

サービス管理責任者研修テキスト
分野別講義

「アセスメントと
サービス提供の基本姿勢」

＜地域生活(身体)(機能訓練)＞

平成27年度サービス管理責任者指導者研修
横浜市総合リハビリテーションセンター 小田芳幸氏 資料引用

平成28年1月26日

分野別のアセスメントとサービス提供の基本姿勢

(目次)

1. 分野別事業概論

- (1) 地域生活(身体障害)分野における研修目標の確認
- (2) 自立訓練(機能訓練)事業概要
- (3) サービス管理責任者の役割

2. サービス提供の基本姿勢

- (1) 利用者中心の考え方
- (2) 達成すべき状態の明確化
- (3) 利用者のニーズについての理解
- (4) 提供するサービスについての理解

3. サービス提供のポイント

- (1) リハビリテーションにおける機能訓練事業の位置づけ
- (2) 社会生活力をつける
- (3) 自立生活に向けた支援
- (4) 支援者が指向する目標
- (5) 地域移行後を意識した取り組み
- (6) 相談支援専門員、地域の関係機関との連携

4. アセスメントのポイント

- (1) 情報の収集・整理を通じた利用者理解
- (2) ニーズとは何か

- (3) 取り組むべき課題を明らかにする
- (4) 地域生活への移行のために何が必要か
- (5) 身体機能のみならず心理状態を把握する

5. サービス管理プロセスの実際

- (1) 相談支援児時の状況把握
- (2) アセスメント
 - ①初期状態の把握
 - ②基本的ニーズの把握
 - ③課題の整理
- (3) 個別支援計画の作成
- (4) 個別支援計画の実施
- (5) 中間評価と修正
- (6) 関係機関との連携
- (7) 終了時評価

6. サービスの評価

- (1) サービスの評価基準
 - ・質の高いサービス
 - ・事業の推進・効率化
 - ・人材の育成・強化
- (2) サービス管理責任者の役割の確認

1. 分野別事業概論

(1) 地域生活(身体障害)分野における研修目標の確認

地域生活(身体障害)分野では、自立訓練(機能訓練)事業におけるサービス管理責任者の役割を理解する。

自立訓練(機能訓練)事業における対象者像を念頭に、

- ・アセスメント(ニーズの把握)と課題の整理
- ・個別支援計画の作成とプロセス管理(モニタリング、計画修正)
- ・地域移行後を意識した取り組み(関係機関との連携)

等について演習を行いながら理解するとともに、

会議運営やサービス提供職員に対する指導・助言等の重要性についても理解する。

(2) 自立訓練(機能訓練)の概要

○ 対象者

地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定期間の訓練が必要な身体障害者

- ① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などを目的とした訓練が必要な者
- ② 特別支援学校を卒業した者であって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などを目的とした訓練が必要な者 等

○ サービス内容

- 理学療法や作業療法等の身体的リハビリテーションや、日常生活上の相談支援等を実施
- 通所による訓練を原則としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ、訪問による訓練を組み合わせ
- 利用者ごとに、標準期間(18ヶ月、頸髄損傷による四肢麻痺等の場合は36ヶ月)内で利用期間を設定

○ 主な人員配置

- サービス管理責任者
 - (i)看護職員(1人以上(1人以上常勤))
 - (ii)理学療法士又は作業療法士(1人以上)
 - (iii)生活支援員(1人以上(1人以上常勤))
- ※(i)～(iii)は総数で6:1以上。ただし、括弧内の人員を確保すること。
- ※(ii)について確保が困難な場合について、別途基準あり。

○ 報酬単価(平成27年4月～)

■ 基本報酬

通所による訓練

604単位～787単位(定員20人以下)

訪問による訓練

245単位 (1時間未満の場合)

564単位 (1時間以上の場合)

※ 訪問のうち、視覚障害者に対する専門訓練 724単位

■ 主な加算

リハビリテーション加算(20単位)

→利用者それぞれにリハビリテーション実施計画を作成し、個別のリハビリテーションを行った場合

○ 事業所数 187(国保連平成27年3月実績)

○ 利用者数 2,435(国保連平成27年3月実績)

自立訓練(機能訓練)の標準的な支援内容(例)

	通所前期(基礎訓練期)	通所後期(日常生活訓練期)	訪問期
期 間	6ヶ月間	6ヶ月間	6ヶ月間
日中通所	○※	○※	△
訪 問	×～△	△	○
ADL(日常生活動作)、IADL(日常生活関連動作)の向上	<ul style="list-style-type: none"> ○ 施設内等での基礎的訓練(理学療法、作業療法、言語療法の個別的指導による心身機能の向上) → 医療機関におけるリハビリテーションのフォローアップ(専門職配置がない場合) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域において安定的な日常生活を営むための訓練(理学療法、作業療法、言語療法のグループ指導、自助具・装具適応及び改良、白杖等による歩行訓練、日常生活関連動作の習熟) ○ 社会経済活動への参加のための訓練(書字・読字・手話等のコミュニケーション訓練、作業訓練、公共交通機関を利用した外出訓練等) 	
社会活動参加	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本人、相談支援事業者等関係機関との調整 ○ 地域の社会資源に関する情報提供 		<ul style="list-style-type: none"> ○ 就労、職業訓練等のサービス提供体制との調整 ○ 住環境の調整(住居の確保、住宅改修等の助言及び調整) ○ ボランティア等地域の社会資源との調整
	<ul style="list-style-type: none"> ○ パソコン等情報機器の利用 ○ その他スポーツ、レクリエーション等 		
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康維持のための指導・助言(血圧・脈拍、自覚症状等のチェック、血糖値の測定等) ○ 二次障害予防を含む具体的な看護計画(疲労、転倒、疼痛等への配慮、運動許容量の検討、事故防止)の作成 ○ 症状や障害の経過観察(褥瘡、インスリン注射、カテーテルの留置・管理、浣腸、排便等の処置及び介護に係る具体的な指示) ○ 服薬管理 		
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○ 施設内での入浴、排泄介助、身辺介助等 ○ 移行プログラムへの同意(目標設定)と動機付け 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域生活における身辺、食事、排泄等の自立へ向けての対応 ○ 家族への助言 ○ 今後の生活設計を構築する上での相談・援助 ○ 地域生活・就労移行支援等他のサービス利用に向けた安定的な生活のための相談・援助 	

※ 地域の社会資源の状況から通所することが困難であるなど、一定の条件に該当する場合、施設入所も可能。

※ 頸髄損傷による四肢の麻痺その他これに類する状態にある障害者にとっては、標準利用期間は3年間。

【標準利用期間等について】

- 自立訓練及び就労移行支援については、地域生活や一般就労への移行など、明確な目的意識を持って一定期間で効果的・効率的に訓練を行い、サービスの長期化を回避するため、標準利用期間を設定している。

【標準利用期間】 法令上定められているサービスの利用期間(障害者総合支援法施行規則第6条の6)

- ①自立訓練(機能訓練) 1年6ヶ月間(頸髄損傷による四肢麻痺等の場合は3年間)
- ②自立訓練(生活訓練) 2年間(長期間入院又は入所していた者については、3年間)
- ③就労移行支援 2年間

(* あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師の資格取得を目的とする養成施設を利用する場合は、3年間又は5年間)

- また、支給決定期間を1年間まで(上記③*の場合は3年間又は5年間)とし、引き続きサービスを提供することによる改善効果が具体的に見込まれる場合には、各サービスごとに定められた標準利用期間の範囲内で、1年ごとの支給決定期間の更新が可能である。
- なお、標準利用期間を超えて、さらにサービスの利用が必要な場合については、市町村審査会の個別審査を経て、必要性が認められた場合に限り、最大1年間の更新が可能としている。(原則1回)。
- 宿泊型自立訓練は、標準利用期間を原則2年間とし、市町村は、利用開始から1年ごとに利用継続の必要性について確認し、支給決定の更新を行うこととしている。なお、サービスの利用開始から2年を超える支給決定の更新を行おうとする場合には、市町村審査会の意見を聴くこととしている。

リハビリテーション加算の取扱い

リハビリテーション加算 20単位／日

リハビリテーション加算については、利用者ごとに個別のリハビリテーションを行った場合に算定するものであるが、原則として利用者全員に対して実施するべきものであり、具体的には次のとおり実施すること。

ア 利用開始時に利用者に対するリハビリテーションの実施に必要な情報を収集しておき、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者（関連スタッフ）が暫定的に、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握（アセスメント）とそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により会議を行ってリハビリテーション実施計画の原案を作成する。また、作成した原案については、利用者又はその家族に説明し、同意を得ること。

（続く）

イ 原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、概ね2週間以内及び概ね3ヶ月ごとに関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により、会議を行って、リハビリテーション実施計画を作成すること。また、作成した計画については、利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。また、会議の結果、必要と判断された場合は、関係する指定特定相談支援事業所の相談支援専門員や他の障害福祉サービス事業所等に対してリハビリテーションに関する情報伝達（日常生活上の留意点、サービスの工夫等）や連携を図ること。

ウ 利用を終了する前に、関連スタッフによる会議を行うこと。その際、終了後に利用予定の指定特定相談支援事業所の相談支援専門員や他の障害福祉サービス事業所のサービス管理責任者等の参加を求めること。

エ 利用終了時には指定特定相談支援事業所の相談支援専門員や利用者の主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行うこと。

「居宅を訪問して自立訓練(機能訓練)を提供した場合」

1時間未満:245単位

1時間以上:564単位

具体的には次のとおりであること。

- ア 運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等及びこれらに関する相談援助
- イ 食事、入浴、健康管理等居宅における生活に関する訓練及び相談援助
- ウ 住宅改修に関する相談援助
- エ その他必要な支援

「視覚障害者に対する専門的訓練」

724単位

視覚障害者である利用者に対し、以下の研修等を受講した者が行う、歩行訓練や日常生活訓練等をいうものである。

- ア 国立障害者リハビリテーションセンター学院の視覚障害学科(平成10年度までの間実施していた視覚障害生活訓練専門職員養成課程を含む。)
- イ 「視覚障害生活訓練指導員研修事業について」(平成13年3月30日障発第141号)に基づき、社会福祉法人日本ライトハウスが受託して実施している視覚障害生活訓練指導員研修
- ウ 廃止前の「視覚障害生活訓練指導員研修事業について」(平成6年7月27日社援更第192号)に基づき、社会福祉法人日本ライトハウスが受託して実施していた視覚障害生活訓練指導員研修
- エ 廃止前の「盲人歩行訓練指導員研修事業について」(昭和47年7月6日社更第107号)に基づき、社会福祉法人日本ライトハウスが受託して実施していた盲人歩行訓練指導員研修
- オ その他、上記に準じて実施される、視覚障害者に対する歩行訓練及び生活訓練を行う者を養成する研修

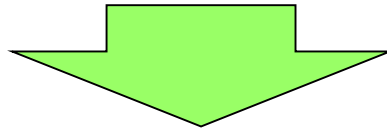
(3) サービス管理責任者の役割

- 身体状態のみならず、心理状態を踏まえた上で、的確にニーズを把握する。
- アセスメント全体を把握した上で、最終ゴールを想定することが重要。
- 情報が少ない場合こそ、あらゆる可能性を視野に入れることが重要。
- 利用者本人や家族が、まだ具体化できていないニーズを推測する。(真のニーズを把握することが重要。)
- 利用者の真のニーズを念頭に置いて個別支援計画を策定し、支援プロセスの全体を管理する。
- 個別支援計画の策定に当たっては、訓練担当職員、看護職員、介護職員等のチームで取り組むよう、支援会議を開催し意見調整の上、方針の統一を図る。
- 地域生活移行後の暮らしを豊かにするために、相談支援専門員等と連携を図りながら、地域の社会資源を把握・理解し、それらを勘案した個別支援計画を作成するとともに、関係機関と連携・調整を行う。
- 以上の支援全般に渡って、サービス提供職員に対し、適宜、指導・助言を行う。

2. サービス提供の基本姿勢

(1)利用者中心の考え方

- 支援を必要とする人々は、種々な困難を抱えているが、基本的には各種サービス等を主体的に利用し、課題解決できる権利を有している。



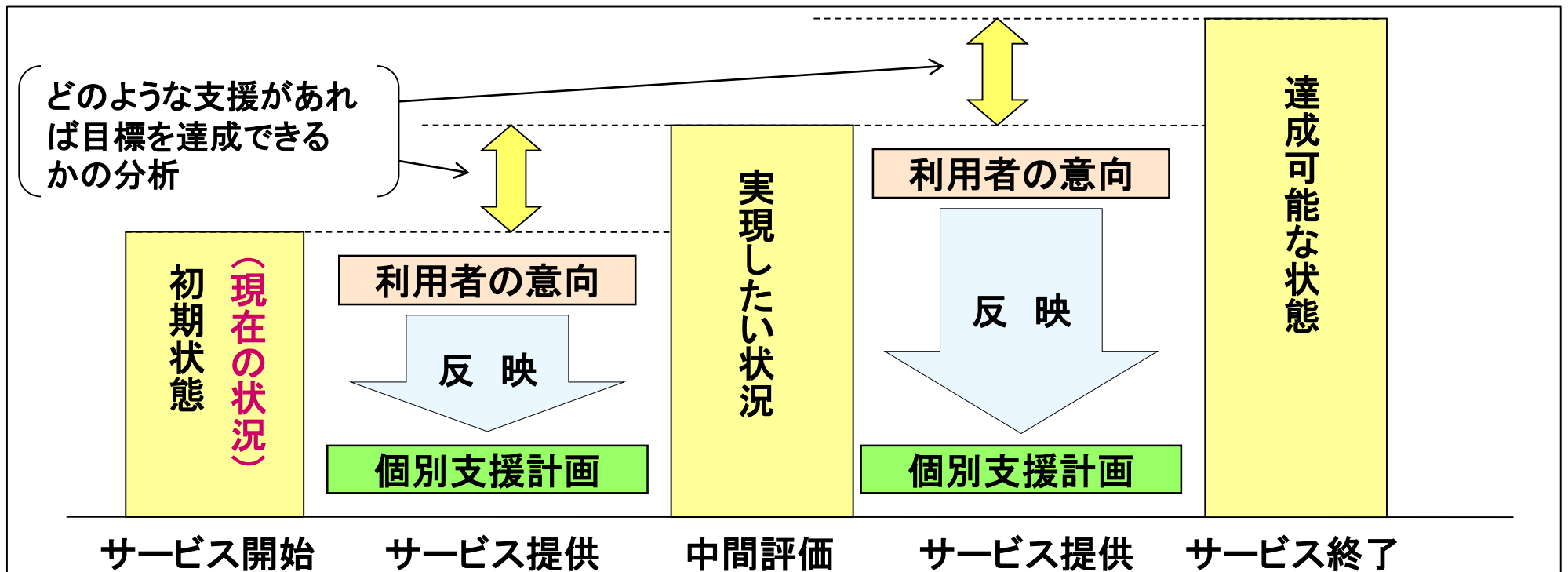
- 福祉サービスを提供する際には、職員が利用者に代わって課題解決に取り組むのではなく、利用できる制度やその他の社会資源を紹介しながら、利用者がそれらを主体的に活用して課題解決に取り組めるよう支援する。(自己決定の原則)

課題解決の主人公
は利用者本人

職員は利用者のエンパワメントを高めるよう支援

(2) 達成すべき状態の明確化

- 利用者からの意向聴取を行い(主訴)、アセスメントによる達成可能な状態と合わせて目標設定(めざす生活)をおこなう。
- 目標を達成するための必要な支援は何かを分析し、利用者自身が理解・納得出来る取り組むべき課題を提案し同意を得た上でサービスを提供する(個別支援計画)。



- 身体機能の改善、社会生活力の獲得等の達成すべき目標を明らかにし、個々に適した個別支援計画を作成して支援する。
- サービス終了に当たっては、地域移行後に必要な社会資源を検討し、生活をシミュレーションしてみる等、利用者の望む生活を明確化し、実現するための支援を行う。

目標の設定(例)

利用者への説明の際は、個別支援計画書に基づき詳細を丁寧に説明する。

- ・心理的安定
- ・基礎体力
- ・補装具適合
- ・食事洗面動作

初期

- ・車いす移乗動作
- ・更なる体力強化
- ・職業耐性

中期

- ・入浴動作
- ・自動車免許取得
- ・職業前訓練
- ・自己管理能力向上
- ・社会生活力向上

- ・地域移行後の生活シミュレーション
- ・社会資源の活用検討
- ・機能維持のための方策を検討

終期

(3) 利用者のニーズについての理解

1) 個別性・多様性がある

- 利用者は、病院を退院したばかりの方や、生活施設から退所し地域移行を目指している方、家族と暮らしているが一人暮らしを目指す方など幅広く、ニーズは一人一人異なるものである。

2) 最終ゴール想定的重要性

- 評価結果から最終ゴールを想定し、支援を組み立てることが重要。

3) 隠れたニーズがある

- 利用者本人や家族の意向を十分に聴取した上で、まだ表出されていない、もしくは気付かないニーズが隠れているようであれば、利用者や家族が納得する形で具体化する。

4) ニーズの背景を理解する

- 利用者や家族が、何故その「ニーズ」を持つのか、様々な背景を勘案して理解する。

5) ニーズを明らかにするプロセスは信頼関係を築く

- 利用者、家族のニーズと支援者による評価をきちんとすり合わせて真のニーズをつくることが重要であり、信頼関係を深めることになる。

(4) 提供するサービスについての理解

1) チームワークが重要

- 自立訓練(機能訓練)では、多職種が協働して利用者を支援することとなる。関係職員及び利用者自身が、提供されるサービス内容をしっかり理解した上で実施されることが重要である。
- 関係職員は、どの部署がどのようなサービスを提供しているか把握しておく必要がある。
- 関係職員間の情報共有のための工夫や、簡単な打合せを頻繁に行う習慣を持つ等、事業所全体での取り組みが重要である。

2) PDCA(Plan→Do→Check→Action)サイクルが重要

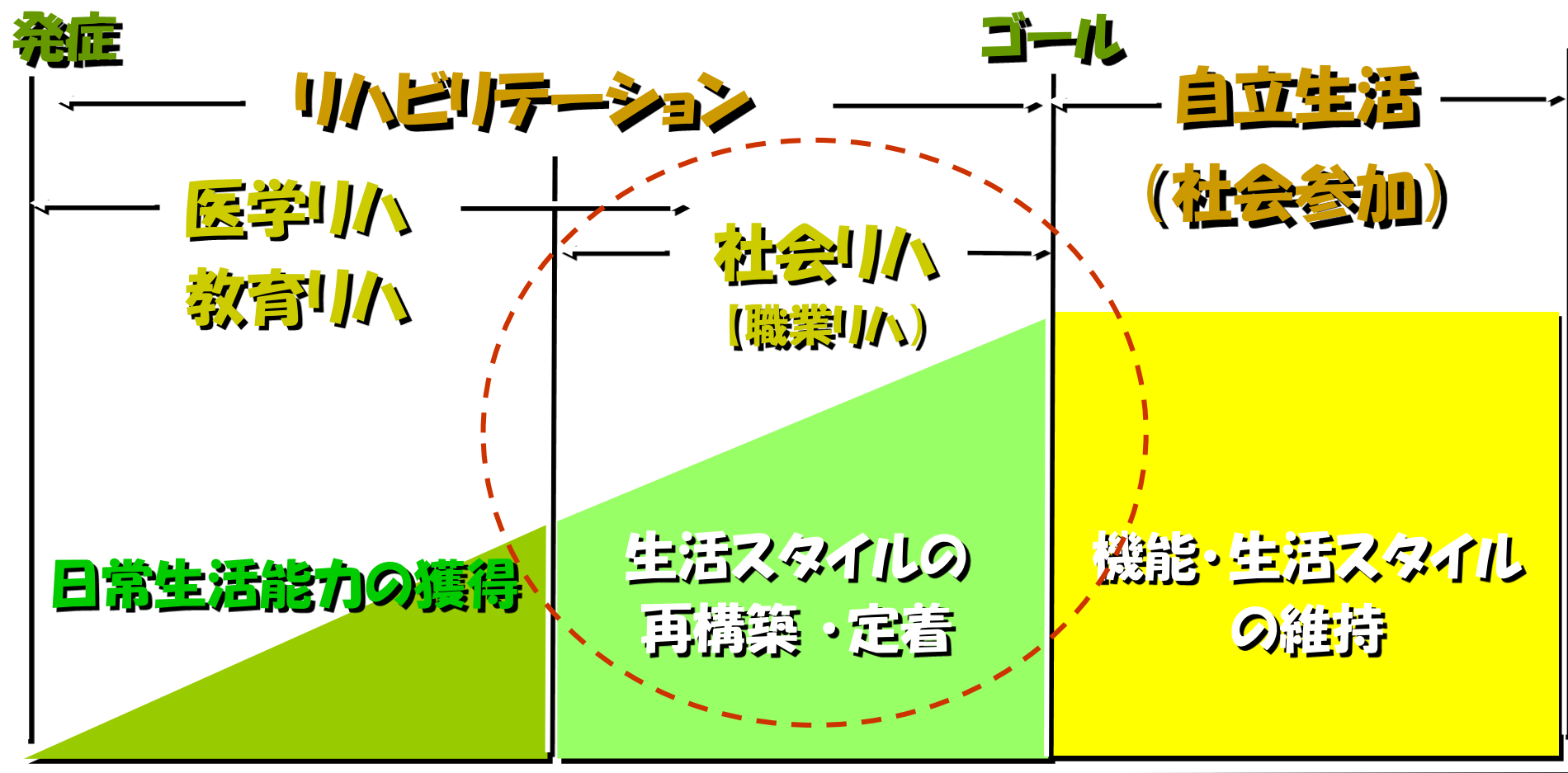
- 訓練の進捗状況等も把握し、ニーズの変化は生じていないか、大きな方針の変更はしなくてよいか等、常に気配りしておく必要がある。

3) 職員の「高い資質」が求められる

- 職員は、利用者の価値観や人間性、社会的活動内容等に直接触れる部分が多く、人間的な共感や信頼感、守秘義務等が特に求められるサービスであるという自覚を持つ必要がある。

3. サービス提供のポイント

(1)リハビリテーションにおける 機能訓練事業の位置付け

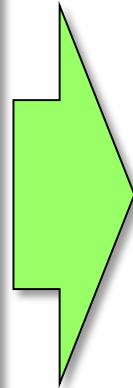


(2) 社会生活力をつける

既存のサービス提供での課題

利用者が地域での生活や社会参加をイメージしきれない

障害そのものの回復のみが焦点となり、具体的な地域での生活や社会参加をイメージできるプログラムが不足し、想定した支援が遅れがちである。



問題点に対応するポイント

社会生活力をつける

訓練終了後の地域生活をイメージできるように、地域で暮らしている人たちと話したり、社会生活力プログラムを実施するなど、早期に地域での生活や社会参加をイメージして自立訓練等に参加するなどし、先を意識しながら力を養う必要もある。

自立訓練は有期限のサービスであり、地域移行後の社会生活力を意識した支援が重要。

社会生活力とは

■ RI社会委員会の定義：1986年

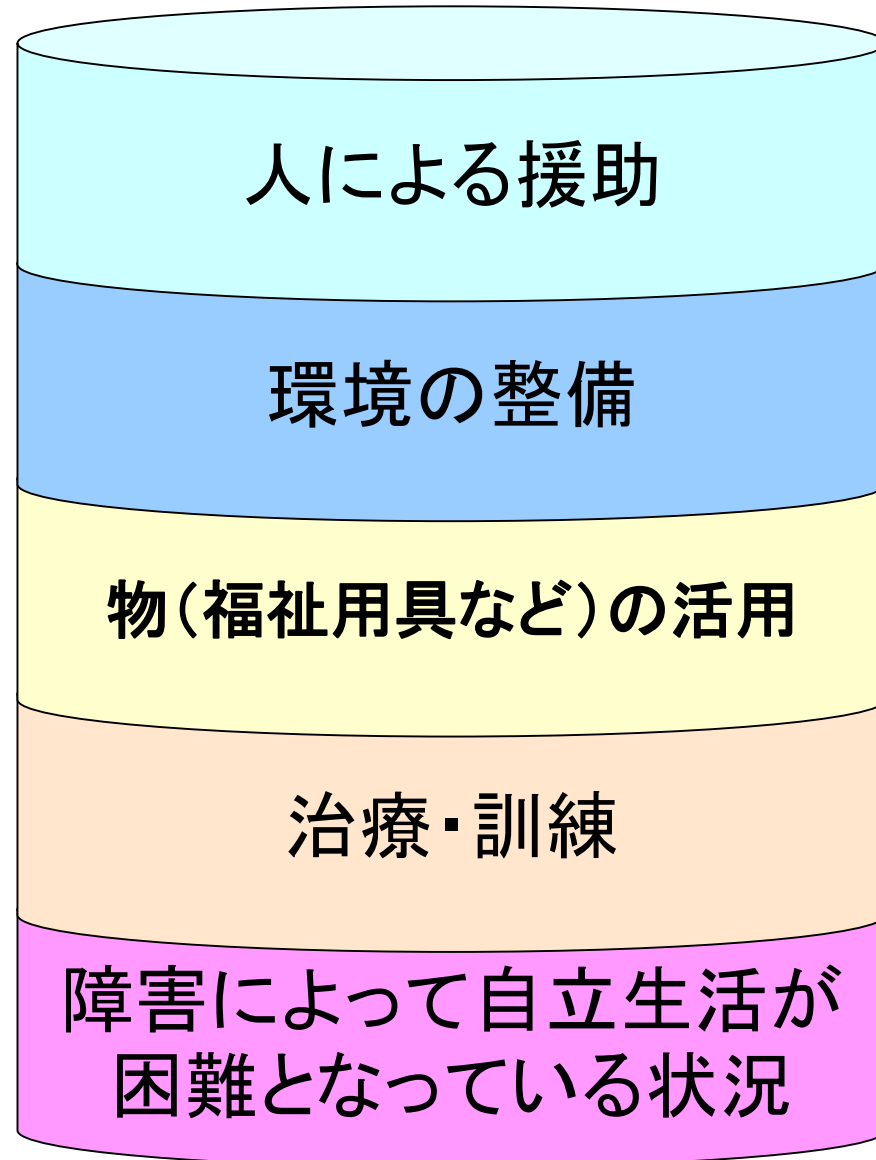
社会リハビリテーションとは、**社会生活力**を身につけることを目的としたプロセスである。

社会生活力（social functioning ability: SFA）とは、さまざまな社会的な状況のなかで、自分のニーズを満たし、最も豊かな社会参加を実現する権利を行使する力（ちから）を意味する。

社会生活力とは「自分の障害を**的確かつ前向きに認識し、自分に自信をもち、社会の中で活用できる諸サービス（社会資源）を自ら活用して、社会参加していくための力を高めること**」

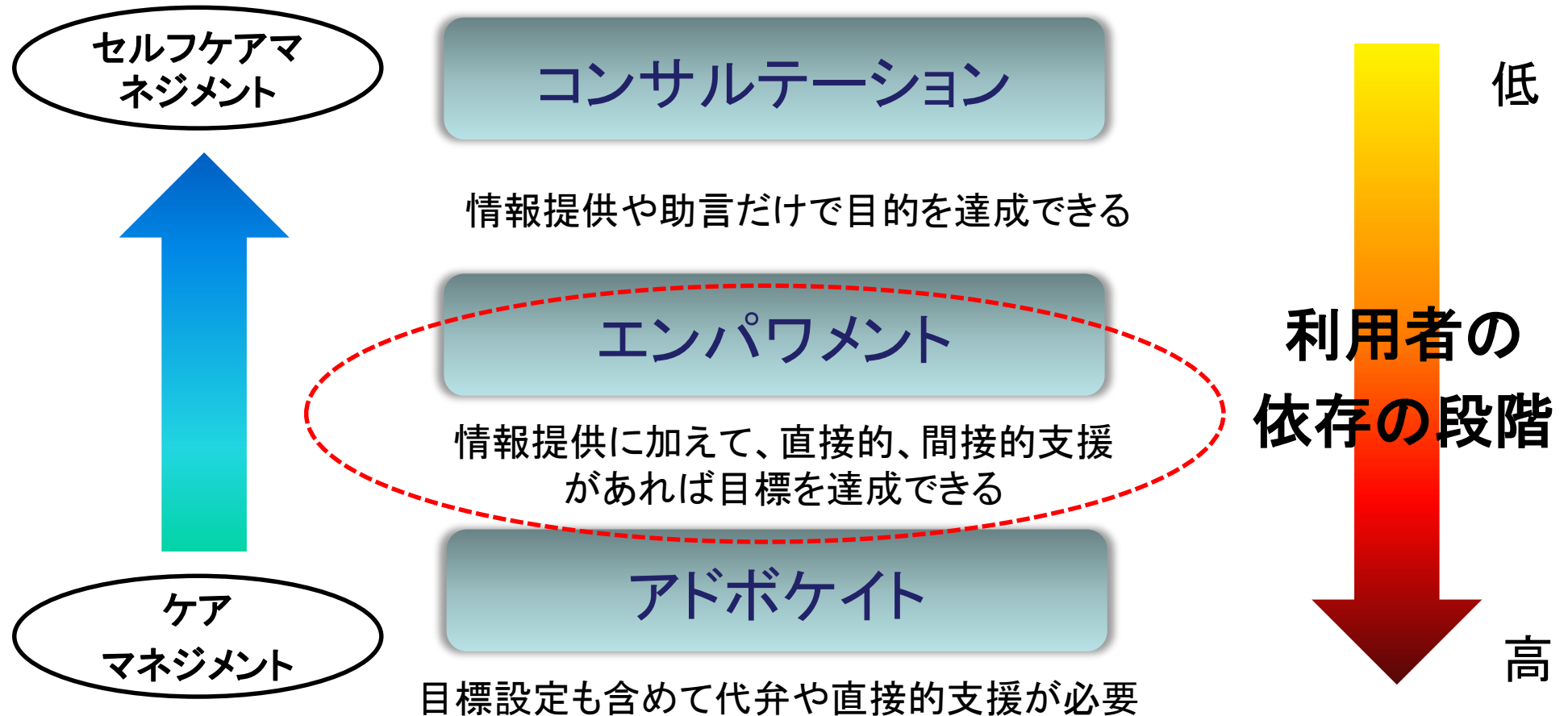
(3) 自立生活に向けた支援

- どこまでできる
- どう補う
(物・環境・人)
- 関係機関との連携
- 制度やサービスの活用



その人にあつた社会参加の具体化

(4) 支援者の指向する目標： 利用者自身のセルフケアマネジメント

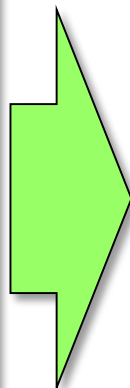


(5) 地域移行後を意識した取り組み

既存のサービスの問題点

地域移行後を見通した支援が不十分

訓練期間中は一定の成果を上げるが、地域生活移行後に必要なモチベーションの確保に対する支援は軽視されがちであり、結果として機能やQOLの維持が図れていない。



問題点に対応するポイント

地域移行後のステップアップも視野にいれる

地域生活移行後に、機能低下や意欲低下を引き起こさないために、社会参加の継続・ステップアップを図るための支援を家族・関係機関と共有し、利用者意識の向上を図る。

利用者自身が地域移行後の生活をマネジメントできる力を高めることと地域の関係機関による継続支援を図るための連携が重要である。

ゴールは社会参加の継続

- 機能訓練事業における支援は生活の再構築の支援であり、そのゴールは社会参加が達成でき、維持されることにある。
- 本人・家族・支援者の障害の受容・理解は、生活の再構築に大きな影響を及ぼす。そのため利用者ニーズに基づく多面的な評価と合意が大切となる。
- 社会参加を実現するためには、多様な有り様を理解しなくてはならず、その支援は一律ではない。プランを立案し実行するには、個々の力量だけではなく、**関係者や地域と連携した支援**を実践しなくてはならない。
- 社会参加に向けた支援は、本人への支援のみならず、受け入れ社会(環境)への働きかけも重要になる。

(6) 相談支援専門員、地域の関係機関との連携

相談支援専門員との連携

- 利用開始前から相談支援専門員との連携が必要となるが、初期段階では、見通しがある時点で立ちにくいこともある。当初、サービス等利用計画では、利用者の基本情報や意向、大きな方向性を整理し、利用開始後、双方が連携しモニタリング時の計画変更で詳細を詰めていく必要がある。
- 自立訓練(機能訓練)は、有期限のサービスであり、終了後の地域移行に当たっては、利用者が暮らすこととなる地域の相談支援事業者と連携し、利用可能な地域の福祉サービスや社会資源に関する情報を得て利用者に提供したり、利用者承諾の上、相談支援専門員に対し利用者情報を提供することで、円滑な地域移行が可能となる。
- また、日頃から(自立支援)協議会の場などで相談支援専門員との連携を保つことで、自立訓練(機能訓練)の利用相談等についても円滑につなぐことが可能となる。

基本的には、利用開始前においても相談支援専門員との連携を図る。ただし、病院からの直接の場合等においては、自前の相談支援事業所等の活用も考えられる

終期段階では、地域移行後の支援の組み立て等について、相談支援専門員が中心となり行い、自立訓練事業者はこれに協力する。

サービス等利用計画と個別支援計画の関係

- サービス等利用計画については、相談支援専門員が、総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、作成。
- 個別支援計画については、サービス管理責任者が、サービス等利用計画における総合的な援助方針等を踏まえ、当該事業所が提供するサービスの適切な支援内容等について検討し、作成。

指定特定相談支援事業者 (計画作成担当)

アセスメント

- ・障害者の心身の状況
- ・その置かれている環境
- ・日常生活の状況
- ・現に受けているサービス
- ・サービス利用の意向
- ・支援する上で解決すべき課題
- ・その他

サービス等利用計画

- ・生活に対する意向
- ・総合的な援助の方針
- ・解決すべき課題
- ・サービスの目的(長期・短期)
- ・その達成時期
- ・サービスの種類・内容・量
- ・サービス提供の留意事項

障害福祉サービスに加え、保健医療サービス、その他の福祉サービスや地域住民の自発的活動なども計画に位置づけるよう努める。

複数サービスに共通の支援目標、複数サービスの役割分担、利用者の環境調整等、総合的な支援計画を作る。

サービス事業者

サービス事業者

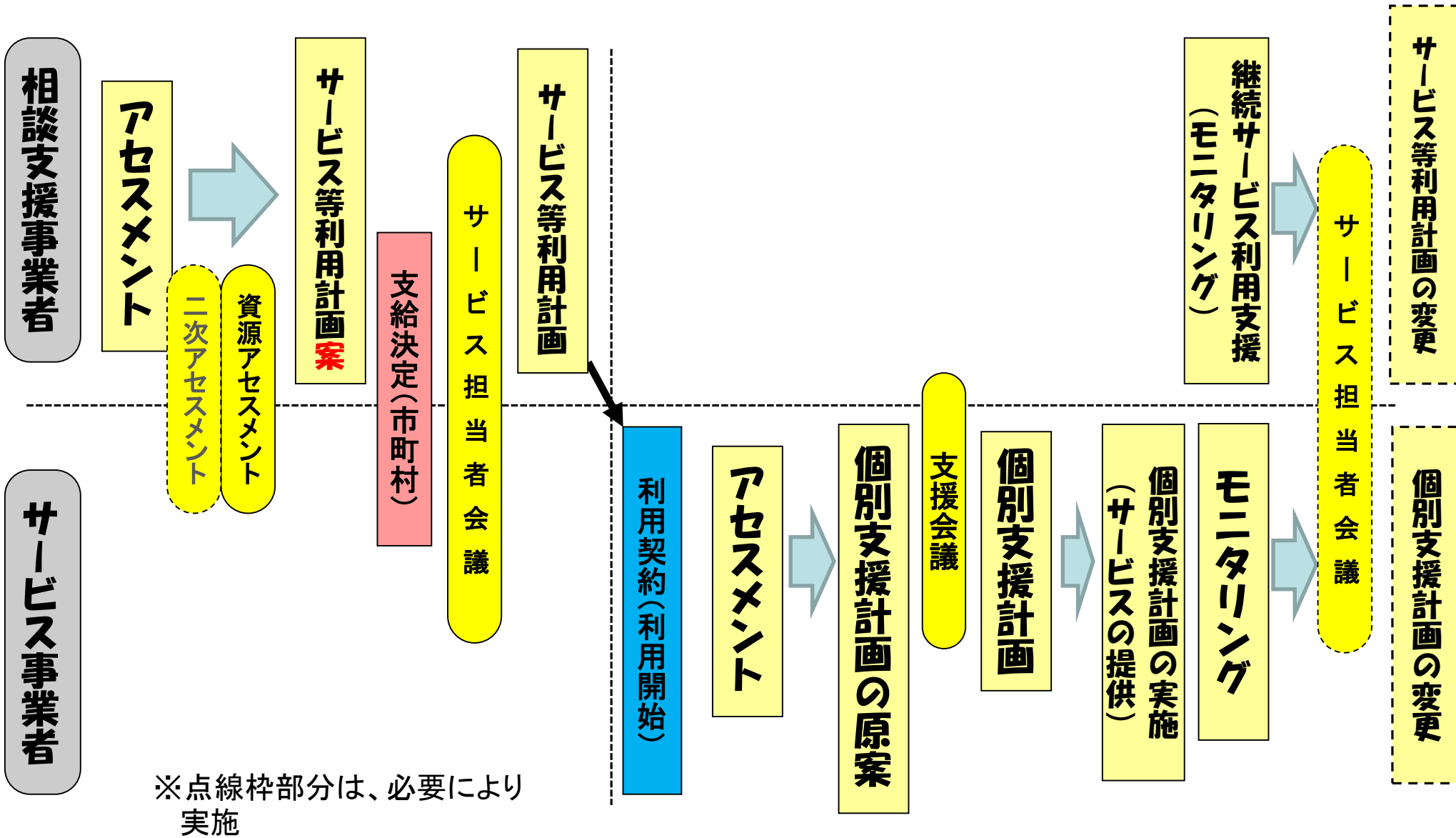
アセスメント

- ・置かれている環境
- ・日常生活の状況
- ・利用者の希望する生活
- ・課題
- ・その他

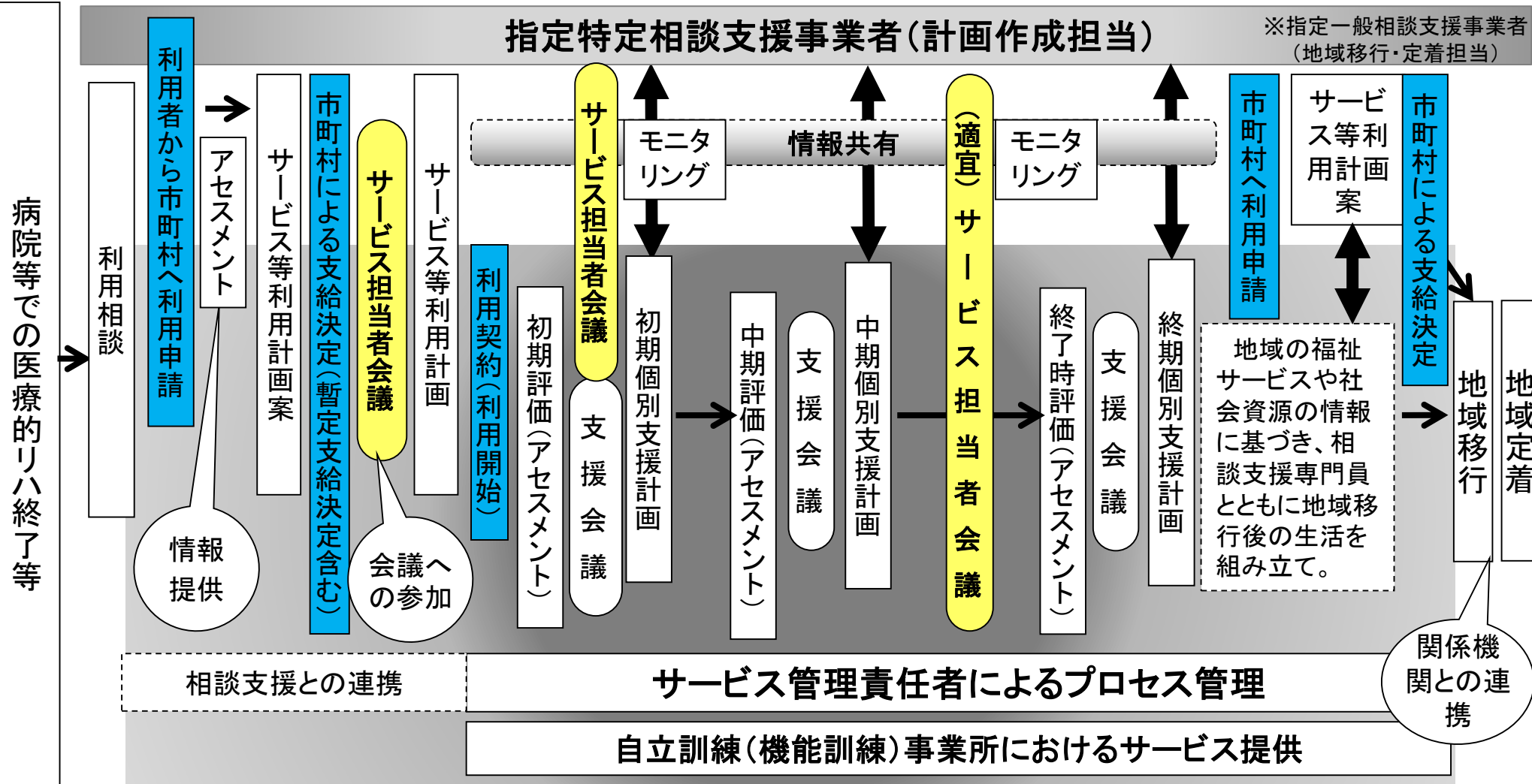
個別支援計画

サービス等利用計画を受けて、自らの障害福祉サービス事業所の中での取組について具体的に掘り下げて計画を作成するよう努める。

指定特定相談支援事業者(計画作成担当)と障害福祉サービス事業者の関係



相談支援専門員との連携イメージ



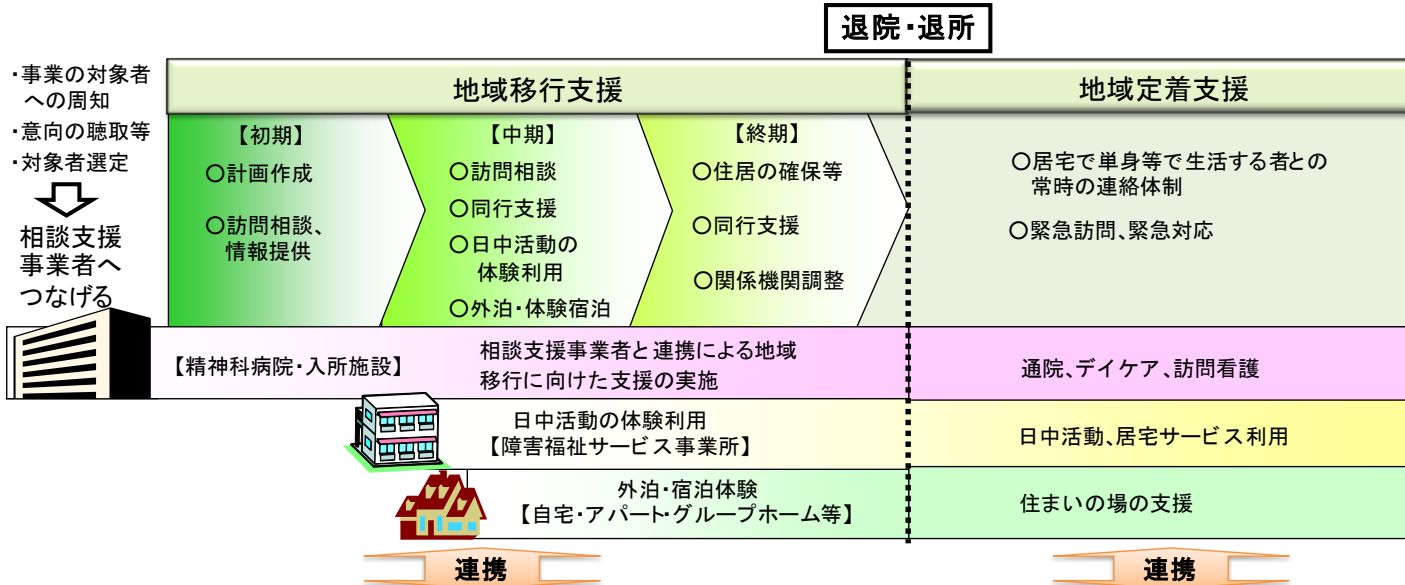
- ※ 上記のように、病院等でのリハ終了後、機能訓練事業者へ直接利用相談があった場合、サービス管理責任者は利用契約前の段階であっても指定特定相談事業者と情報共有し、サービス担当者会議に参加する等、緊密な連携を保ちつつ、適切な地域移行へつなげる。
- ※ 地域移行後については、相談支援専門員は別途サービス担当者会議を開催し、サービス等利用計画を作成する必要がある。サービス管理責任者は、地域移行後もサービス担当者会議に積極的に参加する等の支援を行うよう留意すること。
- ※ 必要に応じて指定一般相談支援事業者が行う「地域移行支援・地域定着支援」の活用を図る。

地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)の概要

地域移行支援・・・障害者支援施設、精神科病院、救護施設・更生施設、矯正施設等に入所又は入院している障害者を対象に住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。

地域定着支援・・・居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。

(参考) 地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)



協議会によるネットワーク化

市町村・保健所・精神保健福祉センター・福祉事務所・障害福祉サービス事業所・障害者就業・生活支援センター 等

※ 精神障害者の退院促進支援事業の手引き(平成19年3月日本精神保健福祉士協会)を参考に作成

	地域移行支援	地域定着支援
事業所数	278事業所	414事業所
利用者数	500人	2,167人

報酬単価

(地域移行支援)

- 地域移行支援サービス費 2,323単位/月
- 初回加算 500単位/月
(利用を開始した月に加算)
- 退院・退所月加算 2,700単位/月
(退院・退所月に加算)
- 集中支援加算 500単位/月
(月6日以上面接・同行による支援を行った場合に加算)
- 障害福祉サービス事業の体験利用加算 300単位/日
- 体験宿泊加算(Ⅰ) 300単位/日
- 体験宿泊加算(Ⅱ) 700単位/日
- 特別地域加算 +15/100

(地域定着支援)

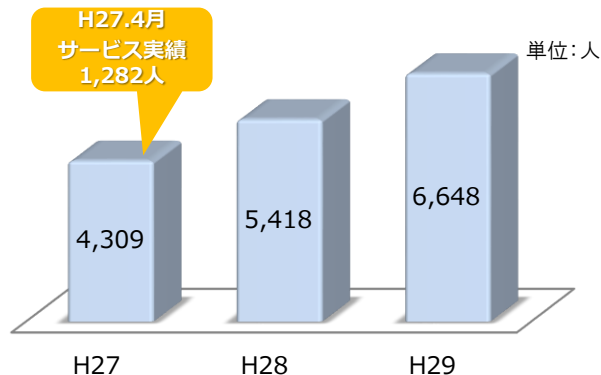
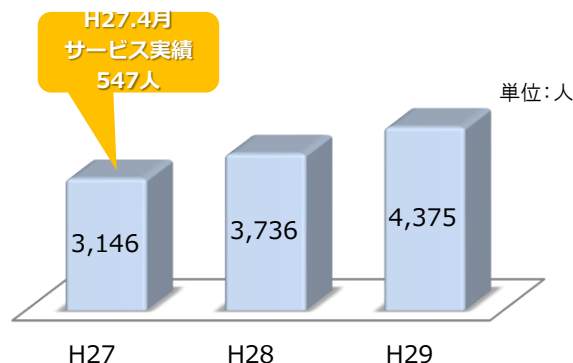
- 地域定着支援サービス費
〔体制確保分〕 302単位/月
〔緊急時支援分〕 705単位/日
- 特別地域加算 +15/100

地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)の利用者数実績等

◆ 第4期障害福祉計画における見込量

地域移行支援

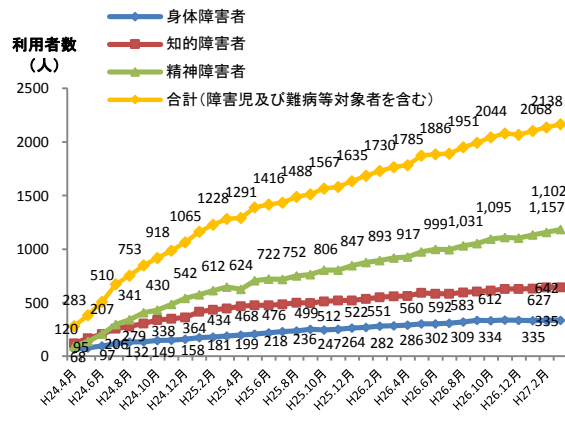
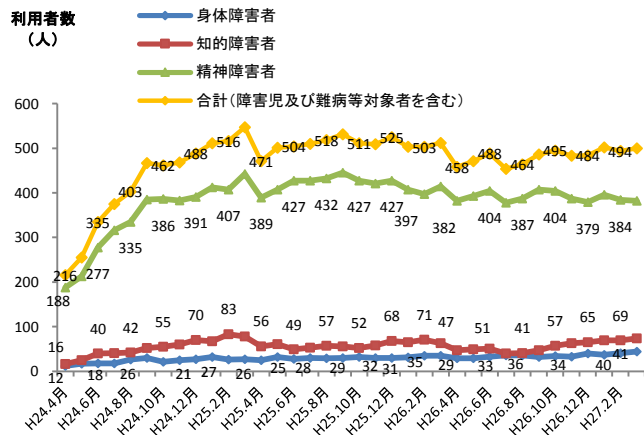
地域定着支援



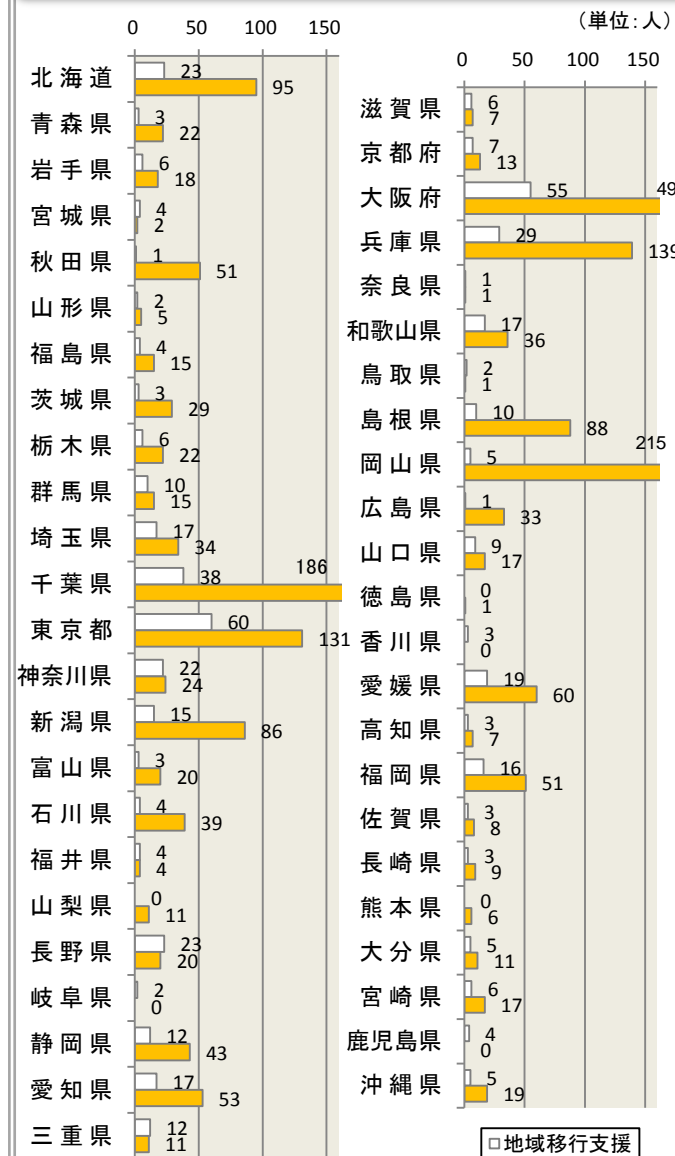
◆ 障害別利用者数の推移(H24.4~H27.3)

地域移行支援

地域定着支援



◆ 都道府県別利用者数(H27.3)



地域移行支援

○ 対象者

- 障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設、療養介護を行う病院、矯正施設等又は保護施設に入所している障害者
※ 児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障害者支援施設に入所する15歳以上の障害者みなしの者も対象。
- 精神科病院(精神科病院以外で精神病室が設けられている病院を含む)に入院している精神障害者
→ 長期に入院していることから支援の必要性が相対的に高いと見込まれる1年以上の入院者を中心に対象。
※ 1年未満の入院者は、特に支援が必要な者(措置入院や医療保護入院から退院する者で住居の確保などの支援を必要とするものや地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者など)を対象。

○ サービス内容

- 住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談
- 地域移行のための障害福祉サービス事業所等への同行支援等。

○ 主な人員配置

- 従業者
・1人以上は相談支援専門員であること。
- 管理者

○ 報酬単価(平成27年4月～)

■ 基本報酬

- ・ 地域移行支援サービス費 2,323単位/月(毎月算定。少なくとも月2回以上面接・同行による支援が要件。)

■ 主な加算

初回加算(500単位) →地域移行支援の利用を開始した月に加算	退院・退所月加算(2,700単位) →退院・退所する月に加算	集中支援加算(500単位) →退院・退所月以外で月6日以上面接・同行による支援を行った場合に月ごとに加算	特別地域加算(15%加算) →中山間地域等に居住している者に対して提供されるサービスを評価
------------------------------------	-----------------------------------	---	--

○ 事業所数 278(国保連平成27年3月実績)

○ 利用者数 500(国保連平成27年2月実績)

地域定着支援

○ 対象者

- 以下の者のうち、地域生活を継続していくための常時の連絡体制の確保による緊急時等の支援体制が必要と見込まれる者。
 - ① 居宅において単身で生活する障害者
 - ② 居宅において同居している家族等が障害、疾病等のため、緊急時等の支援が見込まれない状況にある障害者
 - ※ 施設・病院からの退所・退院、家族との同居から一人暮らしに移行した者、地域生活が不安定な者も含む。
 - ※ グループホーム、宿泊型自立訓練の入居者については、対象外。

○ サービス内容

- 常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等の相談
- 障害福祉サービス事業所等との連絡調整等の緊急時の各種支援

○ 主な人員配置

- 従業者
 - ・1人以上は相談支援専門員であること。
- 管理者

○ 報酬単価(平成27年4月～)

■ 基本報酬

地域定着支援サービス費 [体制確保分] 302単位/月(毎月算定)
[緊急時支援分] 705単位/日(緊急時に居宅訪問又は滞在型の支援を行った場合に算定)

■ 主な加算

特別地域加算(15%加算)
→中山間地域等に居住している者に対して提供されるサービスを評価

○ 事業所数 414(国保連平成27年3月実績)

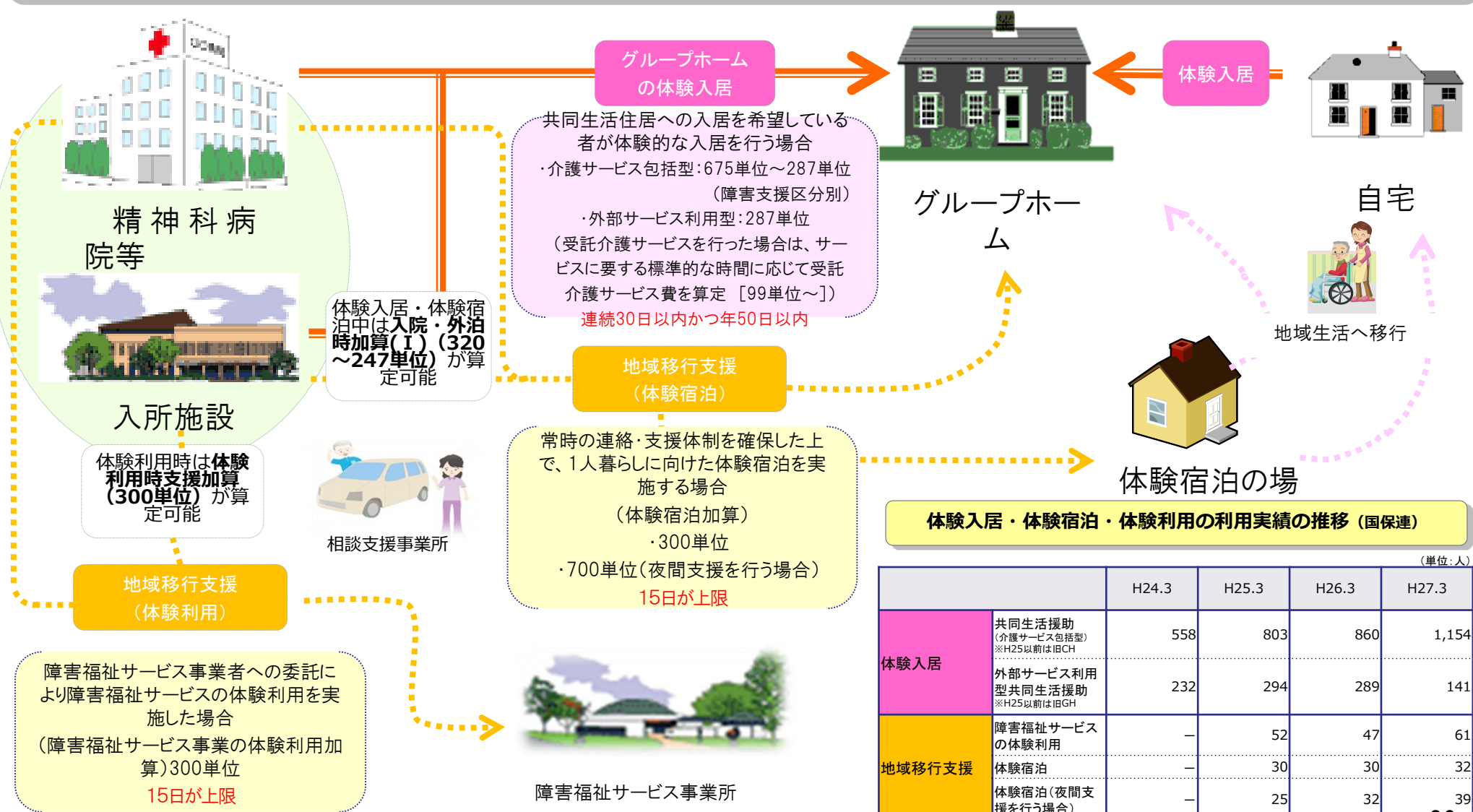
○ 利用者数 2,167(国保連平成27年3月実績)

地域相談支援

	地域移行支援	地域定着支援
○ 対象者	障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者のうち、地域生活への移行のための支援が必要と認められる者	<ul style="list-style-type: none"> ■ 居宅において単身であるため緊急時の支援が見込めない状況にある者 ■ 居宅において家族と同居している障害者であっても、家族等が障害、疾病等のため、障害者に対し、家族等による緊急時の支援が見込めない状況にある者
○ サービス内容	地域において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、住居の確保、外出の際の同行支援その他の地域生活へ移行するための支援を行う	常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要な支援を行う
○ 主な人員配置	地域移行支援従事者 (うち、1人以上は相談支援専門員)	地域定着支援従事者 (うち、1人以上は相談支援専門員)
○ 報酬単価		
■ 基本報酬	地域移行支援サービス費 2, 323単位/月	地域定着支援サービス費 (体制確保費) 302単位/月 (緊急時支援費) 705単位/日
■ 主な加算	初回加算 → 地域移行支援の利用を開始した月に加算 (500単位/月) 障害福祉サービスの体験利用加算 → 障害福祉サービスの体験的な利用支援を行った場合 (300単位/日) 体験宿泊加算 (I)・(II) → (I) 一人暮らしに向けた体験的な宿泊支援を行った場合 (300単位/日) → (II) (I)のうち、夜間及び深夜の時間帯を通じて必要な見守り等の支援を行った場合 (700単位/日)	
○ 請求事業所数 (国保連平成27年3月実績)	278事業所	414事業所
○ 利用者数 (国保連平成27年3月実績)	500人	2,167人

施設入所者等の地域生活の体験に関する仕組み

施設入所者等の地域生活への移行を円滑に進めるためには、地域での生活に徐々に慣れていくことが重要であると考えられることから、入所・入院中の段階から宿泊等の地域生活の体験ができるようグループホーム等の体験入居や体験宿泊、障害福祉サービスの体験利用を促進。また、グループホームの体験入居については、家族と同居しながら自宅で生活する障害者も利用可能。



1. 制度概要

高齢者、障害者が地域で暮らせる社会の実現に向けて、**公営住宅を日常生活上の援助を受けながら共同生活を行うグループホームとして活用できる**こととしている。

2. 経緯

平成8年 公営住宅法改正

公営住宅のグループホームとしての活用について、法律に明確に位置付けるとともに、以下の要件に該当する場合には大臣承認の手続きを簡素化した(事後報告をもって承認と取り扱う。)。

【対象となる社会福祉事業】

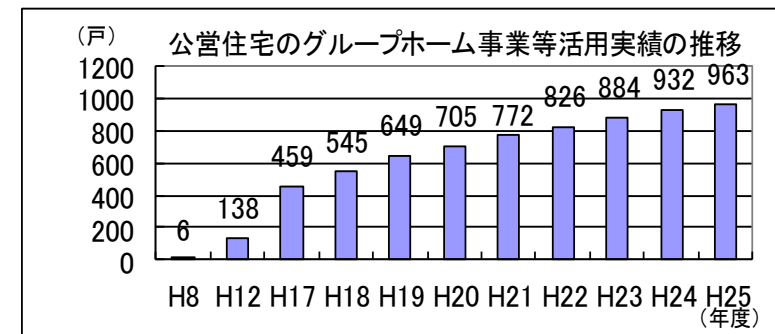
- ① 自立援助ホーム・ファミリーホーム (平成21年4月から追加)
- ② 認知症高齢者グループホーム (平成12年4月から追加)
- ③ ホームレスの自立の支援のための活用 (平成18年4月から追加)
- ④ 知的・精神・身体障害者グループホーム・ケアホーム
(身体障害者については平成21年10月から追加)

【活用することができる主体】

社会福祉法人、地方公共団体、医療法人、NPO等

【要件】

- ① 公営住宅の適正かつ合理的な管理に著しい支障のない範囲で行われること
- ② 公営住宅の本来の入居対象者である低額所得者層への供給に支障が生じないこと
- ③ 事業の円滑な実施が担保されていること



(国土交通省資料)

※このうち大阪府において559戸を活用。

※認知症高齢者向けグループホームは41戸のみ。(H24年度末)

3. 国の支援

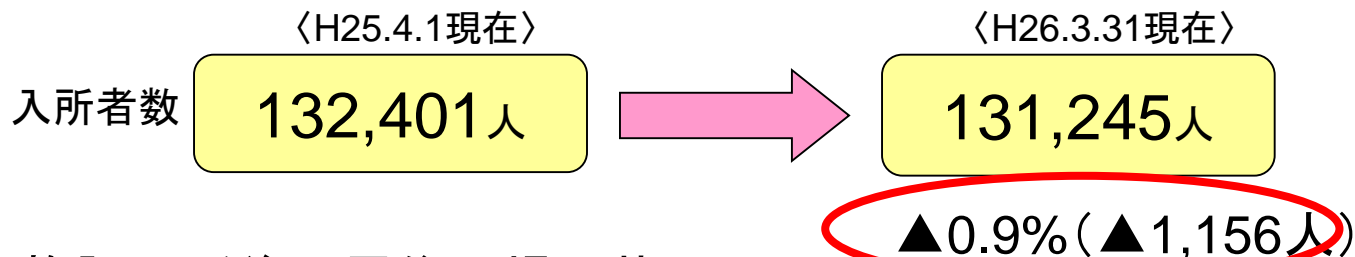
○ 公営住宅を精神障害者・知的障害者向けのグループホーム等(高齢者向け優良賃貸住宅については認知症グループホーム)として利用するための改良工事費を公営住宅等ストック総合改善事業(社会資本整備総合交付金の基幹事業)の助成対象に追加(平成21年度)。

○ 身体障害者向けのグループホーム等を助成対象に追加(平成22年度)。

施設入所者の地域生活への移行に関する状況①

※ 2,522施設からの回答を集計。

1 入所者の推移



○ 対象施設
・ 障害者支援施設

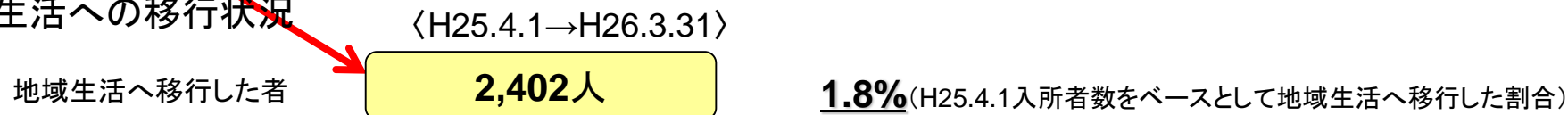
2 施設退所後の居住の場の状況

(1) 退所者の居住の場の内訳

地域生活移行	他入所施設 (障害)	他入所施設 (老人)	地域移行型ホーム	病院	死亡	その他	計	新規入所者
2,402人 (33.8%)	882人 (12.4%)	430人 (6.1%)	27人 (0.4%)	1,116人 (15.7%)	2,077人 (29.2%)	168人 (2.4%)	7,102人	5,946人

※「その他」には、救護施設、刑務所、所在不明等が含まれる。

(2) 地域生活への移行状況



〈地域生活へ移行した者の住まいの場の内訳〉

共同生活介護	共同生活援助	福祉ホーム	家庭復帰	1人暮らし・結婚等			その他
				公営住宅	公的賃貸住宅 (公営住宅を除く)	その他民間住宅	
752人 (31.3%)	410人 (17.1%)	22人 (0.9%)	878人 (36.6%)	34人 (1.4%)	7人 (0.3%)	260人 (10.8%)	39人 (1.6%)

施設入所者の地域生活への移行に関する状況②

3 地域生活へ移行した者の日中活動の状況

〈地域生活へ移行した者の日中活動の内訳〉

生活介護	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援	就労継続支援A 型	就労継続支援B 型	地域活動支援セ ンター
761人 (31.7%)	31人 (1.3%)	46人 (1.9%)	113人 (4.7%)	53人 (2.2%)	422人 (17.6%)	34人 (1.4%)
一般就労	学校 (能力開発校含む)	精神科 デイケア等	通所介護 (介護保険)	その他の活動	未定	不明
290人 (12.1%)	36人 (1.5%)	42人 (1.7%)	92人 (3.8%)	69人 (2.9%)	255人 (10.6%)	158人 (6.6%)

4 施設入所前の居住の場の状況

(1) 新規入所者の入所前の内訳

地域生活	他入所施設 (障害)	他入所施設 (老人)	地域移行型 ホーム	病院	その他	計
2,671人 (44.9%)	1,107人 (18.6%)	97人 (1.6%)	19人 (0.3%)	1,574人 (26.5%)	478人 (8.0%)	5,946人

(2) 地域生活の内訳

共同生活介護	共同生活援助	福祉ホーム	家庭	1人暮らし・結婚等			その他
				公営住宅	公的賃貸住宅(公 営住宅を除く)	その他民間住宅	
185人 (6.9%)	86人 (3.2%)	5人 (0.2%)	2,237人 (83.8%)	25人 (0.9%)	3人 (0.1%)	86人 (3.2%)	44人 (1.6%)

地域の関係機関との連携

- 自立訓練(機能訓練)は、有期限のサービスであり、終了後の地域移行に当たっては、地域移行後に必要な社会資源を検討し、シミュレーションしてみる等、利用者の望む生活を明確化し、実現するための支援を行う。
- その際、地域の福祉サービス事業者や医療機関等との連携により、必要な支援を確保し、機能低下・意欲低下の予防を図りながら社会参加の維持・ステップアップを意識し、地域移行・地域定着を図る。
- 指定特定相談支援事業者(計画相談)との連携は必須であるが、必要に応じて、指定一般相談支援事業者(地域相談)が行う「地域移行支援・地域定着支援」の活用を図る。

地域移行後の支援の組み立て等については指定特定相談支援事業所が中心となり、各サービス事業所と連携し「サービス等利用計画」を作成する。

サービス管理責任者は、相談支援専門員及び各サービス事業者等との連携が重要。

4. アセスメントのポイント

(1) 情報の収集・整理を通じた利用者理解

- ・ 情報収集とアセスメントは表裏一体の関係にある。
- ・ 把握できている情報を整理し、不足している情報は関係者から収集する。
- ・ 必要がある場合は関係者を召集し、情報の集約・共有化を目的に会議を実施することもある。
- ・ 情報整理シート等の活用等も有効である。
- ・ 整理した利用者情報を活用し、アセスメント(ニーズ・課題を明らかにする)をおこなうことになる。

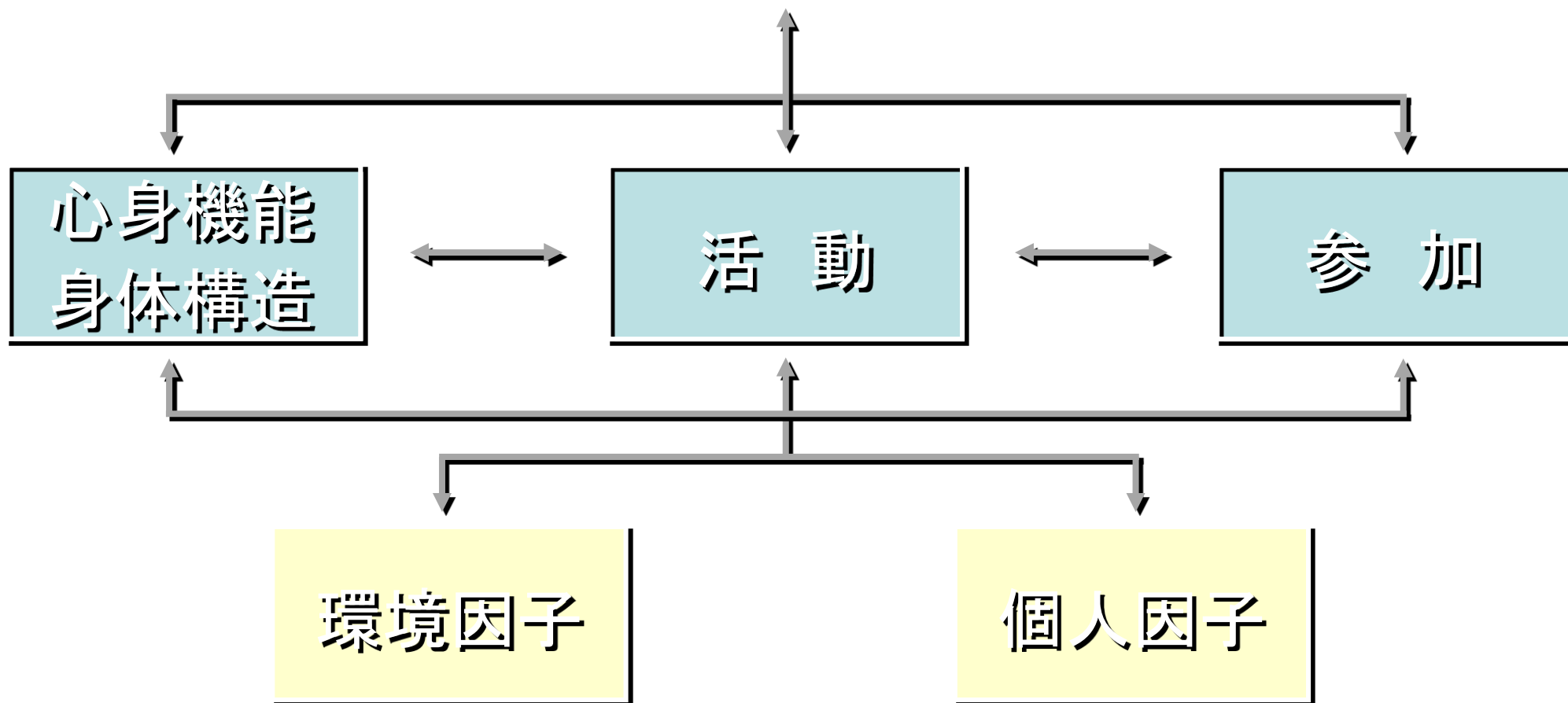
ICFの視点に立った利用者総体の理解

利用者のニーズや課題は、人と環境の相互作用によって生じてくることを理解する。利用者のストレングスへの気づきも大切である。

ICFの構成要素

健康状態

(変調または病気)



ストレングスへの気づき

ストレングス(Strength)とは、英語で「強さ・力」の意味である。その人が、元来持っている「強さ・力」に着目して、それを引き出し、活用していく

チャールズ・ラップ／リチャード・ゴスチャ

- **個人の属性(性質・性格)**

その人がどういう人かを表すものです。「ユーモアがある」「人なつこい」「努力家である」など。

- **才能・技能**

その人が持っている才能や技能のことです。「生け花を教えることができる」「ホームページを作ることができる」「ギターを弾ける」など。

- **関心・願望**

その人が関心を持っているもの、強く願望しているもののことです。ストレングス・ケアマネジメントでは、もっとも重要視されています。「海外旅行へ行きたい」「料理を教えたい」「漫画家になりたい」など。

- **環境のストレングス**

その人の持っている資産、人間関係、近隣の地域資源など、その人の外にあって活用することのできるものが環境のストレングスです。「お金には困っていない」「親戚のおじさんが近所で見守ってくれる」「商店街が近くにある」など

(2) ニーズは何か

アセスメントを通じ、利用者の希望をニーズへと確定していく。

本人や家族の希望と専門職による評価結果をすりあわせ、**真のニーズ**を考えることが大切である。

①把握した
ニーズや評価
結果からゴール
を想定

**真のニーズ
を考える**

②提供する
サービス内容
を検討

③本人のエン
パワメントを高め
る支援

④ニーズの変化に
も留意

ニーズを明らかにするプロセス

- 表出されている希望が必ずしも利用者の真のニーズであるとは限らない。また、希望が出されていない場合でも、利用者からのメッセージを含むことがある。
- 家族の希望については、本人を中心に整理することが大切。
- 利用者情報から表出されている希望の背景には、色々な思いが重なり、色々な過程を経ていることを考えることが大切＝ニーズの構造的な理解。
- 利用者とニーズを整理していく中で、真のニーズへの気づきが持てるようになる。

(3) 取り組むべき課題を明らかにする

明らかになったニーズに基づき、利用者が目指す生活を考え、そのために取り組むべき課題として明らかにする。

① 支援課題は何か(利用者へのアプローチ・環境へのアプローチ)

ニーズに基づく
目指すべき生活
(長期ゴール)

② 課題解決のために利用者が取り組むことは何か?

③ 課題解決のために支援者にできることは何か?

④ 当面めざすゴールは何か?

(4) 地域生活への移行のために何が必要か

自分で判断して決定し、実行していく力をつける

外出機会を多く持ち、買い物や交通機関利用の際の不安を減らすことで、社会参加の促進

家族間での役割や生き甲斐づくり等、地域生活移行後のモチベーションを高めるとともに家族の理解・協力を得る

健康管理、栄養管理等の自己管理能力を高める

社会資源を活用するための知識を持つ

住宅整備などの環境調整によりバリアフリー化

相談支援体制や緊急時の体制を確保する

等

(5) 身体機能のみならず心理状態を把握する

自立訓練(機能訓練)は、身体障害者に対するサービスではあるが、身体機能のみならず心理状態もアセスメントする必要がある。

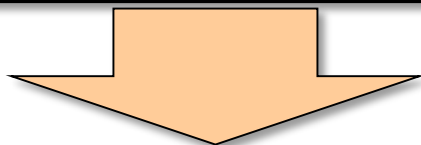
ここでは「身体障害と心理」について、以下の視点で述べる。

- ・「障害受容」をめぐって
- ・障害受容のプロセス
- ・「障害受容」のステージ理論に対する批判
- ・心理的側面からみた支援上の留意点

「障害受容」をめぐって

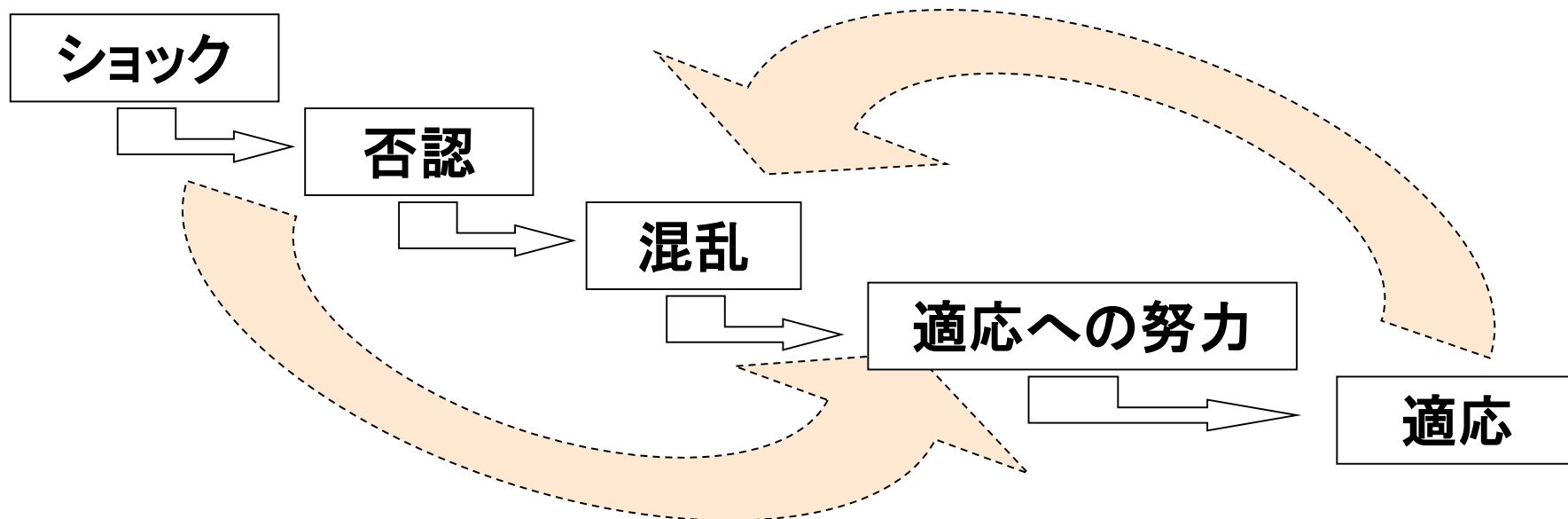
身体障害者のリハビリテーションにおいては、よく「障害受容」という言葉を耳にします。特に、身体障害者のこころの面に目を向けたときに、枕詞のように用いられることがあります。「障害受容ができていないよね」、「障害受容の問題では？」など、スタッフ間の日常的なやりとりでも使われることが多いのではないのでしょうか？

それでは、皆さんの考える「障害受容」とはどのようなもののでしょうか？「障害受容ができていない人」とは、一体どういう人を指しているのでしょうか？



これまで、「ステージ理論」や「価値変換論」などを中心として、障害受容や、障害受容のプロセスなどの説明がなされてきた。しかしながら、1990年代頃から、これらの考え方に対する異論が唱えられるようになった。

障害受容のプロセス



上記プロセスについては、利用者を理解するための一つの手がかりとして知っておくことは有用。

しかし、実際には、様々な要因の影響を受けることから、決して一定の明確な道筋をたどるわけではなく、ステレオタイプに汎化してあてはめて理解しようとすることは、かえって支援を阻害してしまう可能性すらある。

「障害受容」のステージ理論に対する批判

- ステージ理論にあてはまらない事例の存在
- 障害は受容できるものか、受容しなくてはならないものかという当事者からの問題提議
- リハビリテーション効果が上がらない要因を、障害受容の問題にすりかえてはいないかというリハビリテーション批判
- 障害の心理的影響に対する過小評価
- 障害受容に関する当事者責任への偏重と社会的責任の軽視

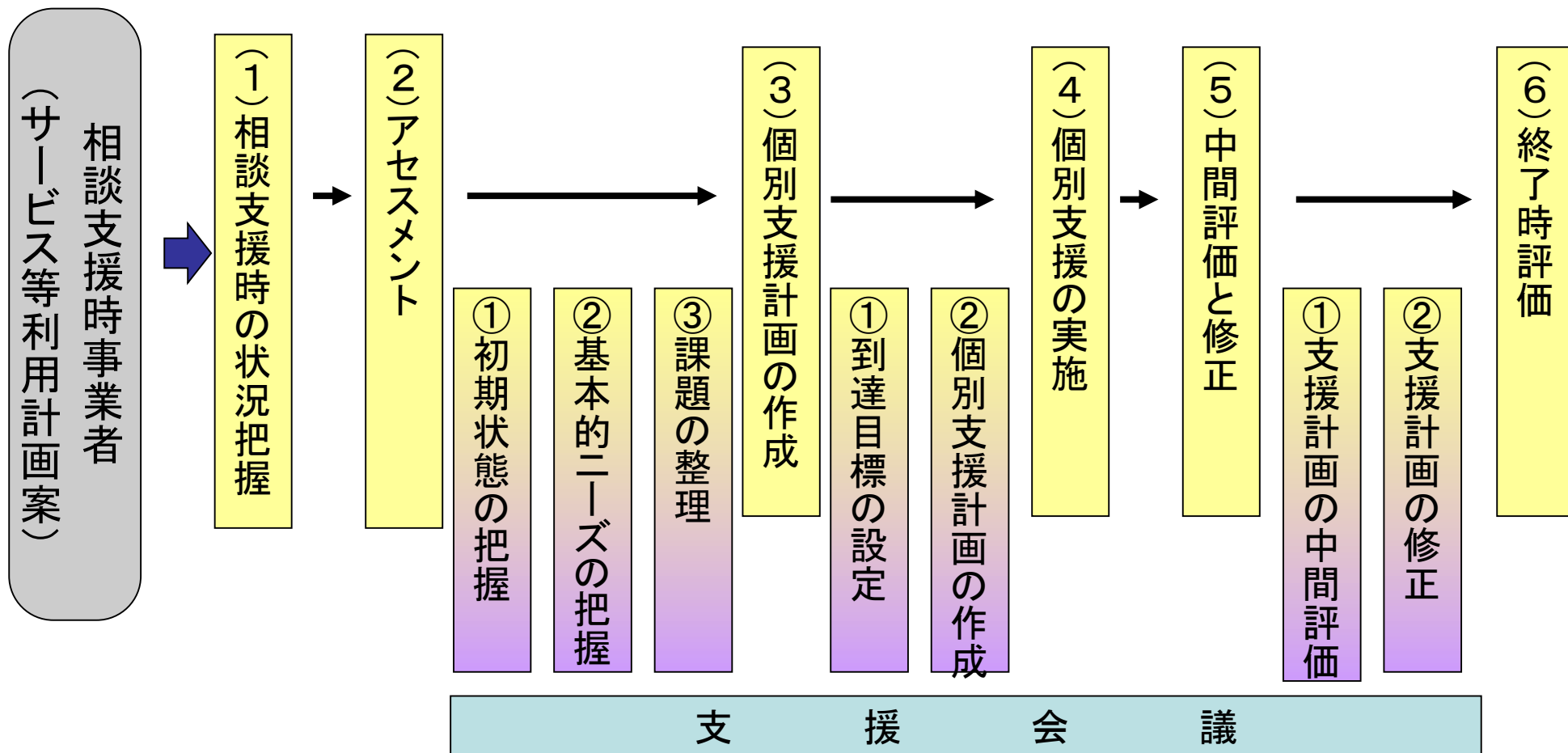
心理的側面からみた支援上の留意点

- **利用者が、障害を「受容しているか」、「受容していないか」ではなく、障害や障害のある自己をどのように捉えているのか、理解に努めることが重要**
障害に関する知識・社会参加の状況・現実検討力・自己効力感
- **せん妄やうつ状態のシグナルの早期発見**
発症後の経過期間にかかわらず、みられる
自殺企図のおそれもあり、緊急を要することもある
- **精神疾患、高次脳機能障害、発達障害などの合併があれば、まずはそれらの症状に対する支援の検討が優先**
認知機能の低下は、高次脳機能障害のみならず、うつに伴ってみられることもある
- **障害は、受容させるものではなく、するもの**
説得や助言よりも、「やってみること」からみえてくることもある
- **ピア・サポートの活用**
- **家族に対する心理的支援も視野に入れることが重要**
時には、利用者と家族との橋渡し役としての役割が職員に求められることもある
家族だからこそ、「言えない」「聞けない」ことがある
- **「障害受容」という言葉のうらに潜むもの**
知らず知らずのうちに否定的なメッセージ

5. サービス管理プロセスの実際 事例を通して

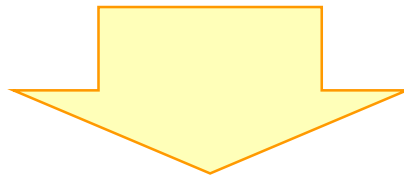
サービス管理のプロセス

サービス管理責任者は、各専門職が行う支援をとりまとめ、調整、指導、助言等及び、訓練期間全体におけるスケジュールの進行状況管理を行う。



サービス管理責任者の視点

初期面接の段階からサービス終了まで、アセスメントやモニタリング状況の把握をした上で、次のような視点に基づきサービス提供職員へ指導・助言するとともに、個別支援計画の作成及び管理（期間全体におけるスケジュールの進行状況管理を含む）を行う。



- 個別支援計画に基づき、支援が計画的に実施されているか
- 利用者の意向とサービス内容に齟齬がないか
- サービス提供職員の意思統一とリスク管理はできているか
- エンパワメントを高める視点からサービス提供されているか
- 到達目標の達成度はどうか
- 利用者の満足度はどうか
- 過去（現在）の類似事例と比較してどうか 等

事例紹介

以下、プロセスに沿って、実施経過、必要なツール、サービス管理責任者の視点について示していくが、理解をより深めるため、事例を通して、支援内容等を追っていくこととする。

【事例概要】

プール事故による第6頸髄完全損傷。病院でリハビリテーションを実施するが、更なる日常生活動作の獲得を目指し、障害者支援施設へ入所。

ADLの自立の可能性があると思われ、パソコン操作技能の向上及び就労若しくは就労系サービスへの移行を目標に1年半の利用契約を行ったケース。

- ◇年齢・性別：21歳、男性
- ◇生育歴：高卒・大学在学中
- ◇障害原因：プールに飛び込み受傷。受傷から10か月経過
- ◇家族状況：両親（同居）、自営で工務店を営んでいる。・兄（別居）・姉（別居）
- ◇経済状況：障害基礎年金1級受給中
- ◇本人ニーズ：病院から退院と言われたが、もっと訓練してできることを増やしたい。
遊びにでかけられるようになりたい。
- ◇家族ニーズ：家庭に戻りたいので、少しでも自分でできることを増やしてほしい。
地域の中で生きがいのある生活を送れるようになってほしい
- ◇想定される最終ゴール：ADL自立、自動車免許取得、就労

(1) 相談支援時の状況把握－1

実施方法

- 本人の意向を丁寧に聴く(ラポールの形成)。
- 本人(心身の状況・ADLの状況・これまでの経過等)と取り巻く状況(家族・経済状況・住環境・社会資源等)の情報収集を本人・家族よりおこなう。
- 抱えている課題を一緒に明らかにする。
- 事業所が提供できるサービス、サービス利用にかかる経費、利用の手続きについて情報提供をおこなう。
- サービス利用についての合意形成を図る。

必要なツール

- 相談受付票

サービス管理責任者の視点

- 必要な情報が聞き取れているか
- わかりやすい説明ができたか
- 必要な情報が提供できているか
- 利用に関わる合意形成とラポールの形成ができたか

相談受付票

(新規相談)

相談ID	
------	--

相談日	
相談方法	
受付者	

対象者の概要

フリガナ		生年月日		歳
対象者氏名		性別		
障害名				
障害原因				
発生日				
入院先				
現在の身体状況、ADLの状況				
<p>第6頸髄損傷による四肢麻痺。車いす駆動は平地のみ可能、移乗動作は不可、食事、洗面等の身の回り動作は一応可能だが訓練の余地あり、起居動作、更衣動作、排泄動作、入浴動作不可。日常生活動作訓練があまり実施できていない。……</p>				
相談要旨				
<p>ADL自立の最大限の可能性を探りたいという希望があり、入院していた病院のワーカーを通じて相談があった。</p> <p>また、未だ若いこともあり、具体的な職を想定しているわけではないが就労したい意向はある。</p> <p>キーパーソンは両親、終了後の計画はまだ曖昧である。</p>				
相談目的	サービス内容を知りたい。			

(例) 相談受付票

相談者氏名		関係	
相談者連絡先			
住所	〒		
電話番号		FAX	
Eメール			
備考			
市町村連絡先			
市町村名			
担当者氏名・所属			
住所	〒		
電話番号		FAX	
Eメール			
備考			

留意事項	自動車免許取得の希望もあり。	相談継続
		申請予定
		書類受理
		入所
		相談中止

(1) 相談支援時の状況把握－2

実施方法

- 紹介された関係機関等からの情報を把握する。
- 相談支援専門員によるサービス等利用計画作成にあたっては、本人の了解を得て上で連携をおこない、必要な情報を共有する。
- サービス等利用計画に基づく個別支援計画作成について本人の意向を確認し、準備する。
- 個人情報の管理については慎重に行う。

必要なツール

- 相談受付票

サービス管理責任者の視点

- 必要な情報収集ができているか
- 相談支援事業所等の関係機関との連携を図ることができたか
- 本人の同意の上での個人情報のやり取りを确实の実施できたか

サービス等利用計画書

利用者氏名	〇〇 〇〇	障害程度区分	区分 ?	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	1234567890	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					

計画作成日	201△年1月×日	モニタリング期間(開始年月)	1月(201△年2月～4月の3か月)	利用者同意署名欄	〇〇 〇〇
-------	-----------	----------------	--------------------	----------	-------

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	病院から退院時期と言われたが、もっと訓練してできることを増やしたい。遊びにでかけられるようになりたい。(本人) 家庭に戻りたいので、少しでも自分でできることを増やしてほしい。地域の中で生きがいのある生活を送れるようになってほしい(父母)
総合的な援助の方針	ADLと屋外移動の自立をめざし、就労を含めた社会参加を通して、地域での自立した生活を送ることができるよう支援をしていきます。
長期目標	家庭復帰をめざし、社会参加について具体的に。就労移行支援事業所の利用も検討していく。
短期目標	体力・耐久力を向上させ、起きていられる時間を増やすとともに、センター内の移動が自立する。

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	もっと訓練してできることを増やしたい。遊びにでかけられるようになりたい。	ADL(できること)を向上して、家庭に戻る準備をする。	当面、支給決定期間の12ヶ月とする	・自立訓練(機能訓練)月22日、体力アップと車椅子操作能力の向上 具体的メニューは入所後検討	Aリハビリセンター(〇〇サービス管理責任者 ***-***-****)	・訓練に取り組む。 ・自分の健康管理は自分です意識を持つ。	1ヶ月	車椅子操作が習熟してきたら、訓練終了を視野に入れて新規の手動車椅子の製作、屋外移動の方法について検討が必要です。
2	働くこと自体に実感を持たず、今後考えていきたい。	働くことの可能性を探りながらどんな仕事ならできるか情報の収集と提供を行う。					12ヶ月	
3	通つての訓練は難しいので入所して訓練を受けたいが、不安がある。	・センターの中で安心して生活できるようにする ・後期には地域生活を視野に入れ、訓練終了後の生活の組み立てを確認する。		・施設入所支援月31日 ・相談支援(随時)	Aリハビリセンター(〇〇サービス管理責任者 ***-***-****) 〇〇相談支援事業所(〇〇相談支援専門員 ***-***-****)	・できないことはどうやればできるか一つずつ考える。 ・家に帰ってからの生活を想定してやり方を工夫する。	1ヶ月	・ご家族の意向もありますので、中期ころから家屋改造の内容等を検討が必要です。 ・同じ時期に、訓練終了後の日中活動の場を考え始める必要があると思います。
4	自宅と離れたセンターに入るのは不安。地元の情報とかが欲しい。	・必要なときに本人・家族に情報提供ができるようにする。		・相談支援(随時)	〇〇相談支援事業所(〇〇相談支援専門員 ***-***-****)	・どういう情報が必要か自分でも注意しておく。 ・必要なときには、ちゃんと相談する。	1ヶ月	具体的な社会資源の活用が必要と思われるので、施設と連携しながら検討していきます。

サービス管理責任者は…

- 例えば、漠然と「家に帰って暮らしたい」という希望はあるが、自分の能力や可能性に不安があり、消極的な傾向が強いため、はっきりとしたニーズとなつて表出されないケース。
- 逆に、本人・家族の障害に対する理解が不十分なため、サービスに対して過剰な期待を抱いていることから、実現困難な要求となり、常に不満感があるケース。



- いずれも初期面接の段階から、情報提供等を通じ障害についての理解を深めるよう支援し、利用契約にあたっては重要事項の説明を丁寧に行い、同意を得る。（利用開始後の訓練停滞やトラブルを最小限にする。）

(2) アセスメント: ① 初期状態の把握

実施方法

- 障害種別に応じた評価表に基づき、適切な評価を行う
- 各専門職が行ったアセスメントの結果を集約
- 身体状況や精神・心理状況など状態像の客観的な把握に努める

※個人情報管理については慎重に行う

必要なツール

- 障害種別に応じた評価表

サービス管理責任者の視点

- ・適切な評価項目を選択しているか
- ・必要な情報が集められているか
- ・データに基づく客観的な分析ができているか

(例) 初期アセスメント結果表

	サービス提供者のコメント
ADL IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・多くの基本動作が未習熟です。まずは、基礎体力の向上及び基本的動作の獲得を目的に筋力増強、関節可動域訓練、基本動作訓練が必要です。 ・当面は、基本的身近動作の獲得を目指すとともに、排尿、排便、移乗、入浴動作の日常生活動作の自立を目標に訓練を実施する。また、現在使用の自助具の検討が必要と思われます。 ・一般的な社会適応能力はあるので、日常生活動作の獲得状況をみて外出、買い物、交通機関の利用、家事などの経験により自己管理能力の向上を図るための訓練を行います。
社会活動 参加	<ul style="list-style-type: none"> ・何らかの職業につきたいと漠然とした意向を持っています。また、実家は自営されており、家族より就労可能と聞いています。 ・パソコンの経験はあり、メールの送受信は可能。基礎的なパソコン利用方法と事務文書作成の習得を目指しつつ、興味の方角性を探っていきます。 ・家庭復帰も想定し、ADLの獲得状況をみて自宅の住環境の調整を行う必要があります。 ・自動車免許の取得を希望されています。 ・本人は、1年半の利用契約期間を希望しています。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・排尿に関しては、適正な水分量を指導し、尿路感染防止を支援していきます。仙骨部に褥瘡の既往があるので褥瘡の再発防止及び予防について指導していきます。痙性が強いが服薬はしていません。状況を見ながら必要であれば医師と相談して鎮痙剤の服用について検討します。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・食事と洗面動作の一部は自力で可能ですが、その他は全て介護が必要です。訓練の進捗に合わせて介護量を調整していきます。 ・元来穏やかな性格のようであり、心理状態としては落ち着いておりますので、特段の対応は必要ないようです。
ゴール	<p>ADL自立、自動車免許取得、家業就労又は在宅就労も含め就労の可能性を探っていきます。 1年半の利用契約期間とします。</p>

(2) アセスメント: ② 基本的ニーズの把握

実施方法

- 本人や家族の意向を丁寧に聴取する。
- 各専門職の評価結果から支援課題を把握する。
- 本人や家族の意向と各専門職の評価を擦り合わせてニーズとしての合意形成を図る。

必要なツール

- 障害種別に応じた評価表
- 意向聴取表

サービス管理責任者の視点

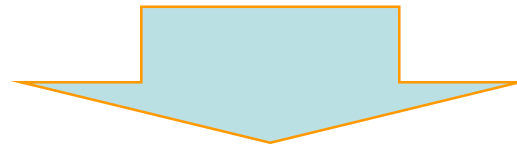
- 利用者の意向を丁寧に聴取しているか
- 必要な情報が集められているか
- データに基づく客観的な分析ができているか
- ニーズについての合意形成が図られたか

(例) 初期意向聴取表

利用者	<p>まずは、ADL自立、あるいは自立しないまでも、可能な限り多くの日常生活動作を獲得し、介助量の軽減を図りたいと考えられており、将来的には何らかの職業につきたいと漠然とした意向をお持ちです。また、自動車免許取得の意向があります。訓練に対しては、「少し練習すればすぐにできるのではないか」といった、やや過大な期待が伺えます。</p> <p>到達目標を達成するために必要な訓練期間については、1年半の利用契約期間を望まれております。</p>
家族	<p>実家は工務店を自営されており、ご本人を雇用することは可能とのことですが、まずはご本人の意欲を引き出したい思いがあるようです。</p> <p>ご本人の意向と同じく、1年半の利用契約期間を望まれております。</p>
総合	<p>ご本人の年齢も若く、ADLの自立や自動車免許取得の可能性は高いと思われ ますが、受傷後の期間も短く障害に関する知識・理解がやや不十分のよう です。就労に対する意識はありますが、まだ漠然としているようですので、 支援する中でご本人の可能性を引き出し、社会参加意欲の向上を図り、将来 計画の具体化を図る等、訓練の進捗に併せたご意向の変化を把握していき ます。</p> <p>1年半の利用契約期間は妥当と考えます。</p>

サービス管理責任者は・・・

- 面接やアセスメントを行う際に、利用者への説明と同意が必要。
- 初期面接時に得た情報とアセスメントの段階で得た情報を整理し、まとめること。
- 得られた情報の開示については、利用者の了解のもとで関係職員に提供すること。
- 利用者との信頼関係構築に努めること、日頃からのコミュニケーションを図ることが重要。
- 職員の意向のみにとらわれず、利用者の意向を十分に反映した適切なアセスメント結果となるよう留意すること。



以上をチェックし、出来ていない場合には指導・助言する

サービス管理責任者は…

- 例えば利用者の意向が現実的な内容でなかったとしても

- 利用者の障害理解を深めるため必要であれば、期間を設定して希望の訓練にトライさせることも重要。
- 利用者が様々な経験を積み、意向の変化があった際には、到達すべき目標の修正を検討し、適切な支援計画の修正を図る。



- 初期評価の結果や意向聴取を踏まえ、障害の理解を深めた上で、現実的で達成可能性のある訓練目標につながるニーズを引き出す。

(2) アセスメント: ③課題の整理

実施方法

- 利用者の初期状態や基本的ニーズの把握から、課題を整理する。
- 課題は複合的な場合も多いため、整理にあたっては、優先順位を設定する。

必要なツール

- 障害種別に応じた評価表
- 課題の整理表

サービス管理責任者の視点

- ・データに基づく客観的な分析ができているか
- ・具体的で適切な課題が示されているか
- ・適切な優先順位の設定ができているか

(例) 初期 課題整理表

アセスメント結果から抽出した課題	
ADL	<ul style="list-style-type: none"> ・多くの基本動作が未獲得又は未習熟。 ・基本的身近動作未獲得。 ・車いすベッド間の移乗、排便・入浴動作等未獲得。 ・現在使用の自助具一部不適合。
IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・外出時の交通機関の利用や、買い物、家事など未経験。 ・社会資源・制度の利用に関する知識未習得。
社会活動参加	<ul style="list-style-type: none"> ・一般的事務作業能力は未習得の状況であり、就労に対する意向が曖昧。 ・住宅環境が未整備。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・頸髄損傷に起因する神経因性膀胱直腸障害、知覚障害(仙骨部褥瘡既往あり)。 ・痙性が強い。 ・自己管理に関する知識未習得。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・訓練に対してご本人の意向がやや過大な期待あり。 ・身体介助: 食事摂取と洗面動作の一部は自力で可能、その他は全て介護。

課題の整理表

利用者名

さん

№	意向等ニーズの把握	初期状態の評価(利用者の状況・環境の状況)	支援者の気になること・推測できること(事例の強み・可能性)	解決すべき課題
1	ADL自立あるいは自立しないまでも、可能な限り多くの日常生活動作を獲得し、介助量の軽減を図りたい	<p>まだ、基礎的な体力がついておらず、様々な動作の習熟が不十分な状態です。</p> <p>身体介助: 食事摂取と洗面動作の一部は自力で可能、その他は全て介護の状況です。</p> <p>受傷後の社会生活について未経験です。</p> <p>住宅改修はまだ行っていません。</p>	<p>年齢や身体的予後予測から考えると、ADLの自立の可能性は高いと思われます。</p> <p>基本的な身の動作から開始し、車いすベッド間の移乗、排便・入浴動作等へ進める必要があります。</p> <p>住宅改修について、経済的な面では問題ないと思われますが、訓練進捗状況をみてから設計を行う必要があります。</p>	<p>基礎体力低下 筋力・可動域低下 障害の知識・理解不十分 各種動作の未習熟 現在使用の自助具一部不適合 外出時の交通機関の利用や、買い物、家事など未経験 社会資源・制度の利用に関する知識未習得 住宅改修未整備</p>
2	将来的には何らかの職業につきたい	一般的事務作業能力は未習得の状況です。	就労については、まだ、漠然とした意向であり、具体化されていないようです。	職業耐性低下 就労の方向性不明確
3	自動車免許の取得	現状では自動車関連の動作は全て不能です。	体力向上や筋力強化が図られ、動作訓練の習熟等の訓練が順調に進めば、可能性が高いと思われます。	基礎的な訓練を早期に終え、自動車関連の訓練を開始できるかどうか
4	その他	<p>頸髄損傷に起因する神経因性膀胱直腸障害、知覚障害(仙骨部褥瘡既往あり)。痙性が強い。</p> <p>心理的には落ち着いていますが、訓練に対してやや過大な期待があります。また、復学については、全く口にするのではなく、無理であると判断しているのか図りしれません。</p>	<p>障害に関する知識や理解を深める必要があります。</p> <p>「少し練習すればすぐにできるのではないか」と思っているようです。壁に当たったときの心理的フォローが必要かもしれません。特に障害受容への配慮が必要であると思われます。</p>	<p>自己管理に関する知識未習得 鎮痙剤の服用について医師の診断を受ける 心理的フォロー 本人が了解できるニーズを明らかにする</p>

(3) 個別支援計画の作成

実施方法

- 到達目標は、サービス終了時の到達目標となる長期目標と個別のニーズに基づく具体的な到達目標などからなる。
- 整理した課題(ニーズ)に基づき、具体的な到達目標・本人の役割・サービス内容・期間等を定める。
- 到達目標は、時間軸をとおして段階を踏んで達成される
- 時間(支援期間)と領域(支援内容)という2つの観点から個別支援計画書を作成

必要なツール

- 課題整理表
- 個別支援計画書
- サービス等利用計画書

サービス管理責任者の視点

- データに基づく客観的な分析ができているか
- 具体的で適切な課題と目標が示されているか
- 利用者自身がイメージできるものとなっているか
- サービス等利用計画書と連動・連続性があるか

(例) 初期 個別支援計画書

利用者氏名	性別	生年月日(年齢)	障害福祉サービス名	利用契約期間(サービス提供期間)
〇〇 〇〇	男性	〇年〇月〇日(〇歳)	自立訓練(機能訓練)、施設入所支援	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日

サービス等利用計画の総合的な援助の方針	ADLと屋外移動の自立をめざし、就労を含めた社会参加を通して、地域での自立した生活を送ることができるように支援をしていきます。
---------------------	---

長期目標(内容、期間等)	ADLを自立し、自動車免許取得の上、就労する。(就労イメージの具体化を図る) 1年6ヶ月
--------------	--

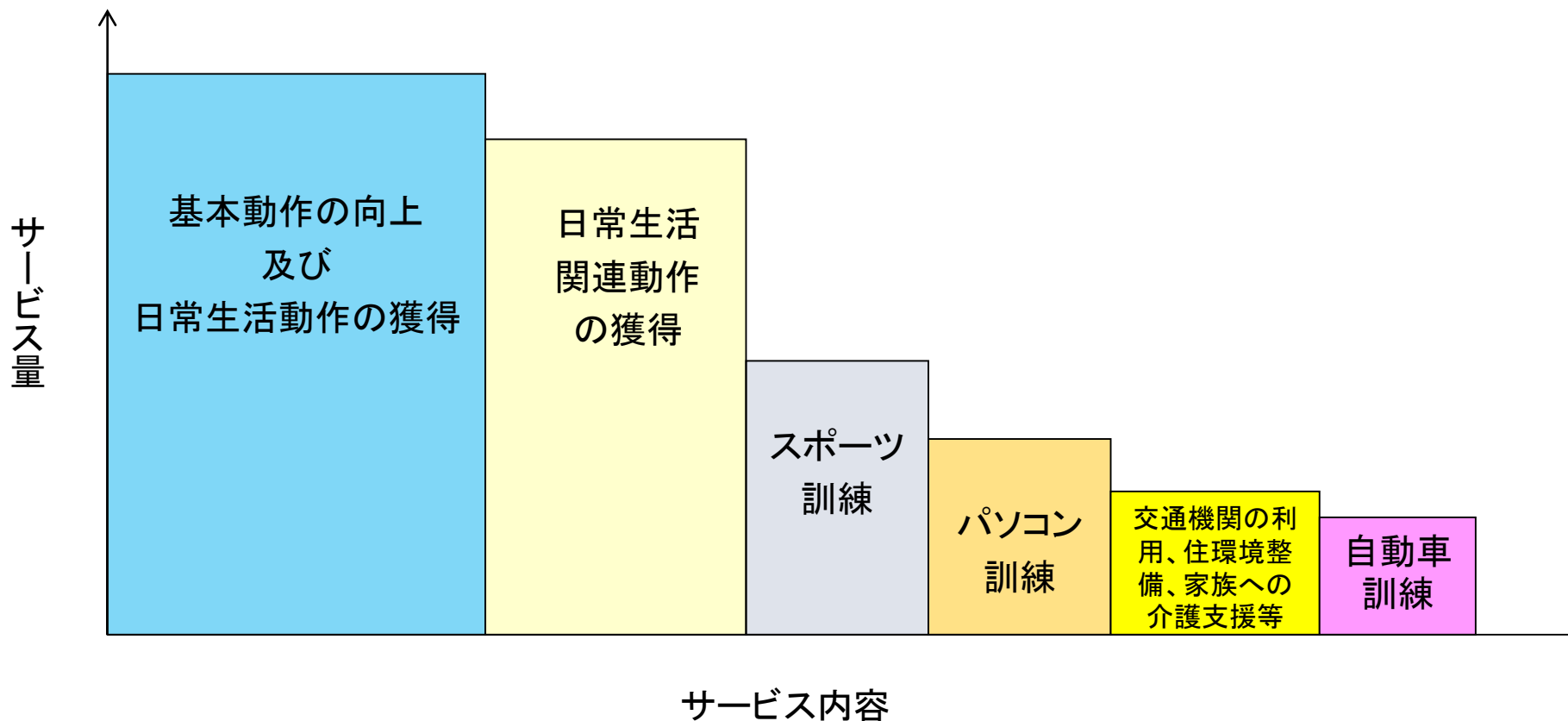
短期目標(内容、期間等)	排尿動作の獲得、基礎体力の向上、身辺動作の自立、自助具の見直し、パソコン基本操作習得 1ヶ月～1年
--------------	---

ニーズ(支援課題)	具遺体的な到達目標	課題解決のための本人の役割	サービス内容	達成期間	担当
①可能な限り多くの日常生活動作を獲得したい	排尿方法の確立及び身体健康管理について知る	<ul style="list-style-type: none"> ・飲水量の管理と定時での導尿を試みる。 ・除圧や褥創の確認をおこなう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・泌尿器科受診し、医師と相談しながら自己間歇導尿の獲得を目指した支援を行います。 ・障害に関する理解支援及び自己管理能力向上を図るための支援を行います。 	6か月 1年半	看護師
	基礎体力の向上及び日常生活動作の獲得	<ul style="list-style-type: none"> ・離床時間を拡大する。 ・日々の訓練に積極的に参加する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・まずは自助具の検討を行い身辺動作の獲得を支援します。 ・基礎体力の向上のため筋力増強、持久力増強、スポーツ訓練を実施します。 ・ADLの自立を目指し、各種基本動作訓練及び日常生活動作訓練を行います。 	1か月 1年 1年半	作業療法士 スポーツ指導員 理学療法士 理学療法士 作業療法士
	日常生活関連動作・社会生活力の獲得	<ul style="list-style-type: none"> ・生活関連動作については少しずつ挑戦する。 ・自分が使える社会資源情報の収集をおこなう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・外出時の交通機関の利用や、買い物、家事訓練などのプログラムを実施します。 ・社会資源・制度の利用に関する知識を身につける等のプログラムを実施します。 	1年 1年半	作業療法士 生活支援員
②何らかの仕事に就きたい	パソコンの基本操作の習得	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでの知識と合わせて日々操作を学ぶ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・パソコンの基本操作、知識の習得を図るとともに、就労の可能性を探ります。 	1年	作業療法士 職業指導員
	就労イメージを持つ	<ul style="list-style-type: none"> ・何ができるのかを知る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・就労に関する情報提供や企業に見学を行うなど、働くことイメージを持てるよう支援します。 	1年半	職業指導員 生活支援員
③自動車免許を取りたい	自動車運転関連動作の獲得	<ul style="list-style-type: none"> ・運転の前提となる訓練をおこなう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・運転席への移乗、車いす積み込み、ハンドル操作等の訓練を実施します。 	1年半	理学療法士

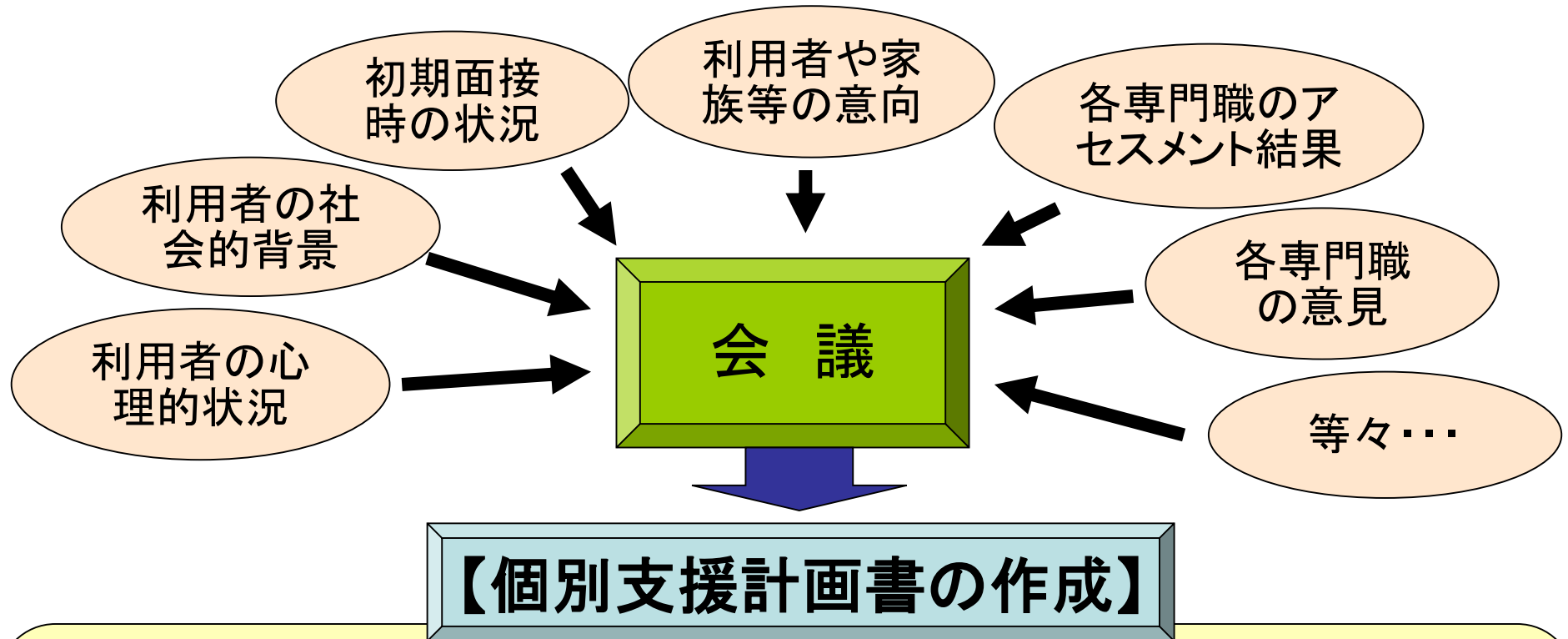
平成 年 月 日 利用者氏名 印 サービス管理責任者 印

(例) 初期 支援状況

※ 初期プログラムでは機能訓練の比重が大きくなっている。



サービス管理責任者は・・・



上記のような様々な情報から課題の整理をおこない、個別支援計画を作成し、各サービス提供者の役割分担を明確化する。

(4) 個別支援計画の実施

実施方法

- 支援スタッフの役割を明確にする
- 支援スタッフはお互いに情報交換しながら支援を実施
- サービス管理責任者は定期的又は必要に応じてケース会議を開催し、情報共有化に努める。
- 時間軸(段階)を意識した支援に努める
- 支援のペースやスケジュールについては、本人の同意を得て実施する
- 設定された目標を、効率よく達成することに努める

必要なツール

- 個別支援計画書
- 訓練記録

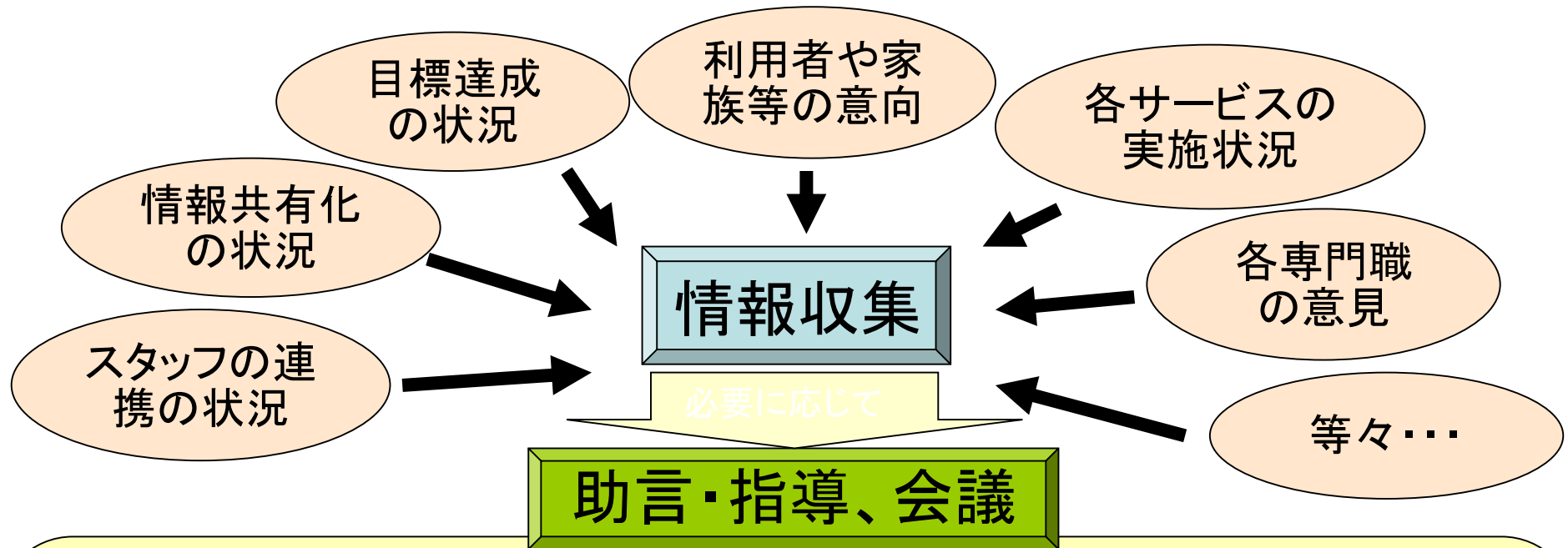
サービス管理責任者の視点

- 支援スタッフの相互連携がとれているか
- 段階を意識した支援となっているか
- 利用者の同意を得ながら支援しているか
- 設定された目標は効率よく達成されているか

(例) 個別支援実施表(3か月後)

支援項目	具体的なサービス内容	実施経過(3か月後)
排尿方法の確立	<ul style="list-style-type: none"> ・泌尿器科受診 ・自己間歇導尿知識習得支援 (カテーテル等管理方法支援含む) 	実施済み 継続中
自己管理能力の向上等	<ul style="list-style-type: none"> ・障害に関する理解支援プログラム ・自己管理能力向上支援プログラム 	継続中 未実施
基礎体力の向上及び日常生活動作の獲得	<ul style="list-style-type: none"> ・自助具の検討及び身辺動作訓練 ・関節可動域、筋力増強、持久力増強訓練 ・スポーツ訓練 ・各種基本動作訓練 	実施済み 継続中 継続中 継続中
日常生活関連動作・社会生活力の獲得	<ul style="list-style-type: none"> ・外出時の交通機関の利用や、買い物、家事訓練などのプログラム ・社会資源・制度の利用に関する知識を身につける等のプログラム 	未実施 未実施
パソコン操作技能の習得 就労の可能性	<ul style="list-style-type: none"> ・パソコン基本操作、知識の習得(基礎) ・職業適性、面接等(意向の聴取) ・情報提供、見学 	継続中 継続中 未実施
自動車運転関連動作の獲得	<ul style="list-style-type: none"> ・運転席への移乗、車いす積み込み、ハンドル操作 	未実施
利用者の意向の変化等	特になし	

サービス管理責任者は…



サービスが開始された後も、上記のような様々な情報を収集し、スムーズな支援が行われていなかったり、利用者の意向が反映されていなかった場合など、必要に応じて助言・指導を行ったり、会議を開催し、支援方針を統一する。また、訓練期間全体におけるスケジュールの進行状況管理を行う。

(5) 中間評価と修正：①個別支援計画の評価

実施方法

- 時期(段階)ごとに、到達目標達成度を評価・分析
- 利用者にサービスが適切に提供されているかを評価
- 達成度は、初期状態と比較して長期目標(短期目標)及びニーズに基づく具体的な到達目標の観点から評価
- 併せて、利用者の意向や環境の変化なども評価

必要なツール

- 中間評価記録表
(個別支援実施表)

サービス管理責任者の視点

- ・段階ごとの到達目標の達成度はどうか
- ・利用者の満足度はどうか
- ・利用者の意向や環境の変化をとらえているか
- ・訓練期間全体の中で進行状況はどうか

(例) 個別支援実施表(1年後)

支援項目	具体的なサービス内容	実施経過・中間評価
排尿方法の確立	<ul style="list-style-type: none"> ・泌尿器科受診 ・自己間歇導尿知識習得支援 (カテーテル等管理方法支援含む) 	<p>実施済み 目標達成</p>
自己管理能力の向上等	<ul style="list-style-type: none"> ・障害に関する理解支援プログラム ・自己管理能力向上支援プログラム 	<p>ほぼ達成 継続中・一部未達成</p>
基礎体力の向上及び日常生活動作の獲得	<ul style="list-style-type: none"> ・関節可動域、筋力増強、持久力増強訓練 ・スポーツ訓練、車いす操作 ・各種基本動作訓練 ・ADL訓練 	<p>ほぼ達成 ほぼ達成 ほぼ達成 一部未達成(排便・入浴動作)</p>
日常生活関連動作・社会生活力の獲得	<ul style="list-style-type: none"> ・外出時の交通機関の利用や、買い物、家事訓練などのプログラム ・社会資源・制度の利用に関する知識を身につける等のプログラム 	<p>継続中・一部未達成 継続中・一部未達成</p>
パソコン操作技能の習得、就労の可能性	<ul style="list-style-type: none"> ・パソコン基本操作、知識の習得(基礎) ・職業適性、面接等(意向の聴取) ・情報提供、見学 	<p>目標達成 家業に就労の意向あり 意向が示されたため情報を絞る</p>
自動車運転関連動作の獲得	<ul style="list-style-type: none"> ・運転席への移乗、車いす積み込み、ハンドル操作 	<p>一部(移乗・積み込み動作)未達成</p>

<p>利用者の意向の変化等</p>	<p>本人は、現訓練には概ね満足しています。日常生活動作全般の獲得の可能性も出てきており、現訓練の継続を希望しています。また、就労については、家業(工務店)への就労をしたいとの意向が示されており、家族も望んでいます。また、新たに地域の車いすバスケットに参加したいとの希望も出されています。</p>
-------------------	--

(5) 中間評価と修正：②個別支援計画の修正

実施方法

- 長期目標に達成するために個別支援計画の各項目を修正する。
- 利用者の意向を聴取。
- 修正にあたっては、時間軸と支援(サービス)内容の観点から修正・変更。
- 利用者に修正や変更の同意を得る。

必要なツール

- 中期支援会議資料
- 個別支援計画の修正・変更記録表

サービス管理責任者の視点

- 適切な修正ができているか
- 利用者の同意を得ているか

(例) 中期 個別支援計画書

利用者氏名	性別	生年月日(年齢)	障害福祉サービス名	利用契約期間(サービス提供期間)
〇〇 〇〇	男性	〇年〇月〇日(〇歳)	自立訓練(機能訓練)、施設入所支援	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日

サービス等利用計画の総合的な援助の方針	ADLと屋外移動の自立をめざし、就労を含めた社会参加を通して、地域での自立した生活を送ることができるように支援をしていきます。
---------------------	---

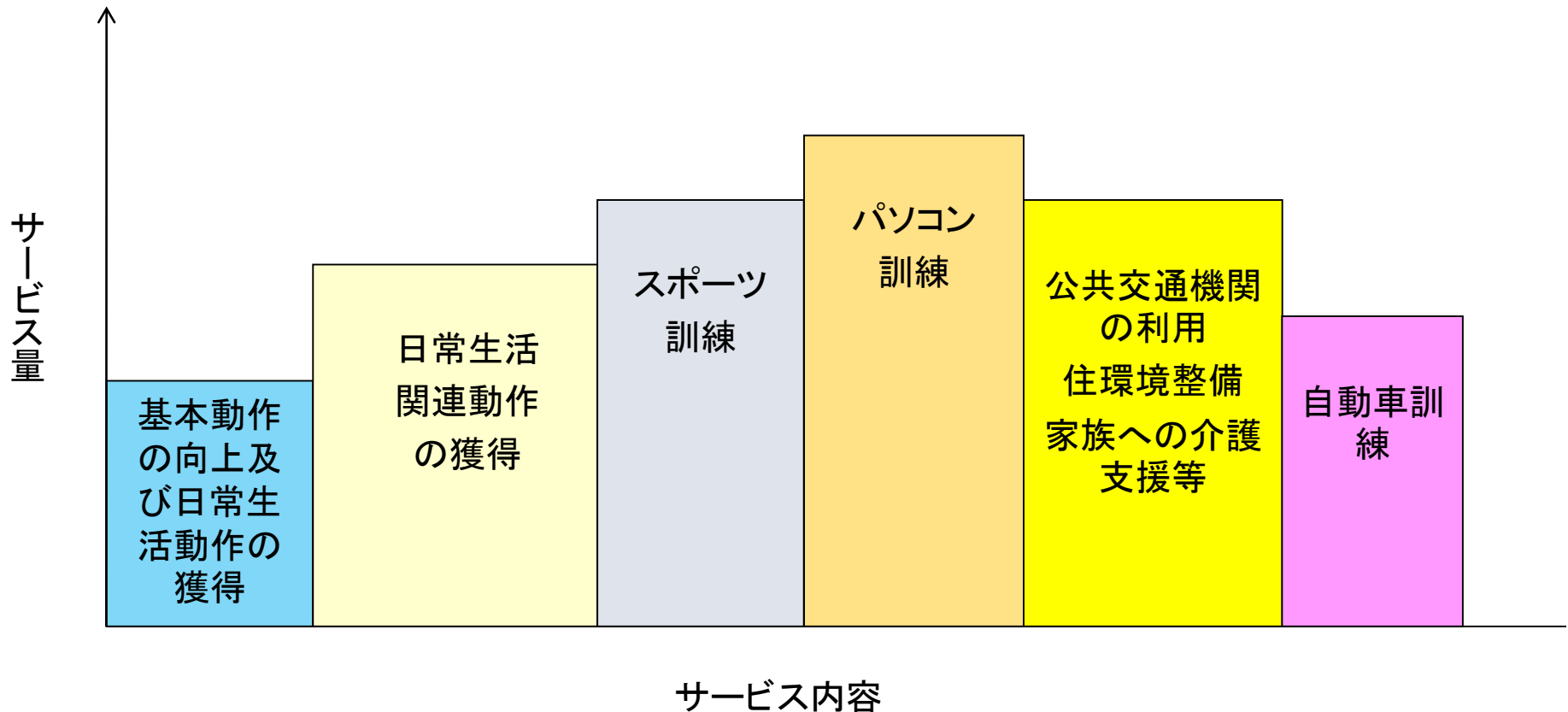
長期目標(内容、期間等)	ADLを自立し、自動車免許取得の上、就労する。地域移行後の社会活動参加。 1年6ヶ月
短期目標(内容、期間等)	ADLの獲得、自己管理能力の向上、社会生活力向上、住環境整備、PC応用操作習得、自動車関連動作獲得 残り半年内

ニーズ(支援課題)	具体的な到達目標	課題解決のための本人の役割	サービス内容	達成期間	担当
①可能な限り多くの日常生活動作を獲得したい	身体自己管理能力の向上等	・頸損者として身体管理が確実にできるように心がける。	・自己管理能力向上支援プログラムを継続して実施します。	1年半	看護師
	ADL動作の獲得	・道具や環境を利用して、訓練を継続する。	・排便動作と入浴動作を中心とした訓練を行います。	1年半	作業療法士
	社会生活力の向上	・交通機関の利用して、友人と外出する機会を多くつくる。	・外出時の交通機関の利用や、買い物、家事訓練などのプログラムを継続して実施します。 ・社会資源・制度の利用に関する知識を身につける等のプログラムを継続して実施します。	1年半	作業療法士 生活支援員
	在宅介護技術の獲得、住環境整備	・自宅の住環境整備について具体的に提案していく。	・在宅生活に向けて、家族への介護技術の獲得等の支援を行うとともに住環境整備について支援します。	1年半	介護員 生活支援員
②家業の手伝いがしたい	パソコンの応用操作の習得	・実際の業務ができるように力をつける。	・家業への就労に向けた文書作成、表計算等の訓練及び必要な情報提供を行います。	1年半	職業指導員
③自動車免許を取りたい	自動車運転関連動作の獲得	・移乗と車載について積極的に取り組んでいく。	・運転席への移乗、車いす積み込みを中心とした訓練を実施します。	1年半	理学療法士
④地域の車いすバスケットボールクラブに参加したい	地域の車いすバスケットボールクラブの見学等	・車いすバスケットの体験をする。	・地域の車いすバスケットボールクラブの活動日を調べ、見学を行います。	1年半	生活支援員

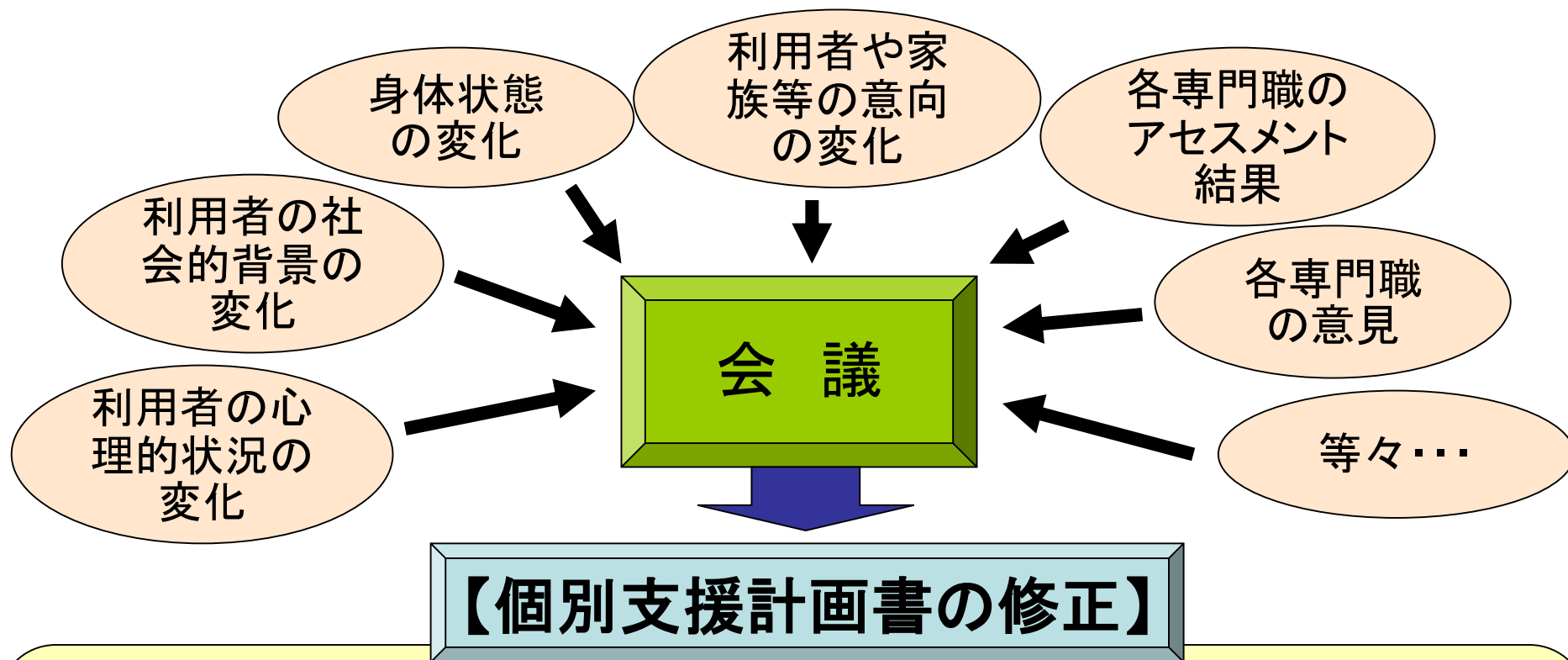
平成 年 月 日 利用者氏名 _____ 印 サービス管理責任者 _____ 印

(例) 中期 支援状況

※ 中期プログラムでは機能訓練より社会活動参加のための訓練が多くなっている。



サービス管理責任者は…



上記のような様々な情報から長期目標や短期的個別目標、具体的な到達目標、本人の役割、サービス内容等を再設定し、各サービス提供者の役割分担を再確認する。

(6) 関係機関との連携

実施方法

- サービス期間が終了に近づくと、地域移行を見据え、当該地域の関係機関と連携し、受け入れ準備を進める
- 必要に応じて、利用者自身が連絡することを援助し、地域移行後の社会生活力を身につけるよう支援する
- 利用者自身が望む生活を具体化できるよう、情報を提供したり、生活をシミュレーションしてみる

必要なツール

- サービス事業者リスト

サービス管理責任者の視点

- ・利用者は、自身が望む生活をイメージできているか
- ・利用者は、家族や関係機関との連絡調整ができているか

(7) 終了時評価

実施方法

- 長期目標達成度を含めた個別支援計画全体を客観的に評価
- サービス提供はスムーズに行われたか、また、行われなかった場合の原因は何かを評価
- 利用者の状態の変化・満足度などの観点から評価
- 同様のケースの個別支援計画作成に評価を活かす

必要なツール

- 終了時評価表

サービス管理責任者の視点

- ・到達目標の達成度かどうか
- ・適切なサービス提供ができたか
- ・利用者の満足度かどうか
- ・事例としてまとめ今後の参考としているか

(例) サービス実施報告書(終了時評価)

利用者名(性別・年齢)	〇〇 〇〇〇(男性・〇歳)
障害福祉サービス名	自立訓練(機能訓練)、施設入所支援
サービス提供期間	平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日

利用者の意向 (具体的なニーズ)	①可能な限り多くの日常生活動作を獲得したい。 ②家業を手伝いたい。 ③自動車免許を取りたい。 ④地域の車いすバスケットボールクラブに参加したい
---------------------	--

ニーズ又は支援課題	到達目標	支援内容	支援結果	達成期間	担当	今後の課題
可能な限り多くの日常生活動作を獲得したい。	身体機能の向上及びADL・IADLの向上	・各基本動作訓練 ・筋力増強等訓練 ・スポーツ訓練 ・ADL、IADL動作訓練	・基礎体力が向上し、各基本動作及び日常生活全般の動作を獲得しました。 ・外出、買い物、公共交通機関の利用が可能となり、地域の社会資源の活用方策についても獲得しました。	6か月～1年半	看護師 理学療法士 作業療法士等	・定期的な泌尿器科受診の必要があるため地域のかかりつけ医に紹介状を送付します。 ・一日の生活リズムの確立と健康の維持管理ができるよう支援します。 ・機能維持のため外出したり、バスケットやスポーツ施設の利用を勧めます。
(家族への支援)	在宅介護技術の獲得	・介護技術の指導 ・住環境の調整	・家族への介護指導を実施しました。 ・トイレ、浴室の一部改造し、住環境が整いました。試験外泊によるシミュレーションも行いました。	6か月	介護員 作業療法士	・ADLは自立しましたが、家での生活に慣れるまでは居宅介護サービス等の活用もできるよう支援します。
家業の手伝いがしたい。	パソコン操作の獲得	・パソコン基本操作及び応用操作(表計算ソフト、メール、インターネットの利用等) ・情報提供	・パソコン操作が習熟し、文書作成、計算処理、メール、インターネットの活用が可能となりました。 ・家業における仕事内容から必要な情報提供を行い、準備を進めました。	1年半	訓練指導員 生活支援員	・より高度な知識・技術を身につけたい場合などに活用できるよう就労移行支援事業所の情報を提供いたします。
自動車運転免許を取りたい	自動車運転免許の取得	・自動車運転関連動作訓練	・運転席への移乗、車いす積み込みに時間を要する状況であり、免許の取得に至りませんでした。	1年半	理学療法士 作業療法士	・家の車でも練習は可能なので習熟し免許の取得に挑戦していただきたい。
車いすバスケットボールクラブに参加したい	社会活動参加	・地域のクラブチームの紹介、見学	・地域の車いすバスケットボールクラブに入部する予定です。	6か月	生活支援員	・移動手段の確保について調整する必要があります。

事例の全体総括

〈概要〉若い男性の頸髄損傷者。受傷から10か月の経過期間であり、日常生活動作の獲得が不十分。当初、障害に対する理解も不十分なこともあり目標設定が具体化していなかったが、訓練が進んでいくとともに現実的で具体的な将来像が徐々に明確化してきた事例であった。

〈支援方針〉本人の不安を取り除くため、障害に対する理解を深めたり、達成可能な課題から段階的に取り組んでいくことで、最終的に達成可能な到達目標をご理解いただくとともに、現実的なニーズを引き出すよう支援した。

〈帰結〉

- 段階的に課題を達成する中で、障害に対する理解が深まるに伴い、現実的で具体的なニーズや将来像を持てるようになり、結果的には実家の一部を改修し、家業に就労することとなった。
- 地域移行後の生活が円滑に進むよう、試験外泊を繰り返し住環境整備を支援した。また、居宅介護事業者との相談と必要な手続き等について、ご自身で調整するよう支援し、社会生活力の向上につなげた。
- 車いすバスケットボールに興味を持ち、地域のチームやスポーツセンターを紹介し、機能維持を図るとともに生き甲斐作りも支援できた。

〈反省点〉自動車免許の取得に至らなかった原因として、習熟訓練が十分にできなかったことが挙げられる。終了前に試験外泊が重なるなどを見越したプログラム調整をしておく必要があった。

サービス管理責任者は...

到達目標の
達成度は

個別支援計画
全体の評価

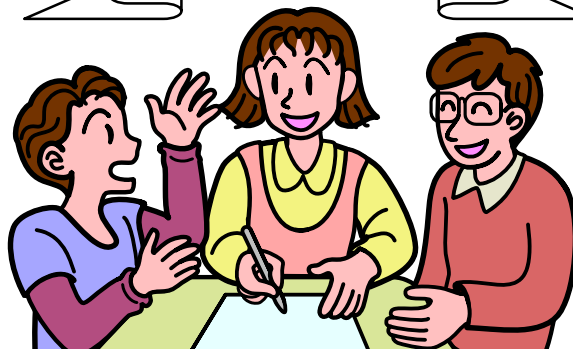
利用者の満足
度は

サービス提供
は適切だった
か

終了時評価会議

利用者の身
体的・心理的
変化は

どうすればよ
り適切だった
か



等々...

終了時評価会議を開催し、サービス全体の総括を行う。困難であった事例ほど、次のケースに活かせるヒントが隠されていることをサービス提供者に理解させる。

6. サービスの評価

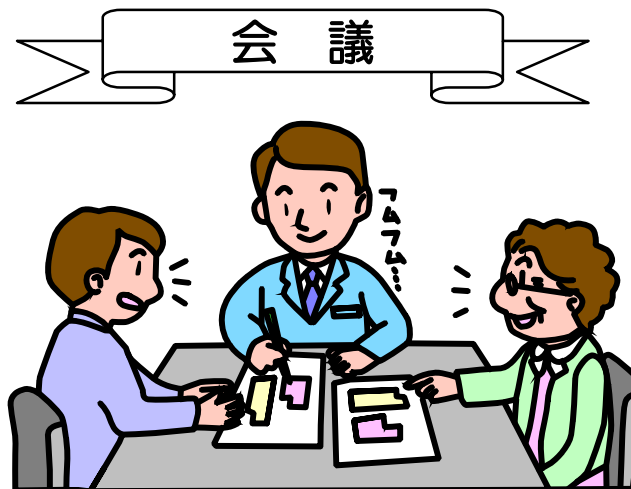
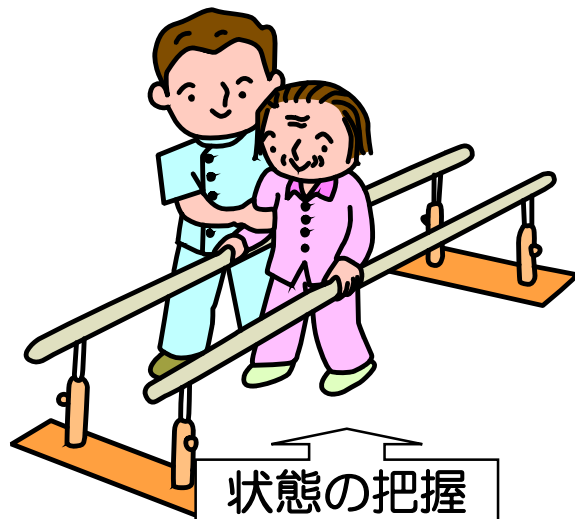
(1) サービスの評価基準

(例)

評価の項目	評価の基準
1. 質の高いサービスの提供	<ul style="list-style-type: none">①利用者の到達目標達成度②利用者や家族の満足度③サービス管理責任者自身の自己評価の導入④苦情解決件数⑤質の第三者評価の導入
2. 事業の推進・効率化	<ul style="list-style-type: none">①地域や就労系事業へ移行した利用者数、定着率②利用者数の増減、サービス利用期間③リーダーシップの発揮④効率的な支援会議の運営⑤地域関係機関との円滑な連絡調整((自立支援)協議会の活用度)⑥事業所、利用者と社会資源との関係図の作成
3. 人材の育成・強化	<ul style="list-style-type: none">①資格取得の促進 (キャリアアップ)による有資格者数②職員育成(OFF-JT)プログラムの有無、外部研修会等への参加・発表件数、OJTの実施件数(時間)③職員間の良好なコミュニケーション

(2) サービス管理責任者の役割の確認

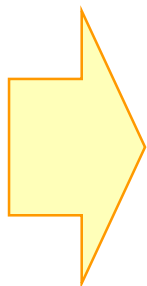
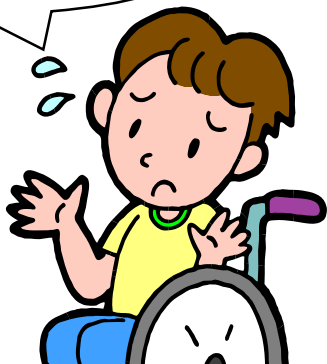
- まず、各サービス提供職員のアセスメント結果等を通じて、利用者の現在の状態を把握する。(助言・指導の根拠を持つ。)
- 各サービス内容を相互に活かしかえるよう、サービス全体を眺めて適切なマネジメントを行う。その際、リスクマネジメントの観点も必要。
- その上で各サービス提供職員の支援内容をチェックし、利用者がエンパワメントを発揮できるよう、適切な助言・指導を行うことが重要。
- 各サービス提供職員の意思統一を図るため、定期的(3ヶ月に1回)、又は必要に応じて、適時会議等を企画運営する。



- 常に利用者の意向を把握し、各サービス内容が意向を反映したものとなるよう調整する。
- 仮に、利用者の意向が支援方針と大きく異なり、意向の反映が困難な場合には、支援内容を工夫するとともに、利用者及び家族へ十分に説明し、同意を得ることが必要。
- サービス開始から終了までのスケジュールを管理し、支援内容の優先順位付けを行う。
- 地域生活への円滑な移行を図るため、様々な社会資源を活用できるよう、サービス終了後の生活を想定し、必要に応じて助言・指導、地域関係機関等との連携・調整を行う。(利用者自身が連絡・調整を行うことを支援する場合もある。)
- サービス終了時には、必ず総括し、利用者の目標達成度や満足度、地域生活移行後の状況等から、サービス全体のチェックを行う。(反省点を踏まえ今後のケースに活かす。)

利用者の意向把握

困ったな～



解決方策の検討



サービス管理責任者研修
分野別講義
「アセスメントとサービス提供の基本姿勢」

＜地域生活(身体)(機能訓練)＞

平成27年10月1日