

「私の希望する暮らし」（個別支援計画書）  
記載要領

平成20年3月

岩手県保健福祉部障害保健福祉課

## 目次

- I 「私の希望する暮らし」とは (p 1)
- II ケアマネジメントとは (p 3)
- III 相談受付票 (p 5)
- IV 私の希望する暮らし [Aシート] (p 7)
- V 私の願いや今の暮らし [Bシート] (p 9)
- VI 私の暮らし応援プラン [Cシート] (p 12)
- VII 私の暮らし応援プランの話し合い [Dシート] (p 17)
- VIII 私の暮らし応援プラン [Eシート] (p 22)
- IX 「私の希望する暮らし」作成に係るQ&A (p 27)

### 資料編

- 資料1 (様式) 相談受付票 (p 32)
- 資料2 (様式) 私の希望する暮らし (p 36)
- (ワーキンググループ構成員及び研究協力者) (p 47)

# 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、障害を抱える方（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」の事です。

「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。

## 2 対象者

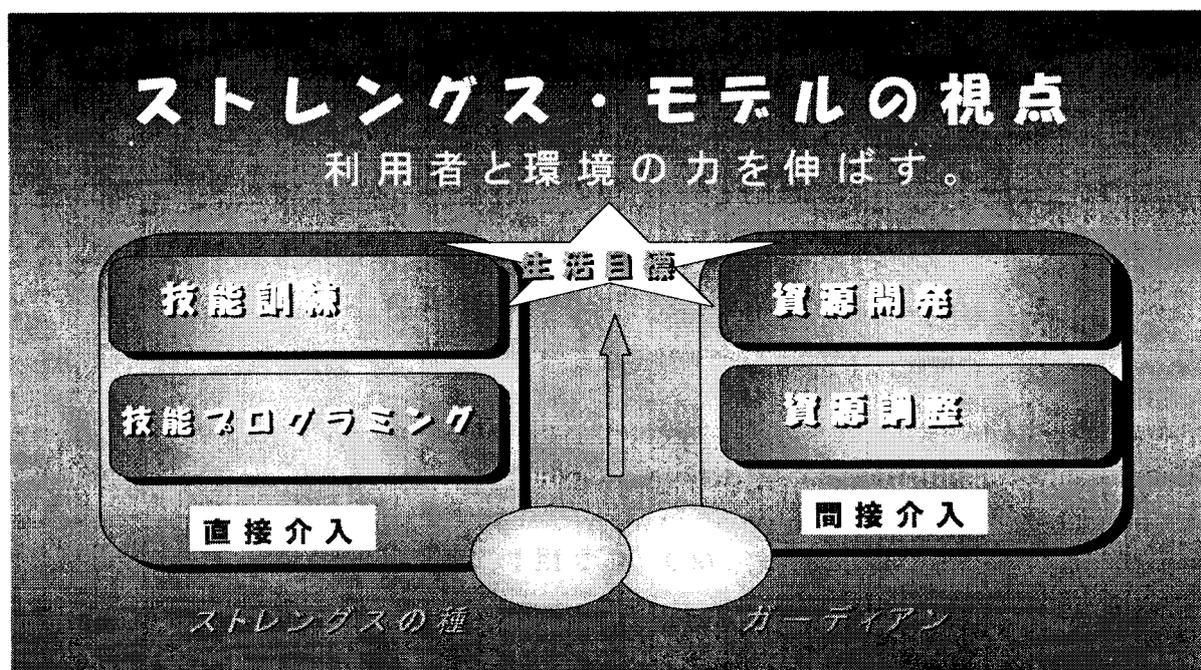
精神科病院または障害者施設（以下「施設等」という）から、地域での生活を希望する方や既に地域で生活をしている方が対象となります。

## 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。



(野中猛氏の講演資料 (2007) から引用)

#### 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

この個別支援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。

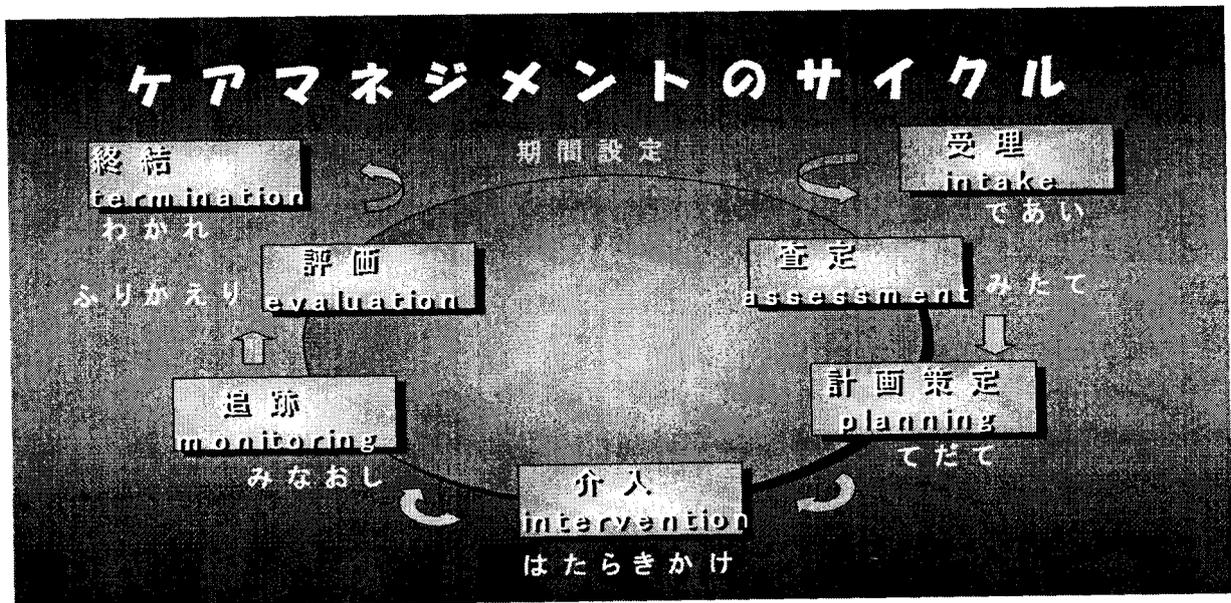
更に、ケアマネジメントにおける「評価」を行うことにより、個々別々の事例の課題であったものが、ある種の共通した課題として見えてくる場合があります。たとえば、①支援している人たちは障害基礎年金だけで生活していた、②生活介護の量がもう少し手厚く入っていれば、施設入所には至らなかった、③仕事に就きたいとっている人が多かった等々です。

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。

## Ⅱ ケアマネジメントとは

ケアマネジメントは下記のサイクルで行われます。



(野中猛氏の講演資料(2007)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、直接的なものと同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、利用者に対して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。

### Ⅲ 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。

障害者程度区分の認定調査における「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
- ◎ 障害に関する状況
- ◎ 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て下さい。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、支援の際に必要な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。

## IV 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、本人が障害者施設を利用している場合には当該障害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

本人が障害者施設を利用している場合この欄を☑し、当該障害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)

## V 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。

## VI 私のくらし応援プラン〔Cシート〕

### 1 「私のくらし応援プラン〔Cシート〕」について

「私のくらし応援プラン〔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個別支援計画書の基礎となるものです。

### 2 「私のくらし応援プラン〔Cシート〕」の構成

Cシートは、以下の7項目により構成されています。

- ◎ 私の願い、希望、夢など～私の希望するくらし
- ◎ 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、やってみたいこと
  - やってみたいこと
  - 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」を希望します
- ◎ また、話し合いでは～
  - 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、文末に代替りの人の氏名、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、文末に代替りの人の氏名、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、やってみたいこと

各項目にしたがって記載します。

#### ○ 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」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「やってみたいこと」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、町内会長のところと一緒にいく。

## ◎ 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。