

初任者研修講義6

相談支援における ケアマネジメントの手法とプロセス

- I ケアマネジメントとそのプロセス、基本的視点
- II 多職種連携とチームアプローチ

本科目の内容と獲得目標

【獲得目標(標準カリキュラム)】

- ① 本人を中心とした(本人の選択・決定を促す)ケアマネジメントのプロセスと必要な技術の全体像について理解する。。

【内容(標準カリキュラム)】

- ① 本人を中心としたケアマネジメント(ストレングスモデル)の目的、意思決定に配慮した一連のプロセスについて、具体的な計画相談支援等の事例を用いて講義を行う。
- ② 意思疎通に困難を有する障害児者(知的障害児者や自閉スペクトラム症者等)の場合のアセスメントとニーズ把握の基本的な注意点と技術を理解する。
- ③ 相談支援専門員とサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、サービス提供責任者との具体的な連携のあり方について理解し、個別支援計画等は、サービス等利用計画等に記載された総合的な支援の方針やニーズ、目標等に基づき作成され、適切なサービス提供のためには両計画の連動が重要であることを理解する。
- ④ ケアマネジメントにおける社会資源の活用、多職種連携、チームアプローチ、不足している社会資源の創設の重要性について留意する。

講義上の留意点

① これまでの科目を受けて、ケアマネジメント手法に基づいた実践方法について、具体例を挙げながら講義する。

❖ 具体的な業務イメージを掴むことが目的である。

② 本講義を受けて、その内容を後の演習、実習で実際に体験することとなる位置付けであることに留意する。

❖ いわゆる「やってみせ」に該当する。

本日の流れ（75分）

- ① 導入（はじめに） 分
 - ・ 本科目の獲得目標と内容、実施上の留意点
 - ・ これまでの復習

- ② ケアマネジメントの展開、プロセス毎の概要と留意点 分
 - ・

- ③ 多職種連携とチーム支援 分

- ④ まとめ 分

相談支援における ケアマネジメント手法とそのプロセス I

- ケアマネジメントとそのプロセス、基本的視点 -

名古屋市瑞穂区障害者基幹相談支援センター

小島 一郎

【1】これまでの復習

- ① 相談支援の目的
- ② 相談支援の基本的視点
- ③ ケアマネジメントプロセス

【復習】 相談支援の目的

相談支援の目的

- ① 本人のその人らしい地域での暮らし
 - 1) 障害者の地域生活支援
 - 2) 障害者の自立と尊厳の確保、社会参加
 - 3) 意思決定への支援・権利擁護、
エンパワメント、リカバリー
 - ② 障害のある人を含めた誰もが暮らすことのできる
地域づくり
- ＝地域を基盤とするソーシャルワーク

ケアマネジメント手法においても変わらない。

【復習】 相談支援の基本的視点

相談支援の基本的視点：

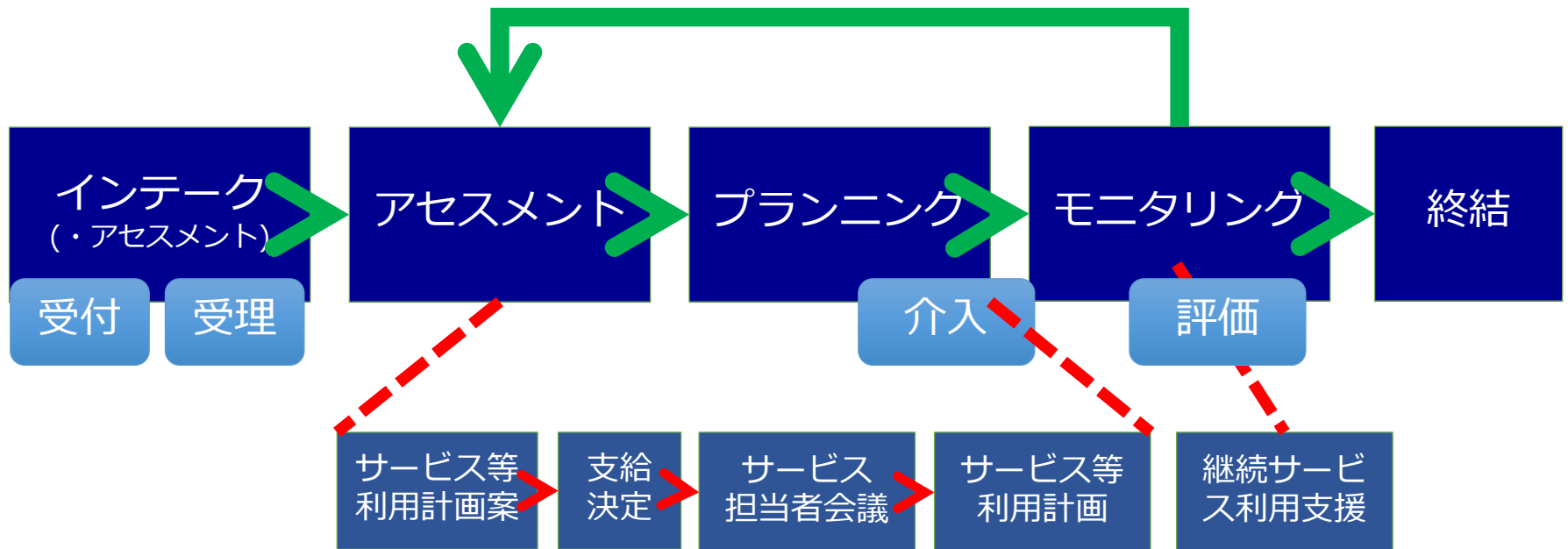
- ① 共生社会の実現（ソーシャルインクルージョン）
- ② 自立と社会参加
- ③ 当事者主体（本人中心支援）、
意思形成及び表明の支援（意思決定支援）
- ④ 地域における生活の個別支援
- ⑤ エンパワメント
- ⑥ セルフケアマネジメント
- ⑦ リカバリー
- ⑧ スティグマ

ケアマネジメント手法においても変わらない。

【復習】 ケアマネジメントプロセス

サービス等利用計画作成の流れ

支援過程の可視化



【2】 ケアマネジメントの展開

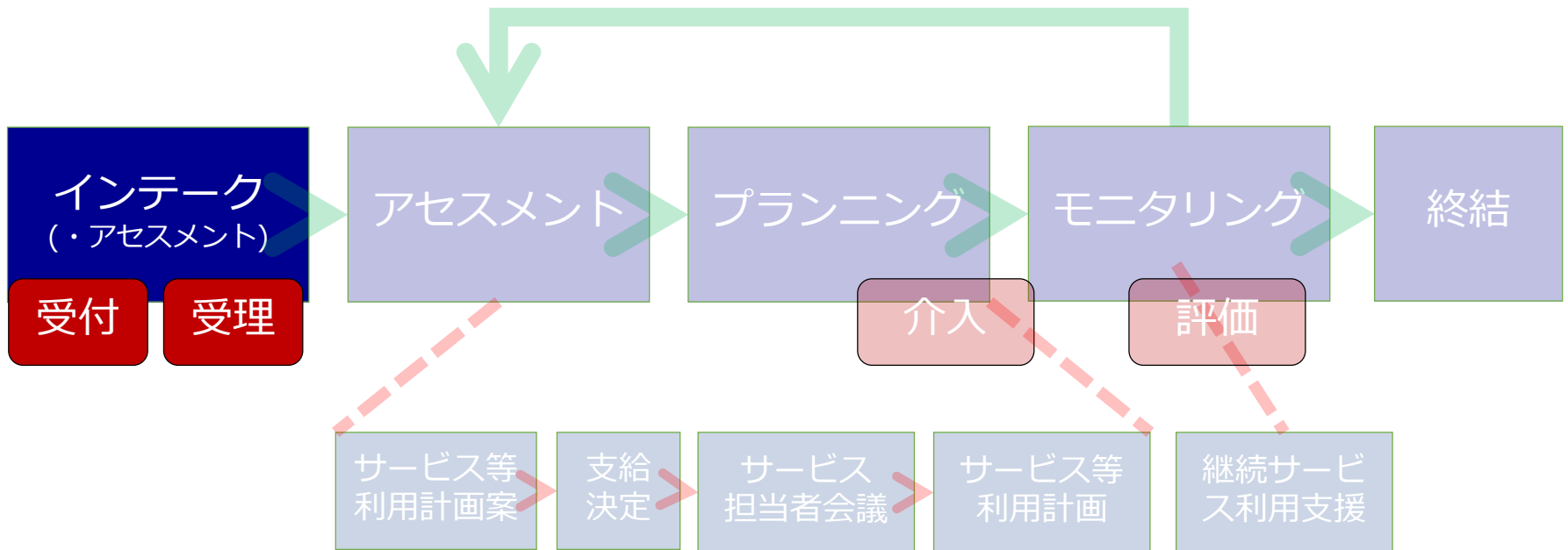
あなたが電話を受けたら、この後どうしますか？

- ・ 山田あさみさん（仮名）：当時20歳 女性
- ・ 支援経路：入院中のリハビリ病院 医療相談室MSW より入電

MSWの話（何度か一緒に動いたことのある担当者）

- ・ A市在住のA大学教育学部2年生（1年留年）。事故後休学中。
- ・ 住民登録は19歳から現住に移している。
- ・ 実家は青森県。現在は単身アパート生活。
- ・ 半年前の冬、大学2年次（20歳）にスノーボード中の事故により受障。
- ・ 急性期病院を経て、現病院に転院。リハビリ中。
- ・ 外傷性クモ膜下出血、頸椎損傷。下半身まひで自操式車いす。
- ・ リハビリを終え、退院した後のことを考えはじめたい。
- ・ MSWは、今後自立訓練を利用し、大学を退学・実家に戻るのが妥当と考え、家族ともその方向で話をしている。

§1 関係性の構築とインテーク・アセスメント (初期相談)



§1 関係性の構築とインタビュー・アセスメント (初期相談)

初回面談

前のスライドの時点では…電話での関係機関の話

- ① 受理の判断をしたいが、判断材料が不足
(本人との対話がない・情報不足)

- ② まずは本人と会う → 話を聴き、主訴を把握。
 - 直接本人像や本人の意向を確認。
 - **対面**での関係が基本

本人中心

意思決定支援

§1 関係性の構築とインタビュー・アセスメント (初期相談)

③ インタビュー・アセスメント（情報の収集と分析）

★現段階では情報が不足。どのような情報が必要でしょうか★

- ・ 相談員自身の印象（主観的）
 - ・ 本人・家族・環境の状況（いわゆる「客観的事実」）
 - ・ 本人／家族の心理（障害受容含め）
 - ・ 本人のゴール（目標）
- など

- ・ 「面接は『おしゃべり（会話）』ではない。」
- ・ （支援者が）意図を持って
 - ・ 場面を構成し、
 - ・ 話を聴き（傾聴）、
 - ・ 話（や課題）を整理し、
 - ・ 一緒に向かうゴール（課題）を共有する。

トレーニングや
準備が必要

初回面談

初回面談

関係性構築

インテーク

- 初回は病院の病棟ラウンジで面談。
- 落ち込んだり、怒ったりという様子は見受けられなかったものの……。
 - ・「なぜ？ どうして？」
 - ・「学校、どうしよう？」
 - 「今後どうすると言われたって…。」
- 退院を嬉しがる様子もあまり見られず、今後への不安と、突然人生が一変してしまったことへのとまどいがみとれました。
- 初回は、何か話しがまとまるわけではありませんでしたが、今後に向けて、継続して話をしてゆこうということになりました。

§1 関係性の構築とインタビュー・アセスメント (初期相談)

留意点のまとめ (1)

- ① 主訴の把握
- ② 相談の経緯、支援経路、課題感の主体
- ③ スクリーニング
 - ・ 受理判断
 - ・ 緊急性の判断
 - ・ 支援方法
- ④ 事業説明 ※対等性と利用契約
- ⑤ 個人情報保護 ※守秘義務とプライバシー尊重
- ⑥ 初期段階における関係性構築

- ・ 記録
 - ① 事実(本人の言葉・事実)
 - ② 自身の所見
 - ③ 今後 (の見通し)

トレーニング
が必要

§1 関係性の構築とインタビューアセスメント (初期相談)

留意点のまとめ (2)

- ・ **前提となるのは良い関係性**
=エンゲージメント(強い信頼関係)、ラポールの構築



- ① 価値 : 共感的理解、生活者視点による本人理解
※具体的に態度や言動にあらわれる。
- ② 技術 : 面接技術

その後の経過 (1)

初回面談



ゴール設定
に向けて

関係性構築

インタビュー

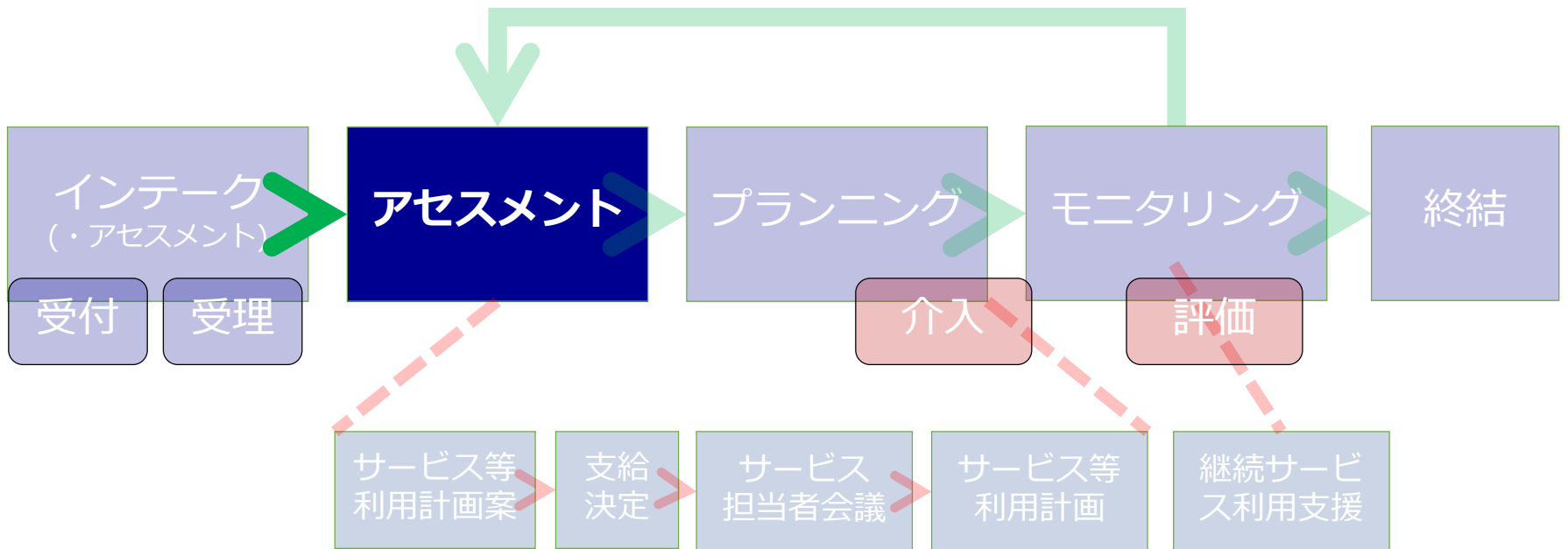
アセスメント

- ・ 病院内や時に外を車いすで散歩しながら何度か本人との話を継続。
- ・ 本人は、「やっぱり大学を卒業して東京で仕事をしたい。」という希望がある様子。
- ・ しかし、現実味薄く感じている様子で、希望を言った後必ず「そうは言っても、もうダメだよね。」と付け加えます。

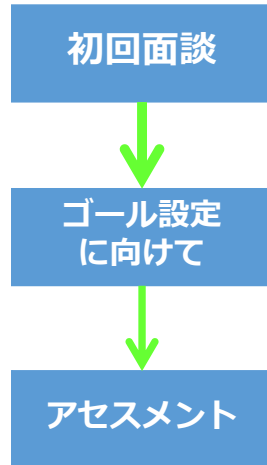
・ そこで、「今後の具体的な道筋を一緒に考えよう」と提案。

- ・ 両親が維持してくれていた自宅アパート近くに外出。
- ・ 自宅近くの散歩やお店探検。
- ・ 中途障害の人の自宅拝見。
- ・ ピアサポーターの面談。などを面談と平行して行いました。

§2 アセスメント –情報の収集と分析–

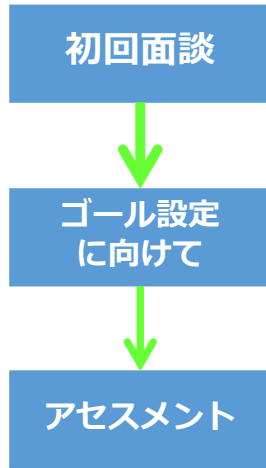


その後の経過 (2-1)



- 少しずつ今後のことが具体的な目標となり、「大学に戻りたいけど、ひとまず置いておいて、まずは家に戻りたい。」というゴールに向かってさらに取り組んでみることになりました。
- 両親や医師は最初大反対。「そんなことできるわけがない」とけんもほろろでした。
- しかし、完全否定というわけでもなく、「とにかくできることから前向きに進もう」と本人の意向に合意しました。
- コメディカル(OT, PT)も、本人の望む暮らしに向けたプログラムを立ててくれるようになり、本人は目標が明確になってリハビリにも今まで以上に真剣に取り組むようになりました。
- 病院は入院の期間が終了しますが、もう少しリハビリを続けたいとのことで今後のことを検討することになりました。

その後の経過（2-2）



- ゴールが定まってきたところで、相談員はこれまでの本人の意向や様々な情報を整理・分析することとし、それをもとに今後のプランを作成して本人に提案しようと考えました。

家族等から

- **【両親】** 身の回りの世話もあり、頻繁に上京している両親との面談
- 後悔や諦めきれない思いもあるし、手元におきたい気持ち
が強い。
 - ・ 「どうしてこんなことに？」 「娘を埼玉にやらなければ…」
 - ・ 「退院したら、うちに戻ってくるように言っているんですが。」
 - ・ 「娘とどう接していいか、わからない時がある。」
- 相談員にはまだ話していないが、青森には帰りたくないと言っている様子（MSWが連絡してきたのはそこにも理由があるのか？）。

医療スタッフから

- **【医師】**

リハビリでどの程度機能が回復するか、医学的に明確なことは言えない。しかしまだ年齢も若く、経験則からいって、リハを継続すれば向上は期待できると考える。本人次第の部分も大きい。

入院中の現段階で問題は出ていないが、今後、社会生活を営む上で脳外傷の影響が出る可能性は否定できない。その時は改めて専門医を受診し、評価を受けたほうがよいと思われる。

- **【PT・OT】**

現在、機能維持・回復に向けた一般的な課題に取り組んでいる。今後の生活環境が固まってくれば、そこに着目をしたプログラムを考えるとよいと思う。ここを退院後にはなると思うが。

- **【看護師】**

相談支援専門員さんが来るようになって、次第に前向きになる本人を実感している。外出は空いた時間に手順を踏んでもらい、介助者さえついてくれれば特に制限はない。食事に変更がある時だけは前もって申し出てほしい。

アセスメントとは (1)

【定義】

本人の夢・希望の実現や課題の解決に向け、
必要な根拠(情報)をおさえ(収集し)、整理・分析する。

【具体的には】

- 例
- ・ 本人の人となり
 - ・ 本人の夢・希望、解決したい課題。
 - ・ それに向けて必要な状況把握
(本人や環境に関する多角的・総合的な情報)
 - ・ 支援者自身の考え、本人像の解釈、支援の方向性
 - ・ そのための手立て

情報を集めるだけじゃないんだ！

どんな情報をとればいいのか？

情報の分析?????

アセスメントとは (2)

(1) 情報の収集

「なんでそんなこときくの？」に答えられる質問ですか？

本人のゴール・解決したい課題に向け必要な情報を得る。

(2) ニーズ整理

ヒトの頭の中では、これらが同時並行的に情報処理(認知・判断)されているよ！

- ・ **援助者（自分）の判断の根拠**を可視化、言語化する。
- ・ 本人の意思、客観的状況、支援者や周囲の判断を分けて整理する。 Ⅰ基本原則: 本人の言葉や意思・選好からはじまる。

◎前提となる、相談支援の目的と基本的視点は不変

アセスメント票は…

整理・分析の補助をするための可視化ツール
偏ったみかたにならないように「鳥の目」の効果
票の網羅がアセスメントではない！
ツールは多種多様です。道具選びと使いこなし！

インテーク

情報の収集

ニーズ整理

情報の整理・分析

広義のアセスメント

参考：総合的・多角的なアセスメントの枠組み例（厚生労働省ケアガイドライン）

一次アセスメント票				受付No.	作成者氏名	作成日
ふりがな	性別	住所 (〒 -)				
氏名		住 所				
生年月日	歳	連絡先				
本人の要望・希望する暮らし、困っていること・解決したいこと						
ここからはじまる。ここを一緒に作り出す。						
家族の要望・希望する暮らし、困っていること・解決したいこと						
希望する一日の流れ						
本人	6 9 12 15 18 21 24 3					
平日	6 9 12 15 18 21 24 3					
休日	6 9 12 15 18 21 24 3					
生活状況【普通の1日の流れ】						
本人	6 9 12 15 18 21 24 3					
平日	6 9 12 15 18 21 24 3					
休日	6 9 12 15 18 21 24 3					
【その他の1日の生活の流れ】 ※いくつかの1日の生活があれば、別紙に記入						
本人	6 9 12 15 18 21 24 3					
平日	6 9 12 15 18 21 24 3					
休日	6 9 12 15 18 21 24 3					
本人の概要	生活歴（病歴含む）					
	<p style="text-align: center;">【過去(これまで)】も大事です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・どのように暮らしてきたか。 ・どのような経験をしているか。 ・どう育ち、どのような価値観をもっているか。など <p>☞ひとりひとりの物語があります。 (ライフヒストリー、ライフストーリー)</p> <p>☞いきなりは聞きにくいですが、本人像の理解にも役立ちます。</p>					
【ジェノグラム】			【エコマップ】			
<p>パツと書けるようにしましょう。</p> <p>書き方の本はたくさんでいます。</p>			<p>【人間関係】【社会とのつながり】を幅広く捉えます。</p> <p>☞本人にとっての「地域」とはなにかをつかみます。</p>			

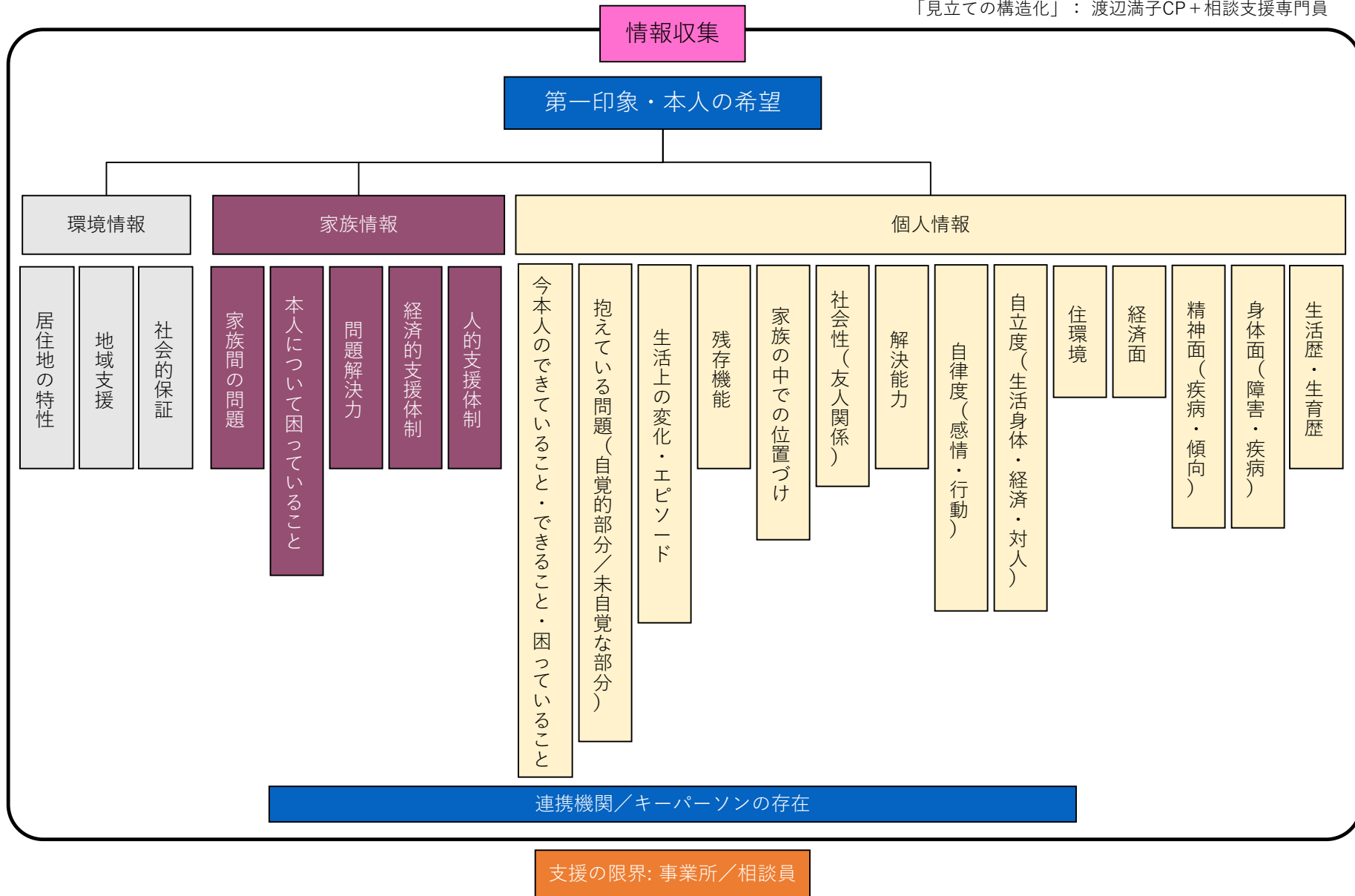
利用者の状況		状況・意思		支援者の気づき	
項目	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外 (専門的アセスメントを含む)
1 生活基盤・日常生活に関する領域					
住環境					
経済環境					
2 社会参加に関する領域（教育、就労を含む）					
趣味・旅行・レクリエーション					
当事者団体の活動					
自治会への参加					
その他各種社会的活動					
就労					
3 コミュニケーションや意思決定、社会生活技能に関する領域					
意思表明	客観的事実やデータ	本人の表明	選好の解釈	記入者の解釈	その他の他者の解釈
意思決定					
他者からの意思伝達の理解	本人の(推定)意思		他者の解釈が介入		
コミュニケーションツールの使用(電話、FAX、パソコン、タブレット、インターネット)					
対人関係					
屋外移動やその手段(長距離、遠距離)					
金銭管理					
4 日常生活に関する領域					
身辺のこと					
調理					
食事					
入浴					
清掃・整理整頓					
洗濯					
書類整理・事務手続き					
買い物					
5 健康に関する領域					
体力					
健康状態					
医療機関利用状況					
医療費・健康保険					
障害					
6 家族支援に関する領域 ※必要に応じて加除する。					
父母					
姉					
姪					
対応者所見のまとめ					

意図をもって集めた情報を整理します。
(情報の取捨選択から整理と分析です。)

- ・多角的な検討や必要な視点が落ちていないかの確認に有効です。
- ・網羅すること(埋めること)がよいアセスメントではありません(あまりに聞けていないのも困るが)。

参考：総合的・多角的なアセスメントの枠組み例（見立ての構造化）

「見立ての構造化」：渡辺満子CP+相談支援専門員



情報収集

第一印象・本人の希望

環境情報

家族情報

個人情報

居住地の特性

地域支援

社会的保証

家族間の問題

本人について困っていること

問題解決力

経済的支援体制

人的支援体制

今本人のできていること・できること・困っていること

抱えている問題（自覚的部分／未自覚な部分）

生活上の変化・エピソード

残存機能

家族の中での位置づけ

社会性（友人関係）

解決能力

自律度（感情・行動）

自立度（生活身体・経済・対人）

住環境

経済面

精神面（疾病・傾向）

身体面（障害・疾病）

生活歴・生育歴

連携機関／キーパーソンの存在

支援の限界：事業所／相談員

インタビュー・アセスメントの留意点

【情報の収集の留意点】 相談面接技術が大きく影響すると心得る！

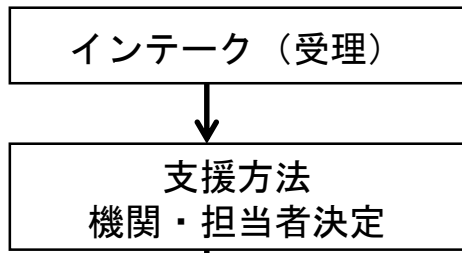
- ① 表出された言葉や意思、選好の**意味や背景を探る問いを多様に用意する。**
 - ② 多様な手段や情報源を活用する。
 - ・ 面接（言語・非言語）
 - ・ 経験の共有（見学、同行、体験等）
 - ・ 周囲からの情報収集など
- **本人の言葉の背景・真意を理解する。**
- **その前提となる本人像を多角的に捉える。**

【復習】

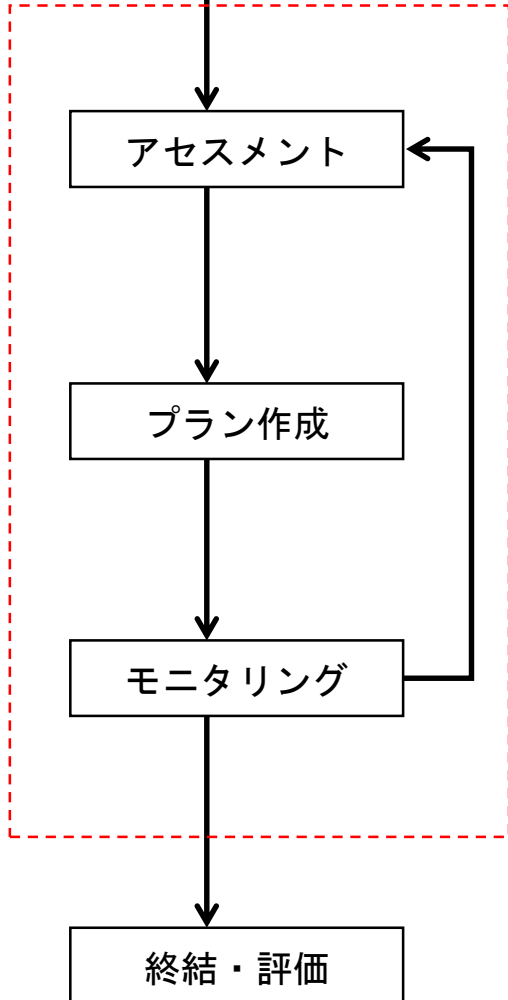
情報保障や意思疎通に支援が必要な利用者があることに留意する。

発展：現実的には左図のモデルのような線形のプロセスではない

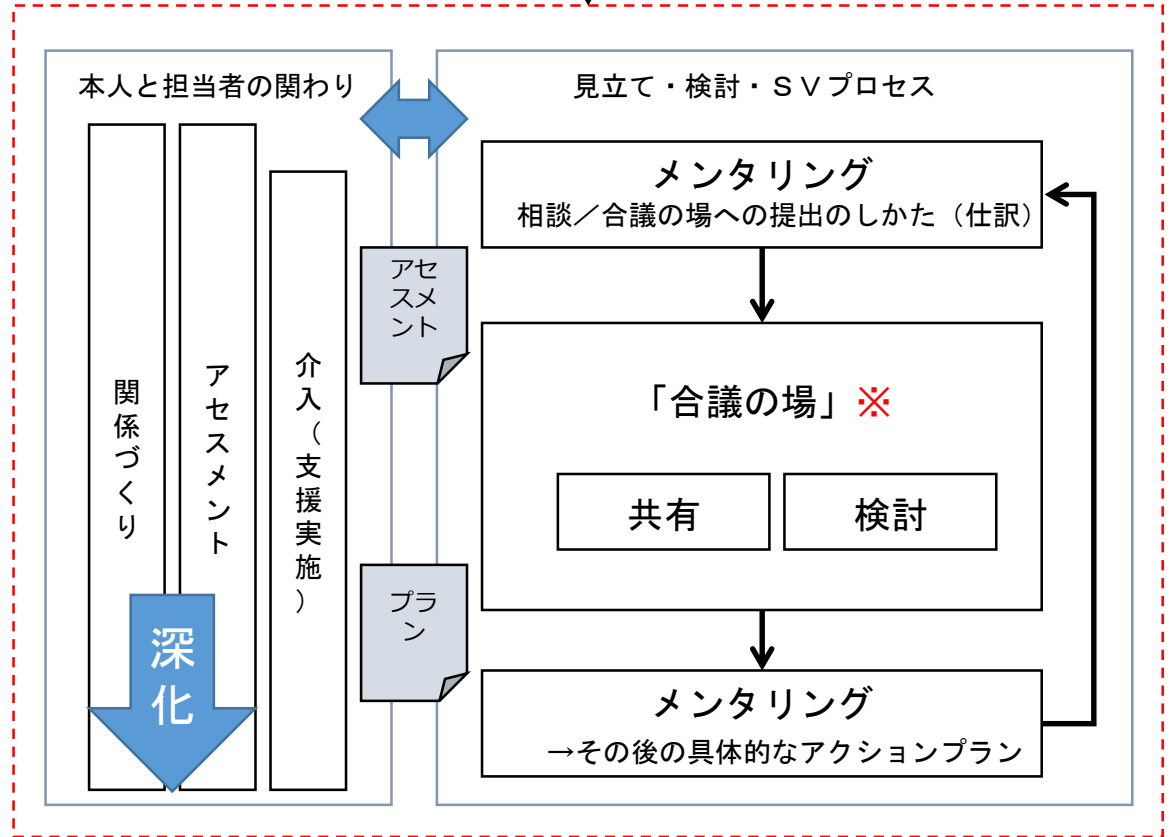
インテーク時からアセスメントは始まり、ずっと継続・深化する
CMの各プロセスが動じ並行的に動くこともある。



一般的なCMモデル



現実に行き起きている支援モデル



※合議の場（GSV等）
アセスメント・関係構築に課題 → 関わりかたやアセスメントの内容やとりかたなど
検討課題が明確 → アイデア出し（支援方針／支援内容の検討）

ニーズ整理の留意点

① 「見立て」ができるようになる。

支援者自身が

- a. どのような情報を得て、
- b. どのような解釈をし、
- c. どのような方針をたてるか。

普段自分のアタマの中で、同時並行処理していることを…
可視化し、整理する

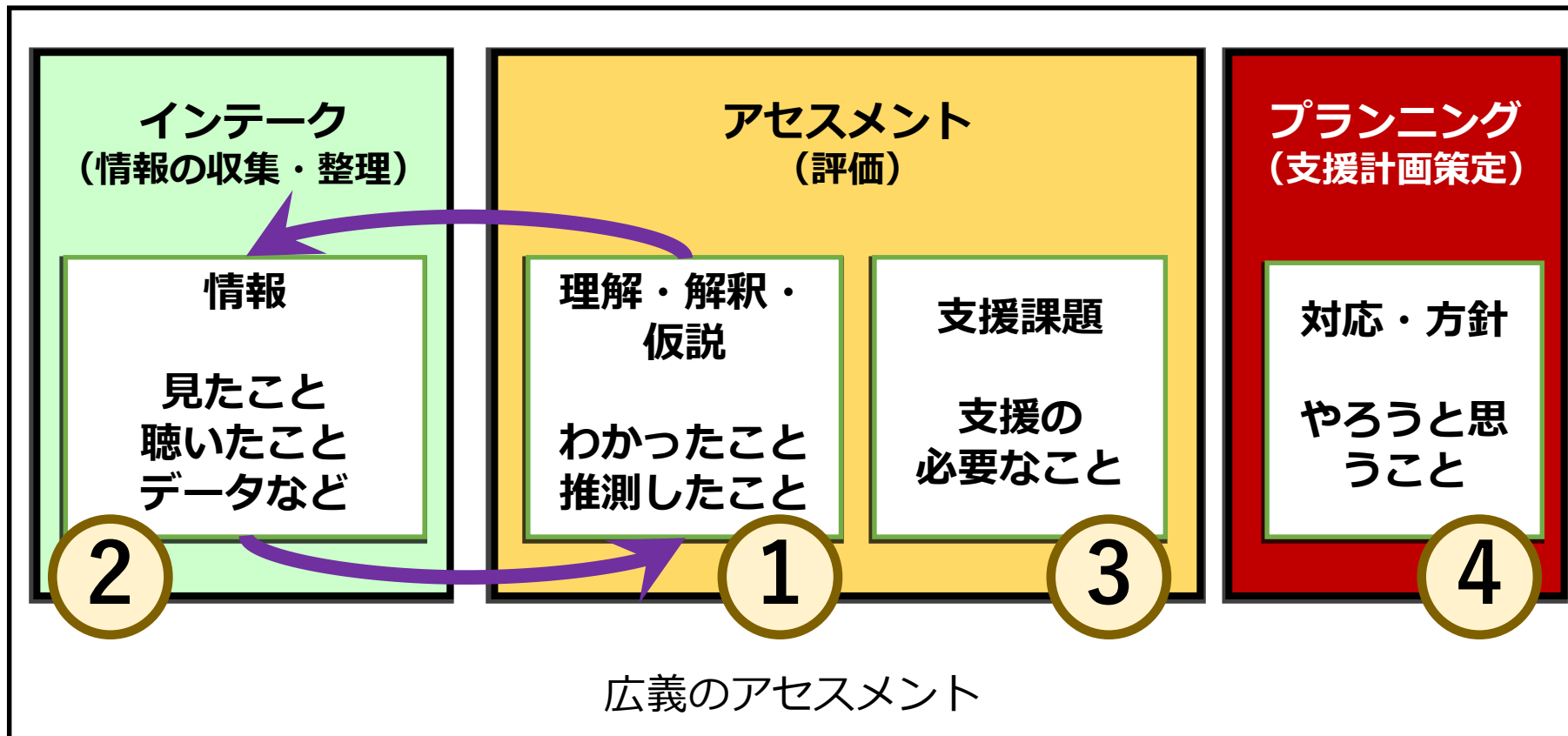
② アタマの中を整理できるようになる。

- ・ 事実 本人の意思、客観的事実
- ・ 自分の考え 自分の解釈
 自分の支援方針

③ 「手だて（プランニング）」は一旦置いておこう。

本人の言葉・本人の（深めた）理解から始める。
対応から入らない。

ニーズ整理の方法 (1)

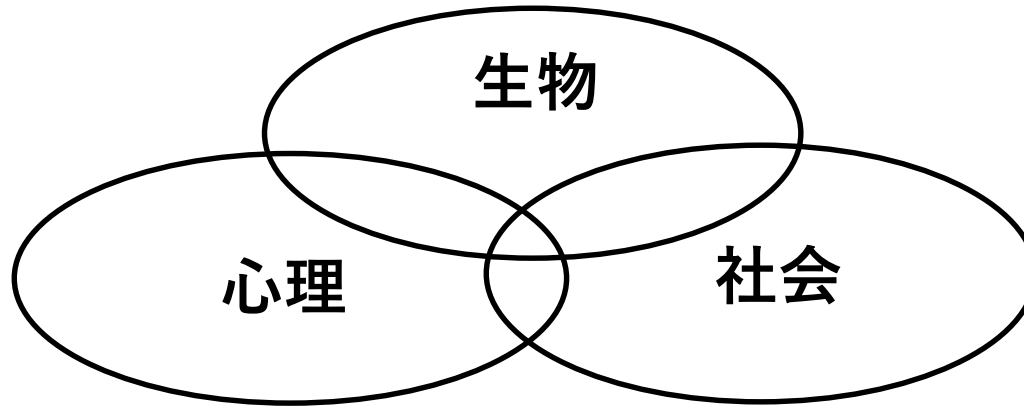


近藤直司

『医療・保健・福祉・心理専門職のためのアセスメント技術を高めるハンドブック【第2版】』(明石書店)を改変

生物心理社会モデル (Bio-Psycho-Social Model)

人を多角的・多面的に捉える視点のひとつ



- 生物：生来的気質、発達、障害、疾患など
- 心理：不安、葛藤、希望、自己感、認知、内省性、感情統制、防衛機制など
- 社会：対人関係の特徴や適応、社会関係など

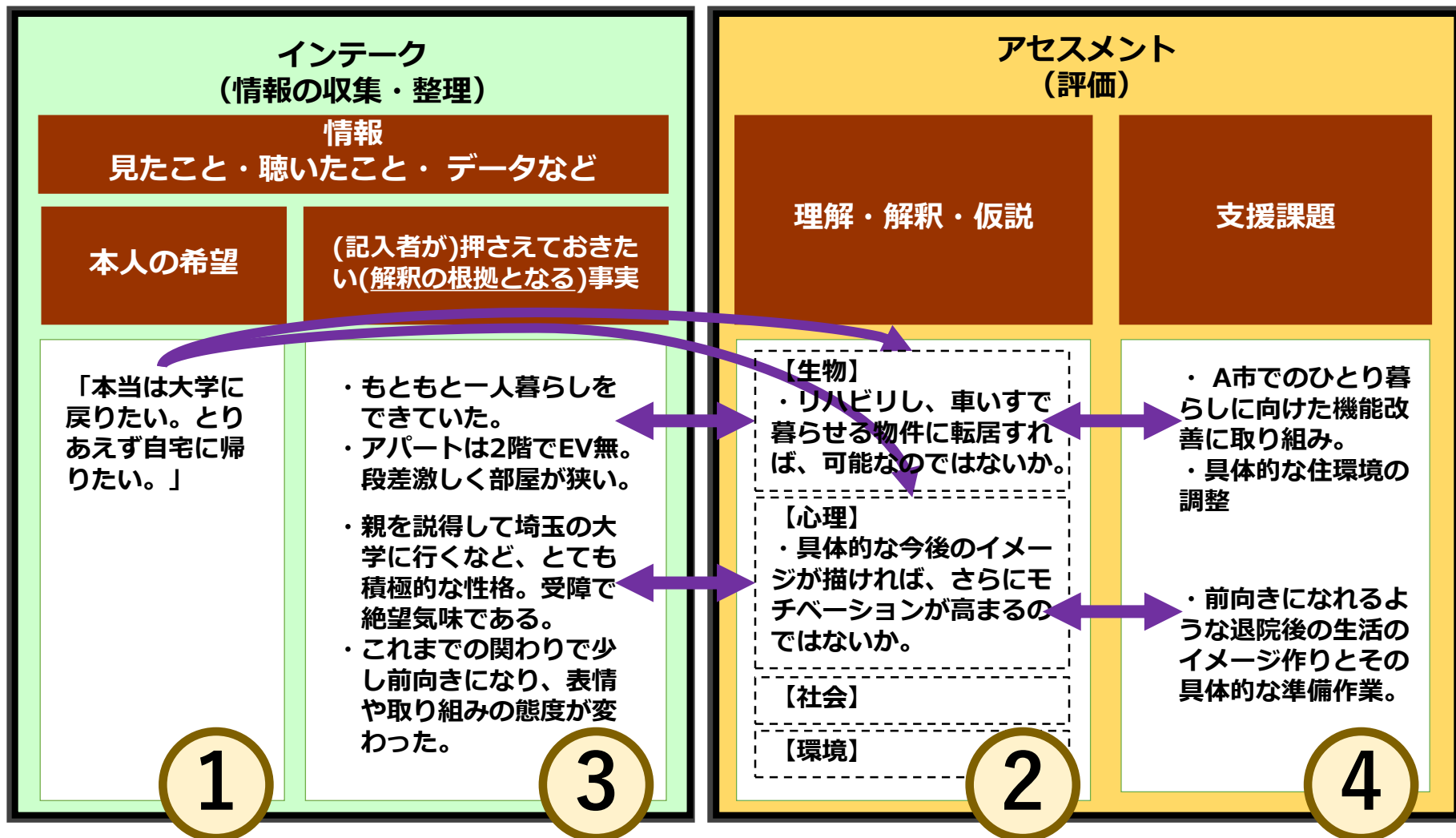
WHOの「健康」の定義

『健康とは、肉体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない』

近藤直司

『医療・保健・福祉・心理専門職のためのアセスメント技術を高めるハンドブック【第2版】』(明石書店)を改変

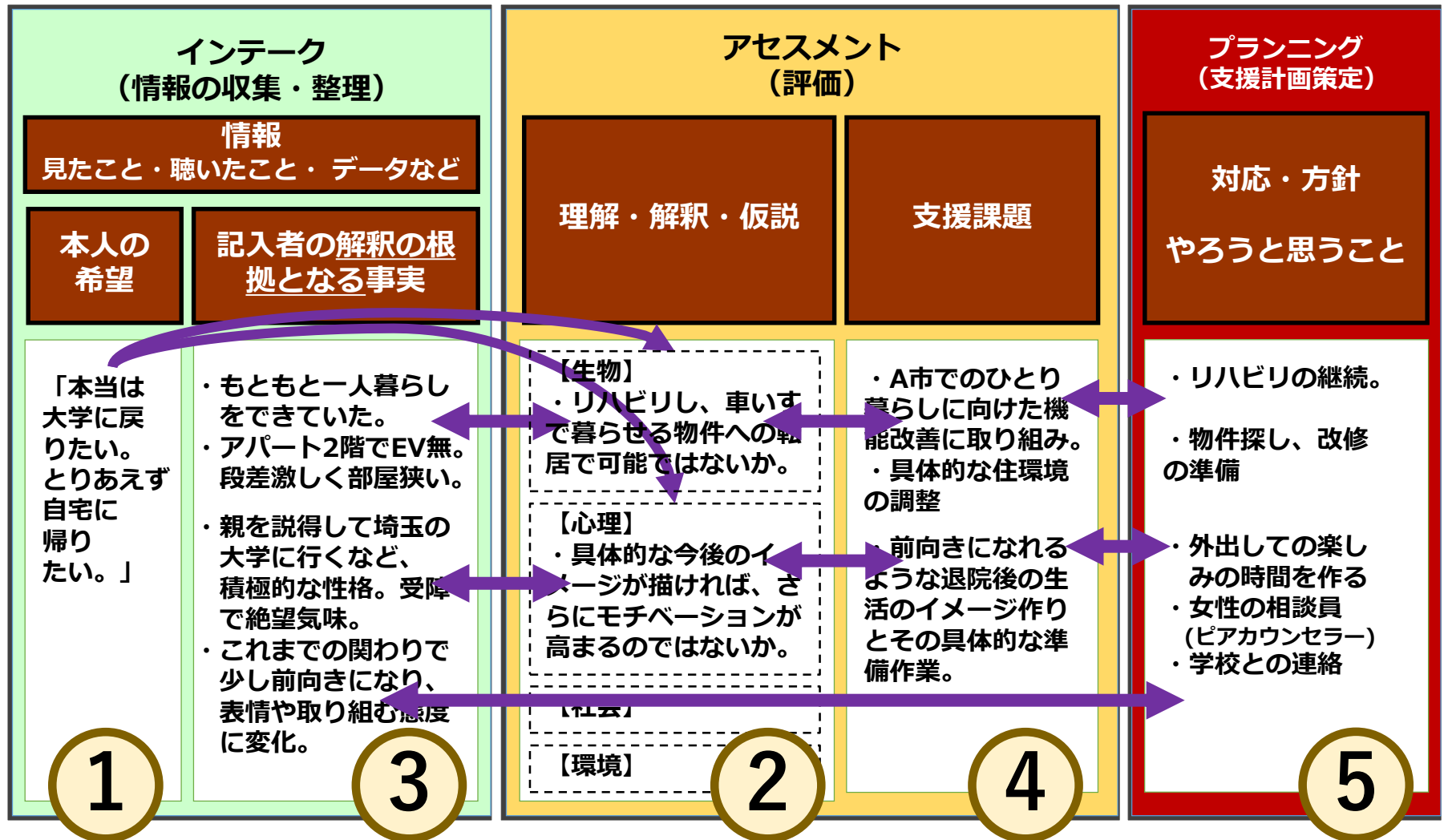
ニーズ整理の方法 (2)



近藤直司

『医療・保健・福祉・心理専門職のためのアセスメント技術を高めるハンドブック【第2版】』(明石書店)を改変

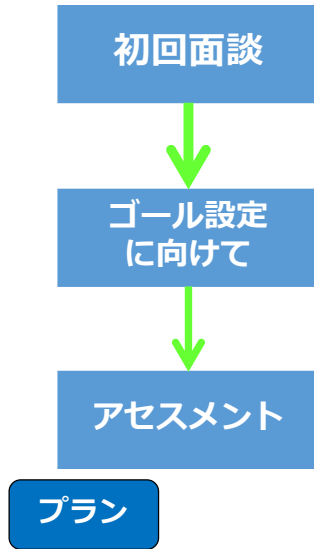
ニーズ整理の方法 (3)



近藤直司

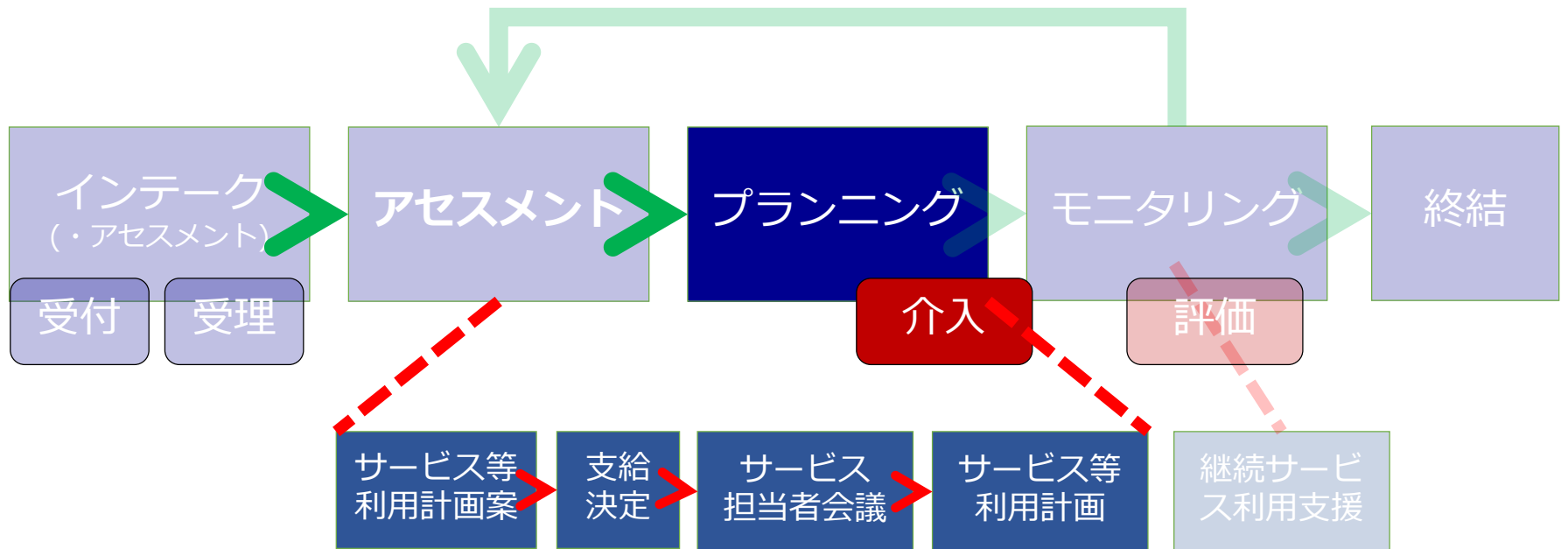
『医療・保健・福祉・心理専門職のためのアセスメント技術を高めるハンドブック【第2版】』(明石書店)を改変

その後の経過 (3)



- ニーズ整理の結果大きく分けてふたつの提案をします。
 - ① A市に戻るためにも、リハビリを継続する。
 - 具体的には自立訓練(機能訓練)の利用
 - ② 入所中もA市に戻る準備をするとともに、その時に楽しいことを考えて、やってみる。
 - 外出時に新たな住まいのイメージをする。
 - 以前の遊びや楽しみを続けることが難しくなっている場合は新たな楽しみを見付けてみる。
 - ③ 計画相談の相談支援専門員と一緒に考え、動く。
- 本人的には本当にできるのかな？と不安な思いもあるようですが、勇気を出して挑戦してみることになりました。
- ここでサービス等利用計画を作成することになります。
【…が、この研修の本線は地域生活支援なので、その後の変化にも着目してください】

§3 プランニング



サービス担当者会議は次の講義！

サービス等利用計画案の例

ニーズ整理票
「本人の意向」
から導かれる

1

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名（児童氏名）	山田あさみ	障害支援区分	区分4	相談支援事業者名	R相談支援センター
障害福祉サービス受給者証番号	0			計画作成担当者	田中華子
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画案作成日	平成〇年〇月〇日	モニタリング期間（開始年月）	3ヶ月毎（平成〇〇年〇月）	利用者同意書名欄	山田あさみ

利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）	【本人】 大学に戻りたいが、それをひとまずおいて、A市の家に戻りたい(車いすでも暮らせる家に転居したい)。 【両親】 本人の意向は尊重したいが埼玉にひとりりでいさせるのには不安もある。本当は親元で過ごしてほしい。
総合的な援助の方針	さらなる改善の可能性を狙い、リハビリを継続する。 同時に、今後の生活に前向きになれるよう、退院後のイメージ作りとその具体的な準備作業を一緒に行う。
長期目標	A市で本人が暮らすことのできる住まいを探し、まずはそこで暮らせるようになる。
短期目標	リハビリを継続して機能改善をはかりながら、具体的な今後のひとり暮らしの見通しをもつ。

ニーズ整理票
「支援課題」
「対応・方針」
から導かれる

4

5

優先順位	解決すべき課題（本人のニーズ）	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量（頻度・時間）	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	体の機能改善をはかりたい(リハビリを続けたい)。	さらなる改善の可能性を狙い、リハビリを継続する。	12ヶ月	・自立訓練(機能訓練) ・施設入所支援		3ヶ月	退所後に向けて、できるだけ頻度を高くモニタリングを行う。
2	A市でのひとり暮らしを続けたい。	車いすでもひとり暮らしできる家を探す。	12ヶ月	・A市委託相談支援センター ・K不動産（K社長）	・積極的に見学したり、自らの意見を言う。	6ヶ月	

ニーズ整理票
「支援課題」
を本人の言葉
で書く

4

ニーズ整理票
「対応・方針」
から導かれる

5

サービス等利用計画の作成にあたって

『サービス等利用計画作成サポートブック』から

【必要性】 (p. 5-p. 6)

- ① ニーズに基づいた本人中心の支援を受けられる。
- ② チームによる質の高いサービスが提供できる。
- ③ サービス提供(支給決定)の根拠となる。
- ④ 地域全体のサービス充実の契機となる。

【備えるべき特徴】 (p. 7-p. 8)

- ① 自立支援計画であること。
- ② 総合支援計画であること。
- ③ 将来計画であること。
- ④ ライフステージを通した一環した支援計画であること。
- ⑤ 不足したサービス、資源を考える契機であること
- ⑥ ネットワークによる協働であること。

【ポイント】 (p. 9-p. 10)

- ① エンパワメントの視点が入っているか。
- ② アドボカシーの視点が入っているか。
- ③ トータルな生活を支援する計画になっているか。
- ④ 連携、チームでの計画になっているか。
- ⑤ サービス等調整会議(サービス担当者会議)が開催されているか。
- ⑥ ニーズに基づいた計画になっているか。
- ⑦ 中立公平な計画になっているか。
- ⑧ 生活の質を向上させる計画になっているか。

サービス等利用計画案作成上の留意点

『サービス等利用計画作成サポートブック』(p.20-p.23)

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

一部抜粋

計画案作成日	モニタリング期間(開始年月)	利用者同意署名欄
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者が希望する生活の全体像を記載する(「こんなふうに生活したい」「こんなことをやってみたい」等)。 ○ 利用者の困り感を利用者と共有した上で、できるだけ利用者の言葉や表現を使い、前向きな表現で記載する。 ○ 抽象的な表現は避ける。(例「安定した生活がしたい。」) ○ 家族の意向を記載する場合、利用者の意向と明確に区別し誰の意向か明示する。内容的に家族の意向に偏らないように記載し、特に利用者と家族の意向が異なる場合には留意する。 ○ 利用者・家族が希望する生活を具体的にイメージしたことを確認した上で記載する。 	
総合的な援助の方針	<ul style="list-style-type: none"> ○ アセスメントにより抽出された課題をふまえ、上記の意向を相談支援専門員の立場から捉えなおしたもので、計画作成の指針となるものである。 ○ 支援にかかわる関係機関に共通の最終的に到達すべき方向性や状況として記載する。 ○ 利用者や家族が持っている力、強み、できること、エンパワメントを意識し、一方的に援助して終わるのではなく、援助することで強みやできることが増える方針を記載する。 ○ 表現が抽象的でなく、サービス提供事業所が個別支援計画の方向性やサービス内容を定める際にも参考にしやすいように記載する。 	
長期目標	<ul style="list-style-type: none"> ○ 総合的な援助の方針をふまえた長期目標を記載する。 ○ 短期目標を一つずつ解決した積み上げの結果として実現できる目標を記載する。 ○ 単なる努力目標でなく、利用者が希望する生活に近づくための目標を記載する。 ○ アセスメント結果や利用者の意向からみて妥当な(高すぎない、低すぎない)目標を記載する。 ○ 利用者、家族にわかりやすい(抽象的でない、曖昧でない)目標を記載する。 ○ 支援者側の目標を設定したり、サービス内容を目標に設定しない。 ○ 半年から一年をめどに記載する。 	
短期目標	<ul style="list-style-type: none"> ○ 総合的な援助の方針をふまえた短期目標を記載する。 ○ 長期目標実現のための段階的で具体的な目標を記載する。 ○ 利用者、家族が見ても具体的に何をやるかわかり、目標達成したかどうか判断できる目標、できるだけ実現可能な目標を設定する。 ○ 当面の生活の安定に向けて、利用者ニーズに即し、具体的支援の内容が明確になる目標を設定する。 ○ サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の指標となることを意識して記載する。 ○ 支援者側の目標を設定しない。 ○ モニタリング頻度も視野に入れ、直近から3ヶ月までをめどに記載する。 	

サービス等利用計画案作成上の留意点

優先順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1							

優先順位	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急である課題、利用者の動機づけとなる課題、すぐに効果が見込まれる課題、悪循環を作り出す原因となっている課題、医師等の専門職からの課題等を関連づけ、まず取り組むべき事項から優先順位をつける。 ○ 利用者、家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいと思う意欲的な課題から優先するなど、利用者、家族の意向を十分汲み取って記載する。
------	---

解決すべき課題 (本人のニーズ)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「利用者及びその家族の生活に対する意向」「総合的な援助の方針」と連動して記載する。 ○ 生活する上でサービス利用の必要性がない課題(ニーズ)についても網羅し、単にサービスを利用するためではなく、利用者が希望する生活を実現するための課題を記載する。 ○ 利用者が理解しやすいように難しい専門用語は避ける。 ○ 漠然としたまとめかたではなく、利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のニーズとして捉えられるように記載する。 ○ 抽象的で誰にでも当てはまるような表現は極力避け、相談支援専門員がアセスメント等を通じた専門職の視点として、その人にとっての必要なことは何かを考え、具体的にその内容を表現する。 ○ 課題(ニーズ)の中にサービスの種類は記載しない。
---------------------	---

支援目標	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「解決すべき課題(本人のニーズ)」を相談支援専門員の立場から捉えなおしたもので、支援にかかわる側からの目標として記載する。 ○ 短期目標からさらに細分化した具体的な支援目標を記載する。
------	---

達成時期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 段階的に達成できる達成時期を記載する。
------	---

福祉サービス等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用するサービスの内容を単に記載するのではなく、具体的な支援のポイント等も記載する。 ○ 公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)とその他の支援(インフォーマルサービス)を必要に応じて盛り込む。 ○ インフォーマルサービスが含まれていない場合、直ちに不適切ということではないが、含まれていない理由や、支援の導入を検討することが重要である。 ○ 支援にあたっては、福祉サービス等を導入するとともに、本人のできていること、強みを活かした計画作成を心がける。 ○ 特定のサービスによる偏りがないように作成する。 ○ すべてのサービス種類・内容が同時並行で導入されるとは限らないので、導入順序についても計画性をもつ。
---------	---

サービス等利用計画案作成上の留意点

優先順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							

課題解決のための 本人の役割	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者が取り組むべきことをできるだけ具体的に記載する。 ○ 利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避ける。 ○ 利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のこととして主体的に取り組もうと思えるように記載する。 ○ 実効性を適切にアセスメントして、利用者に無理な負担がかからないように留意する。
-------------------	--

評価時期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 設定した支援の達成時期をふまえ、適切な評価時期を設定する。 ○ サービス導入後の変化についてあらかじめ見通しをもち、適切な評価時期を設定する。 ○ サービスが効果的に機能しているかについて初期段階での確認が大切であるため、サービス導入直後のモニタリングは特に留意が必要である。 ○ 過剰なサービスにより利用者のエンパワメントが妨げられないよう、適切な時期に必要な性の再評価が必要である。
------	--

その他 留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 項目で記載しきれない具体的な取り組み等について記載する。 ○ 関係機関の役割分担等、サービス提供にあたっての留意事項を記載する。 ○ スケジュールや見通しに対して、対応方法の一貫性が必要な利用者に対しては、家族、事業所間での密な連携が必要であるため、必要に応じて、支援方法を統一するためのサービス等調整会議の開催が求められる。
-------------	---

【サービス等利用計画案全般】	<ul style="list-style-type: none"> ○ 支給決定に直結する項目であるため、解決すべき課題(本人のニーズ)に対応する公的支援、その他の支援を網羅して検討する。 ○ 支援を受けながらも利用者が役割を持つこと、エンパワメント支援を意識して記載する。 ○ サービス提供事業所が作成する個別支援計画を立てる際の基礎情報となることを意識して記載する。 ○ 関係機関が役割分担を明確にし、利用者の希望や支援の必要性を理解して支援できるよう、計画作成時にはできる限り利用者も含めたサービス等調整会議を開催する。 ○ 単に利用者や家族の要望だけに合わせて計画作成するのではなく、相談支援専門員が専門職として利用者の希望する生活を実現するために必要なことは何かを考えて記載する。
----------------	---

サービス等利用計画作成上の留意点

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】

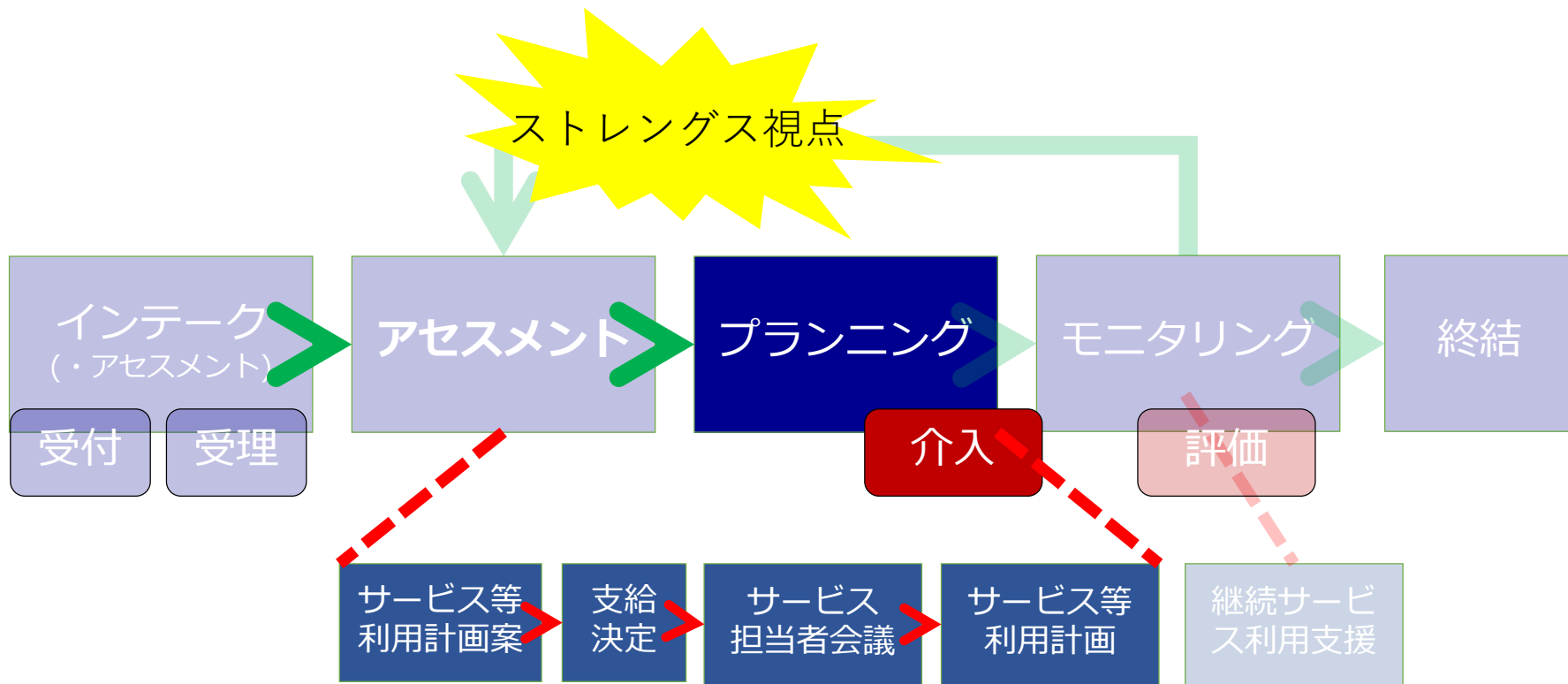
一部抜粋

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動													
6:00	<p>【週間計画表】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 現時点での一週間の生活実態の全体を把握できるように、できるだけ具体的に記入する。 ○ 公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)とその他の支援(インフォーマルサービス)の違いがわかるように記載する。 ○ 起床から就寝までの一日の生活の流れについて、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間(活動内容)、家族や近隣、ボランティア等が支援している時間(誰が、何を支援しているか)もできるだけ切れ目なく記載する。 ○ 個々の内容について、誰が(家族など)支援しているか記載する。 ○ 夜間・土日は家族がいるからといってサービスが必要ないとは限らない。家族の介護状況等も記載する。 							<p>【主な日常生活上の活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 週間計画を作成するにあたり重要になる日常生活上の行動や特記事項で、週間計画表に記載しきれなかった情報を記載する。 ○ 一日の生活の中で習慣化していることがあれば記載する。 ○ 家族や近隣、ボランティア等のかかわりや不在の時間帯等について記載する。 ○ 利用者が自ら選んで実施しているプライベートな活動であって、週間計画表に記載されていない日々の生活、余暇活動や趣味等について記載する。 ○ 利用者の強みやできること、楽しみ、生活の豊かさに着目して記載する。 													
8:00																					
10:00																					
12:00																					
14:00																					
16:00															週単位以外のサービス						
18:00															<p>【週単位以外のサービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 隔週・不定期に利用しているサービスについて記載する。 ○ 医療機関等への受診状況などもここに記載する。 ○ 週間計画表に記載されていない継続的な支援、サービスについて記載する。 ○ 利用者の状態や環境が変化することによって一時的に必要なサービスについて記載する。 ○ 利用者が自ら選んで実施している「主な日常生活上の活動と異なり、相談支援専門員や市町村行政担当者、サービス提供事業所等が手配しているものを記載する。 						
20:00																					
22:00																					
0:00																					
2:00	<p>ニーズ整理票「今回大づかみに捉えた本人像」から導かれる</p>																				
4:00																					

サービス提供によって実現する生活の全体像

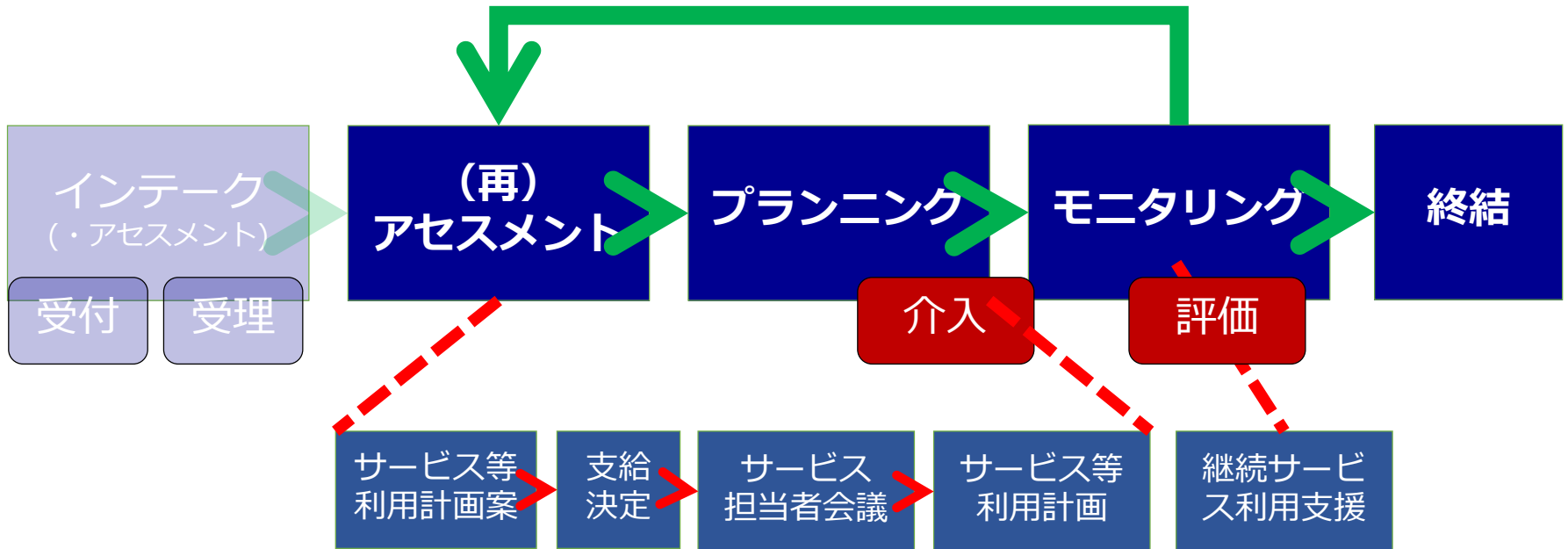
- サービス等利用計画を作成し、障害福祉サービスを提供することによって利用者はどのような生活を目指すのか、中立公平な視点で、相談支援専門員の専門職としての総合的判断を記載する。
- 計画作成の必要性、サービス提供の根拠が客観的にわかるよう、明快かつ簡潔に記載する。
- 利用者・家族・関係機関等からの情報にはないが相談支援専門員として気になる点、注目すべき点、必要と考える事項等について記載する。

§3 プランニング



サービス担当者会議は次の講義

§4 モニタリングと評価・終結



モニタリング

【モニタリングの視点】

① プランの進捗状況や適切性

- ・ サービス等は適切に／計画通り提供されているか。
- ・ ゴールは達成されているか／ゴールに向けて進んでいるか。
(ニーズは充足されているか。)

② 本人による評価

- ・ 満足度はどうか。
- ・ 思いやゴールに変化はあるか。

③ 周囲による評価

本人を「査定」するわけではない！あくまでもプランやアセスメントの評価

→ プランに変更・修正の必要はあるか？
(アセスメントはどう変わったか？：次スライド)

モニタリング

【モニタリングの留意点】

① 再アセスメント・評価の視点

- ・ 状況確認(情報更新) - 見立て直し
- ・ アセスメントの更新・深化。

② 変更は前提

- ・ 経験等により本人は変わる。

③ チームによる評価

- ・ 多様な視点 (多角的・総合的) でも本人を中心に
- ・ 連携の一助 (情報と方向性の共有)
- ・ そのためのサービス担当者会議等の活用

計画相談におけるモニタリング

- ・ 原則、期間を定めて一定間隔で実施される。
- ・ 期間を定めて支給決定される。

(計画案を勘案して…となっているが、標準期間により決定される圧倒的現実)

- ・ 必要に応じて、モニタリング月以外でも可能。
- #### ケアマネジメントにおけるモニタリング
- ・ 必要に応じて適宜、様々な方法でなされる。

モニタリング報告書作成上の留意点

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)										一部抜粋
総合的な援助の方針					全体の状況					
サービス等利用計画のものをそのまま転記する。					<ul style="list-style-type: none"> ○ 総合的な援助の方針に対する取り組み経過、取り組みの結果としての評価、現在の生活実態・支援による利用者の自立度・生活環境の変化等を踏まえた今後の取り組みの方向性について記載する。 ○ より客観的に状況を把握するため、サービス等調整会議を開催し、利用者と関係機関等が一堂に会して評価することが重要である。 					
優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1	サービス等利用計画のものをそのまま転記する。						有・無	有・無	有・無	

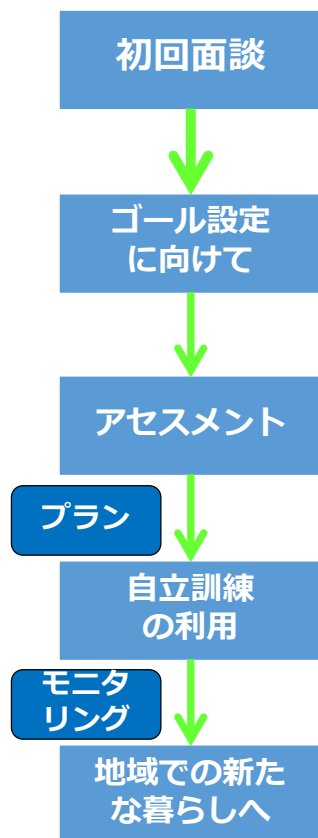
サービス提供状況	<ul style="list-style-type: none"> ○ サービス提供の内容、頻度、事業者としての意見等について、サービス提供事業所から聞き取り、記載する。 ○ 前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。
本人の感想・満足度	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の感想・満足度はできるだけ利用者の言葉や表現で記載する。 ○ 前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。
支援目標の達成度	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、サービス等調整会議で支援目標の達成度について関係者全員で評価した結果を記載する。 ○ 未達成の支援目標については、サービス等調整会議において今後達成するための具体的な方策を検討する。
計画変更の必要性 その他留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、利用者ニーズ、関係機関の支援、ライフステージ等に変化がないかを確認し、計画変更の必要性についてサービス等調整会議において評価し、その結果を記載する。 ○ 計画変更の必要性がある場合、サービス種類・サービス料・週間計画の何を変更するか確認し、留意事項に具体的な変更内容を記載する。 ○ 新たな課題が生まれた場合、サービスの種類・量の変更を検討する。また、留意事項に新たな課題に対応した支援目標の追加理由、具体的なサービス種類・量の変更概要について記載する。 ○ 支援目標が達成されていない場合、現在利用しているサービスの事業者の変更等も検討する ○ タイミングを見ながら、本人の強みを活かした自立に向けての支援に切り替えてゆく。また、スケジュール変更にあたっては、一貫性を欠くことのないように、必要に応じて別途、支援方法の統一を図るためのサービス等調整会議を開催する。

その後の経過 (4-1)



- あと数ヶ月で1年。いよいよ自立訓練(機能訓練)も卒業が見えてきました。
- 22歳になり、大学は休学して2年。本当なら卒業前の晩秋です。
- 計画相談でも同市の若手の相談支援専門員に入ってもらい楽しみやサービス利用の部分を主に担当してもらいながら、住居や学校との調整を主に行ってきました。
- 住まいは、古いけれども縁側からアクセスすれば車いすで生活できる一軒家を借りました。そのうち取り壊すから、どのようにしてもいい、という協力的な大家さんです。
- 簡単で費用のかからない改修や福祉用具等はリハスタッフが出向いて、一緒に考えてくれました。費用は両親が「出世払いだぞ」などと言いながら出してくれました。事故についても訴訟になりましたが和解しました。
- お風呂だけは改修が難しいため、しばらくは訪問入浴となります。「仕方ないけど、たまには湯船に浸かりたい」と本人は言っています。
- 何度か外泊をして、介助の必要なことを検討しました。その時は、両親や大学の友だちが協力してくれました。何も言いませんが、どうやら計画相談の担当者も一緒に泊まってみた様子です。

その後の経過 (4-2)



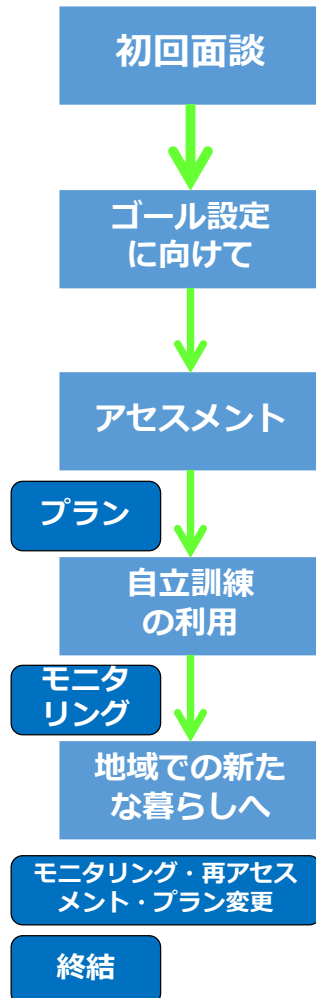
- こうした新たな生活に向けた取り組みについて、地域移行支援が利用できないか、行政とかけあいましたが、「入所1年未満だからダメ」と担当課は頑なでした。
- そして退院時のプランにサービス等利用計画を変更します。
 - ・1、2ヶ月は自宅でひとり暮らしをすることに慣れます。
 - ・だいぶできることが増え、朝の支度や家事の一部、外出を支援してもらえると、あとは自分でできることが多そうです。
 - ・自分でできることを増やしながらか、全てを自分で行うと社会生活に影響が出るため、必要に応じて福祉サービスを利用します。
 - ・その間に介助の細かな内容は見直すことにしました。
 - ・やはり大学に復学したいと思っていますが、まだ具体化はしていません。
 - ・学生課や専攻の先生たちは協力的です。
 - ・初めての経験だが、教室等環境整備はできる限りしたいとのこと。
 - ・授業内でサポートが必要なことについては、今後具体的に検討します。
 - ・ただし、通学に課題が残ります。

「地域移行」時のサービス等利用計画案

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

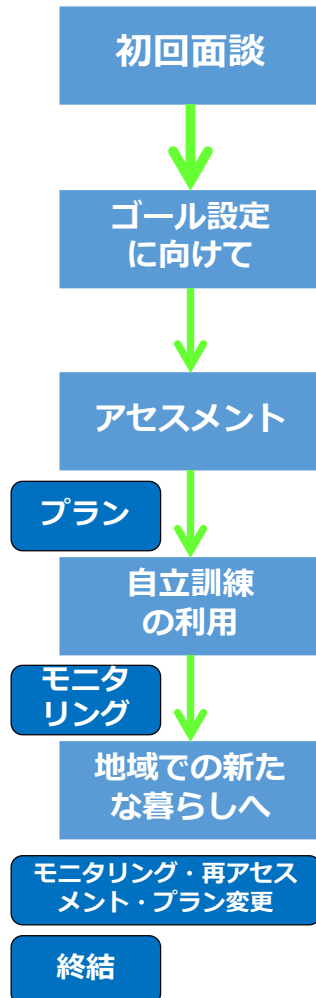
利用者氏名（児童氏名）	山田あさみ	障害支援区分	区分3	相談支援事業者名	R相談支援センター		
障害福祉サービス受給者証番号	0			計画作成担当者	田中華子		
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号					
計画案作成日	平成〇年〇月〇日	モニタリング期間（開始年月）	1ヶ月毎（平成〇〇年〇月）	利用者同意署名欄	山田あさみ		
利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）	<p>【本人】 A市の家でひとり暮らしを続ける。大学に復学して卒業したいし、やっぱり自立した女子になりたい。先生は難しくても、社会人になりたい。</p> <p>【両親】 埼玉にひとりでいさせるのにはまだ不安もあるが、本人の気持ちはわかった。できる限り応援したい。親やお金の心配はしなくていい。</p>						
総合的な援助の方針	本人の夢に向かって、着実に必要なサービスを提供する。自分で考え、できることが多いので、福祉からの支援や学校との連携に徹する。						
長期目標	ひとり暮らしを続けて、大学に復学したい。						
短期目標	学校に復学できるための生活を整える。						
優先順位	解決すべき課題（本人のニーズ）	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量（頻度・時間）	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1	身だしなみを整えたい。	本人ひとりでは難しいケアは福祉サービスを利用して実現する。	3ヶ月	・居宅介護（身体介護） 毎日 朝60分 夜30分 ・訪問入浴 2/w（火・土）	自分でできることは自分でいき、依頼したいことはヘルパー等に依頼する。	1ヶ月	朝 着替え・整容、夜はそれに加え清拭（入浴のない日）
2	家事を一部手伝ってほしい。	食事作りや洗濯等がひとりでするよう支援する。	6ヶ月	・居宅介護（身体） ※時間は1を含む。 ・居宅介護（家事援助） 2/w 1回60分	少しずつ、自分ひとりで行う部分を増やしてゆく。	3ヶ月	
3	学校に復学したい。	学校とやりとりをしながら、次年度の復学を目指し後方支援をする。	6ヶ月	・学校（学生課、専攻主任） ・基幹相談支援センター ・移動支援 月10時間	自ら学校とやりとりをする。わからないことは相談員に手伝ってもらう。	6ヶ月	学校に行く必要がある場合は、休学中のみ移動支援を利用する。

その後の物語 (1)



- サービスの曜日や時間、量、具体的な内容などの調整や変更はありましたが、特に大きな問題はなく、自宅での暮らしに慣れていきました。
- その中で「(ホントに)学校に通いたい。」という思いが確かなものになります。
- この頃には、入浴以外の身の回りのほとんどのことを自分でできるようになっていました。
- 学校との調整も自身で上手にやっていたようです。初めて障害のある学生を受け入れるという学校のバックアップを基幹相談支援センターや病院のスタッフがしていました。
- そして復学。学業との両立も勘案し、週に1度の家事援助は残しました。
- 入浴は、昼間に自宅にすることが難しくなったため悩んだようですが、大学の体育館でシャワーを浴びるなどの工夫を、周囲の協力も受けながらしていた様子です。

その後の物語 (2)



- そして卒業。障害者雇用で学習塾の会社へ入社しました。職場の評価も高く、会社の業績もよく、自分の倍近い額のボーナスをもらっていると知った相談支援専門員は半分冗談とも本気ともつかぬ表情で「転職」の二文字が頭をよぎった言っていました。
- 恋愛や友だちづきあいも、うまくやっているようです。
- 27歳の時、彼氏と同棲をはじめ、このタイミングで福祉サービスがすべて終了しました。
- 平日が休みの時に、ごくたまに顔を見せることがあります。その時話すことは、出会った当時の話かたわいもない話。妊娠出産が難しいため、結婚に躊躇するなど、悩みはあるようですが、彼女らしく”自立した女子”でいる様子です。

終結

今回の事例の場合、どこが終結でしょうか。

- ・ 大学に安定して通学できるようになった頃
- ・ 大学卒業時
- ・ 就職が安定した頃
- ・ 彼氏ができた頃
- ・ 彼氏と同棲し、サービスが終了した時
- ・ 今でも継続中
- ・ その他

終結して大丈夫だろうか

※合議による終結判断も重要

【ケアマネジメントにおける終結】

- ① プランに設定したゴールが達成され、
ゴールを更新する必要がなくなった場合。
- ② 本人が希望しなくなった場合。
- ③ 機関としての役割を終えた場合（役割／転居・死亡等）。

→ ・ 卒業

・ つないで終了

（ ・ なんとなく終結の雰囲気）

※相談支援として完全に終結とはなかなかしづらい。

「いつでもまた来てね」というメッセージと雰囲気。

計画相談の場合、障害福祉サービス（児童福祉法のサービス）利用が終了した場合に終了になってしまいます。さて、あなたはどのように考えますか？

エコマップ

病院
(医師、MSW、
看護師、コメディカル)

自立訓練

施設入所支援

相談支援

居宅介護

訪問入浴

移動支援

A大学

彼氏

K不動産

職場
(学習塾)

大家

友だち

両親

【3】多職種連携とチーム支援

- ①多職種連携やチーム支援とは何か？
- ②多職種連携とチーム支援の重要性（必要性）
- ③相談支援とサビ管等及びその他の連携
- ④そのために必要なこと（留意点）

1. 「多職種連携」「チーム支援」とは何かを理解する

ところで…そもそも連携・チームとは？



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……

それぞれの持つ意味（簡略）

（相談支援を軸として）

① 「チーム」とは

ある目的を達成するために編成された集団のこと。
（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）

② 「チーム支援」とは

目標や方針を共有し、目的達成のためお互いを活かしながら協力すること

③ 「連携」とは

多職種、複数の関係者が共有する目標の達成を目指すプロセス（つながり）のこと

連携関連用語の段階整理

海外の研究者が用いる
“linkage” “coordination” “cooperation” “collaboration” などの用語は、いずれも「連携」と訳されることがある。(野中)

段階	言語	意味	和訳
第1段階	Linkage (リンケージ)	連結	結合、連鎖、連携、つながり
第2段階	Coordination (コーディネーション)	調整	同等 (にする)、 調整 (すること)
第3段階	Cooperation (コーオペレーション)	連携	協力、協働、提携、協調性、 援助
第4段階	Collaboration (コラボレーション)	協働	協力、協働、援助、共同研究、 共同制作

連携の定義

【定義】

「主体性を持った多様な専門職間にネットワークが存在し、相互作用性、資源交換性を期待して、専門職が共通の目標達成を目指して展開するプロセス」(松岡、2000)

連携の特徴: 相互関係性(①相互利益性、②相互依存性、③相互作用性)

【定義】

援助において、異なった分野、領域、職種に属する複数の援助者(専門職や非専門的な援助者を含む)が、単独では達成できない、共有された目標を達するために、相互促進的な協力関係を通じて、行為や活動を展開するプロセス」(山中、2003)

○ヘルスケア領域において多く見られる「連携」の定義の共通項

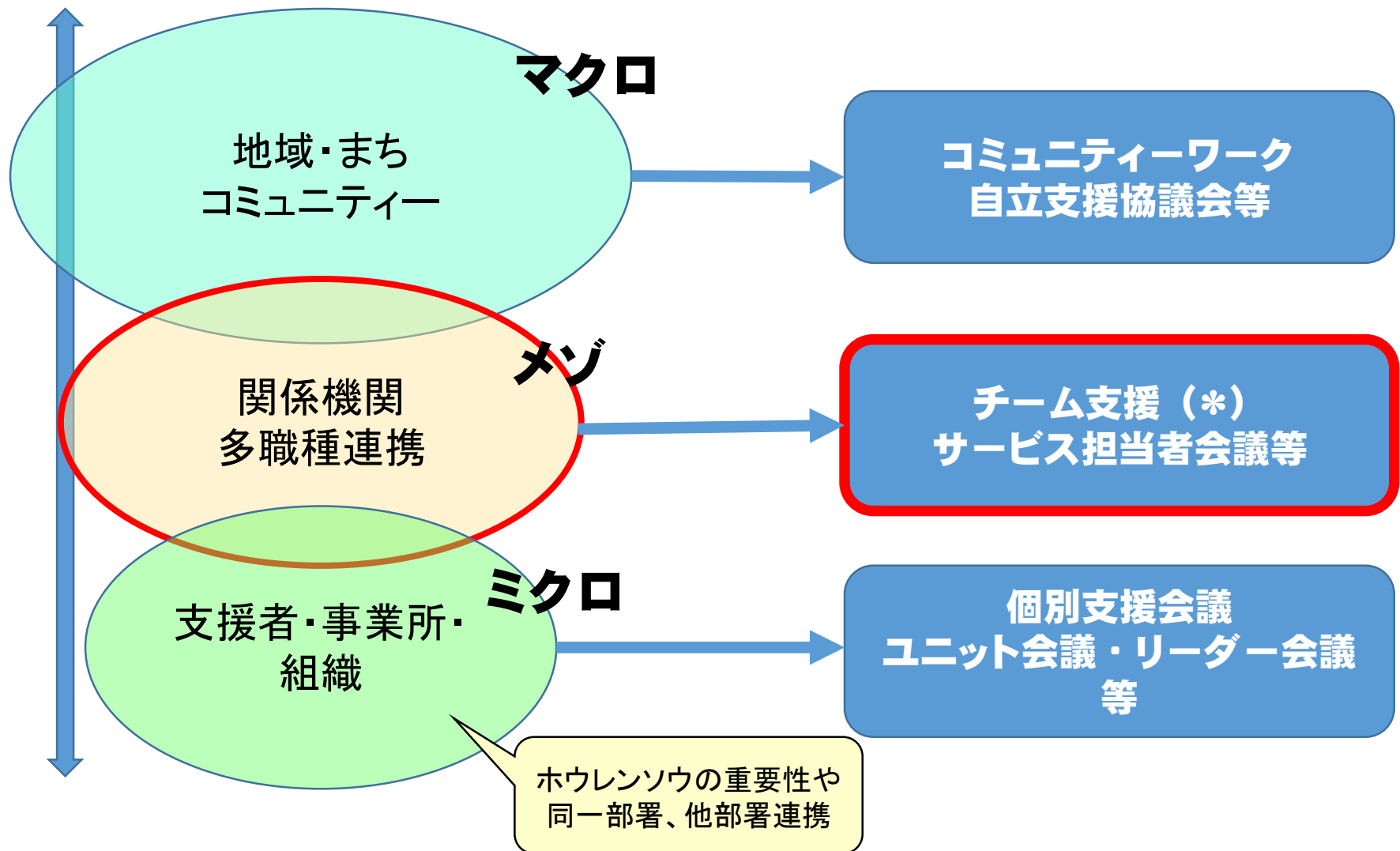
「二人以上」の「異なった専門職」が「共通の目標達成」をするために行われる「プロセス」

多職種連携

～地域生活を支援するということは～

- 保健・医療・福祉・教育・司法など、多職種がかかわることが多い。しかし、受けてきた教育や主たる実践手法が違うことから、ニーズの捉え方、支援の方法が異なる。
- 通所、ホームヘルプ、短期入所、GHなど、複数の事業所がかかわる。しかし、支援に対する価値観（課題への見方）が異なる。
- ニーズの捉え方、支援の方法、価値観が違うことを認めただうえで、チームでかかわることの必要性を理解する（チームアプローチ）

多職種連携やチーム支援の範囲（段階）



2. 多職種連携とチーム支援の 重要性（必要性）の理解



○まずは、連携が必要な理由を確認



○他と連携・協力が得られるとどんな時に助かるか、
連携がとれないことで、どんな事に困るのか。

多職種連携・チーム支援の重要性の5つの認識

多様な「ニーズ」や「社会情勢」の変化に対応するため

1. 多元性

1人の相談や一つの機関でできることには限りがある

2. 限界性

連携やチームでの対応により、できることやアイデアが広がる

3. 可能性

得手・不得手、過不足を相互にカバーし補完し合える

4. 補完性

自分や事業所、連携各機関の実践力や質の向上につながる

5. 付加性

多職種連携・チーム支援の必要な理由（重要性）

【例えば】障害児・者のニーズに基づいた、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。

- 相談支援は基本的にマネジメントに徹すべき（直接支援が必要な場合もあるが）。直接サービスを提供するためには連携が不可欠。
- サービス等利用計画・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。
- 早急に対応が必要なニーズと、時間をかけて結果を出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）
- その他……
- ★相談支援専門員が、新しい気づきを得て、より良い支援を提供するため。

多職種連携・チーム支援の効果

- ◆多面的・総合的な視点でのアセスメント・目標設定等ができる。
- ◆継続的で一貫的なサービス提供が可能である。
- ◆同一の内容・水準・対応等のサービス提供が可能である。
- ◆多職種間での幅広い知識、技術、経験の共有とサービス提供が可能である。
- ◆記録やアセスメントの共通・共有により共通言語によるカンファレンス(会議)や事務作業の効率化が図れる。
- ◆様々な機会を通じて、メンバーの知識・技術等の向上につながる。

参考;福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程テキスト初任者編

3. 相談支援とサビ管等及びその他の連携



- (1) サービス等利用計画と個別支援計画は連動していること。
- (2) 各種関係機関やサービス事業所の内容や特徴を理解すること。
- (3) 相談支援専門員は組織や機関のキーパーソンを把握すること。
- (4) フォーマル・インフォーマルな社会資源を把握し連携がとれること。
- (5) サービス担当者会議等の情報共有・合意形成の場を企画運営できること。

ケアマネジメントプロセス（≒相談支援）

参考

ケアマネジメントプロセス

1. インテーク(受理)

／であい

2. アセスメント(事前評価・査定)

／みたて

3. プランニング(計画策定)

／てだて

4. インターベーション(介入)

／はたらきかけ

5. モニタリング(追跡)

／みなおし

6. エバリュエーション(事後評価)

／ふりかえり

7. ターミネーション(終結)

／わかれ

障害者ケアガイドライン

入り口(把握)

アセスメント
(対象者の真のニーズの把握)

支援の目標設定と計画の作成

ケア計画の実施

サービス提供状況の監視及び
フォローアップ(モニタリング)

再アセスメント

終了

多職種連携・チーム支援は ケアマネジメントプロセス（展開過程）ともリンクする①

障害者ケアガイドライン

1. 入り口（把握）

- ・相談支援事業所に適切につながる連携
- ・たらい回しにされないコーディネート

2. アセスメント （対象者の真のニーズの把握）

- ・全体像の把握・アセスメント能力と情報収集
- ・専門的視点からのアセスメントやアドバイス

3. 支援の目標設定と計画の作成

- ・多職種・多機関とのサービス担当者会議
- ・多面的な視点と共有化による計画作成

4. ケア計画の実施

- ・各事業所による個別支援
- ・深める本人理解とチームアプローチ

5. サービス提供状況の監視及びフォローアップ（モニタリング）

- ・事業所間対応のずれの修正・一貫性の維持
- ・サービス提供状況や課題等の確認・共有
- ・本人中心支援の相互チェック

6. 再アセスメント

- ・本人ニーズの変化やニーズ充足の確認
- ・全体共有でのサービス修正や新たな可能性

多職種連携・チーム支援は ケアマネジメントプロセス（展開過程）ともリンクする②

周辺環境や
インフォーマルな社会資源の把握と活用

- ◆本人ニーズやQOLの充足と相談支援の実践力を高めるために、本人の周辺環境・地域の把握が大切
 - ◆近隣との関係や郵便屋さん、新聞屋さん、ヤクルトおばさん
 - ◆よく行くスーパーや商店、同級生の存在
 - ◆どこまで把握できていて、どこまで連携がとれているか？
- これらを含めて全体的なサポート体制になる（サービス等利用計画）

4. 多職種連携・チーム支援の留意点



- ①連携・協働の前提として自らの専門性を身につける
- ②連携・協働のための高いコミュニケーション力をつける
- ③自己理解と他者理解
- ④専門職の理解と関係機関の理解をする
- ⑤チームをコーディネートする力を身につける
 - ・相談支援専門員は上下関係のないチームアプローチの舵取り役
- ⑥専門性とチーム力を高める
 - ・連携によりグループを作るのではなく本人を支援するチーム作ることが必要
- ⑦チーム（アプローチ）に必要な三つの条件を維持する
 - ・共通の目標があること
 - ・ルールや決まり事があること
 - ・目的や目標を成し遂げられる人材が揃っていること

連携「すること」が目的ではなく、連携をすることによりチームで支援していくこと

多職種連携・チーム支援の実践

- 相互の良いところを出し合い最善の支援を実施する。
- 抱え込みや過剰な支援がないかなど相互にチェックが行える体制作り。
- 相互の文化や価値観の違いを認めながらも、本人中心支援に向けたチームアプローチの必要性を理解する。
- 連携（チームアプローチ）の5つの認識を共有する。

これからの実践に向けて

(初任→現任に向けた実践チェック項目)

(1) チームアプローチの視点と意思決定支援

- * 1) 本人の周辺にいる人々や地域の関係機関を把握することの必要性の理解
- * 2) 本人を中心としたチームアプローチの必要性の理解
- * 3) 本人を中心としたチームを構成するための必要な手段
- * 4) 本人を中心としたチームの中での自分の役割の確認
- 5) チームアプローチを通じた今ある社会資源の活用と新たな社会資源の創出方法

(2) チームアプローチの展開

- * 1) 支援目標の共通理解を得るための会議の実施
- 2) 支援の経過や本人の満足度、チームアプローチの評価のための会議の実施
- 3) 危機介入や緊急時の支援体制やリスクマネジメント
- 4) 地域資源（地域の中にある当たり前前の資源）の活用方法
- 5) 地域を巻き込んだ支援の検討
- 6) 本人の意思を確認しながらチームで関わる

【まとめ】思い出そう、基盤となる「価値」

後半は技術的な話も多かったので、改めて復習

【本人中心、生活者視点、個別性→本人らしい】

【エンパワメント、ストレングス】

【権利擁護、意思決定支援】

- ・ 障害・疾患、周囲の課題感に囚われすぎない。
 - ・ 最善の利益、社会常識・規律に囚われすぎない。
- ※（支援者の）価値観の転換を図るリフレーミング

相談支援の目的

- ① 本人のその人らしい地域での暮らし
- ② 障害のある人を含めた誰もが暮らせる地域づくり

相談支援・ケアマネジメントの基本的視点：

- ① 共生社会の実現
- ② 自立と社会参加
- ③ 当事者主体、意思形成及び表明の支援
- ④ 地域における生活の個別支援
- ⑤ エンパワメント
- ⑥ セルフケアマネジメント
- ⑦ リカバリー
- ⑧ スティグマ

初任者研修の獲得目標

① ソーシャルワークとしての障害者相談支援の価値と知識を理解する。

② 基本相談支援の理論と実際を理解し、障害者ケアマネジメントのスキルを獲得する。

③ 計画相談支援の実施に関する実務を理解し、一連の業務ができる。

④ 地域づくりとその核となる（自立支援）協議会の役割と機能を理解する。