

サービス管理責任者指導者養成研修テキスト

「サービス提供者と関係機関の連携」 〈共通講義〉

平成23年10月5日

愛知県相談支援体制整備スーパーバイザー
福島県相談支援特別アドバイザー
山田 優

はじめに・・・

この資料は、サービス管理責任者指導者研修(国研修)受講者(都道府県でサービス管理責任者の企画・講師を担う方)へ、連携の意味・連携の重要性を再認識していただくために用意したものです。

都道府県研修では、ご当地の実践事例や他の4分野での連携実践を講義に加えて、地域の特徴が現れた資料へと加筆・修正し、準備をしてください。

※都道府県で使用する場合は、このスライドページを除外してください

1. 障害者自立支援法で求める、
- ・指定障害者福祉サービス事業所
 - ・指定障害者支援施設等
 - ・及び指定相談支援事業者
 - ・サービス管理責任者
- 等が関係機関との連携する意図を確認する

受講者は、障害者自立支援法に明記されている関係機関との連携により、利用者ニーズに沿ったサービス提供をしていく意味と、担う役割について確認をします。

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
(障害者自立支援法第42条(抄))

第42条

- 1 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は、障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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、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、障害福祉サービス又は相談支援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、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又は相談支援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。



自立支援法第42条には 事業者の責務・姿勢として

- ① 当該事業者だけでサービス提供をする（自己完結）のではなく、関係者と連携をしながら提供するということ。
この関係機関とは、公的機関に限らず幅広い（インフォーマルな資源の活用）連携が含まれる。
- ② 「本人の意向・適性・障害特性・その他の事情に応じて」は、本人の希望・ニーズを踏まえるということ。
- ③ サービスの提供に当たっては、本人のニーズに基づいた支援目標とその支援方法をよく検討し、より効果的な支援、達成度の高い支援を整理しておこなうこと。
その際に関係機関という多様な社会資源の機能・役割を認識してこれらの機能を大いに活用します。

障害者自立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、適正な方法により、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、利用者に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。この場合には、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 第一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ること」

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やその他の障害福祉サービス事業を行う者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

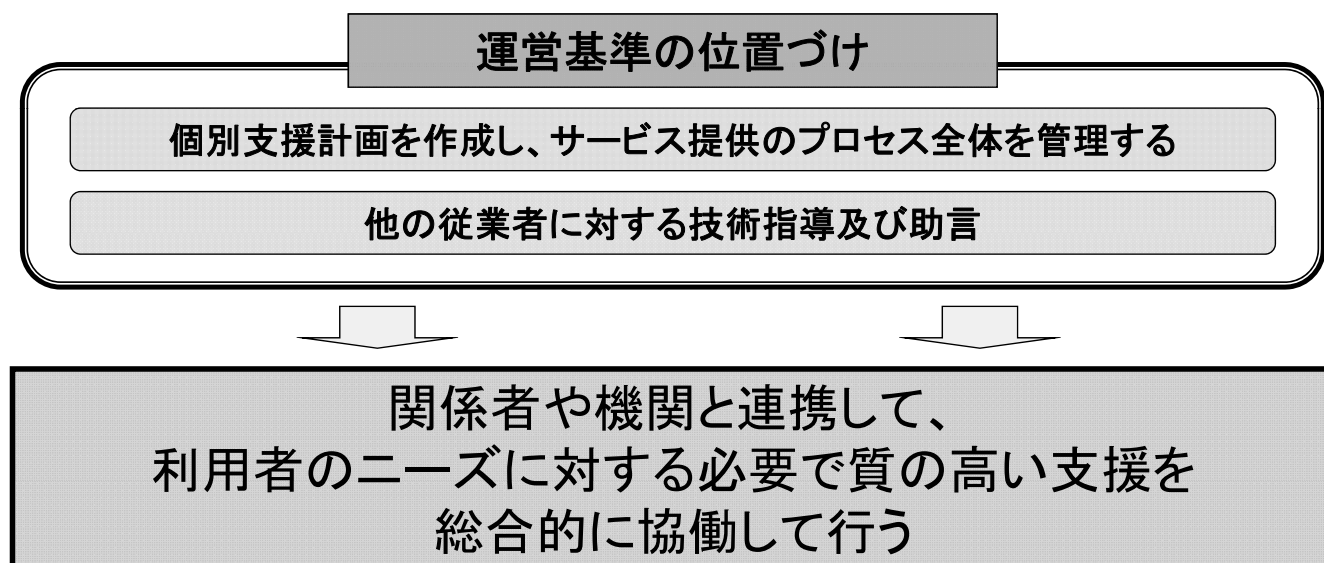
障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者の人員、設備及び運営に関する基準(抄)

- ・ 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、そのもの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、その者の身体の状態、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診すると共に、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を継続に努めなければならない。

障害者自立支援法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等
 - － 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. サービス管理責任者はなぜ連携が必要か



・なぜ連携が必要なのか？

これまで・・・

ニーズを聴き取り、その背景を嗅ぎ取り、支援の根拠を確かにしてサービスに繋いできたツールは、これまで支援者が培った経験・知識・技術・そしてネットワークだった。

その経験値は、支援者自身の生き方を無意識に反映した、無難で一定の評価が得られてきた対応策だった。しかし、社会資源は限られ、使いやすいサービスに依存して、新たなサービス創造の機会を失し、パターンリズム（支援者癖）化＝定型化してきた傾向は否めなかったのではないかな。

人が生きる限り、新たなニーズは絶えず発生する。それに向かい合うとき、支援者はこのままでは限界（支援者癖）だと気づいているのではないかな。

・なぜ連携が必要なのか？

その打開のために・・・

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応えねばならない。

連携の意味をここに見出そう

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



誰のための連携なのか

連携とは

「複数の者（機関）が、対等な立場に位置した上で、同じ目的を持ち、連絡をとりあいながら、協力し合い、それぞれの者（機関の専門性）の役割を遂行すること」

連携を動かすために

- ①何よりもお互いの専門性を尊重し、役割分担を明確にすること
- ②それぞれの異職種の人間が常に共通言語で話ができること
- ③異職種の人と出会うとき、職種を超えた大変さを互いに慰労すること

田中康雄「誰のための連携なのか」教育と医学 2006, 9 No639

(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



(2) 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。

それを関係者と一緒に作っていくことを促すことが必要。

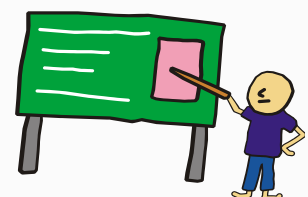
→ ツールを使いこなす



(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ことを、他分野協働 (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



(3)-2専門性を高めよう

協働とは

「異種・異質の組織」が、「共通の社会的な目的」を果たすために、「それぞれのリソース(資源や特性)」を持ち寄り、「対等の立場」で「協力して共に働く」こと

※それぞれの立場や違いを理解し、尊重し合うことから始まる。その時に気をつけなければならないことは、連携する相手を補完的な役割としてではなく、その機能の自律性や自立性を認め合い、対等な立場で関わること。さらに、協働の目的とは何かが確認され、お互いにその目的を共有し、担う役割(専門性)を明確にすることが重要なポイント

日本NPOセンターの定義から引用



3. 連携に不可欠な社会資源は、圏域という単位で知ろう(広域=圏域が分かりやすい)

各都道府県サービス管理責任者研修の受講者には、

- ・連携する機会がなかった
 - ・連携を必要としなかった
 - ・連携は調整が伴うので大変そうだ
- …と消極的に思っている方もいるでしょう。

連携のリアリティを高める対応策として、

受講者は、所属するサービス提供事業所が立地するフィールド(圏域)の社会資源マップを事前に、調査・作成し、地域診断(確かめる…..使える?・質は?)しておくことも効果的です。

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

4. サービス提供と障害福祉計画は連動する ⇒サービス提供に社会資源の把握は必須ツール

サービス提供事業所がある地域の社会資源の現状と、障害福祉計画の数値目標を知ること⇒その数値は地域のニーズとマッチングしているか⇒なぜマッチングが必要なのか？

H18からH23年度末まで6年間の計画策定を指示された第一期障害福祉計画は、全体目標を人口で割り充てた数字・・・では、H20に見直した第二期障害福祉計画（H21以降）は、利用者のニーズ・使いたいサービスにマッチングしていたのか？・・・もうすぐH24以降の検討（第三期障害福祉計画）が迫る。

サービス管理責任者は、利用者のリアルニーズ(エビデンス)を障害福祉計画に反映するよう、自立支援協議会に参画し、サービス提供体制（社会資源）を整えていくことが不可欠!!

障害福祉計画を知ろう

障害福祉計画を決めて計画的にサービス提供事業所を整備しよう

少し難しい情報ですが、自立支援法では、全国どこでも一定のサービスが提供されるように整備計画を決めました。

障害福祉計画は、各都道府県・圏域・市町村毎に決められています。現在は第2期障害福祉計画です。



障害福祉計画について

基本指針について

○基本指針は、障害者自立支援法第87条第1項の規定に基づき、障害福祉サービス等の提供体制及び障害者自立支援給付等の円滑な実施を確保することを目的として、作成されるもの。(平成18年6月26日告示、平成19年3月30日・平成21年1月8日・平成21年3月30日改正)

○障害福祉計画は、この基本指針に即して、市町村・都道府県が作成

障害者自立支援法

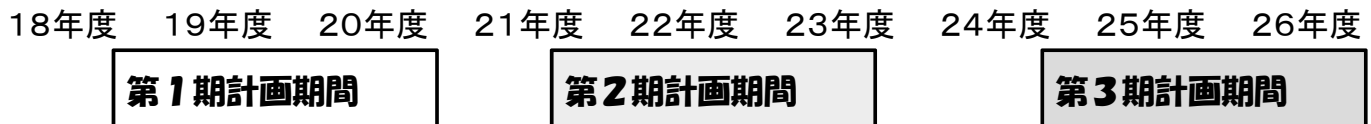
(市町村障害福祉計画)・・・第88条

- 各年度における障害福祉サービス・相談支援の必要な見込量、その確保のための方策
- 地域生活支援事業の種類ごとの実施に関する事項等

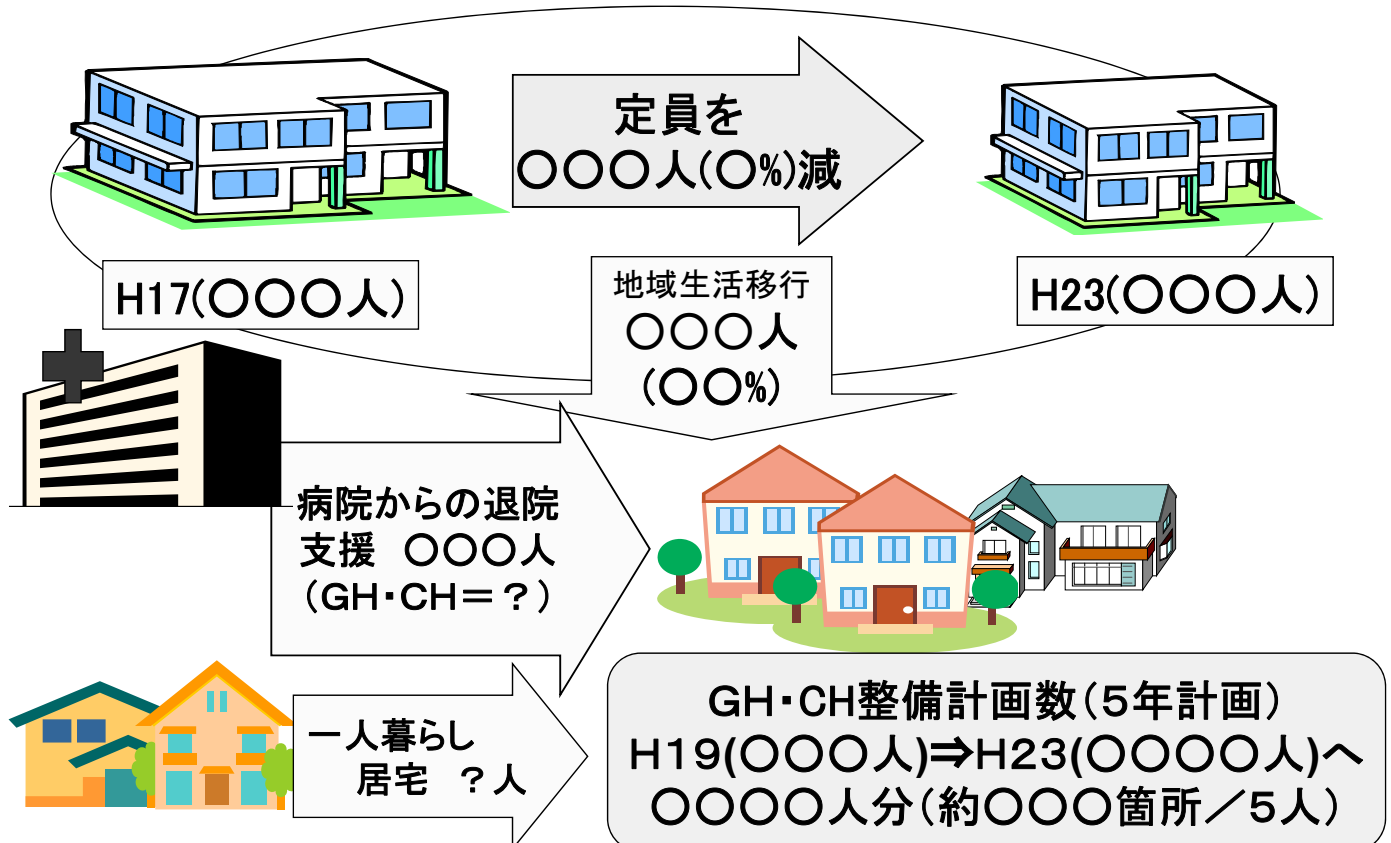
(都道府県障害福祉計画)・・・第89条

- 区域ごとの各年度の障害福祉サービス・相談支援の必要な見込量、その確保のための方策
- 区域ごとの障害福祉サービス・相談支援に従事する者の確保又は資質向上のために講ずる措置に関する事項
- 各年度の障害者支援施設の必要入所定員総数
- 障害者支援施設の障害福祉サービスの質の向上のために講ずる措置に関する事項
- 地域生活支援事業の種類ごとの実施に関する事項等

計画期間について



〇〇県の障害福祉計画は？(図式化するのも一つの方法)



5. 連携の機会とは

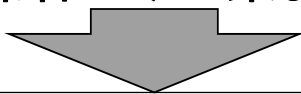
- ・ケア会議を企画し参加を呼び掛ける
- ・自立支援協議会に参加し、地域の課題(社会資源の過不足・質等)を共有する
- 困難事例検討会(評価・検証)に参加する

- ・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



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？

連携するためには地域ネットワークの構築

地域生活の支援のためには、福祉、保健、医療、労働、教育など幅広い連携が必要だが、

- **自立支援協議会の動向に着目する**
 - 自立支援協議会に意見が吸い上げられ、必要なサービスが福祉計画に盛り込まれるよう課題別のWG策定を働きかける(汗をかく)。
- **地域活動にまめに参加して顔つなぎ**
 - 利用者が地域で参画しやすいように地ならしをしておく(学校・町内会や商工会行事への参加、自治会や商工会の委員を担う等)
- **自分の事業所の宣伝を**
 - 知ってもらわなければ何も始まらない。気軽に相談や協力を得る仕組みを作ることによって利用者の地域での課題解決がスムーズになる
- **地域の関係者とネットワークをつくる**
 - 事例検討会を定例化し、地域の課題を明らかにする

連携はギブ&テイクの関係性が必要

サービスの提供にかかるアセスメント・個別支援計画への反映・サービスの提供・修正・評価・・・一連の業務で、新たなニーズ・新たなサービス提供に気付く

⇒ 所属団体の提供の可能性・開発を探る？

⇒ 他事業所・圏域内のサービス提供団体を探す？

⇒ ケア会議への参加呼びかけ(だれに・どの団体に) → **偏り** = 支援者癖

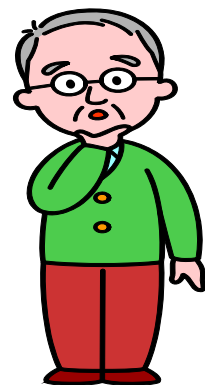
⇒ 偏りを防ぐために、的確なアセスメントによる**見立て**・サービス提供の情報把握(地域診断)が必要・・・具体的手段として、自立支援協議会・ケア会議・事例検討会等への参加による横へのつながり = 連携

⇒ ところで・・・他の社会資源を利用している発想を持っても、自前の資源の提供は考えていますか？・・・利用の問い合わせにどんな対応をしていますか？・・・連携とは、利用と共に、提供するという関係性で成り立ちます・・・Win-Win(使い合うことでお互いに質を高める)の関係が必要

6. 連携の具体的なイメージ

サービス提供が立地する地域には、地域の社会資源を熟知する相談支援専門員(指定相談支援事業所)が広く展開して活動を行っています。

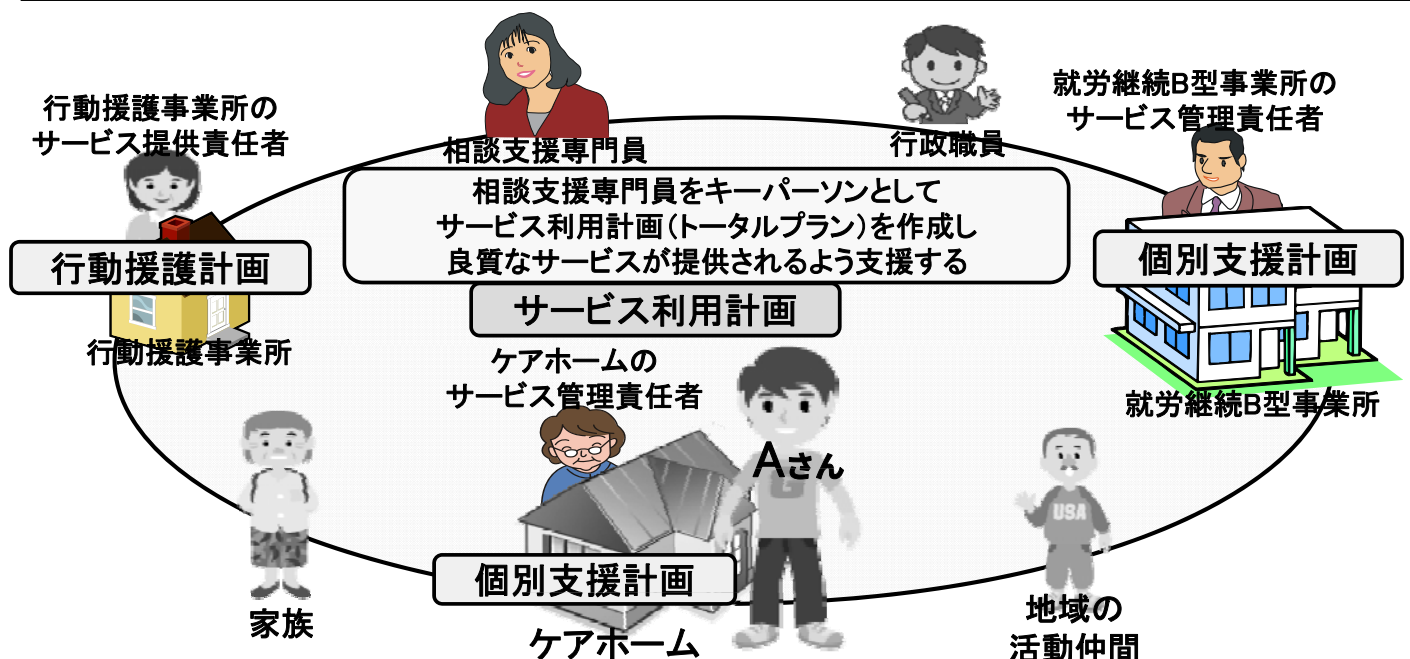
相談支援専門員と連携しながら、利用者ニーズに応じていくことのも分かりやすい。



相談支援専門員とサービス管理責任者の連携イメージ

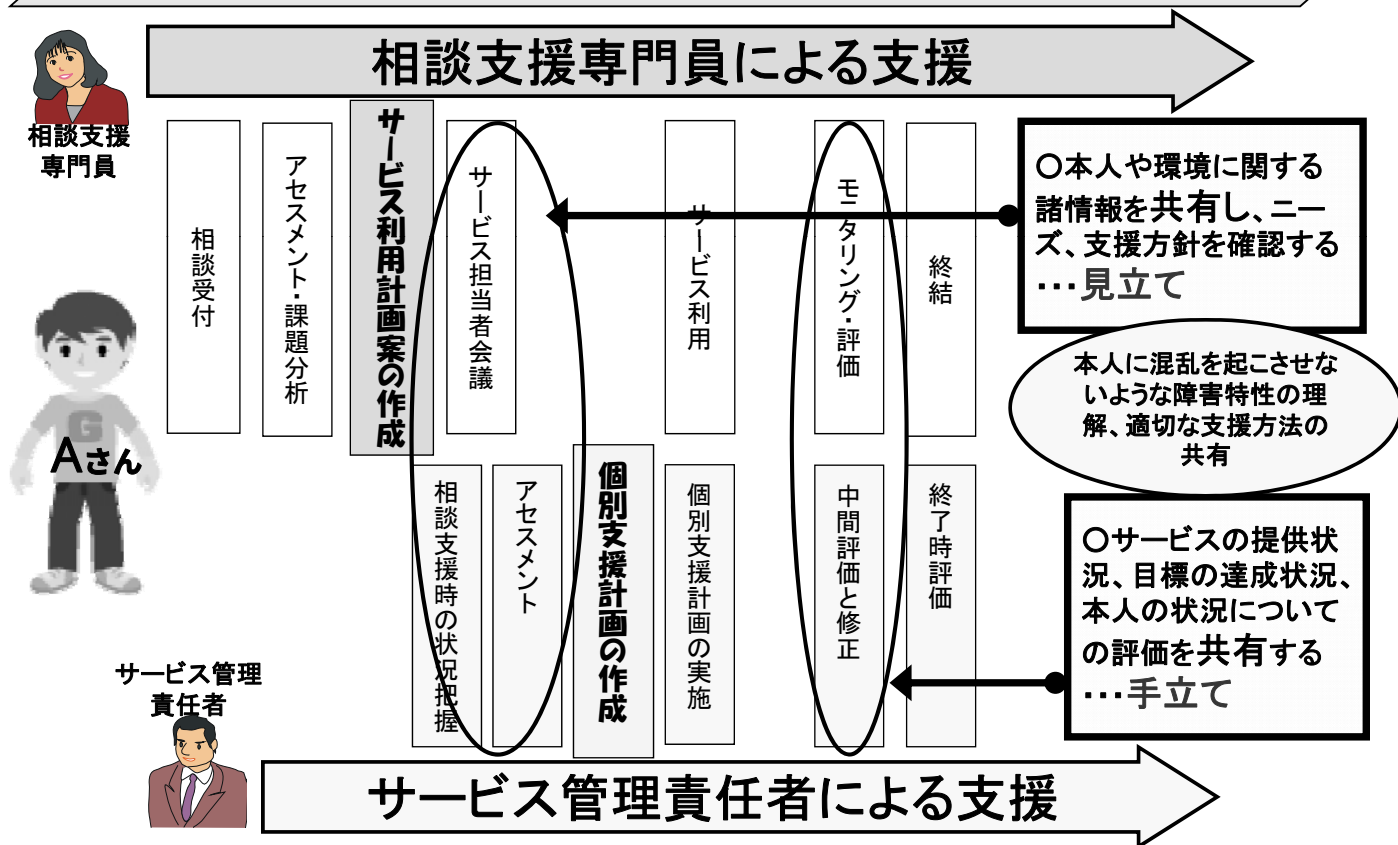
—Aさんの事例から—

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の連携イメージ

—Aさんの事例から—



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(大きなプラン)...

日中の活動



暮らし場



余暇活動



このつながりは、相談支援専門員が中心になって、調整する(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)とは連動・連携が不可欠

Aさん

サービス管理責任者研修で、連携を意識し伝えていること

大きなプラン(トータルプラン=サービス利用計画)

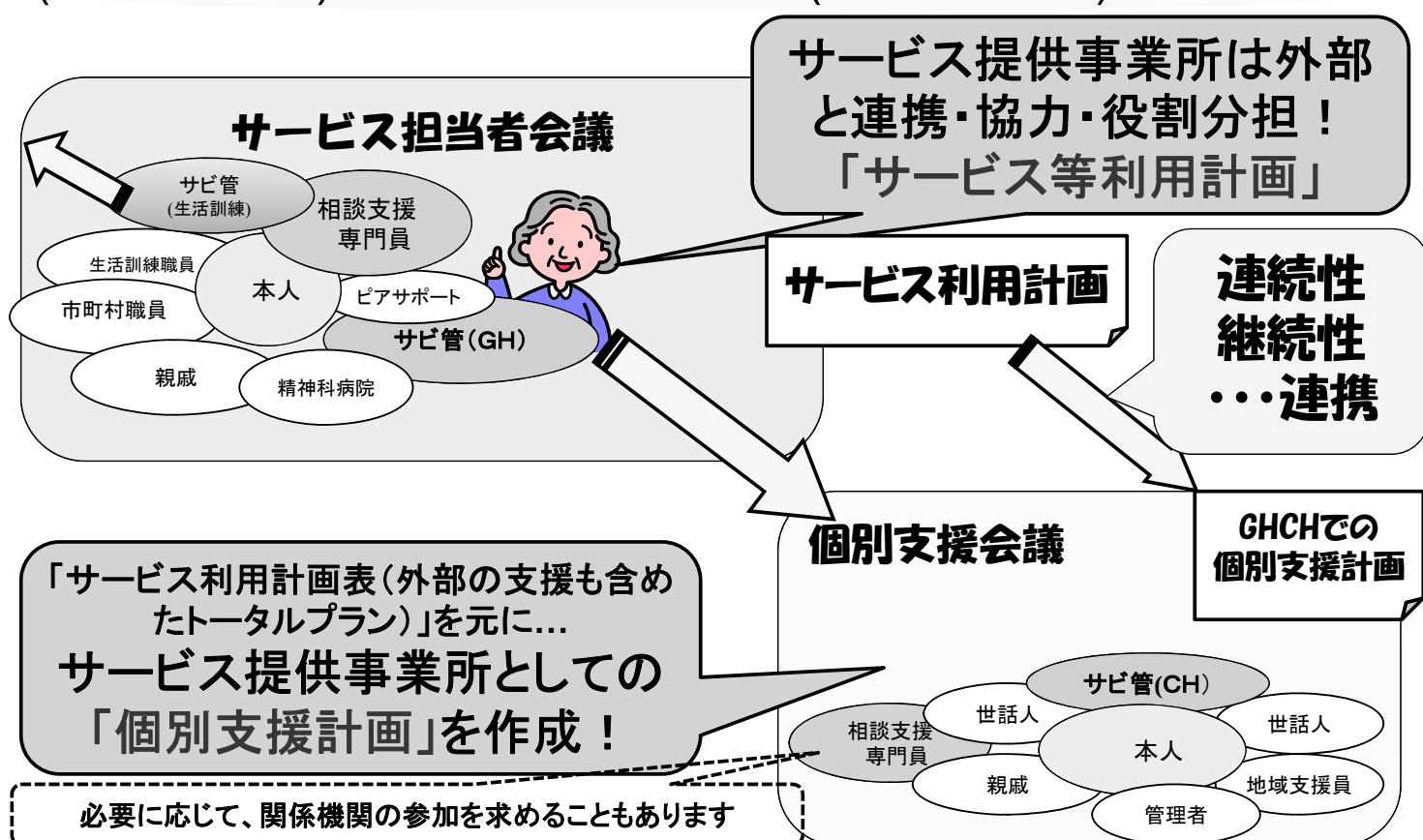
サービス提供事業所が複数になればなるほど、全体の支援計画を見通すキーパーソンが必要になる。

その役割のイメージは、相談支援専門員(指定・委託相談支援事業所)に期待し連携していくことが現実的。

身近なプラン(個別支援計画)

サービス提供事業所では、大きなプランで示されたサービス利用計画の目標に沿った具体的な個別支援計画を策定して支援を提供する。サービス管理責任者の責務。

(大きなプラン)サービス等利用計画と(身近なプラン)個別支援計画





大きなプラン

サービス提供事業所が複数になればなるほど、全体の支援計画は誰がキーパーソンと
なって見立てをして見通すのか？

その根拠として、サービス等利用計画作成
があり、相談支援専門員との連携により、連
続性・関連性のある支援が期待される

サービス等利用計画の例

利用者名 Aさん

作成年月日： 年 月 日

援助の全体目標	家族から離れたケアホームでの新しい生活に慣れ、地域での暮らしが安定出来るよう支援します。本人の活動の幅が広がるよう支援します。
長期目標	地域で一緒に活動出来る支援者を増やし、活動に安定して参加出来るようにする（目標 1年）
短期目標	生活リズムを安定させ、パニックになる回数を減らす（目標 3ヶ月後）

ニーズ	援助目標	サービスの内容・頻度・時間	本人の役割	サービス提供機関 (提供者・担当者等)	優先 順位
これまで通り、住み慣れた地域で暮らしたい (CHで暮らしたい)	CHの体験利用をしたホームに入居して、同居者や支援者との共同生活に慣れる	ケアホームで混乱が起きないような構造化した支援を実施 毎日	思いを伝えるよう努力します	C法人共同生活介護事業所 サービス管理責任者：〇〇 世話人：〇〇支援員：〇〇	1
これまで通り、〇〇事業所の血洗いを続けたい	これまでの作業が継続出来るよう、CHと連携し詳細な情報共有を図って支援する	〇〇事業所の喫茶コーナーで食器の洗浄を行う 月～金 10:00～16:00	欠勤しないよう努力します 清潔に心がけます	B法人就労継続B型事業所 サービス管理責任者：〇〇 作業担当：〇〇	2
休日には、市営プールでのスイミングなどを楽しみたい	本人の楽しみが継続出来るよう、本人の障害の特性を理解した支援者を増やす。	スイミングに参加するための行動援護 土曜 15:00～17:00 活動を継続するための話し合い 月1回	プールに行きます	社会福祉協議会ボラ担当 市営体育館総務担当：〇〇 行動援護事業所 サービス提供責任者：〇〇	3
たまには、家族と一緒に出かけたい	定期的な帰省を行い、家族団らんの機会を持つ	母親による送迎で外出帰省 月1回	約束をします	家族(母親)	4
将来に備えて成年後見制度を検討したい(母親の希望)	成年後見制度の理解を深める	制度に対する理解を深めるため、親の会などの関係講座など情報提供の場を示す	応援してください	家族(母親) 相談支援センター	5

年月日： 年 月 日

利用者名 Aさん

印

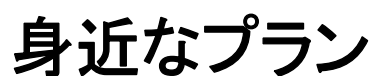
〇〇相談支援センター 相談支援専門員

印

(大きなプラン)サービス等利用計画と(身近なプラン)個別支援計画

相談支援専門員が呼びかけたサービス担当者会議にサービス管理責任者は出席して、総合的な支援計画と(フォーマル・インフォーマル両方の)サービス利用計画①が作成される。

サービス管理責任者は、サービス提供事業所で個別支援会議を開き、サービス利用計画と連動した、事業所独自の具体的な支援内容となる②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となる。



サービス提供事業所では、大きなフランクで示されたサービス提供内容を共有した目標設定に沿い、連続性・継続性のある、具体的な個別支援計画を策定して支援を提供する
(サービス提供機関欄には、他の関係機関を()に書込み、又は協力機関として添え書き＝協力をお願いするというスタンスで記載する)

共同生活介護事業所の個別支援計画の例

利用者名 Aさん

作成年月日: 年 月 日

○到達目標

長期目標(内容・期間等)	ケアホームでの新しい生活に慣れ、地域での暮らしが安定出来るよう支援します (目標 1年)
短期目標(内容・期間等)	生活リズムを安定させ、CH内外でのパニックになる回数が減らす (目標 3ヶ月後)

○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)	本人の役割	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) 朱書きの()は連携機関	優先順位
同居者、支援者の名前と顔を覚える	代替コミュニケーションとして写真やカードを活用	絵カードを使う	毎日	世話人 CH担当支援員	1
毎日お生活のスケジュールを理解する	朝起床後から出勤するまで、帰宅後から就寝までのCH内のスケジュールの提示 月例で入るスイミングや帰省などの行事日程が分かり易く理解出来るよう事前に提示	スケジュール表を確認する	毎日	世話人 CH担当支援員 (継続B事業所・サービス管理責任者送迎担当者) (行動援護事業所・サービス提供責任者)	2
CH内外でのパニックの回数を減らす	代替コミュニケーション方法やスケジュールの提示など支援方法を関係機関で統一する 連絡ノートを作成し、事業所間で情報を共有する サービス担当者会議の開催	伝えるルールを身に着けるよう努力をする	毎日(連絡ノートの作成) 毎月1回担当者会議に出席	世話人 CH担当支援者 (継続B事業所・サービス管理責任者送迎担当者) (行動援護事業所・サービス提供責任者) (相談支援事業所担当者) ³⁹	3

年月日: 年 月 日

利用者名 Aさん 印

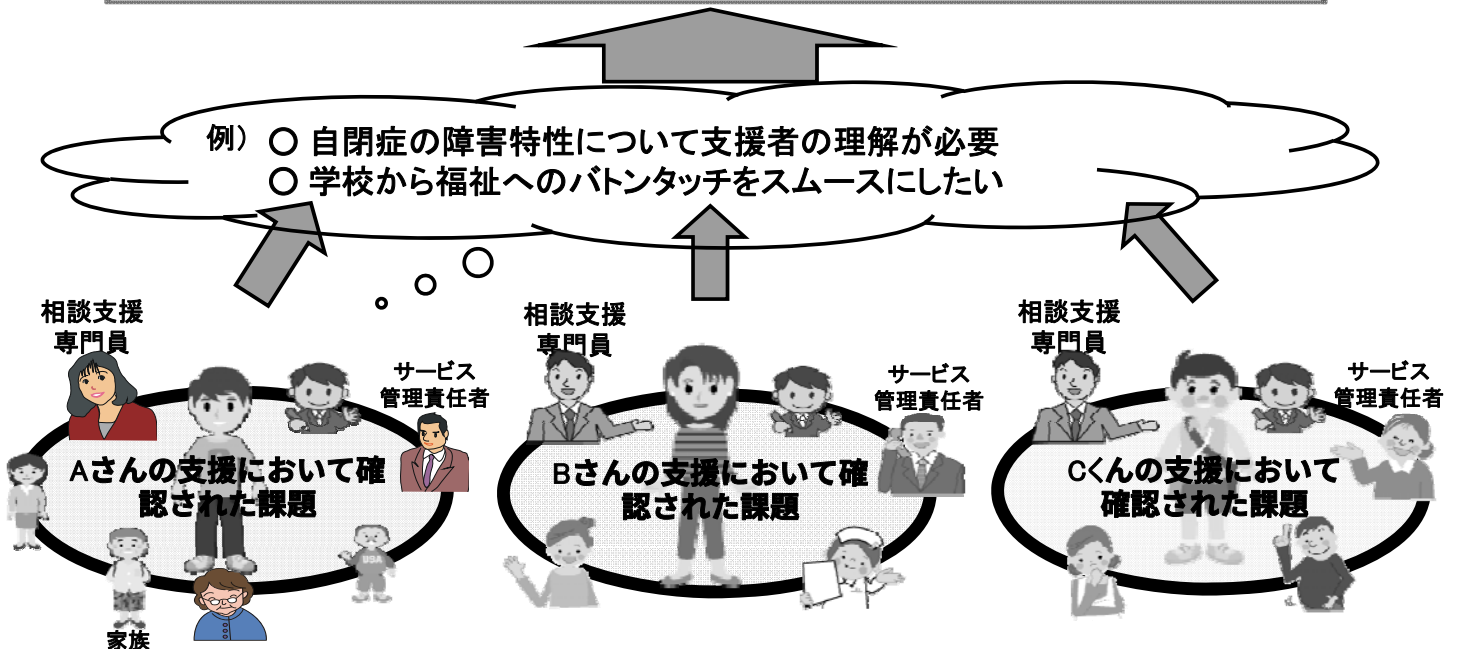
サービス管理責任者 印

サービス管理責任者の連携イメージ

—Aさんの事例から—

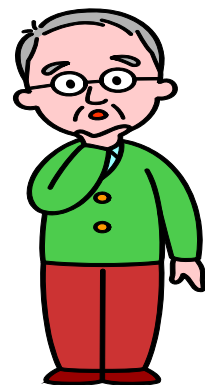
地域自立支援協議会(部会等で検討)につなげる

—(支援力を高めるために)地域の社会資源の開発改良を—

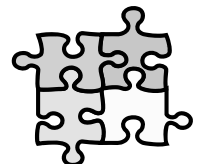


7. 権利侵害・権利擁護という視点 震災支援から浮かぶ連携という視点

サービス管理責任者は、ケア会議による多様な視点を取り入れることで、第三者的な視点による評価・検証の機会を得るとともに、利用者ニーズに沿った個別支援計画を策定していくことが可能になる。



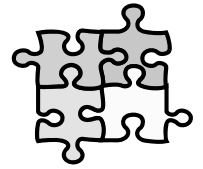
支援現場で、気付かないうちに 権利侵害をしていないか



- ・例えば財産管理は誰が？
 - ・・・サービス提供事業所が管理？
 - ・・・家族が管理（家族の生活費に組み込まれることも）？
 - ⇒障害基礎年金は地域で暮らしていく大切な原資
- ・財産管理に関わることから避けていないか？
 - ⇒権利擁護事業の財産管理は自己判断できる人が対象
 - ⇒重度の障害のある方の財産管理は誰がするの？

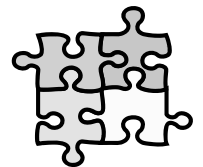
※あなたの事業所だけではない。単独の市町村で困難ならば、圏域で成年後見センターを立ち上げる動機づけになるはず。

支援現場で、気付かないうちに 権利侵害をしていないか



- ・サービス利用そのものの決定(契約)は誰しているの?
 - ・・・本人に分かり易いサービス情報を伝えているか?
 - ・・・家族が意思決定していないか?
 - ⇒聴く事は、最大の権利擁護
 - ⇒聴いてこなかった・疎かにしてきたことは最大の権利侵害
 - ⇒言葉による意思表示が困難な障害の重い人も、体験することで表出される、おだやかな表情・くつろいだ行動・困った表情や異議申し立て行動で・・・わたしの意思(本人)を伝えている。気付かない支援者こそ、人権侵害している。
- ※個別支援計画検討・サービス提供等での連携は、第3者的な視点を加えることとなり、改善が可能ではないか。

支援現場で、気付かないうちに 権利侵害をしていないか



- ・実際に虐待・権利侵害に気付いたときどうするの?
 - ・・・一つの拠り所は、個別支援計画
 - ⇒個別支援計画に沿わない支援という切り口で介入
 - ⇒複数の支援者を配置することによる回避
 - ⇒アドバイザー・オブザーバーという第三者機能による開示
 - ⇒研修の機会による意識改革
 - ⇒スーパーバイズによる気付きと振り返り
- ※慣れはマンネリズムに陥らせ、感覚が鈍る・見逃す・見て見ぬふりをする・パターンリズムに追い込む。支援スキルを維持し高めるには、自立支援協議会を活用した研修が有効

震災で気付いた⇒自己完結の弱さと・連携の強み

弱さを認めること・支援者が支援を求めることは、勇気がいる。しかし、大変さを共有し、分かち合うことから生まれる余裕を、支援に活かせばいい。

今回の東日本大震災支援で感じた。よき支援者ほど、意気に感じて自分の限界以上の支援に立ち向かう。支援する側の弱さは、支援を受ける立場になった時に戸惑いと、頑なさがバーンアウトまで突き進ませる



連携・・・難しいことではない

- ・支援の視野が広がる
- ・ネットワークが生まれる
- ・資源開発につながる



8. 各都道府県の研修では、地域の連携事例を加え、リアリティのある資料提供をしてください。

ここに挙げたのは一つの例です。

- ・連携のフローチャート(図式)
- ・連携機関の関わり
- ・連携した結果

こうした状況を分かり易く提供してください。

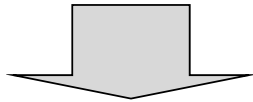




例えば・・・

GHを出てアパート
で友達と一緒に暮ら
したい

- ・在宅では相談支援専門員と連携
- ・GH・CHでは、世話人・生活支援員の再アセスメントへの参加もあり・・・
- ・日中活動支援の担当・サビ管と連携



サービス管理責任者の仕事

- ・本人の意向の確認(ネガティブではなくポジティブに)
- ・アセスメントの結果内容を突合せ、本人の現状を的確に把握。
- ・できるかできない・・・を書き出すのではなく、・・・何があれば可能か、どんな支援が必要かを客観的に評価しよう(ケア会議の活用)



できるかできない・・・
ではなく、何が必要か、
阻害要因は何にか・・・



就 職

例えば・・・

就労先がなくなった
(不況で閉鎖・自分の
つまづきで解雇)等

- ・本人はその結果を納得しているか
- ・本人に原因があればどんな原因か
- ・他の原因ならばこれからどうしたいか



サービス管理責任者の仕事

- ・本人の意向の確認(本当にしたいことは・・・)
- ・アセスメントの結果内容を突合せ、本人の現状を的確に把握。
- ・就業・生活支援センター、就労支援関係者・日中活動支援関係者等、マッチング関係者間でのケア会議を発動しよう



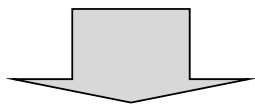
現状分析と、励ましと、生
活リズムの確保のために
使える資源を考えよう・・・



例えば・・・

重い障害がある・老いた・病んだ・・・でもこのままのサービスでよいのか？

- ・誰もが老いて病む・共通の課題という理解
- ・どんな支援が必要か、専門家へ情報収集
- ・ここ一番は、支援関係者のチームワーク



サービス管理責任者の仕事

- ・本人の意向の確認(迷惑かと遠慮してしまう・・・本音は？)
- ・アセスメントの結果内容を突合せ、本人の現状を的確に把握。
- ・できるかできない・・・ではなく、何があれば可能か、どんな支援が必要か、阻害要因は何かを(困難時はケア会議の活用)

実は・・・

- ・支援することで連携の意味を、支援者たちは気付く・知る・学ぶ
- ・他の利用者さんも明日はわが身、みんな見ている・・・



まとめとして・・・

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・困り込みの支援となる傾向がある。

対応策として、演習による個別支援計画策定(ケアマネジメント技術)・ロールプレイ・グループワークにより、連携を疑似体験し、利用者ニーズに対する支援の偏り＝パターンリズム(支援者癖)に気付き、振り返るきっかけが持てる。

具体的には、自立支援協議会・ケア会議・事例検討会等へ積極的に参加し、横のつながりを持ち、事例を振り返ることで支援過程の振り返り・客観的な評価・可視化を図ることが必要。

サービス管理責任者研修では、その連携を学ぶ機会として捉え、障害別・事業所別・地域別を超えた横のつながりを幅広く持つよう、意識して参加していただきたい。