

平成25年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業中間報告書

実施団体： びわこ学園障害者支援センター

- ※ 枠の大きさを適宜変更することは可。
- ※ 別添資料を添付する場合には、枠内にその旨を記載すること。

1. 地域の実態把握状況（対象地域、人数、地域資源等のデータ等）

I 滋賀県における重症心身障害児者の実態把握の実施状況

<滋賀県の調査>

1. 滋賀県 重症心身障害者実態調査

対象地域：滋賀県全域（7福祉圏域で19市町）

対象者：県内の重症心身障害児者

<福祉圏域毎の調査>

2. 湖東圏域：重症心身障害児者の実態把握アンケート調査

対象地域：彦根市 愛荘町 豊郷町 甲良町 多賀町

対象人数：在宅者－44人 施設入所者－29人

3. 湖南圏域：「住まいの場」の調査

対象地域：草津市 栗東市 守山市 野洲市

対象人数：草津市－152人 栗東市－54人 守山市－97人 野洲市－31人

4. 東近江圏域重症心身障害者アンケート調査

対象地域：東近江市 近江八幡市 日野町 竜王町

対象人数：69人

2. 意識とニーズ調査結果報告

1. 滋賀県重症児者数の変化（資料1）

2. 福祉圏域における実態調査

（1）湖東圏域：重症心身障害児者の実態把握アンケート（資料2）

（2）湖南圏域：今後の住まいの場の検討を必要としているケースの状況の調査中

（3）東近江圏域：重症心身障害者支援体制検討部会実態調査アンケート（資料3）

3. 滋賀県重症心身支援システム

重症心身障害者ケアマネジメント支援事業について（資料4 資料5）

平成25年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業中間報告書

実施団体： びわこ学園障害者支援センター

3. 課題の分析と把握

1. 滋賀県重症児者数の変化

1) H10 H20 H25の推移

(1) 推移

- ・入所者の推移はH10年では220人からH25年では270人と増加はしているものの、施設入所の枠は広がらない為30名の増加に留まっている。
- ・在宅者の推移はH10年では328人H25年では538人と1.6倍もの増加が見られる。
- ・入所+在宅の重症児者の増加率は、H10年から20年までで1.3倍に更にH25年まででは1.5倍に増加している。

(2) 在宅重症児者に高齢化

在宅重症児者のH10年からの増加率は全年齢層で上がっているが、増加率が最も高い年齢層は50歳～59歳の17倍で次いで60歳以上の5倍である。また30～39歳は2.9倍、40～49歳も2.9倍と在宅重症者の高齢化が

明らかとなってきている。

(3) 在宅重症乳幼児の増加と重症化

未就学児や就学児の増加率も1.0倍～1.2倍とあがっており、その方達は超・準重症児が多い傾向にある。これは、滋賀県における2500g未満の出生児が全体の出生児の1割にも及んでいる現状の中、NICUでの治療により救命された児が増加しているのと、NICUから児を受け入れるバックアップベットが今年度より合わせて12床小児保健や紫香楽病院にできたことにより、超重症児の在宅移行が進んできた経過も要因と言える。

2) 圏域アンケート調査による分析

- (1) 湖東圏域、東近江圏域、湖南圏域における実態調査から、いずれの地域でも重症心身障害児者は増加する傾向があり、医療的ケアの必要なケースの増加も明らかである。重介護と医療的ケアの両方を抱えている重症児者においては、サービス資源も医療的バックアップも不足している現状ではあるが、とりわけ介護者の負担軽減が大きな課題となる現状から、日中の預かりの場や将来の住まいの場の課題は大きい。データからも「将来の住まいの場を地域で」と考えている人は50%～60%と半数以上を占めており、その内容としては、グループホーム・ケアホームが半数を超える状況である。将来の住まいの場については、重症児者の場合施設入所という選択肢をもたれる場合が多いが、入所施設は今後増えるとは言えない現状であり、このように半数以上の対象者が地域での生活を希望している状況からも今後ますます重症児者を対象としたケアホームの増設は必要と言える。

平成25年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業中間報告書

実施団体： びわこ学園障害者支援センター

4. 中間期までの達成目標の設定

1. 地域における障害児者医療の機関連携体制づくり

- 1) ネットワーク会議の開催
- 2) 病院・開業医との連携（会議、かかりつけ医を繋ぐ）
- 3) 研修会、講演会の実施

2. ケアホーム移行及び現在までの経緯

1) 入所施設からケアホームへの移行プロセス

- ①入所施設による進路検討
- ②体験実習
- ③移行に伴う準備
- ④移行後の振り返り

2) 地域生活からケアホームへの移行プロセス

- ①日々の相談からの聞き取り
- ②移行に伴う準備

平成25年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業中間報告書

実施団体： びわこ学園障害者支援センター

5. 中間期までの事業の実施内容

1. 実態調査

- 湖東圏域：実態アンケート集計とまとめ、及び関係者への報告
- 湖南圏域：住まいの場のアンケート実施（現在集計作業中）
- 東近江圏域：実態アンケートをもとに、新通園の検討協議開始中

2. 地域における障害児者医療の機関連携体制づくり

1) ネットワーク会議の開催

(1) 湖南医療ネットワーク会議の開催

- ・ 4月7月の定例会議及びフォーラム開催の為に3回の臨時会議

(2) 基幹病院との連携会議

- ・ 5月7月9月の定例会議

(3) 地域にかかりつけ医を繋ぐ支援

- ・ 4月より対象7名9診療を繋ぐに至る

(4) 研修会・講演会の実施

- ・ 湖南圏域（4市）の医師会にて、小児慢性難病基幹病院の院長による講演実施
- ・ 湖北圏域（2市）の医師会にて、自立支援協議会重心検討部会の要望により小児慢性難病基幹病院の院長の公演開催

3. ケアホーム移行及び現在までの経緯

1) 入所施設からケアホームへの移行プロセス

① 入所施設による進路検討

進路検討委員会を設置し、入所利用者全員対象に進路に関するアンケート「利用者の今後の生活の場に関する調査を実施。大半は施設入所継続を希望する回答だったが、数人からケアホームを体験してみたいという回答があった。

希望があった入所利用者、家族に対し、定期面談の中でケアホームでの生活に関して思うことなどを聞き取りながら意向を確認した。

② 体験実習

施設職員や家族と一緒に1泊2日（または2泊3日）の実習を実施。実習後に振り返りを行い、入所利用者、家族から感想を聞き取り入居に向けて準備を行った。

③ 移行に伴う準備

○障害福祉サービスの利用

- ・ 障害区分認定、日常生活用具に関しては、入所施設のケースワーカーが中心に申請や準備の支援を行った。
- ・ 介護給付サービスの申請、利用に関しては、地域の委託支援相談事業所の相談員が担当し、サービス調整会議や行政との調整、支援計画の作成を行った。

○情報整理と申し送り

- ・ 入所施設担当職員、家族、ケアホーム職員にて個別に利用者の詳細な申し送りを行った。
- ・ 入所施設より、各利用者の医療面での留意点やその支援方法などについても文章にまとめ申し送りを行った。
- ・ ケアホーム職員による利用者、家族への聞き取り面談を適宜行った。

平成25年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業中間報告書

実施団体： びわこ学園障害者支援センター

④ 移行後の振り返り

入居後半年経った際にケース会議を持ち、移行後の生活の様子や状況を利用者、家族、入所施設職員や各関係施設と振り返りを行った。

*Tさんの事例から

(経過)

ケアホームには大津市単独の補助金(1人:11万7千円)があるが、Tさんは他市出身のため補助金の利用ができない。そのため、ケアホーム内でのヘルプ利用による職員体制の確保を行った。

(個別調整会議の実施)資料7

利用者、家族、出身地の障害福祉課担当者、ケアホーム施設担当者、入所施設、委託支援相談員にてサービス調整会議を行い、本人の身体状態や介助の留意点を伝えつつケアホームの運営(経営)状況を報告。ケアホーム内でのヘルパー利用について協議し、重度訪問介護サービスの利用に繋げた。

2) 地域生活からケアホームへの移行プロセス

① 日々の相談からの聞き取り

サービス利用の申請や調整の中で、将来の生活に関する不安の声が相談の中で聞かれた。そのため、その時の状況(家族の健康状態や介護上の課題など)や希望する住まいの場(ホームまたは施設入所など)を聞き取り、全大津市内委託相談支援事業所にて「住まいの場聞き取りリスト」を作成した。その中でケアホーム利用希望者に対し説明会を行った。

② 移行に伴う準備

○利用者の選定

本人の心身状況(医療的支援の必要性の有無)、家族の状況(介護者の健康状況など)を考慮し、行政と委託相談支援事業所、ケアホーム施設にて利用者を選定。担当相談員よりその結果を報告した。

○障害福祉サービスの利用

・介護給付サービス、日常生活用具の申請や利用に関して、地域の委託支援相談事業所の相談員が担当し、サービス調整会議や行政との調整、支援計画の作成を行った。

○情報整理と申し送り

・ケアホーム職員による家庭訪問や利用者、家族への聞き取り面談を適宜行った。

4. ケアホームにおける医療との連携

1) 医療体制加算を使つての月2回の医療相談訪問

2) 個々の医療ニーズに合わせた訪問看護の契約と訪問実施

3) 医療機関との連携(びわこ学園での医療バックアップと地域での緊急受け入れ病院の構築)

平成25年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業中間報告書

実施団体： びわこ学園障害者支援センター

6. 中間期における分析と考察

1. 実態調査

- (1) 県全体での実態調査が実施されたことと、圏域での実態調査が実施されたことで重症児者の現状が、県と市町で把握できた。このことは、身近な地域で課題を共有・認識する貴重な機会となった。

2. 医療との連携

- (1) 障害児者医療の関係機関連携に関しては、滋賀県障害児者支援事業のコーディネーターに看護師を起用したことにより医療方面の関係者との連携が拡大した。
- (2) 医療機関との連携において、医師会での講義の場や、医師会主催によるネットワークフォーラムの開催が実現に至るまでとなった。
- (3) 看護師コーディネーターの介入により、地域にかかりつけ医を持つケースが広がりつつある。

3. ケアホームともの現状

- (1) 定員 10 人（男性：7 人 女性：2 人 退園枠：1 人）

内訳：入所施設からの移行利用：3 人

地域からの移行利用：6 人

- (2) 職員体制

正規職員：2 人（男性 1 人 女性 1 人）

嘱託職員：1 人

非常勤職員：13 人

- (3) 業務内容

①日常生活介助全般

②利用者のサービス利用（補装具や生活用具を含む）の調整

③関係機関との連携

④医療との連携

- (4) ケアホームにおける医療との連携

①医療体制加算を使つての月 2 回の医療相談訪問により、継続した状態把握が可能となった。

②個々の医療ニーズに合わせた訪問看護の契約と訪問実施で、相談日と合わせて連続訪問を可能とした。緊急時相談体制（24 時間加算対象者）や、特別看護指示書などにより、状態変化時にも必要最低限のケア体制がホームでもとれる体制を随時検討している。

③医療機関との連携として、重症児者医療のびわこ学園でのバックアップと地域一般病院での緊急受け入れ病院の連携構築を図っている。また、日中の医療については作業所等の看護師との連携をケースごとに依頼するための会議を開催したり訪問看護からの研修を行ったりしながら、地域での医療的ケアの連携を図っている。

*Tさんの事例から

ほぼ毎日の導尿処置が必要になったことから、できるだけ平日の日中は過ごしの場の看護師による導尿をとケース会議にて検討し、主治医からの指示書提示と訪問看護師からの研修を行い実施可能となった。

それ以外の日については、週 3 回の訪問看護の訪問時に行い、臨時に導尿が必要な状況については、24 時間体制の対象となり、随時ともの職員が本人の訴えや腹部の状況、飲水の状況等訪問看護師に連絡し導尿が必要な場合の指示を仰げるようになっていく。

平成25年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業中間報告書

実施団体： びわこ学園障害者支援センター

4. ケアホームともの現状課題

(1) 職員体制の不安定さ

①常勤職員が2名と少なく、臨時職員という雇用形態の為職員の入れ替わりが激しく、重症児者介護専門的な実践の継続が困難。また、介護や療育などの研修実施も難しい現状。

②体調不良時の利用者の日中対応

現在日中に職員配置を行っておらず、利用者の体調に異変があった場合、受診同行と日中対応を行う人員が必要となるが、現状の体制では応援要請が時間外労働になってしまう現状。

③日常的な医療支援

利用者の高齢化や状態変化に伴い、日常的に医療的視点での介助や相談、または医療的ケアが必要となるケースが増えてきている。現在は月2回の訪問相談日を設けているが、今後常時看護師の配置が必要となってくる事は明らか。

④生活の質の向上

9人の利用者に対して4人の職員が日々の生活支援を行っているが、職員は利用者の直接介助の他に選択、掃除、食事作り（2次調理）も同時に行っている。そのため、丁寧かつ細やかなケアを行う中では、生活環境の整備、食事内容や形態の工夫など利用者の変化に応じて必要な事柄に関して十分な時間が取れないのが現状。

7. 中間期までの協議会等の実施状況

(協議会については資料6参照)

	開催日	実施内容
第1回		
第2回		
第3回		
第4回		

平成25年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業中間報告書

実施団体： びわこ学園障害者支援センター

8. 実施内容と手法等の修正、改善等（第1回検討委員会での委員からの意見を踏まえた改善点も記載）

1. 今後の実施内容

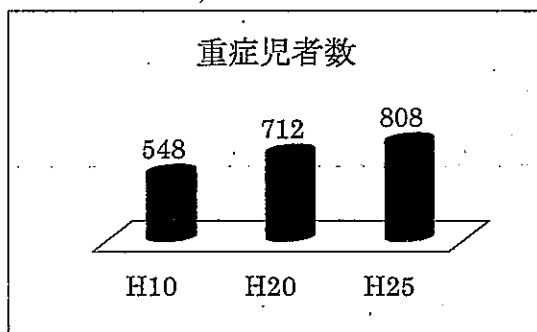
- 1) 滋賀県の重症児者の実態においては、集計の段階で止まっているものもあり、引き続き集計・分析を進める。
- 2) ケアホームも含め今後の重症児者の地域生活を作っていく中で、現行の重症児者ケアマネジメント支援事業を通じて地域での医療体制の構築や連携は、継続して行っていく。
- 3) 現状のケアホームに関して、現状と移行経過をまとめることに今回は終始してしまったが、本人・家族の思いの経過と、ケアホームへ移住されてからの検証を、今後ケース会議などを通してまとめる。

9. 平成24年度事業の検証結果を踏まえての平成25年度への新たな課題の認識（昨年度実施団体のみ記載）

滋賀県重症児者数

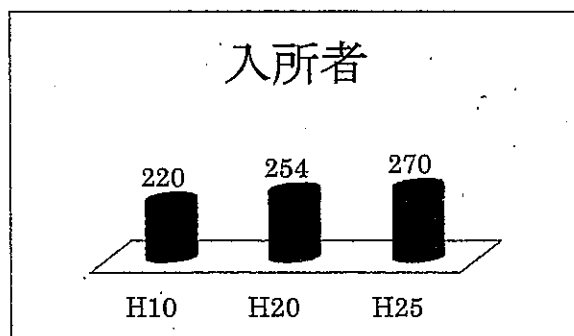
資料 1

	H10	H20	H25
重症児者数	548	712	808



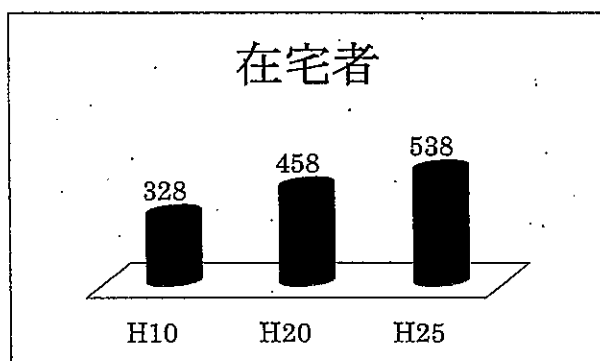
入所者

	H10	H20	H25
入所者	220	254	270



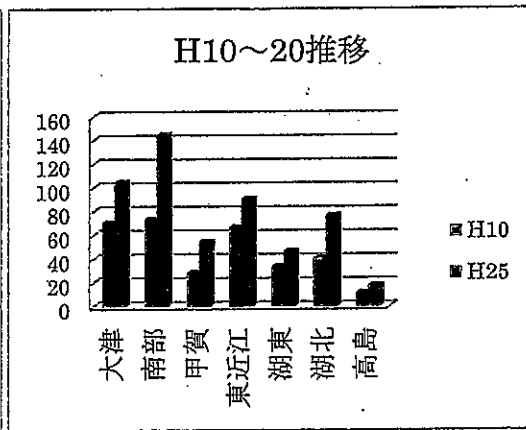
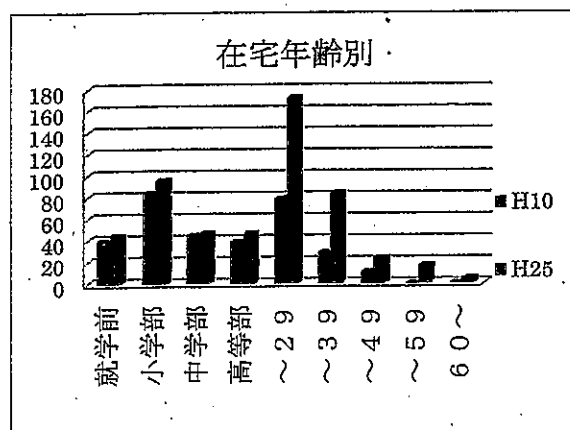
在宅者

	H10	H20	H25
在宅者	328	458	538



県内重症心身障害児者数

		大津	南部	甲賀	東近江	湖東	湖北	高島	計
在宅年 齢別	就学前	4	15	8	11	0	5	2	45
	小学部	21	32	11	11	5	16	0	96
	中学部	12	20	2	6	3	4	0	47
	高等部	8	18	4	6	7	4	0	47
	～29	33	39	20	31	20	21	9	173
	～39	23	11	7	16	11	10	6	84
	～49	3	7	0	9	0	5	0	24
	～59	1	3	2	1	1	8	1	17
	60～	0	0	1	0	0	4	0	5
	計	105	145	55	91	47	77	18	538
入所＋ 在宅 年齢別	就学前	4	16	8	11	0	5	2	46
	小学部	22	33	11	15	7	16	0	104
	中学部	13	21	2	9	3	4	0	52
	高等部	9	18	5	7	8	4	0	51
	～29	43	47	22	39	22	22	9	204
	～39	35	26	14	23	18	20	9	145
	～49	18	16	6	28	8	18	6	100
	～59	15	15	8	14	9	18	2	81
	60～	8	1	4	1	1	7	3	25
	計	167	193	80	147	76	114	31	808

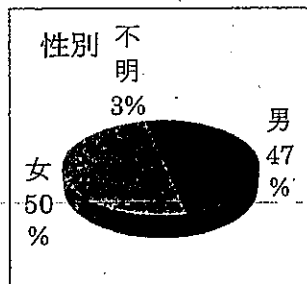


湖東圏域重症心身障害児者アンケート調査

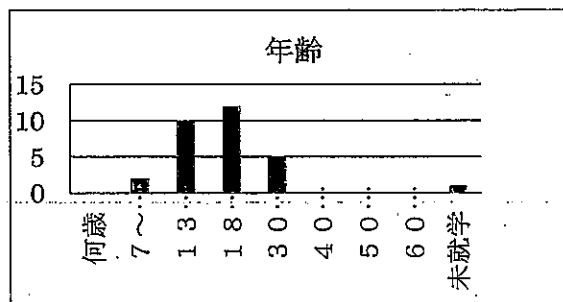
資料2

1. アンケート対象者

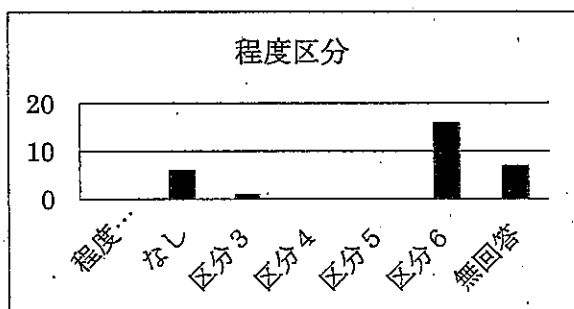
<性別>



<年齢>

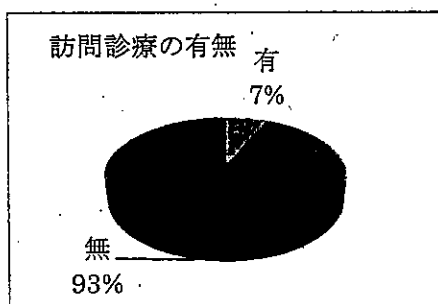


<程度区分>

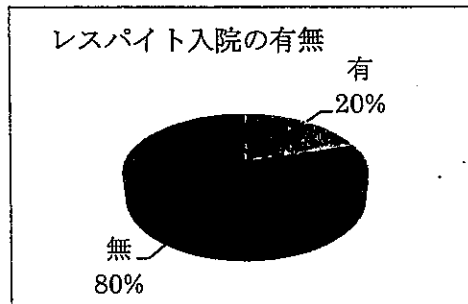


2. 利用状況

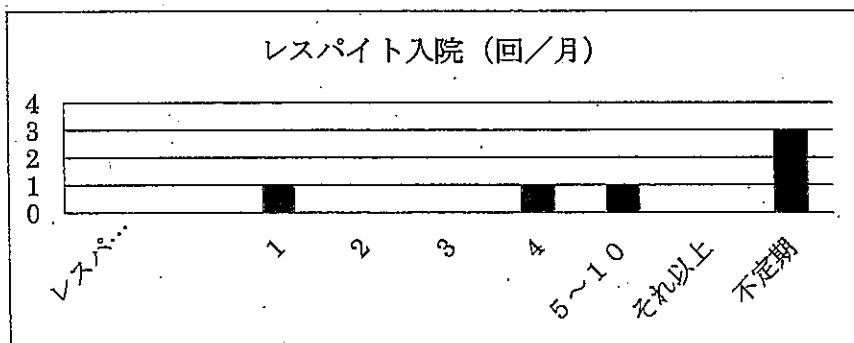
<訪問診療>



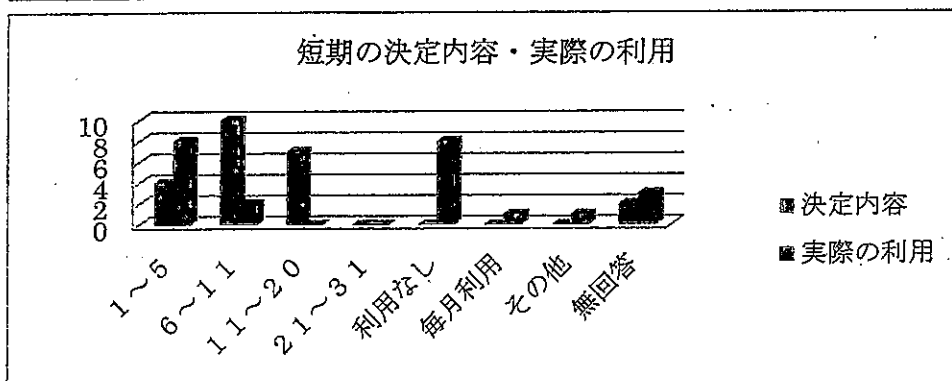
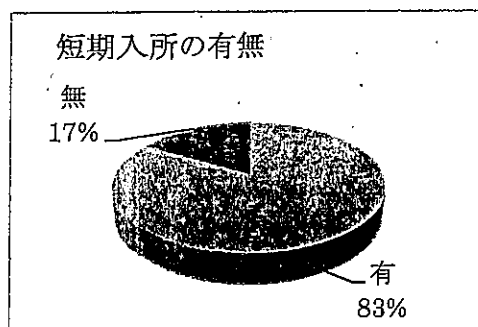
<レスパイト入院>



<レスパイト入院の>回数

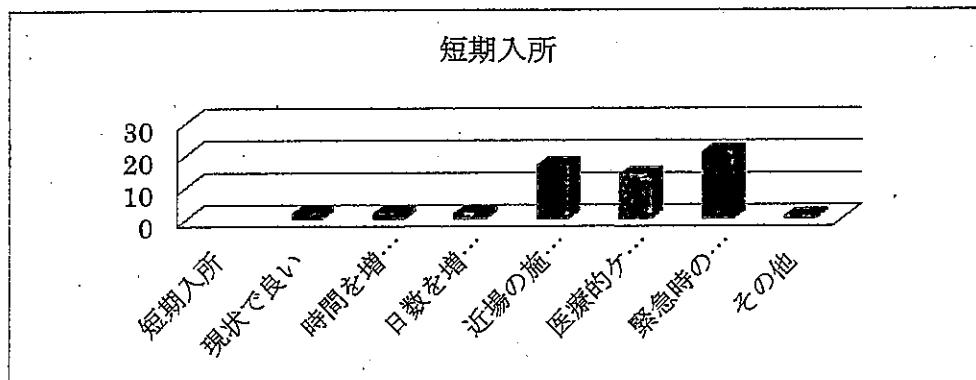


<短期入所>

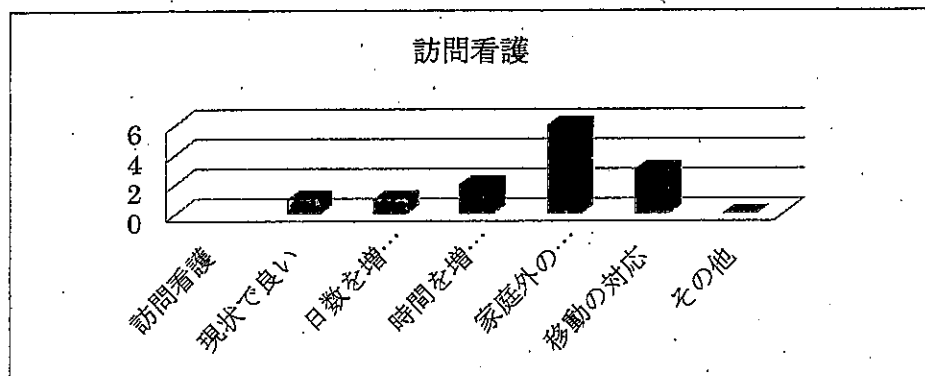


3. 充実させてほしい内容

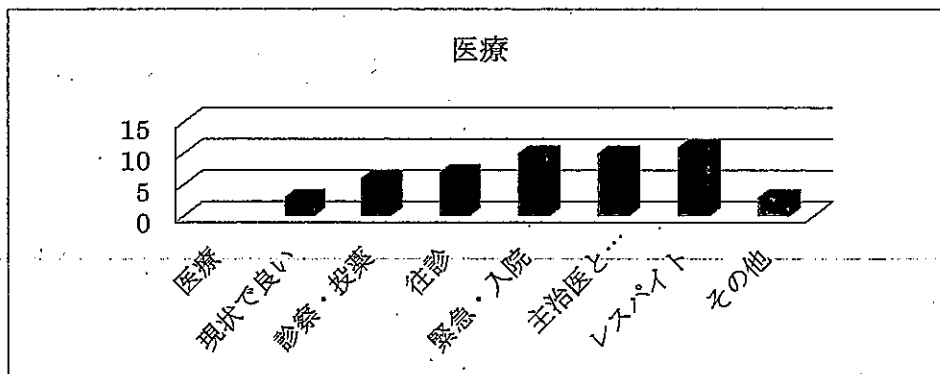
<短期入所>



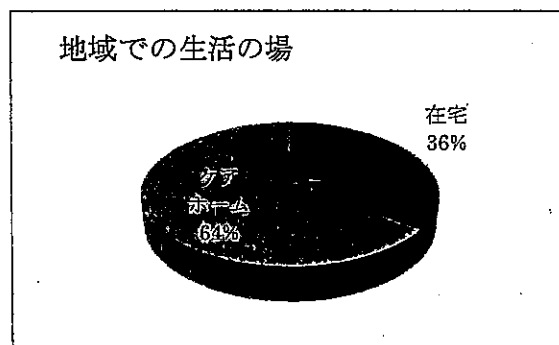
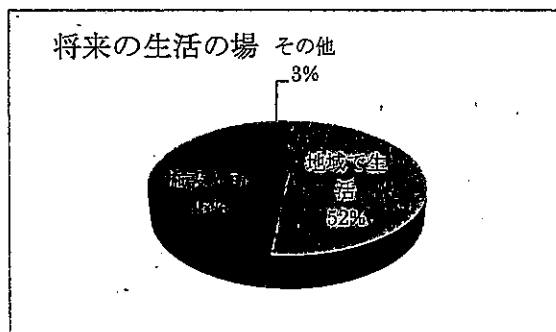
<訪問看護>



<医療>

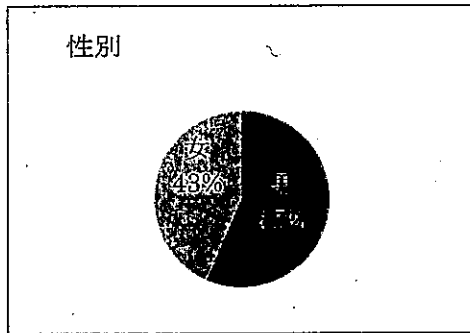


4. 将来の生活の場

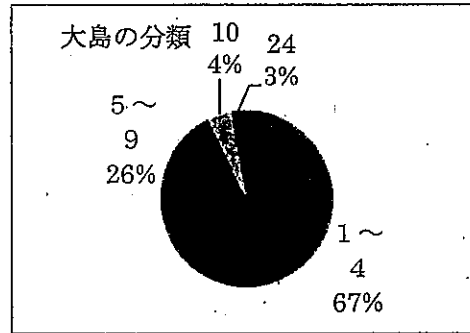


1. アンケート対象者

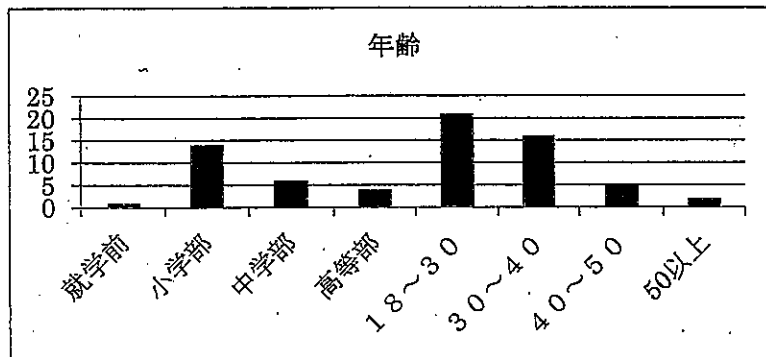
<性別>



<大島分類>

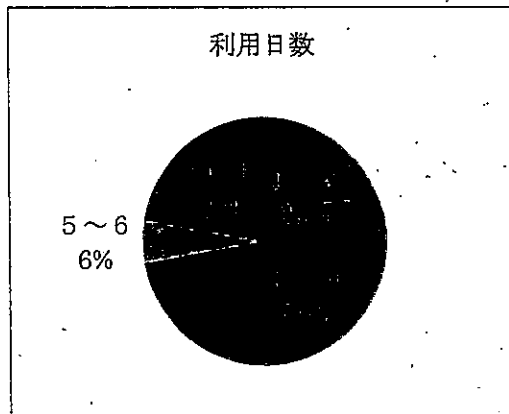
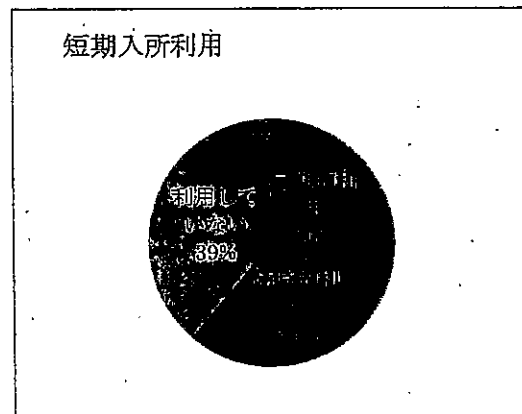


<年齢>

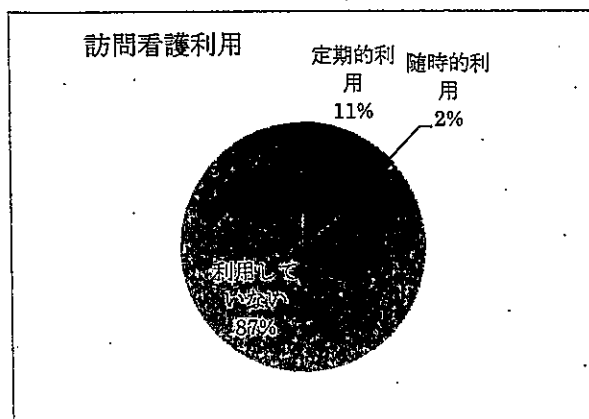


2. 利用状況

<短期入所>

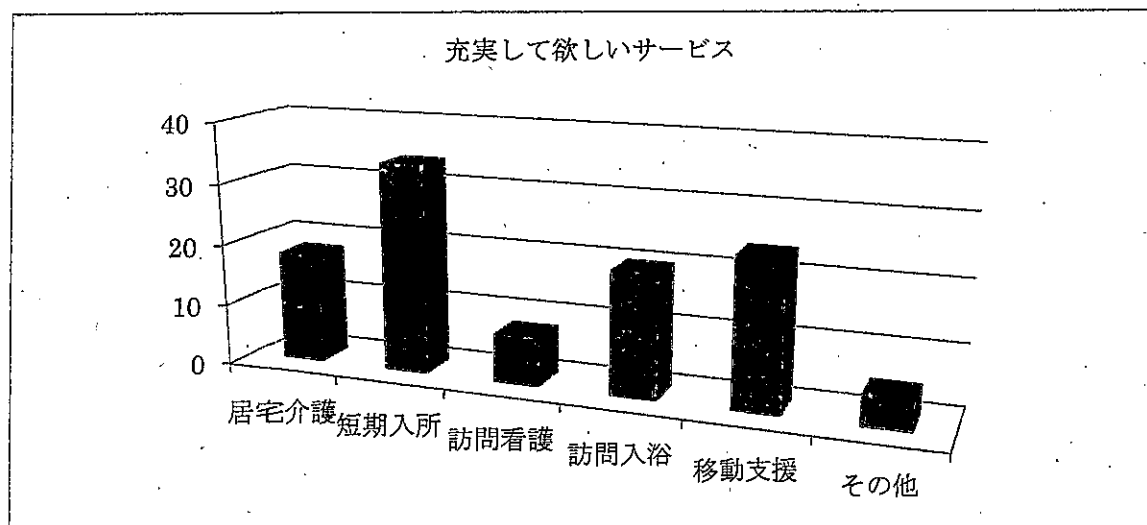


<訪問看護利用>

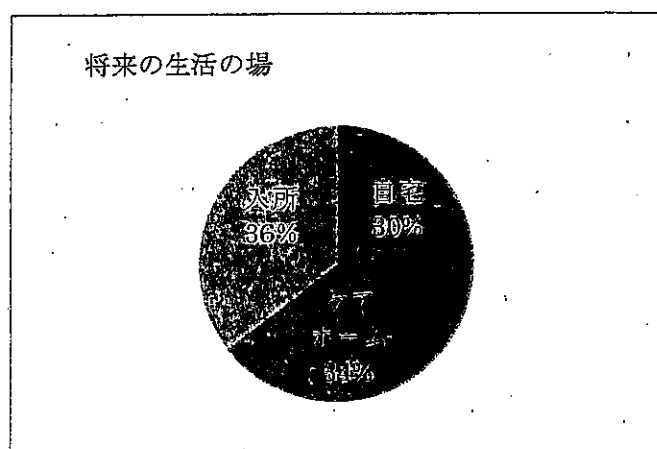


3. 充実して欲しいサービス

＜充実して欲しいサービス内容＞



4. 将来の生活の場



2. 重症児者支援システム

資料4

1) 目的

滋賀県では、在宅重症心身障害児者を対象に、地域で実施するケアマネジメントをより専門的な見地からサポートし、重症心身障害児者のそれぞれのライフステージに応じたより質の高い地域生活を支援するための支援事業の充実を図る事を目的とする。

2) 事業内容

- ①地域で実施するケアマネジメントへの支援
- ②地域のサービス事業所への技術的支援
- ③地域ケアシステム構築への支援
- ④円滑なサービス利用に関する支援
- ⑤施設入所調整に対する支援

3) 重心ケアマネ支援事業の柱

①圏域における重症児者の相談体制のスキルアップ

＜専門的連携支援＞

＊スーパーバイズ

- ・圏域の相談支援事業所が、医療機関の実情や必要な医療的知識をふまえた総合的な調整ができるように、自立支援協議会におけるネットワーク等の中でスーパーバイズを行う

＊医一医連携の形成

- ・障害児者専門医療機関・高度医療機関・NICUと在宅診療所などの医療機関における連携の支援

(昨年よりの新たな取り組み：医師会主催の医療NW会議への参画、基幹病院との連携会議、地域でのかかりつけ医を繋ぐ支援、医療的視点での相談へのバックアップと専門的な支援、受診同行やケース会議での医療情報の説明などの支援等々)

＊障害福祉サービス事業所等に対する支援

- ・介護技術アドバイス
- ・医療的ケアが必要な人への支援環境整備へのアドバイス
- ・その他 定期的な巡回支援など

＊地域住民・地域に対する理解促進

- ・啓蒙啓発活動
- ・災害時要援護者避難支援計画の作成支援

② 重症児者の全県的な課題把握と調整事業

＊実態把握（圏域における課題把握）

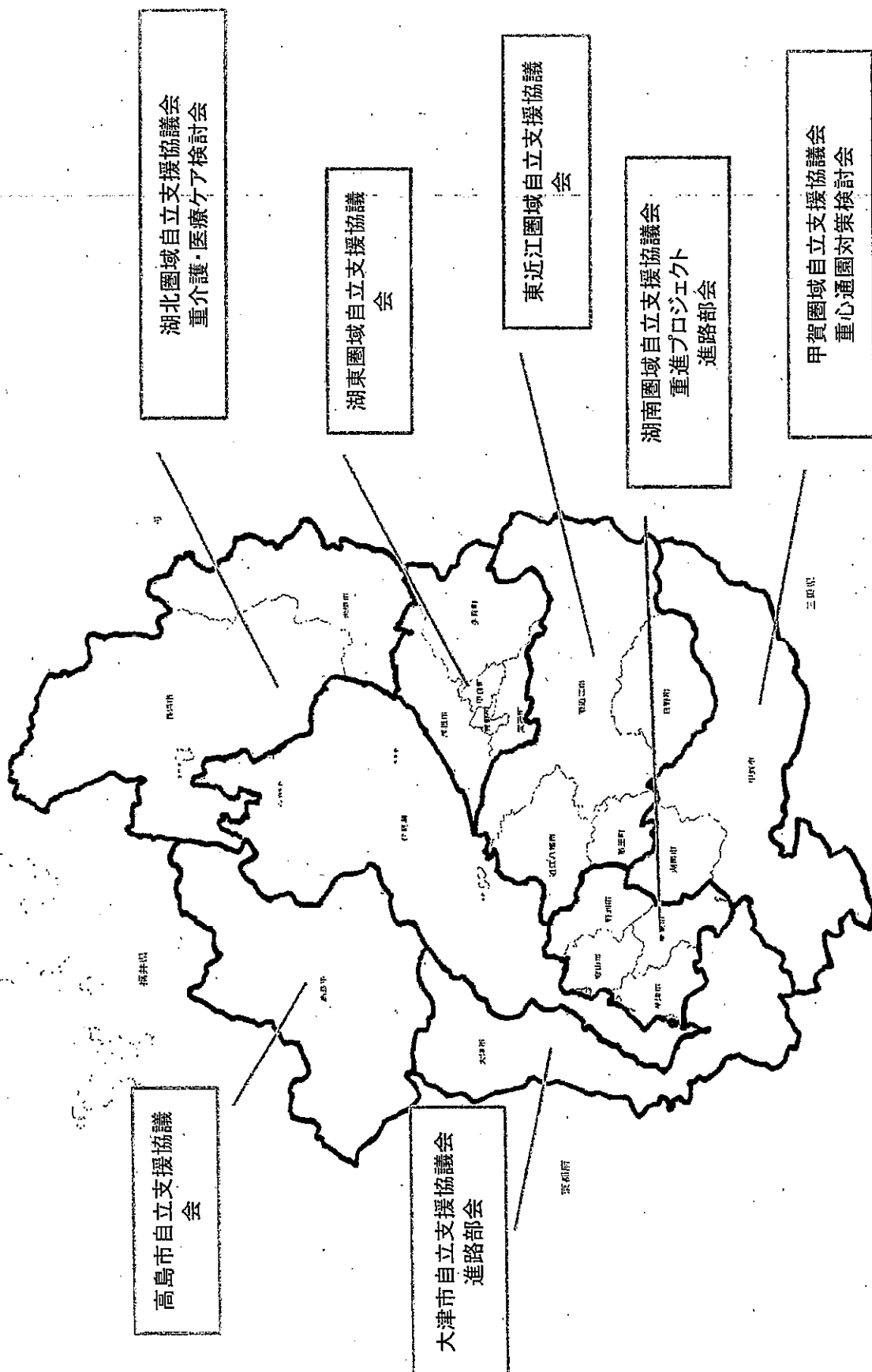
- ・データ把握
- ・生活実態の調査（ニーズ調査）

＊地域課題への取り組みサポート

4) 施設入所調整に関わる支援

- (1) 市町で把握している入所待機者把握の為の協力
- (2) 入所調整会議でのケース理解の為の説明等

＜滋賀県福祉圏域における重症児者関係会議＞



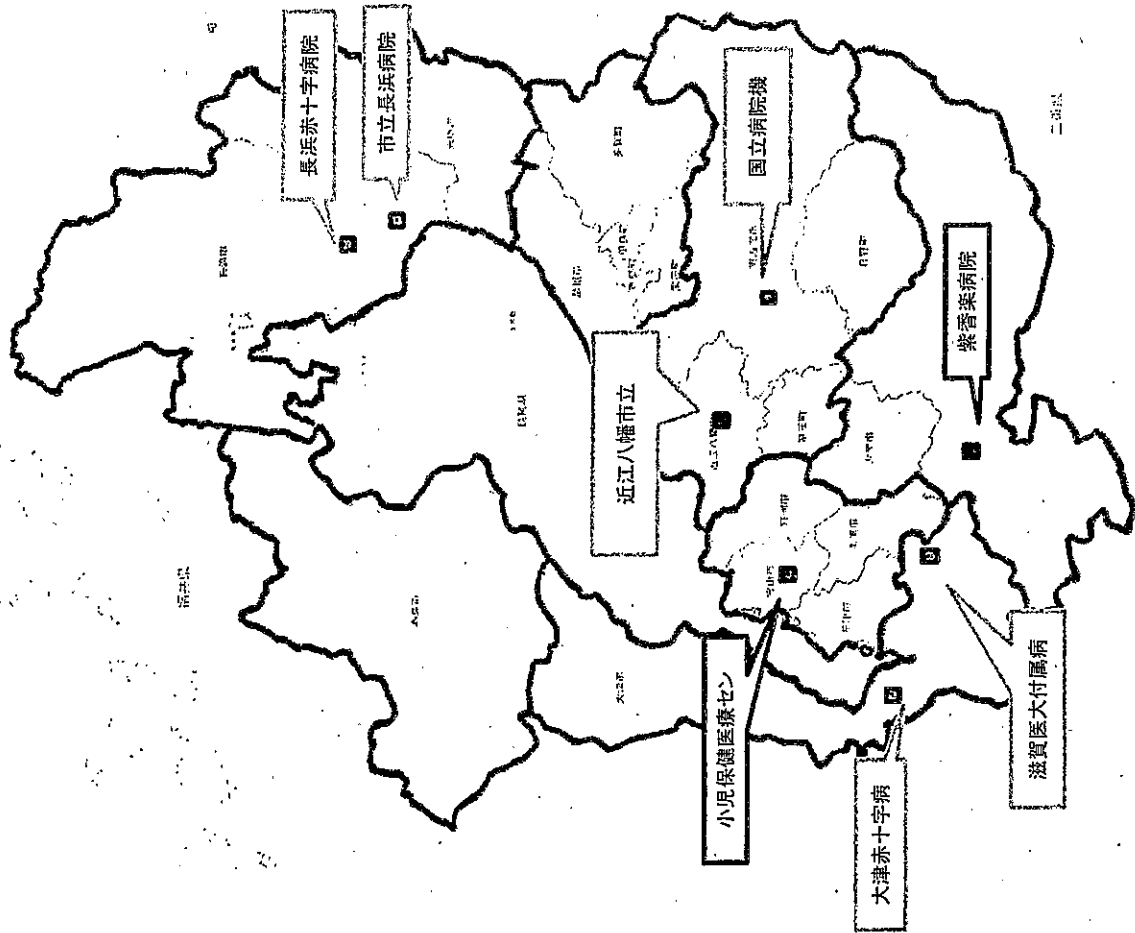
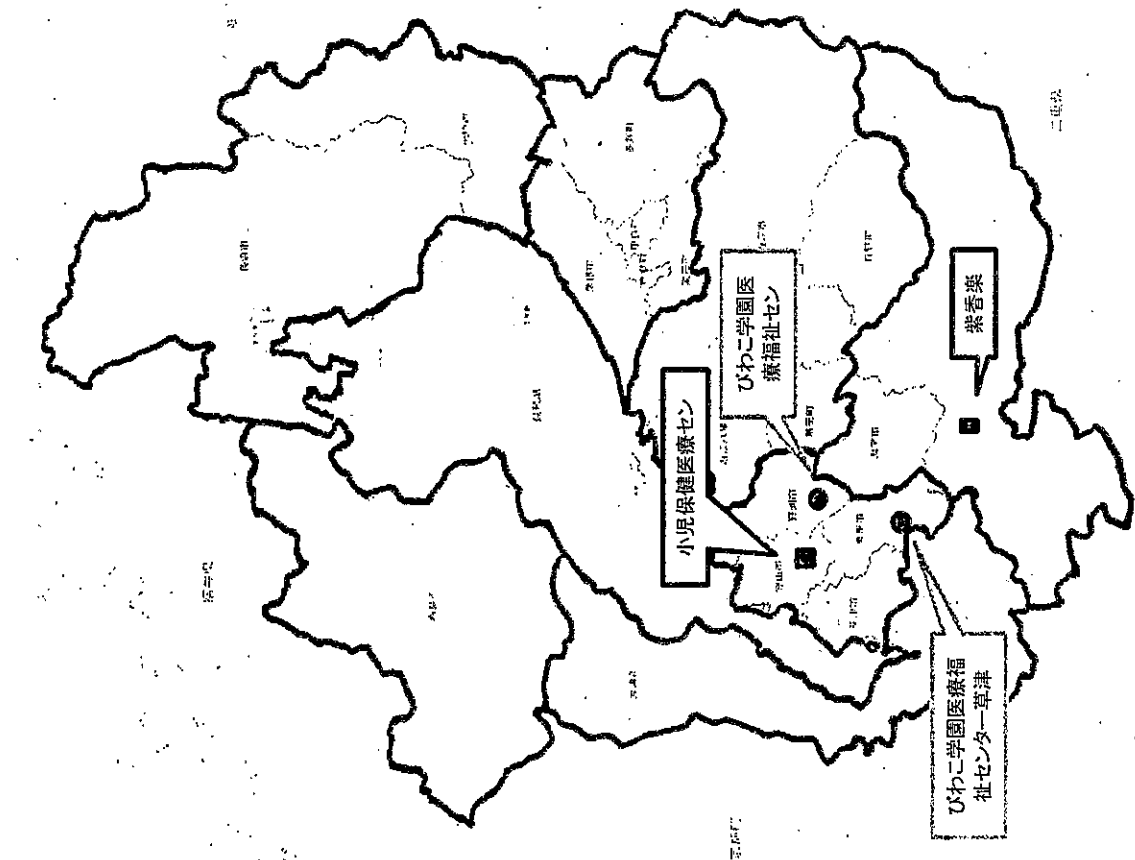
＜圏域重心会議＞

圏域	会議名	内容	現参加メンバー
大津圏域	進路部会	・2年先までの卒業生状況の共有 ・希望先・実習状況共有 ・事業所の受け入れ状況 ・卒業生の現況報告と、困難ケースの対応に関して協議	市職員(障害福祉課) 相談事業所 事業所職員(サビ管・ケースワーカー) 学校関係者(進路担当教員) 重心ケアマネ(看護師)
湖南圏域	重度障害者進路先確保検討プロジェクト会議	・卒業生(重症者通所タイプ)の10年リスト作成。 ・進路先資源不足の課題抽出と、卒業生受け入れを見越した資源開発提言 ・住まいの場の調査(アンケート調査) ・日中の過ごし方の場の検討	健康福祉事務所 市職員(障害福祉課) 相談事業所 事業所職員(サビ管・ケースワーカー) 学校関係者(進路担当教員) 重心ケアマネ(看護師)
	進路部会(作業部会)	・卒業生の動向(想定進路)調査 ・通所先希望予想数の調査 ・障害福祉サービス事業所の受け入れ可能数の調査 ・日中活動の場の調査(必要量や形態の検討)	
甲賀圏域	重心通園対策会議	・重症児者(重症者通所タイプ)の、卒業生の動向の共有 ・個別ケースごとに、進路希望先と実習状況等の共有、今後に向けての課題検討	市職員(障害福祉課) 相談事業所 事業所職員(サビ管) 学校関係者(教員) 重心ケアマネ(看護師)
東近江圏域	東近江重心ネットワーク会議	・重症者通所が中心となり、ケースごとの状況共有と課題検討 ・福祉サービス提供の調整協議と、医療的課題の共有と対策協議 →サービス課題は、相談員と調整 →医療的課題は、医師・病院等へのアプローチ依頼を受け、ケアマネ(看護師)が繋ぐ	市職員(障害福祉課) 相談事業所 事業所職員(サビ管・看護師) 学校関係者(教員) 重心ケアマネ(看護師)
湖東圏域	湖東圏域重心部会	・昨年重心部会立ち上げと、研修会開催 ・実態把握アンケート調査と共有 ・アンケートよりの課題抽出と、検討に向けての協議	市職員(障害福祉課) / 相談事業所 事業所職員(サビ管・看護師) 学校関係者(教員) 重心ケアマネ(看護師) 難治・慢性疾患基幹病院 保健指導部(看護師・MSW) 訪問看護
湖北圏域	重介護・医療ケア検討部会	・「医療情報シート」の作成と運用 ・障害児者医療連携体制構築の為に医師会への働きかけ →基幹病院院長の定例医師会での研修依頼と実施 ・部会から「日常的に医療ケアを必要とする方」の緊急提言 ・フレーム開催検討	市職員(障害福祉課) 相談事業所 事業所職員(サビ管・看護師) 学校関係者(教員) 重心ケアマネ(看護師) 難治・慢性疾患基幹病院 保健指導部(看護師・MSW)
湖西圏域	特化したものはなし	委託相談事業所が全ての分野の対応をしており、重症児者に特化した会議は滞っている状況。 困難ケースに関しては、個別にケース会議により把握	

表2

＜医療関連会議＞

湖南圏域	湖南圏域医療ネットワーク会議	・重心を地域で支える医療連携の構築の為に →開業医(医師会会員)への、診療実態アンケート調査 重心通園、事業所、施設の見学体験 医師会での研修会開催 医療ネットワークフォーラムの開催	湖南圏域(4市)の医師会役員 難治・慢性疾患基幹病院(医師) 保健指導部(看護師) 福祉事業所代表 家族の会代表 当事者家族 市・保健行政 重心ケアマネ
	難治・慢性疾患基幹病院と学園での連携会議	ケース共有と、病院・施設・相談保健行政での現状共有 課題検討 レスパイト、短期入所の調整	難治・慢性疾患基幹病院(医師) 保健指導部(看護師) 施設短期担当ケースワーカー 重心ケアマネ
湖南圏域 甲賀圏域 東近江圏域 湖北圏域	難治・慢性疾患基幹病院と学園に主治医を持つ方々の、地域でのかかりつけ医を繋ぐ訪問調整会議	地域診療所、地域中核病院への連携構築の為に「かかりつけ医」を繋ぐ 家族同行支援、受診同行支援	難治・慢性疾患基幹病院(医師) 保健指導部(看護師) 重心ケアマネ
湖南圏域	施設での地域連携室会議 (C野洲・C草津)	短期入所の現状、課題共有 困難ケースの共有と、課題検討	医師 外来看護師 訪問看護 重心ケアマネ



自立支援協議会 重心部会関連会議実施状況

2013. 4. 11 湖北医ケア検討部会
 16 湖南医療ネットワーク会議
 25 東近江重心ネットワーク会議
 5. 10 湖南重進プロジェクト会議
 10 湖東重心部会
 17 湖南重進プロジェクト会議
 20 小保・びわこ連携会議
 31 湖南自立支援協議会 全体会
 6. 5 湖東重心部会
 7 湖南進路部会
 24 東近江重心ネットワーク会議
 7. 7 甲賀重心検討会議
 9 湖南医療ネットワーク会議
 11 湖東自立支援協議会 全体会
 25 湖南医療ネットワーク会議臨時会議
 29 東近江重心ネットワーク会議
 8. 7 湖東重心部会
 9 湖南重進プロジェクト会議
 30 東近江重心ネットワーク会議
 9. 4 湖東重心部会
 5 湖東自立支援協議会 定例会議
 17 小保・びわこ連携会議
 25 東近江重心ネットワーク会議

生活支援計画書(1)

利用者氏名 [殿] 担当者氏名 []

施設利用への利用者の意向	総合的な支援の方針
【プロフィール】 ・50歳 男性 ・脳性小児麻痺による両上下肢痙直性麻痺 ・身体障害者手帳1種1級、療育手帳A、障害程度区分6 ・重症心身障害児認定有り ・日常生活全般に介助が必要。 ・コミュニケーションは言語で可能。 ・移動は車いすを使用しており、介助が必要。 【家族状況】 ・両親、弟が神戸市に在住。後見人制度を利用しており、弟と母が保佐人。 【福祉サービスの利用状況の経過】 ・1966年びわこ学園医療福祉センター草津に入所し、現在に至る ・本人が地域での生活を希望され、2009年よりケアホーム（ケアホーム大平）の体験入居と生活介護施設「まちかどプロジェクト」の体験実習を定期的に行っている。 【本人・家族の意向】 （家族） ・本人の意思を尊重し、持っている力を十分に発揮できる環境を整えたい。 ・本人のペースにあったケアホームで生活して欲しい。 ・家族では本人の受診付き添いに対応できないため支援を利用したい。 （本人） ・ケアホームで自分のペースにあった自立生活を送りたい。 ・日中は自分の持っている力が発揮でき、仲間との交流が出来る通所施設に通いたい。 ・日常生活をヘルパーに手伝って欲しい。 ・ケアホームでの生活を基盤としながら、日中活動・余暇活動を充実させたい。 ・受診の付き添いに支援を利用したい。	【支援の方針】 ・ケアホームで自立した生活を送りながら、日中は本人が仲間と共に力を発揮して過ごせることができる通所施設に通えるよう支援する。 ・週末に本人が希望する余暇を過ごせるよう支援する。 ・安心して定期受診が出来るよう支援する。 【新規申請内容】平成23年9月1日～ ・生活介護 当該月における日数から8日を控除した日数 ・共同生活介護 ・重度訪問介護 223.5時間

生活支援計画書(2)

利用者氏名 [殿] 担当者氏名 [谷 山佳]

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	支援目標		支援内容			
	長期目標(期間)	短期目標(期間)	援助内容	担当職種	いつ	どこで
地域で自立した生活を送りたい。			共同生活介護 *身辺面の介助 *家事援助	共同生活介護職員	毎日	ケアホーム
日中活動を充実させたい。			・生活介護 *身辺の介助 *心身状況の観察 *日中活動支援 *送迎支援	生活介護施設職員	平日	生活介護施設
身辺面での介助を受けながらケアホームの生活を送りたい。			重症訪問介護：186時間 3時間×31日＝93h 3時間×31日＝93h *更衣、食事、入浴などの介助	居宅介護事業所	毎日 6:30～9:30 18:30～21:00	ケアホーム

ニーズ:アセスメント対応者が「利用者の現状」を把握するなかで、また「利用者の希望や思い」を聴取するなかで、利用者の心理・身体・環境の三側面とその相互作用に留意しながら「気になること」「気づいたこと」「利用者の可能性」を把握し、解決すべき問題点、利用者の課題、支援者側の課題を利用者の立場で、利用者によりやすい言葉で表現する。

生活支援計画書(2)

利用者氏名 [殿] 担当者氏名 []

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	支援目標		支援内容			
	長期目標(期間)	短期目標(期間)	援助内容	担当職種	いつ	どこで
受診に付き添ってほしい			重度訪問介護(通院介助) 7.5時間 4時間×月1回+3.5時間×月1回 *受診付き添い	居宅介護事業所	不定期	病院〜ケアホーム
週末の余暇を充実させたい。			重度訪問介護30時間 6時間×月5回=30時間 *身辺の介助 *本人が希望する余暇への支援	居宅介護事業所	週末	外出先

ニーズ:アセスメント対応者が「利用者の現状」を把握するなかで、また「利用者の希望や思い」を聴取するなかで、利用者の心理・身体・環境の三側面とその相互作用に留意しながら「気になること」「気づいたこと」「利用者の可能性」を把握し、解決すべき問題点、利用者の課題、支援者側の課題を利用者の立場で、利用者によりわかりやすい言葉で表現する。

ケアホームとともる

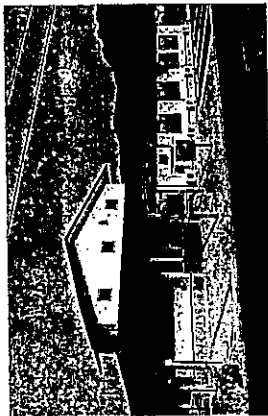
社会福祉法人 びわこ学園

びわこ学園障害者支援センター ケアホームとともる

〒520-2102 滋賀県大津市松が丘7丁目15-5

TEL: 077-507-2373

FAX: 同上



はじめに、

「ケアホームとともる」は、重い障がいのある人たちも、「自分の暮らしがしたい」「地域生活を継続していきたい」という願いのもと、平成19年10月に開所された「ケアホーム大平」を、あらたに定員を増やし、平成23年9月に新築スタートしたものです。

今回は、新たにケアホームでの生活を実際に体験することができ「体験室」もつくりました。

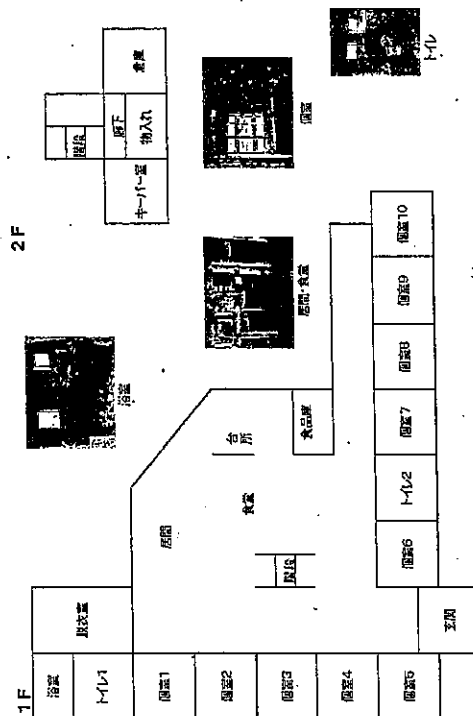
ケアホームとともる (全貌)

1. 概要

サービス種類	共同生活介護
開設年月日	2011年9月1日
定員	10名 (内体験枠1名)
住宅区分	木造2階建
延床建築面積	317㎡ (1F: 293㎡ 2F: 24㎡)
バックアップ施設	びわこ学園医療福祉センター草津
管理者	田村 和宏
サービス管理者	齋永 博志

2. ホームの取組み図

案内図取り図



3. 利用者一日の生活

6:00～ 起床・洗面・身支度
 7:00～ 朝食
 8:15～ 各々の日中活動施設へ
 16:30～ ホームへ帰宅
 17:30～夕食
 19:30～入浴
 21:30～ 共同部分消灯

☆ 土日祝日 (日中活動施設がお休みの日) はホームで過ごされたり、ヘルプサービスを利用されたりしています。

4. ホームの利用者状況 (9名)

男性	7	区分6	8
女性	2	区分5	1

20歳代	2	大島1~4	5
30歳代	4	大島5~9	4
40歳代	2		
50歳代	1		

5. ホームの利用料

家賃	32,000円
水光熱費	10,000円
日用品	3,000円
車両代	6,000円
朝食代	200円 (1食分)
夕食代	550円 (1食分)
布団・シーツ他リース	5,000円

☆ 昼食代は実費です。

☆ 上記の他に支援法に基づき、利用者負担が各々であります。

6. ホームの職員体制

世話人 常勤換算 3人
 支援員 常勤換算 8.6人

朝 4人体制
 夕 4人体制
 夜中 2人体制
 休日日中 3人体制



タバのひとこま

