

V. 相談支援専門員によるサービス等利用計画と

サービス管理責任者による個別支援計画の関係

この講義では、総合的な援助の方針であるサービス等利用計画と個別支援計画の関連性、その前提としての連携について理解する。

(内容)

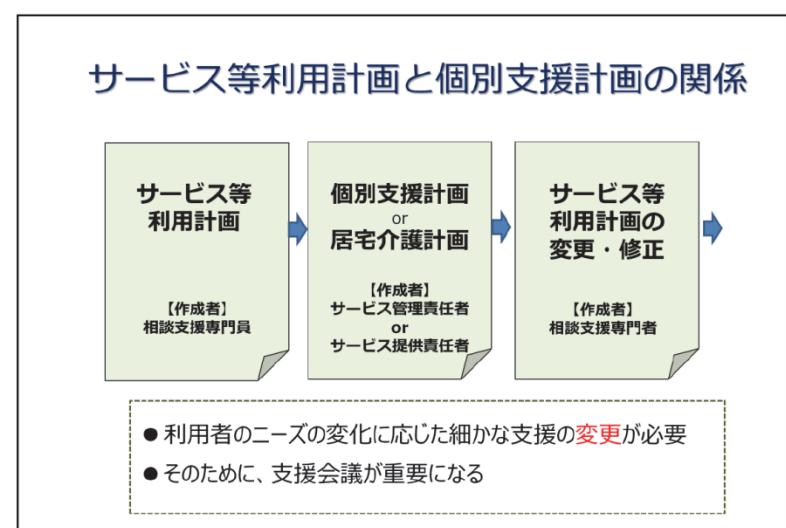
1. サービス等利用計画と個別支援計画の関連性、その前提としての連携について理解する。
2. サービス等利用計画は「総合的な援助計画であり、将来計画であること」を理解する。
3. 個別支援計画は、それぞれの事業内容に基づいた、計画であることを理解する。
4. サービス等利用計画と個別支援計画の調整等に関してサービス担当者会議等を活用することを学ぶ。

1. サービス等利用計画と個別支援計画の関連

総合的な援助の方針であるサービス等利用計画と個別支援計画の関連性、その前提としての連携について理解する。

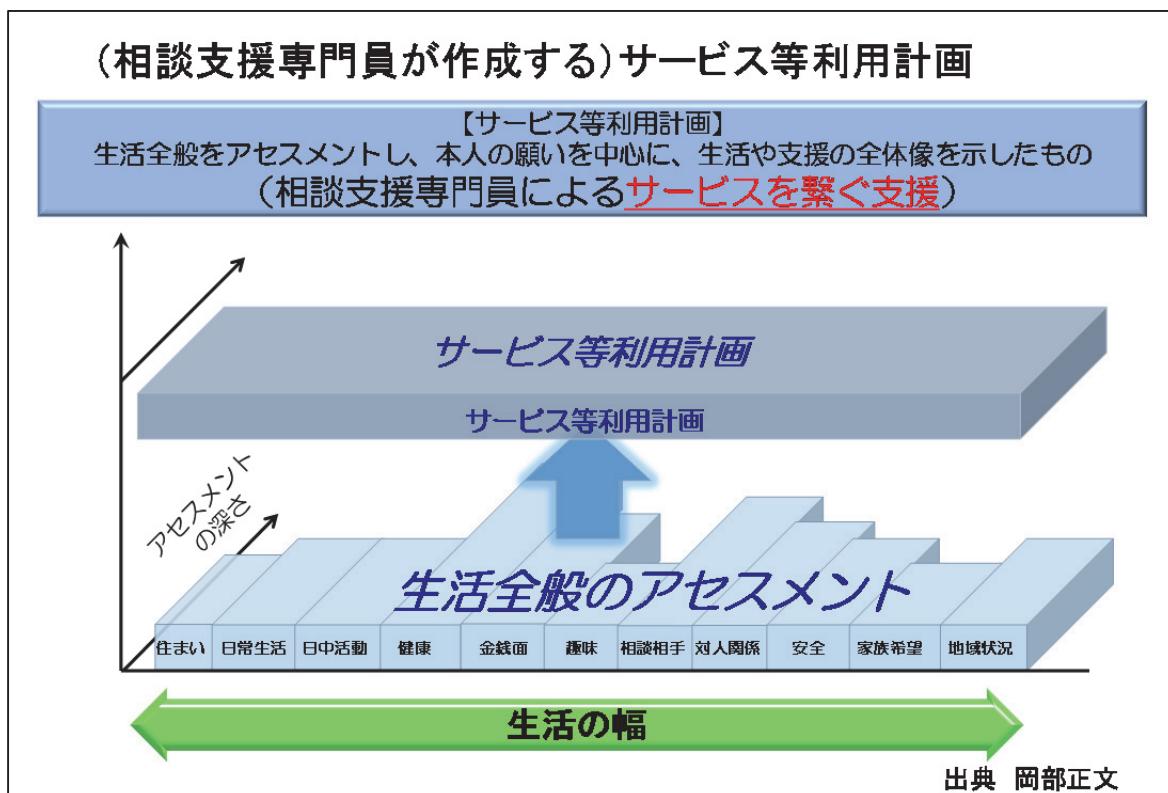
サービス等利用計画が、本当に「総合的な援助計画であり、将来計画」であればよいが、もし、そうなっていないときは、サービス管理責任者等として「違う」と言えなければならない。本人に対する総合的な計画と個別の事業ごとの計画をそれぞれ作成する人がいるというのは、介護保険よりも進んだシステムといえる。しかし一方で、訪問系サービスは介護保険と同様に「サービス提供責任者」とされ、研修も要件としているため、ある種の矛盾が生じているということになる。

サービス等利用計画に基づき、個別支援計画や居宅介護計画等（訪問サービス系の計画）が作成される。それ以前に、サービス等利用計画案が示され、契約が予定されている事業所が一堂に会しサービス担当者会議が開かれ、案を取ってサービス等利用計画が合意される過程がある。したがって、サービス管理責任者等はこのサービス等利用計画はすでに合意したものとなっている。初めてみたサービス等利用計画に基づき個別支援計画を作成するわけではない。そして、計画の修正については、外部要因で相談支援専門員が提案することもあれば、日々の支援の中でアセメントされた結果が反映され、サービス管理責任者等からの提案ということもある。ニーズは変化して



当然であるから、適時適切なタイミングで、相談支援専門員やサービス管理責任者等、サービス提供責任者から計画修正についての提案がなされるべきである。

相談支援専門員は、生活全般をアセスメントし、本人の願い・望み・ニーズを明らかにし、そのうえで生活や支援の全体像としてのサービス等利用計画を作成する。法定サービスだけでなくインフォーマルサービスも含めて、本人と各サービスを「繋ぐ」支援と言える。



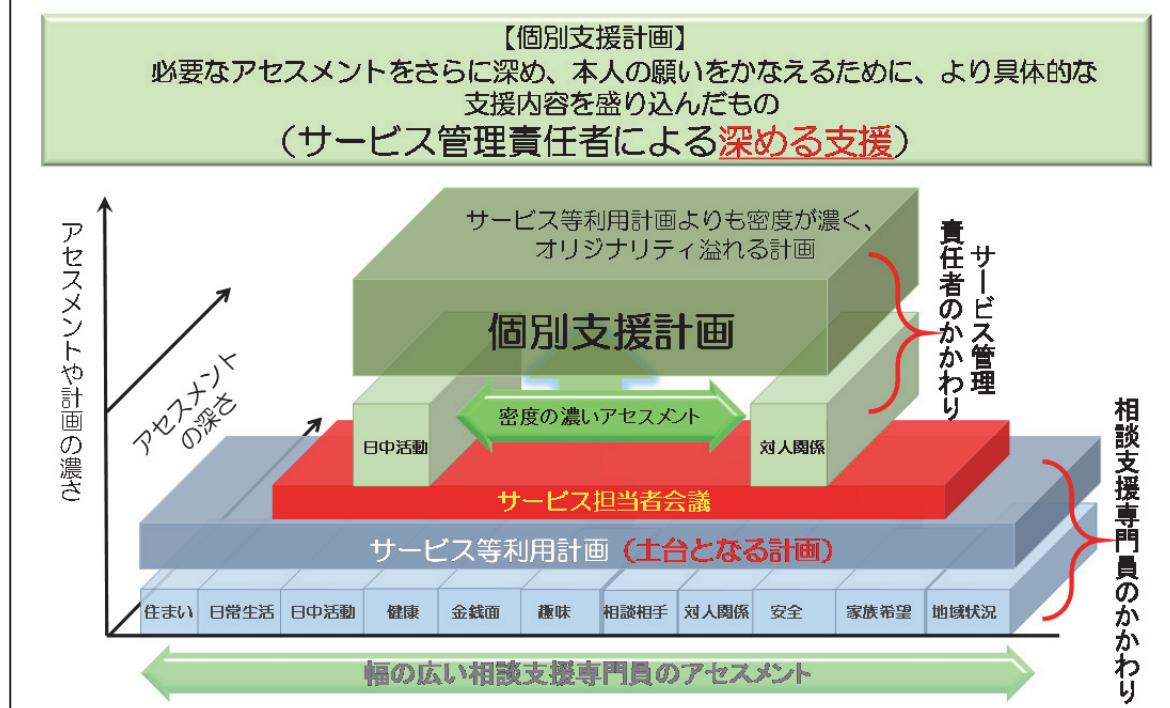
それでは、サービス管理責任者等が作成する個別支援計画はどのような位置づけかといえば、サービス等利用計画を土台としつつ、サービス担当者会議で自事業所の役割を明確化させたうえで、例えば放課後等デイサービスや生活介護、就労継続支援のような日中活動系の事業所であれば、「日中活動」と「対人関係」等について、必要なアセスメントをさらに深め、本人の願いをかなえるための、より具体的な計画ということになる。

初期段階では、相談支援専門員が本人から抽出したニーズを中心に計画を作成することになるが、中期以降は日々サービス提供している事業所側のほうが本人のニーズの変化を把握できるので、むしろサービス管理責任者等から相談支援専門員に対して計画の変更を相談していく場面が増えることもあるのではないかと思われる。

つまり、本人と毎日接している事業所のサービス管理責任者等が作成する計画は、より密度の濃い、より深い支援が盛り込まれていくことになる。

(サービス管理責任者が作成する)個別支援計画

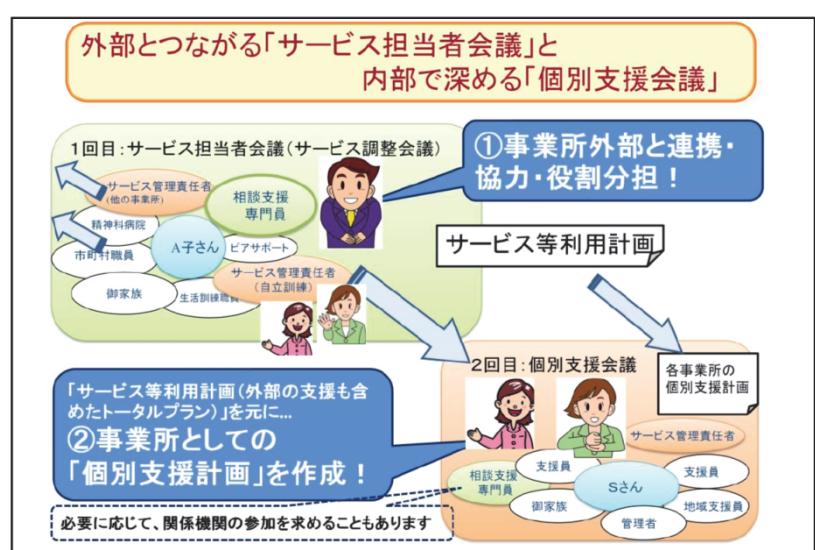
出典 岡部正文



サービス管理責任者等は「つながっていくこと」と「深めること」が本人の支援にとって重要であることを理解する必要がある。

「つながる支援」は、相談支援専門員が開催するサービス担当者会議等に参加し、相談支援専門員等と連携して、個別支援計画における課題を解決するためのチームをつくり、地域でサポートするためのネットワークを組織していく。

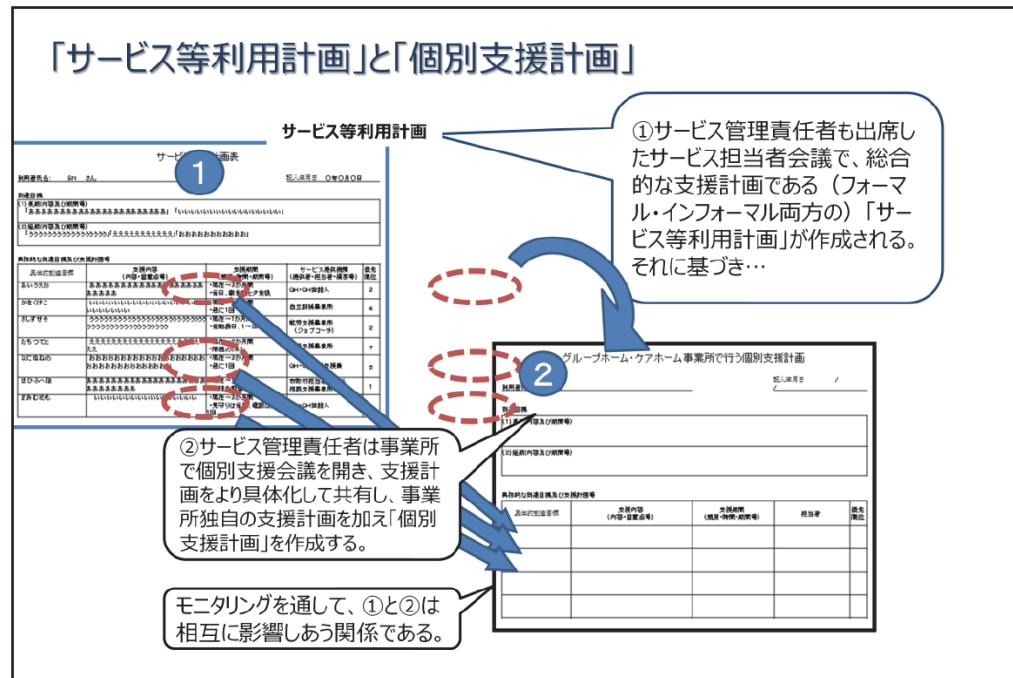
「深める支援」は、事業所内でサービス管理責任者等自ら個別支援会議を開催し、サービス等利用計画を土台にしつつ、個別支援計画(生活プラン)を作成する過程で得られていく。



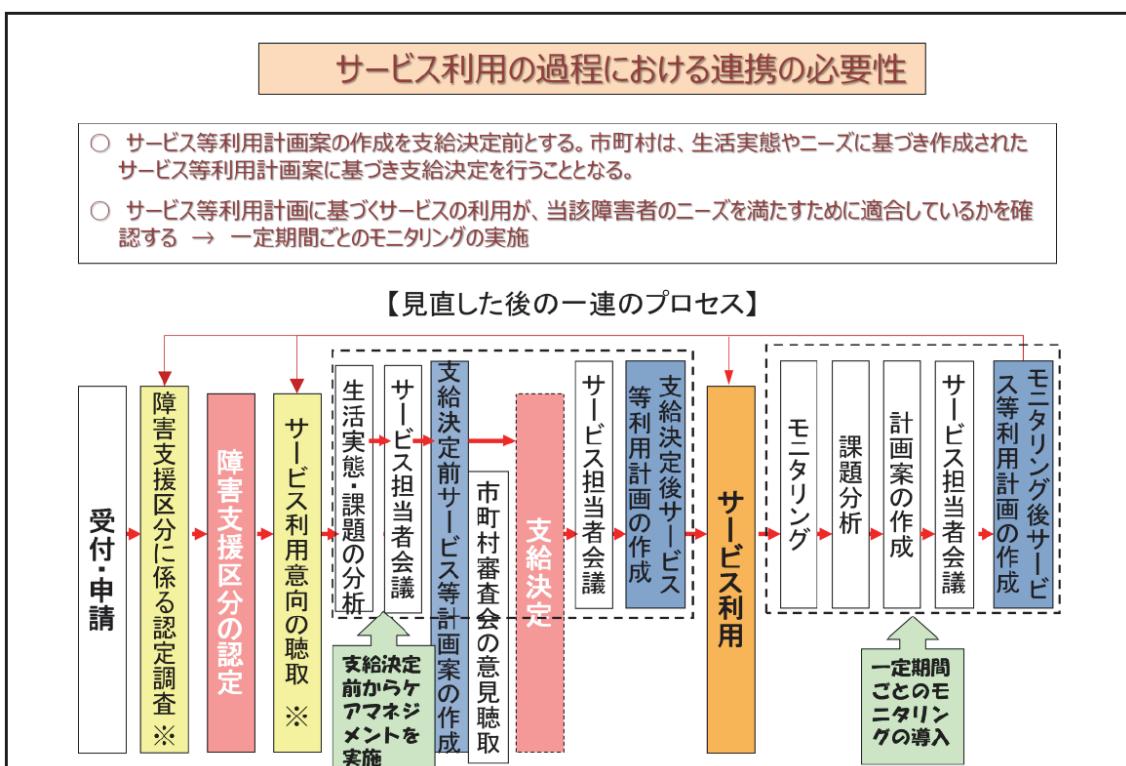
・「サービス等利用計画」と「個別支援計画」

- ① サービス管理責任者等も出席したサービス担当者会議で、総合的な支援計画である（フォーマル・インフォーマル両方の）「サービス等利用計画」が作成される。
- ② それに基づき、サービス管理責任者等は事業所で個別支援会議を開き、支援計画をより具体化して共有し、事業所独自の支援計画を加え「個別支援計画」を作成する。

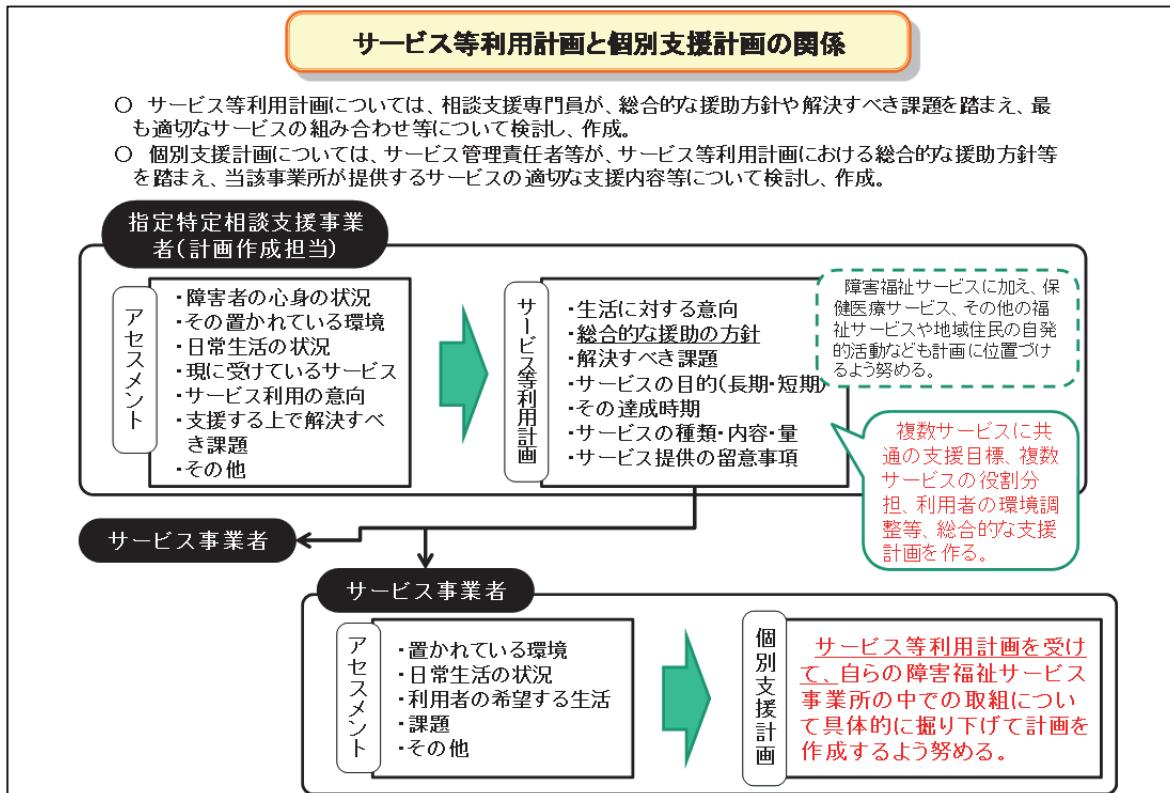
モニタリングを通して、①と②は相互に影響しあう関係である。



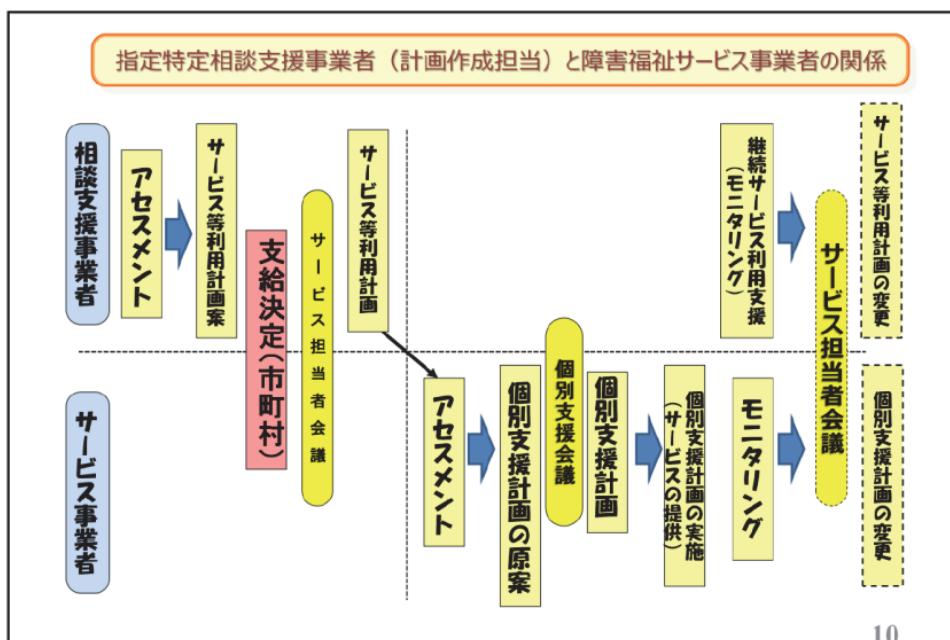
支給決定の前に、生活実態やニーズに基づきサービス等利用計画案の作成が行われ、市町村はそれに基づき支給決定を行うこととなる。サービス等利用計画に基づくサービスの利用が、当該障害者のニーズを満たすことに役立っているか、適合しているかを確認するために、一定期間ごとにモニタリングを実施する。支給決定の前後、モニタリング時に行われるサービス担当者会議は当然連携の場ということになるが、会議だけでなく日ごろから顔の見える関係づくりを行い、本人を中心に据え様々な情報交流を行っておくことが必要である。例えば、就労B型事業所がグループホームでの本人の様子は全く知らなくてよいということにはならない。



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、作成するものである。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、作成するものとなる。



サービス事業者は、サービス開始前からサービス担当者会議で関わることになるし、それ以前から相談支援専門員の求めに応じ、2次アセスメント等で関わることがありえる。そういうたった関わりは決して無駄になることはなく、利用契約後のアセスメントをスムーズに進ませることが出来る。



2. 相談支援専門員とサービス管理責任者等の連携イメージ

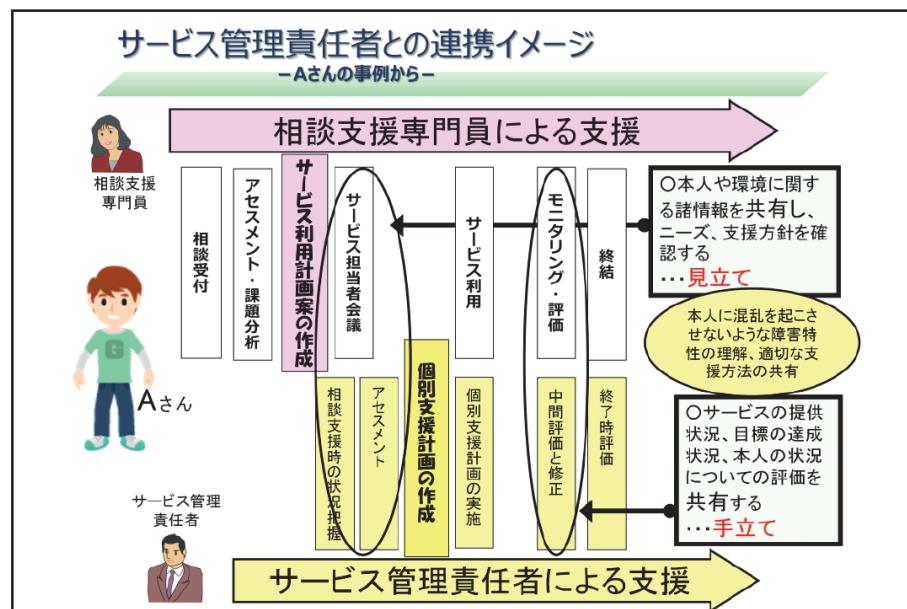
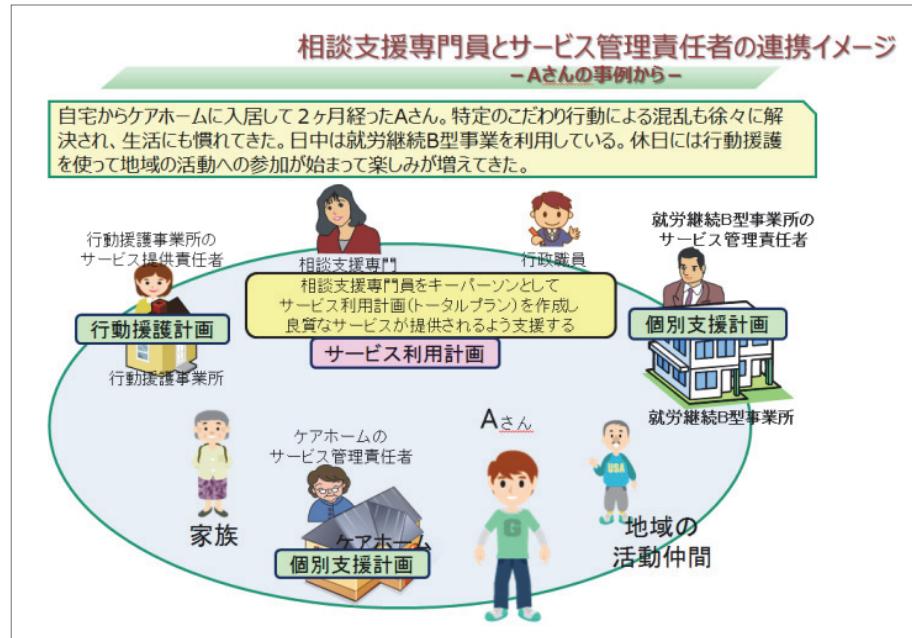
Aさんの事例から、相談支援専門員とサービス管理責任者等の連携イメージを解説する。

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。

相談支援専門員は、本人や環境に関する諸情報を共有し、ニーズを把握し、総合的な援助の方針を確認する。最初の段階でいわゆる見立てを行う役割となる。

サービス管理責任者等は、自分の事業所における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相談支援専門員等と共有する。具体的な手立てを提供する役割となる。

しかし、サービス管理責任者が日々の支援の中で、ニーズの変化に気づき、総合的な援助方針とのズレを感じることもあるので、見立てを全くしなくてよいということではない。



3. 連携による支援とは

- ・サービス管理責任者は、なぜ連携が必要か(整理してみる)

これまでずっと必要・大切だといわれ続けている『連携』だが、そもそも『連携』とはどういう意味

だろう。

大辞林では、「連絡を密に取り合って、一つの目的のために一緒に物事をすること。」とある。単につながりだけではなく、目標に向かってともに動くといった意味があることがわかる。

連携を使った言葉には、多職種連携、地域連携、地域医療連携、医療介護福祉連携等、様々な言葉がある。一つの目的を達成するためには、個人のあるいは一分野だけの関わりでは成し遂げられないことを意味しているのである。

ましてや、福祉は人間の生活全体を豊かなものにするという目標であるので、様々な分野が連携しなければ成し遂げられないのは当然の事である。このとき、連携する各職種は、本人を中心に据え並列的な関係が求められる。相談支援専門員が全体のコーディネーターだからといって、あるいは医師が多忙な中時間を割いて来てくれているからといって、上下関係はないのである。

本人の生活を豊かなものにするための、あくまでも一分野、一つの側面でしかないという自覚を持つ必要がある。とはいっても、例えば医師が医学的な事実を伝えること（それが本人の選択肢を狭めることであったとしても）は、重要であり、その事実を踏まえながら連携していくことが求められる。

そもそも、なぜ『連携』をしようとしているのかということであるが、各法律の第一条に目的が記されている。それが、「戻るところ・立ち返るところ」であることを認識しておかなくてはならない。法の目的を読み解けば、「誰もが、住み慣れた（希望する）地域で安心して暮らし続けられるため」であり、「24時間365日の安心を実現するため」であり、「個々の障害児者のニーズを支える（満たす）ため」連携が必要であるという原点に立ち返ることが出来る。

もっと根本・もっと本質 そもそも、なぜ『連携』をしようとしているのか？

戻るところ・立ち返るところ

- ・誰もが、住み慣れた（希望する）地域で安心して暮らし続けられる。
- ・24時間365日の安心を実現するため。



戻るところ・立ち返るところ

- ・個々の障害児者のニーズを支える(満たす)ため。

障害者基本法 第一条（目的）

この法律は、全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されるものであるとの理念にのつとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するため、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策に關し、基本原則を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策の基本となる事項を定めること等により、**障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。**

障害者総合支援法 第一条（目的）

この法律は、障害者基本法の基本的な理念にのつとり、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付、地域生活支援事業その他の支援を総合的に行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず**国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現**に寄与することを目的とする。

なぜ連携が必要なのか、具体的な例を挙げてみる。

障害児者のニーズに基づいたサービスを提供するため以下のような場合に、連携が必要不可欠になる。

- 障害児者ニーズは、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。・・・新たなサービス事業所や雇用の場、新たな社会資源の創出等が必要になるが、この際に新たな連携が生まれる。
- 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。・・・日中の就労系、夜間のグループホーム、それぞれの情報共有が必要になる。そこに連携が生まれる。
- 迅速な対応が必要なニーズと、時間を掛けて間違いない結果を出すニーズを混同している場合。・・・迅速な対応を行うサービス事業所等と、時間をかけて結果を出そうとしているサービス事業所等の連携が必要である。長期的に同じ目的を共有していることが重要になる。
- 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。専門的なアセスメントが必要な場合。（医療・保健・教育など）・・・例えば、医療的なニーズを持つ重度障害者には、重度訪問介護だけでは対応できない。病院、訪問看護等との連携が必要になる。これは、一担当者や一事業所の限界を知るということにもつながる。
- 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。・・・意思決定支援会議の開催が必要なケースになる。会議の場は連携の場でもある。



なぜ連携が必要なのか？……整理してみる

連携の必要性を見る3つの軸

①利用者のニーズに関する軸

↑
相互に関連

連携の必要性の例を挙げてみる

- ・ライフサイクルや成長、重度化等あらたなニーズやニーズの変化が生じてきている場合
- ・複合的なニーズや複数のサービスを使い分けて生活している場合
- ・満足度が低い場合やサービスがマンネリ化てしまっている場合
- ・意思疎通やニーズの表出が難しく、ベストインタレスト（最善の利益を生み出す決定）の追求が必要な場合
- ・家族ニーズや、その他の周辺環境に巻き込まれてしまっている場合 など

②支援者・事業所・組織に関する軸

↑
相互に関連

- ・あらたなニーズやニーズの変化に対応できにくい場合
 - ・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
 - ・事業所としてのかかわりが部分的で、生活の全体像が見えない場合
 - ・緊急な対応や時間をかけての取り組みなどの混在や混乱、対応が困難な場合 など
- ※連携によるより質の高い効果的な支援、一担当者や一事業所の限界を知る。
- ※連携は、①、②、③にとって大きなメリット（人材・事業所の質の向上と地域の底上げ）

③関係機関・地域・まちに関する軸

- ・専門的アセスメントや関わりが必要な場合（医療・保健・教育など）
- ・社会参加や地域生活における様々な関わりが必要な場合
- ・事業所間で対応の統一や混乱をさせない支援ができていない場合
- ・地域にニーズを支える資源がない場合
- ・連携の土俵にのっていない場合 など

法・制度・責務・ささえる仕組み

連携の視点として、①利用者のニーズに関する軸、②支援者・事業所・組織に関する軸、③関係機関・地域・まちに関する軸を視点に、あらゆる連携を考える必要がある。

連携の視点（整理した3つの軸を紐解く）

①利用者のニーズに関する軸

- ・ライフサイクルや成長等あらたなニーズやニーズの変化が生じてきている
- ・複合的なニーズや複数のサービスを使い分けて生活している場合
- ・満足度が低い場合やサービスがマンネリ化してしまっている場合
- ・意思疎通やニーズの表出が難しく、ベストインタレスト（最善の利益を生み出す決定）の追求が必要な場合
- ・家族ニーズや、その他の周辺環境に巻き込まれてしまっている場合

②支援者・事業所・組織に関する軸

- ・あらたなニーズやニーズの変化に対応できにくい場合
 - ・個別支援計画書に「実現できなかつたニーズ」、「反映できなかつたニーズ」がある場合
 - ・事業所としてのかかわりが部分的で、生活の全体像が見えない場合
 - ・緊急な対応や時間をかけての取り組みなどの混在や混乱、対応が困難な場合
- ※連携によるより質の高い効果的な支援、一担当者や一事業所の限界
- ※連携は、①、②、③にとって大きなメリット（人材・事業所の質の向上と地域の底上げ）

③関係機関・地域・まちに関する軸

- ・専門的アセスメントや関わりが必要な場合（医療・保健・教育など）
- ・社会参加や地域生活における様々な関わりが必要な場合
- ・事業所間で対応の統一や混乱をさせない支援ができていない場合
- ・地域にニーズを支える資源がない場合
- ・連携の土俵にのっていない場合など

○利用者の個別性・多様なニーズに答えていくためには、個人や事業所として、完結したサービス提供のみでは対応が難しくなる。

→（1）完結型支援からオープン型支援へ

○対応できないニーズや新たな地域社会との繋がり、俯瞰的な生活全体像を見ながらの支援には機関等連携が不可欠となる。

→（2）個別支援計画書は連携ツール

○連携はニーズに応えることをベースにしながらも、支援者や事業所の質の向上や地域のネットワークによる支援の底上げにも繋がる。

→（3）連携の意味を考える（専門性とチーム力を高める）

○連携を考える場合、実は事業所・組織の部門間連携等と類似する。事業所内のチームワーク

→（4）事業所内（組織）、部門間連携を考える

○そのためには、サービス担当者会議や事例検討等のOJTや他者との関わり、人材育成が重要となる。

→（5）さまざまな会議等の活用

→3. 協議会等の活用と活性化

例えば、利用者のライフサイクルを考えると、小学校の時期では、放課後等デイサービス 1 事業所ですべて完結することはできない。親や学校、友人、近隣住民など、様々な周囲の環境があり、これらと協調して本人の支援を考えいかなければならない。その際、完結型支援からオープン型支援へという視点や、個別支援計画書を連携ツールとして活用すること、専門性とチーム力を高める視点、外との連携だけでなく事業所内（組織）・部門間連携、その他連携のためにはさまざまな会議等の活用等が重要となる。さらに、地域の課題として共有するためには協議会等の活用と活性化が重要となる。

利用者の願い・望みをかなえるためには、自事業所単独の関わりだけでは難しいので、地域の社会資源を知り、使い、改善し、広げるといった活動が必要になる。そのための連携の視点が以下の5点である。

【連携の視点】

- (1) 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構築・強化）
 - ・利用者の個別性・多様なニーズに答えていくためには、個人や事業所として、完結したサービス提供のみでは対応が難しくなる。
- (2) 個別支援計画書は連携ツール
 - ・対応できないニーズや新たな地域社会との繋がり、俯瞰的な生活全体像を見ながらの支援には機関等連携が不可欠となる。
- (3) 連携の意味を考える（専門性とチーム力を高める）
 - ・連携はニーズに応えることをベースにしながらも、支援者や事業所の質の向上や地域のネットワークによる支援の底上げにも繋がる。
- (4) 事業所内（組織内）連携、部門間連携を考える
 - ・連携を考える場合、実は事業所・組織の部門間連携等と類似する。事業所内のチームワーク。
- (5) さまざまな会議等の活用
 - ・そのためには、個別支援会議、サービス担当者会議や事例検討等のOJTや他者との関わり、人材育成が重要となる。

(1) 完結型支援からオープン支援へ

施設収容型の福祉から、地域共生型の福祉へと時代は変化してきた。施設としての役割も収容から地域のバックアップ拠点へと変化しつつある。地域での共生を基本とするならば、施設や各事業所の機能をオープンにし、事業所の壁を超えて本人を中心に据えた支援を行っていくことは必然でもある。

- ・人の生活を多面的に捉え、多職種協働（多職種で連携し、様々な人の視点から、多面的に物事をとらえ、目標に向かってともに働く）で行うことを基本と考える。
- ・同じものを見ていても、価値観や視点の違いにより、見ているものは同じでも、見えていない時がある。
- ・黒電話から携帯電話へ（ニーズや時代に合わせて常に変化する福祉サービス）・・・固定電話から携帯電話、さらにはスマートフォン、ICT活用など、時代に合わせて通信手段が機動性を増してきただように、サービス内容も支援手法も変化する。これまでの常識にとらわれない柔軟性が必要。
- ・今までの業務を見直し、業務の無駄や行わないことを見つけながら、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※等を定期的に行なう体制を作る。・・・事業所・組織業務の効率化・QC（質の管理）活動。メイド・サーバント症候群（業務中心介護）の防止。
- ・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。・・・組織内・組織外のチーム作り。フォローアップ等により、職員のバーンアウトやモチベーションの低下を防ぐ。

※【エバリュエーション】(evaluation) とは：事後評価の事。福祉的援助の終了時又は一段落したときに、今までの援助過程について、効果の判定、欠点、将来予測及び今後の改善点を当事者とともに検討することをいう。なお事前評価は、アセスメント。

○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）に着ていた洋服（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。地域の社会資源の存在とその変化を把握し、本人のサイズに合った洋服（サービス）がみつかれば着用を促す。
- ・ 望みをかなえるために日々活動していても、変化がない場合もある。その際原因を本人だけに求めない前提で、事例共有や事例検討を定期的に実施するなかで見えてくることもある。
- ・ 本人の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。・・・記録が重要となる
- ・ 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。計画の変更はこれまで提供してきたサービスの否定にはあたらない。何か違うと思いながら計画変更をしないことこそこれまで積み上げてきた支援を壊すことになる。

例え……ある事例

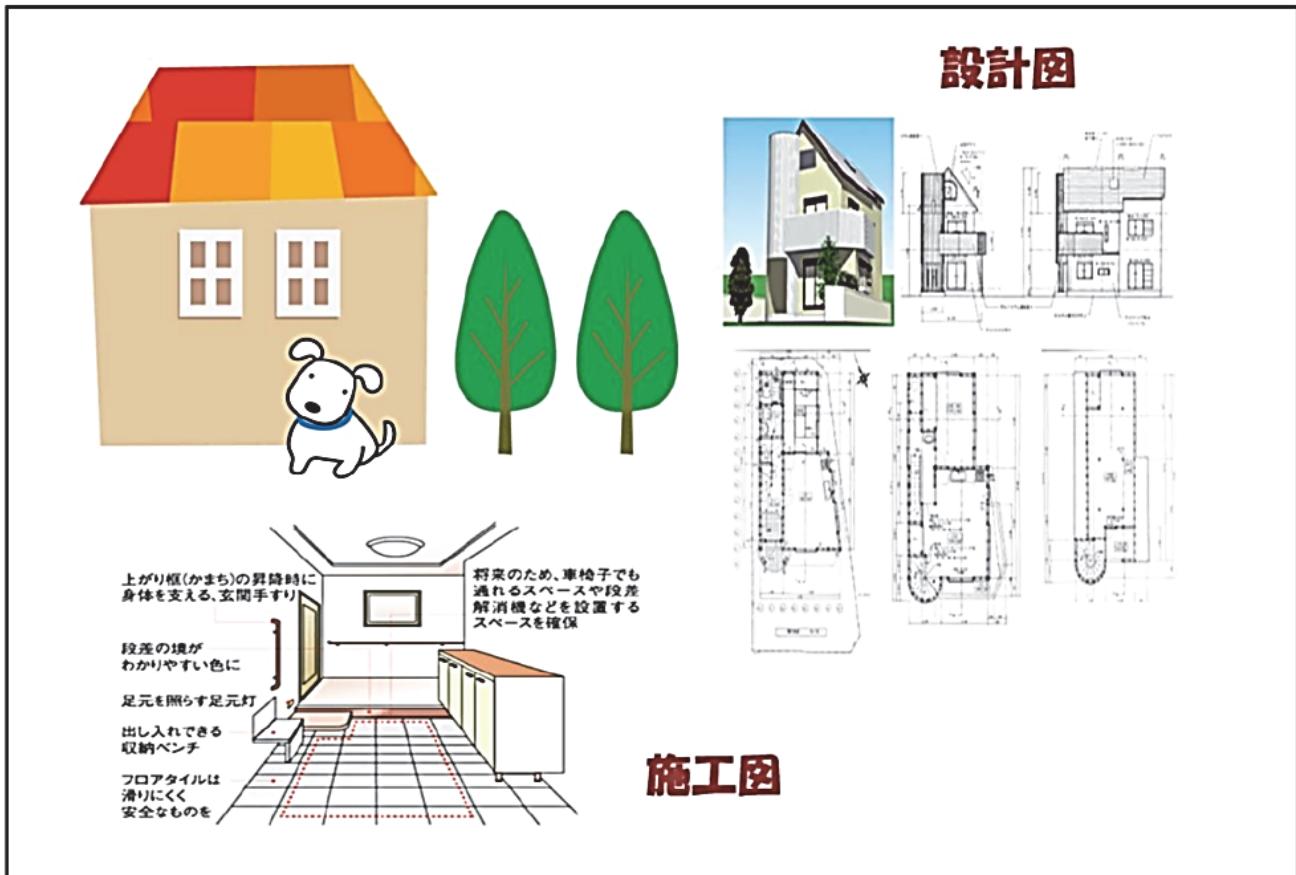
30代 男性 知的（軽度）・視覚（弱視）・言語障害。
幼少期タンスの上のテレビが落ちてきて頭部強打、受傷。
特別支援学校から、老舗の授産（⇒就労B）、自宅から自転車で通所。
最近、ミスも多く作業効率の低下。注意しうなずくが…
所長は、ちゃんとやらせなさいと。
繰り返しているうちに、行きたがらなくなりやめてしまった。
…自宅ではこもりがちに→→→母親にあたるように→→
※どんなことが考えられるか？
 実は…視力障害が進み、自転車通所が危険になり、作業中にもミスが出てきた。
※これは、この後の、連携、チーム、専門性にもつながる

(2)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を何かに例えると…

- ◇ 建築業界において、「設計図」とは、設計者が顧客や公的機関に提出する為に作成する図面で、顧客のニーズに沿って作成された部屋の広さや高さ、仕上げ、形状がわかる図面である。
- ◇ 「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ある。この図面を元に、各職種が材料の手配、加工などを行う。
- ◇ 実は、建築は設計図ではなく施工図によって具現化するものであり、施工図が品質に直接的影響を及ぼす重要なものとなっている。
- ◇ ひとつの家を作り上げるには、複数の職種の仕事がうまく調和していかなければならない。大工、

建具屋、クロス屋、設備屋、電気屋等、複数に及ぶ。



設計図を翻訳・具体化した施工図により、それぞれの職人さんが具体的な寸法や形状、材料など理解し、発注・制作が具体的に進むことになる。施工図の出来・不出来は、建築の出来栄えや善し悪し、効率にも左右することになる。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る。

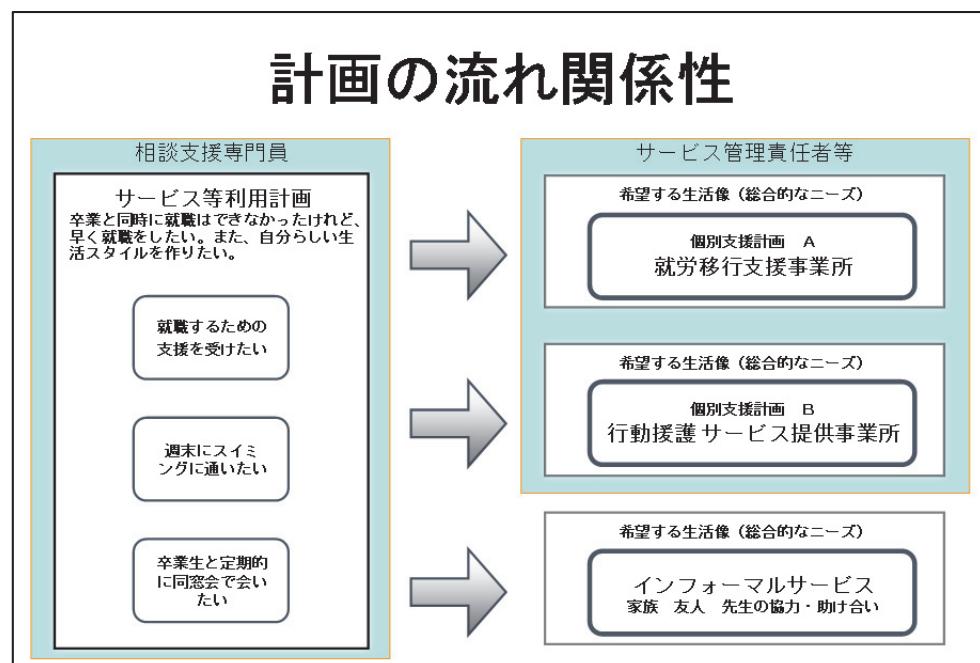
まだまだ、サービス事業者が先に関わりを持ち本人との関わりも情報も多く持っている場合もあるが、しかし、後から関わる相談支援専門員は不要ではなく、支援を受ける人について重要な経過管理者となる。また、幅広に地域の情報が集まり、事業所間の連携や齟齬の改善など、チームとして役割分担し協働していくことが大切である。

サービス提供事業所には、指定特定相談支援事業所を併設しているところもあるが、事業所優先でなく本人優先の支援がされる必要がある。そのためには、相談支援専門員の独立性が担保されていなければならぬ。



トータルプランであるサービス等利用計画には、複数のニーズが含まれている。

それぞれのニーズは、各事業所、インフォーマルサービスへとつなげていく。



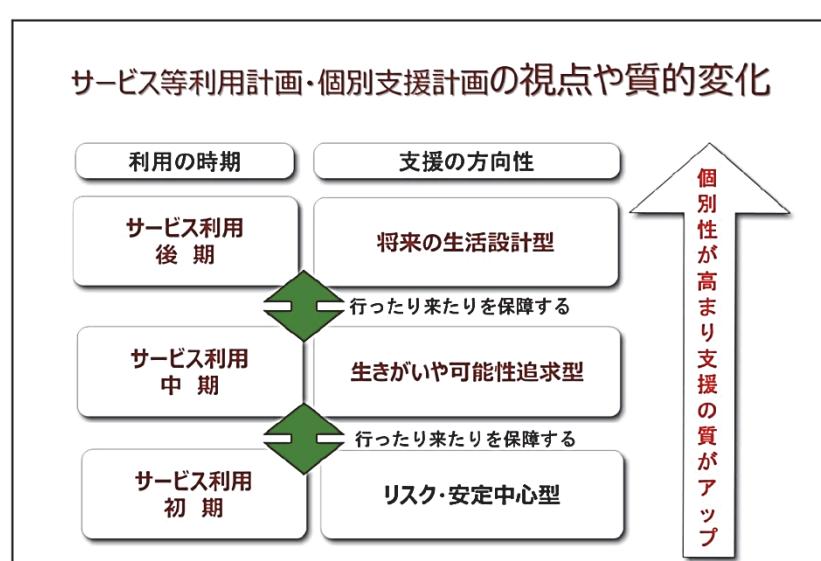
○個別支援計画書の視点や質的変化を意識する(モニタリングの重要性)

- 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。スマールステップで、少しづ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る。
- 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等が、モニタリングのための会議等で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、気づきが生まれる。

○サービス等利用計画・個別支援計画の視点や質的変化

例えば、サービス利用の初期においては、リスク管理を重視し、生活の安定を中心に考えた計画とならざるを得ない場合もある。

しかし、生活が落ち着いてくれば徐々に本人の生きがいを重視し、多少のリスクはあっても可能性を追求していく計画となり、さらに、将来のより質の高い生活を見据えた計画へと変化していく流れもありえる。その際、行きつ戻りつということも保障しながら、徐々に個別性の高い



(上質な) 支援となっていくよう、スマールステップを刻みながらプランニングしていく。

(3)連携の意味を考える

①ともに考える姿勢が重要

本人の人生を豊かにするという、ある意味途方もない目標に向けて、様々な人たちがそれぞれの取組みを行っている。支援者一人一人が本人に向き合い、本人も含めて話し合い、一つの方向性を出していくことが重要になる。その際、一人の人生であるからそこに正解があらかじめ用意されているものではないことを前提に、「ともに考える姿勢」を持つことが重要となる。

②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

③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」

④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。

⑤「グループ」でなく「チーム」をつくる

あなたがたの事業所内ではチームができているか？

地域のなかでチームができているか？

⑥多角的視点からのストレングス支援やエンパワメント

・自己決定の機会は、一方で、利用者が自分の新たな可能性を見つけるきっかけにもなる。

⑦マンネリやパタナリズムの打破

・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、向上させていくいうことがとても重要である。

⑧チームアプローチの強化と徹底

・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る。一人に頼らず、チームで行なうことが重要である。

⑨根拠のある実践

・「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。
そのための計画作成であり、日々の記録である。

⑩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を把握し、人材育成していく必要がある。

(4)事業所内(組織内)連携、部門間連携を考える

事業所内にも様々な立場、職種の方々がいる。忙しい中でも相手の立場に立って事業所内での円滑なコミュニケーション、連携を図っていく必要がある。本人を中心に置いたチームの一員という意識を常に念頭に置いておく必要がある。

あなたの事業所（組織）は大丈夫？ ～こんなことは起きてない？？～

これも
チームづくり

さまざまな職種が協力し連携し合って一人の利用者を支援しています。外部との連携がうまくいかない所は内部の連携も…。

送迎を兼務する生活支援員、相談員、ケアスタッフ、看護師、理学療法士等などが連携して一人の利用者を支援します。事業所業務を一人のスタッフがすべてこなすことはないでしょう。人員配置基準も含めスタッフ間でお互いに助け合いながら、チームとして気持ちよく業務を進めたいはずです。

○「中の健康管理があるから病院への送迎はやりません」
「排泄介助や入浴介助は、看護業務ではないのでやりません」ときっぱり言い切る看護師。

○「免許をとったら、送迎までやらされるから、とると損よね」と同じ生活支援員なのに。

○「この利用者何をしても文句ばかりなのよ。相談員さん相談にのってあげて、あなたの仕事でしょ」と吐き捨てるようなケアスタッフ。

○家族からの苦情の電話に「その日は自分はお休みでしたからよく分かりません」と答える生活支援員。

○「あなたたちは、リハのこと何も知らないでしょ、こっちの言った通りにしてくれればいい」と上から目線のセラピスト。

○「しかたないだろ、現場でなんとかしてくれ」と話も聞いてくれない総務事務担当

連携の意味やチーム作り、中から外へ。中が難しいときは、外部の人材をうまく使うことも必要でしょう

(5)さまざまな会議の活用

①会議の場を活用した連携

利用者のニーズを充足するためには、連携の視点と軸を整理していくと、支援者・事業所・組織及び関係機関・地域・まちの軸の中で、連携をしていくための場の設定と実践が重要（不可欠）となる。

また、この『場』は、双方における連携を強化する

会議の場を活用した連携

サービス管理責任者のつながる支援と深める支援

サービス担当者会議

サービス担当者会議

・サービス管理責任者は、相談支援専門員等と連携して、個別支援の課題を解決するためのチームをつくり、地域でサポートするためのネットワークを組織する。相談支援専門員によるサービス担当者会議に参加する。

つながる支援

・サービス管理責任者は、相談支援専門員等と連携して、個別支援の課題を解決するためのチームをつくり、地域でサポートするためのネットワークを組織する。相談支援専門員によるサービス担当者会議に参加する。

相談支援専門員によるサービス利用計画は、トータルプラン

・サービス管理責任者は、サービス利用計画をもとに、事業所内で個別支援会議を開き、個別支援計画（生活プラン）を作成する。

深める支援

・サービス管理責任者は、サービス利用計画をもとに、事業所内で個別支援会議を開き、個別支援計画（生活プラン）を作成する。

個別支援会議

個別支援会議

・サービス管理責任者は、サービス利用計画をもとに、事業所内で個別支援会議を開き、個別支援計画（生活プラン）を作成する。

サービス管理責任者による個別支援計画、生活プラン

とともに、それぞれの人材育成やサービスの質の向上、地域の活性化にもつながるものである。

職場では、朝会（ミーティング）、グループ会議、QC活動等々様々な会議がある中に、「個別支援計画作成会議」が含まれる。

また、本人（利用者）を通した関係機関との連携実践は、「サービス担当者会議」となる。

次のステップとして基幹相談支援センターや（自立支援）協議会等を利用した検討・会議などが、地域づくりやまちづくりへつながるものとなる。

なぜ「他者との“かかわり”なのか（富士ゼロクス総合教育研究所 人材開発白書 2009 要約版より）

社会人の能力開発の70%以上は経験によって説明できるといわれている。つまり、教育や研修が社会人の成長に寄与しうる部分はわずかであり、そのほとんどが職場での業務経験を通じてもたらされるというのである。

しかしながら、単に業務を経験しさえすれば成長できるわけではない。実際、成長につながるような経験もあれば、そうでない経験もある。あるいは、同じ経験をしたとしても、成長できる人もいればできない人もいる。それでは、業務経験を通じて成長していくためにはどうすればいいのだろうか。

業務経験を本人の成長に結びつけるための重要な要素の一つとして、我々は「他者との“かかわり”」に着目した。

哲学者であり教育思想家でもあるデューイ（Dewey, J.）は、経験とは自分を取り巻く環境との相互作用であるといい、発達心理学者のヴィゴツキー（Vygotsky, L. S.）は、個人の限界を超えるためには周囲の人々との相互作用が欠かせないと説明している。つまり、業務経験を通じて成長するためには、「他者」という触媒が欠かせないといえる。社会人は、他者からアドバイスを受けたり、他者と切磋琢磨したりして、あるいは他者をロールモデルとしたり、反面教師にしたりして、さまざまなことを学び取り、自己成長を遂げていくのである。

これは、さまざまな会議の中におけるさまざまな「関係者との“かかわり”」に置き換えることができる。

②さまざまな会議の活用（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・固い込みの支援となる傾向となる場合がある。サービス担当者会議の司会進行役は、サービス提供を直接行っていない相談支援専門員が中心に担うことが想定される。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等にとって大事なパートナーとなる。

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る。

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る。

会議等において業務を検証するための、具来的なポイントを挙げると以下の通りである。

- ・利用者の概要の確認（要約がわかりやすく簡潔に書けているか・見立てができているか）
- ・当事者主体となっているか、利用者が望む生活への動機付けができているか
- ・アセスメントの精度は高いものとなっているか
- ・様々なニーズのなかから焦点化ができているか（優先度・重要度の判別がついているか）
- ・法定サービスだけでなく、インフォーマルサービスもとりいれているか
- ・当初はリスクマネジメントを重視しつつ、徐々にストレングスマネジメントへ移行しているか
- ・弱みの中にある強みを見つけられているか
- ・環境因子から強みを見つけ、考慮しているか
- ・チームアプローチが意識されているか
- ・地域課題（地域に活用できる資源があるか、ない場合創りだせるか）の有無→自立支援協議会へ

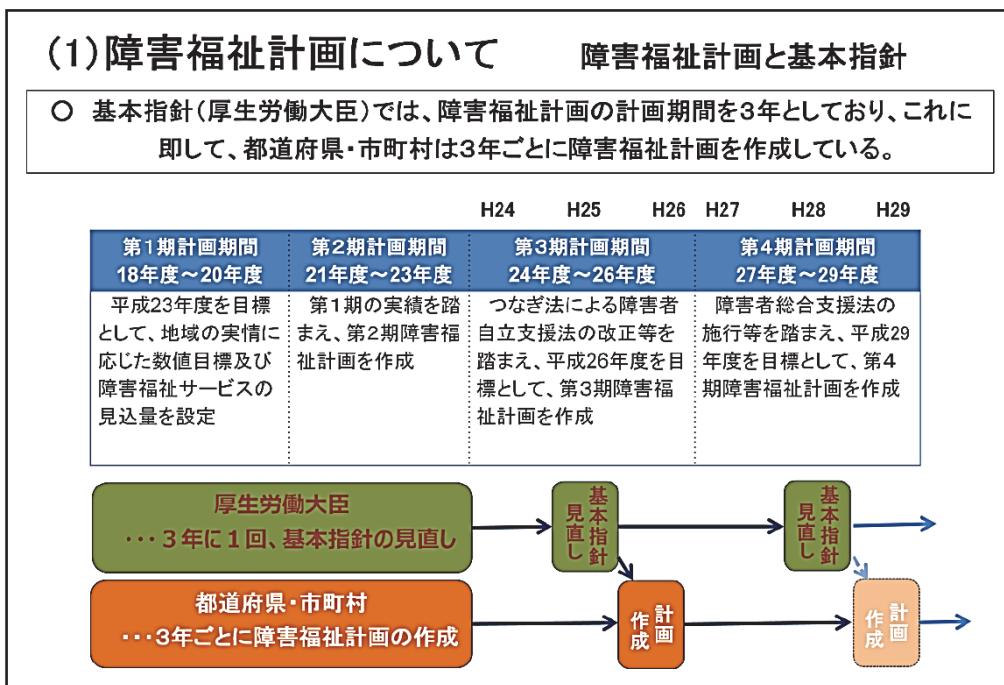
4. 障害福祉計画と(自立支援)協議会の活用

(1) 障害福祉計画について

障害福祉計画の基本指針（厚生労働大臣）では、障害福祉計画の計画期間を3年としており、これに即して、都道府県・市町村は3年ごとに障害福祉計画を作成している。

現在、第4期計画期間であり、平成30年度からの第5期に向け、基本指針の見直し作業が行われている。

都道府県、市町村においても、第5期計画作成に向け、地域のニーズを把握するため住民・当事者・事業者等にアンケート等の調査を行っている段階である。





基本指針における、第4期計画の成果目標と活動指標の関係である。基本指針の理念として、自立と共生の社会を実現し、障害者が地域で暮らせる社会にすることを掲げている。成果目標として、施設入所者の地域生活への移行、入院中の精神障害者の地域生活への移行、障害者の地域生活の支援、福祉施設から一般就労への移行が挙げられており、活動指標として、具体的な数値目標が挙げられている。

第5期計画については、地域包括ケアシステムや地域生活支援拠点整備の加速等が加えられる予定である。これに即して都道府県・市町村が障害福祉計画を作成することとなる。

(2)(自立支援)協議会の活用

- ・自事業所内で解決できない課題もあるので、「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、事例検討やスーパービジョン（評価・検証）等に参加したり、自ら企画したりする。協議会の部会などで提案してもよい。
- ・「協議会」の意味を考え直し、誤解を取り除く。陳情の場ではなく協働の場である。事務局（役所の担当者）に向かってしか発言しない人もいるので、メンバー全員で協議会の意義を確認する。
- ・「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である。例えば、医療的ケアに対応できる事業所が少ないという課題に対し、協議会で協議の上役所で予算化し、研修補助を手当したり、研修機関をバックアップしたりしているところもある。

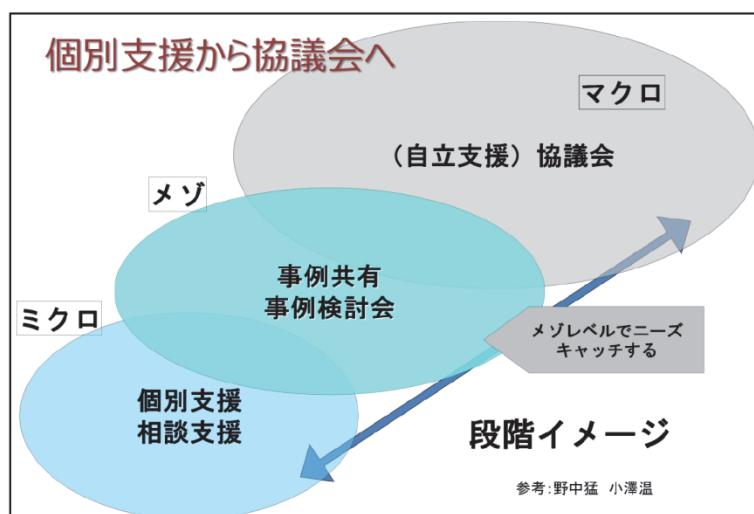
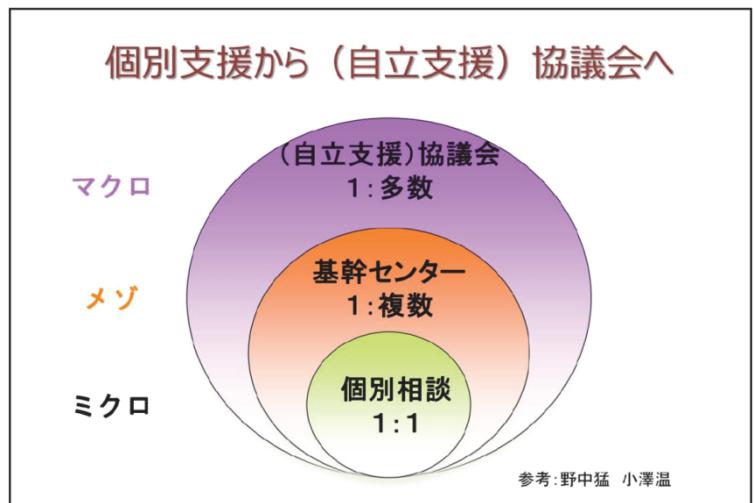
- ・「協議会」では、実効策をアイデアとして、全員で受け入れ、それらを原材料として、今までの活動を変更したり、柔軟な対応に変更する。地域で出来ることは地域で行うという当事者意識が重要である。

ソーシャルワーク実践の対象という話になるが、ミクロ（小領域）、メゾ（中領域）、マクロ（大領域）に分けられる。

ミクロ領域の実践には、利用者本人のニーズへの支援、家族（小集団）等への介入や支援などが含まれる。方法としては個人面接、家族面接、エンパワメントなどが含まれる。ここでは1:1の「個別相談」と位置付けている。

メゾ領域の実践は、集団、地域社会、福祉サービスを提供する機関などにおいて行われる。メゾ領域で用いられる介入技術・実践方法には、地域住民の組織化の支援、コミュニティ・地域福祉活動の形成、地域計画の立案、社会福祉機関の管理・運営などが含まれる。ここでは1:複数の支援として「基幹相談支援センター」での実践と位置付けている。

マクロ領域には、自治体の調査、計画立案、実施と評価、国の政策立案、実施、評価、社会サービスの管理・運営などが含まれる。ここでは1:多数として自立支援協議会での実践と位置付けている。



さらに、ミクロ・メゾ・マクロを段階イメージでみてみると、生きづらさを抱えている当事者個々人の様々なニーズ把握は、個別支援や相談支援の実践の中で行われる。(ミクロ)

自立支援協議会の部会等で行われている事例検討会などで困難ケースの事例共有がなされる。何度も行っているうちに、同じような満たされないニーズに気づくことがある。例えば先ほどの「医療的ケアに対応できる事業者が地域にない」などである。この段階で、「これは地域課題として共有すべきではないか」ということが明確になり、「それでは自立支援協議会に挙げて、地域課題として共有しよう」という流れになる。(メゾ)

さらに、役所も協力しながら、当事者や事業者にアンケートやインタビューをし、実態を把握した上で有効な解決策を協議していくことになる。結果としては、例えば、研修機関の立ち上げ支援や研修補助の創設など、具体的な予算も伴った施策へと高めていくことになる。(マクロ)

一言で地域といつてもいろんな地域がある。都会で財政は豊かだが住民協力が得られにくい地域もあれば、過疎地で高齢者も多いが住民協力が得られやすい地域もある。それぞれの地域性を「できない理由」にしないで、地域の可能性を信じ、創意工夫することが重要である。

以上、「相談支援専門員によるサービス等利用計画とサービス管理責任者等による個別支援計画の関係」について講義を進めてきた。この中で、相談支援専門員や他の事業所との連携、地域実践についても触れた。

障害福祉を突き詰めると、本人を中心に据えた支援を実践していく中で、必然的に他との連携が必須になってくる。

サービス等利用計画との整合性を保つつつ、具体的な個別支援計画を作成し、自事業所内連携はもちろん、相談支援専門員や他事業所との連携が上手なサービス管理責任者等となっていただきたい。