

サービス提供者と関係機関の連携 及び支援提供職員と関係機関の連携 〈共通講義〉

平成28年1月27日

講義の流れ

1. なぜ連携が必要か
2. 連携の視点
3. 障害福祉計画と協議会の活用

1. なぜ連携が必要か



(1) サービス事業者の責務(法的位置づけ)

(2) なぜ連携が必要か

(1) サービス事業者の責務(法的位置づけ)

指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設等の設置者及び指定相談支援事業者の責務

(障害者総合支援法第42条(抄))

第42条

- 1 指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者は、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害者等の意思決定支援に配慮するとともに、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、障害福祉サービスを当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害者等々の立場に立って効果的に行うように努めなければならない。
- 2 指定事業者等は、その提供する障害福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、障害福祉サービス又は相談支援の質の向上に努めなければならない。

社会福祉法

第76条（利用契約の申込み時の説明）

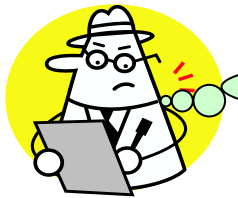
社会福祉事業の経営者は、その提供する福祉サービスの利用を希望する者からの申込みがあつた場合には、その者に対し、当該福祉サービスを利用するための契約の内容及びその履行に関する事項について説明するよう努めなければならない。

第78条（福祉サービスの質の向上のための措置等）

社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立つて良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない。

障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者の人員、設備及び運営に関する基準(抄) (療養介護計画の作成等)

- 第58条 指定療養介護事業所の管理者は、サービス管理責任者に指定療養介護に係る個別支援計画(以下この章において「療養介護計画」という)の作成に関する業務を担当させるものとする。
- 2 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握(以下この章において「アセスメント」という。)を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容の検討をしなければならない。
 - 3 アセスメントに当たっては、利用者面接して行わなければならない。この場合において、サービス管理責任者は、面接の趣旨を利用者に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
 - 4 サービス管理責任者は、アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、指定療養介護の目標及びその達成時期、指定療養介護を提供する上での留意事項等を記載した療養介護計画の原案を作成しなければならない。この場合において、当該指定療養介護事業所が提供する指定療養介護以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携を含めて療養介護計画の原案に位置付けるよう努めなければならない。
 - 5 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成に係る会議(利用者に対する指定療養介護の提供に当たる担当者等を招集して行う会議をいう。)を開催し、前項に規定する療養介護計画の原案の内容について意見を求めるものとする。
 - 6 サービス管理責任者は、第四項に規定する療養介護計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。
 - 7 サービス管理責任者は、療養介護計画を作成した際には、当該療養介護計画を利用者に交付しなければならない。
 - 8 サービス管理責任者は、療養介護計画の作成後、療養介護計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。)を行うとともに、少なくとも六月に一回以上、療養介護計画の見直しを行い、必要に応じて療養介護計画の変更を行うものとする。
 - 9 サービス管理責任者は、モニタリングに当たっては、利用者及び家族等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
 - 一 定期的に利用者に面接すること。
 - 二 定期的にモニタリングの結果を記録すること。
 - 10 第二項から第七項までの規定は、第八項に規定する療養介護計画の変更について準用する。



事業者の業務基準(一部抜粋)には

指定療養介護のサービス管理責任者の責務（58条）

「当該指定療養介護事業所が提供する指定療養介護以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携を含めて療養介護計画の原案に位置付けるよう努めなければならない」

指定共同生活介護のサービス管理責任者の責務（146条）、

「利用者が自立した社会生活を営むことができるよう指定生活介護事業者等との連絡調整を行うこと」

また指定自立訓練の地域生活への移行支援（161条）では、

「就労移行支援事業者その他の障害福祉サービス事業を行う者等と連携し、必要な調整を行わなければならない」とあります。

これは、

- ・ 支援を行う上で共通の支援目標があること
- ・ その内容を相互に連絡調整（周知・確認）する必要があること
- ・ 就労移行や地域生活移行の際には、押し出す側と受け止める側との相互の連絡調整が必要であると業務基準に明示しています。

基準における連携の位置付け

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に基づく指定障害福祉サービス事業等の人員、設備及び運営に関する基準(抄)

- 指定共同生活介護事業
 - サービス管理責任者の責務(146条)
 - 利用申込者の利用に際し、その者に係る指定障害福祉サービス事業者等に対する照会等により、その者の身体及び精神の状況、当該指定共同生活介護事業所以外における指定障害福祉サービス等の利用状況等を把握すること
 - 利用者の身体及び精神の状況、その置かれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活をいとなむことができるよう定期的に検討すると共に、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者に対し、必要な支援を行うこと。
 - 利用者が自立した社会生活を営むことができるよう指定生活介護事業所等との連絡調整を行うこと
- 指定自立訓練(機能訓練)
 - 地域生活への移行のための支援(161条)
 - 指定自立訓練(機能訓練)事業者は、利用者が地域において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、第175条第1項に規定する指定就労移行支援事業者その他の障害福祉サービス事業を行う者等と連携し、必要な調整を行わなければならない。
- 指定就労移行支援事業
 - 求職活動の支援等の実施(181条)
 - 2 指定就労移行支援事業者は、公共職業安定所、障害者就業・生活支援センター及び特別支援学校等の関係機関と連携して、利用者の意向及び適性に応じた求人の開拓に努めなければならない
 - 職場への定着のための支援の実施(182条)
 - 指定就労移行支援事業者は、利用者の職場への定着を促進するため、障害者就業・生活支援センター等の関係機関と連携して、利用者が就職した日から6月以上、職業生活における相談等の支援を継続しなければならない。
- 指定就労継続支援A型事業
 - 実習(193条)
 - 2 指定就労継続支援A型事業者は、前項の実習の受け入れ先の確保に当たっては、公共職業安定所、障害者就業・生活支援センター及び特別支援学校等の関係機関と連携して、利用者の就労に対する意向及び適性を踏まえて行うよう努めなければならない
 - 求職活動の支援等の実施(194条)
 - 2 指定就労継続支援A型事業者は、公共職業安定所、障害者就業・生活支援センター及び特別支援学校等の関係機関と連携して、利用者の就労に関する意向及び適性に応じた求人の開拓に努めなければならない
 - 職場への定着のための支援等の実施(195条)
 - 指定就労継続支援A型事業者は、利用者の職場への定着を促進するため、障害者就業・生活支援センター等の関係機関と連携して、利用者が就職した日から6月以上、職業生活における相談等の支援の継続に努めなければならない。

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に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準(抄)

- 指定障害者支援施設
 - 指定障害福祉サービス事業者等との連携等(15条)
 - 指定障害者支援施設等は、施設障害福祉サービスの提供に当たっては、地域及び家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、他の指定障害福祉サービス事業者等その他の保健医療サービス又は福祉サービス等を提供する者等との連携に努めなければならない。
 - 2 指定障害者支援施設等は、施設障害福祉サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な援助を行うとともに、保健医療サービス又は福祉サービス等を提供する者との密接な連携に努めなければならない。

(2)なぜ連携が必要なのか？



- ・利用者ニーズは、常に変化するもの

(2)なぜ連携が必要なのか？

- ・利用者ニーズに基づいたサービス提供には連携が必要不可欠
 - 複数のサービスを使い分けて生活している場合
 - 複合的なニーズを有している場合
 - 意思疎通やニーズ表出が難しい場合
 - 専門的なアセスメントが必要（医療・保健・教育等）
- ・一担当者や一事業所としての関わりは部分的で、利用者の生活の全体像を把握することは困難

サービス管理責任者はなぜ連携が必要か

運営基準の位置づけ

個別支援計画を作成し、サービス提供のプロセス全体を管理する

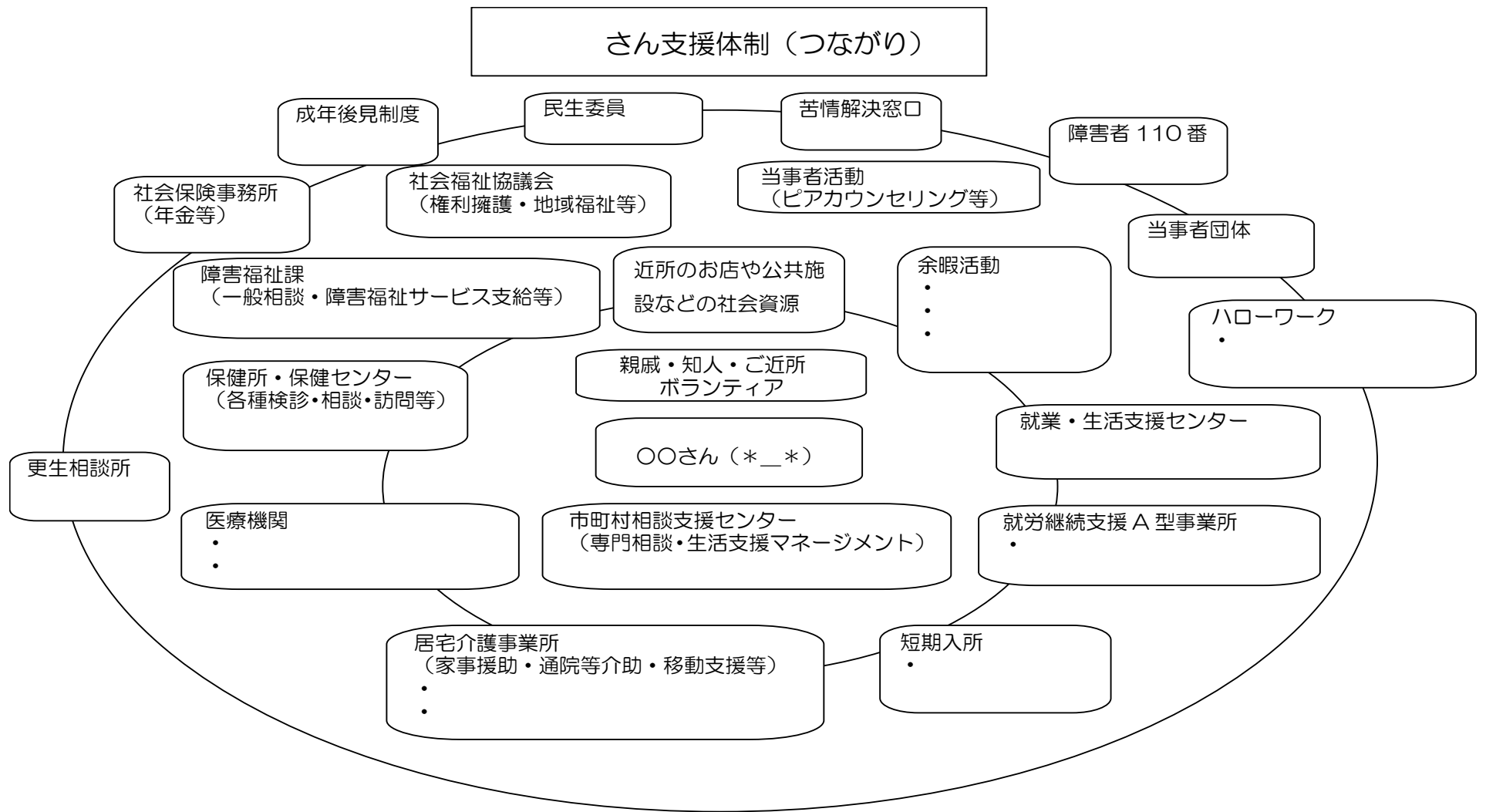
他の従業者に対する技術指導及び助言

関係者や機関と連携して、
利用者のニーズに対する必要で質の高い支援を
総合的に協働して行う

さまざまな社会資源 と 連携体制

福祉・医療・教育・就労の連携システムイメージ

	出産		乳幼児期				就学移行期		就学期								進路決定期			成人期													
年齢	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	～	
連携 機 関 ・ 制 度	医療機関（出産・診断・健診・治療・療養介護・リハビリ・訪問看護等）																																
	保健センター（各種検診・発達相談・訪問等）																																
	保健所（難病・精神・高次脳機能障害・相談等）																																
	こども家庭相談センター（相談・判定等）															障害者更生相談所（相談・判定等）																	
	児童発達支援（療育等）					放課後等デイサービス										日中活動サービス （生活介護）（自立訓練・就労移行支援・就労継続支援） （地域活動支援センター）（日中一時支援）																	
	子育て支援センター					学童保育					企業（経済基盤の保障）																						
	幼稚園／保育所					学校／特別支援学校										高等職業訓練校																	
						教育委員会（就学指導等）										障害者職業センター（職業評価・ジョブコーチ派遣等） ハローワーク（相談・紹介等）																	
	障害福祉課（一般相談・障害福祉サービス支給等）																																
	児童福祉課（～15才 児童手当等）（～18才 児童扶養手当） （～20才 特別児童扶養手当）（～20才障害児福祉手当）															～介護保険課／地域包括支援センター等 年金事務所（障害基礎年金）（所得保障）																	
	訪問サービス（居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護・重度障害者等包括支援・短期入所）（移動支援）（訪問入浴）																																
	居住支援サービス（施設入所支援）（共同生活援助）（福祉ホーム）																																
	社会福祉協議会（地域生活支援・地域福祉権利擁護事業・運営適正化委員会等）																																
	成年後見制度（成年後見・保佐・補助・未成年後見・任意後見）（金銭管理・身上監護）																																
	警察／検察庁／労働基準監督署／裁判所／弁護士会（圏域弁護士）／社会福祉士会／司法書士会																																
	家族／友人／同僚／ボランティア／子育てサークル／民生委員／ご近所さん／近隣の商店／図書館／生涯学習センター等の公共施設																																
	子育てサークル／コミュニケーション支援事業／点字図書館／当事者団体／障害者110番／知的障害者相談員／身体障害者相談員／苦情解決窓口等																																
	相談支援（相談支援センター・圏域マネージャー・発達障害支援センター・難病相談支援センター・高次脳機能障害支援センター・就業・生活支援センター）																																
（自立支援）協議会																																	
	出産		乳幼児期				就学移行期		就学期								進路決定期			成人期													
課題	・療育のネットワーク化（途切れない支援） ・早期発見と早期療育					・スムーズな移行 ・就学権の保障					・生活を全体的に捉え、学校と生活支援が連携して 支援を行う										・所得保障 ・就労準備			・地域における課題の早期発見と早期対応 ・社会資源の開発 ・介護保険移行時のサービス格差									



<連絡先> 本人	_____
職場	相談支援センター
ハローワーク	就労・生活支援センター
学校	病院
居宅介護	余暇支援
市役所	_____



2. 連携の視点

(地域の社会資源を知り、使い、改善し、広げる)

- (1) 完結型支援からオープン支援へ
- (2) 個別支援計画は連携ツール
- (3) 連携の意味を考える
- (4) さまざまな会議を活用した人材育成

(1) 完結型支援からオープン支援へ

- ・利用者の生活を多面的に捉え共有し、他職種協働で支援する事が基本
- ・支援会議(事例検討、共有)、個別支援計画の作成、モニタリング、評価等をチームとして定期的に行うことは、利用者の権利擁護につながる
- ・抱え込みがないかなどのチェックを常に行ない、互いの役割を認め合いチームアプローチに徹する
- ・さまざまな角度から見ることでヒューマンエラーを防ぐ

(1) 完結型支援からオープン支援へ

- ・課題が出てきたときには、原因を本人だけに求めず、ケアマネジメントプロセスに沿って、原因を探っていくことが重要
- ・モニタリングを通じて、サービス提供や計画の内容を変更することはよくあること

(2) 個別支援計画は連携ツール

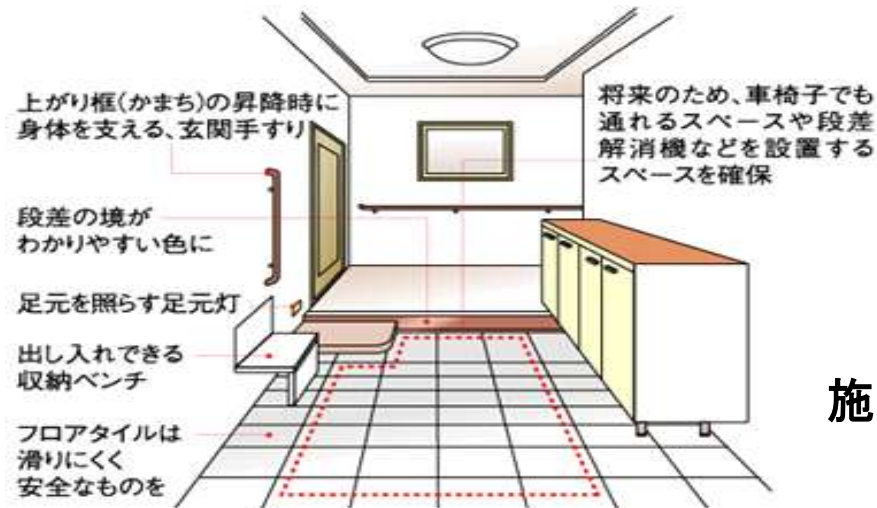
- ・サービス等利用計画と個別支援計画

建築に例えると

サービス等利用計画は「設計図」

個別支援計画は「施工図」

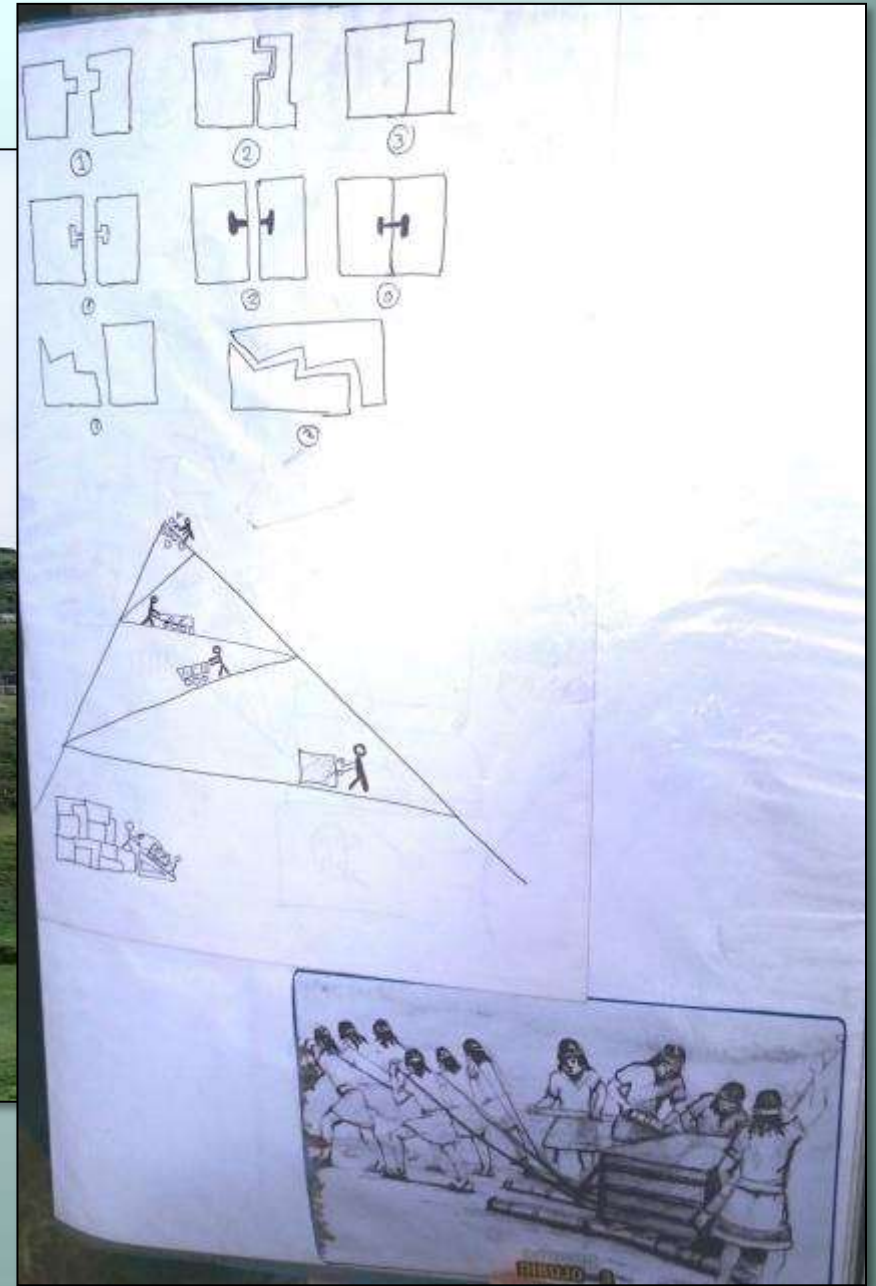
設計図



施工図

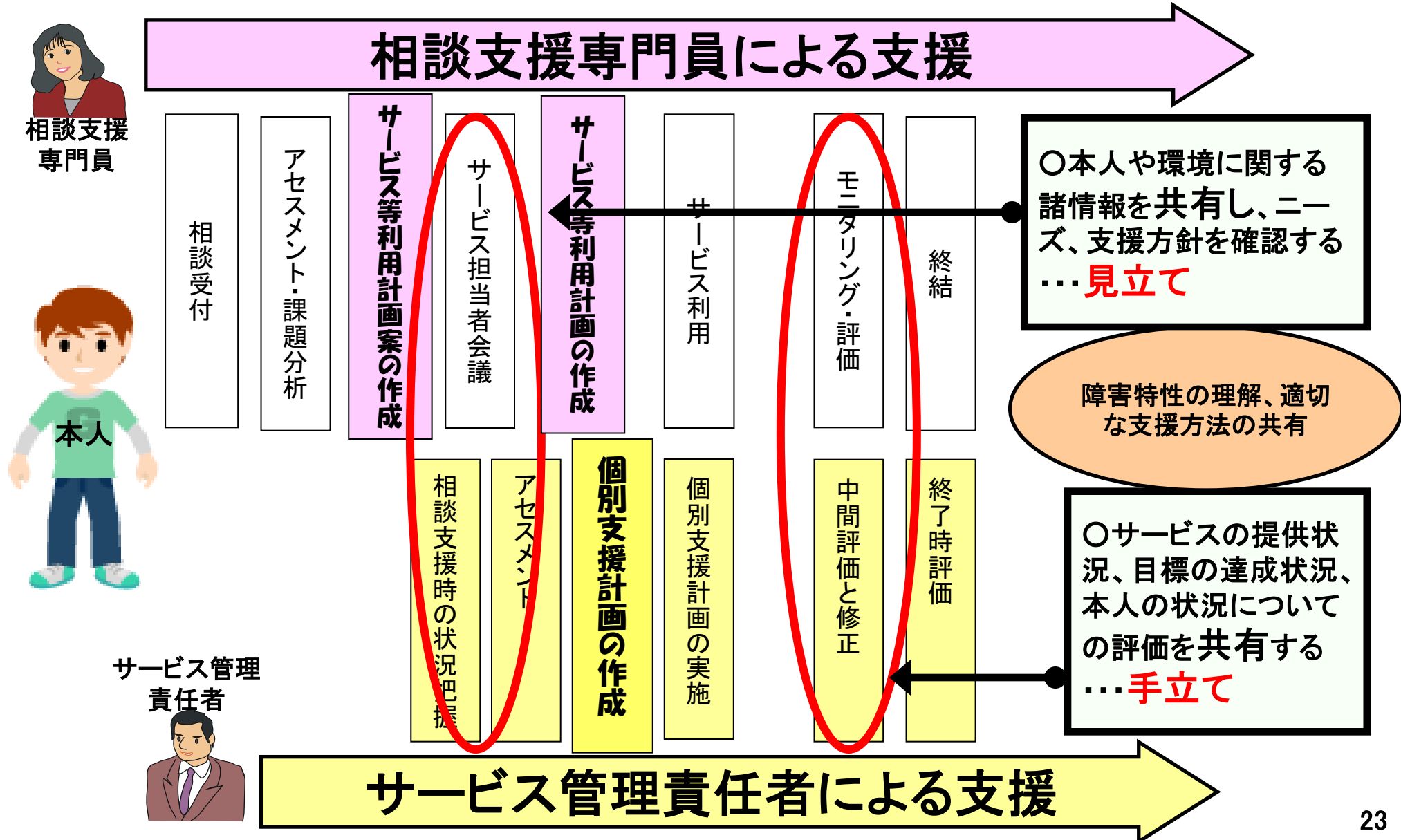


クスコ サクサイワマン遺跡



サービス等利用計画 と 個別支援計画

サービス管理責任者の連携イメージ



サービス等利用計画と個別支援計画

サービス等利用計画・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分	区分	6	相談支援事業者名		計画案作成担当者	
保護者氏名		続柄			初回計画作成日		計画案作成日	
障害福祉サービス又は通所受給者証番号		地域相談支援受給者証番号					モニタリング期間(開始年月)	

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	リハビリを続けたい 自宅で家族と暮したい 以前のように、友人たちと外出したい
総合的な援助の方針	本人の意思決定を中心に据え、意欲を引き出しながら、より自分らしい生活を構築できるよう支援する
長期目標	日常生活そのものをリハビリと捉え、楽しみながら身体機能を維持・向上させる
短期目標	福祉サービスを利用しながら在宅生活をするに慣れる

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	リハビリを続けたい	入院中に回復した機能を維持・向上させる	退院後すぐ	訪問リハビリ 週1回	これまでどおり、前向きに自分から進んで取組む	3ヶ月後	
2	毎日通える場所がほしい	日常生活動作のリハビリを意識し、本人の意欲を引き出しながら、安全、安心に留意して支援する	退院後すぐ	生活介護・週5日	自分の意思を支援者にしっかり伝える	1ヶ月後	身体介護については、同性介助
3	月曜日から金曜日までトイレ介助などの身体介護を母に替わってしてほしい	安全に配慮し、本人ができることを尊重し、できないところを支援する	退院後すぐ	身体介護 月曜日～金曜日 8:00～9:00 16:30～17:30 20:30～21:00	自分の意思をヘルパーにしっかり伝える	1ヶ月後	同性介助
4	生活介護が休みの日も入浴をしたい	リラックスして入浴を楽しめるよう安全に配慮する 本人ができることを大事にする	3ヶ月後	身体介護 祝日(月水金) 15:30～16:30	自分の意思をヘルパーにしっかり伝える	3ヶ月後	同性介助
5	両親の介護負担軽減のために短期入所を利用したい	他利用者と楽しく交流できるよう、安全安心に配慮する	3ヶ月後	月2回 金曜日～月曜日	自分の意思を支援者にしっかり伝える	6ヶ月後	身体介護については、同性介助
6	外出したい	本人の意思を尊重しながら安全な移動を心がける	6ヶ月後	随時	自分の意思をヘルパーにしっかり伝える	6ヶ月後	同性介助

上記計画について同意します。

年 月 日 氏名

印

0 受理年月日

平成 年 月 日

サービス等利用計画と個別支援計画

個別支援計画

2 支援目標と課題

<p>支援目標</p> <ul style="list-style-type: none"> 日常生活動作のリハビリを意識し、本人の意欲を引き出しながら、安全・安心に留意して支援する
<p>短期目標（内容及び期間等）</p> <ul style="list-style-type: none"> リハビリや装具の着脱が本人に負担なくできるようになる 安心して楽しく入浴ができるよう支援する
<p>長期目標（内容及び期間等）</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人に合った活動を提案し支援する 理学療法士、作業療法士と連携して必要なリハビリを実施する

3 具体的な到達目標及び支援計画等


具体的な到達目標	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	提供者・担当者・ 摘要等	優先 順位
安心して楽しく入浴したい	<ul style="list-style-type: none"> 本人の身体状況を常に把握して安心、安全な介護を行う。 本人が緊張しないようコミュニケーションをとりながら楽しい雰囲気を作り上げていく。 	月・水・金 1時間 特殊浴槽	<ul style="list-style-type: none"> 支援スタッフ 〇〇看護師 〇〇看護師 	
安心してトイレに行ける	<ul style="list-style-type: none"> 本人が使いやすい手前側の個室を使用する。 手の位置(手すり)と足の位置を決めて印をつける。 立位の際は左足が軸となるよう留意する。 	本人からのサインに応じて、または、 下記時間に声掛けで確認する。 10:00、11:45、13:30 14:45	<ul style="list-style-type: none"> 支援スタッフ 〇〇看護師 〇〇看護師 	
リハビリに楽しくとりくめる	①箸使い 専用のお箸を使って器に入っているもの(スポンジやビー	月～金 個別活動時間内	<ul style="list-style-type: none"> 支援スタッフ 〇〇看護師 	

サービス等利用計画と個別支援計画

サービス等利用計画・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分	区分	6	相談支援事業者名		計画案作成担当者	
保護者氏名		続柄			初回計画作成日		計画案作成日	
障害福祉サービス又は通所受給者証番号		地域相談支援受給者証番号					モニタリング期間(開始年月)	

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	リハビリを続けたい 自宅で家族と暮らしたい 以前のように、友人たちと外出したい
総合的な援助の方針	本人の意思決定を中心に据え、意欲を引き出しながら、より自分らしい生活を構築できるよう支援する
長期目標	日常生活そのものをリハビリと捉え、楽しみながら身体機能を維持・向上させる
短期目標	福祉サービスを利用しながら在宅生活をするに慣れる

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	リハビリを続けたい	入院中に回復した機能を維持・向上させる	退院後すぐ	訪問リハビリ 週1回	これまでどおり、前向きに自分から進んで取組む	3ヶ月後	
2	毎日通える場所がほしい	日常生活動作のリハビリを意識し、本人の意欲を引き出しながら、安全・安心に留意して支援する	退院後すぐ	生活介護・週5日	自分の意思を支援者にしっかりと伝える	1カ月後	身体介護については、同性介助
3		 支援目標 ・日常生活動作のリハビリを意識し、本人の意欲を引き出しながら、安全・安心に留意して支援する				1カ月後	同性介助
4						3ヶ月後	同性介助
5						6カ月後	身体介護については、同性介助
6						6カ月後	同性介助

上記計画について同意します。

年 月 日 氏名

印

0 受理年月日

平成 年 月 日

計画開始日

サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
4:00								8:00～9:00 身体介護 トイレ・更衣(服選び) 整容・歯磨き・食事 歯磨き
6:00								9:00～16:30 生活介護 入浴 月・水・金
8:00	身体介護							16:30～17:30 身体介護 トイレ・食事・歯磨き 更衣
10:00	送迎							20:30～21:00 身体介護 トイレ・就寝
12:00	生活介護							祝日(月水金) 15:30～17:30 入浴・食事・歯磨き トイレ
14:00	生活介護							
16:00	送迎							訪問リハビリ 週1回 短期入所 移動支援
18:00	身体介護						訪問リハビリ	
20:00	身体介護							
22:00	身体介護							
0:00	身体介護							
2:00	身体介護							

サービス提供によって実現する生活の全体像

毎日生活介護に通所することで、日常生活の中でリハビリに取り組むことができる。また、新たな人間関係を構築し、社会とのつながりを持つことができる。

月曜日から金曜日にヘルパーを利用することで、腰を痛めている母の介護負担を軽減できる。

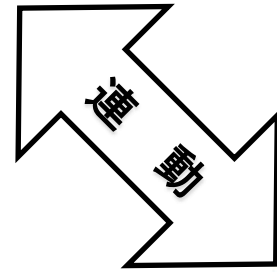
短期入所を利用することで両親の介護負担を軽減できる。

ヘルパーの支援を受けることで、友人たちと以前のように外出ができる。

総合的なニーズ
「自宅で家族と暮らしたい」

(設計図)

サービス等
利用計画

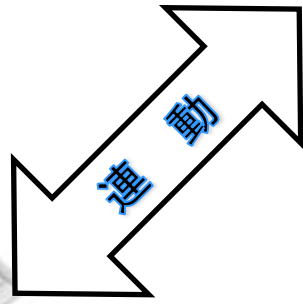


個別支援
計画

個別ニーズ

「トイレ介助をしてほしい」

(施工図)

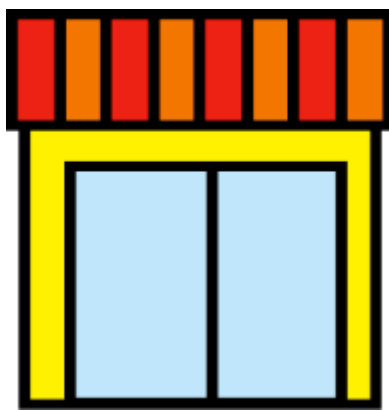


個別支援
計画

個別ニーズ

「日中通える場所がほしい」

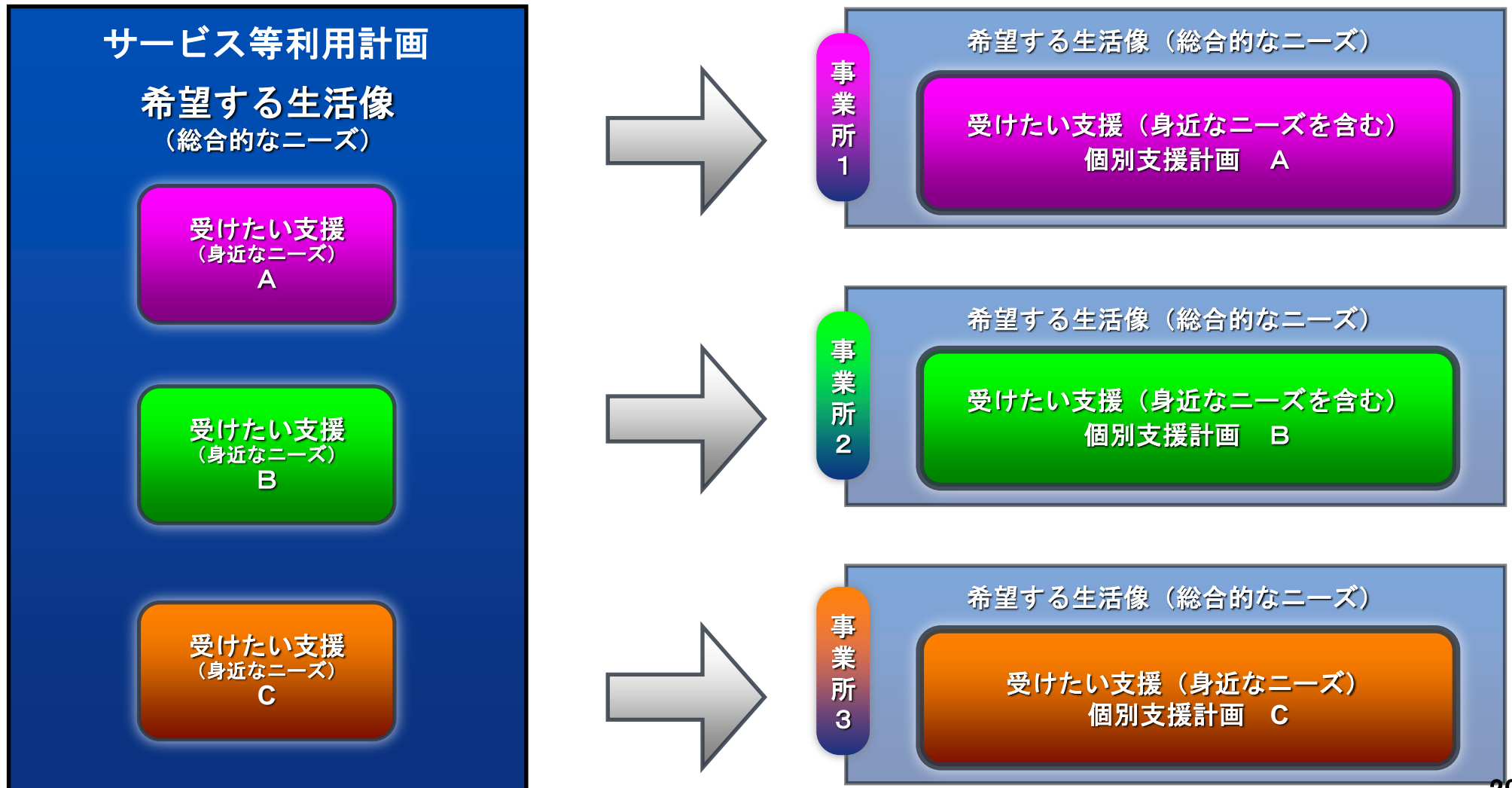
(施工図)



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

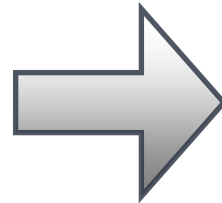
サービス管理責任者

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。

日中通える場所
がほしい

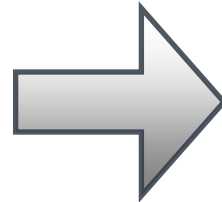
自宅でトイレ介
助をしてほしい

卒業生と定期的
に同窓会で合い
たい



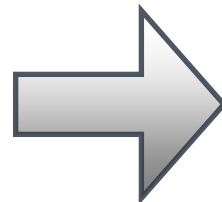
希望する生活像（総合的なニーズ）

個別支援計画 A
生活介護事業所



希望する生活像（総合的なニーズ）

個別支援計画 B
居宅介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
生活介護事業所

日中通える場所が
ほしい

通所 月曜日から金曜日 9時から16時

詳細で
具体的指示

送迎車 8時45分迎え 16時30分送り

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
居宅介護サービス提供事業所

自宅でトイレ介助
をしてほしい

ヘルパー 月～金 起床時・帰宅時・就寝時

詳細で
具体的指示

ヘルパー 月1～2回 土曜 就寝時

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

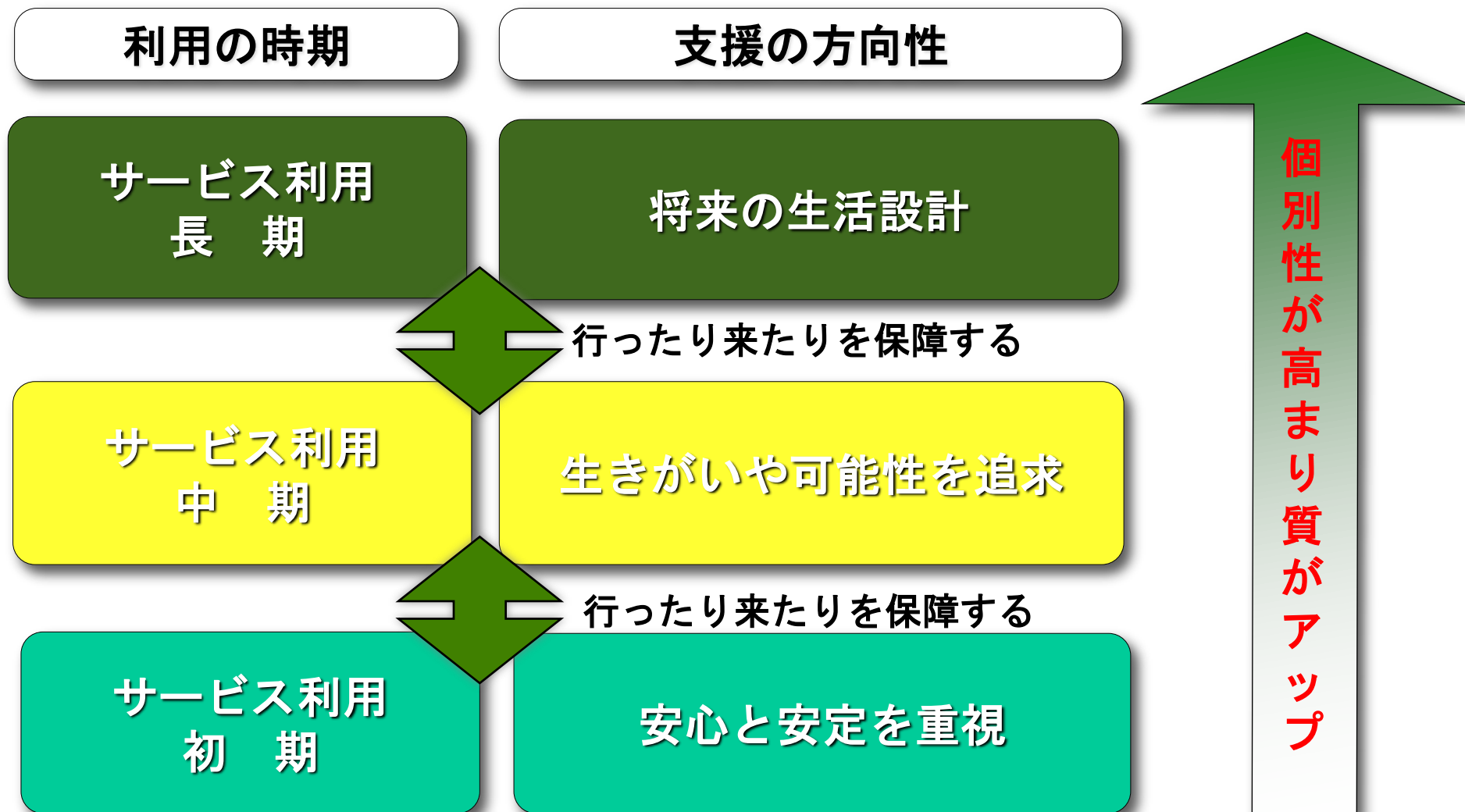
卒業生と定期的
に同窓会で合い
たい

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は作らない
- スモールステップで少しずつ積み上げていくイメージ
- 利用者が成功体験を重ね、自分自身の役割を意識していけるよう支援することが重要
- 利用者と支援者がともに考える姿勢を大切にする

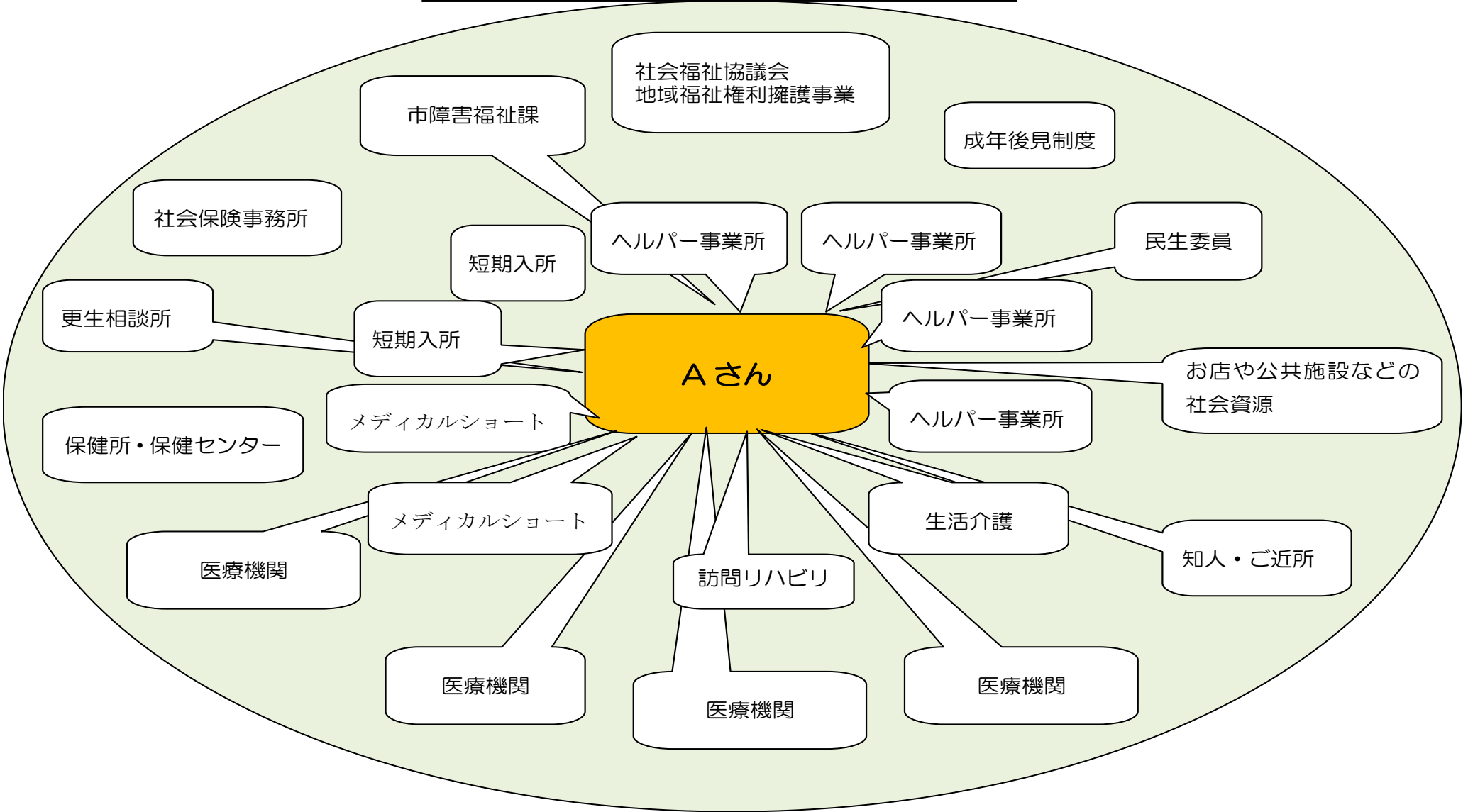
サービス等利用計画の視点や質的变化



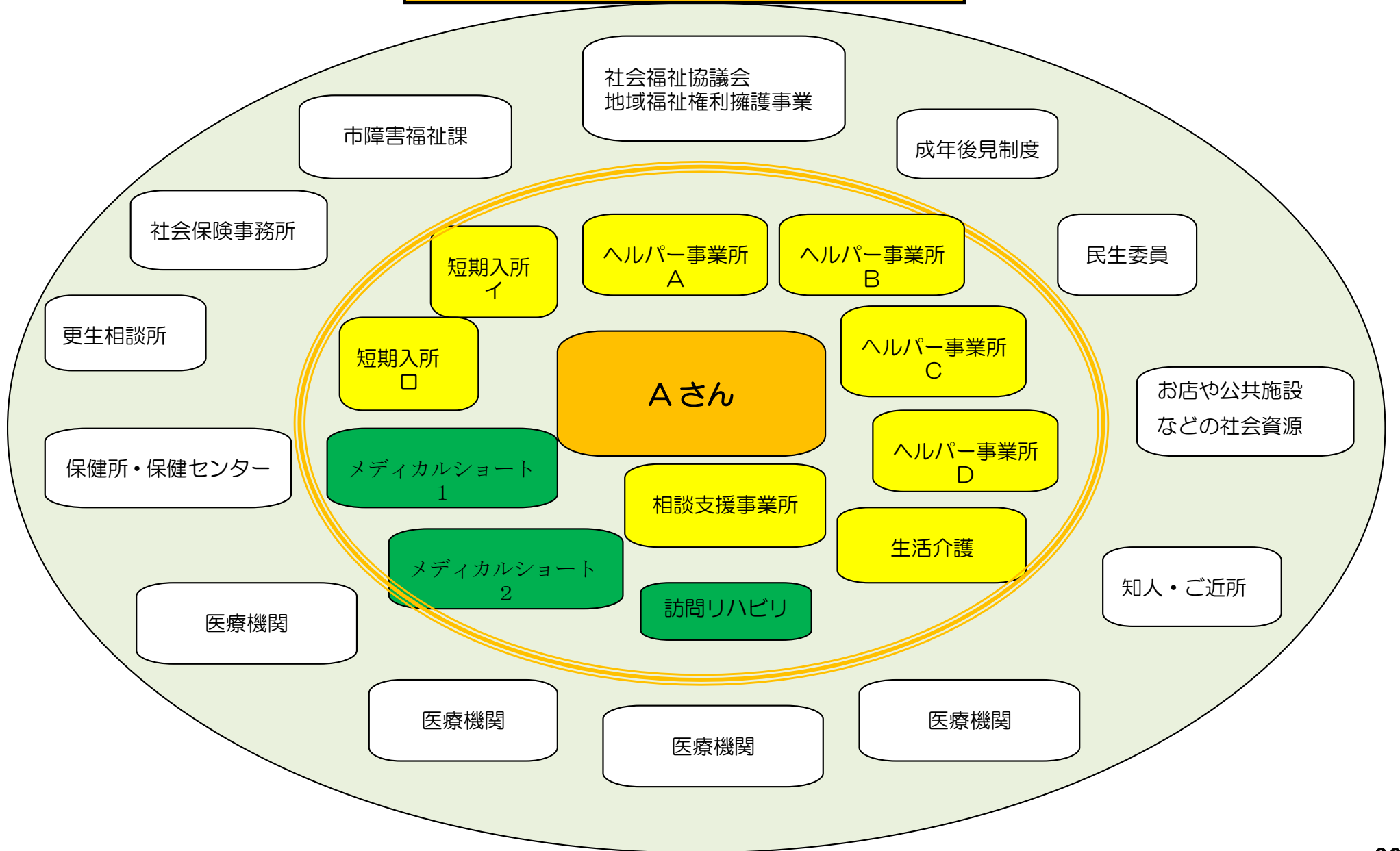


ともに考える姿勢が大切

Aさん支援体制（計画相談実施前）



Aさん支援体制（計画相談実施後）



(3) 連携の意味を考える

- ・チームで支援するということは
支援目標を明確化し共有する
争わない、支援者お互いの立場を認め合う
役割を果たす人材で構成されている
1人勝ちしない
- ・See→Think→Plan→Doのプロセス
利用者の状況に応じ個別性の高いサービスを提供

(4)さまざまな会議を活用した人材育成

- ・(自立支援)協議会・サービス担当者会議・事例検討会等に参加することで、横のつながりを持つ
- ・自己の実践を振り返り、支援内容の客観的な評価・可視化ができる
- ・事業所レベルから捉えれば、連携を学ぶ機会として、中堅職員等の育成対象職員を同席させることで人材育成が促進される



3. 障害福祉計画と自立支援協議会の活用

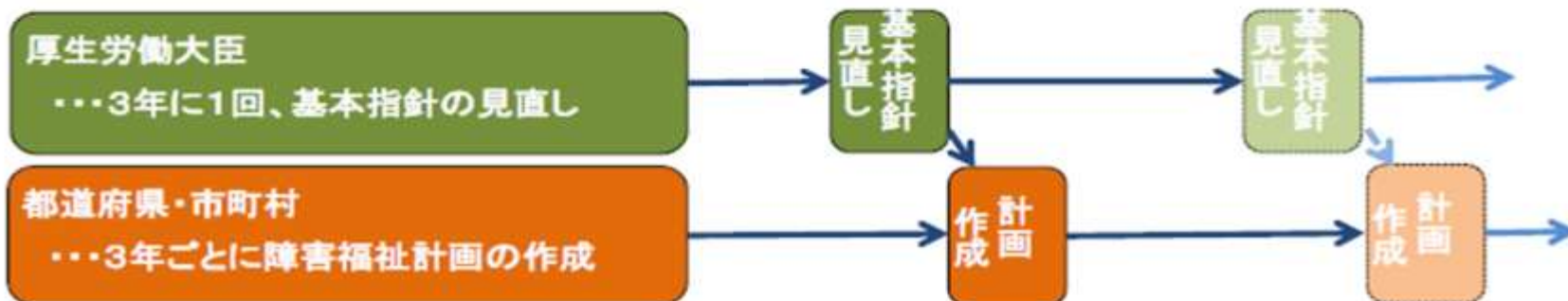
- (1) 障害福祉計画について
- (2) ニーズキャッチの方法の違い
- (3) 自立支援協議会の活用

(1) 障害福祉計画について

障害福祉計画と基本指針

- 基本指針(厚生労働大臣)では、障害福祉計画の計画期間を3年としており、これに即して、都道府県・市町村は3年ごとに障害福祉計画を作成している。

	H24	H25	H26	H27	H28	H29
第1期計画期間 18年度～20年度	第2期計画期間 21年度～23年度			第3期計画期間 24年度～26年度		第4期計画期間 27年度～29年度
平成23年度を目標として、地域の実情に応じた数値目標及び障害福祉サービスの見込量を設定	第1期の実績を踏まえ、第2期障害福祉計画を作成			つなぎ法による障害者自立支援法の改正等を踏まえ、平成26年度を目標として、第3期障害福祉計画を作成		障害者総合支援法の施行等を踏まえ、平成29年度を目標として、第4期障害福祉計画を作成



(2) ニーズキャッチの方法と問題解決の手法の違い

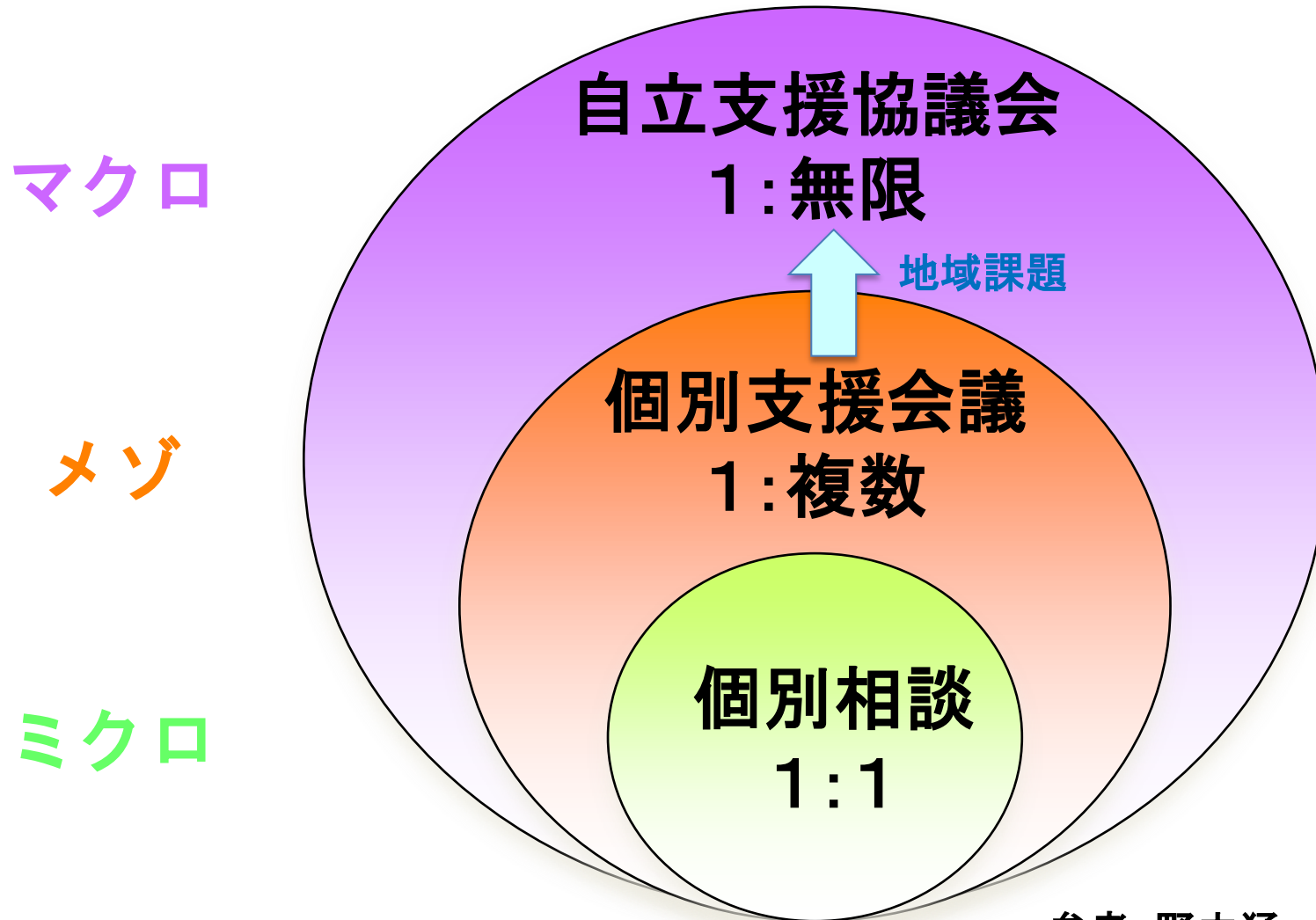
✦ 施策推進協議会と自立支援協議会は、表裏一体での運営も可能だが…

	施策推進協議会	自立支援協議会
ニーズや課題	<ul style="list-style-type: none"> 市民へのアンケートや団体へのヒアリング、パブリックコメントなどを中心に行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援事業などによる、実践（個別支援会議やケアプラン）を中心にして行う。
目標	<ul style="list-style-type: none"> 施策化することや推進することに当面の目標がある 	<ul style="list-style-type: none"> 制度を柔軟に活用することや社会資源に新たな役割を付与すること。 施策化が必要な場合には、推進協議会に意見具申する
時間軸	<ul style="list-style-type: none"> 時間をかけて定期的に行う 	<ul style="list-style-type: none"> レスポンスよく行ったり、時間をかけたりケースバイケース

(3) 自立支援協議会の活用

- 「協議会」は個別事例をもとに地域課題(社会資源の過不足・質等)を抽出して課題解決のためのポイントは何かを、地域(チーム)で考えだそうとする協働の場
- 対応に苦慮している事例がある場合、事例検討やスーパービジョン(評価・検証)、研修等の提案、企画、参加

個別支援から自立支援協議会へ



参考:野中猛 小澤温

個別支援から
協議会へ

マクロ

自立支援協議会

メゾ

事例共有（レビュー）
事例検討

地域課題抽出

メゾレベルで
ニーズキャッチする

ミクロ

個別支援
（相談支援）

段階イメージ

参考：野中猛 小澤温

ご清聴ありがとう
ございました

