

「サービス提供のプロセスと管理」

< 共通講義 >

平成28年1月27日

目 次

- 1 サービス提供の基本的な考え方
- 2 サービス提供のプロセス
 - (0) 相談支援事業所との連携
 - (1) 初期面接時の状況把握
 - (2) アセスメント
 - (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) 終期評価
- 3 サービス提供における管理
 - (1) 支援会議の運営
 - (2) サービス提供職員に対するマネジメント
 - (3) サービス提供の管理と虐待防止
 - (4) サービス内容のチェック

1. サービス提供の基本的な考え方

プロセス管理の重要性①

1. 支援の前提としての個別支援計画の作成

- 個別支援計画の作成過程において、利用者（必要に応じて家族）との合意を得ることで信頼関係を築き、支援チームの意思統一を図ることで一貫した支援が可能となる。
- 個別支援計画の作成は、煩雑な手続きのうちの一つなどではなく、支援を行う上で前提となる必要不可欠なことである。

プロセス管理の重要性②

2. プロセス管理における意思決定とその支援

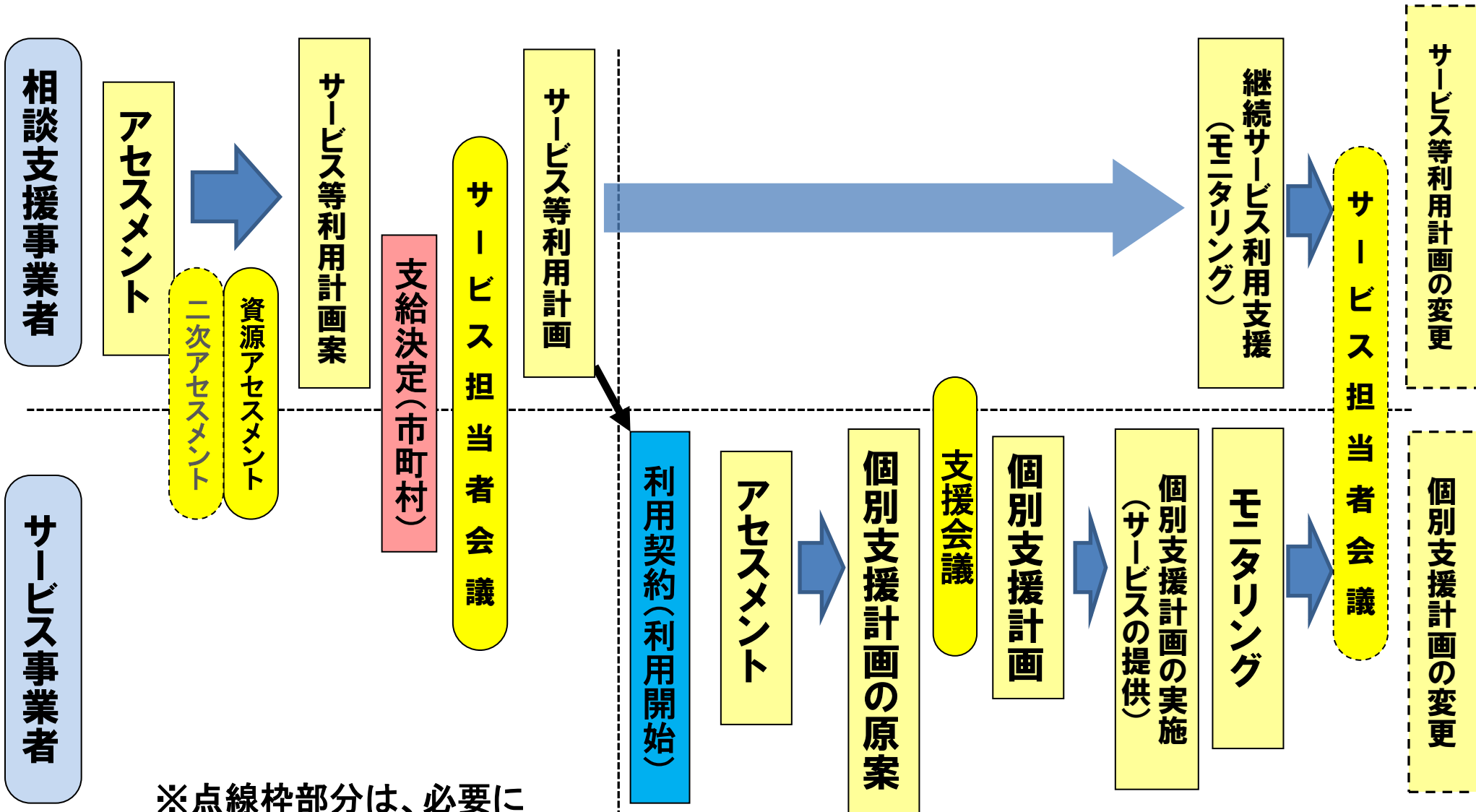
- 個別支援計画の作成過程において、利用者（必要に応じて家族）との信頼関係を築いていくには、**目標や支援内容が押し付けであってはならない。**
- 意思決定が容易でない利用者の場合、利用者自身が様々な**経験**を積んだ上で、**選択肢**を示したり、事後的にも**確認**しながら支援を進めるなどの配慮により、利用者（必要に応じて家族）が十分に納得したものとなるよう**継続的**に調整する必要がある。

プロセス管理の重要性③

3. 「サービス等利用計画」と「個別支援計画」によるプロセス管理の関係

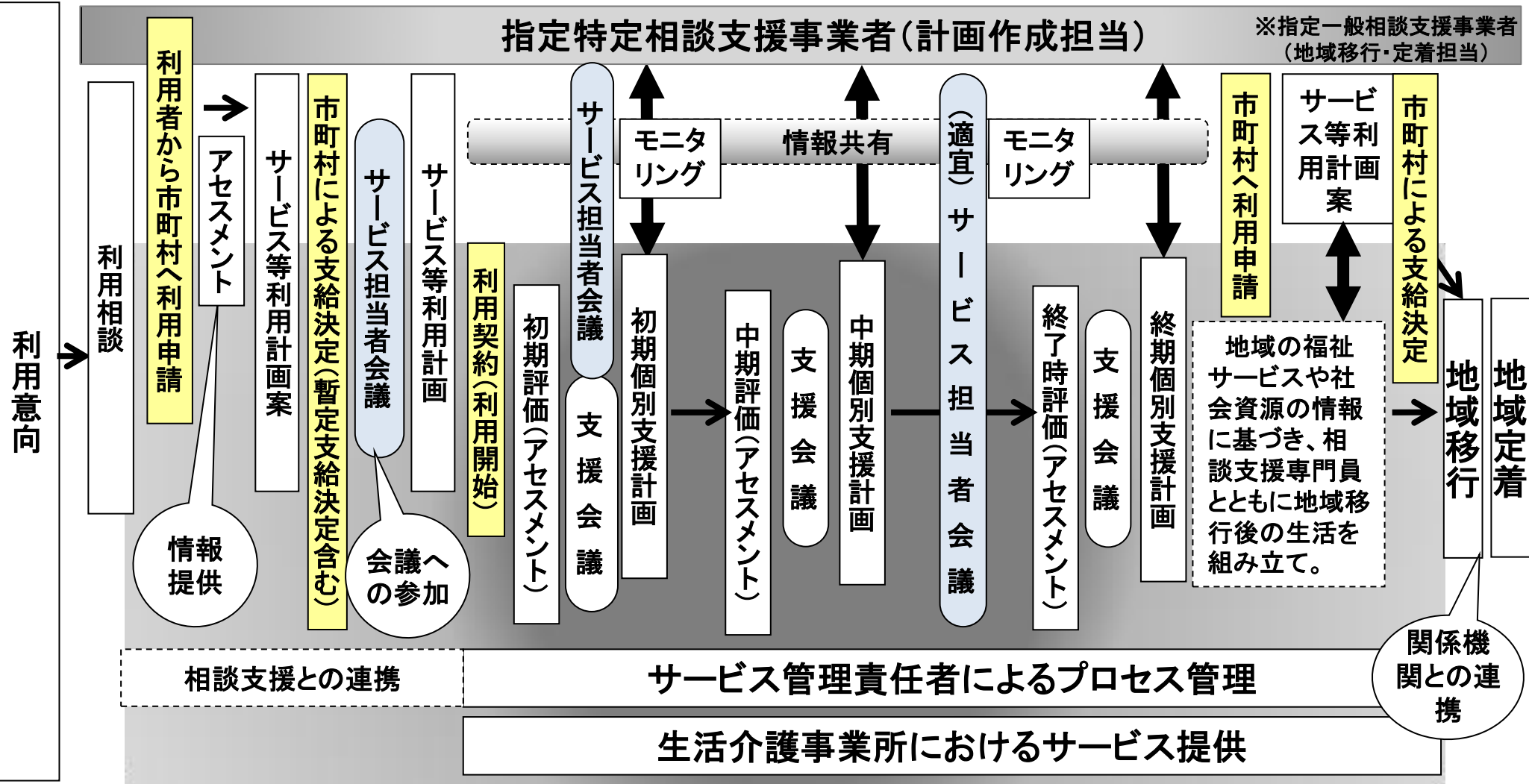
- 相談支援専門員とサービス管理責任者は、**連携の上、各計画作成を行う**必要がある。
- サービス等利用計画の内容が、サービス提供を受けた利用者の変化やサービス提供事業所の専門的なアセスメントにより修正されることもあり得る。
- サービス管理責任者は、**組織外の相談支援専門員と連携することで、利用者の権利擁護にもつながる**ことを理解する。

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



※点線枠部分は、必要に応じて実施

相談支援専門員との連携イメージ(生活介護・施設入所支援の場合)



- ※ 上記のように、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、最終的には適切な地域移行へつなげることを目指す。
- ※ 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。
- ※ 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。

サービス提供の基本的考え方

1. 本人(必要に応じて家族)の意向に基づく到達目標を設定してサービスを提供する。
2. 利用者のできないことだけでなく、できること、強さに着目する。
3. 到達目標を達成するための個別支援計画を作成する。
4. 利用者やその家族等をエンパワメントする。
5. 関係機関との連携を図りながらサービスを提供する。

※ 個別支援計画の作成は、利用者、相談支援専門員(計画作成担当)、サービス管理責任者、サービス提供職員等の協働で行う。

エンパワメントとは

- 経済的状況、性別、国籍、障害等によって、社会的に否定的な評価を受けている。
- 取り巻く環境によって、権利が侵害されている。



環境への働きかけ



- 利用者とともに**環境に働きかける**。
- その視点は、エンパワメントであり、利用者が本来持っている力を引き出し、強化する。



エンパワメント

=アメリカにおける

マイノリティ(黒人等の社会的に抑圧された人々)が失っている力を強化していくことで、生活が弱体化、無力化している人々を本来もっている力を回復・強化していく援助

セルフヘルプグループ(同じ悩みや問題を抱える本人や家族の自主的なグループ)活動への参加も考慮しよう

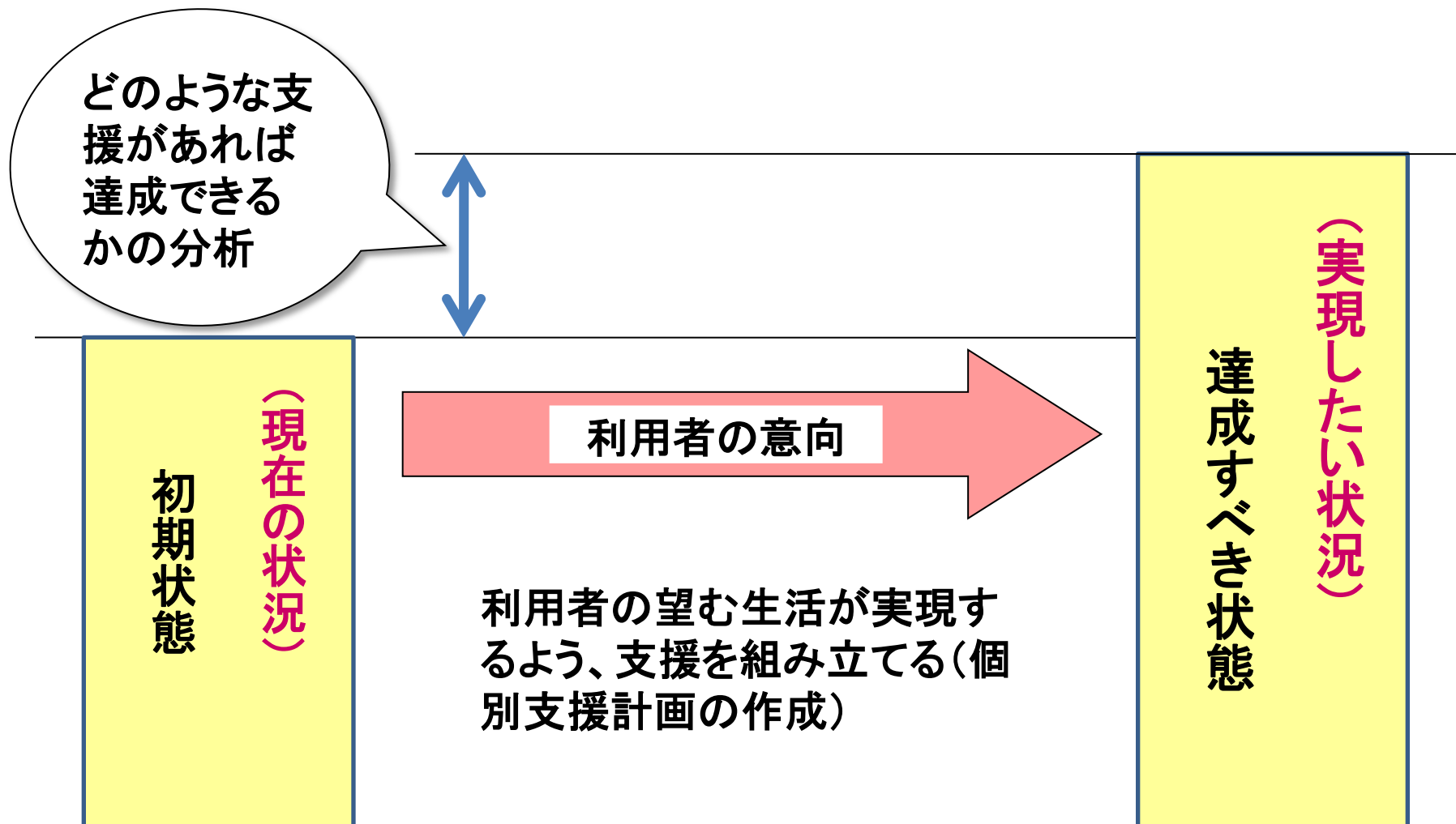
エンパワメントの実践目標

B.Solomon,Black Employment:Social Work in Oppressed Communities, Columbia University Press,P.6、1976

- 1 クライアントが自分の問題解決を目指していくとき、**自分自身が主導者であることを自認できるように援助する。**
- 2 クライアントが活用できる**知識や技術をワーカーが保持していることを、クライアントが自認できるように援助する。**
- 3 ソーシャルワーカーはクライアントにとっての協力者、**パートナーであることを、クライアントが認めるように援助する。**
- 4 ソーシャルワーカーが威圧的な社会制度の**負の影響を減少させる働きをしていることを、クライアントが認めるように援助する。**

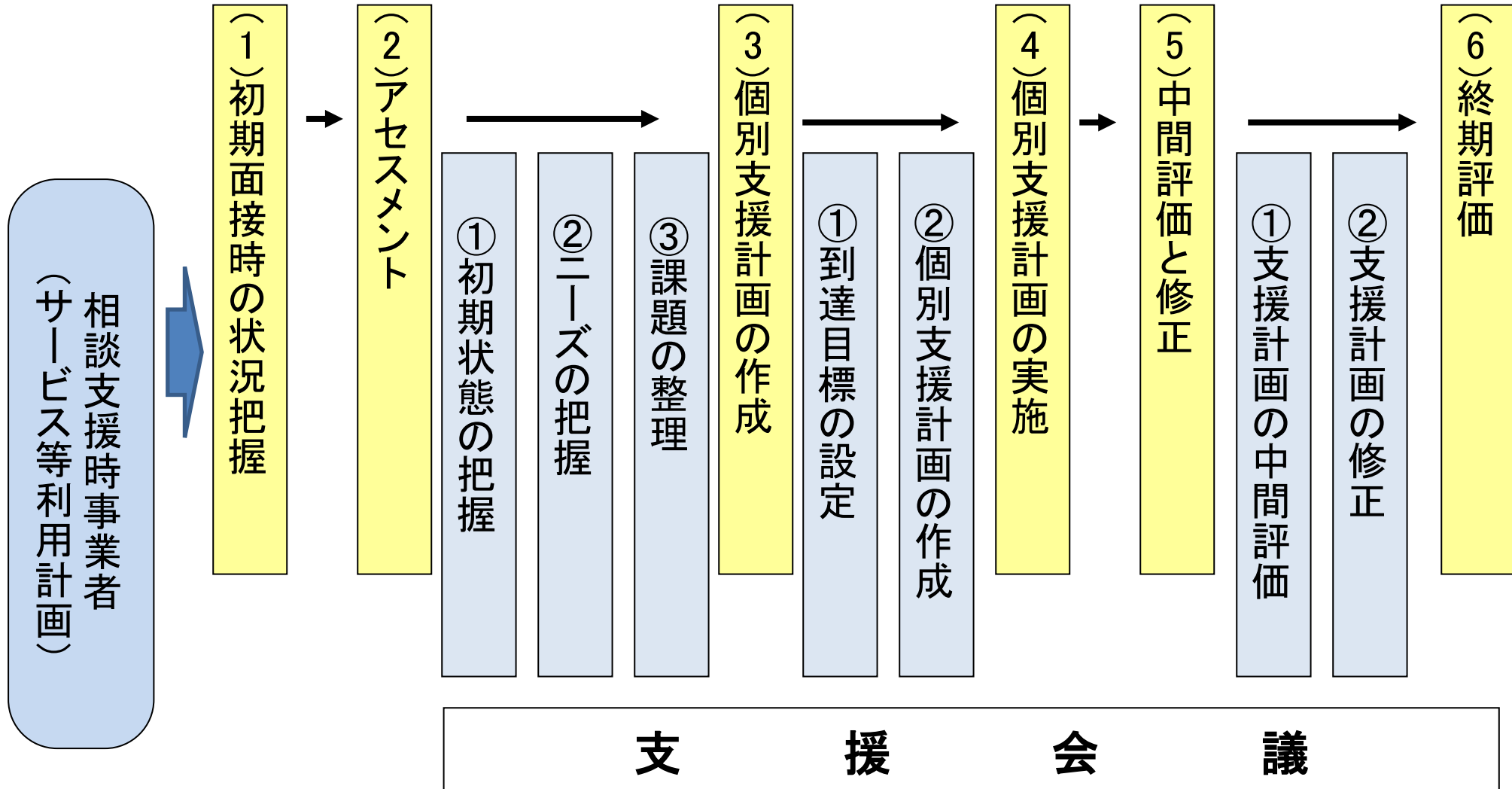
サービス提供の基本的考え方

(利用者中心のサービス提供)



2. サービス提供のプロセス

サービス提供のプロセス



(0) 相談支援事業所との連携

サービス管理責任者は、相談支援専門員がサービス等利用計画案を作成する際、**専門的な助言(2次アセスメント)**を依頼される場合もある。利用契約前であっても、相談支援事業所と連携し、適切なサービス等利用計画となるよう協力する。

サービス管理責任者



相談支援専門員



連携



適切な
サービス等利用計画案

(1) 初期面接時の状況把握①

支援プロセスで、紆余曲折するので、
インテークで安易な励ましは、過度の依存、
利用者の不信を招くことを考える

- 課題があって不安
- 将来の展望がみえない
- 課題の解決方法がわからない 等

援助者と利用者の信頼関係
(ラポール)の形成の第一歩



- まず、傾聴する
- 不安を和らげる
- 課題を明らかにする
- 対応できる課題
かどうか

- 安易に問題解決を
請け負ってしまわない
- 問題解決の主人公は
利用者である

この事業所が、はたし
て対応してくれるの？

(1) 初期面接時の状況把握②

1. 事業の対象や提供するサービスの内容について情報を提供する
2. 一連のサービスの流れについて説明する
3. 必要に応じて、関係機関との調整を図る
4. 利用にかかる経費を説明する 等

専門用語を使わない
平易でわかりやすい言葉を用いる

実施方法

1. 各事業における利用者の対象像、提供するサービス内容について情報を提供する
2. 他の事業やサービスなど選択肢などを説明
3. アセスメント→到達目標の設定→評価など一連のサービスの流れについて説明
4. サービス提供は、利用者との合意のもとで作成することや契約の内容に盛り込むことを説明
5. 必要に応じて他の事業者、市町村など関係機関と連携をとる
6. 個人情報の管理については慎重に行う

必要なツール

- ・初期面接受付表(あるいは調査表・プロフィール表)

(2) アセスメント

アセスメントの過程は情報の収集と分析である。

利用者と支援者の相互理解の場

利用者の主訴を十分に傾聴する

医師、教員、
心理判定員等の
専門家
からの情報入手



利用者の生活歴、
家族状況、直面し
ている課題、課題
がもたらす不安や
葛藤

専門家に依頼するときは
利用者の了解をとる

(2) アセスメント

① 初期状態の把握

- ・ 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
- ・ 分野別に項目を立てて把握する

実施方法

- ・ 信頼関係の確立を基礎として、面接などを通して把握する
- ・ アセスメントの意味をよく説明して同意を得る
- ・ 移動関連、生活関連、コミュニケーション関連など分野別に評価項目を設定する
- ・ 初期状態は今後の支援のベースラインとなり、中間評価・最終評価の際、比較検討する情報となることから、数量化など、できるだけ客観的な把握に努める
- ・ 必要に応じて医師、PT、OT、STや心理職などと連携する
- ・ 初期状態を記録しておく

必要なツール

- ・ 初期状態把握表(アセスメントシートNo1)

各事業の評価項目の例

※ 分野別評価項目は、各事業者ごとに設定。

区分	項目	できる	見守り等	一部介助	全介助	特記事項
移動・動作関連項目	寝返り(体位変換)					
	起き上がり					
	座位保持					
	両足での立位保持					
	歩行					
	移乗(車いすとベッド間)					
	移動(室内)					
	立ち上がり					
	片足での立位保持					
	洗身(入浴行為以外)					
	身辺関連項目	えん下				
食事摂取						
飲水						
排尿						
排便						
口腔清潔						
洗顔						
整髪						
つめ切り						
上衣の着脱						
ズボン、パンツの着脱						
生活関連項目	調理(献立を含む)					
	食事の配下膳(運搬)					
	入浴の準備及び後片づけ					
	調理以外の家事					
	買物					
	交通手段の利用					
	薬の内服					
	電話の利用					
	金銭の管理					
	社会性・協調性					
社会生活関連項目	活動参加					
	時間管理(遅刻・欠勤)					
	計算能力					
	計量・計測					
	金銭理解					
	読み書き					
	情報利用					
	状況判断					

就労関連項目	指示理解					
	修正能力・判別能力					
	作業の正確性					
	作業の持続性					
	作業のスピード					
	質問・報告					
	単純作業					
	複合作業					
コミュニケーション関連項目	日常の意志決定(日常生活における不安、悩み等に関する相談)					
	コミュニケーションの理解					
	コミュニケーションの表出					
医療的ケア(記述)						
問題行動(記述)						

**初期状態
把握表の例**

(2) アセスメント

② 基本的ニーズの把握

- ・ 利用者(必要に応じて家族)の意向を把握する
- ・ 訓練や就労状況、置かれている環境などの状況を把握する
- ・ 利用できる社会資源や関係機関を把握する

実施方法

- ・ 信頼関係の確立を基礎とし、面接などにより把握する
- ・ コミュニケーションの障害を有する障害者については、わかりやすい言葉で意向などを把握する
- ・ 必要に応じて家族の意向なども把握する
- ・ 訓練や就労状況、環境などの状況を把握する
- ・ 今後利用できる社会資源や関係機関との連携の状況について把握する
- ・ 利用者の基本的ニーズの状況を記録しておく

必要なツール

- ・ 利用者のニーズに把握表(アセスメントシートNo2)

(2) アセスメント

③ 課題の整理

- ・ 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
- ・ 課題の整理に当たっては、全体の課題と各分野別の課題を整理する
- ・ 課題の整理にあたっては、優先順位を設定する

実施方法

- ・ 利用者の初期状態や基本的ニーズから、支援者の気づきなどを踏まえ、解決すべき課題を整理する
- ・ 解決すべき課題を、全体の課題と各分野別の課題に整理する
- ・ 各分野別の課題については、支援計画を作成するときの優先順位のために重要度・緊急度などを考慮しておく
- ・ 課題の整理を記録しておく

必要なツール

- ・ 課題の整理表

課題の整理表

利用者名

さん

No	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

課題の整理表

グループ

利用者名

さん

No	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	仕事をしたい	パソコン操作が可能であり、 能力的に可能である。	①本人に合った仕事内容を 支援者が把握できていない。 ②体力的に規則正しい生活 パターンの継続が気になる。 ③PC操作が可能である。	①どのような仕事が本人 に適しているかを探る。 ②生活状況を把握し、安 定した通所を図る。
2	人との関わりを持ちたい	家族との関係は良好である が、外出が困難で友人関係 は限られる。	①日中活動事業所への通所 は、体力的に週5回通えるか 心配である。	①安定した通所を図る。 ②本人に合った日中活動 を探る。
3	在宅での生活を続けたい	家族の支援で生活は成り 立っている。	①本人が吸引を必要とするな ど健康面が不安。	①通所での医療的ケアの 強化。
4			②家族が高齢のため自宅で の介護力が低下している。	①通うための手段の確保。 ②居宅での介護支援を検 討する。
5	毎日通所させたい(家 族)	日に数回発作がある	①発作が起こると1時間は安 静にする必要があるため、毎 日通所に不安がある。	①家族の主訴と本人の健 康状態との調整を図る。
6				②居宅での健康維持の支 援内容を検討する。

本人状態を把握するためのイメージ図

★私自身のストレンクス(私の持っている強み)

母親、妹が私を理解して接してくれています。相撲、野球、アイドルの音楽が好きです。

★本人の障害状況のアセスメント

⇒私の不安や苦痛、悲しみ、困りごとは…障害のこと・病気のこと・障害のためにできないこと、…

★生育歴・職歴のアセスメント

⇒私は、今までこのような生き方をしてきました。

個別支援計画



★家族歴・本人を取り巻く環境のアセスメント

⇒私は今このような生活をしてます。してきました。

★利用者のニーズ・希望する生活の確認

⇒私は、このような生活をしたいです。**私の願い・夢・要望は〇〇です。**

★本人のニーズを整理する

⇒アセスメント内容を吟味し、本人のニーズを整理します。「みたて」

ストレングスモデル

チャールズ・ラップ／リチャード・ゴスチャ著『ストレングスモデル』

ストレングスモデルとは

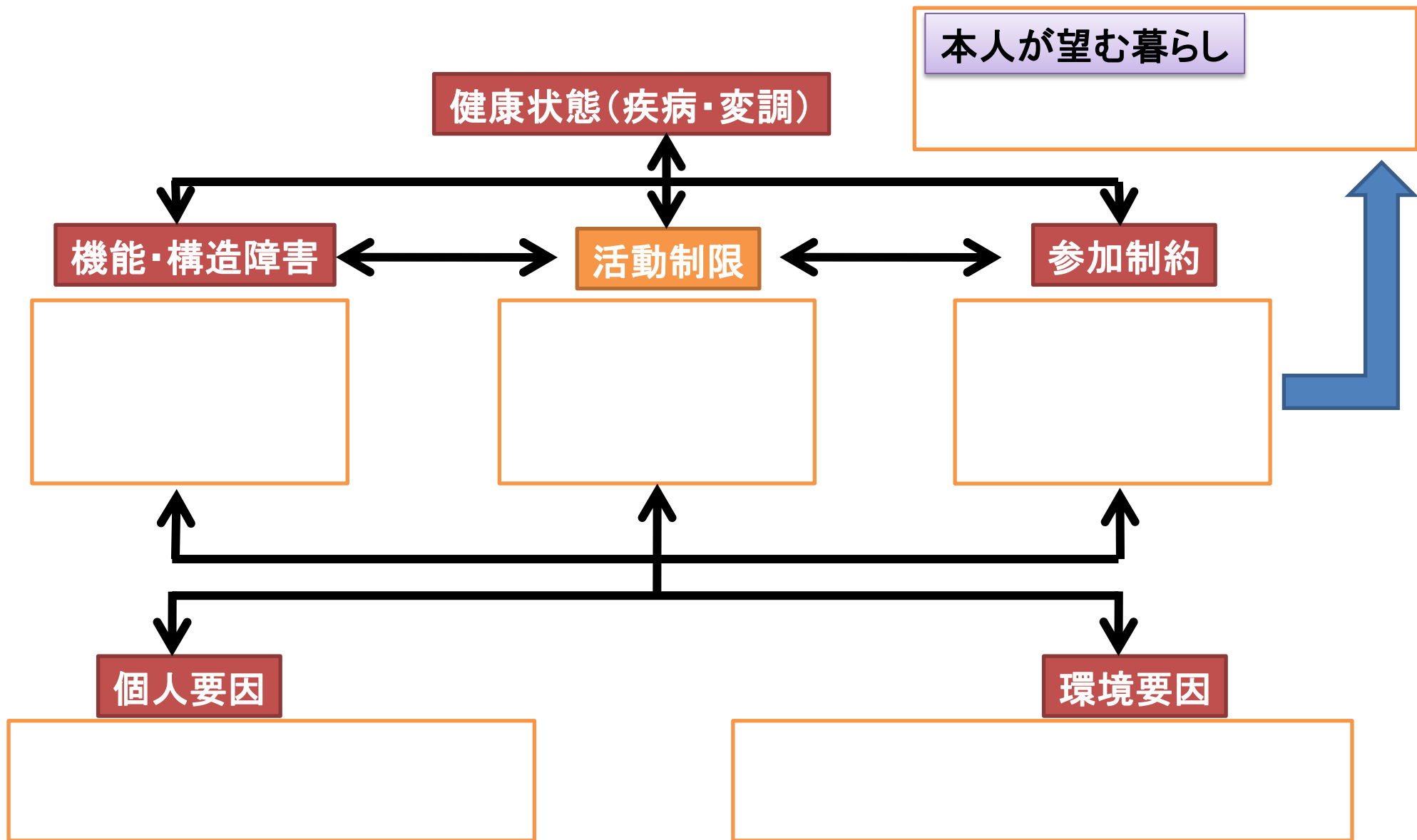
主に精神障害のケースマネジメントなどで発展した考え方。
現在では、身体障害、知的障害においても応用されている。

「ストレングス(Strength)」とは

ケアプランを作るときにポイントになる、
本人と環境の両方にある強さのことをい
い、ストレングスモデルとは、全ての人や
その人を取り巻く環境には、ストレングス
があるので、それを中心にアプローチし
て行こうとする考え方をいう。

- **本人のストレングス**
個人の属性(性質・性格)
才能・技能
関心・願望
- **環境のストレングス**

ICFを活用した利用者把握



(3) 個別支援計画の作成

個別支援計画の作成は、支援の実施過程を立案することである。

① 明らかになった課題をリストアップする

② 到達目標を設定する

③ 解決すべき課題の優先順位を利用者と決める

④ 資源とニーズのマッチングを検討する

⑤ 個別支援計画書を作成する

⑥ 利用者の最終同意を得る



(3) 個別支援計画の作成

- 利用者や家族の立場から
 - ・質の高いサービスを提供してくれるか。
 - ・利用者の意向を汲んでほしい。
- 職員の立場から
 - ・的確な支援の方向づけ
 - ・支援の効果を自己評価し、今後の計画を検討する。
- 施設経営者の立場から
 - ・支援の質の向上を目指す。
 - ・効率的・効果的に施設運営できる。

(3) 個別支援計画の作成

① 到達目標の設定

- ・ 利用者の課題に基づき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などからなる
- ・ 現行の支援を見直すとともに、新しい支援を考える

実施方法

- ・ 個別支援計画の作成に当たっては、本人の意向を尊重すること
- ・ 到達目標は、就労移行支援事業などサービスの到達目標が予め明確であるような主目標と具体的な個別の到達目標が考えられる
- ・ 時間(支援期間)と領域(支援内容)という2つの観点から設定
- ・ 支援課題が複数にわたる場合、緊急性の高い課題など優先順位を設定
- ・ 到達目標は、時間軸をとおして段階を踏んで達成される
- ・ 目標の達成度の評価方法についてもあらかじめ決めておく
- ・ 個別支援計画を記録しておく

必要なツール

- ・ 個別支援計画表

(3) 個別支援計画の作成

② 個別支援計画の作成

- ・ 主目標や個別目標が達成されるような個別支援計画を作成する
- ・ 日課、週間、月間のプログラムとする
- ・ 支援方法については、個人に合うよう工夫する

実施方法

- ・ 時間軸(段階)を意識した個別支援計画とする
- ・ 支援の頻度やスケジュールについては、本人の同意を得て作成する
- ・ 具体的な支援方法などを個別支援計画に反映させる
- ・ やむを得ない場合の身体拘束等の様態、緊急やむを得ない理由を記載する
- ・ 個別支援計画においては担当者の役割を決めておく
- ・ 個別支援計画を記録しておく

必要なツール

- ・ 個別支援計画表

第3章 「サービス等利用計画」様式の記入事例

1. 脳血管障害により在宅で引きこもりになっている事例【改訂】

1. 事例の概要

56歳の男性 脳血管障害後遺症 2年前に脳出血発症、病院での治療が終了し〇〇リハセンターに自立訓練として6か月入所（機能訓練）。退所後、在宅にて介護保険制度のデイサービスを数回使ったが、コミュニケーションがうまくいかず中絶、自宅にこもるようになる。本人の意向や社会参加の幅を広げるために、障害者福祉サービスを申請、ヘルパー利用、就労移行支援事業を利用することになった。

2. 利用者の状況

年齢・性別	56歳 男性
障害の状況	脳出血後遺症 右片麻痺 プローカ失語症（運動性失語）
主な生活歴	高校時代はスポーツで活躍した。大学卒業後、私学の臨時教員として採用され、3年後に常勤となる。その後、中学高等部の教員から昇進試験を受けて、高等部の教頭になる。仕事人間で真面目、家族思いである。
経済状況	病気前は7百万円、傷病手当金として6割(420万円) 給付を受けていたが1年半で終了。職場に籍はあるが無収入。 息子はアルバイト、妻は非常勤講師で120万円程度。本人を介護しているので、収入増は見込めない。預貯金や株は2千万円程度。生命保険の入院給付金もあったが、生活費に回った。生命保険の後遺障害が認定されれば、1200万円が入る予定。
健康状況	脳神経外科に月1回通院（抗てんかん剤服用） 高血圧症高脂血症があり脳神経外科と同じ総合病院の内科に月1回通院。体重管理が必要
家族状況	妻と子供3人（20歳大学生・19歳大学生・17歳高校生）の5人暮らし 両親は遠方で弟夫婦と同居。近くに妻の妹夫婦が住んでおり本人の介護を手伝ってくれる。
利用者の主訴	元の生活にもどりたい。働きいて収入を得たい。
特記事項	

3. 相談に至る経緯(背景といきさつ)

急性期回復期リハの治療で回復がみられ、在宅サービスが検討された。介護保険によりデイサービスを受けたが、なかなか自分の気持ちが伝えられず休むようになり、表情が暗くなり家族が心配し介護保険のケアマネジャーに相談した。ケアマネジャーはまだ56歳と若いという点と、家計を支える（家族の大黒柱）という希望のある点などを考えて、障害者相談支援事業所に相談してきた。障害者相談支援事業者は本人と面談して今後のことを一緒に考えることになった。

4. 具体的支援内容・経過

第二号被保険者で介護保険対象のため介護保険申請、要介護Ⅰ
ベッドは中古品を自費で購入、日常生活用具で廊下の手すり・自宅の玄関の手すり設置、入浴補助用具（シャワー椅子）、週二回のデイサービス、週一回の訪問リハでプランが立てられ在宅生活を行うことになった。デイサービスに行くも、失語症のためコミュニケーションうまくいかず、自宅にこもるようになった。
介護保険のケアマネジャーは、Tさんがなぜ閉じこもり状態であるのか本人の気持ちをなかなか聞き出せずにいる。何とか社会参加することで今後の方向性を見出したいということと、少しでも働いて収入を得たいという本人の希望から、ケアマネジャーから障害者相談支援事業所に相談があった。

障害者相談支援専門員が本人と話し、「好きで家にいるわけではない」ということは分かった。
その外に、庭いじりが好きなこと、子供の学費や生活費が気になること、パソコン経験の経験を生かせる仕事をしたい、などが聞き取れた。本来は意欲的な性格であることも分かってきた。
一度には無理なので、少しづつ生活の幅を広げられたら本人のやる気が増す可能性が高いと判断された。

介護保険サービスに加えて障害福祉サービスを利用するために、担当者が集まり、ケア会議を行う。
その結果、障害福祉サービスを申請することになった。また、社会参加や生活の幅を広げるために、余暇活動も検討する。妻も収入を増やすために勤務形態を変更したいなど希望が出てきている。

サービス等利用計画面

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	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			計画作成担当者	〇〇 〇〇		
地域相談支援受給者証番号							
計画作成日	2012年4月1日	モニタリング期間(開始年月)	1か月間(2012年4月～6月)	利用者同意署名欄	〇〇 〇男		
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	左手を使い、以前のように働き、少しでも家族を養いたい。 趣味のガーデニングを楽しみたい。						
総合的な援助の方針	体力をつけて、できる限り作業能力を向上させて、就労の道を探る。 生活リズムの安定をさせ健康にも配慮しながら、本人が好きなことをして充実した生活を送れるようにする。						
長期目標	就労のための訓練をして、少しでも給料の高いところで働く。						
短期目標	運動などで体重を5キロ減らしながら体力をつけて、就労支援事業所に無理なく週3回行けるようになったら、週4回行けることを目指す。						
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	右片麻痺があるが体力を維持しながら、働きたい。	一日のスケジュールを決め、体力の向上に努め、週3回就労移行支援事業所に通えるようになる。	3ヶ月	・就労移行支援事業所へ週3回、10時から16時まで通う。パソコンによる入力作業を練習する。 ・事業所への送りの調整は大学のボランティアセンターが行う。	・就労移行支援事業所への通所日には時間までに準備をする。 ・その日のボランティアの名前を覚えておき挨拶する。	1ヶ月	就労移行事業所への行きはボランティアに送迎をお願いする。帰りは事業所が送る。
2	無収入で経済的に家計がひっ迫している。	・年金の手続きをする。 ・特別障害者手当の受給について検討する。	3ヶ月	・年金申請手続きについて、相談支援センターが家族にアドバイスをする。 ・特別障害者手当の可否について本人・家族と主治医の意見をさく。	・制度を理解する。 ・一人で留守番をして、妻が働きに行けるように協力する。	1ヶ月	・貯金を整理してきちんと把握(妻) ・生命保険の手続きをすすめる(妻) ・妻は非常勤講師から塾の教員に転職を考えている。
3	好きなガーデニングを楽しみたい。	昔の仲間と市内のガーデニングへ出かける。	12ヶ月	第1・2・4の月曜日に友人の送迎で2時間程度、ガーデニングのサークルに出かける。	・仲間の介助でサークルに参加する。	1ヶ月	
4	運動不足から体重の増加があり、再発を起こすおそれがある。	高血圧・高脂血症があるので健康管理し、体重を5キロ減らす。	3ヶ月	・モニタリング時に実施状況と体重のチェック ・月1回の通院は市の送迎サービスを利用	・家の周りを散歩する(1日2回、30分ずつ)	1ヶ月	本人とプールに行き水中歩行(息子)
5	安心してお風呂に入りたい。	週に3回は入浴をする。	1ヶ月	・訪問介護(介護保険・身体介護)にて入浴の介護週3回(各1時間) ・移動支援事業で週1回(2時間)外出の支援	外出の計画を立てる。	1ヶ月	入浴日以外は、妻がシャワー浴の見守り等の支援をする。
6	もっとちゃんとはなせるようになりたい。	留守番ができるようになる。	3ヶ月	介護保険サービスによる通所リハ(ST)月2回(市の送迎サービスを利用)	通所していない日の自習	1ヶ月	

サービス等利用計画作成【週間計画表】

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	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			計画作成担当者	〇〇 〇〇
地域相談支援受給者証番号	0				
計画開始年月	2011年5月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6.00	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面		短下肢装具でT字杖歩行のため転倒の危険がある。就労支援事業所へ行きはボランティアによる介助をお願いする。
	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食		
8.00	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	起床・洗面	休日はゆっくりとしたリズムで過ごす。TVを見て過ごしている。
							朝食	
10.00	ガーデニング サークル会 (第1・2・4月曜)	Vによる移動介助		Vによる移動介助	Vによる移動介助	身体介護(入浴)	散歩	
12.00	昼食	就労支援センター △△ (就労移行支援)	昼食	就労支援センター △△ (就労移行支援)	就労支援センター △△ (就労移行支援)	昼食	昼食	
14.00	身体介護(入浴)		身体介護(入浴)			移動支援 (買い物など)		
16.00		事業所の送り		事業所の送り	事業所の送り			週単位以外のサービス
18.00	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	散歩	自宅から作業所まで公共機関(JR利用)を利用して一人で通うのは不安なため、県立大学の学生にボランティアをお願いする。
	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	毎月、脳外科と内科に通院する。
20.00		シャワー浴(妻の見守り)		シャワー浴(妻の見守り)	シャワー浴(妻の見守り)		シャワー浴(妻の見守り)	月に2回、通所によるリハ(ST)に通う。
22.00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	通院は、市の送迎サービスを利用する。
0.00								息子と一緒にプールに行き水の中歩行して体力の向上を図る。
2.00								
4.00								

サービス提供によって実現する生活の全体像

引きこもり状態になっている生活から、まず、居場所づくりを考え、障害があっても働くことへの意欲を失わないでほしい。工夫すれば働く環境はできる。とっかかりはまず、就労移行支援から検討した。本人がができるところに着目し、ガーデニングという余暇活動の幅を広げ、充実感を増やしていくことで生活のリズムに変化が起きる。一外へ出るという意欲を高め、社会参加の一歩から始める。まだ未熟だがパソコンができる強みを生かして、持っている力を引き出す場所を提供することで、本人の居場所ができる。活動が広がる。家族以外のボランティアを導入したのは、移動において、まだ本人の体力面で心配なので、介助できる人を探した。

申請者の現状(基本情報)

作成日	2012年4月1日	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター	計画作成担当者	〇〇 〇〇
-----	-----------	----------	------------	---------	-------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

介護保険の介護支援専門員より、「若年の障害のある方。脳血管障害の後遺症で介護保険制度でサービスに通っていたが閉じこもりになっている。障害特性を考慮してこの方にあったことはないだろうか、一緒に訪問してほしい。」と相談が持ちかけられた。

発症後2年経過。その間、病院、急性期から回復期でのリハ(PT、OT、ST等)生活訓練を経て、右片麻痺、短下肢装具装着して屋内はT字杖歩行。ブローカー失語症があったが回復してきており、在宅生活となった。

第二号被保険者で介護保険制度を優先的に受けるようになり、住宅環境を整え、訪問リハ、サービスに数回通ったが、その後、いくら誘ってもサービスに行こうとしなくなり引きこもり状態になってしまった。

このまま自宅に居続けるとADLの低下となる。林間中だが無収入のため経済的な不安も抱え、妻が働きたいと思っている。

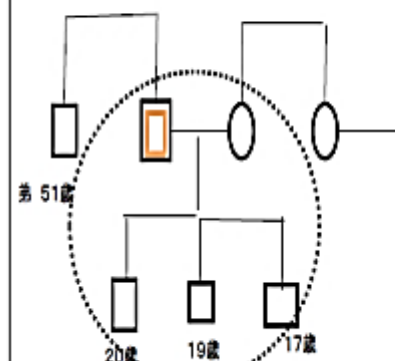
自宅訪問した〇〇相談支援センターが本人の意向を確認し、市役所と検討して、介護保険サービスから障害福祉サービスへの変更の決定があり、生活の基盤の安定を図り、体力面を強化して、社会参加を促し、活動の幅を広げるため、障害者相談支援事業所がサービス等利用計画を作成することとなった。

2. 利用者の状況

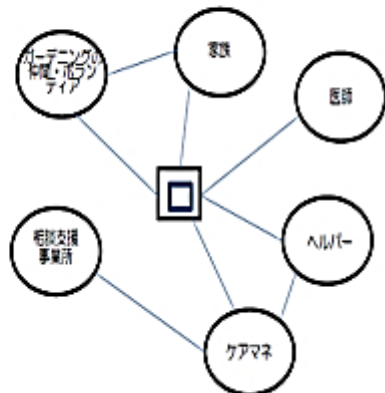
氏名	〇〇 〇男	生年月日	〇年〇月〇日	年齢	56歳
住所	〒***-*** 〇〇市〇〇町***			電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	〔特設〕 借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()〕			FAX番号	
障害または疾患名	脳血管後遺症 右片麻痺	障害程度区分	区分2	性別	男・女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入

社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)



大学生の息子2人はアルバイトしながら大学へ通っている。未っ子は高校生。3人とも学費はかかる。あまり語らないが親父思いである。



生活歴 ※受診歴等含む	医療の状況 ※受診科目、薬名、主治医、疾患名、服薬状況等
大学卒業後、教員職に就く25歳のころ結婚し3人の子供を育て、家庭生活は順調。54歳の時に脳出血を発症し手術を受け、入院加療、急性期、回復期リハを経過して、在宅も視野に入れて検討したが、右片麻痺の後遺症、ブローカー失語があり、主治医よりリハセンターにて訓練を続ける必要があるといわれ、会議をして検討したが、「本人は在宅で頑張る」自宅へ帰りたい希望もあり、リハビリスタッフの訓練特に言語療法士の発達のアプローチがスムーズにいった、簡単な単語5つ程度だが、他者とのコミュニケーションができるまで回復した。回復の可能性があり、訪問リハを行う予定になった。右片麻痺はあるものの身辺自立ができたので自宅へ帰りたい希望が膨らみ、子供との生活を望んで、退所することになり、介護保険制度によるケアプランが訪問リハ・サービスの計画が立てられ在宅生活に至る。数回サービスを利用したが自宅でも引きこもり状態となる。	脳神経外科・・・月1回 抗てんかん薬服用(デパケンR) 内科・・・月1回 高血圧・高脂血症) バイスン
本人の主張(意向・希望)	家族の主張(意向・希望)
右片麻痺がある。少しづつであるが、だいたい左手が使えるようになってきた。自宅へ帰りたいと思い帰ってきたが、サービスは自分の思うところではない。前のようにはいかないが、できることはしたい。	回復期リハで訓練ができ、体が動くようになってきた。しかし、引きこもってしまい、そんなお父さんは見たくない。前のような元気なお父さんが見たい。どこかお父さんにあつたところはないだろうか。

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援 (障害福祉サービス、介護保険等)	介護保険サービスのデイサービス	〇〇事業所	サービスで健康管理	中断	要介護1
	福祉用具のレンタル	福祉用具〇〇事業所	立ち上がり用タッチアップパー 玄関口の手すり、廊下手すり シャワー椅子		
その他の支援	福祉用具〇〇事業所で中古のベッドを安く譲り受けた。 ガーテニングの仲間会 県立大学の学生の外出援助	〇〇事業所 サークル会 学生ボランティア	ベッド ガーテニング鑑賞のガイド 外出時の支援	月1回 随時	

日本相談支援専門員協会編,
「サービス等利用計画作成サポートブック修正版」P. 42

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名	〇〇 〇男	障害程度区分	区分2	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター
				計画作成担当者	〇〇 〇〇

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面	起床・洗面		短下肢器具でT字杖歩行のため転倒の危険がある。外出を進めるも引きこもりが続く。このままでは体力低下や廃用性症候群になる可能性がある。 動かないことで体重の増加があり、高血圧症や高脂血症に悪い影響が出る。
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	起床・洗面	
10:00							朝食	
12:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食	
14:00			入浴(妹の介護)					
16:00								
18:00							シャワー浴(妻の見守り)	
20:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00								
2:00								
4:00								週単位以外のサービス 毎月、脳外科と内科に通院する。 通院は、妻が付き添っている。