

# 計画例・演習

# 計画策定（演習）

## 演習のポイント

### <オリエンテーション>（スライド1）

---

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

（ねらい）演習の目的を明確にする。

### <演習Ⅰ：事例の掘り下げ>（スライド2）

---

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

（ねらい）

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

### <演習Ⅱ：利用計画、週間計画表作成>（スライド3）

---

グループでの事例検討を基に、利用計画書、週間計画表を作成しましょう。

（ねらい）

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

### <演習Ⅲ：模擬担当者会議>（スライド4）

---

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

（ねらい）

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

### <演習Ⅳ：発表・グループごとに作成した利用計画を発表>（スライド5）

---

（利用計画書および週間スケジュール）

各グループ発表を聞いて、全体で意見交換、スーパーバイザーからの講評

（ねらい）

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

## オリエンテーション

- スケジュール確認
- 演習のねらい再確認



スライド 1

## 演習I: 事例の掘り下げ

<進行>

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

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

スライド 2

## 演習 II・VI: 利用計画、 週間計画表作成

<進行>

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

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

スライド 3

## 演習 III・VII: 模擬担当者会議



<進行>

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

※各々の立場になりきって会議に参加しましょう。

スライド 4

## 演習 IV・VIII: 発表 ・グループで作成 した利用計画を発表

(利用計画書および週間計画表)

- 各グループ発表、全体で意見交換
- スーパーバイザーからの講評

※事例検討から見てきた  
地域課題などについても考える。



スライド 5

### <演習Ⅴ：プラン再検討>（スライド6・スライド7）

---

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

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

（ねらい）

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

---

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

---

### <演習Ⅷ：スーパーバイザーによるパネルディスカッション>（スライド8）

---

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

（ねらい）

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

### <研修を振り返って>（スライド9）

---

（ねらい）

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



## 演習Ⅴ：事例検討(プラン再検討) 同一ケース・成長後

- ・在宅移行を検討してきたAちゃんのケース。  
本人および家族の希望する生活が送れていたが、本人および家族の状態像変化、ライフステージの変化に伴い、プランの再検討が必要になった。

在宅移行時：病院MSWのコーディネーターあり



今回検討プラン：相談支援専門員が主になる



スライド6

## 演習Ⅴ：事例検討(プラン再検討) 同一ケース・成長後

<進行>

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

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



スライド7

## 演習Ⅵ：スーパーバイザーによる パネルディスカッション

(内容)

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



スライド8

## 研修を振り返って

(内容)

前半の講義および後半の演習を振り返り、

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



スライド9

## 演習（計画策定）に向けて

---

3日目、4日目は事例に基づいた演習となります（スライド1・スライド2）。

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

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

### <演習のねらい>（獲得目標）

---

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

### <演習内容>

---

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

### <演習にあたっての事前準備>

---

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

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

### <事前課題>

---

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

### <重症心身障害児者等のサービス等利用計画作成のポイント>

---

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

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

## <スケジュール>

3日目	
9:30 ~ 9:45	オリエンテーション ・スケジュール確認 ・演習のねらい確認
9:45 ~ 12:00	演習Ⅰ：事例の掘り下げ ・グループごとに演習(自己紹介・事前課題発表など) 演習Ⅱ：計画作成 ・サービス等利用計画、週間計画表作成
12:00 ~ 13:00	昼 食
13:00 ~ 14:30	演習Ⅱ 続き ・サービス等利用計画、週間計画表作成
14:30 ~ 15:30	演習Ⅲ：模擬担当者会議および利用計画再検討
15:30 ~ 16:30	演習Ⅳ：発表 ・グループごとに作成した計画発表およびスーパーバイザーから講評 ・全体で意見交換(事例検討から見えてきた地域課題等)
16:45 ~	・事務連絡 ・4日目の確認等

スライド 1

## <スケジュール>

4日目	
9:30 ~ 9:45	オリエンテーション ・スケジュール確認 ・昨日の振り返り
9:45 ~ 11:45	演習Ⅴ：事例の検討(プラン再検討) → 同一ケース成長後 ・グループごとに演習 演習Ⅵ：計画作成 ・サービス等利用計画、週間計画表作成
11:45 ~ 12:45	昼 食
12:45 ~ 13:45	演習Ⅵ 続き ・サービス等利用計画、週間計画表作成(現状に即したプランに変更)
13:45 ~ 14:45	演習Ⅶ：模擬担当者会議およびプラン再検討
14:45 ~ 16:00	演習Ⅷ：発表 ・グループごとに作成した計画発表およびスーパーバイザーから講評 ・全体で意見交換(事例検討から見えてきた地域課題等)
16:00 ~ 16:30	演習Ⅸ：スーパーバイザーによるパネルディスカッション
16:30 ~	研修のまとめ

スライド 2

## 演習のねらい(獲得目標)

- ・重症心身障害児者等に関する総論および各論の講義から得た知識を基に
  - ・本人、家族の意向を汲み取った相談支援、利用計画を理解するとともに、利用計画書を作成できる力をつける。
  - ・地域における関係機関等との連携や支援体制の構築について理解するとともに、その力をつける。

スライド 3

## <演習内容>

- 事例検討
  - ・事前課題で作成してきた利用計画を基に、グループワークを通して、
    - ・更なる事例の掘り下げ、グループとしての利用計画作成
    - ・模擬担当者会議
    - ・スーパーバイザーなどによるパネルディスカッション
    - ・地域課題の把握、検討

スライド 4

## 演習にあたっての事前準備

### ○事前課題

- ・事例の読み込み、現在の情報を基に、病院から在宅移行する際の利用計画を考える(在宅移行期)。
- ・今回の演習では、国が例示した「サービス等利用計画・障害児支援利用計画」書式を使用。

スライド 5

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(例)							
利用者の氏名(仮称)	施設名称	相談支援事業者	相談支援事業者	相談支援事業者	相談支援事業者	相談支援事業者	
連絡先電話番号	所在地(住所)	連絡先電話番号	連絡先電話番号	連絡先電話番号	連絡先電話番号	連絡先電話番号	
計画作成日	計画期間(開始・終了)	計画作成者	計画作成者	計画作成者	計画作成者	計画作成者	
利用者の現在の状況(生活状況、課題等)	利用者の希望(生活状況、課題等)	利用者の希望(生活状況、課題等)	利用者の希望(生活状況、課題等)	利用者の希望(生活状況、課題等)	利用者の希望(生活状況、課題等)	利用者の希望(生活状況、課題等)	
利用者の現在の状況(生活状況、課題等)	利用者の希望(生活状況、課題等)	利用者の希望(生活状況、課題等)	利用者の希望(生活状況、課題等)	利用者の希望(生活状況、課題等)	利用者の希望(生活状況、課題等)	利用者の希望(生活状況、課題等)	
優先順位	サービス等利用計画(本人の意向)	支援内容	達成時期	関係サービス等(相談・内容・量・頻度・時間)	課題解決のための本人の意向	評価時期	その他記載事項
1							
2							
3							
4							
5							
6							

スライド 6

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

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

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

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

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

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

#### <スライド出典>

スライド6・7 （出典：厚生労働省）

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

サービス等利用計画書(計画期間:2023年10月1日～2024年3月31日)										
利用者の氏名(計画対象)	計画期間	計画開始日	計画終了日	計画実施場所	計画実施担当者	計画実施内容	計画実施回数	計画実施日時	計画実施結果	計画実施担当者
利用者の氏名(計画対象)										
計画期間										
計画開始日										
計画終了日										
計画実施場所										
計画実施担当者										
計画実施内容										
計画実施回数										
計画実施日時										
計画実施結果										
計画実施担当者										

スライド7

事前課題		NO 1
名前・性別・年齢	Aちゃん 女性 1歳	
障がいおよび疾患名	先天性筋性虚性ジストロフィー	
概要	B病院で生後36週、2,000gで出生。重症気管支炎と筋力低下あり。筋力形成、慢性呼吸不全で気管切開・人工呼吸器管理となった。さらに、経口のみでは十分な栄養摂取が難しく、胃瘻も施設した。入院での生活も1年以上になり、医療的なケアは必要であるが、本人の欲求も高まってきているため、父母ともに家族生活での生活したいと考えている。その一方で、母も妊娠とともに妊娠した状態であり、家庭での生活に不安を感じている。また、父は職力的であるが、仕事の繁忙期があるため、医療および福祉サービスなどを利用し、安心して在宅生活を送ることができるようになりたいと考えている。現在はB病院に入院中であるが、外出訓練をしながら在宅移行を検討している。	
Aちゃんの状況	<p>①身体状況など</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・定常あり、半寝り可、ADL全介助。</li> <li>・身長:88cm/体重:7.0kg</li> <li>・人工呼吸器管理、気管切開(喉頭気管分岐)、吸引(数回/日)、吸入(2回/日)、パルスオキシメーターでのモニタリング</li> <li>・胃瘻(昼間摂取量約100ml、1回10ml、時間差あり、9時、13時、20時)、12時の注入(ペースト食+白湯150ml)</li> <li>・自発呼吸あり、短時間なら離乳が可能。</li> <li>・座位は見られるものの、内服薬にてコントロールできている。</li> <li>・基本的な栄養摂取は注入(胃瘻)。経口からは母乳と離乳。</li> </ul> <p>②服薬状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・抗生剤(フェノキシムグリン)→6時、15時服用</li> <li>・去痛剤(ムコダイン)→6時、13時、19時服用</li> </ul> <p>③生活リズム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・睡眠時間はまだ定まっていないが、概ね21:00就寝。その他、午前・午後とも1時間程度午睡あり。</li> </ul> <p>④コミュニケーション</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・言語でのコミュニケーション不可。主に表情にて判断(特に笑顔、不快は泣く)。</li> <li>・母の声かけや父が抱くと表情が和み、嬉しそうに見える。</li> </ul>	

スライド8

事前課題		NO 2
Aちゃんの状況	<p>⑤手指取得など</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害者手帳取得済(1種)1歳。障害福祉サービス受給者証については、これから取得予定。</li> <li>・吸引器、吸入器など日常生活用具は準備済。車いす(呼吸器、吸引器搭載)B病院で作成済。</li> </ul> <p>⑥医療機関関係情報</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・B病院 小児科入院中。退院後は、検査などでの開かり。</li> <li>・在宅療養支援診療所。退院後、主治医としての開かり。月2回訪問診療及び体調不良時診療予定。(在宅人工呼吸器管理科等)</li> </ul>	
家族構成	<p>おまの状況</p> <p>父:自営業(自宅で税理士事務所)。9:00~17:00までは仕事であるが、時間的な融通は利く。仕事の繁忙期は1月から3月。本児のことをとても可愛がっている。</p> <p>母:専業主婦;出産とともに本児と同じ疾患を発症したが、自分自身のADLは自立。事務所の電話対応、パソコンでの書類作成は可能。本児を介する際の移動、入浴等の介助、外出(通院、散歩等)は難しい。性格は穏やか。他者が家に入ってくることを(サービス提供)に対する抵抗感はない。現在、身体障害者手帳申請中。</p>	
協力体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・父の家が同区内であるため、祖父が主に日常の買い物等の家事援助。父が出張や仕事で遅くなる場合などの援助は可能。</li> <li>・母の家は北海道であるため、祖父の協力は難しい。</li> <li>・その他、近隣に親族がおらず。近所付き合いもほとんどなし。</li> </ul>	
住環境など	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新築住宅であり、若い世代を中心にこの地に移り住んできた人が多く、住民同士の繋がりはあまりない。</li> <li>・戸建て(2階建て)。1階部分が事務所。住宅設備などはまだ付いていない。</li> <li>・車所有。運転は父のみ。母は運転免許を持っていない。</li> </ul>	

スライド9

### 重症心身障害児者等のサービス等利用計画作成のポイント

<基本事項>

- ①疾患や障害特性など正しい知識を持ち、理解して作成をする。
- ②重症心身障害児者等であっても、本人自身の意向を汲み取るように努め、エンパワメントの視点を持ち、作成する。
- ③支援機関各々が役割を明確に把握することができ、協働して支援を行っていきけるようなものであるように努める。

スライド10

サービス等利用計画									
利用者の氏名(計画対象)	計画期間	計画開始日	計画終了日	計画実施場所	計画実施担当者	計画実施内容	計画実施回数	計画実施日時	計画実施結果
利用者の氏名(計画対象)									
計画期間									
計画開始日									
計画終了日									
計画実施場所									
計画実施担当者									
計画実施内容									
計画実施回数									
計画実施日時									
計画実施結果									
計画実施担当者									

スライド11

サービス等利用計画(計画期間)									
利用者の氏名(計画対象)	計画期間	計画開始日	計画終了日	計画実施場所	計画実施担当者	計画実施内容	計画実施回数	計画実施日時	計画実施結果
利用者の氏名(計画対象)									
計画期間									
計画開始日									
計画終了日									
計画実施場所									
計画実施担当者									
計画実施内容									
計画実施回数									
計画実施日時									
計画実施結果									
計画実施担当者									

スライド12

## <利用計画作成例> ～ 学齢期から成人期への移行ケースの利用計画 ～

---

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

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

このようなケースに対し、考えられる利用計画がスライド2です。

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

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

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

### 申請者の現状 (基本情報)

作成日	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	----------	------------	---------	-------

1. 経歴(支援経過・現状と課題等)

2. 職務にピンポイントで業務を積み重ねる。この際、A病院入院、以降、現在に至るまで密着型に届くまではA病院にて継続フォローして行く。また、長期にわたる入院生活に病院MSWのコーディネートにより、退院後は訪問看護の活用が開始される。併せてその際に密着介護や今後のケアスタイルの活用等も提案がなされたが導入に困難な状況がみられた。その後母の意向により訪問看護によるケアはあったが、現在まで利用はなかった。

3. 在宅生活が落ち着いた3歳時から就学まで、重症児退院後の利用開始。通所先で知り合った母親たちからの情報を基に、4歳時からB療育センターの個別外特別支援プログラム(P7)も開始した(現在まで継続)。

4. 小学校からは数体不自由特別支援学校に入学。保護者は本学の成長発達、日常のやりこなどがあれば、同校支援学校の担任およびコーディネーターの先生に相談をしていた。安定した健康状態を維持し、学校にもコンスタントに通学できていたが、中学部3年生、結核感染症、肺炎等状態の変化に伴い、再入院。その後、休学が決定する。

5. 高等部卒業を期して入学。その後退学する人がいなくなる。また離職による家庭環境の変化、介護力減などもあり、母は不安感を覚え、区のケースワーカーに相談のことと相談。そこで、母、区ケースワーカー、相談支援センター-相談支援専門員、特別支援学校教員、登校利用が予定されている自治会活動の生活介護施設等との連携を図る。今後は相談支援センターが中心となり、新しい生活に導く。再度在宅生活が定着したような支援体制を確立することにした。

  

氏名	〇〇 〇部	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	18歳
住所	〒****-**** 〇〇〇〇****	電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
住居	[特設] グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他	FAX番号			
障害または疾患名	自閉症スペクトラム障害	障害支援区分	区分6	性別	男
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等名記入					
支援施設 ※年齢、職業、主たる介護者等名記入					
生活歴 ※受診受療等含む	<p>〇〇年〇月、3200円で正業卒業。2歳の頃に買物を誤り、低年齢施設となる。その後、親のA病院入院。現在まで通所を継続。その後、小学校で数学で集中通所を利用。また、この間にB療育センターにて、リハビリ(P7)を開始。就学は数体不自由特別支援学校に。中学部3年生になり、状態の変化により、通所先からの卒業退院。高等部に入り、卒業後先述した実習では生活介護事業所で2ヶ所計1週間の経験を実践してきた。</p>				
本人の主治(希望・希望)	<p>〇主治名：特別支援施設、特別支援学校          〇医療機関：A病院          〇医療状況：看護、検診、接遇          〇服薬：上記諸病、疾患に伴う服薬</p>				
本人の主治(希望・希望)	<p>〇主治名：特別支援施設、特別支援学校          〇医療機関：A病院          〇医療状況：看護、検診、接遇          〇服薬：上記諸病、疾患に伴う服薬</p>				

3. 支援の状況

名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
特別支援学校	C特別支援学校	教育対応	個別の教育支援計画に基づいて実施	

スライド1

### サービス等利用計画(案)

利用者氏名	〇〇 〇部	障害支援区分	区分6	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号					
計画作成日	モニタリング期間(開始年月)		毎月(当初3ヶ月) その後3ヶ月毎	利用者同意署名欄	〇〇 〇部 (代理) 〇〇 〇子

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)

- 〇僕は、お母さんが介護で疲れないようにできるだけ周りの人に来てもらう中で、体調を崩さないように健康に気をつけ、日中活動の場とこれまでに楽しんでいた活動も続けていきたい(本人)。
- 〇特別支援学校卒業、母子家庭に

総合的な援助の方針

- 〇新しい生活への適応状況に配慮しつつ、12ヶ月を目途に、夜間、日中、介護疲れの際の支援体制などのスタイル、医療的ケアを含めた支援体制のスタイルを構築する。

長期目標

- 〇夜間、日中の生活スタイルの医療面を含めた安定を最優先しつつ、半年程度を目途に、定期的なナイトケアのサービスで家族から離れた支援も受けることができるようになる。

短期目標

- 〇3ヶ月程度を目途に、新たなサービス利用、日中社会参加の場に出かけていける生活スタイルを安定して継続できるようにする。

  

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1	〇仲間とともに楽しい時間を過ごすとともに、自分に合った活動をしていきたい。	〇仲間と一緒に活動できる日中活動の場に通えるようにする。	3ヶ月	〇生活介護事業所への通所 →月曜日～金曜日まで週5日	〇生活介護事業所 サービス提供責任者：〇〇	〇生活介護事業所の返迎車に乗り、日中は事業の日報に沿って活動する。	1ヶ月	〇生活介護事業所の看護師は、母親および訪問看護ステーションの看護師と常時情報を共有し、必要に応じて医療連携会議に参加する。 ※生活介護の支援メニューの中でスヌーズンや音楽(音楽療法)の体験ができるようなプログラムを検討し、本人の個別支援計画にして頂く。
2	〇お母さんと一緒に食の入浴を手伝って欲しい。	〇母親の介護負担軽減も含め、本人が安心して入浴できるように支援する。	3ヶ月	〇身体介護：月20時間(1回あたり1.0時間) →週4回(火・木・土・日)	〇居宅介護事業所 サービス提供責任者：〇〇	〇母親と支援者の介護を受けながら不安にならずに入浴する。	1ヶ月	〇担当ヘルパーは当日の日中活動の状況、特に体調面など生活介護事業所から引き継ぎを必ず経たすで(連絡帳等による) 支援にあたる。
3	〇体調を悪くしないで暮らしていきたい。	〇医療的ケアへの対応を含め、本人の体調に支障(特に肺炎)をきたさないように、定期的な医療支援が行えるようにする。	3ヶ月	〇訪問看護(週1回、生活介護事業所から戻った方)	〇F訪問看護ステーション 〇管理者：〇〇 〇担当者	〇訪問看護士さんに不安にならずに体調を見てもらう。	1ヶ月	〇生活リズム、温度変化、季節の変わり目等、本人の体調を関係機関で常に情報共有し、必要に応じて医療連携会議を開催する。
4	〇お母さんが僕の介護疲れにならないように、僕、家族から離れて支援を受ける経験をしてほしい。	〇家族から離れてナイトケアでえられる体制を整えられるようにする。	3ヶ月	〇母親、区ケースワーカー、相談支援専門員、医療福祉局入所施設のMSWと早期入所に向けた支援会議開催。			1ヶ月	〇本児の生活スタイルと体調に配慮しつつ、短期入所の実施に当たっては慎重を来たしたうえで実施する。
5								
6								

スライド2