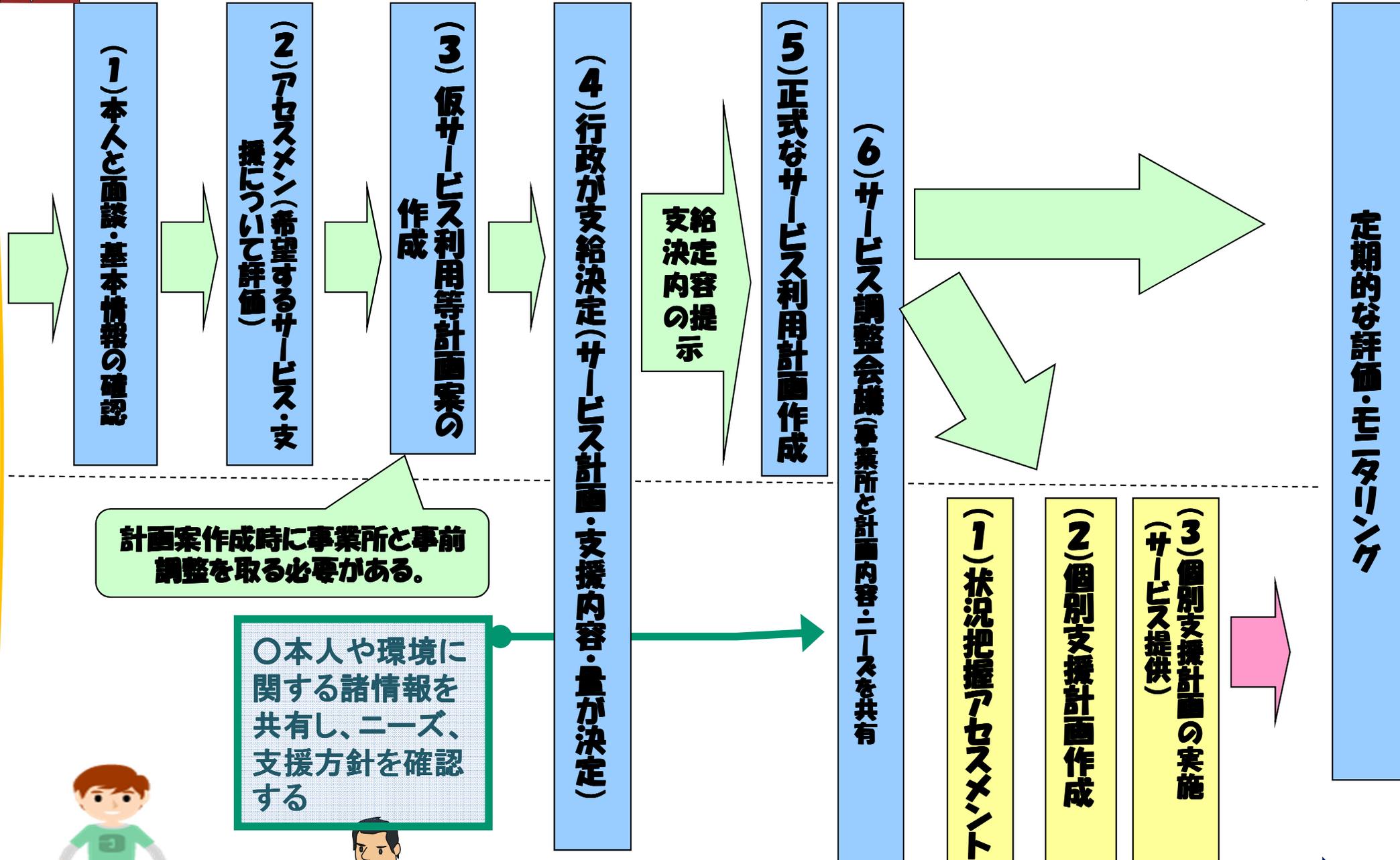


相談支援事業所による支援



新規にサービス計画の作成を行う場合
サービス計画の依頼



サービス提供事業所による支援

サービス等利用計画と個別支援計画の関係

- サービス等利用計画については、相談支援専門員が、総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、作成。
- 個別支援計画については、サービス管理責任者が、サービス等利用計画における総合的な援助方針等を踏まえ、当該事業所が提供するサービスの適切な支援内容等について検討し、作成。

指定特定相談支援事業者
(計画作成担当)

アセスメント

- ・障害者の心身の状況
- ・その置かれている環境
- ・日常生活の状況
- ・現に受けているサービス
- ・サービス利用の意向
- ・支援する上で解決すべき課題
- ・その他

サービス等利用計画

- ・生活に対する意向
- ・総合的な援助の方針
- ・解決すべき課題
- ・サービスの目的(長期・短期)
- ・その達成時期
- ・サービスの種類・内容・量
- ・サービス提供の留意事項

障害福祉サービスに加え、保健医療サービス、その他の福祉サービスや地域住民の自発的活動なども計画に位置づけるよう努める。

複数サービスに共通の支援目標、複数サービスの役割分担、利用者の環境調整等、総合的な支援計画を作る。

サービス事業者

サービス事業者

アセスメント

- ・置かれている環境
- ・日常生活の状況
- ・利用者の希望する生活
- ・課題
- ・その他

個別支援計画

サービス等利用計画を受けて、自らの障害福祉サービス事業所の中での取組について具体的に掘り下げて計画を作成するよう努める。

3・これから地域で起きること ～制度上の混乱と解決に向けて～



2012年10月：国サビ管理責任者指導者研修受講者意見

- ① サービス等利用計画と個別支援計画の関係が分かりにくい。
 - ② 県に戻った際、研修でどう伝えたらよいか困っている。
 - ③ 知らない相談支援事業所から、一方的に「サービス等利用計画」を提示され、無理なサービスを押し付けられる不安がある。（警戒心が強い）
 - ④ 地元の相談支援事業所と連携を取ったことが無い。存在を知らない。
 - ⑤ 相談支援事業所がサービス提供事業所より「偉い」印象を受ける。・・・受講生の混乱が結構見られた。
- ※他に・・・今回の法改正の情報が利用者・家族・特別支援学校等に届いてない。⇒計画相談が理解されてない。由々しき事態である。

国サビ管指導者研修介護系演習で受講生に伝えた事

(1)法改正で相談支援体制の見直しが図られたが、未だ「サービス等利用計画書」は各市町村で、ほとんど存在していない。今後は、この計画が地域で増えていくのは確実だが、個別支援計画は利用者の数だけ現存している。そのことを踏まえ次の点を押えるが大事だと思う。

□相談支援事業所（＝計画相談）がサービス事業所と比べて上位的な位置づけでは無い。双方の事業所は並列の関係である。

□サービス提供事業所(個別支援計画)は、相談支援事業所(計画相談)の下請けではない。そうなってはダメである。

国サビ管指導者研修介護系演習で受講生に伝えた事

(2)地域でお互いの事業が良い連携を取るためには、サービス事業所は次の事を押えるのが重要である。

□利用者支援にあたって、相談支援事業所・サービス提供事業者が連携を密にする。お互いを知ることが重要。

□サービス事業所を利用している方、家族からの困りごと(相談)があった場合、事業所は、一義的には困りごとを受け留めるべき。(その状況を見捨ててはいけない。)

□困りごとを単に相談支援事業所に丸投げしないこと。

国サビ管指導者研修介護系演習で受講生に伝えた事

□現在サービスを受けている事業所でどのような方針を持って、利用者支援を行っているかの根拠として「個別支援計画」が存在することを認識する。(良くも悪くも、現在の利用者の状況をしているのはサービス事業所である。)

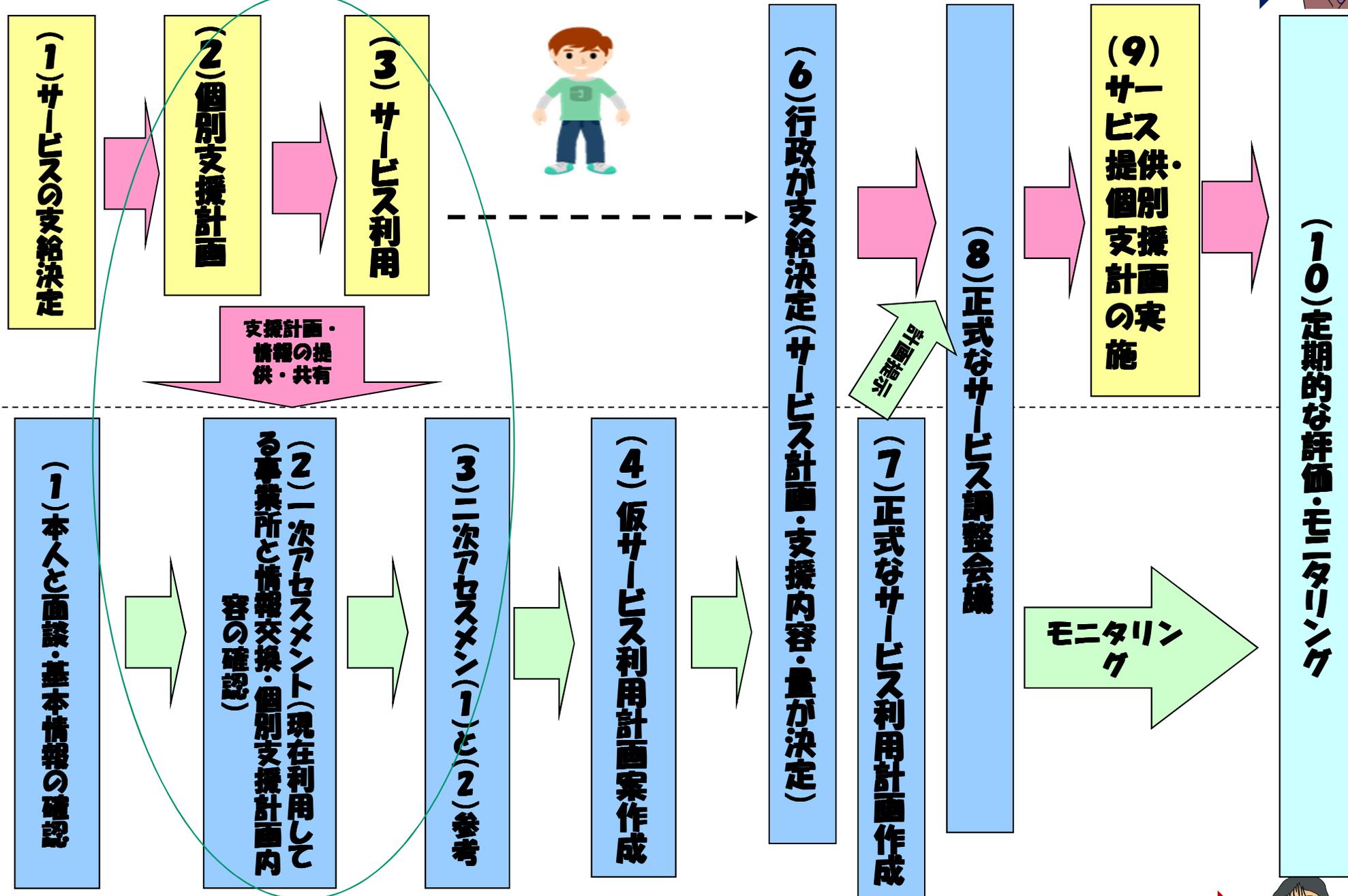
□現場の支援の質を高める視点から、改めて個別支援計画の見直し、計画の作成することを確認が重要である。

※未だ存在が薄い、仕組みが動いてない「サービス等利用計画(幽霊)」に惑わされない事。サービス事業所の意地(専門性・支援力)を見せましょう。…と。

サービス提供事業所による支援



個別支援計画が作成されている場合



相談支援事業所による支援



今年度改めて感じたこと

○相談支援のアセスメント・計画は、あくまでもサービス利用の入口。時系列の中で最初に計画があるので、何となく「先・偉い・・・」って思われがち。

⇒サービス利用が始まってからは、どこの誰がご本人と長く関わっているだろうか？⇒サービス提供事業所・・・。

⇒相談支援専門員は、つぶさに利用者の状況を見ていない。

⇒刻一刻と変化するであろう利用者の様子は、事業所が把握しているはず。（現実的な関わりの時間・量）

⇒現実の状況変化は、相談事業所に情報提供すべき。

⇒状況によっては、目標設定が変わるのも当然である。

今年度改めて感じたこと

○仮説（サービス等利用計画）を実証（サービス事業所の実践）する協働作業が重要である。

○利用者支援にとっては二つのプランが必須となり存在する。

・ 個別支援計画書 ・ サービス等利用計画書

○どちらも利用者支援にとって、大事な計画である、車の両輪であることを確認したい。

(坂本先生・・・談)

○サービス等利用計画書と個別支援計画書

- ・建物を建てるにあたっては、建築士等による設計が必要です。
- ・設計にあたって建築士は建物を建てる各法令に基づき、ユーザの希望に沿って、「建物の広さ、間取り、全体の建物のイメージ等」を作成する「基本設計」と、それに基づき、「壁の色、コンセントの配置や、窓の広さや見えない部分の柱・芯の振分け、天板の巾、材料の厚さ、高さ」などの「構造に関する図面・電気関係・配管排水関係・など施工に関する図面を含んだ「実施設計」を作成し実際の建物建築にあたります。
- ・施工に関しては、複数の専門職種の仕事がうまく調和していなければなりません。大工さん、建具屋さん、クロス屋さん、設備屋さん、電気屋さん等、複数に及びます。各職種が材料の手配、加工などを行います。

○サービス等利用計画書と個別支援計画書

・建築の仕組みを今回の流れにあてはめて考えると次のようになります。

(登場人物)

・ユーザー＝利用者等・関係法令＝障害者総合支援法

・建築士＝相談支援専門員：基本等設計図＝サービス等利用計画仮案・サービス等利用計画本案＝実施設計。

・施工にあたる専門職種「大工さん・建具屋さんなど電気取扱技師等」＝サービス管理責任者等。：施工に係る図面＝個別支援計画

(1) 基本設計＝サービス等利用計画案

・相談支援専門員が、ユーザー(利用者等)が希望する建物(生活上のこうしたい暮らし)を聞き取って「基本設計図(サービス等利用計画仮案)」を作成。

○サービス等利用計画書と個別支援計画書

(2) 実施設計

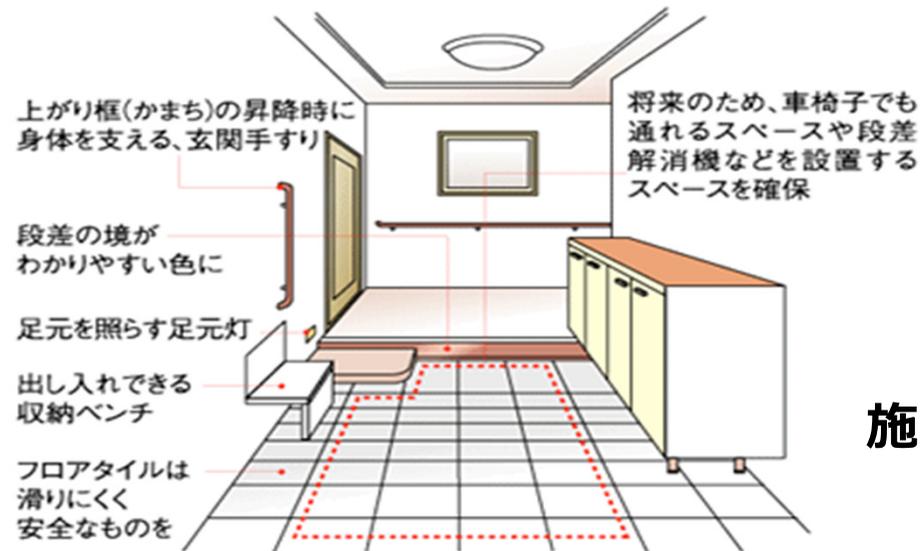
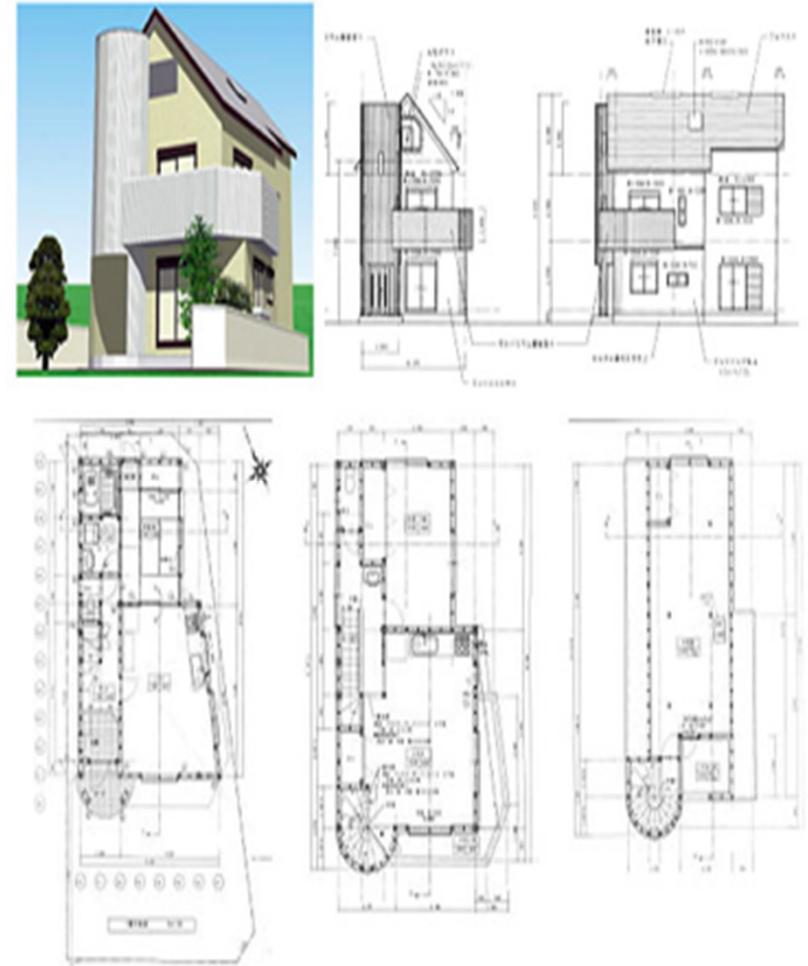
・基本設計(計画案)をもとに、ユーザーからの詳細な希望を聞いて、設計士と施工にあたる各専門業種＝サービス管理責任者が協力して実施設計にあたる。(サービス調整会議・実施設計図＝サービス等利用計画。施工図面＝個別支援計画)

(3) 実施設計図を基に実際の建築作業が行われる＝サービス提供。

(4) 建築にあたっては、規模にもよるが定期的に建築の進捗状況の確認の会議を行う。＝サービス調整会議・モニタリング会議。

(5) 建築が終わるとユーザーに引き渡す。＝ケースの終了

設計図



施工図

総合的なニーズ
「パン屋さんで働いて、
ホームで暮らしたい」
(設計図)

サービス等
利用計画書

連動

連動

個別支援
計画書

個別ニーズ

個別支援
計画書

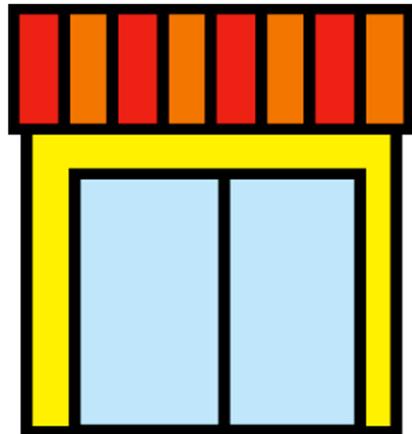
個別ニーズ

「パン屋さんで働きたい」

「ホームで暮らしたい」

(施工図)

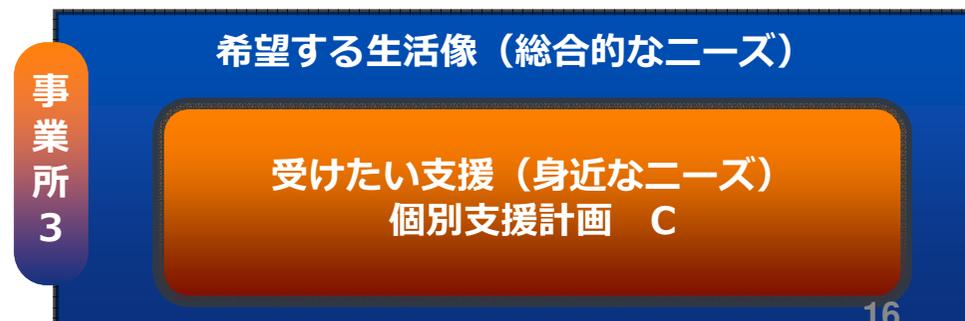
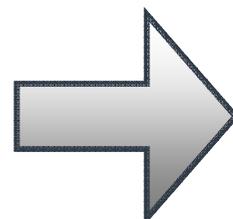
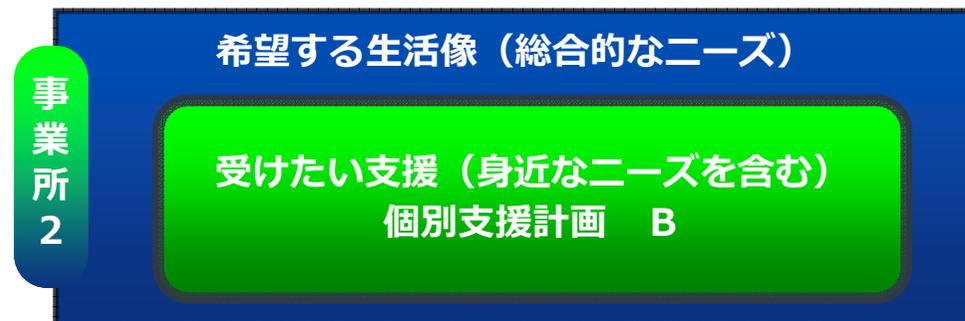
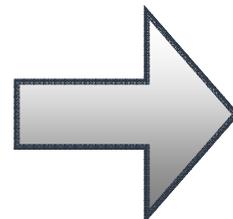
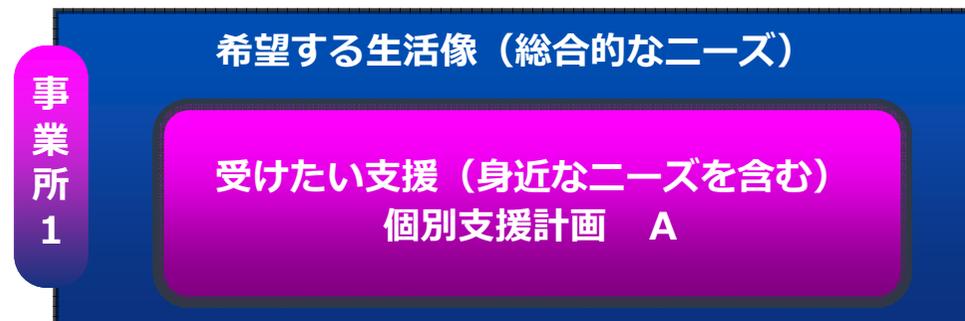
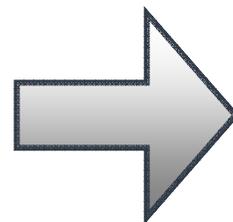
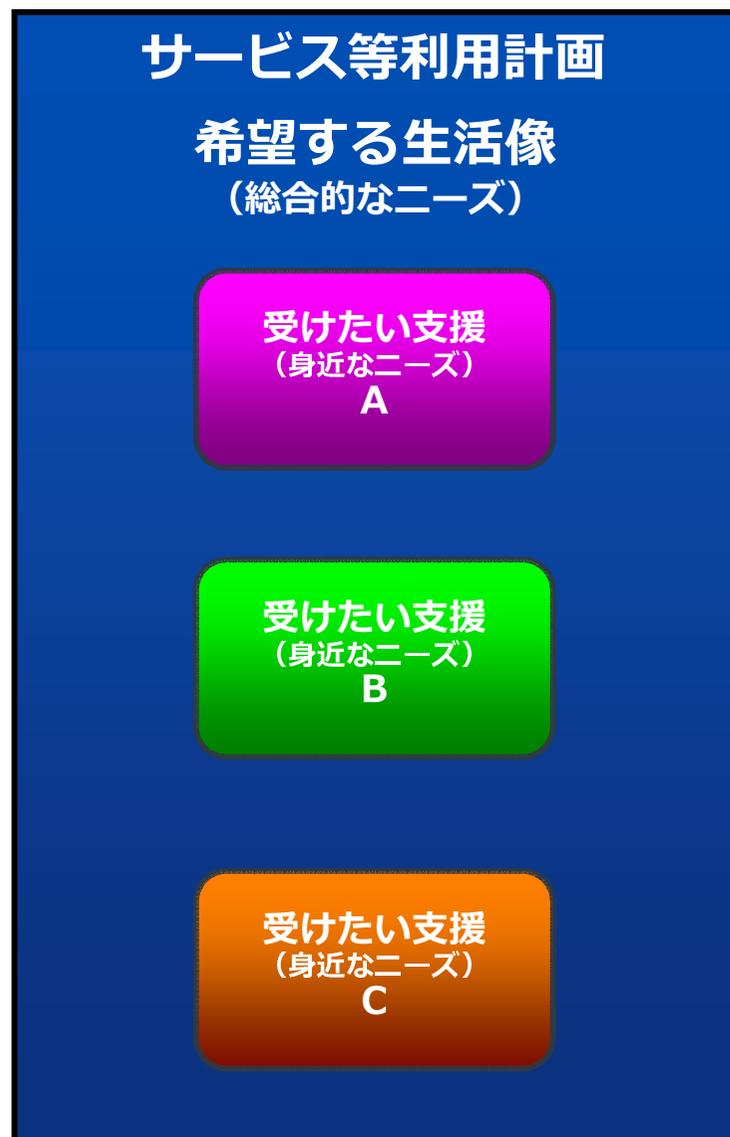
(施工図)



計画の流れ関係性①

相談支援専門員

サービス管理責任者



計画の流れ関係性②

相談支援専門員

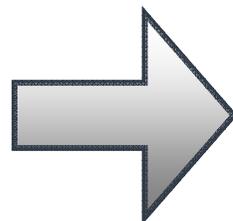
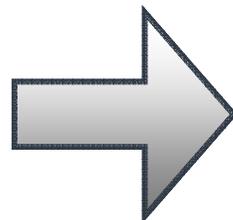
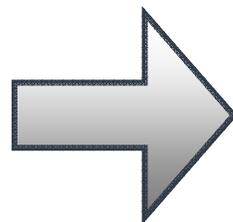
サービス等利用計画

卒業と同時に就職はできなかったけれど、早く就職をしたい。また、自分らしい生活スタイルを作りたい。

就職するための支援を受けたい

週末にスイミングに通いたい

卒業生と定期的に同窓会で合いたい



サービス管理責任者

希望する生活像（総合的なニーズ）

個別支援計画 A
就労移行支援事業所

希望する生活像（総合的なニーズ）

個別支援計画 B
行動援護 サービス提供事業所

希望する生活像（総合的なニーズ）

インフォーマルサービス
家族 友人 先生の協力・助け合い

計画の流れ関係性③

サービス管理責任者

希望する生活像（総合的なニーズ）

個別支援計画 A
就労移行支援事業所

就職するための支
援を受けたい

作業 月曜日から金曜日 9時から15時

詳細で
具体的指示

送迎 乗降場までは徒歩 毎朝8時30分

詳細で
具体的指示

希望する生活像（総合的なニーズ）

個別支援計画 B
行動援護サービス提供事業所

週末にスイミ
ングに通いたい

ヘルパー 毎週土曜日 午後1時から4時

詳細で
具体的指示

家族との外出 2ヶ月に1度

詳細で
具体的指示

希望する生活像（総合的なニーズ）

インフォーマルサービス
家族 友人 先生の協力・助け合い

卒業生と定期的
に同窓会で合い
たい

学校で培った人間関係を継続し、新たな経験
の共有や共感をする場（情報交換）

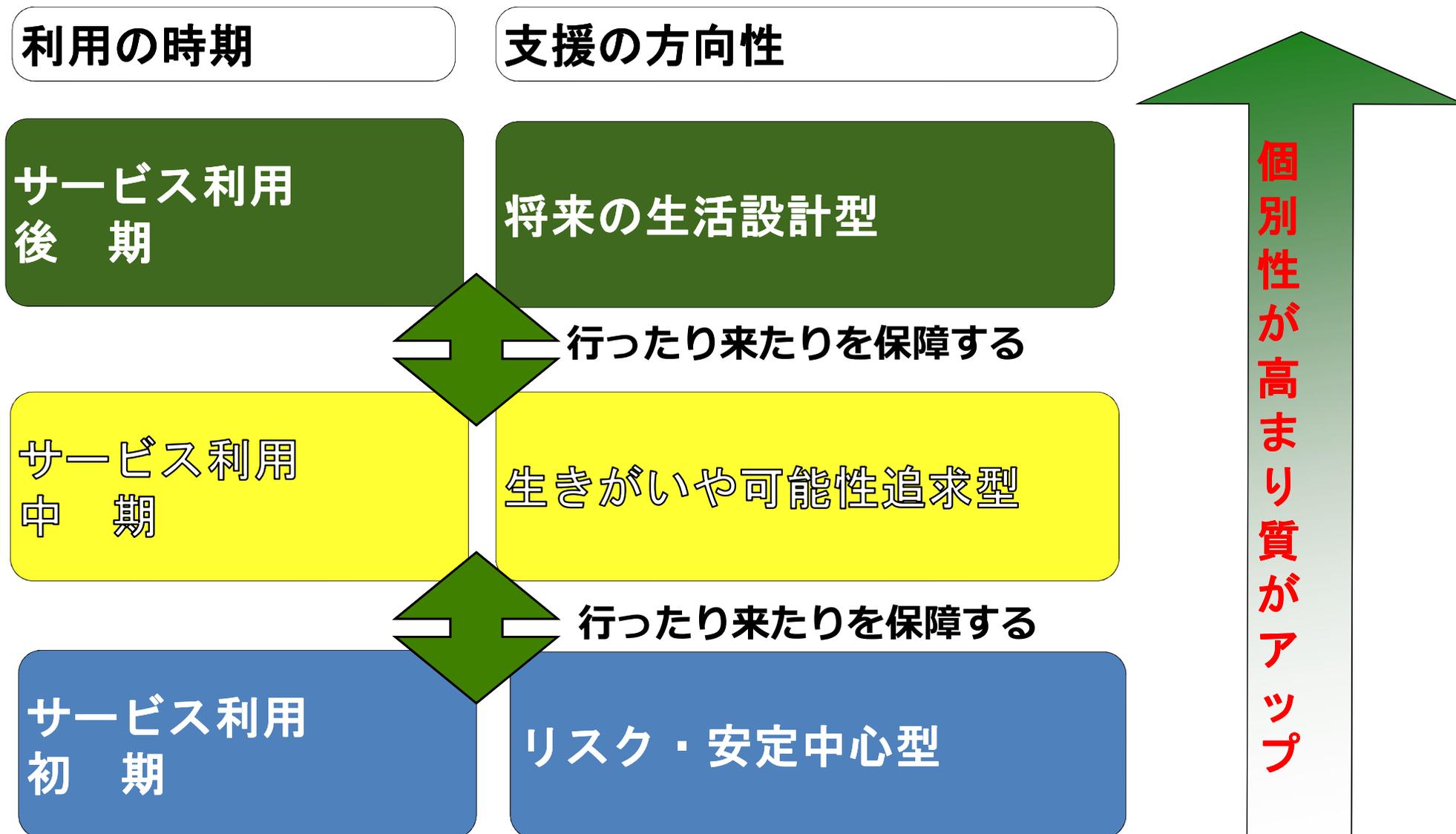
○個別支援計画書の視点や質的变化を意識する(モニタリングの重要性)

- ・最初からすべてを網羅し、完璧な計画書は作ろうとしない。スモールステップで、少しずつ積み上げて行くイメージを持ち、成功体験や役割を意識することが重要となります。

- ・つなげるだけではなく、一緒に考える姿勢が必要(つなげてもうまくいかない場合)

相談支援専門員とサービス管理責任者が、一緒に考えることで、新たな解決方法やつなぎ先(連携先)を得たり、気づきが生まれます。

サービス等利用計画の視点や質的变化



ともに考える姿勢が重要

- **3・サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者が確認すべき**
 - **連携のための視点**



・なぜ連携が必要なのか？

ケアマネジメント(ニーズ優先)という支援技術を再確認したい。

サービス提供の責任を担う管理者であり、他者の人生に関わるために、経験主義(サービス優先=支援者癖)に依拠せず、

- ・守備範囲(圏域)の社会資源を熟知し、
 - ・多様な専門性を受け留め、相互に活用するために集い、
 - ・共通の指針となる個別支援計画策定に参画し、
 - ・サービス提供の役割分担を確認し、
 - ・絶えず変化する個別固有の自己実現に答えねばならない。
- 連携の意味をここに見出そう

(1) 完結型支援からオープン支援へ

現在のサービス提供が施設や事業所内で完結していることの限界を見極め、施設外の事業者や関係機関と連携に踏み出す。

→殻を破る



連携するためには

- 施設・事業所の靴のサイズが25Cm(提供できる器)が
だったとしよう・・・。
- 利用者の履きたい靴のサイズが27Cm(やりたいこと)
だった場合・・・どうしますか？
- 施設の靴を無理に履いてもらう？
- 本人のサイズにあった、靴を作る？
- 本人がはきやすい状況を地域でつくる？
⇒ 自己完結からの脱却・・・が大事かも。

そのためには、自分の地域にどんな資源があるか、資源の使い勝手はどうか知っておくことが大事。

(2) 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と、それを関係者が一緒に作っていくことを促すことが必要。

- ① ツールを使いこなす
- ② 支援計画の内容・質を磨く必要がある。

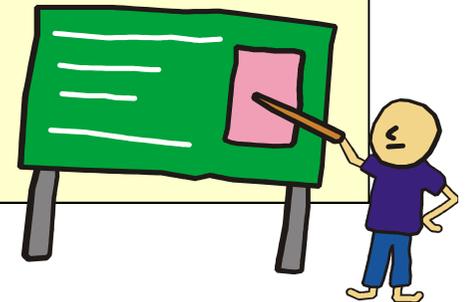


(3) 専門性を高めよう

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は、対等な立場において協働していく他分野協働と、その基盤となる専門性が必要となる。

→ 普段からの研鑽

⇒ 地域の資源の情報・状況をしてい
るか？！



○地域資源を知る・使う・改善する・広げる

① **知ること・・・圏域の社会資源・専門集団** (相談支援専門員・指定相談事業者・各種支援センター・医療機関・社協・権利擁護団体・居宅介護関係団体・自立支援協議会・地域行政担当者等)

- ・圏域内に居住する利用対象者は何人
- ・どの市町にどんな社会資源があるか・その利用形態はどうか
- ・自立支援協議会は機能しているか
- ・民生委員・保健センター等地域密着資源の情報を持っているか
- ・インフォーマルな資源はあるか

地域診断は支援に取り掛かる前提ツール

② **知り合うこと・・・きっかけはいくらでも(アクティブになればいい)**

- ・自立支援協議会・専門部会への参加
- ・圏域・地域のサービス管理責任者のネットワークを作る
- ・過去に連携した団体事業所を訪ねる(事業内容を知る)
- ・困った!はチャンス・・・自前解決から他事業所資源の活用を

○地域資源を知る・使う・改善する・広げる

③使うこと

- ・手続きしやすいか・使いやすいか・費用は・提供地域は・・・？
- ・必要なときに必要なだけ⇒資源キャパはあるか
- ・専門性はあるか？
- ・信頼とは、知る＝使う＝振り返る・・・でしか生まれない

④改善(作る・リメイク)する

- ・リメイク(利用対象・利用時間・利用内容の変更)可能か
- ・評判はどうか
- ・同じニーズを抱えている人と共有できるか(自立支援協議会へ)

⑤絶えず更新すること

- ・事業者・サービス内容・エリア・料金・利用条件等のカテゴリー
- ・評価の共有化を(良い資源は圏域共有化へ)
- ・福祉マップの質・精度を上げるのはユーザー(サビ管)の役割

サービスの質・量・賞味期限は評価する・されるが必須

○連携の機会

- ・ケア会議を企画し参加を呼び掛ける
- ・自立支援協議会に参加し、地域の課題(社会資源の過不足・質等)を共有する
困難事例検討会(評価・検証)に参加する

・日頃からの付き合いが困った時の
ネットワーク(連携による新たな視点)
として生きてくる

・この連携から、利用者ニーズに
基づいたマネジメント(より良いサービ
ス提供)・フェイディング(抱え込みからの
離脱)もできる

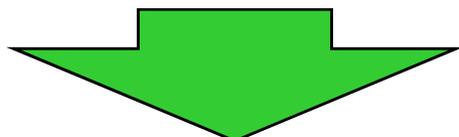


バトンタッチ!



どのように連携ネットワークを作っていくか

☆ 支援に関わる関係者だけが集まっていた旧来のケア会議



● 相談支援専門員・サービス管理責任者は、一つの事業ではあるが、個別支援計画の策定・実施・修正など利用者の人生に影響を及ぼす、一定期間の重要な責任を担う。

● 複数の支援者が集まり、地域の資源を組合せ、利用者ニーズの実現に向けて話し合うケア(個別支援)会議で、評価・検証する機会が得られる個別支援会議で浮かんだ、あったら良いなというサービス、修正したら使い勝手が良いなというサービスを、



気付いたあなたの法人で用意しますか？

そのサービスは、同じような立場の人たちも求めているはず？

連携のヒント

フットワーク

軽い「フットワーク」で、新しい場所に一歩足を踏み入れる。また「足でかせいで」即座に課題を解決する姿勢が大切

→ 足でかせぐ



ネットワーク

一歩を踏み出し、顔見知りの人たちを増やし、合う都度、情報の共有化を図り、人と人とのネットワークを形成することが大切

→ 顔が見える関係



チームワーク

情報を共有し合い、一緒の場において、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

→ 同じ方向を見る関係



新しいネットワークの形：KCN活動



**特定非営利活動法人
かながわ障がいケアマネジメント
従事者ネットワーク(KCN)**

KCN立ち上げの経緯

- ▶ **平成12年(2000年)**
神奈川県にて障害者ケアマネジメント従事者養成研修(現相談支援従事者)スタート
- ▶ **平成15年(2003年)**
神奈川県にて障害者ケアマネジメント現任研修(現相談支援従事者)スタート
- ▶ **平成18年(2006年)7月**
地域で質の高いケアマネジメントの展開等を目的として任意団体「KCN」を発足
- ▶ **平成19年(2007年)8月**
ケアマネジメントの専門性向上を実現するため、特定非営利活動法人を設立



KCN立ち上げの経緯

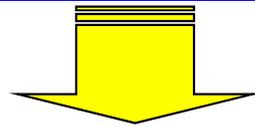
- 相談支援従事者研修の演習インストラクターとして、人材育成の重要性を感じていた。
- 利用者の相談を通じたつながりがあった。
- 地域を越えた人のつながりがあった。
- ケアマネジメント技法の重要性を感じている仲間である。
- 相談支援専門員にこだわらず、地域でケアマネジメントを展開している人達の質を上げて活きたい。

KCNの活動内容

障がいのある人の相談支援やケアマネジメントに携わる従事者を対象として

1) ケアマネジメント手法を広め、地域支援の向上を図る。

2) 官民協働とノウハウ等の提供を基本とし、地域で障がいのある人のケアマネジメント・相談支援に従事する者の専門性の向上を図る。



地域力を高める

□26年度KCNの主な事業内容

1・相談支援従事者等養成・確保推進事業（平成22年度～県補助事業）

- ・相談支援スキルアップ研修 ・サビ管理責任者スキルアップ研修
- ・サービス調整・支援会議実践研修 ・事業所へのスーパーバイス及び研修後の直接フォロー研修
- ・障害者ケアマネジメント指導者養成研修

2・相談支援従事者初任者研修・専門コース別研修

3・サービス管理責任者研修（※1・2・3は、神奈川県からの委託事業）

4・相談支援専門員・サービス管理責任者連絡会

5・夜のケアマネ

□サービス管理責任者の現任研修の状況

1・神奈川県：相談支援従事者等養成・確保推進事業（県単独補助金事業）

○主催：KCN(平成22年度から実施)

○サビ管理責任者スキルアップ研修・年間5回開催

・個別支援計画作成の視点・モニタリング研修・サービス提供職員のマネジメント、ファシリテート研修。⇒来年度はグループスーパービジョンの研修を開催予定。

2・岡山県知的障害者福祉協会サビ管現任者研修：年一回(平成22年度から)
○主催：岡山県知的障害者福祉協会

・個別支援計画作成の基本視点・サビ管同士の情報交換。

3・北海道道央地区法人合同研修(キャリアアップ研修平成22年度から年4回)

○主催：道央内の4つの社会福祉法人・NPO法人

・個別支援計画作成の視点・モニタリング研修

4・福井県サビ管実務者研修

4. モニタリング演習



演習③：ストレンクスを体感してみよう

□私自身の強み・セールスポイント・長所を出してみよう。

○自分の事業所のセールスポイント・長所を出してみよう。

モニタリング演習

○演習 1

- ・ 振り返りシートの記入・・・20～30分

○演習 2

- ・ 事例及び振り返りシートの発表・発表

⇒事例の概要5分程度・支援計画とモニタリング結果10分程度・質疑応答5分

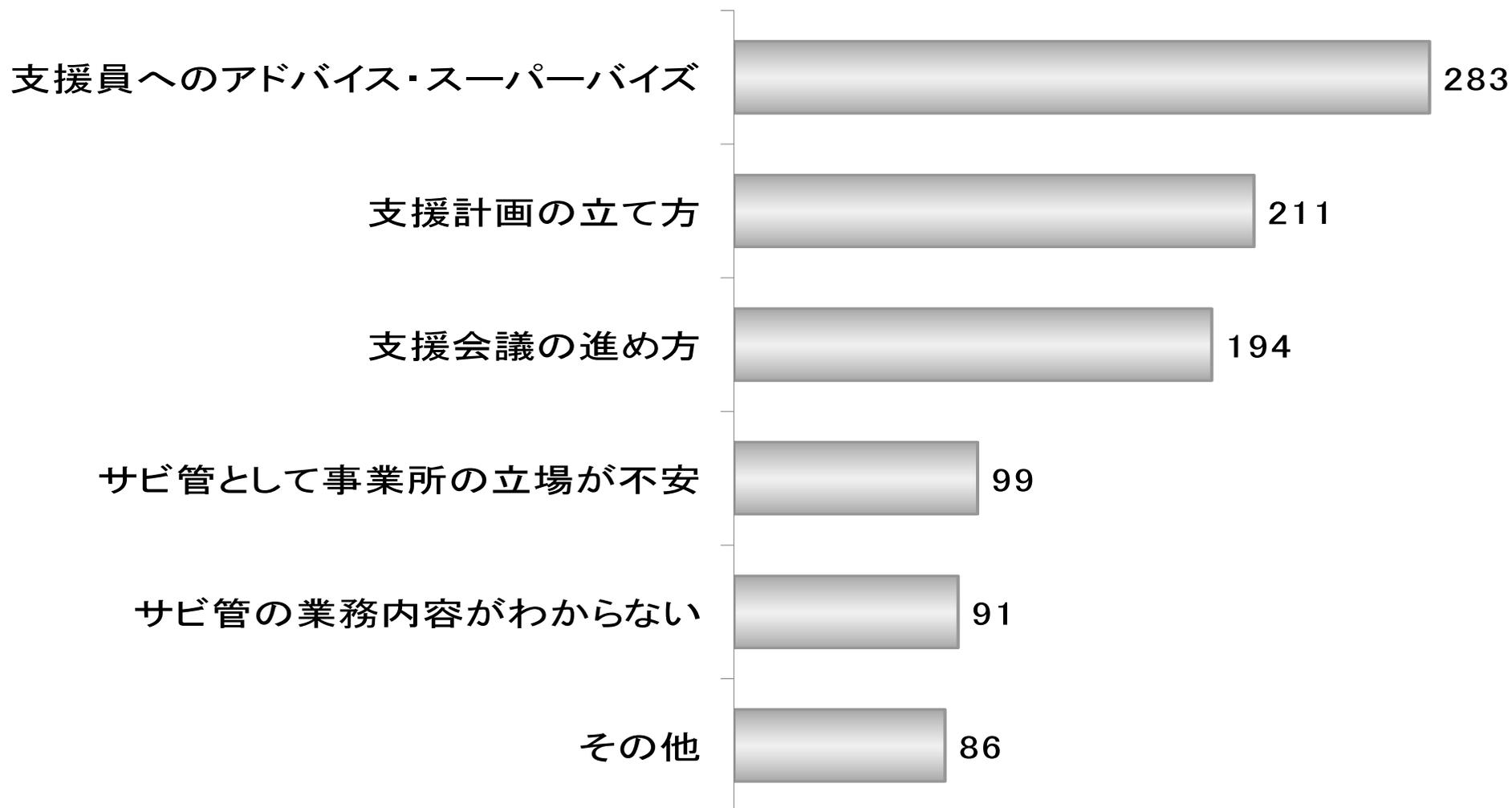
○演習 3 ・ 意見交換を聞いて支援計画の再作成⇒シートに課題点を記入し、支援計画を見直す。

○演習 4 : モニタリングをして気づいた事をグループで共有。⇒グループ発表。

これからのサビ管さんへ！

- ＜サビ管アンケート結果より※＞

※「かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク(KCN)」が、平成22年度に実施した「アンケート」で調査。



支援会議で行われるべき事柄

野中 猛 氏「ケアマネジメント実践のコツ」P. 84より

客観的情報の交換

(家族歴、生活歴、生活全般、行動特性、地域特性、制度の実情など具体的にとらえ、情報を広く集め、固定した見方を避ける)



役割分担

(支援方針に基づき、サービス提供職員の役割分担を具体的に決定する)

当面の支援方針決定

(会議の結論は、真実の追究より当面の一步を踏み出す行動目標)

主観的感情の交流

(関係者の正直な想いは、良くも悪くも貴重な情報源、話しやすい雰囲気作り)

見立てや手立てに関する発想の交換

(前半は見立てを、後半は手立てを集中して意見交換)

支援会議で行うべきでない注意点

野中 猛 氏「ケアマネジメント実践のコツ」P. 87より

担当者の不備を責める

結論が出ない
まま終了する

その場にいない人や
機関を悪者にする

記者や裁判官の
ように真実を追究する

納得しないまま
「お説拝聴」をする



支援会議の運営作業

1. 目的に沿って参加者を選択する
2. 支障のない場所と時間を設定する
3. 大変な事例から選択する
4. 情報を整理した資料を準備する
5. 運営上の役割を定めておく
6. 見立てと手立ては時間的に分けて議論する
7. 最後の結論を確認する

ファシリテーターの基本知識：グループ運営のポイント

(1) ファシリテーションとは…。

- **会議**、ミーティング等の場で、発言や参加を促したり、話の流れを整理したり、参加者の認識の一致を確認したりする行為で介入し、**合意形成**や**相互理解**をサポートすることにより、**組織**や**参加者の活性化**、**協働**を促進させる手法・技術・行為の総称
- **コミュニケーションスキル**以外にも、グラウンドルールが必要な場合の内容設定や補助、プロセスデザイン、ミーティング自体の進め方や、さらに会議の場所や参加者の選択、日程のデザインなど、**オーガナイザー**（まとめ役）や**リーダー**の役割を含む場合もある
- 会議の場に限定せずとも、日常での**組織コミュニケーション全般**において、**ファシリテーション技術**は活用することができる。また、会議の場などで**コンテンツ**（議論の内容）に対して**公平な立場**にたち、話し合いのプロセス（流れ）に介入して**ファシリテーション**を行う者のことを**ファシリテーター**（Facilitator）という。

- ファシリテーターにはファシリテーション技術もさることながら、参加者または組織に対して良心に基づいた、達成イメージへの情熱と信念も合わせて必要とされる。
- ファシリテーションの現場では次のものを使うことが多い。
- 模造紙 ・ マーカー ・ フェルトペン ・ ポストイット ・ ホワイトボード ・ ホワイトボードマーカー ・ セロハンテープ ・ キッチンタイマー ・ どこでもシート
- など・・・話し合いが視覚的に確認できるよう(空中戦を防ぐ)上記の道具を有効に使う。

サービス提供者への指導助言

やってみせ、言ってみせて聞かせて、させてみて、ほめてやらねば人は動かじ。

話し合い、耳を傾け、承認し、任せてやらねば、人は育たず。

やっている、姿を感謝で見守って、信頼せねば、人は実らず。

山本五十六

山本 五十六(1884年4月4日～1943年4月18日)
日本の海軍軍人。第26、27代連合艦隊司令長官。
最終階級は元帥海軍大将。