

氏名	那須 花子 様 (仮名)		年齢	54歳	性別	女性
住所	A市	職業	なし		体格・特徴	身長163cm 体重74kg
手帳・年金	・療育手帳B1 ・障害基礎年金1級		診断名	・精神発達遅滞 ・てんかん		目が大きくて、くっきりとした顔立ち。2年前まで体重が96kgあった。

**事例提出の理由**

同居する家族にも疾病や障害があり、心身の体調がすぐれない本人にとっては介護も大きな重荷になっている。本人の生きがいを見出し、本人の支援のみならず家族全体の支援も含めてどのように考えていけばよいか助言をいただきたい。

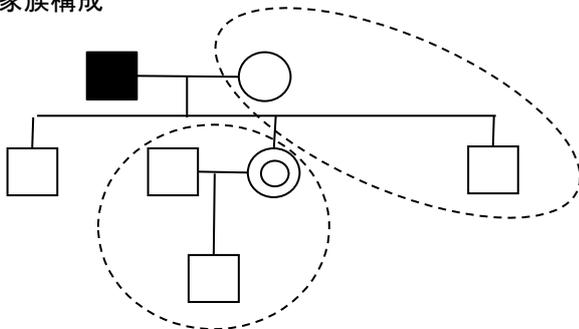
**本人の希望**

息子と時々旅行などをして楽しみたい。  
薬を減らしたい。

**家族の希望**

病気が悪くならないようになって、ご飯を作ったり、家の中のことができるようになってほしい。

**家族構成**



**家族関係・家族状況・経済面等**

夫：58歳 糖尿病治療中断中 パートの仕事（5月～11月まで農作業手伝い）も体調不良で休みがち 車の運転もできない状態 過去に本人へのDVあり  
 長男：23歳 知的障害（B1） 障害基礎年金2級 障害者支援施設で清掃員として就労中（6時間就労） 自動車免許あり 本人との関係良好  
 兄：借金をつくり十数年前から所在不明  
 弟：誰かの保証人になり自宅を手放さざるを得なくなりアパートへ引越し予定とのこと  
 母：要介護状態でデイサービス利用中

数年前まで生活保護を受給していたが、土地を売却したため受給停止となった

**既往歴**

**現病歴**

- ・てんかん
- ・幻聴

**服薬 無・有**

テグレトール	} 毎食後	リスペリドン	} 就床前
ヒダントール		ベンザリン	
マグミット		センノサイド	
アキネトン			
セレネース			
デパケン	朝・夕食後		

ケースの生活歴

年 S34 36 46 49 52 57 H1 3 18 21  
 歳 0 2 12 15 18 23 30 32 47 50

本人

B町で出生  
 てんかんがあり病弱  
 地元の小学校卒業  
 地元の中学校卒業  
 高等家政専門学校卒業  
 旅館の仲居として働く  
 福祉作業所に通う  
 結婚  
 火傷で1か月入院  
 熱中症で2か月入院  
 長男出産  
 地活センター通所開始  
 生活介護利用開始  
 土地売却により生保停止

家族

長男就職

能力

<ADL、IADL>

- ADL ○ (下肢のふらつき若干あり)
- 食事 ○
- 調理 △ (毎日作るわけではない)
- 移動 △ (長男の車に同乗して買物)
- 入浴 △ (生活介護事業所で入浴)
- 掃除 △ (長男のサポートあり)
- 洗濯 ○ (長男のサポートあり)
- 排泄 ○
- 保清・整容 △
- 服薬管理 × (飲み忘れあり)
- 金銭管理 ○

<対人>

同じ宗教の仲間がいて交流あり

- 自己主張 ○
- SOS ○

<仕事>

- 持続性 △
- 集中力 △

<趣味>

山菜取り  
料理

<特技>

編み物、赤飯づくり

生活サイクル

<1日>

- 6:00 起床
- 7:00 朝食
- 9:30 生活介護事業所
- 15:30 帰宅
- 18:00 夕食
- 21:00 就床

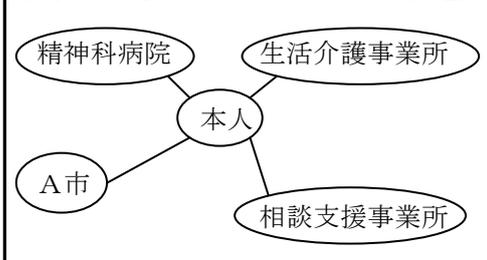
<1週間>

	月	火	水	木	金	土	日
AM	生活介護						
PM							

住環境



活用しているサービス、ネットワーク関連図



<1か月>

	月	火	水	木	金	土	日
1W							
2W							
3W	月に1回精神科通院						
4W							

現在の状況

現在は週5日生活介護事業所を利用中。利用者同士の交流により、明るく笑うことも多くなってきている。夫は糖尿病の治療を中断していて、体調不良によりパートの仕事も休むことが増えてきている。

【出された支援アイデア（⇒主たる担当者・調整する人、おおよその時期）】

・通院や旅行などで利用できる社会資源について検討してみる。（⇒相談支援専門員、時期未定）

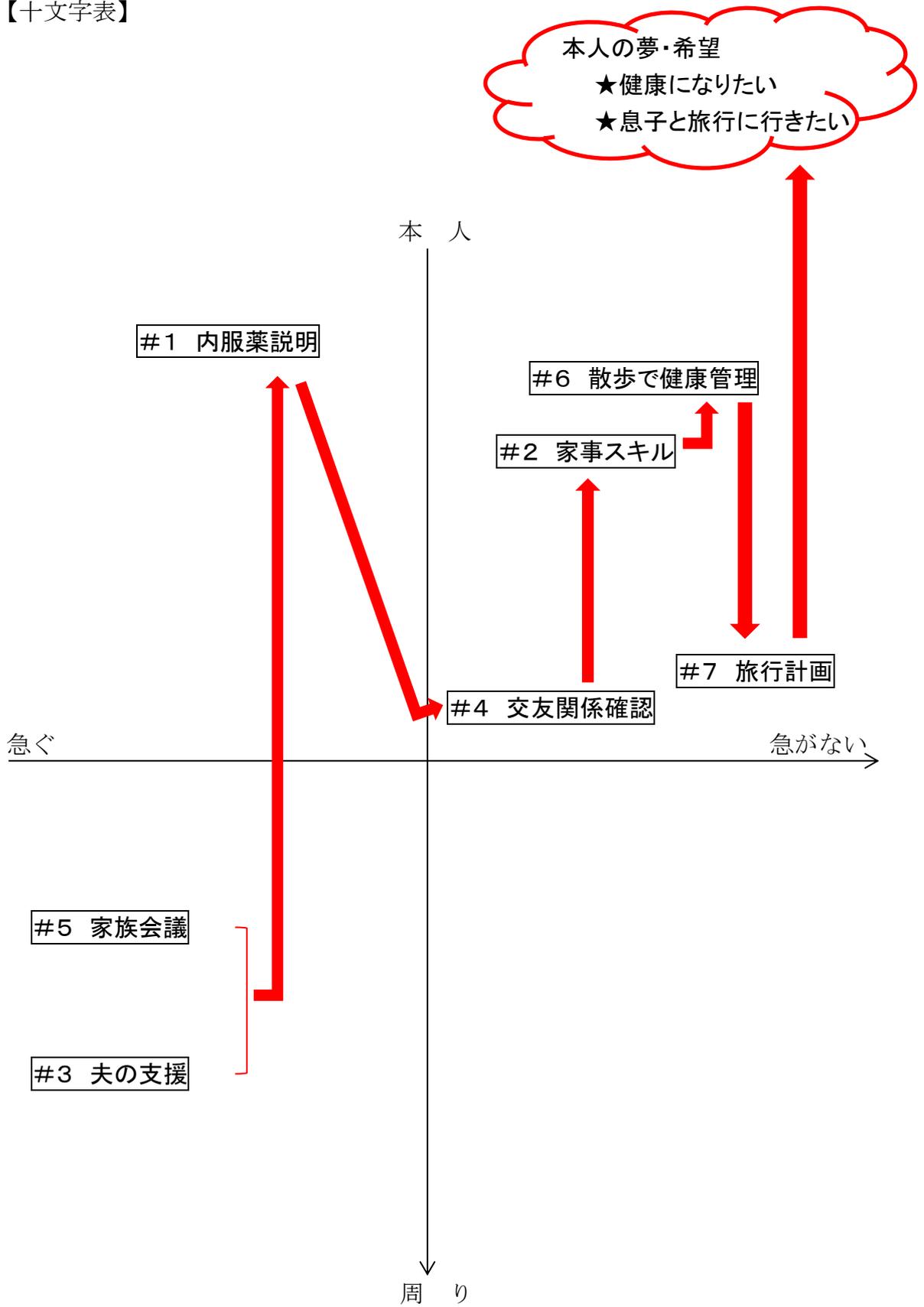
- # 1 ・本人が正しく理解できるような配慮をして内服薬の説明を行う。個別支援会議を開催し、本人同席のもと、医療関係者から説明してもらう方法もあるのではないかと。（⇒相談支援専門員・医療関係者、3か月後目安）
- # 7 ・互いの関係が良好で本人の希望である長男との旅行について、具体的な計画を立てる支援を行う。（⇒相談支援専門員・通所事業所職員、12か月後目安）
- # 2 ・居宅介護を利用するなどして、自宅で調理、掃除ができるスキルを身に付けられるよう支援を行う。（⇒相談支援専門員、9か月後目安）
- # 3 ・アルコールの嗜癖の問題や糖尿病を患う夫の健康管理に関する支援について検討を行う。（⇒市町保健師、相談支援専門員・包括支援センター職員・民生委員、1～3か月以内）
- # 6 ・散歩を定期的に行える支援を考える。（⇒相談支援専門員、10か月後目安）
- # 4 ・友人との交友関係のリスクを含めた状況確認を定期的に行う。（⇒相談支援専門員、6～8か月以内）  
・本人と夫に、自分たちの今後の生活（将来像）をどのように考えているのか確認する。（⇒相談支援専門員、時期未定）
- # 5 ・家族相互で支え合うことのできる内容について家族会議をもつ。（⇒相談支援専門員・通所事業所職員、1～3か月以内）

\* 番号は、出された支援のアイデアに対し、事例提供者が実践したいと選択した支援の順番

【地域課題（あったらいいな）】

- ・地域での見守り体制を強固に（民生委員等も含めたインフォーマルな見守り支援が理想）
- ・支援者、関係者が、地域に存在する社会資源を理解、把握することが必要

【十文字表】



## 【相談支援専門員の見立て(アセスメント)】

54歳の中等度の知的障害をもつ女性。糖尿病をもつ夫と中等度の知的障害をもつ長男との3人暮らし。本人はてんかんももっている。

夫からのDVがあったり、糖尿病の悪化した夫の介護など、本人自身もストレスを感じる日々が続いていたが、長男が障害者枠で就労して自立の目途が立ってからは、長男の成長が楽しみになっている。しかし、本人自身は体調面の不安が拭えず、妻として、また母としての役割をうまくこなせないでいる。そういった意味で、本人支援に加えて家族支援についても考えていかななくてはならない。

本人は、現在、生活介護事業所に週5日通所し、体調に気をつけながら、職員とウォーキングを行うなど無理のない生活を送っている。知的障害があるため真偽を正確に確認することが難しいが、幻聴を訴えることがあり、抗てんかん薬に加え、抗不安薬や睡眠導入剤など複数の薬を内服している。その影響からか活動性の低下が見られるが、夫は本人の心身状態を理解できず、互いにストレスが生じる事態に陥っているため、家族内でのそれぞれの役割やできることなどを整理し、理解を促すアプローチが必要だと考えられる。また、長男との関係が良好で、本人も生きがいに感じているため、長男と一緒に楽しめる支援策が提案できると良いと思われる。

## 【支援の方向性(プランニング)】\* 支援のアイデア選択の根拠

### # 1 内服薬説明

必要な薬を自己判断で服用するのを辞めてしまったり、症状がないにも関わらず主治医に伝えてしまうなど、本人の病状に合った適切な内服薬になっていない可能性がある。本人自身も病状を適切に理解、把握できていないと考えられる。本人を交えた医療関係者同席の個別支援会議を開催し、病気や薬の内容について正しく理解してもらう機会が必要だと考えられる。

### # 2 家事スキル

家の中で家事をこなすことに意欲と責任を感じているものの、過度の負担は体調面に影響を及ぼしてしまっている。居宅介護のサービスを上手に利用し、効率良い手順や身体に負担の少ない方法を身につけることで、心身の安定を図ることは、本人のみならず家族の希望にも沿うものである。

### # 3 夫の支援

糖尿病が悪化しているにも関わらず治療を中断している夫の健康管理の支援は不可欠である。夫の病状安定は、本人の介護負担軽減にもつながるであろう。

## # 4 交友関係確認

友人との交友関係については、家族以外の他者との接点が少ない中で、その状況を定期的に把握し確認していくことは、権利擁護の視点からも必要なことと言えよう。

## # 5 家族会議

疾病や障害などを家族全員が有している中で、それぞれが家の中でどのような役割を果たせば支え合って生きていけるのかを、家族間で話し合えるような雰囲気、場面をつくり出すことは、家族全体の支援を考える上で必要なことと考える。

## # 6 散歩で健康管理

日常的な健康管理のみならず、本人の希望である長男との旅行の実現に向けた体力づくりのためにも、定期的に散歩（ウォーキング）を行える環境を設定することは必要であると考えられる。

## # 7 旅行計画

生きがいや張り合いのある生活を送る上でも、希望している長男との旅行を具体的に計画することは、本人の生活意欲を高めて心身への良い影響が生まれ、QOLの向上に寄与するものと考えられる。

### 【支援のポイント解説】

家族も疾病や障害を抱える中、家族で支え合いながら地域生活を送ってきた知的障害者の事例。

こういった事例の場合、ご本人のストレングスを見極めた上で、家庭の中でご本人の果たす役割を、ご本人自身ができることから積み重ねていき、ご本人の中で自信と生活意欲が喚起される支援を考えることが望ましい。

また、知的障害者の場合、生活上の体験、経験が限定的であることが多い傾向にあるため、ご本人の夢や希望を実現するために、ご本人が無理なく継続して体験的に取り組める具体的で分かりやすい支援策を提案することが求められる。

今回の事例の場合、「家族旅行実現に向けた体力づくりのために1時間の散歩を行う」といった支援アイデアが提案されている。

サービス等利用計画・障害児支援利用計画

利用者氏名(児童氏名)	那須 花子 様 (仮名)	障害支援区分	区分4	相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日	平成26年9月	モニタリング期間(開始年月)	3か月(平成26年12月～27年9月)	利用者同意署名欄	

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	(本人)健康になって息子と旅行に行きたい。 (夫)元気になって家の中のことをもっとできるようになってほしい。
総合的な援助の方針	健康的で楽しい生活を目指し、家族がお互いに支え合って仲良く暮らしていけるよう支援します。
長期目標	家の中でできることが増えて自信が付き、息子と旅行に行く計画を立てます。
短期目標	自分の病気を正しく理解して、家の中でできることを増やしていきます。

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		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	夫の病状が心配だが、家族皆で助け合って生きていきたい	夫の健康管理に関する支援が始められる	平成26年12月	夫の病状を確認し、医療機関への受診を促す	A市保健師	できる範囲で夫の身体を気遣う	平成26年10月	
2		家の中での家族それぞれの役割が見つかる	平成26年12月	家族内での話し合いが持てるように働きかけ、助言を行う	相談支援専門員	自分ができる役割を理解する	平成26年10月	
3	自分の病気や飲んでいる薬のことを正しく知りたい	病気や薬の内容を正しく理解する	平成26年12月	本人が理解しやすいように配慮する。個別支援会議等により本人を含めて支援者間で状況を共有する	・主治医、看護師 ・相談支援専門員	病状や不安なことをきちんと主治医や相談支援専門員に伝える	平成26年10月	
4	友人とトラブルにならないようにしたい	友人と良好な関係を続ける	平成27年3月	●地域定着支援(2回/月)自宅を訪問し、生活状況を確認する	相談支援専門員	生活上の不安が生じたときにはすぐに相談支援専門員に伝える	平成26年12月	息子との旅行計画についても本人と一緒に楽しみながら考える
5	きれいな部屋で暮らしたい	部屋が片付いて、衛生的な暮らしができる	平成27年6月	●居宅介護支援(1回1時間/週)ヘルパーと一緒に掃除の仕方を覚える	居宅介護サービス提供責任者	ヘルパーと一緒にいき、段取りを覚える	平成26年12月	掃除>調理 掃除を優先し、徐々に調理支援も検討していく
6	健康を維持したい	旅行に行けるような体力をつける	平成27年6月	●生活介護(5回/週)事業所で実施する「健康ウォーキング」に参加する	サービス管理責任者、支援員	日頃から体調管理に気をつける	平成26年12月	万歩計で歩数を記録し、健康管理に役立てる

サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	那須 花子 様 (仮名)	障害支援区分	区分 4	相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	0円	計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	平成26年9月
--------	---------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動	
6:00	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食			◎生活介護利用時に万歩計を付けて職員との1時間のウォーキングを行う。 ◎休日は自宅でゆっくり過ごす。 ◎てんかんの持病があるため、服薬忘れに注意する。	
8:00						起床・朝食	起床・朝食		
10:00	生活介護	生活介護	生活介護	生活介護	生活介護	居宅介護 (家事援助)			
12:00						昼食	昼食		
14:00						地域定着			
16:00									
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食		
20:00									
22:00	就床	就床	就床	就床	就床	就床	就床		
0:00									
2:00									
4:00									
									<b>週単位以外のサービス</b> ◎地域定着支援(月2回) ◎精神科病院通院(月1回)

サービス提供によって実現する生活の全体像

てんかんの持病に加えて、幻聴の訴えが聞かれるご本人の健康管理を先ずは基本にし、生活介護を週5日利用することで、服薬管理と体調維持を重視した。その際、ご本人の希望である息子さんとの旅行が実現できるよう、足腰の筋力維持も兼ねて、万歩計をつけて散歩をすることを日課に組み込んでいただくよう提案した。また、家庭の中での役割を自信をもってできるように、居宅介護の家事援助支援を導入することで、より一層の能力向上が図られ、気持ちの安定につながると考えた。また、地域定着支援導入の根拠は、家族も疾病等を抱える中、自宅を訪問することで、ご本人の生活状況を定期的に確認し、生活上の不安や心配事を早期に解消できると判断したためである。