

相談支援専門員が獲得すべき相談支援技術について、中核的な技術となっているケアマネジメントを元に、その概要と技術獲得に際して課題となっている点について述べる。

### 1 ケアマネジメントの意義（『障害者ケアガイドライン』1998年）

障害者の地域における生活を支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療のほか、教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である。

### 2 ケアマネジメントの構造

ケアマネジメントは、ニーズと社会資源を適切に結びつけるという基本構造を持ち、そのために必要なニーズの把握と社会資源の活用および開発という2点が重要なポイントとして挙げられる。ニーズには1)生活基盤、2)健康、3)日常生活4)コミュニケーションスキル、5)社会生活技能、6)社会参加、7)教育・就労、8)家族支援があり、社会資源には・利用者本人・家族、親族・支援者・事業担当者・行政担当者・企業、商店・教育機関・民間施設・公共施設・諸制度など人的物的制度的にあらゆるものが該当する。

獲得課題 1 障害者総合支援法上のサービスが頭にあるため、先にそれらのサービスを思い浮かべてしまい、ニーズを後付けで想定する例が見られる。ニーズ中心を強調して説明する。

### 3 ケアマネジメントの理念や原則

以下の理念や原則を理解することが求められる。

- ①個別化、②エンパワメント、③自立（自己決定）、③QOL、④利用者中心（ニーズ中心）、⑤アドボカシー（権利擁護）

獲得課題 2 エンパワメントとアドボカシーについては達成概念でもあるので、ソーシャルワークの意義とともに時間をかけて理解を深める必要がある。

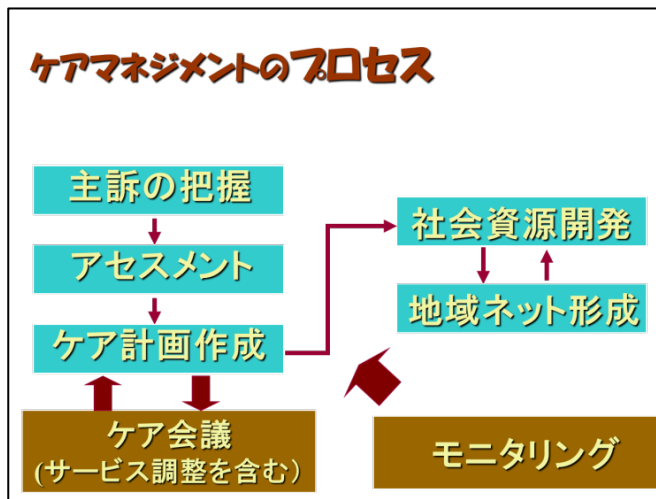
スライド1



### 3 ケアマネジメントのプロセス

①来所相談、アウトリーチなどにより、主訴（想い）を聴く、②アセスメントを実施して関連する情報を収集、③ケア計画の素案を作成、④ケア会議（個別支援会議）を開催して計画案を修正、⑤計画実施に必要な社会資源を動かす（なければ開発する）、⑥利用者を地域で支えていくためネットワークをつくる、⑦計画を動かしながらモニタリングを行うという流れとなる。

スライド2

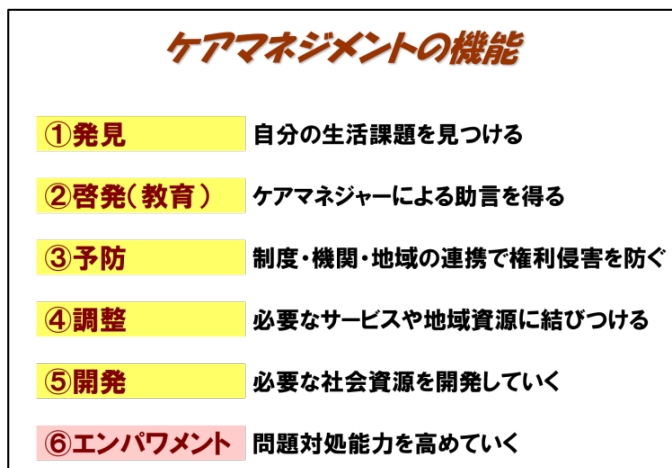


### 4 ケアマネジメントの機能

ケアマネジメントが本来的あるいは反射的に示す機能を理解する。

①発見、②啓発（教育）、③予防、④調整、⑤開発、⑥エンパワメント

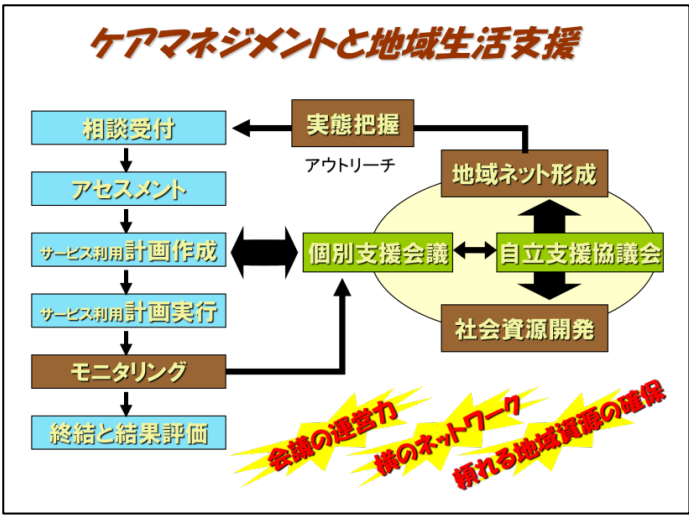
スライド3



### 5 ケアマネジメントの全体像

ケアマネジメントが相談受付からモニタリング、終結という流れだけで終わっているのではなく、自立支援協議会を通した社会資源の開発や地域ネットワークづくりに発展する、いわゆる大きなケアマネジメントを含めて行われていくものであることを伝える。

スライド4

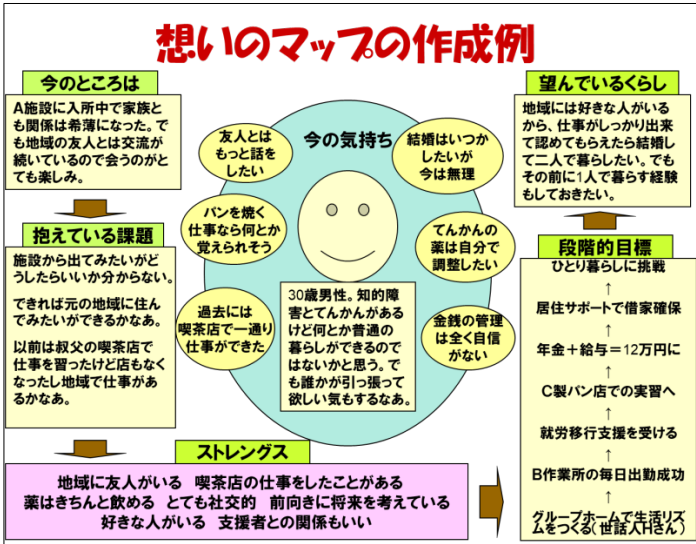


6 各論 1 共感的理解・関係性構築・ゴール設定

初任者として最も重要なことは、利用者としっかり向き合い、利用者の想いを受け止めることにある。そのため、面接技術をしっかりと獲得して、利用者との信頼関係をつくりつつ、利用者の想いを汲み取る力をつける必要がある。獲得する技法として、①促し・②繰り返し・③要約・④解釈・⑤共感・⑥保証・⑦対決・⑧沈黙の技法・⑨明確化・⑩質問・⑪リフレーミングなどがある。利用者から受け取った想いを図式化するなど個々にあった工夫を行うことも重要。

獲得課題 3 初期の面接の段階で信頼関係構築に手間と時間をかけることにより、その後の支援がスムーズに行える。言葉では理解が難しい利用者であっても、共感的理解により関係性を構築し、寄り添いながらゴールを設定する。相談件数をこなそうとして利用者のサインを見落とししていないか確認すること。

スライド 5



7 各論 2 アセスメント・ニーズの整理・プランニング

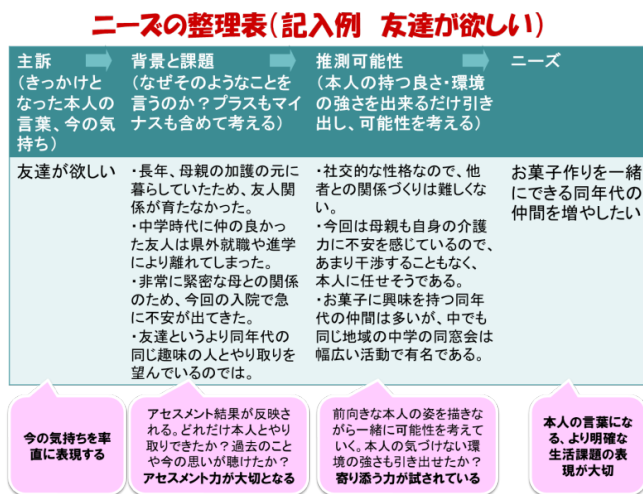
利用者の想いを聴いてもそれを形にすることが出来るかが問われる。アセスメントの段階で、利用者のパワーを引き出せる本人のストレングスと環境のストレングスをしっかりと把握するこ

とが重要である。また、利用者とともに作る計画書の作成は、利用者エンパワメントの絶好の機会である。ニーズを主訴からストレングス発想で利用者とともに考える作業が重要である。

獲得課題 4 アセスメントは利用者との関係が続く限りあらゆる機会を通じて行われるものであり、アセスメントシートを埋めようといきなり多くの情報を得ようとしないこと。

獲得課題 5 利用者のパワーを引き出す計画づくりのためには、支援者自身のできないという思い込みや周囲の壁とも闘わなければならない。如何にして周囲の協力的関係を引き出すかがポイントとなる。

スライド 6

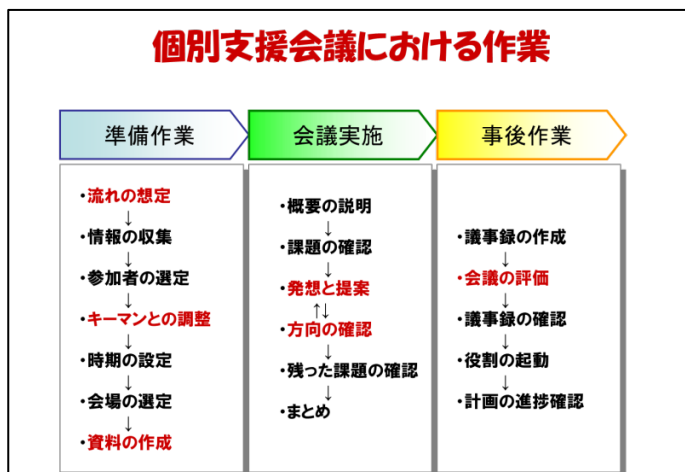


### 8 各論 3 サービス担当者会議の運営

ニーズに従ってサービスやソーシャルサポートを組み立て、利用者とともに個別支援会議にてサービス提供者や地域住民の協力を引き出す。

獲得課題 6 個別事例の課題をしっかりと押さえることがサービス担当者会議を通じた周囲への働きかけにつながり、関係者の協力を引き出す可能性があることを知る。

スライド 7



## 9 各論 4 モニタリング

モニタリングをする相談支援専門員には、①伝聞や個人的感覚を避け具体的事実を捉える、②他が良くても家族システム（特に本人）の自己評価が低い場合は見直しが必要、③日頃から支援により変化した点を丁寧に拾っておく、④サービス提供者との情報共有でチーム力を活かすという動きが求められる。

獲得課題7 モニタリングの観点は、①プランに沿ったサービスや関わりが提供されているか、②プランに沿ったサービスや関わりであっても利用者のニーズ解決に繋がっているか、③プランの目標達成に寄与するサービスや関わりとなっているかにあることを実行  
 スライド8

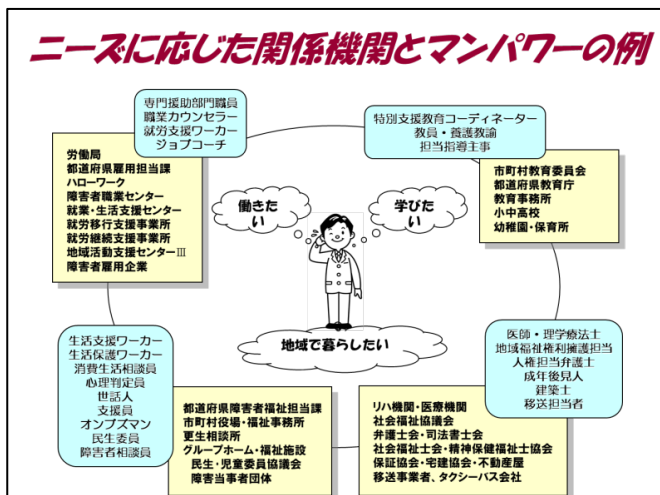
モニタリングシートによる検討						
モニタリングシート (2012年04月20日記入 相談支援専門員氏名 沖繩次郎)						
氏名・性別 那覇太郎 男	生年月日 1990年1月20日 22才	障がい名及び程度 中度知的障害、統合失調症 区分2	前回のモニタリング日と状況 今回が最初のモニタリング			
中長期目標 太郎さんは老人保健施設入所中の母親が帰宅することを想定し、調理と金銭管理の自立を3ヶ月以内に目指し、その後さらに3ヶ月で介護の学習をして母親を受け入れる		課題と進み 自宅に母を迎える意欲が出てからデイケアへの依存が減り、投薬量も安定。調理は楽しそうでレシピを絵で覚えていくことができる。引っ込み思案な性格でヘルパーに教える請うことがうまくできない。お金が貯まるとすぐに使うため金銭管理はさらに工夫をする必要がある。				
支援目標 利用しているサービス	達成 時期	サービスや関わり の事実	本人(家族)の 感想	所見(達成度など)	対応策	サービス変更 プラン変更
1 おかずを3品つくれるように調理を学ぶ ⇒ヘルパー 月水金11時～12時	H12 3月 ～ 6月	ヘルパーAは3月20日の開始から調理法の伝達をせず、本人好みの料理を作り置きするだけだった。	本人は言い出せず今回のMon訪問で相手を初めて不満を漏らした(別居家族は気づかず)	計画策定時のHHが退職。引き継ぎミスでプラン通りのサービス提供となっていない。当初通関の確認をするべきであった。	Mon会議で事業所にプランの再確認とHHの再指示を依頼。本人に対して謝罪。家族には再説明とモニタリングへの協力を依頼	サービス内容の再指示 達成時期の変更はMon会議で決定
ヘルパーがプランに従っていれば太郎さんがどれだけ適応できたかがわかったはず。予定していた支援の流れが狂うと利用者の利益を損なってしまう。「支援の経過の中で捉える」		本人や家族のパワーを見て取るという意義がある。あまりにも否定的感想の時はプラン自体の問題となり、再アセスメントになりうる。「家族」システムという視点		プラン通り実施できなかった理由を明確にするため背景を捉える必要がある。「事業所」「相談支援」システムという視点		サービス担当者会議(本人も参加)の結果、導き出した方策を記入。「情報共有と評価」の視点

## 10 各論 5 制度的資源・人材の知識

障害者総合支援法のサービスなどの知識はもちろん、ケアマネジメントを進めるためには、制度を支える諸機関とそれを担当している人材との密な連携が重要である。

獲得課題8 計画相談に入ると障害者総合支援法のサービスメニューの知識が直ちに要求され、その範囲での適用に追われることになる。しかし、制度的な対応だけではニーズの解決に至らない場合には、各機関の担当者のパワーを活かすことでカバーしなければならない。

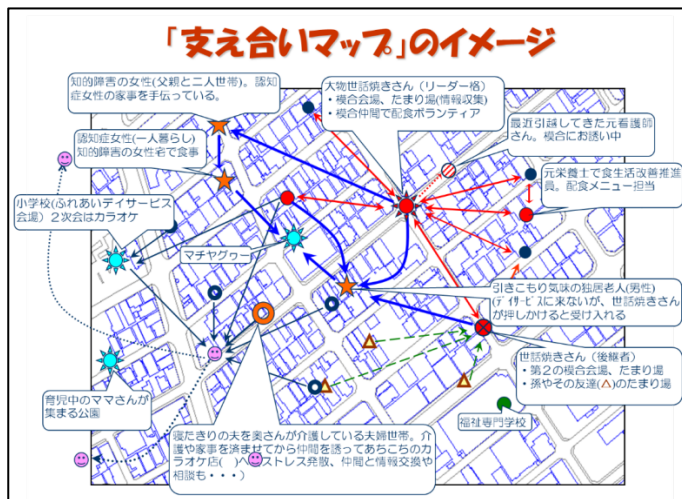
スライド9



## 11 各論6 ソーシャルサポート・ネットワーク

利用者は地域で生活している。相談支援専門員が利用者の地域での生活についてある程度把握しておかなければ、利用者の思いを持った生活が実現しない。ここでは地域の地図でそのイメージのみ共有する。

スライド10



また、地域にある団体や組織、関係機関を具体的に思い浮かべて、どのようなところと繋がればどのようなことが実現できそうなのかをイメージしてみる。

スライド11

### 地域ネットワークを創るために

**地域の組織力を活用した利用者の支援**

- ① 民生委員協議会、自治会、PTA等の地域組織
- ② 小中高等学校、専門学校、大学等の教育機関
- ③ 商店街、商工会、農協、工業会等の経済団体
- ④ その他専門職団体、公益団体
- ⑤ 新たに福祉向上を目的として結成された組織
- ⑥ その他問題解決に役立つメンバー

**既存組織の得意技と課題を知り、その仕掛け人とネットする!!**

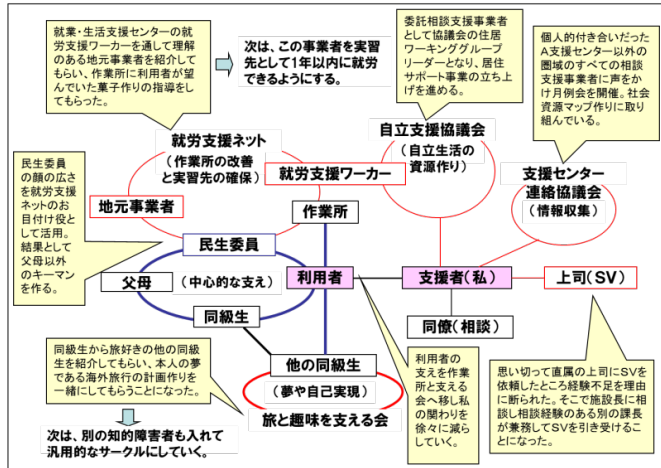
**相手の課題を自分の課題とする**      **相手の組織にも必ず改善者がいる**

さらに、相談支援専門員が利用者との関係を中心として他の資源とどのようなネットワークができるとより継続的なケアマネジメントに発展できるのかについて考えることが重要であることを学ぶ。

獲得課題 9 相談支援専門員が「ソーシャルワーカー」であり、利用者とともに地域を変えていく可能性があることを、具体的な地域の組織や住民の活動から学ぶ

スライド12

## 社会資源の開発と支援ネットワーク



## 12 各論 7 社会資源の活用と開発

制度的な資源を活用することはあっても、相談支援専門員として制度外の社会資源を活用ないし開発することは少ないと考えていることだろう。しかし、制度の狭間にある事例は業務を始めですぐにやってくる。その様なときに、すぐに支援が滞ることがないように、介護保険制度や生活困窮者自立支援制度のサービス、病院の送迎車やデイサービスの送迎車の活用といった工夫が生きる。社会資源の開発はその延長線にある、いわば小さなアイデアの積み重ねであることをまず理解したい。

さらに、実際に動いている開発された社会資源の例を見て、既に行われている実践が、社会資源の改善や開発から生まれたものであることを確認する。

スライド 13

スライド 14

### 社会資源開発 (考え方編)

- 対象が他にも使えないか(制度)
- 「ついで」はないか(運行ルート、業務の範疇)
- 兼用ができないか(建物、車輛)
- 少しお金を出せば使わせてもらえないか(民間事業)
- 教育的に使えないか(学生、地域住民)
- 利用者が役に立つか(なごむ、元気づけられる)
- 地域に利益が還元できないか(地域課題の解決)

### 社会資源開発事例

- ケア会議から車いすタクシーを導入
- 自動車教習所の送迎バスで買い物
- コンビニ中継によるデイケア送迎車はしご
- タクシー無線による認知症高齢者探索
- 郵便局員とヤクルトレディによる見守り
- 知的障害者と精神障害者のグループ就労
- 作業所をネットワーク化して合う作業を紹介
- 作業所の送迎運転手を精神障害者が担当
- 作業所送迎と物販を同じ車輛で広げる
- ボランティアジョブコーチ

## 13 相談支援技術 まとめ

ケアマネジメントによる地域生活支援でどのような技術、技法が使われているかについて説明した。これらの点について、9つの獲得課題を提起している。ただし、初任者としてはすべてを詳細に学ぶことは難しく、利用者との信頼関係の構築と想いの引き出し、ストレングスを活かしたアセスメント、適切な資源を活用したプランニング、寄り添いながらのモニタリングを中心に学ぶ必要がある。そこで、初任者研修の演習においては、上記に該当する獲得課題(3~7)に対応するプログラムを提供する。獲得課題1および2は講義にて習得する。

## 資料 1-7 相談支援におけるケアマネジメント技法：プロセス：歴史、目的

研究代表者：小澤 温

### (1) 海外における障害者ケアマネジメントの歩みーアメリカを中心として

最初に、アメリカにおける障害者ケアマネジメントの歩みを概観する。アメリカにおける障害者へのケアマネジメントの始まりは、1950年代と1960年代にかけてなされた脱施設化政策にみることができる（文献1）。特に、1963年のケネディ教書に示された脱施設化政策に基盤を置いた障害者施策の推進は、これまでの入所施設、精神科病院を中心に行われてきた障害者施策の転換を促進する上で大きな影響を与えた。

この時期に、アメリカではノーマライゼーションの展開のもとで脱施設を中心とした制度改革に取り組むことが知的障害者の問題から生じ、数々の大規模州立施設の縮小・閉鎖と地域生活の推進のための基盤（グループホームなどの小規模住居）整備が行われた。

このことは精神保健分野にも波及し精神医療における長期入院解消のための退院促進の取り組みが始まった。その後、精神障害者への退院促進の取り組みは、重度の精神障害者の再入院と地域で支援を受けずに孤立した精神障害者の貧困化、ホームレス化といった大きな社会問題を生みだした。このような状況に対応するために、1970年代になると精神障害者が地域で生活をするためには、医療的な支援、福祉サービスの提供、生活の場の確保、所得保障などの様々な地域サービスを提供しなければならないことが、さまざまな支援実践の中で明らかになってきた。特に、地域支援の拠点となる機関を設置して、地域サービス提供の調整を行う取り組みの重要性が認識された。このような取り組みは地域における多様な社会資源を組み合わせることで障害者に提供する方法を生みだし、ケアマネジメント実践の始まりとなった。

1980年代以降は、精神保健サービスにケアマネジメントが位置づけられ、様々なケアマネジメントモデルの有効性の評価研究が行われるようになった。1990年代以降は、連邦政府により ACT（集中型・包括型ケアマネジメント）プログラムの標準化の実践研究が推進されるようになった（文献2）。他方、知的障害者に対しては、1990年代以降、パーソンセンタードアプローチの取り組みが進み、専門職主導のケアマネジメントから当事者中心のアプローチへの転換が推進されてきた。

### (2) 日本における障害者ケアマネジメントの歩み

わが国においても、1990年代以降、障害者福祉に関連する制度改革が進み、特に、1997年の「今後の障害者保健福祉施策のあり方について（中間報告書）」、1998年の「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」、1999年の「今後の障害者保健福



祉施策のあり方について」などの報告書によって、障害者の領域でも、障害者の地域生活の支援施策の整備の必要性が認識されてきた。特に、「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」と「今後の障害者保健福祉施策のあり方について」の2つの審議会報告書では、障害者に対してケアマネジメント手法による効果的なサービス提供の必要性について論じている点で重要な内容を含んでいた。

1998年には、身体障害者、知的障害者、精神障害者の3障害者用のケアガイドラインが国から公表され、それぞれの障害特性に応じた基本理念、介護の原則、ケアマネジメントの具体的な進め方などの点が明らかにされた。さらに、2002年には、3障害分野に共通した障害者ケアガイドラインが公表された。

その後、2003年に施行された支援費制度では、身体障害者、知的障害者を対象に、従来の措置制度から契約制度に転換すること目的とし、利用者の自己決定と選択の重視、契約に基づいたサービス利用、利用者の選択とサービスの質の向上といった社会福祉基礎構造改革の趣旨にそった制度の変更がなされた。支援費制度の施行後、国の想定以上に在宅サービスの利用者数の増加、障害種別のサービス格差、サービス水準の地域格差、在宅サービス予算の増加と財源問題、などの問題が生じた。こうした問題へ対処するために、2005年に障害者自立支援法が成立し、2006年度より施行された。

2009年には、「障がい者制度改革推進会議」（以下、「推進会議」とする）が内閣府に設置された。推進会議では、障害者権利条約の批准と国内法の整備、障害者基本法の抜本的な改正、障害者差別禁止法、障害者自立支援法に代わる新法の制定、などの案件の検討がなされた。

その後、推進会議は2010年に1次および2次意見書をまとめた。1次意見書の内容としては、障害者基本法の抜本的な改正、障害者差別禁止法（意見書における名称）の制定、「障害者総合福祉法」（意見書における名称）の制定、などの法改正に加えて、障害者政策関連分野（労働・雇用、教育、所得保障、医療、障害児支援、虐待防止、建築物・交通アクセス、情報アクセス・コミュニケーション、政治参加、司法手続、国際協力など）の法制度に関する検討にふれていた。障害者自立支援法の廃止に伴う新法の検討に関しては扱う内容が多岐にわたるため、「推進会議」の下に「総合福祉部会」が設置され、2011年に新法の骨格を示す意見書（以下、骨格提言）をまとめた。

この骨格提言とは別に、障害者自立支援法による第2期障害福祉計画と障害者自立

支援法以前の旧体系の経過措置が 2011 年度で終了し、新法の施行予定の 2013 年度との間に空白期間が生じることがあるため、その空白を埋める法律が必要となった。2011 年に障害者自立支援法の改正法が障害者総合支援法の施行までの期間限定の条件で成立し、すべての障害福祉サービスの利用者に対して、2012 年度から 3 年間かけて「サービス等利用計画」の作成が義務づけられた。この取り組みにより、これまで制度的にあいまいな位置づけであった障害者ケアマネジメントの制度化が障害者自立支援法において正式になされた。

障害者自立支援法に代わる法律に関しては、2012 年に、「障害者総合支援法」が成立し、2013 年度から施行された。障害者総合支援法は、その後、改正が行われたが、障害者ケアマネジメントの仕組みはほとんど変更することなく、現在に至っている。

## 2. 実際の流れ

### (1) 障害者ケアガイドラインにおける流れ

国の定めた障害者ケアガイドラインは、2002 年に公表されたものから変更されていないため、ここでは、2002 年の障害者ケアガイドラインに示されている事項をもとに（文献 3）、ケアマネジメントの進め方について記した。

ケアマネジメントの進め方では、1) 入り口、2) アセスメント（対象者の真のニーズの把握）、3) 支援の目標設定とケア計画の作成、4) ケア計画の実施、5) サービス提供状況の監視およびフォローアップ（モニタリング）、6) 再アセスメント、7) 終了の 7 段階からなっている。

1) 入り口はアウトリーチとも呼ばれ、地域の中でサービスを必要としている人を発見し、最もサービス効果のある対象者の把握することが重要である。

2) アセスメントは全体的な情報を集約するため包括的なアセスメントと呼ばれることが多い。

3) 支援の目標設定とケア計画の作成は、現在の計画相談支援では、サービス等利用計画と呼ばれている部分である。

4) ケア計画の実施は多様なサービスの調整・連携がなされるためサービス・リンキング（リンゲージ・サービス）と呼ばれることが多い。

ケアマネジメントによる支援はこれら 1) から 7) の段階を進むプロセスとしてとして捉えることが重要である。特に、5) サービス提供状況の監視およびフォローアップ、6) 再アセスメント（再点検）にみられるように、ケアマネジメントは一回で終わるのではなく、フォローアップや再アセスメントを繰り返しながらせんの的に終了に向かう。ケアマネジメントを繰り返すことは、正確なニーズ把握をする上で、あるいは、

適切なサービスを提供する上で非常に重要である。この5) から7) に至る部分を、計画相談支援ではモニタリングと呼んでいる。

## (2) 障害者総合支援法におけるケアマネジメントプロセス

障害者総合支援法では、障害者（児）および保護者からの支給申請が行われた後、市町村は障害支援区分の認定と支給決定の判断を行う。そのために、市町村職員（あるいは市町村から委託された相談支援事業者）により、心身の状況、環境などの障害支援区分調査を所定の項目にそって実施する。併せて、指定された相談支援事業者によりサービス等利用計画書の作成を行い市町村に提出する。

障害支援区分は、障害者と障害児に対する障害福祉サービスの必要性を客観的に明らかにすることを目的にしている。障害者の心身の状態を総合的に勘案し、それに基づいて、要介護状態と福祉サービスの必要性を示す区分として厚生労働省令で定めることにした。障害程度区分を判定するために、共通の調査項目として、医療、移動、動作、身辺、行動、コミュニケーション、生活の状況、行動障害などに関する80項目が定められた。これらの項目で1次判定を行い、市町村審査会で医師の意見書、認定調査票の特記事項などを勘案して2次判定を行って障害程度区分の認定を行う。

このように、障害者総合支援法では、通所、入所、居宅サービスの利用者全員に対して、相談支援事業所の相談支援専門員により「サービス利用計画書」を作成することが義務づけられている。サービス等利用計画に関しては、相談支援専門員によるモニタリングが実施されている。

通所、入所施設等のサービスの利用者にとっては、相談支援事業所によるサービス利用計画と（通所、入所施設等の）利用している事業所におけるサービス管理責任者による個別支援計画の2つのプランづくりが同一の対象者に課されることになるため、この2つのプランに関して整合性をとるための調整を実施する必要がある。

## 3. 障害者ケアマネジメントの特徴

障害者ケアマネジメントの特徴点は、支援の対象者（サービス利用者）の社会生活上のニーズのアセスメントがあげられる。これは、支援の対象者が社会生活を推進する上で何に困っているのかといった生活ニーズ、あるいは、何を希望する（したい）のかといった利用者の希望・願望に基盤を置いたニーズアセスメントであり、医学に

おける障害や疾患の特性に焦点をあてたニーズアセスメントとは異なる点である。これらの生活ニーズや希望・願望は医学的な障害や疾患の理解と異なり、個々の障害者によって大きな違いがみられることが多い。したがって、ニーズアセスメントの際には個別性を重視した理解が重要である。

次に、アセスメントで把握されたニーズを充足するために適切な社会資源（サービス）と結びつける取り組みである。この取り組みはサービス調整と呼ばれる。障害者の場合は高齢者に比べて、社会資源やサービスが量的にかなり少ないことがいわれており、適切な社会資源や社会サービスが現状ではみつからない場合、それらの資源やサービスを開発することがケアマネジメント実践に求められている。特に、精神障害者の場合は、身体障害者や知的障害者に比べて著しく社会資源が少ないので社会資源やサービスを開発することはきわめて重要である。同時に、制度に束縛されない資源（インフォーマルサービス）を含めてケアマネジメントを進めることも大事である。

これらの障害者に対するケアマネジメント実践に一貫している考えとして重要なことは以下の6つの基本的な視点である。

- ①個別性を重視した支援
- ②サービス利用者のニーズが中心になる考え（利用者中心）
- ③生活者として障害者を捉える考え（QOL（生活の質）の重視）
- ④利用者自身が問題解決能力をつけていく考え（エンパワメント）
- ⑤意思決定を中心に置いた自立観
- ⑥利用者の意思決定の支援と権利擁護（アドボカシー）

特に、障害者では、このうち、利用者自身が問題解決能力をつけていく考え（エンパワメント）、自己決定を中心に据えた自立の考え、利用者の権利擁護（アドボカシー）、の3点が非常に重要であり、障害者のケアマネジメントの特徴である。これらの特徴をふまえて、障害者へのケアマネジメント実践がなされる必要がある。

最終的なケアマネジメントの目標としては、意思決定を主とした自立の達成、利用者のエンパワメントの向上が重要になるが、これに加えて、地域福祉の推進という目標も重要である。それには、地域の社会資源（サービス）の質の向上（障害者のニーズに適切に対応することができる点での質の向上）、必要な社会資源（サービス）の開発、社会資源間の連携、これらの取り組みの結果としての社会資源（サービス）の効果的な配置と利用をあげることができる。

文献

- 1)大島巖, 伊藤順一郎: 米国における脱施設化と集中型・包括型ケースマネジメントーその経験から学ぶこと. 病院・地域精神医学, 45(4): 18-25 (2002年)
- 2)久野恵理: 米国における ACT の歴史ー実践普及における障壁と解決策. 精神障害とリハビリテーション, 9(2): 26-33 (2005年)
- 3)佐藤光正・遅塚昭彦・広沢昇: 「図解 障害者ケアガイドラインー利用者主体の生活支援をめざして」, 環境新聞社, 8-13 (2003年)

以下にモデル演習で使用した際の教材を示します。エキスパートレビュー等を経て、用語や教材の提示の仕方、ツールの活用方法や開発の視点などについての整理が必要となりますが、改訂版については別途平成30年度に提示します。

## 演習 1 相談支援の実際（ケアマネジメント手法を用いた相談支援プロセスの具体的理解）

### 【獲得目標】

事例を通し、ケアマネジメント手法を用いた個別相談支援、サービス等利用計画作成実務および基盤となる相談支援の目的や必要な価値・知識を具体的に理解する。

### 【ねらい】

- ① ケアマネジメントプロセスおよびサービス等利用計画の立案プロセスを体験する。
- ② 講義で学習した知識や価値・倫理の相談支援の実践場面における活用を学び、その定着を図る。

【小単元】	関係性構築とインテークアセスメント	(1.5 時間)	
	アセスメント	(4.5 時間)	
	プランニング	(2.0 時間)	
	サービス担当者会議の開催と運営	(1.0 時間)	
	モニタリング	(2.5 時間)	
	演習 1 のリフレクション	(0.5 時間)	計 12 時間

原則として立ち戻る価値・倫理、視点

おさえるべきポイントを「○箇条」と明示しました。

### 【相談支援の目的】

- ① 障害のある人のその人らしい地域生活支援
- ② 障害のある人の自立と尊厳の確保、社会参加の保障
- ③ 誰もが暮らすことのできる地域づくり

【基本的視点】 各小単元において、確認する視点をまとめ、繰り返し提示することになります。

- 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
- 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

## § 1 関係性構築とインテークアセスメント（初期相談）

## 【ねらい】

- ① 個別の相談支援の基盤となる利用者と支援者の良好な関係性の構築とその要素について理解する。
- ② その前提となる生活者視点に基づく共感的理解について体験的に理解する。
- ③ 初期相談の具体的な流れと留意点を体験的に理解する。

*原則として立ち戻る価値・倫理、視点との関係も説明する。*

### 1. 関係性構築 *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ① エンゲージメント（強い信頼関係）の重要性、ラポールの形成
- ② 共感的理解、生活の視点による本人理解
- ③ 面接技術
  - 目的の確認・整理と共有・焦点化
  - 傾聴
  - 場面構築（場所・空間）
  - コミュニケーション手段（非言語を含む）
  - エンパワメント

### 2. ゴール設定

- ・本人にとってのゴールを設定し、共有する（できる限り本人の言葉で書かれる。）。
- ・本人が理解し、受け入れている（その実現に情熱を持てる）。
- ・留意点
  - ・本人の設定したゴールを否定しない。
  - ・非現実的であったり、達成に時間のかかるゴールであったときの関わる技法。

### 3. 記録 *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

### 4. 初期相談の留意点 *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- 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
  - 手法の選択（ケアマネジメントの対象者かなど）
- 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

※面接の内容的側面については、§ 2 アセスメントを参照。

## 【ワーク 1】 共感的理解

*2人～6人組でのワーク*

① 過去に、悲しかったことや辛かったことなど、困難な状況を経験をしたことがありますか？

② そのような時、どのようにして、困難な状況を克服してきましたか。

③ 相談に来た利用者はどうでしょうか。

## 【ワーク 2】 関係性構築

2人～6人組でのワーク

① 今までの人生の中で、誰かに助けてもらった経験を思い出してください。

(どんな時、誰に、どのように助けてもらいましたか)

② そのときの相手の態度はどのようでしたか。

## 【ワーク 3】 ゴール設定

① 今までの人生の中で、過去にもっていた夢をひとつ思い出してください。

② その夢をあきらめたのはなぜですか。

③ *非現実的と思われる夢や希望についての演習*

## 【ワーク 4】 相談面接模擬演習

○ ペアワークもしくはトリオワーク： 相談者、支援者（、観察者）

○ 相談内容を指定し、模擬面接を行う。

○ 全員がすべての役割を交代で体験する。

○ 1クール終了毎に振り返りを行う（チェックシートを活用する）。

※このほか、当事者を実際に招いての初期相談場面の演習も想定される。



## § 2 アセスメント *ここからはひとつの事例を通じて体感します。*

### 【ねらい】

- ① アセスメントの意味と重要性を理解し、その実際を理解する。
- ② その前提となる生活者視点に基づく共感的理解について体験的に理解する。
- ③ 初期相談の具体的な流れと留意点を体験的に理解する。

*原則として立ち戻る価値・倫理、視点との関係も説明する。*

### 1. アセスメントとは *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ・ 本人の夢・希望の実現や課題の解決に向け、必要な根拠をおさえ、整理する。
  - ・ 本人像（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）
- ・ ケアマネジメントプロセスの一部としてのアセスメントと継続的に深化するアセスメントについて留意する。

### 2. アセスメントの留意点 *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ・ 情報の収集
  - ・ 面接技術（場面構成）と大きく関係する。
  - ・ 生活者視点、本人中心、ストレングスなどの基本的視点を意識し、表出された言葉や選好の意味や背景を探る問いを多様に用意する。
    - ・ 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
  - ・ 手段： 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
- ・ ニーズ整理
  - ・ 本人の意思表示、客観的状況、支援者や周囲の判断・見立てを分けて考える。  
（基本は本人の言葉や選好からはじまる。）
  - ・ スtrenグスに着目する。
    - ・ 本人のストレングスは可能性を含む。
    - ・ 特に、過去の経験はリフレーミングしながら肯定的に捉える。
    - ・ 環境のストレングスにも目を向ける。
  - ・ 合議等による多角的な視点での検討の重要性

【ワーク 1】 ストレngthsに着目したアセスメント（strengthsを数多く挙げてみる。）

性格・人柄／個人的特性	才能・素質
環境	興味・関心／向上心

（カンザス大学 ベーシックstrengthskeasemanagementトレーニングマニュアル）

【ワーク 2】 多角的な検討を行う。

ニーズ整理票(案)		アセスメント			プランニング	
インタビュー 情報の整理 (見たこと、聞いたこと、データなど：事実)		理解・解釈・仮説 (私のとらえたかた、私の解釈・推測)	理解・解釈・仮説の (専門的アセスメントや他者の解釈・推測)	今回大づかみに捉えた本人像 (100文字程度で要約する)	支援課題 (支援が必要と私が思うこと)	対応・方針 (やるうと書くこと)
本人の表明している 希望・解決したい課題	(私の)おさえておきたい情報	本人				
		環境				

（近藤直司：本研究班にて改変）

【ワーク 3】 本人の人となりとニーズを簡潔に要約する（100字程度）。

## § 4 プランニング *ひとつの事例を通じて体感します。*

### 【ねらい】

- ① プランニングの主体もまた他のプロセス同様本人であり、ストレングスの活用が焦点となることを理解する。
- ② プランニングの際、フォーマルサービスのみならず地域の様々な資源を意識する必要性を理解する。
- ③ 障害福祉サービスの利用に際して必要となるサービス等利用計画の作成の実際を理解する。

*原則として立ち戻る価値・倫理、視点との関係も説明する。*

### 1. 手だてを考える（プランニングする）際の視点 地域のあらゆるものを資源と捉える

- ① 前提となるゴール設定（意思決定）は本人が行うものである。
- ② 手だてを選択する際は根拠は必要であり、その最大の焦点はストレングスの活用である。
- ③ 地域のあらゆるものを資源と捉える。
  - ・柔軟にフォーマルサービスに限らず考える。
  - ・地域の様々な資源にアクセスできるようにする。
- ④ 資源開発： 地域（の住民）に共通する課題の解決策を編み出す。

### 2. 障害福祉サービスを利用する際には *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ① 障害福祉サービスを利用する際には、サービス等利用計画が必要となる。
  - 障害者支援法・児童福祉法の支給決定プロセスに基づく業務
- ② サービス等利用計画にも § 1、2 や § 3-1 の視点は当然重要な前提条件である。

### 【ワーク 1】 多様な地域の資源を提案してみよう。（根拠を持ち、数多く挙げる）

着目したストレングス（根拠）	提案する資源の活用法（アイデア）

### 【ワーク 2】 サービス等利用計画案作成

※サービス等利用計画作成ハンドブックを活かす…か？

## § 5 サービス担当者会議の運営 *ひとつの事例を通じて体感します。*

### 【ねらい】

- ① チーム支援の必要性を理解する。
- ② 情報と目的の共有と役割分担におけるサービス担当者会議（ケア会議）の重要性を理解する。
- ③ サービス担当者会議運営の基本を理解する。

*原則として立ち戻る価値・倫理、視点との関係も説明する。*

### 1. サービス担当者会議の意味と役割 *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ① 本人および関係者の情報と目的の共有（本人の想いを含む）
- ② 具体的な方法・内容と役割分担の共有
- ③ サービスのプロセス管理（モニタリング）機能

### 2. サービス担当者会議の留意点 *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ① 本人中心
- ② チームアプローチ
- ③ 開催目的の明確化
- ④ 事前準備

### 【ワーク1】サービス担当者会議のロールプレイ

- ① 役割設定と事前協議
  - ・ 本人 ・ 家族 ・ 相談支援専門員 ・ A事業所サービス管理責任者
  - ・ B事業所サービス提供責任者 ・ その他ひとり
- ② サービス担当者会議
  - 自己紹介
  - ① 本人の想いの共有
  - ① 本人および関係者の情報と目的の共有
  - ② プランの内容の共有
  - ③ 次回の開催日程

## § 6 モニタリング（・終結） *ひとつの事例を通じて体感します。*

### 【ねらい】

- ① モニタリングの目的と視点、方法を理解する。
- ② モニタリングにおけるサービス担当者会議（ケア会議）の重要性を理解する。

*原則として立ち戻る価値・倫理、視点との関係も説明する。*

### 1. モニタリングのチェックポイント *共通講義の復習（実際にはテキストで前に立ち戻る）*

- ① 状況確認・進行管理
  - ・ 前回からの変化（本人、環境）
  - ・ ゴールが達成されているか。ゴールに向かって進んでいるか。
  - ・ 本人の満足度はどうか。
  - ・ 本人の想いやゴール設定に変化はあるか。
  - ・ アセスメントを大きく整理しなおしたり、計画を追加・修正等変更する必要があるか。
  - ・ サービス等利用計画のモニタリング頻度は適切か。
- ② 再アセスメント
- ③ プラン修正・変更、終結

### 【ワーク 1】 本人との面接ロールプレイ

### 【ワーク 2】 モニタリングにおけるサービス担当者会議

- 自己紹介
- ① 本人の感想・意見
- ② その他関係者の状況報告
- ③ 今後に向けての意見交換、プランの検討
- ④ 決めた内容の確認と役割分担
- ⑤ 次回の開催日程

## 演習1 モデル事例作成（選定）のチェックポイント

### 【大前提】

- ① 初任者研修であるため、相談支援従事者として本研修で身につけるべき視点・技術を明示しやすい事例を作成すること。
- ② サービス等利用計画作成の基礎を習得することが初任者研修の目的のひとつであるため、障害福祉サービスの利用が想定できる事例を作成すること。

### ① ケアマネジメントプロセスが明示しやすい事例であるか。

- ・以下に例示するような、本人のゴールに向けてや生活の変化に伴う支援の必要性が意識しやすく、具体的なケアマネジメントプロセスが理解しやすい事例が想定される。

例 ・地域移行、退院

- ・ひとり暮らしをはじめとする従来の生活からの変化が本人がゴール
- ・状況変化の中での地域生活の継続（同居家族の入院・死亡など）
- ・学校卒業等での進路選択などの生活の大きな変化

※ただし、その変化のプロセスの中で、どの時点での議論なのかを明確にすることに留意する。

### ② 本人中心、本人主体が明確にしやすい事例であるか。

- ・本人の言葉による意思表示もしくは選好における態度が明確な事例。

※かなりの部分を推測しなければならない事例は発展的学習内容であり、初任者研修の本演習では不適。

### ③ 権利擁護・意思決定の視点が明確にしやすい事例であるか。

例

- ・一般的に不合理とされる決定も本人が行う事例
- ・周囲（家族、支援者等）との利益相反が起きている事例

### ④ ストレングスやエンパワメントの視点に意識を向けやすい事例であるか。

- ・事例提供者との一定の関係性を前提としていること。

⑤ 障害福祉サービスをはじめとするフォーマルサービスだけでなく、地域の様々な資源に目の向けやすい事例となっているか。

### ⑥ チーム支援、多職種連携が意識しやすい事例であるか。

- ・複数のサービスの利用が想定されやすい

※障害者支援施設利用や通所系サービス、居宅介護など単一のサービスのみを利用する事例は不適。

### ⑦ 相談支援従事者（専門員）のミッションや業務が理解しやすい事例であるか。

## 演習1 アセスメント～のモデル事例演習【事例】

### 仕事も趣味も充実した暮らしを続けたい40代後半の男性の支援

#### 【概要と今回検討する場面設定】

##### －以前－

以前、就業・生活支援センターとともに主に就労のことについて関わっていた長州源一郎さん。

関わりの中で再就職し、安定して働き続けられるようになった。その頃、本人に一度「卒業したい。」との希望があったことや、父母にあまり立ち入ってほしくないとの態度が強かったことから、当時の担当者は気になりつつも「また何かあったら遠慮なく相談に来て」と2年前に一旦支援を終結していた。

##### －再開－

今回、父母に連れられる格好で本人が来所。父母が困った様子で「もう息子と一緒に暮らせない。自分たちは半年後を目途に田舎に帰る。子どもは施設に入れたい。」「最近、お金の無心がひどい。拒否すると、執拗に要求したり、物に当たったりするようになってきた。自分たちに手を挙げることはないが、体が大きいので怖い。」と訴える。本人は父母の前では言葉を発せず、うつむいたままである。相談員は前回担当していた職員とは別であり、前任者が退職していたことから、当時の記録類は残っているものの、詳細はつかめていない。

相談員は、「また一緒に考えていきましょう。何度かお会いして詳しくお話もお聞きしたい。」と提案し、同意を得た。

##### －再開後－

相談員は、週1度程度、本人の仕事帰りにセンターに寄ってもらったり、自宅の最寄り駅近くのファーストフード店で待ち合わせたりしながら本人との話を重ねた。また両親や姉にも、自宅を訪問するなどしながら話を聞いていった。

##### －再開から2ヶ月後－

情報も少しずつ集まり、本人や家族の意向もわかってきた。

本人は、「お金使うと言われるけど、そんなに使ってるのかな。足りなくなったから、もらってるだけなんです。Suicaだと足りなくなることはないけど、おもちゃ屋とか定食屋とかSuicaを使えないところもあるんです。なんでお金をくれるときとくれない時があるのか、変だよ。僕のお金なのに。」「お父さんお母さん田舎に帰りたいみたい。(ふたりとも好きだし)ほんとは一緒に暮らしたいけど……。ついてはいけない。50歳までに独立しなくちゃと思ってた。でもまだよくわかんないです。ひとり暮らしするのって大変ですよ。自信ないな……。」

父母の発言の真意は、「田舎に年老いた兄弟が暮らしているが、だいぶ弱ってきた。『助けてほしい』と言われ、なんとかしてやりたいと思っている。帰ればなんとかなる土地だ。自分たちも最期は生まれ育ったところに帰りたい気持ちもあり、自分たちが田舎に帰る決意は固い。娘(源一郎の姉)も理解してくれている。しかし、源一郎が心配だ。甘やかしてきたので何もできない。田舎にあの子を連れて帰るわけにもいかない。自分たちの住む近くの施設に入れるのが一番だが、本人は今の仕事を頑張っているし、この町で育ってきたから、田舎に行く想像はできないと思う。本人もそんなことを言っている。でも、ひとり暮らしはあの子には無理だと思うし、そんなことしたら安心して死ねない。このあたりの施設で安心して暮らせて、今までに近い暮らしができる場所を見つけてほしい」とのこと。

源一郎さんの姉は、「自分たちは家庭をもっていて、子どももいる。しかも他県に家を買って住んでいる。協力してやりたい気持ちはあるが……。」

本人たちの頭の中も少し整理され、ゴール設定もできてきた。

そろそろ、意向や情報を整理し、どのような提案をするか考える時期かと担当相談員は判断した。

そこで、所内の検討会議に提出し、アセスメントの検討と今後の方向性を自分だけではなく、相談員全員で検討しようと考えた。

## 事例の概要

事例タイトル	仕事も趣味も充実した暮らしを続けたい40代後半の男性の支援
年齢・性別・家族構成・現在の地域の居住歴	長州源一郎さん 年齢(47)歳・性別(男)・女) 家族構成(父82歳/母81歳:同居/姉は結婚し、他県で別居) 現在の地域の居住歴 47年
手帳の種類と等級	療育手帳B
障害支援区分	未申請
生活歴及び病歴	<p><b>【生活歴】</b>          ○○市で出生。幼稚園から小学校では当初通常学級に在籍するが、4年次に勉強についてゆけなくなり、特殊学級に移る。中学校は、特殊学級に在籍し、楽しい学校生活を送った。いじめも多少は受けたが、ひどくはなかった。          中学卒業後すぐ食品機械の部品製作メーカーに就職。工場での金型プレスやバリ取り、製品の箱詰めの仕事に従事していた。30年弱勤務していたが、工場が海外移転することになり、人員整理で解雇となる。その後、失業給付を受けながらハローワークに通い、再就職を目指していたがうまくいかないことが続いた。          失業給付の終期も見えてきた頃、たまたま出会った中学時代の同級生が就業・生活支援センターの支援を受けていることを知り、自分も相談できないかと相談したことから福祉の支援とつながる。連戦連敗の就職活動に落ち込んでいたり、新しい職種への挑戦に恐怖感があったことから、就労移行支援を使うこととなった。また、この時期に成人判定を行わなかった療育手帳の再取得や障害年金の申請などを行う中で、相談支援事業所の支援も開始される。          自信を取り戻した後は、現在の物流倉庫でのピッキングの仕事に就いて現在に至っている。就労も安定していることから、本人の希望もあり一旦終了していた。</p> <p><b>【病歴】</b>          乳幼児期に数度てんかん発作があった。大人になってからはなし。</p>
相談に至る経緯	前頁参照
望んでいる暮らし、訴え、困っていること	(本人) 「仕事を続けたいです。」「プラレールや電車が好きです。」 「(将来と言われても)よくわかりません。50歳までに独立したいです。」 「(今の生活は)このままでいいです。」 (父母) 「私たちがいなくても、暮らせるようになってほしい。施設に入れたい。」 「(本人が大柄なため)最近執拗にお金を要求されることが頻回で怖い。」
本人や家族の問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人はずっとお金の管理を父母にまかせ、必要な時必要な額をもらうやりかたをとってきた。ここ1年ほどプラレールなどにはまって、使う額が増えており、そのやりとりがうまくできていない。</li> <li>・父母の高齢化により、本人の今後の生活を考える転機を迎えている。</li> </ul>
本人の能力や環境的問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ずっと親子での暮らしを続けてきたため、今後の親亡き後の生活のイメージがついていない。その必要性についても腑に落ちていない。</li> <li>・枠組みなくお金を使ってきたため、金銭管理能力ではなく、そもそもの金銭感覚に乏しい。</li> </ul>
本人の趣味趣向、楽しみ、長所	家庭内でも社会でも、慣れればできることが多い。就労等の大変と思われることも継続できる力がある。自分の思いが通らないと不機嫌になることもあるが、基本的にはおだやかで優しい性格(特に第三者に対しては)。
その他気が付いたこと	慣れた人や場所は全く問題ないが、未知のことについてはしり込みしがち。好きなことや趣味は10代や20代から一貫している。同じことをルーティーンで続けることで飽きたりしない。お金の使う額が増えたのは、新しい職場での趣味仲間の影響の様子。



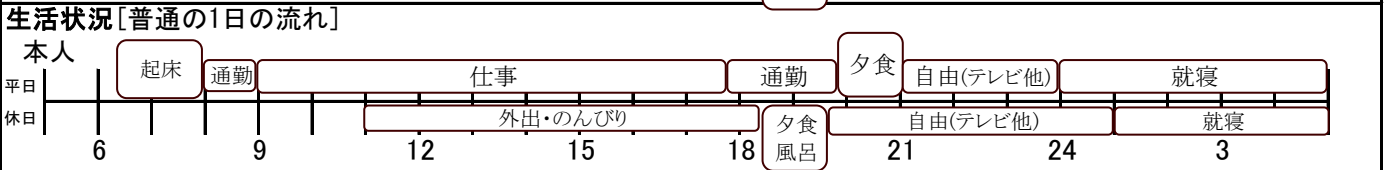
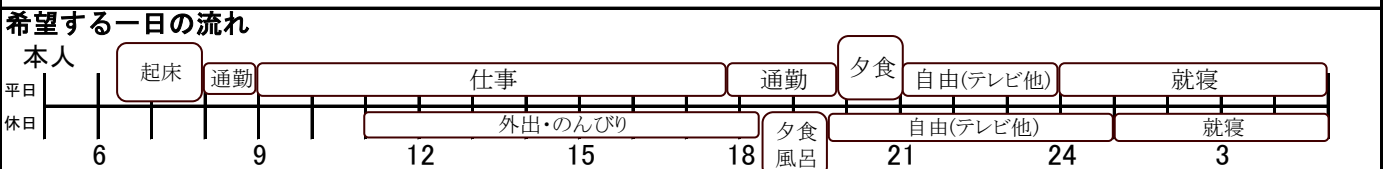
# 一次アセスメント票(情報の整理票)

受付No.	作成者氏名	作成日
0001	藤川 雄一	2017年11月18日

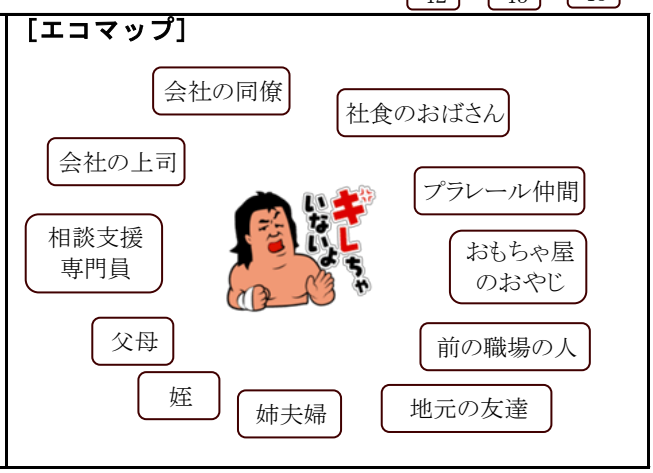
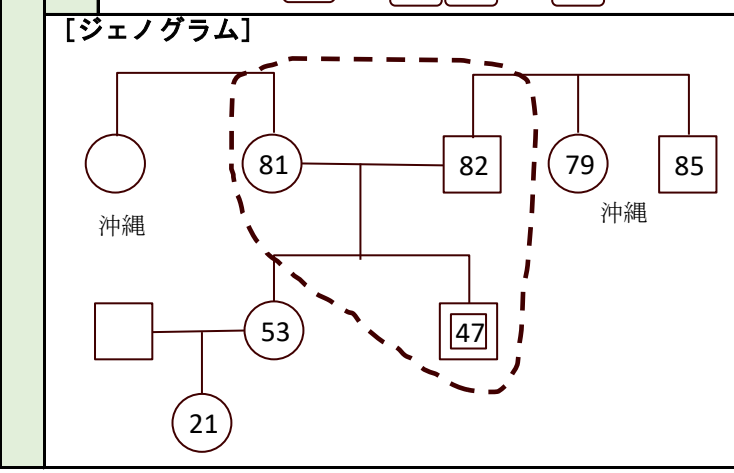
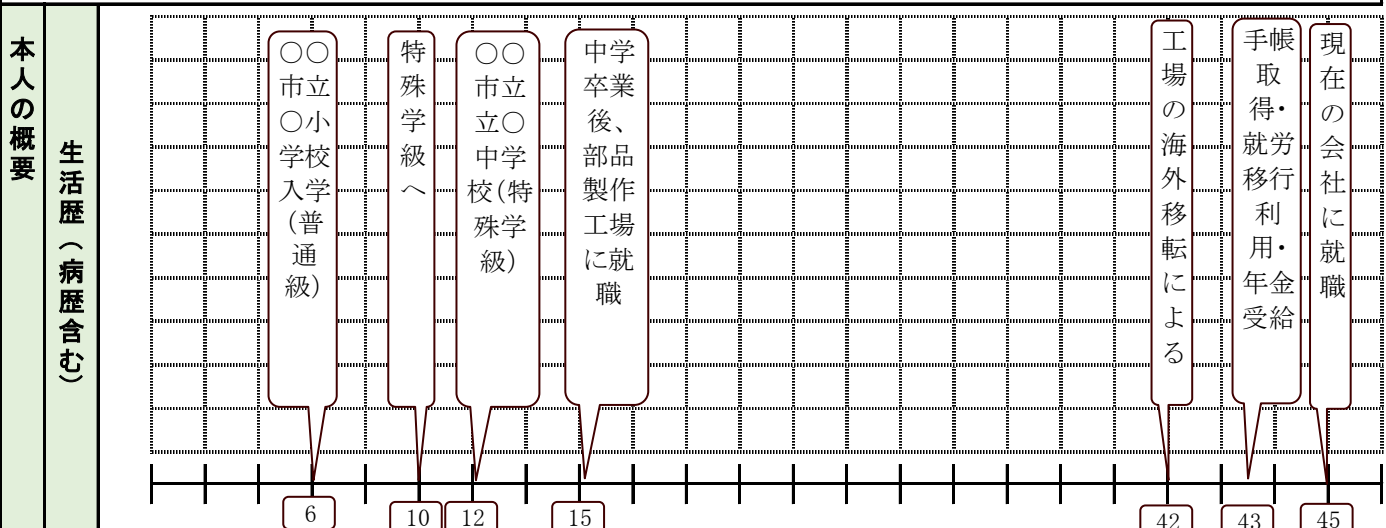
ふりがな	ちょうしゅうげんいちろう	性別	男性	住所	(〒000-0000) 東京都〇〇市△▽ヶ丘1-2-3 都営住宅501
氏名	長州 源一郎	性別	男性	住所	東京都〇〇市△▽ヶ丘1-2-3 都営住宅501
生年月日	1970年11月11日	47 歳	連絡先	090-0000-0000	

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  
 「仕事を続けたいです。」 「プラレールや電車が好きです。」  
 「(将来と言われても)よくわかりません。」 「(今の生活は)このままでいいです。」

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  
 「私たちがいなくても、姉に迷惑をかけず暮らせるようになってほしい。」  
 「(本人が大柄なため)最近、執拗に何かを要求されると怖い。」



[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



利用者の状況

1 生活基盤に関する領域

項目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
経済環境	月給手取 100,000円 障害厚生年金受給 貯金もある様子 父母とも共済年金			経済的には余裕があるほうだが、使いすぎてしまう場合がある様子。	
住環境	高齢世帯向け都営住宅(本人単身では居住できない)	「10年くらい前に近くの公園から引っ越ししました。」 「〇〇市は良いですね。」	慣れているところでは落ち着いて自分でできることが多い。	東京郊外で新宿まで電車で40分のニュータウン。父母と同世代の住人が多い。 昔からの商店街やスーパーがある。	

2 健康に関する領域

項目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
体力	元気で体格がいい。 身長180cm 体重100kg				
健康状態	40過ぎから健康診断は毎年再検査。 血圧が150を超える。	「大丈夫です。」			家族は心配しているが、うるさく言うと本人が怒り出すので黙っている。
医療機関利用状況	定期受診なし	「大丈夫です。」	病院があまり好きでない様子。		
医療費・健康保険	社保				
障害	療育手帳B 自閉傾向あり				

3 日常生活に関する領域

項目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
身辺のこと	ADLは基本的に自立している。				
調理	炊飯や簡単なフライパン料理をすることがある。 自炊をすれば支援が必要だが、ある程度は自分ででき	「作ることもあります。でも大変です。」	親がいない時調理することもある。 基本的には外食かお惣菜。		
食事	たくさん食べる。ごはんはお替り3杯。	「ひとりだと好きなもの食べちゃいますね」	こってりした食べものジュース	出されたものは何でも食べるが、特にこってりした味が濃いものが好き。	
入浴		「お風呂が好きです。毎日入ります。」			お湯を使いすぎることを母は心配に思っている。
清掃・整理整頓	自分の部屋はきちんと整理されており、他人にはあまり触れられたくない。	「きれいですか？ そうかな？」 「自分の部屋以外の掃除はしません。」			
洗濯	自分でしたことはない。				
書類整理・事務手続き	難しい漢字は苦手。かみくだいて説明すると理解できる。	「難しい書類はよくわかりません。手伝ってくれる人がほしいです。」	わからない書類などは父母に渡す。		

買い物	自分の必要なものは自分で買うことができる。	「電車にはお金使っちゃいますね」「あとは食べ物です。」 「雑誌は決まったものを買います。」			
-----	-----------------------	--	--	--	--

#### 4 コミュニケーション・スキルに関する領域

項目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
意思表示	うまく言えないこともあるが、はっきり自分の意思を伝えようとする。 わからないことはわからないと言う。				
他者からの意思伝達の理解	言葉の場合、わかりやすい言葉を選ぶ必要がある。 独特の言葉のいいまわしをよく使う。				
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)	スマートフォンを持っている。通話やメール、電車関連などの情報検索に利用している。 電話は苦手。出なかつたり、用件だけですぐ切る。				

#### 5 社会生活技能に関する領域

項目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
対人関係	慣れている人とはうまくやりとりできる。 言葉でのコミュニケーションは得意ではない。	「(言われていることが)わからないことがよくあります」 「友だちは欲しいけど、たまに疲れま	やさしく接してくれる年上を好む。 厳しい人や怖い人は苦手。		
屋外移動やその手段(長距離、遠距離)	何度か行ったことのあるところには自力でいける。	「方向音痴なんですよね。」	はっきりとは言わないが、仕事帰りの寄り道が楽しみな様子。		
金銭管理	必要になったときに母から必要額をもらう。 日々のお金はSuica(定期とオートチャージ)。	「お札を出しておつりをもらいます。」		基本はオートチャージの交通系ICカードを多用。 必要な時に必要な額だけもらうため、枠組みを理解できていない。	金銭管理は難しい(以前の就労移行支援事業所) 2桁の演算や繰上りなどのある計算は難しい。

#### 6 社会参加に関する領域

項目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
趣味・旅行・レクリエーション	休みの日はプラレールの電車を走らせに行く。 本物の電車も好きで、よく電車に乗って出かける。 前の職場の人達と年に数回飲み会や旅行に出かける。	「プラレールを走らせる場所があるんですよ。」 「電車に乗りに行くのが好きです。」 「やっぱりJRですね。」 「家ではテレビと雑誌です。」	テレビはBSの音楽番組や旅行番組をよく見ている様子。		「昔から電車は好きですね。好きなことはしつこくいろいろ調べて話しかけてくるんですよ。」 「収集癖があると思います。物は捨てません。」(姉)
当事者団体の活動	なし				
自治会への参加	なし				
その他各種社会的活動					

## 7 教育・就労に関する領域

項目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
就労	現在は、倉庫のピッキングの仕事をしている。	「仕事はずっと続けたいです。」			自分の役割をきちんとできている。新しいことを覚えるのはとてもゆっくり。(会社)

## 8 家族支援に関する領域

項目	状況・意思			支援者所見	
	現状	本人の希望	本人の選好	記入者	記入者以外
父母	まだ元気だが、持病があり、気力体力とも衰えがある。本人の願うことはだいたい叶えてきた。父母とも共働きの元公務員。定年退職後はシルバー人材センターで働いたり、地域活動に参加していたが最近はのんびり暮らしている。	「ほんとはお父さんお母さんとずっと暮らしたい。」 「でも沖縄は…。仕事辞めたくないです。」	親を大切だと思うような素振りはいたるところにみられる。	現在のところ介護は必要ない。 本人を思う気持ちが強く、先行きの不安がある。	
姉	隣県在住。夫と娘の3人暮らし。夫婦とも公務員。月に一度家族で家へ来る。	「お姉さんとはたまに会います。」 「お姉さんは怒るとこわいです。」		兄弟仲はごく普通。会えば話す、共通の話題があまりないので長くは話さない。	
姪	大学3年生。鉄道好きで、本人と話が合う。子どもの頃から本人へおねだりするのが上手。		姪と会うのを楽しみにしている。		

## 対応者所見のまとめ

本研修では省略(概要を参照)

## 演習1 アセスメント～のモデル事例演習【事例】

### 仕事も趣味も充実した暮らしを続けたい40代後半の男性の支援

#### 【概要と今回検討する場面設定】

##### －以前－

以前、就業・生活支援センターとともに主に就労のことについて関わっていた長州源一郎さん。

関わりの中で再就職し、安定して働き続けられるようになった。その頃、本人に一度「卒業したい。」との希望があったことや、父母にあまり立ち入ってほしくないとの態度が強かったことから、当時の担当者は気になりつつも「また何かあったら遠慮なく相談に来て」と2年前に一旦支援を終結していた。

##### －再開－

今回、父母に連れられる格好で本人が来所。父母が困った様子で「もう息子と一緒に暮らせない。自分たちは半年後を目途に田舎に帰る。子どもは施設に入れたい。」「最近、お金の無心がひどい。拒否すると、執拗に要求したり、物に当たったりするようになってきた。自分たちに手を挙げることはないが、体が大きいので怖い。」と訴える。本人は父母の前では言葉を発せず、うつむいたままである。相談員は前回担当していた職員とは別であり、前任者が退職していたことから、当時の記録類は残っているものの、詳細はつかめていない。

相談員は、「また一緒に考えていきましょう。何度かお会いして詳しくお話もお聞きしたい。」と提案し、同意を得た。

##### －再開後－

相談員は、週1度程度、本人の仕事帰りにセンターに寄ってもらったり、自宅の最寄り駅近くのファーストフード店で待ち合わせたりしながら本人との話を重ねた。また両親や姉にも、自宅を訪問するなどしながら話を聞いていった。

##### －再開から2ヶ月後－

情報も少しずつ集まり、本人や家族の意向もわかってきた。

本人は、「お金使うと言われるけど、そんなに使ってるのかな。足りなくなったから、もらってるだけなんです。Suicaだと足りなくなることはないけど、おもちゃ屋とか定食屋とかSuicaを使えないところもあるんです。なんでお金をくれるときとくれない時があるのか、変だよ。僕のお金なのに。」「お父さんお母さん田舎に帰りたいみたい。(ふたりとも好きだし)ほんとは一緒に暮らしたいけど……。ついてはいけない。50歳までに独立しなくちゃと思ってた。でもまだよくわかんないです。ひとり暮らしするのって大変ですよ。自信ないな……。」

父母の発言の真意は、「田舎に年老いた兄弟が暮らしているが、だいぶ弱ってきた。『助けてほしい』と言われ、なんとかしてやりたいと思っている。帰ればなんとかなる土地だ。自分たちも最期は生まれ育ったところに帰りたい気持ちもあり、自分たちが田舎に帰る決意は固い。娘(源一郎の姉)も理解してくれている。しかし、源一郎が心配だ。甘やかしてきたので何もできない。田舎にあの子を連れて帰るわけにもいかない。自分たちの住む近くの施設に入れるのが一番だが、本人は今の仕事を頑張っているし、この町で育ってきたから、田舎に行く想像はできないと思う。本人もそんなことを言っている。でも、ひとり暮らしはあの子には無理だと思うし、そんなことしたら安心して死ねない。このあたりの施設で安心して暮らせて、今までに近い暮らしができるところを見つけてほしい」とのこと。

源一郎さんの姉は、「自分たちは家庭をもっていて、子どももいる。しかも他県に家を買って住んでいる。協力してやりたい気持ちはあるが……。」

本人たちの頭の中も少し整理され、ゴール設定もできてきた。

そろそろ、意向や情報を整理し、どのような提案をするか考える時期かと担当相談員は判断した。

そこで、所内の検討会議に提出し、アセスメントの検討と今後の方向性を自分だけではなく、相談員全員で検討しようと考えた。

## 資料1-9 相談支援におけるケアマネジメント技法：多職種連携とチーム支援

研究協力者：鈴木 智敦

わたしたち福祉関係者、特に相談支援やソーシャルワークを実践するものにとって、「連携」そして連携による「チーム支援」（チームアプローチ）は、とても重要なものであると言われています。

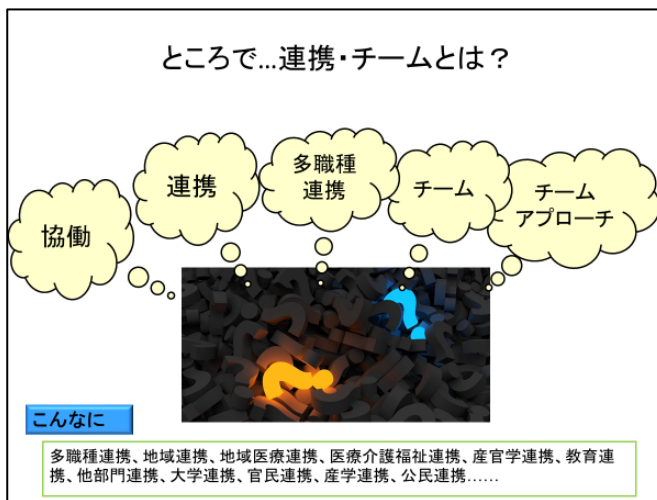
とりわけ、現代社会における生活課題は、障害のあるなしにかかわらず、よりいっそう多様で複雑化していて、こうした生活課題や複合的ニーズをかかえた当事者本人・家族に伝えていくためには、ひとりの専門職やひとつの機関だけでできることには限られ、複数の人や機関の関わりが必要となってきます。

生活を営む上で生じる、様々なニーズや課題を総合的・包括的に捉え、そのひとつひとつをひも解き、ニーズを充足させていく過程（プロセス）において、効率的で包括的な支援を行うためには、専門職や非専門職、フォーマル、インフォーマルを問わず、連携しチームによる支援を進めることは、その手法として必要不可欠なものです。また、それらの人や機関をマネジメントし、チームとしてアプローチすることができるようにしていくことがとても大切なのです。

しかしながら、現実には、「連携」という言葉は、その本質がとても見えにくい概念であり、相談支援を実践していく上でも少し整理をしておく必要があります。

### 1. 「連携」とはいったい何なのか？

ところで...連携・チームとは？



こんなに

多職種連携、地域連携、地域医療連携、医療介護福祉連携、産官学連携、教育連携、他部門連携、大学連携、官民連携、産学連携、公民連携.....

・「もしもし、…」勇気を振り絞って行政や他の事業者に電話をかけ、問い合わせ依頼した…。

・約束をして訪問し、利用者の相談をした……。

・会議に参加し何かできることがないかと聞かれた…。

連絡をすること、相談をすること、一緒に考えること…、いったい私たちは何を持って「連携」という言葉を使っているのでしょうか。あなたと、隣の人の「連携している」、「連携ができています」、

「連携ができていない」は同じ意味でしょうか。まずは、共通認識をるところから整理します。

私たちが、障害児者の相談支援をしていく中で、多様なニーズに応えたり、一つの事業所、一つのサービスだけではニーズが満たせなかったり、あるいは、他の事業所と併用することで本人の可能性を伸ばすことができたりと、複数サービスでの関わりが必要と感ずることが多くあります。サービス管理責任者の研修会でも左の表のような、連携の必要な理由が例示されています。また、複数のサービスが関わる場合においては、双方で共通な認識の元、情報交換等連携をすることにより、

#### 連携の必要な理由(重要性): 例えば、

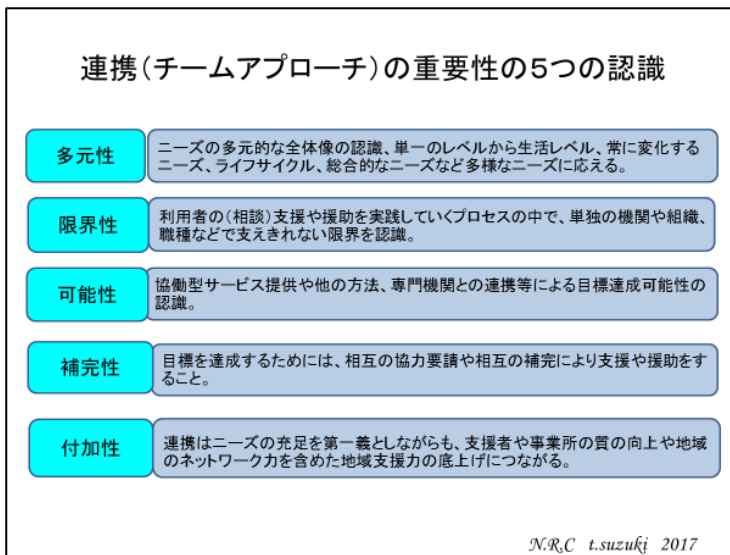
障害児・者のニーズに基づいた、サービス提供をするため以下のような場合に、連携が必要不可欠になる。(例えば)

- 障害児・者のニーズは、常に変化するもの。新たなニーズへの対応ができない場合。
- サービス等利用計画・個別支援計画に「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。
- 事業所としての関わりが部分的で、生活の全体像が見えない場合。
- 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。
- 拙速が大切なニーズと、時間を掛けて間違いない結果をだすニーズを混同している場合。
- 複合的なニーズを有し、サービスが有効かつ効果的に使われていない場合。
- 意思疎通やニーズ表出が難しく、ペストインタレスト(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。

対応が異なることを防ぐなど、効率的・効果的なアプローチが可能となります。

### ○連携の重要性の5つの認識



先の例のような内容を含め、連携の重要性は、①多元性、②限界性、③可能性、④補完性、⑤付加性の5つに整理ができます。すなわち、私たちは少なからずこうした認識を持ちながら連携が重要である、大切であると考えています。

逆に、クローズドの支援や連携不足の支援について言えば、こうした5つのことが不足している可能性があるということを認識する必要があります。

## 2. 連携の持つ意味と概念整理

### ○連携の段階

野中によれば、海外の研究者が用いる"linkage"、"coordination"、"cooperation"、"collaboration"などの用語は、いずれも「連携」と訳されることがある。しかしながら、構成員相互の関係性の密着度に着眼した場合、第1段階の「linkage＝連結」、第2段階の「coordination＝調整」、第3段階の「cooperation＝連携」、第4段階の「collaboration＝協働」と訳し分けられるのではないかと提案しています。

段階	言語	意味	和訳
1	Linkage (リンケージ)	連結	結合、連鎖、連携、つながり
2	Coordination (コーディネーション)	調整	同等 (にする)、調整 (すること)
3	Cooperation (コーオペレイション)	連携	協力、協働、提携、協調性、援助
4	Collaboration (コラボレーション)	協働	協力、協働、援助、共同研究、共同制作

筒井は、連携の段階を、Leutzの定義を用い、①Linkage (リンケージ：つながり・連携)：システムの中で、個人がゆるやかにヘルスケアのニーズに対処し、この段階では特定の決まりごとや全体的な調整がなされることがないシステムである。②Coordination (コーディネーション：調整・強調)：Linkageに比べより構造化された形態のintegrationといえるが、システムとしては別々の構造によって、ケア提供は行われているという状況を示す段階をいう。③Full integration (フル・インテグレーション：完全なる統合)：多様なシステムからのさまざまな要素が集まり、新たなプログラムや体系をつくり出し、そこからのサービス提供がなされているシステムである。という、3種類の区別がされていることを引用しています。それは、地域包括ケアを構築していく中で、日本語の連携について、すべての人がintegrated careを必要としているわけではなく、だからこそ、この3つの段階的な区別が重要で、常にintegrationのレベルを意識してそのシステムを構築すべきと指摘しています。(筒井孝子：兵庫県立大学大学院、地

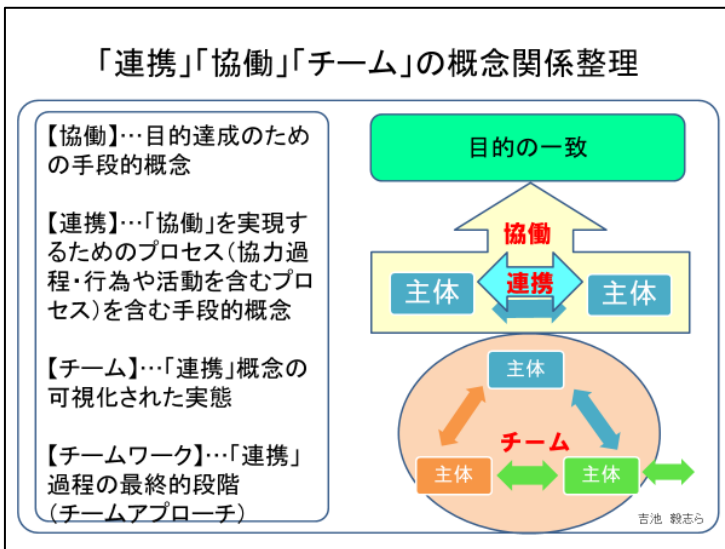
域連携論第2章地域連携方法論の開発と展望)

前者は連携の密着度の着眼での段階的分類であり、後者は地域包括ケアのシステム構築も視野に入れた段階分類となっているため同じ言葉を用いてもずれが生じています。また、地域包括ケアシステムを論じる中での「連携」という言葉の定義についても、その曖昧性については、Linkageモデルよりもさらに integrate されたレベルの、coordination レベルが求められること、上記筒井の著書記載部分については、特に注記しない限りは coordination を想定して用いるとし「連携」の言葉の定義を一定範囲で意識させています。

段階	言語・訳	状態
1	Linkage (リンケージ) つながり・連携	システムの中で、個人がゆるやかにヘルスケアのニーズに対処し、この段階では特定の決まりごとや全体的な調整がなされることがないシステム。
2	Coordination (コーディネーション) 調整・強調	Linkage に比べより構造化された形態の integration といえるが、システムとしては別々の構造によって、ケア提供は行われているという状況を示す段階。
3	Full integration (フル・インテグレーション) 完全なる統合	多様なシステムからのさまざまな要素が集まり、新たなプログラムや体系をつくり出し、そこからのサービス提供がなされているシステム。

すなわち、私たちが一言に「連携」という言葉を用い、その大切さや重要性を伝えてはいるものの、そのひと、その場面において、ある程度の一定の段階・レベルを意識し共有化しておくことが必要です。

○「連携」「協働」「チーム」の概念関係整理



吉池らは、同じ目的をもつ複数の人及び機関が協力関係を構築して目的達成に取り組むことを「協働」として、協働を実現するための過程を含む手段的概念が「連携」であり、協働における「連携」の実態として「チーム」を位置づけています。協働は目的達成のための手段的概念であり、連携は協働を実現するための更なる手段的概念であると。つまり、協働には連携が必要条件であり、二つの概念は階層性のある手段的概念であると考えられます。

例えば、Aさんの障害による生活のしづらさに対処(解決)する支援を実施するため(『目的』)、さまざまな関係機関(主体)が協力し(『連携』)(協力過程・行為や活動を含むプロセス)という手段を図り、(『チーム』)(実態)を組んで、(『協働』)し具体的な手立てを図り、問題を解決していくこと(目的を達成すること)。こうした、一連の動きをスムーズに展開しチーム活動を強化実践することが『チームワーク』であり、その働きが『チームアプローチ』となります。



『連携』とは、連絡を密に取り合って、一つの目的のために一緒に物事をする事〔同音語の「連係・連繋」は物事と物事、人と人との間のつながりのことであるが、それに対して「連携」は連絡を取り合って一緒に物事を行うことをいう〕（大辞林 第三版の解説）であり、『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をいいます。また、専門性とチーム力を高めるためには、連携すること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を作る必要があるということです（支援目標の明確化と共有）。

すなわち相談支援専門員の実践するチームアプローチは、一義的に本人中心支援を推し進めるために存在することになります。

## ○連携の定義

こうしたことを踏まえ、連携はどのように定義され表されているのかを見てみます。

『主体性を持った多様な専門職間にネットワークが存在し、相互作用性、資源交換性を期待して、専門職が共通の目標達成を目指して展開するプロセス』（松岡、2000）

連携の特徴：相互関係性（①相互利益性、②相互依存性、③相互作用性）

『援助において、異なった分野、領域、職種に属する複数の援助者（専門職や非専門的な援助者を含む）が、単独では達成できない、共有された目標を達するために、相互促進的な協力関係を通じて、行為や活動を展開するプロセス』（山中、2003）

ヘルスケア領域において多く見られる「連携」の定義の共通項は、①「二人以上」の②「異なった専門職」が③「共通の目標達成」をするために行われる④「プロセス」で表されています。

また、障害者総合支援法の骨格に関する福祉部会の提言の中には、『相談支援を実践する相談支援専門員は、すべての人間の尊厳を認め、いかなる状況においても自己決定を尊重し、当事者(障害者本人及び家族)との信頼関係を築き、人権と社会正義を実践の根底に置くことを基本理念とする。その役割は、本人のニーズを満たすために制度に基づく支援に結びつけるだけでなく、制度に基づかない支援を含む福祉に限らない教育、医療、労働、経済保障、住宅制度等々あらゆる資源の動員を図る努力をする。また、資源の不足などについて、その解決に向けて活動すること』と表されています。（\*障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言－新法の制定を目指して－平成23(2011)年8月30日 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会）

すなわち、相談支援専門員に求められる「連携」という言葉の中には、単に連携（リンケージ）や連絡というレベルではなく、調整を含めたコーディネーション、マネジメントを含めた協働、そして課題解決のための、多職種を含めたチームアプローチが求められているのです。

### 3. 障害者総合支援法上における連携の規定

**総合支援法上における連携の規定**

**第42条**  
指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者は、障害者等が自立した日常生活を営むことができるよう、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関その他の関係機関との**緊密な連携**を図りつつ、障害福祉サービスを当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害者等の立場に立って効果的に行うように努めなければならない。

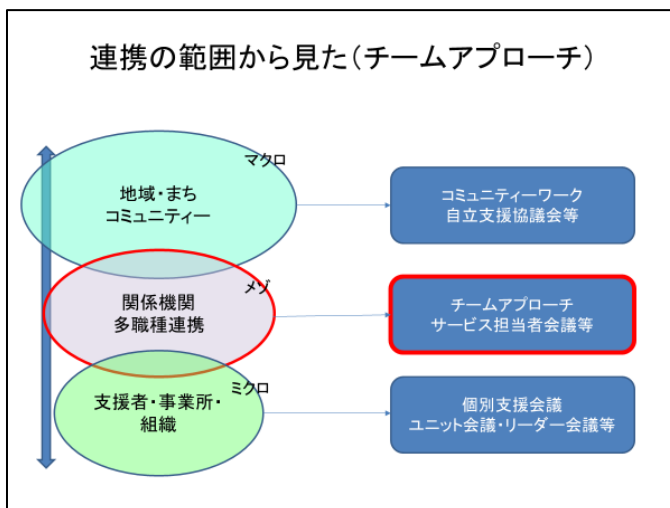
**第51条の22**  
指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者は、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関その他の**関係機関との緊密な連携**を図りつつ、相談支援を当該障害者等の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害者等の立場に立って効果的に行うように努めなければならない。

私たちが、障害福祉サービスとして支援を実施していく中においても、第42条に指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者として、また第51条の22には指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者として、他の関係機関との「緊密な連携」について、努めなければならないと業務に関する努力義務規定が示されています。

すなわち、法律上も私たちの業務として緊密な連携を図ることが定められているということです。

### 4. 多職種連携とチームアプローチ

#### (1) 連携の範囲から見たチーム支援（アプローチ）



これまでは、連携の重要性やその概念的な整理をしてきました。その上で、ここからは具体的な多職種間の連携、そしてチームでのアプローチに目を向けてみます。ここでは、連携の範囲を大きく、①事業所（組織）レベル＝ミクロ、②関係機関（組織間）＝メゾ、③地域（コミュニティ）＝マクロの3つに分けています。また、④都道府県（国・制度）を入れることもあります。それぞれの範囲において、（多職種）連携やチームアプローチがあり、また、それぞれの範囲を含めて、二者間であるいはもっと幅広に連携やチームアプローチもあります。

それぞれについての特徴や課題、そして工夫が考えられます。

いくつか、具体的にしてみます。例えば、①事業所レベルをイメージしてみます。事業所ではその対象や規模によって異なる部分がありますが、複数の利用者に対して、介助・介護を中心とした介護福祉士や健康管理を主にする看護師、日常の対応を図る生活支援員や食事の提供に関連する栄養士が、あるいは予算や収支管理をする事務員など、それぞれの一人一人の利用者に応じて、多くの職種や人がチームを組みサービスの提供や対応を図っている場合などがあります。そこには、アセスメントの情報を共有し伝達し、本人の特性に応じた対応を考え、本人のニーズに応じた本人中心の支援をしていることでしょう。本人のストレングスはどんなものがあって、こんな時は笑顔が出るけどこんな場合は拒否をすとか、こんな介助は痛みがあるとか、少し健康や食事に気をつけないと本人の他に負担がでてしまうとか、伝え方がこの方法は伝わりやすいけど、この方法ではあまり理解してもらえないとかとか。これらを一人が抱えるのではなく事業所内で連携をしてそれぞれの視点からの見立てを含め、チームで対応しているでしょう。逆に、情報共有や報告が上手くいっていないため、家族から苦情を言われたり、介護の担当

と生活の担当で支援の仕方が異なっていて、本人に迷いや不信感を生じさせてしまったり、そうしたことの積み重ねが、職員の疲労感や挫折感を増大させ「うちでは見れない」とか、「こんな利用者は…」と相手に転化してしまう、あるいは、それは自分の担当業務でないからと、いつのまにか押しつけあってしまうような事はないでしょうか。日々の職員間・多職種間のコミュニケーションの積み重ねと、相互の信頼関係の構築や何のために何を目標になど目的を明確にしていくプロセスを積み重ね支援のベクトルあわせをしていく必要があります。そうした中でちょっとした解決策の積み重ねや本人の変化など事業所のチーム力（チームワーク）を強めていくことになるでしょう。相談支援専門員の直接的な業務ではないのかもしれませんが、アセスメントやコーディネートは得意とする分野のはずです。身近な所に組織内連携や部門間連携を含め多職種・チーム支援は存在します。

②関係機関のレベル：相談支援専門員がまず実施することの多い部分になります。ケアマネジメントを実施していく中での、多機関・多職種連携、それは多職場連携とも言えます。相談支援専門員の本来の役割として、本人のニーズに応じた社会生活を社会モデル、地域で支えていくことがあげられます。

そのためには、生活の場としての住居の確保や安心して生活の出来る方法が必要であり、通いの場や日中活動の場としての、例えば、通所系の就労継続B、余暇や楽しみなど休日や夜間の過ごし方などを支援する方法や、本人の健康管理や薬を処方するかかりつけの医療機関が必要な場合もあるでしょう。あるいは、そのために行政の担当者や困ったときのアドバイスを得られるように基幹相談支援センターなども必要になるでしょう。これら、本人に必要な関係機関や多職種を上手く組み合わせコーディネートしチームで支援をする、一人で抱え込んだり頑張りすぎてしまったりしないようにしていくことがとても大切です。

一方、実は、ここに相談支援専門員が悩み苦慮する、多職種連携やチーム支援の難しさ、思うように進まない、断られてしまう、受け入れてもらえない、関門が待っています。

あの人が動くとうまくいく、あの人の人脈だと動いてくれるという個のつながりでの多職種連携。見習うべき先輩やちょっとした「顔」のある人の動きです。その人たちがそこまで築き上げてきたプロセスや実践はどうだったのか、真似る価値のあるヒントもいっぱいあるはずですが、しかしながら、本当はそれでも、地域としての連携力・地域力・福祉力のバロメーターとしては不足しているのです。地域で支えていく必要があるAさん、Bさんが対応する相談員によって支えられる場合と支えられない場合があっては いけません。だからこそ、多職種・多職場連携でのチームアプローチが、いろいろな組織がそれぞれの持てる力を上手く出し合い、支援のできる地域にしていく必要があります。

とは言っても、相談支援専門員になっていく人たちには、まず、地域のいろいろな人たちを知ること、繋がること、顔の見える関係性を持つこと、知ってもらえることなど、地道な努力は無駄と思えるほどに動くことも必要だと考えます。

《研修の中では、いろいろな人たちが、連携をつくる・人脈を作る、多職種連携やチームアプローチを 実践していくために苦労をしている点を聞き、一方で、工夫をしている点、とっておきの方法等を披露して もらおうと、受講生の現実に取り込みやすくなります。》

③地域・まち・コミュニティーレベル：個別の相談支援を実践しマネジメントしていると地域の課題が見えてきます。この地域には、グループホームが不足しているとか、強度行動障害や高次脳の人を受け入

れてくれるサービスがなく、みんなで検討し作り上げていくことが必要だとか、支援する家族を支える所が必要だとか…。障害福祉にはこれら個別の課題を集約し解決すべくしくみとして、協議会がある。協議会を活性化し形骸化させずに機能させる、あるいは、こうした場で、多職種・多職場、関係機関が集まり、出来ることを議論し模索する、チームとしてまちづくりにコミットするため行政との協働を図るなど、本来のソーシャルワークの領域、相談支援専門員はソーシャルワーカーであるに通じるものです。しかしながら、その視点や考え方は非常に重要ではあるものの、地域の規模や状況によっては、ある程度、機能・役割を明確にしておく方が効果的で効率的な場合もあります。あるいは、相談支援を初めて間もない相談支援専門員にとって、目の前の利用者のアセスメントや対応に苦慮している段階において、自ら協議会を運営する、あるいは全体のまちづくり、インクルーシブな地域を作るところまで意識がまわらないということはある意味当然かもしれません。実践を積み重ね、先輩や周辺からのスーパービジョンやOJTを受けながら、協議会に個別の課題を挙げたり事例の提供をしたりを繰り返す中で、徐々にステップアップがなされていく、俯瞰的な視野も身につけていくことになります。現任研修段階や基幹相談支援センターの職員などに主として求められる役割になります。多職種や関係機関を巻き込みながら、地域の課題に取り組む、議論をしていく、その段取りやコーディネートを図る役割、実践を学び身につけることが必要です。《→現任研修で》

④都道府県(国・制度)レベル: 県や圏域レベルにおいて広域や県レベルで取り組むべき課題について、協議会等を活用し関係機関が集まり解決策を検討し役割分担し対応を図ること、あるいは地域活動支援事業などを活性化させることや制度上の課題を進言していくなど、地域の実情を整理していく対応していくことなどがここにあたります。例えば、都道府県レベルでの地域生活支援事業の強弱や、補助金事業のスクラップ&ビルド、特区制度の導入など、地域や都道府県、多領域の人たちを含めて連携し、共通認識を持ち目的を共通化し解決に向けて協働することなども、障害福祉を進めていく上でのチームアプローチと言えるのではないのでしょうか。

## (2) 制度や仕組みとしての補完

例えば、平成30年度診療報酬改定において、入院時の関係機関の連携強化に資する見直しが図られました。入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象となるように見直され、これまで介護との連携が図られてきていた、医療との連携は、「医療・介護・福祉事業者間での切れ目のない連携を推進する観点から、入退院支援や退院時の指導等における要件に障害福祉サービスの相談支援専門員との連携を追加する」とされ、医療と障害福祉との連携の推進、障害福祉サービスの相談支援専門員との連携が図られた。具体的には、介護支援連携指導料が介護支援等連携指導料に改定されて、当該医療機関が保険診療サービスに必要の情報を提供した場合には、患者1人につき1日に計算する。

平成30年度診療報酬改定 1-8. 入院支援の推進④

障害福祉サービスの相談支援専門員との連携	
医療と障害福祉との連携の推進	
<p>➤ 医療・介護・福祉事業者間での切れ目のない連携を推進する観点から、入退院支援や退院時の指導等における要件に障害福祉サービスの相談支援専門員との連携を追加する。</p>	
<p><b>【介護支援連携指導料】【算定要件】</b> 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同で、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後の利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2日に計るが加算(在宅介護支援事業の介護支援専門員と共同して指導を行った場合は、別記に算定されない)。</p>	<p><b>【介護支援等連携指導料】【算定要件】</b> 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同で、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後の利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2日に計るが加算(介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合は別記)は、別記に算定されない)。</p>
<p><b>【医師等共同指導料(注)】【算定要件】</b> 注① 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等、保険医である歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(並看護師を除く。)又は在宅介護支援事業者の介護支援専門員のうち1人以上を以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。</p>	<p><b>【医師等共同指導料(注)】【算定要件】</b> 注① 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医又は看護師等、保険医である歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(並看護師を除く。)、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか1人以上を共同して指導を行った場合に、多機関共同指導料として、2,000点を所定点数に加算する。</p>
<p><b>【診療情報提供料(1)】【算定要件】</b> 注② 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定介護支援事業所等に対して、診療状況を示す文書を送る。当該患者が障害福祉サービスに必要の情報を提供した場合には、患者1人につき1日に計算する。</p>	<p><b>【診療情報提供料(1)】【算定要件】</b> 注② 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定介護支援事業者等、同法第66条第1項に規定する指定介護予防支援事業所等に対して、診療状況を示す文書を送る。当該患者が障害福祉サービスに必要の情報を提供した場合には、患者1人につき1日に計算する。</p>

これまで介護との連携が図られてきていた、医療との連携は、「医療・介護・福祉事業者間での切れ目のない連携を推進する観点から、入退院支援や退院時の指導料等における要件に障害福祉サービスの相談支援専門員との連携を追加する」とされ、医療と障害福祉との連携の推進、障害福祉サービスの相談支援専門員との連携が図られた。具体的には、介護支援連携指導料が介護支援等連携指導料に改定されて、当該医療機関が保険診療サービスに必要の情報を提供した場合には、患者1人につき1日に計算する。

定され、退院時共同指導料2、及び診療情報提供料（1）などに、相談支援専門員が新たに明記され、障害福祉サービスとの連携について強化策が図られています。

また、総合支援法上の報酬改定において相談支援専門員側にも、「入院時情報連携加算」（新設）及び「退院・退所加算」（新設）、「居宅介護支援事業所等連携加算」（新設）、「医療・保育・教育機関等連携加算」（新設）等あらたに連携を評価する仕組み（加算）が盛り込まれました。

様々な、多職種・多職場連携、チームアプローチの実践は、良いことだから、だけでは進まない現状があります。制度・政策としてインセンティブをどのように働かせるかは、非常に大きな対策、下支えになるものです。こうした、改正を含め多職種・多職場・他組織等の連携とチームアプローチを推し進めていくことが、利用者にとっても、わたしたち相談支援専門員を含む福祉職にとっても、医療職や地域の住民、行政職にとっても、お互いに必要で大切なことだということです。

### （3）「医療モデル」と「社会・生活モデル」の連携も

例えば、ひとつの例として医療関係との連携を見てみます。わたしたち、福祉関係者は過去の経緯をふまえ、「自分たちの実践は、医療モデルではなく生活モデルである」と、反面教師的な比較対象として取り上げることがあります。概略的には、医療モデルは、病気や障害によって社会的不利が生じるという因果関係で説明され、支援の目標はその原因となる病気や障害を取り除く治療が優先であり、社会・生活モデルは、病気や障害があってもなくても、その人らしい充実した生活が送れるようにすること、QOLの改善や社会環境への働きかけなどが重要であると説明されます。確かにその時期による優先的な課題や目標、例えば、急性期の病院などでは、生命の危機、いのちをいかにして救い治療し、少しでも障害を取り除き残らないようにするか、ということが優先されます。また、そのためのチーム医療（チームアプローチ）が実施されます。しかしながら、その先にある生活を無視しているわけではなく、優先課題、優先順位をどのように考えるかであり、次のステップである回復期の病院へのつなぐことや、医療と介護の連携、地域包括ケア、在宅への流れの中で、徐々に社会生活モデルとなっていくことになります。そこには、病院内の医療職だけでなく、地域の介護、福祉との協働が考えられ、医療の世界からも、「連携」、「（介護・福祉との）チーム支援（チームアプローチ）」が重要視されてきている。逆に言えば、例え在宅生活が中心の生活をしていたとしても、治療や医療的ケアの必要な人にとっては、いかに、医療（入通院や治療）を生活の中に入れながら、全体を考えられるかが必要であり、医療モデルか社会・生活モデルかを対峙させるのではなく、総合的・包括的に見られるかどうか、いかに、スムーズで切れ目のない対応ができるかが重要です。また、医療スタッフ内でのチームアプローチと医療や介護を含めた多職種間でのチームアプローチという違いもあります。

お互いの土俵、専門性や優先課題の異なる環境ではあるものの、本人を中心とした、そして本人の望む生活について一緒に考えられるかが重要です。堀田\*は、多職種連携から統合へ向かう地域包括ケア\*の中で、「QOLの向上を目指そうとすれば、その資源はそのひとの暮らしの場全体に広がっているはず。住んでいるところの周辺のつながりかもしれないし、仕事や学び、趣味のつながりかもしれない。エコシステム的にその人の生活問題を把握して、QOL改善を目標とするケアは、必然的に地域に至ることができるのではないのでしょうか」と指摘しています。すなわち、本人のおかれている状況やその時期により、その環境となる社会資源あるいは支援者の連携やチーム支援は、メンバーや優先順位などが異なることになります。しかしながら、本人が中心にいることだけは、どんな場合でも絶対的な位置

づけとして変わらないということを、私たちは常に意識し忘れないようにしないとけません。

## 5. 実践に向けて

### (1) チームアプローチの視点と意思決定支援

- 1) 本人の周辺にいる人々や地域の関係機関を把握することの必要性
- 2) 本人を中心としたチームアプローチの必要性
- 3) 本人を中心としたチームを構成するための必要な手段
- 4) 本人を中心としたチームの中での自分の役割
- 5) チームアプローチを通じた今ある社会資源の活用と新たな社会資源の創出

### (2) チームアプローチの展開

- 1) 支援目標の共通理解を得るための会議の実施
- 2) 支援の経過や本人の満足度、チームアプローチの評価のための会議の実施
- 3) 危機介入や緊急時の支援体制やリスクマネジメント
- 4) 地域資源（地域の中にある当たり前の資源）の活用方法
- 5) 地域を巻き込んだ支援の検討
- 6) 本人の意思を確認しながらチームで関わる

現任研修時（実践中）に振り返る内容を簡単に項目だけあげておきます。まずは、本人を中心に、フォーマル、インフォーマルを含めて幅広く周辺の社会資源を把握しましょう。そして、常に本人中心を意識しチームとなる社会資源にこまめに働きかけ続けてください。また、先輩たちがどのように連絡・連携を取り、そして共通認識のための会議を開いているか、先駆的にそして地域として取り組んでいるところを参考にしましょう。

\*参考・引用文献は、現任研修の4) チームアプローチの後に共通して記載。