

（資料 2） 現任研修カリキュラム・教育内容

資料 2-0 制度解説《本報告書には掲載なし》

資料 2-1 研修受講ガイダンス

資料 2-2 地域を基盤とした SW

資料 2-3 個別相談支援（意思決定支援）

資料 2-4 チームアプローチ

資料 2-5 スーパービジョン

資料 2-6 個別相談支援演習

資料 2-7 チームアプローチ演習

資料 2-8 コミュニティワーク演習

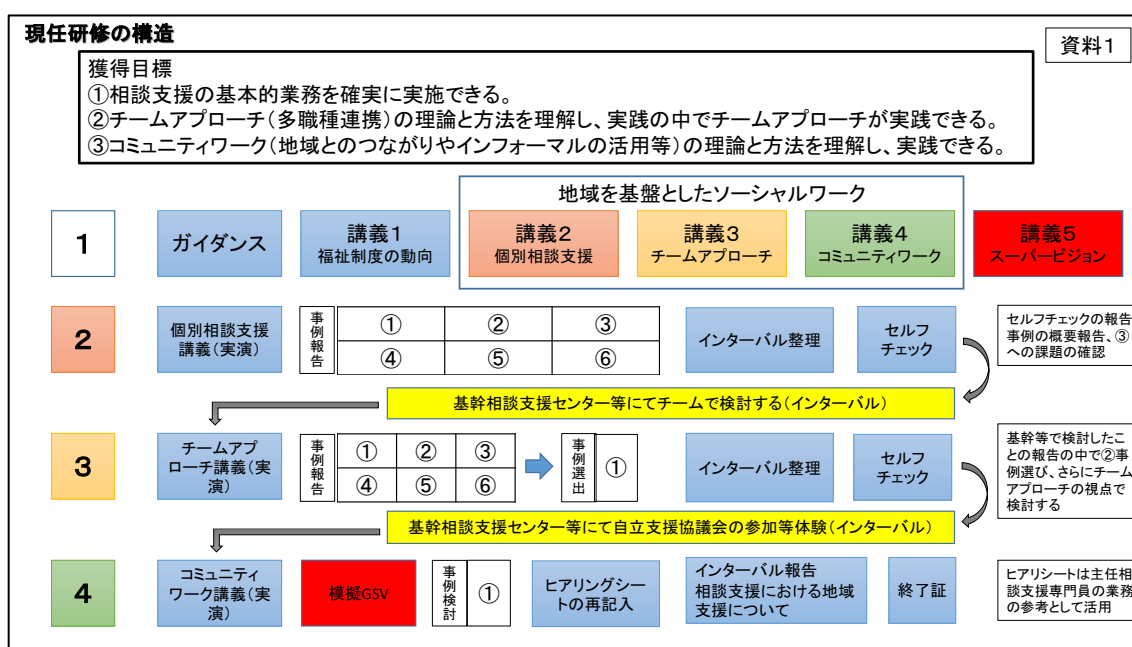
(資料2) 現任研修カリキュラム・教育内容

資料2-0 制度解説《本報告書には掲載なし》

資料2-1 研修受講ガイダンス

研究協力者：富岡 貴生

研修受講ガイダンスは、現任研修における獲得目標や研修の内容を理解して受講してもらうことが目的である。現任研修では、初任者研修の振り返り並びに地域を基盤としたソーシャルワークの実践が行える人材育成のため4日間で実施される。ここでは、1日目に地域を基盤としたソーシャルワークを理解するため、講義を中心としたものから、2日目以降は個別相談支援、チームアプローチ（多職種連携）、コミュニティワークについての演習を中心に研修を行う（資料1参照）。



① 研修項目と獲得目標

研修項目と獲得目標については、①相談支援の基本的業務を確実に実施できる。【意思決定(支援)を通して生きがいや自己肯定感を高める支援(ストレングス)、相談支援の技術と能力の獲得】、②チームアプローチ(多職種連携)の理論と方法を学び、実践においてチームアプローチが展開できる。【チームアプローチ(多職種連携)を実践するための技術と能力の獲得】、③コミュニティワーク(地域とのつながりやインフォーマルサービスの活用、社会資源の開発等)の理論と方法を理解し、実践できる。【地域に即して相談支援の実践力の獲得】、④グループスーパービジョンの理論と方法を学び、実践事例を用いてグループスーパービジョンを体験することで、自らの支援について助言・指導を受けることの重要性を理解するとしている(資料3参照)。これらは「相談支援の質の向上に向けた検討会」(以

下検討会という)の報告を受けてカリキュラムが作成されていることから、研修受講ガイダンスでは検討会と現任研修における獲得目標とのつながりについての説明は必要であることから、検討会の内容についての説明もガイダンスの中で行う(資料2)。

獲得目標に加えての補足説明として、個別相談支援では、①意思決定支援は利用者の意思の尊重、希望の発掘及び実現までのプロセスであるが、これらは相談支援の中で行われること、②意思決定支援を通して自己肯定感が高められ、自信へとつながり、生活の幅も広がっていくことから、個別相談支援における技術と能力の獲得は意思決定支援に欠かせないものである。

チームアプローチ(他職種連携)では、①利用者への支援は地域の中で安心して生活が送れるような様々な機関と連携して行われ、さらに地域資源も巻き込みこんだ支援が求められること、②障害福祉サービス以外に介護保険等制度の枠を超えた支援が増えていくものと思われることから、チームアプローチを実践するための技術と能力の獲得は必要となる。

コミュニティワークでは、地域に即した支援として個別課題を地域課題として捉え、自立支援協議会を通して解決していくことが期待されているが、相談支援専門員の多くが自立支援協議会に参加していないため、自立支援協議会のイメージがつかず、コミュニティワークが自身の支援のなかに見出せないところがある。そのため、ここでの地域に即した支援とは、インフォーマルサービスの活用や地域の集まりに参加するなど、地域に当たり前にある資源を利用するための支援がコミュニティワークの第一歩であること理解し、実践できる能力の獲得を目指していく。

最後にスーパービジョンは、誰もがスーパービジョンの必要性は理解し、希望しているが、スーパーバイズを受けたことがない、もしくは受ける環境がない中で相談支援を行なっている状況がある。そのため、①スーパーバイズを体験してもらうことで必要性を理解すること、②インターバル中に基幹相談支援センター等でカンファレンス等を行うことで、現任研修終了後も継続して協議できる体制が構築できることを目指している。

② 研修の進め方について(資料1, 3参照)

1日目は講義が中心、1日目以降は演習が中心となっている。

2日目の個別相談支援は、最初に研修のガイダンスを行い、2日目の獲得目標や内容等の説明を行う。講義は1日目の内容をもとに、事例を通して相談支援のプロセスや意志決定支援、チェックリストの記入の仕方の講義を行う。演習は、ここでの講義を踏まえ、事前課題(書式1)の報告及び検討、インターバル期間中に行う課題の整理・抽出したものをファシリテーターから助言を得る。最後に自己業務の振り返りとしてセルフチェックを記入する。1日目終了後、1ヶ月程度インターバル期間とし、演習で整理された課題を基幹相談支援センター等での協議を踏まえ実施してくる。

3日目のチームアプローチ(多職種連携)は、最初に研修ガイダンスを行い、3日目の獲得目標や内容等の説明を行う。講義は1日目の内容をもとに、事例を通して担当者会議の開

催やチームアプローチ（多職種連携）の際の支援目的の共有、チェックリストの記入の仕方等の講義を行う。演習では、インターバル時の実践報告をした後に講義を踏まえて事前課題（書式1）の検討を行い、次のインターバル期間中に行う内容を整理、最後に自己業務の振り返りとしてチェックシートの記入と共有、4日目に使用する代表事例を選出する。3日目終了後、1ヶ月程度インターバル期間とし、演習で整理された相談支援体制や自立支援協議会の状況を基幹相談支援センター等で確認してくる。

4日目のコミュニティワークは、最初に研修ガイダンスを行い、4日目の研修の獲得目標や内容等の説明を行う。講義は1日目の内容をもとに、事例を通して地域のつながりや地域資源の活用、自立支援協議会の機能、ヒアリングシートの再記入等の講義を行う。演習では、ここでの講義を踏まえ、代表事例に対して地域資源を活用する等の検討、その後共通事例に対して模擬グループスーパービジョンを行い、地域とのつながりを意識した支援やグループスーパービジョンの必要性等について体験する。最後に事前課題として作成してきたヒアリングシートに対して演習で学んだことも踏まえて再チェックし、地域支援の際の必要な視点や主任相談支援専門員の役割等について考える。

③ 事前提出課題について

事前提出課題は、書式1の事例報告書、書式2の地域変革のためのヒアリングシート、書式3のストレングスアセスメント票があり、書式1については研修1日目に提出。書式2、3については、1日目の講義の中で記載方法の説明を受けた後、3日目の研修までに提出する。記載方法について以下簡単ではあるが述べる。

ア) 書式1（事例報告書）

主訴は、本人の言葉（本人の訴え等がない場合は相談支援専門員が今の状況を踏まえ推測して記述）で記述する。

検討課題については、本人の主訴に対して相談支援専門員が支援をしていく上で困っていること等について、事例検討で検討したいことを記述する。

利用者・家族の状況については、利用者並びの家族の特徴、現在の状況について把握するため記述する。

生活歴については、本人がどのように生活してきたか、人との出会いや関係性など、人格形成に至る過程を理解するため、小学校、中学校、高校、大学、卒業以降項目ごとに生活の中で楽しかったこと、辛かったこと、興味があったこと、困ったこと、人との出会いや関係性等について記述する。

家族歴については、本人と家族との関係性について記述する。例えば、父は仕事が休みの時は一緒に外出するなど。

支援経過については、①支援記録を読み返し、検討課題に関連している記録を取捨選択して記述する。記述にあたっては、②前担当と現担当に分ける、③前担当の支援は端的にまと

めて記述、現担当の記述が中心となること、④現担当の記述は時系列に沿って要点を記述し、口頭報告で追加説明する。検討課題に対してどのように相談支援が行われてきたか、また意思決定支援が展開されてきたか支援経過を通して検討していく。

エコマップについては、チームアプローチにおける支援方針を記述することで、支援関係者による支援の共有等を確認し、社会資源（人）だけではなく、地域資源（人）とのつながりなど利用者を取り巻く環境を理解し、働き掛ける方法を検討する。記述に当たっては、①ジェのグラムを記述する。家族の関係性がわかるよう点線等で示す。②現在活用している地域資源および関係する人を記述する。地域資源は地域の中にあるありふれたものであり、例えば図書館、卓球クラブ、新聞配達員、隣人、プール、料理教室、母親教室、当事者の会、居酒屋、TUTAYA、スーパーなどであり、また関係性についても点線等で示す。③現在利用している社会資源（福祉サービス（人）、医療機関等）の利用について記述し、関係性について点線等で示す。地域資源を本人および家族の上においているのは身近な地域資源および人との関係性、つまり地域との繋がりを見るためである。

イ) 書式2（地域変革のためのヒアリングシート）

「地域変革のためのヒアリングシート」（以下ヒアリングシートという）は、書式1の事例に対して記述する。全てを記述することが難しい場合は空欄でも構わない。現在理解している事を記述し、研修最後に改めて振り返りを行うものとする。このヒアリングシートを通して地域とのつながりを意識した支援を理解するとともに、主任相談支援専門員に求めている業務を知る機会と考えている。

ウ) 書式3（ストレングスアセスメント票）

ストレングスアセスメント票は、書式1の事例に対して記述する。このアセスメント票を用いて4日目の事例検討が行われるため、記述にあたって不明な点はファシリテーターに聞くなどすると良い。

④インターバルについて

相談支援専門員は、経験を積み重ねても自己の振り返りが必要な業務であるが、日常業務に追われてしまい、そのような機会を得ることが難しい状況にある。また、自らの支援について他者から助言・指導を受ける機会が少ないことから、助言等を期待して研修を受講される方も多い。そのため、研修時に自己の振り返りと他者からの助言・指導を受ける機会を設け、さらに研修の合間にインターバルを取り入れ、基幹相談支援センター等に出向いて実地研修（OJT）を組み入れることで研修後も継続して助言等が受けられる場面を作っていく。インターバルでの取り組み内容について書式4、5に記載し提出する。

⑤演習の進行について

演習時は積極的な発言が望まれるが、研修に受講する方の経験範囲の幅が広い等から意見が一部の人に偏ってしまう恐れがある。そのため、演習を行なう上で気をつけるべきことをまとめたグラドルール（資料5）を共有し、さらに役割シート（書式4）を使用してグループの中で進行、助言、報告者等が順番で行うなど全員参加型による演習が行えるようにする。

6) 個別相談支援演習（研修2日目）

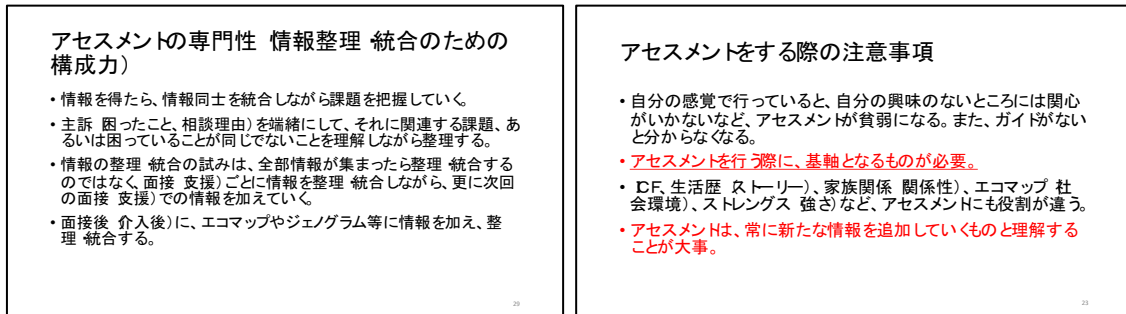
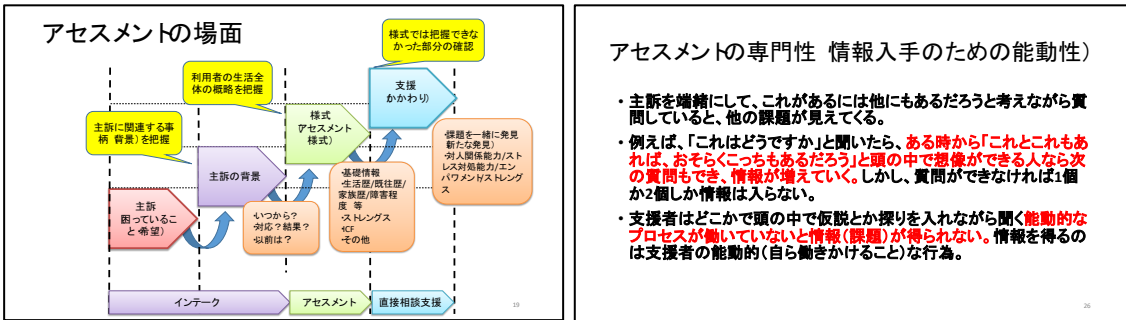
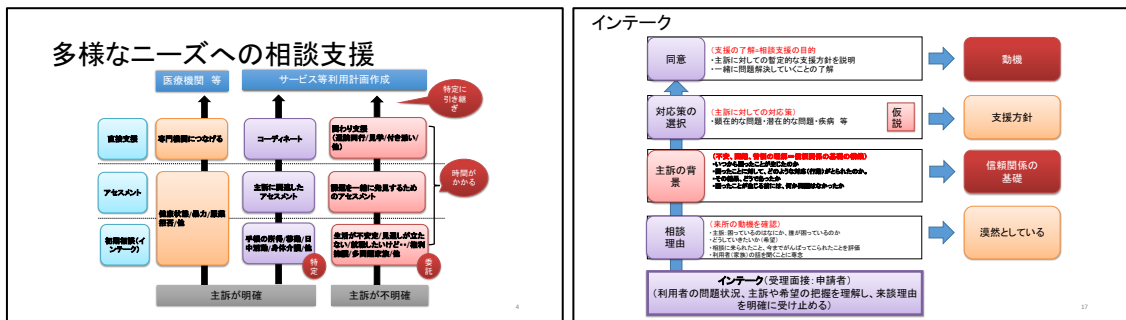
①オリエンテーション

研修を進めるにあたって、研修2日目の獲得目標並びにカリキュラム（資料4-1）の説明を行なう。1日目では現任研修全体の話が中心だが、ここでは2日目を中心とした説明となる。2日目で行われる個別相談支援の意図を理解した上で研修に参加する事は、研修の理解度を深めることにもつながることから、繰り返し説明にはなるが、ここは省くことなく丁寧に行なう必要がある。

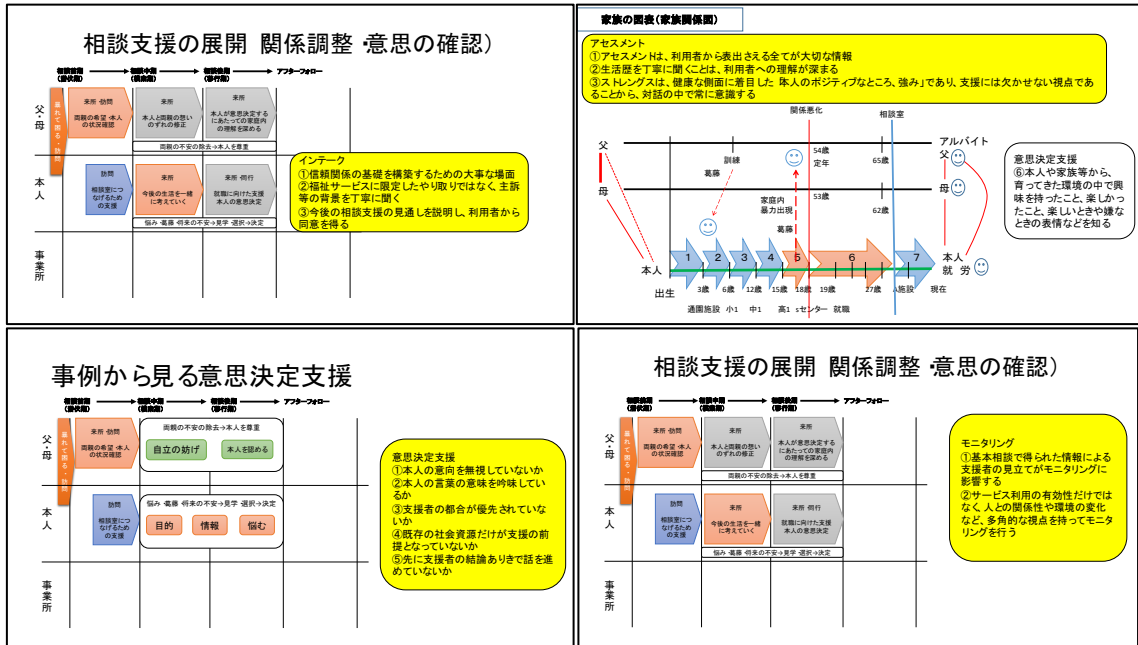
② 個別相談支援講義

1日目の講義を踏まえ、事例に置き換えて説明することで、より知識を実践に結びつけること、つまりは自分の支援に置き換えて考えていくことでより専門的な理解を深めていくことを目的としている。ここでは、①インテーク・アセスメント・モニタリングの方法等について、②相談支援のプロセスの中で意思決定支援がどのように行われているのか、③演習時に行うチェックシートの仕方についての講義を行う。

（個別相談支援講義資料から抜粋、インテーク、アセスメントの展開）



(個別相談支援講義資料から抜粋、事例を通してセルフチェックシートの説明)



③グループワーク (演習 1、2、3)

ア) アイスブレイク (演習 1)

自己紹介及び演習時の報告者、進行役、記録、質問者の役割は役割シート(書式4)を用いて決める。役割分担を決めることは全員参加型による演習を行うことが目的だが、実践場面で担当者会議等の司会進行を行う場面も多いと思われるため、進行を持ち回りで行うことで会議進行の技術を身に付けることも狙いとしている。

イ) グループワーク (演習 1、2)

書式1を用いて事例報告を行い、支援の検討や助言等を受ける。事例報告の際は、①事例の概要、検討課題、アセスメント状況等を報告、②意思決定支援の確認や参加者が抱えている検討課題に対して支援内容の妥当性を検討する。①の報告は、支援経過前までの内容を報告する。報告を受けて、検討課題が漠然としている場合は検討課題を明確にすること、アセスメント状況を踏まえ不明な箇所の質問、時間があれば利用者の印象(感想)を述べる。ここで時間を使いすぎるとその後の検討が短くなってしまうため、進行役は時間配分に気をつける必要がある。②の検討・助言は、支援経過を報告し、講義で説明された意思決定支援のポイント(本人の意向、本人の言葉の吟味、支援者の都合が優先されていないか、既存の社会資源が優先されていないか、結論ありきで話が進んでいないか)についての確認を行う。また、検討課題に対して支援がどのように行われていたか、支援がふさわしいかどうかの妥当性を検討し、求められる支援内容についての助言を受ける。たとえば、<信頼関係の構築

に向けた関わりが今は必要に思えるためアセスメントの情報を得る時期と捉え合う回数を増やすことが必要>、<アセスメント情報が不足しているため〇〇の情報を得るため〇〇について具体的に聞いたほうが良い>、<他機関との支援目的の共有が必要なため担当者会議を開催してそれぞれの役割の確認を行ったほうが良い>、などの助言を受ける。その際、理屈が優先されたり助言が漠然としすぎると、報告者が支援に生かせないこともあるため、助言については具体的に述べられるようファシリテーターは注意を払う必要である。

ウ) インターバル時に行うことの整理 (演習3、書式5)

インターバルで行う支援については、①基幹相談支援センター等で協議すること、②自身が支援を行って行くことについて、前述した助言を参考にしながら整理する。その際、複数出た助言に対して優先順をつけ、実際に行えるものを選んで記入することがポイントである。漠然とした整理だとインターバル時に何を行うかが不明確になってしまうため、支援の課題の整理に当たってはファシリテーターが助言を行う。ここで整理されたものはファシリテーターの同意を必要とする。

エ) 自己の振り返りとセルフチェックシートの記入 (演習3、書式7)

セルフチェックシートの記入は、講義や演習での内容に留意し、日頃の業務に照らし合わせて自己の振り返りを行うことが目的である。書式1の事例に対して(または普段の相談支援に対して)できたかどうかではなく、自身の相談支援の特徴を把握し、日常業務に役立てることを目的としているため、深く考えてじっくりチェックするよりも気軽に行い、専門性を高めるために他の研修を受講することが必要等の新たな気づきを得ることを求めているところである。

オ) グループ共有

上記ウ) エ) で整理されたインターバル時に行う内容やセルフチェックシートについて、グループで共有する。

7) チームアプローチ演習 (研修3日目)

①オリエンテーション

研修を進めるにあたって、3日目の獲得目標並びに細かなカリキュラム(資料4-2)の説明を行なう。1日目では現任研修全体の話が中心だが、ここでは3日目を中心とした説明となる。3日目で行われるチームアプローチ(多職種連携)の意図を理解した上で研修に参加する事は、研修の理解度を深めることにもつながることから、繰り返し説明にはなるが、ここは省くことなく丁寧に行なう。

②チームアプローチ講義

1日目の講義で行われた連携やチームの定義の再確認の他、事例から見るチームアプローチの展開や意思決定支援、セルフチェックシートのポイント、担当者会議(ケア会議)の位置づけや効果、開催準備等の説明を行い、利用者への支援が個別支援だけではなく、多職種で連携して行われることの理解を深めることを目的としている。ここでも事例を通して説明を行うことで、知識と実践を結びつけることを強く意識している。

(チームアプローチ講義資料から抜粋、連携の定義等)

<p style="text-align: center;">連携・チームとは</p> <p>【連携】 連携を密に取り合って、一つの目的のために物事をすること。</p> <p>【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。</p> <p>【専門性とチーム力を高める】 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(支援目標の明確化と共有)</p> <p>*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。</p>	<p style="text-align: center;">連携の定義</p> <p>【定義1】 「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。」</p> <p>【定義2】 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(専門職や非専門職的な援助を含む)が、単独では達成できない、共有された目標を達成するために、相互促進的な協力関係を通じて、行方や活動を展開するプロセス。</p>
<p style="text-align: center;">多職種連携</p> <p>～地域生活を支援するということは～</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健・医療・福祉・教育・介護など、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上で、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)。 	<p style="text-align: center;">範囲から見た連携(チームアプローチ)</p>

(チームアプローチ講義資料から抜粋、事例を通してセルフチェックシートの方法)

<h3>Aさんの現在の関係図</h3>	<h3>相談支援の展開(見学・実習)</h3> <table border="1"> <tr> <th>関係者</th> <th>相談支援(見学)</th> <th>相談支援(実習)</th> <th>アフターフォロー</th> </tr> <tr> <td>父母</td> <td>場所: 訪問 内容: 障子の様子、本人の状況を確認</td> <td>場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認</td> <td>場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認</td> </tr> <tr> <td>本人</td> <td>場所: 相談支援事業所 内容: 相談支援事業所について確認</td> <td>場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認</td> <td>場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認</td> </tr> <tr> <td>事業所</td> <td></td> <td>場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認</td> <td>場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認</td> </tr> </table> <p>チームアプローチの視点 ①本人の居場所、ご近所、ご家族、ご地域の関係性を把握する ②本人の意思(本人中心)を尊重しながらチームで支援することの必要性 ③本人を中心としたチームを構成するための必要な手続 ④本人を中心としたチームの中で自分の役割 ⑤チームアプローチを通じた新たな社会資源の創出</p>	関係者	相談支援(見学)	相談支援(実習)	アフターフォロー	父母	場所: 訪問 内容: 障子の様子、本人の状況を確認	場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認	場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認	本人	場所: 相談支援事業所 内容: 相談支援事業所について確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	事業所		場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認
関係者	相談支援(見学)	相談支援(実習)	アフターフォロー														
父母	場所: 訪問 内容: 障子の様子、本人の状況を確認	場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認	場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認														
本人	場所: 相談支援事業所 内容: 相談支援事業所について確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認														
事業所		場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認														
<h3>Aさんの現在の関係図</h3>	<h3>相談支援の展開(アフターフォロー)</h3> <table border="1"> <tr> <th>関係者</th> <th>相談支援(見学)</th> <th>相談支援(実習)</th> <th>アフターフォロー</th> </tr> <tr> <td>父母</td> <td>場所: 訪問 内容: 障子の様子、本人の状況を確認</td> <td>場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認</td> <td>場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認</td> </tr> <tr> <td>本人</td> <td>場所: 相談支援事業所 内容: 相談支援事業所について確認</td> <td>場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認</td> <td>場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認</td> </tr> <tr> <td>事業所</td> <td></td> <td>場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認</td> <td>場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認</td> </tr> </table> <p>チームアプローチの展開 ①支援目標の共通理解を得る ②支援の経過や本人の満足度の確認 ③危機介入や緊急時の支援体制やレスポンス ④地域資源(地域の中にある当たり前)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かかわる</p>	関係者	相談支援(見学)	相談支援(実習)	アフターフォロー	父母	場所: 訪問 内容: 障子の様子、本人の状況を確認	場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認	場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認	本人	場所: 相談支援事業所 内容: 相談支援事業所について確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	事業所		場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認
関係者	相談支援(見学)	相談支援(実習)	アフターフォロー														
父母	場所: 訪問 内容: 障子の様子、本人の状況を確認	場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認	場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認														
本人	場所: 相談支援事業所 内容: 相談支援事業所について確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認														
事業所		場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認														
<h3>事例から見る意思決定支援</h3> <table border="1"> <tr> <th>関係者</th> <th>相談支援(見学)</th> <th>相談支援(実習)</th> <th>アフターフォロー</th> </tr> <tr> <td>父母</td> <td>場所: 訪問 内容: 障子の様子、本人の状況を確認</td> <td>場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認</td> <td>場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認</td> </tr> <tr> <td>本人</td> <td>場所: 相談支援事業所 内容: 相談支援事業所について確認</td> <td>場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認</td> <td>場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認</td> </tr> <tr> <td>事業所</td> <td></td> <td>場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認</td> <td>場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認</td> </tr> </table> <p>関係性との連携 ①本人の意思決定支援に重きを置いた会議 ②本人を中心とした支援会議の目的 ③本人を中心とした支援会議を日常的に実施している ④本人を中心とした支援会議の自分の役割 ⑤ネットワークを通じた社会資源の活用 ⑥ネットワークを通じた社会資源の創出</p> <p>本人の居場所を導く(関与) エンパワメント</p>	関係者	相談支援(見学)	相談支援(実習)	アフターフォロー	父母	場所: 訪問 内容: 障子の様子、本人の状況を確認	場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認	場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認	本人	場所: 相談支援事業所 内容: 相談支援事業所について確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	事業所		場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	<h3>Aさんの現在の関係図</h3> <p>本人の居場所(発達)</p> <p>家族とコンワーナに行く余裕ができたが、家族ではなく、自分の趣味をもちたいと思うようになった。しかし、コンプレックスが原因で一歩が踏み出せない。</p>
関係者	相談支援(見学)	相談支援(実習)	アフターフォロー														
父母	場所: 訪問 内容: 障子の様子、本人の状況を確認	場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認	場所: 本人の居場所 内容: 本人の居場所を確認														
本人	場所: 相談支援事業所 内容: 相談支援事業所について確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認														
事業所		場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認	場所: 事業所 内容: 事業所の様子を確認														

③グループワーク (演習 1、2、3)

ア) グループワーク (演習 1、2)

ここでは、まずは書式5を用いて、①インターバル期間中に行われたことの報告(書式5)をした後、②事前課題(書式1)のエコマップを通してチームアプローチの状況や多職種連携の手続き手順、チーム支援での共通目標の立て方(チームにおける意思決定支援も含む)、③既存の社会資源だけではなく地域資源の活用の可能性、についてチームアプローチの視点にたって検討する。①の報告は、2日目の演習時に整理された課題等(書式5前段)に対してインターバル時に行われた、基幹相談支援センターとの協議内容や担当者会議を開催して協議した内容、個別支援等を報告(書式4後段)する。②の報告・検討は、事前課題で作成されたエコマップ(書式1)から見える関係機関との連携支援にあたっての手順や多職種での共通した支援目標の立て方や理解の浸透度合いの報告し、共通目標の内容や立て方等の手順について等について検討する。その際本人の意志が置き去りにされていないか、常

に本人の意志確認を行ってきたか等チーム内での意思決定支援がどのように行われているのかについても検討する。③では、エコマップを通して利用者を取り巻く環境が社会資源を中心とされているのか、地域資源も含まれているのか等を確認し、今後の環境調整の方向性を検討する。検討に当たっては個別支援を中心として行われたいよう注意が必要である。1日目及び3日目の講義内容を留意し、チームアプローチの視点にたって検討が行われるようファシリテーターは注意して進めることが求められる。

イ) インターバル時に行うことの整理 (演習3、書式6)

インターバルで行う支援について、基幹相談支援センター等で、①相談支援体制(基幹・委託・指定の役割や相談支援連絡会の開催状況、事例検討会の有無等)、②自立支援協議会の運営状況や今までの効果等について整理する。ポイントは、受講者が相談支援を行う上で知っておく必要のあることを整理し、具体的に何を確認してくるかを抽出する。2日目同様に漠然とした整理だとインターバル時に何を行うかが不明確になってしまうため、ファシリテーターが助言を行い、同意を必要とする。

ウ) 自己の振り返りとセルフチェックシートの記入 (書式8)

講義や演習での内容を留意し、日頃の業務に照らし合わせて自己の振り返りを行う。できたかどうかではなく、自身の相談支援の特徴を把握し、日常業務に役立てることを目的としている。深く考えてじっくりチェックするよりも気軽に捉えて進めることが望ましい。

エ) グループ共有

上記イ)ウ)で整理されたインターバル時に行う内容やセルフチェックシートについて、グループで共有する。

8) コミュニティワーク

①オリエンテーション

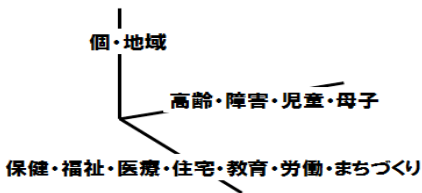
研修を進めるにあたって、4日目の獲得目標並びに細かなカリキュラム(資料4-3)の説明を行なう。1日目では現任研修全体の話が中心だが、ここでは4日目を中心とした説明となる。4日目で行われるコミュニティワークの意図を理解した上で研修に参加する事は、研修の理解度を深めることにもつながることから、繰り返し説明にはなるが、ここは省くことなく丁寧に行なう。

②コミュニティワーク講義


1日目の講義を踏まえ、コミュニティワーク、地域を基盤としたソーシャルワークの振り返りを行った後、事例を通して、障害者が地域資源を当たり前のように利用していくことで地域との結びつきが広がっていくことや、個別課題を地域課題として捉え、自立支援協議会

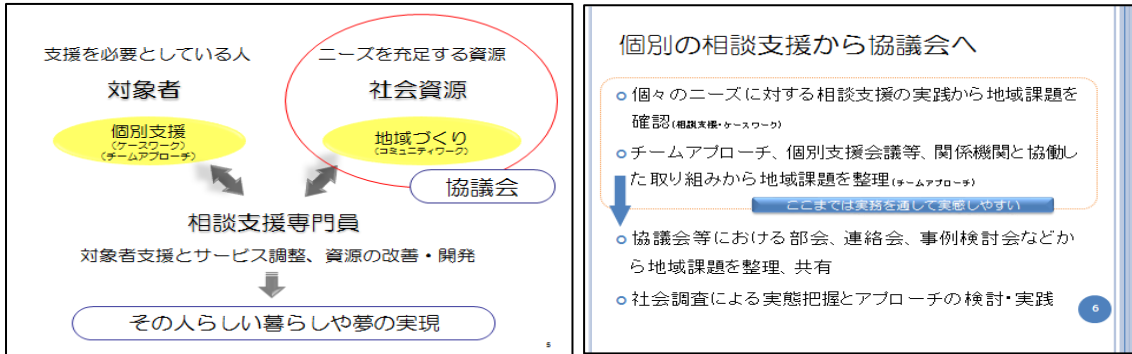
での検討プロセスや効果などの理解を深めることを目的としている。ここでも事例を通して説明を行うことで、知識と実践を結びつけることを強く意識している。

(コミュニティワーク講義資料から抜粋)

<h3 style="text-align: center;">地域包括ケアのこと</h3>  <p style="text-align: center;">3</p>	<h3 style="text-align: center;">コミュニティ ソーシャルワークとは (Community Social Work)</h3> <p>地域において個別支援と地域組織化を統合化させる実践である。地域自立生活上サービスを必要としている人に対し、ケアマネジメントによる具体的援助を提供しつつ、その人に必要なソーシャルサポート・ネットワークづくりを行い、かつその人が抱える生活問題が同じように起きないように福祉コミュニティづくりを統合的に展開する、地域を基盤としたソーシャルワーク実践である(大橋2005)。</p> <p style="text-align: center;">4</p>
<h3 style="text-align: center;">地域を基盤としたソーシャルワーク (Community Based Social Work) とは</h3> <p>ジェネラリストソーシャルワーク※を基礎理論とし、地域で展開する総合相談を实践概念とする、個を地域で支える援助と個を支える地域をつくる援助を一体的に推進することを基調とした実践理論の体系である(岩間2012)。</p> <p>※ケースワーク、グループワーク、コミュニティワークを統合した援助技術</p> <p style="text-align: center;">5</p>	<h3 style="text-align: center;">地域を基盤としたソーシャルワーク における相談の機能とは</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1 並行的ニーズ検討機能 2 専門機関による地域連携機能 3 住民主体の問題解決機能 4 予防的地域課題解決機能 <p style="text-align: center;">7</p>
<h3 style="text-align: center;">コミュニティソーシャルワークの展開プロセス</h3> <ul style="list-style-type: none"> ■ アセスメント <ul style="list-style-type: none"> ・個別アセスメント ・潜在的ニーズの把握 ・地域アセスメント ■ プランニング・カンファレンス <ul style="list-style-type: none"> ・地域人材とともに考える ・地域のエゴを乗り越える ■ 実施 <ul style="list-style-type: none"> ・地域(資源)の主体性を引き出す ・利用者の力を理解させる ■ モニタリング <ul style="list-style-type: none"> ・地域の中で見守られる ・支え合うことで双方向性を維持する ■ 評価 <ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議での次に向けた検討 ・他地域から「良い評価」 <p style="text-align: center;">20</p>	<h3 style="text-align: center;">ヒアリングシート</h3> <ol style="list-style-type: none"> [1] 利用者が参加・所属している地域組織または参加したがる組織について [2] 利用者の交友相手(友達)について [3] 利用者が所属している当事者組織について [4] 利用者(構造的に)関わっている人や組織・企業(商店)・個人について [5] 利用者が見込んでいる相手(相談に乗ってくれたり、困った時助けてくれる人)行きつけの商店・診療所の医師・個人について [6] 利用者の組織で、利用者が頼み込んでいる相手について [7] 利用者の(これから異なる)近頃は、利用者にとっていい近頃は、 [8] 利用者の周囲で、活用できそうな福祉資源はあるか。 [9] 利用者にとって「隠れた資源」となっているもの(利用者を元気にさせているもの)について [10] 利用者は地域に対して、どんな資源性を有しているか。 [11] 利用者にとっての資源向きのネットワークの状況はどうか。 [12] 利用者の自宅(居住場所)は、 [13] 利用者のセルフケアマネジメント能力(自分の状態を正確に把握・ハンディの中身も客観的に把握・その克服策の工夫・必要な資源を発掘・活用する資質等)の評価をしてみよう。 <p style="text-align: center;">37</p>

(コミュニティワーク講義資料から抜粋)

<h3 style="text-align: center;">相談支援の実例から見てくるもの</h3> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の障害者ニーズは個々によって違う ・ ニーズが個々に違うということは、当然のことながら支援内容も異なる ・ 障害者のみならず、支える家族への支援も必要 ・ ニーズの中には、社会的ニーズと心理的ニーズがあり、それらは明確ではなく非常にわかりにくい。またこれらは重なり合っている ・ 福祉・医療・教育等多職種との連携が不可欠 ・ 継続相談の重要性 ・ 地域資源の活用と地域とのつながり 	<div style="text-align: center;"> <p>個々に違う福祉ニーズに対して、 地域は何ができるのか</p>  <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">それを考えていくのが 地域自立支援協議会の役割</p> </div>
---	--



③グループワーク（演習 1， 2， 3， 4）

ア)地域作りの必要性（インフォーマルサービスの活用）とグループスーパービジョン（演習 1）

共通事例を用いて模擬グループスーパービジョンを行う。ここでは、福祉サービスだけでは解決しないニーズを取り上げ、地域の中にある当たり前の地域資源を活用することで生活の幅が広がり、地域作り（コミュニティワーク）の第一歩になることへの理解を深める。グループスーパービジョンの手法をいくつかあるが、ストレングスモデルにおける構造化されたグループスーパービジョンを紹介し、参加者は模擬グループスーパービジョンを通して雰囲気や効果を体験する。

グループスーパービジョンは、1日目の講義を踏まえ実施する（ここで行うグループスーパービジョンの説明を1日目に行う）。共通事例の概要等（資料6）、一時機能アセスメント（資料8）、ストレングスアセスメント表（資料9）の説明を行った後、グループスーパービジョンを行う。詳細は資料10を参照のこと。終了後はその後の展開について説明する（資料7）。

（スーパービジョン講義資料から抜粋）

<p>グループスーパービジョンの利点（その1）</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 創造的な代替策（インフォーマル資源への着目、活用）のアイデアの源泉 ▶ 利用者行動の内的な理解（内的解釈） ▶ 同僚への励ましと支持（チームとしての共感性） ▶ 成功した実践の分かち合い 	<p>グループスーパービジョンの利点（その2）</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ クライアント（利用者）との直接的な関わりがない同僚の視点から聞かれること ▶ 介入や困難な決定をケアマネジャー個人でしない（チーム決定の重要性） ▶ 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アから他のケースへ応用）
<p>グループスーパービジョンの基本的な考え方</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 通常のスーパービジョンと異なり、スーパーバイザー（事例報告者）とスーパーバイザー（その他メンバー）との意見交換によって進めていく。 ▶ スーパーバイザーとスーパーバイザーの関係が上下関係（指導関係）ではなく、水平関係になる。 ▶ そのため、コーディネーター（ファシリテーター）による進め方が重要になる。 	<p>グループスーパービジョンの進め方のポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ アイデアを徹底的に出し合う（ブレインストーミング）。創造的なアイデアはたいへんよい（ファシリテーターの進行の見せどころ） ▶ 出された多様なアイデア、解釈、意見に対しての報告者からの応答 ▶ ファシリテーターによるまとめ（アイデアから優先の高いものをいくつか選ぶ）

イ) 共通事例の作成

共通事例の作成は、サービス等利用計画を作成後、福祉サービスを利用したが、福祉サービスでは解決しないニーズが分かり、計画の見直しが必要となったところでストレングスモデルによるグループスーパービジョンを行い支援内容の検討を行ったところ、地域資源を活用することで生活の幅が広がり、生活の質が高まったということ意識して作成している（資料11参照）。

ウ) 事例検討（演習2）

グループの中で3日目に選出された代表事例に対して、演習1で行った模擬グループスーパービジョンを参考にして地域資源を活用した具体的な支援方法について検討する。ここではストレングスアセスメント票（1日目の研修を受けて3日目に提出、書式3）を使用し、ストレングスを生かして地域資源を活用する等を検討する。障害者の生活は福祉サービスの中だけで生活しているのではなく、福祉サービスを利用しながらも隣人や地域資源を活用することで生活の質が高まって行くこと、生活の中に地域とのつながりがとても大事である事を事例検討を通して理解する。また、相談支援専門員として、この地域資源を活用する等の支援がコミュニティワークの第一歩であることを理解する。

エ) 地域変革のためのヒアリングシートの記入（演習3）

3日目に提出されたヒアリングシートを研修全体の内容を留意して再記入を行い、地域支援の方法等の理解を深めることが目的である。また、主任相談支援専門員に求められる役割を理解し、相談支援専門員のキャリアアップにつなげていく。

オ) 地域支援の展開（演習4）

書式6を用いてインターバルで行なってきた内容の報告し、地域を基盤としたソーシャルワークを行う上で、相談支援専門員における技術や地域支援の展開、相談支援体制、個別課題を地域課題として捉え協議会で検討していくために相談支援専門員ができること等について検討する。

資料 2-2 地域を基盤とした SW

分担研究者：島村 聡

本講の目的

この講義は、「地域を基盤としたソーシャルワーク（コミュニティ・ソーシャルワーク）」が、障がい者の地域生活支援を実施する相談支援専門員の礎となることから、その意義を理解することを目的としている。以下の習得すべきポイントがある。

- ・なぜコミュニティ・ソーシャルワークの視点が相談支援専門員にとって重要なのか。
 - ・コミュニティ・ソーシャルワークの意義と相談支援専門員の姿勢とは何か。
 - ・コミュニティ・ソーシャルワークの機能とそれを可能とする技術とは何か。
 - ・展開上のポイント、特に地域を意識したアセスメントや住民との協議の実際を知る。
- ※技術に関しては、日本介護支援専門員協会「主任介護支援専門員研修」テキスト(2016)を一部参照して記述。

1 地域を基盤とするソーシャルワークを相談支援専門員研修に位置づけた経緯

相談支援の質に関する検討会（2016）における議論において、利用者に対する支援が障害福祉サービスの調整だけに終始する点が危惧され、コミュニティ・ソーシャルワークが「相談支援専門員として持つべき視点」として報告された。同時に、計画相談と委託相談や基幹相談との役割の違いの明確化、基本相談の意味についても議論がなされ、地域を基盤とすることが相談支援システム全体の抱える課題であることも明白となっている。

本研修では、相談の形態を問わず、地域を基盤としたソーシャルワークの意義を共有し、利用者の地域生活支援のために、お互いがどのような役割を果たすべきかを考えたい。

2 コミュニティ・ソーシャルワーク（地域を基盤としたソーシャルワーク）とは

地域において個別支援と地域組織化を統合化させる実践である。地域自立生活上サービスを必要としている人に対し、ケアマネジメントによる具体的援助を提供しつつ、その人に必要なソーシャルサポート・ネットワークづくりを行い、かつその人が抱える生活問題が同じように起きないように福祉コミュニティづくりとを統合的に展開する、地域を基盤としたソーシャルワーク実践である（大橋 2005）、あるいは、ジェネラリストソーシャルワーク※を基礎理論とし、地域で展開する総合相談を実践概念とする、個を地域で支える援助と個を支える地域をつくる援助を一体的に推進することを基調とした実践理論の体系である（岩間 2012）。

「個別の支援ネットワークを形成してその課題を普遍化してから、地域の課題解決のネットワークを構築する」という従来の考え方とは異なり、個と地域の支援を同時並行的に実施するものである。

3 地域を基盤とする相談支援専門員が持つべき姿勢

- ・本人と住民の主体性を引き出す（エンパワメント）： 地域課題の把握・ワークショップ・マップづくりによる住民の主体的取り組みと本人の積極的関与
- ・本人と住民のつながりを広げる（協働と連帯）： 住民懇談会・調査の共同実施によるネットワークの拡大と連帯感の醸成
- ・各専門機関が住民の取り組みに寄り添う（補完的サービス活用）： 住民のさり気ない関わりを壊さず育てる障害者支援・介護保険等サービスの一元的適用

4 コミュニティ・ソーシャルワークの機能

(1) 並行的ニーズ（想い）検討機能

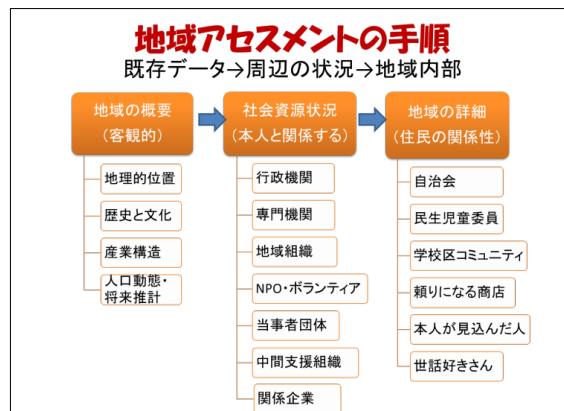
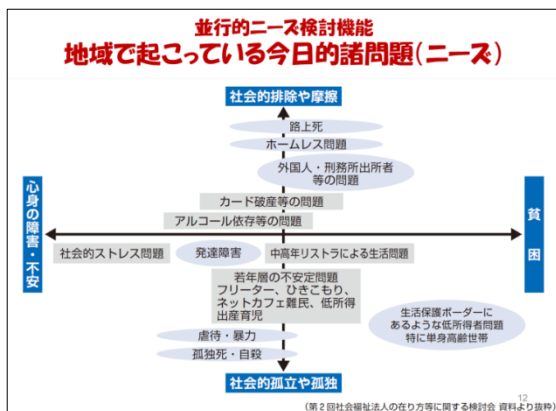
個別的ニーズを地域的に捉え直すものであり、個別ニーズに対応しながら地域の一つのニーズとして他の課題との連動を想定する。その意義は、地域の中で個別の課題を解決する時には類似の課題にも着目し、両課題の背景の共通点に着目しながら、同時並行的に検討を加えていくことで、本人と地域との接点を増やし、地域住民の参画を高めて、より協働的な関係の中で解決を図ることにある。

具体例：「高次脳機能障がい者の生きづらさは、若年性認知症の問題と重なる。両者とも制度の狭間にあり、この地域では両者で課題を共有させ解決に向けていくべきだ。そう感じた相談支援専門員は地域包括支援センターの保健師と連携して、両団体のニーズを調査し、共通で抱えている点として昼間の充実した居場所があると気づいた。民生委員と地元に住むOTを加えて、ボランティアを募集し、地元の農場を借りたミニファームと小さなカフェを始めることになった。」

並行的ニーズ検討を可能とする技術として、

①個別課題と地域課題を関係づける発想（個別支援⇔地域支援）があり、個別の支援をしながらもその課題は地域のどこかにあるし、地域の課題として解決すれば個別の支援も進むという思考が重要となる。

②「地域」のアセスメントをする力（地域診断）があり、地域の状況を予め把握しておく（専門機関の状況、地域の地理、歴史、経済、文化、組織や人、資源となるものなど）が大切である。



(2) 専門機関による地域連携機能

関係機関に個と地域を意識させ、個別支援を協議する場において関与する専門機関が地域の特性や資源を意図して支援に役立たせていくものである。

【意義】

専門機関が本人に個別かつバラバラに関わるのではなく、本人とその地域の関係者を含めた協議の場に参加させてもらい、地域の対応力や資源がうまく機能するように支える。

具体例：「就労を希望する発達障がいのある本人に、就労移行支援事業所の就労支援ワーカーが関わってきたが遅々として就労先の希望がみえない。民生委員の発案で、本人が馴染みの地域の洋菓子店の主人を入れて話し合いを持つとその洋菓子店での手伝いを希望していることがわかった。小さな店で雇用の見通しがすぐには立たないが、実習先として受け入れていただき、町内にある取引先のスーパーでの販売を目標に頑張ることになった。」

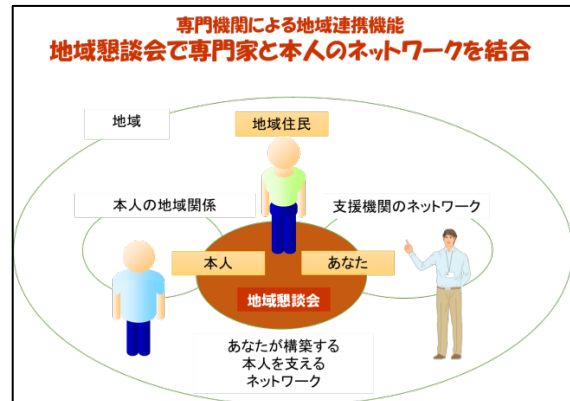
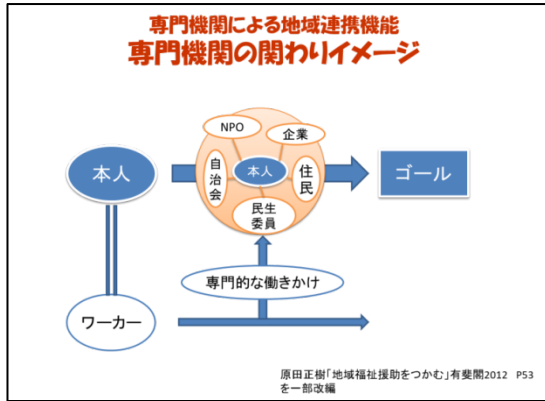
専門機関による地域連携を可能とする技術として

③「地域を変革する」相談援助（地域連携による支援）

地域自体が変わらなければ問題は解決しないので、本人を囲む地域に丸ごと働きかける（地域懇談会にも出向いて調整する）ことである。

④地域生活力を向上させるアプローチ（自己決定が可能な環境づくり）

専門職主導ではなく、本人や家族がどう生きるかを選択する環境をつくる（延命医療や介護サービスの選択などの幅を拡げる）ことである。



(3) 住民主体の問題解決機能

住民や関係者を巻き込み主体化するもので、個別の課題に住民の関心を引きつけ、問題解決のプロセスに巻き込んで地域力で解決することにつながることである。

【意義】

本人の周囲を丁寧にアセスメントし、本人と本人を支える人たちの課題をともに主体性を持って解決するプロセスを通して、両者がエンパワメントを図り、その結果として地域生活を豊かなものとする中で、地域の自己効力感向上に繋げる。

具体例：「希望する植栽の管理の仕事が見つからず、自分の障がいに対する周囲の理解が得られないためと考えた本人が相談支援専門員のあなたに愚痴をこぼしている。丁寧に本人の地域との関わりをアセスメントしてみると、自治会の会計をしている A 氏が「高齢者が増え、その庭の植栽が出来ずに困っている」と話していたことが分かる。自治会の集まりに本人とともに参加してみて、本人に一部その役割が果たせる可能性を感じた相談支援専門員は、本人のような立場にある障がい者の存在を説明し、協力を求めた。自治会では高齢者がともに植栽の手入れを行うことで何軒もある課題を一緒に解決すると決議し、植栽業で経験のある本人を迎え入れることになった。今では、定年後の高齢者の大切な仕事として障がいのある人と一緒に植栽作業を行うことがこの自治会の誇りになっている。」

住民主体の問題解決を可能とする技術として

⑤当事者組織化（セルフヘルプ）

同じ境遇を持つ本人や家族が協働して課題解決に取り組むことで支え合いの基礎をつくることにつながる。

⑥住民活動組織化（地域の組織化）

住民個々の活動をつなげることで地域独自のサービスの担い手を作っていくことである。

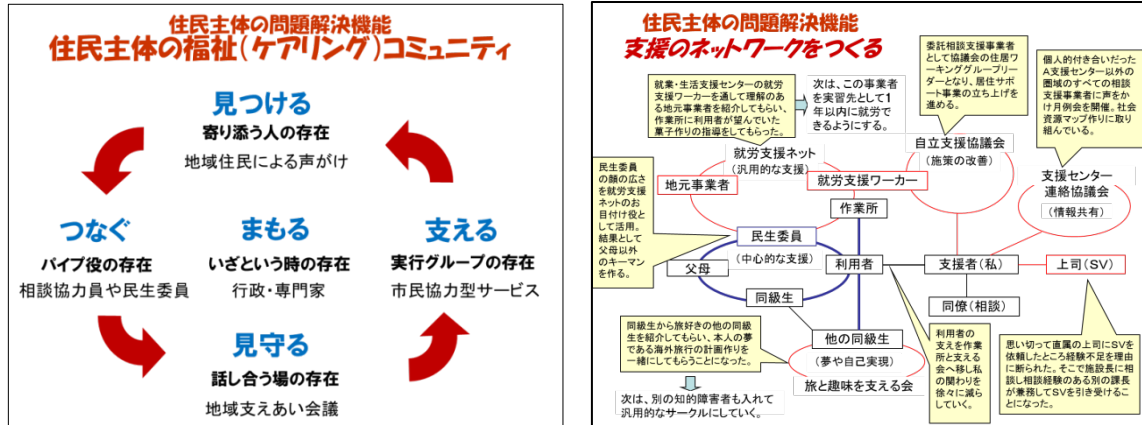
⑦福祉教育（地域の理解力向上）

地域にある誤解や偏見を解消し、住民が地域課題を認識できるように講習会や取り組み

の可視化を行うことである。

⑧ 支援ネットワークづくり（地域支え合いの輪づくり）

個別の問題を住民が中心となって発見・対応・見守りにつなげていくために本人を中心とした小さな支援の輪をつくることである。



(4) 予防的地域課題解決機能

地域で起こりそうな問題を事前に防ぐものである。地域での問題発見および解決機能の向上により、予想される課題の芽を摘み取ることができる。

【意義】

個別支援のつながりは、本人専属的になりやすいが、(地域懇談会などを通して)そこに幅広く地域住民が関わることで、住民のネットワークが課題発見や見守りなど福祉的な関わりを果たし、本人以外の人たちに起こっている問題に気づき、解決に向けて起動していく。

具体例: 長期ひきこもりの原因が親の抱え込みにあると感じたワーカーが、学校の調整し、ひきこもりの居場所を運営する NPO のノウハウを活用して、PTA に対して情報提供を行ってきた。今では PTA が自主的に NPO を招き学習会を定例で開催して、親同士の情報交換を行うようになってきている。これにより、ひきこもりの長期化が減り、早期の対応がとれるようになった。

予防的地域課題解決を可能とする技術として

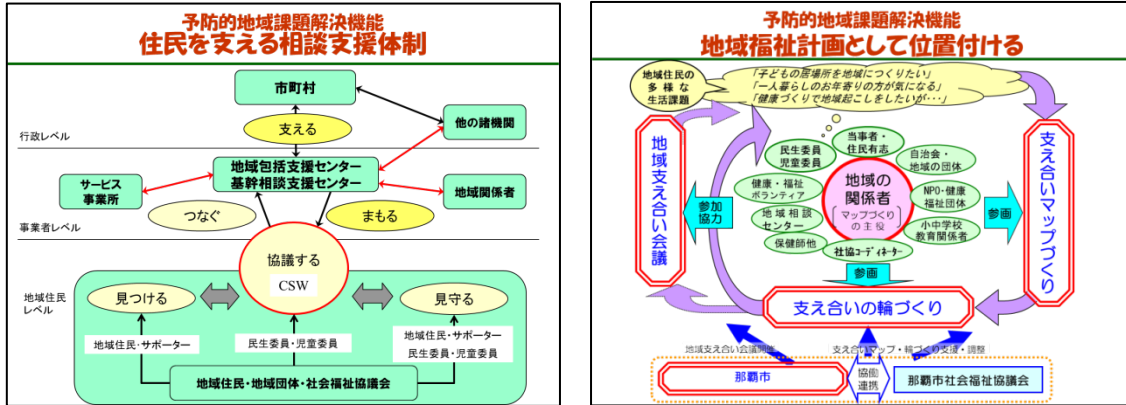
⑨ 地域ケアシステム (大きなケアマネジメント)

地域包括支援センターや基幹相談支援センターの圏域において課題発見→ケア会議→介入→見守りを行う仕組みをつくることである。

⑩ 市町村の計画的な行政推進 (制度とマンパワーの向上)

市町村域において地域福祉計画等により地域ケアシステムを支える人材確保・育成・シ

システム支援を進めることである。



5 地域を基盤とするソーシャルワークの展開プロセス

■ アセスメント

・個別アセスメント（地域生活ヒアリングシート）・潜在的ニーズの把握（マップづくり）・地域アセスメント（地域資源の把握・地域の基礎データ）をしっかりと行い、住民で支える可能性を明確にする。

■ プランニング・カンファレンス

・地域人材とともに考えること（地域懇談会の開催）により地域のエゴを乗り越える。

■ 実施

・地域（資源）の主体性を引き出す（地域内のチームづくり）とともに、利用者の力を住民間でも共有する。

■ モニタリング

・地域の中で見守られる・支え合うことで双方向性を維持することで継続性の高い地域生活を支援する（地域内の会議の継続・予防的ケア）。

■ 評価

・ケア会議での次に向けた検討・他地域から「良い評価」を得るなどして地域住民の自信を高めより高いレベルの支え合いを実現する（地域ケア会議での評価、広域で発表）。

特にアセスメントについて、以下のような点について掘り下げていくことが重要である。

- 【1】 本人が参加・所属している地域組織または参加したがっている組織について
- 【2】 本人の交友相手（友達）について
- 【3】 本人が所属している当事者組織について
- 【4】 本人に（福祉的に）関わっている人や組織・企業（商店）・隣人について
- 【5】 本人が見込んでいる相手（相談に乗ってくれたり、困った時助けてくれる人）行きつけの商店・診療所の医師・隣人について

- 【6】 本人の親族で、利用者が頼みにしている相手について
- 【7】 本人の〈これから戻る〉近隣は、利用者にとっていい近隣か。
- 【8】 本人の周囲で、活用できそうな福祉資源はあるか。
- 【9】 本人にとって「隠れた資源」となっているもの〈利用者を元気にさせているもの〉について

- 【10】 本人は地域に対して、どんな資源性を有しているか。
- 【11】 本人にとっての資源同士のネットワークの状況はどうか。
- 【12】 本人の自宅〈居住場所〉は、
- 【13】 本人のセルフケアマネジメント能力〈自分の状態を正確に把握・ハンディの中身も客観的に把握・その克服策の工夫・必要な資源を発掘・活用する資質等〉の評価をする。

また、住民との協議を行う際にも、地域のキーマン（利用者の可能性を拓げる確度の高い人物）との調整を怠らず、住民から発せられる課題提起を支援の改善の機会として、利用者本人の参画の可能性を検討することが求められている。

6 終わりに：地域課題解決に必要な5つの仕組み

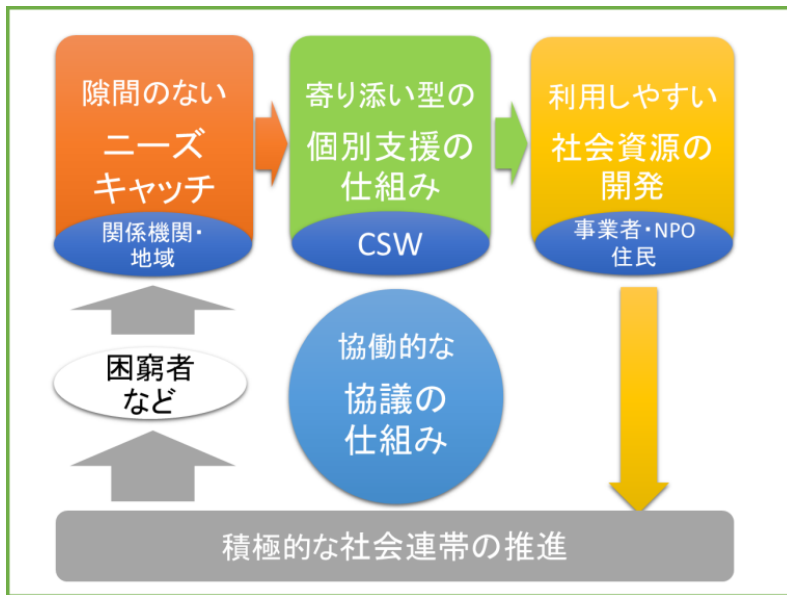
コミュニティ・ソーシャルワークを進めていくということは、

- ・隙間のないニーズキャッチ
- ・寄り添い型の個別支援の仕組み
- ・協働的な協議の仕組み
- ・利用しやすい社会資源の開発
- ・積極的な社会連帯の推進

といった仕組みを地域の中に成立させていくことに他ならない。

これらは、決して相談支援専門員が個々に行うものではなく、社会福祉協議会のコミュニティ・ソーシャルワーカー、地域包括支援センター、市町村行政、自治会、民生委員・児童委員、NPO その他の職種もそれぞれに取り組んできている。

相談支援専門員はあくまで利用者のエンパワメントを図ることが使命であり、これらの職種と住民の協力を本人のストレングスにすることを目指していただきたい。



参考文献

一般社団法人日本介護支援専門員協会「主任介護支援専門員研修」テキスト、2016年
 大橋謙策「コミュニティ・ソーシャルワークの機能と必要性」地域福祉研究、2005年
 岩間伸之・原田正樹「地域福祉援助をつかむ」有斐閣、2012年