

平成 22 年度静岡市障害者等相談支援事業評価
支援内容に基づく評価結果

評価項目	全事業者の評価のまとめ
聞き取り(インタビュー)	<ul style="list-style-type: none"> ・ いずれの事業者も、聞き取り表を用いて行われている。 ・ 記録内容は分かりやすいところと、分かりにくいところがある。 <p><全事業者に対する共通評価></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初めの聞き取りで、本人(家族)が訴える核心部を明確にしておく、((例)金銭問題、健康面、家族との葛藤等)今後の支援計画作成、関係機関との繋ぎ、課題整理等がしやすいと考える。 ・ 主訴をポイントごとに整理して聞き取り、その中で重要度、緊急度等を考慮して支援計画を検討していくことが大事な点と考える。
主訴(意思)・課題の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主訴は、一応どの事業者も把握しているが、最初に本人や家族の思いをどれだけ把握したか、いま一つ分からない事業者が多い。 ・ 課題の整理については、支援のポイント、重要性等を絞った表の作成等、今後に向けて工夫が必要と思われる。
支援方法調整(アセスメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 調整は、すべての事業者で行われている。 ・ 主訴・課題を明確にした上で調整を行っている事業者がある一方、本人・家族の要望を受けての調整に留まっている事業者もある。 ・ 成功事例として共有が図られるような方法(アイデア)を出したところがある一方、選択肢の検討が不十分なところもある。
個別支援会議	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別会議に関する記述・資料がないところもあるが、すべての事業者で個別支援のための連携がとられていると認められる。 ・ 個別会議そのものについては、効果的にやれているところは少なく、情報共有に留まっているところが多い。 <p><全事業者に対する共通評価></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個別会議での役割分担については各事業所の資料からだけでは全てを判断できないが、役割分担とは誰に何をやって欲しいということではなく、誰からどのような意見を引き出せるか、との考えで進めるべきである。その考えがないと会議がただの押し付け合いになってしまう。 ・ 個別会議では何らかの結論を常に導きだすよう会議を進行させることが肝心であり、また結論をどこか一部署に任せる、また要求するといったことでは会議を開催する意味がない。

支援計画	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援計画は、いずれの事業者も概ね作成されている。 ・ 解決すべき問題が分かりやすくまとめられている事業者がある一方、目的・効果・手段などの記載がない事業者もある。
支援の進行管理(モニタリング)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 詳細な支援経過資料があるところと、支援経過が全く分からないところに、二分されている。 ・ 支援経過資料のあるところでも、単なる事実だけを記録しており、支援の評価(上手くいったか・見直しが必要か)が分からないところが多い。
作成資料	<ul style="list-style-type: none"> ・ 概要の部分で簡潔にまとめている事業者は少ない。 ・ 膨大な資料が添付されており、それを読み込まないと内容が分からないようになっている事業者もある。 ・ 資料は、本人・家族や第三者に説明するためのもの、という視点が必要である。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2、3の事業者を除き、相談に対する対応の共有化という点では程遠い内容になっている。 ・ ただし、それぞれの事業者が強みをいかした支援を行っていたことは評価できる。 <p><全事業者に対する共通評価></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 支援結果(結論、効果等)を明確に記載し、支援手法の評価をすべきである。各事業者からの資料では上手くいったケースとの判断ができない。 ・ また、このことは支援者を次の機関に引き継ぐといった場合の資料作成の際に注意が必要である。

事業評価(質的評価)事例

事例名 ・特異な自閉症障害を持ったAの生活への長期的・短期的支援について

将来を見据えた支援、居場所(自宅)での見守り支援・サポートネットワークづくり

概要 ①氏名A・性別女②居住区 〃区③年齢 歳④属性 無

⑤障害種別・手帳 療育A(自閉症)・精神2級⑥相談経緯 関係機関・家族

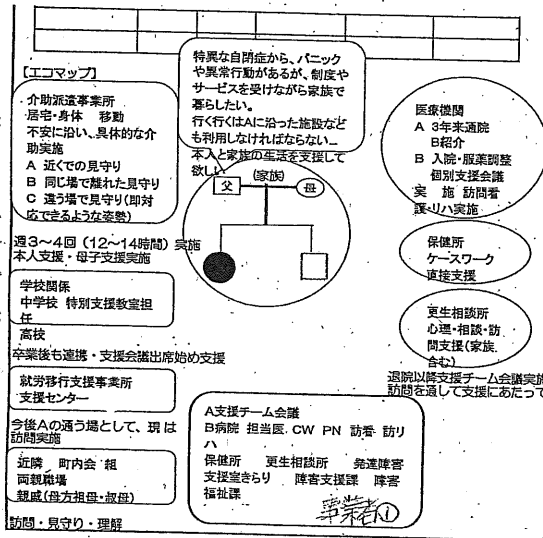
相談内容 H22年に入って『行動障害』に近い問題を度々起こし。特に3月以降その行動が強化。5月末からは通院治療の範囲では治まらなくなり、B病院担当からの支援の下6月18日より8月16日まで2ヶ月間C病院に入院。 退院後のAへの支援を検討したい。

支援開始までの経過

2010年度に入って家庭での過ごしの中で今まで以上にAさんの『問題行動・破壊行動』が顕著になった。6月に担当医(BクリニックTドクター)に相談をした結果、Cセンターでの入院治療を提案される。Cセンター医院長 Hドクターの診察を受け、①服薬調整 ②A自身と家族の休養の二つの目的で入院が決定。入院中の服薬調整やAの様子からAの障害・困り感・問題行動がやはり特異な自閉症から来るものとの診断が下される。

退院前のサマリーにて担当ドクターよりAの自閉症の特徴と支援内容について説明があった。不安によってコントロールが利かなくなる前にAを支えるための見守りが終始要される。1、夜眠れるように支援(服薬調整含) 2、日常の不安(Aの苦手な事柄)緩和と服薬調整・見守り体制の、二つの支援 3、『行動化』の現象として起こす、物への当たり・母親への暴力行為を阻む服薬・人的支援(母子分離やA個人の時間の見守りなど)

ジェノグラム・エコマップ



支援の概要

(1) 退院後を想定して行った支援

①退院後の福祉的支援について検討する目的で、二度にわたりAの支援チーム会議がもたれた。

7月23日・29日 本庁福祉課 保健センター 更生相談所 区支援課 きらり

病院 SW 担当看護師 参加

事業者①

今後の支援課題として

◎Aは、コミュニケーションに困り感がある 人との関わりが苦手（怖い） 予定・予測がつかないことが不安
 極端に音に敏感 且つ 身体的感覚（熱など）には極端に鈍感

◎自閉症・知的障害の特性をそのまま持っている

◎ゆえに、上記のような不安要素に対し問題行動を起こしがち

◎体験が身につみにくい・根底に生活全般への不安が常にある・24時間見守りが要される 以上から

- 1、「たすけて」コールが出来るような支援が要される 促しや見守り支援 頓服の服用
- 2、環境調整とAのストレス対処への調整が要される
- 3、生活の中で訓練を重ねる事が要される

具体的な支援として

- 1、長期的にはAに合った施設を探し、繋げていく（きらり 支援課 事業者① 担当）
- 2、短期的に、退院に合わせて、SS探しや以前と同様の居宅支援や移動支援サービスを使って、Aと家族を支えて（介助派遣事業所）その他、新たに病院訪問看護・訪問リハビリ・更生相談所からの訪問支援 その他実施

事業者① (2) 事業者① が果たした役割

A自身と家族が安定した生活を始めるために、関係機関がともにAの困り感や思いを中心に据えた支援体制を整える役割を担った。同時に、各関係機関とA・母親の信頼関係を作る事に努めた事によって、多数の関係機関の訪問やAとの関わりが安心出来る関係を作る事が出来た。また、現在進行形だが、今後Aが望む施設などを探す役割を果たした。

本事例にて 事業者① が意図した事

Aの問題行動や母親への「暴力行為」を防ぎ、当面自宅での安心できる生活を具現するために関係機関の協力を求め、連携と協働でAと家族を支える事に目標を置いた。A自身の「問題行動」への支援と、家族を支えるには関係機関の協力、特に実際の訪問が要される事を踏まえて支援を行った。同時に、長期目標を見据えた施設を探す点において、施設訪問と、障害支援課含む関係機関の協力を求めた。

支援を受けてのAと家族の変化

退院後一番「問題行動」の激しかった月曜日を基本に、病院訪問看護・訪問リハビリ始め関係機関が家庭訪問を実施。Aが安心出来る過ごし方やAに沿った生活パターンなどを積み上げる支援を行っている。それまでは家族、主に母親がいかにAに「問題行動」を起こさせずに済むかを日々不安に思いながら生活し、ヘルパーも「行動化」の処理に追われていた。実施以来まだ2カ月ではあるが現在はA自身が以前と比べて、不安の処理や不安への訴えを事前に行ったり、服薬を上手に行えてきている。母親も、専門機関の訪問により自身が抱える不安などへの支援も得られることからAとの生活に対する不安が多少なりとも減ってきているようだ。1月に再度支援チーム会議を持ち、2ヶ月間の支援について報告検討し、今後の支援体制や連携、長期目標に向けた支援について検討していく予定。

事例に関係した機関

福祉課、障害支援課、病院（Dr・PN・CW）、保健所、発達障害支援室、更生相談所、介助派遣事業所、 区支援チーム、

提出事例

作成者:

- ① 問題となっている課題 姉による金銭的搾取を受けている方に対する支援
- ② 事例名 知的・身体に障害を持つ方の一人暮らしへの支援
- ③ 概要 ア 氏名・性別 Aさん・女性
 イ 居住区 B区
 ウ 年齢 20代
 エ 属性(学校・職業等) 就労継続B型C事業所
 オ 障害種別・手帳情報 身体障害者手帳1級 療育手帳B
 カ 障害福祉サービス等利用状況 重度訪問介護・日常生活自立支援事業 就労継続B型事業所
 キ 相談経緯 本人
- ④ 主訴 家族から離れて一人で暮らしたい
- ⑤ 詳細
- ・平成21年4月、風邪の菌が脊髄に入り下半身麻痺となる。平成21年10月退院にあたり支援に入る。当初姉の協力により在宅生活を送っていた。
 - ・平成22年3月29日、本人より相談が入る。1月に姉が本人の名義を利用しパソコンを購入(合計15万円)。翌月携帯電話も本人名義で2台購入。クレジットカードでの買い物(17万円)。合計32万円の借金をしてしまった。毎月姉が本人の口座に入金する形で返済すると約束。しかし、姉は当時無職であり、返済する見込みは薄かった。
 - ・家族の協力については、父との関係も悪く、母は判断能力が不十分であり両親の支援は期待できない状態であった。母とは何度か話をするが、姉に対して強く言えないようであった。本人を守る為には、支援センターに任せたいという意向であった。
 - ・4月7日、消費者センターへ相談。家族の同意で契約した場合は、取り消しができない。引き落としを姉の口座からにすることもできない。本人の名義で支払いを続けなければならないとの事。貸付自粛、クレジットカードでの買物ができなくなる手続きを行う。クレジットカードについては、日常生活自立支援事業の担当者よりカード会社に連絡し、紛失で使用を中止した。
 - ・本人はクレジットカードでの買物について理解が出来ていなかった為、クレジットカードの仕組みについて説明する。
 - ・パソコンのローン返済は本人が行い、後で姉に代金をもらう形で行っていた。クレジットのローンについては一切支払いに応じず、未払いの状態が続いた。消費者センターでも姉のローン返済の相談にのってくれる話があったが、応じず。
 - ・生活費等での姉の金銭要求が頻回になるなど家族間でのトラブルが増え、5月14日日本人から家を出て一人で暮らしたいとの相談がある。
 - ・5月28日、9月22日の2回に渡り姉に返済についての話をする。その場では支払いの約束をする。
 - ・8月に入り、また携帯電話を購入したとの話を本人より聞く。本人名義で、支払いは姉の口座からなので名義を貸したとの事。2月に購入した携帯電話も故障により新機種を購入している。
 - ・一人暮らしにあたり、住所は母以外には知られたくない。引っ越す日も内緒にしたい。姉とはしばらく顔を合わせたくないとのこと。
 - ・姉の背景には離婚した元夫がおり、本人への金銭要求にからんでいる。
 - ・9月15日、アパートに転居し一人暮らしを始める。
 - ・10月27日、弁護士に姉の組んだローンについて相談。自己破産との結論がでるが、本人は踏み切れず姉から毎月返済してもらうこととなる。
- ⑥ 支援仮説
- ・消費者センターに相談し、有効な手続きを行う。
 - ・安心した生活を送るために、姉に気づかれぬよう引越しの準備を進める。
 - ・返済については本人と検討し、結論を代弁者として姉に伝える。
 - ・安全を確保するためにも交番、民生委員の協力を得る。

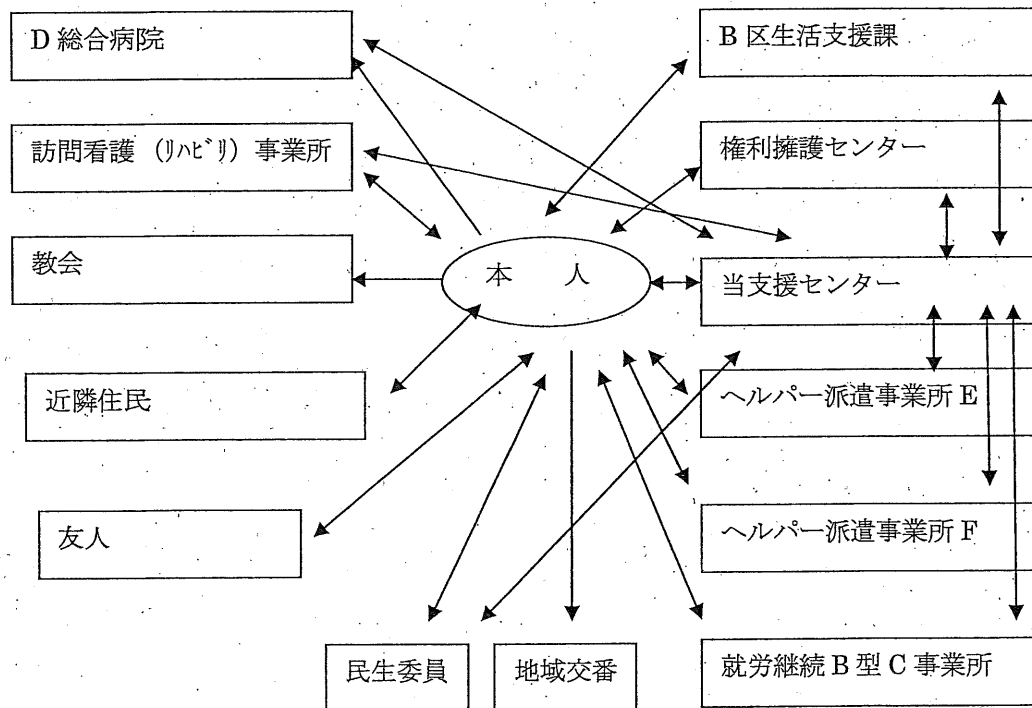
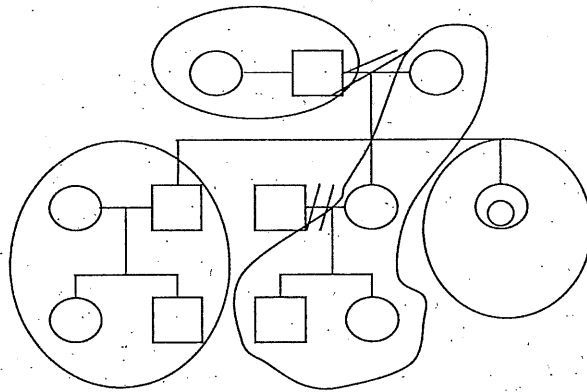
⑦ 支援結果と評価

- ・日常生活自立支援担当者と連携し、ローン等に関する必要な手続きを行う事ができた。
- ・アパート探し、ケア計画の作成、借金返済について本人と一緒に考える事となる。
- ・ケア計画については本人が中心となり計画。重度訪問介護の申請援助を行う。
- ・借金返済については、毎月一万円本人に渡してもらう事となる。直接姉に会い、日常生活自立支援事業担当者、当センター相談員が代弁者として姉に伝え、毎月5日に一万円を就労継続B型C事業所で本人に渡してもらうこととなった。携帯代金は姉が支払っているため、継続。
- ・弁護士に相談したが、もう少し早い時期に相談するべきであった。
- ・区支援チーム会議、連絡調整会議、自立支援協議会で検討した。

⑧ 今後の対応方針

- ・本人の希望に添い、姉が本人の家に近づけないよう見守り体制を作る。
- ・本人の望む生活が送れるよう支援する。

⑨ 本人関係図（ジェノグラムとエコマップ）

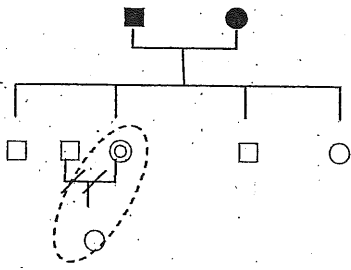
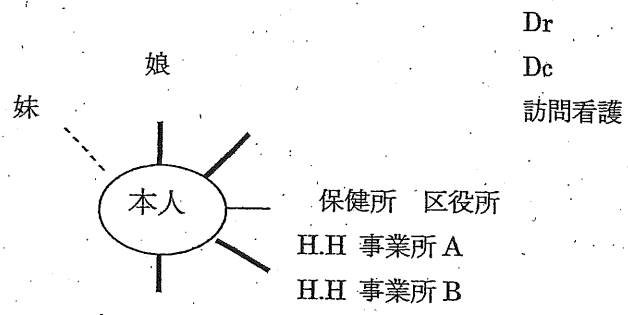


平成22年〇月〇日

相談支援事業所

Y

基本情報シート

<p><本人ニーズ> 聴取できず。 娘の幸せを願う?話が多いが</p>	<p><家族ニーズ> 生活の安定(金銭面) 母の病状の安定。</p>	<p><支援者ニーズ> 本人のIADLの回復 家族生活の安定</p>
<p><基本情報> 氏名: M様 生年月日: 昭和24年 月 日 (満 60代 歳) 性別: 女 血液型: B型 住所: 静岡市 区 電話番号: ☎080-0000-0000 (娘) 通院先: K病院(精神科) 病名: 統合失調症 利用制度: 自立支援医療費 障害基礎年金2級(¥65,000) 精神障害者保健福祉手帳2級 障害程度区分4 家事援助(34/m) 移動支援(25/m) 訪問看護 1/m</p>		
<p><家族構成></p> 	<p><家族情報> 娘: 現在L会社にて就労開始 長兄: X町 次弟: Y町 妹: Z町</p> <p>→ 連絡は取っていない。</p>	
<p><関係者></p>  <p>Dr Dc 訪問看護</p> <p>保健所 区役所 H.H 事業所 A H.H 事業所 B</p> <p>相談支援事業 A (主、精神) 相談支援事業 B (主、身体) 地域活動支援センター</p>		

<生育暦>

S24.出生 4人兄弟、第2子長女。

小、中、高卒

高校卒業後、就職(医療事務、衣類店店員など)

S50.見合い結婚(Y県) S52.出産(長女)

S61.夫蒸発、借金が原因。自宅を売却し母の実家があるS県に戻る。

S62.S県に戻ると実家横の借家で生活。パート&夫の生命保険等で生活。

H元.年近隣トラブル。(このころより症状がみられた?)

H2.保健所に父親が相談。

H3.初診 入院(K病院 医療保護入院 6ヶ月)

生活保護需給、娘曰く3年間受給していた。

両親の死亡時期については定かではない。(娘23~24歳ごろのこと)

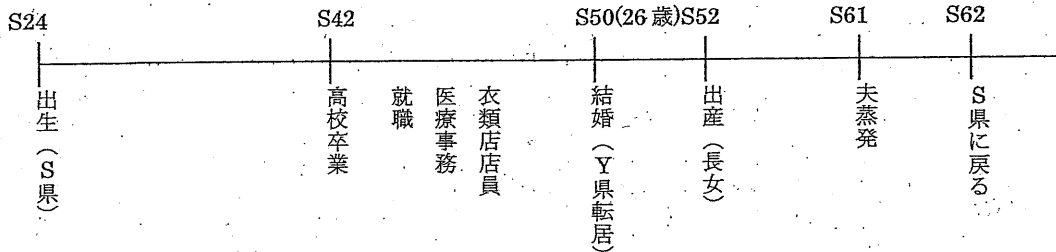
退院後は本人が家事をして娘は比較的自由に行動していた。

H20. 入院(K病院 医療保護入院 1年)

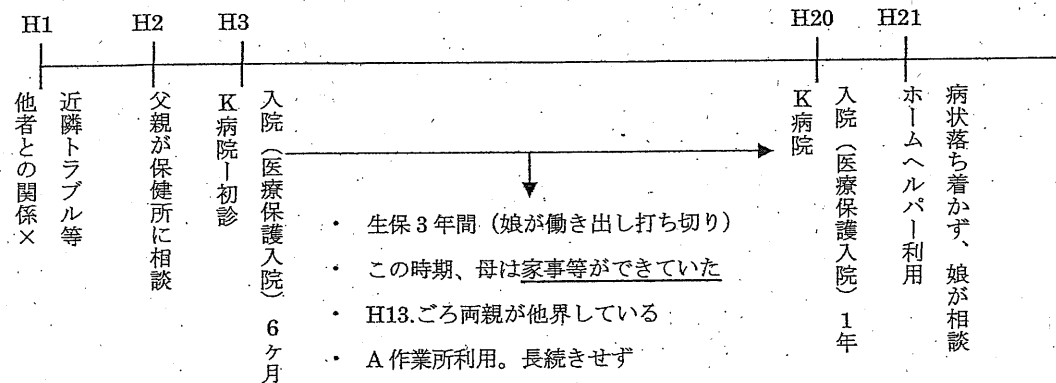
H21. 退院(自宅に戻る)退院後体調良くなりず。ベランダで騒ぐなど近隣住民から警察に通報がはいるなどのことがあった。体調は戻らず娘が本人の面倒をみる。

<生育暦・早見表>

病状前



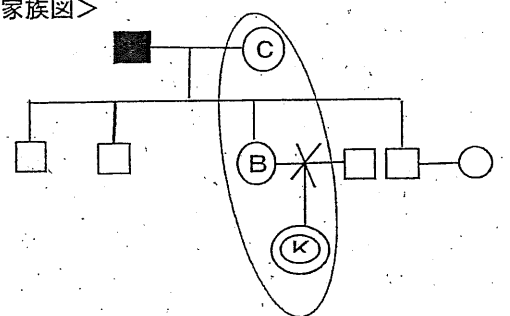
病状



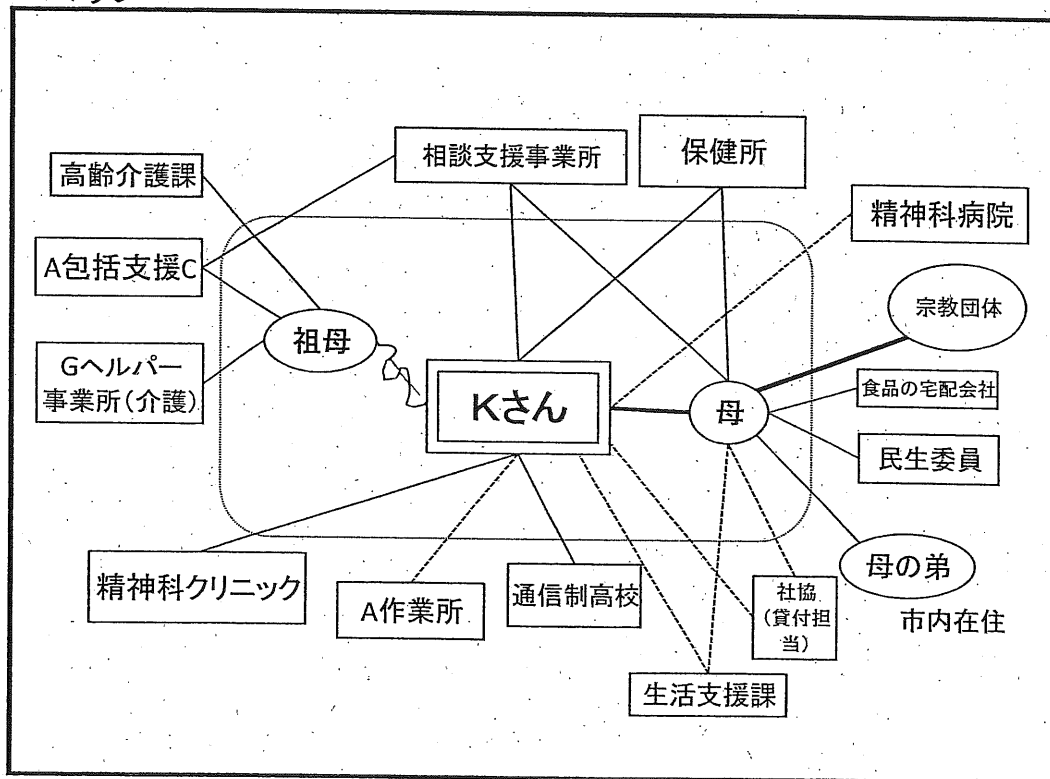
<相談支援事業>

相談受付票

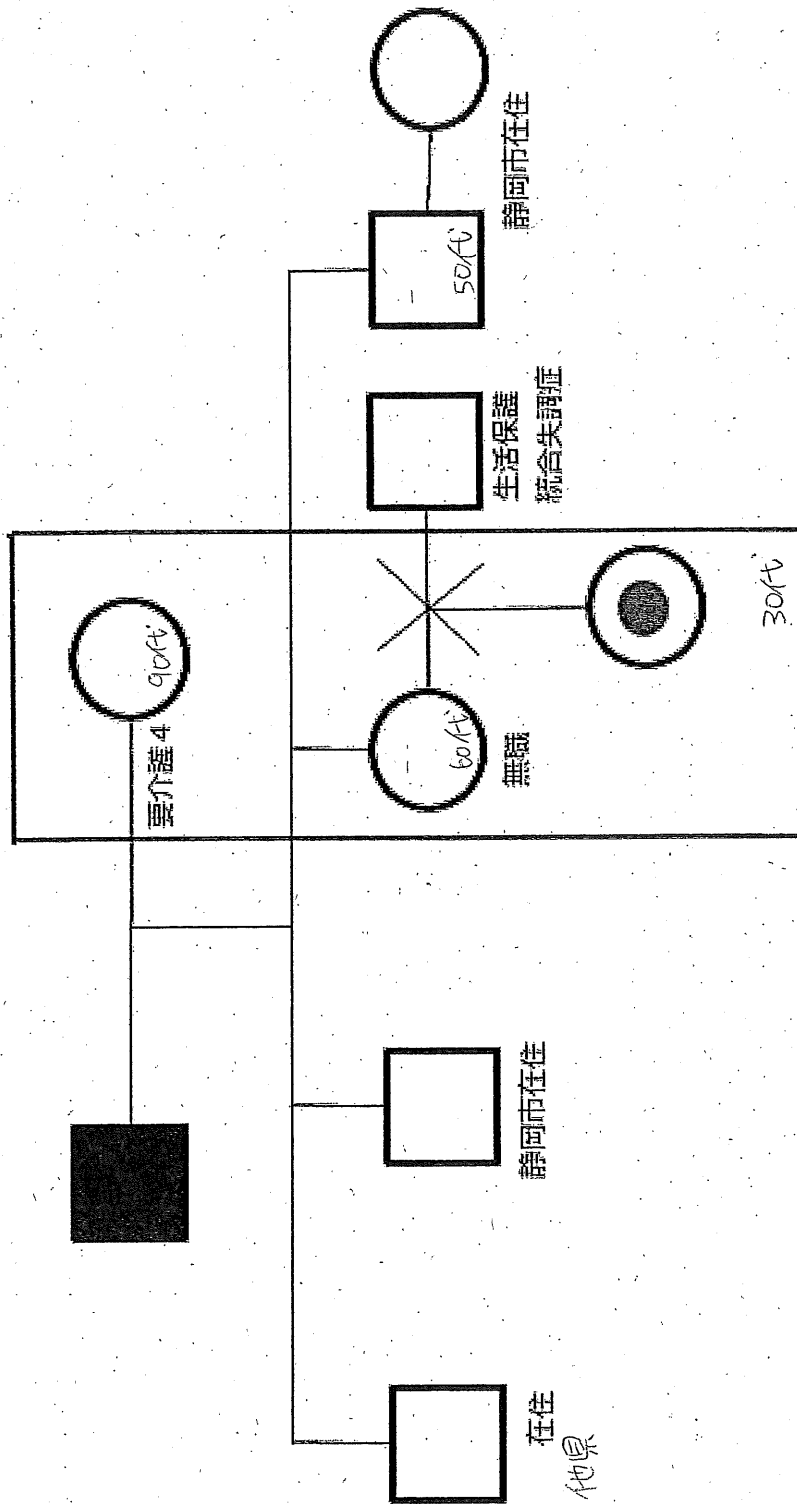
氏名: K (女性)	相談日
	担当者
年齢: 歳 (明・大 ^{30代} ・平 年 月 日生)	経由機関 A地域包括支援センター
住所: 〒 静岡市	(電話: 054-)
診断名・障害名 統合失調症	
相談者氏名 B (続柄) 母	電話
◆相談内容	
A包括支援センターより、在宅で障害のある人の支援について依頼。(Aは本人の祖母の支援を行っている。)本人の祖母は認知症(要介護4)で週3回のデイサービス以外は、自宅で本人の母が介護を行い過ごしている。祖母は認知症の為、昼夜問わず奇声を上げたり、大声で騒いだりするので、本人にとっては、ストレスの原因となっている。また、母から祖母の介護を頼まれ、手伝うことでより大きなストレスとなり、調子を崩す。祖母から距離を置くためにも、日中の居場所を探している。金銭的にも困窮し、医療費の支払いが滞る事があるため、病院の受診が出来ない。	
◆現在の生活状況	
生活の場	
1) 一人で暮らしている 2) 家族と暮らしている 3) 家族以外の人と暮らしている	
【2】家族と暮らしている人【当てはまるものは全てに○】 一緒に暮らしている人 ※ただし、3)家族以外の人と暮らしている人で、近い将来家族と暮らす予定のある場合も回 1) 父 ② 母 3) 妻または夫 4) 子ども 5) きょうだい 6) きょうだいの妻・夫 ⑦ その他 (祖母)	【3】日中の過ごし方 どのようなところで過ごしているか 起床8時。日中は自宅の部屋で漫画を描いたり音楽を聴いて過ごしている。食事は一日、2食のみ(昼、夜)。就寝11時。
健康状態	性格特徴
既往歴はないが、最近日差しが眩しく室内に光が入ると頭痛がする状態が続いている。医療費が支払えず、以前通院していた歯科受診は中断。	訪問で会ったKさんは穏やかで、かつ礼儀正しい印象であった。初対面であったため、緊張は、していたが、飼い猫の話になると笑顔を見せる様子が伺えた。
◆経済状況 制度利用状況	
経済状況 (当事者障害基礎年金: 6.5万円 祖母年金: 6万円 母年金: 3.5万円/月)	
■障害年金の有無:	1) ①あり [等級: 2級] 2) なし
障害者手帳の有無:	1) ①あり [等級: 2級] 2) なし
障害程度区分: なし	介護保険: なし

◆現在利用している保健・医療・福祉サービス		
(1) 医療サービス (医療機関 主治医 診断名)		
クリニック Dr. 総合失調症(破瓜型)		
(2) 現在利用している保健・福祉サービス		
サービスの内容(名称、具体的内容)	実施機関等	利用開始期間
1) 自立支援医療等	保健所	年 月～
2)		年 月～
3)		年 月～
◆家族歴・生活歴		
<家族図>  <p>※同居の有無を明確に</p>	<家族状況> K 本人: 歳(30代) B 母: 歳(60代) C 祖母: 歳 認知症(要介護4) 施設入所待ち(90代)	
<生活歴> 小学校入学時より、集団生活になじめず不登校。現在、市内にある通信制の高校に在籍しているが今年の7月より調子が悪くなった為、現在は通学していない。	<現病歴> 15歳の時に、母への暴力があり、Y病院へ受診し1ヵ月間入院。22歳までY病院へ通院するが、5年前から、市内のクリニックへ通院中。	
◆希望のサービス		
サービスの内容(名称、具体的内容)	実施機関等	利用開始期間
1) 地域活動支援センター 日中の居場所		22年 月～
2) 社会福祉協議会 経済的な相談		22年 月～
2) 相談支援事業所 訪問・同行相談		22年 月～
認知症の祖母が自宅で生活していることで、本人のイライラが増し、ストレスとなる為、少しでも祖母と距離をおくことが必要と思われる。日中の居場所として、支援センター、作業所等の利用支援を行なう。経済問題の改善のため、制度を利用。		
担当者名:	記入日: 年 月 日	

◆エコマップ



	活用している社会資源
	今後、活用可能な社会資源
	強力な関係
	ストレスのある関係



事例の概要

- (1) 事例名 地域での生活継続が難しい状況にある、知的障害者の今後の支援について
- (2) 概要
- ① 氏名・性別 A・Bさん・男性 ② 居住区 区在住
- ③ 年齢 20代 ④ 属性(学校・職業等) 生活介護事業所「B」
- ⑤ 障害種別・手帳 知的障害・療育A 区分4
- ⑥ 相談経緯 母親・G施設(担当者Y)
- (3) 本人関係図 ジェノグラム、エコマップ別紙添付
- (4) 主訴 家庭での支援が難しくなっている。家族としては、短期入所や日中一時支援等の福祉サービスを利用して、いずれは施設入所を考えている。それまでは家庭で落ち着いた生活を送りたい。
- (5) 詳細
- ◎7月〇日、母親からG施設に、短期入所利用について相談の電話がある。
今まで利用していたC施設での予約が難しくなる。D施設も契約をする予定だが、G施設での利用も希望しているとの事。(参考資料1:相談受付票)
- ◎7月×日、母親と本人が来所し、G施設担当者Y、当センター管理責任者Z、相談員Xが面談を行なう。
(参考資料2:登録票 参考資料3:登録者台帳 参考資料4:利用者の状況)
- 《支援の仮説①》
- 1) 母親が毎月状況に応じて、福祉サービスの利用調整を行なっている。母親の負担が大きいのと思われる。毎月利用の計画を固定化できないか検討する。
 - 2) 本人の衝動的行動や言動に対し、各関係機関で支援に対する共通理解が必要である。時期を見てケース会議の開催を開く。
 - 3) 場の状況を考えず、衝動的な言動や行動が見られる。結果がすぐに分かるような作業に取り組み、毎回評価を受け、褒められる機会を増やす事で、行動修正に繋がると考えられる。B事業所以外の事業所で、作業療法を行なっている事業所を紹介し、体験利用を行なう事も視野に入れて、支援計画を提案する。
 - 4) 居宅介護サービスの利用を提案し、事業所帰宅後の母親の負担軽減を図る。
- ◎8月上旬、支援計画を作成。(参考資料5:支援計画表 参考資料6:サービス利用計画書)
- 《支援結果と評価①》
- 1) 週末は、短期入所の利用を中心にサービスを組み立てている。毎月固定化した利用計画は難しい。母親が調整を行なうことは大きな負担となる為、中心となる機関を決める必要がある。
 - 2) 現在利用している「B」事業所担当者や「E」事業所担当者と相談して、行政として何が出来るのか、考えられる支援方法を検討する。その後ケース会議の計画を立てる予定。
 - 3) 母親は環境を変える事に対し、あまり前向きではなく、B事業所以外の事業所見学について、乗り気ではない。B事業所では本人への職員の対応が統一されている事で、今の状況を維持したい気持ちが強い。今直ぐにはではなく、長期計画として、再度事業所見学について提案する。
 - 4) 居宅介護の利用は、家庭に他人が入ることに拒否はないので、検討してみたいとの事。
- ◎9月〇日、母親から切羽詰まった声で相談の電話が入る。
本人が朝から暴れてしまい、B事業所を休んだとの事。精神的に追い詰められている様子。急遽B事業所に連絡し、情報交換を行なう。

◎9月×日、家庭訪問を行なう。

自宅はB事業所から徒歩で15分程のところであり、県営団地の階。B事業所からの帰宅途中で、下着1枚になって他人の車を叩いて傷つける。家に着くと、母親に対し強い口調で様々なことを要求する。家族の施設入所への希望が、面談時よりも強くなっている。

◎9月中旬、B事業所、E事業所と情報交換を行なう。

本人の繰り返しの言葉に、母親が振り回されている。本人が伝えたいことを汲み取って対応することが出来ない。母親の反応が辛辣となって、さらに衝動的な行動が見られるのではないかと。母親と一緒にいる時間が長いと、益々不安定になると考えられる。

◎支援計画の見直しを行なう。（参考資料7：サービス利用計画書）

《支援の仮説②》

- 1) 施設入所の申し込みをしているので、現在の待機状況について確認する。
- 2) 母親の負担を減らし、家庭生活を支える方法を検討する。各関係機関が集まって、ケース会議を開き、情報の共有化を図ることとする。
- 3) 本人の行動特性から、移動支援ではなく行動援護の対象者と思われる。福祉サービス支給量の見直しをする。
- 4) 短期入所は、何日間かまとめて利用したほうが、母親の負担が軽減される。

《支援結果と評価②》

- 1) 施設入所待機者の中では、評価点はあまり高くない。すぐに入所は難しい。

2) 10月初旬にケース会議の開催。（参考資料8：ケース会議）

家庭生活の様子、日中活動の様子、各事業所利用時の様子などの情報交換を行い、今後の支援の方向性について、行政として考えられる支援方法と各事業所で出来る支援について確認する。

3) ケース会議の中で提案された意見

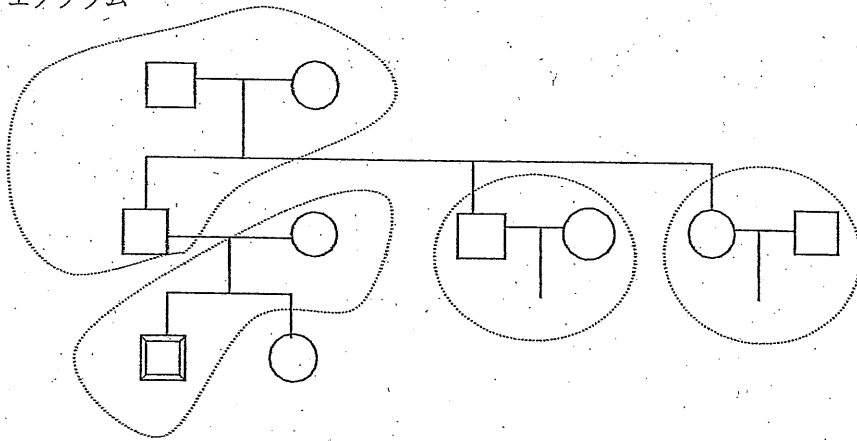
- ・移動支援ではなく行動援護サービスに変更する。
 - ・夜の睡眠が十分に取れない状況では入所施設の利用は難しい。
 - ・週末のサービス利用の調整は、B事業所が行なうことについて、各関係機関の承諾を得る。
- 4) 日中一時の支給量を減らし、その分短期入所の支給量を増やす。

(6) 今後の支援について

- ・移動支援は、行動援護に変更したことで支給時間が増える。確実に行動援護サービスが利用できるように、E事業所、F事業所が協力して支援に当たる。
- ・睡眠時間を確実にする為にも、主治医と相談して投薬の調整を行なう。
- ・週末のサービス利用の調整は、母親と相談しながらB事業所担当者b氏が行なうこととする。
- ・居宅介護サービスについては、家庭に他人が入ることに抵抗があるのではなく、短時間支援に入ってヘルパーが帰宅後に、逆に本人の調子が悪くなる可能性があるのを避ける。
- ・母親の本人に対する意識、対応の仕方などを変える事も必要である。本人は作業的な活動の中で、毎回評価を受け、褒められる場が増える事で、行動修正に繋がると思われる。投薬の調整などが整い次第、再度別の事業所見学を提案する。

本人関係図(ジェノグラムとエコマップ)

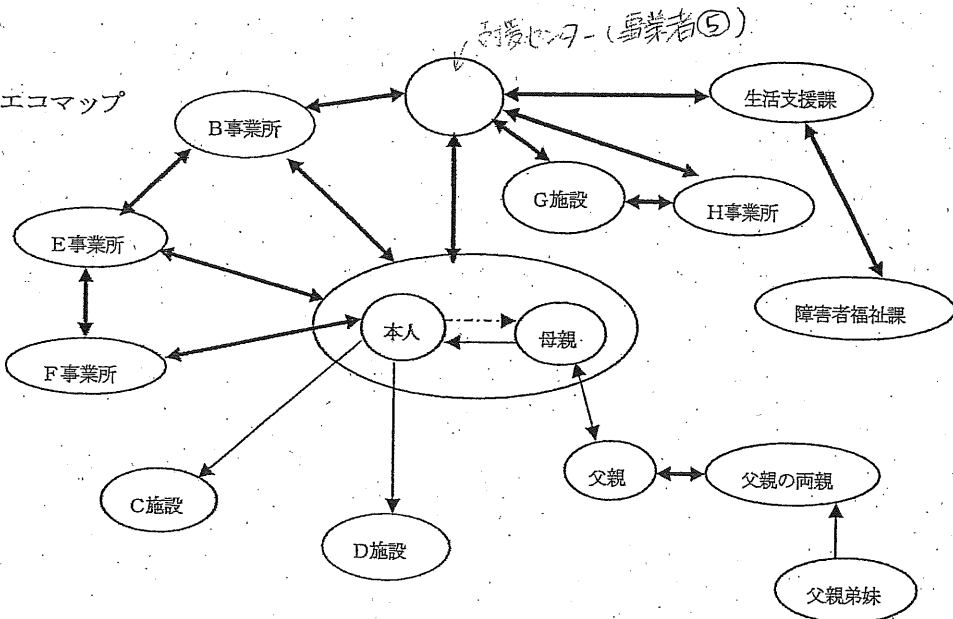
◎ジェノグラム



◎家庭状況

- ・父親は、自分の両親の介護が必要な為、静岡市内で両親と同居しており、現在本人と母親とは別居状態にある。週末に時々本人の面倒を見る事もある。
- ・母親は週末も含めて、10時～14時の4時間、パート勤務されている。
- ・妹は県外で、就職して一人暮らし。

◎エコマップ

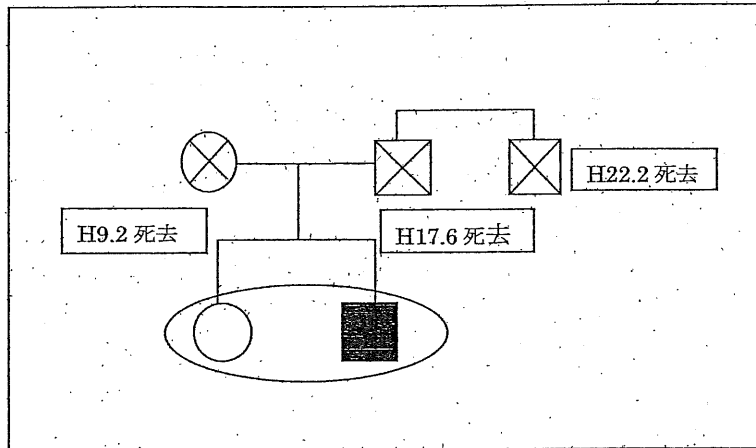


事例タイトル	再発のリスクのある心臓病の人の地域生活支援について		
課 題	在宅生活支援の資源の不足		
年齢・性別	44歳・男性	所属	G 就労継続B 事業所
障害種別 手帳情報	知的障害 療育B	現在利用しているサービス	生活保護 障害基礎年金2級 区分2 就労継続B型事業 23日/月 短期入所7日/月 居宅介護77.5h/月
支援機関	区福祉事務所、G 就労継続B 事業所、D 居宅介護事業所、E 短期入所施設、F 病院 主治医、保健師、H 相談支援事業所		
相談経緯	C 後見人より本人退院後は食事・服薬管理の必要性があり、現在の支援体制では難しいため、支援の調整を依頼される		
本人主訴	G 事業所に通いながら地域で生活し続けたい		
生活歴	中学卒業後は父の仕事の手伝い(ごみ集めなど)をしていた。父母共に飲酒好きで幼い時から居酒屋へ行き、飲酒させていた様子。 H9に母、H17に父が逝去。 H11年頃から現在の事業所に通所		
病 歴	H21.7 定期健康診断 異常なしだが、毎年心電図、X線ではひっかかる H21.12 作業中にふらつき2回あり H22.3.3 顔色不良、両肩上部に痛みあり H22.3.4 胸痛あり、近隣のHP受診 心筋梗塞と診断 内服にて自宅療養となる H22.3.5 姉が本人の様子を心配し、G事業所へ連絡。救急搬送され入院となる。		
家族構成 家族の状況	姉と二人暮らし。姉も知的障害(療育B)で、本人と同じC事業所に通所。リウマチがあり右上肢、左下肢が不自由。介護保険 要支援2 介護保険事業所を1/w利用して入浴している。障害サービスは居宅介護 13.5h 調理、掃除で利用 日常生活自立支援事業、成年後見制度 被保佐人 20代の頃にはアルコール依存で入院歴あり。現在も自宅で飲酒している。		
支援の経過			
できごと	対 応	結 果	
H22.3.9 後見人より相談あり。	H22.3.16 本人面接。本人の希望を確認。関係機関によるケア会議開催。	在宅生活を可能にするために以下の課題について検討。①近隣のHPの確保→主治医、MSWと相談②服薬と食事の管理→ヘルパー利用。現状では支給量不足の為、変更申請を行う③日中活動の確保→G事業所内で検討④緊急時の対応→主治医に確認。利用できる資源を探す。	
	H22.4.1 主治医、MSW、後見人、支援センターでケア会議。	近隣HPへの転院については、当面はF病院の通院必要。急変時は救急搬送。日常動作について軽作業は可能との診断。食事・服薬管理の内容について確認する	

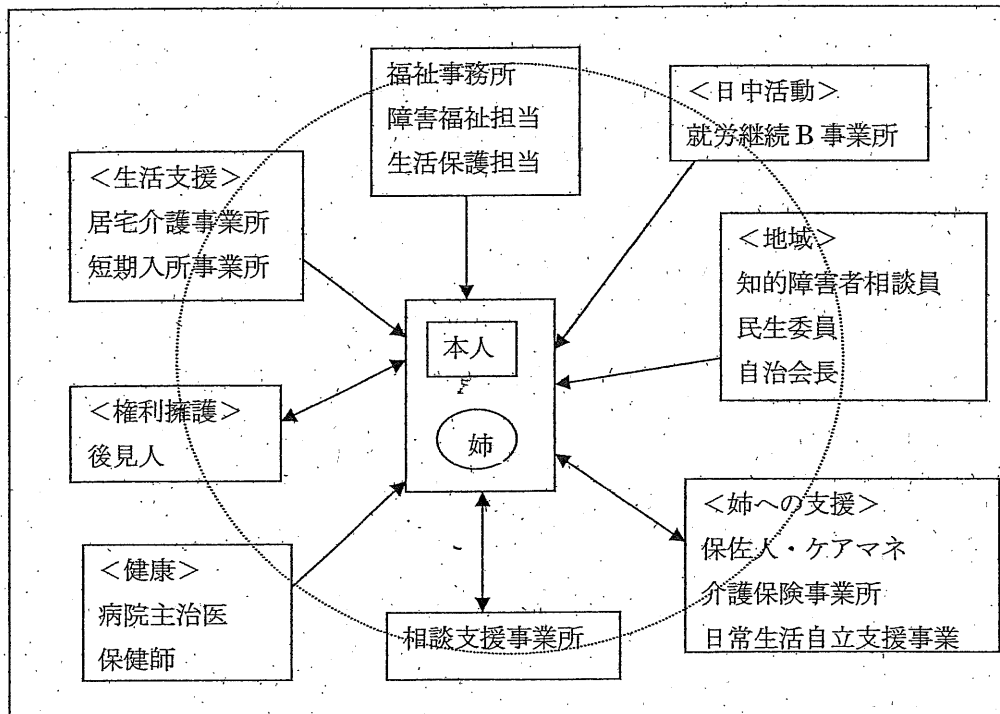
支援の経過		
できごと	対 応	結 果
	H22.4.23 退院に向けて再度ケア会議開催	①G 事業所復帰困難→短時間の利用を検討依頼。②ヘルパー支給量→5、6月限定で18時間に増量。それでも不足の為、退院時期を延長。
H22.5.24 退院	H22.5.28 6月以降の支援体制整備のため、ケア会議開催	①G 事業所復帰→昼食時のみの利用を業所内で再検討。②ヘルパー時間の不足→6月実費対応。7月分増量相談→自立支援制度内では増量不可の為、生活保護介護扶助の利用申請。③地域での見守り体制→S型デイサービスの利用検討していく。
H22.6.14～G 事業所午前のみ利用開始	職員がマンツーマンでつく	状態安定していたが、万が一のことを考えると負担が大きく当面半日利用(7月)
H22.8.19 心臓に水溜まり再入院	H22.9.14 退院後のG事業所の利用、その他の支援体制についてケア会議開催。	①G 事業所の退院直後の受け入れは不可。前回と同様、回復状態を見て短時間利用から受け入れを検討する。 ②宅配弁当の配達時に安否確認(午前)、2回/日のヘルパー訪問実施。③保健師による体調チェック。④地域での見守りについて社協へなげかけ→土台ない
H22.9.21 退院 G 事業所より今後の受け入れは不可と連絡あり	H22.10.6 G 事業所へ今後の利用について相談 ケア会議開催(直接の関係者)	G 事業所内で協議の結果、リスクが大きい為、今後の受け入れはできないとの結論になったとの報告あり。 G 事業所への働きかけは継続。地域で支えるという意識を高める為に、再度地域の支援者も交えたケア会議を計画。 年末年始の支援検討→ショート利用か
H22.11 居宅介護量の増量(非定形)決定		
	H22.11.29 ケア会議開催	①G 事業所への働きかけの方法検討→施設側の不安の解消が必要②年末年始の支援→ショート利用を本人へ勧める。 ③G 事業所が全く不可の場合→他の事業所へ見学を計画
	H22.12.13 G 事業所へ今後の利用について相談	付き添いをつけて短時間の利用を提案。 関係機関の連絡網を作成し、G 事業所の負担を軽減することを提案 →利用再開の方向で再度ケア会議開催

今後の課題：今後当ケースが地域生活を維持していくための資源が不足している。地域住民、関係機関等の障害者の地域生活への理解を広げ、資源を増やす取り組みをしていく必要があると思われる。

<ジェノグラム>



<エコマップ>



事例 親亡き後の生活支援について

氏名 Aさん

性別 男性 (50代)

年齢 歳 診断名 統合失調症、

居住区 区 制度利用状況 障害年金(H8)、手帳(H19) ホームヘルプ(H22)

移動支援

相談経由 地域包括支援センター 父と子の2人暮らしで、精神科に通院はしているが部屋にこもって状態で心配。

主訴 助けてほしい

生活歴及び病歴

S35年生。2人兄弟の長男として出生。発病は高卒後の20歳頃。S55年～B病院通院。H6～8年(B、C病院)に入院歴あり。就労や作業所通所経験あり。

経過

H20年10月 地域包括支援センターケアマネより連絡あり訪問する。以降は月1回訪問。

H21年8月 父親が行方不明後、発見され入院。地域包括センター、民生委員、病院PSWに連絡

平成22年1月 年末年始にかけ、近くのスーパーが無くなり、お金も大変で近隣に助けを求めることが増え、近隣住民から民生委員に相談が増えた。

平成22年2月 民生委員、保健所、訪問し、ホームヘルプについて説明する。

6月 父親が亡くなる。弟が諸手続きを行った。その後ホームヘルプ開始。

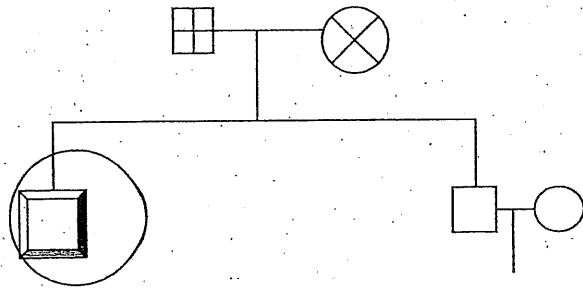
7月 移動支援開始。受診時に同行。主治医より病状説明。服薬や受診拒否も困るが、かなりの服薬量にも関わらず、本人の困り事は眠れないと訴え、薬の要求ばかりしてくるとのこと。こだわりが強い。

課題・検討事項

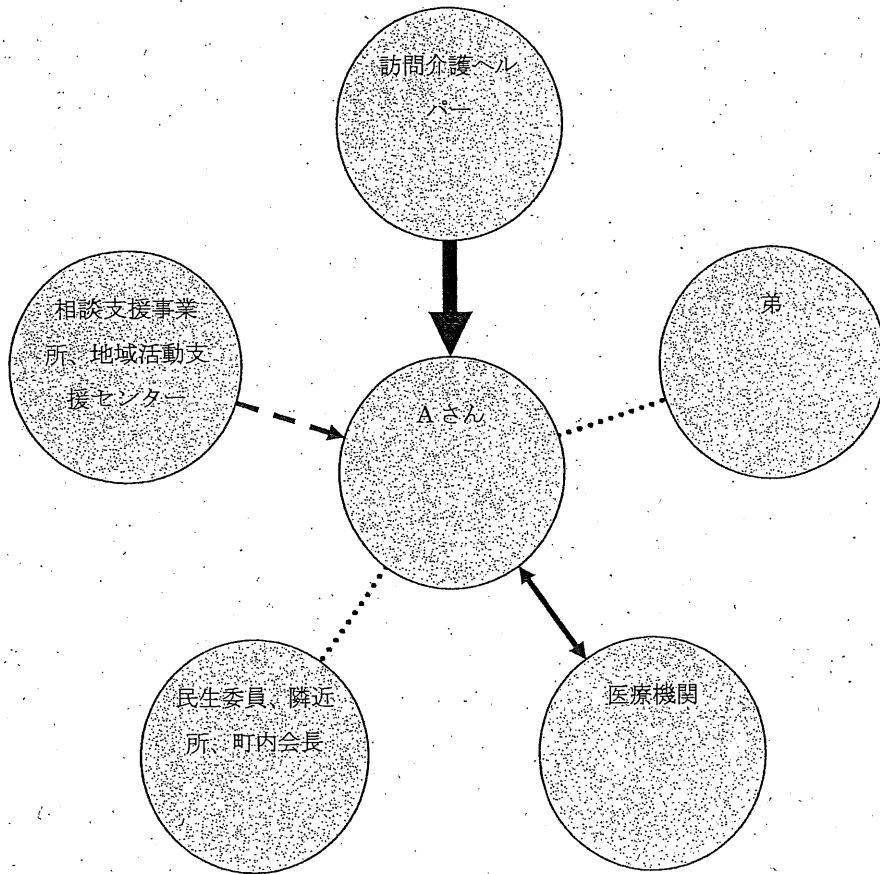
- ・ 相談事業者の役割 その人に寄り添うことで、ニーズを見出すこと(時間はかかる)相談支援事業者(間接)とサービス提供事業者(直接)と一緒に動くこと。ヘルパー利用もなかなか進展しなかったし、家族との連絡などもそこでは役割が果たせたのではない。今後も連絡調整は必要。
- ・ ホームヘルプの利用について 近隣では一人暮らしは心配なので施設があれば入所したほうが良いのでは意見もありその後に、ヘルパーが定期的に来て買い物や掃除などして、普通の会話をすることが生活支援の柱になっていくと感じた。
- ・ 親なき後 親が亡くなったからこそ、これからの自分の生き方を選んでいくチャンスである。周囲(家族、医療、近隣、町内会、民生委員、相談事業所、サービス提供事業所、妄想)が協働していく。そのあとに本人らしさがにじみ出てくるのでは。
- ・ 精神障害の方の多くは精神科医療の関わりが大きく、地域生活は二の次になりがち。

ジェノグラム

父 H22.6 脳梗塞にて死亡 80歳
 母 20年以上前肝臓がんにて56歳
 弟 40代会社員 在住
 他県



エ ヨ マ ツ プ



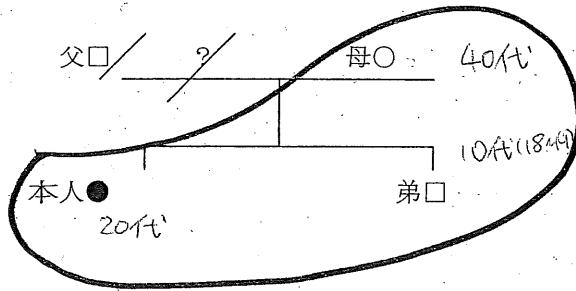
1 事例の概要

- ・事例タイトル 「家族にも支援が必要な方の就労支援」
- ・内容要約 家族全員が療育手帳所持。家族内における主たる賃金獲得者(本人の弟)の解雇により経済不安の懸念あり、当事者A氏(就労B利用中)が就労希望のニーズをもち当センターに相談となるが、家族全員の何らかの支援と問題整理が必要と思われ対応し、トライアル雇用につながる
- ・障がい 療育手帳A所持(他家族=母療育A、弟療育B)
- ・相談の経緯 本人の通所する就労Bの所長より相談あり
- ・家族構成と状況 本人=長女 歳療育手帳A、就B通所月収5千円と年金2級月6万3千円
母 = 20代 歳、ポスティングのバイト月3万円、年金2級6万3千円
弟 = 40代 歳、療育手帳B、スーパー解雇予定 収入月12万
(10代)
- ・本人の希望およびニーズとその理由 「就職して家族を助きたい」「携帯電話を持ちたい」希望あり。理由は「家の経済危機に自分も力になりたい」「自分で得たお金で携帯を持ち支払いまで管理したい」とのことであった
- ・本人や家族の課題 3人とも療育手帳所持、生活の何らかの場面で何らかの支援が必要になる場合有、現在弟がキーマンであるが来月解雇、失業保険終わるその3ヶ月後に収入半減してしまうため4ヶ月弱の間での支援展開、家計確保が必要
- ・本人の能力や環境の課題 本人の作業能力は問題ないように見えるが、指示理解に困難な場面見られる。本来なら、いきなりの就労でなく就労移行支援事業などを利用し就労のための準備期間を作り就労につなげるのが望ましいと判断し対応
- ・その他のポイント 整理するにつれ弟の対応はG就労・生活センターへ移行、母も早急ではないため常時相談しているD相談があるため今回はまず本人の課題中心に対応
- ・個別支援計画(サービス)の特徴 本人の就労支援、および家計の安定を目標とする。現在の本人の状況とニーズを本人と整理し、就労につながる支援を検討していく。また家計については他機関、弟の件はG就労・生活と連絡調整し、想定される生活困難な場合には公的機関との調整を検討していく
- ・結果 個人(家族面談)2回、サービス担当者会議3回を経て、障害者就職面接会受験、同時にI就労移行支援事業実習1wをする。実習は高評価を得るが、面接会での企業(スーパー)からトライアル雇用の返事あり現在トライアル継続中。ジョブコーチ検討したが本人希望せず、また「自分の力でやってみよう」とのこと相談等の機関は一步下がり、就労先との連絡調整はハローワークのみとなっている。当初仕事になれず失敗が続き落ちこむこともあった。関係機関特にC就労Bなどに自分で相談に行くなどまた関係者がスーパーに買い物に行き励ましたりして、今のところががんばることができている。給与は12万出たとのことだが今後は未定。弟は就労支援につながり実習中。母も特に変化ないが家計の不安は少しなくなった様子である

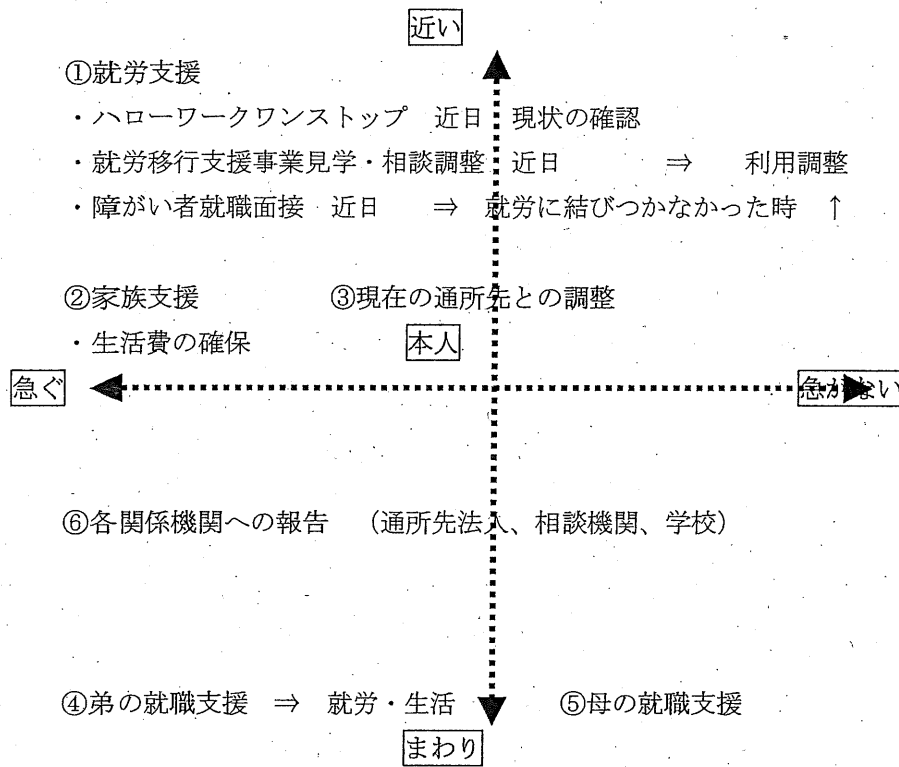
平成22年 ×月 ×日記入

A 様

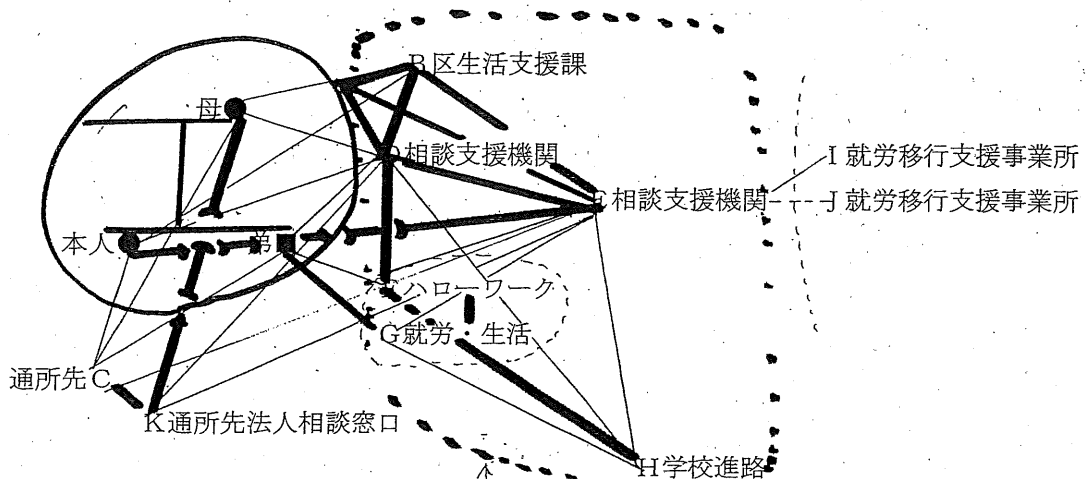
ジェノグラム



プラン確認座表



エコマップ



※ 第一次支援群 それぞれネット線から別れ度度は
12/27/16/16/16/16/16

主な相談事例について

H22年11月1日

① 問題となっている課題

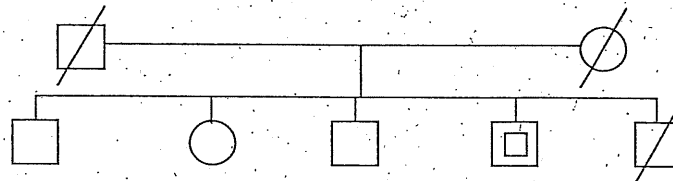
自室から出火させてしまい、立ち退きを迫られてしまった視覚障害者の生活を支える。

② 事例名

生活が乱れ、自室から出火させてしまい転居を迫られてしまった独居の視覚障害者の事例

③ 概要

- ・氏名 Aさん(仮称) ・性別 男 歳(50代) 居住区 区
- ・障害種別 身体障害者手帳 1級 視覚障害 障害程度区分2
- ・相談経緯 当相談支援事業所併設自立訓練の利用者であり、出火当日送迎に訪問
- ・本人関係図



④ 主訴

現在のアパートで暮らせなくなったらどうしたらいいか分からない。何とか住み続けたい。
「仕事がしたい。」

⑤ 経緯

- ・ マッサージ事業を自営しているが、うつ病と多発性神経炎のため握力不足、生活保護を受給。
- ・ 近所の婚約者が生活面でサポートがあったが、今年1月転居し、居宅支援(家事援助)を利用。営業部分の掃除や洗濯はシルバー人材センターに依頼。
- ・ 食生活が乱れ体重の減少、服薬も不安定。9/16 利用中に発作をおこし緊急搬送する。入院して検査を進められたが通院で検査を希望された。
- ・ 9/30 早朝自室から出火する。出火当時酔っ払いまともなやり取りが出来ない状態だったとのこと。ガスコンロからの出火で自室の換気扇が溶けや天井や壁がこげたりするが延焼はなかった。保証人の兄も来られなかった。
- ・ 「青木が原樹海に行く」と度々 に電話が入る。大家さんから転居してほしいと話がある。シルバー人材センターから包括支援センターそこから障害者福祉課に話が入る。本人が生活支援課に出向き入所手続きをした。

⑥ 支援仮説 ケース会議の開催

- 1) 火事の後片付け…関係機関との連絡調整、日常生活用具「電磁調理器」申請
- 2) 服薬の安定…当面は分かるように分ける。一包化。検査通院の確認
- 3) 住居…転居先を探す。保証人の問題、費用の問題
- 4) 施設入所…入所申請をされた。保証人の問題・等級変更
- 5) 緊急時対応…転居したら静岡県重度障害者在宅生活安心システム事業の申し込み

⑦ 支援結果と評価

- 1) 火災保険で修復工事が終わり、自己負担はなかった。日常生活用具申請中
- 2) 神経科に連絡し、何度も薬局指定の上の通院を勧めたが、11月には一包化できていない。
- 3) 生活と健康を守る会の方が世話をしてくれて、住居が決まり、保証人も兄が了承してくれた。11月中に転居予定。
- 4) 施設入所の保証人は兄二人が了承されたが、等級変更申請中
- 5) 在宅安定システム事業は説明したが今は希望がない。これからの課題

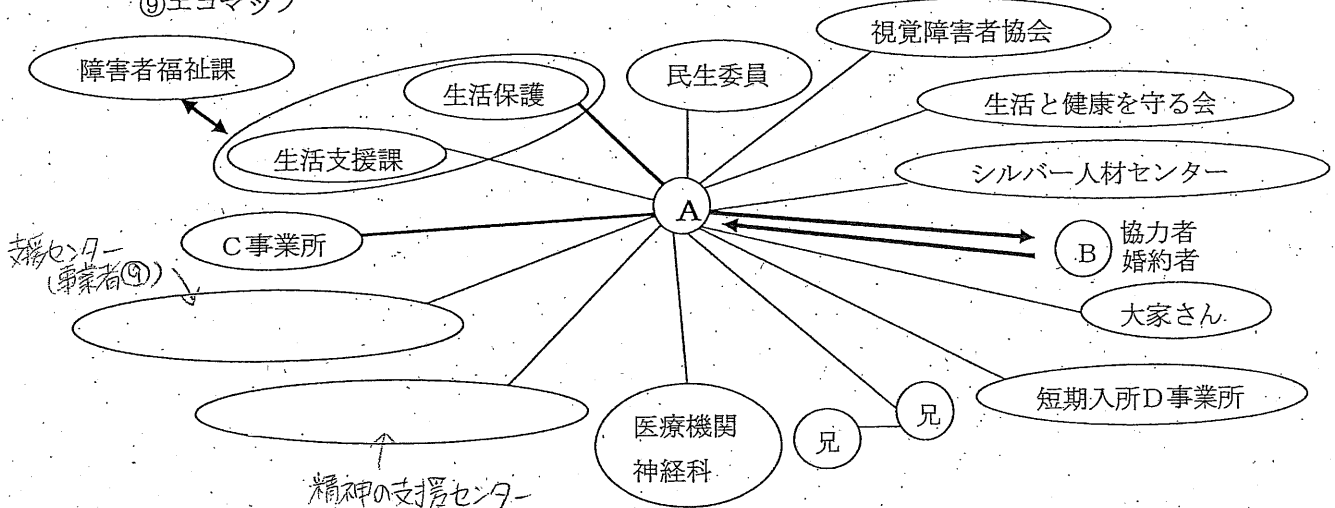
ケース会議を開き、大家さんや民生委員さん、シルバー人材センター、居宅支援の方等地域で支えてくださった方の参加があり生活の様子が確認できたこと。精神の支援センターの参加で服薬管理と眠剤を飲酒で服薬される問題が提起され、本人の自覚を促す機会にもなった。ケース会議のあとは（青木が原樹海）発言は聞かれなくなり、本人としても今後の生活に展望が見えてきたようだ。また婚約者のBさんもまた近所への転居希望があり仕事もしてゆきたいと意欲も出てきた。

⑧ 今後の対応方針

自己判断が出来て、手続き等も出来る方なのでご本人の依頼に基づく支援を基本にする。

- ・ 申請中の手続きの完了までの支援。
- ・ 転居にとまなう支援
- ・ 服薬の問題

⑨ エコマップ



平成22年度静岡市障害者等相談支援事業評価事業 支援事例概要

<p>氏名：A 性別：男 生年月日：H17年〇月〇〇日(5歳) 居住区：B区 障害種別・手帳情報：重症心身障害(低酸素虚血性脳症 てんかん 嚥下障害)・身体1級、療育A 障害福祉サービス等利用状況：重症心身障害児者〇型通園、3日/週、短期入所 支給決定7日/月 月平均2~3日利用 訪問看護 1日/週 1.5時間/回</p>	<p>1. 事例概要</p> <p>1) 支援の開始と相談内容 H22年5月母親より「父親が転属になり、長期出張を繰り返す部署となった。Aくんの入浴は、両親が揃っている時にして来た。父親が不在の日が多くなるので、サービスを使って入浴をしたい。サービス利用中の医療ケアについては、必要に応じて母親が行うつもりでいる。暑い時期は、シャワー浴で済ませても良いが、寒い時期になるまでに何か手立てを考えたい。」と相談あり。支援開始。</p> <p>2) 課題の整理と支援方法 自宅の状況 賃貸住宅の3F(BVなし)。浴室・脱衣室とも大人が2人入れるスペースはない。浴槽は旧式の正方形に近い形でAくん(身長110cm、気管切開施術、腰は曲がらない)は、縦抱きの抱っこで入っている。 家族の状況 家族に小6の兄がいる。日頃Aくんの面倒をとでもよく見しており母親の手伝いもしている。両親は、兄に今以上の負担はかけたくないと考えている。将来的には転居を考えているが家族の生活設計を模索している現段階での転居は見合わせたい。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">入浴に関して父親不在時の家族介護は困難と判断</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">福祉サービスの利用の可能性を探り支援 福祉サービス(ヘルパー派遣) ②訪問入浴 ③訪問看護サービスの時間活用)</p> <p>3) 各サービスを受ける為の支援と結果 ① 居宅身体介護サービス (支給申請-母親、事業所探し-Co) 居宅身体介護の支給申請受理 → 支給決定 ・ 市内数ヶ所のヘルパー派遣事業所をあたると「居住地が遠い、医療ケアのある重症児の介護を任せるヘルパーがない』等を理由に引き受けてくれる事業所は見つからず。 ・ その後、Cステーション看護師より「浴室での入浴は危険を伴う」との意見あり、自宅訪問にて検証。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>家族以外の介護による浴室での入浴の安全確保は困難と判断し、ヘルパー事業所探しは中止する</p> <p>② 訪問入浴 (Co) ・ 11月 区支援課、市訪問入浴担当者自宅訪問(父親の入浴介護場面見学) 児童の訪問入浴は前例がなく現時点では認められない</p>
---	--

③ 訪問看護サービスの時間活用 (母親、C 訪問看護ステーション担当看護師)

- ① 浴室での入浴は危険を伴うため引き受けられない
- ② リビングに簡易浴槽が準備出来れば、ヘルパー同時派遣で入浴出来る可能性あり(ヘルパーはCから派遣可能)

↓
簡易浴槽は高価(購入補助なし)な為ビニールプールを購入

↓
介護方法の検討(母親、Cステーション看護師、ヘルパー)(母親、B施設OT、Co)
ビニールプール入浴の為の給排水、設置場所、介護方法などの検討(母親、Cステーション看護師、訪問入浴業者D、Co)
簡易浴槽用の排水ポンプが手に入り使用することとなる。

H23年1月～ 訪問看護サービス利用時間の入浴開始予定

4) 中間評価と今後の課題

- ・ 当面1回/週だがサービスを使つての入浴が出来ることとなった。Cステーションによる入浴の状況を評価し、可能であれば他のヘルパー事業所の利用をし入浴回数を増やしていくことも視野に入れておく。
- ・ 今後転居など家族の暮らしの変化とAくんの成長に伴い、ニーズは多様化していくことが予測される。本人と家族の願いに沿った暮らしを実現できるように見守り続けることと支える為の支援の輪を広げていくことが課題と考える。

2. ジェノグラム ・ エコマップ

