレットなど)・2つのケアホームの場所を一緒に調べ、見に行く。
・ 実習の出発時間に送迎の車に乗る。	生活担当者 作業担当者・施設 <p>将来的に自動販売機の利用と小額の金銭管理が必要であるため</p>	毎日	3ヶ月	・ 行く前には、時計を見る。 ・ 時間になったら送迎の車に乗る。	・ スケジュールが理解できるようカレンダーや時計の活用などを工夫する。
・ 自動販売機でジュースを買う。	生活担当者 施設スタッフ ・ 近くの自動販売機、スーパーなど	週2~3回	3ヶ月	・ ジュースを買う。(百円単位) ・ お金を払う。	・ 小遣いの準備。 ・ 金銭収支の把握。
・ 白ねこ あくと車の「バックします」の録音とダビングをする。	生活担当者 トラック業者(入所施設か業者の事業所)	月2~3回	3ヶ月	・ 録音とダビング・テープの準備 ・ 業者さんへのお願いと挨拶をする。	・ 施設にトラックが来たら教える。 ・ 職員と業者に挨拶や許可をもらう。

大好きな趣味をしながら、挨拶やコミュニケーションスキルを伸ばすため

4 願いをかなえるために気をつけてほしいこと、気を配ってほしいこと

- ・ 録音が危ないときは、止めて欲しい。 ・ CDをいつでも聴けるようにして欲しい。
- ・ 何かあったら、相談したい。 ・ 白ねこ あくとについて、一緒に調べて欲しい。

5 私のくらし応援プランの話し合い

私のくらし応援プランの話し合いに参加してほしい人たち

(所属、職名、氏名を記載)

- ・ 家族: 岩手 一郎(父) 岩手 花子(母) 岩手 次郎(弟) ・ 入所施設: 施設長 生活支援員 福祉 一郎 作業支援員 福祉 二郎
- ・ さわやか生活支援センター: 朝 夕太郎さん ・ 相談支援専門員: 相談 太郎
- ・ 未来市 保健福祉部 地域福祉課 生活係: 地域 大地さん ・ 未来市未来区 民生委員: 未来 三郎さん

話し合いの日時	平成20年10月×日(×) 10時00分～12時30分	場 所	入所施設 会議室
---------	-----------------------------	-----	----------

「私のくらし応援プランの作成」と「私のくらし応援プランの話し合い」を希望します。
 また、話し合いでは、印をつけたところについて、参加した人たちに伝えてかまいません。
 このプランのこと 相談票のこと そのほかのこと

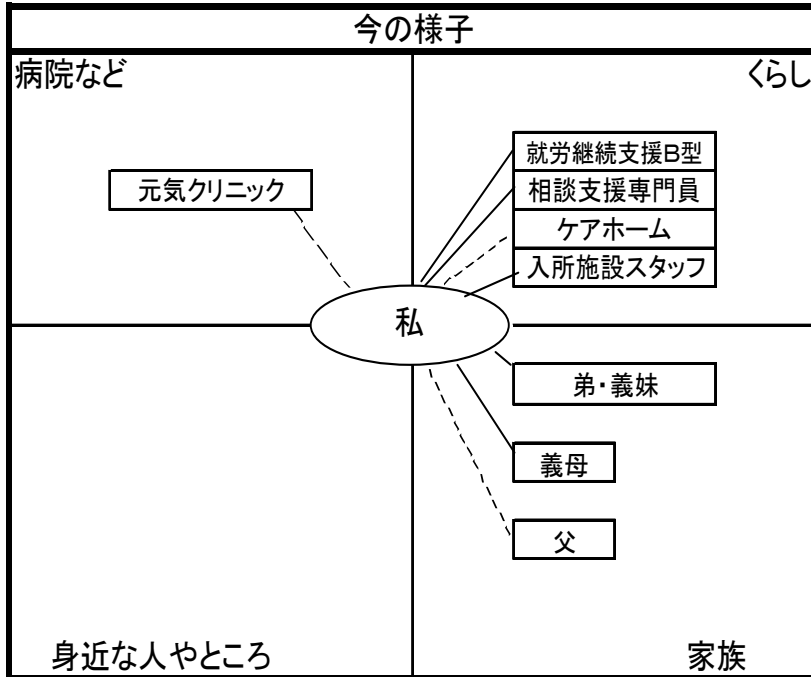
平成20年 9 月 × 日 サイン 岩手 太郎
 代理人 代筆人 サイン 岩手 一郎 (私との関係 父)
 (私がサインできない理由)

1 話し合いの日時・集まった人たち

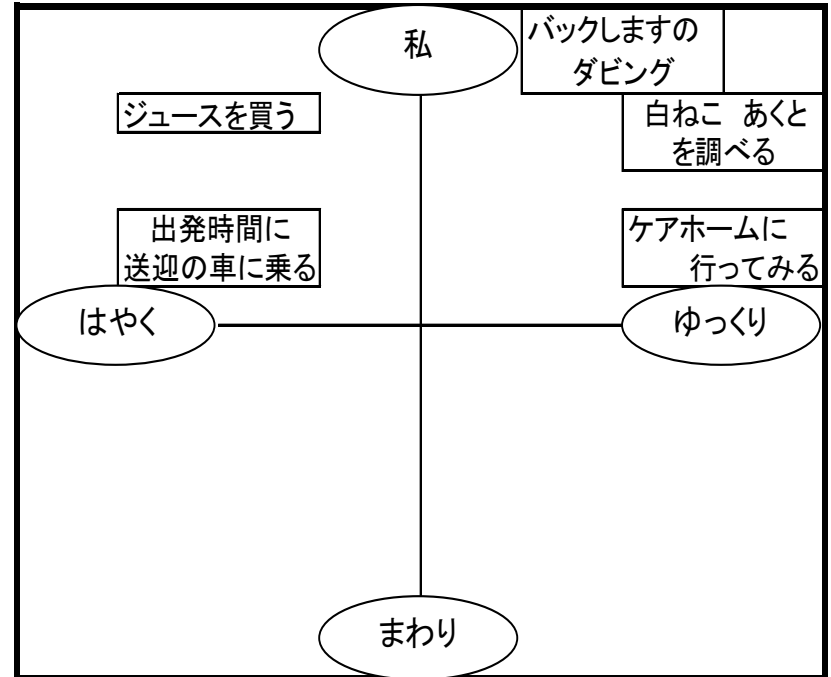
日時	平成20年10月×日(×) 10時00分～12時30分	場所	入所施設 会議室
----	-----------------------------	----	----------

集まった人たち	私が参加できなかった理由	参加できなかった人・理由
(所属、職、氏名を記載) ・岩手 太郎さん ・岩手 次郎(弟) ・入所施設スタッフ(東北東太郎、福祉一郎、福祉二郎) ・地域移行推進員 朝 夕太郎さん ・相談支援専門員 相談 太郎さん	(参加できなかった場合に記入)	

2 私を応援する人



3 私の暮らしをどのように変えていくか



4 私のくらし応援プランのつけ足したいこと、変えてほしいこと、直してほしいことなど

項 目	つけ足したいこと、変えてほしいこと、直してほしいことなど
<ul style="list-style-type: none"> ・ 実習の出発時間のことについて。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 出発時間になったら、教えて欲しい。

5 そのほかのこと

<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族が自分のことで時々、けんかをするのを止めて欲しい。

6 次の話し合い日時

日 時	平成21年1月 ×日(×) 10時00分~12時30分	場 所	入所施設 会議室
-----	-----------------------------	-----	----------

「私のくらし応援プランの話し合い」は、書いてあるとおりにおこなわれました。

平成20年10月×日 サイン 岩手太郎
 代理人 代筆人 サイン 岩手次郎 (私との関係 弟)
 (私がサインできない理由)

◎ 「私のくらし応援プラン」をつくるために、私のことについて知っている人から聞いたり調べたりしてかまいません

- 調べる人 (福祉 一 郎) 相手の人 (岩手次郎) 調べること (学生時代のこと)
 ○ 調べる人 (福祉 二 郎) 相手の人 (職場実習担当者) 調べること (実習評価)

(本人提出用)

本人と一緒に考えた
タイトル

[Eシート]

【私のくらし応援プラン】

[めざせ！ 白ねこ あくと]

平成20年10月 ×日 サイン 岩手 太郎

代理人 代筆人 サイン 岩手 次郎 (私との関係 弟)
(私がサインできない理由)

説明者：(所属) 入所施設 (職) 支援員 (氏名) 福祉 一郎

1 担当する人

作成年月日	平成20年 10月 ×日	作成者	(所属) 入所施設 (職) 支援員 (氏名) 福祉 一郎
-------	--------------	-----	------------------------------

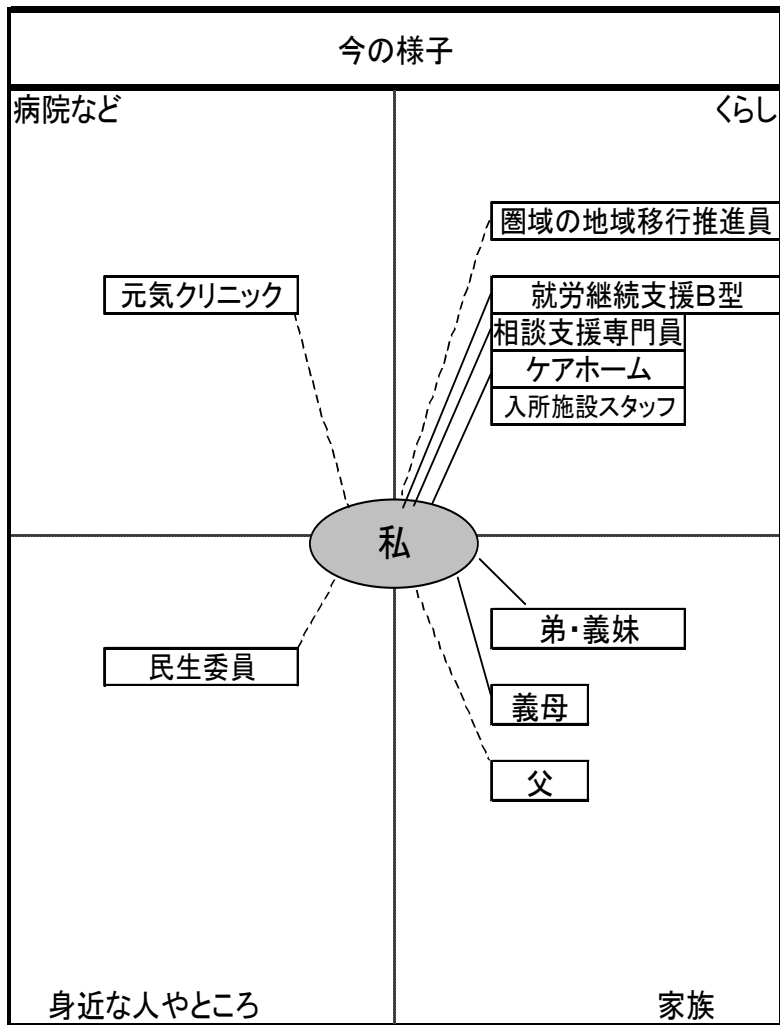
2 私の願い、希望、夢など～私の希望するくらし

・白ねこ あくとで働いてみたい

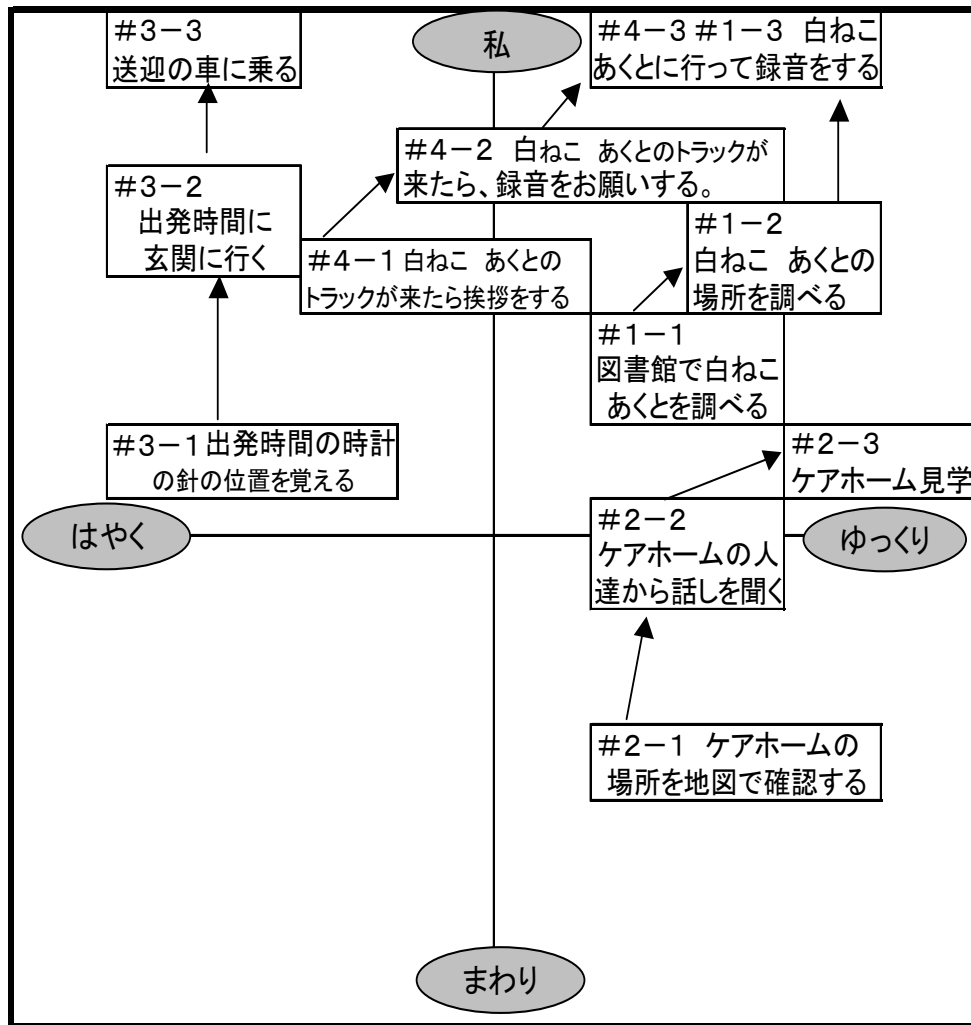
3 願いをかなえるためにやってみたいこと

- ・白ねこ あくとを見学してみたい
- ・実習中のダンボールさぎょうをがんばる。
- ・ケアホームにとまってみる。

4 私を応援する人



5 私の暮らしをどのように変えていくか



6 願いをかなえるために気をつけてほしいこと、気を配ってほしいこと

- ・ 時計の見方が分からないので、出発時間を教えて欲しい。

7 とりくみの様子

やってみること	11月	12月	1月	ふりかえり		これから
#1 白ねこ あくについて調べる	・ 白ねこ あくの本を図書館で探す。	・ 白ねこ あくがある場所を地図で確認する。	・ 白ねこ あくに行ってみる。	やってみたこと	(わたし) 行くことができたので、良かった。 (まわり) 一緒に資料を探して、白ねこ あくにも行った。	続けてみる 変えてみる つけ加える ひと休み クリア!
				やってみてどうでしたか?		
#2 ケアホームについて調べる	・ 2つのケアホームの場所を地図で確認する。	・ ケアホームに行っている世話人さんや利用者さんから話を聞く。	・ 2つのケアホームに土・日の日中に遊びに行ってみる。	やってみたこと	(わたし) 話しまではできたが、1月に行けなかった。 (まわり) ケアホームに連絡して、一緒に行った。	続けてみる 変えてみる つけ加える ひと休み クリア!
				やってみてどうでしたか?		
#3 実習の出発時間に送迎の車に乗る。	・ 出発時間を時計の針の位置で覚える。	・ 出発時間になったら、玄関に行く。	・ 出発時間に、送迎の車に乗る。	やってみたこと	(わたし) 出発時間を覚えた。 (まわり) 自作の時計を作り、一緒に学習した。	続けてみる 変えてみる つけ加える ひと休み クリア!
				やってみてどうでしたか?		
#4 白ねこ あくと車の「バックします」のダビングをする。	・ 白ねこ あくとトラックが施設に来たら、挨拶をする。	・ 白ねこ あくとトラックが施設に来たら、録音をお願いをする。	・ 白ねこ あくと行き、録音をさせてもらう。	やってみたこと	(わたし) いつもダビングが楽しめるようになった。 (まわり) 運転手に一緒に挨拶とお願いをした。	続けてみる 変えてみる つけ加える ひと休み クリア!
				やってみてどうでしたか?		

8 今の気分はどんな感じ?

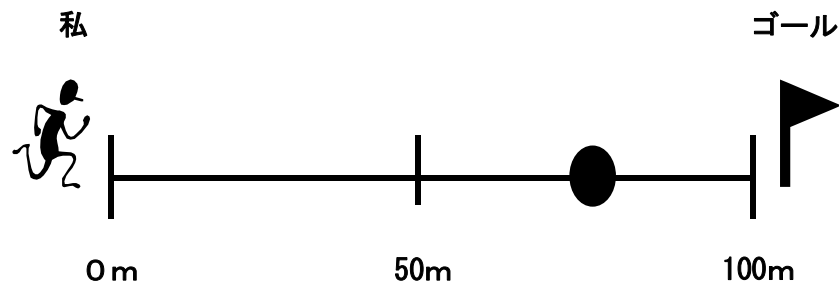
1 非常に不満
 2 不満
 3 やや不満
 4 どちらでもない
 5 だいたい満足
 6 満足
 7 大変満足

⇒

(そのわけは?)

- できたことがいっぱいあったから。

9 夢にどこまで近づいたかな



10 あったらいいな

- ・ 施設のバスにバックしますがついていたらいいな。

11 応援する人から一言

- (応援する人の名前)「 福祉一郎 一言 新しい支援計画書を通して、より一緒に取り組んだという実感が強く持てた」
- (応援する人の名前)「 福祉二郎 一言 分かりやすい目標と丁寧な支援をすると、できることが増えるのが分かった」
- (応援する人の名前)「 岩手次郎 一言 会議などに参加し、応援する人が沢山いるので安心した 」

12 そのほかのこと

- ・ またがんばっていきます。
- ・ これからも応援して欲しい。

IV 相談受付票

1 相談受付票について

「相談受付票」は、本人（場合によっては、家族等）からの相談内容のほか、本人の基本的情報が記載されます。

障害程度区分認定調査における「概況調査票」の多くの項目と重複していることから、認定調査が終了している場合は、概況調査票から情報を得ることができます。認定調査が終了していない場合は、概況調査票の作成を兼ねることから、繰り返して聞き取りをすることも解消され、作成の効率化が図られます。

2 相談受付票の構成

相談受付票は、以下の 12 項目により構成されています。

- ◎ 基本情報
- ◎ 相談内容
- ◎ 障がいに関する状況
- ◎ 家族の状況
- ◎ 介護者の状況
- ◎ 保健福祉サービス等の利用について
- ◎ 医療に関すること
- ◎ 社会参加等について
- ◎ 就労関連について
- ◎ 日中活動について
- ◎ 居住関連について
- ◎ その他参考となる事項

3 記載要領

記載については、文字の色を 1 回目の面接では黒、2 回目は赤、3 回目は青などに色分けする工夫もよいでしょう。その際、面接日時も記載するようにしましょう。

◎ 基本情報

各項目にしたがって記載します。

☆ポイント

本人以外の方が相談した場合でも、各項目については本人の状況について記載します。その場合、「相談者氏名欄」に本人氏名のほか、相談者氏名及び本人との関係を（ ）で記載します。

◎ 相談内容

具体的な相談内容を記載します。

☆ポイント

- ・できる限り本人の言葉や表現を使用し、専門的な用語は避けて簡潔に記載します。
- ・ここでの相談内容が、本人が希望するくらしやそれらを実現するための目標設定、支援の手がかりや方法に係る基礎情報となります。

◎ その他の項目(3 障害に関する状況 ～ 12 その他参考となる事項)

各項目にしたがって記載します。

☆ポイント

- ・各項目について、すべて一度に聴き取る必要はなく、相談内容や個別支援計画作成、支援の際に必要と判断される項目を聴き取ります。したがって、必要のない項目は空欄で構いません。
- ・記載されなかった項目の情報が必要と判断された場合は、随時、本人から聴き取っていきます。その際は、本人に必ずその情報が必要であることの説明をします。

《「私の希望するくらし」を用いた事業者の声》

支援者が利用者の話を聞いて「私に何ができるだろう？」と途方にくれてしまう場面は、多くあるのではないのでしょうか。

私も以前は良い解決策が浮かばず、どうしたら良いのかわからなくなることがよくありました。何とか利用者の問題を解決してあげたい、と一方的に思いすぎていたことが理由であったように思います。また、勝手に「あれはできないだろうな」と利用者の限界を勝手に決めてしまっていたようにも思います。

「私の希望するくらし」を使ってみて、利用者の気持ちを尊重することの大切さを改めて感じました。はじめは失敗するかもしれないけれど、誰でもやったことのないことはすぐにはできません。何度か挑戦するうちにうまくできるようになっていくものです。その中でご本人の秘めた力、ご本人の一生懸命さに触れると、支援者側も、「また頑張ろう」という気持ちになれる気がします。「利用者と共に歩む作業」を通して、利用者本人も自信をつけ、どんどんやれることが増えていくように思うのです。そして支援者にも、「利用者の可能性を発見する視点」が育まれるだろうと思います。

[地域活動支援センターあけぼの 高橋 真紀子]

V 私の希望する暮らし〔Aシート〕

1 「私の希望する暮らし〔Aシート〕」について

「私の希望する暮らし〔Aシート〕」（以下「Aシート」という）は、いわゆる「フェイスシート」に相当し、本人の希望する地域生活の実現のために支援する関係者を「応援してくれる人」と、位置づけています。本人が利用している施設等だけではなく、地域移行推進員や市町村担当者が記載されることは、施設等単独で計画を作成、実施するのではなく、地域全体で取り組むという意識が本人に伝わります。その結果、本人が願いや希望を持って、生き生きとした生活を送れるように支援することにつながります。

2 「私の希望する暮らし〔Aシート〕」の構成

Aシートは、以下の2項目により構成されています。

- ◎ サブタイトル
- ◎ 私のことを応援してくれる人

3 記載要領

このシートの内容に変更があった場合は、その都度新たにシートを順次追加し、時系列で把握できるようにします。

◎ サブタイトル

本人の願いや希望、目標などから、「私の希望する暮らし」をイメージしやすい「サブタイトル」を記載します。

☆ポイント

- ・本人と一緒に話し合っってサブタイトルを決めます。
- ・サブタイトルを決める時期にこだわる必要はありませんが、「私の暮らし応援プラン〔Eシート〕」（以下「Eシート」という）が実施される時期までには決めておくことが望ましいでしょう。
- ・サブタイトルは、本人の願いや希望、目標などをもとに本人と一緒に考えます。本人が意欲を持てるように、長所や持っている力などを意識した表現が望ましいでしょう。

<記載例>

- ・「親孝行大作戦」
- ・「笑顔が似合ういい男プラン」 など

◎ 私のことを応援してくれる人

○ 病院・施設担当者等

本人が精神科病院に入院している場合には当該精神科病院の、本人が障がい者施設を利用している場合には当該障がい者施設の担当職員氏名を記載します。

☆ポイント

- ・本人が学校等に在籍している場合には、当該学校等の担任教諭を記載します。
- ・担当職員に該当する者がいない場合には、未記載とします。

○ 主治医

主治医氏名を記載します。複数の疾患を抱え、主治医が複数いる場合は、主たる疾患等の主治医を記載します。

○ 精神保健福祉士・サービス管理責任者・その他

・精神保健福祉士

本人が精神科病院に入院している場合この欄を☑し、当該精神科病院の精神保健福祉士の氏名を記載します。通院中の方についても、本人の希望により記載する場合があります。

・サービス管理責任者

本人が障がい者施設を利用している場合この欄を☑し、当該障がい者施設のサービス管理責任者の氏名を記載します。

・その他

精神保健福祉士またはサービス管理責任者以外の職員の場合、この欄を☑し、作成する者の職名、氏名を記載します。

○ 地域移行推進員

地域移行推進員の所属、氏名を記載します。

○ 市町村担当者

援護の実施者となる市町村担当者の担当課名、職名、氏名を記載します。

☆ポイント

本人が暮らしを希望する市町村と援護の実施者の市町村が異なる場合でも、援護の実施者となる市町村担当者の記載が必要です。

○ そのほかの人

その他、本人が関わってほしいと希望する機関や人について記載します。

☆ポイント

関わる関係機関等があればその所属、職名、氏名を記載します。

<記載例> ○○さん（友人）、△△さん（父親）

《「私の希望する暮らし」を用いた事業者の声》

「個別支援計画書ってこれでいいんだ！」「利用者視点ってこういうことなんだ！」。ずいぶん前からあった言葉ですが、私がしていたことは「利用者が生きていく上で良かれ」という支援者視点の計画書であったように思います。日常的に支援しなければいけないことを、わざわざ計画書に上げ、ぜんぜん具体的ではない、1年も2年も継続されるような計画でした。

誰でも自分で必要だと思わない限り、「悪い所」とは思っていないのですから「直そう」なんて考えませんよね。

利用者の「夢」や「希望」を強みに、今まで「やろうとしなかった」、「出来ていなかった」ところにまで働きかけ、それを利用者が主体的に取りくめる目標の立て方をするのですから驚きです。利用者の「夢に寄り添う」、「大切にしていることに寄り添う」ことをしているだけで、利用者支援者の信頼関係が深まることは誰でも想像がつくことと思います。また、信頼関係が深まるということは、支援者にとっても利用者を支援する際に優位に働くことも想像はつきます。この「手法」を使わない手はありません。必ず利用者は変わります。

[ワークステーション湯田・沢内 高橋 哲也]

VI 私の願いや今の暮らし〔Bシート〕

1 「私の願いや今の暮らし〔Bシート〕」について

「私の願いや今の暮らし〔Bシート〕」（以下「Bシート」という）は、本人の願いや希望、現状、それらについての長所や持っている力などが記載された、いわゆる「アセスメント」に相当します。記載された内容をもとに、本人が希望する暮らしの実現のための目標設定や具体的な支援方法に係る情報を整理するものです。

2 「私の願いや今の暮らし〔Bシート〕」の構成

Bシートは、以下の4項目により構成されています。

- ◎ 暮らしのこと
 - 好きなことや楽しみ
 - 人づきあいのこと
 - 住むところ
 - いつもの暮らし
 - 身の回りのこと
 - からだやこころのこと
 - もしものときのこと
 - そのほかのこと
- ◎ 願いや希望など
- ◎ 今の暮らし
- ◎ 私のいいところや得意なこと

3 記載要領

記載については、文字の色を1回目の面接では黒、2回目は赤、3回目は青などに色分けする工夫もよいでしょう。その際、面接日時も記載するようにしましょう。

◎ 暮らしのこと

好きなことや楽しみ	趣味や余暇などに関する内容を記載します。
人づきあいのこと	家族や友人関係、近隣との関係、病院職員や施設職員との関係など対人関係について記載します。

住むところ	本人が住みたい地域（県、市区町村）や自宅、グループホーム、アパートなどの居住形態について記載します。
いつもの暮らし	普段の暮らしについて記載します。日中活動の利用以外に、本人が利用しているサービスなどについても記載します。
身の回りのこと	ADLやIADLなどのほか、手話などコミュニケーションに関することなどを記載します。
からだやこころのこと	服薬の状況、病気の状態など健康に関する内容を記載します。
もしものときのこと	緊急時や急変時などの場合について記載します。また、権利擁護事業や成年後見制度の利用がある場合はこの欄に記載します。
そのほかのこと	他のいずれにも該当しない内容がある場合に記載します。

◎ 願いや希望など

暮らしのことについて、本人の願いや希望、夢などを記載します。

☆ポイント

- ・記載内容には特段の基準や制限は設けていません。必要と思われる内容の記載にあたって、どの項目に記載すればいいのか判断に迷う場合は、どちらか一方もしくは両方に記載します。
- ・記載にあたっては、できる限り本人の言葉や表現で記載します。
- ・本人との話し合いの中で、必要がないと合意した項目は未記載であっても、差し支えありません。
- ・本人の願いや希望、夢などを作成者の判断や基準で変更したり打ち消したりしないで下さい。
- ・自らの意思を表明することが困難な場合は、家族の方などから聴き取ります。この場合、文末に代わりの人の氏名、本人との関係を（ ）で記載します。

◎ 今の暮らし

暮らしのことや願いや希望などについての本人の現在の状況を記載します。

☆ポイント

憶測や予測ではなく、本人がおかれている現状について記載します。

◎ 私のいいところや得意なこと

「暮らしのこと」や「願いや希望」についての本人の持っている力、得意なこと、くらししていく中で獲得した様々な技能、関心、コミュニケーション、日常生活のノウハウなど長所や可能性などの面について記載します。

☆ポイント

- ・一方的な角度や視点ではなく、多角的な視点でとらえます。
- ・本人からの話に限らず、本人からの同意を得て、場合により作成者や本人のまわりの人など多くの人からの評価を得ることも必要でしょう。

《「私の希望するくらし」を用いた事業者の声》

「私の希望するくらし」を活用し、感じたことを2点述べたいと思います。

一つは、「私の希望するくらし」を通しての、支援者として利用者との関わりや見方の変化です。この計画書は、支援計画を立てる際の特徴でもある利用者本人の「出来ること」や「工夫していること」へ視点を当てて話を伺うことで、利用者が持っている能力を意識して聞き取りすることが出来るため、いろいろな角度から生活の様子など話を伺いながら、利用者に対する新たな部分の発見をすることができます。

もう一つは、支援者の振り返りが行えることです。これまで相談を受けた場合に書面を通して計画書を利用者と作成することはほとんどなく、相談を受けた時点で協議の上で支援にあたっていたため、支援後に「支援した内容が妥当だったのか？本人はどんな感想か？」などと不安に感じることもありました。しかし、この「私の希望するくらし」を活用することで、支援後の様子や感想も利用者から伺うことが出来るようになっていたため、支援者として利用者本人の思いを確認しながら支援内容の振り返りが行えます。

[大松学園 藤原 伸哉]

Ⅶ 私の暮らし応援プラン〔Cシート〕

1 「私の暮らし応援プラン〔Cシート〕」について

「私の暮らし応援プラン〔Cシート〕」（以下「Cシート」という）は、いわゆる「仮の支援計画（ラフプラン）」に相当します。

Aシート、Bシートからの情報や本人との面接内容から、本人の願いや希望などの実現のために作成され、その実現のための目標設定や目標を支えるための具体的な支援内容が記載されます。

また、Cシートは、本人の願いや希望を実現するために実施される計画書の基礎となるものです。

2 「私の暮らし応援プラン〔Cシート〕」の構成

Cシートは、以下の6項目により構成されています。

- ◎ 私の願い、希望、夢など～私の希望する暮らし
- ◎ 願いをかなえるためにやってみたいこと
- ◎ 願いをかなえるために、まず、やってみること
 - やってみること
 - 応援してくれる人・ところ
 - 回数
 - 行う期間
 - 私が行うこと
 - 応援する人が行うこと
- ◎ 願いをかなえるために気をつけてほしいこと、気を配ってほしいこと
- ◎ 私の暮らし応援プランの話し合い
- ◎ 「私の暮らし応援プランの作成」と「私の暮らし応援プランの話し合い」を希望します
 - このプランのこと
 - 相談票のこと
 - そのほかのこと
 - 年月日・サイン
 - 代理人・代筆者

3 記載要領

◎ 私の願い、希望、夢など～私の希望する暮らし

本人との話し合いの中から、本人が「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」など、本人が希望する暮らしの全体像を記載します。いわゆる長期目標に相当します。

☆ポイント

- ・「安定した生活がしたい」などの抽象的な表現は避けます。
- ・本人自身の長期目標となることを明確にし、できる限り本人の言葉や表現を使用します。
- ・作成者の判断や基準で変更したり打ち消したりしないで下さい。
- ・自らの意思を表明することが困難な場合は、家族の方などから聴き取ります。この場合、文末に代わりの人の氏名、本人との関係を（ ）で記載します。

◎ 願いをかなえるためにやってみたいこと

「私の願い、希望、夢など～私の希望する暮らし」を実現するために、行ってみたいこと、取り組んでみたいことなど、本人と話し合った内容を記載します。この項目は、日常生活や現状に添って具体的に掘り下げていく中期目標に相当します。

☆ポイント

- ・本人自身の中期目標となることを明確にし、できる限り本人の言葉や表現を使用します。
- ・作成者の判断や基準で変更したり取り消したりしないで下さい。
- ・自らの意思を表明することが困難な場合は、家族の方などから聴き取ります。この場合、文末に代わりの人の氏名、本人との関係を（ ）で記載します。

◎ 願いをかなえるために、まず、やってみること

各項目にしたがって記載します。

○ やってみること

「私の願い、希望、夢など～私の希望する暮らし」や「願いをかなえるためにやってみたいこと」を実現するために、本人と話し合ったことについて記載します。この項目は、日常生活や現状に添ってより具体的に掘り下げていく短期目標に相当します。

☆ポイント

- ・本人が、まず、取り組むことができるような具体的な内容を記載します。
- ・本人自身の短期目標となることを明確にし、できる限り本人の言葉や表現を使用します。
- ・本人と作成者の判断に差異があれば、本人と十分に話し合い調整する必要があります。作成者の判断で支援内容等を提案しても、本人の同意が得られなければ具体化できません。
- ・作成者の判断や基準で変更したり打ち消したりしないで下さい。
- ・自らの意思を表明することが困難な場合は、家族の方などから聴き取ります。この場合、文末に代替りの人の氏名、本人との関係を（ ）で記載します。

○ 応援してくれる人・ところ

「やってみたいこと」の実現のために具体的な支援を実施する機関、担当者（職名、氏名）、支援を実施する場所を記載します。

☆ポイント

行政機関、医療機関、サービス提供機関、友人や近隣住民のほか、本人自身、家族なども含めて考慮します。

○ 回数

実施する支援の回数や頻度を記載します。

○ 行う期間

実施する支援の期間を記載します。

☆ポイント

- ・支援内容により、見直しの期間を設定します。
- ・実施期間や見直しの時期は、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月などの制限や基準はありませんが、支援の経過が把握できるような期間を設定する必要があります。
- ・本人との話し合いによって「やってみること」が実現すると想定される期間や時期を設定します。

○ 私が行うこと

本人自身が「できること」「する必要があること」を本人と話し合い記載します。

☆ポイント

設定の際は、本人に大きな負担をかけずに達成感が得られるよう配慮します。

○ 応援する人が行うこと

支援者が行うことを具体的に記載します。

☆ポイント

本人や周囲の環境などについて調整や支援が必要な場合に記載します。

<記載例>

- ・買い物のときに、お金を払うときの手伝いをする。
- ・町内の行事に参加するために、町内会長のところに一緒に行く。

◎ 願いをかなえるために気をつけてほしいこと、気を配ってほしいこと

「私の暮らし応援プラン」を実施していくために、本人に対して「気をつけてほしいこと」「気を配ってほしいこと」「してほしくないこと」などを記載します。

☆ポイント

- ・言葉遣い、接し方、説明の丁寧さなど本人に直接関わることを考慮します。
- ・人間関係、金銭、家族のことなど本人の情報に関わることを考慮します。
- ・作成者の判断や基準で変更したり打ち消したりしないで下さい。

◎ 私の暮らし応援プランの話し合い

○ 私の暮らし応援プランの話し合いに参加してほしい人たち

本人の希望する暮らしをすすめるために参加してほしい機関や人を、本人の意向をもとに記載します。

☆ポイント

- ・人選に際しては、既存の資源やサービスなどのほか、地域の方などが積極的に参加するよう配慮します。
- ・「私の暮らし応援プラン」を実施する上で欠かせない機関や人について、本人が知らない場合があります。その場合、作成者が説明の上、参加について本人と話し合う場合もあります。
- ・参加が必要と判断した機関や人であっても、本人がその参加を認めない場合があります。その場合は、再度、本人と話し合い、Cシートの内容変更や参加の有無について検討します。

○ 話し合いの日時・場所

開催予定日と場所を記載します。

☆ポイント

- ・「私の暮らし応援プランの話し合い」には本人の参加を原則とし、その上で、他の参加者についての調整をします。
- ・開催場所は、本人が落ち着いて会議に参加できるよう配慮します。

- ◎ 「私の暮らし応援プランの作成」と「私の暮らし応援プランの話し合い」を希望します。

計画書作成及びケア会議開催依頼及び同意となります。

- 話し合いでは、印をつけたところについて、参加した人たちに伝えてもかまいません。

本人情報等の提供についての同意欄となります。

- このプランのこと

- 相談票のこと

- そのほかのこと

「私の暮らし応援プラン」「相談受付票」以外の本人に関する内容となります。

☆ポイント

- ・ A、B、Cシート及び相談受付票について、記載されている内容全部を本人が同意するとは限りません。各項目をひとつずつ確認し同意を得る必要があります。
- ・ 本人が同意しない内容がある場合は、その旨を「そのほかのこと」に記載し、話し合いの提出資料から削除します。
- ・ 本人の希望する暮らしを支援していくうえで、関係者に情報提供をした方が効果的と作成者が判断した場合は、本人とよく話し合い、理解を得ることが必要です。
- ・ 話し合いで本人が触れてほしくない、話したくないことについても確認します。この場合、「そのほかのこと」に記載します。

- 年月日・サイン

同意欄にあたり、本人が同意した年月日を記載します。本人からサイン（署名）を受けます。

- 代理人・代筆者

本人の状況によりサインが困難な場合、代理人もしくは代筆者が署名し、本人との関係、サインできない理由を記載します。

☆ポイント

- ・ 代筆者は、本人が指名した者が代筆をすることが原則です。指名された代筆者が本人と利害相反関係（例えば、本人が利用している施設等の職員）にある場合、その旨を本人に説明し別の代筆者を指名してもらいます。
- ・ 代理人は、本人が利用している施設等の本人の身元引受人もしくは民法上の代理人にあたるものとします。
- ・ 本人の状況により同意の確認が得られない場合、代理人に説明し、代理人の同意後にサインをいただきます。

《「私の希望する暮らし」を用いた事業者の声》

最初に私が計画書を作成したのは知的障がい者の入所施設でした。当時は利用者の「出来ないこと」「直すべきこと」などの弱いところばかりに着目し、その弱いところをどのように改善していくべきかという目標の設定が多かったと思います。今考えると、利用者の気持ち・希望にあまり耳を傾けずに支援者側の計画書を作成していた感じです。

また、地域で暮らす障がい者の相談支援の仕事をするようになってからは、利用者の声を大切にして相談を受け、支援を行うように心掛けてきました。計画書も同様に心掛けて作成してきたつもりです。しかし、この「私の希望する暮らし」に出会って、これまでの仕事を振り返ると恥ずかしくなります。頭の中では利用者主体とわかってはいますが、いざ支援を実施する段階になると支援者側の考えで取り組むことが多かったように思います。

この「私の希望する暮らし」を使って、計画書を作成してみると、まずは利用者と一緒に作成しないと計画書が完成しないということを感じました。そして、一緒に作成することにより、利用者の気持ち・希望が確実に反映され、また、利用者主体から脱線することがありませんでした。単に計画書を完成させるのではなく、一緒に作成する過程の大切も感じました。これから「私の希望する暮らし」を活用して、障がい者が地域での暮らしを楽しみながら過ごせるようにさらに支援を続けて行きたいと思います。

[地域生活支援センター久慈 元木澤 英典]

Ⅶ 私の暮らし応援プランの話し合い〔Dシート〕

1 「私の暮らし応援プランの話し合い〔Dシート〕」について

Dシートは、いわゆる「ケア会議」にあたり、このシートは本人への報告書となります。

A、B、Cシートをもとに開催される話し合いの結果について記載されます。

本人の今の様子と具体的な支援により、今の暮らしがどのように変化していくのか、視覚的にも理解できやすくなっています。また、話し合いの結果に基づき、修正点や変更点なども併せて記載され、具体的な支援が決まります。

2 「私の暮らし応援プランの話し合い〔Dシート〕」の構成

Dシートは、以下の8項目により構成されています。

- ◎ 話し合いの日時・集まった人たち
- ◎ 私を応援する人
- ◎ 私の暮らしをどのように変えていくか
- ◎ 私の暮らし応援プランのつけ足したいこと、変えてほしいこと、直してほしいこと
- ◎ そのほかのこと
- ◎ 次の話し合いの日時
- ◎ 「私の暮らし応援プランの話し合い」は書いてあるとおりにおこなわれました。
 - 年月日・サイン
 - 代理人・代筆者
- ◎ 「私の暮らし応援プラン」をつくるために、私のことについて知っている人から聞いたり調べたりしてかまいません。
 - 調べる人
 - 相手の人
 - 調べること

3 記載要領

- ◎ 話し合いの日時・集まった人たち
 - 日時・場所
実施した日時と開催場所を記載します。
 - 集まった人たち
参加者の所属、職名、氏名を記載します。
 - 私が参加できなかった理由
本人が参加できなかった場合、その理由を記載します。

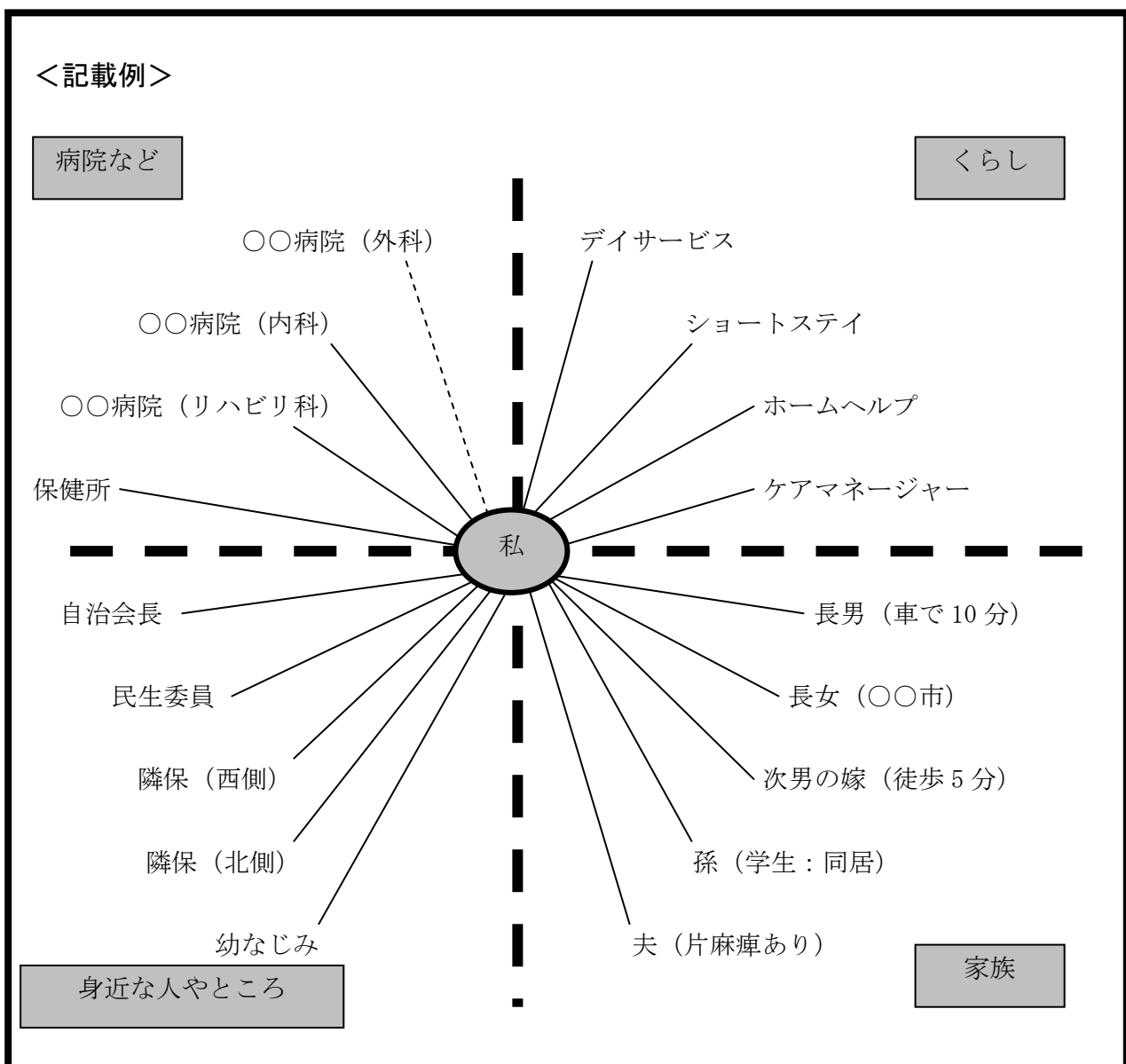
○ 参加してほしい人が参加できなかった理由

本人が参加を希望した機関等が参加できなかった場合、参加予定者の所属、職名、氏名、参加できなかった理由を記載します。

◎ 私を応援する人

本人を中心に、現在使用しているサービスや過去に使用していたサービスなどを書き込みます。現在使用しているサービスは実線で、過去に使用していたサービスは点線で記載するなどの工夫もよいでしょう。

関わりはあるが関係性が悪いものは波線で表現するなどの工夫をすることは必要ですが、それらの記号がどういう意味をもつかは参加者全員で把握しておく必要があります。

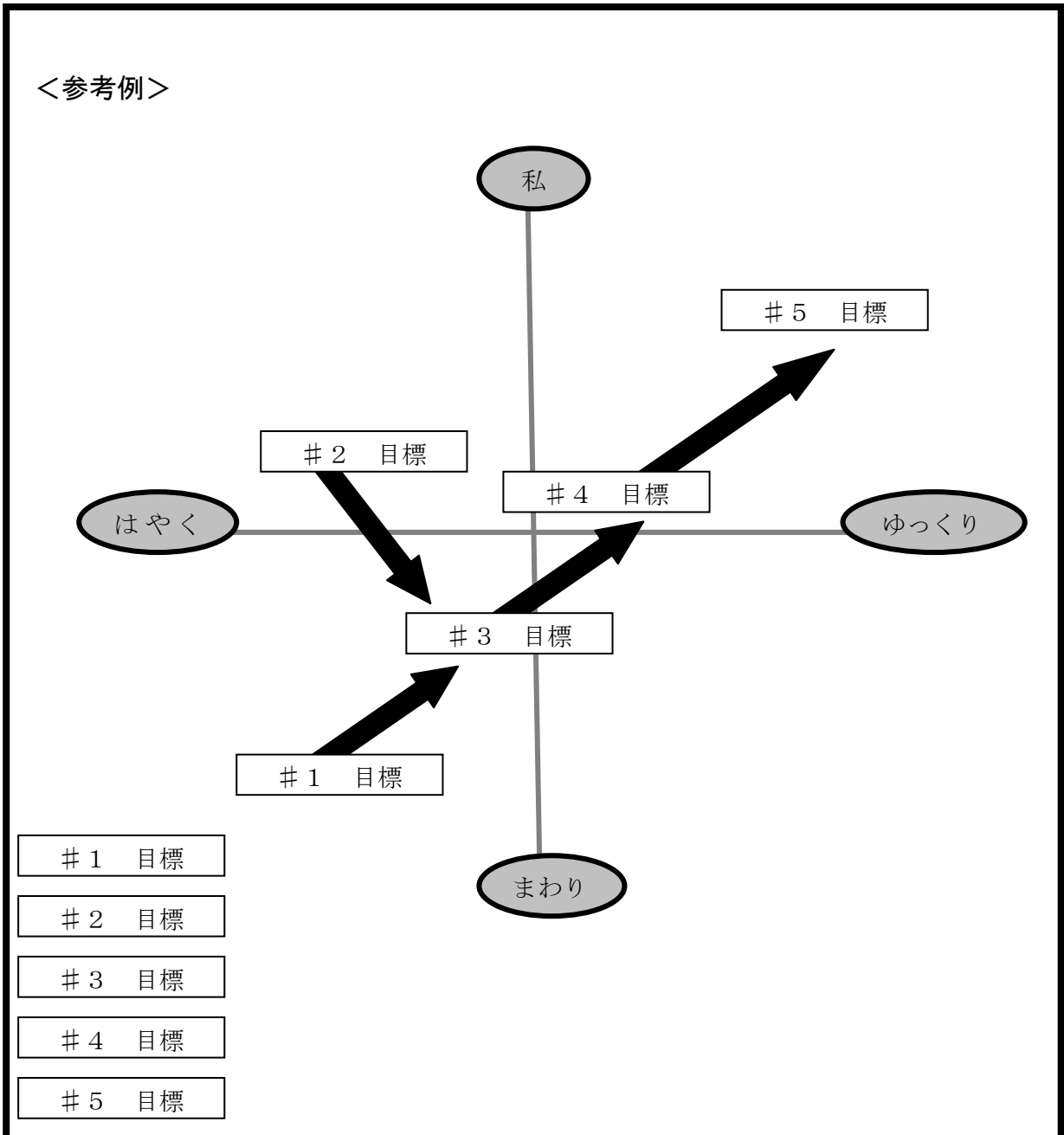


(野中猛、高室成幸、上原久著：「ケア会議の技術」(中央法規 2007) の図を改変)⁴⁾

◎ 私の暮らしをどのように変えていくか

実現可能な目標を実行する順に並び替えます。「はやく（急いで行うもの）→ゆっくり（ゆっくりでもよいもの）」、「まわり（関係機関の調整等を図るもの）→私（本人が主体的に動くもの）」の軸で分けた十文字表を使うと、支援展開を体系的に把握できます。

この際、実際の支援展開や本人や家族の生活がどのように変化するのかをイメージすることが可能です。

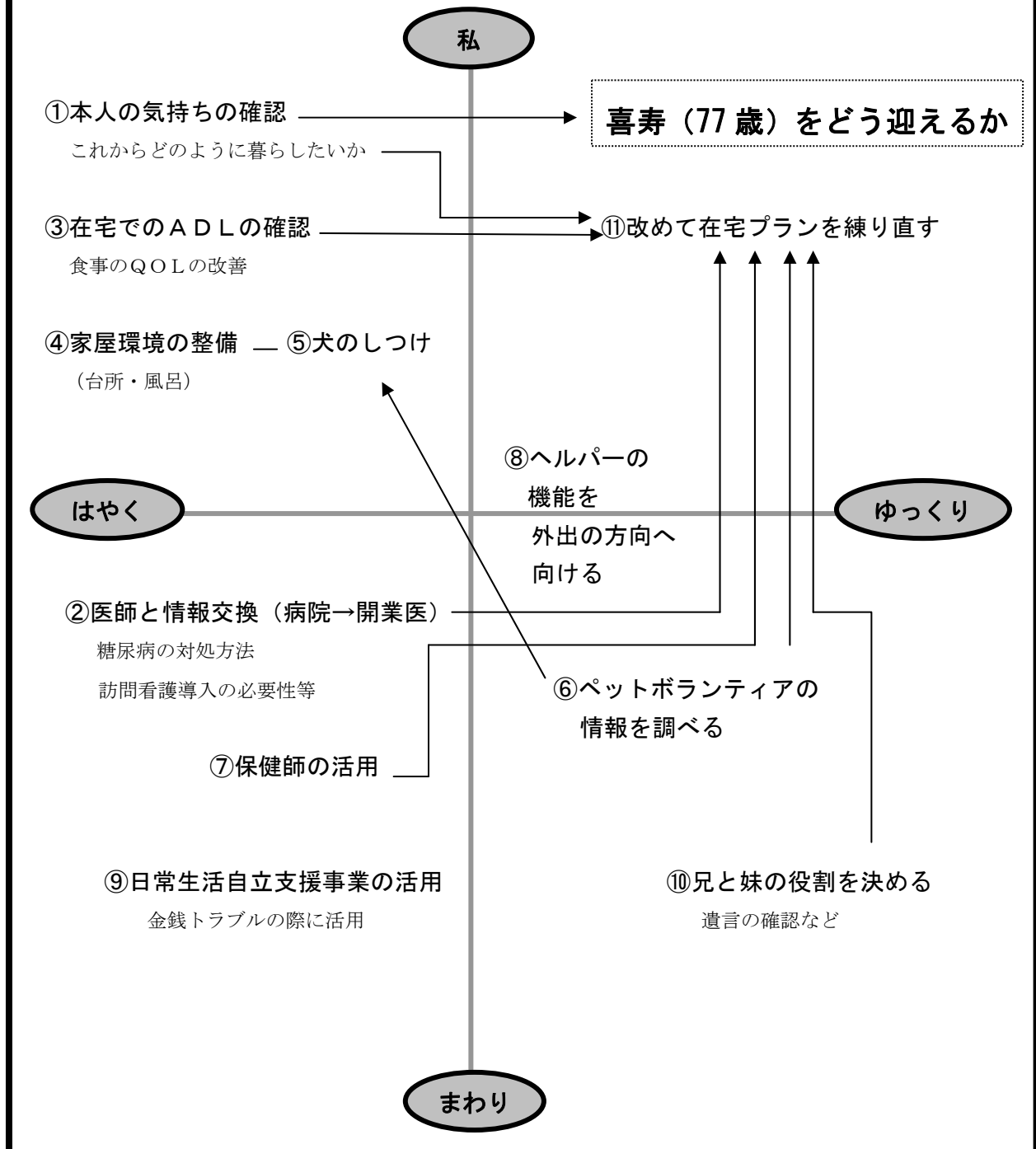


野中猛、高室成幸、上原久著：「ケア会議の技術」（中央法規 2007）の図を改変⁵⁾

<記載例>

[事例概略]

一人ぐらしの高齢者男性（73 歳・要介護 3）。救急搬送が重なり、家の中がゴミだらけの事例。糖尿病に伴う下肢の壊死や低血糖発作がある。糖尿病は服薬治療中だが、ほとんど服薬しない。家の中で動物を飼育しているが、糞尿の始末はできない。浴室や台所は糞尿で詰まり使用不可。兄と妹は電車で 30 分のところに居住。ヘルパー（2 回／日×週 2 回）、デイサービス（1 回／週、入浴確保）を利用中。自宅は内縁の妻（特養入所中）名義。収入は 2 ヶ月で約 50 万円（労災年金含む）で本人管理だが、持っているお金を使い果たしてしまう。



野中猛、高室成幸、上原久著：「ケア会議の技術」（中央法規 2007）の図を改変⁶⁾

◎ 私のくらし応援プランにつけ足したいこと、変えてほしいこと、直してほしいこと
話し合いの結果、Cシートの修正点、変更点、追加事項等について記載します。

◎ そのほかのこと

各項目に該当しない特記事項などを記載します。

◎ 次の話し合いの日時

次回開催の話し合いの開催予定日時と場所を記載します。

☆ポイント

- ・「私のくらし応援プランの話し合い」には本人の参加を原則とし、その上で、他の参加者についての調整をします。
- ・開催場所は、本人が落ち着いて会議に参加できるよう配慮します。

◎ 「私のくらし応援プランの話し合い」は書いてあるとおりにおこなわれました。

「私のくらし応援プランの話し合い」についての同意となります。

○ 年月日・サイン

同意欄にあたり、本人が同意した年月日を記載します。本人からサイン（署名）を受けます。

○ 代理人・代筆者

本人の状況によりサイン（署名）が困難な場合、代理人もしくは代筆者が署名します。この場合、本人との関係、サイン（署名）できない理由を記載します。

☆ポイント

- ・代筆者は、本人が指名した者が代筆をすることが原則です。指名された代筆者が本人と利害相反関係（例えば、本人が利用している施設等の職員）にある場合、その旨を本人に説明し別の代筆者を指名してもらいます。
- ・代理人は、本人が利用している施設等の本人の身元引受人もしくは民法上の代理人にあたるものとします。
- ・本人の状況により同意の確認が得られない場合、代理人に説明します。代理人の同意後にサインをいただきます。

- ◎ 「私の暮らし応援プラン」をつくるために、私のことについて知っている人から聞いた
り調べたりしてかまいません

本人の個人情報等の確認に係る同意欄となります。

☆ポイント

- ・医療や福祉サービス等に係る情報について、関係機関等から確認する必要がある場合、相手方、理由等を本人に説明し、同意を得ます。
- ・各施設等で個人情報の確認に関する様式等がある場合は、この欄を使用せずに各施設等の様式を使用してもかまいません。

《「私の希望する暮らし」を用いた事業者の声》

「私の希望する暮らし」を使って、利用者から話を聞いた時の言葉です。

恥ずかしそうに、そして照れくさそうに「私、アパートでくらしてみたい」と話してくれました。

今まで、計画書を作成する際、利用者の思いに寄り添い支援していたつもりでした。しかし、実際には、利用者の苦手な部分を改善する支援を行いつつ、「これでよいのだろうか？」と考える日々でした。そんな時、「私の希望する暮らし」に出会ったのです。

この計画書を使うことで変化を感じたのは、「利用者のよいところ」「興味や関心」「本来持っている強さやスキル」に目を向けることにより、利用者が「そこまでだったらやってみようかな?」、「これくらいならできる」と前向きな方向にすすんでいくことです。さらに、「利用者の言葉を大切にすること」、「利用者にわかりやすい目標をたてること」により、利用者と支援者が「目標を共有できること」ことにもつながります。

私自身、初めて「私の希望する暮らし」を使うときは不安でした。けれど、利用者から「頑張れそうだよ」、「ここまでできたよ」と聞くとうれしくなってくるのです。利用者も支援者も元気になれる「私の希望する暮らし」を広く普及していきたいと思っています。

[愛護会障害者相談支援センター 佐々木利昌]

Ⅸ 私の暮らし応援プラン〔Eシート〕

1 「私の暮らし応援プラン〔Eシート〕」について

Eシートは、いわゆる「計画書（ケアプラン）」として、本人に提出されます。Dシートで合意された具体的な支援内容などが記載され、共に一緒に希望や夢の実現を目指して歩いていくための共通のツールとなります。

また、いわゆる「モニタリング」として、短期目標を中心に、支援内容の経過や結果について確認・検証します。この作業は、いわゆるケア会議の中でも重要なポイントになり、①計画通りに個別的・具体的な支援が提供されているか、②目標の達成状況はどうか、③支援の結果は良好か、④新たな願いや希望は発生していないかなどについて確認・検証します。その結果に基づき、場合によっては、長期目標や中期目標が変更や修正されることもあり、B、C、Dシートが活用されていきます。

相談からはじまり、「相談受付票」等の作成後、話し合いを経て、いよいよ本人の希望する暮らしの実現に向けた本格的な支援に入ります。

2 「私の暮らし応援プラン〔Eシート〕」の構成

Eシートは、以下の16項目で構成されています。

- ◎ サブタイトル
- ◎ 年月日・サイン
- ◎ 代理人・代筆者
- ◎ 説明者
- ◎ 担当する人
- ◎ 私の願い、希望、夢など～私の希望する暮らし
- ◎ 願いをかなえるためにやってみたいこと
- ◎ 私を応援する人
- ◎ 私の暮らしをどのように変えていくか
- ◎ 願いをかなえるために気をつけてほしいこと、気を配ってほしいこと
- ◎ とりくみの様子
 - やってみること
 - 月
 - ふりかえり
 - これから
- ◎ 今の気分はどんな感じ？
- ◎ 夢にどこまで近づいたかな
- ◎ あったらしいな
- ◎ 応援する人から一言
- ◎ そのほかのこと

3 記載要領

話し合いで合意された内容を記載します。記載については、Cシート、Dシートに準じます。

◎ 年月日・サイン

同意欄にあたり、本人が同意した年月日を記載します。本人からサイン（署名）を受けます。

◎ 代理人・代筆者

本人の状況によりサイン（署名）が困難な場合、代理人もしくは代筆者が署名します。この場合、本人との関係、サイン（署名）できない理由を記載します。

◎ 説明者

☆ポイント

説明者は、作成担当者が行うことが望ましいでしょう。

◎ 担当する人

○ 作成年月日

作成した年月日を記載します。

○ 作成者

作成者の所属、職名、氏名を記載します。

☆ポイント

作成者は、「私の希望する暮らし」の担当者となります。

◎ とりくみの様子

この「とりくみの様子」は、モニタリングシートも兼ねています。確認・検証（モニタリング）を行うごとにこのシートを順次追加することにより、時系列で支援の経過や本人の暮らしぶりの変化などが把握されるようになります。

○ やってみること

話し合いで合意された内容を記載します。

○ 月

「やってみること」を実施する期間となり、支援を行う月を記載します。実施の期間を矢印で記載し、支援内容（誰が・いつ・どこで・何を・どうする）を記載します。

○ ふりかえり

・わたし

「やってみること」の実現のために本人がやってきたこと、頑張ったことなどを記載します。

☆ポイント

記載欄は自由記載としていますので、本人の満足度評価の内容や感想などを記載してもかまいません。

・まわり

支援者側が「やってみること」の実現のために実施した支援の経過について記載します。

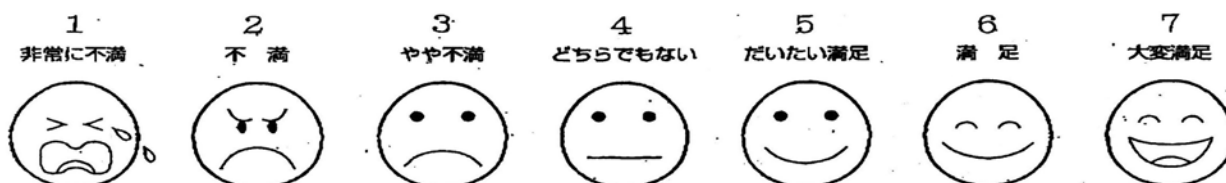
☆ポイント

- ・経過が時系列で分かるよう記載します。
- ・本人の生活や気持ちの変化などにも着目します。
- ・活用した資源などがあれば記載します。

・やってみてどうでしたか？

「やってみること」を実施した経過や結果、支援内容などについて、本人の満足度を7段階で評価してもらい記載します。

☆評価基準⁷⁾



☆ポイント

- ・目標の達成度に対する評価ではありません。また、支援者側の満足度を評価するものではありません。あくまでも、本人の満足の度合いについて確認します。
- ・支援者側の主観や意見などが入らないよう留意しながら評価してもらいます。
- ・目標の達成度と本人の満足度は、必ずしも一致しません。例えば、目標は達成できなかったが本人は満足した、などが考えられます。
- ・単に「満足した」「不満だった」のみを評価してもらうのではなく、どのような関わりが実りをあげたのか、あるいはそうではなかったのかなどについても確認しながら評価してもらいましょう。そのためにも、多角的な視点で評価できるよう、本人への働きかけを工夫することが大切です。
- ・自らの意思を表明することが困難な場合は、家族の方などから聴き取ります。この場合、表中に代替りの人の氏名、本人との関係を（ ）で記載します。

○ これから

支援の経過や結果、達成度などについて評価します。

・ 続けてみる

目標や支援内容を継続することを指します。

・ 変えてみる

目標や支援内容などを修正することを指します。

・ つけ足す

新たに「やってみること」を設定することを指します。

・ ひと休み

何らかの理由により目標や支援が留まっていることを指します。

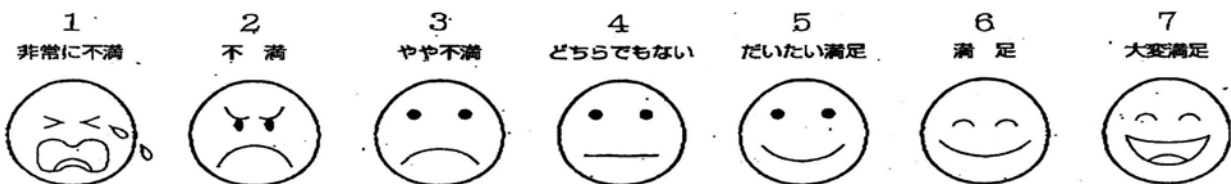
・ クリア！

支援の結果、「やってみること」が達成されたことを指します。

◎ 今の気分はどんな感じ？

この「とりくみの様子」全般についての本人の満足度を7段階で評価してもらい記載します。

☆評価基準⁷⁾



☆ポイント

- ・ 本人の「主観による満足度」について確認します。目標の達成度に対する評価ではありません。また、支援者側の満足度を評価するものでもありません。
- ・ 支援者側の主観や意見などが入らないよう留意しながら評価してもらいます。
- ・ 目標の達成度と本人の満足度は、必ずしも一致しない場合もありえます。例えば、「目標は達成できなかったが、支援者が一生懸命やってくれたので大変満足した」などが考えられます。
- ・ 「満足した」あるいは「不満だった」の評価のみでなく、「どのような点に満足したのか」を具体的に聞き取ることができれば、次の支援に役立つ場合が多々あります。
- ・ 自らの意思を表明することが困難な場合は、家族の方などから聴き取ります。この場合、表中に代わりの人の氏名、本人との関係を（ ）で記載します。

◎ 夢にどこまで近づいたかな

全体として目標はどの程度達成されたと思うのかについて、目標を達成できた場合を100m走のゴールとしたときに、本人が走っていると思われる場所に●印をつけます。

◎ あったらいいな

目標として計画したものの、サービスや資源が存在しないために、目標達成ができない場合もあります。その場合、「どのようなサービスや資源があれば目標を達成できるのか」を具体的に記載します。現存しなくとも、「こんなものがあればいいのに…」という新しい形のサービスでもかまいません。

◎ 応援する人から一言

支援者が、本人が取り組んできたことや支援を通じて感じたことを記載します。

☆ポイント

本人の「頑張り」「長所」に目を向けた内容を記載するようにしましょう。

◎ そのほかのこと

特記事項等のほか、自由記載欄となります。

《「私の希望する暮らし」を用いた事業者の声》

私は、これまで利用者の「願い」や「希望」に寄り添う支援ができたでしょうか。その「願い」や「希望」を叶えるために、関係する人たちと利用者の願いを共有し、取り組めただろうか。今、振り返って、反省しなければならないと思っています。

これまでケア会議を開いた後で、遅々として進まない支援の状況に、利用者から「誰が進めているんですか」「いつハッキリするんですか」「自分は何をすればいいんですか」と希望が叶えられないことへの苛立ちを示される方もいました。「本当にそうだよな…」と申し訳ない気持ちになることもありました。

しかし、「私の希望する暮らし」では、誰が手伝ってくれる人なのか、何をしてくれる人なのか、いつまでにやってくれるのか、そして自分は何をするのか、ということがわかるようになっていきます。

この計画書を活用するようになってから、利用者が「〇〇さん、不動産屋さんと連絡取ってくれたかな」、「今度みんなで集まるのは□月□日だよ」と、支援の進捗状況を確認するようになりました。利用者の「願い」を叶えるために、考え、動いていくことの大切さを痛感しています。

[地域生活支援センターカシオペア 佐藤 慶之]

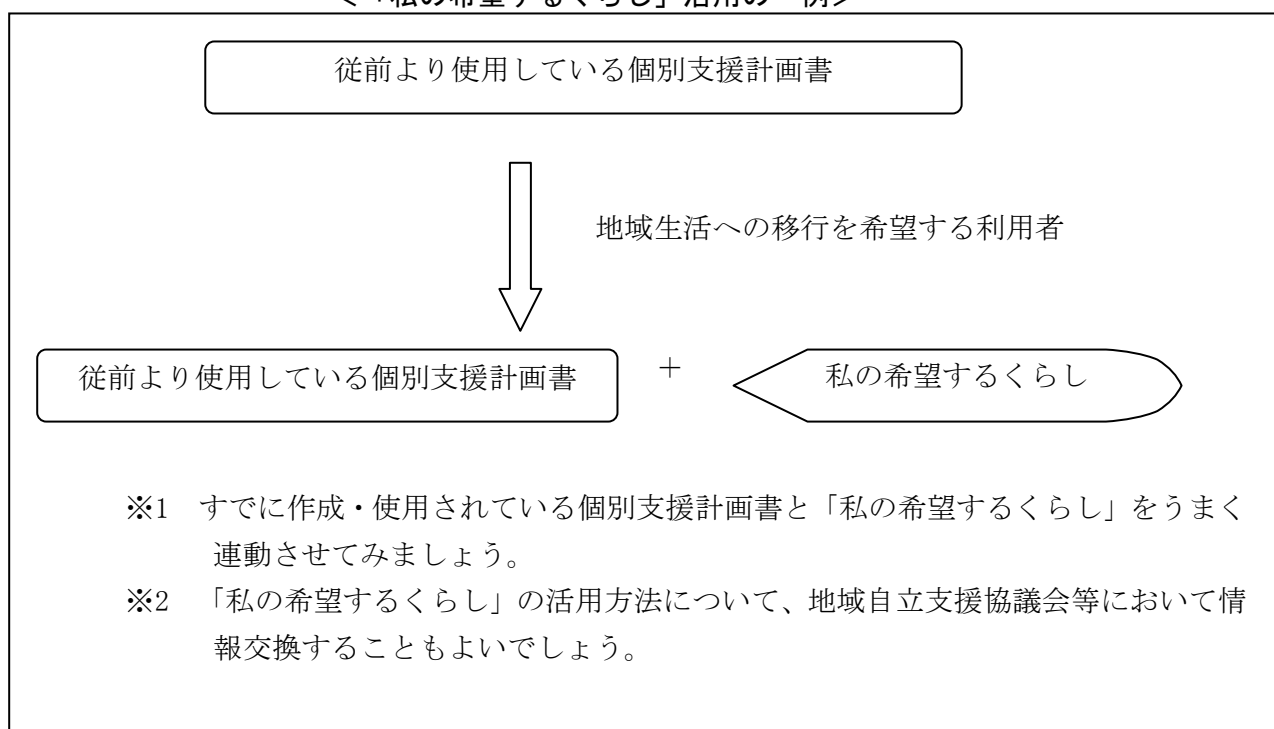
X 「私の希望する暮らし」作成に係るQ&A

1 個別支援計画書に関すること

Q1： 地域生活移行を踏み出せない利用者の場合、「私の希望する暮らし」を活用せず、従前より使用している計画書を活用しても構わないでしょうか？

A1： 「私の希望する暮らし」は、岩手県が計画書の標準例として作成したものです。施設等において、従前から使用している様式を引き続き活用することでも構いません。下図を参考に「私の希望する暮らし」を活用したり、従前から使用している個別支援計画書を引き続き活用するなどして、利用者の地域生活移行に向けた支援に取り組んでみる方法もあります。地域生活移行を踏み出せない利用者の場合、各施設・病院等で、「なぜ踏み出せないのか」「どうすれば地域生活に対する関心を高めてくれるのか」など、今一度、スタッフ全員で検討することが、支援の一步につながります。

<「私の希望する暮らし」活用の一例>



Q2： シートの原本は、サービス管理責任者が管理することでよいのでしょうか？

A2： 利用者と一緒にケア計画をすすめるという視点から、A～Dシートについては写しを、Eシートについては原本を本人に手渡し、ご理解いただくことが望ましいでしょう。

しかしながら、書類の管理が苦手な方（紛失してしまう等）の場合は、管理方法を工夫する必要が求められるでしょう。

Q 3 : Eシートの「とりくみの様子」については壁に貼ることが望ましいとのことですが、施設や病院によっては、スペース的に難しいという場合はどうしたらよいのでしょうか？

A 3 : シートを壁などに貼ることが目的ではなく、支援内容や進捗状況の確認を怠りがちになることを防ぐものです。

壁などに貼ることをひとつの例で示したものであり、計画書や支援内容等が常に確認でき、職員間でよりよい支援を行うことが可能となります。

Q 4 : 施設において、サービス管理責任者が計画書を作成するとありますが、すべての利用者の計画書を作成することは無理があると思います。

A 4 : 「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年 9 月 29 日厚生労働省令第 171 号）」及び「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年 2 月 6 日障発 1206001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）」⁸⁾に基づき、サービス管理責任者は、利用者に対する計画書の作成、ケア会議の開催及び定期的なモニタリング等を行うよう定められています。

しかしながら、作成に際しては、サービス管理責任者一人が背負いこむのではなくケア会議の開催などを通じて、関わる職員がチームとして計画書を作成していくことが望ましいでしょう。

2 個別支援計画書の作成に関すること

Q 1 ABCシートは、一度に作成してよいのでしょうか？

A 1 : 各シートについての記載については、特段の基準等はありません。相談から始まり、各シートを作成していく時間や手間は、一人ずつ異なると思います。本人の体調等に配慮しながら、一緒に作成していくようにしましょう。

Q 2 : Eシートは、担当者が作成して、本人に渡しモニタリング面接のときに「7」以降を本人に記入してもらおう、または、担当者が代筆するということで良いのでしょうか？

A 2 : シートの作成については担当者が行い、利用者に確認してもらうことが大切です。項目の「7」以降について利用者の状態にあわせて、本人に記載してもらいましょう。なお、モニタリングの際は、利用者とは担当者と行うのではなく、支援チームで行うことが望ましいでしょう。

Q 3 : 計画票に月間スケジュール、週間スケジュール、一日のスケジュールが必要ではないのでしょうか。

A 3 : その計画が週単位で進められるものであれば、週ごとのスケジュール表が必要になると思います。また、月単位や日単位で進められるものであれば、それぞれの単位（月や日）によるスケジュール表が必要になると考えられます。

時に、月・週・日のそれぞれの単位で、利用者の生活状況を把握する必要がある場合があります。その場合、月間または週間のスケジュール表があった方が把握しやすいことはいふまでもありません。

ただしその場合は、利用者の生活状況を把握することが目的なのであって、支援計画を進めるための「スケジュール表」ではないことに留意する必要があります。この場合は、利用者の「生活サイクル（またはリズム）の情報共有」が目的になりますので、目標達成のためのスケジュール表とは、使用する目的が異なります。

Q 4 : 計画書に細かい収支（貯金、年金、など）について記載する必要があるのではないのでしょうか。

A 4 : 金銭面の詳細情報については、ニーズがそこにある（ありそうな）場合、あるいはニーズ査定により、金銭面へのアプローチが必要となった段階で収集しても間に合う場合が多いのではないのでしょうか。

この部分は非常にデリケートな情報ですので、収集する場合は、それを必要とする根拠や、聴取するための十分な説明や関係づくりのためのゆっくりとしたアプローチが必要です。

Q 5 : 希望といっても、「今日はカレーライスが食べたい」等の希望が主で、計画書に記載するほどの場合がない場合はどうしたらよいですか。

A 5 広辞苑によると「ニーズ」は、「要求」「求め」⁹⁾を意味することから、支援者は、日頃、本人が訴える「デマンド（要望）」を本人の「ニーズ」と捉えがちです。

竹内は、「ニーズは『自立性とQOL』の向上を支えていくためのものでなければいけない、つまりニーズには、今、必要なことと、将来にわたって自立性やQOLのためのものという二重の性格をもっている」¹⁰⁾と述べています。

以上のことから、支援者は「カレーライスが食べたい」といった「デマンド（要望）」を打ち消さず、まずは、耳を傾けてみるのが大切です。実は、「母がつくったカレーを家族と自宅に帰って食べたい」など、具体的に本人のニーズが明らかになることにより、支援の方向性は見えてくることでしょう。

Q 6 : 好きなことや夢を語るだけでは、現実にそぐわない計画書になると思います。

A 6 : 何に対する計画書（スケジュール）なのか、という視点が大切だと思います。「計画書（プラン）」は、「目標」を計画的に進めるためのものですし、また「目標」は、「ニーズ」に基づくものという前提があります。「好きなこと」や「語られる夢」は、デマンドといわれるもので、「ニーズ」とは区別されるのが一般的です。

私たち専門家は、利用者が語る内容（デマンド）、関係者が持ち寄る情報、あるいは諸々の事実関係からニーズを査定する必要があります。「目標」は、査定されたニーズと、利用者のデマンド（希望）をうまく組みあわせながら、利用者が主体的に取り組めるようにアレンジして提示するものです。

この部分が、我々専門家の腕の見せどころでもあります。提示された「目標」を実行するために必要なのが、「計画書（プラン）」といわれるものです。誰が担当するのか、いつまでに実行するのか、どこでどのように実行するのか、次回の評価はいつ行うのかなどが記載されたものを指します。

Q 7 : 「ウルトラマンになりたい」など、叶えられない夢や希望の場合は、計画書の作成は、難しいと思います。

A 7 : 計画書の作成は、本人の「生活の質」を向上させる目的があります。例の場合、本人が大事にしている「ウルトラマン」を外してしまうのは、本人にとって大事な部分を回りが理解してもらえないと感じる場合もあるかもしれません。

「ウルトラマンになった時、あなたにとってどんなよいことがあるのですか？」とまずは尋ねてみましょう。例えば「ウルトラマンの本やビデオは毎日見ている」とか、いろいろな種類のウルトラマンの名前はもちろん、「出演する怪獣の名前や特徴までしっかりと覚えている」などの答えが返ってきたとしましょう。すると、「ウルトラマン」は、本人にとって生活の大切な部分となっていることがわかります。

まずは、利用者の大切にしていることや思いを計画書に盛り込んでみましょう。そ

うすることにより、利用者自身がその希望に向けて努力していること、生活で工夫していることなどが明らかになり、具体的な支援につながることでしょう。

Q 8 : 計画書の作成において希望がかなえられない時、例えば本人が実家で家族とくらしたいと希望しているが、家族が受け入れられないことを表明している場合はどうしたらよいのでしょうか。

A 8 : 実務的にはこういう場面の方が多いのかもしれませんが。しかしその場合も、まずはご本人の希望に沿った支援を展開する必要があります。仮にそれが、客観的に「無理だ」と考えられる場合でも、支援者として「まずは行動する」ことが求められます。理由は、主に2つあります。

1つは、「本人の希望に添って支援する」という支援者側の姿勢をご本人に体験的に理解していただくためです。

2つめは、利用者に「現実検討していただく機会とする」ためです。

この2つを同時並行的に行うために、家族を交えたケア会議を開くのも有効な方法だと思います。

ただしその場合でも、支援者側が結論を急いではいけませんし、諦めてはいけません。家族の感情を本人の前で表出されることによって、これまで気づかなかった家族の思いを、本人が知る機会になる場合があるからです。

家族の思いを本人がどう理解するか、あるいは家族の思いを理解したうえで本人がどのような行動をとるかという点を評価して、次の支援計画に反映させていけば良いわけです。

Q 9 : 仮にどうしても本人の希望が受け入れられなくなったとき、本人の希望を変更させることもあると思いますが、なぜ無理なのかをこの計画書に記載していく必要はないのでしょうか。

A 9 : ご指摘のとおりで、それができるようにシートは工夫されています。しかしながら、実現が難しいので目標を変更するということがあれば、支援の方法を変えてどうしたら実現するかといった2つの視点を入れて振り返り、それをシートに反映させる必要があります。

あの手この手を尽くしても、すべての支援が良い方向に展開するとは限りません。「本人の希望が受け入れられない」こともしばしば起こりえることです。その場合、モニタリングを目的とするケア会議で評価します。

その目標について、誰が、いつ、どのような支援を行ったのか、その支援の方法は妥当だったか、別のアプローチはないか等々チーム全員で振り返り（評価）を行います。その結果、「目標」を変更することもあるでしょうし、支援の「方法」を工夫する場合もありえます。いずれの場合も、「モニタリングによる（中間）評価」として記録しておくことが必要になります。

Q10： 希望を聞いても、失敗することが目に見えている場合、計画書を策定すること自体が無駄な作業に思います。

A10： 計画書の作成は、利用者の願いや希望を「計画書」という紙面に記載する作業を通じて、支援者と利用者がその実現に向かって共同作業を行うことであり、決して無駄な作業にはなりません。私達支援者は、利用者の「病気や生活の安定」を第一義的に考えがちですが、まずは「願いや希望の実現」のための支援から検討してみましよう。

その工夫として、利用者が「日頃、頑張っていること」「明日からでもできそうなこと」に焦点を絞り、少し手を伸ばせば実現できるような目標設定にすることです。それは、利用者の「自信や経験」となり、また、「失敗を未然に防ぐ」支援にもつながります。

Q11： 計画書に基づき、一人の希望を叶えることは、他の人や支援者が困ることもあると思います。まずは、支援者や施設等の意向を盛り込む必要があるのではないのでしょうか。

A11： 利用者の希望を最優先するということは、周りの人たちが「利用者の『わがまま』をすべて受け入れて支援すること」ではありません。

計画の実行に際し、関係機関（者）の役割や決まりごと等も考慮しながら、「どうしたら自分のやりたいことに近づけるのか」ということを共に考えていく作業が重要です。サービスを受ける側も提供側も、意見を述べ、合い互いに工夫を重ねることがポイントです。

3 ケア会議に関すること

Q 1 : 司会を行うためのコツはありますか。すすめているうちに、どのようにすすめたらよいか混乱してしまいがちになります。

A 1 : 堀¹¹⁾ は司会の役割として、「①中立的な立場から、話し合いの進行を舵取りする、②参加者の知恵を引き出し、最良の答えに導く、③議論の交通整理をして、納得性の高い結論を出す」と定義しています。

司会のコツとしては、まずは、上手に進行しようと司会者が一人で背負いこむではなく、参加者の胸を借りながら進めてみましょう。むしろ、一人で進めるよりも、参加者個々が話し合いに積極的に参加しようという気持ちが芽生え、目標に向かってチームとして取り組む姿勢を強化することにつながります。

Q 2 : 司会が事例提供者にのみ質問を行うことで事足りるのではないのでしょうか。なぜ、他の参加者に意見や質問を求めるのか、その意味がわかりません。

A 2 : ケアマネジメントの対象となる利用者は、地域生活において、複数のサービス（2つ以上）を総合的かつ継続的に利用し、多職種による支援が必要とされる方となります。

そのことから、事例提供者が把握している情報に加えて、現在、支援しているまたは今後、支援する予定の参加者からも、具体的な情報や多様な視点に基づく意見を求めることが必要とされます。

Q 3 : アセスメントの要約がうまくできません。黒板に記載された情報をそのまま読んでしまい、参加者からは事例をイメージしづらいといわれます。

A 3 : アセスメントを行う上で必要なコツとしては、大きく分けると2点になります。

1点目は、利用者の特徴をとらえることです。そのためには、ケア会議において、参加者が多面的な視点から意見や情報を数多く出し合い、イメージを一致させておくことです。具体的には、会議の場所に利用者の姿が見え、実際に動きだすくらいの情報を出し合うことがポイントとなります。

2点目は、利用者の特徴を基に、ケア会議で話し合われた内容を要約することです。

その2点を留意しながら行うことにより、支援計画をより実行可能なものに結びつけることができます。

Q 4 : 板書を行うと、情報を整理できず、黒板が真っ黒になって見づらいいといわれます。ポイントよくまとめるコツはありますか。

A 4 : 書記（記録者）の役割としては、ケア会議において出された情報を整理し、利用者

や参加者にとってわかりやすい記録を作成することです。

ポイントよくまとめるコツとしては、発言内容について、①箇条書きにする、②要約してから記入する、③文字を意識的に大きく書くなどの工夫をしてみましょう。また、慣れないうちは数人で行う、途中で交代するなど実践を積み重ねることも必要です。

Q 5 : 従来のケア会議では、事例提供者が利用者に関する情報を記載したシートを出席者に提示し、出席者が事実を確認しながら行ってきました。シートが配布されず、ホワイトボードに書きながら確認しあうケア会議の方法は、時間を要するばかりで、実際、現場で行うには非効率的な方法だと思います。

A 5 : ケア会議には、様々な手法があって良いと思います。

ただし、その会議が「形骸化」、「結論がない」、「事実確認のみで終わる」という場合は、ケア会議を開催すること自体に疑問が残ります。

岩手県が推奨するケア会議は、そのような点を解消することを目的とするものです。資料を配布しないことやホワイトボードの利用は、そのための手段であり、十分な議論や活発な意見交換により、ケア会議の場を「知識創造の場」として活用できるよう期待するものです。

Q 6 : ケア会議実施に際し、すべての支援者が出席できない場合もあると思います。その場合、チームとして支援するにあたり、出席できなかった方に対して、どのように情報提供、連携を図ればよいでしょうか。

A 6 : 様々な事情により、会議の期日に支援者全員が出席できないことも少なくはないでしょう。

しかしながら、今後、チームとして支援するためにも、会議終了後、確認された支援目標や解決策等を、電話、電子メール等に互いに連絡を取りやすい連絡手段で速やかに情報提供し、連携を図っていきましょう。

Q 7 : 事例提供者の情報が少ない場合、計画書を策定することは難しいと思います。そのような場合でも、限られた情報で計画書を策定しなければいけないのですか。その場合、ケア会議出席者の想像や思い込みが入ってしまうと思います。

A 7 : ケア会議の参加に際し、事例提供者は、①日常生活（サービス利用等）、②医療（病名、服薬状況等）、③本人の能力（ADLやIADL等）等の情報を事前に把握しておくことが必要です。これらの情報が不足すると、ご指摘のとおり、計画書を作成することは難しいでしょう。

しかしながら、事例提供者が把握する情報には限りがあります。ゆえに、ケア会議においては、参加者が多面的な視点から情報を伝え、参加者全員で支援計画を検討し、実際の支援につなげていきます。

また、会議の開催に際し、その必然性も考えてみましょう。電話等の通信手段で事が足りるのであれば、会議開催の必要はありません。

「なぜ開催するのか(目的)」、「会議から得るものは何か(目標)」、「目標を達成するために何を議論するか(検討課題)」、「どのような手順で会議を進めるか(手法)」を事前に検討しておくことが重要です。

Q 8 : 本人を入れて行うケア会議にはどのような工夫があるのでしょうか。また、障がい特性により、本人の理解力が低い場合など、支援者が配慮すべき点はどのようなことでしょうか。

A 8 : これまでのケア会議が、「専門職による専門職のための会議」として機能していればいるほど、本人が会議に参加することに違和感や抵抗感を覚えることも多いと思います。しかし、本人や家族もチームの一員として歓迎し、目標達成に向かって互いに協力しあうことも決して悪くない方法です。

本人や家族が参加すると、支援者の言葉づかいが丁寧になり、本人の理解力に合わせた適切な配慮や支援を意識するようになります。支援者の好ましい変化が、利用者に悪影響を及ぼすとは考えにくいものです。支援者の「〇〇さん、一緒に頑張ろうね。」という一言は、利用者にとってどれほど励まされることでしょうか。

ケア会議を相撲に例えれば、「土俵」のようなものです。本人と支援者が真剣に目標に向き合うため、最初は、不慣れなこともあると思います。けれど、「お互い、不慣れだけ一緒にがんばろう！」という姿勢を示すことこそ、支援の基本姿勢ではないでしょうか。

不慣れな場合には、ケア会議を進めていくためのルールをあらかじめ決めておくこともよいでしょう。参加者全員で終了時間を確認しておくのです。本人や支援者が、自分の思いを延々と話し続けてしまう場合などは、「お話する時間が長くなるとゴールまでいきませんがよろしいですか？」等と本人に確認すればよいのです。時間は無限に保証されているものではありません。本人も支援者も、時間管理には責任を持つことが重要です。

Q 9 : ケア会議において短期目標を設定し、実際の支援を行う場合、本人の長所や能力を伸ばす支援に限定してよいのでしょうか。生活していくうえで、直してほしい生活習慣等(例:酒を飲みすぎる等)を短期目標として指導しなくともよいのでしょうか。

A 9 : ケア会議は、①概要把握、②全体像把握、③アセスメント、④目標設定、⑤計画策定の順に進められます。このうち「良いところ」または「悪いところ」の情報は、①および②の部分で把握され、かつ、③で吟味されることになります。①～②の部分は、あくまでも事実関係のみを提示することがコツです。

事例提供者(または支援者)の「主観」が入ってしまうと、③のアセスメントがぶれてしまいます。良くも悪くも、事実は事実として提示すべきです。「これはいけな

い」「こうすべきだ」という「支援者の主観」は、極力排除する習慣を身に着けることが理想です。この習慣は、トレーニングによって身につく部分でもあります。

以上のように、事例を多面的に把握するためには、事例の「良いところ」も「悪いところ」も、「事実」として把握する必要があるのです。

上記を踏まえたうえで、③のアセスメントに入ります（実際のケア会議では、各自の頭の中でアセスメントしながら情報収集（質問）を行っているものです）。③のアセスメント（＝査定）では、「良いところ」または「悪いところ」が表面化してきた「背景」を読み込みます。

その際のポイントは以下です。一般の日常生活では、「飲むからダメ」「飲むことは悪いこと」「飲むから問題が起こる」という一次元的な思考法を用いています。しかし、我々専門家は、もう少し多次的に物事をとらえるものです。つまり、なぜ「悪いところ」が表面化しているのか、常に悪いときばかりなのか、そうでない時はないのか等、その背景や機序を探索するわけです。

この例で言えば、どうして酒を飲まなければならないのか、酒を飲むと事例にとってどんな良いことがあるのか、酒を飲まずに過ごせた時期はなかったのか、その時期なぜ飲まずにいたのか等々、「酒を飲むこと」だけではなく、「飲まなければならない背景」について、「つなげて考える」のです。

更に、酒を飲むのは本人の問題だけではなく、家族を含めた周囲の人間関係の問題によることも少なくはありません。そこで本人のみの問題として捉えるのは逆効果にもなりえます。アセスメントの段階までに、本人を含めた様々な立場の人のストーリーと文脈（言い分）を把握し、幅広い視点から本人が問題飲酒に至った背景を考えることにより、より効果的で拮がりのあるプランを作成することも可能です。

本人が否認しているからこそ「底つき体験」による自覚を待つという解決方法もありえますが、最近では、飲酒そのものに焦点を当てず、自己実現を応援していくことで、本人の断酒への意欲を高めるアプローチも知られています。

その際必要になるのが、各種専門性に基づく理論や知識です。医師であれば医学、保健師であれば保健学、あるいは社会福祉学や教育学、心理学や社会学など、それぞれの領域で開拓された学術的な知識です。

また、日頃から、自らの実践について学術的な裏づけを取る作業を怠らなければ、有効な「経験知」としてアセスメント（＝査定）に役立つものとなります。時に、支援者の人生経験も有効に作用する場合がありますが、利用者の「人生」を理解しようとする場合、支援者一個人の人生経験などは、あまりにも無力であることの方が多いことを十分に理解しておく必要があるでしょう。

以上、要約すると、①②の段階では、良いところも悪いところも全てを「事実」として把握する。③アセスメントの段階では、①②の情報の上立って、事例が（自らの）力を発揮しやすい点はどこにあるのか、苦手な部分はどこなのか等々を、専門的な知識の基に「査定」するということとなります。

4 ケアマネジメントに関すること

Q 1 : 障がい者（児）のケアマネジメントを進めていくうえで、一番中心となって動くべきなのはどの職種でしょうか

A 1 : 障がい者（児）のケアマネジメントをすすめるうえで大切なことは、特定の職種（人）が背負いこむ支援ではなく、利用者の様々なニーズに対応する多職種から構成されるチームによる支援です。まずは、利用者に関わる支援者が連携を図ることからはじめてみましょう。支援者が連携を図る手法の一つがケア会議になります。ケア会議においては、参加者間で利用者の課題解決の方向性が共有化され、支援の中心となる職種（人）が明らかになります。実際の支援においては、支援の中心となる職種（人）を支援者同士がサポートし、利用者への支援を連携しながらすすめていきましょう。

Q 2 : ケアマネジメントを進めるにあたって、相談支援専門員（ケアマネージャー）が様々なサービスを仲介することで事足りるのではないのでしょうか。

A 2 : ケアマネジメントには様々なモデルがあり、利用者の状態やニーズに合わせて用いる必要があります。

仲介型（標準型）は、相談支援専門員（ケアマネージャー）がケアマネジメントの基本機能のみを行い、複数のサービスを調整するものです。しかしながら、複数のサービス提供に際し、相談支援専門員（ケアマネージャー）が一人で行うことが多いことから情報や支援の偏りなどが生じる場合もあります。

ケアマネジメントの対象となる障がい者は、「複数のサービスを総合的かつ長期的に利用する方々」となり、仲介型の援助機能だけでは不十分な場合があります。

その際のケアマネジメントのモデルとして、利用者の長所や持っている力を伸ばす支援を行う「長所（ストレングス）モデル」「リハビリテーションモデル」などがあります。利用者の抱える課題に対して、地域の様々な職種から構成されるチーム（多職種チーム）による支援を行うものです。これらのモデルは、利用者支援に際して、効果的であることが、国内外の研究や実践において明らかになっています。

Q 3 : モニタリングにおいて、本人以外の家族の満足度はどのように判断していけばよいのでしょうか？

A 3 : 本人の希望するくらしの実現には、本人のみならず、ご家族にとっても支援内容を満足していただけるケア計画が望まれます。

できれば、ケア会議開催時、ご家族にも「支援者」や「協力者」として参加いただき、可能な範囲での役割を担っていただけるとよいでしょう。その場合、個別支援計画書に家族の役割を明記し、モニタリングの際に、ご家族の労をねぎらいましょう。

Q 4 : 生活満足度スケール（にこにこマーク）が判断できないほど、利用者本人の障がい
が重い場合はどのようにすればよいのでしょうか？

A 4 : 「生活満足度スケール」での評価を得ることが困難な方の場合、記載要領にもある
とおり、家族や身近な方で、本人の代弁者となる方から評価してもらうこととなりま
す。

また、支援者は。日頃の本人の変化や様子などから、例えば、「日中機嫌よく過ごし
ていた」等、ケア会議等において、話し合って評価することもよいでしょう。ケア会
議で話し合うことにより、支援者側の主観的な判断ではなく、客観的な判断にするこ
とが可能です。

5 支援者の対応に関すること

Q 1 : 普段は活発な方でも、職員が話しかけると寡黙になる方、理解する能力が低い方や重度の障がいを抱える場合、願い等を聞くことが難しいと思います。

A 1 : 普段は活発で話好きな方であっても、会議や面接など「改まった場面」になると、緊張のあまり、うまく自分の思いや希望を伝えられない方も多と思います。

作業の休憩時間など普段の生活場面において、本人の興味のある会話から少しずつ本人の思いや希望を聞いてみるなど、本人が安心して語る機会を設けることが必要です。

また、重度の障がいを抱える方の場合、「機嫌よく過ごしていた」などの支援者からの評価も大切なことです。

Q 2 : 本人が、ことばや表現することが苦手な場合、どのように聞き取りを行うのでしょうか？

A 2 : 確かに、ことばや表現が苦手だったりする方はいらっしゃると思います。

まずは、本人の発する言葉、行動や表現を大切に受けとめることから始めてみましょう。本人の願いや希望を確認・検証する作業を繰り返すことにより、支援者が「チーム」として、「本人の希望や願いはなんだろう」と一緒に考えることが大切です。

Q 3 : 「どうせできない」などマイナス思考の方に対しては、どのように対応したらよいのでしょうか？

A 3 : 「どうせできない」ということを利用者が発言した場合、「なぜできない」のかと原因を探る必要はありません。利用者自身が、どのような生活をしたいのか、そのために、取り組んでみたいことがあるのか、支援者が一緒に考えることから始めてみましょう。

その際、支援者は、利用者自身の「今、できていること」や「持っている力」に着目します。まずは、「できていること」から取り組んでもらい、利用者の「よい変化」を見逃さず、ねぎらいながら支援していきましょう。

また、支援者が、いつも前向きで肯定的な姿勢で対応することも大切です。支援者の前向きな姿勢を見ることにより、利用者自身も「頑張ってみよう」という姿勢につながることでしょう。

Q 4 : 親や家族の意見ではなく、利用者の意見を引き出すコツはありますか。

A 4 : 支援する側の姿勢で大切なことは、まずは、利用者自身の願いや希望に耳を傾けることです。

しかしながら、親や家族の立場からすれば、「親も高齢になり今後のことを考えると、施設で見てもらっていたほうが本人には幸せだ」など、利用者の希望とは異なる意見を持つ方も少なくはありません。

「ご家族の方はあなたのことを様々心配されているようだが、あなた自身はこれからどうしたいのか」というように、親や家族の思いや意見は大切にしつつ、利用者本人の「希望」や「願い」に寄り添った支援を行うことが必要でしょう。

Q 5 : 本人が今の生活に満足しているが、家族や支援者が本人の行動や対応に困っている場合は、どのような支援すればよいのでしょうか。

A 5 : 日頃の支援において、利用者の行動や言動に対して、「困る」ことも少なくはないと思います。支援する側が、困った時には「困った」と言えてこそ、互いに良好な関係が保てるのです。そのためには、自分の気持ちを相手に伝えて、かつ必要以上に傷つけないための話しかけの工夫が必要とされます。

工夫の一つ目は、「私は～と感じている」と、気持ちを表現してみましょう。

例えば、「おしゃべりばかりで、作業が進まないよ！」という代わりに、「あなたのおしゃべりを聞いていると、なぜか私はイライラしてしまうのです。」としてみるのです。言われた側も、「私がおしゃべりしていることで、周りがイライラすることもあるのか」と考える機会となるかもしれません。

次の工夫として、「～してはいけません、ダメ」という代わりに、「～ができれば、いいよね」と表現することです。

例えば、「パチンコ通いを減らしてよ！」ではなく、「パチンコに行く回数を減らしてもらえば、私も嬉しいのだけど」と伝えてみましょう。つまり、「～になったらよい、嬉しい、助かる」など、相手に期待することを表現してみるのです。

「話しかけ」の工夫だけでは、すぐに人の行動は変わらないかもしれません。しかしながら、支援者が「話しかけ」の工夫を意識して行い、積み重ねていくことが、利用者との良好な関係を築くための取り組みの一つとなります。

《「私の希望する暮らし」を用いた事業者の声》

「お金を稼いで家を建てたい」。その言葉や表現がどうして出てくるんだろう。支援者が、「無理」「突拍子もない」などと受け止めてこなかったのではないのか。そのような気持ちを抱えながら過ごす毎日でした。

そんな時、「私の希望する暮らし」の作成に関わることができました。「私」が主語。支援者ではなく、「私」のための計画。これでよかったのですね。「変わっていく自分」を感じることができ、胸につかえていたものがすっきりと落ちた気がしました。

こんなことがありました。「私の希望する暮らし」を使って希望などを聞きました。「やりたいことはあるけど、踏み出せなくて…」と言っていた方でした。しばらくしてお会いしたとき「車の運転を始めました」と話されました。踏み出せないことの一つだったのです。そして、「希望を話せたこと、聞いてくれたことかな」と心境の変化を話されました。希望を話すこと、それを受け止める人がいるだけでも変化があるんだと実感できました。はじめての一步って大切なのですね。

「私の希望する暮らし」はまだまだ発展途上にあると思います。しかし、基本はこれでいいと思っています。みんなで使いながら改良したり付け足したりして、もっといいものにしていきたいと思っています。

[ひばり障害者支援センター 村田 幸雄]

資 料 編

(吹き出しについては、記載要領のページ数を示すものである)

相談受付票

受付日	平成 年 月 日	受付者	所属
相談方法	来所・電話・訪問・入所・入院・その他 ()		氏名
相談者	本人・家族(続柄)・その他 ()	相談時間 () 分	

1 基本情報

p 126

ふりがな		性別	男・女	生年月日	(大正・昭和・平成)
相談者氏名				年 月 日	() 歳
住所	〒 —			電話	— —
相談者連絡先 ※本人以外の場合	〒 — 氏名 () 本人との関係 ()			電話	— —

2 相談内容

p 126

3 障がいに関する状況

p 127

障がいまたは疾患	
障がい種別	等級および程度区分
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6 申請中又は申請予定
2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他()
3) 療育手帳の種類	A・B 申請中又は申請予定
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級 申請中又は申請予定
5) 障害基礎年金等級	1級・2級 申請中又は申請予定
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級 申請中又は申請予定
7) 生活保護の受給	あり(他人介護料有り)・あり(他人介護料無し)・なし
8) 特記事項(手帳情報以外の障がい特性等)	

p 127

4 家族の状況 (主たる介護者に○印)

氏名	続柄	生年月日(年齢)	世帯	備考(職業等)	家族関係図 (□=男, ○=女)
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		

p 127

5 介護者の状況

介護者の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 介護者一人のみ <input type="checkbox"/> 代替・協力者あり()
介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 普通に生活 <input type="checkbox"/> 病気がち()
特記事項	

p 127

6 保健福祉サービス等の利用について

利用を希望するサービス等					
介護保険法	要介護認定 <input type="checkbox"/> なし(自立) <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 要支援()・ <input type="checkbox"/> 要介護() 認定日 年 月 日 要介護認定申請 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 申請中(申請時期:)				
障害者自立支援法	障害認定 <input type="checkbox"/> なし(非該当) <input type="checkbox"/> あり ⇒ 障害程度区分() 認定日 年 月 日				
保健福祉サービス	利用サービス名	提供機関	支援内容	利用頻度	制度
					介・自立
					介・自立
インフォーマルサポート	インフォーマルサポート名	提供機関・関係	支援の内容・役割	特記事項・連絡先等	

10 日中活動関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

主に活動している場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 (p 127)			
1 日 の 生 活 の 様 子	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px dotted black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 起床 (平日) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> 就寝 </div> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 起床 (休日等) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> 就寝 </div> </td> </tr> </table>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 起床 (平日) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> 就寝 </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 起床 (休日等) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> 就寝 </div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 起床 (平日) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> 就寝 </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 起床 (休日等) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> 就寝 </div>		

11 居住関連について

p 127

住居状況	<input type="checkbox"/> 自宅(単身) <input type="checkbox"/> 自宅(家族等と同居) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション・アパート <input type="checkbox"/> その他 ()		
生活	本人の部屋	<input type="checkbox"/> 専用 <input type="checkbox"/> 兼用	備考(間取り等)
	寝具	<input type="checkbox"/> ベッド(普通・ギャッジ・電動) <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	浴室	段差(有・無) / 手すり(有・無)	
	トイレ	段差(有・無) / 手すり(有・無)	
	玄関	段差(有・無) / 手すり(有・無)	
特記事項			

12 その他参考となる事項

p 127

p 127

<input type="checkbox"/> 終 結	<input type="checkbox"/> 助言・情報提供	<input type="checkbox"/> 他機関紹介	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 支援継続	<input type="checkbox"/> 家庭訪問 ⇒担当者氏名() <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> その他			
供・決			

(フェイスシート)

私の希望する暮らし

p 128

(サブタイトル)

平成 年 月 日

お名前 様

私のことを応援してくれる人

p 129

p 129

病院・施設担当者等	職	氏名	主治医	
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> その他（職名)	氏名
地域移行推進員	所属	氏名		
市町村担当者	課名	職	氏名	
そのほかの人				

p 129

p 131

p 132

【私の願いや今の暮らし】

p 132

p 132

くらしのこと	願いや希望など	今の暮らし	私のいいところや得意なこと
好きなことや楽しみ			
人づきあいのこと			
住むところ			
いつもの暮らし			
身の回りのこと			
からだやこころのこと			
もしものときのこと			
そのほか			

(仮のケアプラン)

【私の暮らし応援プラン】

担当する人：(所属) (職) (氏名)

担当する人とお話した日： 平成 年 月 日 ()

p 135

1 私の願い、希望、夢など～私の希望する暮らし

Empty text box for writing wishes and dreams.

p 135

2 願いをかなえるためにやってみたいこと

Empty text box for writing things to try to fulfill wishes.

3 願いをかなえるために、まず、やってみること

やってみること	応援してくれる人・ところ	回数	行う期間	私が行うこと	応援する人が行うこと
p 135	p 136	p 136	p 136	p 136	p 136

4 願いをかなえるために気をつけてほしいこと、気を配ってほしいこと

p 137

5 私の暮らし応援プランの話し合い

私の暮らし応援プランの話し合いに参加してほしい人たち

(所属、職名、氏名を記載)

p 137

p 137

p 137

話し合いの日時

平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分

場所

p 138

◎「私の暮らし応援プランの作成」と「私の暮らし応援プランの話し合い」を希望します。

また、話し合いでは、印をつけたところについて、参加した人たちに伝えてかまいません。

このプランのこと 相談票のこと そのほかのこと

p 138

p 134

平成 年 月 日

サイン

代理人 代筆人

サイン

(私との関係)

(私がサインできない理由)

【私の暮らし応援プランの話し合い】

1 話し合いの日時・集まった人たち

p 140

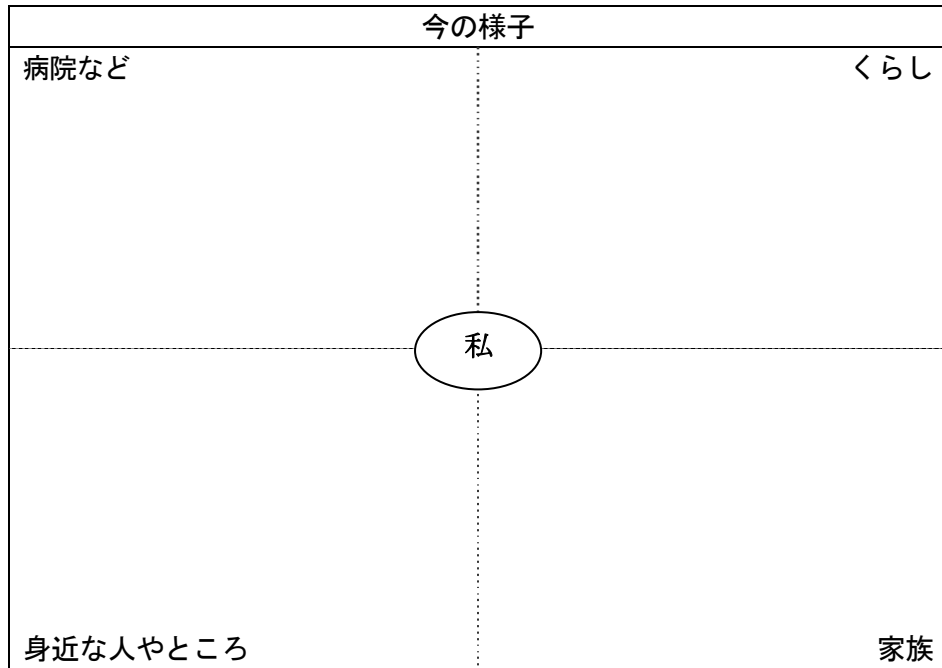
p 140

日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	場所
----	------------------------	----

集まった人たち (所属、職、氏名を記載)	私が参加できなかった理由 (参加できなかった場合に記入)	参加できなかった人・理由
p 140	p 140	p 140

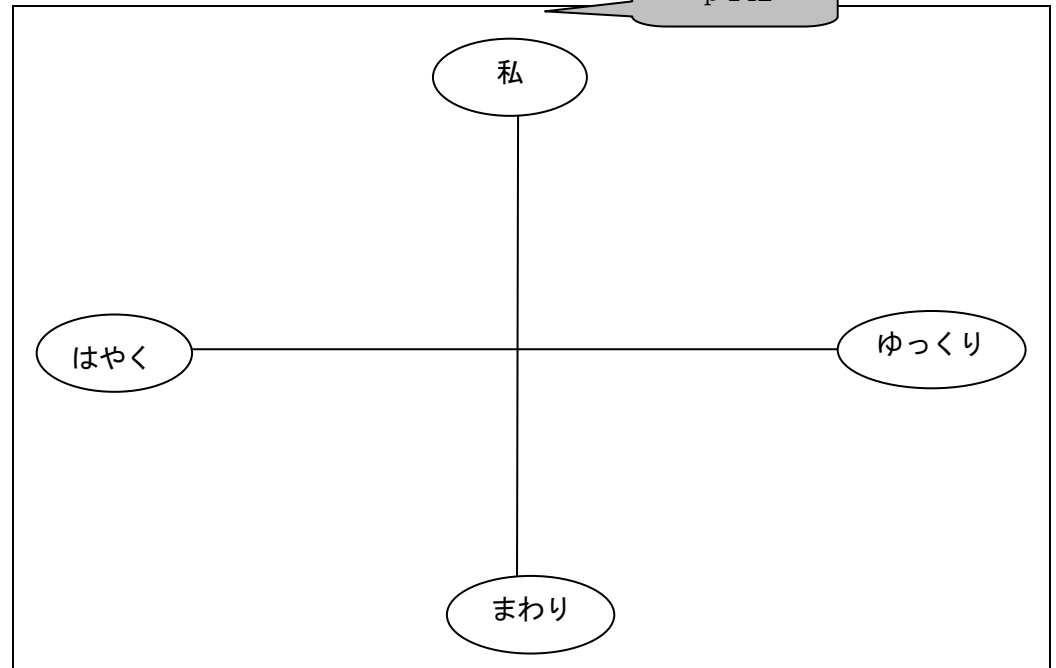
2 私を応援する人

p 141



3 私の暮らしをどのように変えていくか

p 142



4 私の暮らし応援プランにつけ足したいこと、変えてほしいこと、直してほしいことなど

項 目	つけ足したいこと、変えてほしいこと、直してほしいことなど
<p>p 144</p>	

5 そのほかのこと

p 144

6 次の話し合い日時

p 144

日 時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	場 所	

「私の暮らし応援プランの話し合い」は、書いてあるとおりにおこなわれました。

p 144 平成 年 月 日 サイン

p 144 代理人 代筆人 サイン (私との関係)
(私がサインできない理由)

◎ 「私の暮らし応援プラン」をつくるために、私のことについて知っている人から聞いたり調べたりしてかまいません

- p 145
- 調べる人 () 相手の人 () 調べること ()
 - 調べる人 () 相手の人 () 調べること ()

(本人提出用)

【私の暮らし応援プラン】

〔(サブタイトル) 〕

平成 年 月 日 サイン

代理人 代筆人 サイン (私との関係)
(私がサインできない理由)

説明者：(所属) (職) (氏名)

p 147

1 担当する人

作成年月日	平成 年 月 日	作成者	(所属)	(職)	(氏名)
-------	----------	-----	------	-----	------

2 私の願い、希望、夢など～私の希望する暮らし

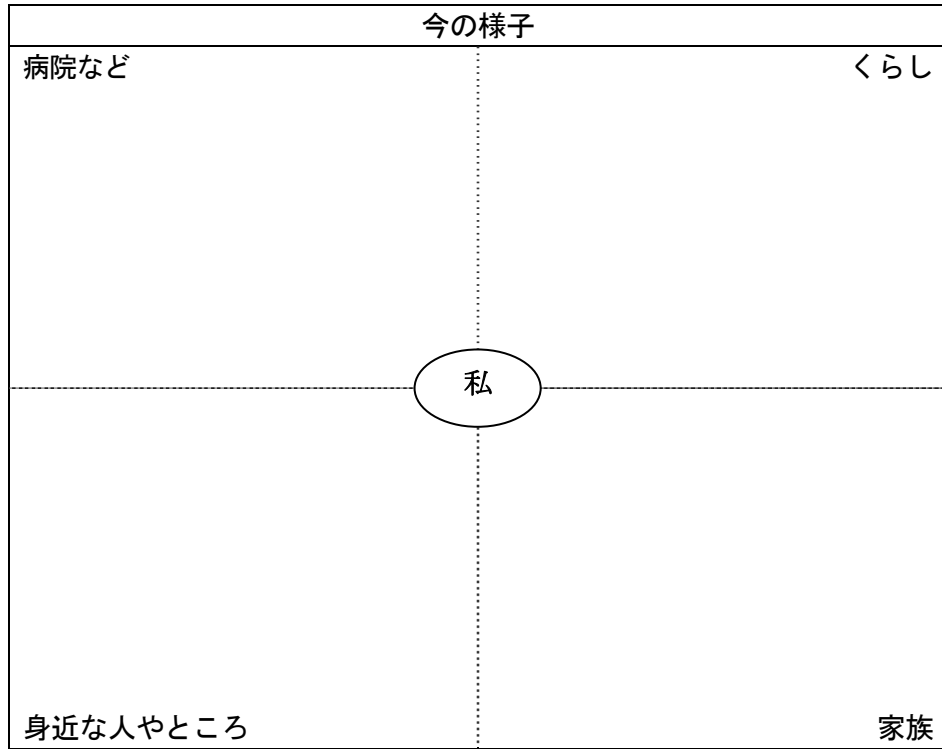
p 147

3 願いをかなえるためにやってみたいこと

p 147

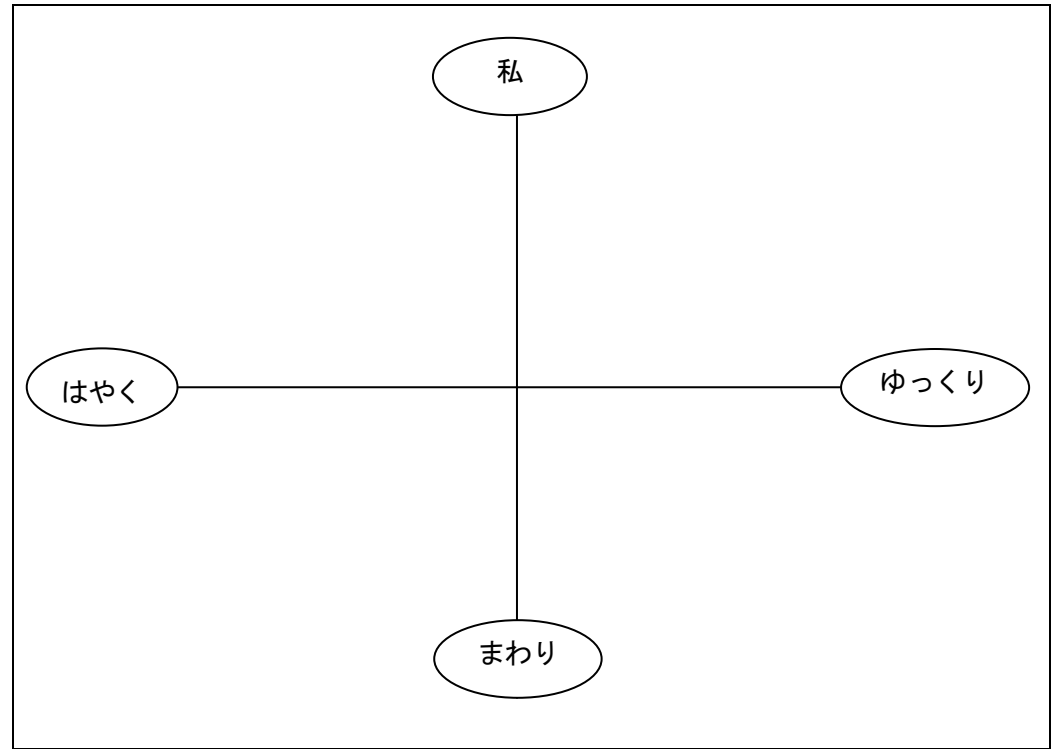
4 私を応援する人

p 147



5 私の暮らしをどのように変えていくか

p 147



6 願いをかなえるために気をつけてほしいこと、気を配ってほしいこと

p 147

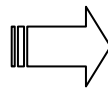
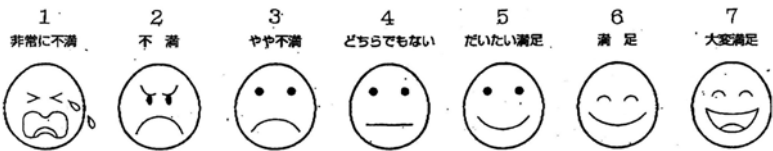
Blank rectangular box for writing.

7 とりくみの様子

やってみること	月	月	月	ふりかえり	これから	
p 147	p 147		p 147	やってみたこと	(わたし) (まわり)	続けてみる 変えてみる つけ足す ひと休み クリア!
				やってみて どうでしたか?	1 非常に不満 2 不満 3 やや不満 4 どちらでもない 5 だいたい満足 6 満足 7 大変満足 	
			p 148	やってみたこと	(わたし) (まわり)	続けてみる 変えてみる つけ足す ひと休み クリア!
				やってみて どうでしたか?	1 非常に不満 2 不満 3 やや不満 4 どちらでもない 5 だいたい満足 6 満足 7 大変満足 	
				やってみたこと	(わたし) (まわり)	続けてみる 変えてみる つけ足す ひと休み クリア!
				やってみて どうでしたか?	1 非常に不満 2 不満 3 やや不満 4 どちらでもない 5 だいたい満足 6 満足 7 大変満足 	
				やってみたこと	(わたし) (まわり)	続けてみる 変えてみる つけ足す ひと休み クリア!
				やってみて どうでしたか?	1 非常に不満 2 不満 3 やや不満 4 どちらでもない 5 だいたい満足 6 満足 7 大変満足 	

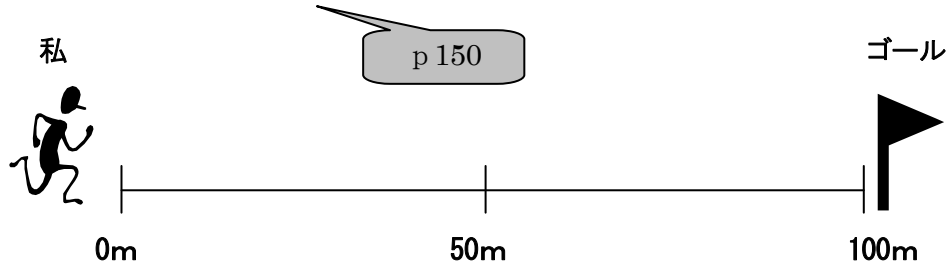
8 今の気分はどんな感じ?

p 149



(そのわけは?)

9 夢にどこまで近づいたかな



10 あったらしいな

p 150

11 応援する人から一言

p 150

- (応援する人の名前) 「一言」
- (応援する人の名前) 「一言」
- (応援する人の名前) 「一言」

12 そのほかのこと

p 150

引用文献

- 1) 成清美治編著. 現代社会福祉用語の基礎知識. 東京：学文社, 2007 ; 26.
- 2) 杉本敏夫編著. ケアマネジメント用語辞典. 東京：ミネルヴァ書房, 2005 ; 275-276.
- 3) 高橋清久, 大島巖. ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方 (改訂新版). 東京：精神障害者社会復帰促進センター, 2001 ; 7.
- 4) 野中猛, 高室成幸, 上原久. ケア会議の技術. 東京：中央法規出版, 2007 ; 98.
- 5) 野中猛, 高室成幸, 上原久. 前掲 ; 103.
- 6) 野中猛, 高室成幸, 上原久. 前掲 ; 232.
- 7) 角谷慶子. 精神障害者におけるQOL測定の試み：生活満足度スケールの開発. 京都府立医科大学雑誌 1995 ; 104 : 1413-1424.
- 8) 平成 18 年 12 月 6 日障発 1206001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知：「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業等の人員、設備及び運営に関する基準」及び「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業等の人員、設備及び運営に関する基準」
- 9) 新村出編著. 広辞苑第 6 版. 東京：岩波書店, 2008 ; 2118.
- 10) 竹内孝仁. ケアマネジメント. 東京：医歯薬出版社, 1996 ; 21.
- 11) 堀公俊. 今すぐできる！ファシリテーション. 東京：PHP 研究所, 2006 ; 54.

構成員及び研究協力者

1 個別支援計画作成に係るワーキンググループ構成員

(◎印 委員長、○印 副委員長)

所 属	職 名	氏 名
のびやか丸	相談支援専門員	高橋 美香子
指定障害者相談支援事業所あけぼの	相談支援専門員	高橋 真紀子
ワークステーション湯田・沢内	主 任	高橋 哲也
愛護会障害者相談支援センター	相談支援専門員	佐々木 利昌
黄金荘	課 長	○小笠原 隆
地域活動支援センター星雲	相談支援専門員	吉田 展泰
大松学園	相談支援専門員	藤原 伸哉
ウィリー	サービス管理責任者	沢田 勝
ひばり障害者支援センター	相談支援専門員	◎村田 幸雄
地域生活支援センター久慈	相談支援専門員	元木澤 英典
地域生活支援センターカシオペア	所 長	佐藤 慶之
岩手県保健福祉部障がい保健福祉課	主 任	工藤 一恵

2 研究協力者

所属	氏名
東北福祉大学総合福祉学部 教授	西尾 雅明
東北福祉大学健康科学部 講師	安保 寛明
日本福祉大学大学院博士課程	上原 久

平成 20 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業補助金
(障害者自立支援調査研究プロジェクト事業) を活用し作成されたものです。

地域移行推進における個別支援計画書(私の希望する暮らし)の
妥当性の検証ならびに個別支援計画書策定手法に関する研修

平成 21 (200) 年 3 月発行

発行：岩手県保健福祉部障がい保健福祉課

〒020-8570 盛岡市内丸 10-1

電話 019-629-5450

ファックス 019-629-5454

E-mail : AD0006@pref.iwate.jp
