

# サービス提供の基本的な考え方

1

1

## 基礎研修・実践研修・更新研修のねらい

**更新研修：自己検証**  
施策の最新の動向、自己検証、スーパーバイズ、人材育成によるサービス（支援）の質の向上

5年毎  
サービス（児童発達支援）管理責任者として継続

**実践研修：質の向上**  
支援会議の運営、サービス（支援）提供職員への助言・指導、個別支援計画の質の向上、人材育成によるサービス（支援）の質の向上

基礎研修修了後2年  
サービス（児童発達支援）管理責任者として配置

**基礎研修：プロセスの理解**  
アセスメント、個別支援計画の作成、相談支援専門員との連携、多職種連携

3年  
原案作成が可能

2

2

基礎研修では、利用者へのサービス（児童の場合は「支援」以下同様）管理のプロセスの全体像を理解していただくことを目標としている。

具体的には、個別支援計画作成のためにサビ児管がどのような動きをするのかを理解し、計画作成のファーストステップとなるアセスメントについて理解していただく。

また、個別支援計画はサービス等利用計画（児童の場合は「障害児支援利用計画」以下同様）に基づいて作成されるものであるから、相談支援専門員との連携は必須となること、さらに、医療や教育等の関係機関との連携も必要となることを理解していただく。

研修修了者は、事業所において個別支援計画の原案が作成できることとなり、サビ児管の補佐的な役割を果たしつつ2年間のOJTを自事業所で受けていくこととなる。

3

3

## 『サービス提供の基本的な考え方』講義のねらい

### 【ねらい】

サービス提供の基本的な考え方を理解し、利用者中心のサービス提供を実施する。

### 【内容】

#### I. サービス提供の基本的な考え方

利用者(本人)主体、自立(自律)支援、エンパワメント、ICFの障害構造、権利擁護、合理的配慮、専門性、チームアプローチ、連携等について理解し、(個別)支援計画作成、(個別)支援実施において活用できること。

#### II. 各事業者におけるサービスの標準化と個別化

サービス提供においては、それぞれの事業の対象者像・サービス内容を基盤に、個に応じた支援を行う。個に応じた支援の積み上げ・実践が、サービスの標準化のプロセスとなる。また、計画においては時間軸とサービス内容の2つの要素が重要であることを理解する。

4

4

サービス提供の基本的な考え方(60分)では、サビ児管云々の前の  
そもそも論であり、サービス提供における生育歴や環境の重要性、人  
生の一時期を共に歩む感覚を支援者として持てるかという理念を理解  
することがポイントとなる。

障害福祉の基本的な理念として主なものを解説する内容となってい  
る。

5

5

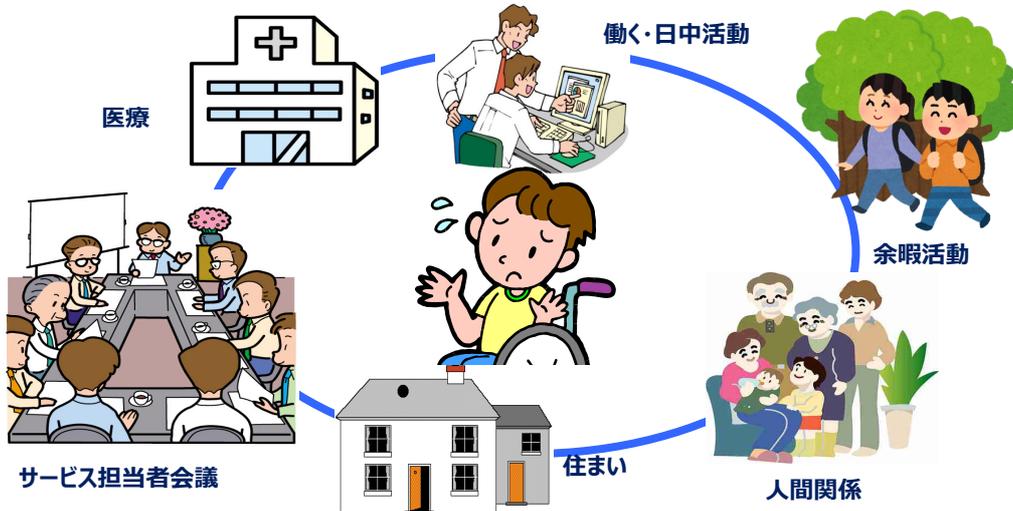
## 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律

### (基本理念)

**第一条の二** 障害者及び障害児が日常生活又は社会生活を営むための支援は、全  
ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない  
個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無に  
よって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を  
実現するため、全ての障害者及び障害児が可能な限りその身近な場所において必要  
な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられることにより社会参加の機会が  
確保されること及びどこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社  
会において他の人々と共生することを妨げられないこと並びに障害者及び障害児に  
とって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣  
行、観念その他一切のものの除去に資することを旨として、総合的かつ計画的に行わ  
なければならない。

6

## 障害者総合支援法のサービス提供 (地域生活モデル・本人中心の支援)



7

## 1. 利用者主体ということ

- ・ 支援を必要とする人々は、種々のハンディによる困難を抱えているが、基本的には各種サービス等を主体的に利用し、自分の人生を切り開いていく人



- ・ 福祉サービスを提供する際においては、利用者がそれらを主体的に活用して、人生を歩めるよう支援していくことが重要

人生の主人公は  
利用者本人



8

# 1. 利用者主体ってどうすればいいの？

具体的な場面が想像できますか？

考えてください  
利用者主体を理解するために

9

## ・利用者(本人)主体のサービス・支援の提供

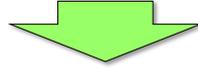
利用者主体については、別の講義「サービス提供事業所の利用者主体のアセスメント」で詳しく解説することとなるので、ここでは「本人中心」という意味を理解することと解釈したい。

エンパワメントやストレングスの視点にもつながるが、例え意思表示が困難な人であっても、必ず人には意思が在り、「人生の主人公は本人であること」を念頭に置いた支援が重要であることを伝えたいと考える。この考え方は「意思決定支援」ともつながっていく(後述)。

10

## 2. 利用者の自立(自律)ということ

- ・ 福祉サービスを提供する際においては、利用者がそれらを主体的に活用して、人生を歩めるよう支援していくことが重要。



○福祉サービスの利用においても、自分の人生は自分で決めていくこと。

○すなわち、その人の自立あるいは自律を尊重していくことが重要。

自己決定の尊重・  
意思決定の支援



11

## 2. 自立・自律って？

何事も自分で決めていく＝自立・自律

- 意志を表明してもらうにはどうするの？
- 自己決定するにはどんなことが必要なの？

12

## 自立生活運動(I.L)の自立理念

朝起きて、着替えをして食事が終わるのに2時間かかってしまい、出かけることができない人より、15分で着替えさせてもらい、食事を介助してもらって、仕事に行く人の方が自立している。

自立＝一人ですること  
自立＝依存しても自分らしく生きる

13

## 障害者の自立とは

■「自立(生活)とは、そこに住むか、いかに住むか、どうやって自分の生活をまかなうか、を選択する自由をいう。それは自分が選んだ地域で生活することであり、ルームメートを持つか一人暮らしをするか自分で決めることであり、自分の生活……(日々の暮らし、食べ物、娯楽、趣味、悪事、善行、友人等々)……、すべてを自分の決断と責任でやっていくことであり、危険を冒したり、誤ちを犯す自由であり、自立した生活をすることによって、自立生活を学ぶ自由でもある。」

- 以上「リハビリテーションギャゼット」からの引用  
←全国自立生活支援センターH. Pより

Gazette International Networking  
Institute(GINI)

4207 Lindell Boulevard,#110  
Saint Louis, Missouri 63108-2915 USA

TEL:314-534-0475  
FAX:314-534-5070

E-mail:<http://www.post-polio.org>

14

14

## ・自立(自律)支援

「朝起きて、着替えをして食事が終わるのに2時間かかってしまい、出かけることができない人より、15分で着替えさせてもらい、食事を介助してもらって、仕事に行く人の方が自立している。(自立生活運動の理念)」  
「障害者の自立(生活)とは、どこに住むか、いかに住むか、どうやって自分の生活をまかなうか、を選択する自由をいう。それは自分が選んだ地域で生活することであり、ルームメートを持つか一人暮らしをするか自分で決めることであり、自分の生活(日々の暮らし、食べ物、娯楽、趣味、悪事、善行、友人等々)すべてを自分の決断と責任でやっていくことであり、危険を冒したり、誤ちを犯す自由であり、自立した生活をすることによって、自立生活を学ぶ自由でもある。(「リハビリテーションギャゼット」から引用)」

つまり、自立とは単にセルフケアを自力で行うことを意味するのではなく、介護者を活用しながらであっても自分で自分の人生をコントロールしていくことであることを伝えたい。

15

15

## 3. エンパワメントということ

- それまでの人的・社会的環境によって、主体的に自らの力を発揮することが困難な状態、すなわちパワレス(力を失った)な状況がある。



- それぞれの強み (ストレングス : strength) に働きかけて、本来持っている能力を十分に発揮できるような支援に心がける。
- 取り巻く環境の改善を行ったり、エンパワメントしていく過程で環境の改善につながったりしていきます。



16

### 3. エンパワメントって？

ストレンクスを見つけて強化していけば  
エンパワメントとなるのかな？

自らの能力を発揮できなくて、あきらめた状態  
⇒力が発揮できてやる気になる状態

17

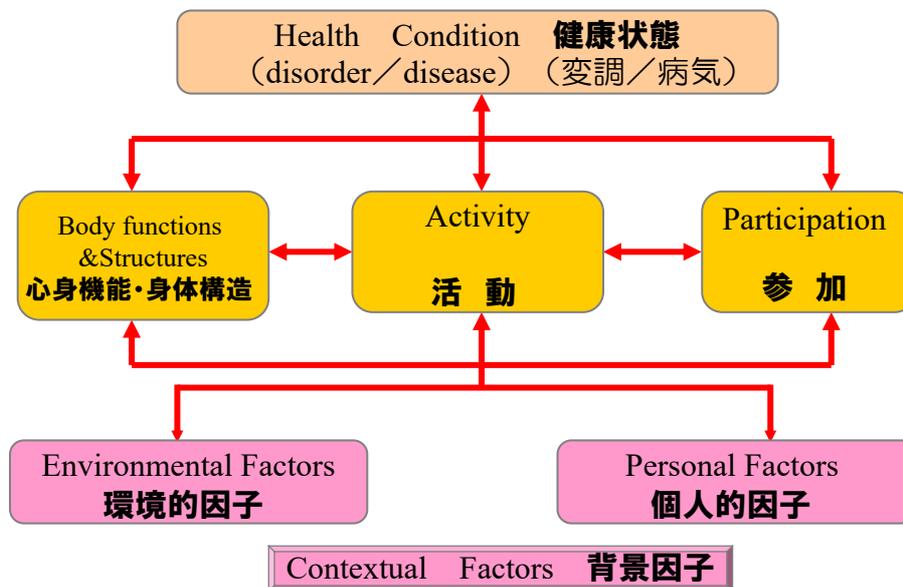
#### ・エンパワメント

障害者本人やその家族は、それまでの人的・社会的環境によって、主体的に自らの力を発揮することが困難な状態、すなわちパワレス(力を失った)な状況となっている場合がある。しかし、どんな人にでもストレンクスはあるので、そこを見つけ働きかけていくことによって、本来持っている力を発揮できるよう支援していくことが重要である。環境面も、本人のストレンクスが活かせるよう調整したり、本人がエンパワメントしていく過程の中で改善されていくこともあることを伝えたいと考える。

18

18

## 4. ICF(国際生活機能分類)の障害構造



19

### ・ICFの障害構造

ICFによる障害のとらえ方は、障害者支援にとっても重要な視点である。例えば、治療や(狭義の)リハビリテーションを実施しても、機能回復が見込めない場合があるが、福祉用具やヘルパー等の活用により、社会参加を果たし自分らしく生きていくことは可能となる。社会参加していくことで、社会環境が整備されたり、周囲の偏見がなくなったり、自らの体力もついてくるかもしれない。各要素が有機的につながり好ましい変化の循環を起こしていくことができる可能性があることを伝えたいと考える。

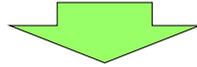
環境因子を調整していくことで、「参加」を果たしていくことで、自己実現につながる。

20

20

## 5. 権利擁護(アドボカシー)ということ

- ・ 虐待防止など障害者の人権を擁護していくこと
- ・ 自ら権利を擁護していくことに困難を抱える障害者の権利を代弁していくこと



権利擁護(アドボカシー)の考え方を、個別支援計画の中に具体的に入れていくことが重要となる。

(自己決定及び意思決定支援と関連する。)



## 支援目標の言葉

1. 一人でトイレにいて、うんちをさせる
2. 一人でトイレにいて、うんちができるよう指導する
3. 一人でトイレにいて、うんちができるよう支援・援助する
4. 一人でトイレにいて、うんちができるようなろう
5. 一人でトイレにいて、うんちができるようなりたい

## ・権利擁護(アドボカシー)

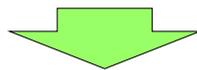
権利擁護(アドボカシー)の考え方を、個別支援計画の中に具体的に  
入れていくことが重要となる。自己決定や意思決定支援とも通底する  
が、直接支援・間接支援を通じて自分のことは自分で決める(決めてい  
い)ことを支援する視点であったり、インフォーマルでは家族や親族に対  
する支援、フォーマルでは日常生活自立支援事業や成年後見制度の活  
用などがあることを伝えたいと考える。

23

23

## 6. 合理的配慮ということ

- ・ 社会的障壁の除去を必要としている旨の意思表示が あった場合に、  
過度な負担になり過ぎない範囲で、社会的障壁を取り除くために必要  
な便宜を提供していくこと。



- ・ 個々の合理的配慮は、個別性が高いため、  
サービス提供における個別支援計画の作成・  
実施のなかで実現していく。



24

## 合理的配慮と考えられる例 (厚生労働省・福祉事業者向けガイドライン)

事業者は、個々の場面において、障害者から現に社会的障壁の除去を必要としている旨の意思の表明があった場合には、次のような合理的配慮を提供することが求められています。合理的配慮を提供する際には、障害者の性別、年齢、状態等に十分に配慮することが必要です。

ここに記載する事例はあくまで例示であり、これに限られるものではありません。また、事業者に強制する性格のものではなく、ここに記載された事例であっても、事業者の事業規模等によっては過重な負担となる可能性があるため、事業者においては、法、基本方針及び本指針を踏まえ、具体的場面や状況に応じて柔軟に対応することが期待されます。**なお、合理的配慮の提供に当たっては、個別の支援計画(サービス等利用計画、ケアプラン等)に位置付けるなどの取組も望まれます。**

25

福祉事業者向けガイドラインにも、「合理的配慮の提供に当たっては、個別の支援計画(サービス等利用計画、ケアプラン等)に位置付けるなどの取組も望まれる」ことが明記されている。

もし、実際に、行動障害の方が自傷行為で失明した場合、どのような合理的配慮がなされていたか検証されることになる。それが個別支援計画に全く記載されていなければ、事業所側の責任が追及されることになる。危険回避のための身体拘束についても同様。

事業者は今後、個別支援計画を見て判断される。そのことを念頭に置いておく必要がある。

26

26

## 7. チームアプローチということ

情報を共有し合い、一緒に、同じ目的に向かって支援を探ることを通してチームワークが生まれる(サービス担当者会議の場等を活用)

→ 同じ方向を見る関係



27

27

## チームアプローチということ (事業所内で支援会議)

サービス管理責任者



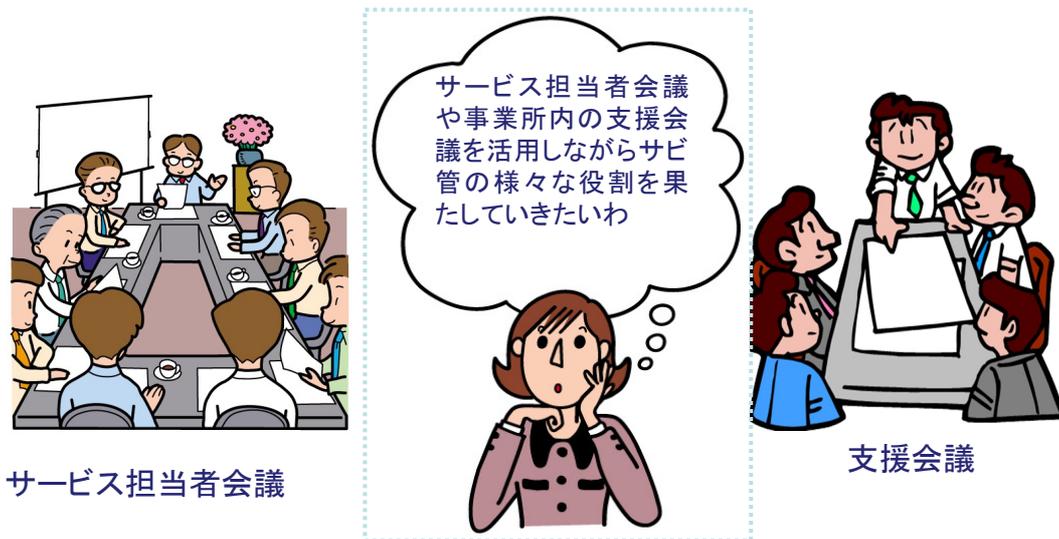
28

## チームアプローチということ (地域のサービス担当者会議で)



29

## サービス管理責任者の立位置



30

## 8. 連携ということ

施設や事業所内でのサービスだけでは利用者のすべてのニーズには応えられていないことの限界を見極め、施設外の事業者や関係機関との連携に踏み出す。

→ ネットワークを構築



31

31

## 個別支援計画は連携ツール

連携していくためには、共通言語としての個別支援計画が必要であること、それを関係者が一緒に作っていくことを認識する

→ ツールを使いこなす



32

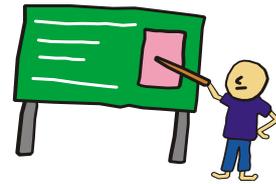
32

## 9. 専門性を高めるということ

施設外のさまざまな関係機関と連携して支援するために、対等な立場で協働していくことは、多分野協働(interdisciplinary)とよばれるが、その基盤となる専門性が必要となる。

### → 普段からの研鑽

医療機関と連携する機会が多くなる  
医学的な知識、リハビリに関する知識等が必要



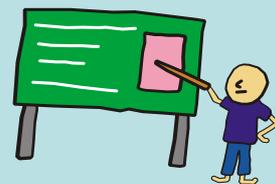
33

33

## 10. 個別支援計画の作成と実施に 基本的な考え方の要素が常に含まれていること

利用者(本人)主体、自立(自律)支援、エンパワメント、ICFの障害構造、権利擁護、合理的配慮、専門性、チームアプローチ、連携等の様々な要素がしっかり押さえられ、含まれた個別支援計画が作成され、実践に結びつけて行くことが重要。

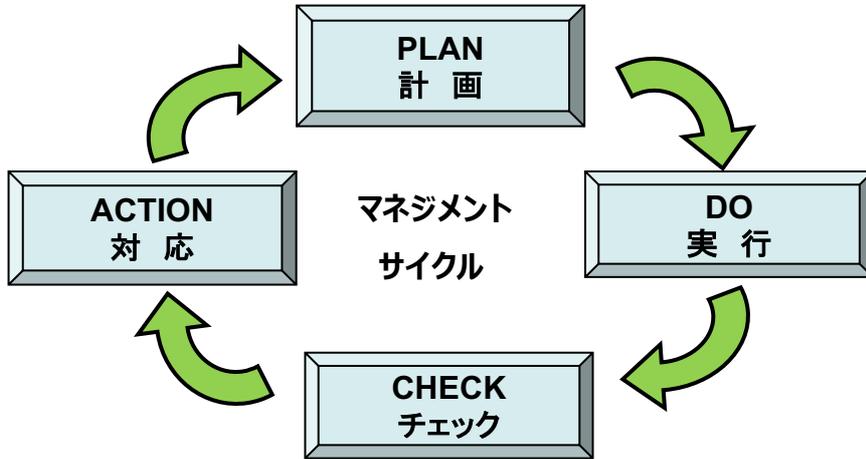
振り返りやスーパービジョンの視点でもある。



34

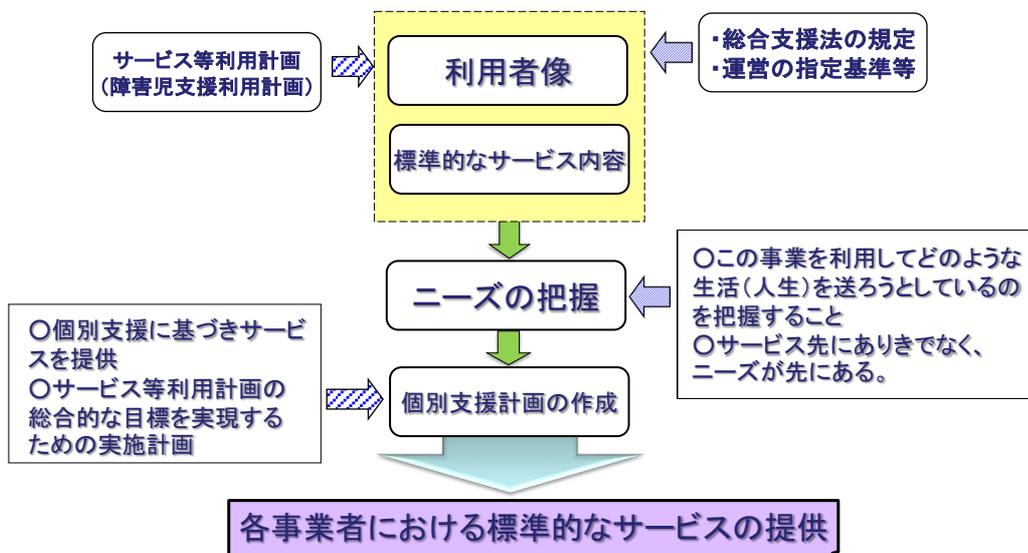
34

## 個別支援計画による支援 (PDCAサイクル)



35

## Ⅱ. サービスの標準化と個別化



36

36

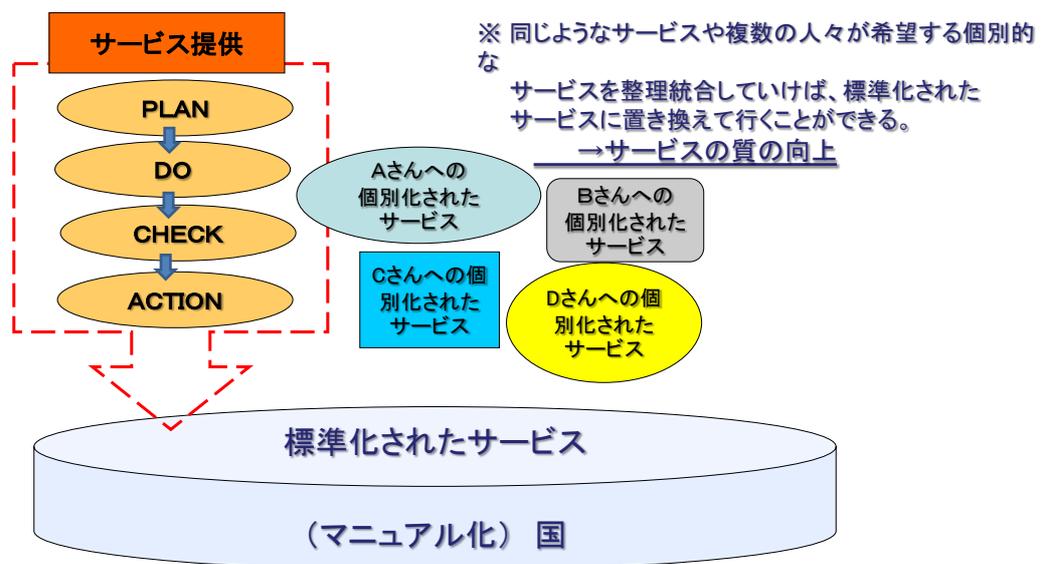
国が示している標準的なサービス内容はあくまでも例示なので、各事業所において標準的なサービス提供の内容を作り上げる必要がある。

それは事例の積み重ね、つまり個別支援計画やモニタリング、日々の記録の積み重ねから生まれる。

37

37

### (PDCAによる支援サービス提供)



平成28年度サービス管理責任者等指導者養成研修会(介護)資料による

38

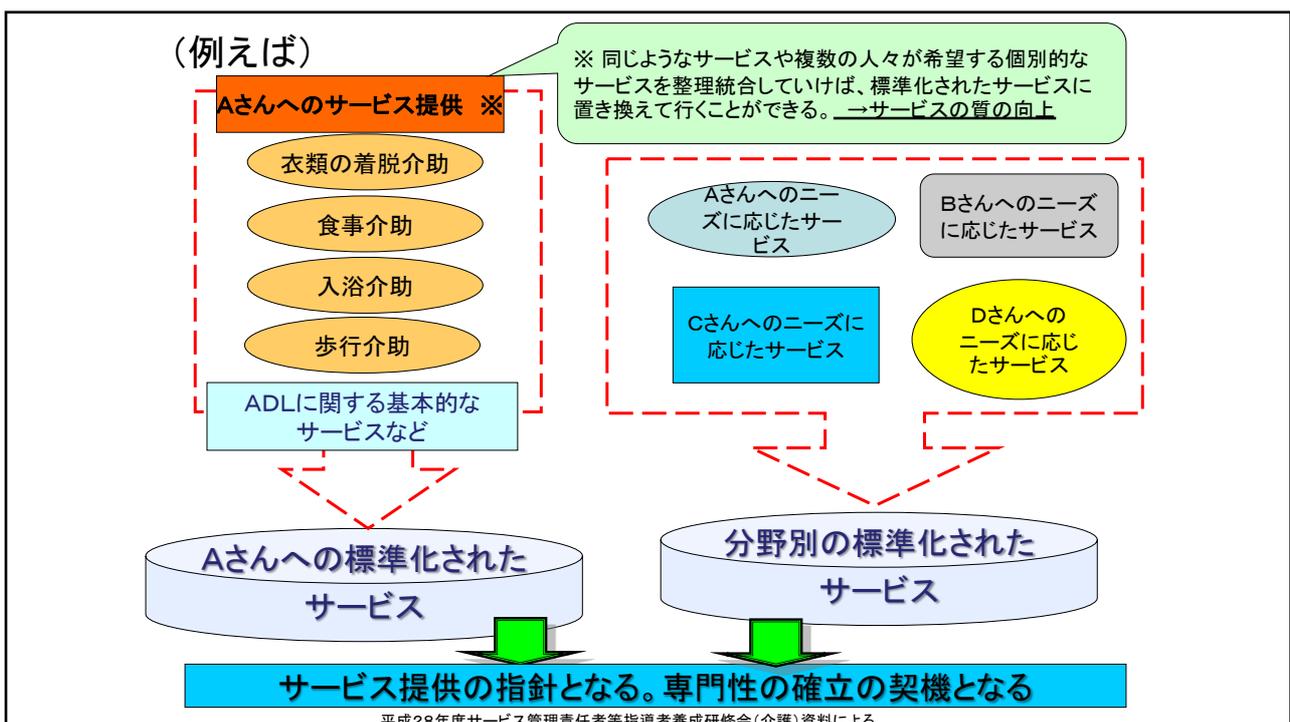
1. 個別支援計画は個々の対応をどうやっていくかということであるので、当然、標準のマニュアルに入っていないサービスも生じてくるだろう。例えば、AさんとBさんとの入浴の介助の仕方が異なっていて、Aさんの介助の仕方はマニュアルにあるが、Bさんのは入っていないという場合、マニュアルに加えることを検討して欲しい。一般的なことを書いてあっても全ての人には通用しないものである。Aさん、Bさん、Cさん、各々へのサービスというのを積み重ねていってできていったものがマニュアルになる。

2. マニュアルと個別化されたサービスとを、常に見ていく必要がある。そのことを、サービス管理責任者の重要な仕事として考えていただきたい。

3. 豊富な経験を持っていて、自分だけはわかっていても他の人はわからないということがある。職場の現状としてはよくあることではないかと思われるが、共有化できるものは共有化してサービスを整理していけば、質の担保という観点からは、大きな効果があると思われる。

39

39



40

個別性が高いと言われる障害者の支援であるが、そうはいつでも事例の積み重ねの中で標準化される部分はあるだろうと思われる。

いつまでも個別個別といっている職員全体の支援の質の向上にはつながらない。

個別性の中に整理統合されうるサービスがないか、考えていく必要がある。

41

41

## 自立訓練(機能訓練)事業

### 【利用者像】

○ 地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な身体障害者

- ① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などの支援が必要な者
- ② 盲・ろう・養護学校を卒業した者であって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などの支援が必要な者 等

### 【サービス内容等】

- 理学療法や作業療法等の身体的リハビリテーションや、日常生活上の相談支援等を実施。
- 通所による訓練を原則としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ、訪問による訓練を組み合わせる。
- 利用者ごとに、標準期間(18ヶ月)内で利用期間を設定。

42

42

## 自立訓練（機能訓練）の標準的な支援内容

	通所前期（基礎訓練期）	通所後期（移行・日常生活訓練期）	訪問期
期 間	6ヶ月間	6ヶ月間	6ヶ月間
日 中 通 所	○※	○※	×
訪 問	×	×	○
ADL（日常生活動作）、IADL（日常生活関連動作）の向上	○ 施設内等での基礎的訓練（理学療法、作業療法、言語療法の個別指導による心身機能の向上） → 医療機関におけるリハビリテーションのフォローアップ	○ 地域において安定的な日常生活を営むための訓練（理学療法、作業療法、言語療法のグループ指導、自助具・器具適応及び改良、白杖等に歩行訓練、ロールプレイ等による日常生活関連動作の向上） ○ 社会経済活動への参加のための訓練（書字・読字・手話等のコミュニケーション訓練、作業訓練、公共交通機関を利用した外出訓練等）	
社会活動参加	○ 本人、相談支援事業者等関係機関との調整 ○ 地域の社会資源に関する情報提供		○ 就労、職業訓練等のサービス提供体制との調整 ○ 住環境の調整（住居の確保、住宅改修等の助言及び調整） ○ ボランティア等地域の社会資源との調整
健康管理	○ パソコン等情報機器の利用 ○ その他スポーツ、レクリエーション等		
健康管理	○ 健康維持のための指導・助言（血圧・脈拍、自覚症状等のチェック、血糖値の測定等） ○ 二次障害予防を含む具体的な看護計画（疲労、転倒、疼痛等への配慮、運動許容量の検討、事故防止）の作成 ○ 症状や障害の経過観察（じよく瘡、インスリン注射、導尿カテーテルの挿入、洗腸、排便等の処置及び介護に係る具体的な指示） ○ 服薬管理		
その他	○ 施設内での入浴、排泄介助、身辺介助等 ○ 移行プログラムへの同意（目標設定）と動機付け	○ 地域生活における身辺、食事、排泄等の自立へ向けての対応 ○ 家族への助言 ○ 今後の生活設計を構築する上での相談・援助 ○ 地域生活・就労移行支援等他のサービス利用に向けた安定的な生活のための相談・援助	

※ 地域の社会資源の状況から通所することが困難であるなど、一定の条件に該当する場合、施設入所も可能。

43

43

## 自立訓練（生活訓練）事業

### 【利用者】

○ 地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、一定の支援必要な知的障害者・精神障害者

- ① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行を図る上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者
- ② 養護学校を卒業した者、継続した通院により症状が安定している者等であって、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者 等

### 【サービス内容等】

- 食事や家事等の日常生活能力を向上するための支援や、日常生活上の相談支援等を実施。
- 通所による訓練を原則としつつ、個別支援計画の進捗状況に応じ、訪問による訓練を組み合わせ。また、宿泊型の訓練も設定。
- 利用者ごとに、標準期間（24ヶ月、長期入所者の場合は36ヶ月）内で利用期間を設定。

44

44

## 【自立訓練（生活訓練）の標準的な支援内容】

### ① 長期入所者・入院患者

期 間	退所・退院早期		通所期・訪問導入期	訪問期
	(訓練準備期)	(生活習慣修得期)	(定着期)	(フォロー期)
日 中 通 所	○	○	○	—
訪 問	△	△	○	○
長期入院・入所者の特記事項	○施設又は病院が準備したグループホーム等において訓練 ○ <b>具体的な地域生活の理解と動機付け</b> （例：視覚的にわかりやすい情報提供や極めて短期的なグループホームの体験）	○実際の移行先の調整 ○環境の変化に伴う心理的不安を解消	○地域移行した際に活用可能な福祉サービスに係る情報を提供	
ADL, IADLの向上	○ <b>生活リズムの確立</b> ○ <b>食事、排泄等の基本動作の習得</b> ○ <b>着崩衣、洗面等の身辺処理の習得</b>	○ <b>洗濯、調理、買い物、掃除などの日常生活関連動作の習得</b>	○日常生活関連動作について直接的な支援から、本人の自主的な取り組みを促す支援の方法に切り替える	○訪問により食事、服薬、掃除、洗濯、身だしなみの状況確認や相談に応じる
社会経済活動参加能力の向上	○コミュニケーション能力を身につける	○ <b>本人の地域生活のルール（安全管理）、マナーの習得</b> ○ <b>適切な人間関係の構築を図るための基礎を習得</b> ○社会生活全般に関する習慣の習得	○ <b>金銭管理</b> ○ <b>交通機関、電話の利用</b> ○ <b>社会生活に関する習慣の定着</b> ・対人関係を築く ・生活上の社会経済活動への参加のための訓練	○訪問により福祉サービス利用、金銭管理等の状況確認や相談に応じる ○必要に応じて、事業者、利用者と圏域（地域）でのコーディネーター等との協力・連携を図ることにより、地域生活の安定が図れるよう協力する

※ 地域の社会資源の状況から通所することが困難であるなど、一定の条件に該当する場合、施設入所も可能。

45

45

## 就労移行支援事業

### 【利用者像】

- 一般就労等を希望し、知識・能力の向上、実習、職場探し等を通じ、適性に合った職場への就労等が見込まれる者（65歳未満の者）

- ① 企業等への就労を希望する者
- ② 技術を習得し、在宅で就労・起業を希望する者

### （具体的な利用者のイメージ）

- ・養護学校を卒業したが、就労に必要な体力や準備が不足しているため、これらを身につけたい
- ・就労していたが、体力や職場の適性などの理由で離職した。再度、訓練を受けて、適性にあった職場で働きたい
- ・施設を退所し、就労したいが、必要な体力や職業能力等が不足しているため、これらを身につけたい

### 【サービス内容等】

- 一般就労等への移行に向けて、事業所内や企業における作業や実習、適性に合った職場探し、就労後の職場定着のための支援等を実施
- 通所によるサービスを原則としつつ、個別支援計画に基づき、職場訪問等施設外のサービスを組み合わせ（最大18日）
- 利用者ごとに、標準期間（24ヶ月）内で利用期間を設定。
- 一般就労へ移行した後、継続して6か月以上職場定着している者が定員の2割以上の場合、報酬上評価（就労移行支援体制加算）

46

46

## 就労移行支援の標準的な支援内容

期 間	通所前期 (基礎訓練期)	通所中期 (実践的訓練期)	通所後期 (マッチング期)	訪問期 (フォロー期)
期 間	6ヶ月間	6ヶ月間	12ヶ月	-
基礎的体力、理解力、作業能率等の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 基礎体力をつける</li> <li>○ 製造、事務等における一般知識の習得</li> <li>○ 整理整頓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 長所、特技をのばす</li> </ul>		・就職後の継続支援(就職後支援)
持続力、集中力等の労働習慣と意欲の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 集中力や持続力、協調性を身につける</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 終業習慣の確立、作業時等の不測な事態への対応力向上</li> </ul>		
職場における協調性の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対人関係を築く</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 職場での技能、マナー、挨拶、言葉遣い、身なり等の習得</li> </ul>		
職場規律、社会規律の遵守	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 仕事の責任の理解</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 遅刻、欠勤に対する指導</li> <li>○ 品質、納期の理解</li> </ul>		
職場への定着	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 適性や課題の把握</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 報告、連絡、相談対応力の向上</li> <li>○ 職場見学、職場体験実習</li> <li>○ 施設外(企業内)授産</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ トライアル雇用</li> <li>○ 適性に合った職場探し(求職活動)</li> </ul>	
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 健康管理</li> <li>○ 金銭の使用、管理等</li> <li>○ 面接技法の習得</li> </ul>			

※ 地域の社会資源の状況から通所することが困難であるなど、一定の条件に該当する場合、施設入所も可能。

47

47

48

48