

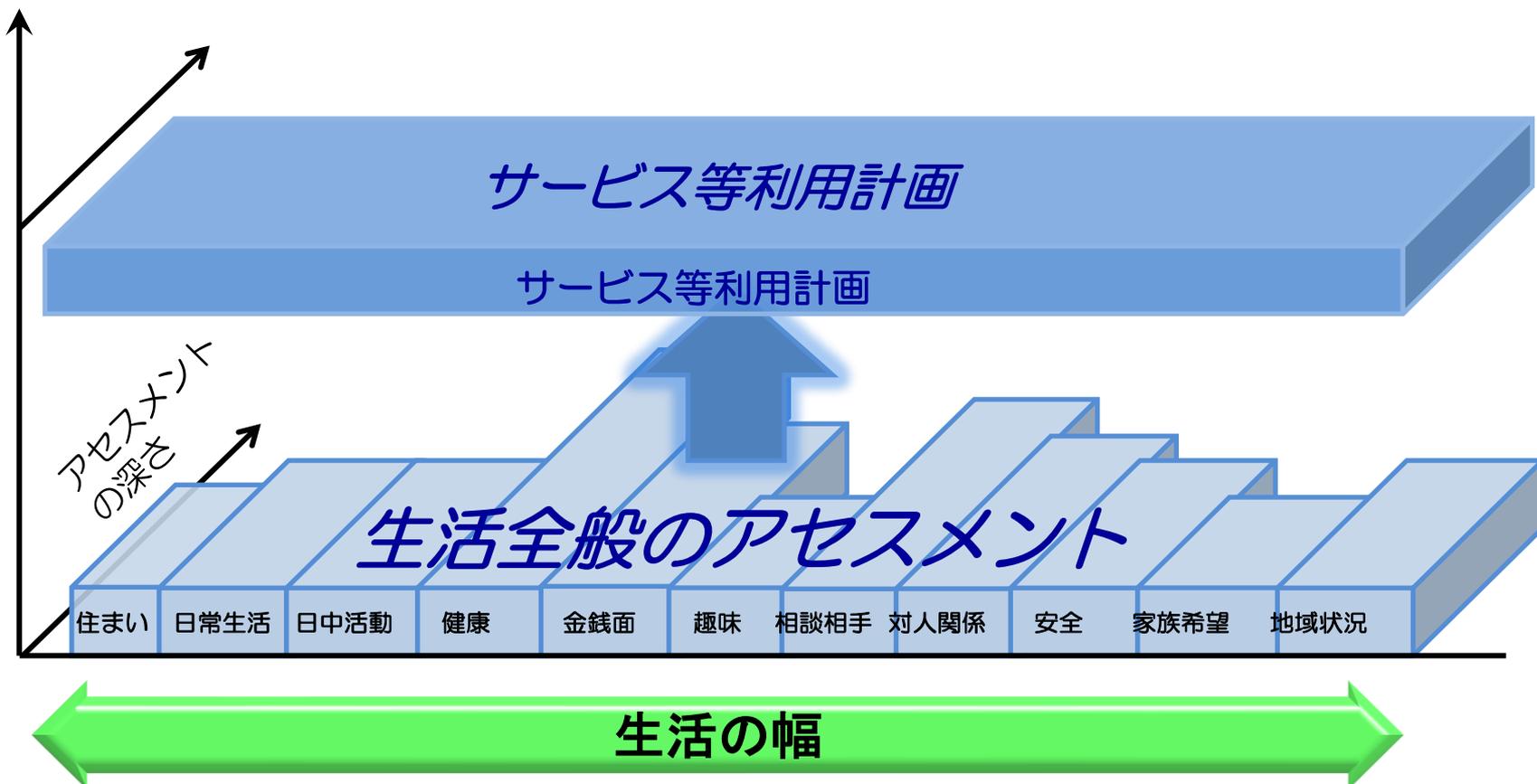
サービス提供事業所の利用者 主体のアセスメント

居住支援におけるアセスメントのポイント
(共同生活援助、生活訓練、自立生活援助)

(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)

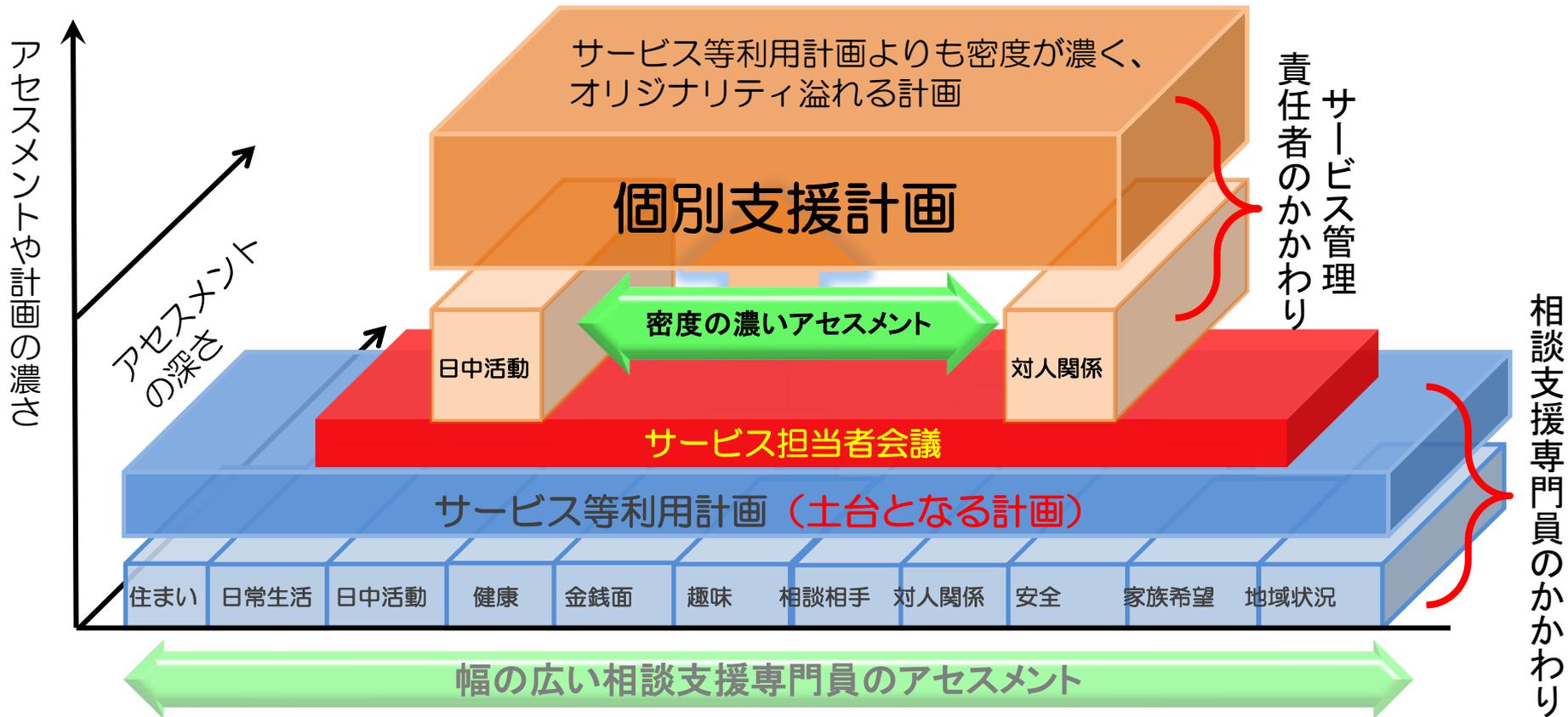


(サービス管理責任者が作成する)個別支援計画

【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

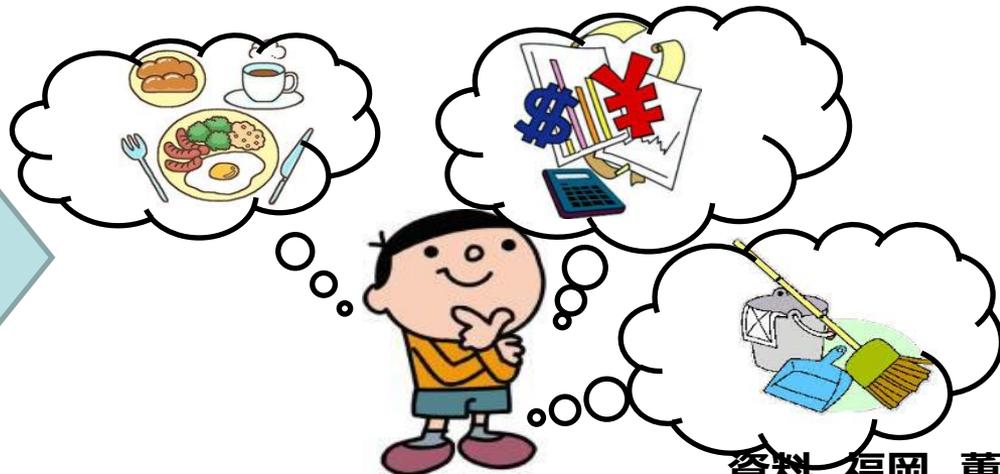
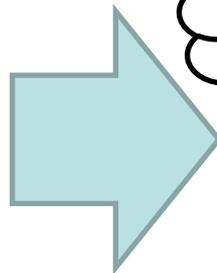
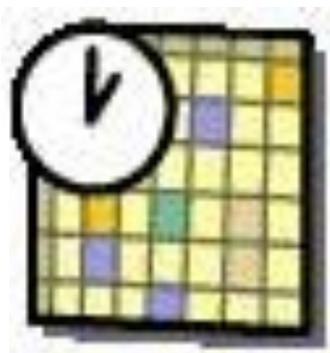
自立訓練(生活訓練)の目的

対象者は地域移行や家族から独立して一人暮らしを目指している人

目的は日常生活能力の維持向上

目指すのはその人が住みたい場所で生活していく力をつけていくこと

事業所のプログラムに本人が合わせるのではなく、本人に必要なことをプログラムや支援内容として提供する



資料 福岡 薫

これって必要と思ったらプログラムに

1人で

仲間と

ストレスマネジメント・コミュニケーションスキル



気持ちの整理整頓



伝える力・聞く力

生活力アップ
座学
実践



エンジョイパソコン



生活塾



クローバーカフェ



らくらくランチ

余暇活動・体力回復支援



映画鑑賞会



ダ・ヴィンチクラブ



うきうきクローバー

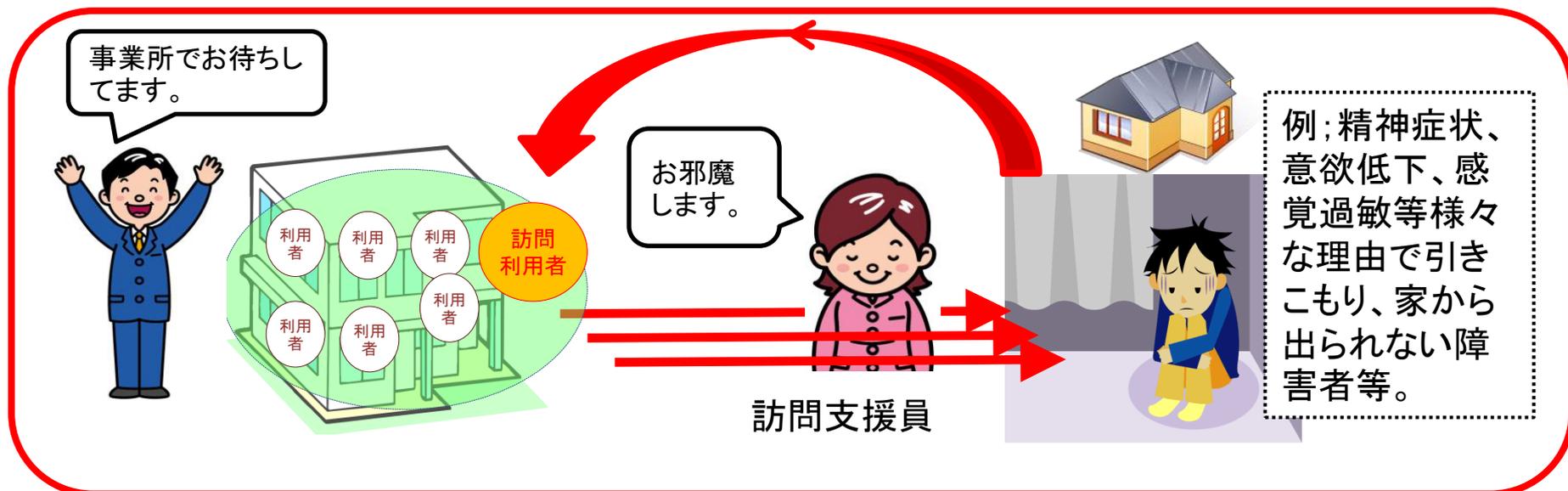


寝屋川ウォーカー
資料 福岡 薫

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。

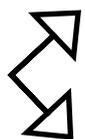


訪問による訓練のイメージ（参考例②）

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（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（自立訓練への通所を前提にしない）

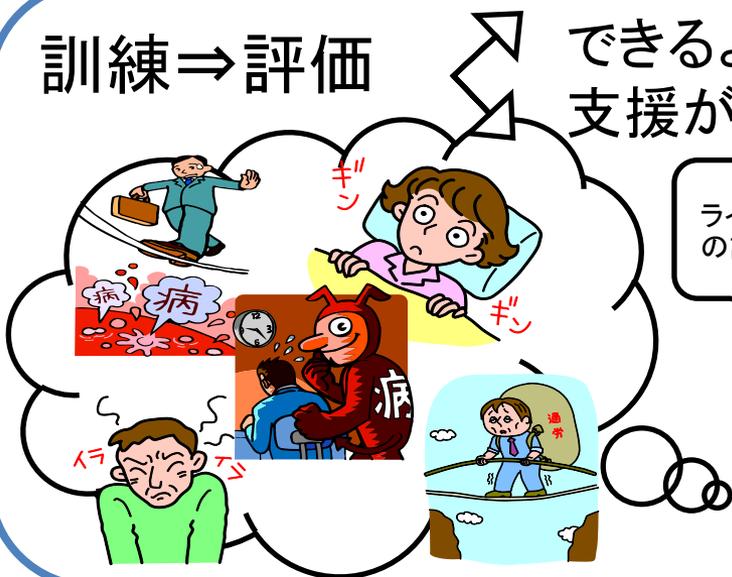
就労すると体調を崩してしまう方が、働きながら生活を整える訓練（家事、体調管理、対人関係等）をすると、生活と仕事の両立の仕方が身に付き、生活も体調も安定し、就労も継続することができる、等。

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（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。

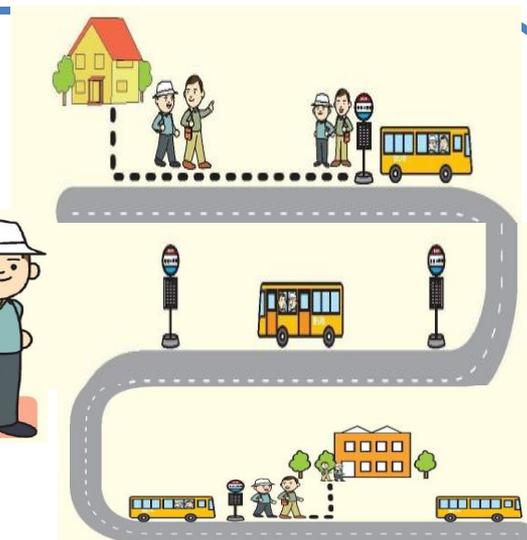
訓練⇒評価

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

伝言1～限界はあるにしても、嫌だろうなと思うこと一つ一つを払拭、軽減していくことを諦めないで下さい。

- ①あなたは、あなたが担当しているGHに住めますか？
- ②住めないとしたら、その理由をあげてください？

伝言2～日々の中にサビ管と支援スタッフが集まり、情報を一元化し支援の価値と基準を共有化する コアタイムを設けましょう！

- ①サビ管の思いや考えが、世話人さんや生活支援員に正確に伝わり、共有化する仕組みが 日々の中に ありますか？
- ②利用者への日々の支援に対して、サビ管がスーパーバイズできる場면을 日々の中に 設けていますか？
- ③スタッフからの日々の報告を、電話やファックスだけで済ませていませんか？

伝言2の②～このコアタイムがスタッフとサビ管のOJT、且つ研鑽の場であり、チームにおける支援の質を担保することになるのです。

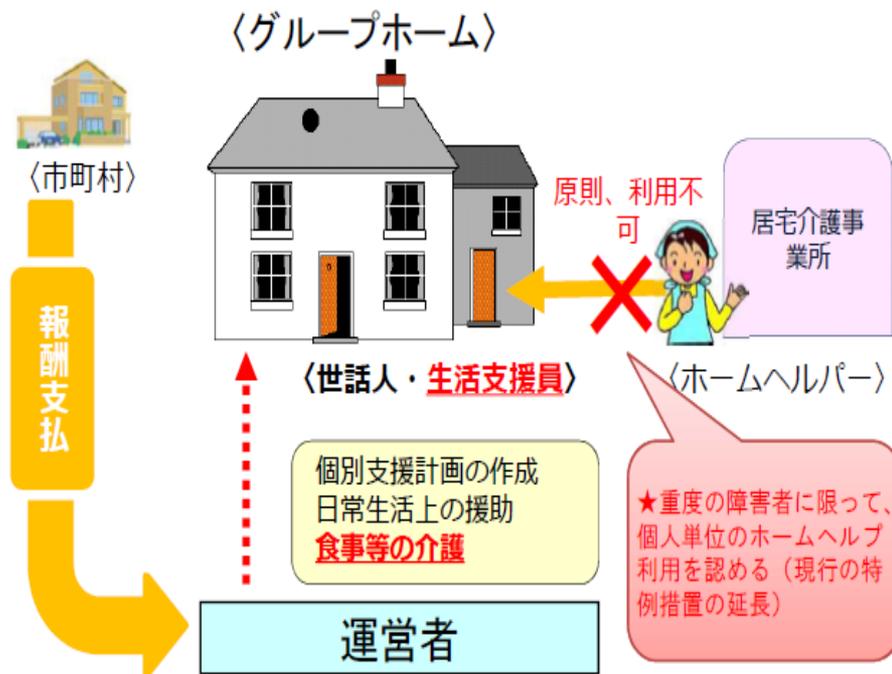
伝言3～目前のニーズに応え積み重ねることは、私たちのミッションであり、制度を創出させ充実させることにつながる。

資料 大垣勲男 平成28年度サービス管理責任者等指導者養成研修会【地域生活（知的・精神）分野】
～都道府県のサビ管さんへ伝言～から抜粋

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、現行のケアホームと同様に**当該事業所の従業員が提供**。

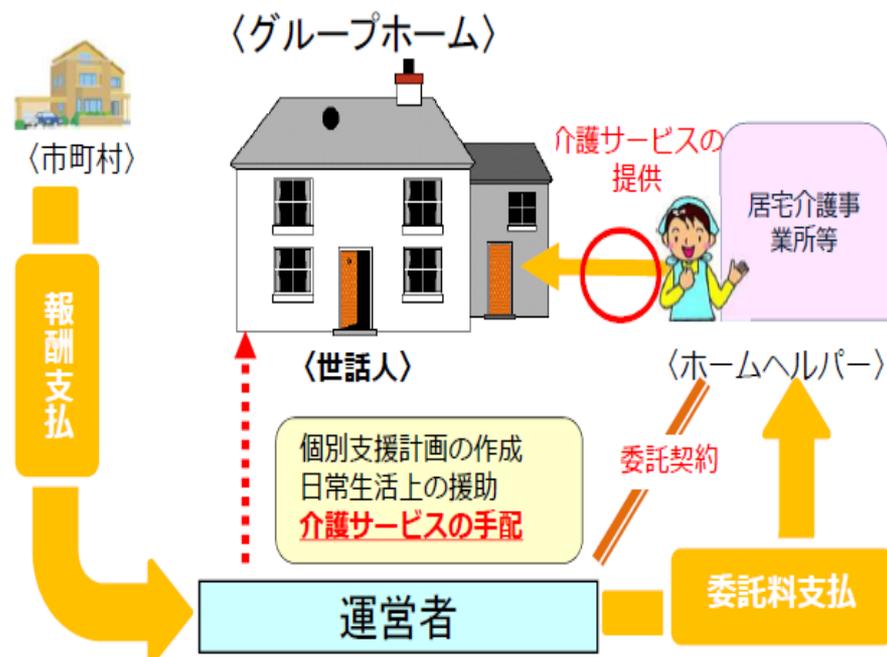
★利用者の状態に応じて、**介護スタッフ（生活支援員）を配置**。



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**。



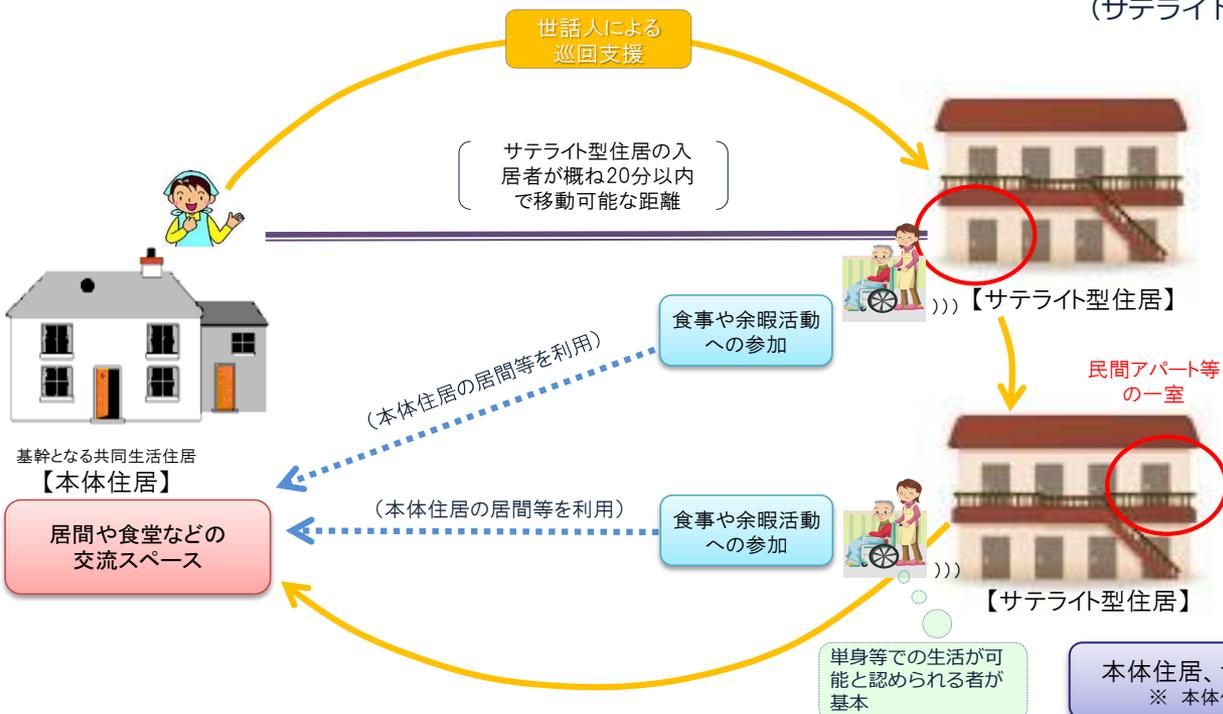
グループホーム（サテライト型）の概要

- 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界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

本体住居との関係と主な運営基準

＜「本体住居」との距離要件＞

概ね20分以内で移動することが可能な距離であること。

(地域性や交通手段等を考慮する。)

＜「本体住居」に対する「サテライト型住居」の箇所数の上限＞

1つの「本体住居」に原則として2か所を限度とする。

(「本体住居」の入居者が4人以下の場合は1か所)

＜主な運営基準＞

- ・職員配置、報酬の特段の上乗せはなし。
- ・1日複数回の訪問。(支援計画や本人との合意によりこの限りでない。)
- ・居間や食堂は本体住居のスペースを共有。
- ・原則として3年で単身生活へ移行。(ただし、必要により延長可能。)
- ・サービス終了後も、住み慣れた住居で継続して住めるように配慮する。

資料 鈴木篤史 有野哲章

サテライト型住居の実際の利用者像

単身生活に不安を抱えている

- 一人での生活の練習の場として利用
- 家族・支援者等の不安や見立ての確認の場としての利用

自らの相談が苦手

- 主体的な相談やSOSが苦手で、定期訪問等を希望

共同生活が苦手、適切でない

- 単身生活は難しいが、GHでの共同生活は不適切な場合等
⇒制度の見直しや、H30年の新たな制度による単身生活への支援体制に期待。

資料 鈴木篤史 有野哲章

身体障害者グループホームは、なぜ？増えていかないのか？

ニーズが無いのか？



まずは地域診断をしてみましょう！！

他に障壁があるのでは？



自立支援協議会は活用できないか？

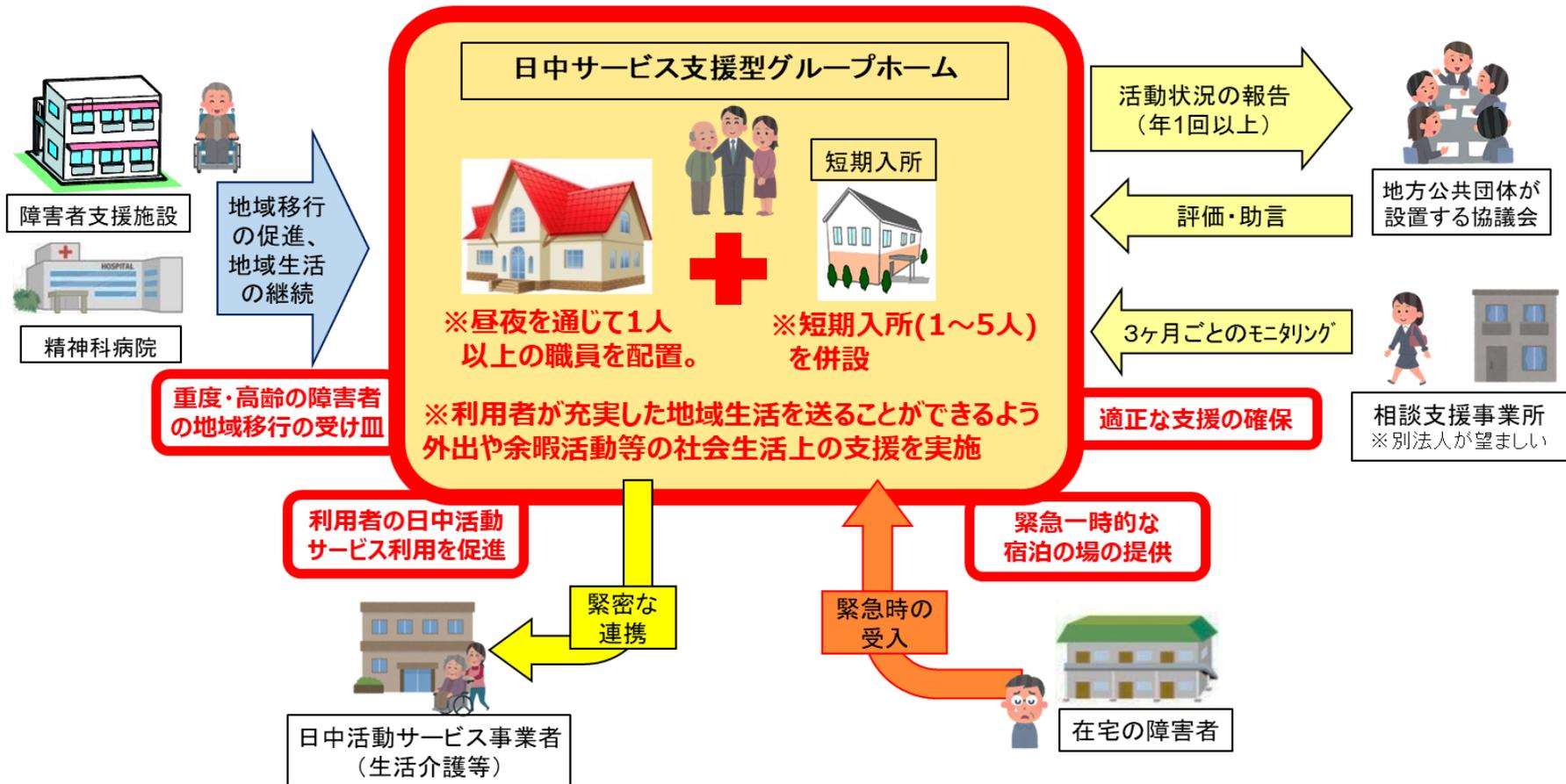
- 建物の問題？
- 人員確保の問題？
- 医療との連携の問題？

身体障害と言っても・・・

- 頰椎損傷
- 脊椎損傷
- 脳性麻痺
- 視覚障害
- 聴覚障害
- 高次脳機能障害 etc・・・

障害の受容について・・・ 自分1人では生活できないことへのもどかしさ等
自分が主体であること・・・自分の生活(したいこと、やりたいこと)を自分で
考えて決めるということ
社会生活スキルの回復支援・・・社会生活から離れていた時間が長い時には
浦島太郎状態

地域生活支援の中核的な役割を担う日中サービス支援型グループホームの創設



自立生活援助（平成30年4月～）の概要

サービス内容

障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者に対して、一定の期間(原則1年間)にわたり、自立生活援助事業所の従業者が定期的な居宅訪問や随時の通報を受けて行う訪問、当該利用者からの相談対応等より、当該利用者の日常生活における課題を把握し、必要な情報の提供及び助言、関係機関との連絡調整等を行う。

※市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合は更新可能

対象者

- ① 障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者
- ② 現に、一人で暮らしており、自立生活援助による支援が必要な者
- ③ 障害、疾病等の家族と同居しており(障害者同士で結婚している場合を含む)、家族による支援が見込めないため、実質的に一人暮らしと同様の状況であり、自立生活援助による支援が必要な者

※自立生活援助による支援が必要な者(例)

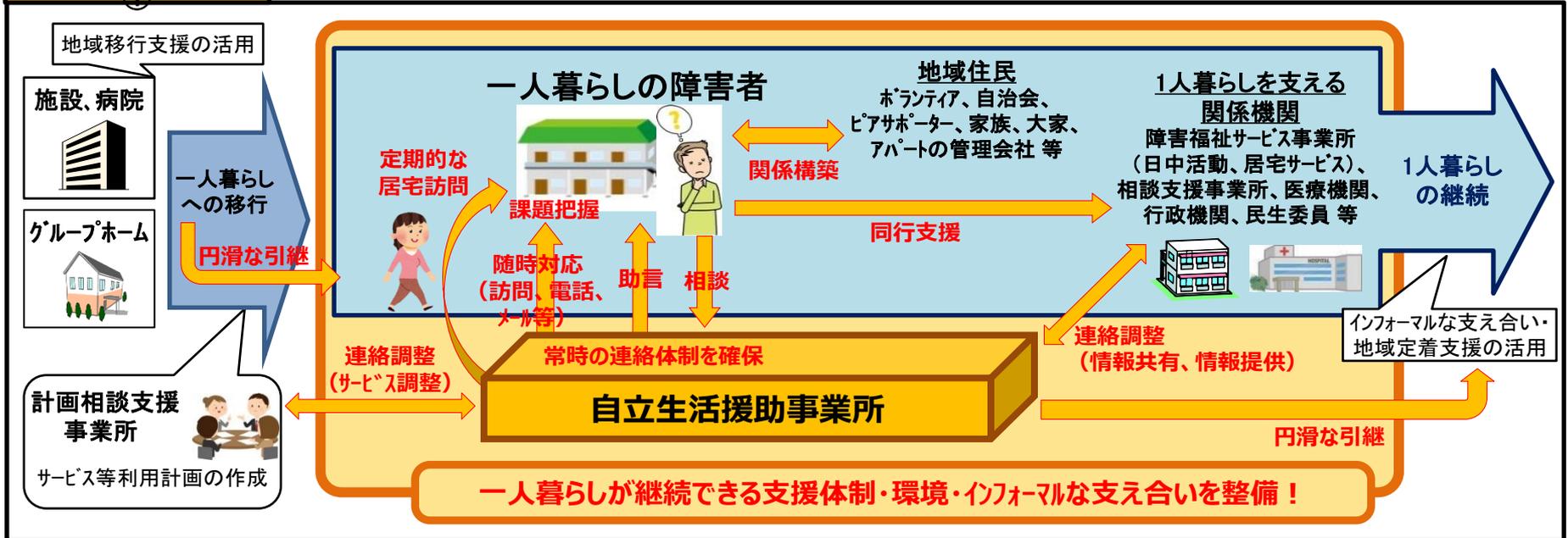
- 地域移行支援の対象要件に該当する施設に入所していた者や精神科病院に入院していた者等であり、理解力や生活力を補う観点から支援が必要と認められる場合
- 人間関係や環境の変化等によって、1人暮らしや地域生活を継続することが困難と認められる場合（家族の死亡、入退院の繰り返し等）
- その他、市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合

※家族による支援が見込めないと判断する場合(例)

- 同居している家族が、障害のため介護や移動支援が必要である等、障害福祉サービスを利用して生活を営んでいる場合
- 同居している家族が、疾病のため入院を繰り返したり、自宅での療養が必要な場合
- 同居している家族が、高齢のため寝たきりの状態である等、介護サービスを利用して生活を営んでいる場合
- その他、同居している家族の状況等を踏まえ、利用者への支援を行うことが困難であると認められる場合

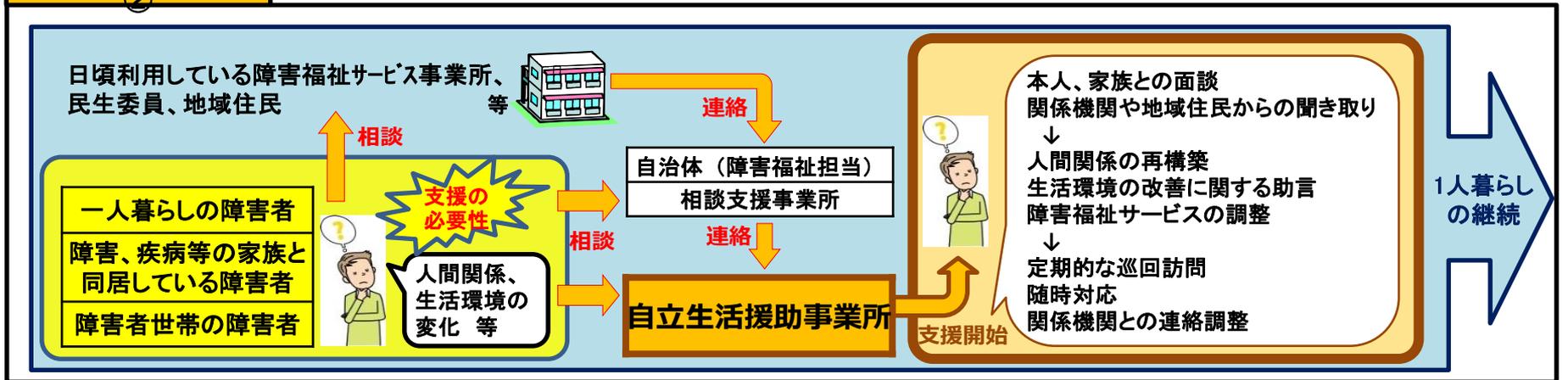
支援のイメージ

①



支援のイメージ

②



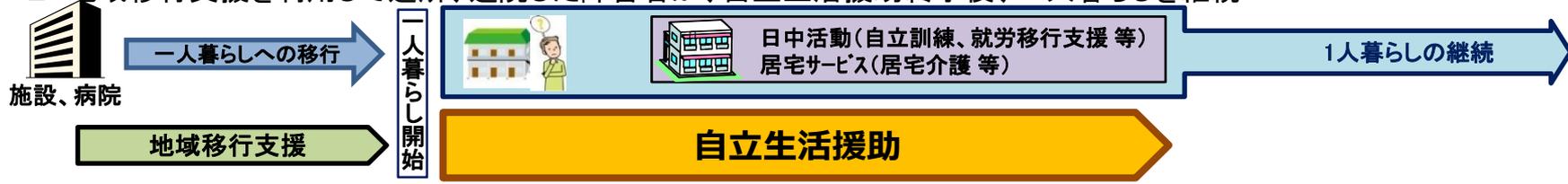
既存のサービスとの関係

※ 自立生活援助と、地域定着支援または就労定着支援との併給は認めない。

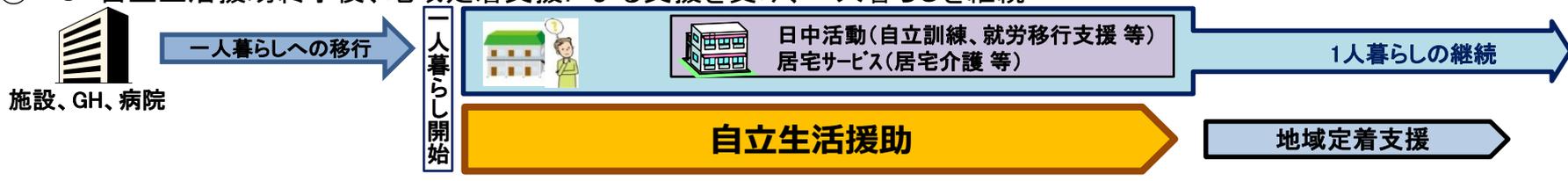
①-1 自立生活援助終了後、一人暮らしを継続



①-2 地域移行支援を利用して退所、退院した障害者が、自立生活援助終了後、一人暮らしを継続



①-3 自立生活援助終了後、地域定着支援による支援を受け、一人暮らしを継続



①-4 地域移行支援を利用して退所、退院した障害者が、自立生活援助終了後、地域定着支援による支援を受け、一人暮らしを継続



②-1 一人暮らしの障害者に対し、自立生活援助を行い、一人暮らしを継続



②-2 地域定着支援を利用している障害者に対し、自立生活援助を行い、終了後、地域定着支援を再開し、一人暮らしを継続

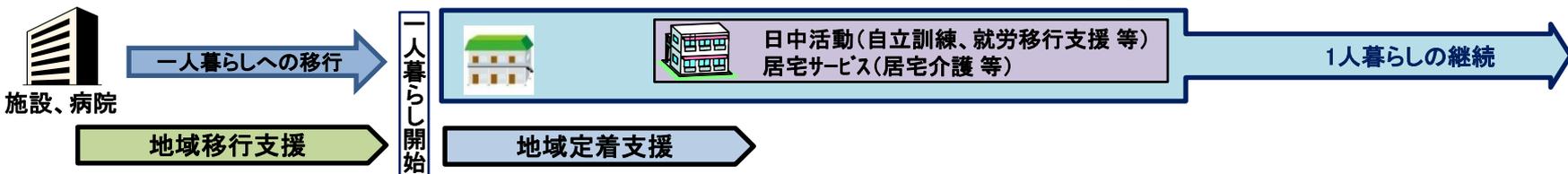


②-3 一人暮らしの障害者に対し、自立生活援助を行い、終了後、地域定着支援による支援を受け、一人暮らしを継続



(参考) 自立生活援助を利用せず、一人暮らしを継続

※支援が必要な状態になった場合は、②-1として支援



③-1 障害、疾病等の家族と同居している障害者に対し、自立生活援助を行い、地域生活を継続



③-2 地域定着支援を利用している障害、疾病等の家族と同居している障害者に対し、自立生活援助を行い、終了後、地域定着支援を再開し、地域生活を継続



③-3 障害、疾病等の家族と同居している障害者に対し、自立生活援助を行い、終了後、地域定着支援による支援を受け、地域生活を継続



(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ngth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ngth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。