

奈良県サービス等利用計画に関する 専門研修

～サービス管理責任者等コース～

NPO法人かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク副理事長
日本知的障害者福祉協会政策委員会委員長
(社福)藤沢育成会湘南セシリア施設長 河原 雄一

(河原雄一プロフィール)



・ 1961年1月生れ藤沢市生まれ。O型

(職 歴)

・ 横浜市役所・平成元年(社福)藤沢育成会湘南セシリア(入所更生)・湘南ゆうき村建設準備室主任・ソーシャルワーカー・援助課長・湘南ゆうき村施設長・障害者支援施設湘南セシリア施設長・相談支援プラザ(藤沢市委託相談・発達障がい者相談支援・地域包括支援センター)所長

(社会活動歴)

日本知的障害者福祉協会政策委員会委員長・神奈川県知的障害福祉協会会長・神奈川県障害者自立支援協議会委員・藤沢市障がい者総合支援協議会計画策定部会代表・藤沢市障害者介護給付審査会審査員・NPO法人かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク副理事長・神奈川県：国サービス管理責任者指導者研修介護分野演習総括など

(資 格)

・ 社会福祉主事・主任介護支援専門員・訪問介護員2級・相談支援専門員・国ケアマネジメント従事者指導者上級研修修了・サービス管理責任者指導者研修修了

(著書・執筆等) 「地域でくらす・制度をいかす」「支援費ってだいじょうぶ!？」(分担執筆・全日本手をつなぐ育成会)「はじめませんか!知的障害児者ホームヘルプサービス」(分担執筆・日本知的障害者福祉協会政策委員会)「2009年度発達障害者白書(分担執筆)」 「2012年発達障害研究」 「2013年季刊誌介護福祉」

改めて、個別支援計画・サービス提供の基本視点

- ・ 25年前この業界に入った時、支援は先輩の後ろ姿を見て覚え、支援計画の存在は現場的には薄かった。今思えば、利用者支援の科学的根拠も薄く、個人技で支援を行っていたのだと反省させられる。
- ・ 従来の個別支援計画書の内容を見ると、支援者の一方的な見方と利用者に分かりづらい内容が記載されていた。重度な知的障害者だから、個別支援計画の内容など理解できないだろうと、決め付けて個別支援計画を作成していたかも知れない。もし、そうであれば、我々支援者は利用者の力を信じて支援を行って来なかったと同時に、理解してもらおう工夫を放棄してきたかも知れない。

奈良県サービス等利用計画に関する専門研修

○9:30～9:37 オリエンテーションほか

○9:37～11:00 講義：サビ管業務振り返りと相談支援事業所との連携等

○11:10～11:30・演習1：モニタリングシートの記入

○11:30～12:00・演習2：事例概要及びモニタリングの発表①（12:00～13:00 昼食休憩）

○13:00～14:20・演習2：事例概要及びモニタリングの発表②・モニタリング後の支援計画再見直し。

○14:20～14:50・演習3：演習で気づいた事の全体共有

○15:00～16:00・演習4：グループで共有した内容の発表

○16:00～16:25：まとめの講義・閉会



1. サービス提供のプロセス(復習)



個別支援計画で自己決定を支援する

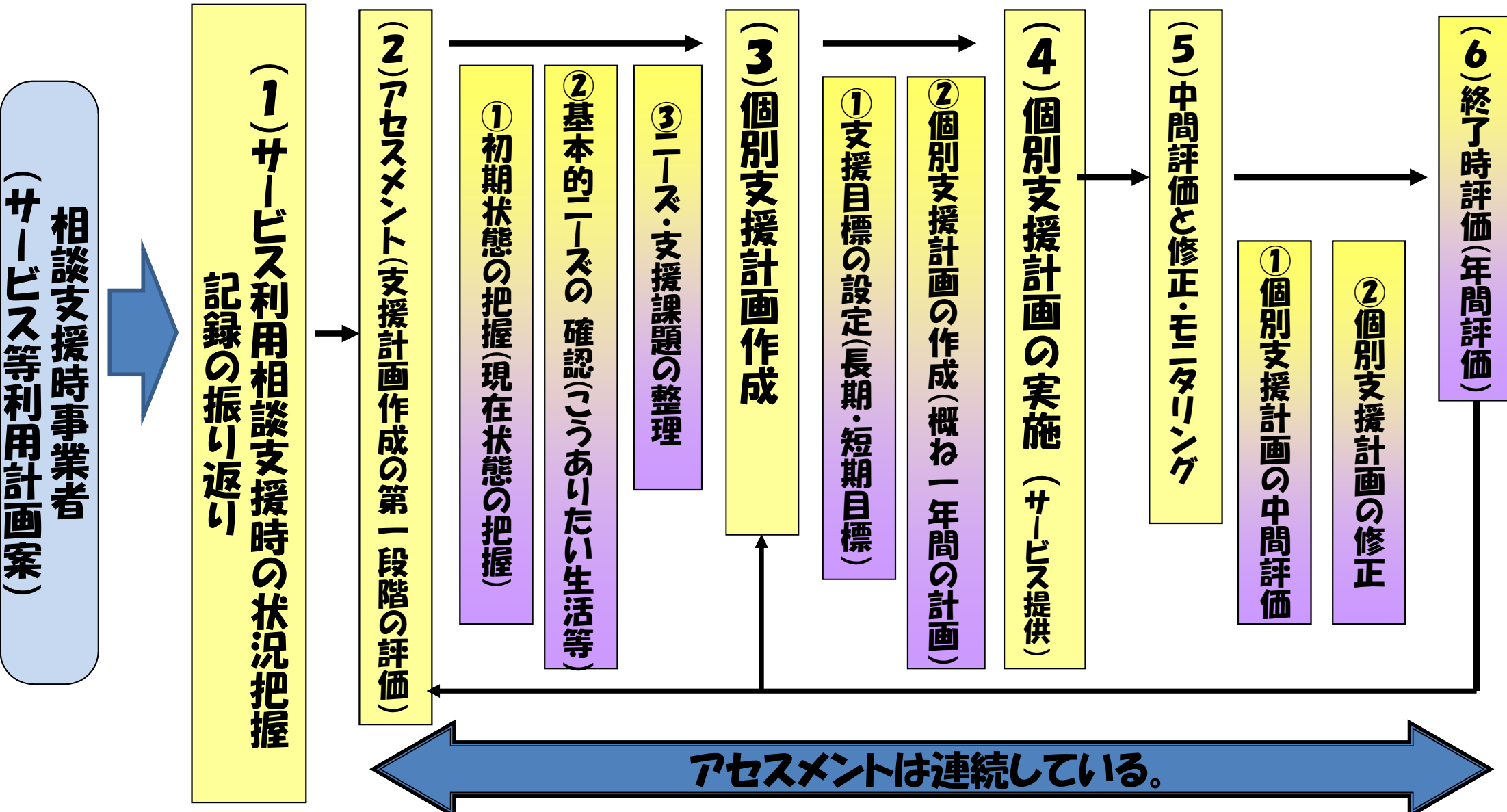
- 自己決定や自己選択の力が、様々な理由で弱っている人々への支援方法である。
- 多くの可能性や選択肢を広げ、自己決定しやすい環境も合わせて作っていく。
- パタナリズムに陥らないよう、一人の価値判断ではなく、複数の担当者や複数の専門職が多面的にニーズを捉える支援方法である。(※パタナリズム：強い立場にある者が、弱い立場にある者の利益になるようにと、本人の意志に反して行動に介入・干渉することをいう。日本語では家父長主義、父権主義、温情主義などと訳される。)
- 権利侵害を受けやすい環境に居る人々への支援のスタンスを明らかにする。

○計画を作り、利用者支援として計画を実行するためには、どんなプロセスがあり、何が重要かを確認したい。

☆サービス等利用計画・個別支援計画は一日にして成らず！！

事業所におけるサービス提供プロセス

事業所内での支援会議



相談支援時の状況把握・現在サービスを利用している人の場合

(ポイント)

- 利用者のことを十分知らないと、支援計画は作成できない。
- その人がサービスを使うことになった原因や、サービスを使うまで、どんな生き方をしてきたか知ってく必要がある。

(利用者のFACE SHEET・相談記録等の確認)

①利用者の基本状況。

・生育歴・生活歴・家族状況・利用者ADL・IADL等の確認

②支援記録の確認。

③年度後の個別支援計画・支援のまとめ等の書類の確認。

(2) アセスメント力を高める～支援の診立て力を高める

- ・アセスメントの過程は資料の収集と分析である。
- ・支援の実践では、アセスメントは常に継続・連続している。
- ・アセスメントで大事なものは、
 - ・利用者をどのように診ているか。
- ・利用者との関わりの中で、気づくこと・発見することである。

相互理解
の場

支援員の利用者に対する診方
利用者の主訴を十分に傾聴する

医師、教員、
心理判定員等の
専門家からの情
報入手



利用者の生活歴、
家族状況、直面し
ている課題に対す
る対応、課題がも
たらす不安や葛藤

専門家に依頼するときは
利用者の了解をとる

障害の範囲・定義・概念の見直し:WHOの2つのモデル

☆国際障害分類(1980)の障害構造モデル

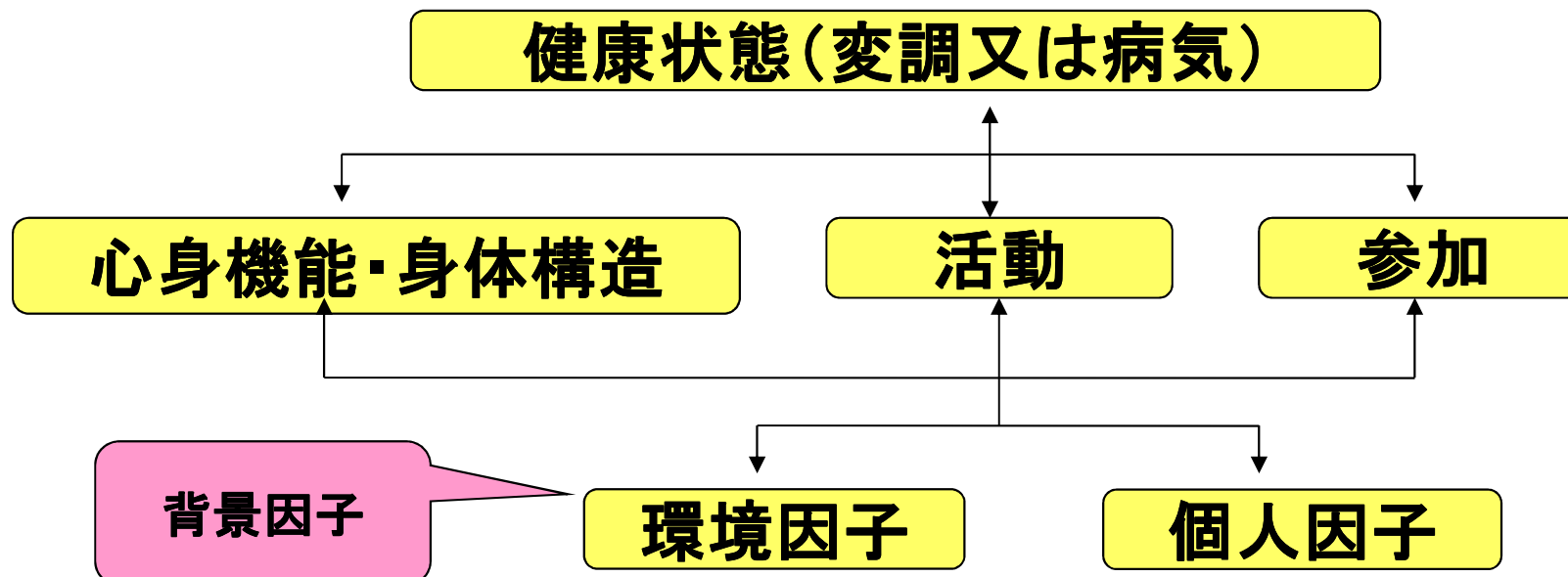
・ ICIDH:international classification of impairments disabilities and handicaps

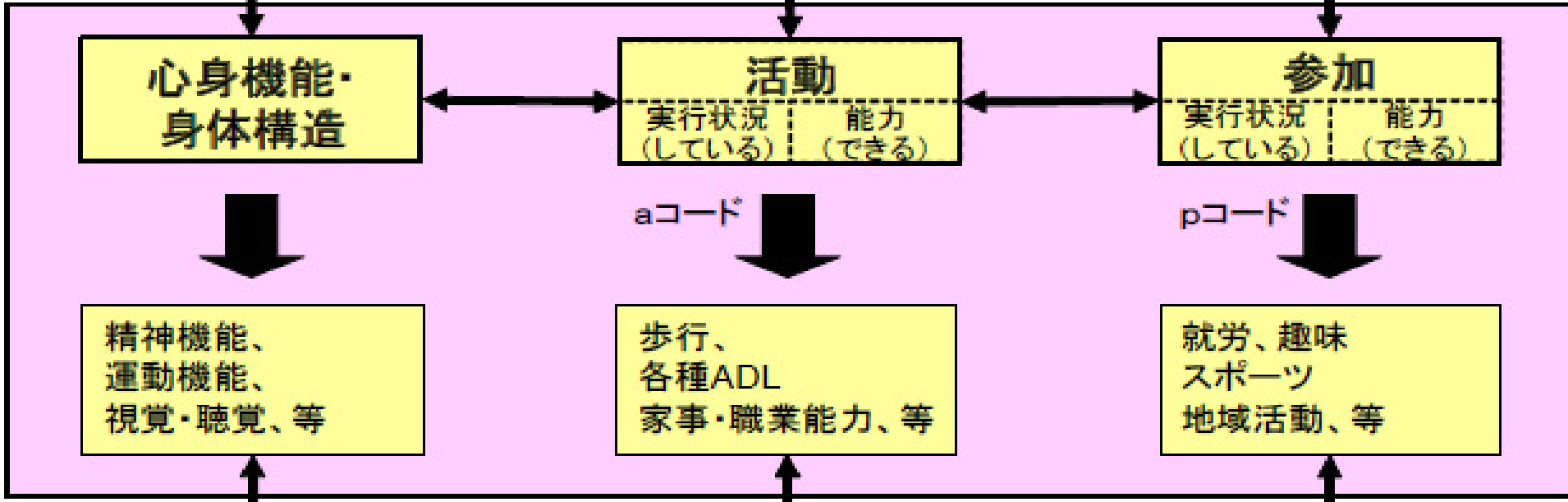
・ 疾病→機能障害→能力障害→社会的不利

障害のとらえ方が一方通行

☆国際生活機能分類の生活機能構造モデル

ICF (2001)





生活機能



物的環境: 福祉用具、建築、等
 人的環境: 家族、友人、等
 社会環境: 制度、サービス、等

年齢、性別、民族、
 生活観、価値観、
 ライフスタイル、等

= 個性

障害の概念・定義の変化

社会生活上の困難の原因に着目。障害者基本法第二条

医学モデル

○障害とは

・個人の「身体的、知的、精神的」

な機能に障害ある状態。

☆診断・・・個人の病名・障害名・障害の原因を探る。とらえ方が狭くて、限定的。

○障害者とは

・身体障害、知的障害又は精神障害があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者

社会モデル

○(定義) 第二条 この法律において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

一 障害者 身体障害、知的障害、精神障害(発達障害を含む。)その他の心身の機能の障害(以下「障害」と総称する。)がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。

二 社会的障壁 障害がある者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をいう。

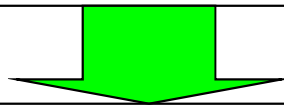
従来のアセスメント例～障害・能力に着目～

①ADL・課題行動に対して「出来ないこと・出来ていること」を能力的に評価。

⇒「出来ないこと・介助を必要とする事」に着目し評価・分析して支援の組み立てを行う。

②就労に関しては、働くためにはどのような支援が必要か評価。

⇒本人の就労能力を高めるための支援に注目。目標を設定する。



☆テーマ

決して間違ったアセスメントではないが、これからは、アセスメントの視点を切り替えることが求められる。

視点の切り替え・リフレーミング

・ICFは、出来ないこと(障害)に着目する事ではなく、「できていること(実行状況)・できること(能力)に着目し、できることの範囲を広める」こと。介護給付から介護予防給付の変化

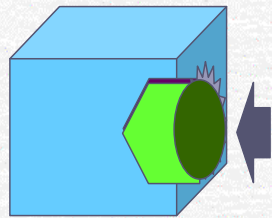


介護給付:補完的ケアマネジメント

介護予防給付:力が発揮できない状況を改善

サービス(ケア)とは

障害を埋める(補う)粘土の様なものと考えられます



障害

マイナスの視点

ケアマネジャー
ソーシャルワーカー

これまでは、確かにできないこと(障害)に着目して、どのように補うかという視点でケアプランを作ってきました。



ICF的な(生活機能の)見方

機能



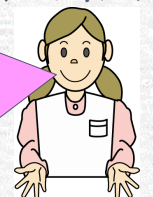
障害因子を取り除くと

障害因子

プラスの視点

十分に能力が発揮されるようになり、活動(生活)のレベルが高まります。

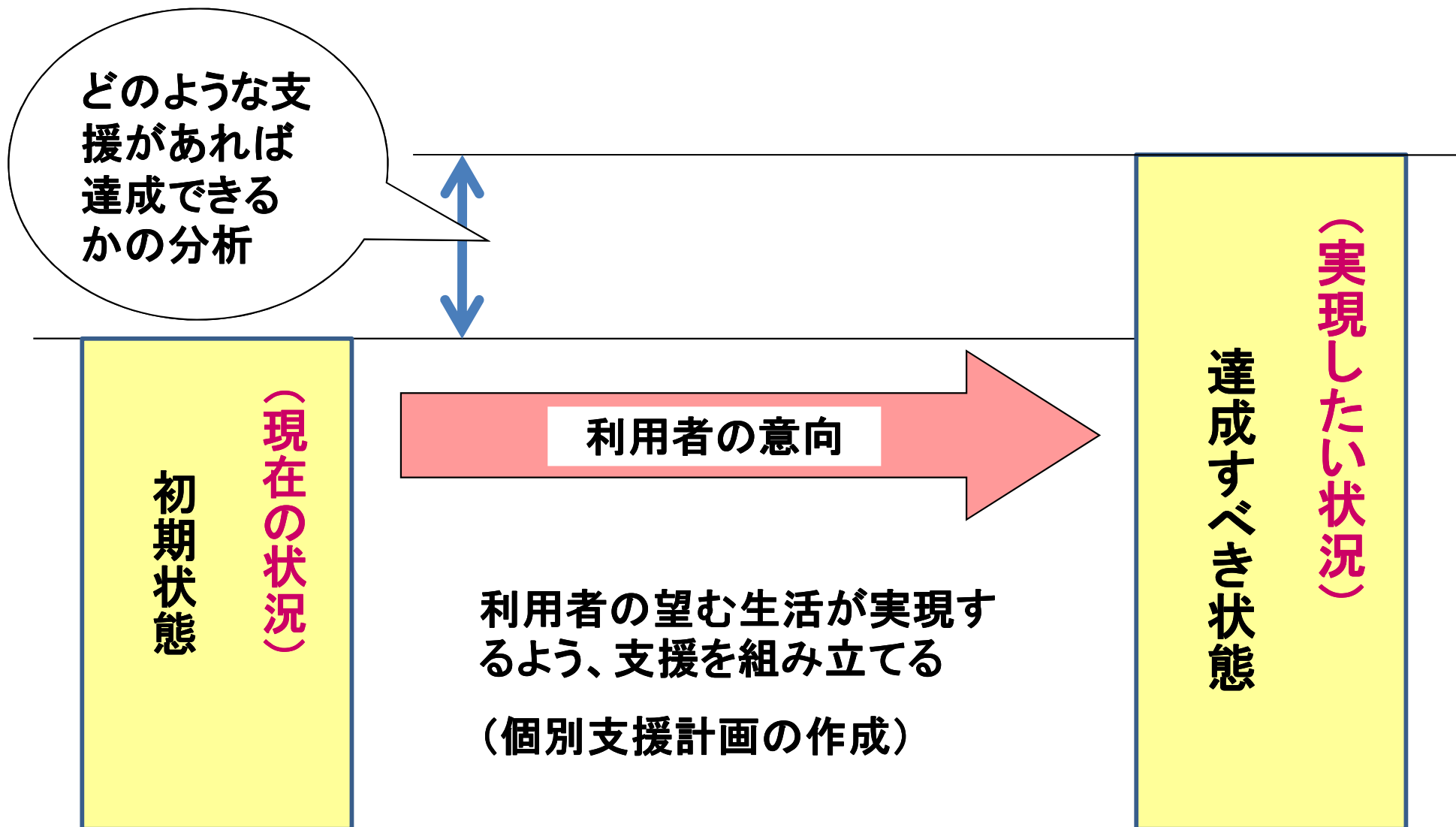
ケアマネジャー
ソーシャルワーカー



実行状況

能力

サービス提供の基本的考え方(利用者中心のサービス提供)



例えば・・・重度の障害のある方のニーズのとらえかた

☆ どんなに重度の障害者でも、本人のニーズはある・・・
と言う前提。

<ポイント>

☆ 意思疎通の取り方がどうなのかの確認。

言語的なコミュニケーション

本人の独特なコミュニケーション

非言語的なコミュニケーション

・顔の表情・行動など・・・

☆ 支援者が、利用者の訴えを汲み取れるか、否かが
ニーズの把握の分かれ道。

☆ **気づきが大事である。**

アセスメントの視点を変えてみよう

ストレングス (strengths) 視点の焦点は「病気 (病理)」
や「障害そのもの」ではなく「可能性」です。

この演習では、①その人が本来持っている強さ、健康な側面、得意なこと、潜在的な能力、暮らしていく中で獲得した様々な技能 (関心、コミュニケーション、日常生活上のノウハウ) 等、また②その人を支えるプラスの環境のストレングスについて気づきと理解を深めます。

ストレングスは一見弱みに見えるものの中にも実は存在するなど奥が深いものです。強さへの気づきはその人の「自分らしさ」へ向かう推進力 (燃料) となる大事な社会資源への気づきとも言えます。

アセスメントの視点を変えてみよう

ストレングスの例

環境のストレングス

- ・ 貯金がある
- ・ カラオケ仲間の幼友達がいる
- ・ 腕のよい主治医が担当
- ・ 親切な民生委員さんが担当
- ・ 近くに大学がありボランティアに困らない
- ・ 近くに当事者グループの事務局がる

- ・ 住まいは持ち家があり困らない

本人のストレングス

- ・ 笑顔が魅力的
- ・ 好きな人がいる
- ・ プログラムを欠席しない
- ・ プログラムをサボれる
- ・ ○○の資格をもっている
- ・ 絵(字)が上手い
- ・ 几帳面である
- ・ 元気にあいさつができる
- ・ 弱音が吐ける …等
- ・ 近くに支援センターがある

- ・ 近くに駅があり便利
- ・ 近くにコンビニがある
- ・ 100円ショップがある
- ・ 隣町の兄弟がときどき来てくれる
- ・ 図書館がある
- ・ 公園がある
- ・ 海がある
- ・ 川がある
- …等

アセスメントの視点を変えてみよう

(ストレングスの例2)

①その人の生きてきた道・その人史・生育歴のストレングス

- ・元気があった時は、裁縫が得意だった。会社の営業マンでバリバリ働いていた。学生時代皆勤賞をもらった。など・・・

②生活場面におけるストレングス

- ・配膳を率先して手伝ってくれる。作業は熱心に行っている。利用者の誘導をしてくれる。
- ・自宅では、優しいお父さん・お母さんである。

アセスメントの視点を変えてみよう

- ・ 入所施設の場合、利用者のストレングスが見えにくい。エンパワメント・ストレングスが弱まってる可能性が高い。

(考えられる理由)

①環境要因

- ・ 限られた空間、限られた人間関係で、長期間生活している。⇒環境から受ける刺激が少ない。
- ・ 在宅で生活してる人と比べて、地域との接点がすくない。⇒本人を取り巻く世界が狭い…

②本人の状況

- ・ 本人なりの力は持っているが、体験・経験の場面・刺激が少なく、本人の力が弱くなってる可能性が高い。
- ・ 現場のスタッフが、本人のストレングスを感じ取る環境として、ストレングスに対する関心が薄い。

ストレングスに基づく支援って？

①利用者が本来持っているストレングス(可能性・長所・強み)に気づくこと。

②利用者が持っているストレングスを活かした支援を行うこと。

(例)・笑顔が素敵⇒周りの人との関係が上手にとれる。

・プログラムを欠席しない⇒好きなプログラムがある。

・プログラムがサボれる⇒サボる、自分の意思をもっている。

・絵が上手い⇒得意な事をもってる。



③ストレングスを活かした支援計画を立てる・発想力を持つ・可能性を具体的に実現するための支援を行う。

(例)・笑顔が素敵⇒周りの人との関係が上手にとれる。⇒人と接する仕事が可能かも？

・プログラムを欠席しない⇒好きなプログラムがある。⇒充実した活動提供したいね。

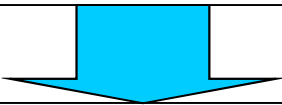
・プログラムがサボれる⇒サボる、自分の意思をもっている。⇒自分の意思を活かしたプログラムを考えてみよう。

・絵が上手い⇒得意な事をもってる。⇒得意な絵を書くのとの支援を行おう…。など

アセスメントの視点を変えてみよう

- 「課題・機能面中心＝障害の原因・本人の課題・ダメージモデル（出来ないこと探し）医学モデル」のアセスメントから
- ☆「生活を送る上で全般的なニーズ・その人が本来持っている力に着目」した支援の組み立てを行う。（社会モデル）
- ・そのために・・・その人らしい生活や本来持っている力が発揮できない生活を送る上での障害因子を取り除く支援。
- ・従って・・・生活全般の質向上に向けた支援に向けた180度の支援の視点の転換が求められる。



- 
- ・利用者の今の姿の分析と、将来の姿を想定した支援の組み立てを行う。⇒従ってADLや課題は、その人の姿を知る上では、一部分である。
 - ・事業所で、共通・標準化できるADL等の介護は、標準マニュアル化する。

ニーズ整理表

〇〇さんのストレングス

〇〇さんが望むこと・希望など

ニーズ	現在状況の確認 (利用者の意向・ ストレングス)	現状等から、支援者が気 になること	ニーズに応えるための支援	ニーズを満たすための目標

記入例: 演習事例とは関係ありません。

ニーズ整理表

記入様式1

グループ

利用者名 _____ さん

〇〇さんのストレングス

- ・働く意欲はある。
- ・就労に向けた力もある。
- ・自宅に住んでいる。
- ・家族の理解もある。

〇〇さんが望むこと・希望など

- ・私は、働く訓練をして、一般企業で仕事をしたい。

ニーズ	現在状況の確認 (利用者の意向・ ストレングス)	現状等から、支援者が気 になること	ニーズに応えるための支援	ニーズを満たすための目標
・一般企業で仕事をしたい	・働くことの力は十分ある。 ・本人の意欲もある。	①朝起きることが出来ない。生活パターンの継続が気になる。	①生活リズム(規則正しい生活が継続)を作ろう。 ・目覚ましを5個位置く。 ・家族に起床の協力をお願いする。 ・職員が起こしに行く。	①仕事のつくため、毎日通所が出来ようになろう。
		②本人に合った仕事内容を支援者が把握できていない。	②通所先を含め、どんな仕事を希望しているか支援スタッフと考える。	②どのような仕事が適しているかを探る。

アセスメントは、

**「支援の方向性・計画を作るための
根拠として重要である。」**

(3) 個別支援計画作成のポイント

- ① 支援計画作成は、支援の実施過程を立案することである。
- ② 聞き取り・課題整理・アセスメント・モニタリングなどのサービス提供の一連のプロセスである。

① 明らかになった課題をリストアップする



④ 社会資源とニーズのマッチングを検討する

② 到達目標を設定する

⑤ 支援計画書を作成する

③ 解決すべき課題の優先順位を利用者と決める

⑥ 利用者の最終同意を得る

目標指向・達成型個別支援計画

利用者の大きな想い(夢)に沿った目標設定が、本人のやる気や関係者のやりがい、さらにプラスアルファの未知の力を引き出してくれます。その時の魔法の呪文が「そのためにはどうするか？」という問いかけです。

この演習では、当面のケア目標設定を本人の大きな夢からブレイクダウンして導く方法、またその一步がインパクトゴールであることを確認する演習です。

目標設定は、本人からみて“とても意味のある(魅力的な)”ことが大事です。少し大きいくらいの夢のほうががんばりを引き出してくれます。

インパクトゴール＝ほんの小さなこと(目標)かもしれないが、その達成は本人にとって大事な意味をもち、事例を好転させるきっかけになるような目標のこと

そのインパクトゴールを達成した時、もはや彼(彼女)は以前の彼(彼女)ではありません。なかには大きな目標そのものが変わりやすい人もいます。変わってもかまいません。いつもその時の大きな夢から一步を踏み出す。その一步を共に歩むことが求められます。

夢から導く目標設定

魔法の呪文
“そのためにはどうするか”

将来、こうありたい！

①そのためには～

②そのためには～

本人の「思い」
を大切に

当面の目標(インパクトゴール)

やったあ～

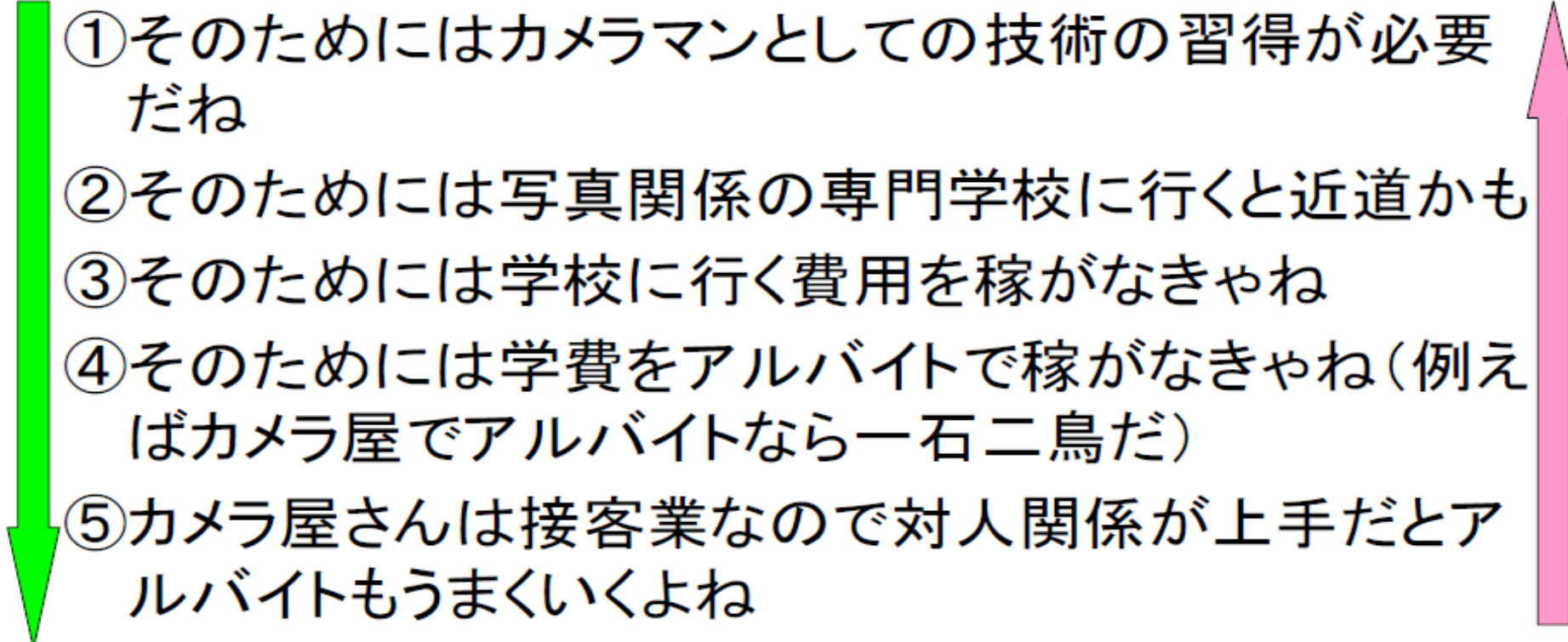
小さな一歩だけど
大きな夢に近づく
意味ある一歩

今はこうだけど…

本人の「ちから」
を考慮して

例) プロカメラマンへの夢につながるデイケア参加

☆「どうしたらプロカメラマンになれるか？」

- 
- ①そのためにはカメラマンとしての技術の習得が必要だね
 - ②そのためには写真関係の専門学校に行くと近道かも
 - ③そのためには学校に行く費用を稼がなきゃね
 - ④そのためには学費をアルバイトで稼がなきゃね(例えばカメラ屋でアルバイトなら一石二鳥だ)
 - ⑤カメラ屋さんは接客業なので対人関係が上手だとアルバイトもうまくいくよね

だから、今は

- ⑥当面の目標(インパクトゴール): 対人関係の訓練目的で週3日、半年デイケアプログラムへ参加しよう!

個別支援計画

記入様式 2

利用者名 _____

作成年月日: _____ 年 ____ 月 ____ 日

長期目標(内容、期間等)	私は、働く訓練をして、一般企業で仕事をしたい。(3年目標)
短期目標(内容、期間等)	どのような仕事が私に合っている、一緒に考えてほしい。(1年目標)

○支援目標及び支援計画等

支援目標	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先 順位
①仕事のつくため、毎日通所が出来るように支援します。	<ul style="list-style-type: none">生活リズム(規則正しい生活が継続)を作ろう。目覚ましを5個位置く。家族に起床の協力をお願いする。職員が起こしに行く。	3か月	B就労移行支援事業所	1
②どのような仕事が適しているかを探します。	②通所先を含め、どんな仕事を希望しているか支援スタッフと考える。	3か月	S施設 市役所 ハローワーク	1

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 利用者氏名 ○○ △△ 印 サービス管理責任者 ○原 ○ー 印

個別支援計画をたてることで

○本人のニーズにあった支援

・アセスメントを元に計画を立てるので、ニーズにあった支援をおこなえる

○計画的な支援

・場当たりの対応ではなく、到達目標を見据えた対応、支援を行なえる。

○統一した支援

・支援計画を立て理解浸透する事によって、スタッフ全員が統一した支援を行なえる

個別支援計画の実施

- ・設定された目標を、効率よく達成することに努める
- ・個別支援計画に則り、適切にサービスを提供する
- ・支援のペースやスケジュールは、利用者によく話し合っ決めて決める

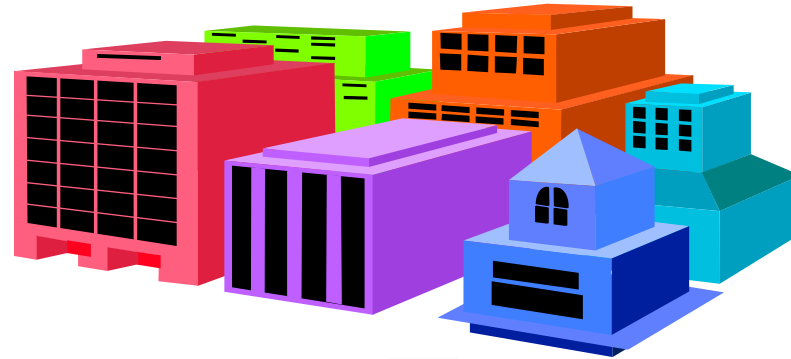
実施方法

- ・支援スタッフの役割を明確にする
- ・支援スタッフはお互いに情報交換しながら支援を実施
- ・時間軸(段階)を意識した支援に努める
- ・支援のペースやスケジュールについては、本人の同意を得て実施する
- ・個別支援の実施に当たって支援の責任者を決めておく
- ・他の支援方法の導入など工夫を怠らない
- ・個別支援計画の実施を記録しておく

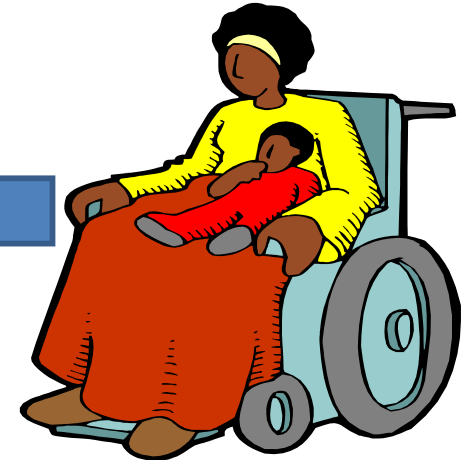
必要なツール

- ・個別支援計画実施表

中間評価と修正



- 1 利用者の権利が守られているか
- 2 サービスについて利用者は満足しているか
- 3 新たにニーズが発生しているか
- 4 設定されている目標が達成されているか



中間評価と修正①

- ・ 時期(段階)ごとに、到達目標達成度を評価
- ・ 同時に、サービスの実施内容など個別も評価
- ・ 利用者にサービスが適切に提供されているかを評価

実施方法

- ・ 到達目標の達成度を評価するための情報を収集する
- ・ 情報を時期(段階)ごとに、達成度を評価する評価と比較して
- ・ 達成度は、主目標及び個別目標の観点から評価
- ・ 状態の評価は、初期状態と比較してどれだけ変化したかをベースに評価
- ・ 併せて、利用者の意向や環境の変化なども評価
- ・ 個別支援計画に沿ってサービスが提供されたかを評価
- ・ 分析を記録する

必要なツール

- ・ 中間評価記録表

モニタリングの際の勘案事項

① 障害者等の心身の状況

③ 総合的な援助の方針(援助の全体目標)

④ 生活全般の解決すべき課題

② 障害者等の置かれている環境

- ・ 家族状況
- ・ 障害者等の介護を行う者の状況
- ・ 生活状況(日中活動の状況(就労・通所施設等)、地域移行等による住環境や生活環境の変化、家族の入院、死亡又は出生等による家庭環境の変化、ライフステージ(乳幼児期から学齢期への移行、学齢期から就労への移行等)の変化

⑤ 提供される各サービスの目標及び達成時期

⑥ 提供されるサービスの種類、内容、量等

個別支援計画の中間評価表の例

利用者名

	到達目標	達成状況の評価			達成されない原因の分析	今後の対応(支援内容・方法の変更等)
		達成	ほぼ達成	未達		
1		達成	ほぼ達成	未達		
2		達成	ほぼ達成	未達		
3		達成	ほぼ達成	未達		
4		達成	ほぼ達成	未達		
5		達成	ほぼ達成	未達		
6		達成	ほぼ達成	未達		

終了時評価

- ・到達目標達成度を含めた個別支援計画全体を客観的に評価
- ・利用者の状態の変化・満足度などの観点から評価
- ・次回の個別支援計画作成に評価を生かす

実施方法

- ・到達目標に達したかを評価
- ・目標に達成されなかったらどの段階まで達成されたかを評価
- ・サービス提供はスムーズに行われたかを評価
- ・スムーズでなかった場合どこに原因があったかを評価
- ・サービス提供を受けた利用者はどのように変化したか
- ・利用者は提供されたサービスについてどのような気持ちをもっているか
(満足度はどうか)評価
- ・次の目標を設定を含め個別支援計画を作成するときにフィードバックする

必要なツール

- ・終了時評価表

中間評価から最終評価

個別支援計画全体を評価し次期の計画につなげる

中間評価

全体的評価

個別的目標の
中間評価

最終評価

- ・主目標の到達度
- ・個別目標の到達度
- ・関係機関の連携度
- ・本人の満足度

次期の
個別支援計画
に生かす

- 主目標
- 個別的目標

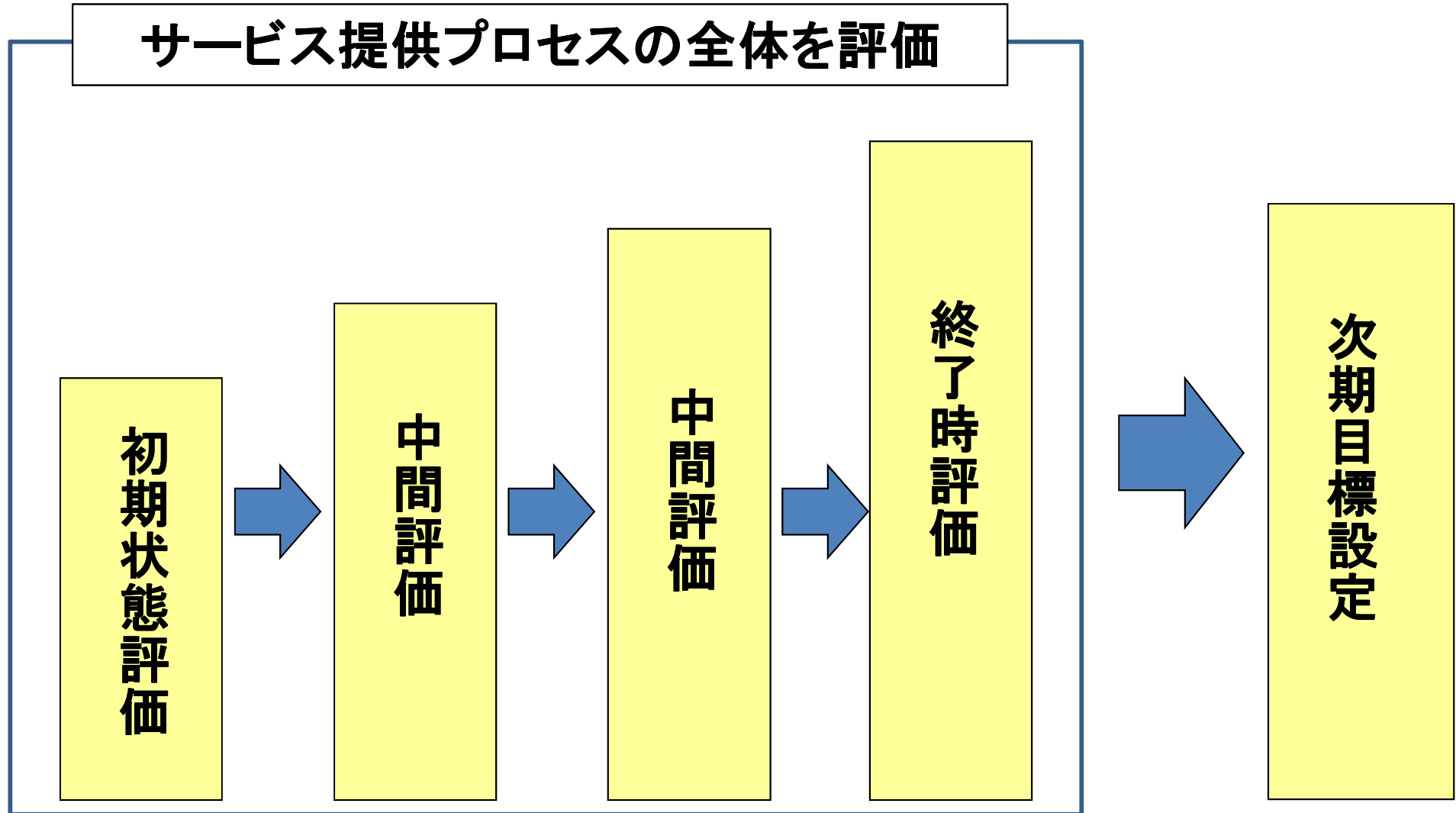
終了時評価表の例

利用者名

様

	到達目標	達成状況の評価			全体的評価	利用者の満足度等意見	次の目標設定への意見等
1		達成	ほぼ達成	未達			
2		達成	ほぼ達成	未達			
3		達成	ほぼ達成	未達			
4		達成	ほぼ達成	未達			
5		達成	ほぼ達成	未達			
6		達成	ほぼ達成	未達			

終了時評価について



- **2・～これから地域で起きること
～関係機関との連携例**



サービス管理責任者等と相談支援専門員の役割

(1) サビ管と相談支援専門員の役割の類似点

○個別的な計画作成が業務の基本

- ・インテーク・相談・聞き取り・アセスメント等
- ・個別支援計画・サービス計画作成・ケアプラン等

○ケアマネジメントの手法を使った業務

- ・利用者⇔社会資源の調整・開発など・・・

(2) サビ管等と相談支援専門員の業務の相違点

①サービス管理責任者⇒サービス提供事業所

②相談支援専門員⇒直接的な提供サービスを持ってない。関係機関との連携が必須業務。

サービス管理責任者の役割

○各事業者にサービス管理責任者を配置し、個別支援計画の策定や評価を義務化し、サービス提供の責任を明確化

○ サービス管理責任者は、サービス提供のプロセス全体を管理

①事業所内の業務～内向きの業務～

(A) 個別支援計画の作成と進行管理

(B) サービスの実践～スタッフ等との連携等～

- ・支援スタッフへスーパーバイズ・支援会議の運営
- ・利用者・家族等との連携・法人管理者・理事者等

②事業所外との業務～外向きの業務～

(1) 一般的な外部との接点

- ・行政機関等との情報交換・他事業所との連携等

(2) ケアマネジメントの手法を用いた業務。

- ・一定の利用期限があるサービス、もしくはサービス体制の変更がある場合は、退所後支援構築のため、または、サービスの選択等で関係機関と連携が求められる。＝状況によって相談支援専門員と連携することがある。

施設系ケアマネジャーと考
えても良い。

これから地域で起きること

- ① サービス等利用計画の対象者が全員になるということは、入所・通所の事業所を利用している人も対象になる。(大幅な対象者の拡大である。)
- ② 相談支援事業所・サービス提供事業所の今まで以上の組織間の連携が求められることである。
- ③ このことは、相談支援専門員・サービス管理責任者・支援員等、人の連携も今まで以上に求められることである。
- ④ このことは、相談支援専門員が作成する「サービス利用計画」と事業所で作成している「個別支援計画書」との整合性や連携・調整が今まで以上に必要になることである。
- ⑤ 対象者の拡大で、相談支援従事者の人材を増やす必要がある。同時に専門性や質を担保する仕組みが課題である。

私には、働くこと(日中の活動)と、暮らしの生活(GH・CH)と、余暇の活動があり、それぞれに個別支援計画(身近なプラン)があるけど、全体は繋がっているのかなあ(トータルプラン)...

日中の活動



暮らし場



自宅



アパート



□△GH



公営住宅

余暇活動



趣味



スポーツ



仲間の活動



課題1: 仕組み作りと連携(相談・サービス事業所)

- こうした利用者の生活に関する支援は、事業所ごとに実施していた。(支援がバラバラ)
- 事業所間がネットワークを組んでチームアプローチするケアマネジメントの仕組みが動いてなかった。
- ☆ 総合支援法では、サービス等利用計画(計画相談)を中心にケアマネジメントの仕組みが動き始める。

地域の連携イメージーAさんの事例からー

関係機関とのつながりを相談支援専門員が中心になって調整。相談支援専門員が作る「サービス利用計画」と、サービス管理責任者が責任を持つ「個別支援計画」との連動・連携が不可欠となる。

相談支援専門員



サービス利用計画

相談支援専門員がキーパーソンとなりトータルプランを作成し良質なサービスが提供されるよう支援する

行動援護事業所のサービス提供責任者



行動援護計画



行動援護事業所

就労継続B型事業所のサービス管理責任者



行政職員



個別支援計画



就労継続B型事業所



Aさん

ケアホームのサービス管理責任者



個別支援計画



ケアホーム



家族



地域の活動仲間

