

相談支援事業所によるサービス等利用計画

- ・就職できるように頑張りたい ・他者と関わりがもてるようになりたい
- ・一人暮らしを目指して家事等の生活力を高めたい etc

望む暮らしの実現に向けての目標設定



サービス事業所による個別支援計画

- ・サービス等利用計画書に基づいて、目標に対する障壁や課題の把握
- ・課題を解決する為の具体的な支援内容 etc

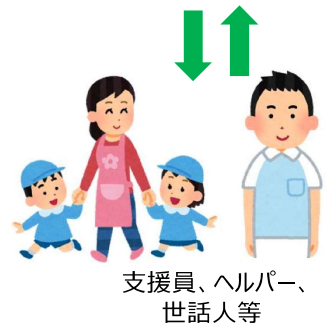
目標を達成するための具体的な手立て



サービスの提供・支援の提供

- ・個別支援計画書に基づいた、適切な支援
- ・個別の課題を克服する為の具体的な支援 etc

具体的な手立ての実行



連動した支援 = チームアプローチ

個別支援計画書(書式例)

利用者氏名: _____

作成年月日 _____

【総合的な援助の方針】

【到達目標】

【短期目標】

【長期目標】

具体的な到達目標及び支援計画等

具体的到達目標	本人の役割	支援内容 (内容・留意点等)	担当者	優先 順位

上記の計画書に基づきサービスの説明を受け、内容に同意しました。

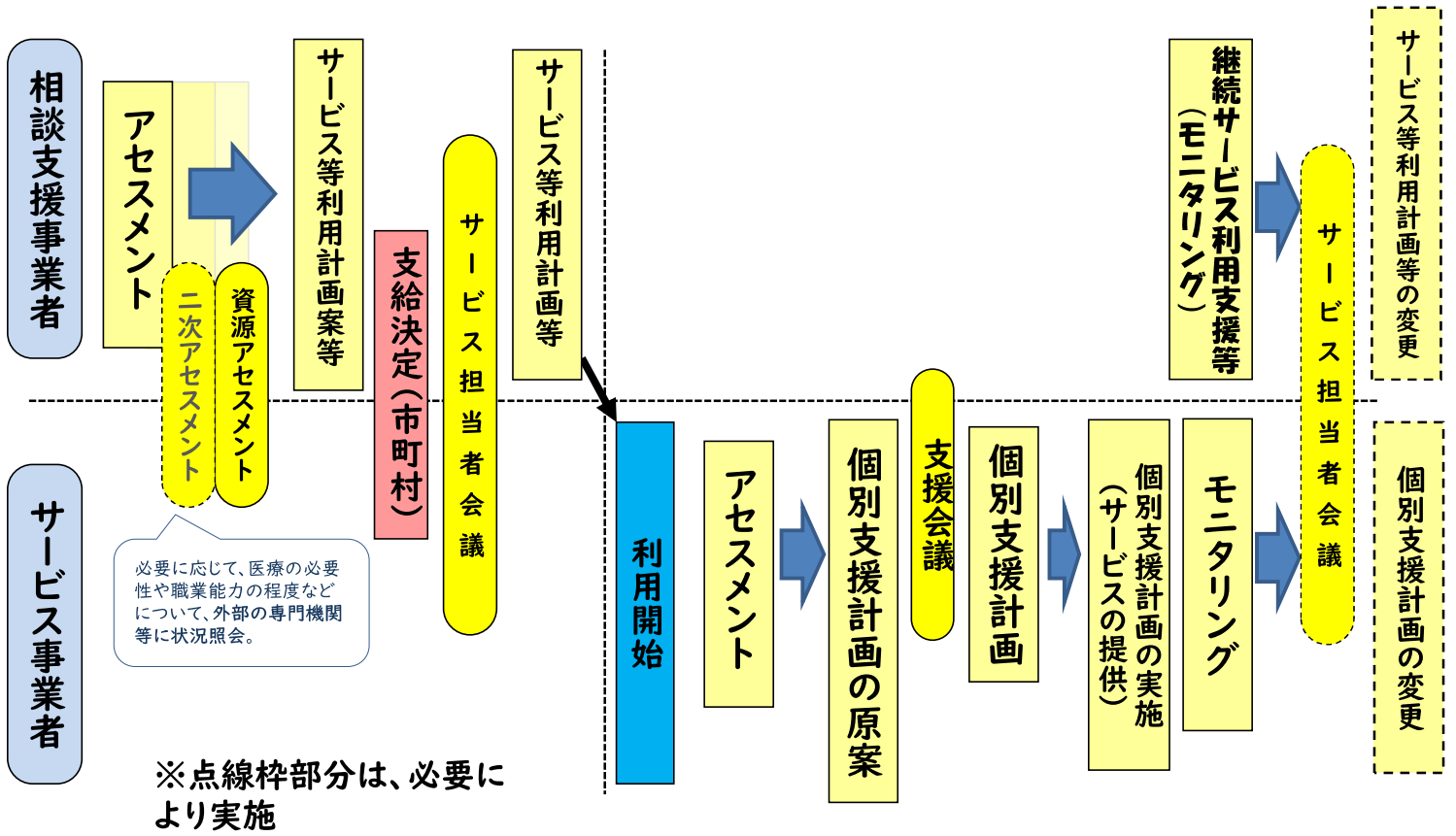
同意年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 利用者氏名 _____

印 _____

サービス管理責任者氏名 _____

印 _____

指定特定相談支援事業者（計画作成担当）及び障害児相談支援事業者と
障害福祉サービス事業者の関係



IV まとめ

相談支援（ケアマネジメント）とは

相談支援（ケアマネジメント）の定義は多義にわたるが、

- ・相談支援（ケアマネジメント）とは、障がい者の地域生活を支援するための「技法」であり、計画そのものを作る「プランニング」だけでなく、
 - ご本人と相談支援事業所が出会う「インテーク」
 - 計画作成に当たっての「アセスメント」
 - 計画に基づく「実施」
 - サービス提供による変化を確認する「モニタリング」
 - 事業所の変更やライフステージの移行に伴う「終了と事後評価」

○技法だけではなく、「本人ニーズ中心」・「チームアプローチ」・「社会資源の改善・開発」が重要な働きとなる

相談支援（ケアマネジメント）とは

【縦のマネジメント】

先見性（今後を見通す力）

利用者と一緒に将来を見通せる力に基づく、「ライフステージに合わせた支援」

【横のマネジメント】

俯瞰性（全体を見通す力）

本人だけでなく、背景を考える力に基づく「関係者の協働による支援ネットワークの構築」

を実践すること。

その中心には

「本人」と「相談支援専門員」が位置していること。

相談支援専門員とは

「**基本相談**を基盤としてサービス等利用計画作成を行う
個別支援」だけでなく、

「**協議会活動**を核とした、ネットワーク構築による地域力の
向上、社会資源の開発等の**地域づくり**」を視野に入れ、
この両者に連続性と整合性をもって取り組むことができる人材

- ネットワークの構築 → 地域の支援力を高める
- 相談支援（ケアマネジメント）はソーシャルワークであり
相談支援専門員は**ソーシャルワーカー**である

相談支援専門員に求められる資質

(1) 信頼関係を形成する力

利用者の思いを理解し、受けとめる姿勢

(2) 相談支援に係る幅広い知識と技術の習得

- ①利用者の**生活のしづらさの理解**
- ②福祉分野や他の分野についての**幅広い知識（制度やサービス含）**
- ③基本的な**コミュニケーション技術（対人援助技術）**
- ④基本的な**面接技術**
- ⑤ニーズを理解し、探し出す**アセスメント力**
- ⑥チームアプローチやネットワークを**形成する力**
- ⑦社会資源を**活用・調整・開発する力**
- ⑧**交渉力・調整力**

相談支援（ケアマネジメント）の基本姿勢

「支援者」と「利用者」という関係構造があっても、医学モデルのような『一方的な提案型』ではなく、『**本人中心型**』の**社会・生活モデル**として利用者の主体性や自律性の尊重を基本とする。

- ① **ノーマライゼーション**：「想像力」を持って本人が思うノーマルとは何か根拠を「創造力」を持って作り出すこと。
→「多様な選択肢がある」「YesもNoも言える環境」
- ② **ソーシャルインクルージョン**：障がい福祉施策だけでなく、「一般施策」も視野に入れる姿勢。
- ③ **エンパワメントとストレングス**：「生活のしづらさ」だけでなく、「強み」を見極め、取戻し強化する。

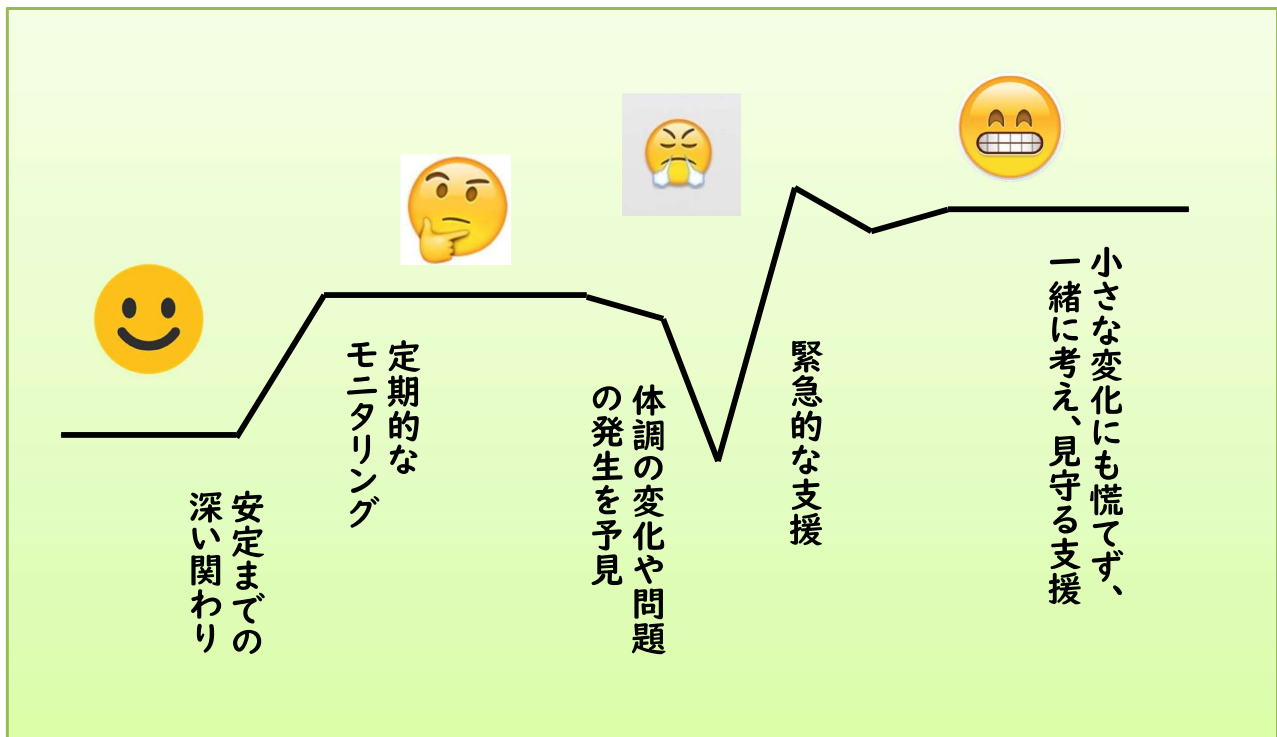
※**専門用語は少なく**、どう、その言葉の意味を理解し、伝えていくか

地域生活支援とは

ケアマネジメントによる専門的知見で課題を整理し、人や物・地域とのつながりを橋渡しし、障がいがあってもその人らしい生活を送れるよう継続的に支えること、相談支援（ケアマネジメント）そのものが生活支援である。

- ① **個別性を重視した地域生活の総合的支援**
→個々の置かれた環境により多様な視点での支援が必要
- ② **地域移行・地域定着支援の推進** →
長期入院や長期で入所されている方が地域で普通に暮らすための支援プロセス
- ③ **ライフステージを視野に入れた継続的な支援**（移行期の重要性）around 6・18・40・65

長い目で二人三脚の関わりを



これからしなくてはならないこと

- ① サービス等利用計画と実施は「**契約**」です。
だから一緒に作りましょう。
- ② 本人の思いに耳を傾けていますか
「来年の今頃、どこで・どうしたい？」
「来年の誕生日はどこで・誰と過ごしたい？」
- ③ 「していること」も「していないこと」も…
自分の業務アセスメントの客観性
- ④ 「あるもの」と「ないもの」…
社会資源（サービス事業所等）のアセスメント・地域格差
- ⑤ 「本人」を変えるのか、「環境」を変えるのか
私たちの支援の目的は、本人を矯正することではない

これからしなくてはならないこと

⑥誰に寄り添って支援していくのか…

本人中心・家族との関わり方

⑦自分たちのしていることを「説明できること」とその証拠として

「記録に残すこと」

「個々の生活」と「地域」の Before & After の可視化

※相談支援(ケアマネジメント)に関する専門知識の習得及び技術の向上に努め、保健・医療・福祉・教育等の関係者と個別のニーズや地域の実情に即して創意工夫しながら連携を図り、利用者が地域で安心して生活が送れるよう支援を行っていくことが求められます。

終わりに

自分なら、どんな相談支援専門員に計画書を作ってもらいたいですか？

自分なら、こういった関わり方をされたいですか？

※自分に置き換えること、自分ならどうされたいかをいつも考えることが相談支援(ケアマネジメント)の基本姿勢に繋がると思います。

是非、利用者さんの為に、人生のプランを一緒に考えていきましょう。

サービス利用の 支給決定プロセス

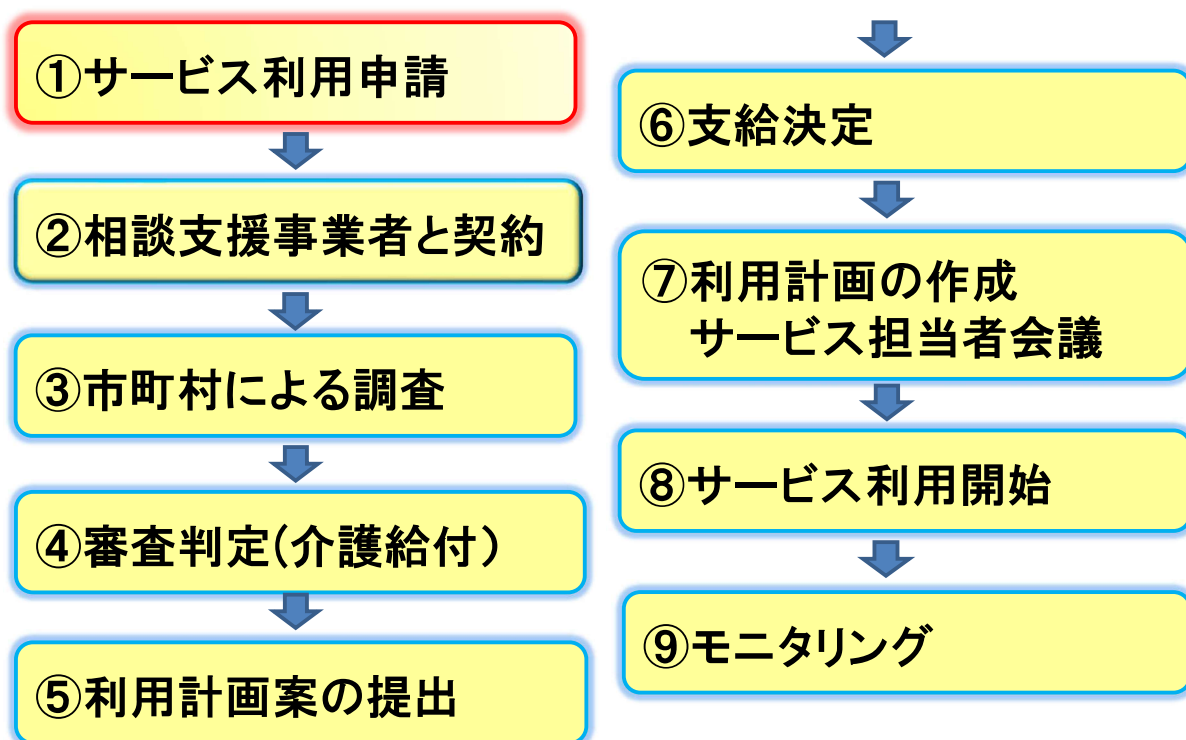


社会福祉法人 榎の実会
高安 一弘

この講義の中で理解してほしいこと

1. 障害福祉サービスの一連の流れを理解する。
2. 本人中心の支援について理解する。
3. 利用者が新規の相談に来た時の対応を理解する。
4. サービス等利用計画の取り扱い方を理解する。
5. 障害支援区分決定の仕組みを理解する。
6. 相談支援専門員と各事業所との協力体制を理解する。
7. サービス等利用計画書と個別支援計画書の関係を理解する。

サービスの支給決定プロセス



① サービス利用申請

佐藤 誠さん(27歳:知的障害B1)は両親と3人で暮らしていましたが、母親が体調を悪くし、医師から「早急入院するように」と言われてしまいました。そこで、希望が丘市の市役所の障害福祉課に相談に来ました。(佐藤さんは現在福祉サービスを利用していません)

