

【講義 3】

**相談支援専門員によるサービス等利用計画と
サービス管理責任者による個別支援計画の関係**

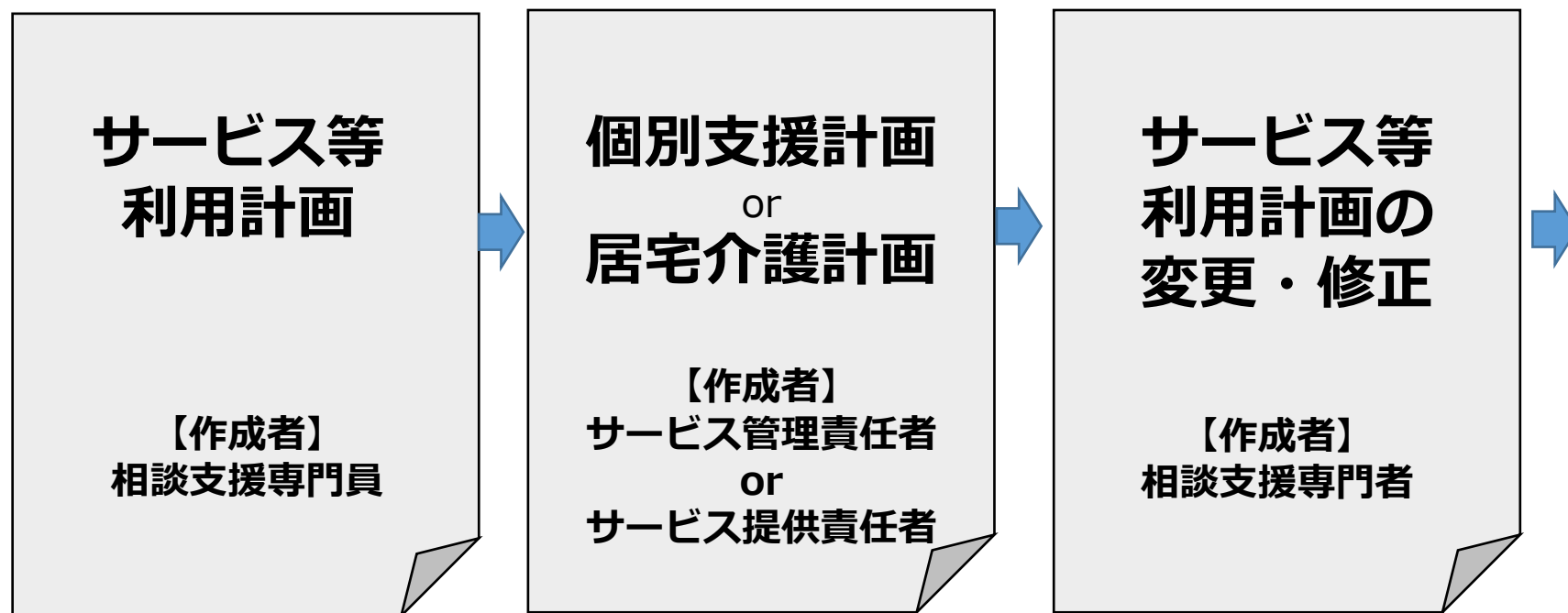
この講義のねらい

総合的な援助の方針であるサービス等利用計画と個別支援計画の関連性、その前提としての連携について理解する。

(内容)

1. サービス等利用計画と個別支援計画の関連性、その前提としての連携について
2. サービス等利用計画は「総合的な援助計画であり、将来計画であること」を理解する。
3. 個別支援計画は、それぞれの事業内容に基づいた、計画であることを理解する。
4. サービス等利用計画と個別支援計画の調整等に関してサービス担当者会議等を活用することを学ぶ。

サービス等利用計画と個別支援計画の関係

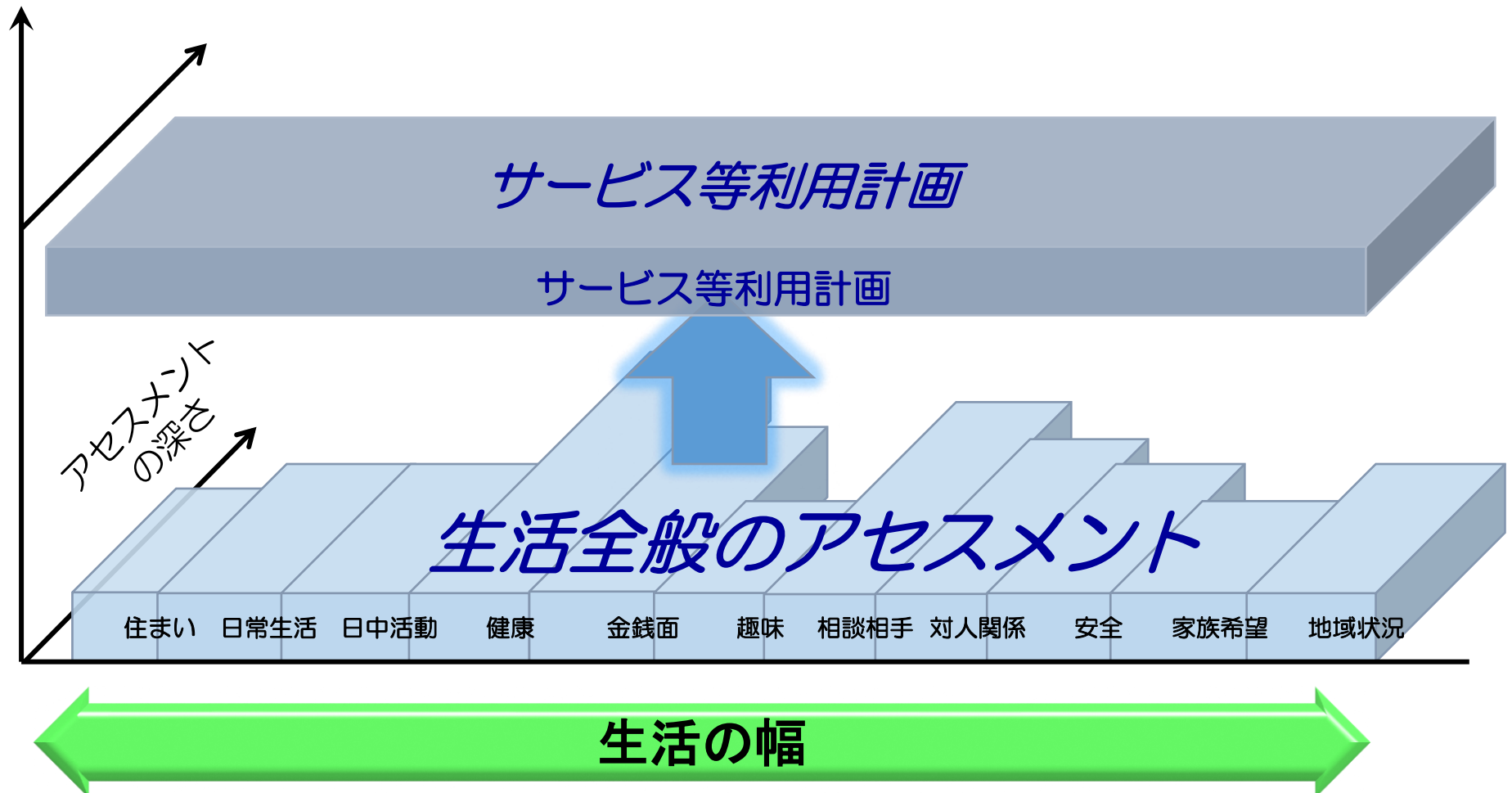


- 利用者のニーズの変化に応じた細かな支援の**変更**が必要
- そのために、支援会議が重要になる

(相談支援専門員が作成する) サービス等利用計画

【サービス等利用計画】

生活全般をアセスメントし、本人の願いを中心に、生活や支援の全体像を示したもの
(相談支援専門員によるサービスを繋ぐ支援)

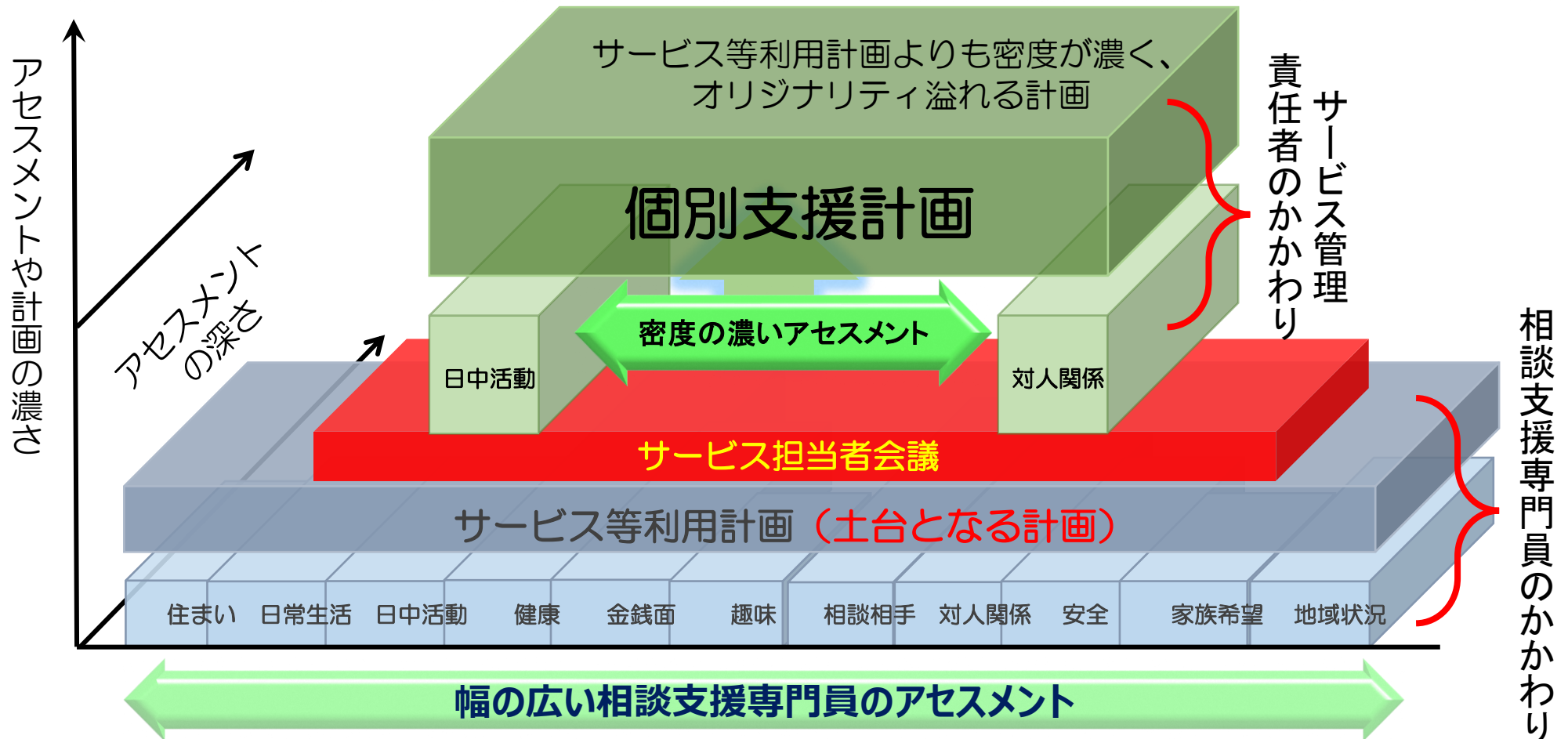


(サービス管理責任者が作成する) 個別支援計画

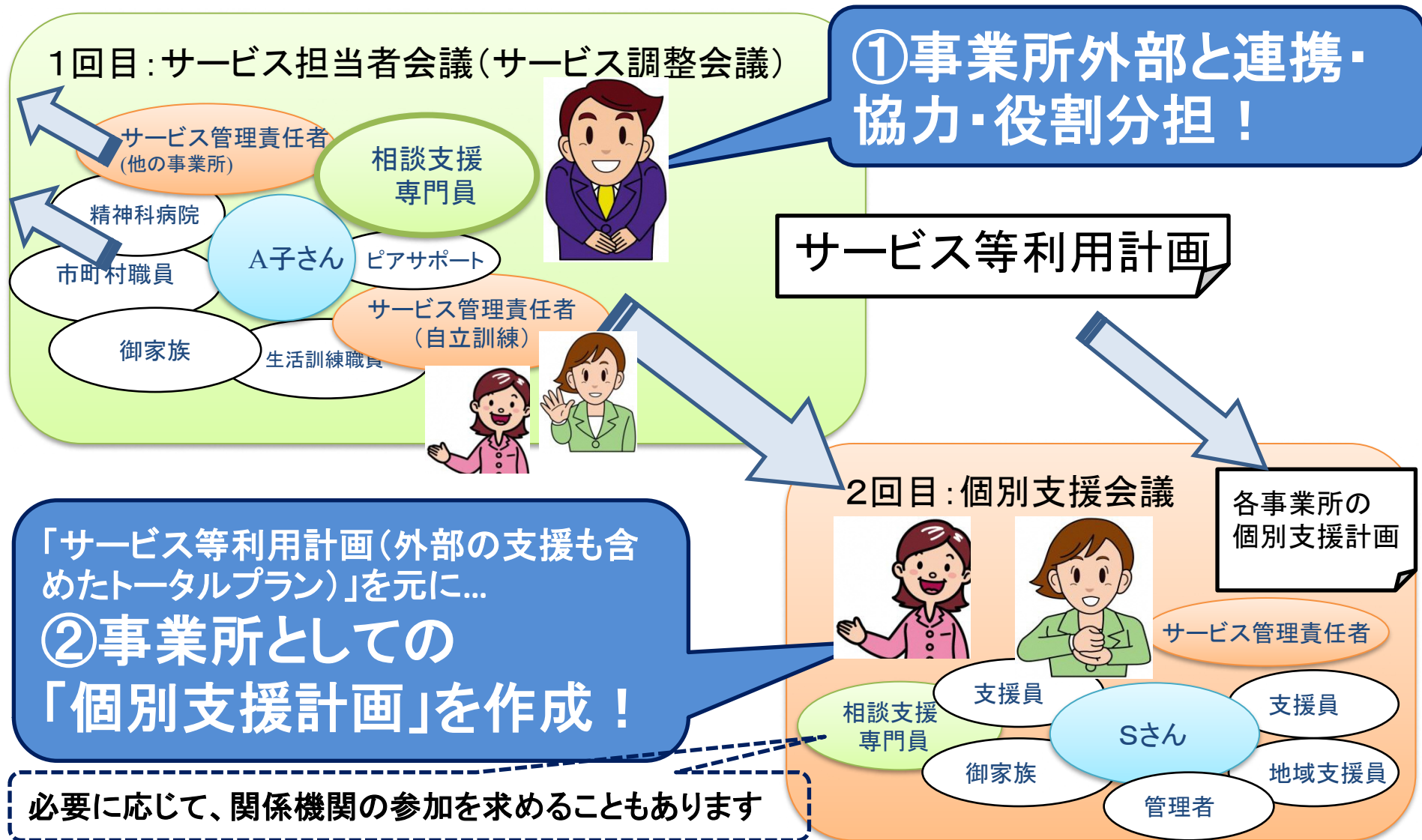
【個別支援計画】

必要なアセスメントをさらに深め、本人の願いをかなえるために、より具体的な支援内容を盛り込んだもの

(サービス管理責任者による深める支援)



外部とつながる「サービス担当者会議」と 内部で深める「個別支援会議」



「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

サービスマップ 1 計画表

利用者氏名: SN さん 記入年月日: 〇年〇月〇日

到達目標

(1)長期(内容及び期間等)
「ああああああああああああああああああああ」 「いはいはいはいはいはいはいはいはいはい」

(2)短期(内容及び期間等)
「うううううううううううううううううううううううう」 「ええええええええええええ」 「おおおおおおおおおお」

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 (曜日・時間・期間等)	サービス提供機関 (提供者・担当者・構要素)	優先 順位
あいいうお	ああああああああああああああああああああ	・現在～2か月間 ・毎日、朝食と夕食後	GH・GH世話人	2
かきくけこ	いはいはいはいはいはいはいはいはいはいはい	・1～2か月間 ・週に1回	自立訓練事業所	4
さしすせそ	うううううううううううううううううううううううう うううううううううううううううううううううううう	・現在～1か月間 ・毎週日曜、1～2回	札幌支援事業所 (ジョブコーチ)	2
たちつてと	ええええええええええええええええええええええええ	・現在～3か月間 ・休日のみ	札幌支援事業所	7
なにぬねの	おおおおおおおおおおおおおおおおおおおお おおおおおおおおおおおおおおおおおおおお	・現在～2か月間 ・週に1回	GH・GH支援員	5
はひふへほ	ああああああああああああああああああああああ ああああああああ	・現在～1か月間 ・毎日、朝食と夕食後	市町村担当職員 相談支援事業所	1
まみむめも	いはいはいはいはいはいはいはいはいはいはい	・現在～2か月間 ・見守りは毎日、確認は週に1回	GH世話人	

①サービス管理責任者も出席したサービス担当者会議で、総合的な支援計画である（フォーマル・インフォーマル両方の）「サービス等利用計画」が作成される。それに基づき…

2

グループホーム・ケアホーム事業所で行う個別支援計画

グループホーム・ケアホーム事業所で行う個別支援計画

記入年月日 /

利用者の氏名 /

支援目標

(1)長期(内容及び期間等)

(2)短期(内容及び期間等)

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・回数等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	担当者	優先 順位

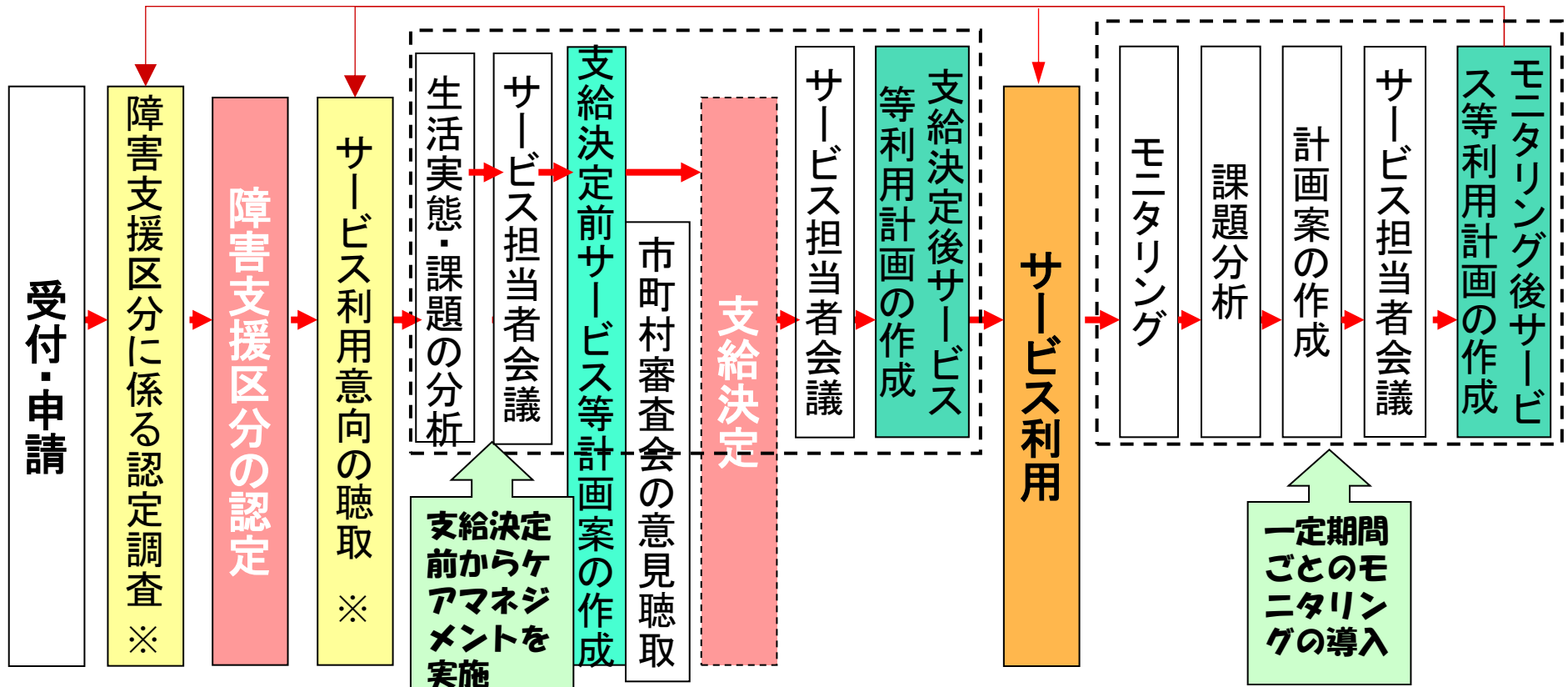
②サービス管理責任者は事業所で個別支援会議を開き、支援計画をより具体化して共有し、事業所独自の支援計画を加え「個別支援計画」を作成する。

モニタリングを通して、①と②は相互に影響しあう関係である。

サービス利用の過程における連携の必要性

- サービス等利用計画案の作成を支給決定前とする。市町村は、生活実態やニーズに基づき作成されたサービス等利用計画案に基づき支給決定を行うこととなる。
- サービス等利用計画に基づくサービスの利用が、当該障害者のニーズを満たすために適合しているかを確認する → 一定期間ごとのモニタリングの実施

【見直した後の一連のプロセス】



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

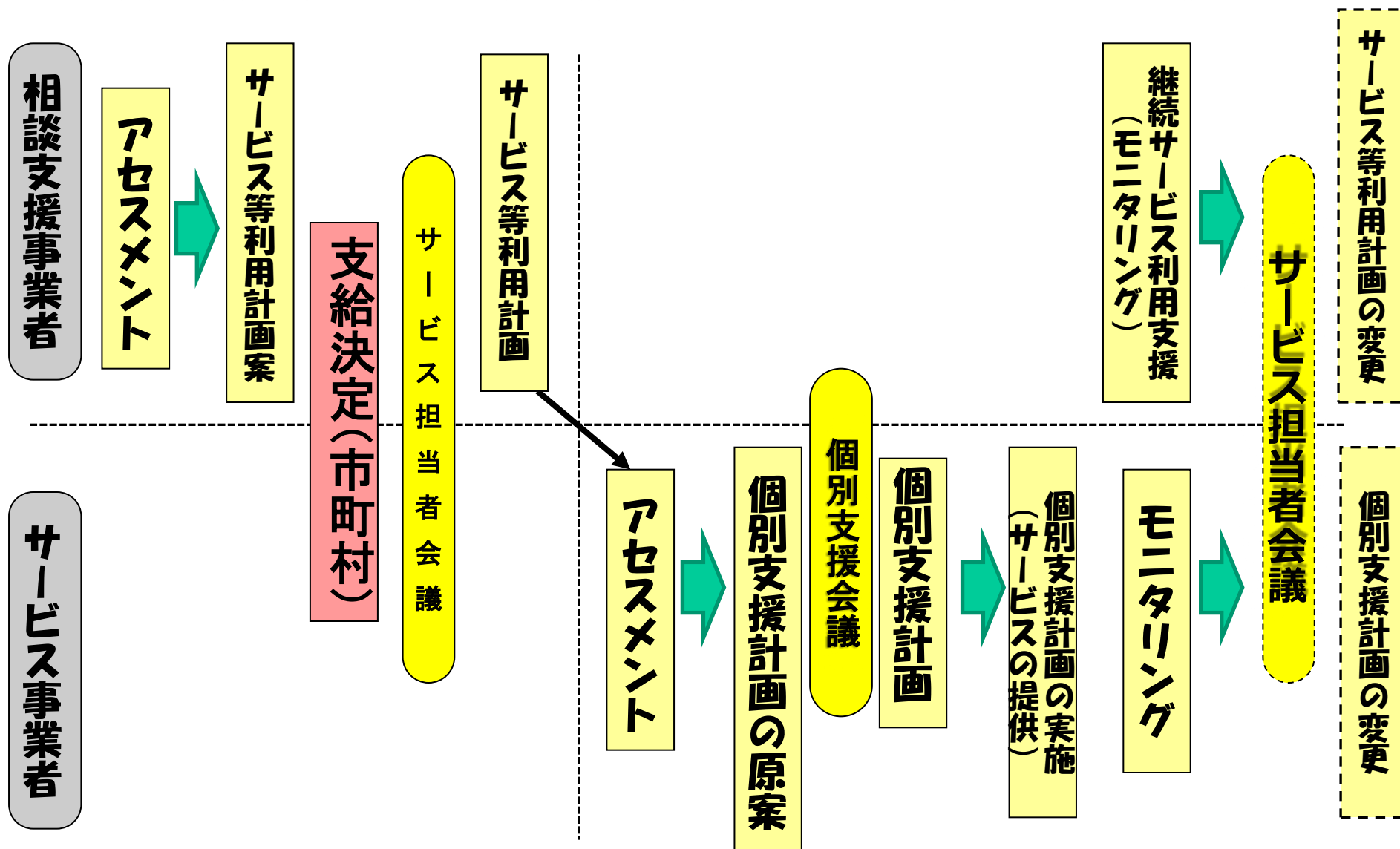
アセスメント

- ・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。

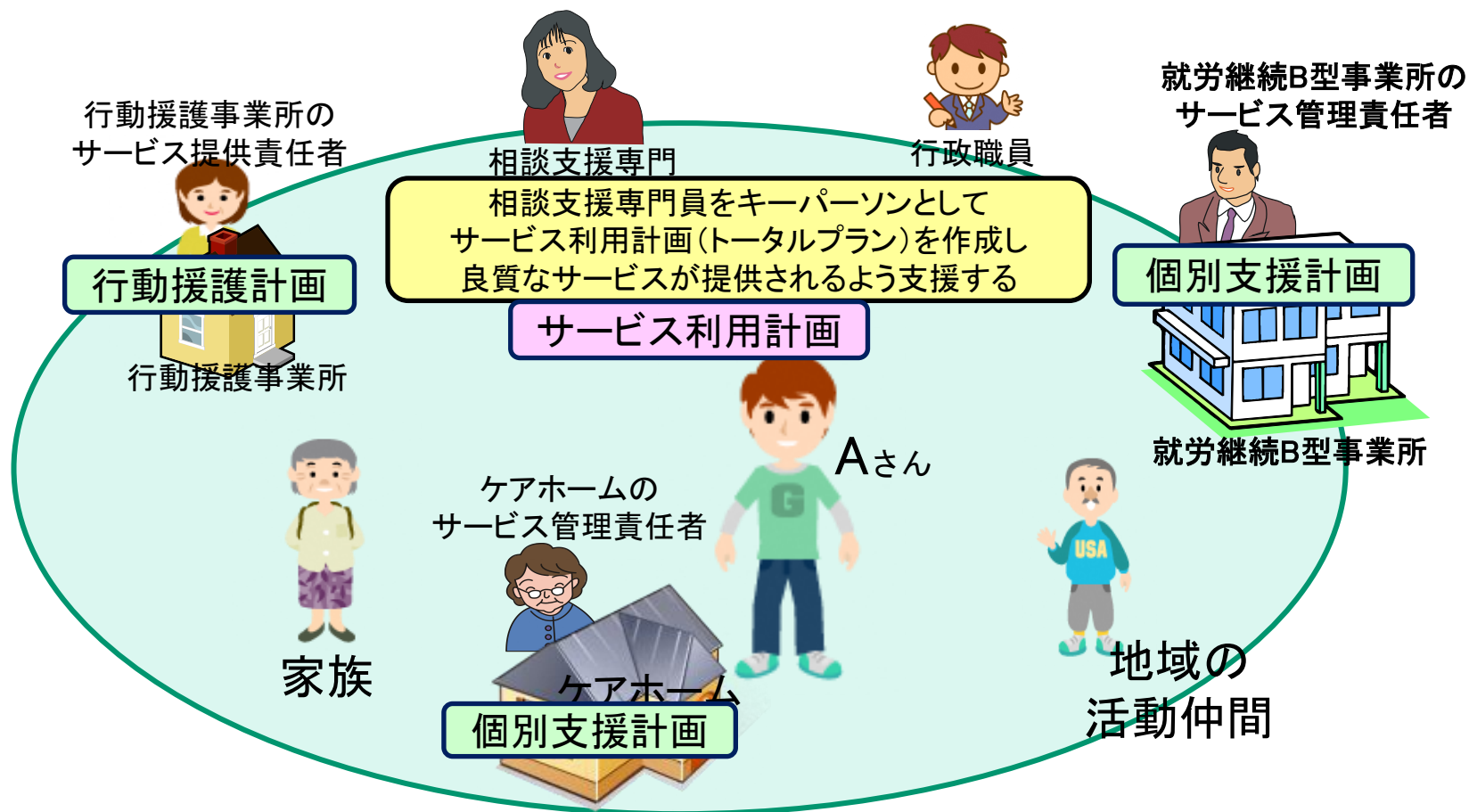
指定特定相談支援事業者（計画作成担当）と障害福祉サービス事業者の関係



相談支援専門員とサービス管理責任者の連携イメージ

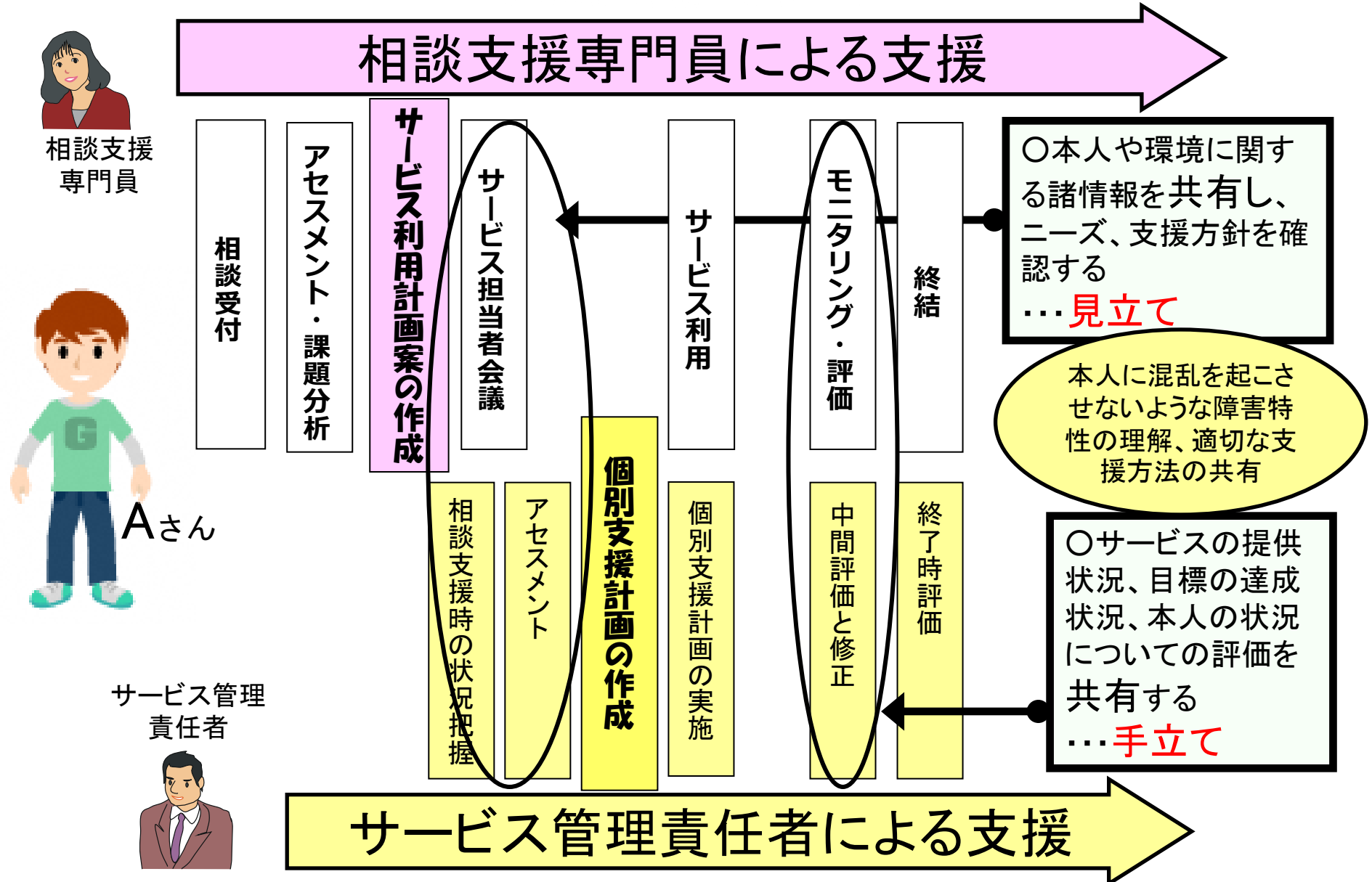
－Aさんの事例から－

自宅からケアホームに入居して2ヶ月経ったAさん。特定のこだわり行動による混乱も徐々に解決され、生活にも慣れてきた。日中は就労継続B型事業を利用している。休日には行動援護を使って地域の活動への参加が始まって楽しみが増えてきた。



サービス管理責任者との連携イメージ

－Aさんの事例から－



1. 連携による支援とは

- (1) サービス管理責任者は、なぜ連携が必要か
- (2) サービス事業者の責務（法的位置づけ）

(1) サービス管理責任者は、なぜ連携が必要か
(整理してみる)

ずっと必要・大切だといわれ続けている『連携』 そもそも『連携』とは？

れんけい【連携】

（名）スル〔「連絡提携れんらくていけい」の意〕

○連絡を密に取り合って、一つの目的のために一緒に物事をする事。

「一プレー」「父母と教師の一を密にする」「関係諸機関が一して研究開発を行う」
〔同音語の「連係・連繫」は物事と物事，人と人との間のつながりのことであるが，それに対して「連携」は連絡を取り合って一緒に物事を行うことをいう〕 大辞林 第三版の解説

他にもこんなに

多職種連携、地域連携、地域医療連携、医療介護福祉連携、産官学連携、教育連携、他部門連携、大学連携、官民連携、産学連携、公民連携……

もっと根本・もっと本質 そもそも、なぜ『連携』をしようとしているのか？

戻るところ・立ち返るところ

- ・誰もが、住み慣れた(希望する)地域で安心して暮らし続けられる。
- ・24時間365日の安心を実現するため。



戻るところ・立ち返るところ

- ・個々の障害児者のニーズを支える(満たす)ため。

障害者基本法 第一条 (目的)

この法律は、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、障害の有無によつ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**、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策に関し、基本原則を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策の基本となる事項を定めること等により、**障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。**

障害者総合支援法 第一条 (目的)

この法律は、障害者基本法の基本的な理念にのっとり、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、**障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付、地域生活支援事業その他の支援を総合的に行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。**

なぜ連携が必要なのか？……挙げてみる

障がい児者のニーズに基づいたサービスを提供するため、以下のような場合に、連携が必要不可欠になる。

- 障害児者ニーズは、常に変化するもの。新たなニーズへの対応ができない場合。
- 個別支援計画書に「実現できなかったニーズ」、「反映できなかったニーズ」がある場合。
- 事業所としての関わりが部分的で、生活の全体像が見えない場合。
- 複数のサービスを使い分けて、生活している利用者の場合。
- 迅速な対応が必要なニーズと、時間を掛けて間違いのない結果をだすニーズを混同している場合。
- 複合的なニーズを有し、サービスが有効かつ効果的に使われていない場合。
- 専門的なアセスメントが必要な場合。（医療・保健・教育など）
 - ※ 一担当者や一事業所の限界を知ること
- 意思疎通やニーズ表出が難しく、ベストインタレスト（最善の利益を生み出す決定）を、追求しにくい場合。
- その他……



なぜ連携が必要なのか？……整理してみる

連携の必要性の例を挙げてみる

連携の必要性を見る3つの軸

①利用者のニーズに関する軸

相互に関連

- ・ライフサイクルや成長、重度化等あらたなニーズやニーズの変化が生じてきている場合
- ・複合的なニーズや複数のサービスを使い分けて生活している場合
- ・満足度が低い場合やサービスがマンネリ化してしまっている場合
- ・意思疎通やニーズの表出が難しく、ベストインタレスト（最善の利益を生み出す決定）の追求が必要な場合
- ・家族ニーズや、その他の周辺環境に巻き込まれてしまっている場合 など

②支援者・事業所・組織に関する軸

相互に関連

- ・あらたなニーズやニーズの変化に対応できにくい場合
 - ・個別支援計画書に「実現できなかったニーズ」、「反映できなかったニーズ」がある場合
 - ・事業所としてのかかわりが部分的で、生活の全体像が見えない場合
 - ・緊急な対応や時間をかけての取り組みなどの混在や混乱、対応が困難な場合 など
- ※連携によるより質の高い効果的な支援、一担当者や一事業所の限界を知る。
※連携は、①、②、③にとって大きなメリット（人材・事業所の質の向上と地域の底上げ）

③関係機関・地域・まちに関する軸

- ・専門的アセスメントや関わりが必要な場合（医療・保健・教育など）
- ・社会参加や地域生活における様々な関わりが必要な場合
- ・事業所間で対応の統一や混乱をさせない支援ができていない場合
- ・地域にニーズを支える資源がない場合
- ・連携の土俵にのっていない場合 など

法・制度・責務・ささえる仕組み

連携の視点（整理した3つの軸を紐解く）

①利用者のニーズに関する軸

- ・ライフサイクルや成長等あらたなニーズやニーズの変化が生じてきている
- ・複合的なニーズや複数のサービスを使い分けて生活している場合
- ・満足度が低い場合やサービスがマンネリ化してしまっている場合
- ・意思疎通やニーズの表出が難しく、ベストインタレスト（最善の利益を生み出す決定）の追求が必要な場合
- ・家族ニーズや、その他の周辺環境に巻き込まれてしまっている場合

②支援者・事業所・組織に関する軸

- ・あらたなニーズやニーズの変化に対応できにくい場合
- ・個別支援計画書に「実現できなかったニーズ」、「反映できなかったニーズ」がある場合
- ・事業所としてのかかわりが部分的で、生活の全体像が見えない場合
- ・緊急な対応や時間をかけての取り組みなどの混在や混乱、対応が困難な場合
- ※連携によるより質の高い効果的な支援、一担当者や一事業所の限界
- ※連携は、①、②、③にとって大きなメリット（人材・事業所の質の向上と地域の底上げ）

③関係機関・地域・まちに関する軸

- ・専門的アセスメントや関わりが必要な場合（医療・保健・教育など）
- ・社会参加や地域生活における様々な関わりが必要な場合
- ・事業所間での対応の統一や混乱をさせない支援ができていない場合
- ・地域にニーズを支える資源がない場合
- ・連携の土俵にのっていない場合 など

○利用者の個別性・多様なニーズに答えていくためには、個人や事業所として、完結したサービス提供のみでは対応が難しくなる。

→（１）完結型支援からオープン型支援へ

○対応できないニーズや新たな地域社会との繋がり、俯瞰的な生活全体像を見ながらの支援には機関等連携が不可欠となる。

→（２）個別支援計画書は連携ツール

○連携はニーズに応えることをベースにしながらも、支援者や事業所の質の向上や地域のネットワークによる支援の底上げにも繋がる。

→（３）連携の意味を考える（専門性とチーム力を高める）

○連携を考える場合、実は事業所・組織の部門間連携等と類似する。事業所内のチームワーク

→（４）事業所内（組織）、部門間連携を考える

○そのためには、サービス担当者会議や事例検討等のＯＪＴや他者との関わり、人材育成が重要となる。

→（５）さまざまな会議等の活用

→３．協議会等の活用と活性化

連携の視点（整理した3つの軸を紐解く）

（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（ケアマネジメント体制の構築・強化）

・利用者の個別性・多様なニーズに答えていくためには、個人や事業所として、完結したサービス提供のみでは対応が難しくなる。

（２）個別支援計画書は連携ツール

・対応できないニーズや新たな地域社会との繋がり、俯瞰的な生活全体像を見ながらの支援には機関等連携が不可欠となる。

（３）連携の意味を考える（専門性とチーム力を高める）

・連携はニーズに応えることをベースにしながらも、支援者や事業所の質の向上や地域のネットワークによる支援の底上げにも繋がる。

（４）事業所内（組織内）連携、部門間連携を考える

・連携を考える場合、実は事業所・組織の部門間連携等と類似する。事業所内のチームワーク。

（５）さまざまな会議等の活用

・そのためには、個別支援会議、サービス担当者会議や事例検討等のOJTや他者との関わり、人材育成が重要となる。

（１）完結型支援からオープン支援へ①

- ・人の生活を多面的に捉え、多職種協働で行うことを基本と考える。
- ・同じものを見ていても、価値観や視点の違いにより、見ているものは同じでも、見えていない時がある。
- ・黒電話から携帯電話へ（ニーズや時代に合わせて常に変化する福祉サービス）
- ・今までの業務を見直し、業務の無駄や行わないことも見つけながら、支援会議の開催、個別支援計画書の作成、モニタリング、エバリュエーション（**evaluation：事後評価**）等を定期的に行なう体制を作る。
- ・抱え込みや過剰な支援がないかなどのチェックが常に行える体制（チームアプローチ強化と権利擁護）
- ・サービス向上を絵に描いた餅にしないための、重要な体制・システムづくりと捉える。

（１）完結型支援からオープン支援へ②

○ケアマネジメント体制の強化と構築

- ・最初（サービス提供開始時）に着ていた洋服（サービス）も、本人や周りの環境に変化が生じ、サイズの合わない洋服（サービス）になっている場合があります。（地域に点在し、変化する社会資源を点検する）
- ・変化がない場合に、原因を本人だけに求めない（事例共有や事例検討を定期的に実施する）
- ・満足度が上がらない場合、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勇気を持つこと。（提供しているサービスの否定にはあたらない）

例えば……ある事例

- 30代 男性 知的（軽度）・視覚（弱視）・言語障害。
- 幼少期タンスの上のテレビが落ちてきて頭部強打、受傷。
- 特別支援学校から、老舗の授産（⇒就労B）、自宅から自転車で通所。
- 最近、ミスも多く作業効率の低下。注意しうなずくが…
- 所長は、ちゃんとやらせなさいと。
- 繰り返しているうちに、行きたがらなくなりやめてしまった。
- …自宅ではこもりがちに→→→母親にあたるように→→

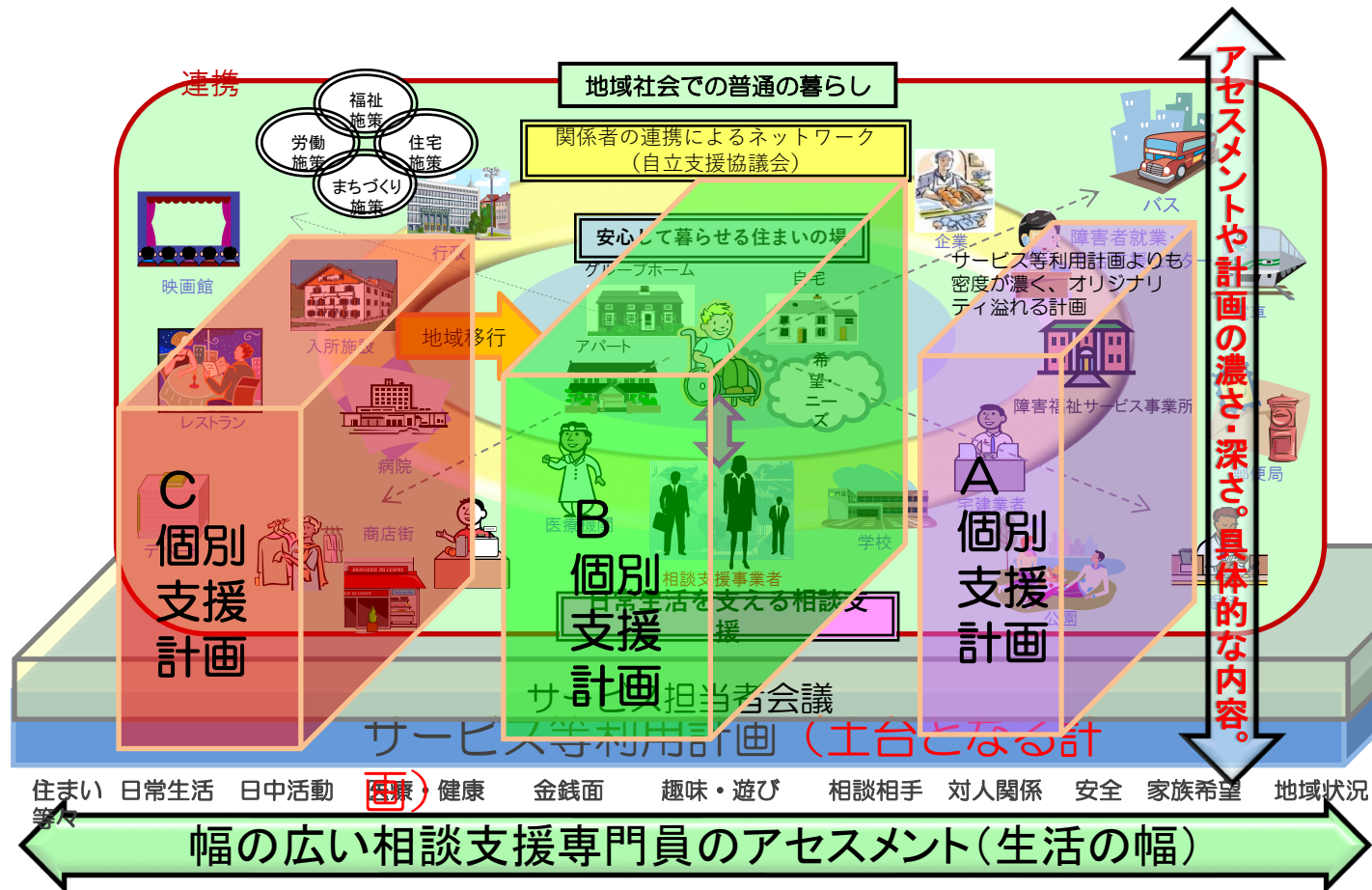
①どんなことが考えられるか？

②実は…

※これは…この後の、連携、チーム、専門性にもつながる

（２）個別支援計画書は連携ツール ～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と個別支援計画～



【個別支援計画】

- ・生活全般を見ながら本人の願いをかなえるために、必要なアセスメントをさらに深め、個別なニーズに対し、より具体的な支援内容を盛り込んだもの

【サービス等利用計画】

- ・生活全般をアセスメントし本人の願いを中心に生活や支援の全体像、将来像を考慮しながらトータルに示したもの

(2) 個別支援計画書は連携ツール①

○サービス等利用計画書と個別支援計画書を何かに例えると…

◇建築業界において、「設計図」とは、設計者がお客や公的機関に提出する為に作成する図面で、お客さんのニーズに沿って作成された部屋の広さや高さ、仕上げ、形状がわかる図面です。

◇「施工図」は、設計図を元にして、壁の厚さ、芯の振分け、天板の巾、材料の厚さ、高さなど実際の現場を管理する人が必要な寸法を決定しながら作成する図面です。この図面を元に、各職種が材料の手配、加工などを行います。

◇実は、建築は設計図ではなく施工図によって具現化するものであり、施工図が品質に直接的影響を及ぼす重要なものとなっています。

◇ひとつの家を作り上げるには、複数の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。

（２）個別支援計画書は連携ツール②

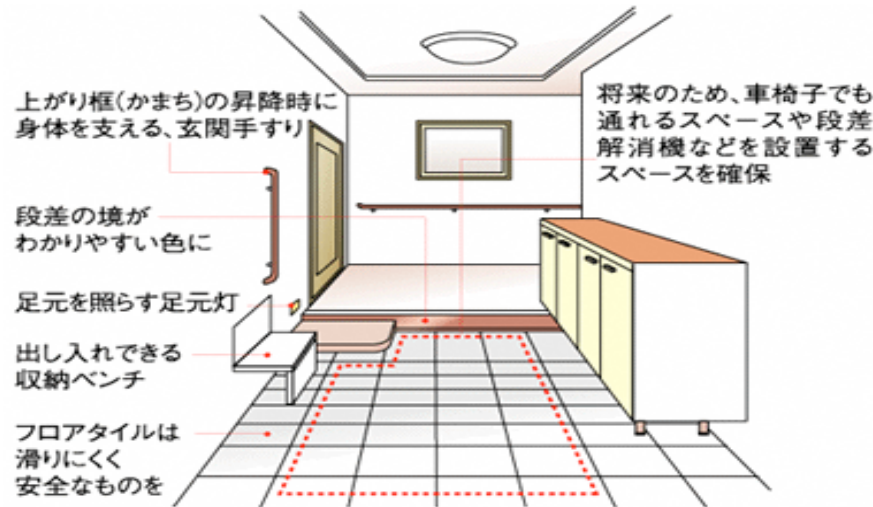
設計図を翻訳・具体化した施工図により、それぞれの職人さんが具体的な寸法や形状、材料など理解し、発注・制作が具体的に進むことになります。施工図の出来・不出来は、建築の出来栄えや善し悪し、効率にも左右することになります。

上記の「設計図」を「サービス等利用計画書」に、「施工図」を「個別支援計画書」に置き換えると、「サービス等利用計画書」と「個別支援計画書」の関係性が理解しやすくなります。

まだまだ、サービス事業者が先に関わりを持ち本人との関わりも情報も多く持っていることでしょう。しかし、後から関わる相談支援専門員は不要ではなく、支援を受ける人について重要な経過管理者となります。また、幅広く地域の情報が集まり、事業所間の連携や齟齬の改善など、チームとして役割分担し協働していくことが大切です。

自事業所で相談支援を持っている場合、あなたの仲間の相談支援専門員さんは、何かに苦しんでいませんか？

設計図

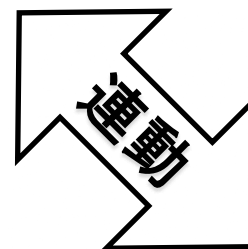


施工図

(設計図)



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」

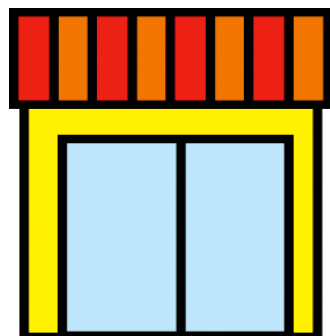


個別支援
計画書

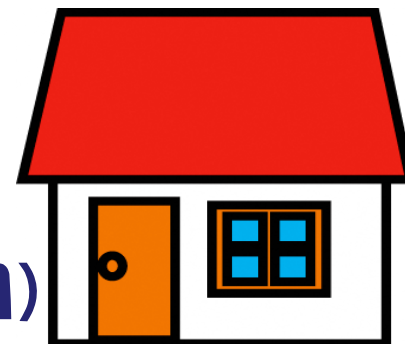
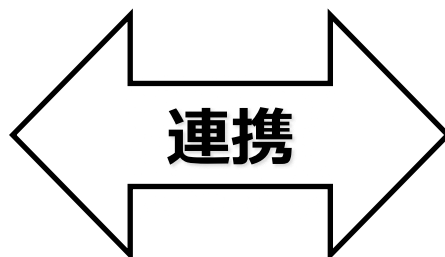
個別ニーズ
「パン屋さんで働きたい」

個別支援
計画書

個別ニーズ
「ホームで暮らしたい」



(施工図)



(施工図)

計画の流れ関係性

相談支援専門員

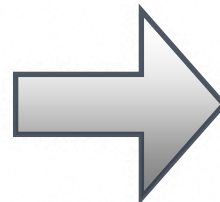
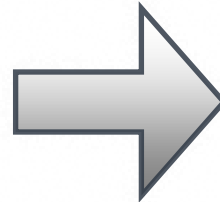
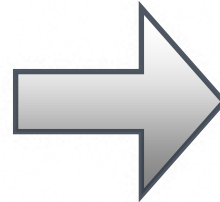
サービス等利用計画

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
会いたい



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）

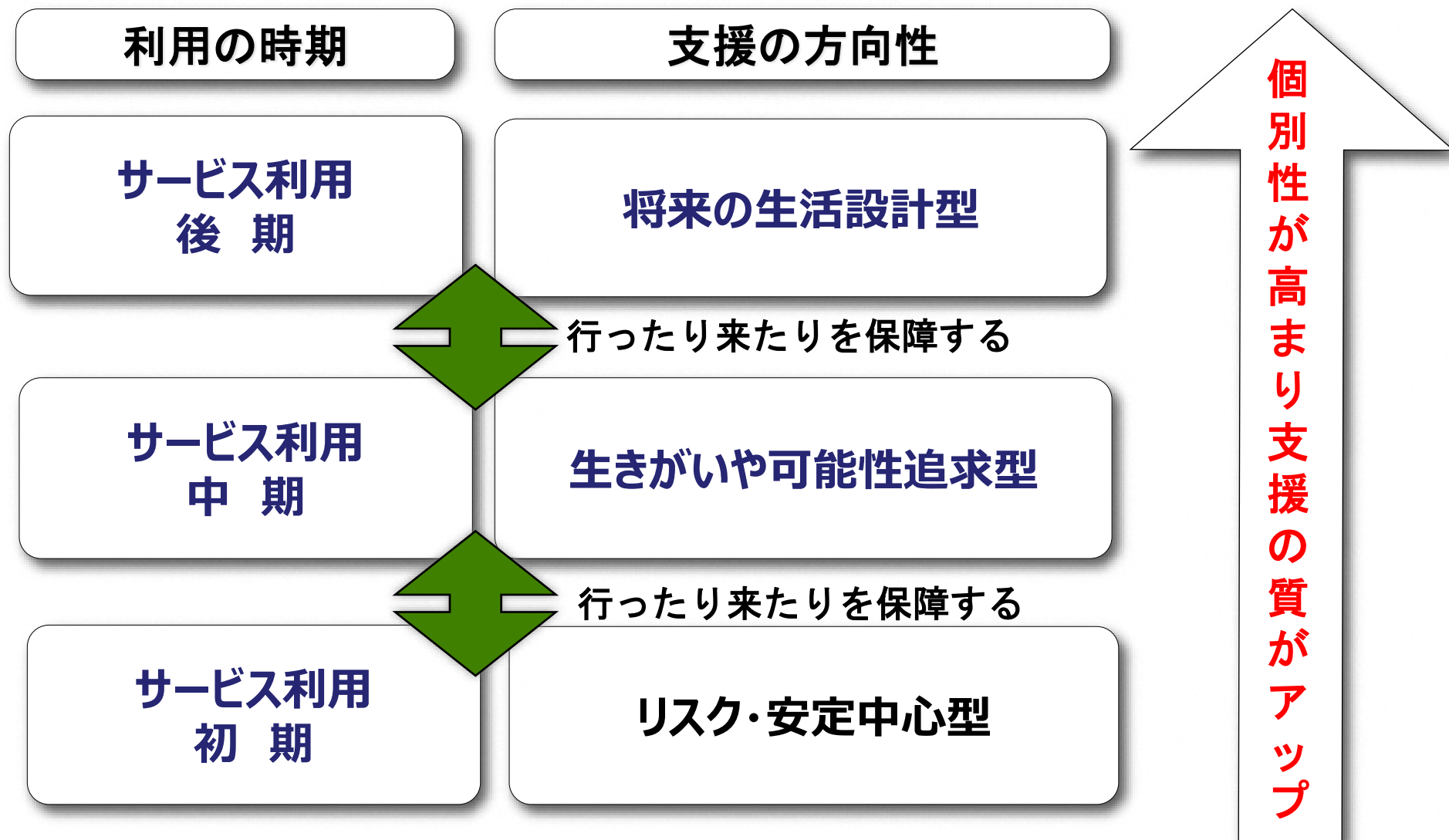
インフォーマルサービス
家族 友人 先生の協力・助け合い

（２）個別支援計画書は連携ツール③

○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（つなげてもうまいかない場合）
- ・相談支援専門員とサービス管理責任者が、モニタリングのための会議等と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・個別支援計画の視点や質的变化



ともに考える姿勢が重要

（３）連携の意味を考える

○専門性とチーム力を高める

- ・連携することによりグループを作るのではなく、**チーム**を作る。（支援目標の明確化と共有）

○チームに必要な三つの条件

- ・目的や目標がある
 - ・ルールや決まりごとがある
 - ・目的、目標が成し遂げられる人材が揃っている
- +プラス、「モチベーション」

【チームとは】

- ある特定の目的のために、多様な人材が集まり協働を通じて相乗効果を生み出す少人数の集合体

- 連携することは、S e e → T h i n k → P l a n → D o のプロセスを回しながら、業務に当てること。（画一的なサービスではなく、包括的なアセスメントをきちんと行って、利用者の状況に応じた個別性の高いサービスを提供する。）

A photograph of a group of young men, likely athletes, huddled together in a circle. They are seen from behind, with their arms around each other's shoulders, suggesting a moment of unity or celebration. The lighting is warm, indicating it might be late afternoon or early morning. The background is slightly blurred, showing an outdoor setting like a sports field.

グループではなくチームを作る

（３）連携の意味を考える

○メイド・サーバント症候群（Maid-Servant Syndrome）

- ・誰かが考えたことを、指示された通りにやらされているのは、「メイド・サーバント的支援」といえるかもしれません。これは、もともと、施設ケアスタッフは世話をすることを仕事と思い何から何まで手を出してしまう（メイドさんや召使いになりきっている状態を比喻した用語）。また、施設入所者もケアしてもらうことを期待して受動的になってしまいます。
- ・ケアスタッフがメイド・サーバント的支援に陥ると、仕事の結果に責任を持ちません。「結果が悪かったのは指示をした方が悪い、自分はいわれた通りにきちんとやったのだから」と考えてしまいがちです。
- ・一方、入所者も決まったスケジュールにあてがわれるサービスの中、受動的で自己決定をすることもなく、興味関心を失うことなどの弊害があげられた。

◇ケアスタッフがメイド・サーバント症候群（的支援）に陥らないためにも、定期的に自分の仕事を検証する機会が必要となります。支援者全員で楽しみながら本人のゴールを目指したいものです。

(3) 連携の意味を考える

- ・一方、利用者に対しても自分の新たな可能性を見つけるきっかけにもなります。
(多角的視点からのストレングス支援やエンパワメント)
- ・質の高いサービスとは何か、サービスの質の向上に終わりはなく、常に変化、向上させていくということがとても重要です。(マンネリやパタナリズムの打破)
- ・定期的に提供しているサービスを振り返り・検証を行なうことができる体制作りが必要となります。一人に頼らず、チームで行なう。(チームアプローチの強化と徹底)
- ・「エビデンス ベース プラクティス」(EBP) エビデンスをベースにした実践がとても重要となる。
- ・人材の育成、強化 (チームのどこが強いところか弱いところか)

(4)事業所内(組織内)連携、部門間連携を考える

あなたの事業所（組織）は大丈夫？

～こんなことは起きてない？？～

これも
チームづくり

さまざまな職種が協力し連携し合って一人の利用者を支援しています。外部との連携がうまくいかない所は内部の連携も…。

送迎を兼務する生活支援員、相談員、ケアスタッフ、看護師、理学療法士等などが連携して一人の利用者を支援します。事業所業務を一人のスタッフがすべてこなすことはないでしょう。人員配置基準も含めスタッフ間でお互いに助け合いながら、チームとして気持ちよく業務を進めたいはずです。

○「中での健康管理があるから病院への送迎はやいません」
「排泄介助や入浴介助は、看護業務ではないのでやりません」ときっぱり言い切る看護師。



○「免許をとったら、送迎までやらされるから、とると損よね」と同じ生活支援員なのに。

○「この利用者何をしても文句ばかりなのよ。相談員さん相談にのってあげて、あなたの仕事でしょ」と吐き捨てるようなケアスタッフ。



○家族からの苦情の電話に「その日は自分はお休みでしたからよく分かりません」と答える生活支援員。



○「あなたたちは、リハのこと何も知らないでしょ、こっちの言った通りにしてくれればいい」と上から目線のセラピスト。



○「しかたないだろ、現場でなんとかしてくれ」と話も聞いてくれない総務事務担当



連携の意味やチーム作り、中から外へ。中が難しいときは、外部の人材をうまく使うことも必要でしょう

（５）さまざまな会議の活用

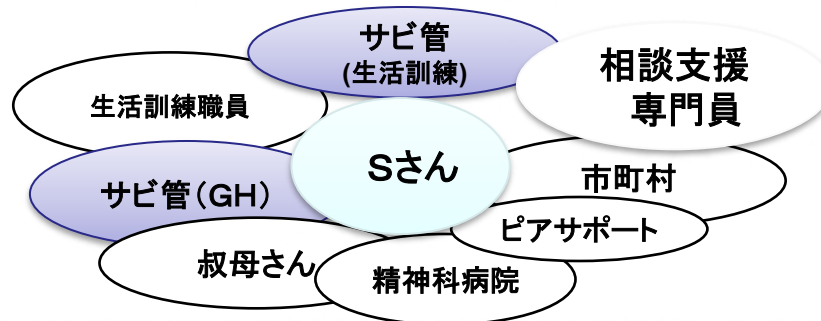
（５）さまざまな会議の活用

- 利用者のニーズを充足するために、連携の視点と軸を整理していくと、支援者・事業所・組織及び関係機関・地域・まちの軸の中で、連携をしていくための場の設定と実践が重要（不可欠）となる。
- また、この『場』は、双方における連携を強化するとともに、それぞれの人材育成やサービスの質の向上、地域の活性化にもつながるものである。
- 職場では、朝会（ミーティング）、グループ会議、Q C活動等々様々な会議がある中に、「個別支援計画作成会議」が含まれる。
- また、本人（利用者）を通した関係機関との連携実践は、「サービス担当者会議」となる。
- 次のステップとして基幹相談支援センターや（自立支援）協議会等を利用した検討・会議などが、地域づくりやまちづくりへとつながるものとなる。

会議の場を活用した連携

サービス管理責任者のつながる支援と深める支援

サービス担当者会議



つながる支援

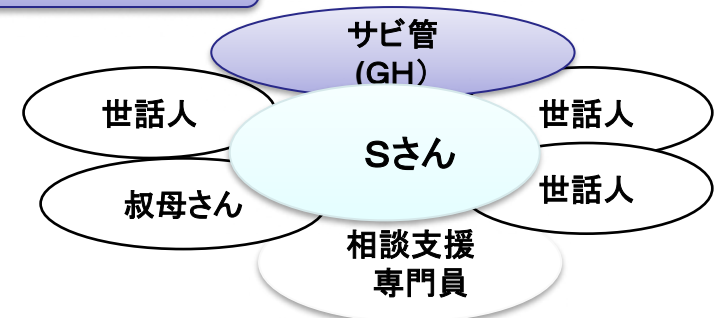
・サービス管理責任者は、相談支援専門員等と連携して、個別支援の課題を解決するためのチームをつくり、地域でサポートするためのネットワークを組織する。相談支援専門員によるサービス担当者会議に参加する。

相談支援専門員によるサービス利用計画は、トータルプラン

深める支援

・サービス管理責任者は、サービス利用計画をもとに、事業所内で個別支援会議を開き、個別支援計画(生活プラン)を作成する。

個別支援会議



サービス管理責任者による個別支援計画、生活プラン

なぜ「他者との“かかわり”」なのか

富士ゼロクス総合教育研究所 人材開発白書2009要約版より

社会人の能力開発の70%以上は経験によって説明できるといわれている。つまり、教育や研修が社会人の成長に寄与する部分はわずかであり、そのほとんどが職場での業務経験を通じてもたらされるというのである。

しかしながら、単に業務を経験しさえすれば成長できるわけではない。実際、成長につながるような経験があれば、そうでない経験もある。あるいは、同じ経験をしたとしても、成長できる人もいればできない人もいる。それでは、業務経験を通じて成長していくためにはどうすればいいのだろうか。

業務経験を本人の成長に結びつけるための重要な要素の一つとして、我々は「他者との“かかわり”」に着目した。

哲学者であり教育思想家でもあるデューイ（Dewey, J）は、経験とは自分を取り巻く環境との相互作用であるといい、発達心理学者のヴィゴツキー（Vygotsky, L. S.）は、個人の限界を超えるためには周囲の人々との相互作用が欠かせないと説明している。つまり、**業務経験を通じて成長するためには、「他者」という触媒が欠かせない**といえる。社会人は、他者からアドバイスを受けたり、他者と切磋琢磨したりして、あるいは他者をロールモデルとしたり、反面教師にしたりして、さまざまなことを学び取り、自己成長を遂げていくのである。

これは、さまざまな会議の中におけるさまざまな「関係者との“かかわり”」に置き換えることができる。

（５）さまざまな会議の活用（人材育成）

●サービス管理責任者等の関係者が、熱心に支援に取り組むほど、無意識に内に偏った・こもった・閉ざされた・囲い込みの支援となる傾向があります。そこで、「岡目八目」という囲碁からでた言葉で考え直してみます。「岡目八目」は、他人の囲碁を横から見ていると、対局者よりも冷静でいられるために、八目置かせるくらい有利というところから転じて、傍観者（第三者）のほうが当事者よりも物事の是非を、的確に判断できるという意味です。

●ですので、サービス担当者会議の司会進行役はサービス提供当事者ではない方が効果的で、相談支援専門員が中心に担うことが想定されます。当事者から見れば、相談支援専門員は自分のための支援者のひとりであり、サービス管理責任者にとっては大事なパートナーとなります。

(5)さまざまな会議の活用(人材育成)

- 具体的には、(自立支援)協議会・サービス担当者会議・事例検討会等、さまざまな場面で、横のつながりを持ち、自己の実践を振り返ることや支援内容の客観的な評価・可視化につながるものと考えられます。事業所レベルから捉えれば、ベテランのサービス管理責任者だけが参加するのではなく、その連携を学ぶ機会として、中堅職員等の育成対象職員を参加や同席させることで人材育成が促進されます。

（５）さまざまな会議の活用（人材育成）

会議等において業務を検証する、具来的なポイント

- 概要の確認（要約・見立て）
- 当事者主体と動機付け
- アセスメントの精度
- ニーズの焦点化（優先度・重要度）
- フォーマル、インフォーマルサービスの確認
- リスクマネジメントからストレングスマネジメント
- 弱みの中にも、強みはある
- 環境因子を考慮している
- チームアプローチが意識されている
- 地域課題の有無

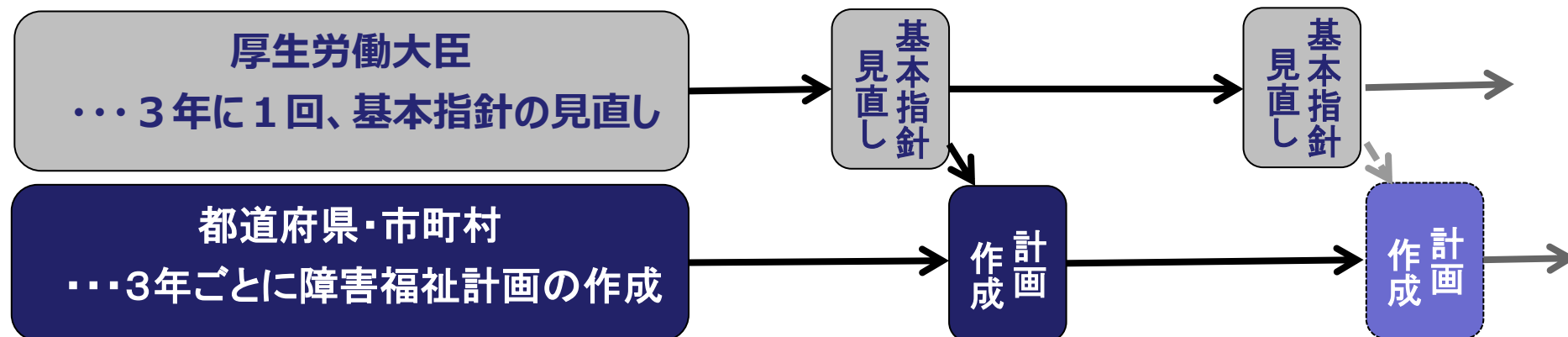
3. 障害福祉計画と（自立支援）協議会の活用

- （１）障害福祉計画について
- （２）（自立支援）協議会の活用
実践の見える化、社会化

(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。



第6期障害福祉計画及び第2期障害児福祉計画に係る基本指針の見直しについて

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。R2年5月に告示。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。計画期間はR3～5年度

2. 基本指針見直しの主なポイント

- ・ 地域における生活の維持及び継続の推進
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・ 相談支援体制の充実・強化等
- ・ 障害福祉人材の確保
- ・ 福祉施設から一般就労への移行等
- ・ 発達障害者等支援の一層の充実
- ・ 障害者の社会参加を支える取組
- ・ 「地域共生社会」の実現に向けた取組
- ・ 障害児通所支援等の地域支援体制の整備
- ・ 障害福祉サービス等の質の向上

3. 成果目標(計画期間が終了するR5年度末の目標)

① 施設入所者の地域生活への移行

- ・ 地域移行者数: R元年度末施設入所者の6%以上
- ・ 施設入所者数: R元年度末の1.6%以上削減

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- ・ 精神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数 316日以上(H30年時点の上位10%の都道府県の水準)(新)
- ・ 精神病床の1年以上入院患者数: 10.6万人～12.3万人に (H30年度の17.2万人と比べて6.6万人～4.9万人減)
- ・ 退院率: 3ヵ月後 69%以上、6ヵ月後 86%以上、1年後 92%以上 (H30年時点の上位10%の都道府県の水準)

③ 地域生活支援拠点等が有する機能の充実

- ・ 各市町村又は各圏域に少なくとも1つ以上確保しつつ年1回以上運用状況を検証、検討

④ 福祉施設から一般就労への移行等

- ・ 一般就労への移行者数: R元年度の1.27倍
うち移行支援事業: 1.30倍、就労A型: 1.26倍、就労B型: 1.23倍(新)
- ・ 就労定着支援事業利用者: 一般就労移行者のうち、7割以上の利用(新)
- ・ 就労定着率8割以上の就労定着支援事業所: 7割以上(新)

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等

- ・ 児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
- ・ 難聴児支援のための中核的機能を果たす体制の確保(新)
- ・ 保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
- ・ 主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
- ・ 医療的ケア児支援の協議の場(都道府県、圏域、市町村ごと)の設置及び医療的ケア児等に関するコーディネータの配置(一部新)

⑥ 相談支援体制の充実・強化等【新たな項目】

- ・ 各市町村又は各圏域で、相談支援体制の充実・強化に向けた体制を確保

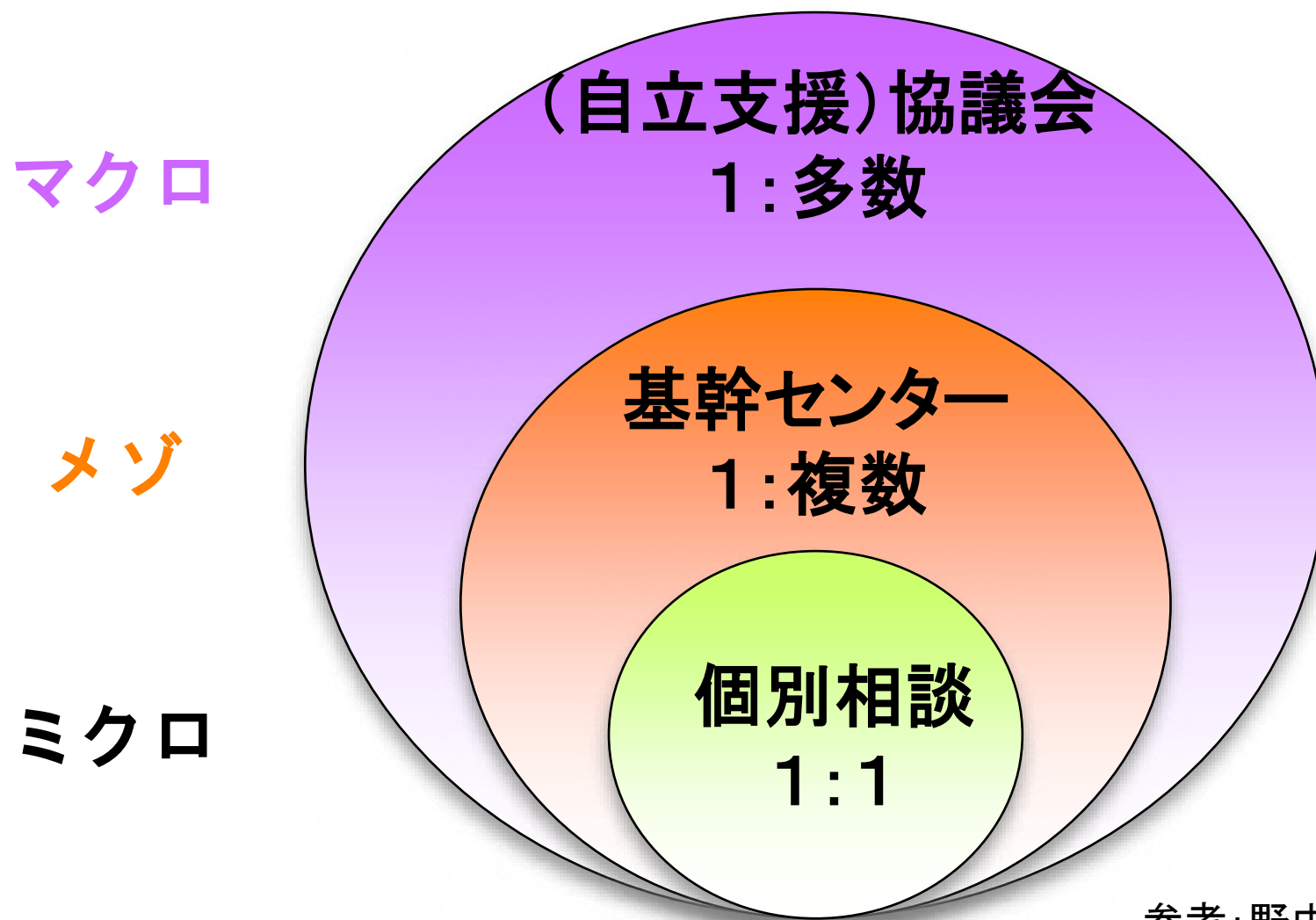
⑦ 障害福祉サービス等の質の向上【新たな項目】

- ・ 各都道府県や各市町村において、サービスの質の向上を図るための体制構築

(2)(自立支援)協議会の活用

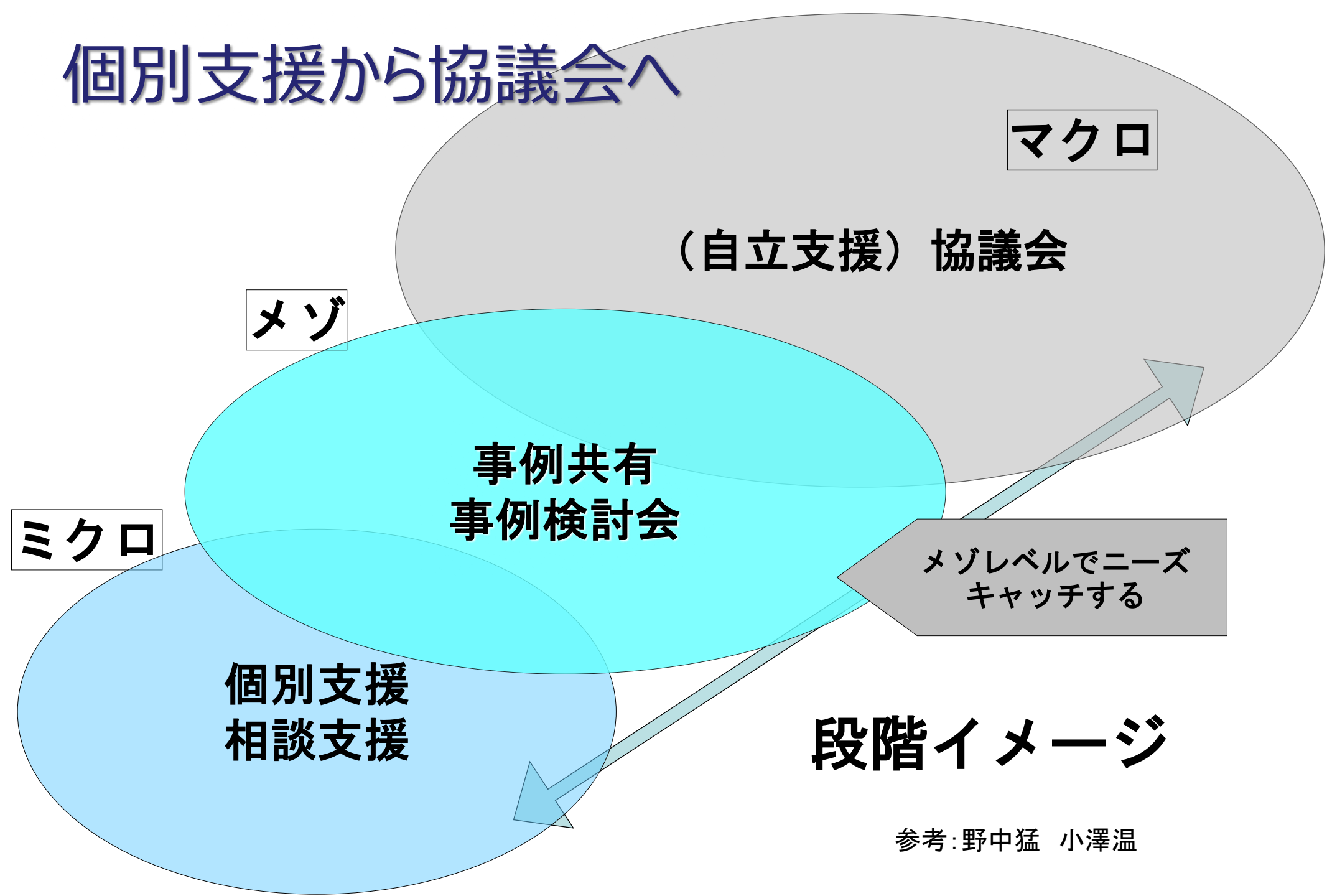
- 「協議会」に参加し、地域の課題(社会資源の過不足・質等)を、関係者と共有する。
- 対応に苦慮していることがある場合、事例検討やスーパービジョン(評価・検証)等に参加したり、自ら企画する。
- 「協議会」の意味を考え直し、誤解を取り除く(陳情ではなく協働の場)。
- 「協議会」は、実認識のデータから出発して、課題達成のためのポイントはなにかを、地域(チーム)で考えだそうとするもの。
- 「協議会」では、実効策をアイデアとして、全員で受け入れ、それらを原材料として、今までの活動を変更したり、柔軟な対応に変更すること。

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



参考: 野中猛 小澤温

おわりに

以上、「相談支援専門員によるサービス等利用計画とサービス管理責任者による個別支援計画の関係」について講義を進めてきました。この中で、相談支援専門員や他の事業所との連携、地域実践についても触れました。

障害福祉を突き詰めると、本人を中心に据えた支援を実践していく中で、どうしても他との連携が必須になってきます。

サービス等利用計画との整合性を保ちつつ、具体的な個別支援計画を作成し、自事業所内連携はもちろん、相談支援専門員や他事業所との連携が上手なサービス管理責任者等となっていきたいと願っております。