

障害者(児)ケアマネジメントの過程における相談支援専門員・サービス管理責任者等に求められる視点、行動

支援等の前提となるしくみ、環境、資質等		ケアマネ過程 関係機関等	インテーク	アセスメント	ケアプラン・サービス支給決定	サービス実施	モニタリング	最終・移行(ライフステージ・事業所)
エンパワメント	連携							
<p><b>障害者の個性の尊重</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当事者が様々な経験を通じ、「選択できる力」をつけるようにする。</li> <li>他のサービスを利用することにより新たにできることを具体的に示すなど、選択肢の情報のバランスを取る。</li> <li>親の思い込みを取り払う。</li> </ul> <p><b>課題のアセスメントの共有化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>リスクアセスメントに焦点を当てて、どのようにケアシステムを作っていくか、関係機関が参加して話し合う。</li> </ul> <p><b>関係機関の役割分担の明確化</b></p>	<p><b>顔の見える関係づくり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>計画的かつ継続的に連絡会を実施する。</li> <li>関係機関の連絡会、交流会に顔を出す。</li> <li>機会をとらえて、関係機関に立ち寄る。</li> </ul> <p><b>ネットワークで支えるしくみづくり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ひとりで抱えず、チーム支援を大切にすること。</li> <li>一事業所で課題解決できるとは思わないで、ネットワークで支えていく。</li> <li>関係機関が協力し合って、ケア会議を行う。</li> <li>伝えるべきところに、サービスのコンセプトを明確に伝え、利用者の適合性を高める。</li> <li>必要に応じて、必要なところから支援を得るようにする。</li> </ul> <p><b>情報の共有化の重要性の理解の促進</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人の意向を尊重しつつ、情報の共有化を図る。</li> <li>本人が関係機関への情報の提供を拒否する場合は、連携することのメリットを伝え、本人の理解を取りながら進める。</li> <li>命に係わる場合は、本人の理解によらず伝える。</li> </ul>	<p><b>【相談支援専門員】 相談支援事業所 (特定・一般)</b></p> <p><b>面接時の心構え</b></p> <p>&lt;話しやすい雰囲気づくり&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>面接の時間等を本人の希望に合わせて設定する。</li> <li>面接に時間をかける。一回当たりの時間は限定しつつ、長いおつきあいをする。</li> <li>面接の際の座る位置、(真正面に座らない。)や場所(自宅等)を配慮する。</li> <li>訪問前に容姿や服装を確認する。</li> <li>相手に興味を持ち、話を聞くことを楽しむよう心掛ける。</li> </ul> <p>&lt;本人が感じている生きづらさの共有&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>共感して話を聞き、内容を整理、書面に表す。</li> </ul> <p><b>当事者との信頼関係の構築</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>傾聴する。</li> <li>「こんな暮らしもあるね」など、具体的にイメージできるように提案する時間を持つようにする。</li> <li>聞きすぎない、急ぎ過ぎない。</li> <li>誠実な態度で笑顔で対応する。</li> <li>アウトリーチに力を入れる。</li> <li>何回か訪問を積み重ねる。</li> <li>本人に寄り添った支援、気持ち、考え、意識を大切に伝える。</li> <li>当事者との関係づくりの在り方に関するガイドラインを作成する。</li> </ul> <p><b>本人や家族のニーズの的確な把握</b></p> <p>&lt;本人や家族の意識や要望の把握&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事前に本人・家族用の簡単な調査用紙を渡し、希望を書いてもらう。</li> <li>まず本人の話を聞き、その後家族や関係機関に話を聞く。</li> <li>親と本人の希望が異なる場合、別に話を聞く機会を持つ。</li> <li>最初にすべてを把握しようとする。</li> <li>本人が意図的又は無意識に隠していることがないか気に掛ける。</li> <li>自分の価値観はいったん置き、本人の希望の背景を考える。</li> <li>その言葉が発せられた意味を考える。</li> <li>最初から困り事を話さない。</li> <li>話が変わる場合も、「今はこうなんですわね」と問いかけの工夫を行う。</li> <li>本人の価値観を尊重し、できること、できないことを判別する。</li> <li>どの人にも多面的な「立場(顔)」があることを想定して話を聞く。</li> <li>多面性を探り当てる。</li> <li>必要でないことは聞かない。</li> <li>本人の希望と「現実とのズレ」を押さえる。</li> <li>表面的な課題を通して、本質的な課題を探る。</li> </ul> <p>&lt;生活状況の把握&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>居宅に行って、生活状況を確認する。</li> <li>訪問時に、置いてある写真やCD等を見て好みをつかみ、話を引き出すきっかけにする。</li> <li>趣味や余暇の過ごし方を把握する。</li> </ul> <p>&lt;ストレスに注目&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人の強みは何か、それを阻害するのは何か把握する。</li> </ul> <p>&lt;専門性や相性の把握&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>初回は複数で訪問し、複数の目で判断する。</li> <li>担当する相談員は、専門性や相性を考えて決める。</li> </ul> <p>&lt;障害の理解&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外出する等一緒に行動する。</li> <li>発達段階を確認する(児童)。</li> <li>成育歴や病歴などの基礎情報を収集する。</li> <li>障害特性が分からない場合は、病院に同行する。</li> </ul> <p>&lt;中長期的な視点で対応&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>将来像、暮らしの希望を聞く。</li> <li>将来像が見えない場合は、ピアカウンセリング(親、本人とも)を活用する。</li> </ul> <p>&lt;リスクの把握&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>心身の安定に対するリスク要因やその程度を把握する。</li> </ul>	<p><b>「自立」につながるプランの作成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「本人の役割」という欄を活用する。</li> <li>本人ができないことにサービスを用意する。</li> <li>支給決定基準上ではなく、本当に必要なサービス量を検討する。</li> </ul> <p><b>当事者の生活や思いが伝わるプランの作成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人の意向と家族の意向を分けて書く。</li> <li>支援者にとっての目標ではなく、本人にとっての希望や目標を記載する。</li> <li>本人の想いをサービス計画に表す。</li> <li>プランは、本人の前で、本人の言葉で書く(そうできる書式を使用)。</li> <li>「本人の希望」欄は一人称で書く(「私は〇〇したい」)。</li> <li>「私は〇〇したい」→「そのために〇〇する」という順序で書く。</li> <li>本人だけでなく、家族へのサポートの視点を盛り込む。</li> </ul> <p><b>本人の自己決定の支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス、制度、社会資源等の情報提供と選択肢を提案する。</li> <li>サービスを体験してもらう(緊急一時等)</li> </ul> <p><b>社会資源の確認</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>社会資源をフル活用できるように、本人を取り巻く環境を把握する。</li> <li>相談員はリアルタイムに、事業者に関する情報を把握できるようにする。</li> </ul> <p><b>サービスの調整力、コーディネート力の向上</b></p> <p><b>本人や家族の安心感の醸成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>完璧な計画を作ろうとせず、本人と一緒に探していく。</li> <li>精神的、心理的悩みに対する解決策をケアプランに盛り込む。</li> <li>本人や家族に、変化があればいつでも相談に乗ると伝えておく。</li> </ul>	<p><b>本人の本音を引き出すための良好な関係づくり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>定期的に合わせて「気にかけているよ」と声をかけ、話を聞きながら、本質に迫っていく。</li> </ul> <p><b>事業所の質の把握</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所まで行って本人とサビ管と面談する。</li> </ul> <p><b>地域移行を拒んでいる要素の除去</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>家族に理解してもらうための支援を段階的にしていく。</li> <li>家族の意向が優先されている場合には、本人にGH等の体験や見学をさせる。</li> <li>金銭的なネックがある場合、生保受給や在宅であれば支給される手当などについて具体的に提案する。</li> </ul> <p><b>【スムーズな移行】 (ライフステージ・事業所)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>計画相談というPDCAサイクルを通して得た利用者の情報や理解を次の支援者に引き継ぐ</li> </ul>				
					<p><b>【サービス管理責任者】 【児童発達支援管理責任者】 サービス事業所</b></p> <p><b>利用者のニーズや目標の把握</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人の基本情報、家族背景(ジェノグラム)を確認し、本人の主訴は本当の希望なのか、真意を探る。</li> <li>本人の目標を妨げている要因は何かを把握する。</li> </ul> <p><b>環境の理解</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人をサポートするフォーマル、インフォーマルな関係(個人、事業所、行政など)。</li> </ul> <p><b>本人の特性の理解</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>何がストレス要因になるかを知る。</li> <li>体調悪化時の特徴を知る。</li> <li>ストレス。</li> </ul> <p><b>本人の自己決定の支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス、制度、社会資源等の情報提供と選択肢を提案する。</li> <li>本人の価値観を尊重し、できること、できないことを判別する。</li> </ul>	<p><b>現状の把握</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>どのような支援があれば目標達成できるかを具体化する。</li> </ul> <p><b>将来の展望</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>目標を達成することで、本人の生活やライフステージがどのように変化していくかイメージする。</li> <li>10年後を見据えた支援(有効な支援になっているか)</li> </ul>	<p><b>サービス利用状況の把握</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス事業者と日頃から連絡を取り合う</li> </ul> <p><b>目標を達成するためのサポート</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「今やっていることは、このためにやっているよね」と目標を確認し、ステップアップのきっかけを見つける。</li> <li><b>個別支援計画の検証</b></li> <li>どのような支援が展開されたか、展開された支援は適切だったか、目標の変化がないかどうか確認する。</li> <li><b>生活全体の展望</b></li> <li>立てた目標に対して、皆で定期的に検証を行う。</li> <li>利用者がサービス等利用計画以外のどんなサービスを利用しているか普段の生活を見るようにする。</li> <li>ケア会議に参加し、情報交換を行う。</li> </ul> <p><b>本人の意思の尊重</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人のニーズを家族に代弁する。</li> </ul> <p><b>本人や家族のニーズへの対応</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人が利用しているサービス事業所が集まり、本人、家族を含めてケア会議を実施する。</li> <li>親に会えず、家庭訪問もできない場合は行政に相談する。</li> </ul> <p><b>広いネットワークや顔の見える関係づくり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者に気になることがあれば、関係機関に連絡する。</li> </ul>	
								<p><b>行政 (福祉・保健)</b></p> <p><b>利用者が言いたいことが言えるような環境づくり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活上の様々な困難や障害の実情の把握</li> <li>必要な支援に目を向けるだけでなく、本人ができる部分にも目を向ける。</li> </ul> <p><b>利用者が望む生活の把握</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人と家族との関係性の把握</li> <li>本人と一緒にジェノグラムを作って、家族との関係を確認する。</li> <li>本人と家族と何回も話をすることにより家族の関係性や状況を適切に分析する。</li> <li>家族との関係が悪い場合、家族以外に支援できる人が他にいないか探る。</li> </ul>
<p><b>&lt;地域をつくる&gt; 相談支援体制 自立支援協議会 基幹相談支援センター</b></p> <p><b>人材育成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>相談支援専門員のケアマネジメント力を高めるため、事業者連絡会と協力し、初任者研修修了者を対象として、初心者研修、フォローアップ研修等を実施する。</li> <li>テーマに応じて大学教員らを招聘。虐待等については弁護士に講義をもらうなど、より実務に即した研修を実施する。</li> <li>児童分野、高齢分野など、ライフステージにわたった知識が持てるような研修を実施する。</li> </ul>	<p><b>(基幹センター)相談支援のセーフティネットとしての役割</b></p>	<p><b>相談支援事業所の計画作成能力の向上</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>相談員の思いを理解した上で、提出された計画への書き方のアドバイスをします。</li> <li>サービス等利用計画が、個別支援計画と同じものにならないよう助言する。</li> </ul>	<p><b>相談支援事業所(相談支援専門員)のバックアップ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>サービスの詳細や支給量の考え方(根拠)等、相談支援専門員が必要とする情報を提供する。</li> <li>サービス等利用計画の書き方についての資料を新規開設事業所に渡す。</li> <li>研修会、連絡会、事例検討会などを開催し、フォローアップの場を持つ。</li> <li>計画の様式と一緒に考える。</li> </ul>					