

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

**重症心身障害児者の支援者・コーディネーター育成研修
プログラムと普及に関する研究**

（H27-身体・知的-一般-010）

平成 27 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 末光 茂

平成 28（2016）年 3 月

重症心身障害児者の支援者・コーディネーター育成研修プログラムと
普及に関する研究（H27-身体・知的-一般-010）
平成 27 年度 総括・分担研究報告書

目 次

．総括研究報告

重症心身障害児者の支援者・コーディネーター育成研修プログラムと普及に
関する研究……………末光 茂

．分担研究報告

- 1．重症心身障害児者等の相談支援専門員およびコーディネーターの人材育
成プログラムの開発…………… 岩崎裕治 他
- 2．重症心身障害児者等の相談支援専門員およびコーディネーターの人材育
成プログラムの評価チェックリストの作成
…………… 松葉佐 正・宮野前 健・田村 和宏 他
- 3．重症心身障害児者等のコーディネーター等育成研修開催の手引き書作成
……………大塚 晃・田村和宏 他
- 4．重症心身障害児者等の支援者・コーディネーター育成テキストならびに
DVD 作成
…………… 松本好生・大塚晃・松葉佐正 他
- 5．海外の重症心身障害児（者）地域支援コーディネーターに関する調査
…………… 末光 茂 他
- 6．ドイツにおける障害者支援の専門職養成の現状について
……………末光 茂・三原博光 他
- 7．オーストラリアの福祉制度とケアマネジメントについて
…………… 末光 茂 他

重症心身障害児者の支援者・コーディネーター育成研修プログラムと普及に関する研究

研究代表者 末光 茂 川崎医療福祉大学 特任教授

研究要旨

在宅重症心身障害児者と家族の充実した生活を支えるコーディネーター養成を、との強い要望に対応するための研修プログラムテキストさらには研修会用のスライド等、この分野の医師・保健師・看護師・リハビリテーションスタッフ・社会福祉士・相談支援専門員・家族の代表の調査研究により作成した。あわせて研修実施の手引書も作成し、関係機関に配布した。欧米の8ヶ国を対象に、重症心身障害児者専門のコーディネーターに関する調査を行ったところ、重症児に特化したコーディネーターを養成している国はみられず、今回の成果を基礎に国際基準づくりの要望が大きいことが明らかとなった。

研究分担者

岩崎 裕治 都立東部療育センター副院長
大塚 晃 上智大学総合人間科学部社会福祉学科教授
田村 和宏 立命館大学産業社会学部准教授
松葉佐 正 熊本大学医学部附属病院重症心身障がい学寄附講座特任教授
松本 好生 社会福祉法人旭川荘総合研究所医療福祉研究センター 研究センター長
三原 博光 県立広島大学保健福祉学部人間福祉学科教授
宮野前 健 国立病院機構南京都病院院長

A．研究目的

在宅・地域生活を可能な限り続けたいと希望する重症心身障害児者と家族は増えている。重症心身障害施設ならびに国立病院機構重症心身障害病棟への入所者の約2倍が在宅である。呼吸管理等の必要な医療・介護ニーズの高い「超重症児」「準超重症児」についても、同様である。それらのニーズと要望にも適切に対応するには、医療・看護・介護・リハビリ等とともに社会福祉諸制度にも一定の理解を有する支援者ならびにコーディネーターが不可欠であり、その育成のための研修プログラム作成ならびに普及が急務となっている。今回それらに対応するためのテキスト、DVD等を作成することを目

的とした。

B．研究方法

まず重症心身障害児者の入所ならびに在宅生活に関する経験を重ねた医師・保健師・看護師・リハビリ専門職・社会福祉士、相談支援専門員、そして家族の代表などによる調査、検討に基づき、研修プログラムとテキスト、DVDを作成する。

次に、それらに従った研修を実施し、参加者からのアンケートならびに聴き取り調査、さらには評価表によるチェックの結果を反映して、よりよいものへの修正・追加等を加える。

あわせて国際比較調査（重症心身障害専門の研究者ならびに現場実践者そして教育機関を対象）により、世界共通の基本と日本独自の配慮点についても検討を加える。

C．研究結果および考察

(1) 重症心身障害児・者に関する支援者向きならびにコーディネーター向きのテキストを分担執筆し、関係機関に配布した。（それぞれ8章と4章）

(2) 研修効果を評価し、課題の把握、改善案の作成に寄与する評価チェックリストを作成した。

(3) 重症心身障害児者のコーディネーター等育成研修開催の手引き書を作成した。

(4) DVD

全国への普及のために研修会用のスライドならびにDVDを作成する点については、前者の主なものはテキストに反映できた。しかしDVDについては最終段階で、限定使用でないことに対して家族から協力の異議申し立てが生じ、実現できず、既存のもので代用することにとどまった。

(5) 国際基準を視野に入れた諸外国の重症心身障害児者等に対応するコーディネーター育成のプログラムに関する実態調査では、今回のような重症児者等に特化したコーディネーター養成プログラムはどこにもなく、今回の成果をベースに国際的な基準づくりへの要望が寄せられた。

D. 結論

この分野の多専門職の討議ならびにアンケート調査に基づき、養成プログラムを作成し、それに沿った研修を実施し、参加者を対象とした評価をアンケートならびに聴き取り調査に基づき、プログラムの修正をし、テキストを執筆、出版し、関係機関にも配布した。

わが国のこの方面の実践については、世界的に見て高いレベルにあるとの評価を受け、国際基準作成に向けた要望が国際学会からも寄せられていることが明らかとなった。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

(1) Shigeru Suemitsu, Naoki Onodera, T adashi Matsubasa, Making curricuram of community care coordinator for PIMD in JAPAN. Västerås, IASSIDD 7th PIMD Roundtable meeting2015: 2015.9.23-25

(2) Shigeru Suemitsu, Michael Arthur-Kelly, Naoki Onodera, Japan Training of Professional Care Coordinators for PIMD Com

munity Living Support. Melbourne, IASSIDD 15th World Congress:2016.8.15-19 (予定(受理))

3. 研究成果の学術的意義について

(1) 第7回国際知的・発達障害学会(IASSIDD)の重症心身障害特別研究グループ(PIMD-SIRG)で、ポスター発表ならびにアンケート調査を行い、国際的評価を受けた。

(2) 日本の介護保険のモデルであるドイツとアジア・太平洋地区で国連・障害者権利条約を批准し、重症心身障害児者の地域移行に積極的なオーストラリアでのコーディネーター養成とカリキュラムに関する実態調査を実施した。

(3) IASSIDD・PIMD-SIRGで今回の取り組みに対して、高い期待が寄せられ、2016年8月開催の国際知的・発達障害学会(メルボルン)で重症心身障害特別研究グループ代表Bea Maes教授ならびにオーストラリアMichael Arthur-Kelly助教授らとのシンポジウムが決定された。

4. 研究成果の行政的意義について

今回作成のプログラムとテキストを基礎にして、全国への普及が大きく進展できるものと期待される。また国際基準づくりにもわが国が一定の寄与ができるものとする。

5. その他特記すべき事項について

(1) 地域資源ならびに人口分布などの都道府県による違いに応じた研修プログラムのさらなる調整によって、大都市圏・地方都市・過疎地域等に応じたモデルの構築と、研修の具体化が求められる。

(2) 国際基準への提言を進め、わが国のこの方面での成果を発信するよう期待されている。

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

重症心身障害児者等の相談支援専門員およびコーディネーターの 人材育成プログラムの開発

研究分担者	岩崎裕治	都立東部療育センター 副院長
研究協力者	北住映二	心身障害児総合医療療育センター 所長
	福岡 寿	前社会福祉法人高水福祉会 常務理事
	安藤真知子	日本訪問看護財団 事務局次長
	谷口由紀子	医療法人社団麒麟会 統括マネジャー
	田村正徳	埼玉医科大学総合医療センター 小児科教授
	村下志保子	旭川児童院地域療育センター 所長
	等々力寿純	全国重症心身障害児(者)を守る会 重症心身障害児療育相談センター 相談支援係長
	藤野孝子	都立東部療育センター 療育部長
	堀江久子	都立東部療育センター 地域療育支援室担当係長

研究要旨

はじめに：近年、在宅での重症心身障害児(者)「以下、重症児(者)」の重度化がみられているが、在宅支援には専門的な知識や連携が必要で、相談支援専門員などにコーディネーターの役割が期待されているがいまだ少数で課題が多い。本研究は、方法：1. 全国の療育施設、地域中核病院における NICU 長期入院児を含む入所の受け入れ状況や、関連機関との連携などの実態等をアンケート調査した。本研究では重症児(者)に関する専門的知識を持ち、そのニーズを理解できる、また在宅での医療連携や支援体制の構築が図れる相談支援専門員およびコーディネーターの人材育成プログラムの開発を行う。方法：モデル的なコーディネーター育成研修プログラムを作成し実施検証した。そしてプログラムの必要性・内容の妥当性などにつきアンケート調査した。また他の分担研究班とも連携し、チェックリスト作成班、テキスト作成班の検討項目なども勘案し、育成研修プログラムを作成した。研修は3日間とし、2日間は講義や見学などを主体とし、1日は、架空の事例を用いて、サービス等利用計画を作成・検討する演習とした。研修の受講生は、今回はプログラムの検証という目的もあり、重症心身障害に関わっている療育施設の医療ソーシャルワーカー、障害福祉などに関わっている行政の方、特別支援校のコーディネーターなどにも参加してもらった。結果：受講生は39名で、内訳は、相談支援専門員24名、医療ソーシャルワーカー5名、特別支援校のコーディネーター3名、訪問看護師2名、行政4名、その他1名であった。アンケート結果は、全体としてはとても有意義な研修だったという意見が大半で内容についても大きな異議はなかったが、医療の項目で専門的すぎるという意見がある一方医療的ケアの実際は、具体的に好評だった。福祉制度も、あらためて聞いてよかったという意見が多かった。「在宅支援関連施設」と「親の思い」では必要とする意見がより多かった。「コーディネーターのあり方」は、すでに初任研修・現任研修などを受けている相談支援専門員などを対象に考えていたので、あまり必要ないと考えていたが、重症児(者)における意思決定支援のあり方やニーズの把握など課題が多いことがわかった。事例演習は、最も必要度が高いと判断されていたが、時間が短かったという意見が多かった。これらのアンケート結果や、他の分担研究班の検討を元に、コーディネーター研修プログラムの最終案を作成

した。

A．研究目的

近年、在宅での重症心身障害児(者)「以下、重症児(者)」の重度化がみられている。これは周産期や新生児期の救命率の向上していることと関連があると思われるが、それに伴い在宅で、重度の医療的ケアが必要な重症児(者)等が増加してきている。このような重症児(者)には、従来の福祉サービスの他に、地域での医療的な支援が必要となる。

しかしサービスや医療の支援を受けたくても、近くにはそのようなサービスがない、またあっても医療的に重度でサービスが受けられないという声も聞かれ、従来の福祉サービスでは対応しきれない面も出てきている。

そのような状況の中、平成 18 年に相談支援事業が開始となり、この相談支援専門員が、介護保険のケアマネージャーのような地域のコーディネーターの役割を期待されている。しかし、特に医療が必要な重症児(者)や、医療機関からの在宅移行などの相談支援には、専門的な知識や連携が必要であり、いまだ重症児(者)に関わる事業者は少数で、多くの課題が残されたままである。

平成 27 年には原則としてすべての障害福祉サービス等を利用する障害児(者)について、指定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画・障害児支援利用計画が必要となった。計画相談なくして、福祉サービスを利用することはできないが、それに対応できる人材育成が十分でないといえる。重症児(者)に特化した専門の相談支援専門員およびコーディネーターとなる人材育成プログラムの開発と普及が、喫緊の課題となっている。

昨年度「在宅重症心身障害児者支援者育成研修テキスト」が刊行されたが、実際に利用した結果による見直しや専門分野別の研修プログラムの作成には至っていない。そこで、在宅における重症児(者)、特に医療的ケアが必要な重症児(者)に関する専門的知識を持ち、そのニーズを理解できる、また医療連携や支援体制の構築が図れる相談支援専門員およびコーディネーターの人材育成

プログラムの開発と普及を行い、将来、全国へその研修を普及していく。

B．研究方法

今年度、モデル的なコーディネーター育成研修プログラムを作成し、実施検証してみることにした。

本来この研修の目的とする受講者は、地域でコーディネーター役として相談支援などを行っている相談支援専門員や、訪問看護師などで、まだ重症児(者)の経験が乏しい方達であるが、今回は、この研修プログラムの評価・検証も行ってもらうという目的があり、重症心身障害に関わっている療育施設の医療ソーシャルワーカー、障害福祉などに関わっている行政の方、特別支援校のコーディネーターなどにも声をかけて参加してもらった。実施地域は東京とし、期間は相談支援専門員が一人しかいない事業所もあることを考慮し、しかし十分な研修時間も取りたいので3日間とした。そのうち2日間は講義や見学などを主体とし、1日は架空の事例を使用して、サービス等利用計画を作成・検討する演習とした。

研修の目標としては、1 重症児(者)への理解・知識を深める。2 地域特有の制度や、福祉資源・医療資源(連携)の状況の理解 3 重症児(者)自身・家族のニーズ意向をくみ取る視点を持ち計画を作成できるなどを考えた。

内容は相談支援専門員の初任者研修等で実施されるものはずで基礎として理解しているという前提のもと、重症児(者)の相談支援に必要な事柄を主とした。研修1,2日目の内容は、重症心身障害の理解(総論、各疾患、合併症、必要なケア、親の受容など)や、医療的ケアの実際、重症心身障害を持つ方への支援として、特に重症児(者)や、小児領域での福祉制度・また東京地区特有の制度の理解、該当地域での医療事情・連携などの講義、

また、地域で実際に重症心身障害を持つ方への支援を行っている訪問看護事業所や、相談支援事業所の方の講義を計画した。また重症心身障害を持つ方を対象としたコーディネーターとしての役割や、計画の作成などについて、「コーディネーターのあり方」というテーマで講義を実施した。さらに、実際の重症児(者)を育ててこられた当事者のニーズや思いについて理解を促すために、重症児(者)親の会の代表者の講義を1時間実施した(表1)。3日目は架空の事例を用いたの計画作成の演習とした。事例は、特に課題が多い医療機関からの在宅移行と、小児から成人(特別支援学校から生活介護施設)への移行期のケースとした。演習では全体を少人数の班に分け、それぞれにファシリテーターをおいて、各々があらかじめ立ててきた計画をもとに議論を行いそれぞれの班が一つの計画を立て、その後全体にて討論を行った。(表2)

研修は、1,2日目が、平成27年12月7,8日、3日目が平成28年1月12日に、都立東部療育センターの研修室にて実施された。

(倫理面への配慮)研修で使用する事例は、実在のケース等を参考にしながら考えた架空のものであり、個人情報はいくつか隠されている。

C. 研究結果及び考察

1) 今回の研修結果

研修の受講者は当初は30名を予定した。対象は、前述のようにある程度今まで重症心身障害に携わってきた方にもこちらから出席をお願いして受講してもらい、プログラムの評価をお願いした。その結果受講者は39名となり、内訳は、相談支援専門員24名、医療ソーシャルワーカー5名、特別支援学校のコーディネーター3名、訪問看護師2名、行政4名、その他1名であった。

アンケートの内容は図1のように、必要性、内容の適切さ、理解のしやすさ、実践への有用性、研修時間、資料のわかりやすさの6項目でそれぞれ4段階の評価とした。

アンケート結果は、図2のようにおおむね良好

であった。「重症心身障害の総論や、各論」では、医療的なことも理解しておくことが必要という意見が多かったが、専門的すぎる、ここまでは必要ないのではという意見もあった。「医療的ケアの実際」では、具体的でわかりやすかったと評価が高かった。「福祉制度」では、医療系の受講者には難しかったという意見もあったが、多くは大切であらためて理解できたという意見だった。「在宅支援関連施設」と「親の思い」の講義では、研修に必要という数字が高く、関心の高さを表していると考えられた。「コーディネーターのあり方」はもっと詳しく聞きたかったという意見もある一方、理解し切れなかったという意見もあった。この研修は、次年度からの受講者はある程度一般的な経験があり、また初任研修・現任研修などを受けている相談支援専門員などを対象に考えていたため、基本的な相談支援のあり方という講義はそれほど必要ないと考えたが、アンケートではもっとこのような話を聞きたいという要望があった。重症心身障害児者における意思決定の支援のあり方やニーズの把握などの課題が多いことがわかった。

3日目には、事例を用いた演習を実施した。2日目の最後に演習のオリエンテーションを行い、実際使用する事例を受講生に渡し、自身である程度の計画を立ててきてもらった。事例の情報は適度にまびいており、演習のときに足りない情報を得て、各グループで計画を立ててもらった。演習は、2事例行い1事例をグループ討議、1事例を統括スーパーバイザーから説明した。各グループはスーパーバイザー1名、受講者が8名で、各グループに受講者の職種を平均に割り当てるように工夫した。討議は模擬担当者会議も含め3時間半程度行い、その後各グループから発表してもらい、スーパーバイザーからの講評を得た。各グループが立案した計画をみると、週間スケジュールまで到達しているグループとそこまでできていないグループがあった。グループ内での進め方や時間配分等々グループ間で若干実力の差はあったように思える(図3,4)。演習に対するアンケートでは(図5)演習の必要性が最も高いと評価されていた。また時間が短かったという回答が多かった。さらに重症

児(者)にかかわっている受講生でも事例自体が難しかったというアンケート結果もあり、今後の検討にあたり、事例演習の日数、時間配分、内容や、提示の仕方などももう少し検討が必要である。

今回グループ討議した在宅移行のケースは、ある程度病院の医療ソーシャルワーカーが事前にサービス等々医療系のところをコーディネートしてくれている中での移行であったので、在宅に戻ってからしばらくしてからの内容の検討も行えると良かった。また1事例目で時間がかかり超過してしまい、2事例目の説明が十分に出来なかった。

2) 研修プログラム案

上記1)の結果をもとにして、他分担研究班の検討内容(チェックリスト、テキスト作成など)を参考にして当分担研究班のメンバーで検討をし、表3にコーディネーター研修プログラムの最終案を作成した。

まず、全体の日程だが、1日目は講義中心の総論的な内容、2日目は講義と演習をつなぐ実践的な演習への準備段階として考えるとした。また最初の概要説明で、各講義や演習の目的を予め説明しておくことにする。演習については日数を1-2日とした。今回実施してみて、1日では十分な討論や検証が難しいという結果であったからである。連日の研修は参加者の負担を考えると難しく、また事例の検討には時間が必要なこともあり、今回と同様に1,2日目と、3,4日目の間は、1ヶ月程の間隔をあけることとした。それぞれの研修内容等は以下のとおりである。

(1日目)

- ・概要説明：各講義や演習の目的説明
- ・総論：コーディネーターのあり方、役割、アドボカシー、エンパワメントの視点、多職種との連携、支援のチーム作り、資源の開発等、子育て支援としての相談支援など、重症心身障害児を対象にした、コーディネーターとしてどうあるべきかという、相談支援としての総論とした。
- ・重症心身障害医学総論、地域の医療連携など：重症心身障害児者の医療的な特徴や医療的ケアの概略など簡単に説明する。病名等の説明ではなく、各疾患の特性やライフステージ毎のケアの必要性など。
- ・医療的ケアの実際：医療的ケアの具体的なイメージを持ってもらい、それが当事者や家族にどの

ようなメリット・デメリットがあるかを知る。

・ライフステージにおける支援の要点：重症児(者)のそれぞれのライフステージにおける支援の要点、特にNICUや病院からの移行期や、学童期、成人期それぞれの支援の変化や要点を理解し、適切な計画作成ができる。

・福祉制度・福祉資源：重症心身障害児(者)の計画相談に必要な福祉制度・福祉資源、特にその地域特有の制度など。思ったより理解されておらず、重症児(者)支援に必要な制度や福祉資源の把握が必要。

(2日目)

・在宅支援関連施設の利用：訪問看護、介護事業所、在宅支援診療所、生活介護施設等の具体的な事例説明。各施設がどのような役割を担うのかを説明してもらい、イメージを持ってもらう。可能なら施設見学なども入れても良い。

・医療・福祉・教育の連携：地域で重症児(者)を支えていくには、医療・福祉・教育の連携が重要になる。現場で実際にチーム作りを経験している方の具体的な取り組みなどを聞く。

・重症児(者)の意思決定支援について：これは当事者の意向を汲み取って、計画を立てていくためにはどうしても必要な項目。具体的な方策を提示できると良い。意思決定の支援ガイドラインの研究の紹介、具体的な事例など。(重症心身障害児の方の意思決定は難しく、支援の体系、本人の意思などを考えていく。ストーリー作りなども、リハビリのスタッフなどにも関わってもらって、本人の意思決定を支援していく。)

・本人・家族の思い、ニーズ、QOL：意思決定支援やコミュニケーションの内容も含む。当事者の話が聞けて非常に良かったという感想がほとんどであり、是非研修には入れたい。計画立案をもらって支援をうけている家族の話聞いたほうが、より相談支援員の理解につながる。2名位程度。

・演習オリエンテーション：今回の研修では事例を行う前の計画作成のポイントと演習のオリエンテーションとして30分行ったが、演習時の講義もこの時間に併せて行うことにして、時間を1時間とした。演習前に演習の目的の共有をしっかりとやり、また演習の注意点などこちらの意図を明確にしておく必要がある。

(3・4日目)

特になし

演習：事例は1つとし、利用計画を作ってもらなかで、十分に時間をかけて、支援プロセス、ネットワーク構築、意思決定支援を含め、演習の中で講義の中でやった項目をおさらいする。模擬担当者会議は、その中で新たなニーズや課題の把握ができてとても良かったという意見が多く、演習の中で行っていく。事例については、今回移行期の支援を取り上げた。移行期は違う文化がぶつかるところで、様々な支援を必要とし、事例としては適当である。また単なる橋渡しではなく、そこで出会う人や関わる施設などの支援プロセスをみせながら、断面での意思決定支援もしっかりとらえて、長期目標などの将来計画まで見据えた計画作成ができるようにする。支援学校 通所などの事例の方が様々なニーズを取り上げられるという意見もあった。NICU からの移行であれば、地域に帰ってしばらくしてからその後の在宅生活も含めて検討ができるとなお良い。

D．結論

今回、重症児(者)の支援者・コーディネーター育成研修プログラムと普及に関する研究として、コーディネーター育成プログラムを作成・実施し、また評価を行い良好な結果を得た。この評価をもとに更に研修プログラムを改善し、提示した。このような研修プログラムが全国で、地域の実情を反映した内容も加えて実施されることで、重症児(者)に対する専門的な支援がすすむことを期待したい。

E．研究発表

2016年8月メルボルンにて開催される国際知的・発達障害学会(International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities)において、
「Training of Professional Care Coordinators for PIMD Community Living Support」というタイトルで、海外の研究者も参加する形でのラウンドテーブルを申請し、受理された。

F．知的所有権の出願・取得状況(予定を含む。)

表1. コーディネーター育成研修プログラム日程

	日時	項目	講師	会場	
12月7日 (月)	9:00～9:30	受付		3階 研修室	
	9:30～9:45	概要説明	厚生労働省 障害保健福祉部障害福祉課 障害児・発達障害支援室 障害支援専門官		
	9:45～10:30	重症心身障害 総論	東京都立東部療育センター 副院長		
	10:30～12:00	重症心身障害 各論			
	12:00～13:00	休憩			
	13:00～14:00	重症心身障害 各論			
	14:00～14:15	地域の医療状況			
	14:15～14:30	休憩			
	14:30～16:00	福祉制度・福祉資源	東京都立東部療育センター 地域療育支援室係長		
		1日目アンケート回収			
12月8日 (火)	9:00～9:30	受付		3階 研修室	
	9:30～11:00	在宅支援関連施設の紹介	①東部訪問看護事業部 ②訪問看護ステーション そら 所長 ③あしたば相談支援事業所 管理者		
	11:00～12:00	施設見学	東部療育センター 療育部長		
	12:00～13:00	休憩			
	13:00～14:00	家族の思い	東京都重症心身障害児(者)を守る会代表		
	14:00～14:45	医療的ケアの実際	東京都立東部療育センター 診療部長		
	14:45～15:00	休憩			
	15:00～16:00	重症心身障害児コーディネーターのあり方	上智大学 教授		
	16:00～16:30	実習オリエンテーション	重症心身障害児療育相談センター 相談支援係長		
		2日目アンケート回収			
1月12日 (火)	9:00～9:30	受付		3階 研修室	
	9:30～10:00	ファシリテーター紹介等	進行・統括:重症心身障害児療育相談センター 相談支援係長		
		グループ別に移動	①東京小児療育病院 地域支援室係長		1階 説明室
	10:00～12:00	計画相談の実際	②城東訪問介護 管理者		3階 研修室
	12:00～13:00	休憩	③あしたば相談支援事業所 管理者		4階 会議室1
	13:00～15:30	実例に基づいた検討	④わかこま相談支援室 主任		4階 会議室2
		研修室に集合	⑤東京都立東部療育センター 地域療育支援室担当係長		
	15:30～16:30	まとめ			3階 研修室
		3日目アンケート回収			

表2. 重症心身障害児者の支援者コーディネーター育成研修プログラム
～3日目 計画相談の実際 事例に基づいた検討 進行概要～

時間	内容	担当	備考
9:30～9:50	9:30～9:38 ○全体会 ・挨拶 ・演習のねらい ・1日の流れ	等々力	
	9:38～9:43 9:43～9:50 ・ファシリテーター紹介(自己紹介) ・終了後、各教室へ移動	各ファシリテーター	・落ち着いたグループから演習開始
9:50～11:00	9:50～10:00 ○演習Ⅰ(事前課題①事例検討)→グループ演習 ・自己紹介10分(1人1分程度) ・所属、名前、利用作成の有無(重心・それ以外)、ひとこと(何でも)。 その他は、各ファシリテーターにお任せします。	各ファシリテーター	
	10:00～10:05 ○役割分担決め 司会 1名 書記・模造紙 1名 シート 1名 発表者 1名	各ファシリテーター	・役割決定後は、司会者を中心に演習が進むようにフォローしてください。
	10:05～10:30 ○事前課題発表(1人3分程度) 事例検討シートに沿って。	各ファシリテーター	
	10:30～10:50 ○わからなかったこと、確認したいこと、その他詳細な情報提供など(事例の不明点質問)。	各ファシリテーター	・ケースに関する詳細な情報は事前にお渡ししますので、質問等が出た場合はそれに基づき対応してください。
	10:50～11:00 ○休憩 あくまでも目安の時間です。各グループで進行状況を見て、休憩を取って下さい。		
11:00～12:30	11:00～12:30 ○グループ演習続き(事前課題①事例検討) ・全体でプランを討議し、グループでサービス等利用計画書、週間計画表を作成。	各ファシリテーター	・模造紙やポストイット使用
12:30～13:30	○昼食、休憩		
13:30～14:30	13:30～13:35 ○模擬担当者会議および振り返り・作成プラン再検討 模擬担当者会議を行って見て、新たな気付き、修正を加えた方がよい場合はこの時間を使い、修正。 ・担当者会議役割分担(5分) <役割> ・相談支援専門員 1名[司会] ・両親 ・病院の医療関係者(Dr.あるいはNs.) 1名 or 2名 ・行政 1名 ・訪問看護 ST 1名 ・ヘルパー事業所 1名 ・書記 1名[相談支援専門員役が兼ねる場合もあり] ※必ず、役割があるように調整	各ファシリテーター	・グループとしての最終的なまとめをお願いします。
	13:35～13:50 ・会議(20分)→退院直前の設定		
	13:55～14:20 ・振り返り、再検討(25分)		
	14:20～14:30 終了後、全体会場へ移動、発表準備		
14:30～15:05	14:30～14:55 ○全体発表 ・各グループ作成のプラン発表(1グループ5分) 14:55～15:05 ・ファシリテーターから講評(1人2分)	等々力 各ファシリテーター	・自分のグループを中心に講評をひとつずついただければと思います。
15:05～15:20	○各ライフステージにおける相談支援	等々力	・計画書作成の留意点など
15:20～15:30	○休憩		
15:30～15:50	○演習Ⅱ(事前課題②事例)→講義 ・説明およびフロアからの質問応対		
15:50～16:20	○ファシリテーターによるパネルディスカッション ・重症児者とそれ以外の方の利用計画書作成の違い ・モニタリングで注意している点 ・大変な点、心がけている点など	等々力	・この中で全体の総括も行います。 ・等々力が各ファシリテーターの方に質問していきますので、それに答える形でお願いします。
16:20～16:30	○おわりの挨拶	岩崎先生	

図1-1 重症心身障害児者の支援・コーディネーター育成研修アンケート I

該当する職種に○を付けてください。

・相談支援専門員 ・MSW ・行政職 ・看護師 ・保健師

研修お疲れ様でした。下記に研修に関する評価、感想・ご意見をお書きください。

研修項目	評価項目	評価（該当するところに○）			
1 重症心身障害 総論	1) 研修項目としての必要性	a 大変必要	b 必要	c やや必要	d 不要
	2) 内容の適切さ	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
	3) 理解のしやすさ	a 大変理解できた	b 理解できた	c やや理解できた	d 理解困難
	4) 実践への有用性	a 大変有用	b 有用	c やや有用	d 有用でない
	5) 研修時間の長さ	a 大変適切	b 適切	c 長い	d 短い
	6) 資料のわかりやすさ	a 大変わかりやすい	b わかりやすい	c ややわかりにくい	d わかりにくい
	感想・ご意見をお書きください				
重症心身障害 各論	1) 研修項目としての必要性	a 大変必要	b 必要	c やや必要	d 不要
	2) 内容の適切さ	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
	3) 理解のしやすさ	a 大変理解できた	b 理解できた	c やや理解できた	d 理解困難
	4) 実践への有用性	a 大変有用	b 有用	c やや有用	d 有用でない
	5) 研修時間の長さ	a 大変適切	b 適切	c 長い	d 短い
	6) 資料のわかりやすさ	a 大変わかりやすい	b わかりやすい	c ややわかりにくい	d わかりにくい
	感想・ご意見をお書きください				
2 地域の医療 状況	1) 研修項目としての必要性	a 大変必要	b 必要	c やや必要	d 不要
	2) 内容の適切さ	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
	3) 理解のしやすさ	a 大変理解できた	b 理解できた	c やや理解できた	d 理解困難
	4) 実践への有用性	a 大変有用	b 有用	c やや有用	d 有用でない
	5) 研修時間の長さ	a 大変適切	b 適切	c 長い	d 短い
	6) 資料のわかりやすさ	a 大変わかりやすい	b わかりやすい	c ややわかりにくい	d わかりにくい
	感想・ご意見をお書きください				
3 福祉制度・ 福祉資源	1) 研修項目としての必要性	a 大変必要	b 必要	c やや必要	d 不要
	2) 内容の適切さ	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
	3) 理解のしやすさ	a 大変理解できた	b 理解できた	c やや理解できた	d 理解困難
	4) 実践への有用性	a 大変有用	b 有用	c やや有用	d 有用でない
	5) 研修時間の長さ	a 大変適切	b 適切	c 長い	d 短い
	6) 資料のわかりやすさ	a 大変わかりやすい	b わかりやすい	c ややわかりにくい	d わかりにくい
	感想・ご意見をお書きください				
その他感想・ご意見など何でも良いのでお書きください。					

ありがとうございました。

図1-2 重症心身障害児者の支援・コーディネーター育成研修アンケートⅡ

該当するところに○を付けてください。

・相談支援専門員 ・MSW ・行政職 ・看護師 ・保健師

研修お疲れ様でした。下記に研修に関する評価、感想・ご意見をお書きください。

研修項目	評価項目	評価（該当するところに○）			
4 在宅支援関連施設の紹介	1) 研修項目としての必要性	a 大変必要	b 必要	c やや必要	d 不要
	2) 内容の適切さ	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
	3) 理解のしやすさ	a 大変理解できた	b 理解できた	c やや理解できた	d 理解困難
	4) 実践への有用性	a 大変有用	b 有用	c やや有用	d 有用でない
	5) 研修時間の長さ	a 大変適切	b 適切	c 長い	d 短い
	6) 資料のわかりやすさ	a 大変わかりやすい	b わかりやすい	c ややわかりにくい	d わかりにくい
感想・ご意見をお書きください					
5 家族の思い	1) 研修項目としての必要性	a 大変必要	b 必要	c やや必要	d 不要
	2) 内容の適切さ	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
	3) 理解のしやすさ	a 大変理解できた	b 理解できた	c やや理解できた	d 理解困難
	4) 実践への有用性	a 大変有用	b 有用	c やや有用	d 有用でない
	5) 研修時間の長さ	a 大変適切	b 適切	c 長い	d 短い
	6) 資料のわかりやすさ	a 大変わかりやすい	b わかりやすい	c ややわかりにくい	d わかりにくい
感想・ご意見をお書きください					
6 医療的ケアの実際	1) 研修項目としての必要性	a 大変必要	b 必要	c やや必要	d 不要
	2) 内容の適切さ	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
	3) 理解のしやすさ	a 大変理解できた	b 理解できた	c やや理解できた	d 理解困難
	4) 実践への有用性	a 大変有用	b 有用	c やや有用	d 有用でない
	5) 研修時間の長さ	a 大変適切	b 適切	c 長い	d 短い
	6) 資料のわかりやすさ	a 大変わかりやすい	b わかりやすい	c ややわかりにくい	d わかりにくい
感想・ご意見をお書きください					
7 重症心身障害児者コーディネーターのあり方	1) 研修項目としての必要性	a 大変必要	b 必要	c やや必要	d 不要
	2) 内容の適切さ	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
	3) 理解のしやすさ	a 大変理解できた	b 理解できた	c やや理解できた	d 理解困難
	4) 実践への有用性	a 大変有用	b 有用	c やや有用	d 有用でない
	5) 研修時間の長さ	a 大変適切	b 適切	c 長い	d 短い
	6) 資料のわかりやすさ	a 大変わかりやすい	b わかりやすい	c ややわかりにくい	d わかりにくい
感想・ご意見をお書きください					
その他感想・ご意見などご自由に記載ください					

ありがとうございました。

図1-3 重症心身障害児者の支援・コーディネーター育成研修アンケートⅢ

該当するところに○を付けてください。

・相談支援専門員 ・MSW ・行政職 ・看護師 ・保健師

研修お疲れ様でした。下記に研修に関する評価、感想・ご意見をお書きください。

研修項目	評価項目	評価（該当するところに○）			
演習事例について	1) 研修項目としての必要性	a 大変必要	b 必要	c やや必要	d 不要
	2) 内容の適切さ	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
	3) 理解のしやすさ	a 大変理解できた	b 理解できた	c やや理解できた	d 理解困難
	4) 実践への有用性	a 大変有用	b 有用	c やや有用	d 有用でない
	5) 研修時間の長さ	a 大変適切	b 適切	c 長い	d 短い
	6) 資料のわかりやすさ	a 大変わかりやすい	b わかりやすい	c ややわかりにくい	d わかりにくい
感想・ご意見をお書きください					
演習 (事例検討)	1) 研修項目としての必要性	a 大変必要	b 必要	c やや必要	d 不要
	2) 内容の適切さ	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
	3) 理解のしやすさ	a 大変理解できた	b 理解できた	c やや理解できた	d 理解困難
	4) 実践への有用性	a 大変有用	b 有用	c やや有用	d 有用でない
	5) 研修時間の長さ	a 大変適切	b 適切	c 長い	d 短い
	6) 資料のわかりやすさ	a 大変わかりやすい	b わかりやすい	c ややわかりにくい	d わかりにくい
	7) 演習の方法	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
感想・ご意見をお書きください					
3日間の研修お疲れ様でした。この研修の受講は実践に役立つものに成りましたか 該当するもの全てに○を付けてください。					
研修項目	評価				
研修内容の評価	1) 研修項目の設定	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
	2) 研修内容	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
	3) 研修時間	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
	4) 研修場所	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
	5) 受講生への配慮	a 大変適切	b 適切	c やや適切	d 不適切
今回の研修の中最も参考になった項目を上位5つに○を入れてください					
研修日	研修項目				
12月7日	1 重症心身障害 総論	()			
	各論	()			
	2 地域の医療状況	()			
12月8日	3 福祉制度・福祉資源	()			
	4 在宅支援関連施設の紹介	()			
	5 家族の思い	()			
	6 医療ケアの実際	()			
1月12日	7 重症心身障害児者のコーディネーターのあり方	()			
	8 事例演習（計画相談の実際）	()			

裏面もお書きください

重症心身障害児者の相談支援する事業所を増やすには、何が必要ですか ○を付けてください(複数可)

1 相談支援への報酬の適正化
2 ケア会議等への加算の見直し
3 相談支援専門員の研修
4 情報共有などのネットワーク
5 医療資源の確保
6 福祉資源の確保
7 その他 ()

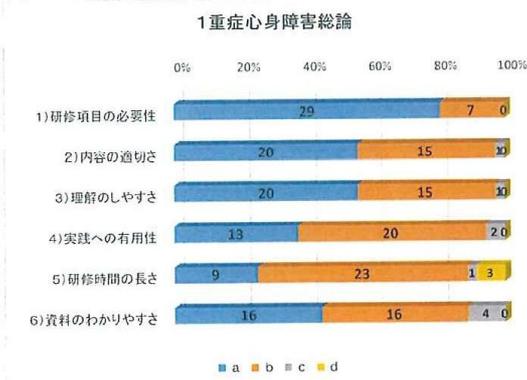
3日間本当にお疲れ様でした。ご感想・ご意見をお書きください

有難うございました。ご活躍を期待しております。

図2 重症心身障害児者の支援・コーディネーター育成研修アンケート
集計結果報告

12月7日(月)
研修生36名 相談支援専門員 21名 他15名(MSW 行政職 看護師 教育コーディネーター等)

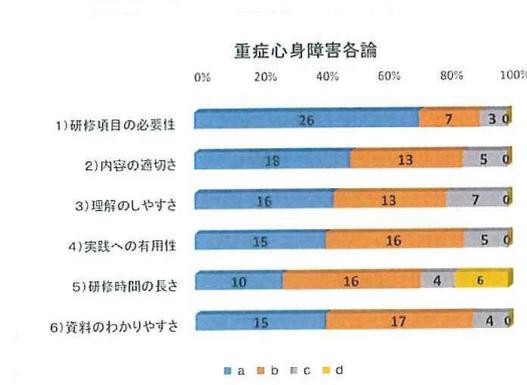
重症心身障害 総論 9:45~10:30



* 意見・感想

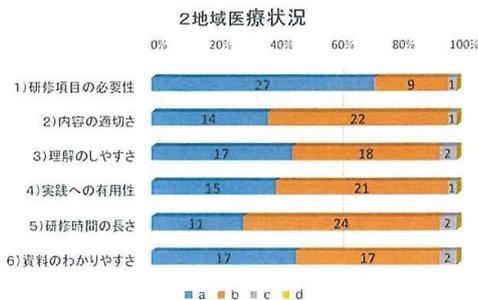
- ・在宅の重心の方が増えていること良くわかった
- ・突発や特徴など支援する上で知っておかなければならない事で勉強になった
- ・疾患の事例をもう少し丁寧に確認したかった ⇒教育コーディネーター
- ・間違っ理解している面があり重心を理解する上で大変良かった
- ・障害増や関わり方、捉え方の基本を学ぶのは有用
- ・「本人中心」ということを改めて大切だと思った
- ・総論・各論とも資料は解りやすいが、ページ設定やレイアウトが異なるとより見やすい
- ・非常に有用性の高い医療知識が得られた 他の行政職員にも受講させたい(行政職)
- ・解らない用語・単語があり、「ご存知ですかね」で進められてしまった 用語・単語の説明があるともっと理解しやすかった

重症心身障害 各論 10:30~12:00 13:00~14:00



- ・子供の身体状況について最低限のことを知っておくべきと改めて知った
- ・重心ゆえにきめの細かいケアが必要 ヘルパーの吸引等手厚い介護が必要な点が伝わると良い
- ・計画をする上で症状についても知っていないとプランが立てられないと思う 良かった
- ・医療的な知識は必要ないと思っていたが基礎知識がないと保護者とも話ができない事が良くわかった
- ・内容が盛りだくさんで時間が足りないくらいでしたが、全て大切と思います
- ・ポジショニングの重要性が良くわかった。実際の写真があるとわかりやすいかな
- ・重症児のポイントを挙げていただけるのはわかりやすいが、症状理解は相談支援専門員には不要かと
- ・病状の詳しい説明は理解できませんでした 専門用語など
- ・医師から医療の話聞くのは重要
- ・医療者でない方には複雑かと思ます ビデオや人形活用や実習はいかがでしょうか? (看護師)
- ・実際のケアからさかのぼって内容を説明していただくと現実味があるのでは(行政職)
- ・知識のない方には量が多い イラストや動画などイメージしやすい位で良いと思う(MSW)
- ・踏み込んだ内容であればもう少し時間が必要
- ・予備知識が足らず、難しく感じた(相談専門員)
- ・全体像が解らない人達が学びに来ているので、踏まえてやって頂くともっと理解しやすいのでは

地域医療状況 14:00~14:15



- * 意見・感想**
- ・連携の必要と地域の医療の状況を知ることができた。
 - ・訪問診療や訪問看護が一般的になっている事がわかった
 - 在宅移行後のレスパイトがもっと使える様になると良い
 - ・医療と福祉の壁が厚すぎます 行政が最初だけでもはいてくれると助かる
 - ・地域により特徴があることがわかった
 - ・統計はわかりやすく、コーディネーターの必要性が理解できた
 - ・相談支援専門員がどこまで行うか役割分担などを先に伝えて頂くほうが良いと思う(行政職)
 - ・NICUの児から説明が入ると地域支援の広がりが見えるのでは(MSW)

福祉制度・福祉資源 14:30~16:00



- * 意見・感想**
- ・新しい制度や今後利用するに当たって多くのことを知った。
 - ・区により異なることが多いのですむ場所によって不利益が生じることを減らすようにしたい
 - ・新しい制度も含めキャッチしていなければ適切に支援できないので大切な内容である。
 - ・知識不足なのだが、サービス助成など具体例があると理解しやすい⇒教育コーディ
 - ・東部の取り組みを教えて頂き、本当に有用でした
 - ・法律はすでに目にしていますが、再確認できた 相談支援専門員においては必須の内容
 - ・相談支援専門員としては基本事項なので、改めて聞く機会があるのは必要だが
 - ・利用できる制度など改めてわかったので、とても勉強になった
 - ・助成金のこと、重心の歴史がわかりやすかった
 - ・法や制度はその都度、勉強する必要がある(看護師)
 - ・日常的にはケースワーカーに丸投げしており、難しい内容だった(看護師)
 - ・日頃かかわりの少ない分野のため、知識をつけるのに有用だった
 - ・制度を理解し、利用者に分かりやすく伝えられるよう努力していかなければと思う
 - ・区によって制度が異なる中、説明がわかりやすかった(行政職)
 - ・在宅レスパイト支援、初めて知りました(相談支援専門員)
 - ・全体像が解からない人達なので、把握・理解しやすい内容でした 講演ではなく講義でお願いしたい
 - ・2、3項目で重なる部分は不要かと思う

*** 1日目の研修を終えての感想・意見等**

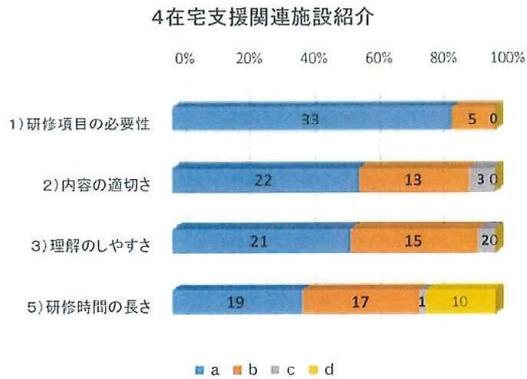
- ・個人的には出来るだけなんでもしたいと思いますが、限られた財源・決められた資源・施策のなかでは、支援できることは限られてくるので、すべての人が満足できる支援は難しいと思います。行政としても出来る限りの支援は常に考え行っています。
- ・なかなか知ることが出来ない補装具や負担額等々の話を聞くことができよかったです。
- ・相談員として支援の視点が良く把握できて勉強になりました。医ケアのおこさんの療育クラスを運営するには、保護者がいるから、医師・ナースはいなくても大丈夫と言う課題、やはり専門家の指示や見守りは必須だと思った。
- ・重心の在宅が増えているのは実感していました・未就学の子供さんに対する在宅支援について「特別」ではなく、サービスが受けられる様にしていきたいです。

重症心身障害児者の支援・コーディネーター育成研修アンケート 集計結果報告

12月8日(火)

研修生38名 相談支援専門員 22名 他16名(MSW 行政職 看護師 教育コーディネーター等)

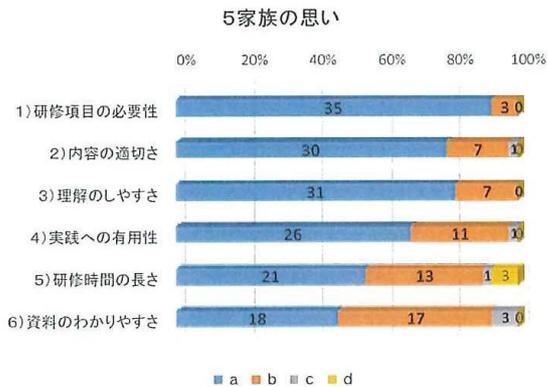
在宅支援関連施設の紹介 9:30~11:00



* 意見・感想

- ・現場の生きた声、諦めない、希望を持って相談支援を進めていくことの大切さを再確認した
- ・訪問看護の大変さがわかった。相談支援事業の取り組みについてお伺いしたかった。
- ・訪問看護と調整することがあるため、説明しやすくなった。確認する点も学べた。
- ・支援会議や電話で連携させて頂いている事業所がどのような制度を持ち、どのような思いで活躍されているかわかった
- ・3事業所の紹介は興味深かった 時間が足りなかった
- ・事例を混ぜての説明で解りやすかった
- ・医療との連携、どう結びつける等理解した
- ・実践している方々の講義は説得力あり理解しやすい
- ・痰吸引について、ヘルパーが吸引することで広がる支援についてもっと聴きたかった
- ・制度面より具体的な支援内容をもっと聴きたかった

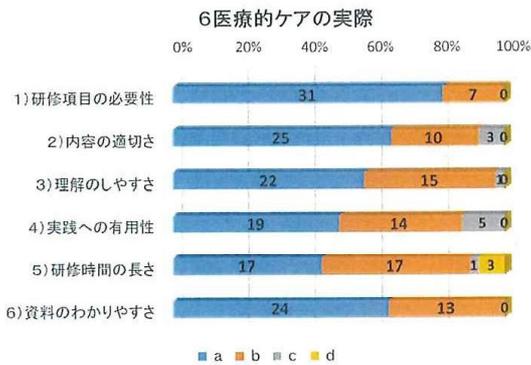
家族の思い 13:00~14:00



* 意見・感想

- ・家族の話聞くことが出来、思いを知ることが出来よかった
- ・家族に寄り添った相談支援の大切さを再確認した
- ・家族に共感することの大切さと調整することの難しさを感じた。弟さんの作文にも胸を打たれた。
- ・本人の希望をどのように反映するか悩んでいました。
- ・指で母子のコミュニケーションをとっている話は感動した。気持ちがあれば思いはいくらでも知ることが出来ると知った。
- ・家族の思いに触れる機会が必要
- ・知的障害の家族がいるが、障害の種類や家庭の違いはあるが、感じるものは似ていると思った
- ・「決して無理だと思わないこと」5年・10年すれば本人の意思を理解できるということが印象的
- ・家族への支援やサービスのバランスが難しい
- ・ユーザー目線の利点・問題点が解り易かった。心理面・社会資源の課題も解り易かった
- ・「本当に相談出来る所はない」と言う言葉が印象的だった
- ・自ら長年多くのサービスを使ってきた方なので、コーディネーターの意義を経験していないように感じた

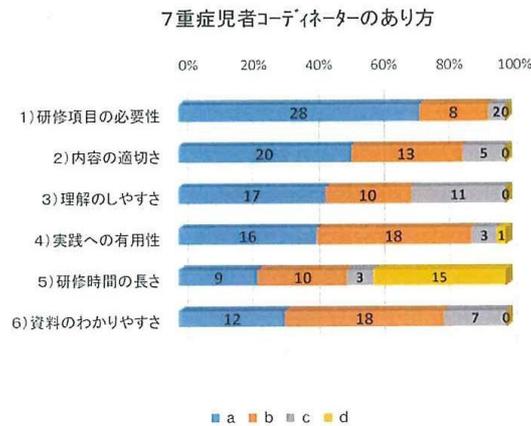
医療的ケアの実際 14:00～14:45



* 意見・感想

- ・実際に物を見ることが出来、わかりやすかった
- ・気をつけなければならない点を具体的な話でよくわかった
- ・カニューレ等実物を触らせて頂き、また胃瘻と気切について解りやすく教えて頂いた
- ・病院に行けば直ぐ交換できると思っていたので……
- ・他のケアについても知りたい
- ・ドクターから講義を受ける機会がないので貴重な経験だった
- ・細かい内容で解りやすかった
- ・どういう対象者が気管切開が必要なのか……更に判りやすかったと思う 基礎知識がないと「怖さ」だけがさっきに立つ
- ・ビデオや実物・かさのパフォーマンスわかりやすく良かった

重症心身障害児コーディネーターのあり方 15:00～16:00



* 意見・感想

- ・資料がとても解りやすかったが、じっくり話を聴きたかった
- ・計画を作成する心構えを正された。新しい資料を作り出していけるよう力を付けたい。
- ・行政が計画作成を優先していることもあり、相談支援のあり方など見直す必要があると思う
- ・とばしたスライドを含め、もっと話を伺いたかった
- ・問題点、対応時の視点など具体的な話が聴きたかった
- ・コーディネーターのあり方は勉強になったが、実際は難しいと感じる
- ・理想は大切だが、現実的に可能にするには様々なアクションが起こさなければと思う
- ・利用計画に意思決定・権利擁護の視点を入れられたら素晴らしい質向上の道りは長そうに感じる
- ・具体的な事例を用いてもらえるより解りやすいと思う
- ・熱い講義は、これから関わる人には必要かと思う
- ・重症心身障害児者であれば、その内容に詳しい方に講義して頂いたほうが良い
- ・講師の話が突とあっておらず何を伝えたいのか理解し切れなかった
- ・慣れていない分野で理解しづらい部分があった。
- ・限られた時間内、また将来を見越したサービス利用(支援計画)は非常に難しい(何もできないかな?)
- ・枠組みや理念は解るが、相談支援の制度も社会資源も成熟度も貧弱で、実践に困難を抱えている
- ・どの立場からの話なのか解りづらい。(現場で手探りで頑張っている人にしてみれば)

*** 2日間の研修を終えての感想・意見等**

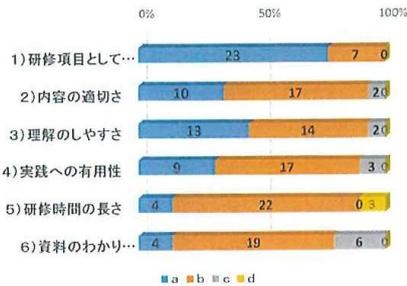
- ・2日間の研修で色々な話を聴けてとても良かったです
- ・何年経っても先が見えてこないで、目先のことに追われてしまっている相談支援ですが、こうして、外に出て、実践や課題を勉強してみると、やるべきことが見えて頑張る力がわいて出てくるような気がします。
- ・呼吸器を抱えての活動や入浴、日常ケアには単純に時間と人材が必要であり、事故に繋がりがねないリスクがあり、重症心身障害児者ゆえに手厚いケアが必要になることを理解するようなものがあったも胃の医ではないでしょうか
- ・市町村によっては相談支援(計画)の捉え方が違い、福祉サービス以外のプランは不要と言われたことがありました。行政の認識を統一して頂くことも必要と思う。専任でなく、兼務の中でどこまで出来るか難しいところもある。
- ・重心の方の支援において、医療と福祉が繋がっていく中で、学校教育がどのような役割を果たせるのか、考えて行きたいと思う。また一緒に考えていただければありがたい。
- ・施設見学ありがとうございました。生活の現場を見せて頂けて驚きました。
- ・実際、計画を立てる者として、気が引き締まりました。
- ・全体的に今後役に立てることが出来る内容ばかりでした。
- ・重心レスパイトについて、昨年あたりからお母様たちに問い合わせを頂くようになりました。純粋にレスパイトが目的だということに、まずは大きな意義があるのだと改めて思いました。阿部井孝太さんの作文、素晴らしいかったです。2日間で重心の支援が、ただ漠然と「大変」と感じていたのが、具体的に(何がなぜ大変で、そのために何が不足しているかなど)理解出来ました。このような機械を頂き、ありがとうございました。(行政職)
- ・この2日間で内容の濃い現場で活躍されている方がたの生の実践と講義をして頂き、大変勉強になりました。今後、計画相談を作成していただく方にも年10回程度の講座設定で企画して頂けたら、地域にもっと理解者がひろまっていくのではと感じました。
- ・1日目の内容がより具体化されて流れが解り易いと思いました。
- ・当事者やご家族の本音は、なかなか聞けないのでこのような機会は本当にありがたいです。
- ・コーディネーターが全部できるわけではありません。特に医療機器や医療材料のことなど、社会活動については家族や自立支援協議会が動けるような役割を担うということで納得できました。
- ・看護師がこのような研修に参加する際は事前にアンケートがあれば・・・と自身の努力を棚に上げてお願いしてみました。
- ・年齢別や支援開始時期などを示してもらえるといいなと思います。また、乳幼児の退院支援や小中児童の対応などの話、在宅(あおぞら以外)医師の話も聴いてみたいと思います。災害時のネットワークなどもお話聴きたかった。
- ・盛りだくさんの2日間だった。内容は充実しており、知識をつけることにも実務への活用にもつなげられると感じた。2日間でなく3日間であっても思われた。
- ・関係機関が増えるので、調整連携が難しい。少しのことで関係性が悪くなるような事もあり、思うように進まない。
- ・1日の短い時間にあれこれ入っているのは整理しきれない。
- ・どの方の講義もわかり易かった。それぞれもう少し長くお話を伺いたい位でした。
- ・今の単価で計画作成するのは厳しいな・・・と思う。医療が生活の大半を占める重症児には医療の連携がしっかりしていないと難しいと思います。また市町村で福祉サービスが違うのでニーズあったサービスが利用出来るか心配です。
- ・こちらの堀江さんのお話をたっぷり聞かせていただきたいです。区によって違う制度を使いながら「江東なら・・・」「江戸川なら・・・」と事例を見せて頂きながら、堀江さんの前向きな姿勢を皆に見せて頂くと思えます。自立支援協議会でもしっかり役割をはたしていらっしゃるし.....
- ・コーディネーター育成と言うことであれば、全般的にもっと丁寧に、専門用語を減らしたり、細かく説明をつけるなどしなければならぬと感じた。研修を受けたことで「なんだか大変そう」というイメージだけがどんどん大きくなっていく気がします。
- ・テーマは良い。もっと時間をとって研修したほうが良い。これでコーディネーターを名乗るのは心もとない。
- ・実際、計画立てるのに苦労している現状です。件数が多過ぎて、家族に寄り添ってられないのが.....

図3 重症心身障害児者の支援・コーディネーター育成研修アンケートⅢ
集計結果報告

1月12日(火)

研修生30名 相談支援専門員 18名(60%) MSW 3名 行政職 +4名(23%) 教育コーディネーター 3名 看護師 1名 その他(5GIによる事例演習) 1名

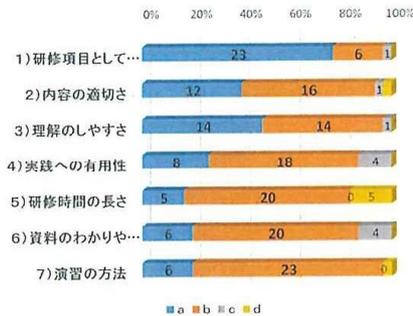
演習事例について



<感想・ご意見>

- 限られた日程で難しいと思うが、2例目も同じように討議してみたかった
- 他の業種の方の意見がとても参考になった
- ファシリテーターの方が適当なアドバイスを下さったので良い話し合いが出来ました
- 現実としてありそうな事例でした
- 事前に課題を読み込んだ上での演習は土台があるため適切 色々な立場・職種の人からの意見はとても有用でした
- ご本人の状況(介護者の状況)をもう少し詳しく設定してもらいたかった
- 計画書は"枠"を埋めるのが大変でした
- 在宅移行期ということで難しかったですが、最初の大切なポイントになりました
- 実際にどれだけ支給決定がおりるか、サービスをつなげていけるか等疑問に感じながらも皆さんと意見を交換できてよかったです
- 不明点を確認しながら進めることで概要を詳しく知ることができた 面談時に得る必要のある情報として活かせると思いました
- 大変難しい事例でした 各参加者の立場が違うことが大変有意義でした
- 事前情報が少なく、事前の検討が難しかった もう少し本人、家族などの情報を事前に頂きたかった
- 支援の全体像がはっきりと見えないう中で、もっと簡単(シンプル)な事例の方が望ましいのではないかと思います 分からない人はおいていかれます

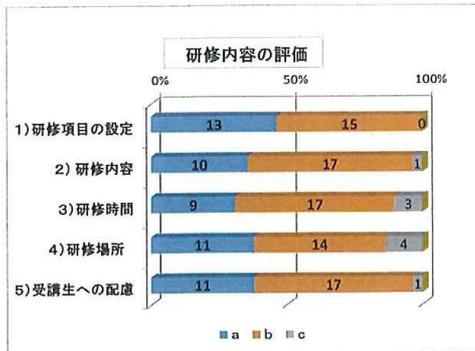
演習(事例検討)



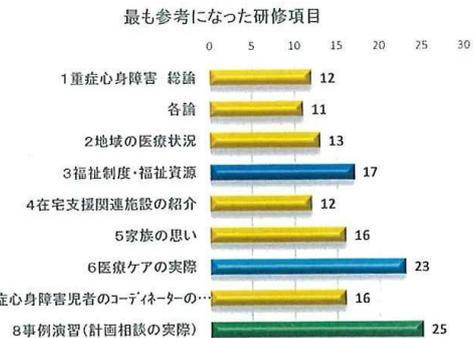
<感想・ご意見>

- 演習は必ず必要だと思います。特に担当者会議の場面が有意義でした
- 他の職場の方々の意見が聞け、実践されている様子が聞けて参考になった
- 他の方の意見や現状、取組み等が伺えて学ぶことが多かったです。
- 一つの事例をもとに意見を出し合い作り上げていく作業の中で気付くことが多く 日常の業務に役立ってます
- 様々な職種の方々と演習ができて勉強になりました
- サービス担当者がここまで充実した話し合いになる機会は今までなかったので ありがたかった (この子のプランのモデルの提示、更に半年後・1年後のプランの経過があるのであれば更に分かりやすいと思いました)
- 資料分かりやすかったです
- グループディスカッションは大変ですが、とても勉強になりました
- とても和やかな雰囲気や発言しやすく皆さんの意見を聞いて勉強になった
- 実際に計画を立てることと具体的に全体像を知ることができた
- 全くどう作成していいのかわからなかったので良い経験ができました いろんな立場の人の意見や知識が聞けて良かった
- 検討事例としてかなり良かったですが、時間が短かったでした
- 参考にさせていただきます
- グループの人数が多くて(模擬担当者会議には必要ですが...)話し合いを進めるのは大変でした 計画を立てるところは4人位の方がやり易いかと思います
- サラッと流すかたちであっても無くてもいい様な印象です せつかく説明するのであればきちんとポイントなどを分かり易く説明していただくと助かります

* 3日間の研修に関する評価



* 今回の研修の中で最も参考になった項目5つ



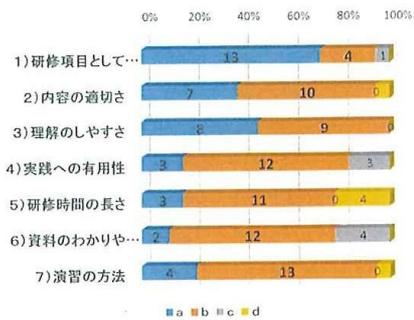
重症心身障害児者の支援・コーディネーター育成研修アンケートⅢ
集計結果報告

1月12日(火)
相談支援専門員 18名

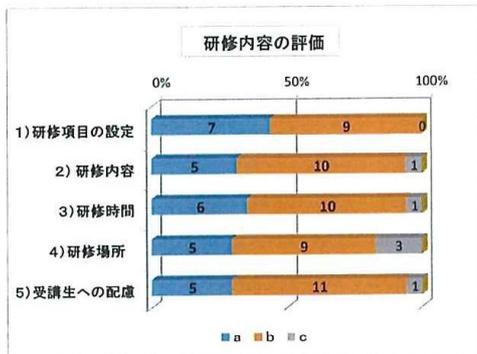
演習事例について



演習(事例検討)



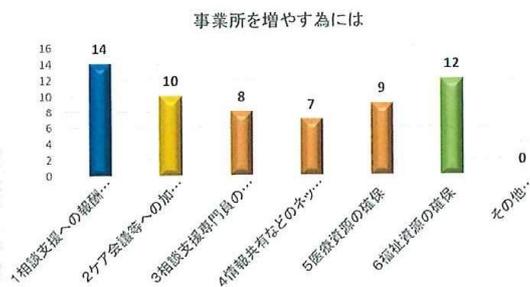
* 3日間の研修に関する評価



* 今回の研修の中で最も参考になった項目5つ



* 重症心身障害児者の相談支援事業所を増やすためには、何が必要ですか(複数可)

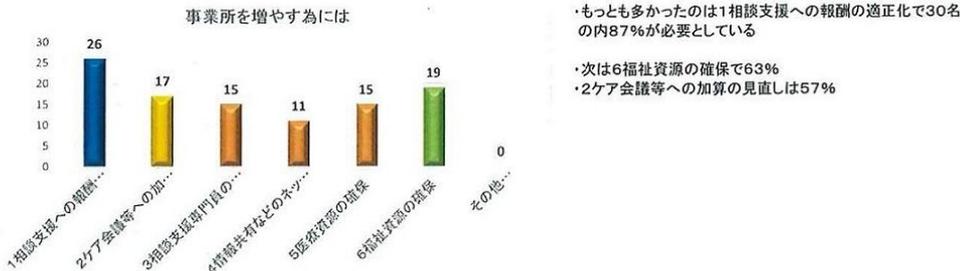


・もっとも多かったのは1相談支援への報酬の適正化で14名
相談専門支援員の78%が必要としている

・次は6福祉資源の確保で66%

・ケア会議等への加算の見直しは56%

***重症心身障害児者の相談支援事業所を増やすためには、何が必要ですか(複数可)**



・もっとも多かったのは1相談支援への報酬の適正化で30名の内87%が必要としている

・次は6福祉資源の確保で63%
・ケア会議等への加算の見直しは57%

重症心身障害児者の支援・コーディネーター育成研修(3日間)を終えて 感想・意見

- ・地方自治体や市や区に任せず国がきちんと制度を作ってほしい(相談支援員)
- ・色々な職種の方の話しを聞くことができ、考え方の違いや知識についても職種の強みを知ることが出来ました(相談支援員)
- ・どの講義も大変勉強になりました ケース会議やのロールプレイが大変よかったです 実際その立場になることで新たな視点のみえました3日間ありがとうございました(相談支援員)
- ・講義も演習も有意義でした 私としては重心の方の相談支援をやっているが、医療については素人なので医療的な内容の講義も有意義でしたし演習を通して他の事業所や他区の行政のやり方を聞くことが出来有意義な時間でした(相談支援員)
- ・大変お世話になりました 生活介護の一部としての理解しかありませんでしたが、利用者の方々の生活を知ることにもつながりました また、在宅の重症心身障害児の方々へのサービスを提供しているつもりでしたが、通所にすら出ることが出来ない方々が居ることを知り施設の役割を考えさせられるきっかけとなりました(教育コーディネーター)
- ・重症心身障害児者について学ぶ機会が無かったため勉強になりました 市町村によって考え方や支給量について違いがありますが、ご本人やご家族にとって良い方法と一緒に見つけていきたいと思います(相談支援員)
- ・重心の方々の環境に変化があるにもかかわらず資源が増えていない 減っている方向もあり現場は戸惑いばかりです 国は変わってほしい 法律を変えるだけではだめです 資源を自治体に任せ過ぎです 現状にあった利用可能な部分の予算を増やしてほしいです 研修に参加させていただきありがとうございました どのような事業がどういふ思いで動いているのか理解が進んだ3日間になりました 福祉サービスは、事業所と保護者との間で完結しているイメージがあり私は学校の立場なので、学校に求められていることは何なのか、学校はどのように連携が図れ、どのような効果を生むのかといったことを考えたいと思いました今後、学校を含めた他機関との連携事例なども紹介していただきたいと思いました(教育コーディネーター)
- ・地域の相談役になれるよう3日間の研修を活かしていきたいです 在宅へ移行することが、家族にとって良かったと思ってもらえる支援を目指していきたいです(相談支援員)
- ・3日間ありがとうございました 改めて重症心身障害の各論・医療ケアの実際は勉強になりました 演習は様々な職種の方と意見交換もできました 事前準備はとても悩みましたが、よりケースに向き合うことができたように思います(MSW)
- ・3日目の演習は様々な職種の方とお話できて大変有意義でした 今後相談支援専門員の役割は益々増えていくと思います 制度の勉強など必要な事は多いですが、重心の方の地域生活の核となるといいなと思います このような機会をありがとうございました(行政)
- ・大変充実した研修でした 今後とも連携させていただきたいです 医療・福祉・教育・それぞれの立場から支援ネットワークの構築を目指していきたいです(教育コーディネーター)
- ・3日間ありがとうございました 重心に関わる色々な立場の方々からの意見交換はとても有用でした 医療の情報というのは福祉職ながらも基礎知識が必要であると痛感しましたが、今回基礎知識を得られた事は良かったです 今後継続的にレベルアップの研修があると心強いと思います(相談支援員)
- ・様々な職種の方とお話できたのでとても勉強になりました ただ実際今後行っていくと思うと、やはり基礎知識はいらないなと感じたのもっと勉強したいと思います ありがとうございます(相談支援員)
- ・重症児のコーディネーターを相談員が中心になって取りまとめると今の報酬ではかなり大変だと思います また、多くの制度の知識が必要となるため、このような研修をまた開催してもらえたらいいなあと感じました 3日間ありがとうございました(行政職)
- ・重症心身障害児者の基本を聞く良い機会となった(相談支援員)
- ・3日間いろいろと振り返りながら学ぶことができたので 在宅を勧めるばかりではなく、生活できるハード・ソフト面を同時に充実させていくことが大切だと再確認しました(その他)
- ・看護師と言う立場での参加ですが、今まで何か不明な点があればすぐにケースワーカーへ相談内容を回してしまいがちな看護師間での共有が曖昧でした トータル相談支援を考えるならば看護師も皆が在宅支援(医療ケアからのみならず)を根本的に熟知するという姿勢を持ち得れば本当の意味での「支援」にはならないのだ...という思いを改めて感じるとともに早速明日から一歩ずつ参画していきたいと強くおもいました 本日支援会議(模擬)を経験し、支援のあり方も考えることが出来ました(看護師)
- ・情報量がとても濃密な研修でした 復習をしっかりと今後の業務に活かしていきたいです 様々な立場の方の話を沢山聞くことができて勉強になりました 社会資源がもっと充実し、もっと利用しやすい仕組みになると良いと思うので利用者のニーズをきちんと受け止め、声をあげていきたいです 会議室内がとても乾燥していて、長時間すごすのが少し辛かったです(相談支援員)
- ・重度心身障害児者に関する知識が乏しいため、総論・各論といった知識を身につけることができるカリキュラムが役に立った 全体像を知ることができたと思う 相談支援に関わっていても分野が変わると知識不足が明らかと感じた 福祉制度や福祉資源を知るための意識を持つことが大切で、柔軟な視点を忘れずに考えていけるようにしていきたいと思った(相談支援員)
- ・医療ケアの実際がとてもためになった 相談支援員に必要な知識だと思うが、なかなか医療の知識まで至ることができなかったのが大変良かった(相談支援員)
- ・各立場から相談支援事業というものを考えるとして、様々な意見が飛び交いました 自治体としては「支給量に対して、介護がやれない理由の妥当性に対して考え」支援者は「より良い生活のために」という視点の差があることがわかりました 非常に有益な研修でした 毎年最低1回は継続して実施してほしいと思います(行政職)
- ・全項目(事業所を増やすために)の内容については、事業所の後押しをするためにどのようにして行く事ができるのか厚労省の意見を聞いてみたい また、医療から相談支援への押し付けにならない様に、ネットワークの中心に医療側も入るべきだと思います(行政職)
- ・とても勉強になりました それぞれの立場での考え方、その考え方のちがいがよく分かった 重心の方のサービス等利用計画は非常に難しいと感じる報酬が少ないと感じた 3日間ありがとうございました また、こういう研修があればぜひ参加させて下さい
- ・とても勉強になりました 関わっているケースを思い浮かべながら、または関わった経験のない事例をイメージしながらいろいろ考えさせられました それよりは勉強して良い計画が作れるようになって社会的資源が足りないとならぬ無駄になってしまわないで、資源を増やすことを国は頑張ってください(相談支援員)
- ・研修全般を通して、分からない人が分かるようになる為のものか、分かる人達のスキルアップを図る為のものなのか曖昧だったと思います 分からない私からの意見だと正直あまり分からずに終わりました 専門用語や略語が頻りに交わされ理解が遅れてしまうことも多かった初心者スキルアップと分けると助かります どうもありがとうございました また、勉強させて下さい(相談支援員)
- ・有意義な研修でした 現場の大変さも共有できて勉強になりました 支援計画を一緒に立てたのは良かったです いろんな意見を聞いて目からうろこでした!!(MSW)

グループ1

図4 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		利用者負担上限額		計画作成担当者			
地域福祉支援受給者証番号		通所受給者証番号					
計画案作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄			
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)		<p>(本) いっぱい抱っこしてもらいたい。いっぱい抱っこで困らない。 (親) 安心して、家族とたくさん生活したい。家庭での生活に不安もあって、色んな人に話を聞いてほしい。 ・どちらかが倒れた時に、誰に連絡するかわからない。 親子ともに安心して地域が送れるよう、サポート体制を整えたい。</p>					
総合的な援助の方針		<p>医療・福祉関係機関との連携を深め、安定した生活リズムを構築する 且院・在宅移行において福祉医療サービスを活用し課題解決を図る。</p>					
長期目標							
短期目標							
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1	状態変化の激しい身体状況 の中心専門機関からの 情報提供を受けたい。	医師の診察や検査について 在宅医療と連携して 医師の診察や検査について 在宅医療と連携して		・在宅診療や検査について ・医師の診察や検査について ・在宅医療と連携して			
2	父の負担不安を除去し、高頻 度に本児が医療機関を受診を 受けられるようにしたい。	父の負担不安を除去し、高頻 度に本児が医療機関を受診を 受けられるようにしたい。		・身体介護(注入・年金確認) [40.5H/月] ・通院等 月別 [10H/月]			※母の福祉サービス活用 家事援助 [42.0H/月]
3	外転に限り気分転換を促す。	父母以外の支援者との 外出機会を増やすこと。		・移動支援(身体介護あり) [44H/月]			
4	父の認知症に介護力が減少 を促して、養育者負担を軽減 したい。	父の認知症に介護力が減少 を促して、養育者負担を軽減 したい。		・短期入所(重心児) [7日/月] ・医療型養育施設 [11日/月]			
5	介護者同士の交流や、育児の 困難を共有し、コミュニケーション 能力を高めること。	他の児童・支援者との交流を 深め、相互支援を促すこと。 互いの通所時等を活用する。					
6	緊急時、本児の支援が ととらげられなくなるように したい。	本児の医師の状況について サービスの変更について 連絡を明確にかなうこと。					

7ル-701

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】

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		利用者負担上限額		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				
計画開始年月						
月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00			注①			主な日常生活上の活動 ● 身体介護(注入 完全依存) 1.5H/1回 × 27日/月 = 40.5H/月
8:00						
10:00	身体介護 1.5H (注入・完全依存)	身体介護 3H (注入・完全依存) 注入・食事 軽度障害(注)	身体介護 1.5H (注入・完全依存)	D訪問 1H × 5	D訪問 1H 入浴	△ D訪問看護ステーション 1.5H/1回 × 14日/月 = 21.0H/月 * 東京都立心身障害児施設 看護課 3.0H × 14日/月 = 42.0H/月 ... 週単位以外のケアサービス
12:00			昼食			
14:00	身体介護 1H (軽劣)		移動支援 1H (軽劣)	移動支援 1H (軽劣)		
16:00	身体介護 1H		④ 家事援助(1H)	④ 家事援助(1H)		
18:00	身体介護 1.5H (注入・完全依存)			身体介護 1.5H (注入・完全依存)	身体介護 1.5H (注入・完全依存)	● 直送等介助(身有) 5H/1回 × 2 = 10H/月 ↳ B病院へ通院。 (H科)
20:00			注入③			* C 在宅療養支援診療所 月2回 ↳ イット入院 ● 短期入院(重心児) 7日/月
22:00						
0:00			注入④			● 医療型栄養支援 11日/月
2:00						
4:00						● 家事援助(軽劣支援) 1H/回 × 15日/月 = 15H/月

サービス提供
により実現
する生活の
全体像

2021-11

図5 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	利用者負担上限額	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			
計画案作成日	モニタリング期間(開始年月)	利用者同意署名欄		
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	(本人)お父さん、お母さんとお家で遊んで、散歩をして、リズム体操をい。(家族)手伝わなくてもいいから家族3人で安心、安全に暮らして。(特に医療面で)ケガをしない、安心して。(母)体調とADLを把握しながら、家族の意見を尊重して支援を行う。			
総合的な援助の方針	在宅生活を慣れさせて、3人で外に出かけたり、療育を受けたりして笑顔で生活できるようにする。			
長期目標	家族3人の生活を軌道に乗せる。在宅での医療ケアで安全・安心に進んでいく。女			
短期目標				
優先すべき課題(本人のニーズ)	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				
3				
4				
5				
6				

家族間関係干渉のコミュニケーションをとっていく。家族関係干渉の役割分担を明確にしていく。

・笑顔で過ごせる生活ができるように
 ・お母さんへのサポートを強化
 ・医師と連携して心療内科を受診させる

7月

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(原簿氏名)		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		利用者負担上限額		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					
計画案作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄			
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)		母の作業 母の通院。早い通院の中のお尻の保護					
総合的な援助の方針							
長期目標							
短期目標							
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
1	必要なお薬を処方していただくこと お薬の服用を促すこと お薬の副作用に気づくこと 入浴・着替えを促すこと 手洗いの習慣を身につけること 療育に行きたいこと	家でお薬を処方していただくこと 医師の診察を受けること 安心の入浴や着替えができること 成長を促したり必要な医療を受けること		訪問看護(週3+1) 訪問看護(週5) 居宅介護(週5)補完具(パフォー)療育(児童発達障害5時間、リハ通院)			
3	療育に行きたいこと	成長を促したり必要な医療を受けること		療育(児童発達障害5時間、リハ通院)			
4	お父さんお母さんにお薬を処方していただくこと	お薬を処方していただくこと お薬の服用を促すこと		処方(在宅リハ)事業、短期入所)			
5	安全に過ごせること	呼吸器を適切に使用できるようにすること		在宅リハ事業、短期入所)			
6							

表3. コーディネータ育成研修プログラム(案)

日数	時間	項目	内容	獲得目標
1日目	15分	概要説明	研修の概要(目的、期待する成果等)を説明	研修のイメージをつかむ
	2時間	総論	コーディネーターのあり方、役割等 アドボカシー、エンパワメントの視点 多職種との連携、ネットワーク作り、資源の開発等 ケアマネージメントの手法 子育て支援としての相談支援	重症心身障害児(者)のコーディネーターとして、どうあるべきか、視点、地域連携、資源の開発の方法などを理解する。
	2時間	重症心身障害医学総論、地域の医療連携など	重症心身障害医療の特徴、代表的な疾患の経過・特性、地域の医療資源、医療連携の概略等	重症心身障害の特徴、各疾患によるライフステージやそこに必要な医療的な支援をイメージする、地域の医療的な現状を把握する。
	1時間	医療的ケアの実際	重症心身障害児(者)に必要な具体的な医療的ケア	医療的ケアの具体的なイメージを持つ。それが当事者や家族にどのようなメリット・デメリットがあるか知る。
	1時間	ライフステージにおける支援の要点	NICUからの移行や、学童期、成人期それぞれの支援の要点	NICUからの移行や、学童期、成人期それぞれの支援の要点を理解し、適切な計画作成ができる。
1時間	福祉制度・福祉資源	重症心身障害児(者)の計画相談に必要な福祉制度・福祉資源、特にその地域特有の制度など。	計画相談に必要な福祉制度・資源(地域特有の制度、資源の状況)を把握し、活用ができる	
2日目	2時間	在宅支援関連施設の理解	訪問看護 介護事業所 在宅支援診療所等 医療機関 生活介護	重症心身障害児(者)の在宅支援に関わっている事業所や施設の実態を把握し、連携できる。
		(関連施設見学)	重症心身障害施設、NICUなど	(施設やNICUの状況を把握し、計画作成にいかす。)
	1時間	医療・福祉・教育の連携(チーム作り)	地域の中で、どのような医療・福祉・教育の資源が存在し、連携をどう構築していくか。	地域の中で、どのような医療・福祉・教育の資源が存在し、連携はどうなっているのか、また今後どのように連携を構築(チーム作り)をしていくかを知る。具体的な取り組みを。
	1時間	本人・家族の思い、ニーズ、QOL	当事者の思い、ニーズ、また本人・家族のQOLをどのようにとらえるか。	当事者の思い、ニーズを知り、理解を深め、より当事者の意向に沿った計画作成ができる。
	1時間	重症心身障害児(者)の意思決定支援	重症心身障害児(者)のコミュニケーションの特徴、意思伝達装置についてどのように意思決定支援を行うか。具体的な取り組みなど。	重症心身障害児(者)のコミュニケーションの特徴を知り、意思決定支援をどのように行うかを学ぶことにより、当事者の意思にできるだけ沿った計画相談ができる。
2時間	重症心身障害児(者)における計画作成のポイント	計画作成のポイントを学ぶ。演習に向けて。	これまでの講義を元に、特に重症心身障害児(者)の計画作成に重要な項目を理解できる。	
3日目	7時間	演習 計画作成	事例をもとにした計画作成の演習。実際自分たちで計画を作成。また模擬担当者会議により、当事者の意向を反映し、また支援者間の調整を行う。	総論やこれまでの講義を元に、特に重症心身障害児(者)の計画作成に重要なポイントを意識し、事例に基づいて計画作成ができる。
4日目	7時間	演習 事例検討	事例をもとに、意見交換・スーパーバイザーによる計画作成の指導を行う。	事例をもとに、ニーズの把握、当事者の意向に沿った計画作成、関係機関との調整などができる。

重症心身障害児者等の相談支援専門員およびコーディネーターの 人材育成プログラムの評価チェックリストの作成

研究分担者	松葉佐 正	熊本大学医学部附属病院重症心身障がい学寄附講座 特任教授
	宮野前 健	国立病院機構南京都病院 院長
	田村和宏	立命館大学産業社会学部 准教授
研究協力者	落合三枝子	島田療育センター 療育部長
	名里 晴美	社会福祉法人訪問の家 理事長

研究要旨

重症児者等の支援者とコーディネーターの研修プログラムの評価チェックリストを作成した。チェックリストは1．生命維持、2．発達と日常生活の質の保障、3．コミュニケーション、4．生活の見通し、5．家族のQOLの維持向上、6．地域の医療福祉資源の把握と有効活用のための人的ネットワークの構築、7．虐待への対応の7項目とした。それぞれの項目ごとにキーワードを挙げ、キーワードの項目達成度を測る、1～4の4段階のスライディングスケールを作成した。研修修了者の自己評価に有用と思われる。

A．研究目的

現行の相談支援専門員の多くは医療にあまり通じておらず、在宅の重症心身障害児者を十分に支援できていないという声が現場から聞かれる。この度の研究は、重症児者等の支援者とコーディネーターの研修プログラムを評価することを目的とした。

医療的ケアの必要性がスムーズに理解され、また、本人中心の支援という姿勢が身につくことが期待される。

次のページから、重症児者等コーディネーター研修評価アセスメント表を掲載する。

B．研究方法

研究分担者を中心に評価チェックリスト案を作成し、研究協力者とともにリストの妥当性を検討した。その後、各項目のキーワードについて、4段階の達成度（スライディングスケール）案を研究分担者が分担して作成し、全員で検討した。

C．研究結果

チェックリストには、医療の基本的なことから次第に高度な（重症児者にとって重要な）ことに移行するようにして作成した。

コミュニケーションと虐待については、独立の項目とした。生活支援については、ライフステージなど、ストーリーを持たせることに努めた。こうすることによって、

重症心身障害児者等コーディネーター育成研修評価アセスメント表
 自己評価を4段階で行ってください。自分の弱い項目については、今後継続的に研鑽していくとともに、地域でその項目に強い人につなぐことも大切です。

キーワード	1	2	3	4
生命維持 (安全・安心の保障)	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
具体的なイメージ	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
重症児の障害や健康の特徴について	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
様々な原因で中枢神経系が障害され、その結果重度な知的発達障害と身体機能障害を併せ持っている事を理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
障害を来たす原疾患は多様で、発生時期も先天性、周産期、それ以降にわたっている事を理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
健常児に比べ、重症心身障害児は生理的な予備能力が少なく、合併症を多く持ち、体調が急変しやすい命にかかわる事もあることを理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
いったん体調を崩すと、悪循環に陥り易く、重篤化しやすい事を理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
看取りに関して、ご家族や関係者・支援者の意志疎通・情報の共有の重要性は理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
呼吸障害が予後の大きな要因になっている事を理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
酸素投与が必要な理由を理解しているか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
パルスオキシメータによるSpO ₂ (酸素飽和度) 測定の必要性は理解できていますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
どのような時、口腔内や咽頭部などの吸引が必要になるか理解している	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
気管切開による気道確保で、肉芽や出血の合併症があることを知っているか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
人工呼吸器使用では、停電や故障時など緊急時の体制作りが必要な事を理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
寝たきりで自力で体位変換できない重症児の褥瘡予防や安楽な状態を維持するために、体位変換が必要なことを理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
四肢拘縮変形が強いと、骨折のリスクが高くなることを理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
腸閉塞(イレウス) は生命にかかわる病態であることを理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
重症児は便秘傾向が強く、緩下剤や浣腸が必要な事が多いことを理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
体温測定は健康管理の基本であることを理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
発熱の原因は感染に併うことばかりではなく、緊張やうつ熱による体温上昇もあることを理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
勸誘されている予防接種の種類を理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
重症児はてんかんの合併症が高い事を知っていますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
てんかん発作のコントロールには定期的な抗てんかん薬の服用が大切であることを理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
摂食嚥下障害の為経口摂取に代わり、経管栄養を選択する場面がある事を理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
体重の増減が健康や栄養のパロメーターであることを理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
定期的な体重・身長測定が栄養状態や健康管理上必要であることを理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
健康管理の「め地域の」かかりつけ医」の必要性を理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
在宅医療や訪問看護などが地域生活を支える重要な柱であることを理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
在宅療養生活において、短期入院は必要不可欠な支援であることを理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
重症児の地域生活に関して	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
周産期障害などで新生児がNICU (新生児集中治療室) で治療を受ける体制について理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
在胎週数や出生体重、新生児仮死など出生児の情報は、障害を理解する上で重要な事を理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
支援を行っていく上で現病歴や合併症の理解は、健康管理の必須項目であることを理解していますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
医用的ケア実施には決められた研修を受ける事を知っていますか	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる

項目2. 発達と日常生活の質の保障

キーワード	具体的イメージ	1	2	3	4
1 現在受けている支援	現在受けている支援の内容や頻度と機関について	関係機関は把握している	頻度・支援内容について知っている	支援の全体像を把握している	現状の課題と次の計画について提案できる
2 本人の1日の生活がイメージできるか？	ご本人さんの生活で、起床から就寝(夜間睡眠時も含む)の時間帯における暮らしの姿・介護や生活上の困難さについて	介護がたいへんな部分のことであれば知っている。介護方法についてアドバイスできる	24時間の生活全体の中での困難さや介護について想定できる	生活上の困難さについて、課題を整理して支援計画の変更も含め家族に提案できる	生活上の困難さについて、課題を整理して支援計画の変更も含め家族に提案できる
3 重症児のライフステージがイメージできるか？次の課題(就学等)の見通しがついている	5年後、10年後、15年後の状態像、そこで生活上の困難さ、ライフイベントについてなどについて	状態像の変化とリスクについては知っている	状態像の変化に伴う、介護方法や必要になる介護機器などについて提案できる	次に起こるであろう困難さへの予防や準備を提案できる	次に起こるであろう困難さへの予防や準備について、家族や関係機関と調整・計画化できる
4 年齢なりの経験ができるよう配慮されている	ご本人さんの年齢にふさわしい経験と支援について	呼称について気をつけている	年齢にふさわしい経験やイベントへの参加について、提案することができる	年齢にふさわしい経験やイベントへの参加について、計画することができる	年齢にふさわしい経験やイベントへの参加について、他機関と調整することができる
5 重症児が可能な遊びを知っているか？	家庭においてちよっとした時間に親子で遊べるような遊びや快適な時間のつくりかたについて	安静の確保については知っている	一般的に喜ぶものは、いくつかは知っている	状態像にあわせて、いくつかの提案ができる	IT機器などを使った遊びなどについても提案できる
6 子ども・子育て支援(児童福祉法)の理念を含む	子ども子育て支援にかかると関係施設や制度について	児童福祉法など大まかな制度概要は理解している	市町の保育園の利用に際し、子ども子育て新支援システムなど制度を説明できる	市町の障害児保育体制について説明できる	医療的ケアと関わって、その体制整備について提案や協議することができる
7 児童発達支援(乳幼児期)	児童発達支援とかがわかって	児童福祉法や子ども・子育て支援新制度の概要について理解している	制度利用について説明ができる	市町の児童発達支援事業やセンタータウンの状況(定員・状況・スタッフ・リハビリ)スタッフの配置状況などを把握している	制度の利用にあたって、医療的ケアの対応について調整することができる。必要に応じて自立支援協議会などで地域の課題として提案できる
8 学校卒業以降の進路、日中活動先(学校卒業以降)	学校卒業後の進路先について	制度の説明ができる	市町の重傷事業所の状況について説明ができる	事業所ごとの医療的ケアに対応するスタッフの配置、送迎体制などについて把握している	制度の利用にあたって、医療的ケアの対応について調整することができる。必要に応じて自立支援協議会などで地域の課題として提案できる
9 特別支援学校等での様子(医療的ケアを含む)	特別支援学校等での様子(医療的ケアを含む)	家族から聞いてほしい知っている	学校の先生から聞いて知っている	ご本人さんの様子や対応について、学校との情報交換をしている	ご本人さんの様子や対応について、定期的に学校から情報を収集している
10 特別支援学校等への通学(医療的ケアを含む)	特別支援学校等への通学(医療的ケアを含む)	現在の通学状況について把握している(同時に、誰が、どうやって)	現在の通学状況についての困難さや課題について知っている	現在の通学状況についての困難さや課題について、整理をすることができる	現在の通学状況の課題整理を行い、自立支援協議会などでその改善案を提案できる
11 夏休みなどの放課後等デイサービス利用	夏休みなどの放課後等デイサービス利用	制度の説明ができる。(その時間の生活の様子を知っている)	市町の実施事業所の状況について説明ができる	事業所ごとの医療的ケアに対応するスタッフの配置、送迎体制などについて把握している	制度の利用にあたって、医療的ケアの対応について調整することができる。必要に応じて自立支援協議会などで地域の課題として提案できる

項目3. コミュニケーション

キーワード	1	2	3	4
1 本人のコミュニケーションの方法	具体的なイメージ 発語があるか？ 発声によるか？ 他人と視線は合うか？ 目をそらすか？	コミュニケーションが可能だと思う	コミュニケーションについて家族と話ができる	本人とコミュニケーションを試みることができる
2 不快の表現	笑うことがあるか？ 泣くことがあるか？ 不快表情があるか？	本人による不快の表現が頭が浮かぶ	本人による不快の表現について家族と話ができる	本人の不快の表現をある程度理解できると思う
3 欲求の表現	空腹を何らかの方法で表現しているか？ 尿意・便意はどうか？ もつと遊びたいと意思表示するか？	本人による欲求の表現が頭に浮かぶ	本人による欲求の表現について家族と話せる	本人による欲求の表現をある程度理解できると思う
4 家族に伝わっているか	本人の意思表示を母親はわかっているか？ 他の家族はどうか？	他の家族もわかると思う	母親とのコミュニケーションの内容がわかると思う	他の家族とのコミュニケーションの内容がわかると思う
5 家族以外の人に伝わっているか	コミュニケーションは家族以外とも可能か？ どんな人と可能か？ どの程度か？	家族以外とのコミュニケーションの内容が浮かぶ	家族以外とのコミュニケーションの内容が具体的に浮かぶ	家族以外とのコミュニケーションの内容がわかると思う
6 発達年齢の把握	おおよその発達年齢の見当がつくか？ 遠城寺式発達検査を記載できるか？	本人の発達年齢がある程度わかると思う	本人の発達年齢について家族や関係者と話せる	本人の発達年齢がある程度わかると思う
7 対象児の好み	食べ物や人の好き嫌いを何らかの方法で表現しているか？	本人の食べ物や人の好き嫌いを感ずることができると思う	本人の食べ物や人の好き嫌いにについて家族と話せる	本人の食べ物や人の好き嫌いを知って支援に活かせる
8 家族の思い	家族の本人に対する強い思いがあるか？	家族の思いの内容がわかると思う	家族の思いについて家族と話せる	家族の思いを支援に活かせる
9 意思伝達装置について知っているか？	どのような意思伝達装置があるか？ どのようなスイッチがあるか？ 公費補助について知っているか？	意思伝達装置について具体的に知っている	意思伝達装置の公的補助について知っている	意思伝達装置を用いた支援が可能
10 意思決定支援をどう行うか？	意思決定支援ガイドラインを読み、理解しているか？	ガイドラインについて聞いたことがある	ガイドラインについて関係者に説明できる	ガイドラインに基づいて支援できる

項目 4. 生活の見直し

キーワード	具体的イメージ	1	2	3	4
1 入院中から在宅生活への移行支援	入院中から在宅生活への移行支援において	病状と退院の見直しについて家族から聞いて知っている	退院後に必要なことを病院関係者と相談することができる	退院以前に支援チームを調整や連携の上、形成することができる	地域の医療や看護・療育教育機関とともに、入院時に支援会議を設定し共有化し退院後の生活に向けての準備や練習の調整ができる。また、状況に応じモニタリング会議も設定しながら、地域での生活を支援することができる。
2 終末期の支援	終末期の支援	病状や退院の見直しについて家族から聞いて知っている。有である	限られた時間の中で、本人がしたいことや実現したい願いができる。グリーフケアについて知っている。	限られた時間の中で、本人がしたいことや実現したい願いとともに関係機関や家族とともに親友化する場を持つことができて、グリーフケアについて理解している。	一連の過程のなかでグリーフケアを踏まえた対応ができる
3 特別児童扶養手当・子ども医療費助成制度	(本人が子どもの場合) 特別児童扶養手当・子ども医療費助成制度	制度について一部は知っている	制度について、概要を知っている	手当や助成関連の制度について、説明ができる	申請手続きについて支援ができる
4 手帳制度と日常生活用具・住宅改造関連について	手帳制度と日常生活用具・住宅改造関連について	制度について一部は知っている	制度について、概要を知っている	手当や助成関連の制度について、説明ができる	申請手続きについて支援ができる
5 ライフステージごとで使える制度(学齢期: 教育援助費、20歳: 年金申請、特別障害者手当など)がわかる	ライフステージごとで使える制度(学齢期: 教育援助費、20歳: 年金申請、特別障害者手当など)がわかる	手当や手帳と減免、大人であれば年金などの制度、市町の支給券(タクシー、ガソリン、オムツなど)について、一部知っている。	手当や手帳と減免、大人であれば年金などの制度、市町の支給券(タクシー、ガソリン、オムツなど)について、概要を知っている。	手当や手帳と減免、大人であれば年金などの制度、市町の支給券(タクシー、ガソリン、オムツなど)について説明することができる。	手当や手帳と減免、大人であれば年金などの制度、市町の支給券(タクシー、ガソリン、オムツなど)について、申請の支援をすることができる。
6 利用可能な地域の資源とのつなぎ	利用可能な地域の資源(インフォーマルな関係)	地域とのつなぎを把握している	社協や自治会、民生委員などと連携がとれる		
7 通所等に通えない場合の対応	通所等に通えない場合の対応	本人や家族の思いについて把握することができる	その要因と課題について(移動手段、医療的ケアの体制も含めた人員体制、本人の状態などを整理することができる)	その要因と課題について(移動手段、医療的ケアの体制も含めた人員体制、本人の状態などを整理して代官の計画を立てることができる)	制度の利用にあたって、医療的ケアの対応について調整することができる。必要に応じて自立支援協議会などで地域の課題として提案できる
8 成年後見制度	成年後見制度について	制度について一部は知っている	制度について、概要を知っている	制度について、メリット・デメリットも含め説明ができる	申請手続きについて支援ができる

項目5. 家族のQOLの維持向上

キーワード	具体的イメージ	1	2	3	4
1 家族構成	家族構成について、	家族の年齢や心身の状況、就労状況などについて把握している	祖父母の存在や、祖父母と家族・本人との関わり状況について把握している	きょうだいの状況（きょうだい甲校での関係）について、把握できる	日常の関係性も含め、家族に関わる関係性と生活状態をシミュレーションして作成することができ、きょうだいの困りごとがある場合、児童相談所や協議会などと連携相談ができる。
2 父・母の家族の中での役割と協力者・相談相手	父・母の家族の中での役割と協力者・相談相手	父や母の苦勞や困難さについて話を聞くことができる	父や母の苦勞や困難さについて、整理をすることができる	父や母の子育てにおける協力者・相談相手について把握している	父や母の子育てにおける困難さなどについて、関係機関や行政と相談することができる
3 家事や介護を代わられる存在	家事や介護について	現在の家事や介護の状況や支援してくれる存在について、把握できる	現在の家事や介護の状況について整理することができる	現在の家事や介護の状況について、その困難さへの支援について家族に提案できる	現在の家事や介護の状況について、その困難さへの支援について、必要に応じて関係機関との連携がとれる。また、インフォーマルな支援などをつくることができ
4 家族の経済状態の把握	家族の経済状況について	だいたい知っている	家計をさえているのは？誰がどういう仕事をして？何時から何時働いているか、などについて把握している	経済状況の困難さなどがある場合に、必要なことについて関係機関と連携し相談ができる	3と同じ
5 生活上の悩み（子育て・経済面以外）の把握	生活上の悩み（子育て・経済面以外）について	だいたい知っている	家族から聞いて知っている	生活上の困難さなどがある場合、必要なことについて関係機関と連携し相談ができる	3と同じ
6 親戚・ご近所の理解と支援の状況	親戚・ご近所の理解と支援の状況	手伝ってくれる親戚やご近所との関係について、だいたい知っている	手伝ってくれる親戚や近所との関係について、聞き取りできている	手伝ってくれる親戚や近所との関係について、希望や意向などについて把握できている	現在生活状況において、その困難さへの支援について、必要に応じて関係機関との連携がとれる。また、インフォーマルな支援などをつなぐことができる
7 生活環境の把握	生活している環境について	居住場所の状況について把握している	居住している地域での関係について、把握している	必要なことについて関係機関と連携し相談ができる	3と同じ

項目 6. 地域の医療福祉資源の把握と有効活用のための人的ネットワークの構築

キーワード	1	2	3	4
具体的イメージ	理解している	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
関係者との連携	地域生活を支える為、関係支援者間の連携の必要性・重要性を理解していますか	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
	ライフステージに応じて医療、福祉、行政、教育など関係部門が変わることを理解していますか	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
	連携を取り、必要な支援や情報交換を行い課題を見つける為に連携会議の重要性を理解していますか	理解している	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
	その連携図・関係図を描けますか	理解している	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる
	それぞれ関係機関の調整を担うキー組織・キーパーソンの必要性を理解していますか	具体的な事例が頭に浮かぶ	家族を含めて他人に説明できる	自分の立場で適切に対処できる

項目 7. 虐待への対応

キーワード	1	2	3	4
具体的イメージ	虐待について一般的なことを知っている	ネグレクトについて知っている	重症児者の虐待に気が付くと思う	重症児者の虐待に遭遇したら適切な支援ができると思う
1 重症児の虐待に通じているか？ ネグレクトとは？	虐待について一般的なことを知っている	ネグレクトについて知っている	重症児者の虐待に気が付くと思う	重症児者の虐待に遭遇したら適切な支援ができると思う
2 家庭の雰囲気	重症児者の家族の雰囲気の想像がつく	重症児者の家族の雰囲気を感ずることができ	重症児者の家族の雰囲気について関係者と話せる	重症児者の家族の雰囲気をもとに支援ができる
3 母（父）は精神的に安定している	母親が安定しているかどうかを感じることもできるか？ 父親はどうか？	重症児者の母親の精神状態を感ずることができ	重症児者の母親の精神状態について関係者と話せる	重症児者の母親の精神状態をもとに支援ができる
4 母（父）は本人に手を焼いていることがある	重症児者の世話が母親の手に余る状況が想像できる	重症児者の世話が母親の手に余る状況を感じることができ	重症児者の世話について関係者と話せる	重症児者の世話が母親の手に余る状況をもとに支援できる
5 疲れ切っていないか	重症児者の母親が疲れ切っている状況を想像できる	重症児者の母親が疲れ切っている状況を感じることができ	重症児者の母親が疲れ切っている状況を関係者と話せる	重症児者の母親が疲れ切っている状況をもとに支援できる
6 第三者から見て、愛情を感じるか	重症児者に対する母親の愛情を想像できる	重症児者に対する母親の愛情を感じることができ	重症児者に対する母親の愛情を関係者と話せる	重症児者に対する母親の愛情をもとに支援できる
7 子どもの健康状態	重症児者の健康状態が想像できる	重症児者の健康状態を感じることができ	重症児者の健康状態について関係者と話せる	重症児者の健康状態をもとに支援できる

重症心身障害児者等のコーディネーター等育成研修開催の手引き書作成

研究分担者	大塚 晃	上智大学総合人間科学部社会福祉学科 教授
	田村和宏	立命館大学産業社会学部 准教授
研究協力者	落合三枝子	島田療育センター 療育部長
	戸枝陽基	社会福祉法人むそう 理事長

研究要旨

現在開発している重症心身障害児者のコーディネーター等育成研修プログラムを、今後全国の自治体において活用し、量的にも質的にも実行可能なものにしていくことが重要である。その手引き書の開発と研究である。それは、単なる研修会の運営の手引きの作成が目的ではない。つまり、研修会実施までのプロセスも含めた手引き書による各自治体での重症心身障害児者のコーディネーター等の育成とその支援ネットワークづくりにある。支援の担い手づくりと相談支援の担い手づくりとそれを支えるバックアップシステムを各自治体で形成・確立し、重症心身障害児者が安心して地域で生活を営める基盤を整備するひとつでもある。それを意識した推進母体の確立、事前準備、研修実施の留意を行う必要がある。

A. 研究目的

今日、相談支援専門員などの重要性が確認されその人材不足が叫ばれている。そのなかで、重症心身障害児者（医療的ケアが必要な児も含む）の相談支援については、領域的に医療的知識や医療機関との連携も日常的に求められてくるがゆえに、一般的な福祉分野の相談支援専門員では調整のしにくさがみられている。また支援計画を作成し他機関と調整ができる相談員も増加していないのも実情である。

そういうことから現在開発している重症心身障害児者のコーディネーター等育成研修プログラムを、今後全国の自治体において活用し、量的にも質的にも実行可能なものにしていくことが重要である。そこで、各自治体等で円滑に研修を実施し、適切に研修計画を策定し実施してもらうために、また手引き書がないままで重症心身障害児者のコーディネーター等育成研修プログラムのみを提示するだけでは、研修内容にブレが生じたりもするからでもある。

以上のことから、自治体等向けの手引き書が必要であると同時に、その中味においても単なるマニュアル以上のことが求められる。

B. 研究方法

1) 研究方法

今年度開発中の研修プログラム作成を反映させていく必要があるため、他の研究チームと随時連携をとりつつ、手引き書を作成していく。

手引き書の精査が必要であるが、今回の研究期間では研修プログラムの作成と同時並行であったため、検証するというにはならない。

再度いくつかのところでモデル実施を計画し、そこで手引き書による研修実施を行いその成果と課題をもって検証する必要がある。

2) 研究スケジュール

当初研究計画で設置されている研究会議において、研究チーム全体の進捗状況や方向性を把握する。12月に実際に研修を行うに当たっての効果的な講義や演習の組み方などについての検討会議を開催し、手引き書全体のイメージを作り上げた。（手引き書案参照）

C. 研究結果

検討会議での議論と手引き書（案）作成から以下のことを重視していくことを確認した。

1) 目的意識

この研究は、単なる研修会の運営の手引きの作成が目的ではない。つまり、研修会実施までのプロセスも含めた手引き書による各自治体での重症心身障害児者のコーディネーター等の育成とその支援ネットワークづくりにある。

さらにいえば、この研修を通じて支援の担い

手づくりと相談支援の担い手づくりとそれを支えるバックアップシステムを各自治体で形成・確立し、重症心身障害児者が安心して地域で生活を営める基盤を整備するひとつでもある。

2) 事前準備

推進母体の確立

研修会のための手引きではなく、ネットワークづくりにむけた推進母体の確立をする必要がある。地域の規模によってもその組織内容や形態は異なる。市単位ならば自立支援協議会等の部会として位置づけてすすめる。市という単位では規模的には小さい場合は、福祉圏域を単位として特別協議会や検討会として立ち上げる方法もある。

場合によっては、研修推進チームと社会資源の把握調査チーム（後に事例検討や研究するチームに）という2つのチームによってすすめていくことがあってもよい。研修推進チームは、実際の研修時の特に演習部分のファシリテーターとなることを期待する。

事前準備

設置された推進母体によって、まず地域における医療的ケアが必要な重症心身障害児者の実態と医療的ケアを支える社会資源の把握という地域診断と課題の共有と明確化を行う必要がある。（具体的な数値や社会資源としての地域内のマッピング）

自立支援協議会等で現状と課題について共有し地域課題として明確にしながら、重症心身障害児者のコーディネーター等育成研修開催を計画化する。できれば、障害福祉計画等にその育成数の到達目標を示していくようにすることも必要である。

3) 研修プログラム

支援者バージョンとコーディネーターバージョン（これについては、プログラム作成班の報告を参照）

講師

研修を実施していくときには、先進地からの講師ということもあるわけだが、基本的に講師陣は地域や都道府県で立てていくことが必要である。そこにむけて、国による指導者研修ということのしくみも検討する必要がある。

ファシリテーター配置による多職種演習

講義形式も重要ではあるものの、実際の事例検討から学ぶ演習形式によって、特に相談支援のコーディネーター育成では重要な研修方法である。なおかつ、そこでポイントになる部分としてはチームを多職種にわけることであったり、事業所がある地域ごとにチームを作ることだったりに留意をする必要がある。

そのチームで検討を進めていく場合に、先にあげたが推進母体の運営委員がファシリテーターとなって、机上の解決方法を議論するのではなく、地域を意識した創造活動となるような進行が求められてこよう。

したがって、場合によっては進行役が研修実施の前に、ファシリテーション研修など受けながらその力量を蓄積するということも必要かもしれない。

4) 今後の課題

短期目標として、モデル的研修実施・展開によるプロセス実践の検証

いくつかのところでのモデル実施を計画し、そこで手引き書を用いた組織づくりや調査と研修実施、研修後の効果確認などを行い、その成果と課題をもって検証する必要がある。

中期目標として、2、3年スパンの中期計画とその研究の具体化

手引き書は、障害者計画ともかかわらせた社会資源やネットワークづくりのツールでもある。まだ途についたところであり、指導者研修の実施などの検討など2、3年単位の中期計画をつくりながらすすめていく必要がある。

研修終了をもってインセンティブがはたらくしくみに

研修を受けたから重症心身障害児者等の支援者や相談者が増えるというものではない。この研修を受けることが、支援者や事業所にとってもメリットがあるというものに位置づけていく必要があるのではないか。そういうインセンティブが働くような位置付けについても検討が必要である。

重症心身障害児者支援センターの役割とつなげていくことの検討

その他（訪問型の日中活動事業の検討）

重症心身障害児者等支援者育成研修・

重症心身障害児者等コーディネーター育成研修の実施のために

(目次)

重症心身障害児者等コーディネーター研修の基礎的理解

- 1．研修の目的と達成目標
- 2．重症心身障害児者等支援者育成研修と重症心身障害児者等コーディネーター研修の意義と役割
- 3．都道府県に期待すること

地域で重症心身障害児者等支援者育成研修および重症心身障害児者等コーディネーター育成研修を実施するために

- 1．重症心身障害児者等コーディネーター研修におけるP D C Aサイクルの実現
- 2．運営体制と予算
- 3．会場と開催日
- 4．講師等の選定
- 5．募集方法
- 6．参加者受付と事前通知の方法
- 7．研修会資料等の準備
- 8．ファシリテーターの事前打ち合わせ
- 9．研修の実施
- 10．研修の評価
- 11．研修の修正

今後の重症心身障害児者等コーディネーターの育成を進めるために

参考情報

重症心身障害児者等支援者・コーディネーター育成研修テキストならびに DVD 作成

研究分担者	松本好生	旭川荘総合研究所医療福祉研究センター	研究センター長
	大塚 晃	上智大学総合人間科学部社会福祉学科	教授
	松葉佐 正	熊本大学医学部附属病院重症心身障がい学寄附講座	特任教授
研究協力者	安藤真知子	日本訪問看護財団	事務局次長
	梶原厚子	子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田	看護部総括責任者
	鈴木郁子	毛呂病院光の家療育センター	施設長
	谷口由紀子	社会福祉法人麒麟会	統括マネジャー
	戸枝陽基	社会福祉法人むそう	理事長
	名里晴美	社会福祉法人訪問の家	理事長
	福岡 寿	前 社会福祉法人高水福祉会	常務理事
	村下志保子	旭川児童院地域療育センター	所長
	義村冷子	旭川荘療育・医療センター	看護顧問

研究要旨

この分野の多専門職の討議ならびにアンケート調査に基づき、養成プログラムを作成し、それに沿った研修を実施した。参加者を対象とした評価をアンケートならびに聴き取り調査に基づき実施し、プログラムの修正をし、テキスト（DVD 等を含む）を執筆、出版し、関係機関にも配布した。

A．研究目的

在宅・地域生活を可能な限り続けたいと希望する重症心身障害児・者と家族は増えている。それらのニーズと要望にも適切に対応できる支援者ならびにコーディネーターの育成のための研修プログラム作成ならびに普及が急務となっている。今回それらに対応するためのテキスト、DVD 等を作成することを目的とした。

B．研究方法

平成 27 年 6 月 15 日開催の研究班予備会議を踏まえ、7 月 19 日開催の第 1 回研究班全体会議によって、重症心身障害児者の入所ならびに在宅生活に関する経験を重ねた医師・保健師・看護師・リハビリ専門職・社会福祉士、そして相談支援専門員などによる調査、検討に基づき、研修プログラムと、それらに従った研修を昨年度作成したテキストをもとに実施し、参加者が

らのアンケートならびに聴き取り調査、さらには評価表によるチェックの結果を分析することにした。

これを受けて、12 月 20 日開催の第 2 回研究班全体会議で、当班では、これらの内容を踏まえ、前年度作成したテキストを、よりよいものへの修正・追加等を加えたテキスト、DVD を作成することとなった。

C．研究結果

(1) テキスト

昨年度作成された「『在宅重症心身障害児者支援者育成研修テキスト』日本重症心身障害福祉協会、平成 27 年 3 月」を参考に「重症心身障害児等支援者育成研修テキスト」と「重症心身障害児等コーディネーター育成研修テキスト」の 2 種類のテキストを作成した。

スライドおよび説明文の執筆をテーマ別に研究者および研究協力者に執筆依頼した。

なお「重症心身障害児等支援者育成研修テキスト」（8章）は延べ人数24人（テーマ別に執筆者が重複することによる）と「重症心身障害児等コーディネーター育成研修テキスト」（4章）は8人である。

スライドおよび説明文の最後に執筆者の名前を入れること、引用・参考文献を必ずつけること、できるだけインデックスをつけること、「もっと学びたい人は、著者名（出版年）『タイトル』参考」と明記することなど、わかりやすいテキストを念頭に執筆者に依頼した。平成28年2月9日にテキストの編集会議を開催することから、原稿の締め切りを2月8日とすることも付記した。

両テキストの内容（章立てと項目）は右の表のとおりである。

（2）DVD

当初全国各地の研修で使用可能なように、重症心身障害児者の特性と支援ニーズに配慮したDVDを作成することとした。演習等を映像化することで、より研修内容が深まるとの考えですすめた。具体的には重症心身障害児者の中から、在宅で通園を利用しているケースを取り上げ、さまざまなサービスを利用している様子の映像を収録するため、対象となる重症心身障害者の家族に依頼した。研修での使用として話をすすめて、限られた地域での研修ならよいとの意向だったが、全国の研修での使用との方向が示されたことから、肖像権の問題をあげ最終段階で断られ、断念するに至った。

ただし、今回の研究では、当事者・家族の撮影は著作権等の課題を乗り越えることができず、既存の映像を吟味して、研修時に有効に使えるものを用意し、一定の成果を上げることができた。

（目次）

重症心身障害児等支援者育成研修テキスト	
項目	内容
前書き	支援の目的
総論	支援者としての視座
	誰のための支援であるべきか
	家族を理解するための視点
	家族の発達段階・役割理論
医療	セルフケア理論
	支援者の主観で家族をとらえないことへの理解
	障害のある子どもの成長と発達の特徴
	疾患の特徴
	生理
	日常生活における支援
	急変・緊急時の対応・突然死
在宅医療、訪問看護	
福祉	リハビリ・歯科・薬剤
	支援の基本的枠組み
子どもを危険から守り、かつ発達を促し、家族と自立した生活を支援する方策について理解する	制度
	遊び、子どもらしさ、保育
	児童虐待
	家族を理解する視点
多職種での連携と協働	重症児の親になるということ
	親になることへの支援
連携・協働を通じて子どもと家族の持つ力を引き出す必要性を理解する	連携と協働の基本的概念
	連携と協働の目的
ライフステージにおける支援の要点を理解する	あくまで子育て支援であること
	子どもと家族の強みを支援する
	ライフステージごとの支援について
	NICUから移行支援
	児童期における支援
	学童期における支援
サポートブック	成人期における支援
	医療的ケアの必要性が高い子どもへの支援
重症心身障害児等コーディネーター育成研修テキスト	
項目	内容
前書き	重症心身障害児等コーディネーターとは
総論	必要性和意義・期待する役割
	重症心身障害児者等の基本相談の要点
計画作成	重症心身障害児者等の意思決定支援
	重症心身障害児者等のニーズアセスメント
支援体制整備	重症心身障害児者等のニーズ把握事例
	チーム作り
	チームを育てる必要性
	チーム内の対立への対処方法
	支援体制整備事例
	医療、福祉、教育の連携
計画例・演習	資源開拓・創出方法
	計画策定（演習）

- 5 . 海外の重症児（者）地域支援コーディネーターに関する調査
- 国際知的・発達障害学会（IASSIDD）重度重複障害特別研究グループ（SIRG-PIMD）の
スウェーデン円卓会議（Round Table Meeting）への研究発表を通じて -

研究代表者 末光 茂 川崎医療福祉大学 特任教授

研究協力者 小椋寺直樹 明治安田生活社会福祉研究所福祉社会研究部 主任研究員

1 . 調査概要

国際知的・発達障害学会（International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities）には、10の特別研究グループ（Special Interest Research Groups）が設置されている。その1つに重度重複障害（Profound Intellectual and Multiple Disabilities）に関する特別研究グループ（SIRG-PIMD）がある。PIMDと我が国の重症心身障害とはほぼ類似の障害とされる。

本年9月にSIRG-PIMDは、スウェーデン・ヴェステロースにおいて、円卓会議（Round Table Meeting）を開催した。筆者らは、円卓会議において重症児（者）地域支援コーディネーター養成案を発表し、そこでの質疑等を通じて、各国の地域ケアシステムとその核となる地域支援コーディネーターに関する情報を収集することにした。

2 . 円卓会議の概要

- (1) 日程 2015年9月23日～25日
- (2) 場所 Mälardalen University（スウェーデン・ヴェステロース）
- (3) 参加者数（登録者数） 34名
- (4) 参加国 英国（イングランド）、イタリア、オランダ、カナダ、スイス、スウェーデン、ドイツ、ベルギー、日本

3 . 発表内容と調査結果

円卓会議のポスターセッションにおいて、「日本における重症児（者）地域支援コーディネーター養成プログラムの作成（Making curriculum of community care coordinator for PIMD in JAPAN）」と題するプレゼンテーションを行った。ポスターの内容は添付資料のとおり

りである。

ポスターでは、日本における重症児（者）の推計、入所・通所施設数等の基本統計と、重症児（者）地域支援コーディネーターを核とした地域支援のシステム図（イメージ）を説明した。その上で、重症児（者）地域支援コーディネーターに求められる基本機能として、アセスメント、地域診断、ケアマネジメント、家族支援等を例示し、各国における取組状況について、フロアと議論を行うことを目的とした。

結論としては、海外において重症児（者）に特化した専門支援コーディネーターを配置している国は存在しなかった。日本の取組は、各国より、極めて重要な取組であるとの高評価を得た。我が国の先駆性が確認された。なおフロアとの質疑応答で、重症児（者）の地域支援における各国の課題についての意見交換も行った。以下簡潔に示す。

- ・児童と成人の支援が分断している、継続的支援が課題である（英国、ドイツより）。
- ・福祉（social care）と医療（health care）との連携が重要である（英国より）。
- ・重症児（者）数の把握（推計）が困難である（オランダ、ベルギーより）。
- ・地域ケアの効果測定方法、特に誰にとってのメリットなのか（英国より）。

また円卓会議中に、各国のPIMD地域支援コーディネーターの状況について、簡易な質問紙調査を実施した。その結果は以下のとおりである。

	Q1 在宅生活においてPIMDの複雑なケアニーズを調整するキーパーソン									Q2 PIMD専門の地域支援コーディネーターの有無
	親	ソーシャルワーカー	家庭医 (GP)	専門医 (小児科医)	専門医 (ID Physician)	看護師	訪問介護スタッフ	デイケアスタッフ	その他	
英国 (イングランド)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×
スウェーデン	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×
ベルギー	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ¹	△
カナダ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×
スイス	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×
ドイツ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×
イタリア	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	×
オランダ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ²	×					

注) 1 ベルギー キーパーソンとして施設のスタッフ

2 オランダ キーパーソンとして multiple healthcare psychologist

【Q1 在宅生活において PIMD の複雑なケアニーズを調整するキーパーソン】

- ・各国とも、多様な社会資源を調整する際のキーパーソンとしては、「親」が圧倒的に多かった。次に「ソーシャルワーカー」「小児科医」が続いた。
- ・英国とドイツでは、「家庭医 (GP)」と「専門医」が共にキーパーソンとされた。他方、ベルギー、カナダ、オランダにおいては、医療関係職 (医師・看護師) ではなく、「親」「ソーシャルワーカー」「施設職員」が地域支援の調整者とされた。
- ・「訪問介護スタッフ」は、どの国においても、キーパーソンではない、との回答であった。
- ・選択肢以外のその他のキーパーソンとして、

オランダでは「multiple healthcare psychologist」が提示された。

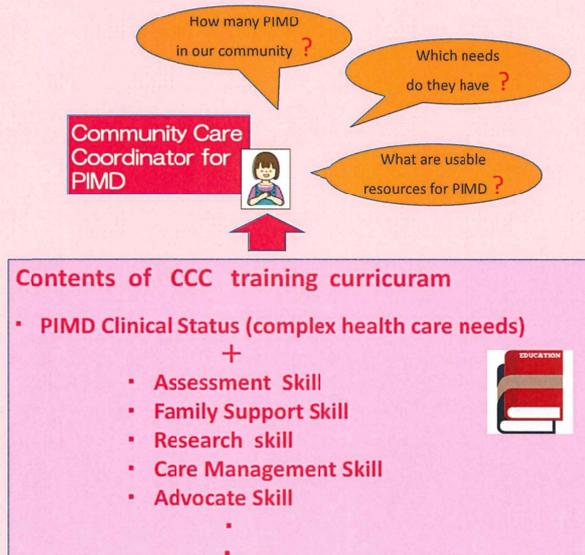
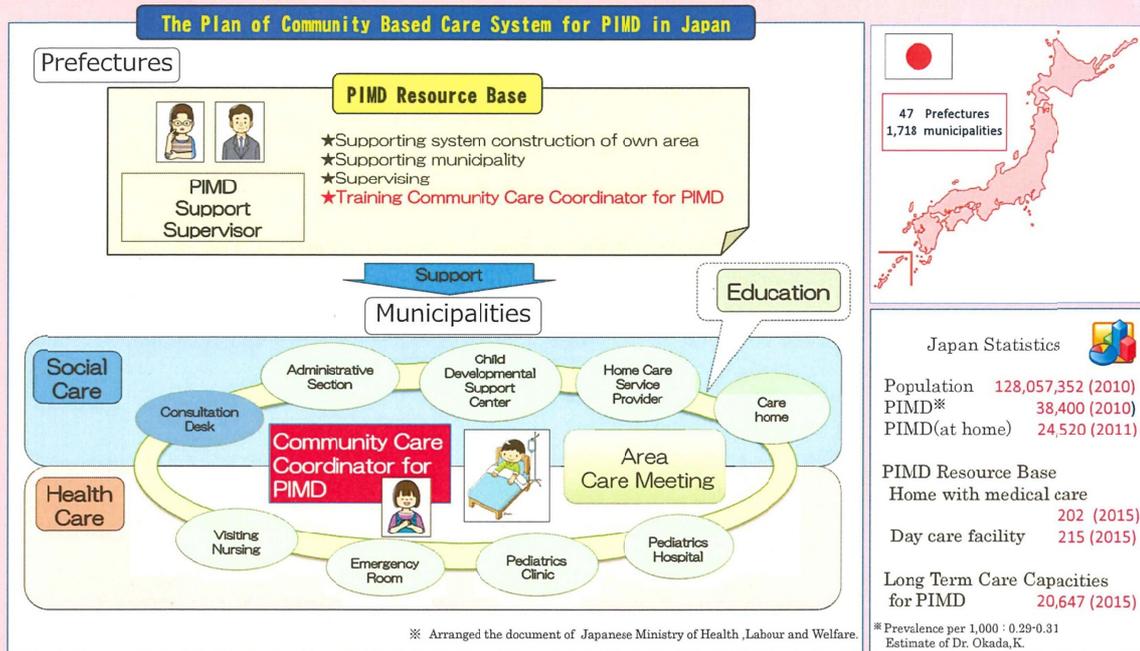
【Q2 PIMD 専門の地域支援コーディネーターの有無】

- ・各国とも、PIMD 専門の地域支援コーディネーターは、現時点では存在しない、との回答であった。ベルギーについては、PIMD が利用している施設のスタッフが地域資源の調整を行っている、とのことである。ひとつのあり方とは思われたが、独立したコーディネーター職とは異なるため、「」とした。

Making curriculum of community care coordinator for PIMD in JAPAN

S.Suemitsu¹, N.Onodera², T. Matsubasa³

1. Kawasaki University of Medical-Welfare, Asahigawa-so Medical-Welfare Center
2. Japan Women's University The Graduate School of Integrated Arts and Social Sciences
3. Kumamoto University



How about in your country?

Introduction

There are about 38,000 PIMD in Japan, and 25,000 of them are living with their family. The local authority provides social and health care resources for the elderly and the disabled. But those for PIMD are insufficient because they are minority, having complex care needs.

Objective

Supporting PIMD community life involves community care coordinator(CCC) that are comprehensive complex care needs of PIMD, combine variety of educational, social and health care settings, deliver individual appropriate services. The Japanese community based care system is to allocate CCC in each area in future. This study discusses the framework of CCC training curriculum.

Method

Based on the government report of 15 area pilot research(2012-2014), this study extracts some basic function which demands for CCC practice.

Results

Four following basic functions came into light:

1. Research actual situation: PIMD number, available resources etc.
2. Cooperation of health care and social care.
3. Developing new community resources.
4. Family support.

Discussion

For a minority to support community living leads two directions: one is widening specialized knowledge of each local resource, another is using general resources effectively. The former is meeting and learning complex care needs of PIMD, the latter is managing variety of community resources as a key-worker for PIMD. In the CCC curriculum, two above-mentioned domains is found. Japan makes the CCC training curriculum while referring to similar activities among foreign countries.

ドイツにおける障害者支援の専門職養成の現状について (2015年12月)

研究代表者 末光 茂 川崎医療福祉大学 特任教授
研究分担者 三原 博光 県立広島大学保健福祉学部人間福祉学科 教授
研究協力者 高原 弘海 社会福祉法人旭川荘 理事

はじめに

重症心身障害児者をはじめとする障害児者の支援に携わる専門職の養成がドイツにおいてどのように行われているかにつき、現状把握を行うのが本小稿の目的である。

現状把握の手法としては、県立広島大学と国際学術交流協定を締結しているドイツのノルトライン・ヴェストファーレン州カトリック大学（以下、本稿では「NWR カトリック大学」と略称）のミハエル・イスフォルト教授から入手した情報を主要文献とする文献調査を基本とした。

1 ドイツの社会福祉専門職養成の特徴

ドイツの社会福祉専門職養成の特徴としては、対象者別に専門職養成教育が行われ、それに基づいて就職先が決まることが挙げられる。

即ち、障害者専門職養成教育を受けた場合、就職場所は障害者関係の施設であり、高齢者の場合は、高齢者関連施設となる。もしも障害者専門職養成施設で学んだ者が高齢者関連施設での就職を希望する場合、高齢者専門職養成教育課程を最初から学ばなければならない。この特徴は、ドイツの伝統的専門職養成教育プログラムであり、EU 諸国のなかでも独特のものである。
(注)

2001年にOECDが実施したPISA能力調査におけるドイツの子どもたちの予想をはるかに下回る結果(PISAショック)を契機にした初等・中等教育制度の改革、EU加盟国の教育大臣が参集して決議した1999年の「ボローニア宣言」を契機にした大学教育制度の改革など、ドイツの教育制度は変革期にあることから、今後、その動向を注視する必要がある。

ここでは、NWR カトリック大学イスフォルト教授から入手した資料ならびに直接の意見交換をもとに、ドイツの障害児者支援専門家である治療教育介護師(Heilerziehungspfleger/in)と治療教育家(Heilpaedagoge/gogin)の養成教育課程を紹介する。

2 治療教育介護師(Heilerziehungspfleger/in)の養成

○ 主に専門学校で2年～4、5年の期間において養成される(養成年数は、全日制、半日制等の違いによる)。当該専門学校の経営主体は、公的機関のほか、教会である。

○ 治療教育介護師の資格の特性は、障害者の自立能力の強化を図り、日常生活における自立能力を支援することにある。その際、治療教育介護師は、障害者の程度と性質を考慮する。

治療教育介護師は、絵画、水泳、音楽などの意義のある障害者の自由な余暇活動を支援する。また、治療教育介護師は、障害者の社会的活動を促進するために、障害者が信頼している他者との個人的関係の構築を支援する。

更に治療教育介護師は、寝たきり障害者や患者の身体的介護(衣服の着脱など)、食事介護を行う。同様に患者への薬の管理にも責任を持つ。また、治療教育介護師は、施設や病院内での専門的支援に参加をし、余暇プログラム、発達支援プログラムに積極的に参加する。

○ 治療教育介護師の活動場所は、主に、障害者介護施設、グループホーム、デイサービス、リハビリテーションセンター、特別支援学校、幼稚園である。

○ 専門学校・職業訓練学校の入学条件は、中間レベルの高校学力水準とされる。

○ 専門的学習内容は、以下のとおりである。

- ・一般教育学
- ・動作教育/運動療法
- ・治療教育実践の方法論
- ・芸術と工作/工作療法
- ・音楽教育/音楽療法
- ・社会学
- ・特別治療教育
- ・遊戯療法

更なる専門的学習領域としては、医学/精神医学、心理学、法律、社会管理が挙げられる。

州と大学による選択義務領域としては、視覚障害者教育、知的障害者教育、身体障害者教育が挙げられる。

専門的実践領域は、完全な入所施設、治療教育を目的としたデイサービス、入所施設でその専門的知識が活用される。実習生は、行動障害、社会的適応障害、知的、身体障害、言語障害の支援、促進、教育を行う。

○ 教育科目【作業中】

○ 養成期間中の実習の間は、実習に対して報酬が与えられる。実習は国家資格では必須であり、報酬が支払われ、地域の施設で、毎月、1433ユーロ支払われる。

専門学校によっては、学生に学費、入学試験・試験料を課している場合もある。

3 治療教育家(Heilpaedagoge/gogin)の養成

○ 主に1.5年間～4年間で、大学で養成される。学術的専門的要素を持つ。

○ 治療教育家は、知的障害者、身体障害者、重複障害者、慢性疾病患者の社会的・職業的自立を容易にするために支援を行う。発達障害、情緒障害、行動障害の児童・青少年も、同様に治療教育家の支援の対象となる。

○ 治療教育家は、まず第一に、行動に問題を抱えている当事者の診断を行う。そのために、まず、問題となる当事者の現在の資源と能力を調査する。そして、早期治療教育の必要のある児童、学校不適応な子ども、知的障害者などに対して、一人ひとりの治療プログラムを作成する。そして、適切な教育的処置によって、これら対象者の個性と能力の強化を図

る。特に重度な障害者に対しては、治療教育的、介護の役割を治療教育家が担う。治療教育家が治療教育的な施設で働いている場合には、適切な治療計画を立てるとともに、そのプロセスを調査し、施設職員に対するスーパービジョンを計画し、実施する。

○ 治療教育家の活動場所は、主に、障害者介護施設、グループホーム、知的障害者デイサービス、児童・青少年センター、クリニック及び治療センター、幼稚園、教会関連の社会福祉協議会である。

○ 専門大学の入学条件としては、多くの場合、保母資格・幼稚園教諭の有資格者、中間レベルの高校学力水準が求められる。

○ 専門的に期待される内容は、以下のとおりである。

・対象者の安全管理（遊ぶ子どもの監督、水泳などの監督）

・対象者への共感、葛藤への対処（悲しみへの共感、攻撃性への対処）

・コミュニケーション能力（障害者、障害者家族、他の専門家との会話）

・心理的、身体的安定性（身体障害者や精神障害者とのかわり）

・行動観察能力（対象者の行動変化の確認）

○ 専門教育科目は、芸術・工作・音楽科目（障害者との音楽、工作作業の目的）と化学（医学との関連性、薬の理解と影響を学ぶ）である。

○ 教育科目【作業中】

○ 養成期間中の実習の間は、実習に対して報酬が与えられる。実習は国家資格では必須であり報酬が支払われる。地域の施設では、毎月1,433ユーロ支払われる。大学によっては、学生に入学試験・試験料を課している場合もある。

○ 専門分野としての治療教育学の構築過程としては、まず、医学及び教育学の分野における治療教育学の概念・コンセプトは19世紀に生まれ、20世紀初頭には、ハンガリーに初めての大学が創設された。1924年には、スイスのチューリッヒに欧州で初めての講座が開設され、大学での治療教育家の教育が開始された。

独自の学位試験の法令の公布は 1999 年まで待たなければならなかったが、それ以降、治療教育学は、例えば、リハビリテーション教育学、統合教育学と云うテーマで、独立した専門分野としての発展を遂げている。

4 若干の考察

- 上記の 2 及び 3 で概要をご紹介した治療教育介護師と治療教育家について、若干の考察を加えてみたい。

治療教育介護師はドイツの高等専門学校で養成されるのに対し、治療教育家はドイツの伝統的な大学で養成されるという違いがあり、前者は基本的に福祉分野、後者は基本的に教育分野の専門職と位置付けられるものと考えられる。

日独の比較という面では、ドイツの治療教育介護師は支援現場の直接専門職であり、日本の介護福祉士と基本的には同じ性格の資格と考えられる一方、治療教育家は現場の支援に加えコーディネート役割も担う専門職と考えられ、後述の補論で紹介している三田谷啓博士の論文等も踏まえると、関連学問分野の習得を前提とし、相対的にはアカデミック色の強いドイツの伝統的な資格と考えられる。

近年、ドイツにおいて、支援現場での具体的な専門性に特徴を有する治療教育介護師の高等専門学校での養成が堅調であるのに対し、相対的にアカデミック色、抽象的な専門性に特徴を有する治療教育家の養成が低調と云うことが指摘され、就職分野においても、従来の教育現場で就職先の確保が困難なことから、社会福祉施設の分野における就職先の拡大が求められている。この点に関連し、イスフォルト教授から入手した文献によると、治療教育家の独自の学位試験の法令が 1999 年に公布されて以降、治療教育学は独立した専門分野としての発展を遂げていると述べられているが、その例示として、リハビリテーション教育学と統合教育学が挙げられており、従来の伝統的な治療教育学の分野に

においても、具体的な専門性に着目した専門分化が図られている可能性があるものと考えられる。

EU 域内のヒト、モノ、カネの往来の拡大という要請を背景として、冒頭にも注記したように、ドイツにおいても、ポローニア宣言を契機とした大学教育制度の改革が進められる中、医療福祉分野の専門職の養成も変革期を迎えており、ドイツの伝統がどのような形で維持されていくのか、今後の動向が注目される。

特に、治療教育という学問分野は、ドイツ（あるいは中欧ヨーロッパ）の特色のある専門分野とも考えられるところ、後述の補論で紹介している三田谷治療教育院の堺理事長の指摘にあるように、治療教育の本質が「一人ひとりの人間を丸ごと捉え、その人の生活に根差して、持ち味を生かしていく」という点にあるとすれば、今後、ドイツにおいて、治療教育という学問分野、治療教育家という専門職がどのような展開を遂げていくかは興味深い。

終わりに

重症心身障害児者をはじめとする障害児者の支援に医師、看護師等の医療職が携わっているのは各国に共通するものと考えられるが、ドイツにおいてこれら医療職のほかに障害児者の支援の専門職として特記されるのが、イスフォルト教授から入手した文献で述べられている、上記の治療教育介護師と治療教育家の二つの専門職である。

両者が、役割分担と連携を図りながら、医師、看護師等の医療職とも連携しながら、障害児者の支援を行っているものと考えられるが、実際の支援現場においてどのような役割分担・連携のもとに支援が行われているかについては、文献調査に加え、訪問による聴き取り調査も含めた更なる調査が必要と考えられる。

(参考 1)

「治療教育」に関する補論

「治療教育」に関する補論として、明治時代末期から大正時代初期にかけてドイツに留学し、ドイツにおける治療教育をわが国に導入した三田谷啓(さんだや ひらく)博士の取組みを振り返り、確認しておきたい。

○ 三田谷博士(1881 - 1962)は、兵庫県有馬の地に生まれ、苦学の末に大阪府立高等学校で医学を修めた。宮川経輝牧師や海老名弾正牧師とも親交を結び、精神科と小児科に興味を持った三田谷は、東京において藤川游博士から治療教育学を、呉秀三博士から精神病理学を学んだ後、ドイツに留学し、帰国後、昭和2年に阪神間の芦屋の地に「三田谷治療教育院」を開設した。

○ 三田谷博士が「精神神経学会雑誌第41巻第8号(昭和12年8月発行)に寄せた論文「我国に何故治療教育事業興らざるか」においては、次のようなことが述べられている(三田谷治療教育院のホームページより抜粋して転記)。

「治療教育」とは何か

ここで治療教育と称するのは heilpaedagogik の意味である。その定義は必ずしも確定しているわけではないが、大体において次のように理解していいと思う。

治療教育とは障害児教育を最も適当な方法をもって取り扱い、その全生活をはかることを目的とするものをいう。この事項を研究する学科を治療教育学と称するのである。勿論、治療教育学は応用科学であるから、基礎科学と補助科学の力を借りる必要がある。

基礎科学は生理学、衛生学、小児科学、精神病学、神経病学、児童心理学、教育学等で、補助科学は体操学、音楽、木工、園芸、児童心理、動物心理、比較心理、人類学、統計学、神話、童謡などの諸科をあげるべきである。

治療教育の効果

治療教育の効果については多言を要しない。

即ち治療教育は障害児の各個について最も適当な支援を行うからである。その支援の大意は、心身の障害をなるべく除去し、生活を向上し、その素質に適した作業をとらせるのである。このようにしてなるべく個人が最も得意とする業につかせることに努めるのである。

(中略)

しかしながら事実はこのまま放置すべき時代ではない。医学者も教育者も共に特殊教育の要に当たるべきである。

教育者よ起て、起って可憐な児童を闇より光に変換させよ。

医学者よ起て、起って彼等の障害を支援し、補強し、生存権の拡大を喜ばせよ。

実を言えば概して教育家に障害児教育の真価を認め渾身の努力をする人が少ないようである。特別学級の受持教師は肩身の狭いような状態である。そして如何にも貧乏くじを引いたように、人も自分も考えているようだ。光栄と考えて決して恥ずかしいことではない。

医学者にしてもそうである。障害児の持っている障害に向かって最善の支援をし、心身の能率を増進させたら、病気の治療をするのと何の差があるのか。

今や国家の大欠陥として障害児教育に大きな孔ができています。そしてその結果として国家も社会も家庭も個人も大きな損害を招いているのである。この禍を転じて福に導くことは何人にも関わる生存の重大な事件ではないか。」

○ 上記のとおり、障害児教育の現状を憂い、治療教育学の実践の必要性を説いた三田谷博士は、昭和2年に芦屋(精道村)の地に三田谷治療教育院の本院を設置し、子どもを預かることのできる学寮「コドモの学園」も付設して、本格的に治療教育事業を開始するに至った。

同院の活動の特徴として、芦屋市立美術博物館学芸員の加藤瑞穂氏が、「阪神間モダニズム展」の公式カタログで、「医学と教育の結びつき」と「母親の教育を重視した点」の二つを挙げているのは興味深い。

- 三田谷治療教育院は、その後、阪神淡路大震災による壊滅的な被害を乗り越え、現在も芦屋の地において、90年近くに及ぶ歴史を刻んできているが、現在の堺 執(さかいみ の)理事長を訪問し、興味深い話が伺えた。

創設者の三田谷博士が治療教育の実践を始めた頃から、「治療教育」自体の本質は変わっていない。治療教育の定義として確定したものはないと思うが、治療(医学的なもの)と教育(教育的なもの)が合体したものというような捉え方ではなく、「一人ひとりの人間を丸のままとらえ」、その人が実際に生活していくという視点から、その人の持ち味を生かしていくという点に治療教育の本質があるのではないか。治療教育学も、単に、医学と教育学の合体ということではなく、人間を丸のまま捉えるという視点で、関係する専門分野を統合するようなものと理解した方が良いと思う。

治療教育については、何かをすれば治るのではないかと云った誤解もあったのではないかと思うが、社会的な受け止めという面では低迷期が長く続いてきたように感じると同時に、個別支援計画に基づく利用者の特性に応じた支援の重視と云った流れの中で、近年においては、治療教育の考え方が再評価されてきていることも感じる。

(注)

昭和12年の論文「我国に何故治療教育事業興らざるか」において、三田谷博士は、いみじくも治療教育に関する一般の認識について、次のとおり指摘している。

「治療教育に関する一般の認識の不足する事は次の点である。即ち治療教育を施せば障害児でも普通の程度になるか、もしそれが不可能ならば教育する価値はないと考えることにある。

これは根本的な誤りであることをまず理解させなければならない。独自の才能を伸ばすと障害児でも時には普通児以上のことができる。しかしこれは特殊な事例であって、それが出来たからといって普通児になったわけではない。

たとえ貧しい職だからだといっても、それが人生に必須の職業であったら、それを責任をもってしてくれたらそれでいい。大学卒業者が鋭敏な上等の頑で法律網をくぐる工夫をして社会に迷惑をかけるより、責任をもち真剣に仕事する職業者の方が、むしろ人間存在の意義が深いとも言える。要は人類の社会生活を安らかにする点にある。」

(参考2)

ドイツにおける社会福祉専門職の養成に関する参考として、次に、「ドイツの大学におけるソーシャルワーカー養成教育」をテーマとした県立広島大学三原博光教授執筆論文を掲載。

1. はじめに

県立広島大学は、2011年9月にドイツ・ノルトライン・ヴェストファーレン州にある社会福祉系カトリック大学(以下、NRWカトリック大学と呼ぶ)と国際学術交流協定を結んだ。この交流協定の前後から、両大学の教職員・学生との学術的交流が積極的に行われてきた。そして、今後も、特にそれぞれの大学のソーシャルワーカー両養成教育関係者の国際学術的交流が活発になると予想される。両国が自国のソーシャルワーカー養成教育制度を検証し、更に教育制度を充実させるためには、それぞれの相手国のソーシャルワーカー養成教育のあり方を認識し、比較検討した上で、それを自国のソーシャルワーカー養成教育に反映させることが必要であると思われる。

本研究では、まず文献を通して、ドイツの社会福祉特性、ソーシャルワーカー養成の大学について述べ、次に県立広島大学と国際学術交流協定を結んでいるNRWカトリック大学のソーシャルワーカー養成教育を紹介することで、ドイツの大学におけるソーシャルワーカー養成教育の特徴を述べることを目的とした。

なお、ドイツの社会福祉施策は年金や失業保険などの社会保障は国が主導し、社会福祉施策の実施は、民間の社会福祉団体に委ねられていると言われている。そこで、ドイツでは次の6

つの民間団体によって社会福祉事業が運営され、国が経済支援を行っている。それらは、パリテート福祉団体 (Parittischer Wohlfahrtsverband)、労働者福祉団体 (Arbeiterwohlfahrt)、ユダヤ中央福祉会 (Zentralwohlfahrtsstell der Juden in Deutschland)、ドイツ赤十字 (Deutsches Rotes Kreuz)、ディアコニー福祉団体 (Diakonisches Werk : プロテスタント系)、カリタス・フェアバント (Deutscher Caritasverband : カトリック系) である。

2. ドイツのソーシャルワーカー養成の大学

ドイツの大学教育は歴史的に古く、15世紀のハイデルベルグ大学の修道院における神学の開講に始まったと言われている。ドイツで「大学」の名前がつく教育機関は、伝統的に総合大学 (Universität) と専門大学 (Hochschule) である。総合大学では、基礎研究や応用研究などの「学術的」研究に重点が置かれるのに対し、専門大学では音楽、芸術、工業、社会福祉などの実践が重視された職業的教育が重視され、ドイツの各都市に国立大学として設置され、総合大学は全ドイツで105校、専門大学は211校あると言われている⁵⁾。ドイツのソーシャルワーカー養成過程は、総合大学の一部と専門単科大学^{注2)}をあわせると約89存在すると言われ、毎年8000人の学生がその課程を修了して社会福祉領域で働いている。ドイツでは、大学卒業と同時にソーシャルワークの資格を取得することになり、その資格は国家資格として認知されている。

なお、総合大学のなかでは、社会福祉の専門家養成と関連する専門教育として、社会教育 (Sozialepadagoge) と呼ばれる専門教育が行われ、その教育課程を卒業したものは、教育関係への就職を目指すものが多かった。しかしながら、2000年代に入り、1999年にポローニヤ宣言とともに、ソーシャルワークと社会教育の2つの名称ないし課程がソーシャルワーク (SozialeArbeit) という名称に統一されつつあり、多くの大学の課程から社会福祉教育という名前が消えて行き、ソーシャルワーク教育が主流となっていることが紹介されている⁶⁾。なお、ポ

ローニヤ宣言とは、ヨーロッパ諸国で各国独自に行われてきた教育制度を見直し、共通なシステムのなかで、「ヨーロッパ大学圏」のなかで高等教育を進めることを宣言したものである⁷⁾。つまり、ヨーロッパ諸国で、EU諸国に所属している国々では、経済的移動の自由から、EU諸国内で自由に労働につくことができる。その場合、各国において異なる教育年数、学位、言語において大学教育が行われることは、各国の経済的な面において好ましくない。そこで、新たに大学レベルで学部と大学院の導入が行われている。それは、学部の学士 (Bachelor) は3年教育課程であり、大学院は修士 (Master) の2年教育課程である。そして、ヨーロッパ単位互換制度 (European Credit Transfer System) によって、教育の一部を他国で受け入れられるようになる。このような流れにドイツの大学教育も影響を受け、過去の伝統的な大学教育システムを見直すようになってきているのである。

ドイツのソーシャルワーカー養成の課程は、20世紀の初めにドイツの各地で始まった。当時は、大学の課程としてではなく、社会福祉の実践現場からの施設や機関の養成と再教育の要望に応えるための、1年ないし2年間の養成過程として出発したと言われている。そこで、ドイツのソーシャルワークの養成は、ディアコニー福祉団体 (プロテスタント系)、カリタス福祉団体 (カトリック系) の民間社会福祉団体が経営する社会福祉の単科大学 (Fachhochschule) ならび専修学校 (Fachschule) で行われてきた。なお、筆者が研修したプロテスタント系の障害者1000人が生活をする大規模な障害者福祉施設内では、治療教育師 (Heilerziehungspfleger) や老人介護士 (Altenpfleger/in) のための専修学校が設置され、そこで教育と施設実習、さらに学生の施設への就職も行われており、ドイツでは専門家養成教育と現場の職業教育が結びついているのである。

3. NRWカトリック大学のソーシャルワーカー養成教育

ドイツのソーシャルワーカー養成は、ソーシャルワーカーの養成が大学で行われている北米やイギリスなどに倣い、それと対等なレベルに

引き上げることにより、EU 諸国や北米などの養成機関との間で単位互換制度を可能にしていると指摘されている⁸⁾。そして、ドイツ国内で取得されたソーシャルワークの資格が、他のEU諸国においても適用され、ベルギーやオランダでの就職が可能となる。ただ、社会福祉の法律や制度は、その国の特殊の事情があり、これらの国々で働く前提条件として、言語はもちろん、これらの国々の社会福祉関係の法律、制度を学ぶことが必要とされている。

ドイツでは、全ドイツの大学のソーシャルワーカー養成教育の教育格差は、あまりないと言われている。しかしながら、ここで紹介するのは、ドイツの大学の1つであるNRWカトリック大学のソーシャルワーク養成教育の取り組みであるため、全ドイツの大学のソーシャルワーク養成教育を代表するものではない。したがって、これらの問題点を踏まえて、NRWカトリック大学の取り組みを紹介する。

NRWカトリック大学はドイツ北西部のアーヘン(Aachen)市、ケルン(Koeln)市、ミュンスター(Munster)市、パダーボルン(Paderborn)市に4つの学部を持ち、ソーシャルワークや看護マネジメントの専門家養成に励んでいる。1971年に設立され、約3500名の学生が学び、100名の正規の教職員、400名の非常勤講師が教育活動に従事している。

(1) 学部構成

アーヘン(Aachen)学部：約800名の学生が学んでいる。研究専攻領域は、ソーシャルワークが中心である。ソーシャルワーク学士・修士課程があり。女性の社会的支援のためのソーシャルワーク学士課程があることが特色である。児童教育学士、保健科学学士の取得も可能である。

ケルン(Koeln)学部：約1200名の学生が学んでいる。研究領域は、ソーシャルサービス部門と健康サービス部門に分けられる。ソーシャルサービス部門の学士は、ソーシャルワーク学士、児童教育学士、依存症予防・治療学士であり、修士課程には、ソーシャルワーク、家族福祉・結婚カウンセリングの専門領域である。健康サービス部門の学士は看護科学、修士課程は健康ケアマネジメント、ヘルスケア教育など

の専門課程がある。大学の本部がある。

ミュンスター(Munster)学部：750名の学生が学んでいる。学士・修士課程は、ソーシャルワーク学士、治療教育学士・修士、ソーシャルワーク修士、ソーシャルワークサービス・マネジメント修士、カウンセリング修士課程がある。

パダーボルン(Paderborn)学部：約750名の学生が学ぶ。学士・修士課程は、ソーシャルワーク学士、児童教育学士、ソーシャルワーク修士である。神学部門は、宗教教育学士がある。

なお、アーヘン(Aachen)学部の具体的な内容は、以下の通りである。

(a) 卒業後の主な活動領域

児童・青少年福祉(児童養護施設、特別支援教育・福祉)

障害者福祉(知的障害者施設、身体障害者施設、発達障害者)

精神障害者(統合失調症、躁鬱病者支援など)

家族支援(結婚・虐待など)、アルコール・薬物依存症への支援、ホームレスの支援、医療ソーシャルワーク、犯罪受刑者への支援、外国人労働者、移民・移住者

(b) 入学試験

入学試験はなし。ただ、高校時代の内申書による書類選考があり、特に高校時代の社会的活動が評価の対象になる。2011年で、アーヘン学部140名の定員に約3倍の約420名の志願があった。

(c) 学費

1学期の学費が162.20ユーロ(約16200円)である。この学費には、学生が学期中に大学へ通学するためのバス・列車の定期券代も含まれている。

(2) ソーシャルワーク養成教育カリキュラム教育科目

ドイツのソーシャルワーク教育の大きな特徴は、他大学との単位互換制度にあると言われている。共通のモジュールと呼ばれる科目群を設定することにより、大学を変える場合にはそれを行先の大学で認定してもらうことにより、卒業要件を満たす試みである。ここでは、アーヘン学部のソーシャルワーカー養成教育カリキュ

ラムを紹介する。ソーシャルワーク養成教育のプログラムは、大きく以下の5領域のモジュールに分けられている⁹⁾。教育カリキュラムの内容をモジュールに分類することで、EU 諸国の大学同士での単位互換が可能となるのである。

学士(Bachelor)は、6学期(3年制)で全体の履修規定時間は5400時間であり、180単位である。実習は94日間である。

領域：学術的思考と活動の基礎

モジュール1：学問的基礎と活動の基礎

モジュール2：研究計画1

モジュール3：テーマと研究の重点分野を掘り下げる

モジュール4：モジュール3と同じ

モジュール5：学士論文

領域：科学として並びに専門職としてのソーシャルワーク

モジュール6：科学的ソーシャルワーク入門

モジュール7：ソーシャルワークの歴史的体系的アプローチ

モジュール8：概念的行動の基礎

モジュール9：ソーシャルワークの理論

モジュール10：専門的介入と専門職的視点

モジュール11：ソーシャルワークの専門職的視点

領域：ソーシャルワークの社会的並びに規範的基礎

モジュール12：ソーシャルワークの法律的基礎

モジュール13：ソーシャルワークの社会的基礎と限定条件

モジュール14：ソーシャルワークの政治的・経済的基礎と限定条件

モジュール15：ソーシャルワークの基礎と限定条件としてのエトスと倫理

領域：人間の存在と意義

モジュール16

モジュール17：認知と形態 人間の美的文化的次元

モジュール18：行動と体験 人間の心理社会的次元

モジュール19：発達、教育、社会化

モジュール20：健康、疾病、障害

領域：実践領域

モジュール21.1：選択分野1 労働と経済

モジュール21.2：選択分野2 教育と保障
人間の心理社会的次元

モジュール21.3：選択分野3 保健・医療

モジュール21.4：選択分野4 参加

そして、各モジュールの下で以下の科目などが開講されている。

- ・ヨーロッパにおけるソーシャルワーク
- ・高齢者におけるソーシャルワーク
- ・障害者におけるソーシャルワーク(児童から高齢まで)
- ・移民におけるソーシャルワーク
- ・精神障害者と依存症患者におけるソーシャルワーク
- ・ソーシャルワーク実践のための芸術の概念と実践
- ・精神病理学におけるソーシャルワークの導入
- ・児童と青少年における性的虐待の行為者と被害者
- ・コミュニケーションと専門職業の関係
- ・面接会話指導
- ・システム理論と精神分析の見解から個別、グループに対するソーシャルワーク
- ・児童と青少年における虐待放棄のための教育
- ・ソーシャルワークにおける芸術療法
- ・ソーシャルワークの医学的基礎
- ・慢性的疾患の要介護者と障害者へのソーシャルワーク
- ・国際ソーシャルワーク
- ・海外実習におけるスーパービジョン

「移民におけるソーシャルワーク」「ソーシャルワークにおける芸術療法」「外国におけるスーパービジョン」の科目は、移民問題を抱え、芸術をソーシャルワークの治療方法として考え、海外の社会福祉施設実習を認めるドイツの国家的特徴を反映しているのではないと思われる。

実習教育の特徴

大学入学前に、2～3ヶ月間の社会福祉実習が課せられている。そして、入学後1年間以内に実習段階として、15日間の実習が課せられている。2年生になると実習段階として30日間の実習が夏休みの間に課せられ、卒業までに94日間の実習が課せられている。最後の3

年生では、実習として、49日間の実習が学期期間間に課せられている。実習の分野については、モジュール 21 内から選択をする。学生には研究成果の報告と発表を行うことが課せられているが、毎日の実習ノートの記録の義務などはない。

実習指導者の要件については、原則的に2年以上の実務経験を有することにみが規定されている。特にソーシャルワーカーの資格要件と記述されていない。実習指導者は、実習施設が決定する。

以下が施設の実習指導者の主な課題である。

- ・実習生との面接を定期的に行う
- ・研究計画を専門的に支援する
- ・実習証明書の発行
- ・大学の実習担当教員と連絡、協力する

ドイツの社会福祉実習では、大学が実習生の実習指導に対して、実習謝礼を支払うと言った規定はない。むしろ、逆に大学側は学生の長期間の実習に対して、実習施設が学生に実習（労働）への謝礼を支払うことを期待している^{注3}）。

実習のなかで、外国の社会福祉施設での実習も単位として認められている。海外の実習の条件として、学生は実習担当教員との間でEメールやE-ランニングを使用できるとことがあげられている¹⁰）。この方法を通して、学生は実習指導者から実習指導を受けるのであり、学生の実習の評価については、実習施設には期待されない。したがって、大学が海外の実習施設に謝礼を支払うと言った規定はない。

4. ドイツの大学におけるソーシャルワーカー養成教育の特徴

ここでは、NRWカトリック大学のソーシャルワーク教育の取り組みを含めて、ドイツのソーシャルワーカー養成教育の特徴についてまとめてみる。

まず、ドイツのソーシャルワーク教育は、EU諸国との連携のなかで、他のヨーロッパ諸国の影響を受けながらソーシャルワーカーの養成を行っている点が特徴的である。NRWカトリック大学の教育カリキュラムの各モジュールで示されたように、このモジュールによる単位を取得した場合、ドイツ国内だけでなくEU諸国

の大学のソーシャルワーク教育の単位として認められる。つまり、ドイツ国内で取得されたソーシャルワークの資格が、他のEU諸国においても認知され、ベルギーやオランダでの就職が可能となる。また、実習教育では、海外の社会福祉施設での実習も認められている。これらのことから、ドイツでは、海外の社会福祉に目を向けた視点を持ちながら、ソーシャルワーカーの養成が大学で行われていると考えられる。すなわち、ドイツのソーシャルワーカー養成では、社会福祉の問題をグローバル化の世界的視野で捉えようとし、異文化におけるソーシャルワークの実践も考えていると言えよう。

次にドイツのソーシャルワーカーの就職について考える。ドイツの社会福祉事業では、ドイツ政府が6つの民間団体に社会福祉事業を委ね、補助金を与えサポートしている。そして、大学を卒業した学生達の多くは、この6つの民間の社会福祉事業の団体に就職をし給与や労働時間などの職業的待遇が保障されていると言われている。例えば、ドイツでは、正式に働いた場合、雇用主は、労働者に対して、1年間に3週間～4週間の休暇を保障することが義務づけられている。したがって、ドイツでは、大学教育機関、社会福祉施設、社会福祉行政の3つの機関の連携が行われ、ソーシャルワーカーの職業的待遇が保障されているのである。

最後にNRWカトリック大学アーヘン学部の取り組みのなかで、学内のカフェテリアにおける精神障害者の就労体験の機会の提供、子どもを持つ学生のための託児所の整備等の取り組みは、大学機関が地域福祉貢献のためのノーマリゼーションの場にあると言えよう。そして、大学運営への学生の参加の取り組みも大学を民主的な場として考えていることを示していると言えよう。

5. 課題

ここでは、ドイツの大学におけるソーシャルワーカー養成教育の内容を確かなものにするための課題をあげる。

今回、ドイツのソーシャルワーカー養成教育の特徴は、あくまでも、幾つかの文献とNRWカトリック大学をモデルとして示されたのであ

った。したがって、ドイツのソーシャルワーカーが、本当に保健医療福祉の現場で評価され、給与や労働時間などの職業的待遇も保障されているのかをソーシャルワーカー養成校の卒業生達への直接的インタビューや質問紙による調査を通しての検証が必要とされよう。また、ドイツのソーシャルワーク養成教育がEU諸国でも評価されているならば、実際にどれだけの数のドイツのソーシャルワーカー養成校の卒業生がEU諸国の社会福祉機関で働いているかなどの調査も必要とされると言えよう。

注1) この報告は、「県立広島大学平成19年度社会人の学び直しニーズ対応教育推進プログラム」におけるドイツ老年社会学者メアテス博士(Dr.Mertes)講演による。

注2) ドイツのソーシャルワーカー養成の単科大学は、主に宗教団体経営による私立大学が多い。

注3) 老人介護士(介護福祉士)の実習に対しては、施設が実習の報酬を学生に支払う場合がある。実習生を正式な職員に代替する存在とし、経営的にも安くマンパワーを雇用できると施設側が考えているのである。

引用文献

- 1) 三原博光.障害者福祉．世界の社会福祉ドイツ・オランダ．東京，旬報社，159-173，2000．
- 2) ザイフェルト，M.ドイツの障害児家族と福祉.三原博光訳，東京,相川書房,1994．
- 3)Bintig.A.:Die deutschen Behindertenstatistiken von1906 bis1979.Rehabilitaion．20：147-158，1981.
- 4)河島幸夫.ナチスと教会．東京、創文社、88-105，2006．
- 5) 高島豊．2011年度私立大学図書館協会 海外認定研修報告書、
www.jaspul.org/kokusai-cilc/nintei_report2011_1pdf
- 6) 春見静子.ヨーロッパ大学圏の形成とドイツのソーシャルワーカー養成の転換．医療福祉研究．3：80-93，2007．
- 7) リチャード・ルイス．ボローニャ宣言 ヨ

ーロッパ高等教育の学位資格と質保証の構造への影響，講演録．吉川裕美子訳．大学評価・学位研究，3，9，77-90，2005．

- 8) 春見静子．ドイツ・カリタス連合体の研究 X カリタスによる医療・福祉職の人材育成．カトリック社会福祉研究，12：71-92，2012．
- 9) Modulhandbuch：Bachelor-Studiengang Soziale Arbeit der Abteilung Aachen.2011.
- 10) Praxisordnung für den Bachelorstudiengang “ Soziale Arbeit ” im Fachbereich Sozialwesen an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen. Vom11. Juni.2007.
- 11) 三原博光．大学の食堂における知的障害者の就労体験の取り組み．職業リハビリテーション，24(2)：24-30，2011．

オーストラリアの福祉制度とケアマネジメントについて

研究代表者 末光 茂 川崎医療福祉大学 特任教授

研究協力者 今村朋子 佐賀整肢学園こども発達医療センター 主任相談支援専門員

1. オーストラリアの社会保障

オーストラリアの社会福祉の基本理念は「自立を原則とした最低保障とし、財源は税金による一般財源で賄い、国による社会保障で不足する場合は、民間のサービスを利用する」という考え方である。社会保障の特色としては、

年金、家族手当、生活保護等の「所得保障制度」及びメディケアと呼ばれる「医療保障制度」が社会保険方式ではなく、原則的に一般財源で賄われていること

医療・福祉サービスは国民を対象とする普遍的なサービスであること

介護保険制度はなく、主として税財源により介護サービスが提供されること

連邦政府、州、地方自治体、民間団体といった多様な主体が各制度を機能的に分担し、並列的にサービスを提供していること

ボランティア活動が高齢者介護を支える大きな柱となっていること

が挙げられる。

連邦政府・州政府・市町村の機能分担は次の通り。連邦政府は、税収を財源としたメディケアの運営や介護サービスなどへの補助金の交付、州政府との共同プロジェクトの実施、政策のガイドラインづくりなどを行う。医療や介護の直接的なサービス運営は、州政府・地方自治体及び営利・非営利の民間福祉団体が担当する。市町村は介護施設の支援など極限られた分野の役割を果たしており、医療・介護サービスは州をいくつかの地域に分割した医療区の事業活動単位で供給されている。民間福祉団体は、主に重度な施設ケアサービスの提供者として重要な役割を担っている。

2. 高齢者の福祉施策の歴史的背景と制度

一般的にオーストラリアの福祉は連邦政府によって運営されており、失業、障害、高齢、一人親などの理由で経済的サポートを必要とする人

たちは、連邦政府の機関である各地のセンターリンク(Department of Human serviceの一部)を通し、経済的援助を受けることとなっている。また高齢者・障害児者本人に対しての支援はもちろんであるが、介護者(Carer)に対しての手当やサービスが手厚く充実していることが特徴的である。

日本と同様高齢化が進んでおり、連邦政府及び各州は高齢化への危機意識は高く、以前からその対処のために取り組んできた。オーストラリアにおける社会福祉サービスも日本同様、目まぐるしく変化しているが、その中で高福祉・高負担ではない現実的な路線での介護システムの充実を目指している。

オーストラリアの在宅福祉サービスは1985年 The Home and Community Care Act (HACC法：在宅・地域ケア法)により施設重視から在宅重視へと大きく転換した。この法律に基づいて提供されるHACCプログラムでは、財政的には国、州、地域が分担して財源を担い州と地域の虚弱高齢者、障害者及びこれらのグループの介助者に在宅サービスを提供する。特に介護者へのレスパイトサービスに力を入れている点で注目されてきた。2013年には法改正が行われ、今後 Consumer Directed Care(以下CDC)へと移行していく予定である。

3. 障害者に関する福祉施策

障害者に対する福祉施策は、1986年に障害者サービス法の成立後、所得保障と雇用援助を含めた種々の障害者支援サービスが行われている。所得保証は、連邦政府の所管であるが、障害者支援サービスは連邦政・州政府障害者協定に基づき、連邦・州・自治体政府が協力連携しながら、総合的に提供されている。協定の中で、特に連邦政府は雇用に対し、州は居住環境その他支援サービスに対し、責任を負うことが明確化されている。具体的なサービスについては、ホ

ームヘルプやデイサービス、レスパイトなど高齢者と同じようなサービスが提供されているが、多くは高齢者に対しサービス提供している地域の在宅サービス事業者が障害児者へも同様に行っていた。

4. ソーシャルワーカー（以下 SW）の養成

オーストラリアには、日本のように法律で規定される国家資格制度はない。オーストラリアソーシャルワーカー協会（以下、AASW：Australia Association of Social Workers）が認可する大学で学士号（あるいは修士号）を取得したものが SW となる認定証明書を得る。

州によって養成教育の違いはほとんどなく、教育の標準化・同質化が図られているが、学資号取得後の質の担保は問われている。AASW では卒業後の研修に関する部署を設けて、継続的な生涯研修の充実に努め質の維持・向上に努めているが、その間インターンシップの SW は必ずしも多いとはいえない状況にある。

5. ケアマネジメント

オーストラリアにはケアマネージャーという資格はないが、ケアマネジメントの取り組みの歴史は長く、その手法を使った入所者のケアプランは SW だけでなく看護師などにより、かなり以前から作成されてきた。

またオーストラリアの制度の中で重要とされるものに、地域ごとに設置されている高齢者ケア判定チーム（Aged Care Assessment Team 以降、ACAT と記す）がある。看護師、高齢科医、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカー等で構成され、介護または支援が必要になったときに医学的・社会的ニーズを判定し施設サービスの適・不適を判断し、最適なケアプランを作成する。また以前の制度である、地域高齢者ケアパッケージ（CACPs）、長期在宅高齢者ケアプログラム（EACH）の中で制度化され、主要な手法として用いられてきた。日本と異なる点は、高齢者、障害者のすべてに作成されるわけではなく、ケアマネジメントを行うことで在宅生活が可能になるケースなどニーズが複合的で、重度な対象者に対し提供されている点である。

6. 研修報告

今村が 2015 年 6 月 15 日から 7 月 24 日の間、清水基金の支援を得て、以下の体験研修を受け、末光は 2015 年 11 月 26 日から 12 月 1 日の間訪問調査を行ったので、その概要を報告する。

イギリスの流れをくみ、独自のケアマネジメントシステムが構築され、わが国の福祉情勢とも共通点が多い。

クイーンズランド州の高齢者のサービス事業所、特別支援学校などでの実習及びインタビューを通し、ケアマネジメントの実態を探った。

・研修のねらい

福祉制度の理解

ケアマネジメントの位置づけ（資格を含めて）

ケアマネージャーの働きと実践（支援の視点、評価、使用している様式などを含めて）

ケアマネージャー研修制度について

日本人ソーシャルワーカーへのインタビュー

Carers Australia ではレスパイトサービス、カウンセリング、相談支援、ファイナンシャル、権利擁護、啓発活動などの事業を運営し、主に介護者（Carer）向けのサービスを展開している。今回、オーストラリアで資格を取得し、長年 SW として働いている高田氏にクイーンズランド州の福祉制度やケアマネジメント業務についてのインタビューを行った。以下インタビューで得た新しい福祉制度の概要である。

オーストラリアでは 2009 年に連邦政府による障害福祉サービスに対する意識調査が行われ、所得保障などの問題やサービスの不平等さに関する問題が大きく取り沙汰された。これを期に連邦政府で高齢及び障害福祉施策の大きな改正が行われ、それを受け、ニューサウスウェルズ州、ビクトリア州、サウスオーストラリア州でも 2013 年より Consumer Directed Care (CDC) という新しい在宅サービスシステムを開始した。クイーンズランド州でも 2015 年 7 月より高齢福祉分野で導入され 3 年をかけて本格施行となる、同様に障害福祉分野では 2016 年度から導入予定となっている。

具体的には、対象者もしくは介護者がサービスを必要とする際に、

州のサイトに対象者情報を登録する（ホストプロバイダによる支援も可能）

地域のホストプロバイダを選択する

ホストプロバイダがケアマネジメントの手法によるアセスメントを実施し、プランを作成。サービスに関する情報提供、サービス調整、利用支援を行う

対象者がサービス利用

ホストプロバイダにより給付管理を行い、

モニタリングが実施され、再調整を行う

という流れになる。ただし、ホストプロバイダを選択せず、セルフマネジメントとすることも出来る。

Carers Australia では現在、ホストプロバイダ事業所として6名のスタッフが配置されている。資格は問われていないが、そのうち4人はソーシャルワーカーを配置している。レベル1といわれる軽度の高齢者、障害児者を対象とし、アセスメントを実施後、サポートプランを作成し、半年に1回のモニタリングを行う。ホストプロバイダは1回に月600AU\$が支払われ、活動毎に毎時25AU\$が請求できる。レベル2以上の対象者はACATの管轄となる。

制度移行期ということもあり、利用者や事業者に対して新しい制度はまだ浸透しておらず、現状でのホストプロバイダとしてのサービス利用者は数名程度である。しかしながら、来年以降は、これまで十分サービスが行き届かなかった対象者のサービスの選択肢が増え、利用をするようになるだろうと予想され、州全域でこれまで福祉サービスを利用してきた2倍以上の対象者の増加が見込まれている。このことによりケアマネジメントサービスがさらに地域へ浸透していくことが予想された。

当面の課題は、日本と同様、ホストプロバイダの利用希望が短期間の間に行われ、対応に追われる可能性があること、また事業者の不足により必要なサービスを調整することができ、提供することが出来るかという点であると話された。

高齢者福祉サービス(レスパイトセンター)(ナーシングホーム)での研修

・ Centacare Community Service

・ Annerly Respite Centre

主に高齢者を対象としたレスパイトサービスを提供としている事業所。レスパイトサービスの中には、①訪問型 ②デイサービス型がある。オーストラリアでは介護者のためのサービスであるという視点でサービスが行われている。日本で使用する「レスパイト」で行われるサービス(短期入所や預かりサービス)の意味合いとは異なる。

2カ所の研修先では、障害者からの利用が一定数あり、この地区では障害に特化した事業所での利用を選択するというより身近な地域の事業所を使うことが多いとのことであった。障害種別や年齢によらず、その日に会った利用者同士が声を掛け合い、プログラムを楽しんでいる様子が印象的であった。常時目が離せない人や情緒的に不安定な人など対象者のニーズに合わせ必要な支援を行い、職員に関しても対象者の種別にこだわることなく、サービスを提供していた。またプログラムの参加に関して、決して参加を強制されることは全くなく、対象者が希望する活動を常時2~3つ同時進行させていた。

今回訪問した Annerly Respite Centre では、職員はコミュニティサポートワーカーと呼ばれる直接処遇職員とケースマネージャー兼事業マネージャー、ディレクターの8名。それ以外に地域のボランティアが日々役割を担い業務を行っていた。利用者は80名程度の契約者が日に10~20名程度利用している。

ケアマネージャーの業務については、主に事業所に関わる地域の高齢者に対し、事業所利用への繋ぎと初回時のアセスメント、プランの作成、毎月の定期的な評価(利用者・家族への面談及び訪問による)及び見直し、記録を行っている。年1回の評価は行政により義務付けられているが、規定された様式などはなく、それ以外は事業所独自(記録書式も独自)に行っている。また、他機関との調整を行ったり、会議を持ったりすることはなく、医療サービスや他事業所の利用に関して相談を受ける場合は出来る範囲で対応するが、基本的には利用者やその家族が直接調整を行っている。日本の「サービス管理責任者」に近い。

ケアマネジメントサービスを提供し、ケアマネジメントの手法を使って一連の業務が行われていたが、Centacare Community Service では、ケアマネジャーの配置はなく、どの対象者についても個別支援計画以外のケアプランは作成されていなかった。また、ホストプロバイダの利用者もなかった。

- ・ Gravatt Aged Care

ACATによるアセスメントで重度と認定された高齢者（一部65歳未満の障害者）が146名入居している。入居施設は中心の管理室から放射線状に6棟の居室が伸びた特徴的な形状をしていた。またPalliative Approachに基づいた、終末期までのケアを行っている。

スタッフは200名が交代勤務をおこなっている。今回はLife Style Teamの業務に同行し実習を行った。Life Style Teamは看護師とともに入所者やその家族に対し、初回時（その後の定期も含む）のアセスメントを行い、生活面のニーズや必要な福祉用具を判断し手配を行う。また施設内の行事の企画、運営を行い、アセスメントで聞き取ったニーズから参加対象者を選定するなどの役割を担っている。また個別の支援計画の策定も行っている。

特別支援学校での研修

- ・ Guidance Officer（ガイダンスオフィサー）

州立の学校には必ずGuidance Officerが配置され、多くは州内の特別支援学校を中心に数校を掛け持っている。資格は州が規定する要件を満たした心理士や教員経験者。

Guidance Officerの主な業務は、

カウンセリング

学校内での問題に対し管理者、教師、生徒とその家族を含む各種相談支援や情報提供支援計画の作成（ガイダンスオフィサーが直接Individualized Educational Program（個別教育計画：以下IEP）を作成することはないが、必要に応じてIEPとは別にプランを作成する）

他機関との連携

など、スクールソーシャルワーカー、学校内のケアマネジャー的な役割を担っている。この

点はシドニーのRenwick Centreでも同様であった。

研修中、多動、他害自傷のある知的障害の児童が安定して座るために使用しているベルトが、抑制に該当しないかとの情報が他クラスの教員から入った。まず担任、補助職員等から本児の状況とベルトの使用状況を聞き取り、州が規定する身体拘束に関する取り決めを確認し、学校長に状況報告。支援者の都合で無計画に使用していたベルトを、本児が本当に必要な時に使用するという内容で、校長がIEPの見直し行えるよう手助けをし、担任及び補助職員等へ今後の対応を伝え、保護者の同意を取るように助言を行った。

- ・ Nursery Road State Special School

130人の生徒をもつ大規模な州立の特別支援学校。教員（Teacher aidと呼ばれる資格者の補助職員も含んでいる）は30名、PT/OT/STなどのセラピストは4名いるが、パート勤務となっている。またその他にguidance officerが2名配置されている。

多くは重度の障害児で重症心身障害児、肢体不自由児、知的障害児、自閉症児（主に知的障害者あり）が通っている。視覚障害、聴覚障害など様々な合併症や医療的ケアが必要な児童もいた。

この学校の特徴としてXavier Conductive educationという肢体不自由児を対象とした教育法を実施している。この特殊な教育法を実施している教室は他の教室と別にユニットを組んでおり、4クラスに各6～7人の肢体不自由児童が年齢別にクラス分けされ、保護者の希望により授業を受けている。1日に1時間程度この教育法を学んだ教員（コンダクター）と補助職員による指導を受ける。スノコ状のベッド、ハシゴ付きの椅子、ステッキ、腕の抑制帯などの特殊な用具を使い、繰り返し身体を動かす。その際リズムに合わせて体の動きを言語化し、脳に学習させる。また、隣接する未就学児の早期療育施設でもこのプログラムが行われていた。

- ・ Calamvale Special School

132人の生徒をもつ大規模な州立の特別支援学校。教員（Teacher aidと呼ばれる資格者の補助職員も含んでいる）は92名、看護師は配

置されていないが、訓練を受け医療行為を行う教師がいる。PT/OT/STなどのセラピストは非常勤で勤務している。またその他に guidance officer が1名配置されている。

多くはIQ70以下の知的障害児で、自閉症を重複した児童もいる。132名の児童のうち12名が肢体不自由児。数名胃瘻による経管栄養や血糖管理など医療的なケアが必要な児童もいる。

通学は主に通学バスで、下校時には近隣のレスパイトセンターの送迎車も見受けられた。特に問題行動の激しい児童や介護度の高い児童などは放課後に福祉サービスを利用している場合が多い。必要があれば、サービス事業所と対象児についての情報共有やIEPミーティングの際に参加してもらうこともある。その調整は主に担任が行う。

7. WALCA

18歳以上の重症心身障害者通園センター(男性10人、女性26人)での20年の運営の歴史と、力点を置いているコミュニケーションプログラムに関する意見交換を行い、建物構造ならびに設備そしてスポーツイベントの視察を行った。

新年度から導入される「NDIS」(公的費用が事業者にてなく本人に支給されることに変更)への対応に苦慮している現状が訴えられた。

8. Renwick Centre

視覚と聴覚の重複障害児の特別支援学校であり、一部知的・身体障害を合併したクラスもあり、その担任ならびにコーディネーター担当者と意見交換をした。現在のところ、重症心身障害児者に特化したコーディネーター養成のプログラム等はオーストラリアに存在しないとの説明がなされた。

9. ニューカッスル大学の Michael Arthur-Kelly 助教授との協議は、2016年8月14日～19日メルボルンで開催される IASSIDD 国際知的・発達障害学会で「重症心身障害児者コーディネーター養成カリキュラムに関する国際比較」のパネルディスカッションを企画する打合せを行った。

9. 参考文献

- ・ 湯原悦子(2011)「オーストラリアの介護者支援」『協同対人援助モデル研究 家族介護者支援を考える-日本と英・豪・米の比較研究』,17-26
- ・ 森恭子(2010-03)「オーストラリアのソーシャルワーカー認定資格制度及び福祉従事者の現状と課題」文教大学生生活科学研究『生活科学研究 32』,151-157
- ・ 天野マキ(2012)「オーストリアの社会保障・社会福祉制度改革過程に視る社会的制作の視角」『東洋大学/福祉社会開発研究』,5号,15-28
- ・ 認知症介護研究・研修東京センター(2009)「オーストラリアの社会保障制度」『オーストラリアの認知症ケア動向』
- ・ 厚生労働省(2007)『2005～2006 海外情勢報告 オーストラリア』,290-293

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
		重症心身障害児者等支援者育成研修テキスト		岡山	平成28年	全269頁
		重症心身障害児者等コーディネーター育成研修テキスト		岡山	平成28年	全91頁