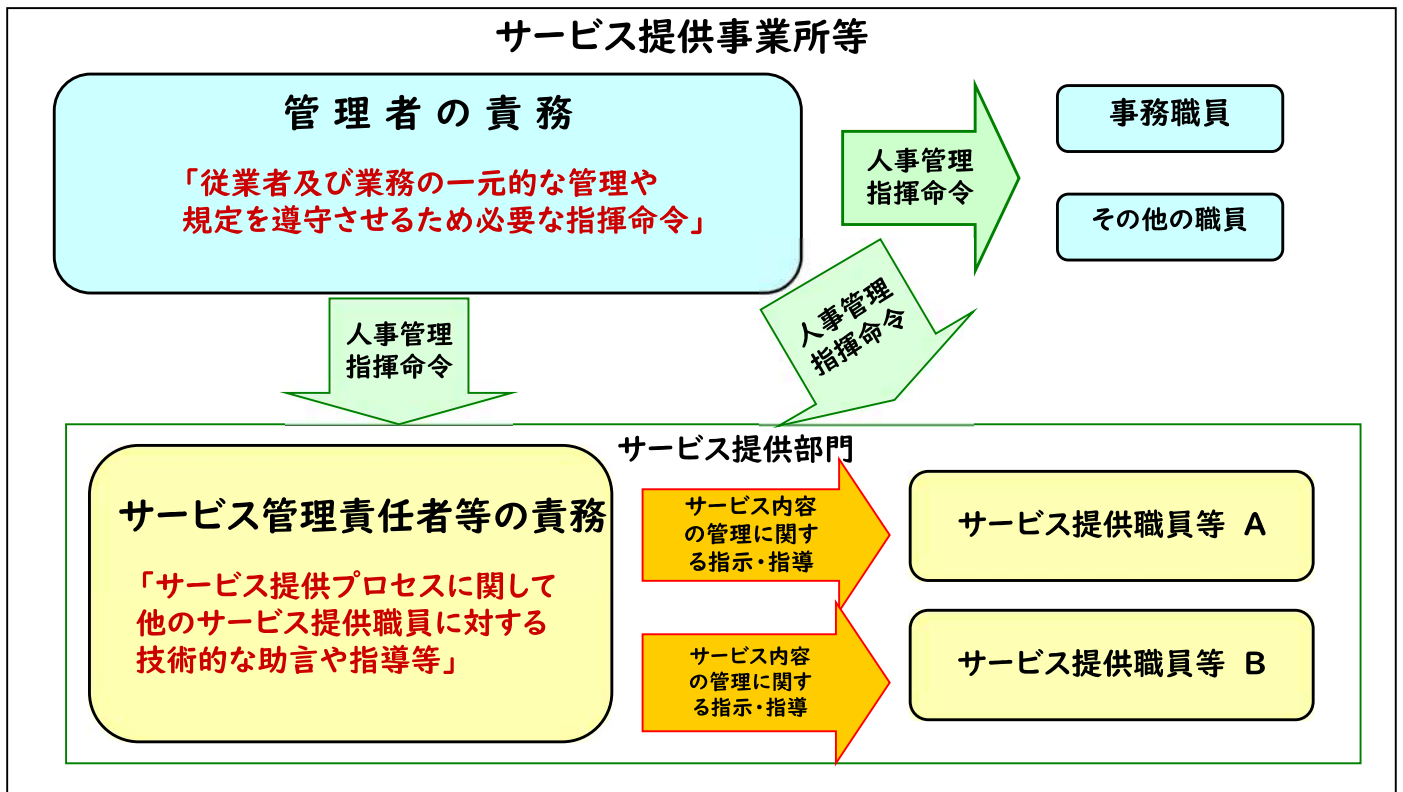


サービス管理責任者等の役割

「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



51

「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	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	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:施設長(管理職)を想定	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: ・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)	③要件: ・実務経験(3~10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:社会福祉法66条	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:「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」	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」

52

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

Ⅲ 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

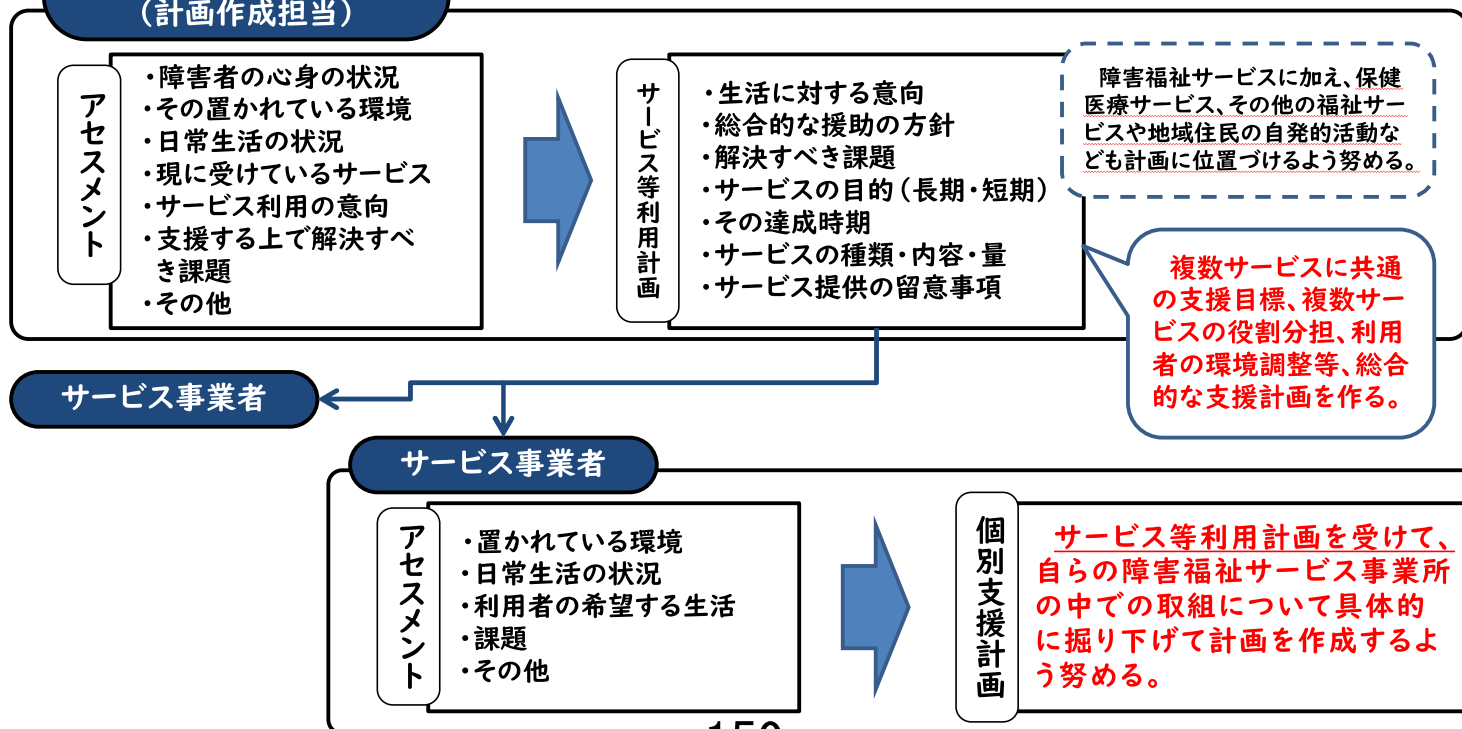
相談支援専門員とサービス管理責任者の比較について

	相談支援専門員 (H18～)	サービス管理責任者 ・児童発達支援管理責任者(H18～)
配置	○相談支援事業所に配置 専従の相談支援専門員を配置：一月当たりの計画相談支援対象障害者等の数が35人に対して1人以上の配置、計画相談支援対象障害者等の数は、前6月の平均値とする	○通所系・居住系サービス事業所に配置 ①介護系：療養介護・生活介護 … 利用者60人：1人 ②身体系：自立訓練（機能訓練） … 利用者60人：1人 ③知的・精神系：自立訓練（生活訓練） … 利用者60人：1人 共同生活援助 … 利用者30人：1人 ④就労系：就労移行支援・就労継続支援 … 利用者60人：1人 ⑤児童系：児童デイサービス … 1人以上
資格要件	○以下のいずれも満たす者を配置 ①実務経験（サービス管理責任者と基本的に同じ） （相談支援・介護等の業務に従事した経験（3～10年）） ②研修修了 ・相談支援従事者初任者研修（講義・演習）（31.5時間） ※5年ごとの相談支援従事者現任研修（更新研修）あり	○以下のいずれも満たす者を配置 ①実務経験（相談支援専門員と基本的に同じ） （相談支援・介護等の業務に従事した経験（3～10年）） ②研修修了 ・相談支援従事者初任者研修（講義）（11.5時間） ・サービス管理責任者研修（講義・演習）（19時間） ※19時間のうち、13時間は分野別講義・演習
業務内容	【サービス利用支援】 ■障害福祉サービス等の申請に係る支給決定の前にサービス等利用計画案を作成 ■支給決定後、サービス事業者等との連絡調整等を行うとともにサービス等利用計画を作成 【継続サービス利用支援】 ■障害福祉サービス等の利用状況等の検証（モニタリング） ■サービス事業所等との連絡調整、必要に応じて新たな支給決定等に係る申請の勧奨	■個別支援計画（サービスごとのプラン）の作成などのサービス提供プロセス全般に関する責任 ■個別支援計画は、利用者・家族の生活に対する意向、支援方針、生活全般の課題、サービス目標・達成時期等を定めた計画 ■他のサービス提供職員に対する指導的役割
モニタリング	対象者の状況に応じて、市町村が個別に定める。 （国で示している標準期間） ①新規等（利用開始から3ヶ月間、毎月） ②在宅の障害福祉サービス利用者等（3ヶ月、6ヶ月ごとに1回） ③障害者支援施設入所者等（6ヶ月ごとに1回）	原則6ヶ月ごとに1回以上 自立訓練と就労については3ヶ月ごとに1回以上
報酬等	■サービス利用支援費等 者：1,458単位/月 児：1,620/月 ■継続サービス利用支援費等 者：1,207単位/月 児：1,318/月	人員欠削減 所定単位数から30%減算 個別支援計画未作成減算 所定単位数から5%減算
従事者数	19,083人（平成29年4月・障害福祉課調べ）	27,778人（平成27年・社会福祉施設等調査）
事業所数	9,364か所（平成29年4月・障害福祉課調べ）	33,496か所（平成27年・社会福祉施設等調査）
研修修了者	初任者研修修了者 110,384人（平成29年4月・障害福祉課調べ） 現任研修修了者 29,835人（平成29年4月・障害福祉課調べ）	サービス管理責任者：148,347人（平成29年4月・障害福祉課調べ） 児童発達支援管理責任者：32,624（平成29年4月・障害福祉課調べ）

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）



相談支援事業所によるサービス等利用計画

- ・就職できるように頑張りたい ・他者と関わりがもてるようになりたい
- ・一人暮らしを目指して家事等の生活力を高めたい etc

望む暮らしの実現に向けての目標設定

サービス事業所による個別支援計画

- ・サービス等利用計画書に基づいて、目標に対する障壁や課題の把握
- ・課題を解決する為の具体的な支援内容 etc

目標を達成するための具体的な手立て

サービスの提供・支援の提供

- ・個別支援計画書に基づいた、適切な支援
- ・個別の課題を克服する為の具体的な支援 etc

具体的な手立ての実行

連動した支援 = チームアプローチ



相談支援専門員
サービス管理責任者
児童発達支援管理責任者



支援員、ヘルパー、
世話人等

個別支援計画書(書式例)

利用者氏名: _____

作成年月日 _____

【総合的な援助の方針】

【到達目標】

【短期目標】

【長期目標】

具体的な到達目標及び支援計画等

具体的到達目標	本人の役割	支援内容 (内容・留意点等)	担当者	優先 順位

上記の計画書に基づきサービスの説明を受け、内容に同意しました。

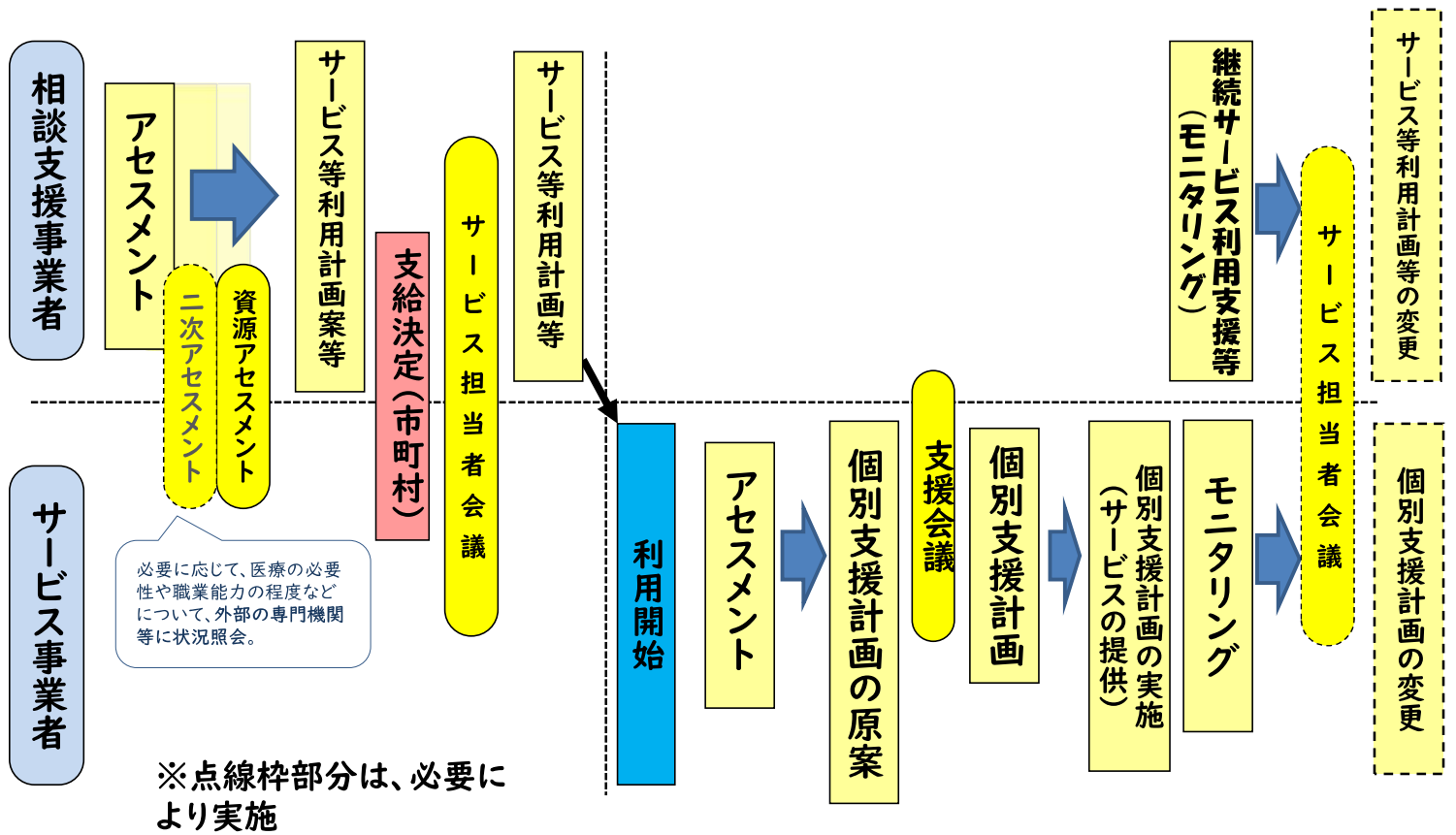
同意年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 利用者氏名 _____

印 _____

サービス管理責任者氏名 _____

印 _____

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



59

IV まとめ

相談支援（ケアマネジメント）とは

相談支援（ケアマネジメント）の定義は多義にわたるが、

- ・相談支援（ケアマネジメント）とは、障がい者の地域生活を支援するための「技法」であり、計画そのものを作る「プランニング」だけでなく、
 - ご本人と相談支援事業所が出会う「インテーク」
 - 計画作成に当たっての「アセスメント」
 - 計画に基づく「実施」
 - サービス提供による変化を確認する「モニタリング」
 - 事業所の変更やライフステージの移行に伴う「終了と事後評価」

○技法だけではなく、「本人ニーズ中心」・「チームアプローチ」・「社会資源の改善・開発」が重要な働きとなる

相談支援（ケアマネジメント）とは

【縦のマネジメント】

先見性（今後を見通す力）

利用者と一緒に将来を見通せる力に基づく、「ライフステージに合わせた支援」

【横のマネジメント】

俯瞰性（全体を見通す力）

本人だけでなく、背景を考える力に基づく「関係者の協働による支援ネットワークの構築」

を実践すること。

その中心には

「本人」と「相談支援専門員」が位置していること。

相談支援専門員とは

「**基本相談**を基盤としてサービス等利用計画作成を行う
個別支援」だけでなく、

「**協議会活動**を核とした、ネットワーク構築による地域力の
向上、社会資源の開発等の**地域づくり**」を視野に入れ、
この両者に連続性と整合性をもって取り組むことができる人材

- ネットワークの構築 → 地域の支援力を高める
- 相談支援（ケアマネジメント）はソーシャルワークであり
相談支援専門員は**ソーシャルワーカー**である

相談支援専門員に求められる資質

（１）信頼関係を形成する力

利用者の思いを理解し、受けとめる姿勢

（２）相談支援に係る幅広い知識と技術の習得

- ①利用者の**生活のしづらさの理解**
- ②福祉分野や他の分野についての**幅広い知識（制度やサービス含）**
- ③基本的な**コミュニケーション技術（対人援助技術）**
- ④基本的な**面接技術**
- ⑤ニーズを理解し、探し出す**アセスメント力**
- ⑥チームアプローチやネットワークを**形成する力**
- ⑦社会資源を**活用・調整・開発する力**
- ⑧**交渉力・調整力**

相談支援（ケアマネジメント）の基本姿勢

「支援者」と「利用者」という関係構造があっても、医学モデルのような『一方的な提案型』ではなく、『**本人中心型**』の**社会・生活モデル**として利用者の主体性や自律性の尊重を基本とする。

- ① **ノーマライゼーション**：「想像力」を持って本人が思うノーマルとは何か根拠を「創造力」を持って作り出すこと。
→「多様な選択肢がある」「YesもNoも言える環境」
- ② **ソーシャルインクルージョン**：障がい福祉施策だけでなく、「一般施策」も視野に入れる姿勢。
- ③ **エンパワメントとストレングス**：「生活のしづらさ」だけでなく、「強み」を見極め、取戻し強化する。

※**専門用語は少なく**、どう、その言葉の意味を理解し、伝えていくか

地域生活支援とは

ケアマネジメントによる専門的知見で課題を整理し、人や物・地域とのつながりを橋渡しし、障がいがあってもその人らしい生活を送れるよう継続的に支えること、相談支援（ケアマネジメント）そのものが生活支援である。

① **個別性を重視した地域生活の総合的支援**

→個々の置かれた環境により多様な視点での支援が必要

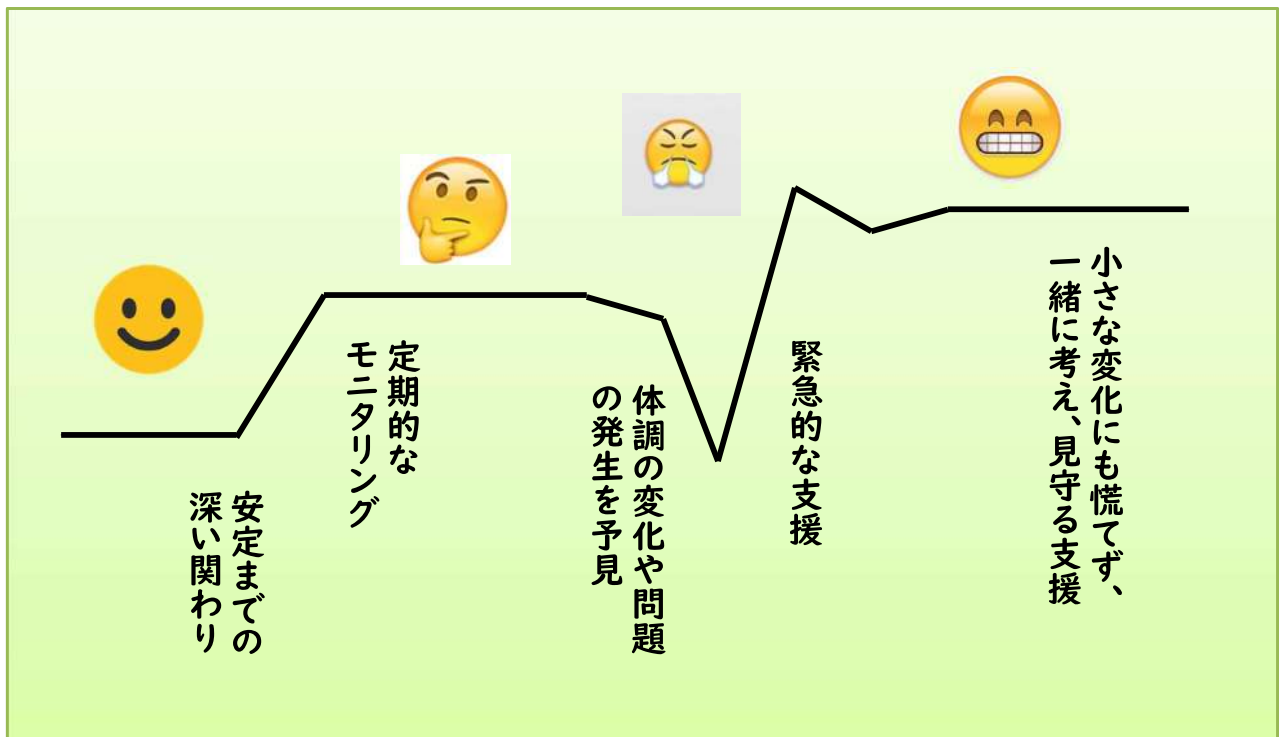
② **地域移行・地域定着支援の推進**

→

長期入院や長期で入所されている方が地域で普通に暮らすための支援プロセス

③ **ライフステージを視野に入れた継続的な支援**（移行期の重要性）around 6・18・40・65

長い目で二人三脚の関わりを



これからしなくてはならないこと

- ① サービス等利用計画と実施は「**契約**」です。
だから一緒に作りましょう。
- ② 本人の思いに耳を傾けていますか
「来年の今頃、どこで・どうしたい？」
「来年の誕生日はどこで・誰と過ごしたい？」
- ③ 「していること」も「していないこと」も…
自分の業務アセスメントの客観性
- ④ 「あるもの」と「ないもの」…
社会資源（サービス事業所等）のアセスメント・地域格差
- ⑤ 「本人」を変えるのか、「環境」を変えるのか
私たちの支援の目的は、本人を矯正することではない

これからしなくてはならないこと

⑥誰に寄り添って支援していくのか…

本人中心・家族との関わり方

⑦自分たちのしていることを「説明できること」とその証拠として

「記録に残すこと」

「個々の生活」と「地域」の Before & After の可視化

※相談支援（ケアマネジメント）に関する専門知識の習得及び技術の向上に努め、保健・医療・福祉・教育等の関係者と個別のニーズや地域の実情に即して創意工夫しながら連携を図り、利用者が地域で安心して生活が送れるよう支援を行っていくことが求められます。

終わりに

自分なら、どんな相談支援専門員に計画書を作ってもらいたいですか？

自分なら、こういった関わり方をされたいですか？

※自分に置き換えること、自分ならどうされたいかをいつも考えることが相談支援（ケアマネジメント）の基本姿勢に繋がると思います。

是非、利用者さんの為に、人生のプランを一緒に考えていきましょう。

