

令和5年度 福岡県相談支援従事者初任者研修

研修テキスト (5日目)

講義資料

A日程：10/18(水)

B日程：10/24(火)

一般財団法人 保健福祉振興財団

目次

全88頁

日 程	科 目	頁
5日目	【講義5】 モニタリングについて	2
	【演習7】 モニタリング	21
	実践研究 事例の共有と相互評価	46
	【演習2】 実習2（インターバル ）ガイダンス	71

初任者研修 演習プログラム

3日目	■モデル演習 相談支援におけるケアマネジメントに必要な視点と技術(ケアマネジメントおよびサービス等利用計画作成に関するプロセス)の体験演習	①面接・アセスメント ②ニーズの整理 ③プランニング ④担当者会議	
4日目			
インターバル① ■相談支援プロセスの実践①			
5日目	■ケアマネジメントプロセスの体験演習(⑤モニタリング) ■実習課題に基づくアセスメントの検討(スーパービジョンの体験)		
インターバル② ■相談支援プロセスの実践② ■地域資源に関する情報収集 ■基幹相談支援センターや協議会などへのアクセス			
6日目	■実習課題に基づく再アセスメントおよび支援方針(計画案)の報告と共有(ケースレビューの体験) ■ケアマネジメントプロセスの定着支援(前半)		
7日目	■ケアマネジメントプロセスの定着支援(後半) ■協議会の役割と活用 ■演習及び全体の振り返り		

【講義5】モニタリングについて

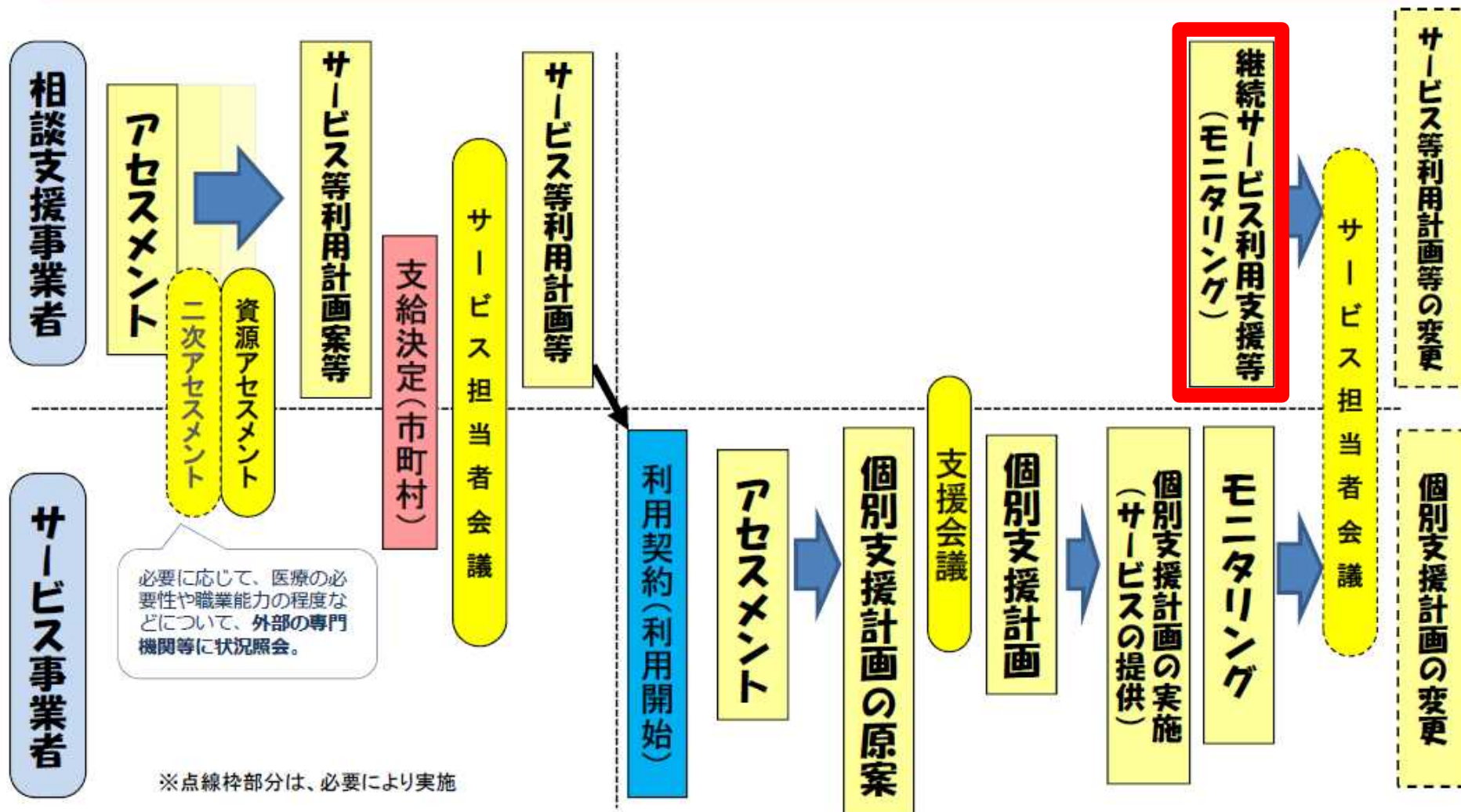
令和5年度 福岡県相談支援従事者初任者研修

獲得目標

◎モニタリングの流れや

ポイントについて理解する。

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



モニタリングの意義

- ケアマネジメント全体の評価機能を担う働きがあり、**利用者の満足度や支援の有効性、サービスの提供具合やその内容の評価、またサービス等利用計画自体の評価**を兼ねている。
- 結果として利用者が**エンパワメント**されているか、**生活の質が向上**しているか、そのプロセスを監視する役割がある。
- モニタリングがなければ利用者の生活ニーズに対する満足度や目標達成の確認が行われずサービスが漠然と提供されてしまう可能性がある。

モニタリングの視点

①本人及び家族の満足度と生活状況の変化

- 本人の主観的満足度
- 家族の客観的満足度
- 本人の自立度や生活の質の向上、生活ニーズの充足やエンパワメントに繋がっているか
- ニーズに対する目標の達成度
- 新たな課題は生じていないか

②サービスの適切な提供と質の評価

- 計画に即したサービス提供と質の評価
- 利用者とサービスのマッチング、フィッティング

③結果としてサービス等利用計画と相談支援専門員の評価

- サービス等利用計画の内容修正の必要性の判断
- サービス等利用計画そのものが適切かどうかの判断

モニタリングの具体的な進め方について

①サービス提供開始後



②利用者及びその家族、福祉サービス等の事業を行う者等との連絡を継続的に行う



③モニタリング期間ごとに利用者の居宅等を訪問し、利用者等に面接



④その結果を記録しなければならない⇒5年間保存

サービス等利用計画を変更する際の手順

②相談支援専門員がサービス等利用計画を変更する際は以下の(1)～(4)までに準じた手続きの実施

- (1) サービス等利用計画の作成に当たってのアセスメントに係る利用者の居宅等への訪問による利用者及びその家族への面接等
- (2) サービス等利用計画案の利用者又はその家族への説明並びに利用者又は障害児の保護者の文書による同意
- (3) サービス等利用計画案及びサービス等利用計画の利用者又は障害児の保護者及び担当者への交付
- (4) サービス担当者会議の開催等による担当者への説明及び専門的な意見の聴取

モニタリング実施標準期間について

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 ※利用開始から3月のみ	1月間 ※利用開始から3月のみ	
在宅の障害児通所支援等	集中的支援が必要な者	1月間	1月間	
	【新サービス】 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	—	3月間	
	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	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（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	6月間	6月間	6月間 ※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
【施設入所等】 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	

厚生労働省資料より引用

総合的な援助の方針	全体の状況
①	②

優先 順位	支援 目標	達成 時期	サービス 提供状況	本人の感 想・満足度	支援目標 の達成度	今後の課題・ 解決方法	サービ ス種類 の変更	サービ ス量の 変更	週間計 画の 変更	その他留 意事項
1	③		④	⑤	⑥		有・無	有・無	⑦有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3						⑧	有・無	有・無	有・無	

参考資料:「サービス利用計画の実態と今後のあり方に関する研究」報告書
(※サービス等利用計画サポートブック) 10

①総合的な援助の方針

- 「サービス等利用計画」に記載した総合的な援助の方針を転記する。

②全体の状況

- 総合的な援助の方針に対する取り組みの経過、取り組みの結果としての評価、現在の生活実態・支援による利用者の自立度・生活環境の変化等を踏まえた今後の取り組みの方向性について記載する。

③支援目標、達成時期

- 「サービス等利用計画」に記載した支援目標、達成時期を転記する。

④サービスの提供状況

- サービス提供の内容、頻度、事業所としての意見等について、サービス提供事業所から聞き取り、記載する。
- 前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。

⑤本人の感想・満足度

- 利用者の感想・満足度は、できるだけ利用者の言葉や表現で記載する。
- 前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。

⑥支援目標の達成度、今後の課題・ 解決方法

- 利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員の見立てを踏まえ、サービス担当者会議等で支援目標の達成度について関係者全員で評価した結果を記載する。
- 未達成の支援目標については、サービス担当者会議等において今後達成する為の具体的な方策を検討する。

⑥支援目標の達成度、今後の課題・解決方法(その2)

支援目標の達成度

双方からの聞き取りにより、支援目標の達成度(ニーズの充足度)を分析し記載する。

今後の課題・解決方法



相談支援専門員

サービス
提供事業者

サービス提供状況

1. 権利が守られているか
2. サービス提供状況について満足しているか？
3. 新たなニーズが発生しているか？
4. 設定されている目標が達成されているか？

利用者

本人の感想・満足度

⑦計画変更の必要性、その他留意事項

- 利用者、サービス提供事業者から聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、利用者ニーズ、関係機関の支援、ライフステージ等に変化がないかを確認し、計画変更の必要性についてサービス等調整会議等において評価し、その結果を記載する。
- 計画変更の必要性がある場合、サービスの種類・量・週間計画の何を変更するのか確認し、留意事項に具体的な変更内容を記載する。
- 新たな課題が生まれた場合、サービスの種類・量を検討する。また、留意事項に新たな課題に対応した支援目標の追加理由、具体的なサービス種類・量の変更概要について記載。
- 支援目標が達成されていない場合、現在利用しているサービスの事業者の変更なども検討。

⑧モニタリング結果全般

- サービス等利用計画通りにサービスが提供されているか。
- 総合的な援助方針で想定した利用者の生活実現しているか。
- 解決すべき課題(本人のニーズ)が解決し、短期目標、長期目標で掲げた状態に近づいているか。
- サービスの内容について利用者は満足しているか、不満や改善して欲しいことはないか。
- 期間中に新たな課題が生まれていないか。

以上のような点についてモニタリングを実施し、結果を記載する。

初任者研修 演習プログラム

3日目	■モデル演習 相談支援におけるケアマネジメントに必要な視点と技術(ケアマネジメントおよびサービス等利用計画作成に関するプロセス)の体験演習	①面接・アセスメント ②の整理 ③プランニング ④担当者会議	
4日目			
インターバル① ■相談支援プロセスの実践①			
5日目	■ケアマネジメントプロセスの体験演習(⑤モニタリング) ■実習課題に基づくアセスメントの検討(スーパービジョンの体験)		
インターバル② ■相談支援プロセスの実践② ■地域資源に関する情報収集 ■基幹相談支援センターや協議会などへのアクセス			
6日目	■実習課題に基づく再アセスメントおよび支援方針(計画案)の報告と共有(ケースレビューの体験) ■ケアマネジメントプロセスの定着支援(前半)		
7日目	■ケアマネジメントプロセスの定着支援(後半) ■協議会の役割と活用 ■演習及び全体の振り返り		

【演習7】モニタリング

令和5年度福岡県相談支援従事者初任者研修

獲得目標

- サービス提供者等への支援状況の聞き取りや、本人からの聞き取りをもとに、実際にニタリング様式に記入する経験をする
- モニタリングが、プランの進捗状況や適切性を見極める機会であることを理解し、再アセスメント・再プランニング（プラン変更）を経験する

モニタリングのポイント

ご本人が目指していることの実現のために、今のサービス利用の**適切性を見極めるアセスメントの機会**が「モニタリング」です。課題解決に向けた支援計画がどのように実施されているかの**状況を確認**し、目指している状態に進んでいなければ**再プランニング**が必要です。

（聞き取り時のチェックポイント）

- ご本人の力を発揮する方向で支援が進んでいるか？
- 新たなニーズは聞かれていないか？
- 急にご本人・または環境側の状況が変わっていないか？
- 利用ペースに見直しが必要か？

サービス提供事業所への聞き取り

事業所へ訪問

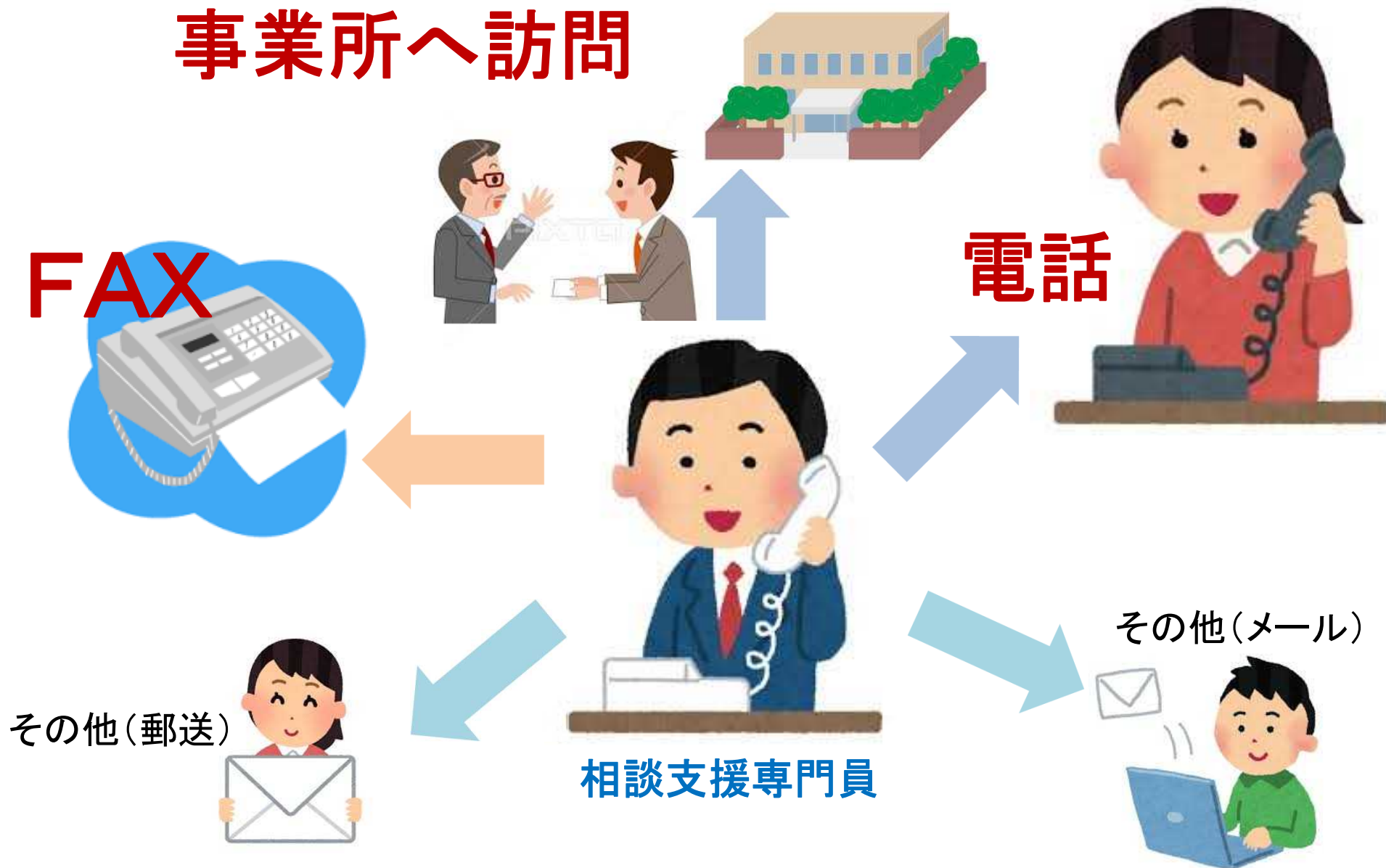
FAX

電話

その他(郵送)

その他(メール)

相談支援専門員



本人への聞き取り



相談支援専門員



本人宅へ訪問
(面接)

演習の流れ

- 7ー① 講師RPを見て聞き取りシートにメモを取ります。その内容をもとに、モニタリングシートの「支援目標」「サービス提供状況」「本人の感想・満足度」を記載します。
- 7ー② モニタリング実施により明らかになった課題について、その原因を明らかにするために再アセスメントシートを活用します。
(再アセスメントを経験)
- 7ー③ 明らかになった原因などを含めてモニタリングシートの「支援目標の達成度」「今後の課題・解決方法」を記入します。
- 7ー④ モニタリングにより計画変更の必要性が明らかになった場合、再度支援目標や支援方法を見直し計画変更を行います。
(再プランニングを経験)

事例の振り返り

【10分】

演習7ー①について

【演習7ー①で行う作業】

サービス提供状況の情報や本人からの聞き取り(講師RP)を見て、聞き取り用シートにメモをしていきます。それをもとにモニタリングシートの「サービス提供状況」「本人の感想・満足度」に記入します。

【想定する場面】

★サービス利用計画作成 ➡ 1ヶ月後にモニタリング実施

⇒ サービス提供事業所への訪問、電話で聞き取った。

⇒ 本人宅へ訪問し聞き取りを行った。

(居宅等への訪問は必須です)

演習7ー①の進め方

■事業所及び本人からの聞き取りについて、講師が実演(RP)します。RPを見ながら聞き取り用シートを使用してメモを取ります。

(個人ワーク)

【15分】

■モニタリング報告書の「サービス提供状況」「本人の感想・満足度」を記述します。

(個人ワーク)

【25分】

モニタリング報告書

個人ワーク用

モニタリング報

利用者氏名

障害支援区分

総合的な援助の方針

優先 順位	支援目標	達成 時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・ 満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題 解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス 種類の変更	サービス 量の変更	週間計画の 変更	
1							有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4							有・無	有・無	有・無	
5							有・無	有・無	有・無	

★メモ用★

事業者への聴き取り

(照会シート)

利用者名

総合的な援助方針

これはあくまでメモ用紙です。

支援目標	事業所名・担当者	サービス提供状況	気になること・課題点など
1 体調管理に気を付けたい。	○ヘルパーステーション ○相談支援専門員 ○病院 ○相談支援専門員		
2 友達をつくりたい。	○当事者会 ○福祉会館 職員 ○街コン主催者		
3 お金の管理を上手にできるようになりたい。	○相談支援専門員 ○家族		
4 通勤に便利で災害にも強く、 今よりも広い家に住みたい。	○区役所 ○基幹相談支援センター ○住宅供給公社		

実 演 開 始

講師による聞き取り(実演)を観察しながら、各自で必要な情報はメモを取りましょう。

演習7ー②について

【演習7ー②で行う作業】

モニタリング実施により明らかになった課題について、その原因を明らかにするために再アセスメントシートを活用します。

(再アセスメントを経験)

【想定する場面】

★サービス利用開始して1カ月後のモニタリング時に課題が生じている。

⇒課題が生じている原因を見極めるため、再度必要なアセスメントを行う

演習7ー②の進め方

- モニタリング実施により明らかになった課題について、その原因を明らかにするために再アセスメントシートを活用し分析する方法の説明を聞きます。
※課題として検討するポイントを講師が提示します。

【所要時間:10分】

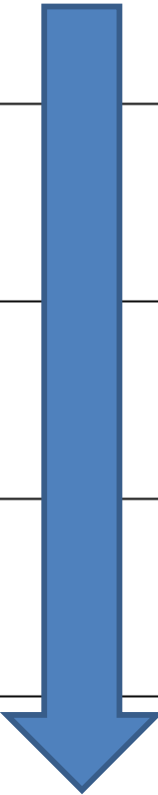
- 講師より挙げられた課題を再アセスメントシートを活用し、グループで検討します。(GW)

(再アセスメントを経験)

【所要時間:40分】

再アセスメントシート

再アセスメントシート

	記入例	再アセスメントポイント①	再アセスメントポイント②	再アセスメントポイント③
①見直しが必要な部分はないか(課題・新ニーズ)	(例)ヘルパー支援に入ってもらいたいといわれていてプランに入れてみたが、キャンセルが続いていて、うまく活用できていない。			
②その状況を生んでいる理由は何か	(例)もともと他人に気を遣う性格で、今回も自転車で通ってくるヘルパーさんがかわいそうだという理由だった。また、自身の食事の見直しが必要という認識が低いこともわかった。			
③どうなることを目指しているのか(本人の想いを再確認)	(例)糖尿病が悪化しない食生活の実現。そのためにはご本人の意識改革と、身体障がいにより調理できない部分の調理や買い物サポート。			
④そのためのサービスは何を変更するとよいのか	(例)他者の支援にな慣れる第一歩として、まずは生活介護(通所)の利用により食事の支援を受けたり入浴支援を受けることを提案してみる。ヘルパー利用は、それらが定着するのを待って再提案してみる。			
⑤新たなプランを作成するにあたり、どのような調整が必要か	(例)①ご本人に提案できる(管理栄養士のいる)生活介護事業所を探す、②事業所の見学や体験の調整、③利用意向が聞かれたらプラン案を作成する、④担当者会議を行い、新プランをスタートする。			

※どこに何を書くかは、重要ではありません。あくまで本シートは頭の整理をするためのツールです。

演習7ー③について

【演習7ー③で行う作業】

明らかにになった原因などを含めてモニタリングシートの「支援目標の達成度」「今後の課題・解決方法」を記入します。

【想定する場面】

- ★サービス利用開始して1カ月後のモニタリング時に課題が生じている。
- ⇒課題が生じている原因を見極めモニタリングシートを作成する。（その後、必要に応じて計画変更も行う必要がある）。

演習7ー③の進め方

■再アセスメントの視点をもってモニタリングシート作成するための説明を聞きます。

【所要時間: 5分】

■グループで検討し完成した再アセスメントシートをもとに、個人ワークでモニタリングシートの「支援目標の達成度」「今後の課題・解決方法」を記入します。

【所要時間: 25分】

再アセスメントシート

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)									
利用者氏名		障害支援区分			相談支援事業者名				
総合的な援助の方針						全体の状況			
優先順位	支援目標	達成時期	サービスの提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題 解決方法	計画変更の必要性		
							サービス 内容の変更	サービス 量の変更	通関計画 変更
1							有・無	有・無	有・無
スマートポイント①									
							有・無	有・無	有・無
							有・無	有・無	有・無

	記入例	再アセスメントポイント①
①見直しが必要な部分はないか(課題・新ニーズ)	(例)ヘルパー支援に入っただけで、いわれていてプランに入れてみたが、キャンセルが続いていて、うまく活用できていない。	
②その状況を生んでいる理由は何か	(例)もともと他人に気を遣う性格で、今回も自転車で通ってくるヘルパーさんがかわいそうだという理由だった。また、自身の食事の見直しが必要という認識が低いこともわかった。	
③どうなることを目指しているのか(本人の想いを再確認)	(例)糖尿病が悪化しない食生活の実現。そのためにはご本人の意識改革と、身体障がいにより調理できない部分の調理や買い物サポート。	
④そのためのサービスは何を変更するとよいのか	(例)他者の支援にな慣れる第一歩として、まずは生活介護(通所)の利用により食事の支援を受けたり入浴支援を受けることを提案してみる。ヘルパー利用は、それらが定着するのを待って再提案してみる。	
⑤新たなプランを作成するにあたり、どのような調整が必要か	(例)①ご本人に提案できる(管区長や義士のいる)生活介護事業所へ、②事業所の見学や体験、③利用意向が聞かれた、④提案を作成する、⑤担当者会議を行い、新プランをスタートする。	

「支援目標の達成度」や「今後の課題・解決方法」を導き出し再プランニングを行うために、再アセスメントシートを活用してみましょう

※どこに何を書くかは、重要ではありません。あくまで本シートは頭の整理のためのツールです。

演習7ー④について

【演習7ー④で行う作業】

モニタリングにより計画変更の必要性が明らかになった場合、再度支援目標や支援方法を見直し計画変更を行います。
(再プランニングを経験)

【想定する場面】

★サービス利用開始して1カ月後のモニタリング時に課題が生じてことがわかり、本人・関係機関と必要な調整を行い、サービス等利用計画書を変更する。

演習7－④の進め方

■再アセスメントシートを活用し、見直しが必要な部分の分析ができたなら、サービス等利用計画の内容(サービス内容・利用頻度・関係機関の役割など)を変更します。

【所要時間:15分】

※研修においてのみ、計画書に朱書きをしてみます。実際の場面では、修正が必要になった場合、サービス種類やサービスの量に変更が必要な場合はサービス等利用計画(案)をたてなおし、手続きを行います。

■グループ内共有(意見交換)

【所要時間:約5分】

再プランニング

変更部分を朱書きしてみましょう

サービス等利用計画						
利用者氏名(児童氏名)	福岡華世	障害支援区分	区分3	相談支援事業者名	〇〇相談支援センター	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額	0円	計画作成担当者		
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号				
計画作成日	令和3年9月4日	モニタリング期間(開始年月)	令和3年10月	利用者同意署名欄	福岡華世(直)	
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	体調を維持しながら、入院しないで家で生活したい。本当の気持ちは人					
総合的な援助の方針	身体障がいや内科疾患などで生活のし辛さがありますが、どのように解の思いから、抱えている課題が解決できずにいました。どのようなサポ決する方法を身につけましょう。将来的には、「私にもできる何か」をみ					
長期目標	サービス利用による体調や生活の変化を実感しながら、これから自身会の中で活動していくことを目指しましょう。					
短期目標	体調が安定するようにサービスを使ってみましょう。／支援を得て安全役割を知り、困ったことはサポートを依頼しましょう。					
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
1	糖尿病が悪化しないようにしたい。食事にも気を付けたい。	血糖値が安定するよう治療(インスリン注射や内服)と共に、毎日の食事がバランスよくとれるようにしましょう。	1年(R4年9月)	①K病院(診察と食事指導など):月に2日 ②H訪問看護(糖尿病治療のサポート):週1日(水) ③居宅家事援助(買い物・調理の支援):週1日(月) ★生活介護(インスリン注射見守りや食事の支援):週2日(火・金) ★配食サービス(毎日) ★姉(買い物・調理の支援):主に週末の支援	インスリン注射や内服を間違えないように気を付けましょう。食事の内容はヘルパーさんとよく相談しましょう。自分で温めて食べられるように、食器の工夫をしましょう。	1ヶ月(R3年10月) ※訪問開始。状況支援を検討。 ※ご本人で済ませられる等)
2	具合が悪く不安なときに相談したい	不調時に相談しましょう。	3ヵ月(R3年12月)	①K病院(随時) ②H訪問看護:(24時間体制)	不調時に、どうすればよいかわかアドバイスをもらいましょう。電話で訪問看護事業所に連絡しましょう。	1ヶ月(R3年10月) ※「緊急リ、玄関(作成:4
3	安全に入浴したい。	安全に入浴し、清潔を保ちましょう。自宅では福祉用具も検討しましょう。	6ヵ月(R4月3月)	①R福祉用具事業所(随時):シャワーチェア、バスポード等の日常生活用具の利用支援 ②H相談支援専門員(随時):福祉用具の利用提案 ★生活介護:週2日(火・金):入浴支援	入浴前後の低血糖に気を付けましょう。福祉用具はデモ機を試してみましょう。 ヘルパーに携えてきたら自宅でも入浴してみよう。 ★通所先で入浴	1ヶ月(R3年10月) ※家事慣れたし浴槽計。(福祉用具
	安全な環境で生活したい。	現在の住居で安全に生活	6ヵ月(R4	①R福祉用具事業所(随時):段差解消、車いす利用、	装具や車いすを使って安	1ヶ月 ※住み

再アセスメントシートの活用により導き出した支援内容を、計画書に上書きしてみましょう

グループ討議の進め方①

STEP 1 : モニタリングを作成してみて、「理解が深まった点」、「難しかった点」について、グループで意見交換する。

【所要時間: 10分】

- ① 司会（役割番号②）・発表者（役割番号③）を確認する。
- ② 下記の点について意見出しをする。

理解が深まった点	難しかった点
・ ○○○○..... ・ ○○○○.....	・ ○○○○..... ・ ○○○○.....

グループ討議の進め方②

STEP2:いくつかのグループより意見交換の内容を
発表していただき、本コマのまとめを行う。

【所要時間:20分】

- ③ 講師より指名されたグループは、発表者が
意見交換の内容を簡潔に発表する。
- ④ 講師からのコメントを受け、まとめを行う。

午後の演習準備

午後からは、
各自作成いただいた課題について演習を行います。

※お昼休みの間に[実習 1]の課題をご準備下さい。

＜ご自身の課題＞

1. 実践例の概要
2. 訪問票（一次アセスメント票）
3. 生活支援アセスメント票
4. 基本情報（A4横）
5. スtrenグス・アセスメントシート
6. ニーズ整理票
7. 事例概要 要約シート（発表用）

＜グループメンバーの課題＞

4. 基本情報（A4横）
6. ニーズ整理票

※事例概要 要約シート（発表用）をもとにご自身の事例を7分間で報告する準備をしておいて下さい。

発表の準備

□ アセスメントに関する発表の準備

- ・ **7分間**で以下の要領で概要を発表するための準備。
 - ① 本人像の要約（状況を簡潔に）
 - ② 本人との関わり（経緯）
 - ③ 本人の（と）定めたゴール
 - ④ 本人のゴール達成に向けての課題・スモールステップ
 - ⑤ 本人のストレングス
 - ⑥ 実践例の選定理由（自らの課題意識）
- ※ **主に二エーズ整理票を用いて**報告する。
- ※ **単なるシートの読み上げとならないよう、端的に報告**する。
- ※ 所内の会議で簡潔に報告することを想定。

初任者研修 演習プログラム

3日目	■モデル演習 相談支援におけるケアマネジメントに必要な視点と技術(ケアマネジメントおよびサービス等利用計画作成に関するプロセス)の体験演習	①面接・アセスメント ②ニーズの整理 ③プランニング ④担当者会議
4日目		
インターバル① ■相談支援プロセスの実践①		
5日目	■ケアマネジメントプロセスの体験演習(⑤モニタリング) ■実習課題に基づくアセスメントの検討(スーパービジョンの体験)	
インターバル② ■相談支援プロセスの実践② ■地域資源に関する情報収集 ■基幹相談支援センターや協議会などへのアクセス		
6日目	■実習課題に基づく再アセスメントおよび支援方針(計画案)の報告と共有(ケースレビューの体験) ■ケアマネジメントプロセスの定着支援(前半)	
7日目	■ケアマネジメントプロセスの定着支援(後半) ■協議会の役割と活用 ■演習及び全体の振り返り	

実践研究 事例の共有と相互評価 I

【科目概要】

- ① 相談支援の基礎技術に関する実習1により各自が作成した事例情報、アセスメントの内容について、グループごとに共有および意見交換を実施する。
- ② 利用者が持つ内面的及び環境的な強みを重視したアセスメントを実施できているか、プラン内容の根拠として収集された情報からのアセスメント結果が適切であるかどうか等に留意し、受講者による相互評価を行う。

獲得目標

- ①自ら実施したアセスメント及びプランニング等について、その根拠を踏まえて分かりやすく説明できる技術を修得する。
- ②他者からの多角的な意見により視点が広がり、アセスメントが深まることを理解する。

本科目の流れ

①目標確認と復習【15分】

②事例発表の準備とルール確認【15分】

③事例発表とグループ討議【142分】
一人22分

(発表7分⇒質問5分⇒ブレスト5分⇒応答5分)

- ・ 1人目報告
- ・ 2人目報告
- ・ 3人目報告
- ・ 休憩10分
- ・ 4人目報告
- ・ 5人目報告
- ・ 6人目報告

④シートを活用した振り返り【38分】

振り返りシートの説明(8分)
シート記入(20分)
まとめ(10分)

復習①

1. 相談支援の目的

- ①本人のその人らしい地域での暮らし
 - 1) 障がい者の地域生活支援
 - 2) 障がい者の自立と尊厳の確保、社会参加
 - 3) 自己決定(意思決定)への支援・権利擁護、エンパワメント、リカバリー
- ②障がいのある人を含めた誰もが暮らすことのできる地域づくり
 - = 地域を基盤とするソーシャルワーク

復習②

2. 相談支援の基本的視点

- 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(アドボカシー)
- 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

実習1の内容

- 利用者本人等と関わり、アセスメントを行う。

本日使用するものは以下の6点

①基本情報

②訪問票（一次アセスメント票）

③生活支援アセスメント票

④ストレングスアセスメントシート

⑤二一ズ整理票

⑥事例概要・要約シート

グループ討議の目的

- 支持的環境の中で、複数の視点(多角的視点)により、業務（自らの方針・支援）を振り返る。
 - 気づきや新たな視点・資源等の知識の獲得、合議による支援方針の決定
 - 支援の質の向上
 - 利用者（障害のある人）の夢・希望の実現、生活の質の向上
- この演習では、特にアセスメントに焦点をあてて、グループ討議により検討を行う。

チェックポイント①

1. 関係性の構築

- ☐ エンゲージメント（強い信頼関係）ができているか。
- ☐ 共感的理解、生活の視点による本人理解ができているか。
- ☐ 本人にとって良い環境や方法で面接等ができているか。

2. インテーク・アセスメント

- ☐ 適切な受理判断や支援方法の選択をしているか。
（ケアマネジメントの対象者か、緊急性の判断は適切か。）
- ☐ 本人の思いは聞いているか、主訴や課題感は本人のものになっているか。
- ☐ 本人の意思や目標・希望が明確になる(焦点化される)支援ができているか。
- ☐ 本人の意思形成や伝達、選択に困難がある場合の支援ができているか。
- ☐ 本人の目標・希望の実現にむけ、必要な情報が収集できているか。
- ☐ 様々な情報源からの多角的な情報収集(共有)ができているか。
- ☐ 障害や疾病、問題・課題よりも、本人のストレングスに着目できているか。

チェックポイント②

3. プランニング、モニタリング

- ☐ 本人が決定し、共有されているゴールに向けてのプランであるか。
（本人が前向きになれるプランであるか。）。
- ☐ その実現に必要な地域の社会資源が柔軟に捉えられているか。
- ☐ その実現に必要な人材がチームに参画しているか、役割分担がなされているか。
- ☐ 本人にとってわかりやすい言葉で書かれているか。
- ☐ 本人が前向きになれるプランか／なれる言葉で書かれているか。
- ☐ 達成できる可能性の高いプランであるか（スモールステップが刻まれているか）。
- ☐ 時期にかなったプランになっているか。
- ☐ 達成したかどうか分かるプランになっているか。
- ☐ アセスメント結果を活かし、矛盾のないプランであるか。
- ☐ プランの実現や本人への支援に必要なモニタリング期間を設定できているか。
- ☐ 関係者からも含めた複数の視点からのモニタリングができる。
- ☐ 必要に応じ、サービス担当者会議を開催できているか。

チェックポイント③

4. 評価・終結

- ☐ 本人の意向や満足度、関係者からの意見等を踏まえた判断をしているか。
- ☐ ひとりで判断せず、合議により終結を判断しているか。
- ☐ 終結しても必要に応じていつでも再開できることを本人に伝えているか。

5. 多職種連携・チームアプローチの視点

- ☐ 必要な人材をチームにしているか／役割分担ができてしているか。

ーサービス担当者会議・ケア会議ー

- ☐ 会議の目的と議題を明確にして会議を運営できているか。
- ☐ 本人が参加した会議を開催しているか。
- ☐ 必要な参加者を会議に招集しているか。
- ☐ 全員が主体的に参加できる会議運営をしているか。
- ☐ 決定事項を共有し、役割分担がする会議運営ができてしている。
- ☐ 次の開催を決めて終了している。

チェックポイント④

6. 地域への視点

- ☐ 地域課題が意識できるよう、基幹相談支援センターと連携したり、スーパービジョンや地域の合議の場に参加しているか。
- ☐ ひとりや自分の事業所では本人と定めたゴールが達成できない場合、そのままにせず地域の協議の場に課題を提出しているか。
- ☐ 実践例のクライアント本人だけでなく、複数の利用者に共通する課題がないか意識できているか。
- ☐ 地域課題を抽出し、その背景（理由）を分析できているか。
- ☐ どのような資源があると、その課題は解決するか考えているか。
- ☐ その資源を生み出したり、アクセスできるようにするためにはどのようにしたらよいか考えているか。

※復習のスライドも討議の参考にする。

※ファシリテーターは舵取り役を担う。

グループ討議のルール

- ① **端的**に発言する（最長30秒）
- ② **積極的に**参加し、**たくさん発言**する（1人1回は発言）
- ③ **否定的な発言**はしない
- ④ 求められた**ゴール・課題**に向けて発言する
- ⑤ **多様な意見**が出るようにつとめる
- ⑥ **根拠**をもって発言する
- ⑦ **時間**を守る
- ⑧ 他の人の**発言を遮らない**ように配慮する
- ⑨ あいづち、リアクションは**大きく相手に伝わる**ように
- ⑩ **楽しいワーク**の場になるように互いに協力する

演習の進め方

事前配布資料より変更しています。

1. 報告は①の人から 司会者はファシリテーター
2. 事例報告（説明）【7分】
報告者以外のメンバーは報告者のニーズの整理票・基本情報（当日配布）を見ながら事例概要を掴みつつ、質問したい点を整理する。
3. 質問【5分】
 - ①質問は端的に（最長30秒）（質問は一つずつ）。
 - ②分からないところは、分からないと答えてよい。
（推測による回答は避ける。）
4. ブレンストーミング【5分】
5. 応答と今後の取り組み【5分】

討議の記録

演習 8 実践研究 事例の共有と相互評価 I 振り返りシート

記録者〔 今回の演習では発表者が記録 〕

発表者〔 〕

メモ

報告者は下を向き、本票を記入

※項目、討議内容のみの記録でよい。

振り返りシート記入例

振り返りシートへの記入

実践例を提出してみての自身の気づき、得られた新たな視点や知識

【例1】子どもさんの情報収集は保護者にしかできていなかった。成長の支援で色々な職種の方が関わっていると知った。

【例2】一人暮らしをしたいというご本人の希望をどう実現するかについて話合った。グループの皆より「家族がいないときは簡単な調理をしている」ことや「友人がよく家を訪ねてくれている」等、本人のストレスが沢山挙げられる中で、失敗しないことに囚われている自分に気づいた。ご本人の挑戦したい気持ちを大切にしたい支援計画にしていきたいと思った。

実習2で行う取り組み（目標）

【例1】保健師などの役割や、連携支援のヒントを基幹センターに尋ねてみる。

【例2】一人暮らしの準備について、グループホームの利用をイメージしているが、グループホーム以外にご本人の自信につながるような資源がないか検討したい。

方法

プロセス (手順)

ひとり 22分

ステップ		事例報告者	グループメンバー (事例提供者以外の参加者全員)
全体を通して、よい雰囲気づくりにつとめる。			
1	準備 配布	・グループ人数配付資料を用意し、配布。	
2	報告セッション 7分	・主にニーズ整理票を用いて報告する。 ・ <u>単なるシートの読み上げとならないよう、端的に説明する</u> (「簡素なスケッチ」)。 ・報告内容は6点	・報告の間は発言しない(黙って聞く)。
3	質問セッション 5分	・グループメンバーからの質問に <u>端的にテンポ良く答える</u> (原則一問一答)。 ・質問された内容以上の回答や説明は控える。 ・わからないことはわからないと答えてよい(推測による回答は避ける)。	・実践例の要点、判断理由などの欲しい追加情報や不明点等について、 <u>簡潔に質問する</u> (原則一問一答)。 ・提出意図に焦点を当て、自分なりの本人像の組み立てのために(意図、根拠をもって)質問。 ・ただし、 <u>質問の根拠は省略し、求めたい内容のみ質問する</u> 。 ・これまでの講義や演習1で提示された視点に沿って質問する。
4	ブレインストーミング <バズセッション> 本人像の共有 5分 討議	・このセッションでは発言・反応しない。 ・黙って聴き、出された発言(本人像・アイデア等)を記録表に記載する。	・水平の立場で発言。他人の批判をしない。 ・積極的に発言する。 自分の発言が少ないと感じたら、思ったことを口にしてみるとよい。 ・端的にテンポ良く発言する。 ・ <u>事例報告者のほうを向かって発言する</u> 。 ・より具体的・創造的な発言がよい。
5	応答 今後の取り組み 講師コメントを含む 5分	・出された本人像やアイデア、解釈や意見に対し、応答する。 ・次回の課題に向け、次いつ会うか、どのようなかわりをしてみようと思うか具体的に表明する。	ほかの人の良い着眼点やアイデアをさらに展開させたり、今まで提示されていない視点・ストレングスに転換してやることも効果的。

気づきがありましたか？

GSV時間配分目安表

報告7分 + 質問5分 + ブレスト5分 + 応答5分

	時間の目安						
1人目	14	:	25	～	14	:	47
2人目	14	:	47	～	15	:	09
3人目	15	:	09	～	15	:	31
休憩	15	:	31	～	15	:	41
4人目	15	:	41	～	16	:	03
5人目	16	:	03	～	16	:	25
6人目	16	:	25	～	16	:	47
16:47	にメインルームに戻り10分間休憩です。						

報告セッション

報告セッション	事例報告者	グループメンバー (事例提供者以外の参加者全員)
報告(説明) 7分	・主にニーズ整理票を用いて報告する。 ・<u>単なるシートの読み上げとならないよう、端的に説明</u>する。 ・報告内容は6点	・発言しない (黙って聞く)。

質問セッション

質問セッション	事例報告者	グループメンバー (事例提供者以外の参加者全員)
質問 5分	・質問に端的にテンポ良く答える (原則一問一答)。 ・質問された内容以上の回答や説明は控える。 ・わからないことはわからないと答えてよい (推測回答は避ける)。	・実践例の要点、判断理由などの欲しい追加情報や不明点等について、簡潔に質問する (原則一問一答)。 ・提出意図に焦点を当て、自分なりの本人像の組み立てのために (意図、根拠をもって)質問。

ブレインストーミング

ブレイン ストーミング	事例報告者	グループメンバー (事例提供者以外の参加者全員)
本人像の共有 討議 5分	・発言・反応しない。 ・出された発言(本人像・アイデア等)を振り返りシートに記載する。	・水平の立場で発言。他人の批判をしない。 ・積極的に発言する。 ・端的にテンポ良く発言する。 ・より具体的・創造的な発言がよい。

応答セッション

応答セッション	事例報告者	グループメンバー (事例提供者以外の参加者全員)
今後の取り組み 5分	・出された本人像やアイデア、解釈や意見に対し、応答。 ・次回の課題に向け、次いつ会うか、どのようなかかわりをしてみようと思うか具体的に表明する。	・発言しない (黙って聞く)

振り返りシート

振り返りシートへの記入

実践例を提出してみての自身の気づき、得られた新たな視点や知識

【例1】子どもさんの情報収集は保護者にしかできていなかった。成長の支援で色々な職種の方が関わっていると知った。

【例2】一人暮らしをしたいというご本人の希望をどう実現するかについて話合った。グループの皆より「家族がいないときは簡単な調理をしている」ことや「友人がよく家を訪ねてくれている」等、本人のストレスが沢山挙げられる中で、失敗しないことに囚われている自分に気づいた。ご本人の挑戦したい気持ちを大切にしたい支援計画にしていきたいと思った。

実習2で行う取り組み（目標）

【例1】保健師などの役割や、連携支援のヒントを基幹センターに尋ねてみる。

【例2】一人暮らしの準備について、グループホームの利用をイメージしているが、グループホーム以外にご本人の自信につながるような資源がないか検討したい。

支援を振り返る必要性

- 他者の意見や視点から、気づきや学びが得られる
- 励まされ支持される事で、意欲の低下やバーンアウトを防げる
- 支援の質の向上につながる
⇒ 利用者の夢、希望の実現、生活の質の向上
- * ひとりで抱えこまず、相談出来る場を作ろう。
⇒ 基幹相談支援センター等の活用

スーパービジョンの 3つの機能の関連について

管理的スーパービジョン
(業務遂行・組織統制・説明能力)

教育的スーパービジョン
(知識・スキルの伝授・教育)

支持的スーパービジョン(支援者を支える)

※スーパービジョンの支持的機能は、教育的機能や管理的機能の前提。

※教育的機能や管理的機能のスーパービジョンは支持的に行わなければならない。

・ グループスーパービジョンの利点 (小澤温)

- ・ 想像的な代替策のアイディアの源泉
- ・ 利用者行動の内面的な理解（内的解釈）
- ・ 同僚への励ましと支持（チームとしての共感性）
- ・ 成功した実践への分かち合い
- ・ クライアント（利用者）との直接的な関わりのない同僚の視点から開かれること。
- ・ チーム全体がクライアント（利用者）をよく知るため、担当者の幅が広がる。
- ・ チームとしての学習効果が高まる。

（個別ケースのアイディアから他のケースへの応用）

実習 2 (インターバル②) ガイダンス

資料を見ながら、各自ご確認をお願いします！
提出課題は**必須**です。

初任者研修 演習プログラム

3 日目	■モデル演習 相談支援におけるケアマネジメントに必要な視点と技術（ケアマネジメントおよびサービス等利用計画作成に関するプロセスの体験演習	①面接・アセスメント ②ニーズの整理 ③プランニング ④担当者会議
4 日目		
インターバル① ■相談支援プロセスの実践①		
5 日目	■ケアマネジメントプロセスの体験演習（⑤モニタリング） ■実習課題に基づくアセスメントの検討（スーパービジョンの体験）	
インターバル② ■相談支援プロセスの実践② ■地域資源に関する情報収集 ■基幹相談支援センターや協議会などへのアクセス		
6 日目	■実習課題に基づく再アセスメントおよび支援方針（計画案）の報告と共有（ケースレビューの体験） ■ケアマネジメントプロセスの定着支援（前半）	
7 日目	■ケアマネジメントプロセスの定着支援（後半） ■協議会の役割と活用 ■演習及び全体の振り返り	

インターバル②

■相談支援プロセスの実践② ■地域資源に関する情報収集
■基幹相談支援センターや協議会などへのアクセス

■相談支援プロセスの実践②

1. 基本情報のアセスメント情報追加記入（朱書き追加）
2. ニーズ整理票の追加記入（朱書き追加）
3. スtrenグスアセスメントシート（朱書き追加）
4. サービス等利用計画案
5. 週間計画表
6. 事例概要 要約シート（発表用）

■基幹相談支援センターや協議会へのアクセス～地域における実習～

7. 「実践研究 事例への共有と相互評価Ⅰ 振り返りシート」中の「実習2の結果」欄に記入
8. 協議会調べ

■地域資源に関する情報収集

9. 地域の障がい福祉サービス事業所の状況

注意事項

★提出期限をご確認ください！

- 提出分とは別に、1部印刷し、控えとして手元にご用意ください。
- 資料作成については、実習協力者（ご本人）の**プライバシー保護（個人情報保護）**に十分配慮し、ご本人・ご家族・関係者等は仮名又は匿名で記載してください。また、住所、電話番号等、個人や家族等が特定できそうな情報は極力ふせてください。
- 実習1でアセスメントを行った事例に対し、5日目の演習で出されたアイデアをもとに**更にアセスメント**を深めたうえで、サービス等利用計画案を作成してください。
- 誰が見ても読みやすく、**丁寧に記載**してください（手書きの場合はボールペンで記載してください）
- **事務局に提出していただいた資料はお返ししませんので、必ずコピー等を取ってください**（提出分は原本でもコピーでも可）

実習2 提出課題



様式	事務局用 2部	ワーク用 6部
表紙(本紙)	○	○
提出①(再) 基本情報への追加記入 ※カラー印刷	○	○
提出②(再) ニーズ整理票への追加記入 ※カラー印刷	○	○
提出③(再) スtrenグス・アセスメントシート ※カラー印刷	○	○
提出④ サービス等利用計画案	○	—
提出⑤ 週間計画表	○	—
提出⑥ 事例概要・要約シート(発表用)	○	—
提出⑦ 実践研究事例への共有と相互評価Ⅰ 「実習2の結果」欄の記入	○	—
提出⑧ 協議会について	○	—
提出⑨ 地域の障害福祉サービス事業所の状況	◁	◁

事務局提出分

部数変更
注意!

実習 2 の課題

提出①②③再アセスメントを行う

演習 8 のグループワークで

作成した振り返しシートの

内容をもとに、

[illegible]

演習1 ニーズの整理票について

ニーズ整理票

① 希望はイデオロギーに即した希望と現実の希望とは、私たちに一緒に進むのには本人も譲らなくては、理想を一人一人磨き上げるのが私たちの仕事だと同時にできること

② 希望が実現するまでには、希望をいかに実現していくか、誰かのごとや専門的なことばかりが求められること、希望をいかに実現していくか、誰かのごとや専門的なことばかりが求められること

③ 課題	④ 解決策	⑤ 実行計画	⑥ 実行計画
③ 課題	④ 解決策	⑤ 実行計画	⑥ 実行計画

③ ストレngth アセスメントシート

再度、①基本情報・②二ーズ整理票 ③スト
レングス・アセスメントシートの加筆修正
を行う。（実習1と文字色を変え**朱書き**に
する、**削除を見え消し**とするなど、**変化が
可視化できる**ようにする。）

振り返りシート

実習 2 の課題

提出④ サービス等利用計画案作成

サービス等利用計画案

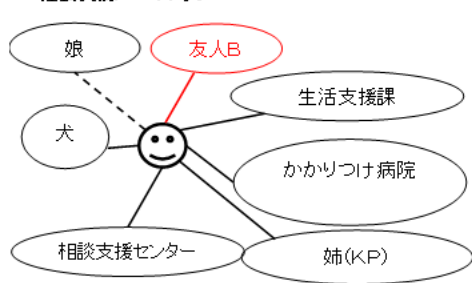
サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案				
利用者氏名(児童氏名)	障害支援区分	相談支援事業者名		
障害福祉サービス受給者証番号		計画作成担当者		
地域相談支援受給者証番号	通達番号			
計画作成日	モニタリング日	利用者同意署名欄		
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)				
総合的な援助の方針				
長期目標				
短期目標				
優先順位	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1				
2				

実名は掲載しないでください。(仮名などで記載)
受給者番号などは記載しなくてOKです。

できる限り、その利用者らしさ、
ストレングスに着目して具体的に
方針・目標を立ててみましょう。

福祉サービスのみだけでなく、医
療や**インフォーマル資源**にも目を
向けて、計画に盛り込んでみま
しょう！

記入例



ストレンジス
【本人】
自分でも服がでける
装具を使えば少し歩ける
ところにか自分でもやうとす
家族思い 就労歴がある
家電製品を愛する
洗濯と掃除（一部）ができ
携帯電話で助けを呼べる
ペットの世話ができる
模様替えが好き
【環境】
協力してくれる家族がいる
主治医と長年の信頼関係
院生生活でできた友達

- DMだったので野菜の料理をたくさん作っていたけれどおいしく見える様に盛り付けも凝っていた
- 手が動くころはいらない布を使っていた(ミシンがないので)手縫いのクッションを作っていた。
- ピシッとアイロンをかけるのが好きだった
- 井戸端会議は好きじゃなく友達少ない

きれいな好き
人に配慮ができる
まじめな性格
欲がある

家電製品を上手に
洗濯と掃除(一部)ができ
携帯電話で助けを呼べる
ペットの世話ができる
模様替えが好き
【環境】
協力してくれる家族がいる
主治医と長年の信頼関係
学生生活で学んだ力がある

②ニーズ整理票

本人・主訴・家族	(ゆたかさん) ・アパートで生活したい。施設はイヤだ。 ・<u>工員もらって</u>、楽しく人と関われる仕事が好きだ。 お小遣いで好きなものを買えるようになりたい。 ・お父さんがどうなるか不安だ。	(叔父・叔母) 一緒に住めるほど生活の余裕はない。私たちと一緒に住むのは本人も嫌がるでしょう。施設なのが一番暮らし生活の面が私たちは判断できない。 (後見人の意見追加) ゆたかさんが混乱しないように支援してきたい。誰がいのことや専門的なことはわからないので、生活支援をお願いしたい。
----------	--	---

	①生活する上で必要なこと・課題	②「必要・課題」と思った理由や状況	③ストレングス（能力・環境）	④考えられる支援目標	⑤考えられる取組・社会資源	専任相談員	
相談支援専門員からみた必要性	本人ができない家事を支援する必要がある。自分でできる部分が増えるよう支援する必要がある。 (家事を手伝ってほしい)	・男性はバランスをきいていない。・野菜を毎日で切ったり野菜をばつくりしたり、チキンラーメンをつくって食べることができる ・掃除は1人でできていない。不潔・施錠の意識がない。 ・洗濯物が散乱している。洗濯を洗わないことがある。 ・車でスーパーで買物すると、冷蔵庫に入らないくらい買う。生鮮食品が腐る。 ・家事や生活は、父が声かけしていたが、父が入院後は声かけする人がいないヘルパーだけになった。	・収入を稼ぐことができる。 ・車を運転することができる。 ・声かけがあれば、風呂そうじや洗濯はできる。 ・支援者とコミュニケーション取りのながらだと、本人はやる気が起こるやすい。	清潔な日用品の供給。洗濯や部屋の掃除をヘルパーに依頼すること。できるだけ支援する。声かけしながら支援者と一緒に家事を行う。	★居宅介護（週4回）家事20～25h/月	1	
	本人の住居を確保する必要がある。 (新しい家を探してほしい)	・現在住んでいるアパートは2人世帯用で家具が狭い。車やユーザーに収納しきれない。 ・G4料金が安い。集約生活は継続がない。 ・独り暮らし生活するのタイプだと言う。 ・ワンルームタイプのG4は保証がない。	・父が一人で最寄駅は1人（ヘルパーあり）で生活している経験がある。 ・車庫アパートが多い施設に住んでいる。 ・施設が2つだと通うことができる。 ・生活保護の担当課で行っている（住宅賃金面指導）がある。（第3回）	本人が実際にアパート物件を見る。他居る客体的なイメージを立てる。物件を選択できるようにする。	★後見人による賃貸契約 ★生活保護 住居情報提供事業の活用	2	
	お父さまの状態を把握し、本人が不安にならないように情報提供していく必要がある。 (お父さんがどうなるか知りたい)	・「お父さんが死んだらめんどくさいことになる」とヘルパーに言うことがある。 ・病院に見舞いに行きたいと言っている。 ・父の状態を本人に伝える人がいない。 ・父のこととわからないと、看護行為が増え疲れやすい。	・わからない時は相談支援センターに電話したり、来所することができる。 ・ヘルパーに心配なことや気になることを言うことができる。	支援関係者で情報交換する。本人が不安にならないよう配慮する。	★父の居宅介護支援事業者 ★生活保護のケースワーカーとの情報交換	3	
	工賃がもらえるように本人の特性（人の関わりが好き）に応じた作業面が必要。 (自分に合った場所が働きたい)	・就業経験はない。 ・人とコミュニケーションを取ることによって自信が高まる。 ・「人付き合いが苦手」という意識が強い。 ・男の人になる。世帯主は嫌いだ」といふ男性や他人は苦手な人がある。 ・どれくらいの作業能力があるか実際にやってみないと分からない。 ・就業に至るまでの本人の見識はない。 ・必要を手続きや契約など理解が困難。	・常に工場の指導 ・得意な作業が少 ・何でもチャレン ・計画ができる。 ・留り使える。 ・女性ややさしい ・支援者と交 らなく、本人 ・コミュニケーション	収入：年金9000円 生活保護費5000円 支出：家賃3500円 水光熱費3000円 小遣い10000円	雇う。 単独活動に参加する。 就労型型（週5回）		4
	生活費と小遣いの管理が必要。 (生活費を管理してほしい)	・家賃、水光熱費の支払や引落しなどとの通知や電話が来ても理解ができず、パニックになる。今まで父の口座で支払っていた。	・お金を渡った時は、紙に書くことができる。 ・生活ノートに行先や交通手段を書くこと	生活費を管理してもらい、本人の小遣いを確保する。			

それぞれ朱書きの追加記入がわかるように
グループ人数分をカラーコピーで提出して
下さい

実習 2 の課題

提出⑤ 週間計画表作成

フォーマル（医療・福祉サービス等）・インフォーマル資源（習い事／当事者活動など）を盛り込み、1週間の流れを記入。

→月～日の欄に記入

本人の1日の生活の流れ（起床・就寝・食事・入浴など）も記入。

→備考欄に記入

週間計画表

週間計画表

		月	火	水	木	金	土	日	備考
早朝	6:00								
	7:00								
	8:00								
午前	9:00								
	10:00								
	11:00								
	12:00								
	13:00								
	14:00								
午後	15:00								
	16:00								
	17:00								
	18:00								

実習 2 の課題

提出⑥ 事例概要 要約シート記入（発表の準備）

次回の研修においてケースレビューを行います。

7分間で以下の要領で概要を発表できるよう準備をする。

- ① 再アセスメントの結果変化したところとその要因
- ② サービス等利用計画作成案の際留意した視点
 - ・ 社会資源やチームメンバーの選定意図や留意した点
 - ・ 基本的視点と照らし合わせ留意した点
- ③ 再アセスメント、プラン作成にあたり、困難・疑問を感じた点

※単なるシートの読み上げとならないよう、端的に報告する。

「事例概要 要約シート」

相談支援従事者初任者研修 事例概要・要約シート

事例概要（事前課題で取り組んだ事例について、下記の注意事項を参考に要点をまとめて下さい）

①再アセスメントの結果、変化したところと、その要因

※基幹相談支援センター、委託相談支援事業所等へアクセスして得られた結果も踏まえて記入

②サービス等利用計画作成の際、留意した視点

③再アセスメント、プラン作成にあたり、困難・疑問を感じた点

実習2の課題

提出⑦ 基幹相談支援センター、委託相談支援事業所へアクセスする。 ～地域における実習～

「実践研究 事例への共有と相互評価Ⅰ
振り返りシート」をもとに意見交換し、
「実習2の結果」 欄に記入しシートを完成
させる。

★実習先は「地域における実習について」参照

※注意

地域実習後に課題提出となるため、**提出日を確認のうえ
実習日の調整**を行ってください。

もし、提出日より実習日が遅くなる場合は、提出遅延報告書
(HP掲載)を提出してください。遅延の場合も研修6日目の
6日前までに課題到着が必要です。

演習8 実践研究 事例の共有と相互評価Ⅰ 振り返りシート

記録者 [今回の演習では発表者が記録]

発表者 []

メモ

実践例を提出してみてもの自身の気づき、得られた新たな視点や知識

実習2で行う取り組み(目標)

実習2の結果

実習 2 の課題

福岡県は全ての地域・圏域に「協議会」が設置されています。
各自治体のHPや担当課、**基幹・委託相談支援センター**に**問い合わせ**などして調べてみてください。

提出⑧ 協議会調べ

事前に所属機関エリアの協議会（自立支援協議会）を調べ、シートを作成する。

シートをもとに**協議会事務局や基幹・委託相談支援センター等と意見交換し**
得たものを加筆し完成させる。

「自立支援協議会について」事前課題

職場の所属する地域の自立支援協議会について、項目ごとの具体的な状況を書いてください。
地域の状況について不明な点は自立支援協議会のHPや行政、協議会事務局等で調べてください。
※5日目の演習で調べた内容をグループ内で発表していただきます。

所属圏域： _____
受講番号： _____ 氏名： _____

自立支援協議会について、地域の状況

項 目	状 況	気づいたこと
自立支援協議会の名称	(例) ○○市協議会、△△圏域協議会	
協議会、協議会に関わる会議等への参加状況	(例)・総会に出席したことがある ・協議会の○○ネットワーク会議に参加した <u>※参加したことが無い場合は会議の種類を記入</u>	
協議会の構成や運営について	(例)・相談支援事業所と町役場が事務局、 ・月 1 回事務局会議が開催されている	
協議会の取り組み	(例)・就労に関する部会があり、関係機関とのネットワークづくりに取り組んでいる	

実習 2 の課題

地域の障害福祉サービス事業所の状況 → 情報入手先()	
受講者自身が所属する地域(圏域)にある各種サービスと特色・資源について、調べてください。 事業所名称を伏字にする必要はありません。	
居宅・居住系サービス	(例) 居宅訪問介護事業所フクオカ: 行動援護が可能な男性ヘルパーがいる。
通所系サービス	(例) 児童発達支援事業所フクオカ: 言語聴覚士による支援が受けられる。

1 ページ

ダウンロードアドレス

<https://hokenfukushi.or.jp/training/wel01/>
課題ファイルよりダウンロードください。

各様式の記入例はテキスト巻末に
ありますので、ご活用下さい。



提出期限

A日程：11/17（金） 17時必着

B日程：11/24（金） 17時必着

事務局に郵送にて送付してください。

（1部ずつホッチキス止め）

FAXでの受付はできません。

期日までに提出がない方は、受講の取り消しを
させていただきます場合がございますので、ご注意ください。

送付先・送付方法

送付の際は、封筒に
相談支援従事者初任者研修 演習提出資料送付 と朱書し
封筒裏面に 受講番号と氏名 を記入してください。

送付先

〒812-0016

福岡県福岡市博多区博多駅南4-2-10-5階

(一財) 保健福祉振興財団 福岡支部

相談支援従事者研修 課題提出係

提出期限

提出部数

ご注意ください！

(必着日をご確認ください)

5日目のプログラムは終了です。

お疲れさまでした！