

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(知的・精神)>

平成27年10月29日

※本テキストは国のサービス管理責任者等指導者養成研修で使用された内容を一部加工して作成しています。

分野別のアセスメント及びモニタリングの実際

(目次)

1. 分野別事業概論

- (1) 地域生活(知的・精神)分野における研修目標の確認
- (2) 自立訓練(生活訓練)、共同生活援助の事業概要
- (3) 最近の動向

2. サービス提供の基本的姿勢

- (1) ケアマネジメントの基本的視点
- (2) 聴く・知ることから始まる支援(根拠)
- (3) 活用する支援
- (4) 固有ニーズへの支援
- (5) 生き方に関わる支援
- (6) 一人の住民へ誘う支援

3. サービス提供のポイント

- (1) アセスメントとニーズの把握について
- (2) 日常生活動作、健康、コミュニケーション、社会的活動等の生活全般にわたるアセスメント
- (3) その人に必要な生活訓練の軸を見立てる
- (4) 地域生活移行後の自己実現と社会的関係の構築
- (5) 権利擁護のために
- (6) 地域社会資源の把握
- (7) 課題整理の工夫
- (8) 個別支援計画
- (9) きめ細やかなモニタリング
- (10) 相談支援専門員、地域の関係機関との連携

4. サービス管理プロセスの実際

- (1) サービス提供のプロセス
- (2) 相談支援時の状況把握
- (3) アセスメント
- (4) 個別支援計画の作成
- (5) 個別支援計画の実施
- (6) 中間評価と修正
- (7) 終了時評価

5. サービス管理責任者の役割

- (1) サービス管理責任者の業務整理
- (2) サービス管理責任者が行う評価の基準(例)
 - ・エンパワメントの視点による評価
 - ・市民としての暮らしの視点による評価
- (3) サービス提供職員への指導助言

1. 分野別事業概論

(1) 地域生活(知的・精神)分野における研修目標の確認

(相談支援専門員との連携のもと本人中心の支援)

○サービス等利用計画を作成する相談支援専門員と連携して、本人中心の支援を行うことを基本として、相談支援専門員によるサービス等利用計画を元に個別支援計画を策定することを理解する。本人が地域生活を営むため、基礎的な暮らしの力(体力、マナー、生活習慣など)を獲得し、地域の社会資源(人や組織)と社会的関係を結ぶことができるよう相談支援専門員との連携が重要であることを学ぶ。

(個別支援計画の作成とプロセス管理)

○本人との対話とかかわりを通して、ストレングスに着目して、本人の熱望、目指す暮らしを具体化することを学ぶ。地域で暮らしたいニーズを具体化し実現可能な個別支援計画を作成し、支援プロセスの全体を管理する。

(権利擁護の視点)

○ 地域での暮らしのなかで権利侵害を受けないためには、継続したモニタリングが必要ということを理解する。

(地域生活移行後を意識した取組)

○ 地域生活への移行を最終ゴールとするのではなく、地域社会の中で本人が社会的関係を構築し、エンパワメントがはかれるような個別支援計画を作成することを理解する。

(職員への指導・助言)

○自立訓練やGHのサービス提供を担う職員に対して、ニーズに即した支援となるよう評価し、指導・助言をすることを理解する。

(2) 自立訓練(生活訓練)、共同生活援助の事業概要

- 障害者の地域生活移行を進めるための支援方策について
- 共同生活援助(グループホーム)
 - 外部サービス利用型共同生活援助
- 自立訓練(生活訓練)
 - 宿泊型自立訓練

障害者の地域移行を進めるための支援方策について

(H24. 4~)

入所施設・病院

地域

退所・退院を希望

施設における
地域移行支援

移行実績に応じた
・報酬による評価
(地域移行加算)

個別給付

宿泊型自立訓練

個別給付

グループホームの体験利用

個別給付

就労移行支援

個別給付

障害者支援施設の場合

自立訓練(機能訓練・生活訓練)

個別給付

サービス等利用計画の作成

※ H24~ 全ての障害福祉サービス等利用者に対象拡大
・退所・退院に向けたケアマネジメントを行い、地域生活への支援、定着を計画的に支援

個別給付

地域移行支援 H24~

・住居の確保や新生活の準備等の支援等

個別給付

地域定着支援 H24~

・24時間の相談支援体制等

個別給付

住宅施策による支援

整備費補助
補助事業

グループホーム

一般住宅
アパート
公営住宅

労働施策による支援

一般就労

就労継続支援
(A型)

個別給付

就労継続支援
(B型)
等

個別給付

相談支援事業

(日常生活上の相談・助言、情報提供、サービス利用調整)

協議会

(地域の情報の共有・協議、社会資源の開発・改善)

基幹相談支援センター

(地域における総合的な相談支援)

交付税

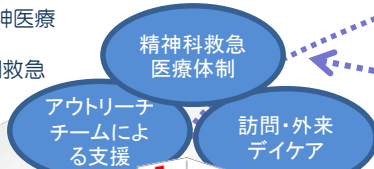
補助事業

障害者の地域移行・地域生活を支える体制整備の着実な推進

入所・入院生活

地域生活

- ・24時間精神医療相談窓口
- ・休日・夜間救急



他職種チームによる訪問支援



《一般病院》
・かかりつけ医

地域生活への移行

増悪

《入所施設、精神科病院》

《障害者》



《宿泊型自立訓練》



《自宅等》

・入所者、入院患者が相談支援事業所にアクセスしやすくなるような取組（障害者向けパンフレットの作成等）

連携



連携

連携



相談支援事業所



《グループホーム》



《サテライト》

1人暮らしに近い形態のサテライト型住居の創設(H26～)

通所・訪問等

ニーズ等の相談事例



協議会

保健・医療機関

計画相談支援

障害者の抱える課題や適切なサービス利用に向けて、ケアマネジメントによりきめ細かく支援。

地域移行支援

地域生活の準備や福祉サービスの見学・体験のための外出への同行支援や住まい探しなどを支援。

地域定着支援

地域生活に移行した者や地域生活が不安定な者などを対象に夜間等も含む緊急時の連絡・相談等のサポートを行う。

障害福祉サービス事業所

社会福祉協議会

不動産関係業者

相談支援事業所や保健所など障害者の地域移行に関連する機関、関係者等で構成される**専門部会（地域移行支援部会等）**を設置し、地域の課題を踏まえた支援体制の整備等を協議

・地域の支援体制に関する提言
・必要に応じ、関係機関との調整

基幹相談支援センター

市町村保健福祉担当部局

ハローワーク

共同生活援助(介護サービス包括型)

○ 対象者

地域において自立した日常生活を営む上で、相談、入浴、排泄又は食事の介護その他日常生活上の援助を必要とする障害者(身体障害者にあつては、65歳未満の者又は65歳に達する日の前日までに障害福祉サービス若しくはこれに準ずるものを利用したことがある者に限る。)

○ サービス内容

- 主として夜間において、共同生活を営むべき住居において入浴、排せつ又は食事の介護等を行う
- 日常生活上の相談支援や日中活動の利用を支援するため、就労移行支援事業所等の関係機関と連絡調整を実施

○ 主な人員配置

- サービス管理責任者
- 世話人 6:1以上
- 生活支援員 2.5:1 ~ 9:1

○ 報酬単価(平成27年4月～)

■ 基本報酬

世話人4:1・障害支援区分6の場合[668単位]

体験利用の場合[699単位～289単位]

世話人6:1・障害支援区分1以下の場合[182単位]

■ 主な加算

夜間支援体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)

- (Ⅰ)夜勤を配置し、利用者に対して夜間に介護等を行うための体制等を確保する場合 672単位～54単位
- (Ⅱ)宿直を配置し、利用者に対して夜間に居室の巡回や緊急時の支援等を行うための体制を確保する場合 112単位～18単位
- (Ⅲ)夜間及び深夜の時間帯において、利用者の緊急事態等に対応するための常時の連絡体制又は防災体制を確保する場合 10単位

日中支援加算

- (Ⅰ)高齢又は重度(65歳以上又は障害支援区分4以上)の利用者が住居の外で過ごすことが困難であるときに、当該利用者に対して日中に支援を行った場合 539単位～270単位
- (Ⅱ)利用者が心身の状況等により日中活動サービス等を利用することができないときに、当該利用者に対し、日中に支援を行った場合 539単位～135単位

重度障害者支援加算

- 区分6であつて重度障害者等包括支援の対象者に対して、より手厚いサービスを提供するため従業者を加配するとともに、一部の従業者が一定の研修を修了した場合 360単位

医療連携体制加算(V)

- 医療機関との連携等により看護師による、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している場合 39単位

○ 事業所数 5,119(国保連平成27年3月実績)

○ 利用者数 79,756(国保連平成27年3月実績)

外部サービス利用型共同生活援助

○ 対象者

地域において自立した日常生活を営む上で、相談等の日常生活上の援助が必要な障害者（身体障害者にあつては、65歳未満の者又は65歳に達する日の前日までに障害福祉サービス若しくはこれに準ずるものを利用したことがある者に限る。）

○ サービス内容

- 主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談その他の日常生活上の援助を行う
- 日常生活上の相談支援や日中活動の利用を支援するため、就労移行支援事業所等の関係機関と連絡調整を実施
- 利用者の個々のニーズに対応した食事や入浴、排せつ等の介護を併せて提供（外部の居宅介護事業所に委託）

○ 主な人員配置

- サービス管理責任者
- 世話人 6:1以上（当分の間は10:1以上）
※介護の提供は受託居宅介護事業所が行う

○ 報酬単価（平成27年4月～）

■ 基本報酬

世話人 4:1 [259単位]～世話人10:1 [121単位] 体験利用の場合[289単位]
※利用者に対し受託居宅介護サービスを行った場合は、サービスに要する標準的な時間に応じて受託介護サービス費を併せて算定[95単位～]

■ 主な加算

夜間支援体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)

→(Ⅰ)夜勤を配置し、利用者に対して夜間に介護等を行うための体制等を確保する場合 672単位～54単位
(Ⅱ)宿直を配置し、利用者に対して夜間に居室の巡回や緊急時の支援等を行うための体制を確保する場合 112単位～18単位
(Ⅲ)夜間及び深夜の時間帯において、利用者の緊急事態等に対応するための常時の連絡体制又は防災体制を確保する場合 10単位

福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)

→世話人又は生活支援員として常勤で配置されている従業者のうち、社会福祉士、介護福祉士又は精神保健福祉士の割合が100分の35以上である場合 10単位

日中支援加算

→(Ⅰ)高齢又は重度(65歳以上又は障害支援区分4以上)の利用者が住居の外で過ごすことが困難であるときに、当該利用者に対して日中に支援を行った場合 539単位～270単位
(Ⅱ)利用者が心身の状況等により日中活動サービス等を利用することができないときに、当該利用者に対し、日中に支援を行った場合 539単位～135単位

医療連携体制加算(Ⅴ)

→医療機関との連携等により看護師による、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している場合 39単位

○ 事業所数 1,518(国保連平成27年3月実績)

○ 利用者数 16,256(国保連平成27年3月実績)

自立訓練(生活訓練)

○ 対象者

地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、一定期間の訓練が必要な知的・精神障害者
(具体的には次のような例)

- ① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行を図る上で、生活能力の維持・向上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、継続した通院により症状が安定している者等であって、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などを目的とした訓練が必要な者 等

○ サービス内容

- 食事や家事等の日常生活能力を向上するための支援や、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(24ヶ月、長期入所者等の場合は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
- 生活支援員 等 → 6:1以上

○ 報酬単価(平成27年4月～)

■ 基本報酬	
<u>通所による訓練</u> →利用定員数に応じた単位 575単位～751単位	<u>訪問による訓練</u> 245単位(1時間未満の場合) 564単位(1時間以上の場合)
■ 主な加算	
<u>短期滞在加算</u> → 心身の状況の悪化防止など、緊急の必要性が認められる者に対して宿泊の提供を行った場合 180単位(I) 115単位(II)	<u>看護職員配置加算(I)</u> → 健康上の管理などの必要がある利用者がいるために看護職員を常勤換算方法で1以上配置している場合 18単位

○ 事業所数 1,184(国保連平成27年3月実績)

○ 利用者数 12,254(国保連平成27年3月実績)

[宿泊型自立訓練]

○ 対象者

日中、一般就労や外部の障害福祉サービス並びに同一敷地内の日中活動サービスを利用している者等
 ※ 対象者に一定期間、夜間の居住の場を提供し、帰宅後に生活能力等の維持・向上のための訓練を実施、または、昼夜を通じた訓練を実施するとともに、地域移行に向けた関係機関との連絡調整を行い、積極的な地域移行の促進を図ることを目的とする。

○ サービス内容

- 食事や家事等の日常生活能力を向上するための支援や、日常生活上の相談支援等を実施
- 個別支援計画の進捗状況に応じ、昼夜を通じた訓練を組み合わせ
- 利用者ごとに、標準利用期間は原則2年間(長期入院者等の場合は3年間)とし、市町村はサービスの利用開始から1年ごとに利用継続の必要性について確認し、支給決定の更新を実施

○ 主な人員配置

- サービス管理責任者
- 生活支援員 → 10:1以上
- 地域移行支援員 → 1人以上 等

○ 報酬単価(平成27年4月～)

■ 基本報酬	
宿泊による訓練 (標準利用期間が2年間とされる利用者) 271単位(2年以内)～163単位(2年超) (標準利用期間が3年間とされる利用者) 271単位(3年以内)～163単位(3年超)	
■ 主な加算	
夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ) →(Ⅰ)夜勤を配置し、利用者に対して夜間に介護等を行うための体制等を確保する場合 448単位～46単位 (Ⅱ)宿直を配置し、利用者に対して夜間に居室の巡回や緊急時の支援等を行うための体制を確保する場合 149単位～15単位 (Ⅲ)夜間及び深夜の時間帯において、利用者の緊急事態等に対応するための常時の連絡体制又は防災体制を確保する場合 10単位	通勤者生活支援加算 →職場での対人関係の調整や相談・助言及び金銭管理についての指導等就労を定着させるために必要な日常生活上の支援を行っている場合 18単位 看護職員配置加算(Ⅱ) →健康上の管理などの必要がある利用者がいるために看護職員を常勤換算方法で1以上配置している場合 13単位

○ 事業所数 242(国保連平成27年3月実績)

○ 利用者数 3,882(国保連平成27年3月実績)

【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。

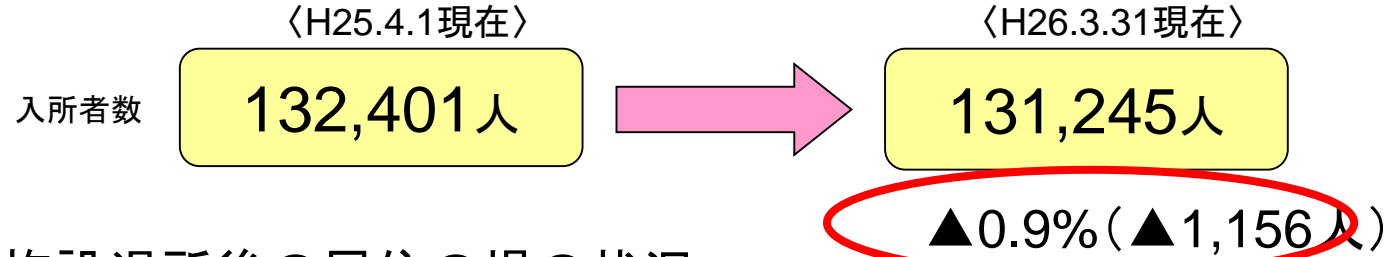
(3) 最近の動向

- 施設入所者の地域生活への移行に関する状況について
- 障害者の住まいの場の確保のための福祉部局と住宅部局の連携について(連携通知)
- 障害者総合支援法の施行に関わる主な検討課題
- 障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律の概要
- 障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律(障害者差別解消法)の概要
- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要
- 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(概要)

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

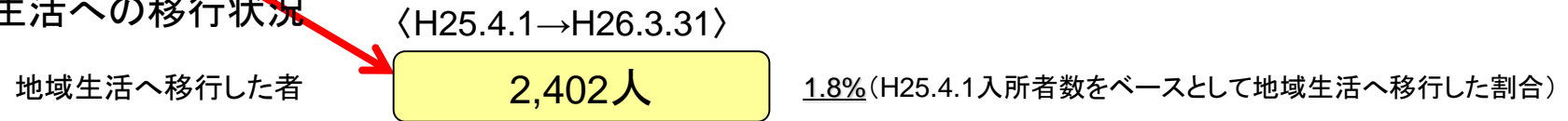
2 施設退所後の居住の場の状況

(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%)

障害者の住まいの場の確保のための福祉部局と住宅部局の連携について(概要)

(平成21年11月12日付厚生労働省社会・援護局地域福祉課長、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長、国土交通省住宅局住宅総合整備課長、国土交通省住宅局安心居住推進課長連名通知) 最終改正:平成25年4月1日

◆ 趣 旨

- 障害者が地域において自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするためには、グループホームなど地域における住まいの場の確保が重要。
- このため、厚生労働省、国土交通省の連名で通知を発出し、障害者の住まいの場の確保等に関する両省の施策について広く紹介するとともに、各地方公共団体においても、福祉部局と住宅部局の連携を図り、これらの施策についての取組を強化するよう依頼。

◆ 厚生労働省・国土交通省の主な施策

(1) グループホームの整備の促進等

- 公営住宅をグループホームとして活用するためのマニュアルの周知
- 厚生労働省における施設整備費の助成等や国土交通省の「社会資本整備総合交付金」等の活用により、各自 自治体が定める障害福祉計画に基づく計画的な整備を支援
- 平成23年10月からグループホームを利用している障害者に対して月額1万円を上限に居住に要する費用を助成。

(2) 公的賃貸住宅への入居の促進

- 障害者の優先枠の設定や障害者向けの公営住宅の供給等による入居促進
- 既存民間住宅の一部を借り上げて行う公営住宅の供給

(3) 民間賃貸住宅への入居の円滑化

- 障害者等の民間賃貸住宅への円滑な入居を支援する居住支援協議会の積極的な活用及び協議会との緊密な連携
- 民間住宅活用型住宅セーフティネット整備推進事業による障害者等が円滑に入居できる民間住宅の供給支援
- 財団法人高齢者住宅財団が未払い家賃の債務保証を行う家賃債務保証制度の普及

(4) 地域移行支援・地域定着支援の個別給付化

- 障害者支援施設の入所者等に対し、住居の確保など地域生活に向けた支援を行う「地域移行支援」、1人暮らし等の障害者と常時連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う「地域定着支援」を平成24年度から実施

地域社会における共生の実現に向けて 新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の概要

(平成24年6月20日 成立・同年6月27日 公布)

1. 趣旨

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため、新たな障害保健福祉施策を講ずるものとする。

2. 概要

1. 題名

「障害者自立支援法」を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)」とする。

2. 基本理念

法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合的かつ計画的に行われることを法律の基本理念として新たに掲げる。

3. 障害者の範囲(障害児の範囲も同様に対応。)

「制度の谷間」を埋めるべく、障害者の範囲に難病等を加える。

4. 障害支援区分の創設

「障害程度区分」について、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す「障害支援区分」に改める。

※ 障害支援区分の認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮を行う。

5. 障害者に対する支援

- ① 重度訪問介護の対象拡大(重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定めるものとする)
- ② 共同生活介護(ケアホーム)の共同生活援助(グループホーム)への一元化
- ③ 地域移行支援の対象拡大(地域における生活に移行するため重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるものを加える)
- ④ 地域生活支援事業の追加(障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等)

6. サービス基盤の計画的整備

- ① 障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定
- ② 基本指針・障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化
- ③ 市町村は障害福祉計画を作成するに当たって、障害者等のニーズ把握等を行うことを努力義務化
- ④ 自立支援協議会の名称について、地域の実情に応じて定められるよう弾力化するとともに、当事者や家族の参画を明確化

3. 施行期日

平成25年4月1日(ただし、4. 及び5. ①～③については、平成26年4月1日)

4. 検討規定(障害者施策を段階的に講じるため、法の施行後3年を目途として、以下について検討)

- ① 常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方
- ② 障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方
- ③ 障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方
- ④ 手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方
- ⑤ 精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方

※上記の検討に当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずる。

障害者に対する支援（共同生活介護の共同生活援助への一元化）

（ケアホーム）

（グループホーム）

共同生活を行う住居でのケアが柔軟にできるよう、共同生活介護（ケアホーム）を共同生活援助（グループホーム）に統合。

【平成26年4月1日施行】

➡ 障害者の地域移行を促進するために、地域生活の基盤となる住まいの場の確保を促進。

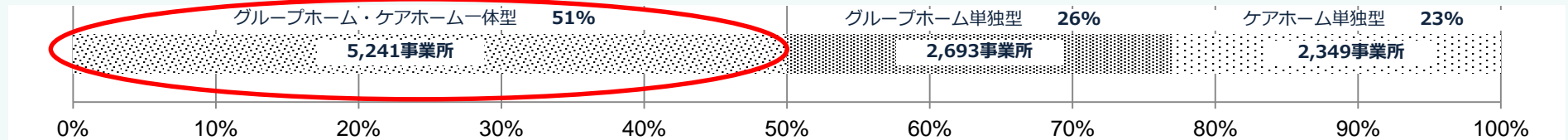
《背景》

- ★ 今後、障害者の高齢化・重度化が進むことを背景として、介護が必要な障害者のグループホームの新規入居や、グループホーム入居後に介護が必要となるケースが増加することが見込まれる。
- ★ 現行、介護が必要な人と必要のない人を一緒に受け入れる場合、グループホーム、ケアホームの2つの種類の事業所指定が必要。
- ★ 現にグループホーム・ケアホーム一体型の事業所が半数以上。



地域における住まいの選択肢のさらなる拡大・事務手続きの簡素化等の観点から**ケアホームをグループホームに一元化**。グループホームにおいて、日常生活上の相談に加えて、**入浴、排せつ又は食事の介護**その他の日常生活上の援助を提供。

（参考）事業所の指定状況



（出典）障害福祉課調べ（H22.3）

◎ グループホームへの一元化に併せて、次の運用上の見直しを行う

外部サービス利用規制の見直し

個々の利用者の状態像に応じて柔軟かつ効率的なサービス提供が可能となるよう、グループホームの新たな支援形態の1つとして、**外部の居宅介護事業者と連携すること等により利用者**の状態に応じた柔軟なサービス提供を行う事業所形態を創設。

サテライト型住居の創設

共同生活を営むというグループホームの趣旨を踏まえ、1人で暮らしたいというニーズにも応えつつ、地域における多様な住まいの場を増やしていく観点から、**本体住居との連携を前提とした『サテライト型住居』の仕組み**を創設。

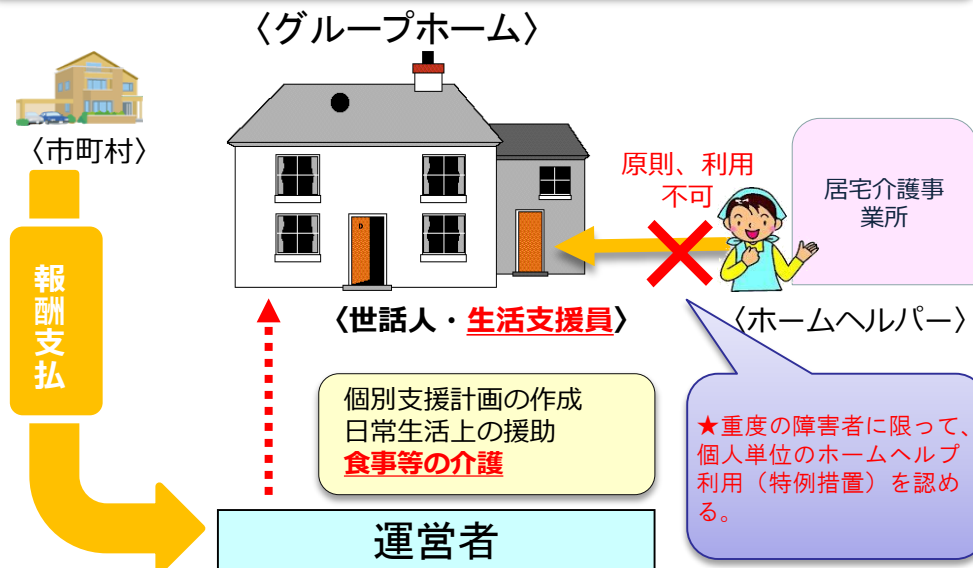
一元化後のグループホームにおける介護サービスの提供形態

一元化後のグループホームは、介護を必要とする者としめない者が混在して利用することとなり、また、介護を必要とする者の数も一定ではないことから、全ての介護サービスを当該事業所の従業者が提供するという方法は必ずしも効率的ではないと考えられる。一方、これまでのケアホームと同様に、馴染みの職員による介護付きの住まいを望む声もある。

グループホームで提供する支援を「基本サービス(日常生活の援助等)」と「利用者の個々のニーズに対応した介護サービス」の2階建て構造とし、介護サービスの提供については、① **グループホーム事業者が自ら行うか(介護サービス包括型(旧ケアホーム型))**、② **グループホーム事業者はアレンジメント(手配)のみを行い、外部の居宅介護事業所に委託するか(外部サービス利用型)**のいずれかの形態を事業者が選択できる仕組みとした。

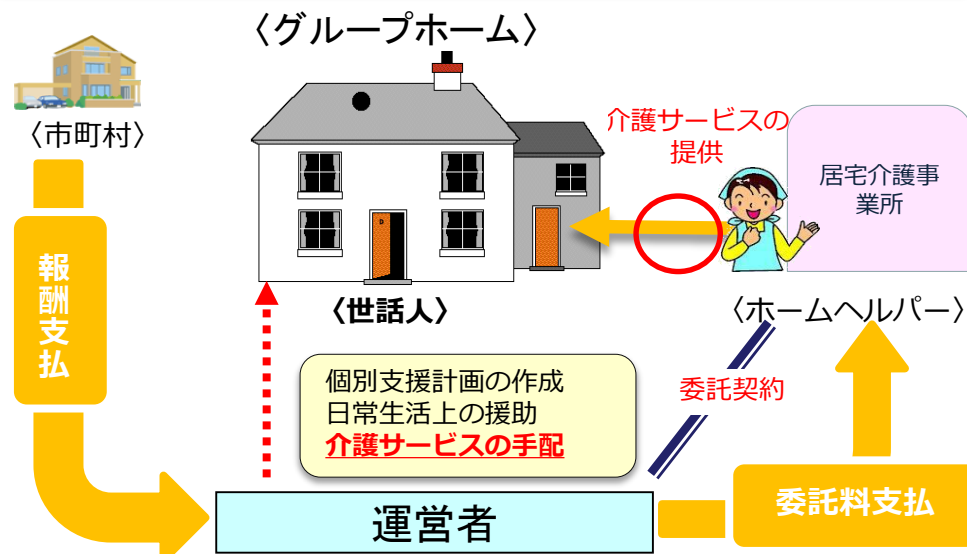
介護サービス包括型のイメージ

- ★介護サービスについては、従来のケアホームと同様に**当該事業所の従業者が提供**。
- ★利用者の状態に応じて、**介護スタッフ(生活支援員)**を配置。



外部サービス利用型のイメージ

- ★介護サービスについて、事業所は**アレンジメント(手配)のみを行い、外部の居宅介護事業者等に委託**。
- ★介護スタッフ(生活支援員)については**配置不要**。



グループホーム(サテライト型)の概要

- 地域生活への移行を目指している障害者や現にグループホームを利用している障害者の中には、共同住居よりも単身での生活を望む人がいる
- 少人数の事業所が経営安定化の観点から、定員を増やそうとしても近隣に入居人数など条件にあった物件がなく、また、物件が見つかってもし壁の設置など大規模改修が必要となるケースも少なくないとの声がある。

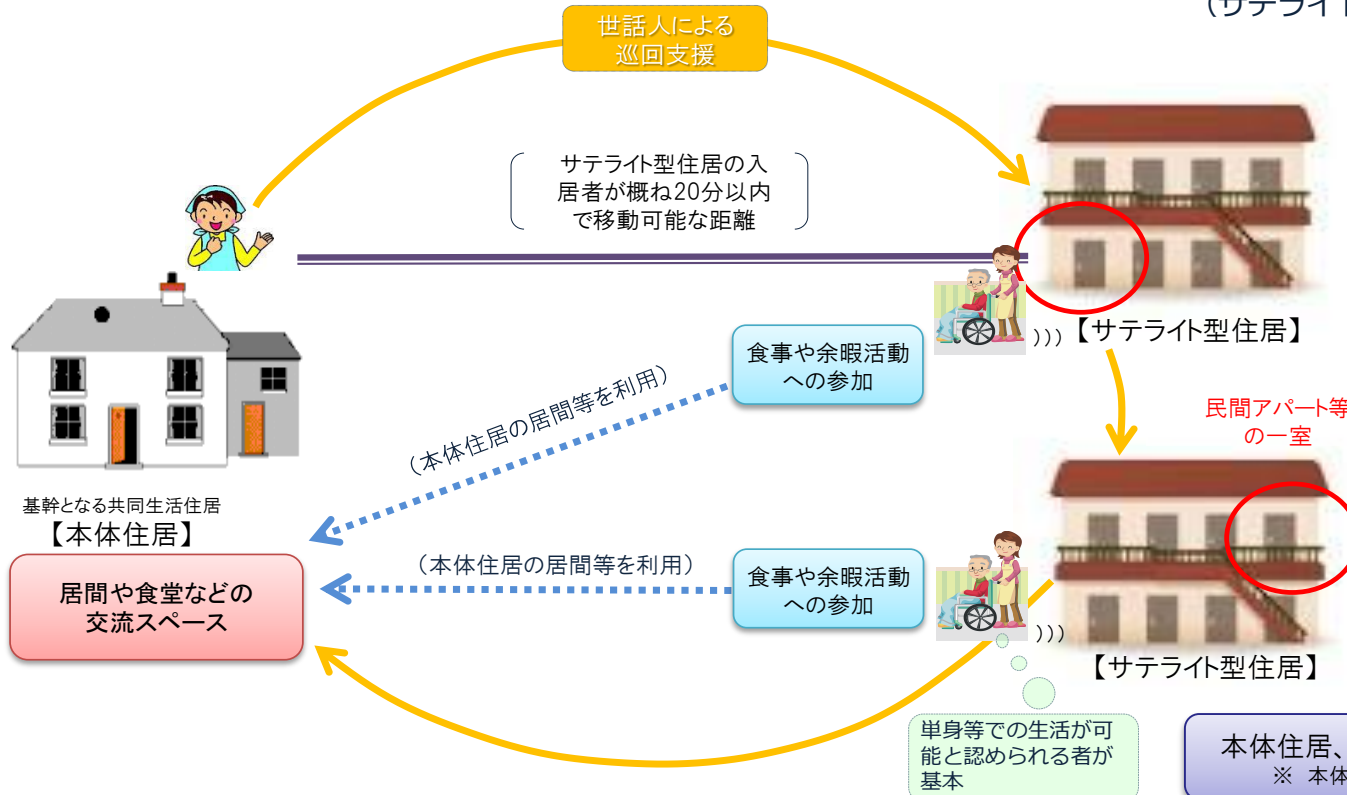
共同生活を営むというグループホームの趣旨を踏まえつつ、1人で暮らしたいというニーズにも応え、地域における多様な住まいの場を増やしていく観点から、グループホームの新たな支援形態の1つとして本体住居との密接な連携(入居者間の交流が可能)を前提として

ユニットなど一定の設備基準を緩和した1人暮らしに近い形態のサテライト型住居の仕組みを創設

(サテライト型住居を設置する場合のグループホームの設備基準)

	本体住居	サテライト型住居
共同生活住居の入居定員	原則、2人以上10人以下 ※	1人
ユニット(居室を除く)の設備	居間、食堂等の利用者が相互に交流を図ることができる設備	本体住居の設備を利用
ユニットの入居定員	2人以上10人以下	—
設備	・日常生活を営む上で必要な設備 ・サテライト型住居の利用者から適切に通報を受けられる通信機器(携帯電話可)	
居室の面積	収納設備を除き7.43㎡	

(※) サテライト型住居の入居定員は本体住居の入居定員には含まないものとする(事業所の利用定員には含む)。



本体住居、サテライト型住居(※)のいずれもグループホーム事業者が確保
※ 本体住居につき、2か所(本体住居の入居者が4人以下の場合は1か所)が上限

障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律の概要

(平成23年6月17日成立、同6月24日公布、平成24年10月1日施行)

目的

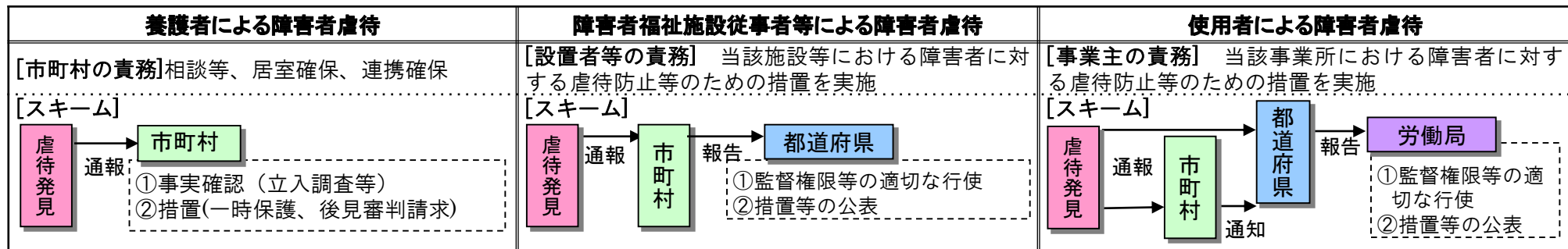
障害者に対する虐待が障害者の尊厳を害するものであり、障害者の自立及び社会参加にとって障害者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等に鑑み、障害者に対する虐待の禁止、国等の責務、障害者虐待を受けた障害者に対する保護及び自立の支援のための措置、養護者に対する支援のための措置等を定めることにより、障害者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

定義

- 「障害者」とは、身体・知的・精神障害その他の心身の機能の障害がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活・社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。
- 「障害者虐待」とは、①養護者による障害者虐待、②障害者福祉施設従事者等による障害者虐待、③使用者による障害者虐待をいう。
- 障害者虐待の類型は、①身体的虐待、②放棄・放置、③心理的虐待、④性的虐待、⑤経済的虐待の5つ。

虐待防止施策

- 何人も障害者を虐待してはならない旨の規定、障害者の虐待の防止に係る国等の責務規定、障害者虐待の早期発見の努力義務規定を置く。
- 「障害者虐待」を受けたと思われる障害者を発見した者に速やかな通報を義務付けるとともに、障害者虐待防止等に係る具体的スキームを定める。



- 就学する障害者、保育所等に通う障害者及び医療機関を利用する障害者に対する虐待への対応について、その防止等のための措置の実施を学校の長、保育所等の長及び医療機関の管理者に義務付ける。

その他

- 市町村・都道府県の部局又は施設に、障害者虐待対応の窓口等となる「市町村障害者虐待防止センター」・「都道府県障害者権利擁護センター」としての機能を果たさせる。
- 市町村・都道府県は、障害者虐待の防止等を適切に実施するため、福祉事務所その他の関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。
- 国及び地方公共団体は、財産上の不当取引による障害者の被害の防止・救済を図るため、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずる。
- 政府は、障害者虐待の防止等に関する制度について、この法律の施行後3年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。

※ 虐待防止スキームについては、家庭の障害児には児童虐待防止法を、施設入所等障害者には施設等の種類（障害者施設等、児童養護施設等、養介護施設等）に応じてこの法律、児童福祉法又は高齢者虐待防止法を、家庭の高齢障害者にはこの法律及び高齢者虐待防止法を、それぞれ適用。

障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）の概要

<p>障害者基本法 第4条</p> <p>基本原則 差別の禁止</p>	<p>第1項：障害を理由とする差別等の権利侵害行為の禁止</p> <p>何人も、障害者に対して、障害を理由として、差別することその他の権利利益を侵害する行為をしてはならない。</p>	<p>第2項：社会的障壁の除去を怠ることによる権利侵害の防止</p> <p>社会的障壁の除去は、それを必要としている障害者が現に存し、かつ、その実施に伴う負担が過重でないときは、それを怠ることによつて前項の規定に違反することとならないよう、その実施について必要かつ合理的な配慮がされなければならない。</p>	<p>第3項：国による啓発・知識の普及を図るための取組</p> <p>国は、第一項の規定に違反する行為の防止に関する啓発及び知識の普及を図るため、当該行為の防止を図るために必要となる情報の収集、整理及び提供を行うものとする。</p>
---	---	--	--

具体化

I. 差別を解消するための措置

差別的取扱いの禁止

国・地方公共団体等
民間事業者

法的義務

合理的配慮の不提供の禁止

国・地方公共団体等
民間事業者

法的義務
努力義務

具体的な対応

政府全体の方針として、差別の解消の推進に関する基本方針を策定（閣議決定）

- 国・地方公共団体等 ⇒ 当該機関における取組に関する要領を策定※
 - 事業者 ⇒ 事業分野別の指針（ガイドライン）を策定
- ※ 地方の策定は努力義務

実効性の確保

- 主務大臣による民間事業者に対する報告徴収、助言・指導、勧告

II. 差別を解消するための支援措置

紛争解決・相談

- 相談・紛争解決の体制整備 ⇒ 既存の相談、紛争解決の制度の活用・充実

地域における連携

- 障害者差別解消支援地域協議会における関係機関等の連携

啓発活動

- 普及・啓発活動の実施

情報収集等

- 国内外における差別及び差別の解消に向けた取組に関わる情報の収集、整理及び提供

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

(平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（*）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

*配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

②精神科病院の管理者に、

- ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置
 - ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携
 - ・退院促進のための体制整備
- を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。

②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日（ただし、1.（4）①については平成28年4月1日）

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性（概要）

1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

※長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会
(平成26年7月14日取りまとめ公表)

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起(退院支援意欲の喚起を含む)」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するという病院の構造改革が必要。

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

【ア】退院に向けた支援

【ア-1】退院に向けた意欲の喚起

- ・病院スタッフからの働きかけの促進
- ・外部の支援者等との関わりの確保 等

【ア-2】本人の意向に沿った移行支援

- ・地域移行後の生活準備に向けた支援
- ・地域移行に向けたステップとしての支援(退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援) 等

【イ】地域生活の支援

- ・居住の場の確保(公営住宅の活用促進等)
- ・地域生活を支えるサービスの確保(地域生活を支える医療・福祉サービスの充実) 等

【ウ】関係行政機関の役割

都道府県等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援に努める。

3. 病院の構造改革

- 病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない。
- 入院医療については、精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。(財政的な方策も併せて必要)
- 2. に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

<病院資源のグループホームとしての活用について>

- 地域移行する際には、地域生活に直接移行することが原則
- 退院に向けた支援を徹底して実施してもなお退院意欲が固まらない人に対しては、本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要。
- その選択肢の一つとして、病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、障害者権利条約に基づく権利擁護の観点も踏まえ、一定の条件付け(※)を行った上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めることとし、必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方(※※)。
 - ※「本人の自由意思に基づく選択の自由を担保する」、「外部との自由な交流等を確保しつつ、病院とは明確に区別された環境とする」、「地域移行に向けたステップとしての支援とし、基本的な利用期間を設ける」等
 - ※※あくまでも居住の場としての活用は否との強い意見があった。

長期入院精神障害者の地域移行の流れと主な方策

精神科病院

地域

㊦-1 退院に向けた意欲の喚起

<主な方策>

○病院スタッフからの働きかけの促進

- ・病院スタッフの地域移行に関する理解の促進

○外部の支援者等との関わりの確保

- ・ピアサポート、地域の障害福祉事業者等の更なる活用
- ・関係行政機関の役割（都道府県等による入院患者の実態把握の促進等）

○その他

- ・精神科病院について、社会に開かれた環境（見舞い、外出をしやすい環境等）の整備を推進

㊦ 関係行政機関の役割

- ・国は、都道府県で人材育成の中核となる指導者を養成するための研修を実施
- ・都道府県・保健所等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援

㊦-2 本人の意向に沿った移行支援

<主な方策>

○地域移行後の生活準備に向けた支援

- ・入院中からの精神障害者保健福祉手帳等の申請等に向けた支援、退院後に利用可能な障害福祉サービス、介護保険サービス等の利用の検討と準備
- ・地域生活を体験する機会の確保等

○地域移行に向けたステップとしての支援

- ・実際の地域生活につながるような生活能力を身につけるための支援方法の検討訓練の在り方に関する検討
- ・退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援

<主な方策>

○居住の場の確保

→生活障害・要介護等の状態にある精神障害者の受入れに係る課題解消に向け、検討

- ・グループホームの活用
- ・公営住宅の活用促進等

○地域生活を支えるサービスの確保

→医療と福祉の協働による地域生活を支えるサービスの提供等

- ・地域生活を送る上で効果的な外来医療やデイケア等の在り方についての検討
- ・アウトリーチ、訪問看護等の充実
- ・地域定着支援、短期入所、生活訓練の更なる活用

○その他

- ・地域生活を支えるためのサービスや精神障害者本人及び家族への相談支援に関し、医療・福祉サービス等が総合的に提供される方策の検討

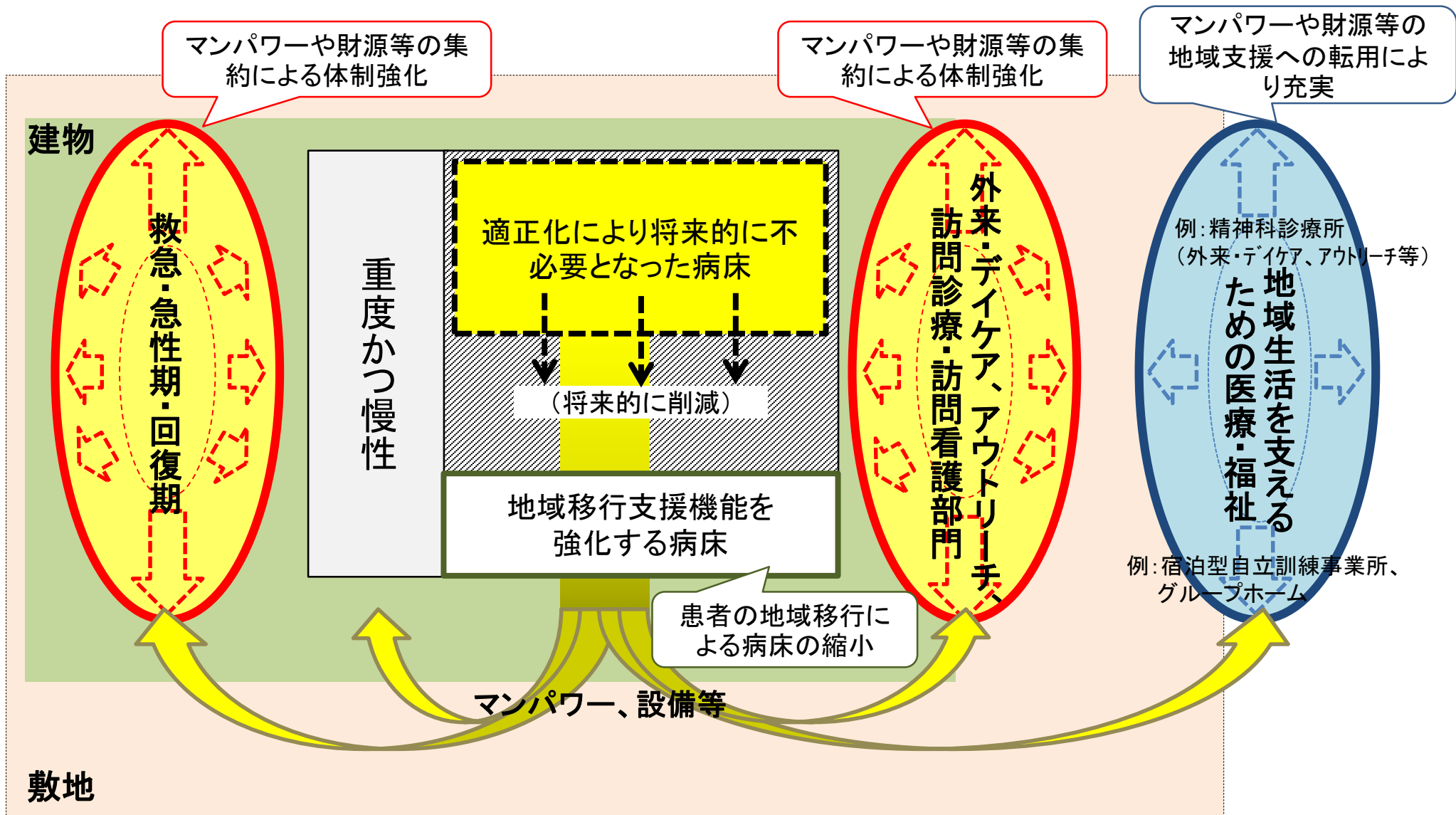
㊦ 退院に向けた支援

㊦ 地域生活の支援

入院医療の必要性の判断

必要性が急性期等と比べて低い場合

構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



自立訓練における 訪問による訓練について

自立訓練(機能訓練)

○ 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
- 生活支援員 等 → 6:1以上

○ 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(生活訓練)

○ 対象者

地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、一定期間の訓練が必要な知的・精神障害者
(具体的には次のような例)

- ① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行を図る上で、生活能力の維持・向上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、継続した通院により症状が安定している者等であって、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などを目的とした訓練が必要な者 等

○ サービス内容

- 食事や家事等の日常生活能力を向上するための支援や、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(24ヶ月、長期入所者等の場合は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
- 生活支援員 等 → 6:1以上

○ 報酬単価(平成27年4月～)

■ 基本報酬	
通所による訓練 →利用定員数に応じた単位 575単位～751単位	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)
■ 主な加算	
短期滞在加算 →心身の状況の悪化防止など、緊急の必要性が認められる者に対して宿泊の提供を行った場合 180単位(Ⅰ) 115単位(Ⅱ)	看護職員配置加算(Ⅰ) →健康上の管理などの必要がある利用者がいるために看護職員を常勤換算方法で1以上配置している場合 18単位

○ 事業所数 1,184(国保連平成27年3月実績)

○ 利用者数 12,254 (国保連平成27年3月実績)

平成27年度報酬改定

自立訓練（機能訓練・生活訓練）について

1 基本報酬の見直し

介護報酬改定の動向を踏まえ、機能訓練サービス費（Ⅱ）、生活訓練サービス費（Ⅱ）の基本報酬を見直し。

2 算定要件の見直し

通所による自立訓練の利用者だけでなく、訪問による訓練のみの利用者についても、自立訓練の利用が可能となるよう、算定要件を見直し。

平成27年度報酬改定 自立訓練（機能訓練・生活訓練）について

3 生活訓練サービス費（Ⅱ）の利用期間の緩和

【現行】

（算定要件）

訪問開始日から起算して
180日間ごとに50回 **かつ月
14回**を上限として算定する
ことができる



【見直し後】

（算定要件）

訪問開始日から起算して
180日間ごとに50回を上限
として算定することができる

機能訓練：訪問による訓練の具体例

なお、「居宅を訪問して自立訓練（機能訓練）を提供した場合」とは、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

生活訓練：訪問による訓練の具体例

なお、「居宅を訪問して自立訓練（生活訓練）を提供した場合」とは、具体的には次のとおりであること。

ア	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	地域生活のルール、マナーに関する相談援助
エ	交通機関、金融機関、役所等の公共機関活用に関する訓練及び相談援助
オ	その他必要な支援

共同生活援助事業所利用者の場合



エ 交通機関、金融機関、役所等の公共機関活用に関する訓練及び相談援助

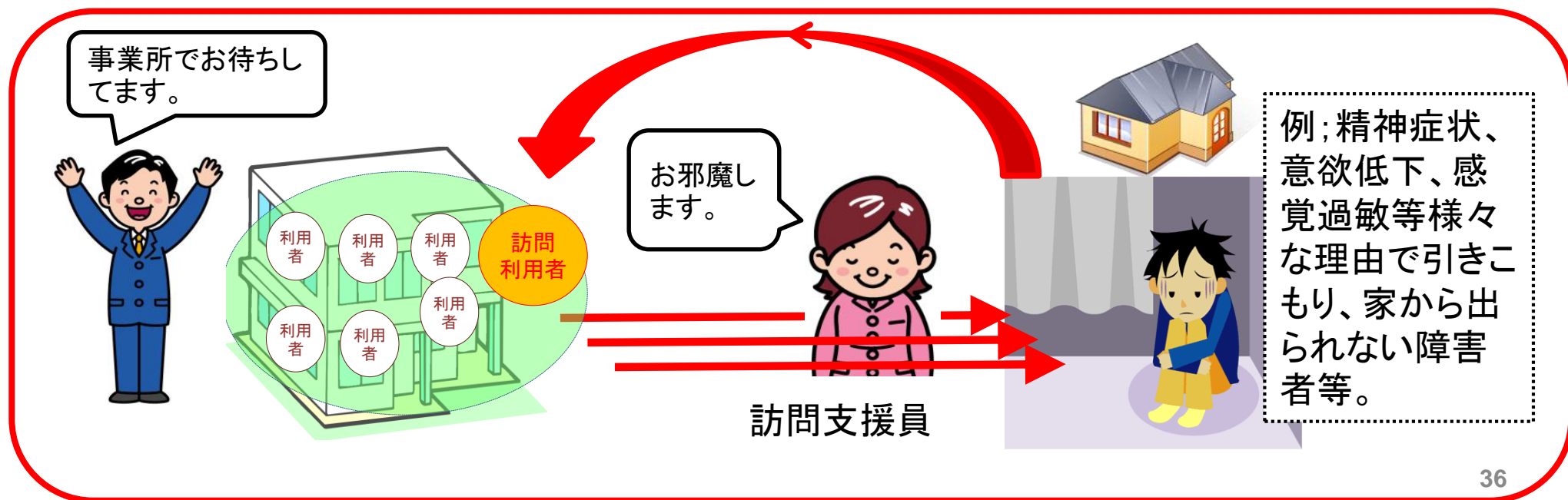


ここでいう「居宅」とは、指定共同生活援助事業所又は外部サービス利用型指定共同生活援助事業所における共同生活住居は含まれないものであるが、エのうち、共同生活住居外で実施する訓練については、指定共同生活援助利用者及び外部サービス利用型指定共同生活援助利用者であっても対象となっている。

訪問による訓練のイメージ(参考例①)

通所が困難な障害者が、通所による訓練に通えるようになることを目指して、訪問による訓練を利用する場合

居宅に訪問し、信頼関係を形成しながら訓練を行うと、生活訓練に通いたいという目標ができ外へ出られない原因を克服しようという意欲も湧き、少しずつ外へ出られるようになる、等。



訪問による訓練のイメージ(参考例②)

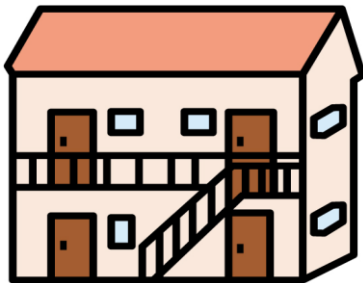
生活上必要な家事等を、実際の生活環境で訓練することが効果的な場合(新規⇒自立訓練への通所を前提にしない)

自宅周辺での買い物や、自宅の清掃、自宅の調理器具と家電製品等を使っての家事等を訓練すると、御本人自身でできることが増える、等。

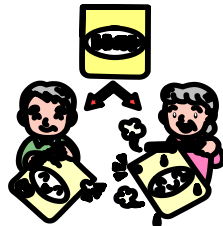
訓練⇒評価



できるようになったこと⇒自立へ
支援が必要なこと⇒サービスへ



御自分で充分できるようになりましたね。



例;簡単な食材を知り、レンジの使い方を練習したら自炊出来るようになり、家事援助の支給量が減る等。

訪問による訓練のイメージ(参考例③)

就労中の障害者の自宅等を訪問して生活訓練することで、就労継続を支えられる場合(新規⇒自立訓練への通所を前提にしない)

就労すると体調を崩してしまう方が、働きながら生活を整える訓練(家事、体調管理、対人関係等)をすると、生活と仕事の両立の仕方が身に付き、生活も体調も安定し、就労も継続することができる、等。

訓練⇒評価

できるようになったこと⇒自立へ
支援が必要なこと⇒サービスへ

ライフとワークの両立
の訓練ですね。

例;就労継続を
目標に、多機関
と連携し、就労
場面での状況を
勘案しながら、
家事や体調管理
の方法等を訓練
する等。

訪問による訓練のイメージ(参考例④)

バスや電車等の公共交通機関を利用できるように移動の訓練を行う場合(新規⇒自立訓練への通所を前提にしない)

実際の経路の交通機関において、公共交通機関への乗車と移動の訓練を行うと、一人で通えるようになる、等。

訓練⇒評価

例;事業所や就労先へのルートで電車やバスの乗り方の訓練をしたら、一人で通えるようになる、等。

可能⇒自立へ
困難⇒送迎、移動支援等へ



一人で移動できるようになると、障害者の暮らしの幅が広がるだけでなく、地域の人々との出会いと理解の機会も増えますね。



<http://www.pref.oita.jp/soshiki/12500/noruzo.html>

「ひとりで乗りたい♪(知的障害者通所自立支援マニュアル)」発行大分県より

(参考)居宅介護における福祉専門職員等連携加算について

- 居宅介護事業所のサービス提供責任者については、居宅介護計画の作成や、利用の申し込みに係る調整、従業者に対する技術指導等のサービスの内容の管理等を行うこととなっているが、地域移行後の障害児者に対する支援上の様々な局面で、障害特性の理解や医療等専門機関との連携、従業者への技術指導等に困難を感じている。
- また、平成26年7月にとりまとめられた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」において、居宅介護については、
 - ・ 精神障害者本人の意向に寄り添い、医療と福祉が協働して、地域生活を支えるサービスを継続的に提供すること、再発・再入院を防ぎ、地域生活を維持・継続するための医療・福祉サービスの充実を図ることが必要である。
 - ・ 居宅介護従業者等が精神障害者に対してその特性に応じた適切な支援を行えるよう、自治体や保健所、精神保健福祉センター等が連携して研修を実施する等、従業者の支援能力の向上を図る。等が報告されている。



サービス提供責任者に係るこれらの課題に対応するため、障害福祉サービス事業所等の精神障害者等の特性に精通する専門職(看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の国家資格を有する者)が、サービス提供責任者に同行して利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等の評価を共同で行い、かつ、サービス提供責任者に対して、居宅介護計画を作成する上で必要な指導及び助言をした場合に、報酬上評価することとする。

《福祉専門職員等連携加算(報酬告示)》

利用者に対して、指定居宅介護事業所等のサービス提供責任者が、サービス事業所(法第36条第1項に規定するサービス事業所をいう。第2の5の2において同じ。)、指定障害者支援施設等(法第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等をいう。以下同じ。)、医療機関等の社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、理学療法士その他の国家資格を有する者(以下この4の2において「社会福祉士等」という。)に同行して利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等の評価を当該社会福祉士等と共同で行い、かつ、居宅介護計画を作成した場合であって、当該社会福祉士等と連携し、当該居宅介護計画に基づく指定居宅介護等を行ったときは、初回の指定居宅介護等が行われた日から起算して90日の間、3回を限度として、1回につき所定単位数を加算する。

居宅介護における福祉専門職員等連携加算について(イメージ)

○ 福祉専門職員等連携加算の具体的な利用方法のイメージは以下のとおりである。

◀居宅介護の利用を開始する者が入院していた精神科病院の精神保健福祉士と連携する場合▶

- ・ 居宅介護の利用開始に伴い、居宅介護事業所は、当該利用者が入院していた精神科病院の精神保健福祉士に対して、居宅介護計画作成への協力依頼を行う。
- ・ 依頼を受けた精神科病院の精神保健福祉士は、サービス提供責任者の訪問に同行し、居宅介護の利用者の日常生活能力と病状に伴う変化も含めたアセスメントを「アセスメント表」(※)等の作成を通して提供する。さらに、利用者との関係作りや障害特性、支援ニーズ等についても情報提供を行い、利用者の特性に応じた、より障害者の自立を促進する視点に立った居宅介護計画の作成に協力する。

支援の流れのイメージ

居宅介護利用開始前

相談支援事業者

(サービス等利用計画の変更、サービス担当者会議の開催等)

連携

連携

サービス事業所等

(利用者の日常生活能力及び自身が単独で可能な行為、支援を受けても困難な行為等の区別をアセスメント等)

連携

居宅介護事業所

(居宅介護計画の作成等)

情報の引継ぎ

居宅介護へ移行

居宅介護利用開始後

相談支援事業者

(サービス担当者会議の開催等)

連携

連携

サービス事業所等

連携

居宅介護事業所

指導・助言

加算による評価
(福祉専門職員等
連携加算
(564単位/回
【新設】)

《参考》福祉専門職等連携加算 アセスメント表①

居宅介護計画を連携して作成するためのアセスメント表（参考例）

別紙

利用者名	山田 花子 様	記入日	年 月 日
御本人がアセスメントを求める理由	御本人がアセスメントを求める理由		
サービス提供責任者がアセスメントを求める理由	サービス提供責任者がアセスメントを求める理由		
利用者	山田 花子		
記入者	霞ヶ関ヘルパーステーション 東京子		
福祉専門職員等（精神保健福祉士）	日比谷病院 千代田 幸子		

記入者	サービス等利用計画	居宅介護計画		見立て		福祉専門職員等のアセスメント		話し合われたこと		サービス提供時間中に行うこと		サービス提供の際に心掛けて欲しいこと	
		サービス提供責任者		御本人/サ責		福祉専門職員等		福祉専門職員等		福祉専門職員等		福祉専門職員等	
家事援助 (30分)	掃除 ・掃除機を掛ける	御本人	不要 見守り 声掛け 必要 その他	御本人	不要 見守り 声掛け 必要 その他	本人は、部屋がそれほど汚いとは思っていないため、掃除機をかける必要性を感じていない。しかしサ責はこのままだと本人及びヘルパーの健康に害があるため、掃除機がけをしたいと希望している。さらに本人は物をどかして掃除機をかけるのが面倒臭いと思っている。	部屋が汚くても気にならないとのことだったが、掃除機をかけないと、ゴミなどが繁殖して刺されることがあるとの話をした。また物がなければ、御自分で掃除機をかけられそうだと思うとのことだった。	御本人	●ヘルパーが物を移動させた後に、掃除機をかける。	御本人	○ヘルパーと声を掛けあいながら、物を移動させた所から掃除機をかけて下さい。	ヘルパー	○物を移動させる時に、必ず声をかけて下さい。元に戻した時も、必ず「元に戻しました」と声を掛け、本人に確認してもらって下さい。
		サービス提供責任者	不要 見守り 声掛け 必要 その他	サービス提供責任者	不要 見守り 声掛け 必要 その他	ゴミの分別方法が分からないため、ゴミが捨てられず、どんどんゴミがたまってしまいう状況。本人はヘルパーにゴミを捨ててほしいと希望している。サ責としては、分別せずにゴミを出しても業者に持って行ってもらえないのではと心配している。	入院前にゴミの分別をせずにゴミ出しをして、近隣の人から苦情を言われ嫌な思いをした過去があることを共有し、ゴミの分別を覚えて、ゴミ捨てるの心配を減らす提案をした。	御本人	●分別が分からないゴミは、ヘルパーに確認してから、ゴミ袋に入れる。	御本人	○少しでも、分別の種類を不安に思った時にはヘルパーに質問して下さい。 ○分別が間違っている場合は収集日に引き取ってもらえない場合がありますので、ヘルパーが声を掛けることをご了承ください。	ヘルパー	○聞かれるまでは、ヘルパーの方からは口を出さないようにして下さい。 ○ゴミの袋が潰くならないように気を付けて下さい。（潰くになると、違う袋にでも捨ててしまうことがあるため） ○生ゴミを捨てる際は、必ずコンビニの袋等にいったん捨ててから口を結ぶように練習をして下さい。

《参考》福祉専門職等連携加算 アセスメント表②

記入者	サービス等利用計画	居宅介護計画	見立て	福祉専門職員等のアセスメント	話し合われたこと	サービス提供時間中に行うこと	サービス提供の際に心掛けて欲しいこと
	サービス提供責任者	御本人/サ責	福祉専門職員等	福祉専門職員等	福祉専門職員等	福祉専門職員等	福祉専門職員等
2	身体介護 (60分)	入浴 ・体調確認 ・入浴の促し ・着脱の手伝い ・入浴介助 ・体をふく ・着脱の手伝い ・ドライヤー ・くしでとかす ・水分補給の声掛け	御本人	<p>不要 見守り 声掛け 必要 その他</p> <p>本人は自分が妊娠していると思っており、入浴すると流産するとの考えから入浴を拒否している。</p> <p>また洗髪の際に、(リンスをたくさん使うと白髪が増える)という考えが浮かぶため、リンスにも拒否的である。</p>	<p>妊娠している場合でも医学的には入浴はした方が良く、入浴で流産することはないことを医療機関から御本人に説明してもらい、御本人が納得した上で入浴のサポートを行う確認をした。</p>	<p>●体調が悪い時以外は入浴して、体を清潔に保ち、病気の予防をする。</p>	<p>○体調が気になり入浴ができない時は、せめて清拭や足浴、手浴を行い、清潔にして下さい。</p>
			サービス提供責任者	<p>不要 見守り 声掛け 必要 その他</p> <p>離れた所に住んでいる家族が本人の入浴を希望している。</p>	ヘルパー	<p>●入浴の介助。(洗髪、洗体、ドライヤー)</p> <p>●体調が悪くて入浴できない時は、足浴や清拭の声掛けを行い、実行する。</p>	<p>入浴で不安や混乱が起こらないように、以下の手順を守って下さい。</p> <p>○衣服の着脱は手早く行い、洗髪の際は顔にお湯がかからないようにタオルを渡し、顔に当ててもらう。また洗髪の際は、リンスの量を少なめにする。</p> <p>○湯船には短時間でもよいので浸かってもらうようにする。</p> <p>○洗えるところは自分で洗ってもらい、踵は軽石で擦り過ぎないように注意して見守る。</p> <p>○脱衣所で体を拭く際は用意してある椅子に座ってもらう。</p> <p>○ドライヤーは、冷風で乾かす。(冬の間だけ温風)</p> <p>○クシでとかす際は手早く行う。</p> <p>○すべて終わったら自室に戻ってもらい、冷蔵庫の中のポットのお茶を持って行き、飲んだことを確認してから、コップを下げ、洗って終了とする。</p>

訪問による訓練の実績

基本部分		算定回数	利用者数	事業所数
機能訓練サービス費(Ⅱ)	(1) 1時間未満	1	1	12
	(2) 1時間以上	10	7	
	(3) 視覚障害者に対する専門的訓練	103	36	
合計		114	44	12

基本部分		算定回数	利用者数	事業所数
生活訓練サービス費(Ⅱ)	(1) 1時間未満	435	184	130
	(2) 1時間以上	1296	425	
合計		1731	609	130

平成26年12月国保連請求分

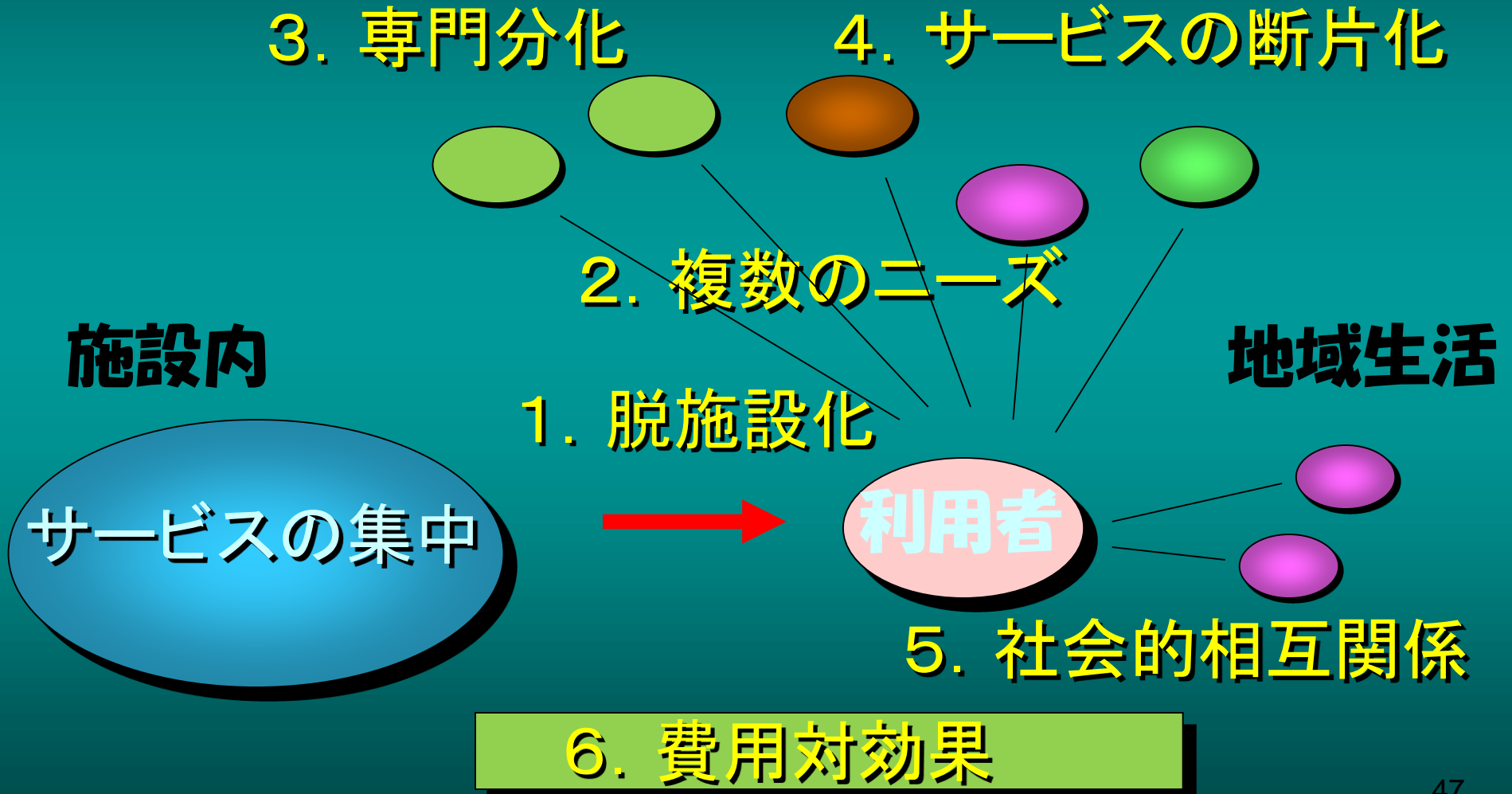
2. サービス提供の基本的姿勢

- (1) ケアマネジメントの基本的視点
- (2) 聴く・知ることから始まる支援(根拠)
- (3) 活用する支援
- (4) 固有ニーズへの支援
- (5) 生き方に関わる支援
- (6) 一人の住民へ誘う支援

(1) ケアマネジメントの基本的視点

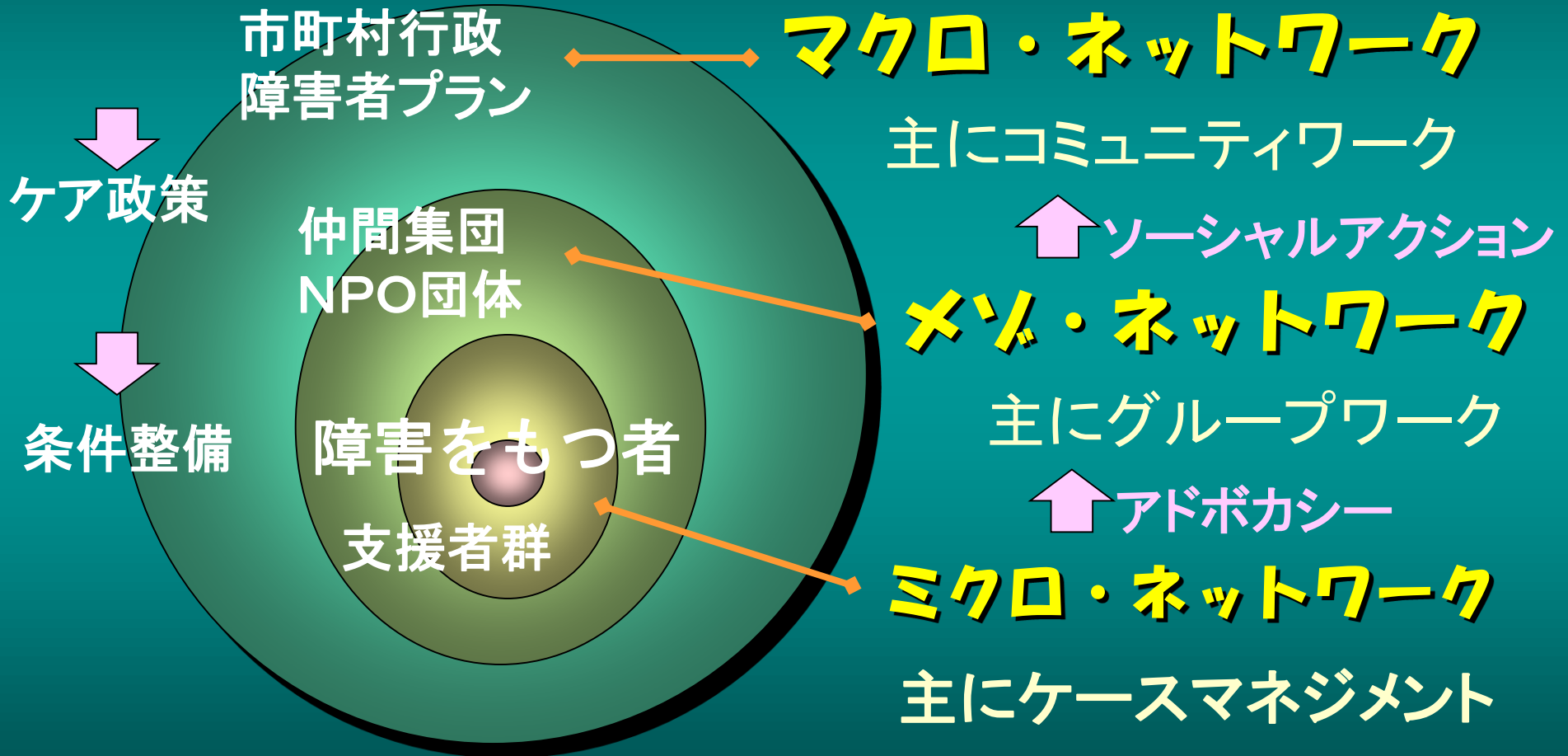
- 個別性重視の援助
- ニード中心、利用者中心
- 生活者、QOLの重視
- エンパワメント(利用者自身の問題解決力)
- 自己決定による自立
- 利用者の権利擁護

ケアマネジメントの必要性



ネットワーク

社会的支援の輪を作る

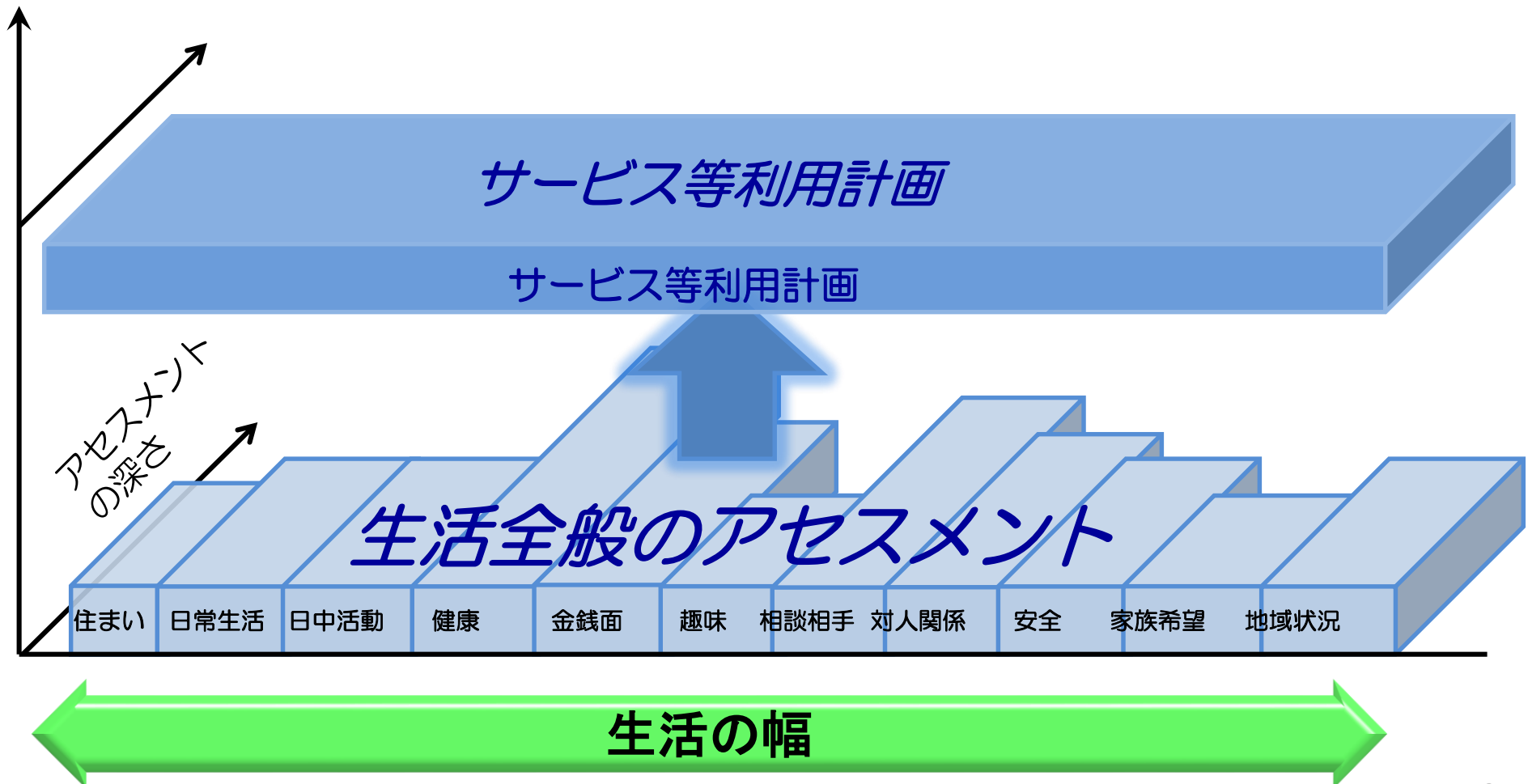


政策と実践の循環過程 (松原一郎)

(相談支援専門員が作成する)サービス等利用計画

【サービス等利用計画】

生活全般をアセスメントし、本人の願いを中心に、生活や支援の全体像を示したもの
(相談支援専門員によるサービスを繋ぐ支援)

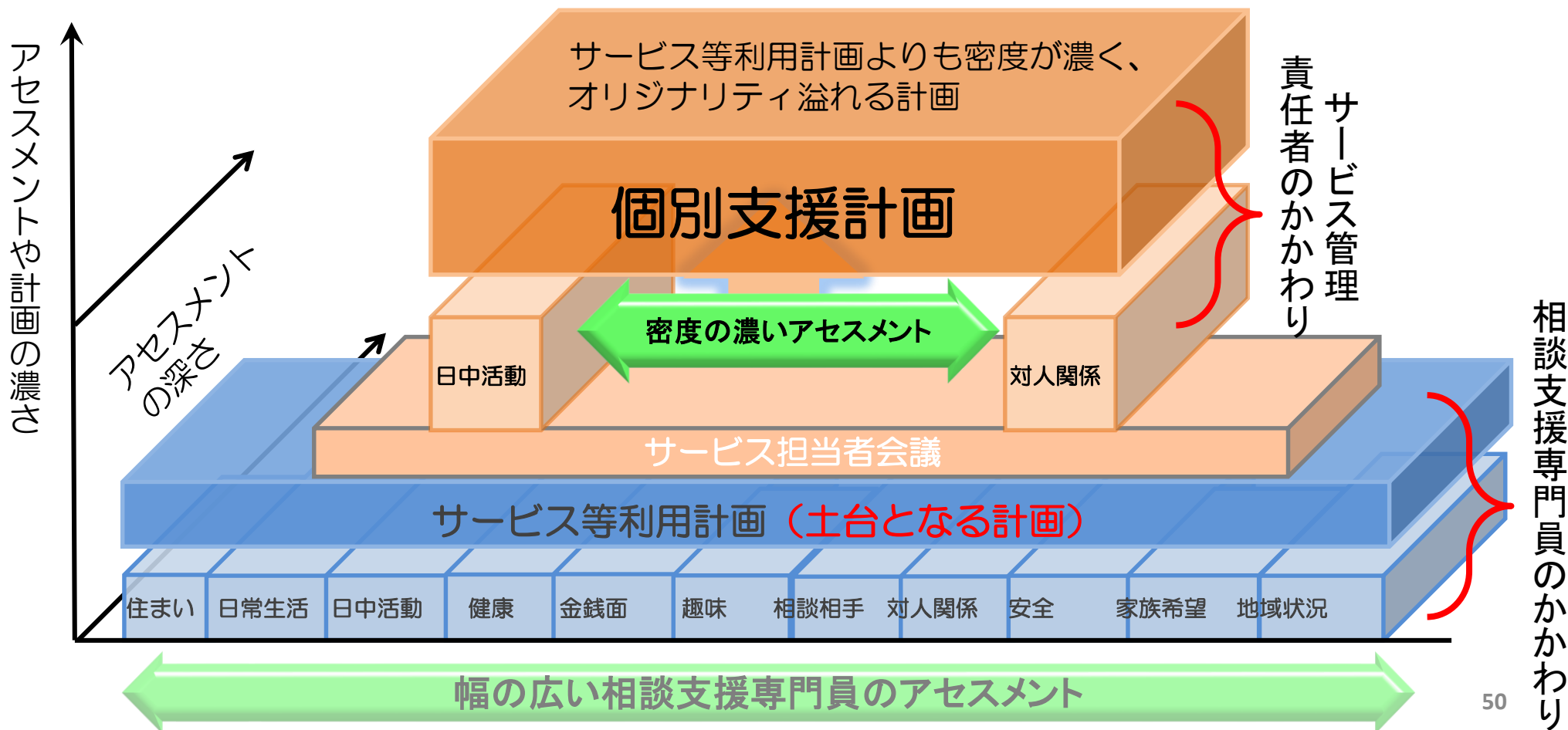


(サービス管理責任者が作成する)個別支援計画

【個別支援計画】

必要なアセスメントをさらに深め、本人の願いをかなえるために、より具体的な支援内容を盛り込んだもの

(サービス管理責任者による深める支援)



サービス管理責任者のつながる支援と深める支援を学ぶ

サービス担当者会議



つながる支援

・サービス管理責任者は、相談支援専門員等と連携して、個別支援の課題を解決するためのチームをつくり、地域でサポートするためのネットワークを組織する。相談支援専門員によるサービス担当者会議に参加する。

相談支援専門員によるサービス利用計画は、トータルプラン

深める支援

・サービス管理責任者は、サービス利用計画をもとに、事業所内で個別支援会議を開き、個別支援計画(生活プラン)を作成する。

個別支援会議



サービス管理責任者による個別支援計画、生活プラン

(2) 聴く・知ることから始まる支援(根拠)

専門家主導の訓練

専門家が判断し作成した訓練計画は「やらされる」訓練となりがちで、利用者の意志とのミスマッチにより、積極的に取り組む訓練とはなりにくい。



他人の希望より 利用者の意向

意向を知るために「聴く」ことを丁寧に行い、「やらされる」訓練ではなく、利用者の自主性・主体性を尊重した「する」支援を行い、希望する将来像に向かうため、関係機関と連携していくことを重視。

ニーズを見極める前に大切なことは聴くこと・対話・かかわりです。
わかったつもりの支援は禁物です。

権利擁護の基本は、話を聴くことです。

関係づくり

- 目的にむかって進むこと
ご本人と支援者が目的にむかってすべきことをあきらかにする。
- 相互に利益を得ること
お互いから学び、一緒に過ごす時間を楽しむ。
- 誠実な関係づくり
支援者は誠実で責任のある感覚をご本人に伝える。
- 信頼のある関係づくり
相互の信頼と尊敬 利用者の希望、不安や夢を共有する。
- エンパワメントを促す関係づくり
ご本人が自分自身の支援プロセスの監督者となる。

(3) 活用する支援

地域生活移行を支えるサービスの組み合わせが不足

地域生活移行支援を、単一の法人・事業者で行おうとするため、サービス提供が限られてしまう



圏域・他の法人のサービスを組み合わせる

地域生活支援を、単一の法人・事業者で支えるという考えから脱却し、圏域・他の事業所のグループホーム、通所事業、地域生活支援事業、雇用、インフォーマルサービスなどと連携して提示し・選択し・社会資源を組み合わせた支援

インフォーマルなサービスのイメージはつきますか？

(4) 固有ニーズへの支援

昼間の活動も同じ顔ぶれ

グループホーム利用者が、同じ顔ぶれで日中活動サービス・余暇活動を利用するなど、地域で暮らしているのに、集団的で画一的な暮らしが見られる。



昼間は住居から離れてそれぞれの活動の場へ通う

グループホームは暮らしの場であり、昼間の活動は、それぞれ個別固有の生活ニーズや生活パターンに応じて、様々なサービス提供機関を選択し、働く場や活動の場に通うことが原則。

目標設定について、退院、退所、就職はゴールではありません。

(5) 生き方にかかわる支援

地域生活での老い・病いには、高齢者施設や入所施設・病院が終の住まい

老いや病いを得たとき、高齢者施設や入所施設・病院の利用という選択肢を当然と思い、疑問も持たずに終生の生活の場と決めている。

生活支援とは「いのち・くらし・生きざま」支援です。

地域生活の継続・選択は、利用者ニーズが最優先される

入所施設・精神科病院からグループホーム・単身や夫婦でのアパート生活など、ニーズに応じて住まいも変わる。老いや病いを得たとき、暮らしの選択は、分かりやすい情報提供と、本人の意志に沿う支援であるかが重要。

(5)_{+α} 障害の重い人の生き方支援は

入所施設だけが選
択肢？グループホ
ームは高嶺の花？

障害の重さ？というスケ
ールに依存＝あきらめて
いる。

(誰が本人を代弁するの？
家族が代弁するの?)



入所施設からグルー
プホームへ、医療支
援体制も整える。

生活モデルを作ろう。
自立訓練で見極めは出来る・
……表情から意思を汲み取
れる。そのノウハウをどう
活かすかが支援者の力量。
あきらめず始めてみないと分
からない。

(6)ひとりの住民へ誘う支援

地域住民との交流を制限してしまう

迷惑をかけないようにとの支援者側の思いが優先し、地域住民との交流の機会を制限し、地域住民の一人としての生活を質的に確保していない。

地域をアセスメントしていますか？
地域社会への参加の機会のつくりかたを持っていますか？

一人の地域住民としての生活

地域の住民たちがホームを訪問し、利用者が町内の資源・町内会活動・町内サークル等に参加する機会を用意し、相互の交流を通じ、利用者が一人の地域住民として生活が広がるよう支援する。

3. サービス提供のポイント

- (1) アセスメントとニーズの把握について
- (2) 日常生活動作、健康、コミュニケーション、社会的活動等の生活全般にわたるアセスメント
- (3) その人に必要な生活訓練の軸を見立てる
- (4) 地域生活移行後の自己実現と社会的関係
- (5) 権利擁護のために
- (6) 地域社会資源の把握
- (7) 課題整理の工夫
- (8) 個別支援計画はプロセスシート
- (9) きめ細やかなモニタリング
- (10) 相談支援専門員、地域の関係機関との連携

(1) アセスメントとニーズの把握について

- 本人中心の生活を支援するためのアセスメント。
- 本人の障害特性と状態像を理解する。
- 主訴とニーズの違いを理解する。

傾聴と共感 対話とかかわり

- 「主語＝私」で始まる計画となるよう本人のニーズに心がける。
- 表出出来ないニーズの把握にも留意する。
 - 本人の声(ニーズ、不安、ストレス)を記録化する。

(2) 日常生活動作、健康、コミュニケーション、社会的活動等の生活全般にわたるアセスメント

- 援助過程、参加過程、環境との相互作用としてのアセスメント。
- ストレングス4つの側面(①性格・人柄／個人的特性、②才能・素質、③環境、④興味・関心／向上心)。
- ストレングスは対話と関係性から導き出す。
- 日常生活動作、IADL、健康、生活基盤、コミュニケーションスキル、社会生活技能、社会参加、教育、就労などの生活全般にわたるアセスメント - 生活の場面(環境)の正確な把握。
- アセスメントは現状の把握とともに、過去の支援記録も参考になる。
- 自立訓練、グループホームの各事業毎に、重点的なアセスメント項目を確認する。

(3) その人に必要な生活訓練の軸を見立てる

- グループホームを目指すのか、一人暮らしを目指すのか、就労を目指すのか、生活習慣の確立を目指すのか、まず必要な支援を見立てる。
- 目指す目標に向けての支援上の課題を丁寧に評価し、本人とともにその優先順位を確定する。
- 不安やストレスの軽減を図りつつ、小さな前進を確認する。

(4) 地域生活移行後の自己実現と社会的関係の構築

- 地域の中で普通に暮らすために、どのような自己実現を図るのか確認する。
 - 本人の可能性やストレングスを把握する。
- グループホームという住まいの場、地域での活動の場がどのように生活を支え、社会的関係の繋がりを広げることが出来るのか、具体的に確認する。
 - 「自分が何かをして、それを他人が認めてくれる」ということは、社会的関係の中において、はじめて出来ること。

(5) 権利擁護のために

- 本人の意向優先を第一に。
 - 家族とのニーズをめぐるズレにどう向き合うか。
- 家族関係、地域の人間関係、生活基盤や金銭管理状況などの正確な把握。
 - エコマップを本人と一緒に作成する。

家族が「本人中心の支援」に移行するために、サービス管理責任者ができることを考えてみましょう。

(6) 地域社会資源の把握

- 地域の社会資源を把握する。
- 地域の社会資源を本人が理解出来るように支援する。
 - 地域の状況をビジュアルにして知る支援(グループホーム、近くの店、駅、目立つ建物等の写真を活用)。
 - 見て、体験するための支援(パンフレット資料の提供と、サービス資源をどのように利用するか)。
 - …示す(される)からアクティブ(する)へ…
- (地域自立支援)協議会へ参画し、関係機関との拡がりを進め、実情を理解する。

(7) 課題整理の工夫

- 都道府県の研修では、ケアマネジメントのアセスメント、課題整理、ご本人の希望に即した個別支援計画の作成について、再確認する機会となる。
- アセスメントでは、できることとできないことをチェックしているうちに、ご本人の全体像がぼやけてしまうことがある。⇒アセスメントを100字程度で要約してみる。
- ご本人の意向等のニーズを、一つひとつ整理しながらも、支援課題を全体的に整理する。
- ご本人の能力、家族、インフォーマルな支援等の状況等は、利用者の状況、環境の状況に整理する。
- 支援者の気になることや推測できることには、ご本人の強さ、可能性、揺れ具合も含めた見立てとして整理する。
- 支援者の見立てのうえで、ご本人の希望に即した支援を行うためには、もう一度、ご本人の全体像を確認する。⇒「〇〇さんって、どんな人」ということを、100字程度でまとめてみる(箇条書きでも可)。
- ご本人の全体像をふまえて、ご本人の希望に即した支援を行うための解決すべき課題を整理する。
- ご本人に解決すべき課題から目標を導き出し、それが、なぜご本人にとって大切なのかを整理する。

(8) 個別支援計画

計画をつくることが目的ではありません。

- 個別支援計画は、生活支援の現時点でのプロセスシート
- アセスメントと個別支援計画は援助過程において循環する。
- 長期目標は、本人の希望から得られる。良い長期目標は、本人の情熱、希望、夢が反映されている。
- 本人の目標を受け止め、そのために必要なことを一緒に考える。
- 本人にとって成功の可能性が高い目標であること。
- 短期目標は、本人にとって肯定的で、成功の可能性が高く、経過がわかりやすいもの。
- さらに、目標達成のための小さなステップをつくる。その際は、現実的でわかりやすく、期限があること。

(9) きめ細やかなモニタリング

- モニタリング項目の確認（生活に直結したチェック項目を本人と一緒に確認）。
- 本人のニーズや生活環境などに対してきめ細かいモニタリングを行い、小さな変化を見逃さず、個別支援計画の修正を繰り返す。
計面をつくることが目的ではありません。
- モニタリングは、権利侵害を防止する。
 - 気軽に相談出来る仲間などの人間関係の拡がりかどうか。
 - 個々の生活の場であるグループホームは閉鎖的になりやすい場であることを自覚し、権利侵害を防止する（集団管理の排除）。

(10) 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役割分担と連携。

連携とは？大切なことはなんですか。

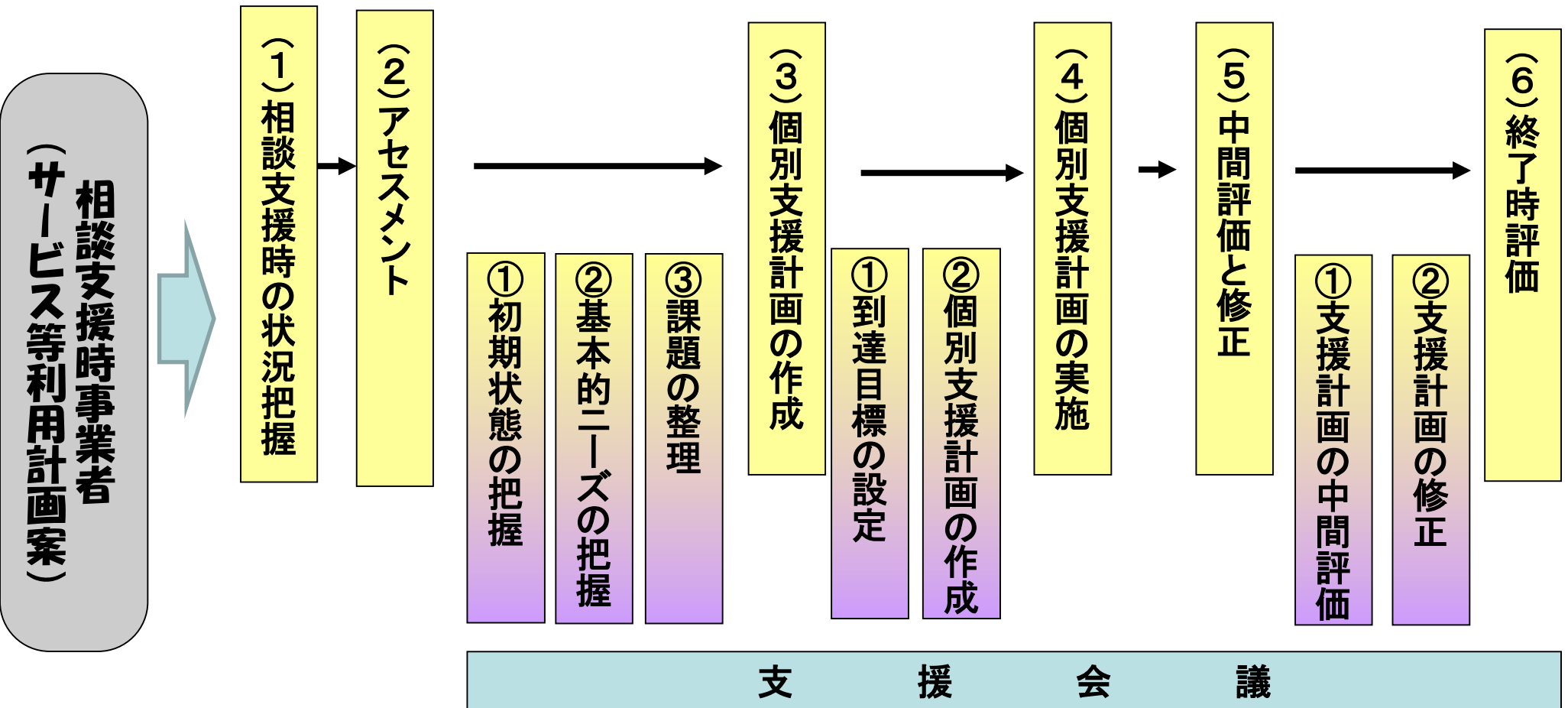
- 個々を作り出す、人間関係、地域の社会資源との関係を丁寧に取り結ぶ支援。
- 本人の社会的関係を広げる地域の関係機関との連携。
- 地域生活に必要な地域の社会資源を改善、開発するために、協議会への参画。

協議会とは、新しい仕組みではありません。旧来のさまざまなサービスを生み出してきたインフォーマルなネットワークを組織化したものです。

4. サービス提供プロセスの実際

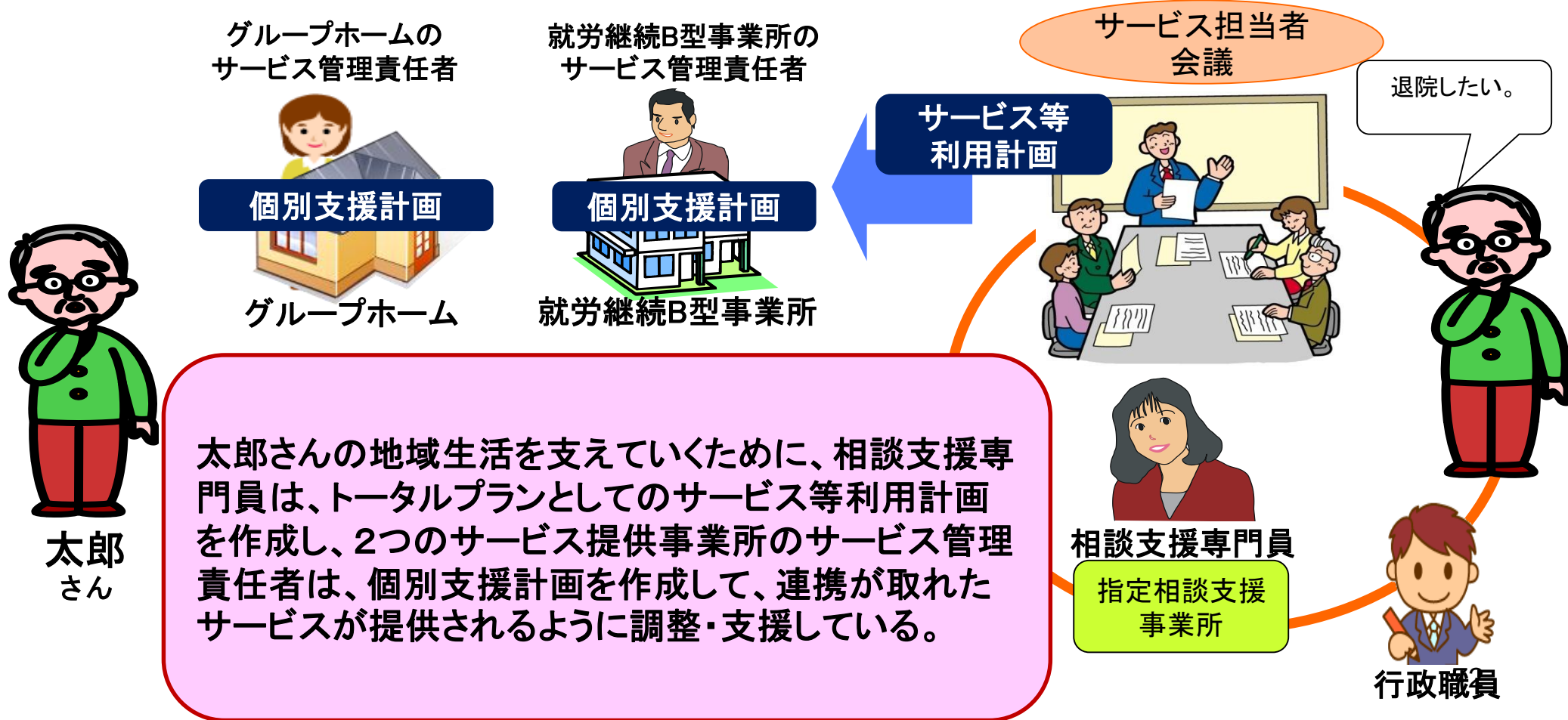
- (1) サービス提供のプロセス
- (2) 相談支援時の状況把握
- (3) アセスメント
- (4) 個別支援計画の作成
- (5) 個別支援計画の実施
- (6) 中間評価と修正
- (7) 終了時評価

(1) サービス提供のプロセス



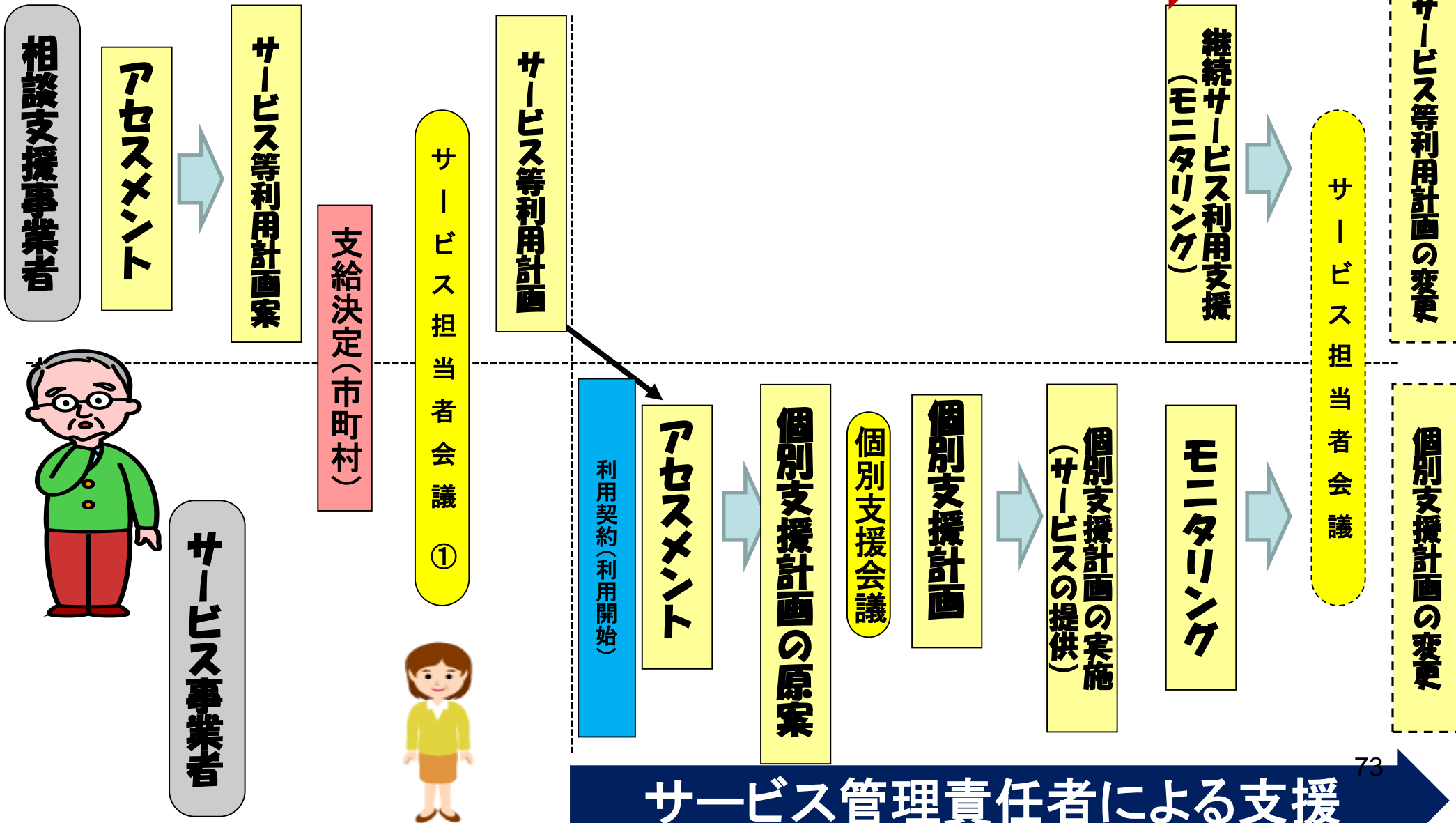
太郎さんを支えるサービス利用計画と個別支援計画の連携

太郎さんは、地域相談(地域移行支援)を利用して、20年間入院した精神科病院からグループホームに入居することを希望しています。退院後は、日中は就労継続B型事業所を利用しながら、自分の人生を取り戻していきたいと希望しています。



相談支援専門員とサービス管理責任者の連携

相談支援専門員による支援



(2) 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(ラポール形成)。
- 抱えている課題(問題)と一緒に明らかにする。
- 緊急か否かの見立てをする。
- 主人公は(私)本人。

事例より

自分の人生を取り戻したい

思いを聴くこと

- 人生を取り戻すってどういう意味?
 - 共感的に聴く
 - どんな暮らしをしたいのか
 - 再確認...
- 働くこと、楽しむこと、役に立つことを望んでいるんだ。

どんな生活が待ち受けているのか不安です。



必要なツール

- 相談受付表

サービス管理責任者の視点

- 本人の意向(問題解決の主人公は利用者)は?
- 現実的なニーズは何か?
- 本人から必要な情報が聞き取れているか。

(2) 相談支援時の状況把握--2

実施方法

- ・ 相談支援専門員は、本人、家族、サービス管理責任者・行政等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本人の意向、支援方法について関係者と共有する。
- ・ アセスメント開始の協力・理解を得る。
- ・ 提供が想定される具体的サービス、サービス利用の経費、利用の手続きについて情報提供し、確認する
- ・ 個人情報の管理は慎重に行う

必要なツール

- ・ 相談受付表

事例より

自分の人生を取り戻したい

思いを聴くこと

相談支援専門員が招集したGH・就労継続Bサービス管理責任者・行政・世話人・本人・家族でサービス担当者会議に参加して、ニーズを整理して、キーパーソン・役割分担を確認する。サービス等利用計画に基づき、太郎さんの意向を確認して個別支援計画の作成を準備する。



サービス管理責任者の視点

- ・ 本人に当該事業以外にどの程度の支援機関が関与しているか把握する。
- ・ 本人者の同意の上で、関係機関の見立てや主訴の必要な情報が提供できているか。
- ・ 必要な情報が聞き取れているか。

(2) アセスメント ① 初期状態の把握

実施方法

- ・ 障害種別や支援方法に応じた評価表に基づき、適切な評価を行う。
- ・ 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

- ・ 障害種別や支援事業に応じた評価表

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。
- ・ チームスタッフの意見など、必要な情報が集められているか。

事例より

自分の人生を取り戻したい

グループホームの体験利用等で

- ・ 計画的な支出はどの程度できるか
- ・ 預金管理は？ 権利擁護はどうしたいのか？
- ・ 健康管理・家事はどこまでできるか？
- ・ 余暇活動・仲間の状況確認
- ・ 情報を収集する

・・・**知ること(評価)**



(2) アセスメント ② 基本的ニーズの把握

実施方法

- 本人(必要に応じて家族)の意向を丁寧に聴取しニーズを把握。
- 評価から得た心身状態の結果と本人の意向から、到達目標につながる支援課題の把握。

必要なツール

- 障害種別や支援事業に応じた評価表

事例より

自分の人生を取り戻したい

- 調理ができるようになりたい。
- 計画的な金銭の使い方を身につけたい。
- 趣味は？何をしていると楽しいか。
- どんな環境がしっくりくるのか。
- 人とのつきあい方は？
- 役に立ってどんなことなのか。
- 望んでいる生活を…**確認する**

サービス管理責任者の視点

- **本人のストレングスを的確に評価しニーズ把握しているか。**
- 関係者の意見は把握しているか。
- 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。



(3) アセスメント ③課題の整理

実施方法

- 本人の初期状態や基本的ニーズの把握から、課題を整理する。
- 支援項目ごとの課題は、整理にあたって優先順位を設定して進める。
- 課題設定が本人不在とならないように留意。

必要なツール

- 障害種別や支援事業に応じた評価表
- 支援項目ごとの課題の整理表

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。
- 優先順位は付けられているか。

事例より

自分の人生を取り戻したい

- 菊作りが趣味。
- 働く気持ちはあるが、頑張り過ぎて疲れやすい。
- 人の役に立つボランティア活動をしたい。
- 活動の希望が新たなニーズとなる。
- 阻む阻害要因は何か… **見極めること**



(4) 個別支援計画の作成-1 (サービス等利用計画との連携)

実施方法

- サービス提供機関の個別支援計画を突合せし、調整し、サービス等利用計画へ反映させる。
- 課題から、サービス提供の到達目標が共有されているか、個別到達目標(項目=ニーズ)の役割分担は整合性・連続性があるか
- サービス提供に偏りはないか。

必要なツール

- 個別支援計画表・課題整理表
- サービス利用計画表

サービス管理責任者の視点

- 具体的で適切な課題と目標が示されているか。
- 本人、(家族)もイメージできるものとなっているか。

事例より

自分の人生を取り戻したい

到達目標	充実した生活をおくる。	
項目(ニーズ)	本人の役割	サービス提供機関
日常生活	調理と金銭の使い方を覚えます。	グループホーム
働くこと	頑張りすぎないように心がけます。	就労継続B
楽しむこと	庭で菊作りをします。	グループホーム
役に立つこと	駅前清掃活動に参加します。	地域活動



(4) 個別支援計画の作成-2(個別支援計画)

実施方法

- サービス等利用計画との整合した到達すべき目標を定める。
- 到達目標は、サービスの到達目標である主目標と個別到達目標(項目=ニーズ)などからなる。
- 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)の観点から個別支援計画を作成。

必要なツール

- 個別支援計画表・課題整理表
- サービス利用計画表

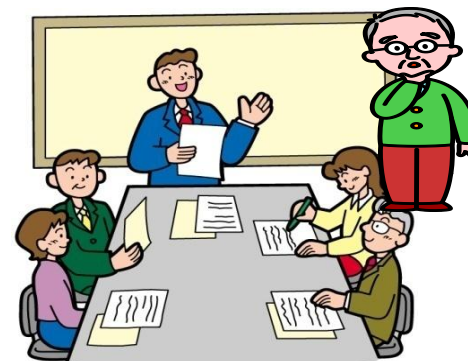
サービス管理責任者の視点

- 具体的で適切な課題と目標が示されているか。
- 本人、(家族)もイメージできるものとなっているか。

事例より

自分の人生を取り戻したい

到達目標	生活上の力が身につき、楽しみが見つかり、人づきあいに広がりが見られる。	
項目(ニーズ)	支援内容	担当者
調理の上達	献立をつくりながら調理をします。	世話人
金銭の使い方	出納帳をつけましょう。	世話人
楽しむこと	菊作り	世話人・地域の人
役に立つこと	地域活動(ボランティアグループ)に紹介します。	サービス管理責任者



(5) 個別支援計画の実施-1

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。
- ・ 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

- ・ 個別支援計画実施表

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。

事例より

自分の人生を取り戻したい



世話人さんと一週間の献立をつくることから始めます。夕食では調理の段取りを覚えます。金銭の使い方は、出納帳に記録することから始めます。…できることと苦手なことを**確認**すること

(6) 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。
- 本人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主目標及び個別目標の観点から評価。
- 評価は本人も一緒に。併せて、本人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

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。
- 本人の満足度はどうか。
- 本人の意向や環境の変化をとらえているか。

事例より

自分の人生を取り戻したい



個別支援計画の評価は本人も一緒に
目標をクリアした点、困難な点を、本人に充分
に説明し、困難な目標については、ブレイクダウ
ンした実現可能な当面の目標設定の検討
当初のアセスメントとの**ズレ**の確認
本人のエンパワメントの視点で…**評価**

(6) 中間評価と修正 ②個別支援計画の修正

実施方法

- 到達目標に達成するためにサービス利用計画・個別支援計画プログラムを修正。
- 提供されるサービス内容を修正。
- 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。
- 本人に修正や変更の同意を得る。

必要なツール

- サービス等利用計画・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

- 本人の意向や目標の達成度など、支援の進捗度を見定め、軌道修正しつつも、最終目標は見失わないように。

事例より

自分の人生を取り戻したい



ズレの修正。
調理は上達した。
働くことにも慣れてきたけれど物足りない。
菊作りは楽しい、同好会に入りたい。
グループホームの同居の人としっくりこない。
変更事由が発生したら、適時個別支援会議の開催、相談支援専門員によるサービス担当者会議の招集を依頼して、計画修正と支援担当を再確認する

(7) 終了時評価

実施方法

- 到達目標達成度を含めたサービス等利用計画・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。
- 本人の状態の変化・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。
- サービス担当者会議での振り返り。

必要なツール

- 終了時評価表

サービス管理責任者の視点

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

事例より

自分の人生を取り戻したい

グループホームを退所して、一人ぐらしをしたい……。
再アセスメント。支援計画の修正を経て……⇒**終結**

支援のふい返し(評価)が重要

どのようにフェイディングしていくのか
相談支援専門員による見守り
サービス管理責任者によるフォローアップ
地域の人的資源との関わり……等

キーパーソンを確認する



5. サービス管理責任者の役割

- (1) サービス管理責任者の業務整理
- (2) サービスの評価の基準(例)
 - ・エンパワメントの視点による評価
 - ・市民としての暮らしの視点による評価
- (3) サービス提供職員への指導助言

(1) サービス管理責任者の業務整理

① 支援プロセスの管理

進行管理・個別支援会議開催・支援課題の整理・方針の設定・個別支援計画作成と管理

② 職員への指導助言

スーパーバイズ・個別支援会議の進行・OJT・OFF-JT

③ 関係機関との連携

サービス担当者会議参加・相談支援専門員と連携・支援チーム・ネットワーク構築・自立支援協議会への参画

④ その他

満足度調査の実施・第三者評価の導入・事業展開への提案・リスクマネジメント・苦情受付

(2) サービス管理責任者が行う評価の基準(例)

視点	評価の項目	評価の方法
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">エンパワメント</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">市民の暮らし</p>	<p>質の高いサービスの提供</p>	<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
	<p>職員の質の向上</p>	<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効率的な支援会議の運営 ③OJT、OFF-JTの実施件数(時間) ④リーダーシップの発揮
	<p>事業の推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①利用者数の増減、平均施設入所期間 ②地域や就労系事業へ移行した利用者数、定着率 ③事業所、利用者と社会資源との関係図の作成 ④地域関係機関との円滑な連絡(地域自立支援協議会)

(2) サービス提供職員への指導・助言

- ・チームマネジメントが基本であること
- ・利用者の権利擁護などの幅広い視点を伝えること
- ・高度な専門的な知識・技術獲得のための研修などの企画・運営

実施方法

- ・適宜のスーパーバイズ
- ・「個別支援会議(事業所内カンファレンス)」の進行役として、議論を深める
- ・「サービス利用計画書」に基づく、事業所としての「個別支援計画」の作成
- ・研修等で off the job trainingを行う
- ・利用者面接、家族面接、見学案内に同席する等 on the job trainingを行う

ねらい

- ・大きな成果は良好なチームワークで生まれることの徹底・チームの共通目標を設定し課題を共有すること・チームメンバーのやる気を引き出すこと(指摘より気付きへ)・情緒的コミュニケーションと課題的コミュニケーションを図る・メンバーの役割を明確にし、適材適所に心がける・チームのルールは、明確にしておく・コーチング技法を身につける・成果主義の導入・育成方法の検討

サービス管理責任者は、
事業所内はもちろんのこと
事業所のある市町村やその圏域内で
サービス管理責任者、サービス提供職員が
研鑽してスキルアップできる仕組みを
協議会や相談支援専門員と連動して
つくりましょう。