講義2

令和２年度　長野県障がい者サービス管理責任者更新研修テキスト
講義部分

# 「サビ児管の役割のまとめ」

（引用：国サービス管理責任者等指導者養成研修資料等）

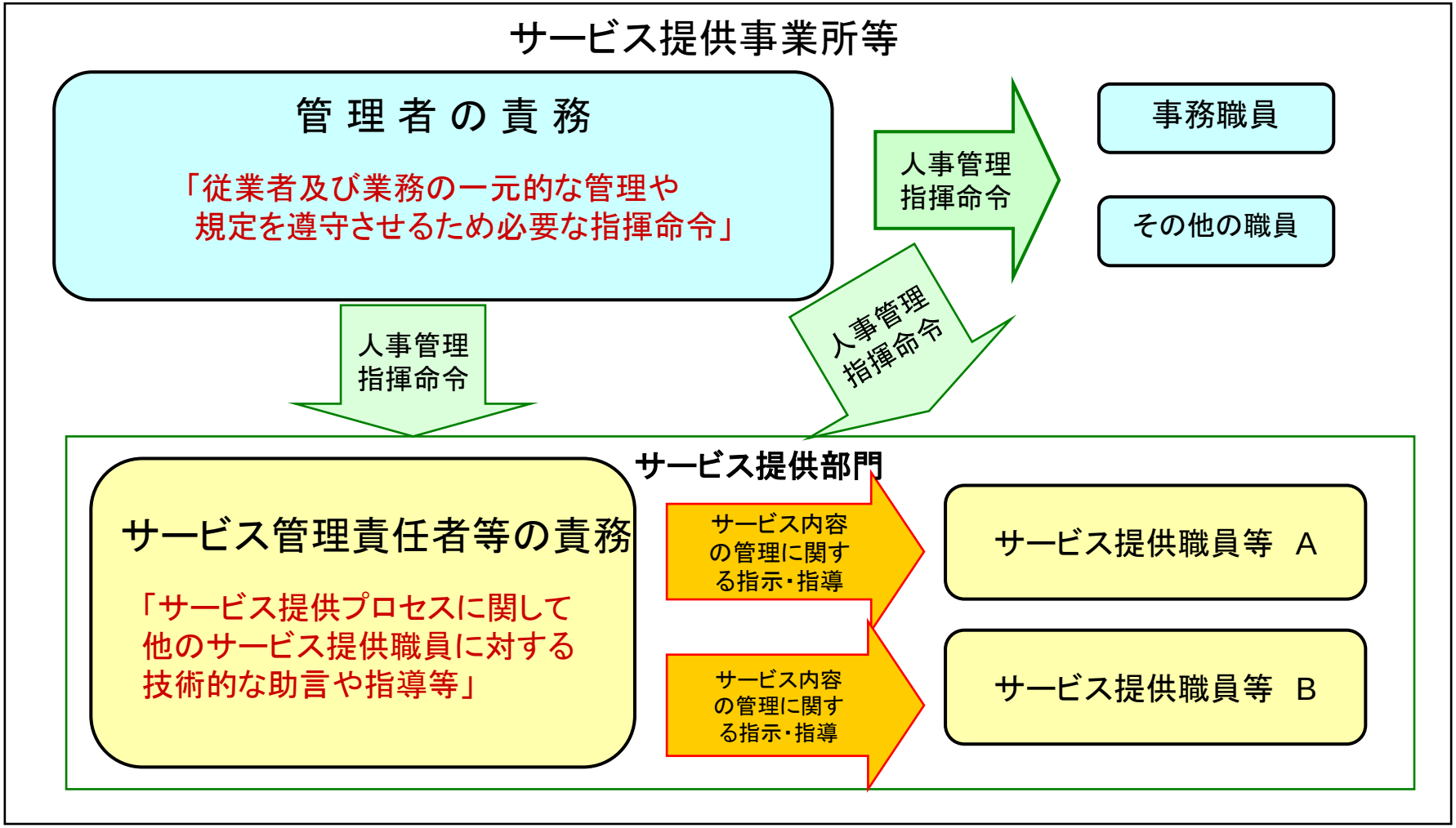
令和3年　1月　6･12･14･26･28日

特定非営利活動法人　北アルプスの風
障がい福祉部長　松澤　重夫

# １　サービス管理責任者及び
# 児童発達支援管理責任者の役割について

# サービス管理責任者等の役割

## 「管理者」と「サービス管理責任者」及び「児童発達支援管理責任者」の関係イメージ



# 「管理者」と「サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者」の比較　①

## 管 理 者

①指定要件：専従

②対象者像：施設長（管理職）を想定

③要件：
・社会福祉主事の資格を有するか又は
社会福祉事業に2年以上従事した経験のある者、又は社会福祉施設長資格認定講習会を修了した者　（最低基準）

④根拠：社会福祉法66条

⑤責務：「従業者及び業務の一元的な管理や規定を遵守させるために必要な指揮命令」

## サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者

①指定要件：専従で常勤

※児童発達支援センターについては「専任かつ常勤」、保育所等訪問支援については「常勤」の規定なし。

②対象者像：サービス提供部門の管理職
又は指導的立場の職員を想定

③要件：
・実務経験（3～8年）
・サービス管理責任者研修、児童発達支援管理責任者研修修了
・相談支援従事者研修（講義部分）受講

④根拠：総合支援法42条、児童福祉法第21条の5の17、第24条の11

⑤責務：「個別支援計画の作成やサービス提供プロセスの管理、他のサービス提供職員への技術指導と助言等」

# 「管理者」と「サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者」の比較 ②

## 管理者の業務内容例

1. 利用者・市町村への契約支給量報告等
2. 利用者負担額の受領及び管理
3. 介護給付費の額に係る通知等
4. 提供するサービスの質の評価と改善
5. 利用者・家族に対する相談及び援助
6. 利用者の日常生活上の適切な支援
7. 利用者家族との連携
8. 緊急時の対応、非常災害対策等
9. 従業者及び業務の一元的管理
10. 従業者に対する指揮命令
11. 運営規程の制定
12. 従業者の勤務体制の確保等
13. 利用定員の遵守
14. 衛生管理等
15. 利用者の身体拘束等の禁止
16. 地域との連携等
17. 記録の整備

## サービス管理責任者等の業務内容例

1. 個別支援計画の作成に関する業務
   ①利用者に対する面接等によるアセスメント及び支援内容の検討
   ②個別支援計画の原案作成
   ③個別支援計画作成に係る会議の運営
   ④利用者・家族に対する個別支援計画案の説明と同意
   ⑤利用者に対する個別支援計画の交付
   ⑥個別支援計画の実施状況の把握（モニタリング）による見直しと計画の変更
      a. 定期的な利用者への面接
      b. 定期的なモニタリング結果の記録

2. 当該サービス提供事業所以外における利用状況の把握

3. 自立した日常生活が可能と認められる利用者に対する必要な支援の提供

4. サービス提供者（職員・従業者）への指導・助言

# サービス管理責任者等の業務内容例

## 1　個別支援計画の作成に関する業務

- ①　利用者に対する面接等によるアセスメント及び支援内容の検討
- ②　個別支援計画原案の作成
- ③　個別支援計画に係る会議の運営
- ④　利用者・家族に対する個別支援計画案の説明と同意
- ⑤　利用者に対する個別支援計画の交付
- ⑥　個別支援計画の実施状況の把握（モニタリング）による見直しと計画の変更

Ⅰ　定期的な利用者への面接

Ⅱ　定期的なモニタリング結果の記録

**※　分野別専門性は維持しつつ更なるよい支援へ！**

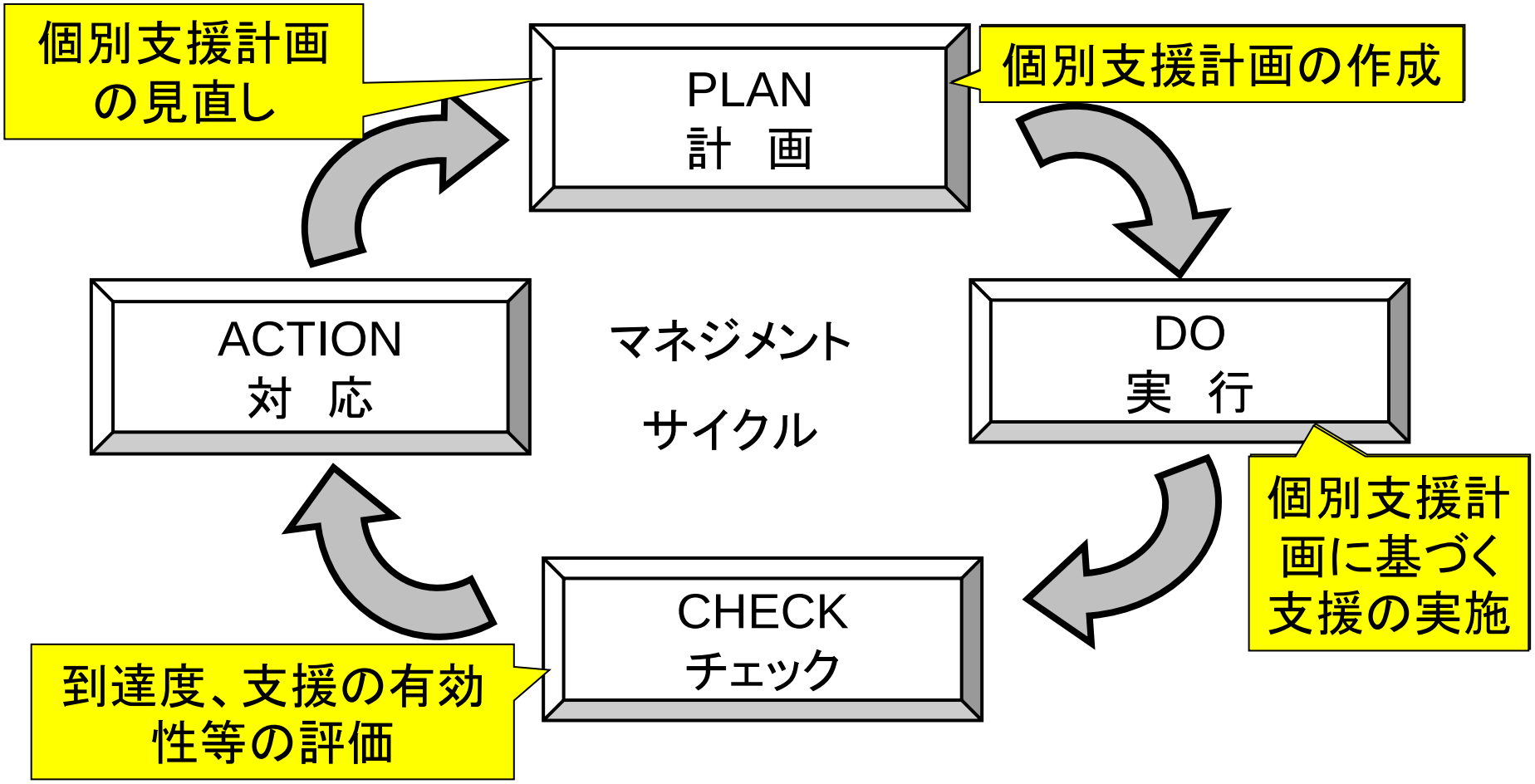
# 分野別研修

⇓⇓

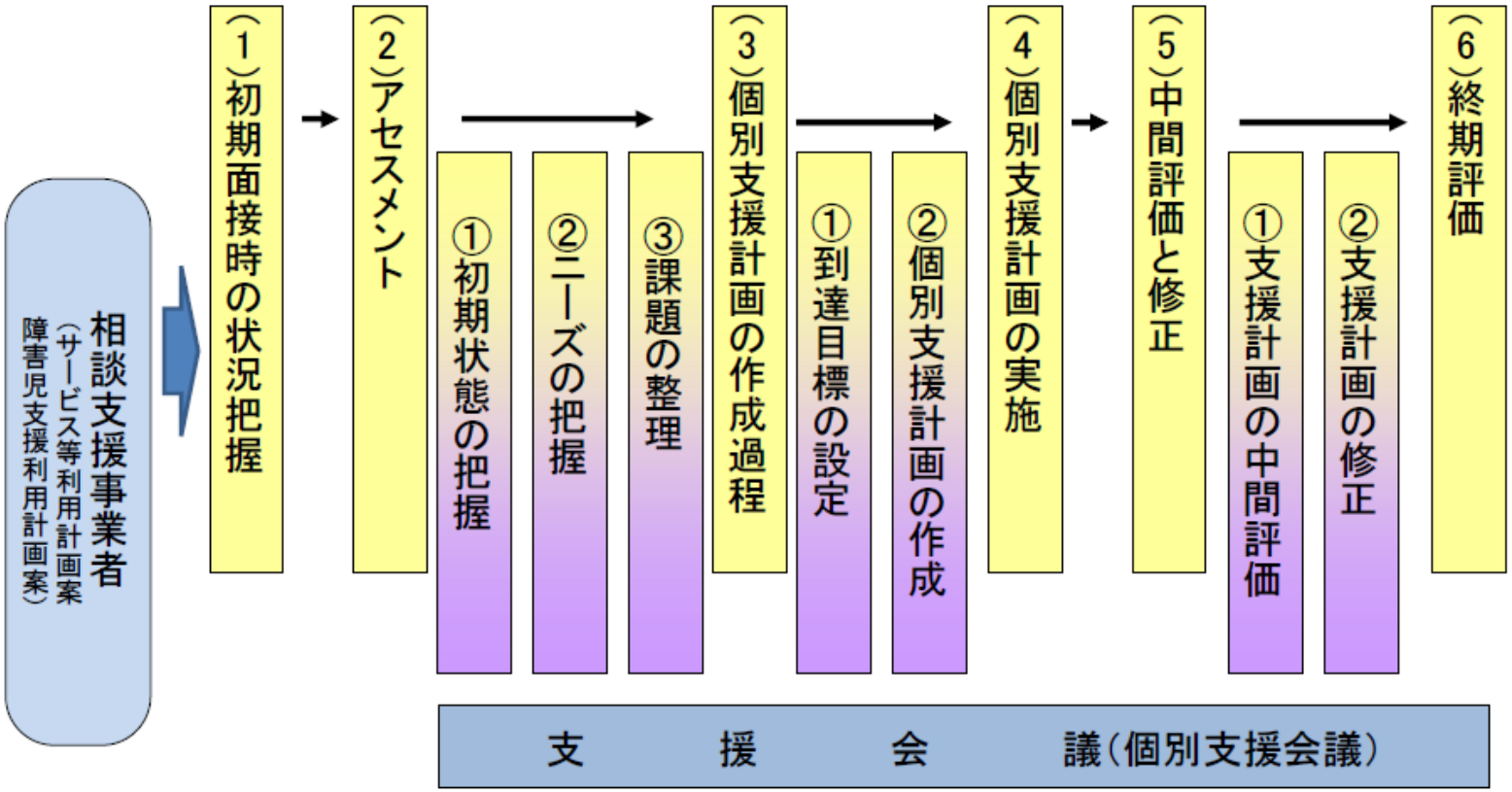
基礎研修＋OJT＋実践研修＋更新研修

# 個別支援計画による支援

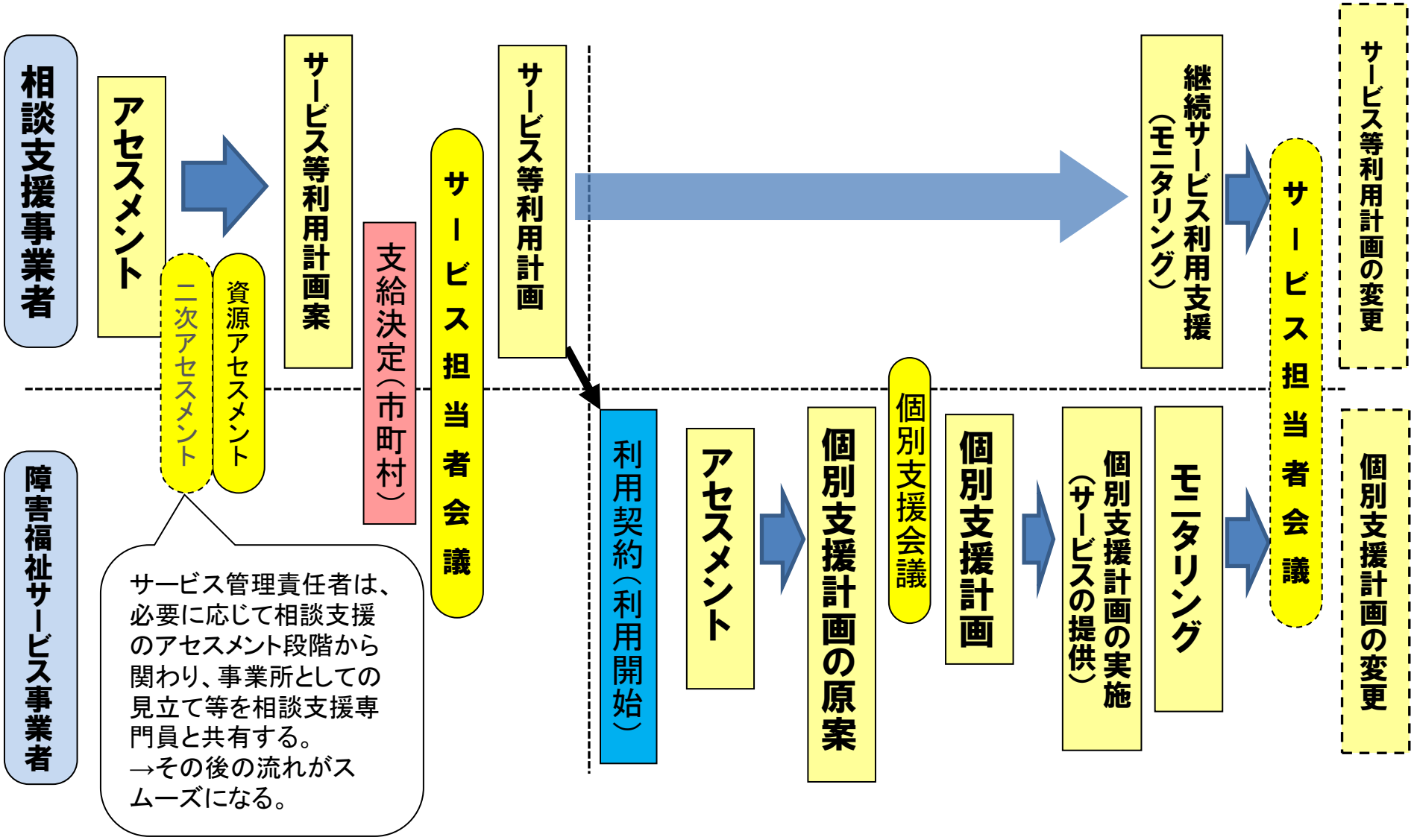
## （PDCAサイクル）



# サービス（支援）提供のプロセス



# 指定特定相談支援事業者（計画作成担当）と障害福祉サービス事業者の関係



# （1）初期面接時の状況把握

1．事業の対象や提供するサービス（支援）の内容について情報を提供する
2．一連のサービス（支援）の流れについて説明する
3．必要に応じて、関係機関との調整を図る
4．利用にかかる経費を説明する　等

*専門用語を使わない*
*平易でわかりやすい言葉を用いる*

## 実施方法

1．各事業における利用者の対象像、提供するサービス（支援）内容について情報を提供する
2．他の事業やサービス（支援）など選択肢を説明
3．アセスメント→到達目標の設定→評価など一連のサービス（支援）の流れについて説明
4．サービス（支援）提供は、利用者との合意のもとで作成することや契約の内容に盛り込むことを説明
5．必要に応じて他の事業者、市町村など関係機関と連携をとる
6．個人情報の管理については慎重に行う

## 必要なツール

・初期面接受付表（あるいは調査表・プロフィール表）

・相談支援専門員が作成した利用計画及び基本情報

# (2) アセスメント
# ① 初 期 状 態 の 把 握

- 身体状況や精神・心理状況など状態像の客観的な把握に努める
- 分野別に項目を立てて把握する

## 実施方法

- 信頼関係の確立を基礎として、面接などを通して把握する
- アセスメントの意味をよく説明して同意を得る
- 移動関連、生活関連、コミュニケーション関連など分野別に評価項目を設定する
- 初期状態は今後の支援のベースラインとなり、中間評価・最終評価の際比較検討する情報となることから、数量化など、できるだけ客観的な把握に努める
- 必要に応じて医師、PT、OT、STや心理職などと連携する
- 初期状態を記録しておく

## 必要なツール

・初期状態把握票（アセスメントシートNo１）

＊児童期は、専門機関等による心理検査、事業所における発達評価表などの情報

# 専門家からの情報入手（留意事項）

★印はサービス（児童発達支援）管理責任者の役割です。

## ①障害の理解

★機能はどこまで回復が可能なのか、リハビリや訓練の現状での有効性についての評価、及びその情報の収集

★最新の「障害」についての情報を得ながら、長期的に「できないこと」があれば支援目標から外していく

▼本人にとって、できない事、困難なことを安易に目標にしていく傾向の支援者がいます。その場合、何年も同じ目標になってしまうことになります。その人の持つ障害についての情報を、きちんとキャッチしていないために、そのようなことが起きることがありますので、権利擁護の視点からも留意すべきです。

▼障害についての捉え方については、医療の進歩等により変化しています。2，3年前と現在で捉え方が違ってきていることもあること、各専門機関の視点によってアドバイスの内容が違う場合があることを踏まえ、障害を持つ本人と家族の混乱を最小限にとどめていくためにも、必要な知識を得ていきましょう。

## ②二次的に生じた障害

★障害の特性について事業所外部の関係者の意見を集め、事業所として可能な人的・物的環境への配慮をしていく（本人への不必要な負担を軽減させていく）

★本人のやる気と元気をなくす支援者の思い込みはないかに注意を向けていく　（事業所としては、利用者の不適切な言動、ルール違反等に対し、指導をしていくことがありますが、そのことばかりに注意を向けすぎ、その人の良さや強みを重視した支援が展開できていない場合もあります。）

# ライフステージに留意したアセスメント

初期状態の把握としては、「身体状況や精神・心理状況など状態像の客観的な把握」に合わせて、ライフステージを十分に意識した評価を行っていくことが必要。

**評価の視点**

障害児・者としての評価の前に、子ども・成人として、ライフステージに応じた支援を目指していく

利用者の現在のライフステージとして大切に考えていくべき課題の確認

（例：加齢による体力低下に応じた生活の見直し、同居家族の高齢化への配慮　等）

利用者が次のステージに移行していくために必要な準備内容の確認

（例：児から者に移行する場合や、65歳を迎える場合、２～３年前から移行支援会議等を開始するなどの準備　等）

# 障害児・者のライフステージと各時期の中心的な課題の例

| | | |
|---|---|---|
| 胎生期 | | 胎生期における母親の不安への支援 |
| 新生児期(主として2か月まで) | | 先天性障害の告知とフォロー、治療・訓練の方針提示、家族への支援 |
| 乳児期(主として0～3歳未満) | | 健康診査後のフォロー、家庭における子育て、機能訓練、豊かな感覚的な遊びの体験、親子療育の開始、家族の障害受容のための支援 |
| 幼児期 | 前期(主として3歳～5歳未満) | 発達段階に応じた遊びを通した達成感の経験、集団での療育、地域の集団への参加の可能性、子どもに応じた複数の発達アセスメント |
| | 後期(主として5歳～就学まで) | 就学に向けての支援、豊かな遊びを通した対人関係の構築と生活体験の広がり |
| 学童期(小学校・中学校・高校) | | 能力に応じた臨機応変かつ適切な教育の提供、長期休暇の過ごし方、兄弟姉妹への支援、将来に向けて必要な生活体験、性教育、意思伝達・表現及び選択する機会、進学に向けた支援、卒業後に向けた支援、就労支援 |
| 青年期 | 前期(主として18～20歳) | 地域・就労定着支援、本人のストレングスを活かした本格的な相談支援の開始、働き方についての可能性を広げていく支援 |
| | 後期(主として20歳代) | 余暇・休日の過ごし方、適切な就労先の見直し、一人暮らしへの支援、本格的な意思決定支援の開始及び自己決定された暮らしの提供 |
| 成人期 | 前期(主として30～40歳代) | 地域のイベントへの参加、地域での居場所づくり、趣味を増やすための支援 |
| | 中期(主として50歳代～65歳未満) | 体力と本人の意欲に応じた生活の見直し、高齢期に向けた準備、保護者が後期高齢の年齢になっていることへの対応 |
| | 後期(主として65歳以上) | 介護との連携及び障害分野との適切なバランスでのサービス利用状況のチェック、自己決定された暮らしが継続されているかのチェック、終末期の支援についての準備と検討事項の確認 |

# 子どもの支援におけるアセスメントのポイント

子どもが示す現状をありのままにとらえる
（知識と客観的視点）

**把握**

因子を分類し、それぞれに分析しながら、深める

**発達段階による因子**

- 生活年齢
- 年齢特徴（身体/知的/認知等の特徴）

**障害特性による因子**

- 発達年齢
- 運動特性
- 感覚特性
- 認知特性
- 学習形態

**環境（人,場所,時間）による因子**

- 家庭環境
- 友達関係
- 活動の場

**活動**

とらえた状況を障害特性、発達段階、生活環境と照合する
（情報収集と評価と想定）

**分析**

年齢相応の姿の想定と状況を照合し、次の段階（姿）を創造する
（創造と方針の決定）

**計画**

毎回の支援でも、一年間の関わりでもこのプロセスを繰り返す。
（意図をもって過ごすと自然と　ＰＤＣＡサイクルが生じる）

# (2) アセスメント
# ② 基本的ニーズの把握

- 利用者や家族の意向を把握する
- 訓練や就労状況、置かれている環境などの状況を把握する
- 利用できる社会資源や関係機関を把握する

## 実施方法

- 信頼関係の確立を基礎とし、面接などにより把握する
- コミュニケーションの障害を有する障害者については、わかりやすい言葉で意向などを把握する
- 家族の意向も把握する（家族と本人の意向が一致しているとは限らない）
- 訓練や就労状況、環境などの状況を把握する
- 今後利用できる社会資源や関係機関との連携の状況について把握する
- 利用者の基本的ニーズの状況を記録しておく

## 必要なツール

・利用者のニーズ把握票（アセスメントシートNo2）

＊児童期や言葉での意思確認が難しいケースの場合、家族の意向がそのままニーズとして記録されがちなため、ていねいに観察及び聴取した上で、興味・関心ごとを中心にした記録をニーズ把握票に書き込んでいくことが必要。

# (2) アセスメント
# ③ 課 題 の 整 理

- 利用者の初期状態や基本的ニーズの把握から、課題を整理する
- 課題の整理に当たっては、全体の課題と各分野別の課題を整理する
- 課題の整理にあたっては、優先順位を設定する

## 実施方法

- 利用者の初期状態や基本的ニーズから、支援者の気づきなどを踏まえ、解決すべき課題を整理する
- 解決すべき課題を、全体の課題と各分野別の課題に整理する
- 各分野別の課題については、支援計画を作成するときの優先順位のために重要度・緊急度などを考慮しておく（また、利用する他のサービス提供機関がある場合は、他機関との役割分担等を検討・確認し、協働による支援を実施する）
- 課題の整理を記録しておく

## 必要なツール

・課題の整理表

# 本人状態を把握するためのイメージ図

★私自身の**ストレングス**（私の持っている強み）
母親、妹が私を理解して接してくれています。相撲、野球、アイドルの音楽が好きです。

★本人の障害状況
⇒私の不安や苦痛、悲しみ、困りごとは･･･障害のこと･病気のこと･障害のためにできないこと、、、

★家族歴･本人を取り巻く環境
⇒家族は･･･、私は今このような生活をしています。してきました。

★利用者のニーズ･希望する生活の確認
⇒私は、このような生活をしたいです。**私の願い･夢･要望は〇〇です**。

★生育歴･職歴
⇒私は、今までこのような生き方をしてきました。

★本人のニーズを整理する
⇒アセスメント内容を吟味し，本人のニーズを整理します。「みたて」

# 子どものケースを把握するためのイメージ図

子ども自身が目指していきたい暮らし・課題となること
（子育て支援の方向性）

子どもと家族に、課題にずれはあるか？（ ある ・ ない ）

家族に関して解決していきたい課題
（母子・父子・夫婦・兄弟姉妹との関係等）

＝

家族のニーズに対して
公的福祉サービスでできること
（それは子どもにとって、いつまで必要な支援か？）

支援者として気になること

子どもの強み（本人・家族・環境）

子どもの気持ち・やりたい事・望んでいること（普段の様子から推測できることも含む）

家族の思い、気になっていること及び主訴

# ストレングスに着目した支援とは

チャールズ・ラップ／リチャード・ゴスチャ著『ストレングスモデル』

## ストレングスとは

主に精神障害のケースマネジメントなどで発展した視点で、欠点よりも強さに着目したアセスメント視点。現在では、身体障害、知的障害においても応用されている。
ケアプランを作るときにポイントになる、本人と環境の両方にある強さのことをいう。

## ストレングスモデルとは

全ての人やその人を取り巻く環境には、ストレングス（強み）があるので、それを中心にアプローチし、活用して行く支援技法。ストレングスに着目して支援することで、行動の動機付けを強める。

**・本人のストレングス例**

個人の属性（性質・性格）
才能・技能
関心・願望

**・環境のストレングス例**

安心して生活できる家
親友がいること
草野球チームに所属していること

# ストレングスに着目した支援とは

チャールズ・ラップ／リチャード・ゴスチャ著『ストレングスモデル』

ストレングスによるアセスメント（視点）と、アセスメントにより確認されたストレングスを活用した支援（モデル）は違うもの。

両者は長らく混同されて実践されてきた経緯がある。

確認されたストレングスを活用した支援を心がけることにより、利用者のやる気を引き出す支援が重要。

**ストレングスに着目した支援事例**

**プロ野球の大ファンである障害のあるAさんは、働きたい意欲はあるがB型事業所ではうまくいかず転々としていた。**

**そこで、グループスーパビジョンによりアイディアを出し合い、大好きなプロ野球の球場での清掃作業を紹介したところ、安定した就職へとつながった。**

**公的なサービスばかりに着目していて、強みや興味をうまく活用できていなかった状態から、Aさんの興味や強みを就労へ結び付けて、効果を上げることができたことになる。**

**人が働くには、生活の維持だけではないここに特別な理由があることを理解する。**

# (3) 個別支援計画の作成(概要)

個別支援計画の作成は、支援の実施過程を立案することである。

① 明らかになったニーズ(課題)をリストアップする

② 到達目標を設定する

③ 解決すべき課題の優先順位を利用者と決める

④ 資源とニーズのマッチングを検討する

⑤ 個別支援計画案を作成する

⑥ 利用者の最終同意を得る(「案」をとる)

**利用者との信頼関係を築き、支援チームの意思統一を図る**

## (3) 個別支援計画の作成(それぞれの立場から)

○　利用者や家族の立場から

・質の高いサービスを提供してくれるためのもの。

・私の意向を汲んでくれているもの。

・利用者・家族とのコミュニケーションを深めていくためのツールとなるもの。

○　職員の立場から

・的確な支援の方向づけをするもの。

・支援の効果を自己評価し、今後の計画を検討するベースとなるもの。

○　施設経営者の立場から

・支援の質の向上を目指すためのもの。

・効率的・効果的に施設運営できるためのもの。

# (3) 個別支援計画の作成
# ①　到達目標の設定

- 利用者の課題（ニーズ）に基づき到達すべき目標を定める
- 到達目標は、サービスの到達目標である主目標と個別到達目標などからなる
- 現行の支援を見直すとともに、新しい支援を考える

## 実施方法

- 個別支援計画の作成に当たっては、本人の意向を尊重すること
- 到達目標は、就労移行支援事業などサービスの到達目標が予め明確であるような主目標と具体的な個別の到達目標が考えられる
- 時間（支援期間）と領域（支援内容）という2つの観点から設定
- 課題（ニーズ）が複数にわたる場合、緊急性の高い課題など優先順位を設定
- 到達目標は、時間軸をとおして段階を踏んで達成される→スモールステップを踏む
- 目標の達成度の評価方法についてもあらかじめ決めておく
- 個別支援計画を記録しておく

## 必要なツール

- 個別支援計画表

# (3) 個別支援計画の作成
# ② 個別支援計画の作成

- 主目標や個別目標が達成されるような個別支援計画を作成する
- 日課、週間、月間のプログラムとする
- 支援方法については、個人に合うよう工夫する

## 実施方法

- 時間軸（段階）を意識した個別支援計画とする
- 支援の頻度やスケジュールについては、本人の同意を得て作成する
- 具体的な支援方法などを個別支援計画に反映させる
- やむを得ない場合の身体拘束等の様態、緊急やむを得ない理由を記載する
- 個別支援計画においては担当者の役割を決めておく
- 個別支援計画を記録しておく

## 必要なツール

- 個別支援計画表

# (4) 個別支援計画の実施

- 設定された目標を、効率よく達成することに努める
- 個別支援計画に則り、適切にサービス（支援）を提供する
- 支援のペースやスケジュールは、利用者とよく話し合って決める

## 実施方法

- 支援スタッフの役割を明確にする
- 支援スタッフはお互いに情報交換しながら支援を実施
- 時間軸（段階）を意識した支援に努める
- 支援のペースやスケジュールについては、本人の同意を得て実施する
- 個別支援の実施に当たって支援の責任者を決めておく
- 他の支援方法の導入など工夫を怠らない
- 個別支援計画の実施を記録しておく

## 必要なツール

- 支援経過記録表

# (5) 中 間 評 価 と 修 正
# ① 個別支援計画の評価

- 時期（段階）ごとに、支援目標達成度を評価
- 同時に、サービス（支援）の実施内容など個別適性も評価
- 利用者にサービスが適切に提供されているかを評価

## 実施方法

- 支援目標の達成度を評価するための情報を収集する
- 情報を時期（段階）ごとに、達成度を評価する
- 達成度は、主目標及び個別目標の観点から評価
- 状態の評価は、初期状態と比較してどれだけ変化したかをベースに評価
- 併せて、利用者の意向や環境の変化なども評価
- 個別支援計画に沿ってサービスが提供されたかを評価
- 分析を記録する

## 必要なツール

・個別支援計画の修正・変更記録票

# （５）中間評価と修正の視点

１　利用者の権利が守られているか
２　サービスについて利用者は満足しているか
３　新たにニーズが発生していないか
４　設定されている目標が達成されているか

# 評価の勘案事項

① 障害者等の心身の状況

② 障害者等の置かれている環境

- 家族状況
- 障害者等の介護を行う者の状況
- 生活状況（日中活動の状況（就労・通所施設等）、地域移行等による住環境や生活環境の変化、家族の入院、死亡又は出生等による家庭環境の変化、ライフステージの変化（乳幼児期から学齢期への移行、学齢期から就労への移行等）

③ 総合的な援助の方針（援助の全体目標）

④ 生活全般の解決すべき課題

⑤ 提供される各サービスの目標及び達成時期

⑥ 提供されるサービスの種類、内容、量 等

# (5) 中 間 評 価 と 修 正
# ② 個別支援計画の修正

・支援目標を達成するために個別支援計画（個別支援）プログラムを修正する
・提供されるサービス（支援）内容を修正する
・利用者に修正や変更の同意を得る

## 実施方法

・ 支援達成度を評価した結果、到達目標に達成していない場合、
　〇利用者や家族の要因によるものか
　〇スタッフの要因によるものか
　〇事業所のシステムによるものかなどについて詳しく分析する
・ 分析の結果、必要に応じて個別支援計画を修正
・ 修正に当たっては、時間軸とサービス（支援）内容の観点から修正・変更
・ 個別支援計画の修正・変更に当たっては、利用者に説明し同意を得る
・ 個別支援計画の修正・変更とその結果を記録する

## 必要なツール

・個別支援計画の修正・変更記録票

# (6) 終 期 評 価

- 支援目標達成度を含めた個別支援計画全体を客観的に評価
- 利用者の状態の変化・満足度などの観点から評価
- 次回の個別支援計画作成に評価を活かす

## 実施方法

- 支援目標に達したかを評価
- 目標が達成されなかったらどの段階まで達成されたか評価
- サービス（支援）提供はスムーズに行われたか評価
- スムーズでなかった場合どこに原因があったか評価
- サービス（支援）提供を受けた利用者はどのように変化したか
- 利用者は提供されたサービス（支援）についてどのような気持ちをもっているか（満足度はどうか）評価
- 次の目標設定を含め終期評価表を作成し、チームにフイードバックする

## 必要なツール

・終期評価表

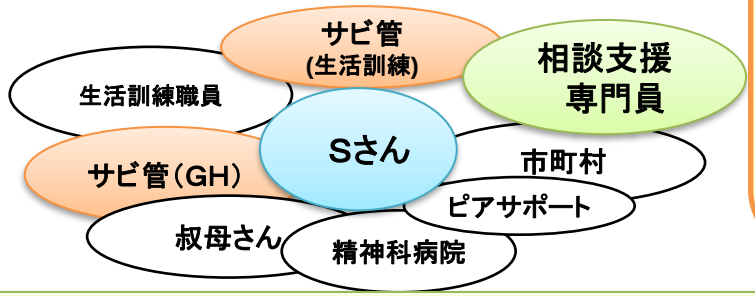
# アセスメントにおけるサービス管理責任者の役割（専門性①　介護・（機能訓練事業））

## 利用者のニーズを醸成する　⇒　利用者の気づきの支援

- 主訴（表出されている希望）は、ニーズの一つであるが、本人の想いをすべて代弁しているわけではない。
- また、障害を負って間もない方や家族は、希望を聞かれても不安な状況にあり、その気持ちを的確に表現できないことを理解しなくてはならない。
- サービス管理責任者は、特に初期の段階では、一つ一つ成功体験を積み重ねることで意欲や自信を持ち、発動性を引き出すことを目的とする取り組みを想定すべきである。
- 支援を通した小さな成功体験により少しずつ意欲が高まり、「次はこれができるようになろう」とか「これをしたい」という小さな目的意識が生まれ、その積み重ねで将来に目を向けたニーズが表明されるようになる。そして、それを現実的なニーズにしていけるよう支援していかなくてはならない。

# サービス管理責任者のつながる支援と深める支援を学ぶ
# （　専門性　②地域・生活　）

## サービス担当者会議




## つながる支援

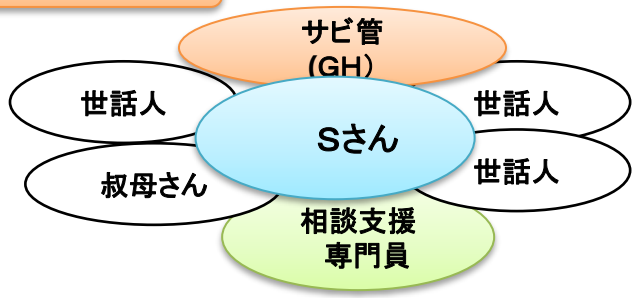
・サービス管理責任者は、相談支援専門員等と連携して、個別支援の課題を解決するためのチームをつくり、地域でサポートするためのネットワークを組織する。相談支援専門員によるサービス担当者会議に参加する。

**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**

## 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




**サービス管理責任者による個別支援計画、生活プラン**

# 就労アセスメント （専門性 ③ 就労）

【目　的】就労する（能力向上）にあたり、事前に
仕事への適性および能力（潜在能力を含む）
を発見し、客観的に評価をする

※潜在的な能力や働く力を見いだし、最大限に引き出す環境を
整えているか

サービス管理責任者の視点

①職員は、適切に評価できるスキルがあるか？
②整備された環境下で評価しているか？
③事実に基づいた客観的な評価になっているか？
④人材育成「将来何ができるか」という観点で評価をしているか？
⑤常にPDCAサイクルで計画を見直しているか？

# 児童期の支援で気をつけていること（専門性④　児童）

## アセスメント力を高める～支援の見立て力を高める

①アセスメントの過程は資料の収集と分析である。
②支援の実践では、アセスメントは常に継続・連続している。
③アセスメントで大事なのは、利用者をどのように見ているか。
④利用者との関わりの中で、気づくこと・発見することである。

相互理解の場

支援員の利用者に対する見方
利用者の主訴を十分に傾聴する

医師、教員、心理判定員等の専門家からの情報入手

利用者の生活歴、家族状況、直面している課題に対する対応、課題がもたらす不安や葛藤

**専門家に依頼するときは利用者の了解をとる**

祖父母の思いや価値観に触れていくことは必要。特に母親の両親。

生育歴については、何年かだけでなく、月日まで記録した方が良いことが多い。

## 児童期は・・・

子どもの姿を評価するには、まず親子関係を時間をかけて観察していくことは大切。

ご家庭を訪問し、日頃の生活、遊んでいる状況を実際に見ることや、子どもの権利擁護の視点から、子どもが成長していくための家庭環境かどうかをチェックしていくことは必要。

関係機関からの情報入手については、全てのケースで、保護者の了解を取ることになる。

# サービス管理責任者等の業務内容例

２　当該サービス提供事業者以外における利用者状況の把握
３　自立した日常生活が可能と認められる利用者に対する必要な支援の提供

（～相談支援専門員と
サービス管理責任者等の関係について～）

# 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については、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。

○ 個別支援計画については、サービス管理責任者が、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。

## 指定特定相談支援事業者（計画作成担当）

**アセスメント**

- 障害者の心身の状況
- その置かれている環境
- 日常生活の状況
- 現に受けているサービス
- サービス利用の意向
- 支援する上で解決すべき課題
- その他

**サービス等利用計画**

- 生活に対する意向
- 総合的な援助の方針
- 解決すべき課題
- サービスの目的（長期・短期）
- その達成時期
- サービスの種類・内容・量
- サービス提供の留意事項

障害福祉サービスに加え、保健医療サービス、その他の福祉サービスや地域住民の自発的活動なども計画に位置づけるよう努める。

複数サービスに共通の支援目標、複数サービスの役割分担、利用者の環境調整等、総合的な支援計画を作る。

## サービス事業者

**アセスメント**

- 置かれている環境
- 日常生活の状況
- 利用者の希望する生活
- 課題
- その他

**個別支援計画**

サービス等利用計画を受けて、自らの障害福祉サービス事業所の中での取組について具体的に掘り下げて計画を作成するよう努める。

## サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者は・・・

- 相談支援専門員の示したサービス等利用計画・障害児支援利用計画を**参考にして**、自事業所が展開する支援を、***必要なだけ***、本人（子どもやその家族）に提供することになります。

（受給量に関して事業所から直接家族に増やしていくことを勧めるということは、特別なケースを除いて、適切ではありません。事業所以外の第三者の視点から、受給量を提案していくという仕組みがベースであることは理解しておきましょう。）

## サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者は・・・

- 事業所が提供する支援内容についての具体的な個別の支援計画を担当に作成させ（あるいは自身が作成し）、家族の承諾を得て、**適切に支援が自事業所で提供されているかをチェックし**、モニタリング時などに**相談支援専門員に支援提供の状況を報告していく**、といった**プロセス**が、主なサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者と、相談支援専門員の関係と理解しておきましょう。

# 相談支援専門員との連動

- サービス等利用計画（障害児支援利用計画）をもとに各種福祉サービスの個別支援計画を作成する。
- 相談支援専門員が次のモニタリングの時に参考になるような個別支援計画を作成していく。（当然ながら、積極的に個別支援計画は、本人及び家族の承諾の上で、相談支援専門員に提供していく。）
- サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者は、相談支援専門員とより綿密に連携をとっていくために、地域の中でどのような工夫が必要かを常に考えていく。

# 相談支援専門員との連動

- モニタリングにおいて、より多くの評価、情報を集め、支援の方向性を修正していく。そのためにも、相談支援専門員との連携は不可欠。
- 本人のニーズに基き、権利擁護の視点で利用計画は立てられているか、生活の質を向上していくための計画となっているかを常に振り返っていくことが大切だが、そのために相談支援専門員の力を活用する。
- 相談支援事業所と同一法人・系列の事業所を利用するために利用計画を作成されているのであれば、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者としては、目指している方向性とは違っていると意識し、外部の相談支援事業所に作成してもらえるよう、地域の（自立支援）協議会等で調整していくために尽力しましょう。

重要

# 現在のサービス等利用計画等、個別支援計画の課題

- 成長、発達、エンパワメント（エンパワーリング過程）の視点：
  人は、地域の中で（年齢とは関係なく）学習し、成長し、発達するという視点の欠落
- 関係性のアセスメント（評価）の視点：
  障害児、障害者、保護者に対して、個別アセスメントに特化していて、人は地域の中での関係性の中で位置付けられるという視点の欠落
- 現場におけるスーパービジョン研修の視点：
  スーパービジョンは、ケースの問題解決だけでなく、現場の相談支援専門員（サビ管等）への励まし、やる気の喚起が含まれるという視点の欠落

小澤　温氏（筑波大学）
講義「これから求められる相談支援事業と相談支援専門員の人材育成」の資料より

# サービス等利用計画案（書式例）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 利用者氏名 | | 障害支援区分 | | 相談支援事業者名 | |
| 障害福祉ｻｰﾋﾞｽ受給者証番号 | | | | 計画作成担当者 | |
| 地域相談支援受給者証番号 | | | | | |

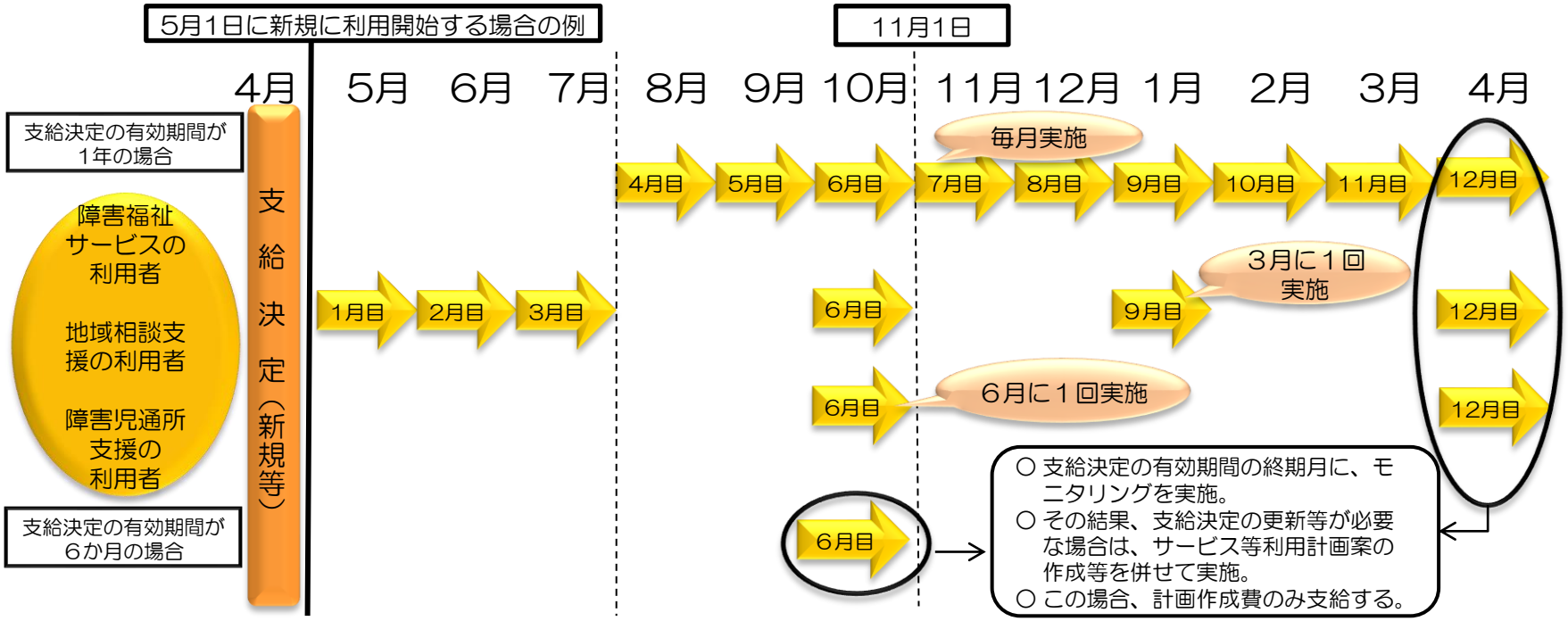
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 計画案作成日 | | ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ期間（開始年月） | | 利用者同意署名欄 | |

| | | |
|---|---|---|
| 利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活） | | |
| 総合的な援助の方針 | | |
| | 長期目標 | |
| | 短期目標 | |

| 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<br>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 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |

# モニタリングの実施標準期間と実施イメージ

| 対象者 | 期間 |
|---|---|
| ①新規又は支給決定の内容に著しい変更があった者 | １月間 ※利用開始から３月のみ |
| ②集中的な支援が必要な者 | １月間 |
| ③就労定着支援、自立生活援助、日中サービス支援型共同生活援助の利用者 | ３月間 |
| ④居宅介護、行動援護、同行援護、重度訪問介護、短期入所、就労移行支援、自立訓練の利用者 | ３月間 |
| ⑤生活介護、就労継続支援、共同生活援助（日中支援型を除く）、地域移行支援、地域定着支援、障害児通所支援の利用者 | ６月間<br>※65歳以上で介護保険のケアマネジメントを受けていない者は３月間 |
| ⑥障害者支援施設、のぞみの園、療養介護入所者、重度障害者等包括支援の利用者 | ６月間 |



## ① モニタリング実施標準期間の見直し（計画相談支援）

○　サービス等利用計画等の定期的な検証（モニタリング）の標準期間について、支援の必要性の観点から標準期間の一部を見直し、モニタリングの頻度を高める。

| 対象者 | | 旧基準 | 見直し後 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | ３０年度～ | ３１年度～ |
| 新規サービス利用者 | | １月間<br>※利用開始から３月のみ | １月間<br>※利用開始から３月のみ | |
| 在宅の障害福祉サービス<br>障害児通所支援　等 | 集中的支援が必要な者 | １月間 | １月間 | |
| | 【新サービス】<br>就労定着支援、自立生活援助、<br>日中サービス支援型共同生活援助 | － | **３月間** | |
| | 居宅介護、行動援護、同行援護、<br>重度訪問介護、短期入所、就労移行支援、<br>自立訓練 | ６月間 | ６月間 | **３月間** |
| | 生活介護、就労継続支援、共同生活援助<br>（日中支援型を除く）、地域移行支援、<br>地域定着支援、障害児通所支援 | ６月間 | ６月間 | **６月間**<br>**※65歳以上で介護保険のケアマネジメントを受けていない者は３月間** |
| 障害者支援施設、のぞみの園、療養介護入所者、重度障害者等包括支援 | | １年間 | **６月間** | |

※　現に計画作成済みの対象者については、各見直し時期以降に計画再作成（又は変更）を行うまでは、なお従前の例による。

## ② 相談支援専門員１人あたりの標準担当件数の設定（計画相談支援・障害児相談支援）

○　計画相談支援・障害児相談支援の質のサービスの標準化を図るため、１ヶ月平均の利用者の数が35件に対して１人を標準とする

※「１ヶ月平均」とは当該月の前６月間の利用者の数を６で除して得た数を指す

# サービス管理責任者等の業務内容例

４　サービス提供者（職員・従業者）への指導・助言

～自らも学び、エンパワメントを引き出す～

# 助言・指導とは？

- 助言：助けになることをいうこと
- 指導：教えみちびくこと

（三省堂 Web Dictionary: http://www.sanseido.net/）

# 対人サービスの質の維持の向上のための助言・指導

- 支援の質の維持・向上を目的として、本人では気づかない点について、経験・知識の豊富な者が専門的経験や科学的知見に基づいて、改善点等を伝えること

# スーパービジョンとは

「援助者の専門的実践についての指導・調整・教育・評価する立場にある機関の**管理運営責任を持つ職員が行う**もので、スーパーバイジーとの**信頼関係を基底に**その人の仕事を管理し、教育し、支持することによって**専門家としての熟成を図るもの**である。スーパーバイザーの究極の目的は、機関の方針と手続きに従って、利用者へのサービスが量的・質的に最高の水準となるように取り組むことである」

高橋学. スーパービジョンの定義と展開過程 ケアマネジャー 2010; 12: 20-25.

# 助言・指導にあたらないもの

- 事実に基づかないもの
- 感情的な表現での伝達
- 専門的経験や科学的根拠に裏打ちされないもの

→ 科学的根拠だけでは現場にあてはまる説明が難しいかもしれない

→ 経験だけでは、主観的なものになりがちである

# 助言・指導をする場所

○ 助言・指導用の時間をとり、個室で行なう
○ 実際の支援場面に同行し、その場で効果的な支援方法を伝える

× パソコンが並んだデスクで、記録を書きながらの会話
→「ながら指導・ながら（スーパー）ビジョン」

話しやすい雰囲気

聴く

話す

・受　容
・理　解
・分　析

・言葉にし、それを自ら聞くことで問題を整理

サービス管理責任者

従業者

コメント

・質問
・承認
・提案

・思考
・選択

自己研鑽

エンパワメント

# ２　虐待防止における相談支援専門員とサービス管理責任者等の役割について

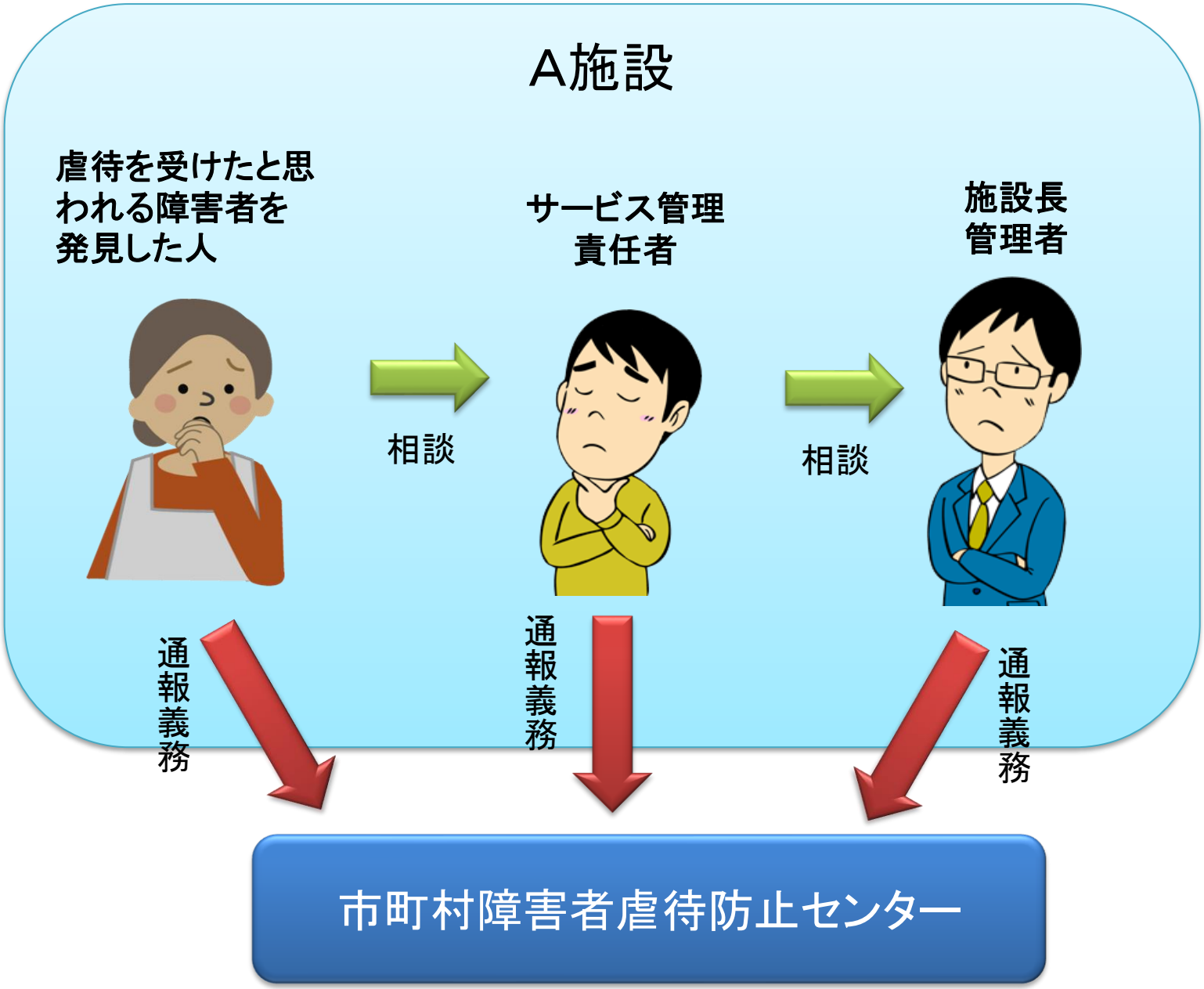
# 障害者虐待防止法第六条（障害者虐待の早期発見等）

第六条　国及び地方公共団体の障害者の福祉に関する事務を所管する部局その他関係者は、障害者虐待を発見しやすい立場にあることに鑑み、相互に緊密な連携を図りつつ、障害者虐待の早期発見に努めなければならない

２　障害者福祉施設、学校、医療機関、保健所その他障害者の福祉に業務上関係のある団体並びに**障害者福祉施設従事者等**、学校の教職員、医師、歯科医師、保健師、弁護士その他障害者の福祉に職務上関係のある者及び使用者は、障害者虐待を発見しやすいし立場にあることを自覚し、障害者虐待の早期発見に努めなければならない。

３　前項に規定する者は、国及び地方公共団体が講ずる障害者虐待防止のための啓発活動並びに障害者虐待を受けた障害者の保護及び自立の支援のための施策に協力するように努めなければならない。

| 法上の規定 | 事業名 | 具体的内容 |
|---|---|---|
| 障害者福祉施設 | • 障害者支援施設<br>• のぞみの園 | |
| 障害福祉サービス事業等 | • 障害福祉サービス事業 | 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援及び共同生活援助 |
| | • 一般相談支援事業及び特定相談支援事業<br>• 移動支援事業<br>• 地域活動支援センター経営する事業<br>• 福祉ホームを経営する事業 | |
| | • 障害児相談支援事業<br>• 障害児通所支援事業 | 児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援 |


A施設
虐待を受けたと思われる障害者を発見した人
サービス管理責任者
施設長管理者
相談
相談
通報義務
通報義務
通報義務
市町村障害者虐待防止センター

# 施設等の虐待事例の報道から考える

## 入所者殴り骨折　施設は虐待を事故として処理

県警は、身体障害者支援施設に入所中の男性（76）を殴り骨折させたとして、傷害の疑いで介護福祉士の容疑者（29）を逮捕した。

男性は骨折など複数のけがを繰り返しており、県警は日常的に虐待があった可能性もあるとみて慎重に調べている。

県警によると、約1カ月前に関係者からの相談で発覚同施設を家宅捜索した。

同施設を運営する社会福祉法人は男性の骨折を把握していたが、虐待ではなく「事故」として処理していた。

## 福祉施設で暴行死　施設長が上司に虚偽報告

知的障害のある児童らの福祉施設で、入所者の少年（19）が職員の暴行を受けた後に死亡した。また、施設長が2年前に起きた職員2人による暴行を把握したが、上司のセンター長に「不適切な支援（対応）はなかった」と虚偽の報告をしていたことが分かった。

県は、障害者総合支援法と児童福祉法に基づき、施設長を施設運営に関与させない体制整備の検討などを求める改善勧告を出した。

県はこれまでに、同園の元職員5人が死亡した少年を含む入所者10人を日常的に暴行していたことを確認。別の職員も入所者に暴行した疑いも浮上した。

（※最終的に、10年間で15人の職員が23人の入所者に虐待していたことが判明）

# 深刻な虐待事案に共通する事柄

- ○ 利用者の死亡、骨折など取り返しのつかない被害
- ○ 複数の職員が複数の利用者に対して長期間にわたり虐待
- ○ 通報義務の不履行
- ○ 設置者、管理者による組織的な虐待の隠ぺい
- ○ 事実確認調査に対する虚偽答弁
- ○ 警察の介入による加害者の逮捕、送検
- ○ 事業効力の一部停止等の重い行政処分
- ○ 行政処分に基づく設置者、管理者の交代
- ○ 検証委員会の設置による事実解明と再発防止策の徹底

障害者施設の理事長談 **「暴力や暴言があったことは知らなかった。」**
⇒ 虐待が事業運営にとって大きなリスクであるとの認識が希薄

- ● 今すぐ、施設・事業所で虐待がないか総点検すること
- ● 虐待が疑われる事案があったら速やかに通報すること

## 虐待による死亡事例が起きた施設の第三者検証委員会最終報告書

（26年8月：抜粋）

「施設においては、職員に対し虐待防止・権利擁護に関する研修を実施するとともに、虐待防止委員会を設置するなど、形の上では虐待防止体制を整備していた。しかし、虐待が疑われる場合、市町村等への通報が求められているにもかかわらず、それを前提とした虐待防止体制が作られていなかった。また、一部の職員は障害特性や行動障害のみならず、権利擁護についての理解が不足していた。幹部職員も、虐待防止に向け具体的な対策を採ろうとする意識が欠けていた。」

「幹部は支援現場にほとんど足を運ばず、職員との意思疎通や業務実態の把握も不十分であった。」「一部幹部は虐待や疑義について『なるべく相談・報告しないようにしよう』という雰囲気を蔓延させるなど、虐待防止体制が機能不全に陥ったと考えられる。一連の虐待問題に係る幹部の責任は重大である。」

「上司に相談しにくい雰囲気、また『相談しても無駄』という諦めがあった」「職員個人が支援現場における課題や悩みを抱え込まず、施設（寮）内で、あるいは施設（寮）を超えて、相談・協力し合える職場環境が築かれていなかったと言える。」

**組織的な虐待防止の取組が不可欠**

# 虐待をされたら、どうする?

## 1.「いやだ」「やめて」と言う

虐待をされたら、
まずは「いやだ」「やめて」と
言ってください。
がまんしなくて いいのです。

あなた以外の人が
虐待されていたら、
すぐに
役所か 身近な人に
言いましょう。

## 2. 役所に連絡する

役所には 誰かといっしょに 行ったり、
代わりに連絡してもらっても かまいません。
どうしたらいいか わからないときは、
身近な人に 相談しましょう。

**ここに 連絡してください**

あなたが連絡したことは 秘密にされます。

電話やメール、
ファクス、手紙で
連絡することも
できます。

## 3. 連絡した後はどうなる?

誰がどのような虐待をしたのか、
役所の職員が 確認します。
虐待した人や
虐待が起きた施設・会社などは
注意されます。

虐待をした人が
警察に
逮捕されることも
あります。

このパンフレットは、平成27年度障害者総合福祉推進事業費補助金により 社会福祉法人大阪手をつなぐ育成会が作成したものです。

家族や施設の職員、
会社の人など、
あなたのことを
守ってくれるはずの人が、
ひどいことを してきたら、
それは 虐待かも しれません。

# 虐待されていませんか?
# 見たことありませんか?

「いやだな」「やめてほしいな」と
思うことをされたら
「やめて」と 言っていいのです。

あなたのことを
虐待から 守るための
決まり(法律)も あります。
その法律を、
障害者虐待防止法と いいます。

わかりやすい版

# 虐待されたら "やめて"と言おう

## 障害者虐待防止法は あなたを守ります

(法律の正式な名前は「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」といいます)

# これは、虐待です。

心理的虐待

【このほかにも】
他の人の前で ばかにされる
仲間はずれに される
「おやつ抜き」などの 罰がある
など

経済的虐待

【このほかにも】
給料から 知らないお金が 引かれている
自分の携帯電話を 他人が使っている
自分の通帳を 見せてもらえない
など

身体的虐待

身体的虐待

身体的虐待

【このほかにも】
手や足を しばられる
苦しい姿勢を させられる
タバコの火などを 押しつけられる
など

性的虐待

性的虐待

【このほかにも】
体をさわられる
裸の写真や アダルトビデオなどを 見せられる
無理やり キスやセックスを させられる
など

ネグレクト

ネグレクト

【このほかにも】
手伝ってほしいのに 無視される
トイレに 行かせてもらえない
病気なのに 病院に連れていってもらえない
など

「ネグレクト」とは、ほったらかしにされる という意味です。

# ３ （自立支援）協議会について

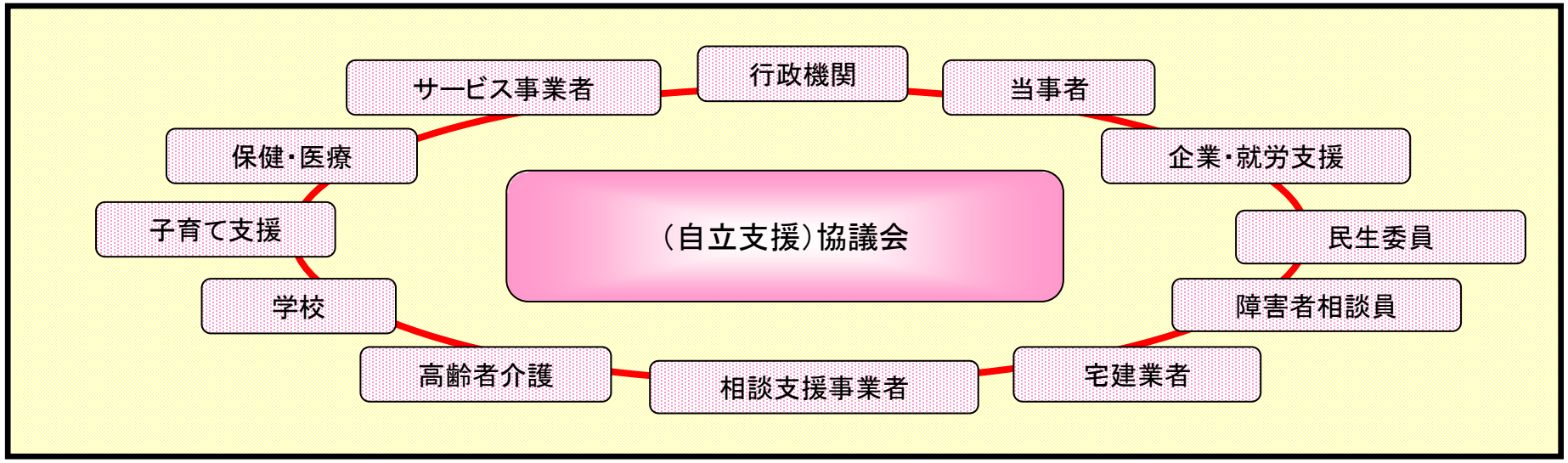
# （自立支援）協議会の法的位置づけ

**（協議会の設置）**

**法第八九条の三**　地方公共団体は、単独で又は共同して、障害者等への支援の体制の整備を図るため、関係機関、関係団体並びに障害者等及びその家族並びに障害者等の福祉、医療、教育又は雇用に関連する職務に従事する者その他の関係者により構成される協議会を置くように努めなければならない。

２　前項の協議会は、関係機関等が相互の連携をはかることにより、地域における障害者等への支援体制に関する課題について、情報を共有し、関係期間等の連携の緊密かを図るとともに、地域の実情に応じた体制の整備について協議を行うものとする。

**【（自立支援）協議会を構成する関係者イメージ】**



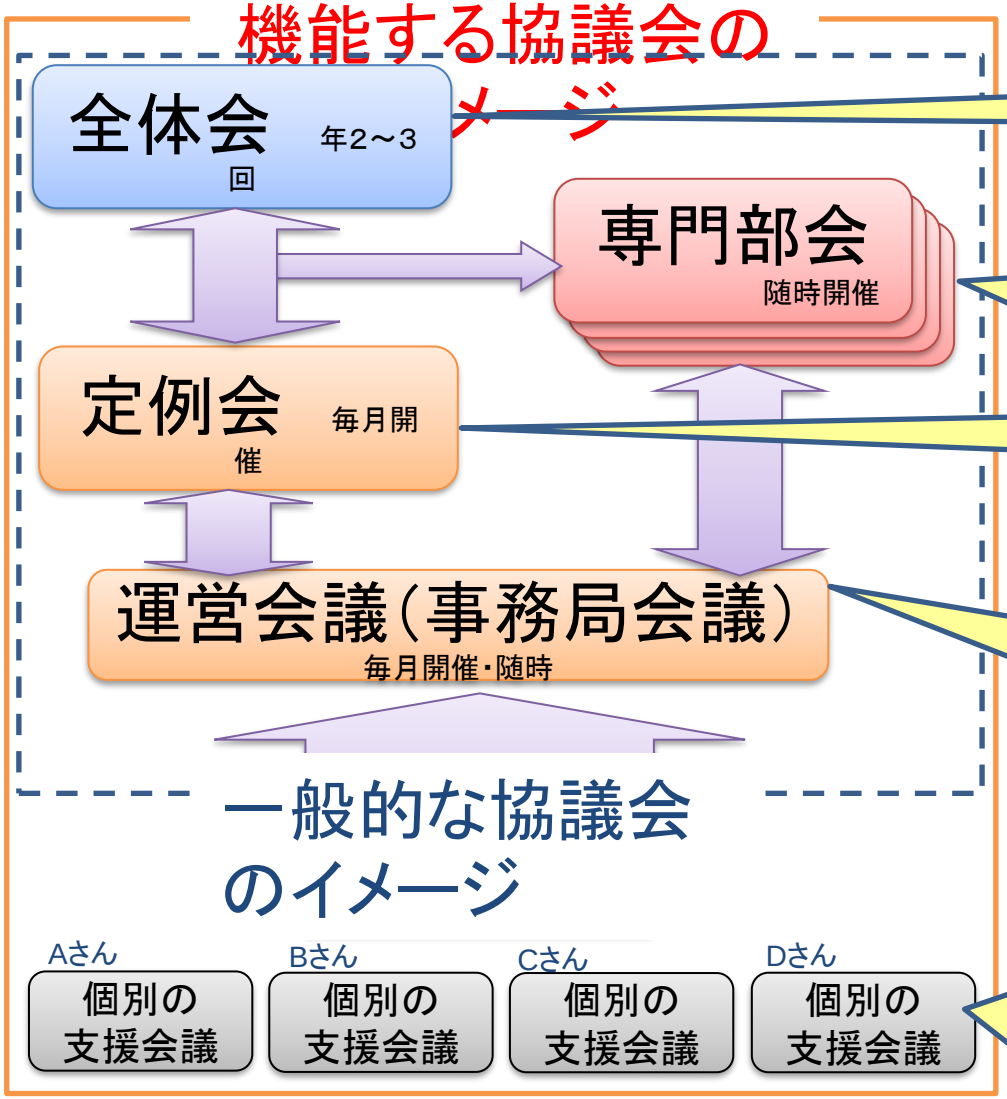
# 市町村（自立支援）協議会の機能

| | |
|---|---|
| 情報機能 | • 困難事例や地域の現状・課題等の情報共有と情報発信 |
| 調整機能 | • 地域の関係機関によるネットワーク構築<br>• 困難事例への対応のあり方に対する協議、調整 |
| 開発機能 | • 地域の社会資源の開発、改善 |
| 教育機能 | • 構成員の資質向上の場としての活用 |
| 権利擁護機能 | • 権利擁護に関する取り組みを展開する |
| 評価機能 | • 中立公平性を確保する観点から、委託相談支援事業者、基幹相談支援センター等の運営評価<br>• 指定特定相談支援事業、重度包括支援事業等の評価<br>• 都道府県相談支援体制整備事業の活用 |

出典：自立支援協議会の運営マニュアル （財団法人日本障害者リハビリテーション協会（平成20年3月発行）

# 各会議の標準的なシステムとポイント

## （地域自立支援）協議会はプロセス（個別課題の普遍化）




**ポイント5**

＊全体会において地域全体で確認

**ポイント4**

＊課題別に具体的議論を深める。社会資源の改善・開発を全体会に提案

**ポイント3**

＊定例会で地域の情報を共有し、具体的に協議する場（参加者は現場レベル）

**ポイント2**

＊個別の支援会議で確認した課題の取扱について運営会議で協議・調整
（交通整理役、協議会のエンジン）

**ポイント1**

＊個別支援会議は協議会の命綱
これが開催されないと、協議会の議論が空回りする場合が多い。
＊本人を中心に関係者が支援する支援を行う上での課題を確認する場

出典：自立支援協議会の運営マニュアル （財団法人日本障害者リハビリテーション協会（平成20年3月発行）一部改変

# （参考）各会議の機能と参加メンバー例

| 会議 | 機能 | 参加メンバー例 |
|---|---|---|
| **個別の支援会議**<br>（サービス担当者会議） | 地域の障害のある当事者が直面している生活課題を解決するために実施。当事者の生活課題についての共有、解決策の検討、支援の調整や役割分担等を行う。 | 当事者（本人、家族）、相談支援事業者、市町村担当者、児童相談所、サービス提供事業者、教育機関、訪問看護事業者、主治医、民生委員・児童委員　etc |
| **運営会議** | 協議会を円滑に運営していくための協議を行う。<br>個別の支援会議から見える地域課題整理、定例会の議題調整、専門部会の進捗管理等を行う。 | 事務局（基幹相談支援センター）、市町村担当者、委託相談支援事業者、部会代表　etc |
| **定例会** | 相談支援事業者による相談支援活動、専門部会等で集約された地域の福祉・保健・医療等に関わる諸課題を、事業所・関係機関で共有する。課題について意見交換を行い、再び専門部会等での詳細な協議を支援する。 | 協議会事務局、市町村担当者、当事者代表、サービス提供事業者、教育関係機関、医療関係機関、ハローワーク、市町村社会福祉協議会、民生・児童委員代表　etc<br>→主に現場を統括する者 |
| **専門部会**<br>（プロジェクト会議） | 地域課題の整理および解決策の検討を定期的な協議で行ったり、緊急性の高い課題の解決のために期間を定めて集中的に協議を行う場合もある。 | 協議メンバーは同事業種でメンバーを組織、あるいは協議会内外から適当な人材を選出 |
| **全体会議** | 年に1回、地域の障害福祉関係機関、周辺機関に声を掛けて集まっていただき、自立支援協議会の活動報告を行う。<br>協議内容についてコンセンサスを図る。 | 協議会事務局、市町村担当者、当事者代表、サービス提供事業者、教育関係機関、医療関係機関、ハローワーク、市町村社会福祉協議会、民生・児童委員代表　etc<br>→主に施設・機関を統括する者　（市民） |

# （参考）専門部会（プロジェクト会議）の例

| | |
|---|---|
| 障害別 | 身体障害者部会、知的障害者部会、<br>精神障害者部会、発達障害者部会、<br>障害児部会 |
| 課題別 | 地域移行支援部会、権利擁護部会、<br>就労支援部会、進路部会 |
| 事業種別 | 居宅介護事業所、日中支援事業所、<br>就労支援事業所、障害者支援施設、<br>短期入所部会 |

# 市町村（自立支援）協議会は地域づくりの中核

- 自己完結に陥らない（ネットワークで取り組む基盤をつくる）
- 他人事にとらえない（地域の課題を的確に把握する）
- 出来ることから進める（成功体験を積み重ねる）
- 取り組みの成果を確認する（相互に評価する）

市町村（自立支援）協議会は地域が協働する場

地域で障害者を支える

# 都道府県（自立支援）協議会

①法的根拠

**（障害者総合支援法施行規則）**

**第六五の一五**　法第七十八条第一項に規定する厚生労働省令で定める事業は、（略）、都道府県の区域内における相談支援の体制に関する協議を行うための会議の設置、（略）その他障害者等が自立した日常生活及び社会生活を営むために必要な事業であって広域的な対応が必要なものとする。

②役割

- 都道府県内の圏域事の相談支援体制の状況を把握・評価し整備方策を助言
- 相談支援従事者の研修のあり方を協議
- 専門的分野における支援方策について情報や知見を共有、普及
- その他（都道府県障害福祉計画の作成・具体化に向けた協議、権利擁護の普及に関すること等）

③構成メンバー等

相談支援従事者、専門相談機関、更生相談所、児童相談所、教育委員会、学識経験者、市町村（協議会）代表、当事者・家族会代表、その他都道府県関係行政機関　等

# （自立支援）協議会と障害福祉計画

**（市町村障害福祉計画）**

**法第八八条**　市町村は、基本指針に即して、障害福祉サービスの提供体制の確保その他この法律に基づく業務の円滑な実施に関する計画（以下「市町村障害福祉計画」という。）を定めるものとする。

８　市町村は、第八十九条の三第一項に規定する協議会を設置したときは、市町村障害福祉計画を定め、又は変更しようとする場合において、あらかじめ、<u>協議会の意見を聴くよう努めなければならない</u>。

**（都道府県障害福祉計画）**

**法第八九条**　都道府県は基本指針に即して、市町村障害福祉計画の達成に資するため、各市町村を通ずる広域的な見地から、障害福祉サービスの提供体制の確保その他のこの法律に基づく業務の円滑な実施に関する計画を定めるものとする。

６　都道府県は、協議会を設置したときは、都道府県障害福祉計画を定め、又は変更しようとする場合において、あらかじめ、<u>協議会の意見を聴くよう努めなければならない。</u>

# ４　地域生活支援拠点等の整備について

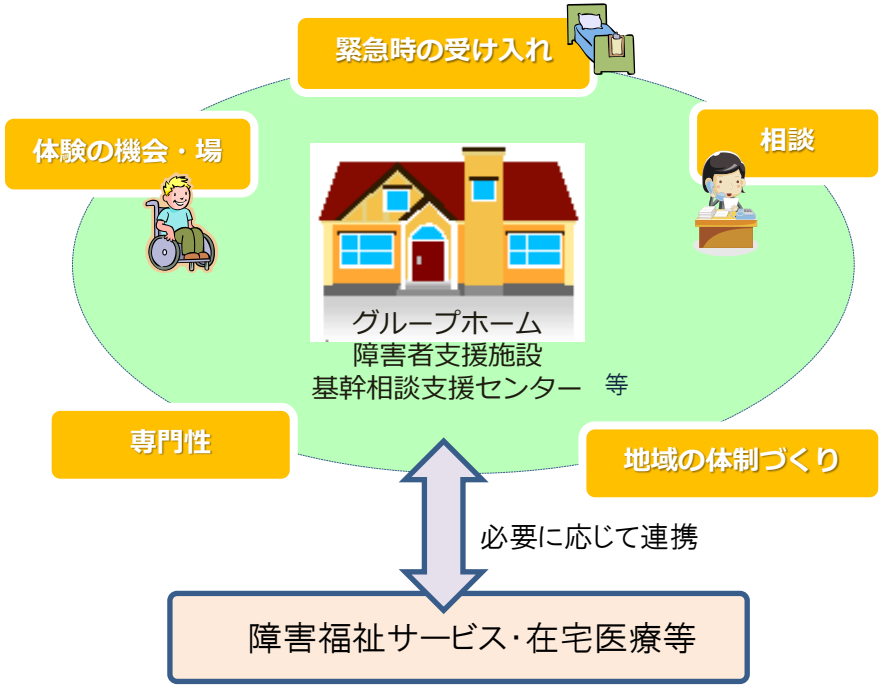
# 地域生活支援拠点等の整備について

障害者の重度化･高齢化や「親亡き後」を見据え、居住支援のための機能（相談、体験の機会・場、緊急時の受け入れ・対応、専門性、地域の体制づくり）を、地域の実情に応じた創意工夫により整備し、障害者の生活を地域全体で支えるサービス提供体制を構築。

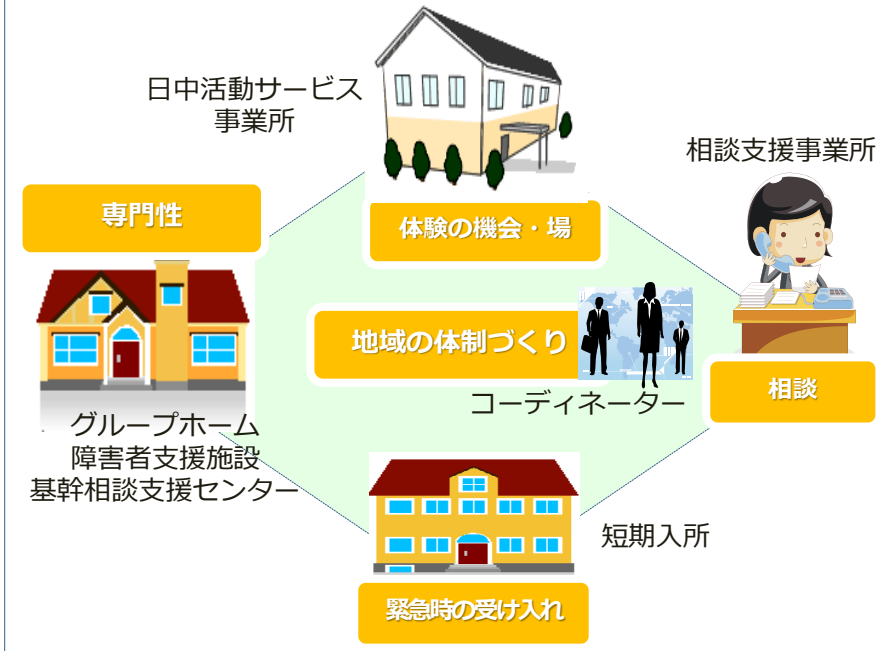
●地域生活支援拠点等の整備手法（イメージ）※あくまで参考例であり、これにとらわれず地域の実情に応じた整備を行うものとする。

各地域のニーズ、既存のサービスの整備状況など各地域の個別の状況に応じ、協議会等を活用して検討。

## 多機能拠点整備型




## 面的整備型



# 地域生活支援拠点等の整備促進について（通知）【骨子】

平成29年7月7日

## 趣旨

○　地域生活支援拠点等の整備促進を図るため、目的、必要な機能等、市町村・都道府県の責務と役割を周知・徹底する。

## 整備の目的

○　障害者等の重度化・高齢化や「親亡き後」に備えるとともに、重度障害にも対応できる専門性を有し、障害者等やその家族の緊急事態に対応を図る。

## 必要な機能等

○　5つの機能を集約して、「多機能拠点整備型」、「面的整備型」等、地域の実情に応じた整備を行う。

① 相談　② 緊急時の受け入れ・対応
③ 体験の機会・場　④ 専門的人材の確保・養成
⑤ 地域の体制づくり

※　地域の実情を踏まえ、必要な機能やその機能の内容の充足の程度については、市町村が判断する。

※　緊急時の対応等について、医療機関との連携も含め、各機能を有機的に組み合わせる。

※　地域の実情に応じた機能の付加も可能。

## 運営上の留意点

○　個別事例を積み重ね、地域の共通課題を捉え、地域づくりのために活用することが重要である。

○　必要な機能が適切に実施されているかどうか、定期的に又は必要な時に、運営に必要な機能の実施状況を把握しなければならない。

## 市町村・都道府県の責務と役割

【整備に向けた取組】

○　地域におけるニーズの把握や課題の整理を早期に行い、積極的な整備を進める必要がある。

○　拠点等の整備については、必要な機能等の実効性の担保等により市町村が総合的に判断する。
（拠点等の整備時期を明確にしておくことが必要）

【必要な機能の充実・強化】

○　地域の課題や目標を共有しながら、相互に連携する効果的な取組を推進していくこと。

○　効果的な運営の継続
・　市町村の定期的な評価
・　拠点等の取組情報の公表（普及・啓発）

【都道府県の役割】

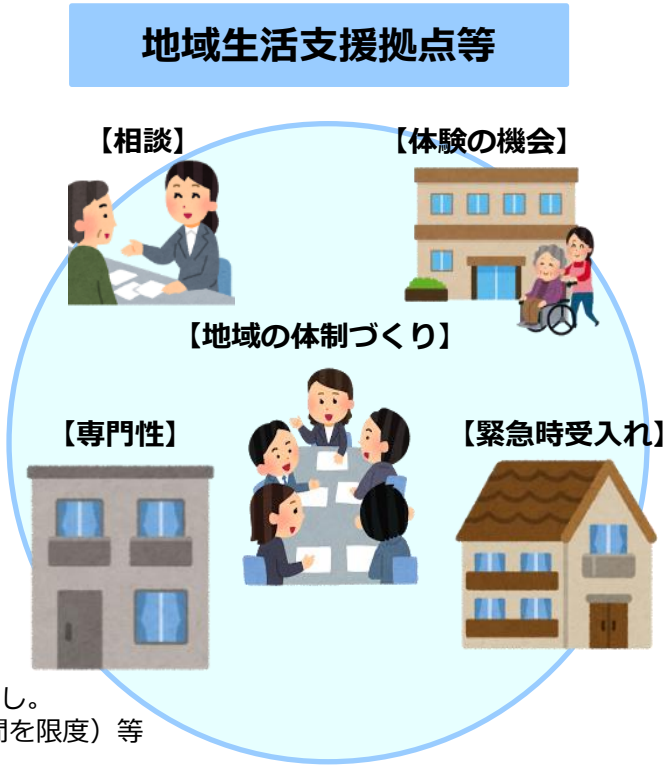
○　都道府県は、拠点等の整備、運営に関する研修会等を開催し、管内市町村における好事例（優良事例）の紹介、また、現状や課題等を把握し、共有するなど後方的かつ継続的な支援を図る。

# 地域生活支援拠点等の機能強化

○　地域生活支援拠点等は、障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、障害者の生活を地域全体で支えるため、居住支援のためのサービス提供体制を、地域の実情に応じて整備するもの。

○　第５期障害福祉計画（平成30年度～32年度）では、平成32年度末までに「各市町村又は各障害保健福祉圏域に少なくとも１カ所の整備」を基本。

※参考：平成29年9月時点における整備状況　　42市町村、11圏域
平成29年度末までに整備予定　　117市町村、43圏域
（全国：1,718市町村、352 圏域）




**【相談機能の強化】**
○　特定相談支援事業所等にコーディネーターの役割を担う相談支援専門員を配置し、連携する短期入所への緊急時の受入れの対応を評価。
・　地域生活支援拠点等相談強化加算　　700単位／回（月４回を限度）等

**【緊急時の受入れ・対応の機能の強化】**
○　緊急の受入れ・対応を重点的に評価するために、緊急短期入所受入加算の算定要件を見直し。
・　緊急短期入所受入加算（Ⅰ）　120単位／日　→　180単位／日（利用開始日から7日間を限度）等

**【体験の機会・場の機能の強化】**
○　日中活動系サービスの体験利用支援加算を引上げ。
・　体験利用支援加算　300単位／日　→　500単位／日（初日から５日目まで）
＋50単位／日　※　地域生活支援拠点等の場合　　等

**【専門的人材の確保・養成の機能の強化】**
○　生活介護に重度障害者支援加算を創設。
・　重度障害者支援加算　強度行動障害支援者養成研修（実践研修）修了者の配置　　7単位／日（体制加算）　等

**【地域の体制づくりの機能の強化】**
○　支援困難事例等の課題検討を通じ、地域課題の明確化と情報共有等を行い、共同で対応していることを評価。
・　地域体制強化共同支援加算　　2,000単位／月（月１回限度）