

# 相談支援におけるケアマネジメント技法と そのプロセス

この資料は平成30年度相談支援従事者指導者研修の資料  
(名古屋市総合リハビリテーションセンター 鈴木智敦氏 作成)  
をベースに作成しています

中川区障害者基幹相談支援センター  
センター長 渡邊 理恵子



# (1) ケアマネジメントの歴史と目的

- ① アメリカでのケースマネジメントの始まりやイギリスでの発展、その歴史的背景を押さえる。
- ② 日本の導入背景と経過を押さえる。  
ケアマネジメント、ケアガイドラインで実践しようとしていること、大切な価値を伝える。
- ③ ソーシャルワーク、ケアマネジメントの位置づけを押さえる。

# ケースマネジメント(ケアマネジメント)の歴史

## アメリカ合衆国

1960年代:ケネディ教書

脱施設化、知的障害

□精神医療、長期入院解消、

→大都市のホームレス増

1970年代:退院後の地域生活支援

(ケースマネジメント)

1981年:国際障害者年

仲介型ケースマネジメント→コーディネート・パッケージ

集中型ケースマネジメント→重症者、医療包括、訪問24h間

(ICM: Intensive Case Management)

包括型地域生活支援プログラム→集中の発展系1980年代

(ACT: Assertive Community Treatment)

## ケアマネジメント

ケアプログラミングアプローチ(CPA)

日本 H12(2000)年 介護保険法

H15(2003)年 支援費制度

H18(2006)年 障害者自立支援法

H25(2013)年 総合支援法

1990年:福祉8法改正

1993年:障害者基本法

1994年:新たな高齢者介護システムの構築を目指して

1995年:障害者プラン

2002年:障害者ケアガイドライン

## イギリス

1974年:ケント大学PSSRU方式  
(Personal Social Service Research Unit)

1990年:国民保健サービス

& コミュニティケア法

(National Health Service  
and Community Care Act)

→保健福祉医療の一体的改訂

2003年:ダイレクト・ペイメントの新たな規則  
パーソナル・アシスタント  
選択とコントロール

# 米国の脱施設化・ケースマネジメント 発展の歴史(1)

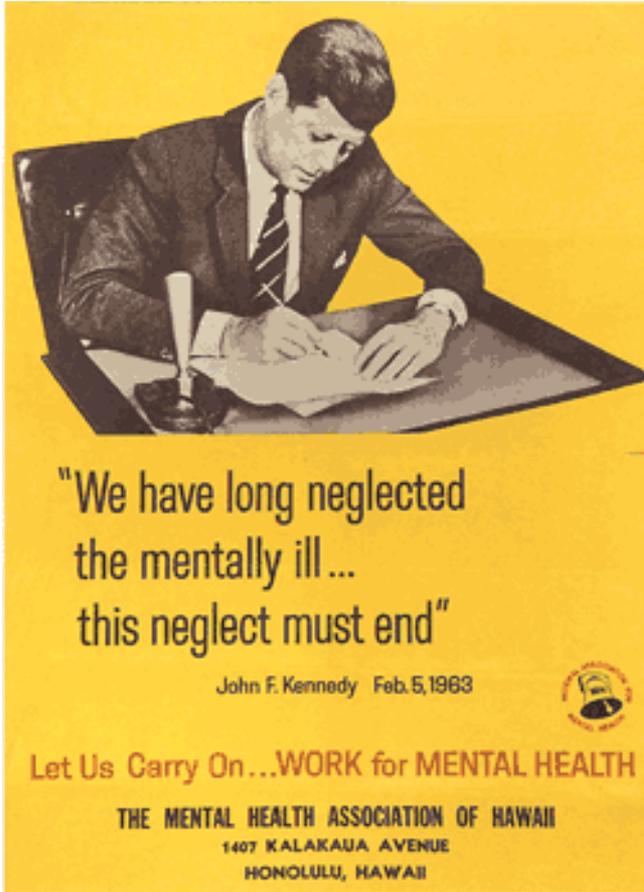
年代	内容
1950年代	州立精神病院の脱施設化運動
1963年	ケネディ教書(精神病及び精神薄弱に関する大統領教書)
1960年代	・地域精神保健センターやハーフウェイハウスなどの地域精神保健プログラムが急速に成長する。 ・脱施設化が進行する。
1970年代	・ホームレス問題などで、重い精神障害者に対する <u>継続ケア・包括的サービス提供の必要性が高まる</u>
70年代後半	・地域サポートシステム実験プロジェクト(国立精神保健研究所)で、サービス統合のあり方を実践し検証する。 <u>→ケアマネジメントの有用性が実証される。</u>
1980年前後	・「ケアマネジメント」の概念化・基本原理・基本機能などが整理される

# 米国の脱施設化・ケースマネジメント 発展の歴史(2)

年 代	内 容
1980年代	<ul style="list-style-type: none"><li>・1984年までに36州に精神保健サービスにケアマネジメントを位置づけ</li><li>・<u>集中型・包括型ケアマネジメントモデル</u>の必要性・有効性があきらかになる。</li></ul>
1990年代	<ul style="list-style-type: none"><li>・州立精神病院の病棟閉鎖が進む</li><li>・重症精神障害者に対する集中型・包括型ケアマネジメントシステムの整備が州レベルで行われる。</li></ul>
1998年	<ul style="list-style-type: none"><li>・米国家族会連合会(NAMI)がACTマニュアルを出版し普及活動を強化する。</li></ul>
1999年	<ul style="list-style-type: none"><li>・連邦厚生省の「事実に基づく実践(EBP)」国家プロジェクトの中心にACTが位置づけられる。</li><li>・全国で実施するACTの標準モデルの検討が進む。</li></ul>

精神病・精神薄弱に関するケネディ大統領教書  
(Message from the President of the United States  
relative to Mental Illness and Mental Retardation)

周 辺



当時のケネディ大統領の教書の一部分をいれた、ハワイの精神保健  
ポスター (1963年) (精神科医療史研究会所蔵)

1963年2月5日 ジョン・F・ケネディ

Assassination of John F. Kennedy



1963.11.22

# 日本のケアマネジメントの導入

- 1980年代後半 日本の高齢者福祉、家族形態の変化、新たな介護システムの模索が背景
- 導入者その周辺分野それぞれからの研究(高齢・障害・児童等)
- 1994年(H6):「高齢者介護・自立支援システム研究会」報告書で介護保険の創設が提起、政策用語としてケアマネジメントが用いられた。
- 1995年(H7):「障害者に係る介護サービス等の提供の方法及び評価に関する検討会」
- 同年:障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略～
- 2000年(H12):介護保険法
- 2002年(H14):障害者ケアガイドライン
- 2003年(H15):支援費制度
- 2006年(H18):障害者自立支援法施行
- 2013年(H25):障害者総合支援法施行

# 日本における障害者ケアマネジメント導入と体制整備の経過1

昭和56年(1981):国際障害者年

平成2年(1990):福祉関係八法の改正/施設地域療育拠点事業

平成5年(1993):障害者基本法の制定

平成7年(1995):障害者プラン~ノーマライゼーション7カ年戦略~

平成7年:「障害者に係る介護サービス等の提供の方法及び評価に関する検討会」 中間報告  
(三障害ケアガイドライン策定)

平成8年:身体分野ではケアガイドラインの試行事業(5市)/市町村障害者生活支援事業  
(栃木県大田原市・埼玉県北本市・東京都立川市・横浜市・名古屋市)  
知的分野ではケアプランの基礎的研究の実施/障害児・者地域療育等支援事業  
精神分野では施設における予備試行の実施/精神障害者地域生活支援センター事業

平成9年:身体分野では介護等サービス体制整備試行的事業の実施(4カ所)  
知的分野では介護等サービス調整指針試行的事業の実施(3カ所)  
精神分野ではガイドライン試案の試行実施  
\* 指導者養成研修プログラムの検討

# 日本における障害者ケアマネジメント導入と体制整備の経過2

平成10年:障害者介護等サービス体制整備試行的事業

(身体16カ所, 知的15カ所, 精神5カ所)

介護等支援専門員養成指導者研修の実施(三障害別)、身体:名古屋、知的:三重

平成11年:障害者介護等支援サービス(ケアマネジメント)体制整備推進事業

都道府県障害者介護等支援サービス体制整備推進事業実施委員会設置

都道府県介護等支援専門員(ケアマネジャー)養成研修の実施

(身体38カ所, 知的39カ所, 精神31カ所)

\* 社会福祉事業法等一部改正法案大綱(H11.4)→H12.4施行

平成12年:障害者ケアマネジメント体制整備推進事業

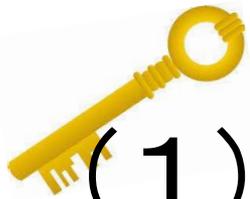
(身体56カ所, 知的55カ所, 精神54カ所)

\* 社会福祉事業法改正:生活支援事業から相談支援事業へ。

平成13、14年:障害者ケアマネジメント体制整備推進事業 本格施行

都道府県障害者ケアマネジメント従事者研修の実施

現在の相談支援従事者研修へ



# (1) ケアマネジメントの歴史と目的

- ① アメリカでのケースマネジメントの始まりやイギリスでの発展、その歴史的背景を押さえる。
- ② 日本の導入背景と経過を押さえる。  
ケアマネジメント、**ケアガイドライン**で実践しようとしていること、**大切な価値**を伝える。
- ③ ソーシャルワーク、ケアマネジメントの位置づけを押さえる。

# 障害者ケアガイドライン

平成14年3月31日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部(2002年)

## 2 障害者ケアマネジメントの必要性

○障害者が地域で支援を受けようとする際に、地域ではサービスが広く散在しているため、サービスを利用しにくい状況にある。したがって、障害者が地域で生活することを支援するためには、生活ニーズに基づいたケア計画にそって、複数のサービスを一体的・総合的に提供する必要がある。

○障害者は、地域で自分らしく主体的に生活することを望んでおり、単に 提供するだけでなく、障害者のエ

# 生活ニーズに基づいたケア計画

生活ニーズと合っていないサービスが提供された場合には、サービス提供者と調整し、適切なサービスが提供されるよう働きかける必要がある。その際に、障害者自身がサービス提供者と調整するのが難しかったり、自分自身の意思を伝えられなかったりすることによって、障害者の抱えている課題が解決されないこともある。障害者ケアマネジメントは、障害者の権利擁護の観点に立って、生活ニーズと社会資源を適切に結びつける機能をもっている。障害者の自己決定・自己選択を尊重するためにも、障害者ケアマネジメントの援助方法を導入する必要がある。

# 生活ニーズとは

ソーシャルワークが捉えるニーズとしては、生活の社会的側面の困難を援助することであり、人間には社会生活の7つの基本的要求がある

- ① 経済的安定の要求
- ② 職業的安定の要求
- ③ 保健・医療の保障の要求
- ④ 家族的安定の要求
- ⑤ 教育の保障の要求
- ⑥ 社会参加ないし社会的協同の機会の要求
- ⑦ 文化・娯楽の機会の要求

# ニーズの分類

## ①ノーマティブ・ニード(規範ニード)

ニーズを抱える本人ではなく、専門職などが判断するニーズであり、社会の規範となっているような望ましい基準(価値)と現実を比較して、その状況がかけ離れている場合にニーズがあると判断する

## ②フェルト・ニード(自覚ニード)

ニーズがあるということを本人が自覚している状態である。つまり、専門職などが、ニーズがあるかどうかを判断するのではなく、本人の意思によって判断されるニーズのこと

## ③エクスプレスト・ニード(表明ニード)

本人自身が「ニーズがある」と自覚し、それがたとえば何らかのサービスを利用したいといったような具体的な行動となって現されたニーズのこと

## ④コンパラティブ・ニード(比較ニード)

すでにサービスを利用している人や集団と比較して、その特性と同じ状態であるのにもかかわらずサービスを利用していない状態の場合にニーズがあると判断される。これは、個人のレベルのほか、統計的な資料などを用いて、集団や地域などのレベルでの状態を比較して判断される

## ニーズを捉える上でのポイント

### ニーズとデマンドの違いを見極める必要がある

ニーズは、「本人が望む暮らしを実現するためにはなくてはならないもの」であり、場合によっては、生命維持のためにも必要不可欠なものも含まれる。

一方、デマンドとは、それが無くても何とかすることはできるが、あるに越したことはない「要望や希望」のこと。本人や家族が「こうであればいいのに」とか「こうなると楽だ」というもの。

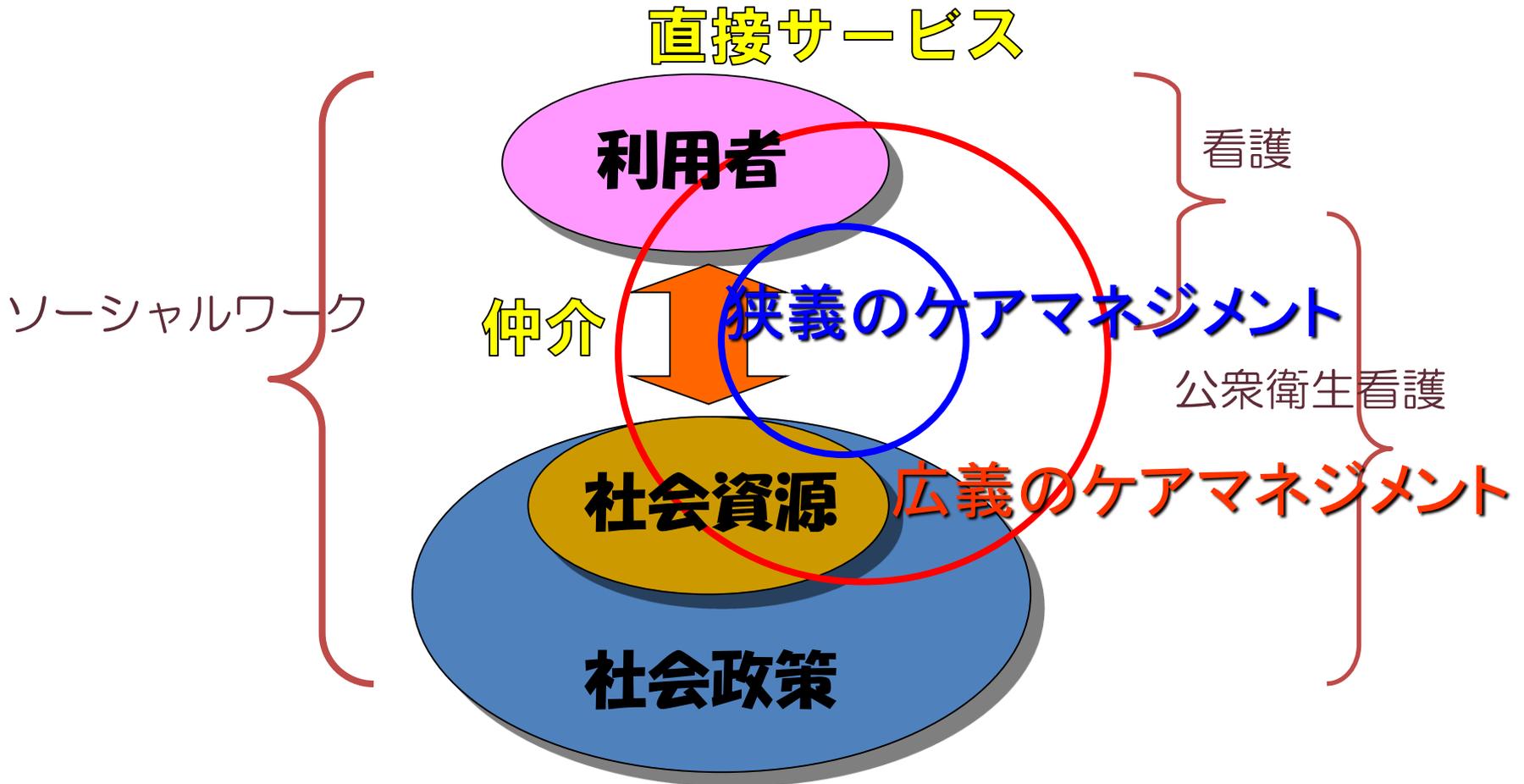
支援者が、相談者からのデマンドに対応してしまうことで、かえって本人や家族の「できること」「可能性」を奪い去ってしまうこともある。

## 【相談支援の目的】



- ① 障害のある人のその人らしい地域生活支援
- ② 障害のある人の自立と尊厳の確保、社会参加の保障
- ③ 誰もが暮らすことのできる地域づくり

# ケアマネジメント技術の位置



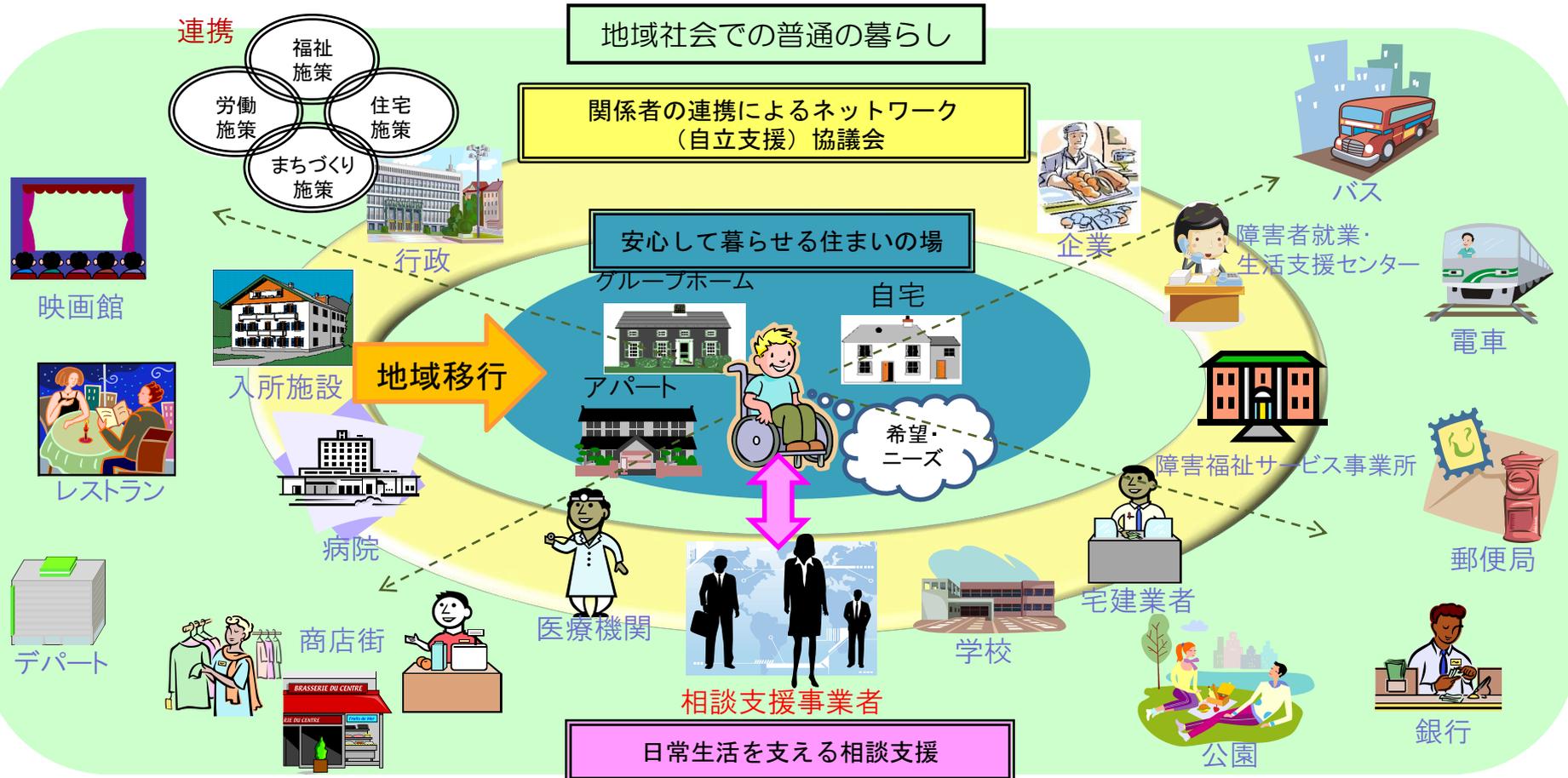
直接サービスや社会資源開発を含むか否か？

# 障害のある人が普通に暮らせる地域づくり

(目指す方向)

重度の障害者でも地域での暮らしを選択できる基盤づくり

- ・安心して暮らせる住まいの場の確保
- ・日常生活を支える相談支援体制の整備
- ・関係者の連携によるネットワークの構築





## (2) ケアマネジメントプロセスと留意点

- ① ケアマネジメントの一連のプロセスを押さえる。
- ② 各プロセスにおける留意点を大枠を押さえる。(詳細は相談支援の目的や基本的視点、そして演習で実施)  
\* プロセスを押さえる中で、多職種連携やチームアプローチの重要性(アセスメント・マネジメント・社会資源(地域作り)等)を押さえる。
- ③ ケアマネジメントのプロセスと総合支援法でのサービス等利用計画のプロセスを比較。

制度の枠がはまったときに、陥ってしまわないように、大きなケアマネと小さなケアマネを確認する。

# 1. ケアマネジメントプロセス

## 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)  
／みため

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

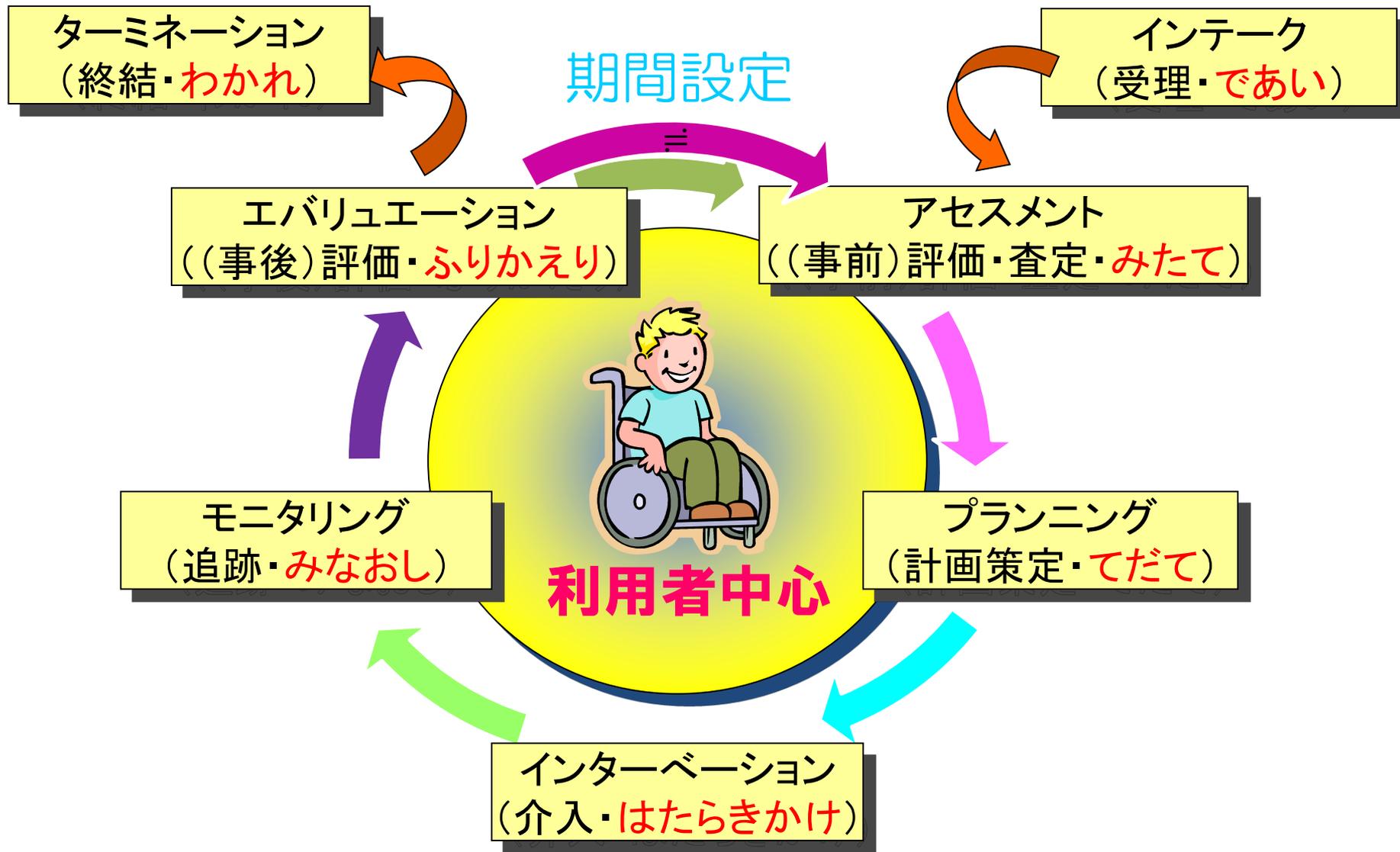
ケア計画の実施

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

# ケアマネジメントのサイクル(プロセス)



## 2. ケアマネジメントとプロセスと 基本的視点(ポイント)

# ケアマネジメント(相談支援)プロセス全体における 基本的視点

## 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)

／**みため**

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)

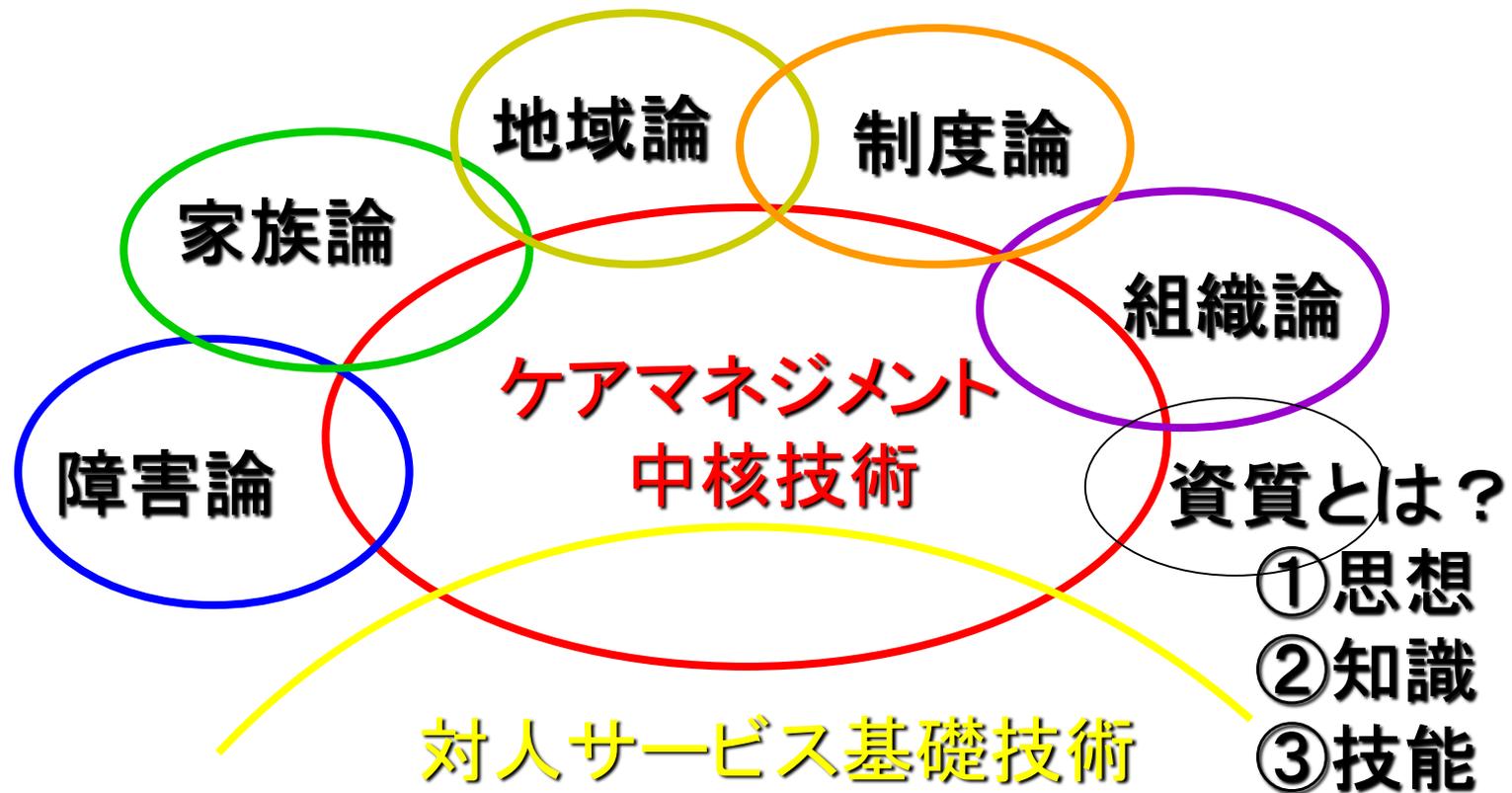
／**わかれ**

## 【基本的視点】

- ① 個別性の重視
- ② 生活者視点、QOLの重視
- ③ 本人主体、本人中心
- ④ 自己決定<意思決定>への支援
- ⑤ エンパワメントの視点、  
ストレングスへの着目
- ⑥ 権利擁護
- ⑦ 地域の多様な資源への  
アクセスと活用、資源開発
- ⑧ チームアプローチ、多職種連携

# ケアマネジメントの技術

アート



- ケアマネジメントは基本的にソーシャルワーク
- 様々な技術の集大成、複雑多岐にわたる能力が要求される
- ケースワーク・グループワーク・コミュニティーワークなどを統合したもの

# ケアマネジメント(相談支援)各プロセスにおける ポイント1

## 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)

面接技法、コミュニケーション技術  
信頼関係作り、ラポール  
バイステック  
危機介入  
インテーク、総合相談、全体像  
受け止めとつなぎの判断  
訴え、不安、不満、混沌、知らない、整理  
受障時期、ライフサイクル  
障害特性  
アウトリーチ等々  
など

# インテーク

## インテークの目的と方法

◇「受理面接」とも呼ばれ、その目的は「問題の把握」と「援助関係の形成」

問題の把握にあたっては、問題を抱えていることは事実であるが、何をどうしていいかわからず混乱していたり、問題の核心を隠して話をすることもある

相談者自らが問題点を話をしやすいように、リラックスできる雰囲気や環境を整えることも大切

ソーシャルワーカーが相談者の言葉に積極的に耳を傾ける姿勢（傾聴）や受容的な態度が求められ、そのようなソーシャルワーカーの姿勢や態度が、結果的に信頼関係（ラポール）の形成へとつながる

# ケアマネジメント(相談支援)プロセス全体における ポイント2

## 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)

／**みため**

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

### アセスメント

(対象者の真のニーズの把握)

基本的視点①～⑤(個別性の重視、生活者の視点・QOLの重視  
(\* 時期による)

自己決定(意思決定)支援(\* 選択肢等)

エンパワメント・ストレングス  
権利擁護

ICF

アセスメント8分野

特性

多職種連携

デマンド、ニーズ、理由 など

# アセスメント

## アセスメントの目的と方法

◇支援の方法を考えるための情報収集・分析・整理のプロセス

なぜ問題が起きているのか、相談者のどのようなニーズが満たされていないのか

相談者のできないところばかりに目を向けない。本人の持っている長所・強さ(ストレングス)もしっかりと評価する

住んでいる環境や人間関係、地域性などにも目を向け、利用可能な資源についての情報も評価する

相談者の成育歴にも目を向け、相談者の記憶に強く残っている出来事などを知ることによって相談者の価値観などについても評価する

まずは、相手をよく知ること  
面接やアセスメントが重要になる  
生活者としての視点

# アセスメントのポイント

1. 生活歴・病歴・職歴など過去のアセスメントはできていますか？
2. 今の生活をイメージできる項目はアセスメントできていますか？
3. その人の人となりをイメージできる聞き取りはできていますか？
4. その人の周辺の人間関係や環境のアセスメントはできていますか？

⇒ただ、むやみやたらとアセスメントをすればいいのだろうか？

# 例えば：障がい児のアセスメントで 聞き取りをするポイントは？

- 障がい別による関連する疾病の有無
- 母の受容の時期やきっかけ
- 家族（祖父母や父）の障がい理解（エピソード）
- 実際の支援への周りの協力度（父の帰宅時間）
- 兄弟（祖父母含む）との関わり（支援の必要度）
- 子供のADL・IADLの現状（自分が介助する前提で）
- 医療機関・リハビリの現状
- 子供が楽しめる場所・もの・人は？
- 家族の思いと子供の楽しめるものは？
- 生活の中で困っていることは？時間は？環境は？
- 最近できるようになったことは？そのきっかけは？
- 子供や親の周りの頼れる人は？リフレッシュできることは？

例えば：行動障がい激しく家族が疲弊している事例で聞き取りをするポイントは？

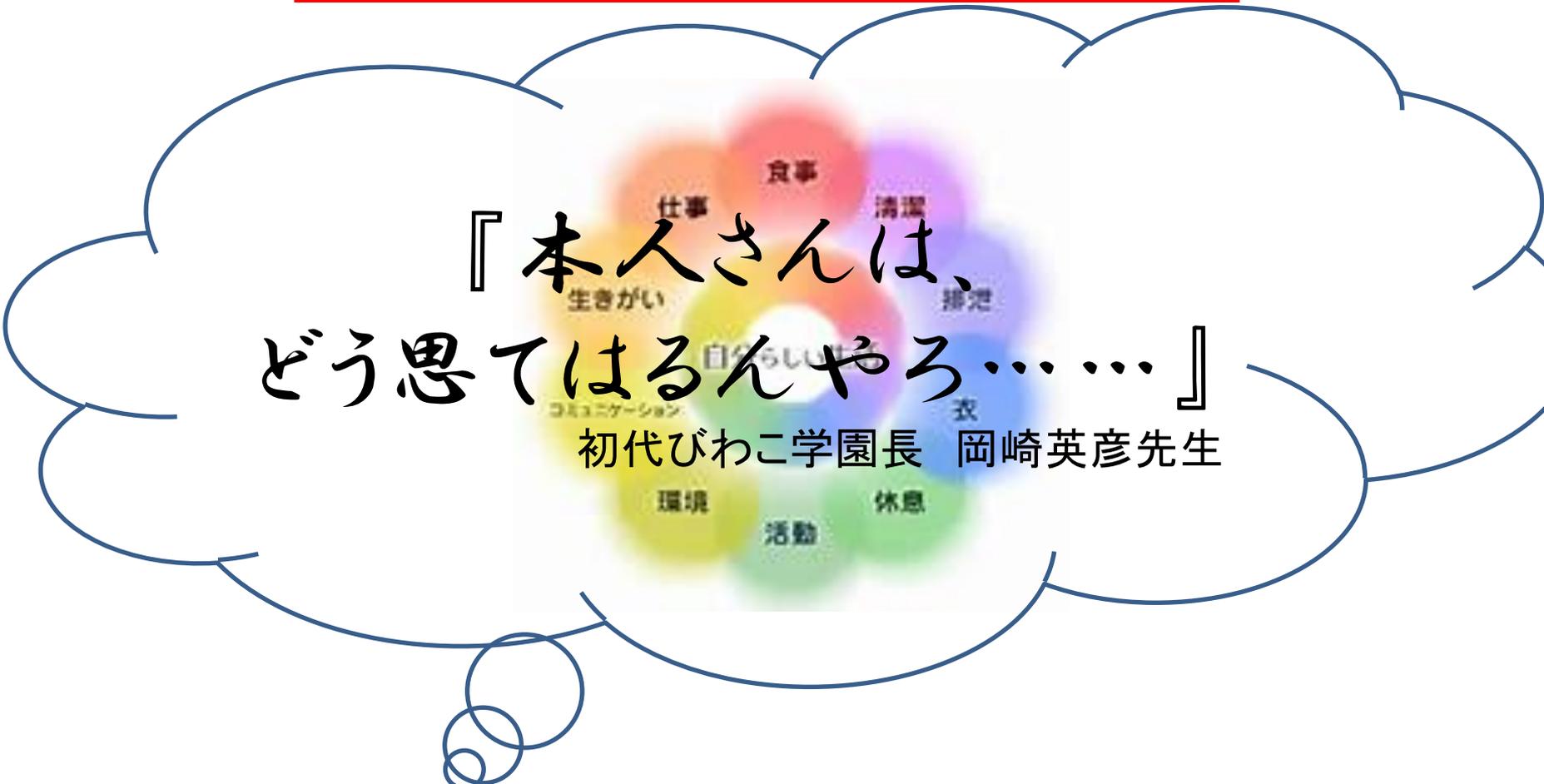
例えば：数年間の精神科入院から一人暮らしに移行する事例で聞き取りをするポイントは？

例えば：脳梗塞発症後リハビリ病院を退院する事例で聞き取りをするポイントは？

例えば：複数支援を必要とする方がいる家族の事例で聞き取りをするポイントは？



常に、自分に問いかけること...



『本人さんは、  
どう思てはるんやろ……』  
初代びわこ学園長 岡崎英彦先生

The diagram in the background consists of a central white circle with the text '自分らしい' (True to oneself) inside. Surrounding this are several overlapping colored circles, each with a label: '仕事' (Work) in orange, '食事' (Food) in red, '清潔' (Cleanliness) in purple, '排泄' (Excretion) in blue, '衣' (Clothing) in light blue, '休息' (Rest) in green, '活動' (Activity) in light green, '環境' (Environment) in yellow-green, '生きがい' (Sense of purpose) in yellow, and 'コミュニケーション' (Communication) in light yellow.

# ケアマネジメント(相談支援)各プロセスにおける ポイント3

## 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)

／みため

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

支援の目標設定と計画の作成

手立て・方法  
伸びしろ  
ミスポジション  
ブレイクダウン  
長期・中期・短期  
サービス担当者会議  
個別支援会議  
情報共有と役割分担  
★社会資源(フォーマル・イン  
フォーマル)  
多職種連携  
など

# プランニング

## プランニングの目的と方法

◇アセスメントの結果を踏まえ、支援の具体的な方法を選定し、支援計画の策定を行うプロセス

将来的にどうなりたいかというビジョンを示すとともに、それを達成するための具体的な方法を選定し、計画を作成する。

本人や関係機関等の役割分担なども明確にしたうえで合意形成を図る。

サービス事業所や関係機関が作成する個別の支援計画との整合性が取れているかも確認をする。

関係機関がチームとして協働する支援体制の基盤を整える。

# ケアマネジメント(相談支援)各プロセスにおける ポイント4

## 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)  
／みため

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

### ケア計画の実施

多職種連携  
チームアプローチ  
組織化・ネットワーク  
コーディネイト  
総合的な支援の方針  
計画の連動  
社会資源の活用  
サービス内容  
提供状況  
情報共有  
など

# インターベンション(支援の実施・介入)

## インターベンションの目的と方法

◇策定された支援計画を実行に移すプロセス。ソーシャルワーカーが面接などを通して直接働きかけるものと、社会資源を活用する間接的な方法があるが、両者を効果的に組み合わせる展開することが求められる

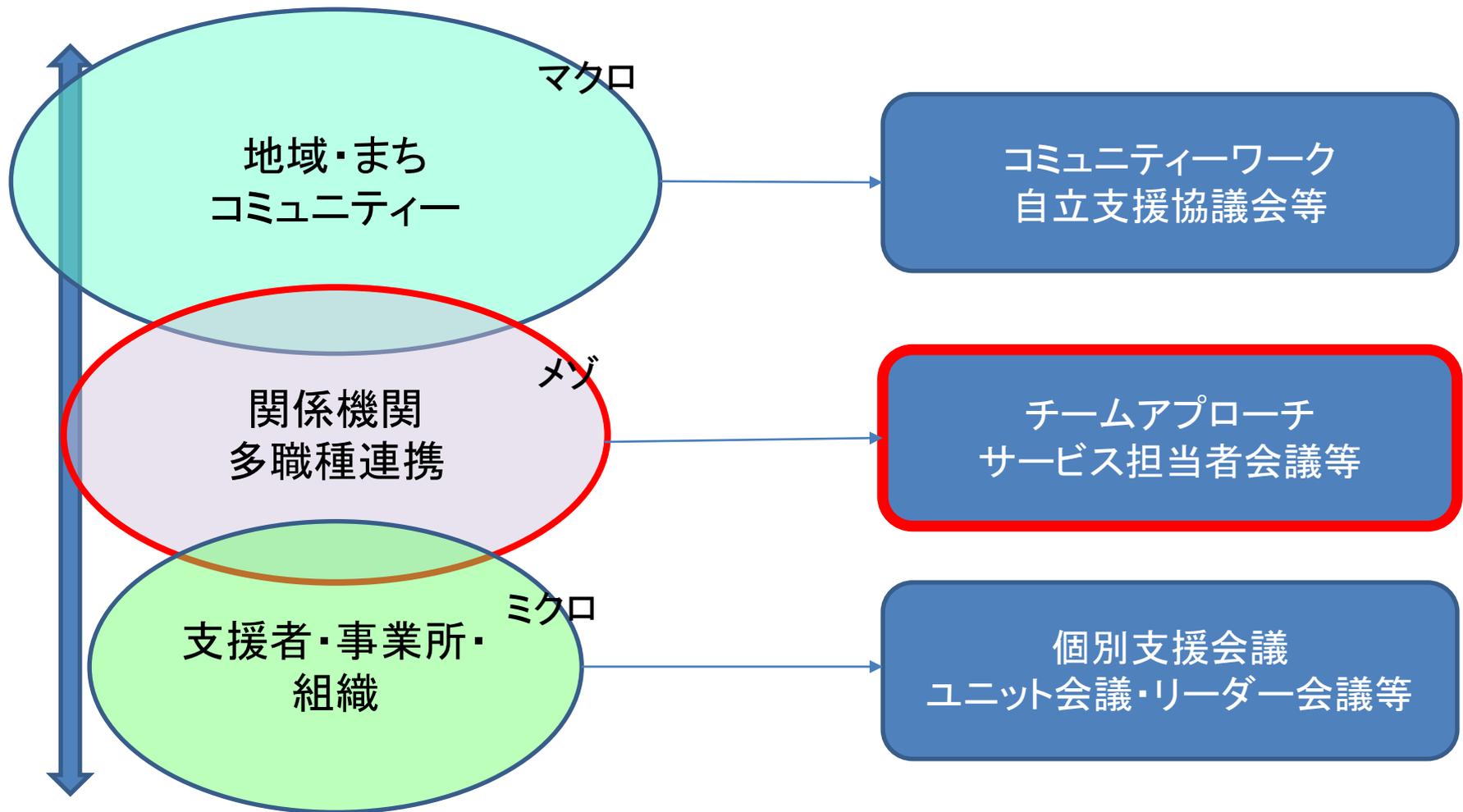
面接での直接的な働きかけについては、面接技法やソーシャルワークの技能を活用し、相談者の抱える問題の解決やニーズの充足をねらいとした限定的な話し合い

社会資源を活用する方法としては、相談者のニーズを満たすために、社会資源に関して理解の進んでいない相談者に対して、最適なサービスを効果的に提供(コーディネート)するための技能

「共に生きる社会」を実現していくために、ソーシャルワーカーには、フォーマル、インフォーマルな社会資源を組織化するネットワークとしての役割も期待されている

### 3. 多職種連携とチーム支援

# 連携の範囲から見た(チームアプローチ)



## 連携の必要な理由(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るべき(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)
- 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。

## 連携の必要な理由(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るべき(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)
- 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。

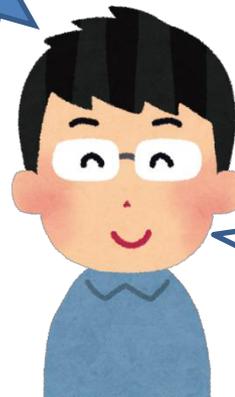
一般の会社に就職して、将来は一人暮らしがしたいな。

施設の中でしっかり働いてお金を稼ごう！



就業系事業所A

移動支援事業所B



グループホームC



食事や洗濯はすべて任せて！何も心配ないよ！

がんばろう！

ご本人Sさん



切符を買ったりヘルパーがお手伝いするから何もしなくて大丈夫だよ！

就職したいのに、施設の中での仕事ばかり...  
家事や買い物も一人で出来ない...  
僕の希望した生活ができるようになるの？

施設の中でしっかり  
働いてお金を稼ぎま  
しょう！

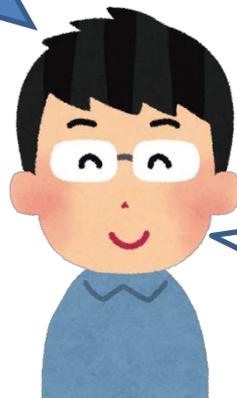


就労系事業所A



ご本人Sさん

移動支援  
事業所B



グループ  
ホームC



食事や洗濯はすべて  
任せて！何も心配な  
いよ！

切符を買ったりヘルパーが  
お手伝いするから何もしな  
くて大丈夫だよ！

一般の会社に就職して、将来は一人暮らしがしたいな。

一般就労に向けて訓練や、就職活動をしましょう！



就労系事業所A



相談支援専門員Yさん

ご本人Sさん

サービス等利用計画

サービス等利用計画

移動支援事業所B

グループホームC



調理や洗濯を一緒にやって覚えていきましょう！

買物の仕方や、乗り物の乗り方を覚えようね！

夢が叶った！  
就職して一人暮らしが出来た！  
次は車の免許も取りたいな...



ご本人が希望する生活を理解し、それに向けた支援をしていかなければ夢は実現できない！



# チームアプローチの留意点

- 「連携」をすることが目的ではなく、総合的な支援を行うための手段である
- 自分の「専門性と役割」を理解する
- 連携する相手の役割や立場について理解に努める
- 顔の見える関係の構築
- チーム(アプローチ)に必要な三つの条件
  - ①共通の目的や目標があること
  - ②ルールや決まり事があること
  - ③目的や目標を成し遂げられる人材が揃っていること
- 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

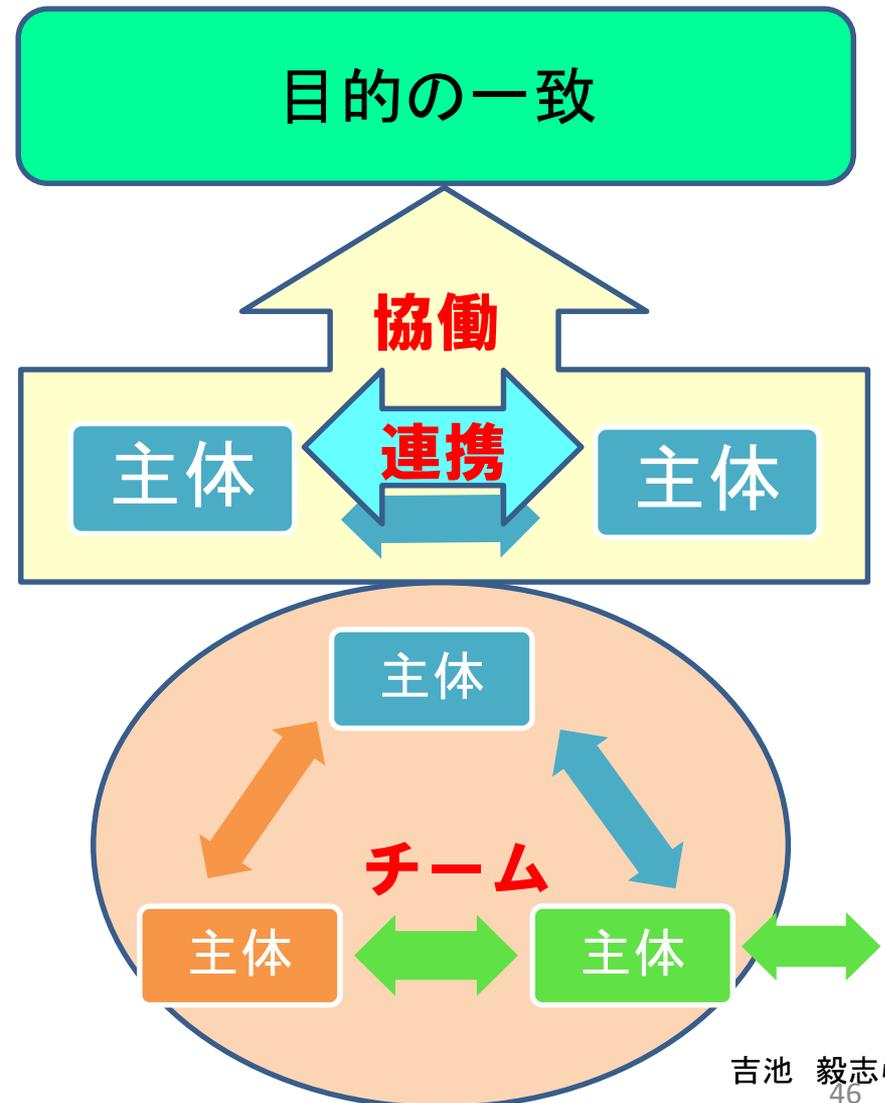
# 「連携」「協働」「チーム」の概念関係整理

【協働】…目的達成のための手段的概念

【連携】…「協働」を実現するためのプロセス(協力過程・行為や活動を含むプロセス)を含む手段的概念

【チーム】…「連携」概念の可視化された実態

【チームワーク】…「連携」過程の最終的段階(チームアプローチ)



# チームアプローチの実践

- 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。

# 連携(チームアプローチ)の重要性の5つの認識

## 多元性

ニーズの多元的な全体像の認識、単一のレベルから生活レベル、常に変化するニーズ、ライフサイクル、総合的なニーズなど多様なニーズに応える。

## 限界性

利用者の(相談)支援や援助を実践していくプロセスの中で、単独の機関や組織、職種などで支えきれない限界を認識。

## 可能性

協働型サービス提供や他の方法、専門機関との連携等による目標達成可能性の認識。

## 補完性

目標を達成するためには、相互の協力要請や相互の補完により支援や援助をすること。

## 付加性

連携はニーズの充足を第一義としながらも、支援者や事業所の質の向上や地域のネットワーク力を含めた地域支援力の底上げにつながる。

# ケアマネジメント(相談支援)各プロセスにおける ポイント5

## 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)

／みため

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

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)

### 経過観察

サービス提供内容・提供状況  
利用者の感想・満足  
支援目標の達成度  
新たなニーズ  
再アセスメント  
意思決定支援  
計画の見直し  
など

# モニタリング

## モニタリングの目的と方法

◇中間評価とも言われ、計画通りに支援が展開されているかどうか、計画された支援が効果をあげているかどうかなど、支援の経過を観察するもの

ソーシャルワーカーが相談者の自宅などを訪問し、満足してサービスを受けれているかなど、相談者との面談を通して行われる。

他のサービス提供者や専門職の協力を得て、実施状況等を確認したり、場合によっては、関係者の間で会議を開催して話し合いを行う。

何らかの問題が確認された場合や、新たなニーズが出てきた際には、支援目標や支援計画の見直しを図る(再アセスメント)

# 障害者ケアガイドライン

平成14年3月31日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部(2002年)

## 2 障害者ケアマネジメントの必要性

○障害者が地域で支援を受けようとする際に、地域ではサービスが広く散在しているため、サービスを利用しにくい状況に

適切なサービスが提供されるように  
働きかける

法は不可欠である。

○障害者がさまざまなサービスを受けようとするとき、障害者の生活ニーズに合ったサービスが提供されていない。障害者の生活ニーズと合っていないサービスが提供された場合には、サービス提供者と調整し、適切なサービスが提供されるよう働きかける必要がある。その際に、障害者自身がサービス提供者と調整するのが難しかったり、自分自身の意思を伝えられなかったりすることによって、障害者の抱えている課題が解決されないこともある。障害者ケアマネジメントは、障害者の権利擁護の観点に立って、生活ニーズと社会資源を適切に結びつける機能をもっている。障害者の自己決定・自己選択を尊重するためにも、障害者ケアマネジメントの援助方法を導入する必要がある。

# 意思決定

- ①意思の疎通
- ②意思の表出（アイコンタクト、言葉、言葉にならない言葉、言葉の表裏）
- ③決定を下す十分な体験や経験（決定する経験）がある。
- ④決定に必要な情報の入手・理解（統合）・保持・比較・活用あるいは結果が推測できる力
- ⑤決定した意思が表出できる

# 意思決定

- ①意思の疎通
- ②意思の表出（アイコンタクト、言葉、言葉にならない言葉、言葉の表裏）
- ③決定を下す十分な体験や経験（決定する経験）がある。
- ④決定に必要な情報の入手・理解（統合）・保持・比較・活用あるいは結果が推測できる力
- ⑤決定した意思が表出できる

# 障害者ケアガイドライン

平成14年3月31日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部(2002年)

## 2 障害者ケアマネジメントの必要性

○障害者が地域で支援を受けようとする際に、地域ではサービスが広く散在しているため、サービスを利用しにくい状況にある。したがって、障害者が地域で生活することを支援するためには、生活ニーズに基づいたケア計画にそって、複数のサービスを一体的・総合的に提供する必要がある。

○障害者  
ンパワ  
障害者  
題があ  
法は不

**自分自身の意思を伝えられない**

○障害者がさまざまなサービスを受けようとするとき、障害者の生活ニーズに められている。障害者の生活ニーズと合っていないサービスが提供された場合には、サービス提供者と調整し、適切な が提供されるよう働きかける必要がある。その際に、障害者自身がサービス提供者と調整するのが難しかったり、自分自身の意思を伝えられなかったりすることによって、障害者の抱えている課題が解決されないこともある。障害者ケアマネジメントは、障害者の権利擁護の観点に立って、生活ニーズと社会資源を適切に結びつける機能をもっている。障害者の自己決定・自己選択を尊重するためにも、障害者ケアマネジメントの援助方法を導入する必要がある。

**状況によっては意思決定支援**

# 意思決定

①意思の疎通

②意思の表出（アイコンタクト、言葉、言葉にならない言葉、言葉の表裏）

③決定を下す十分な体験や経験（決定する経験）がある

④決定  
持・比

⑤決定

本人の気持ちを押し量れる根拠  
となる、本人の様子や状況などについて事業所に確認する

# ケアマネジメント(相談支援)各プロセスにおける ポイント6

## 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

### 再アセスメント

目標の達成  
生活の改善  
利用者の感想・満足  
新たな課題  
再アセスメント

など

# エバリュエーション

## エバリュエーションの目的と方法

◇事後評価とも言われ、支援の終結に向けての評価を指し、支援全体を見つめ直すことによって、支援の有効性や効率性を総合的に判断するプロセス

①目標の達成、②問題の解決・緩和、③生活の改善、④支援の方法、⑤ソーシャルワーカーの役割、⑥相談者の役割、⑦ソーシャルワーカーと相談者の協働などの視点から、行った支援についての効果測定を行う。

支援者が一方的な自己満足にならないためにも、自分自身を客観的に見つめ、相談者の発するメッセージに耳を傾ける必要がある。

支援が継続していくケースについては、新たな課題へ取り組むためのステップのための役割となる。

# ケアマネジメント(相談支援)各プロセスにおける ポイント7

## 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)

／みため

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

修了

残された課題

アフターケア

問題再発の予防

他の専門職

他機関との連携

地域のネットワーク化

再利用

など

# ターミネーション

## ターミネーションの目的と方法

◇問題解決の過程を相談者とソーシャルワーカーが丁寧に振り返る援助終結のプロセス

支援が終結を迎える状況としては、①問題が解決した場合、②当該機関では対応できない問題となった場合、③相談者が支援を拒否した場合、などが考えられる。

ターミネーションにおける援助内容としては、

- ①将来的に相談者が同様の問題点に直面した際に、自らの力で解決が図れるように、これまでの問題解決のプロセスを確認・評価する。
- ②残された問題を確認するとともに、将来的に問題になると予測される事項についても対応できるよう助言を行うこと。
- ③相談者が当該機関を再利用する可能性を視野に入れ、終結後においても困難が生じた場合には支援の再開が可能であることを伝える。

# 支給決定プロセスについて(障害者総合支援法)

サービス等利用計画については、平成27年度からは市町村が支給決定を行うに際し、全ての利用者を対象とする。

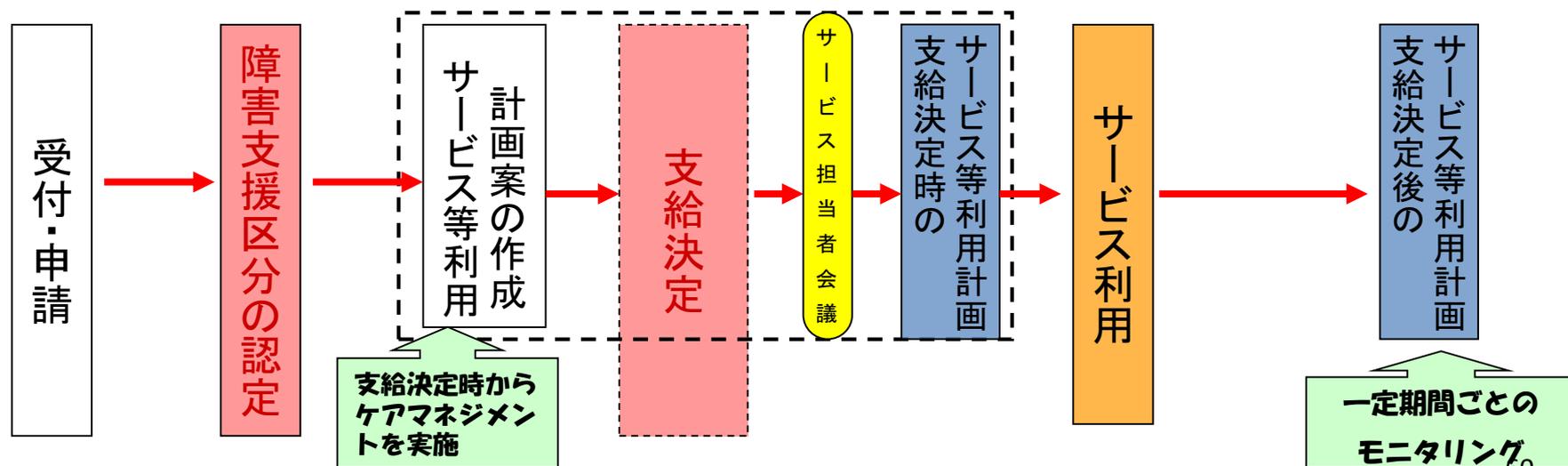
市町村は、必要と認められる場合として省令で定める場合には、指定を受けた特定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画案の提出を求め、これを勘案して支給決定を行う。

- \* 上記の計画案に代えて、指定特定相談支援事業者以外の者が作成する計画案(セルフプラン)を提出可。
- \* サービス等利用計画作成対象者を拡大する。

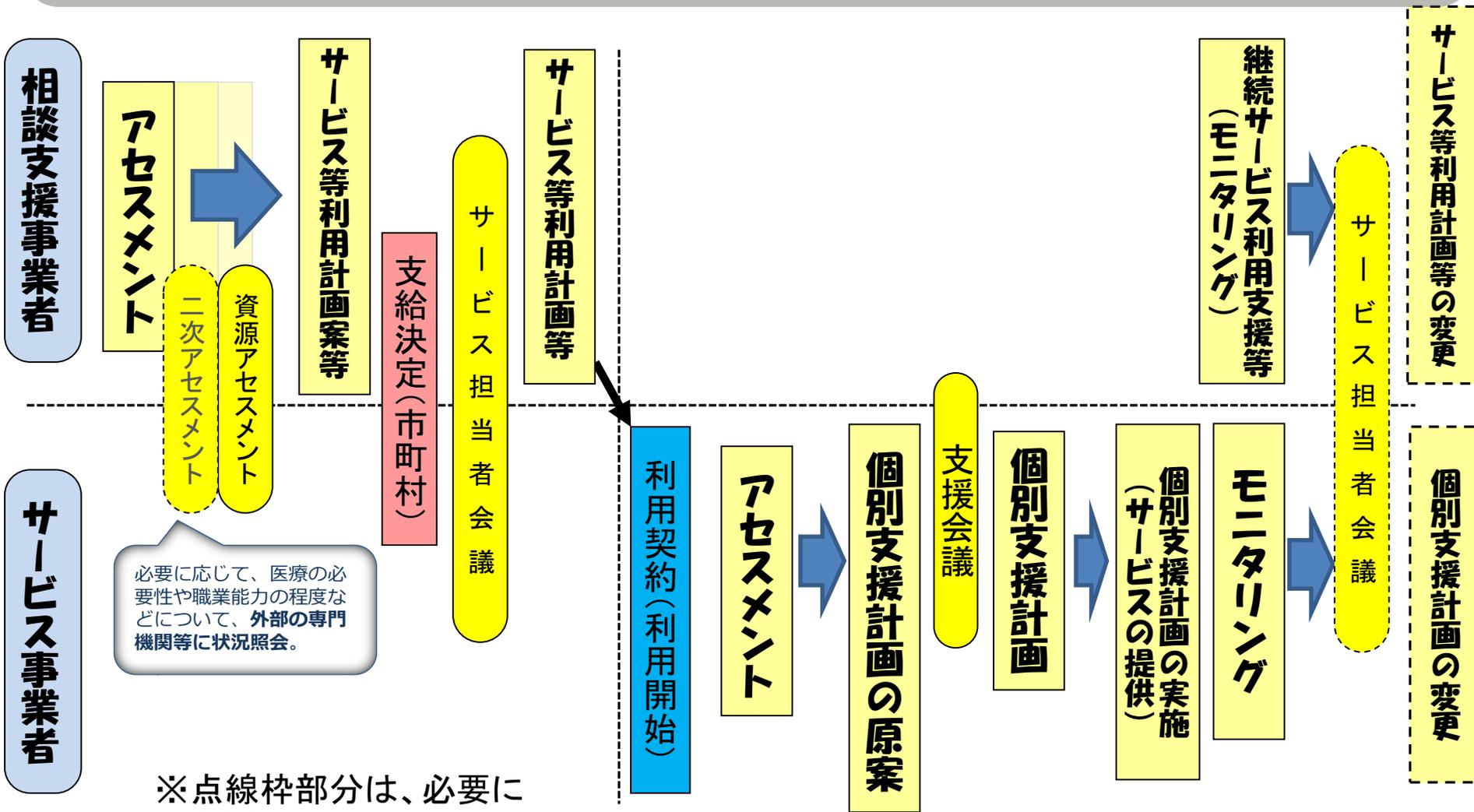
支給決定時のサービス等利用計画の作成、及び支給決定後のサービス等利用計画の見直し(モニタリング)について、計画相談支援給付費を支給する。

障害児についても、新たに児童福祉法に基づき、市町村が指定する指定障害児相談支援事業者が、通所サービスの利用に係る障害児支援利用計画(障害者のサービス等利用計画に相当)を作成する。

- \* 障害児の居宅介護等の居宅サービスについては、障害者自立支援法に基づき、「指定特定相談支援事業者」がサービス等利用計画を作成。(障害児に係る計画は、同一事業者が一体的(通所・居宅)に作成)



# 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



# 小さなケアマネ・大きなケアマネと各種計画

障害者総合支援法

本人の思い・希望

サービス等利用計画(大) → 目指  
(ケア計画)

個別支援計画  
(大)

個別支援計画  
(大)

サービス等利用計画  
(小)

個別支援  
個別支援計画  
(大)

個別支援  
個別支援計画  
(大)

フォーマル  
インフォーマル  
社会資源の改善・開発  
地域変革  
地域の福祉力



## 生活とは・生活支援とは何か？

### 【生活とは】

- 生きて活動すること。暮らしを支えるもの、暮らしていること
- (例) 日常生活、社会生活、家庭生活、学生生活……いろいろな生活
- 1日の生活の流れ→生まれてから死ぬまでのライフサイクル

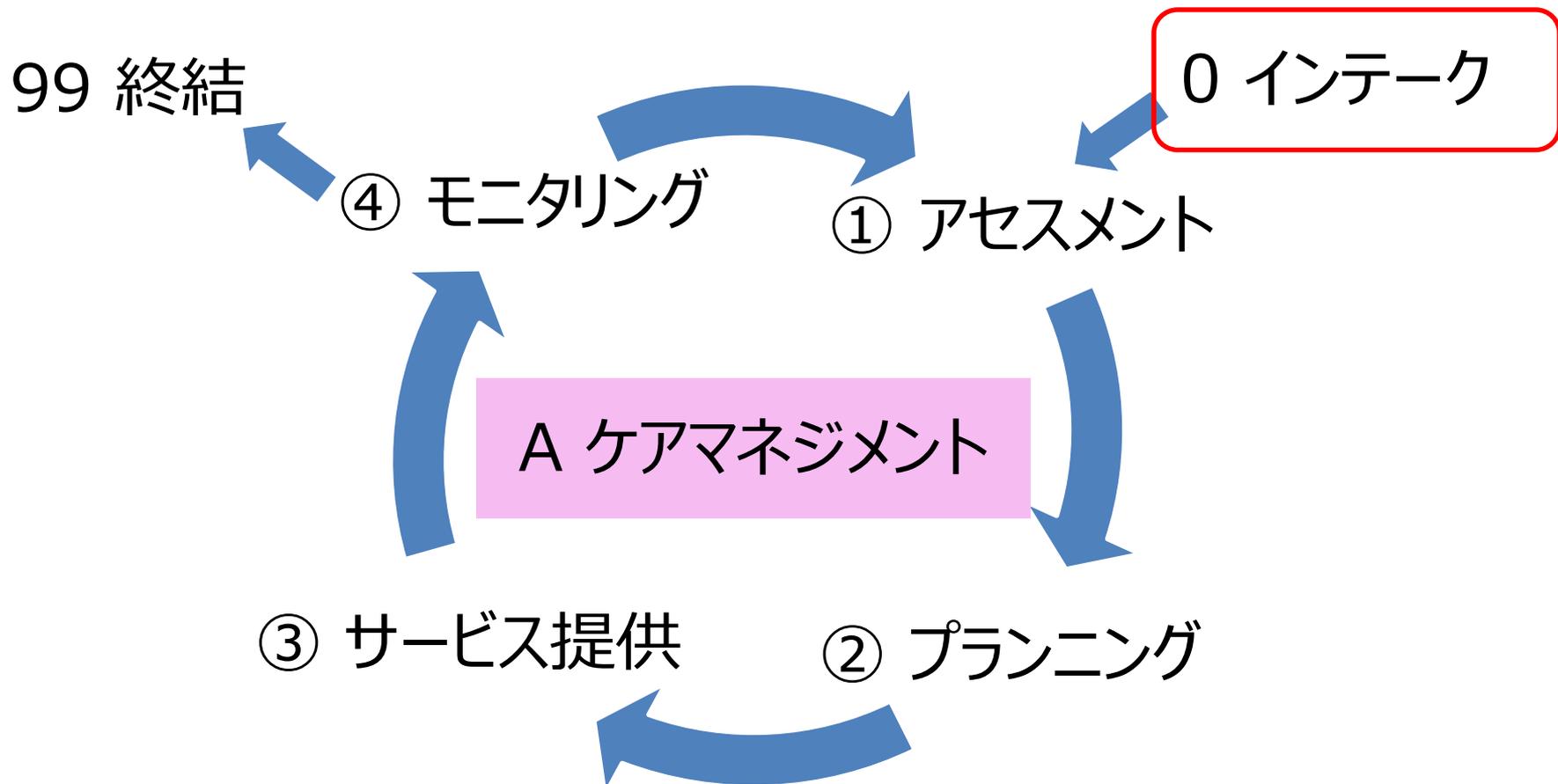
### 【生活支援とは】

- 生活の中で、人や環境とのつながりの中でおきる様々なことに対して、必要となる支援や相談

## 生活を支える社会資源とは？

- 障害福祉サービスによらない様々な資源が私たちの周辺にあります。
- 相談支援専門員(サービス等利用計画)を見ると、周辺の社会資源への視点やアセスメント・マネジメントが十分でないものが散見されます。
- フォーマル、インフォーマルに限らず、
  - ・近隣のおじさんやおばさん、青年団や商工会、祭礼や民生委員、
  - ・スーパーやコンビニ、お弁当屋さんやクリーニング屋さん
  - ・新聞配達や郵便配達、牛乳配達
  - ・ちょっとした便利な道具やアイテム、福祉用具、情報や通信機器
- 私たち自身の身の回りにある、人やお店やサービス、公民館や学校まで、可能性はとて多くあります。相談支援では、視野を広げて考えることが重要です。

# 事例を通してみるケアマネジメントプロセス



# 事例を通してみるケアマネジメントプロセス

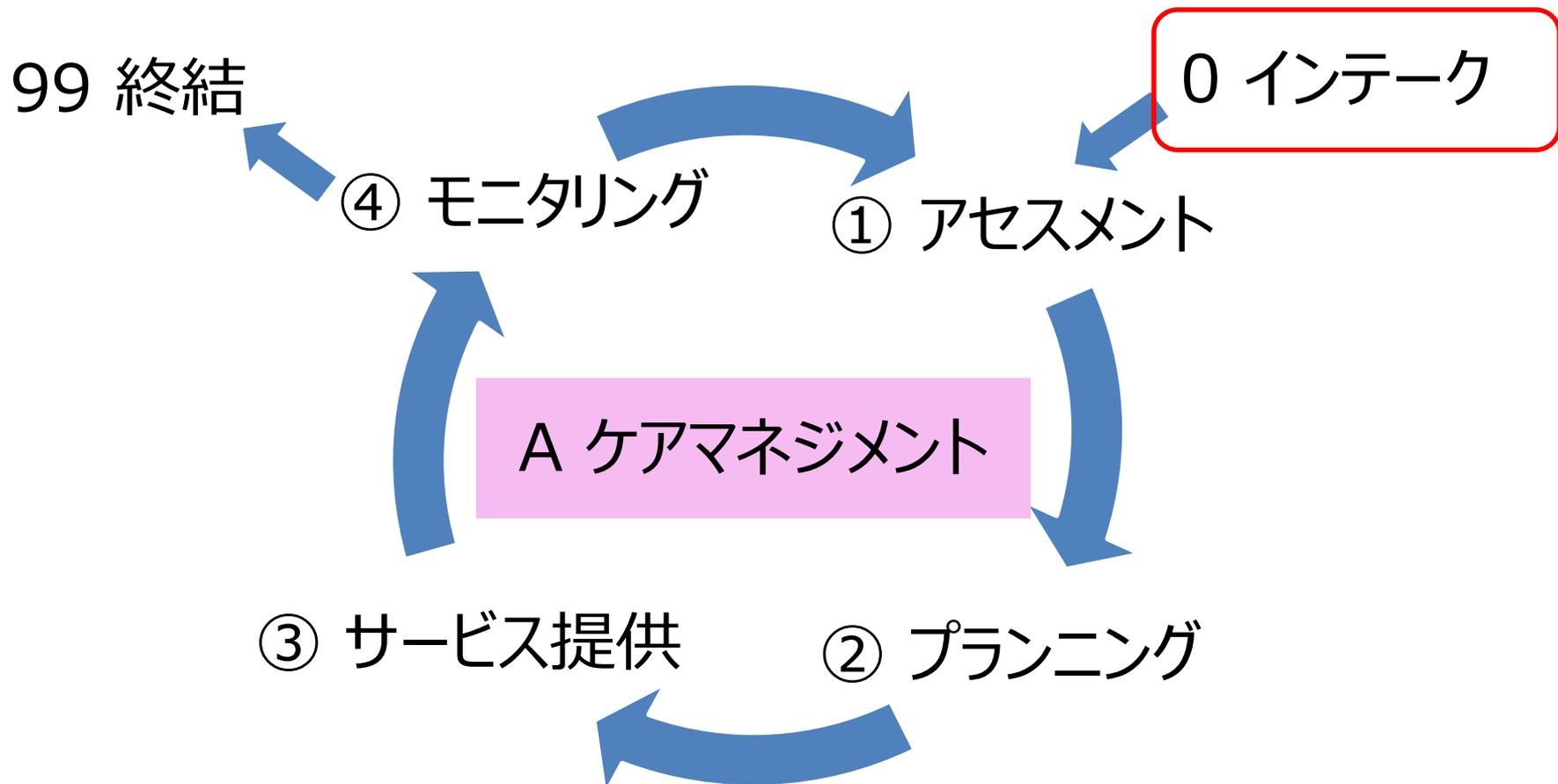
## インテーク

### 母からの相談

「このまま、今の施設に通えるように  
してください」



# 事例を通してみるケアマネジメントプロセス



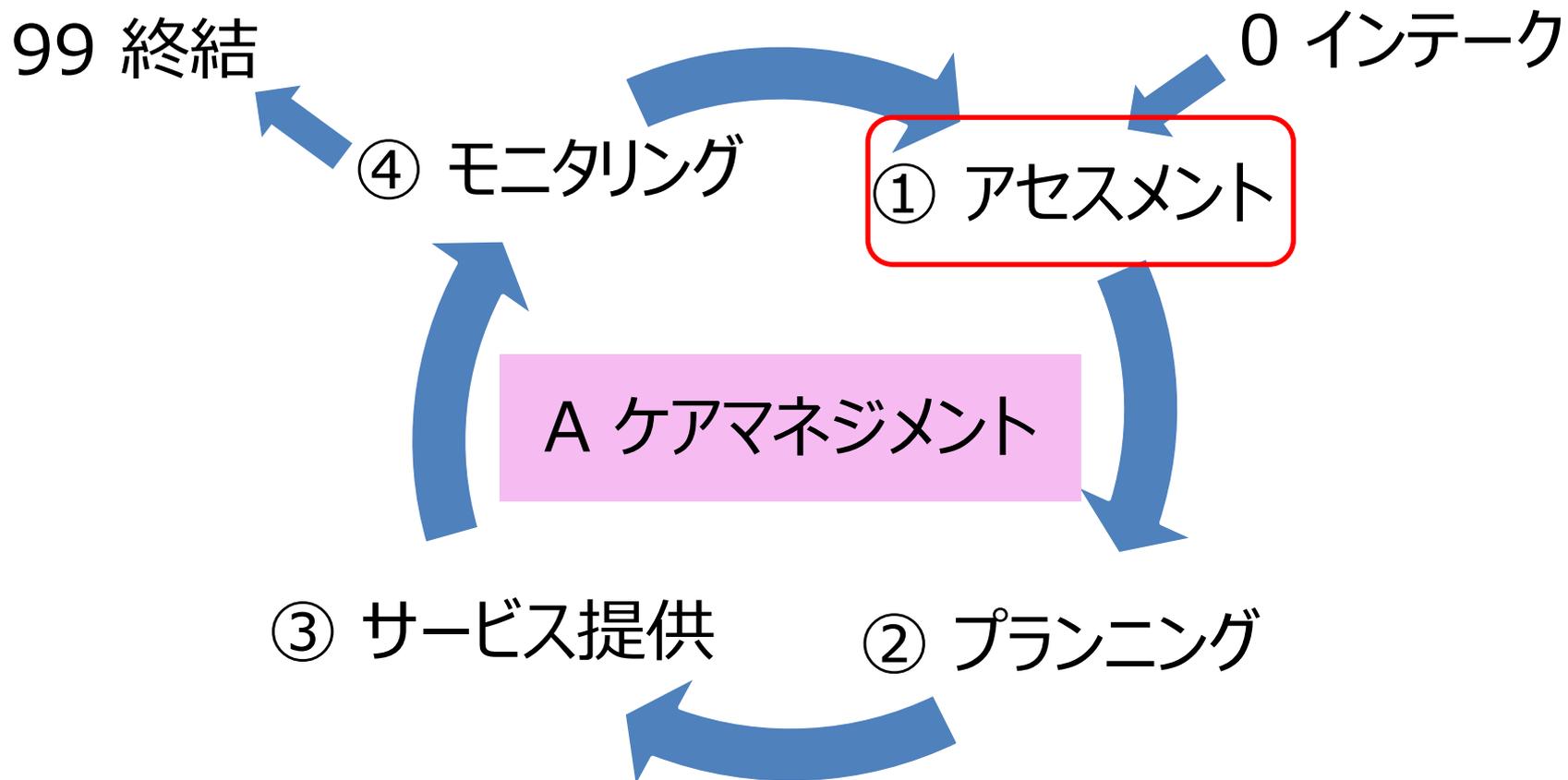
# 事例を通してみるケアマネジメントプロセス

## アセスメント

「本当は一般の会社で働きたい。」



# 事例を通してみるケアマネジメントプロセス



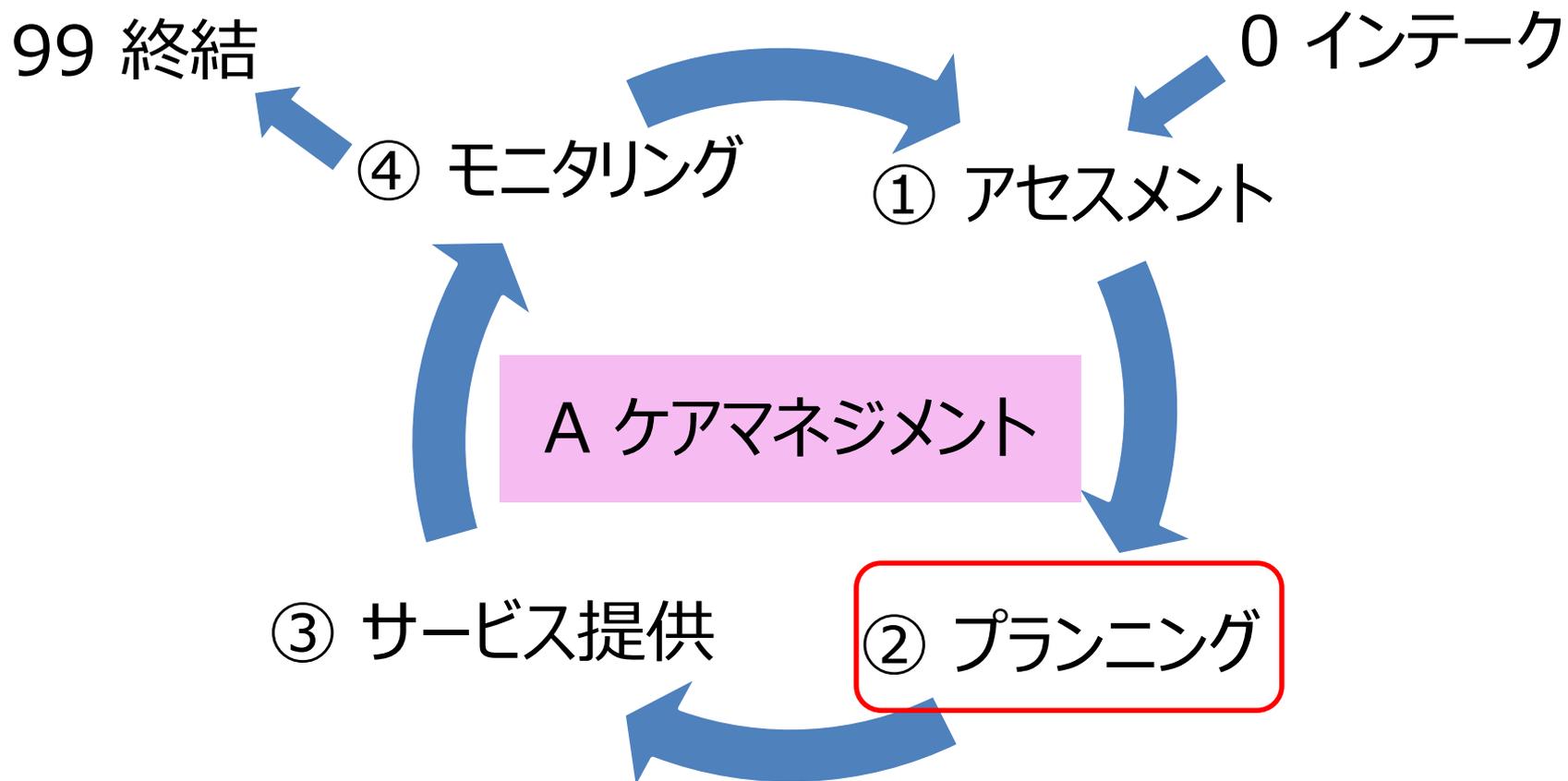
# 事例を通してみるケアマネジメントプロセス

## プランニング

「思い切って挑戦してみませんか。」



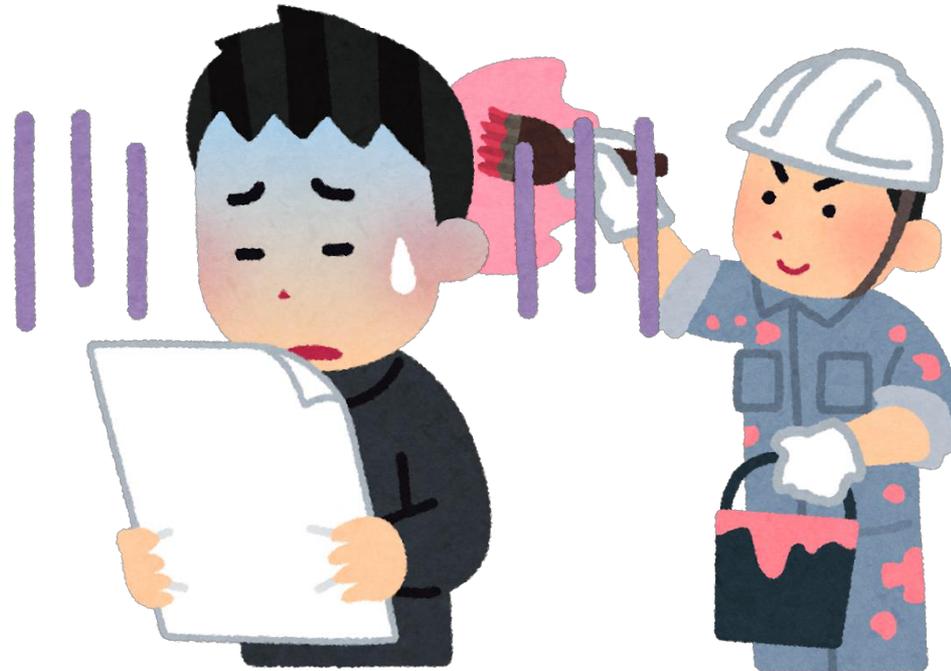
# 事例を通してみるケアマネジメントプロセス



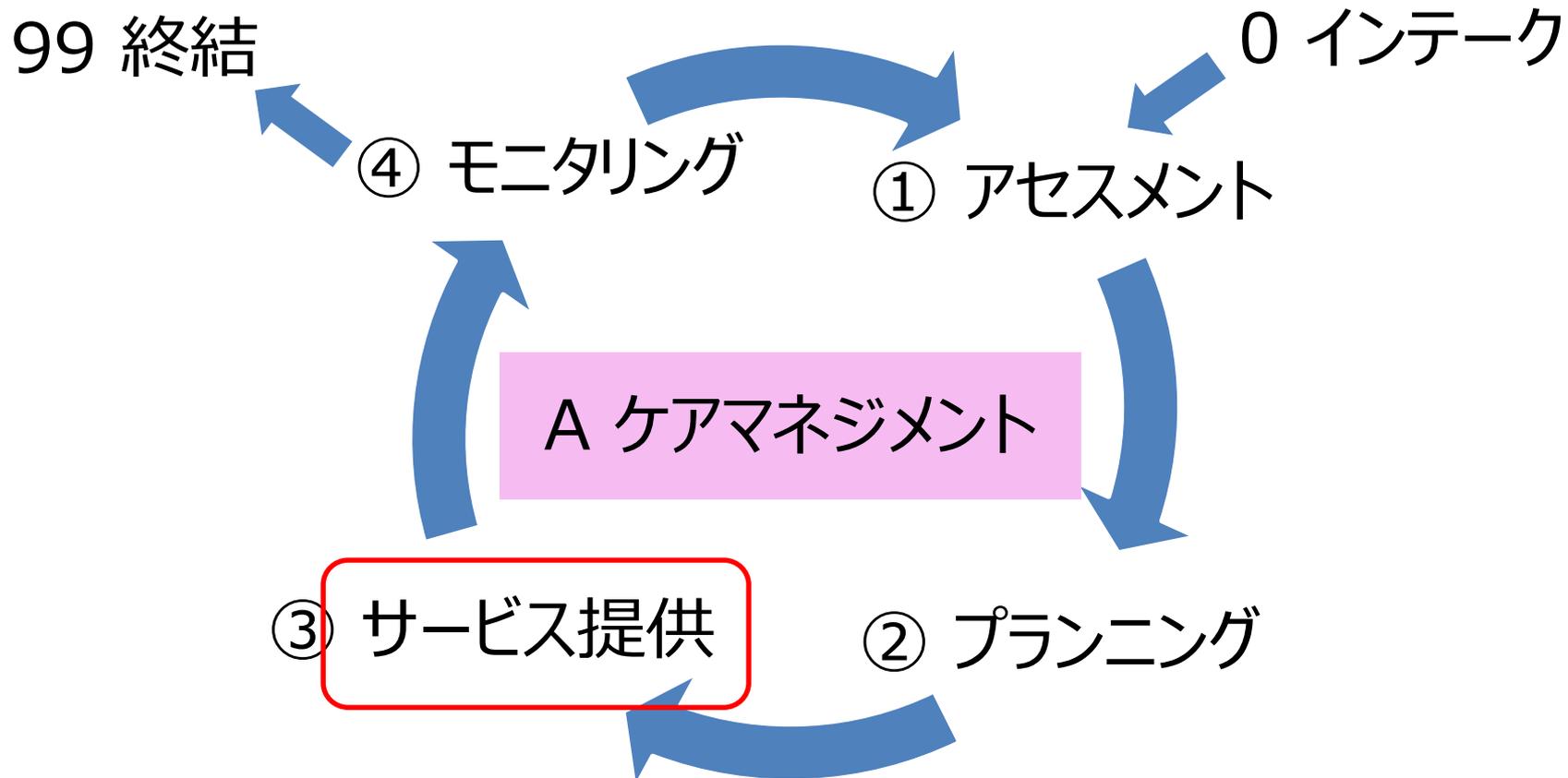
# 事例を通してみるケアマネジメントプロセス

## サービス提供

グループ実習を経て  
一般企業での就労実習に挑戦



# 事例を通してみるケアマネジメントプロセス



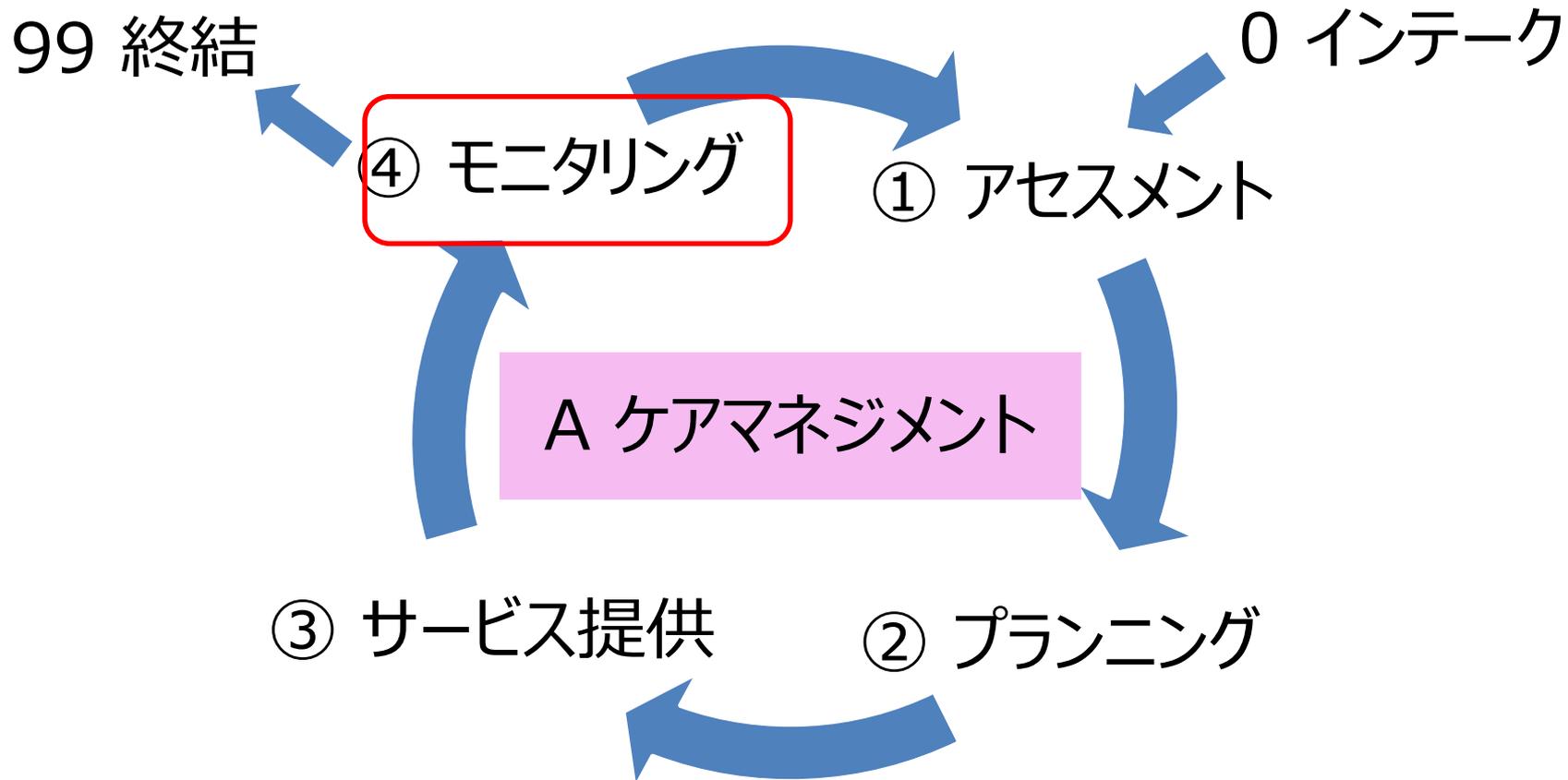
# 事例を通してみるケアマネジメントプロセス

## モニタリング

もう一度、挑戦してみたい



# 事例を通してみるケアマネジメントプロセス



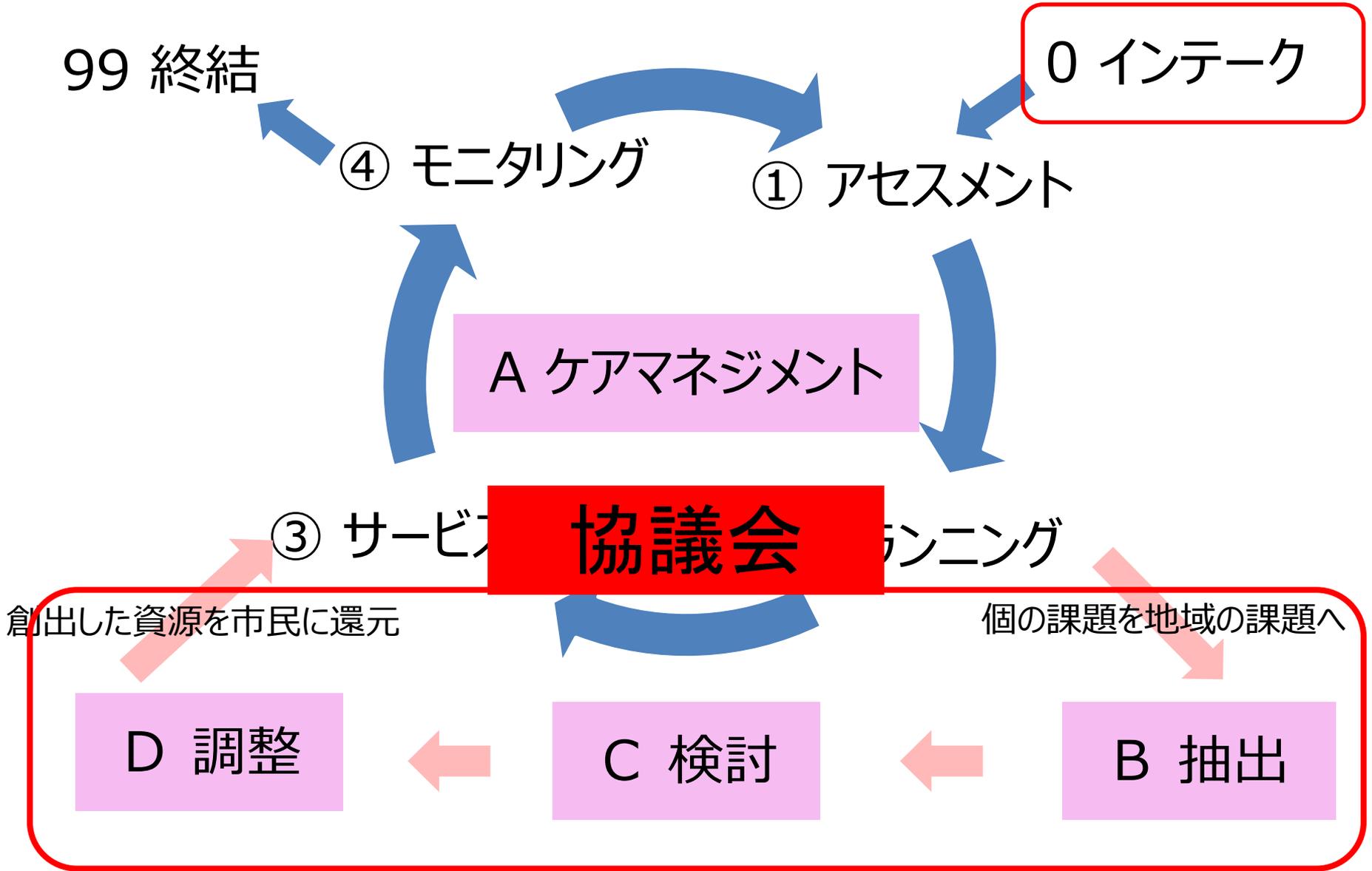
# 事例を通してみるケアマネジメントプロセス

## ターミネーション

今後、何かあったら・・・



# 事例を通してみるケアマネジメントプロセス



## 【相談支援の目的】



- ① 障害のある人のその人らしい地域生活支援
- ② 障害のある人の自立と尊厳の確保、社会参加の保障
- ③ 誰もが暮らすことのできる地域づくり

ご静聴ありがとうございました。