

意思表示が自身のみでは困難な障がい者のための
「わたしの将来の生活ビジョン」の
作成に関するガイドライン

岐阜県健康福祉部障害福祉課

令和7年3月

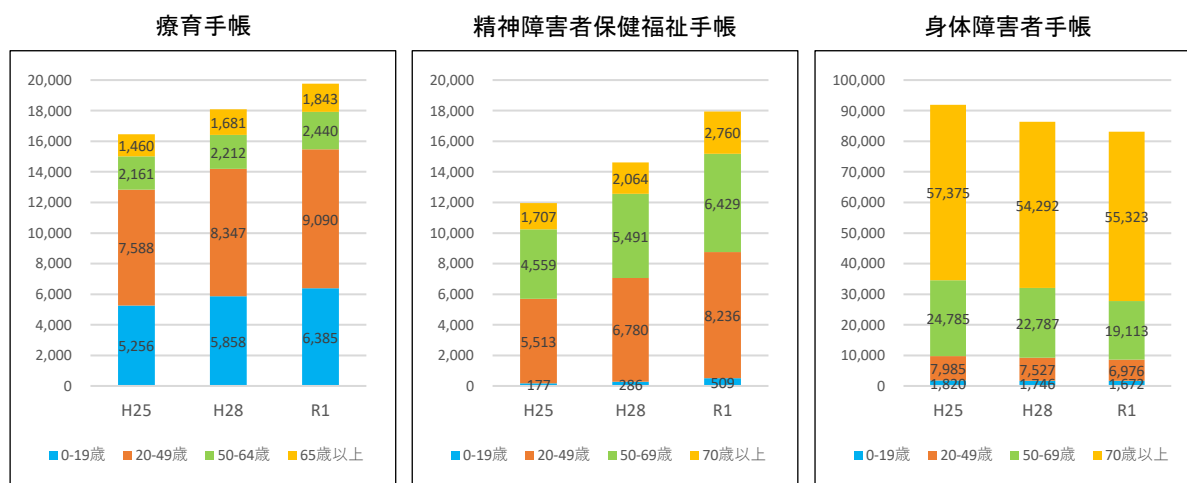
1 背景と目的

平成18年にそれまでの障がい者施策を一元化し、利用者本位のサービス体系の見直し等を行う障害者自立支援法が施行され、平成25年には同法が障害者総合支援法に改正されました。この改正では、法律の目的が「障害者及び障害児が自立した日常生活又は社会生活を営むことができる」ことから、「障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができる」ことに変更され、基本的人権の尊重を理念とする新たな基本理念が規定されました。

障害者総合支援法の施行後、障害福祉サービスや地域生活支援事業等の充実・強化、共生型サービスの創設、地域生活支援拠点等の整備等、障がい福祉施策の充実が図られてきました。

このように障害福祉サービスや関連施策等が充実してきた一方、近年では高齢期を迎えた障がい者が増加しており、それに伴う課題の解決に向けた取組みが求められています。

図表1 障害者手帳所持者数の推移（人）



本県においても、高齢期を迎える障がい者及び高齢の障がい者（以下「高齢期を迎える障がい者等」という。）への支援の在り方について、次のような課題があります。

（1）高齢期における支援制度の切り替えと引き継ぎ

介護保険優先の原則により、65歳（特定疾病のある者は40歳）を迎えた障がい者は、それまで利用していた障害福祉サービスから介護保険サービスへの切り替えが必要となる場合があります。それに伴い、利用するサービスの変更手続きや利用料の自己負担の増加など、障がい者及びその家族には負担が生じます。

また、サービス提供事業者が障害福祉サービス事業所から介護保険サービス事業所に移行する場合、相談支援専門員と介護支援専門員の双方のケアマネージャー間での引き継ぎが必要となります。しかし、両分野における制度、考え方（価値観や理念）、専門性の違いから円滑な引き継ぎが困難であることが少なくありません。

（２）高齢期における自分らしい生活の継続

人は加齢によって健康状態や生活状況が変化しますが、特に障がい者にとっては、障がい特性によりそれらの変化に対応することが難しく、日常生活に影響を及ぼすことがあります。

また、障がい重度であるほど、生活の希望や支援ニーズを自分から関係者に伝えづらく、現在使える制度や自分に適した資源を選んでいくことが困難となります。その結果、自分らしい生活を継続できなくなる可能性があります。

（３）障がい福祉と高齢福祉等の多職種連携による支援体制の必要性

高齢期を迎える障がい者等の支援においては、障がい福祉、高齢福祉、医療、保健、地域などによる包括的なネットワークが不可欠です。障害者総合支援法における協議会等によって、高齢期を迎える障がい者等の支援体制の整備が推進される必要があります。

また、市町村における地域生活支援拠点等の機能の充実・強化や共生型サービスの実施の推進も必要です。

これらの課題に対する取組みとして、本県では、令和２年度から「高齢障がい者のための障がい福祉・介護連携推進事業」を実施しており、事業を通して、**高齢期を迎える障がい者等が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい生活を送るためには、高齢期を迎える障がい者等とその周りの関係者が連携をとること、高齢期を迎える障がい者等が自らの思いを表明できること、そして、関係者がその思いを理解して共有することが重要であることが分かりました。**

そのため、この度、高齢期を迎える障がい者等であって、意思表示が自身のみでは困難な方が、将来の生活に対する自らの希望を表現することができ、高齢期を迎える障がい者等を取り巻く関係者がその希望を共有することができるためのツールとして、『意思表示が自身のみでは困難な障がい者のための「わたしの将来の生活ビジョン」』（以下「生活ビジョン」という。）を作成することとしました。

本ガイドラインは、関係者が生活ビジョンの作成にあたって留意すべきことや活用の方法を示すものです。生活ビジョンの効果的な運用を通して、高齢期を迎える障がい者等の福祉の向上を図ることを本ガイドラインの目的とします。

高齢期を迎える障がい者等が自分らしく生活できるような支援の一助となるよう、支援する皆様においては本ガイドラインの積極的な活用をお願いします。

2 対象者

本ガイドラインは、（１）高齢期を迎える障がい者等とその家族等、（２）高齢期を迎える障がい者等に関わる全ての方を対象とします。（２）については具体的に次のような方を指します。

- ① 障がい福祉分野のサービス提供と支援に関わる者
- ② 高齢福祉分野のサービス提供と支援に関わる者
- ③ 行政関係者
- ④ 医療関係者
- ⑤ その他、高齢期を迎える障がい者等の支援に関わる者

3 生活ビジョンの作成の在り方

これから生活ビジョンを作成するにあたっては、高齢期を迎える障がい者等の利益を最大限尊重するために下記の基本となる考え方に留意することが重要です。

（１）本人主体・自己決定

『障害者ケアガイドライン（平成14年厚生労働省）』は、障がい者の主体性及び自己決定の尊重・支援を基本理念としており、令和6年度の障害福祉サービス等報酬改定においても、改めて意思決定支援の推進が重視されています。

本ガイドラインでは、高齢期を迎える障がい者等が関係者の支援を受けながら、自分自身による意思表示を行い、自分自身が主体の生活ビジョンを作成することを原則としています。

また、高齢期を迎える障がい者等の意思はライフステージに応じて変化し得ることを踏まえ、自分自身の意思をいつでも伝えることができるような支援を継続的に行うことが重要です。

（２）チームアプローチ

生活ビジョンは、高齢期を迎える障がい者等を取り巻く関係者間において、本人が将来希望する生活のイメージを共有するツールです。よって、その作成にあたっては、家族等、相談支援専門員や介護支援専門員に加え、医療機関、行政、福祉サービス等の多職種協働によって行われることが重要です。

（３）高齢期を迎える障がい者等の意思決定支援

高齢期を迎える障がい者等が自分自身のみで意思表示を行えない場合には、後述する生活ビジョン作成チームによる意思決定支援を行います。

意思決定支援プロセスについては、『障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン（平成２９年厚生労働省）』等に準ずるものとします。

（４）本人の価値観の重視

生活ビジョン作成チームの構成員の意見や価値観によるのではなく、高齢期を迎える障がい者等本人の価値観を軸として支援方針を立てる必要があります。本人の望む生活ビジョンが不合理と思われる場合であっても、緊急性やリスクの度合いを考慮しながら、その希望を最大限実現できるように工夫して支援を行う必要があります。

（５）家族等に対する支援

高齢期を迎える障がい者等の家族等の社会的な孤立を防ぐことも重要であり、生活ビジョン作成チームには家族等を含めて協議を行うことが必要です。

また、家族等は高齢期を迎える障がい者等の今後の生活に不安を抱えていることも少なく、そのような状況で将来の具体的な見通しが持ちづらい場合においては、高齢期を迎える障がい者等への効果的な関わりが困難となることもあります。そのため、生活ビジョン作成チームの構成員は、家族等の心情や家庭の背景をきめ細かく理解するとともに、家族等の意見を十分に聞き取って生活ビジョンに取り入れることが重要です。

（６）専門性の担保

高齢期を迎える障がい者等の意思表示の支援においては、障がい特性に応じた専門性に基づく関わりが求められます。特に、高齢期を迎える障がい者等が自身の意思を適切に表明することが困難な場合や、生活課題を正しく認識できない場合において、意思確認や情報提供、選択肢の提示に専門的な技術が必要となります。

また、生活ビジョンは、生活ビジョン作成チームによる専門性の高いアセスメントに基づいて作成されることを前提としています。各分野の専門的な立場から意見やアイデアを集約し、本人の希望を具現化することが重要です。

（７）個別支援ファイル（サポートブック）や他の計画等との連携

高齢期を迎える障がい者等に関して作成された乳幼児期からの個別支援ファイル（サポートブック）や障害福祉サービスの利用に係るサービス等利用計画、個別支援計画等が存在する場合、それらファイル等に本人の意思表示に関する重要な事項が記載されていることがあるため、生活ビジョンにファイル等の内容を反映し、継承していくことが必要です。

（８）地域生活支援

障害者総合支援法は、「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと」を基本理念としています。高齢となり、状態像や状況が変化したとしても、本人が住み慣れた環境での生活を希望する場合、地域生活が継続できるよう支援することに取り組むことが重要です。

（９）公的サービス以外の資源の活用

生活ビジョン作成の対象となる高齢期を迎える障がい者等は、地域での生活を送られることを前提としています。そのため、公的に提供される医療・福祉制度のサービスに限らず、民間等の食品宅配事業やゴミ出し支援事業など、地域にある誰でも使うことのできる資源を活用して、柔軟に生活ビジョンの組み立てを行うことが重要です。

（１０）プライバシーへの配慮

生活ビジョンには、高齢期を迎える障がい者等の生活に関する個人的な情報が含まれるため、その取扱いについてはプライバシーへの配慮を十分に行う必要があります。

生活ビジョンを共有する関係者は、事前に高齢期を迎える障がい者等及び家族等の同意が得られた者に限ることが必要です。併せて、生活ビジョンを共有した者は、本人や家族等の同意なく、その一切を漏洩しないようにする必要があります。

4 生活ビジョンの作成のプロセス

生活ビジョンの作成の進め方は次のとおりとします。

（１）生活ビジョンの作成のタイミング

生活ビジョンを作成するタイミングについては、以下が想定されます。

- 高齢期を迎える障がい者等及び家族等が、将来の生活についての不安や心配を抱いた時
- 高齢期を迎える障がい者等に関わる関係者が、高齢期を迎える障がい者等の支援を行う中で必要と判断し、高齢期を迎える障がい者等本人及び家族等が生活ビジョンの作成を希望した時

(2) 生活ビジョンの作成業務担当者の決定

① 障害福祉サービスを利用している場合

- ・ サービス等利用計画を作成している相談支援専門員
- ・ サービス提供事業所のサービス管理責任者、サービス提供責任者

② 介護保険サービスを利用している場合

- ・ ケアプランを作成している介護支援専門員
- ・ サービス提供事業所のサービス提供責任者
- ・ サービス提供事業所の介護支援専門員

③ 障害福祉サービスと介護保険サービスを併用している場合

- ・ 高齢期を迎える障がい者等の障がい特性や関係者との関係性を総合的に勘案し、高齢期を迎える障がい者等及び双方のサービス提供者の協議により決定する。
ただし、生活ビジョンの作成は両分野の関係者が協働して行う。

④ いずれのサービスも利用していない場合

- ・ 基幹相談支援センターや地域包括支援センターなど相談支援に従事する者

※全ての場合において、高齢期を迎える障がい者等自身による生活ビジョンの作成を妨げるものではありません。

(3) 生活ビジョン作成チームの構築

生活ビジョン作成チームの構築にあたっては、高齢期を迎える障がい者等の現在の生活を把握することができ、かつ本人の望む生活ビジョンの作成に必要な専門性を持った関係者によって構築します。

家族や支援者等であって、本人に寄り添い、本人の意思を理解し、検討できる方の参画が重要です。

① 生活ビジョン作成チームの構成員の候補となる者

- ・ 家族等
- ・ 障がい福祉分野のサービス提供と支援に関わる者
- ・ 高齢福祉分野のサービス提供と支援に関わる者
- ・ 行政関係者
- ・ 医療関係者
- ・ その他、高齢の障がい者等本人に関わる者

② 生活ビジョン作成チームの構成員の追加や変更

チームの構成員は固定されるものではなく、本人の意思や生活様式の変化に伴い、その都度、追加や変更をしていく必要があります。

(4) 生活ビジョンの作成における留意点

- 高齢期を迎える障がい者等の障がい特性や障がい程度に合わせた様式や表現方法を用いること。
- 障害福祉サービスや地域生活支援事業などの公的サービスのみを利用するのではなく、地域にある誰もが利用することのできる社会資源を活用すること。
- 関係者ではなく、高齢期を迎える障がい者等自身が主体となり、「将来自分がどう生活していくのか」という見通しが持てる計画を立てること。
- 高齢期を迎える障がい者等のライフステージを想定し、将来の生活が変化した場合について、本人と話し合いながら盛り込むこと。

【生活ビジョンの記載例①】

意思表示が自身のみでは困難な障がい者のための「わたしの将来の生活ビジョン」

わたしの将来の生活ビジョン		記載例																																		
つく ひ 作った日： 令和〇年〇月〇日	つく とし ねんれい 作った時の年齢： 63 才	生活ビジョン作成業務 担当者																																		
なまえ お名前 岐阜太郎	いっしょ 一緒に考えた人 美濃次郎																																			
①あなたがこれまで、または今の生活で、大切にしていることは何ですか？ 例) 家族との時間、友だち、仕事、趣味、安心できる環境 など 自分でやれることは、自分でやる		現在の生活の維持だけでなく、「将来」のことを想定できるように支援する。																																		
②この先、「心配なこと」や「不安なこと」はありますか？ 例) 親がいなくなった後の生活、老後のお金、今通っているところに行けなくなる など お母さんがいなくなった後、どうやって生活を送るか不安																																				
③この先の生活を具体的にイメージしてみましょう。 “くらし”にかんすること		「自分でやる」ことが客観的に難しいと感じられても、支援の押し付けにならないよう留意する。																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>すまい</th> <th>だれ</th> <th>と</th> <th>どこ</th> <th>すに 住む。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身まわりのこと (食事、排せつ、入浴など)</td> <td>☒ 自分でやる</td> <td>☐</td> <td></td> <td>てつだに 手伝ってもらう。</td> </tr> <tr> <td>かじ 家事</td> <td>☐ 自分でやる</td> <td>☒</td> <td>ヘルパーさん</td> <td>てつだに 手伝ってもらう。</td> </tr> <tr> <td>かね ぶいさん かんり お金や財産の管理</td> <td>☐ 自分でやる</td> <td>☒</td> <td>後見人さん</td> <td>てつだに 手伝ってもらう。</td> </tr> <tr> <td>ひろま ばしょ 昼間すごす場所</td> <td></td> <td></td> <td>今通っている〇〇 (生活介護)</td> <td>す で 過ごす。</td> </tr> <tr> <td>いりよう けんこう 医療・健康 (かかりつけ医など)</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">体調が悪くなったら××医院に行く</td> </tr> <tr> <td>た その他</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">お母さんのことで困ったらケアマネージャーさんに相談する</td> </tr> </tbody> </table>			すまい	だれ	と	どこ	すに 住む。	身まわりのこと (食事、排せつ、入浴など)	☒ 自分でやる	☐		てつだに 手伝ってもらう。	かじ 家事	☐ 自分でやる	☒	ヘルパーさん	てつだに 手伝ってもらう。	かね ぶいさん かんり お金や財産の管理	☐ 自分でやる	☒	後見人さん	てつだに 手伝ってもらう。	ひろま ばしょ 昼間すごす場所			今通っている〇〇 (生活介護)	す で 過ごす。	いりよう けんこう 医療・健康 (かかりつけ医など)			体調が悪くなったら××医院に行く		た その他			お母さんのことで困ったらケアマネージャーさんに相談する
すまい	だれ	と	どこ	すに 住む。																																
身まわりのこと (食事、排せつ、入浴など)	☒ 自分でやる	☐		てつだに 手伝ってもらう。																																
かじ 家事	☐ 自分でやる	☒	ヘルパーさん	てつだに 手伝ってもらう。																																
かね ぶいさん かんり お金や財産の管理	☐ 自分でやる	☒	後見人さん	てつだに 手伝ってもらう。																																
ひろま ばしょ 昼間すごす場所			今通っている〇〇 (生活介護)	す で 過ごす。																																
いりよう けんこう 医療・健康 (かかりつけ医など)			体調が悪くなったら××医院に行く																																	
た その他			お母さんのことで困ったらケアマネージャーさんに相談する																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>こま 困ったときに相談する人</th> <th>だれ (どこ)</th> <th>でんわばんごう 電話番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>美濃さん</td> <td>0000-000-0000</td> </tr> <tr> <td>じぶん 自分で決められない時に、代わりに判断してほしい人</td> <td></td> <td>だれ (どこ) お兄さん</td> </tr> </tbody> </table>		こま 困ったときに相談する人	だれ (どこ)	でんわばんごう 電話番号		美濃さん	0000-000-0000	じぶん 自分で決められない時に、代わりに判断してほしい人		だれ (どこ) お兄さん	本人が希望する場合、生活ビジョン作成業務担当者と同一でも可。																									
こま 困ったときに相談する人	だれ (どこ)	でんわばんごう 電話番号																																		
	美濃さん	0000-000-0000																																		
じぶん 自分で決められない時に、代わりに判断してほしい人		だれ (どこ) お兄さん																																		
これだけはいやなこと 自分のことを勝手に決めないでほしい、叱られたくない このビジョンはいつでも変更が可能です。周りの人たちに気軽に相談してください。																																				
		ネガティブなことも自由に表明できるように保障する。																																		

【生活ビジョンの書き方②】

意思表示が自身のみでは困難な障がい者のための「わたしの将来の生活ビジョン」

わたしの将来の生活ビジョン

記載例

つく ひ 作った日： 令和〇年〇月〇日

つく とき ねんれい 作った時の年齢： 55 さい 才

なまえ お名前

せいりゅう さぶろう

いっしょ 一緒に
かんが 考えた人

みの じろう

①あなたがこれまで、または今の生活で、大切にしていることは何ですか？

いま せいかつ たいせつ なに

例) 家族との時間、友だち、仕事、趣味、安心できる環境 など

かぞくとすごすじかん

②この先、「心配なこと」や「不安なこと」はありますか？

さき しんぱい ふあん

例) 親がいなくなった後の生活、老後のお金、今通っているところに行けなくなること など

おとうさんと、おかあさんがいなくなったら、しせつにいかないといけなること

③この先の生活を具体的にイメージしてみましょう。

さき せいかつ ぐたいてき

“くらし”にかんすること

	だれ	と	どこ	す
すまい	おにいさん		いえ	に住む。
身のまわりのこと (食事、排せつ、入浴など)	☐ 自分でやる	☒	ヘルパーさん	てつだ に手伝ってもらう。
かじ 家事	☐ 自分でやる	☒	ヘルパーさん	てつだ に手伝ってもらう。
かね ざいさん かんり お金や財産の管理	☐ 自分でやる	☒	おにいさん	てつだ に手伝ってもらう。
ひるま ばしょ 屋間過ごす場所	どこ		〇〇(じぎょうしょめい)	で過ごす。
いりよう けんこう 医療・健康 (かかりつけ医など)	いたいところや、くるしいところがあったら、まわりのひとにいう			
た その他				

困ったときに相談する人

だれ(どこ) みのさん

でんわばんごう 電話番号 0000-000-0000

だれ(どこ) おにいさん

自分で決められない時に、代わりに判断してほしい人

じぶん き とき か はんだん ひと

これだけはいやなこと

むりやりしせつにいれないでほしい

あなたと一緒に生活ビジョンを作ってくれる人

あなたがお年寄りになって暮らしている時に、困りそうなことを考えてみましょう。

あなたがお年寄りになった時に、どのように暮らしたいのかを考えてみましょう。

もし体の調子が悪くなったら、どうすればいいか考えましょう。

もし同じ人をお願いすることもできます。

このビジョンはいつでも変更が可能です。周りの人たちに気軽に相談してください。

5 生活ビジョンの活用

生活ビジョンを作成したら、関係者間で共有するとともに、必ず高齢期を迎える障がい者等本人にも渡してください。また、下記の活用方法について丁寧に説明してください。

(1) 自分らしい生活を送るための「お守り」として活用

高齢期を迎える障がい者等及び家族等の中には、自分らしい暮らしを送ることを望みながらも将来の生活に不安を抱えている方がいます。その要因としては、年齢に伴う制度の移行への対応の難しさや周辺環境の変化などが考えられます。

生活ビジョンは、高齢期を迎える障がい者等が将来希望する生活を記したものであり、本人が不安に陥った際に自分の希望を再確認する手段となります。また、高齢期を迎える障がい者等の周りの関係者に変更が生じた場合においても、本人の希望する生活を把握することができ、将来の生活に向けた不安を軽減し、自分らしい生活を送ることのできる安心材料である「お守り」にもなります。

(2) 「もしもの時」の指針として活用

高齢期を迎える障がい者等においては、障がいの重度化、病気の発症、家族等との離別など、自分や周囲の状態に変化が生じる場合があります。高齢期を迎える障がい者等や家族等が、その状況を受け入れて臨機応変に対応することが困難となるケースが想定されます。

また、高齢期を迎える障がい者等の支援者においては、緊急時には行政上の手続き等を優先してしまい、本人の希望や意思を十分に確認できないケースも想定されます。

高齢期を迎える障がい者等の意思をあらかじめ生活ビジョンに示しておくことで、本人が生活上の変化や問題等の「もしもの時」に直面しても、関係者の誰もがスムーズに本人の希望や意思の確認を行い、適切な支援につなぐことができます。

(3) 「連携ツール」として活用

生活ビジョンは、高齢期を迎える障がい者等に関わる全ての方の円滑な連携を促進するため、広く関係者に活用される必要があります。

本生活ビジョンの作成にあたっては、相談支援専門員や介護支援専門員等の専門家から、実際に活用されるためにはシンプルである必要があると意見をいただきました。また、内容についても、いただいた意見を踏まえて、高齢期を迎える障がい者等の生活または人生の最も大切な指針となる項目のみに絞ったものとなりました。

本生活ビジョンが、高齢期を迎える障がい者等の支援における多職種連携をより一層推進するための「連携ツール」として、広く関係者に活用されることを期待しています。

6 生活ビジョンの見直し

高齢期を迎える障がい者等の意思を確認する支援は、生涯にわたって切れ目なく行われることが重要です。高齢期を迎える障がい者等の意思や生活様式、社会情勢、地域情勢に変化が生じた場合には、生活ビジョンの見直しを随時行うことが必要です。

また、関係者が高齢期を迎える障がい者等とともに見直しの時期を事前に決めておくことも推奨されます。なお、生活ビジョンの見直しを行った場合には、必ず当初のビジョンを作成した生活ビジョン作成チームを含む関係機関において内容を共有することが必要です。

本ガイドラインは、岐阜県が一般社団法人ぎふケアマネジメントネットワークに委託し作成したものです。