

大崎圏域障害福祉サービス事業所における利用者の自立に向けたケアの実態調査報告 ～障がい児・者支援の推進に向けて～

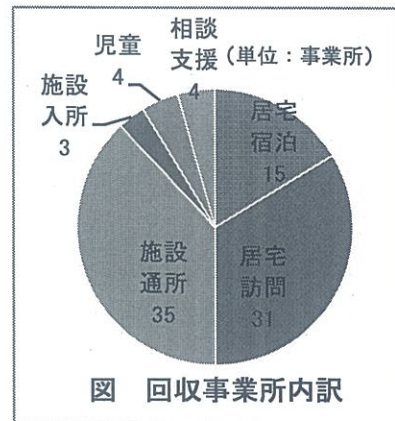
北部保健福祉事務所 健康づくり支援班 (技師)中村恵美 (技師)後藤博音 ○(技師)三浦ひかり
母子・障害第二班 (技術次長)斎藤美代子 (主事)松田華枝

I 目的

大崎管内の障害福祉サービス事業所が利用者の自立に向けたケアを行う中で抱える課題や課題解決方法について実態を把握することを目的に実施した。

II 調査内容及び方法

- 1 調査対象事業所 大崎管内で平成24年7月31日時点で指定を受けている障害福祉サービス事業所・基準該当事業所 128事業所
- 2 調査方法 郵送によるアンケート調査(別紙要領・調査票参照)



III 調査結果

- 1 回収件数 92事業所より回答があった(回収率71.8%)
- 2 結果集計方法 今回の調査結果概要においては、回答のあった18サービス種別を6カテゴリーに分類して集計した。各サービス事業所のカテゴリーは下記の通り。

相談支援: 特定相談支援・障害児相談支援
児童: 放課後等デイサービス・児童発達支援
施設入所: 施設入所支援・宿泊型自立訓練
施設通所: 生活介護・自立訓練(生活訓練)・就労移行支援・就労継続支援A型・就労継続支援B型
居宅訪問: 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護
居宅宿泊: 短期入所・共同生活援助・共同生活介護

3 基本情報・利用者情報概要

- ・利用者定員数:「6～10人」が最も多い。・1日の平均利用者数:「1～5人」が最も多い。
- ・職員雇用職種:「ヘルパー」が最も多く、次いで「介護福祉士」であった。施設通所では「社会福祉士・精神保健福祉士」「保育士」が多く、施設入所や居宅宿泊では多職種を雇用している。
- ・利用者年齢内訳:受け入れ事業所数,利用者数ともに「50～64歳」が最も多い。
- ・利用者の障害程度区分:受け入れ事業所数では「区分2」,利用者数では「区分3」が最も多い。
- ・所持手帳内訳:受け入れ事業所数では「身体障害者」,利用者数では「療育」手帳保持者が最も多い。
- ・医療的ケア:必要な方の利用の有無では、約30%の事業所が「はい」と回答している。内訳は、「経管栄養」26%、「注射」24%、「吸引」21%、「人工呼吸器」15%、「褥そうケア」2%と続く。

IV 今後に向けて

これらの調査結果から得られた課題解決のために必要なこととして、以下の項目があげられる。

- ①管内市町、関係事業所との連携
- ②関係スタッフの技術向上のための支援
- ③地域リハビリテーション事業の周知
- ④地域での生活をサポートしている事業所等への支援

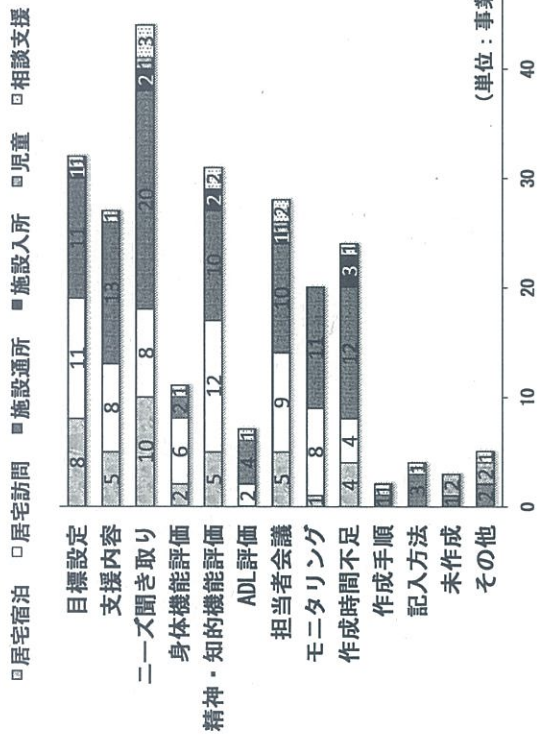


図 個別支援計画作成で難しいと感じること
 (複数回答) 【回答事業所数：79】

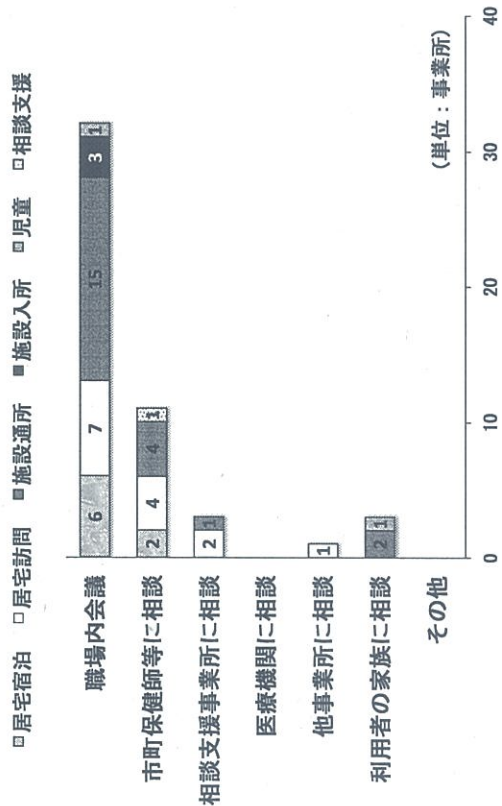


図 支援を難しいと感じた時の解決方法
 【n=50】

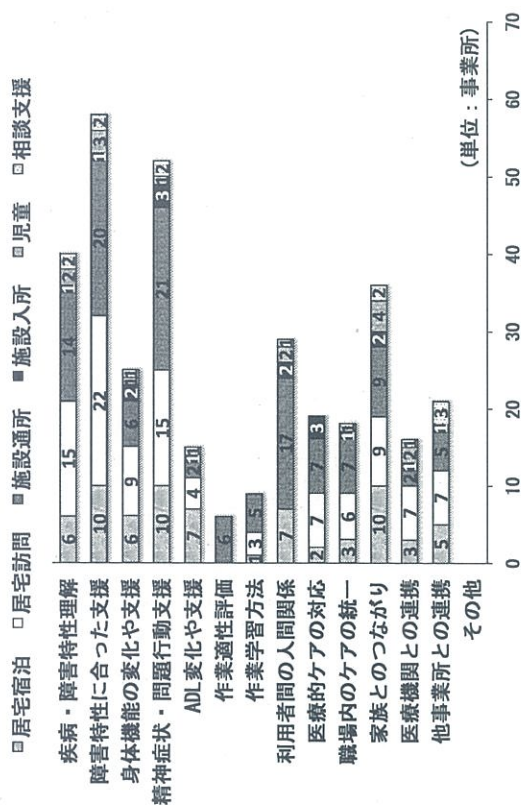


図 支援する上で難しいと感じること
 (複数回答) 【回答事業所数：88】

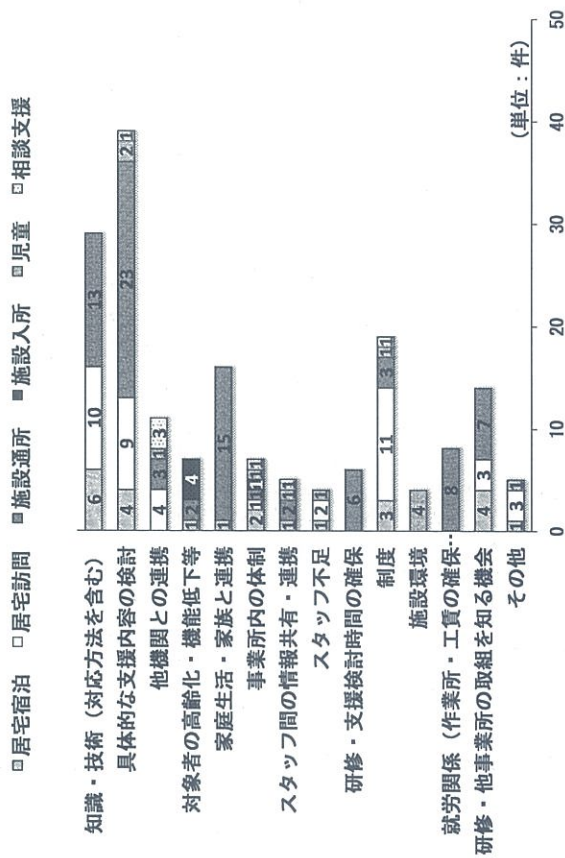


図 自由記載内訳 【n=154】

障害福祉サービス事業所における利用者の自立に向けたケアの実態調査

【調査票】

■事業所の基本情報について伺います。 平成24年7月31日現在

事業所名			
記入者名	記入者職種		
連絡先メールアドレス	<input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 共同生活介護 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 特定相談支援 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 同行支援 <input type="checkbox"/> 障害児相談支援 <input type="checkbox"/> 行動支援		
サービス種別	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 障害児相談支援	<input type="checkbox"/> 同行支援 <input type="checkbox"/> 障害児相談支援	<input type="checkbox"/> 行動支援
利用者定員数	人	利用登録者数	人
1日の活動スケジュール	9	12	18
作業内容	<input type="checkbox"/> 常勤（人） <input type="checkbox"/> 非常勤・パート（人） 【職種内訳】（有資格の方の職種にチェックをお願いします） <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 教師 <input type="checkbox"/> 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 社会福祉士・精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 医師		

■利用者に関することについて伺います。

年齢内訳	<input type="checkbox"/> 18歳未満（人） <input type="checkbox"/> 18～29歳（人） <input type="checkbox"/> 30～39歳（人）	<input type="checkbox"/> 40～49歳（人） <input type="checkbox"/> 50～64歳（人） <input type="checkbox"/> 65歳以上（人）
障害程度区分内訳	<input type="checkbox"/> 障害程度区分1（人） <input type="checkbox"/> 障害程度区分2（人） <input type="checkbox"/> 障害程度区分3（人）	<input type="checkbox"/> 障害程度区分4（人） <input type="checkbox"/> 障害程度区分5（人） <input type="checkbox"/> 障害程度区分6（人）
障害手帳所持内訳（重複可）	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（人） <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（人）	<input type="checkbox"/> 療育手帳（人） <input type="checkbox"/> 手帳なし（人）
医療的ケアの必要方は利用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒「はい」とお答えの方にはケアの内容について教えてください。		
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 褥そうケア <input type="checkbox"/> 注射（インスリン等） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
高次機能能障害の方（疑いの方）は利用されていますか。		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

大崎管内障害福祉サービス事業所における利用者の自立に向けたケアの実態調査 実施要領

- 目的

障害者の身体機能や生活能力の維持には、日常生活の中で自立につながる視点や知識を取り入れたケアが大切である。

そこで、大崎管内の障害福祉サービス事業所が利用者に対して自立に向けたケアを行う中で抱える課題や課題解決方法について実態を把握することで、今後の地域リハビリテーションの推進を図ることを目的に本調査を実施する。
- 実施主体

宮城県北部保健福祉事務所
- 調査対象施設

大崎管内の障害福祉サービス事業所・基準該当事業所
- 調査方法

郵送によるアンケート調査
- 調査内容

別紙「障害福祉サービス事業所における利用者の自立に向けたケアの実態調査【調査票】」
- 調査結果の活用方法

(1) 調査内容を取りまとめ、調査協力を得られた障害福祉サービス事業所、各市町へ情報提供するとともに、今後の取り組みについて検討する一助とする。

(2) 事業所に対する支援における具体的内容の検討に活用する。

(3) 地域リハビリテーション支援事業の企画に活用する。
- 締切

別紙調査票に御記入のうえ、返信用封筒にて、平成24年10月10日（水）までに、宮城県北部保健福祉事務所 健康づくり支援班あて御回答願います。
- その他

記入に当たっては、別紙【記入例、【記入方法について】を御参照ください。
- 問合せ先

宮城県北部保健福祉事務所 健康づくり支援班 担当 中村・後藤・三浦
 〒989-6117 大崎市古川旭4丁目1番1号
 電話 0229-87-8010 ファクシミリ 0229-23-7562
 E-mail nh-thbke@pref.miyagi.jp

■施設障害福祉サービス計画（個別支援計画）について伺います。

個別支援計画を作成する上で難しいと感じていることについて教えてください。 （複数回答可）	<input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> 具体的な支援内容 <input type="checkbox"/> 利用者のニーズの聞き取り <input type="checkbox"/> 身体機能の評価（アセスメント） <input type="checkbox"/> 知的・精神機能の評価（アセスメント） <input type="checkbox"/> 日常生活活動（ADL）の評価（アセスメント） <input type="checkbox"/> 担当者会議の開催 <input type="checkbox"/> 定期的なモニタリング、計画の見直し <input type="checkbox"/> 作成する時間の確保 <input type="checkbox"/> 作成の手順 <input type="checkbox"/> 計画書の記入の仕方 <input type="checkbox"/> 計画を作成していない <input type="checkbox"/> その他（ ）
---	--

■利用者の支援に関することについて伺います。

支援する上で難しいと感じていることについて教えてください。 （複数回答可）	<input type="checkbox"/> 疾病や障害特性の理解 <input type="checkbox"/> 利用者の障害特性に合わせた支援（接し方、介助の仕方など対応方法について） <input type="checkbox"/> 身体機能の変化やそれに対する支援 <input type="checkbox"/> 精神症状や問題行動に対する支援 <input type="checkbox"/> ADLの変化やそれに対する支援 <input type="checkbox"/> 作業適性の評価（アセスメント） <input type="checkbox"/> 作業学習の方法 <input type="checkbox"/> 利用者同士の人間関係に対する配慮 <input type="checkbox"/> 医療的ケアの必要な方への対応 <input type="checkbox"/> 職場内でケアの統一 <input type="checkbox"/> 家族とのつながり <input type="checkbox"/> 医療機関との連携 <input type="checkbox"/> 他サービス事業所との連携 <input type="checkbox"/> その他（ ）
支援が難しいと感じた時にどのようにして解決していますか。対応として一番多い方法を教えてください。 （複数回答可）	<input type="checkbox"/> 職場内の会議等で検討する <input type="checkbox"/> 市町の保健師や担当者に相談する <input type="checkbox"/> 相談支援事業所に相談する <input type="checkbox"/> 医療機関に相談する <input type="checkbox"/> 他サービス事業所に相談する <input type="checkbox"/> 利用者の家族に相談する <input type="checkbox"/> その他（ ）

■職員の支援技術研鑽等の研修に関することについて伺います。

事業所内で職員による研修・勉強会は実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
事業所内研修ではどのような内容が必要だと感じていますか。 （複数回答可）	<input type="checkbox"/> 障害特性の理解や対応方法 <input type="checkbox"/> 利用者とのコミュニケーションの取り方 <input type="checkbox"/> ADLの変化に対する支援方法 <input type="checkbox"/> 介護・介助技術に関すること <input type="checkbox"/> 制度に関すること <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

■その他、事業所内で課題と感じていること、悩んでいることなどありましたら、お書きください（利用者のこと、支援に関すること・・・等）。

■北部保健福祉事務所の地域リハビリテーション支援事業では、以下の事業で事業所・スタッフの方への支援も行っています。

- *リハビリテーション相談事業（利用者の自立支援に向けた提案等）
- *研修事業（支援スタッフの技術向上研修等）

支援に関する御要望があればお書きください。

（例：事業所内研修の講師、事例検討への参加・・・等）

御協力ありがとうございました。
 平成24年10月10日（水）までに同封の返信用封筒にて御回答願います。