

## 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。

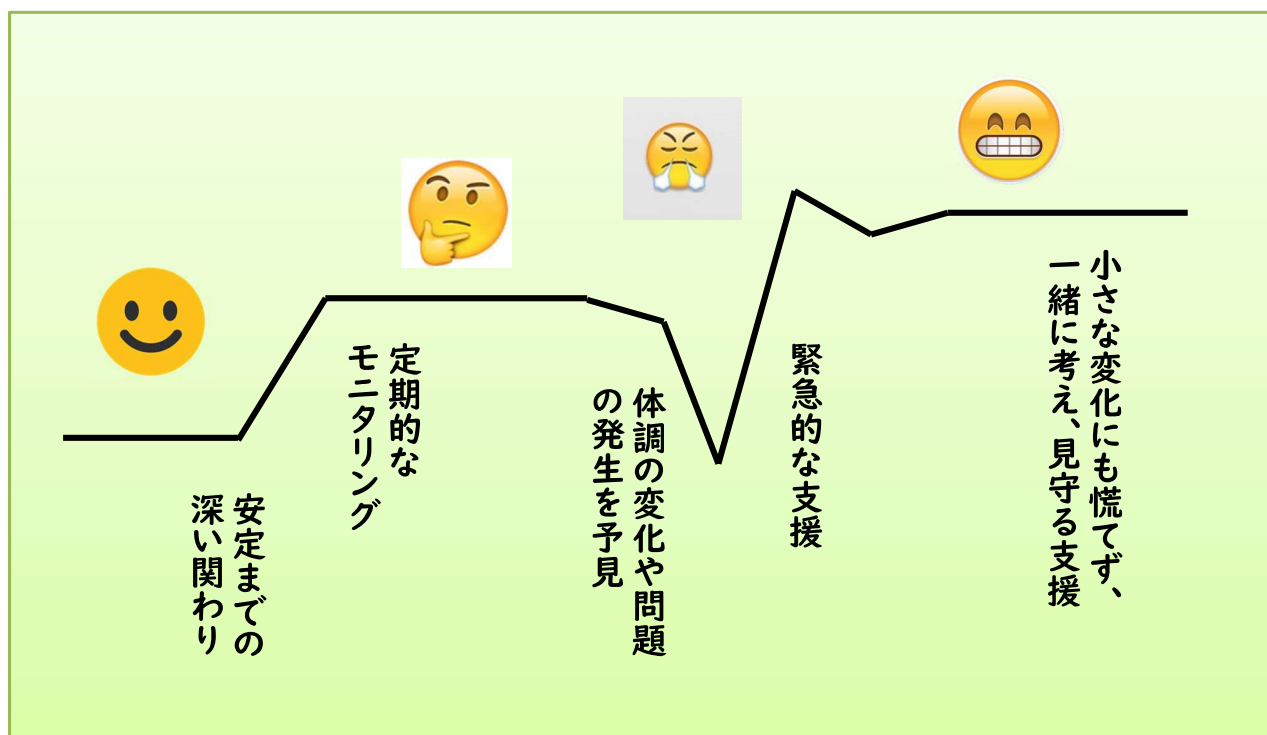
※**専門用語は少なく**、どう、その言葉の意味を理解し、伝えていくか

## 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・どうしていたい？」  
「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

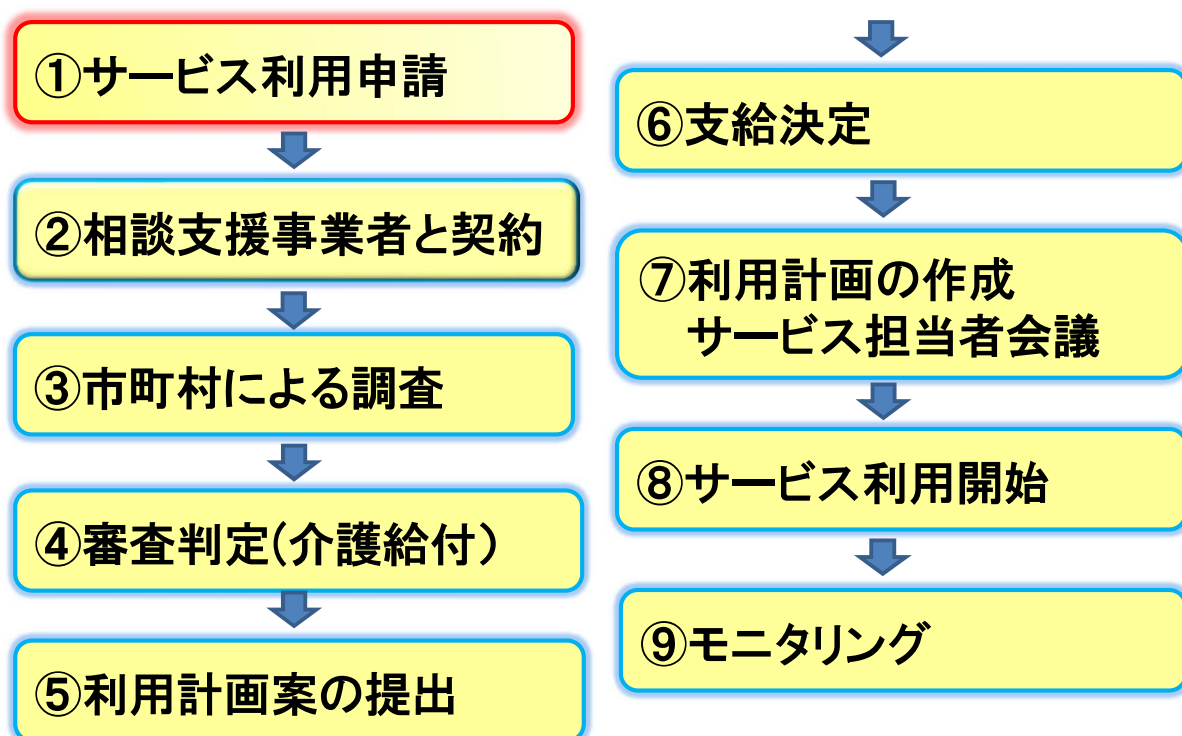


社会福祉法人 槇の実会  
高安 一弘

この講義の中で理解してほしいこと

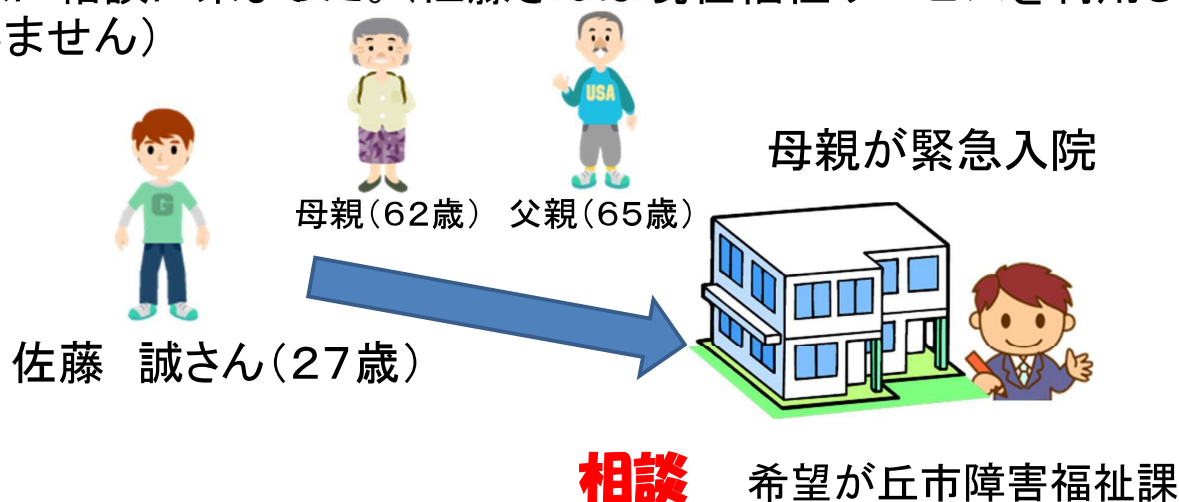
1. 障害福祉サービスの一連の流れを理解する。
2. 本人中心の支援について理解する。
3. 利用者が新規の相談に来た時の対応を理解する。
4. サービス等利用計画の取り扱い方を理解する。
5. 障害支援区分決定の仕組みを理解する。
6. 相談支援専門員と各事業所との協力体制を理解する。
7. サービス等利用計画書と個別支援計画書の関係を理解する。

# 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「早急に入院するように」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)



## 【市役所の窓口で】

佐藤さん:お母さんの調子が悪く、担当の医師から「できるだけ早く入院してください。」と言われてしまいました。お母さんがいないと今までの生活ができません。なんとか助けてください。

市の担当者:お母さんが入院するんですか。それは困りましたね。

(簡単な質問をしてから)、お父さんは家事があまりできないようですので、障害福祉サービスを利用することとなりますね。そのためには申請が必要です。ではこの利用申請書のまるで困ったところに必要事項を書いてください。

佐藤さんはどんなサービスを利用したいですか。自分が利用したいサービスの計画を作ってください。

そのためには利用計画書を提出してください。

佐藤さん:そんな難しいことをいわれてもほくにはなんのことかよくわかりません。 どうすればよいですか。

サービス利用申請書

5

担当者:たしかに佐藤さん自身で自分でサービスの計画を作ることは大変ですね。それでは佐藤さんの相談にのってくれる事業所に相談に行ってみたらどうですか。

佐藤さん:市役所ではぼくの計画を作ってくれないんですか。

担当者:残念ながらそれはできません。市役所はできた計画を確認し、その計画がうまく利用できるように支援することが仕事です。

佐藤さん:ではどうすればよいですか。

担当者 (用紙を渡し)これが佐藤さんの相談にのってくれる市内の事業所の一覧です。自分で好きなところに行ってください。電話をしてから行くとよいですよ。

佐藤さん:どの事業所が親切なのか教えてください。

担当者:残念ながらそれもできません。

佐藤さん:役所の人冷たいなあ。(と、ぼやく)

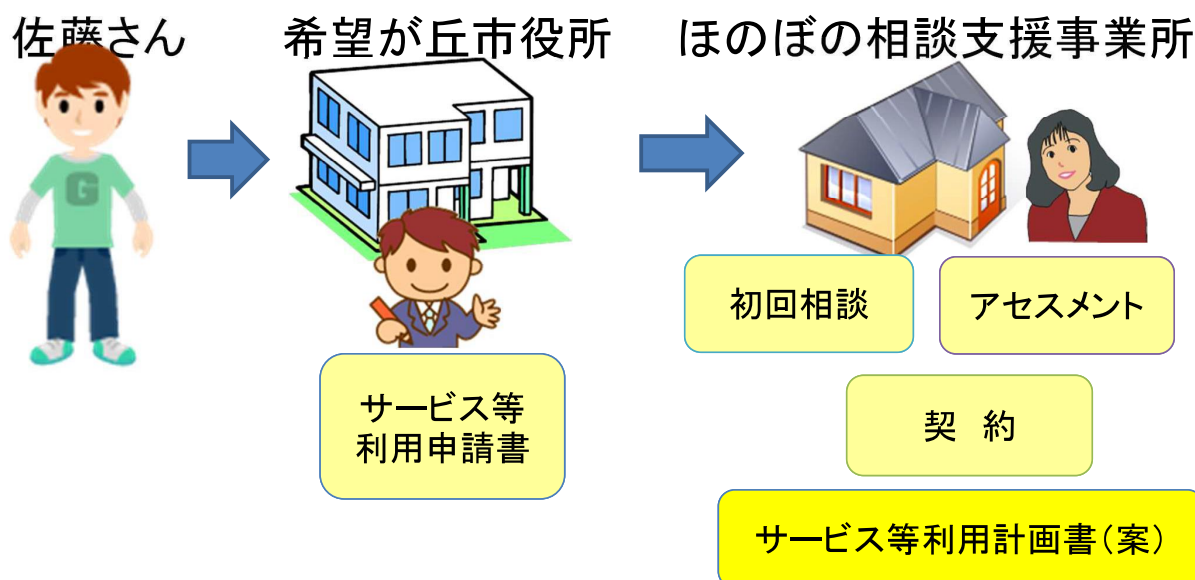


サービス等利用計画書

6

## ② 相談支援事業者と契約

佐藤さんは自分で事業所を見つけることができません。そこで、以前同じ特別支援学校に行っていた友達に連絡をし、事業所を紹介してもらいました。



佐藤さん: 母親が緊急で入院するので、すぐにサービスを利用したいんです。  
担当の千葉さん: それは困りましたね。では自宅に伺ってもよいですか。  
佐藤さん: 今すぐ来てください。

(ということで:1時間後の自宅での会話です。)

千葉さん: 佐藤さんの現在の様子と必要な支援を聞かせてください。(できることや困っていることなどを質問する: **アセスメント**)

佐藤さん: ぼくのサービス計画を立ててくれますか。

千葉さん: もちろんです。ところで佐藤さんはどんなサービスを希望しますか。

佐藤さん: 自宅での生活も大切ですが、自宅で何もしないでいるのも退屈です。働いている友達もいるので、自分も何かをしたいです。

千葉さん: わかりました。佐藤さんの希望に沿った計画を作り、のちほど計画書(案)を作って持ってきます。私の事業所との契約も必要となりますので利用契約書も持ってきます。

佐藤さん: わかりました。できるだけ早くお願いします。

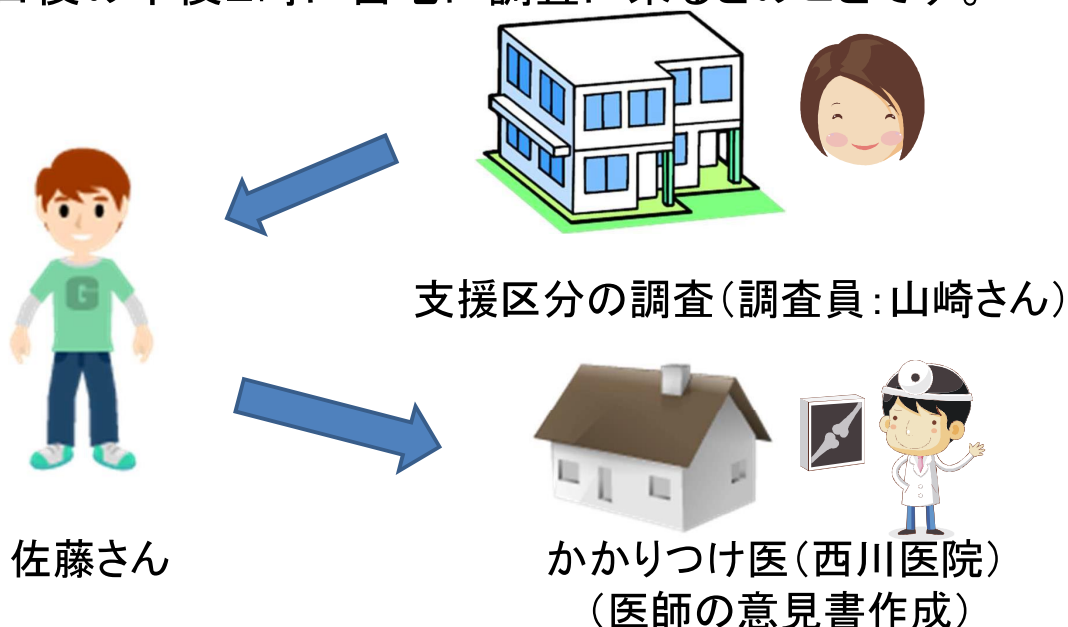
サービス等利用計画書(案)

サービス利用契約



### ③ 市町村による調査

佐藤さんに希望が丘市の担当から連絡がきました。  
3日後の午後2時に自宅に調査に来るとのことです。



佐藤さん:母親が入院するので、困っています。サービスが利用できるまで近くに住んでいるおねえさんが何とかすると言っていますが、それほど期待できません。早く何とかしてください。

担当者:わかりました。今日は佐藤さんの様子を聞きに来ました。佐藤さんの様子がよくわからないとサービスが利用できません。こちらは調査員の山崎です。

山崎さん:いろいろな質問をしますので、正直に教えてください。  
(1時間ほど質問をする)

担当者:佐藤さんは食事や入浴などの介護給付サービスを希望していますので市で行っている審査会の判断が必要です。早速この情報を市の審査会にかけます。ところでいつもどの医者を利用していますか。

佐藤さん:近くの西川医院です。風邪をひいたときにも受診しています。親切な先生です。

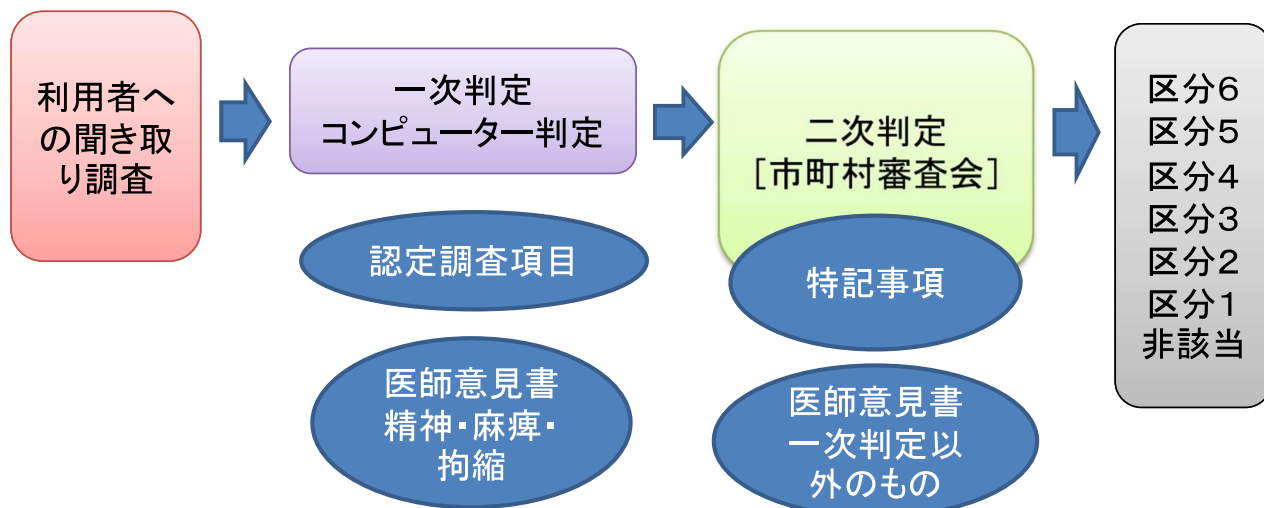
担当者:西川先生は私たちも良く知っています。それでは西川医院に行って診察を受けてください。審査会では医師の意見書も必要です。

アセスメント表

医師意見書

## ④ 審査判定(介護給付)

佐藤さんの情報について障害支援区分認定審査会が開かれました。(市では毎月2回開催です)審査員は5人です。その他に市の担当者が参加しています。西川医院からの医師意見書もすでに提出されました。



## 障害支援区分 認定調査項目

### 移動や動作等に関連する項目

寝返り	起き上がり	座位保持	移乗	立ち上がり	両足での立位保持
片足での立位保持	歩行	移動	衣類の着脱	じょくそう	えん下

### 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目

食事	口腔清潔	入浴	排尿	排便	健康・栄養管理
薬の管理	金銭の管理	電話等の利用	日常生活の意思決定	危機の認識	調理
掃除	洗濯	買い物	交通手段の利用		

### 意思疎通等に関連する項目

視力	聴力	コミュニケーション	説明の理解	読み書き	感覚過敏・感覚鈍麻
----	----	-----------	-------	------	-----------

### 行動障害に関連する項目

被害的・拒否的	作話	感情が不安定	昼夜逆転	暴言・暴行	同じ話をする
大声・奇声を出す	支援の拒否	徘徊	落ち着かない	外出して戻れない	一人で出たがる
収集癖	物や衣類を壊す	不潔行為	異食行動	ひどい物忘れ	こだわり
多動・行動停止	不安定な行動	自傷	他害	不適切な行為	突発的な行動
過食・反すう等	そう鬱状態	反復的な行動	対人面の不安緊張	食欲が乏しい	話がまとまらない
集中力が続かない	自己の過大評価	集団への不適応	多飲水・過飲水		

### 特別な医療に関連する項目

点滴の管理	中心静脈栄養	透析	ストーマの処置	酸素療法	レスピレータ
気管切開の処置	疼痛の看護	経管栄養	モニター測定	じょくそうの処置	カテーテル

## 【市の審査会】

担当者:コンピューターによる一次判定は区分3です。ある程度の生活能力があるようですが、今まで母親がいろいろと支援をしていたため、依存度が高いようです。家事の経験もなく、今までと同じ生活を送るにはサービスが必要なようです。

委員1:項目により特記事項がかなり多いようですね。西川先生の記述も参考になります。

委員2:こだわりや経験不足による支援も必要ですね。

委員3:知的障害とともに、身体障害の部分もありますね。

委員4:これを機会にサービスを利用しながら、いろいろな経験を積んで、自分でできることが多くなるとよいですね。

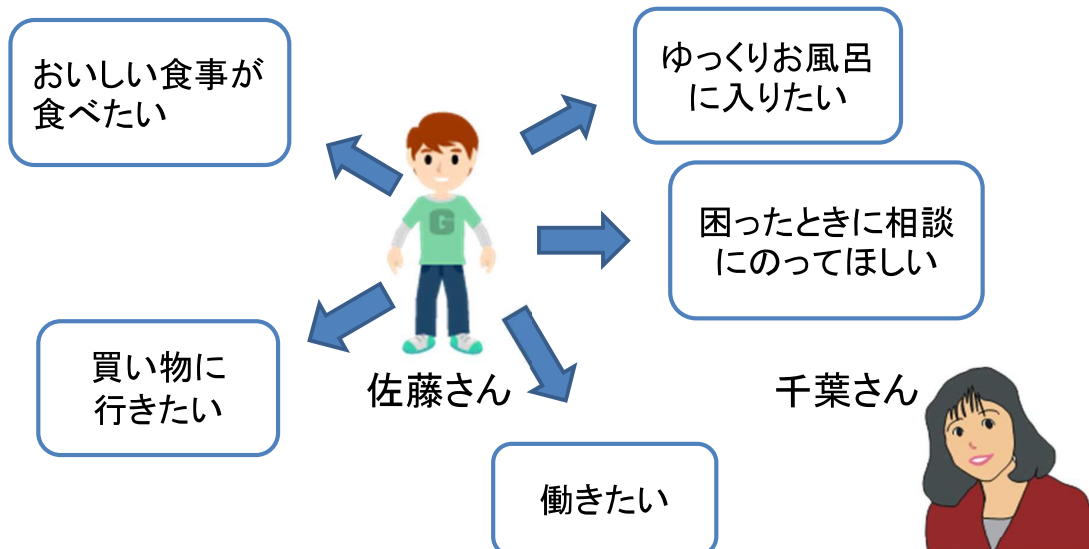
審査会の結果、支援区分は3から4に変更となりました。

障害支援区分

障害支援区分認定審査会

## ⑤サービス等利用計画案の提出

佐藤さんは、ほのぼの相談支援事業所の千葉さんに作ってもらったサービス等利用計画書(案)を持って市役所に出かけました。今回は千葉さんも一緒に行ってくれました。



## 【市役所での出来事】

佐藤さん: サービスの計画書を持ってきました。

担当者: 佐藤さんはどんなサービスを受けたいのですか。

佐藤さん: まずは困っている自宅での生活をなんとかしてもらいたいです。今まで母親が行っていた食事や入浴、買い物も・・・。

担当者: サービスは利用できるでしょうが、お父さんにもある程度の協力をしてもらえます。

佐藤さん: わかりました。話してみます。でも父は家事などの経験はあまりありません。できないと思いますよ。それからぼくはいつも家にいても退屈なので働くための訓練をしたいですね。

担当者: 急にいろいろと生活が変わると大変じゃないですか。以前はそんな話はしていませんでしたよね。

佐藤さん: 千葉さんがアドバイスをしてくれたんですよ。正直言うと今までずっと自宅にいてつまらなかったんです。

担当者: わかりました。市でこの計画案を検討してみます。

サービス等利用計画書(案)

週間ケア計画

## ⑥ 支給決定

サービス等利用計画書案を提出した佐藤さんのもとに1通の郵便が届きました。介護給付費等支給決定通知書と障害福祉サービス受給者証でした。これは「福祉サービスを利用できます」という内容のものです。そこで、佐藤さんはほのぼの相談支援事業所の千葉さんと連絡をとりました。

おいしい食事が  
食べたい  
[家事援助30時間]

ゆっくりお風呂に入りた  
い[身体介護10時間]

買い物に行きたい  
[移動支援10時間]



困ったときに相談にのっ  
てほしい[相談支援]

働きたい  
[生活介護週5日]

佐藤さん:市から手紙がきました。サービスを利用できるそうです。でもヘルパーなど、どこを使ったらよいかわかりません。

千葉さん:心配いりません。佐藤さんをうまくサポートしてくれる事業所を知っていますから安心してください。

佐藤さん:ありがとうございます。よろしくお願いします。

千葉さん:では佐藤さんが利用したいサービスの関係者に集まっていたいただき、佐藤さんの希望をみんなで聞きましょうか。

佐藤さん:そうですね。お願いします。早くサービスを利用したいです。

千葉さん:佐藤さんの自宅に集まってもらいますが、よいですか。

佐藤さん:自宅は散らかっているからあまり来てほしくないですね。

千葉さん:でも、自宅に行かないと佐藤さんの様子がわからないんですよ。

佐藤さん:わかりました。それまでに片付けておきます。

介護給付費等支給決定通知書

障害福祉サービス受給者証

## ⑦ サービス等利用計画の作成・サービス担当者会議

相談支援事業所の千葉さんの働きかけで、佐藤さんの自宅にそれぞれの業者が集まりました。居宅支援事業所、移動支援事業所、生活介護事業所の3事業所です。



美味しい食事を  
食べたい

ゆっくりお風呂に  
入りたい

買い物に行きたい



働きたい

困ったときに相談に  
のってほしい

居宅支援事業所  
ハッピー

社会福祉協議会  
(移動支援)

いきいきホーム  
(生活介護)

相談支援事業所  
ほのぼの

佐藤さん: みなさん、ぼくのお世話をよろしくお願いします。

ヘルパー: 佐藤さんは食事を作ることができますか。

佐藤さん: ラーメンぐらいしかできないけど、いろいろなものを作りたいですね。教えてください。

ヘルパー: まずはヘルパーがおいしいものを作ります。ヘルパーの作る様子をみながら、少しずつ自分でできるものを考えていきましょう。

佐藤さん: 仲間と同じように働いてお金をかせぎたいんですが。

担当者: 佐藤さんは自宅でのんびりすることが多かったので、まずは生活介護の事業所を利用し、どんなことができるかいろいろと試してみましよう。それから働く訓練をしてはいかがですか。

佐藤さん: わかりました。楽しそうですね。がんばります。

担当者: この間見学に来た事業所です。少しずつ頑張りましょう。

千葉さん: もし佐藤さんがよろしければそれぞれの事業所の方と契約をしてください。

サービス等利用計画書

利用契約書

## ⑧ サービス利用開始

佐藤さんはサービスを利用できることになりました。ほのぼの相談支援事業所からはサービスを提供する事業所が記載されたサービス等利用計画書を提示され、佐藤さんは同意のサインをしました。また、相談支援事業所の千葉さんは同意を得た計画書の写しを市の担当者に提示しました。佐藤さんは障害福祉サービス受給者証を事業所に提出し、決められたサービスを受けています。時々、千葉さんは佐藤さんに電話をしています。

千葉さん: 職員の皆さんはよくやってくれますか。

佐藤さん: みんなとてもやさしいので、助かっています。

千葉さん: 困ったことがあったらいつでも相談してください。

佐藤さん: ありがとうございます。

障害福祉サービス等受給者証



## 【生活介護事業所で】

担当者:佐藤さんの得意なことはなんですか。

佐藤さん:友達とカラオケやゲームをしていましたので、それが得意です。星野源の歌はよく歌っていますよ。それに父親の実家が農家なので、野菜の栽培も何とかできると思います。

担当者:それはよかった。いきいきホームは野菜の栽培をみんなで行っています。カラオケも2~3人ずつですが行っています。ところで、市の支給量では週5回まで利用できることとなっていますが、どうしましょうか。

佐藤さん:今までのんびりをしていたので、最初は週3回からお願いします。迎えに来てもらえるんですか。

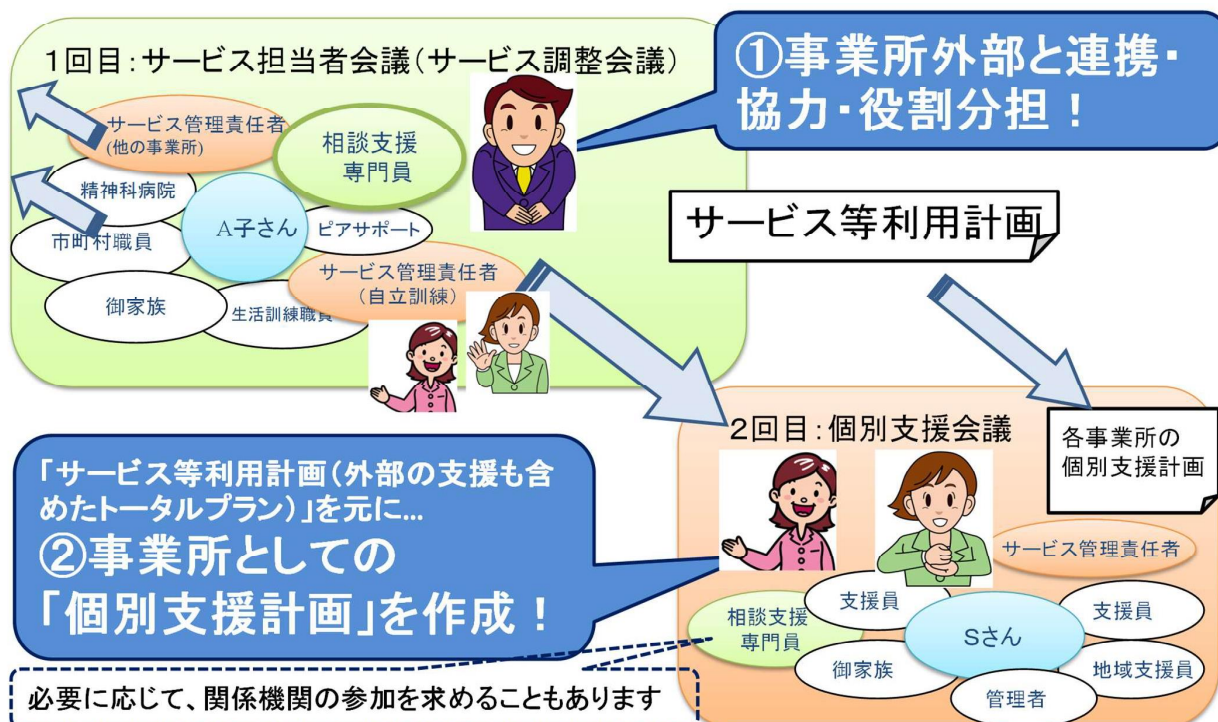
担当者:佐藤さんの自宅に8時40分に迎えにきます。それまでにきちんと準備をして待っていてください。働きたいとの目標があるので、しっかり頑張りましょう。

佐藤さん:はい。朝しっかり起きて、元気に活動できるようにします。

個別支援計画書

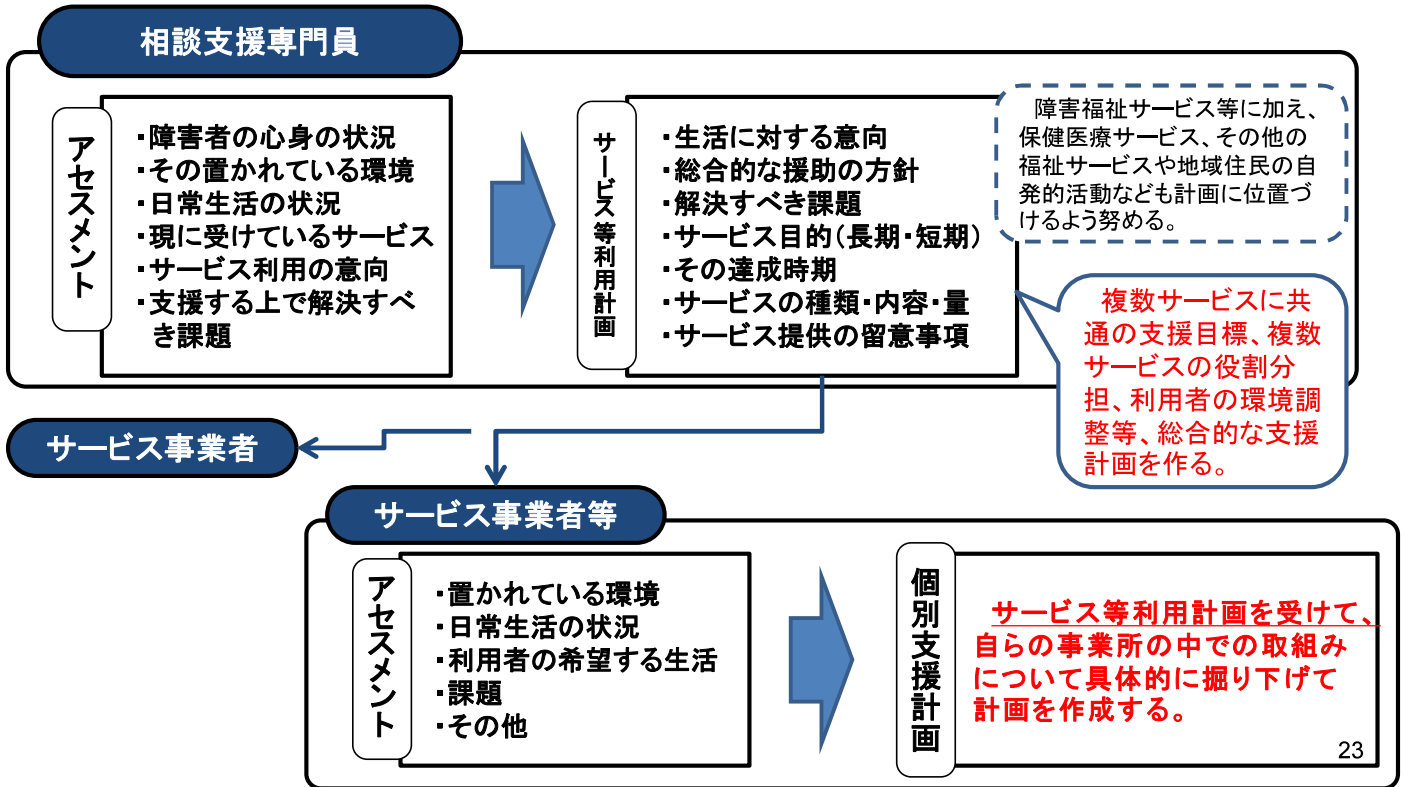
利用契約書

## 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の関係

- サービス等利用計画は、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。
- 個別支援計画は、サービス管理責任者等が、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。



## ⑨ モニタリング

佐藤さんはヘルパーなどを利用しながら、在宅生活をしています。また、元気に生活介護事業所に通っています。母親の治療経過は順調で、2か月で退院することが決定しました。千葉さんはこれを機会に佐藤さんの自立度を高めていきたいと考えています。

新規にサービスを利用した場合には、3か月間は毎月モニタリングを実施することとなっています。モニタリングはサービスがうまくいっているか、本人と事業所の担当者の双方から聞きとりをするものです。生活介護の事業所は半年に1度モニタリングを行います。



モニタリング報告書



## 千葉さんは佐藤さんの自宅を訪問しました。

千葉さん:生活はどうですか。

佐藤さん:お母さんのことは心配ですが、ヘルパーさんに手伝ってもらい、頑張っています。この間は目玉焼きを自分で作りました。自分で好きな物が作れると楽しいですね。洗濯機の使い方も教えてもらいました。父は頼りになりませんよ。

千葉さん:いきいきホームはいかがですか。

佐藤さん:とても感じのよいところです。今は花や野菜の栽培と販売、カラオケやゲームなどもしています。学校の時  
の友達もいるので毎日行くのが楽しいです。良いところを紹介してくれてありがとうございます。

千葉さん:それはよかったですね。

サービス等利用計画書(1)

<input type="radio"/> 初回	<input checked="" type="radio"/> 継続
--------------------------	-------------------------------------

利用者名： 佐藤 誠 性別 男 生年月日 平成 8年 6月 17日 27歳 住所 希望ヶ丘市桔梗の郷2-1-4

指定相談支援事業者名・所在地及び計画作成者ほのぼの相談支援事業所 希望ヶ丘市高野583番地 千葉 幸子 千葉

初回サービス利用計画作成日 令和 5年 6月 28日 サービス利用計画変更日 平成 年 月 日

受給者証の有無、有効期間及び番号：  有  無 令和 6年 6月 30日 NO.  上限度額： 0 円

障害支援区分	非該当	1	2	3	4	5	6	未認定
					○			

利用者および家族の希望  
 本人：週に2回のんびり入浴したい。おいしい自分好みの食事が食べたい。今の生活を続けていきたい。  
 家族（母）：自分は入院となってしまったが、誠のことが心配。父は家事ができないので、ヘルパーを活用してなんとか誠が自宅での生活を続けられるようお願いしたい。

相談支援専門員の支援方針  
 本人の希望を尊重し、いろいろなサービスを利用しながら現在の生活を維持していく。  
 家族（母）の行っていた家事をヘルパーを活用しながら支援していく。

長期目標（1年）  
 在宅の生活を安定させ、将来に事を考えて生活目標を持つことが出来るようにする。

短期目標（3月）  
 母が行っていた家事をヘルパーを使う事により支援し、生活の安定を図る。  
 通所のサービスを利用することで、生活の活性化を図っていく。

(番号: )

## サービス等利用計画書(2)

別紙様式4

ニーズの優先順位	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標 (目標を達成すべき時期を明記する 必要のあるものは時期を記入)	援助内容 (提供期間を明記する必要があるものは「頻度」欄に記入)		費用 (円/月)		
			サービス内容	サービス種別 (事業者等)	頻度	サービス費用 (全額)	自己負担
					単位	回数	合計
1	清潔を保ちたい	入浴を通じて清潔保持ができる。	ヘルパーによる入浴介助 (1回1時間)	居宅介護 (身体介護) ハッピー		週2回	393 9 35,370 3,537
2	おいしい食事が食べたい。	バランスを考えたら美味しい食事を提供できる。	ヘルパーの調理による昼食の提供 (1回1時間)	居宅介護 (家事援助) ハッピー		週4回	191 18 34,380 3,438
3	買物に行きたい	外出をし、気分転換を図ることができきる。	買い物の同行 (1回1.5時間)	移動支援 社会福祉協議会		月4回	268 4 10,720 1,072
4	働きたい	規則正しい生活を送ることができきる。	プログラムの提供	生活介護 いきいきホーム		週3回	687 14 96,180 9,618
5	相談にのってほしい	不安を解消することができる。	相談・サービス等利用計画の作成・担当者会議の開催・連絡調整など	計画相談 ラッキー		随時	1458 1 14,580 0
サービス利用計画 (モニタリング) の有効期限 令和 4 年 6 月 30日まで			サービス費合計	191,230	自己負担額	(17,665) → 0	
備考			本人または代理人の同意				
生活介護の事業所では昼食代として1日400円が必要である。各事業所のサービス利用料金は基本料金だけで、事業所によりこのほかに各種の加算が算定される場合がある。			日付 令和 5 年 6 月 29 日				
※週間ケア計画を必要に応じて添付			署名 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <b>佐藤 誠</b>				

