

07 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
- II 多職種連携とチームアプローチ

日時：令和7年5月29日（木） 13：30～14：55
会場：山梨県立文学館講堂

（社福）三富福祉会 吉村 純

この講義のねらい



【獲得目標】

- 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について理解する。

【内 容】

- 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。

相談支援の種類として



①一般相談支援事業所（都道府県が指定）

施設入所支援を利用している方 精神科病院等に入院されている方が対象で地域定着支援地域移行支援 どちらの利用に際しても移行計画が必要になります。施設または病院から地域に出るにはどうするのかを支援（地域移行支援）する。地域で暮らし続けるための支援（地域定着支援）を通して地域生活に関する総合的な支援をおこなうことが目的です。

②特定相談支援事業所（計画相談）（市町村が指定）

サービスを利用するにはサービス等利用計画書を作成してもらう。生活するにあたり必要な福祉サービスを案内し、総合的に組み立てること（サービス利用支援）、利用しているサービスが適切か見直すこと（継続サービス利用支援）を通して、障害福祉サービスに関わる総合的な支援を行うことです。

③障害児相談支援事業所（計画相談）（市町村が指定）

障害児通所サービスを案内すること（障害児支援利用援助）、利用している障害児通所サービスが適切か見直すこと（継続障害児支援利用援助）を通して障がいを持つ児童やその保護者を支援することです。

法律の中でのケアマネジメントの基本理念

障害者基本法 第3条

すべての障害者は、個人の尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい処遇を保障される権利を有するものとする。

すべての障害者は、社会を構成する一員として社会・経済・文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする。



(障害者基本法 抜粋)

『相談支援の手引き』のなかでケアマネジメントとは

障害をもつ方々が住み慣れた地域で自立した生活を送ることは、ふつうのことです。

しかし、自立した生活を送るためには、住み慣れた地域の様々なサービス資源や、保健・医療・福祉・教育・就労等をはじめとする様々な領域のサービスを上手に使ったり、地域の障害者に対する意識やかかわりを深めたり、また、地域（又は利用者・家族）が有している“強さ”や“力”を引き出していくことが必要となりますが、それは容易にできるものではありません。

これらのことを、障害者のおかれている状況等を踏まえ、適切かつ総合的に課題調整する必要が生じてきます。

その技法がケアマネジメントです。



(厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 相談支援の手引き 抜粋)

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

相談支援専門員による支援

相談支援専門員

相談支援事業者

アセスメント

サービス等利用計画案

支給決定（市町村）

サービス担当者会議

サービス等利用計画

継続サービス利用支援
（モニタリング）

サービス担当者会議

サービス等利用計画の変更

サービス事業者

利用契約（利用開始）

アセスメント

個別支援計画の原案

個別支援会議

個別支援計画

個別支援計画の実施
（サービスの提供）

モニタリング

個別支援計画の変更

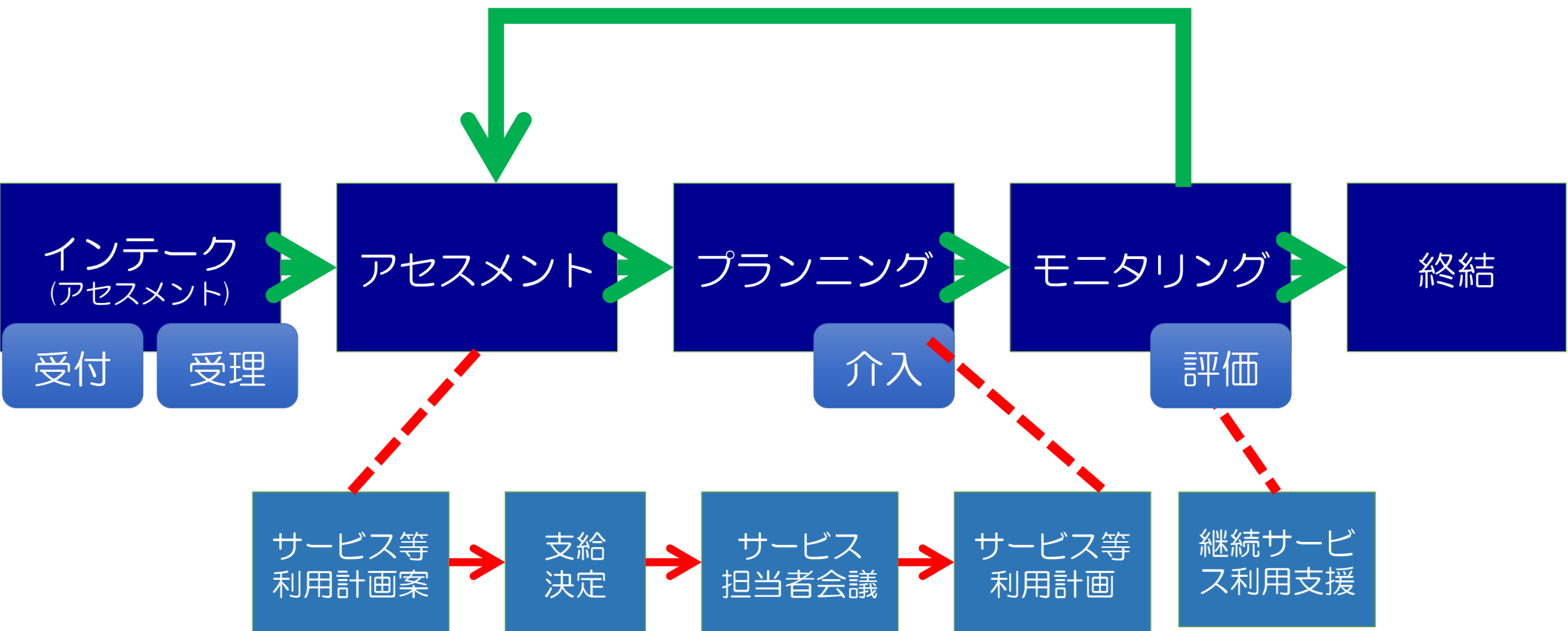
サービス管理責任者による支援

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・この講義では、この流れに沿って説明をしていきます。



5ピクチャーズとは

駒澤大学の佐藤光正先生が提唱したミスポジション論に基づく5ピクチャーズの手法です。



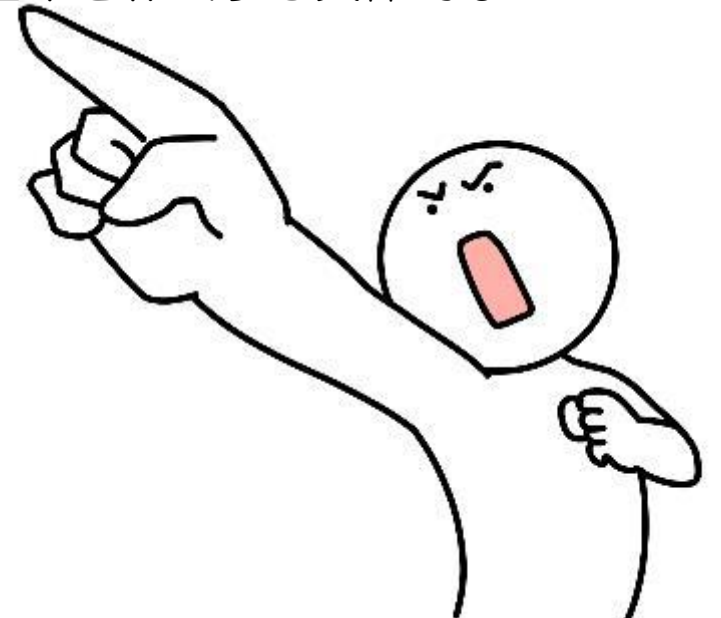
日ごろから「本人を中心に！本人の気持ちを大切に！」と口に出していながらも、いざ計画作成では、本人の気持ちを横に置いて、先にサービスありきで本人をあてはめている…という計画についついなっていないませんか？

ミスポジション論は、何らかの阻害要因のせいで、「将来なりたい自分」と「今の自分」とにギャップがある（ポジションがミス）という考え方。

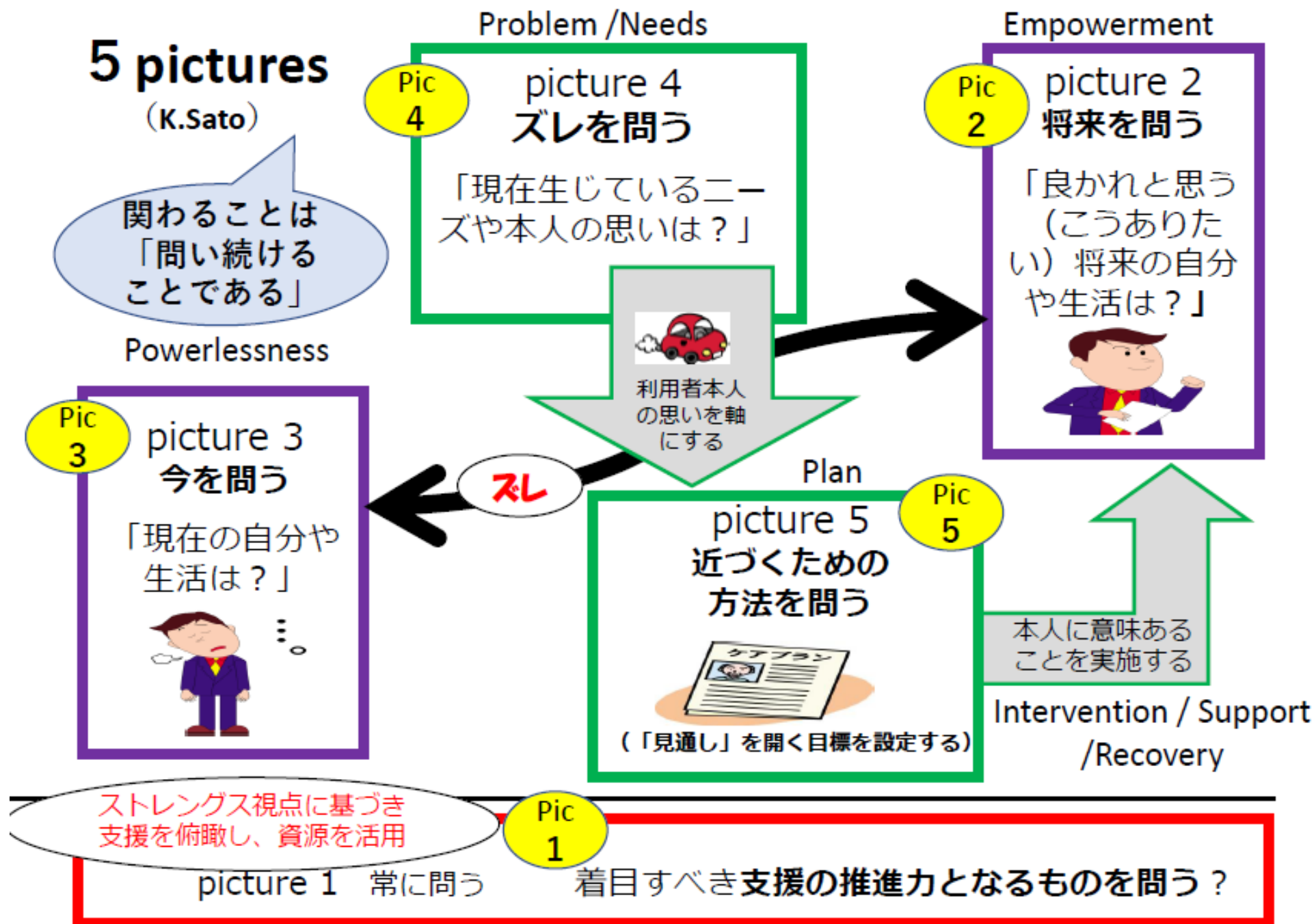
これまでの医学モデルをもとにした支援では、本人の中に解決すべき課題を見て、「あなたが頑張きなさい」という視点に陥りがちでした。

しかし、ミスポジション論では、「将来なりたいポジション」に向かって、「阻害要因をどう乗り越えていいきましょうか？」という視点になります。

5ピクチャーズは、本人中心から最後まで軸をぶらさずに計画案を作成する具体的なアセスメントツールとして紹介されます。



5ピクチャーズ＝「**ストレングス視点**」をベースに、「**人としての共通モデル**」の枠組みで「**利用者本人の車**」で目的地にむかう鳥瞰図（ちょうかんづ）



【Picture 4】	ニーズアセスメント（私の希望や困っていること）	【Picture 2】	こうありたい将来の自分・生活
私の思いを100文字で言うと・・・		近づくためのアイデア帳 （どうしていく）	
【Picture 3】	私はこんな暮らしをしています 今までこんな暮らしをしてきました。	【Picture 5】	私が希望する生活に向かっていく近づくための方法
		夢に向かって近づく意味のある目標（当面の目標）	
		希望する生活に近づくために困っていることやしてほしい事 ・ ・ ・	
【Picture 1】	ストレングス		
私の良いとこと・強み		私を応援してくれる人たち	私の地域の良いところ



ストレングスとは「強み」であり、本人の強い部分や周りからの強み・環境面での強みなどについて考えていきます。

《私の良いところ》：本人の強い部分に着目します。

【例】

○犬に優しい ○電車（車）が好き ○仕事したいという意欲を持っている
など、得意な事や好きな事も本人のストレングス（強み）として捉えます。

育児中の母だと

○まじめで優しいお母さん ○周りに弱音を吐かずに育児を頑張っている
などもストレングスになるでしょう

《私を応援してくれる人》家族や支援者などの周りのサポートの強みに着目します。

* 家族からの協力や支援が強みであれば

○お母さんはとても協力的に自分の世話をしてくれる
○休みの日にはお父さんがドライブに連れて行ってくれる

* 近隣に相談者がいるとすれば

○近くの友人がいつも相談を聞いてくれる

《地域の良いところ》

住んでいるその周囲や環境面での強みに着目します。

『例』

○駅の近くに自宅がある
○買い物に出かけるスーパーが近くにある
○昔から住んでいる場所で友達もたくさん住んでいる

【Picture 2】

利用者の方が「良かれ」と思っているイメージや、こうありたい将来像の情報を入れるスペースです。ここが理想とする目的地です。

Picture 1でそれぞれ入力したストレングスをもとに、こうありたい将来の自分・生活を考えます。

その際に

- ・誰とどのようにして暮らしたいか？
- ・本人の楽しみは何か？
- ・本人の役割や活動
- ・地域（友人や地域住民など）との関係も着目しておきます。

『例』

○電車が好きなのでいろんなところへ行きたい

○仕事がしたい（※具体的な仕事の内容を書きます）

○一人で暮らしたい

Picture 2で書かれたものが計画書の目標になります。

【Picture 3】

利用者の現在の生活状況など、過去のエピソードも含めてざっくり記入します。生活歴の簡易版です。ここが現在地です

Picture 2で書いた「こうありたい将来の自分・生活」に対して、現在の生活や生活状況がどのようなのか・今までこんな生活を送っていたを考えます。

『例』

- ・支援学校に卒業した後、作業所を利用したがすぐに辞めてしまった。
- ・日中はずっと家にいて何もすることがない。
- ・電車が好きでDVDや雑誌を見ていると気分が落ち着く。
- ・犬の世話が好き。
- ・ごはんが好き。

【Picture 4】 利用者の主訴やニーズ、思いなどの 情報を入れます。メモの段階では、ご本人の表現そのままを入れたほうがニュアンスが伝わり やすいです。なお、「100字要約」づくりは、 少し理解が進んだ「中間まとめメモ」あたりで の作成が良いと思います。



Picture 3での現在の生活状況に対して、ニーズアセスメントをします。

注意点として、本人の言葉で「～したい」という表現で記入します。

「～できない」などの困り事として表現すると本人のパワーがなくなるので注意が必要です。できるだけやる気や意欲につながる表現であるほうがPicture 1で記入したストレングス（強み）につながっていくでしょう

『例』

- ・ずっと家で過ごしているのでする事が無い
- ・電車が好きなので、いろんな所へ行ってみたい
- ・仕事がしたい（具体的な仕事内容があれば記入）
- ・仕事をするのは不安なのでまずは訓練から始めてみたい

など、Picture 3に対する解決方法や乗り越えるための方法に着目します。

本人の思い・困りごとを100文字で要約しておくが良い。

【Picture 5】 Pic5は、近づくための方法、「そのためにどうするか？」の情報を入れます。ざっくりとした支援計画（アプローチ）にあたる場所です。ここは本来、最後のエリアになるのですが、メモの段階で見え隠れしているときはアプローチのアイデアなどを入れておくといいです。



Picture 4で記入した内容と照らし合わせながらPicture 2の将来のくらしや生活に向けての近づくための方法を記入します。

Picture 4で複数記入した場合、まずはどこからスタートしていくかを考えます。

『例』

Picture 2→電車が好きなのでいろんなところへ行きたい

Picture 4→電車が好きなのでいろんなところへ行きたい

と記述されていたなら

「電車に乗って好きなところを旅行する」

もインパクトゴールになるでしょう

『他の例』

Picture 2→仕事がしたい

Picture 4→仕事をするのは不安なのでまずは訓練から始めたい
であれば

「仕事ができるように訓練を受ける」

または

「自分に合った仕事をみつけれるように訓練を受ける」

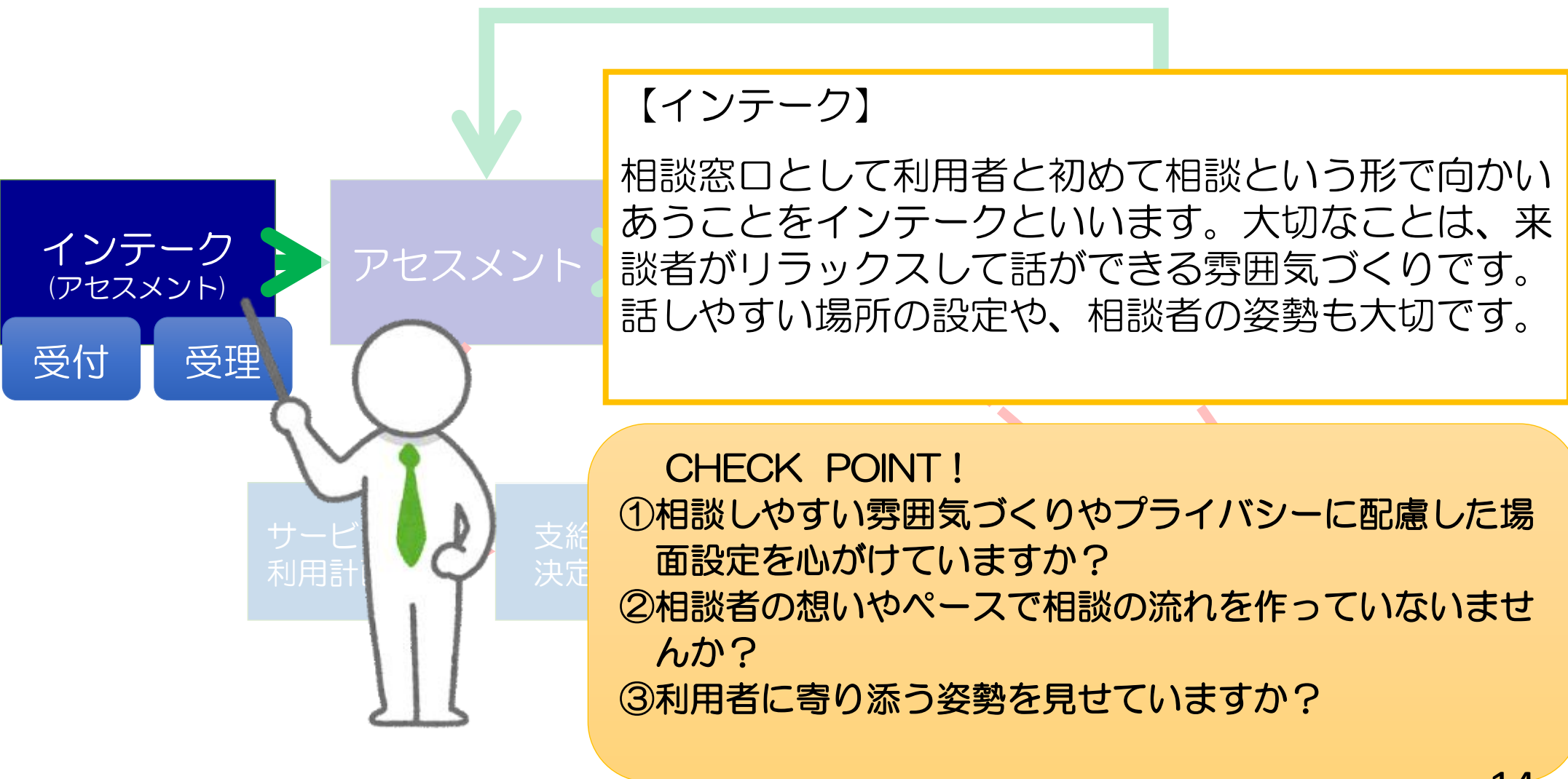
もインパクトゴールになるでしょう

Picture5の内容が「夢に向かって近づく意味ある目標（当面の目標）」となります。

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

① 関係性の構築とインテーク・アセスメント（初期相談）



こんな相談がA市役所福祉課に来ました

相談者：水道橋 翼：当時50歳 男性

相談場所：A市役所福祉課

《相談の聞き取り内容》

- ・ A市在住 妻とは9年前に離婚 長男(22歳)・次男(18歳)と同居。
- ・ 長男の久は知的障害（軽度）現在は家でひきこもっており、父親が面倒を見ている。
- ・ 大工をしている。
- ・ 通勤途中に交通事故にあい、大けがを負う。
- ・ 右半身に麻痺が残り、仕事ができなくなってしまった。
- ・ 家事など何とか行っていたが、事故後はできないことが多い。
- ・ 「自分のことだけで精いっぱい障害を持っている長男の面倒が見れないので、何とか施設に入れてもらえないか」ということだった。
- ・ 長男（久）にも自分の状態は伝えてあり、「お父さんと離れて自分で生活できるようになりたい」と言っているとのこと。



① 関係性の構築とインタビュー・アセスメント (初期相談)

初回相談

前のスライドの時点では …

父の状態と長男(久さん)の話を父から聞いているだけのため

- ① 福祉サービスの利用が妥当なのかの判断材料が不足
(本人との対話がない・情報不足)
- ② 福祉サービスの利用となるとサービス等利用計画書が必要となる
ため相談員の選任が必要である。
- ③ 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確認。
 - ・ **対面**での関係が基本

要Checkです

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)

④ 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。

要Checkです

トレーニングや
準備が必要

① 関係性の構築とインテーク・アセスメント (初期相談)

初回面談の日程が決まりました。

A市役所福祉課が市内の相談支援事業所に初回相談の内容を伝え、相談支援センターひまわりの「六本木はやと」相談支援専門員が選任されました。

六本木はやと相談員 経歴・人柄など

- ・30才 男性
- ・生活介護事業所5年従事、その後相談支援専門員になって4年が経過。
- ・人の話を良く聞く。
- ・事業所の内容を理解するために出向くことは惜しまない。
- ・会議の場では発言者の話を聞きすぎてしまうため、会議が進まないことがある。
- ・事業所の担当者が変わったときは、計画書の内容を引き継ぐようにしているが、途中経過の確認はモニタリングのタイミングだけになることもある。



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

- * 初回はA市役所相談室にて面談を行う。
- * 参加者：水道橋 久（本人） 六本木はやと（相談員）
- * 面談時間13:00～14:00
- * 面談記録（六本木はやと 作成）

- ・ 22歳 支援学校卒業後、製造業の仕事に就くが1年半で退職。
- ・ 困っていても相談できず、受け身である。
- ・ 面倒見の良い上司がいなくなり、仕事ができなくなってしまった。
- ・ 約2年自宅にてひきこもった生活を送っている。(怒られた経験から人に会うのが怖い様子)
- ・ 生活保護担当CWの勧めで精神科受診。眠剤と安定剤1日1回(夜)服用している。
- ・ お父さんが事故にあい、仕事ができなくなり、市に相談したことは分かっており、自分としても「お父さんと離れて自分で生活できるようになりたい」と思っている。
- ・ 「父には迷惑をかけたくない。」「困りごとは相談したい」「3年後には普通に仕事をして立派な男になりたい」など話してくれた。
- ・ 本人の希望を聞き取ることができ、次回は福祉サービスの利用に向けて施設見学（就労B・GH）を行う約束をした。



要Checkです

インタビュー

関係性の構築

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)

要Checkです

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(信頼関係)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)



水道橋 久と六本木はやと

《就労継続支援B型事業所・共同生活援助事業所の見学を実施》

水道橋 久 「相談しながらやっていきたい」「今は朝、起きられない」
「掃除・洗濯・調理はできない」「働く自信がない」と言っている。
面倒見の良い人の話は素直に聞くことができる。

六本木はやとの見通し

- ・ 手先は器用なので練習をすれば家事もできるようになるのではないかな。
- ・ 見た目は大人しいが、自分のペースを乱されたり、急がされるとイライラする様子。
(小学校時代は友達に手をあげたこともある)
- ・ 移動手段は基本は徒歩だが、練習しだいで交通機関は利用できそう。

① 関係性の構築とインターク・アセスメント (初期相談)

インターク(アセスメント)
受付・受理



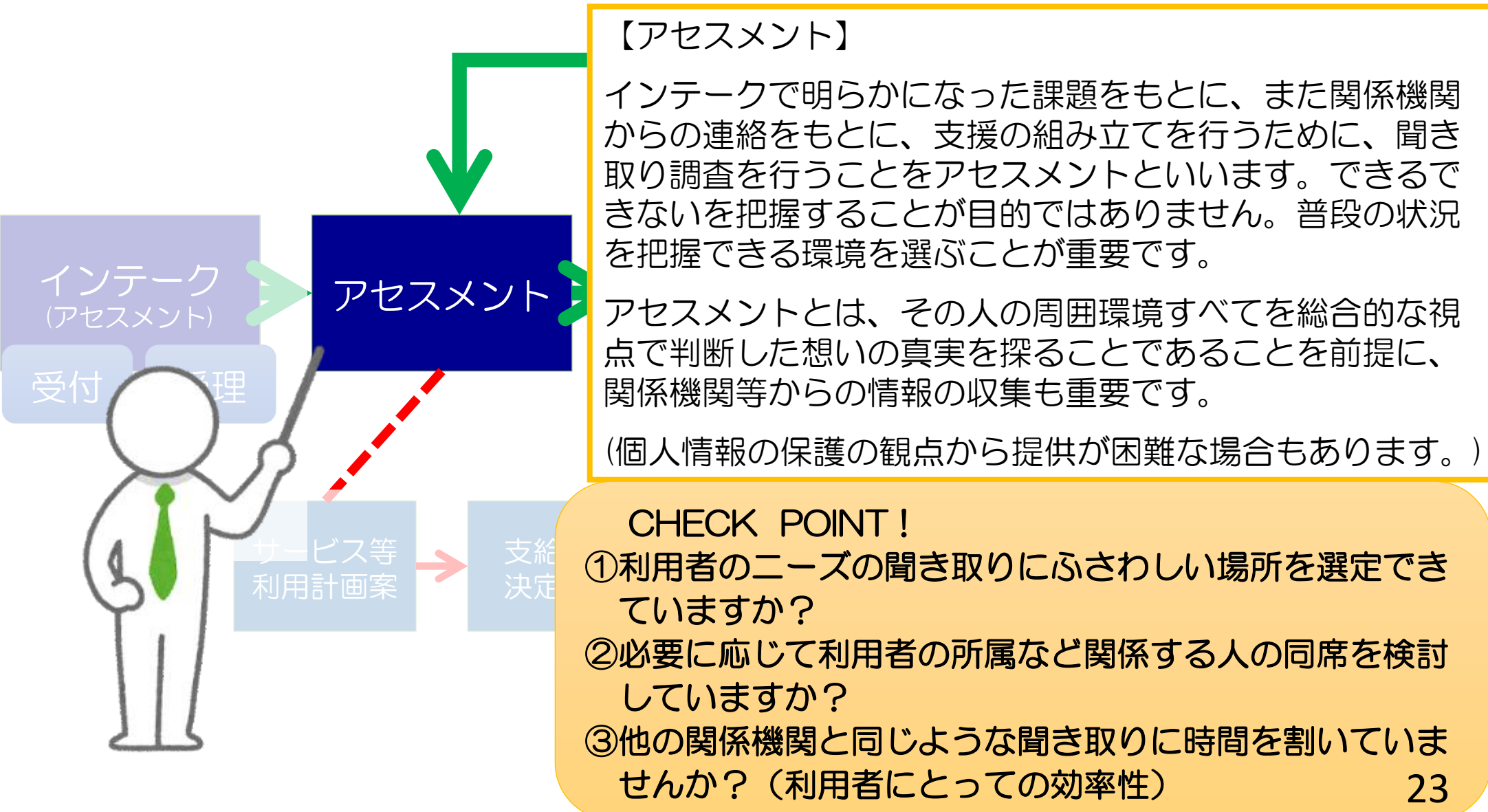
- 「今後の具体的な道筋を一緒に考えよう」と提案。
- 就労継続支援B型事業所・共同生活援助事業所の見学。
 - ひきこもっていた期間があり、環境の変化もあるため自宅周辺・見学した施設の周辺を散策するなどの提案。
 - 体験利用を勧める。



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

② アセスメント ー情報の収集と分析ー





《具体的な目標として》

水道橋 久さんより

「3年後くらいにはまた働きたい」

「今は働くことの自信がないので力をつけたい」

「1人でコツコツと集中できる作業が好き」

「働くときには優しい上司がいるところが良い」

「自分のことは自分でできるようになりたい」

「友達がうまく作れないので、昆虫の話ができる友達ができれば最高」

と伝えられた。

上記のことから

『グループホームを利用しながら、就労継続B型事業所に通所することを希望した』



② アセスメント ー情報の収集と分析ー

その後の経過（2-2）

初回面談

ゴール設定に
向けて

アセスメント

ゴール（当面）が定まってきたところで

六本木相談員は

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・関係機関の状況を整理する。

家族の情報

【本人 水道橋 久】

- 「3年後くらいにはまた働きたい」「今は働くことの自信がないので力をつけたい」
- 「1人でコツコツと集中できる作業が好き」「働くときには優しい上司がいるところが良い」
- 「自分のことは自分でできるようになりたい」
- 「友達がうまく作れないので、昆虫の話ができる友達ができれば最高」

【父 水道橋 翼】

- ・施設入所をさせたいと思っていたが、久さんが自立したいという気持ちを聞いて福祉サービスを利用しながら自立して欲しいと思っている（頑張っ欲しい）
- ・家以外で生活したことがないから心配。（戸惑うのではないかな）

【弟】

- ・高校を卒業したら就職する予定でいるが、兄のことを考える余裕がない。



② アセスメント ー情報の収集と分析ー

関係機関からの情報

【就労支援B型 スマイル サビ管 本田 一郎】

- ・組み立て作業を中心に体験利用を行った。
- ・手順が分かれば呑み込みが早い。
- ・困ったことがあっても自ら相談することができなかった。
- ・カフェの仕事は見学のみだったが、興味を示していた。

【共同生活援助 共同生活援助ピアハウス サビ管 川崎まさお】

- ・家事はやった経験がないが援助があればできるようになるのではないかと感じた。
(教えてくれる人がいなかったので経験が積み重なったのではないかと)
- ・片付け・整理整頓は苦手な印象を受けた。

【生活保護 A市役所 担当者】

- ・自分で自立した生活というイメージがまだ持てていないが、周りの人の協力が得られれば充分地域で生活ができると考えている

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

要Checkです

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?????

② アセスメント ー情報の収集と分析ー

アセスメントとは（２）

「なんでそんなこときくの？」に答えられる質問ですか？

（１）情報の収集

本人のゴール・解決したい課題に向け必要な情報を得る。

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！

（２）ニーズ整理

- ・ **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。 ※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

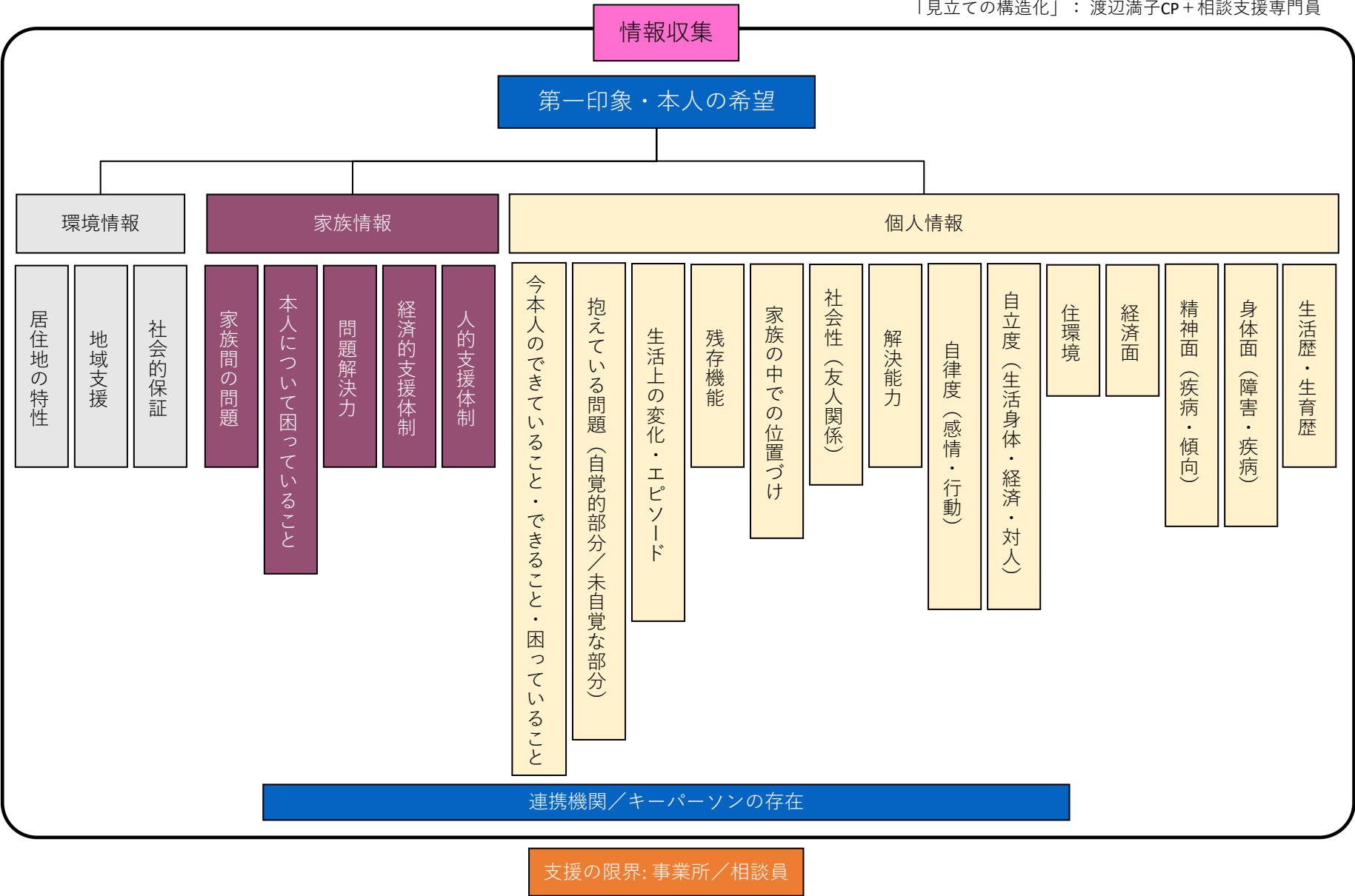
② アセスメント ー情報の収集と分析ー

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				
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				
平日				
休日				
生活状況[普通の1日の流れ]	どのようなリズムをもっている人でしょうか。			
本人				
平日				
休日				
[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				
[ジェノグラム]				
[エコマップ]				

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										
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)	本人の(推定)意思									
対人関係										
屋外移動やその手段(長距離、遠距離)	他者の解釈が介在									
金銭管理										
4 日常生活に関する領域										
身辺のこと	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。)									
調理										
食事										
入浴										
清掃・整理整頓										
洗濯										
書類整理・事務手続き	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)がい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)。									
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										

② アセスメント ー情報の収集と分析ー

「見立ての構造化」： 渡辺満子CP + 相談支援専門員



② アセスメント ー情報の収集と分析ー

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いることに留意する。

② アセスメント ー情報の収集と分析ー

ニーズ整理の留意点

① 「見立て」ができるようになるろう。

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。

② アタマの中を整理できるようになるろう。

- ・ 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。

要Checkです

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

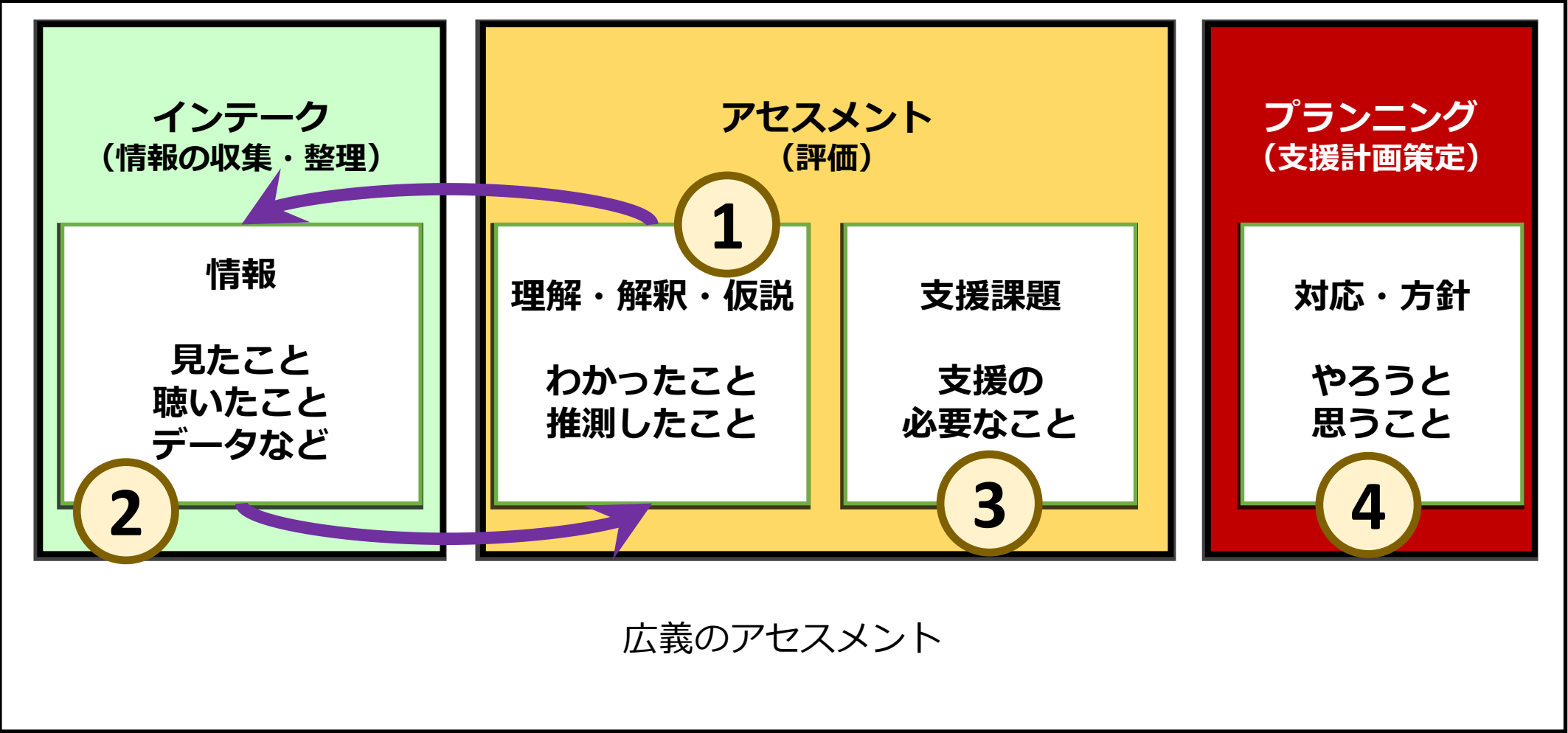
② アセスメント ー情報の収集と分析ー

ニーズ整理表（例）

ニーズ整理票		アセスメント			プランニング
インタビュー		理解・解釈・仮説 （作成者のとらえたかた、解釈・推測）			対応・方針 （作成者がやろうと思うこと）
情報の整理 （見たこと、聴いたこと、データなど：事実）		理解・解釈・仮説② （専門的アセスメントや他者の解釈・推測）			支援課題 （支援が必要と作成者が思うこと）
本人の表明している 希望・解決したい課題	(作成者の)おさえておきたい情報	本人	生物的事 こと		
			心理的事 こと		
			社会性・対人関係の 特徴		
		環境			

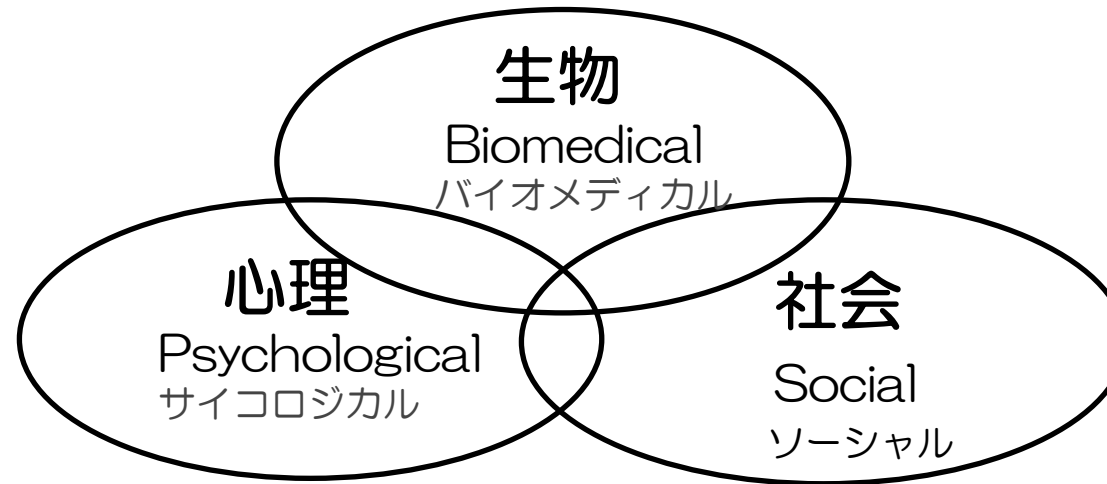
今回大づかみに捉えた本人像(100文字程度で要約する)

② アセスメント ー情報の収集と分析ー



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(身体)： 生来的気質・発達・障害・疾患など

○心理(心)： 不安・葛藤・希望・自己感・認知・内省性・感情統制・防衛機制など

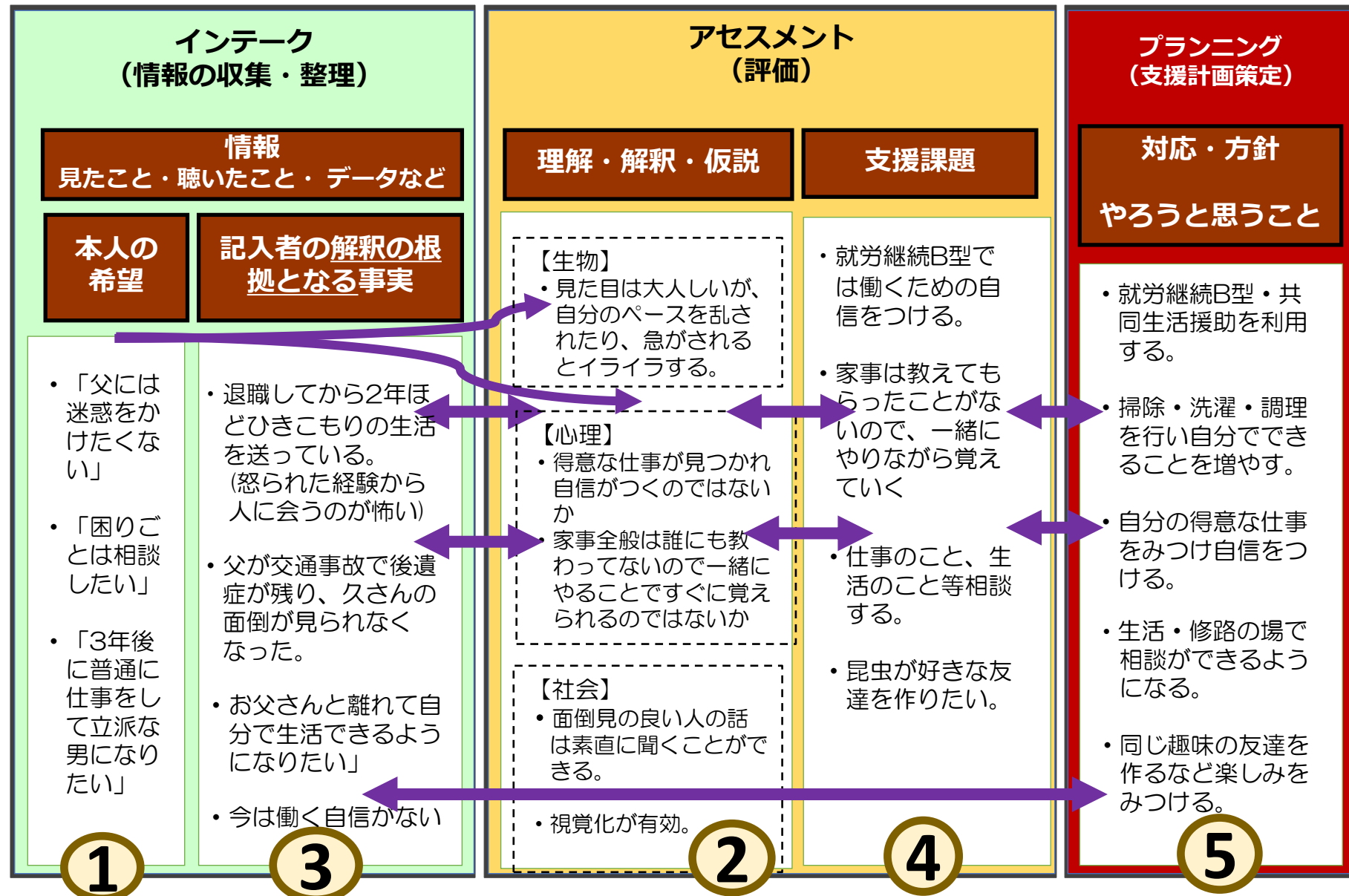
○社会(環境)： 対人関係の特徴や適応・社会関係など

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』

② アセスメント ー情報の収集と分析ー

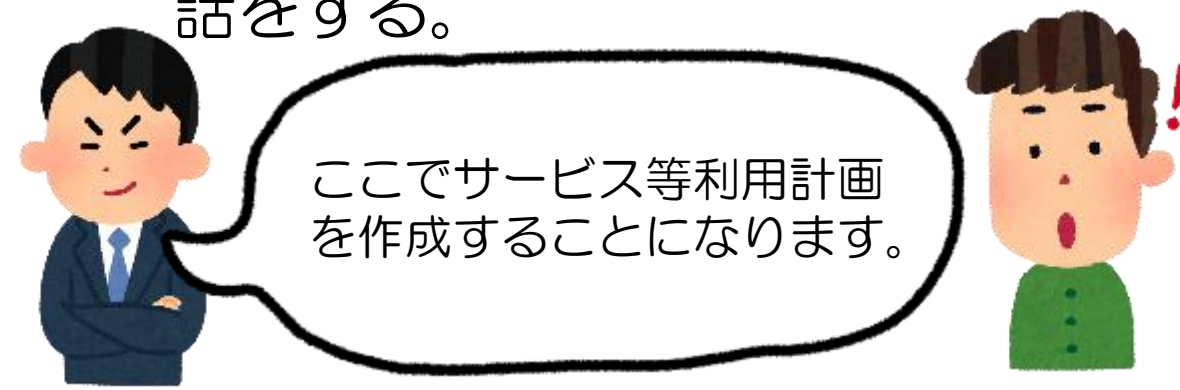
ニーズ整理の方法（2）





ニーズ整理の結果 4つの提案をします。

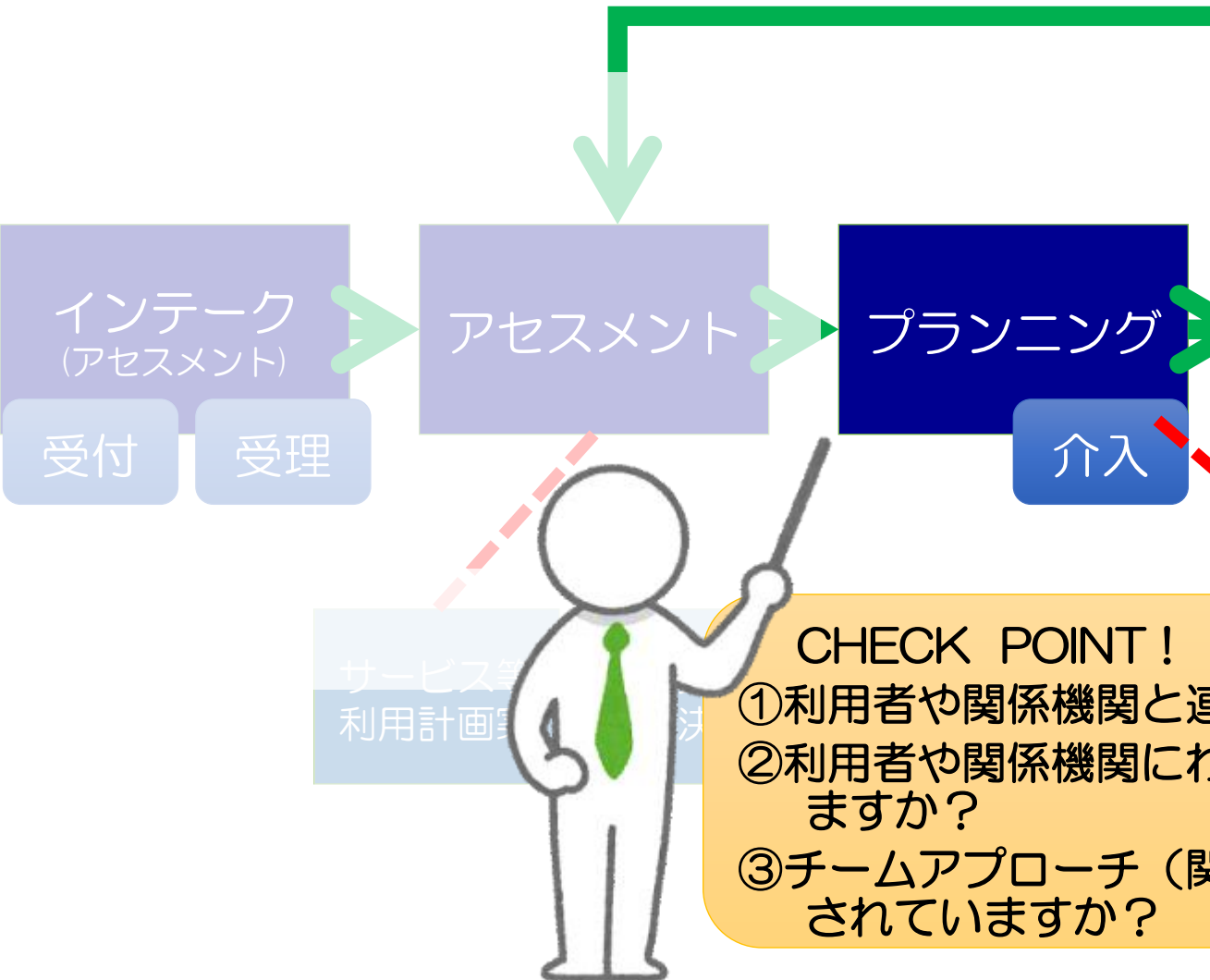
- ① グループホームで生活をして掃除・洗濯・調理を行い、自分でできることを増やす。(一人暮らしに向けた準備)
→ 職員に教えてもらいながら一緒にやる。
- ② 就労継続B型を利用して、働く事への自信をつける。
→ いろんな作業を経験して得意な仕事をみつける。
- ③ 相談する。
→ 生活・就労で困ったこと・不安に思っていることを相談する。
- ④ 楽しみをみつける
→ 昆虫など同じ趣味を持った人と友達になる。職員と楽しみについて話をする。



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

③ プランニング



【プランニング】

個別支援会議における検討をもとにサービス利用や支援体制の計画を様式におとし利用者に確認しながら生活の組み立てを検討するのが、個別支援計画の作成です。支援に関わる関係機関に対してもケアの全体像と支援目標を的確に表現し、当事者に何をどのようにどこが支援しているかがわかりやすく表記されていることが重要です。

CHECK POINT !

- ①利用者や関係機関と連携して計画が作成されていますか？
- ②利用者や関係機関にわかりやすい計画様式が準備されていますか？
- ③チームアプローチ（関係機関で与える）という視点が反映されていますか？

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

プランニング

③ プランニング 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

06-01 サービス等利用計画(案)							
利用者氏名	水道 橋久	障害支援区分	区分 3	相談支援事業者名	相談支援センターひまわり		
障害福祉サービス受給者証番号	000XXX##	利用者負担上限額	0	計画作成担当者	六本木はやと		
地域相談支援受給者証番号	000XXX???	通所受給者証番号	000XXX\$\$\$				
計画作成日	令和〇〇年 5月 25日	モニタリング期間(開始年月)	令和〇〇年 8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)	久さんは、特別支援学校の高等部卒業後一般企業で働いていたが、「上司の注意が怖い。仕事に集中できない」と言って退職した後はひきこもりがちな生活をしてきた。昨年、父親が交通事故で右半身に後遺症が残り、久さんの面倒を見られなくなった。久さんは、「父親に世話になったので迷惑をかけたくない」「3年後には普通に仕事をして立派な男になりたい」「自分のことは自分でできるようになりたい」という希望を持っているが、「今は朝も起きられない」「働く自信もない」のでそのための「準備をしたい」と思っている。また、「困りごとは相談したい」と言う気持ちがあり、一人暮らしに向けた準備をするためのグループホームの利用と就労に向けて準備をするための就労継続支援B型の通所を希望している。また、「昆虫の話ができる友達が欲しい」と思っている。 父親は「私も体が不自由になってしまい久の面倒はみられません。久には福祉サービスを利用して自立してほしい」と言っている。						
総合的な援助の方針	グループホームでは生活上の様々な経験を積み、就労継続支援B型では、仕事を継続するためのコツを身につけて自信をつける。また、生活上のことを相談できる力をつけることや、生活上の楽しみをみつけることで、「自分のことは自分でできるようになる」という目標が達成できるよう支援する。						
長期目標	① グループホームでは、掃除や洗濯、調理等の生活していく上での力をつける。 ② 就労継続支援B型事業所では、仕事を続けていくうえでの自信をつける。 ③ 相談する力をつける。 ④ この間に見つけた昆虫等の趣味や、友だち活動等の生活上の楽しみを継続する。						
短期目標	① グループホームの日常生活に慣れる。 ② 就労継続支援B型事業所の作業に慣れる。 ③ わからないことや困っていることを相談する。 ④ 昆虫等の趣味や、友だち活動等の生活上の楽しみについて相談する。						
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	グループホームで一人暮らしに向けた準備をしたい。	グループホームの生活に慣れて、掃除や洗濯、調理等自分でできることを増やす。	12ヶ月	グループホーム 毎日	スケジュールを覚えて生活リズムを身に着ける。 掃除や洗濯、調理の仕方は、世話人さんに教えてもらいます。	3ヶ月	*朝なかなか起きることができない
2	今は働くことに自信がないのでそのための力をつけたい。	いろいろな作業経験を積んで得意なことを見つける。	12ヶ月	就労継続支援B型 月～金	就労継続支援事業所での作業を通して経験を増やします。	3ヶ月	*朝なかなか起きることができない
3	困りごとは相談したい。	生活のこと、仕事のことなどで困ったり、不安だったりを相談できるようになる	6ヶ月	グループホーム 毎日 就労継続支援B型 月～金 相談支援事業所 随時 病院 4週間に1回 土曜	グループホームで一日の出来事を報告します。 仕事については、就労継続支援事業所で相談します。 服薬をして定期的に通院します。	1ヶ月	
4	楽しみをみつけない。	昆虫等の趣味や、友だち活動等の生活上の楽しみについて話しかけます。	6ヶ月	グループホーム 就労継続支援B型 相談支援事業所	昆虫等の趣味や、友だち活動等の生活上の楽しみについて話を聴かせてください。	3ヶ月	

1

4

5

ニーズ整理票「支援課題」「対応・方針」から導かれる

4

5

ニーズ整理票「対応・方針」から導かれる

ニーズ整理票「支援課題」を本人の言葉で書く

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

③ プランニング サービス等利用計画の作成に当たって

『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)

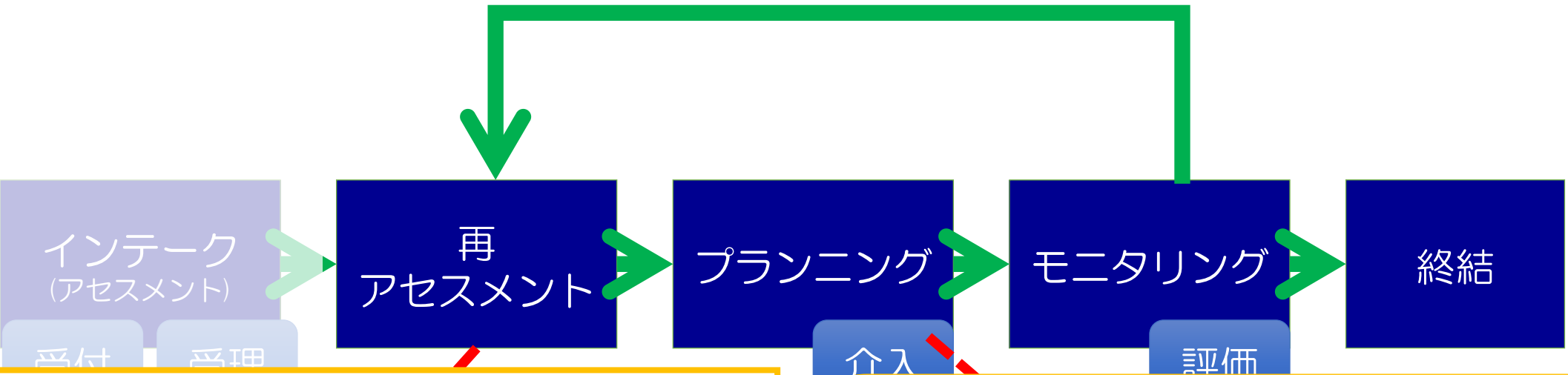
- ① 自立支援計画であること。
- ② 総合支援計画であること。
- ③ 将来計画であること。
- ④ ライフステージを通した一環した支援計画であること。
- ⑤ 不足したサービス、資源を考える契機であること
- ⑥ ネットワークによる協働であること。



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

④ モニタリングと評価・終結



【モニタリング】

関係者で確認された支援計画の効果と実際のサービス状況を把握します。さらに、計画に課題がないかを確認することがモニタリングの役割です。生活につきもののアクシデントへの素早い対応など本人の変化を見守り評価することが必要です。相談支援者がすべてを担うことは難しいので、キーパーソンを位置づけ、本人の状況等を報告して頂ける関係を作ることも大切です。また、サービス現場を訪問するなどして、実態を把握することで、利用者の想いや生活の状況を知ることができます。

CHECK POINT !

- ①個別支援計画においてモニタリングの時期が設定されていますか？
- ②必要に応じてサービスの提供現場へ訪問できていますか？
- ③ケースごとにキーパーソンが決められていますか？
- ④必要に応じてケアチームが集まってモニタリング会議（個別支援会議）が開催され、プランの見直しができていますか？

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

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

- 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)

要Checkです

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

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

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）
- ・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

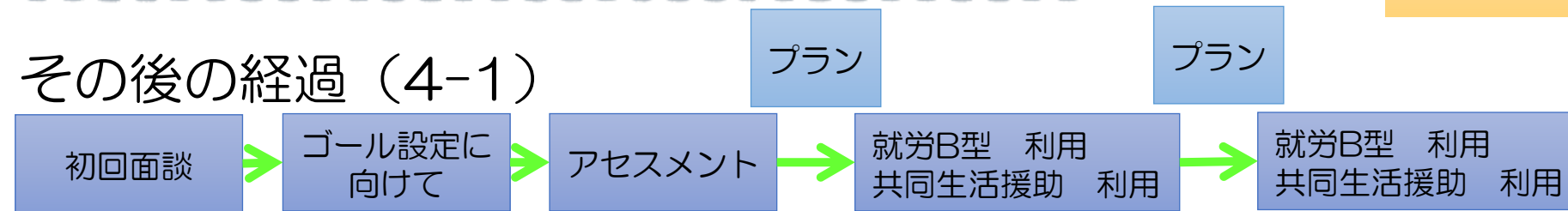
- ・必要に応じて適宜、様々な方法でなされる。

要Checkです



でも本人を中心に

その後の経過（4-1）



《利用を開始して6ヶ月》

六本木相談員がサービス等計画書の内容を基に情報収集する。

《本人 水道橋 久》

- 朝はどのようにして起きているのか。
- 困ったことは相談ができているか。
- 仕事に自信がついてきているのか。
- 起床時間・就寝時間は。
- 遅刻・欠席があった場合 連絡ができているのか。
- 仕事はどのようなことをしているのか。
- 家事はどうしているのか。
- 世話人がいなくなった後の過ごし方は。

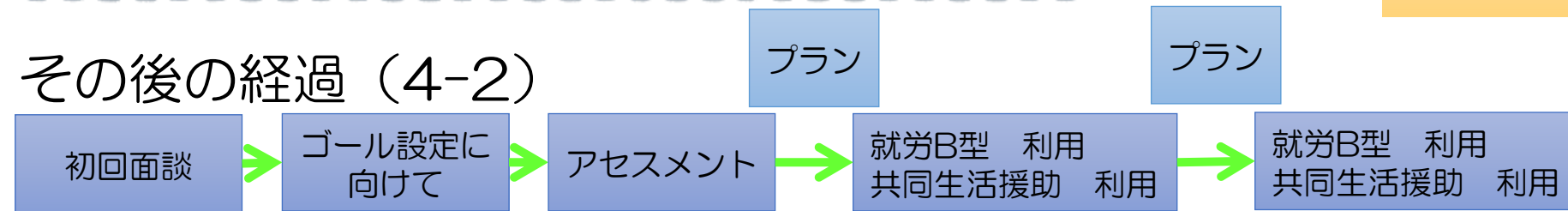
《就労 就労支援B型 スマイル》

- 遅刻・早退・欠席の状況を確認する。
- 作業は何をしているのか。
- 相談はできているか。
- 遅刻・欠席の時は連絡をしてくれるか。
- 取り組みの姿勢はどうか。
- 友達はできたか（話ができる人がいるのか）

《GH 共同生活援助ピアハウス》

- 掃除・洗濯・調理はどうしているのか。
- 休日の過ごし方は。
- 通所時の様子
- 夜の過ごし方は。
- 利用者との関係はどうか。
- 相談はできているのか。





《6ヶ月のモニタリング》

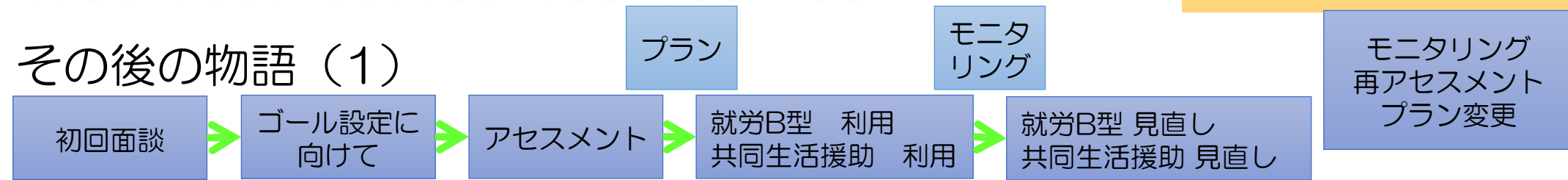
その後の経過（4-1）の各事業所からの情報を基にサービス等利用計画を変更します。

次の6ヶ月に向けて就労・GHとともに本人の希望を基に修正します。

《長期目標・短期目標・解決すべき課題》

- ・設定した内容ができたので次の内容にする。
- ・設定した内容が難しく違う内容に変更する。等

その後の物語（１）



6ヶ月のモニタリングがされて、
次のモニタリング頃 どのように変化しているのか…

《就労 就労支援B型 スマイル》

- ・ 仕事に自信はついたか。
- ・ 好きな仕事はみつかったのか。
- ・ りっぱな男になるという目標にどれだけ近づけているのか。
- ・ 次の目標に向かうことができるのか。

《GH 共同生活援助ピアハウス》

- ・ 自分でできることが増えたのか。
- ・ 就寝時間・起床時間は変わっていないか。
- ・ 自分で起きることができているか。

《共通》

- ・ 相談できるようになったか。
- ・ 楽しみをみつけられたか。



to continue

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

終結

今回の事例の場合、どこが終結でしょうか。

- ・1人暮らしを始めて一般就労する。
- ・実家に戻り、家族と生活を共にしながら一般就労する。
- ・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を。

ケアマネジメント手法とそのプロセス

Ⅱ 多職種連携とチームアプローチ について

Ⅱ 多職種連携とチームアプローチについて

1. 「多職種連携」・「チーム支援」とは何かを理解する

久さんのエコマップ



A市役所福祉課

A市役所生活保護

B精神科病院

就労継続B型

共同生活援助

相談支援

父

弟

本人

インフォーマル

C特別支援学校 中学部太鼓部顧問

C特別支援学校 高等部担任

製造部品工場

近所のスーパー

バスの運転手

博物館の職員

床屋さん

Ⅱ 多職種連携とチームアプローチについて

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生かしながら協力すること

③「連携」とは

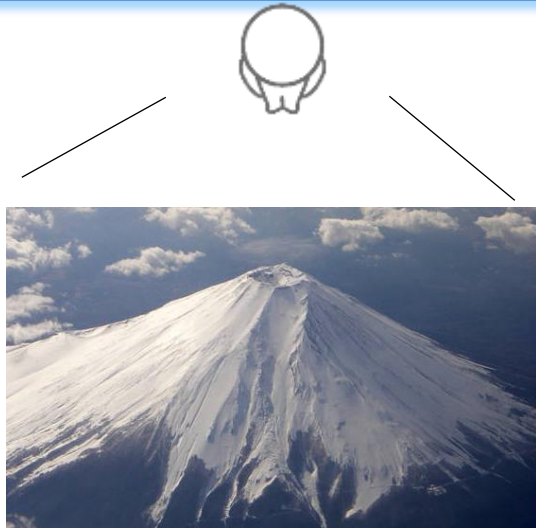
多職種、複数の関係者が共有する目標の達成を目指すプロセス（つながり）のこと

Ⅱ 多職種連携とチームアプローチについて

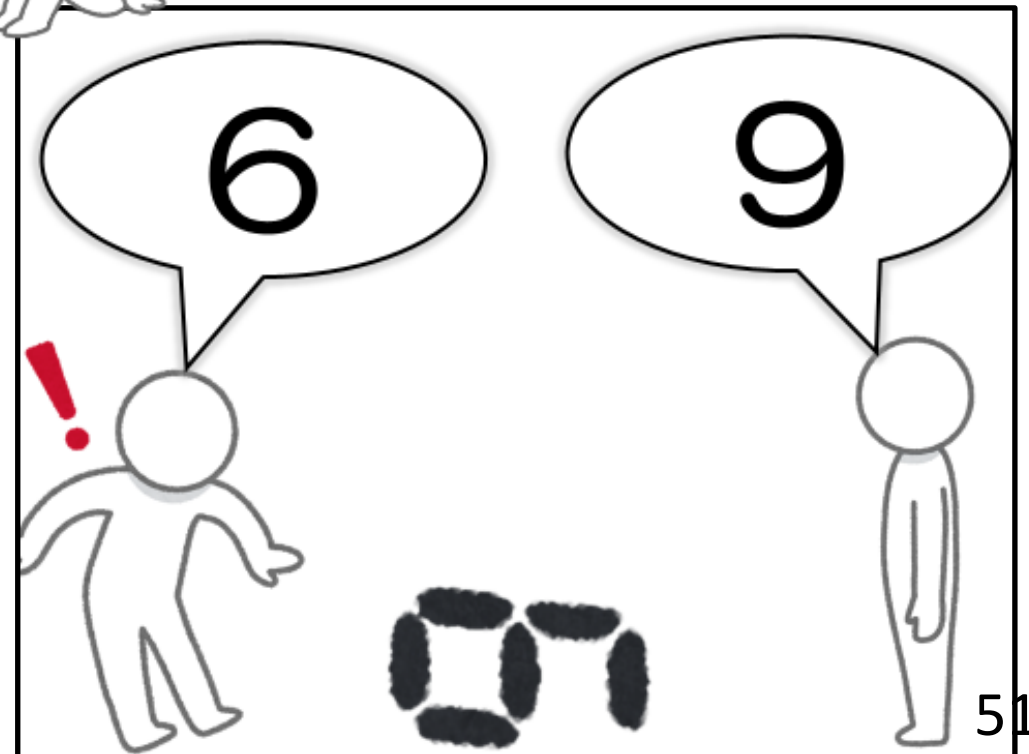
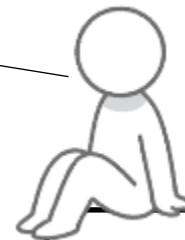
多職種連携～地域生活を支援するということとは～

- 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）

視点の違い とは？



他者・多職種から見てもらうことによって、違った視点から見る事ができ、違ったアセスメントと支援方が導入できます。



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。

連携（チームアプローチ）の重要性の5つの認識

① 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。**多元性＝多くの原理によって構成すること**



② 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。



③ 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。**必要なチームが集まれば可能性も膨らむ。**



④ 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。**不十分な部分を補って、完全なものにする**



⑤ 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。



Ⅱ 多職種連携とチームアプローチについて



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。

- ◆ 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。
 - ◆ 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。
 - ◆ 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。

Ⅱ 多職種連携とチームアプローチについて

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。

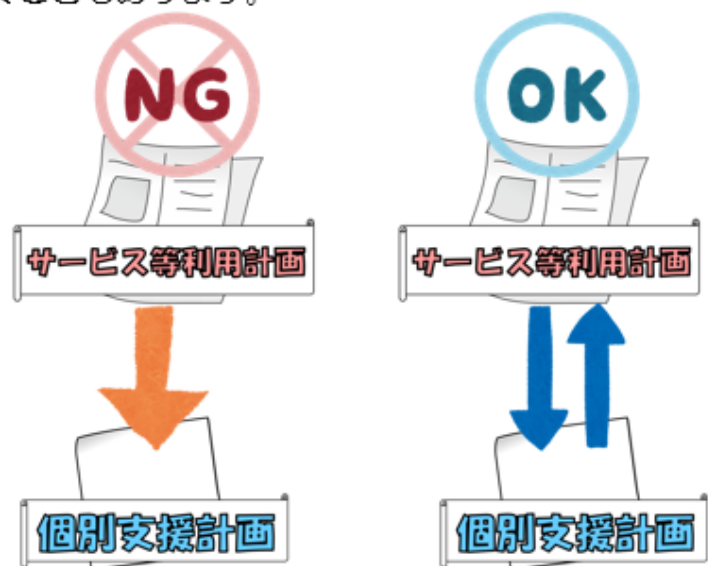
Ⅱ 多職種連携とチームアプローチについて

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。

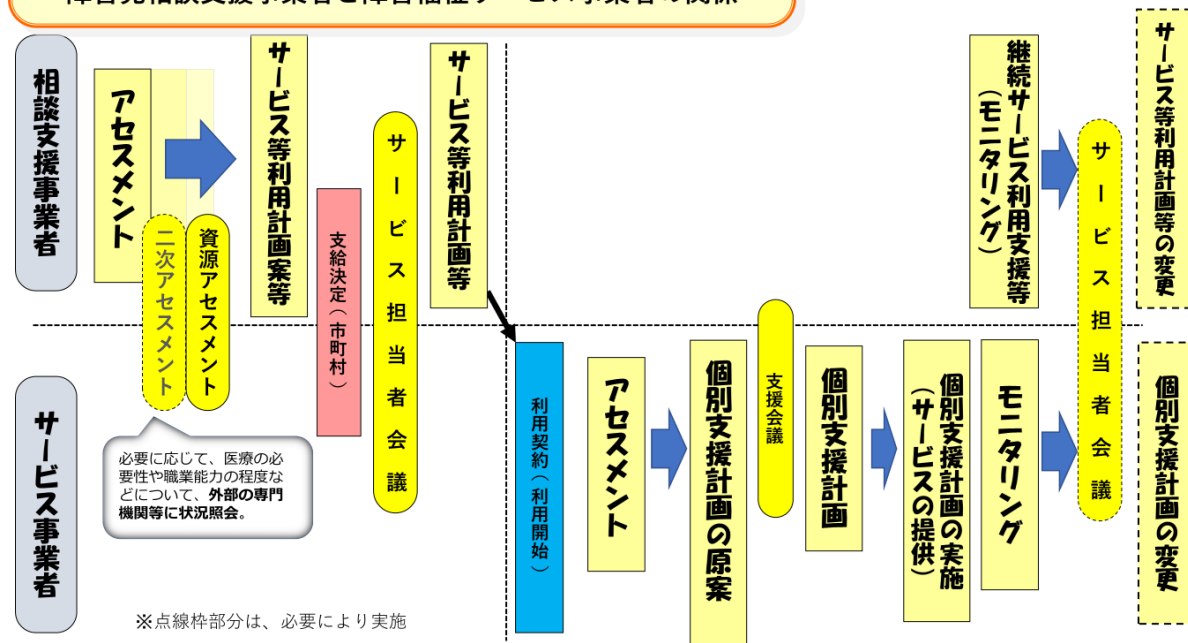
相談支援専門員（サービス等利用計画等）とサービス管理責任者等（個別支援計画）の関係性について。

上から下の関係性ではなく、双方向的な関係性。 サービス等利用計画に沿って個別支援計画が作られるが、個別支援計画の変更によってサービス等利用計画が変更していくこともあります。

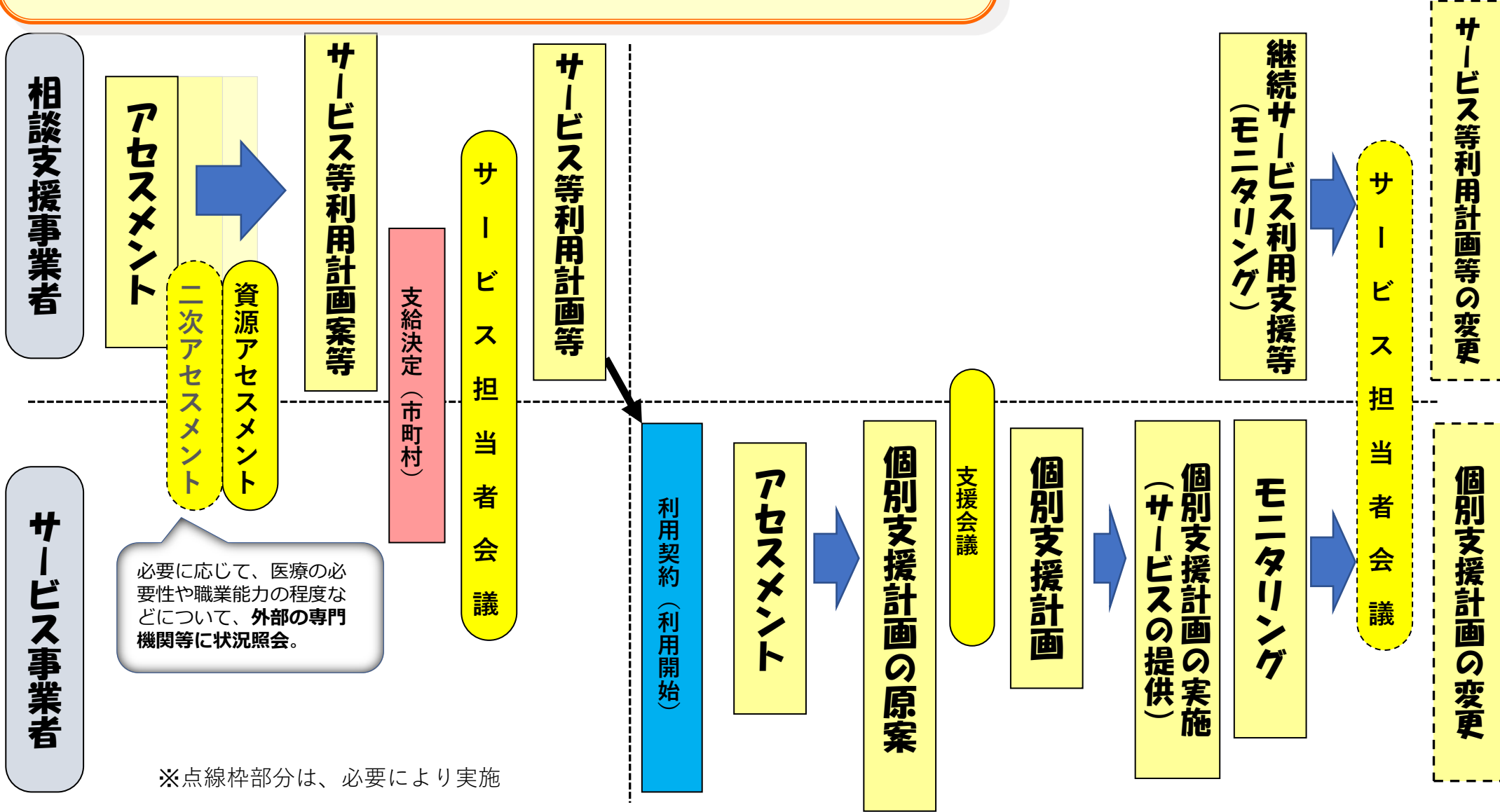


Ⅱ 多職種連携とチームアプローチについて 3. 相談支援とサビ管等及びその他の連携

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



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



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）

Ⅱ 多職種連携とチームアプローチについて



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

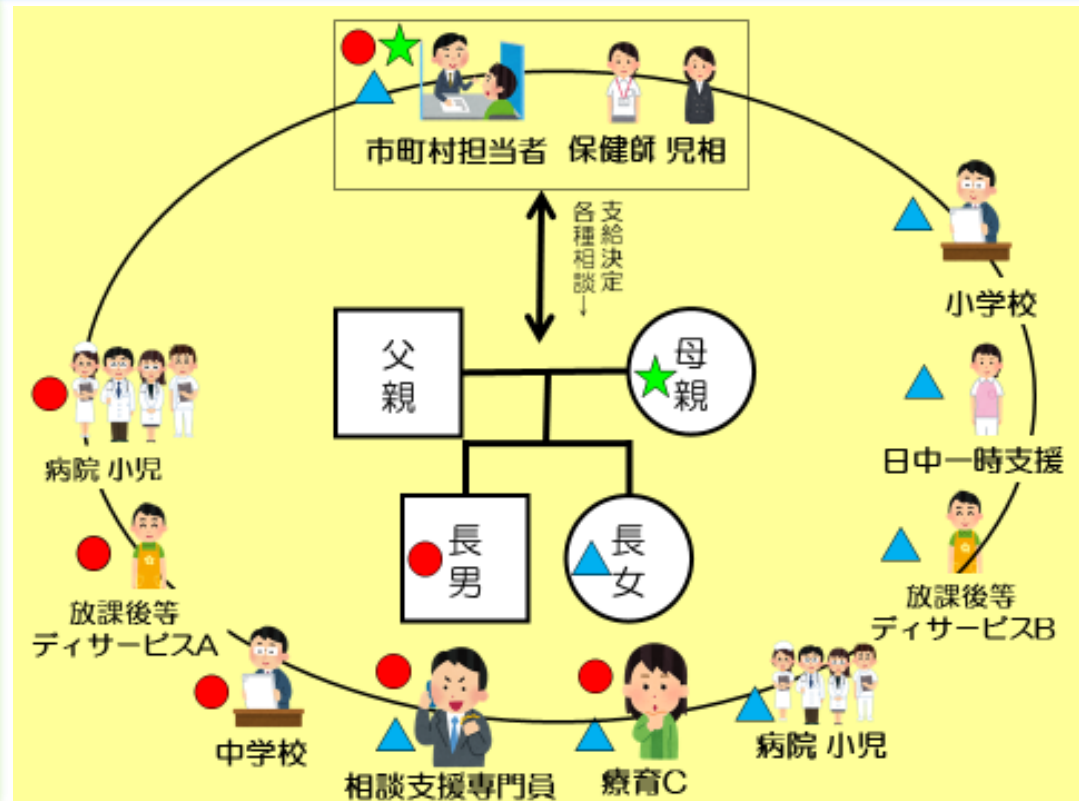
連携「すること」が目的ではなく、連携をすることによりチームで支援していくこと

事例を通じてチームアプローチの確認『不登校、放課後等ディサービス特例活用』

長男は、小学校入学当初から休みがちで1年生途中から不登校（6年間）中学校進学に際しご本人も進学は希望しているため、少しでも社会や集団に慣れていくため、保健師の勧めもあり放課後等ディサービスの利用希望に繋がる。

長女も小1の秋ごろより不登校、日中一時支援等のサービスを利用し、社会との接点を増やし生活の幅を広げていけるよう支援を行なう。

母親については、長期にわたりうつ病を患っている、また長男による母親、長女に対する粗暴行為 虞犯行為も見られた事から相談しやすい体制作りを行ない地域から孤立しないよう重層的な相談支援体制を構築する。



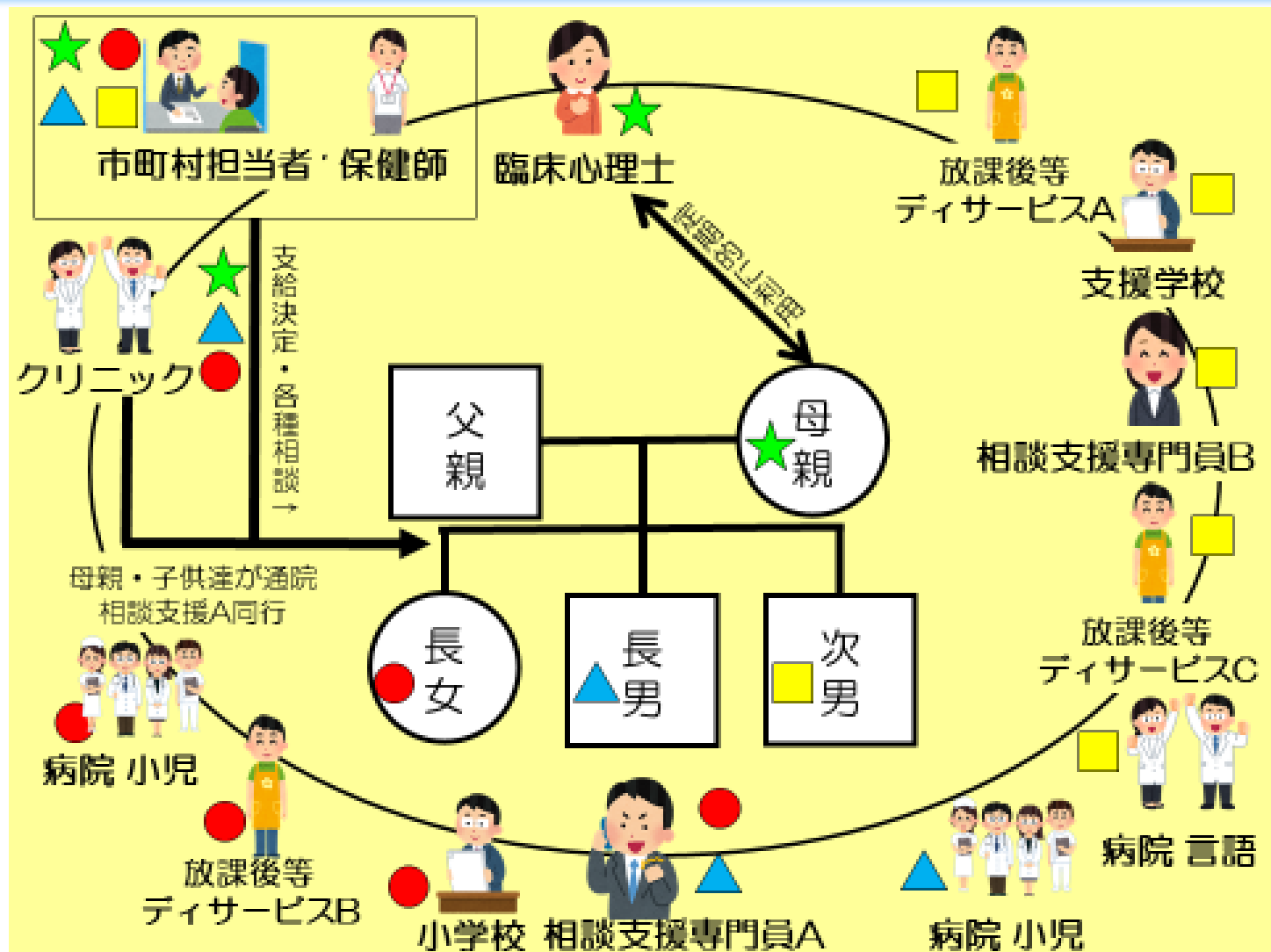
～それぞれの役割～

長男 現在中学生。学校にどうすれば登校できるか、どんな配慮があれば学校生活が送れるかを本人、相談、療育、放ディ話し合い。2学期からの登校に向けて準備をしている。※本人の想いのカードを作成・授業・給食・部活動に関しての希望、登下校に関して自分の取り組むこと、教室の席に関しての希望 等

長女 4月より母親の送迎により短時間であるが登校スタート。訪問による話し合いを定期的に行い本人の気持ちを確認して無理のない学校生活を応援する。

母親 市と児童相談所の連携のもと定期的に母親の話を聞く

- ・姉弟3人がそれぞれ自閉スペクトラム症、特性も個々に違いあり、様々な感覚過敏もある。（好き嫌いにも違いが…）
- ・母親はうつ病（波があり、過活動となると物事が知らぬ間に…）
- ・父親は出張が多くほとんど家にいない。
- ・今年度は3人ともほぼ不登校な状況

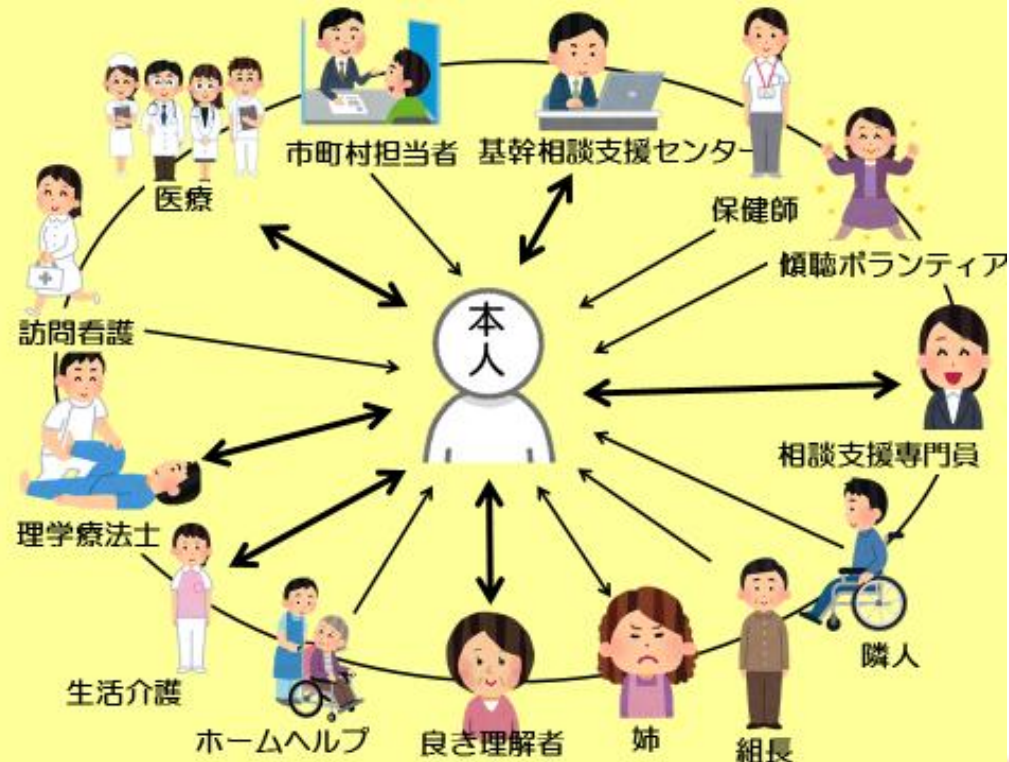


～それぞれの役割～

・3人子ども、母親の関係者間の情報共有⇒役割分担の設定<学校・学教・保健師・相談員>
⇒まずは母親の安定が重要課題（通院同行・服薬支援）⇒放課後等デイサービスを利用して家族の距離感⇒成長とともに本人中心計画へ（意思決定支援）⇒母親にも計画相談導入…皆が自分らしく

事例を通じてチームアプローチの確認 『重度障害者の一人暮らしを支える』

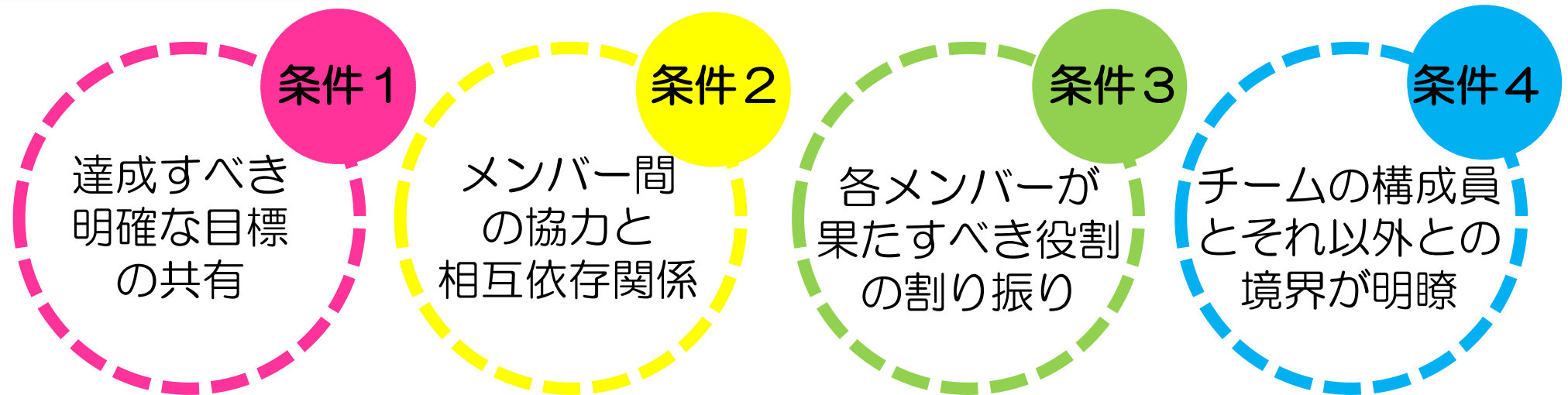
Aさん（41）は進行性の筋ジストロフィー、主たる介護者であった母親が他界し、しばらくは兄弟夫婦が身辺介護・金銭管理をおこなっていた。しかし、継続的な支援は困難との事で、兄弟としては「施設入所」を希望されたが、Aさんは地元（地域）で暮らしたという強い希望の基、市営の障害者団地（たまたま空いていた）への「一人暮らし」を開始、医療機関も巻き込んだ支援チームにてAさんの生活を支えていくこととなる。



それぞれの役割

- ・医療 ⇒ 主治医による訪問診療、薬の処方、緊急入院 等
- ・訪問看護 ⇒ 定期訪問、日中・夜間の緊急対応
- ・理学療法士 ⇒ 訪問によるリハビリテーション・相談役
- ・生活介護 ⇒ 週2回利用、入浴支援・本人が決めた活動
- ・ホームヘルプ ⇒ 早朝夜間の身体介護、朝夕の家事援助。重度訪問介護（不定期）
- ・市町村 ⇒ 支給決定（上限を超えての支給決定）
- ・基幹相談センター ⇒ 全体統括・傾聴ボランティアの派遣
- ・保健師 ⇒ 定期的に訪問・相談役
- ・相談支援 ⇒ 計画相談・地域定着
- ・姉 ⇒ 金銭管理。最終的に喝を入れてくれる人
- ・良き理解者 ⇒ 甘えられる人
- ・隣人 ⇒ 緊急時の対応、同じ立場でのピアサポート
- ・組長 ⇒ 団地清掃等

チームの定義



チームに必要な5つのポイントと、チームワークの4つの効果

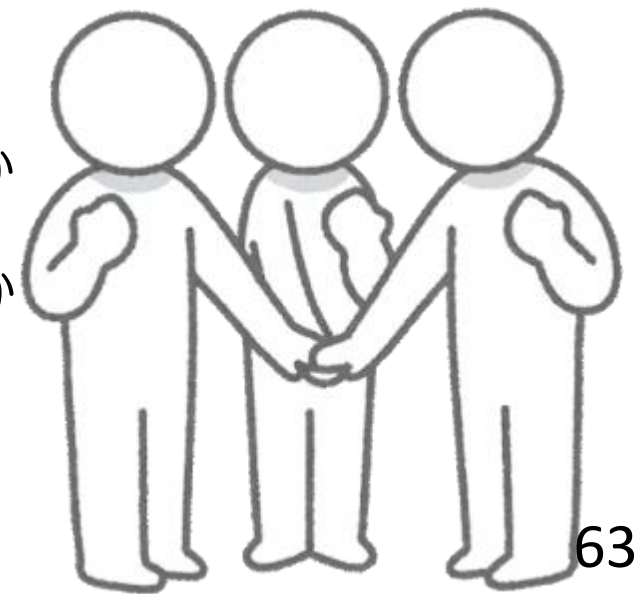
- 1、明確な目標 ⇒ **ゴール**は何か？
- 2、役割分担 ⇒ メンバーはそれぞれ**何をする**のか？
- 3、自律 ⇒ 一人ひとりが**積極的に参加**しているか
- 4、情報共有 ⇒ 全員が**同じ情報を共有**できているか
- 5、実行力 ⇒ 議論して結論を**1つにまとめられる**か

効果

効率

満足

学習



【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。