

コミュニティケア 実践事例集

平成 28 年 12 月

社会福祉法人 全国社会福祉協議会
全国身体障害者施設協議会

全国身体障害者施設協議会 倫理綱領

社会福祉法人 全国社会福祉協議会
全国身体障害者施設協議会

全国身体障害者施設協議会に加盟する施設は、『障害者の権利に関する条約』の理念を遵守し、「最も援助を必要とする最後の一人の尊重」「可能性の限りない追求」「共に生きる社会づくり」という本会の基本理念を実現するため、ここに倫理綱領を定めます。

1. 私たちは、基本的人権を尊重し、利用者一人ひとりのその人らしい生活を支援します。
2. 私たちは、日々の実践を検証し、利用者に安全、安心、快適なサービスを提供します。
3. 私たちは、自己研鑽に努め、専門的な知識と技術と価値観をもって、良質なサービスを提供します。
4. 私たちは、利用者に必要な情報をわかりやすい方法で提供し、要望にはすみやかに対応します。
5. 私たちは、広く重度の障害のある方々のためのサービスを開発し、提供します。
6. 私たちは、重度の障害のある方々をとりまく環境の改善と福祉文化の醸成に努めます。
7. 私たちは、関連機関・団体、地域住民等とともに、事業を展開します。
8. 私たちは、透明性を堅持し、健全かつ活力ある経営にあたります。

平成 15 年 3 月 13 日制定

平成 26 年 3 月 14 日改定

前文に障害者権利条約の理念の遵守を追加

はじめに

平成 26 年 1 月にわが国が批准した障害者権利条約において、障害に基づくいかなる差別もなしに、全ての障害者のあらゆる人権および基本的事由を完全に実現することを確保、および促進することが定められ、等しく選択の自由や地域社会で生活する権利を有することが認められている。

また、障害者総合支援法の第 1 条においても、障害の有無によって分け隔てられることなく共生する社会の実現、社会参加の機会の確保、どこで誰と生活するかについての選択の機会の確保などの理念が謳われている。

全国身体障害者施設協議会（以下、身障協）では障害者支援施設が地域生活支援の拠点としての役割を担いコミュニティケアの実現を目指すことを重点事業として掲げ、利用者一人ひとりの思いや自己実現に向けた支援に取り組んでいる。また、地域社会の一員として、地域のニーズに応えるべく、より一層の社会福祉事業や地域公益活動の取り組みの推進に努めることとしている。

こうしたなか、身障協では平成 26 年 3 月に、「わたしたちが創るコミュニティケア～スペースモデルの実現をめざして～」を発行した。この中で、「コミュニティケア」とは、障害のある当事者を中心として、当事者を取り巻くフォーマル・インフォーマルを問わない様々な地域資源（人・物・サービス）が相互に関わり合うことで当事者の自己実現に向けた支援を行うことであると説明している。

また、「コミュニティケア」の実践例をふまえ今後障害者支援施設が取り組むべきことについて整理している。

今回とりまとめた「コミュニティケア実践事例集」では、障害のある当事者を中心に障害者支援施設が拠点となって様々な地域資源との連携によるニーズ対応・課題解決を行った事例（全 17 事例）を 4 つのテーマ「1. 施設における支援のあり方」「2. 在宅生活支援のあり方」「3. 基盤整備・環境整備」「4. その他地域生活支援拠点としての機能に関連する事例等」に分類して掲載している。

本書をお読みいただき、障害のある当事者の夢や生きがい、目指す目標の実現に向けた支援として、各施設においても、一層のコミュニティケアの実現に向けた取り組みの推進の一助にさせていただければ幸いである。

最後に、本書発行にあたり、各ブロック協議会においては貴重な事例の提供にご協力いただき、感謝申しあげたい。また、編集等ご担当いただいた地域生活支援推進委員会委員のみなさまに心よりお礼申しあげたい。

平成 28 年 12 月

全国身体障害者施設協議会
会長 日野 博愛

目 次

◇はじめに	
◇本冊子の目的・活用方法	3
【テーマ1】「施設における支援のあり方」	5
○「地域の友だちと一緒に働きたいという希望の実現に向けた支援」	7
○「外部サービスを活用して自分らしい生活（外出）を楽しむ」	11
○「ストレングスと外部サービスの組み合わせによる旅行の実現」	15
○「在宅生活を希望する施設入所者の地域移行実現に向けた取り組み」	19
◆テーマ1まとめ	23
【テーマ2】「在宅生活支援のあり方」	25
○「精神障害者の地域生活支援と相談支援の役割 （入院から地域生活を定着させるための支援）」	27
○「自宅以外での生活体験を支援する」	31
○「在宅障害者の虐待（ネグレクト）に伴う短期入所緊急避難の受入れ」	35
○「医療ケアを要する在宅障害者とその家族を支える施設の取り組み」	39
◆テーマ2まとめ	43
【テーマ3】「基盤整備・環境整備」	45
○「地域貢献事業 特別支援学校通学児のための『モーニングサポート』の 立ち上げ」	47
○「就労継続支援B型事業の利用に係るアセスメント体制の地域整備」	51
○「罪を犯した障害者の地域生活を支える相談支援事業所の取り組み」	55
○「在宅生活継続のための本人と配偶者へのレスパイト支援」	59
◆テーマ3まとめ	63
【テーマ4】「その他地域生活支援拠点としての機能に関連する事例等」	65
○「虐待案件における緊急一時保護」	67
○「他の施設で入所希望を断られた利用者の、施設入所に向けた支援」	71
○「本人の製作した作品の販売に向け、インフォーマル資源を含めて 連携した取り組み」	75
○「住みよい街づくりにグループホームが果たす役割 ～スロープ設置の事例を通して～」	79
○「H I V感染症者の福祉サービス利用拡大につないだ事例」	83
◆テーマ4まとめ	87
◇総括	88
◇地域生活支援推進委員会 委員名簿	90

本冊子の目的・活用方法

全国身体障害者施設協議会（以下、身障協）では、「障害児（者）の地域移行に関連させた身体障害・知的障害関係施設の機能の体系的なあり方に関する研究」（平成16年度報告書）において、7つの機能をあげている。「最も援助を必要とする最後の一人の尊重」、「可能性の限らない追求」、「共に生きる社会づくり」を基本理念とする①自立支援機能、②専門的生活介護機能、③治療・健康管理機能、④社会リハビリテーション機能、⑤地域生活支援機能、⑥住居提供機能、⑦相談支援・ケアマネジメント機能、である。これらの機能はサービス提供者の視点から客観的に施設の機能を整理したものであった。

その後、施設の今後のあり方を考えるにあたり、サービスを利用する人の視点で施設の機能が整理された。すなわち、私たちが目指すのは、障害者の人格と個性が尊重され、日常生活と社会生活を営むうえでの意思が尊重される共生社会である。身障協では目指すべき社会の実現に向けて、今、障害者支援施設にある機能やノウハウを高めることによって実現できるケアモデル「コミュニティケア（地域資源の連携ネットワーク型ケア～スペースモデルはコミュニティケアをイメージしている）」を提案し取り組んできた。

これらの経過をふまえ、本冊子では、重度障害者の地域生活支援をさらに推進するために、コミュニティケアに積極的に取り組んでいるさまざまな事例を紹介し、その広がりや課題を浮き彫りにしながら今後につなげることを目的としている。特に「障害者支援施設が地域の拠点として果たしている役割と機能」、「相談支援（事業）の果たしている役割や機能」に焦点をあてて事例を選定した。

具体的には、（1）施設における支援のあり方（特に個別支援の充実、選択の保障）（2）在宅生活支援のあり方（連携による支援のあり方、施設の役割、環境整備等）、（3）（インフォーマルなサービスを含む）基盤整備や環境整備、（4）地域生活支援拠点としての機能、の4つのテーマに関連する17の事例構成となっている。

4つのテーマに共通するキーワードは『連携』である。地域におけるフォーマル、インフォーマルなサービスの調整、地域の関連機関、施設内の多職種間、施設と地域などの人と機能の連携に関する内容である。この『連携』が4つのテーマの中で変化拡大していることが読み取れる。一例をあげると、「障害者支援施設の利用目的の変化や拡大（施設入所しながら日中は他の事業所へ通う）など施設利用選択肢の広がり」、「短期入所利用目的の拡大（親亡き後を見据えてのレスパイト利用、ネグレクトからの緊急利用、医療的支援が必要な障害者と家族の支援）」、「インフォーマルサービスの開拓など制度の枠組みを越えた支援（施設利用者の外出支援、保護者

の支援にもつながっている独自の移動支援サービス、地域の環境整備に貢献など)」、「支援対象者と支援内容の広がり(精神障害者、障害のある刑余者の地域生活支援、HIV 感染症者の福祉サービス利用拡大など)」があげられる。

また、特に『相談支援』に着目した。特定計画相談にとどまらず、サービス管理責任者、相談支援専門員など障害者に寄り添いながら、連携を推進してきた力となっていることを評価して事例を読み取っていただきたい。あわせて、コミュニティアケア実践事例の背景にある課題も見えてくる(親亡き後のライフステージにおける継続した支援、地域包括支援、重度障害者の住まいや就労、生きがい、共生社会、等)。

先に挙げた4つのテーマに添って、本冊子では身障協会員の障害者支援施設が積極的に取り組んできたコミュニティアケアの実践例を紹介している。ここに紹介する事例をみなさまの施設での今後の取り組みに活かしていただきたい。

全国身体障害者施設協議会
地域生活支援推進委員会
委員長 工藤 伸役

テーマ 1

「施設における支援のあり方」

地元の友だちと一緒に働きたいという 希望の実現に向けた支援

愛知県・相談支援事業所ピカリコ（ピカリコ）

I. 事例の概要（基本情報）

1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)	障害支援区分5 脳性麻痺 40歳代(女性)
2. 障害の特徴	○四肢麻痺による筋緊張あり。 ○会話による意思疎通は可能。 ○周囲に気を遣って、自分の気持ちを言えないことがある。 ○日中は電動車椅子で移動は自立。 ○食事、排泄、着脱、移乗等是一部介助が必要。
3. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)	施設入所して生活自体に不満はないものの、本当は地元で友人がたくさんいる、通っていた事業所にもう一度通いたい。
4. 主な支援内容	相談支援専門員によるモニタリング、ご家族、入所施設との話し合い、以前通っていた事業所への相談、見学、契約の同行。
5. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)	相談支援事業所、入所施設、通所事業所(2か所)、家族、行政
6. その他事例の特徴	入所施設と通所事業所は隣接市。サービスは生活介護。

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆障害者支援施設入所の経緯

平成11年に養護学校を卒業後、地元A市のB作業所（当時：知的障害者通所授産施設）へ通所。平成14年、C市に身体障害者の入所施設が開所することを知り、親が高齢になった時に本人の介護ができないと将来を考え、同年10月、身体障害者療護施設ピカリコ（現：障害者支援施設）（以下、ピカリコ）に入所する。

◆入所後の状況

移動は電動車椅子で自立その他は一部介助。施設には開所時から在籍し、生活は落ち着かれている。手芸のクラブや日中活動で組み紐制作に取り組んでいる。

◆地元事業所へ通所の経緯

平成25年7月、障害福祉サービスの更新に伴い、当法人相談支援事業所にサービス等利用計画を依頼され、本人、家族へ改めて今後の生活、希望などを伺った際、本人より「できるなら友人に

も会いたいし、以前通所していた地元のB作業所（現：就労継続支援B型、生活介護）に通所したい。両親に負担をかけたくないから今の施設に入所していきたいけど、A市に戻りたいという気持ちもある。暮らしていけるかわからないけど、グループホーム（以下、GH）のことなど知りたい」と本人のニーズを聞くことができた。

本人のニーズをサービス等利用計画に盛り込むために、ピカリコのサービス管理責任者（以下、サビ管）に本人の意向を伝えると、入所者が他事業所へ通所したいと希望されることが初めてのため、どのくらいの日数なら可能か、他にも希望者が出た場合はどうするか等、施設で検討したいと留保された。後日、他事業所への通所について了解を得ることができた。A市福祉課、B作業所サビ管にも相談し、利用可能か検討を依頼。両親を交え、本人の意向を伝えて理解、協力を依頼し、当法人相談支援事業所にてサービス等利用計画を立案した。

◆地元作業所へ通所するまでの具体的な取り組み

アセスメントした際、本人も本当に地元の施設に通えるようになるのか、自分のわがままが家族や施設に迷惑をかけるのではないかといろいろなことを悩みながら気持ちを話され、胸の内に秘めていた「地元の施設に対する想い」をこの先もずっと抱えながら施設で暮らしていくことが、本人にとって幸せな選択ではないと感じた。

ピカリコとしても入所者が他事業所に通所することに戸惑い（他入所者への配慮等）もあった。しかし、相談支援が関わったことで、「施設完結型」の支援ではなく、「施設入所が人生の終着ではない、本人の将来を見据えた支援が大事」と前向きに捉えることができた。

しかし、現実問題として、送迎の確保等の問題により「希望すれば誰でも他事業所に通所していただく」とはできないため、本人、家族が他の就労継続支援事業所等を利用したいとの申し出がある場合、まずは本人に就労経験がある、または作業能力を有し、将来を見据えた意向を持ち、ピカリコとしても他事業所に通所することが本人の可能性を広げ、適切であると判断できる者のみ、個別支援計画を立案した上で通所を支援することとなった。

サービス等利用計画作成後、平成25年8月～平成26年1月を準備期間として計画に基づいた準備を進めた。

A市福祉課より、「以前通っていたB作業所は市内在住が利用条件のため、通所は困難。しかし、隣接するD園（生活介護／生産活動あり）なら通所は可能」と返答をいただく。D園サビ管へ連絡し、経緯を説明、事業所の概要を伺うとB作業所の友人がたくさん通っていることや、行っていた作業（機織り）が今もあることがわかった。その内容を本人へ伝えると詳しい話を聞きたいとのことで、施設見学を調整した（本人、家族、入所施設担当生活支援員、相談支援専門員で実施）。

施設見学では、D園サビ管よりサービス内容や利用者の主たる障害種別や定員などの説明や、作業の様子など施設内を案内いただき、本人の中で通いたいという気持ちが強くなった。一方で、送迎をどうするかという課題が出た。

そこで、11月、通所することを前提にサービス担当者会議（本人、家族、入所施設サビ管、通所施設サビ管、相談支援専門員）を開催し、利用回数、曜日、送迎についてなど話し合い、また、介護状況等のアセスメントを行った。

平成26年1月よりまず本人の体調を考慮し、隔週1日でD園へ通所を開始した。その後、段階的に利用日数を増やし、平成28年7月現在は毎週火曜日と月1回月曜日に通所している。

◆問題点

○本人の思いに理解はあるものの、家族が通所に消極的であった。（入所施設に慣れ親しんで、本人も家族も落ち着いているのになぜ今さらという思いや、他の利用者と違うことをすることで妬

まれるのではという心配。)

- 入所施設も入所者が他事業所へ通うことに慎重な考えだった。
- 他市の事業所のため、送迎をどうするか課題だった。(入所施設からは、他事業所へ通うということについて、特別に人員を配置することはできないため送迎ができないと言われていた。D園もC市にあるピカリコ近隣までを範囲とする送迎ルートが無かった。)

考察

今回のケースでは、生活に不自由はないものの、本人がずっと抱えていた「以前通っていた地元の施設に対する強い想い」という隠れた本人のニーズを相談支援専門員が引き出し、本人の気持ちに寄り添いながら、家族や入所施設、他事業所に理解・協力を促し、一緒に支援を進めたことが重要であった。今回のケースを通じ、職員にとって個別支援計画をより広い視点で柔軟に考える機会になった。また、サービス完結型の側面が強かったピカリコも地域資源との連携の重要性を再認識することができた。

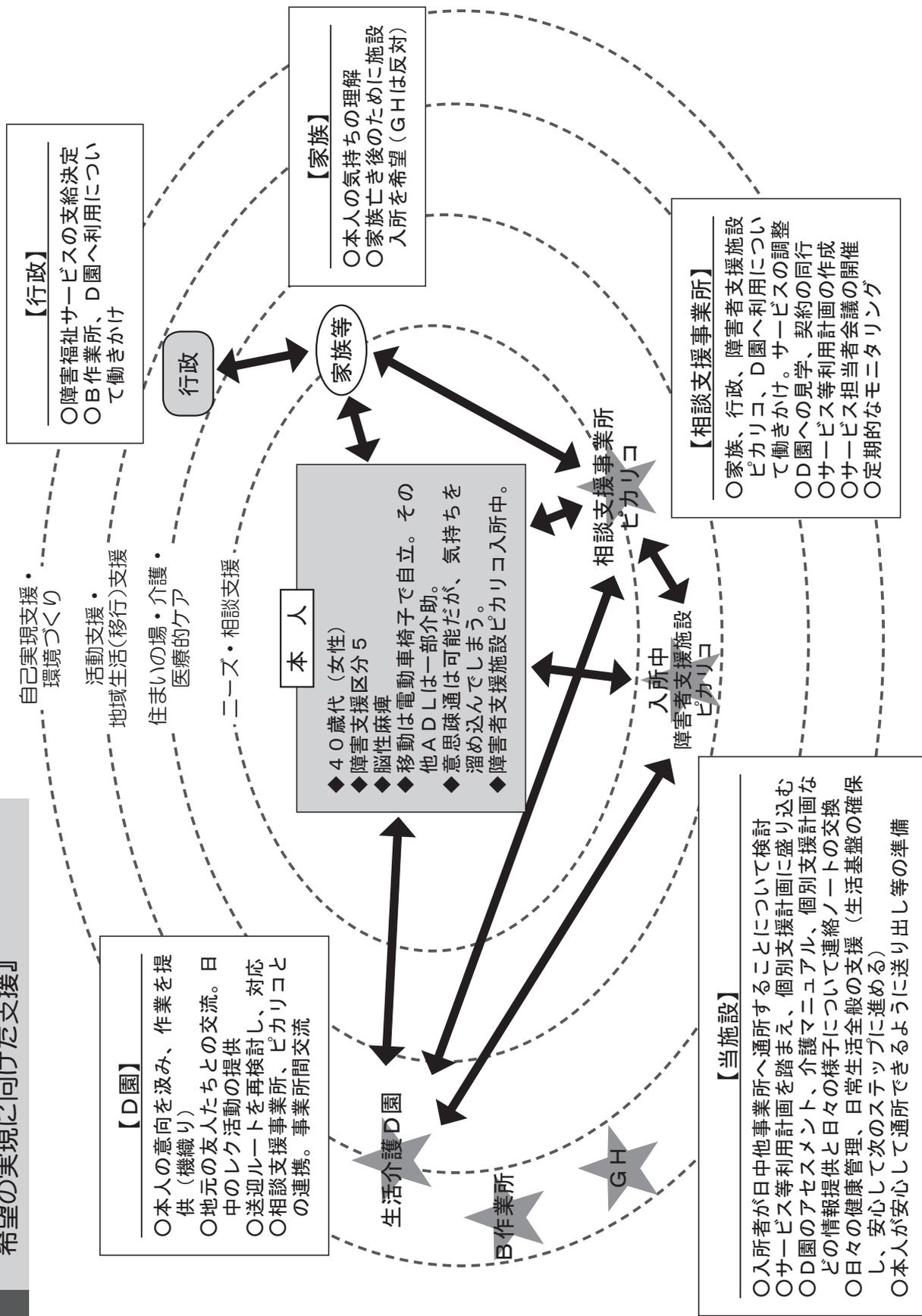
Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

- 本人・家族・両事業所サビ管・担当生活支援員・行政を含め、サービス等利用計画を中心として連携しながら支援を進めたことで信頼関係を構築することができた。
- 包括的な支援を提供できる入所施設だからこそ安定した生活を送っていただける中で、次のステップへ進みたいとの本人の意向を理解し、協力することができた。特に担当職員がD園の利用がスタートするまでの間、定期的に本人の話を聞き、期待と不安な気持ちを受け止めた。
- サービス担当者会議という、ピカリコ・D園の両事業所のサビ管・担当者同士で介護状況や医療面の留意事項など直接話し合える機会を設けたことで、施設間の交流が生まれ、各事業所の個別支援計画でも連携が図れる関係になった。
- サービス担当者会議の場にて、本人も参加し、思いをきちんと伝える機会を設けたことで、通所先の事業所が送迎に対し前向きに検討し、対応いただけることになった。
- 両施設間の情報共有のため、連絡ノートを作成し、体調や気になること、連絡事項等を記入し、通所する際、本人が持って行っている。

Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

- 当初、本人の家族は、入所しているのにわざわざ他事業所へ通所することに消極的であったが、話し合いを重ねることで、本人の思いを理解してもらえるようになった。今では、充実した本人の様子を見て、通所を勧めていただいてよかったと話してくれるようになった。
- 本人はもっと利用日数を増やしたい意向がある。現状として、通所先の事業所に定員の空きはあるが、現入所施設としては、利用日数の兼ね合いをどうするか話し合う必要がある。また、他の曜日で増やすとなるとD園の送迎ルート（方法）が確保できるか不明なため、相談しなければならない。
- 一方で地元への地域移行については、「これから先、親も本人も歳を取っていくのに」と、家族から強い反発があり、話し合いの機会は設けたものの、支援は進んでおらず、GHの見学まで至っていない。

『地元の友だちと一緒に働きたいという希望の実現に向けた支援』



外部サービスを活用して 自分らしい生活(外出)を楽しむ

栃木県・ひのきの杜

I. 事例の概要（基本情報）

1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)	障害支援区分6 脳性麻痺 40歳代(男性)
2. 障害の特徴	○両上肢の機能障害と両下肢の機能全廃。 ○電動車椅子使用 会話により意思疎通可能。 ○電動車椅子を使用すれば、施設内での移動はほぼ自立。 ○食器の配置次第で自力での食事が可能。 ○移乗は一部介助 排泄、入浴、更衣等については全介助。
3. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)	○自分で選んで買い物がしたい。美術鑑賞に行きたい。 ○趣味のカメラの視野を広げるため、芸術作品に触れたい。
4. 主な支援内容	外出に向けた調整(①本人からニーズを受け、職員と共に外出計画を立てる、②外部サービスとの連絡や日程調整、③外出に向けての準備、④外出後に感想や次回に向けた要望を傾聴)
5. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)	入所施設、外部サービス事業所(NPO法人B、福祉タクシーC)
6. その他事例の特徴	○複数の外部サービス事業所を活用 ○外出を通して、更なるニーズへ繋げる(趣味・生きがいの幅、視野を広げる等)

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆障害者支援施設入所の経緯

40歳代まで福祉サービスの利用がなく、その後別法人の相談支援事業所Aが関わり、近隣の生活介護・居宅介護事業所を利用する。主な介護者であった父(同居)の高齢化や介護負担軽減等を理由に相談支援専門員から障害者支援施設ひのきの杜を紹介され、2か月の体験的短期入所利用を経て入所となった。

◆入所後の状況

相談支援専門員から入所前の生活の情報提供を受け、在宅時には主に買い物を目的とした外出をしていたことから、本人とサービス管理責任者が話し合い、個別支援計画に外出を目的とした支援計画を盛り込んだ。

◆施設の外出の状況

利用者全体の障害の重度化や高齢化から介助量が増加し、職員配置やサービスの機会均等化の観点から、ひのきの杜職員による外出支援は行事以外では実施できず、個人単位の外出は外部サービスを利用しての外出が主となっている。

◆NPO法人Bの設立

- 親亡き後を心配する保護者会を中心に、①個別外出支援、②身上後見、を主たる活動とするNPO法人Bが平成25年に設立。
- 職員は、NPO役員参画、個別外出支援スタッフとして時間外に協力。
- 個別外出支援スタッフは有償ボランティア扱い。現施設職員のみならず、元職員や法人内他施設に異動した職員もスタッフとして外出支援に協力している。

◆近隣の外部サービスの状況

- 本人がよく利用する福祉タクシーC以外にも、地域に2か所程の福祉タクシーがあり、各利用者が行き先・金額・相性等から福祉タクシー会社を決定している。
- 利用者・職員間で福祉タクシーの情報を共有するなど、施設内にはNPO法人Bや福祉タクシーを利用して好きなどころに外出しようという雰囲気が出てきた。
- NPO法人Bは、スタッフ確保が難しい日もあり、一か月前を目途に予約が必要であるが、福祉タクシーCは希望日間近でも予約可能。利用料金は、福祉タクシーCの方が高めである。

◆外出までのスキーム

- ①担当職員が窓口となり、本人より「〇〇に出かけたい」「服を買いに行きたい」等、要望を受ける。
- ②必要に応じて、カンファレンスを開き、多職種（担当職員、看護師、作業療法士、サビ管など）にて、サービスの組み立て案や外出先で想定されること等について検討する。
- ③本人と担当職員により、計画を具体的に組み立てる。（日程、利用するサービス等）
- ④本人と担当職員により、外出に必要な物を準備する。（外出着、お小遣いなど）
- ⑤外出後、本人より今回の外出の感想等を伺い、次回や他の利用者の外出につなげる。

◆これまでの外出の状況

- NPO法人B利用…国立新美術館、東京都美術館など遠方への外出にて利用（料金：1,300円/時間+距離に応じたガソリン代）
- 福祉タクシーC利用…近隣のショッピングセンターや量販店などの買い物にて利用（料金：距離10km～20kmで2時間程度：6,000～10,000円程度）

考察

入所前の相談支援事業所Aの相談支援専門員からさまざまな情報提供を受けて、入所後も変わらない楽しみをとの思いから、本人のニーズでもある外出を支援計画に盛り込み実施した。ひのきの杜単独では外出対応が難しいが、外部サービスを活用し、外部サービスのスタッフへ外出の目的や本人の介助方法等を伝達し、外出計画を組み立てることで、本人にとって満足できる外出につなげることができた。

また、美術鑑賞の外出で、本人は刺激を受け、趣味であった風景写真を撮ることへの意欲が高まり、「写真コンクールへ出展をしたい」との新たな希望もあがっている。外出を通して、本人の新たなニーズ（夢、生きがい）が発出され、本人の生活

はさらに生き生きしたものになると思われる。

今回のケースでは、本人のQOL向上につながるような働きかけができた。障害者支援施設は、利用者と職員との距離が近く、信頼関係を築きやすいことはメリットであり、この先も利用者個々の思いを受け止め、その実現へ向けた取り組みを行っていきたい。

Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

○多職種の視点を取り入れたカンファレンスにより、多角的なケース検討をすることで、より良い外出計画の立案へつなげている。

※ 別ケースの多職種連携の事例

支援区分6、70歳代、男性。頸椎損傷により、ほぼ寝たきり。血圧の変動あり、状態の良い時は意思表示可能であるが、一日の中で覚醒度が大きく変動し、低下した状態では疎通が難しい。また、血圧低下や覚醒度低下の際は、臥床姿勢をとり、下肢拳上するなど、血圧管理の面で医療視点での支援を要する。障害が発生する以前は、活動的で外出への意欲が高く現在も同ニーズを伺っている。本人のニーズに応えるため、看護師参加のカンファレンスを開いた。看護師視点として①血圧管理・対応方法、②外出可能時間、③外出中の緊急時対応、等について助言・指示を受けた。

そこに、職員の支援（介護）方法の視点を交え、最終的にサービス管理責任者が取りまとめることで外出計画を組み立てた。

○外部サービスを活用することで、本人の生活の幅が広がった。

○本人の意見を尊重し、職員と一緒に外出計画を組み立てることで、本人は外出までの手段や課題を学ぶことができ、自身の主体性や判断力が向上した。その後、本人は他利用者と一緒に外出する計画を立てるなど、自立的・主体的な生活につながった。

○日程や料金プランから、行き先に応じて外部サービスを選択することができた。

○外出という生きがいニーズから、「写真コンクールへ出展をしたい」という新たな夢・生きがいニーズの発出につながった。

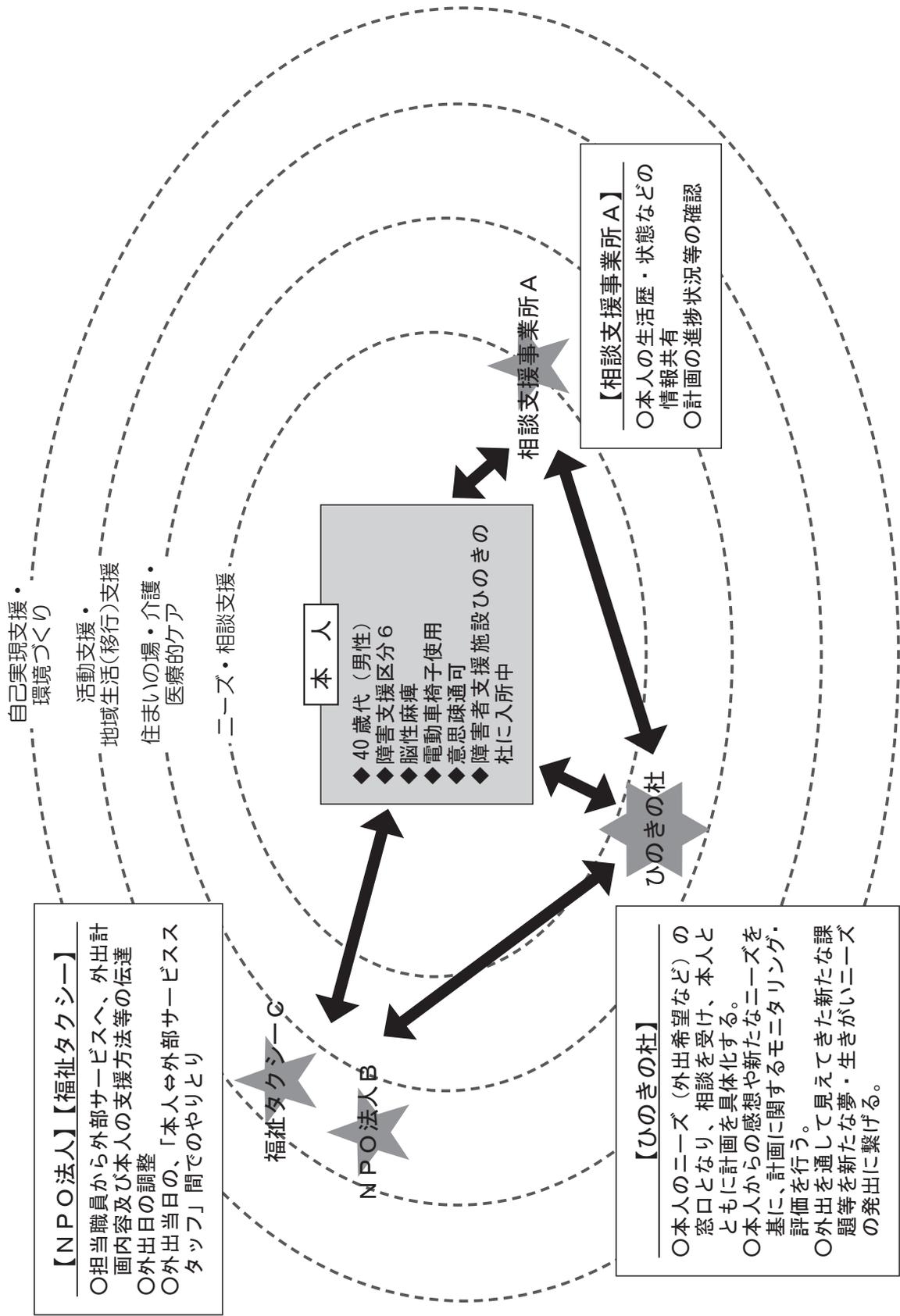
Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

○施設外では電動車椅子操作に危険性があること、リフト車輛の車椅子固定具は電動車椅子に設置できないことから、本人了承のもと施設の標準タイプの車椅子を貸し出すことで対応した。ただし、外出先での移動は全介助となっている。

○外部サービスを利用するにあたり、本人の希望日に予約できない場合は、本人と希望日時を改め、外部サービスと再度調整を行っている。

○外部サービスを利用した外出は、高額（利用料が1万円前後、遠出になると2万円以上）になることがあるため、本人と預金額を確認しながら計画を立てている。

『外部サービスを活用して
自分らしい生活（外出）を楽しむ』



ストレングスと外部サービスの 組み合わせによる旅行の実現

徳島県・徳島赤十字障がい者支援施設ひのみね

I. 事例の概要（基本情報）

1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)	障害支援区分6 脳性麻痺 50歳代(男性)
2. 障害の特徴	○日中は車椅子移乗し、居室でパソコンやテレビを見て大半を過ごしている。 ○発語はないが、ボディアクションやパソコンで手紙を書くことにより、意思伝達は可能。 ○ADLは、全面介助。
3. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)	社会資源を活用し、自分の力で東京旅行を実現させたい。
4. 主な支援内容	コミュニケーション支援、公共交通機関利用、旅行プランニング
5. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)	居宅介護事業所、施設(職員、利用者)、家族、旅行者、介護タクシー業者 障害者サークル
6. その他事例の特徴	本人が描いた夢の実現に向けて、本人のストレングスを明確にし、人と環境の支援を加えることにより夢を具体化し、有償ボランティアを活用した2泊3日の旅行を支援することができた。

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆ニーズの芽生え

- 障害者支援施設での生活の中で、施設行事での外出機会、ボランティアとの関わり、ショートステイ利用者との情報交換等により、本人が地域での活動に興味を持ち始めた。また、他利用者の施設外の活動（サークル活動や旅行）に多々刺激を受けていた。
- これまで旅行や外出は意思疎通の図れる家族や施設職員の付添いのみで、単独での活動はほとんど行っていなかった。現在は両親も高齢になったため、重度障害者である本人の介護をしながらの家族旅行は難しい現状となっていた。

◆ニーズ抽出までの経緯

平成25年頃より、ふだんの何気ない職員との会話の中で、家族の高齢化による今後の生活サポートや将来の夢について語る。その中で、重度障害者で自立して生活している人、地域社会で多様な活動を行っている人などの情報提供を行った。そこから「東京旅行したい」との長年の夢が本人か

ら職員に伝えられた。現在、家族や職員の付き添いで旅行は困難ななかで、どういう支援があれば夢が実現できるかや、自分が持つ「ストレングス」を本人に考えていただく機会を設けることにより、本人自身が今後の生活像について考えるきっかけとなった。職員は、今回の東京旅行というニーズが、ゴールではなく地域社会での活動の始まりと捉えた。

◆個別支援計画に向けて

施設担当職員が中心となり、本人の「ストレングス」に着目し、そこにどのような支援（人や環境）があれば具体化していくかを考え、本人と共に計画の作成を進めた。

◆前期（本人が気づいた自分のストレングスと必要とされる支援）

- 言語表出はないが、ボディアクションや表情で意思疎通ができる。また、パソコンを使用し、自分の思いは文章により伝えることができる。
→実習生やボランティアとのやり取りの中で、ボディアクションや表情で自分の思いを伝えられるよう、施設職員がサポートを行った。
- パソコンを用いてインターネットでの情報収集ができる。東京ドームやディズニーランド等の施設情報を含む旅行のプランを本人なりに立案できる。
→旅行経験のある職員のアドバイスや情報を自分なりの旅行プランに取り入れた。
- 家族に旅行の同意を得るために、メールにて本人の思いを伝えることができる。
→家族の面会時、本人・家族の話し合いに施設職員も参加し、本人の熱い思いを伝えた。その際、家族より「私たちは、東京旅行についていけないが、同行してくれるボランティアに不安がある」との思いを聞き取った。

◆中期

- 同行してもらえるボランティアについて、施設利用者の持つネットワークから、障害者サークルでボランティアとして活動しているB氏を紹介してもらった。B氏は旅行会社に勤務しており、旅行の添乗員としての経験も豊富だった。
- 本人の立案していた旅行プランをB氏へ提示、時間や施設環境を考慮し、本人に無理の無い計画へ修正してもらった。
- 旅行先の介護方法について、本人、B氏、職員で話し合い、旅行までにB氏に介護方法を伝える日程や時間を施設職員と本人で調整した。

◆後期

- 2か月間で、施設生活の中での本人の介護をB氏に実際に体験してもらい、介護のポイントを本人や職員から伝えた。本人からの伝達方法は、その場でのボディアクションや表情といった非言語コミュニケーションに加え、パソコンにて文章化して伝えることができた。また、介護を経験してもらった期間に、コミュニケーションも深め、信頼関係も築いていった。
- 介護体験をしてもらう中で、ボランティア一人の付き添いでは、安全・安心な旅行は難しいとの意見が、ボランティアB氏、施設職員からあったため、付き添いボランティアにもう一人（C氏）を加えることとした。
- 本人・施設職員より、家族に対し、旅行行程やボランティアの介護技術、パソコンや非言語コミュニケーションを使用しての意思疎通が可能となり、スムーズなコミュニケーションがとれ始めていることを伝えた。ボランティア2名は本人の家庭を訪問し、旅行同行の同意を得た。

◆終結期

平成26年10月、2泊3日の東京旅行（東京ドームでの野球観戦、ディズニーランド見学）を実現した。

考察

○今までは、重度障害者の思いを実現するにあたって、「弱い」部分や「できないところ」に着目し支援することが多かったが、今回は本人の「できること」や「得意なこと」に着目し、個別支援計画を立案し進めることができた。従来、具体化するには難しいと思われていたニーズに対して、人や環境をマネジメントしていったことにより、短い期間で実現することができた。

○本人の新たな可能性や希望を見つけ、現状のステージをクリアしたことで、次のステージ（地域社会での活動）に向けての本人の意欲の向上につながった。

○本人の夢の実現が、施設利用者や職員のモチベーションの向上につながった。

Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

○今までの重度障害者の旅行は、施設職員や家族に付き添われ、本人にとって「受動的なもの」だったが、今回、夢の実現に向けて本人の「ストレンクス」を活かす支援を職員と共に考え、実施することで、本人自身が夢の実現に必要な技術等を身につけていくことや、同行するボランティアについての情報収集を行うなどの環境を整えることに対し、能動的に取り組んでいったこと。

○本人の「ストレンクス」を尊重しながら、家族、ボランティア、職員が連携を取り、サポートしていったこと。

○本人・ボランティア、施設職員から家族へ適宜連絡を取ることで、家族が安心して旅行に送り出せるよう配慮をしたこと。

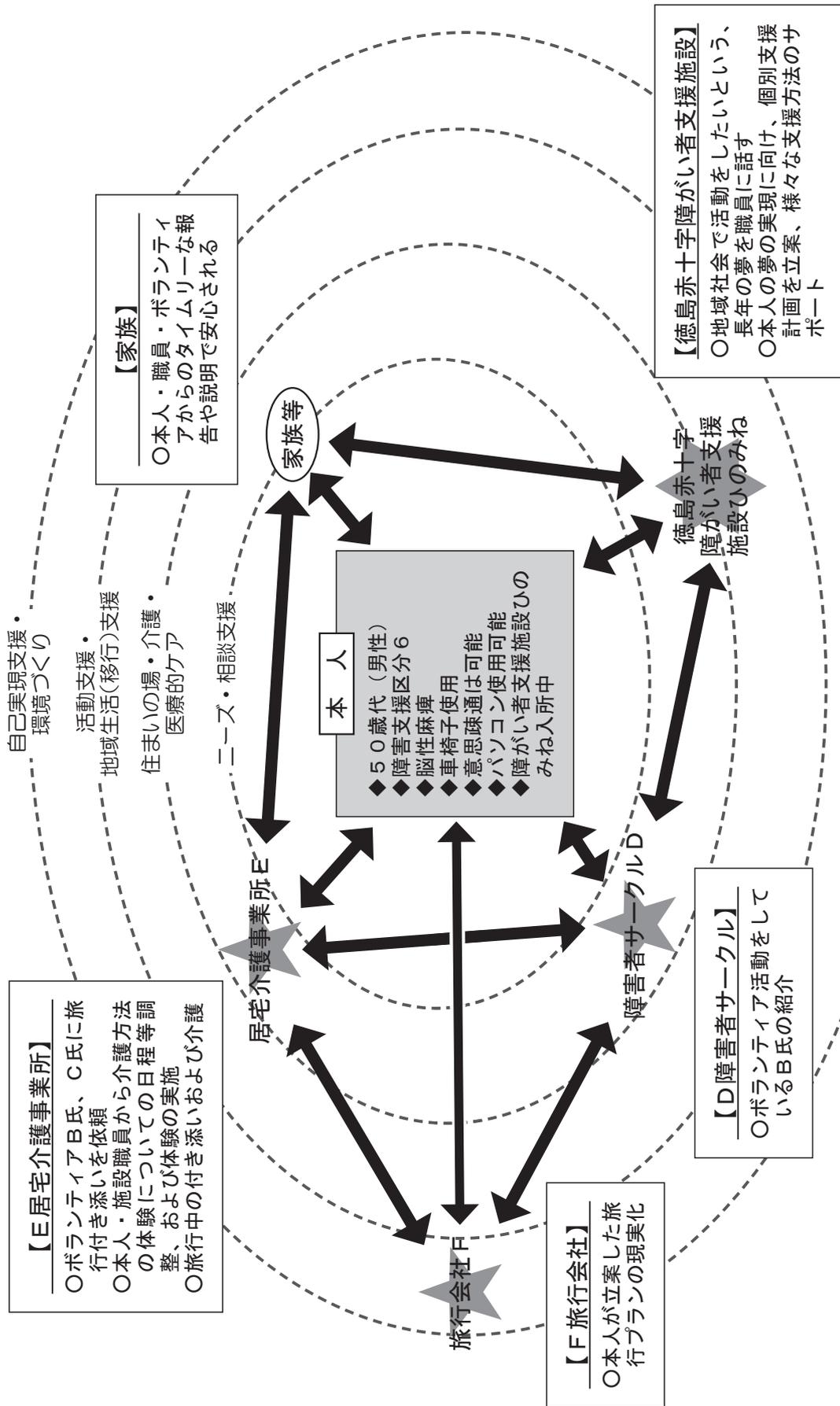
Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

○障害者の旅行を企画する旅行会社が少なく情報の収集に苦慮したが、施設外活動が豊富な利用者の情報により、旅行に携わってくれるボランティアB氏と出会うことができた。

○旅行直前に、楽しみと不安から、不眠や嘔吐等を起こし、身体状況が心配されたが、看護師や職員からのメンタルサポートにより1週間ほどで回復した。

○事前に、旅行先のバリアフリーや設備面での情報収集が難しく、ボランティアのネットワークを活用して対応した。障害者へ配慮した環境が整っていない設備については本人・ボランティア・施設職員で対応方法を検討・決定することができた。

『ストレンジスと外部サービスの組み合わせによる東京旅行の実現』



在宅生活を希望する施設入所者の 地域移行実現に向けた取り組み

群馬県・誠光荘

I. 事例の概要（基本情報）

1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)	障害支援区分6 脳性麻痺 50歳代(男性)
2. 障害の特徴	○日中車椅子生活 ○経管栄養(胃瘻) ○意思疎通は可能 ○その他全介助
3. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)	地域移行
4. 主な支援内容	○相談専門員によるモニタリング。 ○利用計画から施設の個別支援計画に地域移行を盛り込み、相談支援専門員と施設で地域移行チームを作り取り組んだケース。
5. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)	相談支援事業所、施設、居宅事業所、医療機関、家族、基幹型相談支援センター、行政、当事者団体等
6. その他事例の特徴	施設職員の生活支援員、看護師、栄養士が積極的に家族と連携した。

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆障害者支援施設入所の経緯

本人は平成21年1月まで、母親の支援のもと在宅生活をしていましたが、体調を崩しA病院へ入院。同年3月、相談支援事業所の「なんでも相談室」より、本人が退院となるが、以前の在宅生活と違い高齢の母親では支援できないため誠光荘への入所を希望する旨の連絡が入る。同年7月誠光荘へ入所となる。

◆入所後の状況

入所後は、食事と車椅子の移動はどうか自立していたが、その他はすべて介助が必要であった。平成22年2月頃から食事がうまく取れなくなり、体調を崩しA病院に入院となった。入院中、口腔摂取を試みるが口腔摂取とはならず、7月に胃瘻にて退院する。その後、誠光荘にて胃瘻の支援を行い、安定的な生活を送っていた。

◆地域移行への経緯

平成 24 年 4 月、誠光荘相談事業所にて、計画相談のモニタリングの際、本人よりもう一度母親と在宅生活をしたいとの申し入れがあった。誠光荘では計画相談を地域移行と位置づけ、誠光荘サービス管理責任者と担当職員を交えて、本人を在宅生活させるには、どのような環境や支援が必要か検討した。その結果、月～金曜を誠光荘生活介護、夜と朝は居宅介護事業を使い、また、緊急時の対応は誠光荘が行い、高齢の母親の身体を考え土日は短期入所を利用いただくことで、在宅生活が可能になると判断し、地域移行計画を立案する。

◆地域移行への問題点

- ①サービス上の問題は、この地域に本人を理解してサポートできる居宅介護事業所がないこと
- ②在宅時の胃瘻に関しての母親への支援
- ③夜間緊急時への対応等

◆問題点への対応

- ①当法人で居宅事業所を行う（平成 25 年 4 月居宅事業所開設）
- ②胃瘻ケアに対する母親への支援を看護師が行った。また、母親に施設に数回宿泊していただき、支援を行った。
- ③夜間緊急時については、バックアップ施設として対応できる体制をとり、更に A 病院との連携をすることで対応した。

◆地域移行準備期間

平成 24 年 10 月～平成 25 年 3 月を準備期間として、地域移行チーム（サービス管理責任者〔以下、サビ管〕・担当支援員・看護師・PT・OT・相談支援専門員等）で準備を進めた。

- 家庭環境の調査
- 居宅事業所の設立準備
- 夜間在宅生活に必要な支援の洗出し
- 母親への胃瘻ケアの支援
- 緊急時マニュアルの作成等

◆対応結果

平成 25 年 2 月 順調に地域移行を進めてきたが、本人が体調を崩し B 病院（大学病院）へ入院して胃の手術となる。平成 25 年 5 月、B 病院より退院。退院後、母親との協議の結果、母親の高齢や本人の病状を考え地域移行は中断となった。その後も 1 年に数回 B 病院に入院を繰り返し、現在も施設での生活を行っている。

考察

今回のケースによって、施設の個別支援計画のマンネリ化や具体化されないニーズの解決方法等の糸口が見つかり、職員の意識改革が進んだ。これについては、制度化されたサービス等利用計画により、相談支援専門員が本人のニーズを引きだし、それを施設のサビ管と連携させたことが重要であった。また、本人のニーズを達成するために必要な支援を考えたときに、必要な資源である居宅介護事業を立ち上げたことで、地域に不足している資源を我われ事業者が行うことで、本人のサービスだけでなく現在 60 名以上の地域の障害者の支援を行うようになった。

このことが我われ社会福祉法人の地域貢献の一つであると考えている。

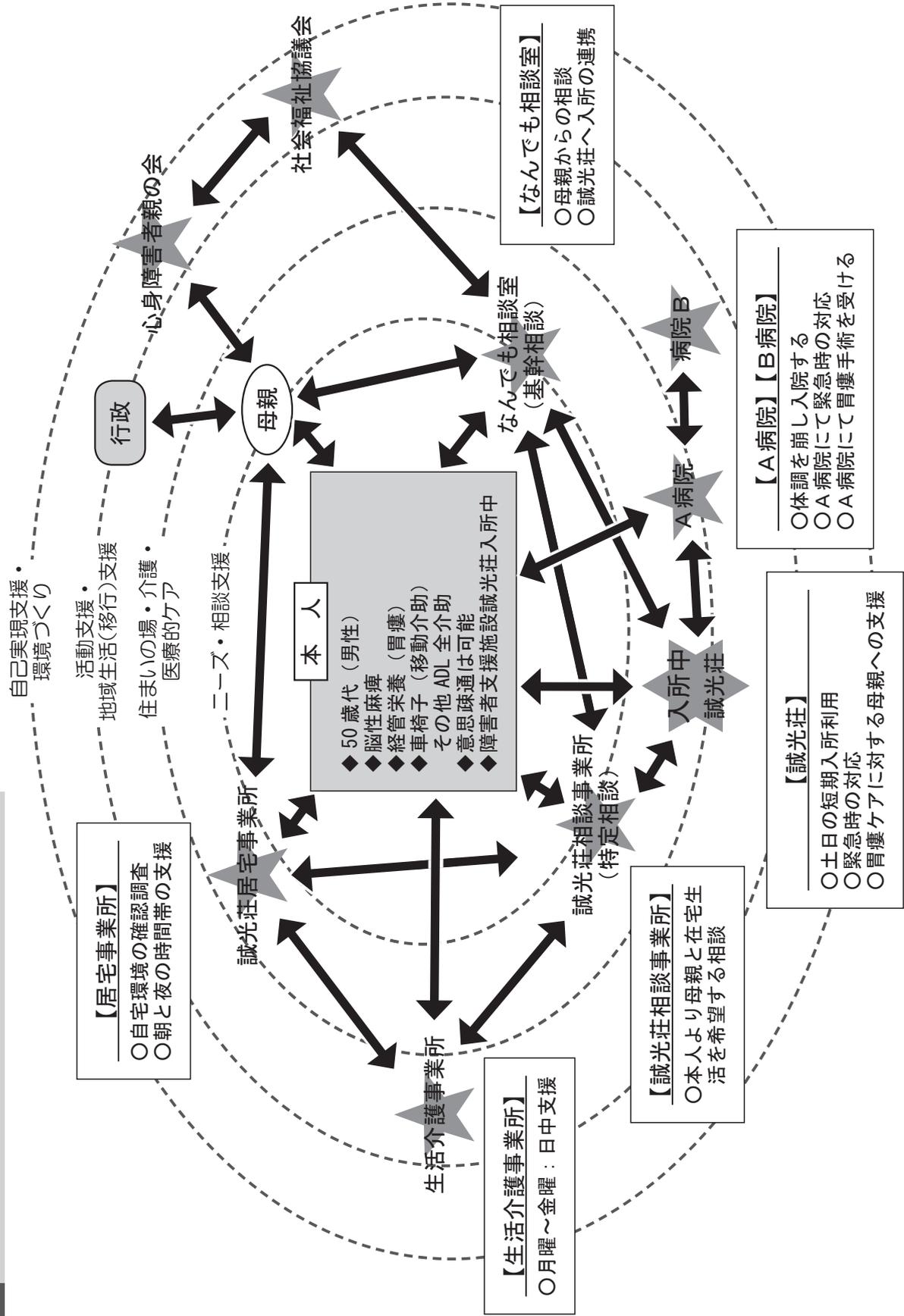
Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

- 本人・母親・相談支援専門員・サビ管・担当職員・看護師・PT・OT・行政等を含めた連携が信頼関係の中で行われたこと。
- 母親を施設に宿泊させ、本人への夜間におけるケア（胃瘻ケアも含め）を職員と一緒にやったことや在宅の調査、送迎の方法、また、緊急時の対応等母親・本人を交えて行ったことで、より施設の信頼が生まれ、障害者支援施設のバックアップ体制に気づき、本人・母親にとっての安心感を生んだのではないかと思う。
- また、行政を含め、障害福祉なんでも相談室（基幹型）等の地域全体をネットワークとした考え方も浸透しつつあり、事業者としても安心して地域移行や障害者の地域生活ができる体制になってきていることを感じた。

Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

- 職員の意識改革について、在宅生活は無理であるとする職員が多くいたが、施設全体で進めたことである程度の意識改革が進んだ。
- 適当な居宅介護事業がなかったこと。これについては自法人で立ち上げを行った。
- このケースは、地域移行に家族が協力的であったことでスムーズに計画が進んだが、他のケースは家族が反対をすることが多い。
- 母親の本人への夜間ケア（胃瘻ケアも含め）の課題について、母親に施設へ宿泊していただき対応した。
- 2月以降の実践計画として、送迎を含み本人に外泊をしていただき、朝夕の支援を行う予定であったが、入院のため実践できなかったことが課題として残った。
- 体調を崩しB病院での手術により、高齢の母親と本人の身体的状況の不安が大きくなったことで、地域移行ができなかったことが課題として残った。

『在宅生活を希望する施設入所者の
地域移行実現に向けた取り組み』



テーマ1 「施設における支援のあり方」まとめ

障害者支援施設では、支援（ケア）の質の向上に力を入れてきた。そして、施設のいわゆる7つの機能を活かして、利用者の様々なニーズに応えてきた。

高齢化・障害の重度化が進んでいる施設において、今後も多様化する利用者のニーズに応えていくためには、地域にある様々な社会資源と連携して、支援・挑戦していくことが重要となっている。

「ピカリコ」の事例は、相談支援事業所と出身市町村の通所系事業所と連携して、地元の友だちと仕事をしたいという利用者の希望に応えたものである。利用者本人のニーズを丁寧に聞き取り、個別支援計画に立案したことがポイントであり、施設完結という概念に捉われず利用者を中心に置き、利用者視点でサービスを選択したことに意義がある。今後も、本人の想いを十分に聞き取り、住まいの場についても検討を進めていくことが期待される。

「ひのきの杜」の事例は、福祉タクシー等の外部サービスを活用して、利用者の日常の買い物外出や趣味を楽しむサポートをしたものである。個別支援の重視と職員以外に地域の馴染みの関係者を作ったことがポイントであり、新たな夢・生きがいの表出や他利用者へも波及していることに意義がある。一方、高額な費用が課題であり、希望する全ての利用者がサービスを利用できるようにするために、施設としてインフォーマルサービスのさらなる利用検討に加え、入所施設の利用者も対象とした外出支援サービスの制度要望の必要性も裏付けるような事例である。

「徳島赤十字障がい者支援施設ひのみね」の事例は、「ひのきの杜」同様、外部サービスを活用して、利用者の長年の夢であった遠方への旅行を支援したものである。本人のストレングスに着目して人・環境の具体化を図ったことがポイントであり、夢の実現に向けて本人・職員・家族・有償ボランティアが意思疎通・連携を図ったことに意義がある。他の会員施設でも実行できるようノウハウを広めていただきたい。

「誠光荘」の事例は、地域移行（在宅生活）に向けて多職種による地域移行チームを設けて準備を進めたものである。相談支援専門員が引き出したニーズを地域移行チームが具体化させたことがポイントであり、本人の体調不良により実現には至らなかったが、地域に不足する居宅介護事業を開設するなど、地域移行に向けた職員の意識改革や施設の地域生活支援拠点化につなげた好事例である。

私たちの障害者支援施設は、利用者のみならず、地域に住む障害者を含めた「地域生活支援拠点」の役割が期待されている。コミュニティアケア（地域資源の連携ネットワーク型ケア）を担う施設へ更なるステップアップしなければならないが、どの施設も既に何らかの形で実践した事例があるのではないかと。これまでの自施設の実践を検証するとともに他施設の先進事例を参考に、「安全・安心の保障」と「自己選択・自己決定・挑戦」を両立させなければならない。ソーシャルワークを行う人材（財）と環境を駆使して、利用者一人ひとりのその人らしい生活の実現に結びつけていきたい。

テーマ 2

「在宅生活支援のあり方」

精神障害者の地域生活支援と相談支援の役割 (入院から地域生活を定着させるための支援)

青森県・山郷館総合支援センター黒石（山郷館くろいし）

I. 事例の概要（基本情報）

1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)	障害程度（現支援）区分3 精神障害（統合失調症・人格障害）[精神保健手帳（1級）] 40歳代（女性）
2. 障害の特徴	○自殺企図、不穏興奮、他害行為、妄想。 ○ADLは自立している。
3. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)	金銭管理支援、住まいの管理、医療機関、行政機関調整 情緒安定
4. 主な支援内容	生活費が無くなることで精神状態が不安定になり、幻覚、自殺企図があり、入退院を繰り返す。医療、行政ほか地域の関係機関が連携するも改善なく、平成21年から相談支援事業所が支援開始。関係機関との連携の中心に相談支援事業所が対応するとともに、本人と相談支援専門員との信頼関係構築を重視しながら、入院ではなく地域生活を前提に支援を継続している。
5. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)	居宅介護、生活介護、障害者支援施設、相談支援事業所、精神科病院、市役所（福祉課・生活保護課）、保健師、社会福祉協議会、警察、警備会社、宅配弁当
6. その他事例の特徴	病院、社会福祉協議会、行政ほか関係機関連携にコーディネートを相談支援事業所が担当している。支援に関わるサービス利用にあたってバックアップ施設（障害者支援施設）の関連事業所も利用。 利用にあたって本人の障害の理解と柔軟な対応を心がけながら、インフォーマルな支援（不安解消のための自宅警備、金銭管理、宅配弁当等）の活用と連携も図った。

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆相談支援開始の経緯

母が認知症で施設入所となり、1人暮らしになった。通院、買物のタクシー代金の支払等金銭管理や生活全般の維持が困難となる。そのことが原因で精神状態が不安定になり幻覚や幻聴を訴える他、自殺をほのめかし、保健師、警察、生活保護のケースワーカーに頻繁に電話や手紙を送るため、

関係者は困惑していたようすであった。また、母親がお金を貸していたということで包丁を持って金物店へ行き、逮捕されたこともある。平成21年、保健師以外の支援者を増やしたいということでB市の保健師から山郷館総合支援センター黒石に相談が入り、本人同意のうえ支援を開始した。

◆支援開始に伴うカンファレンス

平成21年11月初回カンファレンスを主治医、看護師、医療ソーシャルワーカー、保健師、生活保護ケースワーカー、警察署警部、相談支援専門員で実施。主治医より診断名がつかず、統合失調症と人格障害の症状が強くなることもあり、「他人をうまく操作する」、「人間関係が活発化すると被害妄想が起きる」、「距離が近くなると息苦しくなる」、「服薬の効果はなく2週間に1回、注射で対応している」と報告があった。各関係機関からは入院に向けた方向性が出され、医師も了承していた。

山郷館総合支援センター黒石が関わることの報告と本人の病状や障害の特徴の説明を受け、関係機関で連携し、不穏時はA病院へ搬送するという内容が決定した。

◆支援開始してからの本人状態

入退院を繰り返し、自宅にいる時は山郷館総合支援センター黒石が24時間電話対応をしていた。金銭面については、年金が入るとすぐに専属のタクシー運転手へ滞っていた分を一気に支払ってしまい、生活費が不足し不穏になる状態が続いていた。

◆2回目のカンファレンスと相談支援事業所の支援内容

平成21年12月2回目のカンファレンスを実施し、本人状況の報告と福祉サービス利用(居宅介護・移動支援)の提案をした。

A病院主治医からは、持続性安定剤の注射を続けながら関係機関全体で連携し支援を継続してほしいということと、「死にたい」という発言があった時は受診できるようにしてほしいという話があった。カンファレンス後に障害程度区分(当時)の調査申請と福祉サービス(通院介助・家事援助・移動支援・地域活動支援センター利用)の調整を行った。

24時間体制の電話対応と緊急時の通院同行も昼夜問わず継続していた。

◆相談支援事業所の関わりと支援を開始して分かった事

平成22年1月に自宅の水回りが故障し水が使えなくなったことで、日中はC地域活動支援センター利用、洗濯や入浴もセンターで行い相談支援専門員が手伝いを行った。夕食は配食を手配したが、1週間も経たないうちに「センターの利用を辞めたい」、「相談支援専門員とも関わりたくない」と話すようになる。この頃には、福祉サービスの利用も開始していたが、緊急時や夜間の受診についてはヘルパーで対応できず、相談支援専門員が行っていた。

金銭管理についても成年後見制度や日常生活自立支援事業の提案をしたが本人は納得せず、主治医も難色を示す状況であった。

冬期間このような状況が続き、平成22年4月、本人から一人で生活できないと相談があり試行的に福祉ホームでの生活を開始する。しかし、他の利用者トラブルを起こし1週間で断念。家には帰りたくないと言い、障害者支援施設山郷館くろいしへ短期入所したがトラブルと不穏状態を繰り返し、最終的には入院となった。このような結果を踏まえ、他者と生活することはできない、人と関わることで問題を生じさせ不穏になるという結論に達し、自宅の水回りを修理し一人暮らしに戻っている。

◆本人の変化と新たな支援機関の構築(平成22年9月頃～平成25年4月頃)

いろいろな体験をしたことにより、自宅で生活することが自分に合っていると認識し始め、相談支援専門員との信頼関係も構築でき、電話で話をするだけで落ち着くようになってきていた。また、

金銭管理についても再度本人と話し合い、D社会福祉協議会の日常生活自立支援事業を利用することとなり、借金の整理や専属タクシー運転手との滞っていた運賃の支払い方法についての交渉、自宅警備設置などを行ったことで本人の生活も徐々に落ち着いていった。

◆現在の本人状況（平成25年4月頃～現在）

福祉サービスを利用しながら一人暮らしを続けている。たまに不穏になるが大きな問題もなく過ごしている。また、生活介護の利用もしており、生産活動にも参加し本人の楽しみに繋がっている。そのほか、月7日の短期入所も利用し自宅から離れた環境で過ごすこともできるようになっている。山郷館総合支援センター黒石は電話対応と、1週間に1回の定期訪問を続けながら生活状況の確認を行っている。

考察

支援開始当初は、不穏になったら病院、入院という流れだったが、本人との関わりを深めていく中で本当に必要な支援は何かを考え、いろいろな体験をしていただき自分が一番安心する場所がどこなのかを本人が認識できたことで現在の状況につながったと考察する。フォーマルな社会資源とインフォーマルな社会資源を活用しながら、地域で安心して暮らせるよう環境を整えたり、関係機関との連携構築は相談支援事業所の大きな役割だと考える。

Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

- 信頼関係を構築するために、本人ととことん付き合うことから始めている。一定しない訴えや行動に左右されながらも障害特性を徐々に理解できたと同時に、信頼関係も築くことができた。
- 必要に応じて生活支援を行う援助者を増やし、情報交換を密にしていくことで職員同士支え合い、学ぶことができた。
- 一人暮らしの不安から他者への迷惑行為に及んでいたが、本人にとっても相談できる場所が病院以外にも数か所できたことで、安心して一人暮らしを続けることができています。

Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

《課題》

- 深夜の本人からの電話への対応等24時間支援が必要なことが多く、相談支援専門員（当時は2名）の負担が大きかった。
- 障害者自立支援法施行後2年程しか経っていない時だったこともあり、当施設での精神障害者への支援の経験が浅い中で、警察も関わるほどのケースを医療機関と福祉の相談支援事業所が連携して積極的に関わりながら支援することが難しかった。

《解決の工夫》

- 障害特性を理解していくことで、距離を持つ場面と密接に関わる場面が整理され、徐々に本人も不穏な状態になることも減り、24時間支援が必要な状況を減らすことができた。
- 関係機関の幅を広げ役割分担を重ねていくことで、利用者との信頼関係を得ていった。

自宅以外での生活体験を支援する

宮城県・仙台ワークキャンパス

I. 事例の概要（基本情報）

1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)	障害支援区分4 痙性麻痺（運動失調）による両上下肢機能障害・知的障害 30歳代（男性）
2. 障害の特徴	○車椅子を使用し、屋内の自走は可能。 ○日常生活はほとんどの場面で声かけも含めた一部介助が必要。 ○意思の疎通は可能だが複雑な内容は理解が難しい。
3. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)	自宅以外で生活をしてみたいという本人の思いと、将来を考えて自宅以外での生活を体験させたいという親の思い。
4. 主な支援内容	ショートステイ利用中の生活支援および関係機関との連絡・調整。
5. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)	委託相談支援事業所 就労継続支援B型事業所
6. その他事例の特徴	他法人の就労継続支援B型事業所に通所しながら、ショートステイを利用している。

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆ ショートステイ利用の経緯

- 相談支援事業所を通して、ショートステイ利用を前提とした施設見学の依頼があり、相談支援専門員と母親、本人が来園した。施設の日課や利用にあたっての説明、実際に使用する居室や浴室、トイレ、食堂など施設内を見学された。
- 当施設を希望した理由としては、就労継続支援B型事業所（以下、B型事業所）が近いため日中活動が利用できること、東日本大震災で通所先が被災した後、当施設の一面にB型事業所を移転したことで、本人にとってなじみのある施設であること、の2点を挙げられた。
- 本人は、兄（重度身体障害者）のように自宅以外に泊まってみたいという思いがあり、周囲の心配に対しては知っているところだから大丈夫だという思いがあった。
- 親としては、将来のことを考えて自宅以外での生活を体験させたい、自分から話をしたり行動することが苦手なので、ショートステイを利用することで親や通所先の職員以外の人たちと関わることに慣れてほしい、という思いがあった。

◆ショートステイ利用にあたって

○日中活動を利用しながらの利用となるので、通所先と送迎の方法や時間、荷物の搬入などについて連絡調整を行った。

①通所先と当施設間の送迎は、通所先の職員が徒歩で行う。

②基本的には日中活動が終了してからショートステイの利用になるが、入浴のある日は日中活動を午前中のみとする。

③ショートステイ利用初日と最終日の送迎については、本人は通所先の送迎車両を利用して自宅と往復する。

④ショートステイに必要な荷物は通所時に本人が持参し、寝具等は施設のものを貸し出す。

以上の4点について、通所先の職員と確認した。

○相談支援事業所との連携

施設は利用時の様子を伝え、相談支援事業所からはモニタリング時の本人や家族の意向などの情報を提供してもらうこととした。

◆ショートステイ利用後の経過について

○一泊二日から開始して、初回利用から約1年半が経つが、その間毎月1回の利用が続いている。

○利用当初は食事や就寝など時間で声がけをしていたが、必要なときは自分からナースコールで職員を呼ぶなど、行動に変化が見られる。

○本人は自宅とは違う環境を満喫しているようで、これからもショートステイの利用を希望している。(本人「個室でゆっくりテレビを見られること、日中は慣れたところに行けるのがいい」)

○家族としても、ショートステイの予約や利用方法に関して特に不便な点はなく、今後も定期的に利用したいと考えている。また、家族以外の人と関わることで少しずつ自立してほしい(自分でできることはする)、利用日数も徐々に増やしていきたい、と考えている。

◆他事業所の関わり

○相談支援事業所

計画相談も含めて関わることで、B型事業所と家族双方の橋渡し、相談先としての役割を担っている。ショートステイ利用は家族(特に母親)の負担軽減に直接つながっていると感じている。今後は本人や家族の状況の変化に応じた支援ができるようにしたい。

○就労継続支援B型事業所(通所先)

日中支援を利用してからのショートステイなので、送迎も含めて通所事業所としては対応できている。他の利用者にもニーズがあり、近くに仙台ワークキャンパスがあることで助かっている。今後も連絡を取りながら利用者の支援にあたりたい。

考察

他事業所の日中活動を利用しながらのショートステイはあまり例がなく、受入れについては戸惑いもあった。しかし、本人や家族の日常生活を継続しながらショートステイを利用したいという思いを、多様なニーズの一つと捉えて通所先や相談支援事業所と連絡調整したことが継続的な利用につながっていると考える。地域で生活する障害のある方やその家族のニーズに柔軟に対応していくことが、障害者支援施設に求められる役割の一つではないか。

Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

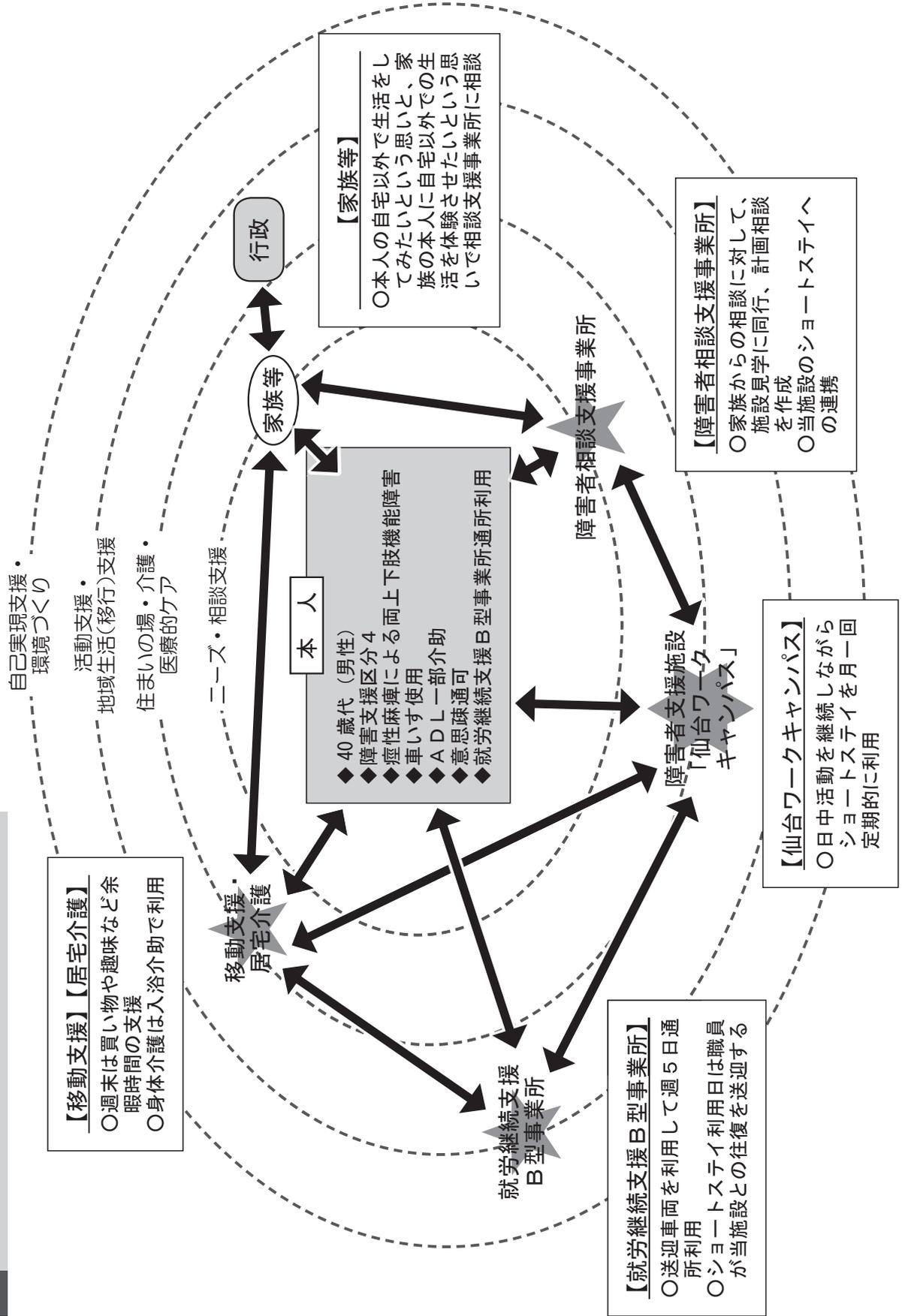
- 自分から話すことが少なく、利用当初は生活に慣れていただく意味も含め、頻繁に声かけをした。特に水分補給や補装具の装着にはこまめに声かけを行うよう配慮した結果、自ら職員に支援を頼むことができるようになった。
- 本来、当施設ではショートステイ利用の際に寝具（掛け物・枕）は持参していただいているが、家族の負担を減らすため施設の寝具を貸し出した。このことをきっかけにその後はすべてのショートステイ利用者に、希望があれば貸与できるように整備した。
- 利用料については、専用の袋に入れて現金を持参していただき利用最終日に精算している。家族が支払いに来園したり振込する負担の軽減につながっている。
- 通所先で使用している連絡帳にショートステイ中の夜間の様子を記入し、職員やご家族と共有できるようにした。
- 通所先が近隣の事業所ということもあり、当施設の余暇活動で定期的に通所先の運営しているベーカリーカフェを利用するなどして、利用者がお互いの活動の様子を知ることができるような環境を作った。
- 施設の行事（感謝祭やコンサートなど）にはお互いの事業所が出店し合うなど協力し、施設間での連携を図った。
- 他事業所の日中活動を利用しながらのショートステイはなじみがなかったが、受け入れたことで、地域で暮らす障害者の生活を支援するという視点やその機能や役割が施設にはあるということに気づくことができた。

Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

《見えてきた課題》

- ショートステイ利用の目的
 - ご家族による、本人のできる範囲内での自立や成長を思う気持ちについて、通所先や相談支援事業所との共有が不十分で具体的な支援につながっていないのではないかと感じるものがあつた。仙台ワークキャンパスとしては、今後はサービス担当者会議への出席や施設間の情報共有を密にして、ショートステイの役割などを明確にして支援したい。
- 支援者同士の関係や日頃からの連携が支援に影響することがあるので、施設としては地域の自立支援協議会などへ積極的に参加し、施設を知ってもらおう努力や顔の見える関係づくりをしていく。
- ショートステイ利用の目的は多様になっているが、ニーズに合った対応をすることで本人の生活の広がりにつながっている。今回は送迎の体制や入浴の時間などは本人に合わせて対応できなかったもので、職員の配置も含めて施設機能の強化や日課の見直しなどを検討したい。

『自宅以外での生活体験を支援する』



在宅障害者の虐待（ネグレクト）に伴う 短期入所緊急避難の受入れ

愛知県・あすか

I. 事例の概要（基本情報）

1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)	障害支援区分3 解離性障害 [精神保健手帳 (3級)] 40歳代 (女性)
2. 障害の特徴	○解離性障害による気分のムラがあり活動停止状態に陥る。 ○まれに発作状態 (解離性てんかん) の出現。 ○意思疎通は可能。
3. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)	○安定した生活の場の確保と生活の質の向上。 ○日中活動場所の提供。
4. 主な支援内容	○病院、地域包括支援センター等と連携。 ○家族 (生活) を含めた在宅生活でのネグレクト状態から、必要なサービスを利用した (安心した) 生活への支援。
5. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)	短期入所事業所 (支援施設)、生活介護事業所、訪問看護、相談支援事業所
6. その他事例の特徴	家族全体に支援が必要 (父: 高齢+発達障害 (疑)、弟: 療育C)

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆家族構成及び生育歴

本人はA市にて4人きょうだいの第3子（次女）として出生。小5の時、B町の借家へ転居。中学校は特殊学級利用。高校卒業後、住み込みで紡績会社に就職。長女（姉）家族は同じマンションの別階で生活。両親は離婚し、長男（兄）は母と同居。その後、母親が死去し、長男（兄）との交流はない。父親・次男（弟）と本人の三人世帯。

◆社会資源利用までの経過

○【20代前半（平成5年）】「解離性障害の出現」

この頃から、原因不明のめまい、ふらつき、しびれ、痙攣発作が出現。自分が何をしているのかわからなくなり、言葉が出なくなる症状が起こるようになる。C病院（脳外科）を受診し「てんかん」と診断される。意識消失発作等が続き、度たび救急車を呼んでいた。抗てんかん薬が効かないことからD病院（精神科）を紹介され受診。「解離性障害」（強い葛藤に直面して圧倒され、

それを認めることが困難な場合に、その体験に関する意識の統合が失われ、知覚や記憶、自分が誰でありどこにいるのかという認識などが意識から切り離されてしまう障害)と診断される。以後、通院。

○【20代後半(平成9年)】「8年間勤めた会社を退職」

(意識消失)発作が多くなり仕事が継続できず退職。退職を機に「住み込み」から「自宅での生活」に移る。以後、自宅静養。

○【30代後半(平成20年)】「交通事故」「訪問看護導入」「ADL低下」「長女家族との絶縁」

状況が落ち着き、パート職に就くが一年未満で退職。その後、まもなく母親が死去。

運転中に交通事故を起こし、C病院(脳外科)に短期間入院。発作との因果関係、てんかんの症状も認められず。C病院の紹介にてD病院(精神科)受診。以降通院し、訪問看護も導入。交通事故時に痛めた足の痛みが強まりADLが低下。父親や長女、姪に介助してもらいながら生活していた。その後、次男と長女家族との金銭トラブルがあり、本人も含め、長女家族と絶縁状態になる。

○【40代前半(平成23年)】「心身の状態の低下」「各種サービスの利用」在宅生活継続

機能低下により、車椅子生活となる。無為な状態であったためD病院に入院。入院中、D病院が運営するE地域包括支援センターから「自宅がゴミ屋敷状態で、高齢者と障害者が暮らしている」との連絡がF相談支援センターに入る。この時、本人は父と次男と3人暮らし。次男は派遣で就労するが、パチンコに通う生活(※上記長女家族との絶縁)で、F相談支援センターから就労継続支援A型事業と居宅介護事業の利用を提案するも拒否。父自身にもE地域包括支援センターから要介護認定を提案するが拒否(理由は不明)。本人、家族とも「退院後は自宅に戻りたい」とのことだった。

C病院が主となり、E地域包括支援センター、市役所高年福祉課・障害福祉課、F相談支援センターで自宅の片付け。F相談支援センターの支援により、事業所見学、居宅介護支援契約など本人と家族の意向を踏まえ支援(「地域移行支援」)。退院後、居宅介護を利用し、生活介護事業所に週5日通所する。通院支援のために通院介助も行う。

意欲の低下による意識レベルの低下もあり常に脱力状態のことが多く、身体介助も全介助に近い状態であった。特に生活介護を利用していない土、日曜・祝日にはヘルパーを増やし、支援者不在の日が無いように努めた。しかし、片付けた自宅もすぐに元の状態になり、環境的にも養育状態的にも心配な状態であった。

○【40代前半(平成24年)】「肺炎による低体温(ネグレクトの疑い)」「相談支援の対応」

12月の連休中、自宅訪問した訪問看護師により、本人の体調が極めて悪いことが判明。訪問看護師から次男へ緊急搬送の連絡を依頼しG病院へ緊急搬送され、入院。低体温による肺炎を併発で危篤状態となる。医師から「自宅で(暖房せず、布団もかけていないような)、ネグレクト状態ではなかったか。」と言われる。

治療にあたり、医師より気管挿管の必要性、延命措置の確認がある。家族としては延命の方向ではあったが、家族が今後の本人を支えていくことが困難な状態だと判断。F相談支援センターが入り、『本人の力で頑張れるところまで頑張る、その後は医師の判断に一任する』ことを提案し同意を得る。

○【40代前半(平成25年)】「個別支援会議」「短期入所による緊急避難」「日常生活自立支援事業」

身体状況が安定し退院。個別支援会議を開催(参加者:生活介護事業所・短期入所事業所(支援施設)・居宅身体介護(実費通院介助)・病院・福祉課・相談支援)。家族からのネグレクト、

養育能力不能との判断で自宅へは戻さない方向を検討。緊急的に短期入所の利用（虐待対応で当該月の日数支給）を提案。父親・次男から本人へ「自宅での介護は難しく施設で生活してほしい」との訴えもあり、本人も「自宅での生活は難しい」と認識し、短期入所を了承する。

退院と同時に入院によって途絶えていた生活介護事業所利用を再開。短期入所利用開始。金銭管理について日常生活自立支援事業の利用も申し込む。

考察

今回のケースでは、「介護保険」E地域包括支援センターと「相談支援」F相談支援センター、後に相談支援事業所・生活介護事業所・短期入所事業所（障害者支援施設）等、地域のネットワークの中で連携し、本人の危機的状況からQOL向上（本来の姿）に繋がった。

このことから、コミュニティケアがきちんと機能したという点が重要であった。

正しくニーズを把握し、それに沿った方向性で支援を組み立てていくうえで、「本人（家族）の希望」なのか「（支援者による）客観的な判断」なのか、相談支援の果たす役割の中で判断が難しいケースであった。

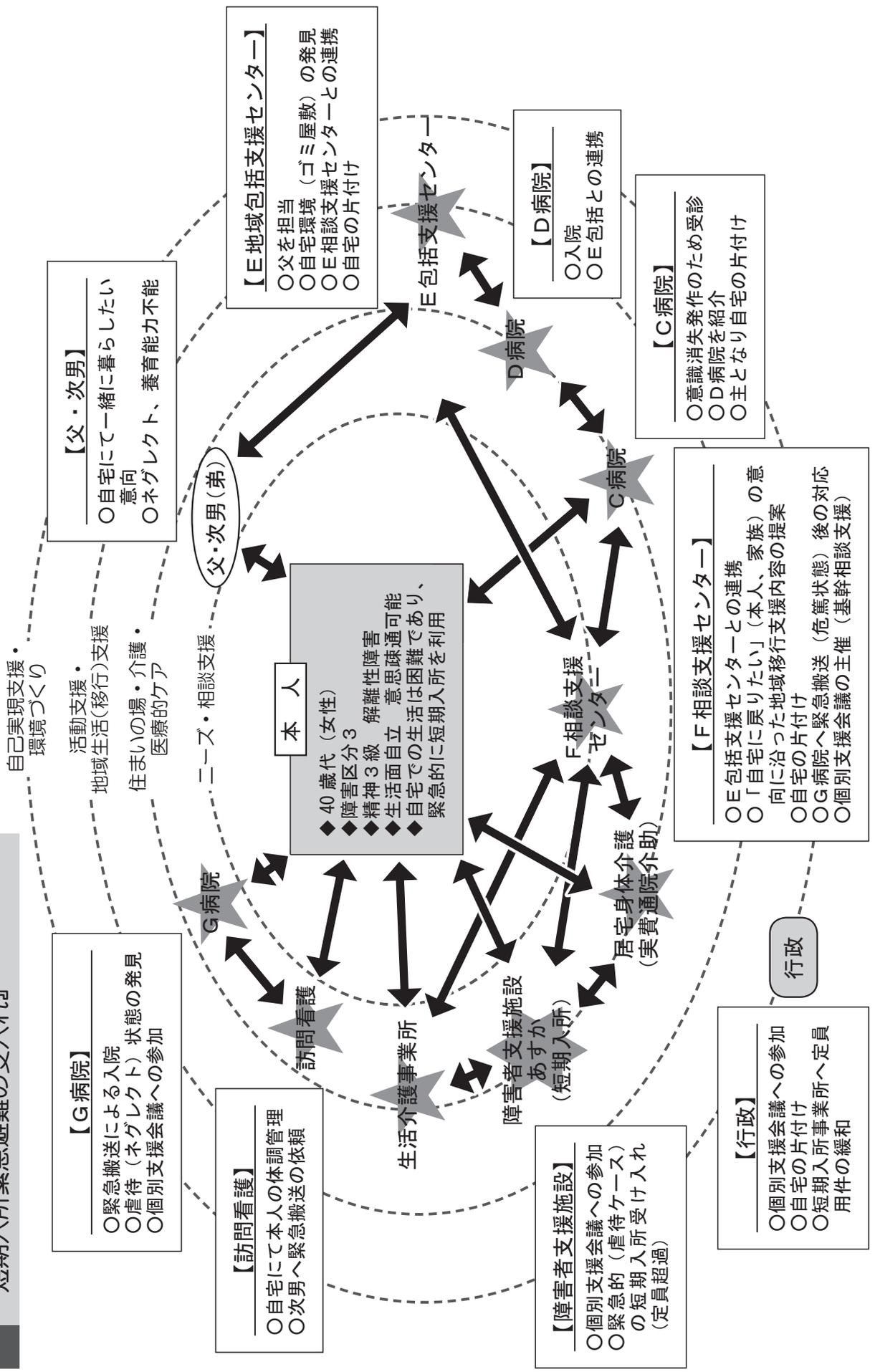
Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

相談支援から、提供できる可能性のある他の事業所等を探して働きかけたことで、問題解決に繋がった。

Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

- 本人、家族の意思意向を重視して組み立てた支援内容は無理の多いものであった（初回の退院時）。結果的にネグレクト状態を引き起こしたと言える。
- 2回目の退院時に自宅に戻さない方向を検討する際、居住系の施設に空きがなかった。虐待対応というかたちで短期入所が当該月の日数支給された。
- 金銭管理が本人には難しく、家族も浪費傾向にあった。病院の未払いもあり日常生活自立支援事業利用を提案。結果的には計画的に返済もでき、預金が増えることにもなった。
- 現在は、支援者や利用者との関係性も良好で、生活が全般的に安定している。短期入所利用開始当時は、本人が家族に依存していた面もあったため、ホームシックになる様子も見受けられたが、別々に暮らす時間が多くなったことで自立できたのだと思う。現在の支援があって安定した生活レベルが維持できているとも考えられ、本人の意向に沿いながらも今の生活状況が低下しないよう見守りながら支援していく。
- 社会資源を提供する上で、実際の現状と本人、家族の意思意向が繋がらず、意向重視で組み立てた支援内容には無理な部分が多く、本人、家族の意思意向による支援について、ある程度の線引きが必要であった。

『在宅障害者の虐待（ネグレクト）に伴う短期入所緊急避難の受入れ』



医療ケアを要する在宅障害者とその家族を支える施設の取組み

滋賀県・湖南ホームタウン

I. 事例の概要（基本情報）

1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)	障害程度(現支援)区分6 遷延性意識障害 低酸素脳症による両上肢機能 50歳代(男性)
2. 障害の特徴	○移動時は車椅子移動 ○日中はベッド上生活 ○経管栄養(胃ろう)。 ○意思疎通不可。 ○全て全介助。
3. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)	○生活・医療行為支援体制づくり。 ○家族支援。
4. 主な支援内容	○相談専門員によるモニタリング、利用計画の作成、実施。 ○関係機関の連携促進。 ○家族支援の必要性とその方法について。
5. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)	相談支援事業所、入所施設、診療所、訪問看護(作業療法士)、 行政、居宅介護・生活介護事業所
6. その他事例の特徴	本人への支援と同時に、キーパーソンである妻への支援提供が 求められた事例。

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆家族構成及び生育歴

- 家族構成：
本人(50歳代)／妻(50歳代・主たる介護者)／長男／次男／同居者(前夫)
- 成育歴：他府県の高校卒業、大阪に就職、その後、滋賀県内を転々。その間に妻と出会い結婚。
その後も仕事を転々とする。平成21年に病気で倒れ、総合病院に救急搬送。
その年の冬には退院となり現在に至る。
- 妻：脳梗塞後遺症とパニック症候群がある。

◆通所事業の利用の経緯

平成21年、発病後の医療機関からの退院カンファレンスより、地域生活移行の受け入れ先として、入所施設併設の通所事業所の利用を予定する。

退院後、通所事業所の見学・説明・体験利用を経て利用を開始する。しかし、本人にとっては、福祉サービスの利用が初めてであり、妻の精神的な負担が大きくなっていることも判明する。そこで、通所事業所の担当者が、妻・家族との関係構築と共に、妻の精神的な負担軽減も目的に定期的な訪問を開始した。

◆短期入所事業の利用と家族支援状況

平成 22 年、妻の介護負担の軽減などを目的に、入所施設併設の短期入所事業の利用が開始される。しかし、短期入所事業利用中に、日中夜間問わず、発熱等の体調不良による緊急受診が頻回となる。その度に、本来、通院入院においては、その対応には家族に依頼するところであるが、妻の精神的な負担を考慮し、事業所担当者が通院に同行。診察にも同席し、妻が理解できるように主治医また看護師からの説明のフォローを行い、円滑な通院・入院となるようにしていた。

◆包括的な支援の提供の必要性

平成 23 年より、家族支援の必要性をあらためて行政に報告。事業所だけでの対応には限界もあるため、行政による相談対応を含めた全面的な支援を依頼した。また、同じ頃、妻の精神的な症状悪化もあり、在宅生活が困難な状況にもなったため、緊急による短期入所事業利用も発生した。また、同時に妻の病院への搬送などもあったが、その際には事業所として家族に同行も行った。

平成 25 年より、通所また短期入所で利用している事業所において、一般委託相談事業が開始となる。相談事業の担当者には、これまで通所また短期入所事業のサービス管理責任者が担当することとなり、本ケースの担当相談員として、継続した関わりをすることになった。

平成 26 年より、計画相談の希望あり。委託相談支援事業と共に、計画相談支援事業が支援開始となる。また、本人の身体的状況の悪化（必要な医療面での重度化）と事業所の医療体制などあり、短期入所事業の利用については、困難な状況になってきた。そのため、レスパイト目的としての病院入院先を探すことになる。同時に、妻の精神面の状態もさらに悪化し、施設への入所あるいは病院への入院を希望され調整開始、現在に至る。

考察

医療行為のある方が在宅生活を継続するには、複数の医療機関また事業所の支援体制の構築が必要となる。また、その関係者の連携体制を構築することも難しい。したがって、相談支援員はその関係者同士の円滑な連携が図れるように、さまざまな工夫をすることも必要となってくる。さらに、事業所における、当事者家族に対する支援の必要性の理解が進まないことが、本ケースでは課題であった。事業所側の理解が進むことで、ケースマネジメント全体においても円滑になることが伺える。

本人支援だけでなく、家族支援に相談員はじめ関係者がどこまで介入するかは、画一的に判断するのは難しいと考える。しかし、本ケースのような、本人だけでなく家族にも課題がある場合には、家族にもしっかりと丁寧に関わることで信頼関係も構築され、結果として、本人支援が円滑になっていることを考えると、本人支援だけにとどまらず、家族全体の支援も状況に応じて必要になってくると考える。

Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

○家族との信頼関係の構築

家族との関係構築のために、本来の福祉サービス以外の部分にも、家族への介入・支援を行った。例えば、相談がある際には電話だけでは済まさないように、可能な範囲で訪問等行った。また、本人・そして妻の通院にも同行するなど対応した。そのような対応支援を通じて、主たる介護者である妻の精神面の課題への理解と、家族とのコミュニケーションを図りながら、本人含めた家庭全体の支援を行い、信頼関係構築につなげた。

○主たる介護者への支援

主たる介護者である妻は精神的な課題があり、病気への理解と共に妻への対応には工夫が必要であった。例えば、新規事業所や医療機関の新たな利用などに際しては、二つの選択肢を提供するなど、簡潔でわかりやすいように常に配慮していた。また、意思決定においては、妻の精神的な状況やタイミングに合わせながら、そのペースには配慮しつつ進めるようにした結果、妻の精神的負担が軽減された。

○医療機関との連携の構築

レスパイト目的の入院受け入れ先については、主治医の関係機関でもある近隣地域の中核病院に、入院を打診し利用へとつながった。

Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

《課題》

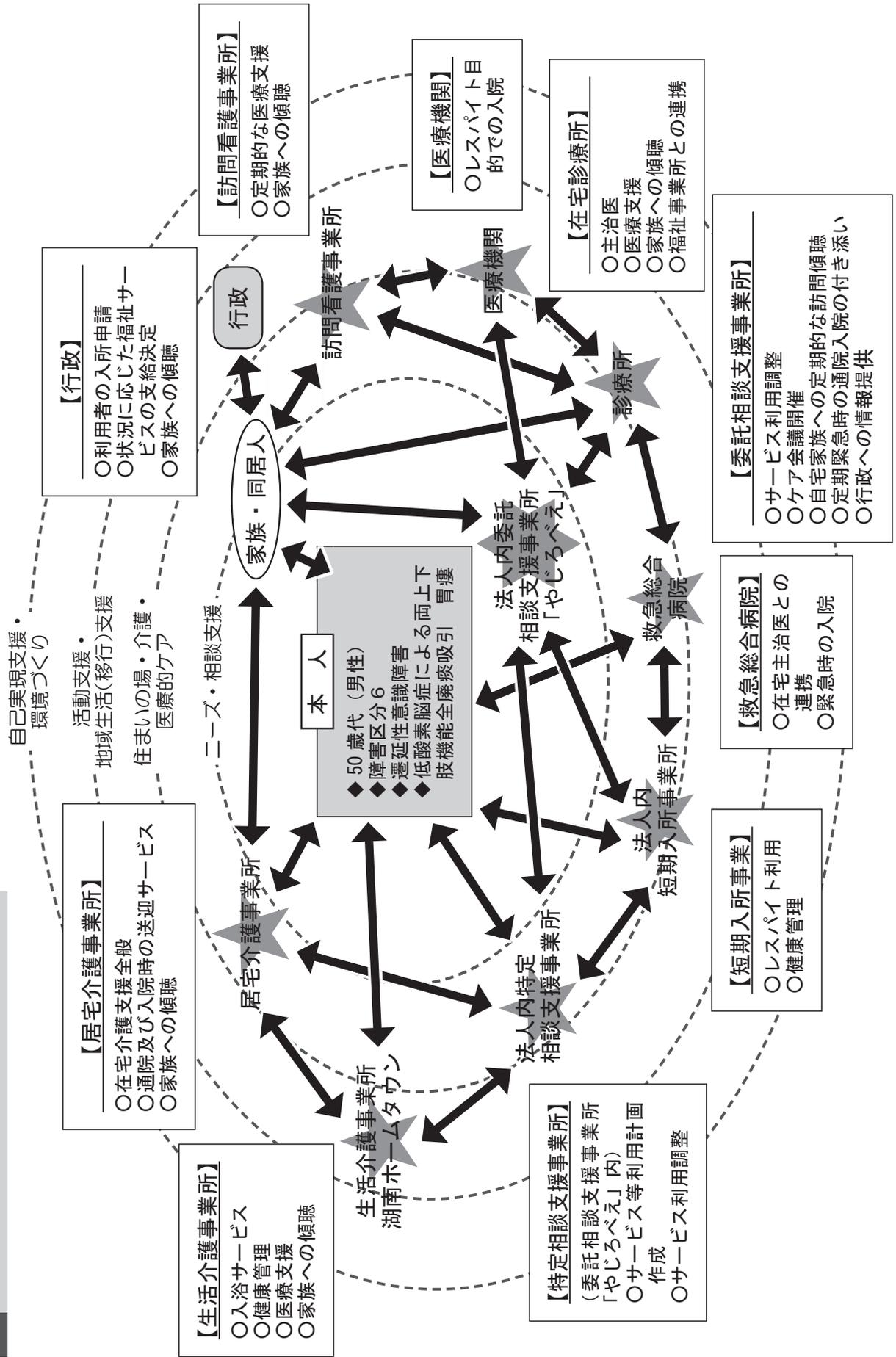
- ①家族支援の必要性について、関係者の理解がなかなか進まない。
- ②福祉サービス利用中に往診ができない。
- ③サービスが選択できるような状況にない。

《解決の工夫（②③については特に取り組めず）》

複数の事業における支援体制を構築することは、比較的スムーズに進んだ。しかし、複数の事業所が支援計画の共通理解をはかるには苦慮することが多かった。特に、本人だけでなく、家族支援の必要性については、ケース会議などを通じて理解を促した。

また、妻やその家族がサービス利用している事業所等に対し、伝えたい思いを整理して伝えるのに困難なことが散見され、事業所とのトラブルにもつながっていた。そのため、事業所への心配事やスタッフへの質問・苦情・要望などがある場合には、まずは、相談員に連絡、その後、相談員が自宅訪問し改めて話を聞き、伝えたいことを一緒に整理。相談員と共に事業所担当者へ連絡するようにした。そのことにより、妻も混乱することが比較的少なくなり、事業所とのトラブルも少なくなった。

『医療ケアを要する在宅障害者と その家族を支える施設の取組み』



テーマ2 「在宅支援のあり方（連携による支援のあり方、施設の役割、環境整備）」まとめ

旧法下において、全国身体障害者施設協議会（以下、身障協）の施設の役割と言え、24時間365日の「入所支援」が主であった。短期入所では在宅障害者のニーズにできてきたとも言えるが、例えば「日中活動」も入所（生活）の中で位置づけられていたこと等、在宅障害者支援に対しては、いわば補助的な役割であった。

しかし、近年の在宅サービスの急速な発展とともに、障害者支援施設にも地域の社会資源の一つとして在宅障害者支援に対する重要な役割が求められようになった。施設が持っている機能の提供のほか、これまでにないノウハウも含め、相談支援を核とした「地域のコミュニティケアの連携」の中で在宅障害者を支えることが重要になってきた。

以上のような視点で、テーマ2の4事例について考察する。

1 精神障害者支援に対する連携

相談支援の中で、最近顕著になってきているのは、「精神障害者」に関わる相談ではないだろうか。我われ身障協会員の障害者支援施設は「身体障害者」が主たる利用者であり、知的障害者や精神障害者、特に精神障害者に対する支援については、どちらかという「専門外」の分野であった。しかし、法的にも三障害の壁がなくなり、地域に潜在化していた精神障害者のニーズが急速に表面化してきた。身障協をはじめとする相談支援機関の相談員も、戸惑いながらの支援にスキルアップを図っているものの、身体障害・知的障害の分野に比べると途上であることは否めない。

精神障害者支援では、精神科病院等の医療機関との連携が不可欠であり、「山郷館くろいし」と「あすか」の事例でも精神科病院等との連携・情報共有があつてこそ、有効な支援に結びついたと言える。

2 虐待に関わる連携

平成24年10月に、いわゆる「障害者虐待防止法」が施行され、「被虐待障害者の緊急保護」が障害者支援施設の重要な役割の一つになった。「あすか」の事例では、（介護保険の）地域包括支援センターがその発見のきっかけとなったが、さらに施設での受け入れについて、行政のバックアップも必要な場合もある。施設の現状を行政に理解してもらうためには、地域の自立支援協議会等を通じて、行政と施設の日常的な（信頼）関係を築いておくことも大切である。

3 医療的ケアを要する障害者に対する連携

医療的ケアを要する地域の在宅障害者のニーズで、施設が最も苦慮しているのは在宅の障害者やその家族の「（入院ではなく）施設の短期入所で受け入れてほしい」というニーズにどこまで応えられるかという点ではないだろうか。日中はともかく、夜間におけるケア体制や緊急時の対応等の課題は、ほとんどの施設が抱えている。中途障害で家族のケアも必要とする「湖南ホームタウン」の事例は、特に課題解決の工夫を要したと言える。

4 日中活動（の重要性）を維持しながらの連携

冒頭で申しあげたとおり、職住分離の考え方の中で、日中活動を維持しながら短期入所の利用につなぎ、利用者の生活をできるだけメリハリのあるものとするような入所施設と他の日中活動事業所等との連携も必要である。「山郷館くろいし」・「あすか」・「仙台ワークキャンパス」の事例では、相談員が情報共有のための核となって連携につないでいる。

テーマ 3

「基盤整備・環境整備」

地域貢献事業 特別支援学校通学児のための 「モーニングサポート」の立ち上げ

佐賀県・瑠璃光苑

I. 事例の概要（基本情報）

<p>1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)</p>	<p>○特別支援学校（小学部から高等部）へ通学する児童・生徒を養育し、就労している保護者。 ○児童・生徒の障害は知的・身体・発達障害。 ○児童・生徒は特別支援学校に付属する寄宿舎へ入所せず家族と同居している。毎日の通学を保護者が行うことにより保護者の就労の継続が困難となるもの。</p>
<p>2. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)</p>	<p>特別支援学校へ進学する児童の保護者より学校の開所が8時半からであり、送迎してからでは仕事に間に合わない。何とかならないかというもの。</p>
<p>3. 主な支援内容</p>	<p>特別支援学校の受け入れ開始時間までの間、瑠璃光苑において居場所を提供し、必要な見守りを行い、通所の生活介護事業の送迎車両によって特別支援学校へ送る。</p>
<p>4. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)</p>	<p>地域自立支援協議会、特別支援学校、市福祉事務所、県障害福祉課、市町相談支援事業所、東方会（障害者支援施設 瑠璃光苑、デイサポート 瑠璃光苑（生活介護））、地域の日中支援事業所</p>
<p>5. その他事例の特徴</p>	<p>地域自立支援協議会で出たニーズを基に、制度外の社会貢献事業を法人独自事業として立ち上げた。</p>

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆地域課題の出現

○平成23年7月、地域自立支援協議会において市内の日中支援の事業所責任者より報告。

※地域課題として検討を要望

特別支援学校へ来春入学する児童の保護者より「特別支援学校の開所時刻が8時半になっており、その時間にならないと子どもを預かってもらえない。学校を早く開けてもらうなどの対応がないと仕事が続けられなくなる。何とかならないか。自立支援協議会で検討してほしい」との声が挙がる。

○課題のポイント

- ①特別支援学校・行政に相談していたが対応が困難だった。
- ②職場へも出勤時間の相談をしたが認めてもらえなかった。
- ③以前より潜在的にあった課題。同様の相談が上がっていた。

○実現への壁（学校・行政・職場）

①人員体制（特別支援学校）：職員の早朝出勤による他通常業務への影響

②費用（行政含め）：職員が早朝に対応するための人件費

◆事業の立ち上げ

○課題提出の自立支援協議会では具体的な対応策はなく、解決の方向性も見えなかった。協議会終了後持ち帰った課題に対して、理事長を含めミーティングを行い、資源開発の必要性を確認した。

○企画検討

まず、理事長より全スタッフへ問いかけをし、地域貢献事業として全職員賛同し、協力体制を確立した。その後、法人内で実施要項、サービス内容、関与事業所、設備整備、事業予算等の作成を行った。

○特別支援学校との連携

事業開始時期、校内車両通行手順、担当教諭をはじめとした学校側の受け入れ方法、さらに、児童・保護者情報の共有方法、申し送り方法、事業周知の方法等の検討を行った。

特別支援学校側は、大きな課題を解決に導くパートナーとして全面協力体制をとってくれた。

○行政確認

市福祉事務所へ実施要綱案、安全対策面等について説明を行った。また、県障害福祉課へ、設備の使用について説明し、目的外使用について指示を受けた。

いずれも、新規事業に対する理解と感謝、加えて積極的サポートの言葉を受けた。

○法人内説明

理事会・評議員会において、事業説明と地域貢献としての趣旨説明を行い、定款変更、予算の承認を得た。

全職員へ事業説明および地域貢献事業の趣旨の説明を行い、法人として取り組むことを宣言した。

○自立支援協議会メンバーへの説明

地域内連携事業所をはじめ協議会参加メンバーへ説明を行い、賛同を得た。合わせて要綱等の公開を行い、賛同して事業を始めてもらうように依頼した。

◆事業実施

○平成 24 年 4 月 1 日より事業を開始した。

定員 5 名（利用登録者 4 名）でスタートし、現在に至る。

（平成 28 年 8 月時点 利用登録者 5 名）

○サービスの流れ

7：00 担当スタッフ出勤

7：30～ 児童受入れ（保護者から学校への申し送り等聞き取り）

遊び、排せつ等

8：30～ 日中活動の送迎車両で特別支援学校へ送り（日中活動スタッフ付き添い）

（保護者からの聞き取り事項、モーニングサポートでの様子を伝達）

9：30 担当スタッフ退勤

考察

自立支援協議会で出された課題が喫緊のものであるという認識を持ち、地域の他事業所との連携では速やかな対応には無理があるとして、日中一時支援の始業前のスペースと通所系サービスの送迎車の行きの活用という法人内の連携によって新規事業を立ち上げることができた。

理解はあっても行政からの資金の援助はなく、法人持ち出しの事業となることから、法人の地域貢献事業と位置づけ対応した。今求められている社会福祉法人としての責務の達成につながっている。

法人内の相談支援事業所が利用希望者の把握や学校、行政との情報共有等に努め、スムーズな周知と事業運営につながった。

Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

- 自立支援協議会で出された課題ということで、地域（事業者、行政等）での課題の共有に時間がかからなかった。
- 「地域貢献」が社会福祉法人に強く求められている状況であるため、理事会を含め法人内での協力体制づくりに理解が得やすかった。
- 特別支援学校とのつながりが深くなり、連携がとりやすくなった。
- 他のサービスを利用している登録者もおり、圏域内の障害児支援等の事業者との連携が強化された。

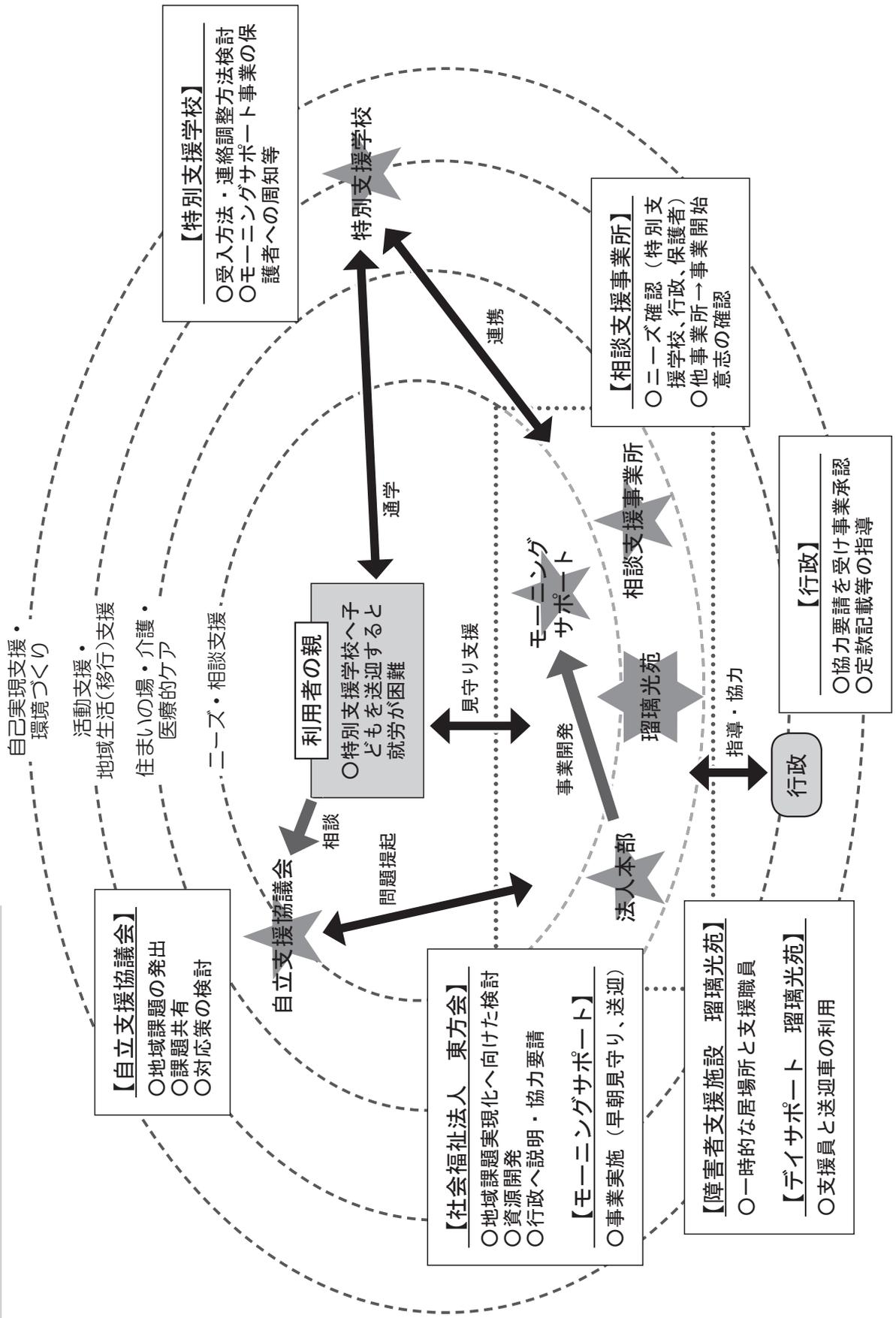
Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

早朝対応のスタッフ確保が難しいと感じたが、地域の福祉資格のないものの福祉に対しての思いのある方を確保できている。欠員が発生したときの早期補充は難しい。

事業開始から4年が経過し、特別支援学校、行政で人事異動が行われ、事業の目的がうまく伝達されていないことが発覚した。通常、通学に対して支給されない移動支援を請求しているとの誤解があり、特別支援学校へ改めて説明をした。定期的な事業の広報が必要と感じた。

事業開始とともに、要綱等をホームページで公開し他事業所にも事業協力を要請したが、いまだに新たな事業所が出てこない。当法人としてもこれ以上の定員増は見込めないため課題と感じている。

『医療ケアを要する在宅障害者と
その家族を支える施設の取組み』



就労継続支援B型事業の利用に係る アセスメント体制の地域整備

島根県・相談支援事業所 島根整肢学園（島根療護園）

I. 事例の概要（基本情報）

<p>1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)</p>	<p>特別支援学校卒業後に就労継続支援B型事業所の利用を希望する生徒、および就労経験のない就労継続支援B型事業所利用希望者。 ＜圏域内にある特別支援学校のクラス種別＞ 肢体不自由クラス、知的障害クラス、病弱クラス、聴覚障害クラス</p>
<p>2. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)</p>	<p>福祉圏域としてのアセスメント体制整備とマニュアル作成</p>
<p>3. 主な支援内容</p>	<p>障害者支援施設を持つ相談支援事業所が自立支援協議会事務局として、関係機関と協働した地域の実情に応じたアセスメント体制の構築とその後の周知。</p>
<p>4. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)</p>	<p>障害者就業・生活支援センター、特別支援学校、行政担当課、就労移行支援事業所、障害者支援施設の持つ相談支援事業所、自立支援協議会事務局</p>
<p>5. その他事例の特徴</p>	<p>マニュアル完成をもって完結するのではなく、現在も引き続き見直しが続いている。</p>

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆自立支援協議会・運営（定例）会議にて

障害者自立支援法において、就労継続支援B型事業所を利用する際、利用者は就労移行支援事業所においてアセスメントを受けることとされ、その体制整備が求められてきた。しかし、全国的なアセスメント体制の整備不足により、経過措置として平成26年度末まで実施は延長された。

当協議会では、アセスメント体制及びアセスメントマニュアルを平成26年度末までに完成させるべく、就労支援部会での協議を経て、就労支援部会メンバーを中心としたワーキングチームを発足させることとなり、障害者支援施設の持つ相談支援事業所は、自立支援協議会の事務局として参加することとなった。

◆就労継続支援B型利用に係るアセスメントに関するワーキング①

第1回目のワーキングでは、就労系障害福祉サービス利用におけるアセスメント体制の構築マニュアルを基に、特別支援学校、行政、就労移行支援事業所、相談支援事業所、それぞれの役割を

確認することを中心に、実際にアセスメントを受けて就労継続支援B型事業所を利用するまでの流れを確認した。

◆就労継続支援B型利用に係るアセスメントに関するワーキング②

実際に体制整備をする上での具体的な問題点を整理し、それぞれについて対応を協議した。

- アセスメント対象者について（特別支援学校等卒業生とそれ以外の者）
- 就労移行支援支給までの具体的手続きについて（支援区分認定、サービス等利用計画）
- 就労移行支援事業所のアセスメントの実施場所や日数について
- アセスメント結果の取り扱いについて
- アセスメント結果を踏まえて、進路決定までの流れについて

マニュアル化する場合には、想定されるさまざまなケースについて各機関の役割をそれぞれ示す必要があるが、実際に対応する際にはケース個々に応じて関係機関同士が連携し、検討が必要であることを確認した。

◆就労継続支援B型利用に係るアセスメントに関するワーキング③

前回のワーキングで挙げられた協議事項等の具体的な対応について決定した。

- アセスメント体制は、①特別支援学校卒業生、②卒業生以外の新規利用者、③経過措置期間に支給された者の3パターンとし、それぞれについてマニュアルを作成する。
- 特に具体的な体制整備が必要とされる特別支援学校卒業生に関しては、学校主催で開催される進路相談会において、行政、就労移行支援事業所、相談支援事業所が一同に会し、認定調査からアセスメント、計画立案までを協働して実施することとした。
- アセスメント結果の取り扱いについては、就労移行支援事業所と相談支援事業所が連携し、相談支援事業所がサービス終了のモニタリング会議を開催することで、本人、保護者、各関係機関へフィードバックすることとした。
- 進路先（就労継続支援B型）決定後は、通常の障害福祉サービス利用のプロセスに準ずることとした。

◆就労継続支援B型利用に係るアセスメントに関するワーキング④

第3回までの協議内容を踏まえ、就労支援部会が作成したアセスメント体制マニュアル（案）の確認、関係機関同士の情報提供様式、報告様式について確認した。

また、対象者への周知方法、説明ツール（パンフレット等）、Q&Aの作成について協議した。

◆就労継続支援B型利用に係るアセスメントに関するワーキング⑤

マニュアルの確認と、説明ツール（パンフレット等）の最終確認。周知方法の決定。

- 特別支援学校卒業生へは、各学校単位で年度当初に開催される進路説明会において、進路担当教諭よりパンフレット等を利用し周知を図る。また、対象となる卒業生には個別の進路相談会において詳細を説明する。
- 卒業生以外の対象者には、行政担当窓口によりパンフレット等を利用し周知を図る。
- 圏域全体に対する周知として、自立支援協議会主催により「圏域における就労継続支援B型事業の利用に係るアセスメント体制マニュアルの説明会」を実施する。

◆アセスメント体制マニュアルの運用に向けて

完成したアセスメント体制マニュアルは、自立支援協議会の運営（定例）会議、全体会で説明し、承認を得た。

実際の運用を前に、圏域全体への周知を目的として、圏域内の特別支援学校、就労継続支援B型事業所、就労移行支援事業所、相談支援事業所、行政関係者を対象として、自立支援協議会の主催による「圏域における就労継続支援B型事業の利用に係るアセスメント体制マニュアル説明会」を実施した。

◆マニュアル運用後の振り返りについて

アセスメント体制を利用した大多数が、特別支援学校からの卒業生であったこともあり、就労移行支援事業所によるアセスメントは、夏休みである8月に集中した。

自立支援協議会の就労支援部会では、途中経過の状況把握と現在までの課題整理を目的とし、9月に部会を開催した。具体的な協議内容は以下のとおりである。

- アセスメント実施期間について3日から5日としていたが、ケースに応じて期間を延長する等の対応が必要である。
- 実際の進路先である就労継続支援B型事業所での作業を見てアセスメントをしたことで、対象者にとっても事業所にとっても良い結果を得ることができた。

考察

- 自立支援協議会の専門部会におけるアセスメント体制整備に対する取り組みにより、マニュアル完成という結果が生まれたことは、今まで圏域には存在しなかった新たな体制、新たな地域資源を生み出し、関係機関との繋がりが深まった。
- 地方特有の地域資源の少なさという点はあるが、関係機関や行政と協力し、工夫したことで資源の少なさを補い、実際に形にできたと考えている。

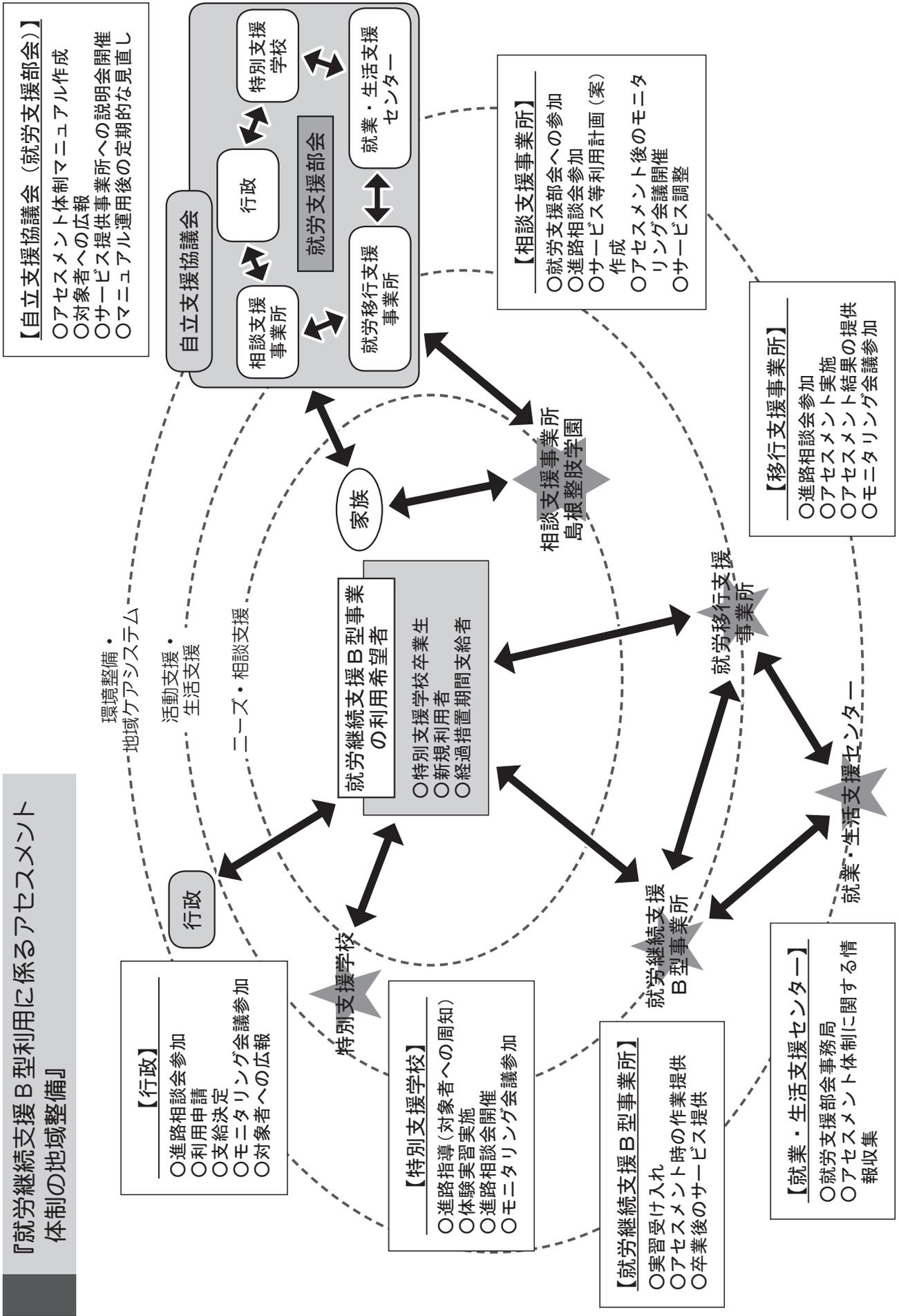
Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

- 自立支援協議会における専門部会のワーキングという協議形式をとったことにより、実務単位での具体的な協議を重ねることができた。
- 圏域全体への周知方法は、行政や自立支援協議会、複数の学校で形成される進路センター等、組織的に大きな単位から発信することで、対象者、関係機関に適時に情報発信することができた。

Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

- 特別支援学校の進路相談会へ参加する相談支援事業所の選定が現在の課題となっている。本来、相談支援事業所は対象者が選択すべきであるが、各関係機関が会することで、日程の調整が困難となり、参加できる相談支援事業所が限られてしまう。
今後、相談支援事業所から生徒または保護者へ事業所紹介ができる機会を設けることなどを検討している。

『就労継続支援B型利用に係るアセスメント体制の地域整備』



罪を犯した障害者の地域生活を支える 相談支援事業所の取り組み

北海道・旭川市障害者総合相談支援センター（敬愛園）

I. 事例の概要（基本情報）

1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)	障害支援区分 未調査 中度の知的障害（精神年齢8歳6か月、IQ 48） 50歳代（男性）
2. 障害の特徴	○ADLは全面自立。 ○集中力・協調性・計画性の欠如。 ○短絡的・多弁でコミュニケーション能力が低い。
3. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)	保護観察期間及びその後における再犯防止を目的とした司法関係者との連携
4. 主な支援内容	○公判中における更生支援計画の作成。 ○執行猶予後の地域生活全般に係る福祉の支援。 ○司法関係者との連携。
5. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)	弁護士、保護観察所、市役所（保護課・障害福祉課）、ハローワーク、社会福祉協議会、心身障害者総合相談所、共同生活援助事業所、就労継続支援B型事業所、等
6. その他事例の特徴	テラス所属の弁護士や担当保護観察官と連携し、再犯を繰り返さないための継続的な支援を要する事例。

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆福祉的支援を行うことになった経緯

本人は父親と借家で2人暮らしをしていたが、平成26年6月から7月にかけて、当時勤めていた会社の倉庫から無断で備品を持ち出してはリサイクルショップで換金し、生活費やパチンコ代に充てていた。事件が発覚し、逮捕・拘留。犯行が複数回にわたり、被害総額も高額だったことから、刑事事件として起訴された。同年8月26日、担当の国選弁護士A氏から相談を受理。本人との接見時の受け答えから知的障害の疑いを持ったが、療育手帳を取得しておらず、またその存在すら知らず福祉関係者との関わりも一切なかった。A氏としては本人が地域に戻ってきた際の更生に向けた道筋をつけておきたいと考えているとのことであった。

そこで、A氏より更生支援計画の作成、療育手帳の取得や障害福祉サービスの利用に係る相談支援を引き受けてもらいたいと依頼があった。同年9月に2回、A弁護士同席のもと拘置所へ行き、本人と面会し、当センターが相談支援することへの同意を得た。

◆更生支援計画の作成

A弁護士より、裁判前のため、本人が今後利用できる、あるいは利用した方が良いと思われる障害福祉サービスを提案するかたちで原案を作成してほしいとの依頼に沿って計画案を作成。その後、10月からの公判に間に合うよう本計画を作成。

◆裁判と執行猶予

本人の裁判は、第1回公判が平成26年10月2日、第2回が同年10月22日、判決が同年11月6日に行われた（いずれもB相談支援専門員が傍聴）。本人は不法侵入ならびに窃盗罪で起訴されたが、裁判の結果、懲役1年2か月、執行猶予4年及び保護観察付きの判決を受けた。保護観察所ならびにA弁護士から本人に説明があり、服役は免れたが非常に重い判決だったこと、執行猶予中、遊興施設への接近・入店を禁じられたこと、執行猶予中に触法行為をすれば猶予が取り消されるだけでなく、新たな罪が加算されることについて言及された。

◆執行猶予後の地域生活支援への経緯

平成26年11月6日、本人は保護観察所で裁判所の判決を受けての注意事項の説明を受けて帰宅となったが、家賃滞納で逮捕前の借家に戻ることができない状況だった。脳梗塞で入院中の父親以外に身寄りもなく、市内の更生保護施設にも空きがなかった。遠方の施設に行くしかないとの説明だったが、債務整理の手続きに支障をきたすため、担当のC保護観察官に依頼し、本人が緊急的に泊まれる下宿を確保してもらった。

釈放後、本人が支援拒否するようになったため、担当のC保護観察官と協議し、保護観察中は当センターの相談支援を受けること、市の社会福祉協議会（以下、市社協）の日常生活自立支援事業を利用して金銭管理の支援を受けるよう本人に説得してもらい、本人に係る下記の支援を行った。

○生活保護の申請 本人が一般就労に復帰して収入を得られるようになるまでの間、当面の生活費を確保する目的で保護課を訪問。生活保護の手続きに同行。

○市の求職活動への同行 保護課より「これまで一般就労をしていたのだから即、求職活動をすることが保護費を出す条件」と指示があったので、本人とハローワークへ行き、求職者登録を実施。第一希望は逮捕前までと同様に運転業務、あるいは用務員等の仕事。その後、本人から「いつも4番窓口（障害者の専用の窓口）へ行かされる」と連絡があり、ハローワークに確認したところ、「昭和58年に精神薄弱（知的障害）の判定を受けた検査結果の写しがある」との返答。

○療育手帳の取得 障害福祉課にハローワークの件を確認したところ、確かに検査結果は残っているが、療育手帳の取得手続きが放置されていたことが発覚。30年以上が経過しているので再度検査を受けるよう指示があり、心身障害者総合相談所の巡回相談を予約。平成27年2月24日に本人の再判定を実施。当センターの担当相談支援専門員も同行し、支援者の聞き取りに応じた。

○グループホームの利用 下宿先でトラブルを起こし、本人・下宿先の意向を受けて下宿を退去することになり、グループホーム探しを開始。事情を説明し、市内で空きのある事業所から福祉的就労を含めて本人を受け入れしてくれる1か所を探し、本人と見学し、利用に向け準備を進める。

○計画相談支援の実施 療育手帳の取得に先行して障害福祉サービスを利用することになったので障害福祉課へ申請手続きを実施。センター内の特定相談支援事業所が計画相談支援を行うことで了承を得る。

○療育手帳の交付

心身障害者総合相談所の巡回相談に同行。支援者への聞き取りがあったので、担当相談員が対応。検査結果として療育手帳B判定を受けた。

○金銭管理の支援

自己破産に係る法テラスへの同行等の支援と並行し、財産管理や公共料金等の支払い支援のため、北海道社会福祉協議会の日常生活自立支援事業の利用申込に同行。現在、通帳預かり、家計管理、月1回の生活費の振り込みに係る同行支援を受けている。

○支援の結果

一般就労したことで就労継続支援B型事業の利用対象外となったので、障害福祉サービスは共同生活援助事業のみ利用中。この支援により本人の見守りや安否確認、バランスの取れた食事を摂ることができている。また、家計管理や預金通帳の預かり、支援者が同行し生活費を先払いすることによって、未払いや赤字となるのを未然に防止できている。担当のC保護観察官との面談も欠かさず受けている。現在、一般就労を解雇されて求職中だが、司法関係者と連携した支援により、今のところ再犯せずに地域生活を続けている。

考察

今回の相談支援によって、罪を犯した障害者が二度と犯罪を繰り返さず、安心して地域で暮らしていくための支援は障害福祉関係者だけでは成し得ないことがわかった。司法関係者と連携し、役割分担し、どうしても本人の理解が得られない場合は司法関係者に説得してもらう等の協力を得ることが必要不可欠である。今後同様のニーズがあった際のモデルケースとしたい。

Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

- 障害福祉関係者だけではなく、相談者のニーズに応じて他分野から支援者を募り（今回は再犯防止と金銭管理に係る支援者）、支援チームを立ち上げることができた。
- サービス等利用計画に保護観察中における本人の義務と役割を明文化し、保護観察が終わるまでの間は、計画で提示された支援を受け続けることについて承諾を得ることができた。

Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

- 本人には多動傾向があり、今やりたいことを思いついたら即行動し、その前に約束したことを忘れてしまい支援者に迷惑をかける等の問題行動を何度となく繰り返しているが、それぞれの支援者が適宜対応してくれている。また、連携することにより情報共有が可能な状況にある。
- 「通帳は自分で管理したい」「グループホームを出たい」と主張しているが、4年間の保護観察が終わるまでは支援を受けるよう保護観察所から言われており、支援を受けることが本人の問題行動の抑止力になっている。そのため、終了後の支援の在り方が将来的に大きな課題となる。

在宅生活継続のための 本人と配偶者へのレスパイト支援

宮崎県・日章野菊の里そだんサポートセンター（日章野菊の里）

I. 事例の概要（基本情報）

1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)	障害支援区分4 脊髄炎による体感機能（1級）および両上肢機能障害（6級） 併1級 60歳代（女性）
2. 障害の特徴	○日中、車椅子生活（支えなしの座位保持は不可） ○車椅子への移乗は自力 ○意思疎通は問題なし ○食事はセッティングすれば自力摂取可能
3. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)	「主婦の仕事をできる限りしたい」という気持ちを尊重した、本人及び夫に対する支援
4. 主な支援内容	○家事援助ではなく共同援助としての居宅介護。 ○夫の負担軽減のための短期入所。
5. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)	病院、訪問看護・訪問リハ（医療保険）、居宅介護、相談サポートセンター、生活介護事業所、短期入所事業所

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆本人の現状及び経緯

- 自宅（持家）にて夫と二人暮らし。子ども3人（全員県外在住）。
- 夫：自営業（自宅で）。仕事で不在の時も多々ある。
- 本人：病気に対する受容はしているが「どうせこんな体だし…」とこれまでできていたことができなくなったことに対して悲観的な考えをしていた。

◆退院までの支援経過

- 平成27年2月 入院中の地域連携室のワーカーより退院後の支援について依頼を受けアセスメントを行う。
 - ・本人：自宅で夫と二人で生活したいという強い要望。
 - ・自宅：住宅改修済み（バリアフリー）で移動等の問題はない。
 - ・平成23年現疾病発症（それまで大きな病気などなし）
 - ・発症後4年間入院生活。退院後の生活に対する不安は大きい。
 - ・「これまで夫を支えながら家のことは自分が全部やりくりしてきた」という自負があり「でき

ることは自分でしたい」

- ・夫は、夫婦共通の趣味であった休日のテニスを続けたい。本人も夫の趣味を奪いたくないと思っている。
- ・本人は、ずっと自宅内で過ごすより、誰かとおしゃべりするなど気分転換する時間がほしいと思っている。
- ・発症後、病院でリハビリを継続しており、今後も続けたい（欠かせない）。

○訪問看護:週 1 回、訪問リハビリ:週 2 回、生活介護:週 3 回、居宅介護（身体介護）:週 5.5 時間、短期入所:月 10 日のサービスを調整

◆サービス担当者会議

○関係機関の職員全員に本人の思いを伝え、調整を行った。

○居宅介護

通常の身体介護（オムツ交換・体位交換等）以外に、本来家事援助として位置づけられる食事の準備を本人の希望を基に、基本的に本人が行い、見守り及び夫ができない部分をヘルパーがサポートする「共同援助」で対応。

○夫の参加により、本人が自宅での生活を継続できるよう、家族及びインフォーマルなサービスを調整し、全員が納得いくサービス調整を行った。

◆サービス導入後の状況

○共同実践により夕食を作る支援

本人が台所（車いす対応に改修済み）で料理を行い、冷蔵庫の材料や調味料など届かない部分はヘルパーが支援している。

○食材の購入

「スーパーへ行き、自分の目で確かめて選びたい」という希望のもと、ヘルパーとスーパーへ買い物に行っている。

○時間調整で不具合が発生

その都度担当者会議を開催し変更を行い、ニーズに合ったサービス提供をしている。

○現在、リハビリの甲斐もあり、ある程度の時間車椅子で座位が保てるようになり、長時間の車の移動も可能となった。本人も、「元気なうちに行けるところに行っておきたい」と、移動支援を利用して行楽地へ出かけたりして、これまで行けなかったところへ出かけるのを楽しみにしている。

考察

本人は、支援開始時は悲観的な考えをしていたが、元来社交的で、何事にも一所懸命取り組む性格だったため、退院後も自分ができることに懸命に頑張った。その結果入院中よりできることが増え、社会との接点も増えたことで、当初はあきらめていたことにも取り組むようになり、「自分の人生を楽しむ」というポジティブな考え方に変化していった。

これは、当初予想していなかった効果であるが、自宅の中で、ひいては社会の中で「自分の役割がある」ということが本人のモチベーションを高める結果につながったのではと考える。

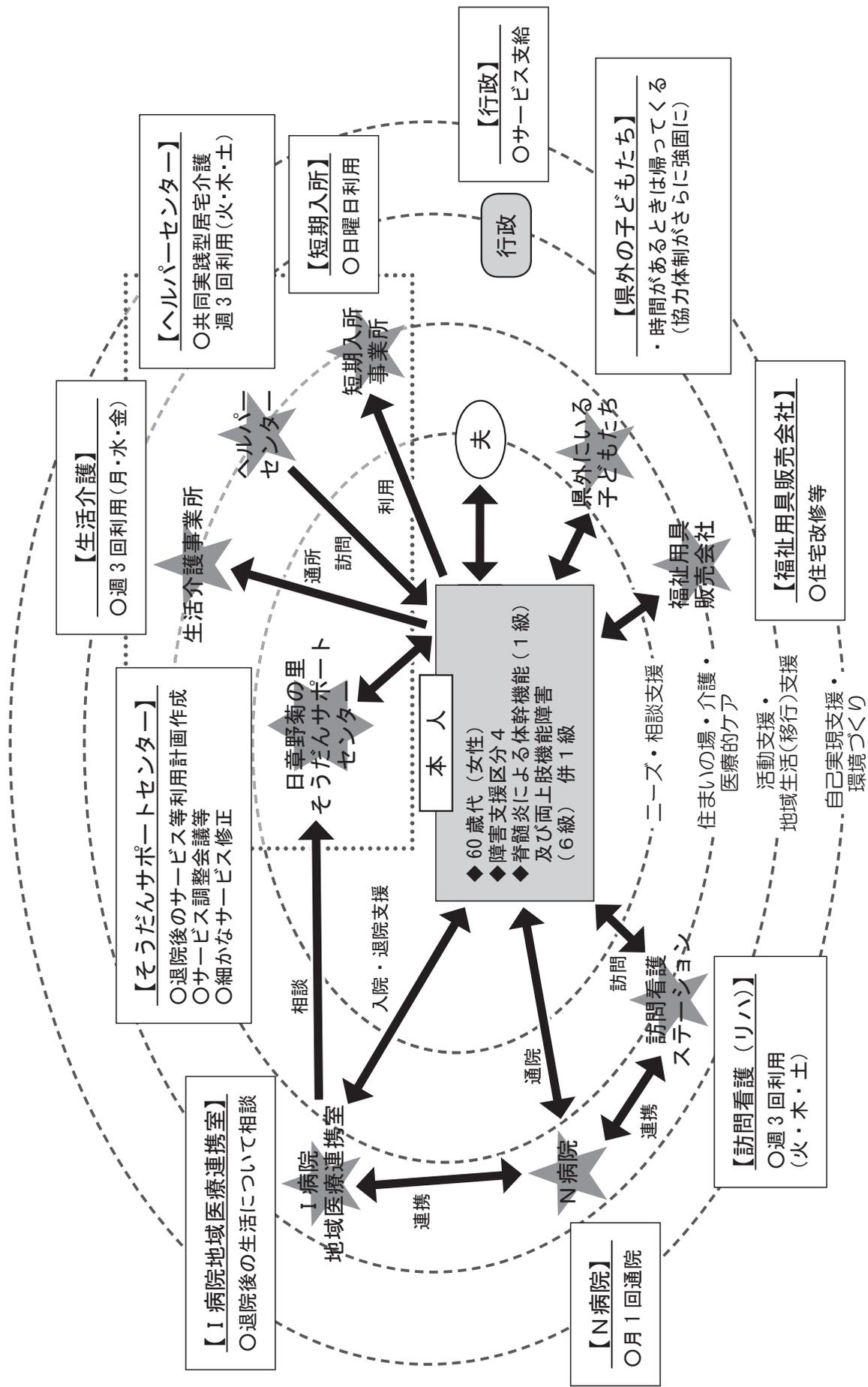
Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

- 本来同居人がいる場合、家事援助の利用はできない。食事の準備等は家事援助に含まれ、今回のように夫と同居の場合、非該当となる。
 - 「主婦である以上自分でできる限りのことをしたい」という希望
 - 制度内で利用できるものはないかと検討し、「共同援助」という結論を得た。
- 本人が主体的に行うことで役割ができ、本人の意識が改革された。

Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

- 最初のプラン作成以降、本人及び夫のニーズは常に変化していた。その都度話を聞きサービス調整を行った。
 - ・当初、変更のある事業所とだけやり取りをしていた。
 - ・他の事業所に本人の思いが伝わらず、それぞれのサービス提供事業所で温度差が発生してしまうことに気づいた。
- 変更があるときは可能な限りサービス担当者会議を開催することとした。
- 本人に関わるすべての事業所が最新の情報を共有し、思いを理解することで適切な対応ができるように努めた。

『在宅生活継続のための本人と配偶者へのレスパイト支援』



テーマ3 「基盤整備・環境整備」まとめ

一つめの「瑠璃光苑」での事例は、『障害のある方またその親のニーズを丁寧に汲み取り、ニーズに即したサービスを新たに創出する』という、福祉の基本をまさしく絵に描いたような実践事例である。福祉制度が充実しつつある現在においては、ともすれば、既存の福祉サービスですべてを解決しようとする、行政や私たち福祉事業者にとってはハッと気づかされる点もあるのではないだろうか。障害福祉の制度は、これまでの先人たちが、サービスまた社会資源がまったくないところから、自ら率先してサービスを形づくり、継続して取り組んできた結果が制度として確立したという話を多く聞く。この事例もまさしく、そのような先人の取り組み姿勢とまったく同じであると感じた。

この先に求められるのは、いかにして継続して安定したサービスにしていくのか、そのためには、やはり『制度として確立する』ということになる。法人・施設として、ぜひ粘り強く取り組まれることを期待したい。

二つめの「島根療護園」での事例については、自立支援協議会のひとつの活用事例とみるとよい。各地域圏域において、自立支援協議会のあり方については程度の差はあるだろうが、試行錯誤していたり、協議会自体が形骸化している地域もあるのではないだろうか。

本事例は、地域にあるニーズを一法人一施設のみで対応するのではなく、『圏域全体の課題』としてとらえている点が重要である。相談支援事業所が実務を担当したとはいうものの、あくまでも圏域全体の総意のもとに取り組むという、自立支援協議会が目指している本来のあり方である。しかし、一方で自立支援協議会という組織は、様々な立場の人材・団体が集まっており、なかなか一つにまとまるのが難しいというのが実情である。したがって、本マニュアルは、それぞれの意見を聞き、調整を通じて完成されたと想像できる。さらには、マニュアルの内容の振り返りや見直しに取り組まれていることは、なかなかできないことであり、参考になる。

三つめの「敬愛園」の事例は、相談支援事業における好事例である。相談を通じて専門機関と連携した対応をすることで、障害のある人の生活がうまくいきつつあるという手ごたえを感じている。

相談事業においては、相談員が障害のある方またその家族の悩みを寄り添って聞くあまりに、その悩みを相談員が一手に引き受けてしまい、相談員自身が行き詰るというケースをいくつか耳にする。相談を受けた場合には、様々な専門機関と手と手を取りあって（＝連携）、障害のある人が社会そして地域において自立した生活・人生が過ごせるようにサポートを行うことが重要である。本事例は特に各地域で現在、相談員として頑張っている人たちが参考にすべき事例である。

これらの事例を通じての感想は、繰り返しになるが、障害のある方またその家族のニーズをきちんと理解・把握し、そしてニーズに即したサービスを実践する、それは福祉の基本であるということである。

したがって、障害のある方またその家族の思い・声を抜きにしてものごとを決めるようなことにならないように、私たちは常に謙虚に耳を傾ける、そのような姿勢や取り組みが必要であることがわかる。

テーマ 4

「その他地域生活支援拠点としての
機能に関連する事例等」

虐待案件における緊急一時保護

佐賀県・長光園障害者支援センター

I. 事例の概要（基本情報）

1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)	障害支援区分2 知的障害（中程度・療育手帳B所持） 40歳代（女性）
2. 障害の特徴	○身辺動作は自立 ○言葉による意思疎通は可能 ○金銭管理・行政手続きなど、権利擁護・意思決定にサポートが必要
3. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)	○生命や安全の確保。 ○権利擁護、意思決定支援。
4. 主な支援内容	○専門支援機関と連携し、緊急的な一時保護。 ○グループホーム（以下、GH）に移行するまで安全な生活を保障。
5. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)	行政、市町村障害者虐待防止センター（以下、虐待防止センター） 就労継続支援A型事業所（以下、A型事業所）、GH
6. その他事例の特徴	本人だけではなく、施設の安全を守ることに注意し、行政、虐待防止センターとも密な連携を図った。

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆相談の端緒

○平成26年1月

A型事業所より当園が受託運営する虐待防止センターに通報「本人の身なりや栄養状態の悪化、所持金をほとんど持っていない。養護者（義姉）からの虐待が疑われる」

○翌日以降

行政と虐待防止センターが協働し事実確認開始。虐待に関する客観的な根拠が見つからず、虐待認定が行えない。

○家族との面談

家族との面談の機会を幾度か調整するも、当日になってのキャンセルが相次ぎ、家族への状況把握が難航した。

◆養護者との面談から緊急保護まで

○平成 26 年 2 月：養護者との面談実現。

- ・養護者としてもこれまで本人のために手を尽くしてきたこと、養護者の思いが伝わらない苦しさや疲弊が訴えられた。
- ・養護者の負担軽減のため、ショートステイやGH利用を提案。
- ・養護者は自宅や家族から離れるサービスをかたくなに拒否するも、障害支援区分のみ取得したいと訴え。

○養護者との面談を繰り返し、サービス利用の説得を続ける。

- ・本人：家族と離れ、GHへの入居を希望
- ・行政：養護者の説得はできないと判断。本人保護の必要性の検討開始。
- ・長光園障害者支援センター（以下当園）：
虐待防止センターと情報・状況を共有し、緊急受け入れの検討開始。
- ・A型事業所：

虐待防止センターからの連絡を受け、同事業所が運営するGHへの入居に向けた検討開始。

○平成 26 年 3 月、地元警察署から連絡あり「本人が自宅近くで、半裸の状態で見られているところを民生委員が発見し警察に連れてきた。本人が虐待防止センターの名前を覚えており連絡した」とのこと。

- ・至急、警察署で本人と面談
- ・本人：保護を求めている。
- ・行政：その場で、やむを得ないと緊急一時保護の措置を判断。
- ・当園：事前の情報共有が図られており、緊急一時保護の準備が進められた。本人が身柄一つで来園することが予測されたため、着替え、食事、入浴等の準備が行われた。当日夜には本人到着。
- ・養護者：行政より虐待認定と保護を通知される。

○保護当日に行政、当園入所担当、虐待防止センターの担当で検討会議を開催し、以下を決定した。

- ①保護先が外部に漏れないようにスタッフにも周知すること。
- ②深夜まで虐待防止センターの職員が施設に待機すること。

◆緊急保護を経てGHへ

○土日を挟み、明けて月曜日に再度会議を開催。

○本人の意向を尊重し、GHへの早期移行を進めることになる。

○養護者とは行政、虐待防止センターで面談を重ねる。

○権利擁護・意思決定支援に向けて成年後見制度を申請する。

○GHは体験利用から始め、ほどなく本入居となる。

現在も、GHで安定した生活を送りながらA型事業所に通勤している。

考察

- 行政、警察、民生委員等地域の資源と連携を取ることで、本人の生活を安定したものへと導くことができた。
- 事前に事業者と情報共有することで、緊急の受け入れがスムーズにできた。
- 緊急保護に対して、虐待防止センターに求められる業務と課題（夜間帯の施設待機、情報管理等）が見えた。

Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

行政、虐待防止センターと常に連携を取り、具体的な情報提供や情報交換ができた。

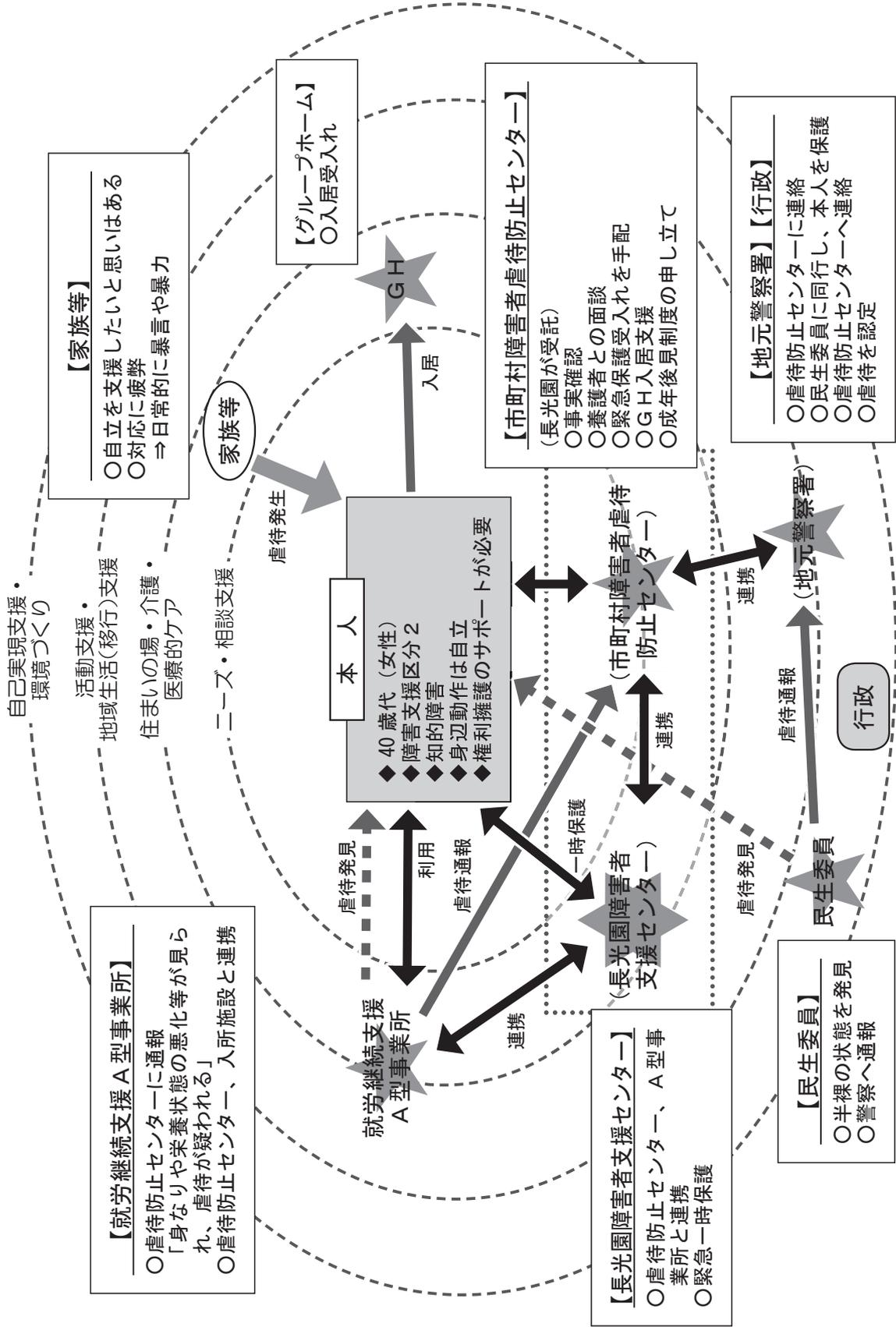
そのことにより

- ①本人の意向を適宜共有できた。
- ②緊急保護に際して、不足しがちなアセスメントを比較的多く得ることができた。
- ③急変する状況の中でも支援の方向性を共有し、迅速に判断することができた。
- ④本人だけでなく、受け入れた施設の安全確保についても協議し、役割分担が行えた。
- ⑤GHでの生活支援体制も早期に取り組むことができ、比較的早くGHでの生活が安定した。
- ⑥圏域における虐待案件に対して、入所施設がシェルター的な役割を果たすことができた。

Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

- 虐待認定までに時間を要するケースが多くなっている。虐待の認定に当たっては迅速な判断が必要であり、今後、司法の専門家との連携がより重要になると考えられる。
- 今回のケースでは行動障害や病気への対応も必要なく、受入れの判断も早く行えた。強度行動障害のある利用者の受け入れができる施設が現実的にはない状況。地域・圏域におけるシェルターを確保できるようネットワークを形成することが大きな課題となっている。

『虐待案件における緊急一時保護』



他の施設で入所希望を断られた利用者の、 施設入所に向けた支援

山口県・高嶺園

I. 事例の概要（基本情報）

1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)	障害支援区分6 外傷性硬膜外血腫後遺症による両上肢運動機能障害 10歳代(男性)
2. 障害の特徴	○立位や車椅子での移動は可能であるが、転倒等の危険があるため、見守りが必要である。 ○意思疎通は可能であるが、思い通りにならない時には、行動障害が現れる。
3. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)	入所希望の施設から断られて、別の入所先を探していた。どうすれば、本人を当園で受け入れることができるか。
4. 主な支援内容	常に、一人の社会人として人権を尊重し、何事も説明責任を果たし、指示命令形の言葉かけではなく、優しくお願いすることで、穏やかに生活を送れるようにする。
5. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)	行政、障害者支援施設、特別支援学校、相談支援事業所、医療福祉センター、家族
6. その他事例の特徴	当事者、家族、行政、医療、施設が一緒になって地域包括型対応を目指し、発生したケース。予想される問題をその都度全関係者が参加して協議し、施設生活を可能にするよう努めてきた。

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆入所を希望されるまでの経緯

- 本人は、A特別支援学校2年時、3年時と卒業後の進路を検討され、障害者支援施設B苑で実習を行う。(障害者支援施設B苑に入所待機登録を申請する)
- 平成27年10月、障害者支援施設B苑から入所待機登録を拒否されたことを、母が行政より報告を受ける。
- 卒業後自宅での生活を、家族は困難と考えられて別の入所先を探していた。
- 平成27年10月に、知人の紹介で当園を見学され、本人、母親ともに利用を希望する。

◆受け入れにあたって実習開始

- 平成27年11月、当園デイサービスにて実習(体験利用)を行う。
- A特別支援学校の担任教員も同行され、本人は緊張していたが、日中活動に参加し、楽しく過ごす。

その後平成28年1月に、当園の1泊2日の宿泊体験を利用。車椅子での移動速度が速く、そのため、他の利用者の方々の安全を考慮して職員が過剰の対応となり、少し特別扱いのようになっていた。しかしその後は、職員も他の利用者の方々と同じように接し、車椅子で移動する時はゆっくり運転をしていただくよう説明したところ、理解され、その後は安全に走行するようになった。

○その他については、大きな所見もなく、穏やかに生活された。

◆受け入れにあたっての問題点

- 当園としては、1回の利用だけでは本人の落ち着いた状況が継続するかの確認がとれておらず、また、障害者支援施設B苑が待機登録を断った理由も掴めていなかった。このため、卒業までの間に、2～3週間に1回のペースで本人を受け入れ、短期入所を行うことで、どうしても受け止めてあげることができるか行政・家族・施設・医療の4者が一緒になって検討していくこととした。
- しかしながら、母親は4者の検討を待たず単独で、入所待機登録申請を市へ提出をしてしまう。

◆問題点への対応

- 入所待機登録は、母親が急いで申請されたこともあり、実情を理解された行政は入所待機登録を取り下げた。
- 当園のサービス管理責任者と相談支援員は今回のケースに対して、行政・家族・施設・医療の連携は不可欠であることを確認。この結果、本人が当園で生活できるように、まずは、園内生活に慣れることに主眼を置くことを母親に説明し、園の方針等について納得していただいた。
- 更に、4者が一緒になって、どうしても受けとめることができるかを主題に、平成28年2月に初回の担当者会議を行い、その後も継続して会議を行うこととした。

◆短期入所の利用と検討会議

- 平成28年2月に2週間の短期入所を利用後、第2回担当者会議を本人・行政・保護者・特別支援学校の教員・医療福祉センター看護師・当園相談員・看護師・介護士・サービス管理責任者で会議を行い、今後について検討を行った。
- その中で母親は、本人の意向を確認せずに、卒業式に出席させないで短期入所を継続して利用することを希望された。通常、親子で卒業式に出席することは当然のことであると考え、障害のある方々は常に「まずは障害者の想いを聴いてほしい」という思いを支援者側に抱いていることから、その気持ちを大事にし、本人にどうしたいのか気持ちを尋ねた。すると本人は悲しい表情で「僕は卒業式に出たい」と意思表示された。この気持ちを大事にして卒業後の短期入所の方向で再調整を行った。

※平成28年3月、特別支援学校の卒業式に父親・兄と一緒に出席されて、その翌日より現在に至るまで、当園の短期入所を利用されている。

- 本人は「ここは楽しいです。ごはんも美味しい。ここにいたい。」と笑顔で施設入所を希望している。行政としては特別支援学校に籍がある間は短期入所の支給決定は出せないが、卒業後の進路を決めるために必要と判断し、県にかけあい認めてもらった。(前回まで、100%自費で短期入所)
- ※これまでの経緯を踏まえ、この先も行政が主導的役割を果たすことで、行政・家族・施設・医療の4者が一致した。

施設としては本人が納得されるまで優しく話し、説明責任を果たしたうえで、本人を1人の社会人として認めた関わり方をすれば、本人も心を落ち着かせて生活ができるのではないかと考える。

家族へは施設生活に本人が慣れるまでは頻繁に面会をお願いし、その都度一緒に散歩や外出す

ることで、本人と一緒に過ごす時間を大切にさせていただくようにする。

医療センターは、今ある薬を継続するが、なるべく薬は少ないほうがよいと考えており、今後も医療として必要なことは迅速に対応していただけるとのこと。

学校側は何度も電話で様子を聞かれ、会議にも積極的に参加された。今後も本人のための協力をしていただけるとのこと。

考察

今回のケースのように、入所を断られ、行き場がなく困っている利用者の支援をする時、施設と家族だけで考えていくのではなく、本人の思いを大切に、行政、家族、医療機関、施設等、関係する多職種で「どうしても受け入れることが可能なか」を考えていくべきである。困難事例として否定的に捉えるのではなく、前向きに検討していくことで、本人が望まれる生活を実現させていくことが可能であると考える。

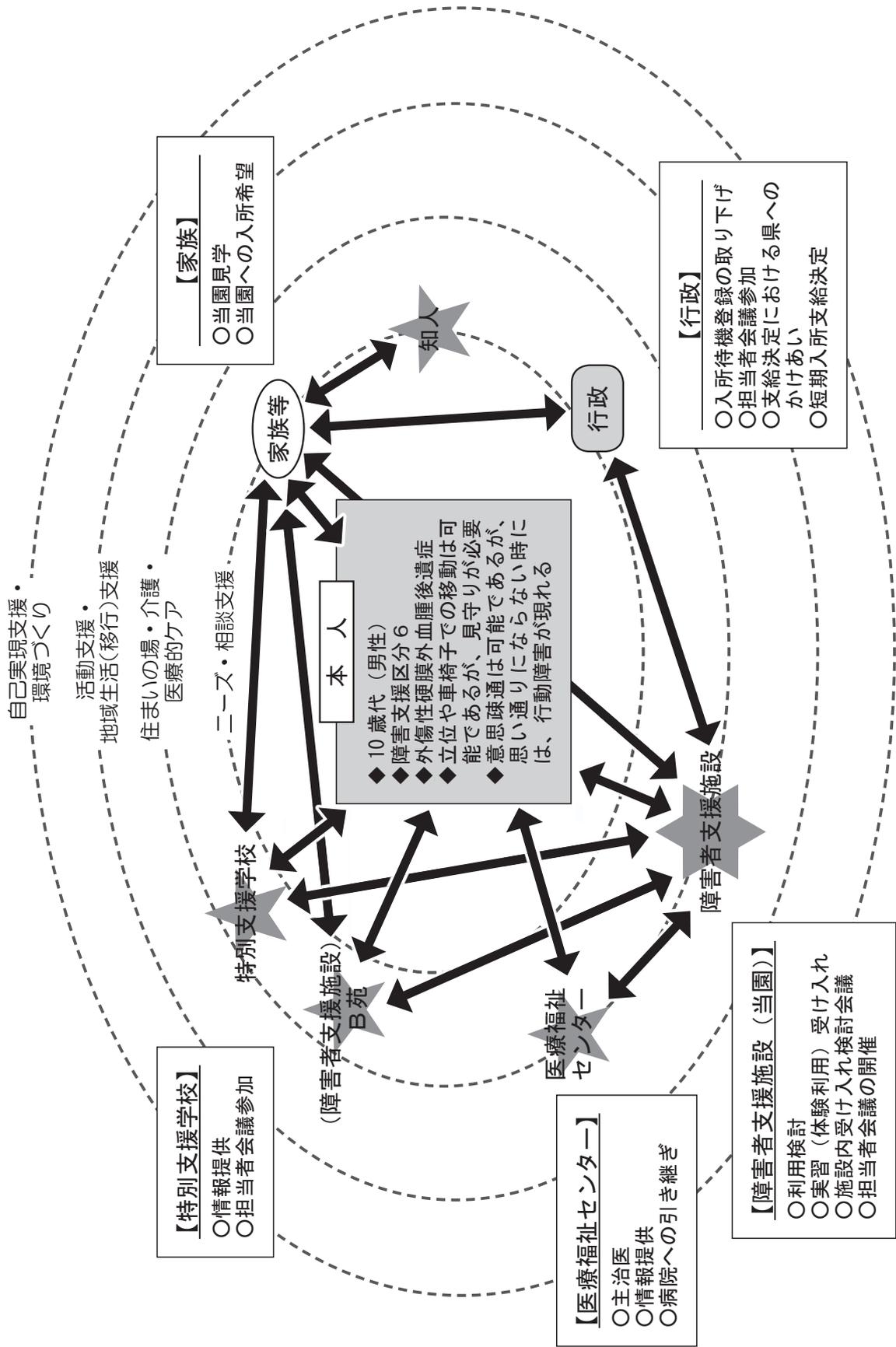
Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

- 当園だけで受け入れの対応を抱えるのではなく、様々な機関と連携し、対応することを主にした。
- ケース会議は行政を主に行い、支援への協力体制を確立することができた。
- 常に本人を1人の社会人として関わることとした。具体的には上から目線で声かけするのではなく、説明責任を重要なポイントにして、納得されるまで優しく説明することで穏やかに過ごされるように配慮している。

Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

- 他の施設を断られたという情報が入ると、当園でも無理なのではないかと考える職員がいた。しかし、統一した支援、説明責任を果たし、本人が納得されると、行動にも変化が見られたことで、職員の意識改革に繋がった。
- 母親が面会に来られ、本人と外出されることもある。母親の本人に対する関わり方も変わりつつある。
- 本人が希望されている入所に向けて、心の安定・平穏を保っていけるように現状を維持することに傾注し、入所への環境を整えたい。

『他の施設で入所希望を断られた利用者の、
施設入所に向けた支援』



本人の製作した作品の販売に向け、 インフォーマル資源を含めて連携した取組み

宮崎県・日章野菊の里そだんサポートセンター（日章野菊の里）

I. 事例の概要（基本情報）

<p>1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)</p>	<p>障害支援区分2 脳出血後遺症（右上下肢麻痺及び言語障害） 40歳代（男性）</p>
<p>2. 障害の特徴</p>	<p>○右上下肢麻痺。一本杖歩行可。 ○買い物や掃除等、身の回りのことは概ね自立。 ○構音障害が重度であり、会話は単語のみ可能。 ○高次脳機能障害のため、言語理解が困難。伝わらないと苛立つことがある。</p>
<p>3. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)</p>	<p>○自分の作品を通して周りに認めてもらいたい。 ○自分の作品を販売することで収入を得たい。</p>
<p>4. 主な支援内容</p>	<p>本人の能力（絵が上手であり、自作のキーホルダーの作成が得意）を活かし、それを商品化し販売するために、セレクトショップ店長と関連事業所が連携し、商品化に向けて話し合いを行い、販売に至る。</p>
<p>5. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)</p>	<p>ケアマネジャー（以下、ケアマネ）、老人保健施設デイケア職員（PT、ST、相談員）、ヘルパー、相談支援専門員、セレクトショップ店長</p>

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆本人の現状

アパートにて一人暮らし。父は他界し、母は認知症のため高齢者施設に入所している。兄が近くの実家に住んでいるもののあまり仲は良くない。介護保険第2号被保険者の要支援2で、通所リハ（週2回）・就労継続支援B型事業所（週3回）・ヘルパー（家事援助：週1回）を利用している。経済状況は、障害厚生年金1級を受給し、自己管理している。

◆今回の関わりに至るまでの経緯

元来、絵に対する興味関心は強く、若いころから絵を描くのは好きだったとのこと。ただ、もともと右利きで、発症後は利き手交換等も行っているため、あまり描くことはなくなっていた。平成27年6月、通所している老人保健施設の職員よりプラ板でのキーホルダー作成を教えてもらってから、趣味として始め、職員の似顔絵を作成してはプレゼントしていた。

◆今回のケースに至ったきっかけ

平成 27 年 10 月、本人の作品をメールで見せていただき、その後実際の作品を見せていただく。完成度が高く、何よりも本人が楽しんで作成しているため、これを商品化することで単なる趣味ではなく仕事として取り組めるのではと考えた。その後、知り合いのセレクトショップ店長へ商品化について相談した。

◆商品化に向けての経緯

セレクトショップ店長と本人と面談を繰り返しながら、どのような商品にしていくかを検討する。本人は言語障害があるため、相談支援専門員及びケアマネジャー（以下ケアマネ）が間に入り、本人の思いを店長に伝え、同時に店長のアドバイス等を本人に伝える等のサポートを行った。

平成 27 年 12 月、サービス担当者会議を行う。（参加者：本人、ケアマネ、老人保健施設デイケア職員、ヘルパー、相談支援専門員、セレクトショップ店長）

現状を説明し、だれがどのような形でバックアップをしていくか話し合い、役割分担を行うと同時に情報の共有化を図る。また、今後の商品化までの流れについても確認する。

その後も作品の試行錯誤しながら、商品の改良を行った。

平成 28 年 3 月、2 回目のサービス担当者会議を行い、商品の進捗状況及び販売方法について確認を行い、平成 28 年 4 月熊本で行われるイベントにて初回販売することが決定した。しかし、イベント開催直前、熊本地震が発生しイベントが中止となる。しばらくは、本人もショックで落ち込んでいたが、その後、販売方法について協議を重ね、セレクトショップの店内に本人の販売ブースを作ってもらうことで合意。平成 28 年 6 月より販売を開始した。

考察

本事例のキーワードは「ストレングス視点」と「多職種連携」である。実際、これまでは事業所で他利用者とトラブルを起こしたり、ヘルパーに対し暴言を吐くなど、マイナスな部分ばかりが目立っていた。

今回、本人の得意なことを活かし新たな分野に挑戦することを目標とし、そのために支援者が制度の垣根を超えて有機的に連携した。このような一連の関わりを通して、本人は今後の希望が明確になり、真剣に取り組めるようになった。さらには、周りから評価されることで、自己肯定感を高めることにもつながったと考える。

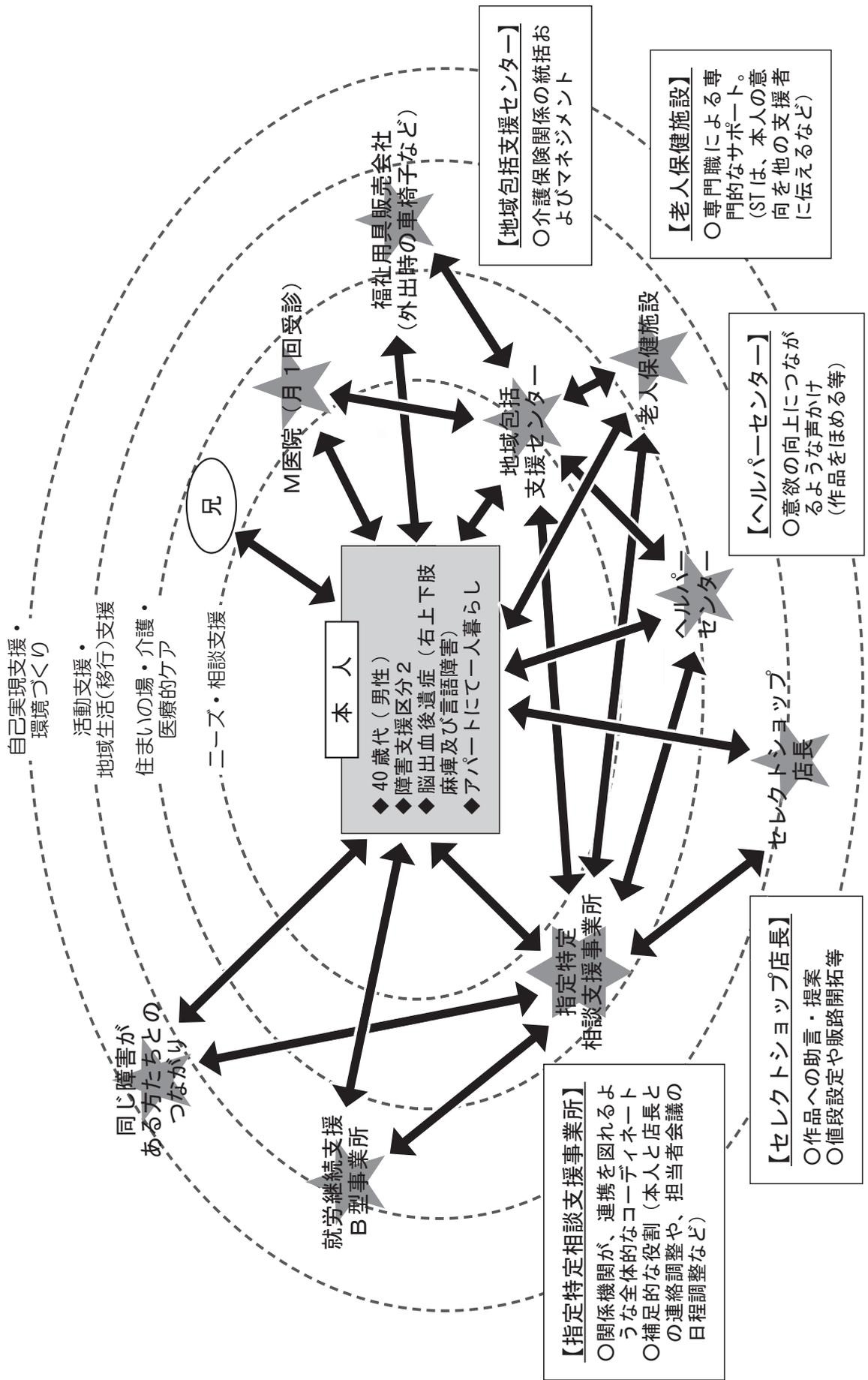
Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

- 相談支援従事者（相談支援専門員及びケアマネ）を中心として、障害福祉及び介護保険の職員でチームを編成し、本人に対する共通理解を図り、同じ目標に向かって情報を共有することができた。そして、PT・STが身体機能に関する助言・指導を行い、自宅では、ヘルパーが声かけを行うことで、本人の意欲の向上につなげるなど、それぞれの領域において支援をおこなった。
また、福祉関係者だけでは対応できなかった部分（商品の構成や販売ルートの確保など）に関しては、セレクトショップ店長からのアドバイスをいただき、違う視点から取り組めた。
- 既存の商品に本人の技能を合わせるのではなく、本人ができること・得意としていることを最大限尊重し、それを商品化したというところで、エンパワメントな部分を引き出すことができた。また、これまで、他支援者へ暴言を吐いたり、他者の意見を聞かなかつたり等マイナスな部分ばかりが目立っていたが、今回の関わりの中で、関係職員が意図的にストレングス視点で対応したことで自己肯定感が高まり、問題行動が減少するといった効果も見られた。
- 「障害者が作った作品である」ということを前面に出さず、一つの商品として販売を行っている。今後、どのような形に展開してくかは未定であるが、将来的には作品を作りながら、障害年金と売上金で生活するのが当面の目標である。

Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

- 商品化を進めていく上で、「商品価値を高めるためには」「売れるためには」ということを考えながら検討していったが、次第に、本人の思いとのずれが生じていた。そこで、「何のためにしているのか」という原点に立ち返り再度検討を進め、本人の思いと商品化という部分をマッチングしていくよう考え方を変更した。
- 商品の作成に関して、当初、作成状況等をあまり把握していなかった。しかし、話を聞くと夜更かししてまで作成しており、それがB型事業所での作業に影響しているということが分かった（精神的なストレスにはなっておらず、むしろ楽しんで作成されていたが、身体面で「日中きつい、眠い」などにつながっていたようである）。それ以降は、作成自体が本人の体調不良に繋がらないよう、個数を意図的に調整しつつ、常に「無理をしない程度で」という声かけをおこなっている。
- 本人の特性上、同時に複数の処理をするのは困難である。話を進めるにつれて複数の決定事項等が必要な場面も出てきたが、必ず一つのことだけ時間をかけて説明を行い、別の日に改めて説明をするなど、混乱を防ぐ関わりを行った。

『本人の製作した作品の販売に向け、
インフォマーシャル資源を含めて連携した取組み』



住みよい街づくりにグループホームが果たす 役割～スロープ設置の事例を通して～

埼玉県・グループホームいっぽ（かしの木ケアセンター）

I. 事例の概要（基本情報）

1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)	○障害支援区分4～6 ○脳性麻痺・脊椎損傷、脳梗塞、脳挫傷後遺症など。 ○年齢30歳代後半～70歳の男女。 ○意思疎通可。主に歩行器や、普通型・電動車椅子を使用。 ○かしの木ケアセンターを通所利用。
2. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)	安心してこの街に住みたい、この街で1人暮らしがしたい
3. 主な支援内容	グループホーム職員による情報収集、行事への参加。
4. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)	グループホーム、町内会役員、地域住民、市役所、小学校、消防
5. その他事例の特徴	行政との間接的な連携体制、利用者のエンパワメント。

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆平成22年6月

グループホーム「いっぽ」開所にあたり、地域住民説明会を実施。特に反対なし。同年10月ホーム開所、町内会に加入し、町内会行事に参加（ゴミゼロ運動、町内会祭りへの参加など）。

◆平成24年12月

『第1回A市総合防災訓練』についての知らせがあり参加を決定した。

【訓練概要】

『震度6前後の大規模地震による市内家屋の全半壊を想定し、サイレンを地震に見立てた退避行動を各自で行った後、町内会ごとに設定された地域避難所へ集合し、防災倉庫の確認などを行う。行政や消防、自衛隊は避難所の運営訓練を行うもの』ホームからは職員2名、利用者2名が参加することとした。職員から住民に対して、身体障害者が身近に暮らしていることを認識してもらうため、車椅子を使用している方に参加をお願いした。

◆訓練当日

総合防災訓練に参加。地域避難場所に指定されている小学校では、体育館を避難所としていたが、段差や階段が多く、車椅子では入場できないことが明らかになった。行政の地区担当職員、町内会の役員、地域住民が相談し「車椅子に乗った利用者を直接車椅子ごと持ち上げて入る」という結論

になり、消防隊らも交えて、そのように対応をし、館内に入った。

◆平成 25 年 8 月

第 2 回目の訓練に参加。小学校の体育館入り口には工事中であったものの、スロープが取り付けられていた。

校舎内での避難生活を見立てて移動することとなったが、校舎内も段差などが続いたため、前回と同じやり取りを繰り返すこととなった。

初回の訓練に参加した利用者を覚えている地域住民の方がおり、『今日はあの人、いないの?』といった質問があり、友好的な雰囲気が生まれていた。ホームへ戻って、対象の利用者へ報告をすると、『やったか!』と喜びの声を述べられていた。

町内会の役員の方からは『ホームの方が参加してくれて助かる。やはり実際に見ないと必要なものがわからない。また別の行事にも来てください』といった声を頂いた。

◆その後

訓練が 1 年に 1 度のペースで開催され、参加を続けている。上記のスロープができてはなお、体育館に入るには段差があり、協力して車椅子を持ち上げることも続けていた。校舎内を移動するときは段差や溝などが多いため、見学を控えるよう言われたこともあった。

しかし、平成 27 年 11 月の訓練では、避難所として使われるスペースのほとんど全ての段差にスロープ、溝は埋め立てる、といった対応がされていた。また、今まで見ることのなかったホーム利用者以外での車椅子の方が訓練に参加をしている姿を目にすることとなった。

考察

事例の全体像としては、地域生活を障害者が営んでいく上では住民の理解が必要であり、「いっぽ」では地域に根づいた暮らしを目的とした活動を開所以来模索してきた。その中で町内会の行事には継続的に参加をしていたことから、町内会役員の協力を得ることができた。さらに訓練に参加した二次的な結果としてスロープの設置に至ったと考える。

避難所としての不備に対する対応が早かったことから、防災対策を行う行政から地域の要配慮者に対する現状での評価、課題抽出が行われていたのではないかと読み取れる。その中で「いっぽ」利用者の訓練の参加によって、その課題の洗い出しが行われ小学校の管轄となるスロープの設置や全体的な段差の解消、という具体的課題に対する対応として繋がったのではないかと。同様にホーム利用者以外の高齢者、障害者が訓練への参加することに対しても、ホーム利用者の継続的な訓練の参加が一定の貢献をしていると感じる。

地域住民には事例のような取り組みで利用者と接してもらうこと、利用者の社会参加によってもたらされたものを住民が確認していくことが障害者との隔たりを解消し、安心して障害者が暮らせる地域となっていくための 1 つの形ではないだろうか。地域に存在するグループホームにはそのような役割も求められていると感じた。

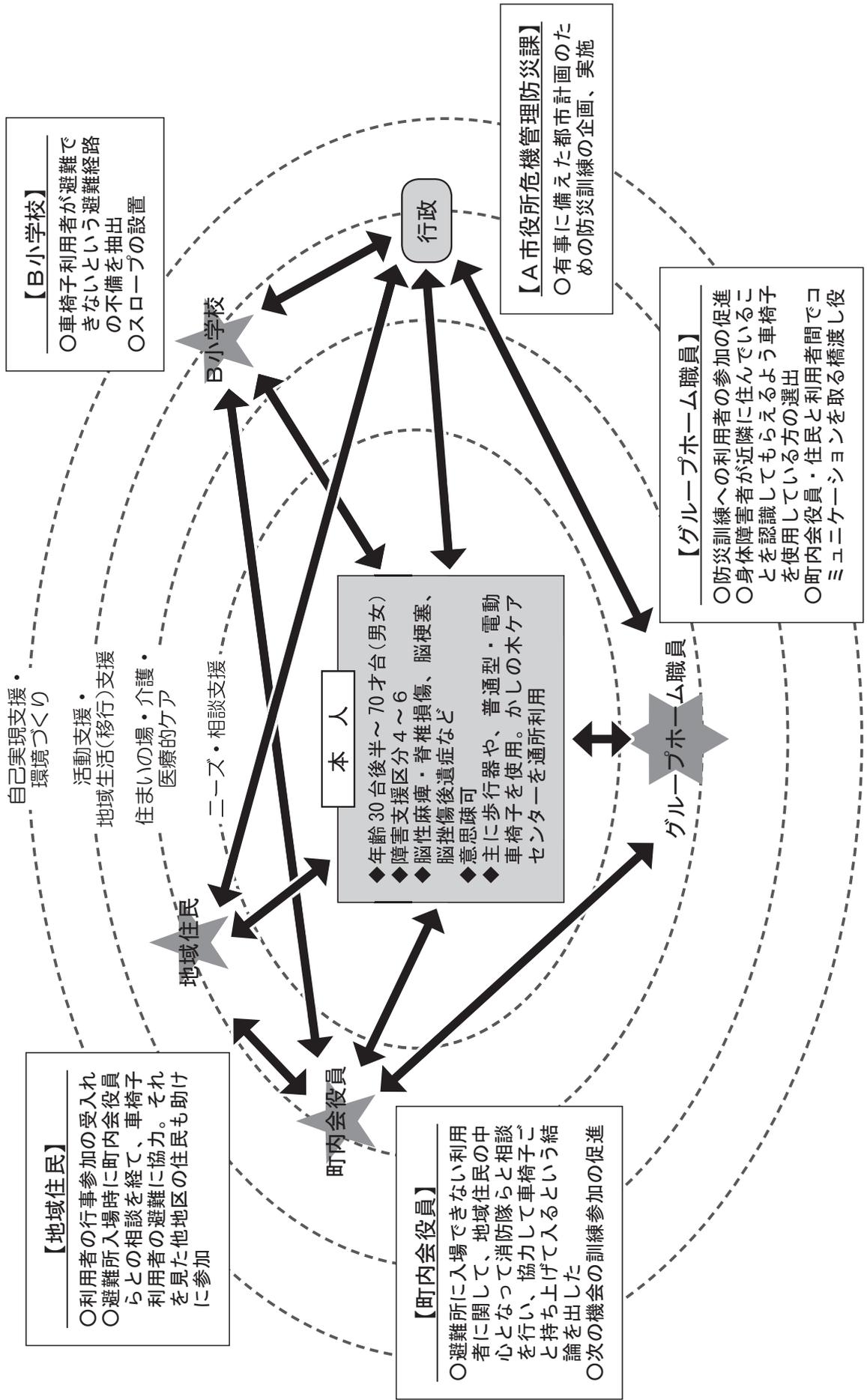
Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

- 災害への対策を進める市の防災訓練に利用者が参加することで、障害者等へ受け入れに関する具体的課題を浮き彫りにすることができ、間接的に行政と連携することができた。また、それら一連の流れを経験したことで職員が利用者の地域生活支援の意義を自覚できた。
- 町内行事に積極的に参加するという取り組みの中で、利用者が街づくりを行うという社会貢献を実感できた。

Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

- 都市化が進む地域では健常者でも隣人との交流を避ける傾向があるため、障害者施設等との関係を構築するのが難しいことが課題である。今回は「災害時の避難」というツールで一部分の理解を得られた結果が、スロープ設置という結果を生んだと考えられる。グループホーム「いっぽ」の活動としては、全体の直接的なアプローチは町内会行事のような最小限のものに留め、あえて近隣の店舗をできるだけ使い、なるべく外出するようにする、直接店員とのやり取りをする、などといった利用者個人単位の活動を通して、地域と関わりを持てるよう取り組んでいる。
 これらの活動を積極的に行い地域住民には障害者理解を深めてもらうように、また利用者に対しては自主性を発揮できるよう支援を行い、相互理解を深め、住みよい地域を作れるよう努力していく。
- なぜ地域住民との交流が必要なのか、という地域生活に対する目的理解や思いが、どちらかと言えば利用者の方が希薄であるということが課題と、ホーム開所時から考えている。事例後の取り組みとして、懇親会などの場において今事例を取り上げて利用者の地域参加への意識の向上を図れるように努力している。

『本人の製作した作品の販売に向け、
インフォマーシャル資源を含めて連携した取り組み』



H I V感染症者の福祉サービス利用拡大につないだ事例

新潟県・さいはま園

I. 事例の概要（基本情報）

1. 利用者(本人)の状態像 ・(障害支援区分、障害名、年齢、性別)	障害支援区分3 H I V脳症 50歳代(男性)
2. 障害の特徴	○脳症による認知症状・独語 日常的な出血はなし。 ○歩行可。 ○ADLは声かけがあれば自立、意志決定は支援を要する。
3. 対応したニーズ ・(主なニーズと関連したニーズ)	日中活動の場、家族のレスパイト、親亡き後の生活の場
4. 主な支援内容	施設内の受け入れ調整と病気の理解、行政や病院との連携、周辺福祉事業所を巻き込んでの研修会や意見交換会を実施。施設内の課題を解決しながら、サービス利用の開始から入所待機者として登録するまでのケース。
5. 関わった地域資源 ・(事業所・機関等を列挙)	市役所福祉課・保健所・医療機関・基幹相談支援センター・福祉事業所(障害・高齢部門)・家族
6. その他事例の特徴	感染症を理由に福祉サービスが利用できない状況であり、基幹病院からも周辺でも受け入れ事例がないとされていた。多くの関係者を巻き込みながら福祉サービスを開始し、他施設での利用にも働きかけた事例。

II. ケース対応の経過（主な流れ）

◆本人との関わりの経緯

平成19年に市を経由し、本人の施設入所希望の申請があった。高齢の両親が介護者であり、サービス利用が適当であったが、主な疾患がH I Vであることから、その時点では福祉サービスをまったく利用できていない状況であった。当施設でも受け入れは難しいと考えていたが、施設内会議の議論の末、「感染症を理由に待機登録しないことはできない」とし、今後、どのようにしたら本人を施設入所の待機者として、またサービス利用者として受け入れることができるかを検討していくこととした。

○当施設の考え方

当施設では病気についての知識がまったくなく、H I VやA I D S等の対応マニュアルも作成されていない状況であった。そのため、受け入れには正しい知識と技術の取得、安全な対応を身

に着けることを目標とした。また、このような血液感染症については、社会的にも理解が乏しく、この事例についても一施設が取り組むだけではなく、地域全体が取り組むべき課題ではないかと考え、施設内での感染症の理解はもちろんのこと、行政や福祉事業所、地域を巻き込みながら、サービスが拡大できればよいのではないかとという視点で活動していくこととした。

◆具体的な取り組み

○平成 20 年度 施設内研修会実施

保健所に依頼し、基幹病院の医師や看護師の施設内研修会を開催。周辺施設へも参加を促した。当然、これだけでは施設内外にも理解を得ることはできなかった。研修会後は市・保健所と意見交換会を実施し、その後は市・保健所・病院・周辺福祉事業者を交えての血液媒体感染症療養環境整備意見交換会なども年 2 回実施した。

○平成 21 ～ 22 年度 関係機関との連携と地域向け研修会の開催・利用者面接

定期的に、市福祉課職員・保健所保健師・施設サービス管理責任者による、連絡会を実施。市には地域全体での受け入れの必要性を伝え、保健所からは、近隣の医療機関や福祉施設向けの感染症の支援と対応の医療講演会を実施してもらった。また当施設では、対象者の面接も実施した。

○平成 23 年度 施設内研修会企画と実施・地域向け研修会の企画・マニュアルの見直し

前回の施設内研修では一般的な内容とし、まずは職員に知識を得てもらうことから始めたが、今回はより身近な課題としてとらえていくため、1 年近くかけて保健所と病院関係者などで研修を企画。職員の課題により着目した研修会を企画する（血液由来病原体の感染予防研修）。この間も保健所には、地域に向けた血液感染症研修会を開催してもらった。また施設マニュアルには、血液感染症の項目に HIV や AIDS を盛り込み、再作成を行った。

○平成 24 年度 HIV、AIDS 感染者療養支援研修会参加

このころになると保健所で定期的に地域の医療機関や福祉施設向けに研修会が開催され、HIV 等感染者の受け入れに関する地域の対策が示されていった。この間も適宜、市や保健所と連絡を取り合い、意見交換や利用者の情報交換を行っていた。

○平成 25 年度 施設内研修会実施

施設内研修会を実施。職員の疑問や課題に回答する形の研修会を実施。理解に向けた機運の高まりを受け、課題が整理され次第、受け入れるという施設の方針を示した。

○平成 26 年度 施設外研修で取り組み施設として発表・マニュアル再作成と評価

保健所主催の福祉職員・行政向けの研修会で、施設の取り組みを発表した。また、マニュアルも 2 度目の再作成をし、感染管理認定看護師から指導と添削をしてもらうことで、中身の充実と向上を図った。

○平成 27 年度 生活介護利用開始

マニュアルも整備され、施設内のスタンダードプリコーションが定着してきた。また、利用者と再度面接したことで、職員間では「病気だけに着目するのではなく、利用者本人に着眼点を置くこと」に考え方がシフトし、ついにサービス開始を決定するに至った。また、このころ相談支援専門員が配置されるようになり、ケア会議では、支援者全員（家族・医師・看護師・基幹相談支援センター・市・保健所・複数の福祉事業所）が顔を合わせることとなり、当施設の取り組みの理解と、より多くの支援者が配置された。

○平成 28 年度 短期入所利用開始・施設入所者の待機登録決定

当施設の利用を開始してからは、HIV 感染者という側面だけではなく、一利用者としての捉え方が強くなった。そして、病院のバックアップがある安心感と、マニュアルを遂行し正しい知

識さえあれば大きな課題もないことから当施設は生活介護に加え、短期入所へとサービスを拡大した。高齢のご家族が抱えていた不安が解消されずにいた中、関わり始めてから9年、ついに本事例のゴールである当施設の入所待機登録も決定した。ご家族の安堵した表情はソーシャルワーカーとして胸が熱くなった。

考察

H I V感染症の社会的障壁は、その誤った認識ゆえに福祉サービスが利用できないといった差別的な扱いを受けてしまうことである。その障壁を取り除くためには、感染症の正しい知識と予防技術を身に着け、「利用者の尊厳や人権」にも着目することが重要であるとし、施設内の意識改革から、地域の福祉サービスにも発信し続けてきた。福祉専門職として感染症の一面のみにとらわれず、1人の人間として向き合うことが大切である。

Ⅲ. ケース対応のポイント（関わり方、支援の仕方で良かった点等）

○施設内の課題として片付けなかった

単に施設と対象者間の課題とせず、福祉サービスが使えない方をどのように地域で受け入れるかという視点で捉え、多くの関係者に働きかけを行った。また一施設では発信できないことを保健所や行政の協力で、地域への発信という大きな力となった。

○継続して取り組んだ

途中で途切れることなく、市や保健所と連携を取り、情報を常に共有した。また、施設内の意識改革も途切れないう、施設内研修会を開催し、施設内会議には、常に利用者の情報を挙げ、受け入れる体制を考える場としてきたため、関わりが継続していた。

さらに当施設の受け入れ実績により、他事業所でも在宅サービスの提供開始と続いた。

Ⅳ. ケース対応で直面した課題と解決の工夫等

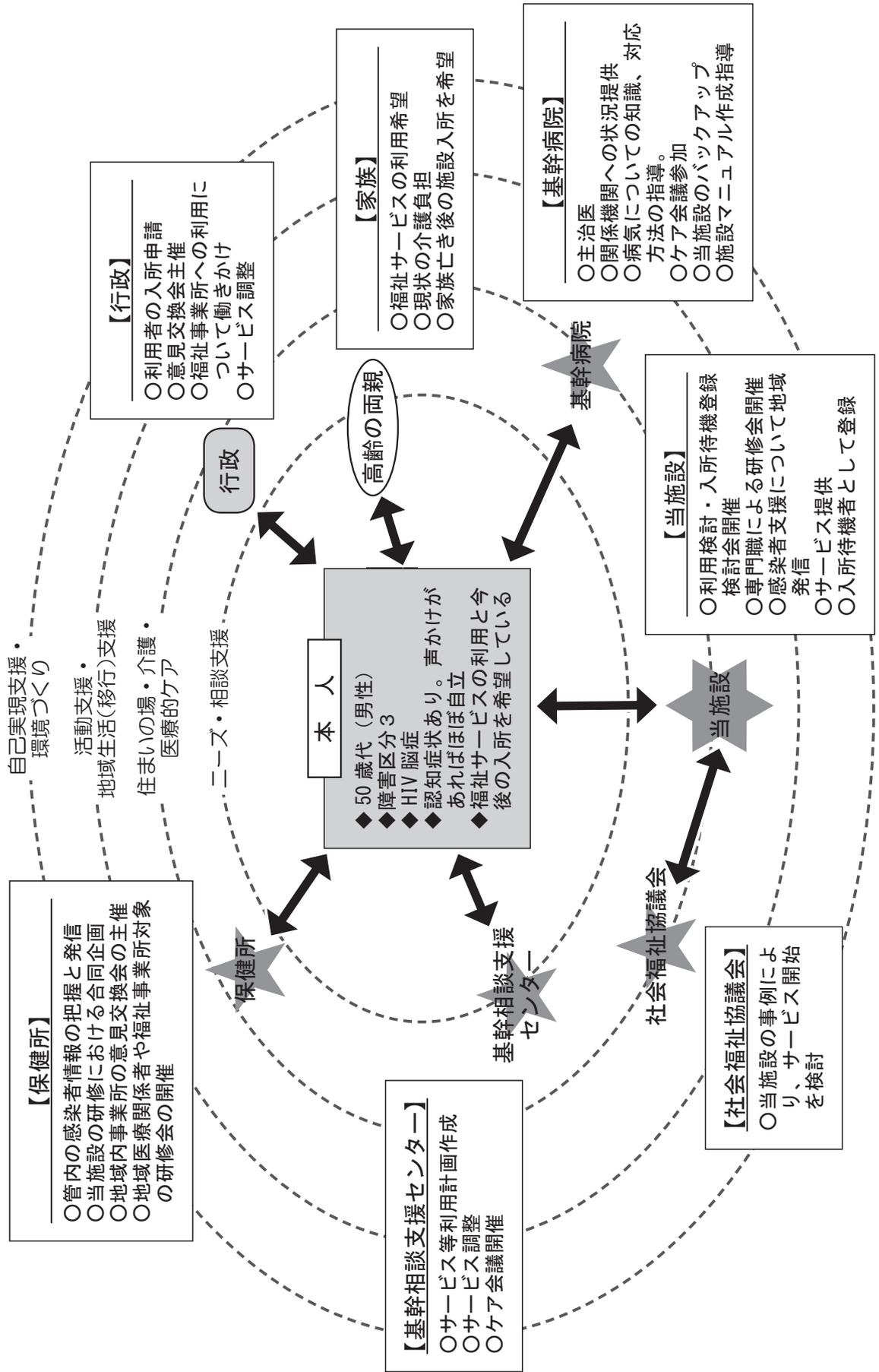
○課題や不安に消去法を用いた

受け入れできない理由として、①知識がない、②対応したことがない、③マニュアルがない、であったため、研修会で知識を高め、マニュアルを整備した。さらに感染管理認定看護師という専門職のアドバイスにより、自分たちの支援に自信を持つことができた。

○施設内の意識改革をあきらめなかった

受け入れないとする反対意見も多く、それは施設体制への批判につながったが、感染症によりサービスが利用できないという差別は、人権に関わる重大な事例であるとして、このような方の受け入れこそ社会福祉法人の役割であると伝えてきた結果、理解を示す職員が増えた。

『HIV 感染症者の福祉サービス利用拡大につないだ事例』



テーマ4 「その他地域生活支援拠点としての機能に関連する事例等」まとめ

地域生活支援の中には今回設定したテーマ1～3に当てはまりづらいものも多い。本テーマの事例は多様なシーンにおいて、障害者支援施設が保有する高い能力を地域支援に活かしている。

「日章野菊の里そうだんサポートセンター」の事例は、本人の「主婦としての思い」を丁寧にくみ取った支援である。複雑な課題の中で関係機関と連携を密に図り、本人の思いをベースの一つひとつ整理し、単に「家事援助」を行うのではなく「共同援助」というサービスをとおし利用者の自己実現につながった。

「長光園障害者支援センター」の事例にあるように、虐待からの保護は、通常の支援とは異なることが多い。支援の柱となる家族から、いかに虐待を受けた本人を切り離して保護していくかが重要になる。本事例においても、受入れ事業所等と十分な打ち合わせを行うことで本人の意向に沿った支援につなげている。同一法人の虐待防止センターが障害者支援施設の緊急避難先としての機能を引き出すことができた。

「高嶺園」の事例は障害者支援施設のノウハウを活かした事例である。ほかの事業所が入所を断った理由は示されていないが、できない理由を並べるのではなく、「どうしたらそれができるのか」を前向きに考え、時間をかけて入所につなげることができた。制度の変化の中で、同じ「障害者支援施設」であっても得手不得手が出てきて当然と思われる。それぞれが自施設の強み弱みを心得、その情報を地域で共有することができれば相談支援員の悩みも減るのではないか。

「日章野菊の里そうだんサポートセンター」からのもう一つの事例は、利用者のストレングスに着目し、余暇活動から生きがい・収入へとつなげた見事な事例である。生きがい（仕事をする）が本人の意識を高め、問題行動や体調不良の訴えが減少していくことは多くの支援者が経験していることであろう。本事例では、インフォーマルな支援を交えることで施設単独での独りよがりな支援も回避することができた。

「グループホームいっぽ」の事例では、グループホームの利用者が積極的に地域活動に参加することで地域資源の改善に繋がり、さらには地域住民の意識変化を促した事例である。「地域訓練参加」というサポートが新たな発見・発展をもたらした事例である。利用者と地域をつなぐために、「地域の中で生活する場面をいかにつくっていくか」が障害者支援施設にとっての新たな課題となる。

「さいはま園」の事例は、「HIV感染症」という施設が受入れの際に不安を覚えがちな課題に対して、施設職員のみならず、行政や病院、周辺事業所と協働することで、「よくわからない不安」を解消し「正しい支援」を学ぶことで自信をもって支援できる体制を整え、入所待機を受け入れるまでの事例である。病気に着目するのではなく本人に着目し、本人の人権を尊びながら支援を組み立てる基礎として「知識」「マニュアル」「地域との連携」の重要性が示されている。

「障害者支援施設」が地域生活支援拠点として充実するためには、①我われ障害者支援施設が前向きに、②利用者のストレングスを利用者とともに見極め、③行政を「ともに支援するもの」として認識し、④お互いに支えあう資源として地域を巻き込んで連携することが重要だ、ということをこれらの事例により再確認することができる。

総 括

平成 26 年 3 月、身障協では「地域における施設の機能・役割に関する特別委員会」で「わたしたちが創るコミュニティケア（スペースモデルの実現をめざして）」の報告書をまとめた。この報告書は、我われ身障協の理念である「最も援助を必要とする最後の一人の尊重」「可能性の限りない追及」「共に生きる社会づくり」の具現化する一つのツールとしてまとめた報告書と言える。また、平成 16 年度にまとめられた身体障害者療護施設の 7 つの機能を更に地域福祉に活用し、施設ケアからコミュニティケアを担う施設として改革を進め、我われ施設も地域福祉社会の一つの資源としての存在を示した報告書である。

しかし、「全国身体障害者施設協議会 平成 27 年度 会員施設基礎調査」のデータによると、全回答施設数 478 施設のうち、平成 27 年 9 月 30 日現在においてグループホーム（共同生活援助）が 46 施設（9.6%）、居宅介護が 56 施設（11.7%）と在宅系の事業を実施している会員施設が非常に少ない。その中で唯一、相談事業所は 239 施設（50.0%）と会員施設の半数近くが事業を実施している。ただし、現在の相談事業が核になっている障害者総合支援法の仕組みの中で、会員施設の半数しか相談支援事業を実施していないことに少し危機感を感じる。

以上のことから、身障協地域生活推進委員会としてさらなる地域福祉の推進に向け、今回のコミュニティケア実践事例集を作成することとなり、平成 27 年度・28 年度の 2 年度をかけて、今回事例集をまとめるに至った。

この事例集の構成は、冒頭の目的・本冊子の活用方法でもお示ししたが、「障害者支援施設が地域の拠点として果たしている役割と機能」、「相談支援事業の果たしている役割や機能」に焦点をあて、（1）施設における支援のあり方（特に個別支援の充実、選択の保障）、（2）在宅生活支援のあり方（連携による支援のあり方、施設の役割、環境整備等）、（3）（インフォーマルなサービスを含む）基盤整備や環境整備（4）地域支援拠点としての機能、4 つのテーマに関連した 17 事例となっている。

ここでこの事例集を「相談支援事業」、「基盤整備、環境整備」、「地域拠点の整備」、「連携」の 4 つの観点から取りまとめることとした。

まず、「相談支援事業」について、障害者総合支援法では、障害福祉サービスを利用する方は、セルフプランを除いてサービス利用計画を相談支援専門員が策定することとなっている。そのことから相談支援事業が障害福祉サービスの核になると言える。

このことから、会員施設すべてが相談事業を行うことをお勧めする。我われ施設が相談支援事業を行うことで、今まで実践し培ってきた個別支援の相談のノウハウを活かし、利用される方に寄り添い自立支援や自己実現を叶えるための計画を立てることができる。これこそが、「最も援助を必要とする最後の一人の尊重」、「可能性の限りない追及」を具現化する一つのツールでもある。

次に「基盤整備と環境整備」について、一番大切なのは、その地域でどのようなニーズがあり、

そのニーズに対し、どのようなサービスが足りないかを把握する必要があることである。そのニーズを把握することができるのが相談支援事業であり、基幹型相談事業所とその他の相談事業所とが連携することで、その地域の障害福祉のニーズが把握できる。

また、基幹型相談事業所が中心となっている地域の自立支援協議会の活用が大きく基盤整備や環境整備に関わってくる。解決できない地域の障害福祉のニーズを明らかにして、そのニーズを解決するために自立支援協議会で共有し、協議することで解決に向け取り組んでいる。

そのようなことから、相談事業や自立支援協議会へ我われ施設が参画して地域の障害福祉のニーズを把握し、施設がそのニーズのために何ができるか考え、できることを実践することこそが「可能性の限りない追及」、「共に生きる社会づくり」を具現化する一つのツールあり、さらに我われ施設の地域貢献である。

次に「地域拠点の整備」について、国は、地域に地域拠点の整備を進めている。その拠点を整備することで、その地域で暮らす障害者の方が安全に安心して生活が営めることを目指している。しかしそれは、基盤整備の観点から見た地域拠点であり、利用する方の目線で考えると少し違う点がある。

地域の環境や状況は地域ごとに異なり考え方も違う。ましてや利用する方の考え方も一人ひとり違う。そのようなことを考えるとその個々の地域拠点は一人ひとりが決めることとなる。入所施設を利用している人はその施設が地域拠点であり、地域で暮らしている方は相談事業所や通所する施設等が地域拠点となっている。そこで我われ施設が考えなければいけないことは、その利用者にとって施設が拠点としての役割を果たしているかである。その役割とは、前段に挙げた相談事業や基盤整備・環境整備等を整えることである。

事例にもあるが、施設からの地域移行を可能にする機能があることも地域拠点としての役割である。しかし、「地域移行は無謀であり無理だ」との施設の声をよく聞く。その原因として「利用されている方が望まない」、「家族が反対している」や、「地域に地域移行する資源がない」等がほとんどを占めている。だからこそ、施設が相談事業や地域の基盤整備・環境整備等に積極的に参画し作り出す必要がある。それが、法人・施設の地域貢献になると言える。

最後に、目的・本冊子の活用方法で述べた「連携」のキーワードについては、今まで述べてきたすべての項目に必要不可欠な要素である。施設の中の個別支援を行う多職種間連携、施設と地域の資源を繋ぐ連携、各事業所間や行政その他関係機関を繋ぐ連携、そして地域自立支援協議会や各種団体等との連携をすることで、サービスを利用する方のニーズに応えられる可能性が高まり自己実現につながる。その連携の中にコミュニティが生まれ、そのコミュニティを形成するのが人である。だからこそ人間性が問われてくるのだと思う。また、その人間性を高めるのも、コミュニティを形成し連携し合う中で育まれていくものと考えている。

この事例集が今後の身障協の会員各施設にとって参考となり、さらに実践につながることができたら幸いである。また、実践する中で利用者の自己実現につながり、更に施設の一層の社会化や地域貢献につながることを期待する。

全国身体障害者施設協議会
副会長 眞下 宗司

全国身体障害者施設協議会
地域生活支援推進委員会 委員名簿

(敬称略)

委員長	工藤 伸役	青森県	山郷館
副委員長	大宅 啓子	佐賀県	瑠璃光苑
委員	斎藤 久男	北海道	北広島リハビリセンター
委員	高橋 淳子	宮城県	仙台ワークキャンパス
委員	岩崎 好宏	栃木県	ひのきの杜
委員	堀 徳太郎	愛知県	あすか
委員	高山 徹	滋賀県	湖北タウンホーム
委員	川島 成太	徳島県	有誠園
担当副会長	眞下 宗司	群馬県	誠光荘

身障協の権利擁護・虐待防止スローガン

虐待は しない、させない、許さない

平成27年3月4日
社会福祉法人全国社会福祉協議会 全国身体障害者施設協議会

コミュニティケア実践事例集



平成28年12月



社会福祉法人 全国社会福祉協議会
全国身体障害者施設協議会



〒100-8980 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル
全国社会福祉協議会 高年・障害福祉部内
TEL 03-3581-6502 FAX 03-3581-2428