

栃木県サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修テキスト

# 「サービス提供者及び支援提供者と 関係機関の連携」

## 〈共通講義〉

平成27年7月29日

社会福祉法人すぎの芽会  
中澤 和男

# 目次

1. なぜ連携が必要か
2. 連携の視点
3. 障害福祉計画と自立支援協議会の活用
4. 連携の機会
6. 連携の具体的なイメージ
7. 権利侵害・権利擁護という視点
8. 連携事例

【参考】 サービス管理責任者指導者養成研修会  
共通講義3「サービス提供者と関係機関との連携」  
平成23年度 山田 優氏  
平成25・26年度 菊本 圭一氏 のテキストより

# 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) サービス管理責任者・児童発達管理責任者は  
なぜ連携が必要か

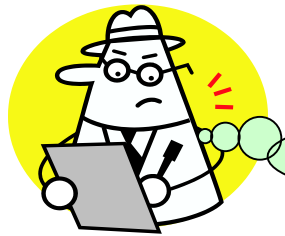
# (1) サービス事業者の責務 (法的位置づけ)

## 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、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。



## 総合支援法第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。

# 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っ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。

# 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を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。





## 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者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。

## 〇〇事業所 運営規程（抜粋）

（運営方針）

第2条 3 事業所は、できる限り居宅に近い環境の中で、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市町村、指定障害者支援施設や障害福祉サービス事業を行う者、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

（あっせん、調整及び要請に対する協力）

第10条 事業所は、指定生活介護の利用について市町村又は指定相談支援事業者が行うあっせん、調整及び要請について都道府県が行う市町村相互間の連絡調整等に対し、できる限り協力するものとする。

（サービス提供困難時の対応）

第12条 事業所は、指定生活介護の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込に対し自ら適切な指定生活介護を提供することが困難であると認められた場合は、適当な他の生活介護提供事業者の紹介その他の必要な措置を速やかに講じるものとする。

(個別支援計画の作成等)

第22条 サービス管理責任者は、法の定めに従い、利用者に対するアセスメント、個別支援計画の作成、定期的なモニタリングを実施するものとする。

2 サービス管理責任者は、個別支援計画の作成に係る会議(利用者に対する生活介護の提供に当るサービスの担当者等を招集して行う会議をいう。)を開催し、前項に規定する個別支援計画の原案の内容について意見を求めるものとする。

(相談及び援助)

第23条 事業所は、常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行うこととする。

2 事業所は、利用者が、当該生活介護以外において昼間における障害福祉サービスの利用を希望する場合には、他の指定障害福祉サービス事業者等との利用調整に必要な支援を実施するものとする。

(虐待防止のための措置に関する事項)

## 第34条

7 虐待の事実を発見したときは、関係機関に速やかに通報するとともに、関係機関と連携し、虐待を受けた利用者やその家族への支援を行い再発防止の措置を講ずる。

(地域との連携等)

第43条 事業所は、その運営に当っては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努める。

2 事業所は、その運営に当っては、市町村が実施する事業に協力するよう努める。

## (2) サービス管理責任者・児童発達管理責任者は 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

## (2) なぜ連携が必要なのか？①

利用者ニーズに基づいた、サービス提供をするため以下のような場合に、連携が必要不可欠になる。

- 利用者ニーズは、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。

## (2) なぜ連携が必要なのか？②

- 拙速が大切なニーズと、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。
- 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。
- 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ということ

# 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





## 2 連携の視点

- (1) 完結型支援からオープン支援へ
- (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
- (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

# 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

# (1) - 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、他職種協働で行うことを基本と考える。
- ・ 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等を定期的に行う体制を作る。
- ・ 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。
- ・ 同じものを見ても、価値観や視点の違いにより、見ているものは同じで、見ていないときがある。（ヒューマンエラー）
- ・ 黒電話型から携帯電話型へ。  
（ニーズに合わせて常に変化する福祉サービス）



# (1)-2 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強化と構築

- 最初（サービス提供開始時）に来ていた洋服（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る。  
（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、原因を本人に求めない（事例共有や事例検討を定期的実施する）
- 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当たらない）

## (2)-1 個別支援計画書は連携ツール

### ○サービス等利用計画書と個別支援計画書

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、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。

ひとつの家を作り上げるには、複数の職種の仕事がかみあって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)-2 個別支援計画書は連携ツール

それぞれが自分の仕事以外の寸法や形状を理解しなければ、自分の仕事が納まらなくなってしまうたり、せっかくの手配品を作り直すことになったりするので。

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。

よって、サービス等利用計画書作成時に、すでに既存のサービスを受けていて身近な支援者がいる場合、あと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。一方、サービス提供者が特定相談支援の指定を受け、自所の施設入所支援利用者のサービス等利用計画書を作成する場合は、ご本人への説明と同意の場面から、モニタリングする者が立ち会うことが、有用とされます。

## (2)-3 個別支援計画書は連携ツール

○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書

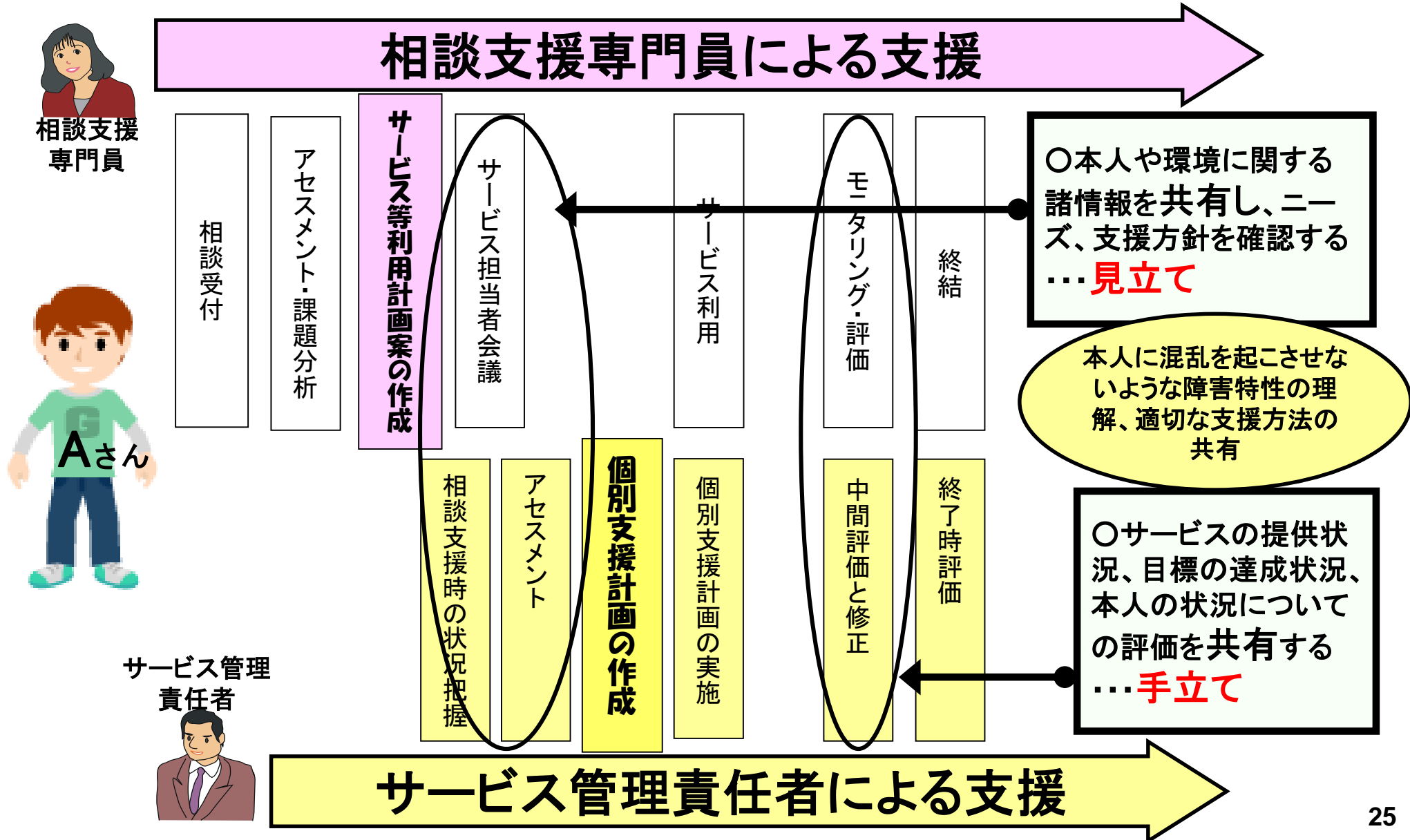
と

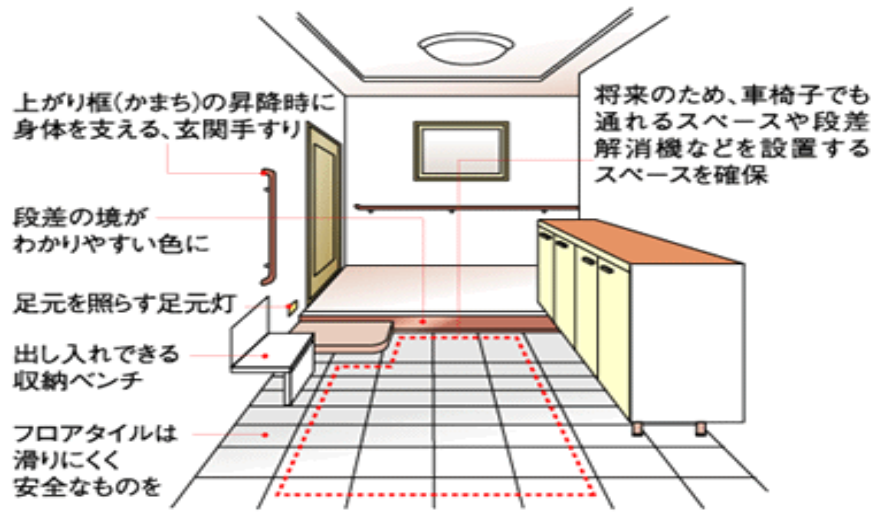
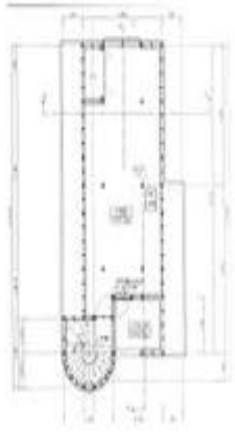
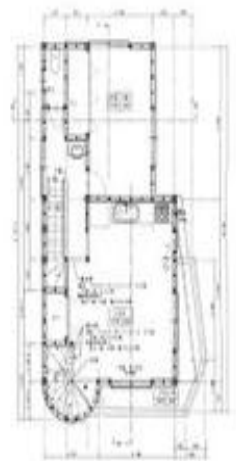
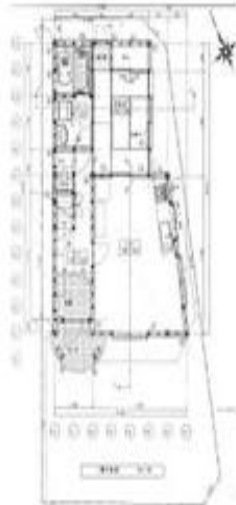
個別支援計画書



# サービス管理責任者の連携イメージ

—Aさんの事例から—



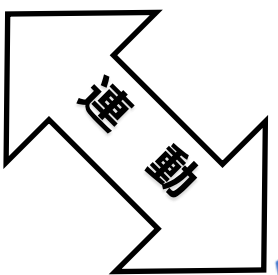
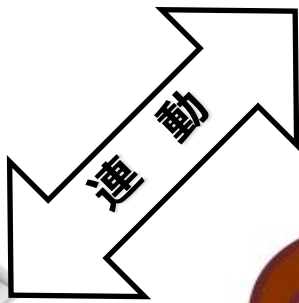


施工図

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」  
(設計図)

サービス等  
利用計画書



個別支援  
計画書

個別支援  
計画書

個別ニーズ

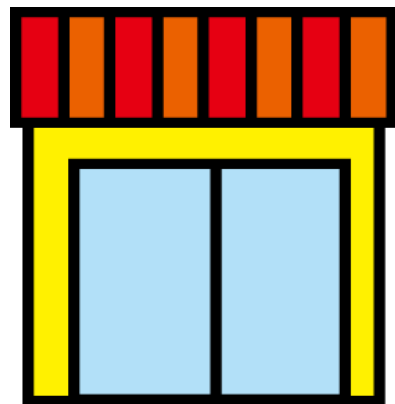
個別ニーズ

「パン屋さんで働きたい」

「ホームで暮らしたい」

(施工図)

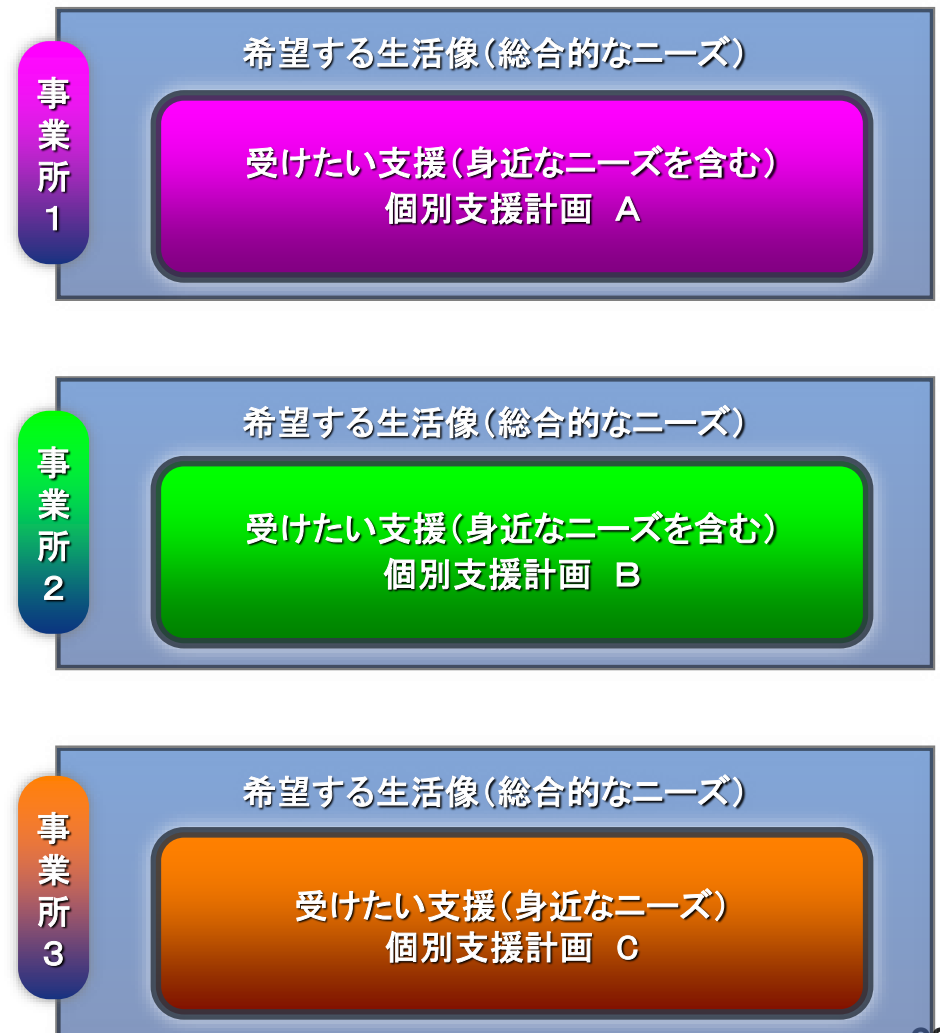
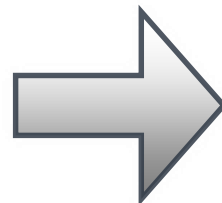
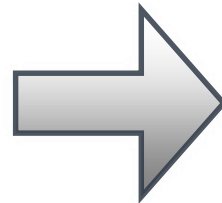
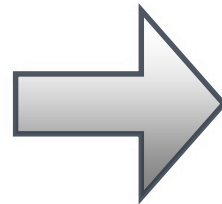
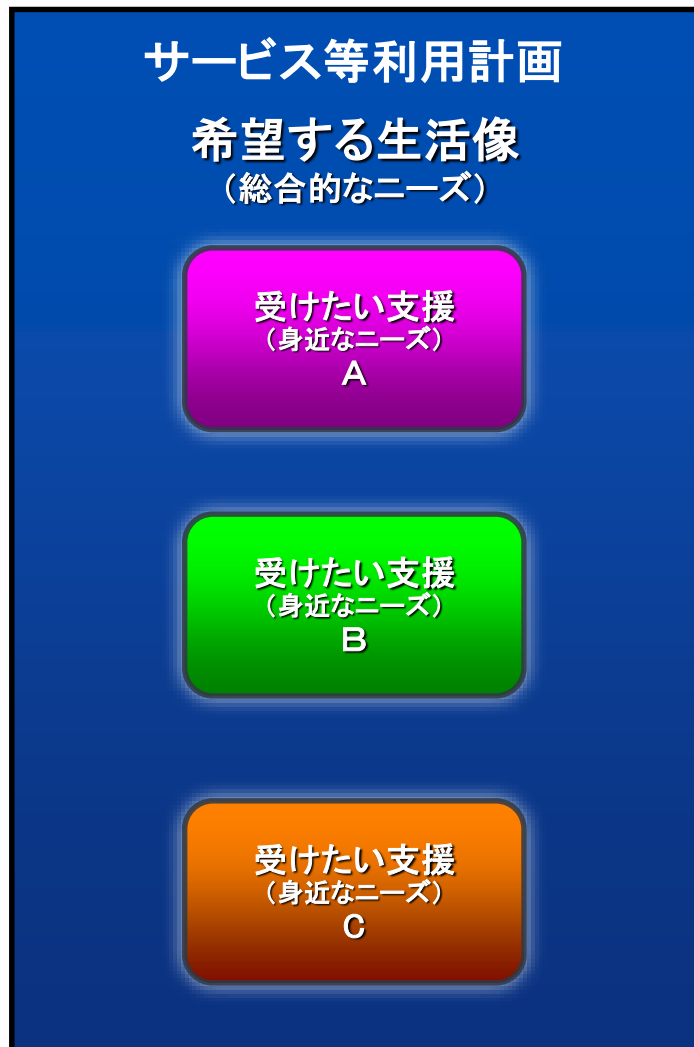
(施工図)



# 計画の流れ関係性①

相談支援専門員

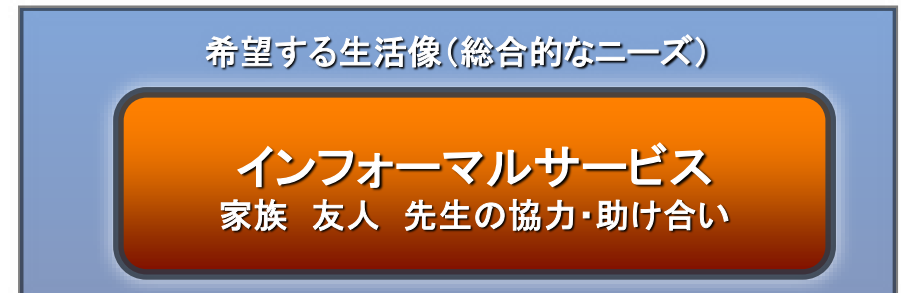
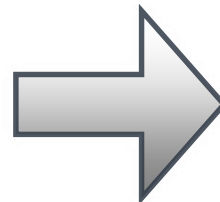
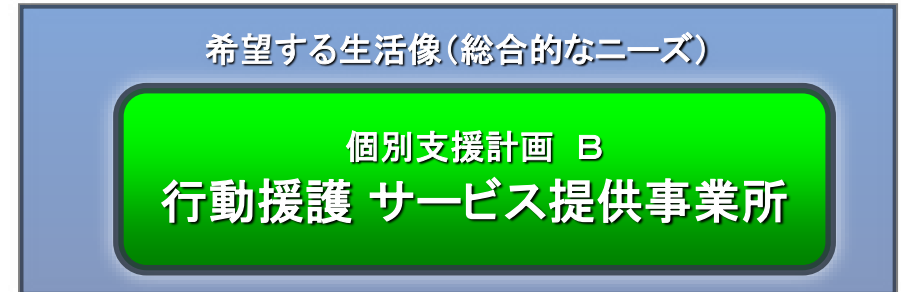
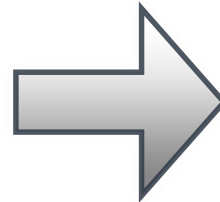
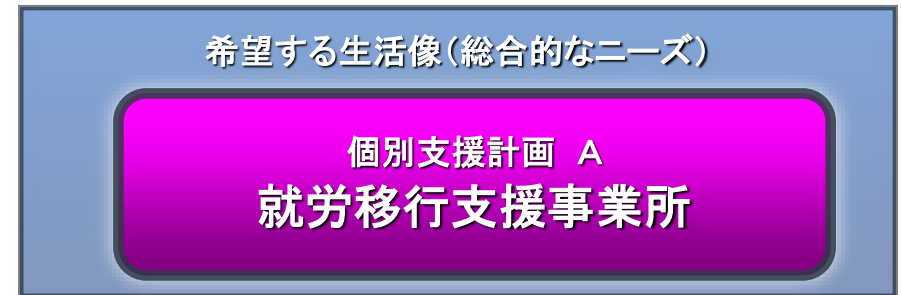
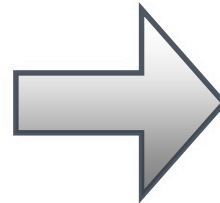
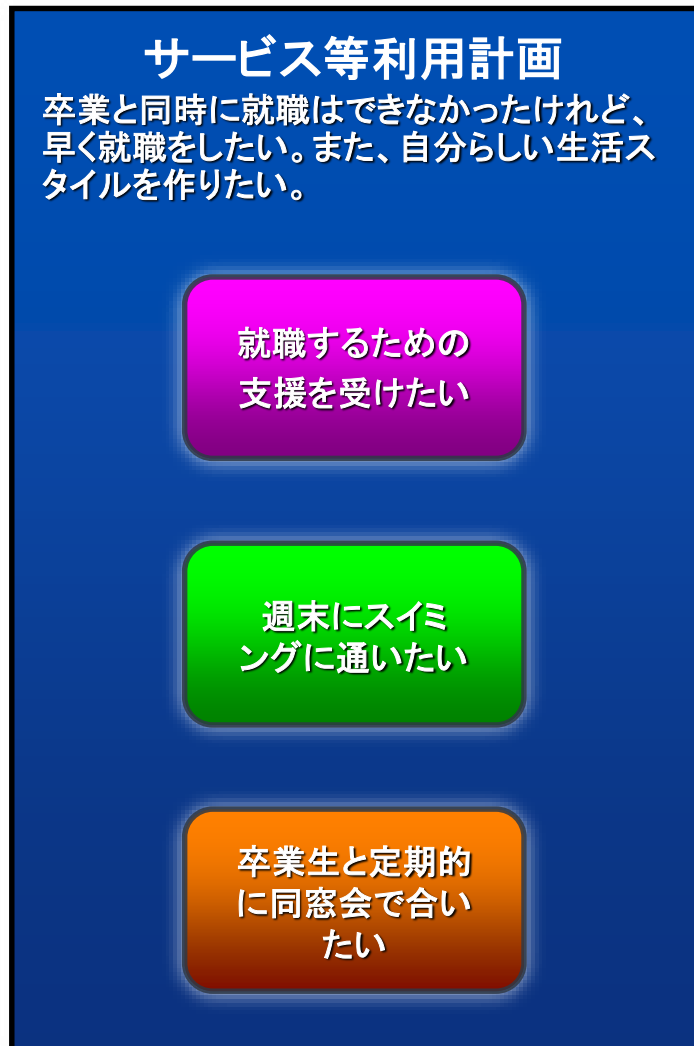
サービス管理責任者



# 計画の流れ関係性②

相談支援専門員

サービス管理責任者



# 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)

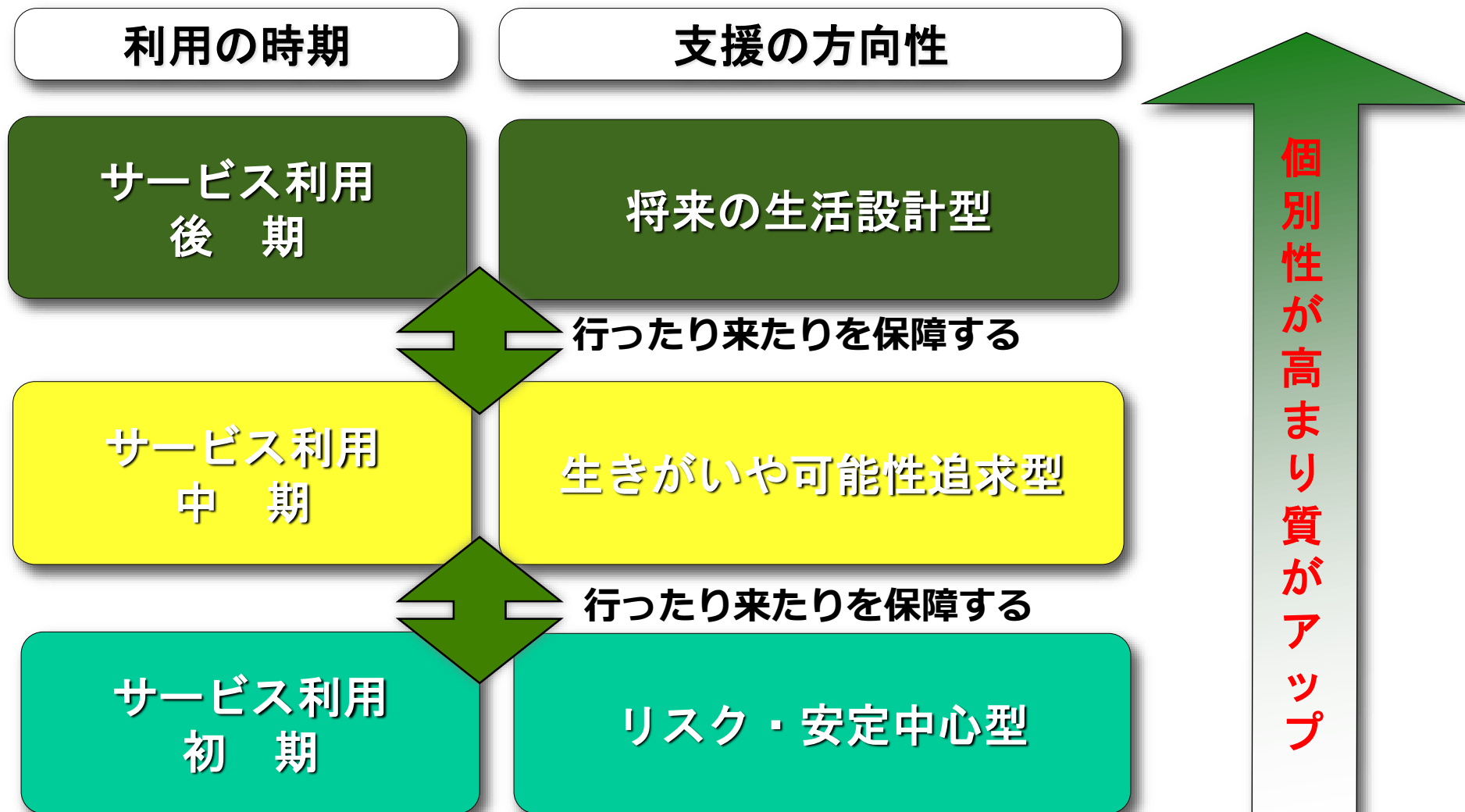
# ○個別支援計画書の視点や質的变化を意識する (モニタリングの重要性)

- ・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





# (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」
- 連携することは、See→Think→Plan→Doのプロセスを回しながら、業務に当たること。(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。)



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・サーバント的支援 (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、介護職員が利用者のメイドさんや召使いになりきっている状態を比喩した用語です。
- ・介護者がメイド・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。
- ・介護者がメイド・サーバント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。

# (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。
- ・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)

【参考実践例】<コンピテンシー分析 資料①>

## (4) さまざまな会議を活用した人材育成

- 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関係当事者ではない方が効果的で、今後この役割を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。

## (4) さまざまな会議を活用した人材育成

- 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。

# (4) さまざまな会議を活用した人材育成

計画作成時における具体的なポイント

- 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
- (3) ニーズキャッチの方法の違い



# 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

# **(1) 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）またH24から始まった第三期障害福祉計画は、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？・・・H27以降の検討（第四期障害福祉計画）が始まっている。**

**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3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

18年度 19年度 20年度 21年度 22年度 23年度 24年度 25年度 26年度

**第1期計画期間**

**第2期計画期間**

**第3期計画期間**

## (2) (自立支援)協議会の活用

- 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、関係者と共有する。
- 対応に苦慮していることがある場合、事例検討会(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。

### (3) 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（計画策定委員会）	（自立支援）協議会
ニーズや課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>施策化することや推進することに当面の目標がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>施策化が必要な場合には、推進協議会に意見具申する</li> </ul>
時間軸	<ul style="list-style-type: none"> <li>時間をかけて定期的に行う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>

## 5. 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

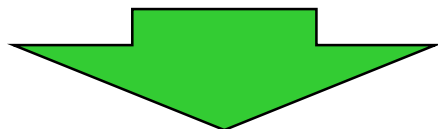
- ・ 日頃からの付き合いが困った時のネットワーク（連携による新たな視点）として生きてくる
- ・ この連携から、利用者ニーズに基づいたマネジメント（より良いサービス提供）・フェイディング（抱え込みからの離脱）もできる





# 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い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？<sup>9</sup>

# 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

# 連携はギフ&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

⇒所属団体で提供の可能性・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**

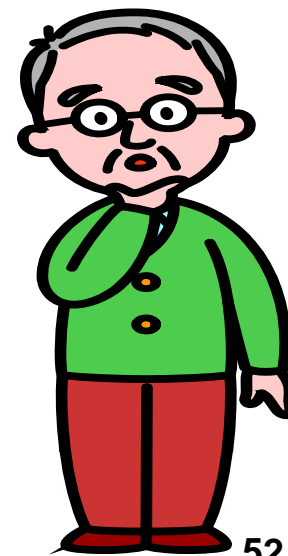
⇒偏りを防ぐために、的確なアセスメントによる**見立て**・サービス提供の情報把握(地域診断)が必要・・・具体的手段として、自立支援協議会・ケア会議・事例検討会等への参加による横へのつながり=連携

⇒**ところで・・・他の社会資源を利用している発想を持って、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。**

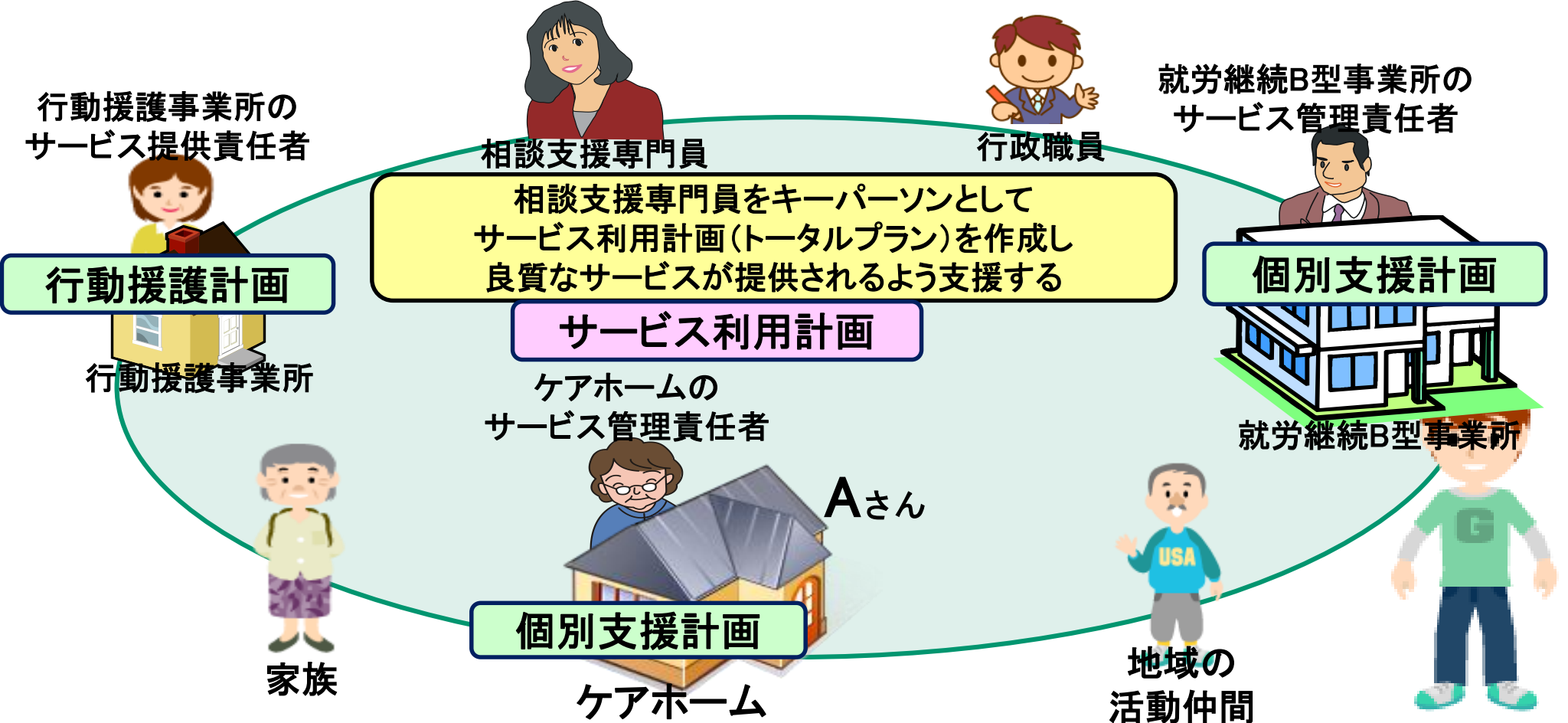
**相談支援専門員と連携しながら、利用者ニーズに応じていくことのも分かりやすい。**



# 相談支援専門員とサービス管理責任者の連携イメージ

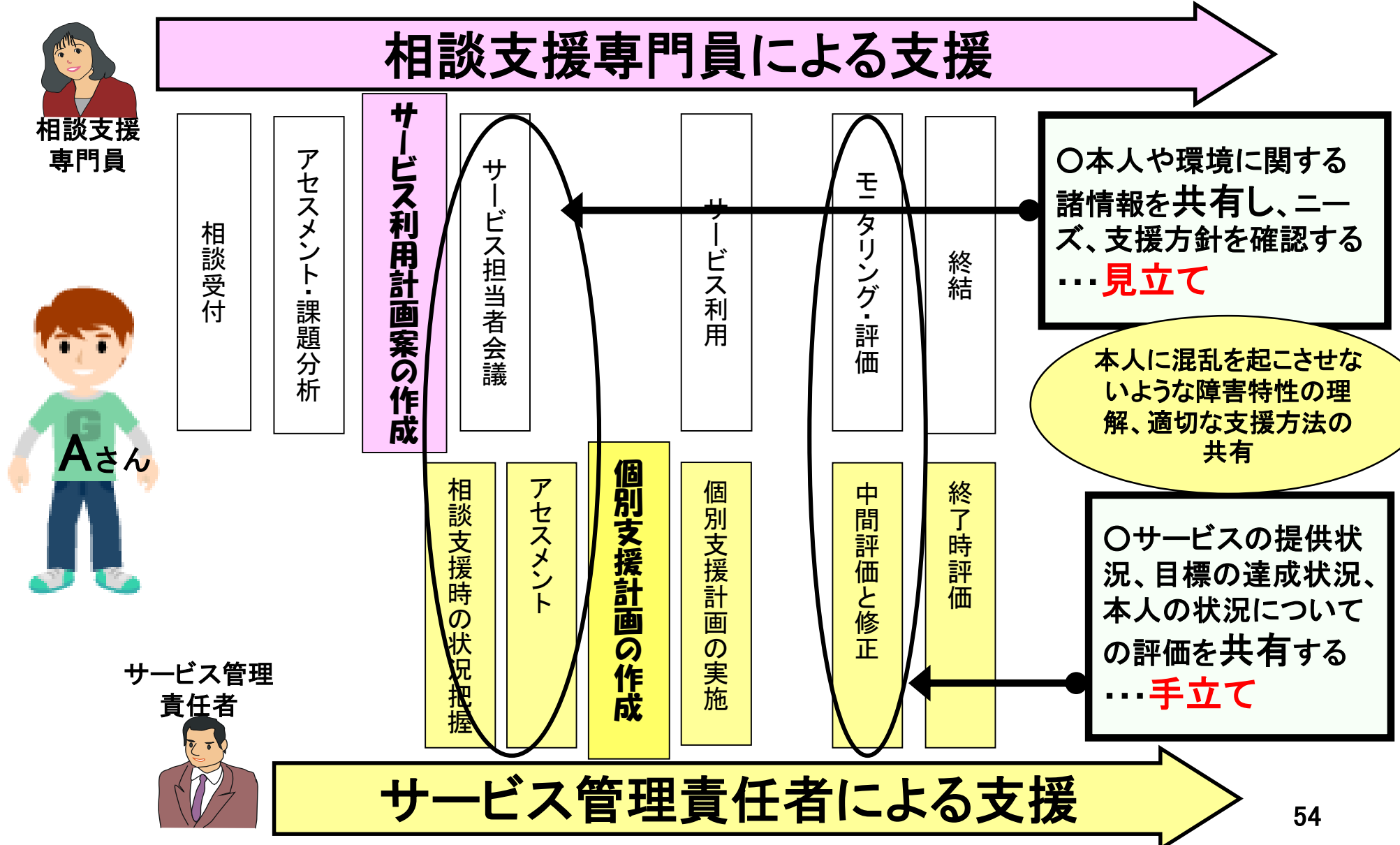
—Aさんの事例から—

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。

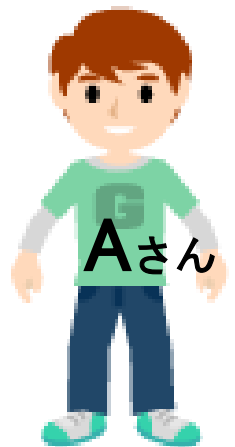


# サービス管理責任者の連携イメージ

—Aさんの事例から—



相談支援  
専門員



Aさん

サービス管理  
責任者



## 相談支援専門員による支援

相談受付

アセスメント・課題分析

サービス利用計画案の作成

サービス担当者会議

サービス利用

モニタリング・評価

終結

○本人や環境に関する諸情報を共有し、ニーズ、支援方針を確認する  
…見立て

本人に混乱を起こさせないような障害特性の理解、適切な支援方法の共有

○サービスの提供状況、目標の達成状況、本人の状況についての評価を共有する  
…手立て

相談支援時の状況把握

アセスメント

個別支援計画の作成

個別支援計画の実施

中間評価と修正

終了時評価

## サービス管理責任者による支援

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



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

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





# 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)

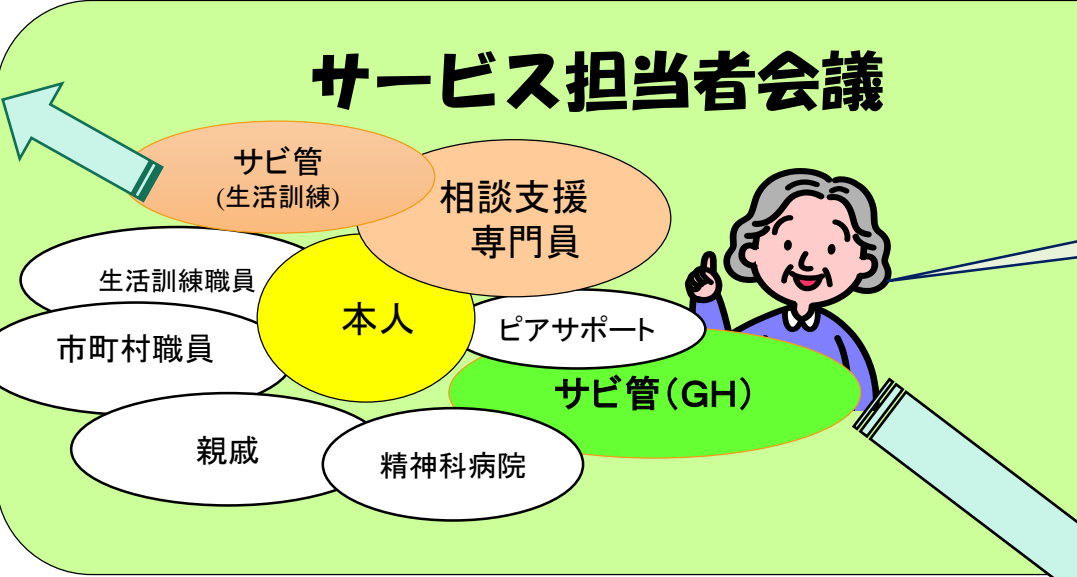
サービス提供事業所では、大きなプランで示されたサービス利用計画の目標に沿った具体的な個別支援計画を策定して支援を提供する。**サービス管理責任者の責務。**



# (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

サービス提供事業所は外部  
と連携・協力・役割分担！  
「サービス等利用計画」

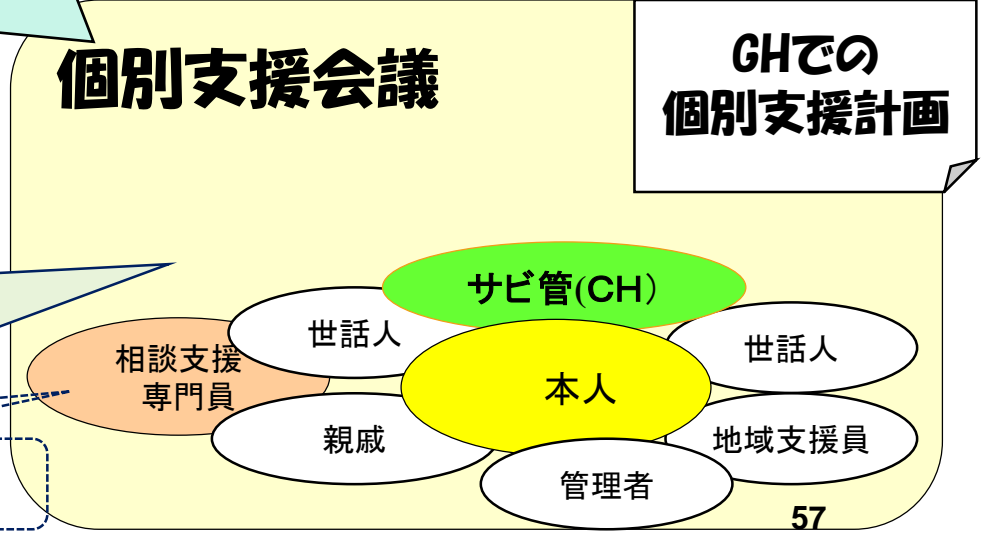
## サービス担当者会議



サービス利用計画

連続性  
継続性  
...連携

## 個別支援会議



GHでの  
個別支援計画

「サービス利用計画表(外部の支援も含めたトータルプラン)」を元に...  
サービス提供事業所としての  
「個別支援計画」を作成！

必要に応じて、関係機関の参加を求めることもあります



## 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	<b>C法人共同生活介護事業所</b> 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、〇〇事業所の皿洗いを続けたい	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





## 身近なプラン

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) <b>朱書きの( )は連携機関</b>	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  <b>(継続B事業所・サービス管理責任者送迎担当者)</b> <b>(行動援護事業所・サービス提供責任者)</b>	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  <b>(継続B事業所・サービス管理責任者送迎担当者)</b> <b>(行動援護事業所・サービス提供責任者)</b> <b>(相談支援事業所担当者)</b>	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—

例）○ 自閉症の障害特性について支援者の理解が必要  
○ 学校から福祉へのバトンタッチをスムーズにしたい

相談支援  
専門員

サービス  
管理責任者

Aさんの支援において確  
認された課題

家族

相談支援  
専門員

サービス  
管理責任者

Bさんの支援において確  
認された課題

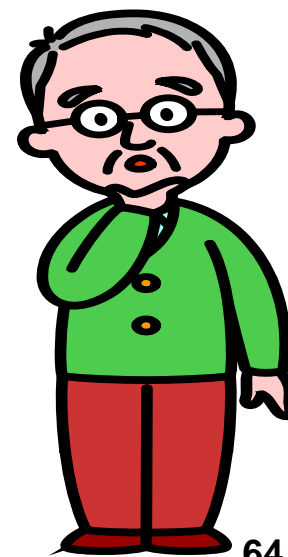
相談支援  
専門員

サービス  
管理責任者

Cくんの支援において  
確認された課題

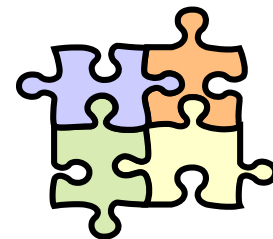
## 7. 権利侵害・権利擁護という視点

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。





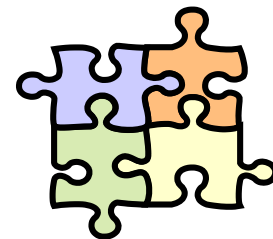
# 支援現場で、気付かないうちに 権利侵害をしていないか



- ・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？

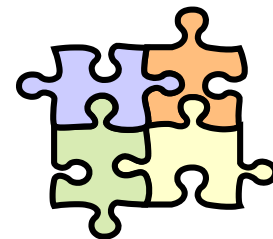
※あなたの事業所だけではない。単独の市町村で困難ならば、  
圏域で成年後見センターを立ち上げる動機づけになるはず。

# 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)は誰がしているの?
    - ・・・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。

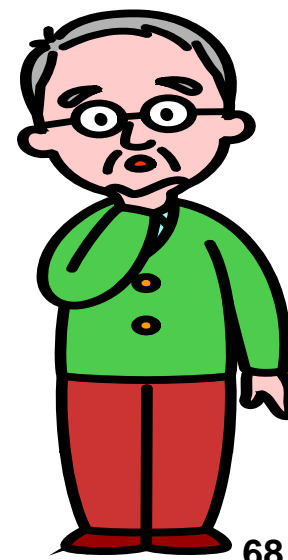
# 支援現場で、気付かないうちに 権利侵害をしていないか



- ・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

## 8. 連携事例

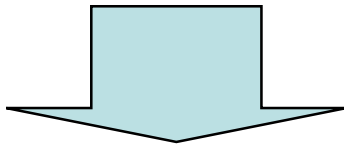


例えば・・・



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



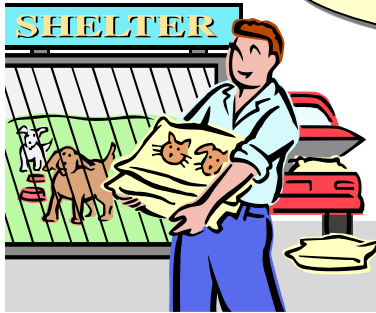
## サービス管理責任者の仕事

- ・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・・・



例えば・・・



就 職

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

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・・・

- ・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

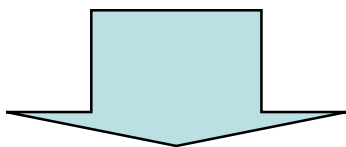
- ・本人の意向の確認(本当にしたいことは・・・)
- ・アセスメントの結果内容を突合せ、本人の現状を的確に把握。
- ・就業・生活支援センター、就労支援関係者・日中活動支援関係者等、  
マッチング関係者間での**ケア会議を発動しよう**



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・・・



ご清聴ありがとうございます  
ございました